

JAPANESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

日本公衆衛生雑誌

第 66 卷・第 12 号

2019 年 12 月

目 次

公衆衛生活動報告

新宿区保健センターでの発達障害に関連する「ちょっと気になる」についての保護者向けパンフレットの有効性の評価佐藤太一, 他...737

資 料

研究開発型多国籍製薬企業の社会的貢献活動と患者団体との関係の透明性に関する日米欧の動向加藤美生, 他...746

都道府県食育推進計画の特徴: 具体的目標の分析から黒谷佳代, 他...756

都市部の生活支援付きの民間宿泊施設に入所した生活困窮者の健康状態と生活支援ニーズの特徴: 新規入所者の年代別検討的場由木, 他...767

会員の声

蘭方見聞録田中宏和...778

日本公衆衛生雑誌第66巻 (2019年) 総目録793

Vol. 66 No. 12

December 2019

Content

Public health report

Evaluation of the effectiveness of a pamphlet addressing parental concerns regarding developmental difficulties at the Shinjuku City Health CenterTaichi SATO, et al...737

Information

Transparency in relations between multinational R&D pharmaceutical companies' corporate social responsibility activities and patient organizations in the Europe, Japan, and the United StatesMio KATO, et al...746

Promotion of *Shokuiku* in 47 prefectures of Japan: An analysis of specific goals of basic *Shokuiku* programsKayo KUROTANI, et al...756

Health status and support needs of low-income people admitted to supportive housing in urban areas of Japan: Research on new residents across several age groupsYuki MATOBA, et al...767

Letter

A study of the NetherlandsHirokazu TANAKA...778

公衆衛生活動報告

新宿区保健センターでの発達障害に関連する 「ちょっと気になる」についての保護者向けパンフレットの有効性の評価

サトウ タイチ* コヤナギ ジュン クラタ ジュンコ ナンジョウ カオリ
佐藤 太一* 小柳 淳^{2*} 藏田 純子^{3*} 楠城 香織^{4*}
サクラモト マキコ^{3*} ヤマダ マリ^{4*} フジマキカスミ^{5*} タカハン イクミ^{6*}
櫻本万紀子^{3*} 山田 万里^{4*} 藤巻嘉須美^{5*} 高橋 郁美^{6*}

目的 育児の中で発達障害に関して子どもに感じる気になることや育てにくさ（以下、「ちょっと気になる」）を抱える保護者が、相談先を知り、相談できるようになることは、保護者の育てにくさの解消や子どもの理解にとって重要である。新宿区では、「ちょっと気になる」について保護者向けパンフレットを作成し、その有効性を、保護者への質問紙に基づき評価したため報告する。

方法 2016年4月～6月の1歳6か月児、3歳児健診の対象者の保護者1,164人に、健診案内送付時にパンフレットと無記名自記式質問紙を同封し、健診当日に回収した。質問項目は、KAPモデルを参考に、保健所・保健センター職員により構成する作業部会で検討した。保健センターが「ちょっと気になる」の相談先であることへの理解状況は属性により分析し、「ちょっと気になる」への態度については、パンフレットを読む前後の変化があるか分析した。また、周囲に「ちょっと気になる」について困っている保護者がいた場合の態度についても集計した。自由記載の回答は内容に基づき分類した。

活動結果 1歳6か月児、3歳児健診対象者の保護者、各269人（43.5%）、358人（65.7%）の回答を得た。保健センターが「ちょっと気になる」の相談先であることを「パンフレットを読んだわかった」が398人（67.5%）であった。出生順位や健診区分による有意差は認められなかった。パンフレットを読む前では子どもの「ちょっと気になる」について、「保健センターに相談」が14人（6.8%）だったが、パンフレットを読んだ後は61人（29.5%）となり、有意に増加していた。現時点で「ちょっと気になる」がない保護者の、周囲に「ちょっと気になる」について困っている保護者がいた場合の態度は、「気持ちを理解したい」243人（62.6%）と回答したものが多かった。自由記載では、今後の周知活動への要望や、パンフレットの効果に関する記述が見られた。

結論 パンフレットは、保護者がわが子に「ちょっと気になる」がある場合、相談先を理解してもらい、相談することを前向きに捉えてもらうために有効ではないかと考えられる。また、周囲の保護者にとっても「ちょっと気になる」子とその保護者への関心を高めた可能性がある。パンフレットをすべての保護者に配布することは、地域で子育てをしていく際の安心感を与えるものであることが示唆された。

Key words : 発達障害, パンフレット, 普及啓発, 質問紙調査, 保健センター

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(12): 737-745. doi:10.11236/jph.66.12_737

* 元新宿区東新宿保健センター

2* 新宿区高齢者支援課

3* 新宿区牛込保健センター

4* 新宿区四谷保健センター

5* 新宿区東新宿保健センター

6* 新宿区健康部

責任著者連絡先：〒260-8672 千葉市中央区亥鼻 1-8-1 千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程 佐藤太一

I はじめに

健やか親子21（第2次）の重点課題①は「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」であり、その指標の1つである「発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制がある市区町村の割合」の最終目標は100%である¹⁾。よって、市区町

村において育てにくさを感じる親への支援体制構築は必須であると言える。

発達障害児の母親は、子どもが診断を受ける前に、子どもへの対応方法がわからず育児に辛さを感じていたり、子育てについて期待する情報と支援が十分得にくいなどの困難を抱えていたりすると言われている²⁾。そのため、早期支援体制が整うことで、それら保護者側の困難が軽減されると考えられる。また、保護者の感じる育てにくさの内容を、子どもの発達上の課題の兆候という視点から吟味することが発達障害の早期発見・早期支援につながると言われている³⁾。したがって、保護者が日々感じている育てにくさに着目することは親子双方への支援のきっかけとしても重要であると言える。

以上のように、子育て支援を行う上で育てにくさに着目することは、親子双方にとって重要であることは明らかであるが、そのためには保護者が育てにくさを支援者に対して相談することが必要となる。しかしながら、保護者は、子どもに対して何らかの「気づき」を持っていたとしても、それをどのように解決すればよいのか、そもそも解決しなければならぬものなのかどうかという認識をもちにくいと言われている⁴⁾。そのため、育てにくさが支援者に対して相談されるとは限らず、「気づき」や育てにくさを相談することを促す支援が必要であると言える。

そこで、新宿区では、保護者が、育てにくさを相談できる場所として保健センターを認識し、具体的にどのようなことが保健センターでは相談できるのかを知ってもらう必要があると考えた。また、保護者が子どもの特性を理解するに至るまでの間には、子どもの障害の可能性の否認などの心理的過程を経るため^{5~7)}、健診の場では、子どもの遅れを指摘されないように振舞う可能性もある⁸⁾とも言われている。そのような可能性を踏まえると、知識があることに加えて、保護者が相談することを前向きに捉えられるような態度を形成できるよう支援することが必要であると考えた。さらに、発達障害児をもつ保護者は、周囲の理解ない言動によって傷ついた経験をもつことがあるため^{5,6)}、すべての保護者が発達障害児の行動の特性を理解し、見守る姿勢をもってもらう必要もあると考えた。

そのため、新宿区では2015年度、以下の3点を目的に、健診時に配布する全保護者向けパンフレットを作成し、2016年度から配布した。目的は、①発達障害に関連する育てにくさを保健センターに相談できることを保護者が知る、②保護者が発達障害に関連する育てにくさについて相談することを前向きに

捉える態度を形成する、③現時点で育てにくさを感じていない保護者も、周囲に発達障害に関連する育てにくさを感じるような児とその保護者がいた場合には、その親子を見守ることができるようになる、の3点である。今回は、この保護者向けパンフレットの有効性を、保護者への質問紙に基づき評価したので報告する。なお、今回作成したパンフレットでは「育児の中で発達障害に関して子どもに感じる気になることや育てにくさ」を「ちょっと気になる」と表現したため、本報告においても、これ以降はその用語を用いることとする。

これまで発達障害児をはじめとする育てにくさを感じる親への支援体制の整備について報告がある中で^{9,10)}、本報告は、保護者が「ちょっと気になる」について相談先を知り、相談しようと思えるために必要な活動とその評価に関する報告である。つまり、これは、市区町村が整備する支援体制を、保護者が活用しやすくしていくための支援とその評価の報告であると言える。よって、本活動を報告することにより、支援体制整備と並行して、それを保護者が活用できるようにするための支援を検討する機会を各市区町村に提供できると考える。そして、それを検討する際に参考となる具体的な支援方法の1つとして、保護者向けパンフレットの有効性を示すことで、活動の手段を検討する際の資料を提供できると考えた。

II 方 法

1. 新宿区保健センターにおける主な乳幼児支援の体制

まず、本報告に関連する新宿区の保健センターにおける乳幼児支援の体制の概要を示す。区内には、1保健所4保健センターが設置されている。3,4か月児健診を各保健センターにおける集団健診、6~7か月児健診と9~10か月児健診を委託医療機関における個別健診として実施している。また、1歳6か月児健診は内科健診と歯科検診にわけて行い、内科健診を委託医療機関における個別健診、歯科健診を各保健センターにおける集団健診として実施し、3歳児健診は各保健センターにおける集団健診として実施している。また、1歳6か月児歯科健診と3歳児健診において、非常勤心理士による心理相談を実施している。そのほか、健診日とは別に非常勤心理士による相談を月に2~3回程度各保健センターで開催し、医師による発達相談をある1つの保健センターで隔月開催している。なお、すべての時期において地区担当保健師が重層的に支援する体制をとっている。

2. 保護者向けパンフレットの作成

新宿区では2014年度に「発達に課題がある児」(1歳6か月児健診, 3歳児健診などで医師や心理士から発達について何らかの指摘を受けた児, 発達についての相談歴がある児, 親から育てにくさに関する相談を受けた児)に関する分析を行った。分析は, 2012年4月から9月に新宿区の保健センターで実施された3歳児健診対象児(2009年3月から8月生まれ)1,074人の母子管理カードの記録を対象に行い, その結果1,074人中237人(22.1%)を「発達に課題がある児」として把握し, その内32人(3.0%)が発達障害(傾向含む)と判断されていた。なお, 237人の把握経路は, 1歳6か月児歯科健診108人(45.6%), 3歳児健診107人(45.1%), 保健師の相談12人(5.1%), その他の機関からの紹介5人(2.1%), 医療機関からの紹介4人(1.7%)であった。また, 237人のうち, 199人(84.0%)が保健センターでの心理相談(健診当日および別日に開催)を利用し, 心理相談の最終結果は, 一時指導のみ113人(56.8%), 相談を継続利用し好転終了48人(24.1%), 療育機関紹介20人(10.1%), 転居終了9人(4.5%), 保護者が継続相談の必要性を感じず利用中断6人(3.0%), 相談継続・医療機関紹介・その他機関紹介が各1人(0.5%)であった。以上のことから, 発達に課題がある児の早期把握と支援には, 健診と心理相談が重要であることを確認した。その結果をもとに, 2015年度には保健所および保健センター職員で構成する「発達に課題がある児」の支援の充実についての作業部会で検討を行い, 新宿区の発達障害児の親の会(以下, 親の会)のメンバーにも検討への協力を依頼した。その中で, 健診や心理相談などの機会は重要だが, そもそも育児の中で子どもに感じる気になることや育てにくさは相談してもよい(または相談したほうがよい)という考えに至らないことや, 保健センターがそういった内容に関する相談先であることがわからない人もいる, ということが親の会のメンバーの発言から明らかとなった。そこで, 作業部会では健診(1歳6か月児健診, 3歳児健診)時に配布する保護者向けパンフレットを作成した。なお, 心理相談の開催回数増加の検討や, 健診従事者を対象とした研修会企画および手引きの作成も並行して行った。

パンフレットは, 育児の中で発達障害に関して子どもに感じる気になることや育てにくさを「ちょっと気になる」と表現し, 題名を「「ちょっと気になる」は子どもを理解するチャンス」にすることで, 相談することを気軽に前向きに捉えてもらえるよう配慮した。パンフレットの目的は, ①保健センター

が「ちょっと気になる」の相談先であることを保護者が知る, ②子育ての中で「ちょっと気になる」を感じている保護者が, 子どもに関して気になることや育てにくさに気づき相談しようと思う, ③周囲の保護者が「ちょっと気になる」児やその保護者に対し, 暖かく見守る気持ちになる, とした。パンフレットの内容は①「ちょっと気になる」の例示, ②「ちょっと気になる」ことを相談することは, 子どもの「その子らしさ」などを発見・理解できるチャンスになることの説明, ③「ちょっと気になる」に対する医師のコメント, ④「ちょっと気になる」の相談先の提示, ⑤「ちょっと気になる」児が遊び場などでトラブルを起こすこともあり, その際にはその子なりの理由があることの説明と, その親子が地域で孤立しないようにするためには周囲の理解が必要なことの説明, とした。「ちょっと気になる」の例示については, まず親の会の代表に, わが子が1歳6か月や3歳の時に感じていた「ちょっと気になる」を親の会のメンバーから集めてもらい, 作業部会に提示してもらった。それをもとに, 作業部会で, 2014年度に分析した健診時の保護者の主訴の実態や, 日本語版 M-CHAT¹¹⁾の項目, 発達障害の関連書籍^{12,13)}を参考にしながら例示の内容を検討した。「ちょっと気になる」の内容は, 1歳6か月児向けは「ことばがゆっくり」「まだ歩かない」等, 8項目であり, 3歳児向けは「上手に歩いたり走ったりできない」「こだわりが強い」等, 10項目である(表1)。配布対象は, パンフレットの目的を達成するため, 全保護者とした。

表1 「ちょっと気になる」の内容

1歳6か月児	3歳児
<ul style="list-style-type: none"> ことばがゆっくり まだ歩かない 視線が合わない 慣れない場所で親がいなくても平気 指さしがない 他の子どもに興味がない すぐどこかに行ってしまう 寝つきが悪い/敏感ですぐ目が覚める 	<ul style="list-style-type: none"> ことばがゆっくり/会話にならない 上手に歩いたり走ったりできない こだわりが強い 慣れない場所でも親がいなくても平気 視線が合わない 何回言っても言うことを聞かない スプーン/フォークで食べられない 乱暴で他のお母さんたちに謝ってばかり 他の子どもと一緒に遊べない 片時も目が離せない

3. 対象者

新宿区の2016年4月～6月の1歳6か月児健診、3歳児健診の対象者の保護者1,164人（それぞれ619人、545人）を対象とした。

4. 調査方法

2016年4月～6月の健診対象者への案内送付時に保護者向けパンフレットと無記名自記式質問紙（以下、質問紙）を同封し、健診当日、会場に設置した回収箱で、回収した。

5. 調査項目

1) 調査項目の検討過程

調査項目について、著者が参加した母子保健事業の評価に関する研修講師（大学教員）に、研修終了後に本件に関する助言を依頼した。著者が研修講師により、面接、メール等で助言を受け、それに基づき調査項目を作成し、作業部会のメンバーの検討を経て、調査項目を決定した。なお、調査項目の作成にあたっては、KAPモデル¹⁴⁾を参考にした。

2) 調査項目の内容

基本属性については、今回の健診対象児の出生順位、健診対象児について「ちょっと気になる」にあてはまる特性の有無とその内容を訪ねた。「ちょっと気になる」については、パンフレットで例示したものと同様のものを項目として示し、有の場合にはその内容を複数回答で選択するよう求めた。

KAPモデルを参考に作成した質問項目は、「ちょっと気になる」について保健センターが相談

先であることの理解状況（KAPモデルのKnowledge）、わが子の「ちょっと気になる」についての態度（KAPモデルのAttitude）、周囲の「ちょっと気になる」子とその保護者への態度（KAPモデルのAttitude）、の3項目である（表2）。わが子の「ちょっと気になる」についての態度に関する項目は、基本属性において「ちょっと気になる」が「ある」と回答した保護者にのみ回答を求めた。「ちょっと気になる」について保健センターが相談先であることの理解状況は、「パンフレットを読む前から知っていた」、「パンフレットを読んでわかった」、「よくわからなかった」の3選択肢から1つの回答を求めた。わが子の「ちょっと気になる」についての態度は、「どうしたらよいかわからない」、「気にしないようにする」等、7選択肢からあてはまるものすべての回答を求めた。なお、この項目については、パンフレット前後の状況を比較するため、パンフレットを読む前を振り返ってもらい、同様の質問への回答を求めた。周囲の「ちょっと気になる」子とその保護者への態度は、「どうしたらよいかわからない」、「あまり関心がない」等、5選択肢からあてはまるものすべての回答を求めた。

また、その他、意見や感想を求める自由記載そのままを設け、今後のパンフレット内容の見直し等のための情報が得られるようにした。

6. 分析方法

質問項目のデータは、単純集計し、実数と比率を

表2 KAPモデルを参考にした質問項目の内容

	対 象	質 問 項 目	回答の選択肢
Knowledge (知識)	全保護者	<ul style="list-style-type: none"> 「ちょっと気になる」について保健センターが相談をお受けしていることがわかりましたか？ 	<ul style="list-style-type: none"> パンフレットを読む前から知っていた パンフレットを読んでわかった よくわからなかった
	「ちょっと気になる」が「ある」の保護者	<ul style="list-style-type: none"> パンフレットを読んで「ちょっと気になる」についてどうしようと思いましたか？（複数回答） ※パンフレットを読む前の状況と比較するため「パンフレットを読む前、「ちょっと気になる」についてどうしていましたか？（複数回答）」にも同時に回答を求めた 	<ul style="list-style-type: none"> どうしたらよいかわからない 気にしないようにする 家族に相談 友人に相談 保健センターに相談 その他機関に相談 その他
Attitude (態度)	全保護者	<ul style="list-style-type: none"> パンフレットを読んで、今後周囲にお子さんの「ちょっと気になる」について困ったりしている保護者がいた場合、どのように思われますか？（複数回答） 	<ul style="list-style-type: none"> どうしたらよいかわからない あまり関心がない 気持ちを理解したいと思う 誰かに相談するようアドバイスする その他
	Practice (実践)		該当項目なし

確認した。その後、保健センターが「ちょっと気になる」の相談先であることへの理解状況について、属性（出生順位別、健診区分別）による違いをカイ二乗検定にて分析した。また、パンフレットを読む前と読んだ後のわが子の「ちょっと気になる」についての態度については、McNemar 検定にて分析した。分析には IBM SPSS Statistics Ver25を使用し、統計上の有意水準は5%とした。また、自由記載の記述は、類似している内容を分類して集計した。

7. 倫理的配慮

質問紙の冒頭に調査の依頼と、調査者の個人が識別、特定できないよう処理する旨を記載し、調査の実施に対する理解と参加についての了承を求めた。質問紙は無記名とした。質問紙調査の項目の適切性については、所属内で検討し、所属長の了解を得た。質問紙は健診当日に所定の回収箱を設置し、回収することを明記し、質問紙の提出をもって同意の取得とした。

Ⅲ. 活動結果

新宿区の2016年4月～6月の1歳6か月児健診、3歳児健診の対象者の保護者、それぞれ619人、545人へ質問紙を送付し、269人（43.5%）、358人

表3 回答者の属性

		1歳6か月児健診 (n=269)		3歳児健診 (n=358)	
		n	%	n	%
出生順位	第1子	173	67.3	216	63.3
	第2子以上	84	32.7	125	36.7
「ちょっと気になる」にあてはまるものがあるか	ある	76	29.3	131	39.0
	ない	183	70.7	205	61.0

無回答の者は除く

(65.7%) の回答を得た。

1. 回答者の属性 (表3)

出生順位は、1歳6か月児健診で第1子173人(67.3%)、第2子以上84人(32.7%)、3歳児健診で第1子216人(63.3%)、第2子以上125人(36.7%)であった。

「ちょっと気になる」にあてはまるものが「ある」と回答した者は、1歳6か月児健診で76人(29.3%)、3歳児健診で131人(39.0%)であった。

2. 保健センターが「ちょっと気になる」の相談先であることへの理解状況 (表4)

保健センターが相談先であることを「パンフレットを読む前から知っていた」が162人(27.5%)、「パンフレットを読んでわかった」が398人(67.5%)、「よくわからなかった」が30人(5.1%)であった。

出生順位別では、「パンフレットを読む前から知っていた」が、第1子103人(27.6%)、第2子以上54人(27.3%)、「パンフレットを読んでわかった」が、第1子250人(67.0%)、第2子以上134人(67.7%)、「よくわからなかった」が、第1子20人(5.4%)、第2子以上10人(5.1%)であった。出生順位別に理解状況について有意差は認められなかった。

健診区分別では、「パンフレットを読む前から知っていた」が、1歳6か月児健診74人(28.4%)、3歳児健診88人(26.7%)、「パンフレットを読んでわかった」が、1歳6か月児健診178人(68.2%)、3歳児健診220人(66.9%)、「よくわからなかった」が、1歳6か月児健診9人(3.4%)、3歳児健診21人(6.4%)であった。健診区分別にも理解状況について有意差は認められなかった。

3. わが子の「ちょっと気になる」についての態度 (表5)

質問紙で「ちょっと気になる」が「ある」と回答した者(1歳6か月児健診で76人、3歳児健診で131

表4 保健センターが「ちょっと気になる」の相談先であることへの理解状況

		パンフレットを読む前から知っていた		パンフレットを読んでわかった		よくわからなかった		検定結果
		n	%	n	%	n	%	
		162	27.5	398	67.5	30	5.1	
出生順位	第1子 (n=373)	103	27.6	250	67.0	20	5.4	n.s
	第2子以上 (n=198)	54	27.3	134	67.7	10	5.1	
健診区分	1歳6か月児健診 (n=261)	74	28.4	178	68.2	9	3.4	n.s
	3歳児健診 (n=329)	88	26.7	220	66.9	21	6.4	

無回答の者は除く。

χ^2 検定 * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, n.s: not significant

表5 わが子の「ちょっと気になる」についての態度の変化（複数回答）

	パンフレットを読む前 (n=192)		パンフレットを読んだ後 (n=192)		検定結果
	n	%	n	%	
どうしたらよいかわからない（かった）	17	8.9	17	8.9	n.s
気にしないようにする（していた）	59	30.2	37	19.3	**
家族に相談	93	45.3	72	35.4	**
友人に相談	65	31.3	47	22.4	**
保健センターに相談	14	5.7	61	31.8	**
その他機関に相談	22	11.5	24	12.5	n.s
相談しようと思ったができなかった	2	1.0	—	—	—
その他	38	17.7	33	16.1	n.s

無回答の者は除く。

McNemar 検定

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, n.s: not significant

人のうち有効回答数192人)の態度は、パンフレットを読む前では「家族に相談」93人(45.3%)、「友人に相談」65人(31.3%)、「気にしないようにしていた」59人(30.2%)、「その他」38人(17.7%)、「その他機関に相談」22人(11.5%)、「どうしたらよいかわからなかった」17人(8.9%)、「保健センターに相談」14人(5.7%)、「相談しようと思ったができなかった」2人(1.0%)であったが、パンフレットを読んだ後では「家族に相談」72人(35.4%)、「保健センターに相談」61人(31.8%)、「友人に相談」47人(22.4%)、「気にしないようにする」37人(19.3%)、「その他」33人(16.1%)、「その他機関に相談」24人(12.5%)、「どうしたらよいかわからない」17人(8.9%)であった。パンフレットを読む前と後で、態度についてみると、「保健センターに相談」が14人(5.7%)から61人(31.8%)に有意に増加し($P < 0.01$)、「気にしないようにする(していた)」が59人(30.2%)から37人(19.3%)、「家族に相談」が93人(45.3%)から72人(35.4%)、「友人に相談」が65人(31.3%)から47人(22.4%)にそれぞれ有意に減少していた($P < 0.01$)。

4. 周囲の「ちょっと気になる」子とその保護者への態度(表6)

周囲に「ちょっと気になる」について困っている保護者がいた場合の態度について、質問紙で「ちょっと気になる」が「ない」と回答した者388人でみると、「気持ちを理解したいと思う」243人(62.6%)、「誰かに相談するようアドバイスする」

表6 周囲の「ちょっと気になる」子とその保護者への態度(n=388)

	n	%
気持ちを理解したいと思う	243	62.6
誰かに相談するようアドバイスする	209	53.9
どうしたらよいかわからない	22	5.7
あまり関心がない	6	1.5
その他	9	2.3

209人(53.9%)、「どうしたらよいか分からない」22人(5.7%)、「あまり関心がない」6人(1.5%)、「その他」9人(2.3%)であった。

5. 自由記載の内容(表7)

自由記載は、54人から回答が得られた。

内容にもとづき整理したところ、【パンフレットやその他周知活動への保護者側からの意見・要望】、【パンフレットが保護者に与えた効果】、【その他】に大別された。それぞれの内訳をみると【パンフレットやその他周知活動への保護者側からの意見】は〈パンフレット内容への意見〉13件、〈更なる相談先等周知活動への要望〉7件であり、【パンフレットが保護者に与えた効果】は〈相談先の情報取得による不安軽減〉11件、〈「ちょっと気になる」子と保護者への関心の高まり〉4件、〈子どもの成長・発達を振り返るきっかけづくり〉3件であった。

また、さらにそれぞれの内容をみると〈パンフレット内容への意見〉は「パンフレットの改善案の提案」6件、「パンフレットの内容は不安をおもえるものであると感じた」3件等の内容であり、〈更なる相談先周知活動への要望〉は「パンフレットによる情報提供は大切である」4件等の内容であった。また、〈相談先の情報取得による不安軽減〉は「相談先があるとわかり(相談してよいことがわかり)安心した」4件等の内容であり、〈「ちょっと気になる」子と保護者への関心の高まり〉は「「ちょっと気になる」子の保護者への共感」2件等の内容であり、〈子どもの成長・発達を振り返るきっかけづくり〉は「「ちょっと気になる」と感じていたが見過ごしていたことがはっきりした」1件等の内容であった。〈その他〉は「子育てをして日々感じていることや悩みの表出」19件等の内容であった。

6. パンフレット内容への意見をもとにした2017年度用パンフレットの改善

質問紙の自由記載の内容のうち〈パンフレット内容への意見〉の記述例を表8に示す。そのうち、「パンフレット内容の改善案の提案」では具体的な

表7 自由記載の内容 (n=54)

		件数		件数
パンフレットや その他周知活動 への保護者側か らの意見・要望	パンフレット内容への意見	14	パンフレットの改善案の提案	6
			パンフレットの内容は不安をあおるものであると感じた	3
			素敵なパンフレットだと思った	3
			パンフレットの内容がわかりにくい	2
更なる相談先等周知活動へ の要望	7	パンフレットによる情報提供は大切である	4	
		様々な方法で相談先などの情報提供を行うことが必要である	3	
パンフレットが 保護者に与えた 効果	相談先の情報取得による不 安軽減	11	相談先があるとわかり(相談してよいことがわかり)安心した	4
			保健センターが相談先であることがわかった	2
			相談することを前向きに・気軽に感じられるようになった	2
			相談したいことがあった時には相談したい	2
			相談することで気持ちも落ち着く	1
	「ちょっと気になる」子と 保護者への関心の高まり	4	「ちょっと気になる」子の保護者への共感	2
			困っている人がいたら保健センターへの相談をすすめたい	2
	子どもの成長・発達を振り 返るきっかけづくり	3	「ちょっと気になる」と感じていたが見過ごしていたことが	1
			はっきりした	
			子どもの様子を見ていくことは大切だと思った	1
その他	その他	30	子育てをして日々感じていることや悩みの表出	19
			パンフレット以外の保健センター事業に関する意見・要望	8
			アンケートの設問に対する意見	3

表8 パンフレット内容への意見の内訳と記述例

	記述例
パンフレットの改善案の提案	・相談窓口で対応していただける時間・曜日の記載が電話番号の近くにあると、より親切だと思いました。
パンフレットの内容は不安をあおるものであると感じた	・心配をあおるようなパンフレットだと思います。深く考えればすべての子どもがどれかの項目に必ずひっかかりそう。
素敵なパンフレットだと思った	・とてもすてきなパンフレットだと思います!!
パンフレットの内容がわかりにくい	・パンフレットの目的がわからない。「ちょっと気になる」が気にしなくて良いことなのかどうなのかがいまいちわかりにくい。

相談時間や曜日を明記してほしいという意見があったため、それら必要事項を追加した。また、「パンフレットの内容がわかりにくい」では、「パンフレットの目的がわからない。「ちょっと気になる」が気にしなくて良いことなのかどうなのかがいまいちわかりにくい。」という意見があった。そのため、「ちょっと気になる」と感じた場合に、まずは、健診の機会等に保健センターに相談することを提案する部分を強調した。

Ⅳ 考 察

1. パンフレットの目的に照らした評価

保健センターが「ちょっと気になる」の相談先で

あることを元々知っていた保護者は3割弱で、「パンフレットを読んでわかった」保護者は約7割であった。また、その割合は出生順位や健診区分によっても有意差は認められなかった。ここから、従来の健診体制では、保健センターでの健診を受けることや、その中での通知文などによる情報提供では不十分であったといえ、パンフレットの配布が有効であったと考える。自由記載の回答においても〈更なる相談先等周知活動への要望〉が7件みられていた。

また、パンフレットを読む前は「ちょっと気になる」についての態度が「家族に相談」、「友人に相談」が多く、「その他機関に相談」、「保健センターに相

談」が少なかったが、これは「育児に伴う不安感」を相談する相手が「夫」がもっとも多く、次いで「友人」であり、相談相手として「専門家、行政」が低かったという報告と同様である¹⁵⁾。しかし、パンフレットを読んだ後は「家族に相談」に次いで「保健センターに相談」が多くなり、それに伴って「気にしないようにする(していた)」と回答した割合が減少していた。これは、パンフレットの効果ではないかと考えられる。近年、育児に取り組む家庭の孤立化が指摘され、親が育児に不安や困難さを感じつつも、解消されないまま抱え込む危うさがある¹⁾と言われている。今回のパンフレットを読むことにより、保健センターに相談しようと思う人が増えたことから、パンフレットは「ちょっと気になる」を相談しようとする態度を形成する支援として有効ではないかと考えられる。そのため、今後は保護者が相談できたかを検証する必要があるが、悩みを抱え込む危うさを軽減できる可能性が示唆された。

さらに、自分自身の子どもには「ちょっと気になる」が「ない」と回答した保護者の半数以上が「気持ち理解したいと思う」、「誰かに相談しようアドバイスする」と答えている。自由記載への回答内容においても〈「ちょっと気になる」子と保護者への関心の高まり〉が4件みられていた。母子保健活動ではどんな家族(親子)も排除されることのない地域づくりが必要である¹⁶⁾とされている。パンフレットを読む前と後での比較はできていないが、今回のように全保護者へパンフレットを配布することは周囲の肯定的な態度の形成にもつながるのではないかと考えられる。

2. 情報提供の手段がパンフレットであることのメリット・デメリット

今回、質問紙のパンフレットの自由記載欄への回答において「パンフレットの内容は不安をおおるものであると感じた」という意見が3件みられた。これは発達障害児をもつ保護者が子どもの特性を理解するまでには、様々な心理的過程を経る^{5~7)}ことから予想されたものであった。このことから、こうしたパンフレットは単独で配布するのみでは、不安だけが残ってしまうと考えられるため、パンフレットを読んだ後に、実際の健診の場面でその不安が解消できるような支援があわせて行われることが配布の前提である。

以上の前提を踏まえた上で、今回のパンフレットによる情報提供のメリットを考えると、必要な情報を保護者が確実に受け取ることができること、保護者の否認を誘発せずに情報を提供できること、保護者が子どもの状態を振り返った上で健診にのぞめる

ことの3点があると考えられる。これまでの報告で、広汎性発達障害の保護者が保健師に期待する支援ニーズとしては「広汎性発達障害に関連した情報提供」と「社会資源に対する情報提供」があると報告されている¹⁷⁾。今回のパンフレットの内容では「ちょっと気になる」の例示、「ちょっと気になる」に対する医師のコメントが前者に対応し、「ちょっと気になる」の相談先の提示が後者に対応する。これらの内容は、健診時間での口頭による情報提供に加えて、パンフレットを活用した方が、確実に情報を提供することができ、保護者も後で見返すことができると考えられる。また、実際の健診場面で、保護者に対し「発達障害の可能性があること」を直接伝えた場合には、保護者の否認を誘発することも考えられるが、パンフレットは、読んでも読まないでもよいものであるため、そういった強制されない状況は母親に余裕を与え、その余裕が母親の能動性を生み出す⁷⁾といった報告もある。よって、パンフレットによる情報提供は否認を誘発することなく、相談意欲を高めるためにも有効ではないかと考えられる。さらに、今回のパンフレットは健診の案内送付時に同封するものであったが、自由記載の回答の中でも〈子どもの成長・発達を振り返るきっかけづくり〉になったという内容が3件みられていた。つまり、健診を受ける前に保護者が改めて子どもの状態を振り返り、相談した方がよいことはないか考えるきっかけを提供した可能性がある。

ただし、藤内が指摘する通り¹⁸⁾、行政からは様々なパンフレットが提供されるため、パンフレットに目を通してもらうためにも、必要な情報を必要ときにピンポイントで提供するための方法は検討していく必要がある。

3. ポピュレーションアプローチとしてのパンフレットの有効性

今回の質問紙調査の自由記載欄への回答を整理したところ、【パンフレットが保護者に与えた効果】として〈相談先の情報取得による不安軽減〉が11件みられた。母子保健のポピュレーションアプローチの方法として、健診の通知文書やホームページなどに、子育てを支援するという明確なメッセージを明記し、保護者に届けることが重要である。そして、こうしたメッセージが伝わることでサービスを利用しなくても、たとえば、子育てにおける安心感をもってもらうなどの一部を達成することができるのではないかと藤内は述べている¹⁹⁾。つまり、今回のように全保護者へパンフレットを配布することで、現在には育てにくさなどを感じていない保護者に対しても、地域で子育てをしていく際の安心感を提供し

てくことができる可能性もあると考えられる。

4. 本活動を実施することができた要因

最後に、本活動を実施することができた要因について考察を述べる。本活動は、2014年度に実施された「発達に課題がある児」の分析の結果、地域の課題が存在することが明らかとなり、それを解決するための組織として設置した作業部会が基盤となったものであった。そして、その作業部会において保健センター職員と当事者である発達障害児の保護者により検討を行いパンフレットを作成した。その作成の過程の中で「せっかくパンフレットを作ったのだから、その効果も確認したい」という思いがメンバー間で共有され、時期よく著者が事業評価の研修に参加できたことから評価計画の立案を進めることができた。ただし、評価計画の立案は、研修講師である大学教員の度重なるサポートにより実現した。また、その講師による紹介により、著者の自己学習として健康教育に関する講座に参加し、その内容を作業部会で共有しながら評価を実施していくことができた。

以上のことから、本活動は地域診断（2014年度の「発達に課題がある児」の分析）から始まるPDCAによる地区活動²⁰⁾といえ、それを推進した要因として①活動の基盤となる作業部会を設置したこと、②当事者も交えた検討により作成したパンフレットに対する作業部会メンバーの思いが「評価をしたい」という意識に繋がったこと、③研修への参加や大学教員のサポートを得ることで評価を立案・実施する知識を適時得ることができたことの3つがあると考えられた。

本報告にあたり、ご協力いただきました関係者の皆様に心より感謝申し上げます。とくに、評価計画を立案するにあたり多大なるご助言をいただきました東京女子医科大学大学院看護学研究科 清水洋子先生に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は第75回日本公衆衛生学会総会で発表したものであり、開示すべきCOI状態はありません。

(受付 2018.11. 7)
(採用 2019. 9. 4)

文 献

- 1) 厚生労働省. 健やか親子21 (第2次). 2015. http://sukoyaka21.jp/expert/targetvalue/importantissue_1 (2018年4月6日アクセス可能).
- 2) 今井しのぶ, 古田加代子, 佐久間清美. 子どもの障害に気づき広汎性発達障害と診断を受けるまでの母親の生活上の困難. 日本公衆衛生看護学会誌 2018; 7: 3-12.
- 3) 小淵隆司. 広汎性発達障害幼児の早期予兆と支援:

乳幼児健康相談・健診における親からの訴え(心配事)の分析. 障害者問題研究 2007; 34: 298-307.

- 4) 林 隆. 軽度発達障害児への気づきと対応システム ちょっと気になる子たちの幸せを願って 軽度発達障害児への「気づき」と対応システムについての現状の課題. 小児保健研究 2007; 66: 195-197.
- 5) 吉野妙子. 発達障害児をもつ母親の育児の体験: 受診までの時期. 日本看護学会論文集小児看護 2014; 44: 78-81.
- 6) 土路生明美. 発達に遅れがある子どもの母親の子育て: 障害児デイサービス利用後の変化と支援に焦点をあてて. 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌 2008; 8: 157-166.
- 7) 山崎せつ子, 鎌倉矩子. 自閉症児Aの母親が障害児の母親であることに肯定的な意味を見出すまでの心の軌跡. 作業療法 2000; 19: 434-444.
- 8) 中川信子. 健診とことばの相談. 東京: ぶどう社. 2002; 11-16.
- 9) 額由由美子. 【発達障害児支援の「みる」「つなぐ」「動かす」】子ども未来センターと連携した発達支援相談の取り組み 犬山市における支援事業. 保健師ジャーナル 2013; 69: 985-990.
- 10) 宮本佳代子. 【発達障害児支援の「みる」「つなぐ」「動かす」】山梨市における「2歳児健診」の取り組み 育児支援の枠組みで行う発達障害の早期把握・早期支援. 保健師ジャーナル 2013; 69: 991-997.
- 11) 国立精神・神経医療研究センター. 日本語版 M-CHAT. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat-j.pdf> (2019年2月14日アクセス可能).
- 12) 田中康雄, 監. イラスト図解 発達障害の子どもの心と行動がわかる本. 東京: 西東社. 2014; 30-65.
- 13) 洲鎌盛一. 乳幼児の発達障害診療マニュアル 健診の診かた・発達の促しかた. 東京: 医学書院. 2013; 85-88.
- 14) 田村須賀子. 公衆衛生看護技術論. 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 他編. 最新公衆衛生看護学 第3版 2019年版 総論. 東京: 日本看護協会出版会. 2018; 252.
- 15) 清水嘉子. 母親の育児ストレスにおける相談と対処の実態とその関連性. 小児保健研究 2007; 66: 54-60.
- 16) 中板育美. 周産期からの子ども虐待予防・ケア: 保健・医療・福祉の連携と支援体制. 東京: 明石書店. 2016; 37.
- 17) 井伊暢美, 平野 互, 高野政子, 他. 保健師に求められる広汎性発達障害児と保護者への支援ニーズの検討. 保健師ジャーナル 2009; 65: 318-323.
- 18) 藤内修二. 地域母子保健の意義. 我部山キヨ子編. 助産学講座9 地域母子保健・国際母子保健. 東京: 医学書院. 2016; 11.
- 19) 藤内修二. 母子保健活動におけるポピュレーションアプローチ: なぜ, いまポピュレーションアプローチなのか. 保健師ジャーナル 2007; 63: 756-761.
- 20) 中板育美. 地区診断から始まる保健師の地区活動. 保健師ジャーナル 2013; 69: 96-103.

資料

研究開発型多国籍製薬企業の社会的貢献活動と 患者団体との関係の透明性に関する日米欧の動向

カトウ ミオ* イシカワ オクハラ ツヨシ キウチ タカヒロ
加藤 美生* 石川ひろの* 奥原 剛^{2*} 木内 貴弘^{2*}

目的 複数の国や地域で事業展開する研究開発型多国籍製薬企業は、社会的貢献の対象である患者団体との繋がりが深い。社会的貢献の内容は多岐にわたり、寄付金や協賛費などの直接的資金提供から、企業主催の講演会などに伴う費用などの間接的資金提供、患者団体への依頼事項（原稿執筆や監修、調査）への謝礼、さらには社員による労務提供がある。研究開発型企業の場合、ユーザーである患者の声を生かし、より患者に寄り添った医薬品の開発が求められる。そのため、企業と患者団体との関係性に関する透明性を担保することは、あらゆるステークホルダーにとって重要である。本研究の目的は研究開発型多国籍製薬企業の社会的貢献活動と患者団体の関係の透明性を確保するための情報開示動向を、日米欧の業界団体規程を軸に把握することである。

方法 欧州製薬団体連合会（EFPIA）、米国研究製薬工業協会（PhRMA）、日本製薬工業協会（JPMA）による「製薬企業と患者団体との関係の透明性」に関連する規程の記述内容について、「透明性」「対等なパートナーシップ」「相互利益」「独立性」の4概念を用いて質的帰納的に分析した。

結果 記述内容のほとんどは「透明性」に関していた。最も具体的に記載されていたのはEFPIAの規程であり、患者団体の制作物内容への影響を与えないことや企業主催あるいは患者団体主催のイベントやホスピタリティに関する記載があった。3団体の規程とも財政支援や活動項目の目的や内容について、記録をとることを課していた。しかし、透明性の確保のための情報公開については、PhRMAでは必須とせず、JPMAでは明確な更新スケジュールについて明記がなかった一方、EFPIAでは年1回公開情報の更新を義務付けていた。「対等なパートナーシップ」については、相互尊重、対等な価値、信頼関係の構築などのワードが共に抽出された。いずれの規程も「相互利益」についての言及がなかった。「独立性」に関しては、いずれの規程も患者団体の独立性を尊重または確認することが記述されていた。

結論 各団体が規程を示し、各会員会社による自発的な情報開示を推奨していたが、団体によりその詳細の度合いが異なっていた。業界団体の規程は会員会社のポリシーの基となることから、できるだけ詳細にかつ地域を超えて、同様の情報開示内容や規程が揃えられることが望まれる。

Key words : 研究開発型多国籍製薬企業, 企業の社会的責任, 患者団体, 透明性, 情報公開

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(12): 746-755. doi:10.11236/jph.66.12_746

I 緒 言

近年、医療・公衆衛生の領域において、利益相反（Conflict of Interest: COI）が厳しく問われるようになってきた。製薬企業と医師や医療機関との関係の

透明性に関する情報開示について、米国では2010年に Sunshine Act provisions of the affordable Care Act が施行され、製薬企業が医師や医療機関への支払いを公開する義務を負うことになった。また、2014年9月30日からは Open Payment Program (OPP) Database と呼ばれる支払いデータベースが公開され、医師や医療機関の名称で検索することで、市民が特定の医師や医療機関の受領状況を調べることができる。さらに、最近では患者団体との関係の透明性

* 帝京大学大学院公衆衛生学研究科

^{2*} 東京大学大学院医学系研究科

責任著者連絡先：〒173-8605 板橋区加賀 2-11-1
帝京大学大学院公衆衛生学研究科 加藤美生

に関する情報開示についても、製薬企業の義務であるという動きがみられる^{1,2)}。製薬企業と患者団体の関係は、患者団体の構成員の利益と必ずしも一致しないなど、団体の活動に影響を与える可能性がある。医療者と製薬企業の経済的な関係性がバイアスをもたらす可能性があることは、欧米の研究者による数々のエビデンスにより確認されている。従って、同様のことが製薬企業と患者団体の間にも言えるかもしれない。

患者団体とは、特定疾病の患者とその家族・介護者のニーズを満たすことを第一の使命とする患者アドボカシー団体や患者支援団体の総称であり、その主な活動には、特定疾病に関する教育、患者やその家族からの相談、ヘルプラインの提供、感情面の支援が含まれる。患者団体と製薬企業は「患者のあらゆるニーズを満たす」という共通の関心があるため、さまざまな関係を築いている。団体の規模や種類はさまざまで、医薬品の早期認可やオーファンドラグ開発など治療へのアクセス向上、さらには保健医療体制について患者の声を代表することもある。患者団体の活動資金は主に個人の会費や寄付であるが、製薬企業を含む営利企業による賛助や寄付などもある。

一方、巨大な事業規模・収益を有する製薬企業は医療用医薬品を対象とした画期的な新薬の開発を行い、かつ世界の複数の国と地域で事業展開を行っている研究開発型多国籍製薬企業であり、これらの企業では社会的貢献 (Corporate Social Responsibility; CSR) 活動も活発である^{3~5)}。CSR 活動とは、企業が経済的、社会的、環境的な影響だけでなく、市場、サプライチェーン、地域社会、公共政策の分野などでこれらのステークホルダーとの関係を管理するのに役立つビジネス手法であると言われている⁶⁾。医療・公衆衛生の領域では、とくに患者や家族の生活の質の向上やエンパワメント向上を目指した取り組みが、製薬企業の CSR 活動として重要な位置を示す。CSR 活動を行うにあたり、各企業はグローバル本社で CSR ポリシーを策定している。事業展開先の国には子会社が置かれており、グローバル本社の CSR ポリシーを順守している。つまり、多国籍製薬企業の子会社は、グローバル本社の CSR ポリシーに沿いながら、かつ事業展開先の法律および業界団体の規程を順守して、CSR 活動を行っていると考えられる。

日本で事業展開する製薬企業の多くは、日本製薬工業協会 (Japan Pharmaceutical Manufacturers Association; JPMA) に所属しており、会員企業は JPMA の「コード・オブ・プラクティス」を順守

している。とくに、患者団体との関わり方については、JPMA の「患者団体との協働に関するガイドライン」が策定され、適時更新されている。日本で事業展開している研究開発型多国籍製薬企業のトップ20 (総資産)⁷⁾ のグローバル本社の所在地は米国11社、イギリス2社、スイス2社、ドイツ2社、デンマーク1社、日本1社、フランス1社である。所在地の違いにより、グローバル本社を米国にもつ企業は米国研究製薬工業協会 (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America; PhRMA)、ヨーロッパにもつ企業は、欧州製薬団体連合会 (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations; EFPIA) の規程を順守しなければならない。従って、研究開発型多国籍製薬企業の CSR 活動と患者団体の関係の透明性確保の動向を検討するために、これらの3つの業界団体が策定する規程の記載内容を調査する。これを通じて、今後、医療・公衆衛生領域における企業の CSR 活動のあり方を考える上で重要な示唆が得られるものと考ええる。

II 研究方法

欧州製薬団体連合会⁸⁾、米国研究製薬工業協会⁹⁾、日本製薬工業協会¹⁰⁾のホームページから、オンライン公開されている患者団体との関係に関する規程をダウンロードし収集した。EFPIA および PhRMA の日本語版ホームページもしくは日本語版資料にアクセス可能な場合は、日本語版も参考にした^{11,12)}。収集した規程は EFPIA Code of practice on relationships between the pharmaceutical industry and patient organisations¹³⁾、PhRMA Principles on Interactions with Patient Organizations¹⁴⁾、企業活動と患者団体の関係の透明性ガイドライン (JPMA)¹⁵⁾ である。EFPIA と JPMA の規程は9条から、PhRMA の規程は3項から構成される。製薬業界のポリシー/ガイドラインは会員企業にはもちろん、協働パートナーの患者団体に理解されなければならない。そのため、患者団体が自らのポリシーやガイドラインなどで使用している概念を用いた。Jones (2008) の患者団体の意思決定及び企業との関係構築に関するポリシー及びガイドラインの研究によると、実際に患者団体が企業との協働に関して意思決定をする際の4つの概念は「透明性」「対等なパートナーシップ」「相互利益」「独立性」であった¹⁶⁾。類似した概念として、2014年に国際患者団体連合 (IAPO)、国際看護師協会 (ICN)、国際製薬団体連合会 (IFPMA)、国際薬剤師・薬学連合 (FIP) および世界医師会 (WMA) の5つの支持団体が設立

した「患者団体、医療関係者、製薬業間の倫理的連携のためのコンセンサス・フレームワーク」がある。本フレームワークは「Ⅰ. 患者さんを最優先とする」、「Ⅱ. 倫理的な研究と技術の革新を支持する」、「Ⅲ. 独立性と倫理的行動を保証する」、「Ⅳ. 透明性の確保と説明責任を推進する」の4つの包括的な原則によって構成されているが、企業が主体となった記載のため本研究では用いなかった。

患者団体がスポンサー企業との関係性を示した4概念「透明性」「対等なパートナーシップ」「相互利益」「独立性」¹⁶⁾を用いて、規程の記述内容を質的帰納的に分析した。「透明性」は製薬企業との関係が会社やその製品を推薦しているように見えないこと、「対等なパートナーシップ」は患者のニーズを満たすように協働すること、「相互利益」は企業と患者団体双方にとって利益をもたらすこと、「独立性」は慈善事業が独立であることを示している。

Ⅲ 研究結果

1. 業界団体における患者団体との関係姿勢

グローバル展開する製薬企業の多くは、企業活動地域により複数の製薬団体に所属している。日本で企業活動を行っている研究開発型多国籍製薬企業が所属するのは、グローバル本社は欧州製薬団体連合会または米国研究製薬工業協会のいずれかに属し、ローカル本社は日本製薬工業協会に属する。まず、各業界団体の特徴と患者団体との交流について記述する。表1に各業界団体についてまとめた。

1) 地域レベルの業界団体

欧州では、欧州製薬団体連合会 (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations: EFPIA) がベルギー・ブリュッセルに主拠点をもち、研究開発に基盤を置く欧州製薬企業40社で構成されている⁸⁾。2007年に EFPIA Code of practice on relationships between the pharmaceutical industry and patient organisations (EFPIA 患者団体コード；

以下、EFPIA PO コード)¹⁴⁾が策定され、2011年に更新されている¹³⁾。欧州内にある企業はその会社が立地する国の業界コードに準じ、もし会社が欧州外にあれば、EFPIA PO コードに準じる。欧州の特定の一か国で活動や連携を行う際には、その国の業界コードに準じる。もし国境をまたぐような連携や活動の場合は、欧州におけるその患者団体の立地の業界コードに準じる。

日本には EFPIA Japan と呼ばれる支部を持ち、24社で構成されている¹¹⁾。2017年、EFPIA Japan は Patient Advocacy Support by EFPIA Japan (PASE) を新設した¹⁷⁾。本プロジェクトは、日本の患者団体活動の活性化を促し、患者の声が適切に医療制度に反映されることで、患者を取り巻く医療環境がより良いものに発展していくことを支援している¹⁷⁾。活動のひとつに、PASE AWARD を創設し、患者権利を擁護する活動の発展に寄与する団体の活動に助成金を拠出している¹⁷⁾。第1回では、一般社団法人 CSR プロジェクト、クラヴィス アルクス、アレルギー患者の声を届ける会、肺がん患者の会ワンステップ!、日本 IDDM ネットワークに計115万円の助成金を、第2回では一般社団法人 CSR プロジェクト、HAEJ、パンキャンジャパン、全国ファブリー病患者と家族の会、ゲノム医療当事者団体連合会に計145万円の助成金を贈呈している¹⁷⁾。また、患者団体との情報交換や患者団体への啓発機会の提供などを通して、多様な疾病の患者団体との連携を強化することも活動のひとつである¹¹⁾。

2) 国レベルの業界団体：米国および日本

米国研究製薬工業協会 (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America: PhRMA) は、ワシントン DC に本部を置き、正会員企業数は38社である (2018年12月現在)⁹⁾。PhRMA は2002年、PhRMA Principles on Interactions with Patient Organizations を策定した¹⁴⁾。規程ではなく、プリンシパル(原則)を公表している(以下、PhRMA 原則)。

表1 日欧米の製薬団体の概要

団体名	欧州製薬団体連合会 (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations; EFPIA)	米国研究製薬工業協会 (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America; PhRMA)	日本製薬工業協会 (Japan Pharmaceutical Manufacturers Association; JPMA)
本部拠点	ベルギー・ブリュッセル	米国・ワシントン DC	日本・東京
日本支部	有・EFPIA Japan	有・PhRMA 日本オフィス	—
患者団体との関係性に 関する規程あるいは原則名	THE EFPIA Patient Organisation Code	PhRMA Principles on Interactions with Patient Organizations	患者団体との協働に関するガイド ライン
策定年	2007	2002	2013
改訂版	2011	—	2017
ホームページ	www.efpia.eu	www.phrma.org	www.jpma.or.jp
会員会社数	40社 (2017年)	38社 (2018年12月31日現在)	71社 (2018年5月1日現在)

日本には PhRMA 日本オフィスを有し、11企業が加盟する¹²⁾。患者コミュニケーション委員会 (Patient Advocacy Committee) を持ち、医療政策やヘルスケア分野のイノベーション推進において、患者の視点にたった取り組みを患者団体と協働している。また、患者アドバイザリーボードメンバーを設け、PhRMA の活動についてアドバイスを受けている。2018年度には、患者団体支援の一環として、団体運営や各団体の強みを活かした資金調達の取り組みに関する最新事例について情報提供するなど、積極的に患者団体と協働している¹²⁾。

日本製薬工業協会 (Japan Pharmaceutical Manufacturers Association; JPMA) には、71社が加盟している (2018年5月現在)¹⁰⁾。JPMA では、患者団体連携推進委員会を設け、患者団体との協働を進めてきた。2011年からは、患者団体アドバイザリーボードを設置し、製薬産業と患者団体の共通テーマについて学び、対話し、課題解決のための意見交換を実施している¹⁸⁾。2013年に「企業活動と患者団体の関係の透明性ガイドライン (JPMA)」が策定され、2017年に更新された (以下、JPMA ガイドライン)¹⁵⁾。その目的は、「会員会社の活動における患者団体との関係の透明性を確保することにより、その活動が患者団体の独立性を尊重する高い倫理性と相互理解を担保したうえで患者団体の活動・発展に寄与していることについて広く理解を得ること」である。これは、日本で企業活動を行う会員会社が本ガイドラインを参考に各社が「患者団体との関係の透明性に関する指針」を策定し、各社独自の行動基準とすることを前提としている。

JPMA は患者団体との協働とは、製薬企業と患者団体が、対等の立場で力を合わせて活動することであり、交流、支援から共有の課題解決を目指す活動まで、幅広い範囲としている。

2. 業界団体規程の比較

まず表2-1に「患者団体」の定義を示す。いずれ

の業界団体の規程にも記載があるが、多少の差異が認められた。EFPIA PO コードおよび PhRMA 原則では患者団体は非営利であることが記載されているが、JPMA ガイドラインは限定していない。

その他の記述内容を4概念「透明性」「対等なパートナーシップ」「相互利益」「独立性」を用いて分類し、表2-2-1 および2, 表2-3, 表2-4にまとめた。

1) 透明性

いずれの団体も会員企業が患者団体に対して資金提供する際に、単独提供者となるよう患者団体に要求することを禁止している。JPMA ガイドラインではこれに加え、複数の資金提供元を有することを患者団体に推奨するように、会員企業に通知している。しかし、いずれの団体も、結果的に単独の資金提供者となった場合は、規程違反ではないとしている。

米国では一般人を対象とした処方薬のプロモーションは禁止されていないため、PhRMA 原則には、処方薬プロモーションの禁止について記載されていない。一方、欧州や日本では禁止されているため、EFPIA PO コードおよび JPMA ガイドラインで、プロモーションの禁止が明確に記載されている。

EFPIA PO コードと JPMA ガイドラインは、患者団体が制作する資材やその他の著作物に対し、影響を与えることを禁止している。ただし、EFPIA PO コードでは、科学的観点から修正・起草などを行うことは差し支えないと追記している。PhRMA 原則では本項目についての記載はない。

EFPIA PO コードのみ、患者団体が作成した資材やロゴを企業が使用することについて、書面による許可が必要であることが記載されている。PhRMA 原則および JPMA ガイドラインには記載はない。

イベントへの支援については「患者団体主催のイベントへの支援の場合」と「企業が患者団体のために、企業主催のイベントを開催する場合」に分けて、規定されている。すべての団体規程で、患者団

表2-1 製薬業界団体の規程の比較 (患者団体の定義)

規程の名称	The EFPIA Patient Organisation (PO) Code	PhRMA principles on interactions with patient organization	患者団体との協働に関するガイドライン
患者団体の定義	主に患者や介護者からなる非営利団体 (所属する傘下組織を含む) として定義され、患者や介護者のニーズを表したりサポートしたりする。	通常、主に患者、その家族、または他の介護者の利益とニーズを表す非営利団体である。	「患者・家族、その支援者が主体となって構成され、患者の声を代表し、患者・家族を支えあうとともに療養環境の改善を目指し、原則として定款・会則により定義された役割や目的を持つ患者会および患者支援団体」をさす。ただし、法人格の有無、設立形態は問わない。

表2-2-1 製薬業界団体の規程の比較（活動に関する透明性①）

規程の名称	The EFPIA Patient Organisation (PO) Code	PhRMA principles on interactions with patient organization	患者団体との協働に関するガイドライン
処方薬のプロモーションの禁止	EUのみならず国内の法律および行動規範で、処方薬を一般の人々に宣伝することを禁止する。	記載なし	患者団体に対し、医療用医薬品の広告・宣伝を行わない。
単独の資金提供者	いかなる企業も、それが患者団体またはその主要プログラムのいずれかの唯一の資金提供者であることを要求することはできない。	いかなる企業も、それが患者団体またはそのプログラムの唯一の資金提供者であることを要求すべきでない。	単独の支援者となることを条件とする支援は行わない。患者団体が活動のための資金を複数の提供元から調達することを推奨する。
患者団体の制作物内容への影響	企業は、商業的利益にかなうように、患者団体の資材の文章に影響を及ぼすことを求めてはならない。これは、事実の不正確さを修正することを妨げるものではない。さらに、患者団体の要請により、企業は公正でバランスのとれた科学的観点からテキストの起草に貢献することはできる。	記載なし	患者団体に対し、企業の利益のために患者団体が作成する資料・出版物の内容、発言等に影響力を行使することは行わない。
企業による、患者団体のロゴ使用等	企業による患者団体のロゴおよび/または商標登録された資材の公的使用には、その団体からの書面による許可が必要である。許可を求める際には、特定の目的とロゴおよび/または独自の資材の使用方法を明確にしなければならない。	記載なし	記載なし

著者による翻訳

体主催のイベントへの支援は可能であるとしている。企業主催の場合は、華美にならないよう、イベントの目的に適った場所にするように努力が求められている。ホスピタリティのうち、飲食物の提供について、EFPIA PO コードおよび PhRMA 原則では、現地基準でリーズナブルもしくは控えめなものであること規定されている。JPMA ガイドラインには記載はない。EFPIA PO コードでは、さらに詳細に、交通費や宿泊費、イベント参加料などの支払いが参加者本人に限り可能であること、例外として障害者の介護者には支払いが可能であることが明記されている。PhRMA 原則および JPMA ガイドラインには記載はない。

すべての業界団体規程で、財政支援や活動項目の目的や内容について、記録をとることが課されている。これは、関与の明確化と文書による合意および記録をとることが必須であるためである。EFPIA PO コードではより具体的に、文書に記録すべき項目の一覧化が必要であることや合意に至るまでのプロセスを明確にしておくことが述べられている。

透明性確保のための情報公開については、EFPIA PO コードと JPMA は情報公開を行うことを必須としている。一方、PhRMA 原則では公開を必須としていない。EFPIA PO コードでは、年1回更新させ

ることを義務付けており、公開される情報が更新・追加されていくべきであることが明記されている。JPMA ガイドラインでは明確な更新スケジュールについて明記がない。

2) 対等なパートナーシップ

EFPIA PO コードでは、患者団体と製薬業界の二者のパートナーシップには相互尊重が必須であり、各人が対等な価値を有する視点を持ち、決定しなければならない。一方、JPMA ガイドラインでは、「患者団体との対等な信頼関係を構築し、共通の目的の実現に向けてそれぞれの役割を果たす」と記載されていた。

3) 相互利益

いずれの規程にも記載はなかった。

4) 独立性

患者団体の独立性について、PhRMA 原則および JPMA ガイドラインでは、企業は患者団体の独立性を「尊重すること」と記載されているが、EFPIA PO コードでは「確認すること」と記載されており、やや強めの表現である。このことから、欧州では患者団体の独立性を可視化することにより、「確認すること」を会員企業に義務付けていることが明らかである。JPMA ガイドラインでは「患者団体との協働を、それぞれの見解や判断を尊重した相互理解

表2-2-2 製薬業界団体の規程の比較（活動に関する透明性②）

規程の名称	The EFPIA Patient Organisation (PO) Code	PhRMA principles on interactions with patient organization	患者団体との協働に関するガイドライン
イベントやホスピタリティ	<p>学術会議、ビジネス会議、専門家による会議など、企業が主催するイベントは、その主目的に資する適切な場所および会場で開催する必要がある。有名・贅沢なエンターテイメント施設は避けなければならない。製薬業界によって患者団体およびそのメンバーに提供されるあらゆる形態のホスピタリティは、イベントが患者団体または製薬業界によって運営されているかどうかにかかわらず、リーズナブルであり、イベントの主目的に従属するものとする。</p> <p>イベントに関連したホスピタリティは、交通費、食事費、宿泊費およびイベント参加料に限定される。ホスピタリティは、参加者としての資格を有する人にとのみとする。例外として、明らかな健康上の必要性（たとえば、障害）のある場合、介護者とみなされる同伴者の交通費、食事費、宿泊費およびイベント参加料の費用を負担することができる。患者団体およびその代表者に提供されるあらゆる形態のホスピタリティは、リーズナブルであり、厳密にイベントの目的のみに限定される。ホスピタリティには、エンターテイメント（スポーツや娯楽イベントなど）のスポンサーまたは運営は含まれない。いかなる企業も本国以外で開催されるイベントを主催または後援することはできない。ただし、次の場合を除く。</p> <p>a. ほとんどの招待者の出身国を考え、他の国でイベントを開催することが物理上の理にかなっている場合。</p> <p>b. イベントの目的または主題である関連リソースまたは専門知識を考慮し、他国でイベントを開催することが物理上の理にかなっている場合。</p>	<p>活動の主目的が本質的に専門的、教育的、または科学的なものであるかぎり、企業は患者団体の集会またはその他の活動に対して財政的支援を提供するか、またはその他の方法で患者団体の使命を支援することができる。企業が患者団体のために会議を開くとき、企業は開催地と場所が適切で、情報伝達に資することを確実にすべきである。さらに、企業が提供する食事や飲み物は現地の基準で判断したときに控えめなものでなければならない。</p>	<p>患者団体に対する支援にあたっては、華美・過大とならないよう努める。</p> <p>また、患者団体の行う会合等については、その目的に相応しい会場および開催地とするなど、適正に支援を行う。</p>

著者による翻訳

のもとに行う」と記載されており、対等であることが明記されている。一方、EFPIA PO コードおよびPhRMA 原則では「相互理解」の記載がなく、患者団体と企業とが相互理解するよりも、対等であること、尊重することが重視されていると考えられる。

独立性を保つための企業の倫理観については、「倫理基準」を順守して活動を行うことがPhRMA 原則とJPMA ガイドラインでは求められている。2 規程では、企業の姿勢として、高い倫理基準があること、高い倫理観をもつことが企業に求められているが、倫理観や倫理基準についての定義が示されて

いないため、やや抽象的な言及である。

IV 考 察

3 団体の規程に共通点も見られたが、多くの項目には具体性の偏りが確認された。概して、EFPIA PO コードは他の2つの団体規程よりも、より詳細にかつ具体的に、患者団体との関係性の透明性を担保するための活動および情報開示について記載していた。他の2団体との大きな違いは、概念だけでなく、個々の活動について詳細かつ具体的に記述をした点である。患者団体の制作物内容への影響や企業

表2-3 製薬業界団体の規程の比較（透明性の記録や開示）

規程の名称	The EFPIA Patient Organisation (PO) Code	PhRMA principles on interactions with patient organization	患者団体との協働に関するガイドライン
関与の明確化	企業は、スポンサーシップが常に明確に認められ、最初から明らかになっていることを確認しなければならない。	患者団体と協働する際、会社は会社の関与とその関与の性質の両方が最初から明らかであることを確実にすべきである。	記載なし
文書による合意と記録	患者団体に財政援助か現物寄付を提供する会社はあらゆる活動の目的およびその資金提供を含む支援の性質を説明する書面による文書を持っているべきである。書面には、資金額とその目的（例：無制限の助成金、具体的な会議や出版物など）を記載する必要がある。それはまた、重要な間接的支援（たとえば、PR 会社の時間の寄付およびその関与の性質）および重要な非金銭的支援の説明も含まなければならない。各製薬会社は、これらの契約に対して適切な承認プロセスを用意する必要がある。	患者団体に財政的支援もしくは現物での貢献を提供する会社はあらゆる活動の目的とその資金を含む支援の性質を説明する文書を有するべきである。	患者団体との協働における活動項目や資金提供等については、その目的・内容等について書面による合意を交わし、記録を残す。
透明性確保のための情報開示手段	各企業は、財政的支援および/または重要な間接的/非財政的支援を提供する患者団体の一覧を公に閲覧可能にしなければならない。その際、一般的な読者が支援の重要性について理解を深めることができるよう、支援の性質を十分に説明しなければならない。本情報には、財政的支援と請求された費用の金銭的価値が含まれる。金銭的価値にあてることができない重要な非金銭的支援については、患者団体が受ける非金銭的利益を明確に記述しなければならない。本情報は、国内または欧州内で開示され、少なくとも年に1回は更新されるべきである。また、各企業は、重要な契約サービスを提供した患者団体の一覧を公に閲覧可能にしなければならない。本情報には、契約に関する機密情報は漏らさず、一般的な読者が理解できるような十分な説明を含めるべきである。企業はまた、報告期間にわたって患者団体ごとに支払われた総額を公表する必要がある。	患者団体に財政的支援か現物での貢献を提供する会社はあらゆる活動の目的とその資金を含む支援の性質を説明する文書を持っているべきである。	患者団体に提供している金銭的支援等について、「企業活動と患者団体の関係の透明性ガイドライン」に則り、適正な情報公開を行う。

著者による翻訳

による患者団体ロゴの使用、イベントやホスピタリティに関する記述は、所属する会員企業が順守すべき内容、つまり各企業のCSRポリシーもしくはガイドラインに含めるべき内容となっている。

相互利益に関してはいずれの規程でも記載がなかった。これは、患者団体が受益者であり、製薬企業はあくまでもビジネス活動ではなくCSRの観点から患者団体ひいては患者とその家族の生活の質の向上に貢献する立場であるからだろう。

欧米にグローバル本社をもつ多国籍企業は複数の地域で事業展開するが、企業のCSRポリシーまたはガイドラインは事業展開地域に依らず、ひとつである。そのため、事業展開先の業界団体が策定している規程すべてを網羅できるようなポリシーまたはガイドラインを策定するだろうが、欧州と米国では多少異なる恐れがある。従って、業界のCSRポリシーまたはガイドラインの「透明性」に企業と患者団体との関係がその企業またはその企業の製品の保

表2-4 製薬業界団体の規程の比較 (対等なパートナーシップ, 相互利益, 独立性)

規程の名称	The EFPIA Patient Organisation (PO) Code	PhRMA principles on interactions with patient organization	患者団体との協働に関するガイドライン
対等なパートナーシップ			
対等性	患者団体と製薬業界とのあらゆるパートナーシップは相互尊重に基づき、それぞれが対等な価値を有する視点や決定をもたなければならない。	記載なし	患者団体と対等な関係で信頼関係を構築し、共通の目的の実現に向けてそれぞれの役割を果たす。
相互利益			
相互利益	記載なし	記載なし	記載なし
独立性			
患者団体の独立性	患者団体の政治判断や政策、活動に関して、彼らの独立性は確認しなければならない。	患者団体の独立性は尊重しなければならない。	患者団体の活動方針や運営に関して、主体性と独立性を尊重する。
相互理解	記載なし	記載なし	患者団体との協働を、それぞれの見解や判断を尊重した相互理解のもとに行う。
倫理観や倫理基準の順守	記載なし	患者団体とのすべての交流は、患者団体の使命に一致すべきであり、高い倫理基準を順守する。	患者団体とのあらゆる協働において、高い倫理観をもち、患者団体の独立性を尊重する。

著者による翻訳

証と見なされていないことを確認すること、「対等なパートナーシップ」に、患者のニーズを満たすために共に働くこと、「相互利益」に企業と患者団体との関係は双方にベネフィットをもたらすこと、「独立性」に、慈善行為が独立していることを確認することが記載されることで、患者団体が企業との協働に関して意思決定をする際に考慮する4つの概念を網羅することになり、企業も患者団体もより迅速な意思決定をすることができるだろう。

本研究の解釈において、以下の限界点が挙げられる。PhRMAはプリンシパル(原則)のみがオンラインで公開されているため、他の2団体がもつ「規程」に記載されたような詳細な記述がなかった可能性がある。しかし、透明性を担保するためには、誰もがアクセス可能な形での情報公開が原則である。そのため、本研究ではオンラインでアクセス可能な規程としてプリンシパル(原則)を分析対象とした。二つ目の限界点として、団体の規程がCSR活動だけでなく企業活動全体を対象としていることが挙げられる。企業活動には、製品の研究開発・販売などの事業活動とCSR活動がある。過去には慈善事業(フィランソロピーなど)の位置づけだったが、近年はCSR活動が企業全体の利益に関係することが明らかになっている⁶⁾。そのため、CSR活動を企業活動の一部と定義し、本研究の分析対象として、企業活動に関する規程を選択した。

V 結 語

革新的な医薬品の研究開発に莫大な研究開発費を投じる必要があるため、合併・買収などにより、研究開発型製薬企業はより巨大な多国籍企業となっている。このような多国籍企業は事業展開先の国や地域でのCSR活動の透明性を担保すべく、自らのCSRポリシーやガイドラインを策定しているが、これらは業界団体の規程を基に策定されている。そのため、研究開発型多国籍製薬企業の社会的貢献活動と患者団体の関係の透明性を確保するための情報開示動向を、日米欧の業界団体規程を軸に概観した。

各団体が規程を示し、各会員会社による自発的な情報開示を推奨していたが、団体によりその詳細度合いが異なっていた。業界団体の規程は会員会社のポリシーの基となることから、とくに多国籍製薬企業の患者団体との関係性の透明性を担保するためには、国や地域を超えて、統一した内容を規定し開示できるように、各団体の規程を揃えることが望まれる。とくに、個々の活動についての具体的な規定とその開示については、患者団体を含む一般社会からの理解を促進するだろう。

今後はこれらの団体規程に基づき、各企業のCSRポリシーと透明性担保のための情報公開の実態を調査する必要がある。

の助成を受けたものです。記して深謝いたします。

本研究において、開示すべき COI 関係にある企業は小野薬品工業株式会社（寄付講座）です。

（受付 2019. 3.26）
（採用 2019. 7.22）

文 献

- 1) McCoy MS. Industry Support of Patient Advocacy Organizations: The Case for an Extension of the Sunshine Act Provisions of the Affordable Care Act. *American Journal of Public Health* 2018; 108: 1026–1030.
- 2) Kanter GP. Extending the Sunshine Act From Physicians to Patient Advocacy Organizations. *American Journal of Public Health* 2018; 108: 978–979.
- 3) Min M, Desmoulin-Lebeault F, Esposito M. Should pharmaceutical companies engage in corporate social responsibility? *Journal of Management Development* 2017; 36: 58–70.
- 4) Droppert H, Bennett S. Corporate social responsibility in global health: an exploratory study of multinational pharmaceutical firms. *Globalization and Health* 2015; 11: 15.
- 5) Salton R, Jones S. The corporate social responsibility reports of global pharmaceutical firms. *British Journal of Healthcare Management* 2015; 21: 21–25.
- 6) Babor TF, Robaina K. Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. *American Journal of Public Health* 2013; 103: 206–214.
- 7) 日本製薬工業協会 医薬産業政策研究所. DATA BOOK 2018 (WEB版). <http://www.jpma.or.jp/about/issue/gratis/databook/2018/> (2019年3月1日アクセス可能).
- 8) EFPIA. <https://www.efpia.eu> (2019年1月20日アクセス可能).
- 9) PhRMA. <https://www.phrma.org> (2019年1月20日アクセス可能).
- 10) JPMA. <http://www.jpma.or.jp> (2019年1月20日アクセス可能).
- 11) EFPIA Japan. <http://www.efpia.jp> (2019年1月20日アクセス可能).
- 12) PhRMA Japan. <http://www.phrma-jp.org> (2019年1月20日アクセス可能).
- 13) EFPIA, 2011. EFPIA Code of Practice on relationships between the pharmaceutical industry and patient organisations. https://www.efpia.eu/media/24310/3c_efpia-code-of-practice-on-relationships-pharmapluspt-orgs.pdf (2019年1月20日アクセス可能).
- 14) PhRMA, 2012. PhRMA Principles on Interactions with Patient Organizations. http://phrma-docs.phrma.org/sites/default/files/pdf/phrma_principles_paper_20120919_final.pdf (2019年1月20日アクセス可能).
- 15) JPMA, 2017. 患者団体との協働に関するガイドライン. <http://www.jpma.or.jp/patient/tomeisei/kyodo/pdf/kyodo.pdf> (2019年1月20日アクセス可能).
- 16) Jones K. In whose interest? Relationships between health consumer groups and the pharmaceutical industry in the UK. *Sociology of Health & Illness* 2008; 30: 929–43.
- 17) EFPIA, 2017. Working together with patient groups. <https://www.efpia.eu/media/288492/working-together-with-patient-groups-23102017.pdf> (2019年1月20日アクセス可能).
- 18) 梶原直子. 日本製薬工業協会の取組み：臨床試験・治験の推進・情報提供の現状と課題 *保健医療科学* 2015; 64: 367–373.

Transparency in relations between multinational R&D pharmaceutical companies' corporate social responsibility activities and patient organizations in the Europe, Japan, and the United States

Mio KATO*, Hirono ISHIKAWA*, Tsuyoshi OKUHARA^{2*} and Takahiro KIUCHI^{2*}

Key words : multinational R&D pharmaceutical companies, corporate social responsibility, patient organization, transparency, information disclosure

Objectives Multinational R&D pharmaceutical companies operating in many countries and regions have deep ties with patient groups that are recipients of their corporate social responsibility (CSR). CSR activities are diverse and range from direct funding (including donations and sponsorships) to indirect funding (such as expenses associated with company-sponsored lectures); there are rewards for CSR requests for patient groups (writing, supervision, and surveys), and labor is provided by company employees. In developing pharmaceutical products, R&D companies can provide greater benefits to patients by listening to them. It is therefore important for all stakeholders to ensure transparency regarding the relationship between companies and patient groups. This study aimed to identify trends in information disclosure toward ensuring transparency of relations between CSR activities and patient groups based on industry groups regulations in Japan, the United States, and Europe.

Methods The contents described in regulations by the European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), and the Japan Pharmaceutical Manufacturers Association (JPMA) concerning such transparency were qualitatively and inductively analyzed in terms of four concepts: transparency, equal partnership, mutual benefit, and independence.

Results Most of the descriptions relate to transparency. The EFPIA regulation is the most detailed; it states that there should be no influence on patient groups' work or on events and activities organized by companies or patient groups. The rules of the three associations also impose the need to maintain records concerning the purpose and contents of financial support and activity items. However, information disclosure to secure transparency is not required in the PhRMA regulation. The JPMA regulation does not specify a clear update schedule; the EFPIA regulation requires disclosure information to be updated once a year. In terms of equal partnership, such terms as "mutual respect," "equal value," and "establishing a trust relationship" appeared in searches with all three regulations. None of the regulations referred to "mutual benefit." All the regulations either respected or validated the independence of patient groups.

Conclusion Each pharmaceutical association set its own regulations and recommended voluntary information disclosure by member companies; however, the extent of such disclosure differed with each association. The regulations of industry associations form the basis for the policies of member companies; thus, it is desirable that the contents and regulations related to mutual information disclosure be established in great detail worldwide.

* Graduate School of Public Health, Teikyo University

^{2*} Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

資料

都道府県食育推進計画の特徴：具体的目標の分析から

クロタニ 黒谷 カヨ 佳代* カネダ 金田 ユキエ 恭江* オオブチ 大淵 トモミ 智美* タキモト 瀧本 ヒデミ 秀美*

目的 食育基本法に基づき、全都道府県が食育推進計画を作成し、食育を推進している。一方、市町村の食育推進計画の作成割合は100%に到達していない。その背景には適切な情報提供の不足が挙げられる。本研究では、都道府県計画の情報から、市町村計画の策定に寄与する情報を抽出することを目的とした。

方法 2018年12月現在、各都道府県で公開されている現行および前回の食育推進計画の情報を収集した。現行計画については、計画名、計画の位置づけ、期間、基本理念、基本方針、基本施策、具体的目標に関するデータを抽出した。また、前回計画の具体的目標を「目標達成」、「改善したが目標未達成」、「変化なし」、「悪化」、「評価不可」として評価した。

結果 現行計画を食育基本法に基づく独立した計画として作成していた都道府県は74.5%、他施策を兼ねたものが25.5%であった。計画は5年間のものが72.3%と最も多く、基本理念に「健康」や「健全な食生活」を含む計画は72.3%で、基本施策実施担当部局を明記した計画は25.5%であった。現行計画の具体的目標 ($n=1,180$) は、国の第3次食育推進基本計画の生活習慣病予防・改善の食生活や子供の朝食欠食に関連した項目が多かったものの、国と同じ目標値を設定しているものはわずかであった。また、具体的目標の策定時値の出典が明記されていたのは80.0%であったものの、目標値の設定根拠が明記されていたのは24.5%であった。前回計画の具体的目標 ($n=1,197$) のうち、目標達成項目は24.7%、悪化項目は22.1%あった。各都道府県の目標項目のうち、50%以上の項目が達成されていた都道府県は6つで、評価と考察がきちんと実施され、次期計画策定に生かされていた。目標達成項目は、朝食、共食、食事バランスなどの食生活、生活習慣病の予防・改善、地産地消の推進に関するものが多く、悪化項目も同様であった。数値目標値の場合、策定時値を基準にした目標値の比は、目標達成項目に比べ、悪化項目の方が1に近かった。

結論 食育計画の評価を踏まえた次期計画策定が、達成可能な目標設定につながることを示唆された。また、目標項目および目標値の設定根拠、出典、担当部局などの具体的な情報を都道府県食育推進計画に記載することで、市町村計画策定に役立ち、市町村の食育推進関係者の理解の向上につながるだろう。

Key words : 食育, 都道府県, 食育推進計画, 目標, 達成, 評価

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(12): 756-766. doi:10.11236/jph.66.12_756

I 緒 言

2005年食育基本法(平成17年法律第63号)¹⁾の施行後、わが国の食育は著しい進歩を遂げてきた。同法において、食育を生きる上での基本であって、知育、徳育、体育の基礎となるべきものと位置付ける

とともに、様々な経験を通じて、「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てる食育を推進することが求められている。また、都道府県および市町村に対して、食育推進計画を作成するよう務めることを求めている。食育の推進に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るために必要な基本的事項を定めた食育推進基本計画²⁾(2006年度から2010年度までの5年間を対象)が策定され、それを基にすべての都道府県において食育推進計画が策定された。第2次食育推進基本計画³⁾(2011年度から2015年度

* 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所国立健康・栄養研究所栄養疫学・食育研究部
責任著者連絡先: 〒162-8636 新宿区戸山1-23-1
医薬基盤・健康・栄養研究所国立健康・栄養研究所
栄養疫学・食育研究部 黒谷佳代

までの5年間を対象)においては、2010年度に40%となっている推進計画を作成・実施している市町村の割合を2015年度までに100%とすることを目標として掲げた。その結果、2015年度時点で推進計画を作成・実施している市町村の割合は76.7%と顕著な増加が見られた。しかし、2016年度からの5年間を対象に実施されている、第3次食育推進基本計画⁴⁾においても、推進計画を作成・実施している市町村の割合を2020年には100%とすることを目標としているもののいまだ達しておらず、未達成の市町村の抱える課題について明らかになっていなかった。

2017年農林水産省「食育推進計画調査報告書」⁵⁾において、食育推進計画を作成していない市町村の状況が明らかとなった。未作成市町村のうち、食育推進計画の作成の必要性については理解しているが、作成に着手できない状況にある市町村が48.1%におよび、日頃、国や都道府県などから参考となる情報提供がされることや計画作成に際して、専門的なアドバイスを具体的に適宜受けられること、計画の作成方法に関する研修会や講習会等が開催されることが求められていることがわかった。食育推進計画のない市町村では、効果的な食育の推進が難しいことが予想され、健康格差拡大につながる食の地域格差拡大が危惧される⁶⁾。適切な情報提供をすることで、市町村の食育推進計画の作成が進むことが期待される。

市町村において食育推進計画の作成が推進されるためには、先行する都道府県食育推進計画の情報の整理が必要であると考えられる。これまでに、都道府県食育推進計画について計画の実施と評価の状況についてまとめた報告は行われていない。そこで、我々は、都道府県食育推進計画の情報を収集し、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所国立健康・栄養研究所のホームページ上に情報を掲載した⁷⁾。本研究では、収集データを基に、市町村計画の策定に寄与する情報を抽出することを目的とした。

II 研究方法

1. 対象および方法

本研究の対象は、47都道府県の現行と前回の都道府県食育推進計画である。食育推進計画は、2018年12月現在、各都道府県のホームページにて公開されているものを収集し、公開されていない場合には直接都道府県の担当者に問い合わせた。都道府県食育推進計画は、すべての都道府県において共通する以下の項目について情報を抽出した。計画名、計画の位置づけ、期間、基本理念、基本方針、基本施策、具体的目標である。なお、基本理念、基本方針、基

表1 第3次食育推進基本計画の具体的目標

目標項目	目標値 (2022年度)
① 食育に関心を持っている国民の割合	90%以上
② 朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数	週11回以上
③ 地域等で共食したいと思う人が共食する割合	70%以上
④ 朝食を欠食する子供の割合	0%
⑤ 朝食を欠食する若い世代の割合	15%以下
⑥ 中学校における学校給食実施率	90%以上
⑦ 学校給食における地場産物を使用する割合	30%以上
⑧ 学校給食における国産食材を使用する割合	80%以上
⑨ 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている国民の割合	70%以上
⑩ 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている若い世代の割合	55%以上
⑪ 生活習慣病の予防や改善のために、ふだんから適正体重の維持や減塩等に気をつけた食生活を実践する国民の割合	75%以上
⑫ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み食品企業の登録数	100社以上
⑬ ゆっくりよく噛んで食べる国民の割合	55%以上
⑭ 食育の推進に関わるボランティア団体等において活動している国民の数	37万人以上
⑮ 農林漁業体験を経験した国民(世帯)の割合	40%以上
⑯ 食品ロス削減のために何らかの行動をしている国民の割合	80%以上
⑰ 地域や家庭で受け継がれてきた伝統的な料理や作法等を継承し、伝えている国民の割合	50%以上
⑱ 地域や家庭で受け継がれてきた伝統的な料理や作法等を継承し、伝えている若い世代の割合	60%以上
⑲ 食品の安全性について基礎的な知識を持ち、自ら判断する国民の割合	80%以上
⑳ 食品の安全性について基礎的な知識を持ち、自ら判断する若い世代の割合	65%以上
㉑ 推進計画を作成・実施している市町村の割合	100%

本施策については、都道府県によって異なる文言が使われている場合があった。第二著者と第三著者が別々に文言の抽出および入力を行い、データを照合した。不一致の場合には納得するまで話し合い、第3者に意見を求め、判断した。また、前回の食育推進計画については、各都道府県が実施している目標達成度評価が公表されているものもあったが、都道府県によって判定基準が異なるため、第二著者と第三著者が別々に具体的目標の達成度を「目標達成」、「改善したが目標未達成」、「変化なし」、「悪化」、「評価不可」として評価した。その結果を照合し、

不一致の項目については第一著者を含む3人で合意が得られるまで話し合い、判断した。

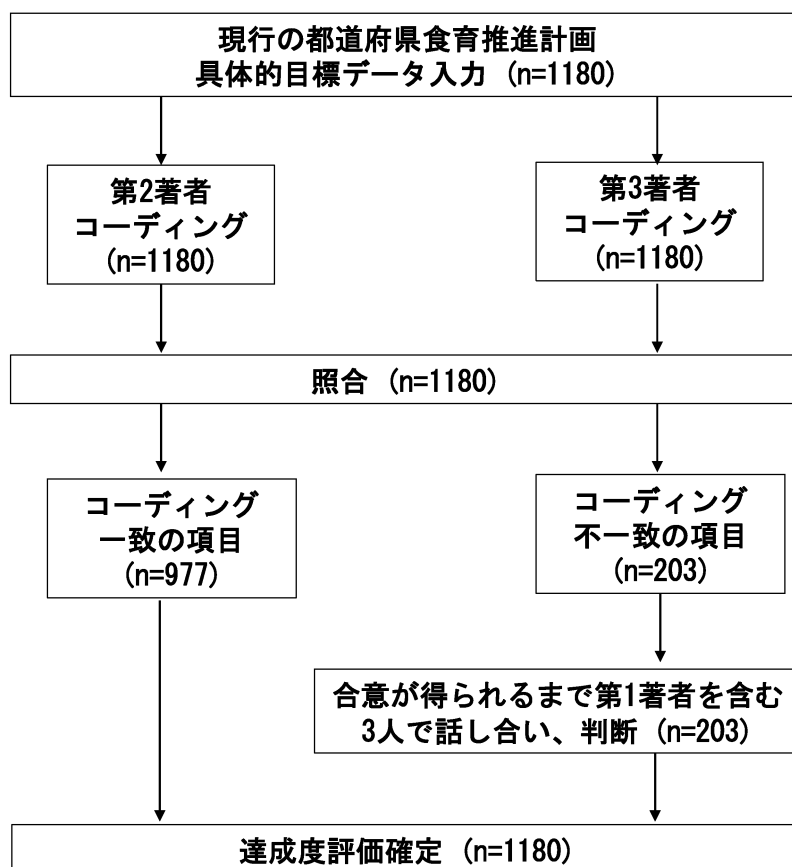
2. 分析方法

本研究では、現行の都道府県食育推進計画の基本方針数、基本施策数、具体的目標数を算出した。現行の都道府県食育推進計画の具体的目標 ($n=1,180$) については、第3次食育推進基本計画の21の目標項目 (表1) に基づきコーディング項目を作成し、その他を含む全22個のコーディング項目を作成した。それぞれのコーディング項目に関連する内容の記述があれば1、なければ0としてMicrosoft Excelで作成したコーディングシートに記載した。たとえば、「⑩ 生活習慣病の予防や改善のために、ふだんから適正体重の維持や減塩等に気をつけた食生活を実践する国民の割合」のコーディングに際し、「1日の食塩摂取量の減少」や「1日の野菜摂取量の増加」、「適正体重を維持している人の割合の増加」などの具体的目標に関しては、各計画を精読し、生活習慣病の予防や改善を意図して目標を設定していることが確認できた場合には、⑩の目標コーディングを1と判定した。コーディングは第二著者と第三著者が独立してコーディングマニュアルに基づき実施した (図1)。ダブルコーディングの結果、不一致

の項目 ($n=203$) については第一著者を含む3人で合意が得られるまで話し合い、判断した。コーディング項目別に具体的目標数を算出した。なお、複数のコーディング項目に該当する具体的目標については、一つの具体的目標に対し、複数のコーディング項目に計上した。具体的目標については、目標値が国の第3次食育推進基本計画の具体的目標値と一致しているか、以下の通り判定した。「国と同じ目標値」、「国より高水準の目標値」、「国より低水準の目標値」、「関連目標だが目標値比較不可」、「目標値の設定なし」の5段階で評価した。また、目標値および目標項目設定根拠が計画中に明記されているか、「目標値及び目標項目設定根拠が計画中に明記」、「目標項目のみ設定根拠が明記」、「いずれも記載なし」、「判断不可」の4段階で評価した。

計画の期間終了後、都道府県食育推進計画は各具体的目標についての評価が実施されているが、達成度の評価方法は各都道府県で違いがあるため、本研究においては、前回の計画について、各都道府県の具体的目標 ($n=1,197$) の達成度を「目標達成」、「改善傾向だが目標未達成」、「変化なし」、「悪化」、「評価不可」の5段階で2人の著者が独立して評価した (図2)。評価には、評価対象計画策定年の値

図1 現行計画の具体的目標コーディング



(策定時値) と次期計画策定年の値 (評価時値) を用いた。なお、兩年の値の調査方法が異なる場合、次期計画策定年に当該調査が実施されなかった場合、値が公表されていない場合については、評価不可とした。達成度評価において公開情報で判断がつかない場合は、都道府県に問い合わせた ($n=280$)。単位の異なるすべての具体的目標を一律に評価するため、策定時値と評価時値が全く同じ場合のみ「変化なし」と判定することとした。2人の達成度評価結果を照合し、不一致の場合 ($n=40$) には第3者に意見を求め、合意が得られるまで話し合い、判断した。また、各都道府県の具体的目標の達成度別の具体的目標数を算出し、達成をした項目および悪化した項目を抽出した。

3. 倫理的配慮

本研究は、都道府県食育推進計画の記述内容を分析対象としており、人を対象とした倫理指針に基づく倫理的配慮を要する研究には該当しない。

III 研究結果

1. 都道府県食育推進計画の概要

現行の都道府県食育推進計画の概要を表2に示す。食育推進計画を食育基本法に基づく都道府県推進計画として独立して作成していたものが74.5%、他の施策を兼ねているものが25.5%であった。なお、国の食育推進基本計画と同様に、都道府県に食育推進会議を設置して計画を策定しているものがほとんどであった。計画の発行部局は、健康・保健・医療・福祉関連部局が最も多く、次いで農林水産・農政関連部局が多かった。また、複数部局のものもあり、健康・保健・医療・福祉関連部局および農林水産・農政関連部局に加え、教育関連部局が合同で計画を発行していた。計画の年数は、5年が72.3%で最も多く、次いで6年が17.0%であった。2年以下もしくは10年以上のものはなかった。47都道府県すべての計画において、基本理念、目標を達成するための基本方針および基本施策が示されていた。基本理念に「健康」や「健全な食生活」を含む計画は34件 (72.3%) であった。基本方針は平均3.8項目

図2 前回計画の具体的目標達成度評価

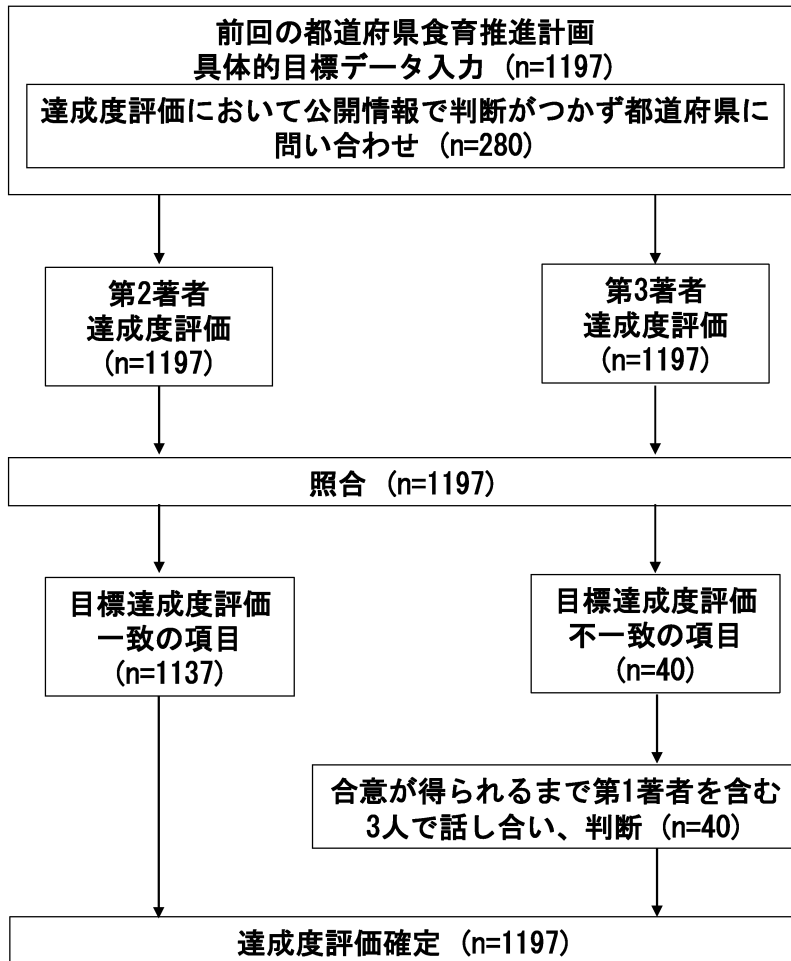


表2 現行の都道府県食育推進計画の概要（2018年度現在）

概要	n (%)
計画の位置づけ（都道府県）	
食育基本法に基づく都道府県推進計画として独立	35 (74.5)
他施策を兼ねる	12 (25.5)
食育推進会議に準ずる組織の設置	
あり	43 (91.5)
不明	4 (8.5)
発行部局	
健康・保健・医療・福祉関連部局	16 (34.0)
農林水産・農政関連部局	10 (21.3)
その他	3 (6.4)
複数部局（健康・保健・医療・福祉関連部局，農林水産・農政関連部局，教育関連部局）	6 (12.8)
不明	12 (25.5)
計画年数（都道府県）	
2年以下	0 (0.0)
3年	1 (2.1)
4年	3 (6.4)
5年	34 (72.3)
6年	8 (17.0)
7年	0 (0.0)
8年	0 (0.0)
9年	1 (2.1)
10年以上	0 (0.0)
基本理念の記載（都道府県）	
あり	47 (100.0)
都道府県別基本方針の数（項目）	
平均	3.8
範囲	2-8
都道府県別基本施策の数（項目）	
平均	10.5
範囲	4-30
基本施策実施担当部局の記載（都道府県）	
明記	12 (25.5)
一部記載あり	12 (25.5)
記載なし	23 (48.9)
都道府県別具体的目標数（項目）	
平均	25.1
範囲	5-92

表3 コーディング項目別現行の都道府県食育推進計画の具体的目標数

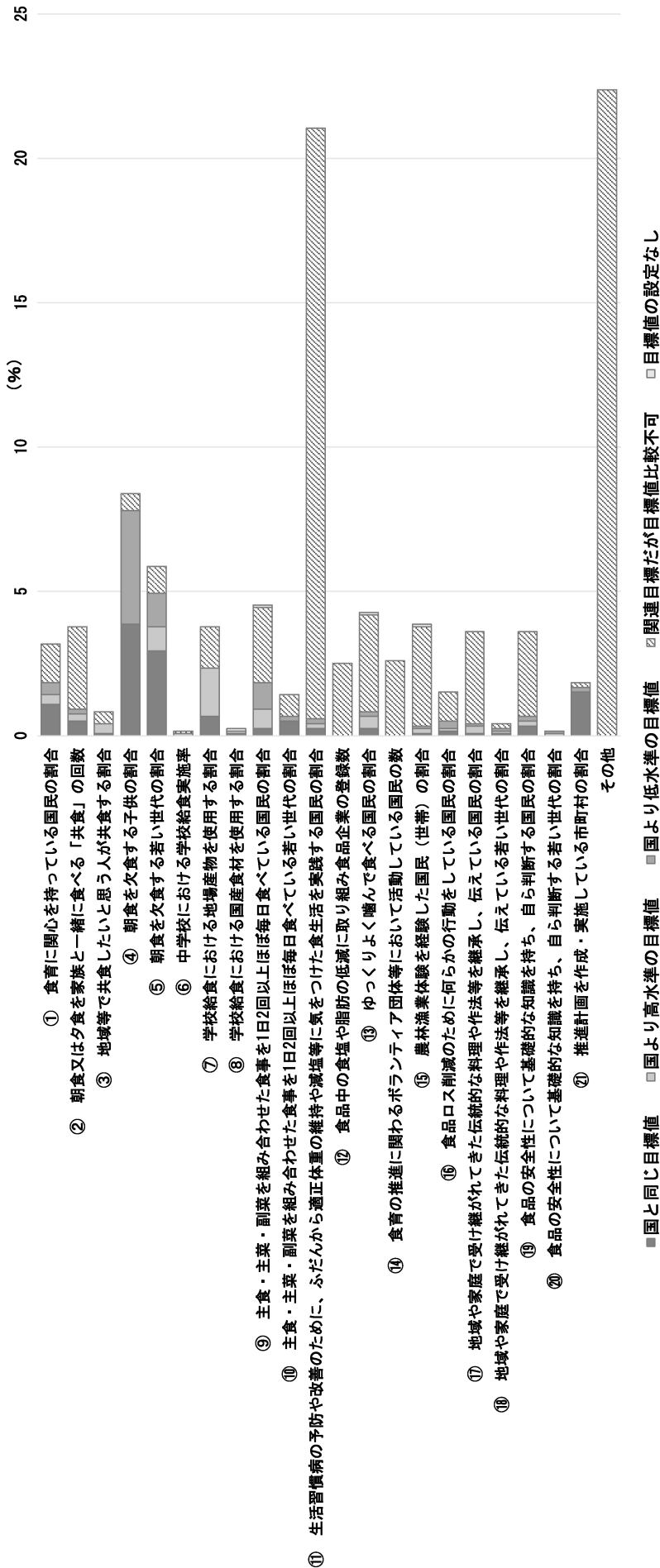
目標項目*	具体的目標項目数 (重複を含む)
① 食育に関心を持っている国民の割合	38
② 朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数	45
③ 地域等で共食したいと思う人が共食する割合	10
④ 朝食を欠食する子供の割合	100
⑤ 朝食を欠食する若い世代の割合	70
⑥ 中学校における学校給食実施率	2
⑦ 学校給食における地場産物を使用する割合	45
⑧ 学校給食における国産食材を使用する割合	3
⑨ 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている国民の割合	54
⑩ 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている若い世代の割合	17
⑪ 生活習慣病の予防や改善のために、ふだんから適正体重の維持や減塩等に気をつけた食生活を実践する国民の割合	251
⑫ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み食品企業の登録数	30
⑬ ゆっくりよく噛んで食べる国民の割合	51
⑭ 食育の推進に関わるボランティア団体等において活動している国民の数	31
⑮ 農林漁業体験を経験した国民（世帯）の割合	46
⑯ 食品ロス削減のために何らかの行動をしている国民の割合	18
⑰ 地域や家庭で受け継がれてきた伝統的な料理や作法等を継承し、伝えている国民の割合	43
⑱ 地域や家庭で受け継がれてきた伝統的な料理や作法等を継承し、伝えている若い世代の割合	5
⑲ 食品の安全性について基礎的な知識を持ち、自ら判断する国民の割合	43
⑳ 食品の安全性について基礎的な知識を持ち、自ら判断する若い世代の割合	2
㉑ 推進計画を作成・実施している市町村の割合	22
その他	267

* 目標項目の番号は、表1第3次食育推進基本計画の具体的目標の番号と一致している。

で、3項目（38.3%）、4項目（34.0%）のものが多く、最も基本方針項目の多い計画では8項目あった。基本方針の内容は、地域に根差した食育に関する項目が最も多く、次いで食育推進体制、健康の維持・増進、ライフステージ別の食育の推進に関するものが多かった。基本方針に基づいて実施される基本施策については平均10.5項目で、最も少ない計画

は4項目、最も多いものは30項目であった。主な内容としては、人材育成や関係者による連携体制などを含む食育推進体制が最も多く、次いで各ライフステージに応じた具体的施策、健全な食生活の実践、地産地消の推進、食文化の継承、農林漁業体験、食の安全安心、家庭、保育所、幼稚園、認定こども園、学校、地域における食育の推進、環境保全に関

図3 都道府県と国の食育推進計画の具体的目標の目標値の比較



する施策が多かった。基本施策実施担当部局が計画中に明記されていた都道府県は12件 (25.5%)、一部の施策について担当部局の記載があったのは12件 (25.5%) で、残りの都道府県では記載がなかった。

2. 都道府県食育推進計画の具体的目標

各都道府県の食育推進計画で設定された具体的目標1,180件のうち、策定時値の出典が明記されていたのは888件 (80.0%) であった。また、目標値および目標項目設定根拠が計画中に明記されている項目は289件 (24.5%)、目標項目のみ設定根拠が明記されている項目が756件 (64.1%)、いずれも記載なしが49件 (4.2%)、判断不可が86件 (7.3%) であった。1,180件の具体的目標について、第3次食育推進基本計画の21項目の具体的目標およびその他の項目に基づきコーディングした結果、21項目には分類されない「その他」の目標が267件で最も多く、次に「⑪ 生活習慣病の予防や改善のために、ふだんから適正体重の維持や減塩等に気をつけた食生活を実践する国民の割合」251件、「④ 朝食を欠食する子供の割合」100件の順が多かった (表3)。「その他」のうち、学校等に関わる目標が70件で最も多く、そのうち約50件が学校、保育所、幼稚園、認定こども園などにおける食育計画作成を含む食育推進体制に関する目標であった。「その他」のうち、人材育成を含む食育推進運動と地産地消に関する目標がそれぞれ約60件と多かった。また、健康寿命延伸、食品の安全性や食品表示、災害、農林漁業などに関する目標もあった。

具体的目標の目標値について国の目標値と比較した結果、「⑪ 生活習慣病の予防や改善のために、ふだんから適正体重の維持や減塩等に気をつけた食生活を実践する国民の割合」は件数が多いものの、国と同じ具体的目標の文言を設定しているものはわずかであった (図3)。たとえば、「1日の食塩摂取量の減少」や「1日の野菜摂取量の増加」、「適正体重を維持している人の割合の増加」などの目標は、国の⑪の具体的目標と関連しているものの、異なる文言であったため、目標値を比較することができなかった。また、「⑫ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み食品企業の登録数」、「⑭ 食育の推進に関わるボランティア団体等において活動している国民の数」については、国と都道府県における登録数や人数の目標値を直接比較できないため、すべて関連目標であるが目標値が比較できないと判断した。「⑮ 農林漁業体験を経験した国民 (世帯) の割合」についても関連目標が多く、具体的には、「農林漁業体験を提供する学校の割合」を目標項目としているものが多かった。「② 朝食又は夕食を家族と一

緒に食べる「共食」の回数」については、共食回数そのものではなく、朝食や夕食を共食する人の割合の目標値を設定しているものが多かった。一方で、「② 推進計画を作成・実施している市町村の割合」、「④ 朝食を欠食する子供の割合」、「⑤ 朝食を欠食する若い世代の割合」、「⑦ 学校給食における地場産物を使用する割合」については、国と同じ具体的目標の文言を設定しているものが多かった。

3. 都道府県食育推進基本計画の具体的目標の達成度

前回の都道府県食育推進計画には具体的目標 ($n = 1,197$) のうち、目標達成した具体的目標は24.7%、改善傾向だが目標未達成の項目は27.6%であったが、悪化したものも22.1%あった (表4)。また、評価できなかった具体的目標も24.8%あった。都道府県別具体的目標数は、平均25.5項目で、最も少ない都道府県では6項目、最も多いところでは126項目であった。都道府県別具体的目標数に占める目標達成した項目数の割合が50%以上の都道府県は6件のみで、具体的目標数は6-15項目であった。当該都道府県は、独自に各具体的目標の達成度の評価に加え、その結果から課題の抽出および整理を行っていた。なお、都道府県別具体的目標数に占める目標達成した項目数の割合は、20%台の都道府県が最も多かった (34.0%)。

目標達成した主な具体的目標の内容は、朝食 (欠

表4 前回の都道府県食育推進基本計画の具体的目標の達成度 (2018年度現在)

概要	n (%)
前回の都道府県食育推進計画具体的目標数	1,197(100.0)
具体的目標の達成状況 (項目)	
目標達成	296(24.7)
改善傾向だが目標未達成	330(27.6)
変化なし	10(0.8)
悪化	264(22.1)
評価不可	297(24.8)
都道府県別具体的目標数 (項目)	
平均	25.5
範囲	6-126
都道府県別目標達成項目割合 (都道府県数)	
60%以上	2(4.3)
50%以上60%未満	4(8.5)
40%以上50%未満	3(6.4)
30%以上40%未満	9(19.1)
20%以上30%未満	16(34.0)
1%以上20%未満	8(17.0)
0%	5(10.6)

食), 共食, 食事バランスなどの食生活に関する項目や, 適正体重の維持および子どものやせ・肥満, むし歯など生活習慣病の予防・改善についての項目, 県産食品の販売および学校給食における県産食材の利用など地産地消の推進に関する項目などが多かった。また, 学校における食に関する指導を推進するための目標や県民を対象としたセミナーの開催, 市町村における食育推進計画の作成・実施などもあった。目標達成した具体的目標のうち, 226件の数値目標値については, 策定時値を基準にすると, 平均1.36倍の値を目標値に設定していた。また, 「現状維持」, 「増加」, 「減少」, 「継続」などの文言を目標値としており, 具体的な数値を目標に設定していないものも50件程度あった。各具体的目標の目標達成までの計画実施年数は2年間から6年間であった。

悪化した主な具体的目標の内容は, とりわけ朝食(欠食)および共食, 食事バランス, 野菜摂取量などの食生活に関する項目が多く, 次いで, 適正体重の維持および子どものやせ・肥満など生活習慣病の予防・改善についての項目が多かった。悪化した具体的目標のうち, 233件の数値目標値については, 策定時値を基準にすると, 平均1.04倍の値を目標値に設定していた。また, 数値目標値の単位を割合とした目標値210件のうち, 策定時値と評価時値との差が1%未満のものが48件あった。なお, この48件を除外した場合, 策定時値の平均1.07倍の値が目標値として設定されていた。一方, 30件程度の項目で, 具体的な数値を目標に設定していなかった。各具体的目標の計画実施年数は1年間から9年間であった。

目標達成および悪化した具体的目標に共通して多

表5 達成度別朝食に関する具体的目標の年齢区分別まとめ

目標達成した具体的目標						
件数	策定時値 (%)	目標値 (%)	目標値と策定時値の差 (% , 中央値(範囲))	計画期間 (年, 中央値(範囲))	評価時値と策定時値の差 (% , 中央値(範囲))	
朝食						
朝食欠食率						
未就学児	0	—	—	—	—	
7-14歳	1	7.4	4未満	-3.4	6	-3.5
15-19歳	1	11.4	0	-11.4	4	-11.4
20-39歳	5	5.2-28.7	5以下-28	-0.8(-4.8--0.2)	5(4-5)	-5.4(-9.9--1.4)
朝食摂取率						
未就学児	1	95.7	増加へ	—	5	0.9
7-14歳	1 [†]	95.4	96以上	0.6	5	1.8
15-19歳	0	—	—	—	—	—
20-39歳	2	66.7-77.1	85以上	13.1(7.9-18.3)	5(5-5)	18.9(16.5-21.2)
悪化した具体的目標						
件数	策定時値 (%)	目標値 (%)	目標値と策定時値の差 (% , 中央値(範囲))	計画期間 (年, 中央値(範囲))	評価時値と策定時値の差 (% , 中央値(範囲))	
朝食						
朝食欠食率						
未就学児	1	4.7	0	-4.7	5	0.6
7-14歳	17	0.7-8.4	0-5以下	-2.8(-7.8-0)	5(1-6)	0.6(0.1-2.4)
15-19歳	2 [‡]	10.6-10.7	0-4未満	-8.6(-10.7--6.6)	5.5(5-6)	3.9(2.6-5.1)
20-39歳	21	5.4-41.0	5以下-20以下	-8.3(-26.0--0.1)	5(4-6)	5.0(0.1-18.5)
朝食摂取率						
未就学児	2	93.7-99.0	100	3.7(1.0-6.3)	4(3-5)	-0.4(-0.5--0.3)
7-14歳	21	81.0-98.8	88-100	5.5(1.2-14.2)	5(3-7)	-1.6(-5.0--0.1)
15-19歳	1	95.8	100	4.2	5	-0.1
20-39歳	8 [§]	64.7-89.6	71以上-95以上	7.5(5.0-13.0)	5(3-5)	-0.8(-19.8--0.4)

[†] 公立幼, 小, 中, 高, 特別支援学校の児童 (n=1) を含む

^{*} 高校生・大学生等 (n=1) を含む

[‡] 成人 (n=1), 全体 (n=1), 男性 (n=1), 女性 (n=1) を含む

数抽出された朝食に関する目標について、年齢区分別に策定時値と目標値についてまとめた(表5)。朝食に関する目標は、朝食欠食率と朝食摂取率の2通りの尋ね方があった。年齢区分が高くなるほど、朝食欠食率が高く、朝食摂取率が低い傾向がみられた。目標達成した具体的目標と悪化した目標項目を比較すると、悪化した朝食欠食率もしくは摂取率の評価時値と策定時値との差は、目標達成した項目に比べ小さく、1%未満のものも含んでいた。

Ⅳ 考 察

1. 都道府県食育推進計画の策定・実施体制

国の食育推進基本計画は、食育基本法に基づいて、農林水産省(2015年度までは内閣府)に設置された食育推進会議が策定している⁸⁾。本研究において、都道府県の食育推進計画の4分の3が食育基本法に基づく独立した計画として作成され、4分の1が他施策を兼ねる計画として作成されていた。また、計画の位置づけに関わらず、ほとんどの都道府県が設置した食育推進会議に準ずる組織において、計画の策定、改定および評価が実施されていることが分かった。また、計画の実施には、都道府県の複数の部局が関わっており、計画および食育に関する問い合わせ先として、健康・保健・医療・福祉関連部局、農林水産・農政関連部局、教育関連部局の連絡先を併記しているものも多く見られたものの、具体的にどの施策をどの部局が担当するか明記した計画を公表している都道府県は4分の1であった。国の食育施策実施体制においても、農林水産省だけでなく、厚生労働省、文部科学省、内閣府など部局横断的に食育推進に取り組んでおり⁹⁾、学校においても、学習指導要領^{10~12)}および学校給食法¹³⁾に基づき、教科横断的な取り組みとして食育は推進されている^{14,15)}。食育基本法にも示されているように、食育のターゲットは全世代の国民であり、生産から食卓までの食べ物の循環にもアプローチする必要がある¹⁾。全ライフステージにおける食育を推進するため、具体的な担当部局を定めた食育推進計画策定が望まれる。

2. 都道府県食育推進計画の具体的目標値の設定

国の食育推進基本計画は、計画の現状と分析について、食育推進会議に設置された食育推進評価専門委員会において検討されている⁸⁾。都道府県食育推進計画においても、食育推進会議に準ずる組織が設置され、計画の評価および見直しがされている。2017年に市町村を対象に実施した農林水産省「食育推進計画調査」によると、「市町村食育推進計画の目標値の設定の考え方を知りたい」と回答したもの

が71.1%と最も高かった⁵⁾。市町村の食育推進計画を作成する際、国の食育推進基本計画および都道府県の食育推進計画を参照するだろう。しかし、本研究結果より、国の具体的目標と同じ目標値を設定している項目はわずかであった。たとえば、学校給食における地場産物の使用割合については、地域における現状値にばらつきが大きく(17.3%から66.1%)、国の目標(30%以上)⁴⁾よりも高水準の使用割合を目標値に設定しているものも多かった。また、都道府県食育推進計画の具体的目標として目標項目を設定した根拠(たとえば、朝食欠食率を目標に設定した理由)を示しているものは、64.1%あったものの、目標値設定の根拠を明記しているものは24.5%にとどまった。市町村の食育推進計画の作成を推進するためには、国や都道府県が目標項目だけでなく目標値の設定根拠を明確に示すことで、とくに食育計画未作成の市町村における地域の状況に応じた目標値設定が可能となるだろう。

3. 都道府県食育推進計画の達成度評価

本研究の目標達成状況に関する結果より、策定時値に近い値を目標値とした具体的目標が達成しやすいという傾向は見られなかった。具体的目標値を示した目標項目について、策定時値を基準とした場合の目標値の比は、目標達成した項目に比べ、悪化した項目の方が策定時値に近い値を目標値に設定していた。これは、本研究の達成度評価方法により一部説明が可能である。我々は、単位の異なる具体的目標について一律に達成度を評価するため、策定時値と評価時値が全く同じ場合のみ「変化なし」と判定し、評価時値が策定時値に比べ、少しでも悪化していた場合には「悪化」と判定した。実際、割合を具体的目標としていた項目のうち、策定時値と評価時値の差が1%未満のものが23%を占めた。しかし、これらの項目を除外後も、目標達成項目に比べ、悪化項目の方が策定時値に近い値を目標値に設定していた。本研究においては、具体的目標について著者らが達成度の評価を行ったが、実際には、多くの都道府県において、達成度評価が独自に行われ、課題抽出および必要な取組の分析の結果が公表されている。本研究では、とりわけ達成度評価の高い都道府県において、評価と考察がきちんと実施されていた。このように、達成可能な目標値を設定するためには、評価を踏まえた次期食育推進計画の具体的目標の選定および目標値の設定が必要であるだろう。

4. 研究の限界

本研究は、公開されている都道府県食育推進計画の情報に基づく研究である。基本理念、基本方針、基本施策については、都道府県によって異なる文言

の記載があるため、著者らが該当すると考える文言を抽出し、分類した。そのため、都道府県食育推進計画の本来の意図と異なる分類をしている可能性がある。しかし、複数の著者が独立して計画を熟読し、抽出した内容を照合し、内容が不一致の場合には第三者を交えた話し合いにより決定しているため、属人的判断による抽出結果ではないと考えられる。また、本研究で収集した情報は、食育推進計画に基づく内容に限定されるため、都道府県によって得られる情報の質に差があるかもしれない。とくに、達成度の評価において、公開されている情報では判断がつかない場合には不明点を都道府県に問い合わせ、正しい評価を行うための措置をとったが、問い合わせ先の都道府県担当者の異動等で回答が得られない場合もあった。本研究において、施策の実施担当部局が明記されている都道府県は全体の4分の1であったため、今後、各都道府県の食育推進計画に目標設定の根拠、出典、プロセス、担当部局などが明記されることで、担当者異動による不十分な情報の伝達の問題を解決し、市町村食育推進計画策定における参考資料としても活用が可能となると考えられる。最後に、本研究で行った達成度評価の解釈では、各都道府県の人口構成の変化や環境要因についての情報を把握していないため、目標達成率と各目標値との関係を十分には考察できていない可能性がある。

V 結 語

都道府県食育推進計画の概要および具体的目標項目について情報を収集した結果、食育推進会議に準ずる組織を設置し、食育推進計画を独立した5年間の計画として作成している都道府県が多かったものの、施策実施担当部局を明記しているものは少ないことがわかった。また、具体的目標項目のうち、目標値の設定根拠を明記しているものは全体の4分の1であった。達成状況別に具体的目標内容を比較した結果、必ずしも策定時値に近い目標値が達成されているわけではないことがわかった。具体的目標項目の達成割合の高い都道府県では、食育計画の評価をきちんと実施し、その結果を踏まえ、次期計画の目標値の設定および見直しをしていることがわかった。今後、目標項目および目標値の設定根拠、出典、担当部局などの具体的な情報を都道府県食育推進計画に記載することで、市町村における計画策定に役立ち、食育推進関係者の計画への理解向上につながり、より強固な食育推進体制構築が期待される。

都道府県食育推進計画における情報収集において、ご

協力いただいた都道府県の担当者の皆様に深く感謝申し上げます。また、データベース作成にあたり、ご助言いただいた国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 廣田晃一先生、古池直子様にご心より御礼申し上げます。

開示すべき COI 状態はない。

(受付 2019. 4. 1)
(採用 2019. 7.30)

文 献

- 1) 農林水産省. 食育基本法. 2005. http://www.maff.go.jp/j/syokuiku/pdf/kihonho_28.pdf (2019年3月14日アクセス可能).
- 2) 内閣府. 食育推進基本計画. 2006. <http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/9929094/www8.cao.go.jp/syokuiku/about/plan/pdf/kihonkeikaku.pdf> (2019年3月6日アクセス可能).
- 3) 内閣府. 第2次食育推進基本計画. 2011. <http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/9929094/www8.cao.go.jp/syokuiku/about/plan/pdf/2kihonkeikaku.pdf> (2019年3月6日アクセス可能).
- 4) 農林水産省. 第3次食育推進基本計画. 2016. <http://www.maff.go.jp/j/syokuiku/kannrenhou.html> (2019年3月6日アクセス可能).
- 5) 農林水産省. 食育推進計画調査報告書. 2017. <http://www.maff.go.jp/j/syokuiku/attach/pdf/shichoson-6.pdf> (2019年3月6日アクセス可能).
- 6) 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所国立健康・栄養研究所. 都道府県別結果:平成28年国民健康・栄養調査結果について. 2016. http://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/eiyouchousa/kekka_todoufuken_h28.html (2019年3月14日アクセス可能).
- 7) 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所国立健康・栄養研究所栄養疫学・食育研究部, 都道府県食育推進計画データベース. 2019. <http://www.nibiohn.go.jp/eiken/pref-shokuiku/> (2019年3月25日アクセス可能).
- 8) 農林水産省. 食育推進会議・食育推進評価専門委員会. 2019. <http://www.maff.go.jp/j/syokuiku/kaigi/suisin.html> (2019年3月14日アクセス可能).
- 9) 農林水産省. 関係府省の食育関連のページ. 2019. <http://www.maff.go.jp/j/syokuiku/link.html#fushou> (2019年3月14日アクセス可能).
- 10) 文部科学省. 小学校学習指導要領「生きる力」第1章総則. 2017. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/syo/sou.htm (2019年3月14日アクセス可能).
- 11) 文部科学省. 中学校学習指導要領「生きる力」第1章総則. 2017. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/chu/sou.htm (2019年3月14日アクセス可能).
- 12) 文部科学省. 高等学校学習指導要領. 2009. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afiedfile/2011/03/30/1304427_002.pdf

- (2019年3月14日アクセス可能).
- 13) 文部科学省. 学校給食法. 1954. <http://www.houko.com/00/01/S29/160.HTM> (2019年3月14日アクセス可能).
- 14) 土方直美, 中岡加奈絵, 五関-曾根正江, 他. スーパー食育スクール実施校の事業内容. 栄養学雑誌 2017; 75: 164-173.
- 15) 文部科学省. 栄養教諭を中核としたこれからの学校の食育. 2017. http://www.mext.go.jp/a_menu/sports/syokuiku/___icsFiles/afieldfile/2017/08/09/1385699_001.pdf (2019年3月14日アクセス可能).
-

資料

都市部の生活支援付きの民間宿泊施設に入所した生活困窮者の健康状態と生活支援ニーズの特徴：新規入所者の年代別検討

マツバ ユキ サイトウエミコ
的場 由木*、2* 斉藤恵美子^{3*}

目的 本研究の目的は、都市部の生活支援付き民間宿泊施設に新規入所した生活困窮者の健康状態の特徴を年代別に明らかにすることである。

方法 対象者は、都市部の生活困窮者に居住・生活支援を提供している NPO 法人の宿泊所・自立援助ホームの新規入所者（2012年4月1日～2015年3月31日）341人とした。調査項目は、入所時の記録から、性別、年齢、障害支援区分、要介護度、利用開始時の健康状態、施設利用に至る経緯等とした。利用開始時の健康状態の特徴について、年代別に検討した。

結果 対象者の9割以上は40歳以上の中高年齢層であり、生活保護を受給している単身男性が多く、病院や施設からの退所後に帰住先がないことや身体機能の低下や認知症状の悪化を理由に宿泊施設利用に至っていた対象者が多かった。また、40歳未満の対象者は依存症や統合失調症、知的障害・発達障害の割合が高く、40歳代から50歳代は、精神疾患に加え、生活習慣病の割合が高かった。さらに、60歳以上の対象者は、認知症や視聴覚系の疾患等の老化に伴う疾患の割合が高かったが、利用開始時の疾病が不明の割合も高かった。

結論 本調査の結果から、民間宿泊施設に新規入所した生活困窮者の多くが、利用開始時にすでに精神的・身体的な疾患や障害を有していることが明らかとなった。年代別に異なった生活支援ニーズを有していることが示唆されたことから、今後、民間の宿泊施設入所者の年代別の課題に応じた生活支援を提供する仕組みを検討する必要がある。

Key words : 生活困窮, 貧困, 生活保護, 無料低額宿泊所, 健康状態, 高齢者評価

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(12): 767-777. doi:10.11236/jph.66.12_767

I 緒言

日本の生活保護受給世帯数は2017年4月時点で約164万世帯¹⁾、その約半数は高齢者世帯（約86万世帯）である²⁾。生活保護受給者数は、2015年3月をピークに減少に転じているものの、社会全体の高齢化や高齢単身世帯の増加を背景として、高齢者世帯のみは増加し続けている¹⁾。

「健康日本21（第二次）」では、健康寿命の延伸とともに健康格差の縮小が掲げられ³⁾、今後も増加することが予測される生活困窮者への生活や健康への

支援は、地域の重要な課題である。生活保護受給者は、適切な健康管理が必要な重症化するリスクのある糖尿病や肝炎等の慢性疾患を抱えている人が多い一方で、健康診断の未受診者が多く、野菜摂取量が少ない等、望ましくない栄養状態にあると指摘されている⁴⁾。そのため、福祉事務所では、健康診査後の保健指導や、生活保護受給者への助言指導等を行う専門職の配置を検討するとともに、自立支援プログラムを活用した健康増進プログラムや健康管理支援プログラム、後発医薬品使用促進プログラム等の取り組みが始まっている^{5,6)}。

一方、居所が不安定なために継続した生活や健康への支援が届きにくい生活困窮者も存在している。地域社会で自立した生活の継続が困難になった単身の高齢者⁷⁾、失業にともなって住居を喪失した若年困窮者⁸⁾等である。住居のない生活困窮者を保護するための公的な施設には、救護施設、更生施設、宿所提供施設、婦人保護施設、母子生活支援施設等が

* すまい・まちづくり支援機構

^{2*} 首都大学東京大学院人間健康科学研究科看護科学域 博士後期課程

^{3*} 首都大学東京大学院人間健康科学研究科看護科学域 責任著者連絡先：〒111-0031 台東区千束 4-39-6-4F

NPO 法人すまい・まちづくり支援機構 的場由木

ある。これらの施設の在り者数を合計すると、約3万5千人であり⁹⁾、その中でも救護施設、更生施設の在り率は100%を超えている状況にある¹⁰⁾。さらに、2015年の調査では、合計で32,178人の困窮者が、民間の宿泊施設（無料低額宿泊所、およびこれに準じた法的位置づけのない施設）を利用していると公表され、5年間で2千人弱の増加となっている^{11~13)}。

無料低額宿泊所は、第二種社会福祉事業に位置づけられた宿泊施設である。その数は2000年以降に急増し、一時的な宿泊場所を提供すること以外に法律上の定めがないことから、地域特性や事業所の運営方針等によって利用者像や支援内容等が異なり、実態評価の困難さが指摘されている¹⁴⁾。都市部の地域では、民間宿泊施設を利用する高齢者の増加が問題提起¹⁵⁾されている一方で、全国的には無料低額宿泊所入り者数の多くが高齢や障害等により居宅生活が困難な人であるとは言えないとする指摘もある¹⁴⁾。このような状況の中、都市部の一部の自治体では、生活保護受給者の日常生活自立や社会生活自立を促すための生活支援を提供している宿泊施設である「自立援助ホーム」の活用¹⁶⁾や、低所得高齢者等のうち、居宅生活困難者（認知症や精神疾患等）または住居喪失者（長期入院等）を対象として、本来的な居場所（介護保険施設、ケア付住まい等）を利用できるようになるまでの間、不安なく居住できるよう、一定の設備基準を有し、生活支援（日常生活の相談・支援、24時間の見守りを含む健康管理、通院支援、介護サービス事業所や福祉事務所等関係機関との連絡調整等の支援、退所先の施設・住宅の確保や環境調整等に向けた支援）を提供している無料低額宿泊所に対し、環境整備や運営のための助成をすることによる機能強化を図る取り組み¹⁷⁾が進められてきた。さらに今後、住居を喪失し、かつ日常的な支援が必要な生活困窮者を一定の居住環境と生活支援の体制を整えて支援している民間の宿泊施設は、「日常生活支援住居施設」として整備されていく可能性がある¹⁸⁾。

しかし、国内の公的な保護施設や生活支援を提供している民間の宿泊施設を対象とした研究は少なく、健康面に焦点をあてた研究はほとんどない。東京都内の一生活保護施設の入り者記録（1952年～1985年）の分析では、精神疾患を有する利用者の割合が増加している¹⁹⁾と述べられている。しかし、それ以後、公的な保護施設を対象とした研究は報告されていない。近年の一部の民間宿泊施設利用者を対象とした研究では、対象者のおよそ3人に1人が精神疾患を有していたこと²⁰⁾や、路上生活者を含む生

活困窮者の半数以上が精神的な不健康状態にあったこと²¹⁾が報告されている。しかし、身体的・精神的な健康状態の実態や特徴等についての研究は報告されていない。

これらのことから、生活支援を提供している民間の宿泊施設へ入りする生活困窮者の健康状態や、宿泊施設を利用するに至った理由等の実態は、十分に明らかになっていないとは言えない状況である。また、就労や自立生活が目指されることの多い若年者や中年者と健康保持や介護予防等が中心となる高齢者では、利用できる制度や支援の方向性が異なる可能性があるが、年代別の健康状態の特徴も明らかにされていない。

そこで、本研究の目的を都市部の生活支援付きの民間宿泊施設へ入りした生活困窮者の健康状態の特徴を年齢層別に比較し、明らかにすることとした。

II 研究方法

1. 研究対象・データ収集方法

調査対象施設は、都市部の生活困窮者に居住・生活支援を提供しているNPO法人の無料低額宿泊所・自立援助ホーム（以下、施設）とした。このNPO法人の施設数は12施設、定員数は合計276人（無料低額宿泊所：64人、自立援助ホーム：212人）である。なお、調査対象とした施設は、いずれも24時間体制で生活支援員が常駐し、食事が提供されている。また、無料低額宿泊所と自立援助ホームに人員体制や連携体制上の違いはない。

研究対象者は、この施設に2012年4月1日～2015年3月31日の3年間に新規に入りした341人とした。

本研究のデータは、研究協力機関の承諾を得て、居住支援の利用状況に関する記録資料から、本研究に必要な調査項目に該当するデータを、研究協力機関の担当者が調査票に転記することにより収集した。なお、居住支援の利用状況に関する記録資料は、調査対象施設の生活支援員が、福祉事務所のケースワーカーが記載した入り申込書、医師が記載した診断書（利用者本人が持っていた場合のみ）や看護師が記載した退院時看護サマリー（利用者本人が持っていた場合のみ）、入り時の面談の情報をもとに研究協力機関のデータベースに入力したものである。

2. 調査項目

1) 基本属性

対象者の基本属性として、性別、利用開始時の年齢、生活保護・年金受給の有無、連絡のとれる家族の有無、障害支援区分、要介護度、前居所、利用開始理由、福祉事務所の処遇方針を設定した。

前居所は、自宅（家族等と同居，独居），社会福祉施設（高齢者施設，障害者施設），住み込み・社員寮，病院，刑事関連施設（刑事施設，更生保護施設・自立準備ホーム），公的な保護施設（緊急一時保護・自立支援センター，生活保護施設，婦人保護施設・女性センター），宿泊所，簡易宿泊所・ゲストハウス，ネットカフェ等，路上，知人宅，その他，不明の18項目とした。

利用開始理由は，退所後・退院後の帰住先なし，Activities of Daily Living（以下 ADL）の低下・認知症状の悪化，前居所でのトラブル，住所不定，前居所の老朽化・施設閉鎖，Domestic Violence（以下，DV）等による避難，介護者の入院・死亡，その他，不明の9項目とした。

福祉事務所の処遇方針は，生活の安定，福祉施設待機，医療や福祉の導入・調整，状態を見た上で判断，一時的な保護，療養・治療に専念，就労・生活訓練，なし・不明の8項目とした。

2) 入所時の健康状態

対象者の入所時の健康状態として，利用開始時に把握された健康問題と入所時のアセスメントを設定した。なお，各項目について，記載がなかった場合は「不明」，「健康上の問題がない」等の記載があった場合には「健康問題なし」とした。

利用開始時に把握された健康問題は，依存症，認知症，統合失調症，知的障害・発達障害，気分障害，不安障害，循環器疾患，脳血管障害，糖尿病，筋骨格系の疾患，がん，視聴覚系の疾患，呼吸器疾患，肝炎，皮膚疾患，HIV/AIDS，アレルギー性疾患，歯疾患の18項目（複数選択）を設定した。

入所時のアセスメントは，認知症の疑い，不眠，独語・幻覚妄想等の疑い，知的・発達障害の疑い，希死念慮・自傷・自殺企図の既往，移動の困難，失禁等の排泄の障害，麻痺等による日常生活動作の困難，痛み・呼吸苦，保清の困難，意思疎通の困難の11項目（複数選択）を設定した。

なお，利用開始時に把握された健康問題は，主に福祉事務所が作成する入所申込書等に記載されていた疾病に関する情報であり，入所時のアセスメントは，宿泊施設の生活支援員によるアセスメントである。

3. 分析方法

はじめに，対象者の基本属性，利用に至る経緯，入所時の健康状態の項目について全体の分布を示した。次に，利用開始時の健康問題について対象者を年代ごとに層別化して分析した。

4. 倫理的配慮

本研究は，平成27年度首都大学東京荒川キャンパ

ス研究安全倫理委員会の承認（承認日：2016年3月28日，承認番号：15092），および研究協力機関の倫理審査委員会の承認（承認日：2016年2月11日，承認番号：16-1）を経て実施した。データ収集に際し，研究者は研究協力機関から必要な調査項目かつ匿名化されたデータのみを受け取った。

III 研究結果

1. 基本属性

調査対象施設に新規入所となった341人の基本属性を表1に示す。男性は325人（95.3%），平均年齢は64.4歳であり，年齢の範囲は17歳～98歳，65歳以上の高齢者の数は180人（52.8%）であった。入所時点で生活保護を受給していた対象者は318人（93.3%），身体障害者手帳，療育手帳，精神障害者保健福祉手帳のいずれかの手帳を有していた対象者は93人（27.3%），障害支援区分の認定を受けていた対象者は5人（1.5%）であった。

2. 対象施設の利用に至る経緯

対象施設の利用に至る経緯を表2に示す。前居所（宿泊所・自立援助ホームに入所する直前の居所）では，「病院」が最も多く90人（26.4%）であった。利用開始理由（宿泊所・自立援助ホームを利用するに至った理由）で最も多かった理由は，「退所後・退院後の帰住先なし」146人（42.8%），次いで「ADL低下・認知症状の悪化」131人（38.4%）であった。

3. 利用開始時の健康状態・アセスメント

利用開始時の健康状態，およびアセスメントの内容を表3に示す。利用開始時の健康状態では，精神疾患は依存症48人（14.1%），認知症47人（13.8%），統合失調症39人（11.4%）の順に多かった。加えて，入所時のアセスメントで，認知症の診断はないが入所時に認知症が疑われる状態にあった対象者は33人（9.7%），統合失調症の診断はないが独語や幻覚/妄想等が疑われる状態にあった対象者は12人（3.5%）であった。また，身体疾患は，循環器疾患87人（25.5%），脳血管障害61人（17.9%），糖尿病52人（15.2%）の順に多く，20.5%の対象者に移動の困難，15.2%の対象者に失禁等の排泄の障害がみられた。

精神疾患の重複は，依存症と統合失調症との重複が7人，依存症と知的障害・発達障害との重複が5人，統合失調症と知的障害・発達障害との重複が3人であった。

「認知症」の記載のあった対象者（47人）のうち，入所前に要介護認定を受けていた対象者は22人（46.8%），申請中は10人（21.3%）であった。さら

表1 対象者の基本属性 (N=341)

	n ないし値 (%ないし SD)
性別	
男性	325 (95.3)
女性	16 (4.7)
利用開始時年齢	
20歳未満	2 (0.6)
20-29歳	2 (0.6)
30-39歳	15 (4.4)
40-49歳	26 (7.6)
50-59歳	56 (16.4)
60-69歳	115 (33.7)
70-79歳	93 (27.3)
80-89歳	29 (8.5)
90-99歳	3 (0.9)
平均年齢	64.4[範囲: 17-98](13.3)
生活保護受給あり	318 (93.3)
連絡のとれる家族	
あり	37 (10.9)
なし・不明	304 (89.1)
障害者手帳の有無	
身体障害者手帳	46 (13.5)
精神保健福祉手帳	40 (11.7)
療育手帳	13 (3.8)
いずれかの手帳	93 (27.3)
障害支援区分	
なし	336 (98.5)
区分1	1 (0.3)
区分2	2 (0.6)
区分3	2 (0.6)
要介護度 ^a (n=322)	
なし	214 (66.5)
申請中	24 (7.5)
要支援1	17 (5.3)
要支援2	10 (3.1)
要介護1	24 (7.5)
要介護2	16 (5.0)
要介護3	6 (1.9)
要介護4	10 (3.1)
要介護5	1 (0.3)

注. SD=標準偏差。a 要介護度は40歳以上のみ集計

に、入所直前までアパートで独居生活をしていた対象者は14人 (29.8%) であった。

4. 年代別の健康状態と宿泊施設の利用の経緯

年代別の利用開始時の健康状態を表4、入所時のアセスメント内容を表5に示す。

40歳未満の対象者(19人)の健康状態は、依存症、統合失調症、知的障害・発達障害が最も多く、それぞれ26.3%の割合であった。また、入所時のアセス

表2 対象施設の利用に至る経緯 (N=341)

	n (%)
前居所	
病院	90 (26.4)
宿泊所	68 (19.9)
自宅	57 (16.7)
公的な保護施設 ^a	31 (9.1)
社会福祉施設 ^b	30 (8.8)
刑事関連施設 ^c	25 (7.3)
簡易宿泊所・ゲストハウス	23 (6.7)
路上	10 (2.9)
その他	7 (2.1)
利用開始理由 (複数回答)	
退所後・退院後の帰宅先なし	146 (42.8)
ADL低下・認知症状の悪化	131 (38.4)
前居所でのトラブル	58 (17.0)
住所不定	16 (4.7)
前居所の老朽化・施設閉鎖	6 (1.8)
DV等による避難	6 (1.8)
介護者の入院・死亡	2 (0.6)
その他	18 (5.3)
不明	11 (3.2)
福祉事務所の方針 (複数回答)	
生活の安定	149 (43.7)
福祉施設待機	75 (22.0)
医療や福祉の導入・調整	66 (19.4)
状態を見た上で判断	35 (10.3)
一時的な保護	33 (9.7)
療養・治療に専念	29 (8.5)
就労・生活訓練	27 (7.9)
なし・不明	43 (12.6)

注

^a 公的な保護施設：緊急一時保護・自立支援センター、生活保護施設、女性センター・婦人保護施設

^b 社会福祉施設：高齢者・障害者を対象とした入所施設

^c 刑事関連施設：刑事施設、更生保護施設・自立準備ホーム

メントで違法薬物使用の既往があると記載されていた対象者の割合は21.1%であった。前居所は、社会福祉施設が6人 (31.6%) と最も多かった。

40-49歳の対象者 (26人) の健康状態は、精神疾患では、統合失調症 (34.6%)、依存症 (23.1%)、知的障害・発達障害 (23.1%) が多く、身体疾患では、循環器疾患 (23.1%)、糖尿病 (19.2%)、脳血管障害 (15.4%) の順に多かった。前居所は病院 (8人, 30.8%) が最も多かった。

50-59歳の対象者 (56人) の健康状態は、精神疾患では依存症 (26.8%)、統合失調症 (14.3%) の順に多く、身体疾患では、脳血管障害 (25.0%)、

表3 利用開始時の健康状態・アセスメント (N=341)

	n (%)
精神疾患	
依存症	48(14.1)
認知症	47(13.8)
統合失調症	39(11.4)
知的障害・発達障害	18(5.3)
気分障害	9(2.6)
不安障害	4(1.2)
身体疾患	
循環器疾患	87(25.5)
脳血管障害	61(17.9)
糖尿病	52(15.2)
筋骨格系の疾患	41(12.0)
がん	34(10.0)
視聴覚系の疾患	34(10.0)
呼吸器疾患	23(6.7)
肝炎	10(2.9)
皮膚疾患	9(2.6)
HIV・AIDS	5(1.5)
アレルギー性疾患	5(1.5)
歯疾患	1(0.3)
疾病なし	8(2.3)
疾病不明	30(8.8)
精神面のアセスメント	
認知症の疑い	33(9.7)
不眠	14(4.1)
独語・幻覚/妄想等の疑い	12(3.5)
知的・発達障害の疑い	9(2.6)
違法薬物使用の既往	9(2.6)
希死念慮・自傷・自殺企図	3(0.9)
身体面のアセスメント	
移動の困難	70(20.5)
失禁等の排泄の障害	52(15.2)
意思疎通の困難	40(11.7)
麻痺等によるADLの困難	19(5.6)
痛み・呼吸苦	10(2.9)
保清の困難	4(1.2)

注. 複数回答

循環器疾患 (19.6%)、糖尿病 (16.1%) の順に多かった。前居所は病院が最も多く25人 (44.6%) であった。

60-69歳の対象者 (115人) の健康状態は、循環器疾患 (29.6%)、脳血管障害 (22.6%)、糖尿病 (20.0%) の順に多かった。また、認知症 (15.7%)、がん (14.8%)、筋骨格系の疾患 (13.9%) の割合が高く、入所時のアセスメントの項目では24.3%の

対象者に移動の困難があると記載されていた。前居所は、病院が32人 (27.8%) と最も多く、次いで宿泊所が27人 (23.5%) であった。

70-79歳の対象者 (93人) の健康状態では、循環器疾患 (25.8%) が最も多く、次いで認知症 (19.4%) が多かった。また、入所時の疾病が不明の対象者の割合は15.1%であった。前居所は宿泊所が最も多く21人 (22.6%)、次いで病院が18人 (19.4%)、自宅が17人 (18.3%) であった。

80歳以上の対象者 (32人) の健康状態は、循環器疾患 (37.5%) が最も多く、次いで認知症 (31.3%) が多かった。また、入所時の疾病が不明の対象者の割合は15.6%であった。前居所は、自宅が13人 (40.6%) で最も多く、次いで宿泊所が8人 (25.0%) であった。

福祉事務所の方針 (表6) では、全年齢層を通して、生活の安定が最も多かった (30.8%-52.7%)。また、40歳未満の対象者は、就労・生活訓練 (31.6%)、80歳以上の対象者は一時的な保護 (31.3%) の割合が、他の年齢層と比較して高かった。また、療養・治療に専念するという方針の割合は、若年になるほど高くなる傾向であった。

IV 考 察

1. 研究対象者の特徴

本研究では、都市部の生活支援付きの民間の宿泊施設を新規に利用する生活困窮者を対象として、利用開始時の健康状態や施設利用に至る経緯を調査した結果、9割以上が40歳以上の中高齢層で、生活保護を受給する単身男性が多く、病院や施設からの退所後に帰住先がないことやADLの低下や認知症状の悪化を理由に施設利用に至っていた対象者が多い結果であった。

本研究対象者の65歳以上の割合 (52.8%) は、厚生労働省が2015年に全国調査として実施した「無料低額宿泊事業を行う施設に関する調査¹²⁾ (以下、無低施設調査)」(38.6%) よりも多かった。また、本研究対象者の入所直前の居所は病院が最も多く (26.4%)、無低施設調査の結果 (8.9%) よりも高い結果であった。

無料低額宿泊所を含めて、安定した住居のない生活困窮者を受け入れている民間の宿泊施設にはさまざまな運営形態があるが、本研究の調査対象機関である宿泊施設は、24時間体制で生活支援員が配置されており、1日3食の食事提供、服薬のサポート、居室の環境整備や水分補給の促し、通院同行、訪問介護のサービスでは対応しきれない時間帯の排泄介助等を提供している施設であった。また、往診、訪

表4 年代別の利用開始時の健康状態 (N=341)

	40歳未満 n=19	40-49歳 n=26	50-59歳 n=56	60-69歳 n=115	70-79歳 n=93	80歳以上 n=32
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
精神疾患						
依存症	5(26.3)	6(23.1)	15(26.8)	14(12.2)	8(8.6)	0(0.0)
認知症	0(0.0)	0(0.0)	1(1.8)	18(15.7)	18(19.4)	10(31.3)
統合失調症	5(26.3)	9(34.6)	8(14.3)	12(10.4)	3(3.2)	2(6.3)
知的障害・発達障害	5(26.3)	6(23.1)	4(7.1)	2(1.7)	1(1.1)	0(0.0)
気分障害	4(21.1)	0(0.0)	2(3.6)	2(1.7)	1(1.1)	0(0.0)
不安障害	3(15.8)	0(0.0)	1(1.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
身体疾患						
循環器疾患	0(0.0)	6(23.1)	11(19.6)	34(29.6)	24(25.8)	12(37.5)
脳血管障害	1(5.3)	4(15.4)	14(25.0)	26(22.6)	14(15.1)	2(6.3)
糖尿病	0(0.0)	5(19.2)	9(16.1)	23(20.0)	11(11.8)	4(12.5)
筋骨格系の疾患	1(5.3)	2(7.7)	7(12.5)	16(13.9)	10(10.8)	5(15.6)
がん	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	17(14.8)	12(12.9)	3(9.4)
視聴覚系の疾患	0(0.0)	3(11.5)	5(8.9)	11(9.6)	10(10.8)	5(15.6)
呼吸器疾患	0(0.0)	1(3.8)	5(8.9)	6(5.2)	7(7.5)	4(12.5)
肝炎	1(5.3)	0(0.0)	4(7.1)	0(0.0)	3(3.2)	2(6.3)
皮膚疾患	0(0.0)	1(3.8)	1(1.8)	4(3.5)	3(3.2)	0(0.0)
HIV・AIDS	2(10.5)	0(0.0)	1(1.8)	1(0.9)	1(1.1)	0(0.0)
アレルギー性疾患	0(0.0)	1(3.8)	1(1.8)	1(0.9)	2(2.2)	0(0.0)
歯疾患	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.1)	0(0.0)
疾病なし	1(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.7)	3(3.2)	2(6.3)
疾病不明	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	9(7.8)	14(15.1)	5(15.6)

注. 複数回答

問看護、通所介護、デイケア等、必要に応じて医療や介護等の在宅サービスの利用が可能な施設であった。その他、本人の希望と福祉事務所のケースワーカーの方針に基づき、安定的な居住の確保のための支援や、後見人、保健師、保護観察官や保護司との連携、法律相談の利用や権利擁護事業による金銭管理等、多くの支援機関と連携している特徴があった。このような生活支援員による支援体制や地域の支援機関との連携体制をとっている特徴があることによって、毎日の食事の準備や服薬が難しいために一人暮らしが困難な対象者や、認知症や精神疾患等によって24時間の見守りが必要な対象者の利用が多くなっていった可能性がある。

全国の救護施設利用者を対象とした調査²²⁾では、入所時年齢が65歳以上の利用者が11.1%と報告されていることから、本研究の対象者よりも救護施設の入所の方が低い年齢層が多いと考えられるが、入所者のほとんどが生活保護受給者であり、病院からの入所が最も多いという点では、本研究の結果と類似していた。救護施設は、心身の障害により日常生

活の継続が困難な人たちを支援するための生活保護施設であり、さまざまな事情で家族のサポートや福祉施設の利用が困難な生活困窮者を受け入れ、セーフティーネットとしての役割を果たしている²³⁾。本研究の対象施設は生活保護施設ではないが、24時間体制で生活支援員が支援をしている環境であったことから、救護施設と同様の健康問題を抱えた生活困窮者が入所している可能性がある。

今回の調査の対象者は、退院後の帰住先がないことやADL低下、認知症状の悪化を理由に宿泊施設の利用に至っている割合が高かった。加えて、連絡のとれる家族がいる対象者が1割程度であったこと等を考慮すると、身寄りがなく、一人暮らしが困難で、病院退院後に在宅生活に移行することが難しい対象者が多い特徴であったと考えられる。

2. 生活支援付きの宿泊施設入所者の健康状態の特徴

本研究では、生活支援付きの宿泊施設入所者の健康状態の特徴として、利用開始時に把握された健康問題を調査し、精神疾患では依存症、認知症、統合

表5 年代別の入所時のアセスメント (N=341)

	40歳未満 n=19	40-49歳 n=26	50-59歳 n=56	60-69歳 n=115	70-79歳 n=93	80歳以上 n=32
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
精神面						
認知症の疑い	0(0.0)	0(0.0)	3(5.4)	12(10.4)	13(14.0)	5(15.6)
不眠	1(5.3)	2(7.7)	3(5.4)	4(3.5)	4(4.3)	0(0.0)
独語・幻覚/妄想等の疑い	1(5.3)	1(3.8)	4(7.1)	2(1.7)	3(3.2)	1(3.1)
知的・発達障害の疑い	1(5.3)	1(3.8)	3(5.4)	4(3.5)	0(0.0)	0(0.0)
違法薬物使用の既往	4(21.1)	0(0.0)	2(3.6)	2(1.7)	1(1.1)	0(0.0)
希死念慮・自傷・自殺企図	2(10.5)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)
身体面						
移動の困難	4(21.1)	3(11.5)	10(17.9)	28(24.3)	17(18.3)	8(25.0)
失禁等の排泄の障害	2(10.5)	4(15.4)	4(7.1)	22(19.1)	14(15.1)	6(18.8)
意思疎通の困難	5(26.3)	2(7.7)	7(12.5)	14(12.2)	7(7.5)	5(15.6)
麻痺等によるADLの困難	1(5.3)	1(3.8)	6(10.7)	7(6.1)	3(3.2)	1(3.1)
痛み・呼吸苦	0(0.0)	0(0.0)	1(1.8)	5(4.3)	4(4.3)	0(0.0)
保清の困難	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	1(0.9)	1(1.1)	0(0.0)

注. 複数回答

表6 福祉事務所の方針 (N=341)

	40歳未満 n=19	40-49歳 n=26	50-59歳 n=56	60-69歳 n=115	70-79歳 n=93	80歳以上 n=32
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
生活の安定	8(42.1)	8(30.8)	24(42.9)	50(43.5)	49(52.7)	10(31.3)
福祉施設待機	5(26.3)	8(30.8)	7(12.5)	23(20.0)	26(28.0)	6(18.8)
医療や福祉の導入・調整	2(10.5)	4(15.4)	6(10.7)	30(26.1)	16(17.2)	8(25.0)
状態を見た上で判断	2(10.5)	4(15.4)	3(5.4)	7(6.1)	0(0.0)	0(0.0)
一時的な保護	0(0.0)	2(7.7)	2(3.6)	9(7.8)	10(10.8)	10(31.3)
療養・治療に専念	4(21.1)	4(15.4)	6(10.7)	11(9.6)	3(3.2)	1(3.1)
就労・生活訓練	6(31.6)	3(11.5)	10(17.9)	6(5.2)	2(2.2)	0(0.0)
なし・不明	1(5.3)	1(3.8)	4(7.1)	5(4.3)	6(6.5)	1(3.1)

注. 複数回答

失調症の順に多く、身体疾患では循環器疾患、脳血管障害、糖尿病の順に多い結果であった。また、生活支援員による入所時のアセスメントの結果から、精神疾患の診断がない場合であっても、入所時の様子から認知症や統合失調症が疑われる場合や、移動や排泄、意思疎通等、生活上のさまざまな困難のある対象者が入所していた。

また、健康状態、および施設利用に至る経緯を年代別にみると、40歳未満の対象者は社会福祉施設からの入所が多く、依存症や統合失調症、知的障害・発達障害、違法薬物使用の既往が多いことから、メンタルヘルスの課題が中心的な健康問題であると考えられた。また、40歳代から50歳代にかけては、病院からの入所が多く、依存症や統合失調症等の精神

疾患に加え、循環器疾患や脳血管障害、糖尿病等の生活習慣病の割合が高くなっていった。さらに、60歳以上では、病院のみならず宿泊所や自宅からの入所が多くなり、認知症や視聴覚系の疾患等の老年期の疾患の割合が高くなると同時に、入所時の疾病が不明の割合も高くなっていった。

40歳未満の対象者については、限られた数の傾向でしかないが、社会福祉施設からの入所が多かったことから、障害者を対象とした施設の利用につながっていたにも関わらず、何らかの事情で生活を継続できなかった課題があると考えられる。今後、福祉施設の利用が困難な状態にある若年者の支援ニーズの詳細を明らかにしていく必要がある。また、病院からの入所が多い40歳代から50歳代の対象者は、

稼働年齢層であることから、一般的には就労やパート生活への自立が目標となることが多いが、体調や生活自体の不安定さ、近隣とのトラブル等によって、独居での生活や就労の継続が繰り返し困難となってしまう場合がある。本研究の結果では、40歳代から50歳代の対象者については、福祉事務所の方針が、就労や生活の訓練だけではなく、生活の安定や福祉施設への入所、療養・治療に専念することが目指されている対象者の割合も高かった。これらのことから、本研究の対象施設では、独居で生活を安定させることが困難な生活困窮者が、一定の支援を受けながら、体調や生活の安定を図る場所として利用されていた可能性がある。

Okamura et al.²⁰⁾は、精神疾患を有する生活困窮者について、宿泊施設を利用している者と宿泊施設を利用せずに居宅生活をしている者の特徴を比較し、宿泊施設を利用している対象者は居宅生活をしている対象者よりも、高齢でアルコール等の問題を抱えている人の割合が高かったと報告している。アルコールや薬物、ギャンブル等の依存症を抱えている人の地域生活を支える社会資源には、当事者団体や医療機関等が運営する回復施設等があり、統合失調症や知的障害・発達障害を抱えている場合には、障害者を対象とした入所施設やグループホーム等の利用が可能である。これらの社会資源は、いずれも障害者総合支援法に基づいて運営されているところが多い²⁴⁾と考えられるが、本研究の結果では、宿泊施設に入所する時点で障害者総合支援法に基づく障害支援区分の認定を受けていた対象者は、ほとんどいなかった。また、精神疾患と知的障害を重複して持っている対象者もみられたことから、複数の疾病や障害が重複していることにより、利用可能な福祉施設を見つけづらい可能性がある。さらに、医療につながり、依存症や統合失調症等の診断を受けていても、戸籍や住民票がない等の問題や本人が障害者サービスの利用を希望しない等の事情によって、障害福祉サービスを受けるための手続きが進みづらいことも考えられる。

本研究の結果では、60歳以上の対象者は、自宅や宿泊所から入所した対象者が多かったが、ADLの低下や認知症状の進行に伴い、自宅や生活サポートの少ない宿泊所での生活が困難となった高齢の生活困窮者が、より手厚い支援のある環境を求めて、24時間の生活支援のある宿泊所・自立援助ホームへの入所に至っている可能性がある。

高齢で、手厚い医療や生活支援が必要な生活困窮者が、特別養護老人ホーム等の介護施設ではなく、民間の宿泊施設への入所となっている社会背景とし

て、低所得高齢者が利用できる介護施設や住宅に限られていることや医療機関の在院日数の短縮が進められていること等が考えられる。小磯²⁵⁾は、高齢者の医療費の適正化のための長期入院の是正や施設から在宅への移行が進められていく方向へと政策転換しているにも関わらず、住宅が社会保障として位置づけられていないと指摘している。また、病院退院後に行き場を見つけづらい高齢者のとりあえずの退院先として介護老人保健施設、介護療養型医療施設、医療療養病床、有料老人ホーム、認知症グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護、宿泊デイ等の社会資源が利用されているとの報告もある⁷⁾。

本研究の結果では、60歳以上の対象者への福祉事務所の方針として、「生活の安定」や「医療や福祉の導入・調整」の記載が多かった。とくに認知症を有する対象者の多くは直前まで自宅で一人暮らしをしており、入所時に介護保険を申請した対象者が少なくなかった。単身で家族からのサポートが得られにくい状況では、認知機能の低下により、必要な医療や福祉サービスに自力でアクセスできないまま重篤化してしまうことも考えられる。認知症やアルコールの問題を抱え、地域での一人暮らしが困難となった低所得の単身高齢者の在宅生活を継続するための居所、あるいは介護保険の申請等、必要な手続きを進める居所のひとつとして、生活支援付きの無料低額宿泊所・自立援助ホームが利用されている可能性がある。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、第一に、健康状態に関するデータに、医師の診断以外の情報が含まれていることが挙げられる。病院や社会福祉施設から入所した対象者は、退院時の看護サマリーや医師の診断書に基づく情報が入所申込書を通して記録されることが多い一方、簡易宿泊所や路上で生活していた対象者の健康状態に関する情報は本人から聞き取った内容が中心となっている。

第二に、緊急に保護された場合等は、福祉事務所でも把握が困難な情報があるため、入所時の健康状態が過小評価されている可能性がある。

第三に、本研究では、都市部の一団体の調査であるため、都市部の生活支援付きの民間宿泊施設の入所者全体を代表しているとは言えない。また、宿泊施設に入所した生活困窮者のみを対象とした調査であるため、居宅で生活している利用者との比較や宿泊施設以外の居所で生活している生活困窮者との特徴の違いを明らかにすることができていない。海外の研究では、シェルターを利用する高齢者は、一般

の高齢者と比較して機能障害やフレイルの状態が多いとする報告²⁶⁾や居所を喪失した高齢者の老年性疾患の状態は、シェルターと他の生活環境とでは違いはなかったとする報告²⁷⁾があるが、国内では生活困窮者の健康状態の特徴の違いを居住環境別に明らかにした研究は少ない。今後、日本の民間の宿泊施設の入所者の健康状態をさらに明らかにしていくためには、居宅で生活している生活困窮者や、他の施設での調査データとの比較や検証を積み重ねていく必要がある。

V 結 語

本研究では、都市部の生活支援付きの民間の宿泊施設を新規に利用する生活困窮者を対象として、利用開始時の健康状態や施設利用に至る経緯を調査した。その結果、身寄りがなく、一人暮らしが困難で、病院退院後に在宅生活に移行することが難しい対象者が多い特徴がみられた。単身の低所得高齢者の増加や低所得者が入所可能な介護施設等の不足を背景として、家族のサポートを得ることが難しい生活困窮者の在宅生活を継続するための居所、または制度利用に必要な手続きを進める居所のひとつとして、生活支援付きの民間の宿泊施設が利用されている可能性がある。

救護施設等の公的な施設には、看護師等の医療職の配置が定められている一方で、民間の宿泊施設には医療職の配置は定められていない。そのため、民間の宿泊施設を利用する生活困窮者は、継続的な健康支援が届きにくい。また、認知症等により自ら医療機関にアクセスできず、疾病が不明の状態で保護されている対象者もいることから、健康問題が把握されにくい集団であると言える。

本調査の結果では、多くの対象者が何らかの健康問題を抱え、年代別に異なったニーズを有していることが示唆されたことから、今後、民間の宿泊施設へ入所している生活困窮者の年代別の課題に応じた健康支援を提供する仕組みを検討する必要がある。

本研究にご協力くださいました、NPO 法人の事業所の利用者の皆様、職員の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、首都大学東京大学院人間健康科学研究科博士前期課程修士学位論文の研究の一部である。本研究に関して開示すべき COI はない。

(受付 2019. 2.15)
(採用 2019. 8.29)

文 献

- 厚生労働省 編. 厚生労働白書 平成29年版—社会保障と経済成長—. 東京：日経印刷. 2017; 270-273.
- 厚生労働省. 生活保護の被保護者調査（平成29年4月分概数）の結果. 2017. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogosya/m2017/dl/04-01.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 厚生労働省. 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. 2012. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf (2018年4月15日アクセス可能).
- 櫻井琢磨. 生活困窮者の健康課題および社会保障財政から見た保健師への期待. 保健師ジャーナル 2016; 72: 100-104.
- 浅沼奈美. 生活保護受給者の健康管理支援と保健師の役割. 保健師ジャーナル 2016; 72: 94-99.
- 藤田恭子. 福祉事務所の保健師の立場から. 保健師ジャーナル 2016; 72: 113-119.
- 東京都社会福祉協議会. 退院後、行き場を見つづらぬ高齢者 社会資源実態白書. 東京：東京都社会福祉協議会. 2013; 5-19.
- 厚生労働省職業安定局. 住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書. 2007. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/08/dl/h0828-1n.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 厚生労働省. 平成27年社会福祉施設等調査の概況総括表. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/15/dl/soukatsu.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 厚生労働省. 平成27年社会福祉施設等調査の概況第2表 施設の種別別在所率（詳細票）. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/15/dl/sankou02.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 厚生労働省社会・援護局保護課. 住居のない生活保護受給者が入居する無料低額宿泊施設及びこれに準じた法的位置づけのない施設に関する調査結果について. 2011. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001i7kb-att/2r9852000001i7m1.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 厚生労働省社会・援護局保護課. 無料低額宿泊事業を行う施設に関する調査について（平成27年調査）. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12002000-Shakaiengokyoku-Shakai-Hogoka/0000134574.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 厚生労働省社会・援護局保護課. 社会福祉各法に法的位置付けのない施設に関する調査について（平成27年調査）. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12002000-Shakaiengokyoku-Shakai-Hogoka/0000134575.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 山田壮志郎. 無料低額宿泊所の研究. 東京：明石書店. 2016; 46-55.
- 滝脇 憲. 大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える. こころの科学 2012; 161: 86-91.
- 東京都福祉保健局生活福祉部保護課保護係. 第2実施責任. 生活保護運用事例集. 東京：東京都福祉保健局生活福祉部保護課保護係. 2006; 34-35.

- 17) 東京都福祉保健局. 寄りそい型宿泊所事業実施要項. 2014. <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/shisetsu/shukuhaku/yorisoigatasyukuhakusyojigyou.html> (2019年4月14日アクセス可能).
 - 18) 厚生労働省社会援護局保護課. 社会福祉住居施設及び生活保護受給者の日常生活支援の在り方に関する検討会第1回資料. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000377963.pdf> (2019年4月14日アクセス可能).
 - 19) 橋本 明. 東京都下一生活保護施設における「ホームレス」精神障害者の研究. 日本公衆衛生雑誌 1992; 39: 467-477.
 - 20) Okamura T, Takeshima T, Tachimori H, et al. Characteristics of individuals with mental illness in Tokyo homeless shelters. *Psychiatric Services* 2015; 66: 1290-1295.
 - 21) Ito K, Morikawa S, Okamura T, et al. Factors associated with mental well-being of homeless people in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2014; 68: 145-153.
 - 22) 全国救護施設協議会. 平成25年度全国救護施設実態調査報告書. 2014. https://www.murayamaen.or.jp/murayamaen/about_me/kyugo/ (2018年4月15日アクセス可能).
 - 23) 江口恵子. 救護施設の社会的性格—利用者の変遷を通じて—. *人間文化研究* 1. 2003; 33-46.
 - 24) 大嶋栄子. 特集アルコール依存症治療の変遷 5 地域の回復施設の変遷. *Frontiers in Alcoholism* 2016; 4: 120-125.
 - 25) 小磯 明. 高齢者医療と介護看護 住まいと地域ケア. 東京: 御茶ノ水書房. 2016; 217-221.
 - 26) Brown RT, Kiely DK, Bharel M, et al. Geriatric syndromes in older homeless adults. *Journal of General Internal Medicine* 2012; 27: 16-22.
 - 27) Brown RT, Hemati K, Riley ED, et al. Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. *Gerontologist* 2017; 57: 757-766.
-

Health status and support needs of low-income people admitted to supportive housing in urban areas of Japan: Research on new residents across several age groups

Yuki MATOBA^{*,2*} and Emiko SAITO^{3*}

Key words : homelessness, supportive housing, residential facilities, public assistance, health status, age group

Objectives The aim of this study is to report on the health status of residents in supportive housing in urban areas of Japan, and to explore the differences in health conditions across different age groups within this population.

Methods The participants were 341 residents who had newly been admitted to supportive housing managed by a nonprofit organization. We examined their admission records and documented their health conditions. Differences in health conditions across age groups were also explored.

Results More than 90 percent of the participants were single men, aged 40 or older, and living on welfare. The main reasons for their utilization of supportive housing were the lack of accommodation after leaving a hospital or facility, decrease in physical function, and progression of dementia. A high proportion of participants under 40 years had an addiction problem, schizophrenia, intellectual disorders, or developmental disorders. Participants aged 40–59 years had high rates of lifestyle-related diseases in addition to mental illnesses. Furthermore, for those aged 60 years and older, the prevalence of geriatric syndromes such as dementia, hearing impairment, and visual impairment was high. Additionally, there was a high proportion of elderly participants whose health status was unknown when they were admitted to supportive housing.

Conclusion Most residents who had been admitted to supportive housing in the urban areas of Japan had physical or mental illnesses, and their life and support needs varied by age group. These findings suggest that it may be necessary for residents living in urban supportive housing in Japan to receive not only increased medical and psychological care but also age group-specific care.

* NPO Sumai Machizukuri Shien Kiko (Non-profit Organization for Housing & Community Services)

^{2*} Doctor's program in Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

^{3*} Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

会員の声

蘭方見聞録

タナカ ヒロカス
田中 宏和*

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(12): 778.
doi:10.11236/jph.66.12_778

私は現在、日本学術振興会海外特別研究員 (JSPS Overseas Research Fellow) としてオランダのロッテルダムにあるエラスムス大学医療センター (Erasmus University Medical Center) で研究を行っている。また、東京大学大学院医学系研究科医学博士課程に在学中だった2017年8月からの1年間にも「トビタテ! 留学 JAPAN 日本代表プログラム (官民協働海外留学支援制度)」の支援を受け、ロッテルダムに留学しており今年でオランダ居住2年目になる¹⁾。

エラスムス大学医療センターは医学部生約2,000人を擁するオランダ最大規模の医学部 (オランダでは医学部は8大学に設置されている) である。公衆衛生、健康科学の関する部門はオランダ健康科学研究所 (Netherlands Institute for Health Sciences) として組織され修士課程 (Research Master in Health Sciences など)・博士課程 (PhD program) のコースを提供している²⁾。枠組みは疫学、生物統計学、環境衛生学、医療経営管理学、社会行動科学の5つの分野が必須とされるアメリカ型の公衆衛生大学院とは少し異なるものの、疫学や生物統計学などから構成され臨床疫学や遺伝・分子疫学もカバーしている。また、エラスムス大学健康政策・管理学 (Erasmus School of Health Policy & Management) と共同して構成されているのも特徴の一つである。医学部の講義は原則オランダ語で、大学院の講義は英語で行われている。

私が所属している公衆衛生学分野 (Department of Public Health) はスクリーニング評価、医療判断学、産業保健、終末期医療、外傷・安全、社会疫学、若年者保健、感染症コントロール、がんサーベイランスの9つのサブ部門に分かれており、スタッフと学生を合わせると100人を超す大所帯である。約70%が地元のオランダ出身のスタッフ・学生で、残りは留学生や私のように国外 (主に EU 圏) から

研究員として参加しているメンバーである。日本からこの部門に来たのは私が初めてのことだった。

私を受け入れてくれたヨハン・マッケンバッハ教授 (Prof. Johan P. Mackenbach) とその研究グループは、過去30年にわたり世界の健康格差研究をリードしてきた。とくに、欧州域内の健康格差の国際比較研究を数多く実施しており、欧州では絶対的な健康格差は縮小傾向にあるものの相対的には健康格差が拡大していることや「平等主義」のスキャンジナビア諸国では健康格差が小さくないことなどを明らかにしてきた^{3~5)}。私の研究テーマは「健康格差分析と対策の日欧比較」であり、1年目の留学では、日本に韓国を加え欧州8カ国 (フィンランド、デンマーク、イングランド/ウェールズ、フランス、スイス、イタリア (トリノ)、エストニア、リトアニア) との職業階層別死亡率の比較研究を論文にまとめることができた⁶⁾。

留学先に迷っている会員がいらっしゃったら是非オランダをおすすめしたい。オランダは「欧州の小国」と形容されることも多いが、大小の28カ国からなる EU 加盟国の中でも政治的・経済的に重要な役割を担っており、先進的な政策などの取り組みが多い。多様性と寛容にあふれるこの国では、欧州諸国の公衆衛生の発展だけでなく、歴史的、政治的、文化的、地政学的にも新たな考え方に触れることができるはずだ。

本稿について開示すべき COI 状態はない。

(受付 2019. 8.22)
採用 2019.10. 4)

文 献

- 1) 田中宏和. 留学大図鑑: 欧州の健康格差研究からアジアの未来を探る. 2018. <https://tobitate.jasso.go.jp/zukan/detail-1284> (2019年8月21日アクセス可能).
- 2) Netherlands Institute for Health Sciences. 2019. <https://www.nihes.com> (2019年8月21日アクセス可能).
- 3) Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2018; 115: 6440-6445.
- 4) Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ* 2016; 353: i1732.
- 5) Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008; 358: 2468-2481.
- 6) Tanaka H, Nusselder WJ, Bopp M, et al. Mortality inequalities by occupational class among men in Japan, South Korea and eight European countries: a national register-based study, 1990-2015. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73: 750-758.

* エラスムス大学医療センター公衆衛生学分野
責任著者連絡先: Erasmus MC, P.O. Box 2040, 3000 CA Rotterdam, The Netherlands Department of Public Health, Erasmus University Medical Center
田中宏和

日本公衆衛生雑誌投稿規定

1. 本誌への投稿は共著者も含めて日本公衆衛生学会会員であることを原則とする。
2. 他誌に発表された原稿（印刷中、投稿中も含む）の投稿は認めない。
3. 掲載論文の著作権は日本公衆衛生学会に帰属する。「著作権委譲承諾書」には著者全員の記名および自署を要する。
4. 一度投稿された原稿の差し替えには応じない。
5. 本誌は原則として投稿原稿およびその他によって構成される。
 - 1) 投稿原稿の種類とその内容は表1のとおりとする（制限頁数は図表を含む）。

表1 投稿原稿の種類

種類	内容	制限頁
1. 論壇 Sounding Board	公衆衛生の活動、政策、動向などについての提案・提言	5頁
2. 総説 Review Article	研究・調査論文の総括および解説	12頁
3. 原著 Original Article	公衆衛生上重要で科学的な研究・調査に関する論文	10頁
4. 公衆衛生活動報告 Public Health Report	公衆衛生活動に関する実践報告	10頁
5. 資料 Information	公衆衛生上有用な資料	10頁
6. 会員の声 Letter	掲載論文等に対する意見、海外事情、関連学術集会の報告など	1頁

（刷上り1頁はほぼ1,800字に相当する）

- 2) 本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。
- 3) 投稿原稿のうち、原著の構成は原則として表2のとおりとする。
（表2の構成によらない場合は投稿の際その理由を付す）
- 4) 公衆衛生活動報告は、自治体や地域団体等が公衆衛生活動を通して得た知見であって、他地域や団体が類似の活動を行う際の参考となる内容の報告とする。構成は表3の例を参考に、制限頁数は10頁とし、少ない頁数でも可能とする。
- 5) どの種類においても続報形式は認めない。
6. 投稿料は無料とする。投稿原稿が採用された場合は掲載料を必要とする（会員の声を除く）。掲載料は理事会の議を経て変更することがある。

投稿原稿が掲載された場合、当該原稿の制限頁数の頁作成に要する費用の70%を学会が負担する。制限頁を超えた頁および図の作成に要する費用、ならびに別刷代は全額著者負担とする。

表2 投稿原稿の構成

項目	準ずる項目	内容
抄録	要旨、まとめ	目的・方法・結果・結論にわけて、見出しをつけて記載すること。（1,000字以内）
キーワード		（6個以内）
I 緒言	はじめに、まえがき	研究の背景・目的
II 研究方法	方法と対象・材料等	研究・調査・実験・解析に関する手法の記述および資料・材料の集め方
III 研究結果	研究成績	研究等の結果・成績
IV 考察	考察	結果の考察・評価
V 結語	おわりに、あとがき	結論（省略も可）
謝辞等		謝辞、当該研究への助成や便宜供与など
文献		文献の記載は8.15)に従う

表3 公衆衛生活動報告の構成（例）

項目	準ずる項目	内容
抄録	要旨、まとめ	目的、方法、活動内容、結論にわけて、見出しをつけて記載すること。（1,000字以内）
キーワード		（6個以内）
I はじめに	まえがき	活動の背景や目標、報告の目的
II 方法	方法と対象	報告に用いた資料、活動の対象や地域、検討の方法
III 活動内容	活動結果	活動内容や取り組みの特徴、活動の結果や継続性、資金や人材の効率性
IV 考察	考察	活動およびその結果の検討、活動を通して得られた知見、教訓や課題、他事業に応用できる点や特殊な点
V おわりに	あとがき、結論	今後の活動への示唆（省略も可）
謝辞等		謝辞、当該研究への助成や便宜供与など
文献		文献の記載は8.15)に従う

7. 編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに再投稿する。返送から6か月以上経過した場合は、投稿取り下げとみなす。なおこの原稿について新たな投稿は妨げない。

編集委員会で修正を求められ再投稿する場合は、修正箇所を下線等で明示した原稿と、指摘された事項への対応を具体的に説明する回答を別に付ける。

8. 投稿原稿の執筆要領

- 1) A4サイズまたはレターサイズに、横書き25字×32行として作成する。数字およびアルファベットは原則として半角とする。なお、この書式から大きく逸脱し、または制限頁数（表1）を大幅に超過する場合は返却することがある。
- 2) 新仮名遣いを用い、できるだけ簡潔に記述する。誤字やあて字が多く、日本語として理解が困難な場合や、文法上の誤りなどで英文として理解が困難な

場合は返却することがある。

- 3) 投稿原稿は日本語か英語とする。英文の場合は英語の投稿規定を順守する。日本語の場合、図、表および写真の説明は英文で記載してもよい。
- 4) 数字は算用数字を用い、単位や符号は慣用のものを用いる。
- 5) 特殊な、あるいは特定分野のみで用いられている単位、符号、略号ならびに表現には簡単な説明を加える。
- 6) 外来語は片仮名で書く。外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。
- 7) 年の表記は、原則西暦を用いる。元号表記は、行政資料の名称などどうしても必要な場合のみとする。
- 8) 図、表および写真には図1、表1および写真1などの番号をつける。表は1頁に1つとする（図、写真についても同じ）。
図、表および写真は白黒で掲載されるので、白黒で十分理解できるものを作成すること。図は原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。
- 9) 原稿の表紙には表題、英文表題、著者名、所属機関名、希望する原稿の種類、別刷必要部数、原稿枚数（総文字数÷1,800字）、図表および写真の枚数、編集委員会への連絡事項および投稿論文責任著者の氏名および連絡先（所属機関、所在地、電話、ファクシミリ、電子メールアドレス）を記す。
異なる機関に属する者が共著である場合は、各所属機関に番号をつけて氏名欄の下に一括して示し、その番号を対応する著者の氏名の右肩に記す。
- 10) 日本語の原稿には400語以内の英文抄録をつける。ただし、論壇、公衆衛生活動報告、資料、会員の声については、これを省略することができる。英文抄録には表題、著者名、所属機関名、キーワードを記し、構成は和文抄録（表2）と同じく、目的（Objectives）・方法（Methods）・結果（Results）・結論（Conclusion）にわけて、見出しをつけて記載すること。英文については、専門家によるチェックを受けること。

- 11) 投稿原稿の内容が倫理的配慮を必要とする場合は、必ず「方法」の項に倫理的配慮や研究対象者への配慮をどのように行ったかを記載すること。

なお、ヒトを対象にした研究では、ヘルシンキ宣言ならびに文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」あるいは他の適切な指針に従うこと。動物を対象にした研究では、実験が実施された組織における実験動物に係わるガイドラインに則した研究であることが求められる。

倫理審査委員会の承認を得て実施した研究は、承認した倫理審査委員会の名称および承認年月日を本

文中（方法）に記載する。

- 12) 当該研究遂行や論文作成に際して、企業・団体等から研究費助成、試料提供、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞等にその旨を記載しなければならない。
- 13) 前項の経済的支援につき、国内外のたばこ製造に係る事業者またはその関連団体（喫煙科学研究財団など）から受けているときは、査読の対象とせず、返却する。
- 14) 投稿にあたってすべての著者は投稿時に、『日本公衆衛生学会「公衆衛生学研究のCOIに関する指針」の細則』第3条にしたがい、「日本公衆衛生雑誌 投稿時COI自己申告書」を提出しなければならない。申告書の内容については、謝辞等にその旨を記載する。COI状態がない場合も、謝辞等に「開示すべきCOI状態はない。」などの文言を記載し、自己申告書を提出する。

15) 文献の記載様式

- (1) 文献は本文の引用箇所の肩に¹⁾,^{1~5)},^{1,3~5)}などの番号で示し、本文の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者が3人までは全員、4人以上の場合は3人までを挙げ、4人目以降は省略して、3人の著者名+『他.』とする。英文の文献で著者が4人以上の場合は、3人の著者名+『et al.』とする。
- (2) 雑誌名はその雑誌が使用している略名がある場合は使用してもよい。ただし、その場合は原則としてすべての文献の雑誌名について略名を使用すること。
- (3) 記載方法は下記の例に従う。

① 雑誌の場合

著者名・表題・雑誌名 発行年（西暦）；巻：頁-頁。

- 1) 玉腰暁子, 武藤香織. 多施設共同疫学研究における中央事務局業務：実態の類型化と今後の標準化にむけて. 日本公衆衛生雑誌 2013; 60: 631-638.

- 2) Liu T, Howard RM, Mancini AJ, et al. Kwashiorkor in the United States: fad diets, perceived and true milk allergy, and nutritional ignorance. Arch Dermatol 2001; 137: 630-636.

② 単行本の場合

著者名・表題・編者名・書名・発行所所在地：発行所・発行年（西暦）；頁-頁。

- 3) 中村正和. 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援の意義と方法. 大井田隆, 中村正和, 尾崎哲則, 編. 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ

対策. 東京：日本公衆衛生協会. 2013; 103-123.

4) Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern Epidemiology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008; 258-282.

(4) 原則として、特殊な報告書、投稿中原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を差し控える。

(5) インターネットのサイトは、他に適切な資料が得られない場合のみ文献として使用してもよいこととする。この場合は、サイト名とアドレスを簡潔かつ明確に記載するとともに、アクセスした年月日も付記すること。

5) 厚生労働省. 平成21年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（速報値）について. 2011. http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakai-hosho/iryouseido01/dl/info02a_1.pdf (2013年2月22日アクセス可能).

6) World Health Organization. Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. Report by the Secretariat. 2002. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf (2013年2月22日アクセス可能).

9. 投稿は、原則として以下のファイル（①表紙・和文抄録・英文抄録（ある場合）・本文、②表、③図、④

著作権委譲承諾書・COI自己申告書）をオンライン投稿システムにアップロードすることによって行う。原則的に①は Microsoft Word, ②③は Microsoft Word, Excel, Power Point, ④は PDF ファイルで、それぞれアップロードする。①には通しで行番号を付与する。

10. 投稿ウェブサイト：

<http://mc.manuscriptcentral.com/jjph2>

オンライン投稿が困難な場合は事務局にご相談ください。

11. 投稿原稿の採否は編集委員会で審議し決定する。

12. 初校は著者が原稿の控えを用いて行う。校正の際は、誤字脱字の修正は認めるが、内容の加筆・修正は認めない。

13. その他、本規定に関する問い合わせは事務局へ。

「参考」

〈掲載料〉 1頁 7,500円

別 冊 価 格 表

部数 頁	30	50	100	150	200	250	300	350	400
1~4	2,800	3,020	4,450	5,410	6,350	7,280	8,200	9,370	10,540
5~8	3,720	4,000	5,980	7,020	8,100	9,160	10,200	11,570	12,900
9~12	4,600	5,000	7,470	8,710	9,900	11,100	12,260	14,050	15,800

500部以上は別途計算になりますので、事務局にお問合わせください。

2017年2月9日改正

■日本公衆衛生雑誌 投稿時 COI 自己申告書

日本公衆衛生雑誌 投稿時 COI 自己申告書

著者名： _____

論文題名： _____

(著者全員について、投稿時点の前の年から過去3年間および出版受理時点までの期間を対象に、発表内容に関する企業・組織または団体とのCOI状態を著者ごとに自己申告記載)

項 目	該当の状況	有であれば、著者名：企業名などの記載
① 報酬額 1つの企業・団体から年間100万円以上	有・無	
② 株式の利益 1つの企業から年間100万円以上、あるいは当該株式の5%以上保有	有・無	
③ 特許使用料 1つにつき年間100万円以上	有・無	
④ 講演料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上	有・無	
⑤ 原稿料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上	有・無	
⑥ 研究費・助成金などの総額 1つの企業・団体から、医学系研究（共同研究、受託研究、治験など）に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有・無	
⑦ 奨学（奨励）寄附金などの総額 1つの企業・団体からの奨学寄附金を共有する所属部局（講座、分野あるいは研究室など）に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有・無	
⑧ 企業などが提供する寄附講座 実質的に使途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有・無	
⑨ 旅費、贈答品などの受領 1つの企業・団体から年間5万円以上	有・無	

(本 COI 申告書は論文掲載後3年間保管されます)

(申告日) 年 月 日

記名（自署） _____

著作権委譲承諾書

日本公衆衛生学会 御中

論文名

著者名（筆頭著者から順に全員の氏名を記載してください）

上記の論文が日本公衆衛生雑誌に採用された場合、当該論文の著作権を日本公衆衛生学会に委譲することを承諾いたします。また著者全員が当該論文の内容に責任を持ち、論文の内容は過去に他誌に掲載されたり、現在も掲載（投稿中のものを含む）が予定されていません。さらに、本論文の採否が決定されるまでは他誌には投稿しません。以上、誓約いたします。

（下記に記名および自署してください*1）

筆頭著者：

記名_____自署_____日付_____年 月 日

著者：

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

*1 用紙が足りない場合や著者が異なる機関等に所属する場合は、用紙をコピーして複数枚提出しても構いません。その場合、いずれの用紙にも上段の枠内に論文名・全著者名の記載をお願いいたします。

*2 本誌への投稿は共著者も含めて日本公衆衛生学会会員であることを原則とします（投稿規定1項）。

Japanese Journal of Public Health:

Instructions to Authors

Since November 2004, the Japanese Journal of Public Health has published English as well as Japanese articles. Those who intend to publish an English article should follow the instructions below.

Aims and Scope

The Japanese Journal of Public Health is intended to be a vehicle for the exploration and discussion of broad public health issues and is aimed in particular at enhancing communication between researchers, legislators, decision-makers, practitioners, and other professionals in various areas of public health in Japan and other countries. In order to achieve the journal's objectives, authors are encouraged to write in a non-technical style which is understandable to public health practitioners and specialists from other disciplines.

The Japanese Journal of Public Health is affiliated with the Japanese Society of Public Health (hereafter, the society); the first author or the corresponding author must be a current member of the society.

General

Every manuscript will be examined by members of the editorial board and external reviewers to determine whether it should be published in the journal. Based on the reviews, some revisions may be required. Final decisions will be made by the editorial board. Rejected manuscripts and illustrations will not be returned, unless otherwise requested.

Types of contributions

1. Sounding Board: This covers suggestions, proposals, or opinions regarding public health policy, legislation, practice, and research. Articles may be submitted or invited, and the text is limited to 2,500 words.
2. Review Article: Reviews of and comments on

articles on progress in any field of public health. Submitted or invited, the text is limited to 4,000 words, excluding tables, figures, and references. The total number of tables and figures should be no more than six.

3. Original Article: Submitted paper to document results of original research. The material should not have been previously published elsewhere, except in a preliminary form. The text is limited to 3,500 words, excluding tables, figures, and references. The total number of tables and figures should be no more than six.
4. Public Health Report: Reports on processes and important findings within public health practice. The material should not have been previously published elsewhere, except in a preliminary form. The text is limited to 3,500 words, excluding tables, figures, and references. The total number of tables and figures should be no more than six.
5. Information: Submitted paper which is very informative and/or contains original data useful for public health. The text is limited to 3,500 words, excluding tables, figures, and references. The total number of tables and figures should be no more than six.
6. Letter: Opinions on various topics from members of the society are welcome. However, to be considered for publication, a manuscript should be pertinent, factual, and concise. The text is limited to 600 words with no tables or figures.

Preparation of manuscripts

Manuscripts written in English must be complete in all respects, including figures and tables. The manuscript should be typed with double spaced, consecutively numbered pages with wide margins. Pages should be single sided and of uniform size. Consecutive line numbers are added on text pages. Manuscripts must be checked by a native English speaker, and the author should submit proof of this check.

On the title page of the article, the numbers of words in the text, tables, and figures should be mentioned. Author's full names and academic or professional affiliations should be included. The name and address of the author to whom correspondence may be sent should be indicated, including a telephone number, fax number, and email address for immediate inquiries from the society.

A structured summary (objectives, methods, results, and conclusion) up to 400 words should be included with the manuscript, except for a Sounding Board or Letter, together with up to six key words which will be used for indexing.

Illustrations must be submitted to the editors in black and white, in a form and condition suitable for reproduction. The illustrations must bear a title, and be numbered with Arabic numerals according to the sequence of their appearance in the text, where they are to be referred to as Figure 1, Figures 2–4, etc. Line drawings should be in black ink on drawing or tracing paper. Lettering should be clear and of adequate size to be legible after reduction.

Tables should be double spaced and typed in black and white, each on a separate page, numbered in sequence with Arabic numerals (Table 1, Table 2, etc.). Each table should have a brief descriptive title, and should be referred to in the text as Table 1, etc.

Literature citations should be made at appropriate points in the text as numbers in brackets. All references cited in the text should be listed at the end of the paper on a separate page (also double spaced), arranged in numerical order of their appearance in the text, rather than in alphabetical order. Literature references must be complete, including names and initials of all authors (if there are more than three, list the first three plus et al.), title of the paper referred to, title of journal, year, volume, and first and last page numbers. Journal titles may be abbreviated in a formal manner (see

Example 1). The form of literature references to books should be: author(s), initials, title of book, publisher and city, year and page numbers (see Example 2). References to authors contributing to multi-author books or to proceedings printed in book form should be in line with those for books (see Example 3). Websites as a source of information are allowed only if other sources are not available (see Example 4). Otherwise, please refer to Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, issued by the International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>).

Examples:

- 1) Torres RA, Barr M. Impact of combination therapy for HIV infection on inpatient census. *N Engl J Med* 1997; 336: 1531–1532.
- 2) Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, et al. *Method for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. 1997; 52–95.
- 3) Gurman AS, Kniskern DP. Family therapy outcome research: knowns and unknowns. In: Gurman AS, Kniskern DP, editors. *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel. 1981; 742–775.
- 4) World Health Organization. *Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*. Report by the Secretariat. 2002. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf (accessed February 22, 2013).

Copyright

An author, when quoting from someone else's work or considering reproducing an illustration or table from a published book or journal article, should make sure that they are not infringing on copyright. Although in general an author may quote from other published works, they should obtain permission from the holder of the copyright if they wish to make

substantial extracts or to reproduce tables, plates, or other illustrations. If the copyright holder is not the author of the quoted or reproduced material, it is recommended that permission from the author should also be sought. Material in unpublished letters and manuscripts is also protected and must not be published unless permission has been obtained. A suitable acknowledgment of any borrowed material must always be made.

Ethical consideration and conflicts of interest

Human studies should be conducted in accordance with the recommendations outlined in the Declaration of Helsinki and those guidelines for human studies issued by the authorized body in the country where research is performed. Animal experiments should be conducted in accordance with guidelines for animal experiments established by their institution. The authors should mention, if necessary, ethical considerations in the text (preferably in the section on method). Additionally, the authors should mention if they have any conflicts of interest; if there are no conflicts of interest, please state "none". Moreover, all authors should submit a self-certified form of conflict of interest that can be obtained from the journal.

Submission of manuscripts

Submission of a manuscript to the journal implies that it is not under consideration for publication elsewhere and furthermore that, with the exception of review papers, it contains original work not previously published elsewhere. On submission, all the authors should sign a copyright transfer form attached to the journal, which contains a statement that a manuscript is not published elsewhere. Once a manuscript is submitted, replacement of the manuscript is not allowed. Submission of a manuscript implies the transfer of copyright from the authors to the society, in accordance for publication.

Submission and publication fees

Submission is free. Printing fees will be charged at the following rate: ¥7,500 for each page (a 70% discount will be given by the society up to the extent of word limits) and actual expenses for illustrations at the time of publication.

Proofs

Proofs will only be supplied to the author to check for typesetting accuracy and no changes to the original manuscript will be allowed at this stage. Return of proofs should not cause delays in publication and the society will proceed if proofs are not returned before the deadline stipulated.

Reprints

Reprints of articles may be ordered by completing and returning to the society the order form sent to authors upon acceptance of their papers.

Address all submissions to:

<http://mc.manuscriptcentral.com/jjph2>

**All inquiries to: Japanese Journal of Public Health
Japanese Society of Public Health
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku
Tokyo 160-0022**

Revised September 1, 2018

Japanese Society of Public Health Conflict of Interest Self-Disclosure Form

Name of Author : _____

Title of Manuscript/Presentation : _____

(Please provide information for all authors, concerning COI status with companies, institutions or organizations related to the presentation **starting from the year prior to the presentation, for the previous 3 years**)

Items to Disclose	Applicable	If applicable, provide name of author/name of company or organization etc.
① Remuneration Annual payment of 1 million yen or more from a single company, or organization	Yes · No	
② Profit from stocks Annual profit of 1 million yen or more, or ownership is 5% or more of all stocks of the corresponding stock from a single company	Yes · No	
③ Patents Annual patent fee of 1 million yen or more for a single patent	Yes · No	
④ Honoraria (lecture fees) Annual payment of 500,000 yen or more from a single company or organization	Yes · No	
⑤ Manuscript fees Annual payment of 500,000 yen or more from a single company or organization	Yes · No	
⑥ Total research funds Research contract funds allocated for medical and science research (joint research, commissioned research, clinical trials etc.) that can be used by the researcher is 1,000,000 yen or more from 1 company or organization	Yes · No	
⑦ Scholarship (incentive) donations Annual amount allocated for use by the researcher is 1,000,000 yen or more from a single company or organization to the individual or individual's affiliated department or division	Yes · No	
⑧ Endowed department funded by companies etc. Annual amount allocated for use is 1,000,000 yen or more	Yes · No	
⑨ Travel expenses, gifts etc. Annual total of 50,000 yen or more from one single company or organization	Yes · No	

(This COI disclosure form will be stored for 3 years after publication)

(Date of Disclosure) / / (dd/mm/yy)

Name of Author (Signature) _____

Copyright Transfer Form

Japanese Society of Public Health

<p>Title of manuscript</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Authors' names (Please state the names of all authors in order, starting with the first author)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

If the above manuscript is accepted in the Japanese Journal of Public Health, we consent to the transfer of the copyright to the Japanese Society of Public Health. Also, all authors assume responsibility for the content of the manuscript and declare that it has not been published previously in any other journal, nor is it intended to publish it elsewhere (including journals where it is under submission). They further declare that it will not be submitted elsewhere while a decision on whether to accept or reject it in this Journal is pending.

(Please write your names and signatures below *¹)

First author :

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

Authors :

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

*¹ If there is insufficient space or affiliations of authors differ, several copies of this form may be submitted. In this case, please write the title of the manuscript and names of all authors in the box at the top for all copies of the form.

*² In principle, the first author or corresponding author of the paper submitted to this journal should be a member of the Japanese Society of Public Health.

編集 後記

本号では、公衆衛生活動報告1編と資料3編を掲載しています。公衆衛生活動報告では、新宿区保健センターにおける「ちょっと気になる」保護者向けパンフレットが紹介され、保護者への質問紙に基づきその有効性についての評価が報告がされており、公衆衛生の活動現場からの重要な知見となります。資料3編では、日本、欧州、米国の業界団体規定を用いた研究開発型多国籍製薬企業の社会的貢献活動と患者団体との透明性に関する報告、都道府県の情報を用いた食育推進計画の特徴に関する分析、都市部の生活支援付き民間宿泊施設に入所した生活困窮者を対象とした検討と多岐にわたっています。いずれの内容も日々の公衆衛生活動からの問題提起と、いかにそれらに対応するべきかを示唆する重要な知見になるのではないのでしょうか。公衆衛生に関わる問題は、時代とともに変遷していきます。さらに、これらの課題の分析や解決に用いるアプローチも、科学技術の進歩とともに変わっていきます。本誌がそれらの新たな知見・見方を提供する場になるのではないかと思います。

また、オランダ留学と留学先で行われている研究に関して「会員の声」で紹介されています。このような会員の声も大歓迎です。
(上田佳代)

次号予告 (第67巻・第1号)

特別論文

加熱式たばこ製品の使用実態、健康影響、たばこ規制への影響とそれを踏まえた政策提言
.....中村正和, 他

原著

自治体の衛生部門における健康増進事業のプロセスの現状と課題：6府県全市町村調査の分析結果より.....大曾基宣, 他
宮城県の東日本大震災被災者の健康状態の経年推移：応急仮設住宅等入居者健康調査より
.....草間太郎, 他

資料

高校生の自他への暴力行動に対するレジリエンスと反すうおよび怒りとの関連.....石田実知子
子育て期の女性における認知的失敗尺度日本語版の開発.....岩佐 一, 他



情報ボックス

高齢者の誤飲・誤食事故318件 医薬品包装が3割を占め、入れ歯や洗剤等も多い 消費者庁が包装シートは1錠ずつに切り離さないなど注意喚起

消費者庁は9月11日、高齢者の誤飲・誤食事故情報が2010～2019年までに318件寄せられたとし、注意喚起を行った。前期高齢者では92件だったのに対し、後期高齢者では226件と2.5倍も多かった。男女比は4対6。医薬品包装が116件(36.5%)と最も多く、義歯・詰め物67件(21.1%)、洗剤・漂白剤等39件(12.3%)などが続いた。危害部位別では、食道が111件(34.9%)と最も多かった。軽症が262件(82.4%)と大半だが、中等症52件、重症2件、死亡事例も2件あった。医薬品包装の誤飲116件のうち、薬剤包装(PTPシート)を誤飲した事例は83件で、薬を内服した後に包装を洋服のポケットに入れていた高齢者が服薬していないと勘違いして薬剤包装を誤飲し、前胸部の痛みで受診して、食道の薬剤包装を2個除去したという例もあった。

消費者庁では、周囲の人が、①医薬品の包装シートは1錠ずつに切り離さない、②定期的な歯科受診で義歯を良好な状態に保つとともに、食後に義歯を確認する、③食器中に洗剤や漂白剤を入れて放置しないといった点に気を配ることが大切とした。

外国生まれの結核患者が1667人と過去最多 新登録患者に占める割合は初の1割超

厚生労働省が平成30年の
結核登録者情報調査年報集計結果を公表

厚生労働省は8月26日、平成30年の結核登録者情報調査年報の集計結果を公表した。

それによると、平成30年の新登録結核患者数は1万5590人で前年より1199人(7.1%)減少。平成28年～29年の減少率は4.7%(1万7625人→1万6789人)で、減少幅は2.4ポイント大きくなっていった。結核罹患率(人口10万対)は12.3で、前年に比べ1.0ポイント減少。近隣アジア諸国に比べれば低い水準だが、一桁台の欧米先進国(米国2.7、ドイツ6.5、英国7.9)に比べると依然として高い。

一方、外国生まれの新登録結核患者数は、前年から137人増加して1667人。新登録結核患者に占める割合は10.7%と、はじめて1割を超えた。最も増加し

たのは20～29歳で、前年から122人増加し、896人と半数を占めた。20～29歳の新登録結核患者数に占める外国生まれの者の割合も、前年から7.5ポイント増え、70.4%を占めた。外国生まれの新登録結核患者のうち、入国5年以内の者は前年の738人から144人増加し、882人だった。とくに20～29歳では前年から126人増加し、617人となった。

結核入国前スクリーニング後も入国後発症があり 日本語学校検診や医療通訳、コミュニティ支援が必要

日本医学会連合加盟学会が「急増する外国人生活者への
対応と課題」をテーマに連携フォーラム

日本医学会連合加盟学会連携フォーラム「保健医療体制のうちなる国際化に向けて～急増する外国人生活者への対応と課題」が5月25日、東京大学医学部小講堂で開催された。入国管理法の改正に伴い、今年度から特定技能という在留資格を持つ外国人の受け入れが開始され、今後5年間で最大34万人の外国人労働者が見込まれる中、結核などの公衆衛生上の課題への対応のあり方、共生社会における保健医療のあり方などが議論された。主催は、日本公衆衛生学会、日本結核病学会、日本国際保健医療学会。

厚生労働省結核感染症課長の日下英司氏は、年々増加する外国生まれの新登録結核患者が平成29年は1530人と新登録結核患者全体の9.1%を占め、とくに多数に感染させる可能性が高い若年層で増加しているなどと説明した後、全国保健所長会から平成30年6月に厚生労働省に要望があった輸入例への対応策である結核入国前スクリーニングについて概説した。今年度から導入される入国前スクリーニングは、主要先進国の多くがすでに実施しており、日本においても、結核を含む二類感染症の患者は上陸できず、ビザも発給しないという入管法上の規定がある。しかし、実行上の担保がないことから、ビザ発給者のうち、結核感染拡大のリスクが高い長期滞在者を対象者とし、外国生まれの結核患者の出生国の8割を占めるフィリピン(割合23.8%、罹患率554)、中国(20.3%、64)、ベトナム(15.8%、133)、ネパール(10.1%、154)、インドネシア(6.7%、391)、ミャンマー(4.3%、361)の6か国に優先的に実施する方向であると解説。具体的には、当該国の国立病院等を日本政府が指定し、結核非罹患証明書または結核治療証明書を発行してもらう仕組みを検討していると述べた。一方で、「これは、あくまでも発症した患者を入国させない対策であり、入国後に発症した場合の通常国内対応も重要」と指摘した。

新宿区保健所保健予防課長のカエベタ亜矢氏は、外国生まれの結核患者の対策例として、日本語学校

での取り組みを紹介した。平成29年の同区の結核届出数は184件。その多くが高齢者と若年層で、10～20歳代では外国人が大半を占めることから、日本語学校での結核検診をはじめた。平成30年には1万2527人にスクリーニングを行い、発見率は0.3%で、日本人学生の約100倍という高率で発見されるとした。排菌が多い場合は勧告入院となるが、多くが外来での服薬支援となる。そのため、日本語学校へ保健師が出向き、服薬チェックするとともに、毎月の健康チェックでフォローを行う「学校DOTS」を実施しているとした。「これにより治療中断者が減り、治療継続率が100%近くに上昇した。だが、経済的な問題や、症状がないのに服薬する必要性を理解できないなど、言葉の壁の問題などがあり、100%までには至っていない。その改善が課題」とした。

横浜市の港町診療所長（特定非営利活動法人SHARE＝国際保健協力市民の会副代表）の沢田貴志氏は、外国人結核患者は2002年以降急増し、2006年から定住者の間で、また最近では技能実習生の間で増加しているとした。東京都の受託事業である東京都外国人結核患者治療服薬支援員（医療通訳）養成・派遣事業の経験を踏まえ、「入国5年くらいでの発症が増え、日本語ができない外国人の受診が遅れる傾向がある。学校以外にバイトもしており、受診時間が取れない、経済的な理由で受診できないというケースが目立つ」と指摘。そのため、早期受診・治療、生活や労働の場での療養環境の整備、医療通訳ボランティア等の人材育成・確保、多文化共生の定着などが必要とし、とくに「通訳ボランティアが重要で、これがないと治療中断してしまう」と訴えた。

首都大学東京人間社会科学科教授の丹野清人氏は、永住資格を持つ外国人と家族等は社会保障が使える一方、家族帯同が認められない技能実習生等の外国人に社会保障などの市民権が十分に与えられていない現状を問題視。「彼らは病気などで働けなくなると、会社から治療費は出さないと言われたり、解雇を恐れてそこから離れてしまう。実際には、治療費が出る制度等はあるのだが、コミュニティがないために行方不明になったり、自殺を考えたりすることすらある。重症化し、感染拡大につながりかねないので、困り事を相談できる人、コミュニティが不可欠だ」と強調した。そうした課題の解決策の一つとして、浜松市の事例を紹介した。日系労働者が多い浜松市では、2000人の調査を実施したところ、「半数が永住資格を持っており、36.6%が日本語が話せる家族がいるために医療通訳を要するケースは17.9%にとどまった」とし、「コミュニティがあれば、コストはかからない」と強調。「技能実習生などに

は権利がないからこそ、悩み事が相談できるような、長期滞在者と企業や行政がつながったコストのかからないコミュニティが必要」と訴えた。

座長の東京都北区保健所長の前田秀雄氏は、「外国人労働者は第一次産業に多い。とすると、医療マンパワーが少ない地方でこそ問題が発生する。全国保健所長会では、保健行政窓口のための外国人対応の手引きをまとめたので、活用してほしい」とした。

ひとり親世帯の子どもは、ぜんそくが1.9倍、アトピー性皮膚炎が4.2倍、歯科疾患が2.1倍も多い

日本老年学的評価研究機構（JAGES）が
プレス発表で8題の研究成果を紹介

日本老年学的評価研究機構（JAGES）は6月5日、プレス発表会を開催した。

その中で、東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野教授の近藤尚己氏は、生活保護世帯の子どもにアレルギー疾患や歯科疾患が多いとする調査結果を紹介した。2016年1月時点で生活保護を受給している世帯の子ども（0～15歳）は573人で、疾病の割合は国民生活基礎調査の結果より高かった。とくに、ひとり親世帯では、2人親世帯を1とした場合、ぜんそくが約1.9倍、アレルギー性鼻炎が約1.6倍、アトピー性皮膚炎が約4.2倍、歯科疾患が約2.1倍も多く、子育てに伴う困難の多さが推察された。生活保護受給者の健康管理支援が2021年度から実施されることから、子どもへの支援も含む追加的支援の検討が必要と指摘した。また同じ調査で、生活保護受給者6016人を1年間追跡したところ、139人（2.3%）が頻回受診をしており、独居の場合は約1.5倍、就労していない場合は約2倍、外国籍である場合は約1.8倍も頻回受診しやすい傾向であることがわかった。生活保護制度では就労支援が重視されているが、孤立予防や適正受診の支援といった追加措置が有効である可能性があると指摘した。

また、農水省の「農業地域類型区分」を用いて耕地率等から農業的特性が強い404市町村を選定し、自殺予防総合対策センターが作成した市町村ごとの自殺の標準化死亡比データ（1983年から25年間分）と農林水産省の農業部門別農業産出額のデータを用い、マルチレベル分析を行った結果、人口当たりの酪農・畜産算出額が高い地域では、過去25年間にわたって自殺率が男女とも高かったと報告。農作物生産額の高低と自殺率には有意な相関はないとして、酪農・畜産の大規模化による経済的な負担や家畜等の感染症の不安といったストレスが影響している可能性があると指摘した。

（記事提供＝株式会社ライフ出版社）



新刊のご案内

保健衛生行政や地域保健の実務に携わる方々、保健師等養成機関など
現場で即時役立つ手近な参考書に!

衛生行政大要

改訂 第24版

～保健所や市町村における公衆衛生活動の現場、医療機関や保健師等の養成機関などにおいて、保健衛生行政に関する現状と課題を概説する書として保健指導や健康教育を行う際に利用できる学術書です。～



◆ 構成 ◆

【総論】

- 第1章 衛生行政の基本的な考え方
- 第2章 衛生行政制度の現状
- 第3章 社会保障制度

【各論】

- 第1章 保健および関連福祉
- 第2章 医療
- 第3章 薬事
- 第4章 生活衛生

- 第5章 環境保健
- 第6章 学校保健
- 第7章 労働衛生
- 第8章 国際保健
- 第9章 政策医療

B5判・360頁 定価:3,900円(税別)

発行 日本公衆衛生協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8
TEL 03-3352-4281 FAX 03-3352-4605 URL <http://www.jpha.or.jp>

《ご注文は、下記にご記入のうえ、FAXにてお願いいたします。》

書籍名	価格(税別)	購入部数
衛生行政大要(改訂第24版)	3,900円	部
合計	円	部
(フリガナ) お名前	TEL	
送付先住所 〒	FAX	
請求名	E-mail	
備考欄	見積書・納品書	要 ・ 不要

日本公衆衛生雑誌第66巻（2019年）総目録

第1号

第78回日本公衆衛生学会総会（高知）ご案内（第一報）…………… 1

原 著

- 家庭と学校における応急処置経験がもたらす教育的効果について：大学生への調査結果から
…………… 関由起子，他… 3
- 次子出産を希望しないことと早期産との関連：健やか親子21最終評価より…………… 上原里程，他…15
- 中堅期以降の自治体保健師の能力の現状とその関連要因：「標準的なキャリアラダー」を用いた調査から
…………… 堀井聡子，他…23
- 外国人介護職者における就労意向・バーンアウトおよびコミュニケーション能力の特徴に関する研究
…………… 亀山純子，他…38

第2号

第78回日本公衆衛生学会総会（高知）ご案内（第二報）……………61

原 著

- 乳幼児期における適切な時期の予防接種行動に関連した個人レベルおよび地域レベル要因の検討
…………… 大澤絵里，他…67
- 親亡き後の精神障害者の地域生活を見据えた親の準備の解明…………… 吉岡京子，他…76
- 要介護リスク高齢者と健常高齢者のポジティブ思考の比較検証…………… 白井みち代…88

公衆衛生活動報告

- 医療計画策定のための県域での入院医療実態調査…………… 渡辺晃紀，他…96

第3号

役員選挙について

特別論文

- 活動展開技法モデル「コミュニティ・アセスメント」の提案：第6期公衆衛生看護のあり方に関する
委員会活動報告…………… 大森純子，他…121

原 著

- 独居高齢者の配偶関係からみた類型が2年間の健康状態の変化に及ぼす影響：首都圏高齢者の
地域包括的孤立予防研究（CAPITAL study）より…………… 橋本由美子，他…129
- 乳児院，児童養護施設における食物アレルギー児の在籍状況および給食対応の実態：ガイドライン・
マニュアルの有無別の比較…………… 森 久栄，他…138

資 料

- 地域高齢者における「食事関連 QOL 尺度」とその短縮版の計量心理学的特性…………… 岩佐 一，他…151

第4号

編集委員会からのお知らせ……………175

原 著

- 乳幼児の行動評価と自閉スペクトラム症との関連：乳幼児健康診査に導入した半構造化行動観察の有効性
…………… 奥野みどり，他…177

公衆衛生活動報告

熊本県御船保健所における熊本地震の被災者への支援活動：感染症・食中毒，栄養・食生活支援対策を中心に
大倉香澄，他…190

資 料

特定健診未受診に関連する要因の検討：千葉県海匝地区国民健康保険加入者に対する調査
原田亜紀子，他…201

国民健康・栄養調査の非協力者を同定するための国民生活基礎調査とのレコード・リンケージにおけるキー
 変数の組合せに関する検討池田奈由，他…210

第5号

告示：日本公衆衛生学会第17回役員選挙について233

原 著

就学前に実施したステップングストーンズ・トリプルPの効果に関する研究：自閉症スペクトラム
 障害を疑われた児の母親への支援野尻純子，他…237

公衆衛生活動報告

歯科における禁煙支援に伴うニコチン依存度および口腔内の経時的変化田野ルミ，他…246

埼玉県坂戸市における全小・中学校共通実施の「坂戸食育プログラム」の成果と課題衛藤久美，他…252

資 料

人型コミュニケーションロボットを用いた運動プログラムが地域在宅高齢者の身体機能および
 認知機能に及ぼす影響：予備的試験谷口 優，他…267

第6号

原 著

全国の介護保険レセプトを用いた在宅介護のフォーマルケア時間推計佐藤幹也，他…287

保険者別特定健診受診の有無と健康増進ライフスタイル，ヘルスリテラシー，ソーシャル・キャピタル
 との関連井本知江，他…295

地域在住高齢者における身体・文化・地域活動の重複実施とフレイルとの関係吉澤裕世，他…306

公衆衛生活動報告

在宅医療推進のための多職種連携研修プログラム参加者におけるソーシャルキャピタル醸成効果：
 都市部での検証村山洋史，他…317

第7号

感染症事例のリスクアセスメント研修会のご案内

原 著

地域在宅高齢者における転倒恐怖感と日常生活活動との関連富田義人，他…341

沿岸部に在住する中学生の津波のリスクに対する認識と避難意思との関連磯野晃照，他…348

保育士による発達上「気になる子」の保護者への支援の実態と関連要因の探索：発達上の課題の
 伝達に着目して佐藤日菜，他…356

レセプト情報・特定健診等情報データベースを活用した都道府県の平均寿命に関連する要因の解析：
 地域相関研究井上英耶，他…370

第8号

特別論文

- 賛否の分かれる公衆衛生対策に関するディベート：日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会による
聴衆参加型シンポジウム ……………後藤あや，他…391

原 著

- 妊婦要因と低出生体重児，流産・死産児の関連性：保健師・助産師による母子健康手帳の全例交付と
児の出生状況の把握 ……………内藤美智子，他…397

公衆衛生活動報告

- 福島第一原子力発電所事故による避難指示解除後の自殺死亡率モニタリングと被災自治体と協働した
自殺・メンタルヘルス対策の実践 ……………大類真嗣，他…407

資 料

- 発達障害に対する成人の認知および情報源に関する現状 ……………荒木田美香子，他…417
家庭の状況と子の長時間のインターネット使用との関連：『インターネット社会の親子関係に関する
意識調査』を用いた分析 ……………加藤承彦，他…426

- 第78回日本公衆衛生学会総会演題集 ……………453

第9号

特別論文

- 精神科救急医療体制の現状と課題：日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会精神
保健福祉分野活動総括 ……………吉益光一，他…547

原 著

- 兵庫県養父市におけるシルバー人材センターを機軸としたフレイル予防施策のプロセス評価および
アウトカム評価 ……………野藤 悠，他…560
通院治療中のがん患者における休職関連要因と QOL ……………小玉かおり，他…574

公衆衛生活動報告

- 文献検討に基づく介護予防サポーター養成プログラムの作成と効果 ……………田口敦子，他…582

資 料

- 小・中学生の保護者を対象とした「子ども食堂」に関するインターネット調査 ……………黒谷佳代，他…593

第10号

原 著

- 地域高齢者における「現代高齢者版余暇活動尺度」の開発：認知機能との関連の検討 ……………岩佐 一，他…617
東日本大震災における弁当および炊き出しの提供とエネルギー・栄養素提供量の関連について
……………三原麻実子，他…629
妊娠間隔12か月未満における母親の育児負担感に関する研究 ……………乾 愛，他…638

公衆衛生活動報告

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた福岡県在宅医療推進事業における評価方法の見直し ……………田口敦子，他…649

- 訂 正 ……………658

第11号

会告：日本公衆衛生学会奨励賞について	677
原 著	
介護予防を目的とした郵便による食習慣介入の効果：積雪・寒冷・過疎地域在住高齢者における検討	木村美佳, 他...681
常勤・非常勤保健師のマンパワーと標準化死亡比の関連：全国の市町村を対象とした生態学的研究	兒玉慎平, 他...690
揺さぶられ症候群の予防のための泣きに関する教育的動画の視聴効果：乳児期の子どもをもつ親を対象とした 介入研究	伊角 彩, 他...702
資 料	
地域保健に関わる住民組織の特徴と課題：全国市町村への調査	田口敦子, 他...712

第12号

公衆衛生活動報告	
新宿区保健センターでの発達障害に関連する「ちょっと気になる」についての保護者向けパンフレットの 有効性の評価	佐藤太一, 他...737
資 料	
研究開発型多国籍製薬企業の社会的貢献活動と患者団体との関係の透明性に関する日米欧の動向	加藤美生, 他...746
都道府県食育推進計画の特徴：具体的目標の分析から	黒谷佳代, 他...756
都市部の生活支援付きの民間宿泊施設に入所した生活困窮者の健康状態と生活支援ニーズの特徴： 新規入所者の年代別検討	的場由木, 他...767
会員の声	
蘭方見聞録	田中宏和...778
日本公衆衛生雑誌第66巻（2019年）総目録	793

Contents Vol. 66

No. 1

Original article

- The educational impact of receiving first aid treatment at home and school: a survey on university students
Yukiko SEKI, et al... 3
- Association between unwillingness to deliver a next child and preterm delivery: a study based on the
 Healthy Parents and Children 21Ritei UEHARA, et al...15
- Competencies and the related factors of senior administrative public health nurses: a study based on the
 “standardized career ladder”Satoko HORII, et al...23
- Characteristics of work intention, burnout, and communication skills in foreign nursing care workers
Junko KAMEYAMA, et al...38

No. 2

Original article

- Association between time-appropriate vaccinations in early childhood and individual and
 community-level factors in JapanEri OSAWA, et al...67
- Preparations made and considered by parents of children with mental illness for their children’s
 lives in the community after their own deathKyoko YOSHIOKA-MAEDA, et al...76
- Analyzing the differences in positive thinking between the healthy elderly and the elderly with
 long-term care riskMichiyo SHIRAI...88

Public health report

- Inpatient survey for prefectural medical plan formulationTeruki WATANABE, et al...96

No. 3

Special article

- Vitalizing public health activities through community assessment: A report of the Committee on
 Public Health Nursing 2014–2017Junko OMORI, et al...121

Original article

- The influence of types of living alone on 2-year health changes according to elderly adults’ marital status:
 Based on the Comprehensive Regional Studies for Preventing Isolation of the Elderly Who Live in
 Metropolitan Area (CAPITAL Study)Yumiko HASHIMOTO, et al...129
- Actual status of children with food allergies and food provision at residential nurseries and children’s
 care homes: Comparison of groups using and not using guidelines or manualsHisae MORI, et al...138

Information

- Psychometric properties of the diet-related quality of life (DRQOL) scale and its short version
 among older adultsHajime IWASA, et al...151

No. 4

Original article

- Behavioral assessments in infancy/toddlerhood and autism spectrum disorder: Effectiveness of a semi-structured
 behavioral observation incorporated into a legal health examinationMidori OKUNO, et al...177

Public health report

- Activities to support victims of the Kumamoto earthquakes by the Mifune Public Health Center in the Kumamoto prefecture: Infection control, prevention of food poisoning, and management of nutrition and daily mealsKasumi OKURA, et al...190

Information

- Factors associated with health checkup participationAkiko HARADA, et al...201
- Key variable combinations for identifying non-participants in the Japan National Health and Nutrition Survey through record linkage with the Comprehensive Survey of Living ConditionsNayu IKEDA, et al...210

No. 5**Original article**

- Effects of the Stepping Stones Triple P for mothers of pre-school children with suspected Autistic Spectrum DisorderJunko NOJIRI, et al...237

Public health report

- Longitudinal changes in nicotine dependency and intraoral environment associated with dental support for smoking cessationRumi TANO, et al...246
- Achievements and Challenges of a Sakado “Shokuiku (Food and Nutrition Education)” Program Implemented in All Elementary and Middle Schools in Sakado-city, Saitama Prefecture.....Kumi ETO, et al...252

Information

- Effects on physical performance and cognitive functioning of community-dwelling older adults following an exercise program with humanoid robots: A preliminary trialYu TANIGUCHI, et al...267

No. 6**Original article**

- Estimation of duration of formal long-term care among frail elderly people in Japanese communities using national long-term care insurance claims recordsMikiya SATO, et al...287
- The associations of Japan’s specific medical checkup with a health promotion lifestyle, health literacy, and social capital by healthcare coverage typeChie IMOTO, et al...295
- The associations of frailty with regular participation in physical, cultural, and community social activities among independent elders in JapanYasuyo YOSHIKAWA, et al...306

Public health report

- Effects of an interprofessional educational program for homecare professionals on building social capital: a trial in an urban areaHiroshi MURAYAMA, et al...317

No. 7**Original article**

- Association between fear of falling and activities of daily living among community-dwelling Japanese older adultsYoshihito TOMITA, et al...341
- Risk perception of tsunamis and the willingness to evacuate of junior high school students living in coastal areasAkiteru ISONO, et al...348
- Factors related to support provided by preschool personnel for parents rearing children with special needs: Focus on communicating about the child’s developmental problemsHina SATO, et al...356
- Factors related to life expectancy in prefectures: An ecological study using the National DatabaseHideya INOUE, et al...370

No. 8

Special article

- Debating the controversial public health issues: A participatory symposium organized by the Monitoring Report Committee of the Japanese Society of Public HealthAya GOTO, et al...391

Original article

- Relationship between pregnancy factors and low birth weight infants, miscarriages, and stillbirths: A follow-up survey on birth conditions of pregnant women who received the maternal and child health handbook from public health nurses and midwives.....Michiko NAITO, et al...397

Public health report

- Suicide rates and mental health measures after the lifting of the evacuation orders following the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident: A practical report developed in collaboration with the local municipalityMasatsugu ORUI, et al...407

Information

- Recognition of developmental disorders and the information sources among the Japanese adult populationMikako ARAKIDA, et al...417
- Association between home environment and children's long hours of internet use: An analysis of Survey on Parent-child Relationship in the Internet AgeTsuguhiko KATO, et al...426

No. 9

Special article

- Psychiatric emergency systems in Japan and problems to be solved: The Mental Health and Welfare Monitoring Group report committee of the Japanese Society of Public Health. Summary report (2014–2018)Kouichi YOSHIMASU, et al...547

Original article

- Process and outcome evaluation of community-based strategies for frailty prevention in the elderly with the help of the senior workforce at Silver Human Resources Centers in Yabu City, JapanYu NOFUJI, et al...560
- Sick leave-related factors and quality of life in Japanese working cancer patients receiving outpatient treatmentKaori KODAMA, et al...574

Public health report

- Development and effectiveness of care preventive supporter training programs based on a literature reviewAtsuko TAGUCHI, et al...582

Information

- An internet survey on "Children's Cafeteria" for parents of elementary and junior high school studentsKayo KUROTANI, et al...593

No. 10

Original article

- Development of a leisure activity scale for contemporary older adults: Examination of its association with cognitive functionHajime IWASA, et al...617
- The effect of lunch box provision and mass feeding on energy and nutrient supply at emergency shelters after the Great East Japan Earthquake.....Mamiko MIHARA, et al...629
- Childcare burdens perceived by mothers with an inter-pregnancy interval less than 12 monthsMegumi INUI et al...638

Public health report

Review of the evaluation of the project to establish an integrated community care system in Fukuoka prefecture designed to promote improvement of its medical care systemAtsuko TAGUCHI, et al...649

No. 11

Original article

Mail-based intervention for improvement of dietary habits among community-dwelling older adults living in heavy snowfall regionsMika KIMURA, et al...681

Relationship between the manpower of full-time and part-time public health nurses and standardized mortality ratios: An ecological study in municipalities in JapanShimpei KODAMA, et al...690

Effectiveness of an educational video on infant crying for prevention of shaken baby syndrome among Japanese caregivers of infants.....Aya ISUMI, et al...702

Information

Characteristics and challenges of health promotion volunteer organizations in Japan: Findings from a national municipality surveyAtsuko TAGUCHI, et al...712

No. 12

Public health report

Evaluation of the effectiveness of a pamphlet addressing parental concerns regarding developmental difficulties at the Shinjuku City Health CenterTaichi SATO, et al...737

Information

Transparency in relations between multinational R&D pharmaceutical companies' corporate social responsibility activities and patient organizations in the Europe, Japan, and the United StatesMio KATO, et al...746

Promotion of *Shokuiku* in 47 prefectures of Japan: An analysis of specific goals of basic *Shokuiku* programsKayo KUROTANI, et al...756

Health status and support needs of low-income people admitted to supportive housing in urban areas of Japan: Research on new residents across several age groupsYuki MATOBA, et al...767

Letter

A study of the NetherlandsHirokazu TANAKA...778