

## 産業看護職が個別支援を行う環境の現状（第1報）

とちぎ産業看護研究会 ○藤沼美由紀 株式会社小松製作所栃木工場  
忽那洋子 公益財団法人栃木県保健衛生事業団  
田中牧子 株式会社 TKC  
塩谷里子 セキスイ健康保険組合

### 【目的】

産業看護業務として「健康相談・保健指導」のような個別支援は、業務の中でも「健康診断と事後措置支援」に準じ時間をかけて行われている。しかし「健康相談・保健指導」に関する文献には、看護技術は詳しく述べられているが、個別支援の環境について言及しているものはみあたらなかった。そこで、産業看護職が個別支援を行うための望ましい環境を考察するため、現状を把握する調査を実施したので報告する。

### 【方法】

- (1) 方法：質問紙調査
- (2) 期間：平成 29 年 12 月 27 日～平成 30 年 1 月 17 日
- (3) 対象：とちぎ産業看護研究会会員 28 名
- (4) 内容：産業看護職の属性、主な業務内容、現在の個別支援を行う環境および問題点・工夫点（自由記載）、個別支援を行うための望ましいと考える環境（自由記載）

### 【結果】

(1) 回収率 82.1% (23 名)

(2) 看護職の属性

業種は、製造業 12 名 (52.2%)、公務員 3 名 (13.0%)、医療福祉 2 名 (8.7%)、運輸業・研究開発・金融業・建築業・小売業・情報産業サービス業は各 1 名 (4.3%) であった。(図 1)

健康管理に責任のある従業員数は、501 人以上が 13 名 (56.5%)、301-500 人が 3 名 (13.0%)、101-300 人が 4 名 (17.4%)、51-100 人が 2 名 (8.7%) であった。(図 2)

常勤産業医は、「いる」6 名 (26.1%)、「いない」16 名 (69.6%) であった。勤務先の産業看護職数は 1 人配置が 15 名 (65.2%)、2 人配置が 3 名 (13.0%)、3 人配置が 2 名 (8.7%)、4 人・5 人配置は各 1 名 (4.3%) であった。

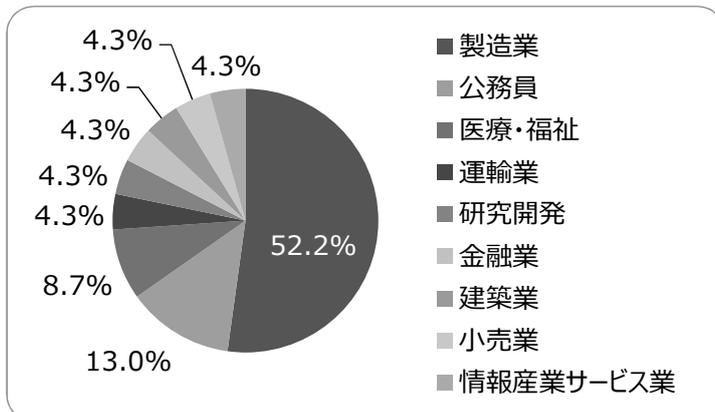


図 1 業種

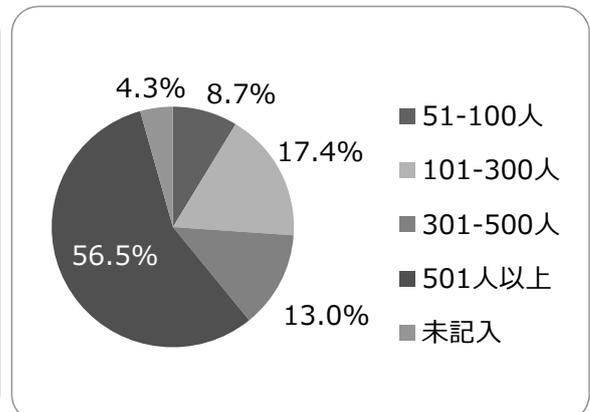


図 2 健康管理に責任のある従業員数

### (3) 業務内容

年間で最も多い業務内容は、個別支援 11 名 (47.8%)、集団支援・救急対応は各 1 名 (4.3%)、その他 10 名 (43.5%) であった。

### (4) 現在の個別支援を行う環境

個別支援を行うための相談室の有無は、「ある」16 名 (69.6%)、「ない」7 名 (30.4%) であった。(図 3)

相談室がある事業場の相談室の使いやすさについて、使いやすい 10 名 (62.5%)、使いにくい 5 名 (31.3%)、両方 1 名 (6.3%) であった。使いやすい理由として、「一般事務室から離れているのでプライバシーが守られる」「事務所 1 階の脇にあり従業員の方がよりやすい場所にある」「自分の就業場所と同じフロアであり、あまり人目につかない建物内にある」などがあつた。使いにくい理由として「防音性が十分でない」「診療スペースでベッド休養者がいる時に相談をすると声が聞こえてしまう」「診療・健診等でも使用するため面談室単独の使用ではない」などがあつた。

相談室のない事業場の実施場所は、会議室・応接室が各 4 名 (26.7%)、食堂・打合せスペースが各 3 名 (20.0%)、休憩室 1 名 (6.7%) であった。(図 4)

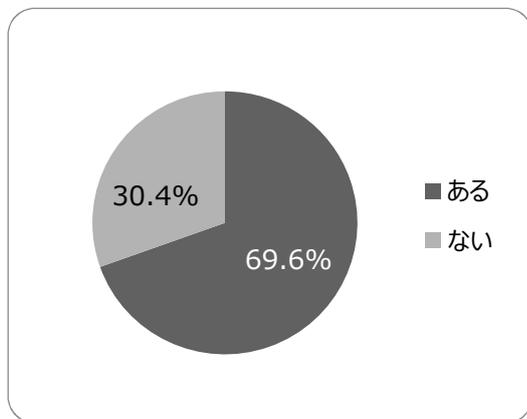


図 3 健康相談室の有無

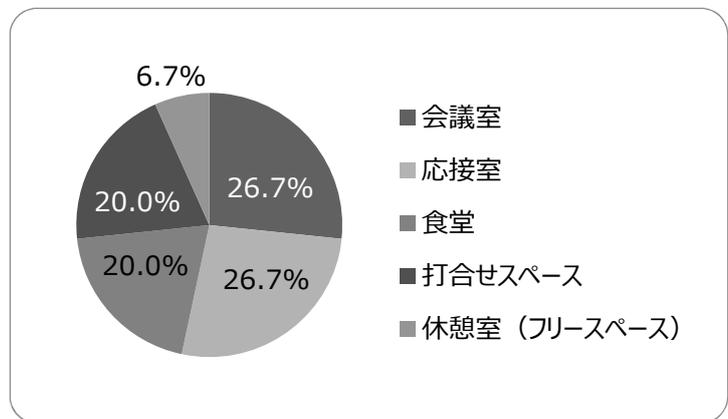


図 4 相談室のない事業場の実施場所

### (5) 個別支援を行う環境の問題点・工夫点 (表 1)

相談室のある事業場の問題点は「ドアに通気口があり若干声もれる」「事務所の一角にあるので扉が開いていると声もれあり」「大きな声で話せば声が聞こえてしまう可能性はあり」などがあり、それに対する工夫点として「ドアから離れた場所で次の面談者は待機してもらおう」「扉をきちんと閉める」「時間をずらして対象者の呼び出しを行う」などがあつた。

相談室のない事業場の問題点は「個人のプライバシーが守られない」「話がもれてしまうため本音での会話ができない」「同時に周囲の話声が聞こえてくるため落ち着いて面接ができない」「事業場によっては個室がなく人の出入りがあるため、相談内容が第三者に聞かれてしまうことがある」などがあり、それに対する工夫点として「声の大きさを小さくする」「話の内容を限定する」「プライバシーが守られる環境にある時に具体的なことについて話をする」などがあつた。

表1 個別支援における問題点と工夫点

| 相談室 | 問題点   | 工夫点  |
|-----|---|--|
| あり  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ドアに通気口があり若干声もれる。</li> <li>・事務所の一角にあるので扉が開いていると声もれる。</li> <li>・大声で話せば声がきこえてしまう。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・時間をずらして対象者を呼び出す。</li> <li>・ドアから離れた場所で次の面談者は待機してもらう。</li> <li>・扉をきちんとしめる。</li> </ul>                        |
| なし  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人のプライバシーが守られない事。話もれてしまうため本音の会話が出来ない。同時に周囲の話し声が聞こえてくるため落ち着いて面接が出来ない等。</li> <li>・事業場によっては個室がなく人の出入りがあるため、相談内容が第三者に聞かれてしまうことがある。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・声の大きさを小さくする。話の内容を限定する。プライバシーが守られる環境にある時に具体的なことについて話をする等。</li> <li>・利用者の時間が少ない時間帯に訪ねる。声のトーンを落とす。</li> </ul> |

**【考察】**

個別支援を行うための相談室がない事業場が 30.4%であり、相談室があるにも関わらず使いにくいと回答している事業場は 31.3%であることから、現状では個別支援に対応できる環境の整った事業場は少ないと考えられる。また、相談室がある事業場で使いやすい理由はプライバシーが守られている（会話が他者に聞こえない）ことであり、相談室がある事業場で使いにくい理由や、相談室がない事業場で感じる問題点は共にプライバシーが守られていない（会話が他者に聞こえる）ことがあげられ対応策を講じていた。

これらのことから産業看護職は個別支援を行う場合、相談室の有無に関わらず従業員のプライバシーが守られるような環境を求め様々な工夫をしていることがわかった。

今回の調査結果は、とちぎ産業看護研究会会員の調査結果であり、全ての産業看護職の現状を表すものではないことに注意が必要である。

**【結論】**

産業看護職が個別支援を行う環境の現状が把握できた。今後は相談室の問題点や使いやすさ等をより明確に分析し、望ましい環境を考察していきたい。

# 事業所と連携した生活習慣病予防事業の取り組み

栃木市 ○岸範子 亀山奏代香 島田亨 栃木県県南健康福祉センター 石川千明  
栃木県保健福祉部生活衛生課 大橋衣映 栃木県保健環境センター 青木悠人  
自治医科大学公衆衛生学教室 青山泰子 自治医科大学看護学部 関山友子

## 1. 背景

栃木市は、全国と比較すると壮年期死亡率が高いため、壮年期に向けた健康づくり施策を展開する必要がある。しかし、壮年期の多くは日中働いているため、市事業を展開しても参加者の多くが老年期であり、取組みが難しい状況であった。

そのため、まずは従業員数 50 名以上の事業所と連携した健康づくりをモデル的に実施し、その後、中小企業・小規模事業所との健康づくりにつなげたいと考えた。

## 2. 調査概要

各事業所の健康づくりの実態や働く人の健康課題、ヘルスニーズを明らかにし、効果的な健康づくり事業を検討することを目的として、栃木市企業連絡協議会に加入する 44 社の健康づくり担当または人事担当にアンケート調査を行った。調査票の配布及び回収は郵送法、調査期間は平成 30 年 7 月 23 日～8 月 31 日とした。

調査項目は、事業所の概要、栃木市健康増進計画 6 領域(栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、こころの健康、歯と口の健康、健康診査・検診)に関する項目等、設問数 10 問とした。

分析は、健康づくり担当の有無と各項目の関連についてカイ 2 乗検定を行った。有意水準は 5%未満とした。

倫理的配慮として、対象事業所に文章にて本研究の趣旨、研究協力の自由、個人情報守秘および匿名性の確保、研究結果の公表について説明文を添付した質問紙を配布した。

## 3. 調査結果

1) 回収率 97.7% (44 社中 43 社)

## 2) 事業所の基本情報

(1) 従業員数別事業所数は、50 名未満の事業所が 8 社(18.6%)、50 名以上の事業所が 35 社(81.4%)だった。

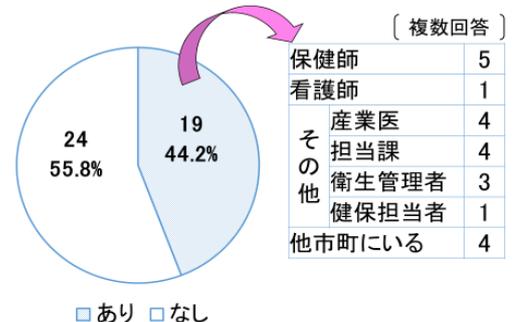
(2) 年齢別従業員数は、40 代(26.2%)が最も多く、次いで 50 代(20.2%)、30 代(20.0%)であった(表 1)。

表 1 年齢別従業員数

|       | 10代 | 20代  | 30代  | 40代  | 50代  | 60代  | 70代～ | 合計    |
|-------|-----|------|------|------|------|------|------|-------|
| 人数    | 161 | 1718 | 1744 | 2285 | 1762 | 939  | 127  | 8736  |
| 割合(%) | 1.8 | 19.7 | 20.0 | 26.2 | 20.2 | 10.7 | 1.5  | 100.0 |

(3) 健康づくり担当者の配置状況(複数回答)は、担当者ありが 19 社(44.2%)、担当者なしが 24 社(55.8%)であった。担当者ありの内訳は、保健師 5 社、看護師 1 社、その他 12 社、他市町にいるが 4 社だった(図 1)。

図 1 健康づくり担当者の有無



## 3) 調査項目別の結果

(1) 健康づくり担当者ありでは、いずれの調査項目でも健康づくり担当者なしと比較して「あり」の割合が高かった。また、健康づくり担当の有無との関連で有意な差がみられたのは、「健康づくりの取組み」と「健康づくりの課題」の有無であった(表 2)。

表2 健康づくり担当の有無との関連

|           |        | 担当者あり<br>(n=19) |      | 担当者なし<br>(n=24) |      | p     |
|-----------|--------|-----------------|------|-----------------|------|-------|
|           |        | n               | %    | n               | %    |       |
| 健康づくりの取組み | あり     | 18              | 94.7 | 16              | 66.7 | 0.025 |
|           | なし     | 1               | 5.3  | 8               | 33.3 |       |
| こころの健康づくり | あり     | 18              | 94.7 | 21              | 87.5 | 0.417 |
|           | なし     | 1               | 5.3  | 3               | 12.5 |       |
| 喫煙対策      | あり     | 18              | 94.7 | 22              | 91.7 | 0.695 |
|           | なし     | 1               | 5.3  | 2               | 8.3  |       |
| 健診受診勧奨    | あり     | 16              | 84.2 | 17              | 70.8 | 0.303 |
|           | なし・未記入 | 3               | 15.8 | 7               | 29.2 |       |
| 健康づくりの課題  | あり     | 11              | 57.9 | 6               | 25.0 | 0.028 |
|           | なし・不明  | 8               | 42.1 | 18              | 75.0 |       |

p<0.05：有意差あり

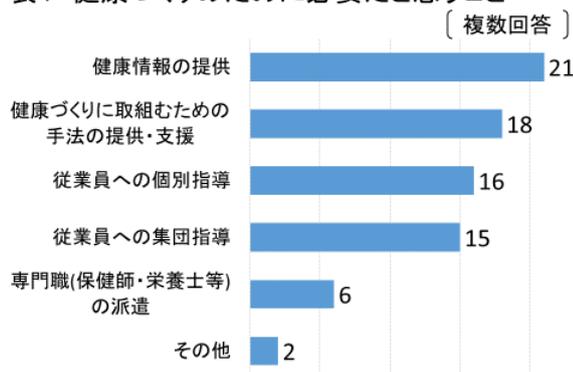
(2) 健診で要指導となった検査項目(1~3位を選択、所感含む)は、中性脂肪が37社(86.0%)で最も多く、次いで血圧が34社(79.1%)、LDLコレステロールおよび肝機能が15社(34.9%)であった(表3)。

表3 健診で要指導となった検査項目

| 検査項目  | 回答数(割合)   |
|-------|-----------|
| 中性脂肪  | 37(86.0%) |
| 血圧    | 34(79.1%) |
| LDL   | 15(34.9%) |
| 肝機能   | 15(34.9%) |
| 血糖    | 9(20.9%)  |
| HDL   | 7(16.3%)  |
| BMI   | 6(14.0%)  |
| 心電図   | 6(14.0%)  |
| HbA1c | 1(2.3%)   |

(3) 健康づくりのために必要だと思うこと(複数回答)は、「健康情報の提供」が21社(48.8%)で最も多く、「健康づくりに取り組むための手法等の提供・支援」が18社(41.9%)、「従業員への個別指導」が16社(37.2%)、「従業員への集団指導」が15社(34.9%)、「専門職(保健師・栄養士等)の派遣」が6社(13.8%)、「その他」が2社(4.5%)であった(表4)。

表4 健康づくりのために必要だと思うこと



「従業員への集団指導」が15社(34.9%)であった(表4)。

(4) 市と連携した事業の希望については、「ぜひ実施したい」「実施したい」と回答した事業で最も多かったのが「運動教室」で30社(69.8%)、次に多かったのが「こころの健康サポーター研修」で27社(62.8%)、「脳卒中予防教室」26社(60.5%)だった(表5)。

表5 健康増進課と共同した事業への実施意向

| 事業   | ぜひ実施したい | 実施したい | あまり実施したくない | 実施したくない | 未記入   | 不明 |
|------|---------|-------|------------|---------|-------|----|
| 運動   | 16.3%   | 53.5% | 9.3%       | 11.6%   | 7.0%  |    |
| こころ  | 11.6%   | 51.2% | 18.6%      | 9.3%    | 7.0%  |    |
| 脳卒中  | 14.0%   | 46.5% | 18.6%      | 7.0%    | 11.6% |    |
| 健康相談 | 9.3%    | 48.8% | 16.3%      | 11.6%   | 11.6% |    |
| 脂質異常 | 11.6%   | 41.9% | 20.9%      | 11.6%   | 11.6% |    |
| 高血圧  | 11.6%   | 41.9% | 18.6%      | 14.0%   | 11.6% |    |
| 糖尿病  | 9.3%    | 39.5% | 25.6%      | 11.6%   | 11.6% |    |
| 歯と口  | 11.6%   | 37.2% | 30.2%      | 7.0%    | 11.6% |    |
| ロコモ  | 9.3%    | 34.9% | 25.6%      | 14.0%   | 14.0% |    |

□ぜひ実施したい □実施したい □あまり実施したくない □実施したくない □未記入 □不明  
※不明「実施したい」と「あまり実施したくない」の中間

#### 4. 考察

1) 実態と課題：健康づくり担当の有無と従業員の健康づくりの課題および健康づくりの取組みに関連がみられたことから、健康づくり担当の有無によって事業所へのアプローチの方法を工夫する必要があると考える。

さらに、「中性脂肪」と「血圧」で要指導となる従業員が多い傾向があり、循環器疾患の危険因子である脂質異常や高血圧予防が課題であると考えられる。

2) ヘルスニーズと事業所の要望：事業所から従業員の健康づくりのために「健康情報の提供」と「健康づくりのための手法の提供・支援」が必要という回答が多いことや、循環器疾患の危険因子である脂質異常や高血圧予防に取り組むことがヘルスニーズであることが示唆されることから、市として有効な健康情報を発信していくことが重要と考える。

また、事業所の要望として、従業員への集団指導や個別指導、運動教室やこころの健康サポーター

一研修、脳卒中予防教室の実施等が挙げられていることから、これらの要望をふまえながら、ヘルスニーズを明示し健康課題の解決に向けた事業の提案をすることが重要と考える。

## 5. 結びに

1) 対象とした全事業所にアンケート結果と健康づくり事業の案内を送付し情報提供を行った(図2)。今後は、取組みに意欲的な事業所と連携し健康づくり事業を展開するとともに、健康づくり担

当者のいない事業所には、人事担当と連携を図りながら、従業員の健康課題を具体的に提示し必要な事業を提案する等の工夫をしていきたい。

2) 今回の調査で事業所内に保健師や看護師が従事していることが分かったため、産業保健従事者と情報交換し壮年期の健康づくりに取組んでいきたい。また、市内に7,000社以上の中小企業・小規模事業所が存在するため、実態把握やアプローチ方法を検討し、より広く壮年期の健康づくりに取組みたい。

図2 事業所への配布資料

### 健康管理担当者さまへ 健康づくりのご案内

#### 栃本市は従業員の皆さまの健康づくりを応援します

昨年実施しました「従業員の健康の保持・増進に関するアンケート」にご協力いただき誠にありがとうございました。  
この度、アンケートの結果がまとまりましたので概要の報告とともに、事業所の皆様から頂いたご意見を参考に健康づくりに関するご提案を作成しましたので、参考にしていただければ幸いです。

**【調査の概要】**  
 ◎調査目的  
 事業所の健康づくりの取組みや働く人の健康課題、ヘルスニーズを明らかにすることで働く人の健康づくり事業について事業所と市が連携して推進していくための前提とする。  
 ◎調査方法  
 調査対象：栃本市企業連絡協議会に加入する事業所44社  
 調査方法：郵送法  
 調査項目：事業所の実態（人数・健康づくり担当者の有無等）、栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、こころの健康、歯と口の健康、健康診査・検診に関すること

**【結果の概要】 回収率 97.7% (43社)**

#### 健康づくり担当の有無

| 職種    | 人数 |
|-------|----|
| 保健師   | 5  |
| 看護師   | 1  |
| 産業医   | 4  |
| 専任担当  | 4  |
| 衛生管理者 | 3  |
| 健康担当者 | 1  |
| 他     | 4  |

⇒24社(55.8%)に健康づくり担当者があることが分かりました。

#### 従業員の健康づくりの取組み

|       |    |
|-------|----|
| 食生活   | 14 |
| 運動    | 20 |
| 歯と口   | 5  |
| その他   | 9  |
| 取組みなし | 9  |

⇒34社(79.1%)が食生活や運動等の健康づくりに取組んでいることが分かりました。

#### 従業員のこころの健康づくりの取組み

|         |    |
|---------|----|
| 社員の相談対応 | 31 |
| 管理職の教育  | 18 |
| 従業員の教育  | 12 |
| 事故の相談対応 | 4  |
| その他     | 5  |
| 取組みなし   | 4  |

⇒89社(97.7%)がこころの健康づくりに取組んでいることが分かりました。

#### 従業員の禁煙や受動喫煙防止の取組み

|        |    |
|--------|----|
| 禁煙タイム  | 8  |
| 禁煙区域   | 4  |
| 受動喫煙対策 | 38 |
| その他    | 1  |
| 取組みなし  | 3  |

⇒40社(93.0%)が禁煙や受動喫煙防止に取組んでいることが分かりました。

2019年1月 栃本市健康増進課

### アンケート結果から見る従業員の皆さんの健康課題

健診で「要指導」となった検査項目について、多いものについて上位3つを答えていただきました。  
 (BMI、血圧、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、血糖、HbA1c、肝機能、腎機能、心電図)

| 検査項目        | 回答数(割合)   |
|-------------|-----------|
| ①中性脂肪       | 37(86.0%) |
| ②血圧         | 34(79.1%) |
| ③LDLコレステロール | 15(34.9%) |
| ④肝機能        | 15(34.9%) |
| ⑤血糖         | 9(20.9%)  |

⇒「中性脂肪」と「血圧」で「要指導」となった方が多いということが分かりました。中性脂肪や血圧が高い状態が続くと動脈硬化が進行し、心臓病や脳血管疾患のリスクが高くなります。  
 症状がないからといって放置していると危険！生活習慣を見直して、動脈硬化を予防しましょう。

※複数回答が可能なアンケートです。0%以下は有無が不明です。

### データでみる栃本市の健康

①人口の推移  
 161,700 (H24) → 161,000 (H25) → 160,400 (H26) → 159,200 (H27) → 158,500 (H28)  
 ⇒人口は年々減少しています。

②健康寿命と平均寿命  
 男性：76.9 (平均寿命) / 78.9 (健康寿命)  
 女性：80.0 (平均寿命) / 82.0 (健康寿命)  
 ⇒健康寿命とは健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことです。栃本市の平均寿命の差は男性1.1年、女性3.4年となっています。

③標準化死亡率 (H29)  
 脳血管疾患：130.2 (H24) → 111.1 (H25) → 101.0 (H26) → 104.5 (H27) → 104.7 (H28)  
 がん：37.5 (H24) → 35.0 (H25) → 34.0 (H26) → 33.0 (H27) → 32.7 (H28)  
 ⇒標準化死亡率とは国の死亡率を100とした場合の年齢構成の違いを調整して比較した死亡率です。昨年度は脳血管疾患、くも膜下出血、急性心臓死の死亡率が高い状況です。

今後ますます少子高齢化の進展が予想されることから、働き盛り世代の健康づくりが重要となります。いつまでも自分らしく生活できるような健康寿命を伸ばすためには、日頃から生活習慣の予防を心がけることが大切です。健康増進課では従業員の皆さまの健康づくりを応援していきたいと考えています。詳しくは右ページをご覧ください。

【データの出典】  
 ①栃本市健康増進課  
 ②厚生労働省「健康寿命と平均寿命に関する調査」  
 ③厚生労働省「健康寿命と平均寿命に関する調査」  
 ※健康寿命：日常生活が制限されることなく生活できる期間

### 事業所で働く皆さまの健康づくりを応援します

健康増進課では下記のような事業を行っています。貴事業所に合わせた内容に変更することもできます。ぜひ一緒に従業員の皆さまの健康づくりに取組んでみませんか？

#### すべての市内事業所が利用できる事業

#### 社内研修会に『健康に関する講座』

| 内容   | 連絡先                           |
|--|-------------------------------|
| 運動・食生活・歯と口の健康等の出前講座<br>栄養士や保健師、産科検定士などの専門職が臨場に出向き、健康づくりに関する講話や運動を行います。<br>【対象】市内の事業所【費用】無料 | 栃本市 健康増進課<br>TEL 0282-25-3512 |

#### 働きやすい職場作りに『メンタルヘルス対策』

| 内容  | 連絡先                           |
|---|-------------------------------|
| こころの健康サポーター養成研修会<br>心理士などのメンタルヘルスの専門職が臨場に出向き、こころの健康に関する講話を行います。<br>【対象】市内の事業所【費用】無料                                     | 栃本市 健康増進課<br>TEL 0282-25-3512 |
| こころの健康相談<br>こころの健康に関する不安や悩みについて心理士やカウンセラーが相談に応じます。<br>【対象】市民及び市内在勤の人【費用】無料<br>【会場】栃本保健福祉センター・大平保健福祉センター<br>【申込】日時指定の予約制 |                               |

#### 50人未満の事業所が利用できるサービス

地域産業保健センターでは、労働者数50人未満の小規模事業所の事業所や小規模事業所で働く人々を対象に、労働安全衛生法で定められた下記の産業保健サービスを提供しています。  
 ◎産業診断結果に基づく医師(産業医)からの意見聴取(就業決定)  
 名称・心臓病のリスクが高い労働者に対する保健指導  
 ◎メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導  
 ◎長時間労働者・高ストレス者に対する面接指導  
 ◎個別訪問による産業保健指導の実施  
 【費用】無料【申込】事前の申し込みが必要  
 ※詳しくは<http://www.tochigi.go.jp>をご覧ください

栃本地域産業保健センター  
 住所 栃本市国町2-7-21  
 下野労働者保健協会  
 電話 0282-23-5626

### 今話題の健康経営とは

従業員が元気になると…  
 事業所のイメージアップ  
 生産性が向上し利益アップ  
 事故の予防など  
 につながります。

今こそ健康づくり！  
 従業員の皆さまの健康の維持増進は、個人の生活だけではなく、事業所の業績にも大きな影響を及ぼします。活気のある職場づくりのために健康づくりについて考えませんか？

まずは、お気軽にお問合せください

各事業所で既に取組んでいることとあるかと思いますが、「アンケート結果を詳しく知りたい」、「栃本市の健康について知りたい」、「健康づくりってどんなことができるのが具体的に知りたい」など気になることがあればお気軽にお問合せください。ぜひ市と一緒に従業員の皆さまの健康づくりに取組んでいきましょう。

【問合せ先】  
 栃本市 健康増進課 成人保健係  
 〒328-0027  
 栃本市今泉町2-1-40  
 TEL 0282-25-3512  
 mail kenkou04@city.tochigi.lg.jp



# 学校心臓検診の精密検査結果から見た現状と課題

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 ○齊藤 礼奈 手塚 桂子 桑久保 紀子 福田 知子  
齊藤シヅ子 井上 隆 山田 博之 石塚 勉

## 【はじめに】

学校心臓検診は、児童生徒の心臓疾患を早期に発見し、適切な管理指導に繋げると共に突然死の予防を目的とし、昭和 56 年度より中学 1 年生を対象に開始され、学校保健法の改正により平成 7 年度からは小学 1 年生において定期健康診断にも心電図検査が義務化された。

今回、平成 29 年度の栃木県における小学 1 年生、中学 1 年生の学校心臓検診の実施状況と精密検査の結果について集計し、課題が抽出されたので報告する。

## 【対象と方法】

平成 29 年度栃木県内の小学 1 年生、中学 1 年生の要精検者のうち、学校生活管理指導表が回収された小学 1 年生 525 人、中学 1 年生 821 人の精密検査結果を疾患別に集計し、検討を加えた。なお、栃木県の学校心臓検診は 5 つの機関によって行われている。

## 【学校心臓検診の流れ】

図 1 に栃木県学校心臓検診システムを示す。

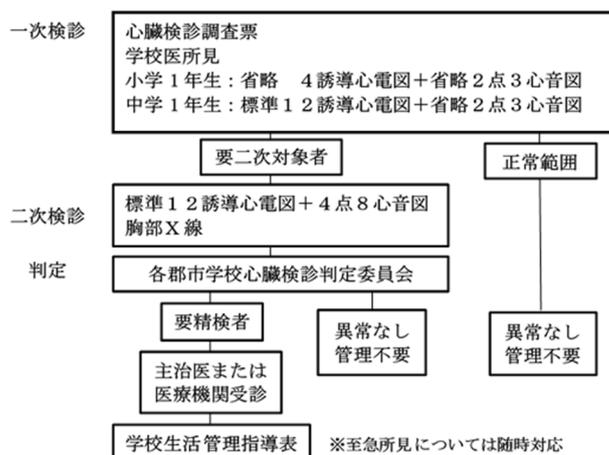


図 1 栃木県学校心臓検診システム

## 【結果】

### (1) 学校心臓検診実施状況

表 1 に学校心臓検診実施状況を示す。小学 1 年生は受診者数 16,619 人、要精検率 3.7%、回収率 85.9%、中学 1 年生は受診者数 17,602 人、要精検率 5.8%、回収率 80.0%であった。

表 1 学校心臓検診実施状況

|         | 受診者数   | 要精検   |     | 精検結果回収 |      |
|---------|--------|-------|-----|--------|------|
|         |        | 人     | %   | 人      | %    |
| 小学 1 年生 | 16,619 | 611   | 3.7 | 525    | 85.9 |
| 中学 1 年生 | 17,602 | 1,026 | 5.8 | 821    | 80.0 |

(2) 精密検査結果と管理区分

表2に精密検査結果の疾患別内訳を示す。小学1年生は川崎病既往が最も多く、次いで不完全右脚ブロック、不整脈であった。中学1年生は不整脈が最も多く、次いで不完全右脚ブロック、弁膜症であった。異常なしは小学1年生78件、中学1年生は198件であった。

図2に精密検査結果の管理区分を示す。管理区分はC(同年齢の平均的児童生徒にとっての軽い運動にのみ参加可)、D(同年齢の平均的児童生徒にとっての中等度の運動にまで参加可)、E(同年齢の平均的児童生徒にとっての強い運動にも参加可)、管理不要が付与されており、運動制限のあるC、Dの割合は、小学1年生1.7%、中学1年生1.3%であった。

表2 精密検査結果の心疾患別内訳 (件)

| 疾患別内訳     |           | 小学1年生 | 中学1年生 |
|-----------|-----------|-------|-------|
| 先天性心疾患    | 心室中隔欠損    | 56    | 44    |
|           | 心房中隔欠損    | 22    | 29    |
|           | 動脈管開存     | 13    | 12    |
|           | その他       | 40    | 33    |
| 弁膜症       |           | 47    | 115   |
| 川崎病既往     |           | 108   | 51    |
| 心筋症(疑い含む) |           | 3     | 2     |
| 心電図異常     | 不完全右脚ブロック | 78    | 125   |
|           | 不整脈       | 74    | 194   |
|           | WPW症候群    | 16    | 29    |
|           | QT延長症候群   | 3     | 13    |
|           | ST-T異常    | 1     | 11    |
|           | その他       | 40    | 80    |
| その他の心疾患   |           | 4     | 8     |
| 異常なし      |           | 78    | 198   |
| 合計        |           | 583   | 944   |

※内訳には疾患重複者を含む

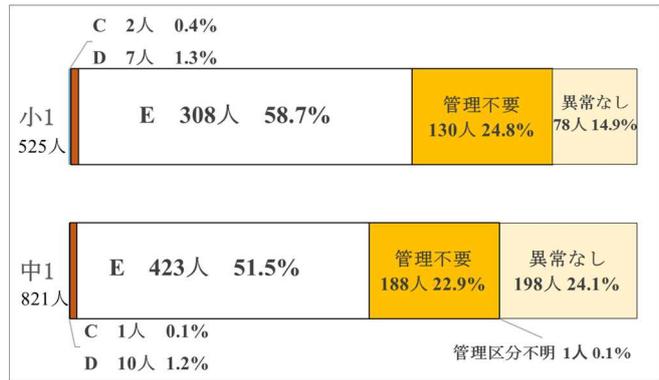


図2 精密検査結果の管理区分

(3) 新たに発見された心疾患

今回の学校心臓検診において心臓検診調査票に既往歴の記載はなく、初めて精密検査を受診して診断された疾患を新たに発見された心疾患として集計した。

小学1年生は精密検査結果が回収できた525人のうち259人(49.3%)、中学1年生は精密検査結果が回収できた821人のうち477人(58.1%)に心疾患が新たに発見された。

表3に新たに発見された心疾患の内訳を示す。先天性心疾患、心筋症は小学1年生、中学1年生ともに発見された。さらに、WPW症候群やQT延長症候群なども発見され、管理区分が付与された。

小学1年生より中学1年生は弁膜症や不完全右脚ブロック、不整脈などが多く、中学1年生より小学1年生はWPW症候群が多かった。

表3 新たに発見された心疾患 (件)

| 疾患別内訳     |           | 小学1年生 | 中学1年生 |
|-----------|-----------|-------|-------|
| 先天性心疾患    | 心房中隔欠損    | 2     | 5     |
|           | 冠動脈肺動脈瘻   | 1     | 0     |
|           | 卵円孔開存     | 0     | 1     |
| 弁膜症       |           | 13    | 49    |
| 心筋症(疑い含む) |           | 1     | 1     |
| 心電図異常     | 不完全右脚ブロック | 75    | 107   |
|           | 不整脈       | 59    | 114   |
|           | WPW症候群    | 16    | 8     |
|           | QT延長症候群   | 3     | 8     |
|           | ST-T異常    | 1     | 10    |
|           | その他       | 37    | 52    |
| その他の心疾患   |           | 3     | 8     |
| 合計        |           | 211   | 363   |

※内訳には疾患重複者を含む

#### (4) 精密検査「異常なし」の学校心臓検診結果

表4に精密検査結果で「異常なし」だった者の学校心臓検診の結果を示す。小学1年生は不完全右脚ブロックが最も多く、次いで心雑音であった。中学1年生は心雑音が最も多く、次いで左室肥大の疑い、不完全右脚ブロックであった。

表4 「異常なし」の学校心臓検診の結果(件)

| 疾患別内訳     | 小学1年生 | 中学1年生 |
|-----------|-------|-------|
| 不完全右脚ブロック | 21    | 26    |
| 心雑音       | 12    | 37    |
| 異常Q波      | 9     | 12    |
| 左室肥大の疑い   | 4     | 30    |
| その他       | 37    | 109   |

※内訳には疾患重複者を含む

#### 【考察】

精密検査結果回収率は小学1年生85.9%、中学1年生80.0%であった。未回収の中には精密検査や定期検査の未受診者の存在が考えられ、適切な治療や管理指導がされていないことが懸念される。回収率を上げるため、市町教育委員会や養護教諭と連携して受診勧奨と精密検査結果回収の仕組み作りをしていく必要があると考える。

学校心臓検診を実施することで先天性心疾患や突然死につながる心疾患を新たに発見でき、また、適切な管理区分が付与されることから学校心臓検診の有用性を改めて確認することができた。

精密検査で「異常なし」だった者の学校心臓検診の結果を振り返ると不完全右脚ブロックなどの心電図異常や心雑音が多かったことから、現在の心電図・心音図方式に心エコー検査を追加することで要精検率を減少させ、児童生徒や保護者への検査に係る負担軽減につながると考える。

#### 【まとめ】

平成29年度学校心臓検診の集計により重要な心疾患の発見が確認でき、検討課題が抽出された。今後は、学校心臓検診の発展のため市町教育委員会や養護教諭と連携し、精密検査結果回収率を上げるとともに、精密検査受診状況については、複数年度での傾向についても調査していきたい。

日光市における喫煙対策について  
～10年を迎える「喫煙防止教室」の成果と今後の方向性～

上野 桂<sup>1)</sup> 富田美智子<sup>1)</sup> 村越香奈枝<sup>1)</sup> 藤巻郁子<sup>1)</sup> 大久保義文<sup>1)</sup> 神山由香理<sup>2)</sup>

1) 日光市健康課 2) 地方独立行政法人 栃木県立がんセンター

【はじめに】

日光市では平成 22 年度から栃木県立がんセンター呼吸器内科医師との共同による「喫煙防止教室（以下、「教室」とする）」を市内の小中学校及び高等学校を対象に実施して間もなく 10 年を迎える。

そこで、これまで実施してきた教室の意義や成果をまとめるとともに、今後の喫煙対策についての方向性を検討したので報告する。

【活動内容】

- 1 目的：健康にっこう 21 計画に基づき、ライフステージに沿った喫煙防止教育の一環として、喫煙やたばこの煙が身体に及ぼす影響を理解し、児童、生徒及び家族の喫煙をなくす
- 2 対象者：市内の学校に通学する児童（主に 3・4 年生）、生徒及び家族
- 3 実施方法
  - 1) 前年度（1 月下旬）に、市内小中学校及び高等学校に教室実施概要を通知
  - 2) 講師の予定と各学校からの希望日をもとに日程調整
  - 3) 4 月上旬に各学校に開催決定通知及び講師への依頼文を発送
  - 4) 教室の 1 か月前に事前アンケートなどの書類一式を各学校へ発送
  - 5) 事前アンケートによる児童生徒の意識調査の実施
  - 6) 教室（専門医によるスライドを使用した講話）の実施  
 ※教室のテーマ：『たばこの本当の話』 内容：①喫煙による健康被害、②ニコチンの依存性、③たばこの販売戦略、④正しい情報を知らない喫煙者が多いこと、⑤未成年だからダメということではないこと
  - 7) 事後アンケートによる児童生徒の意識調査の実施及び保護者用資料（禁煙外来の紹介先等）の配布
  - 8) 児童生徒に感想文（講師への手紙）を書いてもらい、家庭に持ち帰って保護者にコメントを記入してもらう ※感想文は平成 27 年度より導入。学校に提出された感想文は市を経由し講師へ渡す。
  - 9) 各学校から市へ実施報告書を提出
  - 10) 事前・事後アンケート集計結果を年度末に各学校へ報告

4 実施結果

表 1 実施状況

|            |         | H22 | H23 | H24   | H25   | H26   | H27   | H28   | H29   | H30   |
|------------|---------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 実施数（校）     |         | 14  | 14  | 23    | 28    | 29    | 30    | 31    | 31    | 34    |
| うち保護者参加（校） |         | 0   | 0   | 0     | 0     | 1     | 11    | 7     | 6     | 9     |
| 参加人数       | 児童生徒（人） | 637 | 525 | 2,048 | 1,961 | 1,368 | 1,325 | 1,418 | 1,349 | 1,389 |
|            | 保護者（人）  | 0   | 0   | 0     | 54    | 32    | 51    | 未把握   | 47    | 112   |

|           |                 | H22 | H23  | H24  | H25  | H26  | H27  | H28  | H29  | H30  |
|-----------|-----------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 事前アンケートより | 家族に喫煙者あり (%)    |     | 61.6 | 58.7 | 62.0 | 55.8 | 58.0 | 60.4 | 60.0 | 57.7 |
|           | 大人になっただけ吸わない(%) |     | 76.6 | 76.3 | 74.9 | 72.2 | 65.1 | 73.0 | 75.1 | 72.6 |
| 事後アンケートより | 大人になっただけ吸わない(%) |     | 96.3 | 95.8 | 90.7 | 89.8 | 90.8 | 88.8 | 88.4 | 87.0 |
|           | 家族にタバコの話をした(%)  |     | 89.9 | 79.1 | 77.1 | 82.0 | 84.5 | 90.1 | 88.5 | 86.9 |

表2 喫煙習慣者の割合の比較 ※それぞれ調査方法が異なるため、参考値として掲載 (単位 %)

|       |      | H22  | H23  | H24  | H25  | H26  | H27  | H28  | H29  | H30  |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 日光市※1 | 父親   |      | 44.1 | 42.3 | 46.0 | 36.6 | 41.6 | 44.5 | 44.1 | 43.7 |
|       | 母親   |      | 23.2 | 21.7 | 23.8 | 22.4 | 21.6 | 23.6 | 20.8 | 17.8 |
|       | 妊婦   |      |      |      | 5.0  | 5.7  | 4.4  | 3.7  | 2.5  | 1.9  |
|       | 幼児の母 |      |      |      |      |      | 11.6 | 12.8 | 9.6  | 10.9 |
| 栃木県※2 | 男    | 35.7 | —    | —    | 35.5 | —    | —    | 33.0 | —    | —    |
|       | 女    | 10.7 | —    | —    | 11.2 | —    | —    | 10.4 | —    | —    |
| 全国※3  | 男    | 32.2 | 32.4 | 34.1 | 32.1 | 32.2 | 30.1 | 30.2 | 29.4 | —    |
|       | 女    | 8.4  | 9.7  | 9.0  | 8.2  | 8.5  | 7.9  | 8.2  | 7.2  | —    |

※1 父親・母親：事前アンケート 妊婦：妊婦健康管理票 幼児の母：3歳児健康診査問診票

※2 国民生活基礎調査（厚生労働省） ※3 「国民健康栄養調査」（厚生労働省）

〔学校からの「実施報告書」より（抜粋）〕

○子どもたちは神山先生の授業で正しい知識を持ち、自分と家族の健康について真剣に考えます。喫煙者の家族をもつ児童も当たり前のように煙の中で生活していたことを良くないことだと感じ、自ら家族に訴えようとしています。今後も貴重な授業を子どもたちに届けていきたいと考えています。（小学校）

○ほとんどの児童の家族に喫煙者がいます。自分の家族が病気になってしまうのではないかと本気で心配になった児童もいたようで、事後のフォローは必要と感じました。（小学校）

○今年度も保護者へ参加を呼びかけましたが、残念ながら参加者はいませんでした。今後も「親子教室」の形で呼びかけ開催していきたいと思います。参加されなくても、保護者用資料と実施後の生徒の感想にコメントを記入する用紙があるおかげで、帰宅後、家族と話すよい機会となっています。（中学校）

〔保護者からの「コメント」より（抜粋）〕

○先生の話聞いた日の夜、“たばこは毒ガス”と言われました。私も禁煙を考えました。私のことを思い、たばこは体に悪いと言ってくれた我が子のためにも気持ちを入れかえなければと思いました。（小4母）

○帰宅するなり“たばこをやめて長生きしてほしい”と真剣な顔で語られました。（中略）禁煙を前向きに検討しています。（小6母）

## 【考 察】

当初は未成年者の喫煙対策の取り組みとして実施してきた教室だが、平成 26 年度に当市で実施した『タバコについての意識・実態調査』の結果から、家族の喫煙が子どもの喫煙に対する意識と行動に影響していることが明らかとなったため、授業参観など保護者に直接働きかける試みや、授業で学んだ内容を家庭に持ち帰り、家族で話し合ってもらえるよう、保護者にコメントを書いてもらう工夫など、形を変えて実施してきたところである。

これまで一貫して、教室のテーマである『たばこの本当の話』について、講師である神山医師は子どもたちとその保護者、さらには教育関係者に伝え続けてきた。生と死に直接日々かかわっている医師の話は、これまで多くの子どもたちの心に届き、健康や命について家族で考える授業として確実に定着してきていることは、学校からの「実施報告書」や保護者からの「コメント」からも実感できる。この教室は、生と死に直接日々かかわっている医師による授業であるからこそ、喫煙対策に留まらず、健康や命の大切さを家族で考える契機にもなっている。これらのことから、今後も外部講師と連携する形での事業を継続していきたいと考える。

一方、課題として、家族の喫煙習慣者の割合に大きな変化は見られず、約 6 割の家庭に喫煙者がいるという実態が続いていることが今回改めてわかった（表 1）。また、父親 43.7%、母親 17.8%（いずれも 30 年度）という喫煙習慣者の割合の高さは、国、県と比較しても非常に高い傾向が続いている（表 2）。喫煙者である保護者のコメントの中には教室に対し否定的な意見もあり、喫煙者である自分自身を否定されたという感情を無意識に抱く保護者も少なからずいる。このことは、これまでこの保護者たちが、たばこに関する正しい教育を受ける機会がなかったことが大きく影響していると考えられる。

この喫煙習慣者の割合の高さは、当市にとっての大きな課題と言える。この背景としては、①正しい知識を知らない、教育を受けていないこと、②たばこの害は知っていても止められない、それだけニコチンに依存している状態にあること、③その人自身の価値観やこれまでの生活背景などが影響していることが推測される。また、当市は地方であり、世界遺産周辺以外はたばこを吸うことのできる環境が多いことや禁煙外来のある医療機関が少ないことなどが考えられる。

これらのことから、これまで実施してきた児童生徒とその保護者に対する正しい知識の普及に加え、ライフステージ全体を網羅した具体的な対策、さらには受動喫煙防止に向けた環境を整備することが必要と考える。

まずは、市民に対して当市の課題やたばこに関する正しい情報を広く発信していくとともに、引き続き学校側にもこの現状を伝え、教室への保護者の参加率を上げる努力を続けたい。また、喫煙者に対しては健康診査の事後指導等での禁煙外来や禁煙補助薬の紹介など禁煙支援の充実や母子保健事業の活用を検討していきたい。

また、この授業を受けた子どもたちのその後の喫煙率などを追跡することが教室の評価につながることから、長期的な視点で評価を続けていきたい。

## 【おわりに】

今回、公衆衛生活動の原点であるポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを連動させることの大切さや喫煙に関する当市の課題を改めて確認することができた。今後、ライフステージ全体を網羅した具体的な喫煙対策を計画的にすすめていきたい。

最後になりましたが、教室開始当初から協力をいただいている神山由香理医師、学校関係者のみなさまに深く感謝いたします。

# 脳卒中発症登録者（2011年）に対する生命予後の検討

栃木県保健環境センター企画情報部 ○青木悠人 増田明子 加藤治<sup>1</sup> 中河原浩<sup>2</sup>  
(1現栃木県保健福祉部薬務課、2現小山環境管理事務所)  
栃木県保健福祉部健康増進課 荒井雅俊 富田倫子<sup>3</sup> 福田芳彦<sup>4</sup> 渡辺晃紀 塚田三夫<sup>3</sup>  
(3現安足健康福祉センター、4現県南健康福祉センター)

## 1 目的

全国における脳卒中（脳血管疾患）は、2015年の人口動態調査によれば死因の第4位であり、要介護となる原因の約20%を占めると言われ、脳卒中对策は重要な課題である。全国及び本県ともに、脳血管疾患の年齢調整死亡率は減少傾向にあるものの、本県は全国の中では、最下位に近い状況が続いており<sup>1)2)</sup>、脳卒中对策の推進が強く求められている。

また、脳卒中は、地域差を指摘する報告も多く、本県における生命予後を継続的に観察することは、県内の脳卒中発症者の実態把握、脳卒中对策の推進、評価を行うために重要である。

本県では、1998年4月から、栃木県脳卒中発症登録事業（以下、「事業」という）が開始された。この事業では、県内の協力医療機関に脳卒中治療を目的に入院した患者について登録票を提出してもらうことにより情報を収集している。これまでに、1998年4月から1999年3月に事業に登録された者（以下、「第1回」という）、2004年1月から12月に事業に登録された者（以下、「第2回」という）を対象とした生命予後の検討を実施してきた<sup>3)4)5)6)</sup>。本検討では、2011年1月から12月に事業に登録された者（以下、「第3回」という）について、生命予後を解析し、先行研究と比較を行うことで、脳卒中発症者の生存及び死亡状況の特性の変化を把握することを目的とした。

## 2 対象と方法

### 2.1 対象

脳卒中治療を目的として2011年1月から12月に入院したとして、県内の任意で協力を得た医療機関から事業に基づき提出された登録票3,798件のうち、複数回登録例の2回目以降を除いた3,508件を対象とした。

### 2.2 方法

#### 2.2.1 脳卒中発症登録状況

脳卒中発症者の登録状況を先行研究と比較した。

#### 2.2.2 生存率の算出

登録時点から最長6年間の生存率をKaplan-Meier法により算出した。脳梗塞発症登録者（以下、「脳梗塞」という）の65歳以上75歳未満、脳内出血発症登録者（以下、「脳出血」という）の65歳以上75歳未満、くも膜下出血発症登録者（以下、「くも膜下出血」という）の65歳以上75歳未満、居住医療圏別65歳以上75歳未満脳梗塞

の生存率について検討を行った。

なお、脳内出血、くも膜下出血、脳梗塞それぞれによる死亡を、「脳内出血死亡」、「くも膜下出血死亡」、「脳梗塞死亡」と記載することとする。

死亡票は、統計法（平成19年法律第53号）第33条の規定に基づき、厚生労働省に使用許可を得たものである。本検討では、独自集計を行っているものであり、公表値とは一致しない可能性がある。

#### 2.2.3 第3回詳細情報の解析

第3回の詳細情報のうち、初診時の意識障害、初診時の意識障害（JCS-II・JCS-III）、発症時の合併症（高血圧、糖尿病、心房細動）、喫煙習慣、飲酒習慣、発症から受診までの時間3時間以内について、居住医療圏別で割合を算出した。不明・未記入については対象外とした。

また、第3回脳梗塞の5年9ヵ月脳梗塞死亡について、性別、年齢、初診時の意識障害、発症時合併症（高血圧、糖尿病、心房細動）、喫煙習慣、飲酒習慣を説明変数とするロジスティック回帰分析を、エクセル統計（バージョン3.00）を用いて行った。

## 3 結果

### 3.1 脳卒中発症登録状況

#### 3.1.1 対象者数及び性別の割合

各回の対象者数及び男女の割合を表1に示す。第3回は、第1回、第2回と比較し対象者数は減少したが、性別の割合はほぼ同様であった。

#### 3.1.2 登録時病型別平均年齢

各回の登録時病型別平均年齢を表2に示す。第3回は、第1回、第2回と比較して全ての病型で平均年齢が増加していた。

### 3.2 生存率

#### 3.2.1 65歳以上75歳未満脳梗塞

脳梗塞死亡の第3回65歳以上75歳未満5年9ヵ月生存率は、90.3%（第1回：88.2%、第2回：88.5%）であった。第2回と比較して、生存率は1.8ポイント（以下、「pt」という）増加していた。

#### 3.2.2 65歳以上75歳未満脳内出血

脳内出血死亡の第3回65歳以上75歳未満5年9ヵ月生存率は、78.5%（第1回：75.3%、第2回：75.9%）であった。第2回と比較して、2.6pt増加していた。

表1 対象者数及び性別の割合

| 登録期間                 | 対象者数  |              |              |
|----------------------|-------|--------------|--------------|
|                      | 男女計   | 男性           | 女性           |
| 第1回 1998年4月～1999年 3月 | 5,081 | 2,693 (53.0) | 2,388 (47.0) |
| 第2回 2004年1月～2004年12月 | 5,082 | 2,704 (53.2) | 2,378 (46.8) |
| 第3回 2011年1月～2011年12月 | 3,508 | 1,982 (56.5) | 1,526 (43.5) |

カッコ内は%

表2 登録時病型別平均年齢

|     | 平均年齢 | 脳内出血 |      | くも膜下出血 |      | 脳梗塞  |      |
|-----|------|------|------|--------|------|------|------|
|     |      | 標準誤差 | 平均年齢 | 標準誤差   | 平均年齢 | 標準誤差 |      |
| 男女計 | 第1回  | 67.5 | 0.45 | 63.9   | 0.81 | 72.8 | 0.19 |
|     | 第2回  | 69.0 | 0.41 | 65.6   | 0.70 | 74.8 | 0.20 |
|     | 第3回  | 70.4 | 0.48 | 65.7   | 0.98 | 75.4 | 0.25 |
| 男性  | 第1回  | 64.6 | 0.60 | 58.2   | 1.21 | 71.0 | 0.25 |
|     | 第2回  | 66.8 | 0.54 | 61.0   | 1.14 | 72.0 | 0.27 |
|     | 第3回  | 67.7 | 0.61 | 62.3   | 1.62 | 72.5 | 0.31 |
| 女性  | 第1回  | 71.0 | 0.65 | 67.5   | 1.00 | 74.9 | 0.27 |
|     | 第2回  | 71.7 | 0.62 | 67.9   | 0.84 | 78.1 | 0.27 |
|     | 第3回  | 75.4 | 0.39 | 67.9   | 1.20 | 79.5 | 0.36 |

3.2.3 65歳以上75歳未満くも膜下出血

くも膜下出血死亡の第3回5年9ヵ月生存率は、82.4% (第1回: 63.7%、第2回: 70.1%) であった。第2回と比較して、12.3pt 増加していた。

3.2.4 居住医療圏別65歳以上75歳未満脳梗塞生存率

第1回の居住医療圏別65歳以上75歳未満脳梗塞の5年9ヵ月生存率は、宇都宮86.7%、県西92.4%、県東90.2%、県南84.8%、県北88.6%、両毛86.3%であった。

第2回の居住医療圏別65歳以上75歳未満脳梗塞の5年9ヵ月生存率は、宇都宮88.5%、県西90.6%、県東82.5%、県南92.8%、県北89.3%、両毛84.5%であった。

第3回の居住医療圏別65歳以上75歳未満脳梗塞の5年9ヵ月生存率は、宇都宮95.5%、県西83.5%、県東83.3%、県南93.6%、県北89.1%、両毛89.1%であった。

各回毎に生存率が最も高い居住医療圏と生存率が最も低い居住医療圏の差は、第1回7.6pt、第2回10.3pt、第3回12.2ptであった。

3.3 第3回詳細情報の解析

3.3.1 65歳以上75歳未満第3回脳梗塞の詳細情報の居住医療圏別比較

65歳以上75歳未満第3回脳梗塞の詳細情報のうち、初診時意識障害、発症時合併症(高血圧、糖尿病、心房細動)、喫煙習慣、飲酒習慣について居住医療圏別の割合及び居住医療圏別5年9ヵ月生存率を表3に示す。

5年9ヵ月生存率の低い県西では、心房細動及び糖尿病の割合が高い傾向にあった。また、初診時意識障害についてはJCS-II・JCS-IIIの割合が高かった。一方、高血圧については、6医療圏のうち3番目に低かった。

同じく5年9ヵ月生存率の低い県東では、初診時意識障害、高血圧、糖尿病が6医療圏で最も割合が高かった。一方、心房細動は6医療圏のうち最も低かった。

5年9ヵ月生存率の高い県南や宇都宮では、高血圧や

糖尿病の割合が低い傾向にあった。また、初診時意識障害については、JCS-II・JCS-IIIの割合は、6医療圏のうち中間程度であった。

喫煙習慣および飲酒習慣については、明確な相関は認められなかった。

発症から受診までの時間が3時間以内の割合が高い県東や県西で生存率が低い傾向が見られた。

3.3.2 第3回詳細情報のロジスティック回帰分析

第3回脳梗塞の5年9ヵ月脳梗塞死亡について、性別、年齢、初診時の意識障害、発症時の合併症(高血圧、糖尿病、心房細動)、喫煙習慣、飲酒習慣を説明変数とするロジスティック回帰分析の結果を表4に示す。

年齢は、0歳を1とした場合、1歳上がる毎にオッズ比が1.092倍に有意に増加した。また、初診時意識障害は、なしを1とした場合、ありはオッズ比が2.980倍に有意に増加した。

また、男性、高血圧、糖尿病、心房細動、毎日飲酒、発症時まで喫煙習慣ありはリスクが増加する傾向を示した。

4 考察

65歳以上75歳未満の脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血のいずれの病型においても65歳以上75歳未満では第3回5年9ヵ月生存率が改善しており、予防対策の普及啓発や治療技術向上の成果が示唆された。

65歳以上75歳未満の脳梗塞の居住医療圏別の解析では、第1回、第2回、第3回を通じて特定の居住医療圏の生存率が高い、又は低いといった傾向は認められなかったが、各回において、5年9ヵ月生存率が最も高い居住医療圏と最も低い居住医療圏では約10pt程度の差があった。第3回は県西と県東で生存率が低く、県南と宇都宮で高い傾向が見られた。生存率が低い地域では、項目により差はあるが、初診時意識障害、高血圧、糖尿病、心房細動の割合が高い傾向が見られた。また、喫煙習慣と飲酒習慣は、居住医療圏の生存率との明確な相関は認められなかった。

また、交絡因子の影響を除去するため、ロジスティック回帰分析を実施したところ、第3回脳梗塞の5年9ヵ月死亡について、年齢及び初診時意識障害が有意な予後不良因子であり、男性、高血圧、糖尿病、心房細動、毎日飲酒、発症時まで喫煙習慣ありはリスクが増加する傾向を示した。予後不良因子としては、既知の報告と一致する点も多く<sup>7)8)9)</sup>、本県においても同様の傾向にあることが示唆された。ただし、単独の因子であるかどうかについては、今後もさらなる解析が必要と思慮される。

本研究により、本県の脳卒中の状況として一定の改善傾向が認められ、予防対策の普及啓発や治療技術向上の成果が改めて確認できた。また、本県において、脳梗塞の生命予後に影響を与える因子の一部について検討を行

うことができ、今後の普及啓発等に活用していくことが重要と考えられた。一方で、詳細情報の解析を含む生命予後の検討は、今回が初回であり、先行研究との比較ができない点もあった。次回以降、詳細情報も含めて比較を行うことで、より詳細な解析が可能になると考えられ、本研究を継続していくことが重要と思慮される。

## 5 謝辞

事業に多大な御協力をいただいております医療機関の皆様には深謝いたします。

## 6 参考文献

- 1) 栃木県、平成 27 年 年齢調整死亡率、栃木県保健統計年報、2017
- 2) 厚生労働省、主要死因別粗死亡率の年次推移、人口動態統計年報、2017
- 3) 渡辺晃紀等、脳卒中発症登録者を利用した生命予後の観察、日本公衆衛生学会誌 52-8 特別付録、p. 271、2005

- 4) 舟迫香等、脳卒中発症登録者の追跡調査による生命予後の検討 (第 1 報)、栃木県保健環境センター年報、第 17 号、p69-71、2013
- 5) 舟迫香等、脳卒中発症登録者の追跡調査による生命予後の検討 (第 2 報)、栃木県保健環境センター年報、第 18 号、p35-38、2014
- 6) 増田明子等、脳卒中発症登録者(2011 年)に対する生命予後の検討 (第 1 報)、栃木県保健環境センター年報、第 23 号、p69-72、2018
- 7) 菅貞郎等、脳梗塞と糖尿病、小林祥泰編、脳卒中データバンク 2015、初版、東京、中山書店、p. 80-81、2015
- 8) 輪田順一等、脳梗塞例の長期予後と再発作— 久山町 18 年間の追跡調査—、脳卒中 5、P124 -130、1983
- 9) 出口一郎等、心房細動 (発作性と持続性) における重症度、予後等の相違、小林祥泰編、脳卒中データバンク 2015、初版、東京、中山書店、p. 58-59、2015

表 3 65 歳以上 75 歳未満第 3 回脳梗塞詳細情報の居住医療圏別比較

| 居住医療圏 | 5年9ヵ月生存率 | 初診時意識障害 | 初診時意識障害 (JCS-II、III) | 高血圧  | 糖尿病  | 心房細動 | 飲酒習慣 | 喫煙習慣 | 発症から受診まで (3時間以内) |
|-------|----------|---------|----------------------|------|------|------|------|------|------------------|
| 宇都宮   | 95.5     | 35.2    | 9.5                  | 68.3 | 25.2 | 20.2 | 34.2 | 37.6 | 29.2             |
| 県西    | 83.5     | 26.6    | 15.6                 | 71.4 | 38.1 | 25.4 | 29.4 | 26.5 | 30.0             |
| 県東    | 83.3     | 42.6    | 17.0                 | 83.3 | 43.8 | 10.6 | 31.9 | 25.5 | 37.8             |
| 県南    | 93.6     | 34.9    | 12.3                 | 64.2 | 33.0 | 27.4 | 25.5 | 25.5 | 19.2             |
| 県北    | 89.1     | 30.9    | 7.4                  | 79.3 | 42.7 | 17.4 | 30.2 | 33.7 | 26.9             |
| 両毛    | 89.1     | 29.1    | 7.3                  | 82.4 | 29.8 | 20.9 | 26.0 | 22.6 | 17.6             |

(不明・未記入を除く)

表 4 第 3 回脳梗塞の 5 年 9 ヶ月脳梗塞死亡に関与する因子

| 説明変数    | オッズ比                 | 95%信頼区間    | p             | 判定            |        |
|---------|----------------------|------------|---------------|---------------|--------|
| 性別      | 男性<br>女性             | 1<br>0.813 | 0.610 ~ 1.082 | 0.1554        |        |
| 年齢      | 0歳<br>1歳上がる毎         | 1<br>1.092 | 1.072 ~ 1.112 | <0.0001 **    |        |
| 初診時意識障害 | なし<br>あり             | 1<br>2.980 | 2.212 ~ 4.014 | <0.0001 **    |        |
| 発症時合併症  | 高血圧                  | なし<br>あり   | 1<br>1.282    | 0.929 ~ 1.769 | 0.1301 |
|         | 糖尿病                  | なし<br>あり   | 1<br>1.131    | 0.808 ~ 1.584 | 0.4732 |
|         | 心房細動                 | なし<br>あり   | 1<br>1.265    | 0.928 ~ 1.725 | 0.1369 |
| 飲酒習慣    | 毎日飲酒以外<br>毎日飲酒       | 1<br>1.394 | 0.957 ~ 2.030 | 0.0831        |        |
| 喫煙習慣    | 発症時まであり以外<br>発症時まであり | 1<br>1.347 | 0.886 ~ 2.048 | 0.1633        |        |

(\*p<0.05 \*\*p<0.01)

# 子宮頸がん検診要精検者の検診履歴についての検討

公益財団法人栃木県保健衛生事業団

○大出 定夫

阿部千鶴子

益子 和規

桑久保 修

山田 博之

森久保 寛

石塚 勉

## 【はじめに】

子宮頸がんは、ハイリスクヒトパピローマウイルス（以下 HPV）の持続感染が原因で発症することが明らかになっているが、近年、罹患率は増加傾向にあり、特に 20 歳代から 30 歳代の若い女性を中心とした増加が問題となっている。

今回、当施設で実施した平成 29 年度住民検診における子宮頸がん検診の細胞診単独法、HPV-DNA 検査併用法（以下 HPV 併用）、細胞診検査 ASC-US 時 HPV-DNA 検査追加（以下 ASC-US 時 HPV 追加）の 3 つの検診方式の実施状況を報告するとともに、HPV 併用及び ASC-US 時 HPV 追加それぞれについて、過去に子宮頸がん検診を受診した群を群別化し、子宮頸がん検診細胞診判定時の「推定される病理診断」を細胞の異型度順にスコア化し、各群を年度別に比較することで若干の知見を得たので報告する。

## 【対象及び検討内容】

平成 29 年度住民健診において子宮頸がん検診を受診し、HPV 併用で要精検となった 489 人、同じく HPV 併用で HPV 検査が陰性であった 7,956 人、及び ASC-US 時 HPV 追加で要精検となった 608 名を対象とした。それぞれの対象における 1 年前受診群、2 年前受診群、3 年前受診群に該当する者を抽出し、受診群ごとに平成 29 年度と前回受診年度の細胞の異型度を比較するため、推定される病理診断スコア（表 1）を基に Wilcoxon 符号付順位和検定にて比較検討を行った。

表 1 推定される病理診断スコア

| 結果(略語) | 推定される病理診断       | スコア |
|--------|-----------------|-----|
| NILM   | 所見なし(非腫瘍性所見、炎症) | 1   |
| ASC-US | 軽度扁平上皮内病変疑い     | 2   |
| ASC-H  | 高度扁平上皮内病変疑い     | 5   |
| LSIL   | 軽度異形成           | 3   |
| HSIL   | 中等度異形成          | 4   |
|        | 高度異形成           | 6   |
|        | 上皮内癌疑い          | 7   |
| SCC    | 扁平上皮癌疑い         | 8   |
| AGC    | 腺異型             | 6   |
| AIS    | 上皮内腺癌疑い         | 7   |

さらに、1 年前受診群、2 年前受診群、3 年前受診群ごとに平成 29 年度の HPV 併用要精検者に対する ASC-US 時 HPV 追加要精検者の細胞の異型度比較のため、推定される病理診断スコアを基に Mann-Whitney U 検定にて比較検討を行った。

## 【結果】

1. 表 2 に平成 29 年度検診方式別子宮頸がん検診の実施状況を示す。検診方式別受診者数は、細胞診のみ、ASC-US 時 HPV 追加、HPV 併用でそれぞれ 1,397 人、29,760 人、8,556 人と ASC-US 時 HPV 追加が全体の約 75%を占めていた。要精検率では、細胞診のみが 2.7%、ASC-US 時 HPV 追加が 2.0%、HPV 併用が 5.7%と HPV 併用の要精検率が有意 ( $P < 0.001$ ) に高かった。

精検受診率は、何れの検診方式もがん検診事業評価指標の許容値を上回る 80%以上の精検受診率だった。精検の結果、細胞診のみでは存在しなかったが、ASC-US 時 HPV 追加及び HPV 併用では、それぞれ 29 人、25 人について、がん又はがん疑いで発見がん追跡調査を行った。

2. 表 3 に発見子宮頸がん追跡調査の内訳を示す。ASC-US 時 HPV 追加では、進行がん相当の IB 期以上が 4 人 (0.013%)、早期がん相当の IA 期が 1 人 (0.003%)、上皮内がん、高度異形成が合計で 16 人 (0.054%) であった。一方、HPV 併用では、IB 期以上が 2 人 (0.023%)、IA 期が 2 人 (0.023%)、上皮内がん、高度異形成が合計で 16 人 (0.187%) であった。がん発見率では、

表2 平成29年度検診方式別子宮頸がん検診実施状況

| 検診方式             | 受診者数   | 要精検者数 (%) | 精検受診者数 (%) | 精検結果内訳    |            |          |            |     |     |            |            | 発見がん<br>追跡調査数 |
|------------------|--------|-----------|------------|-----------|------------|----------|------------|-----|-----|------------|------------|---------------|
|                  |        |           |            | 上皮内<br>がん | 上皮内<br>腺がん | 浸潤<br>がん | その他<br>のがん | 異形成 | 腺異型 | その他<br>の疾患 | 異常を<br>認めず |               |
| 細胞診のみ            | 1,397  | 38(2.7)   | 31(81.6)   | 0         | 0          | 0        | 0          | 7   | 0   | 0          | 24         | 0             |
| ASC-US時<br>HPV追加 | 29,760 | 608(2.0)  | 513(84.4)  | 5         | 1          | 4        | 1          | 314 | 0   | 8          | 180        | 29            |
| HPV併用            | 8,556  | 489(5.7)  | 435(89.0)  | 7         | 1          | 2        | 0          | 250 | 1   | 4          | 170        | 25            |

表3 平成29年度発見子宮頸がん追跡調査内訳

| 検診方式             | がん         |            | 上皮内がん      | 高度異形成       | 中等度異形成     | 軽度異形成      | その他の疾患     | 異常なし       |
|------------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
|                  | IB期以上      | IA期        |            |             |            |            |            |            |
| ASC-US時<br>HPV追加 | 4 (0.013%) | 1 (0.003%) | 7 (0.024%) | 9 (0.030%)  | 3 (0.010%) | 3 (0.010%) | 2 (0.007%) | 0 (0%)     |
| HPV併用            | 2 (0.023%) | 2 (0.023%) | 4 (0.047%) | 12 (0.140%) | 2 (0.023%) | 2 (0.023%) | 0 (0%)     | 1 (0.012%) |

※( )内は子宮頸がん検診方式別受診者数で割った値

表4 HPV併用要精検者の過去の受診群別推定病変比較

| 推定される病理診断      | 3年前受診群 n=58 |       |        |       | 2年前受診群 n=32 |       |        |       | 1年前受診群 n=126 |       |        |       |
|----------------|-------------|-------|--------|-------|-------------|-------|--------|-------|--------------|-------|--------|-------|
|                | 平成26年度      |       | 平成29年度 |       | 平成27年度      |       | 平成29年度 |       | 平成28年度       |       | 平成29年度 |       |
|                | 人           | %     | 人      | %     | 人           | %     | 人      | %     | 人            | %     | 人      | %     |
| 所見なし           | 48          | 82.8% | 2      | 3.4%  | 24          | 75.0% | 1      | 3.1%  | 98           | 77.8% | 27     | 21.4% |
| 軽度扁平上皮内病変疑い    | 3           | 5.2%  | 19     | 32.8% | 3           | 9.4%  | 14     | 43.8% | 9            | 7.1%  | 41     | 32.5% |
| 軽度異形成          | 6           | 10.3% | 29     | 50.0% | 5           | 15.6% | 13     | 40.6% | 16           | 12.7% | 43     | 34.1% |
| 中等度異形成         | 0           | 0%    | 4      | 6.9%  | 0           | 0%    | 3      | 9.4%  | 2            | 1.6%  | 13     | 10.3% |
| 高度扁平上皮内病変疑い    | 0           | 0%    | 2      | 3.4%  | 0           | 0%    | 0      | 0%    | 0            | 0%    | 1      | 0.8%  |
| 高度異形成・腺異形      | 1           | 1.7%  | 2      | 3.4%  | 0           | 0%    | 1      | 3.1%  | 1            | 0.8%  | 1      | 0.8%  |
| 推定される病理診断スコア比較 | P<0.001     |       |        |       | P<0.001     |       |        |       | P<0.001      |       |        |       |
| 平成29年度HPV陽性率   | 89.7%       |       |        |       | 93.8%       |       |        |       | 89.7%        |       |        |       |

表5 HPV併用 HPV検査陰性者の過去の受診群別推定病変比較

| 推定される病理診断      | 3年前受診群 n=1,812 |       |        |       | 2年前受診群 n=312 |       |        |       | 1年前受診群 n=1,280 |       |        |       |
|----------------|----------------|-------|--------|-------|--------------|-------|--------|-------|----------------|-------|--------|-------|
|                | 平成26年度         |       | 平成29年度 |       | 平成27年度       |       | 平成29年度 |       | 平成28年度         |       | 平成29年度 |       |
|                | 人              | %     | 人      | %     | 人            | %     | 人      | %     | 人              | %     | 人      | %     |
| 所見なし           | 1,792          | 98.9% | 1,775  | 98.0% | 283          | 90.7% | 296    | 94.9% | 1,198          | 93.6% | 1,229  | 96.0% |
| 軽度扁平上皮内病変疑い    | 9              | 0.5%  | 31     | 1.7%  | 15           | 4.8%  | 14     | 4.5%  | 57             | 4.5%  | 38     | 3.0%  |
| 軽度異形成          | 5              | 0.3%  | 4      | 0.2%  | 8            | 2.6%  | 2      | 0.6%  | 19             | 1.5%  | 11     | 0.9%  |
| 中等度異形成         | 1              | 0.1%  | 0      | 0%    | 2            | 0.6%  | 0      | 0%    | 1              | 0.1%  | 2      | 0.2%  |
| 高度扁平上皮内病変疑い    | 1              | 0.1%  | 2      | 0.1%  | 0            | 0%    | 0      | 0%    | 0              | 0%    | 0      | 0%    |
| 高度異形成・腺異型      | 3              | 0.2%  | 0      | 0%    | 3            | 1.0%  | 0      | 0%    | 4              | 0.3%  | 0      | 0%    |
| 上皮内癌疑い         | 1              | 0.1%  | 0      | 0%    | 1            | 0.3%  | 0      | 0%    | 0              | 0%    | 0      | 0%    |
| 扁平上皮癌疑い        | 0              | 0%    | 0      | 0%    | 0            | 0%    | 0      | 0%    | 1              | 0.1%  | 0      | 0%    |
| 推定される病理診断スコア比較 | NS             |       |        |       | P<0.01       |       |        |       | P<0.01         |       |        |       |

表6 ASU-US時 HPV追加要精検者の過去の受診群別推定病変比較

| 推定される病理診断      | 3年前受診群 n=28 |       |        |       | 2年前受診群 n=89 |       |        |       | 1年前受診群 n=249 |       |        |       |
|----------------|-------------|-------|--------|-------|-------------|-------|--------|-------|--------------|-------|--------|-------|
|                | 平成26年度      |       | 平成29年度 |       | 平成27年度      |       | 平成29年度 |       | 平成28年度       |       | 平成29年度 |       |
|                | 人           | %     | 人      | %     | 人           | %     | 人      | %     | 人            | %     | 人      | %     |
| 所見なし           | 20          | 71.4% | 0      | 0%    | 60          | 67.4% | 0      | 0%    | 194          | 77.9% | 0      | 0%    |
| 軽度扁平上皮内病変疑い    | 2           | 7.1%  | 1      | 3.6%  | 8           | 9.0%  | 14     | 15.7% | 12           | 4.8%  | 50     | 20.1% |
| 軽度異形成          | 5           | 17.9% | 16     | 57.1% | 15          | 16.9% | 56     | 62.9% | 25           | 10.0% | 144    | 57.8% |
| 中等度異形成         | 1           | 3.6%  | 8      | 28.6% | 3           | 3.4%  | 11     | 12.4% | 5            | 2.0%  | 32     | 12.9% |
| 高度扁平上皮内病変疑い    | 0           | 0%    | 0      | 0%    | 0           | 0%    | 1      | 1.1%  | 1            | 0.4%  | 5      | 2.0%  |
| 高度異形成・腺異型      | 0           | 0%    | 2      | 7.1%  | 3           | 3.4%  | 7      | 7.9%  | 11           | 4.4%  | 16     | 6.4%  |
| 上皮内癌疑い         | 0           | 0%    | 0      | 0%    | 0           | 0%    | 0      | 0%    | 1            | 0.4%  | 1      | 0.4%  |
| 扁平上皮癌疑い        | 0           | 0%    | 1      | 3.6%  | 0           | 0%    | 0      | 0%    | 0            | 0%    | 1      | 0.4%  |
| 推定される病理診断スコア比較 | P<0.001     |       |        |       | P<0.001     |       |        |       | P<0.001      |       |        |       |

HPV 併用で高い傾向を示したが有意差 ( $P > 0.05$ ) は認められなかった。しかしながら、治療対象となる高度異形成、上皮内がん以上の発見率の比較では、HPV 併用による発見率が有意 ( $P < 0.001$ ) に高かった。

3. 表 4 に平成 29 年度 HPV 併用要精検者の 1 年前受診群、2 年前受診群、3 年前受診群ごとの「推定される病理診断」の割合の比較、スコアで検定した結果及び平成 29 年度の HPV 陽性率を示す。各受診群とも前回の結果に比べて平成 29 年度の方が細胞の異型度の高い割合が有意 ( $P < 0.001$ ) に高かった。さらに、1 年前受診群と 3 年前受診群における平成 29 年度要精検者のスコアを比較した結果、1 年前受診群に比べて 3 年前受診群の細胞の異型度は有意 ( $P < 0.01$ ) に高かった。また、平成 29 年度 HPV 併用要精検者は、どの受診群においても約 9 割が HPV 陽性であった。
4. 表 5 に平成 29 年度 HPV 併用において HPV 検査が陰性であった者について、1 年前受診群、2 年前受診群、3 年前受診群ごとに平成 29 年度と前回受診時の「推定される病理診断」の割合の比較とスコアで検定した結果を示す。3 年前受診群では有意な差は見られなかったが、1 年前受診群と 2 年前受診群では、前回受診時に比べて平成 29 年度の細胞の異型度が有意 ( $P < 0.01$ ) に改善している結果となった。
5. 表 6 に平成 29 年度 ASC-US 時 HPV 要精検者の 1 年前受診群、2 年前受診群、3 年前受診群ごとの「推定される病理診断」の割合の比較とスコアで検定した結果を示す。HPV 併用と同様に各受診群とも前回の結果に比べて、平成 29 年度の結果の方が細胞の異型度の高い割合が有意 ( $P < 0.001$ ) に高かった。
6. 表 4 及び表 6 に示す HPV 併用と ASC-US 時 HPV の平成 29 年度要精検者を 1 年前受診群、2 年前受診群、3 年前受診群ごとに推定される病理診断スコアで比較検討した結果、ASC-US 時 HPV の方が HPV 併用に比べて有意 ( $P < 0.01$ ) に細胞の異型度が高かった。

#### 【考察】

HPV 併用の子宮頸がん検診で平成 29 年度要精検者の 1 年前受診群、2 年前受診群、3 年前受診群のどの受診群においても前回受診時の細胞の異型度に対して、平成 29 年度の検診受診時には明らかに細胞の異型度が高い方に移行していた。HPV 併用要精検者の約 9 割は HPV 陽性であり、このことが細胞の異型度の悪化に関与していることが考えられた。一方、HPV 陰性者では、前回受診時に比べて平成 29 年度の細胞の異型度は有意 ( $P < 0.01$ ) に改善しており、改めて HPV が子宮頸がんのリスク要因であることを裏付ける結果になったと考えられる。

ASC-US 時 HPV では、何れの群においても平成 29 年度要精検者の細胞の異型度の割合は HPV 併用と同様の傾向を示し、前回結果に比べ有意に ( $P < 0.001$ ) 細胞の異型度は高くなっていたが、その割合は HPV 併用よりも有意 ( $P < 0.01$ ) に高かったことから、ASC-US 時 HPV で要精検となった者の中に HPV 陽性者が非常に高い割合で存在しているのではないかと考えられた。

また、子宮頸がん追跡調査の結果では、治療の対象となる高度異形成以上の発見率が ASC-US 時 HPV に比べ HPV 併用では有意 ( $P < 0.001$ ) に高かったことから、細胞診と HPV 検査を同時に実施する HPV 併用では、子宮頸がんに進展する前の段階で効率的に前がん病変を拾い出していることが示唆された。

#### 【まとめ】

平成 29 年度子宮頸がん検診要精検者を検診方式別に「推定される病理診断」で前回結果と細胞の異型度を比較したことにより、HPV が子宮頸がんのリスクとして関与していることが示唆されたと共に、細胞診と HPV 検査を同時に実施する併用検診では、子宮頸がんの前がん病変を高率に拾い上げることができていることが判明した。

## 県西地域の難病支援対策について

～難病患者療養支援者連絡会と県西地域難病支援推進協議会の連携～

○怡土 佳代<sup>1)</sup> 中川 小有里<sup>1)</sup> 福島 幸恵<sup>1)</sup> 池内 寛子<sup>1)</sup>  
 一色 ミユキ<sup>1)</sup> 渡辺 晃紀<sup>1)</sup> 関口 育恵<sup>2)</sup> 塚田 三夫<sup>3)</sup>  
 1) 県西健康福祉センター 2) 県南児童相談所 3) 安足健康福祉センター

### 1 はじめに

平成 27(2015)年 1 月に「難病の患者に対する医療等に関する法律」(難病法)が施行され、都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、難病対策地域協議会を保健所管轄地域毎に置くように努めるとされた。県西健康福祉センター(以下、当センター)では平成 28(2016)年度に「県西地域難病支援推進協議会」(以下、協議会)を設置し、平成 22(2010)年度から設置している「難病患者療養支援者連絡会」(以下、連絡会)と連携を図りながら、地域課題の解決に向けた検討を行っている。

平成 28(2016)年度協議会では、鹿沼市内の医療機関のレスパイト入院の受け入れが進んでおらず、レスパイト入院が必要となった際は、市外の医療機関を利用していることがわかった。そこで、平成 29(2017)、30(2018)年度連絡会及び協議会を通して市内の医療機関におけるレスパイト入院の受け入れの課題整理と拡充に向けた取組を実施したので報告する。

### 2 取組内容

#### (1) 連絡会及び協議会の構成機関

医師会、歯科医師会、薬剤師会、難病医療ネットワーク拠点病院、基幹病院、協力医療機関、訪問看護ステーション協議会<sup>※1</sup>、介護支援専門員連絡会、障害者相談支援協働コーディネーター<sup>※2</sup>、難病相談支援センター<sup>※2</sup>、市内の通所リハビリテーション事業所<sup>※3</sup>、市(高齢福祉課、地域包括支援センター、介護保険課、障がい福祉課、障がい者相談支援センター<sup>※3</sup>、消防本部)、栃木県県西健康福祉センター

※1 連絡会は市内の訪問看護ステーション5事業所 ※2 協議会のみ ※3 連絡会のみ

#### (2) 連絡会及び協議会の役割

連絡会は、構成員を実務者とし、難病患者家族(以下、患者家族)と日頃から患者家族に関わる支援者の課題を整理することを目的とした。また協議会は、構成員を関係機関の長とし、連絡会から挙げた課題に対して組織的に体制を整備することを目的とした。

#### (3) 取組内容

表 1 のとおり、レスパイト入院の受け入れに関わる体制整備と拡充を推進するために年 1 回の連絡会及び協議会を開催した。

| 年月                     | 事業等                          | 内容  | 抽出、共有された課題  |
|------------------------|------------------------------|---|---|
| 平成30(2018)年1月          | 連絡会                          | 事例を通じた重症難病患者の地域課題の共有<br>(レスパイト入院を中心に)                   | 疾患や難病支援の経験、知識不足   |
| 平成30(2018)年2月          | 協議会                          | レスパイト入院の受け入れ体制整備状況と課題の共有                                |   |
| 平成30(2018)年<br>11月～12月 | レスパイト入院<br>利用後の患者家族<br>アンケート | 利用状況、今後の利用希望等の確認  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅と入院中のケアや環境の整備</li> <li>・レスパイト入院の目的の周知</li> <li>・リハビリ実施体制整備</li> </ul> |
| 平成31(2019)年1月          | 連絡会                          | レスパイト入院受け入れ開始後の課題の整理、<br>レスパイト入院利用中や在宅でのリハビリの実施状況や課題の共有 |   |
| 平成31(2019)年2月          | 協議会                          | レスパイト入院受け入れ開始後の課題の共有、対応策の検討                             |   |

### 3 結果

#### (1) 平成 29(2017)年度

連絡会と協議会を通して、レスパイト入院を中心にした重症難病患者の地域課題を検討した結果、難病の希少性、専門性から難病支援の経験が積みにくく、支援に難しさを感じる支援者が多いことが把握された。そのため、関係機関同士で、患者家族が必要としている支援の情報共有を行い、既存の社会資源で対応可能なこと、今後サービス提供体制の整備が必要なこと等を明確化し、共有することができた。連絡会及び協議会後の取組として、当センターでは支援者を対象に、難病の特性や患者家族支援の実際について研修会を開催した。参加者からは、患者家族の思いや療養状況等を確認し、関係機関と連携しながら支援をしていく重要性を再確認できた、患者家族支援における各関係機関の役割等について理解を深めることができたという声が聞かれた。

#### (2) 平成 30(2018)年度

##### 1) レスパイト入院利用者の拡充に関する取組(アンケート実施)

平成 29(2017)年度の連絡会及び協議会の結果を踏まえて、レスパイト入院利用の拡充を推進することを目的に、レスパイト入院を利用した効果や課題を把握するためにアンケートを実施した(表 2)。対象者は、市内基幹病院及び協力医療機関でレスパイト入院を利用した患者家族 7 名で、うち 2 名は死亡と長期入院のため除外した。平成 30(2018)年 11~12 月に実施し、支援している保健師が訪問のうえ聞き取る方法で行った。アンケートの結果から、レスパイト入院を利用した家族全員から、「介護者の休養がとれた」との回答があり、レスパイト入院の目的の 1 つでもある、「介護者の休息」の確保につながったことが明らかになった。また、患者家族全員がレスパイト入院の継続希望をしており、定期的なレスパイト入院のニーズが把握できた。入院中に希望することとして、「拘縮予防のためのリハビリや身体面の検査等の状態把握」が挙げられたが、現状ではレスパイト入院利用中の実施が難しい医療機関もあり、受け入れ医療機関との調整が必要であることが明らかになった。これらの結果を平成 30(2018)年度連絡会及び協議会で共有した。

表2 レスパイト入院利用後の患者家族アンケート結果  
(利用者7名のうち、5名が回答)

##### 1 利用してどうだったか(患者0名、家族5名) 複数回答

| 内容              | 人数(名) |
|-----------------|-------|
| 介護者の休息がとれた      | 5     |
| 家庭の用事を済ますことができた | 3     |
| 家族が外出や外食ができた    | 2     |
| 睡眠がとれた          | 2     |
| 気が緩んだ           | 1     |

##### 2 今後もレスパイト入院を希望するか(患者3名、家族5名)

| 内容    | 人数(名) |    |
|-------|-------|----|
|       | 患者    | 家族 |
| 希望する  | 3     | 5  |
| 希望しない | 0     | 0  |

##### 3 レスパイト入院にあたって希望すること (患者4名、家族5名) 複数回答

| 内容                 | 人数(名) |    |
|--------------------|-------|----|
|                    | 患者    | 家族 |
| 身体面の検査等の状態把握をしてほしい | 0     | 1  |
| 拘縮予防のためにリハビリをしてほしい | 4     | 4  |

##### 2) 連絡会

連絡会では、アンケート結果を共有し、レスパイト入院受け入れ開始後の患者家族、支援者側の課題の整理を行い、在宅と入院中のケアや環境の整備、レスパイト入院の目的の周知等の課題の共有を行った。リハビリに関しては、患者家族が「拘縮予防のためのリハビリ」を必要としていることが分かったため、リハビリ実施体制整備を目的として、レスパイト入院利用中や在宅でのリハビリの実施状況や課題の共有を行った。

在宅と入院中のケアや環境の整備については、在宅と入院中で行われるケア体制が異なると不安を抱く患者もいるため、同様の対応を行う必要性が共有された。また、医療機関側も難病支援の経験が少なく、ケアや環境整備等で不安を感じているスタッフもいることも把握できた。

レスパイト入院の目的の周知については、レスパイト入院の目的は、「介護者の休息」だけでなく、「全身状態評価」「合併症予防対策」を含んでいることを理解、周知する必要性を共有し、関係機関同士で改

めて共通理解を図ることができた。

リハビリ実施体制整備については、スタッフの人員不足による課題や、患者家族及び支援者からの要望として拘縮予防のためのリハビリ、言語聴覚士による嚥下障害や構音障害のリハビリのニーズが高いことが把握できた。在宅療養中の生活状況や住環境を踏まえて実施している在宅でのリハビリを入院中も切れ目無く実践することで、患者の身体状態の評価や在宅療養に必要な環境整備の改善につながることを共有した。連絡会で把握した課題を協議会で検討することとした。

### 3) 協議会

協議会では、在宅と入院中のケアや環境の整備、連絡会で検討したリハビリ実施体制整備等の課題への対応策の検討を行った。

在宅と入院中のケアや環境整備の違いによる不安については、次回入院時に在宅とケアや環境整備を同様の対応をするために、日頃のケアや環境を写真等に残し支援者間で共有することとした。また、以前から病棟内で難病関連の学習会やカンファレンスを実施している医療機関の取組を情報共有する場を設けることで、難病患者の看護ケアの重要性について理解を深めることができた。

しかし、入院中は医療看護体制でのケア提供のため在宅と同等のケアを提供できない場合もあるため、その内容を県の一時入院支援事業のパンフレットに記載し、患者家族への周知を行った。

リハビリの体制整備については、リハビリスタッフの介入が困難な場合は、支援者から在宅で実施しているリハビリの状況等を医療機関側に情報提供し、拘縮予防の観点から看護ケアの部分で対応可能なリハビリを実践する取組を進めていくこととした。

## 4 まとめ

平成 29(2017)年度の連絡会及び協議会でレスパイト入院の課題を抽出し、調整を行った結果、平成 30(2018)年 2 月から市内の医療機関でレスパイト入院を開始した。その後もレスパイト入院利用後の課題の把握と評価のためのアンケート実施や、連絡会及び協議会にてレスパイト入院受け入れ開始後の課題の共有、対応策の検討を行うことで、受け入れや利用が円滑に行われ拡充につながったと考える。また、難病支援に関わる関係機関同士が連絡会及び協議会を通して顔の見える関係を築くことで、日頃の個別支援での円滑な連携につながっている。また、連絡会は関係機関同士の情報共有の機会であり、会議で得た情報を患者家族、関係機関に情報提供することで、支援の質の向上につながると考える。

難病支援対策に関しては当センターの管轄は 1 市のため、関係機関との連携も図りやすく、地域課題解決に向けて取組しやすい環境にある。しかし、患者家族への支援体制の整備と拡充は十分ではない。今後も連絡会及び協議会を通して、多職種連携を強化し、支援体制の整備を推進していきたい。

## とちぎ難病相談支援センターにおける『難病ピア・サポート事業』展開への取り組み（第3報）

～「患者交流会の進め方検討会」より学び合ったもの～

○豊田省子<sup>1)</sup>、小松 明<sup>1)・2)</sup>、高橋和子<sup>1)</sup>、伊東紀枝<sup>1)・2)</sup>、平塚英治<sup>1)・2)</sup>

1) とちぎ難病相談支援センター 難病ピア・サポーター

2) 栃木県難病団体連絡協議会

### 【はじめに】

難病ピア・サポーターは、難病患者あるいはその家族の立場で、その心身両面の辛さ、大変さなどに寄り添って共に考えることができる相談者である。難病を持つ当事者として互いに支え合うことが求められている。平成28年「とちぎ難病ピア・サポート事業」は、栃木県から県難病団体連絡協議会に委託された。本事業によって、難病ピア・サポーターが難病相談支援センターに配置されるようになった。また本事業のもう1つの柱に研修事業がある。これによって本県ではこれまでに、47名が養成された(図1・2・3)。

ピア・サポーターは、「フォローアップ研修(以下「FU研修」)」によって質の向上が図られている。平成30年度におけるFU研修の1回目は30年11月、「栃木県傾聴ボランティア連絡協議会会長」の黒川貢氏を迎えて『傾聴』をテーマに実施された。2回目は31年1月、講師に頼らない研修として企画・実施された。ピア・サポーターは、体調などに応じて本人の承諾が得られれば、養成された翌年度から「疾患グループ別(患者)交流会」における司会と書記の役割を担うことになる。この交流会は、毎月「第2火曜日」と「第4水曜日」に当センターにおいて開催されている。交流会参加者からは、「同病の人に初めて会えた」「普段、話せないことが話せた」「1人じゃないと思えた」「病気との向き合い方が変わった」などの多くの喜びの声が寄せられている。これによってピア・サポーターは、役に立てたと達成感を感じている。その一方で、「話が行き詰まり、どう対応したら良いかわからなかった」あるいは「聞いたことを文字にまとめることが難しい」など、司会・書記といった役割遂行の困難さを訴える声が聞かれるようになった。

そこでそのニーズに対応する形で、その1年間の活動を振り返り、患者交流会における司会・書記のあり方を検討する会を実施した。具体的には、司会・書記を担って、「うまくできたこと」や「困ったこと」などの体験を持ち寄り、ブレイン・ストーミングに用いられるKJ法<sup>1)</sup>を用いて問題解決の糸口を探った。その結果、年齢や性別、ピア・サポーター経験年数などに関わらず、お互いに学び合い、育ち合う姿が見受けられた。ここでは、この2日目のFU研修の結果について報告する。

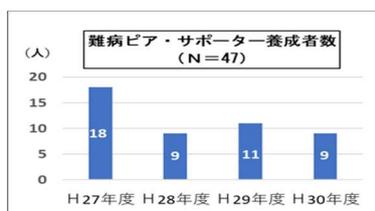


図1 難病ピア・サポーターの養成者数

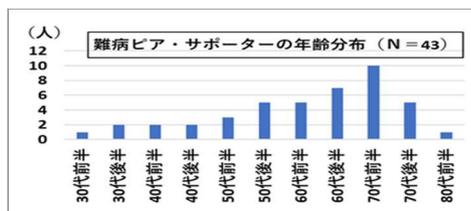


図2 難病ピア・サポーターの年齢分布

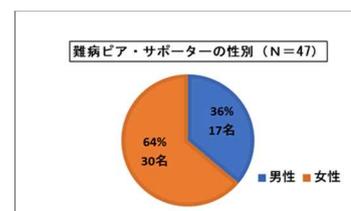


図3 難病ピア・サポーターの性別

### 【方法】

「交流会の進め方検討会」は、予め司会や書記を体験して「うまくできたこと」や「困ったこと」などの体験を振り返っておくように知らされていた。参加した14名の年齢は31歳から78歳、ピア・サポーター経験年数は2年目から5年目といずれも幅広く分布していた。参加者の6割以上が女性であった(図4・5・6)。

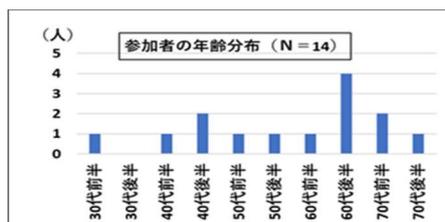


図4 参加者の年齢分布

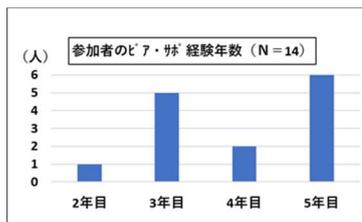


図5 参加者のピア・サポーター経験年数

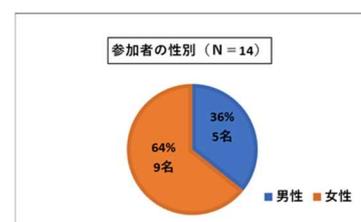


図6 参加者の性別

はじめにKJ法の進め方について説明がなされた(写真1)。参加者14名を3つのグループに編成し、各グループ別に検討した(写真2)。検討の手順としてまず、司会・書記を体験して「うまくできたこと」と「困ったこと」をカードに書き出して、お互いの現状を把握した。次に、類似した内容のカードを集めて1枚の台紙に張り付け、それぞれに表題をつけた。最後に重要度をランキングし、内容をまとめた(図7)。その後、各グループの代表者が発表をして、学びを共有した(写真3)。

## 【結果】

グループ別に発表された内容について、その概要を分類・整理した。以下にその内容を紹介する。

### 司会をしていて「うまくできたこと」

- 〈環境づくり〉・笑顔で、挨拶を率先してお迎えし、会がなごやかに進行できた。環境作りがうまくいった。
- 〈ルールの説明〉・最初に伝える『ルールの説明』がうまくできたことで、話題にスムーズに入れた。
- 〈進行マニュアルの活用〉・初めての司会だったが、マニュアルに発言例があったので、スムーズにできた。
- 〈全員参画〉・まだ発言していない人がいる時には、他の人に一度振ってからその後再度発言してもらうようにした。
- 〈話題の深化〉・質問に答えられなくて困った時、「他の人の意見を聞いてみましょう」と言えた。・参加者などから専門的な助言を得られると、司会者として助かった。・参加者が少ないと進めにくいけど、深い内容の話ができる。
- 〈交流会は出会いの場〉・仲間との出会いにより癒された。・参加することで、出会いのきっかけとなった。
- 〈経験を積む〉・回数をこなすと、コツをつかめるようになった。
- 〈その他〉・交流会終了後、参加者が主体的に連絡先を交換していたので交流会の目的は達成できた。参加者の雰囲気任せに任せることもあって良い。・交流会に来て良かった。その理由として「明るく前向きに勇気をもらえた」「同病の人の話が聞けて良かった」「疾患についてよく勉強されていて感心した」「自分と同じ経過を辿った人に共感」等。

### 司会をしていて「困ったこと」と「その解決策」

- 〈雰囲気作り〉・話題が暗くなりがちなので、司会は明るい雰囲気作りに努める。例えば時間がある場合には、会の途中で「レクリエーション」や「アクティビティ」を入れると、和気あいあいの雰囲気になれる。気心が知れると、話やすくなる。もし時間がない場合であれば、他の明るい話題、例えば新しい治療法の話やニュースなどの話題提供をして、「〇〇さんはどう感じていますか？」などと意見を求める。また話が煮詰まってきたら、司会者が積極的に共感の気持ちを伝える。他者の役に立ったと充実感を味わえるよう照れずに、共感を伝えるのも方法である。  
・精神的に参っている参加者に、対応できない時などがあって困った。そのような場合に司会者は、発言者の気持ちを傾聴して、共感を示す。それでも抱えきれない問題の場合は、難病相談支援センターに相談するように促す。
- 〈一般化しにくい個別な問題〉・参加者の個別な問題の場合、皆で共有できないことがあった。司会者は、傾聴・共感。
- 〈病気の理解不足〉・同じ病いではないので、その方の病気を理解するために何度も聞いてしまった。・難病の特徴がわからないので、症状を訴えられても、よく理解できなかった。ピア・サポーターは、話をよく聞くことが基本。具体的な専門性を問われたら、難病相談支援センターへ導く。・前日までに、疾患を勉強・理解して、資料を準備する。
- 〈発言時間の独占〉・話が止まらない。・一人だけ話す。話している方のことばを復唱することで割り込む。あいづちをして、共感を示す。相手を尊重しながら、次の方の発言を求める。「傾聴」と「承認」をする。相手の話を尊重しながら、「〇〇さんはどうですか？」と振る。
- 〈話題の偏り〉・特定のテーマに話題が偏った。まだ発言をしていない人に振る。
- 〈話題の掘り下げ〉・テーマを深く絞り込んで、その問題を深く掘り下げて話合うことができなかつたことがあった。  
そのような時は、司会者が発言していない人に、「〇〇さんはどうしていますか？」など話を振る。参加動機は、話題を振る時の材料として使えるので、自己紹介の時にメモしておく。
- 〈途中参加者への対応〉・「ルールの説明」と「自己紹介」に戻ると流れが止まる。そのため予めルールを書いた用紙を用意しておく。そうすることで話が途切れることを防げる。
- 〈言葉の使い方〉・言葉の使い方が難しく困っている。内容がうまく伝わらない。
- 〈薬物療法について〉・薬のことは、参考になることではあるが、(服用を)やめた方がいいといわれることもあって、困っている。個人差があるし、デリケートな話だから。そのためやんわりと意見を差し上げて、別の話題へ持っていく。主治医あるいはセカンド・オピニオンに聞くことを促す。医療相談会への参加を紹介することも一つの方法。私たちは専門的な知識はない。治まるいい方向へ持っていく。
- 〈話題の拡散〉・司会をしていて、話が多方面へ飛ぶ時はいったん承認してなだめた上で、本題に戻す。
- 〈参加者が少ない時〉・人数が少ない時は、場を和ませるために、体操・ゲーム・趣味・世間話を取り入れる。
- 〈私語への対応〉・司会者がタイミング良く介入して、「〇〇さん、どうですか？」と振ると上手におさまる。

### 書記をしていて「困ったこと」とその解決策

- 〈意見が多い〉・意見が多いとまとめづらかつた。・聞いたことをまとめることが難しい。いちいちまとめるのではなく

て、メモ書きで残していくだけで良い。

- 〈漢字忘れ〉・漢字がすぐに出てこないため、記録に時間がかかり焦った。・まとめが難しく、時間がかかった。
- 〈聞き取れない〉・時には相談者の声が小さくて聞き取れないこともある。そのため身を寄せるなどの努力も必要。
- 〈疾患・治療の知識不足〉・各病気のことがよくわからないので、疾患の資料が欲しい。・薬や治療の用語など、わからないため理解しにくい。・用語の理解や病気の知識が乏しい時は、戸惑うことも多い。



写真1 進め方の説明



写真2 グループ検討



写真3 まとめ

図7 まどめの結果

## 【考察】

「うまくできたこと」を言語化・可視化することで共有し、お互いに学び合うことができた。このことは、人の役に立ちたいと願っているピア・サポーターにとって、成功体験としてモチベーションの強化へ繋がったと考えられる。また「困っていること」の言語化・可視化に関しては、「孤独感」や「閉塞感」からの脱出として、勇気づけ（エンカレッジ）へと繋がったと考えられた。話し合いによって、参加者自らが直面している課題について、皆で問題解決の糸口を見出すことができた。このセルフ・ヘルプ過程そのものに意義がある。ピア・サポートとは「支えあいの相互行為である」と言われている<sup>2)</sup>。支援しているだけではなく、支援されているという双方向性のベクトルが働いている。この研修を通して、それを再確認することができた。

研修テーマ「司会・書記の進め方」に関して、多くの学びを得た。これには次のような4つの要因が考えられた。①司会・書記を担う前の事前研修ではなく、司会・書記の体験者が増えた時期に研修を実施したこと。②体系的に学ぶのではなく、ピア・サポーターが現在、直面している課題を取り上げたこと、③受け身の学習形態ではなく、学習者が互いに学び合う主体的な学習形態にしたことである。すなわち「学習者の準備性（レディネス）が整った時期」に、「学習者のニーズ」に合致したテーマで、「参加型の学習形態」としたこと、一定の成果を修めることができたと考えられる。またこのような企画プランの要因とは別に、④「人の役に立つこと」を願って、ピア・サポート活動を志願したピア・サポーター自身の「志の高さ」も要因の1つであることは言うまでもない。これらの4つの要因が絡まりあって相乗効果として学習効果を高めたと考えられる。

交流会の開催目的は、「患者同士で悩みを分かち合い、共感の中で前に向かって歩みだす気概と生きる喜びを見出し、問題の解決に向かって皆で知恵を出し合う」ことにある。この研修によって、司会・書記の在り方を改めて問い直し、問題解決の糸口を見出すことができた。この開催目的のさらなる達成をめざして今後も体験を蓄積すること、さらにその体験を振り返って、自ら意味づけていくことがピア・サポーター個々に求められている今後の課題である。

難病はその希少性・難治性により、患者が抱く「孤立感」や「喪失感」は計り知れない。その当事者として「共感」を旗印に、難病ピア・サポーターが果たす役割は大きい。しかしその一方で、ピア・サポーターの充実や養成のあり方に関して標準化されたプログラムはなく、今日まで手探りの状態が続いている。今後も学習者の声に耳を傾けながら、本県の地域性や実情にふさわしい研修方法を模索していきたい。

2014年5月23日に「難病法」が成立した。それを記念して毎年5月23日は「難病の日」として登録された。これを機に難病への理解や関心が少しでも深まるよう当事者の立場から社会へ向けての発信を心掛け、今後ともとき難病ピア・サポーターとしての自覚と責任を果たすべく、その質の向上をめざして研鑽を重ねたい。

## 【引用文献】

- 1) 川喜多二郎：続・発想法 KJ法の展開と応用、中公新書210、1970。
- 2) 西澤正豊：難病相談支援のためのハンドブック 2 難病相談支援センターとピア・サポート、6頁、平成27年度厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）「難病患者への支援体制に関する研究班」編集・発行、2015。

## 芳賀郡医療的ケアを要する障がい児に関する実態調査の結果について

栃木県県東健康福祉センター ○稲葉 陽子 荒井未奈子 鈴木 裕也 田沼 かおり  
福田 亮人 大原 智子

栃木県矢板健康福祉センター 男谷 侑子

芳賀地区自立支援協議会すこやか発達部会 疋田 友子 内山 有希 吉川 説郎 篠原 美郷  
山本 浩大 小林 千鶴 曾田 明子

### 1 目的

医療技術の進歩等を背景として、人工呼吸器や胃ろう等の医療的ケアが必要な障がい児が増加しており、全国では、平成 17 年から平成 27 年にかけてその人数は約 1.8 倍(18,272 人)となっている。

管内においては、1 市 4 町が共同運営する芳賀地区自立支援協議会に、専門部会としてすこやか発達部会が設置されている。その中で、医療的ケア児の支援を充実させるべく、まずは管内の医療的ケア児の実態把握が必要との声があがった。

そのため、今回医療的ケア児の実態把握及び課題の整理を目的に調査を実施したので報告する。

### 2 調査方法

#### (1) 対象

平成 30 年 8 月 1 日時点で、管内 1 市 4 町の医療的ケアを必要としている在宅障がい児を対象とした。

なお、この調査においては医療的ケア児を以下のとおり定義した。

人工呼吸器管理・気管切開・鼻咽頭エアウェイ・酸素吸入・たんの吸引・ネブライザー・中心静脈栄養・経管栄養・腹膜透析・導尿・人工肛門等の医療的ケアを必要とする 0 歳から 20 歳未満の障がい児（者）

#### (2) 実施方法

当センターの小児慢性特定疾病児童の台帳及び各市町福祉部門で管理する障がい児の支援台帳等より定義を満たす対象者 13 名を抽出した。これらの対象者のうち、保護者の同意が得られたもの 12 名に対し、平成 30 年 10 月に調査員が家庭訪問等による面接調査を行い、その際に回答用紙を回収した。

#### (3) 調査内容

医療的ケアの内容、本人の生活状況、利用しているサービス及び医療、家族の生活状況、災害時(台風や地震など)の対応についてなど、全 34 項目

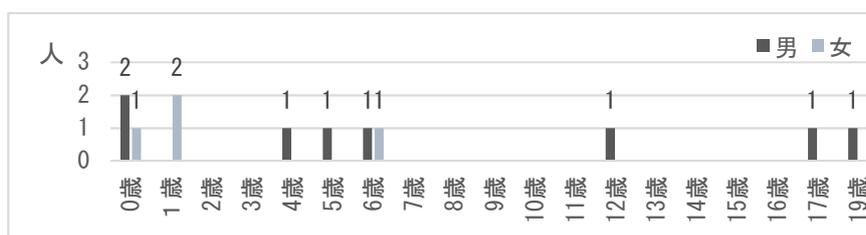
### 3 結果

#### (1) 回答状況

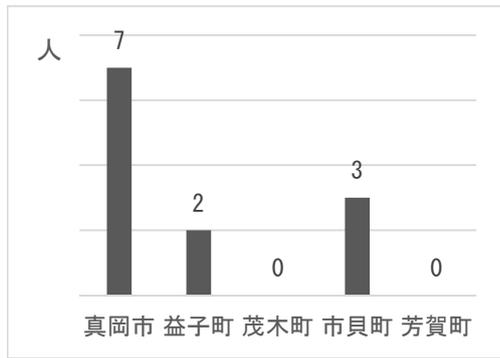
- ・回答率 92.3% (12 人 / 13 人中)
- ・全て主介護者である母親が回答した。

#### (2) 対象者

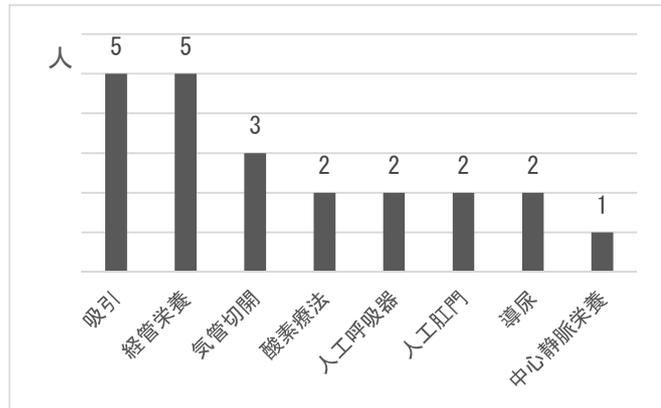
##### ア 性別及び年齢



イ 居住地



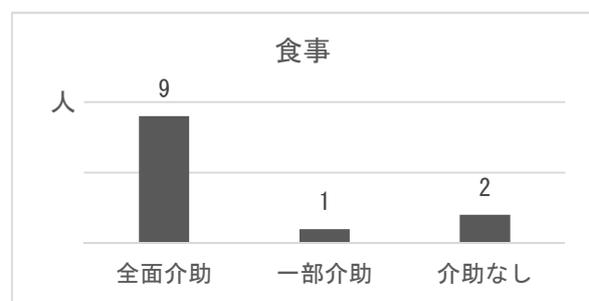
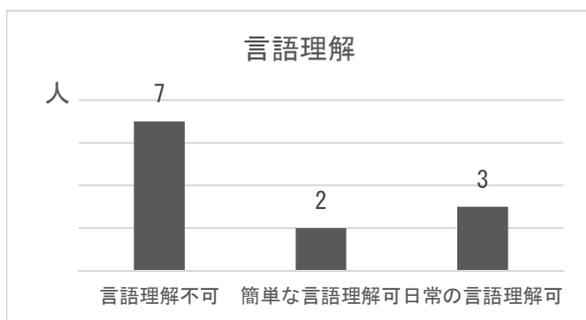
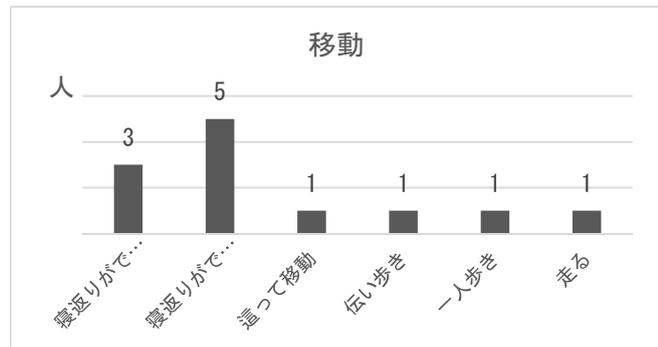
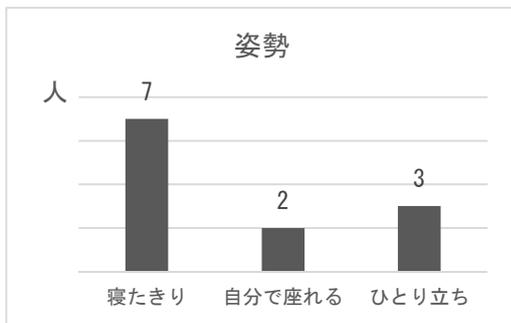
ウ 現在必要な医療的ケア状況(複数回答あり)



エ 病名

副腎白質ジストロフィ、ヒルシュスプリング病類縁疾患、総排泄腔遺残、ファロー四徴症、心室中隔欠損症、21トリソミー(気管軟化症)、慢性肺疾患、VATER連合、先天性大脳白質形成不全症、脊髄髄膜瘤、蘇生後脳症、脳性まひ(各1名)

オ 病状



(3) 医療

ア 主な受診医療機関は、大学病院 11 名(91.7%)、管内のクリニック 1 名であり、受診頻度は月 1 回が最も多い。

イ 主な意見・要望

- ・緊急時の対応が不安であり、近くの医療機関の受入れを希望。
- ・インフルエンザ等感染症の検査は、近くの内科や小児科の診療所での対応希望。
- ・訪問診療(3名)、訪問歯科診療(1名)、訪問看護(1名)を希望。
- ・薬局で薬をもらう際の負担が大きい。(3名)

(4) 移動

ア 主な意見・要望

- ・人手がかかる。
- ・急な受診の際のヘルパーの確保が困難。

(5) レスパイト

ア 利用者は4名で、副腎白質ジストロフィ、21トリソミー(気管軟化症)、先天性大脳白質形成不全症、蘇生後脳症の児が利用していた。(管内病院2名、管外病院1名、管外障害児入所施設1名)

イ 主な意見・要望

- ・利用できる事業所等が少なく、利用したい日に利用できない。
- ・(冠婚葬祭時の)緊急時に利用できない。
- ・土日に利用できない。
- ・利用の仕方が分からない。(2名)・知らなかった。(3名)

(6) 災害時対応について

ア 医療機器の予備動力が必要な児は8名。そのうちの2名は予備動力を保有していなかった。

イ 災害時の避難先や避難方法を把握していない者は5名であった。

ウ 主な意見・要望

- ・災害時の薬の確保に不安がある。(7名)

(7) その他の意見・要望

- ・情報入手方法やサービスがよく分からない。

## 5 考察

主な受診医療機関は管外の大学病院が91.7%を占めていた。受診の際には長距離の移動が必要な患者が多く、受診の際の人手の確保に苦慮しているとの意見があった。このため、移動に関する家族の負担軽減及びサービスの充実を図っていく必要がある。

また、緊急時の対応や感染症の検査等については、地域の医療機関に求めていることが分かった。

患者にとってより身近な地域の医療機関に協力を得られるよう、管内の医療機関等の実態を把握し、医療体制の整備を行っていく必要がある。

今回の調査では、在宅の主たる介護者は全て母親であり、レスパイトについて利用したい日に利用できない、緊急時に利用できない等、家族にとって希望どおりに利用できていないことが分かった。

レスパイト支援のさらなる充実が必要である。また、情報が分からない、知らなかったとの回答があり、家族が必要な情報を得られる取組も必要である。

災害時対応については、予備動力を保有していない、災害時の避難先や避難方法を把握していない者がいることが分かった。また、災害時の薬の確保に不安を感じている者が多かった。市町や医療機関等と連携しながら、個別の支援計画を立てるとともに、家族等が非常時の対応を習熟する取組が必要である。

## 6 まとめ

今回の調査においては、地域での医療機関の支援体制の整備が課題であることが明らかとなった。

当管内は医療資源が限られており、管内の医療機関の協力を得る取組が求められる。また、災害時における対応に不安もあり、日頃からの備えや地域での協力体制を整えておく必要がある。

今後も芳賀地区自立支援協議会やすこやか発達部会、市町の協議の場や当センターの協議等において、医療や教育、福祉など、各分野の関係者の協力を得ながら、管内全体で医療的ケア児の支援に取り組んでいきたい。

## 栃木県における糖尿病重症化予防プログラムの現状と課題

○鈴木 優佳<sup>1)</sup> 中村 剛史<sup>1)</sup> 金子 敬子<sup>1)</sup> 星野 眞有美<sup>2)</sup> 小林 勲<sup>2)</sup>  
佐々木 千尋<sup>3)</sup> 半田 富美子<sup>4)</sup> 大塚 美幸<sup>5)</sup>

- 1) 栃木県保健福祉部健康増進課 2) 栃木県保健福祉部国保医療課 3) 栃木県安足健康福祉センター  
4) 栃木県保健福祉部保健福祉課 5) 栃木県保健福祉部医療政策課

### 1. はじめに

本県の糖尿病患者数は5万5千人と推計されており、他県の人口10万対の値と比較して罹患率が高く、年々増加傾向にある。また、透析患者数は6,000名を超え、そのうちの約4割は糖尿病性腎症を起因とし、新規透析導入原因の第1位となっている。

そこで、一般社団法人栃木県医師会、栃木県保険者協議会及び栃木県は、糖尿病発症や重症化、人工透析への移行防止に向けた取組を促進するため、平成28(2016)年9月に連携協定を締結し、同年12月に県内の保険者が行う医療機関への受診勧奨や保健指導など具体的な取組例を示した「栃木県糖尿病重症化予防プログラム」(以下、「プログラム」という。)を策定した。

今回、プログラムの取組状況等を把握し、プログラムの評価と今後必要な取組について整理したので報告する。

#### \* プログラムの概要

| 対象者                | 糖尿病境界域段階の者  | 糖尿病重症化及び腎症重症化<br>予防段階の者のうち未治療者<br>または糖尿病治療中断者   | 糖尿病性腎症<br>重症化予防段階の者   |
|--------------------|---|---|---|
| 介入方法               | 情報提供  | 受診勧奨  | 保健指導  |
| 保険者<br>による<br>取組内容 | ・リーフレット(糖尿病の基礎知識、合併症の危険性、かかりつけ医との健診結果の共有、生活習慣の改善方法、特定健診の継続受診等を掲載)の配付等 | ・対象者に、手紙の送付、電話、面接、訪問等により受診勧奨<br>・2～3か月後にレセプトを活用して糖尿病受療歴を確認<br>・レセプトで受療歴がない場合には、再度受診勧奨 | ・対象者から「参加同意書」、かかりつけ医から「保健指導指示書」を取得<br>・かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導を実施<br>・実施期間の目安は6か月間<br>・保健指導終了後、「実施報告書」によりかかりつけ医に報告 |

### 2. 方法

各保険者のプログラム取組状況等を把握するため、平成30(2018)年6月に栃木県保険者協議会において、以下のとおり「平成29(2017)年度糖尿病重症化予防に係る取組実績調査」を実施した。

①対象者：県内にある44保険者のうち支部組合を除く42保険者

| 健康保険組合<br>(協会けんぽを含む) | 共済組合 | 後期高齢者<br>医療広域連合 | 市町国保・国保組合 |
|----------------------|------|-----------------|-----------|
| 10                   | 4    | 1               | 27        |

②調査内容：保険者の概要、プログラム実施要領の有無、情報提供の実施状況、受診勧奨の実施状況、保健指導の実施状況、保健指導実施者の状況等

### 3. 結果

#### (1) 保険者の概要

保険者全体の特定健診対象者は 659,522 名で、うち実際に特定健診を受診した者は 275,680 名（受診率 41.8%）であった。

また、プログラムに基づく取組を行った者の割合は、健診対象者数に対し、情報提供 6.83%、受診勧奨 0.74%、保健指導 0.02%であった。

#### (2) プログラム実施要領の有無

実施要領を作成している保険者は、42 保険者のうち 18 保険者（42.9%）、作成していないのは 19 保険者（45.2%）、その他として、実施要領は作成していないものの、健診結果やレセプトデータに応じて何らかのアプローチを行っている保険者は 5 保険者（11.9%）であった。

#### (3) 情報提供の取組状況

情報提供を実施している保険者は 30 保険者（71.4%）、実施していないのは 12 保険者（28.6%）であった。

実施していない理由には、「経費・人員不足」「実施体制未整備」等が挙げられた。

情報提供に取り組んだ保険者のうち、対象者及び実施者数の報告があった 21 保険者の実績は、対象者 47,134 名、実施者 45,020 名（実施率 95.5%）であった。（図 1）

#### (4) 受診勧奨の取組状況

受診勧奨を実施している保険者は 32 保険者（76.2%）、実施していないのは 10 保険者（23.8%）であった。

実施していない理由には、「人員不足」「対象者の抽出が難しい」等が挙げられた。

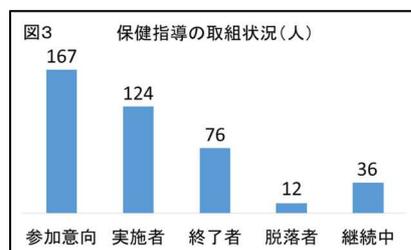
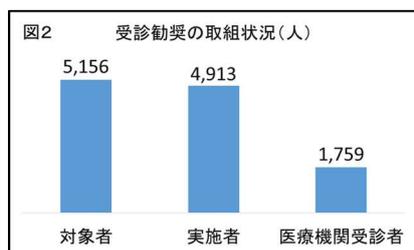
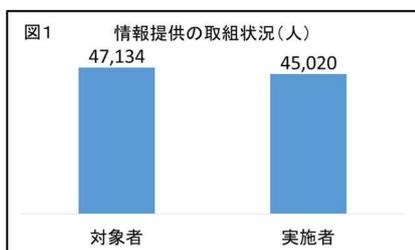
受診勧奨に取り組んだ保険者のうち、対象者、実施者及び医療機関受診者数の報告があった 21 保険者の実績は、対象者 5,156 名、実施者 4,913 名（実施率 95.3%）であり、実際に医療機関を受診した者は 1,759 名（実施者の 35.8%）であった。（図 2）

#### (5) 保健指導の取組状況

保健指導を実施している保険者は 26 保険者（61.9%）、実施していないのは 16 保険者（38.1%）であった。

実施していない理由には、「かかりつけ医との連携不足」「保健指導を実施する専門職の人員不足」等が挙げられた。

保健指導に取り組んだ保険者のうち、対象者及び実施者数の報告があった 19 保険者の実績は、保健指導対象者 1,428 名、うち参加意向のあった対象者 167 名、実施者 124 名（実施率 8.7%）、うち終了者 76 名、脱落者 12 名（実施者の 9.7%）、継続中 36 名であった。（図 3）



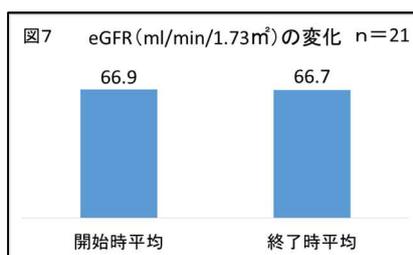
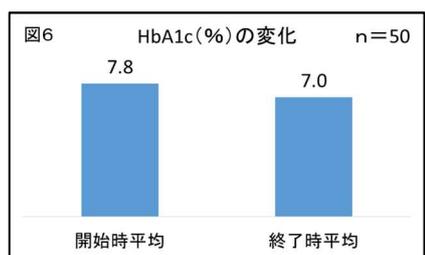
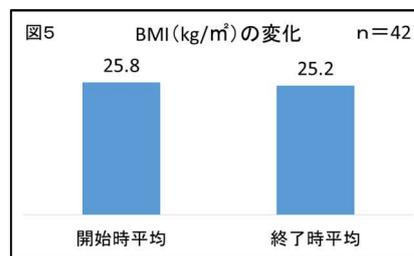
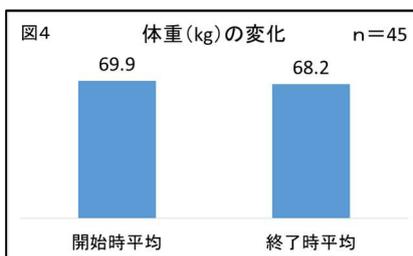
## (6) 保健指導実施者の状況

保健指導実施者の平均年齢は 66.0 歳（男性 65.4 歳、女性 67.4 歳）であった。（表 1）

保健指導を終了した者\*の開始時と終了時の検査データを比較すると、平均で、体重:-1.7kg（図 4）、BMI:-0.6kg/m<sup>2</sup>（図 5）、HbA1c:-0.8%（図 6）、eGFR:-0.2ml/min/1.73 m<sup>2</sup>（図 7）であった。

表 1 保健指導の年齢別・男女別実施者数(人)

| 年齢  | 全体    | 男性    | 女性    |
|-----|-------|-------|-------|
| 40代 | 3     | 2     | 1     |
| 50代 | 9     | 9     | 0     |
| 60代 | 49    | 33    | 16    |
| 70代 | 25    | 16    | 9     |
| 平均  | 66.0歳 | 65.4歳 | 67.4歳 |



※数値は、保健指導終了者のうち、開始時と終了時の検査データが揃っている者のみの集計である。

## 4. 考察

情報提供実施者数は対象者の 95.5%で、糖尿病境界域段階の者のほぼ全てに実施した実態が明らかとなった。罹患前にリーフレット等により食事や運動の改善などを啓発したことは、糖尿病発症予防に寄与できたと考える。

また、受診勧奨実施者は対象者の 95.3%で、糖尿病未治療者や治療中断者のほぼ全てに実施できた。結果として、糖尿病未治療者や治療中断者の 3 人に 1 人が医療機関を受診した。今後も医療機関への更なる受診促進に向けた取組を行っていく必要がある。

さらに、保健指導を受けた者のほとんどが保健指導終了または継続中であり、中断者は 1 割を下回った。医療機関と連携し保健指導を実施した結果、保健指導終了時には体重、BMI、HbA1c が改善した。しかし、保健指導実施者は対象者の 8.7%に留まった。その背景には、「かかりつけ医との連携不足」「保健指導を実施する専門職の人員不足」等の課題があることが明らかとなった。今後も保健指導の充実に向けて、これらの課題解決に向けた取組を継続していく。

本プログラムは、健診結果等を活用し取り組む特徴があることから、約 4 割に留まっている特定健診の受診率向上に向けた取組も継続していく必要がある。また、健診結果だけでなく、レセプトデータも活用し、被保険者の全体像を把握した上で事業対象者を抽出する必要がある。

## 5. まとめ

本調査結果の強みは、県内にある全保険者のプログラム実施状況が把握できたことである。これまで保険者からの個別の報告は散見されたものの、全保険者を網羅する報告は得られていなかった。そのため、本調査結果はプログラムの効果的な運用に向けた貴重な情報源となった。

今回は、各保険者の取組状況を単年で把握しプログラムの評価を行ったが、今後はプログラム実施者の健診結果やレセプトデータを経年的に追跡し、評価を行う必要がある。それだけでなく、実施者と未実施者を比較し、検査値や腎症病期、心血管イベントや合併症の発症、透析導入の状況等に注目した評価を行う必要がある。

## 県西地域における子どもの頃からの食育・健康づくりに関する取り組み

栃木県県西健康福祉センター 池内 寛子 伊藤 里織 服部 貴子

一色 ミユキ 渡辺 晃紀

栃木県安足健康福祉センター 塚田 三夫

### 1 はじめに

県では、平成 18(2006)年 12 月に策定した「とちぎの食育元気プラン」に基づき、子どもと家族の生活習慣の実態と健康課題を把握するために、平成 17(2005)年から 5 年ごとに「子どもと家族の食生活等実態調査」(以下、調査)を行っている。平成 27(2015)年度の第 3 回調査では、当管内の施設ごとの子どもの健康状態や実態に合わせた食育活動を推進するために全数調査を行った。

調査を通して、摂取栄養素の偏りや朝食の欠食、3 歳から 6 歳にかけて肥満が増加している等の子どもの健康課題や 5 歳以降から子どもの食生活に関する保護者の関心が薄れる傾向が明らかになったことから、就学前の肥満対策として適切な時期に健康教育を行うことが必要であることを指摘した(平成 28(2016)年度栃木県公衆衛生学会において報告)。

そこで、調査から見えた課題を通して、子どもの頃からの健康づくりを目的とした効果的な課題解決方法の在り方や取り組んだことについて報告をする。

### 2 課題解決のための取組

#### (1) 会議(地域の食と健康づくり推進会議)

平成 27(2015)年の調査を経て、平成 28(2016)年度は課題抽出を行うために地域の食と健康づくり推進会議(以下、会議)を開催し、それ以降は優先度の高い健康課題の明確化と事業の検討を行う目的で年 1 回の会議を開催した。参集者は学識経験者や健康に関わる実践者等として、大学教育学部、幼稚園連合会、民間保育園連盟会、保育協議会、市健康づくり主管課、市保育主管課、市教育委員会、県立高等学校、県教育事務所、県農業振興事務所からとした。

#### (2) 人材育成事業(研修会開催、指導媒体作成、研究会の立ち上げ)

優先度の高い健康課題に関して、保育所や認定こども園、幼稚園自らが意識し積極的に取り組めるように人材育成を目的とした年 1 回の研修会や指導媒体作成、研究会の立ち上げを計画した。人材育成事業の協力者として、大学教育学部、衣食住に関する知識・技術を学習するライフデザイン科をもつ高等学校、保育所や認定こども園の栄養士、地域で活動している栄養士、教育委員会等、地域の社会資源を活用した。

### 3 結果

#### (1) 会議(地域の食と健康づくり推進会議)

会議では健康増進計画、食育推進計画に基づき、子どもの健康課題を長期的かつ計画的に解決できるように取組を体系化した(表 1)。優先度の高い健康課題として、食生活に関わる課題では、朝食欠食や野菜嫌い、肥満が増加する時期の食事の摂り方等とし、生活習慣においては身体活動量の向上を挙げた。また、会議で取り上げた健康課題を人材育成事業の計画に位置付け、研修会や指導媒体作成の内容を決定した。教育委員会や高等学校からは、小・中学生の体力低下や食生活習慣の悪化、高校生の食生活のバランスの悪さなどの世代別の課題が挙げられた。そして、小・中学生や高校生の適切な生活習慣の定着と生涯の健康づくりを行うためには、保育所・幼稚園等と小学校(以下、幼小)、小学校と中学校(以下、小中)、中学

校と高等学校（以下、中高）の連携が重要であることを共有した。しかし、幼小や小中、中高という世代別の連携に視点をおくと、それぞれが目的をもって事業は実施しているものの世代間の課題や目標を十分に共有していない現状があった。また、平成 29(2017)年度から令和元(2019)年度は、優先度の高い健康課題として食生活と身体活動の取組を行っているが、今後は質の良い睡眠やゲームやスマートフォンの適切な使用等、生活リズムに関する検討の必要性も挙げられた。

#### （２）人材育成事業（研修会開催、指導媒体作成、研究会の立ち上げ）

人材育成事業では、保育所や幼稚園には栄養や体育を専門とする指導者の配置率が低いため、食生活や身体活動の研修会や指導媒体作成、研究会を通して、職員の資質向上を目的とした取組を行った。食生活改善の取組では、親子が健康的な食事に興味を持ち、調理を楽しみながら朝食欠食ゼロや野菜摂取量の増加を目標としたレシピを在宅栄養士と協力をして作成し、施設へ配布した。配布した資料を保育参観等で活用し、保護者に対する啓発事業に取り組んだ保育所もあった。また、世代別の意識向上を図るために、小学生が苦手な野菜を食べられるようになるレシピを高校生が作成する事業を行った。高校生は卒業後に一人暮らしや社会人生活を始める時期にもなるため、レシピ作成を通して自他ともに健康な食事について考え、食事計画の楽しさを体験する機会となった。また、高校生と年齢的にも近い小・中学生は、レシピを通して、食べることや作ることに興味をもつ動機付けになった。

生活習慣改善では、身体活動の取組を中心とした幼児期に獲得しておくことが望ましい動きとして「走る・投げる・飛ぶ」に関する基礎知識や身体の動かし方とその評価方法の研修会を行った。また、保育所や幼稚園にある遊具や身近にある物を利用した子どもが楽しみやすい遊びを実技研修に取り入れた。研修会に参加した一部の園では、保育年間計画に身体活動の取組を組み入れ、施設職員や保護者に啓発研修を実施した園もあった。今後は平成 30(2018)年度に専門家らと作成した職員向けの指導資料を活用して研修会を実施し、職員の知識及び技術の向上を図る。

研究会は食育推進計画や保育所保育指針、授乳・離乳の支援ガイド等に基づく基本方針の理解と施設の実態に合せた活動を推進する人材を育成するために発足した。今後は各自の施設の子どもの健康課題を整理し、取り組むべき課題の抽出と取組を研究する。

#### ４ まとめ

当事業を通して、就学前の子どもの健康課題を明確化し、会議や人材育成事業を体系化したことで、地域の課題解決に向けた長期的な取組を各施設に啓発し促進することができた。また、各種人材育成事業の実施により、健康づくりに関わる職員に対して一定の知識や技術を継続的且つ広域的に伝達できる体制づくりができた。一方で、幼小、小中、中高の世代別の連携に視点をおいた取組の評価では、互いに情報を共有していない面が課題であった。効果的な事業実施には課題や取組の共有が欠かせないので、当事業等を通して連動した取組を推進していく必要がある。当センターの役割として、今後は①各組織間の連携を強化する ②組織自体を強化する ③地域の人材を育成する ④自覚や協議に基づき中心的な役割を担う機関の支援に努め、利用者である子どもとその家族の健康づくりを推進したい。

表1 平成29(2017)年度からの子どもの頃からの食育・健康づくりに関する取組

|        |                     | 平成29(2017)年度     |   | 平成30(2018)年度  |  | 令和元(2019)年度   |                                   |  |
|--------|---------------------|------------------|---|---|--|---|-----------------------------------|--|
| 会議     | 事業方針                | 協議内容             |   | ・健康増進計画や食育推進計画に基づく事業実施の検討<br>・食を通じた子どもの望ましい環境の体制整備と支援方法<br>・子どもの健康づくりを推進するために必要な人材育成に関わる指導媒体作成と研修体制の整備                      | ・保育所・幼稚園、小・中学校、高校などの取組と連携体制<br>・子どもの健康づくりを推進するために必要な人材育成に関わる指導媒体作成と研修体制の整備<br>・平成32(2020)年度までの推進会議における取組計画 | ・平成30(2018)年度までの事業評価<br>・子どもの望ましい食・生活環境の体制整備と支援方法<br>・平成32(2020)年度以降の推進会議における取組検討 |                                   |  |
|        |                     | 健康課題             | 食生活   |   | 朝食欠食児の減少   | 野菜の摂取量増加と健康な食事  | 朝食欠食児の減少、野菜の摂取量増加と健康な食事           |  |
|        |                     |                  | 生活習慣等(身体活動・睡眠)                                    |   | 身体活動と肥満の関係   | 身体機能向上と外遊びのための環境作り  | 日常生活の身体活動の向上と実践<br>適切な生活習慣(睡眠を含む) |  |
| 人材育成事業 | 研修会                 | 食生活改善            | テーマ   | バランスの良い朝食摂取の重要性   | 野菜摂取の促進と生活習慣病対策  | 保育所指針及び授乳・離乳の支援ガイドに基づく幼児期の食事  |                                   |  |
|        |                     |                  | 目的  | 主食・主菜・副菜の揃った朝食摂取が乳幼児期の発育・発達に及ぼす効果を学ぶ。   | 副菜(野菜)の揃った食事の定着が及ぼす効果や菜園した野菜の効果的な利用方法と食育活動を学ぶ。   | 保育所指針や授乳・離乳の支援ガイド等に基づく乳幼児期の適切な食・生活について学ぶ。   |                                   |  |
|        | 生活習慣改善等(身体活動・睡眠)    | テーマ              | 就学前に必要な身体活動の重要性                                   | 幼少期に獲得したい身体機能と遊び方   | 望ましい遊びによる身体機能の向上   |   |                                   |  |
|        |                     | 目的               | 幼児期に獲得しておくことが望ましい基本的な身体の動き「走る・跳ぶ・投げる」に関する基礎知識を学ぶ。 | 幼児期に獲得しておくことが望ましい効果的な運動(遊び)や身体活動の評価方法を学ぶ。   | 平成30年度に作成した身体活動の資料を用い、幼児期に獲得しておくことが望ましい基本的な身体の動きや身体活動の基礎となる「望ましい遊び(伝承遊び)」を学ぶ。                              |   |                                   |  |
|        | 指導媒体作成や主な取り組み       | 食生活改善            | テーマ   | レシピ作成:朝食欠食率ゼロを目標とする   | レシピ作成:野菜の摂取量増加を目標とする   | 検討会:施設における乳幼児期の食育活動を考える   |                                   |  |
|        |                     |                  | 目的  | 食事を作ることに興味を持ち、親子で楽しく調理をする。未就学児、小中学生等の朝食欠食者を減らす。   | ①野菜の適正摂取を促す。<br>②高校生が小中学生に対して提案するレシピを通して、思春期の健康づくりと幼児期・学童期の子供自らが将来の健康に配慮した食生活を実践する(ライフステージ別の意識向上を図る)。      | 施設における乳幼児期の食育活動の目的や具体的な取組を考える。  |                                   |  |
|        |                     |                  | 対象  | 保育園・幼稚園・小中学校の職員   | 保育園・幼稚園・小中学校の職員、小中学生・高校生   | 保育士及び園児とその保護者   |                                   |  |
|        |                     |                  | 協力者   | 在宅栄養士   | ①在宅栄養士<br>②高等学校ライフデザイン学科   | 県西地域保育栄養研究会   |                                   |  |
|        | 研究会の活動              | 生活習慣改善等(身体活動・睡眠) | テーマ   | 資料作成:幼児期の運動能力を高めることを目標とする<br><br>身体活動の基礎となる「走る・跳ぶ・投げる」の基礎知識について理解する。<br>望ましい遊び(伝承遊び等)を通して幼児期の身体活動を向上させ、就学に向けた準備を行う知識を身に付ける。 |  | 肥満予防に向けた正しい生活習慣の定着を目的とする  |                                   |  |
|        |                     |                  | 目的  |   |  | 幼少期に獲得しておくことが望ましい生活習慣について、正しい生活リズムや食事バランスを提案し、家庭での実践を促す。                          |                                   |  |
| 協力者    |                     |                  | 大学教育学部、教育事務所、市学校教育課                               |   |  |   |                                   |  |
| 対象     | 支援者(保育園・幼稚園・小中学校職員) |                  | 支援者(保育園・幼稚園・小中学校職員)                               |   | 支援者(保育園・幼稚園・小中学校職員)  |   |                                   |  |
| 研究会の活動 |                     |                  |   | 県西地域保育栄養研究会(施設の管理栄養士・栄養士、市児童福祉主管課栄養士)の発足  |  | 県西地域保育栄養研究会の方針や取り組みを検討する  |                                   |  |