

V サポート研究班

[1] サポート研究班全体研究報告

【サポート研究班班員】

| | 氏名 | 所属 | 役職名 | 研究テーマ |
|-------|---------------|------------------------|--------|------------------------|
| 班長 | 佐藤 正 | 茨城県潮来保健所 | 所長 | 医療手帳交付者のサポートのあり方に関する研究 |
| 班員 | 大久保 一郎 | 筑波大学大学院人間総合科学研究科 | 教授 | |
| | 山川 百合子 | 茨城県立医療大学保健医療学部医科学センター | 講師 | |
| | 野呂 文行 | 筑波大学大学院人間総合科学研究科 | 助教授 | |
| | 下江 豊 | 鹿島労災病院（神経内科） | 医師 | |
| | 大槻 孝雄 | 茨城県神栖市生活環境部環境課 | 課長 | |
| | 北川 隆 | 茨城県神栖市健康福祉部社会福祉課 | 課長 | |
| | 山田 衛 | 茨城県神栖市教育委員会学校教育課 | 課長 | |
| | 茂木 武芳 | 茨城県福祉相談センター（兼中央児童相談所長） | 副センター長 | |
| | 緒方 剛 | 茨城県保健福祉部保健予防課 | 課長 | |
| 小沼 文子 | 茨城県水戸保健所保健指導課 | 課長 | | |

【サポート研究班研究概要】

平成 15 年 3 月にジフェニルアルシン酸（DPAA）等に汚染された井戸水を摂取することにより起因すると考えられる健康影響が発覚した。¹⁾ この健康影響に対しては、緊急措置事業により医療手帳が交付され、健康診査の実施、医療費・健康管理調査費・療養手当の支給による支援が行われている。

しかしながら、時間の経過とともに、医療手帳交付児の成長に伴う状況の変化や、改善されない健康状態に対する不安など新たな問題も生じている。そこで、本研究班では医療手帳交付者が日常生活を営む上での身体的・精神的な問題を明らかにし、その改善を図るための支援方法の検討と具体的な支援を行うことにより、健康影響を受けられた方々に対するサポートのあり方を提示することを目的に、以下の研究テーマに取り組むものである。

研究テーマ：医療手帳交付者のサポートのあり方に関する調査研究

本研究は、研究者等で組織する「医療手帳交付者のサポートのあり方に関する検討会」（以下「検討会」という。）において行うものとし、必要に応じ関係者によるワーキングチームを設置し具体的な作業を行わせるものとする。

（研究計画）

- ①医療手帳交付者のニーズの把握
- ②ニーズの分析
- ③サポートモデル（事業）の立案

- ④サポートモデル（事業）の実施
- ⑤サポートモデル（事業）の評価
- ⑥サポートのあり方の提示

18年度においては、前年度「①医療手帳交付者のニーズの把握」を目的に行ったアンケート調査の結果を踏まえ、「②ニーズの分析」「③サポートモデル（事業）の立案」を行い、倫理委員会の承認を得て「④サポートモデル（事業）の実施」に着手した。

[2] テーマ別研究報告

[2. 1] 医療手帳交付者のサポートのあり方に関する研究

- 主任研究者：佐藤 正 (茨城県潮来保健所 所長)
分担研究者：大久保 一郎 (筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授)
 山川 百合子 (茨城県立医療大学保健医療学部医科学センター 講師)
 野呂 文行 (筑波大学大学院人間総合科学研究科 助教授)
 下江 豊 (鹿島労災病院 神経内科 医師)
 大槻 孝雄 (茨城県神栖市生活環境部環境課 課長)
 北川 隆 (茨城県神栖市健康福祉部福祉事務所社会福祉課 課長)
 山田 衛 (茨城県神栖市教育委員会学校教育課 課長)
 茂木 武芳 (茨城県福祉相談センター副センター長兼中央児童相談所長)
 緒方 剛 (茨城県保健福祉部保健予防課 課長)
 小沼 文子 (茨城県水戸保健所保健指導課 課長)
研究協力者：岩崎 信明 (茨城県立医療大学付属病院 助教授)

1 概要

平成 15 年 3 月に茨城県神栖市（旧神栖町）において有機ヒ素化合物ジフェニルアルシン酸（DPAA）に起因すると考えられる健康影響が明らかとなり、同年 6 月以降、影響を受けられた方々には緊急措置事業に基づいて医療手帳が交付されている。現在その医療手帳交付者に対する新しいサポートのあり方の提示が求められている。

本年度の研究では、前年度に実施した「神栖市内に在住する医療手帳交付者世帯 38 世帯（医療手帳交付者 124 名）を対象としたアンケート調査」の結果を基礎資料として、サポートに対するニーズを分析、サポートモデルを立案しモデル事業として実施することを目的とした。

ニーズの分析においては、健康影響や種々の問題に関し、先が見えないこと、判らないことに起因する漠然とした不安感が精神的ダメージとして共通する問題であることが明らかとなった。また、症状、障害が残存するであろう対象者には、新たなサポートに関するニーズはさほど多くないが、ライフサイクルに応じたサポートの必要性が認められた。

そのため、サポートモデルに関しては DPAA による発達面他への影響が懸念され、今後多様な環境変化も予見される小児を対象に近年地域生活支援の方法として浸透しつつあるケアマネジメントの手法を採用し、医療・発達・教育・福祉など多角的な観点から、評価やプラン策定を行い、一人ひとりの成長過程に応じたサポートをマネジメントする支援システムを立案した。

また、実施にあたっては、限られた時間内で効果的にモデル事業を展開、検証し、サポートのあり方の提示に繋げていくため、客観的属性（地域、年齢、症状）から全体を網羅するよう対象者を選出し、当面この対象者から事業を開始することが適当とされた。これにより選出された 5 名の対象者について、茨城県疫学研究合同倫理審査委員会の承認を受けて説明を行い、かつ、同意を得て情報収集を行った。

今後は具体的にシステムを運用し、関係機関の連携強化など、その有効性を高めるための工

夫をしていくことが課題である。

2 目的

医療手帳を交付された方々に対するサポートのあり方を提示するため、本年度はその提示に向けた研究過程として、サポートに対するニーズの分析と具体的なサポートモデルの立案及び実施を目的とした。

3 方法

3.1 検討会

前年度実施した「神栖市内に在住する医療手帳交付者世帯 38 世帯（医療手帳交付者 124 名）を対象としたアンケート調査」の結果を基礎資料として、研究者等で組織する検討会を開催しニーズの分析、サポートモデルの立案などを行った。

3.2 ワーキングチーム

モデル事業における対象者等への説明及び同意書の徴取、関係機関からの情報収集については、茨城県潮来保健所職員が実施した。

3.3 倫理的配慮

研究倫理上の審査については主任研究者が属する茨城県疫学研究合同倫理審査委員会で審査を受け、平成 18 年 5 月 19 日付けで承認を得た。またサポートモデル（事業）の決定に伴う研究計画変更についても平成 18 年 12 月 22 日付けで承認を得た。

4 結果

4.1 ニーズ（アンケート調査）の分析

健康影響や汚染源、責任・補償問題などについて、先が見えない・判らないことに起因する漠然とした不安感が精神的ダメージとして医療手帳交付者に共通する問題であるが、新たなサポートに対するニーズはさほど多くはない。これは一部を除き被ったであろう健康影響が現実の障害（症状固定）には至らず、その症状の多くが軽快傾向にあることや検査上の異常にとどまっていることが背景として考えられた。

一方、DPAA に起因すると考えられる健康影響（症状・障害）が現実のものとして残存する対象者や今後多様な環境変化が予見される小児対象者に対しては、個々のライフサイクルに応じたサポートの必要性が認められた。

4.2 サポートに対する基本的な考え方

サポートに対する基本的な考え方を以下のとおり取りまとめた。

- ①自立（ヒ素汚染という困難を乗り越える力を獲得する）に向けたサポートとし、特別なものを「与えるサポート」とはしない。
- ②医療・教育・生活・福祉など多面的に対象者の問題を探り、個々のライフサイクルに応じたサポートとする。
- ③研究終了後も継続性が見込める既存の社会資源を最大限活用するとともに、その活用を阻害する要因があれば、それを取り除くようなサポートとする。

4. 3 サポートモデル（モデル事業）

具体的なサポートモデルの立案にあたっては、DPAA の健康影響に関する評価が確立していないことも考慮し、成長に伴う環境変化の過程にある小児について、医療・教育・発達・福祉など多角的に問題の有無を探り、一人ひとりについて「支援の要否判定」「要支援者への支援方針の決定」「具体的な支援内容の決定及び実施」「行われた支援の評価」を行うケアマネジメントを基本とした支援システム構築を目指すこととした。詳細は付録のとおり。

4. 4 モデル事業の実施

モデル事業の対象は医療手帳を交付された全小児を想定しているが、速やかなサポートモデルの提示が求められていたこと、当該モデル事業の具体化に伴う倫理委員会への変更申請に予想外の時間が費やされたことから、限られた時間内に効率的なモデル事業を展開・検証しサポートのあり方の提示・導入へと繋げていくためには、地区、年齢、症状といった客観的属性から総合的に判断して全体を網羅するよう対象者を選定し、当面この対象者から開始することが適当とされた。その結果、5名が選出され、この対象者に対して事業を着手することとなった。

本年度はこれら対象者の保護者へ説明を行い、同意を得て関係機関等からの情報収集を開始するにとどまってしまった。次年度以降、実際に当該システムを運用し、対象者毎に必要なとされる支援を具体的に展開することにより有効性を検証、また必要な改善を加えつつ医療手帳交付者のサポートモデルとして成果を提示したい。

5 考 察

本研究において立案したサポートモデルは対象者の情報を多面的に収集し、それぞれの置かれた環境や諸事情に応じたサポートが展開できるものである必要がある。すなわち、このモデルの趣旨は対象とする全小児に対してこのシステムにより、“見守り”や“必要な支援”が提供できる体制を作り上げることにあり、従って、具体的な支援を要さない「経過観察」と判定することにも意味がある。また、有効性を高めるための医療、福祉、教育等関係機関の連携のあり方をはじめ、今後大規模な事例が生じた際にも対応できるように情報の取捨選択、システム自体の簡素化といった点も視野に入れて取り組む必要がある。

なおニーズの分析から、医療手帳交付者世帯に共通する問題は「先が見えない・判らないことに起因する漠然とした不安」であり、その可否は当研究班では判断できないが、例えば①行政がこの問題に関与し見守り続けることを表明する（医療手帳制度の恒久化など）②調査や研究の成果など解明された事実を迅速かつより理解しやすい形で伝達することなどにより、こうした不安の解消の一助となることが期待される。

参 考 文 献

- 1) 石井一弘、玉岡晃、岩崎信明、大塚藤男：茨城県神栖町で発生した有機ヒ素中毒について。中毒研究 2004；17：125-131

ジフェニルアルシン酸等の健康影響に関する調査研究（サポート研究班）
研究テーマ：「医療手帳交付者のサポートのあり方に関する調査研究」

モデル事業（小児支援システム）実施要綱

本研究班は平成 17 年 10 月より環境省の依頼に基づき、神栖市における有機ヒ素（ジフェニルアルシン酸、以下 DPAA という。）汚染に伴う医療手帳交付者の支援のあり方を調査研究している。

これまでの研究結果により、DPAA による発達面他への影響が懸念される小児（15 才以下とする、以下同じ）に対し支援の必要性を認め、これら小児を対象としたモデル事業の実施を計画した。

第 1 モデル事業の趣旨・目的

本研究において実施したアンケート調査において、小児については成長過程にあるという側面から、発達や健康影響に起因するライフサイクルにおける問題・不安が提起された。

しかし、小児への支援は、その要因の特殊性、今後の健康影響が不明なことなどもあり、これまで「医療機関」「行政の環境・健康部門」等がそれぞれに行っており、総合的に管理するサポートシステムの構築が課題とされた。

また、提供する支援については、既存の社会資源（制度・事業）を中心とし、それらの有機的連携や、その活用を阻害する要因を取り除くような支援が、研究終了後の継続性といった観点からもふさわしいとの方針を提示した。

そこで、このモデル事業では医療手帳を交付された小児について、医療・教育・発達・福祉など多角的に問題の有無を探り、一人ひとりについて「支援の要否判定」「要支援者への支援方針の決定」「具体的な支援内容の決定及び実施」「行われた支援の評価」を行うケアマネジメントを基本としたシステムを構築し、運用することにより有効性を検証するものである。

第 2 モデル事業の内容

本モデル事業の内容は以下のとおりとする。

- (1) 名称：小児支援システム
- (2) 対象者：医療手帳を交付された小児（15 才以下）のうち、説明書、同意書（様式 1-1,2）により保護者の同意が得られた者。
- (3) 内容
 - ①支援基本台帳（様式 2-1～2-3）の作成
対象者の健康、発達、教育、福祉及び日常生活などにおける現状について、家庭や関係機関への訪問及び連絡票などにより、家族・主治医・担任教諭など関係者の意見を集約する。
 - ②支援検討会議の開催
（構成）医療、発達、教育、福祉、保健の各分野、関係機関で組織するが、モデル事業においては研究班員（別表）で構成し、研究班班長がこれを主宰する。
（開催）年 3 回を目途とするが、モデル事業においては検討会に併せて開催する。
（内容）支援基本台帳に基づき、社会資源の活用を中心とした支援の必要性など、以下の内容について検討する。（様式 2-4）

- ・ 支援の要否
- ・ 要支援者への支援方針
- ・ 会議構成員のみで決定可能なものについては具体的支援内容の決定
- ・ 実施された支援の評価
- ・ ③の支援調整会議出席者（機関）の決定 など

③支援調整会議の開催

（構成）支援検討会議構成員のうち同会議主宰者（研究班班長）が指名する者及び同会議において決定した支援関係者。

（開催）支援検討会議後に必要に応じて、同会議主宰者（研究班班長）が招集する。

（内容）支援検討会議において決定した支援方針に基づき以下の内容を検討する。

（様式 2-4）

- ・ 支援内容の分析、管理
- ・ 上記支援提供に係る支援計画書（様式 3）の作成
- ・ その他、支援展開に必要な事項 など

④支援の実施

対象者（保護者）に支援計画書により説明を行い、承諾を得て支援を実施する。なお、支援実施に係る関係機関との調整については事務局が行うものとする。

⑤その他

実施した支援については、その状況等を支援計画書に記録し、②の支援検討会議に報告する。支援検討会議では支援の評価と必要な見直しを行うものとする。

第3 予算

モデル事業は、（財）日本科学技術振興財団より交付される研究費の範囲内において行うものとする。

第4 守秘義務

モデル事業に関与した者は、職務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第5 事務局

モデル事業の事務局を茨城県潮来保健所保健指導課に置く。

付 則

この要綱は平成 18 年 12 年 22 日から施行する。

(別表) 研究班員 ～◎班長～

| 氏 名 | 所 属 | 職 名 | 専 門 分 野 |
|---|---------------------------|------------|-------------------------------------|
| ◎ 佐藤 正 | 茨城県潮来保健所 | 所長 | 公衆衛生 (医師) |
| 大久保一郎 | 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 | 教授 | 保健医療政策学 (医師) |
| 野呂 文行 | 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 | 助教授 | 心身障害学 (障害児教育、特別支援教育) 博士 (教育学)、臨床心理士 |
| 山川百合子 | 茨城県立医療大学 保健医療学部医科学センター | 講師 | 精神科 (医師) |
| 下江 豊 | 鹿島労災病院 | 神経内科 部長 | 神経内科 (医師) |
| 大槻 孝雄 | 神栖市 生活環境部環境課 | 課長 | 環境行政 |
| 北川 隆 | 神栖市 健康福祉部社会福祉課 | 課長 | 保健福祉行政 |
| 山田 衛 | 神栖市 教育委員会学校教育課 | 課長 | 教育行政 |
| 茂木 武芳 | 茨城県福祉相談センター | 副センター長 | 福祉行政 |
| 緒方 剛 | 茨城県保健福祉部保健予防課 | 課長 | 公衆衛生 (医師) |
| 小沼 文子 | 茨城県水戸保健所 保健指導課 | 課長 | 公衆衛生 (保健師) |
| (関係・協力機関) 環境省 (環境リスク評価室)、神栖市 (地下水汚染対策室)、茨城県保健予防課 (健康危機管理対策室)、 (財) 日本科学技術振興財団、茨城県潮来保健所 (保健指導課) | | | |

医療手帳交付者のサポートのあり方に関する調査研究における

モデル事業（小児支援システム）説明書

この研究におけるモデル事業（小児支援システム）では、医療手帳を交付された 15 歳以下のお子様を対象に、健康問題による困った出来事を、「健康」「教育」「福祉」などの面から総合的に分析し、何がお手伝いできるか検討し、支援計画を立て支援を実施し評価します。さらに、この方法全体が適当であったかを検討します。

〔研究内容〕

- 1 お子様の情報を収集させていただくため、必要に応じて家庭訪問させていただきます。また、主治医や学校及び幼稚園等の関係機関からも、情報を取得する場合があります。
- 2 1 の情報を総合的に分析し、支援の必要性やその方法を検討します。その結果、支援が必要と判断されたお子様につきましては、計画を立て、保護者の方に同意を頂いたうえで支援を実施します。
- 3 2 の支援は、研究期間中に限り研究の範囲内で実施します。
- 4 この研究に携わる者が、個人の秘密を第三者にもらすことはありません。但し、本研究の結果は、個人を特定できないようにしたうえで、公表することがあります。
- 5 この研究における支援は、いつでも拒否できます。拒否しても、何ら不利益を受けることはありません。

平成 年 月 日

（説明者）茨城県〇〇保健所 〇〇〇〇

（お問い合わせ・ご連絡先）

サポート研究班 事務局

潮来保健所 保健指導課

TEL 0299(66)2174

同 意 書

私は、医療手帳交付者のサポートのあり方に関する調査研究におけるモデル事業について、説明書により十分な説明を受けました。また、この研究（モデル事業）に協力しなくても何ら不利益を受けないこと、同意後も随時撤回できることも確認しました。その上で、本研究（モデル事業）に協力することに同意いたします。

平成 年 月 日

住 所

氏 名（本 人）

同意書者（保護者）

印

本人との関係 （ ）

様式 2-1

ジフェニルアルシン酸等の健康影響に関する調査研究（サポート研究班）
 研究テーマ：「医療手帳交付者のサポートのあり方に関する調査研究」

| | | | |
|------|-----------------|-----|--|
| 手帳番号 | | 作成日 | |
| 支援区分 | 終了・経過観察・要支援・その他 | | |

小児支援システム 基本台帳

| | | | | | | |
|--------|---------------|---------|------|-------------------|---------------|----------|
| 基本項目 | 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| | 住所 | | | | 電話番号 日中連絡先 | |
| | 井戸水 DPAA 濃度 | ngAs/ml | 飲用期間 | H 年 月 ~ H 年 月 月 日 | | |
| | 家族歴 (対象児◎) | | | | 病歴・生活歴 | |
| | | | | | その他 | |
| 保護者の希望 | | | | | | |

平成 年 月 日現在 記録者 機関名 氏名 神栖市役所 保健師

| | | |
|-----------------------|---|--|
| 保健・福祉関係 | 現状・問題点 | |
| | これまでの支援 (諸制度・サービスの利用状況) | |
| | 必要と考える支援, サポート研究班への要望・意見 | |
| 乳幼児健診・発達相談等の状況 | | |
| 妊婦健診 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常有り () | |
| 乳児健診 (ヶ月) | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常有り () | |
| 1歳6ヶ月健診 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常有り () | |
| 3歳児健診 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常有り () | |
| その他の事業における診断・検査結果 | | |

様式 2-2

対象児 [_____]

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在 記録者 _____

| 発達 の 状況 | 発達検査結果 (検査機関) 筑波大学 附属病院 | 実施日・ 結果 | 実施日・検査名 | 結果 | 項目別結果 指数・IQ (コメント) | |
|---------------|--|--|---------|----|--------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 医療 の 状況 | 診断及び 治療方針・内容 | ○○病院 ①診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____ ②診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____ ③診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____ ○○科 ○○医師より聴取 | | | | |
| | | ○○病院 ○○医師 ①診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____ ②診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____ ③診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____ ○○科 ○○医師より聴取 | | | | |
| | | ○○病院 ①支援の必要性 _____ ②支援に関する意見 _____ _____ ○○科 ○○医師より聴取 | | | | |
| | 支援(サポート) に関する 医師, その他医 療チーム員の意 見 | ○○病院 ①支援の必要性 _____ ②支援に関する意見 _____ _____ ○○科 ○○医師より聴取 | | | | |
| | | ○○病院 ①支援の必要性 _____ ②支援に関する意見 _____ _____ ○○科 ○○医師より聴取 | | | | |
| | | ○○病院 ①支援の必要性 _____ ②支援に関する意見 _____ _____ ○○科 ○○医師より聴取 | | | | |

対象児 [_____]

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在 記録者 _____

| | | |
|----------|--------------------------------|--|
| 学校・園での状況 | 学校（園）名 学年・組・担任 | |
| | 出席状況 | H17年度 欠席日数 _____ 日（事由： 病欠 _____ 日 その他 _____ 日） H18年度 欠席日数 _____ 日（事由： 病欠 _____ 日 その他 _____ 日） (気付いた点など) (出席状況の他、遅刻や早退など、気になることを聴取・記録する) |
| | 授業の様子 | (気付いた点など) (授業態度や成績などに関し、気になること、困っていることなどを聴取・記録する) |
| | 生活の様子 | (気付いた点など) (学校生活で気になること、困っていることなどを聴取・記録する) |
| | 交友関係 | (気付いた点など) (交友関係で気になること、困っていることなどを聴取・記録する) |
| | 保護者との連携 | (気付いた点など) (保護者から学校へ寄せられた意見、学校の対応、その他保護者に関し気になること、困っていることなどを聴取・記録する) |
| | 必要と考える支援 サポート研究班 への要望・意見 | (学校がこれまでに行った支援) (支援に関する意見) (研究班員の専門分野、研究で可能な支援内容などを説明し、支援に関する学校側の希望や考え方を聴取・記録する) |
| | 備 考 | 現担任 ○○先生 ○年時担任 ○○先生 より聴取 |

様式 2-4

<支援検討会議>

[開催日] 平成 年 月 日

| | |
|---|--|
| 1. 支援実施状況 ※支援実施済みの場合 | |
| 2. 今後の支援 | <input type="checkbox"/> 不要（終了） <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 3. 支援の方針 | ① ② ③ |
| 4. 支援調整会議の構成 ※支援調整会議省略の 場合は具体的な支援 内容 | |
| (出席者) | |

<支援調整会議>

[開催日] 平成 年 月 日

| | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 支援の内容・計画 | ※詳細は支援計画書（様式3）のとおり |
| 2. 留意事項 | |
| 3. その他 (費用を要する場合は概算) | (円) |
| (出席者) | |

支援（サポート）計画書

お名前 _____ 様

作成年月日 平成 年 月 日

| | | | |
|--------|--|---------|-------|
| 目的 | | | |
| 具体的な目標 | | | |
| 支援計画 | | (期間・頻度) | (担当者) |
| | | (期間・頻度) | (担当者) |
| | | (期間・頻度) | (担当者) |
| | | (期間・頻度) | (担当者) |
| 実施記録 | | | |

この計画書に記載された支援の内容について確認のうえ、実施について承諾します。

平成 年 月 日 (承諾者) _____

