

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

社会医学研究

37-1

2020

日本社会医学会
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

<巻頭言>

1. 人口減少社会における社会医学研究 石竹達也 1

<原著論文>

2. 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動 山形真由美ら 4
Caring behaviors of visiting nurses toward caregivers providing medical treatment to elderly patients
3. 高齢のボランティアによる介護予防体操普及活動と健康寿命との関連について … 小澤多賀子ら 15
Relationship between the dissemination of disability-prevention exercises by community-dwelling older adults and healthy-life expectancy
4. 長期臥床高齢者の筋緊張による関節屈曲拘縮に対する
ポジショニングケアプログラムの有効性 兼田美代ら 24
Effectiveness of positioning care program for joint flexion contracture due to muscle tension in long-term bedridden elderly persons
5. 病棟に勤務する看護職者の「作業関連性腰痛」に関連する要因の検討 星野直恵ら 35
A study of factors associated with work-related low back pain in ward nurses
6. 特定保健指導利用者の健診受診から指導利用に至る体験の質的分析 平田直美ら 45
A qualitative analysis of the processes of specific health guidance users from attending check-up to using guidance

<会員の声>

7. ベトナムの送出機関における外国人技能実習生採用面接 森松嘉孝ら 60
Job interview of foreign technical interns at sending organization in Vietnam.

<特別報告> 「2019年8月 第60回日本社会医学会総会講演より」

8. 生命（いのち）と生活（くらし）と生きる権利（人生）を守る社会づくり 櫻井尚子 65
Creating a social environment that protects life, living, and human rights
9. 「子どもの貧困と家族への支援」 棚村政行 71
The Poverty of Children and Support for Family with Minor Children
10. はじめての質的研究 ～質的研究の基礎知識～ 北 素子 80
Basic knowledge of qualitative research

<連載シリーズ> 「社会医学研究のはなし」（1）

11. 研究をまとめる社会的責任 梅澤光政 87
A series of lectures for social medicine research: providing information to the world

- 「社会医学研究」投稿規定 94
社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト 99
投稿時COI自己申告書 100
著作権委譲承諾書 101
日本社会医学会会則 102
日本社会医学会役員選出細則 103
編集後記 104

巻頭言

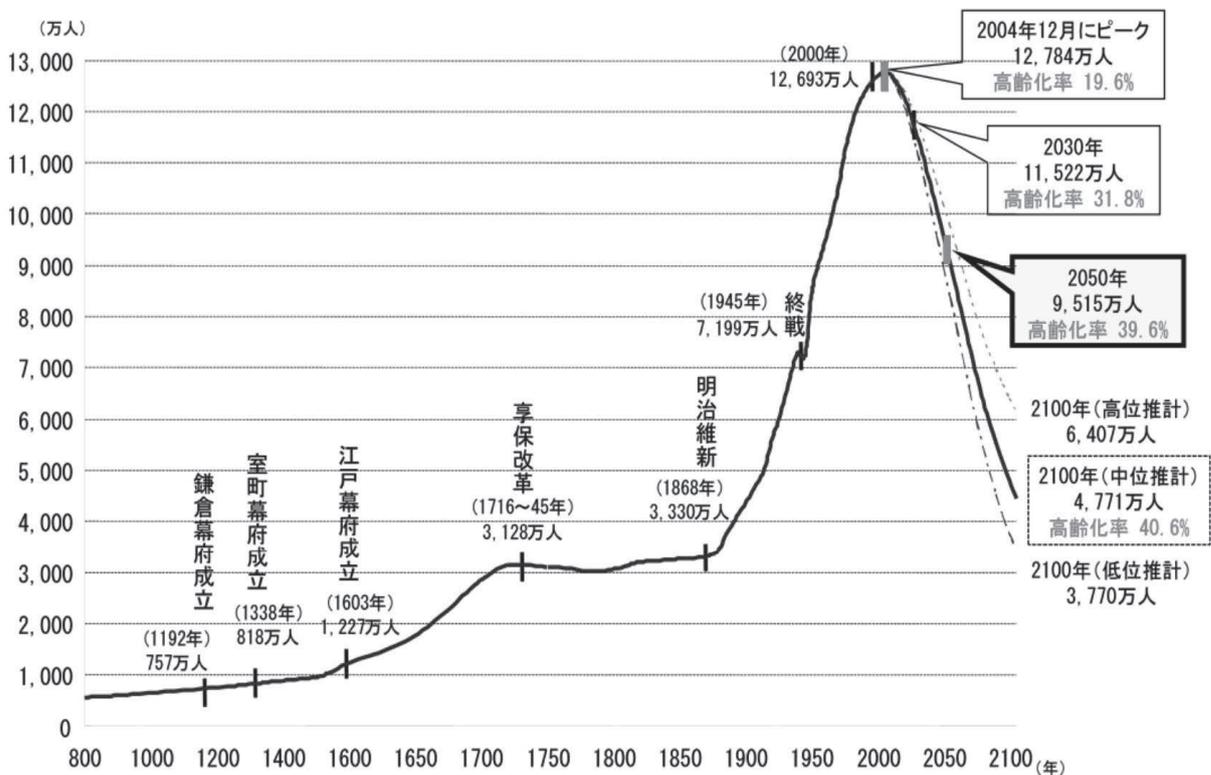
人口減少社会における社会医学研究

久留米大学医学部環境医学講座 石竹達也

1. 急激な人口減少社会

時代が平成から令和に移った。昭和は人口・経済が拡大・成長した時期であり、バブル経済の絶頂で始まった平成は経済の拡大・成長が鈍化し、人口はピークアウトし減少に転じた。そして令和を迎えた今、我が国は低経済成長、少子化、超高齢化などこれまで他の国が経験したことがない大きな課題に直面している。このような課題の要因として、我が国の急激な人口減少社会がベースになっている。図は、日本における総人口の長期的推移を示したものである。江戸時代後半から明治維新までは約3,000万人で推移していた。明治維新後に急激に人口は増大し、終戦時(1945年)約7,000万人で、その後も急増した。2004年(平成16年)にピークを迎え、その後は減少に転じ、このままの出生率(中位推計)が続くと2050年に9,500万人、そして2100年には5,000万人を切ると予測されている。つまり、今後100年間で2004年のピークを挟んで、100年前(明治後半)の水準に戻っていくことを示しており、この変化は千年単位でみても極めて急激な減少であり、われわれは今後、類をみない人口減少社会を経験することになる。

昨年9月に『人口減少社会をデザインする』(広井良典著)が刊行された。人口減少が続く我が国では、社会保障や財政の持続可能性への懸念、経済活力の低下、限界集落の増大、格差の拡大などさまざまな困難が



出典:「国土の長期展望」中間とりまとめ 概要(平成23年2月21日国土審議会政策部会長期展望委員会)

図1 日本の人口の長期的推移

指摘されている。広井氏は、これまでの日本社会は、結局昭和の拡大・成長モデルの発想の中で全ての問題を解決してくれるという幻想を追い続け、社会保障や分配の問題を先送りにして、全部のつけを将来世代に回すことをやってきたので、今こそ真剣に長期的な持続可能性を考え、我々の生き方を変えていかなければならないとしている。「2050年、日本は持続可能か？」というテーマについて広井氏は日立製作所と共同研究（日立京大ラボ）を行い、AIを用いて少子化や環境破壊など149の社会要因同士の因果関係を調べ、将来の不確実性を考慮し、2万通りの未来シナリオというシミュレーション結果を発表した。その中で、これまでの「都市集中型」では持続困難であり、約10年以内に「地方分散型」へ進めば出生率や格差が改善し、幸福度も高い社会への道が広がると予想されるという。そのためには、「都市集中型」から「地方分散型」への人の価値観や行動を変える働きかけが必要であり、我々は大きな選択を求められている。

2. 社会経済環境の変遷と公衆衛生上の健康課題

日本の社会医学は、明治維新後の富国強兵、殖産興業政策のもと、主に工場労働者の急増と彼らの健康障害への対応上、発展してきたといえる。戦後とくに高度成長期では経済重視の政策が取られ、その負の姿として公害や薬害問題などの社会医学的課題が発生した。1980年頃からは都市化と過疎の進展や廃棄物による環境問題、長時間勤務と過労死が問題となり、過栄養と運動不足による糖尿病・循環器疾患などの生活習慣病やストレス疾患が増加した。2000年頃からは産業のグローバル化や経済不況と失業、少子高齢化や女性の社会進出により、過重労働と自殺者が増加し、高齢者介護問題も大きな課題となった。最近では地球環境問題が深刻化し、震災や豪雨災害、貧困と格差、非正規雇用の増加により、持続可能な発展や社会的きずなの回復、貧困と健康格差への対応が大きな課題になってきている。現時点では、貧困と健康格差、依存症（ギャンブル、ゲーム）、発達障がい、暴力、虐待、いじめ、自殺、自傷行為、孤立・孤独・閉じこもり、長時間労働・過労死などの多くの健康課題があるが、それらの解決のためには「健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health）」に着目した社会医学的なアプローチが不可欠である。

「健康の社会的決定要因」とは、日常生活において健康状態に影響を与える社会的要因のことである。健康の社会的決定要因には、水道、衛生、栄養、食品の安全性、公共医療サービス、住環境、労働条件、教育、生活様式、人口変化、収入などが含まれる。これは人々の健康が医学的な要因はもちろんのこと、社会的要因、労働条件、社会・経済・文化・環境要因の影響を受けることを示している。WHOの「The Solid Facts」では、健康の社会的決定要因として、1) 社会格差、2) ストレス、3) 幼少期、4) 社会的排除、5) 労働、6) 失業、7) 社会的支援、8) 薬物依存、9) 食品、10) 交通を挙げている¹⁾。2010年にWHOが出したアデレード声明²⁾では、健康の社会的決定要因に影響を与える政策の多くは保健医療を専門としない部門が立案施行する政策である。そのため、社会の公平性の実現を目指す公衆衛生活動では保健医療以外の多岐にわたる政策分野と連携をはかり、それぞれの政策分野において健康配慮を求めるというHealth in All Policiesという新しい考え方が提唱されている。

3. 健康の社会的決定要因に着目した健康影響予測評価（Health Impact Assessment: HIA）³⁾

「社会格差の是正」や「健康格差の是正」はHIAの大きな目的である。政策によって生じる健康影響は集団特性によって異なり、特に社会的に不利な集団ほど影響を強く受けやすいと言われている。WHOは失業者、安全に配慮されていない職場、都市のスラム街、グローバリゼーション、健康システムへのアクセス不足などが原因で世界各国に健康の格差や不平等を引き起こしていると指摘する。そこで、HIAのうち特に格差に着目したものはHIIA（Health Inequality Impact Assessment）と呼ばれている。日本でも非正規雇用者、ネットカフェ難民などの低所得者やホームレスの健康格差に関心が持たれるようになったが、海外では格差問題は深刻であり、社会全体でその是正に取り組んでいる。つまり公平性を重視し、健康格差も含めて社会格差

を是正する手段としてHIAの活用が提案されている。

健康影響予測評価（HIA）は健康を指標とした評価ツールである。1990年初頭より欧州を中心にEU諸国で実施され始めた。HIAとは、提案された政策、施策、事業によって生じる可能性のある健康影響や健康事象に関連する要因（健康の社会的決定要因）の変化、影響を受ける集団の属性の違いによる影響の程度を事前に予測・評価することによって、健康影響に関する便益を促進し、かつ不利益を最小にするように、提案された政策、施策、事業を事前に適正化していく一連の過程と方法論のことである。健康の社会的決定要因への対応には保健医療政策の範囲に留まらず、保健医療以外の多岐に渡る政策分野での取り組みが不可欠である。これまで行われてきた社会医学研究は社会の弱者集団に着目し、健康の社会的決定要因の是正を目的としたものと言える。しかし、貧困と健康格差、依存症（ギャンブル、ゲーム）、発達障がい、暴力、虐待、いじめ、自殺、自傷行為、孤立・孤独・閉じこもり、長時間労働・過労死などは多くの社会要因が複雑に関係しており、その解決に向けては、関係する社会的決定要因の分析・是正が重要であり、そのためには多職種、他部門連携（とくに保健医療部門外）が不可欠となる。事前評価が原則であるHIAは、これまで事後対応が主であった社会医学的活動に対して事前対応型であり、今後の社会医学研究分野でも重要となることが予想される。

引用文献

- 1) World Health Organization Regional Office for Europe. Social Determinants of Health. The solid facts. Wilkinson R and Marmot M (2nd edition) . Geneva 2003, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- 2) WHO, Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies. Adelaide, 2010.
- 3) 石竹達也. 政策評価に社会医学的視点を ツールとしてのHIA（健康影響予測評価） 社会医学研究 2013: 30（2）:63-72

原著論文

高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動

山形真由美¹⁾, 波川京子²⁾

要旨

本研究の目的は、医療処置を自己管理できない高齢療養者の、医療処置を担う介護者に対する訪問看護師のケアリング行動を明らかにすることである。対象者は、訪問看護経験5年以上の訪問看護師10名であった。医療処置を担う介護者に対する関わり方について半構造化面接を実施し、内容分析の手法でケアリング行動について分析した。その結果、「受け入れられる関係性を育む」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」「医療処置の力を引き出す」「医療処置の自信を与える」「休息との安心ために連携する」「療養者の安楽を守る」の7カテゴリーが導き出された。本研究の結果から、訪問看護師のケアリング行動により、主介護者は介護負担軽減や介護肯定感が得られることが示唆された。

【社会医学研究2020；37（1）：4-14】

キーワード：訪問看護師，ケアリング行動，医療処置，介護者

I. 緒言

わが国は、少子高齢化の急速な進展や疾病構造の変化を受け、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステム構築を目指し、2014年に地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律が策定された¹⁾。この施策の一環として、慢性疾患や障害がありながらもできるだけ住み慣れた地域で生活できるように、入院しても早期の在宅復帰が進められおり、2017年に在宅医療を受けた患者数は、1日当たり推計18万人で過去最多となっている²⁾。訪問診療の利用者は75歳以上が約90%（2014）³⁾、訪

問看護ステーションの利用者は総数で70歳以上が73.7%（2016）であり⁴⁾、高齢者の在宅医療のニーズが高いことが窺われる。訪問看護ステーションで行われる医療処置をみると、要介護度4～5では経管栄養・褥瘡処置・吸引などが多く⁵⁾、日常的には介護者が担っていることが考えられる。要介護者等と同居している主介護者の年齢は、男性では70.1%、女性では69.9%が60歳以上（2018）であり⁶⁾、老老介護の現状がある。主介護者の介護力が高いとは言えない中、高齢療養者の医療処置を担う介護者は、約70%が半日以上介護しており、身体的・心理的負担を約80%が感じている⁷⁾。一方、医療処置を担う介護者は、自己成長感や介護役割の積極的受容が高いという結果もある⁸⁾。ゆえに訪問看護師には、介護者のニーズを察知し、介護を肯定的に継続できるような支援が望まれる。

Leiningerは、ニーズをもつ個人・集団を援助したり、支持したり、能力を与えたりすることを目指す行為をケアリングと定義している。また、人々

1) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

2) 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学科

連絡先：山形真由美

住所：〒719-1197

岡山県総社市窪木111

TEL：0866-94-2003

E-mail：yamagata@fhw.oka-pu.ac.jp

がケアを認識する仕方は、文化（学習され、伝承された価値観や信念および慣習）に基づくため、それらを考慮した専門的ケアリングが肝心である⁹⁾と述べている。ゆえに、医療処置を担う介護者への訪問看護師の支援について、介護者の価値観や信念を考慮し、ニーズに応じた能力を与えるケアリングの観点から検討し、その内容を具体化することは有用と考えられる。筒井の概念分析によると、ケアリングには、看護の知識・技術・態度という先行要件がある。それを基盤に対象のニーズに応じて関わることで、結果として対象の自己実現や身体的健康、さらにケアする人の自己実現につながるという構造があるとされている¹⁰⁾。一方、ケアリングには、文化による特徴⁹⁾感情的側面に関する批判¹¹⁾、感情労働による燃え尽き¹²⁾も指摘されている。このようにケアリングには肯定的・否定的見解があり、概念を明確にして実践に有用とすることが望まれている¹³⁾。したがってケアリングが実践される文脈ごとに具体的行動を言語化することが必要と考える。訪問看護師のケアリングについては、療養者とのケアリングの相互性に関する心理学的研究はあるが¹⁴⁾、介護者に対するケアリング行動に着目した研究報告は見当たらない。

そこで、本研究では、医療処置を担う介護者の身体的心理的負担の軽減をねらいとして、現在在宅医療ニーズが高い高齢療養者の、医療処置を担う介護者に対する訪問看護師のケアリング行動を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

本研究で使用する用語の定義を以下に示す。2.3は先行研究^{9) 10) 19) 20)}を参考にして研究者が定義した。

1. 医療処置：口腔・鼻腔吸引、胃瘻管理、膀胱留置カテーテル管理、人口呼吸器管理など在宅で療養者、家族が実施可能な医療処置とする。
2. ケアリング：対象への関心や思いやり、専門

職としての知識・技術・倫理的態度を基にしたケアリング行動を通して、対象の身体的精神的健康やQOLの維持向上を目指す看護実践の総称。対象との相互作用を経験することで、援助者の自己成長も得られるものとする。

3. ケアリング行動：対象への関心と思いやりをもち、関係性を育みながら、癒しを与え、力を引き出す援助行動とする。

III. 研究方法

1. 研究対象者

Bennerは、類似の診療科を2～3年以上経験すると、意識的に目標を立てて自分の看護実践を捉えられる¹⁵⁾と述べており、自らの経験としてケアリング行動を語るには、訪問看護師経験3年以上が必要と考えた。そこで、介護者が医療処置を担う、医療処置のある75歳以上の療養者への訪問看護経験があり、訪問看護師経験3年以上の訪問看護師を研究対象者とした。

対象者の選定として、A県内訪問看護連絡協議会に所属する訪問看護ステーション7か所の管理者に、研究の趣旨と対象者の選定基準について、研究代表者が口頭にて説明した。承諾を得られた管理者から、選定基準に基づく対象候補者として、管理者自薦6名と管理者所属ステーションの訪問看護師4名の推薦を受けた。推薦を受けた10名の対象候補者に、研究代表者が研究の趣旨を文書と口頭で説明し、すべての候補者から同意が得られたため、この10名を対象者とした。

2. データ収集方法

データ収集期間は、2018年1月～2018年10月で、30分～1時間程度の半構造化面接法を研究代表者が実施した。面接の最初に、本研究のケアリング行動の定義を文書にて確認し合った。そして、事前に許可を得て、「医療処置を担う介護者の事例で心に残っている関わり」「介護者の力を引き出す関わり」「介護者との関わりで大切にしていること」などの語りを録音した。実践しているケアリング行動を抽出するため、ケアリング行動が困難であっ

た事例についての語りは、分析から除外した。訪問看護師の多様な経験を抽出するため、語られる介護者の年齢・性別の限定はしなかった。面接内容から逐語録を作成し、データとした。

3. 分析方法

分析には Krippendorff の内容分析の手法を用いた。これは、データを切片化しないで分析の基礎とする記録単位を設定し、データの存在する文脈（ある事項の経験的環境）に関する特定の推論を行う技法である¹⁶⁾。したがって、訪問看護師のケアリング行動を記録単位に設定し、文脈を重視しながら推論することに適していると考えた。

はじめに、個別分析として、生データから訪問看護師のケアリングに関する記述を、語られた状況ごとに分類し、状況の文脈を損なわないように、実践したケアリング行動に関する語りを抽出した。抽出した語りについて、一つのケアリング行動ごとに分類した文を一次コードとし、一次コードの本質的な意味を表す文を二次コードとした。次に、全体分析として、個別分析で得られたすべての二次コードの類似性、相違性を検討し、意味内容の類似性に基づきサブカテゴリーとし、抽象度を高めながらカテゴリーを抽出した。

分析の全過程において、2名の研究者間で、繰り返し分析内容の一致性を確認した。また、二次コードからサブカテゴリーを作成する時点で、訪問看護に精通した管理者と共に、サブカテゴリー

が現場の状況に対応しているかどうかを確認した。

4. 倫理的配慮

本研究は、研究者所属大学の倫理委員会、および研究協力事業所の承認を得て実施した。対象者には、研究参加の任意性、中断の自由、不利益の回避、研究に関わる個人情報の保護、研究目的のみのデータの使用、データの保管と破棄、研究結果の公表について文書と口頭で説明し、同意書への署名により研究参加への同意を得た。

IV. 結果

1. 対象者の概要（表1）

対象者は、10名であり、すべて女性であった。対象者の平均年齢は51.5±8.0歳、看護師経験年数は平均31.4±7.9年、訪問看護師経験年数は平均11.4±5.4年であった。勤務形態は全員常勤で、管理者6名、常勤訪問看護師4名であった。勤務する訪問看護師テーションは、都市部9名、山間部1名であった。介護者が担う医療処置は、口腔・鼻腔吸引、胃瘻管理、膀胱留置カテーテル管理、人口呼吸器管理などであった。

2. 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動（表2）

高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動は、2次コード159, 39サブカテゴリーとなり、抽象度を高め「受け入れられ

表1 対象者の概要

	年齢 (歳代)	看護師 経験年数	訪問看護 経験年数	職位	介護者が担う医療処置
A	60	44	17	管理者	CVポート・胃瘻・膀胱瘻管理
B	30	18	6	常勤	人工呼吸器・胃瘻・膀胱留置カテーテル管理
C	50	29	7	常勤	在宅酸素・皮下輸液管理、口腔・鼻腔吸引
D	50	34	14	常勤	胃瘻管理、口腔・鼻腔吸引
E	50	32	14	常勤	口腔・鼻腔吸引、膀胱留置カテーテル管理
F	40	18	9	管理者	人工呼吸器・胃瘻管理、インシュリン施注
G	50	30	20	管理者	褥瘡処置、口腔・鼻腔吸引
H	50	33	20	管理者	口腔・鼻腔吸引
I	40	30	11	管理者	口腔・鼻腔吸引、胃瘻・膀胱留置カテーテル管理
J	40	19	4	管理者	口腔・鼻腔吸引、点滴管理
平均±SD	51.5±8.0	31.4±7.9	11.4±5.4		

表2 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動

分類	カテゴリー(7)	サブカテゴリー(39)
介護者個人の生活を支える	受け入れられる関係性を育む	介護者に受け入れられているかどうか様子を見ながら関わる 安心を得られる言葉のかけ方をする 介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関わる 医療面も生活面も何でも相談できるような態度で関わる
	元からある生活を守る	何気ない関わりから介護者の人柄を知るようにする 水道・光熱・物品に無駄のないよう配慮した援助をする 飲食・清潔・排泄の援助は、その家の事情に合うように工夫する 介護者が大切にしていることを理解して、同じように大切にする うちで介護することの良さを感じながら、介護できるように関わる 介護者の体調をいつも気につけ、健康を守るよう配慮する
	気持ちをやわらげる	日常のことを何でも話していいと促す 訪問時はいつもねぎらいの言葉をかける 笑顔で元気を与えられるように関わる 何気ない会話で気分をやわらげるようにする 負担や不安を察したら、療養者を気にせず話せる場で、聴く時間をとる 言葉にできない気持ちを抱えている時は、寄り添う態度を示す
介護を続ける力を引き出すケアリング行動	医療処置の力を引き出す	医療処置に対する恐怖心が強い時は、無理しなくていいように配慮する 医療処置が生活の中でやりやすいように、方法や環境を調整する 医療処置で守るべき手技は、介護者に合わせて、納得されるまで説明する 療養者に苦痛の少ない手技で、介護者に医療処置ができるよう、方法を説明する 介護者の医療処置でトラブルが予測されたら、自信を失わないような言葉かけて気づいてもらうようにする 困った時は迷わず、訪問看護に連絡していいと思えるような説明をする 次の訪問までの間に、介護者が予防的にしておくべきことを、伝えて帰る 状態の変化に応じた医療処置の選択が必要な時、情報提供しながら一緒に考える
	医療処置の自信を与える	できていることには、必ずほめる言葉をかける 医療処置を一緒にしながら自信をつけるように関わる 介護者にできている医療処置は、手を出し過ぎず、見守る 医療処置をしていることのやりがいを感じられるように関わる
	休息と安心のために連携する	休息のためにサービスを使っていると思えるような言葉を、介護者にかける 医療処置ができるサービスを主体的に調整して、介護者の休息の時間を作る 療養者・介護者の希望を中心に、支援者がつながるように連携する 主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかける 介護者の思いを察して、療養者・家族に思いを伝える橋渡しをする 同じような経験をしている介護者と話す機会をつくる
	療養者の安楽を守る	介護者が訪問看護に希望している医療処置を、苦痛の少ない技術で行う 療養者への医療処置について、なぜそうするかを、その場でわかるように伝える 緊急と判断したら、なるべく早く訪問し、安心されるような対応をする 訪問看護師の誰もが、療養者に合わせた医療処置を、同じようにできるようにする 介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかける

る関係性を育む」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」「医療処置の力を引き出す」「医療処置の自信を与える」「休息との安心のために連携する」「療養者の安楽を守る」の7カテゴリーが抽出された。以下カテゴリーごとに結果を記載する。「」はカテゴリー、「」はサブカテゴリーを示す。

1) 受け入れられる関係性を育む

このカテゴリーは、訪問看護師が入っていくことを介護者に受け入れられ、関係性を育んでいくケアリング行動を示しており、4つのサブカテゴリーで構成された。

《介護者に受け入れられているかどうか様子を見ながら関わる》には、『入ってくる人に対する身構えとか、慣れるまでに壁を一枚ずつ小さく小さくはいでいく』という語りがあり、外から入る訪問看護師に身構えている介護者の、受け入れに合わせて関わっていくことであった。また、信頼を得るため《安心を得られる言葉のかけ方をする》《介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関わる》《医療面も生活面も何でも相談できるような態度で関わる》など、看護師として、人として、誠実な態度で介護者に向き合う関わりがあった。

2) 元からある生活を守る

このカテゴリーは、その家で生活を続けてきた人としての介護者に関心を持ち、その人らしい生活を守るためのケアリング行動を示しており、6つのサブカテゴリーで構成された。

《何気ない関わりから介護者の人柄を知るようにする》は、生活者としての介護者に関心を持ち、理解を深めることであった。《水道・光熱・物品に無駄のないよう配慮した援助をする》《飲食・清潔・排泄の援助は、その家の事情に合うように工夫する》では、療養者の病状に差し支えない程度で、経済面や生活様式を考慮した援助の工夫があった。《介護者が大切にしていることを理解して、同じように大切にすること》は、介護者の価値観のもとで、大切にしている事象や信条を尊重した関わりをすることであった。その関わりを通して、介護者の介護の良い部分を訪問看護師が感じ取り、言葉にして伝え、《うちで介護することの良さを感じながら、介護できるように関わる》ことで肯定的な介護に導いていた。《介護者の体調をいつも気にかけ、健康を守るよう配慮する》は、療養者と同様に介護者の健康にも配慮し、その生活を守る関わりであった。

3) 気持ちをやわらげる

このカテゴリーは、医療処置を続ける介護者が、負担を抱え過ぎることがないように、話を聴き、気持ちを癒すケアリング行動を示しており、6つのサブカテゴリーで構成された。

《日常のことを何でも話していいと促す》《訪問時はいつもねぎらいの言葉をかける》《笑顔で元気を与えられるように関わる》《何気ない会話で気分をやわらげるようにする》は、何でも話せる相手となって、毎回の訪問の中に介護者の心をほぐす関わりを組み込むことであった。また、訪問看護師が介護者の非言語的メッセージを受け取って《負担や不安を察したら、療養者を気にせず話せる場で、聴く時間をとる》と、意図的に話を聴く関わりがあった。《介護者が言葉にできない気持ちを抱えている時は、寄り添う態度を示す》は、介護者の話を聴きながら精神的苦痛を感じ取った時、側で寄り添う気持ちを示す関わりであった。

4) 医療処置の力を引き出す

このカテゴリーは、介護者が生活に合わせて習慣的に医療処置を行えるよう、介護者に潜在するケアの力を引き出すケアリング行動を示しており、8つのサブカテゴリーで構成された。

在宅で医療処置を開始した時期には《医療処置に対する恐怖心が強い時は、無理しなくていいように配慮する》関わりがあった。そして、介護者が生活に無理なく安全に医療処置を行うために《医療処置が生活の中でやりやすいように、方法や環境を調整する》《医療処置で守るべき手技は、介護者に合わせて、納得されるまで説明する》などの調整や説明があった。また、《療養者に苦痛の少ない手技で、介護者に医療処置ができるよう、方法を説明する》は、介護者がよく知っている療養者の特性を活かしながら、苦痛の少ない手技に導くことであり、『処置をしながら奥さんとお父さんを一緒に近づけるってそんな感じで、お父さんの今までの性格とか思い出してもらいながら。』という語りがあった。

しかし、介護者が医療処置に慣れると、『(腹膜透析に)慣れてきたら手洗いも消毒もしないでカテーテルの接続をする』と、誤った方法で手技を確立する可能性があることが語られた。《介護者の医療処置でトラブルが予測されたら、自信を失わないような言葉かけで気づいてもらうようにする》は、処置をしていることをまず認めて、確立した介護スタイルをなるべく崩さず行動修正を促す関わりであった。

《困った時は迷わず、訪問看護に連絡していいと思えるような説明をする》《次の訪問までの間に、介護者が予防的にしておくべきことを伝えて帰る》は、訪問看護師がいない時でも介護者が安心して介護するための言葉かけであった。《状態の変化に応じた選択が必要な時、情報提供しながら一緒に考える》では、『ご家族が判断することなので、そこへ帰していただけるように。』と語られ、介護者を主体とした自己決定への支援であった。

5) 医療処置の自信を与える

このカテゴリーは、介護者を賞賛して、医療処

置に対する自信を与え、自立を支えるケアリング行動を示しており、4つのサブカテゴリーで構成された。

訪問看護師は《できていることには、必ずほめる言葉をかける》《医療処置を一緒にしながら自信をつけるように関わる》ことで、常に介護者を称賛し、介護者に自信がついてくると、《介護者にできている医療処置は、手を出し過ぎず、見守る》と、自立を支える関わりをしていた。《医療処置をしていることのやりがいを感じられるように関わる》は、介護者から医療処置のやりがいを引き出し、満足感につながることを目指す関わりであった。

6) 休息と安心のために連携する

このカテゴリーは、介護者の休息を確保するためのサービスの調整と、介護者には伝えきれない思いを仲介するケアリング行動を示しており、6つのサブカテゴリーで構成された。

介護者には、介護による負担が顕在していても、経済的事情や療養者の拒否、代替者の不在などで、休息のためのサービス利用として、レスパイトを適切に使えていないという現状が語られていた。そのため、《休息のためにレスパイトを使っていいと思えるような言葉を、介護者にかける》ことで、レスパイトを使わない介護者の事情に配慮しながらも、利用に心が動くよう後押しする関わりがあった。また、レスパイト中の医療処置に不安をもつ介護者の思いを汲んで《医療処置ができるサービスを主体的に調整して、介護者の休息の時間を作る》関わりがあり、『訪問看護の時に外出してもらおう』『デイサービスの看護師と連携して処置を継続する』など語られた。連携においては《療養者・介護者の希望を中心に、支援者がつながるように連携する》という基本姿勢があった。

また、《主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかける》《介護者の思いを察して、療養者・家族に思いを伝える橋渡しをする》などの、介護者と主治医や療養者・家族との意思疎通を図る関わりがあった。さらに、《同じような経験をしている介護者と話す機会をつくる》と、介護者間のつながりをつくる関わりもあった。

7) 療養者の安楽を守る

このカテゴリーは、看護師として専門的技術を提供して療養者の安楽を守ることで、介護者の安心を得るケアリング行動を示しており、5つのサブカテゴリーで構成された。

《介護者が訪問看護に希望している医療処置を、苦痛の少ない技術で行う》《療養者への医療処置について、なぜそうするかを、その場でわかるように伝える》は、介護者の安心を得られる医療処置を行い、その根拠を説明して介護者の理解を得る、専門的援助であった。また、《緊急と判断したら、なるべく早く訪問し、安心されるような対応をする》《訪問看護師の誰もが、療養者に合わせた医療処置を、同じようにできるようにする》などの、緊急時の適切な対応と訪問看護の手技統一への配慮があった。そして、《介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を療養者にかける》は、介護者への労いをさり気なく療養者に伝えることであり『介護者の処置によって安心してうちで暮らせることを療養者に返す言葉かけをする』と語られた。

3. カテゴリー間の関係性

抽出された7カテゴリーは、関わりの内容から[介護者個人の生活を支えるケアリング行動]と[介護を続ける力を引き出すケアリング行動]に大別された。[介護者個人の生活を支えるケアリング行動]は、介護者との関係性を育みながら、その人らしく生活できるよう支えるケアリング行動を示しており、「受け入れられる関係性を育む」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」の3カテゴリーが含まれた。[介護を続ける力を引き出すケアリング行動]は、介護者のニードを察知し、療養者・介護者にとっての最善を判断した支援により、介護者の持つ力を引き出すケアリング行動を示しており、「医療処置の力を引き出す」「医療処置の自信を与える」「休息との安心のために連携する」「療養者の安楽を守る」の4カテゴリーが含まれた。

V. 考 察

介護する家族には、ケアを行うことで影響を受

ける人であると同時にケアの提供者であるというニーズがあるとされている¹⁷⁾。本研究で大別されたケアリング行動は、介護者個人の生活と介護者の介護を続ける力を支えるものであった。これは先行研究を裏付ける結果であり、介護者のニーズに即したケアリング行動と考えられる。以下、この二つの関わりの視点から、医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動の具体的内容について考察する。

1. 介護者個人の生活を支えるケアリング行動

「受け入れられる関係性を育む」には、「入ってくる人に対する身構えとか慣れるまでの壁を小さくはいでいく」という語りがあった。このことから訪問看護師は、介護者の身構えの壁に立ち入りすぎないように配慮して、自立とプライバシーを守る誠実な態度で関わることで、受け入れられる関係性を育てていると考えられた。Holmberugは、在宅で看護を受ける患者・家族は、家としての独立性とプライバシーを維持しながら、ケアを受け入れるという両義性に対処する必要がある¹⁸⁾と述べている。訪問看護師はケアリング行動により、療養者・家族のもつ両義性への対処を助勢し、ケアを受け入れられる関係性を育てていると考える。

このような関わりの過程で訪問看護師は、「元からある生活を守る」ために、生活者としての介護者に関心をもって関わっていた。介護者は、家族成員との関係性や培ってきた生活様式や価値観、楽しみなど多くの面をもつ。訪問看護師は、《何気ない関わりから介護者の人柄を知る》ことで、介護者らしさへの理解を深めていた。Bennerによると、世界は人それぞれの関心に照らして理解される¹⁹⁾。訪問看護師が関心をもって介護者に関わることで、介護者の生活がみえてきて、経済面や生活様式などの個別の生活に配慮したケアが可能になると考える。

「気持ちをやわらげる」の《療養者を気にせず話せる場で聴く時間をとる》《寄り添う態度を示す》などのケアリング行動は、Swansonがケアリングの一つとしている、共にいること＝喜びでも悲しみでも感情を共有すること²⁰⁾と一致すると考えら

れた。また、小澤は、“自分をわかってくれた”と思える存在になることは、苦しみをもつ人の苦しみに気づき、理解者になれる²¹⁾と述べている。介護者の話を聴き、感情を共有することは、訪問看護師が介護者の負担に気づき、理解者として援助するために重要なケアリング行動と言える。

2. 介護を続ける力を引き出すケアリング行動

「医療処置の力を引き出す」では、『処置をしながら奥さんとお父さんを近づける。お父さんの性格とか思い出してもらいながら。』と語られた。この語りから訪問看護師は、医療処置のある療養者に近寄り難く感じている介護者に、慣れ親しんだ家族としての療養者を思い起こせる言葉をかけ、お互いを近づける関わりをしていると推察された。春日は、医療処置初期の介護者は、療養者の変化を受け入れるつらさや、療養者の苦痛反応への恐れがある²²⁾と報告している。訪問看護師は、介護者の思いを理解して、医療処置を一緒にしながら、介護者だから知っている療養者の特性を活かして、苦痛の少ない手技に導いていると考えられた。また、Bennerは、身体には文化的・社会的に習得された習慣的身体が備わっており、その潜在的能力を引き出すことで、熟練した習慣的仕方で反応できるようにする¹⁹⁾と述べている。介護者は、高齢療養者と長く暮らす中で、病気やストレスなどの様々な問題に対し家族としてケアしケアされる機会があり、その中で培ってきたケアの潜在的能力があると言えよう。訪問看護師は、恐怖心に配慮し、医療処置を可能にする環境を整え、納得できる説明を行うことで、介護者が医療処置を習慣的に行えるよう、介護者のもつケアの潜在的能力を引き出していると考えられた。

しかし、介護者が医療処置を習慣的に行えるようになっても、慣れによる誤った手技や、様々な事情によりレスパイトを使えないという問題が生じていた。《介護者の医療処置でトラブルが予測されたら自信を失わないような言葉かけをする》《休息のためにサービスを使っていいと思える言葉かけをする》は、このような問題に対する訪問看護師の判断をそのまま助言するのではなく、状況の

緊急度に応じて、介護者が決定し受け入れられることを重視した関わりと考えられた。Kuhseは、看護師は、価値観や信念をもつ患者が最善と判断するものを中心とし、それに合わせて倫理的に反応していくべきである¹¹⁾と主張している。訪問看護師が最善と考える判断を介護者に押し付けることなく、療養者と介護者にとっての最善を共に考え、介護者が決定し実行できるように関わるケアリング行動が、問題解決には必要と考える。

「医療処置の自信を与える」では、訪問看護師は、一緒に医療処置をすることで不安を緩和し、常に称賛して自信を与え、自立に導いていた。介護者が医療処置をしているからこそ療養者が安心して過ごしていることを、訪問看護師が言葉にして称えることは、介護肯定感につながるケアリング行動と考える。

「安心と休息のために連携する」では、レスパイトを利用しない介護者の事情を受け止めつつも、休息の時間の確保のため、訪問看護師が主体的な調整を行っていた。社会資源の調整には、ケアマネジャーを始めとする多職種の連携が不可欠である。介護者の身近で負担を察知できる訪問看護師が、介護者の希望と現状に相違が無いかを見極め、支援者間で発言することは、介護者の休息のために必要なケアリング行動と考える。また、訪問看護師には仲介というケアリング行動があることが考えられた。介護者とその相手との間で橋渡しをするには、介護者を感じ取り、介入すべき思いに気づかねばならない。さらには、侵してはならない部分があることも考えられる。家族間の人間関係の調整については、8割以上の訪問看護師が必要と思いつつも6割以上が実施できていないという結果もある²³⁾。プライベートな家族間の調整には、互いの関係性を崩さないように気づかうケアリング行動が必要と言えよう。

「療養者の安楽を守る」というカテゴリーは、訪問看護師の専門性の高い援助で、介護者の安心も得るケアリング行動であった。患者が最も重要とする訪問看護師のケアリング行動は、専門的技術による具体的ケアという報告もあり²⁴⁾、看護師だけ

からこそ重要視されるケアリング行動と考えられる。また、「介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を療養者にかける」は、療養者から介護者への情緒的サポートにつながると考えられた。被介護者からの情緒的サポートは、すべての続柄の介護者に介護充実感をもたらすことが報告されており²⁵⁾、このケアリング行動は、介護者に介護充実感をもたらすことが期待される。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は、A県内7カ所の訪問看護ステーションの訪問看護師の語りから得られた限られた結果であり、今後は対象を広げてさらに探求していく必要がある。インタビューにおいては、介護者の属性は限定していなかったため、介護者の性差や家族類型に特徴的なケアリング行動を言及するには限界がある。

また、本研究の結果から、訪問看護師のケアリング行動により介護負担軽減や介護肯定感が得られる可能性が示唆された。しかし、訪問看護師への効果については、本研究では探究できていない。したがって、本研究から得られたケアリング行動を客観的指標に活かし、介護者と訪問看護師双方への効果を検証することは課題である。

VII. 結 論

1. 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動として、[介護者個人の生活を支えるケアリング行動]に含まれる「受け入れられる関係性を育む」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」、[介護を続ける力を引き出すケアリング行動]に含まれる「医療処置の力を引き出す」「医療処置の自信を与える」「休息との安心のために連携する」「療養者の安楽を守る」が導き出された。
2. 訪問看護師のケアリング行動により介護負担軽減や介護肯定感が得られる可能性が示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、インタビューに快く協力してくださり、貴重な時間を割いてくださいました訪問看護ステーションの訪問看護師の皆様にご心よりお礼を申し上げます。

利益相反に関する開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 厚生労働省. 平成27年版厚生労働白書第7章 [令和1年6月7日検索] <<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15/dl/2-07.pdf>>
- 2) 厚生労働省2017年患者調査 [平成31年3月6日検索] <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>>
- 3) 厚生労働省第1回全国在宅医療会議 [平成31年3月6日検索] <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf>>
- 4) 2016年介護サービス事業所調査. 訪問看護ステーション利用者の状況 [平成31年3月6日検索] <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_03.pdf>
- 5) 2016年介護サービス施設事業所調査. 訪問看護ステーション9月中の看護内容 [平成30年1月15日検索] <<https://www.e-stat.go.jp/statsearch/files?page=1&toukei=00450042&tstat=000001029805>>
- 6) 内閣府. 2018年高齢社会白書 [平成31年3月6日検索] <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/pdf/1s2s_02_01.pdf>
- 7) 日本訪問看護振興財団, 医療的ケアを要する要介護高齢者の介護を担う家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業報告書. 2012: 51-74
- 8) 片山陽子, 陶山啓子, 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析. 日本看護研究学会雑誌. 2005;28(4): 43-52
- 9) Madeleine M Leininger, 稲岡文昭他訳, レイニンガー看護論—文化ケアの多様性と普遍性—. 東京: 医学書院. 1995/2016: 36-51
- 10) 筒井真優美, ケア/ケアリングの概念. 看護研究. 1993; 26(1): 2-13
- 11) Helga.Kuhse, 竹内徹・村上弥生監訳. ケアリング—看護婦・女性・倫理. 東京: メディカ出版. 2000: 202-222
- 12) 浜渦辰治, 宮脇美保子, シリーズ生命倫理学看護倫理. 東京: 丸善出版. 2012: 208
- 13) 中柳美恵子, ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題. 看護学統合研究. 2000: 1(2): 26-44
- 14) 平野智子, 藤桂, 訪問看護におけるケアリングの相互性に関する探索的検討. 筑波大学心理学研究. 2018; 55: 9-25
- 15) Patricia Benner, 井部俊子監訳, ベナー看護論(新訳版) 初心者から達人へ. 東京: 医学書院. 2005/2015: 21-22
- 16) Kluas. Krippendorff, 三上俊二・椎野信雄・橋元良明訳, メッセージの分析の技法. 東京: 勁草書房. 1989/2013: 21-85
- 17) 鈴木和子, 渡辺裕子, 家族看護学 理論と実践. 東京: 日本看護協会出版会. 2012: 610
- 18) Holmberg.M., Valmari.G., Lundgren.S.M., Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. Scandinavian journal of caring sciences. 2012; 26(4): 705-712
- 19) Patricia Benner, Judith Wrubel, 難波卓志訳, 現象学的人間と看護. 東京: 医学書院. 1999/2016: 55-83
- 20) Swanson.K, 小林康江, 片田範子訳, ケアリングの中範囲理論の経験的な発展. 看護研究.

- 1995 ; 28 (4) : 301-311
- 21) 小澤竹俊, 死を前にした人に私たちができること. 訪問看護と介護. 2018 ; 23 (4) : 240 - 246
- 22) 春日広美, 在宅で医療処置を行う家族介護者の経験. 日本在宅ケア学会誌. 2006 ; 10 (1) : 76 - 83
- 23) 梶瑞紀, 塚崎恵子, 京田薫, 訪問看護師による家族支援を必要とする事例への支援実態と
看護師の主観的効果の関連要因. 日本地域看護学会誌. 2017 ; 20 (2) : 55 - 63
- 24) 増田裕美, 濱耕子, 妊娠期に入院を経験した女性が認識する看護者のケアリング行動. 日本看護倫理学会誌. 2012 ; 4 (1) : 22 - 31
- 25) 西村昌記, 家族介護者へのソーシャルサポート-続柄別にみた介護への認知評価との関連. 老年社会科学. 2017 ; 38 (4) : 410 - 417
(受付 2019.4.10 : 受理 2019.9.3)

Caring behaviors of visiting nurses toward caregivers providing medical treatment to elderly patients

Mayumi Yamagata¹⁾, Kyoko Namikawa²⁾

Abstract

This study investigated the caring behaviors of visiting nurses to caregivers providing medical treatment to elderly patients who cannot manage treatment by themselves. Participants were visiting nurses (N=10) with over five-years of experience as visiting nurses. Semi-structured interviews were conducted on participants on methods of interacting with caregivers providing treatment, and then participants' caring behaviors were analyzed by using content analysis. Our results indicated seven categories of caring behavior of visiting nurses: "developing a relationship with the caregivers in which accept visiting nurses," "maintaining the ordinary life of caregivers," "relieving their feelings," "improving the ability to give treatment," "giving them confidence in providing treatment," "cooperating with them for rest and relief," and "keeping the patients' comfort." It was suggested that caring behaviors of visiting nurses may reduce burden of care and produce positive appraisal of care.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 4 - 14】

Key words : visiting nurses, caring behavior, medical treatment, caregivers

1) Department of Nursing Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2) Department of Nursing Faculty of Nursing Kawasaki University of Medical Welfare

原著論文

高齢のボランティアによる介護予防体操普及活動と健康寿命との関連について

小澤多賀子^{1) 2)}, 栗盛須雅子^{2) 3)}, 田中喜代次⁴⁾, 須能恵子⁵⁾,
小室明子⁶⁾, 富田敦也⁷⁾, 大田仁史⁷⁾

抄録

目的：本研究では市町村における高齢のボランティアによる介護予防体操普及活動と健康寿命との関連について、障害調整健康余命（DALE）と加重障害保有割合（WDP）を用いて明らかにすることを目的とした。

方法：本研究の対象は茨城県全44市町村とした。体操普及活動指標は、65歳以上人口千人あたりの指導士養成人数、指導士1人あたりの教室延べ開催数、指導士1人あたりの教室参加指導士延べ人数、65歳以上人口に対する住民参加延べ人数とした。体操普及活動指標とDALEおよびWDPとの関連については、Spearmanの順位相関係数により検討した。

結果：体操普及活動指標とDALEは有意な関連は認められなかった。体操普及活動指標とWDPについても有意な関連は認められなかった。

結論：本研究の結果、高齢のボランティアによる介護予防体操普及活動と健康寿命との関連については有意な関係が認められなかったが、今後も活動と併せて健康寿命との関連を分析していく必要がある。

【社会医学研究2020；37（1）：15-23】

キーワード：介護予防、高齢のボランティア、体操普及活動、健康余命、加重障害保有割合

I. はじめに

人口減少、少子高齢化が進展するわが国では、生活の質の充実と健康寿命の延伸に向けて、介護予防の推進が喫緊の課題といえよう。厚生労働省

は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として地域包括ケアシステムの構築を目指している¹⁾。平成27年からは介護予防・日常生活支援総合事業を開始して高齢者の社会参加による生きがいづくりや介護予防を推奨し、高齢者によるボランティア活動を介護予防のポピュレーションアプローチとして推進している²⁾。また、健康日本21（第2次）では、健康寿命の延伸を政策目標に設定し、国民の健康づくり運動を図っている³⁾。平成28年には地域共生社会の実現を掲げ、制度・分野ごとの関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として地域をともに創っていく社会に向けた改革を進めている⁴⁾。その取り組みでは、住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生き

1) NPO法人日本健康加齢推進機構

2) 茨城県立健康プラザ

3) 聖徳大学 看護学科

4) 筑波大学 体育系

5) 常磐大学 人間科学部

6) 常総保健所 健康指導課

7) 茨城県総合健診協会、茨城県立健康プラザ

連絡先：小澤多賀子

住所：〒310-0852

茨城県水戸市笠原町993-2 いばらき予防医学プラザ内

E-mail：kozawa@hsc-ijp

がいを生み出すことが期待されており⁴⁾、高齢のボランティアによる介護予防活動は地域づくりへの貢献も大きいといえよう。

高齢者によるボランティア活動は、生活の質の保持^{5, 6)}、高次生活機能の低下抑制⁷⁾、心身機能障害および総死亡リスクの減少⁸⁾などへの寄与が報告されている。しかしながら、ポピュレーションレベルの効果については十分な検討がされておらず、エビデンスの提示が求められる。筆者らは、高齢のボランティアによる介護予防体操普及活動と軽度の要介護認定者（要支援1・2および要介護1）の割合の増減および介護保険料との関係を報告しているが^{9, 10)}、地域における介護予防事業の評価としては健康寿命を用いた分析が望まれよう。健康寿命は、障害の有無やその程度、あるいは生活の質が加味された健康指標として国際的な公衆衛生施策にて活用されている¹¹⁾。栗盛らは、健康寿命の一つである障害調整健康余命（DALE：disability adjusted life expectancy, 以下、DALE）と、その計算過程で算出する障害をもつ人の割合を示す指標である加重障害保有割合（WDP：weighted disability prevalence, 以下、WDP）について、高齢者健康指標としての妥当性を報告した¹²⁾。これらの指標は市町村単位における高齢者の健康状態を評価できることから、健康増進計画や高齢者施策の根拠や指標として活用が推奨されている¹³⁾。

そこで本研究では、市町村における高齢のボランティアによる介護予防体操普及活動と健康寿命の関係性を明らかにすることを目的とし、体操普及活動実績とDALEおよびWDPとの間に有意な関連が認められるかについて検討した。

なお、0歳児の平均余命が平均寿命であるため、本研究では健康余命を用い、一般用語および引用は健康寿命を使用することとした。

Ⅱ 方 法

（1）対象

分析対象は、茨城県で平成17年から開始したシルバーリハビリ体操指導士養成事業（以下、本事業）

を展開する茨城県全市町村（ $n = 44$ ）である¹⁴⁾。茨城県は、関東地方の北東に位置し、豊かな自然と暮らしやすい気候風土に恵まれた環境にあり、都市的な生活と自然の豊かさを享受できる環境にある¹⁵⁾。平成30年1月の総人口は2,895,907人で¹⁶⁾、高齢化率は28.4%で全国平均（27.8%）よりも高い¹⁷⁾。

茨城県では本事業を茨城県総合計画「いばらき未来共創プラン」の重点施策に位置づけ、住民自らが資源となり住民が住民を育てる介護予防システムを構築している¹⁴⁾。本事業では、概ね60歳以上の茨城県民を対象にシルバーリハビリ体操指導士（以下、指導士）を養成し、市町村での積極的な体操普及活動を支援している。指導士の養成は茨城県立健康プラザが担い、指導士養成講習会を開催している。養成された指導士は県内全市町村に指導士会を設立し、市町村と連携しながら組織的な活動を展開している。本事業で普及するシルバーリハビリ体操は大田により考案され、介護予防や機能維持を目的に動作学・障害学にもとづいた92種類の体操から構成される¹⁴⁾。本体操の特徴は、障害高齢者の日常生活自立度¹⁸⁾（J.ABCランク）に対応しているためすべての人が実践でき、道具を使用せずに、椅子・床座位・仰臥位・立位のいずれの姿勢でも行なえることである。

指導士は平成30年9月までに8,555人が養成され、平成29年度の活動実績は、教室参加指導士延べ人数146,417人、教室延べ開催数42,639回、住民参加延べ人数（指導士数は含めない）625,144人であった¹⁹⁾。

（2）分析項目

調査項目の市町村基本情報は、事業開始10年間（平成17～26年度）の65歳以上人口、指導士養成人数、教室延べ開催数、教室参加指導士延べ人数、住民参加延べ人数の年平均値とした。これらをもとに分析に用いる体操普及活動実績の指標を体操普及活動指標とした。体操普及活動指標は、10年間の65歳以上人口（平成26年10月）千人あたりの指導士養成人数、指導士1人あたりの教室延べ開

催数, 指導士1人あたりの教室参加指導士延べ人数, 65歳以上人口(年平均値)に対する住民参加延べ人数(年平均値)とした。DALEは5年ごとに公表される生命表を用いて算出することから異なる生命表を用いた10年単位の平均値は適切でないため, DALEおよびWDPは5年間(平成22~26年度)の性・年齢階級別(65~89歳の5歳ごと)の平均値とした。

(3) データ収集方法

茨城県44市町村の65歳以上人口は, 茨城県の年齢別人口(茨城県常住人口調査結果)四半期報²⁰⁾のデータを用いた。指導士養成人数は, 茨城県立健康プラザより得た。教室参加指導士延べ人数, 教室延べ開催数, 住民参加延べ人数は, 指導士会を通じて茨城県立健康プラザが提供を受けたものを使用した。

DALEとWDPの値は, 「47都道府県と茨城県44市町村の健康寿命(余命)に関する調査研究報告書」¹³⁾に報告された「健康寿命(DALE)と障害をもつ人の割合(WDP)算出プログラム」で算出されたものを茨城県立健康プラザより得た。DALEは性・年齢階級別・要介護度別介護保険認定者数, 性・年齢階級別・人口, 介護度別の障害の重みを数値化した効用値, 性別・生命表を使用してSullivan法にて算出された¹³⁾。本研究で使用した平成22~26年(すべて10月)における介護保険の認定者数は, 茨城県保健福祉部長寿福祉課と茨城県国民健康保険団体連合会の協力を得て, 同連合会から提供を受けたものであった¹³⁾。人口は, 茨城県企画統計課のホームページより平成22~26年(すべて10月)のデータをダウンロードしたものであった¹³⁾。市町村生命表は, 平成22年のものを政府統計の総合窓口e-Statからダウンロードしたものであった¹³⁾。DALEの値は高いほど, WDPでは値が低いほど, 健康度が高いと解釈されている²¹⁾。

(4) 分析方法

体操普及活動指標とDALEおよびWDPとの関連については, 性・年齢階級別にSpearmanの順位相

関係数により検討した。

すべての統計処理にはSPSS(Ver.22.0 for Windows)を用いた。有意水準は5%に設定した。

III 結果

(1) 茨城県44市町村の基本情報と体操普及活動指標

44市町村における基本情報と体操普及活動指標は表1に示した。44市町村における10年間の基本情報の平均値は, 65歳以上人口が $14,977.1 \pm 11,436.9$ 人(2,053.6~57,054.9人), 指導士養成人数が 15.2 ± 13.1 人(2.9~85.1人), 教室延べ開催数が 429.6 ± 355.7 回(77.7~1,897.7回), 教室参加指導士延べ人数が $1,451.2 \pm 1,204.6$ 人(172.4~6,608.2人), 住民参加延べ人数が $7,306.1 \pm 6,335.4$ 人(898.2~34,725.9人)であった。

10年間の体操普及活動指標は, 65歳以上人口千人あたりの指導士養成人数が 10.2 ± 4.7 人(3.9~23.0人), 指導士1人あたりの教室延べ開催数は 28.5 ± 12.1 回(12.7~64.2回), 指導士1人あたりの教室参加指導士延べ人数が 97.8 ± 44.5 人(35.2~225.9人), 65歳以上人口に対する住民参加延べ人数が $53.6 \pm 33.6\%$ (18.4~175.5%)であった。

(2) 茨城県44市町村における5年間のDALEおよびWDPの平均値

44市町村における5年間(平成22~26年)の年齢階級別DALEの平均値を表2に示した。男女ともに年齢階級が上がるごとにDALEが低下していた。44市町村における65~69歳DALEの平均値は男性 17.34 ± 0.45 年(16.23~18.61年), 女性 20.59 ± 0.30 年(19.99~21.08年)となり, すべての年齢階級にて男性のDALEが女性より低く, 男性の健康度は女性と比べて低かった。

44市町村における5年間(平成22~26年)の年齢階級別WDPの平均値は表3に示した。44市町村における65~69歳WDP(単位, 千人あたり)は, 男性 12.06 ± 2.82 (6.62~23.56), 女性 9.02 ± 1.41 (6.36~12.11)であった。男女ともに年齢階級が上

表 1 茨城県44市町村の基本情報と体操普及活動指標

市町村	10年間（平成17～26年度）の平均値					10年間（平成17～26年度）の体操普及活動指標			
	65歳以上人口（人）	指導士養成人数（人）	教室延べ開催数（回）	教室参加指導士延べ人数（人）	住民参加延べ人数（人）	65歳以上人口千人あたりの指導士養成人数（人）	指導士1人あたりの教室延べ開催数（回）	指導士1人あたりの教室参加指導士延べ人数（人）	65歳以上人口（年平均値）に対する住民参加延べ人数（年平均値）（%）
	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）
茨城県	14,977.1 (11,436.9)	15.2 (13.1)	429.6 (355.7)	1,451.2 (1,204.6)	7,306.1 (6,335.4)	10.2 (4.7)	28.6 (12.1)	97.8 (44.5)	53.6 (33.6)
1	57,055 (4,737)	85.1 (21.3)	1,898 (921.8)	6,608 (3,314)	34,726 (13,647)	13.2	22.3	77.7	60.9
2	47,617 (3,572)	34.5 (15.7)	1,101 (817.2)	4,111 (3,705)	24,894 (18,733)	6.5	31.9	119.2	52.3
3	31,527 (3,341)	18.6 (10.4)	493 (258.5)	1,465 (951)	10,548 (4,871)	5.1	26.5	78.7	33.5
4	29,913 (3,058)	17.3 (16.3)	260 (203.2)	1,332 (1,209)	6,913 (4,410)	5.0	15.1	77.0	23.1
5	20,176 (1,221)	21.6 (12.3)	393 (267.9)	1,249 (992)	5,864 (3,785)	9.7	18.2	57.8	29.1
6	11,863 (1,072)	9.9 (8.1)	635 (424.7)	2,236 (1,425)	8,074 (5,405)	7.3	64.2	225.9	68.1
7	15,025 (2,108)	11.4 (6.4)	464 (378.7)	1,741 (1,267)	8,774 (5,942)	6.2	40.7	152.7	58.4
8	9,800 (483)	9.5 (9.0)	170 (145.3)	505 (435)	2,486 (1,769)	8.9	17.9	53.2	25.4
9	14,935 (940)	9.8 (9.5)	253 (210.0)	614 (553)	4,152 (2,577)	5.9	25.9	62.6	27.8
10	16,594 (418)	29.2 (21.5)	1,247 (645.4)	2,379 (1,239)	16,412 (7,388)	16.8	42.7	81.5	98.9
11	8,005 (487)	12.1 (8.7)	266 (202.0)	982 (805)	4,876 (4,234)	13.7	22.0	81.2	60.9
12	12,035 (388)	7.2 (3.9)	281 (215.3)	752 (611)	5,489 (4,353)	5.6	39.0	104.4	45.6
13	18,907 (1,283)	23.9 (7.1)	950 (577.2)	2,644 (2,020)	11,690 (6,994)	11.3	39.7	110.6	61.8
14	26,355 (3,806)	22.0 (13.3)	502 (406.2)	1,928 (1,707)	8,915 (7,204)	6.8	22.8	67.65	33.8
15	16,090 (2,885)	11.8 (11.2)	224 (141.0)	742 (530)	4,265 (2,442)	5.7	19.0	62.9	26.5
16	33,634 (3,744)	17.2 (10.2)	442 (403.0)	1,236 (1,141)	9,693 (4,020)	4.3	25.7	71.8	28.8
17	31,047 (3,293)	36.8 (12.2)	956 (514.8)	3,410 (1,560)	16,968 (8,524)	10.2	26.0	92.7	54.6
18	14,485 (2,136)	13.5 (8.2)	213 (167.4)	885 (1,027)	2,877 (2,257)	7.6	15.7	65.6	19.9
19	7,195 (306)	7.5 (9.5)	416 (227.3)	1,005 (688)	6,839 (3,692)	9.3	14.6	77.4	18.4
20	8,865 (1,775)	21.6 (13.2)	835 (509.3)	2,924 (2,042)	12,858 (7,789)	18.2	38.6	135.4	145.0
21	13,306 (254)	14.3 (9.6)	300 (189.5)	748 (454)	5,144 (3,025)	10.3	21.0	52.3	38.7
22	13,233 (1,147)	16.0 (9.5)	375 (302.3)	1,033 (702)	5,513 (4,123)	10.6	23.4	64.5	41.7
23	25,596 (1,564)	11.0 (9.2)	654 (479.0)	1,505 (1,248)	8,951 (5,888)	8.2	59.4	138.8	35.0
24	12,491 (860)	9.0 (9.0)	131 (111.7)	697 (539)	2,292 (1,349)	3.9	143.30	12.7	18.4
25	5,883 (583)	9.8 (7.8)	419 (406.6)	1,520 (1,337)	6,610 (3,362)	7.3	42.8	155.1	53.8
26	9,918 (811)	8.7 (6.4)	269 (161.0)	1,025 (663)	4,380 (2,206)	7.7	30.9	117.8	44.2
27	11,858 (270)	9.3 (4.0)	173 (85.3)	547 (209)	3,257 (1,171)	7.5	18.6	58.8	27.5
28	15,688 (1,816)	15.3 (12.6)	500 (368.5)	2,392 (1,854)	10,857 (8,436)	11.3	32.7	156.4	69.2
29	10,463 (1,85)	12.3 (9.5)	328 (279.3)	1,075 (896)	3,750 (2,619)	11.3	26.7	87.4	35.8
30	13,022 (501)	12.0 (5.1)	385 (202.5)	919 (525)	5,533 (2,598)	8.6	32.1	76.6	42.2
31	9,510 (1,248)	11.1 (6.9)	255 (227.1)	1,182 (903)	5,489 (4,145)	9.6	23.0	106.5	57.7
32	11,552 (757)	17.3 (11.5)	463 (265.2)	1,256 (1,044)	7,475 (3,981)	13.4	26.8	72.6	64.7
33	8,952 (501)	12.0 (7.6)	498 (322.1)	2,227 (1,455)	7,229 (3,826)	12.2	41.5	185.6	80.8
34	4,804 (1,168)	6.1 (2.9)	76 (66.9)	566 (290.2)	1,462 (831)	7.2	12.1	81.1	32.2
35	5,980 (166)	12.8 (14.3)	484 (290.2)	1,492 (831)	7,259 (3,117)	20.4	37.8	116.6	121.4
36	7,454 (898)	16.2 (8.9)	334 (153.1)	815 (407)	7,940 (3,426)	18.5	20.6	50.3	106.5
37	7,388 (161)	6.0 (5.5)	112 (73.6)	281 (166)	1,741 (1,072)	8.2	18.7	46.8	23.6
38	3,727 (268)	5.5 (7.6)	87 (55.2)	282 (185)	1,831 (1,049)	13.3	15.8	51.2	49.1
39	9,946 (1,168)	7.5 (3.0)	194 (132.5)	608 (548)	3,100 (2,325)	6.4	25.9	81.1	31.5
40	2,951 (81)	6.9 (7.3)	146 (146.3)	699 (638)	1,428 (1,428)	22.3	21.2	96.9	55.1
41	5,256 (186)	4.9 (6.5)	93 (44.4)	172 (76)	1,800 (660)	8.7	19.0	35.2	34.3
42	2,054 (156)	2.9 (4.8)	95 (94.6)	417 (594)	898 (766)	12.5	32.6	143.7	43.7
43	5,685 (348)	6.2 (11.1)	91 (58.4)	518 (335)	1,536 (949)	9.8	14.6	83.5	27.0
44	4,786 (846)	14.1 (7.3)	443 (227.5)	3,172 (1,966)	8,398 (5,183)	23.0	31.4	225.0	175.5

表 2 茨城県44市町村における5年間（平成22～26年）の障害調整健康余命（DALE）の平均値

市町村	男性					女性				
	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳
	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）	平均値（±標準偏差）
茨城県	17.34 (0.45)	13.53 (0.36)	10.02 (0.28)	7.04 (0.23)	4.50 (0.21)	20.59 (0.30)	16.20 (0.27)	12.02 (0.23)	8.21 (0.20)	4.98 (0.15)
1	17.51 (0.03)	13.64 (0.03)	10.03 (0.03)	6.97 (0.02)	4.33 (0.01)	20.65 (0.07)	16.27 (0.07)	12.08 (0.07)	8.27 (0.08)	5.10 (0.05)
2	17.47 (0.03)	13.90 (0.03)	10.23 (0.04)	7.15 (0.04)	4.46 (0.05)	20.63 (0.05)	16.30 (0.03)	12.12 (0.05)	8.25 (0.04)	4.97 (0.02)
3	17.35 (0.03)	13.73 (0.03)	10.04 (0.03)	7.10 (0.04)	4.45 (0.04)	20.87 (0.01)	16.45 (0.02)	12.15 (0.02)	8.33 (0.01)	4.97 (0.02)
4	17.14 (0.03)	13.46 (0.03)	10.06 (0.03)	7.04 (0.03)	4.49 (0.04)	20.15 (0.07)	15.84 (0.07)	11.85 (0.08)	8.13 (0.09)	4.87 (0.09)
5	17.90 (0.02)	14.19 (0.02)	10.59 (0.02)	7.36 (0.02)	4.76 (0.03)	20.76 (0.03)	16.45 (0.03)	12.21 (0.03)	8.32 (0.02)	4.98 (0.04)
6	17.39 (0.03)	13.41 (0.03)	10.00 (0.02)	7.13 (0.02)	4.76 (0.04)	20.83 (0.06)	16.36 (0.06)	12.21 (0.06)	8.28 (0.07)	5.08 (0.06)
7	17.15 (0.01)	13.08 (0.02)	9.50 (0.03)	6.87 (0.02)	4.60 (0.06)	20.43 (0.02)	15.97 (0.02)	11.83 (0.02)	7.90 (0.02)	4.63 (0.02)
8	16.93 (0.06)	13.25 (0.05)	9.69 (0.05)	6.64 (0.05)	4.17 (0.07)	20.50 (0.05)	16.09 (0.05)	11.89 (0.06)	8.15 (0.06)	4.84 (0.07)
9	17.44 (0.02)	13.46 (0.03)	9.97 (0.03)	6.70 (0.03)	4.29 (0.05)	20.32 (0.03)	15.98 (0.03)	11.94 (0.04)	8.14 (0.04)	5.08 (0.03)
10	18.23 (0.04)	14.10 (0.04)	10.52 (0.05)	7.42 (0.06)	4.83 (0.08)	20.77 (0.05)	16.36 (0.06)	12.10 (0.06)	8.29 (0.04)	4.94 (0.03)
11	17.23 (0.05)	13.49 (0.06)	10.14 (0.07)	6.92 (0.09)	4.17 (0.05)	20.30 (0.11)	15.93 (0.11)	11.82 (0.10)	8.15 (0.13)	5.04 (0.10)
12	17.08 (0.04)	13.61 (0.04)	10.18 (0.03)	7.19 (0.02)	4.71 (0.03)	20.52 (0.05)	16.20 (0.05)	11.91 (0.04)	8.19 (0.05)	4.99 (0.05)
13	17.34 (0.03)	13.72 (0.03)	10.13 (0.03)	7.24 (0.04)	4.55 (0.07)	20.76 (0.08)	16.35 (0.08)	12.27 (0.09)	8.57 (0.07)	5.04 (0.06)
14	17.57 (0.06)	13.44 (0.06)	9.74 (0.06)	6.87 (0.07)	4.42 (0.06)	20.42 (0.05)	15.90 (0.05)	11.87 (0.05)	7.93 (0.04)	4.80 (0.03)
15	18.61 (0.03)	14.51 (0.03)	10.73 (0.03)	7.49 (0.04)	4.64 (0.05)	20.89 (0.02)	16.30 (0.02)	11.96 (0.02)	8.10 (0.03)	4.90 (0.04)
16	17.43 (0.03)	13.48 (0.03)	9.87 (0.03)	6.83 (0.04)	4.28 (0.03)	20.77 (0.04)	16.25 (0.04)	12.05 (0.04)	8.30 (0.07)	5.13 (0.05)
17	17.39 (0.02)	13.63 (0.02)	9.99 (0.01)	6.91 (0.03)	4.30 (0.02)	20.59 (0.06)	16.11 (0.07)	11.91 (0.07)	7.99 (0.07)	4.73 (0.05)
18	17.47 (0.03)	13.79 (0.04)	10.28 (0.03)	7.10 (0.04)	4.47 (0.02)	20.65 (0.04)	16.21 (0.05)	11.95 (0.04)	8.20 (0.04)	4.95 (0.06)
19	16.81 (0.05)	13.20 (0.05)	9.63 (0.07)	6.73 (0.07)	4.48 (0.09)	20.72 (0.04)	16.17 (0.04)	11.93 (0.03)	8.15 (0.03)	4.92 (0.06)
20	17.85 (0.06)	13.82 (0.06)	10.16 (0.07)	6.95 (0.08)	4.17 (0.09)	20.42 (0.06)	16.05 (0.05)	11.90 (0.05)	8.06 (0.06)	4.91 (0.06)
21	17.64 (0.03)	13.70 (0.03)	10.15 (0.02)	7.08 (0.04)	4.31 (0.04)	21.08 (0.06)	16.72 (0.07)	12.39 (0.07)	8.42 (0.05)	5.16 (0.05)
22	17.88 (0.02)	14.03 (0.02)	10.32 (0.02)	7.20 (0.03)	4.60 (0.03)	21.04 (0.04)	16.48 (0.04)	12.38 (0.04)	8.49 (0.05)	5.22 (0.05)
23	16.87 (0.04)	13.05 (0.04)	9.54 (0.03)	6.70 (0.04)	4.38 (0.06)	20.44 (0.05)	16.09 (0.05)	11.85 (0.06)	8.16 (0.05)	4.96 (0.04)
24	17.12 (0.02)	13.10 (0.02)	9.70 (0.01)	6.95 (0.04)	4.42 (0.01)	20.04 (0.09)	15.74 (0.10)	11.75 (0.09)	8.14 (0.08)	4.98 (0.07)
25	16.90 (0.02)	13.06 (0.02)	9.82 (0.02)	7.32 (0.03)	4.87 (0.04)	20.63 (0.04)	16.45 (0.04)	12.30 (0.03)	8.46 (0.02)	5.05 (0.02)
26	17.10 (0.04)	13.36 (0.05)	10.13 (0.05)	6.83 (0.07)	4.56 (0.06)	20.78 (0.03)	16.50 (0.04)	12.26 (0.04)	8.37 (0.06)	5.12 (0.04)
27	16.94 (0.01)	13.23 (0.01)	9.78 (0.02)	6.96 (0.03)	4.38 (0.04)	20.94 (0.02)	16.49 (0.03)	12.28 (0.03)	8.53 (0.02)	5.04 (0.03)
28	16.23 (0.04)	12.82 (0.04)	9.72 (0.06)	6.76 (0.06)	4.33 (0.04)	19.99 (0.09)	15.69 (0.08)	11.54 (0.08)	7.90 (0.09)	4.73 (0.09)
29	16									

表3 茨城県44市町村における5年間(平成22~26年)の加重障害保有割合(WDP)の平均値

(千人あたり)

市町村	男性										女性									
	65~69歳		70~74歳		75~79歳		80~84歳		85~89歳		65~69歳		70~74歳		75~79歳		80~84歳		85~89歳	
	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)	平均値(±標準偏差)
茨城県	12.06 (2.82)	22.37 (3.02)	43.14 (5.20)	81.82 (9.98)	143.16 (16.69)	9.02 (1.41)	21.08 (2.99)	50.96 (5.57)	112.35 (10.16)	212.44 (17.19)										
1	13.11 (1.25)	25.11 (0.57)	46.56 (1.81)	95.32 (4.13)	165.05 (3.50)	10.31 (0.27)	23.93 (0.92)	58.95 (0.43)	130.74 (7.79)	244.20 (6.42)										
2	10.82 (0.53)	19.67 (0.78)	38.72 (0.62)	83.81 (5.47)	143.90 (9.04)	9.27 (0.53)	18.51 (0.57)	47.80 (2.31)	110.87 (4.18)	212.40 (4.00)										
3	13.27 (0.87)	23.22 (1.09)	44.21 (1.63)	84.48 (3.87)	142.94 (6.17)	9.79 (0.85)	22.67 (1.12)	55.08 (0.99)	116.30 (2.19)	208.12 (2.26)										
4	12.64 (0.73)	25.34 (1.41)	42.20 (2.14)	79.15 (3.09)	143.71 (11.88)	7.91 (0.19)	20.18 (0.30)	52.86 (1.12)	109.30 (4.74)	209.19 (9.18)										
5	13.46 (1.30)	25.19 (0.52)	46.55 (1.58)	85.60 (2.89)	153.17 (5.86)	9.91 (1.01)	22.92 (1.44)	50.87 (2.44)	117.49 (4.12)	220.12 (2.53)										
6	8.84 (1.22)	18.28 (2.23)	34.55 (3.94)	63.96 (6.58)	123.64 (7.83)	7.39 (1.53)	16.67 (2.03)	38.95 (2.71)	100.31 (4.73)	162.60 (9.89)										
7	10.25 (1.27)	22.43 (4.71)	46.02 (4.05)	86.13 (6.88)	146.68 (13.98)	9.19 (0.77)	24.40 (1.31)	53.25 (2.22)	116.39 (0.47)	232.68 (2.83)										
8	15.88 (2.76)	22.49 (2.73)	44.67 (7.53)	94.55 (5.03)	155.62 (13.51)	10.67 (0.71)	23.95 (1.34)	60.05 (3.16)	117.05 (3.79)	223.17 (9.40)										
9	14.01 (1.49)	24.36 (2.75)	40.14 (2.28)	85.35 (2.33)	150.75 (7.83)	11.47 (0.70)	25.03 (3.01)	52.07 (2.58)	107.72 (4.96)	205.30 (3.19)										
10	11.71 (2.05)	18.85 (2.55)	42.52 (1.86)	75.57 (3.84)	143.21 (9.48)	8.34 (1.51)	21.72 (1.80)	46.53 (6.47)	98.74 (5.35)	209.23 (3.75)										
11	10.33 (2.83)	25.66 (2.67)	54.34 (6.17)	95.05 (12.60)	157.73 (9.41)	9.14 (1.31)	22.09 (2.92)	56.11 (3.86)	124.06 (10.77)	239.36 (10.74)										
12	9.14 (1.41)	22.02 (3.34)	42.33 (3.48)	83.75 (3.00)	151.51 (6.74)	8.09 (2.17)	20.37 (3.03)	55.71 (1.49)	117.91 (5.21)	218.98 (7.43)										
13	13.66 (0.94)	22.24 (1.45)	45.10 (1.16)	78.26 (3.32)	138.09 (14.67)	10.25 (1.17)	21.43 (0.70)	49.61 (4.41)	101.81 (5.00)	203.93 (6.22)										
14	11.16 (1.40)	21.65 (0.87)	48.81 (2.82)	88.51 (6.93)	162.13 (7.51)	9.06 (0.70)	20.24 (2.26)	52.11 (3.76)	126.99 (3.84)	233.72 (5.74)										
15	8.52 (0.90)	18.34 (1.65)	36.33 (2.55)	68.35 (2.80)	135.62 (5.23)	6.48 (0.85)	20.01 (2.16)	51.64 (1.89)	116.28 (4.13)	220.06 (4.73)										
16	11.91 (0.61)	21.47 (1.00)	45.34 (2.12)	98.22 (4.21)	161.18 (7.59)	8.81 (0.46)	22.01 (0.65)	60.10 (3.72)	132.08 (5.68)	227.14 (8.85)										
17	11.46 (0.30)	23.75 (1.56)	41.91 (2.37)	85.00 (3.92)	156.46 (7.48)	9.50 (0.58)	19.77 (1.36)	52.32 (2.41)	114.56 (7.13)	239.46 (6.26)										
18	10.99 (1.95)	18.31 (1.60)	36.78 (2.08)	82.23 (6.09)	150.72 (8.82)	9.42 (1.57)	20.16 (2.18)	47.12 (2.71)	109.99 (4.29)	213.88 (9.69)										
19	8.67 (1.37)	21.48 (3.29)	43.34 (6.06)	83.29 (10.86)	125.89 (16.25)	6.46 (0.70)	19.18 (2.24)	55.78 (3.59)	108.60 (6.81)	222.02 (9.81)										
20	8.99 (2.10)	14.42 (2.06)	40.91 (2.85)	81.24 (10.81)	141.90 (7.77)	6.48 (1.90)	13.45 (1.91)	44.59 (3.21)	117.90 (10.16)	239.52 (9.07)										
21	11.80 (1.79)	22.92 (2.94)	42.01 (2.62)	82.81 (4.60)	160.04 (12.65)	9.58 (1.41)	20.45 (1.23)	46.08 (4.44)	102.51 (3.27)	214.66 (4.29)										
22	11.64 (1.65)	19.69 (1.15)	42.82 (1.34)	78.37 (5.97)	147.89 (21.19)	8.95 (0.72)	21.99 (2.77)	48.13 (1.64)	118.96 (5.76)	215.51 (13.18)										
23	12.21 (0.89)	21.72 (2.46)	41.19 (1.71)	82.37 (3.32)	141.75 (12.83)	8.48 (0.91)	18.72 (0.86)	49.50 (1.74)	108.64 (5.11)	201.77 (6.21)										
24	14.16 (0.83)	23.46 (3.73)	49.38 (4.90)	84.86 (9.06)	147.27 (4.85)	11.87 (0.28)	23.77 (2.70)	50.81 (3.79)	107.41 (7.10)	196.97 (10.94)										
25	11.32 (2.26)	20.86 (2.38)	44.52 (3.59)	81.55 (6.79)	118.32 (4.27)	10.40 (1.64)	22.06 (1.74)	44.91 (2.14)	98.59 (2.77)	199.03 (5.37)										
26	11.13 (1.15)	22.42 (1.83)	45.79 (3.53)	86.67 (7.58)	147.69 (3.90)	10.04 (1.11)	20.73 (0.38)	50.69 (4.42)	112.42 (5.38)	209.59 (12.10)										
27	11.61 (1.57)	23.87 (2.95)	44.15 (6.28)	76.08 (4.18)	136.41 (7.71)	9.46 (2.40)	23.09 (1.59)	44.34 (2.17)	96.53 (2.72)	195.54 (4.12)										
28	16.07 (1.63)	27.93 (3.19)	46.46 (3.32)	93.27 (8.01)	157.27 (10.91)	12.11 (1.63)	28.37 (1.52)	57.99 (1.62)	131.01 (5.27)	217.07 (16.98)										
29	14.42 (2.49)	22.07 (2.84)	46.39 (3.08)	88.55 (6.53)	139.43 (14.88)	8.83 (1.14)	18.07 (2.29)	52.15 (1.74)	121.05 (4.04)	213.92 (8.44)										
30	12.50 (1.57)	27.01 (1.54)	44.62 (1.67)	79.63 (2.18)	153.78 (19.55)	10.42 (1.27)	23.38 (3.03)	48.40 (2.41)	112.02 (7.24)	215.42 (12.55)										
31	10.45 (1.30)	24.11 (2.44)	47.25 (2.31)	84.96 (3.12)	167.39 (17.04)	8.76 (1.03)	21.60 (1.97)	52.95 (3.11)	116.74 (7.72)	226.31 (3.99)										
32	14.80 (2.02)	25.66 (1.94)	41.29 (2.71)	86.45 (7.09)	140.61 (7.91)	7.69 (0.44)	20.38 (1.35)	49.94 (2.30)	108.13 (8.04)	192.13 (8.26)										
33	14.10 (1.39)	23.85 (2.28)	45.94 (4.10)	88.82 (2.26)	150.31 (18.04)	10.40 (1.07)	20.74 (1.18)	42.91 (4.38)	107.48 (3.99)	200.94 (5.78)										
34	11.57 (4.22)	28.90 (2.69)	58.18 (3.98)	95.50 (12.96)	138.08 (15.57)	9.13 (1.86)	26.24 (2.73)	58.51 (6.14)	120.71 (9.81)	219.90 (10.92)										
35	9.92 (3.74)	25.87 (5.90)	44.56 (7.23)	79.52 (5.52)	148.89 (3.47)	9.36 (1.17)	24.20 (2.08)	56.56 (3.77)	108.82 (10.41)	196.20 (16.38)										
36	9.35 (0.88)	20.75 (2.03)	39.74 (6.04)	91.73 (4.72)	161.84 (14.77)	7.86 (1.25)	23.72 (4.50)	58.21 (4.78)	134.15 (13.41)	255.77 (8.20)										
37	10.90 (1.82)	19.33 (2.95)	34.18 (6.03)	75.30 (6.99)	139.45 (10.68)	7.60 (2.77)	17.90 (2.14)	40.93 (2.64)	100.11 (3.62)	199.13 (4.11)										
38	12.14 (3.66)	24.58 (4.34)	30.82 (2.86)	66.58 (16.21)	90.91 (16.57)	10.99 (1.62)	22.42 (3.12)	45.48 (5.84)	89.21 (9.92)	179.34 (13.34)										
39	14.10 (1.36)	20.05 (1.74)	41.50 (2.60)	73.47 (6.65)	132.31 (8.04)	8.80 (0.48)	21.28 (1.89)	45.98 (3.20)	108.17 (4.99)	182.39 (9.24)										
40	23.56 (5.34)	22.42 (7.95)	44.54 (6.61)	72.82 (13.08)	119.88 (15.67)	6.36 (4.17)	21.29 (3.18)	47.51 (4.35)	118.04 (3.17)	198.87 (17.91)										
41	8.29 (1.46)	18.07 (5.73)	33.92 (4.73)	56.37 (8.57)	106.32 (14.99)	8.18 (1.56)	18.21 (1.81)	43.37 (3.11)	101.57 (3.62)	194.98 (13.41)										
42	15.91 (6.67)	23.13 (4.32)	49.76 (6.28)	52.50 (22.44)	117.27 (23.68)	7.41 (3.76)	12.08 (2.70)	63.23 (10.86)	103.26 (17.87)	194.29 (21.51)										
43	13.56 (1.00)	24.86 (3.54)	41.81 (3.38)	93.36 (11.19)	144.57 (18.73)	8.42 (1.82)	19.17 (4.15)	53.65 (7.44)	103.98 (5.46)	202.92 (19.24)										
44	6.62 (2.44)	16.57 (2.44)	36.09 (1.72)	70.90 (11.21)	141.48 (19.25)	7.97 (1.42)	19.04 (1.44)	48.66 (7.95)	118.65 (12.71)	218.48 (11.37)										

茨城県の値は44市町村の平均値(±標準偏差)

表4 茨城県44市町村における体操普及活動指標と障害調整健康余命(DALE)、および加重障害保有割合(WDP)との関連

10年間(平成17~26年)の体操普及活動指標	65~69歳		70~74歳		75~79歳		80~84歳		85~89歳			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性	
	r値	P値										
DALE												
65歳以上人口千人あたりの指導士養成人数、人	0.214	0.163	0.064	0.682	0.290	0.057	0.067	0.666	0.278	0.067	0.019	0.902
指導士1人あたりの教室延べ開催数、回	-0.057	0.716	0.010	0.947	-0.033	0.833	0.080	0.607	0.001	0.996	0.066	0.671
指導士1人あたりの教室参加指導士延べ人数、人	-0.202	0.190	-0.116	0.453	-0.178	0.247	-0.067	0.664	-0.077	0.618	-0.069	0.657
65歳以上人口に対する住民参加延べ人数、%	0.140	0.366	-0.039	0.803	0.138	0.373	-0.015	0.923	0.140	0.365	-0.049	0.753
WDP												
65歳以上人口千人あたりの指導士養成人数、人	0.020	0.897	-0.139	0.369	0.123	0.427	0.016	0.916	0.084	0.588	-0.004	0.981
指導士1人あたりの教室延べ開催数、回	-0.145	0.347	-0.108	0.484	-0.239	0.118	-0.199	0.196	0.0			

79歳 ($P = 0.096$) では、指導士1人あたりの教室参加指導士延べ人数が多いとWDPが高く、65~69歳 ($P = 0.074$) では、65歳以上人口に対する住民参加延べ人数が多いとWDPは低い傾向がみられた。

IV 考 察

本研究の結果、体操普及活動指標とDALEとの関連は、事業開始10年経過時では有意な関係は認められなかったが、男性については70~74歳と75~79歳では、65歳以上人口千人あたりの指導士養成人数が多いとDALEは長い傾向がみられた。体操普及活動指標とWDPとの関連においても、事業開始10年経過時では有意な関係は認められなかったが、男性では75~79歳では、指導士1人あたりの教室参加指導士延べ人数が多いとWDPは高く、65~69歳では、65歳以上人口に対する住民参加延べ人数が多いとWDPは低い傾向がみられた。

栗盛らは年齢調整WDPが男女ともに全国上位(男女ともに2位)であることから、茨城県の特徴として障害をもつ人が少ないことを示し²¹⁾、この特徴は平成27年における茨城県の要介護認定率が全国と比べて3.1ポイント低く(茨城県15.0%、全国18.1%)、全国順位で2番目に低い²²⁾ ことから確認できた。また、筆者らは、本事業を対象とした茨城県44市町村の調査より、体操普及活動が軽度の要介護認定者の割合の増加や介護保険料の増加を抑制している可能性を示唆しており^{9, 10)}、体操普及活動が障害の抑制へ寄与すると考えられた。しかし、本研究で用いたWDPは要介護度別介護保険認定者数、介護度別の障害の重みを数値化した効用値を用いて算出し、DALEはWDPと生命表を用いて算出するため、先行研究で用いた軽度の要介護認定者の割合とは異なる高齢者の健康の質を評価する指標であることから、現時点では有意な関係が認められなかったと推察された。また、47都道府県のDALEを分析した報告では、高齢者の健康状態は5~8年を経ても上位県および下位県ともに大きな変化がみられないことから、体操普及活

動のような高齢者施策の効果は10年単位以上で評価していく必要も考えられた²¹⁾。さらに、体操普及活動がWDPの増加を抑制すると推測していたが、教室参加指導士延べ人数が多いとWDPは高い傾向がみられたことは、観察期間が短かった可能性があげられる。これらのことから、今後も指導士養成人数を増やし、長期にわたり活発な体操普及活動を展開しながら、体操普及活動指標とDALE、およびWDPの関連について、観察期間を長くした検討が必要と考えられた。

本研究では、高齢者によるボランティア活動がDALEおよびWDPに及ぼす要因について分析しておらず、生態学的誤差によるバイアスを否定することはできない。また、本研究は単変量解析を用いたため交絡因子などの影響を取り除けていないことから、多変量解析を行ない、交絡因子と考えられる要因(市町村における健康づくり、介護予防事業、およびインフォーマルな介護予防活動など)の影響を取り除く必要があると考えられた。さらに、体操普及活動指標(10年間)とDALEおよびWDP(5年間)の期間が異なり、体操普及活動の効果がDALEおよびWDPに反映されない可能性も考えられるため、今後、同じ期間での検討が課題である。

研究の限界として、男性において70~74歳と75~79歳では、65歳以上人口千人あたりの指導士養成人数が多いとDALEは長く、75~79歳では、指導士1人あたりの教室参加指導士延べ人数が多いとWDPは高く、65~69歳では、65歳以上人口に対する住民参加延べ人数が多いとWDPは低い傾向が示されたことについて、 α エラーの可能性を否定できないことがあげられる。

V 結 語

茨城県44市町村における高齢のボランティアによる介護予防体操普及活動と健康余命との関係を検討した結果、事業開始10年経過時では、体操普及活動と健康寿命との関連について有意な関連が認められなかった。高齢のボランティアによる市

町村における介護予防活動の有用性を明らかにしていくためには、今後も指導士養成人数を増やし、体操普及活動を活発に、かつ長期にわたり継続していくことと併せて、健康寿命との関連を分析していく必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました茨城県内のシルバーリハビリ体操指導士、茨城県立健康プラザ、茨城県総合健診協会、茨城県庁関係者の皆さまへ深謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2018年4月12日アクセス)
- 2) 厚生労働省. 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088520_2.pdf (2018年4月14日アクセス)
- 3) 厚生労働省. 二十一世紀における第二次国民健康づくり運動. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21/index.html (2018年4月12日アクセス)
- 4) 厚生労働省. 「地域共生社会」の実現に向けて. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html> (2018年4月19日アクセス)
- 5) Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario PA., Tang F. Effects of volunteering on the well-being of older adults. *J. Gerontol.* 2003; 58B (3) :S137-S145.
- 6) 今井忠則, 健康中年者における作業参加が生きがいにも及ぼす影響. *作業療法.* 2016;35 (6) :611-620.
- 7) 島貫秀樹, 本田春彦, 伊藤常久他. 地域在宅高齢者の介護予防推進ボランティア活動と社会・身体的健康度およびQOLとの関係. *日本公衆衛生雑誌.* 2007;54 (11) :749-759.
- 8) Luoh MC., Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. *J. Health Soc. Behav.* 2002;43 (4) :490-509.
- 9) 小澤多賀子, 田中喜代次, 清野諭他. 地域在住高齢者による介護予防ボランティア活動と地域の要介護認定状況との関係. *健康支援.* 2014;16 (1) :7-13.
- 10) 小澤多賀子, 田中喜代次, 栗盛須雅子他. 高齢ボランティアによる介護予防体操の普及活動が要介護認定状況に及ぼす影響. *厚生*の指標. 2017;64 (13) :9-15.
- 11) 栗盛須雅子, 福田吉治. 障害調整健康余命 (DALE) および障害調整生存年 (DALY) の我が国における応用. *Geriatric Medicine.* 2008;46 (1) :39-44.
- 12) 栗盛須雅子, 福田吉治, 八幡裕一郎. 介護保険統計を用いた高齢者指標の提案と指標の関連要因. *老年社会科学.* 2008;30 (3) :383-392.
- 13) 茨城県・茨城県立健康プラザ・茨城県総合健診協会. 平成27年度47都道府県と茨城県44市町村の健康寿命 (余命) に関する調査研究報告書. 2016.
- 14) 今絵理佳, 石田修也, 秋山稔他. 茨城県におけるシルバーリハビリ体操指導士養成事業の概要. *地域リハ.* 2018;13 (1) :8-12.
- 15) 茨城県. 茨城のプロフィール. <http://www.pref.ibaraki.jp/shiru/annai/profile/index.html> (2018年4月12日アクセス)
- 16) 茨城県. 茨城県の人口と世帯 (推計). <http://www.pref.ibaraki.jp/kikaku/tokei/fukyu/tokei/betsu/jinko/getsu/jinko1803.html> (2018年4月13日アクセス)
- 17) 茨城県. 高齢化関連の各種データ. <http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/chofuku/choju/stats/index.html> (2018年4月13日アクセス)

- 18) 厚生労働省. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf> (2018年4月12日アクセス)
 - 19) 茨城県立健康プラザ. シルバーリハビリ体操指導士の活動. http://www.hsc-i.jp/04_kaigo/katudou.htm (2018年9月27日アクセス)
 - 20) いばらき統計情報ネットワーク. 茨城県の年齢別人口（茨城県常住人口調査結果）四半期報 . <http://www.pref.ibaraki.jp/kikaku/tokei/fukyu/tokei/betsu/jinko/nenrei/> (2018年4月14日アクセス)
 - 21) 栗盛須雅子, 福田吉治, 澤田宣行他, 算出プログラムを用いた要介護認定データに基づく全国と47都道府県の障害調整健康余命（DALE）と加重障害保有割（WDP）の算出結果の活用について. 厚生指標. 2017;64（3）:26-33.
 - 22) 茨城県. いばらき高齢者プラン21 第7期. <http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/chofuku/choju/pulan21.html> (2018年4月12日アクセス)
- (受付 2019.2.19 : 受理 2019.9.20)

Relationship between the dissemination of disability-prevention exercises by community-dwelling older adults and healthy-life expectancy

Takako Kozawa^{1) 2)}, Sugako Kurimori^{2) 3)}, Kiyoji Tanaka⁴⁾, Keiko Sunou⁵⁾, Akiko Komuro⁶⁾,
Atsuya Tomita⁷⁾, Hitoshi Ota⁷⁾

Abstract

Objectives: We used the disability-adjusted life expectancy (DALE) and weighted disability prevalence (WDP) indexes to examine the relationship between the dissemination of disability-prevention exercises by older volunteers and healthy-life expectancy.

Methods: Study participants were recruited from all 44 municipalities in Ibaraki Prefecture, Japan. Four indicators of exercise dissemination were used: the number of volunteers for the population aged 65 or over, the number of exercise classes per volunteer, the number of volunteers participating in exercise classes per volunteer, and the number of older adults participating in exercise classes for those aged 65 years or over. The magnitudes of association between these indicators of exercise dissemination and DALE or WDP were examined by the Spearman rank-order correlation analysis.

Results: Rank-order correlation analysis showed no significant associations between the indicators of exercise dissemination and DALE. Moreover, this analysis showed there were no significant associations between the indicators of exercise dissemination and WDP.

Conclusions: There were no significant associations found between the dissemination of disability-prevention exercises by community-dwelling older adults and healthy-life expectancy. These results suggest that in the future, the role of the dissemination of disability-prevention exercises on healthy-life expectancy should be evaluated more comprehensively.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 15 – 23】

Key words : prevention of disability, senior volunteer, exercise dissemination activities, disability-adjusted life expectancy, weighted disability prevalence

1) Japan Successful Aging Promotion Organization, Ibaraki, Japan

2) Ibaraki Health Plaza, Ibaraki, Japan

3) Department of Nursing, Seitoku University, Chiba, Japan

4) Faculty of Health and Sports Sciences, University of Tsukuba, Ibaraki, Japan

5) Faculty of Human Sciences, Tokiwa University, Ibaraki, Japan

6) Health Guidance Division, Joso Health Center, Ibaraki, Japan

7) Ibaraki Health Service Association, Ibaraki Health Plaza, Ibaraki, Japan

原著論文

長期臥床高齢者の筋緊張による関節屈曲拘縮に対する ポジショニングケアプログラムの有効性

兼田美代¹⁾, 臼井キミカ²⁾, 中谷こずえ³⁾

抄録

目的：長期臥床高齢者の筋緊張による関節屈曲拘縮に対してポジショニングケアプログラムを実施し、その効果を明らかにすることである。

方法：研究対象者は、長期臥床状態にあり、肘・膝関節屈曲拘縮を有する高齢者20名とケア提供者147名である。方法は、90日間のポジショニングケアプログラムによる準実験介入研究である。対象高齢者に30日毎に測定した関節可動域等の客観的評価とケア提供者に介入前後に実施した主観的評価を、フリードマン検定等を用いて総合的に評価した。

結果：90日間の測定が可能であった高齢者12名の肘・膝関節屈曲、後頸部後屈、膝関節筋緊張の改善率は全て有意であった。肘関節筋緊張は、改善の傾向はあったが自律神経機能には差は認められなかった。ケア提供者によるポジショニングケアプログラムの主観的評価は、内的一貫性があり、信頼性は高いと判断できた。

結論：ポジショニングケアプログラムは、長期臥床高齢者の筋緊張による関節屈曲拘縮の改善に有効であることが示唆された。

【社会医学研究2020；37（1）：24-34】

キーワード：ポジショニングケア，長期臥床高齢者，筋緊張，関節屈曲拘縮

I. 諸 言

我が国の療養病床における平均要介護度は4.39と高く（厚生労働省，平成26年9月），要介護度の高度化に伴い，長期臥床高齢者では，活動性や可動性の低下に伴う廃用症候群や脳梗塞後遺症による麻痺など関節の拘縮や変形に至る例が多い¹⁾。長期

臥床による悪影響として体幹後面のみが刺激を受け，また項部が過伸展となり，立ち直り反射を誘発し，背部への求心性ニューロンのみの刺激入力により体幹固有受容器障害が生じるため，四肢の屈曲拘縮をきたす²⁾。このような身体状況は日常生活動作（activities of daily living:ADL）が制限されるばかりか，疼痛を伴い，高齢者の生活の質（quality of life:QOL）を著しく低下させる。また，関節拘縮がある高齢者のケアは，かなり困難であることから介護負担を増大させ，看護・介護職の疲労を増長させている³⁾。これらはケア頻度の減少などにつながる可能性があり喫緊の課題である。

関節可動域の拘縮・変形予防が自力で行えない場合には他動運動を，臥床が避けられない時はポジショニング（positioning）により筋緊張しない

1) 一宮研伸大学 看護学部
(人間環境大学看護学研究科博士後期課程)

2) 人間環境大学 看護学部

3) 人間環境大学看護学研究科博士後期課程

連絡先：兼田美代

住所：〒491-0063

愛知県一宮市常願通5-4-1

TEL：0586-28-8110(代) FAX：0586-25-2800

E-mail：m.kanedat@ikc.ac.jp

状態にする必要がある^{4,5)}。このことは要介護度の高い高齢者が多くを占める高齢者施設等に勤務する看護・介護職（以下、ケア提供者）には、ポジショニング技術が問われることを意味する。筋緊張には、何をされるのか怖いという反応でおこる防御性筋収縮が関与していると推察される事例も多い⁶⁾。ケア提供者が筋緊張に対する理解不足で筋緊張を一層亢進させる⁷⁾など、不適切なポジショニングが筋緊張による関節拘縮を増強させている可能性がある。つまり、長期臥床による四肢屈曲拘縮の上に、不適切なポジショニング技術で防御性筋収縮をおこさせ、筋緊張を亢進させることで、さらに関節屈曲拘縮をおこしていると推測される。これまでにポジショニングが関節拘縮の改善に有効であるとの報告^{8,9,10)}はあるものの、長期臥床状態で、ポジショニング時に何をされるか分からないことに起因する恐怖感や不適切ケアによる痛みなどが及ぼす筋緊張に伴う関節屈曲拘縮に対する検討が十分にされているとは言い難い。本研究目的は、ポジショニングケアが、筋緊張のある関節屈曲拘縮を有する長期臥床高齢者に対して、関節屈曲拘縮の改善に有効であることを明らかにすることである。

II. 方 法

1. 研究デザイン

研究デザインはシングル・ケース (single case) A-B型準実験研究法である¹¹⁾。

2. 用語の定義

研究の操作的定義は、長期臥床高齢者とは、1カ月以上入院し、かつ、1カ月以上の臥床状態にあり、自力体位変換が不可能で、終日ベッド上で過ごし、全介助を受けている65歳以上の者とした。筋緊張とは、筋肉の緊張が高まり、筋肉が萎縮し関節が引っ張られている状態とした。ポジショニングケアとは、自力で体位変換ができない対象者に、不安や痛みがなく、リラックスできるように関わり、クッションなどを活用し、空間・加重を整え、筋緊張を緩和する体位調整とした。

3. 研究方法

1) 研究対象：研究対象者は、上記に示した長期臥床高齢者であり、筋緊張のある関節屈曲拘縮を有する20名とそのケア提供者147名である。なお、対象高齢者の選定条件は、長期臥床状態で起こる筋性拘縮を主とし、脳卒中の後遺症として生じる神経性拘縮の無い側のみとした。屈曲拘縮は、肘・膝関節の片方、若しくはその両方を有し、屈曲の程度は60度以上とした。

2) 研究期間：研究期間は、平成28年10月から平成29年3月までの5カ月間であった。

3) 介入内容：①プレ操作期（1カ月間）では、ケア提供者に研究目的とポジショニングケア内容を説明し、ケア技術を研修した。②基礎水準期（1カ月間）は、対象高齢者の日常状態の観察期間であった。③操作導入期（3カ月間）は、通常業務として毎日行われている3時間毎の体位変換をポジショニングケアの実践に置き換えて90日間実施した。

兼田¹²⁾の事前研究を基に、ポジショニングに関する文献^{13~20)}から介助方法、筋緊張の確認、クッションの使い方などを検討した。対象高齢者への関わりかたは、板橋²¹⁾の筋緊張の緩和する触れ方や本田²²⁾、中谷²³⁾のケア内容を検討し、対象高齢者の不安や緊張を引き起こさないよう配慮した。以上から研究者が作成したポジショニングケアプログラムの①~⑦【①笑顔で常に声をかける：身体に触れる際は、眼を見て何を行うのかを笑顔で話す。②体調や表情などから変化を確認する：ケア前・中・後に対象高齢者の反応を観察しながら行う。③動き出すタイミングを確認する：身体を動かすときは対象高齢者とタイミングを合わせ、声をかけながら行い、無理な強制や急激なことは避ける。④関節の状態を感じながらポジショニングケアを実施する：筋緊張を観察し、全身の空間や加重の程度を確認する。空間・隙間を埋める場合は、乱暴に押し込まず、加重部位とのバランスを図りながら行う。全身のゆがみやねじれの有無は、顔・肩・腰・膝・足尖部の方向と角度を一致させる（身体全体を足元から確認する）。⑤おむつ交換などのケアを楽に実施する：④と同様に、状

態を見ながら日常生活ケアを行う。⑥防御性筋収縮がないポジショニングケアを実施する：①～⑤を実施しながら、緊張や不安をケア提供者が与えていないか確認しながら行う。⑦信頼関係が構築されたと感じる：①～⑥の実施を通して、対象高齢者との間で発言が無い場合でも信頼関係があるとケア提供者自身が感じる。】をケア提供者に周知した。

各対象高齢者のベッドサイドには、方法が一目で理解できるように、写真やクッションの配置と注意点を掲示した（図1）。研究内容を何時でも確認できるように、これらをまとめたファイルをステーション内に設置し、30日毎の測定日に撮影した写真など、その都度更新した。なお、対象高齢者20名に対しては、理学療法士による関節可動域



図1 ベッドサイドに掲示した一例

訓練は実施されていなかった。ケア提供者の介入技術の統一とケアの質を高め、それを維持するために、介入初日には、対象高齢者全員のポジショニングケアを研究者が行い写真撮影した。また研究者は、30日目までは約7日毎に、それ以降は約10日毎に病棟を訪問し、ケア提供者と共にポジショニングケアを行い、対象高齢者の状態観察やケア提供者の不安や疑問に対する対応を行った。

4) 評価項目と統計解析

対象高齢者へのポジショニングケアのアウトカムは、関節可動域²⁴⁾、筋緊張²⁵⁾、心拍変動性の計測による自律神経機能²⁶⁾、表情や反応、ケア提供者による主観的評価の5項目である。評価項目以外にバイタルサイン (vital signs) の測定は、ポジショニングケアを行う上で、対象高齢者の状態把握のために実施した。また、画像による撮影は、視覚的に捉えるために肘関節、膝関節、後頸部と表情、全身の撮影を行った。30日毎の評価は、測定の信頼性を担保するために、研究者の他に、各病棟のケア提供者、看護管理者、理学療法士の同席の下にデータ収集を行った。評価時期は、基礎水準期を起点とし、介入開始30日目、60日目、90日目の計4回である。

関節可動域、筋緊張、自律神経機能についての改善率の検定では、IBM SPSS Statistics Ver.25を用いて、フリードマン検定 (Friedman test) を行い、有意水準は5%以下とした。ケア提供者のアンケート調査では、t検定を行った。ケア提供者に行った調査内容は、研究者が作成したポジショニングケアプログラムの7項目を質問内容とし、VAS (Visual Analogue Scale) で回答を得た²⁷⁾。評価時期は基礎水準期と介入90日目の2回であり、その際に対象高齢者の反応やポジショニングケアについて自由回答欄への記入を求めた。

4. 倫理的配慮

本研究は、介入研究の前にUMIN臨床試験登録システムに登録 (UMIN000026136) を行い、人間環境大学研究倫理審査の承認を得て実施した (許可番号:UHE-2016012)。研究施設の施設長、看護部長に研究目的と内容、倫理的配慮について文章を

用いて口頭で説明し、研究の承諾を文章にて得た。研究参加者およびその家族には、研究の趣旨と目的、研究参加は自由意思で不参加による不利益がないこと、研究者の守秘義務、個人情報 の匿名化、学会・専門誌への発表について口頭と書面にて説明し、承諾書で研究協力の同意を得た。またケア提供者は、無記名アンケート用紙の提出をもって承諾が得られたと判断した。なお研究に関する全てのデータ類は、研究終了後5年間の保存後、研究者が責任をもって消去する。本研究に際して、開示すべき利益相反はない。

Ⅲ. 結 果

1. 研究対象者の概要

対象高齢者は、20名であったが、介入90日目までの全ての評価項目が測定できたのは12名 (60.0%) であり、分析対象から除外した8名の内訳は、死亡5名、転院3名であった。研究対象者12名の性別内訳は、女性10名、男性2名、平均年齢は、84.3 (SD7.1, 範囲65~92) 歳であった。要介護度は、2名が要介護度4で、10名が要介護度5であり、全員が全介助状態であったが褥瘡は無かった。認知症高齢者の日常生活自立度は全員がIVであり、障がい高齢者の寝たきり度も全員がC2であった。また、体格指数 (Body Mass Index: BMI) は1名を除き低体重 (やせ) と判定した。平均BMIは15.9 (範囲: 13.0~21.1) であった。主要疾患は、高血圧、脳梗塞、心不全、認知症、廃用性症候群など各対象高齢者は、複数の疾患を抱えていた。医療的処置については、吸引が全員必要であり、その他に酸素吸入、心電図モニター、膀胱留置カテーテル、経鼻注入、胃ろう、気管切開などを行っていた。研究開始時の平均入院期間は27.2カ月 (範囲: 3~116)、平均臥床期間は21.3カ月 (範囲: 3~60)、介入前の体位変換は全員1日8回実施されており、研究期間中のポジショニングケア実施回数も同様とした。ケアに用いたクッション数は、介入前の平均は5.2個であったが、介入時のそれは11.8個~14.1個であり、Wilcoxon検定の結果、介

入によりクッション数は有意 (p=.000) に増加した。

対象高齢者の身体状況は、収縮期血圧が150mmHg以上であった者は2名(各1回)、体温では、37.5℃以上が2名(各1回)あったが、脈拍・呼吸数、経皮的動脈血酸素飽和度 (SpO₂) では、各対象者の通常値の範囲内にありポジショニングケアによる変化は認められなかった。また、言動・表情では、全員に発語は認められなかった。うなずきは1名にあった。その他に呻吟や喘鳴、不安・苦痛願望、口を食いしばるなどがあった。

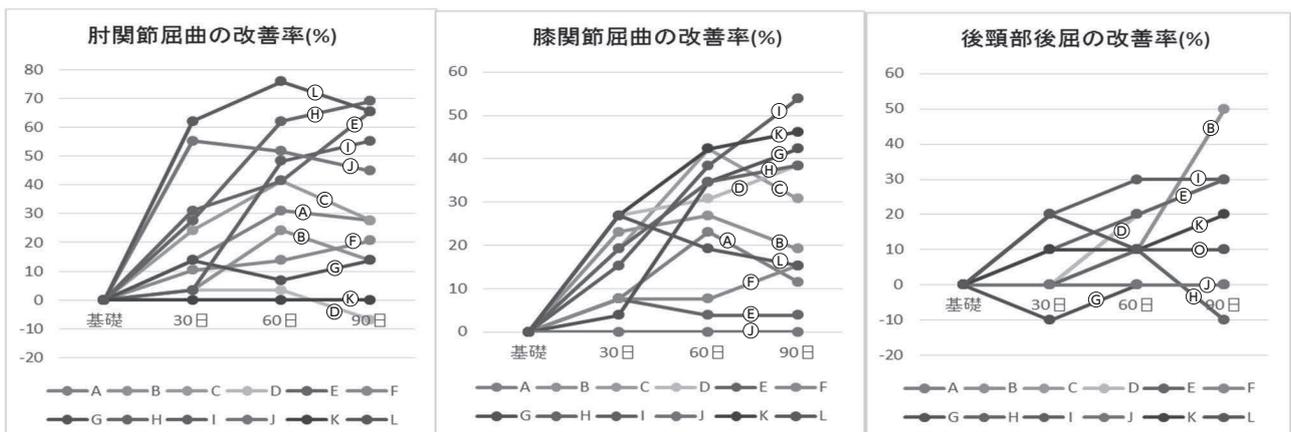
ケア提供者に対するアンケート配布は147名であり、基礎水準期の回収は124名(84.4%)、介入90日目の回収は132名(回収率89.8%)であった。介入90日目の職種別の回収率は看護職82名(87.2%)、介護職は50名(94.3%)であった。性別は、看護職は全員女性であり、介護職は男性13名(26.0%)、女性37名(74.0%)であった。年齢は両職種とも40歳以上が約7割を占めたが、職種での経験年数は、看護職の10年以上は48人(58.5%)に対し、介護職は13人(26.0%)であった。

2. 対象高齢者の評価項目について

肘関節 (K氏)・膝関節 (J氏)・後頸部 (F氏) において、項目別の屈曲拘縮が無かったため、対象高齢者は11名ずつである。

1) 対象高齢者の介入効果

対象高齢者の関節可動域評価では、肘・膝関節屈曲、後頸部後屈の角度を4回測定した。改善率の算出方法は、基礎水準期から変化したそれぞれの角度を日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会関節可動域合同委員会²⁸⁾で示された各関節の最大屈曲角度である肘関節145度、膝関節130度、後頸部後屈50度を、屈曲の100%とし、各関節可動域の変化の割合を図2に示した。また、本研究での対象高齢者の肘・膝関節が最大屈曲角度より大きいのは、「他動的関節可動域」の範囲である²⁹⁾。筋緊張は、Bohannonの6段階の筋緊張評価スケール(0. 1. 1+. 2. 3. 4. の6段階)で算出した。自律神経バランスは、自律神経機能(LF/HF)ユメディカ社製アルテットCDNで加速度脈波を測定し、脈波変動解析による「MEM LF/HF比」(低周波/高周波比率3.0未満は安静時標準値、1.0未満は副交感神経優位、3.0~4.0は交感神経優位のグレーゾーン、4.0以上は交感神経優位のストレスの高い状態)で行った³⁰⁾。各関節可動域の変化をFriedman検定した結果、いずれも有意な変化(肘関節屈曲:p=.000、膝関節屈曲:p=.000、後頸部後屈:p=.003)を認めた。筋緊張は、前記同様に4回測定した結果、膝関節は有意に改善し(p=.008)、肘関節では改善傾向(p=.053)を認めた。しかし、自律神経(LF/HF)評価では、有意な変化は認め



注) 改善率算出方法は、各関節可動域の最大屈曲値を100%とした割合である。本研究での値の示しかたをB氏で説明する。肘関節屈曲拘縮が、基礎水準期145度のB氏が介入90日目で125度となった。基礎水準期では、145度の屈曲率100%で、90日目には125度に改善したので屈曲率86.2%となり、その差が改善率13.8%となる。

図2 ポジショニングケアによる肘・膝関節屈曲と後頸部後屈拘縮の改善率
【基礎水準期を0として、改善率を示した(ファンチャート)】

られなかった(表1).

2) 評価項目別の変化

各評価項目において顕著に改善した例を挙げて説明する. また, 対象高齢者の反応は, 本人からの聴取は不可能であったため, ケア提供者からの報告内容等を記載する.

(1) 関節可動域について

肘関節可動域については, 1名の悪化を除き, 10名が改善した. H氏は, 介入90日目で肘関節可動域が120度から20度(改善率69.0%)に改善し, 11名中で最大の改善率であった. H氏は, 介入の初期では, 身体に触れるだけで緊張が高まっていたが, 徐々に表情が和らぎ, 声かけ時にはケア担当者との視線が合い, バイタルサイン測定時に(協力するように)手を少し動かしたと記載されていた. 悪化したD氏は, 肘関節可動域が150度から145度に一旦改善したが, 介入90日目には160度に悪化した. この日の身体状況では発熱はないものの血圧が151/89mmHgと通常より収縮期血圧, 拡張期血圧共に20mmHg上昇しており, 喀痰が多く喘鳴もあった.

膝関節可動域については, 対象高齢者11名全員が改善した. 最大の改善率を示したI氏は, 100度から30度(改善率53.8%)に改善した. I氏は, 肘・膝関節共に改善率が50%以上であり, ケア提供者からは介入前は無表情であったが, 介入期間中は表情が豊かになり, 視線を合わせ少し発語があるとの記載があった.

後頸部後屈可動域については, 9名が改善した. 悪化と現状維持が各1名あり, B氏は, 後頸部後屈30度から5度(改善率50%)と11名中最大に改

善した. B氏の状況は, 口が閉じて呼吸が楽そうになり, 叫び声の回数が減少したと記載されていた. 反対に20度から25度に悪化したH氏については, 介入60日目には, 一旦15度に改善したものの, 介入90日目には37.5℃と発熱していたことが影響したのか再び25度になった. しかし, 肘・膝関節屈曲拘縮は悪化しなかった.

(2) 筋緊張について

肘関節の筋緊張については, 改善したのは4名(D氏・E氏・F氏・G氏)で, 現状維持が7名であった. 膝関節の筋緊張が改善したのは, 7名(C氏・E氏・F氏・G氏・H氏・I氏・K氏)であり, 現状維持が4名であり, 肘・膝関節の筋緊張が共に悪化した者はなかった. 両関節の筋緊張が改善した3名(E氏・F氏・G氏)については, ケア提供者は「身体が柔らかくなった」と感じており, 入浴時に脇が開けやすく洗いやすくなり, 寝衣交換が楽になったと記載していた.

(3) 自律神経機能(LF/HF)について

自律神経機能については, 有意な変化は認められなかった.

3. ケア提供者の主観的調査について

調査内容の7項目の信頼性分析を行った結果, 基礎水準期のCronbachの α 係数は0.837, 介入90日目ではCronbachの α 係数は0.847であり, いずれの結果も内的一貫性の信頼性は十分に高いと判断した. 調査の実施時期は基礎水準期と介入90日目の2回であり, 同一の調査用紙を用いて実施した. 全ての項目の平均値は介入により高得点になった. 平均値の差の検定結果は, 表2に示すとおりであり, 3項目において有意に肯定的に変化した.

表1 ポジショニングケアによる各項目の改善率

項目	データ数(n)	κ	χ^2	p 値	判定
肘関節屈曲度	11	4	20.583	0.000	***
膝関節屈曲度	11	4	22.750	0.000	***
後頸部後屈度	11	4	14.284	0.003	**
肘関節緊張度	11	4	7.696	0.053	†
膝関節緊張度	11	4	11.880	0.008	**
MEM(LF/HF)リラックス度	12	4	3.100	0.376	n.s.

注) Friedman 検定 ***p<.001, **p<.01, *p<.05, † p<.1, n.s. :not significant

表2 ケア提供者アンケート結果（介入前後の変化）

	項目	平均値	標準偏差	検定
①	笑顔で常に声をかける:前(n=123)	7.81	1.769	n.s
	笑顔で常に声をかける:後(n=131)	7.97	1.672	
②	体調や表情などから変化がわかる:前(n=123)	6.59	1.755	n.s
	体調や表情などから変化がわかる:後(n=130)	6.84	1.896	
③	動きだすタイミングがわかる:前(n=120)	5.61	1.997	n.s
	動きだすタイミングがわかる:後(n=131)	5.97	2.085	
④	関節の状態を感じながらポジショニングケアができる:前(n=121)	4.58	1.912	***
	関節の状態を感じながらポジショニングケアができる:後(n=129)	5.44	1.864	
⑤	おむつ交換などのケアが楽にできる:前(n=119)	4.68	2.066	n.s
	おむつ交換などのケアが楽にできる:後(n=131)	4.85	1.899	
⑥	防御性筋収縮のないポジショニングケアができる:前(n=120)	4.08	1.913	***
	防御性筋収縮のないポジショニングケアができる:後(n=131)	5.39	1.734	
⑦	信頼関係が構築されたと感じる:前(n=121)	4.89	1.923	*
	信頼関係が構築されたと感じる:後(n=131)	5.45	1.701	

注) 前:基礎水準期、後:介入90日目
t検定:***p<0.001 *p<0.05

IV. 考 察

筋緊張による関節屈曲拘縮がある長期臥床高齢者に対して90日間実施したポジショニングケアは、肘・膝関節、後頸部の屈曲拘縮を有意に改善させることができた。しかも、ケア提供者のポジショニングケアに対する主観的評価も概ね肯定的であった。このことは、対象高齢者の関節屈曲拘縮改善のために行ったポジショニングケアが、限られた部位ではあるが改善の可能性があることが示唆された。介入期間の90日間では、関節部位により成果が出る期間に若干の差はあったが評価期間としては適切であった。一旦改善傾向を示したが再び悪化傾向を示した事例の状態をみると、いずれも発熱や高血圧、喀痰の増加等の身体状況の悪化が関連することが窺えた。

1. ポジショニングケアにおける筋緊張による関節屈曲拘縮改善の要因

今回の介入において、ケア提供者への重点的な指導として、①ポジショニングケアは、ケアを伝える声かけから始まっており、「何をされるかわからない、怖い、痛い」という身構える防御性筋収縮で起こる筋緊張を緩和すること、②空間や加重を確認し、空間にはクッションを押し込むのではなく、隙間を埋める感覚で行い、その隙間を埋

めることで加重がある部位の負荷を分散し筋緊張を緩和すること、③顔～足先の向きまでの角度を同一にして、ねじれ・ゆがみを調整することで筋緊張を緩和することを中心的に指導した。この3点に絞ることでポジショニングケアの基本的な考え方が、ケア提供者に円滑に浸透でき、統一したケアの実施が継続できたと評価することができる。クッションの使用では、対象高齢者の拘縮が強く使用数が有意に増加したが、手作りクッションやタオルなどで関節拘縮改善を明らかにすることができた。また、介入時も褥瘡形成を有すること無く、ポジショニングケアは、褥瘡予防にもつながることをケア提供者は実感することができた。2000年に日本褥瘡学会が発足以前は、「褥瘡は看護の恥」とされてきた³¹⁾。その点を踏まえて考えてみると、看護ケアの質の高さは高齢患者のADLの維持・向上やQOLに密接に関連していると云える。今回の介入により、関節可動域を改善できたことは、まさしく看護ケアの効果であり、しかも1日に8回、ケア提供者が継続的に実施したからこそ改善できた成果であると評価できる。以上より、①筋緊張による関節屈曲拘縮にポイントを絞ったポジショニングケアプログラムの提示、②ケア提供者の統一したケアの継続、③対象高齢者に合わせたクッションの作成が要因としてあげられる。

2. 肘・膝関節の筋緊張と関節屈曲拘縮改善との関係

肘関節の筋緊張は、11名中4名が改善、7名が現状維持であり、膝関節の筋緊張では、7名が改善、4名が現状維持であり、改善はいずれも全員が、レベル1段階のみであった。今回の対象高齢者12名は、理学療法士による関節可動域訓練などは一切行われておらず、介入期間中も同様であり、これまでの生活状況と変化はなかった。つまり、ポジショニングケア以外に関節の筋緊張に変化をおこす要因は無かった。田中³²⁾は、必要以上の動きの強要は痛みや異常な緊張を生じさせて、関節拘縮などの二次的障害を引き起こす。関節拘縮は、ケア提供者の知識不足による人為的問題とも述べており、道券³³⁾は、関節拘縮が悪化する原因は関節の不動によるものが大きいと述べている。また、介助方法にもその原因があり、そのために筋緊張を高めない介助方法を併用することが必要であると述べていることから関節可動域の改善の要因は、積極的な機能訓練ではなく、ケア提供者の統一した適切なポジショニングケアを継続的に実施したことで改善したと考えることができる。今後は、関節拘縮を早い段階から予防するためにケア提供者への実践的な教育が必要であると考える。

3. 自律神経機能（リラクセス度）と関節屈曲拘縮改善との関係

自律神経機能評価では、ポジショニングケアによって、筋緊張が緩和され、関節屈曲拘縮が改善すると副交感神経が優位となり、リラクセス度は高まると予想していた。また、測定の信頼性のために、対象高齢者の指の拘縮や血流不良を考慮し測定版の改良を行い、細心の注意を払い対応したが、十分な結果が得られなかった。対象高齢者は、臥床しているだけでも抗重力筋が緊張し、筋肉の緊張で徐々にねじれも増し、ますます苦しくなる³⁵⁾状態である。今後は、ケア提供者のアンケートの自由記載にあった「ポジショニングケア後、穏やかに寝ているので安心した、ゆったりとした表情になった」などポジショニングケアの効果をケア提供者の主観的評価だけとせず、客観的に評価で

きるよう検討する必要がある。

4. ポジショニングケアを行う意味

ポジショニングケアプログラムの7項目で有意に変化した3項目は、殆ど発言が出来ない（拒否できない）対象高齢者との関係性の中で、対象高齢者に不安や恐怖を与えない、ケア提供者の独りよがりでは無い、ポジショニングケアを行った結果ではないかと推察する。ポジショニングケアを継続することは、関節拘縮を有する対象高齢者の関節可動域を拡大させるのみでなく、日常生活を安楽に過ごし、苦痛なくケアを受けられることで、対象高齢者のQOL向上にもつながり、それはひいては、ケア提供者にとっても、拘縮した硬い関節に力を入れ、骨折の危険性を心配しながらケアをするなどの心身の負担を減らし、介護負担の軽減になると考えられる。つまり、ポジショニングケアは、毎日の生活の中で繰り返し行われる日常生活ケアであり、対象高齢者とケア提供者双方にとって重要なケアであると云える。

5. 研究の限界

研究期間中に20名の対象者が12名まで減少し、その中で5名は死亡であった。終日臥床の心身状態の深刻さを考えると対象人数は限界であったと考える。しかし、今回の90日間の介入を短縮できる可能性もあるため、短期間でより効果を評価できる介入方法を検討する必要がある。

V. 結 論

療養病棟入院中の長期臥床高齢者の筋緊張による関節屈曲拘縮に対して、ケア提供者の1日8回90日間のポジショニングケアプログラム介入は、肘および膝関節屈曲拘縮と後頸部後屈拘縮を有意に改善するケアであることが示唆された。また、筋緊張評価においては、膝関節は有意に改善し、肘関節は改善の傾向があることが示唆された。自律神経機能評価は、有意な変化は認められなかった。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力頂きましたA病院の患者様およびご家族様と看護師および介護士、理学療法士、管理者の皆さまに深く感謝申し上げます。

本研究は、2016年度愛知きわみ看護短期大学特別研究費、2016年度一般財団法人愛知健康増進財団助成金を活用して実施したものである。

引用文献

- 1) 田中マキ子, 高齢者の身体的特徴.看護技術高齢者のポジショニング.2015; VOL.61: No10 23-28.
- 2) 有働尚子, 〈有働式生活療法〉への招待〈ヒト〉としての生命を全うするためにPART-II (理論編-1).VITA臨床生命研究所.2003;20-21.
- 3) 井上忠俊, 上城憲司, 藤原和彦, 介護老人福祉施設の入居者に対する拘縮改善クッションの効果.日本作業療法研究学会雑誌.2012;15(1):21-28.
- 4) 赤居正, 関節拘縮-その容貌・治療について.リハビリテーション医学.2003;40(1):76-80.
- 5) Howe T.&Oldham J, Measuring muscle tone and movement.Nursing Standard. 1995;9(39):25-29.
- 6) 板橋隆宏, 羽崎恵子, 永山敬之, 症患者の介護場面におけるリハビリ指導を通して.良理学療法学.2010;2号:44-45.
- 7) 北出梨絵, 秋元征子, 筋緊張が強い高齢者の肺理学療法における看護介入.第35回老年看護.2004;70-72.
- 8) 道券夕紀子, 安田智美, 梅村俊彰他, 関節拘縮を有する寝たきり高齢者へのポジショニング効果の検討.褥瘡会誌 (Jpn J PU).2013;15(4):476-483.
- 9) 木林身江子, 天野ゆかり, 高齢者福祉施設におけるポジショニング.静岡県立大学短期大学部研究紀要第25号.2011;1-12.
- 10) 木林身江子, 天野ゆかり, 介護福祉施設におけるポジショニング支援モデルの分析, 静岡県立大学短期大学部研究紀要第26号.2012;75-84.
- 11) 川俣甲子夫, 岩本隆茂.シングル・ケース研究法.第1版第4号.東京:勁草書房.1999.
- 12) 兼田美代, 臼井キミカ, 東村昌代他, 長期臥床状態にある関節屈曲拘縮患者へのポジショニング導入の試み.愛知きわみ看護短期大学紀要.第13巻 2019;11-20.
- 13) 板倉美佳, 堀田由浩, 三村真季他, 下肢関節拘縮タイプ別ポジショニングの検討.褥瘡会誌 6(2), 2004;154-161.
- 14) 伊藤亮子, 快適な姿勢をサポートするポジショニングコンパクトガイド.神奈川:ケ-プ. 2015;1-38.
- 15) 田中マキ子, 必ず見つかる!ポジショニングのコツ.東京, 中山書店.2011;1-95.
- 16) 田中マキ子, ポジショニング学体位管理の基礎と実践.東京:中山書店.2016;78-127.
- 17) 田中義行, 拘縮予防・改善のための介護, 東京.中央法規. 2016;2-9.
- 18) 田中義行, 介護に役立つ!写真でわかる拘縮ケア.東京:ナツメ出版.2017;10-100.
- 19) 道券夕紀子, 前掲注8)476-483.
- 20) 木林身江子, 天野ゆかり, 産学民官連携によるポジショニングクッションの検討-高齢者介護施設におけるポジショニングの普及を視野に-.静岡県立大学短期大学部研究紀要第28号.2014;35-43.
- 21) 板橋隆宏, 前掲注6)44-45.
- 22) 本田美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ.ユマニチュード入門.医学書院.2014;1-145.
- 23) 中谷こずえ, 臼井キミカ, 兼田美代他, 認知症のケアメソッドバリデーション「パーソンセンタードケア」「ユマニチュード」の文献検討によるメソッド比較.中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要.2016;第17号:73-79.
- 24) 市橋則明.理学療法評価学.第1版第2印.東京:文光堂. 2017;70-91.

- 25) Bohannon, R.W & Smith, M.B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys. Ther.* 1985;67:206-207.
- 26) 高田春子, 高田幹夫, 金山愛, 心拍変動周波数解析のLF・HF成分と心拍変動係数の意義, 加速度脈波測定システムによる自律神経機能評価. - 総合健診. 2005;32巻 6号:22.
- 27) Guyatt GH, Townsend M, Berman LB, et al. A comparison of Likert and visual analog scales for measuring change in function. *J Chronic Dis.* 1987;40 (12) : 1129-1133.
- 28) 日本整形外科学会・日本リハビリテーション医学会関節可動域合同委員会制定. 1995.
- 29) 市橋則明, 前掲注25) 73.
- 30) 高田春子, 高田幹夫, 金山愛, 心拍変動周波数解析のLF成分・HF成分と心拍変動係数の意義, 加速度脈波測定システムによる自律神経機能評価. - 総合健診. 2005;32巻 6号:11-20.
- 31) 徳永恵子, 褥瘡ケアの神話を見直す. *看護.* 2004;56 (1) :55-57.
- 32) 田中マキコ, 前掲注17) 2-11.
- 33) 道券夕紀子, 前掲注8) 12-19.
(受付 2018.6.1 : 受理 2019.1.11)

Effectiveness of positioning care program for joint flexion contracture due to muscle tension in long-term bedridden elderly persons

Miyo Kaneda¹⁾, Kimika Usui²⁾, Kozue Nakatani³⁾

Abstract

Objective: This study aimed to implement a positioning care program for flexion contracture of the joints caused by muscle tone in elderly people who have been bedridden for a long time.

Methods: Study subjects were 20 elderly people who have been in a long-term bedridden condition and have a flexion contracture in their elbows and knees, and 147 care providers. This study employed a quasi-experimental intervention through a positioning care program for 90 days.

An objective rating of the joint mobility range that was measured every 30 days for the elderly subjects and a subjective rating which was carried out before and after the intervention to care providers were both given a comprehensive rating using a Friedman test.

Results: Rate of improvement was significant for knee and elbow joint flexion contracture, retroflexion of the posterior neck, and muscle tension of the elbow joints. While there were improvements in muscle tension for knees joints, no discrepancies were found in an index for autonomous nerves.

A subjective rating of the positioning care program carried out by care providers had an internal consistency, allowing for the determination of a high rate of reliability.

Conclusion: It was suggested that the positioning care program is effective for joint flexion contracture caused by muscle tone in long-term bedridden elderly patients.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 24 – 34】

Key words : positioning care, long-term bedridden elderly, muscle tension, joint flexion contracture

1) Ichinomiya Kenshin College, Faculty of Nursing

(Doctoral Course, Graduate School Department of Nursing Research, University of Human Environments)

2) University of Human Environments, Faculty of Nursing

3) Doctoral Course, Graduate School Department of Nursing Research, University of Human Environments

原著論文

病棟に勤務する看護職者の「作業関連性腰痛」に関連する要因の検討

星野直恵¹⁾, 巴山玉蓮²⁾, 高井ゆかり²⁾

抄録

目的：病棟に勤務する看護職者を対象に「作業関連性腰痛」に影響する要因間の関連を明らかにし腰痛予防対策についての示唆を得ることである。

方法：200床以上の一般病院の病棟に勤務する看護師・准看護師に、腰痛に影響する職業要因に関する自記式質問紙を用いた調査を行った。探索的因子分析によって抽出された因子及び従属変数を用いて共分散構造分析を行った。

結果：便宜的標本抽出法により18病院の2,033人を対象に調査票を配布し、有効回答は761通であった（有効回答率 37.4%）。「作業関連性腰痛」の有訴率は81.9%であった。「作業関連性腰痛」に影響する要因間の関連を示す最適モデルの適合度はCFI=0.982, NFI=0.969, RMSEA=0.040, 『作業関連性腰痛』の決定係数は0.32であった。『作業関連性腰痛』に対して『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』, 『同一姿勢のままでの作業（姿勢拘束）』, 『ストレスによる心身の反応と離職意図』の各潜在変数から直接効果が認められた ($p < 0.001$)。また, 『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』から『ストレスによる心身の反応と離職意図』を経由した『作業関連性腰痛』への間接効果（標準化間接効果 0.067）および『同一姿勢のままでの作業（姿勢拘束）』から『ストレスによる心身の反応と離職意図』を経由した『作業関連性腰痛』への間接効果も確認された (0.058)。職場からの腰痛予防対策についての教育の有無による多母集団同時分析では有意差は認められなかった。

考察：看護職者の「作業関連性腰痛」には動作的な要因と心理社会的な要因が複合的に関連していることが明らかとなった。動作的な要因が抑うつや不安などのストレス反応を経由し「作業関連性腰痛」へ影響を与えていたことから、人の抱え上げや作業時の姿勢についての対策を講じることの必要性が示唆された。また、このことから、「作業関連性腰痛」の対策を行うことは看護職者のメンタルヘルス対策の視点からも必要であると考えられた。

【社会医学研究2020；37（1）：35-44】

キーワード：看護職者, 作業関連性腰痛, 職業要因, 腰痛予防対策

I. 緒 言

日本看護協会は「ヘルシーワークプレイス」をキーワードに「労働安全衛生ガイドライン¹⁾」を

公表した。このなかでは「看護職の健康と安全が、患者の健康と安全を守る」という立場が示され、看護職者が就業することで曝される業務上の危険要因とその影響などが説明されている。このことは業務上の危険要因である職業要因の観点から看護職者の健康問題を取り上げることの必要性を示している。

看護職者に腰痛の発症が多いことはすでに広く

1) 自治医科大学附属病院 看護部

2) 群馬県立県民健康科学大学大学院 看護学研究科
連絡先：巴山玉蓮

E-mail：tomoyama@gchs.ac.jp

知られている事実であり、2010年の日本看護協会の調査²⁾では看護職者全体の51.7%が腰痛を自覚していると答えている。また2012年の中野らによる調査³⁾では、急性期病院に勤務する看護職者で腰痛を自覚していた者は68.1%にも及んだ。保健衛生業で腰痛が増加している現状を受け、厚生労働省は「職場における腰痛予防対策指針⁴⁾」を2013年に19年ぶりに改訂した。この改訂では、福祉医療分野における介護・看護作業も指針の対象とし、リスクアセスメントの方法やより良い作業方法が示された。また腰痛の要因について厚生労働省は動作要因、環境要因、個人的要因、心理・社会的要因の4要因が複合的に関与して、腰痛の発生や腰痛症状を悪化・遷延化させると説明している。

看護職者の腰痛という視点では、看護師が抱える腰痛は単に痛みよる苦痛のみでなく、腰痛と疲労との関連、腰痛と喫煙との関連、腰痛と離職意図との関連、腰痛と仕事継続の不安との関連の4点においてそれぞれ統計的有意差を認めた報告³⁾がされている。また石田らの研究⁵⁾では、対象者の50%が腰痛は看護師業務に就いてから発症したと回答しており、中野らの調査³⁾ではその割合は約85%であった。このように先行研究は、看護職者の腰痛には多様な要因が複合的に関与している可能性を示唆している。しかし、看護職者の腰痛に関連する複数の要因間にはどのような関連があるのかを明らかにした研究は見あたらない。

一方、看護職者の腰痛対策では、中野らは、現場における腰痛予防対策はボディメカニクスに頼っているが、実際にはボディメカニクスだけでは腰痛は予防できない³⁾ことを述べている。また向井⁷⁾や峰松⁸⁾の研究では、職員配置や時間的制約により、腰痛予防対策が不十分である可能性が示された。厚生労働省は、改定した腰痛予防対策指針⁴⁾において『一律かつ網羅的に各種取組を行うのではなく、費用対効果を検討し、的確な優先順位設定の下、各作業におけるリスクに応じて、合理的に実行可能かつ効果的な対策を講じることが必要である』と述べており、『原則として人力による人の抱え上げは行わせないこと』と明記した。

これにより、ようやく日本においても人力による人の抱え上げの危険が周知されるようになった。しかし、有訴者が多いという状況は現在においても継続している。

そこで、本研究では、病院勤務者の中から病棟に勤務する看護職者を対象に、「作業関連性腰痛」に影響する要因間の関連を明らかにし、腰痛予防対策についての示唆を得ることを目的とした。

II. 方 法

1. 用語の定義

1) 腰痛

本研究では「肋骨縁より下部で下殿溝より上部、下肢痛・しびれを伴う場合も含み、1日以上は続いた痛みとし、風邪の時や生理痛・妊娠に伴った場合は除外する」として、質問紙に明記した。

2) 「作業関連性腰痛」

作業関連性腰痛とは、労働および作業による、動的、環境的、個人的または心理社会的な出来事が1つまたは複数起こったことで発症した腰部の疼痛であり、医師の診察や画像所見上で異常が見あたらない疼痛も含まれる。本研究では、就業による作業や要因に焦点を当てて調査していることから、調査で回答のあった看護職者の腰痛を「作業関連性腰痛」とした。

3) 個人的要因

職場として介入が可能で、作業関連性腰痛に影響する個人の要因を個人的要因とし、性別や年齢、家族の状況などの基本属性とは区別した。

4) 職業要因

「職場内に存在し従業することで曝露する物理的または非物理的な事柄」とした。

2. 調査内容

先行研究を活用し、専門家のスーパーバイズを受けて、本研究のための自記式質問紙を作成した。

動作要因は、「1人での介助」や「作業姿勢」などについて32項目を設定した。

環境要因は、「勤務先の特徴」、「作業環境」「職場からの腰痛予防教育の有無」などについて29項

目を設定した。なお、本研究の環境要因には勤務条件などの非物理的な労働環境も含むものとした。

個人的要因は、「経年数」、「平均残業時間」「仕事や生活の満足度」「個人として日頃行う腰痛予防対策」などについて36項目を設定した。なお、このうち「腰痛以外の症状」、「仕事や生活の満足度」については、職業性ストレス簡易調査票の項目及び設問を用いた。

心理社会的要因は、職業性ストレスについて職業性ストレス簡易調査表⁹⁾、痛みの破局的思考についてPain Catastrophizing Scale日本語版（以下PCS）¹⁰⁾を用いた。また、離職意図についても項目を設定した。職業性ストレス簡易調査票及びPCSは信頼性、妥当性が認められている。

「作業関連性腰痛」は痛みの範囲や条件を調査票に示し、「腰痛による仕事への支障度」、「腰痛の強さ」、「慢性化の有無」など、12項目を設定した。松平ら¹¹⁾の研究で用いられた設問を参考とし、本研究では「過去1か月から現在」と振り返る期間を変更して使用した。腰痛の痛みの強さについては、NRS（Numerical Rating Scale、0「痛みなし」～10「最もひどい痛み」）^{12,13)}を用いた。

基本属性およびその他の質問については、「年齢」、「性別」など7項目を設定した³⁾。

3. 対象と調査方法

対象者は、便宜的標本抽出法により選定された関東甲信越圏内の200床以上の病院（105か所）のうち、研究協力を承諾を得た18病院（17.1%）の病棟に配属されている看護師及び准看護師2033名とした。当該病院の看護管理者に調査票等の配布を依頼し、対象者からは個別に調査票を回収した。データ収集期間は2018年4月16日～2018年7月17日とした。

4. 解析方法

解析は共分散構造分析を主な解析手法とし、次の手順により行った¹⁴⁾。

基本属性、各質問項目および「作業関連性腰痛」についての記述統計を算出した。次に、 χ^2 検定を行い有意差のあった独立変数について探索的因子分析を行い、潜在変数を検討した。因子軸の回転はプロマックス回転とし、共通性が0.3以上、因子

負荷量は0.4以上を採用とした。2つの項目にはほぼ同じ負荷量がかかっていた項目を除き、残された項目を用いて因子分析を繰り返した。最終的にまとまった因子のCronbach's α 係数を算出した¹⁵⁾。

共分散構造分析では、探索的因子分析によって抽出された因子を潜在変数として命名し、モデルを探索した。モデルの改良を繰り返し、パスの方向、標準化推定値、CFI（Comparative Fit Index）、NFI（Normed Fit Index）、RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）、決定係数等を確認した。モデルの適合度の採択基準はCFI（Comparative Fit Index）およびNFI（Normed Fit Index）0.9以上、RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）0.05以下とした。腰痛予防対策への示唆を得るために、最適モデルを確定後、職場からの腰痛予防に関する教育や指導のあり群となし群とで多母集団同時分析を行った。この際、配置不変性を確認し測定不変性の確認のため等値制約を置いた。

有意水準は5%とし、統計処理にはIBM SPSS Ver.24.0およびIBM Amos Ver.24.0を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は、群馬県立県民健康科学大学倫理委員会の承認を得て実施した（健科大倫第2017-40号）。調査への協力は、自由意思に基づき、回答しなくても不利益を受けることはないこと、個人が特定される調査方法は用いていないこと、調査票及びデータの管理は厳重に行うことを説明書に明記した。また、診断名を問う設問があることから、要配慮個人情報の提供についても、自由意思に基づくものであることを同意欄にて確認した。

III. 結 果

1. 調査票の回収数および回収率

925名から回答が得られ、回収率は45.5%であった。腰痛の有無に関する質問項目への回答が無いもの、調査票の半数以上を回答していないなどの場合を無効票とし分析対象から除外した。有効回答数は761名、有効回答率は37.4%であった。

2. 対象者の概要

1) 対象者の特徴 (表1)

有効回答者の761名の男女比は女性が89.5% (681名), 男性が10.5% (80名)であった。平均年齢は36.4 (S.D.±10.3) 歳, 看護職者としての平均経験年数は12.7 (S.D.±9.9) 年であった。また, 職種は看護師が94.7% (721名), 准看護師が4.9% (37名)であった。

勤務先については, 7対1入院基本料を算定する病院に勤める者が576名 (75.7%)であった。また, 勤務先の病床数は, 200~299床が154名 (20.2%), 300~399床が417名 (54.8%), 400~499床が147名 (19.3%), 500床以上が27名 (3.5%)であった。

職場から腰痛予防対策のための教育や指導に関して, 準備運動や睡眠休息の確保, またボディメカニクスの活用や単独での介助を行わないなどの8項目について質問したところ, 教育や指導が行われていると答えた項目が1項目以上あった者の合計【指導あり群】は416名 (54.7%), そうでなかった者の合計【指導なし群】は272名 (35.7%)であった。

個人として日頃行う腰痛予防対策に関して, 準備運動や睡眠休息の確保, またボディメカニクスの活用や単独での介助を行わないなどの8項目について質問したところ, 日頃から行っていると答えた項目が1項目以上あった者の合計【日頃対策を行っている群】は669名 (87.9%), そうでなかった者の合計【日頃対策を行っていない群】は63名 (8.3%)であった。

2) 「作業関連性腰痛」の状況 (表2)

過去1か月間における腰痛の程度についての質問では, 「腰痛を伴うことがなかった」が138名 (18.1%), 「腰痛を伴うことはあったが仕事をきたすことはなかった」が508名 (66.8%), 「腰痛のため仕事をきたしたこともあったが休職はしなかった」が110名 (14.5%), 「腰痛のため休職した」が5名 (0.7%)であった。したがって, 本研究における「作業関連性腰痛」の有訴者数は623名, 有訴率は81.9%であった。腰痛があった場合の対応では, 「鎮痛剤で軽減する程度なら休まない」が317名 (41.7%), 「鎮痛剤で軽減する程度な

表1 対象者の特徴

		n=761	
項目		人	(%)
年齢 (歳)	36.4 ± 10.3 †		
看護師経験年数 (年)	12.7 ± 9.9 †		
夜間平均睡眠時間 (時)	6.3 ± 1.1 †		
1日当たりの平均残業時間 (時)	1.6 ± 1.0 †		
性別	女性	681	89.5
	男性	80	10.5
職種	看護師	721	94.7
	准看護師	37	4.9
	無回答	3	0.4
雇用形態	正規	738	97.0
	非正規	17	2.2
	その他	5	0.7
	無回答	1	0.1
勤務形態	日勤のみ	44	5.8
	2交替(変則を含む)	466	61.2
	3交替(変則を含む)	235	30.9
	夜勤のみ	2	0.3
	その他	12	1.6
	無回答	2	0.3
入院基本料	7 : 1	576	75.7
	10 : 1	67	8.8
	13 : 1	57	7.5
	15 : 1	28	3.7
	その他	26	3.4
	無回答	7	0.9
病床数	200~299	154	20.2
	300~399	417	54.8
	400~499	147	19.3
	500~	27	3.5
	無回答	16	2.1
職場での腰痛予防に関する教育/指導	指導あり	416	54.7
	指導なし	272	35.7
	無回答	73	9.6
日頃行う腰痛予防対策	日頃対策を行っている	669	87.9
	日頃対策を行っていない	63	8.6
	無回答	29	3.8

† 平均±標準偏差, 欠損値は除外した

ら休めない」が327名 (43.0%)であった。

「作業関連性腰痛」の有訴者数623名にNRSを用いて過去1か月間の平均的な腰痛の強さを質問したところ, 平均値は3.8 (S.D.±2.3)であった。また, 「3か月以上この腰痛が続いているか」という問いには, 肯定が243名 (39.0%), 否定が327名 (52.5%),

表2 「作業関連性腰痛」の状況

項目	n=761	人	(%)
過去1か月の腰痛の有無と程度	腰痛なし	138	18.1
	仕事に支障のない腰痛	508	66.8
	腰痛により支障あったが休職なし	110	14.5
	腰痛により休職した	5	0.7
腰痛があった場合の対応	鎮痛剤で軽減する程度なら休まない	317	41.7
	鎮痛剤で軽減する程度なら休めない	327	43.0
	痛みを我慢しての業務は危険なので休む	3	0.4
	日勤なら休む	16	2.1
	夜勤なら休む	1	0.1
	管理職に相談して決める	62	8.1
	その他	10	1.3
	無回答	25	3.3
項目	n=623	人	(%)
腰の痛みの強さ (NRS [†] 値)	3.8 ± 2.3 ‡		
3か月以上腰痛は持続しているか	3か月以上継続	243	39.0
	3か月未満	327	52.5
	無回答	53	8.5
腰痛による受診の有無	受診した	88	14.1
	受診しない	479	76.9
	無回答	56	9.0

† Numerical Rating Scale : 0「痛みなし」~10「最もひどい痛み」

‡ 平均±標準偏差, 欠損値は除外した

無回答が53名 (8.5%) であった。「この過去1か月の腰痛について診察を受けたか」という問いには、肯定が88名 (14.1%), 否定が479名 (76.9%), 無回答が56名 (9.0%) であった。

3. 「作業関連性腰痛」への影響が予測される要因

χ^2 検定では35項目に有意差を認め、そのうち21項目が天井効果の確認等によっても除外されず、因子分析の対象となった。これら21項目について探索的因子分析を行った結果、11項目3因子が抽出された (表3)。ここまでの分析において、勤務先の入院基本料、担送護送独歩別の患者数からみた患者の重症度など環境要因に関する項目、PCS、同僚からのサポートなどの心理社会的要因に関する項目、またその他の動作要因や日頃行っている腰痛予防対策の行動や勤務形態などの個人的要因に関する項目は除外された。

探索的因子分析により抽出された3因子を「作業関連性腰痛」に影響する潜在変数とし、第1因

子を、ストレス反応や離職意図を表す『ストレスによる心身の反応と離職意図』(以下『』は、潜在変数名を示す) と命名し、第2因子を業務における人力による人の抱え上げや無理な姿勢の頻度を表す『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』と命名した。第3因子を、医療行為や事務作業が腰痛を起こしやすい業務であることを表す『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』と命名した。

抽出した各因子のCronbach's α 係数は、第1因子『ストレスによる心身の反応と離職意図』で0.781、第2因子『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』で0.772、第3因子『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』で0.666であった。

4. 「作業関連性腰痛」に影響する要因間の関連

探索的因子分析により得られた3因子および従属変数として設定した『作業関連性腰痛』の計4因子を共分散構造分析で用いる潜在変数として設定した。モデルの適合度を指標として修正を繰り返して、「作業関連性腰痛」に影響する要因間の関連を検討し、最適モデルとした (図1)。

最適モデルの適合度はCFI=0.982, NFI=0.969, RMSEA=0.040であった。このモデルの『作業関連性腰痛』の決定係数は0.32であった。『ストレスによる心身の反応と離職意図』と『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』と『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』はそれぞれ『作業関連性腰痛』と直接的な関連があることが示された。『ストレスによる心身の反応と離職意図』と『作業関連性腰痛』の標準化直接効果は0.29 ($p<0.001$)、『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』とは0.25 ($p<0.001$)、『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』とは0.22 ($p<0.001$) であり、統計学的有意差を認めた。一方、『作業関連性腰痛』に関連する要因には間接的な関連の存在も示され、『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』から『ストレスによる心身の反応と離職意図』を経由した『作業関連性腰痛』への間接効果が確認された (標準化間接効果 0.067)。同様に『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』から『ストレスによる心身の反応と離職意図』を経由した『作業関連性腰痛』への間接効果が確認された (標

表3 探索的因子分析の結果

	第1因子 ストレスによる心身の 反応と離職意図	第2因子 人の抱え上げと無理な 姿勢をとる頻度	第3因子 同一姿勢のままでの 作業（姿勢拘束）
ストレス反応「抑うつ感」	0.872	-0.022	-0.029
ストレス反応「不安感」	0.793	-0.034	-0.069
ストレス反応「疲労感」	0.752	-0.008	-0.007
ストレス反応「身体愁訴」	0.650	0.020	0.153
離職意図	0.559	0.007	-0.006
ストレス反応「イライラ感」	0.556	0.084	-0.007
抱え上げの頻度_排泄介助	-0.019	0.947	-0.058
抱え上げの頻度_移乗介助	0.059	0.662	-0.020
無理な姿勢の頻度_排泄介助	-0.010	0.596	0.109
腰痛の起こしやすさの自覚_事務作業	0.016	-0.031	0.708
腰痛の起こしやすさの自覚_医療行為	-0.022	0.049	0.704
累積寄与率 (%)	27.553	44.248	52.429
Cronbach's α係数	0.781	0.772	0.666
因子間相関係数			
第1因子	1	0.236	0.265
第2因子	0.236	1	0.257
第3因子	0.265	0.257	1

因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

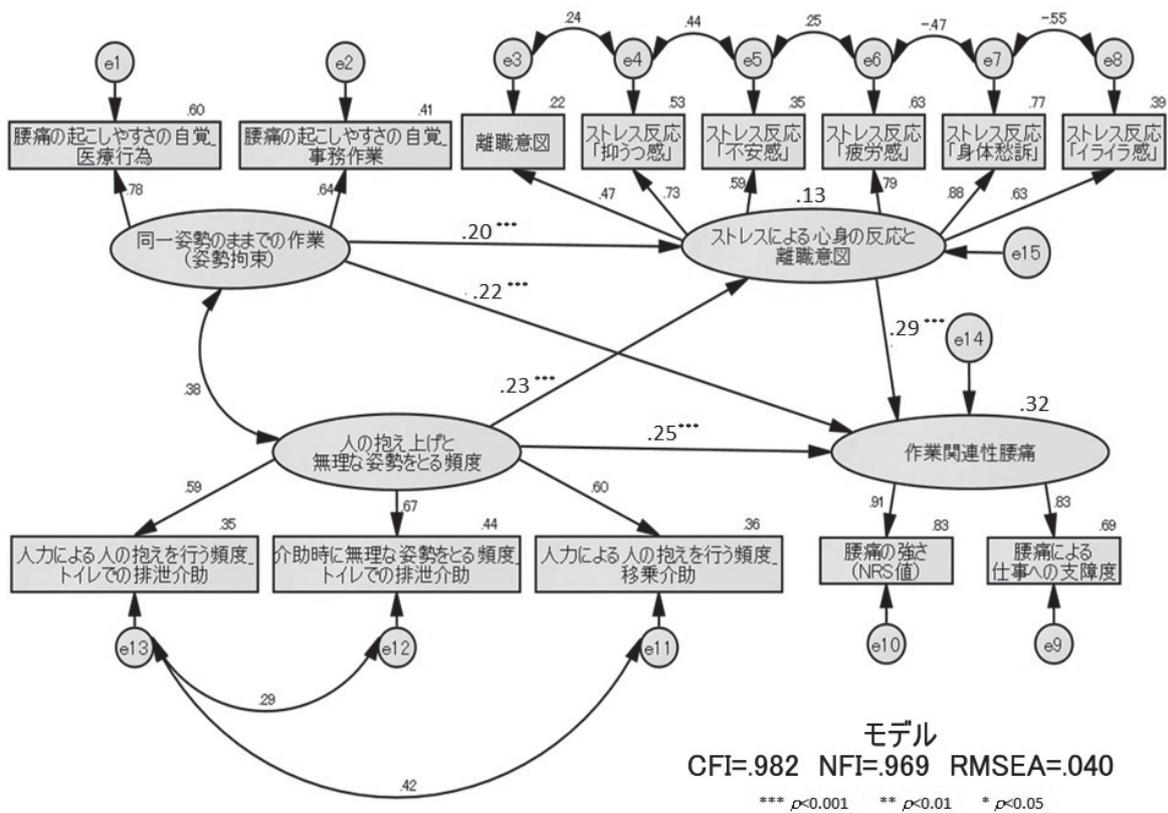


図1 看護職者の「作業関連性腰痛」の要因間の関連を示す最適モデル

準化間接効果 0.058) (図1)。

また、『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』と『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』が『作業関連性腰痛』へもたらす総合効果は、標準化総合効果でそれぞれ、0.317と0.278であった。さらに『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』と『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』には弱い相関(0.38)が確認された。

職場からの腰痛予防対策に関する教育や指導の有無による2群での多母集団同時分析では、2群間の対応するパスに統計学的有意差は認められなかった。

IV. 考 察

1. 対象者の腰痛有訴率

本研究における過去1か月の腰痛有訴率は81.9%と、日本看護協会の調査結果での51.7%²⁾や中野らの調査結果での68.1%³⁾と比較して高かった。これらの調査では「最近の腰痛」を訊ねており、質問の仕方の違いによるものと考えられる。また、本研究は200床以上の病院の病棟に勤務する看護職者を対象としており、保健師や診療所勤務者などを含めた調査とは対象者の属性に大きな違いがあり、結果の差異につながったと考えられる。一方で過去1か月の腰痛について調査した研究では、過去1か月の腰痛が「いつも」「時々」あったを合わせると74%であり¹⁶⁾、本研究結果はこの結果と比較してやや上回る結果であった。

2. 「作業関連性腰痛」に影響する要因間の関連について

潜在変数間の関連に注目すると『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』、『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』や『ストレスによる心身の反応と離職意図』の3つの独立変数群は、従属変数である『作業関連性腰痛』に直接有意に関連していることが明らかとなった。これらのことから、本研究における「作業関連性腰痛」への直接効果については、先行研究結果¹⁷⁻¹⁹⁾と比較して同様の結果であったと考える。

本研究では『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』や『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』は『ストレスによる心身の反応と離職意図』を介して『作業関連性腰痛』に影響を与えるという間接効果があることも明らかになった。この結果は、看護業務における人の抱え上げや作業姿勢などの動作的な要因が、ストレス反応である抑うつや不安などの諸症状や離職意図と関連し、「作業関連性腰痛」に影響していることを示す。したがって、このような方法での作業頻度が増加することや現状の作業方法による業務が継続することは、ストレス反応を招く要因になりうることを改めて認識する必要があると考える。看護職者の「作業関連性腰痛」に関して、直接効果のみでなくこのような間接効果についても明らかにした研究は他に見あたらない。

また『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』と『同一姿勢のままでの作業 (姿勢拘束)』の間にも相関があることから、各要因が複合的な関連をもち「作業関連性腰痛」に影響していることが確認できた。

抱え上げや無理な姿勢など看護業務遂行時の作業方法が、ストレス反応を介して「作業関連性腰痛」へ影響しているという本研究結果は、腰痛予防対策のみでなく、看護師のメンタルヘルス対策や労働環境改善に、新たな示唆を与える可能性がある。しかし、本研究における「作業関連性腰痛」に影響する要因間の関連を示したモデルの決定係数は0.32であった。このことは本研究で調査した看護職者の職業要因以外の要因、すなわち家族構成や腰痛の既往など、すでに先行研究によって報告されている他の要因によっても「作業関連性腰痛」が規定される可能性があることを示す。

本研究は、先行研究において看護職者の腰痛と直接的な関連を認めた各要因を、職業要因という視点から総体的に捉えて要因間の関連を明らかにした新たな研究である。多忙な看護現場における、実践可能で効果的な腰痛対策に取り組む動機づけにも活用可能なものと考ええる。

3. 腰痛予防対策に向けての示唆

本研究の結果から、「作業関連性腰痛」には動作的な要因が影響することが再確認され、この動作的な要因への対策を行うことの必要性が示唆された。また動作的な要因は抑うつや不安などのストレス反応へも影響を与えていたことから、看護職者のメンタルヘルス不調の要因としても対策の必要性が示唆された。

動作要因の中でも、トイレでの排泄介助と移乗介助における人の抱え上げと作業姿勢に「作業関連性腰痛」のリスクが存在する可能性が示唆された。厚生労働省は⁴⁾各作業におけるリスクに応じた対策の必要性を述べていることから、動作的な要因のなかでもトイレでの排泄介助や移乗介助時における、より安全な方法を検討する必要があると考える。現在広く行われているボディメカニクスは腰痛予防対策として効果的でないことが示唆されている³⁾ことや有訴率の高さからも、抱え上げ作業を代替することが可能な床走行式や天井走行式のリフトなどの導入に向けた組織的な取組みが病院等に求められていると考える。

対象者の腰痛の特徴からは、腰痛を訴えるものは多いものの、「仕事に支障をきたす」または「休職する」という回答は少なかったことが挙げられる。しかし、鎮痛剤を服用し疼痛コントロールができれば「休まない」「休めない」と答えるものが8割以上であったことから、鎮痛剤により痛みが軽減し、勤務が継続できれば自身の腰痛は重症ではないと考える傾向があるのではないかと推察された。藤村¹⁷⁾の調査では、腰痛の程度は中等度以下のものが9割となった一方で、別の尺度からは生活に支障をきたす程の腰痛とも判定され、「深刻な問題である」と考察している。加えて、「休職する」という行動は、職場の人員体制など、腰痛の重症度以外の要因にも影響を受けるとも考えられ、本研究結果においても、「休職する人が少ないから軽症である」と判断すべきではないと考える。

これらのことから看護管理者は、腰痛を抱えていたとしても休まない、もしくは休めないものが多いことを認識する必要がある、また痛みの程度

や仕事への支障は主観的で個人差が大きいことやメンタルヘルス不調へ影響する可能性を考慮し、業務改善、作業管理として腰痛対策および職員の腰痛への理解と配慮を行う必要があると考えられる。

V. 限 界

本研究のデータは、病院の病床数や看護配置基準などが異なる複数の病院から便宜的標本抽出法にて収集されているため、本研究成果を一般化することは難しい。

また、本研究におけるモデルの適合度は採用に十分な適合度であったが、このモデルで看護職者の「作業関連性腰痛」に影響する要因間の関連をすべて説明できたとは言い難く、今後さらに夜勤回数や看護必要度なども踏まえて質問項目を精選し、調査を行うことが必要であると考えられる。

VI. 結 論

1. 本研究の対象者761名のうち81.9%が、「腰痛あり」群に分類された。「仕事に支障があったが休職しなかった」と「腰痛により休職した」の合計は15.2%であった。
2. 探索的因子分析を行った結果11項目3因子が抽出された。これらの『同一姿勢のままでの作業（姿勢拘束）』と『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』と『ストレスによる心身の反応と離職意図』の潜在変数は、『作業関連性腰痛』に直接影響していた。
3. 『同一姿勢のままでの作業（姿勢拘束）』と『人の抱え上げと無理な姿勢をとる頻度』が『ストレスによる心身の反応と離職意図』を介して『作業関連性腰痛』に間接的な影響を与えていることが明らかとなった。
4. 人力による人の抱え上げや作業時の姿勢についての腰痛予防対策を講じるが必要と考えられた。

Ⅶ. 謝 辞

ご多忙中にもかかわらず、本調査にご協力くださいました対象者の皆様をはじめ、施設の看護部の皆様、測定尺度等の使用許諾をしてくださりました先生方、分析においてご指導くださいましたAmos研究会の皆様、本研究の計画・実施にあたりご協力頂いた全ての皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、群馬県立県民健康科学大学大学院の修士論文に加筆・修正を加えたものであり、群馬県健康づくり財団の研究助成を受け実施した。本研究における利益相反はない。

引用文献

- 1) 日本看護協会. 「看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）を目指して」, <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/rodoanzeneisei.pdf>, 2018年5月1日閲覧
- 2) 日本看護協会. 病院看護職の夜勤・交替制勤務等実態調査報告書, https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/jikan/pdf/02_05_09.pdf, 2017年3月27日閲覧
- 3) 中野千香子, 益加代子, 田中由紀子, ほか. 急性期一般病院における看護職員の腰痛・頸肩腕痛の実態調査結果, 医療労働:医療・介護・福祉労働者のための月刊誌, 2013;563: 11-18
- 4) 厚生労働省. 職場における腰痛予防対策指針及び解説. https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000034et4-att/2r98520000034mtc_1.pdf, 2017年6月21日閲覧
- 5) 石田哲也, 腰野富久, 斉藤知行, 飯豊祥子. 看護職員における腰痛発症因子に関するアンケート調査結果の解析 勤務形態と体勢, 日本腰痛研究会雑誌, 1997; 3: 33-38
- 6) Inga-Lilli Engkvist. Evaluation of an intervention comprising a No Lifting Policy In Australian hospital, Applied Ergonomics, 2006; 37: 141-148
- 7) 向井道郎. 介護業務およびその実践方法とケアワーカーの腰痛の関連性について, 老年社会科学, 2011; 33: 426-435
- 8) 峯松亮. 介護職従事者の腰痛と腰痛予防の現状, 畿央大学紀要, 2013; 10: 17-21
- 9) 労働省「作業関連疾患の予防に関する研究班」ストレス測定研究グループ.http://www.tmu-ph.ac/topics/stress_table.php, 2017年11月16日閲覧
- 10) 松岡紘史, 坂野雄二. 痛みの認知面の評価 Pain Catastrophizing Scale日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討, 心身医学, 2007; 47: 95-102
- 11) 松平浩, 町田秀人, 内田毅, 小西宏昭, 三好光太. 仕事に支障をきたす非特異的腰痛の危険因子の検討, 日本職業・災害医学会会誌, 2009; 57: 5-10
- 12) Ian McDowell. Measuring Health: A Guide to Rating Scales And Questionnaires, New York: Oxford University Press, Inc, 2003: 480
- 13) 安達友紀, 山田恵子, 西上友彦. 痛みの自己効力感とその他の認知・感情的要因が慢性痛患者の健康関連Quality of Lifeと生活障害度に及ぼす影響, 慢性疼痛, 2015; 34: 107-112
- 14) 中山直子, 田村道子, 高橋俊彦, 星旦二, 首都圏における児童生徒のWell-Being と保護者の認識との関連と構造, 日本公衆衛生雑誌, 2011; 58: 8, 595-605
- 15) 中山和弘. 看護学のための多変量解析入門, 東京都: 医学書院株式会社, 2018: 239-270
- 16) 原田清美, 西田直子, 北原照代. 看護師の腰痛の有無別にみた看護作業の実態調査, 日本看護技術学会誌, 2015; 14, 164-173
- 17) 藤村宜史, 武田正則, 浅田史成, ほか. 多施設共同研究による病棟勤務看護師の腰痛実態調査, 日本職業・災害医学会会誌, 2012; 60, 91-96
(受付 2019.4.10: 受理 2019.11.14)

A study of factors associated with work-related low back pain in ward nurses

Naoe Hoshino ¹⁾, Gyokuren Tomoyama ²⁾, Yukari Takai ²⁾

Abstract

[Purpose] The purpose of this study was to elucidate relationships among factors associated with work-related low back pain in ward nurses and to obtain suggestions regarding means of preventing such pain. [Methods] We conducted a self-administered questionnaire survey including registered and assistant nurses working in wards of general hospitals with ≥ 200 beds. Covariance structure analysis was performed using factors identified through exploratory factor analysis and dependent variables. [Results] The questionnaires were distributed to 2,033 nurses in 18 hospitals selected through availability sampling, of which 761 completed questionnaires were received (response rate, 37.4%). Of the respondents, 81.9% complained of work-related low back pain. Goodness-of-fit indices for the best-fit model of relationships among factors associated with work-related low back pain were as follows: CFI = 0.982, NFI = 0.969, and RMSEA = 0.040. The coefficient of determination for “work-related low back pain” was 0.32. The following latent variables showed a direct effect on “work-related low back pain” : “frequency of lifting a patient and assuming an awkward posture,” “working in the same posture over prolonged periods,” and “mental and physical stress responses and turnover intension” ($p < 0.001$). Moreover, an indirect effect on “work-related low back pain” was confirmed from “frequency of lifting a patient and assuming an unusual posture” via “mental and physical stress responses and turnover intension” (standardized indirect effect = 0.067) as well as from “working in the same posture over prolonged periods” via “mental and physical stress responses and turnover intension” (standardized indirect effect = 0.058). Multiple-group structural equation modeling analysis revealed no differences between the groups who did and did not receive education on low back pain prevention from their workplace. [Discussion] Movement factors and psychosocial factors were associated with work-related low back pain among nurses. Movement factors affected the development of work-related low back pain via stress responses such as depression and anxiety, highlighting the need for specific measures related to the lifting of patients and postures assumed during physical tasks. Moreover, these findings imply that the development of preventive measures against work-related low back pain is necessary from the perspective of mental healthcare for nurses.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 35 – 44】

Key words : nurses, work-related low back pain, occupational factors, preventive measures against low back pain

1) Jichi Medical University Hospital Nursing Department

2) Gunma Prefectural College of Health Sciences

原著論文

特定保健指導利用者の健診受診から指導利用に至る 体験の質的分析

平田直美¹⁾、久松美佐子²⁾、堤 由美子²⁾

要旨

目的：特定保健指導利用者が健診を受診し指導利用に至るプロセスを明らかにする。

方法：特定保健指導の初回面談を利用した人を対象に、半構造化面接により収集したデータを、グラウンデッド・セオリー・アプローチの戈木（2008）の分析手法を参考に分析した。

結果：参加者は男性8人、女性10人だった。体験を分析した結果、【指導利用の先延ばし】という現象を説明する34個のサブカテゴリから11個のカテゴリを抽出された。健診受診から指導利用に至るまでのプロセスとして、《やる気のある指導利用》《お試しの指導利用》《揺らぎつつの指導利用》《促しを受けて指導利用》の4タイプが認められた。《やる気のある指導利用》タイプは、主体的に受けた《健診結果による動揺》が強く、【指導利用の先延ばし】をせずに、肯定的イメージを持ち指導利用に至っていた。また、《保健指導通知による事態の実感》をした人は、締め切り等の切羽詰まりを契機に【指導利用の先延ばし】をやめ、《お試しの指導利用》に至っていた。そして、指導への苦手が《保健指導通知による事態の実感》よりも勝る場合は、【指導利用の先延ばし】したい気持ちが強く、《揺らぎつつの指導利用》をしていた。一方、《保健指導通知による事態の実感》の乏しかった人は、【指導利用の先延ばし】の気持ちが強く、《促しを受けての指導利用》に至っていた。

考察：健診と指導の意義を理解し肯定的イメージをもてるようにすることで、《やる気のある指導利用》に繋がると考えられた。また、健診結果の意味を理解できる働きかけや指導成果や自分自身に期待を持てるようにすることで、《お試しの指導利用》や《揺らぎつつの指導利用》タイプの指導利用を促進できると考えられた。そして健診や指導に関心が低い場合には、重要他者や行政が促しを行なうことで《促しを受けて指導利用》タイプの受診や指導利用が促進されると推測された。

【社会医学研究2020；37（1）：45-59】

キーワード：健診受診，特定保健指導，指導利用，プロセス，体験

I 緒言

超高齢社会に突入した我が国では、健康寿命の

延伸・医療費の適正化をめざし、平成20年から生活習慣病予備群であるメタボリック症候群（以下MS）及び予備群を対象とする特定健診（以下健診）と特定保健指導（以下指導）が開始された¹⁾。しかし、平成28年度の健診受診者は51.4%、そのうちMS該当者とされた人で指導を利用した人（以下指導利用者）は18.8%であり、指導実施率45%の目標

1) 鹿児島大学医学部保健学科（非常勤講師）

2) 鹿児島大学医学部保健学科

連絡先：平田直美

E-mail：nanohanapro@yahoo.co.jp

から乖離し、改善が課題となっている²⁾。

肥満の治療は、減量成果の維持の難しさ³⁾、及びそれに伴う自己効力感の低さへの対応の課題⁴⁾があり、特定保健指導においても、減量後リバウンドを繰り返す人たちへの対応が課題とされている⁵⁾、行動科学的観点から得た根拠を基に、全国レベルで減量、検査値改善の対策が実施され、特定保健指導の有効性が報告されている^{6) 7) 8)}。

しかし、Kipnisは、行動科学の弊害として、対象者によっては自由と選択を制限されると指摘している⁹⁾。また、竹末も、結果として生活上の制約による辛さを招く可能性を懸念し、生活の質へ配慮する必要性を提言している¹⁰⁾。そして、村田¹¹⁾らは、保健指導は、対象者のQOL向上に繋げた自己決定力を引き出すことが重要であるとし、宮崎は本制度開始時に、指導利用者の自己決定行動を明らかにする必要性を指摘していた¹²⁾。

予防的保健行動における自己決定を説明する理論として、これまでBeckerらの保健信念モデルや、Ajzenらの計画的行動理論、Prochaskaの多理論統合モデル¹³⁾、Deci&Ryanの自己決定理論¹⁴⁾が活用され、個人の保健行動に対する意識を高める働きかけが行われてきた。一方、人の行動は合理的かつ意図的な自己決定に基づくのではなく無意識に決定されるとする自動性を明らかにしたBarghら¹⁵⁾や及川¹⁶⁾による研究知見がある。また、人の行動の不合理性を前提としたナッジ理論¹⁷⁾導入の健診受診率向上の報告もある¹⁸⁾。これらの無自覚な反応によって選択した行動こそが習慣であり、生活習慣病に大きく影響していると推測される。したがって、保健指導においては、指導利用者の無自覚な反応も含めた、行動の選択に関するプロセスの把握が不可欠であると考えられる。そして、無自覚な反応を自覚し、意図的な選択と調和するように支援することで、自己決定できるようになることが期待される¹⁹⁾。

特定健診受診・指導利用に関する研究は、健診未受診の体験²⁰⁾、指導未利用者の実態²¹⁾、指導未利用者の体験²²⁾の報告があった。しかし、指導利用者の利用に至るまでの意図的かつ無自覚な反応を

含めたプロセスについて詳細に記述したものは見当たらない。健診受診から指導に至る体験の経緯を詳細に分析することは、体験者の視点が明らかになり、リスクを持った健診受診者を指導にまで導く、アプローチ法を考える上で意義があると考えられる。指導利用に関する予測可能性と実行性の高い支援方法を構築するには、指導利用者が様々な要因に影響を受けながら利用に向けて内的に変容していくプロセスの全体像や、利用に関わる要因を捉えていく必要がある。

そこで、本研究では、指導利用者が、健診受診から実際に指導利用に至るまでに、それらの出来事をどのように受け止め、対応して、利用したのかについて、利用者の視点から指導利用に至るプロセスを明らかにすることにした。

II 研究方法

1. 研究対象者

対象は、中核市A市（人口約60万人）5保健センターで、健診の結果に基づいて要指導の通知を受けて、それから指導の申込みを行い、実際に初回指導面談を利用した人達であった。調査時のA市の特定健診受診数と受診率は、2010年度23127人（26.2%）、2011年度22609人（25.3%）、指導該当者及び特定保健指導実施数は2010年3243人のうち813人（25.1%）、2011年度2779人のうち889人（32.0%）であった。A市では直営で、積極的支援者だけでなく、動機づけ支援者には3か月後の身体組成測定、また希望者に毎月の栄養教室や体操教室参加等の同様の指導を実施しており、両者に同程度の支援を行っていた為、本研究では両者とも対象とした。

2. 調査方法

調査は、2010年4月～2012年3月の期間に実施した。

調査内容は、半構造化面接により①健診通知が届き、受診し、健診結果が届き、要指導通知も届き、そこから指導申込みをして指導利用に至る一連の過程における出来事を、どのように受け止め、対応したのか、②指導利用に際し、利用を決断した

理由とためらった理由にはどのようなものがあったのかについて、インタビューガイドを作成し、それらを基に柔軟に対応しながら聴衆した。

加えて、③体重管理に対する「やる気」の程度として、①②の調査後に、①の各時点において、全くやる気がない状態を0点、やる気に溢れている状態を100点としたとき、何点であったかについて、Visual Analogue Scale (VAS) により測定した。50点を中程度として、50点より低いか高いかで判断した。更に、健診・保健指導の記録から対象者の指導及び指導に対する反応を情報収集した。

調査は、指導が行われた保健センターの個室で、初回指導面談の終了後に行った。面接内容は対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

3. 分析方法^{23)~30)}

分析手法は、指導利用に至るプロセスを明らかにする研究目的から、現象のプロセスと構造を明らかにするグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下GTA）の戈木の修正版の分析手法を参考にした。しかし、本研究では、特定保健指導期間が設けられていることから、理論的サンプリングは行わず、調査条件を満たし同意を得られた研究参加者に研究協力を依頼し、期間内に集中的にデータ収集した。

収集したデータより作成した逐語録を、2回目の指導面談時に、それらを提示して、内容確認し、修正した全個別データを分析した。個別データの分析では、データを意味の最少単位毎に切片化し、切片データから特性と次元を抽出し、それらを基に抽象化した意味にラベルをつけた。次に、意味内容の類似したラベルの特性と次元を参照し、サブカテゴリを抽出した。そして、それらを現象として捉える手法であるパラダイムの状況・行為/相互行為・帰結に分類し、個別パラダイムを作成した。

その後、全研究参加者の個別のパラダイムを併記し、それらを構成するサブカテゴリの類似性を比較検討し、上位の概念であるカテゴリを抽出した。そしてカテゴリの有する特性と次元を基にカテゴリ同士を関連づけ、『特定保健指導利用者の指

導利用プロセス』を表すカテゴリ関連図を作成した。

さらに、指導利用プロセスにおける帰結となったカテゴリから、指導利用の仕方とそれに至るプロセスを構成するカテゴリ特性における次元の相違を分析し、指導利用の仕方のタイプを捉えた。

4. データの信憑性と分析の厳密性の確保³¹⁾

データの信憑性を高めるために、初回面接の記述内容を研究参加者に提示・確認し、補足・修正を行ってから分析した。データ分析の厳密性を確保するため、カテゴリを抽出した段階で5人の質的研究経験者によるピア・チェックを行い、また研究の全過程で定期的に質的研究者とディスカッションし、スーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は鹿児島大学医学部倫理審査委員会の承認（10-152号）を得て実施した。研究は自由意思による参加であり、途中辞退しても不利益は被らないこと、プライバシー保護などについて文書及び口頭で説明し、同意が表明された場合には、同意書に署名を得た。

Ⅲ 研究結果

1. 研究参加者の概要（表1参照、以下参照略）

23人に研究協力を依頼し、18人から研究参加が得られた。男性8人、女性10人で、年齢の平均±標準偏差（以下SD）は65.8±4.0歳で、積極的支援5人、動機づけ支援13人であった。BMIと腹囲の平均±SDは25.2±3.0kg/m²、91.4±5.0cmだった。参加者のうち、過去の指導利用者が3人いた。一人当たりの面接時間の平均±SDは37.2±14.8分だった。

2. 指導利用の選択プロセス

指導利用の選択プロセスについて検討した結果、【指導利用の先延ばし】という現象（コアカテゴリ）を説明する34個のサブカテゴリから11個のカテゴリが抽出された。

図1は、分析結果から作成した「【指導利用の先延ばし】という現象に関わるカテゴリ関連図」で

表1 対象者の一覧

事例	性別	年齢(歳)	BM(kg/m ²)	腹囲(cm)	指導種別	減量歴		
						特定保健指導 経験有	体重管理指導 経験有	指導後の 逆戻り有
A	女性	60代後半	28.8	99.2	動機			
B	男性	70代前半	25.4	93.0	動機			
C	女性	60代前半	22.3	93.0	積極			
D	男性	60代後半	29.9	91.0	動機			
E	男性	70代前半	20.2	85.0	動機			
F	女性	60代後半	24.5	93.0	動機			
G	女性	60代前半	25.6	90.0	動機			
H	男性	70代前半	23.3	87.0	動機	○		○
I	男性	60代前半	25.7	88.0	動機			
J	女性	70代前半	25.3	88.0	動機			
K	女性	60代前半	32.0	98.0	積極		○	○
L	女性	60代前半	23.3	90.0	積極			
M	男性	60代前半	26.3	93.0	積極	○	○	○
N	女性	60代前半	24.7	90.0	動機		○	
O	女性	60代後半	25.1	84.5	動機			
P	女性	70代前半	29.3	103.5	動機			
Q	男性	60代前半	23.9	92.4	積極	○	○	○
R	男性	60代後半	20.5	87.2	動機			
平均±標準偏差	-	65.8±4.0	25.2±3.0	91.4±5.0	-	-	-	-

表2 カテゴリ内の特性と4つのタイプ毎の次元

カテゴリ	特性:「の(する)程度」を略	4つのタイプ毎の次元			
		(9)やる気のある指導利用	(10)お試しの指導利用	(11)揺らぎつつの指導利用	(12)促しを受けて指導利用
(1)《タイミングよく届いた健診通知》	健診受診の主体性	強	強	強、弱	強、弱
	暮らしの一部	強	強	強、弱	強、弱
	健康意識の高まり	強	弱	弱	弱
	健診への関心	強	強	強	強、弱
(2)《健診受診を促すサポート》	促す人・者	-	-	-	家族、二度目通知
	促される程度	-	-	-	強
	促す人を尊重する程度	-	-	-	強
	促す行政を尊重する程度	-	-	-	強
	結果の理解をサポートされる程度	-	-	強	-
(3)《健診結果による動揺》	理解をサポートする人	-	-	専門職の友人	-
	腹囲に動揺	弱~強	弱	弱	弱
	結果伝達の方法	手紙,診療	手紙,診療	手紙	手紙,診療
	健診からの期間	翌日,10日,一月	一月	10日,一月	一月
	結果への関心	強	弱	強、弱	弱
	結果に動揺	強	弱	強、弱	弱
(4)《体重管理意欲の高まり》	原因の自己分析	強	弱	強、弱	弱
	強まった健康危機感	強	-	強、弱	-
	症状への気がかり	強、弱	-	強、弱	-
	体重管理を気にする	強	-	強、弱	-
	過去の成功体験の影響	強、弱	-	強、弱	-
	過去の失敗体験の影響	強、弱	-	強、弱	-
	体重管理の自信	強	-	弱	-
(5)《保健指導通知による事態の実感》	主体的な生活調整	強	-	弱	-
	食欲の抑制困難感	弱	-	強、弱	-
	通知に驚く	-	強	強、弱	弱
	通知で結果に注目	-	強	強、弱	弱
	結果改善の必要性	-	中	強、弱	弱
(6)《促して指導利用を考慮》	指導の苦手感	-	弱	強	弱
	指導の必要性	-	中	混乱、弱	弱
	指導への無関心	-	-	弱、強	強、弱
	促される	-	-	強	強
(7)《指導利用の先延ばし》	促す人・物	-	-	友人,市職員	家族,市職員,送付資料
	促しを尊重	-	-	強	強
	指導への関心	強	中	強、弱	弱
	指導を避けたい	弱	弱	極強	-
	先延ばし	弱	中~強	強	強
	先延ばしの方法	-	躊躇・保留	理由づけ	無関心
	向き合うきっかけ	-	締め切り,二度の通知	指導の促し	指導の促し
(8)《指導の成果への疑念》	指導メリットがデメリットより優位	強	中	弱	弱
	指導情報の具体性	強	弱	強	弱
	指導の情報源	体験,家族,親族,友人	送付資料	体験,友人	家族
	今後の予想	-	中	弱	-
	過去の指導経験	-	無	有	-
指導利用(初回面談)時の状態	指導への抵抗	-	弱	強	-
	成果を出す自信のなさ	-	弱	強	-
	やる気(VAS)	70~80	30~70	50~60	0
	男・女(人)	1・4	1・5	2・1	4・0
	動機づけ・積極的(人)	2・3	5・1	1・2	4・0
	年齢(歳)	62.6±2.6	67.3±3.1	64.3±5.1	68.5±3.1
BMI(k/m ²)	25.5±2.4	24.7±2.9	26.4±4.9	25.3±4.0	
腹囲(cm)	93.0±3.0	91.0±6.7	92.5±5.5	89.3±3.5	
	(事例ACGMN)	(事例FJLOPR)	(事例HKQ)	(事例BDEI)	

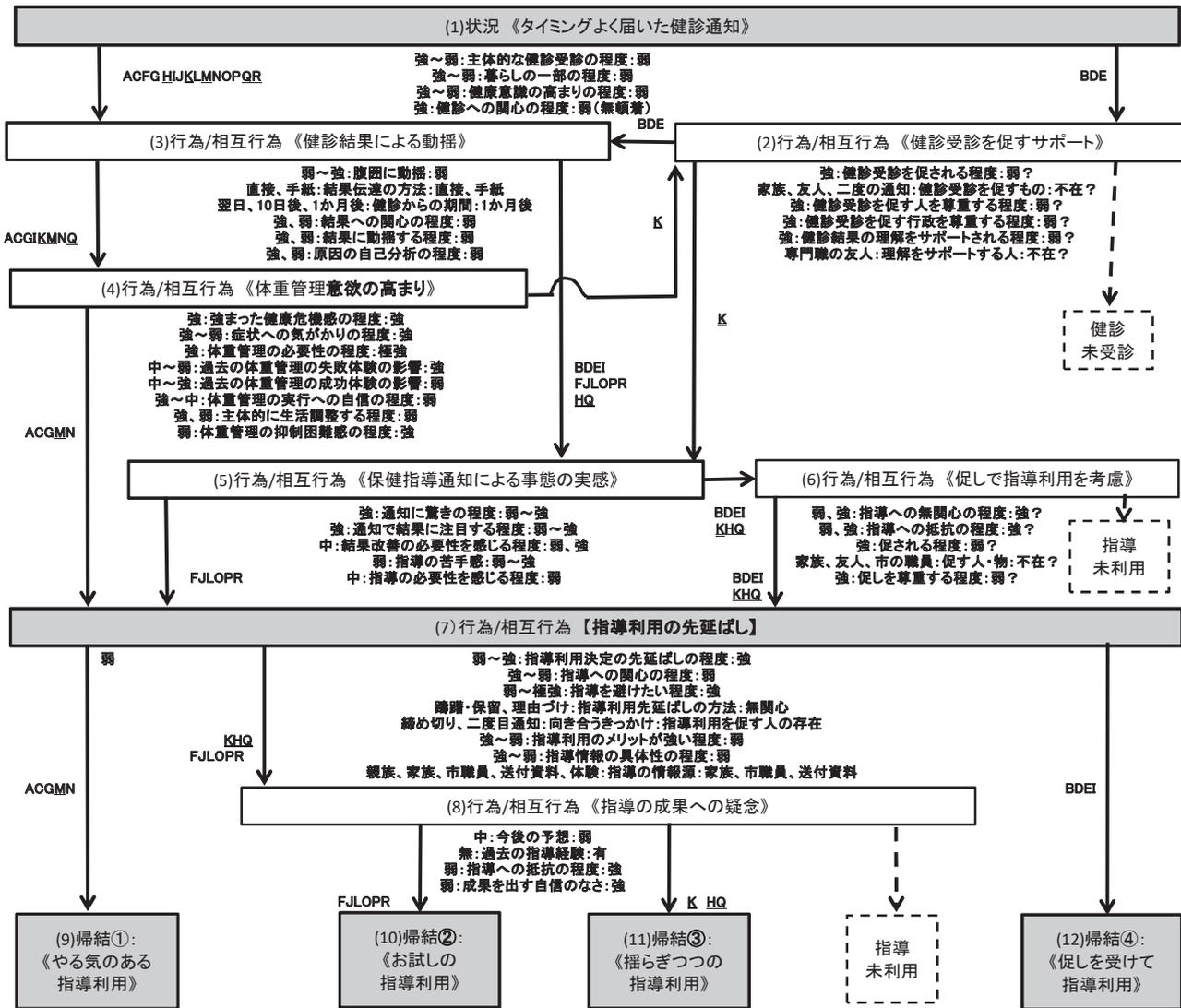


図1 【指導利用の先延ばし】という現象に関わるカテゴリ関連図

アルファベットは各事例、下線特定保健指導再利用者、二重下線は特定保健指導以外の体重管理に関する保健指導経験者
 □はカテゴリ、その下に、「次元：特性：次元」、を表示
 推測できる関係は破線の矢印で示し、推測できる次元は「？」をつけた。

あり、コアカテゴリを中心に、状況から帰結に至る指導利用のプロセスの結果である。表2は、カテゴリ（含むコアカテゴリ）毎の特性、そして4つのタイプ別の特性毎の次元とその差異を示した。ストーリーラインは、図1の関連図から導き出した。

ここでは、コアカテゴリ【】、カテゴリ《》，サブカテゴリ〈〉、具体的発言例は「」[参加者]で報告する。また参加者の具体例は事例Aのように表示する。

1) 指導利用に至るプロセスに関するストーリーライン（図1、表2）

指導利用に至った契機について《タイミングよく届いた健診通知》と受け止めた人は、主体的に健診を受診し、自分がメタボであることを示す《健診結果による動揺》し、《体重管理意欲の高まり》が生じ、《やる気のある指導利用》に至っていた。

同じく《タイミングよく届いた健診通知》と受け止め、主体的に健診を受けたが《健診結果による動揺》はなく、ようやく《保健指導通知による事態の実感》した人は、躊躇や保留を理由とする【指導利用の先延ばし】が認められた。そして、指導申し込みの締め切りが迫ったこと等をきっかけに、今の生活のままでは事態が悪化すると今後の予想

を行い、《指導の成果への疑念》を持つことなく、《お試しの指導利用》に至っていた。

また、《タイミングよく届いた健診通知》と受け止め、健診は受けたものの、〈指導への苦手感〉が強い人は、友人の促しや市職員の電話によって《促して指導利用を考慮》するようになっていた。しかし、【指導利用の先延ばし】や、《指導の成果への疑念》が強く、《揺らぎつつの指導利用》に至っていた。このような人は、指導経験者かつ逆戻り経験者(表1「減量歴」、図2(8)、表2(8))だった。

一方、《タイミングよく届いた健診通知》と受け止めることなく、《健診受診を促すサポート》により健診受診した人は、《健診結果による動揺》と《保健指導通知による事態の実感》が乏しく、市職員からの電話や家族による《促して指導利用を考慮》するようになるが、【指導利用選択の先延ばし】が強く認められ、状態改善への関心が乏しいまま、《促しを受けて指導利用》に至っていた。

2) 指導利用に至るプロセスを説明するカテゴリ(含むコアカテゴリ)(図1、表2)(本文と図1表2の数字(1)～(12)は同一のカテゴリの示している)。

以下、カテゴリ毎に、定義と解説、そして会話で具体例を記載する

(1) 《タイミングよく届いた健診通知》: 状況

このカテゴリは、毎年健診を受けることを暮らしの一部とみなし、健診が届いたことをタイミングがよいと受け止めることをいう。

〈健診受診の習慣化〉のある人や、節目を契機に受診する等〈健康づくりの意識の芽生え〉がある人は、〈暮らしの一部としての健診受診〉をし、

「市から健康診断をしませんかと何月かに来ますよね。(略)毎年うけていましたよ。[I]」と語った。

一方、〈健診受診の習慣化〉がなく、〈意識の芽生え〉がない人は、

「行ってもいい、行かんでもいいと、自分でそう思う。[B]」と健診受診に無頓着であった。

(2) 《健診受診を促すサポート》: 行為/相互行為

健診受診する意思はないが、周囲の人からの健診受診への促しがあり、促しに応じ健診を受診する

ことをいう。

市から二度目の通知が届き、かつ家族から〈健診受診の促し〉を受け、受診した人は、「全然受けたことはなかったのですよ。通知の二回目が着たものですからね、受けてくれて。娘が、お腹も出て来てきたから受けなさいと、行ってみようかなあとあって。[D]」と語った。

(3) 《健診結果による動揺》: 行為/相互行為

健診結果の通知により、自分の状態に驚き、動揺することをいう。

結果から〈MSであった驚き〉、そして〈重症化への怖さ〉を感じた人は、

「結果がきたらショックで、糖が(結果として)でたものだから……。 (略)うちの母が透析をするくらいに(糖尿病が進行して)…。[A]」と語った。

あるいは、すでに健診時に腹囲から自分のMSを予感していた人は、「(腹囲を)測る段階で90を超えているのが分かりましたから、あーこりゃMSだ、ということで。[C]」と語った。

一方、健診結果に関心ない人は、

「注意事項とかなかったし、だからそんなの気にしてなかった[J]」と、〈MSに無頓着〉なままだった。

尚、結果伝達の方法は、手紙や診療時の伝達であり、方法の違いで動揺の程度に違いは認めなかった。(表2(3))

(4) 《体重管理意欲の高まり》: 行為/相互行為

健診結果にショックを受け、中断していた食事調整や運動開始等の生活調整を再び始める、あるいは健診結果の理解に努め、改めて体重管理の意欲が高まることをいう。

〈症状への気がかり〉が元々あり、健診結果を知り〈強まった健康危機感〉から〈体重管理の関心〉が強まり、過去の〈体重管理の成功体験〉があり、〈主体的な生活調整〉を指導前から実行していた人は、

「とにかく、うちの母をみているものですからね。あんなになりたくない、って。それで、ウォーキングを毎日しないと、って、少しくらいの雨では傘もさして歩いています。(略)(体重は)減ってはきていました。[A]」と語った。

一方、過去の失敗体験(表1「減量歴」)があり

体重管理に自信がない人は、

「結果の通知は、みてもよくわからなくて、(略)で、やっぱり友達に聞いたりして、メタボだねえ〜と話をしたりしていたとこなんですけど、(略)もう太りすぎてどうにかしないとイケないって思っていたのだけど、[K]と語り〈体重管理の関心〉をもち、受診を促した人から〈健診結果の理解のサポート〉を得ていたが、食事や運動などの生活調整の実行には至っていなかった。

(5)《保健指導通知による事態の実感》：行為/相互行為

指導通知を受け取ることによって、はじめて自分がMSであることを解り、自身の状態の深刻さが実感されることをいう。

〈指導通知への驚き〉が強かった人は、健康状態の事態への実感を強くし、〈状態改善の必要性〉を感じ始めて、

「で、この手紙がきて初めて、ああ〜私それね、やっぱり当てはまったのだ、(腹囲が)90もある、とか思って、このままもしほっといたらもっとすごくなるよねと思って[L]と語った。

一方、指導通知が届いても驚かない場合、依然として健診結果に無頓着のままだった。

あるいは、過去の指導経験者(表1参照)で〈指導通知への驚き〉がなかった人は、〈状態改善の必要性〉は認めていたが、〈指導への苦手感〉があり、通知が届いた時点では指導利用を考慮せず、

「何か苦手で、それで、去年もそうだったから行かなきゃいけないのをほったらかしとった。[Q]と語った。

(6)《促しで指導利用を考慮》：行為/相互行為

指導に無関心あるいは苦手意識があり、指導利用を検討していなかったが、指導を受けた方がよいという周囲の人たちの促しにより指導を受ける必要性を認め始めることをいう。

〈市から指導利用の促し〉の電話や〈親しい人からの指導利用の促し〉を受けた人は、

「なんか% (指導利用率) が (送付資料に) でていたじゃないですか。知らなかったでは、ちょっと、まあ無責任な気がするし。[I]と語った。

(7)【指導利用の先延ばし】：行為/相互行為

指導を受けるかどうか迷い、決断をしないまま先延ばしにすることをいう。

〈指導メリットのイメージ〉を具体的にできている人は、〈先延ばし〉の気持ちは少なく、「目的はそれでした。ひとりではどうしても、体重を減らすことができないから。(略)うちの兄嫁もここで、目標をもってするからやせるよって、で我慢もできるよって、[A]と語り、《やる気のある指導利用》を行っていた。

一方、〈先延ばし〉の気持ちが強い人の中で、指導に無関心であるものの、周囲の促しをうけた人は、

「娘が、いったほうがいいよ。お腹をみてごらん、っていうから、で、その気になったけど、[D]と語り、促しを尊重したことで、指導利用を意識していった。

また、躊躇して利用を保留していたが、指導の申し込みの〈期限が迫ることによる切羽詰り〉を感じた人、あるいは〈指導を避けたい気持ち〉と〈指導デメリットのイメージ〉が強い人は、《指導の成果への疑念》を抱いていた。

(8)《指導の成果への疑念》：行為/相互行為

指導利用を検討する際に、指導利用による成果を期待することができないでいる、あるいは自分が成果をだすことに自信がないことをいう。

指導の経験があり、指導利用をすることに対して、〈否定される怖さ〉や〈成果を出す自信のなさ〉が強い人は、

「受けたくないのです。どうせ、もう言われるの、わかっているから。(略)自分が一番わかっているわよ!って、感じなんですけど、[K]と語り、《揺らぎつつの指導利用》へ至った。

しかし、〈否定される怖さ〉と〈成果をだす自信のなさ〉が認められない人は、今後の自分の健康状態を推測することによって行動化が促進され、

「6ヶ月でね、あの目標のどうのって書いてあったから、このままいったら大変だなと思って、ちょっとまあせっかくな機会だから、[L]と語り、〈指導の成果への期待〉を持ち、《お試しの指導利用》

に至った。

(9) 《やる気のある指導利用》：帰結①

やる気が強く、〈MS改善の希望〉を抱き、「〈今がやりどき〉と捉え指導を利用することをいう。そのような人は、

「ご案内を受け取った時、いまがやりどきだ!と
思ったのです。対面で指導を受けて、私は意思が
弱いのですが、指導どおりにしてみようと思っ
たのです[C]」と語った。

このタイプは、VAS:30~70 (表2下部)、年齢が
比較的若く、肥満度は高い傾向にあり、指導に関
わる肯定的で具体的な情報をもっていた (表2最
下部)。

(10) 《お試しの指導利用》：帰結②

指導利用の決定を先延ばししていたが、申し込
み期限が迫ると〈流れにのる態度〉で〈試しに利
用〉することをいう。やる気は指導利用選択時に
VAS:30~70 (表2下部) で、健診受診前より上昇
がみられた。そのような人は、

「できなくても仕方がないのだけど、とりあえず
やってみようと思って。ま、無料だし、とか思って。
[L]」と語った。

このタイプは、年齢が比較的高く、肥満度は中
程度の下方であった。

(11) 《揺らぎつつの指導利用》：帰結③

指導をうけて成果をだすことに対して〈疑念と
期待〉があるという矛盾を抱え、あるいは〈参加
する義務〉から指導を選択し、次のように語った。

「行くだけはとにかく行こうと。まあ、去年もあ
んな風 (指導中断) だったけどな。でもいいこと
だから・・・また中途半端に終わるのだと思うの
ですけどね。[Q]」

このタイプはやる気”はVAS:50~60 (表2下部)
と中程度で、VASの変化は認められなかった。

(12) 《促しを受けて指導利用》：帰結④

周囲の人から〈促されて利用〉、あるいは市職員
に促されて〈行政に参加する意識〉で指導利用す
ることをいう。

「(指導は) なければならないでよかったのだけど。
せっか(促しが) 着たから行かないとなあ。[B]」

と語った。

全員が動機づけ支援群に該当し、終始一貫して
やる気のVAS:0 (表2下部)、年齢が比較的高く、
肥満度は $25.3 \pm 4.0 \text{Kg/m}^2$ と相対的に低い方だった。

IV 考 察

本研究の目的は、特定保健指導利用者の視点か
ら健診通知を受け取ってから指導利用に至るまで
のプロセスを明らかにすることであった。その結
果、指導利用に至るプロセスの相違により、4つ
の指導利用の仕方のタイプが認められた。各タイ
プ別に、そのプロセスの特徴等を考察する。

1. 4つの指導利用の仕方におけるタイプの特徴

1) 《やる気のある指導利用》のタイプ

このタイプの人は、健診通知が届き健診を受け
ることを自身の健康管理に必要なことと捉え、自
ら健診を受けていたことから、健診への関心は比
較的高いと推測された。そして、健診結果につい
ても関心が高かったことから通知された結果に危
機感を覚え、早々に体重管理のための行動を取り
入っていた。

このような人は、体重管理の成功体験があった。
Bunduraは強力な効力感を作り出す最も効果的な方
法は、制御体験を通じたものであり、成功体験は
個人の効力感に強固な信念を作り上げるとしてい
る¹³⁾。そのためこのタイプの人は、体重管理への自
己効力感が高く、その行動化がスムーズに行われ
たと考えられる。また、このタイプはコアカテゴ
リである【指導利用の先延ばし】の程度が、弱い
ことが特徴であり、コアカテゴリーの差異が帰結に
差異をもたらしていた (表2 (7))。加えて、指
導を受けるメリットについて具体的にイメージで
きていた。それは、指導を受けて成功した人 (事
例Aの情報源) や専門職 (事例C・Nの情報源) から
情報を得ていたことから考えられた。自己効力
感理論では、効力の信念を高める情報源として、
代理体験と社会的説得も挙げられている¹³⁾。した
がって、このタイプの人は自己効力信念が高めら
れるような具体的な情報源を有していたことも、

【指導利用の先延ばし】をすることなく、《やる気のある指導利用》に繋がったと推測できた。指導に関する肯定的なイメージがあると、その影響を受けて、指導利用に繋がる可能性がある。目標に対するイメージに伴う感情から目標達成の是非を予測でき¹⁶⁾、自動的な評価は状況に敏感で、意識的な評価と異なったものになり、活性化された肯定性等が一瞬であっても、それは判断等に様々な影響を与え得るとされている¹⁵⁾。そこで、指導利用を促すにあたっては、具体的で豊かにかつ肯定的イメージを伴う特定保健指導、及びその成果に関する情報提供が効果的と考える。

また、このタイプは、MSやその合併症の罹患や重篤化に関する健康危機感があるが(図2(4))、指導利用のメリットが強く(図2(7))、指導を受ければ体重管理によりMSや合併症を予防できるとの期待があったと推測され、【指導利用の先延ばし】の気持ちは多少あっても(図2(7))、行動化を阻害する影響は弱かったと推測できた。健康信念モデルでも、自分の関連性を認識する罹患性や放置した結果の合併症の重大性の理解が、健康危機の体験を可能にし、かつ行動化で予想される利益が明らかになれば、その実行に繋がる¹³⁾、とされる。

これらから、指導利用を促すにあたっては、具体的かつ肯定的イメージを伴う特定保健指導、及びその成果に関する情報提供が必要である。また、指導利用により成功した人の体験談を聞いたり、意見交換できる機会をつくる等も考えられる。ただし、自己効力感理論では、代理体験に関しては、モデルとなる人との類似性が強く影響するとされていることから¹³⁾、体重管理に悩みつつも障害を克服して成功体験をえられた人をモデルとできるようにするなどの工夫が必要である。加えて、一般的な健診・指導への肯定的イメージを保ちつつ、健康問題への影響の重大性を自身のこととして実感できる支援が必要である。

2) 《お試しの指導利用》のタイプ

このタイプでは、〈指導通知が届いてMSを実感〉し、指導の申し込み〈期限が迫ることによる切羽

詰まり〉がきっかけになり、先延ばしを行った後に、今後の健康の成り行きを推測し、指導利用となっていた。

このタイプの人には、保健指導の経験はなく、指導に対する明らかなイメージや情報は乏しいことが推測された。しかし、締め切り前の指導通知による市からの促しが、切羽詰まり感を生じるきっかけになり(図2・表2(6)(7))、非常に有効であった。そして、市の通知や添付資料及び情報を読み取り、かつ自分のことと受け止めたことが、切羽詰まり感を増大していたと考える。何より、このタイプは、このまま放置した場合の将来について自ら検討(図2・表2-(8))しており、それが指導利用に影響したと考えられた。保健指導で、健康に関わらず将来を検討し、将来と関連させて今の保健指導を受ける意義を指導対象者が作り上げる支援をおこなっている¹¹⁾。そして、McGonagall³²⁾は自己管理の最も優れた方法は、『背水の陣』を敷く目的で、自分の将来のことをよく考え、そのためになることを促す支援であるとした。指導の必要性を伝える際は、期限前の切羽詰まりを活用し、健診結果と将来の人生と健康との関連の検討、そして期待できる指導の成果を関連させて、指導利用に踏み出せる支援することが重要と考える。

また、阻害因子の〈選択の先延ばし〉は、意図的というより無自覚に行われている可能性が推測された。さらに、現在は健診時に対象になる可能性のある人に指導を始めるようになり、先延ばしの可能性は減ってきているが、指導利用選択における先延ばしの存在を明らかにし、健診時からの将来を見通せるような検討ができるようにすることが効果的であると考えられる。無自覚も含め、すべての自動過程に共通する特徴は、個人の自覚、意図、統制なしに、そして認知的資源をほとんど必要とせずに生じるため、その影響がなかなか消えないとされている¹⁶⁾。先延ばしは大概の人の抱える課題であるが、その問題を自覚すれば予防は可能となる^{33) 34)}。最善の策は、望ましい行動の道筋をあらかじめ決意表明する機会を与えること³⁴⁾と提案さ

れている。

以上から、MS当事者の可能性が高い人には、健診時等の早い時期から先延ばし傾向があればその自覚を促し、指導成果に期待がもてるような指導成功例等の具体的な情報提供、かつ自身の将来の展望と現実の健康事態の関連付けが重要と考える。

3) 《揺らぎつつの指導利用》のタイプ

このタイプの指導利用に至る促進要因には、〈指導の具体的なイメージあり〉があり、阻害要因として、〈過去の体重管理の失敗体験〉、〈理由づけによる回避傾向〉、〈指導により成果を出す自分への自信のなさ〉があげられた。そして、このタイプは【指導利用の先延ばし】で、特に指導を避けたい程度が強いことに特徴があった(表2・図2(7))。肥満症患者の心理的特徴として、『自己評価の低さ』『困難を回避する傾向』『欲求や衝動に対するコントロール不良』があげられている³⁴⁾。また、ステイールは、自己否定感から目先の感情にとらわれてしまうことによって先延ばしに影響するタイプがあるとしていた³¹⁾。これらは、このタイプにおける指導利用に至る阻害要因と特徴に一致している。

また、このタイプの人には、指導と指導後の体重逆戻り経験(表2-減量歴)をしており、健診結果に関する揺らぎの反応から、自己効力感の低さが推測された。また、利用先延ばしの方法に理由づけをするという回避傾向、経験から指導の効果は認めても成果を出す自信はなく、指導利用の促しにより指導への抵抗感をもちつつ指導利用をするといった、思考と感情における両価性が推測された。しかし、両価性は人間の正常な反応であり、人が変わっていく過程で、両価的葛藤を経験することは自然なこととされている³⁵⁾。したがって、このタイプでは、両価性を、変化への障害物ではなく、むしろ変化を可能にする可能性を持つと捉え支援することが重要である。そして人が変わるのには両価性の解決が鍵であり、特定の解決法を強要すると、逆に問題行動を増やすことが指摘されて、「正したい」支援者の反応を控えることが重要

とされることから、それらを踏まえた支援を行う必要がある³⁵⁾。堀川は、肥満症の心理的ケアとして、利用者の話を丁寧に聞くこと、利用者の自己決定を重視するエンパワーメント・アプローチ等を提唱している³⁷⁾。

そこで、まずこのタイプにおいては、利用者の指導を回避したい気持ちを支援者が認め、それを利用者が語り思いを解放する支援が非常に重要である。そして、指導への抵抗感が強く、指導利用に至らない可能性が高いと考えられることから、健診を受ける時等の早い時期に体重管理の履歴を把握し、自己否定や諦めの可能性が強ければそれらを自身で受容できるような支援が必要と考える。

4) 《促しを受けて指導利用》のタイプ

このタイプの阻害要因は、一貫した〈指導への無頓着・無関心〉があげられる。また【指導利用の先延ばし】で、先延ばしの程度が強く、指導への関心が弱いことに特徴があった(表2(7))。にもかかわらず指導利用につながったのは、促進要因として〈促しで指導利用を考慮〉したからであった。そして、指導利用を促される程度や促しを尊重する程度が強く、促す人・物は、家族(事例D・E・I)・市職員(事例B)・送付資料(事例B・D・I)だった(表2(6))。したがって、このタイプは、優先する価値に家族や友人があり、かつ指導利用を促した他者を気遣い柔軟に対応していたことから、人との関係を大切にしている人たちであることが考えられた。

日本人は、柏木によると強い相互依存で結ばれた他者等の期待を感じ取り、それを自分自身の期待として内面化したものを原動力として意思決定する「他者の期待に応える」傾向、また東により、行為者自身が気持ちを重視して選択する「気持ち主義」の傾向にあることが指摘されている¹⁴⁾。また、伊藤は、自己を他者、社会とどのように結びつけるかで、行動のあり方に影響を及ぼし、自己を他者と結びつけた関係性の観点からとらえる「相互協調的自己感」では、他者の励ましに応えるという形で達成行動がなされていると考えられる、としている¹⁴⁾。そのため、このタイプは、重要他者と

参考資料：表 コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリ一覧

(コア)カテゴリ	サブカテゴリ
(1) 《タイミングよく届いた健診通知》	<ul style="list-style-type: none"> 〈健診受診の習慣化〉 〈健康づくりの意識の芽生え〉 〈暮らしの一部としての健診受診〉
(2) 《健診受診を促すサポート》	<ul style="list-style-type: none"> 〈健診受診の促し〉 〈健診結果の理解のサポート〉
(3) 《健診結果による動揺》	<ul style="list-style-type: none"> 〈MSであった驚き〉 〈重症化への怖さ〉 〈MSに無頓着〉
(4) 《体重管理意欲の高まり》	<ul style="list-style-type: none"> 〈症状への気がかり〉 〈強まった健康危機感〉 〈体重管理の関心〉 〈主体的な生活調整〉 〈体重管理の成功体験〉
(5) 《保健指導通知による事態の実感》	<ul style="list-style-type: none"> 〈指導通知への驚き〉 〈状態改善の必要性〉 〈指導の苦手感〉
(6) 《促して指導利用を考慮》	<ul style="list-style-type: none"> 〈市から指導利用の促し〉 〈親しい人からの指導利用の促し〉
(7) 【指導利用の先延ばし】	<ul style="list-style-type: none"> 〈指導を避けたい気持ち〉 〈先延ばし〉 〈指導メリットのイメージ〉 〈指導デメリットのイメージ〉 〈期限が迫ることによる切羽詰り〉
(8) 《指導の成果への疑念》	<ul style="list-style-type: none"> 〈成果を出す自信のなさ〉 〈否定される怖さ〉 〈指導の成果への期待〉
(9) 《やる気のある指導利用》	<ul style="list-style-type: none"> 〈MS改善の希望〉 〈「今がやりどき」〉
(10) 《お試しの指導利用》	<ul style="list-style-type: none"> 〈流れにのる態度〉 〈試しに利用〉
(11) 《揺らぎつつの指導利用》	<ul style="list-style-type: none"> 〈疑念と期待〉 〈参加する義務〉
(12) 《促しを受けて指導利用》	<ul style="list-style-type: none"> 〈促されて利用〉 〈行政に参加する意識〉

【】: コアカテゴリ、《》: カテゴリ、〈〉: サブカテゴリ

の相互作用で、その他者が自分に対して求めた目標が活性化される¹⁵⁾ようになり、重要他者の意思が、いつしか利用者自身の目標になり、行動に影響を及ぼしたと考えられた。また、度重なる市職員の促しや資料提供による影響が推測された。本研究対象者には、受診率と保険金の負担増の可能性等の行政事情を開示した資料を提供されており、これにより利用者の参加の意識が刺激され、共に歩む意識が生まれ、指導利用への肯定的なイメージ形成¹⁵⁾がなされたことも考えられた。

したがって、このタイプは、相互関係を尊重した中で、重要他者による指導勧奨や行政事情を開示した資料の提供が効果的であると考えられる。赤堀らによると、特定保健指導該当者の未利用者は自身の身体状況を健康と捉え、健康以外の生きがいとなるものを優先させ、その結果指導未利用となっていた²²⁾。赤堀らが示した指導未利用者と本研究の《促しを受けて指導利用》のタイプと共通するのは、健康づくりに価値をおいていなかった点である。異なっていたのは、赤堀らの対象者は、保健師の介入を干渉と捉え未利用となったことに対し、本研究のこのタイプは保健師等の介入を受け入れ利用したことであった。背後に、「相互協調的自己感」¹⁴⁾に基づく他者や社会との関係の程度の影響を考えた。

指導に無関心なタイプは、相互関係を尊重する中で、重要他者による指導利用の促しの効果が推測された。日常の受診率向上の健康教育で対象者が情報を重要他者に普及し、指導利用に影響する可能性が考えられた。さらに、「相互協調的」な関係の活用、そして関係の醸成への支援を期待したい。

2. 本研究の限界と意義

本研究の対象者は、MS該当者とされた人のうち指導を利用した18事例を調査した結果、4つの指導利用タイプが認められた。対象者は、積極的支援と動機付け支援の両者共にした。それは、動機づけ支援者に対し3か月後に必ず指導をし、かつ希望者は毎月一回栄養教室、体操教室等に参加し、

その結果両者に同等の支援をしており、実際両者の減量効果に違いは認められないとの語りを、指導担当した保健師達から確認したからであった。しかし、本研究対象を両支援者としたことの根拠として、両者に同等の支援をしたことを示す栄養教室や運動教室参加率等のデータが不足していた。対象を両者共にした根拠を確かにする為に、同程度の支援をしていたことを示す客観的データを明らかにする必要がある。

また、今回の調査では、理論的サンプリングに基づくデータ収集を行っていないために、理論的飽和を確認できていない。そのため他の指導利用タイプが存在する可能性があり、今後も新たなカテゴリ開発を目指していく必要がある。さらに、今回の調査では、MS該当者の中で、指導利用をしなかった人については、全く調査していない。指導実施率を高めていくためには、指導利用しない人の指導参加の阻害要因を解明していく必要がある。

以上本研究は、非常に限定的な対象による結果ではあるが、特定保健指導を利用した人の体験から指導利用に至るプロセスの記述を試みたことには意義があると考えられる。それは、特定保健指導に利用者の視点を取り入れることは、効果的な指導のために不可欠であるからである。

本研究にご協力いただきました皆様、そして鹿児島市役所及び5保健センターの皆様にご心より感謝申し上げます。

本研究に関して、開示すべきCOI状態はありません。

文 献

- 1) 厚生労働省.特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第3版).[online]2018年3月29日<<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172888.html>>[2018年10月25日検索]
- 2) 厚生労働省.2016年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況.[online]2018年7月<<https://>

- www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000173038_00001.html[2018年10月25日検索]
- 3) Zefra Cooper, Christopher G.Fairburn, Deborah M.Hawker, 小牧元監訳, 肥満の認知行動療法 臨床家のための実践ガイド. 東京: 金剛出版. 2006: 17-23
 - 4) G.Alan Marlatt, Dennis M.Donavan・原田隆之訳, リラプス・プリベンション依存症の新しい治療. 東京: 日本評論社東京.2011: 265-297
 - 5) 津下一代, 特定健診・特定保健指導制度の10年のあゆみと今後の方向性.プラクティス.2017: 3: 491-498
 - 6) Kazuyo Tsushita, Akiko S Hosler, Katsuyuki Miura, et al. Rational and Descriptive Analysis of Specific Health Guidance. the Nationwide Lifestyle Intervention Program Targeting Metabolic Syndrome in Japan. J Atheroscler Thromb. 2018;25:308-322
 - 7) 松下まどか, 村本あき子, 加藤綾子他, 特定保健指導の有効性 メタアナリシスから得た知見. 人間ドッグ. 2017;31:689-697
 - 8) 村本あき子, 津下一代.我が国の肥満症対策と特定保健指導の成果.The Lipid. 2017;28:68-75
 - 9) Kipnis David, Accounting for the Use of Behavior Technologies in Social Psychology. American Psychologist. 1994;49:165-172
 - 10) 竹末加奈, 井上和夫, 小林美智子他, 特定保健指導を受けた対象者の思いーポジティブ・ネガティブの両側面についてー. 社会医学研究. 2011;29:31-37
 - 11) 村田陽子, 自己決定を援助する健康相談. 東京: ビーイングサポート・マナ. 1999
 - 12) 宮崎美砂子, 保健指導・患者教育が成果を生むための戦略 生活習慣病予防に対する保健指導の研究課題と対処の戦略. 日本看護科学学会誌. 2008;28:185-86
 - 13) Karen Glanz, Barbara K.Rimer, Frances Marcus Lewis et al.曾根智史, 湯浅資之, 渡部基他訳, 健康行動と健康教育 理論, 研究, 実践. 東京:医学書院. 2006:49-176
 - 14) 上淵寿編, 動機づけ研究の最前線. 京都: 北大路出版.2004
 - 15) Johcioun A.Bargh Edited・及川昌典, 木村晴, 北村英哉訳, 無意識と社会心理学 高次心理過程の自動性. 京都: ナカニシヤ出版.2009: 9-114
 - 16) 及川昌典, 自己制御における意識と非意識の役割.東京:風間書房.2011: 7-39
 - 17) Richard H. Thaler,Cass R.Sunstein・遠藤真美訳, 実践行動経済学-健康, 富, 幸福への聡明な選択.東京: 日経BP社.2009
 - 18) 厚生労働省, 受診率向上ハンドブック明日から使えるナッジ理論.[online]2019年4月<<https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage-04373.html>[2019年4月24日検索]
 - 19) Sheena Iyenger・櫻井祐子訳, 選択の科学.東京: 文芸春秋. 2010: 142-173
 - 20) 諸井理世, 今松友紀, 田高悦子他, 国民健康保険加入者の健診未受診男性における健診受診を決定する要因. 横浜看護学雑誌. 2012; 5:87-92
 - 21) 鈴木ちえみ, 荒木田美香子, 市町村国民健康保険における特定保健指導未利用者のセルフケア能力と健診結果との関連. 国際医療福祉大学学会誌. 2013;18:19-33
 - 22) 赤堀八重子, 飯田苗恵, 大澤真奈美他, 特定保健指導における未利用の理由の構造 国民健康保険者の未利用に焦点をあてて. 日本看護科学学会誌.2014;34:27-35
 - 23) 戈木クレイグヒル滋子, 質的研究法ゼミナール グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ. 東京:医学出版. 2013:74-199
 - 24) 戈木クレイグヒル滋子, グラウンデッド・セオリー・アプローチ. 東京:新曜社. 2006: 2-173
 - 25) 戈木クレイグヒル滋子, 実践 グラウンデッド・セオリー・アプローチ. 東京:新曜社. 2008: 2-146
 - 26) 戈木クレイグヒル滋子, 実践 グラウンデッド・セオリー・アプローチ 分析ワークブック.

- 東京:日本看護協会出版会. 2014:97-115
- 27) 萱間真美, 質的研究実践ノート.東京:医学書院.2007
- 28) 山本則子, 萱間真美, 太田喜久子他.グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス.東京:文光堂.2002
- 29) B.G.グレイザー, A.L.ストラウス・後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳, データ対話型理論の発見.東京:新曜社.1996
- 30) 伊藤勇, 徳川直人, 相互行為の社会心理学.東京:北樹出版.2002: 1-66
- 31) 家高洋, 質的研究の前提と主題は何か. 看護研究. 2013;46:90-101
- 32) Kelly McGonigal・神崎朗子訳, スタンフォードの自分を変える教室. 東京:大和書房. 2012
- 33) ピアーズ・スティール・池村千秋訳, ヒトはなぜ先延ばしをしてしまうのか. 東京:cccメディアハウス. 2012
- 34) Dan Ariel・熊谷淳子訳, 予想どおりに不合理.東京:早川出版. 2013
- 35) 日本肥満症治療学会メンタルヘルス部会編, 肥満症治療に必須な心理的背景の把握と対応. 東京:日本肥満症治療学会. 2016: 8-20
- 36) William R Miller & Stephen Rollnick・松島義博, 後藤恵, 動機づけ面接歩.東京:星和書店.2007
- 37) 堀川直史, 肥満症の心理的ケア. 診断と治療.2017;105:365-369
- (受付 2019.5.28:受理 2019.11.24)

A qualitative analysis of the processes of specific health guidance users from attending check-up to using guidance

Naomi Hirata¹⁾, Misako Hisamatsu²⁾, Yumiko Tsutsumi²⁾

Abstract

Aim: To elucidate the experiences of specific health guidance users from attending check-ups to using guidance services.

Methods: Participants were those who had attended initial interviews for specific health guidance. Data collected through semi-structured interviews of participants were analyzed by referring to the analysis method of Saiki (2008) for the grounded theory approach.

Results: Participants were 8 men and 10 women. Through analysis, we extracted 11 categories and 34 sub-categories which explained the behavior of [postponing the use of the guidance]. The following four types were identified in relation to transition from attending check-ups to using guidance services: “using guidance services with motivation,” “using guidance services as a trial,” “using guidance services with hesitation,” and “using guidance services on being prompted.” Those categorized as “using guidance services with motivation” were strongly affected by the subjective experience of “being shocked by the results of check-ups” and started using guidance services without [postponing the use of the guidance]. Meanwhile, those who “recognized the situation upon the receipt of a notification to use guidance services” stopped [postponing the use of the guidance] when deadlines and due dates were approaching and started “using guidance services as a trial.” Additionally, when the participant had an inclination to avoid guidance services more strongly than “recognizing the situation upon the receipt of a notification to use guidance services,” they strongly felt like [postponing the use of the guidance] and were “using guidance services with hesitation.” Those who barely “recognized the situation upon the receipt of a notification to use guidance services” strongly felt like [postponing the use of the guidance] and were “using guidance services on being prompted.”

Discussion: It was considered that leading the potential users of guidance services to understand the significance of check-ups and guidance, and to develop a positive view toward such services would help them “use guidance services with motivation.” The study suggested that supporting such users in understanding the meaning of check-up results and increasing confidence in guidance results and themselves may encourage those categorized as “using guidance services as a trial” or “using guidance services with hesitation” to use such services to a greater extent. Lastly, it was expected that those with little interest in check-ups and guidance and are “using guidance services on being prompted” may start attending check-ups and using the services to a greater extent if they are prompted by people important to them or government authorities.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 45 – 59】

Key words : attending health check-ups, specific health guidance, using guidance services, experience

1) Kagoshima University Faculty of Medicine School of Health Science, a part-time instructor

2) Kagoshima University Faculty of Medicine School of Health Science

会員の声

ベトナムの送出機関における外国人技能実習生採用面接

森松嘉孝¹⁾²⁾, 森美穂子¹⁾, 内藤美智子¹⁾, 石竹達也¹⁾

【社会医学研究2020; 37 (1): 60-64】

キーワード: 外国人技能実習生, ベトナム, 送出機関, 採用面接, 健康診断

はじめに

本邦における外国人労働者は急速に増加しており、2018年は136万人を超え、中でもベトナム人労働者の増加が著しく¹⁾、我々の調査では、現場班長として日本人と同等の身分・査定を受けて活躍している外国人労働者も見られた²⁾。一方で、技能実習生の多くは結核蔓延国出身であり、5年間で延べ2万6千人失踪している³⁾といった問題もある。また、2018年8月より、フィリピンの送出機関として認定されていた189機関のうち、23機関が認定取り消しとなった⁴⁾ことから、送出機関側にも問題がある。そこで今回、日本の管理団体によるベトナム技能実習生送出機関訪問に同行し、受け入れ事業所の面接に立ち会う機会を得たため、送出機関における面接試験の実際と、彼らの健康状態評価について得ることができた情報を提供する。

事前試験

東海地方の金属加工会社が初めて「金属プレスに興味がある人(募集人員4名)」を募集した。ハノイ市にある送出機関に応募したのは、18歳から26歳までの独身男性13名で、彼らに日本語学習の

1) 久留米大学医学部環境医学講座

2) 久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病部門
連絡先: 森松嘉孝

住所: 〒830-0011

福岡県久留米市旭町67番地

E-mail: yoshitaka_morimatsu@med.kurume-u.ac.jp

経験はなく、最終学歴は、短期大学卒1名を除いて高校卒業であった。ちなみに、この送出機関は、VAMAS(ベトナム海外労働者派遣協会)が2017年に公表した行動規範に基づく評価で5つ星となっている(単年評価の最大は星5つ)⁵⁾。彼らの経験職種は募集作業である金属プレス加工以外に、梱包や組み立てなどの作業に従事していた。あらかじめ、性格試験(クレペリンテスト)、筆記試験(IQ、数学テスト、記憶力)、体力試験(100m走、腕立て伏せ、反復横跳び等)が行われ、その結果が面接当日に受け入れ機関へ提供された。候補者は面接試験の数日前に集められ、そこで挨拶や自己アピールのための自己紹介を日本語で行うよう、訓練を受けた後、面接となった。なお、健康診断は送出機関入校後に行われるが、この送出機関はベトナム政府認定の2か所の健診機関に委託しており、一方で異常が指摘された場合は、もう一方の病院で再度健診が行われることもある。

面接試験

受験者は9時に集合し、試験は3名1組の4グループ(3番目のグループは4名)に分けられ、10時から始まった。各グループの面接時間は40~50分であった。入室後、一人の大きな掛け声によって全員が挨拶を行い、こちらの促しの後に着席した。その後、各人が日本語で1分程度の自己紹介を行ったが、中には数週間の準備期間で習得したとは思えないほど、しっかりした自己紹介も見ら

れた。自己紹介の内容は「日本の技術を学び、将来はベトナムの日系企業で働きたい」との主張が多かったが、「将来ベトナムで自分の工場を持ちたい」、父親がすでになくなっており、「お金を稼いで家族を楽にしてあげたい」という者もいた。好きなスポーツはサッカー、卓球、バレーボール等が挙げられ、近年のベトナムにおけるサッカー熱を反映していた。一方、趣味に散歩と答えた受験者も多く、ハノイを20分も離れると農地が広がるベトナムならではの回答であった。また、休日の過ごし方は、「友人と集まってお茶をする」という回答が多かったが、日本で実習生同士が集まった際、中には騒音の苦情を受ける場合もあるため、送出機関ではその点を十分に教育して送り出しているとのことであった。続いて、業務配置や協調性に関する質問、「自炊ができるか」等の質問がなされた。

合否判定

面接試験終了後、引き続き日本の監理団体と受け入れ企業の間で合格者の選別が行われた。受け入れ企業が初めての採用ということもあり、監理団体から見た評価を軸に検討された。すでに送出期間がプレス関連作業に従事した経験者を集めていたため、採用基準は、「元気があるか」、「しっかりと目をみて話をしていたか」、「受け入れ企業のホームページを見たか」など、今回の募集企業に興味を持っている点も検討事項であったが、家庭環境や家族構成が評価の重要なポイントとなっていた。これは、お金を稼ぎたいという強い思いは大切であるが、ともすればお金に執着しすぎて、僅かな残業代や同僚との賃金差が揉め事の原因となる可能性があるためであった。その結果、4名の合格者と、1名の補欠合格者が決定した。4名の合格者は再度面接室に呼ばれ、代表取締役より合格が告げられた。更に、その場で2人1組の班割りを自分達で決めるよう指示され、同時にリーダーも決まった後、受け入れ機関と合格者の記念写真が撮られたが、先ほどのこわばった顔から、

一転して笑顔であった。その後、送出機関より家族へ合格が連絡され、三者面談のため、翌日ハノイへ来るよう伝えられた。

三者面談

翌日、合格者の家族4名揃っての面談が行われた。最も遠方の家族は5時間ほど離れていたことから、面談開始時間は午前10時に設定された。ちなみに、ベトナムの交通機関はバイクが主体であり、2時間程度であればバイクで移動する。まず、通訳による今回の来越者の紹介、代表取締役の挨拶、取締役部長によるスライドを用いた会社説明が行われたが、合格者から住居から工場までの距離に関する質問が出た。次に、監理団体による注意事項の説明がなされたが、その内容は日本や仕事に関する決まりごとを遵守し、一生懸命働くことは勿論、近年報道されている失踪について、特に念入りな説明が行われた。ちなみに、この監理団体は年間1,000名以上の実習生を日本各地に派遣している。受け入れ事業所からは責任を持ってご子息を預かること、会社の仕事をしっかり覚えてもらい日本の技術を伝えること、4名は2班に分かれ別々の工場へ配属されるが、1年後に配置交代を行うことで最終的に取得する賃金には差が出ないことが説明された。家族側からは、最長老と思われる父親から、「わざわざ遠い日本から来ていただいてありがとうございます。息子たちをよろしくお願いします」と感謝の意が述べられたが、特に質問は出なかった。これは、年長者や権威のある者に対して安易に質問するものではないというベトナムの文化的背景によるものが考えられた。最後に、監理団体の担当者から、「私はあなたたちの日本におけるお父さんになります。だからお父さんを悲しませるようなことはしないように。」との言葉にて面談は終了した。その後、合格者自身が監理団体との間に交わす誓約事項を復唱し、受け入れ企業および自身の名前を日本語でサインした後、記念写真撮影が行われた。

視察を終えて

ベトナムの人口は2014年に9,000万人を突破し、その後も増え続けている⁶⁾。GDPは一貫して増加傾向にあり、失業率は2.0%前半と低値で推移している⁷⁾。日本の平均年収約425万円と比べると、2017年のベトナムにおける労働者の平均年収は約30万6千円⁸⁾と10分の1以下であり、3年間の実習で250~300万円得られる技能実習生制度による報酬は魅力的で、技能実習生試験に合格すると、親戚一同によるお祝いの宴を行う家庭もある。また、夜のベトナム国際空港は日本へ向かう実習生の見送りの人々で溢れ、ロビーへの立ち入りが制限されるほどであった。ちなみに、日本語技能検定試験N3以上を取得して帰国した実習生は日系企業に雇用されやすく、月給も3~5万円と言われている。逆に、日本語検定N3以上を取得しなかった実習生は帰国しても就職が上手くいかず、実家の農業や個人経営店を手伝うこととなり、月給は1万5千円程度と言われているが、現在、技能実習生機構による監理団体を通じた追跡調査が行われており、その結果が待たれる。

多数の実習生が失踪している問題については、その原因は生徒側の問題のみならず、受け入れ企業側の最低賃金法違反・残業代未払いなどの労働法違反も少なからず指摘されている。本インタビューでも、彼らは自分たちが失踪問題を起こせば大きな影響が生じることをはっきりと認識していた。実習期間中の帰国は自由だが、渡航費は自己負担のため、多くの実習生はたとえ兄弟の結婚式があっても3年間の実習期間中はベトナムに戻らない。このため、来日後のストレスが相当なものになると思われる。我々は、療養型医療施設で雇用された資格外活動外国人の心の健康と睡眠に関する予備調査を行っているが、両調査の結果が高スコアであった事例を経験している⁹⁾。来日した実習生達のメンタルヘルスに関する研究論文は我々が知る限りでは皆無であり、今後この分野における疫学調査が望まれる。

実習生の健康評価に関しては、送出機関入校前

と日本入国1ヶ月後に健康診断が行われているにも関わらず、日本での実習開始後に結核を発症した事例がしばしば報告される。この点については2019年5月に開催された日本医学会連合加盟連携フォーラム¹⁰⁾でも取り上げられたが、入国前後の健康診断時に発症していない結核事例を、入国時に抽出することは現状困難である。また、本制度の課題として、外国人技能実習生総合保険は先天性疾患を網羅していないことを我々は詳細に報告している¹¹⁾¹²⁾。この技能実習生総合保険は、ベトナムに関しては送出機関と受け入れ機関（監理団体）とで提案・協議しなければならないこととなっており、実際は両者の協議にてどちらかが加入している。更に近年、実習終了後、労働条件が良く語学検定の条件が緩い韓国へ美容関係の就労を行うために実習期間の終盤から韓国語の勉強を始める実習生も少なくないという。本制度の「日本の高い技術を途上国へ移転する」という趣旨から外れず、本制度が今後も持続可能な制度であるためには、これらの課題を一つずつ解決することが必要である。

なお、本視察は、1送出期間の報告であるため、今後、他の送出機関や監理団体における現状把握が望まれる。

本調査は久留米大学倫理委員会にて承認された「外国人労働者を雇用している企業へのヒアリング、ならびに現在雇用されている外国人労働者に対するアンケート調査（承認番号18277）」研究として行い、投稿に際して事業所の代表、ならびに日本の管理団体の責任者より文書にて同意を得た。

本論文の投稿に際し、利益相反はありません。

参考文献

- 1) 厚生労働省報道発表資料 「外国人雇用状況」の届出状況表一覧（平成30年10月末現在）。
<https://www.mhlw.go.jp/content/11655000/000472893.pdf>（2019年7月19日アクセス）
- 2) 森松嘉孝, 中山健太, 森美穂子他, 事業所におけるベトナム人・ネパール人労働者の現状

- ～職種異なる3事業所へのヒアリングより～. 社会医学研究. 2019;36:97-98
- 3) 法務省. 平成29年の「不正行為」について「技能実習制度の現状（不正行為・失踪）」. 平成30年3月23日（2019年7月19日アクセス）
http://www.meti.go.jp/policy/m...gikai/180323/4_moj-genjou.pdf
 - 4) OTIT 外国人技能実習機構. 送出国情報. otit.go.jp（2019年7月19日アクセス）
 - 5) VAMAS. The 2017 Vietnamese recruitment agency rank released. Vamas.com.vn/the-2017-vietnamese-recruitment-agency-rank-released-_t221c682n44481（Accessed 26 July 2019）.
 - 6) 経済産業省. 医療国際カントリーレポート. 新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報. ベトナム編. 2019年3月（2019年9月27日アクセス）
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/countryreport_VietNam.pdf
 - 7) 独立行政法人労働政策研究・研修機構. 基礎情報：ベトナム（2017年）.（2019年9月27日アクセス）
https://www.jil.go.jp/foreign/basic_information/vietnam/2017/vietnam-1.html
 - 8) ベトナム総合情報サイトVIETJO. 省・市別の平均月給, ホーチミンが最高. 2018年3月8日（2019年9月27日アクセス）
<https://www.viet-jo.com/news/economy/180307125330.html>
 - 9) 森松嘉孝, 地方療養型医療施設における外国人労働者雇用の現状と彼らの心と睡眠に関する予備調査. 労働の科学. 2019;74:16-19
 - 10) 日本医学会連合加盟学会連携フォーラム. 保健医療体制の内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－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主催 2019年5月25日
 - 11) 森松嘉孝, 高城暁, 石竹達也, 就労後定期健康診断にて発見された肺分画症から見える外国人労働者を取り巻く現状. 労働の科学. 2019;74:36-40
 - 12) 森松嘉孝, 高城暁, 森美穂子, 星子美智子, 石竹達也, 外国人技能実習生総合保険制度の適用範囲～入国後に先天性疾患が判明し, 就労可否がわかれた未成年ベトナム人女性の2事例から～. 産衛誌. 2020;62（2）:掲載予定
 （受付 2019.8.1：受理 2019.11.14）

Job interview of foreign technical interns at sending organization in Vietnam.

Yoshitaka Morimatsu^{1) 2)}, Mihoko Mori¹⁾, Michiko Naito¹⁾, Tatsuya Ishitake¹⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 60 – 64】

Key words : foreign technical interns, Vietnam, sending organization, job interview, health
checkup

1) Department of Environmental Medicine, Kurume University School of Medicine

2) Division of Respiratory, Neurology and Rheumatology, Department of Medicine, Kurume University School of Medicine

特別報告

生命(いのち)と生活(くらし)と生きる権利(人生)を守る社会づくり

櫻井尚子¹⁾

【社会医学研究2020；37（1）：65－70】

キーワード：生命，生活，生きる権利，社会づくり，ナラティブ

1. はじめに

第60回日本社会医学学会を東京都調布市にある東京慈恵会医科大学の看護学科にて、2019年8月6日（火）7日（水）に開催し、参加者177名を得たことを、皆様に感謝申し上げます。大会長講演の内容を中心に、行政の保健師、大学の地域看護学・在宅看護学・公衆衛生看護学の教員として、またヘルスプロモーションの理念を基盤として地域づくり支援をしてきた経験を踏まえて述べる。

2. 日本社会医学学会の設立

日本社会医学学会は、前身である「社会医学研究会」が1960年に発足し、40年後の2000年黒田健二先生から日本社会医学学会となり、2019年に第60回を迎える¹⁾。

社会医学研究会の発起人であり国立公衆衛生院（現在の国立保健科学大学院）に在籍していた曾田長宗執筆の「社会医学のはるかな道」によると、関東大震災直後の東京大学医学部学生を中心としたセトルメント活動が発端である²⁾と記されていた。

第二次世界大戦後1960年、社会医学研究会は、曾田長宗（国立公衆衛生院）、関悌四郎（大阪大学

医学部）、西尾雅七（京都大学医学部）を中心に発足した。曾田は医学部卒業後、恩師から台湾に行くようにと言われ、台湾総督府時代にはロックフェラー財団フェローとして米国で公衆衛生学修士を取得した。敗戦後、台湾より帰国し、国立公衆衛生院の院長や厚生省医務局長などを歴任している。そして、曾田が国立公衆衛生院の次長であった時1960年に、本学会の前身である「社会医学研究会」を立ち上げた。1961年に「社会医学研究会の創設に当たっては、本来社会生活を送る人類の必要によって生じた医学が、個別的、自然科学的、生物学的研究成果に幻惑されて、ともすれば、その見失わんとする社会性をあくまでも保持し、回復しようとする反省が、同会を生んだのであって、予防であれ治療であれ、医学のすべての分野において、およそ社会と深い関連を持つ問題は、なんでも取り上げて検討しようとしたものである。…机上の論議に終わるのでなく、真に地についての実践的意義ある社会医学…具体的な経験と実例を重ねて、身をもって体得しなければならない。…正確な資料に基づくものである限り、立場の相違によって色々な解釈が可能であるとしても、そのいずれも排除することなく、虚心坦懐に広く比較研究を試みる機会をしつらえるのがわが社会医学研究会の任務といえないだろうか³⁾」と述べている。

また、医学の社会化として「わが国の医療制度や医学研究、医学教育の混乱を切り抜けていくためには、医師、医学者だけでなく、他分野の学者、とくに実践を究極目標とする科学である医学や医

1) 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科 看護学専攻
連絡先：櫻井尚子
住所：〒105-8461
東京都港区西新橋3-25-8
E-mail：Nao_sakurai@jikei.ac.jp

療の利用者を加えて、系統立った話し合いと検討が必要⁴⁾であると述べている。つまり、社会医学に参画するのは、医師だけでなく実践を究極目標とする看護職や患者さんに留まらず、地域包括ケアシステムの中、医療・保健・福祉関係者のみでなく関連する活動をする人々を広く含む学問であると捉えられる。

3. 保健師活動の基盤

日本国憲法第25条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」とある。また、医師法第一条には「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」とあり、保健師助産師看護師法第一条には「保健師、助産師及び看護師の資質を向上し、もつて医療及び公衆衛生の普及向上を図ることを目的とする。」とある。

聖路加看護大学時代に、国立公衆衛生院の前田信雄先生から、文部省医務局長の相良知安の後任として医制を公布した内務省初代衛生局長の長与専齊⁵⁾によって「公衆衛生」は、明治維新後用いられた新しい言葉であるとしてウィスローの公衆衛生の定義に加え、「公衆衛生とは人々の生命と生活と生きる権利を守ることである」と教わったことを印象的に記憶している。長与は、東京慈恵会医科大学の前身である成医会講習所の臨床実習病院として1882年有志共立東京病院が開院された際の祝辞として「要旨は「明治維新による社会改革のため多数の貧窮者が出現した。したがって、これの救済事業が必須になった。その点この病院設立に着眼した人たちの先見の明とその功績に対して心から感謝したい。またこの病院を中心に医学教育が隆盛することを切望したい。」というものであった。もともと長与の思想には、文部省と東大医学部による医学の独占を打破し、私学の機関によって官立と対応させたいというところが⁶⁾あっ

た。また、「私立衛生会による民衆の教育やその協力の重視など努力が払われたが、富国強兵策による国力拡大を主目的とする明治政府の基本方針には必ずしも好意的に迎えられ…なかったようである。」⁷⁾と記されていた。一方で言葉としては、「「公衆」も「衛生」も既に用いられており、…「公衆衛生」は1879年に刊行された柴田承桂訳の“衛生概論上篇”において初めてみられる。」⁸⁾とある。

また、国立公衆衛生院の宮坂忠夫先生に、健康教育においては当事者参加が大切と講義を受けたことが思い出される。1976年卒後、東京都中央区の保健所に就職し、東京都特別区保健婦会の研修や自主学習会で国立公衆衛生院の日野秀逸先生に衛生行政について、池田耕一先生に住宅環境のアセスメントや支援方法などを学び、当時東京都衛生局に在籍していた星旦二先生が中心に開催されていた土曜会へ参加したりした。そして、言葉の行間に示される先生方からの保健師活動への期待を感じていた。

4. 地域保健行政のあゆみ

大学卒業1976年から1992年まで、東京都中央区中央保健所および日本橋保健所の保健師として勤務した。社会制度や資源が整っていない中、子育てグループや患者会や家族会さらに作業所などを立ち上げていく理念の軸となったのが「保健婦は健康を保つことを支援する専門職」であり、「生命(いのち)と生活(くらし)と生きる権利(ひとり一人の人生)を守る社会づくり」が大切であるという考えであった。

母子保健行政は、2000年健やか親子21、児童虐待防止法、2003年次世代育成支援対策推進法、2006年認定こども園法、2012年子ども・子育て支援法が制定され、母子から親子、ファミリーアプローチへ、そして、各自治体に子ども家庭相談センターなどが設置され、子育てしやすい地域づくりへと移行している。

高齢者保健行政は、2000年介護保険法施行(要介護者へ給付、在宅支援)、2005年高齢者虐待防止

法、2006年地域支援事業（介護予防・地域包括支援）が加わり、2011年地域特性に応じた介護予防・日常生活支援総合事業、要介護予防の地域づくり、高齢者の居住の安定確保に関する法律等が制定された。口腔保健では、1989年8020運動（80歳になっても20本以上の歯を維持する）、2006年介護保険制度（口腔機能の向上）、2011年歯科口腔保健推進に関する法律（歯科口腔保健法）等が制定されている。また、介護の社会化・行政主体の介護予防から、住民主体の介護予防へ「いくつになっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるための地域づくり型介護予防」地域包括ケアシステムの推進が展開されている。

障害者行政では、1993年障害者基本法、1999年精神保健福祉法（精神保健法を改正）（社会復帰の促進、グループホームの法定化）、2004年精神保健医療福祉の改革ビジョン2005年発達障害者支援法、2006年障害者自立支援法、2013年障害者総合支援法（障害者自立支援法を改正）、障害者差別解消法等が制定されている。障害者の範囲が拡大され、福祉サービス利用の認定は障害者の支援の必要度により認定されるようになった。

健康づくり対策は、第1次が1978年出され①生涯を通じた予防・健診体制（妊産婦健診、乳幼児健診、老人保健事業）②市町村保健センター設置、健康づくり基盤整備が1980年代に展開された。第2次健康づくり対策は1988年アクティブ80ヘルスプランとして生活習慣病予防、健康増進が1990年代行われた。

日本の保健行政は保健所法の下に展開されていたが、東京慈恵会医科大学看護学科の地域看護学に移籍した翌年、1994年地域保健法に改正され、1995年阪神・淡路大震災が起きた。

5. ヘルスプロモーションによる地域づくり

WHOの「すべての人々に健康を」の戦略として、「プライマリヘルスケア」が1978年アルマアタ宣言として、「ヘルスプロモーション」が1986年オタワ憲章として提唱された。1979年バンデュー

ラ（Albert Bandura）は、自己効力感や社会的学習理論を発表している。また、1995年にはアンダーソンら（Anderson.E.T&McFarlane.J.M）はコミュニティ・アズ・パートナーモデルを発表し、今では日本の保健師教育の中で広く用いられている。ヘルスプロモーションは、人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。ヘルスプロモーションの活動を支援する保健従事者は、唱道（advocate）、能力の付与（enable）、調停（mediate）する責任がある。その活動の方法は、1. 健康的な公共政策づくり、2. 健康を支援する環境づくり、3. 地域活動の強化、4. 個人技術の開発、5. ヘルスサービスの方向転換である。

日本においては、2000年に第3次健康づくり対策「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」としてヘルスプロモーションの理念が導入され、健康寿命延伸と早世の予防が目標とされた。そして、2002年には健康増進法が制定され健康増進計画策定や受動喫煙防止の根拠法となった。さらに、2013年からは第4次健康づくり対策として、健康日本21（第2次）が展開され、健康寿命延伸に加え健康格差の縮小が目標とされている。このような社会背景の中、東京都立大学大学院都市科学研究科に入学し星旦二先生の下で学び、保健師や住民への地域支援をする機会を得て、2003年学位論文にまとめられたことは、受け入れていただいた関係した行政職者や住民の皆様へ感謝している。

ヘルスプロモーションは、住民主体の活動であり専門職は指導から支援への方向転換の重要性を示している。本学会の初代である曾田は、1971年ヘルスプロモーションが出される15年前に「指導の立場から住民主体の公衆衛生へ」と題して、「地域住民みんなの健康は、これからは、国民あるいは地方住民と十分に対話の機会を持ち、その希望や要請に応じ、彼らと共に協力していくのでなければ、十分に実効をあげていくことはできない。…住民との対話、住民の参加ということからさらに一歩進んで、住民自身の自主的健康保持増進運動を奨励助長し、専門的技術的立場から支援して

いくことが、われわれの任務であろう。」⁸⁾と既に述べている。

平成の大合併が行われている中、住民参画の地域保健計画策定会議で、行政職員から合併が決まっているのに保健政策を作る意味があるのかとの発言に、住民から「合併しようが、しまいが、ここに住む私たちは変わらない。だからこそ、今しっかりと地域住民が話し合っておく必要がある。」と発言があった。また、町のフェスティバルで「協働とは、私の力とあなたの力とみんなの力を一緒にして、皆が笑顔になれるよう其々が働くことです。」と住民が語っている。さらに、住民主体で行っている予約なしで参加できる月例ウォーキングを企画運営している健康推進員は、「月齢ウォーキングは私の町への愛着です」と市民へ語った。加えて、地域づくり型介護予防支援をしている中で住民主体の集いの場の通っている92歳の方は「いつまでも麻雀をしに通いたいので、集いの場で運動をしている」と話している。1999年WHOの健康の定義に従来の身体的・精神的・社会的の3要素からスピリチュアルが加わった4要素が提案された。Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. スピリチュアルとは、自らの人生を紡いで夢や楽しみ、生きがいや自己実現に向けてその人らしく生きているかということであると考え、人はサービスを受けるだけでは元気になれない。健康づくり・要介護予防は、市民が主人公の地域づくり・社会づくりである。支援者も住民も心がわくわくする、人とのつながりを大切に活動である。そして、住民の視点・活動が個人の暮らしから、周囲の人へ、地域・集団へと広がっていく。住民のアイデアを尊重し、苦情や要求は提案と考え、解決できない問題は、住民と行政が共有し、皆の課題として知恵を出し合う。役割を互いに担い、あなたがいてくれて良かったという承認がなされて元気に生きていけるのではないかと考える。人々は互いに語ること(対話)、聞くこと(傾聴)、動くこと(行動)でエンパワーする。

6. 人間は自分の物語を紡ぎながら生きている

「人は人生を物語として把握している」と清水哲郎は述べている。河合隼雄は、「生きるとは、自分の物語をつくることである」「人間は自分の物語を紡ぎながら生きているが、自分が主役でない物語があると気づくことで成長する。」⁹⁾と述べている。人間は単に、生物学的な生命を生きているだけでなく、物語を紡ぐいのちとして生きている。生物学的な生命として捉えた研究は、生存分析などの疫学調査で多くの研究がなされ、健康寿命延伸などの政策が取られている。一方、物語を紡ぐいのちとしてのナラティブ、人々の人生を捉える研究は、質的研究として本学会の機関誌「社会医学研究」でも昨今増えている。日本のハンセン病の隔離政策が患者さんやそのご家族の人として生きる権利・一人ひとりの人生にもたらした被害は多大である。ハンセン病の家族である当事者の語りを集めた研究が発端になり、家族もエンパワメントされ社会を動かしハンセン病家族補償法に至ったと聞いている。私たちは、「物語られるいのち」の語りを引き出し傾聴し個人の問題と片付けるのではなく、その社会背景や語りたくても「語れない」多くの人々の人生に思いを寄せることが求められている。

生命の二重性から捉える社会医学的意義を考えると、患者さん、住民さんの最善を生物学的な状態だけで判断することはできない。当事者である本人が、どんな物語を生きているのか理解し、その人らしく生きられる物語となるよう支える役割が、私たちにはある。そのことによって、また私たち一人ひとりの物語もより豊かになる。人として生きる権利、人生という物語への視点こそが、不可欠である。物語られるいのち・当事者本人が語る物語から、個人・家族・地域社会の問題をつないで捉え、個人・家族への支援や地域社会へのアプローチをし、社会づくりをしていくことが求められていると考える。

社会医学・保健医療福祉関係者は、「人々のいのちと、暮らしと、人生を守ること」が使命である

と考える。患者さんや住民さん・医療保健福祉関係者が笑顔になる臨床や地域での活動，学生や教職員・共に働く仲間が笑顔になる教育活動を行いたいものである。

本稿は，第60回日本社会医学会総会講演の内容を基にしたものである。利益相反はない。

文 献

- 1) 日本社会医学会ホームページ「総会の歴史」
<http://jssm.umin.jp/>
- 2) 曾田長宗.社会医学のはるかな道.東京：医学書院.1985：8-15
- 3) 曾田長宗.社会医学への期待.公衆衛生.1961；25（11）（社会医学のはるかな道.東京：医学書院.1985：106-110）
- 4) 曾田長宗.医学の社会化.からだの科学.1969；29（社会医学のはるかな道.東京：医学書院.1985：26-43）
- 5) 曾田長宗.長与専斉と医政.公衆衛生.1968；32（1）（社会医学のはるかな道.東京：医学書院.1985：69-77）
- 6) 松田誠.高木兼寛の医学.東京慈恵会医科大学の源流.東京：東京慈恵会医科大学.2007：539
- 7) 曾田長宗.わが国における社会医学百年の歴史.医学のあゆみ1971；76（1.2）（社会医学のはるかな道.東京：医学書院.1985：145-146）
- 8) 曾田長宗.第30回日本公衆衛生学会（東京）会長講演要旨.1971（社会医学のはるかな道.東京：医学書院.1985：247-255.）
- 9) 小川洋子.河合隼雄.生きるとは自分の物語をつくること.新潮文庫.2013年

Creating a social environment that protects life, living, and human rights

Naoko Sakurai¹⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 65 - 70】

Key words : Life, living, human rights, social environment, Narrative

1) Docker's program in nursing Graduate school of medicine The jikei university

特別報告

「子どもの貧困と家族への支援」

棚村政行¹⁾

【社会医学研究2020；37（1）：71-79】

キーワード：貧困率，子どもの貧困，ひとり親，児童虐待・ネグレクト，児童福祉法，児童虐待防止法，社会的養育，家庭的養育，養子縁組，里親，特別養子，児童扶養手当，養育費，面会交流

1 はじめに

人が生きていくのに最低限必要な衣食住が足りないことを「絶対的貧困」というのに対して，社会で普通に生活するためのお金がないことを「相対的貧困」という。2017年6月に，国が発表した2015年度の子どもの相対的貧困率は，2012年の調査での16.3%から，2.4ポイント下がった13.9%であった。¹⁾ 相対的貧困率というのは，国民ひとりひとりにつき所得の多い順に並べたときに，中央値の半分（2015年は125万円）に満たない場合の比率を指している。

1985年には，相対的貧困率は10.9%だったが，2012年に過去最悪へと向かった。日本は，先進国の中でも子どもの貧困率はきわめて高く，経済協力開発機構（OECD）加盟国の平均13.3%を上回っており，2016年の国民生活基礎調査でも，ひとり親世帯に限ると，貧困率は50.8%にもなった。²⁾ ユニセフが2017年にまとめたレポートでも，健康では40か国中8位，教育では41か国中10位であったものの，子どもの貧困では37か国中23位，格差でも41か国中32位と低かった。³⁾

1) 早稲田大学法学学術院教授

連絡先：棚村政行

住所：〒169-0051

東京都新宿区西早稲田1-6-1 早稲田大学法学部
TEL&FAX：03-5286-3823

E-mail：masayuki.tanamura@gmail.com; masat@waseda.jp

貧困の連鎖は深刻で，生活保護家庭の子どもは高校への進学率が1割低く，中退率は2倍，中学生の不登校率は5倍に近いと言われている。親が体や心の健康を害していたり，周囲にサポートする人がいない場合には，子育てに手が回らないというのが現実である。アンケートでも，経済的に苦しい家庭の保護者の69%が「塾，習い事」を諦めたと答えている。⁴⁾ 世界の子どもの5人に1人が相対的な貧困状態にあるが，国によって大きく異なっている。イスラエルやルーマニアでは3人に1人であるが，デンマーク，ノルウェー，アイスランドでは10人に1人である。日本は，7人に1人であり，41か国中23位だった。

そこで，本稿では，子どもの貧困とひとり親家庭の厳しい現実，子どもの虐待・ネグレクトと虐待防止法制，社会的養護の現状と家庭的養育への流れ，子どもの貧困対策とその支援策などについて考えてみたいと思う。

2 ひとり親家庭と子どもたちの厳しい現実

ひとり親家庭は，厳しい現実の下に置かれている。たとえば，2016年の厚労省の全国ひとり親世帯等調査の結果，母子世帯数は，123万2000世帯で，5年前と比べ6000世帯減少していた。父子世帯は，18万7000世帯，5年前より3万6000世帯減少した。ひとり親世帯の理由として，母子世帯は，「離婚」

が79.5%、「死別」8.0%、「未婚の母」8.7%であった。父子世帯は、「離婚」75.6%、「死別」19.0%、「未婚の父」0.5%で、「離婚」が約8割を占め、シングルマザーも増えている。⁵⁾

年間収入に関しても、母子世帯の平均年収は243万円、母の平均就労年収は200万円であるのに対して、父子世帯の平均年収は420万円、父の平均年間就労収入は398万円で、母子世帯の2倍となっていた。また、養育費の受給状況についても、離婚した父親から「現在も受けている」は24.3%（5年前は19.7%）、「受けたことがある」15.5%で、「受けたことがない」は60.7%であった。母子世帯の平均月額4万3707円、父子世帯の平均月額3万2550円であった。⁶⁾ このように、離婚後の父子家庭、母子家庭それぞれの置かれている経済状況が相当異なることもわかる。

面会交流の実施状況でも、母子世帯の母は「取決めをしている」は24.1%、父子世帯の父では「取決めをしている」27.3%であった。面会交流の「取決めをしている」母子世帯の母は、協議離婚では20.5%しかなく、73.9%は「取決めをしていない」だった。母子世帯で取決めをしていない理由は、「相手と関わりたくない」が25.0%と最も多く、「取決めをしなくても交流できる」が18.9%、「相手が面会交流を希望しない」が13.6%、「子どもが会いたがらない」7.3%、「養育費を支払わない」6.3%などが多かった。⁷⁾

ひとり親の悩み等についても、母子世帯の子どもについての悩みは「教育・進学」58.7%、「就職」6.0%、「健康」5.9%、「障害」4.3%の順であったが、父子世帯では「教育」46.3%、「就職」7.0%、「食事・栄養」7.0%、「健康」6.6%が多かった。ひとり親の困っていることでは、母子世帯は「家計」50.4%、「仕事」13.6%、「自分の健康」13.0%、父子世帯では「家計」38.2%、「家事」16.1%、「仕事」15.4%、「親族の健康・介護」11.6%の順に多かった。⁸⁾

2014年9月、千葉県銚子市のシングルマザー（当時43歳）による中1長女（当時13歳）の殺害事件が起こり、ひとり親の貧困や孤立の問題が再びクローズアップされた。この事件での母親は、子供

を抱えて、月4～8万円しか収入がなく、2年間の家賃滞納で明渡しの強制執行のその日、娘を殺して心中を図ろうとして死にきれず逮捕されていた。2015年6月、裁判員裁判で、千葉地裁は、求刑14年に対し、懲役7年の実刑判決を言い渡した。2015年11月に、東京高裁は、一審の懲役7年とした千葉地裁の判決を支持して、母親の控訴を棄却した。⁹⁾ 判決によると、母親は2013年2月ころヤミ金に手を出し、同年4月に銚子市役所に相談に行ったものの、収入もあり「また相談に来る」ということで、結局、生活保護につながらず、母親はそのまま帰っていた。この事件での反省から、銚子市では、社会福祉課の職員を増員するとともに、庁内の部署の連携強化を図った。¹⁰⁾

3 児童虐待と子どもの保護

2018年の児童虐待の対応件数は、15万9850件と、前年度よりさらに2万6072件も大幅に増えた。子どもの前で親が配偶者に暴力を振るう「DVの目撃」「面前DV」を警察が積極的に通告するようになったことや、社会の虐待に対する関心や意識の高まりによる通告の増加が背景にあると見られている。2017年度は、虐待の種別で言うと、暴言や脅しなどで面前DVも含む「心理的虐待」が7万2197件で最も多く、前年度より9000件以上増え、全体の54.0%を占めた。都道府県別では、東京が1万3707件で最多であり、次いで、大阪の1万1306件、埼玉の1万431件と続く。相談経路は、警察49%、近隣知人13%、家族7%、学校7%で、医療機関2%の順となっていた。¹¹⁾

児童虐待防止法制の展開をみると、2000年5月、「児童虐待防止法」が議員立法で成立した。その特色としては、身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクトなどの児童虐待の定義の明記（2条）、児童虐待の禁止（3条）、国及び地方公共団体の虐待防止体制の整備等の責務（4条）の明確化、教職員、医師等の早期発見の努力義務（5条）、児童虐待を発見した者の通告義務（6条）、立入調査権、質問権（9条）、警察官の援助、面会・通信の制限（12

条), しつけへの配慮, 虐待の犯罪性の明示(14条)などをあげることができる。

2004年4月の児童虐待防止法の一部改正では, 児童虐待の定義に, 保護者以外の同居人による虐待も含め, 児童の目前での配偶者暴力も虐待の定義に含めた。また, 保護者への親子再統合や児童の良好な家庭的環境で生活するために必要な支援を国等の責務に加えた。さらに通告の対象が「児童虐待を受けたと思われる児童」に拡大され, 児童の安全確認について警察への援助要請の義務も加わった。

2005年4月の児童福祉法の一部改正では, 児童相談に関する市町村の役割の明確化と児童相談所の困難事例への対応や市町村の後方支援, 要保護児童地域対策協議会などのネットワークの強化, 守秘義務と情報提供の促進, 乳児院・児童養護施設入所児童の年齢要件の見直し, 受託児童の監護, 教育, 懲戒に関する里親の権限の明確化等, 強制的措置入所の承認の有期限化, 児童の保護者に対する指導措置等への家裁の司法的関与の強化が図られた。

2007年6月の児童虐待防止法及び児童福祉法の一部改正では, 児童相談所長等の児童の安全確認措置, 裁判所の許可による臨検の実施など立入調査等の強化, 児童相談所長等による児童の保護者の面会・通信の制限, 都道府県知事が保護者に接近禁止等を命じられる等の面会・通信等の制限強化, 保護者に対する指導に従わない場合の措置の明確化などが定められた。

また, 2011年5月児童虐待防止のための民法及び児童福祉法の一部改正では, 子の利益の目的規定の追加(民法820条), 懲戒権に関する監護教育に必要な範囲の限定(民法822条), 親権喪失審判の要件の見直し(民法834条), 2年以内の期間の親権停止制度の新設(民法834条の2), 親権喪失・親権停止・管理権喪失の申立人に, 子自身, 未成年後見人, 未成年後見監督人の追加, 法人後見や複数後見を認める未成年後見制度の見直し, 施設入所中, 里親委託中の児童につき, 施設長等による親権者または未成年後見人の不当な主張の禁止,

緊急時の施設長等の必要な措置, 里親等委託中及び一時保護中の児童相談所長の親権代行規定などが加えられた。¹²⁾

2016年の児童福祉法の一部改正では, 児童福祉法の理念の明確化や市町村の母子健康包括支援センターの設置, 医療機関や学校と市町村との情報連携, 国・地方公共団体の発生予防・早期発見への留意等, また, 市町村の支援拠点整備, 要対協の調整機関への専門職の配置, 特別区の児童相談所の設置, 児相への児童心理司, 医師, 児童福祉司, 弁護士等の配置, 親子関係再構築支援, 児童相談所の養子縁組の相談・支援の強化等を定めた。¹³⁾

2017年児童福祉法及び児童虐待防止法の一部改正では, 虐待を受けている児童等の保護者に対する指導への司法的関与を強化した。すなわち, 家庭裁判所の里親委託・施設入所等の措置に関する承認の申立に際して, 都道府県等に対する保護者の指導措置への勧告や都道府県の結果報告と保護者への通知が規定された(児童福祉法28条4項, 5項, 8項)。また, 家庭裁判所による一時保護の審査の導入や, 児童虐待の通報を行う者に, 歯科医師, 保健師, 助産師, 看護師を例示的に追加した(児童福祉法21条の10の5の1項及び児童虐待防止法4条2項)。¹⁴⁾

2018年, 2019年には目黒区の結愛ちゃん, 野田市の心愛ちゃんの虐待死事件が相次いで起こり, 社会的に大きな問題となった。目黒区の虐待死事件では, ①児童相談所間での情報共有の徹底, ②立ち入り調査の実施, ③乳幼児健診の未受診等ハイリスク家庭への対応, ④児童福祉司の増員と質の向上, ⑤児童相談所における「介入」と「支援」の制度的矛盾の解消などが指摘されている。¹⁵⁾

また野田の虐待死事件¹⁶⁾では, ①児童相談所と学校・教育委員会との情報共有や連携の不足, ②亡くなる直前の長期欠席と安全確認の懈怠, ③DVと児童虐待との密接関連性への意識の欠如と行政の不手際, ④弁護士による助言・指導を受けられる体制の整備等が課題として浮かび上がってきた。¹⁷⁾

2019年6月, 相次ぐ深刻な児童虐待死事件を受

けて、児童虐待防止に向けた改正児童福祉法等が参議院本会議で可決成立した。親による体罰の禁止、介入と支援の分離、児相への弁護士配置など児童相談所の体制強化、児童福祉司の任用要件、関係機関の職員の守秘義務、DV相談支援センターとの連携協力、民法の懲戒権の規定の見直しなどの検討を盛り込んだものである。¹⁸⁾ また、2019年6月、当時の山下法務大臣は、法制審議会に民法（親子法制）部会を設置し、民法822条の懲戒権の規定の見直し、無戸籍者問題のための民法の嫡出推定制度、嫡出否認制度の見直しについて諮問し、同年7月から、月1回のペースで、見直しの審議が行われている。

4 施設での集団的養護から家庭的養育の充実へ

日本では、親が育てることができないなどの要保護児童は、2018年で約4万5000人いる。そのうち、里親・ファミリーホームでの委託児童数は、1999年の2122人から、2018年の6856人に増加し、約3.23倍の増加となった。しかし、児童養護施設の入所児童数は、1995年の2万7145人から、2018年の2万5282人に減少している。乳児院の入所児数は、1995年の2566人から2018年の2706人と、若干増加した。このように、日本では、施設で暮らす子どもの比率が8割を超えており、諸外国と比べても、家庭的養育が果たされていない。¹⁹⁾

里親委託率は、2003年の8.1%から、2017年の19.7%にまで上昇した。しかし、海外と比べると、オーストラリア93%、アメリカ77%、イギリス72%、フランス55%など、圧倒的に低い数字である。政府は、少子化社会対策大綱により、2019年までの里親委託率、22%を目標とすることを決めた。

2016年児童福祉法の改正で、子どもが権利主体であることを明確にし、家庭への養育支援から代替養育での社会的養育の充実が求められることになった。また、家庭養育優先の理念を規定し、実親による養育が困難なときは、特別養子によるパーマネンシーの保障や里親による養育を推進することを明確にした。子どもの権利やニーズの優先、

代替的養育と永続的解決の必要性、「社会的養護の課題と将来像」の限界と見直しが図られた。2017年児童福祉法・児童虐待防止法改正でも、虐待を受けている児童等の保護者に対する指導への司法的関与、家庭裁判所による一時保護の審査の導入、接近禁止命令ができる場合の拡大、虐待の早期発見の責務を負う者に、歯科医師、保健師、助産師、看護師を追加するなどした。

厚労省は、新しい社会的養育ビジョン（2017年8月2日）を打ち出した。²⁰⁾ つまり、その柱として、市区町村を中心とした子ども家庭支援体制の構築、児童相談所の機能強化と一時保護、里親への包括的支援体制（フォスタリング機関）の抜本的強化と里親制度改革、永続的解決（パーマネンシーの保障）の徹底として特別養子縁組の利用促進を図ることなどがあげられている。また、子どものニーズに応じた養育の提供と施設の抜本的改革として、自治体による自立支援計画の策定等がある。

日本では、児童相談所のほか、民間のあっせん機関も、これまでは都道府県に対する届け出だけでできていたために20数団体が養子縁組のあっせんを行ってきた。しかし、なかには、高額な寄付金や報酬をとったり、実親に対して十分な説明をせず、その弱みに付け込んで同意をとり、出産後ただちにこの引き渡しを受けるなど、問題の多い団体や個人もいた。そこで、2016年12月に、「民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律」が成立した。同法は、あっせん業者について、届出制から許可制度を導入するとともに、業務について適正な運営を確保するための規制を行い、併せて公的助成を行うことになった。²¹⁾

2018年4月までに民間あっせん業者は29団体あるが、2018年12月末までに18事業者が許可を得た。2019年3月に、大阪市のNPO法人「全国おやこ福祉支援センター」は、インターネットでの特別養子のあっせんをしており、「インターネット赤ちゃんポスト」という名称で仲介をしているが、営利事業をする株式会社との業務の混同、各地の支部による許可制の潜脱の理由で大阪市から不許可に

なっている。²²⁾

日本の養子制度は、年間8万件ほどあるが、その3分の2は、成年養子縁組であり、家業を継ぐとか、お墓を守るなど大人や家の都合で結ばれることが多い。しかし、3の1を占める未成年養子縁組も、親の再婚に伴う連れ子養子や親族の間で孫を相続税対策で養子にするなど、親族養子が大半である。全くの他人の子を養子に迎える場合には家庭裁判所の許可が必要とされるが、近時は700件くらいしかなく、特別養子縁組も500~600件と少ない。

そこで、特別養子縁組の利用を促進するために、民法の改正が検討され、2019年3月に、特別養子縁組に関する民法及び家事事件手続法の一部改正が閣議決定され、6月に成立する運びとなった。主要な改正点は、①養子の対象年齢を満6歳から、満15歳までに引き上げる（例外18歳未満まで）、②縁組成立審判の手続を特別養子適格の確認をする1段階の審判と、養親と子との親子関係の適合性を判断する第2段階に分けて、第1段階の申立は児童相談所長にも認める、③家裁での同意した後、実親の同意の撤回制限を認める改正であった。²³⁾

5 子どもの貧困対策と解消の施策

2013年6月、子ども貧困対策推進法成立が成立した。同法は、子どもの将来が生まれ育った環境に左右されず、貧困の状態にある子どもの健やかな育成の環境整備と教育の機会均等等の子どもの貧困対策を総合的に推進することを目的とする。²⁴⁾ 2014年8月、政府は「子どもの貧困対策大綱」を策定した。²⁵⁾ これは、全ての子どもたちが夢と希望をもって成長してゆける社会の実現を目指し、貧困の世代連鎖を解消し、必要な環境整備と教育の機会均等を図る等、子ども第一の視点を置き、切れ目のない施策の実施、実態を踏まえた対策を推進するなど基本的な方針を定める。当面の重点施策として、①学校をプラットホームとした子どもの貧困対策の推進、教育費負担の軽減等の教育支援、②保護者や子どもの生活支援、③保護者に対する

就労の支援、④児童扶養手当と公的年金の併給調整見直し等の経済支援が定められた。2015年10月、子供の未来応援国民運動の開始した。これもホームページの開設、子ども未来応援基金の創設等、国、自治体、民間企業・団体等による応援ネットワークの形成などに取り組む。²⁶⁾

2015年12月、すべての子どもの安心と希望の実現プロジェクトでは、経済的に厳しい状況に置かれたひとり親家庭・多子世帯等が増加傾向にあり、その自立支援の充実が課題とする。また、児童虐待相談対応件数も増え、複雑困難ケースも増加している。そこで、ひとり親・多子世帯等自立応援プロジェクトと児童虐待防止対策強化プロジェクトという政策パッケージを示す。ひとり親家庭自立応援プロジェクトでは、就業による自立に向けた就業支援を基本にしつつ、子育て・生活支援、学習支援などの総合的な支援を行う。

2016年6月に、政府は、「ニッポン一億総活躍プラン」で、ロードマップを策定、2017年12月には、「新しい経済政策パッケージ」で、幼児教育・保育の無償化の加速、給付型奨学金の拡充などを打ち出した。²⁷⁾ 2017年8月に第5回の子ども貧困対策会議、2019年6月には第13回子どもの貧困対策に関する有識者会議が開催されるなど、政府による子ども貧困対策の具体的な施策が実施されている。²⁸⁾ また、2019年6月には、子どもの権利条約の精神にのっとり子どもの貧困対策を推進すること、市町村にも基本計画の努力義務を課すなど子ども貧困対策推進法の改正がなされた。²⁹⁾

6 おわりに

子ども貧困の重大なリスクとしては、親の貧困や経済状態が子どもの衣食住の不足、虫歯や病気などの不健康、低学力、孤立やいじめ、非行、不登校・引きこもり、自尊心の低下、心身の健やかな成長・発達を大きく損ない、子どもの人権を侵害している。また、将来の大切な担い手である子どもの貧困を放置することは、まさに社会的損失でもあり、子どもたちの夢や未来の可能性を奪う

ことで、社会全体の活力も失われる。³⁰⁾

しかし、日本では、貧困問題はあくまでも家庭や親の問題であって、自ら招いた責任でしかなく、なぜ、子どもの貧困の問題に税金を投じなければならないのか、自業自得ではないかという親の自己責任論が根強くある。そこで、貧困の撲滅のためには、まず日本に根強い自己責任論を見直さなければならない。第2に、公的支援制度の周知徹底が十分でない。そこで、支援制度の存在を知らない人も多く、利用促進のための広報や周知を徹底する必要がある。支援につながらない子どもや親にどうつなげるか。IT化が進む中で、スマホ、SNS等の活用など考えるべきである。

第3に、貧困家庭のための4つの支援として、経済支援、教育支援、生活支援、就労支援はあるが、むしろ子どもから親の支援につなげる必要がある。児童扶養手当などの経済的支援の強化策は生命線であり、最強のセーフティネットである。現金給付、養育費の確保、住宅費の補助、シングルマザーに寡婦控除の適用拡大は大切である。³¹⁾ 第4に、子の貧困問題は労働・雇用問題であるということを確認意識すべきである。つまり、賃金の男女格差の解消、就労収入のアップ、正規社員化が何よりも必要である。

第5に、自治体独自の支援策の充実も必要である。たとえば、明石市の児童扶養手当現況届時の総合相談、山形市の就労支援の上乗せ、虐待防止・発達障害児への対応、放課後対策、子育て支援の充実、住宅費援助、給食費の無償化等が注目される。第6に、企業やNPO等との連携も重要である。食糧支援・フードバンク事業、病児保育のひとり親支援、ひとり親向けシェアハウス、学習支援、ファミリーサポート事業、制服のリサイクル支援などがあげられる。³²⁾

2007年に開催された国連総会では、子どもの貧困は、単にお金がないだけでなく、子どもの権利条約に明記されているすべての権利の否定として最優先課題として位置づけている。日本でも、2019年6月の子ども貧困対策推進法の改正で、子の意見の尊重、子の最善の利益の考慮など、子

の権利の保障が目的や基本理念に明記されることになった。しかし、まだまだ、子どもひとりひとりが希望をもて、心身とも健やかに成長できる環境が確保されているとは言い難い。また、政府の今後の子ども貧困対策の在り方についても、支援の必要な子どもや家族は数多く存在しており、なお、子ども貧困解消に向けて、これまで以上の効果的な取り組みを進めていく必要がある。

本稿は、第60回日本社会医学会総会講演の内容を基にしたものである。利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ「貧困率の状況平成27年の貧困線」(https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seigo_g_171005.pdf) (2019年11月11日アクセス)。
- 2) 厚生労働省「相対的貧困率等に関する調査分析結果について」(<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/soshiki/.../tp151218-01.html>) (2019年11月11日アクセス)。
- 3) 日本ユニセフ協会ホームページ「未来を築くー先進国の子どもたちと持続可能な開発目標(SDGs)」2～3頁(https://www.unicef.or.jp/library/pdf/labo_rcl4j.pdf) (2019年11月11日アクセス)。
- 4) 2018年2月16日付朝日新聞(東京本社)朝刊7頁参照。
- 5) 平成28年度全国ひとり親世帯等調査結果報告2頁(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188147.html>) (2019年11月11日アクセス)。
- 6) 全国ひとり親世帯等調査結果37頁以下(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188147.html>) (2019年11月11日アクセス)。
- 7) 全国ひとり親世帯等調査結果62頁以下(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188147.html>) (2019年11月11日ア

- クセス).
- 8) 全国ひとり親世帯等調査結果86頁以下 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188147.html>) (2019年11月11日アクセス).
 - 9) 2015年11月27日付朝日新聞(東京本社)夕刊16頁参照.
 - 10) 2015年3月27日付朝日新聞(東京本社)朝刊32頁参照.
 - 11) 厚生労働省「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第15次報告)及び児童相談所での児童客体相談対応件数」(https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000190801_00001.html) (2019年11月11日アクセス).
 - 12) 児童虐待防止法制の展開については、棚村政行「児童虐待防止に向けた取組と今後の課題」早稲田大学社会安全政策研究所紀要4号3頁以下(2011年)等参照.
 - 13) 厚生労働省「平成28年児童福祉法等改正のポイント」(<https://www.pref.ehime.jp/h20300/youtaimanyuaru/documents/14kaisei.pdf>) (2019年11月11日アクセス).
 - 14) 平成29年児童福祉法等の一部改正 (<https://www.pref.ehime.jp/h20300/youtaimanyuaru/documents/14kaisei.pdf>) <https://www.pref.ehime.jp/h20300/youtaimanyuaru/documents/14kaisei.pdf> (<https://www.pref.ehime.jp/h20300/youtaimanyuaru/documents/14kaisei.pdf>) (2019年11月11日アクセス).
 - 15) 2018年10月4日付読売新聞朝刊1頁, 2018年11月16日付読売新聞大阪本社朝刊29頁参照.
 - 16) 2019年3月6日付読売新聞東京本社夕刊11頁参照.
 - 17) 2019年9月27日付け読売新聞東京本社朝刊30頁参照.
 - 18) 児童虐待防止を図るための児童福祉法等の一部改正 (https://www.8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h30gaiyou/pdf/b1_03_04.pdf) (2019年11月11日アクセス).
 - 19) 厚生労働省「社会的養育の推進に向けて」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000474624.pdf>) (<https://www.mhlw.go.jp/content/000474624.pdf>) (2019年11月11日アクセス).
 - 20) 厚生労働省「新しい社会的養育ビジョンについて」(2017年8月2日) (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/>) (2019年11月11日アクセス).
 - 21) 民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童保護等に関する法律 (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000151779>) (2019年11月11日アクセス).
 - 22) 2019年3月20日付朝日新聞朝刊(東京本社)39頁, 2019年4月6日付読売新聞朝刊11頁参照.
 - 23) 棚村政行「特別養子制度に関する民法等の改正」月刊司法書士570号11頁以下(2019年)参照.
 - 24) 子どもの貧困対策の推進に関する法律 (http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/18320130626064) (2019年11月11日アクセス).
 - 25) 内閣府「子供の貧困対策に関する大綱」(<https://www.8.cao.go.jp/kodomonohinkon/pdf/taikou.pdf>) (2019年11月11日アクセス).
 - 26) 内閣府ホームページ「子供の未来応援国民運動」(<https://www.kodomonohinkon.go.jp/>) (2019年11月11日アクセス).
 - 27) 内閣府ホームページ「ニッポン一億総活躍プラン」(<https://surasshu.surasshuwww.kantei.go.jp/surasshu/surasshusingisurasshuichiokusoukatsuyaku/pdf/gaiyou1.pdf>) (2019年11月11日アクセス).
 - 28) 内閣府ホームページ「子ども貧困対策会議」(<https://www.8.cao.go.jp/kodomonohinkon/kaigi/index.html>) (2019年11月11日アクセス).
 - 29) 参議院「子供の貧困対策の推進に関する法律の改正」(<https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/gian/198/meisai/m198090198013.htm>) (2019年11月11日アクセス).

ス).

- 30) 朝日新聞取材班『子どもと貧困』30頁(朝日新聞出版, 2016年)参照.
- 31) 赤石千衣子『ひとり親家庭』202頁以下(岩波新書, 2014年)に具体的な支援策の提言がある.

- 32) 阿部彩『子どもの貧困Ⅱ—解決策を考える』74頁以下(岩波新書, 2017年), 渡辺由美子『子どもの貧困』146頁以下(水曜社, 2018年)など参照.

The Poverty of Children and Support for Family with Minor Children

Masayuki Tanamura¹⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 71 - 79】

Key words : poverty rate, poverty of children, one-parent family, child abuse or neglect, the Child Welfare Act, Child Abuse Prevention Act, social rearing, family rearing, adoption, foster care, special adoption, child support allowance, child support, access or contact

1) Professor of Law, Waseda University Law School

特別報告

はじめての質的研究 ～質的研究の基礎知識～

北 素子¹⁾

【社会医学研究2020；37（1）：80-86】

キーワード：質的研究，方法論

はじめに

対象者の立場から現実を生き生きと描写することで、人間を理解し、洞察を得る事ができる研究方法として、看護学領域においては、多くの研究者が質的研究に取り組んでいる。学会誌によっては、6～7割を質的研究が占める状況もある。一方、量的研究者から寄せられる質的研究に対する批判に、「質的研究は非科学的だ、主観的だ」というものがある。果たしてこうした批判に質的研究者はどのように答える事ができるだろうか。

量的研究は、多くの場合客観的な観察が可能な研究対象を選択し、事前に先行の研究や理論をもとに仮説を立て、その仮説検証を行っていくというプロセスをとる。そして通常、客観的な観察のために、条件統制を行う。例えば、食事と心臓病の関連性を取り出して、食事と心臓病の間には関係があるという仮説を立て、その関係を検証するために年齢や性別、ストレスや喫煙のような心臓病に関わる他の因子を統制するという具合である。このような研究で扱われるデータは、数であり、それらは統計的に分析される。一方、質的研究では、量的研究が客観的な観察を目指すのに対し、言葉や振る舞いを通して「主観的」な体験や意味に着

目する。また、先行の研究や理論をもとにした仮説から研究を始めることは少なく、日常場面での観察や、比較的自由的なインタビューを行い、そこから得られるデータから帰納的に仮説生成を行っていくというプロセスを経る。このような質的研究で扱われるデータは、「言語」であり、分析は研究者の解釈に委ねられる。

こうした量的研究と質的研究の違いは、それぞれがよって立つ哲学的基盤の違いにたどることがでる。そしてそこに、質的研究に寄せられる批判に対して、質的研究の選択根拠や、質的研究から得られた結果の妥当性や信頼性を主張する手がかりが含まれている。本稿では「はじめての質的研究」と題し、質的研究をはじめめるにあたって押さえておきたい基礎知識として、質的研究がよって立つ基本的な考え方（哲学的基盤）を確認する。また、質的研究には様々なタイプの方法論が存在する。質的研究の初学者が研究を計画する際に、どの方法論を選ばよいか、その選択上のヒントとして、タイプ別の特徴を概説する。

1. 質的研究の哲学的基盤

歴史をひもとくと、質的研究は量的研究という研究方法への違和感や疑問に答える形で発展してきたという経緯がある。

一般に研究とは、事実（reality）を証明する体系的で実証的な「科学の方法」であり、ある特定の物事について人間の知識を集めて考察し、実験、

1) 東京慈恵会医科大学医学部看護学科 在宅看護学

連絡先：北 素子

住所：〒182-8570

東京都調布市国領町 8-3-1

TEL：03-3480-1151(代) 内 2890

FAX：03-3480-4739

観察、調査などを通して調べ、その物事についての事実を深く追求する一連の過程である。

科学の起源は、17世紀の物理的自然科学の隆盛にあると言われ、この時代、ガリレオガリレイの「落下の法則」、ニュートンの「万有引力の法則」、デカルトの「慣性の原理」、ケプラー「惑星運動の法則」等々、物理的自然科学から多くの成果が生まれた。これら物理的自然科学から得られた成果（知識）を人間は社会活動に生かして、産業革命を成し遂げた。このような物理的自然科学の成功は、人々の間に、自分達の目の前には万人に共通の客観的世界が広がっており、それを数学的に記述することですべてを予測しコントロールして利することができるという決定論的な考え方を広めていったとされる¹⁾。

このような決定論的な考えに基づいて、自然科学で用いられた方法論、いわゆる量的研究方法が、人間や社会に関する事柄にも適用され、社会を数学的・法則的に把握するという、社会科学の誕生につながった。社会学という名称を与えたコントは、それを社会物理学とも呼んだとされる²⁾。また、心理学の分野では、ブントが、感覚や単純感情のような心的要素を実験と観察によって発見し、その法則を明らかにすることを目的に、実験心理学を始めた。このような考え方はその後の、人間の行動を刺激と反応で説明しようとする行動主義心理へと受け継がれた¹⁾³⁾。

こうした流れの中で、自然科学的方法論を、人間に関わる社会科学、人文科学に適用する事に対し、矛盾や批判を唱える人々が現れた。自然科学的科学手法を人間や社会に関することから適用することへの批判、これには大きく二つある。まず「客観的真理」の存在そのものへの疑問であった。これは、私たちの目の前には、万人に共通する客観的真理あるいは現実が存在する、という前提に疑問を投げかけるものである。たとえば心理学の領域では、様々な学説が唱えられた。人間の心理や行動を、精神分析では無意識から、行動主義の学派では刺激と反応、あるいは学習と反応から、人間主義心理学では基本的欲求から自己実現の欲

求といった人間の持つ欲求から説明した。このような状況にあって、人間諸科学に関連して、いったい客観的真理、すなわち発見されるべき唯一の真理というものが、私たちとは関係なく、あらかじめ存在しているとどうしていえるのかという問いかけである。

古くは現象という言葉に重要な意味づけをした哲学者カント（1742-1803）は、客観それ自体を眺めることはできず、人間が捉えられるのは人間の認識装置を通して人間に現れた物自体の仮象、すなわち「現象」であるという考え方を示した⁴⁾。現象学者フッサール（1859-1938）はまた、真理とは、意識の外にそれ自体として存在する客観と一致することなどではなく、意識の内部で生じる確信であるとした。例えば竹田はこれについての考え方を次のように説明している⁵⁾。すなわち、例えば「リンゴ」という客観的物体について考えると、さまざまな生き物は、それぞれの身体に固有の感覚、認識の仕組みや欲望を有しており、つやつやとしておいしそうな果物としてのリンゴとして人間が経験するリンゴと、トンボや猫が経験するリンゴとでは、その形状も性質も全く異なる。このように、客観的物体はそれぞれの身体のあり方によって異なって体験される。人間の捉えた「リンゴ」といった客観的物体は、人間に固有の認識装置を通して人間が捉えているものにすぎず、言い換えれば、どの人間にも同じように経験されるという物理的存在についての客観性は、この対象に対する人間の身体の同一性、感覚や認識装置の同一性によるものといえる。

一方、物理的存在とは異なる「ことがら」、例えば手術といった体験、あるいは家族の死は、人により異なって体験される。この違いは、それぞれが持つ感受性・価値観の違いから説明される。リンゴという物理的存在が、同一の認識装置を有するが故に同一のリンゴとして体験されるように、手術という体験、家族の死ということがらについての同一性は、それを受け取る（認識する）主体間の、身体のみならず、感受性・価値観の同一性を前提とするということができる。そして、この

感受性・価値観の同一性は、ある程度そのひとが身を置く集団や文化に規定される⁵⁾。

このように客観とは、必ず身体および感受性や価値観の同一性を条件として成立しており、特にことごとくについての現実性（リアリティ）は、感受性や価値観によって、多面的に現れるということが出来る。

こうした考え方を基にして、量的研究が対象を実態として認識される以前にそれ自体として存在していると捉えるのに対して、質的研究では、対象の存在は認識する人間の存在を前提とするという立場をとる。また、量的研究では、人間の心や行動もまた実態であり、自然現象と同じような法則性を持つと捉えるのに対し、質的研究では、対象の意味は、社会・文化の中での（つまり、同一の感受性や価値観を共有する人々の中で）相互作用過程で構築され¹⁾、それゆえ、いわゆる現実（reality）は、多面的でダイナミックであるという立場をとる⁶⁾。

自然科学的科学手法を人間や社会に関することながらに適用することにたいするもうひとつの疑問は、「客観的」に対象を記述する事への疑問である。研究者は自分の主観性をすっかりとりさって、すべて数学的に、つまり客観的に記述することができるのか、そしてそれによってすべてを予測あるいはコントロールすることができるのかという疑問である。例えば、解釈学を提唱したガダマー（1900-2002）は、人間に関わる問題を、近代科学の方法によって捉えてはならないとし、すべての先入見を解消することなどできないし、わたしたちは「先入見」を足場にせざるをえないと指摘した⁷⁾。先入見は、先に見たような人間の感受性や価値観のことであり、眼鏡に例えると分かりやすいかもしれない。私たちはどのような場合にも、なんらかの「眼鏡」を通して物事を見ており、この眼鏡なしには、物事を見ることはできない。また、科学哲学者であるクーン（1922-1996）は、研究者は決して純粋に客観的・没価値的なやり方でデータを収集しているわけではなく、研究者集団は、ある種の信念や認識の枠組みを様々なレベルで共有

しており、通常の枠組みに合う事象のみをデータにすると指摘している⁸⁾。

こうした考え方を基に、量的研究において前提とされる研究者は対象に影響を与えずに客観的に向かい合うことができるという「客観性」について、質的研究では、対象の認識には、研究者の理論や仮説が不可避免的に影響するという立場をとる。また、対象を数量化することが客観的に捉えることになるという量的研究にたいして、質的研究は対象の数量化自体にも、対象を定義する研究者側の意味づけが避けられないという立場をとる。つまり、量的研究で提示された結果自体も、なんらかの価値観や感受性から切り取られた現実の一側面であるという立場である。

以上のように見てくると、質的研究の特徴のポイントは次のようにまとめることができるであろう。

- ①質的研究では、対象は認識される以前にそれ自体として存在しているということからスタートせず、それを認識する人間の存在が先行するという立場をとる。そのために質的研究では主観的体験に着目し、インタビューや参加観察という手法をとる。
- ②質的研究では、対象の意味は社会・文化の中で構築されるという立場をとる。したがって、質的研究では例えば対象者のある体験を明らかにする際は、その文脈を重視して捉え、日常場面の観察や比較的自由な面接を行う。
- ③質的研究では、研究者は、対象に影響を与えず「客観的」に向かい合うことはできず、対象の認識には、知る側の理論や仮説が不可避免的に影響するという立場をとる。したがって、質的研究は、結果はある理論的感受性からとらえた、多面的な現実の一側面であるという立場をとる。質的研究の結果の妥当性を主張するためには、研究者のよって立つ枠組み、すなわち理論的前提を明確にすることが重要となる⁶⁾。

3. 質的研究のタイプ別特徴⁹⁾

質的研究は哲学、人類学、社会学を起源として

いる。1920年代から1930年代に米国に於ける都市問題に関する社会調査研究（シカゴ学派）や、人類学におけるフィールド・リサーチの方法として用いられるようになり、現在に至るまでに、現象学的方法、グラウンデッド・セオリー法、民族誌学的方法、歴史的方法、アクション・リサーチといった様々なタイプの質的研究が生まれてきた。各質的研究方法論は、先に見た質的研究の基本的考え方を共有しつつも、それぞれに固有の哲学的（理論的）基盤に導かれている。また、同じ研究方法の中にも、存在の捉え方、主観・客観の立場にはバリエーションがある。ここからは、現象学的方法、グラウンデッド・セオリー法、民族誌学的方法を取り上げて、それらの哲学的（理論的）基盤、研究疑問、方法の特徴、研究例を概説する。尚、各方法論を用いて行われた例を表に示す。

1) 現象学的方法

現象学的方法は、日常の経験の現象の本質的な構造を理解するために、現象を網羅的に記述する

ものであり、対象者の“Lived experience”を研究する方法である。この“Lived experience”は、日本語では「生きられた体験」と訳されていることが多い。個々人の心の内側から、世界がどのように見え、何をどのように体験しているのかを問題とする。

現象学には、さまざまな提唱者とそれに基づく学派があり、現象学的方法もそれらのいずれかの哲学的基盤を研究の理論的前提として共有するものである。例えば、フッサールは体験に関する前もっての仮定を一旦停止することによってその本質を取り出す（現象学的還元）こと、どの主観にも共通する共通本質を取り出して記述すること（本質直感）を強調する。またハイデガーは、人間存在とはなにかを深く掘り下げ、世界内存在としての人間、人間にとっての死の分析、人間にとっての時間性を分析している。メルロ・ポンティは、心と身体のからまりあいの構造について分析し、身体とは、人間が世界と関わる仕方を根底で支え

表 方法論別の質的研究の例

	著者・文献	目的	参加者	データ	結果の概要
現象学的方法を用いた研究例	Astrom他 (1993) Astrom, G., Jansson L., Norberg, A., & Hallberg, I.R. Experienced nurses' narratives of their being in ethically difficult care situations: The problem to act in accordance with one's ethical reasoning and feelings. Cancer Nursing. 1993;16(3):179-187.	倫理的に異なるケア場面における看護師の体験	熟練看護専門看護師18人	分厚いインタビューの逐語録	複雑な状況の中で看護師は、発生した倫理的な問題状況を手に負えないもの、あるいはそれは対照的に把握が可能であると見なし、各自が孤独感あるいは連帯感を表現した。これらの語りに関連する最も重要な状況の要因は、看護師が彼らの考えを共有するサポートグループを持っているかどうかということであった。サポートグループを持たない場合には、彼らは倫理的な思考や感情に従って行動することに困難を感じていた。
	荒木奈緒(2011). 異常を診断された胎児と生きる妊婦の経験. 日本看護科学会誌. 2011;31(2) : 3-12.	異常を診断された胎児と生きる妊婦の経験を記述し探求すること	胎児異常を診断された妊婦22週以降の妊婦7名	1人2回のインタビューの逐語録	《子どもの無事を身体で感じる》《世間に合わせるわずらわしさ》《「ひとりぼっち」と「繋がり」の併存》《子どもと共に時を流す》の4つのテーマが存在した。妊婦は自分の身体で子どもを知覚することで無事を確信し、妊娠期間を子どもとともにある時間として重んじていた。
グラウンデッド・セオリー法の研究	Beck (1993) Bec, C.T. Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. Nursing Research. 1993;42(1):42-48.	産後抑うつ症に特有の社会心理的プロセスを探求すること	12人の母親	参加観察、インタビュー	コントロールを失うことが、基本的社会心理的問題として明確化された。女性は産後抑うつでバランスを失う4つの段階を通して対処を試みた。その4段階とは、恐怖に直面すること、自己の死、生存への努力、コントロールの奪還であった。
	Bright (1992) Bright, M. A. Making place: The first birth in an intergenerational family context. Qualitative Health Research. 1992;2(1):75-98.	第1子と両親、祖父母の相互作用を明らかにすること	3家族：幼児3名とその両親、祖父母6名	インタビュー、参加観察	「居場所を作る」という、家族の中で新生児が家族の一員として認められるプロセスが明らかとなった。それは家族の中での新しい絆を創造することを促すと同時に、すでに存在する者に新しい意味を与える統合的なプロセスであった。
	北 薫子(2008) 要介護高齢者家族の在宅介護プロセス. 東京：風間書房, 2008.	要介護高齢者家族の在宅介護プロセス	高齢者を在宅介護している12家族	インタビュー、参加観察	要介護高齢者家族の在宅介護プロセスを「家族内ニーズの競合とその解消に向かうプロセス」という具体理論として明らかにした。
民族誌学的方法の研究例	藤又里織 (2018) 人工妊娠中絶における看護のエスノグラフィー：初期中絶における看護に焦点を当てて。日本看護科学会誌. 2018; 38 : 37-45.	人工妊娠中絶の看護において共通する行動パターンやルールを記述すること	15名の看護師	一産婦人科診療所での約1年間の参加観察によるフィールドノートおよび、15名の看護師へのインタビュー	<女性自身の迷いを感じる><周囲からの圧力を疑う><女性の判断応力を危ぶむ>場合は【女性の意思決定を疑う】。そうでない限り、看護師は『関わらない看護』をする。『関わらない看護』は、【漸く進める】こと及び【嫌な思いをさせない】ことが共通する行動パターンとなっていた。看護師は、<予定通りには><事務的に進めい>、女性と<距離をおく><責めない><傷つけない><立ち入らない><深入りしない><人目を避ける><身体の深いや苦痛を感じ取る>といった看護を提供していた。
	川名るり(2009) 乳幼児との身体を通じた熟練した技術の性質：小児病棟におけるエスノグラフィから。日本看護科学会誌. 2009;29(1):3-14.	小児病棟の看護における熟練した技術とはどのようなものかを明らかにし、報告すること	ベテランと若手を含む8名の看護師6人の子ども	1年7か月にわたる小児病棟でのフィールドワーク長期参加観察とインタビュー	技術の6つの特徴『相互に交流し合う身体感覚を用いる』『状況に埋め込まれている』『タイミングが合う』『言語化することが難しい』『実践の中で洗練される』『向心性がある』を明らかにし、テーマごとに詳細に記述。さらにこのような熟練した技術が『身体の動きと感覚』『タイミング』『判断』により、子どもと看護師との状況の変化のなかで、生み出されている行為であったことを明らかにした。

ている条件であり、体験される現象の総体であるという立場をとるものである。どの立場を共有するかにより研究の焦点や方法にもバリエーションはあるが、現象学的方法を用いる場合の、研究疑問は、「意味への疑問、体験の本質を明らかにするような疑問」となる。そのような意味への疑問、体験の本質を明らかにするような疑問を明らかにするため、この方法論では録音された会話、個人的な体験の記述、深層的面接からデータを収集する。そして分析は、用いる理論的前提や研究によって異なるが、代表的なものとしてジオルジ¹⁰⁾、ヴァン・マネン¹¹⁾が提唱するものが挙げられる。これらの分析の結果は、記述あるいはテーマとして提示されることが多い。

2) グランデッド・セオリー法

グランデッド・セオリー法（以下GT法とする）は、ある現象に関して、データに根ざして帰納的に引き出された理論を構築するための、体系化した一連の手順を用いる質的研究の一方法である¹²⁾¹³⁾。特定領域に密着した「具体理論」を産出することにより、その特定領域における現象の全体像をプロセスとして定式化し、実践場面に於ける応用者の現象理解を助けることを目指す研究方法である¹⁴⁾。このようなGT法は、ジョージ・ハーバード・ミードのプラグマティズムと象徴的相互作用論を理論的基盤とする。プラグマティズムは、米国合理主義とも呼ばれ、科学的探求の目的は「問題状況」を克服することにあるという立場をとる。これは、19世紀末から20世紀初頭に米国の都市に生じた労働問題、移民問題、ギャングによる組織犯罪といった社会問題を背景として、シカゴ学派と呼ばれる社会学者たちに共有された立場である。プラグマティズムではまた、直接経験の世界は、永遠的であるどころか、問題が常に生じ続けることを指摘し、現実を、ダイナミックなプロセスとして捉えることを強調する¹⁵⁾。

象徴的相互作用論は、人はシンボルを介して、意味ののっとして相互作用する。そのような相互作用が社会を形成するという、人間行動の意味に着目することを強調する立場である¹⁶⁾。

GT法による研究における研究疑問のタイプは、これまでみたような考え方を理論的前提として、プロセスへの疑問、時間を経た体験あるいは変化への疑問となる。また、プロセスあるいは時間を経た体験・変化を明らかにするために、半構成的面接、参加観察、フィールドノートなどをデータ源とし、理論的サンプリングによる継続的比較分析という方法をとる。具体的な方法については、提唱者であるGlaser版¹⁷⁾、Strauss版¹⁸⁾、Strauss & Cobin版¹²⁾、修正Strauss & Glaser版¹⁴⁾がある。結果のパターンは、データに根ざした具体理論、すなわちグラウンデッド・セオリーという形をとり、それはプロセスを定式化したものとなる。

3) 民族誌学的方法（エスノグラフィー）

民族誌学的方法は、文化を記述する研究方法である。研究者は、その文化に所属する人たちの視点を学ばなければならないし、人々からさまざまなことを学ぶ、理解したいと願う行動や出来事の意味に関心を払うことが、民族誌学の本質である¹⁹⁾。民族誌学的方法の哲学的基盤は文化人類学にある。文化人類学にも様々な学派がある²⁰⁾が、共通することは、グループに所属することによって結びついた人々の生活様式を理解すること、そして何かしら共通のものをもつ人間集団に焦点をあてるという立場である。

したがって民族誌学的研究において探求されるのは、文化的集団の価値や信念、実践に関する疑問である。文化を捉える範囲の大きさにより、小規模集団の文化に焦点をあてるマイクロ・エスノグラフィーと、規模の大きい文化を対象とするマクロ・エスノグラフィーという分類もある。看護学の研究には、マイクロ・エスノグラフィーが多い。方法としては、文化への潜入によるフィールドワーク、その中での参加観察や非構成的面接や、半構成的面接によりデータを収集する形をとる。分析方法には、スタンダードなものではなく、研究者によって様々であるが、代表的な方法としてスプラッドリーが定式化したものが挙げられる¹⁹⁾。この研究方法論において結果は、テーマや記述によって示されるのが特徴である。

終わりに

本稿では、質的研究をはじめるとあって押さえておきたい基礎知識として、質的研究に共通する、基本的な考え方（哲学的・理論的基盤）、そして質的研究のタイプ別の特徴について概説した。質的研究の研究法論は、共通する哲学的・理論的基盤を有する。特定の法論によらない質的記述的研究は、それに基づくとともに、特有の法論はそれぞれ固有の哲学的（理論的）基盤から導き出されている。研究の目的や焦点、データ収集や分析の具体的方法、導き出される結果や考察すべては、これに一貫したものとなる。したがって、自分が質的研究を実施し論文を書くとき、あるいは誰かが書いた論文を読むときには、概説したような理論的基盤をおさえておくことが重要と考えられる。

本稿は、第60回日本社会医学会総会講演の内容を基にしたものである。利益相反はない。

文 献

- 1) 伊藤 哲司, 田中 共子, 能智 正博. 動きながら識る, 関わりながら考える—心理学における質的研究の実践. 京都: ナカニシヤ出版. 2005
- 2) 赤坂真人. 社会学の発見 (Ⅲ): 社会学の誕生. 吉備国際大学研究紀. 2013;23:29-39.
- 3) 吉村作治 (監修). 学問のしくみ事典. 東京: 日本実業出版社. 1996
- 4) 岩崎武雄. カント. 東京: 勁草書房. 1958
- 5) 竹田青嗣. はじめての現象学. 福岡: 海鳥社. 1993
- 6) 北素子, 谷津裕子. 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション. 東京: 医学書院. 2009
- 7) 丸山高司. ガダマー: 地平の融合. 現代思想の冒険者たち第12巻. 東京: 講談社. 1997
- 8) トーマス・クーン (1970) 著. 中山茂訳. 科学革命の構造. 東京: みすず書房. 1971
- 9) Holloway & Wheeler (2002) 著. 野口美和子監訳. ナースのための質的研究入門 第2版. 東京: 医学書院. 2006
- 10) Amedeo Giorgi 著. 吉田章宏訳. 心理学における現象学的アプローチ: 理論・歴史・方法・実践. 新曜社. 2013.
- 11) Max van Manen (1997) 著. 村井尚子訳. 生きられた経験の探究—人間科学がひらく感受性豊かな“教育”の世界. ゆるみ出版. 2011.
- 12) Cobin, J., Strauss, A. (1998) 著. 操華子, 森岡崇訳. 質的研究の基礎: グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第3版. 東京: 医学書院. 2012
- 13) Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967) 著. 後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳. データ対話型理論の発見: 調査からいかに理論をうみだすか. 東京: 新曜社. 1996
- 14) 木下康人. グラウンデッド・セオリー・アプローチ: 質的実証研究の再生. 東京: 弘文堂. 1999
- 15) 中野正大, 宝月誠編. 加藤一己著: プラグマティスト: ミードとシカゴ学派. シカゴ学派の社会学. 京都: 世界思想社. 2003:62-67.
- 16) Blumer, H.G. (1969) 著. 後藤将之訳. シンボリック相互作用論: パースペクティブと方法. 東京: 勁草書房. 1991
- 17) Glaser, B.G. Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. Mill Valley, CA: Sociology Press. 1978.
- 18) Strauss, A.L. Qualitative analysis for social scientists. New York: Cambridge University Press. 1987.
- 19) ジェイムス P スプラッドリ著 (1980). 田中美恵子, 麻原きよみ訳. 参加観察法入門. 東京: 医学書院. 2010
- 20) Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. Qualitative Research in Nursing; Advancing the Humanistic Imperative (2nd ed.) Philadelphia: Lippincott. 1999

Basic knowledge of qualitative research

Motoko Kita¹⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 80 – 86】

Key words : qualitative research, methodology

1) The Jikei University, School of Nursing

連載シリーズ

社会医学研究のはなし(1) 研究をまとめる社会的責任

梅澤光政¹⁾

【社会医学研究2020；37（1）：87-93】

キーワード：研究，論文執筆，情報発信，社会医学

緒 言

WHO憲章では健康について「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」と定義している。この定義は現代にも反映できるものである。つまり、人間が健康であるというためには、肉体的、精神的、社会的、いずれについても良好な状態が保たれていることが必要であるといえよう。

第二次世界大戦・太平洋戦争から後、世界の科学技術は大きく進歩した。これに伴い、日本を含めた世界の医療レベルも大きく向上している。先進国では肉体的健康は広く確保されるようになってきた。しかしながら、発展途上国では費用や技術、人材育成の問題等から、その恩恵にあずかれないことも少なくない。また、先進国内においても、科学技術の進歩・経済の発展は必ずしも精神的・社会的な健康を改善してはいない。むしろ、社会の変化や優先順位の影響で、精神的ストレスを抱えたり、社会的に苦しい立場に置かれている者がいることは、これまでに研究者たちが明らかにしてきた通りである。

もちろん、これに対して世の中が対応してこな

かったわけではない。日本政府を例にとれば、自殺対策基本法が2006年に成立し、翌年には自殺総合対策大綱が発表され、社会全体での自殺予防が開始された¹⁾。これにより自殺者数は減少傾向にある。疾病を抱えつつも働く者に対して、治療と就業の両立を支援する体制についても、2019年3月に「職場における治療と仕事の両立のためのガイドライン」が厚生労働省から公表されるなど、疾病を抱えながらも働くことのできる社会づくりが進められている。しかし、政府が動いているのはどちらかといえば社会の中で大きな問題となった案件への対応である。国民が広く知ったことで対策が必要と社会的に認めたことに対して政府は動いているのである。

一方で、社会には小さい声ではあるが、決して無視してはいけない声がある。本当は大きな問題であるが、それに世の中が気づいていないことがある。それらを社会医学は掘り起こし、世の中に訴えてきた。故・上畑鉄之丞先生は「過労死」という言葉をもって、働きすぎに伴う死を防ぐことを世の中に訴えた。この訴えは広く世に認められ、対策がとられるようになった。

さて、世の中へ課題があると訴えるときにどのような方法をとるか。これは職種や立場によって異なるであろう。研究者であれば、課題があると世の中に対して訴えるときに、仮説を立て、調査を行い、その結果を分析・考察し、その全てをまとめた論文をもって世の中に訴えを届けていくものである。

1) 獨協医科大学医学部

連絡先：梅澤光政

住所：〒321-0293

栃木県下都賀郡壬生町大字北小林880

E-mail：umesawa@dokkyomed.ac.jp

今回は「研究をまとめる社会的責任」というテーマを編集委員会からいただいた。社会医学の研究はなぜ必要であり、これを行うのか。そして成果を論文にまとめることが重要なのかを、研究に伴う社会的な責任と共に考えたい。また、読者の皆様が論文を世の中に送り出すための一助となればと思ひから、筆者がどのように論文執筆の工夫をしてきたか等をお示ししていく。

研究をなぜ行うのか

社会医学の研究は何が求められるのか

世の中には様々な研究がある。学問には物理学、生物学、数学、文学、その他あまたの分野があり、多数の研究者がそれぞれの目的、動機をもって研究活動を行っている。分野ごとに研究には特徴がある。

社会医学に限らず、医学の研究ではその多くがヒトをはじめとした命あるものを対象としている。そのことから、日本国内では「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」が定められており、研究計画段階で実行してよいか倫理審査を行っている。前述の倫理指針の前文では「人を対象とする医学系研究は、医学・健康科学及び医療技術の進展を通じて、国民の健康の保持増進並びに患者の傷病からの回復及び生活の質の向上に大きく貢献し、人類の健康及び福祉の発展に資する重要な基盤である。また、学問の自由の下に、研究者が適正かつ円滑に研究を行うことのできる制度的枠組みの構築が求められる。その一方で、人を対象とする医学系研究は、研究対象者の身体及び精神又は社会に対して大きな影響を与える場合もあり、様々な倫理的、法的又は社会的問題を招く可能性がある。研究対象者の福利は、科学的及び社会的な成果よりも優先されなければならない。また、人間の尊厳及び人権が守られなければならない。」と一番はじめに書かれている²⁾。社会医学も当然この範疇内にあり、倫理的に研究は行われなければならない。

一方で、倫理指針には定められていないものの、

研究者が忘れてはならないことがある。それは、研究計画に従った調査が完了した後、その成果を世の中に発信するということである。研究を行うということは、その研究の対象がいるということである。また、研究側に協力者がいる場合には労力を注いでもらったということである。研究対象となってくれた存在への感謝の気持ちを持ち、結果がどのようなものであったかを世の中に示していくことは、倫理指針には書かれていないが、研究者が意識すべきことであろう。

研究結果を世に示す方法

2000年代に入り大きく世の中の情報発信は変化している。インターネットを介して、個人が世界中に情報発信を行うことが可能となっている。これは便利なことであるが、同時に真贋定かではない情報も世の中にあふれることにつながっている。

そのような中で、研究者はどのように自分の研究から得られた情報を発信するべきであろうか。筆者はインターネットの便利さを否定する気はない。自分や自分の所属する団体が管理しているWebページ上で、研究の成果や意見を示すのは容易である。しかしながら、インターネットによる情報発信は発信者が一方的に言いたいことを発信しているだけとなりやすい。ゆえに、公正な情報発信になっているかの疑問が残る。世の中の人も発信している情報について、第三者の評価を受けていないものと捉えるであろう。それゆえに、第三者である研究者が査読を行う論文の方が、研究で得られた結果を世の中により正しい見せ方で届けていると筆者は考える。実際に、エビデンスレベルの考え方に基づけば、たとえその道の権威者のものであっても、意見が述べられているだけのものより、研究を行い、データを得て、それを考察した論文の方が評価は高くなっている。

もちろん、論文として公表された後に、その解説や概要をWeb等で公開することはよりよいことであろう。研究者が思っている以上に、専門的な医学の研究結果は一般の方には理解しにくいもの

である。自分が論文として公表したことが世間に正しく理解されるようにすることはこれからの時代に合うことと思われる。

ところで、研究を行い、その結果をまとめていく過程で、学会発表を行う方は少なくないだろう。同じ方向の興味を有する者達が集まる場において研究内容の発表を行い、質問や意見をもらう。そして、それらを取り入れながら、最終的に論文にまとめていく、ということが本来の研究の結果のまとめ方であると筆者は思っている。しかしながら、時に学会発表まででよいと思われる方がいる。もしかすると、抄録集という形で冊子体になるので、これでよいと思われるのかもしれない。けれども、抄録の文字数制限や、発表時の時間制限のことを考えれば、学会で発表できることは研究の一部であろう。また、学会発表の抄録は、これも共同演者の評価は受けていると思うが、第三者の評価を受けたものではない。それらを考えると、学会発表だけでは、折角の研究の結果を公表するという意味では十分とは言えないだろう。

論文を書くための準備を考える

さて、論文、特に英文で論文を書こうとしても筆が進まないことはあるだろう。正直なところ、筆者もそのような経験がないわけではない。ただ、筆者がこれまでに見てきた、論文を書くことが進まないと困っている状況にはいくつかのパターンがあったように思う。表1にそれらをまとめてみた。もちろん、全ての状況がパターン化できるわけではないし、時には複数のパターンが複雑に絡まっていることもあるのではないかと思う。対策も個人の事情によって変わってくる可能性が高い。

表1 論文執筆の障害となること

<p>研究そのものが原因となるパターン</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 研究計画をしっかりと組み立てていなかった 2. 事前の予想と異なる結果であった <p>論文執筆者の事情が原因となるパターン</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 論文の書き方がわからない 2. 論文執筆の情熱が出ない 3. 論文を書く時間がない
--

そこで、どのように筆者は論文を書くための準備や用意をしているかを紹介しようと思う。これが読者の皆様が論文を書くときに困っていることの解決にむけたヒントになれば幸いである。

A. 仮説と先行研究を整理する

研究計画を作成するときに、その研究で証明したい仮説やその背景となる先行研究に関するまとめは行われているはずである。しかし、調査を行い、論文をいざ書こうとすると、あれやこれやと調べたことの全てを論文に入れることは困難であることに気づくものである。一編の論文に全てを注ぎ込むのではなく、その論文にはどこまで書けるのかを整理することが、論文を書く上で重要であると筆者は考えている。また、自分の文章力と相談して、書き始める前に、読みやすい文章で自分が書ける範囲（いわば自分のキャパシティ）を意識することで、あれもこれもと入っていて、筆者にとっては書きにくく、査読者・読者にとっても読みにくい論文を書くことが防げるとと思われる。

B. 論文の構成を考え、大枠を決める

研究分野によって論文の書き方に違いはあるが、自分の書こうとしている分野について先行研究の論文等をよく読んでみると、基本的な論文の構成（導入、方法、結果、考察といった枠組みやその順序）はつかめるものである。また、近年は論文の構成について投稿規定（Instructions for author）にて示している雑誌も少なくない。論文数の多い研究分野では、公的なチェックリストまで用意されていることもある。例えば、筆者が主な活動の場としている疫学の観察研究の分野では、STROBE（The Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology）という、観察研究の報告を適切に行うためのチェックリストが近年はよく用いられている³⁾。投稿時に自分の論文がどのようにSTROBEに沿っているかをチェックリストに記入して、論文の投稿時に原稿と一緒に提出させる雑誌もある。

Aに書いたように、この論文ではどこまでを書

くのかを決め、それを構成と照らし合わせて、論文内でどのような構成にするのかを考えることが重要である。

なお、社会医学研究でも、新しい投稿規定の中で構成例が示されている。これを活用することは論文の構成を考える一助となるだろう。

C. 図表を作る

できる限り図表はそれ単独でも言いたいことが伝わるように作ることを筆者は心がけている。また、雑誌によって掲載できる図表の数は異なるが、概ね表は3つ、図は1つで収まるように心掛けている。もちろん、査読者からの指摘等で図表を増やした場合はその限りではない。

筆者は疫学の観察研究を扱うことが多い。そのため、1枚目の表で調査対象者の属性を示し、2枚目の表で一番見せたい結果、もしくは全体での分析結果を示す。そして3枚目の表で、2枚目の表で示した分析について最も重要な層別化を行った結果を示すことを基本としている。図は分析対象者をどのように調査した母集団から抜き出したかのフローチャートとして活用することが多い。

D. 論文全体の構成の表を作る

Bで示した構成例に、Cの図表のことも取り入れて、全体としてどのような論文の流れになっていくか、よく筆者が行っている構成を例として表2にまとめてみた。

実際には、この構成の表のそれぞれに、自分の研究の結果を一言ずつ書き添えていき、論文の設計図を作ればよいと思う。論文を書き始める前に設計図を完成させることが重要である。

E. 執筆に使える時間を産み出す

ここからは、A～Dまでの準備を経て、そこから論文を書きだすときのことを考えていく。

まずは時間のことである。正直なところ、社会人として様々な仕事をしていると、普段の生活でさえ時間は足りないものである。そこから論文を執筆するための時間を産み出すのは容易なことでは

表2 論文の構成表の例

緒言	<ul style="list-style-type: none"> ・世界における疾病・イベントの現状 ・今回論文に入れる内容の先行研究の状況 ・今回の仮説
方法	<ul style="list-style-type: none"> ・調査対象 ・調査内容 ・変数、欠損値の扱い ・集計、統計解析の内容 ・倫理的配慮
結果	<ul style="list-style-type: none"> ・調査の概要(イベントの発生数(率)など) ・表1の説明 ・表2の説明 ・表3の説明 ・表にしなかったが行った解析の結果
考察、結論	<ul style="list-style-type: none"> ・結果の簡単なまとめ ・先行研究の結果との比較 ・想定されるメカニズム ・この研究の長所と短所 ・研究の総括、結論
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・引用文献 ・謝辞

はない。しかし、ここまで書いてきた様々な準備をしたり、準備を済ませていても、1時間やそれ以上の時間を論文執筆の時間として手に入れたものである。筆者はそのような時間を作るには3つのタイミングから、自分にあったタイミングを選び、そこに時間を産みだすための工夫をするのがよいのではないかと思う。一つは早朝。もう一つは夜寝る前、そして休日である。(ちなみに、この原稿の大半は夜寝る前に書いている)

なぜこれらのタイミングかというと、一つは他人からの電話やメールがかかって来づらいからである。折角時間を作っているのに、そこに割り込まれてしまっただけでは意味がない。そう考えながら、筆者はいつも時間を作ろうとしている。

とはいえ、体調を悪化させてしまうところまで頑張ってしまうのも考え物である。自分の体調管理に必要な睡眠や休養は確保しなければならない。早朝や夜寝る前に時間を作り出すようにする場合は、1日頑張る日を作るよりも、できるだけ複数日に時間を作ることが重要だろう。

F. とにかく一度最後まで書く

日本語で書くにせよ、英語で書くにせよ、はたまたそれ以外の言語で書くにせよ、いずれにしても文章というものは一度書き始めても、ちよくちよく前に戻って、チェックしたくなるものである。もちろん、推敲は重要なことなのであるが、論文の書き始めからそれを行うのは非効率的な行動となる可能性が高い。Dで示した論文の設計図を基にして論文を書き進めていても、最後まで書き切った後で直すべきところがいくつもでてくることが多い。すると、修正を行う箇所との間に齟齬を生じないために、更に前の部分も直す必要が出てくることがある。そのため、書き始めから推敲を重ねていても、最終的にまた直すことになるようなことも少なくない。このような作業を繰り返しては、論文執筆にいくら時間を確保していても進まないことになる。

文章に対する、軽微な違和感などは放置しておき、一旦最後まで論文を書くことで、設計図通りに論文を執筆した時の不具合（例えば、考察が足りないとか、先行研究との比較を行うためにデータ分析を追加する必要がある、などのこと）に気づくことができ、全体を通した推敲が行えるようになる。そこまでは我慢する方が望ましいと筆者は考えている。

筆者は論文を執筆する際は、少なくとも決まった時間（大体1時間ぐらい）は前に進むことを考えるようにしている。また、小見出しの範囲を超えた修正が生じた場合でもその場では対応せず、ワープロファイルの末尾の余白あたりに備忘録的な場所を作って置き、ここに記すことがある。これを後で対応するようにして、とにかく前に進もうと考えるようにしている。

査読者の立場で論文を評価して思うこと

折角論文として、研究の結果をまとめても、それが投稿した雑誌に採択されなかったときはがっかりするものである。筆者も最大で10回投稿し、10誌目で採択された論文がある。もちろん、自分

がその研究が重要で大切なものであると考えているからこそ投稿しているわけだが、それを編集者や査読者に理解してもらえなかったときのがっかりした気分はあまりよいものではない。

しかし、一方で査読を依頼される方として論文を評価していると、どのように対応してよいのか困る論文に出会うことがある。恐らく著者も忙しい中で時間を作って執筆したのであろうが、自分の言いたいことがうまく論文として伝えられていないのである。ここでは、筆者が査読していて気になって指摘したことを振り返り、いくつか挙げてみたいと思う。これも、読者の皆様が論文を書くときの一助となれば幸いである。

A. 初めから結論ありきになっている

論文の書き出しの部分から、一つの考え、想いに強くこだわっている印象を持ってしまう論文に時々出会う。それでも、本文中で結果や考察の示し方が公平に行われているのであればよいのであるが、その研究で用いられた方法で示せること以上の内容を考察で主張されていると、思わずどうしたものかと戸惑ってしまう。

社会医学に関わる研究の多くは、その一つの研究ですべてのことを明らかにすることはできないと考えられる。自分の執筆している論文はその分野におけるマイルストーンの一つと考え、考察が飛躍しない方がよいと思われる。我々研究者はアジテーターではない。事実やデータから何までがわかるのかを世の中に伝える翻訳者のような仕事と考えて論文を書くのがよいのではないだろうか。

B. 結果と考察が混同している

論文の結果のセクションは書き方に癖のある部分である。研究で得られたデータを用いて、検証したい仮説を分析した結果を淡々と文章化することが求められる。先に「図表はできるだけそれ単体でも意味が通じるように」と書いたが、結果もそれ単体で、つまり表や図がなくても、この研究で行った分析の結果が伝わるようにしなければならない。それだけでも難しいのだが、時にこの結

果の部分に考察が混入している論文がある。ある危険因子のある群とない群の比較をしていて、ぎりぎりでは有意差が認められなかった場合などに「ここで有意差が認められなかったのは、分析対象数が不足したためと考えられた」といった、考察で行うべき結果の解釈（考察）が結果に書かれているのである。これが単回であればまだなんとかなるだろう。しかし、複数回ある論文の場合は大きな修正が必要となるため、著者にとっても負担は大きくなると思われる。

C. 一文が長い

いろいろと文書に補足をしているうちに、とても長い一文になってしまうことがある。これは読みづらいため、できるだけ読点（.）を使えるところでは使って、文を短くすることが重要である。また、接続詞が多くならないように心がけたい。意外と接続詞なしでも、短い文をつなげているのであれば、意味は通じるのである。

D. 本文が長い、専門用語が多い

論文を書くのは、その仮説について詳しい者である。一方で、論文を読むのはその仮説の分野に詳しい者とは限らない。そのため、論文はシンプルかつ要点が伝わるようにする必要がある。難しいことを難しく伝えるのではなく、難しいことをわかりやすく伝えるのが論文である。その際にはあまり長すぎる文書であったり、専門用語だらけの文書は避けた方がよいと筆者は考えている。

まとめにかえて

今回は、筆者が論文を書いてきた経験を元に、研究者がその成果を論文にするということの意味

と論文を書くために準備をするということを書かせていただいた。私見が多く恐縮ではあるが、この原稿が、論文を書くことに二の足を踏んでいる方々の背中を押せるなら幸いである。緒言に書いたように、今の社会にも小さい声ではあるが、決して無視してはいけない声がある。社会医学の研究者はその小さい声を世の中に伝える役目を持っているのだと思う。しかし、昨今の社会における揚げ足取りの風潮は、小さな誤解があった際に、研究活動を揶揄するような風をおこしかねない。だからこそ、社会医学の分野の研究者は万人に伝わり、そして理解してもらえるような論文を書き、研究成果を世の中に示していかなければならないと筆者は思う。

最後に、今回原稿を書く機会をいただいた、編集委員長の小橋元先生をはじめとした関係各位に御礼を申し上げさせていただき、筆を置くこととしたい。

引用文献

- 1) 高橋祥友. 世界の自殺対策からみた日本の自殺対策 (特集 自殺対策と精神保健). 精神神経学雑誌. 2012;114:548-552.
- 2) 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 (本文) (平成29年2月28日一部改正). <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/index.html> (2019年11月4日アクセス)
- 3) STROBE group. STROBE Statement. <https://strobe-statement.org/> (2019年11月4日アクセス)

A series of lectures for social medicine research: providing information to the world

Mitsumasa Umesawa¹⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (1) : 87 - 93】

Key words : research, writing paper, spread information, social medicine

1) Dokkyo Medical University School of Medicine

「社会医学研究」投稿規定

(総論)

1. 「社会医学研究」は、日本社会医学会（旧称：社会医学研究会）の機関誌であり、社会医学に関する論文その他を掲載する。
2. 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員に限る。連名者も会員が望ましい。
3. 「社会医学研究」に掲載された文書の著作権は日本社会医学会に帰属する。掲載前に著作権移譲承諾書の提出が必要となる。
4. 投稿する内容が倫理的配慮を要するものである場合、本文中にて行った倫理的配慮について明記すること。倫理審査委員会等の審査を得て行った研究については、その審査番号（もしくはそれに相当するもの）を明記すること。

(投稿分野)

5. 「社会医学研究」は論文その他で構成するが、その区分は以下の通りとする。

表1 「社会医学研究」に掲載される原稿の種類

種類	内容	最大文字数(字)	最大図表数(枚)
原著論文	社会医学に関する科学的かつ独創性・新規性の高い研究・調査に関する論文	16800	4
総説	これまでの研究・調査報告などのまとめ及び解説	16800	4
短報	社会医学に関する研究における成果、知見の速報	8400	2
実践報告	社会医学に関わる実践の報告	16800	2
特別報告	学術大会の講演要旨など（依頼原稿のみ）	8400	2
会員の声	掲載論文・法律・制度に関する意見、社会医学に関する意見、関連学術集会の報告など	2100	0
巻頭言	社会医学の発展につながる意見、提案、提言（依頼原稿のみ）	4200	1

（最大図表数は原則の枚数となります）

6. 「社会医学研究」編集委員会が認めた場合は、上記投稿規定にない区分の原稿についても掲載できる。

(投稿要領)

7. 投稿区分に応じて以下のファイルの投稿を必要とする。

表2 原稿の種類ごとの投稿時必要ファイル

種類	投稿時に必要なファイル
原著論文	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
総説	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
短報	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
実践報告	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
特別報告	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
会員の声	原稿本文
巻頭言	原稿本文、表、図

(最大図表数は図表の大きさにより減らすことがある)

*原稿本文はMS Wordもしくは一太郎ファイルとする

*表はMS Excelファイルとする

*図はMS Powerpoint、PDF、画像ファイルとする

8. 原稿は和文で作成する。キーワードは英、和それぞれ1～5語とする。

9. 原稿はA4用紙に横25～40字の範囲で、横書きで記載する。行間はダブルスペースとする。フォントは明朝体を基本とし、大きさは12ポイントとする。

10. 原稿には表紙を付ける。表紙には以下の内容を記す。

表題、著者名、所属機関名、論文種別、文字数、表の数、図の数、投稿論文責任著者の氏名・所属機関・所属機関の住所・メールアドレスを記載する。

また、表題、著者名、所属機関名については、英文表記を付記する。

11. 抄録は原著論文、総説、短報、実践報告において作成する。抄録は600字以内の和文とし、表紙の次のページに記す。抄録は『背景・目的』『方法』『結果』『考察』の4つの要素で構成することが望ましい。

12. 英文抄録の語数は400 wordとし、和文抄録の次のページに記す。英文抄録は『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』の4つの要素で構成することが望ましい。

13. 原著論文、短報、総説、実践報告、特別報告の原稿の構成は以下の通りとする。

表3 投稿原稿の構成例（原著論文、短報）

項目	含まれる小見出しの例	内容
和文抄録	要旨 『背景・目的』『方法』『結果』『考察』	論文の概要
(英文抄録)	Abstract 『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』	同上
緒言	緒言、背景	研究を行うに至った背景、研究の目的
方法	対象者、調査方法、集計・統計解析、倫理的配慮	研究で行った調査の詳細
結果	結果	研究で明らかとなった結果
考察	考察、結論	結果の評価、研究の長所・短所、研究の総括

*英文抄録は原著論文のみ

表4 投稿原稿の構成例（総説）

項目	含まれる小見出しの例	内容
和文抄録	要旨、まとめ	総説の概要
(英文抄録)	Abstract 『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』	同上
緒言	緒言、背景	総説の目的
方法	文献調査方法、集計・統計解析、倫理的配慮	総説を作成した方法のまとめ
結果	(総説のテーマ、まとめ方に応じた小見出しを付けて下さい)	これまでの研究結果のまとめ
考察	考察、結論	総説で明らかとなったことのまとめと今後への期待

表5 投稿原稿の構成例（実践報告）

項目	含まれる小見出しの例	内容
和文抄録	要旨 『背景・目的』『方法』『活動内容』『考察』	活動の概要
緒言	緒言、背景、はじめに	なぜ実践を行ったのかの理由、実践を行うに至った背景
方法	活動の対象者、活動を実際に行った者・組織の概要、活動内容、倫理的配慮	活動の概要と検討の方法
活動結果	活動結果	活動に参加した者の数、活動で得られた結果
考察	考察、結論	活動したことで得られた知見、示唆の考察

表6 投稿原稿の構成例（特別報告）

項目	含まれる小見出しの例	内容
和文抄録	要旨	活動の概要
(英文抄録)	Abstract 『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』	同上
本文		
活動結果	活動結果	活動に参加した者の数、活動で得られた結果
考察	考察、結論	活動したことで得られた知見、示唆の考察

14. 会員の声、巻頭言の様式は特に定めないこととする。

15. 参考文献は以下の引用例に従い、引用順に番号を付け、論文末尾に一括して番号順に記載する。

■雑誌からの引用

著者名、表題、雑誌名、年号:巻数:頁-頁、の順に記載する。著者が3名を越える場合は3名までを記載し、残りの著者は「他」とする。

- 1) 田中勤、古橋忠晃、上田浩詞他、深夜の街における10代の若者たちの夢と希望についての社会医学的考察 傾聴・共感・見守りの思春期公衆衛生活動から (Case series). 社会医学研究. 2019;36:61-70.
- 2) Roberto CA, Lawman HG, LeVasseur MT, et al. Association of a Beverage Tax on Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages With Changes in Beverage Prices and Sales at Chain Retailers in a Large Urban Setting. JAMA 2019;321:1799-1810.

■単行本からの引用

编者・著者名、書籍名、所在地、発行所、発行年、頁の順に記載する。

- 1) 日本疫学会監. 磯博康、祖父江友孝編. はじめて学ぶやさしい疫学 (改訂第3版). 東京:南江堂. 2018:13-25.
- 2) Murray CL. The Global Burden of Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1966:201-246.

■インターネットからの引用

文献、書籍では得られず、インターネットからのみ得られる情報については、情報を提供している者とWebアドレス、アクセスした日を明示すること。

- 1) 厚生労働省. 風しんの追加的対策 骨子.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000474416.pdf> (2019年5月19日アクセス)

- 2) WHO. Fact sheets (15 March 2018) , Deafness and hearing loss.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss> (Accessed 26 Jan 2019) .

(投稿の手続き)

16. 論文は電子ファイルとして編集委員会のメールアドレスに投稿する。投稿するファイルは7の表2で示した様式とする。

編集委員会メールアドレス：e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp

(上記に、必要なファイルを添付し、件名に「社会医学研究投稿原稿」と記すこと)

17. 投稿時には「社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト」「投稿時COI自己申告書」「英文校正証明書」を添付すること。「社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト」「投稿時COI自己申告書」は次ページを使用するか、日本社会医学会のWebページからPDFファイルをダウンロードして使用すること。その後、スキャンするなどして電子ファイルとして提出すること。
18. 投稿に際して、諸事情によりメールでの原稿提出が困難な場合には、A4用紙に印刷した原稿等3セット及び必要なファイルを保管した電子媒体を郵送ないし宅配便にて日本社会医学会事務局まで送付することも投稿できることとする。ただし、その際は外装に「社会医学研究投稿原稿 在中」と明記すること。
19. 原著論文、総説、短報、実践報告の投稿区分で投稿された論文に対しては査読を行う。査読者数は、原則として原著論文は2名、他は1名とする。これら以外の投稿区分で投稿された内容については必要に応じて査読を行い、編集委員会が掲載の可否について最終判断を行う。

社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト

日本社会医学会は会員相互の協力により、社会医学に関する理論およびその応用に関する研究が発展助長することを目的としている。昨今、「人を対象とした医学系研究」の倫理的配慮が厳しく問われ、研究計画の実施、研究論文の投稿など研究の実施には、研究者の所属機関等に設置された研究倫理審査委員会の承認が必要になる。社会医学研究の投稿論文には上記以外の分野・内容のものも含まれることから、すべてのものに倫理審査委員会の承認を必須とはしないが、「人を対象とした医学系研究」の場合は倫理審査委員会の承認を受け、そうでない場合も、可能な限り当該研究がどのような種類の研究であるかを本文に記載し、実施時における倫理的な配慮等についても記載をすること。

論文投稿の際は、以下の項目に を入れて、この様式を原稿とともに提出してください。

責任著者氏名 _____

① 論文中に自ら実施した研究の内容が含まれている はい ・ いいえ
「はい」の場合は以下の②にお答えください。

② 研究が「人を対象とした医学系研究」に該当する はい ・ いいえ
「はい」の場合は以下の②～⑤に、「いいえ」の場合は⑥にお答えください。

③ 責任著者所属機関に倫理審査委員会がある はい ・ いいえ
研究はその倫理審査委員会の承認を受けた はい ・ いいえ

④ 共同著者所属機関に倫理審査委員会がある はい ・ いいえ
研究はその倫理審査委員会の承認を受けた はい ・ いいえ

⑤ 研究・調査実施現場において適切な方法で研究の了解を得た はい ・ いいえ
方法等をお書きください ()

⑥ 上記について、論文の本文中に記載した はい ・ いいえ

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、発表内容に関係する企業・組織または団体とのCOI 状態を著者ごとに自己申告記載)

論文投稿の際は、以下の項目を記入し、この用紙を原稿とともに提出して下さい。

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

日本社会医学会 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） _____ _____

上記の論文が日本社会医学会に採用された場合、当該論文の著作権を日本社会医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。さらに本論文の可否が決定されるまで他誌には投稿しません。委譲、誓約いたします。

（下記に記名および自署してください※¹）

責任著者：

記名_____自署_____日付____年 月 日

著者：

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 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員であることを原則とします。

日本社会医学会会則

第 1 章 総 則

第 1 条 (名称) 本会は、日本社会医学会という。
英字表記は以下とする。

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第 2 条 (目的) 本会は、会員相互の協力により、社会医学に関する理論及びその応用に関する研究が発展助長することをもって目的とする。

第 3 条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。

1. 研究会の開催
2. 会誌、論文集などの発行
3. その他必要な事業

第 4 条 (事務所) 本会の事務所は理事会の定めるところに置く。ホームページ・社会医学会レター等で公示する。

第 5 条 (事業年度) 本会の事業年度は、毎年5月1日に始まり、翌年4月30日に終わる。

第 2 章 会 員

第 6 条 本会は、会の目的に賛同し、会費を納める者で構成する。会員となるには書面で理事長に申し込みを行う。

第 7 条 会員は、学会で発表し、学会刊行物に投稿し、学会刊行物の配布を受けることができる。

第 8 条 (退会) 会員は書面により理事長に通告すれば退会できる。

第 2 項 会員の死亡、または失踪の通知を受けた場合には、自然退会とする。

第 3 項 会員で3年度分以上の会費を滞納したものに対しては、評議員会の議決により退会したものとみなすことができる。

第 4 項 前項により退会者が学会への復帰を希望する場合は、第6条に基づく手続きを行ったうえで、滞納した会費を全額納入するものとする。

第 9 条 (除名) 会員が、本会の名誉を傷つけ、目的に反する行為を行った場合には、総会の議決により除名することができる。

第 2 項 前項の規定により会員を除名する場合には、理事会は総会の1週間前までに当該会員に通知し、総会において弁明する機会を与えなければならない。

第 10 条 (名誉会員) 満70歳以上の会員のうち、旧研究会時の世話人・本会理事経験のある者、またはそれに等しい功績があると総会で認められた者は、名誉会員に推薦することができる。

第 3 章 総 会

第 11 条 (総会) 本会は、毎年1回総会を開催する。総会は、原則として事業年度終了後3か月以内に理事長が招集し、年次予算・決算、事業計画その他重要事項を、決定する。会則、会則変更等重要事項の決定は、総会の議決を経なければならない。

第 12 条 総会は、委任状を含め、会員の4分の1以上の出席で成立する。議決は委任状を含め過半数で決定する。

第 4 章 役 員

第 13 条 (役員) 本会に次の役員を置く。任期は3年間とし、再任をさまたげない。

評 議 員
理 事
監 事

理事、評議員、及び監事など本会役員の定数は選出細則によって別に定める。

第 14 条 (選出) 評議員は、会員の直接選挙によって選出される。また、理事及び監事は、評議員会の互選によって選出され、いずれも総会において承認されなければならない。

第 2 項 選出に関する細目は別に定める、【役員選挙細則】による。

第 3 項 理事会は、上記1項の規定にかかわらず、性、地域、職種、年齢、研究分野等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。

第 4 項 (理事長等) 理事会は互選によって理事長1名、副理事長若干名を選出する。

第 5 項 理事長は、上記1項の規定にかかわらず、指名によって若干名の理事を追加することができる。

第 5 章 役 員 会

第 15 条 (評議員会) 本会は、評議員からなる評議員会を置く。評議員会は毎年度ごとに1回開催する。評議員会は理事会が総会に提出する、予算及び決算、事業計画等重要事項を審議する。

第 2 項 (理事会) 本会は理事からなる理事会を置く。理事会は年度内に3回以上開催し、総会から総会までの間、理事長のもとに承認された事業を執行するとともに、予算及び決算、事業計画を評議員会の承認のもとに総会に提出する。

第 3 項 理事長は、本会を代表して事業の執行を行う。副理事長は理事長の業務を補佐する。事務局長は日常の事業が円滑に行われるよう企画・調整を行い、会計の管理を行う。

第 4 項 (監事) 監事は本会会計を監査する。監事は理事会に出席して意見を述べることができる。

第 5 項 理事会、評議員会は、委任状を含めて定数の3分の2以上の出席で成立する。

第 6 章 会 費

第 16 条 (会費) 会費は年額7000円とする。学生・大学院生は年額3000円とする。ただし、研究会の開催など特別に経費を要する場合は、その都度、別に徴収することができる。

第 2 項 名誉会員は、会費納入を免除される。

第 7 章 そ の 他

第 17 条 本会は、会員の希望により各地方会をおくことができる。

第 18 条 本会の諸行事、出版物などは、会員外に公開することができる。

第 8 章 雑 則

第 19 条 本会則を変更または本会を解散する場合には、理事長は全評議員の3分の2以上の賛成によって総会に提案し過半数の同意を得ることとする。

付 則 本改正会則は2014年7月13日から施行する。

日本社会医学会役員選出細則

1. (評議員の選出及び定数)
評議員は、20名連記による全会員の直接投票によって選出される。全国の会員名簿に登録された全会員(名誉会員を除く)を候補者として投票を行い、得票順位の上位から別に定める定員を選出する。評議員定員は会員10名につき1名を原則とする。ただし、全ての地域(北海道・東北、関東、東海・北陸・甲信越、近畿、中国・四国・九州・沖縄の5地域)に最低4名の評議員が存在するように、選挙管理委員会は、得票順位にもとづき当選者を追加する。
理事会は、また、性、職種、年齢等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。
2. (理事の選出及び定数)
理事は、評議員の互選によって選出される。理事の定数は、10名以内とする。選出された理事は、総会で承認されねばならない。
3. (理事長の選出)
理事長は、理事会での互選によって選出される。選出された理事長は、総会で承認されねばならない。なお、理事長は、上記2.の規定にかかわらず、指名によって若干名の理事を追加することができる。
4. (理事長の代行の選出)
理事長は、事故等の理由で職務を遂行できない場合を想定して、理事の中からあらかじめ理事長代行を指名する。
5. (監事の選出及び定数)
監事は、評議員会において理事に選出された者以外から互選する。選出される監事の定数は2名とし、総会で承認されねばならない。

2000年7月決定、2007年4月24日一部改正、2010年4月10日一部改正

編集後記

日本社会医学会機関紙「社会医学研究」37巻1号をお届けします。前号から表紙と内容がリニューアルしました。ちょうど日本も新しく令和の時代を迎えて、偶然とはいえ、それに合わせた格好になりました。今号は、さらに読みやすく社会の役に立つ雑誌を目指して、より一層の改良を行っています。巻頭言は今期より新しく学会事務局担当となった石竹達也先生にお願いしました。会員からの投稿論文は、厳正な査読を受けた原著論文5篇、会員の声1篇です。また、特別報告として、2019年8月に開催された第60回日本社会医学会総会の講演から3篇、そして、今回から新たに連載シリーズとして開始した「社会医学研究のはなし」では、梅澤光政先生に執筆をお願いしました。日本社会医学会は、これからも「責任を持って社会に発信できる研究と実践」を目指して、学会を挙げて常にPDCAサイクルを回していきたいと思えます。社会医学研究のほうも同様にPDCAサイクルを回して改良を続けてまいります。

今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

日本社会医学会機関誌・社会医学研究
編集委員長 小橋 元

査読いただきました先生方に感謝いたします。

石竹達也、乾明成、梅澤光政、扇原淳、大久保豪、岡田栄作、恩幣宏美、北原照代、木村美也子、小林道、齋藤京子、西連地利己、沢田貴志、志渡晃一、菅野摂子、田中勤、富田茂、長尾匡則、波川京子、春山康夫、星旦二、松下宗洋、三浦康代、宮尾克、毛利一平、森河裕子、八谷寛

(50音順、敬称略)

社会医学研究 第37巻1号 2020年1月15日発行

日本社会医学会機関紙 社会医学研究 Bulletin of Social Medicine ISSN 0910-9919

発行 高鳥毛敏雄 (日本社会医学会理事長) t_toshio@kansai-u.ac.jp

編集 小橋 元 (日本社会医学会編集委員長) e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp

発行事務局 〒830-0011 福岡県久留米市旭町67 久留米大学医学部
環境医学講座内 日本社会医学会事務局
FAX 0942-31-4370
E-mail: office@jssm.mail-box.ne.jp



日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE