

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

社会医学研究

37-2

2020

日本社会医学会
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

<巻頭言>

1. 「コロナ禍のさなかにあって、改めて社会医学の役割を考えています」 広瀬俊雄 105

<原著論文>

2. 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における
家族評価の構造に関する検討 倉本亜優未ら 107
Study on the Structure of Family Assessment in Discharge Support for Medical Social Workers
3. 福島原発事故での甲状腺ヨウ素被ばくにおける環境モニタリングと
直接測定結果の検討 内山浩志ら 121
Revisiting inconsistencies between environment monitoring assessments and direct in-vivo
measurement results in estimating iodine-131 thyroid internal exposure at the accident in
Fukushima
4. 高校生における怒り喚起イベントと対処行動の男女差の比較 小池康弘ら 129
Gender differences in anger-evoking events and the coping behaviors among Japanese high
school students.
5. ICU 看護師の家族援助実践尺度の開発 西村夏代ら 138
Development of a Family Assistance Practice Scale for ICU Nurses
6. 通所介護事業所に勤務する生活相談員のソーシャルワークの実践状況と
その関連要因 岸本衣里ら 150
State of social work practices and related factors among consultation staff of day service
centers
7. 児童相談所保健師に求められる役割と課題
— 児童相談所を経験した保健師への面接調査 — 富田早苗ら 164
Roles Required of Public Health Nurses in Child Guidance Centers-Interview Survey with
Experienced Public Health Nurses in Child Guidance Centers-
8. 「新しい社会的養育ビジョン」に対する施設養育現場の受け止め方 増山貴子 176
Perceptions of childcare facility sites regarding the "New Social Childcare Vision "

<短報>

9. 訪問看護ステーション管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴う
ストレス認知尺度の構成概念妥当性と信頼性の検討 實金 栄ら 191
Construct Validity and reliability of a stress recognition scale for home-visit nursing station
managers acting as clinical ethics case consultants

<実践報告>

10. 子ども自身が語る子どもの権利条約 —和歌山と大阪での日本初の取り組み— 武内 一ら 199
The First Report of Global Child Rights Dialogue in Wakayama and Osaka

<会員の声>

11. 日本社会医学学会に期待される国際的な視点 —国際学会と国際組織の関わりから— 武内 一 207
Expected international views of the Japanese Society for Social Medicine
- Relation to international academic societies and organisations -

<連載シリーズ> 「社会医学研究のはなし」(2)

12. 教育研究雑感	志渡晃一	212
Miscellaneous Impressions of Education and Educational Research		
「社会医学研究」投稿規定		217
社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト		222
投稿時C O I 自己申告書		223
著作権委譲承諾書		224
日本社会医学会会則		225
日本社会医学会役員選出細則		226
編集後記		227

巻頭言

「コロナ禍のさなかであって、 改めて社会医学の役割を考えています」

仙台錦町診療所・産業医学・健診センター 産業医学センター長 広瀬俊雄

§ 新型コロナウイルス (COVID-19) が猛威

これ迄何回か発生していた新型インフルエンザのパンデミック危機に比べて、患者の増加の速さも、拡がりも、そして社会への影響の深刻さにおいても、類を見ない事態を招いている。国民挙げて自らの犠牲の上に、日々の暮らしを送らざるを得ない状態を続けている。

先日、NHKの特集「ウィルスvs人類～未知なる敵と闘う為 (20200318)」を観た。専門家として解説を担当したのは、政府新型コロナウイルス感染症対策専門家会議委員でクラスター室の責任者である東北大学の押谷仁教授とヒアリで活躍された(ている)国立環境研究所生態リスク評価・対策研究室室長五箇公一氏である。2人は、このウィルスはどこからきたか?の問いに、「地球温暖化で溶けだした北極・南極の氷の中から」「伐採進む樹木から」と断言されていた。また、我が国においても、急速に増えている外国人労働者の医療へのアクセスが悪く、そこを介して拡散することになるので対策は不可欠である、とも強調していた。すなわち、先進国での対策がいくら成功しても、貧困で悩む地域でこれから大量の患者発生してしまうと、先進国に第2波・3波として入ってくるので、再燃する。だから、「自国主義 (ポピュリズム)」であっては防ぎ切れず、国家間に顕在化している貧困格差に本格的に取り組む必要性を強調していた。究極的には、これまでのようでは防げないことに人類が気付き、「自然との共生・ライフスタイルの変換しか無い」と断言していた。これほど社会医学が、細菌学者&環境医学の研究者によって語られる事に、正直愕然とした。

2020年4月20日、NHKスペシャル「2008年調査報告：新型インフルエンザの恐怖」を見たが、そこでは、今日の事態が現場実態と様々の調査データを踏まえて予測されていた(例：新型インフルエンザ対策総括会議報告書2010年・政府)。12年前に今日の姿が「鮮明に」予見されていたと同時に、不可欠な「準備」もまたきちんと提言されていた。しかし、そこでの提言されていた「必ず必要な準備」は、今日の日本において、ほとんど何も整っていない事は明らかであった。見終えての感想は、「せっかくの提言が簡単に投げ捨てられてしまうこと」への無力感であった。

§ 私の社会医学の歴史

私は、東北大学経済学部学部長を務めた日野秀逸氏と同級生で、一緒に医療問題研究会を作り、その中で、健康には労働や環境の関与が大きいと知り、そうした視点を踏まえた臨床医になろうと決意した。大学での研修医を経て坂総合病院に勤務し、呼吸器・救急を担当するに加えて、病院の勧めで「予防医学」を進める「産業医学科」の初代科長を拝命した(呼吸器科長と兼任)。大学での研修は、呼吸器科に属して行い、産業医学は独学で学ぶことになり、産業医学関連学会・研究会に参加の機会を多く得て、旺盛に学び続けた。その後、積極的に発表も行い、学会・研究会も主管させて貰い、役員も多く担うこととなった。昔に遡るが、ある時の日本産業衛生学会の分科会で、大先輩にあたる方が、「今、示された健康被害が、どういう社会背景で起きたのか、解決の為に、どんな社会的な取り組みがなされるべきなのかの視点が、全く感じられないのだが」と発言されていた。私も、発表に不足なものを感じていたところであったが、隣に座る先輩に「あの先生はどなたですか?」と聞いたところ「日本社会医学会の重鎮だよ」と教えてくれた。そこで、その後すぐに入会し、今日に至っている。

§ 会員の皆さんへの期待

我が国のコロナパンデミック対策をみていると、前述のように、他国と比べても遅れていることが多いのに加えて、それぞれの課題の捉えまえ方と実践の方向性に欠陥があるのではないかと感じるものが余りにも多い。同時に、例えば今回直面している危機の一つである医療体制の脆弱性にしても、医師・医療従事者の疲弊についても、我々は、学会内外で、度々指摘してきたように思われる。しかし、今回のようなパンデミックに直面し、医療崩壊が現実のものになろうとしている現実に際してみると、我々が得た研究成果も社会への提言も、十分には実を結んでいないことを痛感する。「社会医学」を表看板に掲げる本学会は、今回の「新型コロナ禍」に直面して、そのことを正しく認識し、新たな心構えをもったの取り組みを強化することが望まれていると痛感する。

これからの「社会医学研究」は、こうした事態の本質をより抉り出し、予防につながる提言を出す場合は、これまで以上に実践的で役立つものを目指さないといけないといえよう。予防策に後ろ向きである政権・行政にとっても、我々の示す研究成果がより理解され、施策に取り入れ易い内容になっていないといけないといえよう。私自身もそうした役割を遅まきながらも、少しでも果たさなければならない、と思うと共に、全会員、特に若い世代の方々に、より積極的な役割を発揮して戴くよう、心より期待するものである。

原著論文

医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における
家族評価の構造に関する検討倉本亜優未¹⁾, 杉山 京²⁾, 仲井達哉³⁾, 竹本与志人⁴⁾

要旨

本研究では医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の退院援助における家族評価の構造を明らかにすることを目的とした。近畿・中国・中部地方内の8府県における医療機関844ヶ所に勤務するMSW 844人を対象に無記名自記式の質問紙調査を実施し、属性、MSWの退院援助における家族評価等について回答を求めた。解析には各質問項目に欠損値のない244人の資料を用い、まずMSWの退院援助における家族評価について冗長性の高い項目を削除した。次いで、MSWの退院援助における家族評価を構成する因子を確認するため、探索的因子分析を行った。さらに、抽出された因子の構成概念妥当性を、構造方程式モデリングを用いた検証的因子分析によって検討した。探索的因子分析の結果、【退院に対する家族の感情と代弁機能】【家族の健康状態と介護力】【退院に向けた家族間のコミュニケーション】【退院に対する家族の受容】【退院に向けた家族の役割機能】の5因子が抽出された。また、検証的因子分析におけるモデルの適合度は統計学的許容水準を満たしており、構成概念妥当性が支持された。今後は、他の都道府県のMSWを対象とした調査を実施すること、属性等との関連を確認することが課題である。

【社会医学研究2020；37（2）：107－120】

キーワード：家族評価、退院援助、医療ソーシャルワーカー

I. 緒 言

少子高齢化が進展したわが国では、年々国民医療費が増大し、財政に多大な影響を与えている¹⁾。医療・介護分野ではその対応策として、「病院完結型」から地域全体で治し支える「地域完結型」への転換がうたわれ²⁾、数次にわたる医療法改正や度重なる診療報酬改定により医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、在院日数の短縮化が推進されている。とりわけ在院日数の短縮化に関しては、

2008年に「退院調整加算」が、2016年に「退院支援加算1」が新設されるなど退院支援に対する評価の充実が図られ、その期待の高さがうかがわれる。短縮化に伴うわずかな在院日数の中で地域完結型医療の実現に寄与するためには、効率的かつ適格な退院支援の在り方を追究していく必要がある。

退院支援に係る診療報酬の算定要件に配置が定められている専門職のひとつに社会福祉士があり、彼らは保健医療を領域とするため医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：以下、MSW）と呼ばれる。MSWはソーシャルワークの価値、知識、技術を用いて患者らの「療養中の問題解決」「退院援助」「社会復帰援助」等を業とする³⁾。そして、これらのMSWによる援助は、インテーク、アセス

1) 岡山県立大学大学院 保健福祉学研究科

2) 日本福祉大学 福祉経営学部

3) 川崎医療福祉大学 医療福祉学部

4) 岡山県立大学 保健福祉学部

連絡先：倉本亜優未

E-mail：aykuramoto@gmail.com

メント、プランニング、インターベンションなど8つの局面によって展開されるが⁴⁾、なかでもアセスメントはソーシャルワーク実践の中心的概念であり、その良否がプランニングに影響を及ぼし、介入効果の高低を規定することから最も重要な援助段階のひとつである⁵⁾。そのため、必要となる情報を包括的に収集するとともに客観的な視点から分析・評価することが求められ、退院援助においては患者のみならずその環境等にも視点を置いたアセスメントが重要といえる。特に患者の身近な存在である家族は、疾病に対処する資源としての機能を期待される一方で、患者に負の影響を及ぼす機能を危惧されるほか、援助対象にもなり得る存在である⁶⁾。よって退院援助においては、適切な患者の家族に関する評価（以下、家族評価）にも重点を置き、十全な療養環境の実現に向けて調整等を行う必要がある。しかしながら、患者に同居家族がある場合の退院援助においては、家族機能の評価とともに家族間調整等を行うため、在院日数が長期化していることが報告されており⁷⁾、在院日数の短縮との関連からもMSWが効率的かつ適格な家族評価を実践できることが期待されるところである。このようにMSWの家族評価が退院援助において重要な過程であることは否めないものの、現段階では、家族評価に焦点化した尺度は僅少であり、統計学的手法を用いてその信頼性と妥当性の検討がなされている指標は皆無である。

そこで本研究では、MSWの効率的かつ適格な家族評価の実施が可能となるための指標開発を目指し、その第一段階として、MSWの退院援助における家族評価の構造を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象および調査方法

本研究は、近畿、中国ならびに中部地方内の8府県（京都府、兵庫県、奈良県、岡山県、鳥根県、鳥取県、山口県、愛知県）における医療機関844ヶ所に勤務するMSW 844人を対象とし、質問紙調査

を実施した。医療機関の選定は、前述の8府県庁ホームページに掲載されている医療機関一覧（2017年4月末時点）を基に、各医療機関のホームページよりMSWの在籍が認められた場合に調査対象とした。また調査票の配付は、医療機関の管理者宛に調査依頼書（趣旨説明等を含む）と調査票等（別紙に倫理的配慮等を記載）を送付し、各医療機関1人のMSWに回答を依頼した。その際、MSWの経験年数に関して制限を設けない旨を文書に記載した。また、調査票は無記名自記式とし、記入後は回答者自身が返信用封筒に厳封し、返送するという方法を採用した。調査期間は2017年12月～2018年1月の2ヶ月間とした。

2. 調査内容

本調査票は、調査対象者の属性（性別、年齢、雇用形態、MSWとしての通算経験月数、入会している職能団体など）、所属する医療機関の状況（調査対象者の担当病棟およびその病棟での算定加算の状況など）、MSWの退院援助における家族評価に関する質問項目で構成した。

「MSWの退院援助における家族評価」は、メタスタディの方法論⁸⁾ および定性的コーディング^{9, 10)} を参考に、以下の手順に則りアイテムプールを行った。まず医学中央雑誌Webを用いて、検索式を「(医療ソーシャルワーカー or 退院調整看護師) and (退院支援 or 退院援助)」および「退院 and (支援 or 援助)」とし、狭義および広義の退院支援に関する文献を収集した。次いで、MSWの退院援助における家族評価として臨床上の必要性が認められる内容が記載されている部分をデータとして取り出した。さらに、抽出したデータを意味内容の類似性により分類整理し、MSWの退院援助における家族評価に関する質問項目として計78項目を設定した。なお、各段階において豊富な臨床経験を有する現任のMSWならびに大学教員計3人からの助言を得て、質問項目の加除・修正を行うとともに内容的妥当性を確認した。

調査票における教示は、「あなたの行っている退院援助についてお尋ねします。普段の退院援助に

おける、以下の項目に対するアセスメントの実践頻度について、最も該当していると思われる番号ひとつに○印をしてください。なお、質問文の「家族全体」は患者を含み、「家族成員」は患者を含めないものとお考え下さい。」とし、4件法で回答を求めた。得点化は、「まったくしていない：0点」「あまりしていない：1点」「まあしている：2点」「いつもしている：3点」とし、実践頻度が高いほど得点が高くなるよう設定した。

3. 解析方法

統計解析では、第1段階として「MSWの退院援助における家族評価」を測定する項目について、冗長性の高い項目を削除するため多分相関係数を求め、各項目間の相関係数が0.800以上の値を示す項目を削除した。

第2段階として、MSWの退院援助における家族評価を構成する因子を検討するため、探索的因子分析（Promax回転）を行った。なお、探索的因子分析にはカテゴリカルデータに最適な推定法である重みづけ最小二乗法の拡張法（以下、WLSMV）を用いた。また、探索的因子分析による因子数は、スクリー基準や寄与率、因子の解釈可能性により判断した。

第3段階として、探索的因子分析によって抽出されたMSWの退院援助における家族評価の構成概念妥当性を検討するため、斜交モデルを設定し、WLSMVを推定法に構造方程式モデリング¹¹⁾を用いて検証的因子分析を行い、データに対する適合度を検討した。また、構造方程式モデリングで検証された因子構造を構成する観測変数を測定尺度とみなしたときの信頼性は、Cronbachの α 信頼性係数（以下、 α 信頼性係数）で検討した。

構造方程式モデリングにおけるモデルの適合度評価には、Comparative Fit Index（以下、CFI）、Root Mean Square Error of Approximation（以下、RMSEA）を用いた。CFIおよびRMSEAは一般に $CFI \geq 0.950$ 、 $RMSEA \leq 0.060$ であればそのモデルがデータをよく説明していると判断される¹²⁾。また、パス係数の有意性は、非標準化係数を標準誤差で

除した値で判断し、その絶対値が1.96（5%有意水準）以上を示したものを統計学的に有意とした。

以上の解析には統計ソフト「IBM SPSS 22J for Windows」ならびに「Mplus version 7.2」を用いた。

4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたって、調査対象者に調査の趣旨、匿名性の保障、調査協力は自由意思（任意）であること等について文書にて説明するとともに、調査票に本調査への参加の同意を確認する欄を設け、倫理面に配慮した。なお、本調査は2017年11月24日に岡山県立大学倫理委員会の審査・承認を得て実施した（受付番号：17-65）。

Ⅲ. 研究結果

回答は267人から得られ（回収率：31.6%）、統計解析には、調査対象者の属性および所属する医療機関の状況ならびにMSWの退院援助における家族評価に関する質問項目に欠損値を有さない244人の資料（調査対象者の28.9%；回答者の91.4%）を用いた。

1. 分析対象者の属性ならびに所属する医療機関の状況

分析対象者の属性ならびに所属する医療機関の状況は表1に示すとおりである。まず、分析対象者の属性について、男性は101人（41.4%）であり、平均年齢は38.6歳（標準偏差：8.0、範囲：23-62）であった。最終学歴は、福祉系4年制大学が最多の169人（69.3%）であり、次いで一般4年制大学が41人（16.8%）、各種専門学校が20人（8.2%）となっていた。所持資格（複数回答）は、所持する人数の多いものから順に、社会福祉士が215人（88.1%）、介護支援専門員が114人（46.7%）、精神保健福祉士が76人（31.1%）であった。雇用形態は、常勤専任が215人（88.1%）、常勤兼任が27人（11.1%）、非常勤専任が2人（0.8%）であった。入会している職能団体（複数回答）は、各府県医療ソーシャルワーカー

表1 分析対象者の属性ならびに所属する医療機関の状況 (n=244)

項目		人数	(%)
性別	女性	143	(58.6)
	男性	101	(41.4)
年齢	平均38.6歳 (標準偏差: 8.0, 範囲: 23-62)		
最終学歴	福祉系4年制大学	169	(69.3)
	一般4年制大学	41	(16.8)
	各種専門学校	20	(8.2)
	福祉系大学院	6	(2.5)
	高等学校	3	(1.2)
	一般短期大学	2	(0.8)
	一般大学院	2	(0.8)
	その他	1	(0.4)
所持資格*	社会福祉士	215	(88.1)
	介護支援専門員	114	(46.7)
	精神保健福祉士	76	(31.1)
	認定社会福祉士 (医療分野)	6	(2.5)
	認定医療社会福祉士	5	(2.0)
	いずれも持っていない	6	(2.5)
雇用形態	常勤専任	215	(88.1)
	常勤兼任	27	(11.1)
	非常勤専任	2	(0.8)
入会している職能団体*	各府県医療ソーシャルワーカー協会	141	(57.8)
	日本医療社会福祉協会	67	(27.5)
	日本社会福祉士会	49	(20.1)
	日本精神保健福祉士協会	23	(9.4)
	いずれにも入会していない	53	(21.7)
医療ソーシャルワーカーとしての通算経験月数	平均129.3ヶ月 (標準偏差: 85.1, 範囲: 5-488)		
担当病棟*	一般病棟	169	(69.3)
	地域包括ケア病棟	79	(32.4)
	療養病棟	67	(27.5)
	回復期リハビリテーション病棟	51	(20.9)
	精神科病棟	22	(9.0)
	緩和ケア病棟	16	(6.6)
	障害者施設等一般病棟	16	(6.6)
	結核病棟	3	(1.2)
	特殊疾患治療病棟	3	(1.2)
	その他	10	(4.1)
担当病棟での算定加算*	退院支援加算1	121	(49.6)
	退院支援加算2	68	(27.9)
	退院調整加算 (精神療養病棟入院料)	7	(2.9)
	退院支援加算3	5	(2.0)
	精神保健福祉士配置加算	3	(1.2)
	算定している加算はない	46	(18.9)
全病床数	平均241.5床 (標準偏差: 196.4, 範囲: 11-1,441)		
医療ソーシャルワーカーの所属人数	平均4.3人 (標準偏差: 3.4, 範囲: 1-26)		

※複数回答

協会が141人 (57.8%) と最も多く、次いで日本医療社会福祉協会が67人 (27.5%), 日本社会福祉士会が49人 (20.1%), 日本精神保健福祉士協会が23人 (9.4%) となっていた。なお、これらのいずれにも入会していない人は53人であり、全体の21.7%を占めていた。MSWとしての通算経験月数は平均129.3ヶ月 (標準偏差:85.1, 範囲:5-488) であった。

次に、分析対象者の所属する医療機関の状況について、担当病棟 (複数回答) は一般病棟が169人 (69.3%) と最多であり、次いで地域包括ケア病棟が79人 (32.4%), 療養病棟が67人 (27.5%) となっていた。担当病棟において算定している加算 (複数回答) は、退院支援加算1が最も多く121人と全体の49.6%を占め、次いで退院支援加算2が68人 (27.9%) であった。全病床数は平均241.5床 (標準偏差:196.4, 範囲:11-1,441) であり、所属するMSW数は平均4.3人 (標準偏差:3.4, 範囲:1-26) であった。

2. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価に関する質問項目の回答分布

MSWの退院援助における家族評価に関する質問項目の回答分布に関して、「yA2: 家族成員は互いに影響し合っているという視点からアセスメントしている」など17項目においてMSWの95%以上が「いつもしている」または「まあしている」と回答していた。また、「まったくしていない」と回答した人数が最多であった項目は、「yA27: 患者の退院のために、家族成員全員が何らかの役割を担っているかどうかをアセスメントしている」であり、11人 (4.5%) であった。

3. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価を構成する項目の選定

冗長性の高い項目を抽出することを目的として、本研究においてアイテムプールした78項目における各項目間の多分相関係数を求めた結果、yA5とyA6 ($\gamma=0.881$), yA6とyA8 ($\gamma=0.818$), yA7とyA8 ($\gamma=0.871$), yA11とyA13 ($\gamma=0.831$), yA24とyA25 ($\gamma=0.853$), yA32とyA33 ($\gamma=0.819$),

yA33とyA39 ($\gamma=0.817$), yA43とyA44 ($\gamma=0.898$), yA43とyA45 ($\gamma=0.871$), yA44とyA45 ($\gamma=0.962$), yA46とyA47 ($\gamma=0.940$), yA46とyA48 ($\gamma=0.863$), yA47とyA48 ($\gamma=0.956$), yA49とyA50 ($\gamma=0.815$), yA56とyA57 ($\gamma=0.832$), yA58とyA59 ($\gamma=0.942$), yA62とyA63 ($\gamma=0.823$), yA63とyA64 ($\gamma=0.895$), yA72とyA73 ($\gamma=0.805$), yA73とyA74 ($\gamma=0.835$), yA75とyA76 ($\gamma=0.889$), yA75とyA77 ($\gamma=0.900$), yA75とyA78 ($\gamma=0.871$), yA76とyA77 ($\gamma=0.818$), yA77とyA78 ($\gamma=0.987$) において0.800以上の相関が確認された。項目内容を確認しながら削除すべき項目を検討した結果、yA5, yA8, yA13, yA25, yA33, yA43, yA45, yA47, yA48, yA50, yA57, yA58, yA63, yA73, yA75, yA76, yA78の17項目を削除することとした。

4. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価の因子構造

「MSWの退院援助における家族評価」の構造を検討するため、61項目を用いて探索的因子分析を行った。その結果、スクリープロットは第3因子と第4因子までの傾きが大きく、第4因子以降の傾きが小さくなっていた。因子の累積寄与率や解釈可能性も考慮して検討した結果、MSWの退院援助における家族評価は5因子構造と判断した。その後、Promax回転後の因子パターン行列を確認し、因子負荷量が0.500未満の項目ならびに複数の因子に0.300以上の因子負荷量を示した項目を削除した。そして、均等な項目の配置と因子の意味をより反映する項目の選択を目的に、各因子を構成する項目の選定を行った (表2)。

第1因子は、「yA10: 家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている」「yA11: 家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに対して、否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている」「yA32: 患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている」「yA30: 患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている」で構成さ

表2 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価の探索的因子分析 (Promax回転)

番号		抽出された因子				
		退院に対する 家族の感情と 代弁機能	家族の 健康状態と 介護力	退院に向けた 家族間の コミュニケーション	退院に対する 家族の受容	退院に向けた 家族の役割機能
yA10		0.844	0.008	-0.097	0.101	-0.014
yA11		0.711	0.036	-0.009	0.044	0.123
yA12		0.648	0.014	-0.117	0.229	0.072
yA32		0.637	0.093	0.072	0.142	0.010
yA30		0.503	-0.001	0.248	0.014	0.170
yA62		-0.024	0.782	0.160	0.051	-0.032
yA66		0.041	0.731	0.181	-0.079	-0.068
yA64		-0.032	0.642	0.194	0.062	0.052
yA65		0.025	0.660	0.050	0.070	0.116
yA71		-0.108	0.220	0.664	0.056	0.107
yA72		-0.129	0.248	0.604	0.106	0.043
yA27		0.072	-0.083	0.603	-0.033	0.296
yA74		-0.113	0.237	0.602	0.197	-0.001
yA28		0.058	-0.032	0.562	0.091	0.265
yA40		0.064	-0.113	-0.083	0.874	0.053
yA41		-0.023	-0.098	0.160	0.722	0.064
yA42		-0.164	0.154	0.106	0.653	0.102
yA44		-0.014	0.079	0.049	0.650	0.139
yA53		0.088	0.115	0.069	0.610	0.134
yA51		0.168	0.180	-0.066	0.608	0.059
yA49		0.065	0.247	0.023	0.569	0.122
yA52		0.207	-0.028	0.099	0.542	0.116
yA19		-0.001	-0.010	0.190	0.005	0.732
yA17		0.033	0.034	0.256	0.007	0.636
yA23		0.059	-0.124	0.157	0.229	0.627
yA22		-0.057	0.011	0.155	0.275	0.595
yA9		0.255	-0.111	0.190	-0.209	0.523
yA54		-0.153	0.076	0.110	0.226	0.514
因子 相関 行列	第 1 因子	1.000				
	第 2 因子	0.531	1.000			
	第 3 因子	0.419	0.422	1.000		
	第 4 因子	0.473	0.524	0.490	1.000	
	第 5 因子	0.533	0.553	0.441	0.451	1.000
固有値		29.534	3.089	2.557	2.022	1.753
寄与率(%)		48.416	5.064	4.192	3.315	2.874

因子負荷量が0.500未満の項目ならびに複数の因子に0.300以上の因子負荷量を示した項目を削除(推定法; WLSMV)

は選択した項目

れ、【退院に対する家族の感情と代弁機能】と解釈した。第2因子は、「yA62：介護者の健康状態をアセスメントしている」「yA66：介護者の介護経験の有無をアセスメントしている」「yA64：介護者の疲労度をアセスメントしている」「yA65：介護者の介護意欲をアセスメントしている」で構成され、【家族の健康状態と介護力】と解釈した。第3因子は、「yA71：患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている」「yA72：病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができるかどうかをアセスメントしている」「yA74：患者と家族成員の間で退院後の生活について話し合うことができるかどうかをアセスメントしている」「yA28：患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている」で構成され、【退院に向けた家族間のコミュニケーション】と解釈した。第4因子は、「yA40：患者と家族成員で、退院先の意向（希望）が一致しているかどうかをアセスメントしている」「yA41：患者と家族成員の間で、今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている」「yA44：家族成員が、退院後の療養

生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている」「yA53：家族成員が、患者が退院するということについて受け止めることができているかどうかをアセスメントしている」で構成され、【退院に対する家族の受容】と解釈した。第5因子は、「yA19：退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている」「yA17：入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている」「yA23：患者の家庭内での立場をアセスメントしている」「yA22：患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている」で構成され、【退院に向けた家族の役割機能】と解釈した。

次に、探索的因子分析で抽出された5因子から成る斜交モデルを設定し、構造方程式モデリングを用いて構成概念妥当性の検討を行った。その結果、モデルのデータに対する適合度は、 χ^2 (df) = 267.175 (160), CFI=0.982, RMSEA=0.052であり、統計学的許容水準を満たしていた(図1)。加えて、構造方程式モデリングで検証された因子構造を構成する観測変数を測定尺度とみなしたときの α 信頼性係数は【退院に対する家族の感情と代弁機能】が0.784、【家族の健康状態と介護力】が0.834、【退

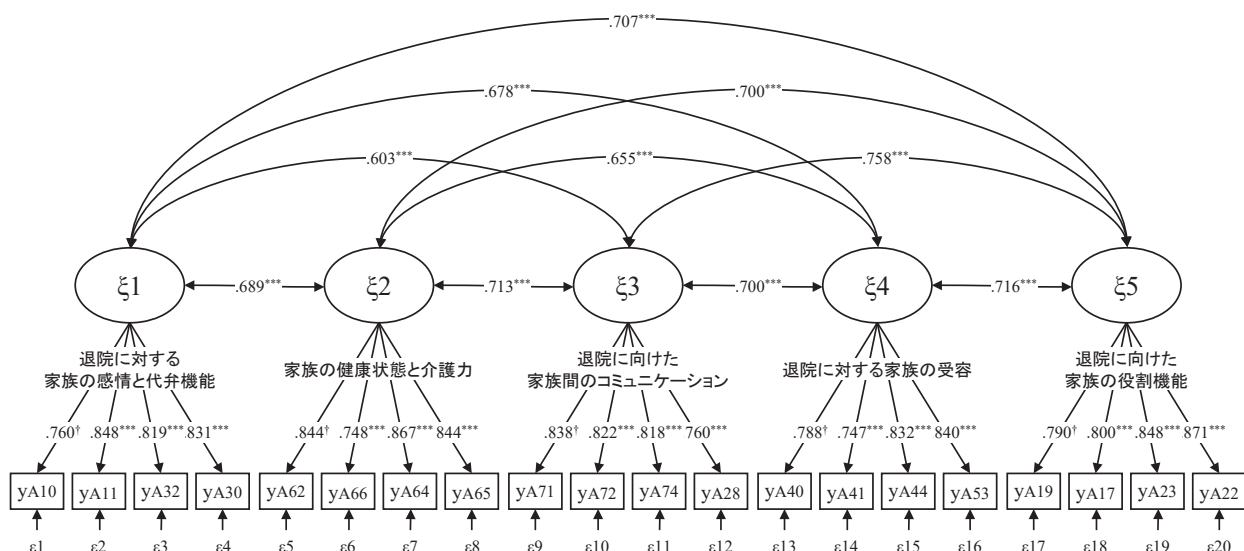


図1 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価の因子構造モデル (標準化解)

$n=244$: χ^2 (df)=267.175(160) CFI=0.982 RMSEA=0.052 (推定法: WLSMV)

※ ξ は潜在変数、 ϵ は誤差変数
 ※ $\dagger$ はモデルの識別のために制約を加えた箇所である。
 ※***: $p<0.001$

院に向けた家族間のコミュニケーション】が0.812, 【退院に対する家族の受容】が0.781, 【退院に向けた家族の役割機能】が0.838であり, 統計学的に十分な信頼性を有することが示された。

なお, 「MSWの退院援助における家族評価」の各因子における素点合計の分布は【退院に対する家族の感情と代弁機能】が平均9.88点(標準偏差: 1.91, 範囲: 5-12), 【家族の健康状態と介護力】が平均9.00点(標準偏差: 2.30, 範囲: 2-12), 【退院に向けた家族間のコミュニケーション】が平均7.82点(標準偏差: 2.29, 範囲: 0-12), 【退院に対する家族の受容】が平均9.92点(標準偏差: 1.79, 範囲: 4-12), 【退院に向けた家族の役割機能】が平均8.76点(標準偏差: 2.49, 範囲: 0-12)であった。

IV. 考 察

1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価の構造

本研究において, MSWの退院援助における家族評価の構造を明らかにすることを目的に, 退院援助に関する先行研究を基に78項目の質問項目を設定し, 一定の手続きにより項目を削除した後に探索的因子分析ならびに検証的因子分析を行い構成概念妥当性の検討を行った結果, 【退院に対する家族の感情と代弁機能】【家族の健康状態と介護力】【退院に向けた家族間のコミュニケーション】【退院に対する家族の受容】【退院に向けた家族の役割機能】で構成される5因子斜交モデルが支持された。

第1因子【退院に対する家族の感情と代弁機能】は, 「患者の身元の引き受けや自宅復帰に対して家族に否定的な思いがあるか」「患者の退院に向けた意思決定や患者の希望を代弁できる家族成員がいるか」に関するアセスメント項目で構成されていた。「患者の身元の引き受けや自宅復帰に対する家族の否定的な思い」に関して, 自助が困難な患者の療養環境の調整にあたっては, 患者の身近な存在である家族による自助・互助機能の発揮が優先的に求められる¹³⁾。しかし, 家族が患者の身元引き

受けを拒否する場合には, その思いを傾聴し背景要因の理解に努め, 状況に応じて家族関係の調整を行う必要がある。また, 家族による支援が望めない場合においては, 患者の療養環境の調整に向けて多職種連携のもと多様なサービスの導入等を検討することも求められる¹³⁾。在院日数の短縮が求められている現状をふまえるならば, 以上のような援助に一定の時間を要する事例の早期発見は必須であり, 退院援助における家族評価の重要な因子といえる。

第2因子【家族の健康状態と介護力】は, 介護者の健康状態, 介護経験の有無, 疲労度, 介護意欲に関する項目で構成されていた。現在, 要介護者等の主な介護者のうち, およそ7割を同居や別居の家族等が占めており, 在宅介護の大部分を家族が担っている¹⁴⁾。先行研究では, 要介護高齢者¹⁵⁾, 血液透析患者¹⁶⁾, パーキンソン病患者¹⁷⁾, 脳卒中者¹⁸⁾等の家族介護者の精神的健康状態が不良であったことが報告されている。また春名ら¹⁹⁾は, 家族介護者が就労している場合において, 介護ストレス, 加齢による体力の衰え, 自己不全感等を自覚するたびに仕事を続けることへの迷いが生じ, 仕事を続けるか仕事を辞め介護に専念すべきかと自問を繰り返すことを確認している。しかしながら, 介護を機に仕事を辞めた家族介護者の半数以上において精神面, 肉体面, 経済面の負担が増す結果となっており²⁰⁾, 家族介護者の置かれている状況の深刻さがうかがわれる。これらの一方で介護は肯定的側面も有しており, 例えばcaregiving mastery(介護による達成感)は介護者の精神的健康状態の悪化を防ぐ重要な役割を果たしている²¹⁾。家族が身体的・精神的に良好な健康状態であるか, また介護経験や介護意欲などの介護力を有しているかという視点からのアセスメントに基づき援助介入を行った場合, 退院後の療養生活において生活課題が発生する危険性は低いと考えられる。それゆえ患者と家族成員双方の生活全体を見通した退院援助を行うためには, 【家族の健康状態と介護力】に関するアセスメントは不可欠であると考え

第3因子【退院に向けた家族間のコミュニケーション】は、「患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているか」「病気や障害、退院後の生活について患者と家族成員の間で話すことができるか」等の項目で構成されていた。患者と家族成員が現状の共通理解に基づき今後の意向（希望）等について話し合うことができない場合、退院先の決定とその後の療養生活の調整に支障をきたすと予想される。そのため、家族間で十分な情報が伝達されているか、必要な情報を家族の間に行き渡らせることに困難はないかなどをアセスメントすることが不可欠である²²⁾。またOlsonら²³⁾は、多分野の先行研究で提示されてきた家族に関する諸概念の整理を試み、対内的な家族機能を「家族の凝集性」「家族の適応力」「家族のコミュニケーション」によって説明している。家族の凝集性は家族成員間の親密性を意味しており、家族の適応力とは状況的・発達のストレス（危機的状況）に対して家族システムの権力構造や役割関係、規則などを変化させる能力である。このような家族機能は、患者と家族成員の生活の安定に欠かすことのできない重要な資源であるといえる。なかでも、家族のコミュニケーションはこれらの促進次元として位置づけられている。それゆえ退院後の生活において家族が十分に機能を発揮できるよう、家族間のコミュニケーションをアセスメントすることが重要であると考えられる。なお、コミュニケーションは言語的・非言語的にかかわらず、明確さと率直さ、量の上での十分さおよび相手の人物が心を開いていることが重要な要素とされる²²⁾。よって、これらの観点からアセスメントすることも求められる。

第4因子【退院に対する家族の受容】は、患者・家族と協働して退院に向けた調整を行っていくにあたって、彼らが現在の状況を理解し、今後の生活について考えられているかをアセスメントする項目で構成されていた。現在、医療の提供は地域を基盤に行われており²⁾、医療機関では高度急性期、急性期、回復期、慢性期と、その機能が分化されている。また2018年度診療報酬改正では「入

院時支援加算」が新設され、入院前から「入院生活」「退院」「退院後の生活」を見据えて支援することが評価されている。このような中、患者と家族成員は病期に応じて療養の場所を変更することとなり、現在の療養生活の先にある生活を見据えながら医療を受けることが求められている。しかしながら、退院に際して例えば認知症者とその家族は「行先がみえない不安」を抱えており²⁴⁾、終末期がん患者とその家族では「がんの進行に伴う諸症状によって在宅緩和ケアの移行に向けた準備について考える余裕がない」状況にあることが報告されている²⁵⁾。それゆえMSWは、「家族成員が、患者が退院するという事について受け止めることができるかどうか」をはじめとする【退院に対する家族の受容】についてアセスメントし、それに基づく援助計画ならびに介入により、患者・家族が今後の生活を見据えながら医療を受けられるよう支援する必要がある。

第5因子【退院に向けた家族の役割機能】は、「患者の家庭内での役割」や「退院に向けた家族の役割を変更する必要性」など役割に関する項目で構成されていた。McMaster Model²⁶⁾によると、家族が健康に機能するためには、「物質的な資源を用意すること」「家族を養育し励ますこと」など5つの役割が必須であると指摘されている。そして家族は、これらの遂行のために家族内の地位に基づいた役割遂行が求められている。しかし一方で、患者の入院といった危機状況に伴う役割変更が生じた場合には精神的・身体的負担などが生じやすい。さらに、役割変更が円滑に遂行されない場合には、家族の機能が破綻し生活に支障が生じる可能性が高い²⁷⁾。よってMSWは、患者が家庭内で担っている役割をふまえ、退院に向けた家族成員の役割変更の可否をアセスメントすることで、退院後の療養生活の充実や継続に寄与できるものと考えられる。

2. 本研究の限界と今後の課題

本研究には主に4点の限界が存在する。

1点目は、本研究で設定したMSWの退院援助に

における家族評価に関する質問項目について、アセスメントの必要性が臨床上示唆される項目であるものの、その回答がMSWの自己評価に基づいていることである。そのため、今後は他者評価に基づいた測定も検討する必要がある。また、本研究ではMSWの日常の退院援助におけるアセスメントに対する回答を求めており、専門職としてのMSWの全般的な退院援助でのアセスメントに関する知見が得られた点に意義がある。その一方で、例えば、MSWの援助記録等を基にして事例におけるアセスメントを評価した場合、患者の疾患や生活課題等の特徴をふまえた知見を得ることも可能である。前者が全般的な退院援助におけるアセスメント状況を測定できるのに対し、後者では個々の援助事例の特徴をふまえたアセスメント状況を測定することから、研究目的に応じた方法を選択することが求められる。

2点目は、MSWの退院援助における家族評価に関する質問項目に対する回答がMSWの主観的な家族の認識に基づいていることである。現在、家族に関する明確な定義は定まっていないが、社会福祉学を基盤とする援助において家族の概念は多様である。そのため、今後はMSWの家族の捉え方にも着目した研究も必要である。

3点目は、本研究が限られた医療機関に勤務するMSWを対象としたことである。よって、今後は他の都道府県のMSWを対象とした調査を実施し、結果の一般化を図ることが課題である。

4点目は、本研究において確認されたMSWの退院援助における家族評価を構成する5因子に関連する要因の検討は今後の課題に残していることである。それゆえ後続研究では、「MSWの退院援助における家族評価」と属性等との関連を検討していくことが必要である。

なお、本研究には以上のような限界があるものの、統計学的手法を用いてMSWの退院援助における家族評価の構造が確認されたことは、MSWの効率的かつ適格な家族評価の実施が可能となるための指標開発の一助となる意義深いものであったといえる。

V. 結 論

本研究では、MSWの効率的かつ適格な家族評価の実施が可能となるための指標開発を目指し、その第一段階として、MSWの退院援助における家族評価の構造を明らかにすることを目的とした。その結果、MSWの退院援助における家族評価の構造は、【退院に対する家族の感情と代弁機能】【家族の健康状態と介護力】【退院に向けた家族間のコミュニケーション】【退院に対する家族の受容】【退院に向けた家族の役割機能】の5因子で構成されることが確認できた。今後は、他の都道府県のMSWを対象とした調査を実施すること、属性等との関連を確認することが課題である。

本研究の実施にあたり、調査にご賛同いただきました医療機関の管理者様ならびにご協力いただきました医療ソーシャルワーカーの皆様へ深謝申し上げます。

本論文は、日本社会福祉学会第66回秋季大会(2018)にてポスター発表を行った内容の一部を加筆・修正したものである。

本研究は平成29年度岡山県立大学独創的研究助成費(医療ソーシャルワーカーを対象としたアセスメント実践に関する研究; 2017年度; 研究代表者 竹本与志人)より助成を受けて実施した研究の一部である。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省. 平成28年度国民医療費の概況. [online] 政策統括官付参事官付保健統計室. [平成31年4月25日検索], インターネット< URL: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/16/dl/data.pdf>>
- 2) 厚生労働省. 平成28年度版厚生労働白書 人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える. [online] 政策統括官付政策評価官室. [平成31年4月25日検索], インターネット< URL: <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/>

- kousei/16/>
- 3) 厚生労働省. 医療ソーシャルワーカー業務指針 (厚生労働省健康局長通知). [online] [平成31年4月25日検索], インターネット<URL: http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf?id=0429232000>
 - 4) 日本ソーシャルワーク学会編. ソーシャルワーク基本用語辞典. 東京: 川島書店, 2013: 144.
 - 5) 中村佐織. ソーシャルワーク・アセスメントコンピュータ教育支援ツールの研究. 東京: 相川書房, 2002: 23-122.
 - 6) Steinglass P and Horan ME. Families and Chronic Medical Illness. In Walsh F. and Anderson CM. (Eds.), Chronic Disorders and the Family. New York, Haworth Press, 1988:127-142.
 - 7) 公益社団法人日本医療社会福祉協会・公益社団法人日本社会福祉士会編. 保健医療ソーシャルワーク アドバンスト実践のために. 東京: 中央法規出版, 2017: 342-358.
 - 8) Paterson BL, Thorne ES and Canam C. et al. Meta-Study of Qualitative Health Research A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis. Sage Publications, 2001. (石垣和子, 宮崎美砂子, 北池正他監訳. 質的研究のメタスタディ実践ガイド. 東京: 医学書院, 2010.)
 - 9) 佐藤郁哉. 定性データ分析入門 QDAソフトウェア・マニュアル. 東京: 新曜社, 2006.
 - 10) 佐藤郁哉. 質的データ分析法 原理・方法・実践. 東京: 新曜社, 2008.
 - 11) 豊田秀樹. 共分散構造分析 [入門編] 構造方程式モデリング, 東京, 朝倉書店, 1998.
 - 12) Muthen LK, Muthen BO. Mplus User's Guide, 5th Ed. Los Angeles, Muthen & Muthen, 2007.
 - 13) 内閣府. 社会保障制度改革国民会議報告書 確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋. [online] 内閣官房社会保障改革担当室. [平成31年4月25日検索], インターネット<URL: <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>>
 - 14) 厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査 [online] 政策統括官付参事官付世帯統計室. [平成31年4月25日検索], インターネット<URL: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf>>
 - 15) 野上裕子, 鷺尾昌一, 堀口逸子他. 訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の家族介護者の介護負担に影響を与える要因の検討. 臨牀と研究. 2016; 93 (9): 1229-1233.
 - 16) Belasco A, Barbosa D and Bettencourt AR, et al. Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. American Journal of Kidney Diseases 2006; 48 (6): 955-963.
 - 17) Meara J, Mitchelmore E and Hobson P. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community. Age and Ageing 1999; 28: 35-38.
 - 18) Persson J, Holmegaard L and Karlberg I, et al. Spouses of Stroke Survivors Report Reduced Health-Related Quality of Life Even in Long-Term Follow-Up: Results From Sahlgrenska Academy Study on Ischemic Stroke. Stroke 2015; 49 (9): 2584-2590.
 - 19) 春名誠美, 福原隆子, 仕事と介護の両立を継続してきた介護者の体験. 日本在宅看護学会誌. 2018; 6 (2): 56-64.
 - 20) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 平成24年度仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書. [online] 雇用均等・児童家庭局職業家庭両立課育児・介護休業推進室. [平成31年4月25日検索], インターネット<URL: https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/dl/h24_itakuchousa00.pdf>
 - 21) 安部幸志, 介護マスタリーの構造と精神的健

- 康に与える影響. 健康心理学研究. 2002 ; 1 (2) : 12-20.
- 22) Barker P. Basic Family Therapy, 2nd ed., Oxford University Press, 1986. (中村伸一, 信国恵子監訳. 家族療法の基礎. 金剛出版. 東京, 1993 : 118-119.)
- 23) Olson DH and McCubbin HI. Circumplex Model of Marital and Family Systems V ; Application to Family Stress and Crisis Intervention. In McCubbin HI, Cauble AE and Patterson, JM. (Eds.) , Family Stress, Coping, and Social Support, Springfield, IL, 1982:48-68.
- 24) 錦織典子, 竹内香織, 石橋照子, 急性期病院内の精神科病棟から退院となる認知症患者家族の思い. 日本医学看護学教育学会誌. 2018 ; 27 (1) : 7-12.
- 25) 森京子, 古川智恵, 在宅緩和ケアへの移行における看護師の援助 終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助. 日本在宅看護学会誌. 2018 ; 6 (2) : 65-74.
- 26) Epstein NB, Bishop DS and Levin S. The McMaster Model of Family Functioning. Journal of Marriage and Family Counseling 1978 ; 4 (4) : 19-31.
- 27) 小島操子監修, 星直子編. 家族看護学. 中央法規出版. 東京, 2007 : 22-28.
- (受付 2019.5.23 : 受理 2019.11.28)

Appendix 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価に関する質問項目

番号	項目	番号	項目
yA1	患者や主介護者などの家族成員個人のみならず、家族全体にも目を向けてアセスメントしている	yA40	患者と家族成員で、退院先の意向（希望）が一致しているかどうかをアセスメントしている
yA2	家族成員は互いに影響し合っているという視点からアセスメントしている	yA41	患者と家族成員の間で、今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている
yA3	家族全体に関する物事を決断する場合、協力して取り組むことができているかどうかをアセスメントしている	yA42	家族成員が、退院時の患者の回復のイメージができているかどうかをアセスメントしている
yA4	家族全体の行動を決定する際に、強い影響力を持つ家族成員は誰かをアセスメントしている	yA43	家族成員が、退院後の患者に必要なケアについて理解ができているかどうかをアセスメントしている
yA5	家族成員が、患者に関心があるかどうかをアセスメントしている	yA44	家族成員が、退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている
yA6	家族成員が、患者に対し、どの程度関心を持っているかをアセスメントしている	yA45	家族成員が、自宅での生活に関するイメージができているかどうかをアセスメントしている
yA7	家族全体が、患者に対する思いやりを持っているかどうかをアセスメントしている	yA46	患者の疾患について、家族成員が理解できているかどうかをアセスメントしている
yA8	家族全体に、患者のために何かしてあげたいという思いがどの程度あるかをアセスメントしている	yA47	入院中における患者の病状について、家族成員が理解できているかどうかをアセスメントしている
yA9	家族成員が患者に対し、過保護であるかどうかをアセスメントしている	yA48	入院中における患者の治療について、家族成員が理解できているかどうかをアセスメントしている
yA10	家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	yA49	家族成員が、患者の病気を受け入れることができているかどうかをアセスメントしている
yA11	家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに對して、否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	yA50	家族成員に、患者の退院に対する戸惑いがみられるかどうかをアセスメントしている
yA12	家族全体の意向として、患者を病院や施設でケアしてほしいという考えがあるかどうかをアセスメントしている	yA51	家族成員が、患者が退院するという事について理解することができているかどうかをアセスメントしている
yA13	家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに対する拒否があるかどうかをアセスメントしている	yA52	家族成員が、患者が退院するという状況を現実的に受け入れようと努力しているかどうかをアセスメントしている
yA14	入院前における患者と家族成員の関係の良否をアセスメントしている	yA53	家族成員が、患者が退院するという事について受け止めることができているかどうかをアセスメントしている
yA15	入院中における患者と家族成員の関係の良否をアセスメントしている	yA54	家族全体が本来持っている力（ストレングス）をアセスメントしている
yA16	患者と家族成員が、互いに情緒的な支え合いができているかどうかをアセスメントしている	yA55	家族成員には、患者の退院のために行動する力があるという視点からアセスメントしている
yA17	入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている	yA56	家族全体に、患者の退院に向けて活用できる力（資源）がどの程度あるかをアセスメントしている
yA18	家族成員それぞれが自身に付与されている役割を理解しているかどうかをアセスメントしている	yA57	患者の退院に向けて、家族全体でどの程度行動ができるかをアセスメントしている
yA19	退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている	yA58	退院後の患者の介護を行うことのできる家族成員がいるかどうかをアセスメントしている
yA20	家族成員それぞれが自身に付与されている役割を果たしているかどうかをアセスメントしている	yA59	主介護者が、退院後の患者をどの程度介護することができるかをアセスメントしている
yA21	家族成員が、患者の退院のために積極的に行動しているかどうかをアセスメントしている	yA60	家族全体で、退院後の患者の介護をどの程度協力し合うことができるかをアセスメントしている
yA22	患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている	yA61	家族全体に患者の介護を行うための経済的余裕があるかどうかをアセスメントしている
yA23	患者の家庭内での立場をアセスメントしている	yA62	介護者の健康状態をアセスメントしている
yA24	退院に向けて、患者の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている	yA63	介護者の体力をアセスメントしている
yA25	患者に対して家庭内で付与されている役割を、患者自身が理解しているかどうかをアセスメントしている	yA64	介護者の疲労度をアセスメントしている
yA26	患者の退院に向けて、家庭内の役割の調整ができているかどうかをアセスメントしている	yA65	介護者の介護意欲をアセスメントしている
yA27	患者の退院のために、家族成員全員が何らかの役割を担っているかどうかをアセスメントしている	yA66	介護者の介護経験の有無をアセスメントしている
yA28	患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている	yA67	患者と家族成員が連絡をとっているかどうかをアセスメントしている
yA29	各家族成員の能力やできることに応じて、家庭内の役割が適切に分担されているかどうかをアセスメントしている	yA68	家族成員がどの程度面会に来ているかをアセスメントしている
yA30	患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている	yA69	退院援助において、家族全体が協力的かどうかをアセスメントしている
yA31	退院に伴う家族全体の調整ができる家族成員がいることをアセスメントしている	yA70	患者の入院に対して、家族全体でどの程度サポートしているかをアセスメントしている
yA32	患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている	yA71	患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている
yA33	患者の退院に向けて、中心となって行動する家族成員が誰かをアセスメントしている	yA72	病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができているかどうかをアセスメントしている
yA34	退院に伴う家族全体の調整が一人の家族成員のみに任されているかどうかをアセスメントしている	yA73	患者と家族成員がそれぞれの思いを話し合うことができているかどうかをアセスメントしている
yA35	退院に伴う家族全体の調整を行う家族成員を支える家族成員がいることをアセスメントしている	yA74	患者と家族成員の間で退院後の生活について話し合うことができているかどうかをアセスメントしている
yA36	家族成員が、患者の退院のために協力できるかどうかをアセスメントしている	yA75	家族成員が、入院中の患者の状況（病状、障害の程度など）に対し、不安があるかどうかをアセスメントしている
yA37	患者の退院に向けた家族全体の調整を、家族成員で協力して行うことができているかどうかをアセスメントしている	yA76	家族成員が、患者の治療に対して不安があるかどうかをアセスメントしている
yA38	退院後、患者と家族成員それぞれがどのような生活を送りたいと考えているのかをアセスメントしている	yA77	家族成員が、退院後の療養生活に対して不安があるかどうかをアセスメントしている
yA39	患者と家族成員の間で、今後の方向性が決まっているかどうかをアセスメントしている	yA78	家族成員が、患者の自宅退院に関して不安があるかどうかをアセスメントしている

Study on the Structure of Family Assessment in Discharge Support for Medical Social Workers

Ayumi Kuramoto¹⁾, Kei Sugiyama²⁾, Tatsuya Nakai³⁾, Yoshihito Takemoto⁴⁾

Abstract

This study aimed to clarify the structure of family assessment in hospital discharge support for medical social workers (hereafter MSW). An anonymous self-administered questionnaire was conducted with 844 MSWs working in 844 medical institutions in eight prefectures in the Kinki, Chugoku, and Chubu regions of Japan. The questionnaire focused on participant attributes and aspects such as family assessment in the context of hospital discharge support as experienced by MSWs. The data were analyzed for 244 respondents without missing values on each questionnaire items. First, items pertaining to family assessment in hospital discharge support for MSWs with high redundancy were removed. Next, an exploratory factor analysis was conducted to identify factors constituting family assessment in hospital discharge experienced by MSWs. Moreover, the construct validity of the factors identified was examined through a confirmatory factor analysis using the structural equation modeling. The exploratory factor analysis revealed five factors: feelings and advocacy of the family regarding hospital discharge, family health conditions and care capacity, communication among family members toward hospital discharge, family's acceptance for hospital discharge, and family role functioning toward hospital discharge. Furthermore, the goodness of model fit in the confirmatory factor analysis was determined to be statistically acceptable, and the construct validity was supported. In the future, it is suggested to conduct surveys of MSWs working in medical institutions in other prefectures of Japan, and to confirm the relationship with attributes.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 107 – 120】

Key words : family assessment, discharge support, medical social workers

1) Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2) Faculty of Healthcare Management, Nihon Fukushi University

3) Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

4) Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

原著論文

福島原発事故での甲状腺ヨウ素被ばくにおける 環境モニタリングと直接測定結果の検討

内山浩志¹⁾, 小橋 元²⁾, 大平修二¹⁾

要旨

東京電力福島第一原子力発電所事故（福島原発事故）における放射性ヨウ素（¹³¹I）による甲状腺被ばく線量評価では、環境モニタリングデータを使用した結果と直接測定結果とに乖離があることが指摘されている。環境モニタリング結果を用いた¹³¹Iの推定摂取量は、直接甲状腺の¹³¹I残留量を測定し推定した摂取量と比較して有意に高く、環境モニタリング結果による¹³¹Iの甲状腺等価線量の推定結果は過大評価になる可能性があることが指摘されている。しかしながら、環境モニタリングは環境汚染の評価・対策を行うための最も基本的な手法であり、その有効性は原子力発電所事故においても変わらないはずである。そこで本研究では、環境モニタリング結果と直接測定結果との乖離が起きた原因を明らかにするため、文献的調査を行った。文献検索はPubMedを使用し、“Fukushima early intake”及び“Fukushima iodine thyroid”をキーワードとして使用した。得られた88件の論文の中から、福島原発事故後、約1ヶ月以内に日本人における¹³¹Iの体内残留量の直接測定が報告されている7件の文献を抽出したところ、環境モニタリング結果と直接測定結果との明らかな乖離を報告している論文が3件あり、その測定内容及び評価方法の検証を行った。その結果、ガンマ線の検出効率の不適切な較正や環境モニタリング結果からの甲状腺残留量推定における摂取シナリオから乖離した不適切な取り扱いなどの問題が見られ、このうちの2件についてはこの問題点を補正すると環境モニタリング結果と直接測定結果とが整合すると思える結果が得られた。これらの事は、環境モニタリングを用いた推定値での甲状腺被ばく線量評価が過大評価になるとする結論はいささか早計であり、今後より一層の慎重な被ばく線量評価の取り組みが必要であることが示唆された。

【社会医学研究2020；37（2）：121－128】

キーワード：環境モニタリング、摂取シナリオ、放射性ヨウ素、福島第一原子力発電所事故

I 緒 言

環境モニタリングは環境汚染の評価・対策を行うための最も基本的な手法である。これは、原子力発電所事故による環境放射能汚染評価において

も変わることはなく、一般住民に与える影響の評価や対策を考える上で重要な指標となることは言うまでもない。実際、東京電力福島第一原子力発電所事故（福島原発事故）においても、体内残留量を測定出来た人達における直接測定結果と、その人たちが放射性ヨウ素（¹³¹I）の曝露を受けたと考えられる場所・時間に最も近い環境モニタリング結果とを利用して、福島県民全体の¹³¹Iによる甲状腺被ばく線量評価が行われている。ところが、

1) 獨協医科大学国際協力支援センター国際環境衛生室

2) 獨協医科大学医学部公衆衛生学講座

連絡先：内山浩志

E-mail：koji-u@dokkyomed.ac.jp

これら¹³¹Iと放射性セシウム (¹³⁴Cs, ¹³⁷Cs) の比を用いた体内残留量の直接測定結果と環境モニタリング結果の比較研究において、直接測定で得られた甲状腺における¹³¹Iの残留量が、環境モニタリング結果の推定値よりも有意に低い値になるとの報告が多く見られる¹⁻³⁾。結果的に、環境モニタリング結果の推定値をそのまま使用すると甲状腺における¹³¹Iの残留量が過大に評価されるので、環境モニタリング結果からの甲状腺被ばく線量推定値は過大評価になると結論付けている。また、その主な原因としては、日本人は食物から摂取する安定ヨウ素の量が多いため¹³¹Iの取り込み量が少なかったためであろうと推察している。

一方、¹³¹Iの取り込みは、東日本大震災から4日後にあたる2011年3月15日の放射性プルームによる曝露が主であったと考えられており⁴⁾、¹³¹Iの取り込み量が有意に少なくなるほど食物から安定ヨウ素を摂取出来るような食事が、果たして震災直後の避難生活下で可能であったのかという点については、いまだ議論の余地が残っている。また、¹³¹Iを吸入摂取する前に安定ヨウ素剤を服用していたとしても、服用時期によってはこれまで考えられているほど十分な防護効果はなかったのではという報告もある⁵⁾。

そこで本研究では、環境モニタリング結果と直接測定結果との乖離が起きた原因を明らかにするために、既存の報告について、直接測定結果と環境モニタリング結果の乖離の点から検討を行った。

II 方 法

PubMed で“Fukushima early intake” 及び“Fukushima iodine thyroid” をキーワードに検索を行った。得られた論文の抄録及び必要に応じて本文を参照し、日本人における¹³¹Iの体内残留量の直接測定が福島原発事故後1ヶ月程度の期間に行われている報告のみを抽出した。その結果得られた報告について、その測定内容及び評価方法の検討を行った。

III 結 果

2017年6月16日に実施したPubMedでのキーワード検索の結果、“Fukushima early intake” で24件、“Fukushima iodine thyroid” で64件の文献がヒットした。“Fukushima early intake” でヒットした24件のうち、本研究での採択条件に合致したのは放射線医学総合研究所・日本原子力研究開発機構のグループによる論文²⁾ 1件と長崎大学のグループによる論文^{4,6)} 2件であった。また、“Fukushima iodine thyroid” でヒットした64件のうち、本研究での採択条件に合致したのは弘前大学のグループによる論文^{3,7)} 2件、福井県立病院・獨協医科大学のグループによる論文⁵⁾ 1件、放射線医学総合研究所・日本原子力研究開発機構のグループによる論文^{1,2)} 2件の合計5件であった。この中では、重複論文²⁾ が1件あったため、合計7件の論文について検討を行った(図1)。各論文における環境モニタリングと直接測定結果との関連を表1に示す。

長崎大学のグループによる2件の論文のうち、Matsudaら⁶⁾ は福島原発事故後1ヶ月以内に福島県内にいた173人のホールボディカウンタの測定結果から求めた推定摂取量を避難経路により4グループに分け、緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム(SPEEDI)の計算結果と避難経路との関係を検討していた。その結果、定性的な評価ではあるが、ホールボディカウンタを用いた直接測定による推定摂取量のバラつきが、SPEEDIの計算結果を用いて避難経路における空間線量率の違いから説明できる可能性を示唆した。Moritaら⁴⁾ も同様であり、2011年3月11日から4月20日の期間中に福島県にいたことがある49人のホールボディカウンタ測定を行った直接測定結果について、¹³¹I/¹³⁷Cs値を使用してより定量的な評価を行い、絶対値としての再現性に問題はあるが、直接測定結果のバラつきが避難経路によるものであると結論していた。

弘前大学のグループによる2件の論文のうち、Tokonamiら⁷⁾ は2011年4月12~16日の間にシンチレーションサーバイメータを使用して62人の甲

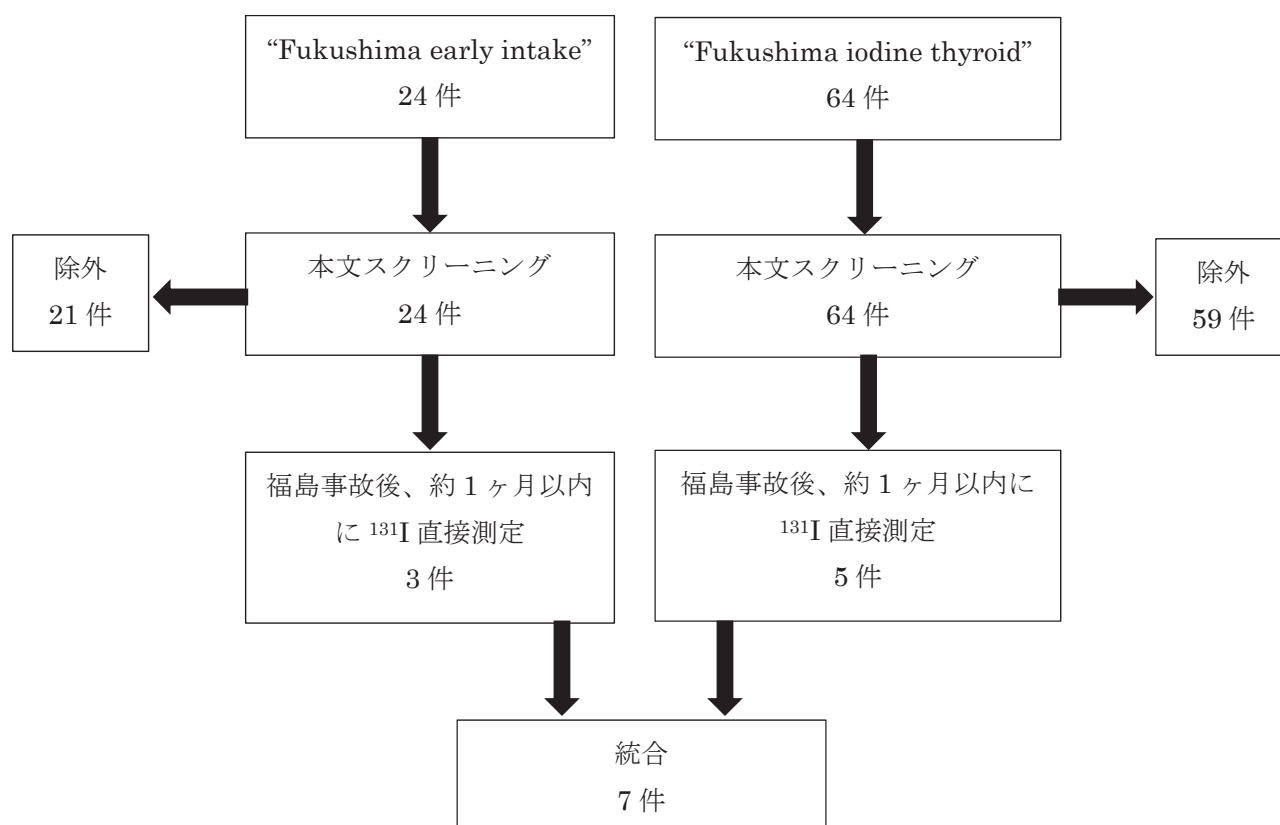


図 1 PubMedによる文献検索フローチャート

表 1 環境モニタリングと直接測定結果との関連

著者	環境モニタリング 評価方法	直接測定方法	分析数 (人)	結果	解析上の課題
Matsudaら ⁶⁾	SPEEDIの 計算結果	ホールボディカウンタ	173	避難経路における空間線量率の 違いを考慮すれば矛盾しない (定 性的評価)	
Moritaら ⁴⁾	SPEEDIの 計算結果	ホールボディカウンタ	49	避難経路における空間線量率 の違いを考慮すれば矛盾しない (¹³¹ I/ ¹³⁷ Cs値による定量的評価)	
Tokonamiら ⁷⁾ (記載無し)		シンチレーション サーベイメータ	62	(直接測定結果より最大空間濃度 23 kBq m ⁻³ を推定)	
Hosodaら ³⁾	土壌測定結果	シンチレーション サーベイメータ	2393	甲状腺摂取率0.3を仮定すると土 壌測定結果は桁違いに過大評価 となる (甲状腺摂取率を0.03と仮定しな ければ土壌測定結果に一致しない)	¹³¹ Iの検出効率において、全身均一に線源が 分布しているBOMABファントムを使用している 点
Uchiyamaら ⁵⁾	土壌測定結果, NOAAシミュ レーション結果	甲状腺カウンター	5	非常に良い整合性がある	
Kuriharaら ¹⁾	エアースAMPLING 結果	甲状腺モニター, ホールボディカウンタ	3	エアースAMPLINGの結果が2.2～ 3.0倍過大評価となる	直接測定の摂取シナリオは2011年 3月15日朝 の1回吸入摂取と仮定しているが、環境モニ タリングについては2011年 3月13日から31日ま での19日間について積算 (19日間の慢性吸入 摂取と仮定) している点
Kimら ²⁾	エアースAMPLING 結果	①シンチレーション サーベイメータ ②成人のホールボ ディカウンタから の推定値	① 946 ② 304	エアースAMPLINGの結果が2～ 3倍過大評価となる	甲状腺測定がシンチレーションサーベイメータに よる簡易法である点 ¹³¹ Iと ¹³⁷ Csについて福島県内の子供と大人とい う別人のデータを使用し、 ¹³¹ Iと ¹³⁷ Csの比を推定 している点 環境モニタリングデータとして直接測定対象者 が事故当時いた場所と全く別の場所 (茨城 県東海村) のデータを使用し比較している点

状腺における ^{131}I の残留量を測定し、2011年3月15日における1回急性吸入摂取、曝露時間4時間を仮定し、曝露時の大気中における ^{131}I 濃度が23 kBq m^{-3} と推定されることを報告していた。Hosodaら³⁾は、浪江町からの避難者2393人の甲状腺等価線量をホールボディカウンタによる ^{134}Cs の体内残留量測定結果から推定する目的のために、Tokonamiら⁷⁾の論文で甲状腺の直接測定結果を報告した62人のうち、 ^{134}Cs と ^{137}Cs がシンチレーションサーベイメータにて同時に測定出来ていた5人の結果から $^{131}\text{I}/^{134}\text{Cs}$ 値を求め、Tazoeら⁹⁾による環境モニタリング結果との比較を行っていた。その結果、土壌測定結果から求まる $^{131}\text{I}/^{134}\text{Cs}$ 値5.2~12.4に対し、5人の甲状腺測定結果から求まる $^{131}\text{I}/^{134}\text{Cs}$ 値は甲状腺摂取率を0.3と仮定すると0.1~0.9、0.03と仮定すると0.7~8.7となり、土壌測定と直接測定の結果に整合性が無いこと、その理由として日本人の甲状腺摂取率が極端に小さいためであると結論していた³⁾。

福井県立病院・獨協医科大学のUchiyamaら⁵⁾は、2011年3月15日の福島県の田村市総合運動公園で放射性プルームに曝露された災害時派遣医療チーム(DMAT)隊員5人について、およそ24時間後の甲状腺における ^{131}I 残留量を甲状腺カウンターにて測定し、田村市総合運動公園近くの常葉中学校(4 km東)の土壌測定結果やアメリカ海洋大気庁(NOAA)によるデンソー東日本(6 km西)における空間線量率のシミュレーション結果との比較を行っていた。また、 ^{131}I の甲状腺残留量測定結果から放射性プルーム中の ^{131}I 空間濃度を推定し、床次らの結果から推定した ^{131}I 空間濃度との比較を行っていた。その結果、直接測定と土壌測定やシミュレーション結果には非常に良い整合性があること、40歳未満の成人において、ヨウ素の代謝速度に年齢依存性が示唆されることを結論していた。

放射線医学総合研究所・日本原子力研究開発機構のグループによる2件の論文のうち、Kuriharaら¹⁾は、当時日本原子力研究開発機構の職員だった3人について、2011年3月23日から4月8日(但し、Subject A及びBは3月29日のみ)の期間に渡

り甲状腺モニター、ホールボディカウンタを用いた直接測定結果と、日本原子力研究開発機構敷地内のエアースAMPLINGの結果¹⁰⁾との比較を行っていた。その結果、エアースAMPLINGから求まる $^{131}\text{I}/^{137}\text{Cs}$ 値8に対し、3人の直接測定から求まる $^{131}\text{I}/^{137}\text{Cs}$ 値は2.7~3.7となり、エアースAMPLINGの方が2.2~3.0倍 ^{131}I が高く評価されてしまうこと、その理由として日本人の甲状腺摂取率が小さいためであると結論していた。Kimら²⁾は、2011年3月24日から30日にかけて飯館村や川俣町において実施した0歳から15歳までの小児に対する甲状腺の簡易測定結果と、同じ飯館村や川俣町からの避難者(17歳を超えた成人)に対して2011年7月から2012年1月にかけて日本原子力研究開発機構施設内で行ったホールボディカウンタによる測定結果を使用し、どちらも同じ放射性プルームによる影響を受けたと仮定して求めた $^{131}\text{I}/^{137}\text{Cs}$ 値と、日本原子力研究開発機構敷地内でのエアースAMPLING結果¹⁰⁾による $^{131}\text{I}/^{137}\text{Cs}$ 値との比較を行っていた。その結果、甲状腺の簡易測定やホールボディカウンタによる直接測定から求めた $^{131}\text{I}/^{137}\text{Cs}$ 値がエアースAMPLEからの結果よりも2~3倍少なかったと結論していた。

IV 考 察

PubMed検索による文献調査により、福島原発事故後、約1ヶ月以内に日本人における ^{131}I の体内残留量の直接測定が報告されている7件の論文を抽出し、その測定結果と評価方法の検討を行った。その結果、直接測定の結果と環境モニタリングの結果とに乖離があると報告していたのは、弘前大学のグループによる1件³⁾、放射線医学総合研究所・日本原子力研究開発機構のグループによる2件^{1,2)}の合計3件であった。一方、直接測定の結果と環境モニタリングの結果とに整合性がある、あるいは有意な矛盾はないと報告していたのは、長崎大学のグループの2件^{4,6)}、福井県立病院・獨協医科大学のグループの1件⁵⁾の合計3件であった。弘前大学のTokonamiら⁷⁾は直接測定と環境モ

ニタリングとの関係について言及してはいないが、Uchiyamaら⁵⁾の報告中ではTokonamiらの結果も含めて直接測定と環境モニタリングとの結果に整合性があることが報告されていた。

直接測定と環境モニタリングの乖離を報告しているHosodaら³⁾の測定において、 $^{131}\text{I}/^{134}\text{Cs}$ 値は3インチのNaI (TI) シンチレーションサーベイメータにより甲状腺の直接測定を行った62人のうち、 ^{134}Cs と ^{137}Cs からのガンマ線が同時に測定出来ていた5人の結果から求められている³⁾。この際、ガンマ線の検出効率較正はBOMABファントムを使用しているが、 ^{131}I からのガンマ線の検出効率を求める際に利用される ^{133}Ba が全身に74,360 Bq含まれており、甲状腺部 (Neck) の放射能は1,330 Bq (全体の0.018倍) しかないものを使用している³⁾。被検者の甲状腺の測定は2011年4月12~16日に行われており、この論文で仮定している2011年3月15日の吸入摂取を考慮すると、甲状腺に体内に吸収されて残っている ^{131}I のほとんど全てが集積している状態での測定であったはずである。従って、このBOMABファントムによる ^{131}I の検出効率較正は甲状腺 (Neck) 以外からのガンマ線の影響によりかなりの過小評価になっていることになり、単純に甲状腺 (Neck) 近くの頭部 (Head, 4,530 Bq) と胸 (Chest, 22,000 Bq) の影響を考えると0.05倍程度は過小評価していることとなる。Hosodaら³⁾は甲状腺摂取率0.3を仮定した場合の $^{131}\text{I}/^{134}\text{Cs}$ 値を0.1~0.9と報告しているが、検出効率の過小評価を0.05倍として $^{131}\text{I}/^{134}\text{Cs}$ 値を補正すると2~18となり、Tazoeら⁹⁾の土壌測定結果より求まる $^{131}\text{I}/^{134}\text{Cs}$ 比5.2~12.4と一致する結果が得られる。

最近、福井県立病院・獨協医科大学のUchiyamaら¹¹⁾は、福井県立病院のホールボディカウンタによる ^{131}I 及び ^{132}Te の全身残留量の推定、及び $^{131}\text{I}/^{132}\text{Te}$ 値を使った環境モニタリング結果との比較検討を行い、直接測定と環境モニタリング結果とに整合性があること、これらに乖離が生じるのは「ヨウ素リーク (Iodide leak)」が考慮されていないことや摂取シナリオが不適切であることを明らかにした。放射線医学総合研究所・日本原子力

研究開発機構グループのKuriharaら¹⁾による報告では、エアースAMPLINGの結果から吸入摂取量を推定する際に3月13日から31日までの19日間について積算し、評価を行っている。これは、この19日間の継続的な吸入摂取シナリオを仮定している場合には正しいが、同報告中の直接測定での摂取シナリオである3月15日朝の吸入摂取と明らかに矛盾している。そこで、この3月15日の朝における吸入摂取シナリオを仮定してエアースAMPLINGの結果を評価し直すと、直接測定結果と非常に良く一致した結果が得られる¹¹⁾。

Kimら²⁾の測定では飯館村や川俣村からの成人避難者に対して2011年7月から2012年1月にかけてJAEA施設内で行ったホールボディカウンタによる測定結果を使用している。Momoseら¹²⁾によると、この測定のうち2011年12月末までの結果には衣類の汚染による ^{137}Cs の測定結果が過大になっていた可能性があることが指摘されている。Kimら²⁾をはじめ直接測定結果と環境モニタリング結果の乖離があると報告した3件の論文¹⁻³⁾に共通して、日本人の甲状腺摂取率が小さいため環境モニタリング結果が過大評価になる、という考え方が見られる。日本人の甲状腺摂取率は0.3より小さいとする根拠として引用されている吉澤ら¹³⁾の論文では、経口摂取したヨウ素が甲状腺へ移行する割合 f_w 値と経口投与後24時間経過した時の甲状腺摂取率とが等しいという仮定のもと、ICRP Publication 2¹⁴⁾で与えられている f_w 値0.3を日本人の甲状腺摂取率としている。一方、ICRP Publication 2では経口摂取したヨウ素が甲状腺へ移行する割合 f_w 値と一緒に、吸入摂取したヨウ素が甲状腺へ移行する割合 f_a 値を定義しており、ヨウ素については0.23という値を与えている¹⁴⁾。直接測定結果と環境モニタリング結果の乖離を報告した3件の論文¹⁻³⁾では吸入摂取シナリオを仮定しているため、吉澤らと同じように24時間甲状腺摂取率がヨウ素の甲状腺へ移行する割合と等しいと仮定するのであれば、使用すべきは経口摂取時の f_w 値ではなく吸入摂取時の f_a 値である。この違いだけで環境モニタリング結果から推定される吸入摂取量が1.3倍過大評価されていた

ことになり、これらの論文¹⁻³⁾での直接測定結果と環境モニタリング結果との乖離がさらに強調される結果になったと考えられる。ここで、福島原発事故以前に出版されている¹³¹Iの体内動態モデルを見てみると、ICRP Publication 71¹⁵⁾ではヒトのボランティアや動物実験の結果を元に吸入時の放射性物質の物理化学的性状による違いまで取り入れたモデルとなっており、近年のICRPの体内動態モデルは環境中の曝露濃度と矛盾しないようなモデルになっているはずである。また、その後刊行されたICRP Publication 78¹⁶⁾には血液中の0.3の割合が甲状腺に摂取されること、甲状腺機能が正常な成人の欧米人について現在知られている取り込み割合は0.20~0.25の範囲内であると記載されている。直接測定結果と環境モニタリング結果との間に乖離があると報告する前に、参照した体内動態モデルが適切であったかどうかの十分な検討が必要であったと考えられる。

V 結 論

福島原発事故における¹³¹Iによる甲状腺被ばく線量評価において指摘されている、環境モニタリングデータを使用した結果と直接測定結果との乖離について文献的調査を行った。福島原発事故後、約1ヶ月以内に日本人における¹³¹Iの体内残留量の直接測定が報告されている7件の文献を抽出し、その測定内容及び評価方法の検証を行った。その結果、環境モニタリング結果と直接測定結果との明らかな乖離を報告している論文3件において、ガンマ線の検出効率の不適切な較正、環境モニタリング結果からの甲状腺残留量推定において摂取シナリオの仮定、ホールボディカウンタの測定結果に含まれる衣類汚染のような影響の未評価、 f_w 値と f_d 値を混同している、という問題があることを明らかにした。

環境汚染における環境モニタリング結果は、他の評価結果と矛盾しているように見えても本来容易に棄却・修正できるようなものではない。しかしながら、福島原発事故においては不適切と思わ

れる環境モニタリング結果の棄却・修正が行われている事例が見られた。たとえそれが最終的な結論に大きく影響を与えないものであったとしても、環境モニタリングによる推定結果が実際の曝露量を正しく反映しておらず、過大評価であるという結論を出すにはいささか早計な点が見られるため、今後より一層の慎重な被ばく線量評価の取り組みが必要と考える。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご支援頂きました獨協医科大学医学部公衆衛生学講座の梅澤光政先生、獨協医科大学国際協力支援センター国際環境衛生室の岸久司先生、小松渡先生、稲見潤子氏、宇田川友美氏に心より感謝いたします。なお、本研究は2017年第58回日本社会医学会総会にて発表した内容にもとづきまとめたものです。

本研究に関連し、著者の一人(内山浩志)は2013年3月まで安西メディカル株式会社の従業員であった。また、同社より2013年11月にホールボディカウンタ較正用BOMABファントム容器一式の無償提供を受けている。その他の著者には開示すべきCOI関係にある企業等はない。

文 献

- 1) Kurihara O, Nakagawa T, Takeda C, et al. Internal doses of three persons staying 110 km south of the Fukushima Daiichi nuclear power station during the arrival of radioactive plumes based on direct measurements. *Radiat Prot Dosimetry* 2016; 170: 420-424.
- 2) Kim E, Kurihara O, Tani K, et al. Intake ratio of ¹³¹I to ¹³⁷Cs derived from thyroid and whole-body doses to Fukushima residents. *Radiat Prot Dosimetry* 2016; 168: 408-418.
- 3) Hosoda M, Tokonami S, Akiba S, et al. Estimation of internal exposure of the thyroid

- to ^{131}I on the basis ^{134}Cs accumulated in the body among evacuees of the Fukushima Daiichi nuclear power station accident. *Environ Inter* 2013; 61: 73-76.
- 4) Morita N, Miura M, Yoshida M, et al. Spatiotemporal characteristics of internal radiation exposure in evacuees and first responders after the radiological accident in Fukushima. *Radiat Res* 2013; 180: 299-306.
 - 5) Uchiyama K, Miyashita M, Sato H, et al. A study of thyroid ^{131}I activity of five human subjects exposed to a radioactive plume at Tamura City in Fukushima. *Health Phys* 2015; 109: 573-581.
 - 6) Matsuda N, Kumagai A, Ohtsuru A, et al. Assessment of internal exposure doses in Fukushima by a whole body counter within one month after the nuclear power plant accident. *Radiat Res* 2013; 179: 663-668.
 - 7) Tokonami S, Hosoda M, Akiba S, et al. Thyroid doses for evacuees from the Fukushima nuclear accident. *Sci Rep* 2012; 2: 507.
 - 8) Endo S, Kimura S, Takatsuji T, et al. Measurement of soil contamination by radionuclides due to the Fukushima Daiichi nuclear power plant accident and associated estimated cumulative external dose estimation. *J Environ Radioact* 2012; 111: 18-27.
 - 9) Tazoe H, Hosoda M, Sorimachi A, et al. Radioactive pollution from Fukushima Daiichi nuclear power plant in the terrestrial environment. *Radiat Prot Dosimetry* 2012; 152: 198-203.
 - 10) 古田定昭, 住谷秀一, 渡辺均他, 福島第一原子力発電所事故に係る特別環境放射線モニタリング結果—中間報告 (空間線量率, 空气中放射性物質濃度, 降下じん中放射性物質濃度) —. JAEA-Review 2011-035. [online] 2011 年 8 月10日, 日本原子力研究開発機構. [2019年 7 月26日 検索], <URL: <https://jopss.jaea.go.jp/pdfdata/JAEA-Review-2011-035.pdf> >
 - 11) Uchiyama K, Miyashita M, Tanishima Y, et al. Use of Iodine-131 to Tellurium-132 ratios for assessing the relationships between human inhaled radioactivity and environmental monitoring after the accident in Fukushima. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 483.
 - 12) Momose T, Takada C, Nakagawa T, et al. Whole-body counting of Fukushima residents after the TEPCO Fukushima Daiichi nuclear power station accident. In: The 1st NIRS symposium on reconstruction of early internal dose in the TEPCO Fukushima Daiichi nuclear power station accident. 2012; NIRS-M-252: 67-82.
 - 13) 吉澤康雄, 草間朋子, 日本人の甲状腺に関する正常値について. *保健物理*. 1976; 11: 123-128.
 - 14) International Commission on Radiological Protection. Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. ICRP Publication 2, Pergamon Press, 1960.
 - 15) International Commission on Radiological Protection. Age-dependent doses to members of the public from intake of radionuclides: Part 4 Inhalation dose coefficients. ICRP Publication 71, Pergamon Press, 1995.
 - 16) 社団法人日本アイソトープ協会. 作業者の内部被ばくの個人モニタリング ICRP Publication 54に置き換わるもの. ICRP Publication 78. 東京: 丸善. 2001.
- (受付 2019.9.3 : 受理 2019.12.11)

Revisiting inconsistencies between environment monitoring assessments and direct in-vivo measurement results in estimating iodine-131 thyroid internal exposure at the accident in Fukushima

Koji Uchiyama¹⁾, Gen Kobashi²⁾, Shuji Ohhira¹⁾

Abstract

Differences between the estimated intakes of iodine-131 derived from environment monitoring and direct measurements were reported in several studies of the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident. In those studies, the environmental monitoring data provided significantly larger iodine-131 intake values than the direct measurements. It was concluded that using environmental monitoring data provides overestimated values of thyroid equivalent doses. In general however, environment monitoring data is a fundamental human internal contamination assessment tool for nuclear accidents. The aim of this study was to perform a literature search to reveal the cause of the inconsistencies between environment monitoring and direct measurements. This search was performed via PubMed, using the search criteria “Fukushima early intake” or “Fukushima iodine thyroid” to find relevant papers published by June 21, 2017; a total of 88 manuscripts were yielded, 7 of which were included. Of these seven, three studies reported significant differences; an inadequate photon peak efficiency calibration, an inconsistent assessment of environmental monitoring data, and the use of an inadequate thyroid uptake value were observed. Consequently, we found that inadequate treatments as well as misconceptions were the cause of this inconsistency. Therefore, environmental monitoring data can be used to assess the thyroid equivalent doses of Fukushima residents with an adequate intake scenario, as is conventionally done.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 121 – 128】

Key words : environment monitoring, intake scenario, radioiodine, Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident

1) Laboratory of International Environmental Health, Center for International Cooperation, Dokkyo Medical University

2) Department of Public Health, Dokkyo Medical University School of Medicine

原著論文

高校生における怒り喚起イベントと対処行動の男女差の比較

小池康弘¹⁾, 石田実知子²⁾, 井村 亘³⁾, 渡邊真紀³⁾

要約

目的：近年、中高生などの思春期，青年期における心の健康づくりの重要性に注目が集まっている．本研究の目的は，高校生の精神的健康の向上に対する介入に資する知見を得ることを狙いとして，怒り喚起イベントとその際の対処行動についての傾向およびその男女差を明らかにすることである．

方法：調査対象は普通科高等学校に通学する1年生～3年生311名であり，怒り喚起イベントおよびその際にとった対処行動についての自由記載アンケートを実施した．分析には欠損のない266名の回答を使用した．分析にはテキストマイニングを用いて，怒り喚起イベント，対処行動のそれぞれの頻出語の抽出，共起ネットワークの作成，男女における特徴語の抽出および対応分析を実施した．

結果：怒り喚起イベントにおける頻出語は「親」，「ケンカ」，「怒る」であった．対処行動における頻出語は「泣く」，「聞く」，「寝る」であった．共起ネットワークを作成した結果，男性の怒り喚起イベントで「親」，「怒る」，女性の怒り喚起イベントで「親」，「怒る」，男性の対処行動で「殴る」，「壁」，女性の対処行動で「泣く」，「音楽」，「聞く」が共起関係にあった．怒り喚起イベントの男女における特徴語では男性では「怒る」，「自分」，「人」が挙げられ，女性では「親」，「ケンカ」，「友達」が挙げられた．対応分析の結果では，男性では「自分」や「他人」，「怒る」，「負ける」が，女性では「学校」や「言う」，「親」が特徴的な語として示された．「部活」，「嫌」，「ケンカ」は男女の共通語として示された．対処行動として男性では「ため息」，「殴る」，「物」が特徴語として挙げられ，女性では「泣く」，「聞く」，「音楽」が抽出された．対応分析の結果では，男性では「物」，「殴る」，「壁」，「ため息」が，女性では「親」，「相談」，「泣く」，「話す」が特徴的な語として示された．「音楽」，「自分」，「怒る」は男女の共通語として示された．

考察：本研究の結果，高校生における怒り喚起イベントの対象は男女とも主に親や友人であることが明らかとなった．また，その際の対処行動については男性では「壁を殴る」などの自傷行動が誘発されている可能性が示唆され，女性では「泣く」「音楽を聞く」など情動的な対処行動がなされていることが考えられた．

【社会医学研究2020；37（2）：129－137】

キーワード：怒り喚起イベント，男女差，テキストマイニング

1) 川崎医療福祉大学医療技術学部リハビリテーション学科

2) 川崎医療福祉大学医療福祉学部看護学科

3) 玉野総合医療専門学校作業療法学科

連絡先：小池康弘

住所：〒701-0193

岡山県倉敷市松島288

川崎医療福祉大学医療技術学部リハビリテーション学科

TEL：086-462-1111

E-mail：y.koike@mw.kawasaki-m.ac.jp

I. 緒 言

思春期は親からの精神的離脱と自立が課題とされ，精神的・社会的に急激な変化がもたらされる混乱の時期であるとされている¹⁾．特に高校生の時期は，怒りや敵意などの感情を含む心理特性である攻撃性が高まりやすい時期であり²⁾，怒りは小学

生と比較し、高校生は有意に高いことが報告されている³⁾。また、怒りは自傷行動、他害行動との関連も指摘されており⁴⁾、自傷行動は自殺との関連も指摘されている⁵⁾ことから両者はともすれば自殺に繋がる危険性のある行動であることが推察される。1980年代以降、19歳以下の1年間の自殺者数は500人前後で横ばいに推移している一方で、15～19歳の死亡原因の内、自殺は男女ともに第1位であり、思春期における自傷対処行動、ひいては自殺の防止は重要な課題であると言える⁶⁾。また、厚生労働省でも学校における自殺予防教育の導入⁷⁾や学校における心の健康づくり推進体制の整備を推進している⁸⁾。このように、怒りは、人のモラルや社会機能、健康に影響を及ぼすことから、怒りの感情への対処行動は思春期における重要なキーワードと位置づけられている。その為、高校生という多感で激動な時期において自己も他者も大切にしたい感情コントロールを行えるような支援に向け、高校生個々の怒りの表出傾向の個人差を考慮した上で適切な介入・援助を行うためには、怒りを喚起する出来事やその時の対処行動を適切に評価し、現状に即した対応をすることが急務である。

怒りを喚起させる要因としてストレスの存在が指摘されている。前橋は大学生を対象に健康意識と生活習慣に関わる心理的要因について検討し、ストレス自覚と怒り・不機嫌が関係していることを報告している⁹⁾。また、志渡らも同様に大学生のストレスと怒りの関係性について、ストレスが怒りの起因となることを報告している¹⁰⁾。これらの報告は、大学生が対象ではあるが思春期にあたる高校生でも同様であることが推測される。さらに高校生におけるストレス要因の多くは対人関係に起因していることが明らかになっている^{11) 12) 13)}。また、ストレスの感じ方や捉え方には男女差があることも明らかになっていることから^{14) 15)}、ストレスを感じた際の対処行動にも男女差があることが想定される。ところが、ストレスイベントの中で対象となる人や、「激しい怒りの喚起」をはじめとする対人ストレスを認知する出来事について高校生を対象とした研究は我々の知る限りでは見当たらない。また、その中で

も激しい怒りを喚起した時の対処行動に対して回答者の自由記述により調査した研究は看護師を対象としたものなどは散見されるが¹⁶⁾、高校生を対象とした同様の研究は筆者の知る限り皆無である。また、性別をも考慮した上で高校生の怒りに対する詳細な実態を表している研究も見当たらない。

対象者の詳細な実態を表すための方法論として個人のナラティブなデータを基に分析するKJ法など質的研究という手法があるが、質的研究は量的研究と比較して、症例数が取りにくく、多様化する文化では一般化しにくいことや結果の解釈が恣意的になりやすいことが指摘されている¹⁷⁾。そこで我々は、自由記載アンケートの中から個人の文脈をより量的データとして捉えるための方法としてテキストマイニングという手法に着目した。テキストマイニングはインタビューや自由記述などのナラティブなデータを基に、それらの語の出現回数や語同士の繋がりを量的なデータとして取り扱う解析方法である¹⁸⁾。いとはテキストマイニングを量的研究から見ればデータの質的取扱い、質的研究から見ればデータの量的取扱いという両性具有的な特徴が現れる¹⁹⁾としており、特にマーケティング分野などのテキストデータの分析に活用されている。この手法を用いることで、個々の文脈を確保しつつ、質的データである自由記載アンケートを量的な側面からも分析が可能となると考えた。

そこで、本研究では高校生における怒り喚起イベントとその際の対処行動に焦点を当て、自由記載からその傾向と男女差についてテキストマイニングを用いて明らかにすることとした。

Ⅱ. 方 法

1. 研究デザイン

研究デザインは無記名自記式質問紙による横断研究とした。

2. 対象および調査方法

A県の市街地に位置する一般の普通科高等学校1校に通学する1年生～3年生311名を対象とした。性別の内訳は男性196名、女性112名、不明3名で

あった。学年の内訳は1年生101名、2年生98名、3年生112名であった。調査は平成29年4月に実施した。調査用紙の配布および回収は各クラスの担任に依頼し、その際に倫理事項の説明および同意の取得も行うように依頼した。最終的に質問紙への回答および研究者への返信をもって研究参加への同意が得られたものとした。

3. 用語の定義

直近の1ヵ月に体験した制御できないくらいの激しい怒りと感じた出来事を「怒り喚起イベント」と定義し、その際にとった行動を「対処行動」と定義した。

4. 質問紙

1) 怒り喚起イベント、対処行動に関する自由記載アンケート

怒り喚起イベントとその際の対処行動について、自由記述欄を設けた調査票を作成し、実施した。回答に対する記載内容や文体は特に指定せず、自由に記載を求めた。具体的には「最近1ヵ月に制御できない（抑えきれない）くらい激しい怒りを感じた出来事を具体的に1つ書き、その時どのような行動をとりましたか？自由にお書きください。」と自由記載を求めた。

5. 解析

自由記述欄に記載された文章について、テキストマイニングを用いて解析した。分析の手続きは以下に示す。なお、すべての分析はフリーソフトKH-coderを用いて実施した。

1) 前処理

品詞別に抽出されたリストを基に、方言や意味不明な語の修正、ひらがなやカタカナで表記されたものを漢字に修正するなど内容の意図を崩さないよう注意しながらデータのクリーニングを行った。また、「大」「喧嘩」を「大喧嘩」として抽出するなど強制抽出すべき複合語を整理し、強制抽出コマンドにて指定した。

2) 頻出語の分析

得られた回答文の全体像を把握するために、怒り喚起イベントと対処行動についてそれぞれの回答文から10回以上出現している語句の抽出を行った。分析においては結果の歪みの原因となるような偏った

回答がないか各回答を確認し、偏った回答が確認された場合は、分析から除外することとした。

3) 男女差の分析

3-1) 共起ネットワークの作成

得られた回答文の語の繋がりを検討するために男女別に怒り喚起イベント、対処行動の共起ネットワークを作成した。共起ネットワーク作成においては出現数による語の取捨選択において最小出現数を3回、最小出現文数を1回として分析を行った。この分析では出現パターンの似通った語を線で結んだ図として可視化することが可能であり¹⁸⁾、回答の解釈に有用である。

3-2) 特徴語の抽出

怒り喚起イベント、対処行動の男女差を把握するために男女別の分析を行った。男女それぞれの語のJaccard係数^{20) 21)}を算出し、Jaccard係数の大きさに基づいた特徴語の抽出を行った。Jaccard係数とは、2つのそれぞれサンプル群間の類似度を比較するためのものであり共起関係を視覚的に出力でき、0から1の値をとり、大きいほどつながりが強いことを示す。

3-3) 対応分析

怒り喚起イベント、対処行動それぞれについて対応分析を行った。対応分析は最小出現回数を5回、最小出現文数を1回として分析を行った。対応分析とは、ともに質的データである2変量の関連を視覚的、数量的に評価し、カテゴリー間の反応パターンの類似性から視覚マップとして表すこと²²⁾で、変量間で出現した語の類似性、特徴を明らかにする分析である。対応分析では「男性」「女性」の2つを目的変数として分析を行い、成分の抽出と男女間の特徴語についての散布図を描画した。対応分析における散布図では、各成分の原点「0」からの距離が遠いほど各目的変数での特徴的な語であることを示している。

6. 倫理的事項

研究目的、内容、手順、利益、不利益、匿名性については質問紙に明記するとともに、実施の際には調査対象者へ口頭で説明した上でアンケートへの協力を求め、結果公表に際しての匿名性を保

証した。また、データは統計学的に処理し、本研究の目的以外には使用しないこと、参加および中止は自由であり参加の拒否や同意後の中止等による不利益は一切ないことを説明し、調査票の提出をもって研究参加の同意とした。なお、本研究はヘルシンキ宣言に基づき、川崎医療福祉大学の倫理審査委員会（倫理審査番号17-100）の承認を得た後に実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 分析対象

対象とした311名の内、自由記述を含む質問紙の回答全てに欠損の無かった266名（有効回答率85.5%）の回答を分析対象とした。性別の内訳は男性162名（有効回答率82.7%）、女性104名（有効回答率92.3%）であった。学年の内訳は1年生86名、2年生84名、3年生96名であった。分析対象数は怒り喚起イベントについては266名2558語（473異なり語）、対処行動については266名1458語（335異なり語）であった。

2. 頻出語の分析

各回答を確認した結果、極端に偏った回答は認められず、全回答を分析に使用した。怒り喚起イベントにおける頻出語は「親」（71回）、「ケンカ」（63

回）、「怒る」（54回）、「友達」（52回）、「言う」（28回）、「自分」（26回）、「人」（14回）、「先生」（12回）、「理不尽」（12回）であった。対処行動における頻出語は「泣く」（40回）、「聞く」（26回）、「寝る」（22回）、「ため息」（20回）、「音楽」（20回）、「言う」（16回）、「殴る」（13回）、「友達」（12回）、「親」（11回）、「怒る」（11回）、「物」（11回）であった。

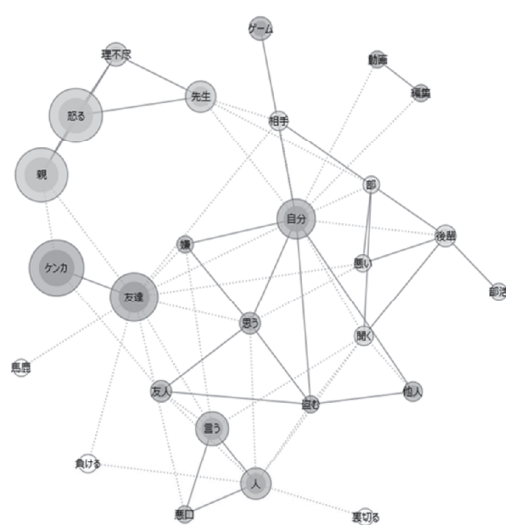
3. 男女差の分析

3-1) 共起ネットワークの作成

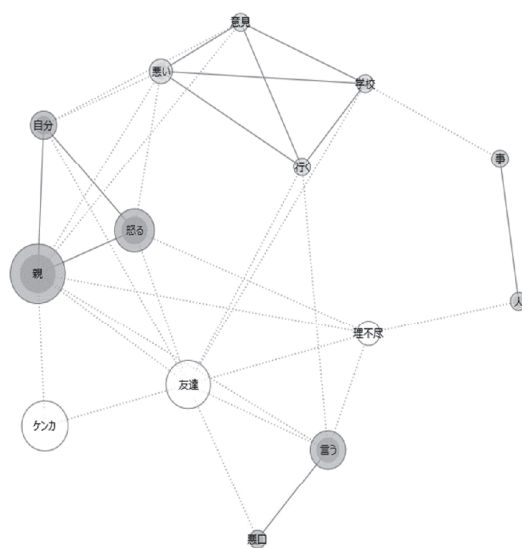
作成した共起ネットワークを図1、図2に示す。図1は性別ごとの怒り喚起イベントの共起ネットワーク、図2は性別ごとの対処行動の共起ネットワークである。男性の怒り喚起イベントでは、「親」・「怒る」・「先生」や「友達」・「ケンカ」などが主な共起関係にあった。女性の怒り喚起イベントでは「親」・「怒る」や「友達」・「ケンカ」や「友達」・「言う」・「理不尽」などが主な共起関係にあった。男性の対処行動では「殴る」・「壁」・「自分」や「友達」・「話す」や「音楽」・「聞く」などが主な共起関係にあった。女性の対処行動では、「泣く」・「音楽」・「聞く」や「寝る」・「親」・「話す」や「友達」・「相談」などが主な共起関係にあった。

3-2) 特徴語の抽出

怒り喚起イベント、対処行動における男女それぞれに示された特徴語および各性別とのJaccard係数



男性



女性

図1 怒り喚起イベントの共起ネットワーク

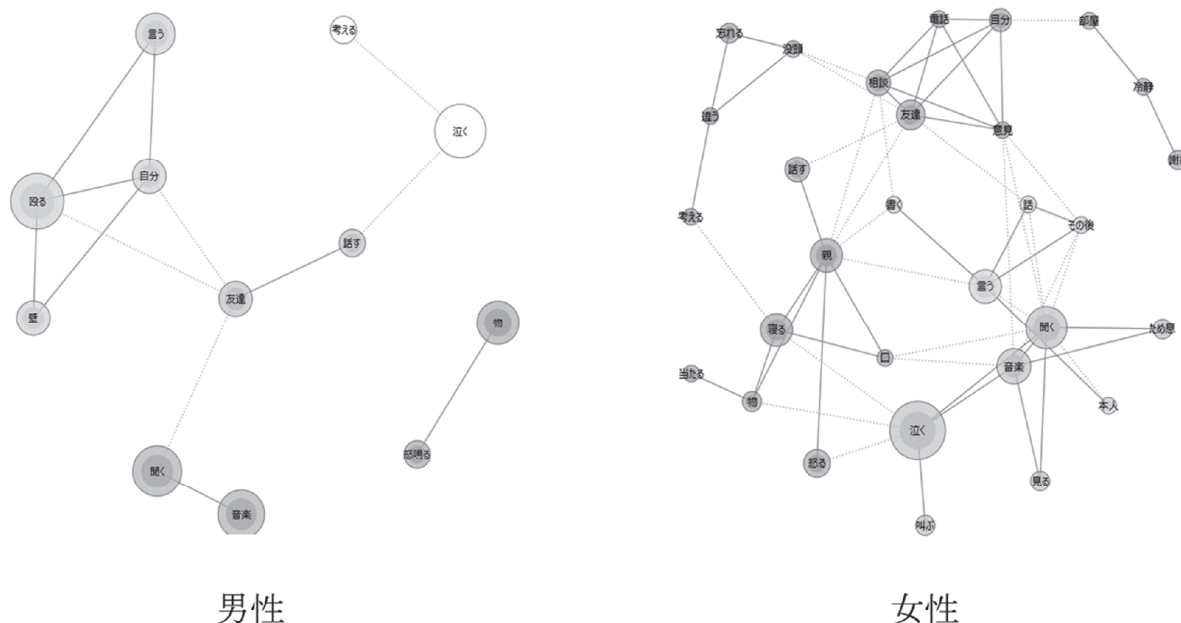


図2 対処行動の共起ネットワーク

を表1に示す。怒り喚起イベントにおいては、男性では「怒る」(Jaccard係数=0.191),「自分」(Jaccard係数=0.099),「人」(Jaccard係数=0.066)などが特徴語として挙げられ、女性では「親」(Jaccard係数=0.266),「ケンカ」(Jaccard係数=0.184),「友達」

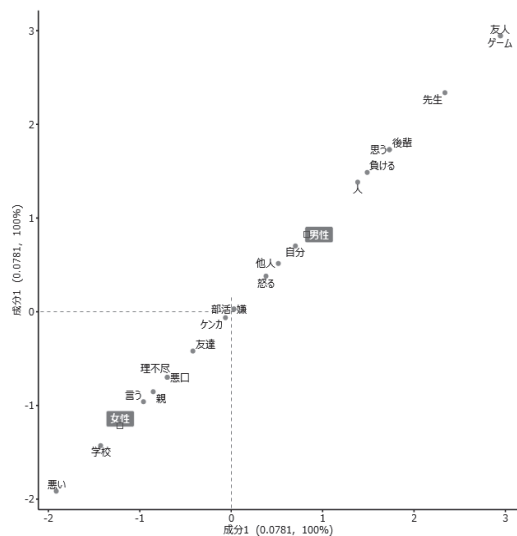
(Jaccard係数=0.181)などが特徴語として挙げられた。また、対処行動においては、男性では「ため息」(Jaccard係数=0.103),「殴る」(Jaccard係数=0.074),「物」(Jaccard係数=0.049)などが特徴語として挙げられ、女性では「泣く」(Jaccard係数=0.241),「聞く」(Jaccard係数=0.122),「音楽」(Jaccard係数=0.088)などが特徴語として挙げられた。

3-3) 対応分析

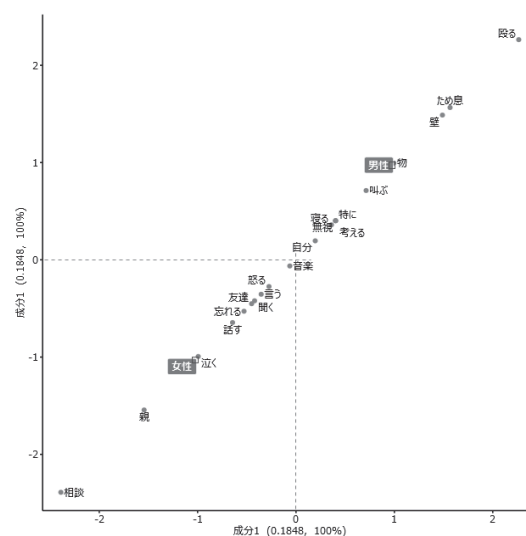
怒り喚起イベント、対処行動における男女での対応分析の結果を図3に示す。「男性」と「女性」を目的変数として分析した結果、1つの成分が抽出され、寄与率は100%であった。怒り喚起イベントにおける対応分析の結果では、男性では「自分」や「他人」、「怒る」、「負ける」、「人」、「後輩」、「思う」、「先生」、「友人」、「ゲーム」などが、女性では「学校」や「言う」、「親」、「悪口」、「理不尽」、「悪い」などが特徴的な語として示された。「部活」、「嫌」、「ケンカ」などは共通語として示された。また、対処行動における対応分析の結果では、「男性」と「女性」を目的変数として分析した結果、1つの成分が抽出され、寄与率は100%であった。対応分析の結果では、男性では「物」、「殴る」、「壁」、「ため息」、「叫ぶ」などが、女性では「親」、「相談」、「泣く」、「話す」などが特徴的な語として示された。「音楽」、「自

表1 怒り喚起イベントおよび対象行動における特徴語

男性		女性	
特徴語	Jaccard係数	特徴語	Jaccard係数
怒り喚起イベント			
怒る	0.191	親	0.266
自分	0.099	ケンカ	0.184
人	0.066	友達	0.181
先生	0.061	言う	0.103
ゲーム	0.031	理不尽	0.054
友人	0.031	悪い	0.046
後輩	0.03	意見	0.029
思う	0.03	行く	0.029
相手	0.024	学校	0.028
聞く	0.024	悪口	0.028
対処行動			
ため息	0.103	泣く	0.241
殴る	0.074	聞く	0.122
物	0.049	音楽	0.088
叫ぶ	0.036	親	0.085
壁	0.031	寝る	0.077
手	0.025	言う	0.072
怒鳴る	0.019	友達	0.064
落ち着く	0.018	怒る	0.055
頑張る	0.012	相談	0.048
軽い	0.012	話す	0.047



怒り喚起イベント



対処行動

※最小出現回数 5 回，最小出現文数 1 回

図 3 対応分析の結果

分]，「怒る」などは共通語として示された。

IV. 考 察

本研究においては高校生の怒り喚起イベント、対処行動の特性の男女差を検討した。その結果、双方とも怒り喚起イベントの対象は両親が多いが、特に女性の方が両親が怒り喚起イベントの対象となることが多く、その際の対処行動として、音楽を聞いたり、寝たりしている傾向にあった。また、対処行動においては女性に比べて男性の方が自傷、他害行動が生起されやすい傾向にあった。以下にそれぞれについて考察していく。

怒り喚起イベントにおける頻出語は「親」，「ケンカ」，「怒る」などであり，共起ネットワークにおいても男女とも「親」，「怒る」，「ケンカ」が共起関係となっていた。これは，本研究の対象者の怒り喚起イベントの対象の多くが両親であることを示している。思春期，青年期は心理的な離乳の時期とされ，その特徴として自分で意思決定したいという欲求は大人，特に親との間でコンフリクトを生じやすい²³⁾とされており，さらに親と離反

的な関係にある場合は，母親からの早期分離が認められ，否定的な感情，関わりへの不満が認められるとされている²⁴⁾。しかし，対応分析においては「親」は女性の特徴語として位置している。共起ネットワークを見ても，女性の方が「親」が大きく描画されている。このことから，特に女性の方が怒り喚起イベントの対象として「親」を挙げやすいことが分かる。藤田ら²⁴⁾は女性は高校時代に母からの分離と対等な関係構築が進むとしており，その過程として，母親から怒られたり，時として反発する過程を経ていく可能性を示唆している。さらに「友達」や「先生」なども親ほどではないが怒りを喚起する対象となることが示された。学校という固定されたコミュニティにいる場合，対人関係はある程度固定されることが予想される。その中で各人との円滑なコミュニケーションの構築スキルが対人ストレスの軽減には必要とされ则认为る。

対処行動における頻出語は「泣く」，「聞く」，「寝る」などであり，さらに共起ネットワークを見ると，「音楽」，「聞く」などは男女とも共起関係にあった。つまり，寝たり，音楽を聞いたりすることで怒り喚起場面での対処を図っている则认为る。怒りを

喚起するストレスへの対処スキルは問題焦点型と情動焦点型に分類され²⁵⁾、思いっきり泣いたり、音楽を聞いたりして情動的な発散を図ることでストレスの発散を行っていると考えられる。一方で「物」や「殴る」も男性の頻出語や男性の共起ネットワーク、対応分析の結果として挙げられており、怒り喚起イベントにより暴力行動が誘発されている可能性も示唆された。

男女の差について共起ネットワーク、特徴語、対応分析の結果より怒り喚起イベントにおいては、男性に特徴的な語として「自分」や「他人」、「怒る」、「負ける」、「ゲーム」などが、女性に特徴的な語として「学校」や「言う」、「親」などが挙げられた。また対処行動においては男性では「物」、「殴る」、「壁」、「ため息」などが、女性では「親」、「相談」、「泣く」、「話す」などが特徴語として挙げられた。特に壁を殴る、物に当たるなどは自傷行為として分類されている。法務省による平成29年度版犯罪白書によると非行少年率は女性と比較して男性で7倍以上となっており²⁶⁾、自傷や他傷行動については男性の方がより生じしやすい傾向にあると考える。つまり、女性は他者に相談するなどの援助行動を起こすことで怒り喚起イベントに対しての対処を図っており、男性は怒りを他者にぶつけたり、物への暴力行動や寝るという逃避行動にてストレスを対処していることが考えられた。

本研究の限界は、対象者が1高校のみであり、地域性の排除を行えていない点にある。また、1年生から3年生をまとめて分析しており、学年による変化が本研究の結果に影響を与えた可能性を否定できない。また、対象者の選定の際に選択バイアスが生じている可能性も考えられる。そのため今後、複数地域からデータを収集するとともに、学年ごとの分析を行い、より一般化可能な解析を行うとともに、学年間での相違点やその変化なども分析することが必要であると考えられる。

本研究により高校生の怒り喚起イベントやその際の対処行動についての特徴ならびに男女差が明らかとなった。その結果、女性と比較して男性の方が対処行動における自傷、他傷行動が生じされやすい

ことが明らかとなった。行動ストレスや怒りへの対処として渡邊ら²⁷⁾や石田ら²⁸⁾は教師サポートの内の道具的サポートや状況分析力、援護要請が対人ストレスおよび精神的健康を向上させるとしている。このことより、教師による道具サポートとして自傷、他傷行動ではない適切な対象行動の教育が期待される。また、このような背景を基に、本研究の成果である怒り喚起イベントや対処行動における男女差をも考慮した精神心理的な教育の導入が必要であり、そのためのシステムの構築が求められる。

謝 辞

本研究にご協力くださいました対象者の皆様、高校の教諭の方々、指導いただきました先生方に感謝申し上げます。なお、本研究は、JSPS科研費17K12579の助成を受け、まとめたものの一部である。

文 献

- 1) Blos, P: On adolescence, A psychoanalytic interpretation. New York: Free Press. 1962(野沢栄司 [訳]: 青年期の精神医学. 東京: 誠信書房. 1971)
- 2) Diclemente RJ, Santelli JS, Crosby RA. Adolescent health: Understanding and preventing risk behaviors, Jossey-Bass, San Francisco, 2009.
- 3) 広瀬仁郎, 思春期の怒りと正義感. 児童心理. 2002; 56: 76-80
- 4) Michiko Ishida, Ryosuke Dei, Hiroko Kunikata, Wataru Imura, Maki Watanabe, Kazuo Nakajima: Development of the Anger Coping Behaviors Style Scale for High School Students. *Kawasaki medical welfare journal* 23 (1): 1-9, 2017
- 5) 松本俊彦, 今村扶美, 思春期における故意に自分の健康を害する行動と消えたい体験および自殺念慮との関係. 精神医学. 2009; 51:

861-871

- 6) 厚生労働省「平成29年度自殺対策白書」[online][平成30年9月9日検索], <<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/17/index.html>>
- 7) 厚生労働省：自殺予防http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1302907.htm
- 8) 厚生労働省「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」[online][平成30年9月9日検索], <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/saimu/kondankai/dai01/siryou06_4.pdf Accessed>
- 9) 前橋恵子, 大学生の健康意識と生活習慣に関わる心理学的要因について－ストレスの情動反応と対象行動, 主観的健康統制感からの検討－. 弘前大学保健管理概要. 2009; 30: 14-21
- 10) 志渡晃一, 米田龍大, 諏訪達郎他, 保健医療福祉系大学に所属する学生の怒り喚起・持続傾向とその関連要因. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌. 2018; 14 (1): 51-57
- 11) 渡邊真紀, 石田実知子, 井村亘他, 高校生の精神的健康に対する教師サポートと対人ストレスおよび怒りへの対処行動の関連. 川崎医療福祉学会誌. 2018; 27 (2): 441-447
- 12) 井村亘, 石田実知子, 渡邊真紀他, 高校生の自傷行為に対するスキーマと対人ストレスの関連. 川崎医療福祉学会誌. 2018; 27 (2): 433-439
- 13) 吉原寛, 藤生英行, 高校生の主観的学校ストレス, ストレス反応, および友人関係の関連における性差の検討. 教育実践学論集. 2011; 12: 83-92
- 14) 田中生雅, 荒武幸代, 大西幸美他, 2016年度学生定期健康診断時のメンタルヘルス状況調査より学生への健康支援を考える. 愛知教育大学健康支援センター紀要. 2016; 15: 17-20
- 15) 井澤修平, 中村菜々子, 山田陽代他, ストレスの過小評価の信念を測定する尺度の作成. 心理学研究. 2013; 84 (1): 57-63
- 16) 畠山朋子, 佐々木久長, 米山奈奈子, 看護師の患者対応場面での怒り発生とその後の行動. 秋田大学保健学専攻紀要. 2016; 24 (1): 41-51
- 17) 高木廣文, 質的研究の結果の一般化の問題. 看護研究. 2009; 42 (6): 471-474
- 18) 樋口耕一, 社会調査のための計量テキスト分析－内容分析の継承と発展を目指して－. 京都府：ナカニシヤ出版. 2015
- 19) いとうたけひこ, テキストマイニングの看護研究における活用. 看護研究. 2013; 46 (5): 475-484
- 20) 佐々木靖弘, 佐藤理史, 宇津呂武仁, 関連用語収集問題とその解法. 自然言語処理. 2006; 13 (3): 150-175
- 21) 榊剛史, 松尾豊, 内村幸樹他, Web上の情報を用いた関連語のシソーラス構築について. 自然言語処理. 2007; 14 (2): 3-31
- 22) 廣野元久, 林俊克, JMPによる多変量データ活用術2訂版. 東京：海文堂出版. 2008
- 23) 平石賢二, 青年期の親子間コミュニケーション. 京都府：ナカニシヤ出版. 2007
- 24) 藤田ミナ, 岡本祐子, 青年後期における娘の捉える母親との関係性. 広島大学心理学研究. 2010; 10: 201-216
- 25) Folkman.S, Lazarus.RS: An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior 21: 219-239, 1980
- 26) 法務省「平成29年度犯罪白書」[online][平成30年9月14日検索], <http://www.moj.go.jp/housouken/housou_hakusho2.html>
- 27) 渡邊真紀, 石田実知子, 井村亘他, 高校生の精神的健康に対する教師サポートと対人ストレスおよび怒りへの対処行動の関連. 川崎医療福祉学会誌. 2018; 27 (2): 441-447
- 28) 石田実知子, 井村亘, 渡邊真紀, 高校生の精神的健康に対する学生生活関連ストレスと対処行動との関連. 学校封建研究. 2017; 59 (3): 164-171

(受付 2018.10.30: 受理 2019.12.13)

Gender differences in anger-evoking events and the coping behaviors among Japanese high school students

Yasuhiro Koike¹⁾, Michiko Ishida²⁾, Wataru Imura³⁾, Maki Watanabe³⁾

Abstract

Purpose : Recently, the mental health care of students has been attracting increasing attention. The purpose of this study was to examine the trends and gender differences in anger-evoking events and coping behaviors for use in mental health interventions.

Method : The participants were 311 students from their first to their third year of high school. We administered free description questionnaires asking them to report anger-evoking events and actions. We analyzed 266 responses with no missing value. Then, using text mining, we determined the most frequent words for anger-evoking events and actions, drawing the co-occurrence network, as well as the words that are characteristic of male and female students.

Result : The most frequent words for anger-evoking events were “parents,” “quarrel,” and “get angry,” while the most frequent words for anger-evoking actions were “cry,” “listen,” and “sleep.” The results of co-occurrence network, “parents,” “anger,” co-occurred in anger-evoking events of male. In anger-evoking events of female, “parents,” “anger,” co-occurred. In coping behaviors of male, “hit,” “wall,” co-occurred. In coping behaviors of female, “cry,” “music,” “listen,” co-occurred. Moreover, for anger-evoking events, the characteristic words of male students were “get angry,” “myself,” and “person,” while those of female students were “parents,” “quarrel,” and “friends.” For anger-evoking actions, the characteristic words of male students were “sigh,” “hit,” and “things,” while those of female students were “cry,” “listen,” and “music.”

Discussion : As a result of this study, it was clarified that the subjects of anger-evoking events in high school students were mainly parents and friends for both male and female. For coping behaviors, sex difference was suggested; self-injurious behaviors such as “hitting a wall” were induced for male, while emotional coping behaviors such as “cry” and “listen to music” for female.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 129 – 137】

Key words : anger-evoking event, gender difference, text mining

1) Department of Rehabilitation Faculty of Health Science and Technology Kawasaki University of Medical Welfare

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

3) Department of Occupational Therapy, Tamano Institute of Health and Human Services

原著論文

ICU看護師の家族援助実践尺度の開発

西村夏代¹⁾, 山口三重子²⁾

要旨

背景・目的：集中治療室（Intensive Care Unit：以下ICU）入室患者の家族援助はICU看護師の重要な役割の一つであり、家族援助の質の改善のため、その援助内容を自己評価できる尺度の開発が求められている。そこで本研究は、ICU看護師の「家族援助実践尺度」を開発し、その信頼性と妥当性を統計学的に検討することを目的とした。

方法：調査対象は国内の病院のICUに勤務している看護師で、調査項目に欠損値を有さない311名を分析対象とした。調査内容は看護師の基本属性、看護師の家族援助実践とワーク・モチベーションに関する質問項目等で構成した。「家族援助実践尺度」の因子構造モデルは、第一次因子を「情緒的援助」「情報提供援助」「環境調整援助」「評価的援助」の4因子、第二次因子を「家族援助行動」とした4因子二次因子モデルを仮定し、そのデータへの適合性を確認的因子分析により検討した。また、理論的背景から家族援助実践との関連が予測されるワーク・モチベーションを外的変数とした因果関係モデルを設定し、そのデータへの適合性を検討した。

結果：本尺度の適合度指標はCFI=0.961, RMSEA=0.066, ω 係数は0.921であり、ワーク・モチベーションと家族援助実践との因果関係モデルのデータへの適合度はCFI=0.958, RMSEA=0.043と、いずれも統計学的許容水準を満たした。

考察：ICU看護師の「家族援助実践尺度」の信頼性及び構成概念妥当性は支持された。本尺度はICU看護師の家族援助実践を自己評価できる質問項目で構成されており、臨床において活用が期待される。

【社会医学研究2020；37（2）：138－149】

キーワード：家族援助実践尺度，ICU看護師，ワーク・モチベーション，構造方程式モデリング

I. 緒 言

ICU入室患者の家族は強い急性ストレスを体験し、種々のニーズを持っており¹⁻⁴⁾、近年、多職種

チームによる家族支援介入が体系化され^{5,6)}、急性期領域におけるチーム医療による患者・家族中心のケアシステムの構築が進んでいる。また厚生労働省は2018年に、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン⁷⁾」において、本人の意思確認ができない場合で、家族等が本人の意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重し、意思が推定できない場合には、本人にとって何が最善であるのかについて、家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとる

1) 関西福祉大学看護学部

2) 姫路大学看護学部

連絡先：西村夏代

住所：〒678-0255

兵庫県赤穂市新田380-3

関西福祉大学看護学部

E-mail：nishimura@kusw.ac.jp

よう述べている。しかしながら、危機的な状況下でストレスを感じているICU入室患者の家族（以下ICU家族）が、適切な意思決定のプロセスをたどることは難しく⁶⁾、先行研究においても患者入室時の家族のストレスは意思決定の質に影響を及ぼすことが示唆されている^{8,9)}。ICU看護師は、このような危機的な状況下で意思決定を行う家族を援助する立場にある¹⁻⁴⁾が、筆者による研究¹⁰⁾からもICUの看護師が家族に対して行っている家族援助の可視化が難しく、具体的な援助実践を振り返り、看護師間で共有することが難しいと推察される。そこでICU家族のストレス緩和につながる家族援助の実践内容を明確にし、看護師が自己評価できる指標が求められている。そのような尺度を開発し、ICU看護師が自らの援助内容を振り返るツールとして使用できれば、家族援助の改善に寄与することが期待できる。

ストレスを緩衝させる重要な概念の1つに、House (1981) のソーシャル・サポート理論¹¹⁾がある。ソーシャル・サポートは心理的ストレスの緩衝、軽減により個人が健康に向かうことを助ける働きがあるといわれ、主に社会福祉^{12,13)}や産業保健^{14,15)}の分野において研究がなされている。最近では、生理学的実験研究においてもストレス緩和に対するソーシャル・サポートの有用性が示唆されている¹⁶⁻¹⁸⁾。すなわち、ストレス下にあるICU家族をサポートするICU看護師の家族援助実践の構成概念を考える上で、ストレス緩衝の有用性が示唆されているソーシャル・サポート理論を援用し、家族援助の実践内容を具体的に評価できるツールを開発することは、家族援助の質の保証にも貢献できると考える。

ICU看護師の家族援助実践を測定する類似した概念に関する既存の研究を概観すると、代理意思決定支援実践尺度¹⁹⁾やIntensive Care Unit 版 Quality of Dying and Death (以下ICU-QODD) 看護師評価用日本語版²⁰⁾、家族中心ケア (Family-Centered Care; 以下FCC) 実践尺度²¹⁾、Frommeltのターミナルケア態度尺度日本語版 (Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale; 以下FATCOD-

B-J)²²⁾などの尺度がある。代理意思決定支援実践尺度は、意思決定を支える項目のみで構成されており、ICU-QODD看護師評価用日本語版は、日本のICUでの看取りの質の指標としては内容の不足が課題として挙げられている。また、家族中心ケア実践尺度はNICUにおける実践内容が主であり、FATCOD-B-Jは個人がターミナルケアに対してもつ考え (認識) や感情を測定する尺度である。ICU患者家族に対して看護師が実践している家族援助実践行動を測定する必要があることを鑑みると、これら既存の尺度での評価は難しいと考えられる。

そこで本研究では、ICUの看護師が家族に対して行っている家族援助実践を可視化し、看護師自身の振り返りの評価として使用できるICU看護師の「家族援助実践尺度」を新たに開発し、その構成概念妥当性と信頼性について、構造方程式モデリングを用いて実証的に検証することを目的とした。

Ⅱ. 方 法

1. 対象者及び調査方法

調査対象として、2015年8月時点で日本集中治療医学会の研修医研修認定施設に登録されているICUを有する病院から、無作為に抽出した100施設のICU勤務看護師1000名を対象とした。調査方法は、郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。

構造方程式モデリングを利用する上で必要となるサンプルサイズは、家族援助実践尺度の質問項目24項目、ワーク・モチベーション測定尺度の質問項目12項目の合計36項目であることを考慮すれば、最低限300名程度が必要であり^{23,24)}、郵送調査の回収率を3割程度と見込み、1000名に配付した。

予め病院の施設長または看護部長宛に研究の同意を得たうえで、各部署の看護部長が任意に調査参加者を選び、質問紙の配付を行った。調査期間は2015年8月から同年11月であった。

2. 調査内容

調査内容は、看護師の基本属性 (性別、年齢、所属施設の病床数、最終教育課程、臨床経験期間、

ICU経験年数)と,「患者・家族に関するカンファレンスの実施の有無」,「家族参加型カンファレンスの実施の有無」を問う質問,ICU看護師のワーク・モチベーションおよび家族援助実践に関する質問項目で構成した。

本研究では,McClelland (1987) の動機理論²⁵⁾を理論的背景とし,「家族援助実践尺度」の外的側面から見た構成概念妥当性を検討するために,先行研究²⁶⁾で看護師の職務態度と関連性が示された「ワーク・モチベーション」を外的変数として配置した。ICU看護師のワーク・モチベーションの測定には,筆者らにより開発され,構成概念妥当性及び信頼性が確認されている「看護師のワーク・モチベーション測定尺度²⁷⁾」を用いた。この尺度は,McClelland (1987) の動機理論^{25,28)}と,コンピテンシー・モデル²⁹⁾の概念枠組みを基礎に,4因子「チーム協調への関心」,「患者支援への関心」,「キャリア向上への関心」,「リスク回避への関心」で構成されている。チーム協調への関心は「スタッフとの調和を保つこと」など3項目,患者支援への関心は「患者や家族の力を信じること」など3項目,キャリア向上への関心は「看護師として業績を残すこと」など3項目,リスク回避への関心は「適切に感染予防対策を実施すること」など3項目の12項目で構成されている。各項目に対する回答の得点化は,関心の程度について「0点:全く関心がない」,「1点:あまり関心がない」,「2点:関心がある」,「3点:とても関心がある」の4件法で求め,得点が高いほど看護師のワーク・モチベーションが高いことを意味するよう設定されている。

ICU看護師の家族援助実践に関する尺度の開発では,家族援助実践の概念にHouse (1981) のソーシャル・サポート理論¹¹⁾を援用し,ICU家族を「サポートを受ける人」,看護師を「サポートの提供主体」と捉え,尺度の構成概念,下位概念について検討した。ICU看護師の家族援助実践の定義を「ICUにおいて,看護師がICU家族に対して実践している援助で終末期ケアを含む」とし,ソーシャル・サポートの4領域「情緒的サポート」,「情報的サポート」,「手段的サポート」,「評価的サポート」を参

考に,以下4因子「情緒的援助」,「情報提供援助」,「環境調整援助」,「評価的援助」で下位因子を構成した。ソーシャル・サポートの「手段的サポート」は現物援助,お金,労働,時間,環境を変更する¹¹⁾,といった内容を指すが,この内容のうち看護師が実践可能な援助を考えると,主に面会時の環境調整であると考えられるため,下位因子を「環境調整援助」と命名した。各下位概念の質問項目については,「ICU看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助」を質的に内容分析した先行研究¹⁰⁾を参考に,4つの下位因子の定義に基づき質問項目を作成した。具体的な尺度の質問項目については,情緒的援助は「私は,家族が動揺している様子があれば側に寄り添うようにしている」など5項目,情報提供援助は「私は,家族に患者の状態の悪化を示す徴候を伝えている」など8項目,環境調整援助は「私は,家族が落ち着いて過ごせるよう環境を調整している」など7項目,評価的援助は「私は,家族が気付いた患者の変化を肯定している」など4項目とし,4因子24項目で構成した。これら4因子を一次因子,ICU看護師の「家族援助実践」を二次因子とする4因子二次因子モデルを設定した。回答は,各質問項目に対する実践の程度について「0点:全くあてはまらない」,「1点:あまりあてはまらない」,「2点:あてはまる」,「3点:とてもあてはまる」の4件法で求め,得点が高いほど家族援助行動を実践していることを意味するように設定した。

3. 統計解析

本研究では「家族援助実践尺度」を開発し,尺度の妥当性と信頼性を検討した。

まず,尺度の内容的妥当性の確保のため,尺度項目の抽出はICU看護師を対象とした家族援助に関する先行研究¹⁰⁾の質的帰納的研究の成果を項目プールとし利用した。項目選定の過程は専門家会議を経て行ったが,あくまで筆者らの主観的な方法であるとも言えるため,後述する構成概念妥当性とも関連付け,因子構造について検討するのが望ましいと考えた。

構成概念妥当性については、その構造的側面と外的側面から検証した³⁰⁾。構造的側面から見た構成概念妥当性とは、尺度得点の内的構造が構成概念の下位領域や次元性などの理論的構造に一致していることを示す証拠であり³¹⁾、本研究では、House (1981) のソーシャル・サポート理論¹¹⁾ の4領域を根拠とし、「情緒的援助」、「情報提供援助」、「環境調整援助」、「評価的援助」を第一次因子、ICU看護師の「家族援助行動」を第二次因子とする因子構造モデルを構築し、構造的側面から見た構成概念妥当性を確認的因子分析で検討した。

外的側面から見た構成概念妥当性とは、他の変数との間に理論上想定される相関パターンが実際にも示されるという証拠であり³¹⁾、本研究では、McClelland (1987) の動機理論²⁵⁾ の定義「動機は、自然誘因に基づいた目標状態に対する関心であり、行動を活気づけ、志向し、選択するものである²⁸⁾」を参考とし、「動機」すなわち「看護師のワーク・モチベーション」を外的変数として配置した。仮説モデルは「ICU看護師のワーク・モチベーションは家族援助実践に影響する」とし、ICU看護師のワーク・モチベーションを独立変数、家族援助実践を従属変数、基本属性を統制変数とする因果関係モデルを仮定し、構成概念妥当性の外的な側面から、データに対する適合性と変数間の関連性を構造方程式モデリングで検討した。

信頼性については、尺度項目抽出の際、ICU看護師を対象とした家族援助に関する先行研究¹⁰⁾ の質的帰納的研究の成果を項目プールとし利用し、専門家会議で質問項目の精練を行うことで信頼性の確保に努めた。さらに、内的整合性の観点から、McDonaldの ω 係数³²⁾ で検討した。

統制変数の選定については、先行研究³³⁾ と筆者らの経験知から、家族援助実践に関連があると考えられる「性別」、「年齢」、「所属施設の病床数」、「最終教育課程」、「臨床経験期間」、「ICU経験年数」と、「患者・家族に関するカンファレンスの実施の有無」、「家族参加型カンファレンスの実施の有無」を使用し、分析を行った。

本研究では最終的に、回収された365名分（回収

率36.5%）のデータのうち、すべての調査項目に欠損値を有さない311名分のデータを分析対象とした。また、順序尺度でカテゴリカルデータを使用するため、因果関係モデルならびに因子構造モデルのデータに対する適合性の判定には、適合度指標であるComparative Fit Index (CFI) とRoot Mean Squares Error of Approximation (RMSEA) を採用し、パラメータの推定には重み付け最小二乗法の拡張法 (WLSMV) を用いた。一般的に、CFIは0.90以上³⁴⁾、RMSEAは0.08以下³⁵⁾ であることが統計学的な許容範囲となっている。変数間の関連性については5%有意水準とした。

統計解析には、「IBM SPSS Statistics 22」及び「Mplus 7.3」を使用した。

4. 倫理的配慮

本調査は、関西福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：27-0783）。

病院の施設長または看護部長から予め研究の同意を得たうえで質問紙の配付を依頼した。また、プライバシーへの配慮のため、看護師個人の特定ができないよう個別に返送用の封筒を用いて投函する方法を用いた。選出された看護師個人宛ての依頼書においては、各自の自由意思に基づき調査の参加の可否が選択できることを明記し、質問紙の投函をもって同意が得られたこととした。研究の趣旨を明記し、研究協力は自由意思であること、協力しない場合も何ら不利益を被ら無いこと等を文書で説明した。

Ⅲ. 結 果

1. 分析対象者の基本的属性

分析対象者の基本属性の分布は、表1に示した。

分析対象とした看護師311名の内訳は、男性40名（12.9%）、女性271名（87.1%）であり、平均年齢（±標準偏差）は34.95（±7.22）歳であった。所属施設の病床数は、「100床以上200床未満」が7名（2.3%）、「200床以上500床未満」が119名（38.3%）、「500床以上」が185名（59.5%）であった。平均ICU経験

表1 分析対象者の基本的属性およびカンファレンスの状況 (n=311)

		単位：人 (%)
性別		
男性		40 (12.9)
女性		271 (87.1)
年齢		
平均±SD (範囲)		34.95±7.22歳 (23-59)
30歳未満		83 (26.7)
30～39歳		146 (47.0)
40～49歳		69 (22.2)
50～59歳		13 (4.1)
付属施設の病床数		
100床以上200床未満		7 (2.3)
200床以上500床未満		119 (38.3)
500床以上		185 (59.5)
ICU経験年数		
平均±SD (範囲)		5.40±4.28年 (0-23)
6年未満		190 (61.1)
6～10年		85 (27.3)
11～15年		26 (8.4)
16年以上		10 (3.2)
臨床経験年数		
平均±SD (範囲)		12.60±7.52年 (0-47)
最終教育課程		
専門学校		215 (69.1)
短期大学		29 (9.3)
大学		57 (18.3)
大学院 (修士：前期課程)		10 (3.2)
患者・家族に関するカンファレンスの実施の有無		
あり		250 (80.4)
なし		61 (19.6)
家族参加型カンファレンスの実施の有無		
あり		32 (10.3)
なし		279 (89.7)

年数 (±標準偏差) は5.40±4.28年, 平均臨床経験年数 (±標準偏差) は12.60±7.52年であった。最終教育課程は「専門学校」が最も多く215名 (69.1%), 次いで「大学」57名 (18.3%), 「短期大学」29名 (9.3%), 「大学院 (修士：前期課程)」10名 (3.2%) であった。患者・家族に関するカンファレンスの実施の有無は「あり」が250名 (80.4%), 「なし」が61名 (19.6%) であった。家族参加型カンファレンスの実施の有無は「あり」が32名 (10.3%), 「なし」が279名 (89.7%) であった。

2. ICU看護師における「家族援助実践尺度」の構成概念妥当性と信頼性の検討

ICU看護師における家族援助実践に関する回答分布を表2に示した。家族援助実践として、「あて

はまる／とてもあてはまる」の回答を合わせると、最もその割合が大きい項目は、下位因子である「情報提供援助」に属する項目「t7 私は、家族に自分が説明してもよい範囲で、現在の治療、処置、ケアに関する説明をしている」(あてはまる66.9%／とてもあてはまる30.9%) の97.8%であり、次いで、「環境調整援助」の「t16 私は、家族が患者の体に触れることができるように病床環境を整えている」(あてはまる57.6%／とてもあてはまる39.9%) の97.5%, 「情緒的援助」の「t5 私は、家族に看護師にいつでも、何でも相談してよいことを伝えている」(あてはまる52.4%／とてもあてはまる45.0%) の97.4%であった。最も割合の小さい項目は「情報提供援助」の「t8 私は、家族に処置やケアを見学できる時は伝えている」(あてはまる45.7%／とてもあてはまる16.4%) 62.1%であった (表2)。

ICU看護師の家族援助実践尺度の構成概念妥当性について図1に示した。4因子二次因子モデルを設定し、確認的因子分析を行った結果、適合度指標は、CFI=0.961, RMSEA=0.066であった。尺度の ω 係数は0.921であった。変数間の関連性に着目すると、因子構造モデルにおいて仮定した関連性は、すべて統計学的に有意な関連性を示していた。パス係数に着目すると第二次因子から第一次因子に対する値は、0.835-0.954の範囲にあった。第一次因子である「情緒的援助」から観測変数へのパス係数は0.659-0.830, 「情報提供援助」からは0.504-0.886, 「環境調整援助」からは0.652-0.762, 「評価的援助」からは0.774-0.877の範囲にあった (図1)。

3. ICU看護師における「ワーク・モチベーション測定尺度」の構成概念妥当性と信頼性の検討

本研究で使用した「看護師のワーク・モチベーション測定尺度」は一般病棟の看護師を対象に開発された尺度であり²⁷⁾、本研究対象者であるICU看護師とは母集団が異なるため、その妥当性と信頼性を確認する必要がある。そのため、ICU看護師のワーク・モチベーションと家族援助実践の因果関係モデルの分析に先立ち、「看護師のワーク・モチベーション測定尺度」の構成概念妥当性を確認

表2 ICU看護師の「家族援助実践」と「ワーク・モチベーション」に関する回答分布

ICU看護師の「家族援助実践」に関する回答分布 (n=311)

単位：人(%)

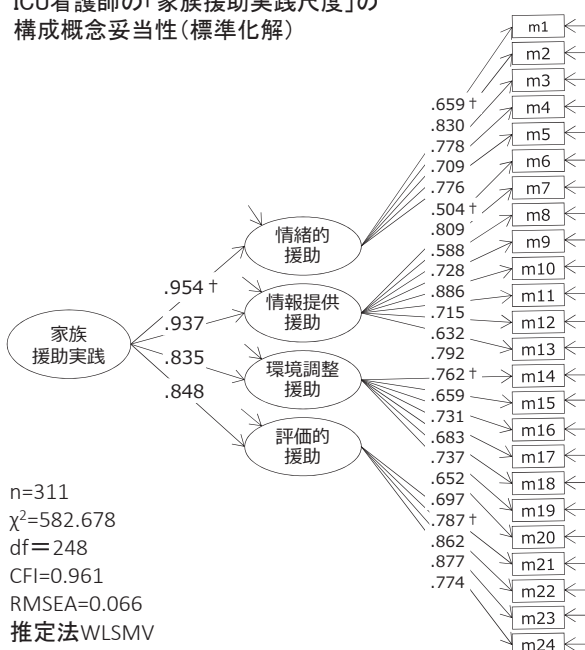
質問項目	選択肢n(%)			
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	あてはまる	とてもあてはまる
情緒的援助				
t1 私は、家族が面会を拒否する場合は、無理強いせず状況を見守るようにしている	1 (0.3)	9 (2.9)	192 (61.7)	109 (35.0)
t2 私は、家族が動揺している様子があれば側に寄り添うようにしている	0 (0.0)	17 (5.5)	216 (69.5)	78 (25.1)
t3 私は、家族の怒りや叱責などの言動があれば、まず思いを聴くようにしている	0 (0.0)	18 (5.8)	228 (73.3)	65 (20.9)
t4 私は、家族が患者の死を受け入れがたい気持ちを認めるようにしている	0 (0.0)	190 (6.1)	230 (74.0)	62 (19.9)
t5 私は、家族に看護師にいつでも、何でも相談してよいことを伝えている	1 (0.3)	7 (2.3)	163 (52.4)	140 (45.0)
情報提供援助				
t6 私は、家族に患者の状態の悪化を示す徴候を伝えている	6 (1.9)	88 (28.3)	175 (56.3)	42 (13.5)
t7 私は、家族に自分が説明してもよい範囲で、現在の治療、処置、ケアに関する説明している	0 (0.0)	7 (2.3)	208 (66.9)	96 (30.9)
t8 私は、家族に処置やケアを見学できる時は伝えている	18 (5.8)	100 (32.2)	142 (45.7)	51 (16.4)
t9 私は、家族が休息するタイミングや控え室の場所を伝えている	0 (0.0)	13 (4.2)	205 (65.9)	93 (29.9)
t10 私は、家族が現状を理解できるように状況の説明をしている	1 (0.3)	13 (4.2)	222 (71.4)	75 (24.1)
t11 私は、今後の見通しや治療方針など、必要時は医師に家族への説明を依頼するようにしている	0 (0.0)	17 (5.5)	194 (62.4)	100 (32.2)
t12 私は、患者の代理意思決定者を確認して話をしている	10 (3.2)	64 (20.6)	185 (59.5)	52 (16.7)
t13 私は、家族が不明な点、疑問点はないか確認している	0 (0.0)	12 (3.9)	187 (60.1)	112 (36.0)
環境調整援助				
t14 私は、家族が落ち着いて過ごせるように環境を調整している	1 (0.3)	17 (5.5)	202 (65.0)	91 (29.3)
t15 私は、家族が患者の為に実施できるケアを提案している	6 (1.9)	81 (26.0)	168 (54.0)	56 (18.0)
t16 私は、家族が患者の体に触れることができるように病床環境を整えている	0 (0.0)	8 (2.6)	179 (57.6)	124 (39.9)
t17 私は、患者・家族の思いをケアに取り入れたケアを工夫している	1 (0.3)	62 (19.9)	208 (66.9)	40 (12.9)
t18 私は、患者が安楽な様子であるように工夫している	1 (0.3)	15 (4.8)	213 (68.5)	82 (26.4)
t19 私は、家族のプライバシーが守られるよう配慮している	1 (0.3)	29 (9.3)	203 (65.3)	78 (25.1)
t20 私は、最期まで患者の尊厳に配慮し外観を整えている	0 (0.0)	15 (4.8)	213 (68.5)	83 (26.7)
評価的援助				
t21 私は、家族が気付いた患者の変化を肯定している	1 (0.3)	28 (9.0)	222 (71.4)	60 (19.3)
t22 私は、家族から患者に対するケアなどの提案があれば、意向を取り入れるようにしている	2 (0.6)	19 (6.1)	209 (67.2)	81 (26.0)
t23 私は、家族が患者の為にを行ったケアについて支持している	3 (1.0)	28 (9.0)	219 (70.4)	61 (19.6)
t24 私は、家族が自ら問題解決しようとする意欲を認め、支えている	7 (2.3)	71 (22.8)	193 (62.1)	40 (12.9)

ICU看護師の「ワーク・モチベーション」に関する回答分布 (n=311)

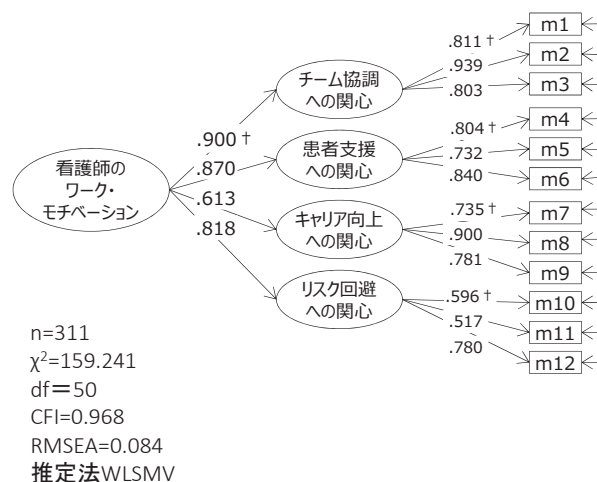
単位：人(%)

質問項目	選択肢			
	全く関心がない	あまり関心がない	関心がある	とても関心がある
チーム協調への関心				
m1 スタッフとの調和を保つこと	0 (0.0)	8 (2.6)	185 (59.5)	118 (37.9)
m2 スタッフ同士で話をする時間をもつこと	1 (0.3)	12 (3.9)	200 (64.3)	98 (31.5)
m3 他職種と連携をとること	0 (0.0)	8 (2.6)	183 (58.8)	120 (38.6)
患者支援への関心				
m4 患者や家族の力を信じること	0 (0.0)	31 (10.0)	217 (69.8)	63 (20.3)
m5 患者や家族の個別的なニーズに柔軟に応えること	0 (0.0)	11 (3.5)	214 (68.8)	86 (27.7)
m6 よりよいケアを工夫すること	0 (0.0)	5 (1.6)	174 (55.9)	132 (42.4)
キャリア向上への関心				
m7 看護師として業績を残すこと	26 (8.4)	185 (59.5)	77 (24.8)	23 (7.4)
m8 リーダーシップを取ること	14 (4.5)	125 (40.2)	137 (44.1)	35 (11.3)
m9 看護師としての将来の目標を達成すること	11 (3.5)	125 (40.2)	138 (44.4)	37 (11.9)
リスク回避への関心				
m10 適切に感染予防対策を実施すること	3 (1.0)	23 (7.4)	234 (75.2)	51 (16.4)
m11 業務で生じるストレスに対処すること	3 (1.0)	50 (16.1)	196 (63.0)	62 (19.9)
m12 確実にリスクを回避すること	1 (0.3)	8 (2.6)	191 (61.4)	111 (35.7)

ICU看護師の「家族援助実践尺度」の構成概念妥当性(標準化解)



ICU看護師の「ワーク・モチベーション測定尺度」の構成概念妥当性(標準化解)



注1: 図中のパス上の数値は、標準化推定値である。 注2: モデル識別のために制約を加えたパスには†(短剣符)を付した。
注3: 図の煩雑化を避けるため、誤差変数は省略した。

図1 ICU看護師の「家族援助実践尺度」と「ワーク・モチベーション測定尺度」の構成概念妥当性(標準化解)

的因子分析により検討した。ICU看護師のワーク・モチベーションに関する回答分布を表2に示した。ワーク・モチベーションの関心の程度は、「関心がある／とても関心がある」の回答者数を合わせると、最もその割合が大きい項目は、下位因子である「患者支援への関心」に属する項目「m6 よりよいケアを工夫すること」(関心がある55.9%／とても関心がある42.4%) 98.3%であり、次いで、「チーム協調への関心」の「m1 スタッフとの調和を保つこと」(関心がある59.5%／とても関心がある37.9%)と「m3 多職種と連携を取ること」(関心がある58.8%／とても関心がある38.6%)が97.4%であった。最も割合の小さい項目は、「キャリア向上への関心」の「m7 看護師として業績を残すこと」(関心がある24.8%／とても関心がある7.4%) 32.2%であった。

ICU看護師のワーク・モチベーション測定尺度の構成概念妥当性について図1に示した。ワーク・モチベーションについて4因子二次因子モデルを設定し、確認的因子分析を行った結果、適合度指標はCFI=0.968, RMSEA=0.084であった。尺度の

ω 係数は0.838であった。変数間の関連性に注目すると、因子構造モデルにおいて仮定した関連性は全て統計学的に有意な関連性を示していた(図1)。

4. ICU看護師のワーク・モチベーションと家族援助実践の因果関係モデルの検討と統制変数の影響

ICU看護師のワーク・モチベーションと家族援助実践の関連について図2に示した。看護師のワーク・モチベーションを独立変数、家族援助実践を従属変数、基本属性を統制変数とする因果関係モデルを構築し、モデルのデータに対する適合性を確認したところ、分析モデルのデータへの適合度はCFI=0.958, RMSEA=0.043であった(図2)。看護師のワーク・モチベーションと家族援助実践の間に統計学的に有意な正の関連性(パス係数: 0.669)が認められた。

他方、統制変数と、看護師のワーク・モチベーションおよび家族援助実践との関連性に注目すると、「患者・家族に関するカンファレンスの実施の有無」とワーク・モチベーションの間に統計学的

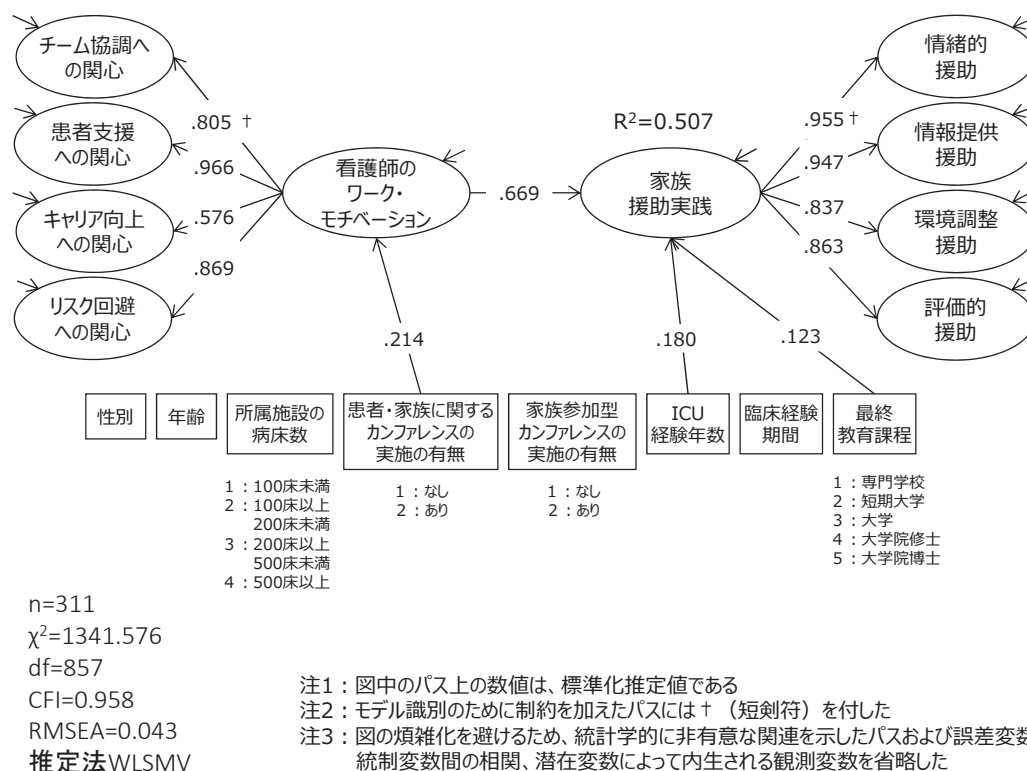


図2 ICU看護師のワーク・モチベーションと家族援助行動の関連（標準化解）

にわずかに有意な正の関連性が認められた（パス係数：0.214）。すなわち、患者・家族に関するカンファレンスを実施しているの方が、ワーク・モチベーションの得点が高かった。また、「ICU経験年数」と家族援助実践の間（パス係数：0.180）に、「最終教育課程」と家族援助実践の間（パス係数：0.123）に、いずれも統計学的にわずかに有意な正の関連性が認められた。すなわちICU経験年数が長いの方が家族援助を実践しており、また、最終教育課程の学歴が高いの方が家族援助を実践しているという結果であった。しかし、その他の統制変数とワーク・モチベーション、ならびに家族援助実践には関連性が認められなかった（図2）。

なお、本分析モデルにおける看護師の家族援助実践に対する説明率は50.7%であった（図2）。

IV. 考 察

1. 家族援助実践尺度の構成概念妥当性と信頼性

構成概念妥当性については、その構造的側面と外的側面から検証した。まず、構造的側面からみ

た構成概念妥当性については、「家族援助実践尺度」の因子構造モデルのデータへの適合性を確認的因子分析により検討したところ、その適合度は統計学的に許容範囲にあった。このことは、「家族援助実践尺度」の24項目4因子の構成概念妥当性が統計学的に支持されたことを意味している。他方この結果は、House（1981）のソーシャル・サポート理論¹¹⁾のソーシャル・サポートが4領域（情緒的サポート、情動的サポート、手段的サポート、評価的サポート）で構成されていることを支持するものと言える。

次に、家族援助実践尺度の外的側面からみた構成概念妥当性について検討した。ICU看護師のワーク・モチベーションが家族援助実践に影響を与えるという因果関係モデルの分析に先立ち、「看護師のワーク・モチベーション測定尺度」の構成概念妥当性を確認的因子分析により検討した結果、概ね良好な適合度が得られた。このことは、構造的側面から見た構成概念妥当性が支持されたといえ、ICUという特殊性を持った領域で働く看護師に対しても「看護師のワーク・モチベーション測定尺度」

が使用できると考えられた。また、 ω 係数は0.838であったことより、内的整合性があり信頼性の高い尺度であると考えられた。

次いで「ICU看護師のワーク・モチベーションは家族援助実践に影響する」と仮定した因果関係モデルを構造方程式モデリングで検討した結果、モデルがデータに適合することが統計学的に支持され、因果関係を検証することができた。すなわち、「家族援助実践尺度」の外的側面から見た構成概念妥当性が統計学的に支持されたことを意味する。

本研究で尺度の観測変数が順序尺度であることを鑑み、パラメータの推定に採用したWLSMVはデータの分布に合わせて標準誤差を補正する頑健性のある重み付け最小二乗法（WLS）であり、サンプルサイズや観測変数の数、潜在変数の正規性にかかわらず安定して正しい推定値を出力することが知られている³⁶⁾。そのため、「家族援助実践尺度」は、適切で精度の高い統計手法を用いて開発された尺度であると考えられた。また、 ω 係数は0.921であったことより、内的整合性があり信頼性の高い尺度であると考えられた。

以上の検証を経て「家族援助実践尺度」が開発されたことにより、ICU看護師の家族援助実践の内容が数値化されたと言え、臨床の場において自己評価の為のツールとして使用されることが期待される。また、ICU看護師の家族援助実践にワーク・モチベーションが影響を与えることが示されたが、看護師の職務態度の形成にワーク・モチベーションが大きな機能を果たすことが示唆された先行研究²⁶⁾と同様に、ICU看護師の家族援助実践においてもワーク・モチベーションが重要であることが示唆されたといえる。

2. 統制変数とICU看護師のワーク・モチベーション及び家族援助実践との関連

統制変数に設定した「患者・家族に関するカンファレンスの実施の有無」が、ワーク・モチベーションにわずかながら直接的に影響を与えていたことより、カンファレンスには、個人の体験をチームが共有し、チーム全体の技術水準を高め、協同学

習により新知識を習得するなどの目的がある³⁷⁾ことから、患者・家族に関するカンファレンスを通じ、新たな価値観に触れることで自己の関心領域が広がり、個人のモチベーションの向上につながった可能性が考えられる。また、「臨床経験期間」は家族援助実践に有意な関連は見られなかったが、「ICU経験年数」が家族援助実践に直接的に影響を与えていたことより、専門性の高い領域では、それまで働いていた他領域看護の経験が活かされにくい可能性が示唆されており³⁸⁾、本研究においても、看護師としての臨床経験よりもICUでの経験年数が家族援助実践に影響を及ぼすことが示唆された。「最終教育課程」も家族援助実践にわずかながら直接的に影響を与えており、一般病棟の看護師の職務態度にも若干影響を与えていたという先行研究²⁶⁾を鑑みると、最終教育課程に関する何らかの要素が家族援助実践に影響を与えているのではないかと推察されるが、未だその知見は十分とは言えず、今後の研究が望まれると考えられた。残る統制変数である、性別、年齢、臨床経験期間のパス係数が統計学的に棄却されたことを考慮すると、これらの要素にこだわることなく、家族援助実践の向上を促すための個人的・組織的要素を明らかにしていく研究が望まれると考えられた。

V. 結 論

本研究において、ICU看護師の「家族援助実践尺度」を開発し、その信頼性と妥当性を確認し、構造的側面と外的側面からみた構成概念妥当性が示された。すなわち、ICU看護師の家族援助実践を測定するための本尺度は、概念的次元性を備えた尺度であると言える。今後は、異なる母集団を対象に交差妥当性を確認するといった一般化可能性の側面から構成概念妥当性を検討するなど、尺度特性の検討を重ねていく必要があると考える。他方、看護師の自己評価ツールとしての使用や、家族援助実践に関連する要因の検討をすすめることが今後の課題である。

謝 辞

本研究は平成26年度～28年度科学研究費助成事業（課題番号:26861912）の助成を受けて実施した。本研究を行うにあたり，調査にご協力いただいた病院施設の関係者や看護師の皆様に心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) Beesley SJ, Hopkins RO, Holt-Lunstad J, et al. Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. *Critical Care Medicine* 2018;46:229-235.
- 2) Barth AA, Weigel BD, Dummer CD, et al. Stressors in the relatives of patients admitted to an intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2016;28:323-329.
- 3) Jacob M, Horton C, Rance-Ashley S, et al. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *American Journal of Critical Care* 2016;25:118-125.
- 4) Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, et al. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart & lung: the journal of critical care* 2014;43:406-415.
- 5) White DB, Angus DC, Shields AM, et al. A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *The New England Journal of Medicine* 2018;378:2365-2375.
- 6) Seaman JB, Arnold RM, Buddadhumaruk P, et al. Protocol and Fidelity Monitoring Plan for Four Supports. A Multicenter Trial of an Intervention to Support Surrogate Decision Makers in Intensive Care Units 2018;15:1083-1091.
- 7) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2019年9月30日アクセス)
- 8) Wemm SE, Wulfert E. Effects of Acute Stress on Decision Making. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 2017;42:1-12.
- 9) Starcke K, Brand M. Decision making under stress: a selective review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2012;36:1228-48.
- 10) 西村夏代, 掛橋千賀子, ICU看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助. *日本クリティカルケア看護学会誌*. 2012;8:29-39.
- 11) House JS. Work stress and social support. USA: Addison-Wesley Educational Publishers Inc, 1981:13-40.
- 12) 桐野匡史, 桑田菜摘, 出井涼介他, 在宅で高齢者を介護する家族のソーシャルサポートと介護負担感の関連性. *社会医学研究*. 2016;33:51-60.
- 13) 山埜ふみ恵, 草野恵美子, 吉田久美子, 地域在住高齢者のソーシャルサポートの授受に関する文献検討. *大阪医科大学看護研究雑誌*. 2016;6:94-103.
- 14) 森本浩志, 田上明日香, 松尾恵美他, 職場における知覚されたサポートとソーシャル・サポートの利用に対する否定的態度, ストレス反応の関連. *ストレス科学*. 2015;30:37-45.
- 15) 片倉和子, 栃本千鶴, 病院で働く女性看護職におけるメンタルヘルスとソーシャルサポートの関連. *中京学院大学看護学部紀要*. 2015;5:1-16.
- 16) Stephanie MS, Yen-Pi C, Karen L, et al. Social support, stress and the aging brain. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2015;11:1-9.
- 17) Emily DH, Peggy M, Zoccola, et al. Toward a Biology of Social Support. *The Oxford*

- Handbook of Positive Psychology, 3rd Edition
2018: 1-21.
- 18) Erica AH, Naomi IE. Unpacking the buffering effect of social support figures: Social support attenuates fear acquisition. PLOS ONE 2017;12:e0175891.
- 19) 下地智之, 豊里竹彦, 眞榮城千夏子他, 救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度の開発. 日本看護科学会誌. 2017;37:437-445.
- 20) 木下里美, 宮下光令, 佐藤一樹, Intensive Care Unit 版 Quality of Dying and Death (ICU-QODD) 看護師評価用日本語版の作成に関する研究. Palliative Care Research. 2018;13:121-28.
- 21) 浅井宏美, NICUにおける家族中心のケア (Family-Centered Care) 実践と病棟の組織風土との関連. 日本助産学会誌. 2017;31:100-110.
- 22) 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代他, Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討. がん看護. 2006;11:723-729.
- 23) 伊藤大幸編. 谷伊織, 平島太郎著. 村上隆, 行廣隆次監修. 心理学・社会科学研究のための構造方程式モデリング Mplusによる実践. 京都: ナカニシヤ出版. 2018:21-22.
- 24) 土屋政雄, 特集:「行動療法研究」における研究報告に関するガイドライン 尺度研究の必須事項. 行動療法研究. 2015;41:107-116.
- 25) McClelland, DC. Human Motivation. New York, Cambridge university press, 1987:590.
- 26) 西村夏代, 出井涼介, 山本智恵子他, 看護師におけるワーク・モチベーションと職務態度の関連性. 社会医学研究. 2018;35:45-53.
- 27) 西村夏代, 出井涼介, 山本智恵子他, 看護師のワーク・モチベーション測定尺度の開発. 社会医学研究. 2017;34:27-34.
- 28) 宮本美沙子, 奈須正裕. 達成動機の理論と展開 続・達成動機の心理学. 東京: 金子書房. 2010: 36-39.
- 29) ライル・M・スペンサー, シグネ・M・スペンサー 著/梅津祐良, 成田攻他訳. コンピテンシー・マネジメントの展開 [完訳版]. 東京: 生産性出版. 2011:11-252.
- 30) 村山航, 妥当性 概念の歴史変遷と心理測定学的観点からの考察. 教育心理学年報. 2012;51:118-130.
- 31) 中村陽人, 構成概念妥当性の検証方法に関する検討ー弁別的証拠と法的根拠を中心にー. 横浜経営研究. 2009;30:203-219.
- 32) 高本真寛, 服部環, 国内の心理尺度作成論文における信頼性係数の利用動向. 心理学評論. 2015;58:220-235.
- 33) 土屋裕美, 明石恵子, 集中治療部門に勤務する看護師のターミナルケア態度の実態とその関連要因. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2016;12:39-48.
- 34) 小塩真司. 初めての共分散構造分析ーAmos によるパス解析 (第2版). 東京: 東京図書. 2008:275.
- 35) 山本嘉一郎, 小野寺孝義. AMOSによる共分散構造分析と解析事例 (第2版). 京都: ナカニシヤ出版. 2002:222.
- 36) 小杉考司, 清水裕士. M-plusとRによる構造方程式モデリング入門. 京都: 北大路書房. 2014:132-133.
- 37) 川島みどり. 看護カンファレンス. 東京: 医学書院. 2008:8-179.
- 38) 倉橋悠子, 諸田直実, 同種造血肝細胞移植看護に携わる看護師の困難感と他領域看護経験との関連. 武蔵野大学看護研究所紀要 2019;13:11-19.
- (受付 2019.10.23: 受理 2020.1.22)

Development of a Family Assistance Practice Scale for ICU Nurses

Natsuyo Nishimura¹⁾, Mieko Yamaguchi²⁾

Abstract

Background/objective

Providing family support for Intensive Care Unit (ICU) patients is one of the key roles of ICU nurses. Therefore, there is a need to develop a self-assessment scale of nurses' assistance in order to improve the quality of family support provided. The purpose of this study was to develop a "Family Assistance Practice Scale" for ICU nurses as well as to statistically examine its reliability and validity.

Methods

Study participants included 311 nurses working in the ICU of Japanese hospitals who did not have any missing values in their survey items. The survey consisted of question items related to the basic attributes of nurses, the practice of family support by nurses, and work motivation. The factor structure model of the "Family Assistance Practice Scale" assumed a four-factor, second-order factor model in which the first factors were "emotional support," "information provision support," "environmental coordination support," and "evaluative support," and the second factor was "family support behavior." The model's fitness of the data was examined using confirmatory factor analysis. A causal model using work motivation as an external variable, which is predicted to be related to family support practice from a theoretical perspective, was also established and its fitness to the data was examined.

Results

The fitness of the scale was CFI= 0.961 and RMSEA= 0.066, with a ω coefficient of 0.921. The data fitness degree of the causal model to work motivation and family support practice was CFI = 0.958 and RMSEA= 0.043, both reaching the statistically significant level.

Discussion

The reliability and construct validity of the "Family Assistance Practice Scale" of ICU nurses were confirmed. This scale comprises question items in which ICU nurses can self-assess their family support practice, with the scale expected to be applied in clinical settings.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 138 – 149】

Key words : a Family Assistance Practice Scale, ICU Nurses, Work Motivation, structural equation modeling

1) Faculty of Nursing, Kansai University of Social Welfare

2) Faculty of Nursing, Himeji University

原著論文

通所介護事業所に勤務する生活相談員のソーシャルワークの実践状況とその関連要因

岸本衣里^{1, 2)}, 杉山 京³⁾, 竹本与志人⁴⁾

要旨

目的：本研究は、通所介護事業所の生活相談員を対象にソーシャルワークの実践状況（以下、SW実践状況）とその関連要因を明らかにすることを目的とした。

方法：中国地方3県内の全1,344通所介護事業所に勤務する生活相談員を対象に属性、SW実践状況等で構成した無記名自記式の質問紙調査を実施した。回収された450票から欠損値のない309票の資料を用いた。まず、SW実践状況の項目について探索的因子分析を行い、抽出された因子の構成概念妥当性について検証的因子分析を行った。さらにSW実践状況と属性等の関連を構造方程式モデリングで検討した。

結果：通所介護事業所の生活相談員におけるSW実践状況の項目から7因子が抽出され、【通所介護計画書の作成と説明】以外の6因子が「役職」等の個人属性や、「運営主体」等の法人属性と有意な関連を示していた。

考察：今後は調査規模拡大や介護保険法改正に伴うSW実践状況内容に関する質的研究等が課題である。

【社会医学研究2020；37（2）：150－163】

キーワード：通所介護事業所，生活相談員，ソーシャルワーク実践，構造方程式モデリング

I. 緒 言

通所介護とは「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準の第九十二条基本方針」によれば「要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこ

とができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない」と規定される居宅サービスの一つである。生活相談員、看護師または准看護師、介護職員等が配置され、それぞれの役割・機能に従ったサービス提供が行われることが示されている。このように通所介護事業所の生活相談員にはソーシャルワーク実践の展開が期待されている。しかしながら、通所介護事業所の生活相談員の資格要件は、社会福祉法第十九条第一項で規定されているように^{注1)}、社会福祉士、社会福祉主事、介護福祉士などと広範であり、ソーシャルワーカーの養成教育を受けていない専門職にも門戸が開かれ

1) 新見公立大学健康科学部地域福祉学科

2) 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

3) 日本福祉大学福祉経営学部

4) 岡山県立大学保健福祉学部

連絡先：岸本衣里

住所：1) 新見公立大学健康科学部地域福祉学科

〒718-8585 岡山県新見市西方1263-2

2) 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

E-mail：goda@niimi-u.ac.jp

ている。そのため、生活相談員は通所介護事業所の設置主体の理念に影響を受け、さらに、個々の生活相談員が受けてきた教育等によりソーシャルワーク実践の質に違いがみられることが推測される¹⁾。

特別養護老人ホームに勤務する生活相談員のソーシャルワークの実践構造を検討した上田ら²⁾は、「苦情等相談対応実践」「入所入院対応実践」「計画評価実践」「連携調整実践」「施設運営実践」5因子で構成される二次因子モデルを設定した結果、統計学的許容水準を満たしていたことを報告している。和気³⁾は介護老人福祉施設と介護老人保健施設の相談員業務を比較し、抽出された因子数や因子寄与率に差異が認められたことを報告している。このように、同じ高齢者施設でありながら生活相談員の役割や機能が影響していることが推測される。

通所介護事業所に勤務する生活相談員の業務内容については、近年その実態に関する報告が散見される^{4,5)}。合田ら⁴⁾は、通所介護事業所の生活相談員がソーシャルワーク実践以外の業務の実践度の方が高値を示していたことを報告しており、西川⁵⁾は生活相談員が非常に多くの時間をケアワークに費やしていた現状を述べている。また口村⁶⁾は、生活相談員が受理する相談内容が「サービス内容に関する領域」「利用者の状態に関する領域」「利用方法に関する領域」「リスクマネジメントに関する領域」の4カテゴリーに分類できることを報告している。さらに、合田ら¹⁾は生活相談員のソーシャルワーク実践が4クラスに分類され、うち3クラスにおいてソーシャルワーク実践に課題があると推察され、その構成割合が74.8%であったと報告している。一方、デイサービス生活相談員業務必携⁷⁾によると、生活相談員業務は①専従業務、②事業所の管理者との兼務業務、③介護職員との兼務業務に区分されており、それぞれの視点で検討することが重要であると述べられている。これらの先行研究より「事業所の法人種別」や「事業所から求められる役割機能」「生活相談員の兼務状況」などの環境要因や「経験年数」などの個人

要因がソーシャルワーク実践と関連しているものと推察されるが、これらの要因とソーシャルワーク実践の関係性に着目した実証研究は見られない。

そこで本研究では、通所介護事業所の利用者ニーズに有用なソーシャルワーク実践を促進するために必要な資料を得ることを目的に、通所介護事業所の生活相談員を対象にソーシャルワークの実践状況とその関連要因を探索することとした。

Ⅱ. 方 法

1. 調査対象と調査方法

調査対象者は中国地方5県のうち3県において運営されている通所介護事業所全1,344事業所(WAM NET:2017年10月時点)に勤務する生活相談員である。各事業所の管理者宛に調査の目的等を記した依頼書と調査票を郵送し、生活相談員1名の回答を依頼した。調査票は無記名自記式とし、記入済みの調査票は返信用封筒に回答者自らが厳封の上、投函し回収を行った。調査期間は、2017年12月～2018年2月までとした。

2. 調査内容

調査内容は、調査対象者の属性(性別、年齢など)、事業所の属性(生活相談員数、一日あたりの利用定員など)、生活相談員のソーシャルワークの実践状況を問う項目についての質問項目で構成した。

なお、ソーシャルワークの実践状況を問う項目については、合田ら¹⁾が開発した通所介護事業所の生活相談員のソーシャルワーク実践状況を測定する26項目を用いた。また、これらの26項目の内容について、通所介護事業所の生活相談員、通所介護事業所の生活相談員経験者ならびにソーシャルワークの研究者のエキスパートレビューを経て内容的妥当性を担保した。回答は合田ら¹⁾の研究と同様に「全く実践していない」「あまり実践していない」「ときどき実践している」「いつも実践している」の4件法で回答を求めた。本研究では、生活相談員のソーシャルワーク実践状況に関する先行研究が僅少であり、まずはその全体傾向とそ

の実践に関連する要因の手がかりを得るという本研究目的を鑑みて、得点化を「全く実践していない、あまり実践していない：0点」「ときどき実践している、いつも実践している：1点」の2値とした。

3. 分析方法

まず、通所介護事業所の生活相談員のソーシャルワークの実践状況に関する項目から、冗長性の高い項目を削除するため、各項目間のテトラコリック相関⁸⁾が0.9以上である項目を確認し、さらに当該項目の内容を吟味し、削除すべき項目を選定した。

次に、通所介護事業所の生活相談員のソーシャルワークの実践状況を構成する因子を検討するため、探索的因子分析（Promax回転）を行い、推定法にはカテゴリカルデータに最適なWLSMVを用いた⁹⁾。また、探索的因子分析による因子数は、固有値1以上を共通因子とするKaiser-Guttman基準¹⁰⁾ならびに因子の解釈可能性¹¹⁾により判断し、因子負荷量0.5以上であることを基準に各因子に所属する項目を選定した。

さらに、探索的因子分析によって抽出された因子の構成概念妥当性を検討するため、斜交モデルを設定し、WLSMVを推定法に構造方程式モデリングを用いて検証的因子分析を行い、データに対する適合度を確認した。

最後に、前段階で因子構造が支持されたソーシャルワークの実践状況を従属変数、性別（女性：1，男性：0）、年齢、生活相談員としての経験月数、保有資格、介護職員との兼務の有無（あり：1，なし：0）、雇用形態（正規職員：1，それ以外：0）、役職（管理者：1，管理者以外：0）、勤務事業所の日あたりの利用定員、生活相談員数、運営主体（非営利法人：1，営利法人：0）を独立変数とした多重指標多重原因モデル（MIMICモデル）を設定し、WLSMVを推定法とする構造方程式モデリング¹²⁾を用いてモデルのデータに対する適合度と各変数間の関連性を検討した。前述した通り、通所介護事業所の生活相談員の業務内容は個人要因や環境要因に左右されることが推察され、これらがソー

シャルワークの実践状況と関連しているものと推察される。そのため独立変数は、性別、年齢、生活相談員としての経験月数、保有資格、介護職員との兼務の有無、雇用形態、役職といった個人要因と勤務事業所の日あたりの利用定員、生活相談員数、運営主体といった環境（法人）要因を含めることとした。

適合度の評価には、Comparative Fit Index（以下、CFI）、Root Mean Square Error of Approximation（以下、RMSEA）を用いた。これらの適合度指標は一般的にはCFIが0.95以上、RMSEAが0.06以下であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断され¹³⁾、RMSEAが0.10以上であればそのモデルを採択すべきではないとされている¹³⁾。

すべての解析における有意性は5%有意水準とし、統計ソフト「IBM SPSS 24 J for Windows」ならびに「Mplus version 7.4」を用いた。

4. 倫理的配慮

調査対象とした通所介護事業所の各管理者ならびに調査対象者に対して、調査目的、統計処理を行うことにより個人や施設の匿名性が確保されること等を文書で説明し、調査票の返送をもって調査協力への同意が得られたものとみなした。また、本研究は岡山県立大学倫理委員会へ申請し、承認を得た後に実施した（受付番号：17-66）。

Ⅲ. 結 果

配付した1,334人分の調査票のうち、450人分（配付された調査票に対する33.7%）の調査票が回収された。回収票のうち、当該項目に欠損値のない309人分（配付した調査票に対する23.2%、回収された調査票に対する68.7%）の資料を統計解析に用いた。なお、回収された450票と統計解析に用いた309票の回答分布を比較した結果、本研究の分析に用いたデータは回収されたデータの分布を反映しており、外的妥当性は担保されていると判断した。

1. 集計対象者の属性分布

対象者の性別は男性118人（38.2%）、女性191人（61.8%）であり、年齢は平均43.8歳（標準偏差：10.3、範囲：23-70）であった。保有資格は介護福祉士が133人（43.0%）と最も多く、次いで介護支援専門員94人（30.4%）、社会福祉士52人（16.8%）となっていた。生活相談員としての経験月数は平均68.2か月（標準偏差：48.9、範囲：2-300）であった。また、雇用形態は、正規職員286人（92.6%）、非正規職員14人（4.5%）、その他9人（2.9%）であった。役職は「管理者」が159人（51.5%）、「主任・チーフ」61人（19.7%）、「その他」20人（6.5%）「特になし」69人（22.3%）であった。

勤務事業所の一泊あたりの利用定員は平均24.9人（標準偏差：12.1、範囲：6-76）、生活相談員数は平均2.8人（標準偏差：1.3、範囲：1-9）、運営主体は、営利法人146人（47.2%）、非営利法人163人（52.8%）であった。

2. 生活相談員のソーシャルワークの実践状況に関する回答分布

通所介護事業所の生活相談員のソーシャルワークの実践状況の回答分布は表1に示す通りであった。「いつも実践している」「ときどき実践している」の回答に着目すると、「J3：利用者へ通所介護計画書の説明を行う（94.5%）」が最も多く、次いで「J7：家族の困りごとに対して相談に応じる（94.2%）」、「J1：他機関から新規利用に関する相談の窓口になっている（93.5%）」となっていた。また「全く実践していない」「あまり実践していない」の回答に着目すると、「J24：公的手続きの代行を行う（83.5%）」が最も多く、次いで、「J6：利用者の成年後見制度活用に対する相談に応じている（82.5%）」「J26：調査・研究を行う（80.6%）」となっていた。

表1 生活相談員のソーシャルワークの実践状況に関する項目の回答分布（n=309）

番号	項目	全く実践していない		あまり実践していない		ときどき実践している		いつも実践している	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
J1	他機関からの新規利用に関する相談の窓口になっている。	7	(2.3)	13	(4.2)	50	(16.2)	239	(77.3)
J2	通所介護計画書を作成する。	12	(3.9)	11	(3.6)	34	(11.0)	252	(81.6)
J3	利用者へ通所介護計画書の説明を行う。	6	(1.9)	11	(3.6)	52	(16.8)	240	(77.7)
J4	家族へ通所介護計画書の説明を行う。	9	(2.9)	22	(7.1)	76	(24.6)	202	(65.4)
J5	契約書・重要事項説明書の説明を行う。	9	(2.9)	16	(5.2)	36	(11.7)	248	(80.3)
J6	利用者の成年後見制度活用に対する相談に応じている。	169	(54.7)	86	(27.8)	30	(9.7)	24	(7.8)
J7	家族の困りごとに対して相談に応じている。	3	(1.0)	15	(4.9)	118	(38.2)	173	(56.0)
J8	家族の苦情に対する対応を行う。	8	(2.6)	18	(5.8)	66	(21.4)	217	(70.2)
J9	利用者・家族と緊急時の対応に関して取り決めを行う。	11	(3.6)	10	(3.2)	73	(23.6)	215	(69.6)
J10	利用者に終末期の過ごし方に対する要望を聞く。	92	(29.8)	107	(34.6)	64	(20.7)	46	(14.9)
J11	利用者の家族に終末期の過ごし方に対する要望を聞く。	92	(29.8)	99	(32)	71	(23.0)	47	(15.2)
J12	居宅介護事業所以外の他事業所（訪問介護、ショートステイ、他デイサービスなど）と連携する。	13	(4.2)	30	(9.7)	84	(27.2)	182	(58.9)
J13	事業所内の利用者支援に関する職種間の意見調整を行う。	4	(1.3)	24	(7.8)	89	(28.8)	192	(62.1)
J14	利用者に適切なサービス提供が出来ているかモニタリングを行う。	6	(1.9)	17	(5.5)	75	(24.3)	211	(68.3)
J15	利用者個別記録を行う。	11	(3.6)	30	(9.7)	106	(34.3)	162	(52.4)
J16	利用者連絡ノートへの記録を行う。	28	(9.1)	63	(20.4)	102	(33.0)	116	(37.5)
J17	事業所内連携会議へ出席する。	12	(3.9)	23	(7.4)	60	(19.4)	214	(69.3)
J18	地域ケア会議へ出席する。	100	(32.4)	72	(23.3)	50	(16.2)	87	(28.2)
J19	地域活動の一環として、地域ケア会議以外の施設外会議へ出席する。	104	(33.7)	97	(31.4)	53	(17.2)	55	(17.8)
J20	実習生の受け入れ調整を行う。	125	(40.5)	53	(17.2)	45	(14.6)	86	(27.8)
J21	実習生への実習指導を行う。	119	(38.5)	58	(18.8)	55	(17.8)	77	(24.9)
J22	ボランティアの受け入れ調整を行う。	67	(21.7)	46	(14.9)	91	(29.4)	105	(34.0)
J23	他の職員に対するスーパーバイザーの役割を果たす。	41	(13.3)	61	(19.7)	119	(38.5)	88	(28.5)
J24	公的手続きの代行を行う。	190	(61.5)	68	(22.0)	33	(10.7)	18	(5.8)
J25	地域の社会資源発掘を行う。	136	(44.0)	100	(32.4)	54	(17.5)	19	(6.1)
J26	調査・研究を行う。	145	(46.9)	104	(33.7)	38	(12.3)	22	(7.1)

※ は、削除した項目

%は小数点第2位を四捨五入したため、100%にならない場合がある。

3. 生活相談員のソーシャルワークの実践状況を構成する項目の検討

冗長性の高いソーシャルワーク実践に関する項目を抽出することを目的に、ソーシャルワーク実践に関する全26項目の各項目間にテトラコリック相関を求めた。結果、「J10：利用者に終末期の過ごし方に対する要望を聞く」と「J11：利用者の家族に終末期の過ごし方に対する要望を聞く」の間に0.909、「J20：実習生の受け入れ調整を行う」と「J21：実習生の実習指導を行う」の間に0.940と0.9を超える高い相関関係が確認された。このうち、「J10：利用者に終末期の過ごし方に対する要望を聞く」と「J11：利用者の家族に終末期の過ごし方に対する要望を聞く」の間には、高い相関が認められたものの、要望を尋ねる対象者が異なることから削除せず、「J21：実習生の実習指導を行う」のみを削除することとした。

4. 生活相談員のソーシャルワークの実践状況の因子構造の検討

生活相談員のソーシャルワークの実践状況の因

子構造を検討するため、25項目を用いて探索的因子分析を行った。その結果、因子の固有値は第8因子以降で1.0未満であったため、7因子構造であると判断し（表2）、因子負荷量0.5を基準に各因子に所属する項目を選定した。

第1因子は「J1：他機関からの新規利用に関する相談の窓口になっている」「J7：家族の困りごとに対して相談に応じている」「J8：家族の苦情に対する対応を行う」「J9：利用者・家族と緊急時の対応に関して取り決めを行う」「J13：事業所内の利用者支援に関する職種間の意見調整を行う」の5項目によって構成され、【相談業務】と解釈した。第2因子は「J2：通所介護計画書を作成する」「J3：利用者へ通所介護計画書の説明を行う」「J4：家族へ通所介護計画書の説明を行う」の3項目によって構成され、【通所介護計画書の作成と説明】と解釈した。第3因子は「J20：実習生の受け入れ調整を行う」「J22：ボランティアの受け入れ調整を行う」の2項目で構成され、【ボランティア等の受け入れ調整】と解釈した。第4因子は「J24：公的手続きの代行を行う」「J25：地域の社会資源発

表2 生活相談員のソーシャルワークの実践状況に関する項目の探索的因子分析の結果

番号	項目	抽出された因子						
		第1因子 相談業務	第2因子 通所介護計画書の作成と説明	第3因子 ボランティア等の受け入れ調整	第4因子 ケース・コースアドボカシー	第5因子 事業所外への会議の出席	第6因子 終末期ケアへの要望確認	第7因子 利用者に関する記録の記述
J7	家族の困りごとに対して相談に応じている。	0.874	-0.144	-0.139	-0.025	0.030	0.180	-0.126
J8	家族の苦情に対する対応を行う。	0.868	-0.013	0.049	-0.059	-0.117	0.104	-0.022
J13	事業所内の利用者支援に関する職種間の意見調整を行う。	0.789	-0.045	-0.084	0.125	-0.106	-0.145	-0.074
J1	他機関からの新規利用に関する相談の窓口になっている。	0.673	0.269	0.086	-0.131	-0.048	0.073	0.351
J9	利用者・家族と緊急時の対応に関して取り決めを行う。	0.670	0.16	0.108	-0.128	0.038	0.091	0.088
J3	利用者へ通所介護計画書の説明を行う。	0.008	1.013	-0.044	-0.015	-0.052	-0.002	-0.115
J2	通所介護計画書を作成する。	0.036	0.853	-0.151	0.094	0.073	-0.106	-0.018
J4	家族へ通所介護計画書の説明を行う。	-0.046	0.803	0.102	0.101	-0.082	0.069	-0.057
J20	実習生の受け入れ調整を行う。	0.056	-0.105	0.825	0.070	0.009	0.037	-0.067
J22	ボランティアの受け入れ調整を行う。	-0.013	0.049	0.697	0.157	-0.035	-0.054	-0.097
J26	調査・研究を行う。	-0.082	-0.022	0.136	0.914	-0.110	0.020	0.052
J25	地域の社会資源発掘を行う。	-0.116	0.076	0.129	0.847	0.022	0.022	0.123
J24	公的手続きの代行を行う。	-0.087	0.069	-0.089	0.690	0.137	0.179	0.063
J18	地域ケア会議へ出席する。	-0.067	-0.051	-0.018	0.002	0.986	-0.038	-0.009
J19	地域活動の一環として、地域ケア会議以外の施設外会議へ出席する。	-0.002	0.060	0.045	0.031	0.658	0.146	-0.016
J11	利用者の家族に終末期の過ごし方に対する要望を聞く。	0.133	-0.017	-0.024	0.169	-0.004	0.814	-0.089
J10	利用者に終末期の過ごし方に対する要望を聞く。	0.120	-0.009	0.041	0.151	0.008	0.808	-0.081
J16	利用者連絡ノートへの記録を行う。	-0.052	0.064	0.098	-0.163	-0.004	0.102	-0.887
J15	利用者個別記録を行う。	-0.019	0.097	0.029	-0.063	0.020	0.063	-0.782
J5	契約書・重要事項説明書の説明を行う。	0.489	0.432	0.182	-0.238	0.151	0.094	0.147
J6	利用者の成年後見制度活用に対する相談に応じている。	0.187	-0.083	-0.135	0.458	0.018	0.263	0.074
J12	居宅介護事業所以外の他事業所（訪問介護、ショートステイ、他サービスなど）と連携する。	0.310	0.184	0.057	0.206	-0.048	0.107	0.017
J14	利用者に適切なサービス提供が「出来ているか」モニタリングを行う。	0.256	0.313	-0.098	0.155	0.006	-0.130	-0.237
J17	事業所内連携会議へ出席する。	0.301	0.107	0.011	0.168	0.192	-0.265	-0.038
J23	他の職員に対するスーパーバイザーの役割を果たす。	0.493	-0.244	0.242	0.213	0.145	-0.132	-0.055
第1因子		1.000						
第2因子		0.540	1.000					
第3因子		0.458	0.277	1.000				
第4因子		0.501	0.236	0.309	1.000			
第5因子		0.491	0.354	0.359	0.503	1.000		
第6因子		0.377	0.190	0.215	0.368	0.305	1.000	
第7因子		-0.058	-0.207	-0.009	-0.210	-0.084	-0.018	1.000
固有値		9.028	2.697	2.081	1.467	1.350	1.127	1.066
寄与率(%)		36.110	10.788	8.324	5.868	5.400	4.500	4.200

※推定法：WLSMV

■は因子負荷量0.5以上である。

掘を行う」「J26：調査・研究を行う」の3項目によって構成され、【ケース・コースアドボカシー】と解釈した。第5因子は「J18：地域ケア会議へ出席する」「J19：地域活動の一環として、地域ケア会議以外の施設外会議へ出席する」の2項目によって構成され、【事業所外への会議の出席】と解釈した。第6因子は「J10：利用者に終末期の過ごし方に対する要望を聞く」「J11：利用者の家族に終末期の過ごし方に対する要望を聞く」の2項目によって構成され【終末期ケアの要望確認】と解釈した。第7因子は「J15：利用者個別記録を行う」「J16：利用者連絡ノートへの記録を行う」の2項目によって構成され、【利用者に関する記録の記述】と解釈した。

次に探索的因子分析によって抽出された7因子による斜交モデルを設定し、構造方程式モデリングを用いて検証的因子分析を行った(図1)。その結果、データに対するモデル適合度は、 χ^2 (df) = 198.388 (131), CFI=0.990, RMSEA=0.041であり、統計学的な許容水準を満たしていた。

5. 生活相談員のソーシャルワークの実践状況に関連する要因の検討

ソーシャルワーク実践を従属変数、性別、年齢、生活相談員としての経験月数、保有資格、介護職との兼務の有無、雇用形態、役職、勤務事業所の一日あたりの利用定員、生活相談員数、運営主体を独立変数としたMIMICモデルのデータに対する適合度は、 χ^2 (df) = 332.880 (275), CFI=0.992, RMSEA=0.026と統計学的な許容水準を満たしていた(図2)。

第1因子の【相談業務】では、役職が有意な正の関連を示していた($\beta = 0.202$; $p < 0.010$)。第2因子の【通所介護計画書の作成と説明】では有意な関連が確認された独立変数はなかった。次に、第3因子の【ボランティア等の受け入れ調整】では、運営主体($\beta = 0.198$; $p < 0.010$)と雇用形態($\beta = 0.216$; $p < 0.010$)が有意な正の関連を示していた。また、第4因子の【ケース・コースアドボカシー】では、介護職員との兼務の有無($\beta = -0.136$; $p < 0.050$)、利用定員数($\beta = -0.204$; $p < 0.001$)が有意な負の関連を示し、相談員数($\beta = 0.175$; $p < 0.010$)

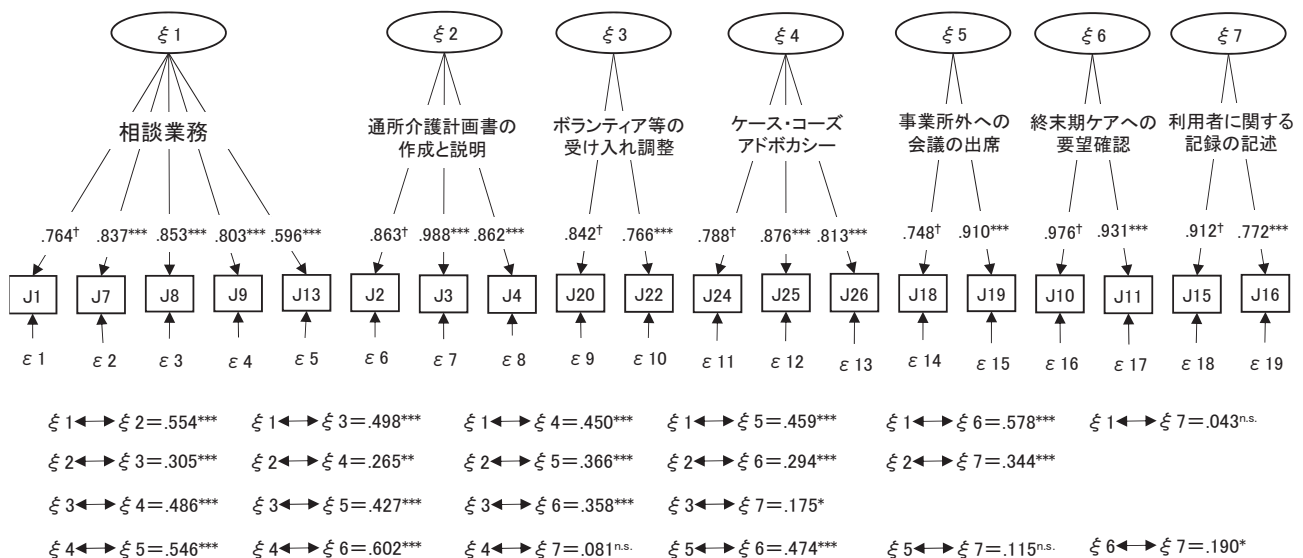


図1. 生活相談員のソーシャルワーク実践に関する因子構造モデル(標準化解)

n=309 χ^2 (df)=198.388(131), CFI=0.990, RMSEA=0.041 (推定法:WLSMV)

ξは外生変数, εは誤差変数, †はモデル識別のため制約を加えた箇所である。***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$, n.s.: not significant

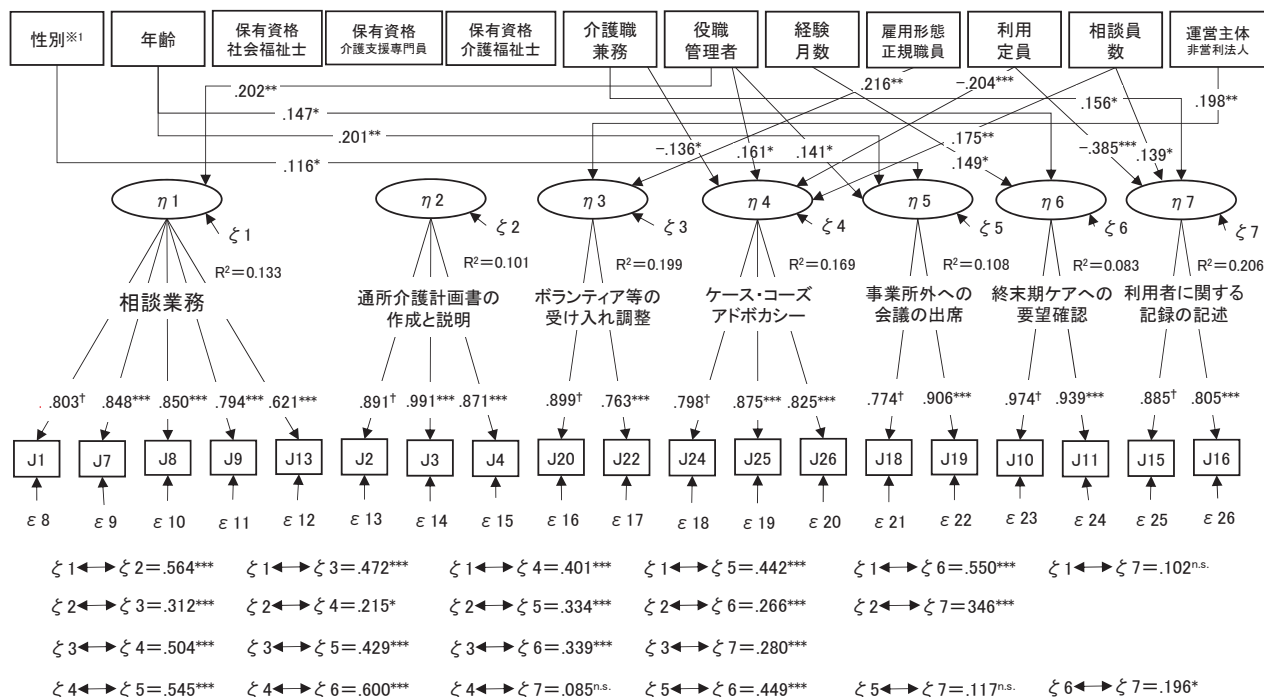


図2. 生活相談員のソーシャルワーク実践の関連要因の検討 (標準化解)

n=309 $\chi^2(df)=332.880(275)$, CFI=0.992, RMSEA=0.026(推定法:WLSMV)

ηは内生変数, εとζは誤差変数, †はモデル識別のため制約を加えた箇所である。 ***:p<0.001, **:p<0.01, *:p<0.05, n.s.:not significant

※1 性別:「女性:1, 男性0」 ※独立変数からのパス係数は統計学上有意のもののみ記した。

と役職 ($\beta=0.161$; $p<0.050$) が有意な正の関連を示していた。さらに、第5因子の【事業所外への会議の出席】では、性別 ($\beta=0.166$; $p<0.050$)、年齢 ($\beta=0.201$; $p<0.010$)、役職 ($\beta=0.141$; $p<0.010$) が有意な正の関連を示しており、第6因子の【終末期ケアの要望確認】では、年齢 ($\beta=0.147$; $p<0.05$) と生活相談員としての経験月数 ($\beta=0.149$; $p<0.050$) が有意な正の関連を示していた。最後に、第7因子の【利用者に関する記録の記述】では、介護職員との兼務の有無 ($\beta=0.156$; $p<0.050$) と生活相談員数 ($\beta=0.139$; $p<0.050$) が有意な正の関連を示し、利用定員数 ($\beta=-0.385$; $p<0.0010$) は有意な負の関連を示していた。なお、設定した独立変数の中で従属変数と有意な関連が確認されなかったものは、保有資格のみであった。また、各因子に対する独立変数の寄与率は、【相談業務】が13.3%、【通所介護計画書の作成と説明】が10.1%、【ボランティア等の受け入れ調整】が19.9%、【ケース・コー

ズアドボカシー】が16.9%、【事業所外への会議の出席】が10.8%、【終末期ケアの要望確認】が8.3%、【利用者に関する記録の記述】が20.6%であった。

IV. 考 察

1. 通所介護事業所の生活相談員のソーシャルワークに関する実践状況

通所介護事業所の生活相談員のソーシャルワーク実践状況の回答のうち「いつも実践している」「ときどき実践している」の回答が9割を超えていた項目に着目すると、【相談業務】に所属するものが多かった。先行研究では、高齢者福祉施設に従事する生活相談員の中核業務は相談援助業務と連絡調整業務であるとされている^{14, 15)}。また上田ら²⁾は、特別養護老人ホームの生活相談員が行うソーシャルワーク実践の中で「入所入院対応実践」「苦情等相談対応実践」「連携調整実践」が高かったことを

報告しており、【相談業務】は高齢者福祉施設において多くの生活相談員が実践していると考えられる。【ケース・コーズアドボカシー】に所属する項目は「全く実践していない」「あまり実践していない」の回答が多く見られた。合田ら¹⁾の研究では、「利用者の成年後見制度活用に対する相談に応じている」「調査・研究を行う」「地域の社会資源発掘を行う」に関する実践を示す項目の応答確率は低値であり、関根ら¹⁶⁾は「利用者の成年後見制度に対する相談及び支援」で実践度が低値であったことから、本結果はこれらの先行研究と概ね一致していたと考える。2015（平成27）年度の介護報酬改定では、生活相談員の確保すべき勤務延時間数には、「社会資源の発掘・活用のための時間」なども含めることができるとされたが、業務量の多さや事業所によって求められる業務が実践できていないことが明らかとなった。また「利用者の成年後見制度活用に対する相談に応じている」の項目に関しては、利用者から通所介護事業所の生活相談員への発信が少ない可能性や利用者からの相談を介護支援専門員等の他専門職へ依頼している可能性が推察される。前者に関しては認知症等により利用者からのSOS発信が困難な可能性もあるため、今後はこれらの実態を確認することが必要である。

2. 生活相談員のソーシャルワークの実践状況を構成する項目の検討

本研究では、合田ら¹⁾のソーシャルワーク実践の26項目から1項目を除き、25項目によって探索的因子分析を行った。その結果、【相談業務】【通所介護計画書の作成と説明】【ボランティア等の受け入れ調整】【ケース・コーズアドボカシー】【事業所外への会議の出席】【終末期ケアの要望確認】【利用者に関する記録の記述】の7因子構造であることが確認できた。大田区通所介護事業者連絡会⁷⁾は、生活相談員の専従業務として、「通所介護計画書作成」「サービス担当者会議」「相談援助」「ボランティア受け入れ」「記録」等の11の業務を挙げている。これは、現場で働く生活相談員に向けて作成されているものであるが、本調査で抽出され

た因子である【相談業務】【通所介護計画書の作成と説明】【ボランティア等の受け入れ調整】【ケース・コーズアドボカシー】【事業所外への会議の出席】【利用者に関する記録の記述】を含んでいたことから、本調査の結果は先行研究を概ね支持していたと考える。一方、【終末期ケアの要望確認】は前述の先行研究に含まれていなかった。近年高齢者の医療・ケアにおいてアドバンス・ケア・プランニングの重要性が高まっており、厚生労働省は、平成30年「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁷⁾を策定した。ガイドラインでは、病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定されており、基本的な考え方として、担当の医師のほか、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護関連従事者などの医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要と解説されている。通所介護事業所の利用者の生活基盤は在宅であり、訪問看護等の複数のサービスを利用していることも多く、通所介護事業所の生活相談員は医療・ケアチームの一員として終末期ケアへの実践が求められると考えられる。本研究では、【終末期ケアの要望確認】を含めたソーシャルワーク実践の構成概念妥当性を支持できたところに新規性があると考えられる。

3. 通所介護事業所の生活相談員によるソーシャルワークの実践状況と属性との関連性

ソーシャルワーク実践の【相談業務】では、役職との間に有意な正の関連が示され、役職のうち管理者である方がそれ以外よりも相談業務を実践していると認識していた。通所介護事業所は、事業所により利用者人数や生活相談員数が異なっており、本調査においても勤務事業所の日あたりの利用定員は6名から76名、生活相談員数も1名から9名と事業所によって人数に幅がみられた。また管理者は、専らその職務に従事する常勤が原則とされているが、自治体により社会福祉主事任用資格や社会福祉事業での経験を問う場合もある。一方で管理者の兼務については、当該事業所のその他の職務を認めており、生活相談員を兼務する

場合も少なくない。そのため、管理者がソーシャルワーク実践を行う機会が多く、それらゆえに管理者が管理者以外の役職に比べて【相談業務】の実践をしていると認識していたと考える。一方、【相談業務】に対する管理者の有無とパス係数は0.202と低値であった。前述の通り、通所介護事業所は、自治体により管理者や生活相談員の資格の内容や兼務の状況が異なることから、今後は他の地域も対象に確認していく必要があると考える。

【ボランティア等の受け入れ調整】では、雇用形態との間に有意な正の関連が確認され、雇用形態が正規職員の方が非正規職員よりも【ボランティア等の受け入れ調整】を実施していると認識していた。2013（平成25）年の介護労働実態調査による就業形態別の調査によると、介護老人福祉施設では正規職員76.5%、非正規職員20.8%、通所介護事業所では正規職員63.3%、非正規職員34.3%であり、入所施設に比べて通所介護事業所では非正規職員の割合が高くなっている。一方で、通所介護事業所の生活相談員は正規職員が多いとの報告もある⁷⁾。本調査においては正規職員286人（92.6%）、非正規職員14人（4.5%）と非正規職員は非常に少ない結果であった。

また、通所介護事業所の人員配置基準において生活相談員は「提供日ごとに当該通所介護を提供している時間帯に、生活相談員が勤務している時間数の合計数を通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が1以上確保」（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第93条）となっており、非正規職員のみであることは僅少と考えられる。このことから、生活相談員の正規職員はサービス提供日に常に勤務している場合が多いと考えられ、ボランティアや実習生といった専門職以外の人の指導に対応しやすい勤務体制にあることから、【ボランティア等の受け入れ調整】の実践をしていると認識していたと考える。ただし、パス係数は0.216と低値であったことから後続調査での確認が必要である。

また、【ボランティア等の受け入れ調整】では、運営主体との間に有意な正の関連が確認され、運

営主体が非営利法人の方が営利法人よりも【ボランティア等の受け入れ調整】を実施していると認識していた。社会福祉法人等の非営利法人は、公益性が極めて高く透明性が確保されるなどを設置の要件として税制上の優遇を受けている。その法人特性から営利法人に比べてボランティアや実習生の受け入れを多く行っていると認識していたと考える。

2016（平成28）年介護サービス施設・事業所調査の概況における居宅サービス事業所の営利法人構成割合をみると、訪問介護65.5%、通所介護47.3%、通所リハビリテーション0.1%、短期入所生活介護10.4%であり、通所介護事業所は介護保険サービスの中でも営利法人が比較的多いサービス形態であるといえる。また、本調査における営利法人割合（47.2%）とほぼ同値を示している。2015（平成27）年度介護報酬改定では、生活相談員の専従要件が緩和され、医療機関や他の介護事業所、地域の住民活動などと連携し、通所介護事業所を利用しない日においても、地域連携の拠点としての機能を果たすことが期待されている¹⁸⁾。このたびの結果では有意であったものの、パス係数の値から非営利法人との差も大きくないことが予想され、今後は経時的な調査により非営利法人と営利法人の実践状況を確認することが求められる。

【ケース・コースアドボカシー】では、「介護職員との兼務」の有無との間に有意な負の関連が、そして役職との間に有意な正の関連が確認された。つまり、介護職員と兼務をしていない人の方が【ケース・コースアドボカシー】を実践していると認識しており、役職のうち管理者である方がそれ以外よりも【ケース・コースアドボカシー】を実践していると認識していた。また、有意な関連が確認された法人属性では、利用定員数との間に負の関連が、相談員数との間に正の関連が確認され、利用定員数が少ないほど【ケース・コースアドボカシー】を実践していると認識しており、また相談員数が多いほど【ケース・コースアドボカシー】を実践していると認識していた。ケース・コースアドボカシーは事業所内の直接的な援助のみなら

ず、事業所外にも発信される実践である。そのため、介護職員との兼務がなく生活相談員数が多いなど、ソーシャルワーク実践以外の時間的拘束の有無が、【ケース・コースアドボカシー】の実践をしているという認識につながったと考える。一方、【ケース・コースアドボカシー】と各独立変数からのパス係数は低値であり、【ケース・コースアドボカシー】を構成する3項目の回答も、実践していると回答したのはいずれも20%未満と低値であった。このように【ケース・コースアドボカシー】は未だ実践度の低いソーシャルワーク実践であると推察される。今後は生活相談員のケース・コースアドボカシーの実践状況に関する後続調査や実践を行っている事業所への質的調査が課題である。

【事業所外への会議の出席】では、性別、年齢、役職との間に有意な正の関連が確認され、性別のうち女性の方が事業所外への会議の出席を実践していると認識しており、年齢が高いほど実践していると認識し、役職のうち管理者である方がそれ以外よりも実践していると認識していた。通所介護事業所が参加する事業所外の会議として地域ケア会議が想定される。白澤¹⁹⁾は、地域ケア会議は、支援困難事例を検討する「地域ケア個別会議」と、地域の課題を抽出し、その解決を検討する「地域ケア推進会議」に分けられ、地域ケア個別会議では支援困難事例を検討し、問題解決を図っていくが、そうした支援困難事例を累積することで地域の課題を明らかにしたうえで、地域ケア推進会議で地域の課題を検討し、その課題解決を図っていくと説いている。つまり地域ケア会議では、当該事業所の利用者に関する内容のみならず、地域課題や地域づくり等の幅広い内容が検討されることとなるため、地域における通所介護事業所の役割や考えを発信することが求められる。これらのことから、【事業所外への会議の出席】は、生活相談員の中でも管理者や年齢を重ね、様々な人生経験を積んでいる人の方が多く実践していると認識しているのではないかと推察する。ただし、各独立変数からのパス係数は低値であったことから後続調査での確認が必要である。

【終末期ケアの要望確認】では、年齢、生活相談員としての経験月数との間に有意な正の関連が確認され、年齢が高いほど、また生活相談員としての経験月数が高いほど終末期ケアの要望確認を実践していると認識していた。2015（平成27）年度介護報酬改定では、地域包括ケアシステム構築に向け、医療ニーズの高い在宅中重度者・認知症高齢者への対応が図られ「中重度者ケア体制加算」「認知症加算」が新設された。このように通所介護においても、医療依存度の高い利用者への対応のできる事業所が求められている¹⁸⁾。

一方で合田ら¹⁾は、通所介護事業所のソーシャルワーク実践において終末期援助の実践に関する項目のみが低値であったことを報告している。本調査においても「終末期の過ごし方に対する要望を聞く」の項目については、利用者、家族どちらに対しても、「全く実践していない」「あまり実践していない」と回答したものが6割を超えていた。これらのことから、通所介護事業所では医療度が高くなると推測される終末期援助を必要とする利用者への対応が可能な事業所と困難な事業所に分かれると考えられ、「終末期ケアの要望確認」は通所介護事業所の生活相談員が行うソーシャルワークの中でも実践上の課題が多い業務といえる。

本調査では、【終末期ケアの要望確認】は、年齢が高いほど、そして生活相談員としての経験月数が高い人の方が実践していると認識していたが、パス係数の値は低値であったことから、終末期への対応については、生活相談員自身の生活体験やこれまでの実践をもとに経験的に対応していることが否めない。通所介護事業所では重度の要介護者、医療依存度の高い人の積極的受入が求められていることから、今後は【終末期ケアの要望確認】を実践している生活相談員の実態を質的に明らかにし、経験の浅い生活相談員が利用者ニーズに対応できるような仕組みが求められる。

【利用者に関する記録の記述】では、介護職員との兼務の有無との間に有意な正の関連が確認され、介護職員との兼務をしている人の方が利用者に関する記録の記述を実践していると認識していた。

利用者に関する記録は事業所内の様々な専門職が行い、情報を共有することが求められている。そのため、介護職員と兼務をしている生活相談員は、ケアワークを通してより多くの場面で利用者に関わりを持つことから、情報量が増え、記録の実践をしていると認識している割合が高かったといえる。しかしながらパス係数は低値であったことから介護職員との兼務による業務増大により実践できない人がいることも否めない。今後はこの点についても詳細に確認する必要がある。

【利用者に関する記録の記述】では、1日あたりの利用定員数との間に有意な負の関連が確認され、利用定員数が少ないほど利用者に関する記録の記述の実践をしていると認識していた。また、生活相談員数との間に有意な正の関連が確認され、生活相談員が多いほど利用者に関する記録の記述の実践をしていると認識していた。通所介護事業所は事業所により、利用者数や利用者それぞれの利用時間、利用日が異なる。利用者の個人記録には一日を通じて提供した具体的なサービス内容、利用者の状態の変化、通所介護計画書に沿ったケアの実施状況、利用者、家族や他機関との情報交換などの記載が必要である⁸⁾とされているが、さまざまな業務を行っている生活相談員は日中記録に費やすことが出来る時間は限られ、業務終了後に記録していることが多いと考えられる。一方で、利用者と事業所が情報交換を行う利用者連絡ノートは、利用者が帰宅するまでに記入することが求められる。それゆえ、利用者数や生活相談員数が実践しているとの認識に関連が認められたと推察する。

最後に、通所介護事業所の生活相談員は基礎資格や基礎教育が多様であることから、保有資格によってソーシャルワークの実践状況に違いがあると推測したが、有意な関連は確認されなかった。西川²⁰⁾は、通所介護事業所に勤務する生活相談員を対象に質問紙調査を行い、相談系有資格者と非相談系有資格者の業務理解度について比較したところ「地域との連携」においてのみ相談系有資格者が非相談系有資格者に比して理解度が高かったと報告している。本調査は、ソーシャルワークの実践状

況について自記式調査という主観的評価に基づいた調査方法を採用しているため、自己評価と他者評価が必ずしも一致しているとは限らず、相談系有資格者である「社会福祉士」との有意な関連が認められなかったと考える。今後は保有資格とソーシャルワークの実践状況の質との関連を明らかにするため、保有資格に視点を置いたソーシャルワーク実践に関する質的研究が求められる。

個人属性、法人属性ともに有意な関連が確認されなかったソーシャルワーク実践は、【通所介護計画書の作成と説明】であった。指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第九十八条には、「指定通所介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。」と規定されており、通所介護事業所には通所介護計画書の作成が義務付けられている。通所介護計画書原案の作成に当たっては「サービス担当者会議の内容、ケアプラン、アセスメントを参考に作成し、管理者の承認を経て、利用者・家族に説明し、同意を得て成案になる⁷⁾とされている。また、通所介護計画書の作成に当たっては、「管理者は、通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）」とされている一方、「介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある者や、介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者にそのとりまとめを行わせるものとし、当該事業所に介護支援専門員の資格を有する者がいる場合は、その者に当該計画のとりまとめを行わせることが望ましい。」「サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものである」（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について）とされている。本調査においても、通所介護計画書の作成、利用者や家族への説明をしていると回答した生活相談員は9割を超えており、多くの生活相談員が通所介護計画書を作成・説明をしていると認識し

ていた。通所介護計画書は居宅介護計画書と異なり国が示す標準の書式がないため、事業所により書式が異なっている。今後通所介護計画書の書式やその作成方法については、円滑に連携しているモデルケースを対象とした検討が必要である。

V. 本研究のまとめと今後の課題

本研究は、通所介護事業所の生活相談員が行っているソーシャルワーク実践状況とその関連要因を探索することを目的に実施した。その結果、ソーシャルワーク実践は7因子から構成されることが明らかになった。本研究で明らかになったソーシャルワーク実践には【終末期ケアの要望確認】が含まれており、医療関連職種を含む多職種や他事業所と連携しながら、在宅で終末期を迎える利用者を支えるという実践の必要性が確認された点に社会医学的な意義があると考え、また、【通所介護計画書の作成と説明】以外の6因子は性別、年齢、生活相談員としての経験月数、介護職員との兼務の有無、役職、勤務事業所の利用定員、生活相談員数、運営主体との関連が確認された。

本調査の限界として自記式調査という主観的評価に基づいた調査方法を採用しているため、自己評価と他者評価が必ずしも一致しているとは限らない点や、配付した調査票の回収率が33.7%と低値であったため、母集団を反映した結果か否かに課題を有している。また、生活相談員にソーシャルワーク実践の有無を問うことに限定しており、内容の詳細が確認できていない。そのため、今後はインタビュー調査等により生活相談員によるソーシャルワーク実践の内容を詳細に明らかにしていくこと、調査対象地域の拡大による結果の一般化が必要である。社会医学的な観点から考えるならば、終末期ケアにおける生活相談員の実践の進展にも注視すべきと考える。

2018（平成30）年度の介護報酬改定では、介護保険と障害者福祉にまたがる形で「共生型サービス」が創設され、通所介護事業所も対象となり²¹⁾、事業所で算出される栄養改善加算について、外部

の管理栄養士との連携でも算出が可能となった。このように、以前と比較して通所介護事業所が連携する専門職や事業所の数は増えており、ますます生活相談員の役割が重要になるものと考えられる。また、制度の改定や加算の増設等を経て生活相談員の担うソーシャル実践に変化が見られたかを経時的に追う調査が今後必要と考える。

謝 辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました通所介護事業所の生活相談員の皆様に深謝申し上げます。

注

- 1) 第十九条 社会福祉主事は、都道府県知事又は市町村長の補助機関である職員とし、年齢二十年以上の者であつて、人格が高潔で、思慮が円熟し、社会福祉の増進に熱意があり、かつ、次の各号のいずれかに該当するもののうちから任用しなければならない。
 - 一 学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）に基づく大学、旧大学令（大正七年勅令第三百八十八号）に基づく大学、旧高等学校令（大正七年勅令第三百八十九号）に基づく高等学校又は旧専門学校令（明治三十六年勅令第六十一号）に基づく専門学校において、厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者
 - 二 厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者
 - 三 社会福祉士
 - 四 厚生労働大臣の指定する社会福祉事業従事者試験に合格した者
 - 五 前各号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者として厚生労働省令で定めるもの

- 2) 前項第二号の養成機関の指定に関し必要な事項は、政令で定める。

文 献

- 1) 合田衣里, 杉山京, 竹本与志人, 通所介護事業所に勤務する生活相談員のソーシャルワーク実践に関する研究. 社会福祉学. 2018; 59 (2): 24-36
- 2) 上田正太, 竹本与志人, 岡田進一, 白澤 政和, 特別養護老人ホームの生活相談員が行うソーシャルワーク実践の構造に関する検討. ソーシャルワーク学会誌. 2012; 24 (0): 15-28
- 3) 和気純子, 介護保険施設における施設ソーシャルワークの構造と規定要因 介護老人福祉施設と介護老人保健施設の相談員業務の比較分析を通して. 厚生 の 指標. 2006; 53 (15) 21-30
- 4) 合田衣里, 谷口敏代, 通所介護事業所における生活相談員の業務内容と困難度. 岡山県立大学紀要. 2015; 22: 153-160
- 5) 西川勝利, デイサービス相談員のソーシャルワーク実践におけるケアワーク関与に関する一考察 質問紙調査を通して. 福祉研究. 2013; 19: 125-142
- 6) 口村淳, 高齢者デイサービスにおける相談援助業務の特徴 既存臨床情報の質的分析を通して. ソーシャルワーク研究. 2013; 39 (3): 46-53
- 7) 大田区通所介護事業者連絡会編. デイサービス生活相談員業務必携—平成27年度介護報酬改定対応版. 愛知: 日総研出版. 2015
- 8) 小杉考司, 清水裕士編. M-plusとRによる構造方程式モデリング入門. 京都: 北大路書房. 2014
- 9) Muthen LK, Muthen BO. Mplus User's Guide, Fifth Edition. Muthen & Muthen, Los Angeles. 2007
- 10) Kaiser, H.F. The application of electronic computers to factor analysis, Educational and Psychological Measurement, 1960; 20: 141-151
- 11) Cattell, R. The meaning and strategic use of factor analysis, Handbook of multivariate experimental psychology, 1966: 174-243.
- 12) 豊田秀樹, 共分散構造分析 入門編—構造方程式モデリング. 東京: 朝倉書房. 1998
- 13) 山本嘉一郎, 小野寺 孝義, Amosによる共分散構造分析と解析事例. 京都: ナカニシヤ出版. 1999
- 14) 西川勝利, 業務アンケートから見たデイサービス相談員の相談援助業務. 福祉研究. 2010; 101: 48-54
- 15) 東京都社会福祉協議会編. 高齢者福祉施設生活相談員業務指針 '12—業務標準化のためのガイドライン. 東京: 東京都社会福祉協議会. 2012
- 16) 関根陽介, デイサービス生活相談員業務における"ソーシャルワーク実践とケアワーク実践"の関連要因 専門職性に着目して. 東海大学健康科学部紀要. 2018; 23: 33-43
- 17) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf> (2019年12月15日アクセス)
- 18) 日総研グループ『通所介護&リハ』企画チーム編. 2015年度 新報酬体系・制度下でのデイ事業展開戦略と実践. 愛知: 日総研出版. 2015
- 19) 白澤政和. ケアマネジメントの本質—生活支援のあり方と実践方法. 東京: 中央法規出版. 2018
- 20) 西川勝利, デイサービス相談員における相談援助業務の理解と資格要件の検討. 福祉研究. 2012; 104: 78-84
- 21) 荘村明彦, 2018年4月介護保険改正のポイント サービス別介護報酬・運営基準はこう変わる!. 東京: 中央法規出版. 2018

(受付 2019.10.31: 受理 2020.4.10)

State of social work practices and related factors among consultation staff of day service centers

Eri Kishimoto^{1, 2)}, Kei Sugiyama³⁾, Yoshihito Takemoto⁴⁾

Abstract

Objective: This study clarifies the state of social work practices (hereafter SW practices) among the consultation staff of day service centers.

Method: An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted targeting consultation staff employed at 1,344 day service centers in three prefectures of Chugoku region in Japan. The questionnaire comprised profiling questions and questions designed to assess the state of SW practices. Of the 450 responses received, data were analyzed for 309 questionnaires without missing values. First, an exploratory factor analysis was conducted for questions concerning the state of SW practices, followed by a confirmatory factor analysis on the construct validity of the factors identified. In addition, relationships between the state of SW practices and participant attributes were examined using structural equation modeling.

Results: Seven factors were identified from questions on the state of SW practices among consultation staff employed at day service centers, of which six, not including “formulation and explanation of day service plans,” were found to be significantly associated with individual attributes, such as “position,” and organizational factors, such as the “operating body” of the center.

Discussion: In the future, it is essential to expand the scale of the study and conduct qualitative research into the detailed state of SW practices in light of the revisions to the Long-Term Care Insurance Act.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 150 – 163】

Key words : day service centers, consultation staff, social work practices, structural equation modeling

1) Department of Community Welfare, Faculty of Human Health Sciences, Niimi University

2) Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

3) Faculty of Healthcare Management, Nihon Fukushi University

4) Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

原著論文

児童相談所保健師に求められる役割と課題 —児童相談所を経験した保健師への面接調査—

富田早苗¹⁾，石井陽子¹⁾，二宮一枝²⁾

抄録

目的：児童相談所を経験した保健師へ面接調査を行い，その語りを分析することで，児童相談所保健師に求められる役割と今後の課題を明らかにする。

方法：調査対象者は，児童相談所（以下，児相とする）を設置する全国69自治体の内，児相相談業務経験等があり，承諾の得られた4自治体7人である。方法は，質的記述的研究であり，インタビューガイドを用いた半構造化面接によりデータを収集し分析した。なお，本研究は岡山県立大学倫理委員会の承認を得て実施した。

結果：調査対象者は，児相配属前に保健所等で母子保健や精神保健業務にほとんどの者が携わり家庭訪問も多く経験していた。児相の任用形態では児童福祉司経験者が3人いた。児相配属時に抱いた保健師の在り方に関する認識では，5カテゴリーが抽出され，【アイデンティティの揺らぎ】【期待される職務能力への不安】があるものの【組織の一員としての覚悟】を決め【経験を活かした積極性】をもち【未知なる仕事への期待】を膨らませていた。また児相配属の経験をとおして感じた保健師の役割に関する認識では，【虐待リスクを考えた早期からの対応】，【医療専門職としての健康支援】，【里親と子ども両方への支援の充実】，【地域で生活できるサポート体制の構築】，【児相保健師の活動基盤の充実】等7カテゴリーが抽出された。

考察：児相を経験した保健師の語りから，児相保健師には，保健医療専門職として健康課題を予測し発信し続ける役割，対象者を尊重した支援を継続的に行う役割が重要であることが示唆された。今後，これらの役割が遂行できる人材育成と，児相の人員配置を含めた児童福祉環境の整備が，各自治体における重要な課題と考えられる。

【社会医学研究2020；37（2）：164－175】

キーワード：児童相談所，認識，保健師の役割，質的記述的研究

I. 緒 言

近年，複雑多様化する健康課題を背景に，福祉分野への保健師配置が進んでいる。児童福祉分野では，2004年の児童福祉法改正において児童福祉

司の資格要件が緩和され，保健師が児童相談所（以下，児相）配置職員に含まれたことから，一部の都道府県において児相に保健師が配置された¹⁾。2016年には，児童福祉法改正を受け，厚生労働省は「児童相談所強化プラン（2016～2019年度）」において，児童福祉司および保健師等職員数の増員や対応能力の向上等を掲げ，保健師配置目標を2015年度90人から2017年度210人とした²⁾。2017年4月現在，児相設置自治体69か所中，児相に保健

1) 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学科

2) 元岡山県立大学保健福祉学部看護学科

連絡先：富田早苗

E-mail：tomita@mw.kawasaki-m.ac.jp

師を配置する自治体は49か所（71.0%）、保健師配置は138人となっている³⁾。さらに、2019年度からの「児童虐待防止対策体制総合強化プラン」では、各児相に保健師を1人配置する方針が示された⁴⁾。

今後は児童虐待防止対策の強化のため、児相に1人で配属される保健師は増加することが予想される。しかし、その配置の実態を含め、児相保健師の役割等に関する研究の蓄積は多くない。2008年に佐藤ら⁵⁾は、全国の児相調査を実施し、児相保健師は、児童福祉司または保健師として任用され、保健・医療機関との連携や窓口機能、乳幼児を中心とした育児支援活動、性教育や性的虐待事例の対応が主な役割と報告した。弘中は⁶⁾、2008年、自身の児相保健師経験をふまえ児相保健師の専門性と役割について児相福祉職を対象に調査を行った結果、保健・医療に関する情報収集とアセスメントおよび虐待予防を含む支援や助言などの個別ケース対応、また、児童虐待の予防・再発予防のため地域保健師との隙間のない連携の推進、その他として児相保健師業務のあり方検討会や新任研修の実施といった役割を提示している。また、石井らは⁷⁾、2017年9月までの文献を検討し、児相保健師の役割として対人支援活動と地域支援活動に大別していた。加えて児相保健師は、都道府県および政令指定都市、一部中核市の職員として、人事異動により在籍期間は約3年間が多いことを報告している。

これら先行文献により、児相保健師の役割が少しずつ明らかとなっているが、保健師の児相配属前の担当業務や配属時に抱いた保健師の在り方に関する認識について記述的に明らかにした研究は少ない。虐待対応等、児相保健師に求められる役割が増大する中、児相配属前の保健師としての現場経験は、配属後の児相保健師の役割遂行に大きく影響していると考えられる。また、保健師が児相配属により得られた貴重な経験はもちろん、配属後に実際に経験を積み重ねる中で、その役割についての認識はどうであったかを聞き取り明らかにしていくことは、今後配属される可能性のある保健師の参考となる。そこで、本研究では児相を

経験した保健師へ面接調査を行い、その語りを分析することで、児相保健師に求められる役割と今後の課題を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

面接インタビューによる質的記述的研究である。

2. 用語の操作的定義

役割とは、大辞林（第三版）によると、集団内の地位に応じて期待され、また、その地位にあるものによって学習される行動様式、社会的役割と示されている。本研究では、先行文献を参考に⁸⁻⁹⁾、所属している組織において児相保健師として期待されていること、また、児相保健師として学習される行動様式、あるべき姿勢とした。

3. 児童福祉司と保健師について

児童福祉司は、児童福祉法に基づき児童相談所で働く場合に求められる資格、すなわち任用資格であり、児童の保護その他児童の福祉について、相談に応じ、専門的技術に基づいて必要な指導を行う¹⁰⁾。児童相談所運営指針では¹⁾、児童福祉司の職務内容は、（１）子ども、保護者等から子どもの福祉に関する相談に応じること、（２）必要な調査、社会診断を行うこと、（３）子ども、保護者、関係者等に必要な支援・指導を行うこと、（４）子ども、保護者等の関係調整（家族療法など）を行うこと、である。

一方、保健師は、保健師助産師看護師法に定められ、保健師の名称を用いて保健指導に従事する国家資格である。児童相談所運営指針では¹⁾、保健師の職務内容は、（１）公衆衛生及び予防医学的知識の普及、（２）育児相談、1歳6か月児及び3歳児の精神発達面における精密健康診査における保健指導等、障害児や虐待を受けた子ども及びその家族等に対する在宅支援、（３）子どもの健康・発達面に関するアセスメントとケア及び一時保護している子どもの健康管理、（４）市町村保健セン

ター、子育て世代包括支援センターや医療機関との情報交換や連絡調整及び関係機関との協働による子どもや家族への支援、である。

4. 研究参加者

児相を設置する全国69自治体の統括保健師に行った先行調査¹¹⁾において、児相への保健師配置歴が10年以上の自治体は8自治体であった。そのうち、連絡先が把握可能であった4自治体を対象とした。児相への保健師配置歴10年以上を条件としたのは、児相の在籍期間は3年が多く、複数人の保健師が児相を経験することにより、当該自治体における保健師活動が整理されてくると判断したためである。

4自治体の統括保健師に協力依頼を行い、過去に児相で相談業務経験があり、管理職以外の経験があった保健師のうち承諾の得られた者を研究参加者とした。任用形態は児童福祉司、保健師どちらも可とした。研究参加者の現在の所属長には文書で研究の説明を行った。研究参加者には、文書および口頭で研究の説明をし、文書にて承諾を得た。

5. データ収集

2018年1～2月に、研究参加者にインタビューガイドを用いた半構造化面接インタビューを行い、基本事項の他に児相配属前の主な業務と配属時の勤務状況、児相配属時および配属後に感じた保健師としての在り方や役割などに関する認識について聞き取りを行った。インタビューは、公衆衛生看護の実務経験が豊富な保健師教員が2～3人で行った。1人はインタビューを中心に行い、1～2人は研究参加者の同意を得て記録を行った。インタビューは約60分で、研究参加者の同意を得てICレコーダーに録音し、研究参加者ごとに作成した逐語録を分析データとした。

5. 分析方法

分析は、逐語録データを熟読しながら、研究参加者が児相配属時から児相を経験する中で語った保健師としての在り方や役割に関する認識に焦点

を当て、その発言を理解可能な最小単位で抜き出しコード化した。コードの類似性と差異性を比較検討し、共通する意味をもつもの同士を分類して、抽象度のレベルを比較しながら、サブカテゴリー化・カテゴリー化を行った。文脈の意味を意識し、ストーリーラインを明確にしながら、データ、コードに戻ることを繰り返しながら、分析を進めた。

分析過程では、公衆衛生看護学の研究者らによるスーパーバイズを受け、語りの内容の真実性や、解釈の妥当性を確認しながら進めた¹²⁾。

6. 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究者から参加者へ連絡をし、参加者の利便性を考慮しインタビュー日時と場所を決めた。その際、個人情報漏れない場所であることを事前に確認した。インタビュー前に口頭と文書にて、研究の目的、内容に加え、研究への協力は自由意思であること、承諾した後も協力を中止することが不利益なくできること、データの取り扱い時には個人が特定されないよう配慮すること、得られたデータを研究以外に使用しないこと、データの事後処理は研究終了後5年間の保存後処分にすることについて口頭および文書で説明を行い、文書にて同意を得た。また、研究参加者の所属長にも同様に、インタビュー調査を実施するにあたり、1時間程度の時間を要すること、インタビューの場所を借りることについて、事前に文書により説明し同意を得て行った。

本研究は、岡山県立大学倫理委員会の承認のもとに実施した（承認番号：17-59）。

Ⅲ. 研究結果

研究参加者の概要を表1に示す。研究参加者は、4自治体に所属する7人で、30歳代が1人、40歳代が1人、50歳代が5人で、平均年齢は52.1歳、全員女性であった。児相以前の保健師歴は4～30年で、児相配属期間は3～5年であった。児相配属前の主な業務は、保健所における地区分担の経験者は6人、業務分担の経験者では、母子保健業務

表1 研究参加者の概要

研究参加者	A	B	C	D	E	F	G
年代	30歳代	40歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代
現在の保健師経験年数	15～20年	10～15年	30年以上	30年以上	30年以上	30年以上	30年以上
児相配属時の経験年数	10～15年	5年未満	25～30年	25～30年	25～30年 25～30年	30年以上	20～25年 30年以上
児相配属前の主な業務	保健所 地区分担	○	○	○	○	○	○
	保健所 業務分担	母子・精神・難病・感染症・健康づくり等	母子等	母子・精神・感染症・介護保険等	母子・精神・難病・感染症等	母子・精神・難病・感染症等	母子・精神・難病・感染症等
	都道府県庁	人事等		児童福祉・感染症等	母子・難病等		母子・難病・健康づくり等
	その他	看護師(9年)	市町村出向・精神保健福祉センター・身体障害者更生相談所等		市町村出向(2回)・障害児施設等	企画(学生指導・人材育成)等	障害児施設・医療監視・医療相談等

表2 児相配属時の勤務状況

研究参加者	A	B	C	D	E	F	G
任用形態	保健師	保健師	保健師	保健師	児童福祉司 管理職	児童福祉司	児童福祉司 管理職
保健師人数*	3	1	2	1	1	1	1
保健師の役割を認識した主な業務	・乳幼児や精神疾患を有する保護者の同伴訪問 ・妊婦の支援 ・里親の面接・訪問・研修等支援 ・一時保護児童の健康管理 ・母子保健機関・医療機関との連携 ・医療機関への同伴受診	・虐待対応(アセスメントと支援) ・保護者への育児支援 ・一時保護児童の健康管理・健康教育 ・性被害を受けた子どもの支援 ・母子保健機関・医療機関との連携	・虐待対応(アセスメントと支援) ・保護者への育児支援 ・一時保護児童の健康管理・発達面の支援 ・母子保健機関・医療機関との連携 ・虐待初期対応の体制づくり	・性被害を受けた子どもの支援 ・里親研修、里親への家庭訪問 ・一時保護所・児童養護施設との連携 ・母子保健機関・医療機関との連携 ・県内児相を持つ自治体との連絡会	・児童の心身面のアセスメントと支援 ・会議等で保健師として意見発信	・精神疾患を有する保護者の同伴訪問 ・一時保護児童の健康管理 ・(虐待通告時、他の児童福祉司の)母子保健機関 ・医療機関との連携支援	・関係機関の連携構築 ・予防的介入の支援

*) 児相内で保健師資格を有する者の人数(研究参加者含む)

は全員、精神保健業務は6人であった。家庭訪問は全員が多く経験したと認識していた。また、精神保健業務経験のないB氏は看護師経験が9年あった。

児相配属時の勤務状況を表2に示した。児相での任用形態は、児童福祉司が2自治体3人、保健師が3自治体4人であった。児相における同職場での保健師資格を有する人数は研究参加者も含め1～3人であった。また、児相を2回経験している保健師は2人であった。保健師の役割であると認識した主な業務は、任用形態によって異なる特徴がみられた。保健師として任用されていた4人(A氏、B氏、C氏、D氏)は、妊婦・乳幼児の支援、里親支援、虐待対応等を行う際に、自らが保健師

であるということがその役割に活かされている、あるいは保健師であればこそその役割を遂行できたと認識していた。また、D氏はこれ以外に、都道府県内で児相を持つ自治体との連絡会を実施する等、多岐にわたる業務を行っているが、これも保健師であればこそ遂行しえたものであるとのことであった。一方、児童福祉司として任用されていた3人(E氏、F氏、G氏)は、児童福祉司業務に加え、児童虐待通告時に保健・医療機関との連携支援を行う、保護者が精神疾患を持つ場合には同伴訪問を行う場合等において、保健師の資格や経験が活きていると考えていた。

児相配属時に抱いた保健師の在り方や、児相経

表3 児相配属時に抱いた保健師の在り方に関する認識

カテゴリー (5)	サブカテゴリー (10)
アイデンティティの揺らぎ	保健師の記載がない辞令でアイデンティティが揺らぐ (F)
期待される職務能力への不安	精神困難事例対応経験が少なく弱い部分を意識した (A)
	1人職場で遂行できるか不安を覚える (B)
組織の一員としての覚悟	他にする人がいないと言われ、自分しかいないのでやってみようと思う (F)
	児相との協働経験から抵抗はなく、辞令を受け入れる (B, C)
	県職員なのでどこでも行かなければならないと受け止め、仕事として割りきる (G)
経験を活かした積極性	児童福祉司研修を修了しているので妥当と思う (C)
	事例の体験から児相を希望していた (E)
	県庁での企画を児相現場で活かしたいと願っていた (D)
未知なる仕事への期待	未知な分野で新しい経験ができる (A)

験をとおして感じた保健師の役割に関する認識については、以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》として記述した。調査対象者の語りは斜字を用いて記述した。なお、個人の特定を避けるために意味を保持したまま一部に修正を加え、必要に応じて () を用いて情報を補足した。

1. 児相配属時に抱いた保健師の在り方に関する認識

児相配属時に抱いた保健師としての在り方に関する認識は、表3に示すとおり、5カテゴリー、10サブカテゴリーが抽出された。《保健師の記載がない辞令でアイデンティティが揺らぐ》といった【アイデンティティの揺らぎ】、《精神困難事例対応経験が少なく弱い部分を意識した》、《1人職場で遂行できるか不安を覚える》といった【期待される職務能力への不安】がある一方、《県職員なのでどこでも行かないといけないと受け止め、仕事として割り切る》と【組織の一員としての覚悟】を決め【経験を活かした積極性】をもち【未知なる仕事への期待】を膨らませていた。

なお、児相配属時に【期待される職務能力への不安】を抱いたのは、児相配属時の保健師経験年数が15年以下の2人であった。

2. 児相経験をとおして感じた保健師の役割に関する認識

児相配属の経験をとおして感じた保健師の役割に関する認識は、表4に示すとおり、7カテゴリー、25サブカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、【対象者を尊重した関わり】、【虐待リスクを考えた早期からの対応】、【医療専門職としての健康支援】、【里親と子ども両方への支援の充実】、【積極的な保健・医療機関との連携】、【地域で生活できるサポート体制の構築】、【児相保健師の活動基盤の充実】であった。

1) 対象者を尊重した関わり

児相保健師は、子どもの発達段階に応じて《乳幼児にとっての一日の重みを認識し早期対応を心がける》、《対象者が主役であり、その人らしく生きられるよう関係機関の協力を得て支援する》、《生活の中から相談者の思いを引き出すことを意識する》等、その人らしく生活できるよう対象者を尊重した関わりを行っていた。医療専門職として、乳幼児期の生活を尊重し、成長・発達段階を意識した関わりをC氏は次のように述べている。

(一時保護した児童に対して) 小さい子どもの一日は大人の何倍にも匹敵する。私たちの1か月

表4 児相配属の経験をとおりて感じた保健師の役割に関する認識

カテゴリー 〈7〉	サブカテゴリー (25)
対象者を尊重した関わり	乳幼児にとっての一日の重みを認識し早期対応を心がける (C)
	対象者が主役であり、その人らしく生きられるよう関係機関の協力を得て支援する (G)
	生活の中から相談者の思いを引き出すことを意識する (F)
虐待リスクを考えた早期からの対応	家族の力量を判断し、虐待リスクを考慮して保健福祉サービスを活用する (D, F)
	虐待介入よりも、ケア的な介入をした方があとにつながると判断し介入をする (G)
	児相職員の反対がある中、予防的介入の必要性を感じ家庭訪問等を実施する (E)
医療専門職としての健康支援	即座に対応できるよう医学的知識を学び直す (A)
	医療に強い専門職として、性的虐待や性教育等の支援を担う (B, D)
	一時保護児童の健康・発達状況をアセスメントし保護者への育児支援を行う (A, B, C, D)
	担当地域以外でも精神疾患を持つ保護者への対応を積極的に行う (E, F)
里親と子ども両方への支援の充実	ケース会議では、保健師は健康と生活を包括的にみる医療職として発言する (A, B, C, D, E, F, G)
	子どもの特性を把握し、里親に預けられるか否か判断するため、里親への全数訪問を行う (A)
	理想と現実のギャップが最小限となるよう育児スキルが身に付く支援を行う (A)
積極的な保健・医療機関との連携	愛着形成の観点から新生児期からの里親支援を始める (A)
	病院からの通告は、保健師に繋げるよう周囲に伝え迅速な対応を行う (C, D)
	病院から児相に連絡した場合には、その旨を保護者に伝えてもらうよう医師の役割を伝える (C)
	母子保健機関との連携について医師に伝える (C)
地域で生活できるサポート体制の構築	担当地域以外でも乳児の虐待通告への対応を実施する (E, F)
	一時保護の選択肢以外に利用できるものはないか検討し地域に引き継ぐ (C, F)
	地域の母子保健活動でできることを強く期待し、市町村保健師に依頼する (F)
	20歳以上の支援も視野に地域での支援法を検討する (F)
児相保健師の活動基盤の充実	市町村保健師のニーズに基づき、虐待発生予防対策の研修を行う (B, D)
	様々な人脈を用い積極的に相談することを心がける (F)
	保健所での研修に全部参加するなど、保健師の活動基盤を確保する (F)
	児相保健師連絡会をつくり、児相保健師活動を促進する (B, G)

てたいしたことないけど、赤ちゃんにとっての1か月って本当に貴重なので、親のことも考えながら、親族とか、支援を広げて考えないと、ぼーっとしていたらその子のいい育ちは保証できないって感じましたね。

2) 虐待リスクを考えた早期からの対応

児相保健師は、地域保健活動で培った予防的視点を駆使し、《家族の力量を判断し、虐待リスクを考慮して保健福祉サービスを活用する》、《虐待介入よりも、ケア的な介入をした方があとにつながると判断し介入をする》ようにしていた。また、児童福祉司として任用されていた保健師は、《児相

職員の反対がある中、予防的介入の必要性を感じ家庭訪問等を実施する》など虐待リスクを考えた早期からの対応を行っていた。虐待を未然に防ぐ早期の介入について、G氏は次のように述べている。

介入するときに、私たちは地域で結構悲惨な子どもたちも見ていたので、これくらい大丈夫とか、ご飯食べているでしょうとか、体重増えているでしょうとか、大丈夫よねと判断していました。（中略）虐待という介入よりも、もうちょっとケア的な介入した方があとにつながるんじゃないかなとか思いながら危機介入していたので、そういう違いは（福祉職と比べて）あるかなと思います。

3) 医療専門職としての健康支援

本調査対象者は、児相における医療専門職は保健師のみ、という状況を全員が体験していた。医療専門職として《即座に対応できるよう医学的知識を学び直す》、《医療に強い専門職として、性的虐待や性教育等の支援を担う》、《一時保護児童の健康・発達状況をアセスメントし保護者への育児支援を行う》など保健師の役割を意識し支援を行っていた。さらに、児童福祉司として任用されていた保健師は《担当地域以外でも精神疾患を持つ保護者への対応を積極的に行う》、また、児相保健師は全員《ケース会議では、保健師は健康と生活を包括的にみる医療職として発言する》など医療専門職としての健康支援を行っていた。児童福祉司として任用されていたF氏は、保健師の役割を次のように述べている。

児童福祉司も担当地域があるんですが、担当ではないところでも、精神とか発達障害とか保健師として関わらないといけないケース会議には全部参加していました。児童福祉司なんだけど、保健師ということも頭に置きながら。

4) 里親と子ども両方への支援の充実

里親支援を担当していた児相保健師は、従来の里親支援の方法を見直し、《子どもの特性を把握し、里親に預けられるか否か判断するため、里親への全数訪問を行う》ことや不妊治療をして実子に恵まれず里親登録していた母親等には、《理想と現実

のギャップが最小限となるよう育児スキルが身に付く支援を行う》など母子保健活動における保健師の役割を意識し支援を行っていた。さらに、従来の乳児院を退所してから里親へ預ける方法を見直し、《愛着形成の観点から新生児期からの里親支援を始める》と、子どもの成長発達により望ましい方法は何か模索しながら、里親と子ども両方への支援を充実させていた。里親への全数訪問に踏み切った理由をA氏は次のように述べている。

里親とのマッチングは子どもの人生を変えるので、100世帯くらいあったんですけど、時々サロンをしたり、あと自宅を訪問してマッチングしていました。（中略）年齢によっても全然フォローの仕方が違います。（妊婦の連絡は）市町村からはあまりなくて、医療機関もしくは本人から直接相談がありました。若い未婚の人が多いです。親は隠したいから市町村には行かないです。（中略）マッチングは保健師だからほっとけない、ちゃんと家を見ていないと本当に預けられるかと、保健師として動いたんじゃないかと思います。

5) 積極的な保健・医療機関との連携

児相保健師は保健・医療の専門職として、《病院からの通告は、保健師に繋げるよう周囲に伝え、迅速な対応を行う》ことや、《病院から児相に連絡した場合には、その旨を保護者に伝えてもらうよう医師の役割を伝える》、虐待通告の対象ではないと判断した場合は、《母子保健機関との連携について医師に伝える》、児童福祉司として任用されていた保健師は《担当地域以外でも乳児の虐待通告への対応を実施する》と積極的な保健・医療機関との連携を行っていた。病院から児相になぜ連絡する必要があったのか、医師から直接説明を受けることで虐待通告された保護者は納得して児相の介入を受けることができる。児相保健師は、虐待通告の対象ではないと判断した場合には、児相介入が親にとって脅威となることもあるため、あえて児相から直接介入するのではなく、母子保健機関の保健師活動へ繋ぎ支援するといった役割も担っていた。

病院から通告があった時には、私（保健師）に必ず電話をまわしてくださいと言っていました。

私が電話を受けて、「先生（医師）は何時がご都合いいですか」と100%会いに行きました。先生の顔を見て、「病院から児相に連絡をしたということを書いて保護者に面接させていただけますか」とお願いしていました。児相が急に行って、最初何も（医師から）聞いていないで会々と、保護者はびっくりしますよね。先生（医師）から、「こういうことで心配だから児相に連絡して来てもらいました」と繋いでもらわないと。なぜ通告するかと言ったらその人を支援してほしいから通告する。（中略）そこまでしなくてもいいと判断した時は、先生（医師）と話をして、「これは市町村の保健師さんに繋いでいただくのはどうでしょうか」という話もしていました。児相が入るとなると、小さい赤ちゃんを育てているお母さんは、ショックで母乳が出なくなりますよね、そういうことはしたくない。次に繋がらないと何の意味もないです（C氏）。

児相保健師は、対象者の心身の健康状態をアセスメントし、どのタイミングでどこに繋がればよいか、それは全ての母子を支援できる市町村等の母子保健機関なのか、それとも虐待対応をする児相なのか、熟慮した上で対象者が安心して育児できる環境を重視し、積極的に保健・医療機関と連携していた。

6）地域で生活できるサポート体制の構築

児相保健師は、対象者が望む地域での生活ができるよう《一時保護の選択肢以外に利用できるものはないか検討し地域に引き継ぐ》ことや、児相保健師の立場から《地域の母子保健活動でできることを強く期待し、市町村保健師に依頼する》役割を担っていた。また、《20歳以上の支援も視野に地域での支援法を検討する》、《市町村保健師のニーズに基づき、虐待発生予防対策の研修を行う》など地域で生活できるサポート体制の構築を継続的に実施していた。対象者が地域で生活できるようB氏は児相保健師として、次のような体制づくりを行っていた。

虐待対応だけでなく、虐待発生予防として、市町村、支援者向けの子どもの虐待対応力向上研

修をやりました。ちょうど市町村からも対応力向上の何かがしたいという要望があったので（中略）。また、その頃自然分娩が増えていたので、各所1、2例しか事例がなかったので、集めて共有しておいた方がいいだろうとなって、取りまとめて（都道府県庁に）報告もしました。

7）児相保健師の活動基盤の充実

児童福祉司として任用されていた保健師は、保健師が1人だったため、《様々な人脈を用い積極的に相談することを心がける》、《保健所での研修に全部参加するなど、保健師の活動基盤を確保する》ことで、保健師の活動基盤を確認し、児相保健師の役割を担っていた。また、児相保健師は少人数配置でもあり、都道府県内の他児相保健師とのネットワークを形成するため《児相保健師連絡会をつくり、児相保健師活動を促進する》といった都道府県内の児相保健師の活動基盤の充実をはかっていた。児相保健師連絡会のメリットとしてG氏は次のように述べている。

子どもが転居した時に話しやすくなるし、児相じゃなくてもその地域の母子保健に繋がりたい時の情報や医療機関のこととかすごくやりやすかったです。あとびっくりするような（保健師）配置のされ方をしていると思うと、モデル的にきちんとやらないといけないんじゃないかな、その人たちももうちょっと保健師らしい仕事ができるように一緒に考えられることがあるんじゃないかなと（思いました）。保健師のアイデンティティをどう保っていくかというところで、（保健師としての役割は）これでいいんだよね？と確認し合える仲間が他に必要なんですよ。

しかし、4自治体中組織化された児相連絡会があったのは2自治体のみであった。

IV. 考 察

1. 児相配属時に抱いた保健師の在り方に関する認識

本研究は、児相への保健師配置歴が10年以上の自治体の中から本研究に承諾の得られた4自治体

7人を対象とした。その結果、調査対象者は、保健師経験が豊富な50歳代が5人を占めていた。児相配属前の主な業務では、ほとんどの者が母子保健と精神保健業務を経験しており、家庭訪問件数も多数あった。児相配属時の勤務状況では、保健師人数は7人中5人の調査対象者が1人配置であった。児相配属時に抱いた保健師の役割に関する認識では、『1人職場で遂行できるか不安を覚える』、『精神困難事例対応経験が少なく弱い部分を意識した』といった【期待される職務能力への不安】を感じていた。これらは、いずれも児相配属時の保健師経験年数が15年以下のA氏、B氏の語りであった。児童虐待防止における保健師の自信と力量形成について調査した阿部らの研究では¹³⁾、新任・中堅期より21年以上のベテラン期の方が、児童虐待の早期発見や予防における個人家族及び地域支援活動に自信を持っていた。さらに、虐待支援5件以上の経験者に活動の自信を持つ者が多かったことを報告している。児相保健師は、精神疾患を有する保護者の対応、性被害を受けた子どもの支援、虐待対応等、多くの困難業務を日常的に展開していた。1人職場の多い児相保健師が過度な負担なく業務を遂行するためには、母子・精神保健業務の経験、15年以上の保健師経験が必要と考えられた。今後、我が国においては児相保健師が増えることが予想される。児相保健師の職務能力への不安を軽減し、高度な対人支援能力や倫理的に判断できる能力¹⁴⁾が遂行できるよう、自治体保健師の標準的なキャリアラダー¹⁵⁾のキャリアレベルを考慮した人材配置も必要だろう。

保健分野で活動することが多い行政保健師が福祉分野へ異動した際には【アイデンティティの揺らぎ】が起こりうる。今回の結果では、さらに【組織の一員としての覚悟】が抽出された。この覚悟が、【経験を活かした積極性】や【未知なる仕事への期待】と相まって、児相保健師の役割遂行につながったものと考えられる。國府ら⁸⁾は福祉分野を経験した行政保健師における役割認識の深化プロセスに、「組織の中で保健師の役割を開拓する」役割認識があったと報告している。本研究参加者におい

ては、保健師として任用された者はもちろん、児童福祉司として任用された者であっても、予防的介入の必要性を感じて家庭訪問等を実施していた。これらは児童福祉司の職務内容を超えることから児相職員の反対を受けることもあったが、保健師としての使命感とともにその反対を押し切って遂行したとのことであった。先行研究⁸⁾と同様に、組織の中にあっても自らの役割を積極的に開拓して実践するという保健師特有の行動様式が児相配属前から既に身につけていたものと考えられる。

2. 児相経験をとおして感じた保健師の役割に関する認識

児相を経験した保健師は、児相保健師の役割に関する認識について、【虐待リスクを考えた早期からの対応】を意識し、専門職として対象者の成長発達を常に評価し、乳幼児期の早期介入から児相の対象外となる20歳以上の支援も考慮しながら継続した保健福祉サービスを展開するなど【対象者を尊重した関わり】を語っていた。また、保健・医療機関との連携についても、ショックで母乳が出なくなる等心理的な衝撃が大きくなりすぎないように、誰からどのように伝えられるかで保護者の思いは変わってくることを意識し、【積極的な保健・医療機関との連携】、【地域で生活できるサポート体制の構築】といったきめ細かな対人サービスの重要性を認識していた。里親支援についても、従来の支援に留まらず、愛着形成の観点から、【里親と子ども両方への支援の充実】を目指し、全数訪問等の【医療専門職としての健康支援】を児相保健師の役割として認識していた。これらは、児相保健師として配属される前に、親子保健の重要性等、保健医療専門職としての経験に基づいた判断があったと考える。

対象者を尊重した予防的・継続的な支援を充実させるためには、【児相保健師の活動基盤の充実】が必要である。この認識が抽出されたことは、裏を返せば、「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」¹⁵⁾に示された「保健師の活動基盤」が、児相における業務遂行に重要な意味を持ったという

ことに他ならない。このことは、15年以下の経験の浅い保健師であっても、児童虐待等の困難事例に対応できる可能性を示唆するという点で、特に重要な語りといえよう。児童虐待事例に対する行政保健師の困難感についてまとめた有本ら¹⁶⁾は、全国の市区町村の調査から94.4%の保健師に困難感があったと報告している。その内容は、介入方法やタイミングの難しさ、健康問題と生活課題の重複、関係機関との連携の難しさ等であり、研修プログラムの開発および支援体制整備の必要性を指摘していた。2017年4月1日現在、全国の児相数は210か所で保健師数は計138人となっている。自治体の規模により児相数は1～11か所、保健師数も0～16人と差があるものの、保健師が配置されている中で最も多いのは1人で18自治体であった³⁾。このことは、児相配属中に複数の保健師と共に児相保健師の役割について協議する機会が少ないことを示している。「児童虐待防止対策体制総合強化プラン」では、各児相に保健師を1人配置する方針が示されている。このことから、50歳代とベテランの多い児相保健師がその役割に関する認識を継承していくことは特に重要と考える。【地域で生活できるサポート体制の構築】を目指し、全ての児相で【児相保健師の活動基盤の充実】が望まれる。

本研究は、10年以上前から保健師を児相に配置していた自治体の保健師から抽出した児相保健師の役割に関する認識を記述したものである。児童虐待など大きな社会問題に直面している児相において、児相保健師は、数少ない保健医療専門職としての役割が期待されている。今後、新たに配属される保健師が過度な負担なく役割を遂行できるよう、児相保健師の活動基盤の充実とともに、体系的な人材育成も必要と考える。

3. 研究の限界

今回の調査対象は、調査に協力の得られた4自治体の7保健師であった。調査対象者数が少ないことは、我が国において児相への保健師配置歴が10年以上の自治体は、現在まだ8自治体しかない

ことによる。対象となった児相保健師の活動やその役割に関する認識も、経験年数や児相による任用形態の違いにより異なる可能性もある。今後、児相保健師所属自治体の増加に伴いさらなる調査が可能となる。また、児相への保健師配置歴が短い10年以内の自治体や保健師経験の少ない児相保健師の抱える課題等も明らかにする必要もあるだろう。

V. 結 語

児童相談所を経験した保健師への面接調査を行った結果、児相保健師に求められる役割等について、以下のことが明らかとなった。

児相配属時に抱いた保健師の在り方に関する認識では、保健師の記載がない辞令によるアイデンティティの揺らぎや精神困難事例経験の少なさ等から職務遂行に不安を抱く一方、組織の一員としての覚悟を決め保健師の経験を活かした活動を実践したいとの語りが抽出された。

児相配属の経験をとおして感じた保健師の役割に関する認識では、対象者を尊重した関わり、虐待リスクを考えた早期からの対応、医療専門職としての健康支援、里親と子ども両方への支援の充実、積極的な保健・医療機関との連携、地域で生活できるサポート体制の構築、児相保健師の活動基盤の充実の7カテゴリーが抽出された。

本調査の結果から、児相保健師には、保健医療専門職として健康課題を予測し発信し続ける役割、対象者を尊重した支援を継続的に行う役割が重要であることが示唆された。今後、これらの役割が遂行できる人材育成と、児相の人員配置を含めた児童福祉環境の整備が、各自治体における重要な課題と考えられる。

【謝 辞】

本研究を実施するにあたり、快く研究にご協力くださいました7人の参加者の皆様に厚くお礼申し上げます。

本研究は、平成29～30年度川崎医療福祉大学医療福祉研究費の助成を受けて実施した。

【利益相反】

発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業・組織および団体等はありません。

【文 献】

- 1) 厚生労働省. 児童相談所運営指針の改正について. <http://www.pref.okayama.jp/uploaded/attachment/239640.pdf> [2019年3月25日検索]
- 2) 厚生労働省. 児童相談所強化プラン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000122756.pdf> [2018年9月4日検索]
- 3) 厚生労働省. 児童相談所関連データ. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000174777.pdf> [2019年3月22日検索]
- 4) 厚生労働省. 児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策. <https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/000336226.pdf> [2018年9月1日検索]
- 5) 佐藤和宏, 山本恒雄, 児童相談所における保健師の役割について, 日本子ども家庭総合研究所紀要, 2009; 45: 385-394
- 6) 弘中千加, 児童相談所における保健師の専門性と役割について, 保健師ジャーナル, 2009; 65 (9): 772-778
- 7) 石井陽子, 二宮一枝, 児童相談所保健師の活動と役割に関する文献的考察, 川崎医療福祉学会誌, 2018; 27 (2): 505-512
- 8) 國府隆子, 丸山美知子, 鈴木良美, 福祉分野を経験した行政保健師における役割認識の深化プロセス, 日本公衆衛生看護学会誌, 2016; 5 (2): 165-173
- 9) 吉岡さおり, 片山はるみ, 終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識, 日本看護科学会誌, 2018; 38: 133-141
- 10) 中央法規出版編集部, 改正児童福祉法・児童虐待防止法のポイントー新旧対照表・改正後条文. 東京: 中央法規出版株式会社. 2016; 5-15
- 11) 石井陽子, 二宮一枝, 児童相談所保健師に必要な専門的能力ー児童相談所所管部門と保健師統括部門の比較ー, 川崎医療福祉学会誌, 2018; 27 (2): 425-432
- 12) 波平恵美子. 質的研究Step by Step すぐれた論文作成をめざして 第2版. 東京: 医学書院. 2018; 84-96
- 13) 阿部朱美, 飯村富子, 永井真由美, 他, 児童虐待防止における保健師の自信と力量形成に関する研究ーH県内の保健所及び保健センターに所属する保健師の実態調査よりー, 日本赤十字広島看護大学紀要, 2008; 8: 39-48
- 14) 石井陽子, 二宮一枝, 統括保健師が児童相談所保健師に求める専門的能力と重視する事柄ーデルファイ法と自由記述からの検討ー, 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 2018; 25 (1): 9-17
- 15) 厚生労働省保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめー自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けてー. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000119354.html> [2018年9月4日検索]
- 16) 有本梓, 田高悦子, 行政保健師における児童虐待事例への支援に対する困難感の理由と特徴, 横浜看護学雑誌, 2018; 11 (1): 29-27
(受付 2019.8.21: 受理 2020.4.21)

Roles Required of Public Health Nurses in Child Guidance Centers-Interview Survey with Experienced Public Health Nurses in Child Guidance Centers-

Sanae Tomita¹⁾, Yoko Ishii¹⁾, Kazue Ninomiya²⁾

Abstract

Objective: The purpose of this study was to clarify the roles required of child guidance center public health nurses (PHNs) by conducting an interview survey with PHNs who worked at a child guidance center and analyzing their narratives.

Methods: This qualitative, descriptive study involving 7 PHNs with experience in child guidance belonging to 4 local governments who consented to participate. Semi-structured interviews using an interview guide were conducted and the obtained data were analyzed. The study was previously approved by the Okayama Prefectural University Ethical Review Board.

Results: Before assignment to child guidance centers, most PHNs had been engaged in maternal/child or mental health care services at public health centers. Many of them had also provided home-visit services. Three had experience working as child welfare officers. Perception of their role when assigned to child guidance centers was classified into 5 categories: [identity confusion], [anxiety over expected professional competencies], [preparedness of an organization], [experience-based active approaches], and [expectations for the new job]. Regarding perception of the roles of PHNs, 7 categories were outlined, including: [considering abuse risks and managing situations in the early stages], [establishing systems to support residents' community lives], and [creating bases for their activities].

Discussion: This study suggested that the perceived roles of PHNs at child guidance centers are to predict and announce the health problems from the perspective of health professionals, and that it is important to support their subjects with respect. It is important for each local government to develop human resources capable of fulfilling these roles and to improve the child welfare environment, including staffing at child guidance centers.

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 164 – 175】

Key words : child guidance centers, perception, role of public health nurses, qualitative descriptive research

1) Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kawasaki University of Medical Welfare

2) Former Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Okayama Prefectural University

原著論文

「新しい社会的養育ビジョン」に対する 施設養育現場の受け止め方

増山貴子¹⁾

要旨

背景：世界的に脱施設化が推進されている中、「新しい社会的養育ビジョン」（厚生労働省,2017）が公表され、具体的な工程目標値も示された。しかし、このビジョンに対する現場関係者の意見を問う調査は行われていない。

目的：「新しいビジョン」に対する施設職員の受け止め方を明らかにする。

方法：調査対象は、関東を中心とする8県の乳児院30、児童養護施設105施設の職員とした。調査内容は、「新しいビジョン」に関する選択式4問、記述式2問とし、記述式の回答は、①テキストマイニング法、②コーディング、③「代表的意見」を抽出する3つの方法で分析した。

結果：有効回答件数は、135施設中54件（児童養護施設38件、乳児院16件）で、回答率は40%であった。「新しいビジョン」全体に対する意見は、「ビジョンには賛同するが工程には無理がある」が53.7%、「ビジョンそのものに賛同できない」が35.2%であった。テキストマイニングによる頻出用語は「里親」が最も多かった。また、「脱施設化」に関する意見をカテゴライズしたところ、「里親問題」の記述が最も多かった。

考察：「新しいビジョン」に対する施設関係者の意識では、脱施設化に向けた里親支援とともに、多様な子どもたちに対応できる施設養育が必要だとするものが多かった。今後の課題として、子どものニーズにあった養育環境を整えること、施設養育の高機能化・多機能化の重要性が示唆された。

【社会医学研究2020；37（2）：176－190】

キーワード：脱施設化、社会的養育、施設養育、里親

I. 緒言

日本には、養護を必要としている子どもたちが、約4万5千人いると言われている。要保護児童に対する社会的養護は、施設養護と家庭養護に大別

されるが、世界の潮流として家庭養護が推奨されている¹⁾。

国際連合では、「児童の権利に関する宣言」が採択された1959年から30年目の1989年に「児童の権利に関する条約」が採択された。この条約は54条から成るもので、第3条に児童の利益最優先、第9条に父母からの分離の防止、第18条には父母の責任と父母への支援などが含まれている。さらに、2009年12月、第64回国連総会において、「児童の代替的養護に関する指針」が採択された。その目的は、児童の権利条約、親の養護を奪われたまたは

1) 宇都宮大学大学院国際学研究科博士後期課程

連絡先：増山貴子

住所：〒321-8505

栃木県宇都宮市峰町350

宇都宮大学大学院国際学研究科

TEL：090-4665-8444

E-mail：angela730_yumi@yahoo.co.jp

奪われる危険にさらされている児童の保護および福祉に関するその他の国際文書関連規定の実施強化、また代替的養護に直接または間接的に関わる全部門に幅広く普及させることであった²⁾。

代替的養護 (Alternative Care) とは、親に代わって子どもを養育・保護することで、所轄の行政当局または司法当局により命令された、家庭環境で提供される公式養育と、私的な養護策である非公式養育に分けられる。児童が児童自身、その親またはその他の者の意思により、親類もしくは友人 (非公式の親族養護)、その他の個人的な立場による継続的または無期限に実施される世話を受けることである。ただし、行政当局若しくは司法当局または正当に認められた団体によって命令された養護策である場合はその限りではない。代替的養護が提供される場所は、施設と家庭に分けられる。

日本では、2016年の児童福祉法改正により、子どもが権利の主体であることが明確にされ、家庭への養育支援から代替養育までの家庭的養育の充実とともに、家庭養育優先の理念を規定し、実親による養育が困難である場合は、特別養子縁組による永続的解決や里親による養育を推進することの必要性が明確化された。2017年8月2日には、厚生労働省が設置した「新しい社会的養育の在り方に関する検討会」が児童福祉法改正の理念を具体化するために、「社会的養育の課題と将来像」³⁾ (2011年) を全面的に見直し、「新しい社会的養育ビジョン」 (以下、新しいビジョン)⁴⁾ を公表した。

「新しいビジョン」は、当時の厚生労働大臣であった、塩崎恭久氏により招集された「新しい社会的養育の在り方に関する検討会」 (以下、検討会) により議論され、まとめられたものである。検討会の構成員は、奥山眞紀子 (国立研究開発法人国立成育医療研究センター副院長、心の診療部長) 氏を座長に、座長代理は北海道大学大学院教育学研究院教授の松本伊智朗氏ほか10名の合計12名で形成された。2016年7月29日に第1回検討会が開催され、2017年8月2日までに16回行われた。検討会では25団体 (人) の関係者からヒアリングを実施した。

「社会的養育の課題と将来像」では、できる限り家庭的な養育環境の中で養育することが原則とされていたが、「新しいビジョン」では、家庭養育が優先されている。「新しいビジョン」は、日本における脱施設化 (里親委託や特別養子縁組の推奨) の方向性を明確にし、それを早期に実現するための目標値を定めたものであり、これまでの児童養護の在り方を全面的に見直したものである。

施設養護と家庭養護がどのように推進されているかは、国によって差もあるが、家庭養護では里親委託が一般的である。里親委託は、国により対象年齢や期間など制度に違いはあるが、基本的には、何らかの事情により家庭での養育が困難となった子どもに、家庭環境の下で養育を提供する制度である。2010年前後の各国の要保護児童に占める里親委託児童の割合をみると⁵⁾、オーストラリア93.5%、香港79.8%、アメリカ77.0%、イギリス71.7%、カナダ63.6%、ドイツ50.4%、フランス54.9%、イタリア49.5%、韓国43.6%、日本12.0%となる。19世紀末ごろから施設を閉鎖し、家庭養護を推進してきたイギリスやオーストラリアは高い割合を示し、香港とアメリカも7割を超えている。その他の国の割合も4割から6割であるが、日本は12.0%である。

「新しいビジョン」には、以下のような批判が出されている。

浅井⁶⁾ は、「新しいビジョン」の問題点として、第1に、里親養育先進国の“フォスターケア・ドリフト”問題を例に、ビジョンの内容について現場に立脚した提言でないこと、第2に、ビジョンの推進方法が強引であること、第3には、“よい里親制度とわるい施設養育”という先入観・思い込みが前提となされ、これまでの施設養護の実践の積み重ねの歴史が正当に評価されていないことを指摘している。

波田埜⁷⁾ は、改正された児童福祉法の理念と「新しいビジョン」の内容と方向性について検討を加え、ビジョンの方向性は理解できるものの、子どもたちの安定的、継続的な養育を受ける権利を保障するためには、ビジョンに関する現実味がある

数値の再検討が必要と提言している。

武藤⁸⁾は、「新しいビジョン」の方向性を評価する一方、具現化のための方法や工程を誤った場合、方向性や目的が十分に果たせず、さらには新たな問題を生む危険性があることを指摘している。

様々な批判的論点には、ビジョン作成プロセスにおける現場関係者の不在に関する問題意識が共通していると言える。この意味で、ビジョンの問題点や課題を明らかにするためには、現場関係者がビジョンをどのように受け止めたかに関する掘り起こしが重要である。しかし、我々が調べた限り施設職員に対して調査をした研究はない。そこで、施設関係者がこの「新しいビジョン」をどのように受け止めているのかについて、実態を明らかにすることを目的に、質問紙調査を実施した。本調査は、パイロット研究として東京都と神奈川県を除く関東甲信越の8県で実施した。

Ⅱ. 方 法

1. 目的

「新しいビジョン」を、乳児院および児童養護施設の現場職員が、どのように受け止めたかを明らかにする。

2. 調査対象

調査対象は、栃木、茨城、千葉、埼玉、群馬、山梨、長野、新潟の8県の乳児院30施設、児童養護施設105施設の合計135施設を対象とした。

3. 調査実施期間および調査内容

調査期間は、2019年5月20日～6月22日の期間で実施した。

調査内容は、対象施設に質問紙を郵送し、回答を返信してもらった。

回答は無記名とし、今後、インタビュー調査の受け入れが可能な場合のみ記名とした。回答選択肢設問4問、自由記述式設問2問の計6問とし、施設職員に回答を求めた。なお、子どもの権利に関する設問も入れたが、本論文の分析からは除いた。設問の内容は以下のとおりである。

設問1.「新しいビジョン」全体に対する意見を、

「A.全体的に前向きなビジョンで大いに賛同する」、「B.とても前向きなビジョンで理念には賛同するが、工程にやや無理があると感じる」、「C.家庭養育優先の理念が現実的でなく、あまり賛同できない」、「D.現場の状況や子供の権利・利益等の観点から考えて、賛同できない」、「E.多様な内容が盛り込まれており、全体的な評価は難しい」の5肢択一で回答を求めた。

設問2.「新しいビジョン」には、幅広い内容と高い目標値が掲げられているが、優先順位の高いものから順に3択で回答を求めた。

設問3.「新しいビジョン」に示されている骨格ともいえる6つの意見について、「1.非常に賛同する」、「2.基本的に賛同する」、「3.よくわからない」、「4.あまり賛同できない」、「5.とても賛同できない」の5肢択一で回答を求めた。

設問4.「新しいビジョン」で示されている様々な取り組みに関する目標値について、「1.十分に達成可能」、「2.可能かもしれない」、「3.わからない」、「4.難しいと感じる」、「5.とても無理」の5肢択一で回答を求めた。

設問5.施設養育における課題と問題点、「脱施設化」の潮流についての考え、また理想的な社会的養育についての意見を自由記述とした。

設問6.「子どもの権利」について、直接、現場で子どもと向き合う立場からの意見を自由記述とした。本稿の分析からは外した。

4. 分析方法

設問1から設問4までは単純集計を行った。

自由記述式設問で得られた回答については、まず、テキストマイニング法を使用し、全文の単語の出現頻度および出現傾向を整理した。テキストマイニング法とは、大量の文章（テキスト）データを、単語や文節で区切り、分解されたキーワードの、「出現頻度」や「出現傾向」などを分析する方法である。有用・有益な情報を取り出すことが出来、また内容の傾向を分析することができる方法である。本分析にはUserLocalテキストマイニングツールを使用した。

次に、自由記述の全ての回答を、文章ごとにコー

ディングし、すべての語彙から中核的な意味をもつコードを抽出した。コードを関係性のあるものにまとめて整理し、カテゴライズした。カテゴライズについては、教員と共に行った。

そのうえで、設問1から設問4までの回答で明らかになった全体的傾向を極めて具体的かつ詳細に記載している5つの回答結果を「代表的意見」として抽出し、全文を示したうえで解説した。

5. 倫理的配慮

質問紙調査票を送付する際に、文書にて研究の目的、情報の取扱い等について説明し、回答を以ってその内容に同意が得られたものと判断した。なお、施設名は記号で管理することとし、施設が特定できないよう配慮した。

Ⅲ. 結 果

有効回答数は、乳児院16件（回収率：53%）、児童養護施設38件（回収率：36%）、合計54件（全体回収率：40%）であった。インタビュー調査に対応可能とする記名での回答数は全体で26件であった。

設問1.

設問1では、「新しいビジョン」全体に対する意見を伺った。

「A.全体的に前向きなビジョンで大いに賛同する」の回答数はわずか1（1.9%）であった。「B.とても前向きなビジョンで理念には賛同するが、工程にやや無理があると感じる」は29（53.7%）で一番多く、「C.家庭養育優先の理念が現実的でなく、あまり賛同できない」が15（27.8%）、「E.多様な内容が盛り込まれており、全体的な評価は難しい」5（9.3%）、「D.現場の状況や子共の権利・利益等の観点から考えて、賛同できない」4（7.4%）と続く。「ビジョンには賛同するが工程には無理がある」とする回答が53.7%と5割を超え、ビジョンそのものに賛同できないとする回答が35.2%で3割を超えた。

設問2.

設問2では、「新しいビジョン」の内容の優先順を上位順に3項目回答するよう設定した。回

答結果を表1に示した。各回答項目の1番目から合計の欄に記載されている中段の%の数値は、各回答結果数を回答者数54で割った数値で、以下、この数値を示している。なお、下段の%の数値は各回答結果数を回答合計数で割った数値である。

まず、優先順位1番から3番までの合計をみると、「A.市町村の子ども家庭支援体制の構築」30（55.6%）、「C.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」25（46.3%）、「F.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」25（46.3%）、「B.児童相談所・一時保護改革」24（44.4%）、「H.担う人材の専門性の向上」24（44.4%）が上位を占めた。「E.乳幼児の家庭養育原則の徹底と、年限を明確にした取組目標」は4（7.4%）、「D.永続的解決（パーマネンシー保障）としての特別養子縁組の推進」は1（1.9%）とわずかであった。「A.市町村の子ども家庭支援体制の構築」は、優先順位1番目として最も多い回答であるとともに、一番優先度が高い結果となった。その他の上位4項目のうち、1番目の優先度は「F.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」が最も高かった。

また、「J.その他」の回答数は優先順位1番が3、2番が3の合計6であった。その内容は、「民法の親権に関する条項の改正」、「財源の確保、人材の確保、法改正等」、「関わる人材の待遇改善（給与・人材増）」、「予算がないことには何もできない」、「財政基盤の確保（永続的な）」、「離職率を下げる、給与面の改善」であった。

設問3.

設問3の結果は表2に示した。すべての項目において、「1.非常に賛同する」および「5.賛同できない」という回答数は0（0%）～7（13.2%）と少数で、2～4の選択肢に集中する結果となった。

設問4.

設問4の結果は表3に示した。全ての項目において、「5.とても無理」という回答が最も多く、

表1. 「新しい社会的養育ビジョン」の内容の優先順位

回 答 項 目	1 番	2 番	3 番	合計
A 市町村の子ども家庭支援体制の構築	13 24.1% (43.3%)	11 20.4% (36.7%)	6 11.1% (20.0%)	30 55.6% (100.0%)
B 児童相談所・一時保護改革	8 14.8% (33.3%)	10 18.5% (41.7%)	6 11.1% (25.0%)	24 44.4% (100.0%)
C 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	7 13.0% (28.0%)	9 16.7% (36.0%)	9 16.7% (36.0%)	25 46.3% (100.0%)
D 永続的解決（パーマネンシー保障）としての特別養子縁組の推進	0 0.0% (0.0%)	1 1.9% (100.0%)	0 0.0% (0.0%)	1 1.9% (100.0%)
E 乳幼児の家庭養育原則の徹底と、年限を明確にした取組目標	1 1.9% (25.0%)	0 0.0% (0.0%)	3 5.6% (75.0%)	4 7.4% (100.0%)
F 子どものニーズに応じた養育の提供と施設の抜本改革	12 22.2% (48.0%)	7 13.0% (28.0%)	6 11.1% (24.0%)	25 46.3% (100.0%)
G 自立支援（リービング・ケア、アフター・ケア）	1 1.9% (25.0%)	1 1.9% (25.0%)	2 3.7% (50.0%)	4 7.4% (100.0%)
H 担う人材の専門性の向上など	4 7.5% (16.7%)	8 14.8% (33.3%)	12 22.2% (50.0%)	24 44.4% (100.0%)
I 都道府県計画の見直し、国による支援	5 9.3% (26.3%)	4 7.4% (21.1%)	10 18.5% (52.6%)	19 35.2% (100.0%)
J その他	3 5.6% (50.0%)	3 5.6% (50.0%)	0 0.0% (0.0%)	6 11.1% (100.0%)

* 「新しいビジョン」の内容の優先順位が高い順に「1番」, 「2番」, 「3番」とする。

出典: 質問紙調査結果を基に筆者作成

表2. 「新しい社会的養育ビジョン」の骨格に対する意見

設 問 内 容	1	2	3	4	5
A 代替養育は家庭での養育を原則とし、高度に専門的な治療的ケアが必要な場合には、子どもへの個別対応を基盤とした「できる限り良好な家庭的な養育環境」を提供し、短期の入所を原則とする。	4 7.4%	21 38.9%	3 5.6%	23 42.6%	3 5.6%
B 子どもの最善の利益として、家庭復帰や養子縁組が困難な場合に、長期 施設入所措置もやむを得ない場合もあるが、基本的に施設における長期養育措置をなくしていく必要がある。	7 13.2%	22 41.5%	2 3.8%	20 37.7%	2 3.8%
C 施設養護における「家庭的養護の推進」はあまり達成されていない。	2 3.7%	15 27.8%	18 33.3%	16 29.6%	3 5.6%
D 児童が家族の養護を受け続けられるようにするための活動、又は児童を家族の養護のもとに戻すための活動を支援し、それに失敗した場合は、養子縁組などの適当な永続的解決策を探ることが重要だ。	4 7.5%	25 47.2%	8 15.1%	14 26.4%	2 3.8%
E 特別養子縁組は、普通養子縁組と異なり、法律上養親が単独の親となり養子と永続的かつ安定的な関係を形成することが出来るため、子どもの福祉における最重要な選択肢である。	6 11.3%	18 34.0%	11 20.8%	16 30.2%	2 3.8%
F 現行の制度では、子どもの年齢要件や手続き上の養親の負担などのため、必要な子どもに特別養子縁組の機会が保障されていない。	6 11.3%	19 35.8%	22 41.5%	6 11.3%	0 0.0%

* 1.非常に賛同する, 2.基本的に賛同する, 3.よくわからない, 4.あまり賛同できない, 5.とても賛同できない

出典: 質問紙調査結果を基に筆者作成

表3. 「新しい社会的養育ビジョン」の工程目標値達成の可能性

項 目	目 標	1	2	3	4	5
特別養子縁組成立件数	概ね5年以内に1000件／年	1 (1.9%)	1 (1.9%)	16 (29.6%)	17 (31.5%)	19 (35.2%)
《里親委託率》						
・3歳未満	概ね5年以内に75%	1 (1.9%)	4 (7.4%)	4 (7.4%)	18 (33.3%)	27 (50.0%)
・3歳以上・就学前	概ね7年以内に75%	1 (1.9%)	1 (1.9%)	4 (7.4%)	20 (37.0%)	28 (51.9%)
・学童期以降	概ね10年以内に50%	0 (0.0%)	1 (1.9%)	4 (7.4%)	18 (33.3%)	31 (57.4%)
施設入所期間	就学前は数ヶ月以内、就学後は当面3年以内、将来的には1年以内	1 (1.9%)	2 (3.7%)	1 (1.9%)	18 (33.3%)	32 (59.3%)

* 1.十分に達成可能、2.可能かもしれない、3.分からない、4.難しいと感じる、5.とても無理

出典：質問紙調査結果を基に筆者作成

次いで「4.難しいと感じる」が多かった。この「5.とても無理」と「4.難しいと感じる」の合計は、66.7%から92.6%までの数値を示した。一方、全ての質問項目において、「1.十分に達成可能」という回答は1または0であり、「2.可能かもしれない」も1～4の回答に留まった。

設問5.

「脱施設化」について、自由記述での回答を求めた。本設問に対する回答は、54件中51件あった。

「脱施設化」や家庭養育を重視することには賛同するあるいは反対はしないが、施設養育も同様に重要であり、社会的養育を「脱施設化」に一本化しようとする方針には反対するという意見が最も多かった。次に、専門性やチームアプローチが不可欠となる社会的養育をすべての里親が担うことは難しい等、里親の資質や里親制度を問題視する意見、そして、ビジョンの策定過程やビジョンそのものに根源的な批判を加えている意見が続く。「世界的な潮流としての脱施設化」に疑問を呈する意見もあった。「脱施設化」のビジョンに強く賛同するという回答はなかった。

5-1 テキストマイニング

「脱施設化」について伺った回答全文（10,935

文字）で、出現頻度が最も高かった単語は「里親」であり、非常に関心が強いことが分かった。次いで、「施設」、「養育」、「脱施設化」、「社会的養育」と続いている。

感情の傾向を可視化した分析では、ポジティブな感情表現が19.8%であったのに対し、ネガティブな表現は39.2%であった。また、文章全体に含まれる感情の度合いは、喜び35.4%、好き27.7%という前向きな表現に対し、怒り39.2%、恐れ69.3%、悲しみ78.3%とマイナスなイメージの表現が圧倒的に強い結果となった。このような結果から、施設養育から家庭養育への移行に対する不安や恐れを感じていることが明らかとなった。

5-2 コーディング

記述内容すべてを文章ごとにコーディングしコード化した。すべて166のコードから「脱施設化」の回答として核となる77コードを抽出し、「脱施設化に賛成・反対」「目標値に対する意見」「施設の必要性」「里親問題」の4つにカテゴライズした。

「脱施設化に賛成・反対」:「脱施設化推進結構」、「脱施設化賛成→自身が里親になれるか考えるべき」、「脱施設化推進反対しない」、「脱施設化-米・

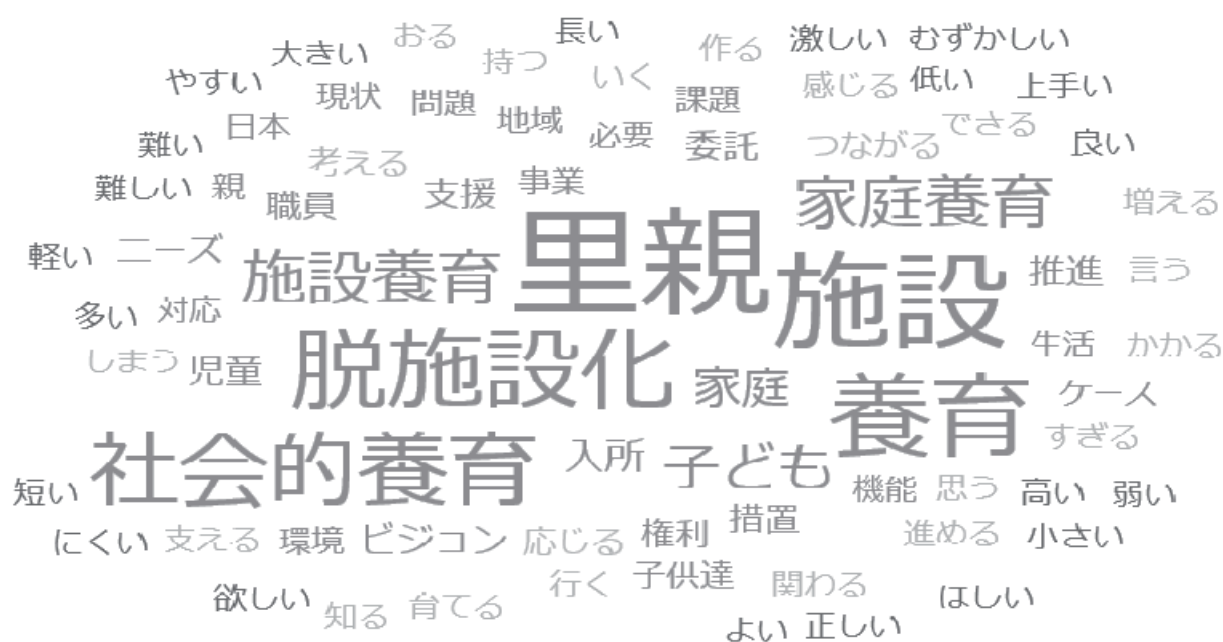


図 1.「脱施設化」に対する記述のテキストマイニング法の「出現頻度」に関する分析結果

英が中心で真似るだけではだめ」、「施設化・脱施設化-多眼的・重層的視点が必要」、「脱施設化は無理」、「脱施設化-一部の学者の発言に過ぎない」、「脱施設化-有識者・官僚の亡霊政策」、「家庭で生活することが目標-脱施設化理解できる」、「脱施設化-支援体制が整えば良い」、「脱施設化古い」、「脱施設化-子どもの受け皿なくなり不安」、「脱施設化-一定ラインまでしか進まない」、「施設も大変なのに、一家庭には担えない」、「脱施設化-選択肢を狭める」、「脱施設化・里親推進-社会的養育システムの破綻」の16コード。

「目標値に対する意見」：「新しいビジョンの工程はやや無理」、「日本の事情を考慮－養育里親は時間をかけて増やすべき」、「15年後－里親委託30%が理想的」、「新しいビジョンの目標数値が厳しい」、「新しいビジョンは急なシフトで拒否的反応（ムリ）」、「ビジョンのレベル高く里親には難しい」、「無理せず進める方が良い」、「里親委託率の目標は意味がない」、「情熱を持った人はいるが目標値は増えない」、「新しいビジョンの目標値に疑問」、「里親・養子の推移を見ていく必要あり」、「里親委託－困難、委託率75%は

難しい」、「里親委託率引き上げに疑問」の13コード。

「施設の必要性」：「施設養育必要」、「現実的に施設必要」、「脱施設化－施設不要論に成りかねない不安あり」、「施設は残る」、「施設－必要悪として残る」、「脱施設化と云えど施設は必要」、「施設をなくすのは難しい」、「施設の存在意義は相当高い」、「独は施設養育が成立している」、「施設－今後も必要」、「施設は悪くない」、「施設養育不要に疑問」、「児童の課題が多様化－施設養育が必要」、「施設養育は、今後に必要な部分を担う役割がある」、「施設継続－国の対策必要」、「欧米では施設の充実が進む」、「施設は家庭を支える拠点として重要」、「施設－専門性がある社会的養護の場」、「施設－里親委託支援・アフターケア等重要な場」の19コード。

「里親問題」：「里子失敗ケースあり」、「米・英の里親制度－最良ではない」、「里親－うまく行っている所は極一部」、「里親から施設入所が増」、「養育しにくい子－里親は養育無理」、「里親の専門性が必要」、「困難児－里親さんは難しい」、「子どもが欲しいだけの里親はだめ」、「里親－里子の関係はベストでない」、「英国－里親養育困難

で再施設化」、「里親－支援体制不可欠－ドリフト等の問題が発生する」、「先進国では里親失敗」、「里親失敗の原因明確化－家庭養育推進」、「障がいが分かると断る里親もいる」、「名付け親になった時点で責任を持つべき」、「里親－質を向上して欲しい」、「成り手がいない・意識が足りない」、「子を持たない・少数を選択する風潮の中里親への意欲ある人いるのか」、「家庭養育－里親で全て解決は無理」、「里親支援の資源乏しい－里親の養育機能破綻予測」、「家庭・里親が子どもを権利の主体として遇せるか」、「親権者の同意システムの変更が必要」、「専門性の高い里親を養育施設が支援するのがベスト」、「里親養育－里親のスキルでは難しい子が増加」、「里親不調の弊害は大きい」、「里親間の差異は施設間の差異より大きい」、「米国の里親－ドリフト」、「養育困難児童は里親やFHでのケアが不可欠」、「里親委託増える－不調も増える」の29コード。

世界的潮流の「脱施設化」に「賛同する」意見もあったが、「自身が里親になれるか考えるべき」、「支援体制が整えば良い」など条件付きの記述もあり、無条件に賛同する回答は皆無であった。逆に「脱施設化」に反対の意見は多かった。これらの背景には、一方で、新しいビジョンの工程目標値や里親委託の現状に疑問があり、他方で、施設が有する必要・重要性に対する認識がある。

「新しいビジョン」の工程目標値については、特別養子縁組の成立件数、里親の委託率、施設の入所期間すべての工程および目標値において、非現実的と感じていることが伝わる。「目標数値が厳しい」、「急なシフトで拒否の反応（ムリ）」、「里親委託率の目標は意味がない」、「無理せず進めるほうが良い」など、現場目線から工程目標値に疑問が出されている。

その理由として一番大きいのは里親に関する疑問や不安にあることが確認された。前述したとおり、国際比較の点から見れば、12.0%という日本の里親委託率は世界の潮流からかけ離れた数値である。にも関わらず、「里親失敗ケース

あり」、「里親から施設入所増」、「うまくいっているところは極一部」等、里親委託の問題点が多く出されている。委託率の高い英国や米国について、「里親養育困難で再施設化」、「米国の里親－ドリフト」、「先進国では里親失敗」などの記述もある。

また、子どもを取り巻く家庭環境や社会環境が大きく変化しているという指摘もある。これらの意見は、養育が困難な子どもの増加を踏まえ、里親養育において「専門性」が必須と訴える。里親のすべてが専門性を有しているとはとても言えない状況のなかで、里親だけに頼ることは難しく、施設が今後も重要な役割を果たすべきと主張されていると捉えられる。

5-3 代表的意見

A. 英国でも里親養育の困難が目立ち、再び施設化していると伺いました。日本は今、「養育ビジョン」におどらされて、その様な動きをしようとしているが、施設関係者は、誰一人としてこのビジョンに納得している人はいないと思われます。何故なら「養育ビジョン」が出された時、その話合いの中に現場の職員は誰一人としていませんでしたから。脱施設化と言われても施設は最終的には必要です。里親、ファミリーホームに委託されても、里親、ファミリーホームと施設がもっと密接に連携、協力していく形にならない限り、里親崩れ、F・H崩れの子供達とは、更にケアニーズの高い子供達となり、今以上に施設でのケアも大変になると思いますし、何より子供達の傷付きがはかり知れないものになってしまうことを懸念します。今のビジョンは、厳しすぎだと思います。里親、F・Hと施設がもっと密接なつながりをもって、いつでも相談出来る様にしたり、レスパイトしたり、研修、ケース会にも出られるような仕組みにしていくことが優先だと感じます。

「養育ビジョン」の策定過程の話し合いの場に

現場の職員が不在だった点を挙げ、施設関係者でビジョンに納得している人は皆無と批判する。「在り方委員会」は、全16回の検討会のなかで25団体（人）からヒアリングを実施しているが、1団体（人）10分という限られた時間の中でのヒアリングに留まっており、現場の声を丁寧に拾い上げることがなされなかったことは否定できない。次に、里親やファミリーホームが単独で社会的養育を担うことの困難さと、里親・ファミリーホームと施設との連携の必要性が指摘されている。そして、脱施設化の先進国と言われる英国でも「再施設化」が進行していると述べる。この他にも脱施設化を世界的潮流とみる見方に疑問を呈し、欧米では、施設の充実化が進んでいるとする意見もあった。

B. 脱施設化を推進すること自体は反対ではないが、日本の進め方は、欧米の形だけを真似たものであり、課題が山積している。又、施設にもそのビジョンにあうよう強制的に転換させようとしている現状がある。土台がない状態で形だけを近付けても無意味だと思う。施設養育の課題としては、多機能化への対応と家庭的養護の推進にあると思う。理想としては、施設を利用せずとも社会的養育を賄えるのが最善だと思うが、現実的に考えると施設は必要だと思う。養育ビジョンにもあるよう入所期間を短くし、その期間内で方向性を判断し、養育を進めていく。施設自体は入所期間、人数が減少するのでフォスティング機能・一時保護所の機能に力を入れていく。ただし、専門職としての質の向上や人材の確保、入所人数ではない運営費の確保など様々な問題が解決しないとできない。

まず、世界的な潮流を安易に導入しようとする姿勢に警鐘を鳴らしている。施設養育の課題としては、多機能化への対応と家庭的養護の推進を挙げる。施設入所期間の短期化や入所者人

数の減少を図るビジョンには基本的に賛同を示しながら、それを実現するための条件として、施設のフォスティング機関・一時保護所としての機能強化、専門職人材育成、入所人数ではない運営費の確保を挙げている。

C. 必要悪として残る。養育しにくい子ども、精神失患を抱える親、それらを里親（ただ子どもがほしいだけの方）が見きれぬわけがなく、結果、施設は残るはず。個別化が保障されない集団養育は問題点であり、より高い専門性が高い職員を獲得することも同様の課題ともなる。理想は、ただ子どもが欲しいだけの里親を増やすのではなく専門性の高い里親が子どもを養育し、フォスティング機関（養護施設）がそれを支援すること。

養育が難しい子どもを専門性や動機に疑問符が付く里親に一律に委託することの危うさを指摘し、施設の必要性を「必要悪」と表現する。施設養育については、個別化を保障する集団養育の必要性とそのための職員の専門性向上を課題として挙げる。専門性の高い里親と施設の連携を理想形として語る。現状の里親の資質に対する疑問や里親の資質向上が大きな課題と訴える意見はいくつかあった。「中には里親さんなどで上手く行っている所もあるが、知っている限りごく一部。施設入所に里親から来るケースも増えている」、「里親委託率云々言う前に里親さんの質の向上に力を入れて欲しいです」、等。また、短期間での里親委託率の向上が目標とされるなかで、里親の担い手がいるのかについての疑問を出されている。「結婚しない人が増え、結婚しても子どもをもうけない、1人でよい、2人までといった選択をする風潮の中で、里親となって更に子どもを育てることに意欲のある人がどのくらいいるのでしょうか？このような現実を知っての目標値なのか疑問です。まず、このような計画をたてた厚労省職員全員が里親と

なっているのでしょうか。全国にある関係管庁署も含めると、目標達成も可能かと思います」。

- D. 施設を無くしていくということではなく、施設の役割を変えて行く必要があると思います。多機能化・機能転換により、子どものニーズに応じられる事業に取り組んで行かなければならないと思います。同時に、そのような施設が事業を継続していける措置費制度となるよう、国も対策が必要です。理念の具体化も目標の達成も社会的養育を大きく変えて行くためには、それなりの費用がかかります。移行期は特に現行制度の費用と、新たな制度の費用がかかります。また、新たな事業を行うために人材育成は必須です。人材育成は時間とお金がかかります。社会的養育が必要となる前の予防事業、施設から家庭復帰した際の家庭継続支援事業、家庭の代替養育である特別養子縁組事業とフォスタリング機関事業、妊娠期から切れ目ない支援を行う産前産後母子支援事業がこれから取り組むべき施設の事業だと思います。

施設が子どものニーズに応じられる事業に取り組んで行くために、多機能化と構造転換の必要性が主張される。その具体的な中身として、予防事業、家庭継続支援事業、特別養子縁組事業とフォスタリング機関事業、産前産後母子支援事業が挙げられている。

- E. 児童養護施設を利用している子どもの家庭環境をみると、非常に苛酷な状況に置かれていた子どもばかりである。更に、発達の偏りがみられる子どもも少なくなく、表出する言動の激しさに、苦慮することも多々ある。そのような子どもたちのケアには相応の専門性と、養育者が孤立しないチームアプローチが欠かせないと感じている。従って、単に脱施設化、里親推進を図ることは

社会的養育システムの破綻を招く恐れがあると感じている。

私は、施設か里親かと言った既存の枠組みにとらわれない、新たな社会的養育の枠組みを検討すべきと考えている。里親と施設がより融合した形である。そして、既存の施設は地域における社会的養育の中核機関として変貌していく方向を目指していくべきではないだろうか。

まず、児童養護施設を利用している子どもたちの非常に苛酷な家庭環境が語られる。それを踏まえ、専門性とチームアプローチが社会的養育には不可欠との立場を示したうえで、施設でも苦慮する社会的養育を里親に一般化しようとする施策に根本的な疑問が出される。そして、施設か里親かと言った既存の枠組みにとらわれない、里親と施設がより融合した新たな社会的養育の枠組みを検討すべきと訴えている。

VI. 考 察

「新しいビジョン」は、日本における脱施設化の方向性を明確にし、その早期実現のための目標値を定めたものであり、これまでの児童養護の在り方の全面的な見直しを図ったものである。この大きな政策転換の背景には、日本の里親委託率の低さ、また、「新しいビジョン」の工程目標値の高さなど、日本の脱施設化が世界的に見て大きく遅れてきたことが関係しよう。先に示したとおり、要保護児童に占める里親委託児童の割合12.0%という数値は、世界的な潮流からみると極めて低い数値であった。「新しい社会的養育の在り方に関する検討会」の審議過程を見ると、「脱施設化の早期実現」の必要性は、主に世界的潮流からの遅れについての認識をベースに展開されてきたと思われる。

一方で、現場関係者の声を拾い上げる姿勢は、検討会の審議過程からは読み取れない。「新しいビジョン」は公表されてから2年あまり経過しているが、公表直後から様々な批判がなされてきた。

まず、全国社会福祉協議会全国児童養護施設協議会(会長 桑原教修)「『新しい社会的養育ビジョン』に関する意見」は、2017年7月31日の第15回新たな社会的養育の在り方に関する検討会で初めて座長作成のサマリーを含む報告書案の全文が示された。その2日後に開催された最終検討会で成案化されたという、作成プロセス上の異例ともいえる経過が問題視された。同協議会は、同年10月11日に特別セミナーを開催し、施設入所期間の限定化などが盛り込まれた「新しいビジョン」について、「施設への偏った見方」があるという批判的な見解を示した⁹⁾。

2011年7月、メンバー構成についても批判が加えられた「在り方検討委員会」と、「児童養護施設等の社会的養護の課題に関する検討委員会」(12名) + 「社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会」(9名)計21名のメンバー構成を比較すると、「在り方委員会」では現場関係者が大きく減少している。すなわち、後者の委員会では社会的養護の現場関係者は14名で全体の2/3を占めていた。しかし、14名のうち12名が「在り方委員会」から外され、新規に選出された7名を含む12名の「在り方委員会」では、大学教授(7名)が多数を占め、児童養護施設関係者は3名(理事長2名と副施設長1名)、その他は児童相談所1名、医師1名であった。現場管理者は含まれているが、現場関係者は少数で現場職員は不在であった⁷⁾。

本調査全体から、脱施設化そのものに反対というよりは、脱施設化を推進するためには里親支援が欠かせないことが確認できた。さらに、設問5の回答からは、里親への委託が困難で多様化する子どもたちが存在する以上、施設養育は依然として重要であることを主張する意見が主流であったことを確認できる。

設問2のビジョンの優先順を伺った結果からも、「里親への包括的支援体制(フォスティング機関)の抜本的強化と里親制度改革」と「子どものニーズに応じた養育の提供と施設の抜本改革」が上位を占め、この結果からも、里親支援と施設の改革を重要視していることがわかる。このような意見

は、日本における里親養育の不調や困難さに対する現状認識に大きく基づいていると思われる。また、「A.市町村の子ども家庭支援体制の構築」は、優先順位1番目として最も多い回答であるとともに、一番優先度が高い結果となったことから、子ども達を地域社会で支援するための受け入れ態勢を整えることが最重要と考えられている。

設問3では、施設の短期入所の原則に関する設問Aおよび施設長期療養をなくしていく必要性に関する設問Bでは、「2.基本的に賛同する」と「4.あまり賛同できない」の回答が20(37.7%)~23(42.6%)とほぼ同等であった。「施設養護における家庭的養護の推進」に対する現状認識を問う設問Cでは、「3.よくわからない」の回答数が18(33.3%)で最も多く、「賛同」17(31.5%)と「賛同できない」19(35.2%)で意見が分かれた。特別養子縁組を子どもの福祉における最重要な選択肢と捉えるか否かに関する設問Eでは、「賛同する」が若干「賛同しない」を上回った。

顕著な差はDとFの2項目で確認された。「D.児童が家族の養護を受け続けられるようにするための活動、又は児童を家族の養護のもとに戻すための活動を支援し、それに失敗した場合は、養子縁組などの適当な永続的解決策を探ることが重要だ」では、「賛同する」29(51.8%)に対し「賛同しない」が16(29.7%)、「F.現行の制度では、子どもの年齢要件や手続き上の養親の負担などのため、必要な子どもに特別養子縁組の機会が保障されていない」では、「賛同」25(46.3%)に対し「賛同しない」6(11.1%)で、いずれも賛同するが賛同しないを大きく上回った。Fでは、「3.分からない」も22(41.5%)で4割を超えた。

A、B、C、Eの回答からは、家庭的養護に携わっている現場職員が、家庭養護に変えて行く必要性があると理解しつつも、施設養護における家庭的養護の必要性和家庭養護の狭間でジレンマを感じていることが伺える。

DとFの項目は、「賛同しない」より「賛同する」が大きく上回った回答であったが、この2項目は、主に子どもの最善の利益を考えた場合に、養子縁

組などの永続的解決や特別養子縁組の家庭養護を重視する内容であった。

設問4の結果からは、「新しいビジョン」で示された工程目標値は回答者の圧倒的多くから非現実的なものと認識されていることが明らかである。

設問5の自由記述の回答では、設問1～設問4で明らかとなった全体的な傾向に関して具体的な問題認識や意見が表明されていると言える。

テキストマイニングの結果、頻度の高い単語から、社会的養育の在り方として脱施設化を推進するためには、家庭養育の担い手となる里親に関心が高いのは、ある意味当然のことである。しかし、施設養育にも関心が高く、施設の在り方についても重要視していく必要性が伺える。そしてその原因が子どもたちの受け皿となる、里親に問題があることが推測される。

「新しいビジョン」は、里親制度が施設養育に比して優れているという立場に強く依拠している。これに対し代表的意見の結果から、自由記述では、全体的に二分法的な発想を問題視し、複数の選択肢を必要とする意見が多くみられた。「施設しか選択肢がないという状況が良くないのであって、施設そのものが良くないのだとは思わない。社会的養育の選択肢の中に、施設、里親、特別養子縁組、ファミリーホーム、etc・・・の各制度が等しく検討できるように、仕組みとして整っていることが良いのだと思う。脱施設化は、かえって選択肢をせばめるのではと感じる」、「施設にしる、里親にしる、子どもに最適な形が選べる状態が必要だと思う。里親が上位だという考え方が間違っていると思う」。

施設保護の重要性は、主に専門性、チームアプローチ、責任感、経験などから主張されているが、「群れの能力と効力」を主張する意見もあった。「家庭養育に多くの課題があるように、施設養育にも課題はあるが、『子どもの群れ』がもつ様々な能力、効力は何にも代え難いと思う」。「群れの能力・効力」とは、集団生活のなかでの競い合い、譲り合い、教えあい、助け合い等が子どもたちに社会的な性格を身に付けさせていく集団育成効果を意味して

いると思われる。

なお、自由記述では、里親委託についての問題点が様々な観点から主張される反面、特別養子縁組に関する批判的な意見は皆無であった。特別養子縁組は社会的養育の理想的な在り方として、大半の回答者から認識され期待されているものと捉えられる。

「脱施設化」は世界的潮流と言われるが、それが必ずしも施設否定の発想を意味するものではないこと、また、里親委託率の高い国でも里親養育には多くの問題が存在することが、要保護児童支援の現状と課題に関する国際比較研究から示唆されている。池谷¹⁰⁾は、里親制度の長い歴史を有するアメリカでも、家族の機能不全化あるいは崩壊が進む社会状況の中で、専門性を欠く里親に膨大な数の子どもが預けられていることなどの大きな問題が生じていることを検証し、「安定した」家庭環境に子どもを戻すことの重要性と困難さを指摘している。なお、池谷は、継続的な人間関係を重視する日本社会では里親制度は馴染まないと述べる。

細井^{11) 12)}によると、ドイツでは、1970年頃の脱収容施設化の議論を経ながらも、現在、児童の自宅外保護の形態として里親委託より施設保護の占める割合が高くなっている。脱収容施設化の方向を明確にした1990年児童・青少年援助法においても、民間施設の意義は尊重され、アセスメントやデイサービスを含む多様な実践を、専門職員によって担い現在に至っている。施設はコミュニティベースでより小規模化され、緊急一時保護的な介入が中心になってきている。その一方で、自宅復帰が困難な年長児童に対して、中長期にわたる施設養護が一般的になっている。したがって、ドイツでは、「脱施設化」の議論はイギリスのように施設の存在否定へと進むことはなく、施設の多様性が尊重され、施設は一時保護、危機介入、アセスメント等の多機能化へと進展した。一方では、長期にわたる施設養護が一定の割合で行われている。また、細井は、ドイツでは施設ケアに集団を活用した教育的意味を見出しており、こういう伝統は里親中心の国にはないと断じている。

2017年のドイツ視察団の報告¹³⁾によると、ドイツにおいても、70年代の学生運動に端を発した脱施設化の動きがあったが、現状では英米のように里親中心となっているわけではない。里親と施設の今後の方向性について、里親は重要な支援ではあるものの、多くの課題を抱えた子どもは里親養育で限界に達することが多いこと、里親はもともと教育や保育の専門家ではないこと、里親ドリフトがみられることなどが報告されている。里親を選ぶか施設を選ぶかは子どもの状況により、政府も施設養護の改善を図っていた。また、小谷¹⁴⁾によると、イタリアは2000年の社会福祉基本法22条3項「脱施設化を進めるために、居住型児童施設はすべて例外なく、家庭的コミュニティとして再編されなければならない」という大方針を打ち出した。しかし、イタリアにおける「脱施設化」が必ずしも養育家庭の増加を意味しないこと、小規模化したとはいえ施設のプレゼンスは依然として大きいと述べている。そして、根本的な問題は施設・家庭と地域社会の諸資源との間のネットワーク構築であると指摘している。

さて、本調査全体を通して、里親支援と施設の改善を特に重要と捉える現場関係者の意見が明らかとなった。そして、自由記述からは、その具体的な方向性として、施設の高機能化・多機能化が挙げられている。

V. 本研究の限界

対象地域が限定されているので、本調査の結果から全国的な傾向を推測するものではない。

「本研究で得られた研究成果の妥当性を高めていくためには、無作為抽出された調査地域での再現性を確保する事がこれからの研究課題である」

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、アンケート調査にご協力いただきました児童養護施設並びに乳児院の施設長はじめ、施設職員の方々、また英文校正でお世話になりました、Peter Kimaniさんに深く感謝いたします。

文 献

- 1) 厚生労働省,「社会的養護の現状について(参考資料)」[online]2019年,厚生労働省ホームページ. [2019年7月21日検索], <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Ko-youkintoujidoukateikyoku/0000187952.pdf>
- 2) 厚生労働省,国連総会採択決議64/142.児童の代替的養護に関する指針[online]2018年,厚生労働省ホームページ. [2018年1月20日検索], <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000018h6g-att/2r98520000018hly.pdf#search>>
- 3) 厚生労働省,「社会的養護の課題と将来像」児童養護施設等の社会的養護の課題に関する検討委員会・社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会とりまとめ,2011
- 4) 厚生労働省,「新しい社会的養育ビジョン」新たな社会的養育の在り方に関する検討会,2017
- 5) 開原久代,「家庭外ケア児童数及び里親委託率等の国際比較研究」平成23年度厚生労働科学研究「社会的養護における児童の特性別準的ケアパッケージ(被虐待児を養育する里親家庭の民間の治療支援機関の研究)」東京成徳大学子ども学部, 2011
- 6) 浅井春夫,黒田邦夫,〈施設養護か里親制度か〉の対立軸を超えてー「新しい社会的養育ビジョン」とこれからの社会的養護を展望する, 明石書店,2018
- 7) 波田埜英治, 児童福祉法の理念改正と新しい社会的養育ビジョン, 聖和短期大学紀要, 2018;4:47-50
- 8) 武藤素明, 新しい社会的養育ビジョンの動向

- と課題. 子どもと福祉. 2018;11:80-86
- 9) 福祉新聞web版2017.10.23付記事: [online]2017年. 福祉新聞. [2019年8月24日検索]<<https://www.fukushishimbun.co.jp/topics/17454>>
- 10) 池谷和子. アメリカにおける里親制度. 東洋法学. 2014;57(2):81-90
- 11) 細井勇. 国際的観点から見たドイツにおける家族政策と要保護児童対策. 社会保障研究. 2017;2(2)・(3):233-248
- 12) 細井勇. ドイツの児童福祉と日本の児童福祉ードイツ児童・青少年援助法と児童福祉施設一. 福岡県立大学人間社会学部紀要. 2016;25(1):1-21
- 13) 資生堂社会福祉事業財団. 2017年度 第43回 資生堂児童福祉海外研修報告書〜ルーマニア・ドイツ児童福祉レポート. 公益社団法人資生堂社会福祉事業団.2018
- 14) 小谷眞男. イタリアにおける「脱施設化」ー児童施設の現状分析を中心にー. 社会保障研究. 2017;2(2)・(3):249-262
(受付 2019.10.31:受理 2020.5.12)

Perceptions of childcare facility sites regarding the "New Social Childcare Vision "

Takako Mashiyama¹⁾

Abstract

Background: In line with the global trend of de-institutionalization, the “New Social Childcare Vision” (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2017) was published to provide new guidelines for this process and target specific values. However, no investigations have been conducted to ascertain the opinions of childcare professionals on this vision.

Objective: This research aims to clarify how staff at Japanese childcare facilities perceive the “New Social Childcare Vision” document.

Method: A survey was developed to target 30 facility nurseries and 105 orphanages in eight prefectures, mainly in Kanto. The questions were directed to the facility manager of each institution, and there were four objective questions and two descriptive questions. The responses, obtained through free-form questions, were analyzed using three methods: text mining, categorizing, and extracting “representative opinions.”

Results: The number of valid responses to the questionnaire was 54 (38 from orphanages and 16 from facility nurseries) out of 135, and the response rate was 40%. Concerning the “New Social Childcare Vision,” 53.7 % said that they “agree with the vision, but the process is unreasonable,” and 35.2 % said that they “do not agree with the vision.” The most frequently used term found through text mining was “foster parent.” Categorizing their views on “de-institutionalization,” the most common phrase was “problems related to foster care.”

Discussion: The information obtained from the staff of the childcare facilities about their awareness of the “New Social Childcare Vision” indicated that it is necessary to support foster parents in the process of de-institutionalization and provide facilities that could accommodate children from various backgrounds. It was suggested that the provisions for future implementation of childcare solutions need to be improved and adapted to the anticipated needs of children. The importance of highly functional and multifunctional facilities was also highlighted..

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 176 – 190】

Key words : deinstitutionalization, social childcare, childcare facility, foster parents

1) Utsunomiya University Graduate School of International Studies Doctoral Course

短報

訪問看護ステーション管理者の 臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴う ストレス認知尺度の構成概念妥当性と信頼性の検討

實金 栄¹⁾, 井上かおり¹⁾, 小薮智子²⁾, 上野瑞子²⁾,
竹田恵子²⁾, 山口三重子³⁾

要旨

目的：本研究は訪問看護ステーション管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知を測定する測定項目を開発し、その構成概念妥当性と信頼性を検討することを目的にした。

方法：対象者は訪問看護ステーションの看護管理者1,616人。回答は297人から得られ、分析は欠損の無い295人とした。測定項目は訪問看護ステーション管理者へのインタビューから得られたデータを基に、研究者らでブレインストーミングを行い、17項目を準備した。予備解析により1項目を削除した。

結果：分析の結果、「コンサルテーション運営の難しさ」と「コンサルタント役割に関する自己能力の不足」を一次因子、「臨床倫理ケースコンサルタント役割ストレス」を二次因子とする2因子二次因子モデルのデータへの適合性が確認された。信頼性係数も十分な値であった。

考察：この結果は臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレスの構成概念妥当性と信頼性が検証できたことを意味する。

【社会医学研究2020；37（2）：191－198】

キーワード：臨床倫理コンサルタント、ストレス認知、訪問看護ステーション、管理者

I. 緒 言

ヘルスケア倫理コンサルテーション（Helthcare Ethics Consultation: HEC）についてAmerica Society for Bioethics Humanities (ASBH) は、「患者、家族、代理人、医療従事者、その他の当事者が、ヘルス

ケアで生じる価値問題の不確かさや対立に取り組めるように援助する、個人やグループによるサービス」と定義している¹⁾。なお本邦ではHelthcare Ethics Consultation (HEC) は、医療を受けるものを対象とする場合、臨床倫理コンサルテーション（Clinical Ethics Consultation: CEC）として使われることが多いため、本研究では臨床倫理コンサルテーション（CEC）を用いるものとする。また、D. Micha Hesterは「臨床倫理コンサルタントは、医療倫理を学習し、哲学や宗教学といった医療倫理にかかわる学問分野に長けており、臨床現場を知っている人であろう」と述べている^{2, 3)}。さらに、こ

1) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

2) 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

3) 姫路大学看護学部看護学科

連絡先：實金 栄

住所：岡山県立大学保健福祉学部看護学科

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

E-mail: mikane@fhw.oka-pu.ac

これらの臨床倫理コンサルタントらで構成される臨床倫理委員会の活動は、「教育・研修」、「施設の倫理方針の策定や見直し」、および「臨床倫理コンサルテーション」の3つである^{4, 5)}。このうち臨床倫理コンサルテーションは、依頼事項に対応する「個人コンサルテーションモデル」、臨床倫理委員会のような委員会組織が対応する「委員会コンサルテーションモデル」、少人数からなる「チームコンサルテーションモデル」の3つのモデルにより提供される。一方、日本看護協会は2004年の専門看護師規定に専門看護師の役割の一つとして「倫理調整」を上げている。ここでいう倫理調整とは「多様化し、複雑化している倫理的課題の理由や根拠を紐解く、あるいは整理し、本人と関係する人々による協働的な意思決定、ないしは意思決定過程の共有を促進すること」⁶⁾を意味する。したがって、専門看護師による倫理調整は、専門看護師が個人あるいは少人数のメンバーにより依頼事案に対応する臨床倫理コンサルテーションととらえることができる。しかし看護を提供する場では、臨床倫理コンサルタントや専門看護師等の有無にかかわらず、倫理的問題は生じており、その場にいる当事者間で倫理的問題を解明、時には解決に向けた実践を行う必要がある。そのような場合には、ケア提供組織として責任をもつ管理者が倫理的問題を含む事例の検討会においてファシリテート役を担う必要が生じていると考えられる。

近年、病院では、病院機能評価項目に含まれたことから⁷⁾、臨床倫理委員会の設置がなされつつある。また病院の臨床倫理委員会で見ると、構成メンバーは自施設内の職員である委員と関係当事者（事例に関与する自施設内の職員、患者、家族等）および外部の有識者で構成され、自施設内での事例の検討を対象としている^{8, 9)}。一方訪問看護ステーションでは、看護職の常勤換算従事者数は平均5人未満であり¹⁰⁾、自ステーションだけで臨床倫理委員会を設置することに難しさがあると考えられる^{11, 12)}。さらに在宅ケアにおいては、関係当事者は自ステーションの職員だけでなく、他事業所の主治医やケア提供者などもある。にもかかわら

ず設置（経営）主体の異なる事業所間が活用できる臨床倫理委員会の設置は、ほとんどみられないのが現状である⁷⁾。ゆえに、設置（経営）主体の異なる事業所で構成される関係者間において倫理調整を行うことに、訪問看護ステーションの管理者は難しさを感じているのではないだろうか¹³⁾。したがって、臨床倫理コンサルテーション役割を担う訪問看護ステーション管理者への支援を検討する必要がある。そのためにはまず、臨床倫理コンサルタント役割に伴うストレスを測定するツールを開発し、それを用いて関連要因を検討する必要がある。しかしながら、現在は、倫理問題を吟味し、話し合いをファシリテートするスキル¹⁴⁾やEthics Consultant Proficiency Assessment Tool（臨床倫理コンサルタント技能）^{15, 16)}が明らかになりつつあるのが現状であり、それによるストレス認知の測定には至っていない。そこで本研究は、これまでにない訪問看護ステーション管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知尺度を開発し、その構成概念妥当性と信頼性を検討したので、ここに報告する。

なお本研究では「臨床倫理ケースコンサルテーション」「臨床倫理ケースカンファレンス」「臨床倫理ケースコンサルタント役割」を以下の通り定義する。

臨床倫理ケースコンサルテーション：ASBHが示す臨床倫理コンサルテーションの「教育・研修」、「施設の倫理方針の策定や見直し」、および「臨床倫理コンサルテーション」の3つの活動のうち、ケースに対する「臨床倫理コンサルテーション」を指す。

臨床倫理ケースカンファレンス：臨床倫理コンサルテーションにおいて、直接的に対象となる患者のケアを担っている人々を主な構成員として行われる、患者、家族、代理人、医療従事者、その他の当事者が、ヘルスケアで生じる価値問題の不確かさや対立に取り組めるような話し合いを行うこと。

臨床倫理ケースコンサルタント役割：臨床倫理ケースカンファレンスにおいて、患者、家族、代理人、

医療従事者、その他の当事者が、ヘルスケアで生じる価値問題の不確かさや対立に取り組めるよう（話し合いを促進させ、倫理的問題の今後の方針を見出せる方向に導く）、臨床倫理ケースカンファレンスをファシリテートする役割。

Ⅱ. 方 法

1. 調査対象, 方法, 期間

無作為に抽出した6府県の、介護情報公表システムに掲載されている全ての訪問看護ステーションの管理者1,616人を対象とした。分析対象は返信のあった297人（回収率18.4%）のうち、ほとんどの回答に欠損を有する2人を除く295人（有効回答率18.3%）。調査は無記名による自記式質問紙により行った。回収は個別郵送法とした。調査期間は2018年12月～2019年1月。

2. 調査項目

基本属性として、性、年齢、管理者経験年数、訪問看護ステーションの開設・経営主体、臨床倫理ケースコンサルテーション役割に伴うストレス（以降clinical ethics case consultants stress: CECSとする）を調査した。

CECSに対する測定項目は以下の手順で準備した。

1) A県の訪問看護ステーション管理者5人に臨床倫理ケースカンファレンスでのコンサルタント役割の困難さに関する個別インタビューを行い、インタビュー対象者への同意を経てICレコーダーに記録した。ICレコーダーに記録された音声データを逐語録にし、臨床倫理ケースカンファレンスでのコンサルタント役割で困難と感じる内容に焦点をあて28コードを抽出した¹⁷⁾。

2) 研究者の先入観の入った考えを避けるためにも、カテゴリー化は行わず直接データに基づいているコード化を採用し¹⁸⁾ 上記手順で抽出した28コードすべてを測定項目の原版とした。さらにその原版をインタビュー対象者に提示し、意味内容が妥当であるか、新たに追

加したほうが良い測定項目の有無について確認をした¹⁹⁾。

3) 上記手順を経て再度、測定項目の修正を行い、17項目に集約した。測定項目への回答と得点化は、経験の有無を「ない: 0点」「ある: 1点」の2件法で、ストレス強度を「感じない: 0点」「少し感じる: 1点」「感じる: 2点」「とても感じる: 3点」とした。²⁰⁾

3. 分析方法

尺度開発は以下の手順で行った。まず冗長性の高い項目を削除することをねらいに、ポリコリック相関係数を算出し、その値が0.7以上を示すペアのいずれか一方を、意味内容を吟味し削除した。次に残った変数を用いて探索的因子分析を行い、交差負荷（複数の因子に0.3以上の負荷量）を示す項目を削除した。最後に探索的因子分析で生成された因子構造モデルで確認的因子分析を行い、因子構造モデルのデータへの適合性を検討した。信頼性は内的整合性に着目し ω 信頼性係数を算出した。

以上の解析にはMplus7.4を使用した。なお欠損値は統計ソフトR3.5.1を用いてmiceパッケージによる多重代入法により欠損値代入を行った。モデルのデータへの適合性は適合度指標Comparative Fit Index（以降CFI）とRoot Mean Square Error of Approximation（以降RMSEA）を用いた。適合性の判断はCFI>0.90, RMSEA<0.05（最良）, <0.08（良）, <0.1（可）とするKline²¹⁾の指標を参考にした。パラメータの推定にはWeighted Least Square Mean and Variance Adjusted (WLSMV)を使用した。

4. 倫理的配慮

調査対象者宛に、本研究の趣旨および倫理的配慮を記載した文書を郵送し、協力できる場合には調査票に回答、返信するよう依頼した。調査への参加は自由意思とし、調査票の同意欄へ意思表示をもって確認した。なお、本研究は岡山県立大学倫理審査委員会の承認を得た（番号18-56）。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は女性が273人（92.5％）とほとんどであり、年齢、管理者経験年数の中央値（25-75％）はそれぞれ50（44-55）歳、3.6（1.6-6.8）年であった。職種は看護師が289人（98.0％）であった。設置（経営）主体は営利法人が467人（45.4％）と最も多く、次いで医療法人83人（28.1％）、社会福祉法人30人（10.2％）、社団・財団19人（6.4％）、その他となっていた。

2. CECSの構成概念妥当性と信頼性の検討

CECSの経験頻度をみると最も多かった上位5項目は「x16.あなた自身の倫理コンサルテーション能力に不十分さがある」256人（86.8％）,「x17.臨床倫理コンサルタント役割を求められている時、『自分自身の意見や判断が間違っているか』と、自ステーションのスタッフや、他の事業所の管理者、医療・ケア提供者がどのように思っているかなどが気になる」248人（84.1％）,「x5.倫理的課題に関するカンファレンスの参加者に、あなたは解決策を示すことを求められる」240人（81.4％）,「x4.

それぞれのサービス提供事業所の理念、職種の専門性、重く価値をおくところに多様性があり、医療・ケア方針の合意形成が難しい」214人（72.5％）の順であった。

一方ストレス強度は回答の「感じる」「とても感じる」を合わせた人数が最も多かった上位5項目は「x16.あなた自身の倫理コンサルテーション能力に不十分さがある」156人（52.5％）,「x4.それぞれのサービス提供事業所の理念、職種の専門性、重く価値をおくところに多様性があり、医療・ケア方針の合意形成が難しい」120人（40.4％）,「x1.倫理的課題に関するカンファレンスにおいて、関係者間で現状や課題の共通理解が得られない」117人（39.4％）,「x17.倫理コンサルタント役割を求められている時、『自分自身の意見や判断が間違っているか』と、自ステーションのスタッフや、他の事業所の管理者、医療・ケア提供者がどのように思っているかなどが気になる」114人（38.4％）の順であった。

測定項目を精選するために、まずポリコリック相関を算出したところ、x1.とx2.の間に0.760の相関係数がみられたため、x1を削除した（表1）。

表1 CECSの測定項目のポリコリック相関係数

	x1.	x2.	x3.	x4.	x5.	x6.	x7.	x8.	x9.	x10.	x11.	x12.	x13.	x14.	x15.	x16.
x1. 倫理的課題に関するカンファレンスにおいて、関係者間で現状や課題の共通理解が得られない																
x2. 倫理的課題に関するカンファレンスを行っても、今後の行動方針が見出されない	.760															
x3. 患者（利用者）の意思を踏まえ、倫理的課題に関するカンファレンスで決定した医療・ケア方針であっても、家族等の同意が得られない	.269	.325														
x4. それぞれのサービス提供事業所の理念、職種の専門性、重く価値をおくところに多様性があり、医療・ケア方針の合意形成が難しい	.374	.240	.340													
x5. 倫理的課題に関するカンファレンスの参加者に、あなたは解決策を示すことを求められる	.367	.244	.221	.353												
x6. 倫理的課題に関するカンファレンスにおいて、自分の意見を言おうとしない、あるいは言えない関係者がいる	.312	.214	.275	.417	.377											
x7. あなたが倫理的課題に関するカンファレンス開催の必要性を感じていても、関係者が必要性を感じておらず、カンファレンス開催の同意を得られない	.402	.396	.229	.407	.159	.347										
x8. おおむねの関係者が合意する医療・ケア方針について、異なる意見を述べる関係者の合意が得られるよう、あなたは説得することを求められる	.362	.285	.312	.298	.421	.434	.245									
x9. 患者（利用者）・家族等への情報提供や意思確認、決定した医療・ケア方針の説明など、あなた以外の医療・ケア提供者（例 医師、ケアマネジャーなど）から、患者（利用者）・家族等に説明することが妥当である場合であっても、医療・ケア提供者があなたに説明することを要望する	.275	.181	.190	.313	.394	.368	.314	.522								
x10. 倫理的課題をもつ患者（利用者）への対応であっても、すでにサービス（介護保険サービスや医療保険サービスなど）が介入している事例では、行政機関からの協力または介入が得られない	.309	.275	.323	.353	.181	.475	.348	.318	.328							
x11. 倫理的課題に関するカンファレンスで方針を明らかにしたいが、自分の知識や情報、資源ネットワークが不足しているために、アイデアや選択肢を提案できない	.260	.214	.224	.301	.334	.180	.287	.268	.288	.412						
x12. 事例の倫理的課題の解明・解決に向けてどこに誰に相談してよいのか（例 どこに確認、あるいは情報発信すればよいのか、連携先や相談先）が解らない、あるいは無い	.308	.233	.230	.274	.247	.272	.281	.341	.386	.493	.563					
x13. あなたは自ステーション内で、倫理的課題に関するカンファレンスが必要と思っても、参加スタッフや時間、場の確保などに難しさがあり、開催することができない	.228	.182	.222	.332	.197	.252	.242	.125	.164	.326	.364	.401				
x14. 倫理的課題をもつ患者（利用者）への医療・ケア提供において、自ステーションのスタッフや、他の事業所の担当者が無理をしているように感じても、「頑張っているのだから」と、方針転換につながる提案をすることができない	.193	.220	.186	.263	.279	.208	.174	.421	.314	.252	.301	.395	.474			
x15. 倫理的課題に関するカンファレンスにおけるコンサルタント役割に伴う、あなた自身の難しさ、つらさ、悔しさなどの感情を聴いてくれる人（例、上司や管理者仲間など）がいない	.434	.331	.234	.357	.318	.243	.339	.354	.252	.281	.299	.419	.361	.429		
x16. あなた自身の倫理コンサルテーション能力に不十分さがある	.422	.330	.239	.324	.393	.248	.291	.308	.281	.277	.546	.492	.302	.376	.417	
x17. 倫理コンサルタント役割を求められている時、「自分自身の意見や判断が間違っているか？」と、自ステーションのスタッフや、他の事業所の管理者、医療・ケア提供者がどのように思っているかなどが気になる	.407	.340	.168	.239	.418	.248	.267	.258	.289	.285	.458	.504	.417	.448	.404	.685

次に探索的因子分析を行った。この結果Factor 1, Factor 2の2因子が抽出された。複数の因子に0.3以上の因子負荷量を示す項目はなかった(表2)。Factor 1を「コンサルテーション運営の難しさ(コンサルテーション運営)」(x2～x10の9項目)、Factor 2を「コンサルタント役割に関する自己能力の不足(自己能力)」(x11～x17の7項目)と命名した。最後に一次因子を「コンサルテーション運営」と「自己能力」、二次因子を「CECS」とする2因子二次因子モデルのデータへの適合性を構造方程式モデリングによる確認的因子分析で検討した。適合度指標はRMSEA=0.060, CFI=0.945でありモデルはデータに適合した。

なお、 ω 信頼性係数は尺度全体の「CECS」=0.899, 下位因子の「コンサルテーション運営」=0.851, 「自己能力」=0.887であった。

表2 CECSの探索的因子分析の結果

	Factor1	Factor2
x2.	0.330	0.180
x3.	0.480	-0.020
x4.	0.599	0.007
x5.	0.409	0.192
x6.	0.783	-0.194
x7.	0.493	0.058
x8.	0.721	-0.081
x9.	0.632	-0.029
x10.	0.539	0.096
x11.	0.074	0.612
x12.	0.180	0.566
x13.	0.127	0.440
x14.	0.199	0.422
x15.	0.282	0.361
x16.	-0.077	0.853
x17.	-0.153	0.919
寄与率	0.645	0.207

IV. 考 察

本研究では、訪問看護ステーション管理者を対象に、臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知を測定する尺度を開発し、その構成概念妥当性と信頼性を検討することが目的であった。

本研究の対象者である管理者の年齢の中央値は50.0歳であった。平成28年度衛生行政報告例をみる

と、訪問看護ステーション管理者の年齢は45～54歳が43.2%となっている。また設置(経営)主体は営利法人が最も多く134か所(45.4%)、次いで医療法人83か所(28.1%)であった。平成29年度介護サービス施設・事業所調査で最も多いのは営利団体、次いで医療法人となっている。したがって本研究の管理者の年齢および訪問看護ステーションの設置(経営)主体は母集団に近いものと考えられる。

臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知の測定項目は、訪問看護ステーション管理者からのインタビューと研究者らによるブレインストーミングにより17項目を準備した。測定項目の回答分布に着目すると「x4.それぞれのサービス提供事業所の理念、職種の専門性、重く価値をおくところに多様性があり、医療・ケア方針の合意形成が難しい」、「x16.あなた自身の倫理コンサルテーション能力に不十分さがある」、「x17.倫理コンサルタント役割を求められている時、『自分自身の意見や判断が間違っていないか』と、自ステーションのスタッフや、他の事業所の管理者、医療・ケア提供者がどのように思っているかなどが気になる」の3項目はいずれも経験頻度が多く、ストレス認知も高い項目であった。臨床倫理ケースコンサルテーションでは、関係当事者の価値信念の背景を理解することが重要とされている²²⁾。したがって“それぞれのサービス提供事業所の理念、職種の専門性、重く価値をおくところに多様性”があることを理解し、尊重しながらも、“医療・ケア方針の合意形成”することの難しさが表現されたのではないと思われる。また臨床倫理委員会のメンバーに期待される技能(Ethical Consultant Proficiency)をASBHは示しているが、すべての技能についてメンバー全員に高度な知識や技術をもつことが期待されているのではなく、メンバーの誰かが保有していればよいとされる知識や技能もある²²⁾。しかし訪問看護の現場における臨床倫理ケースカンファレンスでは臨床倫理委員会のように倫理学や法律の専門家がいなかったことがほとんどであろう。そのような中で、臨床倫理ケースコンサルタント役割を担う管理者は、医療・ケア以外

の臨床倫理にかかわる知識を求められることもあり、x16やx17の項目について、ストレスを高く認知したのではないだろうか。

本研究では17項目の測定項目を準備したが、予備解析により1項目を削除し16項目で尺度開発を行った。探索的因子分析により「コンサルテーション運営の難しさ（コンサルテーション運営）」と「コンサルタント役割に関する自己能力の不足（自己能力）」の2因子が抽出された。次に二次因子を「臨床倫理ケースコンサルテーション役割ストレスCECS）」とする2因子二次因子モデルを仮定し、このモデルのデータへの適合性を確認的因子分析で検討したところ、適合度指標は統計学的許容水準を満たし、構成概念妥当性が検証された。内的整合性に着目した ω 信頼性係数も0.8以上を示しており良好な値であった。

最後に、本研究では、妥当性の検討は構造的側面からみた妥当性のみの検討にとどまっている。今後は、道徳的感受性やストレス反応などとの関連による外的側面から見た妥当性の検討も必要である。また本研究の対象者は年齢やステーションの経営主体などをみると全国の傾向に類似はしていたが、有効回答率は18.3%と低かった。このことから他の集団のデータを用いての一般化可能性から見た妥当性の検討も必要であると考えられる。

V. 結 論

訪問看護ステーション管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知の測定項目として「コンサルテーション運営の難しさ」9項目、「コンサルタント役割に関する自己能力の不足」7項目を開発した。加えて尺度としての構成概念妥当性が検証できた。内的整合性として ω 信頼性係数を算出したところ、十分な値を示した。本研究においては、妥当性は構造的側面から見た妥当性のみの検討にとどまっている。今後は他の側面からみた妥当性についても検討する必要がある。

付 記

本研究はJSPS科研費18K10582の助成を受けたものである。本研究は第45回日本看護研究学会学術集会での発表に修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 藤田みさお, 赤林朗, 医学と医療の最前線 臨床における倫理問題への取り組み. 日本内科学会雑誌. 2012;101 (7): 2059-2064.
- 2) 板井孝壱郎, 【困ったときの倫理コンサルテーション～SPIKESに沿って～】倫理的視点を意識したコンサルテーション. がん看護. 2012;17 (1): 7-9.
- 3) Hester D. Micah, 前田正一, 児玉聡, 病院倫理委員会と倫理コンサルテーション. 東京: 勁草書房. 2009:60.
- 4) 永野功, 臨床倫理委員会と倫理コンサルテーション. 医療. 2008;62 (12): 662-667.
- 5) 堂囿俊彦, ドイツにおける倫理コンサルテーション. 人文論集: 静岡大学人文社会科学部社会科学・言語文化学科研究報告. 2018;69 (1): 19-42.
- 6) 鶴若麻理, 長瀬雅子, 看護師の倫理調整力: 専門看護師の実践に学ぶ. 東京: 日本看護協会出版会. 2018:11.
- 7) 堂囿俊彦, 竹下啓, 倫理コンサルテーションハンドブック. 東京: 医歯薬出版. 2019:9.
- 8) 足立智孝, 臨床倫理委員会に関する一考察 医療現場におけるバイオエシックス展開の観点から. 麗沢大学紀要. 2011;92: 1-28.
- 9) 日本看護協会 (2006), 臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針. <https://www.nurse.or.jp/home/document/index.php> (2019年7月31日アクセス)
- 10) 厚生労働省 (2018), 平成29年介護サービス施設・事業所調査の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/index.html> (2019年10月03日アクセス)

- 11) 徳岡良恵, 林田裕美, 田中京子他, 進行・再発治療期のがん患者・家族に対する訪問看護師の看護実践上の困難と学習ニーズ, 日本がん看護学会誌, 2016;30 (1):45-53.
- 12) 麻原きよみ, 実践・研究・教育における協働モデルの提案 地域看護職への倫理教育に関する研究を通して, 日本看護倫理学会誌, 2010;2 (1):69-72.
- 13) 麻原きよみ, 在宅ケアにおける倫理を考える 在宅ケアにおける倫理的問題と今後の課題 看護実践に焦点を当てて, 日本在宅ケア学会誌, 2008;11 (2):26-29.
- 14) 脇丸夕佳, 八代利香, 倫理カンファレンスにおける看護師のファシリテーションスキル, 日本看護倫理学会誌, 2019;11 (1):40-49.
- 15) Humanities American Society for Bioethics and, Core competencies for healthcare ethics consultation, An Education Guide, 2nd, Glenview, IL: American Society for Bioethics and Humanities, 2011.
- 16) 山口三重子, 下妻晃二郎, 齋藤信也, 臨床倫理コンサルタント技能測定尺度の開発の試み, 第29回年次大会, 日本生命倫理学会, 2017.
- 17) Strauss Anselm L., Corbin Juliet M., Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques Newbury Park, CA : Sage, 1990.
- 18) Strauss Anselm L, Qualitative analysis for social scientists Cambridge university press, 1987.
- 19) 實金栄, 井上かおり, 小藪智子他, 訪問看護ステーション管理者の臨床倫理コンサルタント役割ストレス (Consultant Role related Stress: CS) 尺度の妥当性の検討, 第45回学術集会, 日本看護研究学会, 2019;42 (3):619.
- 20) Schaefer R., Zoboli E. L., Vieira M., Identification of risk factors for moral distress in nurses: basis for the development of a new assessment tool, Nursing Inquiry, 2016;23 (4):346-357.
- 21) Kline Rex B., Little Todd D., Principles and practice of structural equation modeling, New York: Guilford Press, 2016.
- 22) Humanities American Society for Bioethics and, Core competencies for healthcare ethics consultation 2nd, Chicago, IL: American Society for Bioethics and Humanities, 2011:23-35.

Construct Validity and reliability of a stress recognition scale for home-visit nursing station managers acting as clinical ethics case consultants

Sakae Mikane¹⁾, Kaori Inoue¹⁾, Tomoko Koyabu²⁾, Mizuko Ueno²⁾,
Keiko Takeda²⁾, Mieko Yamaguchi³⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 191 – 198】

Key words : Clinical Ethics Consultation, stress recognition, Home-visit Nursing Station,
Manager

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

2) Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

3) Department of Nursing, Faculty of Nursing, Himeji University

実践報告

子ども自身が語る子どもの権利条約 —和歌山と大阪での日本初の取り組み—

武内 一^{1) 2)}, 佐藤洋一³⁾, 徳丸由紀子⁴⁾

抄録

背景：子どもの権利条約（CRC）第12条1において、子ども自身による意見表明権が謳われている。しかし、CRCを子ども自身が話し合い意見をまとめるという先行研究は、わが国には見られない。
方法：子どもの意見表明権に基づいて企画された国際的な取り組みグローバル子どもの権利対話（Global Child Right Dialogue=GCRD）を、和歌山市および大阪市市内の子どもたち各々12人を対象に実施した。話し合われた条文は23条と27条、28条+29条と31条であった。進行役は基本見守ることに徹し、議論に詰まったときに話し合いの方向性を示すが、子どもの主体性を損なわないように自らの意見を述べて介入しないよう努めた。
結果：各々の条文に対して、政府への提言に至る話し合いが行われ、例えば27条の適切な生活ができる権利について「みんなが平等に暮らせる社会をつくる」ことだと言った、子どもたちの手による政策案がまとめられた。このように、子どもたちは子どもの権利を的確に捉え、自分たちの意見をまとめ、政策への提言を行えることが確認できた。
考察：CRCの条文に関する的確な政策要求をする子どもたちの姿を目の当たりにして、子どもを主体者にして子どもの権利を考えることの重要性を再認識した。今後さらに多くの子どもたちと幅広い条文に関する対話を実施したい。

【社会医学研究2020；37（2）：199-206】

キーワード：子どもの権利条約，参加型研究手法，グローバル子どもの権利対話，政策提言，意見表明権

緒 言

背景

子どもの権利条約（CRC）第12条1において「1締約国は、自己の意見を形成する能力のある児童がその児童に影響を及ぼすすべての事項について

自由に自己の意見を表明する権利を確保する。（以下略、外務省訳）」と、子ども自身による意見表明権が謳われている。海外では、早くから子ども自身による権利表明の重要性が指摘され、それに関わる研究が行われてきた¹⁻³⁾。しかし、CRCを子ども自身が話し合い意見をまとめるという先行研究は、調べ得た範囲ではわが国には見られない。

1994年日本がCRCを批准したのを契機に、1995年大阪府で児童養護施設等に入所する子どもたちに「子どもの権利ノート」が配布され、全国の自治体にこの取り組みが拡大した。この権利ノートには暴力から守られる権利は明示されているが、それ以外の権利性への記述は曖昧で、ノート自体

1) 佛教大学社会福祉学部

2) ウメオ大学医学部疫学とグローバルヘルス学科（客員研究員）

3) 生協こども診療所

4) 認定NPO法人CPAO

連絡先：武内 一

住所：佛教大学社会福祉学部

〒603-8301 京都市北区紫野北花ノ坊町96

TEL：075-366-5595 FAX：075-366-5595

E-mail：htake@bukkyo-u.ac.jp

が現場で十分生かされてこなかった⁴⁾。一方、学校教育の中でCRCを学ぶ機会が保障されておらず、一般の教育現場には少なくともこうした権利ノート配布の経緯を伝える報道はない。1994年の文科省事務次官による各学校長への通知の8項目をみると、「児童の権利に関する条約」について、(1)「(略) 権利及び義務をともに正しく理解させることが極めて重要 (略)」, (2)「(略) 権利について定められているが (略) 教育目標を達成するために必要な合理的範囲内で (略) 指導や指示を行い, また校則を定める (略)」, (3)「意見を表明する権利については (略) 相応に考慮されるべきという理念を一般的に定めたものであり, 必ず反映されるということまでも求めているものではない」と、条約を批准したにもかかわらず文科省独自の解釈が通知されていた⁵⁾。そうした中で、様々な民間団体が「子どもの権利学習ハンドブック」「ポケット版子どもの権利ノート」などを発行し情報発信すると共に、子どもの権利擁護を趣旨とする出版物は多数発行されてきた。しかし、1996年に子ども一人ひとりがCRCを自分の問題として一言メッセージでまとめた出版物はあるが、子どものCRCに対する現状への意見表明をまとめた研究は見られない⁶⁾。2019年にセーブ・ザ・チルドレンが、子どもたち26人に「子供の貧困対策大綱」の見直しに際してインタビューを行ない、冊子にまとめネット上で公開し内閣府に提出している。しかしこれも、子ども一人ひとりの短い意見表明に留まっていて、子どもたち相互の話し合いをまとめる方法とはっていないが⁷⁾。最近、新型コロナの流行状況を背景にした子どもたちの声を収集する取り組み研究が始まり、子どもの権利への問題意識が高まりを見せている^{8) 9)}。

子どもの権利対話について

カナダに拠点をおくグローバル・チャイルド (GC) によって、グローバル子どもの権利対話 (Global Child Right Dialogue=GCRD) という名称で、世界35か国の52団体で子どもたち自身がCRCの条文を守らせるよう政府に提言する取り組みが実施された¹⁰⁾。GCRDプロジェクト開発に携わっ

たクイーンズ大学ベルファストのLaura Lundyは、子ども自身が意思決定過程に参加する権利の研究における第一人者であり、子どもの基本的権利が尊重され実現されることで、すべての子どもたちのもてる能力を最大限発揮できる社会を目指すのが、GCの掲げる理念であるとされる¹¹⁾。GCRDは、CRCの12条にある子どもの意見表明権に基づいて実施されており、国連の2030年に向けて掲げる持続可能な開発目標達成に寄与するプロジェクトとGCは位置づけている。英文では対話 (Dialogue) だが、一対一の対話ではなく子ども同士が相互に議論し意見をまとめる取り組みである。

筆者が参加する国際社会小児科学小児保健学会から、子どもの権利対話への日本からの参加の依頼があり、日本初となるGCRDの実施につながった。

方 法

プロジェクトを統括するGCRD事務局によって、GCRDのためにCRCの各条文を対象となる10-17歳の子どもたちが理解できるよう解説したチャイルドフレンドリー・バージョン (CF版) と子どもたちの話し合いのための進行役が適切に対応するための手引き書が英文で作成された。日本で実施するにあたっては、子どもの権利擁護に関わるメーリングリストで翻訳者を募り、著者を含む5人で英語から日本語へ翻訳し、著者が内容確認し日本人の手引き書を編集した。この手引き書の指示に従って実施準備を行った。GCRD事務局の方で、主な条文は「市民生活及び政治上の権利」「家族環境と家族に代わるケア」「特別な保護を要する児への対策」「教育と余暇、文化活動」「障がい、健康と福祉」「暴力からの保護」「一般原則」の7つの条文グループに分けられ、日本で話し合うよう依頼されたのは、3つの条文グループ「教育と余暇、文化活動 (条文28+29, 30, 31)」「障がい、健康と福祉 (条文23, 24, 26, 27, 33)」「一般原則 (条文2, 3, 6, 12)」の12の条文 (28条と29条は合わせて1つ) であった。

本研究の趣旨に賛同し調査への協力を受け入れた和歌山中央医療生活協同組合の組合員及び職員

の子どもたち12人と大阪市内の子どもの居場所づくりを行うNPO法人CPAOに通う子どもたち12人を対象に、GCRDを実施した。年齢や性別、その他知り得た子どもの背景、および話し合われた条文は表1の通りである。依頼された条文対象から、和歌山では23条「障害をもつ子どもの権利」と27条「あたりまえの生活水準確保の権利」を、大阪では28条と29条「教育を受ける権利」及び31条「遊びの権利」を割り振り、話し合いが行われた。一つの条文の話し合いはおよそ1時間半程度となった。最大4時間が事務局から示された話し合う時間の目安であったが、実際には2時間を超えて子どもたちが集中するのは難しいとの事前の判断から、11の条文への取り組みがGCRD事務局から期待されたが、全体でおよそ半分の5つの条文についての企画として実施した。この経緯は事務局にて確認され、了承された。

子どもの権利対話は、著者が進行役を務め手引書に従い以下の流れで進められた。主催者側の自己紹介の後、進行役が企画についての説明を行い、菓子と飲み物を楽しみながら、子ども同士で自己紹介しニックネームで呼び合える工夫などを通じて、お互い不安なく話し合える雰囲気づくりを行った。その後、6人ずつ2グループに分かれ、子

もたちの間でリーダーを決め、各条文について話し合われた。

条文の話し合いでは、まず、進行役がCRCの条文の内容を分かりやすくまとめたCF版を資料として提供すると共にその内容を説明した。続いて、この権利が実行されているかどうかをどのように確認したらいいのか、そしてその権利の実現に向けて政府が約束して実行しているとわかるために、どんな方法があるのかを話し合うという企画の概要を、子どもたちに説明した。話し合いをまとめていくために、子どもたちの発言を確認しながら子どもたちの主体性に任せつつも、進行役は手引書によって話し合いを深めるため指示されている10の問い「その権利はどういった権利なのか」「どんな時守れていないと感じるのか」「誰が守っていないのか」「誰が守られていないのか」「守られているとわかるためにはどうしたらいいのか」「守られていないことをどうすれば明らかにできるのか」「守られていることを示す基準や物差しはあるのか」「政府が義務を果たしているかどうかやってみることができるのか」「政府に義務を果たさせるためには何が必要か」「そして政府がやるべきことを挙げる」の中から状況に応じて必要な問いを提供することで、議論がスムーズに行えるように工夫し

表1 対象者の属性と扱った条文

	和歌山市内 12名	大阪市内 12名
年齢	10歳:3名 11歳:1名 12歳:5名 13歳:1名 14歳:1名 17歳:1名	10歳:5名 12歳:1名 13歳:1名 14歳:1名 15歳:3名 17歳:1名
性別	男子:7名 女子:5名	男子:6名 女子:6名
その他	母子家庭:1名 ステップファミリー:2名	生活保護家庭:1名 母子家庭:9名 不登校児:1名
扱った条文	23条:障害をもつ児の権利 27条:生活水準確保の権利	28条と29条:教育を受ける権利 31条:子どもの遊び・余暇の権利

た。話し合いの終盤には、再度政策提言を作成することを話し合いのゴールとしていることを伝え、子どもたちは提言を紙にまとめ、話し合いの経緯を含めて別のグループに伝わるようにそれぞれが発表し合い、進行役が全体をまとめて取り組みを終えた。子どもたちと面識の現地責任者による企画のサポートによって、全体をスムーズに進めることができた。

大阪のグループは、実施説明にあった電子媒体での録音に二人の子どもが反対したため、録音を行わず進行役を含む同席した大人のメモと子どもたちの発表用にまとめた掲示物に基づいて結果の分析を行なった。和歌山のグループでは、メモや子どもたちのまとめに加え、録音内容の文字起こしも結果の分析に利用した。

図1は、大阪のグループが話し合った28+29条のCF版である。これらの条文の場合「すべての子どもには教育を受ける権利がある」とした条文の主題を伝え、さらに教育とは「子どもたちがもっ

ている能力をすべて発揮できるように支える」ものであり、単なる教科学習にとどまらない「人権や平等を学ぶ」「間違いを正せる力や市民の権利を学ぶ」「すべての異なる文化が大切にされることを学ぶ」ものだと、条文の和訳を解説してのち、リーダーを中心に子どもたち自身で話し合いが行われた。進行役は基本見守ることに徹し、議論に詰まったときに話し合いの方向性を示すが、子どもたちの主体性を損なわないように自らの意見を述べて介入しないよう努めた。

本研究は、佛教大学「人を対象とする研究」倫理審査委員会によって承認を受けて後に実施されている（承認番号H30-34-A）。

結 果

子どもたちの各条文に対する話し合いの過程と政策への提案の結果を、以下にまとめた。

23条の障害を有する子どもの権利に関して、子どもたちにとって身近なテレビ、通学路、店舗や学校内の現状が議論された。テレビでは大切な情報の伝達に対しても手話通訳が十分ではないことや、車椅子などでの通学路の利用が自転車道と歩道が分かれておらず危険だとする意見が出された。そうした現状への自分たちを含む社会の側の努力として、署名やデモ活動で障害児者への設備や工夫を増やすよう訴えるべきだとの意見が出された。これらの話し合いを受けて政府へは「手話を学べる授業を取り入れる」「テレビの手話通訳を増やす」「支援学級の子たちと通常学級で過ごせる時間を増やす」「パラリンピックをゴールに設備や施設を利用しやすくする」「障害があっても仕事につけるようにする」「自動ドア、手すり、スロープなどの設置を増やす」といった提案がされた。

27条の子どもの発達に見合った適切な生活ができる権利について、虐待のニュースがよくあることからそうした家庭への支援が不十分であるとの意見や、母子家庭や障害児をもつ家族への支援が特に大事だとの意見が出された。さらに、親が無職、収入が少ない、あるいは年金生活などの場合、



図1 日本で取り組んだ条文の例

生活に困っているのではないかと推測が述べられた。また、中学や高校での部活動の遠征費が負担になっている現状が出された。政策提言としては「子育てに困っている家庭が、金銭的支援やサービスを受けやすいよう工夫する」「保育所を増やす」「塾に行かなくてもしっかり学べる授業にする」「給食費を無償化する」「部活動へ支援する」「安くて暮らしやすい公的住宅を提供する」「子どもの医療費を無料にする」「児童養護施設を出ても大学に進学できるようにする」が挙げられ、そのために「みんなが平等に暮らせる社会をつくる」ことがまとめの提案として挙げられた。

子どもの教育を受けることと適切な内容を学ぶ権利に関わる28+29条についての話し合いでは、それがどのような権利なのかについて「人として様々な場面で力を発揮できるように成長できる権利」だとまとめた。それがどんな時守られていないかでは、中学の部活が平日は7時くらいまで週末にも練習があり自由な時間がないとか、特に教員に対しては、学校で嫌なことがあっても解決してくれない、脅すように注意するし、子どもの言い分を聞いてくれない、忘れ物をすると給食のおかわりを禁止する罰があるなど、次々に様々な場面での不満が出された。学ぶことに関わる権利が守られているとわかるには、一度学ぶ権利をなくしたら当たり前だったことのありがた味がわかるという意見や、おかしいと思ったことを友だちや先生に聞いてみる、みんなで考えてみんなで理解するようにするといった意見などが出された。そうした現実や自分たちの中での工夫を踏まえ、政府が義務を果たしているかはみんなで楽しく学べる環境が整っているかどうかで確かめ、それを果たさせるためには子どもの意見を聞くようメディアが取り上げるべきだとし、政府のやるべきこととして「教育をする理由や目的を子どもにわかるようにまず伝える」ことが必要だとまとめた。

最後に31条の遊びと余暇の権利について、現状はしないといけないことが多くて遊べないとか、お金のかかる遊びで遊べない、授業は楽しくないし休み時間が短い、あるいはスマホを学校に持つ

ていけないといった不満が出された。一方、遊びとは何かとの問いに対して、読書や友だちづくり、歌を歌うことなどだと説明した。それらを踏まえての政策として「たくさん木を植えてきれいな空気と自然の中で遊べるようにする」「宿題を出さない」「休み時間を長くする」「授業にゲームコースやマンガコースをつくって楽しく集中できるように工夫する」といった意見とともに「勉強できる環境をつくる」必要があると逆説的とも言える考えが出された。

考 察

GCRDプロジェクト

GCRDプロジェクトには、アフリカから13か国、東ヨーロッパから4か国、ラテンアメリカから3か国、西ヨーロッパおよび北アメリカから6か国、世界の子どもの人口の約半数が暮らすアジアからは日本を含む10か国13団体が参加した。子どもたちの総数は、36か国55の団体を通じて1,836人にのぼる。今回の我々の取り組みは、そうしたCRCの条文を子どもたち自身が話し合う世界規模で実施されたGCRDの一つである。

GCRDの最終レポートは2020年1月に公表された¹⁰⁾。その中で、プロジェクトの立案から完了までの経過が述べられている。子どもの権利を研究対象とするにあたり、子どもたち自身の意見を聞くことが極めて重要であるとの立場を当初から重視し、ある地方の学校の13-14歳の女子生徒25人からなる「子どもたちによるアドバイザー・グループ」を設置した。そこでの子どもたちの意見を反映させた計画を作成するとともに、世界中で行われた子どもの権利対話から政策評価のための新たな指標も彼女たちがまとめた。このように子どもたちとの共同研究として、子どもたちの声を取り入れたGCRDプロジェクトは実行された。

最終レポートでの各条文に関する政府への提言を抜粋すると、「当事者である子ども自身の経験に学ぶ(23条)」「適切な生活水準を促進するための支援プログラムを開発すべき(27条)」「子どもた

ちが意思決定に関与すべき（28条29条）」「平等な遊び場へのアクセス（31条）」などであった。直接的な表現ではないが、日本の子どもたちの声はこれら提言に反映されていると言える。

わが国でも、参加型の研究手法（participatory approach）が各分野の実践家と研究者との間で広がりつつあるが、子どもあるいは患者、障害者など当事者自身と研究者の間ではまだまだ不十分である。そのような現状にあって挑戦的な取り組みだったが、GCRDの企画に基づく子どもたちによる子どもの権利条約の条文の検討が行なわれた。結果にあるように、子どもたちは子どもの権利を的確に捉え、話し合いを通じて自分たちの意見をまとめあげ、最終的なプロダクトとなる政策への提言まで行える力のあることが確認できた。その提言内容も、障害を有する子どもの権利に対する政策提言のように、大人から聞いている内容を踏襲するような内容のものもある一方で、27条の発達に見合う生活がおくれる子どもの権利で示された、低所得層向け公共住宅政策が後退している中で安価で質の高い公的住宅の提供を提案し、現在は想定されていない児童養護施設を出て以降の大学進学を積極的に打ち出すことに留まらず、より公平な社会づくりを提言するなど、政策立案者が真摯に傾聴すべき中身を含んでいた。また、28条および29条の教育権に関して、政府はまず「なぜ教育が必要なのか」その目的を自分たちに教える必要があるとの意見は、子ども主体で教育が存在していないと訴えていると受け止めるべきである。また31条の遊びと余暇の権利への政策として、遊べる環境が自然豊かではない点を改善するよう求め、遊べるためには安心して勉強できる環境をまずつくるべきだと訴える彼らの意見は、いずれも傾聴に値する。子どもの権利を実現するための政策が実効あるものになるためには、本来主体者である子どもたちからの意見集約は重要である。それは私たちに、子どもたちの「ありたい、なりたい」思いに応える社会づくり、言い換えると子どもたち一人ひとりのもつケイパビリティの最適化の視点が求められていると言い換えることができる¹²⁾。

今後、さらに多くの条文に関する子どもたちの手による話し合いを、各地の子どもたちに参加してもらい国内で幅広く行うとともに、韓国、スウェーデン、ウガンダの研究者がこの取り組みを個別に拡大する提案への協力を申し出てくれていて、科学研究費の申請が認められれば、各国の子どもたちの同じ条文への話し合いを計画している。

本研究の限界として、合計24人の子どもたちを対象とした質的研究であることから、国際社会にリンクしつつも集約された意見や要望は「この子どもたちの限られた条文に対する小さな意見」に留まっている点を挙げておく。

まとめ

GCRDという国際的な取り組みの一端を担う経験を通じ、少ない条文への小さな意見集約ではあるが、CRCのいくつかの条文に対して子ども自身がお互いに意見を出し合って政府へ要望する項目をまとめる子どもたちによる主体的な取り組みを実施できた。その内容をまとめて報告した。

謝辞：本研究は、カナダ、ビクトリア大学に拠点を置くGCプロジェクトにおけるGCRDの取り組みの一環として行われた。GCプロジェクト責任者Cara Pearsonさん、Ziba Vaghriさんに深謝します。また、調査に協力してくれた24人の子どもたち、翻訳の労を無償で引き受けてくれたボランティアのみなさまに心から感謝します。

本研究の成果の一部を日本外来小児科学会年次集会（2019, 福岡）において報告した。また本研究は「社会小児科学の視点から見た子どもの貧困解決」（平成29-31年度科学研究費 基盤研究C 課題番号17K04280）に基づく研究成果である。

参考文献

1. Roger Harts and Michael Schwab. Children's

- Rights and the Building of Democracy: A Dialogue on the International Movement for Children's Participation. Social Justice. 1997; 24: 177-191.
2. Nigel Thomas, Brian Gran and Karl Hanson. An independent voice for children's rights in Europe? The role of independent children's rights institutions in the EU. International Journal of Children's Rights. 2011; 19: 429-449.
3. Angela Fowler, Elizabeth Tertell, Tyler Flynn-Rambo, et al. Supporting Children's Understanding and Articulation of Rights: Helping Children Find Their Voice. Childhood Education. 2016; 92: 184-188.
4. 長瀬正子. 全国の児童養護施設における『子どもの権利ノート』の現在 一改訂および改定の動向に焦点をあてて 佛教大学社会福祉学部論集 2016; 12: 73-92.
5. 「児童の権利に関する条約」について (通知)
https://www.mext.go.jp/a_menu/kokusai/jidou/main4_a9.htm (2020.5.14.最終アクセス)
6. ぼくのわたしの意見表明 7689人から親・学校・社会へ 子どもの権利条約をすすめる会 こうち書房 1996.9.
7. 子どもたち26人へのインタビュー -子どもの貧困対策の見直しに際して-
https://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc_activity.php?d=3141 (2020.5.14.) 最終アクセス
8. 「コロナ×こどもアンケート」中間報告 国立成育医療研究センター有志「コロナ×こども本部」
<https://www.ncchd.go.jp/news/2020/20200512.html> (2020.5.14.) 最終アクセス
9. 「子どもの声・気持ちをきかせてください!」2020年春・緊急子どもアンケート結果 (全体版報告書) 2020年5月3日公益社団法人セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン
https://www.savechildren.or.jp/jpnem/jpn/pdf/kodomonokoe202005_report.pdf (2020.5.14.) 最終アクセス
10. グローバル・チャイルド・ダイアログ
<https://onlineacademiccommunity.uvic.ca/globalchild/global-child-rights-dialogue/> (2020.4.1.最終アクセス)
11. Laura Lundy, Children's rights and educational policy in Europe: the implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child, Oxford Review of Education. 2012; 38: 393-411.
12. 武内一. 子どもの貧困問題解決におけるケイパビリティー最適化の視点 佛教大学社会福祉学部論集 2019; 15: 61-70.

The First Report of Global Child Rights Dialogue in Wakayama and Osaka

Hajime Takeuchi^{1) 2)}, Youichi Satoh³⁾, Yukiko Tokumaru⁴⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 199 – 206】

Key words : Convention on the Rights of the Child, participatory approach, Global Child Rights Dialogue, policy proposals, the right to freedom of expression

1) School of Social Welfare, Bukkyo University

2) Department of Epidemiology and Global Health, Umeå University

3) Seikyo Kodomo Clinic

4) NPO CPAO

会員の声

日本社会医学学会に期待される国際的な視点 －国際学会と国際組織の関わりから－

武内 一^{1) 2)}

【社会医学研究2020；37（1）：207－211】

キーワード：国際貢献，国際社会小児科学小児保健学会（ISSOP），ブダペスト宣言，
すべての人への健康情報（HIFA）

〔はじめに〕

社会医学に関わる国際学会と国際組織との関わりをご紹介します，日本社会医学学会への期待を述べたいと思う。

医療からみた子どもの貧困あるいは子どもの権利をテーマとした研究活動を通じて「社会小児科学」の分野へ関心を深め，2017年度スウェーデンのウメオ大学医学部疫学とグローバルヘルス学科（当時は医学科の元にあるユニット）で1年間学んだ。スウェーデンでは，多くの職場でお茶を飲みながら世間話をするフィカ（Fika）が日課となっている。この学科では平日10時と15時にすべての職種と学生が自由に休憩室に集まり，20-30分ほどおしゃべりを楽しむ習慣が定着していて，コロナウイルスの感染拡大で大学はバーチャルな講義に移行し，参加者は少ないが今も続いている。フィカについて，2017年の学科年次レポートの「イベントとコラム」の章に執筆した¹⁾。

この学科には40を超える国から120名ほどの研究者や大学院生が出入りしていて，研究そのものの

成果も大きかったが，それ以上に小国スウェーデンで様々な異文化の仲間と共に日々を過ごすことそのものが，民主主義や公平性，社会正義を考えるととても貴重な機会となった。

〔国際社会小児科学小児保健学会（International Society for Social Pediatrics and Child Health=ISSOP）〕

2017年9月国際社会小児科学小児保健学会（International Society for Social Pediatrics and Child Health=ISSOP）の年次集会（ハンガリー，ブダペスト）において，「日本における収入格差と子どもの生活実情調査」を発表した²⁾。この年次集会のテーマは「紛争で生活の場を追われた子どもたちの権利と健康，ウエルビーイング」で，この集会の成果に基づきこうした子どもたちのための「ブダペスト宣言」が採択された³⁾。日本社会医学学会他に宣言への支持を依頼し，本学会からいち早く賛同をいただいた。他学会を含む日本での支持の経緯は，2018年ボンで開催された年次集会で「2017年ISSOP年次集会におけるブダペスト宣言 日本での意識を高める取り組み」として紹介した⁴⁾。その概要は，本学会の電子版会報誌e-bulletinに投稿した⁵⁾。2019年の年次集会（レバノン，ベイルート）は「紛争下の子どもたち」がテーマで，紛争下の子どもたちと困難が共通するとの思いで「災害を生き抜いた子どもたちの支援とは 東日本大震災での経験から」を発表した⁶⁾。この学会で特に印

1) 佛教大学社会福祉学部

2) ウメオ大学医学部疫学とグローバルヘルス学科（客員研究員）

連絡先：武内 一

住所：佛教大学社会福祉学部

〒603-8301 京都市北区紫野北花ノ坊町96

TEL：075-366-5595 FAX：075-366-5595

E-mail：htake@bukkyo-u.ac.jp

象に残ったのは、ドイツの小児科医の「一アフガニスタン難民家族の5年に及ぶ平和を求める旅と生活の記録」で、ギリシアから2,000kmを歩き通し辿り着いたドイツでの生活の苦労が綴られていた⁷⁾。ハッピーエンドとは言えない現実には、演題にあった「唯一のよき国は心の中にしかない (The only good nation is IMAGINATION)」という言葉に象徴されている。

スウェーデンでの研究生生活に先立って、Tony Waterstonらの著書「Child Public Health」とNick Spencerらの編著「Social Paediatrics」の2冊を日本で読んでいた^{8) 9)}。この2人が国際社会小児科学小児保健学会 (International Society for Social Paediatric and child Health=ISSOP, 元ヨーロッパ社会小児科学小児保健学会ESSOP) の当時の会長と理事 (現在は共に理事) と知り、二人との会話は大きな励みとなった。彼らとの交流は今も続いている。

[すべての人のための健康情報 (Health information for all=HIFA)]

ISSOPとの出会いから、「すべての人のための健

康情報 (Health information for all=HIFA)」および「すべての人のための子どもの健康情報 (Child health information for all=CHIFA)」に関わっている。現在HIFAの日本代表の1人でCHIFAの運営委員をしている¹⁰⁾。HIFAへは、2019年より本学会から名義支援を受けた¹¹⁾。日本の学会としての積極的な国際貢献に、ISSOPおよびHIFAから、本学会への感謝と期待が寄せられている。更なる期待される役割として、少額でもいいので財政的支援がある。HIFAに対してWHOも支援組織の一つになっており、またCHIFAに対してアメリカ小児科学会が財政支援している。

HIFAとともに活動するイギリスのevidence aidからの依頼で、日本語版の厚生労働省、国立感染症研究所、日本医師会などの公式のガイドラインをまとめた情報サイトへのデータ収集をしている¹²⁾。

継時的な日本の公的な対応の変化と今、必要な情報へアクセスできる。また、こうした取り組みで知り合いになった日本在住の外国籍の研究者は、日本で暮らす多国籍の人たちへCOVID19に関する公式情報を各国語で翻訳し発信している¹³⁾。

図. 「唯一のよき国は心の中にしかない」



ISSOPとの一連の関わりの中で、2018年末に子ども自身が子どもの権利条約を話し合う、グローバル子どもの権利対話(Global child right dialogue=GCRD)の取り組みを日本で行えないかと相談を受けた。その後、カナダのプロジェクト責任者から正式な依頼があり、日本で初めて子どもたち自身による子どもの権利条約の条文への現状と国への政策提言をまとめる取り組みが、2019年3月に実施できた。このプロジェクトには、アフリカ13か国、東ヨーロッパ4か国、ラテンアメリカ3か国、西ヨーロッパおよび北アメリカ6か国、アジアから日本を含む10か国13団体が参加した。子どもたちの総数は、36か国55の団体合わせて1,836人にのぼった¹⁴⁾。日本でのGCRDの詳細は、本学会誌上でまとめて公表する予定である。

国際社会への自らの関わりと本学会のISSOPの大会宣言とHIFAへの賛同への感謝、そして更なる国際学会及び国際社会への関わりを期待し、最後に会員の皆さんのHIFAへの参加をお願いして、「会員の声」を締め括りたい。

参考文献

1. Hajime Takeuchi (edited by Jenny Stewart Williams) . The Swedish Way of Fika, Pump, Lagom.... Annual Report 2017. Epidemiology and Global Health Unit. 2017. 6-7 p.
<https://www.umu.se/globalassets/organisation/fakulteter/medfak/institutionen-for-epidemiologi-och-global-halsa/arsrapporter/annual-report-2017.pdf> (2020.4.1.最終アクセス)
2. Hajime Takeuchi, et al. Income inequality and child living conditions in Japan. https://www.issop.org/cmdownloads/issop2017-ws6c_01-takeuchi/ (2020.4.1.最終アクセス)
3. Jeffrey L Goldhagen, et al. The Budapest Declaration for children and youth on the move. The Lancet Child Adolescent Health: 17; 2018. 164-165p.
4. Hajime Takeuchi. The Budapest Declaration of ISSOP 2017 - efforts to increase awareness in Japan.
<https://www.issop.org/cmdownloads/takeuchi-issop-2018/#> (2020.4.1.最終アクセス)
5. Hajime Takeuchi. How can we move forward with the endorsement of the Budapest Declaration? e-Bulletin 35: Sep. 2018. 3-4 p
<https://www.issop.org/2018/11/19/e-bulletin-35-1-1-how-can-we-move-forward-with-the-endorsement-of-the-budapest-declaration-see-endorsing-societies-below/> (2020.4.1.最終アクセス)
6. Hajime Takeuchi. How can children survive disasters receive support? -Experiences from the Great East Japan Earthquake-
<https://www.issop.org/cmdownloads/takeuchi-issop2019/> (2020.4.1.最終アクセス)
7. Katharina Muench. Single Case Study -Hasara Boy, Follow up 2015-2019-.
<https://www.issop.org/cmdownloads/muench-issop2019/> (2020.4.1.最終アクセス)
8. Tony Waterston, et al. Child Public Health (Second Edition) . Oxford University Press. 2010.
9. Nick Spencer, et al (edited by) . Social Paediatrics. Oxford University Press. 1995.
10. CHIFA運営委員グループ
<https://www.hifa.org/forums/chifa-child-health-and-rights/steering-group/10> (2020.4.1.最終アクセス)
11. HIFA支援組織一覧より日本社会医学会
<https://www.hifa.org/support/supporting-organisations/japanese-society-social-medicine> (2020.4.1.最終アクセス)
12. Japanese guidelines on Novel Coronavirus (COVID-19) . evidence aidエビデンス・エイド (エビデンスに基づいた人道的活動の擁護) Compiled by colleagues at Bukkyo University, coordinated by Prof. Hajime Takeuchi MD.
<https://www.evidenceaid.org/japanese->

- guidelines-on-novel-coronavirus/?fbclid=IwAR1II3rbCWOMJxC8blfgB3ppIO3rtqaRfSWDOfiUSVNk0VzuNXxpr4dvice (2020.4.1. 最終アクセス)
13. 多文化共生ポータルサイト (一般財団法人自治体国際化協会). 新型コロナウイルスについて<やさしい日本語>他.
<http://www.clair.or.jp/tabunka/portal/info/contents/114517.php> (2020.4.1. 最終アクセス)
14. グローバル子どもの権利対話 (GCRD) Final Report
<https://onlineacademiccommunity.uvic.ca/globalchild/wp-content/uploads/sites/2048/2019/12/GCRD-full-report-final.pdf>
(2020.4.1. 最終アクセス)
(受付 2020.3.26 : 受理 2020.5.13)

Expected international views of the Japanese Society for Social Medicine - Relation to international academic societies and organisations -

Hajime Takeuchi¹⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 207 – 211】

Key words : international contribution, International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP), Budapest Declaration, Health Information For All (HIFA)

1) School of Social Welfare, Bukkyo University

2) Department of Epidemiology and Global Health, Faculty of Medicine, Umeå University

連載シリーズ

社会医学研究のはなし(2) 教育研究雑感

志渡晃一¹⁾

【社会医学研究2020；37（1）：212-216】

キーワード：社会医学研究会，教育実践活動，衛生，予防，障害

【社会的年齢】

社会医学会がまだ社会医学研究会だった頃のことである。森永ヒ素ミルク事件の解明を推進支援された故丸山博先生から「年齢には出生に始まる生物年齢と職に就いてから始まる社会的年齢がある・・・」といったお話を伺ったことがある。当時、職（北海道大学医学部公衆衛生学講座助手）に就いたばかりの私は、「私は生まれたばかりなのだなあ」と妙に得心したのを覚えている。振り返ってみると、（北海道札幌市で）昭和30年に生まれ1歳8か月でポリオに罹患し後遺症（右下肢機能の障害）を得た自分と同じ年に生まれてヒ素中毒による後遺症を得た子供たちとを無意識のうちに重ね合わせていたのかもしれない。幸いなことに私は命を存え、2次予防、3次予防の恩恵を受けることができた。肉親の介護や保健、医療、福祉などの専門職から様々な支援を受けることができた。さらに養護学校をはじめとした教育関係者からの養育、薫陶により頑な心を開くことができるようになった。本稿では、感謝とともに社会的に生まれたばかりの私が、先輩諸氏から面授によって賜ってきた「ことば」を紹介したい。保健、医療、福祉の臨床的な免許資格を持たない筆者が、これま

での教育研究に活かすことができた（と勝手に思い込んでいる）、先達からの「ことば」を借りて「お話」のかたちで記述する。いわば聞き書きである。いつどなたから聞いたのか、明確ではない「ことば」もある。本人の承諾を得ておらず、お名前を記していない場合もある。また、そもそも編集者の依頼意図からかけ離れている懸念もある。若き会員の方が「他山の石」として下さることを願う心持ちに免じて、ご寛恕願いたい。

【予防は治療に勝る】

公衆衛生学関連の講義では、疾病の自然史から始めて、いわゆる予防の三段階に言及する。臓器障害（impairment）が能力障害（disability）に結び付き、社会的障害（handicap）に至る。障害の連鎖を断ち切る方策を期して、国際障害分類についての理解を促すようにしている。衛生公衆衛生の先達から「予防は治療に勝る」ということばを聞いた。暗黙知のような金言である。すくと腑に落ちたことを鮮明に覚えている。予防の中で1次予防の重要性は群を抜いている。2次予防、3次予防の恩恵を受けた身でありながら、折に触れて痛感する。社会医学の先達F先生から「被害者は3度悲劇に見舞われる；最初は疾病そのものの障害、次は世間の偏見・差別・迫害、さらに専門家・行政の無関心、無理解による放置、不利益・・・」と伺った。鈍い怒りを感じた。1次予防のみならず2次予防、3次予防も重要であると思い直した。

1) 北海道医療大学

連絡先：志渡晃一

住所：〒061-0293

北海道石狩郡当別町1757

E-mail：kochan@hoku-iryo-u.ac.jp

国際医療のS先生からは「その国で起きたことは、その国の人が解決すべきである、それを応援していきたい」と告げられた。これは「魚を与えるのではなく、魚の取り方を伝授する」という国際援助にかかわるNGOの方々の信条とも気脈を通じている。まさに「冷たい頭と熱い胸」である。社会医学においても実践活動が肝要であることを銘記した。

【それぞれの砲台から撃て】

「公衆衛生学はすべての人の命と暮らしを衛る科学、技術、実践である。実践なくして公衆衛生はない」。「歩く公衆衛生」と言われたA先生のことばである。素晴らしい公衆衛生学の定義だと感激した。社会的年齢が増すにつれて種々の実践活動に関わるようになった。「ユニセフ」や「・・・いのちと健康をまもる・・・」,「・・・カウンセリング・・・」活動に参加した。その他、各自治体や専門職団体からの教育講演・演習の依頼にもできる限り応じた。名誉職ではなく責任職として頑張るべきだと常に思ってきた。しかし、力不足で十分な職責を果たせずに落ち込むことも多かった。そんな時は、「それぞれの砲台から撃て」という文学者のI先生のことばを思い起こした。拙くても実践するしかない。できることをやり続けるしかないと思い直した。医学部学外演習の引率で社会福祉協議会を訪れた時、O先生が「そろそろ山上での議論は終わりにして、地べたで語りあってことを進めていこう・・・」と学生に語っているのを聞いた。それぞれの持ち場から実践活動の大切さを説いていた。「自分の砲台から撃とう」、できることから実践しようと思った。

【衛生は教育に始まって教育に終わる】

いつの間にか衛生、公衆衛生、産業衛生、疫学、栄養、老年医学、褥瘡、社会福祉関係の学会に加入していた。世話人、評議員、理事としての役割を担うようにもなった。そこに至って先達の大変さを味わった。「衛生は教育に始まって教育に終わる」という重鎮M先生のことばの重みがひしひしと

感じられるようになった。学部学生・大学院生への講義、演習、論文指導を複数の教育施設で担当した。客員教授、非常勤講師など様々な立場ではあったが教育研究活動の内容に大きな差異はない。興味のあるテーマについて、参考文献を渉猟しつつ作業仮説を設定する。それに基づいて研究計画の企画、調査の実施、得られた結果を考察しゼミで検討する。特に大学院生と一緒に学会へ参加する機会が増えてきた。学会発表、論文投稿は常に自転車操業だった。このような事態について、関係者には私を反面教師とするよう注意喚起し、(自分のことは棚に上げて)貴君達自身は余裕をもって事に当たるようにと強く促している。その際、「衛生は教育に始まって教育に終わる」を面授下さった)M先生からの以下のことばを添えて勇気づけている。「公衆衛生の論文はできるだけ採用するようにしている。人間を対象にした調査研究は再現できない、それだけで価値がある」。

【学会はお祭り】

初めての学会参加は衛生学会だった。「三交代制勤務の疲労に関する・・・」の演題発表で、時間厳守のためきちんと原稿を準備し、予行演習の指導もして頂いた。発表後は、先生たちについて会場近くの料理屋に行きビールをご馳走になった。T教授曰く「学会参加は、全国の仲間に会える、出会い・成長の場である」とのことだった。課外演習の大切さも知った。面識を得た方々、特に発表に関心を寄せて下さった方には名刺交換をお願いした。その後の学会でも、課外演習は続いた。徳島では渦潮と鯛めし、シンガポールではナイトクラブでのディナーショーにご一緒することができた。当時のかの国では、人口の大半が中国系、支配層が英国系、警備警察はマレーシア系・・・とのことだった。治安、衛生は厳しく、タバコのポイ捨ては5万円の罰金と聞いた。大変緊張したけれどもためになるたくさんの経験をさせて頂いたと感謝している。さて、いくつかの学術集会を企

画担当する年代になった時、若い先生達（学部生、大学院生）の力添えに大いに助けられた。「先達との出会い場である、出会い成長の場である」ことをことさら（?!）強調して協力をお願いした（もちろん大変感謝しています）。次節では、本学会を主催した経験をもとに、学会の伝統について私見を述べさせていただきます。

【祭りと修行の伝統】

前年の2016年、滋賀県で開催された第57回総会（埤田和史会長）「私たちが目指す社会医学を憲法の理念から考える」では「本学会が発足時から追求してきたものが、国民主権、基本的人権の尊重、恒久平和を基にしていること」を再確認する場となった。琵琶湖クルーズは素晴らしかった。デッキから遠くに聳える比叡山をみて「南都北嶺の北嶺だ!」と心の中で喝采した。ところで本学会では数年前からアトラクションが盛んになり、H先生はリコーダーの妙なる響きを壇上から披露され、I先生はギターの弾き語りをされた。もちろん圧巻であった。しかし、主催者の立場となってからは、この流れを断ち切ってくれた埤田先生に密かに手を合わせている。2018年は獨協医科大学の小橋元先生（理事）が主催で、特に「足尾銅山」がすごかった。田中正造の「真の文明は……」の文言からはガンジーの7つの大罪が想起された。現場に来ることの大切さが身に沁みた。北大の古河記念堂（修士課程時の学舎）が古河財閥（銅山開発所有者）の寄贈によることを知って感慨深かった。梅澤光政先生の入念なご準備に感謝申し上げたい。前身の社会医学研究会から始まって現在まで、先達はまるで北嶺の修行僧（延暦寺の学僧）の如き活躍をしている。「ヒ素ミルク」「過労死」「薬害問題」などに当事者とともに立ち向かってきた。先達にあらためて畏敬の念を表する次第である。

【日本社会医学会第58回学術総会の教訓】

基調講演「公衆衛生の復権」では、「健康という

概念を社会全体にまで広げたのは19世紀のイギリスであり、Public health という言葉が公用語となった」という指摘があった。これは本学会の高鳥毛敏雄先生（理事）の概念図「不衛生-疾病-貧困の悪循環」¹⁾と通底する。不衛生（保健の課題）が病気（医療の課題）を生み、病気が貧困（福祉の課題）に帰結するという保健・医療・福祉の（原型）関連図である。

特別講演「ディーセントワークと平和」では、「戦争のためのという労働は、ディーセントでない—インディーセントな労働の最たるもの、戦争への道と労働条件悪化への道は、決して別物ではない。」という主張は本学会の基本信条である。シンポジウム「ディーセントワークの推進」やパネル展「生活協同組合コープさっぽろの諸活動について」は、グローバリズムに対抗する協同体原則の可能性を探っている。公開講座「軍事研究……」は科学者の経済的徴兵を危惧している。

他の企画「UNICEF」「UNHCR」「農業と健康」「エネルギー問題と健康」「アスベスト関連問題」「北海道の薬害関連問題」も市民公開事業も「平和希求」「貧困救済」「格差是正」を期している。「予防は治療に勝る」に続く「予防の基礎は衛生にある」ということばが迫ってくる。

【高級な遊び】

報告書が書けない。S K先生から「書けないということは考えがまとまっていないことだ」と指摘されたことがある。その通りだと思った。自分の考えは自分がまとめるしかない。そのためには情報が必要となる。正確な情報を得るには、的確な方法によるしかない。近年、疫学、統計学を学ぶ環境はかなり整ってきている。批判的吟味と称してお互いに「イチャモンをつけてみる」という遊びは如何だろうか。ルールは高級な遊びとして楽しむこと。「仕事は手を抜きたくなるが、遊びは真剣にやるしかない。我々は高級な遊びをしていると考えよう」指導を受けていたS H先生のことばである。以下に高級な遊びとして批判的吟味を

してみたい。題材は最近の感染症に関する評論についてである。「スクリーニングについての理解」という観点：「感度と陽性反応の中度は別指標」「感度と疑陽性は直接関連しない」。次に「率の推定についての理解」という観点：「対象集団は無作為抽出が基本」「標本サイズは先の話」「比較には点推定だけでなく区間推定の明示が必要」。さらに「検査の目的」という観点：「臨床判断のためか、疫学評価のためか」「PCRは疫学評価に必須か」。その他のイチャモン：「正しく恐れる」→「正しく（正確に発症率の危険率；95%CIを把握し）、恐れる（冷静に対処する）」、「ユヴァル・ノア・ハラリの石鹸警察に同意できるか」「ジャック・アタリはナイスガイか」、キリがないのでここまで。

【測れないものは評価できない】

操作的定義により変数の尺度（名義，順序，離散，連続）を定め，適切な検定手法により統計的な有意差を検討する。その前にどのような研究デザインを採用するのか，理論仮説からどんな作業仮説を定めるのか，といったことは調査研究を始める上での必須手順である。ここでは，そのような教科書的な話ではなく，「はかる」ということについて思い至った，先達からの「お話」を紹介する。精神保健を専門とするS J先生から「夏目漱石の

小説にこんなものがある」という「お話」を聞いた。「主人公は，ある男の電車から降りてからの2時間以内の行動を調べて報告しろ，という依頼を受ける。・・・停車場には女が人を待っていて，その男はその女と町を歩く。・・・」。ミステリー的な色合いのある作品とされている「彼岸過迄」の中の「停留所」，「報告」である。観察だけでは埒があかないのなら当人に聞けばよいのに，という私の物言いについて，「それがなかなか聞くことができないもので・・・」という返答から始まり思いもかけぬ「お話」になった。大学院時代に刑務所内で殺人犯と対面で面接調査をした経験談である。当方の偏見を察して「別に恐怖心は感じませんでした。普通の人でしたよ。犯した罪に対して冷静に対峙していた印象を受けました。けれども・・・」，一回の面談だけでは結局は何もわからなかった，何を聞き出したいのかもわからなくなっていた，とのことでした。事前に入念な調査票を準備さえすれば誰もが簡単に調査ができるわけではない，ということを胸に刻んだ「お話」である。

【参考文献】

- 1) 多田羅浩三，高鳥毛敏雄. 健康科学の史的展開. 財団法人放送大学教育振興会（2010）. P55；図3-1. 「不衛生－疾病－貧困の悪循環」

Miscellaneous Impressions of Education and Educational Research

Koichi Shido¹⁾

【Bull Soc Med 2020 ; 37 (2) : 212 – 216】

Key words : social medical association, educational practice activities, hygiene, prevention,
impairment disability handicap

1) Health Sciences University of Hokkaido

「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 words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。英文校正証明書を投稿時に付けること。

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

編者・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で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

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

記名_____自署_____日付_____年 月 日

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

※² 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員であることを原則とします。

日本社会医学学会会則

- 第 1 章 総 則
- 第 1 条 (名称) 本会は、日本社会医学学会という。
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出来る。
- 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出来る。
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、総会の決議により除名することが出来る。
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事が出来る。
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

2020年の初頭から新型コロナウイルスCOVID-19の世界的流行が起っています。

この感染症により人々の健康が脅かされ、社会は大きな不安に陥り、多くの生活困難者が出ました。しかし、我が国においては、諸外国のような外出禁止ではなく自粛要請であったにもかかわらず、みんなが1つの目標に向かって協力することにより感染爆発を防ぐことができています。いまだ第1波は収束せず、苦しい状況ではありますが、まずは自分自身に、そして隣にいる身近な人たちに拍手を送ろうではありませんか。巷では医療従事者の奮闘のみにフォーカスしがちですが、みんなが「強く自分を律する心と思いやりと感謝」をもって、それぞれできることをした結果が未来に繋がっているのです。

一方、ワクチンをはじめとする有効な予防・治療手段の開発も急ピッチで進んでいます。最終的に、これらの医療技術、科学技術がCOVID-19を「過去のもの」にする日が来るのかもしれませんが、私たちが今回の経験から学んだことは、すべての人類が健康で幸せな生活を続けていくために必要なことなのです。これからは1人1人の生き方や心根が問われていくのだろーうと思います。

日本社会医学会、社会医学研究も、人々のより良い生き方とそれを支える社会の実現に繋がるような活動を目指して参ります。引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

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、内山浩志、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2号 2020年7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

The background is a vibrant blue with a low-angle perspective of several modern skyscrapers reaching towards the top. Overlaid on the buildings are several large, white, flowing, ribbon-like lines that curve and swirl across the frame, creating a sense of dynamic movement and modern design.

日本社会医学会
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE