

# BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

## 社会医学研究

38-1

2021

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



## 目 次

### <巻頭言>

1. ゼロ次予防の推進は公的責任 ..... 星 旦二 1

### <総説>

2. 発達障害特性を持つ成人期の対象に対する支援に関する文献研究 ..... 新島怜子ら 5  
Literature Study on Support for Adults with Developmental Disability Characteristics
3. COVID-19 後の社会医学を展望する - 結核対策の枠組みを超える - ..... 高鳥毛敏雄 17  
Prospects for social medicine after COVID-19  
-Beyond the framework of the high tuberculosis era-

### <原著論文>

4. 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  
家族評価の実践に関連する要因の検討 ..... 倉本亜優未ら 27  
A Study of Factors Related to Family Assessment in Assisted Hospital Discharge Targeting  
Medical Social Workers
5. 未就学児を養育する母親の受援力尺度の信頼性と妥当性 ..... 木村美也子ら 41  
The reliability and validity of the scale for the capacity to receive support: In the cases of  
mothers of babies and preschoolers

### <実践報告>

6. 新あいらんシェルター居場所棟利用者を対象とした  
結核に関する聞き取り調査の報告 ..... 三浦康代ら 54  
Report on interview survey about tuberculosis to common room users at the new Airin-shelter

### <会員の声>

7. 結核性髄膜炎罹患未申告を事由に契約を解除されたベトナム人技能実習生 ..... 森松嘉孝ら 68  
A Vietnamese technical intern was terminated from his contract due to undeclared tuberculous  
meningitis
8. 国際社会小児科学小児保健学会の活動  
- COVID-19 下の子どもたちの健康の公平性と社会正義を - ..... 武内 一 73  
The Activities of the International Society for Social Pediatrics and Child Health  
-Equity of Health and Social Justice for Children under COVID-19 Pandemic-

### <特別報告>

9. 手話通訳者の頸肩腕障害に関する、聴覚障害者と手話通訳者の取り組みの経過と  
今後の課題 ..... 埴田和史 79  
Progresses and Future Challenges in the Efforts by Deaf People and Sign-language Interpreters  
concerning Cervicobrachial Disorders Suffered by Sign-language Interpreters

### <連載シリーズ> 「社会医学研究のはなし」 その3

10. 「現場の問いを研究に」 ..... 北原照代 89  
Questions in the fields should be reflected on your researches

「社会医学研究」投稿規程 .....	93
「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則 .....	95
社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト .....	99
投稿時COI自己申告書 .....	100
著作権委譲承諾書 .....	101
日本社会医学会会則 .....	102
日本社会医学会役員選出細則 .....	103
編集後記 .....	104

## 巻頭言

# ゼロ次予防の推進は公的責任

東京都立大学 名誉教授, 放送大学客員教授 星 旦二

### 自助と健康支援環境整備

最近, 自助共助公助が話題となっています。各人が自分の役割を発揮出来るような支援環境を整備する社会づくりはとても大切です。しかしながら, コロナウイルスへの対応でも自助すらできにくい現実があります。コロナ死亡総数は, 2020年12月24日時点で3,068人ですが, 年間の自死総数は約二万人です。特に, 最近では若者や女性の自死数が増加してきたことが危惧されます。非正規雇用者の解雇が増加し, 特に女性の自殺者数は7月から昨年比で約4割も増加し, 8月には20歳未満女性が40人亡くなり去年比約4倍も増加しています。経済的に最も満たされないDVを受けやすい世代が自らの命を失っています。自死対策こそが非常事態ではないでしょうか。公的責任が求められています。

### 健康支援環境の整備がゼロ次予防

私は, 保健所に勤務していた40年前に, 葛飾区民健診を受診した男性成人から御礼のお手紙をいただいた文面「肺がん健診が異常なだったので, 今日から安心して煙草を吸います。ありがとうございました」に対してとても驚愕しました。

自助を支援する禁煙教育だけでは十分とは言えません。むしろ, たばこ自動販売機の撤去が, 自助と共助を支援する公助である環境整備として最も大切であり, ゼロ次予防の典型事例と考えます。喫煙による早世を責めたてる自己責任論だけの視点では決して解決できない健康課題事例の一つです。

疾病対策では, 生活習慣を好ましいものにする一次予防, そして病気を早期に発見する二次予防, さらにリハビリなどの三次予防があります。一次予防は, 自助を強調し, 疾病の自己責任が強調されることから, 私は, 約31年前にゼロ次予防という概念を整理しました。

ゼロ次予防とは, 「健康づくりの過程において, 個人のレベルでは対処しにくいところの, 生活環境や社会環境, そして自然環境を, 人々による組織的な対応と公的な責任によって整備していく, 疾病の予防活動と健康づくり活動」と定義しました<sup>3)</sup>。

### 暖かい住宅整備はゼロ次予防

ゼロ次予防活動の典型的な他の事例は, 寒い冬にみられるヒートショック対策です。寒い浴室や脱衣所そしてトイレなどで年間約二万人近くが死亡しています。幸いにも死亡しなかったとしても要介護状況で過ごさざるを得ない者はそれ以上であると推定しています。

WHOが推薦する18℃以上の住宅整備が公的責任であるにもかかわらず, 我が国の住宅で最も寒い脱衣所の約九割は, 英国の基準から見ると解体命令レベルの住宅です。

先進国では, 暖かい住宅に住むことは基本的人権確保事例の一つとして公的責任の課題として推進されています。しかしながら, 温かい家の確保は自己責任の自助に任せきりにされているのが我が国の現実です。

### ゼロ次予防の先進事例は沢内村と佐久総合病院活動

我が国における地域医療の先駆的な活動事例として岩手県沢内村や長野県佐久総合病院で推進されてきた主な健康づくり活動内容の一つは、南向きに居間を設置し一部屋だけでも暖房に気を配り、それに加えて床からの防湿と防カビ対策でした<sup>2)</sup>。また、屋外に設置されていたトイレとお風呂を屋内に移行させることで、長野県の青壮年と前期高齢者の脳血管障害死亡総数は1970年には3,049人でしたが、約半世紀後には827人にまで激減したのです(図1)。結果的に全国一の健康長寿県を樹立させる見事な成果を上げていった背景は世界に誇れる農村医学だったのです<sup>3)</sup>。

これらの活動時期は、WHOが健康的な住居政策をヘルスプロモーション分野の一つとして位置づけられる約30年以上も前であり、世界的に見て先駆的な取り組みとして注目されたのです。

### 屋内外の健康支援環境と健康長寿

屋内外の健康的な環境整備が、居住者の有病割合を低減化させる可能性が報告されています。出口ら<sup>4)</sup>は、住宅のCASBEEチェックリストが高得点を示し、かつコミュニティの健康支援環境チェックリストも高得点を示す場合、34.2%の人が「症状なし」と回答しています。逆に、下位得点群で「症状なし」と回答した人の割合は6.9%と大幅に低くなっていることを報告しています。

筆者らは、村上や伊香賀らの先行研究成果<sup>5-6)</sup>を踏まえ、屋内外の健康環境を測定するCASBEEチェックリスト<sup>7)</sup>の簡易版を用いて2007年に沖縄県の高齢者に基礎調査を実施し、その5年後に追跡調査を実施した後、さらに2016年までの生存と要介護度を追跡調査しました。その結果、所得と学歴に支えられる社会経済要因が、優れた屋外住居環境を選択することを経て、精神的健康と身体的健康そして社会的健康を規定し、その後の健康長寿を規定する因果構造を世界で初めて明確にしてきました<sup>8)</sup>。学歴や所得ないし生活習慣からの健康長寿へのパス係数は統計学的に見て有意ではないことにも注目すべきです。

### 健康住宅の最大の意義は人の成長

子供達の好ましい生活習慣は、親が子供と共に運動し、豊かな食を共に囲み会話することを経て規定されることが、約一万人の小中高校生とその親の調査を統合することで明確にできました。また、東京都都立高校174校1年生3,126人(回収率48.8%)を解析し、夢ある高校生は、喫煙だけではなく、薬物にも手を染めないことが明確にされました。子供達の望ましい生活行動にとっても、将来に対する夢ある生活が、その根源的な背景要因である可能性が示唆されました<sup>9-10)</sup>。

健康規定要因の一つである住居の健康づくりの意義としては、健康的な住宅は、寒さを防ぎ、良質な睡眠を確保する視点と共に、「子供の夢を育む場」として意義が大きいのです。子宮がんの予防には、人パピローマに感染しないように身体を清潔にするお風呂が大きな役割を發揮します。我が国の痔疾患が少なくなった背景は、お尻が洗浄できる水洗トイレの効果が大きいものと推定されます。また、豊かな食生活のためには、

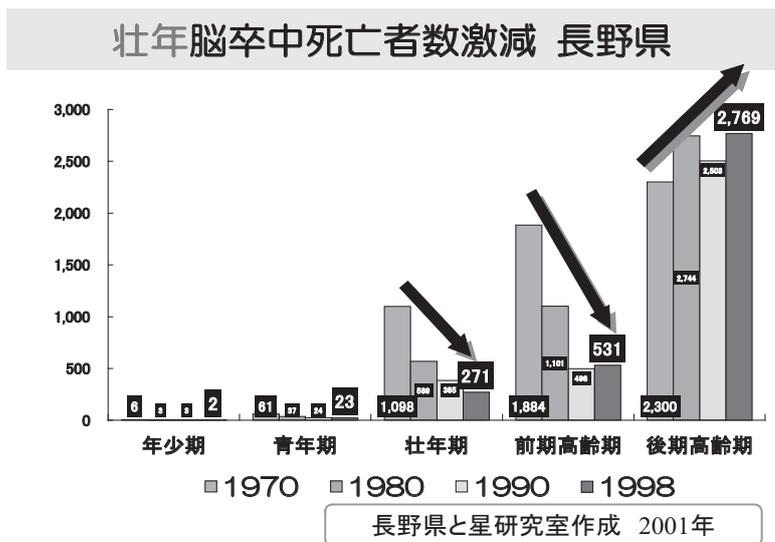


図1 長野県脳血管障害死亡者数の世代別に見た経年変化

口腔ケアを支える歯磨きや手洗いとうがいのための洗面所が大切であり、口腔ケアによる望ましい食生活へ、そして全身ケアへとつながるのです。また、免疫機能を維持させていく上では、おなかが冷えないような適正温度が確保でき、望ましい口腔ケアを背景として、豊かな食生活や笑顔ある生活を可能にする上でとても大切な支援環境の整備です。

このように、良質で居心地のいい住宅は、疾病の予防と共に、生涯にわたる健康の維持増進に不可欠な人としての力量形成（Family Development）の基盤ですし、住宅の意義はQOL向上に大いに役立っています。

高齢者の身長が高いほど長寿である<sup>11)</sup> 事実、住居と健康との関連と本質を示唆しています。その根拠は、身長が延伸する生育期に食卓を囲むダイニング効果が保障されていたことを反映しています。歯数が多いほど長寿であることと本質は同様です。

### 公的責任としての健康支援環境の整備がゼロ次予防

著者らが40年かけて実施してきた追跡研究データを用いた健康規定要因の因果構造としては、健康に生きる手段の一つに過ぎない血圧の安定化、望ましい生活習慣の獲得は、社会経済的要因や、食育や楽しく遊ぶ家族に囲まれた「夢をはぐくめる」健康住宅支援環境によって規定されている可能性が極めて高い可能性を因果構造として世界で初めて明確にできました<sup>8)</sup>。生活習慣と健康長寿との関連は、社会経済的要因と健康三要素が交絡要因である可能性があります<sup>12)</sup>。

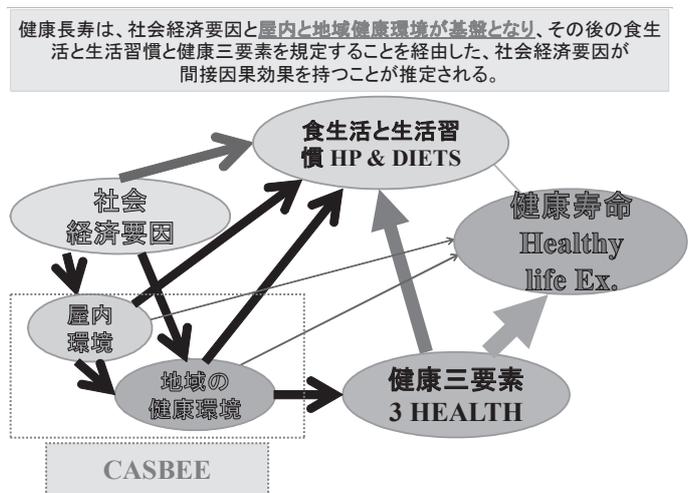


図2 健康長寿を規定する社会経済的要因と生活習慣と健康三要素の因果構造

健康を支援する専門家は、病気や障害などの結果だけに注目するのではなく、そのような状況に至らしめた、日々の暮らしや家庭や地域や学校、それに職場の支援出来なかった環境、とりわけ最低限度の収入確保にも注目したいものです。健康は自助による自己責任だけでは達成できません。支援できる環境と仕組みを整備する公的責任が不可欠なのです。それぞれの状況に応じて、市民がエンパワーメントされる健康支援活動として、人々のサルートつまり優れた要因を紡ぐ健康支援が求められていると言えます<sup>13)</sup>。

このような状況の中で、国連が示し全加盟国が批准したSDGs つまり持続可能性発展のための国際的な目標が提案する理念と実践的方法論の展開が期待されています。特に、住民と専門家が協働して取り組んでいくことが全ての関係者に期待されています。我々一人一人が、Think Globally Act Locally を確認し、健康住宅、健康地域、健康地球に住み続けられるように、今日から出来ることから実践したいものです。

日本社会医学会は、これまでの伝統と蓄積を踏まえつつ、人々の自助や共助をしっかりと支援できる公助の仕組みづくりを継続発展させていくことが使命ではないだろうか。その場合の根源的な予防モデルとしてゼロ次予防の意義が共有されることを切に願っています。

### 文献

- 1) 星 且二. ゼロ次予防に関する試論. 地域保健 1989; 20: 48-51.
- 2) 若月俊一. プライマリー・ケアと農村医学. 日本農村医学会雑誌 1979; 28 (3), 168-178.

- 3) 星 旦二. ピンピンコロリの法則～おでかけ好きは長寿の秘訣～. 2010年. 東京, ワニブックス.
- 4) 林 侑江, 伊香賀俊治, 星 旦二, 安藤真太郎. 有料老人ホームの冬季室内温熱環境が入居者の要介護度の重度化に及ぼす影響－介護施設の室内温熱環境と入居者の要介護状態に関する実態調査－. 日本建築学会環境系論文集. 2018. (745) : 225-233.
- 5) 伊香賀俊治, 江口里佳, 村上周三, 岩前篤・他: 健康維持がもたらす間接的便益 (NEB) を考慮した住宅断熱の投資評価, 日本建築学会環境系論文集, Vol.76, No.666, 2011.8
- 6) 出口 満・伊香賀俊治・村上周三・他. 健康維持増進に向けた地域環境評価ツールの開発と有効性の検証. 日本建築学会環境系論文集2012 : 837-846.
- 7) 川久保俊・伊香賀俊治・村上周三・他. 戸建住宅の環境性能が居住者の健康状態に与える影響. 空気調和・衛生工学会大会学術講演梗概集2012 : 441-444.
- 8) Hoshi T and Kodama S, editors, The structure of healthy life determinants - Lessons from the Japanese aging cohort studies, Springer Singapore, ISBN 978-981-10-6628-3, November. 24, 2017
- 9) 東京都教育庁『平成19年度 児童生徒の健康に関するアンケート調査報告書』(東京都教育委員会) 2009年3月
- 10) 平成17年度健康づくり支援のための基礎調査報告書. 東京都教育委員会. 平成18年3月.
- 11) 星 旦二, 中山直子, 高城智圭, 他. 都市郊外在宅高齢者における身長とBMI 区分別にみた3年間の生存日数との関係. 日本健教誌 2010 ; 18 : 268-277.
- 12) Tanji Hoshi, Motoyuki Yuasa, et all. Causal relationships between survival rates, dietary and lifestyle habits, socioeconomic status and physical, mental and social health in elderly urban dwellers in Japan: A chronological study. Health.5 (8) :1303-1312.2013
- 13) 健理学のすすめ. 星 旦二著. ライフ出版. 2014.

## 総説

# 発達障害特性を持つ成人期の対象に対する支援に関する文献研究

新島怜子<sup>1)</sup>, 大澤真奈美<sup>2)</sup>, 齋藤 基<sup>2)</sup>

## 要旨

背景・目的：発達障害の診断がない成人の中にも、発達障害特性により社会生活を送る中で多くの躓きや困難さを有している者は多いと考えられる。しかし、成人期の対象に対する支援方法は確立されておらず、行政保健師の保健指導においても課題は明確ではない。本研究では先行研究を検討し、発達障害特性を持つ成人に対する行政保健師の保健指導に関わる課題に示唆を得ることを目的とする。

方法：Web版医学中央雑誌（Ver.5）を用いて「発達障害」「特性」等によりキーワード検索を行い、発達障害特性や支援に関わる具体的記述のある文献を質的に選定し、記述内容を統合、整理し、課題を検討した。

結果：国内の19文献を検討した結果、成人の発達障害特性に関する文献は特性そのものの特徴、当事者の困難等、周囲の認識の3項目に、発達障害特性を持つ成人への支援に関する文献は医療場面での支援、学生の支援の2項目に、発達障害特性を持つ成人に対する行政保健師の支援に関する文献は診断を有する対象への支援と特性を有する対象への支援の2項目に整理された。

考察：成人の発達障害特性は様々な場面で現れ方も困難さも多様であり、支援者にとって“関わりづらさ”として認識される。特性に合わせた個別的な支援は極めて多様なため、方向性を示すためには知見を充足する必要がある。今後、保健指導場面で感じる“関わりづらさ”と保健指導の工夫について新たな知見を得る必要がある。

【社会医学研究2021；38（1）：5－16】

キーワード：発達障害特性、成人期、文献研究

## I. 緒 言

2005年の発達障害者支援法の施行後、2013年に障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）が制定され、行政機関や事業

1) 群馬県健康福祉部保健予防課

2) 群馬県立県民健康科学大学看護学部

連絡先：新島怜子

住所：群馬県前橋市大手町一丁目1-1

群馬県健康福祉部保健予防課

E-mail：nijima-s@pref.gunma.lg.jp

者に対し、発達障害者それぞれの特性に合わせた配慮（合理的配慮）をしなければならないことが明記された。そして2016年の発達障害者支援法の改正を受け、発達障害者への支援は社会の責任として解決していくこととなっている<sup>1-2)</sup>。子どもの発達障害に関しては、2005年の法施行により乳幼児健診や学校での健康診断において、早期に異常に気づき、早期の発達支援等の措置を講じることと規定<sup>3)</sup>され、そうした子どもの地域社会への参加・包容の推進と合理的配慮に向けた体制整備<sup>4)</sup>

が進んでいる。

発達障害の症状には代表的なもので自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder以下、ASD）の社会コミュニケーションの障害や、注意欠如・多動症（Attention-deficit hyperactivity disorder以下、ADHD）の不注意や多動性などが挙げられる<sup>5)</sup>。本田は、発達障害の特性と診断の関係について、特有の症状の組み合わせが一定の年齢以前からみられるのが「特性」であり、その特性によってなんらかの社会生活上の支障をきたしている場合に「診断」がなされると述べており、特性がありながらも診断されていない人たちの存在<sup>6)</sup>を指摘している。また、杉山は発達凸凹（でこぼこ）を有する者、すなわち発達障害特性を有する者は、診断が下る者の少なくとも5倍以上存在することが定説になっている<sup>7)</sup>ことを述べている。これらのことから、成人期以降の年代では、発達障害の症状である特性により、社会生活を送る中で多くの躓きや困難さ、不利益を被るなどの経験を有していても、発達障害の診断を受ける機会のないまま大人になった者が多く存在していると推察される。しかし、その多くは診断がないことで制度やサービスの対象からはずれており、その支援方法の解明は確立されておらず、支援に関わる課題は明確ではない。

行政の保健師は、地域で生活するあらゆる人々を対象に、あらゆる場面において看護の立場から健康の保持・増進と疾病予防、社会生活の質向上を目的とし、保健指導を業<sup>8)</sup>として提供する専門職である。行政保健師は地域における保健活動を通じてこのような特性を有する者に関わる機会を持つが、発達障害特性による困難さが多く見られても、その特性に合わせた配慮を行い、対象の社会生活上の躓きや不利益を軽減させ、生活の質を改善できるような保健指導が求められる。しかし、発達障害特性を持つ成人に対して有効な保健指導を明らかにするためには、発達障害特性がどのように社会生活に影響しているか、対象の特性に対しどのような視点から保健指導を検討する必要があるのかについて、先行研究から明らかになって

いることを網羅的に調べて研究知見を統合し、新たな検討課題を明確にする必要がある。

以上より、本研究の目的は先行研究を検討し、発達障害特性を有する成人期の対象への行政保健師の保健指導に関わる検討課題に示唆を得ることである。

なお、本研究では発達障害についてDSM-5における神経発達症候群（発達障害）のASD<sup>5)</sup>とADHD<sup>5)</sup>を中心に扱い、発達障害特性を「発達障害の特徴的な症状」とする。ASDの症状は「社会的コミュニケーションの障害」「興味の限局と常道的・反復的行動」「感覚の特異性」<sup>5)</sup>であり、ADHDの症状は「不注意」「多動性・衝動性」<sup>5)</sup>である。また、発達障害特性を有するか否かは医師による診断の有無にかかわらず、先行文献の著者が発達障害の症状として意図して示しており、論文中からその具体的内容を読み取ることができるものについて、発達障害特性として扱う。

## II. 研究方法

### 1. 対象文献の選定方法

国内の文献に焦点をあて文献検討をした。Web版医学中央雑誌（Ver.5）に掲載された原著論文を対象としたが、行政保健師における成人期の発達障害者、または発達障害特性を有する対象に対する保健指導に関して検索をしたところ、文献数が僅少であった。そこで医学中央雑誌データベースにおける「原著」は原著論文以外にも、目的・対象・方法・結果・考察・結論で構成される形式を有していれば症例研究や学会抄録、短報等も含まれ、幅広く研究論文を検索できるため、文献の種類は「原著」とし、原著論文でない文献も対象として検索範囲を広げた。最終検索時期2018年12月30日までとして統一した。なお、発達障害についての定義が2004年の発達障害者支援法の成立により確立され、2005年の施行後に社会で広く認識されるようになり、支援が拡充された背景がある。その後研究テーマとして多く焦点があてられるようになった経過があることから、キーワードに「発達障害」と設定する際は検索期間を2005年から2018

年12月30日までとした。以下の分析方法に沿って文献検討を実施した。

## 2. 分析方法

発達障害特性そのものに関する記述のある文献と支援に関する文献、行政保健師の保健指導に関する文献に分けて検討した。

### (1) 成人の発達障害特性に関する文献検討

成人期の対象が有する発達障害特性は社会生活でどのように出現し、また当事者の社会生活においてどのような影響を与え、また特性により周囲からどのように認識されるものであるかといった視点から、知見を検討した。

キーワードとして「発達障害」または「自閉症スペクトラム障害」、「注意欠陥多動障害」、診断基準の改訂により自閉症スペクトラム障害に統合された「広汎性発達障害」、「高機能自閉症」、「アスペルガー症候群」、及び「成人」または「大人」及び「特性」をキーワードに、「児」に関する文献を除外し設定したところ240件の文献が得られた(2018年12月30日現在)。抽出した文献について、本研究の目的に照らして論文のタイトル及びアブストラクトを概観し、文献検討の意図に沿い、発達障害特性に関する記述のある文献を質的に選択した(図1)。選択する際に、他疾患、他障害による影響が大きいと考えられる文献は、発達障害以外の障害特性が結果に影響する恐れがあるため除外した。また、体制整備や実態把握を目的とした文献、評価尺度やツールの妥当性に関する文献も検討から除外した。アブストラクトだけでは判断がつかない文献に関しては、本文を精読し、具体的に特性が明らかにされている文献、特性による影響が明らかにされている文献に限定し、最終的に9文献を選択した。

### (2) 発達障害特性を持つ成人への支援に関する文献検討

成人期の人々が持つ発達障害特性に対する具体的な支援の実施に関する知見を検討した。

キーワードとして「発達障害」または「自閉症スペクトラム障害」、「注意欠陥多動障害」、診断基準の改訂により自閉症スペクトラム障害に統合された「広汎性発達障害」、「高機能自閉症」、「アスペルガー症候群」、及び「成人」または「大人」及び「支援」または「保健指導」、「援助」、「配慮」をキーワードに、「児」に関する文献を除外し設定したところ206件の文献が得られた(2018年12月30日現在)。本研究の目的に照らして論文のタイトル及びアブストラクトを概観し、文献検討の意図に沿い、支援に関する記述のある文献を質的に選択した(図1)。なお、選択する過程において、他疾患、他障害による影響が大きいと考えられる文献は、発達障害以外の障害特性が結果に影響する恐れがあるため除外した。また、支援について記述のない文献、評価尺度やツールの開発・妥当性の検討を目的とした文献、特定のアプローチ法に関する文献、広域の支援体制構築に関する結果を述べ具体的な特性に対応した支援を扱っていない文献も検討から除外した。アブストラクトだけでは判断がつかない文献に関しては、本文を精読し、具体的に特性に対する支援の工夫が明らかにされている文献に限定した。その結果最終的に7文献を選択した。

### (3) 発達障害特性を持つ成人に対する行政保健師の支援に関する文献検討

行政保健師による成人期の発達障害特性を有する対象に対する支援に関する知見を検討した。

キーワードとして「発達障害」または「自閉症スペクトラム障害」、「注意欠陥多動障害」、診断基準の改訂により自閉症スペクトラム障害に統合された「広汎性発達障害」、「高機能自閉症」、「アスペルガー症候群」、及び「成人」または「大人」及び新たに「保健師」または「看護職」と設定したところ、74文献が得られた(2018年12月30日現在)。本研究の目的に照らして成人期を対象に対する行政保健師の支援に焦点を当て、論文のタイトル及びアブストラクトを概観し、文献検討の意図に沿った記述のある文献を、質的に選択した(図1)。発達障害が主なテーマではない文献も検討に含めた

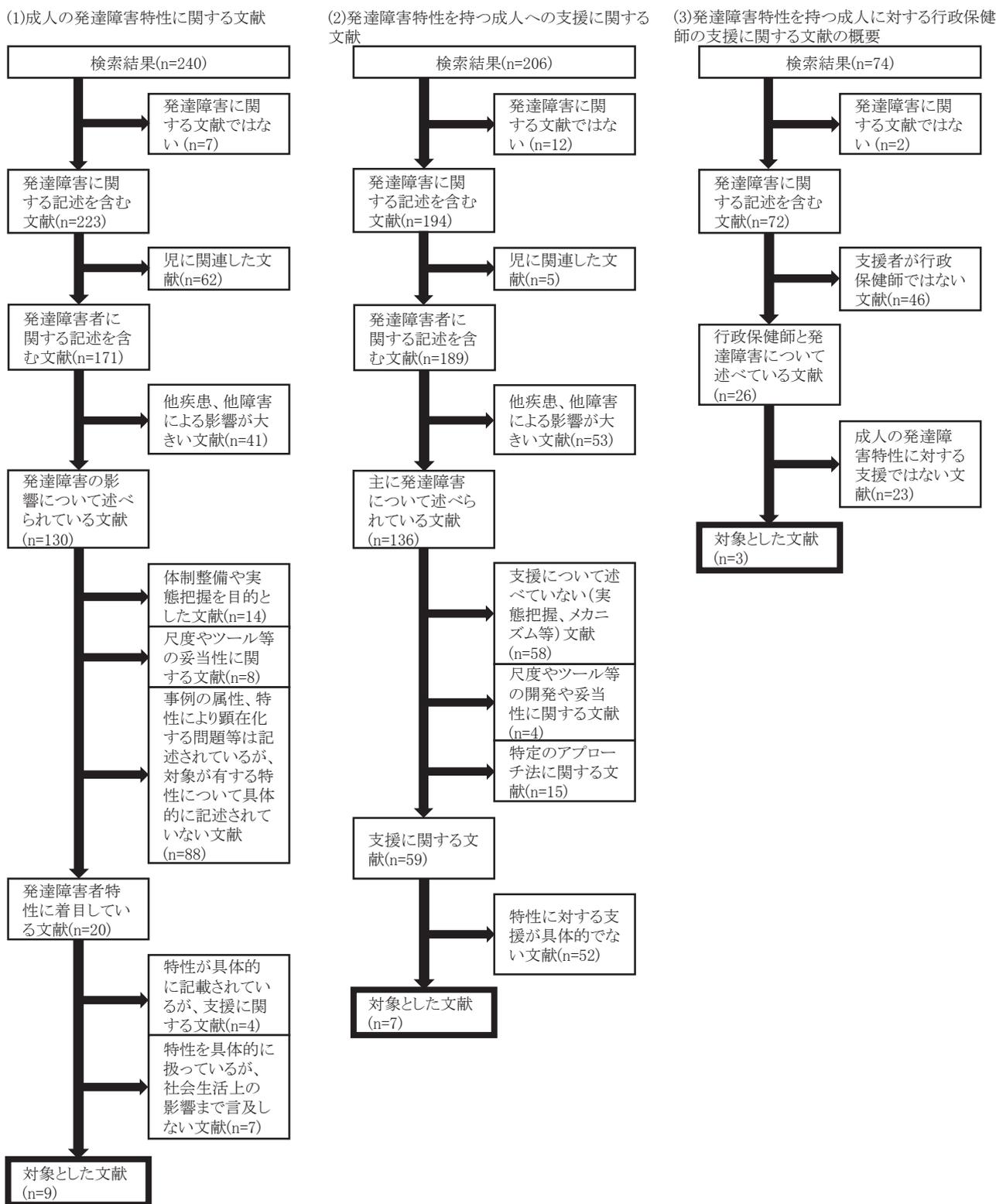


図1 文献選定にかかるフローチャート

が、著者が発達障害について言及していない文献は除外した。児への支援に関する文献においても保護者支援において発達障害特性の視点の有無を確認し、成人の発達障害特性に対する支援ではな

い文献は除外した。最終的に3文献を選択した。

### 3. 倫理的配慮

本研究は文献研究であり、「人を対象とした医学

系研究」に該当しないが、対象とした文献が「人を対象とした医学系研究」である場合には、妥当な倫理的配慮がなされているか確認した。本研究による利益相反はない。

### Ⅲ. 結 果

文献検討により、本研究の分析対象となる19件の文献が得られた。文献の記述内容より得られた結果を別表のとおり示す。(表1, 表2, 表3)

#### 1. 成人の発達障害特性に関する先行研究(表1)

得られた9文献は、発達障害特性そのものに焦点が当てられており、社会生活における特性の出現の仕方、発達障害特性により生じる当事者の困難等、特性に対する周囲の認識の3つの項目に整理された。

##### (1) 発達障害特性そのものの特徴(3文献<sup>9-11</sup>)

発達障害特性そのものに焦点を当てた研究では、健常成人や他疾患成人と比較して発達障害特性を持つ成人には言語的・非言語的コミュニケーションに偏りがみられ、記憶を意図的に操作しづらいこと、切り替えの不良などの特徴があることが示されていた。

##### (2) 発達障害特性により生じる当事者の困難等(5文献<sup>12-16</sup>)

発達障害特性により生じる当事者の困難等に関する研究では、発達障害特性を持つ当事者は、コミュニケーション場面において苛立ちや混乱を呈する場合があるため、人間関係に悩みやすく、不安等のストレス反応も高かった。ライフイベントにも発達障害特性が影響しており、特性による社会生活上の困難さが認められた。

##### (3) 発達障害特性に対する周囲の認識(1文献<sup>17</sup>)

発達障害特性を有する当事者に対し周囲が抱く認識に関する研究では、診察場面における「開かれた質問に答えられない」「簡潔に話せない、話が

それる」「たとえ話が通じない」「メモをとる、録音する」「批判的で納得しない」「助言や指導が実施できない、うまくいかない」「思い込みが強くマニュアルを遵守したがる」「紹介先に自ら行くことができない、他者依存的存在である」等の記述がみられた。

#### 2. 発達障害特性を持つ成人への支援に関する先行研究(表2)

得られた7文献について、発達障害特性を持つ成人期の対象に対する具体的な支援の場面に着目した結果、以下の2つの項目に整理された。

##### (1) 発達障害特性を有する対象への医療場面での支援(4文献<sup>18-21</sup>)

発達障害特性を有する入院患者に対する支援に関する研究では、特性を有する対象の置かれた状況は異なるが、対応には共通点が多くみられた。情報の発信においては具体的かつ簡潔に伝える、視覚情報を利用するといった工夫を用いていた。こだわり行動に対しては否定せず受け止め、時間をとって支援者と話し合うことで自己表現の苦手な対象者も一緒に方向性や妥協案を考えていた。

また、歯科診療場面における2文献では処置等の侵襲的な介入において工夫をした事例が紹介されていた。説明において視覚情報を用いる方法として、ここでは歯垢の染め出しや処置器具等の写真カードを用いる等、文字情報に限らない多様性が認められた。診察や指導は同じことを繰り返し行うことでパターン理解の良さという特性の優れた部分を利用し、定着させていた。また、毎回同じユニットを使用する、処置のリハーサルをするといった工夫を行い、見通しをもちづらい、環境へ順応しづらいといった特性が不安へつながらないよう対応していた。

##### (2) 発達障害特性を有する学生の支援(3文献<sup>22-24</sup>)

発達障害特性を有する学生の支援に関する研究からは、学内連携における支援では情報共有した

表1 成人の発達障害特性に関する文献の概要

文献No.	著者名	年	内容	項目
9	黒田美保	2013	ASD群と他の精神疾患の統制群とを比較しWAIS-IIIにおいて「理解している単語に偏りが見られる」「思い込むと切り替えられない」に有意差がある等、ASD特有の反応内容がみられた。「コミュニケーションの質的偏り」「保続（切り替えの不良）」で有意にASD群が多かった。	
10	堀田千絵他	2015	定型発達群と比較し、自閉症スペクトラム障害群は時間経過による忘却の発生は著しい反面、意図的な忘却は促進されないこと、代替思考方略を使用する頻度が少ないこと等が明らかとなった。	発達障害特性そのものの特徴 (3)
11	柳谷聡子他	2011	言語行動に健常青年平均と大きな違いはなかったが中には反応性の機能が多い一方で質問や働きかけ機能は少ない症例があった。高機能広汎性発達障害青年は1回あたりのコミュニケーションの継続時間が短かった。非言語行動はその出現頻度に偏りが認められた。	
12	野田哲郎	2017	診断希望者は周囲から診断を促された者が47%、自ら診断を求めた者が23%であった。主訴は「人間関係が困難」が26.4%、「仕事がかまうまいか」が15.1%、「忘れ物が多い」が11.3%、「他人の気持ちがわからない」が9.4%、「こだわりが強い」が7.5%、「ひきこもり」が5.7%、「空気がよめない」が5.7%、「学業が困難」が5.7%、「片付けができない」が3.8%であった。	
13	山下亜矢子他	2017	自己理解に至るプロセスは「自己のルールが他者に存在しないことへの苛立ち」「対人関係の中での混乱」により孤立状況となるが「重要他者との出会いによる態度形成」により、信頼関係構築をしていた。信頼関係がある状況下での「障害告知による自責感」は「自己の障害の肯定的な捉え直し」に至るプロセスとなっていた。「自己のルールが他者に存在しないことへのいら立ち」は他者との考え方やものの見方に対する違いを自覚する体験を示すカテゴリーであり、自己の障害特性を自覚しにくい<障害の無自覚>や<周囲との差異の自覚>、<周囲に対する否定的感情の表出>といった概念を含んでいた。	
14	岩田千亜紀	2015	ASD圏の母親は妊娠・出産後は、妊娠・出産の不安（〈思っていたとは違った出産〉等）、自身の特性に起因する悩み（〈深刻な感覚過敏〉〈苦手な家事〉等）、周囲との関係など多様な悩みから、ひどい抑うつや育児ノイローゼなどに至った。母親がストレスや不安の軽減につながるか否かは、自身や子どもへの支援、夫からの理解、自身の特性の理解が関係していた。	発達障害特性により生じる当事者の困難等 (5)
15	篠田直子他	2015	大学生活上の困難は、「プランニングの弱さ」、「行動抑止の困難」と「不安」の3因子、進路決定は、「回避」、「焦燥」、「模索」、「決定」の4因子で構成されていた。それぞれの項目の関連性を検討した結果、「回避」は「不注意」から正の影響を、「焦燥」、「模索」はスキル不足から生起する「不安」から正の影響を、「決定」は「プランニングの弱さ」から負の影響を受けていた。	
16	伊勢由佳利他	2014	ASD者と大將軍を比較するとASD者は状態不安、特性不安とネガティブな感情が有意に高く、ポジティブな感情は低く、疲労等の身体状態には差がなかった。ASD傾向が強いと不安等のストレス反応が高いという、ASD傾向とストレス反応の間に有意に相関がみられた。また、ASD特性の中でも、注意の切り替えの困難さはストレスと有意に関連していた。	
17	堀口寿広他	2010	小児科を受診した保護者の言動でPDDの認知特性が推測されるものとして「約束の日時を忘れる、遅れても平気な顔をしている、相手に厳格さを求める」「開かれた質問に答えられない」「質問に対する聞き返しが多い」「簡潔に話せない、話がそれる」「独特の言い回しがある」「たとえ話が通じない」「メモをとる、録音する」「批判的で納得しない」「助言や指導が実施できない、周囲の認識（1）うまいかない」「思い込みが強くマニュアルを遵守したがる」「次回の約束をしない」「紹介先に自ら行くことができない、他者依存的である」等が挙げられた。	発達障害特性に対する

上での統一した対応を心がけること、学内における担当と役割を明確にすることに取り組んだことで、本人の混乱を防ぐだけでなく、支援のしづらさに悩む関係者の一助にもなっていたことがわかった。個別支援においては学生自身から話をきく機会を設け、本人のペースを尊重しながら具体的な方法を考え、結果を振り返るといった支援を行っ

ていた。その際やり取りには文書やメモなど紙面を用いていた。3件目の症例は、学外での生活においては本人の困難さが見受けられず、支援を必要としていなかった。

### 3. 発達障害特性を持つ成人に対する行政保健師の支援に関する先行研究 (表3)

表2 発達障害特性を持つ成人への支援に関する文献の概要

文献No. 著者名	年	内容	項目
18 村松紀巳子他	2013	入院中のアスペルガー症候群の症例に対する看護介入の内容には1人または2人でやさしく短く具体的に話す、手紙を活用し理解したい思いを伝える、要望には対応可能な時間を提示し相談する、服薬の必要性を説明する、本人の話は否定せず聞き、妥協点を一緒に考える、こだわりが大きくならないように気持ちを切り替える対処の選択と疲れないような行動計画を立て疲れたら休むことを促す、できたことは褒めて一緒に喜ぶ等があった。	
19 長井直子他	2010	自閉症を有することで相互理解の困難さが予想されたため、医療者側の自閉症に対する認識を深め、患者の個別性に配慮したケアを行うことができた。個別面接で受容し共感的に支える関わりを継続したことで患者・家族の不安が軽減した。患者には具体的な言葉かけを行う、受け持ち看護師を限定し言葉を統一する、ICUの事前見学をする、スケッチブックに術後の状態を図式化し説明するといった工夫を行った。患者が痛みなどの症状を我慢する、状態をうまく表現できない様子に対しては、スタッフから定期的に状態を尋ねる工夫を行った。	発達障害特性を有する対象への医療場面での支援 (4)
20 松澤澄枝他	2014	通常より頻回の口腔衛生指導を行い、パニックなどの問題行動もなく歯周基本治療を進めることができた。予測がつかないことと、診療室という環境へ順応することを考慮し、毎日当日の診療内容を説明しながら通常より頻回の口腔衛生指導 (TBI) を毎回同じユニットを使用して行う、視覚から情報認識を得やすいためTBIにおいて染め出しを行う等の対応をし、自覚症状を訴えることが困難なため、より注意深い診査を行った。	
21 新田幸絵他	2009	麻酔導入時に患者に麻酔導入の流れを、患者が通る場所、使用する器具の写真カードを作成する等して視覚的に示した。術前診察時には「麻酔導入リハーサル」を行った。当日は術前診察時と同一の医療従事者で管理を行った。その結果、全身麻酔導入を身体抑制なく円滑に施行することができた。	
22 山下知子他	2016	発達障害が疑われた看護学生に対する支援は多い順から示すと、なぜそのような言動や行動をしたのか学生から話を聞く (65%) 「教員間で連携をはかり統一した態度で接する (65%)、学生との面接内容はすべて記録に残す (52%)、指導するときは諭えなどを使わず短く直接的に話す (44%)、同時に2つ以上の指示を出さない (43%)、本人にカウンセリングを受けるようすすめる (42%)、指導項目で覚えておいてほしいことは紙に書いて渡す (31%) 等の回答が得られた。自由記述からは具体的な指示、メモなど指導内容確認、本人のベースの尊重、行動の振り返り等の回答も得られた。	
23 森光晃子他	2011	アスペルガー障害のある学生に対し、個別支援では、行動マネジメントに焦点を当て、具体的な解決方法を考え、実践した結果を振り返ることを繰り返した。連携作業では、関係教職員との情報共有、学生と関係教職員との面談設定、主治医への状況説明など包括的に支援した。	発達障害特性を有する学生の支援 (3)
24 外ノ池隆史他	2010	アスペルガー症候群の大学生に対し、学内保健センター看護師が中心となりカンファレンスを開き、ゼミ担当教員にも協力を求め修学支援をした。当初職員も困っていたが、各部署に担当者とその役割を決め、学生にも文書にして説明した結果、安定した学生生活をおくれるようになった。問題となったのは大学内の対人関係だけでなく、単身生活で困っている様子はなかった。	

得られた3文献について、行政保健師による成人期の発達障害者への支援と診断の有無を問わず発達障害特性を有している対象に対する支援に着目した結果、以下の2つの項目に整理された。

(1) 発達障害の診断を有する対象への保健師の支援 (2文献<sup>25-26)</sup>)

発達障害の診断を有する対象への保健師の支援に関する研究では、1件目の文献は1事例から本人が困難さを感じる要因が明らかになっており、仕事をする上での躓きと精神症状悪化につながる事が示されていた。具体的な援助内容や課題と

ニーズについては、発達障害特性を有する対象の地域生活を促進するための地域保健福祉システムに必要な要件として地域資源を有効活用すること、本人が訓練や教育を受けること、多職種連携することに関して記述されていた。2件目の文献からは、保健師の支援においても【困っていることに沿って一緒に考える】、【本人の特徴理解】【わかりやすいコミュニケーションの工夫による対話の促進】といった支援プロセスがあった。

(2) 発達障害特性を有する対象への保健師等の支援 (1文献<sup>27)</sup>)

表 3 発達障害特性を持つ成人に対する行政保健師の支援に関する文献の概要

文献No. 著者名	年	内容	項目
25 杉本紀子	2009	発達障害をもつ精神障害者に対する行政保健師の地域支援において、就労支援についての臨床課題とニーズ、生活・精神症状についての臨床課題とニーズが明らかになった。就労の継続を困難にしていた要因には「本人の睡眠障害の症状悪化」「上司が忙しく、聞きたいことが聞けない。」「会社の行事に参加できない。(歓送迎会等の意味や、お酒の飲み方がわからない)」「会社の顧客にしかられるが、理解できないことが多い。」等があり、精神症状が悪化する要因には「就労が安定しない。」「職場の人との関係がうまくいかない。」「症状に対して自分で対処する判断ができない。」があった。支援者は「症状のアセスメントを行う。」「医療機関受診状況の確認を行う。」「職場の上司に障害についての理解を求める。」「訓練施設職員、就業・生活支援センター職員と連携し、就労、生活訓練の準備を始める。」「本人と仕事のタイムスケジュールを作成する。」「定期的に本人と面接し、仕事の状況確認を行う。」等の援助をしていた。	発達障害の診断を有する対象への保健師の支援 (2)
26 塩川幸子他	2013	青年期の発達障害者に対する保健師の支援プロセスでは【困っていることに沿って一緒に考える】【信用を生み出す】【生活面の困難さと本人の持つ特徴の影響を照らし合わせる】【本人の特徴理解】【見立ての難しさと向き合う】【ふみこむタイミングや介入の判断】を行っていた。また、【地域の中でその人らしく生活できることを目指す】ために【わかりやすいコミュニケーションの工夫による対話の促進】【本人の特徴理解】をしていた。さらに【自己理解の促し】【自己決定・対処行動のサポート】【地域資源の活用・開発】【困っていることに沿った連携・調整】を行い【生活しやすい地域づくり】を目指し支援していた。	
27 岩田千亜紀	2017	ASD圏の母親に対する支援内容として、相談支援実施が100% (13名)、支援計画作成が38.5% (5名)、産前・産後サポート事業が1名 (7.7%) で、その他として関係機関と連携したサポート、キーパーソンとつながる、緊急時・平常時のサポート体制の構築、変化への対応支援、うつ傾向に対し受診をすすめる、事例検討により助言を得るといった支援が挙げられた。効果的と感じた対応は、母親の理解者を見つけ協力を得た対応が76.9%と最も多い。その他コミュニケーションを円滑にとるため視覚化する等工夫を用いることや、質問に対し具体的に対応することなども挙げられた。100%が多職種・機関と連携していた。	発達障害特性を有する対象への保健師等の支援 (1)

発達障害特性を認めた対象への保健師等の関わりに関する研究では母子保健事業という発達障害者支援を想定していない場面における発達障害特性を有する対象への保健師等の関わりを明らかにしていた。

#### IV. 考 察

文献検討により得られた知見を統合した結果、その特徴から発達障害特性を持つ成人に対する行政保健師の保健指導に関わる検討課題は以下のとおり示唆された。

##### 1. 発達障害特性を持つ成人期の対象の多様な“関わりづらさ”

発達障害特性は発達凸凹と表現するように、優れた部分も有している一方で、社会生活上の困難さを認める場合が多い。青年期までは他者から与えられた環境の中で生活することが多いが、成人期には主体的な存在として環境の変化に適応し、

心身の健康を維持しながら、社会における責任と役割を果たすことが要求される<sup>28)</sup>。しかし、そうした明確な枠組みの喪失により、発達障害特性からくる困難さに直面した際、自分と周囲との違いを認識するなどして不安やストレスを抱きやすい<sup>16)</sup>。認知能力が高い者に関しては困難さを知識や経験によりカバーし、意識的に社会適応に労力を費やすため、本人の負担は大きく、社会生活がストレスとなっている可能性が示唆されている<sup>29)</sup>。そしてこのような、診察や相談の場面における発達障害特性による特徴的な言動<sup>17)</sup>によって、支援を提供する支援者は会話が成立しづらい、支援がうまくいかない等の“関わりづらさ”を認識することが示唆された。

また、発達障害特性により社会生活において適応に困難がみられ、それは支援に関わる者との相互のコミュニケーションにおいても同様であった。しかし、発達障害特性は場面によって発現の仕方が異なることから、支援者は自身の支援が上手く

いかない、これまでの経験ではうまく対応できないなど、支援に影響する“関わりづらさ”として感じていることが推測できた。このような“関わりづらさ”は多様さを含んでいるため、支援者が感じる発達障害特性を持つ成人に対する“関わりづらさ”の内容は様々な文献に多様な形で散在してみられたが、行政保健師は発達障害特性を持つ当事者に関わる場面においてどのような“関わりづらさ”を有しているのかを明らかにした研究は見当たらなかった。したがって支援者として行政保健師が支援する際に、影響を及ぼすような発達障害特性を持つ成人への“関わりづらさ”とはどのようなものか追究する必要性が示唆された。

## 2. 成人期の発達障害特性を有する対象に対する保健指導の工夫

成人期の発達障害特性を有する対象に対する支援においては、多様な本人の思いや困難さに焦点を当て、個別性に応じた支援を組み立てていた<sup>18-24)</sup>。本人の自立できている部分に着目し、尊重する態度も主体性を活かし自己肯定感をあげることに有用であった。これらの文献から、発達障害特性により置かれた状況に適応することが困難であっても、対象者が環境に適応し、求められた役割を果たすためには、特性に合わせた工夫を取り入れ、オーダーメイドの支援を提供していたことが影響していると考えられる。本人なりの適応が実現することによって自立した行動が促進され、周囲から期待される以上の能力を発揮できる可能性があることが示唆された。また、“関わりづらさ”に悩む関係者にとっても、特性の理解と支援内容の明確化は有用であった。

一方、行政保健師が発達障害特性を持つ成人に関わる際にも特性理解やコミュニケーションの工夫は必要であることが確認できた<sup>25-26)</sup>。また、診断の有無を問わず対象に発達障害特性が認められた場合には、業務の領域に関わらず保健指導に特性に対応した工夫を取り入れる必要があることが示唆された。

以上のことから、発達障害特性により社会生活

上の適応が困難であり、支援者も“関わりづらさ”を感じている。そしてそのような“関わりづらさ”に対し、特に本人との相互関係の中で、個々の多様な困難さと特性に合わせた対応ができるような保健指導の工夫によって本人なりの適応が促進され、期待される役割を果たすことが示唆された。しかし、保健師の支援の場面において、特に“関わりづらさ”に対する保健指導の工夫そのものを明らかにした先行研究はなく、実際にどのような工夫を用いているか明らかにすることの必要性が示唆された。

## 3. 検討課題への示唆

成人期の対象が発達障害特性を有することでの影響は診察、相談等の場面のみならず、様々なライフイベントにおいて観察することができ、特性は社会生活上において有用で優れている、すなわち強みとして現れる場合もあるが、多くは社会生活上の困難さなど、弱みとして出現していた。また発達障害特性による困難さは必ずしも当事者の困り感として現れるとは限らないが、支援者は相互のコミュニケーションなどで“関わりづらさ”として認識することがあるように、現れ方も困難さも多様である。しかし、支援者が発達障害特性を有する対象への“関わりづらさ”を感じても、特性に合わせた個別的な工夫をとり入れた支援によって、対象がその場に適応し、求められる役割をこなすことができていた。こうした発達障害特性に対する支援は極めて多様であり、文献検討を行ってもなお実践の方向性を明確に示すことができない点から、場面に合わせた知見を充足する必要があると考えられる。行政保健師の支援においても発達障害特性を有する対象の特性理解や相互のコミュニケーションは必要であり、診断の有無を問わず多様な保健指導の場面において、個々の特性に対応した工夫を取り入れる必要性が確認できた。そのため、今後、行政保健師が発達障害特性を持つ成人に対し保健指導場面で感じる“関わりづらさ”は具体的にどのようなものであるか、また、多様であると推測される“関わりづらさ”

に対して実践場面でどのような保健指導の工夫が実施可能かについて、新たな知見を得る必要があると考えられる。

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 発達障害者支援法. [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/shienhou\\_2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/shienhou_2.pdf) (2020年6月24日アクセス)
- 2) 宮尾益知. 発達障害の基礎知識. 東京: 河出書房新社. 2017:180-185.
- 3) 厚生労働省. 発達障害者支援法 (平成十六年法律第百六十七号). <https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1b.html> (2020年6月24日アクセス)
- 4) 厚生労働省. 今後の障害児支援の在り方について (報告書) ~「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか~. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051490.pdf> (2020年6月24日アクセス)
- 5) 高橋三郎, 大野裕監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院. 2014:31, 58-59.
- 6) 本田秀夫. 大人になった発達障害. 認知神経科学. 2017;19:33-39.
- 7) 杉山登志郎編. 発達障害への看護アプローチ. 東京: 精神看護出版. 2011:12-13.
- 8) 電子政府の総合窓口 (e-Gov). 保健師助産師看護師法. [https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000203](https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000203) (2020年6月24日アクセス)
- 9) 黒田美保. WAIS-IIIにみられる自閉症スペクトラム障害成人と精神疾患成人の反応内容の相違. 淑徳心理臨床研究. 2013;10:1-6.
- 10) 堀田千絵, 十一元三. 自閉症スペクトラム障害者の記憶特性—意図的に忘却を促す課題を用いた検討—. 児童青年精神医学とその近接領域. 2015;56:209-219.
- 11) 柳谷聡子, 中島そのみ, 中村裕二他. 青年期の高機能広汎性発達障害における対人コミュニケーション行動の評価と特性—応用行動分析学の視点から—. 作業療法. 2011;30:432-444.
- 12) 野田哲郎. 発達障害の診断を求める大人の諸相. 日本社会精神医学会雑誌. 2017;26:195-204.
- 13) 山下亜矢子, 渡邊久美, 井手野紗枝. 高機能自閉症スペクトラム障害をもつ人が障害理解から肯定的な自己理解に至るプロセス. 日本精神保健看護学会誌. 2017;26:31-39.
- 14) 岩田千亜紀. 高機能自閉症スペクトラム障害 (ASD) 圏の母親の子育てにおける困難とニーズ—当事者に対する質的研究に基づく分析—. 社会福祉学. 2015;56:44-57.
- 15) 篠田直子, 沢崎達夫. ADHD特性が大学生の進路決定におよぼす影響—大学生活上の困難を媒介として—. 目白大学心理学研究. 2015;11:41-54.
- 16) 伊勢由佳利, 十一元三. 自閉症スペクトラム障害およびその傾向をもつ成人における不安を中心とした心身状態とストレスに関する研究. 児童青年精神医学とその近接領域. 2014;55:173-188.
- 17) 堀口寿広, 昆かおり, 秋山千枝子. 広汎性発達障害の認知特性がある保護者に向けた医療機関における配慮. 臨床精神医学. 2010;39:1117-1125.
- 18) 村松紀巳子, 青木二三江. 青年期アスペルガー症候群患者の退院支援—こだわり・パニックの対処方法獲得へのかかわり—. 日本精神科看護学術集会. 2013;56:458-459.
- 19) 長井直子, 橋本和彦, 井澤初美他. 自閉症の隣臓がん患者に対する臨床心理士の介入. Palliative Care Research. 2010;5:323-326.
- 20) 松澤澄枝, 仲谷寛. 長期支援した自閉症を伴

- う侵襲性歯周炎の1症例. 日本歯周病学会会誌. 2014;56:82-86.
- 21) 新田幸絵, 渋谷真希子, 亀倉更人他, 「構造化」を応用し, 歯科治療時における全身麻酔導入での身体抑制を避けることができた自閉症患者の管理経験. 日本歯科麻酔学会雑誌. 2009;37:548-553.
- 22) 山下知子, 徳本弘子, 看護師養成機関における学生支援体制と, 発達障害および発達障害の疑いのある看護学生の臨地実習における支援. 日本看護学会論文集:看護教育. 2016;46:147-150.
- 23) 森光晃子, 高橋知音, 鷺塚伸介他, アスペルガー障害のある学生の自立的課題解決を育てる包括的支援. 精神療法. 2011;37:178-183.
- 24) 外ノ池隆史, 糠谷敬子, 塚本隆正他, アスペルガー症候群の大学生に対する連携支援. 臨床精神医学. 2010;39:1127-1132.
- 25) 杉本紀子, 発達障害を有する精神障害者の地域支援—行政保健師の生活・就労支援の事例より—. 治療教育学研究. 2009;29:57-61.
- 26) 塩川幸子, 北村久美子, 藤井智子他, 青年期にある広汎性発達障害を持つ本人・家族の生活面の困難さに対する保健師の支援プロセス. 日本公衆衛生雑誌. 2013;60:705-714.
- 27) 岩田千亜紀, 高機能自閉症スペクトラム障害(ASD) 圏の母親への保健師等の関わり「妊娠・出産包括支援モデル事業」における保健師等を対象とした調査. 保健師ジャーナル. 2017;73:514-521.
- 28) 小林寛伊, 坂本すが監. 看護学入門8 成人看護I. 東京:株式会社メヂカルフレンド社. 2012:4.
- 29) Lindsey S, Geraldine D, Annette E, et al. Characteristics Associated with Presence of Depressive Symptoms in Adults with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders 2008;38:1011-1018.
- (受付 2020.5.7 : 受理 2020.8.24)

# Literature Study on Support for Adults with Developmental Disability Characteristics

Satoko Nijjima<sup>1)</sup>, Manami Osawa<sup>2)</sup>, Motoi Saito<sup>2)</sup>

---

## <Background/Objective>

Developmental disability traits are thought to cause stumbling blocks for many people without a diagnosis of developmental disabilities, making it difficult for them to have a fulfilling social life. However, there is no established support method for such adults, and this issue is not clear even among health guidelines for public health nurses. The purpose of this study is to examine previous studies and obtain suggestions for issues related to health guidelines for public health nurses for adults with developmental disabilities.

## <Method>

Using the Ichushi-Web (Ver.5), we performed a keyword search on “developmental disability,” “characteristics,” and so on, and qualitatively selected documents with specific descriptions related to developmental disability characteristics and support. We then integrated and organized the results and considered related issues.

## <Result>

As a result of studying 19 pieces of domestic literature, we found that studies on adult developmental disability characteristics are related to three topics: the surroundings, the characteristics themselves, and the difficulty of the concerned parties. The literature on the support for public health nurses for adults with developmental disabilities was organized into two categories: support for students with developmental disabilities and support for those with developmental disability traits.

## <Discussion>

The developmental disability characteristics of adults vary in appearance and difficulty in various situations, and such characteristics are perceived as being related to “difficulty with involvement” by those who support them. Since individual support tailored to such characteristics is extremely diverse, knowledge must be increased to provide guidance. In the future, it will be necessary to obtain new knowledge about the “difficulty in relationships” perceived in health guidance scenarios as well as in the devising of health guidelines.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 5 - 16】

**Key words** : Developmental Disability Characteristics, Adults, Literature Study

---

1 ) Health Prevention Division, Health and Welfare Department, Gunma Prefecture

2 ) Graduate School of Nursing, Gunma Prefectural College of Health Sciences

## 総説

# COVID-19後の社会医学を展望する

## －結核対策の枠組みを超える－

高鳥毛敏雄<sup>1)</sup>

## 要旨

日本が開国してから160年になる。世界で流行している感染症が直接日本にやって来る時代に入り、コレラとスペイン風邪などが海外から入り、その対応を余儀なくされている。しかし、日本の社会医学や公衆衛生には、その後に国民病となった結核が大きな影響を与えている。結核は、労働者、兵士、そして全人口に広がり、基礎医学、療養所と保健所、そして社会保障制度の発展に影響を及ぼしている。高度経済成長期には、公害などの社会問題や重篤な薬害の問題が起こっている。日本は経済的に発展したが、生活習慣病、貧困、暴力、自殺、依存症などの新たな健康問題に登場してきている。健康は社会的な要因に大きな影響を受けるようになってきている。一方、気候変動による自然災害は毎年発生している。また、グローバル社会になり、紛争や難民の問題も解消されていない。国連は「人間の安全保障」と「SDGs」の目標を設定している。日本人の中村哲医師は、アフガニスタンにおける21世紀の社会医学の実例を示している。現在、COVID-19に感染している人の数は世界中で増え続けている。感染症を蔓延させているのは人間であり、それに対処するには人間社会のあり方が問われている。COVID-19は、結核の有病率が高い時代に作られた社会医学を超えたグローバル社会に対応した社会医学を生み出すことを求めている。

【社会医学研究2021；38（1）：17-26】

キーワード：社会医学，コレラ，結核，人間の安全保障，COVID-19

## I はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が現れてから1年になる。新型コロナウイルス感染症のSARS（重症急性呼吸器症候群）は致死率が高いため短期間だけの流行に終わった。しかし、新型コロナウイルス感染症のCOVID-19の感染者の多くは無症状ないし軽症であるために感染拡大を止めるのは難しい。感染者を調査し、感染者の濃厚接触者に対処する「クラスター対策」が有効であることが示されている<sup>1)</sup>。日本は保健所を使ったクラスター対策により急増を押しとどめている。しかし、感染者数が増えたと対応できなくなる。そのため、感染連鎖を止める対応、つまり国民と事業者が協

力してCOVID-19に対するレジリエンス(resilience)を高めていくしかない。また、日本に保健所があるのは結核患者が多かったからである。現在も1万人以上の患者が発生している。結核が少なくなった後、感染症にどのような体制で対応するのか準備しておく必要がある。COVID-19の流行の真っ直中にいるが、ポストコロナに見据えた公衆衛生体制や社会医学を展望しておく必要がある。

## II 社会医学の発展区分

社会医学は、社会に原因があって発生する健康と疾病を取り扱う領域である。社会医学と公衆衛生との違いは健康問題に対処する主体にある。社会医学は、企業・事業者、民間団体や市民などの社会全体が主体である。それに対して、公衆衛生

1) 関西大学社会安全学部・社会安全研究科



図1 日本の社会医学の発展段階区分

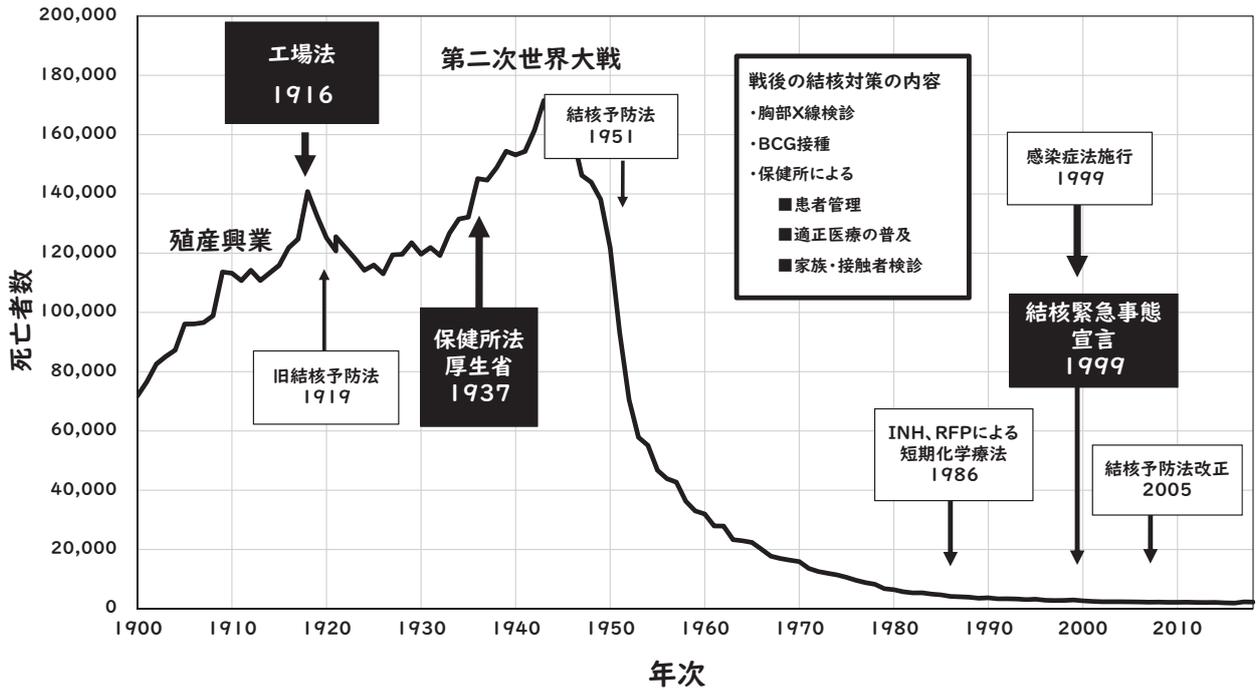
は地方自治体などを主体としている。ところで、社会の発展段階が、社会医学の内容に影響を与えている。そのため、社会医学を歴史的に区分して、今後の社会医学を展望してみる(図1)。

第1期は、明治となった当初の時期とした。幕藩体制が太政官制を経て内閣制度に移行するまでの時期である。初代内務省衛生局長に就いた長与専齋は欧米社会の公衆衛生制度を日本にも輸入しようとしたが、医師、看護師の養成もはじまったばかりであり、地方自治体も再編や合併を繰り返している状況にあり頓挫している<sup>2)</sup>。コレラの流行に対して上下水道や飲食物の取り締まりや避病院を設けることや検疫体制を整えるなどで対処している。

第2期は、明治後期から大正期である。都市人口、中間層人口が増え、政治的に大正デモクラシーと言われる時代を迎えている。この時期に社会医学に影響する2つの大きな出来事が発生している。一つは、結核が大流行し、死亡者数が激増したこと、もう一つは、都市直下の関東大震災が発生し、多数の被災者が発生したことである。結核の死亡

者数が激増した背景には、工場労働者数が増加したことがある。政府が主力産業とした生糸紡績に年少女性を主たる労働力として従事させた。傷病を有し、働けなくなると帰郷させられた。労働者の労働環境や生活環境は劣悪で、結核の蔓延の温床となっていた。結核に罹患した女工は解雇され、帰郷したことから出身地に結核を拡げることになった。農商務省は工場労働者の健康調査を行い、結核患者急増の背景に工場労働者の保護制度がなかったことを示し、それに対して工場法を制定・施行した<sup>3)</sup>。その後結核死亡者は減少に転じた。しかし、その後、戦時体制になると再び増加に転じた(図2)<sup>4)</sup>。1923(大正12)年にマグニチュード7.9の巨大地震が、商工業を発展させ人口増加していた東京を直撃し、死者105,385人、全壊全焼・流出家屋293,387世帯の関東大震災がもたらされた。その被災者支援のためセツルメント運動などの社会運動や社会事業や巡回診療・看護活動を産み出している<sup>5)</sup>。この時期が、日本の社会医学の萌芽期と言える。

第3期は、1930年代の日中戦争がはじまってか



公益財団法人結核予防会編 結核の統計2019資料編より作成

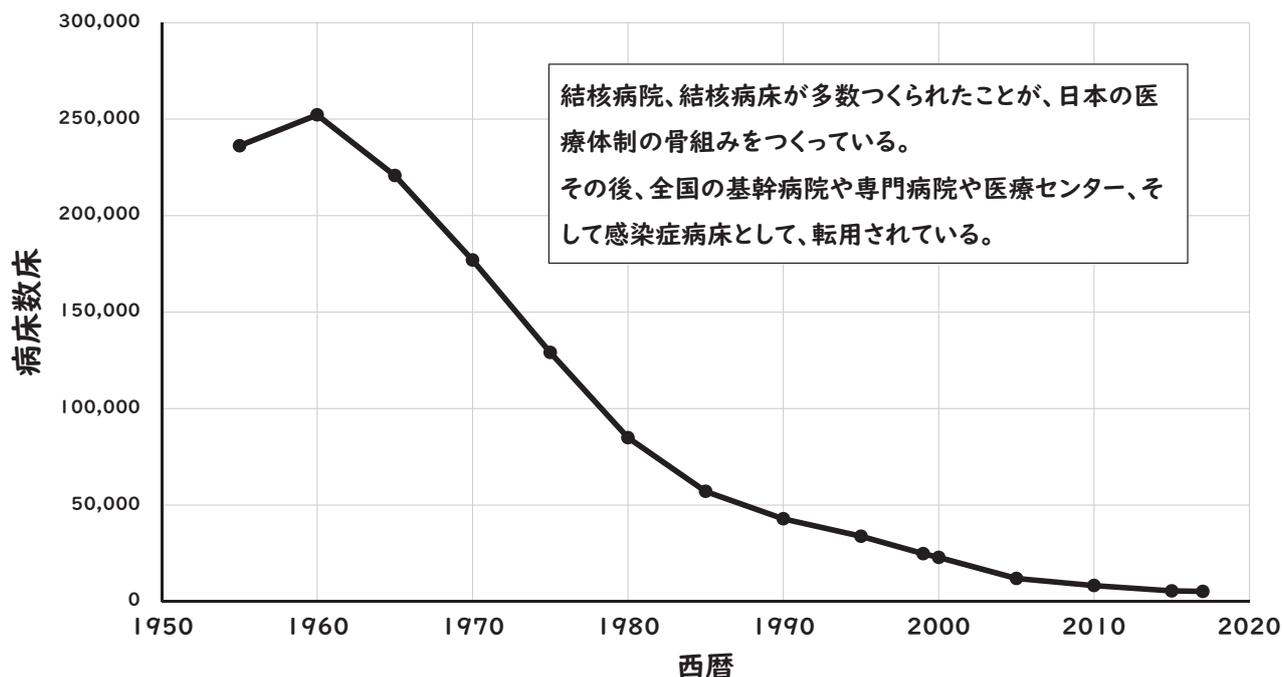
図2 結核死亡数の推移

ら第二次世界大戦の終戦までの期間である。この時期に軍人が増やされ、軍事活動が活発化した。そのことが、結核死亡者数を急増させることになった。「国民健康保険」制度が全国的な制度に拡げられている。さらに、体力増強に力を注ぎ、出生率を上げ、結核の蔓延対策を進めるために厚生省と保健所の体制の整備を進めている<sup>6)</sup>。結核患者が増えてきたことに対応するために療養病床を10万床に増やす計画がつけられている。結核療養病床の推移を大阪市立刀根山病院を例に示す。刀根山病院は、1918年に日本で最初につくられた公立結核療養所である。開所時の病床は350床であったが、1927年450床、1934年750床、1937年850床、1939年1,250床に増やされている。1943年に公立結核療養所は、新たにつくられた「日本医療団」に移管された。刀根山病院も日本医療団の病院となった。1947年に日本医療団は解散し、刀根山病院は国立療養所とされた<sup>7)</sup>。戦後に患者数の減少のため結核病院や結核病床は減らされてきている(図3)<sup>7)</sup>。結核病院と結核病床は、戦後の医療政策に必要な疾患対策の拠点や専門の医療機関に転換されて、

日本の公的病院の基盤に大きな影響を与えている。

第4期は、戦後から高度経済成長終焉までの時期である。保健所法は改正され、食品衛生法、母子保健法、精神衛生法、労働安全衛生法など多くの公衆衛生の法規が整備されている。しかし、戦後の経済復興と極度の経済優先政策をとったことが、世界的にも未曾有の公害や薬害の問題を発生させている。1961年に国民皆保険制度が確立した。国民皆保険制度の確立は、岩手県沢内村(現西和賀町)、長野県八千穂村(現佐久穂町)、広島県御調町(現尾道市御調町)などの市町村の保健予防活動を産み出した<sup>8)</sup>。市町村の保健予防活動は1982年に制定された老人保健法により全国の市町村の事業として法定化された。

第5期は、1978年の国民健康づくり計画がはじめられてから1994年の地域保健法が制定されるまでの時期である。脳卒中などの生活習慣病が国民の健康課題となり、また高齢社会に向けて健康づくりや介護予防に対処することが必要とされた。市町村に保健センターが整備され、市町村の保健師の身分が一元化されている。市町村は保健事業



公益財団法人結核予防会編 結核の統計2019資料編 結核病床数・病床利用率・結核病床の占める割合および入院勧告実施数の年次推移より作成

図3 戦後の結核病床の推移

から、さらに介護・医療などを含めて住民の生活全般にわたる基本的なサービスの提供者と位置づけられた。それを法定化したのが1994年に成立した地域保健法である。

第6期は、地域保健法が制定されてから国際連合（以下、国連）のSDGs（持続可能な開発目標）がはじまるまでの時期である。地球環境問題を踏まえて人々の健康と安全に対応しないといけないと考えられるようになった。国内では、過労死<sup>9)</sup>、暴力虐待、自殺、ホームレス問題<sup>10)</sup>、孤立、引きこもり、貧困<sup>11)</sup>などの新しい健康問題への対応が求められてきた時期である。自然災害の被災者に対する健康支援や感染症が公衆衛生課題と考えられるようになった。1995年に発生した阪神淡路大震災<sup>12)</sup>と翌年の1996年に発生した堺市学童集団下痢症（腸管出血性大腸菌O157）<sup>13)</sup>はその後の地域保健体制に大きな影響を与えている。国立感染症研究所が設置され、新感染症法（正式名称は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律）が制定された。さらに、トリインフルエンザの流行、SARS（重症急性呼吸器症候群、2002年）、

H1N1型の新型インフルエンザ（2009年）<sup>14)</sup>が発生し、新型インフルエンザ等対策特別措置法が制定されている。

第7期は、2015年から2030年までと考える。国連のSDGsの目標期限を踏まえたものである。ソビエト連邦が崩壊し、東西冷戦構造がなくなったことで世界が一つのグローバル経済に収斂したことにより、人々の健康と安全の問題は各国の政治や経済や産業政策の影響を強く受ける時代になった。それを受けて人々の健康と安全に係わる対策の主体として国連の役割が大きくなっている。国連は、2015年までを目標として2001年のミレニアム開発目標MDGs（Millennium Development Goals）を示している。国連は、MDGsを2015年からSDGs（Sustainable Development Goals）にバージョンアップし、目標年次を2030年としている<sup>15)</sup>。SDGsは、MDGsよりも企業や事業者に主体的に取り組むことを求めている。企業や経済界の活動が地球環境問題や人々の健康と安全問題に大きな影響を与えているからである。2025年に開催される大阪関西国際万国博覧会には、SDGsの動きを加速することが

求められている<sup>16)</sup>。第1回の国際万国博覧会がロンドンで1851年に開催されてから、国際万国博覧会は、近代技術文明の進歩を各国が競って誇示する場とされてきた。1970年に開催された日本万国博覧会（通称大阪万博）は世界的にも大きなものであった。テーマは「人類の進歩と調和」(Progress and Harmony for Mankind)として開催された。高度経済成長の勢いがあったが、公害・薬害問題などの経済成長の弊害を抱えている中での開催であった。しかし、「進歩」にまだ重きがおかれ、大阪万博の会場に、日本で初めて美浜発電所1号機から商業用として「原子の灯り」が送電されている。原子力発電所の時代は2011年の東京電力福島第1原子力発電所事故を契機に終わりを迎えている。2025年の大阪関西国際万国博覧会のメインテーマは「いのち輝く未来社会のデザイン “Designing Future Society for Our Lives”」, サブテーマは、①Saving Lives (いのちを救う), ②Empowering Lives (いのちに力を与える), ③Connecting Lives (いのちをつなぐ), としている。大阪万博の後跡地に残されているのは「太陽の塔」だけである。太陽の塔の内部には約41メートルの「生命の樹」が設けられている<sup>17)</sup>。2025年の万博との連続性がある。いずれにしても、国連の目標、国際万国博覧会のテーマも、社会医学分野の目標も地球環境や生命や人々の健康と安全とされている。

### Ⅲ アフガニスタンで実践された次代の社会医学

国連は、2001年に「安全保障の今日的課題 - 人間の安全保障委員会報告」<sup>18)</sup>を出している。そこで「人間の安全保障」が提唱されている。国連の難民高等弁務官を務めた緒方貞子氏が主となって提唱したものである。国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) を離れた2001年に、国連と日本政府が設置した「人間の安全保障委員会」においてノーベル賞受賞経済学者のアマルティア・セン氏とともに共同議長を務めている。2003年の委員会では、「いまこそ人間の安全保障を (Human Security Now)」<sup>19)</sup>の報告書を出している。この人間の安全保障の行動を医師として実践した日本人がいる。

福岡市のNGOペシャワール会の現地代表者中村哲氏であった。残念なことに、2019年12月4日にアフガニスタン・ナンガルハル州の州都ジャラバードで銃弾に倒れている(73歳)。アフガニスタンにおける30年余りの活動は、紛争が絶えないアフガニスタンの地における人々の生命と健康と生活を守るための社会医学の実践であった。中村氏が活動した地域は古代王国のガンダーラ国があった地域であり、仏教が中国や日本に伝わる時に重要な役割を果たした地域である。アフガニスタンは、北東から南西にかけて最高峰をティリチミール(7,708m)とする1,200kmに渡って横たわっているヒンドークシュ山脈に覆われている。その北麓に「パミール高原」がある。このパミール高原には氷河期の遺物と言われる昆虫、特にアゲハチョウ科のパルナシウスが生息し、モンシロチョウの原産地であり希少な生態系を残している。昆虫を趣味としていた中村医師はこの地に関心があり、パキスタン・ペシャワールにあるハンセン病の病院の医師を、日本キリスト教海外医療協力会(以下、JOCS)が募集したことに応じた。赴任した病院にはまともな医療器材や医療設備がない状態から診療をはじめている<sup>20)</sup>。

その後は、アフガニスタンの人々の医療提供の拠点をつくるために力を注いでいる。中村氏が拠点としていた「ペシャワール」はパキスタンの都市である。紀元1~3世紀頃に栄えたクシャーナ王朝時代の首都であった。古代から東西南北の交通の要衝で、民族と文明の十字路にある都市である。今日も重要な拠点都市とされている。アフガニスタンとパキスタンの間にスレイマン山脈があるが、周辺の山脈と比べ3,000m級と低いために歴史的な交通路がつくられている。アフガニスタンの北部を抜けると、歴史的な東西交易路であったシルクロードにつながる。そんな地政学的な条件が、アフガニスタンを大国の攻防の場として今日に到っている。近代において、ロシア帝国が台頭すると南下政策をとりインドを支配していたイギリスはそれを阻止するためにアフガニスタンを緊張地帯とした。そのために一つの地域であった

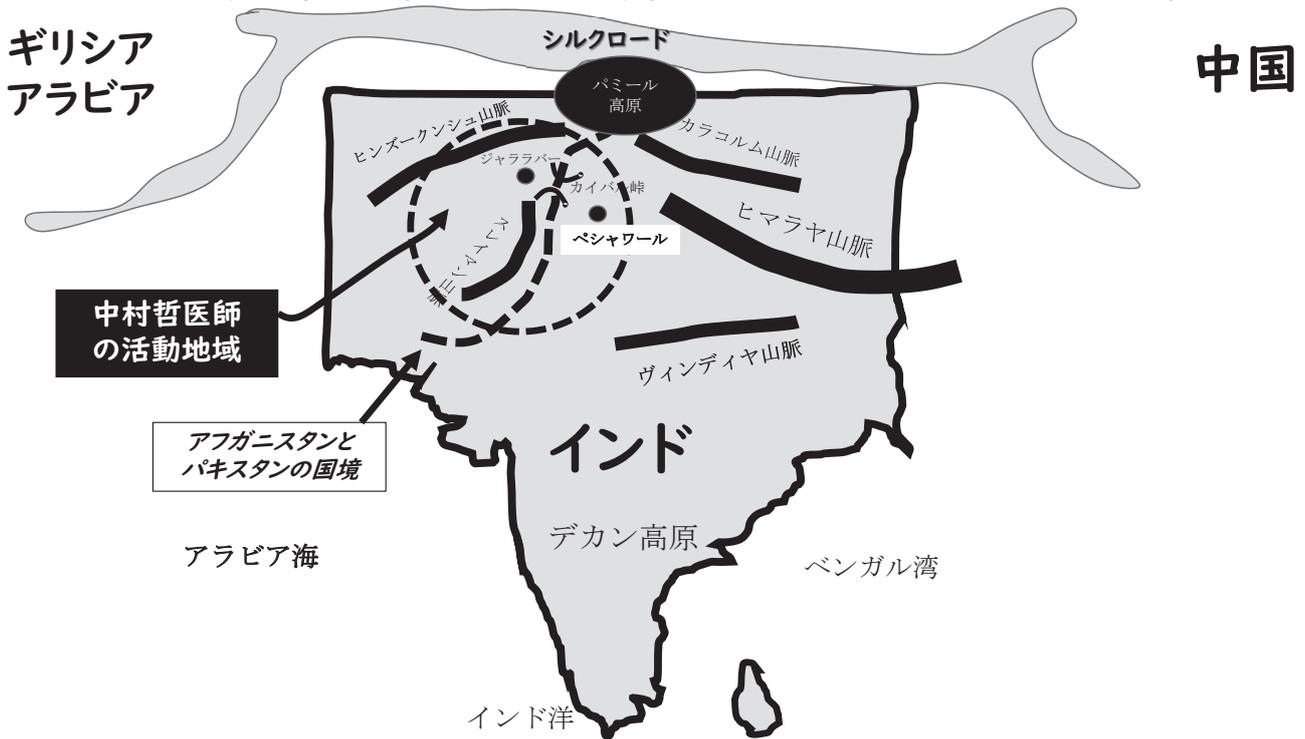


図4 中村哲医師の活動地域（アフガニスタン、パキスタン）

ところが2つに分断され、国境線が引かれた。アフガニスタンに戦乱や干ばつが起こると住民はパキスタン側に流れ、落ち着くと帰還しているのは、住民にとって国境は大国が引いただけのものだからである。20世紀に入ると、ロシアとイギリスの攻防の場から、ソ連と米国の攻防の場に大きく変化した。現在は、米国とイスラム圏との攻防の場となっている。

中村哲医師がアフガニスタンのペシャワールに赴任した1983年はソ連と米国とが緊張を高めていた時期である。ソ連が撤退した後、アフガニスタンは内戦状態となる。その中で中村医師は、アフガニスタンの山間部に診療所をつくる活動をしている。米国と英国が1991年に湾岸戦争がはじまったことが、米国とタリバン政権との攻防につながっている。

この戦乱とは別に、アフガニスタンに100年に一度の大干ばつが起ったことが、中村医師の仕事を変貌させた。2000年の大干ばつは、中村医師が診療活動していた地域を砂漠化し農作物が育たない地域としたからである。住民は、土地を捨てパキ

スタンに流出し、難民となった。住民を地域に戻すには水を引いて農地を復活させるしかない。当初は、1,000以上の井戸を掘ったが、井戸では農地を復活させることができなかった。タリバン政権が米国本土に同時多発テロを起こしたことで報復の軍事活動が活発化している。

戦乱と大干ばつという2つの災禍の中、中村医師はアフガニスタンに必要なものは「百の診療所よりも一つの用水である」と考え方を換え、白衣と医薬品を捨て、スコップとショベルカーを使って人が救う道を選んでいる。水路を引くことにより、緑の農地を復活させ、約65万人の人々の生活を復活させている。中村医師は、晩年「天、共に在り」との言葉を残している。本のタイトルにもしている<sup>21)</sup>。この本の「自然からの逃走」の項には以下の文章が書かれている。「現場を離れて帰国すると奇妙な違和感がまとわりついてくる。こざっぱりして綺麗な空間、行き交う人々が垢抜けて見える。無粋で粗野な感じも土埃も、重機のうなりも、水争いも、飢えてさまよう人も、銃弾から身を守る必要もない。華麗な街路に、思い思いのおしゃ

れに身を包んだ若者や女性たちが目につく。平和な国である。しかし、なんだか物足りない。人の臭いのようなものが消え、「自然」もまた論評や撮影の対象になっても、わが身で触れて畏れや驚きや喜びを覚えるものでなくなっている。私達は、何かのベルトコンベヤーのようなものに乗せられ、車窓を過ぎゆく景色のようにしか自然を意識することがなくなっている。実の自然から遠ざかっている。メディアでの知識は増えても、自然は映像の知識の分だけ離れてゆくようにさえ思える。局限すれば私達の「技術文明」そのものが、自然との隔壁を作る巨大な営みである。時間や自然現象さえ支配下に置ける錯覚の中で暮らしている。知識を増やせば利口になるとは限らない。情報伝達や交通手段が発達すればするほど、どうしてもよいことに振り回され、不自然な動きが増すように思われて仕方がない。アフガニスタンの厳しい自然環境の中で、そこに生きる人々はその自然からの恵みを得て生きていくしかない。高い山脈から供給される河川の水を利用することで、豊かな生活を取り戻すことができた30年余りのアフガニスタンでの医師として実践活動をしてきた率直な気持ちを吐露している。中村医師の「天、共に在り」の「天」とは、「神」という意味よりも、むしろ「自然」と考えるべきではないか。中村医師は、「自然を畏れ、敬い、共に付き合うことがなくなっている。人間が存在しているのは自然とともにあるからである」と日本人に伝えたかったようである。日本には石油や鉱物などの天然資源がないが、人間が生きていく上で最も大切な水と食べ物などの自然資源は世界の中で最も恵まれている。近年は、自然を脅威の対象と考え、危険視、敵視し、自然と隔絶した都市に人々が密集している。アフガニスタンと日本を行き来していた中村医師の眼には日本人の自然の偉大さとその恵みを忘れた生き方に強い違和感をいだかれていたようである。

#### IV ポストコロナの社会医学

明治期には、今日の病院、保健所、企業、自治体というものはなく、医師、保健師、公衆衛生監

視員、産業医、社会福祉士などの専門職員も存在していなかった。コレラに代表される急性伝染病には飲食物の取り締まりと環境衛生の改善対策、結核の蔓延には工場法の制定と療養所の整備で対処した。昭和期になり、疾病に対して病院と医薬品(ワクチンを含む)を使って対処する体制が整い、結核対策については保健所と保健師を配置して対策を進める体制がつけられた。戦後は、医療サービスを誰しもが受けられる体制とすることが最大の課題であり、それは実現されている。その結果、国民の健康問題は医療と医学だけでは解決できないものが主たるものとなっている。生活習慣病やたばこ対策、いじめ、自殺、虐待、貧困、依存症、自然災害や感染症のパンデミックへの対処などがその一例である。国外に目を転じれば、南北格差、紛争、暴力は絶えず、国際保健機関(以下、WHO)が1978年に出したアルマアタ宣言の「Health for All by 2000」は未だに実現されていない。今や健康は、科学の問題から社会の問題の様相を強めてきている。英米社会の公衆衛生領域で健康は社会的に決定されるとするSDH(Social Determinants of Health)を重視し、WHOもその政策を重視して進めている<sup>22)</sup>。この考え方に基づき、健康や安全に関する問題は、医学、医療の問題として扱うだけでは成果が得られないものとなってきている。イギリスでは、戦後、公衆衛生を保健医療組織のNHS(National Health Service)に担わせる改革を進めてきたがそれが失敗であったと認め、医療組織から分離して扱うものとする改革を進めている。また国際的にもWHOだけで対処できるものではないとし、国連が主導して進めるものに移行させてきている。MDGsやSDGs、人間の安全保障というものはまさにこの動きである。他方で、公衆衛生や社会医学の世界ではエビデンスを重視したものとする方向に向かっている。公衆衛生や社会医学を科学としたいということが悲願としてあるからである。公衆衛生医師、保健師を含め社会医学に係わる人材の教育は、行政や専門学校を場としたものから大学、大学院に移されてきていることから当然である。しかし、目の前の社会医学の課題

が社会的な要因が複合し、政治経済の影響を強く受け、しかも地球環境問題とも連動している状況には研究と現実問題に対処することとの間の齟齬が大きくなってきている。疫学研究やデータで立証された時には社会的要因が変化してしまっている。「コレラと井戸水」、「脚気と白米」、「脳血管障害と高血圧」、「悪性新生物とたばこ」、「水銀と水俣病」のように一対一の因果関係を立証して健康問題を解決するやり方に限界がきている。

2020年に大流行しているCOVID-19<sup>23)</sup>は、感染症の流行が社会的に決定されている現実を見せつけている。ウイルス研究者はウイルスの性状を明らかにしてワクチンを開発する、製薬会社と臨床医は医薬品を開発して治療をする、公衆衛生はクラスター対策と感染経路の追求をして対処する。他方で、政治・行政は国民の生命と生活を守るために経済対策に全力をつくすことをしている。これは当然のことである。しかし、現実のCOVID-19の流行の動向を決定しているのは、専門家、為政者ではなくひとり一人の人間の行動である。不特定多数の人々が活動することで成り立っている都市社会がもたらした感染症である。COVID-19の流行の盛衰は、医学、医療により決定されておらず、クラスター対策で明らかにされた3密（密閉・密集・密接）対策と人々の行動の自粛度に依存している。COVID-19対策には為政者と専門家だけでなく、事業者、国民など社会に係わる人々の主体的な参画を必要として、現実にそのような方向で推移している。

環境省のホームページには、「今日の環境問題は、国民の日常生活や通常の事業活動から生ずる過大な環境負荷が原因となっており、その解決には、大量生産・大量消費・大量廃棄型の現代社会の在り方そのものを持続可能なものへと変革していかなければなりません。」と書いてある<sup>24)</sup>。これは、環境問題に限った話ではない。社会医学は、「今日の健康問題は、国民の日常生活や通常の事業活動から生ずる過大な環境や社会の負荷が原因となっており、その解決には、大量生産・大量消費・大量廃棄型の現代社会の在り方そのものを持続可能

なものへと変革していかなければなりません。」と読み替えることができる。

社会医学のめざす目的や目標は全く変わらないし、むしろこの目標が社会全体のものとなってきているように思われる。新たな健康問題は、医学的手段では対処できないものの比重が急速に拡がってきている。欧米社会においては社会医学や公衆衛生は、特定の学部教育の範囲を超え、大学院、さらには大学の枠にも収まらず社会全体で、社会の中で扱うべきものとされている。まさに社会の中の医学になっている。グローバル経済により急速に変化する社会の中で、人々の健康と安全、そして生活を守るため、社会の幅広い人々の参画と協力がないと進まないものになってきている。健康問題をマクロ的に、またミクロ的に扱うことのいずれも疎かにできない。それらを融合し、政策化して問題解決に結びつける科学として発展させていくことが求められている。COVID-19は社会医学をより懐の深いものに進化させることを求めているように思える。

本研究は社会医学の政策や理念に関して総説としてまとめたものである。個人情報ならびに人々の健康に影響を与える調査や実験によるデータは取り扱っていない。そのため倫理的な配慮すべき点はないので、研究倫理委員会の審査を要するものではないとした。

## 文 献

- 1) 国立感染症研究所. 新型コロナウイルス感染症クラスター対策. IASR. 2020; 41: 108-110.
- 2) 伴忠康. 適塾と長与専斎: 衛生学と松香私志. 大阪: 創元社, 1987.
- 3) 籠山京 (解説). 女工と結核 (生活古典叢書) 工場衛生調査資料 (農商務省工務局) 衛生学上ヨリ見タル女工之現況 附録・女工と結核 (石原修) 某紡績会社某工場工女健康成績調査 (石原修) 男工一部ノ衛生状態ニ関スル粗雑ナル

- 調査 (石原修), 東京: 光生館, 1981.
- 4) 結核研究所疫学情報センター. 結核の統計 2019. [2020年11月25日検索], インターネット <URL: <https://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/toukei/nenpou/>>
  - 5) 大国美智子. 保健婦の歴史. 東京: 医学書院, 1973.
  - 6) 厚生省医務局編. 医制百年史; 記述編. 東京: ぎょうせい, 1976.
  - 7) 大阪刀根山医療センター病院紹介. [2020年11月25日検索], インターネット <URL: <https://toneyama.hosp.go.jp/introduction/100th/history.html>>
  - 8) 多田羅浩三, 新庄文明, 朝倉新太郎, 橋本正巳編. 市町村の保健事業原点からのレポート. 東京: 日本公衆衛生協会, 1984.
  - 9) 上畑 鉄之丞. 過労死の研究. 東京: 日本プランニングセンター, 1993.
  - 10) 黒川渡, 黒田研二, 逢坂隆子, 他. アウト・リーチ活動により認められた路上・公園・河川敷等野宿生活者の健康実態と医療・保険・福祉制度の課題. 社会医学研究. 2005; 22: 51-61.
  - 11) 鈴木亘編. 脱・貧困のまちづくり「西成特区構想」の挑戦, 東京: 明石書店, 2013.
  - 12) 高鳥毛敏雄: 災害時の公衆衛生と保健婦 - 阪神・淡路大震災から保健行政が学ぶこと -, 保健婦雑誌. 1996; 52 (8): 600-605.
  - 13) 高鳥毛敏雄. わが国における病原性大腸菌 O157の流行. 公衆衛生. 1997; 61: 89-95.
  - 14) 白井千香, 藤山理世, 内野栄子, 入江ふじこ, 高鳥毛敏雄, 磯博康, 国内初発患者に対応した神戸市の2009年新型インフルエンザ (H1N1) 対策における相談および医療体制の課題 - 神戸市と茨城県の比較から -, 日本公衛誌. 2012; 59 (9): 684-692.
  - 15) 国際連合広報センター. 2030アジェンダ. [2020年11月25日検索], インターネット <URL: [https://www.unic.or.jp/activities/economic\\_social\\_development/sustainable\\_development/2030agenda/](https://www.unic.or.jp/activities/economic_social_development/sustainable_development/2030agenda/)>
  - 16) 公益社団法人2025年日本国際博覧会協会. いのち輝く未来社会のデザイン. [2020年11月25日検索] インターネット <URL: <https://www.expo2025.or.jp/attract/overview/>>
  - 17) 日本万国博覧会記念公園. 大阪万博. [2020年11月25日検索], インターネット <URL: <https://www.expo70-park.jp/cause/expo/>>
  - 18) 人間の安全保障委員会. 安全保障の今日的課題 - 人間の安全保障委員会報告書. 朝日新聞社. 2003.
  - 19) 人間の安全保障委員会. 今こそ人間の安全保障の報告書. 2003. [2020年11月25日検索], インターネット <URL: [https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo/03\\_hakusho/ODA2003/html/kakomi/kk01002.htm](https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo/03_hakusho/ODA2003/html/kakomi/kk01002.htm)>
  - 20) 中村哲. 「医者よ, 信念はいらぬまず命を救え! : アフガニスタンで「井戸を掘る」医者」. 羊土社. 2003.
  - 21) 中村哲. 「天, 共に在り : アフガニスタン三十年の闘い」. NHK出版. 2013.
  - 22) WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health. 2008. [2020年11月25日検索], インターネット <URL: [file:///C:/Users/t\\_tos/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/2067a9bc-1666-452d-b39f-bf9224e26f2a/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf](file:///C:/Users/t_tos/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/2067a9bc-1666-452d-b39f-bf9224e26f2a/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf)>
  - 23) Johns Hopkins University & Medicine. Corona Virus Resource Center. [2020年11月25日検索], インターネット <URL: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>
  - 24) 環境省の案内. [2020年11月25日検索], インターネット <URL: <https://www.env.go.jp/annai/index.html>>
- (受付 2020.11.26: 受理 2020.11.26)

## Prospects for social medicine after COVID-19 -Beyond the framework of the high tuberculosis era-

Toshio Takatorige<sup>1)</sup>

---

### Summary

It has been 160 years since Japan began actively trading with foreign countries. Infectious diseases that are prevalent in the world directly have come to Japan. Cholera and Spanish flu struck from overseas and were forced to respond. However, in Japan, tuberculosis, which has become a national disease due to domestic factors, has had a great impact on the development of social medicine and public health. It has spread to workers, soldiers and the whole population, affecting the development of basic medicine, sanatoriums and public health centers, and social security systems. During the period of high economic growth, there were social health problems such as environmental pollution and the problems of the severe drug side effects. Although Japan has developed economically, it has emerged in new health problems such as lifestyle-related diseases, poverty, violence, suicide and addiction. Health is becoming more and more influenced by social factors. On the other hand, natural disasters due to climate changes occur every year. In a global society, conflicts and refugee problems have not disappeared. The United Nations has set goals for "human security" and "SDGs." Japanese Dr. Tetsu Nakamura shows a practical example of social medicine of the 21st century in Afghanistan to us. Currently, the number of people infected with COVID-19 continues to increase worldwide. As it is humans and the human society that are spreading this infectious disease, the social transformation is required to deal with us. COVID-19 calls on us to create the new social medicine corresponding to the global society over the old social medicine in the era when the prevalence of tuberculosis is high.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 17 – 26】

**Key words** : social medicine, cholera, tuberculosis, human security, COVID-19

---

1 ) Kansai University Faculty of Societal Safety Sciences / Graduate School of Societal Safety Sciences

## 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  
家族評価の実践に関連する要因の検討倉本亜優未<sup>1)</sup>, 杉山 京<sup>2)</sup>, 竹本与志人<sup>3)</sup>

## 要旨

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実践の促進に関連する要因を検討することを目的に、関東地方（東京都を除く）の医療機関1,380ヶ所に勤務するMSWを対象に無記名自記式の質問紙を用いた郵送調査を実施した。調査内容は、調査対象者の属性、家族療法に関する学習経験、MSWの退院援助における家族評価等とした。統計解析には、各項目に欠損値のない215ヶ所の医療機関に勤務するMSWの資料を使用し、まずMSWの退院援助における家族評価を用いて潜在ランク理論の分析を行った。そしてランク間における属性ならびに家族療法に関する学習経験の有無について有意差検定を行い、最後に潜在ランクに関連する要因を検討するため順序ロジスティック回帰分析を実施した。潜在ランク理論の分析の結果、3ランクモデルが最適であり、また順序ロジスティック回帰分析の結果、MSWの退院援助における家族評価の潜在ランクには「職場外におけるロールモデルの有無」「スーパーバイザー・講師経験」「家族ライフサイクルモデルの学習経験」が有意に関連することが確認された。今後は家族ライフサイクルモデルを実践に活用・応用可能な教育を行うこと、職場外における教育・支援体制や連携体制を整え、MSWを支えるネットワークを構築することが課題であると考えられる。

【社会医学研究2021；38（1）：27-40】

キーワード：医療ソーシャルワーカー、退院援助、家族評価

## I. 緒 言

現在わが国では、高齢化の進展により疾病と共存した生活が普遍的になりつつあり、社会保障制度を維持しながら如何に患者・家族の生活の質を向上させていくかが問われている<sup>1)</sup>。国策では、誰もが望む地域生活の継続を実現させるため、地域を基盤とした医療提供体制の整備が進められ<sup>2)</sup>、

在宅医療体制の構築や医療機能の分化・強化等が行われている。一方で、医療機能の分化により患者・家族は病態に応じて療養の場を変更する必要に迫られ、転退院に伴って生じる心理的・社会的問題の予防と解決に支援を要する場合は少なくない。また、患者・家族は、発症によって潜在していた問題が表面化し、利害の対立などが起きやすい状況にあること<sup>3)</sup>や在宅療養の実現に向けて、医療・介護サービスや家族等の介護者の確保など療養環境の調整を要すること<sup>4)</sup>が報告されている。このような背景から、患者・家族と共に今後の療養環境の決定と調整を行う「退院援助」の重要性は高まっており、医療機関においてこの主たる役割を担う医療ソーシャルワーカー（Medical Social

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) 岡山県立大学 保健福祉学部

連絡先：倉本亜優未

住所：〒719-1197 岡山県総社市窪木111

岡山県立大学大学院 保健福祉学研究科

E-mail：aykuramoto@gmail.com

Worker：以下、MSW）には、質の高い援助が求められている。

MSWの援助に関して、ソーシャルワーク実践におけるアセスメントは、如何にして複雑であるケースを理解するかという認識プロセスであり<sup>5)</sup>、援助効果の高低を規定する重要な援助段階であるといえる。とりわけ患者の家族は、疾病の進行やその対処の良否に係る正負のサポート源である一方で、疾病の影響を受け、援助の対象にもなり得る存在であることから<sup>6)</sup>、退院援助において患者の家族に関する包括的な情報収集と分析・評価（以下、家族評価）は極めて重要である。患者と家族の関係性に関する実証研究では、血液透析患者の家族介護者の療養負担感が高いほど患者への療養継続困難感が高く<sup>7)</sup>、家族介護者の療養継続困難感が高いほど患者の精神的健康が低下していること<sup>8)</sup>が報告されている。さらに、療養・介護負担によって家族介護者の精神的健康が低下し<sup>9,10)</sup>、介護者自身の健康障害のほか、最悪の場合には、介護放棄<sup>11)</sup>や虐待、殺害、心中などの介護殺人<sup>12)</sup>を招く危険性が指摘されている。これらの知見より、患者と家族成員双方の健康障害および精神的健康の低下等を予防し、患者の在宅療養を継続するためには、退院援助が彼らの生活全体を長期的に見据えた家族評価に基づいて行われる必要があると考えられる。しかしながら、退院援助における家族評価に関する実証研究は極めて乏しい現状にある。こうした中、倉本<sup>13)</sup>は「MSWの退院援助における家族評価」の構造を解明しているが、調査対象者が近畿、中国ならびに中部地方内の8府県の医療機関に勤務するMSWと限られていたことから、今後は他の都道府県のMSWを対象に調査を実施し結果の一般化を図ることが課題となっている。

また、MSWのソーシャルワーク実践に関連する要因についての先行研究では、多くの研究で経験年数の長短の関連性が報告されている<sup>14,18)</sup>。さらに、17名のMSWを対象にインタビュー調査を行った保正<sup>19)</sup>は、実践能力の変容を促進する契機が研修参加やスーパービジョンの受講等の「学びの活動」、「ケース対応」、上司・先輩・同僚等の「他者から

の影響」、職位や立場の変化等の「職場環境の変化」などであったことを報告している。一方で、MSWの退院援助における家族評価の実践に関連する要因については明らかにされていない。

よって、本研究では、①「MSWの退院援助における家族評価<sup>13)</sup>」の交差妥当性を検討し、②MSWの退院援助における家族評価の実践状況とその実践の促進に関連する要因を明らかにすることを目的に、関東地方（東京都を除く）の医療機関に勤務するMSWを対象とした郵送調査法による質問紙調査を行った。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象および調査方法

本研究では、関東地方（東京都を除く）の各県庁ホームページ内の医療機関一覧（2019年7月末時点）に掲載されている計1,380ヶ所の医療機関に勤務するMSWを対象とした質問紙調査を実施した。調査票は、医療機関の管理者宛に調査依頼書（趣旨説明等を含む）等と合わせて送付し、各医療機関1人のMSWに回答を依頼した。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、返送する方法を採った。調査期間は2019年9月～同年10月の2ヶ月間とした。

### 2. 調査内容

調査内容は、調査対象者の属性（性別、年齢、MSWとしての通算経験月数、所持資格、雇用形態、職位、所属職能団体、ロールモデル（将来において目指したいと思う、模範となる存在であり、そのスキルや具体的な行動を学んだり模倣をしたりする対象となる人材<sup>20)</sup>）の有無、スーパービジョン（知識と技術を兼ね備えた人があまりそれらの知識や技術を有していない人に対して行う教育過程<sup>21)</sup>）の受講経験の有無、スーパーバイザー・講師経験の有無、家族療法に関する学習経験の有無、所属する医療機関の状況（医療機関の種類、総病床数、MSWの所属人数、調査対象者の担当病棟）、MSWの退院援助における家族評価とした。

MSWの退院援助における家族評価は、倉本ら<sup>13)</sup>によって作成された尺度を用いた。この尺度は、退院援助における家族に関するアセスメントの頻度を測定することを目的としており、「退院に対する家族の感情と代弁機能：4項目」「家族の健康状態と介護力：4項目」「退院に向けた家族間のコミュニケーション：4項目」「退院に対する家族の受容：4項目」「退院に向けた家族の役割機能：4項目」の計20項目で構成される。回答は「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」の4件法で求め、実践頻度が高いほど得点が高くなるよう設定した。

家族療法は、個人や家族の抱えるさまざまな心理的・行動的な困難や問題を家族という文脈の中で理解し、解決に向けた援助を行っていきこうとする対人援助の方法論の総称であり、広範な臨床領域において応用、実践されている<sup>22)</sup>。そのため、家族療法に関する学習によって家族評価の実践に差異が生じると予想されることから、本研究ではその学習の有無を尋ねた。設定した項目は、「ジェノグラム（家族関係図）」（3世代以上の家族内の関係性や状況を記した図）、「エプステインのマクマスター・モデル<sup>23)</sup>」（現在の家族システムの機能を評価するために「課題解決」「コミュニケーション」「役割」「情緒的な感受性」「情緒的関与」「行動のコントロール」の6側面に注目するモデル）、「オルソンの円環モデル<sup>24)</sup>」（家族システムが良好に機能するために「家族のコミュニケーション」によって促進される「家族の凝集性」ならびに「家族の適応力」が適切にバランスを保っている必要があるとするモデル）、「サンタバーバラのプロセス・モデル<sup>25)</sup>」（家族システムの機能を「課題の達成」「役割遂行」「コミュニケーション」「情緒的関与」「コントロール」「価値観と規範」の6側面から捉えるモデル）、「ビーバーズ・ティンバーローン・モデル<sup>26)</sup>」（家族システムの特徴を「遠心的」と「求心的」の2つの側面から捉えるモデル）、「家族ライフサイクルモデル<sup>27)</sup>」（構造、発達、機能というシステムの属性のうち家族システムの発達過程に注目したモデル<sup>22)</sup>）、「ABC-Xモデル<sup>28)</sup>」（A要因（ストレ

ス源）とB要因（対処資源）およびC要因（家族の認知）の相互作用の結果としてX（家族危機）が発生するという危機発生メカニズムを示したモデル）、「ローラー・コースター（ジェットコースター）モデル<sup>29)</sup>」（集団（組織体）としての家族が危機に遭遇した際に、組織解体→回復→再組織化という経過を辿って適応していく過程を示したモデル<sup>30)</sup>）、「二重ABC-Xモデル<sup>31)</sup>」（ABC-Xモデルとローラー・コースター（ジェットコースター）モデルを統合させ、ABC-Xモデルに時間の視点と出来事の累積の概念を導入したモデル<sup>30)</sup>）の計9項目である。なお、回答は「学習したことはない（聞いたことがない）：0点」「学習したことがある：1点」の2件法で求めた。

### 3. 解析方法

統計解析では、第1段階として、近畿、中国ならびに中部地方内の8府県における医療機関に勤務するMSWから得られた資料を基に作成された「MSWの退院援助における家族評価<sup>13)</sup>」の交差妥当性を検討するため、先行研究<sup>13)</sup>と同様に5因子斜交モデルを設定し、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）をパラメータの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検討した。

第2段階では、MSWの退院援助における家族評価の実践の特性を明らかにするため、第1段階で交差妥当性ならびに信頼性が支持された「MSWの退院援助における家族評価」の項目を用いて、自己組織化マッピングによる潜在ランク理論<sup>32)</sup>の分析を行った。この際、当該項目に関するデータは順序性のある段階反応であることを仮定し、潜在ランクの推定において各項目における単調増加制約や事前分布、目標潜在ランク分布といった制約は課さなかった。

第3段階では、潜在ランク理論に推定されたランク間における属性ならびに家族療法に関する学習経験の有無を比較するため、Fisherの正確確率検定およびWelchの検定を行った。

第4段階では、MSWの退院援助における家族評価の実践の潜在ランクに関連する要因を検討することを目的に、第3段階で有意差が確認された変数を用いて順序ロジスティック回帰分析を行った。なお、独立変数の選定にあたっては多重共線性を考慮し、テトラコリック相関係数が0.800以上の値を示す変数を分析から除外した。分析における得点化は、性別では「女性：0点」「男性：1点」、その他の項目では「無：0点」「有：1点」とした。

構造方程式モデリングにおけるモデルの適合度の評価には、Comparative Fit Index (以下、CFI)、Root Mean Square Error of Approximation (以下、RMSEA)を用いた。CFIおよびRMSEAは一般に $CFI \geq 0.950$ であればそのモデルがデータをよく説明しており<sup>33)</sup>、 $RMSEA \leq 0.100$ であればそのモデルを採択すべきでないと判断される<sup>34)</sup>。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際の信頼性は、Cronbachの $\alpha$ 信頼性係数(以下、 $\alpha$ 信頼性係数)で検討した。また、潜在ランク理論における最適な潜在ランク数は、BICならびにCAICを参考とし、当該ランクモデルの良否はRMSEAにより判断した。相対指標であるBICならびにCAICは、値が小さいほど情報量が多く良好であるとされ、本研究における潜在ランク理論の分析ではkランクモデルからk+1ランクモデルへと徐々にランク数を増加させたとき、その値が最も低かったランクモデルを採用した。

また、本研究で用いる潜在ランク理論は、潜在尺度に順序尺度を仮定し、2値や段階反応のデータに対して、各回答者の推定されたランクへの所属確率を推定する方法である<sup>35)</sup>。従来、個人を複数の集団に分類する統計手法としては、クラスター分析や潜在クラス分析が用いられてきたが、これらの分析方法が回答者を順序性のない名義グループに分類するのに対し、潜在ランク理論では順序性を持ったグループに分類するという特徴がある<sup>35,36)</sup>。

以上の解析には統計ソフト「IBM SPSS 22J for Windows (+ Exact Tests)」「Mplus version 7.2」ならびに「Exametrika version 5.3<sup>32)</sup>」を用い、統計学的な有意性は5%有意水準とした。

#### 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、匿名性の保証、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た。なお、本調査は2019年8月22日に日本福祉大学倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した(受付番号:19-10)。

### Ⅲ. 研究結果

回答は266ヶ所の医療機関から得られ(回収率:19.3%)、統計解析には当該質問項目に欠損値を有さない215ヶ所の医療機関に勤務するMSWの資料(調査対象とした医療機関の15.6%、回答があった医療機関の80.8%)を用いた。

分析対象者の属性分布ならびに家族療法に関する学習経験の回答分布は表1のとおりであった。性別は女性が154件(71.6%)であり、年齢は平均40.4歳(標準偏差:8.5、範囲:23-60)、MSWとしての通算経験月数は平均149.6ヶ月であった。所持資格は社会福祉士が188件(87.4%)と最も多かった。雇用形態は常勤専任が198件(92.1%)を占め、職位は管理職が124件(57.7%)であった。所属職能団体は各県医療ソーシャルワーカー協会が最多の126件(58.6%)であった。ロールモデルとなるようなMSW(目標としているMSW)がいるという回答は、職場内では66件(30.7%)、職場外では126件(58.6%)であり、スーパービジョンの受講経験があるという回答は、職場内では82件(38.1%)、職場外では97件(45.1%)であった。スーパーバイザー・講師経験があるという回答は95件(44.2%)であった。また、家族療法に関する学習経験について、学習したことがあると回答した件数は「ジェノグラム(家族関係図)の記載方法」が204件(94.9%)と最多であった。

分析対象者の所属する医療機関の状況について、医療機関の種類は、一般病院(特定機能病院、地域医療支援病院を除く)が最多の104件(48.4%)であり、次いで地域医療支援病院が56件(26.0%)、

表1 分析対象者の属性分布ならびに家族療法に関する学習経験の回答分布 (n=215)

項目		人数	( % )
性別	女性	154	( 71.6 )
	男性	61	( 28.4 )
年齢	平均40.4歳(標準偏差:8.5, 範囲:23-60)		
医療ソーシャルワーカーとしての通算経験月数	平均149.6ヶ月(標準偏差:93.2, 範囲:1-426)		
所持資格*	社会福祉士	188	( 87.4 )
	精神保健福祉士	93	( 43.3 )
	介護支援専門員	84	( 39.1 )
	認定医療社会福祉士	11	( 5.1 )
	認定社会福祉士(医療分野)	10	( 4.7 )
	いずれも持っていない	2	( 0.9 )
雇用形態	常勤専任	198	( 92.1 )
	常勤兼任	16	( 7.4 )
	非常勤専任	1	( 0.5 )
職位	管理職	124	( 57.7 )
	非管理職	91	( 42.3 )
所属職能団体*	各県医療ソーシャルワーカー協会	126	( 58.6 )
	日本医療社会福祉協会	81	( 37.7 )
	日本社会福祉士会	36	( 16.7 )
	日本精神保健福祉士協会	26	( 12.1 )
	いずれにも入会していない	52	( 24.2 )
ロールモデルの有無	職場内	いる	66 ( 30.7 )
		いない	149 ( 69.3 )
	職場外	いる	126 ( 58.6 )
		いない	89 ( 41.4 )
スーパービジョンの受講経験の有無	職場内	あり	82 ( 38.1 )
		なし	133 ( 61.9 )
	職場外	あり	97 ( 45.1 )
		なし	118 ( 54.9 )
スーパーバイザー・講師経験の有無	あり	95 ( 44.2 )	
	なし	120 ( 55.8 )	
家族療法に関する学習経験の有無 ([「あり」]の回答)	ジェノグラム(家族関係図)の記載方法	204	( 94.9 )
	家族ライフサイクルモデル	124	( 57.7 )
	オルソンの円環モデル	32	( 14.9 )
	ローラー・コースター(ジェットコースター)モデル	28	( 13.0 )
	ABC-Xモデル	28	( 13.0 )
	二重ABC-Xモデル	18	( 8.4 )
	サンタバーバラのプロセス・モデル	18	( 8.4 )
	エプステインのマクマスター・モデル	14	( 6.5 )
	ビーバーズ・ティンバーローン・モデル	10	( 4.7 )

※複数回答

精神科病院が31件 (14.4%)、特定機能病院が7件 (3.3%) であった。担当病棟 (複数回答) は、一般病棟が143件 (66.5%)、地域包括ケア病棟が60件 (27.9%)、療養病棟が55件 (25.6%)、回復期リハビリテーション病棟が43件 (20.0%)、精神科病棟が32件 (14.9%)、緩和ケア病棟が12件 (5.6%)、障害者施設等一般病棟が8件 (3.7%)、結核病棟が2件 (0.9%)、感染症病棟および特殊疾患治療病棟が1件 (0.5%) であった。総病床数は平均261.0床 (標準偏差: 194.2, 範囲: 40-1,208) であり、MSWの所属人数は平均5.4人 (標準偏差: 3.6, 範囲: 1-24) であった。

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ついて「いつもしている」と「まあしている」を合わせ、各項目に対する実践をしている件数を求めたところ、「yA3: 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」および「yA13: 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」が210件 (97.7%) と最多であった。一方、「まったくしていない」と「あまりしていない」を合わせた結果では、「yA6: 介護者の介護経験の有無をアセスメントしている」「yA10: 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」および「yA12: 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」の3項目が51件 (23.7%) と最多であった (Appendix)。

統計解析において、第1段階として検証的因子分析を行った結果、 $\chi^2(df) = 359.945 (160)$ 、CFI=0.972、RMSEA=0.076と、統計学的許容水準を満たしていた。モデルの識別のために制約を加えたパスを除き<sup>34)</sup>、パス係数はすべて正の値を示し、統計学上有意であった。また $\alpha$ 信頼性係数は「退院に対する家族の感情と代弁機能」が0.762、「家族の健康状態と介護力」が0.815、「退院に向けた家族間のコミュニケーション」が0.813、「退院に対する家族の受容」が0.794、「退院に向けた家族の役割機

能」が0.886であった。

第2段階として、潜在ランク理論による分析を行った結果、潜在ランク理論の前提である順序配置条件は満たされており、ランク数が2から6までのモデルによるRMPに基づくBICならびにCAICはランク数が3の場合に最小であった。また、3ランクモデルにおけるRMSEAは0.001未満と統計学的許容水準を満たしており、当該モデルが最適であると判断した。

3ランクモデルにおける各項目のカテゴリー反応率から算出された平均点をランクごとに示した項目参照プロファイル (Item Reference Profile: 以下、IRP) は表2のとおりであった。推定された潜在ランクにおける回答者の分布を示すランク・メンバーシップ分布 (Rank Membership Distribution: 以下、RMD) はランク1が77.318、ランク2が63.060、ランク3が74.623であり、相対RMDはランク1が0.360、ランク2が0.293、ランク3が0.347であった。

図1は、「MSWの退院援助における家族評価」20項目の合計得点と3つのランクの関係を明らかにするために示したランクごとのヒストグラムである。各ランクは、MSWの退院援助における家族評価得点に基づいて順序性を有していることが確認された。

第3段階として、Fisherの正確確率検定およびWelchの検定を行った結果、「性別」( $p=0.044$ )、「日本医療社会福祉協会への所属」( $p=0.006$ )、「日本社会福祉士会への所属」( $p=0.026$ )、「職場外におけるロールモデルの有無」( $p=0.001$ )、「職場外におけるスーパービジョンの受講経験」( $p=0.014$ )、「スーパーバイザー・講師経験」( $p<0.001$ )、「家族ライフサイクルモデルの学習経験」( $p<0.001$ )、「オルソンの円環モデルの学習経験」( $p=0.030$ )、「ローラー・コースター (ジェットコースター) モデルの学習経験」( $p<0.001$ )、「ABC-Xモデルの学習経験」( $p=0.010$ )、「二重ABC-Xモデルの学習経験」( $p=0.013$ ) において有意差が認められた。

第4段階として、まず変数間のテトラコリック相関係数を求めたところ、「ABC-Xモデルの学習

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実践の項目参照プロファイル (IRP)

潜在ランク	ランク1	ランク2	ランク3
RMD* (相対RMD)	77.318 (0.360)	63.060 (0.293)	74.623 (0.347)
yA1	2.183	2.596	2.855
yA2	2.191	2.540	2.808
yA3	2.589	2.849	2.972
yA4	2.159	2.528	2.815
yA5	2.131	2.535	2.814
yA6	1.724	2.088	2.525
yA7	1.966	2.473	2.785
yA8	2.120	2.549	2.840
yA9	1.919	2.369	2.748
yA10	1.645	2.074	2.503
yA11	2.112	2.546	2.824
yA12	1.646	1.998	2.544
yA13	2.291	2.640	2.906
yA14	1.836	2.182	2.677
yA15	2.216	2.552	2.852
yA16	2.188	2.587	2.881
yA17	1.630	2.041	2.593
yA18	1.660	2.108	2.641
yA19	1.762	2.269	2.756
yA20	1.674	2.112	2.675

※RMD (Rank Membership Distribution; ランク・メンバーシップ分布): 推定された潜在ランクにおける回答者の分布を示したもの

経験」と「二重ABC-Xモデルの学習経験」の相関係数が0.990であったため、「二重ABC-Xモデルの学習経験」を分析から除外し、順序ロジスティック回帰分析を行った。その結果、MSWの退院援助における家族評価の実践の潜在ランクには「職場外におけるロールモデルの有無」(Odds Ratio (以下, OR): 1.865, 95% Confidence Interval (以下, 95% CI): 1.057-3.290, p=0.031), 「スーパーバイザー・講師経験」(OR: 2.451, 95% CI: 1.356-4.430, p=0.003), 「家族ライフサイクルモデルの学習経験」(OR: 1.867, 95% CI: 1.027-3.392, p=0.041) が有意に関連した (表3)。

#### IV. 考 察

本研究では、MSWの退院援助における家族評価の実践は3つの段階反応があり、実践頻度はランク3、ランク2、ランク1の順で高かった一方で、最も望ましい実践をしていると考えられたランク3に所属するMSWは4割に満たないことが確認された。また、実践を促進する要因の検討では、最も望ましい実践状況にあると評価されたランクにおいて「職場外におけるロールモデル」「スーパーバイザー・講師経験」「家族ライフサイクルモデルの学習経験」を有する率が有意に高かった。

傷病の発症によって患者・家族は、潜在していた問題が顕在化し、利害が対立する<sup>3)</sup>など家族機能が低下しやすい状況にあり、夫婦不和、別居・離婚、育児不安、家庭内暴力の発生などの家族危

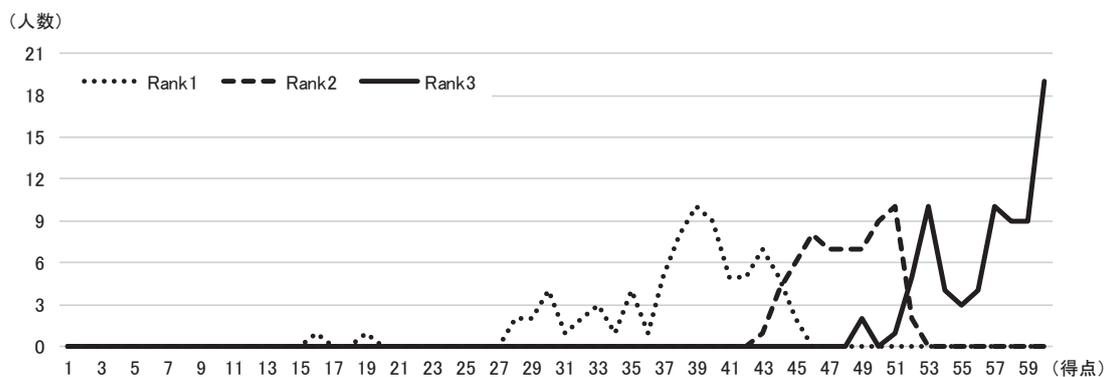


図1 各潜在ランクにおける「医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価」20項目の合計得点のヒストグラム

表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の実践の関連要因 (n=215)

項目	オッズ比	95%信頼区間	p値
性別(男性:女性)	0.560	0.308 - 1.019	0.058
日本医療社会福祉協会への入会(有:無)	1.414	0.799 - 2.503	0.234
日本社会福祉士会への入会(有:無)	1.322	0.661 - 2.641	0.430
職場外におけるロールモデルの有無(有:無)	1.865	1.057 - 3.290	0.031
職場外におけるスーパービジョンの受講経験(有:無)	0.998	0.554 - 1.796	0.994
スーパーバイザー・講師経験(有:無)	2.451	1.356 - 4.430	0.003
家族ライフサイクルモデルの学習経験(有:無)	1.867	1.027 - 3.392	0.041
オルソンの円環モデルの学習経験(有:無)	1.219	0.515 - 2.887	0.652
ローラー・コースター(ジェットコースター)モデルの学習経験(有:無)	1.514	0.544 - 4.212	0.427
ABC-Xモデルの学習経験(有:無)	2.668	0.976 - 7.294	0.056

機に陥る危険性がある<sup>37)</sup>。そのため、MSWは退院援助において的確な家族の評価・介入によって家族の課題を解決し、充実した療養生活の実現・継続に寄与することが求められる。しかしながら本研究では、常に包括的な家族評価をしているとはいえないランク1およびランク2に所属するMSWが6割以上を占めており、看過できない状況にあることが示された。医療現場の実態については、多忙による時間不足<sup>38)</sup>や早期退院が志向されるあまり十分なアセスメントに至らぬままクライアントと社会制度や資源との間を仲介するのみで解決を急ぐ傾向にある<sup>39)</sup>といわれ、こうした状況がアセスメント頻度の低さに関係しているものと考えられる。MSWは今後も限られた在院日数の中で援助を行うことが求められることから、養成・現任教育をより一層充実させていく必要があるといえる。

本研究では、こうした実態をふまえMSWの退院援助における家族評価の実践を促進する要因を検討した。有意な関連が確認された3つの要因のうち、まずロールモデルに関して、看護職を対象とした先行研究<sup>40)</sup>ではロールモデルの存在が学習の動機づけに寄与したことが報告されている。そのためMSWにおいても同様に、ロールモデルの存在によって動機づけられた学習がアセスメントの実

践頻度の高さにつながったものと推察される。なかでも本研究では、職場外におけるロールモデルの有無において有意な関連が確認され、より良い実践に向けて、MSWが職場外のMSWと出会うことができる機会を設ける必要性が示唆された。一方で、本研究ではロールモデルとなるMSWの特徴は明らかにできなかったことから、今後はどのような特徴を持つMSWをロールモデルとすればよいかをインタビュー調査等によって定性的に明らかにする必要がある。

次にスーパーバイザー・講師経験に関して、本研究では他者に対して教育を行う立場の人であるか否かを問うため、これらの経験の有無を尋ねた。スーパービジョンや講義等を行うためには、一定以上の実践能力や知識・技術等を認められる必要があるため、これらの経験を有していると回答したMSWは相対的に実践能力が高いことが推測される。また、先行研究<sup>19)</sup>においても、中堅期のMSWがこれらの経験を経ることでベテランに移行していくことが示されていることから、本結果に至ったものと考えられる。今後は、スーパーバイザー・講師経験を有するMSWの実践能力の関連要因を検討し、教育活動に有用な示唆を得ることが求められる。

最後に家族療法に関する学習経験では、とりわけ家族ライフサイクルモデルの学習の有効性が示された。このモデルは、家族システムの発達過程に注目し、家族は夫婦の結婚によって成立し、子どもの誕生によって成員を増やし、子どもが成長して独立し、やがて夫婦の一方が死亡してひとりになり、家族という集団の消滅を迎えるという周期を辿ると解釈する<sup>41)</sup>。そして、このような家族の周期的な発達段階において、家族成員個々の発達課題と家族全体としての発達課題があり<sup>42)</sup>、この課題をめぐって家族はストレスを抱え、様々な危機に直面し、うまく乗り越えられれば成長の機会となる一方で、うまく乗り越えられない場合には家族機能が停滞し、何らかの症状や問題が顕在化する危険性があるとされる<sup>43)</sup>。MSWには、家族の発達・成長の観点からアセスメントし、現在および退院後に想定される課題に対する予防的支援を行うことが求められることから、家族ライフサイクルモデルに関する学習が有用であったと考えられる。

なお、先行研究<sup>14-18)</sup>においてソーシャルワーク実践との関連が指摘されている経験年数について、本研究では有意に関連しない結果であった。これに関して、先行研究<sup>15-18)</sup>では、経験年数の長短により二分した調査対象者に事例を提示し、その援助におけるアプローチの対象・内容・方法を比較検討するという方法を取っていた。他方、本研究は、普段の退院援助において家族評価をどの程度実践しているかを測定し、それに経験年数が関連するかを検討しており、この研究の着眼点ならびに方法の違いが結果に関係したものと考えられる。本研究結果では、適切にMSWの養成・現任教育活動を展開することによって経験年数に依らず十分なアセスメントが実施できる可能性が示唆されたが、今後は先行研究<sup>14-18)</sup>と同様に事例等を用いてアセスメント後の援助の展開内容やその質をふまえて検討することが課題である。

また、本研究は、回収率ならびに有効回答率の低さやサンプルサイズの小ささから、選択バイアスを避けられない点に限界がある。これは、本研

究が関東地方（東京都を除く）の各県庁のホームページ内の一覧にある全医療機関を調査対象としたことから、調査票を配付した医療機関の中にはMSWが所属していない医療機関が存在したためと考えられる。ただし分析対象者の属性（性別<sup>44)</sup>、年齢<sup>13, 44)</sup>、MSWとしての通算経験月数<sup>13, 45)</sup>、所持資格<sup>13, 44)</sup>、雇用形態<sup>13)</sup>、所属職能団体<sup>13)</sup>）の分布は、MSWを対象とした先行研究<sup>13, 44)</sup>の結果と近似しており、サンプリングの偏りが本研究結果に著しい影響を及ぼした可能性は低いと考えられるが、今後はMSWの所属が確認された医療機関を調査対象とするなど回収率を高めるための工夫が必要である。

このような限界が確認されるものの、本研究はこれまで明らかにされてこなかったMSWの退院援助における家族評価の実践状況について、潜在ランク理論の分析によって順序性をもった3つの段階反応があることを提示できた点に成果がある。潜在ランク理論の分析は、恣意的に個人を複数の集団に分類するクラスター分析等の統計手法と異なり、適合度指標に基づいた分類を行うこと<sup>45)</sup>、単に合計得点によって回答者を順序化するのではなく、項目ごとの識別力や困難度を考慮して回答者の特性を推定すること<sup>35)</sup>が可能である。そのため、本研究ではより高い妥当性を有する方法を用いて結果を示すことができたと考える。

## V. 結 論

本研究の結果、最も望ましい実践を示していたランクに所属するMSWは4割に満たないこと、実践の促進には「職場外におけるロールモデルの有無」「スーパーバイザー・講師経験」「家族ライフサイクルモデルの学習経験」が関連することが確認された。今後は家族ライフサイクルモデルに関する理解を深め、援助実践への活用・応用の視点を涵養できるような養成・現任教育を行うこと、職場外の教育・支援体制や連携体制を整え、MSWを支えるネットワークを構築することが重要であると考えられた。

本研究にあたり，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く感謝申し上げます。

本研究は2019年度助教研究特別支援制度（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関連要因の検討；研究代表者 杉山 京）より助成を受けて実施した研究の一部である。

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000146722.pdf> (2019年12月10日アクセス)
- 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. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf> (2019年12月10日アクセス)
- 3) 田中千枝子. 保健医療ソーシャルワーク論. 東京：勁草書房, 2008：31-40.
- 4) 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構. 介護療養病床等における入所者の実態に関する調査研究 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査「介護保険施設」報告書（平成22年度老人保健健康増進等事業）. 2011.
- 5) Franklin C and Jordan C. Qualitative Assessment: A Methodological Review. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Service* 1995;76 (5) :281-295.
- 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) 竹本与志人, 香川幸次郎. 血液透析患者の家族における療養負担感と療養継続困難感の関連性. *社会福祉学*. 2008；49（1）：87-97.
- 8) 竹本与志人, 香川幸次郎, 白澤政和. 血液透析患者の精神的健康と主介護者の療養継続困難感との関連性. *メンタルヘルスの社会学*. 2008；14：53-63.
- 9) Persson J, Holmgaard 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.
- 10) 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.
- 11) 桐野匡史, 中島望, 松本啓子他. 在宅家族介護者の介護関連デイリー・ハッスルと介護放任傾向との関係. *日本保健科学学会誌*. 2012；15（2）：71-80.
- 12) 湯原悦子. 介護殺人の現状から見出せる介護者支援の課題. *日本福祉大学社会福祉論集*. 2011；125：41-65.
- 13) 倉本亜優未, 杉山京, 仲井達哉他. 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. *社会医学研究*. 2020；37（2）：107-120.
- 14) 武田加代子, 南彩子, 杉本照子. ソーシャルワーク実践における価値 医師・看護師・ソーシャルワーカーの比較研究から. *社会福祉学*. 1996；37（2）：101-115.
- 15) 保正友子. ソーシャルワーカーの専門的力量についての予備的研究 同一事例の検討による若手とベテランのコメント比較に基づいて. *社会福祉実践理論研究*. 2005；14：27-41.
- 16) 保正友子, 横山豊治. 医療ソーシャルワーカーの専門的力量に関する考察 同一事例の検討による若手とベテランの共通点と相違点. *立正大学社会福祉学部紀要 人間の福祉*. 2007；21：111-124.
- 17) 横山豊治, 保正友子. 同一事例に対するソー

- シャルワーカーの見解の比較 若手とベテランへのインタビュー調査より. 社会福祉士. 2007; 14: 189-197.
- 18) 保正友子, 横山豊治. 経験年数の違いとソーシャルワーカーの援助視点の異同に関する考察 医療ソーシャルワーカーへの紙面による事例検討に基づいて. 立正大学社会福祉学部紀要 人間の福祉. 2008; 22: 173-187.
- 19) 保正友子. 医療ソーシャルワーカーの成長への道のり 実践能力変容過程に関する質的研究. 東京: 相川書房, 2013: 83-96.
- 20) 厚生労働省. メンター制度導入・ロールモデル普及マニュアル. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000106269.pdf> (2019年12月16日アクセス)
- 21) Robinson VP. Supervision in Social Case Work: A Problem in Professional Education, University of North Carolina press, 1936:53.
- 22) 日本家族研究・家族療法学会編. 家族療法テキストブック. 東京: 金剛出版, 2013.
- 23) Epstein NB, Bishop DS and Levin S. The McMaster Model of Family Functioning. Journal of Marriage and Family Counselling 1978; 4:19-31.
- 24) Olson DH, Sprenkle DH and Russell C. Circumplex Model of Marital and Family System: I Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types and Clinical Applications. Family Process 1979;18 (1) :3-28.
- 25) Santa-Barbara J, Steinhauer P and Skinner H eds. The Process Model of Family Functioning Theory, Research and clinical Applications, A Monograph, 1981.
- 26) Beavers WR. A Systems Model of Family for Family Therapist. Journal of Marriage and Family Therapy 1981; 7 :299-307.
- 27) Hill R, Foote N and Aldous J, et al. Family Development in Three Generations: A Longitudinal Study of Changing Family Patterns of Planning and Achievement, Schenkman Publishing Company, 1970.
- 28) Hill R. Families Under Stress: Adjustment to the Crisis of War Separation and Reunion, Harper and Brothers Publishers. New York, 1949.
- 29) McCubbin HI, Cauble AE and Patterson JM eds. Family Stress, Coping, and Support, Thomas. Springfield, 1982:26-47.
- 30) 野々山久也, 清水浩昭編. 家族社会学の分析視覚. 京都: ミネルヴァ書房, 2001: 221-238.
- 31) Hill R. Generic Features of Families under Stress. Social Casework 1958;39:139-150.
- 32) Shojima K. Neural test theory. DNC Research Note 2007;07-02.
- 33) Muthen LK and Muthen BO. Mplus User's Guide, 5th Ed. Muthen & Muthen, 2007.
- 34) 山本嘉一郎, 小野寺孝義編. Amos による分散構造分析と解析事例. 京都: ナカニシヤ出版, 1999: 16-17.
- 35) 清水裕士, 大坊郁夫. 潜在ランク理論による精神的健康調査票 (GHQ) の順序的評価. 心理学研究. 2014; 85: 464-473.
- 36) 杉山京, 竹本与志人. 地域包括支援センターの専門職を対象としたかかりつけ医との連携実践と関連要因の検討. 社会福祉学. 2018; 59 (1): 83-95.
- 37) 法橋尚宏, 本田順子, 平谷優子他. 家族機能のアセスメント法 FFFS日本語版 I の手引き. 東京: EDITEX, 2008.
- 38) 田中結香, 望月宗一郎. 医療ソーシャルワーカー (MSW) が抱える業務上の不安と解消の手立て. 保健医療福祉連携. 2015; 8 (2): 146-154.
- 39) 公益財団法人日本医療社会福祉協会編. 保健医療ソーシャルワークの基礎 実践力の構築. 東京: 相川書房, 2015: 159-170.
- 40) 山崎恵子, 内田宏美, 長田京子他. 中高年看護師の職業継続のプロセスとその思い. 日本

- 看護管理学会誌. 2012 ; 16 ( 1 ) : 34-44.
- 41) 野々山久也, 清水浩昭編. 家族社会学の分析視覚. 京都 : ミネルヴァ書房, 2001 : 184.
- 42) Duvall EM. Family Development Third Edition. J. B. Lippincott Company, 1967:27-52.
- 43) 日本家族研究・家族療法学会編. 家族療法テキストブック. 東京 : 金剛出版, 2013 : 56.
- 44) 鈴木裕介. 医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構造. 社会福祉学. 2017 ; 58 ( 1 ) : 26-40.
- 45) Magidson J and Vermunt JK. Latent class models for clustering; A comparison with K-means. Canadian Journal of Marketing Research 2002;20:37-44.
- (受付 2020.2.28 : 受理 2020.7.21)

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の回答分布 (n=215)

項目	いつも している	まあ している	あまり していない	まったく していない
	人数 ( % )	人数 ( % )	人数 ( % )	人数 ( % )
「退院に対する家族の感情と代弁機能」に関する項目				
yA1 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	130 (60.5)	72 (33.5)	11 (5.1)	2 (0.9)
yA2 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	124 (57.7)	77 (35.8)	13 (6.0)	1 (0.5)
yA3 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	177 (82.3)	33 (15.3)	4 (1.9)	1 (0.5)
yA4 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	124 (57.7)	75 (34.9)	14 (6.5)	2 (0.9)
「家族の健康状態と介護力」に関する項目				
yA5 介護者の健康状態をアセスメントしている	119 (55.3)	81 (37.7)	15 (7.0)	0 (0.0)
yA6 介護者の介護経験の有無をアセスメントしている	77 (35.8)	87 (40.5)	49 (22.8)	2 (0.9)
yA7 介護者の疲労度をアセスメントしている	107 (49.8)	86 (40.0)	22 (10.2)	0 (0.0)
yA8 介護者の介護意欲をアセスメントしている	116 (54.0)	89 (41.4)	10 (4.7)	0 (0.0)
「退院に向けた家族間のコミュニケーション」に関する項目				
yA9 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	97 (45.1)	96 (44.7)	20 (9.3)	2 (0.9)
yA10 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	68 (31.6)	96 (44.7)	49 (22.8)	2 (0.9)
yA11 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	115 (53.5)	89 (41.4)	11 (5.1)	0 (0.0)
yA12 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	69 (32.1)	92 (42.8)	48 (22.3)	3 (1.4)
「退院に対する家族の受容」に関する項目				
yA13 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	137 (63.7)	73 (34.0)	3 (1.4)	2 (0.9)
yA14 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	81 (37.7)	104 (48.4)	29 (13.5)	1 (0.5)
yA15 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	123 (57.2)	84 (39.1)	8 (3.7)	0 (0.0)
yA16 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	126 (58.6)	80 (37.2)	9 (4.2)	0 (0.0)
「退院に向けた家族の役割機能」に関する項目				
yA17 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	69 (32.1)	101 (47.0)	40 (18.6)	5 (2.3)
yA18 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	82 (38.1)	83 (38.6)	47 (21.9)	3 (1.4)
yA19 患者の家庭内での立場をアセスメントしている	90 (41.9)	93 (43.3)	29 (13.5)	3 (1.4)
yA20 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	76 (35.3)	99 (46.0)	37 (17.2)	3 (1.4)

※人数の割合 (%) に関しては、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

# A Study of Factors Related to Family Assessment in Assisted Hospital Discharge Targeting Medical Social Workers

Ayumi Kuramoto<sup>1)</sup>, Kei Sugiyama<sup>2)</sup>, Yoshihito Takemoto<sup>3)</sup>

---

## Abstract

This study was aimed at examining factors that affect family assessment in medical social worker-assisted hospital discharge. A mail survey employing an anonymous, self-administered questionnaire was distributed to medical social workers (MSW) working in 1,380 medical institutions in the Kanto region (excluding the Tokyo Metropolitan region). The questionnaire had sections on respondents' attributes, family therapy-related experience, and family assessment of MSW-assisted hospital discharge. Firstly, we conducted the Latent Rank Theory (LRT) of data from 215 questionnaires that were answered with no missing values. Secondly, the characteristics of the estimated latent rank were clarified through a significance test conducted for the presence or absence of attributes among latent ranks and family therapy-related experiences. Finally, an ordinal logistic regression analysis was conducted to examine the factors related to latent rank. The results of the statistical analysis based on the LRT revealed that three-rank model was optimal. Moreover, the results of the ordinal logistic regression analysis confirmed that "presence of role models outside the workplace", "supervisor/teacher experience", and "experience learning the family life cycle model" were significantly related to the latent rank of family assessment in MSW-assisted hospital discharge. We recommend providing education that enables the practical utilization and application of the family life cycle model; establishing an education and support system and a collaboration system outside the workplace; and building a support network for MSWs.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 27 - 40】

**Key words** : Medical Social Workers, Hospital Discharge, Family Assessment

---

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 Science, Okayama Prefectural University

## 原著論文

## 未就学児を養育する母親の受援力尺度の信頼性と妥当性

木村美也子<sup>1)</sup>, 尾島俊之<sup>2)</sup>

## 要旨

背景・目的：児童虐待は増加の一途を辿り，介入の難しさも報告されていることから，親には支援を受け入れ活用する受援の力が求められる．本研究では未就学児を養育する母親の受援力尺度を作成し，信頼性・妥当性を検討することを目的とした．

方法：全国の未就学児の母親を対象としたインターネット調査により，47都道府県各100名ずつ，計4,700名から回答を得た．因子分析，項目分析を行い，Cronbach  $\alpha$  係数，I-T相関，項目削除時  $\alpha$ ，被援助志向性との相関係数を算出した．また受援力と属性・特性の2変量間の関連を検討した（ $t$ 検定，一元配置分散分析）．

結果：因子分析の結果，未就学児の母親の受援力は「受援の機会を活用しようとする姿勢」（5項目  $\alpha = 0.82$ ）と「受援に対するためらいと抵抗」（3項目  $\alpha = 0.80$ ）の2因子で構成されていた．それぞれを下位尺度として項目分析をしたところ結果に異常値はみられず，類似概念である被援助志向性の下位尺度とも有意な相関が認められた．また受援力の低い母親ほど精神健康が良好でなく，虐待傾向もみられた．

考察：因子分析で2因子が確認され，それぞれ十分な  $\alpha$  係数が得られ，かつ類似概念とも関連がみられたことから未就学児の母親の受援力の指標として信頼性，妥当性が概ね得られたと考える．虐待傾向のある母親ほど受援力が低い傾向が示されているため，今後は追跡調査により，母親の受援力の促進要因を探索し，その向上に向けた具体策を検討してゆきたい．

【社会医学研究2021；38（1）：41-53】

キーワード：支援，受援，受援力スケール，母親，未就学児

## I. 緒言

わが国では児童虐待が増加の一途を辿り，2018年度の児童虐待相談件数は15万9,850件（速報値）と過去最多<sup>1)</sup>を更新している．また2017年度の虐待による子の死亡は65人，そのうち心中は13人に

上る<sup>2)</sup>という．心中以外の虐待死では0歳児が最多の28人（53.8%），その主たる加害者は実母25人（48.1%）であり，「泣きやまないことにいらだったため」（6人，11.5%）といった理由が挙げられている<sup>2)</sup>．こうした状況を踏まえ，国を挙げての子育て支援，児童虐待対策が取られてきたが，解決には程遠い状況であることは，上記の数値を見ても明らかである．

必要に応じて他者に援助を求める力を援助要請，その援助を求めるかどうかについての認知的枠組みは被援助志向性<sup>3)</sup>とされるが，こうした概念を用いた研究が，子育て支援領域でも広がってきて

1) 聖マリアンナ医科大学 予防医学教室

2) 浜松医科大学 健康社会医学講座

連絡先：木村美也子

住所：〒216-8511

神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1

TEL: 044-977-8111（内線3424）FAX: 044-977-8356

E-mail: mkimura@marianna-u.ac.jp

いる<sup>3,4)</sup>。実際、被援助欲求の低い母親は、子育てに困難を抱えていてもサポートを求めることができず高いストレスを感じ<sup>5)</sup>、また援助に対する抵抗感が高い母親ほど育児不安を感じやすく、子どもの世話を他者に頼むといった道具的サポートを受けていない<sup>3)</sup>という。こうしたことから母親の援助に対する抵抗感を軽減し、自ら援助を求め、要請する行動を促すことが求められているのであろう。

一方で、望む援助を求める/受けるだけでなく、かけがえのない子どもの命を守るために望まない援助を受けることも、時には必要ではないだろうか。例えば、虐待の発覚を恐れて保健医療関係者や行政の介入を拒む親の存在は、その子どもの死とともに報道され、問題視されてきた。こうした親には援助を求める力と同じく、援助を受け入れる力、すなわち気が進まなくても助言に耳を貸し、時には介入を受け入れるといった力が求められるのではないか。

援助を受け入れる力については、内閣府<sup>6)</sup>が「受援力」とし、災害が起こった際等に「ボランティアを地域で受け入れる環境・知恵等のこと」と定義づけている。被災地での受け入れ環境が整っていなかったために、ボランティアの力が十分に発揮できなかった<sup>6)</sup>という背景から、自治体や地域においても支援を受け入れる力=受援力を高める必要性が認識され、災害対策等に多く用いられるようになってきたようである。

これに対し宮本<sup>7)</sup>は、保健医療行動科学の立場としての受援力を「健康上の問題を抱えている個人が問題解決に向けた支援を受け入れ活用する力」とし、健康行動におけるセルフケア支援・援助関係構築に応用することの重要性を指摘している。しかしこうした視点から受援力を測定した実証研究はまだあまりみられず、高齢者を対象とした研究<sup>8)</sup>で徐々に発展しつつある状況である。また健康上の問題を抱えていない個人、特に先述したような乳幼児を養育する母親等において、支援を受け入れ、活用することが極めて重要であると思われる。実際にそうした指摘も散見されるのだが、母親の受援力を明らかにした実証研究は、著者らが

知る限りはみあたらない。

概念としては、従来から使用されてきた援助要請とそれを促す被援助志向性が受援力と極めて近く、一部重複しているように思われる。例えば被援助志向性の尺度を開発した田村ら<sup>9,10)</sup>は、「自分は、人に相談したり援助を求める時、いつも心苦しさを感じる」「他人からの助言や援助を受けることに、抵抗がある」等を、援助関係に対する抵抗感や否定的感情を表す下位尺度（逆転項目）とし、「援助関係に対する抵抗感の低さ」と命名している。一方、高齢者を対象とした大規模疫学調査<sup>8)</sup>では、「悩みがあるときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり助けを求めたりすることは恥ずかしいことだと思いますか」という質問で受援力を捉えており、これは先に示した被援助志向性の「援助関係に対する抵抗感の低さ」と同質の「抵抗感」を測定していると言える。また、「相談したり助けを求めたりすること」自体は援助要請ともいえることから、援助要請に対する抵抗感の低さを受援力とみなしているとも言える。実際、「助けを求めることに抵抗感がない」（被援助志向性が高い）人ほど、「助けを求める」（援助要請）という行動をとりやすく、それにより人から支援を受ける機会は多くなるであろうことから、そのような傾向をもつ人を受援力の高い人ということができよう。しかしすでに述べたように、幼い子を養育する親には、援助関係に対する抵抗感の低さや自ら援助を求める姿勢だけでなく、時に不安や遠慮から気が進まないことがあっても、支援者の働きかけを拒絶をせずに受け入れる、という受動的姿勢も必要である。内閣府が受援力という用語を広め、その力を求め始めた背景にも、ボランティアの支援を拒絶せずに受け入れることの重要性を周知する必要があったからであろう。

そこで本研究では、従来の被援助志向性、援助要請の要素も含め、かつ他者からの援助を受け入れる受動的姿勢を取り入れた概念で受援の力を捉えたいと考えた。そしてこの未就学児の親の受援力を「就学前の児を養育する親の心身の負担の軽減とその児の健やかな発育につながる支援を受け

入れ、活用する力」とし、本研究ではその尺度の信頼性・妥当性を検討することを目的とした。

## II. 方 法

### 1. 対象

インターネット調査会社に調査を委託し、登録されているモニターのうち、未就学児を養育している母親4,700名に対して、調査を実施した。調査会社には、全国47都道府県から各100名ずつ回答が得られるように依頼しており、全ての地域からの回答が収集された時点で、調査を打ち切った。調査期間は2020年2月（11日間）である。尚、当該インターネット調査会社は複数社のパネルと連携しており、アンケートへの協力が得られるパネルの登録者（自らの自由意思で登録した一般市民）は2020年1月時点で473万人、年代別では20代（23%）、30代（23%）、40代（22%）と子育て期の親に該当する年代が多く、女性は62%、既婚者は59%、子どもがいる登録者は49%となっている。

### 2. 調査項目

#### 属性

属性として、母親の年齢、学歴、暮らし向き、就業状況、婚姻状況、子どもの数、子どもの年齢（未就学児が複数いる場合は最も幼い子の年齢、その他、子どもに関する質問は全て最も幼い子の状況）、性別、養育状況等を尋ねた。

#### 被援助志向性

被援助志向性尺度は、中学校教員を対象とした調査で田村ら<sup>9,10)</sup>によって作成された尺度であるが、永井<sup>3)</sup>が保育所、幼稚園、子育て支援教室に在籍している養育者を対象とした調査で用い、再度因子分析を実施して、その信頼性、妥当性についても援用可能であることを実証している。永井<sup>3)</sup>の被援助志向性尺度は2因子で構成されており、第1因子は「援助に対する抵抗感」と命名され、「人に相談したり援助を求めるとき、いつも心苦しさを感じる」「他人からの助言や援助を受けることに、

抵抗がある」「何事も他人にたよらず、自分で解決したい」「人は誰でも、相談や援助を求められたら、わずらわしく感じると思う」「自分は、よほどのことがない限り、人に相談することがない」「自分が困っているとき、周りの人には、そっとしておいてほしい」「他人の援助や助言は、あまり役立たないと思っている」の7項目で形成されている。一方、第2因子は「援助の欲求」と命名され、「困っていることを解決するために、他者からの助言や援助が欲しい」「困っていることを解決するために、自分と一緒に対処してくれる人が欲しい」「自分が困っているときには、話を聞いてくれる人が欲しい」「今後も、自分の周りの人に助けられながら、うまくやっていきたい」の4項目で形成されている。今回は未就学児の母親を対象とした調査であるため、永井<sup>3)</sup>の2因子の下位尺度を使用した。回答は「あてはまらない」～「あてはまる」（1点～5点）の5件法とし、それぞれ下位尺度として単純加算したスコアを用いた。

#### 受援力

母親の受援力尺度を作成する際は、援助に対する抵抗感の高さが被援助バリアの高さと関連している<sup>3)</sup>との指摘もあることから、被援助志向性の下位尺度である「援助関係に対する抵抗感の低さ」<sup>9,10)</sup>、「援助に対する抵抗感」<sup>3)</sup>を一部参考に、「Q7. 他人に手伝いを頼むことには遠慮や抵抗がある」「Q8. 困っている時でも、できるだけ他人の力を借りずに自分自身で解決する」の2項目を作成した。また、本調査の前年の2019年2～3月に被災地（宮城県、岩手県、福島県、熊本県）の特別支援学校14校の保護者を対象に自記式質問紙調査を実施しており、その際に対象者の受援力を検討するために用いた質問項目「Q6. 困っている時に“大丈夫ですか” “困っていることはありませんか”と聞かれても、大丈夫だと答えてしまう」「Q1. 他人の支援はありがたく受け入れる方だ」も今回の質問項目に加えた。実際にこの被災地の調査<sup>11)</sup>では、困っている時に大丈夫だと答えてしまう保護者は6割近くに及んでおり（東北59.5%、熊本

59.8%), 自由記述には, 「こちらが支援を遠慮してしまう傾向があります. 〈中略〉本当はノド元まできているんですよ. あれをして欲しい, これをして欲しい… 支援される側も, 素直に言えるようになる事が課題かもしれません.」といった切実な思いも記されていた. これらから, 支援を得る機会を逸することなく, 受け入れる姿勢を示せることが, 「支援を受け入れ, 活用する力」と考えられ, 今回の受援力尺度に取り入れた.

さらに乳幼児を養育中の親に焦点を当てた質問として, 「Q3. 自分や子どもを心配してのことであれば, 保健師らの訪問や電話も受け入れる」「Q2. 専門職(医師・看護師・助産師・保健師等)からの助言はできるだけ聞くようにしている」の2項目を作成した. これは本調査の前に行っていた未就学児の母親を対象としたグループインタビュー調査から抽出, 作成したものである. 例えばグループインタビューでは, 乳児の体重が増えないことを心配して電話を掛け続ける保健師を, 拒否し続けた母親の体験が語られた. そして, 母親が望んでいる支援と提供される支援の間に大きな違いがあること, 母親らが意思の疎通の難しさを感じていること<sup>12)</sup>等が明らかになった. こうしたことから, 気が進まないまでも専門職からの支援を受け入れる姿勢も未就学児の親に求められる受援力と考えられた. 他に「Q5. 困っている時は, 誰かに相談する」「Q4. 困っている時に誰かに手伝いを申し出られたら, お願いする」の2項目を加えた. 前者は自ら援助を求める行動(援助要請), 後者は他者からの援助の申し出を受け入れ, 活用する行動であるが, これらも前述の調査<sup>11)</sup>を通じ, 実際の受援につながる行動と考えられた. 以上, 8項目を受援力指標とし, 回答は, 「あてはまらない」～「あてはまる」(1点～5点)の5件法で得た.

#### サポート種類数

サポートと被援助志向性の関連は先行研究<sup>13)</sup>でも示されており, 受援力が高い母親は様々なサポートを活用していることが想定されたため, 本研究ではサポート種類数について回答を得た. 「子育て

に関して困った時に, 相談をしたり頼ったりできるのはどこ/誰ですか」という質問項目に対し, 夫, 父母(義父母), 友人・同僚, 地域住民, 医師, 助産師・看護師, 保健師, 保育園・幼稚園の先生, 行政サービス, 民間のサービス, インターネット, 相談はしない, その他の選択肢から複数回答で回答を求め, 相談はしない, その他以外の回答をそれぞれ1点とし, 単純加算して用いた(範囲0～11).

#### 精神健康

サポートを受けていない母親ほど精神健康が良好でなく<sup>14)</sup>, また産後に精神健康が不良で心身の不調を認知していた母親でも, 実際に専門家に相談したのはその3分の1<sup>15)</sup>との報告もあることから, 精神健康が良好でない母親ほど受援の機会が乏しい可能性が考えられた. そこで本研究では, うつ病・不安障害等の精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され, 国民生活基礎調査<sup>16)</sup>等で広く利用されているK6により, 精神健康度を測定した. K6は「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そわそわ, 落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで, 何が起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をしても骨折りだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の6項目で構成され, 「まったくない」～「いつも」(0点～4点)の5件法で回答を得, 単純加算して用いた(範囲0～24). 合計点数が高いほど精神健康が良好でないことを示す. 尚, 本研究では国民生活基礎調査<sup>16)</sup>で「気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者」とされる10点以上を精神健康が特に良好でない群とした.

#### 虐待傾向

児童虐待を行う親に対する介入の難しさは報道を通じて一般にもよく知られるところであり, 児の健やかな発育につながる支援を受け入れ, 活用する力を示す受援力が乏しい可能性が考えられた. そこで本研究では, 乳幼児健康診査で「子どもを虐待していると思われる親の割合」<sup>17)</sup>を測定する

際に使用される項目の1つを援用し、「この数ヶ月の間に、ご自身がお子さんを叩いたことはありますか」と尋ね、「はい」「いいえ」「どちらともいえない」から回答を得、「はい」を1、それ以外の回答を0として、虐待傾向の有無を検討するために用いた。

### 3. 分析方法

受援力尺度の構成概念妥当性を検証するために、因子分析（主因子法，バリマックス回転）を行った。信頼性については、下位尺度のCronbach  $\alpha$  係数算出により、内的整合性を検討した。加えて項目分析を行い、I-T相関、項目削除時  $\alpha$  を算出した。次に、被援助志向性と受援力は極めて似た構成概念であると考えられることから、構成概念妥当性の検証のために両者の相関をみた。さらに母親の受援力とその特徴を明らかにするため、受援力スコアと属性の2変量間の関連を検討した（ $t$ 検定，一元配置分散分析Bonferroni法）。統計解析には、統計パッケージSPSS21.0 J for Windowsを使用し、有意水準は5%（両側）未満とした。

### 4. 倫理的配慮

本研究は、聖マリアンナ医科大学医学の生命倫理委員会の審議で承認され、実施した（第4648号）。同意はアンケート開始前にWEB画面上で得、さらに回答中に同意を撤回したい場合は、その時点で回答者が自主的に回答を辞めることにより中止可能であった。なお、研究者が得たデータは、モニター管理会社のもつ個人情報には紐づかないため、個人を特定することはできない。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 参加者の属性・特性（表1）

平均年齢は母親が34.4（標準偏差5.5，範囲20-49）歳，子は2.3（標準偏差2.0，範囲0-6）歳であり，子の年齢別にみると0歳児の母親が最も多く1,109名（23.6%）であった。子の性別は男女ほぼ半数（男50.2%女49.8%），養育状況は保育所・幼稚園等に

通っておらず，自宅で養育している状況が48.9%，また専業主婦は44.8%であった。虐待傾向は，調査時において数ヶ月の間に子を叩いた経験がある母親が1,683名（35.8%）であった。その他，関連項目も平均はK6が5.1（標準偏差5.2， $\alpha = 0.915$ ），サポート種類数が2.9（標準偏差1.5），被援助志向性の下位尺度である「援助に対する抵抗感」は23.3（標準偏差5.5， $\alpha = 0.861$ ），「援助の欲求」は14.1（標準偏差3.5， $\alpha = 0.890$ ）であった。

### 2. 受援力スケール

因子分析（主因子法，バリマックス回転）の結果，因子負荷量が0.4以上，固有値1.0以上で2因子が抽出された（表2）。内的整合性を確認するためにそれぞれの $\alpha$ 係数を算出すると，双方共に0.82, 0.80であり，累積寄与率は52.88%であった。第1因子については「困っている時に誰かに手伝いを申し出られたら，お願いする」等支援を受ける機会を積極的もしくは肯定的に受け入れる姿勢を「受援の機会を活用しようとする姿勢」（5項目，平均17.5，標準偏差4.0）とした。一方，第2因子は「困っている時に“大丈夫ですか”“困っていることはありませんか”と聞かれても，大丈夫だと答えてしまう」のように受援の機会を逸してしまうようなためらいや抵抗を表していることから，「受援に対するためらいと抵抗」（3項目，平均10.2，標準偏差2.8）と命名した。それぞれについてI-T相関を確認したが，1項目削除後の $\alpha$ 係数が上記値を超えるものはなく，I-T相関係数も全ての項目で0.5以上であった（表には示していない）。

確認のため，1因子モデルとして検証的因子分析をしたところ，モデルの適合度は低く， $\alpha$ 係数も8項目全体では0.670と2因子よりも低くなったため，本研究では2因子モデルとして扱うこととした。

被援助志向性と受援力の下位尺度間の相関では，被援助志向性の「援助に対する抵抗感」と受援力の「受援に対するためらいと抵抗」が0.46（ $p < 0.001$ ），被援助志向性の「援助の欲求」と受援力の「受援の機会を活用しようとする姿勢」が0.50（ $p < 0.001$ ）

表1 対象者の属性・特性 (n= 4,700)

	n	%		n	%
就業状況			子どもの数		
正規雇用 (育休等含む)	1,279	27.3	1人	2,028	43.1
非正規雇用・パート・アルバイト	1,157	24.6	2人	1,848	39.3
自営業・内職その他	144	3.3	3人以上	824	17.5
専業主婦	2,106	44.8	子どもの年齢		
婚姻状況			0歳	1,109	23.6
未婚・離婚・死別	263	5.6	1歳	899	19.1
既婚/未入籍同居者あり	4,437	94.4	2歳	690	14.7
最終学歴			3歳	591	12.6
中学校	131	2.8	4歳	558	11.9
高等学校	1,311	27.9	5歳	480	10.2
専門学校・短期大学	166	33.7	6歳	373	7.9
大学・大学院	1,667	35.4	子どもの性別		
その他	4	0.1	男児	2,361	50.2
暮らし向き			女児	2,339	49.8
大変苦しい	556	11.8	子どもの養育状況		
やや苦しい	1,535	32.7	保育園通園中	1,499	31.9
普通	2,146	45.7	幼稚園通園中	834	17.7
ややゆとりがある	388	8.3	自宅で養育中	2,297	48.9
ゆとりがある	75	1.6	その他	70	1.5
虐待傾向 (数ヶ月の間にお子さんを叩いたことはありますか)					
はい	1,683	35.8			
いいえ	2,628	55.9			
どちらともいえない	389	8.3			
	平均	標準偏差			
親の年齢 (範囲20-49)	34.4	5.5			
子の年齢 (範囲0-6)	2.3	2.0			
精神健康 (K6) (範囲0-24)	5.1	5.2			
サポート種類数 (範囲0-11)	2.9	1.5			
被援助志向性					
援助に対する抵抗感 (範囲7-35)	23.3	5.5			
援助の欲求 (範囲4-20)	14.1	3.5			
受援力					
受援の機会を活用しようとする姿勢 (範囲5-25)	17.5	4.0			
受援に対するためらいと抵抗 (範囲3-15)	10.2	2.8			

表2 未就学児の母親の受援力尺度因子分析 (n= 4,700)

	因子 I	因子 II	共通性
I. 受援の機会を活用しようとする姿勢 (5項目 $\alpha = 0.823$ )			
2. 専門職 (医師・看護師・助産師・保健師等) からの助言はできるだけ聞くようにしている	0.72	0.23	0.57
4. 困っている時に誰かに手伝いを申し出られたら、お願いする	0.71	-0.06	0.50
1. 他人の支援はありがたく受け入れる方だ	0.70	-0.04	0.49
5. 困っている時は、誰かに相談する	0.69	-0.05	0.47
3. 自分や子どもを心配してのことであれば、保健師らの訪問や電話も受け入れる	0.66	0.14	0.46
II. 受援に対するためらいと抵抗 (3項目 $\alpha = 0.800$ )			
7. 他人に手伝いを頼むことには遠慮や抵抗がある	0.01	0.83	0.69
8. 困っている時でも、できるだけ他人の力を借りずに自分自身で解決する	0.02	0.77	0.60
6. 困っている時に「大丈夫ですか」「困っていることはありませんか」と聞かれても、大丈夫だと答えてしまう	0.06	0.66	0.44
因子寄与	2.43	1.80	
寄与率 (%)	30.35	22.53	
累積寄与率 (%)	30.35	52.88	

表3 全参加者と虐待傾向のある参加者の受援力の回答の分布 (全体n= 4,700、虐待傾向ありn= 1,683)

質問項目		あてはまらない		あまりあてはまらない		どちらともいえない		ややあてはまる		あてはまる	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. 他人の支援はありがたく受け入れる方だ	全体	236	5.0	565	12.0	1,518	32.3	1,368	29.1	1,013	21.6
	虐待傾向あり	98	5.8	206	12.2	558	33.2	470	27.9	351	20.9
2. 専門職（医師・看護師・助産師・保健師等）からの助言はできるだけ聞くようにしている	全体	133	2.8	379	8.1	1,358	28.9	1,870	39.8	960	20.4
	虐待傾向あり	58	3.4	159	9.4	534	31.7	621	36.9	311	18.5
3. 自分や子どもを心配してのことであれば、保健師らの訪問や電話も受け入れる	全体	262	5.6	465	9.9	1,489	31.7	1,527	32.5	957	20.4
	虐待傾向あり	120	7.1	175	10.4	579	34.4	508	30.2	301	17.9
4. 困っている時に誰かに手伝いを申し出られたら、願うする	全体	242	5.1	559	11.9	1,784	38.0	1,444	30.7	671	14.3
	虐待傾向あり	98	5.8	211	12.5	646	38.4	493	29.3	235	14.0
5. 困っている時は、誰かに相談する	全体	230	4.9	570	12.1	1,456	31.0	1,578	33.6	866	18.4
	虐待傾向あり	101	6.0	242	14.4	537	31.9	521	31.0	282	16.8
6. 困っている時に「大丈夫ですか」「困っていることはありませんか」と聞かれても、大丈夫だと答えてしまう	全体	248	5.3	642	13.7	1,535	32.7	1,426	30.3	849	18.1
	虐待傾向あり	103	6.1	210	12.5	517	30.7	536	31.8	317	18.8
7. 他人に手伝いを頼むことには遠慮や抵抗がある	全体	285	6.1	629	13.4	1,416	30.1	1,498	31.9	872	18.6
	虐待傾向あり	113	6.7	200	11.9	497	29.5	539	32.0	334	19.8
8. 困っている時でも、できるだけ他人の力を借りずに自分自身で解決する	全体	253	5.4	634	13.5	1,731	36.8	1,430	30.4	652	13.9
	虐待傾向あり	102	6.1	220	13.1	601	35.7	503	29.9	257	15.3

であった。

### 3. 受援力の回答の分布 (全参加者と虐待傾向のある参加者)

項目別にみた受援力の回答の分布を、全参加者と虐待傾向のある参加者に分け、記した(表3)。「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した者が多かったのは、「Q2. 専門職からの助言はできるだけ聞くようにしている」(全体で60.2%, 虐待傾向ありで55.4%), 次いで「Q3. 自分や子どもを心配してのことであれば、保健師らの訪問や電話も受け入れる」(全体で52.9%, 虐待傾向ありで48.1%)であった。ただし、「あてはまらない」「あまりあてはまらない」と回答した者についてもみると、Q2は全体で10.9%, 虐待傾向ありで12.8%, Q3では全体で15.5%, 虐待傾向ありで17.5%であった。また、「Q1.他人の支援はありがたく受け入れる方だ」に「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した者は全体で50.7%, 虐待傾向ありで48.8%である

が、その一方で「Q6. 困っている時に“大丈夫ですか”“困っていることはありませんか”と聞かれても、大丈夫だと答えてしまう」との質問に、全体の48.4%, 虐待ありで50.6%が「あてはまる」「ややあてはまる」と回答していた。

虐待傾向のある母親は、第1因子「受援の機会を活用しようとする姿勢」の5項目で「あてはまらない」「あまりあてはまらない」と回答している割合が、第2因子「受援に対するためらいと抵抗」3項目で「あてはまる」「ややあてはまる」と回答している割合が、参加者全体の割合より総じて高かった。

### 4. 母親の特徴と受援力の関連

母親の特徴によって受援力にどのような違いがあるのかをみるために、t検定、一元配置の分散分析(Bonferroni法)を行った(表4)。その結果、第1因子「受援の機会を活用しようとする姿勢」では、既婚(未入籍同居あり含む)( $p < 0.001$ ),

表4 母親の特徴と受援力の関連 (n= 4,700)

	n	受援の機会を 活用しようとする姿勢		受援に対する ためらいと抵抗	
		mean	SD	mean	SD
就業状況					
専業主婦	2,106	17.6	4.0	10.4	2.7 <sup>***</sup>
就業などあり	2,594	17.5	4.1	10.1	2.8 <sup>***</sup>
婚姻状況					
既婚未入籍同居者あり	4,437	17.6	4.0 <sup>***</sup>	10.2	3.1
死別・離婚・未婚	263	16.7	4.3 <sup>***</sup>	10.2	2.7
学歴					
短大以上	2,360	17.8	3.9 <sup>***</sup>	10.2	2.9
専門学校以下	2,336	17.3	4.2 <sup>***</sup>	10.2	2.6
暮らし向き					
苦しい/やや苦しい	2,091	17.3	4.1 <sup>**</sup>	10.3	2.8 <sup>*</sup>
普通以上	2,609	17.8	4.0 <sup>***</sup>	10.1	2.7 <sup>***</sup>
子どもの数					
1人	2,028	17.8	4.1 <sup>***</sup>	10.1	2.7
2人	1,848	17.5	3.9 <sup>*</sup>	10.3	2.7
3人以上	824	17.0	4.1 <sup>***</sup>	10.2	2.8
子どもの年齢					
0歳	1,109	18.4	4.2 <sup>***</sup>	10.1	2.8
1歳	899	17.7	4.0 <sup>***</sup>	10.2	2.8
2歳～3歳	1,281	17.3	4.0 <sup>***</sup>	10.3	2.7
4歳～6歳	1,411	17.0	3.9 <sup>***</sup>	10.2	2.7
子どもの性別					
男児	2,361	17.5	4.1	10.2	2.8
女児	2,339	17.6	4.0	10.2	2.8
未就学児の養育状況					
保育園など	2,403	17.1	4.0 <sup>***</sup>	10.2	2.7
自宅で養育	2,297	18.0	4.1 <sup>***</sup>	10.2	2.8
虐待傾向					
なし	3,017	17.8	4.0 <sup>***</sup>	10.2	2.7
あり	1,683	17.2	4.1 <sup>***</sup>	10.3	2.9
K6 (精神健康)					
10点未満	3,730	17.8	4.0 <sup>***</sup>	10.1	2.7 <sup>***</sup>
10点以上	970	16.5	3.9 <sup>***</sup>	10.6	2.8 <sup>***</sup>
サポート種類数					
0	116	13.4	4.6 <sup>***</sup>	10.4	3.7
1	733	15.6	3.9 <sup>***</sup>	10.1	2.9
2	1,142	16.9	3.9 <sup>***</sup>	10.4	2.7
3	1,313	18.1	3.8 <sup>***</sup>	10.2	2.6
4以上	1,396	18.9	3.7 <sup>***</sup>	10.0	2.7

\* : p<0.05, \*\* : p<0.01, \*\*\* : p<0.001  
t検定、一元配置分散分析

短大卒以上 (p<0.001), 暮らし向きが普通以上 (p<0.01), 自宅で養育中 (p<0.001), 虐待傾向なし (p<0.001), K6が10点未満 (p<0.001) で有意にスコアが高かった。また, 子どもの数は少ないほど, 子どもの年齢が低いほど, サポート種類数は多い

ほど, 同スコアは有意に高かった。

一方, 第2因子「受援に対するためらいと抵抗」では, 専業主婦 (p<0.001), 暮らし向きが苦しい (p<0.01), K6が10点以上 (p<0.001) で有意にスコアが高かった。

#### IV. 考 察

本研究では、最も親の庇護を要する時期の未就学児を養育している母親に焦点をあて、彼女らの受援力尺度を作成し、信頼性、妥当性を検証した。因子分析で2因子が確認され、それぞれの下位尺度で十分な $\alpha$ 係数が得られたこと、類似概念である被援助志向性の下位尺度とも相関が認められたことから、信頼性、妥当性が概ね得られたと考えられる。

受援力の回答の分布では、未就学児を特に意識して作成した2項目「Q2. 専門職からの助言はできるだけ聞くようにしている」「Q3. 自分や子どもを心配してのことであれば、保健師らの訪問や電話も受け入れる」で半数以上の母親が該当すると答えており、支援者側からみて望ましい受援への姿勢が確認できたといえよう。しかしその一方で、「保健師らの訪問や電話も受け入れる」ことに否定的な回答が全体の15.5%、虐待傾向ありの17.5%にみられたということは、10人のうち1~2人は援助を受け入れにくい状態と考えられ、単に数値の大小だけで望ましい状況であるとは判断できない。

また、「受援の機会を活用しようとする姿勢」「受援に対するためらいと抵抗」は相反するような思い、行動を測るものであるが、「Q6. 困っている時に“大丈夫ですか”“困っていることはありませんか”と聞かれても、大丈夫だと答えてしまう」では全体の約半数が「あてはまる」「ややあてはまる」と回答している。こうした複雑な母親の心理は、海外でも援助要請 (help-seeking, seeking help) 研究の分野で報告されてきた<sup>18,19)</sup>。例えば医療者が自宅を訪れ、何か問題はないかと尋ねても、自分も子どもも何の問題もないと答えてしまう等、問題を表出できずに否定してしまう母親<sup>20)</sup>は欧米でもみられている。従って、相反するような回答というのは本邦にのみみられるものではないであろう。しかし、受援力に該当する概念を海外で見つけることはできていないため、今回示された結果が本邦の母親の受援力として特徴的なものなのかどう

かはわからない。文化的側面が受援力とどう関連しているのかを検討してゆくためには、国際比較研究等も検討してゆく必要があるだろう。いずれにしても、一見相矛盾するような母親の心理的側面への理解を深め、関わって行くことが重要であり、そのためには子育て支援領域において、受援力、被援助志向性、援助要請等様々な概念を用いたより一層の研究の発展が望まれる。

受援力の回答の分布において、虐待傾向のある母親は、参加者全体でみた場合に比べ、第1因子「受援の機会を活用しようとする姿勢」5項目全てにおいて否定的、第2因子「受援に対するためらいと抵抗」3項目全てにおいて肯定的な回答が多くみられたことから、虐待傾向にある母親の受援力は低いことが推察された。ただし、虐待の有無と受援力についてt検定(表4)を行ったところ、第1因子でのみ有意差( $p<0.001$ )がみられ、第2因子では有意差がみられなかった。このことから、虐待傾向に関しては特に第1因子の受援力を高めて行くことが重要であると考えられた。

受援力と母親の特徴をみると、第1因子「受援の機会を活用しようとする姿勢」のスコアが高かったのは、既婚/同居者あり、学歴が高い、暮らし向きが普通以上、サポート数種類数が多い等、子育てをする上で恵まれた環境にある母親であった。また0歳児を養育している母親の同スコアが最も高く、子の年齢が上がるにしたがってスコアが少しずつ減少していた。これはQ2、Q3の2項目は保健医療の専門職からの援助について尋ねており、子の年齢が低い程、健診や予防接種、地域の子育て支援等、こうした専門職からの援助を受ける機会が多いことと関係している可能性が考えられた。また、自宅で養育している母親ほど第1因子のスコアが高いという結果も、子の年齢が低いほど自宅で養育している可能性が高いことから、先に述べたように子の年齢の低さで解釈することができるだろう。

子どもの数に関しては、子どもの数が少ない母親ほど第1因子のスコアが高く、子の数が増えるにしたがって、同スコアが減少していた。子の数

が多い程、他者の助けが必要なのではないかと推察されるが、子育て経験がある分、一人っ子を養育している母親（多くは生まれて初めて子育てを体験している母親と考えられる）に比べ、不安感も少なく、援助を要しない可能性もある。しかし、援助が必要な人ほど支援を要請しない<sup>21)</sup>ともいわれていることから、より詳細な分析を進めて行く必要がある。実際、第1因子「受援の機会を活用しようとする姿勢」のスコアが高い程、サポート種類数も多く、精神健康が良好であり、虐待傾向がみられないということは、同スコアの低い母親ほど精神健康が良好でなく、得られるサポートの数も少なく、虐待傾向がみられるということである。また、第2因子「受援に対するためらいと抵抗」のスコアが高い母親ほど暮らし向きが苦しく、精神健康も良好でなかった。これらから、本研究においても、より援助が必要な母親ほど支援を受け入れて活用することが難しく、ためらいや抵抗も多いことが示されたといえよう。こうした母親へのアプローチは容易でないことが推察されるが、その抵抗やためらいを軽減し、受援の機会を活用する姿勢を促す要因を探索し、具体的な対策へとつなげてゆく必要がある。

他に第2因子では、専業主婦が就業している（パート等も含む）母親よりも「受援に対するためらいと抵抗」スコアが高かった。これは働いていないからこそ、より主婦、母親としての役割を期待されている可能性、或いは自身でできることはやらねばならないという気負いがより強い可能性等が考えられる。しかし、なるべく人に頼らずに自分で子育てをしたいと考える女性が専業主婦となる可能性もあり、今後は就業形態と子育てに関する考え方等も視野に入れ、検討する必要があるだろう。また今回は母親を対象としたが、父親の受援力についても探索し、性差についても検討してゆく必要がある。

尚、本研究で開発した未就学児の母親を対象とした受援力尺度は、児童虐待傾向を測定することを目指したものではない。むしろ、育児ストレス等から思わず子に体罰を与えてしまい思い悩む母

親が、児童相談所の介入を待つほどの段階に至らぬ前に、保健師ら専門職の介入を受け入れ、その援助を活用する力に関する1指標として位置づけたいと考える。そして、あらかじめ本ツールを用いて受援力をアセスメントすること等により、訪問や電話を受け入れない傾向にある母親に対する具体的個別的な支援活動の実施へとつなげることができたら幸いである。また、受援力向上のための具体的なアプローチやプログラムによる介入効果を検証する際のアウトカム指標としても活用可能ではないかと考える。

## V. 研究の限界

本研究はインターネット調査で、参加者はあらかじめ調査会社のモニターとして登録されているため、その時点で選択バイアスが生じている。インターネット調査への積極的参加意図があり、子育て支援等に関心の高い母親が多く含まれている可能性がある。逆に、インターネットを使用できない環境にある母親、時間的余裕のない母親等は含まれず、より深刻な状況にある参加者の回答を反映できていない可能性がある。また、本研究は一時点を捉えた横断調査であることから因果関係については言及できない。同じ対象者に実施する予定の追跡調査の結果を待ち、受援力の変動を探索するとともにその促進要因・阻害要因を明らかにし、内的妥当性を検証したいと考える。また、今回は未就学児の母親を対象とした全国調査であるため、同対象に受援力尺度を使用することは可能と思われるが、父親を対象とした調査では検証していないため、未就学児の「親」に適した尺度か否かは言及することができない。同様に特に未就学児を養育している状況を想定して作成した質問項目も受援力尺度に取り入れているため、このままの形で一般化は難しいと考える。

さらに、今回は「この数ヶ月の間に、ご自身がお子さんを叩いたことはありますか」と尋ね、「はい」と回答した母親を虐待傾向あり、としているが、この一問だけで虐待傾向と判断するのは現実には

難しいであろう。ただ、2020年4月より児童福祉法、児童虐待の防止等に関する法律が改正され、親による子どもへの体罰が禁じられるに至った社会情勢もあり、あくまでも虐待の傾向をみる一つの目安としてこの項目を使用した。

一方、本研究の強みとしては、全国47都道府県各100名ずつ回答が得られており、人口に比例していない代わりにある程度は偏りのないデータが得られたと考えられる。今後は地域性による受援力の違い等も検討してゆきたい。また、今回作成した受援力尺度は、従来の被援助志向性、援助要請の要素を含めながらも、援助を受け入れる受動的姿勢にも着眼した新たな概念の尺度であり、望ましい援助関係の形成を目指す研究の1つとして、発展してゆくことが期待できる。さらに、受援力と虐待傾向、精神健康との関連について示唆を得られたことから、受援力の向上を目指すことで、虐待の予防につなげることも期待できる。

## 結論

未就学児の母親の受援力は「受援の機会を活用しようとする姿勢」（5項目）と「受援に対するためらいと抵抗」（3項目）の2因子で構成され、信頼性・妥当性とも概ね確認できた。受援力の低い母親は精神健康が良好でなく、虐待傾向がみられたことから、今後は追跡調査により、母親の受援力の促進要因を探索し、その向上に向けた具体策を検討してゆきたい。

## 謝 辞

本研究は、JSPS科研費（JP17H02612）、厚生労働科学研究費補助金（H28-認知症-一般-002）の助成を受けて実施した。記して深謝致します。また、調査、分析に関して様々なご助言をいただきました姫田（永井）知子先生、尺度の使用を心よくご承諾くださった田村修一先生に心よりお礼申し上げます。英語訳に際しては多くのご助言をいただきました宮越智子先生、豊田春香先生にお礼申し上げます。最後に、研究を応援し続けてくださっ

た盟友、田中勤先生に深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 平成30年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数（速報値）[https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000190801\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000190801_00001.html) (2020年4月10日アクセス)
- 2) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会. 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第15次報告）. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit suite/bunya/0000190801\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit suite/bunya/0000190801_00003.html) (2020年4月10日アクセス)
- 3) 永井知子. 養育者の被援助志向性の特徴と支援に対する意識との関係性－育児不安、身近な人からのサポート、地域支援活動への参加意識との関連より－. 応用教育心理学研究. 2017;33:27-38.
- 4) 永井知子. 子育て支援領域における援助要請研究の概観と今後の課題. 四国大学紀要. 2016;46:69-80.
- 5) 状家莉保. 育てにくさを感じている母親への支援の検討:被援助欲求と具体的な育児サポートに注目して. 神戸大学発達・臨床心理学研究. 2015;14: 7-11.
- 6) 内閣府. 防災ボランティア活動の多様な支援活動を受け入れる地域の「受援力」を高めるために. <http://www.bousai.go.jp/kyoiku/bousai-vol/pdf/juenryoku.pdf>
- 7) 宮本真巳. 受援力に関連する諸問題について－災害支援からセルフ支援まで－日本保健医療行動科学会雑誌. 2015;30:81-86.
- 8) 尾島俊之, 堀井聡子, 横山由香里他. 認知症の3次予防推進のための指標開発. 日本循環器病予防学会誌. 2018;53:191.
- 9) 田村修一, 石隈利紀. 指導・援助サービス上の悩みにおける中学教師の被援助志向性に関する研究－バーンアウトとの関連に焦点をあてて－. 教育心理学研究. 2001;49:438-448.

- 10) 田村修一. 教師の被援助志向性に関する心理学的研究:教師のバーンアウトの予防を目指して. 東京: 風間書房. 2008.
- 11) 木村美也子. 支援を要する子どもを被災地で養育する親の受援への思いと姿勢. 日本公衆衛生学会総会抄録集. 2019;27:71.
- 12) 木村美也子. 未就学児を養育する母親が遭遇するネガティブサポート及びそのインパクトに関する研究 2017年度実績報告書. 科学研究費助成事業 基盤研究 (B) . <https://kaken.nii.ac.jp/ja/report/KAKENHI-PROJECT-17H02612/17H026122017jisseki/> (2020年6月20日アクセス)
- 13) 日下部典子. 乳幼児を育てる母親のソーシャル・サポート希求と被援助志向性. 福山大学人間文化学部紀要. 2014;53-61.
- 14) 藤田大輔, 金岡緑. 乳幼児を持つ母親の精神的健康度に及ぼすソーシャルサポートの影響. 日本公衆衛生雑誌. 2002;49:305-313.
- 15) 玉木敦子. 産後のメンタルヘルスとサポートの実態. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要. 2007;14:37-56.
- 16) 厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf> (2020年6月20日アクセス)
- 17) 国立研究開発法人国立成育医療研究センター. 乳幼児健康診査事業 実践ガイド平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル (仮称)」及び「身体診察マニュアル (仮称)」作成に関する調査研究 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000520614.pdf> (2020年6月20日アクセス)
- 18) Button S, Thornton A, Lee S, et al. Seeking help for perinatal psychological distress: A meta-synthesis of women's experiences. *Br J Gen Pract* *Br J Gen Pract*. 2017;67:e692-e699.
- 19) Rouhi M, Stirling C, Ayton J, et al. Women's help-seeking behaviours within the first twelve months after childbirth: A systematic qualitative meta-aggregation review. *Midwifery*. 2019;72:39-49.
- 20) Mauthner NS. Postnatal depression: how can midwives help? *Midwifery*. 1997;13:163-71.
- 21) 笠原正洋. 保育者による育児支援: 子育て家庭保護者の援助要請意識および行動から. 中村学園研究紀要. 2000;32:51-58.  
(受付 2020.5.7 : 受理 2020.8.25)

# The reliability and validity of the scale for the capacity to receive support: In the cases of mothers of babies and preschoolers

Miyako Kimura<sup>1)</sup>, Toshiyuki Ojima<sup>2)</sup>

---

## Abstract

### Background

The numbers of child abuse cases have drastically increased in Japan, and the difficulties of interventions for such cases have been reported. Parents need to receive and use appropriate support, although some of them might be reluctant to receive others' help. This study aimed to examine the reliability and validity of the scale of capacity to receive support (CRS) for mothers with babies and preschoolers.

### Method

An Internet-based survey was conducted for mothers with babies and preschoolers (zero to six years old) across Japan. A total of 4,700 responses (100 responses per prefecture) were obtained. Factor analysis and item analysis were performed. We calculated Cronbach  $\alpha$ , I-T correlation, alpha if item deleted, and correlations between the sub-scales of CRS and the sub-scales of help-seeking preferences. To examine how demographics and characteristics reflect the differences of CRS, t-test and one-way ANOVA test were performed.

### Results

Two factors with eigenvalues of one or more were extracted through factor analysis. We confirmed the scale of the CRS which consisted of two subscales (five items under "positive attitudes toward receiving support" and three items under "hesitations and resistances to receive support"). The Cronbach's alpha values of each sub-scale were, respectively, 0.82 and 0.80, and item analysis did not find any abnormal values, demonstrating the scales' reliability. In addition, significant correlations were observed between the sub-scales of CRS and those of help-seeking preferences.

The mothers who had lower capacity to receive support were more likely to have poorer mental health and show more abusive behavior than those who had higher capacity.

### Discussion

We confirmed that the scale of CRS had two factors and these showed high internal consistency reliability. Moreover, these subscales of CRS were correlated with those of help-seeking preferences. Thus, the CRS scale was deemed to have acceptable reliability and validity. Since mothers who reported their abusive behavior were more likely to have low CRS, it is required to explore factors to increase the capacity by conducting follow-up studies.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 41 – 53】

**Key words** : babies, capacity to receive support, mothers, preschoolers

---

1) St. Marianna University School of Medicine, Department of Preventive Medicine

2) Hamamatsu University School of Medicine, Department of Community Health and Preventive Medicine

実践報告

# 新あいりんシェルター居場所棟利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査の報告

三浦康代<sup>1)</sup>, 下内 昭<sup>2)</sup>, 井戸武實<sup>3)</sup>, 田中義則<sup>4)</sup>

## 要旨

背景・目的：あいりん地域の結核患者は、健診で発見される割合が高く、ホームレス及び生活保護受給者に多いことが特徴であるが、大阪市の総合的結核対策が功を奏し、結核罹患率は著しく低下中である。さらなる低下を目指して、新あいりんシェルター居場所利用者の結核健診受診状況、生活状況等に基づいて、今後の結核対策について検討した。

方法：新あいりんシェルター居場所棟の利用者を対象に、2019年11月に、結核に関する聞き取り調査を行い、健診未受診者には受診勧奨を行った。あいりん地域高齢者特別清掃事業登録者（A群）、生活保護受給者（B群）、その他（C群）間で比較を行った。

結果：回答数は211で、A群とC群は、ほぼ毎日シェルターを利用している割合が高かった。結核についての知識や認識は、A群が高く、B群・C群が低かった。結核健診受診勧奨をした者はB群・C群に多かった。

考察：A群に対しては、年2回の結核健診体制が整い、それに伴って適宜、接触者検診も実施されている。このことが、A群の結核に関する認識を高めており、結核定期健診の付随効果と言えるだろう。今後の結核対策として、1. 施設利用者の結核健診受診義務化、2. 施設利用者への結核に関する情報提供の2点があげられた。

【社会医学研究2021；38（1）：54-67】

キーワード：あいりん、結核対策、シェルター、結核健診

## I. 背景・目的

全国の結核の罹患率（人口10万対）は1999年34.6から2018年12.3となり<sup>1)</sup>、年間平均3.4%減少した。国は東京オリンピック・パラリンピックの2020年

までに、人口10万人あたり10人以下の「低まん延国」になるという新たな目標を定めた<sup>2)</sup>。

大阪市の全結核罹患率は、2001年からDOTS（直接監視下短期化学療法：Direct Observed Treatment, Short-course）等の大阪市の総合的結核対策が功を奏し、1999年107.7から2018年29.3となり、年間平均3.8%の著しい減少がみられた。

西成区における結核罹患率は、2018年で134.8であり、依然として24区で最も高い<sup>3)</sup>。そこで西成区では、結核罹患率を2022年までに100未満とすることを目標として、各種結核対策事業が着実に進められている<sup>4)</sup>。

西成区あいりん地域の2018年の新登録結核患者

1) 奈良学園大学

2) 大阪市西成区役所

3) 大阪公衆衛生協会

4) NPO 釜ヶ崎支援機構

連絡先：三浦康代

住所：〒631-8524

奈良市中登美ヶ丘3丁目15-1

奈良学園大学

E-mail：miuraya@nara-su.ac.jp

数は64名で、罹患率は297.7であった<sup>4)</sup>。あいりん地域では、結核患者の高齢化が進んでいる。それに加え、糖尿病をはじめとする生活習慣病やアルコール等による依存症などを伴っている患者も数多く見受けられ、処遇困難な事例が増加してきている。あいりん地域の新登録結核は、大阪市に比し健診発見の割合が高く(35.5% vs 13.0%)、ホームレスの患者の割合が高く(21.1% vs 2.9%)、また、生活保護受給の患者の割合も高い(71.1% vs 28.3%) (いずれも2016年)<sup>5) 6)</sup>。大阪市内のホームレスは、1996年頃から急増し、1998年には8,660人となった。その後、ホームレス自立支援法(2002年)による施策の効果等によって減少に転じたと推定され、2019年では1,023人とされており<sup>7)</sup>、そのほとんどがあいりん地域で生活している。そのため、あいりん地域では引き続き、結核健診による早期発見と対面服薬確認を中心とする徹底した患者支援、接触者健診および未治療陳旧性結核に対する潜在性結核感染症治療を実施している。

大阪市あいりん日雇労働者等自立支援事業(相談支援・居場所支援・高齢日雇労働者社会的就労支援・越年時支援)は、2013年度から施行されており、特定非営利活動法人釜ヶ崎支援機構(以下、NPO釜ヶ崎支援機構)が受託し、運営を行っている。居場所支援では、シェルター(宿泊棟と居場所棟)を使用し、緊急・一時的な宿泊場所を提供するとともに、利用者に対して必要に応じて物品を配布している。利用時間は、午後5時30分から翌日午前8時30分までである<sup>8)</sup>。また、1994年より大阪府と大阪市から受託、運営されているあいりん地域高齢者特別清掃事業(以下、特掃)は、55歳以上の健康な高齢日雇労働者なら登録し、輪番制で就労できる仕組みとなっている。就労者の新規登録や年度替わりの更新登録は公益財団法人西成労働福祉センターが窓口となり、NPO釜ヶ崎支援機構が事業を運営している。登録の際には結核健診を記録した結核健診受診カード(以下、グリーンカード)等の提示を義務付けている<sup>9)</sup>。更新時期である2~4月時点で6か月以内に受診している者には結核健診受診の免除を行っている。年度途中

の夏季には、NPO釜ヶ崎支援機構の特掃事務所が特掃登録者を対象に、禁酒の館前にて、あいりん結核健診(検診車での結核健診)の受診を勧奨している。従って、特掃登録者は通常、6か月に1度の結核健診を受診している。

シェルター利用者から発見された結核患者数(うち喀痰塗抹陽性割合)の年次推移を見ると、2011(平成23)年15名(46.7%)、2012(平成24)年13名(23.1%)、2013(平成25)年13名(46.2%)、2014(平成26)年13名(38.5%)、2015(平成27)年10名(50.0%)、2016(平成28)年12名(25.0%)で、2013年から2016年には結核健診を受診している特掃登録者の中から、各30名の新登録結核患者が発生したが<sup>10)</sup>、発生数は年々減少している。

新あいりんシェルターは2016年1月より設置された。うち宿泊棟は2階建1棟(延べ床面積1376㎡)、冷暖房付き、空気清浄機計16台、2段ベッド、毛布一人当たり3枚、定員532名、利用時間17:30~8:30である。また、管理・居場所棟は3階建1棟(延べ床面積907㎡)で1階と2階が利用可、冷暖房付き、次亜塩素酸空間除菌脱臭機計6台、テーブル、いす、一部畳あり、大型テレビ3台、食堂、給湯サービスあり、利用時間9:00~17:00である<sup>11)</sup>。昼間に居場所だけ利用する者や、特掃等の就労日に夕方と夜間のみ利用する者、就労日以外は終日利用する者等、さまざまに利用できる状況である。

居場所棟やシェルターの利用者のうちの、特掃登録者以外の居場所棟利用者の結核健診受診状況等を把握し、居場所棟利用者の中からの結核患者の発生を効果的に減少させる改善方法をさぐるための情報収集として、あいりんシェルター居場所棟利用者を対象とした聞き取り調査を実施した。

本調査の目的は以下のとおりである。1. 新あいりんシェルター居場所棟利用者の結核健診受診状況や生活状況の分析結果、及び2013年調査との比較に基づいて、今後の結核対策の課題と改善方法をさぐる。2. 特掃登録者と特掃登録者以外の結核に関する認識の違いについて分析し、定期結核健診受診による付随効果を評価する。3. 聞き

取り調査の機会を活用して、結核健診未受診の新シェルター居場所棟利用者へのあいりん結核健診受診勧奨を行う。

## II. 方 法

調査方法は、対面聞き取り調査とした。調査当日までに調査員に調査方法を説明し、当日の打ち合わせ時に再確認を行い、聞き取り方法についての認識の統一を図った。調査員の役割分担は、粗品引換券配付1名、全体調整2名、誘導5名、聞き取り調査12名であった。調査員は、研究者・公益財団法人大阪公衆衛生協会・特定非営利活動法人釜ヶ崎支援機構・大阪市西成区保健福祉センター・大阪市西成区役所・その他の協力者で、職種の内訳は保健師・医師・相談員・事務職員・学生等であった。

### 1. 調査対象者、調査日時、実施場所、質問項目、結核健診受診勧奨ちらし

1) 調査対象者:新あいりんシェルター居場所棟(通称:禁酒の館)利用者

2) 調査日時:2019年11月19日(火)13:00~17:00(所要時間は1名当たり、約5~10分)

3) 実施場所:新あいりんシェルター居場所棟1階、2階の計5か所

4) 質問項目:年齢、主な仕事や収入源、当日のシェルター利用の有無、シェルターの利用頻度、利用期間、釜ヶ崎に結核が多いことを知っているか、結核の治療経験の有無、現在の自覚症状、痰の中に結核菌が出ていなければ肺結核は通院治療で治せることを知っているか、咳が出ているときのマスクの着用の有無、結核で要入院と言われたら入院できるか、入院医療費の個人負担は不要であることを知っているか、結核健診受診の有無、あいりん健診(検診車での結核健診)受診の有無、グリーンカード(結核健診受診カード)の保持状況、機会があればくり返し結核健診を受けるか、受けたくない理由、よく利用する場所、喫煙・飲酒状況

5) 結核健診受診勧奨用ちらし(未受診者向け):聞き取り調査により、結核健診(胸部エックス線

検査)やあいりん健診(検診車での結核健診)を受けたことがない、または、機会があってもくりかえし結核健診は受けないと回答した者には、直近の結核健診日程を記載したちらしを渡し、受診勧奨を行った。

6) 粗品の配付:調査の重複を避けるために、調査開始時点で居場所棟利用者全員に粗品引換券を配付した。その後の入場者には随時、粗品引換券を配付した。聞き取り調査が終わるごとに調査員が粗品引換券を回収し、粗品(カップ麺等)を配付した。

### 2. 分析方法

1) 特掃登録者(以下A群)、生活保護受給者(以下B群)、その他(以下C群)の各群の比較

A群とA群以外の者の比較によって、結核定期健診受診による結核に関する知識や認識等の付随効果を評価した。

2) 結核健診受診勧奨用ちらしを配付した対象者(D群)の特性把握

3) 2013年調査<sup>12)</sup>と2019年調査(本調査)の比較

2013年調査<sup>12)</sup>の回答者は、特掃登録者のほぼ全員(4日間調査)と、シェルター利用者(1日調査)であった。2013年調査と2019年調査の回答者のうち特掃登録者でシェルター利用者、及び特掃登録者以外でシェルター利用者の回答状況を比較した。いずれも検定は $\chi^2$ 検定を使用した。

### 3. 用語の定義

1) 結核健診(胸部X線撮影):本調査において結核健診(胸部X線撮影)とは、西成区保健福祉センター分館で週5回実施している結核健診(即日結果判明)、西成区役所で実施している結核健診(後日に結果判明)、医療機関での核検診、一般定期健診のことと定義する。

2) あいりん健診(検診車での結核健診):本調査においてあいりん健診(検診車での結核健診)とは、あいりん地域で月3~4回実施しているCR(コンピューターX線撮影:computed radiography)検診車による巡回結核健診(即日結果判明)のことと定義する。

3) グリーンカード(結核健診受診カード):あ

いりん健診（検診車での結核健診）と西成区保健福祉センター分館での結核健診では、医師が即日に結果を判定し、グリーンカードに経年的に記録される。特掃に新規登録する場合や、更新登録する場合は、必ずグリーンカードの提示が義務付けられている。グリーンカードは即日に判定される結核健診を受けた者すべてに渡され、特掃登録者以外の者や、生活保護受給者も保持している。

4) 2013年調査<sup>12)</sup>:本調査において2013年調査とは、2013年にNPOヘルスサポート大阪が実施した「あいりん地域高齢者特別清掃事業就労者及びあいりん臨時夜間緊急避難所利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査」<sup>12)</sup>のこととする。2013年10～11月の5日間に、特掃就労者727名、シェルター利用者126名、計853名の回答を得た。

#### 4. 倫理的配慮

本調査は、奈良学園大学研究倫理審査委員会の承諾を得て行った。聞き取り調査は、各調査員が対象者ごとに本調査の目的を説明し、目的以外の使用はしないこと、調査を断っても途中で拒否しても不利な扱いを受けることのないことを説明し、同意を得てから実施した。また、聞き取り調査内容は他者に聞こえぬよう配慮した。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 回答数、回収率、有効回答数（有効回答率）

聞き取り調査の回答者は211名、回答拒否者は5名であった。有効回答数は211で、回収率、有効回答率ともに97.7%であった。居場所利用者はすべて男性で、回答者に重複は見られなかった。

#### 2. A群・B群・C群の回答状況

A群、B群、C群の回答状況を表1に示した。各群の人数は、A群81名(38.4%)、B群36名(17.1%)、C群94名(44.5%)であった。

##### 1) 年齢構成（表1）

回答者の平均年齢は、 $62.58 \pm 10.40$ 歳（A群 $67.59 \pm 6.29$ 歳、B群 $62.00 \pm 10.63$ 歳、C群 $58.49 \pm 11.35$ 歳）で、A群、B群、C群の降順に高かった。各群の年齢幅は、A群55～83歳、B群39～79歳、C群24～84歳であった。

#### 2) 仕事や収入源

表には示していないが、主な仕事や収入源について複数回答を求めた結果、A群では「特掃」のみは67名(82.7%)で、特掃以外に仕事や収入源がある者は14名(17.3%)であった。その内訳は「日雇いの仕事」「空缶回収や不用品の回収」「年金」等であった。C群では、「日雇いの仕事」45名(48.4%)、「空缶回収や不用品の回収」16名(17.2%)、「年金」12名(12.9%)、「アルバイト」8名(8.6%)であった。

#### 3) シェルター利用状況（表1）

本日シェルターを「利用する」と回答したのは、全体の64.1%（A群74.1%、B群13.9%、C群73.4%）で、B群が最も低かった。シェルターの利用頻度においても、「ほぼ毎日」は、A群55.7%、B群17.1%、C群46.2%で、A群、C群では約半数であった。B群の中には、「住んでいるアパートがうるさいので」という理由でシェルターを利用している者が1名みられた。利用期間で割合が高かったのは、A群で「5年以上」54.8%、B群で「1年以内」41.2%、C群で「1年以内」42.4%であった。シェルターを「利用したことがない」と回答した者は全体で31名(15.0%)であった。B群では約半数が「利用したことがない」と回答していた。

#### 4) 結核の既往歴・自覚症状（表1）

肺結核の治療経験「あり」の者は、A群23.5%、B群19.4%、C群5.4%で、3群間で有意な差がみられ( $p=0.0024$ )、A群がB群+C群に比べて有意に高かった。現在の自覚症状では、全体の24.9%が「症状あり」と回答しており、B群が(A+C)群より、有意に割合が高かった( $p<0.05$ )。「咳がよく出る/たんがよく出る」と回答した者は全体の22.7%であった。喫煙習慣の有無別に、「咳がよく出る/たんがよく出る」と回答した者の割合をみると、喫煙者では19.4%、非喫煙者では16.7%であったが、有意差は認められなかった。

#### 5) 結核についての認識状況

「肺結核の治療は排菌していなければ通院治療で可能なことを知っている」者や、「結核で入院治療が必要な場合、医療費の個人負担は不要であることを知っている」者は全体の52.9%、56.0%で、A

表1 特掃登録者(A群)・生活保護受給者(B群)・その他(C群)・結核健診受診を勧奨された者(D群)の回答状況

	全体 (A群+B群+C群)		特掃登録者 (A群)		特掃登録者 以外の居場 所棟利用者 (B+C)群		生活保護 受給者 (B群)		その他 (C群)		うち結核健 診受診を勧 奨された者 (D群)		有意水準	
	N=211		N=81		N=130		N=36		N=94		N=51		p	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
年齢構成	年齢 20歳代	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.8)	0	(0.0)	1	(1.1)	1	(2.0)	
	30歳代	5	(2.4)	0	(0.0)	5	(3.8)	2	(5.6)	3	(3.2)	3	(5.9)	
	40歳代	20	(9.5)	0	(0.0)	20	(15.4)	2	(5.6)	18	(19.1)	6	(11.8)	
	50歳代	44	(20.8)	10	(12.4)	34	(26.2)	10	(27.7)	24	(25.5)	17	(33.3)	
	60歳代	88	(41.7)	41	(50.6)	47	(36.1)	13	(36.1)	34	(36.2)	19	(37.2)	
	70歳代	49	(23.2)	27	(33.3)	22	(16.9)	9	(25.0)	13	(13.8)	5	(9.8)	
	80歳代	4	(1.9)	3	(3.7)	1	(0.8)	0	(0.0)	1	(1.1)	0	(0.0)	
	平均年齢±SD	62.58±10.40歳		67.59±6.29歳		59.46±11.22歳		62.00±10.63歳		58.49±11.35歳		57.39±10.85歳		
シ ェ ル タ ー の 利 用 状 況	本日のシエルターの利用													
	利用する	134	(64.1)	60	(74.1)	74	(57.8)	5	(13.9)	69	(75.0)	25	(51.0)	
	利用しない	75	(35.9)	21	(25.9)	54	(42.2)	31	(86.1)	23	(25.0)	24	(49.0)	
	シエルターの利用頻度													
	利用したことがない	31	(15.0)	7	(8.9)	24	(18.4)	16	(45.7)	8	(8.6)	15	(29.4)	D群とD群以外との間 0.0007 ***
	今回はじめて	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.8)	1	(2.9)	0	(0.0)	1	(2.0)	
	年に数回	14	(6.8)	3	(3.8)	12	(9.2)	2	(5.7)	10	(10.8)	4	(7.8)	
	月に1~3回	16	(7.8)	3	(3.8)	13	(10.0)	6	(17.1)	7	(7.5)	7	(13.7)	
週に1~2回	20	(9.7)	9	(11.4)	11	(8.5)	1	(2.9)	10	(10.8)	6	(11.8)		
週に3~4回	31	(15.0)	13	(16.4)	18	(13.8)	3	(8.6)	15	(16.1)	4	(7.8)		
ほぼ毎日	93	(45.1)	44	(55.7)	49	(37.7)	6	(17.1)	43	(46.2)	14	(27.5)	D群とD群以外との間 0.006 **	
結 核 の 既 往 歴 ・ 現 在 の 症 状 ・ 認 識 状 況	結核の治療経験あり	31	(14.8)	19	(23.5)	12	(9.2)	7	(19.4)	5	(5.4)	5	(9.8)	A群と(B+C)群間 0.0049 **
	結核の治療経験なし	179	(85.2)	62	(76.5)	117	(90.0)	29	(80.6)	88	(94.6)	46	(90.2)	A群・B群・C群間 0.0024 **
	現在 症状なし	157	(75.1)	63	(77.8)	94	(72.3)	22	(61.1)	72	(78.3)	34	(66.7)	A群と(B+C)群間 0.4795 NS
	現在 症状あり	52	(24.9)	18	(22.2)	34	(26.2)	14	(38.9)	20	(21.7)	17	(33.3)	B群と(A+C)群間 0.0326 *
	釜ヶ崎は結核が多いことを知っているか													
	知っている	185	(87.7)	74	(91.4)	111	(88.1)	29	(80.6)	82	(87.2)	39	(76.5)	A群と(B+C)群間 0.1992 NS
	知らない	26	(12.3)	7	(8.6)	19	(15.1)	7	(19.4)	12	(12.8)	12	(23.5)	D群とD群以外との間 0.0052 **
	肺結核の治療は結核菌が出ていなければ通院治療で治せることを知っているか													
	知っている	111	(52.9)	50	(61.7)	61	(46.9)	19	(52.8)	42	(45.2)	19	(37.3)	A群と(B+C)群間 0.0413 *
	知らない	99	(47.1)	31	(38.3)	68	(52.3)	17	(47.2)	51	(54.8)	32	(62.7)	D群とD群以外との間 0.0103 *
	結核で入院治療が必要な場合、医療費の個人負担は不要であることを知っているか													
	知っている	117	(56.0)	52	(64.2)	65	(50.0)	20	(55.6)	45	(48.9)	18	(35.3)	A群と(B+C)群間 0.057 †
知らない	92	(44.0)	29	(35.8)	63	(48.5)	16	(44.4)	47	(51.1)	33	(64.7)	D群とD群以外との間 0.0006***	
結核と診断され入院が必要と言われたら入院できるか														
入院できる	189	(90.9)	74	(93.7)	115	(89.1)	31	(86.1)	84	(90.3)	42	(82.4)	A群と(B+C)群間 0.2717 NS	
入院できない	19	(9.1)	5	(6.3)	14	(10.9)	5	(13.9)	9	(9.7)	9	(17.6)	D群とD群以外との間 0.0152 *	
咳が出ている時のマスクの使用の有無														
使用する	124	(59.0)	47	(58.0)	77	(59.2)	22	(61.1)	55	(59.1)	30	(58.8)	A群と(B+C)群間 0.8112 NS	
使用しない	86	(41.0)	34	(42.0)	52	(40.0)	14	(38.9)	38	(40.9)	21	(41.2)		
結 核 健 診 に 対 す る 認 識 状 況	結核健診(胸部レントゲン撮影)の受診の有無													
	受診している	192	(92.9)	81	(100.0)	111	(85.4)	31	(86.1)	80	(85.1)	32	(62.7)	
	受診していない	19	(7.1)	0	(0.0)	19	(14.6)	5	(13.9)	14	(14.9)	19	(37.3)	
	あおりん健診(検診車での結核健診)の受診の有無													
	受診している	154	(73.0)	78	(96.3)	76	(58.5)	18	(50.0)	58	(61.7)	4	(7.8)	
	受診していない	57	(27.0)	3	(2.4)	54	(41.5)	18	(50.0)	36	(38.3)	47	(92.2)	
	グリーンカード(結核健診受診手帳)保持の有無													
	持っている	154	(73.0)	81	(100.0)	73	(56.2)	13	(36.1)	60	(63.8)	11	(21.6)	
持っていない	57	(27.0)	0	(0.0)	57	(43.8)	23	(63.9)	34	(36.2)	40	(78.4)	D群とD群以外との間 ***	
機会があればくり返し結核健診を受けるか														
受ける	189	(89.6)	79	(97.5)	110	(84.6)	29	(80.6)	81	(86.2)	34	(66.7)	A群と(B+C)群間 0.0028 **	
受けない	22	(10.4)	2	(2.5)	20	(15.4)	7	(19.4)	13	(13.8)	17	(33.3)	D群とD群以外との間 ***	
生 活 習 慣	現在の喫煙状況													
	喫煙している	136	(64.5)	49	(60.5)	87	(66.9)	26	(72.2)	61	(64.9)	38	(74.5)	A群と(B+C)群間 0.342 NS
	喫煙していない	75	(35.5)	32	(39.5)	43	(33.1)	10	(27.8)	33	(35.1)	13	(25.5)	B群と(A+C)群間 0.285 NS
	1日の平均飲酒量													
	飲まない	117	(55.4)	43	(53.1)	74	(57.0)	16	(44.5)	58	(61.7)	30	(58.8)	A群と(B+C)群間 0.5855 NS
日本酒で2合未満/日	67	(31.8)	26	(32.1)	41	(31.5)	17	(47.2)	24	(25.5)	17	(33.3)	B群と(A+C)群間 0.1445 NS	
日本酒で2合以上/日	27	(12.8)	12	(14.8)	15	(11.5)	3	(8.3)	12	(12.8)	4	(7.8)		

注1) \*\*\* : p<0.001, \*\* : p<0.01, \* : p<0.05, † : p<0.1, NS: not significant  $\chi^2$ 検定による。

注2) 無回答者を除いて記載した。

群が (B+C) 群より有意に高い、または高い傾向が見られた ( $p<0.05$ ,  $p<0.1$ ) (表1)。

また、表には示していないが、肺結核の治療経験の有無別に、上記2項目について比較すると、治療経験のある者は、2項目について、7割以上の者が「知っている」と回答しており、治療経験のない者より、結核に関する認識が有意に高かった ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ )。

6) 結核健診の受診状況・結核健診に対する認識状況 (表1)

結核健診 (胸部X線撮影) を受診したことがある者は、A群100.0%、B群86.1%、C群85.1%であった。あいりん健診 (検診車での結核健診) を受診したことがある者は、A群96.3%、B群50.0%、C群61.7%であった。グリーンカード (結核健診受診カード) を所持している者は、A群100.0%、B群36.1%、C群63.8%であった。

「機会があれば繰り返し結核健診を受ける」と回答した者は、A群97.5%、B群80.6%、C群86.2%で、A群が (B+C) 群より有意に高かった ( $p<0.01$ )。

7) 生活習慣 (表1)・利用場所の状況

回答者全体で喫煙者は136名で、喫煙率は64.5%であった。また、飲酒習慣のある者は117名 (55.4%)、日本酒に換算して1日当たり平均2合未満の者は67名 (31.8%)、平均2合以上の者は27名 (12.8%)であった。

居場所以外で、この数か月間に2回以上利用した地域の場所について複数回答を求めたところ、「今宮文庫」84名 (39.8%)、「ふるさとの家」65名 (30.8%)、「三徳生活ケアセンター」53名 (25.1%)、「三徳寮談話室」41名 (19.4%)、「図書館」36名 (17.1%)、「西成市民館」31名 (14.7%)であった。

3. 結核健診受診勧奨を受けた者 (D群) の回答状況

聞き取り調査時に、1年以上の結核健診未受診者、グリーンカード未保持者、特掃登録者以外の者、症状のある者、調査員が必要と判断した者等、計51名 (A群1名、B群17名、C群33名) に直近のあいりん健診の日程を記載した受診勧奨用ちらしを配付した。受診勧奨を受けた者 (以下、D群) は、健診場所等を具体的に確認する等、概ね受診に対

する積極的な姿勢がみられた。D群の回答状況を表1に示した。D群の平均年齢は $57.39 \pm 10.85$ 歳であった。主な仕事や収入源は、「日雇いの仕事」33.3%、「生活保護」33.3%であった。D群の29.4%は、シェルターを「利用したことがない」者で、D群以外の者より有意に多く ( $p<0.001$ )、「ほぼ毎日」が有意に少なかった ( $p<0.001$ )。D群のシェルターの利用期間は、「3年以内」が約9割で、「1か月以内」が22.9%であった。D群では、「釜ヶ崎は結核が多いことを知っている」76.5%、「肺結核の治療は結核菌が出ていなければ通院治療で治せることを知っている」37.3%、「結核で入院治療が必要な場合、医療費の個人負担は不要であることを知っている」35.3%、「結核と診断され入院が必要と言われたら入院できる」82.4%、「機会があれば繰り返し結核健診を受ける」66.7%で、いずれもD群以外の者より有意に割合が低かった。結核健診を受けなかった理由として、「面倒くさい」31.4%、「受ける必要がない (元氣やから)」15.7%、「健診情報 (日程や場所) を知らなかった」9.8%であった。

4. 2013年調査と2019年調査 (本調査) の比較

2013年調査<sup>12)</sup> での特掃登録者でシェルター利用者380名と、2019年調査での特掃登録者で調査当日のシェルター利用者60名の回答状況を比較した。また、2013年調査での特掃以外のシェルター利用者78名と、2019年調査での特掃以外の調査当日のシェルター利用者74名の回答状況を比較した (表2)。

特掃登録者でシェルター利用者、特掃登録者以外のシェルター利用者の平均年齢は6年間にそれぞれ1.8歳、2.6歳の上昇がみられた。特掃登録者でシェルター利用者のシェルター利用状況では、「ほぼ毎日」「5年以上」が有意に増加していた ( $p<0.001$ ,  $p<0.05$ )。肺結核の治療経験者も有意に増加していた ( $p<0.05$ )。「肺結核の治療は結核菌が出ていなければ通院治療で治せることを知っている」者は、特掃登録者でシェルター利用者が69.4%から60.0%、特掃以外のシェルター利用者が53.3%から45.2%に減少していたが、有意差は認められなかった。特掃登録者以外のシェルター利用者のグ

表2 2013年と2019年の聞き取り調査におけるシェルター利用者（特掃登録者・特掃登録者以外）の比較

	対象者 調査日	特掃登録者でシェルター利用者				有意水準	特掃登録者以外のシェルター利用者			
		2013年10月 (4日間)		2019年11月19日			2013年11月14日		2019年11月19日	
		N	N=380	N=60			N=78	N=74		
		人 (%)	人 (%)		人 (%)	人 (%)				
年齢構成	年齢 20歳代		0 (0.0)	0 (0.0)		2 (2.6)	1 (1.4)			
	30歳代		0 (0.0)	0 (0.0)		10 (12.8)	2 (2.7)			
	40歳代		0 (0.0)	0 (0.0)		6 (7.7)	14 (18.9)			
	50歳代		68 (21.9)	9 (15.0)		26 (33.3)	20 (27.0)			
	60歳代		209 (67.2)	32 (53.3)		28 (35.9)	26 (35.1)			
	70歳代		32 (10.3)	18 (30.0)		6 (7.7)	10 (13.5)			
	80歳代		2 (0.6)	1 (1.7)		0 (0.0)	1 (1.4)			
	平均年齢±SD		65.03±5.22歳	66.78±6.04歳		55.53±12.23歳	58.15±11.45歳			
シェルターの利用状況	シェルターの利用頻度									
	今回はじめて		8 (2.3)	0 (0.0)		1 (1.3)	0 (0.0)			
	年に数回		38 (10.9)	0 (0.0)		4 (5.1)	2 (2.7)			
	月に1~3回		35 (10.1)	0 (0.0)		3 (3.8)	5 (6.7)			
	週に1~2回		36 (10.4)	6 (10.0)		8 (10.3)	9 (12.2)			
	週に3~4回		69 (19.9)	11 (18.3)		15 (19.2)	14 (18.9)			
	ほぼ毎日		161 (46.4)	43 (71.7) ***		47 (60.3)	44 (59.5)			
	シェルターの利用期間									
	1か月以内		18 (5.2)	0 (0.0)		8 (10.3)	8 (10.8)			
	1年以内		46 (13.2)	11 (18.3)		17 (21.8)	24 (32.4)			
3年以内		83 (23.8)	13 (21.7)		20 (25.6)	20 (27.0)				
5年未満		63 (18.0)	2 (3.3)		7 (9.0)	3 (4.1)				
5年以上		139 (39.8)	34 (56.7) *		17 (21.8)	19 (25.7)				
現在の既往歴・結核の既往歴	結核の治療経験の有無									
	治療経験あり		47 (13.2)	15 (25.0) *		6 (7.7)	3 (4.1)			
	治療経験なし		309 (86.8)	45 (75.0)		72 (92.3)	70 (95.9)			
	現在、何らかの症状があるか									
症状あり		103 (32.6)	12 (20.0) †		21 (31.8)	17 (23.6)				
症状なし		213 (67.4)	48 (80.0)		45 (68.2)	55 (76.4)				
結核についての認識状況	釜ヶ崎は結核が多いことを知っているか									
	知っている		241 (90.6)	55 (91.7)		61 (78.2)	65 (87.8)			
	知らない		25 (9.4)	5 (8.3)		17 (21.8)	9 (12.2)			
	肺結核の治療は結核菌が出ていなければ通院治療で治せることを知っているか									
	知っている		250 (69.4)	36 (60.0)		40 (53.3)	33 (45.2)			
	知らない		105 (29.2)	24 (40.0)		35 (46.7)	40 (54.8)			
	結核と診断され入院が必要と言われたら入院できるか									
	入院できる		305 (85.4)	55 (93.2)		57 (79.2)	64 (87.7)			
入院できない		52 (14.6)	4 (6.8)		15 (20.8)	9 (12.3)				
結核健診に対する認識状況	咳が出ている時のマスクの使用の有無									
	使用する		241 (66.9)	37 (61.7)		47 (61.8)	43 (58.9)			
	使用しない		119 (33.1)	23 (38.3)		29 (38.2)	30 (41.1)			
	結核健診(胸部レントゲン撮影)の受診の有無									
受診している		380 (100.0)	74 (100.0)		60 (76.9)	63 (85.1)				
受診していない		0 (0.0)	0 (0.0)		18 (23.1)	11 (14.9)				
結核健診に対する認識状況	あいりん健診(検診車での結核健診)の受診の有無									
	受診している		380 (100.0)	57 (95.0)		29 (38.2)	48 (64.9)			
	受診していない		0 (0.0)	3 (5.0)		47 (61.8)	26 (35.1)			
	グリーンカード(結核健診受診手帳)保持の有無									
	持っている		380 (100.0)	60 (100.0)		32 (41.6)	63 (85.1) ***			
	持っていない		0 (0.0)	0 (0.0)		45 (58.4)	11 (14.9)			
機会があればくり返し結核健診を受けるか										
受ける		316 (87.3)	60 (100.0)		59 (76.6)	65 (87.8) †				
受けない		46 (12.7)	0 (0.0)		18 (23.4)	9 (12.2)				

注1) \*\*\* : p<0.001、\* : p<0.05、† : p<0.1 NS:not significant χ<sup>2</sup>検定による。

注2) 無回答者を除いた。

リーカードの所持率は6年間で41.6%から85.1%と、2倍以上に有意に増加していた ( $p<0.001$ ).

現在の呼吸器症状については減少傾向にあった ( $p<0.1$ ).

#### IV. 考 察

##### 1. 調査回答者の妥当性

11月の平均1日居場所棟利用者数は $411 \pm 94.5$ 名(最低280名~最高624名)であったため、調査当日は通常の利用者数であったといえるだろう。調査当日の居場所棟利用者数は、午前入場299名、午後入場65名、計364名で、13~17時の聞き取り調査時間に回収した回答数は211であったことより、聞き取り調査の回答者は、午後まで滞在した午前中からの入場者と、午後からの入場者を合わせた者と考えられた。居場所棟は氏名を告げることなく誰でも利用でき、利用頻度も様々であり、居場所棟を利用する母集団は刻一刻と変化するため、詳細は不明とされている。本調査は、母集団の代表性を高めるために、調査当日の半日間に居場所棟に滞在していた全利用者を対象とした聞き取り調査を実施した結果、回収率は97.7%と高かったため、標本誤差は比較的少ないと考えられた。

##### 2. A群・B群・C群の回答の比較

###### 1) 年齢構成・仕事や収入源(表1)

A群の平均年齢が最も高かったのは、特掃は55歳以上で登録できるためと考えられた。仕事や収入源については、A群の8割以上の者が「特掃のみ」と回答していたことより、A群は概ね、週に約2回の割で登録番号順に仕事に就ける特掃の収入で生活していることが伺えた。特掃の日当は5,700円であり、月収入は5万円以下である。NPO釜ヶ崎支援機構の2010年特掃就労者調査(821人)によると、月収入5万円を境に、「毎日野宿(シェルター含む)」と「野宿なし」の割合が入れ替わり、月収入10万円で「ほぼ野宿なし」に到達すると報告されており<sup>13)</sup>、今回の調査においても、A群の約6割がシェルターを毎日利用していると回答していることから、既存調査との矛盾はないと考えられた。

また、C群でも、シェルターを毎日利用している者の割合は約5割であったことより、C群においてもA群と同様に、月収入5万円以下の者が大半であると推測された。

###### 2) シェルターの利用状況(表1)

生活保護受給者であるB群のシェルター利用頻度、利用経験がともに低かったことは当然の結果であるが、中には、自分の定住先を持ちながらも、住環境等の関係でシェルターを利用している者もいることがうかがえた。

平成27年7月以降の大阪市の生活保護費による住宅扶助の限度額は、1人世帯においては、住居等の床面積に応じて、16㎡以上の場合、40,000円以内、11~15㎡の場合は36,000円以内、7~10㎡の場合は32,000円以内、6㎡以下の場合は28,000円以内となっている<sup>14)</sup>。B群は住宅扶助を受けて定住しながら、昼間は居場所棟で過ごしていると考えられた。居場所棟には、エアコン、大型テレビ、給湯サービス、シャワー、簡易食堂、臥床できる畳があるという設備面での利点があり、シェルター利用者には毎日、乾パン等の配付がある。居場所棟2階には、様々な相談の窓口として相談支援事業部があり、相談員による自立支援プランの作成、生活相談、健康相談等の相談支援を受けられるという環境であり、禁酒の館全体にNPO釜ヶ崎支援機構スタッフによる終日の指導や管理が行き届き、利用者間での干渉やもめごとは非常に少ない状況であった。これらのことから、利用者にとって居場所棟やシェルターは、集団での規律さえ守れば、比較的快適で過ごしやすい場所となっていると考えられた。

###### 3) 結核の既往歴・自覚症状(表1)

肺結核の治療経験「あり」の者の割合が、A群とB群+C群に比べて有意に高かった理由として、A群は、2~4月の特掃登録更新時と夏季の年2回のあいりん健診(検診車で結核健診)の受診体制が整っており、結核の早期発見、早期治療に最もつながりやすいからと考えられた。

自覚症状のうち、「咳がよく出る」または「たんがよく出る」と回答した者は全体で22.7%であっ

たが、2016年6月実施の国民生活基礎調査<sup>15)</sup>によると「咳やたんが出る」についての有訴率は男性50.5/千対であった。このことより、調査シーズンが異なるものの、居場所利用者は、「咳やたんが出る」者の割合が高いと考えられた。対象者の喫煙率が非常に高いため、「咳やたんが出る」という症状が、COPD（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：慢性閉塞性肺疾患）等によるものではないかとも考えられたが、喫煙の有無別に、「咳やたんが出る」者の割合を比較すると有意差は認められなかったことより、非喫煙者は居場所棟内の構造により、副流煙の影響を受けて、「咳やたんが出る」という症状があるのではないかと考えられた。しかし、対象者の自覚症状に「咳やたんが出る」者の割合が高い理由については、本研究においては不明である。

シェルターを「ほぼ毎日」利用している者は、「症状なし」の割合が低い傾向にあったことより、「症状なし」と回答した者は比較的元気であるために、集団での宿泊にも適応でき、また、新シェルターは設備面での改善がなされたため、高齢であっても元気であればシェルター利用頻度が高いのではないかと推測された。

#### 4) 結核についての認識状況

肺結核の治療経験「あり」の者は、「なし」の者より、結核の治療法や医療費についての認識が有意に高かったことは当然の結果であるが、全体では、「肺結核の治療は排菌していなければ通院治療で可能であること」と、「結核は入院治療が必要な場合、医療費の個人負担は不要であること」の2項目についての認識が低かったことより（表1）、結核の治療法や医療費についての情報が特に浸透していない状況が伺えた。肺結核の治療経験の有無に関わらず、あいりん地域全体にこれらの情報を浸透させることが、結核健診受診行動や結核受療行動に消極的な人々への行動変容の動機づけにつながるのではないかと考えられた。

#### 5) 結核健診の受診状況・結核健診に対する認識状況（表1）

調査結果より、C群においては、シェルターの利

用頻度がA群と同様に高いにも関わらず、C群には結核健診が義務付けられていないため、あいりん健診（検診車での結核健診）の受診率が低いことが伺えた。

グリーンカードの所持率については、A群は特掃新規登録時や更新時にグリーンカードの提示が義務付けられているため全員が所持していたのは当然の結果である。B群のグリーンカードの所持率が低いのは、生活保護受給者には結核健診受診が義務付けられておらず、健診受診率全体が低いことを反映していると考えられた。

一方、三徳生活ケアセンターは、あいりん地域内にあり、大阪市の委託を受けて、あいりん結核患者療養支援事業<sup>16)</sup>による感染性のない結核患者をセンター内の居室にてDOTS等の療養指導を行ったり、大阪市内の道路・公園等で寝起きする住居不定者で、本人が一時的な援護を求める者、保健福祉センターで短期間の施設入所が必要と認められた者、その他緊急に援護を必要とする者を入所対象者として、グリーンカードを提示すれば概ね2週間を限度として、年齢にかかわらず宿泊可能となっている。C群の6割以上がグリーンカードを保持していたことや、実際の聞き取り内容より、A群やC群は、新あいりんシェルター以外に、三徳生活ケアセンターでも宿泊していると考えられた。

A群の「機会があれば繰り返し結核健診を受ける」者の割合が、A群以外より有意に高かった理由として、特掃登録者は6か月に1回の結核健診の受診義務があるためと考えられた。反対に、B群はケースワーカーから受診勧奨があるだけであり、C群は全く結核健診の受診義務がないため、「受ける」と回答した者の割合が低いと考えられた。

#### 6) 生活習慣（表1）

回答者の喫煙率は64.5%で、厚生労働省国民健康栄養調査<sup>17)</sup>における2017年の男性の平均喫煙率29.4%に比し、2倍以上の高率であった。実際に、タバコを買えない時は、落ちていた吸殻を拾ってでも吸う光景が見られ、対象者はきわめてニコチン依存度の高い集団といえるだろう。ニコチンには依存性があるため、ニコチン濃度が低くなる

ごとに喫煙によってニコチンを補充するとストレスが軽減されたと感じるようになり、また、ニコチンにはアドレナリンの分泌を促し、血糖値を上げ、空腹感を紛らわせるという作用がある。低収入で定住することもできず、たえずストレスや空腹にさらされているホームレスにとって、喫煙はニコチン依存による一時しのぎの楽しみとなっている状況が伺われた。居場所とシェルターの前の通路は、片側にベンチが並び、灰皿が数か所に置かれ、通路全体が談話兼喫煙場所となっている構造であった。通路は外気とつながっており、夏には涼をとる大型送風機が設置され、副流煙を建物から排出する役目も兼ねているが、換気が不十分で通路全体に副流煙が充満している状況であった。居場所棟や宿泊棟の中は禁煙区域となっているが、赤門（禁酒の館の門）から居場所棟や宿泊棟に入るには、喫煙場所である通路を通る必要があり、非喫煙者にとっては、通路は快適な場所とは言い難い状況であると推測された。このような状況は、新あいりんシェルターに限らず、あいりん地域の他の支援施設においても昔からよく見られる光景である。2013年のアジア太平洋禁煙会議では喫煙者の結核発病リスクは非喫煙者の2.3倍と報告されており<sup>18)</sup>、あいりん地域の結核罹患率を減少させるには、2020年4月の改正健康増進法施行による受動喫煙対策の強化を契機として、喫煙場所の構造的な改善や地域をあげての禁煙教育が求められると考えられた。

次に、日本酒に換算して1日当たり平均2合以上の飲酒習慣者は全体の12.8%であったが、「健康日本21（第二次）」<sup>19)</sup>においては、生活習慣病のリスクを高める飲酒量（1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上）の者の割合を男性13.0%、女性6.4%に減少させることを目標値としており、回答者はこの男性の目標値をクリアしているといえるだろう。居場所を含めてシェルターは、通称「禁酒の館」と呼ばれ、あいりん日雇労働者等自立支援事業実施要綱により運営されているが、利用者の禁止行為のひとつに「飲酒行為」が明記されている。運営を受託し

ているNPO釜ヶ崎支援機構スタッフによると、シェルター利用者は不眠を訴える者が多いため、他人に迷惑をかけないなら、寝酒程度の飲酒であれば暗黙の了解で許可しているとのことで、利用者自ら、シェルター利用日には飲酒量をコントロールし、自制していることが伺えた。

### 3. 結核健診受診勧奨をされた者（D群）の特性

調査結果より、D群は平均年齢が低く、あいりん地域に来てまだ日が浅く、地域で利用する場所が少なく、結核に関する情報を得る機会が少ないために、結核に関する知識・認識が非常に低く、受診行動に結びついていない状況といえるだろう。また、D群の喫煙率はD群以外の者より高い傾向がみられたことより、健康志向の低さが伺えた。

### 4. 定期結核健診受診による付随効果の評価

定期結核健診受診が行き届いている特掃登録者であるA群は、肺結核の治療経験のある者の割合が有意に高く、結核の定期健診の必要性、治療用法や医療費についての知識や認識が高かった。このことより、6か月ごとの定期的結核健診受診と、それに伴う接触者健診は、結核に関する知識や認識を高め、結核の早期発見、早期治療、社会復帰、予防につながっており、定期結核健診受診による付随効果といえる。

一方、B群は、A群同様に肺結核の治療経験のある者の割合が高いため、結核の治療方法や医療費についての知識はあるが、グリーンカードの所持率が低く、「機会があればくり返し結核健診を受ける」と回答した者の割合は低かった。このことより、定期結核健診の義務化がされていないB群においては、シェルターに宿泊しない居場所のみの利用者であっても、結核健診の定期受診の必要性についての啓発が必要と考えられた。

### 5. 2013年調査<sup>12)</sup>と2019年調査(本調査)の比較

2013年調査<sup>12)</sup>と2019年調査でのシェルター利用者の利用状況を比較すると、特掃登録者がシェルターで過ごす日数、期間ともに長期化していることが明らかとなった。

また、特掃登録者の肺結核の治療経験者が有意に増加していたことより、特掃登録者における定

期的結核健診の義務化と結核発見時の接触者健診の効果と考えられた。特掃登録者以外のシェルター利用者のグリーンカードの所持率が6年間で2倍以上に増加していたことは、西成区保健福祉センターとNPO釜ヶ崎支援機構等の関係機関の連携によって、即日結果判定が出るあいりん結核健診の受診勧奨を行った大きな成果であると考えられた。

現在の呼吸器症状は減少傾向にあったことより、2016年1月にオープンした新あいりんシェルター宿泊棟、居場所棟ともに、旧シェルターにはなかったエアコンや空気清浄機等が設置され、調査日が同じ季節であったことから、設備面での効果とも考えられた。

## 6. 今後の居場所やシェルター利用者等への結核対策の検討

### 1) 関係機関が連携した特掃登録者以外への結核健診体制の強化

高島毛ら<sup>20)</sup>は、結核の高罹患地域が生じるメカニズムとして、大都市圏内の不安定生活者は、結核等の傷病を有しながら特定地域に集積してくることと、検診受診や受療機会が乏しく発見までに周囲の感染源となる者が多いことの2つを指摘している。

これら二つの要因を併せ持った不安定生活者の典型が、特掃登録者や生活保護受給者以外のもので、「日雇いの仕事」や「空缶回収や不用品の回収」をしているC群であると考えられた<sup>12)</sup>。C群の中でも年金受給者12名以外の82名の者が最も生活が不安定と考えられた。2013年調査以降、特掃登録者以外のグリーンカード保持率は85.1%と倍増し、非常に良い傾向であるが、C群には、日雇いの雇用者に対する結核健診の強化や、労働衛生行政による指導の強化も求められる。

一方、B群のグリーンカード所持率は低く、結核に関する認識も低く、B群の半数近くが結核健診受診を勧奨された。B群の中には、医療機関等で結核健診を受診している者もいるが、生活保護受給者の結核健診は義務化されておらず、主治医や本人

の自主的な判断に任されていることが多い。2013年～2016年におけるあいりん地域での結核発症者(n=402)の50%が生活保護受給者、26%がホームレス、24%がその他であったことから<sup>9)</sup>、B群へのアプローチは急務と考えられた。あいりん健診はCR検診車による巡回健診で、即日に結果判定され、誰でも無料で利用でき、便利である。B群には西成保健福祉センター保護課のケースワーカーやNPO釜ヶ崎支援機構の相談員が連携してあいりん健診等の具体的な日程や場所についての情報提供を含めた受診勧奨の強化が求められる。

また、D群には結核健診未受診の理由として「健診情報(日程や場所)を知らなかった」者がいたため、さらにグリーンカード所持率100%を目指して、西成区保健福祉センター保健福祉課とNPO釜ヶ崎支援機構が連携し、禁酒の館で現在行われている西成区保健福祉センター保健福祉課による健康相談や健康教育の場における検診日程や場所を明記した具体的な健診情報の提供や受診勧奨の強化が求められる。

### 2) 施設利用者への結核に関する情報提供

聞き取り調査時に結核健診受診勧奨をされたD群の22.9%が、「1か月以内」のシェルター利用期間であったことより、居場所やシェルターをはじめて利用する者には、施設利用上の注意についてのオリエンテーションを行い、その内容に、結核健診受診勧奨を含めた結核に関する情報提供(肺結核の治療は排菌していなければ通院治療で可能であることや、結核は入院治療が必要な場合、医療費の個人負担は不要であること等)を入れると、あいりんに来て日が浅い人でも結核健診受診行動につながるのではないかと考えられた。

### 3) 施設利用者の結核健診受診義務化の検討

先行研究<sup>21)</sup>によると、アメリカにおいても、収容施設(シェルター)を使用する住所不定者は結核の有病率が高いため、一部の地域では収容施設利用者に対して、健診(症状またはツ反検査の陽性者に胸部X線検査)を義務づけたところ、オレ

ゴン州ポートランドのあるプログラムでは、1985年に開始後1995年までに、参加した収容施設がある地域において結核罹患率が89%減少し、コロラド州デンバーでは同様の健診プログラムを導入し、1995年には活動性結核の罹患率は低下し、分子疫学的検討ではクラスター数の減少により結核感染の減少が示されたとされている。

居場所利用者の約半数は午前午後を通じて滞在しているため、シェルターを利用しない居場所利用者であっても、シェルター利用者と同様に結核のハイリスク集団として対処しなければならないと考えられた。

以上のことを踏まえた上で、将来的には、居場所やシェルター利用者の結核罹患率の減少の鈍化が続いた場合には、現在の三徳生活ケアセンターのように、居場所やシェルターの利用者の全員にグリーンカード等の結核健診受診証明の提示を求めて運用することが、あいりん地域のホームレスの大半が利用している居場所やシェルターでの結核の発生を効率よく食い止める改善方法のひとつであると考えられた。

## V. 結 論

あいりん地域の結核罹患率のさらなる低下を目指して、新あいりんシェルター居場所利用者対象に、2019年11月に、結核に関する聞き取り調査を実施した。回答者数は、特掃登録者（A群）81名、生活保護受給者（B群）36名、その他（C群）94名の計211名、うち、受診勧奨を行った健診未受診者は51名であった。A群とC群は、ほぼ毎日シェルターを利用している割合が高かった。A群とB群では肺結核の治療経験者の割合が高かった。結核についての知識や認識は、A群が高く、B群・C群が低かった。結核健診受診勧奨をした者はB群・C群に多かった。A群に対しては、年2回の結核健診体制が整い、それに伴って適宜、接触者検診も実施されている。このことが、A群の結核に関する認識を高めて、結核の早期発見、早期治療、社会復帰、予防につながっており、定期結核健診の付随効果であるとい

える。2013年調査と比較すると、シェルター利用者の平均年齢の上昇、特掃登録者でシェルター利用者の利用頻度の増加、利用期間の長期化がみられた。また、グリーンカード（結核健診受診カード）の所持率が特掃登録者以外で倍増しており、西成区保健福祉センターとNPO釜ヶ崎支援機構等の関係機関の連携によるあいりん結核健診の受診勧奨の大きな成果であるといえる。

今後の結核対策として、1. 施設利用者の結核健診受診義務化、2. 施設利用者への結核に関する情報提供の2点があげられた。

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 平成30年 結核登録者情報調査年報集計結果. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000538633.pdf> (2020年1月20日アクセス)
- 2) ストップ結核パートナーシップ. 結核について 国内結核 2020年低蔓延化に向けた課題. <http://www.stoptb.jp/about/japan.html> (2019/12/30アクセス)
- 3) 大阪市保健所. 大阪市の結核2019 (2018年結核登録者情報調査年報集計結果). [https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/cmsfiles/contents/0000467/467983/03\\_hasseidoukou2019.pdf](https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/cmsfiles/contents/0000467/467983/03_hasseidoukou2019.pdf) (2019年12月30日アクセス)
- 4) 大阪市西成区役所保健福祉課結核対策. 西成区結核対策事業. <https://www.city.osaka.lg.jp/nishinari/page/0000422515.html> (2019年12月30日アクセス)
- 5) 大阪市保健所. 大阪市の結核2017 (平成28年結核登録者情報調査年報集計結果).
- 6) 大阪市西成区役所保健福祉課結核対策. 平成29年 (2017) 西成区結核対策の現状～西成特区活動報告. 2019.
- 7) 大阪市福祉局生活福祉部自立支援課ホームレス自立支援グループ. 大阪市ホームレスの自立の支援等に関する実施計画 2019年度～2023年度 2019年3月. 11-11. <https://>

- [www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000008/8085/jissikeikaku.pdf](http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000008/8085/jissikeikaku.pdf) (2020年1月20日アクセス)
- 8) 大阪市福祉局生活福祉部自立支援課ホームレス自立支援グループ. あいりん日雇労働者等自立支援事業実施要綱. <https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000349292.html> (2019年11月25日アクセス)
- 9) 沖野充彦. あいりん地域における高齢者特別清掃事業の役割と効果. <https://www.city.osaka.lg.jp/nishinari/cmsfiles/contents/0000179/179951/01.pdf> (2019年11月25日アクセス)
- 10) 下内昭. 西成特区構想の概要および接触者・未治療陳旧性結核への対応. 平成29年度ストップ結核パートナーシップ関西第5回ワークショップ. [https://www.osaka-pha.or.jp/suisin/pdf/suisin\\_30.pdf](https://www.osaka-pha.or.jp/suisin/pdf/suisin_30.pdf) (2019年11月25日アクセス)
- 11) 笠井幸. あいりん臨時夜間緊急避難所における結核接触者健診について. 平成29年度ストップ結核パートナーシップ関西第5回ワークショップ. [https://www.osaka-pha.or.jp/suisin/pdf/suisin\\_30.pdf](https://www.osaka-pha.or.jp/suisin/pdf/suisin_30.pdf) (2019年12月30日アクセス)
- 12) 三浦康代, 井戸 武實, 田中義則ほか. 釜ヶ崎における高齢者特別清掃事業就労者及びシェルター利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査の報告. 社会医学研究. 2015;32(1):39-47.
- 13) 沖野充彦. あいりん地域における高齢者特別清掃事業の役割と効果. 第6回・西成特区有識者座談会資料. 2012. <https://www.city.osaka.lg.jp/nishinari/cmsfiles/contents/0000179/179951/01.pdf> (2019年11月25日アクセス)
- 14) 大阪市福祉局生活福祉部保護課保護グループ. 生活保護費について. 大阪市HP. <https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000086902.html> (2019年12月25日アクセス)
- 15) 厚生労働省. 平成29年国民健康・栄養調査結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000351576.pdf> (2019年12月15日アクセス)
- 16) 大阪市福祉局生活福祉部自立支援課ホームレス自立支援グループ. 三徳生活ケアセンター事業実施要領. 大阪市HP. <https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000199871.html> (2019年12月15日アクセス)
- 17) 厚生労働省政策統括官付参事官付世帯統計室. 平成28年国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf> (2019年12月15日アクセス)
- 18) 森亨. 喫煙は結核の大きな危険要因. ストップ結核パートナーシップ. 結核研究所. [http://www.stoptb.jp/press\\_2013\\_10\\_mori.pdf](http://www.stoptb.jp/press_2013_10_mori.pdf) (2019年12月23日アクセス)
- 19) 厚生労働省. 健康日本21(第二次). [https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf) (2019/12/22アクセス)
- 20) 高鳥毛敏雄ほか. 大阪都市圏における結核の高蔓延構造の解明に関する研究2001年度～2004年度. 科研研究課題番号:13670363
- 21) 公益財団法人結核予防会. 米国における結核対策 米国呼吸器学会, CDC, 米国感染症協会からの勧告. 結核予防会資料・勧告集. Controlling Tuberculosis in the United States Recommendations from the American Thoracic Society, CDC, and the Infectious Diseases Society of America MMWR54(RR12);2005:November 4, 1-81. <https://jata.or.jp/rit/rj/controlingus2.pdf> (2019年12月26日アクセス)
- (受付 2020.4.10:受理 2020.6.22)

# Report on interview survey about tuberculosis to common room users at the new Airin-shelter

Yasuyo Miura<sup>1)</sup>, Akira Shimouchi<sup>2)</sup>, Takehiro Ido<sup>3)</sup>, Yoshinori Tanaka<sup>4)</sup>

---

## Abstract

Background/Objective: Tuberculosis (TB) is more likely to be detected during medical examinations in the Airin region; the diagnosis is more common in patients who are homeless and are welfare recipients. The number of newly registered patients with TB has remarkably decreased due to comprehensive TB control in Osaka City. In order to further reduce the TB incidence rate, we considered future TB measures based on the current situation TB screening and living conditions of the users of the common room of the new shelter in Airin.

Method: In November 2019, we conducted a interviews survey on TB among the users of the common room of a new shelter in Airin. Data of special elderly cleaning workers (group A) , welfare recipients (group B) , and others (group C) were compared.

Result: There were 211 responses; subjects in groups A and C used the shelters almost daily. The knowledge and recognition of TB were high among subjects in group A and were low among those in groups B and C. Several subjects in groups B and C had been prescribed a TB screening. Discussion: For group A, a system of twice-a-year TB screening has been established, and TB contact medical examination has been conducted accordingly. This has raised the awareness among subjects in group A about TB and could supplement the effect of the regular TB screening. In the future, the following measures against TB are warranted: 1. Obligation to undergo a TB screening for facility users, and, 2. Provision of TB information to users at the start of facility use.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 54 – 67】

**Key words** : AIRIN-region, TB control, AIRIN-shelter, TB screening

---

1 ) Naragakuen University

2 ) Osaka Nishinari Ward Office

3 ) Osaka Public Health Association

4 ) NPO Kamagasaki Shien Kiko

会員の声

# 結核性髄膜炎罹患未申告を事由に契約を解除された ベトナム人技能実習生

森松嘉孝<sup>1)</sup>, 森 美穂子<sup>1)</sup>, 小笠原尚之<sup>1)</sup>, 石竹達也<sup>1)</sup>

【社会医学研究2021；38（1）：68-72】

キーワード：外国人労働者，労働契約法，労働基準法，労働安全衛生法，感染症法

## I 緒 言

外国人労働者は年々増加しており，厚生労働省の「外国人雇用状況」の届け出状況のまとめ<sup>1)</sup>によれば，2019年10月現在，658,804人に達している。なかでも，1981年に始まった海外に支店や関連会社がある企業が外国人研修生を1年間受け入れる外国人技能実習制度は改正・拡充を繰り返し，2017年11月1日に『外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律』<sup>2)</sup>が施行され，2019年の技能実習生届け出数は383,978人と外国人労働者全体の23.1%を占めている<sup>1)</sup>。技能実習生の送出しを希望する国との間には令和元年6月の時点で14か国と二国間取り決め（協力覚書）が作成されており<sup>3)</sup>，その多くは，結核罹患率（人口10万人に対する結核患者報告数）50以上の結核蔓延国である。2018年，我が国の結核発症者数は過去最小となるも，外国籍の結核患者が占める割合は増加しており，外国出生結核患者の出身国はフィリピン，インドネシア，ミャンマー，ネパール，ベトナム，および中国の六カ国で8割を占める<sup>4)</sup>。2018年のベトナムの結核罹患率は196.4と，結核低まん延国である先進国の結核罹患率10以下と比べ

ると極めて高く<sup>5)</sup>，近年のベトナム人労働者急増と相まって<sup>1)</sup>，外国生まれ結核届出患者数増加の主たる原因国はベトナムとなっている<sup>4)</sup>。

今回，我々は技能実習を終了後，母国へ帰国後に結核性髄膜炎を発症し，技能実習のため再来日するも，投薬を受けていることを未申告だったとの事由で実習契約を解除となった事例を経験した。本事案を参考に，労働法規における解雇ならびに労働者の就労制限に関して医療者が知っておくべき法規を整理する。

## II 事 例

ベトナム社会主義共和国ハノイ市出身の35歳既婚男性。これまで病気はなく，周囲に結核と診断された人はいない。高校を卒業後，造船所にて溶接の業務に従事していた。就業中は布のマスクを着用し，溶接の仕事がない時は，操作室で炉を作る作業に従事していた。某年4月21日，31歳時に企業単独型の技能実習生として初来日。3年間の技能実習を終えベトナムへ帰国後に結核性髄膜炎を発症し治療が開始されていたが，再実習を行う際に事業所へ申告することなく，翌年9月に再来日した。しかし，会社の健康診断時に，罹患および投薬中であることが判明したため，事業所内診療所より紹介となった。

初診時，微熱・咳嗽を認めず，喀痰もなく，炎症反応も陰性で，頭部MRI検査にて結核性髄膜炎

1) 久留米大学医学部環境医学講座

連絡先：森松嘉孝

住所：〒830-0011 福岡県久留米市旭町67番地

久留米大学医学部環境医学講座

E-mail：yoshitaka\_morimatsu@med.kurume-u.ac.jp

を示唆する所見は見られなかった。ベトナムの病院から発行された診断書を確認し、処方されていた薬剤（RFP/INH合剤、EBの3剤内服）を継続とした。業務に関しては、本疾患に対して治療中であることが判明した時点で実習は中断、寮の個室で待機となっていたが、「就業可能、ただし加療中は時間外労働禁止が望ましい」とのコメントを返信した。その後、実習へ復帰し、定期外来にて抗結核薬の内服状況確認、検査を行っていたが、再来日前に虚偽の申告があったことを事由に突然実習終了を告げられ、その日のうちにベトナムへ帰国となった。

#### 外国人労働者の雇用契約に関する法規

本事例の雇病未申告を理由に、事業所が実習生を解雇したことについて第一に検討すべきは、労働契約法第16条「解雇は、客観的に合理的な理由を欠き、社会通念上相当であると認められない場合は、その権利を濫用したものとして、無効とする。」による「解雇権の乱用の法理」である。この法理は一般的に、うつ病などの精神障害の既往歴を会社に報告しなかった労働者に対する解雇事例において検討されることが多いが、本事例のような就労制限がない労働者にも適用されると思われる。次に、我が国の労働者が結核を発症した場合、それ自体を理由に事業所から解雇されることはないため、本事例においては、「日本人であれば解雇しないが、外国人技能実習生であるため解雇した」可能性を検討する必要がある。在留資格「技能実習」の活動は、「日本の公私の機関との雇用契約に基づく活動」となるため、技能実習生が入国する前に雇用契約が締結される。このため、技能実習生は労働基準法における“労働者”に該当し、労働関連法令の適用となることから、技能実習生が実習中に病気を発症した場合でも、健康保険および技能実習生総合保険を適用して加療を行いながら実習継続を模索する<sup>6)</sup>。技能実習生総合保険制度は、健康保険で網羅していない自己負担割合を補填するものであるが、妊娠や歯科治療、先天性疾患にかかる医療費は補償外であり<sup>6)</sup>、技能実習生が妊娠した場合、男女雇用機会均等法により契約解除

はできない。治療のために実習継続が不可能な期間が発生し、定められた実習が達成できない場合、予定されていた実習期間を全うするか途中帰国するか、双方話し合いの元に決められる。技能実習生が技能実習計画を中止して途中で帰国することとなった場合、実習実施者は技能実習生の意思に反して帰国する必要があることの説明や帰国の意思確認を書面により十分に行ったことの資料を添えて届け出る義務があり、この書類は必ず帰国する前に届け出る必要がある<sup>7)</sup>。監理団体を介している場合は、監理団体には実習実施者と技能実習生との間の雇用関係の成立の斡旋と、実習実施者に対する指導・監督の責務があるため、両者の間に入り適切な対応を取らなければならない。しかし、今回、事業者は未申告について憤慨し、本実習が単独型であったこともあり、未申告は契約違反であるとの事由で解雇された。

#### 結核の就労制限についての法規

就労制限が行われる職種は、「接客業その他の多数の者に相対して接触する業務」（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における検体採取、健康診断、就業制限及び入院の取扱いについて 平成11年3月19日、健医発第454号）とされている。労働安全衛生法第68条（病者の就業禁止）では、「事業者は伝染性の疾病その他の疾病で、厚生労働省令で定めるものにかかった労働者については、厚生労働省令で定めるところにより、その就業を禁止しなければならない」と定め、労働安全衛生規則61条では「病毒伝ばのおそれのある伝染性の疾病にかかった者」としている。活動性結核が認められた結核性髄膜炎の場合、「伝染させるおそれが著しいと認められる結核にかかっている者」（平成12年3月30日・基発第207号）として就業制限にかかるが、本事例のような結核治療中で排菌を認めない労働者は少なくとも就労禁止にはならない。一方、感染症法第18条では「感染症を公衆にまん延させるおそれがある業務として感染症ごとに厚生省令で定める業務に、そのおそれがなくなるまでの期間として感染症ごとに厚生省令で定める期間従事してはならない。」とさ

れているが、法第18条の「まん延を防止するため必要があると認めるとき」とは、喀痰の塗抹検査、培養検査又は核酸増幅法の検査のいずれかの結果が陽性であるときであり、本事例は感染症法からみても就業制限には値しない。

### Ⅲ まとめ

結核を含む2類感染症患者は「出入国管理及び難民認定法」第5条第1項第1号において日本へ上陸できないとされているにもかかわらず、結核に感染していないことを証明する仕組みはこれまでなかった。しかし今回、2020年3月26日に出入国在留管理庁・厚生労働省・外務省の連名で、「入国前結核スクリーニングの実施に関するガイドライン」<sup>8)</sup>が出され、入国前に結核に罹患していないことを求める結核スクリーニングが導入された。これにより、学生ビザおよび技能実習生10万人あたり74.9人の結核有病者が検出されるとシミュレーションされており<sup>9)</sup>、これまで2類感染症である結核をスクリーニングする術がなかった我が国にとって朗報ではあるものの、本邦入国後の環境変化により結核を発症する、入国前後のスクリーニングにて検出できない結核の存在は依然として残る。一旦雇用された外国人技能実習生は本邦の労働基準法が適用され、就労後の疾病発症については日本人労働者と同様、その疾病の種類、重症度、及び周囲への影響を踏まえ、事業所と実習生の話し合いのもとに実習の継続が判断される。しかし、中には実習継続可能であるにもかかわらず、疾病を理由に一方的に実習を終了とする事業所も存在することが予想されるが、自験例と同じように、本来なら実習継続が可能であるにもかかわらず、事業者側の認識不足により帰国せざるを得ない件数は把握できていない。日本は外国人住民が利用できる安価な医療通訳制度が未整備で、言葉や医療保険制度の障壁などによる健康格差が指摘されている<sup>10)</sup>。我々医療者は、病気を持つ外国人労働者に対して医学的サポートを行うにとどまらず、病気によって彼らが業務において不利益を被るこ

とのないよう、これからも情報を発信していきたい。

本報告は久留米大学倫理委員会にて承認された「外国人労働者を雇用している企業へのヒアリング、ならびに現在雇用されている外国人労働者に対するアンケート調査(承認番号18277)」研究として、事業所の責任者より文書にて研究参加の同意を得て行った。

本論文の投稿に際し、利益相反はありません。

### 文 献

- 1) 厚生労働省. 「外国人雇用状況」の届出状況のまとめ(令和元年10月末現在). [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_09109.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09109.html) (2020年5月26日アクセス)
- 2) e-Gov. 外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律(平成二十八年法律第八十九号). [https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail/428AC0000000089\\_20171101\\_00000000000000/0?revIndex=1&lawId=428AC0000000089](https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail/428AC0000000089_20171101_00000000000000/0?revIndex=1&lawId=428AC0000000089) (2020年5月26日アクセス)
- 3) 厚生労働省: 技能実習に関する二国間取り決め. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000180648.html> (2020年5月26日アクセス)
- 4) 厚生労働省: 平成30年 結核登録者情報調査年報集計結果. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000538633.pdf> (2020年5月26日アクセス)
- 5) WHO: GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2019. Latest status of the tuberculosis epidemic. <https://www.who.int/tb/global-report-2019> (2020年5月26日アクセス)
- 6) 森松嘉孝, 高城暁, 森美穂子, 也: 外国人技能実習生総合保険制度の適用範囲 ~ 入国後に先天性疾患が判明し, 就労可否がわかれた未成年ベトナム人女性の2事例から ~. 産衛誌 2020;62: 1-3.

- 7) 出入国在留管理庁・厚生労働省. 技能実習制度 運用要領. 令和元年6月 <http://www.moj.go.jp/content/001291237.pdf> (2020年3月18日アクセス).
- 8) 厚生労働省: 入国前結核スクリーニングの実施について Japan Pre-Entry Tuberculosis Screening. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou03/index\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou03/index_00006.html) (2020年3月18日アクセス)
- 9) Kawatsu L, Uchimura K, Ohkado A, et al. Using surveillance data to simulate the impact of a hypothetical pre-entry tuberculosis screening programme in Japan. *Int J Tuberc Lung Dis* 22:510-517, 2018.
- 10) Yasukawa K, Sawada T, Hashimoto H, et al. Health-care disparities for foreign residents in Japan. *Lancet*. 2019;393:873-874.  
(受付 2020.3.24 : 受理 2020.7.26)

## A Vietnamese technical intern was terminated from his contract due to undeclared tuberculous meningitis

Yoshitaka Morimatsu<sup>1)</sup>, Mihoko Mori<sup>1)</sup>, Naoyuki Ogasawara<sup>1)</sup>, Tatsuya Ishitake<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 68-72】

**Key words** : foreign worker, labor contract law, labor standards law, occupational health and safety law, infectious diseases act

---

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

## 会員の声

# 国際社会小児科学小児保健学会の活動 -COVID-19下の子どもたちの健康の公平性と社会正義を-

武内 一<sup>1) 2)</sup>

【社会医学研究2021；38（1）：73-78】

キーワード：国際社会小児科学小児保健学会（ISSOP）、COVID-19パンデミック、ISSOP宣言、  
ワクチン接種率、国際リサーチグループ

COVID-19パンデミックは、子どもや若者の健康とウェル・ビーイングに今後何年も影響を与える世界規模の子どもの権利に対する挑戦だと言える。この世代では、感染への罹患率は低く死亡リスクはほぼないにも関わらず、COVID-19に対する政策と社会の対応から間接的な影響を強く受ける深刻な世代間での不公平が広がった。日本でも、子どもたちの発達や健康に負荷を加え遊び学ぶ権利を侵害している。この状況を考える一助として、COVID-19パンデミックに対する10月初旬までの国際社会小児科学小児保健学会（ISSOP）の活動を紹介したい。

## I ISSOP宣言

COVID-19下の世界の子どもたちの健康を擁護するための宣言が、6月に公開された<sup>1)</sup>。ISSOP会長から提案された原案に対して学会メンバー間でオープンな議論が重ねられ、宣言が完成した。国際社会の子どもの健康と権利擁護を担うあらゆる組織との協力を通じて、「COVID-19パンデミックの影響下、不公平は世界規模で広がっている。政

府や専門機関、医療提供者と専門家、子ども・若者そして家族が、地域社会と協力してCOVID-19の影響を抑えることは、気候変動と自由な市場の国際化といった社会および生態環境からみた相互依存する地球規模の危機への対応と同様に、喫緊の課題となっている。子どもたちと若者の健康、発達、ウェル・ビーイングに優先して取り組む」ことを宣言している。

この目的を達成するために、まず事実を知る必要がある。貧困下で暮らす子どもと若者が権利侵害という重大なリスクに晒され、飢えや栄養失調、既存の疾患への罹患、あるいは規制のない労働、子ども虐待、性的搾取、人身売買、若年結婚を含むジェンダーに基づく暴力を経験し、あるいは過密な生活環境、学校での学習や余暇の時間の消失、さらに病気や死を間近で経験する長期的な悪影響、さらに母子保健事業や予防接種、医療サービスの混乱、子どもたちのライフコース全般の健康や発達への悪影響が懸念される。さらに、国内外で居場所を奪われた子どもたちの支援への繋がりにくさ、亡命申請処理作業の遅れの問題、障害のある子どもたちの教育やりハビリなどへのアクセスの困難、入所施設の安全確保の問題、さらに先住民など地域社会の少数派に対する不平等、社会的排除、メンタルヘルス問題が拡大しており、施設で暮らす子どもたちが安全な生活空間や適切な医療へアクセスできない状況、そして中低所得国の元々余裕のない医療サービスが逼迫する事態、などが

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：〒603-8301

京都市北区紫野北花ノ坊町96

佛教大学社会福祉学部

TEL：075-366-5595 FAX：075-366-5595

E-mail：htake@bukkyo-u.ac.jp

生じている。

これらを踏まえ、宣言では「すべての国の政府と世界の組織は、COVID-19パンデミックに対応するため子どもの権利に基づくアプローチを採用すること、および子どもたちと若者の健康、発達、ウェル・ビーイングが、健康の不公平を減らし、社会正義を前進させるための明確な戦略をもって優先される未来を提案することを決意する」と謳っている。

## II 子どもたちを擁護するためのリサーチ活動

この宣言に基づきISSOPは、COVID-19リサーチグループを作り5月初頭から定期的にZoom会議を開催し、①子どもたちの声、②障害をもつ子どもたち、③予防接種、④政策課題、⑤人口ベースのコホート研究、⑥親と子のメンタルヘルスとストレス、⑦臨床研究、⑧子どもへの暴力について話し合われている。筆者は、全体会と①の子どもたちの声、③の予防接種のグループに参加している。これらの話し合いの中から、COVID-19下の子どもへのワクチン接種率の低下に関する各国のデータを紹介する。

## III COVID-19パンデミックによるワクチン接種率の低下

COVID-19の影響により、全世界でワクチン接種率が低下している。日本では、集団接種されていたBCG接種の機会が設定できなかった自治体があったことが、BCGの接種率の急速な低下に反映され、さらに感染防止を優先した接種控えの影響も大きいことが推測される(図1)<sup>2)</sup>。

中南米の30余りの国の状況を地域保健機関がまとめたのが図2である<sup>3)</sup>。各国では、4月以降感染が急増してのち、ピークは過ぎたものの、感染者数は高止まりしている。5月はじめには接種控えが目立っていたのが、6月にかけて回復傾向となったものの7月の接種は再び減少している。そこには、各国でのCOVID-19感染が減少しない状況が反映されていると推測される。また、人口88万人のフィジーでは、10月5日現在、COVID-19感染者総数32名、死者2名と、100万人あたりの感染者数は日本の20分の1、致死率も6分の1未満である

が、1月から5月までのMR1期の接種率は、感染がみられた北行政区において、感染がなかった他の行政区の半分以下まで低下していた(図3)。接種先での感染拡大を恐れた接種控えが原因だと分析している。次に2億人の人口を抱えるアフリカナイジェリアの状況を見ると、感染は4月から拡大しそのピークは6-7月であった。その後も連日100-200人の感染者が確認されている。今のところ人口あたりの感染者数も死亡者数も日本の半分以下だが、5価ワクチン(ジフテリア・破傷風・百日咳+ヒブ+B型肝炎)3回目の接種率が2割以上低下していた(図4)。WHOとUNICEFがまとめた世界の1-4月の前年比での接種状況によると、インドネシアなど特に感染増が深刻な国を含む東南アジアの接種率の減少幅が大きくなっていった(図5)<sup>4)</sup>。アメリカやイギリスからも接種率低下が報告されている<sup>5)6)</sup>。一方で、活動制限を強制しなかったスウェーデンでの接種率は変化がなかった<sup>7)</sup>。

こうした各国と地域のCOVID-19パンデミックの元でのワクチン接種率の変化から、日本の接種率が今後回復するのか注目していきたい。

## IV まとめ

COVID-19リサーチグループにあるように、子どもたちの声を集める取り組みが世界で始まっている<sup>8)9)</sup>。日本では、子どもを研究対象としてではなく共に研究する主体者と位置づける研究手法の定着はこれからだが、こうした研究のパラダイムシフトもISSOP会員の研究者から知ることができる。子どもの社会医学に関わる皆さんの国際的で学際的な組織であるISSOPへの参加を訴え、本稿を閉じたい。

国際社会小児科学小児保健学会 (ISSOP)

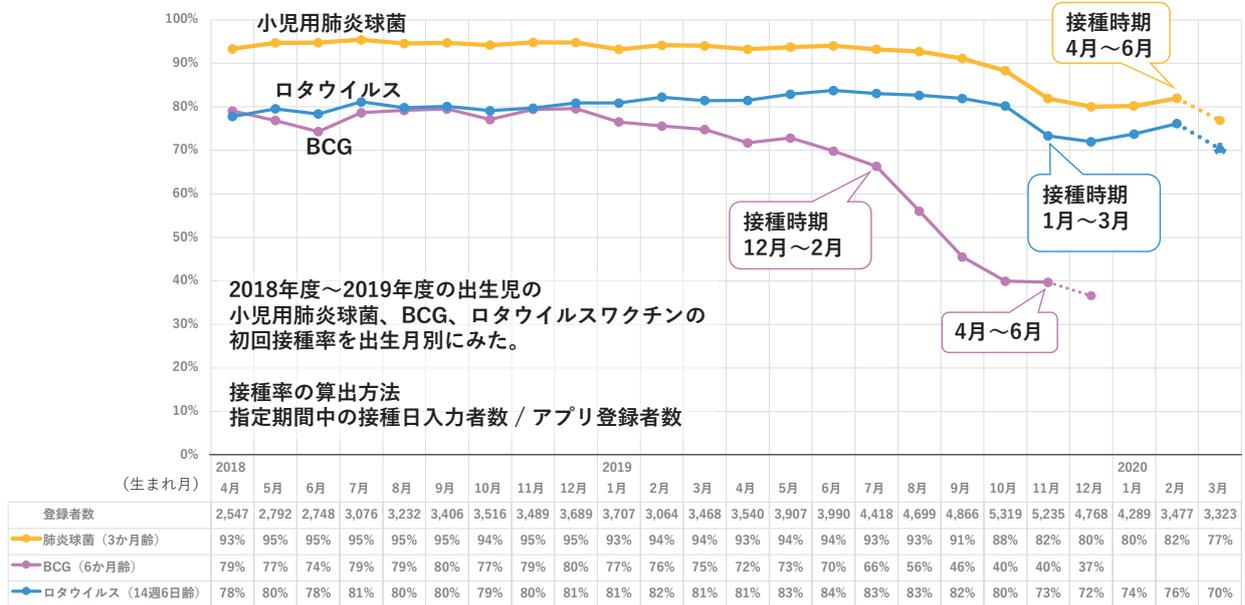
ISSOP入会ページURL: <https://www.issop.org/membership/> (2020.10.10.最終アクセス)

## 文 献

- 1) ISSOP COVID-19 Declaration. 「宣言COVID-19への対応を通じ、子どもの健康の公平性と社会正義をさらに前へ」。 <https://www.issop.org/>



接種率  
(入力率)



(NPO法人VPDを知って、子どもを守ろうの会「予防接種スケジューラー」アプリ 2020年7月8日取得データより解析)

図1 0歳のワクチン接種率 (n=90,565)

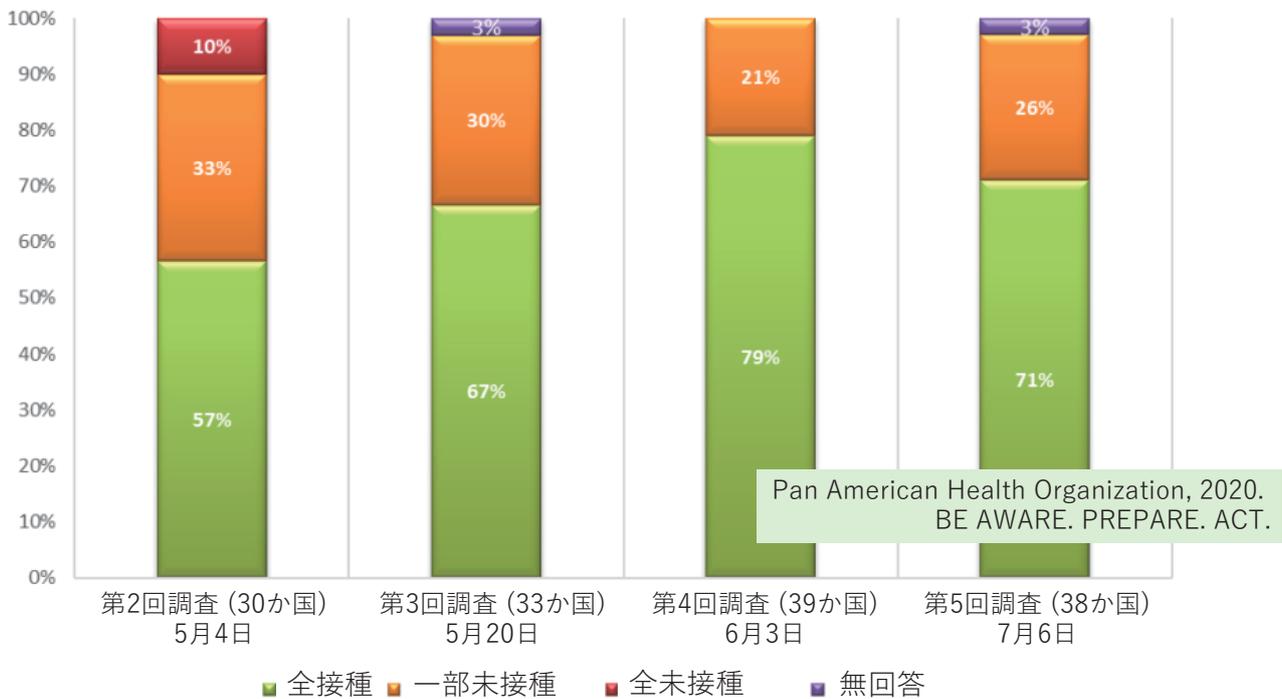


図2 定期接種の接種状況 (ラテンアメリカ30カ国余)

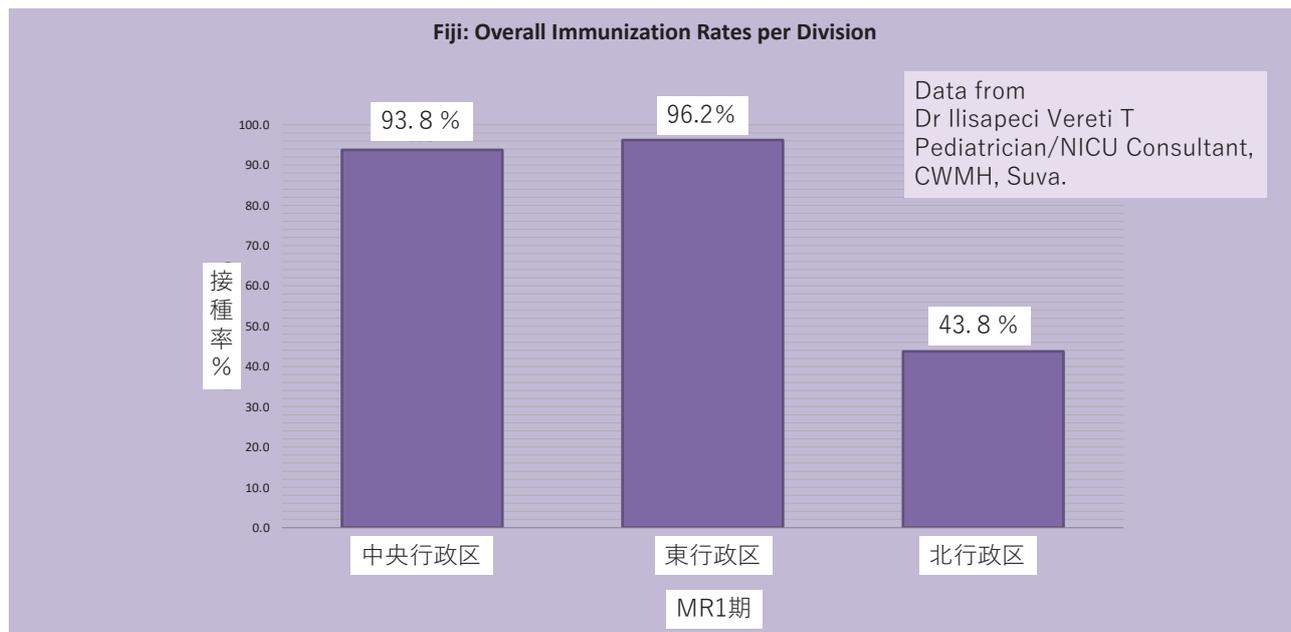


図3 地域別MRワクチン1期の接種率（フィジー）

Comparison of Penta 3 between 2019 and 2020 show decrease in performance in the months affected by the COVID-19 outbreak

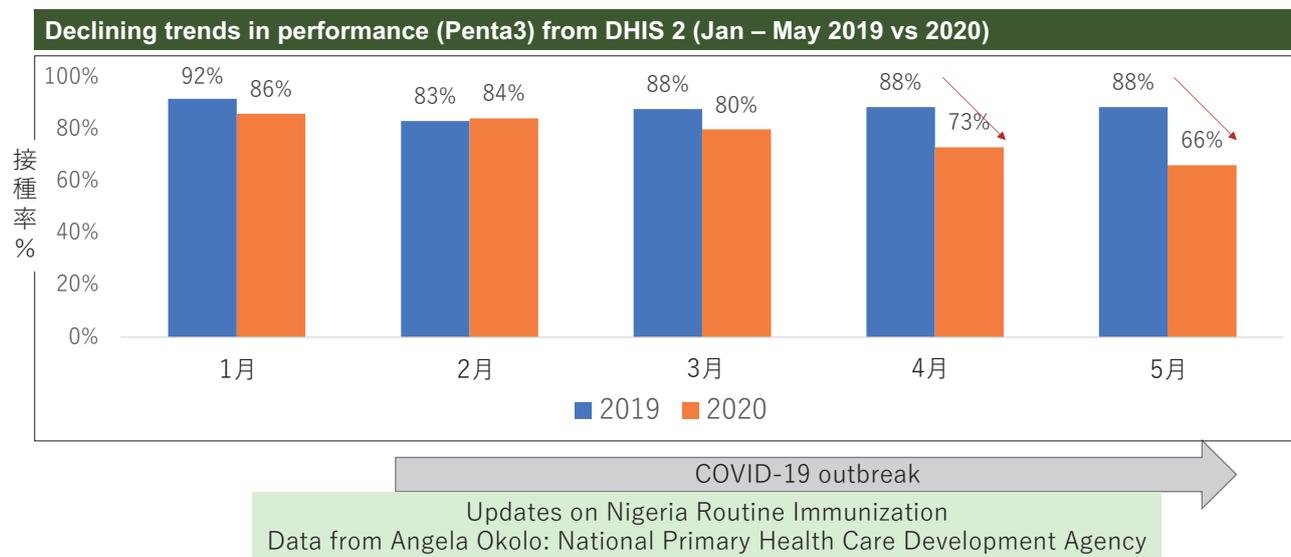


図4 ナイジェリアでのPenta (DPT+Hib+HepB) 3回目の接種率 2019年と2020年との比較 (ナイジェリア)

org/2020/06/01/issop-covid-19-declaration/ (2020.10.10.最終アクセス)

- 2) 新型コロナ流行時に延期した予防接種のキャッチアップを「0歳の予防接種は低下に歯止めがかかるが、BCGは大きく落ち込む」. <https://www.know-vpd.jp/news/20916.php> (2020.10.10.最終アクセス)

- 3) The PAHO digital library. Summary of the Status of National Immunization Programs during the COVID-19 Pandemic, July 2020. <https://www.paho.org/en/documents/summary-status-national-immunization-programs-during-covid-19-pandemic-july-2020> (2020.10.10.最終アクセス)

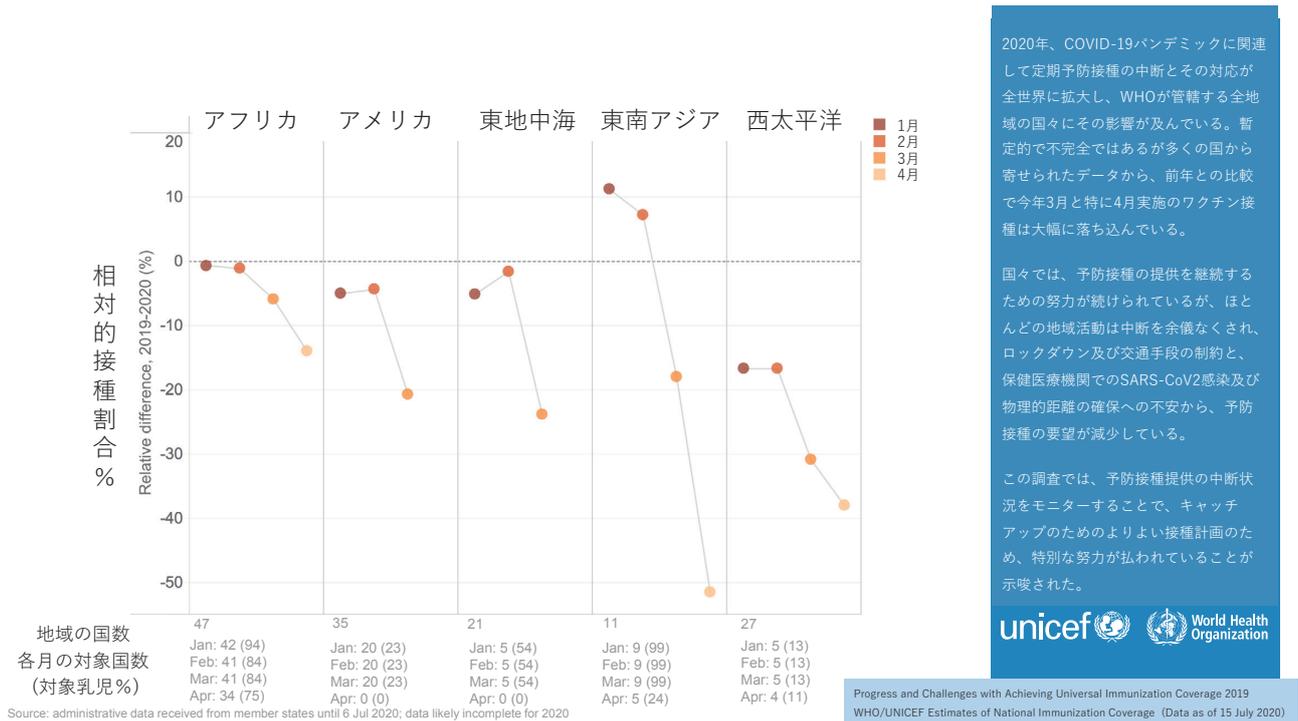


図5 世界のDPT接種状況2019年の同時期との比較による変化

- 4) UNICEF and WHO. Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage 2019 WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage (Data as of 15 July 2020) . [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/who-immuniz.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/who-immuniz.pdf) (2020.10.10.最終アクセス)
- 5) CDC Morbidity and Mortality Weekly Report. Effects of the COVID-19 Pandemic on Routine Pediatric Vaccine Ordering and Administration — United States, 2020. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6919e2.htm> (2020.10.7.最終アクセス)
- 6) ISSOP e-bulletin No.47.September 2020. 4.Current Controversy 4.1.Current trends in immunisation uptake: report from UK. <https://www.issop.org/2020/10/04/issop-e-bulletin-no-47-september-2020/> (2020.10.10.最終アクセス)
- 7) F o l k h ä l s o m y n d i g h e t e n . Barnvaccinationsprogrammet stabilt under pandemin. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/oktober/barnvaccinationsprogrammet-stabilt-under-pandemin/> (2020.10.10.最終アクセス)
- 8) Pia Christensen and Alan Prout. Working with ethical symmetry in social research with children. *Childhood*. 2002: 477-497.
- 9) Leonora G Weil, Claire Lemer, Elspeth Webb and Dougal S Hargreaves. The voices of children and young people in health: where are we now?. *Arch Dis Child*. 2015: 915-917.  
(受付 2020.10.16 : 受理 2020.11.18)

# The Activities of the International Society for Social Pediatrics and Child Health -Equity of Health and Social Justice for Children under COVID-19 Pandemic-

Hajime Takeuchi<sup>1)2)</sup>

---

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 73 - 78】

**Key words** : International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP) , COVID-19  
Pandemic, ISSOP Declaration, Vaccine Coverage, International Research Teams

---

1 ) School of Social Welfare, Bukkyo University

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

## 特別報告

# 手話通訳者の頸肩腕障害に関する、 聴覚障害者と手話通訳者の取り組みの経過と今後の課題

埜田和史<sup>1)</sup>

## 要旨

日本では、2013年に「障害者権利条約」に批准して以降、「障害者差別解消法」が制定され「手話言語条例」を制定する自治体が増加しており、手話通訳が要請される機会が増加している。手話通訳は、上肢系の筋や中枢神経系への強い負担を生じる作業である。過去には、多数の専任手話通訳者が重度の頸肩腕障害を発症し、手話通訳の利用を制限しなければならない状況に陥った歴史がある。この危機に対して、聴覚障害者と手話通訳者は、1994年に手話通訳者の健康と手話通訳制度を両立させるためのガイドラインを作り、以来、その実践に取り組んできた。取り組みの効果は、5年ごとの悉皆調査で検証されている。2015年の調査では、交代で通訳を担当するルールが90%以上実施されるなど、健康を守るためのルールは一定普及しており、重症頸肩腕障害の多発は防止できていたが、頸肩腕障害が疑われる症状を訴える者が17%いた。専任手話通訳者の女性比率は96%、50歳以上が63%と高齢化が進み、正規雇用率は18%と低かった。手話通訳者不足の訴えは、2010年時の20%から47%へと増加していた。聴覚障害者の社会進出に見合った手話通訳を保障するためには、手話通訳者の健康を守り処遇を改善する取り組みが今後も必要と考えられる。

【社会医学研究2021；38（1）：79-88】

キーワード：頸肩腕障害、手話通訳者、聴覚障害者、手話

## I はじめに

手話は、手指や腕の動きや形とともに表情や唇の動きで構成された視覚言語で聴覚障害者の言語である。生前あるいは生後、音声語を獲得する以前の幼少期に聴力を失った聴覚障害者にとっては、手話は母語の位置を占める。国内外の聴覚障害者は教育や医療や労働など、生活のあらゆる場面で手話を利用できる制度の確立を求め取り組んできた。2006年には手話の利用が聴覚障害者の権利で

あると明記された「障害者権利条約」が国連で採択され、我が国も2013年に批准している。2016年に制定された「障害者差別解消法」では、障害者から社会的障壁の除去を求められた場合は、その除去について「合理的な配慮」を行うことが求められている。しかも、「合理的な配慮」の提供は、行政機関等については法的義務であり、民間事業者については努力義務とされている。また、手話への理解促進や普及をめざす「手話言語条例」を聴覚障害者の要請に応じて制定する自治体が増えており、2020年11月の時点でその数は29道府県を含む369自治体に達している。

こうした聴覚障害者や手話を巡る社会状況の変化を受けて手話通訳者の役割が高まっている。手話通訳者は聴覚障害者と聴者とのコミュニケーションを支えているだけでなく、音声社会の中で

1) びわこリハビリテーション専門職大学  
リハビリテーション学部作業療法学科  
連絡先：埜田和史  
住所：〒527-0145

滋賀県東近江市北坂町967  
びわこリハビリテーション専門職大学  
リハビリテーション学部作業療法学科

E-mail：k-taoda@ot-si.aino.ac.jp

生活する聴覚障害者の困難を理解し支援する役割も果たしている。手話通訳に伴う心身の負担は他の職種には例を見ない特有なものがあり、頸肩腕障害の発生リスクに曝されている。日本の聴覚障害者や手話通訳者はそうしたリスクに対して、手話通訳者の健康を守るためのガイドラインを独自に制定し、手話通訳制度の不可欠の構成要素として実践し続けてきた。著者は、労働衛生および社会医学専門家として30年に渡りその取り組みに関わってきた立場から、手話通訳者の健康問題の歴史と課題について概括する。

## II 手話通訳者の頸肩腕障害

手話通訳者に発生した頸肩腕障害事例を本学会の前身である社会医学研究会総会で報告したのは1989年のことである。

患者は滋賀県の聴覚障害者団体に雇用された、当時、滋賀県で唯一の専任手話通訳者だった。初診時の自覚症状としては、両上肢のしびれ、ふるえ、挙上困難、後頭頸部より肩背部の強い自発痛と運動痛、頭痛、めまい、不眠などがあり、筋触診では両側の僧帽筋、肩甲挙筋、後頭部筋群、左上腕二頭筋などに硬結と強い圧痛が認められた。機能検査では、握力、肩腕力、タッピング値が著しく低下していた。1982年より県庁、市役所で嘱託の手話通訳者として勤務していたが、1987年4月に聴覚障害者団体の専任手話通訳者として勤務して以降、症状が悪化し1988年8月に就労不能となり受診している。この間の業務内容は、医療機関や学校行事、講演会等での手話通訳、通訳奉仕員の派遣手配、聴覚障害者の生活相談対応、手話通訳者養成講座の企画と講師、聴覚障害者である所長と同行しての通訳、加えて一般事務作業も担っていた。頸肩腕部の疼痛やしびれ、激しい動悸やめまい、極度の疲労感に苛まれながらも、倒れるまで手話通訳に従事し続けていた。また、倒れる前の48日間は一日の休日も取っていなかった。自覚症状、診察所見、鑑別診断結果、業務負担と症状の経過を検討し、重度の頸肩腕障害と診断した。

手話通訳者の頸肩腕障害については1970年代の

終わりに公務災害や労働災害として申請された専任手話通訳者事例があり、1例は労働災害として認定されたという記録はあったが、業務内容に関する詳細な情報は得られなかった。国外では、聴覚障害者の手話動作の早さと上肢痛との関係を検討した報告があったが、手話通訳者の頸肩腕障害に関する報告は無かった。手話通訳という職業に頸肩腕障害が発生する可能性があることを公表し社会的な注意を喚起することを目的に、1989年11月に詳細な労働態様と臨床所見をまとめ「専任手話通訳業務により発症した頸肩腕障害の一例」として「産業医学」誌で発表した。

## III 頸肩腕障害について

頸肩腕障害は1960年代以降、タイピストやキーパンチャーや電話交換手、保母などに多発し、その予防対策や労働災害としての被災者救済が大きな社会問題となった作業関連性疾患である。労災認定を巡っては司法の場で被災者が救済を求めることが繰り返しておきている。日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会は頸肩腕障害を「上肢系作業関連性筋骨格系障害に該当する。即ち、作業態様に関わる負荷が上肢系の筋骨格系組織に作用することがその発生や増悪の一要因となる多要因性の障害」と定義している。この場合の「作業」には、賃労働に伴う作業だけでなく、家事・育児やボランティアや趣味などに伴う「作業」も含まれる。作業態様とは、作業の方法を意味する。具体的には、反復した動作、力のかけ方、作業姿勢の偏り、上肢の位置、姿勢の拘束性などや、作業の連続性、休憩・休息の取り方、疲労からの回復時間など、疾患の発生に関与する働き方を指す。初期症状は、「肩こり」や「頸のこり」「腕のだるさ」などだが、症状が進むと、頸肩腕部に持続する「いたみ」や「しびれ」を生じ、手指や腕の運動制限や上肢系の筋力の低下を来す。また、重症化すると、頸肩腕部の症状に加えて不眠症やうつ症や自律神経失調症状も出現し難治化する。予防対策としては、作業方法の改善や連続作業の短縮などによる作業負担の軽減と、特殊検診による健康管理が重要となる。

## 筋電図所見

測定部位：右上腕二頭筋



(西山勝夫、埜田和史、渡部眞也. 手話通訳者の作業時の動作学筋電図. 産衛誌1992; 34: 184-185.)

図1 音声に反応して筋活動が生じる手話通訳者例  
(重症頸肩腕障害例で観察)

現存する発生職種には、保育士、介護職、看護師、コンピュータ作業員、調理師、流れ作業従事者など、腕を使う多くの職業がある。

#### IV 手話通訳に伴う心身の負担

##### 1) 手話動作に伴う負担

手話は、手指や腕の動きや形、表情、口唇の動きから構成されている。表情や口唇の動きと手指や腕の動きを相手の同一視野内に示す必要があるため、腕を挙上した肢位を保持した姿勢で手指を高速に動かす。そのため、肩腕部の筋に強い負担を生じる。

##### 2) 手話通訳に伴う負担

手話通訳には、音声語を手話表現に置き換える「聞き取り通訳」と、手話表現を音声語に置き換える「読み取り通訳」がある。「聞き取り通訳」では、日本語音声を取り、手話に変換構成し、手指や表情や口唇の動きとして出力している。「読み取り通訳」では、手話を、視覚を介して認識し手話表現を音声語表現に変換構成し、音声語として出力している。いずれの通訳も同時通訳であるため中枢での高速情報処理が必要であり、中枢神経系に強い負担を生じる。また、「音声の聞き漏らし」

や「手話の読み落とし」が許されないため、強い緊張が持続する作業となる。照度や逆光や騒音などの環境条件や複数者が同時発言するような状況では、手話通訳者の疲労度が増し、通訳の精度が低下する。

##### 3) 手話通訳者特有の身体反応

手話通訳者に発生した頸肩腕障害患者では「手が勝手に動く」「人の会話を聞いていると、肩や腕が痛くなる」などの症状を訴える者が少なくない。実際に、患者に椅座位安静の状態では、上腕筋の表面筋電図を測定しながら日本語朗読テープを聴かせると、無音状態では反応しなかった上腕筋が活動することが確認されている(図1参照)。また、こうした音声語で誘発される筋活動現象の出現率が頸肩腕障害の症状進行に伴って高まることも確認されている。頸肩腕障害の治療は、休業により作業負担を除き回復を促すことを原則としている。しかし、手話通訳者の場合は、休職し手話通訳から離れても、音声語環境下で生活することで頸肩腕部の筋活動が誘発され安静が保てない事態が生じるため、治療に難渋することが起きた。

#### V 手話通訳者の頸肩腕障害と業務負担との因果

## 関係

### 1) 聞き取り調査

頸肩腕障害を発症した専任手話通訳者（以後、患者と呼ぶ）は、手話通訳だけでなく手話通訳者養成に関する業務や手話通訳者派遣に関する業務、聴覚障害者の生活相談業務など多様な業務を担当していた。手話使用の機会だけをみても、手話通訳時以外に、事務所内外での聴覚障害のある所長との会話や、事務所に来る聴覚障害者との会話は全て手話で行っていた。また、夜間や休日の手話通訳依頼や講演等の手話通訳も担当しており、休日・休憩がとれていなかった。こうした患者の働き方について、患者自身を含め滋賀県内の手話学習者や聴覚障害者からの聞き取り調査を重ねた。その結果、手話通訳者が頸肩腕障害を発症した背景には、①音声語社会の中に放置され様々な困難を抱えて生きている聴覚障害者の存在、②聴覚障害者のコミュニケーションが手話通訳者の強い使命感や責任感で支えられている現状、③手話通訳に関する安全衛生体制の未整備、があると理解できた。ただし、1事例を経験した時点では、患者の働き方が、県レベルで専任手話通訳者が一人しかいなかった滋賀県の特徴的な状況を反映したものか否かは判断できなかった。

### 2) 疫学的検討

「手話通訳者に頸肩腕障害が発生した」との情報、手話通訳関係者や聴覚障害者団体関係者に広がり、同様の症状を持つ手話通訳者からの相談や関係者からの問い合わせが多く寄せられ、他地域での患者発生が疑われた。そこで、手話学習者の全国団体である全国手話通訳問題研究会（以後、全通研と略す）と協力して、1989年に近畿地区の専任手話通訳者を対象に「労働と健康」に関する実態調査を実施した。その結果、近畿の全府県に強く頸肩腕障害が疑われる者がおり、過去に類似の症状を理由に退職した手話通訳者が複数いたことが判明した。この結果を第5回全通研討論集会上に報告したところ、近畿地方外の参加者からも類似の症状を訴える手話通訳者の情報が相次いだ。こうした事態を受けて、1990年に全日本ろう

あ連名（以後、日ろう連と略す）と全通研と共同し、598人の専任手話通訳者を対象に、「労働と健康」に関する全国悉皆調査（以後、「全国調査」と略す）を実施した。調査項目は属性以外に、雇用関係や業務内容に関する項目、月間通訳担当件数や手話利用業務の割合、場面別連続通訳可能時間、頸肩腕部の自覚症状、睡眠時間や休日の過ごし方などであった。調査項目が多数に及んだが、有効回答率は92%と信頼性の高い調査結果を得た。頸肩腕部の痛みやしびれを訴える手話通訳者は40%を超えた。有訴率の高さは、1970年代に頸肩腕障害が多発し大きな社会問題となったキーパンチャーやタイピストや保育士の有訴率に匹敵していた。また、手話通訳担当件数や業務での手話使用頻度と頸肩腕部の痛み等の有訴率が相関し、手話通訳の業務負担と頸肩腕障害発症との因果関係を示していた。各地の手話通訳者は滋賀県の手話通訳者と同様に多様な業務を担当しており、休日や休息の保障も不十分で極めて危険な状況に曝されていることが明らかとなった。これらの結果を、1991年に東京で開催された第11回世界ろう者会議で報告した。米国からも大学専属の手話通訳者について同様の健康問題が報告されたこともあり、大会最終日に、手話通訳者の健康管理を各国政府に要請する特別決議が行われた。

## VI 特殊検診の実施

疫学調査で頸肩腕障害の発症が疑われる自覚症状を訴えていた手話通訳者に、早期の受診を促す手紙を出したが、多くの手話通訳者から「手話通訳業務や頸肩腕障害に理解を示す医師がいない」との返信を受けとった。頸肩腕障害は重症化すると難治化するため、診察に基づく早期の業務軽減や休業加療指示が重要となる。そこで、1991年より全通研が全都道府県持ち回りで開催する全国集会に合わせて、頸肩腕障害に関する特殊検診出張実施した。この検診を2014年まで続けた。

1991年の検診は青森で実施し43名が受診した。受診者の内18名は中等度以上の異常所見のために業務制限が必要と、5名は重度の異常所見のため

休業による加療が必要と判断した。受診者の半数以上が業務制限や休業加療が必要という結果を、身近な手話通訳者に生じている重大な健康問題として、また、やっと始まった手話通訳制度の危機として、日ろう連や全通研幹部は深刻に受け止めた。診察を担当した著者は、重い頸肩腕障害を発症している手話通訳者に「休業による加療」を指示しても、「交代の手話通訳者がいないので、私が休めば、聴覚障害者の病院受診が途絶える」「やっと手話通訳者が設置されたのに、私が休むと聴覚障害者がまた情報のない世界に閉じ込められる」と、手話通訳者自身が休業による治療を受け入れない状況に、各地の手話通訳者が担っている責任の重さを改めて認識した。

## VII ガイドラインの確定と公表

1990年の全国調査結果、1991年の検診結果を受けて、日ろう連と全通研は著者を交えて、手話通訳者の健康を守るためのガイドライン作りを目的とした委員会を立ち上げた。委員会の成果は、1994年に「みんなでめざそうよりよい手話通訳」(略称「よりパン」)として公表された(図2)。「よりパン」には、頸肩腕障害予防のための事項だけでなく、手話通訳者を利用する際のルール、手話通訳者の働き方のルール、手話通訳者の処遇について具体的に記載されている。ガイドラインを確定する過程で、幾つかの課題を検討する必要があった。

まず、「登録手話通訳者」の健康管理責任の所在についてである。「登録手話通訳者」とは、自治体等が実施する手話講座を受け認定試験に合格した後にボランティアに準じる処遇で活動する手話通訳者を言う。雇用されている専任手話通訳者の健康管理は労働安全衛生法上、雇用者責任が明示されているが、ボランティアに準じる「登録手話通訳者」の健康管理責任の所在は不明だった。検討を重ね、登録手話通訳者に手話通訳を依頼し派遣する「手話通訳派遣事業」の実施者、即ち、自治体が管理責任を負うべきであるとした。この考え方は、1998年に厚生労働省が「障害者の明るい暮

らし」促進事業に関連して指示した、手話通訳者への健康配慮や手話通訳者養成での安全衛生教育の実施に、また、2013年に施行された「障害者総合支援法・地域生活支援事業」に関連して指示された、手話通訳者を含む意思疎通支援者への健康管理にも反影された。

もう一つの課題は、手話通訳者の健康を守るためのルールが聴覚障害者の利便性に影響を与える可能性がある点だった。それまで、手話通訳時間の制限は無く、手話通訳者の間でも「上手な手話通訳者は長時間できる」と考えられていた。「短い時間で手話通訳者が交代すると、目に慣れてきた手話が変わるので判りにくくなる」と聴覚障害者から苦情が出ることもあった。しかし、頸肩腕障害の予防のためには一連続時間を適切に設定し、長時間の通訳は複数であたることや、一日の通訳担当件数に上限を設け過労を防ぐことが不可欠だった。全国調査で得た、通訳場面別の限度時間値や手話通訳者の声を基に「通訳場面別の交代時



図2 みんなでめざそうよりよい手話通訳

間」を提案し、日ろう連は全国の支部・会員の合意を得て決定した。この決定した交代時間の労働生理学的妥当性は著者らが実験的に検証した。この交代時間や、交代通訳のルールは「障害者総合支援法・地域生活支援事業」で踏襲指示された。

他にも、聴覚障害者に影響が及ぶ問題として、「手話通訳者を利用する聴覚障害者が利用場面で手話通訳者を紹介する」ルールの可否が検討された。このルールは、診察室で守秘義務を負う医師の言葉を通訳する場面や、授業参観や保護者会に参加する聴覚障害者が手話通訳者を利用する場面で、トラブルを避けたり手話通訳者のストレスを低減し通訳の質を高めるために必要と考えられた。しかし、このルールは、聴覚障害者であることを表明することを求めるものであり、差別されてきた当事者にとって「過酷すぎる要求では」と、議論の対象となった。日ろう連は支部・会員と丁寧な意見交換を行い、「合意」を形成していった。「合意」を生み出した聴覚障害者の思いは、当時の日ろう連理事長の「手話通訳士資格制度が誕生するなど発展を見た今日、私達はその実践の問題点を理解し、手話通訳活動を新しい段階にレベルアップしていくことが求められていると思います。それは、手話通訳活動を、障害者世話し、世話される関係にとどめることなく・・・」との、「よりパン」冒頭の言葉にも示されている。

## VIII 手話通訳者の健康を守る取り組み

手話通訳者の健康問題について、日ろう連や全通研は1989年以降、組織内部に健康問題を担当する部署を設け、患者支援や情報の発信、学習会の実施や出版物の発行等、継続した活動を行ってきた。1992年には「手話通訳のけいわん患者・健康を守る会」を組織し（2020年解散）、患者支援にも取り組んできた。2004年には、日ろう連、全通研、日本手話通訳士協会が「手話通訳者の健康を守る取り組みについての3団体協議会」を設立し、以後、「手話関係者の健康フォーラム」を毎年各地で開催している。地域レベルで見ると、都道府県単位で、日ろう連や全通研支部が協力し研修会や手話通訳

者の健康管理事業に取り組んでいる。静岡県では1993年以来、県下の全登録手話通訳者および専任手話通訳者を対象とした手話通訳者の健康管理事業が県の委託事業として実施されている。

## IX 手話通訳者の健康状態や働き方のモニタリング

### 1) 手話通訳者の処遇

専任手話通訳者の「健康と労働」の実態については、1990年の全国調査以来、全通研と日ろう連が協力して5年ごとに悉皆調査を実施している。その目的は、手話通訳者の健康状態を把握し手話通訳者の健康を守る取り組みを評価し課題を示すことと、処遇など手話通訳制度の課題を示すためである。

対象となった専任手話通訳者数は、1990年は598人だったが2015年は1801人で約1200人増加したが、手話通訳者不足の訴えは、2010年時の20%から47%へと増加していた。この間に、男性比率は14%から5%に低下し、年齢構成は、1990年の調査時には30歳代が40%と最多世代だったが、調査毎に上昇し、2015年では50歳代が47%、50歳以上が63%と、手話通訳者の高年齢化すすんだ。ただし、在職年数5年未満の者が47%を占めていることから、在職年数の長期化に伴い高年齢化したのではなく、50歳以上の手話通訳者が比較的短期間在職後に退職していることを示している。手話通訳者の高年齢化の背景には、手話通訳士の合格時年齢が40歳代後半であることに示されるように、多くの手話通訳者が、地域の手話通訳者養成講座等で時間をかけて技能を獲得しているため、専任手話通訳者としてのスタートが遅いという、手話通訳者の養成事情がある。処遇面を見ると、正規雇用率は37%から18%と減少した。特に、約半数の手話通訳者を雇用している自治体は、正規雇用率が23%から7%に減少した。週5日以上勤務している非正規職員の月収平均額は、雇用先が自治体か民間団体かで若干差があるものの16~19万円であり、1995年調査時より減少していた。手話通訳者の処遇は、1990年以来、改善されていない。

## 2) 身体部位別の自覚症状

頸肩腕障害の症状である「痛み」や「しびれ」や「ふるえ」や「動きのわるさ」が、頸・肩・腕・手指部のどこかに「いつも」あると、回答した者の率を経年的に見ると、1990年は24%だったが、1995年以降は20%前後で推移し、2015年調査では17%だった。重症頸肩腕障害患者が多発した1990年時には、複数の身体部位に複数の症状を持つ者が高率だったが、その後は低下傾向を示し、伴って重症頸肩腕障害の発生も減少している。ただし、2015年の段階でも頸肩腕障害の発生が疑われる専任手話通訳者が17%おり、今後も手話通訳者の頸肩腕障害予防の取り組みが必要なことを示している。

## 3) 予防対策の実施状況

1994年に手話通訳者の健康を守るためのガイドラインに相当する「よりパン」が出版され、聴覚障害者のコミュニケーション保障と手話通訳者の健康保障を両立させることが追求されてきた。1990年には無かった長時間通訳を交替で担当するルールは2015年段階で90%実施されていた。ストレッチ体操については「ほぼ毎日している」「時々している」が1995年では63.2%だったが、2015年調査では79.7%となっている。頸肩腕障害に関する特殊検診があると回答した者が1995年調査では30.3%だったが、2015年調査では57.7%に増加し、53.1%が検診を受診し、受診者の48.5%が、検診結果が業務に反影されていた。1ヶ月当たりの平均通訳件数が30件以上の通訳者は1995年に24%いたが、2015年には15%に減り通訳負担の調整が行われていた。2005年からモニタリングを始めた、最近1年間の頸肩腕障害に関する学習会への参加状況は、2005年が46%だったのに対して2015年は40%に減少していた。職場では保障されない学習機会を地域の聴覚障害者や手話通訳者と協力して作り出すことが重要と考えられた。

## X 結語

専任手話通訳者に重症頸肩腕障害が多発した時

期は、1983年～1992年にかけて「国連・障害者の10年」として世界的に障害者の社会参加や人権保障への取り組みが行われた期間である。日本でも聴覚障害者をはじめとして障害者の社会参加が進展し手話通訳の必要性が高まった。しかし、手話通訳者の養成制度や手話通訳保障制度が未熟で、手話通訳者に過重な負担が生じ頸肩腕障害に象徴される健康問題が発生した。聴覚障害者と手話通訳者は、手話通訳者での頸肩腕障害の多発を手話通訳保障の危機と捉え、協力して手話通訳者の健康を守るためのガイドラインを制定し、その実践に取り組んできた。1990年以来、5年ごとに実施しているモニタリング調査の2105年の結果は、手話通訳者の処遇が改善していないことや頸肩腕障害発生リスクが続いていることを示していた。この結果を、聴覚障害者や手話通訳者の取り組みの不十分さを反影したものと捉えるべきではない。聴覚障害者の置かれた状況や手話通訳者の専門性や役割に対する社会の認識水準、すなわち、社会を構成する聴者の認識水準を反影していると捉えるべきであろう。「障害者差別解消法」等の制定を通じて、聴覚障害者社会参加が一層すすみ、手話通訳者の需要は増していく。今後は、手話通訳者の健康を守る取り組みを、社会全体の課題として進めることが求められている。

## 文 献

- 1) 埜田和史, 西山勝夫, 渡部眞也. 専任手話通訳者に発症した頸肩腕障害の一例. 第30回社会医学研究会総会講演集 1989; 72.
- 2) 埜田和史, 西山勝夫, 渡部眞也, 他. 専任手話通訳業務により発症した頸肩腕障害の一例. 産衛誌 1989; 31: 442-443.
- 3) 全国手話通訳問題研究会. 手話通訳者の頸肩腕障害を考える. 手話通訳問題研究 1990;40.
- 4) Taoda K. The endeavor to help maintain the sign language interpreter. XI World Congress of the World Federation of the Deaf, 1991.
- 5) 全日本ろうあ連盟編. 新しい聴覚障害者像を

- 求めて. 東京:全日本ろうあ連盟出版局, 1991.
- 6) 西山勝夫, 埜田和史, 渡部眞也. 手話通訳者の作業時の動作学筋電図. 産衛誌 1992; 34: 184-185.
  - 7) 埜田和史. 専任手話通訳者の頸肩腕障害. 総合リハ 1992; 20: 385-388.
  - 8) 全国手話通訳問題研究会. 手話通訳者の健康問題 日本の手話通訳者の実態と健康について. 手話通訳問題研究 1992;45.
  - 9) 北原照代, 埜田和史. 手話通訳者の労働実態 - 生活時間調査から -. 第34回日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会・第41回日本産業衛生学会産業疲労研究会合同研究会 1993.
  - 10) 北原照代, 埜田和史, 山下尋美, 他. 手話通訳者の頸肩腕障害に関する検診結果. 産衛誌 1993; 35: S281.
  - 11) 全日本ろうあ連盟・全国手話通訳問題研究会. みんなでめざそうよりよい手話通訳. 1994.
  - 12) 中央労働災害防止協会. 職場における頸肩腕症候群予防対策に関する検討結果報告書.1995.
  - 13) 埜田和史. 手話通訳者の頸肩腕障害予防の方策. 労働の科学1995; 50: 441-444.
  - 14) 北原照代, 埜田和史, 西山勝夫. 連続手話通訳作業の負担に関する実験的研究. 産衛誌 1996; 38: 59-69.
  - 15) Kitahara T., Taoda K., Nishiyama K. An experiment study on the work load of continuous sign language interpretation. 25th ICOH, 1996.
  - 16) 全国手話通訳問題研究会. 手話通訳者の実態と健康についての全国調査・報告書. 1997.
  - 17) 埜田和史, 西山勝夫, 山下尋美. 手話通訳者の労働負担と頸肩腕障害. 産衛誌 1997; 39: 116-125.
  - 18) 全国手話通訳問題研究会編. 手話通訳者の健康管理マニュアル. 京都:文理閣, 2000.
  - 19) 北原照代 埜田和史 西山勝夫. 聴覚障害者の受療に関する医療機関側の問題～医療機関を対象とした面接調査の分析～. 社会医学研究 2001;19 : 45-55.
  - 20) 埜田和史. 健康対策の10年 2000年度全国調査から学んだこと. 手話通訳問題研究 2002; 80: 56-63.
  - 21) 全国手話通訳問題研究会. 社会的健康あつての人間らしい労働とくらし—手話通訳者の労働と健康実態調査の報告一. 2002.
  - 22) Taoda K., Kitahara T., Tomioka K., Tsujimura H., et al. Questionnaire study on occupational cervico-brachial disorders among Japanese professional sign language interpreters in 2000. 27th ICOH, 2003.
  - 23) 埜田和史. ヒューマン手話通訳の発見 - 手話通訳者の健康とけいわん予防 -. 京都:文理閣, 2003.
  - 24) 北原照代, 富岡公子, 辻村裕次, 他. 手話通訳者における音声言語刺激に対する筋緊張反応の評価法. 産衛誌 2003; 45: 477.
  - 25) 北原照代, 埜田和史, 富岡公子, 他. 職業的手話通訳者における頸肩腕部自覚症状と全身・精神神経症状との関連. 産衛誌 2003; 45: 80-81.
  - 26) Taoda K., Tomioka K., Kitahara T., et al. An experimental study on muscle tension reaction induced by voice among sign language interpreters. 5 th PREMUS, 2004.
  - 27) 富岡公子, 北原照代, 埜田和史, 他. 手話通訳者における音声言語により誘発された筋緊張反応に関する実験的研究. 産衛誌 2004; 46 : 45-54.
  - 28) 埜田和史. 頸肩腕障害の定義・診断基準をめぐる議論の動向. 新医協 2005; 1598: 2.
  - 29) 全国手話通訳問題研究会. 手話通訳者が健康でよりよい仕事をするために 2005年度手話通訳者の労働と健康についての実態調査報告. 2006.
  - 30) 全国手話通訳問題研究会. 登録されている手話通訳者の健康と労働についての抽出調査報告書. 2007.
  - 31) 小野雄一郎, 埜田和史, 中石仁, 他. 頸肩腕障害の定義・診断基準・病像等に関する提案.

- 産衛誌 2007; 49; A13-32.
- 32) 埜田和史. 腰痛・頸肩腕障害の治療・予防法. 京都: かもがわ出版, 2008.
- 33) 全国手話通訳問題研究会編. 石野富志三郎監修. 手話通訳がわかる本. 東京: 中央法規, 2010.
- 34) 埜田和史. 手話通訳者の健康問題の現状と今後の課題. 労働と医学 2013; 118: 4-17.
- 35) 全国手話通訳問題研究会. 雇用された手話通訳者の労働と健康についての実態調査報告書—2015年10月調査—. 2016.
- 36) 埜田和史, 北原照代. 手話通訳者の健康管理の現状と課題—2015年全国悉皆調査結果を踏まえて—. 労働と健康 2019; 141: 4-13.
- 37) 全国手話通訳けいわん患者・健康を守る会. 時をつなぐ ことばを紡ぐ—頸肩腕障害と闘い続けた手話通訳者たちの想い—. 全国手話通訳問題研究会 2019.
- 38) 全日本ろうあ連盟編. 手話言語白書 多様な言語の共生社会をめざして. 東京: 明石書店, 2019.

#### 謝 辞

全日本ろうあ連盟と全国手話通訳問題研究会の長年にわたる真摯な取り組みに敬意を表します。また、手話通訳の健康を守る取り組みを協力して進めてきた滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門の北原照代先生に深謝いたします。

(受付 2020.11.23: 受理 2020.11.27)

## Progresses and Future Challenges in the Efforts by Deaf People and Sign-language Interpreters concerning Cervicobrachial Disorders Suffered by Sign-language Interpreters

Kazushi Taoda<sup>1)</sup>

---

### Abstract

Since the ratification of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2013, Japan has enacted the Act for Eliminating Discrimination against Persons with Disabilities at the national level, while more and more municipalities across the nation have been enacting sign language ordinances. Along with these movements, sign language interpreters have been increasingly in demand. Sign language interpretation is a kind of labor that puts a considerable strain on the upper limb muscles and the central nervous system. In the past, a number of employed interpreters suffered severe cervicobrachial disorders, inevitably prompting the service providers to restrict the use of the sign language interpretation service. To address this crisis, deaf people and sign-language interpreters jointly established a guideline in 1994 to concurrently ensure health of the interpreters and the sign language interpretation system and have since been trying to align their practices with the guideline recommendations. The effect of their efforts has been verified at the national survey conducted every five years. At the survey in 2015, rules to protect the interpreters' health was found to have been observed to a certain extent, such as over 90% compliance with the rotation rule. While the rules successfully prevented severe cervicobrachial disorders, 17% of the interpreters complained about symptoms suspected of cervicobrachial disorders. Female interpreters accounted for 95% of the employed sign-language interpreters, and interpreters over age 50 accounted for 63%, demonstrating the aging of the interpreter population. Only 18% of the interpreters were regular employees, while complaints about the shortage of sign-language interpreters increased from 20% in 2010 to 47% in 2015. The study suggests the necessity to protect sign-language interpreters' health and improve their treatment to ensure sufficient sign language interpretation services, which is indispensable for people with hearing difficulties in their effort to advance into society.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 79 – 88】

**Key words** : cervicobrachial disorders, sign language interpreters, deaf people, sign language

---

1) Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation, Biwako Professional University of Rehabilitation

連載シリーズ

## 「社会医学の研究のはなし」その3 「現場の問いを研究に」

北原照代<sup>1)</sup>

【社会医学研究2021；38（1）：89-92】

キーワード：研究 医学教育 現場（フィールド）

### 1. はじめに

早いもので、筆者が大学院生として滋賀医科大学予防医学講座（当時）の門を叩いてから、今年で28年目となる。当研究室では、伝統的に、調査・研究実施にあたり「現場を見る」を基本にしているので、大学院入学当時から、とにかくいろんな現場に連れて行ってもらった。琵琶湖北東部の農家、北海道の鉾山、近隣の重度心身障害者施設、養護学校（現・特別支援学校）、保育所、訪問介護や看護の現場・・・砂利運搬トラックの助手席や港湾のフォークリフトに乗った女性医師は、他にいろいろか（今では自慢話）。医師となって2年目で本学大学院に入った筆者は、当初、医学的知識も社会経験も乏しく、「ほんとに何も知らない小娘」状態だった。現場を見ての感想を求められても、たいしたことも言えず、ただひたすら「へー」「ふーん」「すごーい」を心の中で連発しているだけ。しかし、当時の「現場を見る」「声を聴く」経験は、まちがいなく過去及び現在の研究や、学生・大学院生への教育に活かしている。

### 2. 個人の活動から研究へ～「聴覚障害者の受療時のバリアに関する調査研究」

第59回総会のシンポジウム<sup>1)</sup>で述べたように、筆者が今の道に進んだきっかけは、手話を学んでいた学生の頃に、「手話通訳者の頸肩腕障害」がマスコミで取り上げられ、埒田和史・前准教授と出会ったことだった。当時、手話を教えてもらった聴覚障害者から、病院に行く時のバリアについて話を聴く機会がしばしばあった。手話を主なコミュニケーション手段とする聴覚障害者（以下、ろう者）の多くが、「調子が悪くても病院に行きたくない」と訴えることに、やりきれなさや怒りを感じ、どうすれば解決できるのだろうかと思っていた。そんな中、大学院在籍時に、大阪の聴覚障害者団体、手話通訳者団体、手話サークル団体（以下、3団体）が合同で、医療機関向けの啓発パンフレットを作成し、大阪府下の医療機関に普及する取り組みに参加する機会があった。それは大阪府・市の役所や医師会等から医療機関にパンフレットを下ろしてもらっただけではなく、3団体のメンバーで構成するチームが、医療機関を個別に訪問し、啓発パンフレットを手渡した上で、聴覚障害者が受診した時の対応について聴き取り調査をするという内容だった。最終的に784の医療機関（病院162、診療所622）に面接調査を実施できた。当初、「個人的な活動」のレベルと思いつつ、当研究室のゼミで取り組みを紹介したところ、「大事な問題だから論文にするべき」と助言があった。3団体の同意

1) 滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門  
連絡先：北原照代  
住所：〒520-2192  
大津市瀬田月輪町  
E-mail：teruyo@belle.shiga-med.ac.jp

を得て筆者がデータの集計と解析を行い、当研究室で議論をし、論文として公表した<sup>2)</sup>。この経験により、筆者は「個人の活動も社会医学研究として成り立つこともある」と認識した。

聴覚障害者の受療時のバリアは、いまだに解消されていない。聴覚障害者の声を医学生に届けるため、医学教育として社会医学フィールド実習のテーマに組み込むことに加え、手話検定試験や手話通訳者統一試験におけるボランティアを医学生・看護学生に声掛けするような個人的な活動を意識的に行っている。これは、新たな調査研究の「種まき」でもある。

### 3. 働く人とサービスを受ける人双方の安全・安心及びサービスの質向上の視点を現場から学ぶ～「介護・看護労働者の腰痛予防」

当研究室では、介護や看護、教育、保育などに従事する労働者、いわゆるヒューマンサービス労働者の筋骨格系障害予防をテーマとして研究を継続している。筆者が大学院生の頃に関わった養護学校教員や保育士の腰痛予防において、「抱えあげない」という発想は、当時なかった。2000年に実施したホームヘルパー対象の身体負担調査<sup>3)</sup>では、介護補助具が北欧諸国で活用されていることから、スライディングシートや持ち手つきベルトの効果筋電図測定により客観的に評価した。その時でさえ「抱えあげない」を意識してはいなかった。しかし、デンマークの「抱えあげないやさしい介護」をわが国に広める活動をしている小島ブンゴード孝子氏<sup>4)</sup>、そしてほぼ同時期にオーストラリアの「ノーリフティング・ポリシー」をわが国に紹介した保田淳子氏<sup>5)</sup>との出会いにより、明らかに認識が変わった。「人を垂直方向に抱えあげる限り腰痛のリスクはなくなる」「垂直方向の抱えあげは水平方向に展開する」「どうしても抱えあげる必要があるならリフトを使うべき」…いずれの指摘も説得力があった。さらに衝撃的だったのは、人力で抱えあげることにより、対象者に「筋緊張が強まり拘縮を生じさせる」「縦ずれの褥瘡を生じさせる」という指摘だった。側臥位で手足に強い拘縮

が生じていた高齢女性に対し、力任せの抱えあげを止めてベッドの面を活用した介助方法に変えることで拘縮が改善した事例、スタンディングマシンを使って立ち上がる機会を増やすことで姿勢が良くなり排便状態が良くなった事例なども現場から報告されるようになった。

ここ数年で、「ノーリフティング・ポリシー」の考え方と実践は、先行してきた高知県<sup>6)</sup>から、青森県、福岡県、大分県へと、行政レベルでの取り組みが確実に進みつつある。

筆者は、労働者対象の腰痛予防講習会などで、労働衛生の専門家として、「3管理1教育」（作業管理・作業環境管理・健康管理と衛生教育）の必要性和「リスクアセスメントとマネジメント」の重要性を述べてきた。近年では、それに加えて、「介護を受ける人の安全とケアの質の向上」も強調するようになった。現場の取り組みから学ぶことはとても多い。現在、当研究室では、介護福祉士、看護師、人間工学専門家、理学療法士、医師といった多職種のスタッフ・大学院生・研究生と議論しながら、現場でノーリフティング・ポリシーを実践している労働者の協力を得て、調査研究を進めている。論文化するのが遅いというお叱りを受けつつ、今後、研究成果を目に見える形にして世に出していきたい。

### 4. 現場の問いを医学教育に～「コロナ禍における社会医学フィールド実習」を経験して

筆者の本務は本学学生に対する教育である。当研究室は、医学科4回生を対象とした公衆衛生学の講義（主に環境保健、産業保健、学校保健、薬害などを担当）及び社会医学フィールド実習を担当している（前期4～7月）。いうまでもなく、社会医学フィールド実習は、「現場を見て、現場の声を聴くこと」を重視しているのだが、2020年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、学生を現場に行かせることができなくなった。正直、「現場に行かずに社会医学フィールド実習が成り立つのか」と頭を抱えた。スタッフと議論し、当研究室で担当する6グループについては、「各グループ

にテーマを与え、文献を調べてまとめる」だけではなく、ZOOMを活用して遠隔で現場の声を聴く機会を設定することにした。

例えば、地域医療に関するテーマでは、長浜市及び湖南市の診療所所長（いずれも本学卒業生で家庭医学・総合診療の専門医）の協力を得て、リモートで学生とミーティングを重ね、ホームヘルパー、ケアマネージャー、行政担当者に登場いただいたり、医療生協の班会に参加させてもらったりした。聴覚障害者の受療バリアに関するテーマでは、リモートで滋賀県ろうあ協会会員と懇親会を開き、学生が直接ろう者から受療時の困難を聴き取った。医療従事者の健康問題に関するテーマでは、大阪社会医学研究所の中村賢治所長と滋賀県健康福祉部の理事（本学卒業生）にミニレクチャーをお願いした。農業の安全衛生に関するテーマでは、草津市の農家さんに安全に関する先進的な取り組みを紹介していただいたり、信楽の茶農家に膝の痛みが多いことに着目し当研究室で調査を実施した理学療法士から話を聴く機会を設けたりした。そして、「遠隔授業による医学生への影響」というテーマに取り組んだ学生は、本学医学生を対象に、Webで質問紙調査を実施し、肩こり症状や眼精疲労症状の実態、PC作業時間の長さ、休憩取得の不足などを明らかにした。実習の最後に、各グループが実習で学んだことを簡潔にまとめて発表し、質疑応答をして、実習成果を共有する「実習成果報告会」も、例年より時間を短縮してリモートで行った。実習終了後の感想を見る限り、社会医学フィールド実習は、おおむね好意的に受け止められた。前期は対面授業がなく、一方的に臨床の系統講義をオンライン・オンデマンドで受けることを余儀なくされた4回生にとって、リモートでも同級生と話をし、現場から学びを得たことは、新鮮だったのかもしれない。教員である筆者らも、リモートでの社会医学フィールド実習に一定の効果を感じるとともに、また新たな研究課題を見つけることができた。新型コロナウイルス感

染症の蔓延はまだ予断を許さず、次年度の実習もどうなるか見通せないが、現場の声を生かした教育をすることで、研究にも繋げていきたい。

## 5. おわりに

あらゆる研究において「現場の問い」は基本となる。拙稿をまとめるにあたり、こと社会医学研究においては、研究成果を政策に活かすことができる点、社会貢献に寄与しうる点で、「現場の問い」の重要性が一層増すのだと認識するに至った。貴重な機会をいただいた、編集長の小橋元先生をはじめ、関係者の皆さまに厚くお礼を申し上げたい。

\*社会医学フィールド実習報告書は、当研究室のホームページからダウンロードできる。

<http://www.shiga-med.ac.jp/~hqpreve/kyouiku/index.htm>

## 文 献

- 1) 北原照代. 社会医学への思い. 第59回日本社会医学学会総会講演集. 2018; 特別号: 57.
  - 2) 北原照代, 埜田和史, 西山勝夫. 聴覚障害者の受療に関する医療機関側の問題-医療機関を対象とした面接調査の分析-. 社会医学研究, 2001; 19: 45-55.
  - 3) 辻村裕次, 北原照代, 埜田和史, 他. 介護補助具利用による作業負担軽減の評価. 産業衛生学雑誌, 2001; 43: 367.
  - 4) ユーロ・ジャパン・コミュニケーション  
[http://www.eurojapancom.jp/jp/web/02\\_seminar/index.html](http://www.eurojapancom.jp/jp/web/02_seminar/index.html) (2020/10/23 アクセス)
  - 5) 一般社団法人 日本ノーリフト協会  
<https://www.nolift.jp/> (2020/10/23 アクセス)
  - 6) 高知県. 「高知県ノーリフティングケア宣言」パンフレット  
<https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060101/2018051500057.html> (2020/10/23 アクセス)
- (受付 2020.11.08 : 受理 2020.11.09)

## Questions in the fields should be reflected on your researches

Teruyo Kitahara<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2021 ; 38 ( 1 ) : 89-92】

**Key words** : research, medical education, field

---

1 ) Division of Occupational and Environmental Health, Department of Social medicine, Shiga University of Medical Science.

## 「社会医学研究」投稿規程

2021年1月15日改訂

### (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、その区分は細則として別に定める。
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. 投稿区分に応じて細則に定めるファイルの投稿を必要とする。
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400wordとし、和文抄録の次のページに記す。英文抄録は『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』の4つの要素で構成することが望ましい。
13. 原著論文、短報、総説、実践報告、特別報告の原稿の構成は以下の通りとする。
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 (Caseseries). 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.Factsheets (15March2018) ,Deafnessandhearingloss. <https://www.who.int/news-room/factsheets/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細則に示す編集委員会のメールアドレスに投稿する。
17. 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。
18. 投稿された論文に対しては原則として、査読を行う。原著論文は2名、他は1名以上の査読者による査読を行い、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」投稿に関する編集委員会細則

2021年1月15日制定

1. 「社会医学研究」に掲載される原稿の種類は表1の通りとする。
2. 投稿時に必要なファイルは表2の通りとする。
3. 各投稿原稿の構成例は表3～表6の通りとする。
4. 原稿の投稿は編集委員会メールアドレス：[e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp](mailto:e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp)宛とする。  
投稿にあたっては、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。
5. 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」は本誌掲載のものを使用するか、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。

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

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ファイルとする

\*表はMS Excelファイルとする

\*図はMS Power point、PDF、画像ファイルとする

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

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
英文抄録	Abstract 『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』	同上
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

## 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※<sup>1</sup>）

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

※<sup>1</sup> 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。

※<sup>2</sup> 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員であることを原則とします。

## 日本社会医学会会則

### 第 1 章 総 則

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

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

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

第 3 条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。

1. 研究会の開催
2. 会誌、論文集などの発行
3. その他必要な事業

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

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

### 第 2 章 会 員

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

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

第 8 条 (退会) 会員は書面により理事長に通告すれば退会できる。

第 2 項 会員の死亡、または失踪の通知を受けた場合には、自然退会とする。

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

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

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

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

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

### 第 3 章 総 会

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

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

### 第 4 章 役 員

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

評 議 員  
理 事  
監 事

理事、評議員、及び監事など本会役員の定数は選出細則によって別に定める。

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

第 2 項 選出に関する細目は別に定める、【役員選挙細則】による。

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

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

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

### 第 5 章 役 員 会

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

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

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

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

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

### 第 6 章 会 費

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

第 2 項 名誉会員は、会費納入を免除される。

### 第 7 章 そ の 他

第 17 条 本会は、会員の希望により各地方会をおくことができる。

第 18 条 本会の諸行事、出版物などは、会員外に公開することができる。

### 第 8 章 雑 則

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

付 則 本改正会則は2014年7月13日から施行する。

## 日本社会医学会役員選出細則

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

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

## 編集後記

社会医学研究38巻1号をお届けします。新型コロナウイルスCOVID-19の影響で2020年度の社会医学学会総会も時期を遅らせてのインターネット開催となりました。そのために今年度の学会総会での講演者による特別報告は次号に掲載予定とし、今号の特別報告は2019年12月に第71回保健文化賞を受賞された埜田和史先生にお願いしました。先生の長年の取り組みは、「手話通訳者の頸肩腕障害」という社会医学の課題に光を当てたもので、聴覚障害者のアドボカシーという点においても高く評価されました。これは本学会としても誇らしい成果だと思います。

COVID-19の世界的な流行は、2021年に入っても未だに収束の兆しを見せません。我が国においても医療崩壊は目前に迫り、社会の在り方が試される正念場を迎えています。今こそ、ひとりひとりが意識を高め、お互いに協力し合いながら生命と生活をまもること、まさしく「独立・協力・公衆衛生」が必要な時です。会員の皆様におかれましてもどうぞ感染に注意しながら、それぞれの現場でお元気に「一隅を照らす」ことができますように。

今後ともどうぞよろしくお願いたします。

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。

岩田昇、内山浩志、梅澤光政、扇原淳、岡田栄作、亀井美登里、木村美也子、黒田研二、小林道、西連地利己、財津將嘉、高橋競、武内一、田中勤、田村昭彦、戸ヶ里泰典、富田茂、西野義崇、野口貴史、春山康夫、三浦康代、山田裕一

(50音順、敬称略)

社会医学研究 第38巻1号 2021年1月15日発行

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

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

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

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





**日本社会医学会**  
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE