

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

社会医学研究

39-2

2022

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

<巻頭言>

1. 「人新世」時代における社会医学を展望する 高鳥毛敏雄 61

<原著論文>

2. 市町村福祉部門に所属する保健師のジレンマの影響要因と保健師活動の工夫 坪井りえ 66
 Influencing factors of the dilemma of public health nurses belonging to the municipal welfare department, and ingenuity of their activities
3. 仕事の相手と仕事空間に基づく地方公務員の公務特性分類の試みとストレスとの関連 川北佳雅 80
 The association of stress and local civil servants' work characteristics classification based on work partner and work space

<実践報告>

4. A市の介護予防ボランティア育成・活動支援事業による住民主体の健康づくりを促す行政保健師の役割行動
 - 地区活動におけるマネジメントに焦点をあてて - 岩本真弓 93
 Role behavior of Public Health Nurse in helping resident subjective health promotion by educating volunteers for care prevention and the activity supporting project in City A -A focus on the management of community activities-

<特別報告>

5. 社会医学の実践の歴史と未来デザイン 黒田研二 104
 History of Social Medicine Practice and Future Design
6. 第62回日本社会医学会・特別講演
 新型コロナウイルス感染症 COVID-19の現状と課題 岡部信彦 113
 Present situation and issues on COVID-19

<会員の声>

7. ウクライナからの声 武内 一 121
 Voice from Ukraine

「社会医学研究」投稿規程	125
「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則	127
社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト	131
投稿時COI自己申告書	132
著作権委譲承諾書	133
日本社会医学会会則	134
日本社会医学会役員選出細則	135
編集後記	136

巻頭言

「人新世」時代における社会医学を展望する

関西大学・社会安全学部・社会安全研究科 高鳥毛敏雄

1. はじめに

19世紀を境として世界的規模での急激な人口増加と経済発展により地球環境に大きな負荷がかけられている。そのため近代以降を「人新世」とする新たな年代区分とすべきとの提案がなされている。国連開発計画 (UNDP, United Nations Development Programme) は、自然災害や感染症の脅威だけでなく、人為的な戦争や紛争や暴力などが絶えない状況が続いていることを踏まえ、2022年に『人新世の時代における人間の安全保障への新たな脅威：より大きな連帯を求めて』の特別報告書を出している¹⁾。報告書のタイトルに「人新世の時代」「人間の安全保障」「大きな連帯」の言葉が使われている。経済開発を進めても貧しい国だけでなく豊かな国においても安全で安心した社会が実現できない状況にあることを具体的なデータを使って示している。そこで、人新世時代の社会医学について展望してみることにした。

2. 「人新世」時代とは

「人新世」とは、オゾンホールの研究業績により1995年度にノーベル賞を受賞したドイツ人化学者パウル・クルツェンが提唱する新しい年代区分である²⁾。地質学的には、約17,000年前から現在に至る年代は「新生代・第四紀」の「完新世」として1つの年代区分とされている。つまり、「石器時代」と「現在」が同じ年代区分にくくられているのである。しかし、近代以降、人類が地球環境に与えている影響や負荷は石器時代とは次元を異にしたものとなっている。特に人口規模の違いにそのことをみることができる。国連の世界人口推計 (2019年)³⁾によると、人口は西暦ゼロ年から1000年頃の間は約3億人であったものが、西暦1500年に約5億人、1800年に約10億人、そして1900年には約17億人、2000年には約60億人となっている。さらに2021年には78億7500万人 (世界人口白書2021) となっている。この著しい人口増加を支えるために経済開発が進められ、地球資源が大量に消費され、都市面積が拡大されるなどとても大きな負荷が地球環境にかけられている。毎日大量のCO₂やCH₄が大気中に放出されている。これが地球の気候変動をもたらしていると推測されている。そのため近代を「人新世」として新たな年代区分とすべきとしている。

3. 近代社会の幕開けに登場した医師・医学者

社会医学の先達として社会医学の父とされている「ペーター・フランク」、衛生学を確立した「ペッテン・コッヘル」、公衆衛生制度を創設した「エドウィン・チャドウィック」がいる。そこに社会医学を実践したイギリスの医師「トマス・ワクレー (Thomas Wakley; 1795-1862)」を加えたい⁴⁾。彼は、セントトーマス病院などで医学を学び医師 (Member of the Royal College of Surgeons) となった。彼が医師となった19世紀は近代医学の勃興期で、まだ診断学や治療学が確立されていなかった。医師が行う治療方法はまだ経験主義的なものであり、その効果が検証されていなかった。彼は医師が行う治療内容を評価し、その結果を公表するために「Lancet」誌を創刊したとされている。彼はまた監察医として検案業務を担っていた。検死した異状死の原因が飲食物と思われるものが目立っていると感じていた。ロンドンで偽装食品 (Swindled) が蔓延していることについては、すでにフレデリック・アークム (Fredrick Accum) は化学反応を使い、アーサー・

ハッサル (Arthur Hassall) は顕微鏡を使った食品の分析や検査を行い、死に至る危険な物質を混ぜたものが増加してきていると警告を発していた。例えば、「糖菓」に澱粉や粘土を混ぜ銅と鉛で色合いを調合する、また「ピクルス」の緑色を銅で出す、さらに「コーヒー」としてエンドウ豆とインゲン豆を燃やしたものや馬の肝臓を焼いた粉末で増量することなどが行われていた。ワクラーは、ハッサルに市中の食品を収集して検査させ、混ぜ物食品の販売店とその場所と食品名を「Lancet」誌で定期的に公表させた。ロンドン市民はパン、ビール、ワインなどの日常の飲食物に至るまで混ぜ物でつくられていることを知るようになった。それでも公的な取り締まりが行われないうちに放置されていた。ところが、1858年にイングランド中部の都市のブラッドフォードの菓子業者が焼き石膏を混ぜて菱形飴を製造する過程で誤って「砒素」が混入し、200人以上の砒素中毒者と20人の死亡者を出す事件が起こった。ようやく政府は1860年に「粗悪食品防止法 (Food Adulteration Act)」を制定し、公的機関が食品を検査して規制する食品安全制度が整えられた。「Lancet」誌は、今では世界で最もよく知られ、最も評価の高い世界五大医学雑誌の一つとなっている。その創刊の背景には、人々に医療や食品に関する安全な情報を掲載して公表する、社会医学的な思想があったのである。今でも雑誌の表紙には社会の人々に対する社会的なメッセージが掲載されている。彼の取り組みは社会医学者に示唆するものが多い。

4. グローバル社会のキーワードとなった「人間の安全保障」

21世紀に入っても人々が平和で、安全で、安心できる社会を実現できていない。科学技術の進歩は、豊かで、便利に生活できる社会を実現させてくれた。他方で人々を殺戮する核兵器などの新たな兵器が産み出されている。特に核兵器は第二次世界大戦の戦勝国の多くが保有している。この核兵器の登場がソ連邦と米国の東西二陣営に分かれた冷戦構造をつくり第三次世界大戦を抑制している。この冷戦構造は、ソ連邦が崩壊し、中国が市場経済に転換したことにより解消された。世界が一つの市場となり一つにまとまる時代が到来すると期待された。しかし、東西の経済力や軍事力のアンバランスは是正されず、石油・天然ガスなどの天然資源の不均衡な分布もあり、国家間の経済格差は是正されず、国家、地域、民族の間の争いは絶えない状態が続いている。人口、経済力、軍事力においても中国が台頭してきたことにより、新たに米中の緊張が高まっている。先進国、途上国を問わず、全世界の人々が多種多様な新たな脅威に晒されている。そのために国際連合 (United Nations) は「人間の安全保障」を世界各国の重要な目標であるとして掲げている⁵⁾。「人間の安全保障」は、日本人初の国連難民高等弁務官となった緒方貞子とアジア初のノーベル経済学賞受賞者であるアマルチア・センが提唱したものである。

5. グローバル社会がもたらす新たな健康課題

人類はこれまで家族、地域の狭い世界の中で独自の文化や慣習を育み連帯して生活してきた。近代においてグローバル社会となり、人々はいつの間にか一つの世界システムに組み込まれてきている。それを支えているのが急速に進展してきているICT (Information and Communication Technology) である。ICTによりすべての人々を監視、管理、統制することが技術的に可能になっている。COVID-19のパンデミック下における中国や台湾が、国民を管理できる実例を示してくれた。世界中の人々がスマートフォン (smartphone, 以下スマホ) を持って生活する状態になっている。人々はそこで閲覧する情報をもとに判断し、行動するようになっている。その情報を国家や企業が取捨選択して与えることが可能となっている。ICTを使った情報システムは特定のグローバル企業のGAFA (Google, Apple, Facebook, Amazon) により支配されている。人々は日頃の対面的な人的交流の枠組みから解放され、国、企業からの見えない新たな情報の中で身動きできなくなっているように思える。さらに、「仮想」と「現実」の空間の境を曖昧にする技術が投入されてきている。

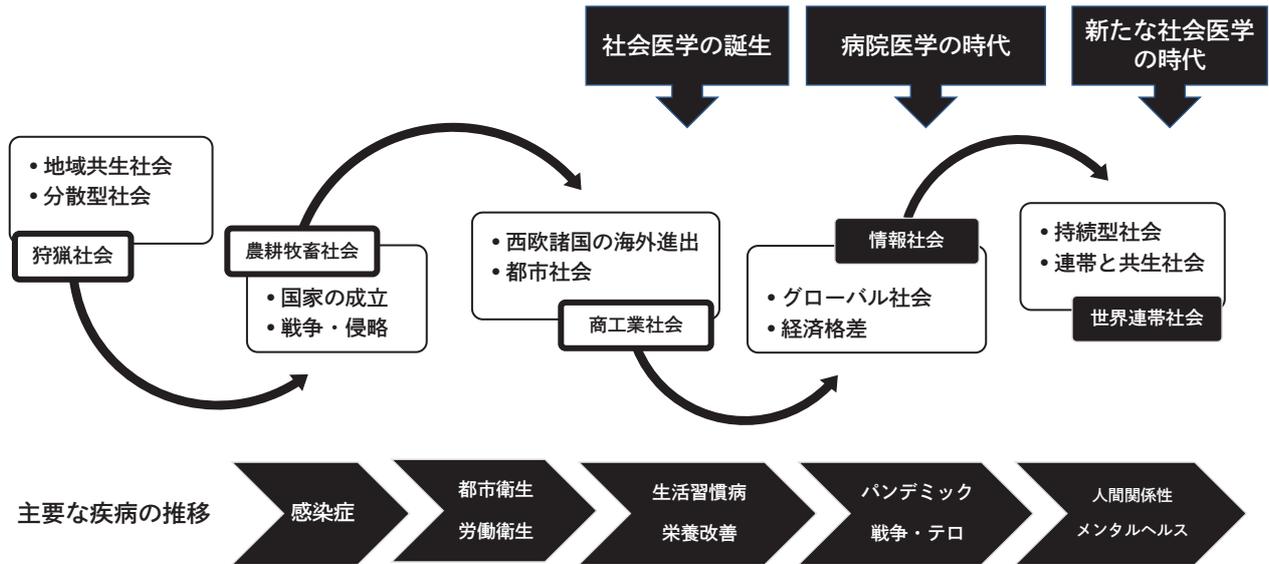


図 1 社会の変遷と社会医学の展望

このような社会の変化は、人間の関係性や生き方に人類が経験したことのない大きなインパクトを与えている（図1）。

ところで、アメリカ精神医学会は2013年に発刊した精神疾患の診断・統計マニュアルのDSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5）の病態分類を変更している⁶⁾。旧版と比較すると「不安症群/不安障害群」「強迫症および関連症群/強迫障害および関連障害」「心的外傷およびストレス因関連症候群」「解離症群/解離性障害群」「身体症状症および関連症群」「食行動障害および摂食障害群」の病態分類が細かく修正されている。産業保健分野において、就労者の休職理由の精神疾患病名として近年「適応障害」「うつ状態」「依存症」「摂食障害」などが目立っている。

また社会と関係性を断った生活をしているように思える者が増えてきていることが内閣府の調査に示されている。つまり、満40歳から満64歳までの「引きこもり」の人数は61.3万人と推計しその約5割は7年以上経過していると報告している⁷⁾。グローバル社会は情報社会と重なり、世界中の情報に居ながらにしてアクセスが可能となっている反面、人間と社会との関係性、人間同士の関係性にかつてない影響を与えている。情報社会の劇的な変化は続いており、これが与える人間の関係性やメンタルヘルスの問題は固定的なものではない。そのため従来の疫学研究の手法では人間の関係性やメンタルヘルスに与える影響を評価することはとても難しいが、すでに社会医学の新たな課題となっているのは間違いない。

6. グローバル社会における社会的な健康の保障の課題

1947年に採択されたWHO憲章の前文に、「健康とは、肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」と社会的な健康を入れている。社会的な健康を実現するには、経済および社会政策などを駆使する必要がある。ところが、グローバル社会においては一国の政策だけで社会的な健康を保障することが困難となっている。健康格差の是正を掲げているイギリスの公衆衛生体制はすべての人々の健康を保護できずに迷走を続けている⁸⁾。ところで経済評論家の堺屋太一は1980年代に今後は汗をかく労働に価値が置かれていた「工業社会」から知恵（頭脳）が価値を産み出す「知価社会」となるとしている⁹⁾。肉体労働者を前提とした労働政策が通用しなくなっている。知価社会においては社会政策が講じられなければ情報格差と教育格差が拡大していく社会となり、結果として健康格差拡大社会と

なる。南北の人々の健康格差が縮まらない背景にグローバル社会となり、さらに知価社会となっていることが関係している。世界のすべての人々の社会的な健康を保障することには世界的な大きな次元の健康政策がますます不可欠となってきた。

7. 大きな連帯と共生する社会をめざす

21世紀に入った直後の2001年9月11日のアメリカの同時多発テロ事件が発生し過去20年間は中東においてテロとの戦いが繰り返されてきた。2021年8月に米軍がアフガニスタンから撤退しテロとの戦いがようやく終わったと思った間もない2022年2月24日にロシアがウクライナに軍事侵攻しはじめた。国家間の争いが再燃している。

欧米諸国は連帯してロシアに経済制裁を課した。しかし、グローバル経済社会において一つの国に経済制裁をかけることはネットワーク経済全体に影響を与える難しさがある。ロシアが報復として欧州への天然ガスや石油や食糧の輸出制限をしたことで世界のエネルギー価格を高騰させている。欧米社会の経済政策やエネルギー政策に甚大な影響が及んでいる。一つの狭い地球の中で自国や自国民の利益だけを考えたやり方は通用しない状況になっている。それにも関わらず世界の人々が同じ人間として国境、民族を超え、大きな連帯と共生する社会をめざす道筋がまだ見えない。「COVID-19」パンデミックの発生、地球の気象変動などが深刻になって先送りできない状況になっている。これらの問題は、特定の国、特定の人間だけで対処できるものではない。人口が増加し続けており、国家、人間の間の対立と摩擦が大きくなるものと思われる。だから、できるだけ早く連帯と共生する社会の実現に歩み出す必要がある。これは近代の社会医学が直面する大きな課題となっている。

8. おわりに

本稿はUNDPが2022年2月に出した報告書『人新世の時代における人間の安全保障への新たな脅威』が出されたことを踏まえ大きな次元で社会医学を展望してみる必要があると考え書いたものである。現在、「COVID-19のパンデミック」と「ロシアの軍事侵攻」に加え、「熱波」「豪雨」などの気象変動に晒されている。まさに「人新世」の時代における新たな脅威への対応が求められている。

ホモサピエンスが誕生してまだ20万年に過ぎない¹⁰⁾。ネアンデルタール人やクロマニヨン人などの人類はある日突然、絶滅している。ホモサピエンスだけが絶滅しないとは言えない。平家物語の一節に「おごれる人も久しからず、ただ春の夜の夢のごとし」と書かれている。これが現実のこととなる懸念が出てきたことで「人新世」という年代区分の提唱がなされている。「地球環境を維持し、人々が連帯と共生した平和な社会を実現する」ということは、とても難しく、次元が大きく、また具体的な道筋がみえない。これまでの社会医学の次元を超える課題である。しかし、中村哲（1946-2019）はアフガニスタンで連帯と共生の社会医学を実践してみせてくれている¹¹⁾。このことを世界中の人々が実践しなければいけない時代に至っている。

引用文献

- 1) UNDP. 2022年特別報告書「人新世の時代における人間の安全保障への新たな脅威：より大きな連帯を求めて」, UNDP. 2022.
https://hdr.undp.org/sites/default/files/srhs2022_overview_jp.pdf (Accessed 22 May 2022)
- 2) クリストフ・ボヌイユ, ジャン=バティスト・フレソズ, 野坂しおり (訳). 人新世とは何か ―〈地球と人類の時代〉の思想史. 東京: 青土社. 2018.
- 3) UN. World Population Prospects 2019. UN. 2019.

<https://www.unic.or.jp/files/15fad536140e6cfla70731746957792b.pdf> (Accessed 22 May 2022)

- 4) Bee Wilson. Swindled by Bee Wilson. London : John Murray Publishers. 2005. (日本語訳本, ビー ウィルソン. 高儀 進 (訳). 食品偽装の歴史. 東京: 白水社. 2009)
- 5) Commission on Human Security.人間の安全保障委員会報告書 (HUMAN SECURITY NOW). 2003. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/91BAEEDBA50C6907C1256D19006A9353-chs-security-may03.pdf> (Accessed 12 August 2022)
- 6) 日本精神神経学会 精神科病名検討連絡会. DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン(初版). 精神神経学雑誌. 2014 ; 116 : 429-457.
- 7) 内閣府. 令和元年版子供・若者白書. 2019. <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/life/h30/pdf-index.html> (Accessed 12 August 2022)
- 8) Department of Health. Healthy lives, healthy people white paper: our strategy for public health in England. London: TSO (The Stationery Office). 2010.
- 9) 堺屋 太一. 知価革命—工業社会が終わる・知価社会が始まる. 京都: PHP研究所. 1985.
- 10) ユヴァル・ノア・ハラリ. サピエンス全史 (上) 文明の構造と人類の幸福. 東京: 河出書房新社. 2016.
- 11) 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.

(受付 2022.05.23 : 受理 2022.08.13)

原著論文

市町村福祉部門に所属する保健師のジレンマの影響要因と保健師活動の工夫

坪井りえ¹⁾, 赤堀八重子²⁾, 齋藤基³⁾, 大澤真奈美¹⁾, 鈴木美雪¹⁾, 塩ノ谷朱美¹⁾

抄録

背景・目的：市町村福祉部門の保健師は、多様な役割が期待されること、業務の細分化により予防的介入が困難であることなどから、職業的アイデンティティが揺らぎ、ジレンマを抱きやすい。本研究は、市町村福祉部門の保健師のジレンマの影響要因および保健師活動の工夫を明らかにすることを目的とした。

方法：全国の市町村福祉部門に所属する保健師を対象に、先行研究から独自に作成した質問紙を用いて調査を行った。調査項目は、ジレンマの背景となる状況、ジレンマを構成する要素等とし、5件法で回答を求めた。分析は、ジレンマの有無と研究対象者の特性との関連、ジレンマの有無とジレンマの背景およびジレンマを構成する要素の関連について、 χ^2 検定およびt検定を用いた。ジレンマの影響要因についてはロジスティック回帰分析を行った。自由記述から、福祉部門での保健師活動の工夫を整理し、分類した。

結果：研究対象者の特性では特に職位や経験年数がジレンマの有無と関連していた。ジレンマに最も影響していた要因は「援助の自信のなさ」であった。保健師活動の工夫は、【保健師の知識・技術を活かして活動する】等の個別支援における工夫、【組織横断的な連携体制を構築する】等の連携の工夫があった。

考察：ジレンマに最も影響していた「援助の自信のなさ」への対処として、福祉部門における保健師活動を振り返る機会の提供が必要と考えられた。

【社会医学研究2022；39（2）：66-79】

キーワード：福祉部門、保健師、ジレンマ、影響要因

I. 緒言

精神保健福祉法、介護保険法等の制定後、保健と福祉の一元化が進められている。保健師は福祉部門への分散配置が進み、福祉と保健の連携や予防的な視点からの活動など多様な役割が期待され

ている。近年、福祉部門への保健師数は増員傾向にあるが、保健福祉事業の細分化や業務の縦割りにより、予防的介入も含めた保健師本来の対応が困難な状況にあるという指摘もあり¹⁾、福祉部門では保健師の職業的アイデンティティが揺らぐ場合がある。福祉部門は保健師が少人数配置であり、保健師に期待される多様な役割や責任に加え、対応困難なケースが多いことから援助の方向性に迷い、ジレンマを抱くことが考えられる。

さらに、分散配置により施策や分野ごとの事業展開が中心となり、保健師の地区活動の機能が弱

1) 群馬県立県民健康科学大学

2) 高崎健康福祉大学

3) 群馬パース大学

連絡先：坪井りえ

住所：群馬県前橋市上沖町323-1

E-mail：tsuboi@gchs.ac.jp

まっていることが指摘されている。そのため、保健と福祉の組織横断的な人材育成が求められており、体系的な研修体制の確立や統括保健師の配置が必要となっている¹⁾。組織横断的な人材育成に向けてジョブローテーションなどが取り入れられているが、保健師の獲得すべき能力に対応した研修や役職ごとの研修が中心であり²⁾、保健師活動そのものに焦点を当てた研修は体系化されておらず、事例検討会等に対応している現状である。保健師の分散配置が進む現状において、保健部門での活動だけではなく福祉部門の保健師活動にも焦点を当てた人材育成が必要と考える。そのためには、福祉部門の保健師活動の実態を把握し、職業的アイデンティティが揺らぐ状況への対処を検討する必要がある。

筆者らは、2013年の先行研究で市町村の福祉部門において精神障害者の個別援助活動に携わる保健師のジレンマを構成する要素とその関係性を明らかにした³⁾。福祉部門保健師のジレンマを構成する要素は、「福祉部門での保健師活動の意義を感じる」、「援助に対する自信のなさ」、目の前の仕事に追われて専門性を活かさないことによる「職業的アイデンティティの揺らぎ」であった。しかし、これらの要素の何がどの程度ジレンマへ影響するかは明らかにしていなかった。

保健師のジレンマに関する先行研究は少ないが、保健師と対象者あるいは家族の意向が異なる状況や、保健師と事務系職員の意向が異なる状況において、ジレンマが存在することが明らかになっている⁴⁾⁻⁶⁾。海外では、保健医療システム等が日本と異なるが、地域で活動する精神科看護師に倫理的ジレンマが存在することが示された⁷⁾。また、カナダの保健師活動における倫理的問題の研究では、「保健医療専門職との関係」「システムの問題点」「人間関係の性質」「人間の尊重」「リスクに身を置くこと」という5つのテーマが明らかにされ⁸⁾、倫理的問題についてのジレンマが存在した。このようにジレンマを引き起こす状況としてのジレンマの背景についての研究は行われている。保健師活動におけるジレンマに対処していくためには、これ

らのジレンマの背景が、どのようにジレンマに影響する要因となっているかについて明らかにする必要がある。

一方、ジレンマへの対処については、保健師への倫理教育が倫理的ジレンマの解決に必要であるとの観点から、保健師の倫理的意思決定プロセスを支援するためにモデルを用いて事例検討が行われている⁹⁾⁻¹⁰⁾。また、保健師養成課程において、事例を用いて倫理的ジレンマについて検討する倫理教育プログラムが開発されている¹¹⁾。これらの取り組みは、福祉部門も含む保健師活動全般における倫理的ジレンマへの対処に対応するものであるが、福祉部門の保健師活動に焦点を当てたものではない。そこで福祉部門での保健師活動について、現場でどのように工夫して活動しているかについて調査することにより、福祉部門のジレンマの対処方法への示唆を得ることが期待できる。ジレンマの対処方法への示唆は、福祉部門の保健師を対象とした現任教育に活用可能であり、保健師の組織横断的な人材育成に貢献すると考える。

そこで、本研究は、市町村福祉部門における保健師のジレンマの有無とジレンマの背景およびジレンマを構成する要素との関連性からジレンマの影響要因を明らかにする。さらに、福祉部門の保健師活動の工夫について調査し、福祉部門のジレンマへの対処方法を検討することを目的とする。

II. 方法

1. 用語の定義

1) ジレンマ

本研究では、ジレンマを、保健師と対象者の意向が異なる場合や多職種との考え方の相違、保健師活動について相談できずに援助の方向性に迷う等の状況において、「相反する2つあるいはそれ以上の選択肢の中で、どれをとっても満足できない状態、または、解決不可能な状況の中でどのように判断したらよいか迷い、葛藤する状態³⁾」のこととする。

2) ジレンマを構成する要素

本研究では、ジレンマを構成する要素を、「ジレンマを成り立たせているものであり、保健師の選択や判断の基盤となる考え方」のこととする。

3) ジレンマの背景

本研究では、ジレンマの背景を、「業務内容や研修体制等の職場の状況および援助対象者や上司・同僚との関係性等のジレンマを引き起こす状況」のこととする。

4) ジレンマの影響要因

本研究では、ジレンマの背景およびジレンマを構成する要素のうち、ジレンマの有無に影響しているものをジレンマの影響要因とする。

2. 福祉部門保健師のジレンマの背景およびジレンマを構成する要素についての概念枠組みの設定 (図1)

1) ジレンマの背景

筆者らの先行研究³⁾では、精神障害者の個別援助活動に携わる保健師のジレンマの前提として、窓口業務や事務に追われる現実があり、職業的アイ

デンティティの揺らぎが生じていた。また、福祉部門では対応が困難な多重問題を抱えるケースが多く、保健師の援助の自信のなさにつながる背景があると考えられた。また、保健よりも福祉の枠組みでの仕事が求められ、上司・同僚の保健師の専門性への理解不足を感じるがあった¹²⁾。これらの研究結果から、ジレンマの背景として「事務に追われる」「解決が困難な現状」「(上司・同僚の)保健師の専門性への理解不足」を設定した。

また、大森らの研究⁶⁾において、保健事業の内容を重視する保健師と、手続きを重視する事務系職員との考え方の相違がジレンマを生みだしていたことが明らかになっている。このことから、ジレンマの背景に「保健師と事務系職員との考え方の相違」を追加した。麻原らの研究では、対象者本人と家族の意向が異なる状況において⁴⁾、また加藤らの研究では、保健師と対象者本人あるいは家族の意向が異なる状況において⁵⁾、倫理的ジレンマを感じるようになった。このことから、「保健師と対象者や家族との意向の相違」を加えた。

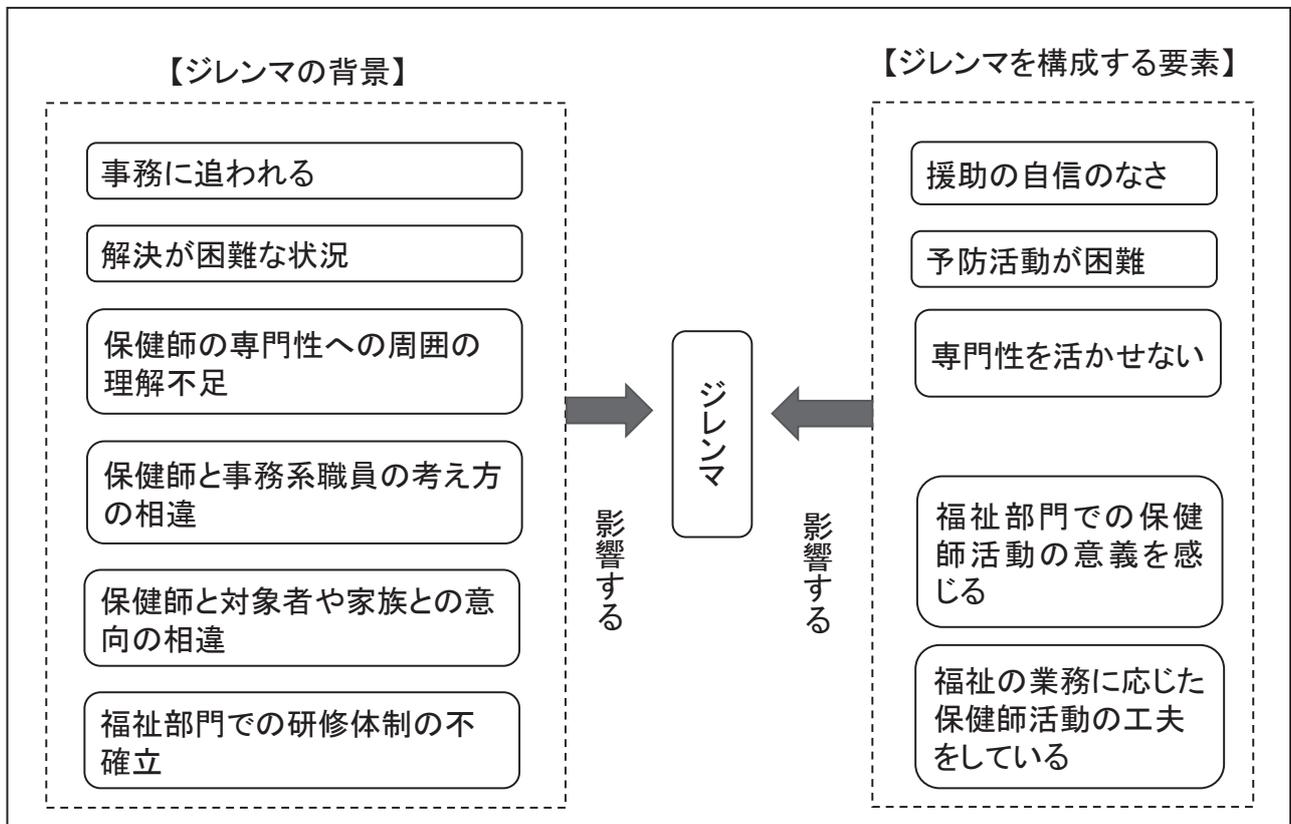


図1 福祉部門保健師のジレンマの背景およびジレンマを構成する要素についての概念枠組み

さらに、保健師の分散配置によって業務分担制が進む中、組織横断的な人材育成が課題となっている¹³⁾。保健師の現任教育について、都道府県や保健所設置市では8割以上で現任教育プログラムが存在するが、市町村では35.1%であり¹⁴⁾、市町村保健師の現任教育体制は未だ整っていない現状がある。市町村福祉部門では保健師の人数が少ないため、研修に参加しにくい現状が推測される。これらのことから、「福祉部門での研修体制の不確立」もジレンマの背景に追加した。

2) ジレンマを構成する要素

筆者らの先行研究³⁾では、福祉部門の保健師は【福祉部門における保健師活動の意義を感じる】が、「保健師の専門性を活かさない」という【職業的アイデンティティの揺らぎ】や【援助の自信のなさ】があり、この矛盾する関係性によってジレンマが生じていた。さらに、福祉部門ではすでに障害のある対象者に対するサービス提供が業務の中心となり、障害の状態にならないようにする予防活動は業務の範囲外であり「予防活動が困難」な現状があった。しかしそのような現状の中で、「福祉の業務に応じた保健師活動の工夫をしている」と模索する状況からジレンマが生じていた¹²⁾。

これらの先行研究の結果から、福祉部門の保健師のジレンマを構成する要素として「福祉部門での保健師活動の意義を感じる」、「援助の自信のなさ」、「専門性を活かさない」、「予防活動が困難」、「福祉の業務に応じた保健師活動の工夫をしている」の5つとした。

3) ジレンマの背景およびジレンマを構成する要素についての概念枠組み

筆者らの先行研究で明らかになった市町村福祉部門における保健師のジレンマを構成する要素および保健師の倫理的ジレンマに関する他の先行研究に基づき、福祉部門保健師のジレンマに影響すると考えられる背景および要素を表す概念枠組みを作成した(図1)。

3. 研究対象者

研究対象者は、全国の市町村福祉部門に所属する保健師とした。福祉部門には介護保険、障害福祉、

児童福祉等の部署があるが、介護保険の部署の中でも地域包括支援センターは、介護予防が業務の中心となるため除外した。

全国の市町村数は1,718(平成27年1月1日現在)¹⁵⁾であった。そのうち統計学的に必要な標本数¹⁶⁾は、約336市町村であり、各市町村からの回答を1名、回収率を30%と想定し、1,120か所以上の市町村に質問紙を配布することとした。平成27年版全国市町村要覧¹⁵⁾から、人口1万人以上の市町村および特別区を抽出し、悉皆調査を行った。質問紙の送付先の自治体数は市(政令指定都市、中核市含む)790か所、人口1万人以上の町村441か所、特別区23か所の合計1,254か所とした。質問紙の配布数は、それぞれ3部ずつ、合計3,762部とした。質問紙を3部ずつ配布した理由は、福祉部門の保健師の配置数がわからないため、障害福祉、児童福祉、介護保険の各部署において、各部署に1名ずつ配置されている場合はそれぞれに回答してもらうことを想定して3部とした。1つの部署に複数の保健師の配置がある場合は、複数者に回答してもらうこととした。

質問紙の配布にあたって、市町村の人口規模により、福祉部門への保健師を配置していない市町村が存在するため、福祉部門に保健師が配置されている場合のみ、質問紙に回答してもらうこととした。

4. データ収集期間

2016年11月~12月

5. データ収集方法

データ収集方法は、無記名自記式質問紙を用いた全国調査とした。質問紙は、概念枠組みを元に独自に作成し、A県内の市町村福祉部門保健師7名にパイロットスタディを行い、完成させた。

6. データ収集項目

1) 研究対象者が所属する市町村福祉部門の概要

研究対象者が所属する市町村福祉部門の概要を把握するため、①所属する市町村、②人口規模、③市町村に所属する全保健師数、④研究対象者が所属する福祉部門の保健師数、⑤福祉部門における研修体制について調査した。

2) 研究対象者の特性

研究対象者の特性として、①年齢、②所属部門、③職位、④保健師としての経験年数、⑤福祉部門における経験年数について回答を求めた。

3) ジレンマの有無

ジレンマの定義を示し、ジレンマの有無については、「福祉部門における保健師活動において、対象者への対応や支援の方法に迷ったり、葛藤したりするジレンマを感じることはありませんか」という質問に対し、「よくある」「ときどきある」「どちらともいえない」「あまりない」「全くない」の5件法で回答を求めた。

4) ジレンマの背景とジレンマを構成する要素

①ジレンマの背景となる状況として、「事務に追われる」「解決が困難な状況」「保健師の専門性への理解不足」「事務系職員との考え方の相違」「対象者や家族との意向の相違」「福祉部門での研修体制の不確立」について、上記同様に5件法で回答を求めた。

②ジレンマを構成する要素となる状況として、「援助の自信のなさ」「予防活動が困難」「専門性を活かさない」「福祉部門での保健師活動の意義を感じる」「福祉の業務に応じた保健師活動の工夫をしている」について、上記同様に5件法で回答を求めた。

5) 福祉部門の保健師活動の工夫に関する自由記述

研究対象者の具体的な活動を確認するため、福祉部門の保健師活動の工夫について、自由記述欄を設けた。

7. データ分析

1) 研究対象者の特性

研究対象者の特性を明らかにするために、記述統計を行った。

2) ジレンマの有無

ジレンマの有無について他の項目と関連を検討するため、「よくある/ときどきある」と回答した者をジレンマあり群とし、「どちらともいえない/あまりない/全くない」と回答した者をジレンマなし群として2群に分けた。「どちらともいえない」と回答した者は、ジレンマがあるとは明確に言え

ない状況であると考えられたためジレンマなし群に含めた。

3) ジレンマの有無と研究対象者の特性との関連

研究対象者の特性のうち、保健師の経験年数を新任期・中堅期・管理期の3群に分けた。経験年数は、先行研究¹⁷⁾を参考に5年以下を新任期、6～24年を中堅期、25年以上を管理期とした。職位は、「課長/課長補佐」「係長/主任」「技師」の3群に分け、福祉部門の経験年数は、「3年以下」「4～9年」「10年以上」の3群とした。研究対象者の特性（年代、経験年数、職位、所属部署、福祉関連の研修参加の有無等）とジレンマの有無との関連については、 χ^2 検定を用いて分析した。また、ジレンマの有無と経験年数および福祉部門の経験年数との関連についてt検定を行った。

4) ジレンマの有無とジレンマの背景および要素の関連

ジレンマの背景および要素は、「よくある」を1点、「ときどきある」を2点、「どちらともいえない」を3点、「あまりない」を4点、「全くない」を5点とし、平均点を算出した。得点が高い方が、ジレンマとなる背景やジレンマを構成する要素は少ないことを示す。ジレンマの有無2群とジレンマの背景およびジレンマを構成する要素の得点との関連については、ジレンマの有無別の平均点の差をt検定により分析した。

5) ジレンマの有無への影響要因

ジレンマの有無への影響要因について、ジレンマの有無を従属変数とし、研究対象者の特性との関連で有意差のあった項目を調整変数、ジレンマの背景およびジレンマを構成する要素のうち有意差があった項目を独立変数として、ロジスティック回帰分析を行った。

なお、分析には、統計ソフトSPSS for Windows 23.0を使用し、統計学的有意水準は5%未満とした。

6) 福祉部門の保健師活動の工夫に関する自由記述

研究責任者が自由記述の内容を精読し、類似した内容を整理してコードとした。そのうち保健師活動の工夫に該当しないと考えられるジレンマの内容や業務内容の記述は除外し、意味内容の類似

性に基づいて分類した。分類した内容を表すテーマをつけ、保健師経験のある共同研究者間で分類およびテーマの妥当性を検討した。

8. 倫理的配慮

調査の実施にあたり、研究対象者に研究目的および方法、研究参加は自由意思であること、匿名性の確保、データ管理方法等について文書で説明するとともに、質問紙の返送をもって同意するとみなすことを記載した。なお、本研究は、群馬県立県民健康科学大学倫理委員会の承認を得て実施した（健科大倫第2015-24号）。

III. 結果

質問紙の回答は890人（回収率23.9%、ただし該当者がいない市町村の配布数を除く。）であり、そのうちジレンマの有無の項目にデータ欠損のない785人を有効回答として分析した。

1. 市町村福祉部門の概要

回答者の所属市町村で最も多かったのは市（67.9%）、次に町（20.4%）であり、村と政令指定都市は各0.9%と少なかった。統括保健師については66.2%が「いない」と回答していた。福祉部門の保健師数は「3人以上」が44.8%で最も多く、次に「1人」が31.6%、「2人」が23.6%であった。福祉部門の保健師数は1人または2人という市町村が半数以上（55.2%）であった。

2. 研究対象者の特性（表1）

研究対象者の年齢は、年代は40歳代が最も多く（44.4%）、次に30歳代（24.7%）と50歳代（23.7%）の順であった。所属部門は、障害福祉の部署（47.0%）と介護保険の部署（地域包括支援センターを除く）（36.4%）がほとんどであり、児童福祉の部署は16.6%であった。保健師の経験年数は中堅期（6年～24年）が66.6%であり、次に管理期（25年以上）が23.7%であった。保健師の職位は、「係長/主任」が最も多く（70.0%）、次に「課長/課長補佐」（15.6%）であった。福祉部門の経験年数は「3年以下」が最も多く、57.0%と半数以上であった。

3. ジレンマの有無

ジレンマの有無については、ジレンマあり群「よくある/ときどきある」は554人（70.6%）、ジレンマなし群「どちらともいえない/あまりない/全くない」231人（29.4%）であった。

4. ジレンマの有無と研究対象者の特性との関連（表1）

年代別とジレンマの有無との間に有意差がみられたが、全体で40歳代が348人に対し、20歳代が49人、60歳代が7人というように人数に偏りがあった。20歳代から40歳代では、ジレンマあり群の割合がジレンマなし群の割合よりも高かった。ジレンマの有無と保健師の経験年数との間、およびジレンマの有無と職位との間にそれぞれ有意差がみられた（ $P=0.011$, $P=0.008$ ）。保健師の経験年数では、新任期のジレンマあり群が10.3%、ジレンマなし群が8.2%であり、中堅期のジレンマあり群が68.9%、ジレンマなし群が61.0%と、いずれもジレンマあり群の割合が高かった。一方で管理期では、ジレンマあり群が20.8%、ジレンマなし群が30.8%と、ジレンマなし群の割合が高かった。経験年数の平均値では、ジレンマあり群の方が、ジレンマなし群より2.9年短く、有意差があった（ $P<0.001$ ）。職位では、「技師」はジレンマあり群が17.2%、ジレンマなし群が8.4%であり、「係長/主任」はジレンマあり群が69.1%、ジレンマなし群は72.0%であった。「課長/課長補佐」は、ジレンマあり群が13.7%、ジレンマなし群が19.6%であり、職位が高い方がジレンマなし群の割合が高かった。所属部署では、障害福祉の部署でジレンマあり群が49.4%、ジレンマなし群が41.0%であり、児童福祉の部署ではジレンマあり群が17.1%、ジレンマなし群が15.6%と、いずれもジレンマあり群の割合が高かった。介護保険の部署では、ジレンマあり群が33.5%、ジレンマなし群が43.4%と、ジレンマなし群の割合が高かった。福祉関連の研修参加の有無とジレンマの有無との関連については、研修参加は「あり」と回答した割合が、ジレンマあり群では91.7%、ジレンマなし群では92.2%と差はなかった。ジレンマの有無と福祉部門の経験年数の関連に有意差がみられた

表1 ジレンマの有無別、ジレンマの背景およびジレンマを構成する要素の状況

		n=785					
項目	全体 (n=785)	ジレンマあり群 (よくある/ときどきあ る) (n=554)		ジレンマなし群 (どちらともいえない/ あまりない/全くない) (n=231)		P	
		人	(%)	人	(%)		
研究 対 象 者 の 特 性	年齢						
	20歳代	49 (6.3)	42 (7.6)	7 (3.0)	<0.001 **		
	30歳代	194 (24.7)	147 (26.6)	47 (20.3)			
	40歳代	348 (44.4)	248 (44.8)	100 (43.3)			
	50歳代	186 (23.7)	114 (20.6)	72 (31.2)			
	60歳代	7 (0.9)	2 (0.4)	5 (2.2)			
	経験年数						
	新任期 (5年以下)	76 (9.7)	57 (10.3)	19 (8.2)	0.011 *		
	中堅期 (6~24年)	522 (66.6)	381 (68.9)	141 (61.0)			
	管理期 (25年以上)	186 (23.7)	115 (20.8)	71 (30.8)			
	経験年数の平均±SD	17.99 ± 8.8	17.15 ± 8.7	20.03 ± 8.7	<0.001 ** a		
	職位						
	課長/課長補佐	93 (15.6)	56 (13.7)	37 (19.6)	0.008 **		
	係長/主任	418 (70.0)	282 (69.1)	136 (72.0)			
	技師	86 (14.4)	70 (17.2)	16 (8.4)			
	所属部署						
	障害福祉の部署	342 (47.0)	255 (49.4)	87 (41.0)	0.039 *		
	児童福祉の部署	121 (16.6)	88 (17.1)	33 (15.6)			
	介護保険の部署	265 (36.4)	173 (33.5)	92 (43.4)			
	福祉関連の研修参加						
	あり	720 (91.8)	507 (91.7)	213 (92.2)	0.806		
	なし	64 (8.2)	46 (8.3)	18 (7.8)			
	福祉部門経験年数						
3年以下	446 (57.0)	323 (58.6)	123 (53.3)	0.020 *			
4年~9年	257 (32.9)	183 (33.2)	74 (32.0)				
10年以上	79 (10.1)	45 (8.2)	34 (14.7)				
福祉部門経験年数の平均±SD	3.98 ± 3.7	3.78 ± 3.6	4.44 ± 4.0	0.030 * a			
福祉部門の保健師数							
1人	247 (31.6)	171 (30.9)	76 (33.1)	0.789			
2人	185 (23.6)	130 (23.5)	55 (23.9)				
3人以上	351 (44.8)	252 (45.6)	99 (43.0)				
ジ レ ン マ の 背 景	事務に追われる	2.28 ± 1.08	2.11 ± 1.02	2.75 ± 1.13	<0.001 ** a		
	解決が困難な状況	3.11 ± 1.18	2.00 ± 0.89	2.73 ± 1.01	<0.001 ** a		
	保健師の専門性への理解不足	2.21 ± 0.98	2.70 ± 1.13	3.33 ± 1.10	<0.001 ** a		
	事務系職員との考え方の相違	2.88 ± 1.16	2.70 ± 1.02	3.32 ± 0.95	<0.001 ** a		
	対象者や家族との意向の相違	2.78 ± 1.29	2.42 ± 0.81	3.02 ± 0.82	<0.001 ** a		
	福祉部門での研修体制の不確立	2.88 ± 1.04	2.96 ± 1.16	3.50 ± 1.12	<0.001 ** a		
ジ レ ン マ を 構 成 す る 要 素	援助の自信のなさ	2.60 ± 0.85	2.45 ± 0.97	3.35 ± 0.90	<0.001 ** a		
	予防活動が困難	2.72 ± 1.03	2.20 ± 1.11	2.80 ± 1.15	<0.001 ** a		
	専門性を活かさない	2.35 ± 1.14	2.64 ± 1.28	3.17 ± 1.25	<0.001 ** a		
	福祉部門での保健師活動の意義を感じる	2.23 ± 1.01	2.25 ± 0.98	2.13 ± 1.06	0.124 a		
	福祉の業務に応じた保健師活動の工夫をしている	2.56 ± 0.98	2.54 ± 0.94	2.59 ± 1.07	0.498 a		

χ²検定、a: t検定、*P<0.05 **P<0.01

ジレンマの背景及び要素の得点は「よくある」1点、「ときどきある」2点、「どちらともいえない」3点、「あまりない」4点、「全くない」5点

注1) 各項目は欠損値あり(所属市町村・年代・経験年数: 1、所属: 5、職位: 9、研修参加: 1、福祉部門の経験年数: 3、福祉部門の保健師数: 2)

注2) 職位: その他179人、所属部署: その他52人 はそれぞれ検定から除いた

表2 ジレンマの背景およびジレンマを構成する要素によるジレンマの有無への影響

ジレンマの背景および ジレンマを構成する要素	B	P値	オッズ比	95%信頼区間
解決が困難な状況	0.874	0.006 **	2.398	1.285 – 4.472
事務系職員との考え方の相違	0.815	0.003 **	2.260	1.331 – 3.838
予防的活動が困難	0.732	0.013 **	2.080	1.164 – 3.718
援助の自信のなさ	1.660	<0.001 **	5.259	3.017 – 9.168

ロジスティック回帰分析、 ** $P < 0.01$

調整変数：年齢および研究対象者の特性2項目（職位、経験年数）

従属変数：ジレンマの有無（ジレンマなし=1）

独立変数：ジレンマの背景6項目、ジレンマを構成する要素のうち有意差のあった3項目（援助の自信のなさ、予防的活動が困難、専門性を活かさない）

($P = 0.020$). 福祉部門の経験年数が「3年以下」では、ジレンマあり群が58.6%、ジレンマなし群が53.3%であり、福祉部門の経験年数が「10年以上」では、ジレンマあり群が8.2%、ジレンマなし群が14.7%であった。福祉部門の経験年数の平均値は、ジレンマあり群の方が約0.7年短かった ($P = 0.030$)。福祉部門の保健師数は、ジレンマの有無との関連はなかった。

5. ジレンマの有無とジレンマの背景およびジレンマを構成する要素との関連 (表1)

ジレンマの背景では、ジレンマあり群の方が、ジレンマの背景の全項目において有意に得点が低かった ($P < 0.001$)。ジレンマを構成する要素では、5項目のうち、「援助の自信のなさ」「予防的活動が困難」「専門性を活かさない」の3項目について、ジレンマあり群の方がジレンマなし群より得点が有意に低かった ($P < 0.001$)。

6. ジレンマの有無への影響要因 (表2)

研究対象者の特性で有意差の高かった経験年数と職位の2項目および年齢を調整変数とし、ジレンマの背景およびジレンマを構成する要素で有意差のあった項目を投入してロジスティック回帰分析を行った。ジレンマの影響要因で有意差があったのは、「解決が困難な状況」「事務系職員との考え方の相違」「予防的活動が困難」「援助の自信の

なさ」であった。ジレンマに最も影響を与えていたのは「援助の自信のなさ」(OR: 5.259, 95%信頼区間: 3.017-9.168)、次に「解決が困難な状況」(OR: 2.398, 95%信頼区間: 1.285-4.472)であった。

7. 福祉部門の保健師活動の工夫 (表3)

ジレンマを構成する要素の一つである、福祉の業務に応じた保健師活動の工夫について、「あなたは福祉の業務に応じて、保健師活動をどのように行っていますか。特に、保健衛生部門における活動と異なる点や、工夫している点などをご記入ください。」という質問に対する自由記述の内容は、個別支援における工夫と連携の工夫の2つに分類した。個別支援における工夫として、【保健師の知識・技術を活かして活動する】【予防の視点を活かす】【窓口業務から支援に発展させる】【福祉部門の情報やシステムを活用する】【対象者や家族の健康に目を向ける】【生活の視点を重視する】に整理できた。連携の工夫としては、【組織横断的な連携体制を構築する】【保健師の活動や考えを事務職に説明し、相互理解を図る】【多職種や住民を巻き込んで地域づくりに発展させる】【保健師同士で協働する】【コーディネータの役割をとる】【保健師の専門性表出を抑えてチームで対応する】【福祉部門の経験を地区活動へ活かす】に整理された。

表3 福祉部門における保健師活動の工夫

項目	保健師活動の工夫(コード数)	主な内容(コード数)
個別支援における工夫	保健師の知識・技術を活かして活動する(60)	生活改善の指導や健康教育、健診の受診勧奨を行う(11) 医療の知識や予防的視点を活かして、多職種へのスーパーバイズを行う(10) 保健師の視点で今後の予測や家族を含めたアセスメントを行う(9) 事業所等を対象とした指導や研修を行うことにより間接的に住民サービスの向上に努める(7) 障害の認識が低かったり、受容できない人等の相談から、話を引き出してサービスにつなぐ(6) 医学的知識を活かしてサービス等の提案や病態の予測ができる(4) 乳幼児の発育・発達や幼少期から継続して支援している関係性を活かせる(3) 困難ケース、多問題ケースへ介入する際、「保健師」と名乗ると入りやすい場合がある(2) その他(8)
	予防の視点を活かす(19)	予防的視点を大切に(7) 予防の必要性を伝え、理解を求める(2) 計画策定に予防の視点を取り入れた提言を行う(2) 福祉としては(問題が)起こってからの対応となるが、予防的視点を支援サービスに生かす(2) 現在起こっている問題が予防できなかったかを考察し、業務に活かす(1) 地域ケア会議において予防の考え方を常に伝える(1) 直接予防活動には携われないが、介護に至った人達の実態を集めて、予防の重要性を伝える(1) その他(3)
	窓口業務から支援に発展させる(10)	認定調査や窓口での申請業務から保健師の視点で必要時相談や訪問に発展させる(4) 申請窓口で、日頃接点を取りにくい対象者や家族とつながることができる(2) 手当てなどで後から診断を受けた方々をフォローできる機会となる(1) その他(3)
	福祉部門の情報やシステムを活用する(10)	サービス申請数、申請内容等のデータから市の傾向や特徴を検討できる(2) 他課の持っている情報や会議等を活用し、必要に応じて保健師活動のPR等をしている(1) 保険給付や介護認定審査会の資料をデータとして分析し、今後の問題を予測する(1) KDBシステムの情報、要支援認定の原因疾患等の情報から介護予防について保健部門と連携して健康教育を実施する(1) その他(5)
	対象者や家族の健康に目を向ける(6)	窓口での申請対応時や相談時に家族にも目を向けて問題点や情報を関係部署と共有する(2) 疾病の知識を活かし、家族全体の健康管理を意識する(1) 乳幼児の相談窓口など保健部門の事業を紹介し、保護者の支援を行う(1) その他(2)
	生活の視点を重視する(5)	暮らしの視点でのアセスメントを重視する(1) 本人が望む生活により重点を置く(1) その他(3)
連携の工夫	組織横断的な連携体制を構築する(30)	これまでの経験を活かして、他部門との連携システムづくりに取り組む(16) 保健師のスキルを活かして役所内外の多様な機関と連携する(特に医療とのパイプ役となる)(10) (事務職は他職種と連携することに慣れていないため)支援が必要な個人を支える仕組みを作る(3) 住民と協働で生活支援のしくみづくりが地域で行えるようにサポーター等の人材育成や、コーディネートを行う(1)
	保健師の活動や考えを事務職に説明し、相互理解を図る(28)	他職種と意見交換する機会を多く持ち、保健師の視点を福祉職に発信する(8) 上司・同僚への報告などで保健師の動きの見える化や保健師の考え方を説明する努力をする(3) 事務職と考え方の違いを共有することで、お互いのことを理解しあう良い機会となる(12) 保健師を活用すると自分のケースワークも楽になると実感してもらえるよう、相談されたらできる限り一緒に考え動く(1) その他(4)
	多職種や住民を巻き込んで地域づくりに発展させる(18)	自主グループ化を促していく段階から、福祉職と協働して取り組む(2) 申請に来所できない人、情報が入りにくい人へのサービスについて、事務職に問題提起する(1) 地域づくりを意識し、障がい児の親が繋がれるような仕組みづくりを、住民と行う(1) サービスが先行してしまわないように、地域ケア会議等で、地域の力を育てる仕組みづくりをする(1) 不足するまたは必要性の高いサービスの提供を事業所に働きかける(1) その他(12)
	保健師同士で協働する(12)	他部署保健師との連携を心がけ、切れ目なく迅速に対応できるようケースの支援者を増やす(5) 保健衛生部門と日頃から情報交換をし、保健衛生部門の一次予防、二次予防に活かしてもらう(2) 保健衛生部門との連携を強化し、地区担当保健師につなぐ(2) 自分の判断を確認するため、他自治体や他部署の保健師とよく話すようにする(1) その他(2)
	コーディネーターの役割をとる(10)	コーディネーターの役割を自覚し、関係機関をつなげるための調整を工夫する(7) 福祉部門と保健衛生部門との連携がスムーズにいくように調整する(1) その他(2)
	保健師の専門性表出を抑えてチームで対応する(7)	多職種がかかわる事例が多いので、それぞれの立場・意見を尊重してチームで対応するよう心がける(2) 「保健師」を全面に出すか出さないかを人と場面で使い分ける(1) 障害特性による違いを福祉職や事務職に相談し、対応を覚えてもらう(1) 専門性を強調するよりも、(関係する)メンバーで良い方向になるように検討する(1) 保健師から、事務職の人に歩み寄り形で業務をすすめる(1) 多職種の専門性を活用するノウハウを身につけることで、より多くの人に的確な支援ができる(1)
福祉部門の経験を地区活動へ活かす(7)	保健衛生部門での活動を客観的に評価し、結果を保健衛生部門へフィードバックする(3) 福祉部門にいるからこそ見える課題に対し、予防の必要性やアプローチを考えられる(2) 相談等から地区別の傾向を掴み、地区の特徴に応じた予防活動や啓発、地域住民との取り組みに繋げる(1) 保健師の定例会において、障害の原因疾患や地域の課題を報告し、市としての健康課題の提言を行う(1)	

IV. 考察

1. 研究対象者の特性とジレンマ

ジレンマの有無と特に関連が強かった研究対象者の特性項目は、年代、保健師の経験年数および職位であった。年代では人数に偏りがあるため有意差があったと考えられるが、20歳代から40歳代のジレンマあり群の割合がジレンマなし群の割合よりも高く、ある程度経験を積んでから福祉部門に異動しても、ジレンマを抱えていることが示唆された。経験年数では、新任期だけでなく中堅期のジレンマあり群の割合が高かったことから、中堅期の保健師はジレンマを抱えやすいことが推察される。職位では、技師のジレンマあり群の割合が高く、管理職ではない方がよりジレンマを抱えやすい状況にあると考えられた。所属部署では、障害福祉や児童福祉の部署と比較して介護保険の部署でジレンマなし群の割合が高かったが、介護保険の部署は、地域包括支援センター業務が直営か委託か、介護認定調査が中心か相談業務が中心かなど、各自治体の組織によって業務内容に差があるため、部署名のみでの比較は困難と考えられた。福祉部門の経験年数においては、ジレンマあり群が福祉部門での経験年数が短かったことから、福祉部門に異動して間もない時期にジレンマを抱えやすく、サポートが必要と考えられる。

保健師のジレンマを構成する要素の一つである「援助の自信のなさ」に関して、先行研究¹⁸⁾では、中堅期の保健師は期待される能力と実際の展開能力との間にギャップを抱え、援助について自信をなくしていることが明らかになっている。保健師の専門職務遂行能力の調査¹⁹⁾では、経験年数が6～10年の前期中堅期で集団支援や地域活動の項目における自己評価が低く、その要因として、新任期待される個人や家族の支援から、中堅期に集団や地域へと活動の視点を広げていく困難さを指摘している。中堅期の保健師は、経験年数による周囲からの期待や自身の理想と現実との間で自信を失いやすく、ジレンマを構成する要素である「援助の自信のなさ」があると考えられる。今回の調

査では、福祉部門の保健師の6割以上が中堅期であり、福祉部門はある程度経験を積んだ保健師が配置されることが多いと言える。福祉部門に限らず中堅期の保健師に対して、援助についての自信を持てるように援助の振り返りなどの支援が必要と考える。

また今回の調査では、研修参加の有無や福祉部門の保健師数とジレンマの有無との関連はみられなかった。前述のように福祉部門では中堅期以上の保健師が配置になることが多く、自立して保健師活動が行えるため、研修参加の有無や保健師数はジレンマに直接影響しなかったと考えられた。

2. ジレンマの有無とジレンマの背景およびジレンマを構成する要素との関連

ジレンマの背景は、全ての項目に有意差があり、ジレンマの有無と関連があった。福祉部門では法律に基づくサービス提供が業務の中心であるため、事務量が多く「事務に追われる」現状から訪問や相談などの時間を取りにくいこと、また訪問や相談よりも窓口対応の人員確保が優先されるなどの「保健師の専門性への理解不足」が、保健師のジレンマにつながっていると考えられる。また、福祉部門で保健師が対応するのは「解決が困難な状況」の事例が多く対応に苦慮することがある。福祉部門の事例の特徴として短期間での解決が困難な事例が多いため、ジレンマを構成する要素である「援助の自信のなさ」にもつながりやすいと推察される。さらに福祉部門では上司や同僚は事務職が多く、「保健師と事務系職員との考え方の相違」などからジレンマにつながっていると考えられた。福祉部門では、事務系職員をはじめ医療機関、福祉施設やサービス事業者、警察等の多様な関係機関との連携が必須となること、複雑困難な背景を抱える福祉部門の対象者や家族との関係性を構築する高度な能力が必要とされることなどから、ジレンマにつながりやすいと考えられた。またサービス支給に際して、法律や制度上の制約から「保健師と対象者や家族との意向の相違」が起きやすい状況にある。研修について、研修参加は「あり」という回答が多かったことから、研修体制の整備

はされていると考えられた。

ジレンマを構成する要素とジレンマの有無との関連では、「援助の自信のなさ」「予防的活動が困難」「専門性を活かさない」に有意差があった。先行研究¹²⁾では、保健師は「福祉部門での保健師活動の意義を感じ」て「福祉の業務に応じた保健師活動の工夫をしている」にもかかわらず、「援助の自信のなさ」があり、「予防的活動が困難」で「専門性が活かさない」と感じ、ジレンマが生じていた。今回の研究では、保健師が自信を持てず、活動が困難であると感じたり、専門性を発揮できないと捉えたりしている場合は、ジレンマを感じる割合が高くなると考えられ、先行研究の結果が支持された。

今回の研究で有意差のなかった「福祉部門での保健師活動の意義を感じる」「福祉の業務に応じた保健師活動の工夫をしている」の2つの要素は、保健師活動の基盤となるものであり、ジレンマに二次的に影響する要素であると考えられる。筆者の先行研究ではこれら2つの要素は、単独でジレンマとなるのではなく、「援助の自信のなさ」など他の要素と相反する場合にジレンマの要素となっていた。本研究では、他の要素と相反するという関係性を考慮せず、要素ごとにジレンマとの関連をみため、有意差はなかった。今後は、他の要素との関係性を含めて検討していく必要がある。

保健師は、福祉部門の保健師活動において【予防の視点を活かす】【窓口業務から支援に発展させる】などの工夫をしており、また【多職種や住民を巻き込んで地域づくりに発展させる】等の活動も行っていた。これらの福祉部門での活動の工夫を共有していくことが、「予防的活動が困難」「専門性を活かさない」というジレンマの要素の改善につながると考えられる。

3. 福祉部門保健師のジレンマの影響要因および保健師活動の工夫

福祉部門保健師のジレンマに最も影響していたのは「援助の自信のなさ」であった。中堅期保健師の自信のなさに関する先行研究¹⁸⁾では、自信のなさは、中堅期に期待されている能力や中堅保健

師としてのあるべき姿と、自己の判断や行動を対峙させ自問自答している状態であり、より良い支援を熟考することにより生じるとしている。福祉部門には中堅期保健師が異動となることが多く、少人数配置であることから周囲の期待を過剰に背負ってしまう可能性もある。行政保健師の職務への自信と影響要因を調査した研究¹⁷⁾では、職務への自信には事例・事業検討会を行っていることが影響していた。看護師のジレンマと対処行動に関する研究²⁰⁾では、【ジレンマと向き合う】【自己を振り返る】等の対処行動が明らかになっている。これらのことから、福祉部門における保健師活動を事例検討会等で振り返る機会を提供することによって、「援助の自信のなさ」や「解決が困難な状況」などのジレンマの影響要因を緩和し、保健師のジレンマの軽減につながると考えられる。

ジレンマの背景のうち、「福祉部門での研修体制の不確立」にジレンマへの影響がみられなかったことについて、福祉部門の保健師は自立して保健師活動を行える場合が多く、福祉部門での研修体制がジレンマに直接結びつくものではないと考えられた。ジレンマを構成する要素の「専門性を活かさない」については、保健師の専門職務遂行能力は経験年数に伴って高くなる¹⁹⁾ことから、専門性を活かした活動は、保健師としての経験年数に影響を受けると考えられる。今回の分析では職位や経験年数を調整したため、「専門性を活かさない」についてはジレンマへの影響がみられなかったと推測される。

福祉部門で保健師が行っている工夫として、専門職ということを出しすぎず、【保健師の専門性表出を抑えてチームで対応する】【コーディネータの役割をとる】など、連携を重視した活動を行っている記述が多くみられた。連携を重視した活動により「事務系職員との考え方の相違」を少しずつ埋めていき、【保健師の活動や考えを事務職に説明し、相互理解を図る】のように意図的に話し合う機会を持つように工夫していることがうかがえた。これらの工夫により、福祉部門の保健師のジレンマへの対処となっていると考えられた。

4. 研究の限界と課題

本研究で対象とした福祉部門は障害福祉、児童福祉、介護保険の担当部門としたが、組織編成は各市町村の実情によって様々であり、保健と福祉を一本化した保健福祉部門を設置しているところもあるため、福祉部門の保健師の結果として一般化するには限界がある。

本研究では福祉部門の保健師のジレンマの影響要因を明らかにしたが、保健部門との比較は行っていないため、福祉部門に特有のジレンマかどうかを検討する必要がある。今後は、保健師が自信を持って福祉部門での活動の意義を感じられるような支援体制を構築することが課題である。

5. 結論

市町村福祉部門の保健師のジレンマについて全国調査を行った。対象者の特性では、年代、職位、経験年数等がジレンマの有無と関連しており、職位では、技師がジレンマありの割合が高かった。経験年数では、新任期中と中堅期の保健師は管理期の保健師より有意にジレンマを抱えていた。また、福祉部門の経験年数が短い方がジレンマありの割合が高かった。ジレンマに最も影響していた要因は「援助の自信のなさ」であった。

文献

- 1) 一般財団法人日本公衆衛生協会. 平成24年度地域保健総合推進事業 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書.
http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h24_02.pdf (2022年1月25日アクセス)
- 2) 厚生労働省. 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～ 平成28年3月31日.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120070.pdf> (2022年1月25日アクセス)
- 3) 坪井りえ, 飯田苗恵, 大澤真奈美他. 市町村の福祉部門において精神障害者の個別援助活動に携わる保健師のジレンマ –ジレンマを構成する要素とその関係性に焦点を当てて–. 日本地域看護学会誌, 2013;15:3:32-40.
- 4) 麻原きよみ, 百瀬由美子. 保健師の遭遇する倫理的ジレンマ –対象者と家族の意向が異なる状況に関する分析–. 日本地域看護学会第6回学術集会講演集. 2003;91.
- 5) 加藤典子, 宮崎紀枝, 麻原きよみ他. 保健師の遭遇する倫理的ジレンマ–保健師と対象者あるいは家族の意向が異なる状況に関する分析–. 第24回日本看護科学学会講演集. 2004;239.
- 6) 大森純子, 宮崎紀枝, 麻原きよみ他. 保健事業の展開において保健師と事務系職員の意見が異なる状況に関する質的分析. 日本地域看護学会誌. 2007;9:4:81-86.
- 7) Forchuk C. Ethical problems encountered by mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*. 1991;12:4:375-83.
- 8) Kathleen Oberle, Sandra Tenove. Ethical Issues in Public Health Nursing. *Nurse Ethics*. 2000;7:5:425-438.
- 9) 麻原きよみ. 特集 現場のジレンマと向き合う技法 保健師は日常の活動のなかで倫理的ジレンマを感じている. 保健師ジャーナル. 2008;64:2:144-148.
- 10) 大森純子, 小林真朝. 特集「あきらめる」「もえつきる」その前に ジレンマから学ぶ保健師の倫理的課題 保健師活動の特徴から生じる保健師の葛藤と倫理的課題. 保健師ジャーナル. 2012; 68:7:562-565.
- 11) 麻原きよみ, 小西恵美子, 百瀬由美子他. 地域看護における倫理教育プログラムの開発と評価. 科学研究費助成事業データベース, 基盤研究 (C) 2006年研究成果報告書概要.
<https://kaken.nii.ac.jp/ja/grant/KAKENHI-PROJECT-16592223/>. (2022年1月25日アクセス)
- 12) 坪井りえ, 赤堀八重子, 齋藤基. 市町村福祉部門において精神障害者の個別援助活動に携

- わる保健師のジレンマの構造. 日本地域看護学会誌. 2018;21:3:32-40.
- 13) 国立保健医療科学院. 平成27年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業) 地域保健に従事する人材の計画的育成に関する研究 保健師の人材育成計画策定ガイドライン.
<https://www.niph.go.jp/soshiki/10kenkou/hokenshi.pdf>. (2022年1月25日アクセス)
- 14) 日本看護協会. 平成30年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書.
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2019/hokenshi_katsudokiban.pdf. (2022年1月25日アクセス)
- 15) 市町村要覧編集委員会編. 全国市町村要覧 平成27年度版. 東京: 第一法規株式会社. 2015;7-20.
- 16) 内田治. すぐわかるSPSSによるアンケートの調査・集計・解析. 東京: 東京図書. 2010;12-15.
- 17) 小川智子, 中谷久恵. 行政保健師の職務への自信とその影響要因. 日本公衆衛生雑誌. 2012;59:7:457-465.
- 18) 平野美千代, 平野憲子, 和泉比佐子他. 地域保健活動における中堅保健師の自信のなさ 精神障害者支援を展開した保健所中堅保健師のインタビューを通して. 日本地域看護学会誌. 2007;10:1:66-71.
- 19) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達 - 経験年数群別の比較 -. 日本地域看護学会誌. 2004;7:1:16-22.
- 20) 中川貴久美. 精神科外来看護師が抱えるジレンマと対処行動. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録. 2009;35:182-188.
- (受付 2021.12.02 : 受理 2022.08.26)

Influencing factors of the dilemma of public health nurses belonging to the municipal welfare department, and ingenuity of their activities

Rie Tsuboi¹⁾, Yaeko Akabori²⁾, Motoi Saito³⁾, Manami Osawa¹⁾, Miyuki Suzuki¹⁾, Akemi Shionoya¹⁾

Abstract

Background/Objective: The public health nurses in the Municipal Welfare Department (MWD) are expected to play various roles, and preventive intervention is difficult due to the subdivision of work. Consequently, the professional identity fluctuates, and they tend to have a dilemma. The purpose of this study was to clarify the influential factors of the dilemma of health nurses in the MWD and the ingenuity of health nurse activities.

Method: We surveyed public health nurses belonging to Japan's MWDs nationwide using a questionnaire created from previous studies. The survey items gathered data on the background and elements of the dilemma. The responses were recorded on a 5-point scale. The results were analyzed using the χ^2 test and t-test to examine (1) the relationship between the dilemma of public health nurses in the MWD and the characteristics of the study subjects, (2) the relationship between the dilemma of them and its elements, and (3) the relationship between the dilemma of them and its background. Logistic regression analysis was performed on the factors influencing this dilemma. From the responses collected, we organized and classified public health nurses' activities at the MWD.

Results: Job titles and years of experience were particularly associated with the study participants' experience of the dilemma. The most influential factor was their "lack of confidence in providing assistance." The ingenuity of public health nurse activities in the MWD involved providing individual support such as "activities utilizing the knowledge and skills of public health nurses," and providing cooperation such as "building a cross-organizational cooperation system".

Discussion: Considering that "lack of confidence in providing assistance" had the greatest impact on the public health nurses' dilemma, such nurses in the MWD should be provided opportunities to review their activities.

【Bull Soc Med 2022 ; 39 (2) : 66 – 79】

Key words : Welfare department, public health nurses, professional identity, influential factors

1) Gunma Prefectural College of Health Sciences

2) Takasaki University of Health and Welfare

3) Gunma Paz University

原著論文

仕事の相手と仕事空間に基づく地方公務員の 公務特性分類の試みとストレスとの関連

川北佳雅¹⁾, 横山由香里²⁾, 戸ヶ里泰典³⁾

要旨

目的：地方公務員の労働特性（公務特性）の新たな分類を試み、ストレス及びストレス反応のうち特に役割葛藤、情緒的負担、抑うつ感と、公務特性の関連を検討することを目的とした。

方法：横断研究デザインでA県庁の労働組合加入者に無記名自記式質問紙法を実施した。配布者4,610人中3,026人から回収し1,865人を分析対象とした。公務特性の分類は、「仕事の相手」7項目及び「仕事空間」5項目を設定し、業務内容の記述回答から分類した。公務特性を独立変数、役割葛藤、情緒的負担、抑うつ感を従属変数、年齢と性別を共変量として共分散分析を行い、公務特性ごとの平均値及び95%信頼区間を算出した。

結果：公務特性は21分類に分けられた。役割葛藤と情緒的負担については「問題を抱えた一般来所者を相手に敷地内で広範囲に動く仕事」の平均値がそれぞれ2.40 (95%CI: 2.19 - 2.62) 及び1.67 (95%CI: 1.42 - 1.92) で最も悪く、抑うつ感では「管理的業務を行う仕事」が3.54 (95%CI: 3.45 - 3.63) で最も良好であった。

考察：従来の研究ではストレスの職階差に注目されてきたが、本研究で提示した分類により、公務特性ごとのストレスについてもアプローチできる可能性が示唆された。これにより、各公務特性に応じたきめ細かな健康支援策につながると考えられる。

【社会医学研究2022；39（2）：80-92】

キーワード：地方公務員, 公務特性, ストレス, ストレッサー, ストレス反応

I. 緒言

近年、地方公務員の長期病休や精神的不調が深刻化している。2018年における地方公務員の長期病休者数（10万人率）は、過去10年間で最多の2,551.3人であり、「精神及び行動の障害」による長期病休

者数（10万人率）も15年前の約2.5倍となっている¹⁾。その背景として、行政改革等により業務量が増加する一方で職員数削減が行われ、職員1人当たりの負担が増加していることが指摘されている²⁾。また、地方公務員の労働環境も変化している。たとえば、従来の許認可などの業務だけでなく観光商品開発などの民間企業的な業務も行われるようになるなど業務が多様化していること³⁾や、児童相談所の激務化⁴⁾などが報告されている。このような中、地方公務員の健康的な職業生活への具体的な支援策につながる実践的意義のある研究が求められている。

公務員を対象とした職業とストレスに関する分

1) 三重県庁

2) 日本福祉大学社会福祉学部

3) 放送大学

連絡先：川北佳雅

住所：〒514-8570 三重県津市広明町13番地

TEL：059-224-3070（代表）

※連絡は下記へお願いいたします。

E-mail：kawagita.yoshimasa@gmail.com

析アプローチでは、社会階層を切り口とするものと、職場などを単位とするものが見られる。公務員組織では職業が明確に階層化されている⁵⁾ことから、健康の社会的決定要因⁶⁾、特に社会階層と健康格差の関連が検討され、職業内階層間の健康格差が明らかにされてきた⁷⁾。たとえば英国のホワイトホール研究⁸⁾では、職階が低いほど健康リスクが高いことが報告されている^{9,10)}。国内の公務員を対象とした研究でも、特に男性の社会経済的地位が高いほど健康度が高いことが報告された¹¹⁾。また、後者のアプローチとして、たとえばストレスチェック制度¹²⁾では分析単位として職場等が想定されており¹³⁾、集団分析が幅広く実施されている。

一方、地方公務員の実務を見ると、同一階層や職場内であっても各職員が特性の異なる業務を行う場合もあり、従来とは異なる切り口でストレス特徴を検討する余地がある。職業が健康に影響を与えるとされる要因には物質的環境や人間関係などがあり¹⁴⁾、疫学的には、疾患の発生状況についてWho（人々）、When（いつ）、Where（どこで）に着目することが重要であるとされている¹⁵⁾。地方公務員ストレスに対してこのような視点から公務の特性ごとにアプローチを行うことで、職員へのきめ細かな健康支援策の検討につながる可能性がある。

また、このアプローチを試みるストレスサー及びストレス反応として、本研究では、地方公務員の「役割葛藤」「情緒的負担」「抑うつ感」を取り上げたい。地方公務員の業務では、住民等との間で板挟みになるなど心理的な葛藤が生じやすく、住民へ過度に感情移入してしまう場合もあることが報告されている¹⁶⁾。しかし、地方公務員のどのような業務上の性質が役割葛藤や情緒的負担と関連するかを検討した研究は少ない。また、冒頭で述べた長期病休者や精神的不調者の増加が示すように、地方公務員のうつ状況は深刻であると指摘されており¹⁷⁾、関連要因の検討が求められている。

以上を踏まえ、本研究は、県庁公務員を対象とし、公務員の業務内容（本研究では公務と称する）を踏まえた「仕事の相手」「仕事空間」を切り口とす

る新たな公務特性の分類軸を提案し分類を試みることを第一の目的とする。また、ストレスサーの「役割葛藤」及び「情緒的負担」、ストレス反応の「抑うつ感」を従属変数とし、公務特性ごとの平均値及び95%信頼区間を求めることで、どの公務特性において強いストレスとなっているかを明らかにし、特徴に応じた対策を提案することを第二の目的とする。

II. 方法

1. 調査対象及び方法

東海地方にあるA県庁職員で同県職員労働組合（以下、「組合」）に加入している組合員（加入率95.6%）及び一部管理職の計4,872人のうち、休職者等を除く4,610人に無記名自記式質問紙調査（調査名称：「公務職場のメンタルヘルスに関するアンケート」）を実施した。質問紙配布は組合事務担当者が行い、対象者が回答を記入後に担当者の手元にある回収袋へ投函した。事務担当者が回収袋に封をし、組合本部へ送付した。組合本部から研究者が回収袋を受け取り、開封及び集計を行った。調査期間は2017年10月13日から10月31日である。3,026人から回答を得（回収率65.6%）、性別・年齢等の複数項目に回答漏れがなく、かつ業務内容の自由記述欄に回答のあった1,865人を分析対象とした。

2. 調査項目

1) 対象者の基本属性

調査対象者の「性別」、「年齢」、「勤務先区分」、「役職」、「職級」（県職員の給与水準による区分）、「職種」等を尋ねた。「勤務先区分」は、「本庁」、「地域機関の庁舎」、「地域の単独機関（派遣・駐在等を含む）」の3択とした。「役職」は「管理職」「本庁の班長・地域機関の課長等」「一般職員（役職なし）」の3択とした。「職級」は、県職員の給与水準による区分のことで、「課長補佐級以上」、「主査級」「主任級」「主事・技師級」の4択とした。「職種」は、「事務職」、「技術職」、「現業職・

技術専門員」の3択とした。

2) 県庁公務の内容

個人の公務内容について、どこで何をしているかを把握するため、自由記述形式で「あなたは、主にどのような業務を行っていますか？例を参考に、可能な限り詳しく教えてください」と問い、記入例を詳細に記した上で回答を求めた。

また、「主な仕事場所」を選択式で回答を求めた。「あなたはふだん、主にどのような場所で仕事をしていますか？出張先を含め、長い時間を過ごす順に、下記の中から上位3つ以内で選んでください」と問い、「所属の事務所（事務室）」、「屋外の現場」, 「所属以外の企業・団体・公的機関」, 「博物館・図書館・美術館（事務以外）」など11の選択肢を設けた。

3) ストレッサー及びストレス反応

新職業性ストレス簡易調査票（以下、「新調査票」）¹⁸⁾より、ストレッサーの「役割葛藤」及び「情緒的負担」と、ストレス反応の「抑うつ感」を用いた。いずれも「1. そうだ」「2. まあそうだ」「3. ややちがう」「4. ちがう」の4件法で使用し、新調査票の使用方法に従って高得点ほど良好な状態を示すよう変換した。

新調査票における各尺度の定義は次のとおりである¹⁹⁾。「役割葛藤」は、「複数の方針や要求が互いに相容れないために業務の遂行が困難になることによる負担のこと」であり、ひとつの役割に対して複数の相容れない期待が寄せられることを指す。「情緒的負担」は、「仕事の上で、気持ちや感情がかき乱されるなど、感情面での業務負担のこと」である。「抑うつ感」は、「憂うつ感、おっくうさ、集中力の低下など、気分と気力の低下に関する症状」を指す。

3. 公務特性分類

公務特性分類の切り口について、第一の軸として「仕事の相手」、第二の軸として「仕事空間」を設定した。県庁公務員経験者及び研究者らの意見を基に素案を作成し、A県庁内の複数の職種・職場の現役職員7名で構成される組合の委員会で議論

した後、研究者らで検討し策定した。各軸の項目は、研究開始時及び質問紙回収後の段階において研究者及び組合の委員会で議論し、「仕事の相手」7項目、「仕事空間」5項目を策定した。

分類軸及び項目の策定に当たっては、次のとおり統計調査及び関連研究を参考にすることで妥当性の確保を図った。第一軸の「仕事の相手」について、厚労省の調査結果では、仕事や職業生活に関する強いストレスとして対人関係が多く挙げられている²⁰⁾。対人ストレスイベントとして対人葛藤・対人劣等・対人摩擦を挙げる研究²¹⁾や、公務の対人関係において役割ストレスが見られるとの報告²²⁾などがある。また、対人関係は心理学的ストレスモデルにおいてソーシャルサポートとして位置付けられている²³⁾。これらを踏まえ、仕事の相手については組織内・組織外、業者・一般人という区別に加え、抱えている問題の有無という性質及び、同僚のサポートを得やすい可能性がある自職場などの環境で対応を行うか否かの観点から「あまり人と接しない」「県職員」「業者」「問題を抱えた一般人を訪問する」「問題を抱えた一般人が来所する」「問題のない一般人を訪問する」「問題のない一般人が来所する」の7項目とした。

第二軸の「仕事空間」については、空間内の人口密度がストレスに関連するとする社会学的研究²⁴⁾や、海外出張に伴う言語や習慣の違いが疲労感に繋がるとする研究²⁵⁾などを参考に、個人が公務を行う際の物理的空間範囲と、それに伴う身体の使用程度の二つの観点から整理し、「デスクワーク中心」, 「部署内を動き回る」, 「敷地内で広範囲に動く」, 「外部で行う」とした。また、管理職は一般的に個室など一般職員とは区別された執務場所と現場を行き来することが知られており²⁶⁾、管理的業務の執行空間に着目し、「職員の管理」をこの軸に含め、計5項目とした。

公務特性分類の決定方法については、妥当性を確保するため「職業・産業コーディングマニュアル」²⁷⁾を参考にした上で、本研究の目的に合致するよう、以下の方針で優先順位を付けて分類を行うこととした。①主目的又は補助的な公務という区

別ができる場合、主目的の公務を優先する。②複数の公務を行っている場合、時間に関する記述があれば長時間行っている公務を優先する。③公務の内容が管理的としか言えない時は、「職員の管理」とする。④以上で決定できなければ、業務内容の記述から、最初に書かれている業務や記述量が多い業務など優先度が高いと判断されるものに基づき決定する。

また、分類手順に関しても、同マニュアルを参考に以下のとおり設定した。①自由記述及び選択式の「主な仕事場所」、基本属性などの情報から、公務の内容を具体的に想像する。②分類先の候補を比較し、最も相応しいと考えられるものに分類する。③判断に迷う場合は、同じ職場の回答者の記述も参考にし、極力、研究者や職員、県庁の業務に詳しい組合幹部に確認する。また、チェックや要注意印を残す。④分類根拠のメモを残し、判断を統一する。なお、作業者によって判断が変わらないようにまず筆頭著者が分類作業を行い、次いで客観性確保のため研究者及び組合委員会で議論し分類を確定した。

以上の分類決定方法・手順によれば、同一人物が異なる仕事相手や仕事空間をもつ場合でも、一つの軸について必ずいずれかの特性に分類しなければならない。しかし、同一の分類先であっても、その枠の中で個人が複数の役割を果たすこともあり得る。すなわち、複数の役割の中から一つのみを切り出し、それ以外の役割を捨象するのではなく、多重役割を考慮した分類枠組とした。また、個人が特定の役割を果たす中で抱えてしまう葛藤についても、「仕事の相手」「仕事空間」の2軸ならば、どのような組合せの場合に、個人に矛盾した期待が寄せられやすいのかを捉えやすいと考えた。

4. 統計分析

性別、年齢、勤務先区分、役職、職級、職種について基本統計量を算出した後、公務特性の分布状況を確認した。「仕事の相手」7通り×「仕事空間」5通り＝計35通りの組み合わせによる分類のうち、

分類者数が0のものを除く21分類を独立変数、ストレッサー及びストレス反応を従属変数、年齢と性別を共変量とし、共分散分析を行った。各特性の推定周辺平均値及び95%信頼区間を算出した。

以上の統計分析は、統計ソフトIBM SPSS Statistics version 25を用いて行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、放送大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（2017年10月13日承認、承認番号2017-26）。研究協力依頼時に、調査名称（「公務職場のメンタルヘルスに関するアンケート」）、研究目的の説明、調査協力の自由、回答拒否による不利益が無いこと、プライバシー及び個人情報の保護、質問紙提出を以て同意を確認すること、データの取扱方法、匿名性の確保等の倫理的配慮を記載した文書を、全ての質問紙に添付した。また、組合にも文書及び口頭で同内容を説明し、同意を得た上で実施した。

III. 結果

1. 基本属性

男性が1,425人（全体の76.4%）で平均年齢43.7歳、女性が440人（全体の23.6%）で平均年齢38.2歳であり、全体の平均年齢は42.3歳であった。40歳代が33.8%（うち男性が全体の25.1%、女性8.7%、以下同様に表記）と最も多く、次いで50歳代28.4%（男性25.6%、女性2.8%）、30歳代19.2%（男性13.5%、女性5.7%）、20歳代17.1%（男性10.8%、女性6.3%）の順で多かった。勤務先区分は、地域機関の庁舎が41.1%（男性31.8%、女性9.3%）、本庁が33.9%（男性26.9%、女性7.0%）、地域単独機関が25.0%（男性17.7%、女性7.3%）であった。役職は、一般職員（役職なし）が77.6%（男性55.6%、女性22.0%）を占めた。職種は、技術職が53.1%（男性43.7%、女性9.4%）、事務職が43.6%（男性29.7%、女性13.9%）、現業職が3.3%（男性3.0%、女性0.3%）であった。

表 1 仕事の相手、仕事空間から分類した公務特性

	デスクワーク		部署内で動き回る		敷地内で広範囲に動く		外部で行う		職員の管理		合計 n (%)
	n (%)	記述例	n (%)	記述例	n (%)	記述例	n (%)	記述例	n (%)	記述例	
業者	61 (3.3)	「農業社への資金融資に関する審査や、電算処理等の事務」など	7 (4.0)	「事業所を対象とした申請書の受付業務（介護保険関係・老人福祉関係）を担当している」など	14 (8.0)	「企業の方々がサンプルを持ってこられて自分で機器を操作されて分析する開放機器の補助」など	80 (4.3)	「県産品販路開拓のため、企業訪問を実施。2～3回/週訪問している。県PRのためイベントの手伝いを実施」など	—	—	162 (8.7)
県職員	79 (4.2)	「予算・決算及び関係照会」「業務に関するデータ処理、整理」など	13 (7.0)	「各種研修の実施、人権研修」「支出審査確認、人事関係、面談ヒアリングの実施、時間外・休暇の取得管理・推進にかかるもの」など	11 (6.0)	「予算・決算に関わる仕事をしている。予算編成では、自分の担当課の要望を取りまとめ、予算確保に向けて県の財政担当課と議論していく」など	10 (5.0)	「県、市町職員向けの研修の企画・運営を行っている。現場のサポート的な役割もあり、緊急で付きそいの手配を行うため、土日や時間外での対応がある」など	272 (14.6)	「総務総括課の総括、職員の服務、非常勤職員の任用・管理」「事務長として事務の総括を行っている」など	385 (20.6)
問題を抱えた一般人を訪問する	—	—	—	—	—	—	63 (3.4)	「児童相談業務を行っている。来所相談もあるが、虐待対応で学校や保育所、家庭訪問を行って社会調査を行うことが多い」など	—	—	63 (3.4)
問題を抱えた一般来所者	27 (1.4)	「難病・精神・母子、住民や医療機関からの電話対応や窓口対応等対人業務も多い」など	68 (3.6)	「食品営業許可の台帳入力、相談、苦情受付」など	31 (1.7)	「児童福祉施設にて、入所中の児童の生活指導を担当している」「ひきこもりの当事者や家族からの電話及び来所相談、関係機関からの相談に対応している」など	—	—	—	—	126 (6.8)
問題のない一般人を訪問する	—	—	—	—	—	—	273 (14.6)	「MICE誘致。官公庁や大学の先生へセールスに行ったり、実施の際には地元関係者のコーディネートも担う事もあります」など	—	—	273 (14.6)
問題のない一般来所者	182 (9.8)	「建設事務所の事務担当。道路法、河川法等に係る許可業務」など	79 (4.2)	「国の予算編成等に関する提言、提案（各関係課との調査。書類作成、活動調整など、国との会議運営（日程、議題等の調整、書類とりまとめ）」など	18 (1.0)	「獣害、農業、果樹の研究に関する課の課長、及び果樹の研究員である。圃場管理、研究調査。他所属（普及等）との調整」など	—	—	—	—	279 (15.0)
人とあまり関わらない	393 (21.1)	「職員の給与管理業務」など	11 (6.0)	「システムの開発、運用管理。システム障害の初動調査、原因調査、対策」など	100 (5.4)	「家畜保健衛生所勤務。死亡牛BSE検査。鳥インフルエンザなどの家畜伝染病発生時の防疫活動で使用する資材、機器材の管理」など	73 (3.9)	「建設事務所・施設の維持管理、道路施設等のパトロール、各施設の修繕、原材料の購入、夜間での緊急対応」など	—	—	577 (30.9)
合計	742 (39.8)		178 (9.5)		174 (9.3)		499 (26.8)		272 (14.6)		1,865 (100.0)

2. 仕事の相手、仕事空間から分類した公務特性

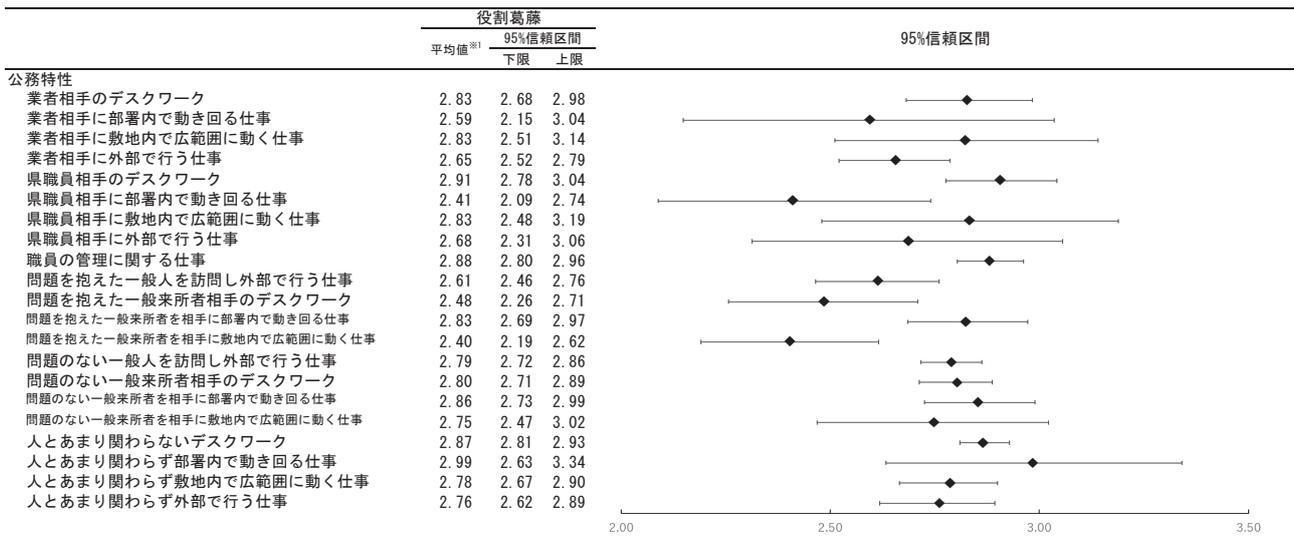
「仕事の相手」及び「仕事空間」の2軸より、各公務特性に分類された。最も人数が多かったのは「人とあまり関わらないデスクワーク」(n=393, 全体の21.1%)であった。次いで、「問題のない一般人を訪問し外部で行う仕事」(n=273, 全体の14.6%), 「職員の管理に関する仕事」(n=272, 全体

の14.6%) となった(表1)。

3. 公務特性とストレッサー、ストレス反応の分散分析

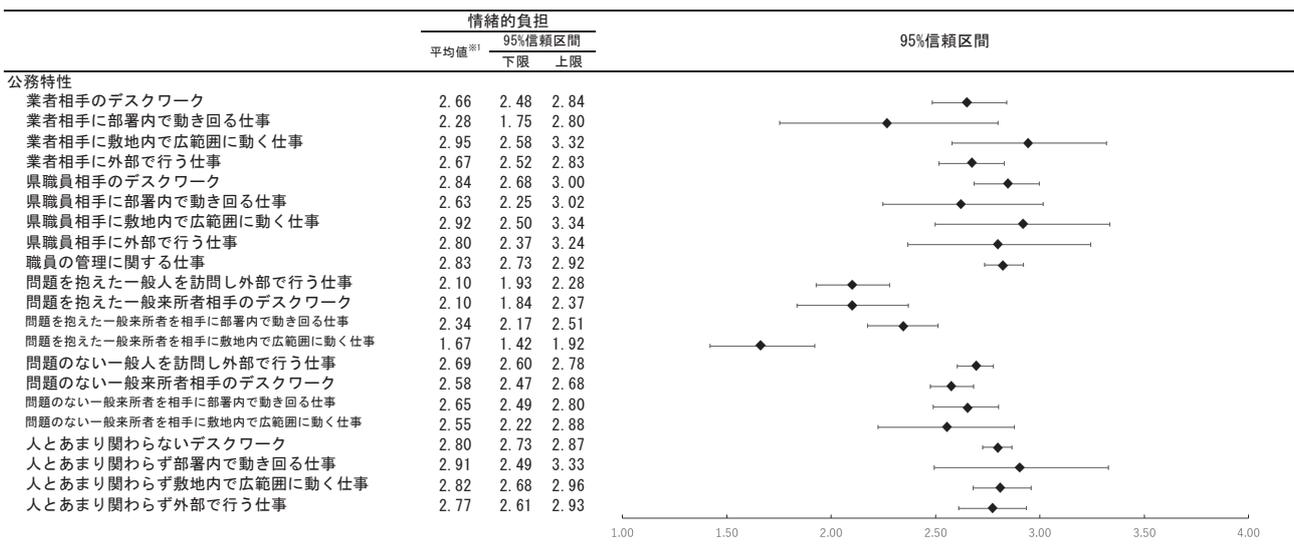
「役割葛藤」では、「問題を抱えた一般来所者を相手に敷地内で広範囲に動く仕事」の平均値が2.40で最も低く(95%CI: 2.19 - 2.62), 「人とあまり関わ

表2 公務特性を独立変数、「役割葛藤」を従属変数とした平均値及び95%信頼区間



※1 推定周辺平均。年齢、性別を共変量として調整済み。高得点ほど良好であることを示す。レンジ：1~4。

表3 公務特性を独立変数、「情緒的負担」を従属変数とした平均値及び95%信頼区間



※1 推定周辺平均。年齢、性別を共変量として調整済み。高得点ほど良好であることを示す。レンジ：1~4。

らず部署内で動き回る仕事」が2.99で最も高かった(95%CI: 2.63 - 3.34) (表2)。「情緒的負担」では、「問題を抱えた一般来所者を相手に敷地内で広範囲に動く仕事」の平均値が1.67で最も低く(95%CI: 1.42 - 1.92)、「業者相手に敷地内で広範囲に動く仕事」が2.95で最も高かった(95%CI: 2.58 - 3.32) (表3)。「抑うつ感」では、「人とあまり関わらず部署内で動き回る仕事」の平均値が3.14で最も低く(95%CI: 2.74 - 3.53)、「職員の管理に関する仕事」が3.54で最も高かった(95%CI: 3.45 - 3.63) (表4)。

IV. 考察

本研究の分析の前提である組織構成については、県庁の組織機構は法令により各種委員会等の設置が義務付けられており²⁸⁾、都道府県の人口段階別に設置部数が規制されているため²⁹⁾、多くの都道府県で類似している。したがって、標本集団と母集団の組織構成上の差異は少ないと考えられる。

次に、標本集団の平均年齢は42.3歳で、全都道府県の地方公務員(全職種)の42.4歳³⁰⁾より0.1歳若く、A県全体の42.7歳³¹⁾よりも0.4歳若い。回答者の平均

表4 公務特性を独立変数、「抑うつ感」を従属変数とした平均値及び95%信頼区間

公務特性	抑うつ感		95%信頼区間
	平均値 ^{※1}	95%信頼区間 下限 上限	
公務特性			
業者相手のデスクワーク	3.27	3.10 3.43	
業者相手に部署内で動き回る仕事	3.23	2.73 3.72	
業者相手に敷地内で広範囲に動く仕事	3.51	3.16 3.86	
業者相手に外部で行う仕事	3.26	3.12 3.41	
県職員相手のデスクワーク	3.33	3.19 3.48	
県職員相手に部署内で動き回る仕事	3.28	2.92 3.64	
県職員相手に敷地内で広範囲に動く仕事	3.26	2.87 3.66	
県職員相手に外部で行う仕事	3.23	2.82 3.64	
職員の管理に関する仕事	3.54	3.45 3.63	
問題を抱えた一般人を訪問し外部で行う仕事	3.25	3.09 3.42	
問題を抱えた一般来所者相手のデスクワーク	3.39	3.13 3.64	
問題を抱えた一般来所者を相手に部署内で動き回る仕事	3.36	3.20 3.52	
問題を抱えた一般来所者を相手に敷地内で広範囲に動く仕事	3.25	3.01 3.49	
問題のない一般人を訪問し外部で行う仕事	3.41	3.33 3.49	
問題のない一般来所者相手のデスクワーク	3.29	3.19 3.39	
問題のない一般来所者を相手に部署内で動き回る仕事	3.41	3.26 3.55	
問題のない一般来所者を相手に敷地内で広範囲に動く仕事	3.50	3.19 3.81	
人とあまり関わらないデスクワーク	3.32	3.26 3.39	
人とあまり関わらず部署内で動き回る仕事	3.14	2.74 3.53	
人とあまり関わらず敷地内で広範囲に動く仕事	3.35	3.22 3.48	
人とあまり関わらず外部で行う仕事	3.36	3.21 3.52	

※1 推定周辺平均。年齢、性別を共変量として調整済み。高得点ほど良好であることを示す。レンジ：1~4。

年齢は全国やA県全体とほぼ一致していると言える。また、男女比は男性76.4%、女性23.6%で、全都道府県の地方公務員（全職種）の男性61.6%、女性38.4%³²⁾に比べ、女性の割合が14.8ポイント低く、A県全体の女性25.1%³³⁾よりも1.5ポイント低い。回答者の男女比は、A県全体と概ね一致するが、A県は全都道府県の中では女性が比較的少ないと言える。

本研究は、個人が従事している仕事の類似性ではなく、健康との関連の観点から個人と社会の関係に着目し、公務特性の分類を試みた。その軸として「仕事の相手」7項目、「仕事空間」5項目を作成し、本人の記述を基に分類した。

既存の職業分類と比較すると、従来の分類方法は個人が持つ社会的資源の多寡による社会経済的地位（socioeconomic status）³⁴⁾の視点に基づいており、主に経済社会システムの分析に用いられている。特に、個人が従事している仕事の類似性に着目して区分し、それを体系的に分類する³⁵⁾。たとえば「SSM 職業分類（95年版05年改訂）」には166の小分類があり³⁶⁾、公務員の多くは「その他の一般事務員」、「管理的公務員」などに分類され、専門職はそれぞれの専門職業のコードに分類される。また、国際的な職業分類である「国際標準職業分類（ISCO-08）」では、10の大分類ごとに学歴を基準と

した4段階のスキルレベルを組み合わせた分類となっており³⁷⁾、公務員は「一般事務員」、「技師、准専門職」、「上級公務員」等が主な分類先となる。

これに対し本研究の分類では「事務員」などのように一括りにせず、たとえば「人とあまり関わらないデスクワーク」、「問題のない一般人を訪問し外部で行う仕事」などのように分類した。この分類方法では、地方公務員がマルチタスクを行い、多重役割を果たしていることが多いことを前提に、特に対人業務において生じやすい「役割葛藤」、「情緒的負担」、「抑うつ感」などのストレス・ストレス反応の検討が可能であると考えられた。本研究で提案した分類方法により、後に述べるように、健康改善に向けた実践的アプローチとして、職種や職場だけでなく、各職員の公務特性も切り口となりうる可能性が示唆された。

「役割葛藤」との関連については、特に、自分の責任の及ぶ範囲や目的、何をどこまですべきであるかが不明な場合に生じる「役割の曖昧さ」が、組織ストレスの一種であるバーンアウトを引き起こす主要因であるとされている³⁸⁾。役割葛藤は、主に対人援助業務従事者を対象に捉えられており³⁹⁾、たとえば患者や生徒、来談者などのクライアントに対し、温かく献身的な態度と冷静で客観的な態度の両方を同時に示さなければならない状況が

長期間続く場合などに生じる⁴⁰⁾。本研究において役割葛藤が最も悪かった「問題を抱えた一般来所者を相手に敷地内で広範囲に動く仕事」は、表1で例示した専門職による相談業務のほか、窓口などで来所者の対応を行うなどの公務である。このような公務の特性上、来所者と組織の間で担当者が板挟みになりやすく、役割葛藤が生じやすい可能性が示唆された。

一方、職務の境界が明確ではなく、職務自体が個人に特定されず、それぞれの従業員が自分の役割として他者の職務を手伝ったりする関係としての柔軟な職務構造が崩壊し、様々な職務を一人の職員が抱え込んでしまうようになる結果、役割葛藤が生じる⁴¹⁾との指摘もある。本研究において役割葛藤が最も良好であった「人とあまり関わらず部署内で動き回る仕事」は、表1のシステム維持管理に関する業務や、機械や図書などの維持・管理を行う公務である。これらのことから、対人業務とは異なり、物や環境に働きかけることが主である公務の場合は、職務の境界が比較的明確で、役割葛藤が生じにくい可能性がある。

「情緒的負担」は、仕事空間にかかわらず、問題を抱えた人を相手にする公務特性で悪化する傾向があった。対人業務における情緒的負担はバーンアウトと関連することが多くの研究により示唆されている⁴²⁾。本研究において情緒的負担が大きかった公務特性の該当者には、児童相談などの専門職だけでなく事務職も含まれるが、従来の対人業務研究は民間のサービス産業や専門職種を対象としたものが多く、地方公務員全体を対象とした研究は見当たらないため、実態が十分に反映されているとは言い難い。したがって、今後は地方公務員を対人援助職の一種として位置付け、研究対象とすることが必要である。また、苦情対応業務については、適性が高いと職務満足感が高くなり、職務満足感が高いと主観的ストレスが小さくなることが指摘されており⁴³⁾、今後、公務特性との関連についての研究が待たれる。

他方、「情緒的負担」が最も良好であった「業者相手に敷地内で広範囲に動く仕事」は、「企業の方々

がサンプルを持ってこられて自分で機器を操作されて分析する開放機器の補助」(表1)のほか、所内イベントや見学の対応などを行う公務特性である。業者相手の他の公務特性と比較して状態が良好であった理由として、事務所の窓口や出張で対応する業者とは異なる種類の業者を相手にしており、苦情などの情緒的摩擦が生じにくい可能性などが考えられる。従来の職種や職場を対象とした調査・研究のみではこのような特徴は浮かび上がりにくい。公務特性の観点から情緒的負担の状況を捉えることで、より実効性のある対策につながる可能性がある。

「抑うつ感」については、「職員の管理に関する仕事」において最も良好で、ホワイトホール研究などと同様、職階差により健康格差が生じていると考えられる。他方、「人とあまり関わらず部署内で動き回る仕事」において最も悪かったことから、この公務特性において特に抑うつ感への対策が必要であることが明らかとなった。

また、この公務特性で「役割葛藤」が最も良好であったことと併せて考察すると、この公務特性では他のストレスが抑うつ感の悪化と関連している可能性が示唆された。ただし、その特定には、この公務特性において複数のストレスとストレス反応の関連を検討する研究が別途必要であると考えられる。

加えて、公務員の抑うつ症状は、特に「同僚からの支援」が少ないほど深刻になることが報告されている⁴⁴⁾が、人とあまり関わらない公務特性ではストレスに対する緩衝要因としての同僚の支援も十分得られず、結果的にストレス反応である抑うつ感が悪化している可能性がある。したがって、ソーシャルサポートについても考慮が必要である。

実践的示唆としては、一般的に過度なストレスの低減を図ることが重要である⁴⁵⁾ことを踏まえ、「役割葛藤」「情緒的負担」のストレス低減方策について、公務特性ごとのアプローチを行うよう労使が双方の立場で議論するなど、各組織が注力して取り組むべきポイントが明確化できる

と考えられる。特に、「役割葛藤」については窓口業務など「問題を抱えた一般来所者を相手に敷地内で広範囲に動く仕事」で職員が来所者と組織の間で板挟みにならないような対策を講じること、「情緒的負担」については特に問題を抱えた人を相手にする業務に民間のサービス従事者と同等以上の苦情対策が必要であると位置付け、職員の感情面での負担低減を図ることが必要である。また、「抑うつ感」については、人とあまり関わらず、かつ部署内で動き回る公務に的を絞った対策を講じる必要性が示唆された。

以上、本研究により、職種や職場などの従来の分析単位に加え、公務特性分類の切り口を導入することで、公務員のストレス状況をより詳細に捉えられる可能性が示唆されたが、研究の限界として4点が挙げられる。

第一に、公務特性の分類が回答者の記述に基づく点である。これは従来の職業分類も抱える課題であり⁴⁶⁾、分類作業者の主観が入る余地があるため、基準と記録を作るなどの対策を講じたが、仕事相手との接触回数など客観的な指標も調査し組み合わせることがより望ましいと考えられる。

第二に、回答にかかる時間的負担の大きさから、対象者の中でも特に多忙な職員からの回答を得られていない可能性がある点である。実際のストレスサーの平均値が本研究よりも低くなっている可能性を考慮し、未回答者の業務実態を把握することがより望ましいと考えられる。

第三に、自由記述欄について、記述例を多く示したにも関わらず有効な記述回答が期待したほど多くなかった点である。たとえば「仕事の相手」と「仕事空間」の2軸をマトリックスにして回答者自身にチェックさせる、一部を選択式にするなど、無効回答を防ぐ工夫が必要である。

第四に、地方公務員の多重役割について、本研究の2軸分類により、同一の分類先の中で果たす複数の役割については考慮できたが、各軸に関してはいずれか一つの分類先を選ばなければならず、一人につき二つ以上の分類に含めることができなかったため、今後は自由記述の一部を選択肢化し

多変量解析をしやすくするなどの対策が必要であるとされる。

V. 結論

地方公務員は、同一職種や職場内であってもそれぞれ異なる性質の仕事を行っており、本研究では「仕事の相手」「仕事空間」の観点から公務特性の分類を試みた。分類した公務特性と、ストレスサーの「役割葛藤」及び「情緒的負担」、ストレス反応の「抑うつ感」の関連を検討したところ、「役割葛藤」及び「情緒的負担」では、「問題を抱えた一般来所者を相手に敷地内で広範囲に動く仕事」の公務特性で平均値が最も低く、「抑うつ感」では「人とあまり関わらず部署内で動き回る仕事」で最も低かった。他方、「人とあまり関わらず部署内で動き回る仕事」、「業者相手に敷地内で広範囲に動く仕事」、「職員の管理に関する仕事」で平均値が最も高かった。以上より、職場、職種、階層などの従来の切り口に加え、公務特性ごとのアプローチを行うことで、地方公務員に対するよりきめ細かな健康支援策につながると考えられる。

本研究の実施にあたり、調査へのご理解とご協力をいただいたA県職員及び組合の皆様へ深謝いたします。

なお、本研究における利益相反に相当する事項はありません。

文献

- 1) 一般財団法人地方公務員安全衛生推進協会. 地方公務員健康状況等の現況（平成30年度）の概要.
<http://www.jalsha.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2020/01/★R1地方公務員健康状況等の現況の概要.pdf>（2021年10月22日アクセス）.
- 2) 田尾雅夫. 公共マネジメント—組織論で読み解く地方公務員. 東京：有斐閣. 2015:110-112.
- 3) 稲継裕昭, 山田賢一. 行政ビジネス. 東京：

- 東洋経済新報社. 2011:3-5.
- 4) 慎泰俊. ルポ児童相談所—一時保護所から考える子ども支援. 東京: 筑摩書房. 2017:177-196.
 - 5) マイケル・マーモット. 鏡森定信, 橋本英樹訳. ステータス症候群—社会格差という病. 東京: 日本評論社. 2007:48.
 - 6) 井上洋士, 山崎喜比古編著. 改訂版 健康と社会. 東京: 放送大学教育振興会. 2017:44-50.
 - 7) マイケル・マーモット, リチャード・G・ウィルキンソン編. 西三郎, 鏡森定信訳. 21世紀の健康づくり10の提言—社会環境と健康問題. 東京: 日本医療企画. 2002:92.
 - 8) University College London. Whitehall II study. <https://www.ucl.ac.uk/epidemiology-health-care/research/epidemiology-and-public-health/research/whitehall-ii> (Accessed 22 October 2021).
 - 9) Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death-specific explanations of a general pattern. *Lancet* 1984; i :1003-1006.
 - 10) Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387-1393.
 - 11) 関根道和, 立瀬剛志, 鏡森定信. 日本・英国・フィンランドの公務員における社会経済的状態と健康—心理社会的ストレスと健康リスク行動の役割. 厚生指針. 2008;55:13-21.
 - 12) 厚生労働省. ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/index.html> (2021年10月22日アクセス).
 - 13) 厚生労働省. ストレスチェック制度導入ガイド. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/160331-1.pdf> (2021年10月22日アクセス).
 - 14) 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己編. 社会と健康—健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ. 東京: 東京大学出版会. 2015:39-56.
 - 15) レオン・ゴルデイス, 木原正博, 木原雅子, 加治正行訳. 疫学—医学的研究と実践のサイエンス. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル. 2010:29-33.
 - 16) 田尾雅夫. 公共マネジメント—組織論で読み解く地方公務員. 東京: 有斐閣. 2015:110-112,150-151.
 - 17) 田尾雅夫. 公共マネジメント—組織論で読み解く地方公務員. 東京: 有斐閣. 2015:110.
 - 18) 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野. 健康いきいき職場づくりフォーラム. 新職業性ストレス簡易調査票 (推奨尺度標準版). https://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/NBJSQ/4-1%E6%96%B0%E8%81%B7%E6%A5%AD%E6%80%A7%E3%82%B9%E3%83%88%E3%83%AC%E3%82%B9%E7%B0%A1%E6%98%93%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%A5%A8_%E6%8E%A8%E5%A5%A8%E5%B0%BA%E5%BA%A6%E6%A8%99%E6%BA%96%E7%89%88.doc (2021年10月22日アクセス).
 - 19) 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野. 健康いきいき職場づくりフォーラム. 新職業性ストレス簡易調査票推奨尺度の説明. https://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/NBJSQ/3%E6%96%B0%E8%81%B7%E6%A5%AD%E6%80%A7%E3%82%B9%E3%83%88%E3%83%AC%E3%82%B9%E7%B0%A1%E6%98%93%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%A5%A8_%E6%8E%A8%E5%A5%A8%E5%B0%BA%E5%BA%A6%E3%81%AE%E8%AA%AC%E6%98%8E.doc (2021年10月22日アクセス).
 - 20) 厚生労働省. 平成30年「労働安全衛生調査 (実態調査)」の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h30-46-50_gaikyo.pdf (2021年10月22日アクセス).
 - 21) 橋本剛. 大学生における対人ストレスイベント分類の試み. *社会心理学研究* 1997;13:64-75.

- 22) 田尾雅夫. 公共マネジメント—組織論で読み解く地方公務員. 東京:有斐閣. 2015:110-112.
- 23) 小杉正太郎編著. ストレス心理学—個人差のプロセスとコーピング. 東京:川島書店. 2002:74-84.
- 24) エドワード・ホール. 日高敏隆, 佐藤信行訳. かくれた次元. 東京:みすず書房. 1970:160-181.
- 25) 松永裕子, 福島慎二, 濱田篤郎. 海外出張中の疲労に関するストレス因子とその対策. 日本職業・災害医学会会誌. 2018;66:398-403.
- 26) ヘンリー・ミンツバーグ. 池村千秋訳. マネジャーの実像—「管理職」はなぜ仕事に追われているのか. 東京:日経BP社. 2011:355.
- 27) 田辺俊介, 相澤真一. 東京大学社会科学研究所 パネル調査プロジェクト ディスカッションペーパーシリーズ No.6 職業・産業コーディングマニュアルと作業記録. 東京大学社会科学研究所 2008:4-10.
- 28) 総務省. 都道府県の一般的な組織図. http://www.soumu.go.jp/main_content/000451028.pdf (2021年10月22日アクセス).
- 29) 大杉覚. 日本の自治体行政組織. 比較地方自治シリーズ 分野別自治制度及びその運用に関する説明資料 No.11. http://www3.grips.ac.jp/~coslog/activity/01/04/file/Bunyabetsu-11_jp.pdf (2021年10月22日アクセス).
- 30) 総務省. 平成29年地方公務員給与の実態—平成29年4月1日地方公務員給与実態調査結果—平成29年地方公務員給与実態調査 2017:154.
- 31) 三重県人事委員会. 平成29年「職員の給与等に関する報告及び勧告」. <https://www.pref.mie.lg.jp/common/content/000749242.pdf> (2021年10月22日アクセス).
- 32) 内閣府. 平成29年度 女性の政策・方針決定参画状況調べ. <https://www.gender.go.jp/research/kenkyu/sankakujokyo/2017/pdf/1-2-b-3.pdf> (2021年10月22日アクセス).
- 33) 三重県. 女性活躍推進法に基づく女性の職業選択に資する情報の公表について. <https://www.pref.mie.lg.jp/common/content/000634782.pdf> (2021年10月22日アクセス).
- 34) 井上洋士, 山崎喜比古編著. 改訂版 健康と社会. 東京:放送大学教育振興会. 2017:251.
- 35) 総務省. 日本標準職業分類の統計基準としての設定についての諮問. http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/singi/toukei/kijun/kijun_1/siryou_1.pdf (2021年10月22日アクセス).
- 36) 田辺俊介, 相澤真一. 東京大学社会科学研究所 パネル調査プロジェクト ディスカッションペーパーシリーズ No.6 職業・産業コーディングマニュアルと作業記録. 東京大学社会科学研究所 2008:9-22.
- 37) 総務省. 国際標準職業分類 (ISCO) 2008年改定版 (仮訳). http://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/seido/shokgyou/ (2021年10月22日アクセス).
- 38) 田尾雅夫. バーンアウト—ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス—. 社会心理学研究. 1989;4:91-97.
- 39) 小松聖司. 対人援助業務従事者の葛藤やジレンマに関する考察. 社会福祉学. 2001;42:23-33.
- 40) 田尾雅夫. ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定. 人文. 1984;39:99-112.
- 41) 岩田一哲, 杉浦裕晃. 身体的ストレスと長時間労働の決定因の探索. 経済論集. 2018;207/208:1-28.
- 42) 小堀彩子. 対人援助職のバーンアウトと情緒的負担感. 東京大学大学院教育学研究科紀要. 2006;45:133-142.
- 43) 池内裕美, 藤原武弘. 感情労働としての苦情対応が精神的健康に及ぼす影響:主観的ストレスと職務満足感に焦点を当てて. 関西学院大学社会学部紀要. 2015;120:89-102.
- 44) 市原久一郎. 公務員における職業性ストレス

- およびストレス対処方法と抑うつ症状との関係. 阪市医誌. 2007;56:1-8.
- 45) 井上洋士, 山崎喜比古編著. 改訂版 健康と社会. 東京: 放送大学教育振興会. 2017:68-69.
- 46) 保田時男編. 2015年SSM調査報告書1 調査方法・概要. 2018:41-69.
(受付 2021.10.29: 受理 2022.02.08)

The associations of stress and local civil servants' work characteristics classification based on work partner and work space

Yoshimasa Kawagita¹⁾, Yukari Yokoyama²⁾, Taisuke Togari³⁾

Abstract

Objectives

The primary goal of this study was to classify the work characteristics of local civil servants by examining the degree of stressors and psychological stress reactions. The secondary goal was to apply the novel classification on the role conflicts and emotional demands of stressors, and depression as a stress reaction.

Methods

The study design was a cross-sectional study. We distributed anonymous self-administered questionnaires to 4,610 labor union members of a prefectural government, 3,026 were returned, and 1,865 were analyzed for this study. For the classification of the work characteristics of local civil servants, two axes were set up: 'work partner' and 'work space'. We categorized 'work partner' into seven categories and 'work space' into five categories. We conducted ANCOVA by setting the work characteristics as independent variables; role conflicts, emotional demands, and depression as dependent variables; and age and sex as covariates. Means and 95% CI of work characteristics were calculated.

Results

The work characteristics of local civil servants were classified into 21 categories. Regarding role conflicts and emotional demands, the average values of 'work that is performed extensively on the premises for general visitors with problems' were 2.40 (95% CI: 2.19 - 2.62) and 1.67 (95% CI: 1.42 - 1.92), respectively, which were the lowest values. On the other hand, regarding depression, the average values of 'staff management' were the highest at 3.54 (95% CI: 3.45 - 3.63) .

Conclusion

Previous studies reported the difference in stress between social classes in workplaces; however, the classification used in the present study suggests that it is possible to approach stress by work characteristics. This will lead to more detailed health support measures for local civil servants.

【Bull Soc Med 2022 ; 39 (2) : 80 - 92】

Key words : Local civil servants, work characteristics, stress, stressor, stress reaction

1) Mie Prefectural Government

2) Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University

3) The Open University of Japan

実践報告

A市の介護予防ボランティア育成・活動支援事業による 住民主体の健康づくりを促す行政保健師の役割行動 －地区活動におけるマネジメントに焦点をあてて－

岩本真弓¹⁾

要旨

目的 住民主体の健康づくりを促すために行政保健師が地区活動をとおして行った役割行動をマネジメントの視点から明らかにすることを目的とした。

方法 住民の健康づくりに携わってきたA市の保健師を対象に、住民主体の健康づくりが地域に拡大する過程に沿って行った役割行動について半構成的インタビューを実施、質的帰納的に分析した。さらに、ミンツバーグの「マネジメントの役割」を参考に整理した。

結果 行政保健師の役割行動は、13カテゴリー、48サブカテゴリーが抽出された。その内容は、〈情報収集・共有・発信のコントロール〉〈住民と協働による事業の進行管理〉〈地域の人材育成〉の3つのマネジメント領域に係る役割行動であった。住民の健康づくりが地域に拡大する過程は、①準備期、②意思決定期、③価値共創期、④活動継続期、⑤地域への拡大期に整理できた。

考察 協働できる住民組織を基盤として、組織をマネジメントしながら個人の健康意識を向上させ、セルフケアを進めるという行政保健師の役割行動がみられた。また、住民主体で健康づくりができるよう、住民や関係機関の中から知識や活動意欲のある人材を意識的に確保していた。これらは、持続可能な仕組みづくりであり行政保健師の役割行動の特徴と考えられた。住民主体の健康づくりを地域に拡大する過程では、価値共創期における保健師の役割行動がその後の活動継続や地域への拡大に意味を持つと考えられた。

【社会医学研究2022；39（2）：93－103】

キーワード：住民主体 価値共創 マネジメント 行政保健師 役割行動

I 緒言

人口減少・超高齢社会、世帯構成の変化により、健康格差の広がりが指摘され¹⁾、予防を重視した地域包括ケアシステムの構築が推進されている。

2006年には、介護保険制度の見直しにより介護予防を重視した施策への転換が行われたが、心身機能の改善といった個別支援が中心であった。2016年、地域全体で支える体制が不十分であることから地域包括ケアシステムの進化により地域共生社会の実現に向けた施策の転換が図られた²⁾。この施策では、住民自身が自らの健康づくりに取り組む生活環境の調整など高齢者を取り巻く環境へのアプローチが重視され、住民同士が主体的に地域課題に対して解決を試みる地域づくりが求められて

1) 静岡県立大学大学院

経営情報イノベーション研究科博士後期課程

連絡先：岩本真弓

住所：静岡県駿河区谷田52-1

E-mail：iwamoto@mw.kawasaki-m.ac.jp

いる。住民主体の健康づくりは、単に健康を高めることや地域の活動に積極的に参加するのみならず、住民自らの意図に沿って、セルフケア能力を発揮できることである³⁾。また、安梅は、住民が自らの力を発見し、仲間とつながり、互いに増幅し協働する仕組みがエンパワメントであると述べている⁴⁾。これらのことから、住民をエンパワーするという視点を持った「地域のマネジメント」が保健師のマネジメントとして重要であると考えられる。

行政保健師（以下保健師という）は、地区活動と称して地区に出向き、健康相談や地区住民と協働し地区への支援を行っており、より質の高い活動とするためには、マネジメントとしての地区管理をすることが重要と麻原は述べている⁵⁾。また、中板は、地区管理に責任を持つ保健師をエリアマネージャーとし、健康レベルの高い地域づくりへの発展につなげるためには、福祉分野や高齢者分野といった他分野の業務を担当する保健師との連携の重要性を指摘している⁶⁾。このように、地区活動の成果には、保健師のマネジメントの役割が重要になると考える。しかし、保健師の活動体制は行政改革の影響もあり業務分担制が増えたことから、地区活動の脆弱化が指摘されていた⁷⁾。2012年には、地域における保健師の保健活動に関する指針が示され、保健師が地区活動に責任を持つ地区担当制が推進されている⁸⁾。業務を中心とした活動から地区全体に責任を持つ地区担当制を推進していくためには、地区に根差した保健師活動の実践と継承が必要である。

先行研究では、行政保健師の地区活動を向上させる方法として、地区活動の企画および実施といった地区活動のプロセスの各段階における実践能力の向上が重要⁹⁾、住民の主体性の高まりには長い経過を辿ることと、その過程では、保健師の関わりだけでなく住民同士の相互作用への関わりも重要¹⁰⁾と述べている。一方、中山は、住民が自らの健康問題の解決に取り組むためには、地区組織の活動から地域づくりにつなげていく「活動準備期」「活動意思決定期」「活動開始期」「主体的活動期」「地域展開期」の5つの過程における保健師の支援内

容が重要と述べている¹¹⁾。また、エンパワメントに関連が深い管理者行動論では、組織が目的を達成するためにはマネジメントの役割が重要であると述べられている¹²⁾。これらのことから、住民主体の健康づくり活動が継続的に拡大し、地域全体に展開する過程に沿った保健師の役割行動を明らかにする必要があると考えた。

保健師のマネジメントに関する先行研究には、地域づくりにおける保健師のマネジメント能力^{13,14)}、事業開発や委託事業の質管理のためのマネジメント行為^{15,16)}、地区マネジメントを構造的に捉える⁹⁾など事業を対象としたマネジメント内容や行為、あるいはマネジメント構造に着目した研究が散見された。しかし、地区担当制により新たに地区を担当した保健師が、住民と協働しながら取り組む過程において保健師のマネジメント能力を具体的な行動レベルまで明らかにした研究は見当たらなかった。業務担当制の活動方法に慣れた保健師、また新人保健師に対し、住民が主体となって健康づくりに取り組めるような地域づくりをめざした地域のマネジメントの実践と継承は急務の課題であると考えられる。そこで、本研究では、住民の主体的な健康づくりが進展している好事例から、住民主体の健康づくりを促すために行政保健師が地区活動をとおして行った役割行動をマネジメントの視点から明らかにすることを目的とした。

II 用語の定義

本研究で使用する用語の定義を以下に示す。先行研究¹⁴⁾を参考に研究者が定義した。

1. 住民主体の健康づくり：住民の主体的な予防活動を示し、地域の活動への参加に限らず、住民自らの考えに従ってセルフケア能力を発揮し互いに増幅する地域での活動とする。
2. 保健師のマネジメント：住民自身の健康課題や地域の健康課題を解決していく住民の力をいかに伸ばすことができるかに着目して、効果性、効率性、住民満足を判断し行う行為とする。

3. 役割行動：地域の健康づくりに責任を持ち、地域を基盤として健康保持増進や予防を具体化していく行政保健師の役割に基づいた行動を役割行動とする。

Ⅲ 研究方法

1. 対象

有用な情報を得るために、調査時点でも住民活動が継続しており、住民個人と地域の変容がみられるA市の介護予防ボランティア育成・活動支援事業を発足から拡大まで携わってきた保健師とした。

2. データ収集方法

住民主体の健康づくりを促し発展させてきた一事例の介護予防ボランティア育成・活動支援事業における地区活動を想起してもらい、その過程に沿って実践内容と、住民主体の活動を促すために心がけていた行動を半構成的面接法でインタビューした。調査では、「お話をいただく事例について、住民主体の活動を促すきっかけから、継続・安定的に活動し地域に拡大するまでの関わりをどのように行ってきたのか、その過程をお話ください」と質問した。住民活動を促す過程での具体的な出来事の語りから、その中で、どのように考え行動したかを質問し、住民や地域の状況の変化と保健師の実践内容の意図が明らかになるように詳細な語りを促した。面接時間は50分から70分であった。面接内容は参加者の同意を得て録音し逐語録を作成した。

3. データ収集期間

2018年12月～2019年1月

4. 分析方法

1) 録音した内容を逐語録に起こし、対象ごとに逐語録を作成し、住民主体の健康づくりを意図して働きかけた対象やその行動がわかる範囲をひとかたまりとして取り出しコード化した。

2) 保健師の役割行動は、1)で取り出した全対象分の行動を集約し、保健師の行動の理由は何かという視点で類似性に従って分類整理しカテゴリー化した。その際、行動の理由と関わりの対象、

関わりの流れの関連性を検討しながら抽象度を上げた。

3) 住民主体の活動が地域に拡大する過程における保健師の役割行動は、住民主体の健康づくりに向かっていく状況を変化と捉え、2)で整理した役割行動を、中山が明らかにした、住民組織活動が地域づくりに発展する過程である「活動準備期」、「活動意思決定期」、「活動開始期」「主体的活動期」「地域展開期」¹¹⁾を参考に、住民や地域の異なる段階に分類し、住民主体の健康づくりができるようになる過程における役割行動として整理した。その際、各カテゴリーに含まれるコードに戻り保健師の意図と支援対象、関わりの流れの関連性の視点で、各時期と継続して実践される行動を検討し、カテゴリーの実践時期を整理した。

4) さらに、保健師は担当地区に責任を持ち、そこに生活する全ての住民を対象として、健康な暮らしを実現するためのマネジメントとしての地区管理を行っている。このような保健師の地区管理において最も高い成果を得るためには、マネジメントを管理者の役割から捉えた、ミンツバーグの「マネジメントの役割」¹²⁾が応用できると考えた。そこで、2)の結果を基に、保健師の役割行動の総体をミンツバーグが「マネジメントの役割」として示した「対人関係の役割」「情報関係の役割」「意思決定の役割」¹²⁾との関係についても分析した。

5) 信頼性・妥当性を高めるために、①住民主体の活動を促す過程における保健師の役割行動を分析し命名したカテゴリー名が実践について語った内容を表しているかについて研究協力者に確認した。②分析過程で、住民活動支援に携わっている熟練保健師、地域保健活動の実践経験がある公衆衛生看護学の研究者の助言を受け、信頼性・妥当性を高める努力をした。

5. 倫理的配慮

静岡県立大学研究倫理審査委員会の承認後（承認番号：30-16,2018年9月12日承認）、A市の首長および保健師が所属する部署の所属長に研究目的・内容を説明し承諾を得た後、研究協力者に研究の趣旨・方法、調査内容、自由意思と匿名性の保障、

個人情報保護、結果の公表等について文書および口頭で説明し、同意書をもって研究参加の意思を確認し調査に着手した。

IV 研究結果

1. 対象の概要

研究参加者は、Aの保健師3名であった。年代は、30歳代から50歳代であり、平均年齢43歳、平均勤務年数14.3年であった。所属機関は、A市健康増進課に勤務していた。A市健康増進課の保健師数は29名、そのうち業務担当者数13名地区担当者数11名であり、業務担当制と地区担当制の併用型であった。A市の人口規模は約13万人、高齢化率は、28.4%であった。保健師3名は分析対象とする事例の介護予防ボランティア育成・活動支援事業には、住民活動の始まりから現在まで業務担当、地区担当として関わり住民と共に介護予防に取り組んできた。

2. 対象事例の概要

A市は、行政の基本方針である「健康意識を高める」「健康づくりを地域で取り組む」に基づき、住民組織や関係機関との協力関係を構築し介護予防事業を実践しており、介護予防ボランティア育成・活動支援事業はその一つであった。保健師は、介護予防を目的とした住民組織が中心となり、各地区の自主活動の運営と立ち上げから活動継続に向けた住民活動ができるようになるまでの過程を通して関わっていた。この事業の成果は、転倒予防や運動推進等の介護予防活動の主体的な実施、住民組織や住民リーダーの協働による住民自身によるセルフケアの実践であった。また、住民参画による事業計画の立案が行われ、住民の通いの場が継続して地域全体に拡大していた。本研究の対象である介護予防ボランティア育成・活動支援事業は、平成18年から取り組み始めており、インタビュー調査は、事業開始後12年目であった。

3. 住民主体の健康づくりを促す行政保健師の役割行動

住民の健康づくりを促す保健師の役割行動を整

理した結果、13のカテゴリー、48のサブカテゴリー、119のコードが抽出された。これらのカテゴリーは、住民主体の健康づくりを促す行政保健師の役割行動（表1）として、13の役割と48の役割行動として整理できた。また、抽出された13カテゴリーは、役割行動の総体から「情報収集・共有・発信のコントロール」<住民と協働による事業の進行管理><地域の人材育成>の3つのマネジメント領域に大別された。以下に、それを構成するカテゴリーについて述べる。本文中では、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを「 】, マネジメント領域を< >で示す。

1) <情報収集・共有・発信のコントロール>に係る役割行動

<情報収集・共有・発信のコントロール>に係る役割行動は、【住民主体の活動を促す方向性の導出】【行動計画の作成と実行】【関係者間での方向性のすり合わせ】【住民参画の基盤整備】【住民ニーズに応じたサービスの適応】【協力者のネットワーク構築と維持】の6カテゴリーで構成された。

保健師は、住民との対話を繰り返し「住民の生活実態の情報収集による健康課題の明確化」「国の施策と地域ニーズの差異の評価」等を基に、【住民主体の活動を促す方向性の導出】をしていた。また、「行政担当者間での情報共有の促進」により「望ましい地域の姿を描く」、保健師の【行動計画の作成と実行】を考えていた。一方で、健康課題を解決するために「事業化に向けた行政組織内での協議」と「地域の関係者に地域活動の方向性を説明し合意を得る」など【関係者間での方向性のすり合わせ】を行い、方向性を一致させていた。

また、日頃の地区活動でアンテナをはり「知識と実践力がある住民組織の選定」を行い、「住民組織へ地域活動の機会の提供」など、【住民参画の基盤整備】を行っていた。

さらに、「地域の健康づくり資源の情報収集と資料化」により、「住民と接点のある人や関係機関による社会資源の情報提供と活用の促進」を行い、【住民ニーズに応じたサービスの適応】を高めていた。また、「関係者に地区の健康課題の情報発信により

表1 住民主体の健康づくりを促す行政保健師の役割行動

マネジメント領域	カテゴリー(役割)	サブカテゴリー(役割行動)	
情報収集・共有・発信のコントロール	住民主体の活動を促す方向性の導出	住民が関心を持つ健康づくりの情報収集 住民の生活実態の情報収集による健康課題の明確化 地域資源の実状など地域特性の分析 事業委託機関等との情報共有による事業評価 国の施策と地域ニーズの差異の評価	
	行動計画の作成と実行	行政担当者間での情報共有の促進 望ましい地域の姿を描く 自身の行動計画の作成と実行	
	関係者間での方向性のすり合わせ	行政の担当部門間で地域資源の情報共有と分野横断的な活用の調整 事業化に向けた行政組織内での協議 地域の関係者に地域活動の方向性を説明し合意を得る 地域資源の量に対するストレッチ目標の設定と関係者への情報発信	
	住民参画の基盤整備	知識と実践力がある住民組織の選定 住民組織へ地域活動の機会の提供 住民組織の役割の明確化により住民からの信頼の付与	
	住民ニーズに応じたサービスの適応	地域の健康づくり資源の情報収集と資料化 住民が健康を意識するきっかけとなる情報源の分析 住民と接点のある人や関係機関による社会資源の情報提供と活用の促進 健康ニーズが同じ住民を集めた健康講座等の開催	
	協力者のネットワーク構築と維持	関係者に地区の健康課題の情報発信により解決に向けた協力関係の構築 関係機関と健康づくりボランティアの橋渡しによる協力関係づくり 活動成果のフィードバックによる協力者の内発的モチベーションの向上 他分野の健康づくりボランティアが有効に働く関係づくり 健康づくりボランティアなど住民参画の機会の提供	
	住民と協働による事業の進行管理	予防の観点から関連事業の一体的実施による動機づけ	予防の観点から介護予防事業と保健事業の一体的推進 住民のニーズに応じた事業の組み合わせによる動機づけ
		住民間の相互作用の促進	先進事例の紹介や地域資源の活用を促進 活動参加者による協働運営の条件整備 座談会等による地区の健康問題の意識化支援 住民による潜在ニーズの把握と活動参加への支援
		住民主体の活動の進捗サポート	担当課内で専門性が発揮できるチームの構築と維持 好機を見きわめた自主活動の推進 自主活動始動に向けた地区組織の意思決定支援 住民主体の活動の立ち上げを支援する人と場所の調整 自主活動サポーターの巡回による活動継続の支援
		効果と発展につながる事業スキームの構築	住民活動の継続と地域への拡大の阻害要因の分析と対策 保健計画に基づく事業評価と方向性の明確化 活動の効果と発展につながる関係者の意見に基づく事業計画の立案 住民の価値を尊重した事業スキームの構築
地域の人材育成	関係機関の人的資源の力量形成	健康増進と予防の観点からの関係機関への助言 関係機関と地域課題に関連した勉強会の実施	
	自主活動サポーターの役割遂行サポート	自主活動サポーターの活動上の問題への対処 地区の住民活動を立ち上げるアイデア創出のサポート 仲間との経験の共有による自主活動サポーターの力量形成の促進	
	住民によるセルフケア支援の体制構築	住民の社会活動による経験が生かせる活動の場の提供 住民活動の質管理研修等を自主活動サポーターに委譲 活動効果を個別に評価する指標の選定と測定方法の標準化 自主活動サポーターによる身体変化のモニタリングとアドバイスの仕組みづくり	

解決に向けた協力関係の構築」「活動成果のフィードバックによる協力者の内発的モチベーションの向上」等により、【協力者のネットワーク構築と維持】を担っていた。

2) <住民と協働による事業の進行管理>に係る役割行動

<住民との協働による事業の進行管理>に係る役割行動は、【予防の観点から関連事業の一体的実施による動機づけ】【住民間の相互作用の促進】【住民主体の活動の進捗サポート】【効果と発展につながる事業スキームの構築】の4カテゴリーで構成された。

保健師は、「住民のニーズに応じた事業の組み合わせによる動機づけ」の戦略を考え、既存事業の運用により【予防の観点から関連事業の一体的推進による動機づけ】等を行っていた。一方で、「座談会等による地区の健康問題の意識化支援」「住民による潜在ニーズの把握と活動参加への支援」等、【住民間の相互作用の促進】を行っていた。

また、「自主活動始動に向けた地区組織の意思決定支援」「自主活動サポーターの巡回による活動継続の支援」等により、【住民主体の活動の進捗サポート】を行っていた。

さらに、「住民活動の継続と地域への拡大の阻害要因の分析と対策」「活動の効果と発展につながる関係者の意見に基づく事業計画の立案」など、【効果と発展につながる事業スキームの構築】を行っていた。

3) <地域の人材育成>に係る役割行動

<地域の人材育成>に係る役割行動は、【関係機関の人的資源の力量形成】【自主活動サポーターの役割遂行サポート】【住民によるセルフケア支援の体制構築】の3カテゴリーで構成された。

保健師は、「関係機関と地域課題に関連した勉強会の実施」等により、【関係機関の人的資源の力量形成】を促していた。一方、「自主活動サポーターの活動上の問題への対処」「仲間との経験の共有による自主活動サポーターの力量形成の促進」等により、【自主活動サポーターの役割遂行サポート】を実施していた。また、「住民活動の質管理研修等

を自主活動サポーターに委譲」「自主活動サポーターによる身体変化のモニタリングとアドバイスの仕組みづくり」等により、【住民によるセルフケア支援の体制構築】をしていた。

4. 住民主体の健康づくりが地域に拡大する過程

マネジメント領域を縦軸、住民活動が地域に拡大する過程を横軸として、13の役割と時期を整理した結果を図1に示す。なお、本文中では、時期を『 』、カテゴリー（役割）を【 】で示す。住民活動が地域に拡大する過程は、住民主体の健康づくりに向かっていく状況や住民、保健師の変化から、時期①地域の姿を描く『準備期』、時期②『意思決定期』、時期③『価値共創期』、時期④『活動継続期』、時期⑤『地域への拡大期』の5つに分類整理できた。

1) 地域に拡大する過程における各時期の役割行動

時期①『準備期』は、【住民主体の活動を促す方向性の導出】【行動計画の作成と実行】【関係者間での方向のすり合わせ】【住民参画の基盤整備】の4カテゴリーが分類でき、地域のあるべき姿から住民活動を促す方向性を見出し、住民や関係者とすり合わせる時期であった。時期②『意思決定期』は、【住民ニーズに応じたサービスの適応】【予防の観点から関連事業の一体的実施による動機づけ】の2カテゴリーが分類でき、住民が健康づくりに取り組むことを意思決定し、関係者が協力して自主活動を始動する時期であった。時期③『価値共創期』は、【住民間の相互作用の促進】の1カテゴリーが分類でき、主体間の相互作用により、住民が健康づくりの価値を共に新しく生み出す共創の時期であった。時期④『活動継続期』は、この時期に限ったカテゴリーの分類はなかった。活動内容は、住民が地域で主体的に健康づくり活動を行い、活動が定着する時期であった。時期⑤『地域への拡大期』は、「効果と発展につながる事業スキームの構築」の1カテゴリーが分類でき、住民同士の連携がみられる自立した活動が地域へ拡大する時期であった。

2) 地域に拡大する過程に継続する役割行動

時期①『準備期』から時期⑤『地域への拡大期』



図1 住民主体の健康づくりが地域に拡大する過程における時期別にみた行政保健師の役割

にかけて継続的に発揮される役割には、【協力者のネットワークの構築と維持】【関係機関の人的資源の力量形成】の2カテゴリーがあり、時期②『意思決定期』の自主活動始動から時期⑤『地域への拡大期』にかけては、【住民主体の活動の進捗サポート】【自主活動サポーターの役割遂行サポート】【住民によるセルフケア支援の体制構築】の3カテゴリーが含まれた。

V 考察

住民主体の健康づくりを促す行政保健師（以下、保健師という）の役割行動について地区活動におけるマネジメントの視点からみた特徴について、ミンツバーグの管理者行動論におけるマネジメントの役割¹²⁾との共通性に沿ってみると、質的にも評価される役割を実践していたと考えられる。

ミンツバーグは、マネジャーが所属する部署でのマネジメントの役割を「情報関係の役割」「人間

関係の役割」「意思決定の役割」の3つに分類¹²⁾している。「人間関係の役割」は、組織間の連結ピンとしてネットワークの核となり援助と情報を得て関わりの方角性を決め、「情報関係の役割」によって、情報のモニターによる評価や有用な情報の伝達、広報を行う。そして、これら2つの役割から、戦略の意思決定をするのが「意思決定の役割」であり、変革・資源配分・重点を決め、交渉すると述べている。本研究では、ミンツバーグが示す3つのマネジメント役割¹²⁾の全てが抽出された。＜情報収集・共有・発信のコントロール＞は、情報収集・意思決定・発信・関係構築が一体となった役割行動として抽出された。また、＜住民と協働による事業の進行管理＞は、住民協働における重要な役割として、「意思決定の役割」の領域がこの役割行動の領域においても抽出された。さらに、新たに抽出された＜地域の人材育成＞のマネジメントは、人間関係を基にして発展させたものであり、人を育てる視点を重要視した役割行動であった。

1. <情報収集・共有・発信のコントロール>に係る保健師の役割行動の特徴

保健師は、【住民参画の基盤整備】において、活動成果と実現可能性を予測した上で、協働する住民組織や地域住民を結び付けて、個々が有用に働きをもつように行動していた。中山は、地域の中で効果的に健康づくりを協働できる、力量のある住民を協働者として決定するという活動の特徴がある¹¹⁾と述べており、日常業務を通して、地域の組織や人を知る活動が重要になると考える。一方、構築した住民参画の基盤の活用により【住民ニーズに応じたサービスの適応】【関係者間での方向のすり合わせ】を行い、地域づくりのビジョンを住民と共に描き活動の方向性を一致させていた。保健師のマネジメント活動は、成果を生み出すしかけとして、しくみを創造・活用する特徴がある¹⁴⁾。本研究で示された、住民が活動基盤を運用して住民間での合意形成や健康情報の収集と伝達、活動のモニタリングが出来るようにするというマネジメントの特徴と一致すると考える。さらに、成果に結びつけるためのマネジメントには、組織間の連結ピンとして人的ネットワークの核となる役割が期待される¹²⁾。本研究の結果から、保健師は、「関係機関と健康づくりボランティアの橋渡しによる協力関係づくり」等、住民間の連結ピンとして、ネットワーク形成を促進していることが明らかとなった。ネットワーキングは、住民との協働アプローチにおけるマネジメント要素の一つであり²⁰⁾、情報・知識・資源を共有し補完することで、一人ではできないことを可能にする重要な役割行動である。本研究で明らかとなった住民主体の健康づくりの推進に必要な関係機関や住民を特定しメンバーを拡大するネットワーキングは、健康上の成果を向上させるために有益であることを示唆しているのではないかと考える。

2. <住民との協働による事業の進行管理>に係る保健師の役割行動の特徴

住民を主体にするためには、地域の健康づくりに関する計画・実行・評価・改善に関する運営過程の意思決定に住民が関わるのが重要であり、

健康づくりなどの分野において最も高い生産性が実現できると言われている^{18,19)}。本研究結果から、住民が力を発揮するために、住民との会合やプロジェクトにより「住民の価値を尊重した事業スキームの構築」等、相談や交渉をしながら住民にとって利益のある事業の進行管理を協働として形づくっていることが明らかとなった。事業の進行管理において住民参画による意思決定の重要性がより示されたといえる。この役割行動は、中山が述べている行政に所属する強みを活かし、住民参加により保健政策を推進する保健師行動の特徴¹¹⁾であると考えられる。しかしミンツバーグは、関係者を意思決定に参画させ、目標達成に向けた方向性を導くために、変革と安定のバランスをとる役割がもっとも重要であり難しいと述べている¹²⁾。住民の意識向上、活動の継続・広がりという地区のマネジメントとしての成果は、地区住民との連携・協働の経験によって発展する^{9,13)}ことから、保健師が、地域の構成員の一員であるという自覚と専門家の立場で、地区担当制を武器として積極的に地区に出向くこと、そして役割行動を継承していくことが課題である。

3. <地域の人材育成>に係る保健師の役割行動の特徴

地域の人材育成のマネジメントにより、住民の身近な活動拠点において自らの健康づくりを継続する【住民によるセルフケア支援の体制構築】等に発展させていた。本研究では、保健師が実践していた個別支援としてのモニタリングやアドバイス、住民を対象とした「住民活動の質管理研修等を自主活動サポーターに委譲」していた。保健師の役割を交代して住民に任せるという特徴的な行動が示された。これは、住民の力を引き出し、育むことであり、住民組織のコミュニティ・エンパワメント過程の質的評価指標²²⁾に示される「地域の社会資源としての住民組織活動」の「地域の人々への学習活動」への関わりと考えられた。

一方、本研究で明らかになった、質の高い人材確保だけでなく、技術向上の機会、人材育成の環境づくりを含む保健師行動は、持続可能な人材確

保による住民活動の地域格差を減らす方略である
と考える。宮崎は¹⁵⁾、資源の活用と育成は、開発後
の事業の効率性を高める戦略と述べていることか
ら、＜住民と協働による事業の進行管理＞と＜地
域の人材育成＞の両輪を考え合わせたマネジメン
トが重要になると考える。

4. 住民主体の健康づくりが地域に拡大する過程 の特徴

住民主体の健康づくりが地域に拡大する過程に
着目すると、時期③『価値共創期』が時期④『活
動継続期』の前に示された。この結果から、主体
的な参加者による健康づくり活動への価値共創か
ら地域の潜在ニーズの発見と発見した対象へ参加
を促すという新たな価値へ進展することが、その
後の活動継続に影響すると推察される。先行研究
で、住民の主体的な活動の継続に関する要因²¹⁾と
して、主体的な参加を増幅させたことによる新た
な価値の蓄積が示されるという研究結果を支持す
るものである。時期④『活動継続期』の前に展開
される時期③『価値共創期』の保健師行動が住民
の主体的な健康づくりを継続し地域に拡大するた
めに有効ではないかと考える。また、井伊は、問
題を社会化し地域に向かって自らの価値を発信で
きるような住民の力量形成において、住民が問題
解決の必要性を自覚する相互作用の場を提供し継
続することが保健師の援助の特徴であると述べて
いる²³⁾。住民行動が地域の健康づくりに発展するた
めには、戦略的に設定した場での相互交流による
【住民間の相互作用の促進】が必要であり、保健師
は、定期的で開催されるスロトレの会場において
住民による座談会が開催できるよう参加者の意見
の調整を行い「自身の健康状態の変化や活動への
考えを話し合う」「住民が把握している高齢者の生
活の様子について情報交換」を行い、相互作用か
ら様々な工夫点が考案できるよう支援を行って
いた。このように、場と相互作用を生起させる役割が、
時期③『価値共創期』における保健師行動におい
て重要であると考えられる。

本研究で明らかとなった、保健師の役割行動は、
それぞれ求められる時期があり、いつどのような

役割行動が効果的か、住民の変化を評価しながら
実践することが重要になる。特に、時期③『価値
共創期』の関わりは、その後の継続期に影響する
可能性があることから共通の興味関心から生じる
つながりなど、個人や地域特性に配慮した健康づ
くりの場の充実による住民間での健康づくり活動
への価値共創が必要だと考える。

5. 研究の限界

本研究は、好事例であるA市の介護予防ボラン
ティア育成・活動支援事業を分析対象として、発
足から拡大までの過程を通じた行政保健師の役割
行動を詳細にデータ化することができた。今後は、
抽出した48項目のサブカテゴリーを先行研究と照
合して原案を作成し、研究者と熟練保健師を対象
とした調査による内容妥当性についての検討と、
住民主体の活動が地域に拡大する過程の妥当性
についての分析をする予定である。

VI 結 語

本研究により、住民主体の健康づくりが地域に
拡大する過程における行政保健師のマネジメント
に係る役割行動を整理することができた。今回明
らかになった役割行動は、住民が主体となって健
康づくりに取り組めるような地域づくりを推進す
際の参考になると考える。また、それぞれの時
期によって保健師に求められる役割があることが
明らかとなった。今後は、支援のタイミングを逃
さないために住民や地域の状況の変化を評価す
ることが今後の課題といえよう。

謝辞：本研究に参加いただきました保健師なら
びに関係者の皆様に心より感謝いたします。本研
究は、開示すべきCOIはない。

文 献

- 1) 内閣府. 高齢化の状況. 令和元年度版高齢社会
白書.

<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/>

- w-2019/zenbun/pdf/lsls_01.pdf
(2021年6月5日アクセス)
- 2) 厚生労働省. 2040年を見据えた社会保障・地域共生社会.
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/bu_ka/tiikihoukatsu/documents/000124682.pdf (2021年6月5日アクセス).
 - 3) 松田正巳著者代表. 対象別公衆衛生看護活動(改定第4版). 東京:医学書院. 2019:312-320.
 - 4) 安梅勅江著. エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法. 東京:医歯薬出版株式会社. 2010:2-8.
 - 5) 麻原きよみ, 荒木田由香子, 岡本玲子編. 村中峯子著. 公衆衛生看護技術. 東京:医歯薬出版株式会社. 2014:269-272.
 - 6) 中板育美. エリアマネジャーとサービスマネージャの重層的地区活動の提案. 保健師ジャーナル. 2009; 65:822-829.
 - 7) 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書
http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h24_02.pdf (2022年3月15日アクセス)
 - 8) 厚生労働省健康局長通知.地域における保健師の保健活動について.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1
(2021年8月30日アクセス)
 - 9) 石川麻衣, 川本美香, 時長美希. 行政保健師が認識している地区マネジメントの構造. 高知女子大学看護学会誌. 2018; 44:126-135.
 - 10) 飯野理恵. 保健師と住民との共働における住民の主体性の高まりの内容. 千葉看護学会誌. 2009; 6:51-58.
 - 11) 中山貴美子. 住民組織活動が地域づくりに発展するための保健師の支援内容の特徴. 日本地域看護学会誌. 2009;11(2):7-14.
 - 12) Mintzberg.H著.奥村哲史, 須貝栄訳. マネジャーの仕事. 東京:白桃書房.1993:150-161.
 - 13) 両羽美穂子. 地域づくりにおける保健師のマネジメント能力の開発・発展過程. 千葉看護学会誌. 2010;16:45-52.
 - 14) 両羽美穂子. 地域づくりにおける保健師のマネジメント活動の特徴. 千葉看護学会誌. 2007;13(1):69-76.
 - 15) 宮崎紀枝. 事業発展過程における保健師のマネジメント. 日本地域看護学会. 2003;5:34-42.
 - 16) 石川志麻, 宮崎美砂子, 石丸美奈. 市町村保健師の委託事業を利用したマネジメント行為の特徴. 千葉看護学会誌. 2012;18:77-85.
 - 17) 安梅勅江編著. エンパワメントの理論と技術に基づく共創型アクションリサーチ. 東京:北大路書房. 2021:11-13.
 - 18) 崎村詩織. 自治体保健師に求められるジェネラリストとしての専門性. 保健医療科学. 2018;67(4):360-364.
 - 19) 星旦二, 麻原きよみ編. これからの保健福祉行政論. 東京:日本看護協会出版社. 2020:200-210.
 - 20) 麻原きよみ, 荒木田由香子, 岡本玲子編. 大森純子著. 公衆衛生看護技術. 東京:医歯薬出版株式会社. 2014:113-130.
 - 21) 霜越多麻美, 宮崎美砂子. 地域組織活動の継続要因に関する文献レビュー看護学等, 多領域にわたるscoping review. 千葉看護学会誌. 2018;23:1-9.
 - 22) 中山貴美子. 保健専門職による住民組織のコミュニティ・エンパワメント過程の質的評価指標の開発. 日本地域看護学会誌. 2007;10(1):49-58.
 - 23) 井伊久美子. 住民の力量形成, 地域におけるケアのパラダイムシフト. 看護研究. 1996;29(6):15-21.
- (受付 2022.02.06:受理 2022.05.23)

Role behavior of Public Health Nurse in helping resident subjective health promotion by educating volunteers for care prevention and the activity supporting project in City A -A focus on the management of community activities-

Mayumi Iwamoto¹⁾

Abstract

Objective: This study clarified the behavioral role of public health nurses working in government settings in managing resident-led health promotion through community activities

Methods: We conducted semi-structured interviews with public health nurses in City X who had been involved in the health promotion of residents. They were asked about the behavioral roles adopted when promoting community-wide; resident-based health activities during the interviews. Interview data were then analyzed qualitatively and inductively. Afterward, specific role behaviors were categorized according to Mintzberg's "managerial roles."

Results: To study the behavioral roles of public health nurses working in government settings, we identified 13 categories and 48 subcategories. As observed, role behaviors were related to the following three management areas: control of collection/sharing/dissemination of information; management of project progress in collaboration with residents; and development of human resources in the community. The process of promoting the community-wide and resident-led health was also divided into the following five stages: ① preparation stage; ② decision-making stage; ③ value co-creation stage; ④ activity continuation stage; and ⑤ community-wide expansion stage.

Discussion: Results showed that public health nurses successfully improved the health consciousness of individual residents and promoted self-care in resident organizations they collaborated with while managing these organizations. They also intentionally recruited persons with adequate knowledge and willingness to promote resident-led health from among community members and related organizations. From the study, behavior for developing sustainable frameworks and characterizing the role behavior of public health nurses working in government settings were identified. During community-wide expansion of resident-led health promotion, role behavior of public health nurses in the value co-creation stage was also proposed to be significant for the subsequent continuation and community-wide expansion of activities.

【Bull Soc Med 2022 ; 39 (2) : 93 – 103】

Key words : Resident-led, value co-creation, management, public health nurse working in government settings, role behavior

1) Graduate School of Management and Information of Innovation. University of Shizuoka

特別報告

社会医学の実践の歴史と未来デザイン

黒田研二¹⁾

要約

社会医学研究会創立当初の社会医学の位置づけをめぐる議論を紹介し、次に社会医学研究会・日本社会医学会のあゆみを振り返り、社会医学の実践的研究として、丸山博氏らによる『14年目の訪問』：森永ヒ素ミルク中毒被害の解明と、原田正純氏らの水俣病への取り組みを紹介した。この2つの研究は、公害被害者の立場から事実を解明し、その解決のため、裁判を通じた社会正義と人権の追求を専門家の立場から支援した点が共通している。最後に社会医学の展望と未来デザインを論じ、次の3点を柱としてあげた。第1に、社会医学は健康や疾病に影響を及ぼす社会的要因、および疾病の帰結としての社会や生活への影響について、様々な人間集団、社会階層、地域格差、社会的経済的諸条件など広い視点をもって究明を図る。第2に、健康や疾病に悪影響を及ぼす社会的要因の除去、防止をめざす社会的活動や制度について研究する。公衆衛生や医療や社会福祉等もそうした制度の一部であり、それらを対象とした研究も含まれる。第3に社会的原因のもとで健康に被害を受けている人々がいる場合に、被害を受けた人々の立場を尊重して、被害の事実、被害を生み出す社会的原因やその構造を究明する。

【社会医学研究2022；39（2）：104－112】

キーワード：社会医学，社会的要因，保健医療，研究方法論，日本社会医学会

はじめに

日本社会医学会の前身である社会医学研究会は、曾田長宗（代表世話人：国立公衆衛生院）、関悌四郎（大阪大学医学部）、西尾雅七（京都大学医学部）の3氏の呼びかけで、1959年に準備会がもたれ、1960年に創立総会および第1回総会が開催された。以来、毎年総会の開催を重ねながら、2000年に筆者が学会長を務めて開催された第41回大阪総会より、名称を日本社会医学会に変更している。2019年の第60回総会までの記録は、日本社会医学会のウェブサイトに掲載されている¹⁾ので、それらをもとに本学会のあゆみをあとづけることがで

きる（2020、21年度の総会はCOVID-19の流行のためオンラインで開催された）。本報告のテーマである「社会医学の実践の歴史」を振り返るのに、ウェブサイトにはリンクされている総会の記録は貴重な資料である。それらの資料をもとに、末尾の表には第60回総会までの開催年と学会長（企画運営委員長）、その総会のメインテーマないし要望課題・基調報告のテーマを示している。

本報告では、まず、社会医学研究会創立当初の社会医学の位置づけをめぐる議論を紹介し、次に社会医学研究会・日本社会医学会のあゆみを振り返り、最後に社会医学の展望と未来デザインを論じることとする。

1. 社会医学をめぐる議論

社会医学研究会の創立当初から、社会医学の概念規定、その研究目的、研究対象、研究方法など

1) 西九州大学健康福祉学部

連絡先：黒田研二

住所：〒842-8585 佐賀県神埼市尾崎4490-9

TEL：0952-20-0261(代)

E-mail：kurodake@nisikyu-u.ac.jp

を明確に定めることを求める意見が出されていた。初期の総会では「社会医学の定義について」の講演²⁾や、「社会医学をどう理解するか」というシンポジウム³⁾がとりあげられている。

第1回総会において黒子武道は「社会医学の定義について」で、諸外国において社会医学がどのように議論され定義されているか、その内容と性格を分類して紹介した。自然科学的側面から治療医学に偏重した医学に対して、新しい「医学の原理としての社会医学」、社会的病因論や集団現象として疾病研究を進める「医学研究の技術としての社会医学」、健康の増進、疾病の予防、回復を助けるために行われる「実践の課題としての社会医学」、それに「医学教育の課題としての社会医学」といった枠組みで、社会医学に対する考え方を整理し、様々な社会医学の定義を紹介している²⁾。

第3回総会で開催されたシンポジウム「社会医学をどう理解するか」では、曾田長宗氏が司会を務め、社会医学の定義、目的、方法、研究、社会医学を社会科学あるいは生物科学いずれに属するものと規定するか、他の類似ないし隣接科学、社会医学の研究分野または研究題目といった検討課題を提示して、5名の研究者が見解を報告している。報告者は、黒子武道（東京大学医学部）、初山政子（気象研究所）、原島進（慶応義塾大学衛生）、庄司光（京都大工学部）、小宮義隆（国立予防衛生研究所）の5氏である。その報告とそのあとの討論の内容は、『公衆衛生』誌に掲載されており³⁾、今読んでもたいへん興味深いものである。

社会医学研究会創設の代表世話人であった曾田氏は、当初、社会医学の範囲や性質について明確な定義をして研究会を進めるよりも、「社会と医学の接触の姿、その間に諸種なる問題を追求する」研究を持ち寄って意見を交換することを通じて、「特徴的な研究方法、問題の取り上げ方が次第に固まり、社会認識、社会条件についても、考え方の整理がついて来る」ことを期待すると述べていた⁴⁾。

このシンポジウムで報告された内容を筆者なりに整理してまとめると、社会医学は、集団および

個人の双方を対象とし、健康や疾病現象を社会的観点から解析し、健康や疾病およびその経過に及ぼす社会的要因を究明する。また疾病の帰結としての社会や生活への影響を解明する。その際、家庭、生活集団、環境全体、社会階層、地域格差、社会的経済的諸条件など、広い視点をもって社会的要因の究明を図る。また、社会医学には、健康や疾病に悪影響を及ぼす社会的要因の除去、防止を目的とした研究も含まれる。さらに、健康や疾病およびその経過には、公衆衛生や医療や社会サービス、その他の社会制度も影響を及ぼすものであり、それらを対象とした研究も含まれる。当時の議論には、隣接科学として医学生態学、医学地理学、医社会学、衛生学、予防医学、公衆衛生学といった分野が指摘されており、社会医学の研究方法としては生物医学よりも社会科学の方法を取り入れることが重視されている。

司会を担当した曾田氏は、以下のような点をまとめとして述べている³⁾。社会医学は実践と緊密に結びついたものであるが、社会医学が科学であるためには、学問としての体系化を図らなければならない。社会医学が個人を対象とした医学に対座するものである限り、社会集団を対象としたものであることは原則的に皆が認めるところだが、個別的にも各患者についてその社会的な生活条件を明らかにすることに大きな価値を認めようとする意見があった。医学的研究方法以外に、社会科学的方法で分析や検討を深めるためには、もっと数多くの社会科学系の学者や運動家に入ってもらうなければならない。集団的な社会観察を行う場合、統計的方法が有力な武器となる。戦後、国内外で社会医学が広く議論されるようになった背景には、臨床医学に社会的観点が足りなかったこと、公衆衛生に民衆自身、社会各階層の立場が反映させられなかったことがある。

このシンポジウムの報告を読んだ筆者の感想だが、集団的な社会観察を行う場合、統計的方法を用いる必要性が多く述べられているが、隣接科学としての疫学への言及はほとんどない。1960年頃の日本には、研究方法としての疫学がまだ十分定

着していなかったからであろう。また、社会医学と公衆衛生との関係について、橋本正巳氏（国立公衆衛生院）がシンポジウムの討論の中で、自己批判を交えて述べている次の意見は注目すべきものである。

「公衆衛生は批判されるものをもっている。・・・制度的というか、政府的立場で物をみているんじゃないか、・・・地域住民の立場から、政府的な立場からとは全く逆の立場からの批判というものが必要なのではないか」³⁾。

シンポジウムが行われた1962年同時、のちに四大公害病とよばれる熊本水俣病、イタイイタイ病、新潟水俣病、四日市喘息や食品公害の森永ヒ素ミルク中毒がすでに発生していたが、裁判を通じて国民的課題となるのは1960年代後半であった。これらの健康被害に対する提訴がなされ、裁判を通じて、橋本氏が述べる政府的立場と住民の立場という対立がより鮮明になったが、当時としては先見の明のある意見といえるだろう。

社会医学をめぐる議論に絡めて、田中恒男氏（東京大学保健管理学）の著書『社会医学の考え方』⁵⁾についても紹介しておきたい。1971年に出版されたもので、そのころの社会医学研究会について、外部者の目から批判的に論じている。田中氏は社会医学の思想について、社会主義的基盤にたつ当時の東ドイツ等の社会医学と、資本主義社会に適応した、健康現象の中の社会的側面を脱イデオロギーの見地からとらえるイギリス・アメリカを中心とした社会医学を対比させている。また、日本で社会医学を唱える人は革新的立場に立つ人が多く、いわば社会問題として健康問題を捉えていると述べ、「昭和35年以降毎年1回開かれている社会医学研究会は、その発足当初の趣旨は、特定の思想傾向に立つものではないと謳われていたにもかかわらず、次第に意識的な先鋭さを加えていった。学理を追究するより現実の矛盾の追及に、生物学であるより先に社会科学の発想がだんだんと強くなっていくように見られる」と述べている。

2. 社会医学研究会・日本社会医学会のあゆみと先達の実践的研究

1) 社会医学の課題意識とアプローチの方法

次に社会医学研究会・社会医学会の60年のあゆみを末尾の表にそってみてみよう。そこでの社会医学のとらえ方と研究実践は、次のような特徴をもっていることがわかる。以下、箇条書きに7点をあげる。

①「住民の健康」「国民の生活と健康」といった表現と、地方自治や公的責任を問う姿勢が総会のテーマの中にみられることは、橋本正巳氏が言及したように、「住民の立場」と「政府的立場」を意識したテーマ設定だといえる。②農村、都市化、大都市といった地域の特性にそったテーマ設定がみられ、日本の社会経済の変化を意識したアプローチが含まれている。③経済の高度成長期に顕在化した公害・有害食品・薬害問題をとりあげ、それに迫るテーマ設定が1970年代にみられる。④保健、医療、福祉、住宅、社会保障といった広い視点から社会医学の課題を考えるテーマ設定がみられる。⑤保健所、市町村保健センター、職場といった保健活動の場や、それを規定する制度に注目したテーマ設定がみられる。⑥健康権、生存権、基本的人権、民主主義といった理念を掲げ、それを具体化しようとする視点がみられる。⑦格差社会、貧困問題などの社会問題を取り上げたテーマ設定が2000年以降にみられる。

こうした社会医学研究会・日本社会医学会の課題意識と研究実践へのアプローチの方法をまとめると、次のような指摘ができるであろう。

第1に、健康や疾病現象に影響を及ぼす社会的要因や、疾病の帰結としての社会や生活への影響を解明するという視点のみならず、保健医療の提供体制や制度的側面にも注目している。健康や疾病に及ぼす社会的要因の究明では、社会階層、地域特性、社会的経済的諸条件などの観点から健康格差の実態が解明されてきた。また、地域特性や地域のニーズに対応できる保健医療の取り組みや体制構築も社会医学の課題として追究されている。

第2に、人々の健康や命、生活を守るという観

点からは、保健医療だけでなく社会福祉、住宅や職場環境など、生活と健康に影響を及ぼす社会的条件を広く視野をいれた研究が追究されている。社会医学にこうした観点を組み入れていくには、医学や保健学だけでなく社会福祉学や社会学など他の研究分野を含めた学際的アプローチが有効となるだろう。

第3に、高度経済成長期に顕在化した公害病、薬害や有害食品による健康被害といった問題にアプローチするのに、被害者ないし住民の立場から社会医学の方法を用いて事実を究明している。裁判の過程では、政府の立場、企業の立場、被害者の立場が明確になるが、当時、社会医学研究会会員の研究者が、被害者の立場にたって事実の究明を行ったのは、社会正義を追求するという観点からも正当であった。

2) 先達の実践的研究

ここで1960年代から70年代に取り組まれた社会医学研究会会員による有害食品による健康被害と公害病の究明に関わる実践的社会医学研究を紹介したい。丸山博氏らによる森永ヒ素ミルク中毒被害の解明と、原田正純氏らの水俣病への取り組みである。この2つの実践的研究は次の点で共通している。高度経済成長優先、企業優先の価値観とそれを反映した国と自治体の政策の犠牲者が、その力の前でいったん事態の収束が図られ、忘れられようとしていた状況において、被害者の立場から事実を掘り起こして社会問題化し、その解決のために、被害者や弁護士、目覚めた市民とともに患者救済運動として取り組んだことである。裁判を通じた社会正義と人権の追求を専門家の立場から支援した。

(1) 丸山博氏らによる『14年目の訪問』：森永ヒ素ミルク中毒被害の解明⁶⁾⁷⁾

丸山氏は、1935年大阪帝国大学医学部を卒業し、石原修、梶原三郎の影響で衛生学を専攻した。戦前に行った岸和田市の乳児死亡実態調査で知られる。1958年大阪大学医学部教授（衛生学）に就任。1969年に、1955年に起きたミルク中毒の調査である「14年目の訪問」を発表し、被害者の救済と責

任問題に道を開いた。

1955年、岡山県はじめ各地で人工栄養児に限って特有の症状をもつ奇病が多発し、それが森永MFミルクに混入していたヒ素中毒であることが判明した。各地に被災者同盟ができ、同盟全国協議会が森永と国に交渉を開始。厚生省は「五人委員会」を組織し、日本医師会に「診断基準並びに治療指針等の作成」を依頼した。日本医師会は小児保健学会に小委員会を設けて審議し、大阪大学西沢義人教授はじめ6名の委員は、治療判定基準を策定し、「今日の中毒患者については、患者はそれぞれ適切と思われる治療によりほとんど全部治療している」と報告した。1956年、厚生省は12,131人の中毒、うち130人の死亡を確認した。森永側は死者の香料として25万円を支払った。1958年10月、徳島地裁で「森永側にとって不測の事態、過失責任なし」として無罪判決が出され、この事件はその後過去のものとしてされていた。1969年10月、岡山市で開催された第27回日本公衆衛生学会で「14年目の訪問」調査結果が発表され、事態はおおきく動いた。この調査は、大阪府養護教諭の相談をきっかけに丸山博氏が支援し、保健婦や医学生が行った被災者の訪問調査である。その後、各府県レベルでの調査が行われ、被害の実態がさらに明らかになった。1973年1月、「守る会」は、国と森永乳業に対し、損害賠償請求の民事訴訟を提訴。森永製品の不買運動が提起された。1973年10月、国のよびかけで、国と「守る会」と森永乳業の三者による協議が始まり、12月に恒久救済のための確認書を交わし、1974年4月に公益法人（財団法人）ひかり協会が設立された。

(2) 原田正純氏らの水俣病への取り組み⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾

原田氏は、1959年熊本大学医学部を卒業し、はじめ精神神経科で胎児性水俣病の臨床的疫学的研究に従事。その後、患者宅を訪問し、聴き取りと診察、疫学調査に基づく水俣病患者の掘り起こしと裁判の支援を患者の立場から行った。『水俣病⁸⁾』、『水俣病は終わっていない⁹⁾』、大佛次郎賞を受賞した『水俣が映す世界¹⁰⁾』等、著書を多数刊行。社会医学研究会会員として、「社会医学研究」に「環

境病跡学:環境汚染による疾病の疫学的診断方法¹²⁾を公表した。

1956年、新日本チッソ水俣工場附属病院の細川院長が重症脳症状を呈する患者について水俣保健所に報告し、水俣病が公式に確認された。1959年7月、熊大研究班が有機水銀説を公表。同年12月に新日本チッソと患者らが見舞金契約を結び、会社側は決着を図ろうとした。1964年、認定審査会が6人の患者を新たに水俣病と認定し、認定患者数が111人となったが、以後5年間1人も認定されない事態が続いた。1968年9月に、政府が水俣病を公害病と認定。1969年6月、水俣病患者家庭互助会29世帯が提訴（第1次訴訟）。1970年、水俣病の認定を得られなかった川本輝夫氏らが行政不服審査を請求。原田氏は行政不服審査請求を行った9人の診断書を作成した。1971年8月、環境庁が川本氏らの認定棄却処分を取り消し、判断条件を通知し、同年10月に熊本県が川本氏ら16人を水俣病に認定した。1973年、水俣病第2次訴訟が提訴、第1次訴訟では原告勝訴が確定した。1980年、水俣病第3次訴訟提訴。1990年、水俣病東京訴訟で東京地裁が和解勧告を出し、1995年、水俣病の政府解決策を閣議決定することで政治決着が図られた。2004年、水俣病関西訴訟に対し、最高裁が国、熊本県の行政責任を認め、患者認定がなされた。しかし、その後も認定を求める患者の訴訟は続いており、2022年時点でも水俣病裁判は終わっていない。

3. 社会医学の展望と未来デザイン

社会医学研究会創設当時の社会医学に関する議論と、本学会60年のあゆみのなかで確認される社会医学のとらえ方や研究テーマについて論じてきたが、「展望と未来デザイン」という観点から、社会医学の基本と筆者が考える柱を3点述べる。

第1に、社会医学は健康や疾病に影響を及ぼす社会的要因、および疾病の帰結としての社会や生活への影響について、様々な人間集団、社会階層、地域格差、社会的経済的諸条件など広い視点をもって究明を図る。第2に、健康や疾病に悪影響を及

ぼす社会的要因の除去、防止をめざす社会的活動や制度について研究する。公衆衛生や医療や社会福祉等もそうした制度の一部であり、それらを対象とした研究も含まれる。第3に社会的原因のもとで健康に被害を受けている人々がいる場合に、被害を受けた人々の立場を尊重して、被害の事実、被害を生み出す社会的原因やその構造を究明する。

これらの柱についてさらに敷衍して述べると、先述した田中恒男氏が考える社会医学⁵⁾は、第1の柱である健康や疾病現象の中の社会的側面の研究が主であって、第2の柱である保健医療制度を研究の対象とすることを「社会化医学 (socialized medicine)」という概念を用いて批判していた。当時、東西のイデオロギー対立のもとで、社会化医学との概念で社会主義下の医療をイメージしていたのであろう。しかし、公衆衛生や医療も、健康や疾病やその経過に影響を及ぼす重要な社会的環境の一部であり、また、医学の実践の場でもあるので、その機能や構造の研究も当然、社会医学の対象である。

社会集団における健康や疾病に影響を及ぼす要因を研究するのに、疫学の方法論や考え方は不可欠である。とくに社会疫学の概念のもとで、多くの研究が蓄積されてきている。疫学の方法論に関する議論も精緻化してきており、社会医学としてそうした研究方法を組み入れていくことが必要となっている。また、公衆衛生や医療の取り組みを研究対象とする場合でも、科学的根拠を蓄積していくことができるような研究方法を組み入れていくことが望まれる。事業や政策を評価するための研究方法論の成書¹²⁾も刊行されてきており、参考にすべきであろう。研究方法論という点では、疫学のように数量的疫学指標をもとに研究するだけでなく、質的研究や質的研究と量的研究を組み合わせた混合研究法¹³⁾といった研究方法論を取り入れていくことも追求する価値がある。疾病の帰結としての社会や生活への影響について調べるには、質的研究は重要な方法となるだろう。

現在、保健医療分野においてもデジタル化が進み、健診データ、レセプトデータ、カルテ情報、

画像データなどビッグデータとよばれるデジタル化されたデータが蓄積されている。こうしたデータを用いて有益な科学的知見を生み出すデータサイエンス研究や、AI（人工知能）の開発を行う研究も加速してきている。ICT、AI、ロボットなどのデジタル・トランスフォーメーション（DX）が医療分野でも浸透してきた。この10年間ほどで急速に進んできた変化に、社会医学においても対応していくことが求められよう。ビッグデータを保健医療の分析や計画に活用することや、DXが進む保健医療の効果や課題を分析する研究もこれから取り組む価値がある。

社会医学が、基本的人権の尊重と民主主義を理念として掲げ、医学との接点で、それが侵害されている事態を究明する、その際、侵害されている人びとの側に立つのは当然だと思われる。医学とは健康やウェルビーイングといった価値を追求する学問であり実践であることを忘れてはならない。本報告の最後に、原田正純氏が語る水俣の教訓としての視点を引用する。

「第1は弱者の立場で考えることだ。政策や研究とは、そもそも弱者の立場を基本にすべきものである。第2は、バリアフリーだ。素人を寄せ付けない専門家の壁、研究者同士の確執、行政間の壁などが、患者救済や病像研究をどれだけ阻害してきたか、私は目の当たりにしてきた。第3は、現場で学ぶということだ。事実は現場にしかないのである。」¹¹⁾

おわりに

本報告で引用した社会医学の先達の多くは、すでに鬼籍に入った。社会医学の未来デザインをさらに具体的に描き出す試みは、若い人々の努力にゆだねられている。医学が生物科学的観点から細分化され、社会とのかかわりを見失しなう傾向に陥りがちな現在、学際的、総合的な視点をもつ社会医学の果たす役割を再認識すべきである。

文献

- 1) 日本社会医学会ウェブサイト：特集講演集 1959-2019
http://jssm.umin.jp/lectures/index.html
(2022年5月18日アクセス)
- 2) 黒子武道, 社会医学の定義について. 公衆衛生. 1960;24(11):579-582.
- 3) 曾田長宗, 他, 社会医学をどう理解するか. 公衆衛生. 1962;26(11):588-605.
- 4) 曾田長宗, 社会医学研究会の発足. 公衆衛生. 1960;24(11):577-578.
- 5) 田中恒男, 社会医学の考え方. 東京:NHKブックス. 1971:115-133.
- 6) 森永ミルク中毒事後調査の会, 復刻版14年目の訪問 森永ひ素ミルク中毒追跡調査の記録. 大阪:せせらぎ出版. 1988.
- 7) 丸山博, 復刻・解説版 保健婦とともに. 大阪:せせらぎ出版. 2000.
- 8) 原田正純, 水俣病. 東京:岩波新書. 1972.
- 9) 原田正純, 水俣病は終わっていない. 東京:岩波新書. 1985.
- 10) 原田正純, 水俣が映す世界. 東京:日本評論社. 1989.
- 11) 石黒雅史, マイネカルテ 原田正純聞書. 福岡:西日本新聞社. 2018.
- 12) 原田正純, 田尻雅美, 山下善寛, 環境病跡学: 環境汚染による疾病の疫学的診断方法. 社会医学研究. 2009;26(2):53-73.
- 13) ピーター・H・ロッシ, マーク・W・リプセイ, ハワード・E・フリーマン著 (大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 他監訳), プログラム評価の理論と方法. 東京:日本評論社. 2005.
- 14) 抱井尚子, 混合研究法入門 質と量による統合のアート. 東京:医学書院. 2015.

(受付 2022.05.18:受理 2022.08.04)

表 社会医学会・日本社会医学会総会のあゆみ

開催年	総会	学会長・企画運営委員長	メインテーマ, または要望課題・基調報告
1959	準備会	曾田長宗 (公衆衛生院) 関悌四郎 (大阪大学医学部) 西尾雅七 (京都大学医学部)	自由演題報告
1960	創立総会・ 第1回	曾田長宗 (公衆衛生院) 関悌四郎 (大阪大学医学部) 西尾雅七 (京都大学医学部)	自由演題報告
1961	第2回	曾田長宗 (公衆衛生院)	自由演題報告
1962	第3回	西尾雅七 (京都大学医学部)	社会医学をどう理解するか
1963	第4回	大平昌彦 (岡山大学医学部)	地域開発と住民の健康
1964	第5回	井上俊 (名古屋大学医学部)	住民の保健をどうすすめるか
1965	第6回	穴戸昌夫 (横浜市立大学医学部)	変貌する農村の社会医学的研究
1966	第7回	庄司光 (京都大学)	人災と健康
1967	第8回	曾田長宗 (公衆衛生院)	住宅と健康
1968	第9回		保健・医療と公的責任
1969	第10回	吉田克己 (三重県立医科大学)	保健所の基本的課題をめぐって, 住民の健康を守る運動
1970	第11回	若月俊一 (佐久総合病院)	地域の保健活動をどう進めるか・変貌する農山漁村
1971	第12回	大平昌彦 (岡山大学医学部)	保健医療従事者は住民の暮らしをいかに守るかー学会および保健医療従事者の社会的責任
1972	第13回	丸山博 (大阪大学医学部)	医療の問題点, 公害・有害食品・薬害, 公衆衛生と保安処分
1973	第14回	柳沢文徳 (東京医科歯科大学)	地方自治と公衆衛生
1974	第15回	水野宏 (名古屋大学医学部)	いのちと健康を守る国民の運動の発展と保健・医療の職場の民主主義
1975	第16回	野村茂 (熊本大学医学部)	法と健康
1976	第17回	朝倉新太郎 (大阪大学医学部)	地域保健・医療に関する実践報告, 保健所を蘇らせるために, 大都市の保健・医療問題ほか
1977	第18回	木下安子 (東京都神経科学総合研究所)	保健行財政, 保健・医療・福祉活動の連携
1978	第19回	東田敏夫 (関西医科大学)	公害・薬害・有害食品問題と医療援護・復権, 地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割
1979	第20回	山田信也 (名古屋大学医学部)	市町村保健センターと地域保健活動, 大都市地域の社会医学的分析
1980	第21回	芦沢正見 (国立公衆衛生院)	「健康の公的責任」のめざすもの
1981	第22回	高松誠 (久留米大学医学部)	80年代における社会医学の展開, 農村における保健医療, 障害者の健康権
1982	第23回	渡部真也 (滋賀医科大学) 細川汀 (京都市衛生研究所)	きびしい情勢の中での社会医学のあり方
1983	第24回	朝倉新太郎 (大阪大学医学部)	高齢化・過都市化・低成長下の国民の保健医療
1984	第25回	加須屋実 (富山医科薬科大学医学部)	医療保障後退傾向下における国民の生活と健康
1985	第26回	木村慶 (愛媛大学医学部)	転換期における社会医学の課題
1986	第27回	滝澤行雄 (秋田大学医学部)	真の国民のための保健・医療制度の構築に果たす社会医学の役割
1987	第28回	加藤孝之 (愛知医科大学)	きびしい社会変動の中での国民のための社会医学

1988	第29回	山下節義 (奈良県立医科大学)	“超高齢化時代”に向けて、現代健康問題を考える
1989	第30回	上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院)	いのちと健康を守る運動と社会医学
1990	第31回	福地保馬 (北海道大学教育学部)	90年代を迎えた社会医学をめぐる状況と課題
1991	第32回	渡部真也 (滋賀医科大学)	ふたたび社会医学とは何かを考える
1992	第33回	山田裕一 (金沢医科大学) 苜昭三 (城北病院)	地域の保健・医療・福祉の中で人権と民主主義を考える
1993	第34回	朝倉新太郎 (大阪大学名誉教授)	老人保健法10年一次の10年への展望
1994	第35回	千田忠男 (同志社大学文学部)	健康権・生存権と憲法の理念—その現実と国民の課題
1995	第36回	上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院) 片平冽彦 (東京医科歯科大学) 菊地頌子 (江東区環境保健部)	戦後50年と社会医学
1996	第37回	仁平将 (青森県五所川原保健所・鱈ヶ 沢保健所)	生を衛る—生命：健康を衛り、生活：衣・食・住と労働を 衛り、生産：資源とエネルギーを衛る
1997	第38回	福地保馬 (北海道大学教育学部)	社会医学実践の再構築
1998	第39回	山中克己 (名古屋中央看護専門学校)	社会医学を原点から考える
1999	第40回	山田裕一 (金沢医科大学)	日本の医療—民主的改革への展望
2000	第41回	黒田研二 (大阪府立大学社会福祉学部)	21世紀の社会医学への展望—日本の社会医学の課題を探る
2001	第42回	田村昭彦 (九州社会医学研究所)	人権輝く21世紀に・・・社会医学の役割
2002	第43回	山崎喜比古 (東京大学医学系研究科)	政治経済と健康の危機打開の道を求めて
2003	第44回	山本繁 (尼崎市役所) 千田忠男 (同志社大学文学部)	社会福祉・社会保障の構造改革と国民の生存権・健康権
2004	第45回	原田規章 (山口大学医学部)	人権としての健康を社会医学から考える
2005	第46回	広瀬俊雄 (仙台錦町診療所・産業医学 センター)	次世代に健康と健康で暮らせる社会をどうしたら伝えられ るか
2006	第47回	樋端規邦 (徳島健生病院)	歴史の教訓に学びつつ、今日の社会医学の課題を探る
2007	第48回	久永直見 (愛知教育大学)	格差社会の健康を守る社会医学
2008	第49回	関谷栄子 (白梅学園短期大学)	健康権の確立と共生社会を目指して
2009	第50回	波川京子 (札幌医科大学保健医療学部)	生存権・健康権のルネッサンス
2010	第51回	三戸秀樹 (関西福祉科学大学)	貧困と社会医学—時代の転換点にたつて
2011	第52回	寺西秀豊 (富山大学医学薬学研究部)	地域における暮らし、仕事、健康と社会医学
2012	第53回	高鳥毛敏雄 (関西大学社会安全学部)	社会医学の立脚点—原点から考える
2013	第54回	星旦二 (首都大学東京・大学院・都市 システム科学域)	個々人の主体性を尊重する支援環境の整備—社会医学の次 の発展に向けて
2014	第55回	柴田英治 (愛知医科大学・衛生学講座)	地域から、職場から我が国の社会医学を考える
2015	第56回	石竹達也 (久留米大学・医学部・環境 医学講座)	健康格差の縮小に向けて—社会医学の役割
2016	第57回	埴田和史 (滋賀医科大学・社会医学講座)	私たちが目指す社会医学を憲法の理念から考える
2017	第58回	志渡晃一 (北海道医療大学大学院)	ディーセントライフ—保健・医療・福祉の統合；公衆衛生 の復権
2018	第59回	小橋元 (獨協医科大学・医学部・公衆 衛生学講座)	前を向く社会医学—次代への胎動
2019	第60回	櫻井尚子 (東京慈恵会医科大学・大学 院医学研究科看護学専攻)	人々の生命と生活と生きる権利を守る社会づくり

History of Social Medicine Practice and Future Design

Kenji Kuroda¹⁾

Abstract

Discussions on the definition and position of social medicine at the time of the founding of the Japanese Society for Social Medicine were reviewed, and the sixty years history of the Japanese Society for Social Medicine was discussed. I mentioned, as practical research on social medicine, "A Visit in the 14th Year" by Hiroshi Maruyama; elucidation of the damage caused by Arsenic Milk Poisoning by Morinaga Milk Company, and the efforts of Masazumi Harada to tackle Minamata disease. These two studies have in common that they elucidated the facts from the standpoint of affected patients and supported the pursuit of social justice and human rights through trials. Finally, we discussed the prospects of social medicine and future design, and raised the following three points as pillars. First, social medicine investigates the social factors that affect health and disease, and the consequent effects on society and life as results of disease, from a broad perspective, including various human groups, social classes, regional disparities, and various socioeconomic conditions. Second, social medicine studies social activities and systems aimed at eliminating and preventing social causes that adversely affect health and disease. Public health, medical care, and social welfare are also part of such systems, and the research on them is also included. Third, when people's health is being damaged due to social causes, researchers of social medicine respect the position of the affected people and investigate the fact of the damage, social causes and its structure.

【Bull Soc Med 2022 ; 39 (2) : 104 – 112】

Key words : social medicine, social factors, health care, research methodology, Japanese Society for Social Medicine

1) Nishikyushu University, Faculty of Health and Social Welfare Sciences

特別報告

第62回日本社会医学会・特別講演 新型コロナウイルス感染症COVID-19の現状と課題

岡部信彦¹⁾

要旨

2019年12月に中国武漢市において発生した原因不明肺炎の集団発生は、新型コロナウイルス感染によるものであることが判明し、中国から欧米へ、そして全世界に影響が及んだ。国内では、2020年1月16日に第1例目が検知されたのち、新規感染者数（検査陽性者数）は増減を繰り返しながら次第に拡大、2021年8月をピークとした第5波、2022年1月をピークとした第6波とその都度流行規模を大きくした。感染症の流行に対する公衆衛生学的予防策として、まず医薬品によらない基本的な感染症対策（Non-Pharmaceutical Intervention）がある。三密を避ける・マスク・手指衛生・ソーシャルディスタンスなどがこれに相当する。さらに異例のスピードで実用化となった新型コロナワクチンが導入され、医薬品による感染症対策（Pharmaceutical Intervention）が加わり、まさに車の両輪が揃ったことになったが、感染症の流行は単なる感染症の問題だけではなく、政治、経済、国際社会の混沌を巻き込んだ「社会の病」となり複雑化し、著効が期待できるような「有効な処方箋」はいまだに乏しい。そのような状況下において、如何にwithコロナ時代を迎えるかなどについても述べた。なお、本稿は2022年5月末までの流行状況に基づいて述べたものであるが、脱稿後に第6波をさらに超える第7波を迎えている。

【社会医学研究2022；39（2）：113-120】

キーワード：新型コロナウイルス感染症， COVID-19， pharmaceutical intervention, non-pharmaceutical intervention, with コロナ

はじめに

第62回日本社会医学会総会は、メインテーマを「コロナ禍とその後の生活を支える看護と社会」として、2021年11月20・21日オンラインで開催され、著者は「新型コロナウイルス感染症の現状と課題」というタイトルで特別講演をさせて頂いた。

本講演を行った2021年11月下旬、世界は新型コ

ロナウイルス感染症（COVID-19：Coronavirus Infectious Disease 2019）の世界的流行（パンデミック）の真ただ中にいるという状況であった。しかし、国内においては今後どのような展開になるか不透明ではあったが、いわゆる第5波が落ち着きを見せている頃であった。本稿提出の2022年5月下旬は当時と異なり、世界の流行は収まりを見せていないもののピークを過ぎた状況となり、欧米はCOVID-19の存在を認めながら種々の規制緩和・社会経済活動の復帰に舵を切りつつある一方、中国の上海など複数の都市における厳しいロックダウンの情報や、北朝鮮での急速な患者数の増加が伝えられるなど不安定な状況は続いている。国

1) 川崎市健康安全研究所

連絡先：岡部信彦

住所：〒210-0821 川崎市川崎区殿町3-25-13

川崎生命科学・環境研究センター 2階

TEL：044-276-8250（代表） FAX：044-288-2044

E-mail：okabe-n@city.kawasaki.jp

okabenobu46@gmail.com

内では、2022年に入ってからこれまでにない大きな流行（第6波）となった。原因ウイルスもそれまでのデルタ株からオミクロン株に置き換わり、疫学状況も変わってきたが緩やかながら感染者数が低下しつつあり、その後の状況には予断を許さないながらも、やはり規制緩和・社会経済活動の復帰が考えられている状況となっている。

本稿は2021年11月当日の講演内容の流れに基づきながら、2022年5月の状況を含めてまとめる形とした。

1. 新型コロナウイルス感染の国内流行状況と Hammer and Dance (ハンマーとダンス)

今回の新型コロナウイルス感染症発生の発端は、2019年12月に中国湖北省武漢市において発生した原因不明肺炎の集団発生から始まり、中国から欧米へ、そして全世界に影響が及んだ。国内では、2020年1月16日に第1例目が検知されたのち、新規感染者数（検査陽性者数）は増減を繰り返しながら次第に拡大、これまでにない感染者数の急増とそれに伴う重症者数の増加（第5波）が7～8月に見られたが、9月～10月にかけて急激な減少が見られ、12月中旬には、同年最低の新規感染者数の発生となり、重症者・死亡者も極めて少ない数となった。しかし、欧米で先行したオミクロン株が国内に侵入し、年明けとともに第5波をはるかに上回る新規感染者の急増となり、第6波と称されるようになった。感染力は強いが病原性としては低下したと思われる変異株であるオミクロン株の登場、高齢者を中心としたワクチン接種者の増加、人々の注意状況などの影響から、疫学状況もそれまでと様相が異なってきた。新規感染者数は全国的には1月下旬から2月上旬がピークとなったが、第5波に見られるような急速な減少ではなく緩やかな減少傾向となった。5月の連休の人の動きから再びの増加も懸念されたが、一時的な増加傾向があったものの、全国的には再び緩やかな減少となっている。

5月25日開催の厚生労働省の専門家会議であるアドバイザーボードでは、その時点での感染状

況を以下のようにまとめている（一部のみ引用）¹⁾。

・新規感染者数について、GW後半以降の増加傾向は継続せず、全国的には一部の地域を除いて減少傾向が続いているが、発症日のエピカーブからは感染者数が再び増加する可能性も懸念されるため、今後の動向を注視していく必要がある。地域別に見ると、首都圏などでは昨年夏のピーク時を下回る状況にある一方、沖縄県における新規感染者数は、減少傾向が見られるものの全国で最も高い状況が続いている。

- ・年代別の新規感染者数では、10歳未満の増加が継続する一方、その他の年代は微減又は減少している。特に増加が継続している10歳未満は、多くの地域で顕著な増加が見られる。
- ・新規感染者の感染場所について、学校等や保育所・幼稚園等における割合が高止まりする一方、飲食店における割合は減少傾向となっている。
- ・今後の感染状況については、BA.2系統へ概ね置き換わった状況などの感染の増加要因と、ワクチンの3回目接種等による抑制要因に影響されるものと考えられる。

ところで、今回の新型コロナウイルス感染の世界的流行において、Hammer and Dance (ハンマーとダンス) という表現がよく用いられるようになった²⁾。「ハンマー」は感染者を徹底的に減らす強い施策のことで、中国や欧米で実施された厳しいロックダウン（都市封鎖）などがこれに相当する。「ダンス」とは、一定のところで穏やかに感染者数が上下している状況をみながら、経済活動を再開し同時に検査・医療体制の整備、コロナ下に応じた行動変容も進めるということに相当する。つまり長期化を前提に強力な対策と抑制の効いた緩和の繰り返して経済活動と医療体制を維持し経過を見る、ということになる。日本では欧米あるいは中国のロックダウンほど厳しいものではない「自粛」であったが、「緊急事態宣言」がいわば大きめのハンマーであり、「まん延防止重点措置」は、早めに小さい地域で対応し大きい波になるのを防ごうとする、小さいハンマーに相当するといえる。

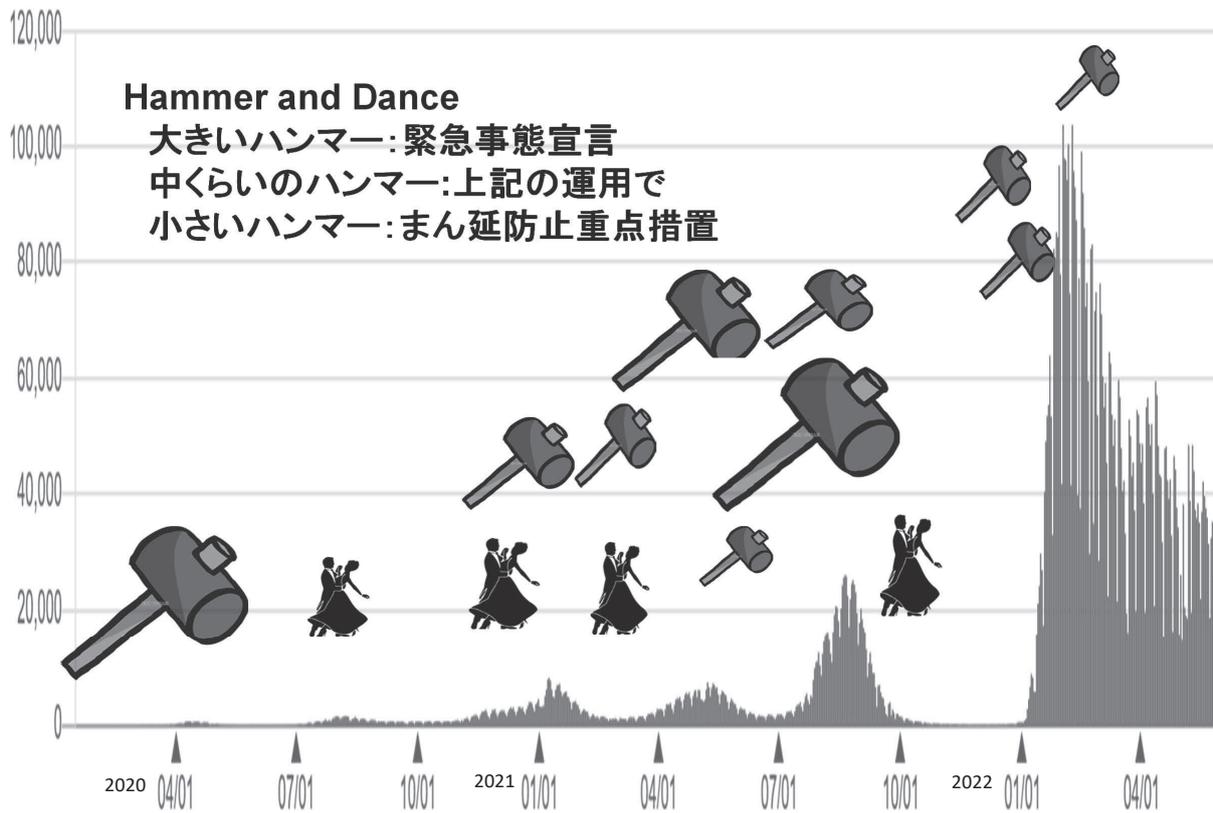


図1 日本のCOVID-19 流行曲線と、Hammer & Dance

流行曲線：厚労省発表・<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html>

図1はこれまでの日本の流行の状況と、Hammer and Danceの状況をおおまかに表してみたものである。2021年7月首都圏での急増に対して小さいハンマーであるまん延防止重点措置から大きいハンマーである緊急事態宣言に切り替えたものの、人々がハンマーの出方に慣れてしまった、効果に期待しなくなった、ハンマーは自分のところに振り下ろされているわけではないと思ったなどの理由に加えてウイルスの変異（デルタ株）も大きな影響を与え、感染の拡大は高い波となったが、8月中～下旬をピークとして感染者数は急速に減少に向かい、10月末にはハンマーが降ろされている自治体（緊急事態宣言・まん延防止重点措置の対象自治体）はなくなった。高齢者及び医療関係者等を中心としたCOVID-19ワクチンの急速な接種率の増加、医療逼迫などのニュースによる多くの人々の危機意識の増強と感染予防意識の向上、季節性・ウイルスの変化などがその要因としてあげられるが、確定的なものはない。

第6波においては、2022年1月9日から、広島県・山口県・沖縄県を対象にまん延防止重点措置が行われ、2月には最大36都道府県に及んだが、3月21日をもってすべて解除された。第6波では感染者数はこれまでで最大であったが、オミクロン株に置き換わった影響、高齢者への3回目ワクチンの普及などもあり、重症度は第5波を下回るものであり、大きいハンマーである緊急事態宣言を持ち出されることはなかった。しかし今後どのようにして次のダンスのステージを長引かせ、できるだけハンマーを持ち出さないようにするか、感染者数だけでなく、重症者数、その年齢分布、加えて諸制限による人権・私権の制限、教育の機会減少、経済状況のバランスをどのようにとるか、困難ではあるがポリシーとして確定すべき時にあると思う。

なお、重症化の最たる指標として死亡があるが、2020.1から2022.5.28までの国内の致死率は0.35%、2020.1～2020.12.31での致死率は1.48%、2020.1～

2021.12.31での致死率は1.06%, 2022.1.1~2022.5.28での致死率は0.17%と、明らかな低下がみられている。季節性インフルエンザとの比較がよく話題になるが、国内での季節性インフルエンザは、インフルエンザ定点（小児科約3000, 内科約2000）からの報告による推計では1シーズンに少ない年で数百万人、流行の大きい年では1千数百万人が医療機関を受診していることになるので、2022.1.1~2022.5.28のCOVID-19の新規陽性者数（全数報告）約717万人は中規模の季節性インフルエンザに相当する流行といえる。致死率は、インフルエンザでは季節性インフルエンザによる死亡そのものが届け出の対象になっていないので明確にならないが、以下のように現時点ではまとめられている³⁾。

- ・2013年から2017年の人口動態統計における狭義のインフルエンザ死亡数を分子とし、定点医療機関から報告されたインフルエンザ患者数に基づく推計患者数を分母とすると、症例致命率（CFR）は0.006%-0.018%と推計された。
- ・2018/19シーズンのインフルエンザ関連超過死亡数を分子とし、推計患者数を分母とすると、症例致命率は0.010%-0.052%と推計された。
- ・レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いて、2017年9月から2020年8月の3年間に季節性インフルエンザで医療機関を受診した患者数を分母とし、受診後28日以内に死亡した数を分子とすると、症例致命率は0.09%と推計された。

ほぼオミクロン株による流行と考えられる2022.1.1~2022.5.28でのCOVID-19の致死率は0.17%であり、上記の方法で計算した季節性インフルエンザの致死率を上回っている。その流行規模はインフルエンザの中流行並みであるが重症度はオミクロン株による新型コロナウイルス感染症をかなり上回るものであり、ことに高齢者にとっての警戒度は高く、「インフルエンザ並み」とはいえない。

2. 新型コロナウイルス感染症対策、改めて「三密を避ける」

発生からしばらく新型コロナウイルス感染症

は、基本的には感染力はそれほど強いものではなく、感染者の約8割は他の人に感染を及ぼさないと考えられるものであった。国内での集団感染（クラスター）の調査では、多くの人に感染が及んだところでは、換気が不十分な環境（密閉空間）で、人が狭い空間で多数集まり（密集状態）、狭い距離で大きな声でしゃべったり歌ったり（密接）という状態が共通の状況で、これらが重なっているほど感染リスクが高まるということが明らかになった。ここから「三密（三つの密）を避けて」ということが呼びかけられるようになり、一般の人々への新型コロナウイルス感染症の対策としてすっかり定着した。

このような感染症対策は新型コロナウイルス感染症に限ったことではなく、目新しいものでもない。インフルエンザシーズンには「人混みはできるだけ避け、エチケットマスクを、時々窓を開けて空気の入替えを。」と呼びかけてきている。新型コロナウイルス感染者が触れた場所・物などからの接触感染もあり得ると考えられるところから、感染者が接触した可能性のある場所の消毒や手指衛生（手洗い、消毒）が勧められているが、これも感染症予防の基本で、ノロウイルスシーズンや食中毒シーズンには「手洗い・手指衛生を」と呼びかけてきたことと大きく変わるわけではない。これまでの感染症対策の基本をきちんと行う、このことは新型コロナウイルス感染症でも同様のこととなる。

第5波流行の中心となったデルタ株では、感染力が増加するなどのことはなく、感染症の基本としてのこれらの対策についての重要性は変わりがなかった。さらに新たなオミクロン株の登場は、感染の拡大の速さ、いったん感染した人の免疫が完全には2回目の感染を防ぎきれずブレイクスルー感染があること、ワクチンの効果の減弱、などの有難くない点もある一方、激しい重症度への変化などはなく、高齢者の重症度は高いものの若年者は軽症にすんでいるという状況となった。しかし、いずれにしても一般の人々に勧められる簡便な感染症対策の基本は、感染症全般に共通であ

り、新型コロナウイルスについてもデルタ株であろうがオミクロン株であろうが変わりはない。忘れることなく、そして過剰にならない程度で、日常生活の中に溶け込むと、感染症に対して強い社会になっていくと思う。この点日本は海外諸国に比しすでに浸透している行為・行動であり、これをさらに生かしていくことが重要であろう。

3. 医薬品によらない感染症対策と、医薬品による感染症対策 (Non-pharmaceutical Intervention と Pharmaceutical Intervention)

感染症の流行に対する公衆衛生学的予防策として、まず医薬品によらない基本的な感染症対策 (Non-Pharmaceutical Intervention) がある。前項で述べた、三密を避ける・マスク・手指衛生・ソーシャルディスタンス (Social Distance) などがまさにこれに相当するものになる。新型コロナウイルス感染症が発生してからしばらくは、治療薬も不明でワクチンもなく、医薬品によらない感染症対策が中心であったが、これによって一定の効果は上げられるものの、すべてが解消できるものではない。そこに異例のスピードで実用化となった新型コロナウイルスワクチンの登場は、ここに医薬品による感染症対策 (Pharmaceutical Intervention) が加わることになり、まさに車の両輪が揃ってきた感がある。ワクチン一辺倒となるのではなく、日常生活の極端な妨げにはならないようにしながら、これまでに行われてきた医薬品によらない対策 (Non-Pharmaceutical Intervention) も上手に併用していくことが必要である。

新型コロナウイルスワクチンの登場

新型コロナウイルスワクチンは、従来法によるワクチンも開発が進められているが、画期的なのは遺伝子工学手法によるワクチンの登場である。感染性にもっとも関連するウイルスの表面の突起構造 (S蛋白) の合成に関わる部分の遺伝子、いわばS蛋白を作る設計図ともいえるmRNA (メッセンジャーRNA) を超微小な脂質粒子に包み込みこれを接種するmRNAワクチン、あるいはその設計

図部分を人体にとって無害なウイルスに組み込んだベクターワクチンを接種する方法などが実用化された。これらのワクチンの接種を受けたヒトは、自分の細胞内でその設計図に従ってSタンパク質を合成し、これに免疫に関わる細胞が反応して抗体を産生する。また細胞性免疫と言われる抗体以外の免疫も成立する。ウイルスが新たに見つかって半年程度でワクチンが開発実用化されたことはこれまでになく、まさに目覚ましい科学の進歩の表れであるといえるが、この手法自体はがんや代謝性疾患の遺伝子治療として20年ほどの研究開発の歴史があり、ワクチンにも応用研究が進んできており、突然出てきた全く新たな方法ではない。しかし、これだけ多くの人を対象とするワクチンとしては初めてのことであり、未経験の部分もある中、一方では慎重さが、一方では早急なワクチン普及が求められながら実施されているところである。

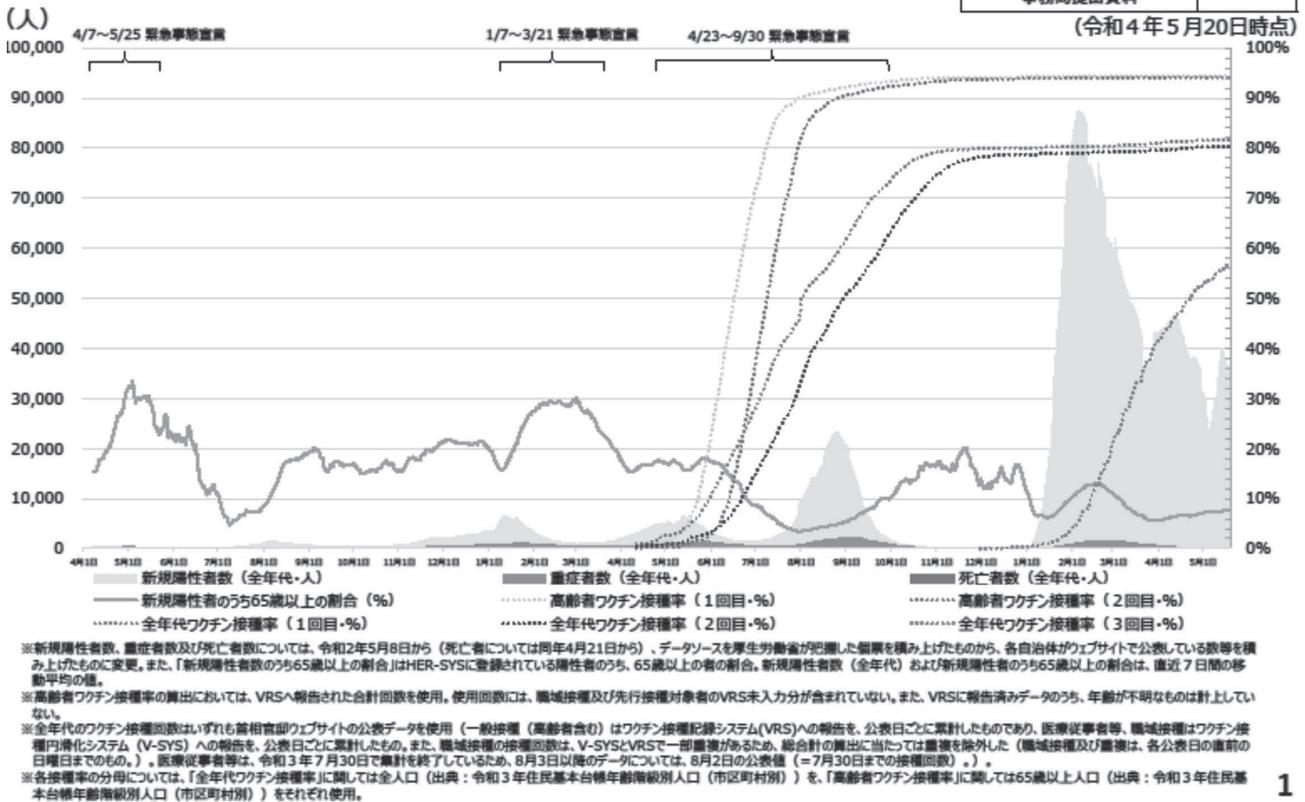
国内においても高齢者へのワクチンが普及することによって、第5波の中でも高齢者での新規感染者、死亡者の割合は減少し (図2)、高齢者施設でのクラスターも減少した。医療関係者へのワクチンの普及は院内感染の明らかな減少に結びついている。抗体価の急速な上昇と実社会において90%以上の効果がみられた新たなワクチンであるが、一方で抗体の減弱スピードは速く、加えてデルタ株からオミクロン株への変異により、入院・重症化予防効果などは比較的保たれているものの発症予防効果は低下が著しく、3回目の追加接種、あるいは重症化予防を主目的とした高齢者を中心とした4回目接種なども始まった。大人だけではなく小児への接種はどう考えたらよいか、もう少し発熱をはじめとする副反応の発生が少ないワクチンへの改良など、新たに基づいて新たな方法が議論されている。

4. 私の考えるwith コロナ時代

インフルエンザや肺炎球菌性肺炎などを代表とする呼吸器感染の原因は多く、いずれも重症になることは稀ではなく、ことに高齢者にとっては命取りになることがある。また流行が拡大すれば、

図2： 全国の新規陽性者数等及びワクチン接種率

第85回(令和4年5月25日) 新型コロナウイルス感染症対策 アドバイザリーボード	資料2-4
事務局提出資料	



若者、小児にとっても侮れないことがある。何と
 いてもワクチンなどによる予防が可能になり、
 感染した場合であっても早期診断ができ早期治療
 ができれば不安はかなり解消される。

今の段階で、新型コロナウイルス感染症を「イン
 フルエンザ並みに」というのは早計ではないか
 という事は既に述べた。筆者らは、インフル
 エンザは軽い病気ではないと声を大にして言い続
 けており、まして「かぜ並み」とは到底言えそうに
 ない。しかしワクチンや治療薬・治療法の進歩で、
 致死率が今の1/10程度になればインフルエンザ並
 みとしての受け止め方ができ、日常生活に戻せる
 のではないかと思う。

ただし、患者数が急速に増えれば、割合は低く
 ても重症者死亡数も一気に増えてしまい、またイ
 ンフルエンザでも急増期には外来は混雑し社会は
 一瞬騒然とするので、やはりできるだけ感染症が
 拡がらない工夫、人にはうつさないようにという
 気づかい・心遣いは必要である。このかからない

ようにする「予防」については一般の人々の力に
 よるところが大きくなる。重症者あるいは重症に
 なりそうな人々には適切な入院治療ができるよう
 に、軽症者は外来や自宅での治療ができるよう
 にする、これは医療の仕組みを整える政治や行政そ
 して患者に直接触れる医療者の力である。保健所
 はこれらの患者の相談や医療福祉サービスの提供
 や疫学調査などをきちんと行う、本来の公衆衛生
 活動を担うことが必要である。そしてこれらがき
 ちんとできれば落ち着いて通常の医療や予防活動、
 健康診断などがスムーズに行われるようになるで
 あろう。つまり「注意をしなくても普通の生活が
 できる」のではなく、「注意をすれば普通の生活
 ができる」、これがwithコロナの時代の状況と考
 えている。

なお講演の最後には、最近の女性や若年層の自
 殺者の増加が目立ち、新型コロナウイルスの感染
 拡大に伴う外出自粛や生活環境の変化が影響した
 可能性があることについて触れ、また、COVID-19

感染によって亡くなられた方の葬儀について、ご遺体からの感染のリスクは極めて低いにもかかわらず、過剰な警戒・不安のあまり尊厳ある見送りができなくなっている問題点についても触れ、日常的感染症で亡くなられた方に対する基本的な注意と同様で差し支えないことを述べた。

5. おわりに

今回の新型コロナウイルス感染症は、発生から2年以上を経て、当初の「原因不明の肺炎」から、その病原ウイルス、病態、臨床症状、治療・予防、疫学状況などについて、かつてないほどのスピードで進歩・進展した。開発には数年以上はかかると言われたワクチンは1年足らずで実用化され、今は国内ではおよそ80%の人たちが2回のワクチン接種を済ませ、高齢者などでは90%以上の接種率となり、3回目の接種も50%を超えている(図2)。

一方、科学の進歩は、新たな不明の点が浮き出てきたり、病原性や感染性に変化を与えるような変異ウイルスの出現による状況の変化など、ダイナミックに動いている。加えて単なる感染症の問題だけではなく、政治、経済、国際社会の混沌を巻き込んだ「社会の病」となり複雑化しており、著効が期待できるような「有効な処方箋」はいまだに乏しいと言わざるを得ない。

人類は病原体との戦いの繰り返しの歴史の中で、病原体の強さの方が際立っていたが、病気を知ることによって生活の中での防衛方法(手を洗う、食べ物に熱を通す、清潔な生活をする等々)を身に付け、そして科学の力で治療薬、ワクチンの開発実用化をしてきた。感染症ができるだけ広がらないように、重くならないように工夫や注意を重ねながら、通常の生活を維持できるようにしてきている。新型コロナウイルス感染症は新たに出現したウイルスとそれによる感染症なので、未知のことも多々あるが「たった2年ほど」で、日常生活の中での我慢や注意に加えて、ワクチンや治療薬、治療方法などに大きな進歩が見られている。もう少しの間は我慢できるところは我慢をし、しかし一方では緩められようになったところは緩め

ながら、さらなる対策を進歩させてゆくと、感染症の存在に注意をしながら日常生活をする「新たな感染症とともに暮らせる」時は遠からずくる、と考えている。しかし、過ぎたることを忘れ去るのではなく、今回経験したことは、きちんと次世代に現実的な対応としてつないでいく必要がある。COVID-19によるパンデミック状態が去った後、次なるパンデミック感染症が発生するか否か。正確な回答はないが、“riskとしてのパンデミックに対して備える必要はある”と考えるのが正答である、と言えるであろう。

謝辞：第62回日本社会医学会総会(メインテーマ：コロナ禍とその後の生活を支える看護と社会)において、特別講演の機会をいただいた波川京子会長並びにプログラム委員の方々、そして座長の労をお取りいただいた波川京子先生・西田洋子先生に厚く御礼申し上げます。

本稿は同じ頃に同様のテーマで行った日本内科学会講演会での講演内容と重複する部分が多く、その講演特集である日本内科学会雑誌(2022年第9号予定)の投稿内容と類似していることをお断りしておきます。

文献

- 1) 第85回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード(令和4年5月25日)資料1：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00348.html (2022.5.29)
- 2) Tomas Pueyo: Coronavirus: The Hammer and the Dance. <https://tomaspueyo.medium.com/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56> (2022.5.29)
- 3) 第74回厚生労働省・新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード(2022.3.4)資料3-1②：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00333.html (2022.5.29)

(受付 2022.05.30：受理 2022.08.05)

Present situation and issues on COVID-19

Nobuhiko OKABE¹⁾

Summary

An outbreak of cause unknown pneumonia occurred in Wuhan, China in December 2019, and it was found to be caused by novel coronavirus infection. The impact spread from China to Europe/USA, and then to the entire world. In Japan, since the first case was detected on January 16, 2020, the number of new infections (the number of corona virus test positive cases) gradually increased while repeating increases and decreases, and the fifth wave peaked in August 2021. The sixth wave, which peaked in January 2022, increased the scale of the epidemic each time. As traditional public health preventive measures against epidemics of infectious diseases, there is basic infectious disease control such as Non-Pharmaceutical Intervention (avoiding the three Cs “closed spaces, crowded places, and close-contact settings”, masks, hand hygiene, social distancing, etc. correspond to this). Furthermore, with the introduction of the novel coronavirus vaccine, which was put into practical use at an unprecedented speed. The introduction of a vaccine, i.e., the addition of a pharmacological intervention, puts the two wheels on the same wheel. However, large scale spread of infectious diseases is not just an infectious disease problem, but has become a very complex “social disease”, involving politics, the economy, and the chaos of the international community. So still, we do not have effective prescription for them. Although, I tried to describe about how to enter the with corona era in near future.

(This article was written based on the epidemic situation until the end of May 2022, but after submitting this, we have the 7th wave and it has surpassed the 6th wave.)

【Bull Soc Med 2022 ; 39 (2) : 113 – 120】

Key words : COVID-19, pharmaceutical intervention, non-pharmaceutical intervention, with corona era

1) Kawasaki City Institute for Public Health

会員の声

ウクライナからの声

武内 一¹⁾

【社会医学研究2022；39（2）：121-124】

キーワード：ウクライナ侵攻 メッセージ 国際署名

2022年2月24日に開始されたロシアによるウクライナ侵攻は、執筆している今も解決への糸口が見えない。この戦争がウクライナの人々にもたらしている現実を、ウクライナ国籍の友人から伺ってきている。誌面の制約もあり、いくつかの映像と情報を提供することで、社会医学を学び実践されている会員の皆さんと改めて戦争の現実を共有させていただき、自らの行動を考えるとともに学会への期待のメッセージを伝えたい。

私は、2017年度スウェーデンのウメオ大学で一年間研究する機会があった。その時博士論文を書き上げ課程を終えられたのが、ウクライナ国籍のカティア・カルジャイナ (Katya Kargina, (英) Kateryna Karhina) 氏である。彼女の論文のタイトルは“Social capital and well-being in the transitional setting of Ukraine” (過渡期にあるウクライナの社会関係資本とウェルビーイング) で、2013年に始まった軍事紛争下のウクライナにおける社会関係資本を調査し、社会関係資本とウェルビーイングの関連性と、社会関係資本の影響のジェンダー間での違い、社会背景によって社会関係資本の不平等な分配の状況がある点などを明らかにした¹⁾。その後彼女は、ノルウェーで研究生生活を続けている

が、家族は首都キーウ南東300kmのクレメンチュグ (Kremenchuk) に留まっている。

彼女が共有してくれた映像と音の中から、絶望した気持ちを支えてくれる曲だと紹介してくれたのが、ウクライナのミュージシャンKAZKA (ウクライナ語でおとぎ話) の“*I AM NOT OK*” (4分40秒) である²⁾。もう一つ、日々このサイレンが鳴るたび地下室や防空壕で過ごす思いを想像してほしいとのメッセージと共に、7種類の空襲警報の収録 (3分50秒) が紹介された³⁾。

彼女のいところは戦下の中クレメンチュグ出身で、地域の多くの人々に支えられて育っている。メッセージを通じて恐ろしい戦争の現実を伝える一方で、この女兒ヴァーリア (Varya, (英) Barbara) の近況と笑顔の写真が彼女を支えていることが伝わってくる。

学会誌への投稿に際して社会医学会会員へのメッセージを彼女に依頼したところ、快諾してくれた。カティア本人から本学会へのメッセージを別掲にて紹介する。

彼女は、現在、ノルウェーからウクライナ支援を組織的に取り組むメンバーの一員として、親を失ったり、住居を追われたりした子どもたちの心の傷をサポートする友人の児童精神科医ユージン (Yevhen) を中心としたPTSD支援チーム養成への関わりに力を注いでいると連絡があった。日本で何か協力したい旨を伝えているが、彼女も忙しい。

国際的学術組織である国際社会小児科学小児

1) 佛教大学社会福祉学部

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

Dear the members of the Japanese Society for Social Medicine

First of all, I would like to thank every person supporting Ukraine in this tragic and critical time.

We appreciate everything that Japan does for us!

I encourage the research community to strengthen cooperation with the Ukrainian scientists.

Through collaboration with our wise colleagues worldwide, we will rebuild what has been destroyed and restore peace and stability.

You have a unique chance to lend a helping hand in laying down the new foundation for Ukrainian science.

Such help would be truly invaluable!

Our cooperation at this moment would reinforce our partnership based on the shared values to our mutual benefit.

With best

Katya

日本社会医学协会会员の皆様へ

まず最初に、この悲劇的で危機的な時期に、ウクライナを支援して下さったすべての人に感謝いたします。

日本が私たちのためにしてくれたことすべてを、ここからありがたく思っています！

私は、みなさんのリサーチ・コミュニティがウクライナの科学者との協力を強化することを期待しています。

世界中の志のある研究者仲間との協力を通じて、私たちは破壊された状況を再建し、平和と安定を回復していきます。

みなさんは、ウクライナの学問の新しい基盤を築くのに手を貸していただく素晴らしい機会をおもちです。

そのような支援は、間違いなくかけがえのないものとなります！

今の時点での私たちとの協力としては、私たちの相互利益のために共有された価値観に基づいた私たちのパートナーシップを強化することだと思います。

感謝を込めて

カティア

ノルウェー ベルゲン在住のカティアさんから日本社会医学会へのメッセージ（2022年5月17日）

ISSOPとISPCAN共同署名の掲げる要望

データの収集	<p>子どもの死傷者に関する正確で体系的な報告は、あらゆる対応において決定的に重要である</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 信頼できるデータ報告は、国連機関間緊急対応システムの不可欠な部分である必要がある 国連内に武力紛争下で犠牲を強いられる子どもたちへの人道的対応を正式に発足させる 2. 国家レベルでは、軍隊を配備している国や武器の売却を含む武力紛争に関与している国はすべて、自らの行動や製造した武器によって負傷または死亡した子どもの数を含む、民間人犠牲者の年次報告書を提出する
戦闘地域で傷ついたり子どもたちの急性期および慢性期の健康管理	<p>武力紛争で傷ついた子どもたちへの専門的ケアは、国連と紛争に直接・間接的に関与しているすべての国の責任である</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 軍の病院は、子どもに対するケアのための人材育成や設備などに関する適切な規定を含む 2. 子どもたちは、市町村や地域の既存の医療と連携し、効果的に救助、トリアージ、救急搬送、適切な病院での医療という流れに繋がれるようにすべきである これらのしくみは維持されなければならない 3. 長期的なりハビリテーション、社会復帰、精神面や行動面の健康管理への戦略を検討する 4. 独立した透明性の高い国際機関が、過酷な環境で傷ついた子どもたちのケアに関する研究に資金を提供すべきで、研究には、武力紛争が子どもに及ぼす直接的長期的な影響を調べる研究が含まれる
最善の利益	<p>紛争は常に外交的に解決されるべきである 子どもの最善の利益は、すべての対話と議論に含まれ、すべての協定に明記されるべきである</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 軍事政策では、家屋、学校、バス、市場、病院・診療所、井戸、礼拝所など、子どもたちが生活し頻りに訪れる場所の保護を重視すべきである 2. 軍事行動は、継続的に見直し改訂され、透明性をもって民間人の被害軽減を実践すべきで、それには、子どもの保護を確保するための同盟軍や非国家武装集団への支援と訓練も含まれる 3. 敵対する当事者間の軍事紛争解決への戦略は、自発的な避難や小児医療施設への安全なアクセスを含めて子どもや若者の保護と最善の利益を優先すべきである
ガバナンス（管理）	<p>政府は、武力紛争における民間人の被害軽減規定を確保する法律を施行し強化する必要がある</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. すべての加盟国および加盟国から武器を購入する国は、このような法律の遵守を義務づけられる 2. 政策立案者は、その政策がそうした法律に従うよう説明責任を負う 3. 武力紛争における被害から子どもたちを保護することは、武器を製造・販売する企業の優先事項である 4. 武器産業に投資している機関、国家、グローバルな金融関係者は、子どもの保護と被害軽減に関連するグローバルな基準や規範に対して説明責任を果たすべきである

保健学会（ISSOP）と国際子ども虐待防止学会（ISPCAN）が共同で、紛争下にある子どもたちへの支援のあり方の基本的な道筋を示し、国際社会の理解を呼びかけている。みなさんからの署名の協力をお願いしたい⁴⁾。

参考資料

1) Kateryna Karhina. Social Capital and Well-being in the Transitional Setting of Ukraine Dissertation Department of Public Health and Clinical Medicine Epidemiology and Global Health, Umeå University 2017. <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1158565/>

FULLTEXT03 (最終アクセス2022.8.26)

2) KAZKA - I AM NOT OK [Official Video].

<https://www.youtube.com/watch?v=MGgDdU1BYsA> (最終アクセス2022.8.26)

3) Сирена Воздушной Тревоги ЗВУК 7 вариантов! <https://www.youtube.com/watch?v=skzdUhkKJ9w> (最終アクセス2022.8.26)

4) ISSOP and ISPCAN. Protect and Mitigate Harm to Children Impacted by Armed Conflict. [https://www.change.org/p/protect-and-mitigate-harm-to-children-impacted-](https://www.change.org/p/protect-and-mitigate-harm-to-children-impacted-by-armed-conflict?recruiter=1091097958&recruited_by_id=a056c920-9935-11ea-98fe-8d0c59561b4a&utm_source=share_petition&utm_campaign=share_petition&utm_medium=copylink&utm_content=cl_sharecopy_32570764_en-US%3A4)

[by-armed-conflict?recruiter=1091097958&recruited_by_id=a056c920-9935-11ea-98fe-8d0c59561b4a&utm_source=share_petition&utm_campaign=share_petition&utm_medium=copylink&utm_content=cl_sharecopy_32570764_en-US%3A4](https://www.change.org/p/protect-and-mitigate-harm-to-children-impacted-by-armed-conflict?recruiter=1091097958&recruited_by_id=a056c920-9935-11ea-98fe-8d0c59561b4a&utm_source=share_petition&utm_campaign=share_petition&utm_medium=copylink&utm_content=cl_sharecopy_32570764_en-US%3A4)



(最終アクセス2022.8.26)

(受付 2022.05.23 : 受理 2022.08.17)

Voice from Ukraine

Hajime Takeuchi¹⁾

【Bull Soc Med 2022 ; 39 (2) : 121 - 124】

Key words : Russia's military attack on Ukraine, message, international petition

1) Department of Social Welfare. Bukkyo University

「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「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則に記載する。
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、発表内容に関する企業・組織または団体とのCOI 状態を著者ごとに自己申告記載)

論文投稿の際は、以下の項目を記入し、この用紙を原稿とともに提出して下さい。

項 目	該当の状況	有であれば、著者名：企業名などの記載
①報酬額 1つの企業・団体から年間100万円以上	有 ・ 無	
②株式の利益 1つの企業から年間100万円以上、あるいは当該株式の5%以上保有	有 ・ 無	
③特許使用料 1つにつき年間100万円以上	有 ・ 無	
④講演料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上	有 ・ 無	
⑤原稿料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上	有 ・ 無	
⑥研究費・助成金などの総額 1つの企業・団体から、医学系研究（共同研究、受託研究、治験など）に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑦奨学（奨励）寄附金などの総額 1つの企業・団体からの奨学寄附金を共有する所属部局（講座、分野あるいは研究室など）に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑧企業などが提供する寄附講座 実質的に使途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑨旅費、贈答品などの受領 1つの企業・団体から年間5万円以上	有 ・ 無	

(本COI申告書は論文掲載後3年間保管されます)

(申告日) 年 月 日

記名（自署） _____

著作権委譲承諾書

日本社会医学会 御中

論文名 _____ _____
著者名（筆頭著者から順に全員の氏名を記載してください） _____ _____

上記の論文が日本社会医学会に採用された場合、当該論文の著作権を日本社会医学会に委譲することを承諾いたします。また著者全員が当該論文の内容に責任を持ち、論文の内容は過去に他誌に掲載されたり、現在も掲載（投稿中のものを含む）が予定されていません。さらに本論文の可否が決定されるまで他誌には投稿しません。委譲、誓約いたします。

（下記に記名および自署してください※¹）

責任著者：

記名_____自署_____日付____年 月 日

著者：

記名_____自署_____日付____年 月 日

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

※² 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員であることを原則とします。

日本社会医学会会則

第 1 章 総 則

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

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

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

第 3 条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。

1. 研究会の開催
2. 会誌、論文集などの発行
3. その他必要な事業

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

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

第 2 章 会 員

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

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

第 8 条 (退会) 会員は書面により理事長に通告すれば退会できる。

第 2 項 会員の死亡、または失踪の通知を受けた場合には、自然退会とする。

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

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

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

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

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

第 3 章 総 会

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

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

第 4 章 役 員

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

評 議 員
理 事
監 事

理事、評議員、及び監事など本会役員の定数は選出細則によって別に定める。

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

第 2 項 選出に関する細目は別に定める、【役員選挙細則】による。

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

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

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

第 5 章 役 員 会

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

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

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

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

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

第 6 章 会 費

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

第 2 項 名誉会員は、会費納入を免除される。

第 7 章 そ の 他

第 17 条 本会は、会員の希望により各地方会をおくことができる。

第 18 条 本会の諸行事、出版物などは、会員外に公開することができる。

第 8 章 雑 則

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

付 則 本改正会則は2014年7月13日から施行する。

日本社会医学会役員選出細則

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

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

編集後記

2020年より新型コロナウイルス感染症が流行し始めて、3年目に入りました。本年7月に訪れた過去最大の感染者数であった第7波もほぼ収まり、何とか世の中は元通りの生活を取り戻そうとしています。今後はウィズコロナの新時代を、どうやって心身共に健康に暮らしていくのかを共に考え、速やかに実践していくことが重要な鍵になります。

一方で、ロシアによるウクライナ侵攻はいまだに終息せず、東西対立は一触即発の予断を許さない状況が続いています。世界、はたまた地球規模で考えても、我々一人一人の生活や生命は非常に大きく重く、それでいて非常に儂いものかもしれません。であるからこそ、一人一人の生活や生命を思いやる心、己を大切に、他を慮ることの大切さを声を大にして伝えたいものです。

苦しい時こそ真価が問われます。たまには足元を確かめつつ、上を向いて歩いていきましょう。

日本社会医学会機関誌・社会医学研究
編集委員長 小橋 元

査読いただきました先生方に感謝いたします。

石竹達也、乾明成、岩田昇、内山浩志、梅澤光政、扇原淳、大内基司、岡田栄作、加藤憲、亀井美登里、北原照代、木村美也子、小林道、財津将嘉、斎藤京子、西連地利己、志渡晃一、柴田英治、菅野撰子、高岡宣子、高鳥毛敏雄、武内一、田中勤、戸ヶ里泰典、野尻由香、羽原美奈子、春山康夫、藤原佳典、眞崎直子、三浦康代、宮尾克、山田裕一

(50音順、敬称略)

社会医学研究 第39巻2号 2022年9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