

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

社会医学研究

40-1

2023

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

<巻頭言>

1. 戦争と労働・医学 「戦後最大の安保政策転換」ではなく軍縮を …… 西山勝夫 1

<原著論文>

2. 精神科病院のない離島の精神障害者の地域定着を支える訪問看護師の取り組み …… 久松美佐子 5
Approaches of Visiting Nurses to Support the Community Settlement of People with Mental Disorders Living on Remote Islands without Psychiatric Hospitals
3. 地域在住高齢者における男女別にみた孤食と居住形態の継続・変化と
6年後の幸福感との関連 …… 児玉小百合 19
Continuation or change in habitually eating alone and habitation lifestyle and its association with happiness six years later in community-dwelling older people: an analysis by sex

<特別報告>

4. 健康格差と社会的要因を明らかにするサーベイランス研究の必要性：
米国における黒人・白人間の健康格差に係る ARIC 研究の紹介を通して …… 八谷 寛 31
Atherosclerosis Risk in Communities Study's findings on racial differences in the health status and risks: importance of surveillance study to identify possible health disparities and related social determinants of health
5. 第63回日本社会医学会総会・基調講演
地域共生社会の理念と現実、および社会医学への期待 …… 二木 立 39
community-based inclusive society, community-based comprehensive care, social medicine
6. 思春期とともに歩む時間から社会づくりを考える …… 田中 勤 49
Possibility of Building Social Bonds Considered from the Case Series of Adolescents
7. 子どもたちの困りごとと支援の在り方 ～弁護士 SNS 相談を通じて～ …… 伊東亜矢子 54
Problems Children Face and Approaches in Assisting Children - Through Lawyer Consultation via SNS
8. 新型コロナウイルス感染症対応の経験から得た、地域における自分事のしくみづくり …… 白井千香 58
Creating a structure of taking as personal problem of community health, based experience of COVID-19.
9. 愛知県で生活する外国人の保健医療アクセスを考える …… 樋口倫代 64
Access to health care among foreign residents living in Aichi Prefecture
10. 外国人の人口比が高い伊賀市における様々な生活支援実践事例報告 …… 平井俊圭 70
In Iga City, where the population ratio of foreigners is high Various livelihood support practice case reports
11. 日本人住民と外国人住民が協働する多文化子育て支援活動 …… 坂本真理子 75
Multicultural child-rearing support activities in which Japanese and non-Japanese residents collaborate
12. 人と人との繋がりから広がるまちづくり－保見ヶ丘地域の取り組み …… 吉村迅翔 80
Community Development by personal connections -Efforts in the Homigaoka area
13. 一般住民における原因不明の様々な症状に関する中枢神経感作症候群の有病率について… 春山康夫 84
The prevalence of central sensitization syndromes regarding various unexplained symptoms in the general population
14. 日本社会医学会 第63回総会 市民公開特別シンポジウム 1：
理解されない痛みや症状に寄り添うために～私達に何ができるか？～ …… 西須大徳 90
Central sensitization of chronic orofacial pain condition
15. 急増する環境過敏症患者の発症を予防するためにできることは？
－環境過敏症は現代人なら誰がいつ発症してもおかしくない健康障害では？－ …… 北條祥子 95
What can we do to prevent the onset of rapidly increasing environmental hypersensitivity patients? - Isn't environmental hypersensitivity a health disorder that could happen to anyone in modern world?-
16. 日本社会医学会 2022 シンポジウムの記録
中枢神経感作症候群の測定ツール CSI (Central Sensitization Inventory) の
地域住民における COSMIN チェックの試み …… 岩田 昇 103
COSMIN check on the Japanese version of Central Sensitization Inventory (CSI-J) when used for community residents in Japan

「社会医学研究」投稿規程	110
「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則	112
社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト	116
投稿時COI自己申告書	117
著作権委譲承諾書	118
日本社会医学会会則	119
日本社会医学会役員選出細則	120
編集後記	121

巻頭言

戦争と労働・医学 「戦後最大の安保政策転換」ではなく軍縮を

西山勝夫

真珠湾攻撃～三井三池三川炭鉱炭塵爆発災害

1941年12月8日に日本軍真珠湾攻撃、翌年4月18日にはもうアメリカの空母艦載爆撃機B25の東京初空襲があり、その数日後東京都心で私は生れた。1年後、弟の出産前に母はジフテリアに感染し、大阪から京都市内に疎開していた祖父母宅に私は預けられた。以降、滋賀県朽木村への疎開以外は京都で育てられた。60年安保は高校3年生の時であった。メーデー以後、生徒会ぐるみの安保反対運動に明け暮れたが、6月15日の新安保条約自然成立で終わった。

翌年京都大学工学部入学の頃は安保の余波で、学生運動は活発で私も自然に参加した。当時は米ソ核実験が頻繁に行われ、実験直後に雨が降れば、「毛が抜ける」と心配する時代だった。1962年10月のキューバ危機では核戦争による人類全滅の恐怖に襲われた。

それでも工学部では、戦争により科学技術は発展すると信じる学生が多かった。大学3年生の1963年11月9日に本年60周年となる三井三池三川炭鉱炭塵爆発災害があった。これがきっかけで私は工学・労働の在り方を問い、「三池」を二度と起こさない学問を模索した。

労働衛生学、社会医学の追究・研鑽

1965年に大阪大学大学院基礎工学研究科に進学後、庄司光、西尾雅七、丸山博、宮本憲一らが率いる関西電力岬町多奈川火力発電所問題に取り組んだ。その中で大阪西淀川地域にある労働衛生研究会を教えられた。そこで、関西医科大学衛生学教室の細川汀助教授に初めて会った。1970年4月8日の大阪天六^{てんろく}ガス爆発事故を機に地下街労働者の労働と健康の調査をした。上述の労働衛生研究会が縁で、1971年から細川教室の助手として労働衛生学研究を始め、大阪の働くもののいのちと健康を守る運動にも参加した。初めての社会医学研究会（1997年に「日本社会医学会」に名称変更、以下、社医研）発表は1973年（第14回）での地下街労働に関する口演で、目前に陣取っておられた丸山世話人には激励された。1977年からは滋賀医科大学予防医学講座渡部真也教授の下で労働衛生学研究を継続した。毎年の日本産業衛生学会（以下、産衛学会）、社医研の総会時の労働衛生若手研究者の会にも参加した。渡部が1991年に社医研代表世話人に選ばれ、事務局を担うことになった私には、ゼミで社医研総会記録や社医研の創始者の曾田長宗の『社会医学のはるかな道』などの関連書籍をレビューし、社会医学についての研鑽を求められた。第32回社医研総会（1991年）の主題は「再び社会医学とは何かを考える」であった。しかし、社会医学系といわれる学会・研究会が多々ある中での社医研の存在意義は曖昧なままに終わった。渡部は労働衛生学が家畜衛生学になってはならないとの言葉を残した。

戦争と関わりのない労働を目標に

1999年のILO第87回総会でディーセント・ワークが活動の主目標と位置付けられた。労働衛生学上も画期的と考え、日本でも取り組まれるように私は努め、「平和・軍縮なくしてはディーセント・ワークなし」との日本から発信・提案をよびかけた。

戦争とディーセント・ワークの関連では、2015年の第105回総会で1944年の雇用（戦時より平時への過渡期）第71号勧告が見直された。昨年のILO総会では事務局長が「戦争に訴える者は社会正義を否定」という開会スピーチをした。しかし、ILOが、1919年の設立時に掲げた「世界の永続する平和」の実現にどれだけ貢献できたかは疑問である。というのは、ILOでは、軍事的性質の作業・軍需産業労働・軍事労働・戦争に加担する労働・戦争準備に貢献する労働（以下、軍事労働）の禁止あるいは戦争と関連のない労働が目標に掲げられていないからである。

それは「戦争の放棄」を定めた憲法を有する日本では一点の曇りもなくできることではないか。そのためにも「後方戦力の労働力」（後に詳述）が担った戦中の労働・生業といのちや健康の関連を焦点とする史実の解明と検証は不可欠と考えられる。日本は、世界有数の軍事力を有し、2013年には特定秘密保護法、集団的自衛権閣議決定、2015年には防衛省安全保障技術研究推進制度、日本学術会議を軍事研究の道に引きずり込む企て、安全保障関連法、2016年には国民保護法、2020年には日本学術会議会員の任命問題、2022年には経済安全保障推進法、日本学術会議会員の選挙への第三者の参加、安保3文書の改定「戦後最大の安保政策転換」など、大軍拡と総動員体制で戦争にどんどん向かっている。これらに抗うことは、軍事労働の蔓延を防ぎ、現在およびこれからの足元の労働を深く問い直し、戦争と関連のない労働社会の実現に資することになろう。

「戦争と医学」の探究

産衛学会の1998年の創立70周年記念シンポジウムでは先の戦争への加担の反省はなかった。そこで始めたレビューで、1959年の学会創立30周年に出された「大戦中における本会の活動は、戦時産業労働力の確保、労働者の結核対策、後方戦力としての生産労働力の維持に役立つところが多かった」「戦時中においては、学会の総力を動員して、後方戦力の労働力の確保に大いに貢献するところがあった」とする理事長見解が見直されていないことを知った（西山「今世紀の労働衛生学」社医研総会、1998及び「戦前・戦中の日本産業衛生学会の活動と戦争責任」社会医学研究第19巻、2001）。産衛学会執行部には「21世紀を目前にして反省を」と求めたが自省の動きはなかった。

2000年6月17日の15年戦争と日本の医学医療研究会の創立に参加した。以降「戦争と医学」に取り組み、2016年からは軍学共同反対連絡会にも参加し、今日に至っている。調査研究では、日本の医学・医療を代表する日本医学会・日本医師会の戦争への加担が解明された。2007年の日本医学会総会を機に反省を求める運動が始められたが、毎回の総会ではほとんど無視されてきた。

昨年は日本医学会創立120周年であった。記念事業の一つである記念誌の編集委員会より「毒瓦斯問題と軍陣医学分科会」のテーマで執筆を依頼され、昨年3月刊行の記念誌に掲載された。岸玲子本会会員は同誌刊行への尽力を、昨年の社会医学会市民公開特別シンポジウム「戦争と医学医療-過去から学び未来につなげるために」で、明かにされた。さらに、4月の日本医学会120周年記念シンポジウムでは、日本医学会「未来への提言」作成委員会（飯野正光委員長）から「医学・医療の名において、人間の尊厳・人権の尊重が蹂躪され、人々に大きな犠牲を強いた過去を持つ」として「戦時中に七三一部隊で中国人やロシア人等を対象とした非人道的な人体実験（当時の日本の医学界をリードしていた大学教授たちが多く参加していた事実）、ハンセン病患者に対する強制隔離や優生手術、薬害エイズ事件、『旧優生保護法』に象徴される生命倫理原則や基本的人権、インフォームド・コンセントの蹂躪」が明示され、「私たちは、こうした過去の過ちに学び、将来にわたって非倫理的な状況が再び起こることのないよう、私たち自身の倫理を確固たるものとし、時には流れに^{あらが}抗うことも医学に携わる者の責務であることを改めて認識する」という、画期的な表明がなされた。

これからの日本社会医学会

上述でふれた「戦争と産衛学会」のレビュー時には、社医研においてかつての戦争に関する追究の足跡は認められなかった。曾田は前掲の書で「排他愛国主義的侵略戦争に力を貸したこととなり、後に至って恥入る次第」と述べ、かなりの数の戦前からの社会医学者に言及したが、「戦争と医学」を社医研の追究課題にあげてはいない。かろうじて見いだせたのが、社医研世話人でもあった丸山博が日本衛生学会史（1984年）の座談会で「石井部隊の反省というのが医学界でなされていないということ、これはやはり日本の医学者の怠慢」という主張であるが、「戦争と医学」の探究への言及はない。丸山からは、私が社医研事務局を務めていた頃、時々電話を頂いたり自宅に招かれたりしたが、この問題には言及されることなく亡くなられた。

21世紀を前にして社医研をリードしてきた先輩会員の聞き取りを試みたが、戦争体験については口は堅く、漏れるはずがないのに面談冒頭で「会うなと言われた」と教えられるという謎めいたこともあった。社医研の創始者らが先の大戦になぜ向き合わなかったかは謎であり、社医研の存在意義を示せない根源に関わると思った。

「戦争と医学」について本学会では、私は、2006年に「戦争・平和と医学・医療を考える」自由集会での「黒い太陽七三一 戦慄! 石井七三一細菌部隊の全貌」*のビデオ上映から始めた。しかし、その悍しさに気分を害する人が続出し、討論なしで閉会した。2012～4年に企画したミニシンポ「戦争と医学」では司会者と演者だけの参加という時もあった。2016年にはシンポ「戦争と科学」、2017年には市民公開講座「戦争と科学—日本学術会議の軍事研究に関する新声明が科学者に問いかける課題」、2021年総会は「日本学術会議新規会員任命拒否に対して」を決議し、2022年理事会は「ロシアのウクライナ侵攻に抗議する声明」を発出し、前述のように市民公開特別シンポジウムの開催と、20世紀にはなかった展開がある。昨年末の風雲急を告げる「戦後最大の安保政策転換」や軍事研究予算の大幅増額案は、60年安保当時に懸念された危険・危機の最たるものである。昨年末の日本医学会連合の「声明 日本学術会議の独立性維持を求める」は医学界のみならず学術界において画期的である。本学会もいかに抗うかが問われている。

十数回に及ぶ「戦争と医学」訪中調査で、中国の故事「前事不忘後事之師」**が紀元前からあることを学んだ。先の大戦に代表される日本の侵略戦争と社会医学、医学医療、人々のいのちと健康に関する史実と教訓の追究を通じて、戦争が最大最悪の社会的健康阻害要因であることを検証するのは本学会こそなせる課題ではないか。検証結果を踏まえて、社会医学の役割・課題を国民にわかりやすく発信し続けることも課題である。こうした取り組みを本学会が孤塁に陥らないように、医学界・医療界全体あるいは学術界を視野に入れた連携、協働も図ることのできる取り組みに展開・発展させることができるかどうか問われている。

脚注

* 香港映画、原題:黒太陽731、英題:Men Behind The Sun、またはThe Devil 731、1988年公開。日本では、1991年上映、1993年に、につかつビデオ株式会社よりビデオ発売。

** 「前事を忘れざるは後事の師なり」と読める。出典：戦国策（古代中国大陸の周の元王から秦の始皇帝までの戦国時代の謀臣らの活躍を編集したもの）第33篇。ワイツゼッカードイツ連邦大統領演の1985年5月8日の演説「荒れ野の40年」中の「過去に目を閉ざす者は、現在にも盲目となる」と同意といえる。

(受付 2022.12.26：受理 2023.02.11)

年表、「戦争と医学」にかかわる日本社会医学会や日本の医学界・医療界の動向、「戦争と医の倫理」の検証を進める運動、主な社会の出来事

暦年	事項（/以後は国際的事項、太字は社医研の事項）
1945	終戦
1946	民主主義科学者協会や新日本医師聯盟の結成、日本医師会幹部の公職追放、日本国憲法公布/ニュルンベルク医師裁判
1947	第12回医学会総会、新生日本医師会発足
1948	日本医師会・日本医学会の合体、新日本医師協会結成/医の倫理に関するジュネーブ宣言
1949	日本医師会決議「日本の医師を代表する日本医師会は、この機会に、戦時中に敵国人に対して加えられた残虐行為を公然と非難（以下略）」、日本学術会議創設「これまでわが国の科学者がとりきった態度について強く反省」とする決意の表明/ハバロフスク裁判
1950	日本学術会議「戦争を目的とする科学の研究には絶対従わない決意の表明」/朝鮮戦争（～1953）
1951	第3回日本衛生学会を第21回日本衛生学会とする回帰、日本医師会：「医師の倫理」/世界医師会：日本医師会加盟の承認、単独講和
1959	社会医学研究会（現日本社会医学会）準備会
1960	社会医学研究会発足 /新安保条約成立、ベトナム戦争（～1975）
1963	元731部隊中樞の内藤良一「乾燥人血漿について私のお詫び」（日本産婦人科学会雑誌）、三井三池三川炭鉱炭塵爆発災害
1967	日本学術会議「科学研究の成果が軍事目的に使用されることを防止するために（声明）」
1972	労働基準法から分離独立した労働安全衛生法
1975	/「生物兵器禁止条約」発効
1976	TBS放映「ある傷痕～魔の731部隊」
1980	/ベルリン保健デー：「医学と国家社会主義」「タブーにされた過去—断絶のない伝統?」
1981	森村誠一「悪魔の飽食」
1983	秋元寿恵夫『医の倫理を問う—第731部隊での体験から』
1984	丸山博「石井部隊の反省というのが医学界でなされていないということ、これはやはり日本の医学者の怠慢」（日本衛生学会50年史）
1987	大阪府保険医協会「医者たちの8月15日」
1988	/ボグロム50周年（ドイツ連邦）、ベルリン医師代表：ベルリン医師会の声明を要求
1991	林功三『人間の価値—1918年から1945年までのドイツの医学』/自衛隊のペルシャ湾派遣
1995	大阪府保険医協会理事会決議「戦後50年にあたり、侵略戦争の反省と反戦・平和への開業医の決意」、全国保険医団体連合会幹事会決議
1996	/世界医師会総会：Franzblau「731部隊に関する決議案」
1997	最高裁「旧満洲731部隊の記述に関する検定は違法」、 社会医学研究会が日本社会医学会に名称変更 /「化学兵器禁止条約」発効
1998	日本産業衛生学会70周年事業メインシンポジウム「今世紀の産業衛生の成果を問う」、 社会医学研究会「今世紀の労働衛生学」（西山）
1999	第25回日本医学会総会『日本医学会総会 百年のあゆみ』/周辺事態法、盗聴法、国旗国歌法、住民基本台帳法改定
2000	日本の戦争と医学医療研究会（以降、戦医研と称す）発足：例会（年2～3回）・機関誌（半年刊）、助昭三『戦争と医療—医師たちの15年戦争』
2002	有事3法、個人情報保護法/戦医研役員連名：日中医学大会2002発表
2003	/中国齊齊哈爾（チチハル）遺棄化学兵器被害
2004	陸軍軍医学校防疫研究報告プロジェクトチーム/日医ニュース：世界医師会における日本医師会の戦争責任追及、「戦争と医学」訪中調査団、世界医師会総会東京開催
2005	戦医研：日本医師会会長への要請、日本学術会議の「生命科学の全体像と生命倫理特別委員会報告」及び「平和問題研究連絡委員会報告」/「戦争と医学」訪中調査団
2006	日本社会医学会自由集会「戦争・平和と医学・医療を考える」 、「戦争と医の倫理」の検証を進める会（以降、進める会と称す）設立、第27回日本医学会総会会頭へ国際シンポジウム・展示の要請/「戦争と医学」訪中調査団
2007	進める会：第27回日本医学会総会における展示及び並行独自企画、「731部隊細菌戦国家賠償請求訴訟」の最高裁判決（原判決2002年8月27日の確定）/「戦争と医学」訪中調査団
2008	/「戦争と医学」訪中調査団
2009	進める会：第28回日本医学会総会会頭へ自省を求める要請/「戦争と医学」訪中調査団
2010	戦医研：日本学術会議協力学術研究団体に登録/「戦争と医学」訪中調査団、ドイツ精神医学精神療法神経学会（DGPPN）総会：シュナイダー「ナチ時代の精神医学—回想と責任」
2011	/「戦争と医学」訪中調査団、侵華日軍第七三一部隊罪証陳列館金館長一行東京大学医学部長・京都大学医学部長訪問
2012	日本社会医学会ミニシンポジウム「戦争と医学」 、進める会：第30回日本医学会総会会頭への要請
2013	日本社会医学会シンポジウム「戦争と医学」 、進める会：日本医学会高久会長への要請、特定秘密保護法、集団的自衛権閣議決定/「戦争と医学」訪中調査団
2014	社医研ミニシンポジウム「戦争と医学」 、西山『戦争と医学』/「戦争と医学」訪中調査団
2015	戦医研「NO MORE 731日本軍細菌線部隊」、西山「 社医研レター 社会医学会が戦争加担の道を歩まぬために 」、 日本社会医学会総会決議「日本社会医学会は、最大最悪の社会的健康阻害要因である戦争につながる戦争法案（安全保障関連法案）に反対する 」、進める会：第29回日本医学会総会並行独自企画、防衛装備庁発足、安全保障技術研究推進制度、放送法解釈変更/DGPPN移動展覧会（大阪）「ナチ時代の患者と障害者たち」、侵華日軍第七三一部隊罪証陳列館新館竣工
2016	西山：国立公文書館で「関東軍防疫給水部 留守名簿」など発掘、戦医研「戦争・731と大学・医科大学」、 日本社会医学会シンポジウム「戦争と科学」 、進める会：「軍事研究容認の動きを危惧し、反対する医学・医療関係者の声明」と記者会見、軍学共同反対連絡会発足、国民保護法/「戦争と医学」訪中調査団
2017	日本学術会議「 軍事的安全保障研究に関する声明 」、 第58回日本社会医学会総会関連市民公開講座「戦争と科学」 日本学術会議の 軍事研究に関する新声明が科学者に問いかける課題 、テロ等準備罪
2018	満洲第731部隊軍医将校の学位授与の検証を京大に求める会設立、戦医研：「日本学術会議会員人事への政治介入に抗議し、撤回を求める」声明
2019	進める会：第30回日本医学会総会並行独自企画、 第60回日本社会医学会総会一般演題11群（戦争と医学関連）
2021	日本社会医学会総会決議「日本学術会議新規会員任命拒否に対して」 /「核兵器禁止条約」発効
2022	日本社会医学会理事会「ロシアのウクライナ侵攻に抗議する声明 」、日本医学会創立120周年記念事業、進める会：第31回日本医学会総会会頭への要請、 第63回日本社会医学会市民公開特別シンポジウム「戦争と医学医療—過去から学び未来につなげるために 」、日本医学会連合「 声明 日本学術会議の独立性維持を求める 」、経済安全保障推進法、安保3文書（国家安全保障戦略、国家防衛戦略、防衛力整備計画）改定

原著論文

精神科病院のない離島の精神障害者の地域定着を支える 訪問看護師の取り組み

久松美佐子¹⁾, 山下亜矢子²⁾, 根路銘安仁²⁾, 末永真由美³⁾

背景・目的：精神保健医療福祉の政策は、入院医療中心から地域生活支援へと展開を進めているが、地域の精神保健医療福祉サービス資源の地域格差が問題視されている。本研究の目的は、精神科病院のない離島で生活する精神障害者の地域定着を支える訪問看護師の取り組みを明らかにすることである。

方法：対象は、精神科病院のない離島の精神障害者を訪問している精神科看護師であった。2020年10月から2021年7月に半構造化面接を実施した。調査内容は、利用者が地域定着するための支援や連携についてであった。面接内容は逐語録にし、質的記述的に分析した。本研究は、鹿児島大学疫学研究等倫理委員会の承認を得て実施した。

結果：訪問看護師の取り組みとして、【島内での生活継続に向けた利用者の総合的理解】【島内での生活に馴染むための支援】【体調コントロールのための具体的な対応】【訪問時に再燃しているときの即座の対応】【島内支援者の支援を中心とした連携】が明らかとなった。

考察：離島の精神障害者の生活は、すぐに病院受診できない状況や、生活への馴染みにくさが影響していることが考えられた。離島における精神障害者の地域定着の推進に向けて、離島支援を中心として保健・医療・福祉の連携を行い、離島に即した支援体制を醸成する重要性が示唆された。

【社会医学研究2023；40（1）：5-18】

キーワード：精神障害、離島、訪問看護、地域定着支援

I. 緒言

日本の精神保健医療福祉の政策は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた事業が実施され¹⁾、地域の特性に応じて醸成されることが課題とされている²⁾。しかし、世界的に

みても地域で生活する精神障害者が置かれている状況は、精神保健医療福祉サービス資源の地域格差が存在しており³⁾、過疎地域における支援の充実が必要とされている⁴⁾。日本においても、過疎化が年々進行し過疎地域の社会資源には限りがある現状であることから⁵⁾、今ある資源や地域の特性を活かしながら途切れることのない在宅医療の提供を可能とする地域包括ケアの体制作りが重要と考える。

これまで精神障害者への地域生活支援の報告では、ストレングスに着目し本人の希望を具体的な支援のチャンスとし達成することで肯定的変化をもたらすこと⁶⁾や、地域との関係を強化することで自己効力感を高めること⁷⁾、多職種チーム内にお

1) 熊本保健科学大学保健科学部看護学科

2) 鹿児島大学医学部保健学科

3) 与論町社会福祉協議会

連絡先：久松美佐子

熊本保健科学大学保健科学部看護学科

住所：〒861-5598

熊本県熊本市北区和泉町325

TEL/FAX：096-275-2259

E-mail：hisamatsu@kumamoto-hsu.ac.jp

ける支援計画を遂行しリカバリーに向けた支援を行うアウトリーチ支援の必要性⁸⁾が示されている。また、精神障害者の地域での回復には、人・場所・活動の個人的なネットワークでのつながりが人生の意味や帰属感を醸成することにもつながること⁹⁾や、回復の時期に応じて問題解決型支援と伴走型支援を合わせたハイブリッドでの支援を提供することが重要である¹⁰⁾と述べられている。これらのことから、精神障害者の地域定着には、本人の持つ力を高めながら状態に合わせ、医療と地域の保健・福祉サービスとのネットワークを密にした地域包括ケアが必要である。

地域包括ケアの推進において、その重要な役割を担う地域生活支援の1つとして精神科訪問看護がある。これまでの調査で、精神科訪問看護利用者（以下：利用者）は、対話や利用者の考えや可能性を尊重した聴く態度や日常生活の困りごとへの支援を求めており¹¹⁾、訪問看護を受けることにより安心の獲得と人生の好転という価値を見いだすことが示されている¹²⁾。また、精神的な困難を抱えた人達が健康であり続けるための知恵や工夫を蓄積して作られたセルフヘルプツールとしてWellness Recovery Action Plan (WRAP)があるが¹³⁾、その視点を反映した看護計画を用いた訪問看護の効果として、気分や自尊心、リカバリーレベル、全般的機能レベルに影響することも示されている¹⁴⁾。しかし、訪問看護師は利用者の問題解決や他職種・地域との連携など様々な困難を抱え¹⁵⁾ ¹⁶⁾ 対処している現状もある。そのため、1つの訪問看護ステーションで困難を抱え込まず、その地域の持つ力を活用してケアシステムを構築する必要がある¹⁷⁾。特に離島では、精神科病院数や相談窓口、地域支援者のマンパワー、福祉サービス数が限られている。離島を管轄する行政機関を対象にした調査では、離島の80%に精神科医療機関がなく、96.8%に社会資源が確保されていないという報告もある¹⁸⁾。離島で生活する精神障害者を対象にした調査では、精神的な問題で生活に影響があることや気兼ねなく話せる人や相談できる場所を欲していることが示されている¹⁹⁾。しかし、訪問看護を

利用することで医療とのつながりを感じ安心感を持ちチャレンジする意識が芽生える²⁰⁾という報告もあることから、訪問看護師は精神障害者のその人に合ったサービスを円滑に活用して生活ができるように、地域支援者と密に連携を取りながら支援することが必要といえる。

これまでの日本の離島や僻地における研究は、精神障害者に対する退院支援の困難要因の抽出や²¹⁾、精神保健福祉の実践報告²²⁾などに限られており、訪問看護の調査は少なく、特に精神科病院がない離島の取り組みは明らかにされていない。離島数日本第2位の鹿児島県においては、有人離島は28存在するが、精神科を専門とする医師が常在しない離島が25あり、精神障害者が精神科病院を受診するには、日帰りでの受診ができず、経済的・時間的に負担が大きい。このように精神障害者が直ぐに精神科医療に頼ることができない離島においては、訪問看護師による地域と連携した利用者の生活を継続していく力を支える支援について明らかにすることが求められると考える。

そこで本研究は、精神科病院のない離島において、訪問看護師による地域と連携した、利用者の生活を継続していく力を支える取り組みを明らかにすることを目的とする。本研究の成果は、精神保健医療福祉サービス資源の少ない地域の支援の方策や特徴、課題が示され、400以上の有人離島を抱える日本の離島や僻地の地域包括ケア推進のための方策の一助となると考える。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、質的記述的研究とした。理由として、本研究のテーマは、まだ先行研究の蓄積が十分といえないため、現段階では現象を詳細に記述し理解することを目的とした質的記述的研究が適しており²³⁾ ²⁴⁾、訪問看護師の取り組みの具体的な内容を明らかにする上では、ニュアンスに富む質的なデータを用いることが妥当と判断したからである。

2. 研究対象

今回対象とした離島は、精神科病院がなく、最も近い精神科病院まで船は1日1往復で片道3～6時間かかり、受診するのに日帰り受診ができない本土の僻地とは物理的要因が異なる地域であった。同離島では近くの離島の精神科病院から月1回の訪問看護が行われていた。この訪問看護に携わる看護師の中から選定条件として、精神科の臨床経験が5年以上ある人を研究対象者とし、訪問看護を行っている精神科病院の外来師長より10人の紹介を受けた。5年以上の経験がある者とした理由は、中堅から達人看護師にあたとされていることからである²⁵⁾。

3. データ収集期間

データ収集は、2020年10月から2021年7月であった。

4. 調査方法

研究参加者に30分～60分程度の半構造化面接を行った。面接は、研究の目的・倫理的配慮・面接技法の要素を盛り込み、インタビュー調査時のガイドライン²⁶⁾を参考に作成したインタビューガイドに沿って行った。調査内容は、①精神科病院のない離島で生活する利用者が地域定着するための具体的な支援内容、②地域定着支援を行う中での困難や課題とそれらへの対応、③利用者の周囲の人々への働きかけ、④精神科病院のない離島の多職種との連携や体制作り、⑤精神科病院との連携や体制作り、⑥精神科病院のない離島での訪問看護で大事にしていることについてであった。面接を行う場所は、感染予防を考慮し、プライバシーが保たれる病院内の個室で行った。面接内容は、研究参加者に録音の同意を得てICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

分析は、グレッグ美鈴らの質的記述的分析技法を参考に²⁷⁾、データに根付き現象を記述することに焦点を当てて行った。逐語録を作成し、データ

を丹念に読み込み、意味のまとまりを検討しながらデータを切片化した。つぎに、切片化したデータだけをよく読み、データに即したコードを付け、その後、類似したコードを集め包括するサブカテゴリ名をつけた。さらに、サブカテゴリ間の類似性、差異を比較検討しながら、カテゴリを生成した。

なお、分析の厳密性を確保するために、協力の得られた研究参加者3人にメンバーチェックングを行った。また、研究の全過程において、精神科看護実践者および精神看護や質的研究を専門とする共同研究者と定期的にディスカッションを実施し、分析結果については、全員が納得できる結果となるまで検討して決定した。

6. 倫理的配慮

本研究に際し、鹿児島大学疫学研究等倫理委員会(200078疫)および調査施設の倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者に対して、研究の目的、研究方法、研究期間、本研究への参加を強制されることがないこと、同意しない場合であっても、いかなる不利益を受けることがないこと、プライバシーが保護されること等を研究説明書に基づき口頭で説明を行い、文書で同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者の概要

参加協力が得られたのは、40～60代の女性看護職10人であり、看護師8人、准看護師2人であった。臨床の平均経験年数は 28.7 ± 8.5 年(20.5-45.5)、精神科看護の平均経験年数は 18.4 ± 12.8 年(5.5-45.5)、精神科訪問看護の平均経験年数は 2.4 ± 1.5 年(0.5-5.0)であった(表1)。面接の平均時間は、 44.7 ± 12.1 分(25-65)であった。

2. 精神科病院のない離島の利用者の地域定着を支える訪問看護師の取り組み

訪問看護師は、離島に到着すると精神保健福祉サービス支援者から情報収集を行い、その後利用者や家族の話と総合して【島内での生活継続に

表1 研究参加者の概要

	n or mean ± SD	% or range
年齢	50.5 ± 8.8	43-69
性別 女性	10	100
資格 看護師	8	80
准看護師	2	20
臨床経験年数	28.7 ± 8.5	20.5-45.5
20-29	6	60
30-39	3	30
40-49	1	10
精神科看護の経験年数	18.4 ± 12.8	5.5-45.5
5 < 10	4	40
10-19	2	20
20-29	2	20
30-39	1	10
40-49	1	10
精神科訪問看護の経験年数	2.4 ± 1.5	0.5-5.0
< 1	1	10
1-2	6	60
3-4	2	20
5-6	1	10

n=10

向けた利用者の総合的理解】を行っていた。そして訪問支援では、【島内での生活に馴染むための支援】や【体調コントロールのための具体的な対応】を行うことで島内での生活を安定して送れるよう支援していた。また利用者の精神状態の悪化がみられた際は、【訪問時に再燃しているときの即座の対応】を行い医療支援につなげていた。その他、日常や緊急時に島内の精神保健福祉サービス支援者が利用者やその家族を支援できるように、【島内支援者の支援を中心とした連携】を図っていた(表2)。なお、カテゴリを【 】、サブカテゴリを< >、発言例を「 」で表した。

- 1) 【島内での生活継続に向けた利用者の総合的理解】
このカテゴリは、訪問看護師が、利用者の生活

継続に向けた支援を提供するために、精神保健福祉サービス支援者から情報を得て、その後訪問で利用者やその家族の様子と合わせて利用者の状態を総合的に理解していたことを表す。

<島内精神保健福祉サービス支援者からの情報収集>

訪問看護師は、離島を訪れるとまずは保健センターへ行き、集約された利用者に関する1か月間の様子や変化などの情報を得ていた。

「訪問に行くのは1ヶ月に1度なので、それまで支えてくださっている行政やサロンの方々それぞれの生活の様子を聴くことがとても大事だと思います。それがあから、訪問の中で焦点を当ててお話が聴けたり、その方が望む支援につなげることができるんだと思います。」

表2 精神科病院のない離島の精神障害者の地域定着を支える訪問看護師の取り組み

カテゴリ	サブカテゴリ	コード ^a (一部抜粋)
島内での生活継続に向けた利用者の総合的理解	島内精神保健福祉サービス支援者からの情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・前回訪問時に気がかりだった利用者の様子や経過を聴く ・サービス支援者が感じ取った前回訪問からの変化を聴く ・サービス支援者が支援する上での気がかりについて聴く ・サービス支援者による1か月間の支援の状況を聴く ・家族や島内周囲)状況の変化について聴く ・サービス支援者が提供したい支援について聴く
	利用者の生活の変化や困りごとの理解	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス支援者からの情報を手掛かりに生活の様子や変化について聴く ・利用者なりの生活の工夫を理解する ・表情、態度、生活の様子から精神状態の変化を理解する ・周囲の人との対人関係の状況を理解する ・対話の中から離島での生活での困りごとを理解する ・利用者が話したい内容の中から気になっていることを察知し確認する
	家族から利用者の変化や困りごとの情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・家族から見た利用者の様子の変化について聴く ・利用者の言動に対する家族の思いを聴く ・家族の生活の中での変化や困りごとを聴く ・利用者を支えている家族の体調不良や疲労の蓄積がないか確認する ・必要時利用者とは別に家族の話も聴く ・家族が周囲に頼れずに利用者の世話を抱え込み過ぎていないか確認する
島内での生活に馴染むための支援	周囲との交流が少ない寂しさを軽減するための対話	<ul style="list-style-type: none"> ・周囲の目を気にし近隣と交流がない利用者が気軽に話せる相手となる ・島民の精神障害者への偏見に対する思いを傾聴する ・利用者の発言を肯定的に受け止め笑顔を引き出す ・一人ではないことのメッセージを送り続ける ・噂になることを気にし孤立している利用者がホッとできるひと時を作る ・定期的な訪問を約束する
	島内での生活スタイルを尊重した柔軟な対応	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が描く生活のしやすさを尊重し意見を押し付けけない ・問題点ではなく強みを見出し発揮できる機会をつくる ・今している生活の中に楽しみや目標を見いだす手助けをする ・介入が入りすぎること対象が不自由にならないように注意する ・こうあるべきではなく本人が笑顔で満足できることを尊重し柔軟に考える ・頑張りや認め生活に自信をもたらずに自由になるように注意する
	在宅生活継続に向け生活上の困り事を共に対処	<ul style="list-style-type: none"> ・島に馴染めるよう外出する機会を作り最初は共に行動する ・家族や周囲の人に頼れるところは協力をもらう ・苦手な家事は一緒にしながら一人でもできる方法を工夫する ・やってほしいことを行い気がかりを残さないようにする ・前回から今日までの生活を振り返り次につなげる ・苦痛に思っている事は無理強いせずカバーする
	家族と利用者が共に過ごしやすいためのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を普段支えている家族の頑張りや苦労 ・家族に利用者への対応の仕方についてアドバイスする ・家族が利用者のためを思っていることを承認する ・家族に精神障害や治療についての情報を提供する ・利用者や家族がお互いの気持ちを表出できるように支援する ・家族の負担が軽減するよう支援する
	島内精神保健福祉サービスとの繋がりを仲介	<ul style="list-style-type: none"> ・その人に合った利用者が望む居場所となれる場所を検討する ・島内の利用できる施設について情報提供する ・サービス支援者とコンタクトを取り利用者が馴染めるよう段取りをする ・持っている力を伝え発揮できるようにサービス支援者と調整する ・利用者の希望や特徴をサービス支援者に伝える ・施設利用状況を確認し継続しやすいように仲介する
体調コントロールのための具体的な対応	体調を崩さない普段の生活スタイルについて共に検討	<ul style="list-style-type: none"> ・調子のいい安定した状態について認識を促す ・体調が整う生活スタイルを共に検討する ・調子のいい時の生活の仕方について認識を促す ・必要時誰にどのように助けを求めらる組み立てる手助けをする ・無理に完璧を求めないように促す ・ストレスの発散方法を一緒に探す
	体調を崩した際の対処方法について共に検討	<ul style="list-style-type: none"> ・体調を崩した時のサインをいち早く察知できるように検討する ・体調が悪くなった時の振り返りを行う ・どのような対処行動が有効か一緒に検討する ・必要時に誰にどのように助けを求めか共に検討する ・対処行動を試してもらい効果を検討する ・体調が戻ってきても直ぐに頑張りすぎないように立て直し方を検討する
	服薬に関する思いに沿って服薬継続へ向けた検討	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に相談する機会が少ないため服薬に関する不安や疑問を傾聴する ・薬を自己調整していても理由や思いを理解し良い方法を考える ・症状コントロールに必要な薬について説明する ・薬の疑問はその場で薬剤師に連絡し納得いくよう説明してもらう ・薬を継続しやすい方法や時間を一緒に考える ・一人でも薬を忘れずに飲む方法を一緒に検討する
	受診のタイミングや相談場所についてのアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院受診が必要な状態について本人に伝える ・受診が必要か迷う時の精神科病院相談窓口を紹介する ・精神科病院受診が必要な状態について家族に伝える ・精神科病院受診を考える際に協力してくれる人を検討する ・島内の相談しやすい場所や人を選択して紹介し連絡先を伝える ・1泊して精神科病院受診する時の準備や渡航方法をアドバイスする
訪問時に再燃しているときの即座の対応	医師や薬剤師に連絡し薬の調整・服薬の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬調整が難しい場合は受診せずに済むようその場で医師へ電話相談する ・服薬の工夫について薬剤師に電話相談する ・薬の影響が考えられる有害反応が考えられる場合は医師や薬剤師に連絡し相談する ・服薬を自己調整している場合医師に電話し本人の意向を相談する ・医師と薬剤師で検討してもらい服薬についての指示を仰ぐ
	精神科病院受診の手配	<ul style="list-style-type: none"> ・受診が必要と思われる際はその場で医師に連絡して受診につなげる ・家族や周囲の人で受診に同行できる人を探す ・島内の支援者に連絡して受診の協力を得る ・同行者がいない場合の精神科病院受診への同行する ・精神科病院の事務所に連絡し受診時の対応を整える
島内支援者の支援を中心とした連携	島内精神保健福祉サービス支援者との利用者情報を共有し支援の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問後に島内の多職種に情報共有する場を持ち支援をつなぐ ・定期的に検討会を開き職種の枠を超えた支援体制の関係作りをする ・離島の多職種間で支援内容について情報共有・検討できる場を設ける ・ヘルパーなど利用者が求めている支援が提供できるようにつなぐ ・島内の機関・施設の支援の内容や方法を承認する ・サービス利用による利用者の変化について情報共有する
	島内の支援体制に合わせて求められる医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・医療が入り込みすぎない適度な間隔の訪問看護を設定する ・症状悪化時の利用者対応についての相談を受けアドバイスする ・サービス利用時の対応の仕方について相談を受けアドバイスする ・その人の悪化時のサインや対処方法について情報提供する ・在宅継続支援に必要な医療的情報を提供する
	遠隔による島内精神保健福祉サービス支援者と悪化時の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の電話連絡体制を整える ・悪天候による訪問不可能な時の利用者対応についての相談を受ける ・離島の支援者からの悪化時の連絡に対し対応のアドバイスする ・訪問延期の連絡時に利用者になる様子があれば島内支援者に連絡する ・受診が必要時には遠隔による受診方法を指示する

<利用者の生活の変化や困りごとの理解>

訪問看護師は、利用者との対話の中で、前回訪問からの精神状態の変化や生活上の困りごとを理解していた。また会話の様子や表情、態度、生活の様子から前回の訪問と比較し、精神状態の変化について把握していた。

「まずは日常生活の様子を聞いたり、この中で困っていることなどについて傾聴しています。月に1回なので前回の様子から、今回はどうなのかというところに気をつけて、おざなりにしないことを心がけています。」

<家族から利用者の変化や困りごとの情報収集>

訪問看護師は、利用者の家族にも話を聴くことで、利用者の生活状況を総合的に捉えようとしていた。

「いつも大事にしようと思っていることは、家で様子やその変化をよく知ろうとすることです。ご本人からももちろんですが、家の方ともお会いして、家族の方からも生活の状況も聞いて、総合的に生活を見ていくことを大事にしています。」

2) 【島内での生活に馴染むための支援】

このカテゴリは、訪問看護師が、訪問時に利用者やその家族の生活スタイルを尊重しつつ、利用者が居住する離島に馴染んで生活できるよう支援することを表す。

<周囲との交流が少ない寂しさを軽減するための対話>

訪問看護師は、偏見や噂になりやすい島中で周囲との交流が少ない利用者に対して、定期的な訪問により対話をすることで、寂しさを軽減を図っていた。

「まずは、お話を聴くことを大事にしています。月に一度の訪問をとっても心待ちにして1ヶ月の間にあったことなどを沢山話したいと思っらっしゃったり、さみしい思いをされていたりするので、その思いは大事にしています。(島内は)狭いのですぐ噂になったり、偏見があったり、私たちのような専門職がいなかったりで、病気や悩みについて気軽に話せる人が少ないっていうのが、島

の特徴かもしれません。」

<島内での生活スタイルを尊重した柔軟な対応>

訪問看護師は、利用者が笑顔で自身が満足できる生活を送れるようその人なりの生活スタイルを尊重し、柔軟な考えをもって関わっていた。

「離島での訪問をしていくうちに地域で生活していく上でのこうあるべきという考え方が変わって、利用者さんが満足して笑顔で生活していければいいんじゃないかなと思うようになりました。本人が笑顔でここでの生活に満足できているかということに大事にしています。多少家の中が散らかっていてもご飯がちゃんと作れなくてもご本人が満足して生活していけているのであればというふうに柔軟に考えています。」

<在宅生活継続に向け生活上の困りごとを共に対処>

訪問看護師は、生活の中で利用者が困っていることの対処方法について共に考え、時には実行することで、普段でも利用者が対処していけるような支援を行っていた。

「前回訪問した時に困っていたことについて、その後どうなったのか、今後どうやっていけばいいのかというふうに、その時だけではなくて継続してその方の生活が続けていけるように配慮しています。実際、家の事とか一緒にやったりしながら。」

<家族と利用者が共に過ごしやすくなるためのサポート>

訪問看護師は、普段利用者の生活を支えている家族の頑張りを承認したり労ったり、また相談相手としてアドバイスを行い、家族と利用者が島内で共に過ごしやすくなるようにサポートしていた。

「ご家族が困っていることを聞いたり、アドバイスしたり。また家族がやっていらっしゃることの素晴らしいことをお伝えしたり、労ったり。相談できる方が少ない島だからこそ家族の抱える負担は大きいと思うので、家族の支援も大切にしながら、家族に協力してもらって利用者を支えています。」

<島内精神保健福祉サービスとの繋がりを仲介>

訪問看護師は、利用者が島内で相談場所や居場

所、活動の場が持てるよう島内で利用できる施設を紹介し繋いでいた。

「島では、当事者の方が力を持っていても、発揮する場所や居場所が少ないっていうのがあるので、事業所やデイケア、サロンなどの場所に繋ぐっていうことも大事だと思ってやっています。」

3) 【体調コントロールのための具体的な対応】

このカテゴリは、利用者が精神科病院への入院に至らず体調をコントロールできるように、体調を崩さないための生活や崩した時の対処方法、受診のタイミングについて共に考え、精神科病院受診が困難な土地柄の不安の軽減を図ることを表す。

＜体調を崩さない普段の生活スタイルについて共に検討＞

訪問看護師は、利用者が体調を崩さない自分らしい生活スタイルを組み立てていけるように共に検討していた。

「ご本人にどんな風にしていたら体調を崩さずに在宅が続けていけるのか聞いて、ご本人が考えていけるように支援しています。ご本人が自分の生活を組み立てできるように、こちらからこうしたらいよいよとかいうのではなく、ご本人の意向も大事にしながら、ご本人が自分に合った生活スタイルを見つけていってもらえるように気をつけています。」

＜体調を崩した際の対処方法について共に検討＞

訪問看護師は、体調を崩した際に精神科病院に入院に至らないよう利用者が体調を整えていけるように共に検討し支援していた。

「再入院にならないためにいろいろな方法を一緒に検討しています。例えば、どういう状態になったら体調を崩すのか、どう対処したら良いか、どこに相談して対応してもらったら良いか、1人で悩んで入院にならないよう、体調を崩しすぎないように生活できることを支えるよう心がけています。SOSを出せるところも1つは、見つけておきましょうねと伝えていきます。」

＜服薬に関する思いに沿って服薬継続へ向けた検討＞

訪問看護師は、利用者の服薬に関する困りごとを傾聴し、その都度丁寧に説明することで不安の軽減を図り、本人の意思で服薬できるように支援していた。

「直ぐに病院で相談できないからでしょうが、心配事としてはお薬についてのことが多いです。この薬はずっと飲まなくてもいいんじゃないかとか、お薬が効いてないんじゃないかとか、その都度、少しでも不安が軽減して、ご本人の意思で服薬できるように丁寧に説明し一緒に検討するようにしています。」

＜受診のタイミングや相談場所についてのアドバイス＞

訪問看護師は、利用者がすぐに精神科病院を受診できない離島であることを考慮し、受診のタイミングや相談場所についてアドバイスをしていた。

「症状についてもこれくらい大丈夫なのかなとか診察を受けにいった方がいいのかなとか、どうしたらいいのかという相談があります。その時は受診のタイミングをお知らせしたりして、また困ったときには、病院へ連絡されるよう連絡方法を教えたり、保健センターやサロンなど相談できる場所をお伝えしたりしています。」

4) 【訪問時に再燃しているときの即座の対応】

このカテゴリは、訪問時に利用者の再燃がみられる時は、精神科医師、薬剤師、事務、および保健所と連携し迅速に対応することを表す。

＜医師や薬剤師に連絡し薬の調整・服薬の工夫＞

訪問看護師は、利用者が体調を崩しており薬の調整の必要性を感じた際は、その場で医師や薬剤師に連絡を取り対処していた。

「薬の事が原因で体調を崩されているときには、病院に電話連絡をして、先生につなげたり薬剤師につなげたりしています。生活の場でその時にすぐ対応して生活を支えるということを意識しています。」

＜精神科病院受診の手配＞

訪問看護師は、精神科病院受診の必要があると

判断した場合には、医師や保健所に連絡し迅速に受診につなげられるよう対応していた。

「もし、訪問時に、これはご本人や周りの方にとって危ない状況になりそうであればその場ですぐに保健所や病院と連携をとっています。そして、受診できるように、受診時に病院で対応できるように調整しています。」

5) 【島内支援者の支援を中心とした連携】

このカテゴリは、日頃利用者を支えている島内の精神保健福祉サービス支援者の支援を尊重しながら、島内で必要とされている医療を提供できるように、島内や遠隔で連携することを表す。

＜島内精神保健福祉サービス支援者との利用者情報を共有し支援の連携＞

訪問看護師は、利用者やその家族が必要としている支援についてキャッチし、島内の精神保健福祉サービス支援者と情報共有し、普段でも必要な支援が提供できるように連携を図っていた。

「訪問看護に行けるのは月に1回なのでつなぐということ大事にしています。困りごとに対しても、そのときにできるだけ対応していきますが、その後どうなのかがフォローできないので、保健センターやサロンの方に情報提供し、そのことでまた1ヶ月間困らないようにサポートしてもらっています。」

＜島内の支援体制に合わせて求められる医療の提供＞

訪問看護師は、医療面で利用者や地域支援者が困ることがないように医療面の支援を行っていた。しかし、あくまでも医療が主体となるのではなく、地域生活継続のために必要とされている離島での医療面のサポート体制作りを行うことを念頭に置いていた。

「島の特徴として、地域の支援者たちがみんな障害の方を支えているという連帯感があるように思います。各施設がそれぞれ他人事ではなく頑張っていて、助け合っているその姿が素晴らしいと思います。私たちはそれを尊重しつつ、これまでの支援の中に自分たちをさりげなく入れてもらって、

お手伝い出来ることをするよう心がけています。」

＜遠隔による島内精神保健福祉サービス支援者と悪化時の連携＞

訪問看護師は、緊急時には島内の精神保健福祉サービス支援者の連絡を取り合い遠隔でもサポートできるよう連携を図っていた。

「何かあれば島の保健センターの方とメールや電話など、連絡を取り合うということをしています。緊急時には電話で連絡がきますので、医師や薬剤師に相談して、対応をお伝えしたりしています。」

IV. 考察

1. 精神科病院のない離島の利用者の地域定着を支える訪問看護師の取り組みについて

本調査の結果から、訪問看護師の取り組みとして、5カテゴリが明らかとなった。これらのカテゴリを検討すると、訪問看護師は【島内での生活継続に向けた利用者の総合的理解】という先を予測した対象理解を基盤とし、訪問時の直接的な支援として【島内での生活に馴染むための支援】を行っていた。また、【体調コントロールのための具体的な対応】と【訪問時に再燃しているときの即座の対応】という離島で求められていることを意識した医療支援を行っていた。そして、利用者の離島生活の定着に向け、【島内支援者の支援を中心とした連携】を行うことで離島の状況に即した支援体制の醸成を行っていたと考える(図1)。

【島内での生活継続に向けた利用者の総合的理解】においては、訪問看護師は、離島に到着すると最初に利用者の状況をよく知る精神保健福祉サービス支援者にこれまでの経過についての情報を得ていた。そして、訪問にて利用者や家族から得た情報と合わせて先を予測するために総合的に利用者を理解しようとしていた。精神科訪問看護では利用者の背景やニーズより多面的な視点で利用者を把握することの必要性¹⁷⁾が報告されている。離島に居住する精神障害者に対する支援においては、精神科医療の専門職が在島しない期間も安心して生活できるよう先を見据える必要がある。そ

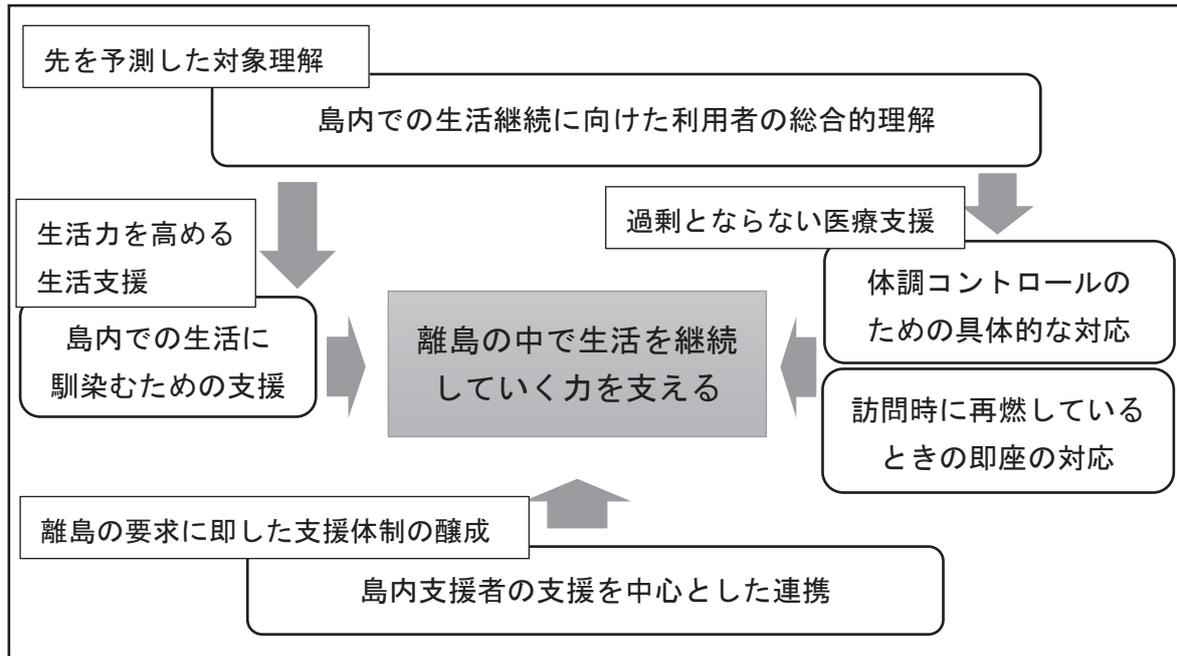


図1 精神科病院のない離島の精神障害者の地域定着を支える訪問看護師の取り組みの関連

のためには、訪問看護師には島内の支援者との連携を図り情報を得るとともに、利用者や家族の言動と合わせて総合的に捉え、今後を予測した対象理解が求められるといえる。

【島内での生活に馴染むための支援】においては、訪問看護師は、利用者の孤独感を和らげ離島での生活に自信が持てるよう支援していた。地域で暮らす精神障害者の生活のしづらさの要因として、地域住民の偏見や知識不足、無関心や過干渉²⁸⁾が報告されている。精神科病院のない離島では、精神障害に対して偏見があり噂が広まりやすいことから、利用者やその家族は周囲との交流が少なく寂しさを抱えながら生活していた。そのため、訪問看護師は利用者に対し、一人ではないことのメッセージを送り続け、利用者の尊厳を守る姿勢を大事にしていたといえる。精神科訪問看護では、安心感の提供を行っていることが示されているが¹²⁾、離島では、その島で自分らしく生活して良いのだという存在価値を高めることから関係を構築し、安心の獲得につなげることが重要だと考える。また精神保健福祉サービスにつなげる難しさとして、島内にある精神保健福祉サービスは限られ選択肢が少なく、1つの支援に上手く繋がらないと

島内で噂になりやすい状況がある。そのため、訪問看護師は島内の支援者が利用者の特徴を捉えて上手く関係が作れるように仲介し、利用者がその場に馴染めることを大事にしていた。

【体調コントロールのための具体的な対応】では、訪問看護師は利用者自身の体調コントロール力を強化することを重要視し、体調を崩した際も島内で対応できるように具体的な対策を一緒に考えていた。また【訪問時に再燃しているときの即座の対応】では、訪問時に利用者が精神症状や治療に関する問題を抱えている場合には、その場で解決へ導けるように精神科主治医や薬剤師、精神科病院スタッフに連絡し対応していた。精神障害者が地域で暮らすための要素として、精神・身体状態の安定を図るために病院を必要と感じ通院し診察を活用することがあげられている²⁹⁾。しかし精神科病院のない離島に居住する精神障害者は、通院時に時間的にも経済的にも負担がかかる。そのため、訪問看護では、できるだけ入院に至らないように、利用者自身の体調コントロール力を高めるとともに、島内支援を活用して地域の力で支えていけるよう支援することが求められる。また、定期的な訪問により重症化を防ぎ即座に対応することが、過

剩となりすぎず必要とされている医療を提供することになるといえる。

【島内支援者の支援を中心とした連携】においては、訪問看護師は普段利用者を支えている離島の支援者を中心に置くことを重視して連携を図っていた。地域での連携においては、多職種チーム内での支援計画の遂行の必要性が述べられている⁸⁾。また一般診療科の訪問看護における過疎地域の関わりでは、住民をケアに組み込んで見守り体制を築いていたことが明らかにされている³⁰⁾。しかし、精神科病院のない離島では、利用者の日常生活を支えるのは離島の支援者で主となる。そのため、訪問看護師は、離島の支援者を中心に置き、島内の支援が円滑に活かされるように情報や知識の提供、支援者間の連携体制作りなど行い繋ぐ役割を担っていたといえる。

2. 精神科病院のない離島における地域包括ケア推進に向けての課題と示唆

訪問看護師が語った内容から、精神科病院のない離島がもつ課題として、精神科病院受診や医療支援の受けにくい立地的問題、島民の噂や偏見・精神障害の理解不足、精神障害者が利用できる社会資源量や内容が限られているという地域の特徴が明らかとなった。

訪問看護師の精神障害者に対する離島生活定着に向けた働きかけでは、利用者が自己を肯定的に捉え³¹⁾ 自己有用感が持てる支援³²⁾ が必要とされている。特に精神科病院がなく噂や偏見によって周囲の人との壁を感じやすい離島においては、利用者や家族の良き理解者・伴走者となり自己の生活を前向きに捉えられ島での生活に馴染めるよう支援することが求められる。また、精神科病院からの退院者の4割が1年以内に再入院となっており、その一因として地域精神保健医療福祉サービスを十分利用できていないことが報告されている¹⁾。精神保健医療福祉サービス資源の選択肢が少ない離島において、精神障害者がそれらを十分利用できるようにするには、訪問看護師が島内の保健福祉施設と連携を図り仲介役を行い、利用者に合う形

に調整しながら、利用者の拠り所となる居場所づくりが必要となる。

医療面に関しては、定期的なアウトリーチ支援や質の高い訪問看護を提供するための対策、緊急性が高い時の多職種連携による対応、離島の状況に即した支援体制の醸成が課題として浮かび上がった。したがって、訪問看護の質の強化し離島で求められている医療を滞りなく提供するとともに、離島の支援者の支援を尊重しながら支援が円滑に行われるように連携を行うことが必要である。今後ますます推進される精神科病床数の削減に伴い、精神科病院受診が困難な地域の増加が推測される。したがってこれらの課題は、本研究の地域に限定された課題のみならず、都市部集中が進む一方で僻地や多くの離島を有する日本の課題と考える。利用者が精神保健医療福祉サービスを円滑に利用できることは地域包括支援において重要であり³³⁾、過疎地域における電子システムを用いた精神疾患のスクリーニングや評価³⁴⁾ などの研究報告もある。今後、精神障害者の地域定着に向けて、アウトリーチもしくは遠隔による医療が滞らない工夫や、地域の多機関の支援を中心にした協働・連携を図り、地域の支援力を高め、精神障害者が居住する地域で医療に依存しすぎず地域の支援の中で生活を継続していく力をつけられるよう働きかけることの必要性が示唆された。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、特定の地域における一時点の調査であり、対象者数も限られていたため、結果の一般化には限界がある。しかし、周囲の状況や相互関係のなかでの訪問看護師の日々の実践内容を詳細に記述したものであり、精神保健医療福祉サービス資源の少ない離島支援の特徴を示すことができたと考える。

今後は、より多くの離島や僻地に対象地域を広げ、訪問看護師のみならず、利用者、地域の支援者など対象者を広げ、地域包括ケア推進に向けてのより具体的な対策の明確化を目指すことが課題である。

V. 結論

精神科病院のない離島の精神障害者の地域定着を支える訪問看護師の取り組みは、精神障害者がすぐに精神科病院を受診出来ない立地状況を鑑み、利用者を総合的に捉え、先を予測した対象理解をし、利用者の生活力を高め悪化を防止した過剰となりすぎない医療支援の提供であった。また、離島の精神保健福祉サービス支援者による支援を尊重し要求に即した医療を提供できるよう連携を図っていた。これらの支援を通して訪問看護師は、離島の中での利用者の地域生活継続力と島内の支援力を高めようとしていた。

今後、離島における精神障害者の地域包括ケアの推進に向けて、訪問看護師は、精神科病院に依存しすぎず生活を継続していく力を支える生活・医療支援を提供するとともに、離島の支援を主体とした保健・医療・福祉の連携を行い、島内で支えていける支援体制を醸成する重要性が示唆された。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき、ご多忙な業務のなかご協力くださり、貴重な経験をお聴かせくださいました看護師の皆様、研究協力頂きました医療機関の皆様にご心より感謝申し上げます。

本研究の一部は、第61回日本社会医学学会総会で発表した。

利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

研究助成情報

本研究は、公益法人在宅医療助成勇美記念財団2020年度「在宅医療研究への助成」を受けて実施した。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、

データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

文献

- 1) 厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築. 社会保障審議会障害者部会資料, <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000307970.pdf> (2022年2月20日アクセス)
- 2) 日本能率協会総合研究所：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業, 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き2019年度版. <https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/r01-cccsguideline-all.pdf> (2022年2月20日アクセス)
- 3) Gardiner FW, Coleman M, Teoh N, et al. Aeromedical retrievals of people for mental health care and the low level of clinical support in rural and remote Australia. *The Medical Journal of Australia*. 2019;211(8):351-356.
- 4) Hailemariam M, Fekadu A, Prince M, et al. Engaging and staying engaged: a phenomenological study of barriers to equitable access to mental healthcare for people with severe mental disorders in a rural African setting. *International Journal for Equity in Health*. 2017;16:1-12.
- 5) 総務省：過疎対策の現状と課題, https://www.soumu.go.jp/main_content/000513096.pdf (2022年2月20日アクセス) .
- 6) 徳永亜衣子. 精神障害者のリカバリーを促すためのストレンスを活かした支援の具体的な実践方法 ストレンスモデルの視点から 精神障害リハビリテーション. 2016;20(1):82-90.
- 7) 後藤満津子, 岡村仁. 地域で生活する統合失調症者の社会との関係とQOL, 自己効力感との関連. *広島都市学園大学雑誌*. 2018;4(1):35-45.
- 8) 鎌田ゆき, 藤野成美, 古野貴臣, 他. 精神障

- 患者アウトリーチ実践自己評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本精神保健看護学会誌. 2020;29(1):70-79.
- 9) Pinfold V, Sweet D, Porter I, et al. Improving community health networks for people with severe mental illness; A case study investigation. *Health Services and Delivery Research*. 2015;3(5):147-155.
- 10) 萱間真美. 伴走型支援と問題解決型支援；看護はハイブリッドモデルで. 日本精神保健看護学会誌. 2021;29:6-13.
- 11) 松岡純子. 精神科訪問看護において利用者が求める看護援助. 日本精神保健看護学会誌. 2018;27(1):52-62.
- 12) 松田光信, 河野あゆみ. 地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値. 日本看護研究学会雑誌. 2020;43(5):835-845.
- 13) メアリー・エレン・コーブランド, 久野恵理訳: 元気回復行動プランWRAP. 東京：オフィス道具箱. 2009:4-9.
- 14) 小瀬古伸幸, 長谷川雅美, 田中浩二, 他. WRAP (Wellness Recovery Action Plan) の視点を取り入れた看護計画に基づく精神科訪問看護の効果：予備的研究. 日本精神保健看護学会誌. 2020;29(1):23-32.
- 15) 池内彰子, 福田大祐, 長谷川陽子. 茨城県における精神疾患を有する在宅療養者への訪問看護の現状と訪問看護事業所管理者の困難感. 常磐看護学研究雑誌. 2020;2:41-50.
- 16) 葛島慎吾. 精神科訪問看護における看護師の困難さに関する文献検討. 東京女子医科大学看護学会誌. 2019;14(1):8-14.
- 17) 川内健三, 板山稔, 風間眞理. 訪問看護師が精神障害者の支援を行う中で困難を乗り越えた体験. 日本精神保健看護学会誌. 2017;26(1):10-19.
- 18) 新井信之, 渡部幹夫, 新井平伊, 他. 離島の精神科医療と精神障害者支援の状況—65離島を対象としたアンケート調査からみえてきたもの—. 順天堂医学. 2006;52:103-110.
- 19) 末永真由美, 久松美佐子, 吉元初美, 他. 離島のグループホームで生活する精神障がい者の生活状況と生活上の困難. 日本精神科看護学術集会誌. 2021;63(2):146-150.
- 20) 久松美佐子, 末永真由美, 荒井春生, 他. 離島における精神科病院を退院した精神障がい者の精神科訪問看護利用後の意識の変化. 日本精神科看護学術集会誌. 2020;63(2):169-173.
- 21) 松尾斉, 後藤悌嘉, 西村あかり, 他. 島嶼に居住していた精神障害者に対する退院支援の困難さと求められる支援. 日本精神科看護学術集会誌. 2018;61(1):518-519.
- 22) 波名城翔, 森田康雅. 多機関連携による訪問支援の在り方 離島地域における精神障害者地域精神保健福祉の実践から. 日本社会精神医学会雑誌. 2016;25(3):213-220.
- 23) Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*. 2000;23(4):334-340.
- 24) 坂下玲子, 宮芝智子, 小野博文. 系統看護学講座別巻看護研究. 東京：医学書院. 2016:121-133.
- 25) Benner, P./井部俊子訳. ベナー看護論：初心者から達人へ. 東京：医学書院. 2001/2005:23-29.
- 26) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-357.
- 27) グレック美鈴, 麻原きよみ, 横山美江. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方第2版看護研究のエキスパートをめざして. 東京：医歯薬出版. 2016:64-84.
- 28) 森實詩乃, 中森彩乃, 木暮祥平. 日本における地域で暮らす精神障害をもつ人の「生活のしづらさ」に関する文献検討. 帝京科学大学紀要. 2015;11:95-100.
- 29) 山下真裕子, 藪田歩, 伊関敏男. 地域定着支援を実施する支援者の認識する精神障がい者

- が地域で暮らすために必要な要素. 日本精神保健看護学会誌. 201;27(1):82-90
- 30) 若山好美, 佐々木雅彦. 訪問看護師の地域包括ケアシステムへの関わりの認識 過疎地域の訪問看護師の語りから. 日本在宅看護学会誌. 2021;10(1) : 57-65.
- 31) 渡邊久美, 國方弘子. 地域生活をおくる精神障害者の自己概念の変容プロセス 自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム参加者へのインタビューから. 日本看護科学会誌. 2014;34(1):263-271.
- 32) 余傳節子, 國方弘子. 地域で生活する精神障害者が「自己有用感」を回復するプロセス. 日本看護研究学会雑誌. 2020;43(1):99-108.
- 33) Morita T, Yamazaki H. Multidimensional structures of comprehensive accessibility of community support for people with mental disorders in Japan: a nationwide investigation. *International Journal of Nursing Practice*. 2006;12(1):14-20.
- 34) Maulik PK, Kallakuri S, Devarapalli S, et al. Increasing use of mental health services in remote areas using mobile technology: a pre-post evaluation of the SMART Mental Health project in rural India. *Journal of Global Health*. 2017;7(1):010408.

(受付 2022.03.15 : 受理 2022.11.30)

Approaches of Visiting Nurses to Support the Community Settlement of People with Mental Disorders Living on Remote Islands without Psychiatric Hospitals

Misako HISAMATSU¹⁾, Ayako YAMASHITA²⁾, Yasuhito NEROME²⁾, Mayumi SUENAGA³⁾

Background/Objective: The policy of mental healthcare and welfare is evolving from focusing on inpatient care to community life support. However, the situation of people with mental disorders living in the in cities and rural areas are characterized by the regional disparities in mental health and welfare service resources. This study aimed to clarify the approaches of visiting nurses to support the community settlement of people with mental disorders living on remote islands without psychiatric hospitals.

Method: Subjects were psychiatric nurses who visit people with mental disorders living in remote islands without psychiatric hospitals. Semi-structured interviews were conducted from October 2020 to July 2021. The content of the survey was about the support and collaboration of visiting nursing to become established in the community. The interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed using qualitative descriptive techniques. The study was initiated after obtaining approval from the Kagoshima University Clinical Research Ethics Committee.

Result: The following were identified as initiatives for visiting nurses: “comprehensive understanding of the users to continue living on the island,” “support to help them adjust to life on the island,” “specific measures to control their physical condition,” “immediate response when they relapse at the time of the visit,” and “collaboration focusing on the support of supporters on the island.”

Discussion: The situations in which people with mental disorders on remote islands cannot immediately visit psychiatric hospitals and the difficulty in adjusting to life have an impact on their lives. Fostering support systems tailored to remote islands by coordinating health, medical, and welfare services with a focus on remote-island supports is important to promote the establishment of people with mental disabilities in the communities on remote islands.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 5 - 18】

Key words : mental disorders, remote islands, visit nursing, community settlement

1) Department of Nursing, Faculty of Health Science, Kumamoto Health Science University

2) School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University

3) Yoron Town Council of Social Welfare

原著論文

地域在住高齢者における男女別にみた 孤食と居住形態の継続・変化と6年後の幸福感との関連

児玉小百合¹⁾, 栗盛須雅子²⁾, 星 旦二³⁾

背景・目的 高齢期のQOL向上の支援戦略を検討するため、地域在住高齢者の孤食と居住形態の継続・変化と6年後の幸福感との関連を男女別に検討することを目的とした。

方法 2013年に25府県で実施した調査の6年後の追跡調査に継続参加し、欠損のない1,957人（男性1,127人、女性830人）を分析対象とした。習慣的な孤食頻度は、孤食が「1回もない」を「孤食なし」、1日のうち3回以上、2回、1回を「孤食あり」とした。孤食と居住形態の6年後の継続・変化の状況に基づき、対象者を6群に分類した。6年後の幸福感は、単一指標（4件法）とPGCモラルスケール改訂版（以下、MS）を使用した。従属変数を「幸福である」またはMS中央値以上として、6群を独立変数としたロジスティック回帰分析を実施した。

結果 孤食ありの者は男性42.5%、女性56.7%であった。孤食のない高齢者と比べて6年後の幸福感の低さに関連を示したのは、男性は孤食と同居の継続、同居から一人暮らしに変化した孤食の継続、6年後の孤食の発生、女性は6年後の孤食の発生・消失であった。男女ともに孤食の発生・消失は同居割合が高かった。

考察 高齢者の孤食と6年後の幸福感の関連に居住形態が影響し、男性同居者は孤食の継続・発生、女性同居者は孤食有無の変化と幸福感の低さに関連が認められた。地域在住高齢者の幸福感を高めるための公衆衛生戦略に、性別や居住形態などを考慮した孤食への支援が必要であることが示唆された。

【社会医学研究2023；40（1）：19-30】

キーワード：孤食, 幸福感, QOL, 高齢者, 居住形態

I 緒言

日本の65歳以上人口が総人口に占める割合（以下、高齢化率と示す）は、2022年9月現在29.1%¹⁾で過去最高と報告された。世界的に人口の高齢化

が加速しており、全世界の高齢化率は、現状の9.8%から2065年には約2倍の19.4%に増加すると推計されている¹⁾。2020年12月の国連総会において、「健康な高齢化の10年（United Nations Decade of Healthy Ageing 2021-2030）」^{2,3)}が採択され、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）を含む多様な脅威から高齢者の身体的・精神的健康と尊厳を守る取り組みを、あらゆる組織が一丸となっていくことが宣言された。高齢化率が世界で最も高い日本は、効果的な支援戦略を先行して提示していく役割を担っている。

食生活は高齢期の介護予防・健康寿命延伸と関

1) 相模女子大学短期大学部食物栄養学科

2) 聖徳大学看護学部看護学科

3) 東京都立大学

連絡先：児玉小百合

相模女子大学

住所：〒252-0383 神奈川県相模原市南区文京2-1-1

TEL：042-742-1723

E-mail：kodama_sayuri@isc.sagami-wu.ac.jp

連が大きく、栄養の摂取状況のみならず、孤食や共食という「食行動」の影響についても着目が必要である。近年、高齢者の一人暮らしが増加しており、65歳以上世帯員のいる世帯のうち28.8%が単独世帯であった報告されている⁴⁾。また国がCOVID-19の影響前に実施した調査⁵⁾によると、1日の全ての食事を一人で食べる頻度が「ほとんど毎日」と回答した割合は、70歳以上の高齢者のうち男性15.1%、女性27.6%であった。食事を共にとる（以下、共食）家族などがいない単独世帯のみならず、家族と同居している場合においても一人で食事をする高齢者は存在する⁵⁾。孤食の背景要因は多様であり、世帯環境などの影響を受けやすいと考えられる。

高齢者の食事支援は、低栄養状態を予防し身体的健康を維持する栄養管理に加え、Quality of Life（以下、QOL）の維持を優先して行うべきと指摘されている⁶⁾。高齢者の共食はQOLと良好な関連があった⁷⁾と報告されている一方で、高齢期の孤食は死亡リスクを高め^{8,9)}、食品の多様性に劣り^{10,11)}、栄養や食事の質の低下に関連したと報告されている¹²⁾。調査開始時に栄養不良であった女性高齢者2群のうち、孤食群は8年後に認知機能が低下したという報告もある¹³⁾。また孤食は抑うつ症状との関連も報告されており^{8,10,14,15)}、孤食が精神的健康にも影響を及ぼすことが明らかにされている。さらに居住形態別にみると、同居でかつ孤食の群が特にQOLが低かったという⁷⁾。性別に抑うつ症状への影響をみると、男性や75歳以上の高齢者は一人暮らしの孤食の影響が大きく^{14,15)}、女性や60~74歳の高齢者は同居者がいる孤食が最も影響が大きかった¹⁵⁾という。以上のように性差ならびに居住形態を加味した孤食を含む食行動への支援は、高齢者の低栄養予防のみならず精神的健康、すなわちQOLの向上において重要と考えられる。

近年、幸福とを感じる人ほど疾患や死亡のリスクが低いことが多くの研究で明らかにされており、幸福感と健康に関連する科学研究は急速に進展している^{16,17)}。高齢者を対象とした研究においても、幸福感と生存維持や疾患予防との関連が明らかに

されている^{18,19)}。幸福感（happiness）は「主観的ウェルビーイングまたは主観的幸福感（subjective well-being）」という用語が使用されることが多いが¹⁸⁾、定義や評価指標は必ずしも統一化されていない。Stephoeが示した定義によると、高齢期における幸福感を構成する要素は1) 喜びなど快楽的なウェルビーイング、2) 生きる意味や目的（生きがい）、3) 生活満足度の3種類に分類できるとしている¹⁸⁾。また幸福であることと抑うつ症状など気分障害がないことは同義ではなく、幸福感は高齢者の生存維持や良好な健康に加え、将来の有益で多様な要因と関連することが報告されている¹⁸⁾。そのため幸福感の研究は、高齢期のQOL向上の効果的な支援戦略を検討する上で重要なテーマの1つである。

これまで高齢期の孤食と抑うつ症状やQOL評価との関連は検討されているが、幸福感への影響は十分明らかにされていない。また孤食が長期的に継続することによるその後の幸福感への影響を、居住形態の関連も考慮し検討した報告は国内外ともに見当たらなかった。そこで本研究は、地域在住高齢者を対象に6年間の追跡調査を実施し、ベースラインと6年後の孤食および同居・独居の居住形態の継続・変化と、6年後の幸福感との関連を男女別に明らかにすることを目的とした。

II 方法

1. 対象者

本研究は25府県に在住する自立高齢者を対象とした。調査に協力を求めた高齢者は、「明るい長寿社会づくり推進機構」（以下、「推進機構」）が主催した事業に参加経験のある者であった。「推進機構」は、高齢者の生きがいと健康づくりを支援するために都道府県に1つずつ設置されている。本研究の自記式調査は、全国の「推進機構」と連携する（一財）長寿社会開発センターが企画し、首都大学東京（現東京都立大学）と協働して行った。調査名を「いきいきした高齢社会のためのアンケート調査」とし、高齢者の生活実態を把握し、健康でい

きいきと暮らせる社会の実現に向けて、2013年から2019年まで3年ごとに計3回調査を行った。調査の詳細は、筆者らの先行研究に示した通りである^{20, 21)}。

初回調査は、「推進機構」が主催した事業に参加経験がある者のうち、調査協力の意思を示した9,508人に郵送または手渡しで自記式調査票を配布した(回収率45.7%) (図1)。第1回調査の回答時に追跡調査に協力の意思を示した4,343人を対象に、3年後に同内容の第2回調査を実施した(回収率91.5%)。さらに初回調査から6年後に、第2回調査の回答時に継続調査に同意した3,856人を対象に第3回調査を行った(回収率86.7%)。3回の調査全てに回答した3,345人(最小48歳, 最大97歳)から、高齢者の孤食の先行研究¹¹⁾を参考に、初回調査時の85歳以上(14人)および65歳未満(477人)の者を除外した。さらに本研究の分析に使用した孤食頻度(123人)、単一指標の幸福感(263人)、PGCモラールスケール(改訂版)(399人)を含む欠損

値897人を除いた1,957人(男性1,127人, 女性830人)を分析対象とした。

2. 調査項目

1) 基本的属性

対象者の年齢, 身長, 体重, 居住形態, 収入のある仕事の有無, 経済的満足感(4件法), 過去1年間の入院歴, 身体的自立状況, 生活習慣をたずねた。身体的自立状況は、「老研式活動能力指標」²²⁾を参考に評価した。身体的自立度(IADL)の得点化については、著者らの先行研究^{20, 21)}に示したとおり、「新聞などを読んでいますか」と「本や雑誌を読んでいますか」の2項目を「新聞や書物を読んでいますか」の1項目でたずねたため、12項目を評価した(最高12点, 最低0点)。BMI値は自己申告の身長・体重を用いて算出し、肥満判定を参考に4つのカテゴリー(18.5未満, 18.5以上25未満, 25以上30未満, 30以上)に分類した。

2) 孤食の評価

本研究は孤食の週単位の頻度は限定せずに、習

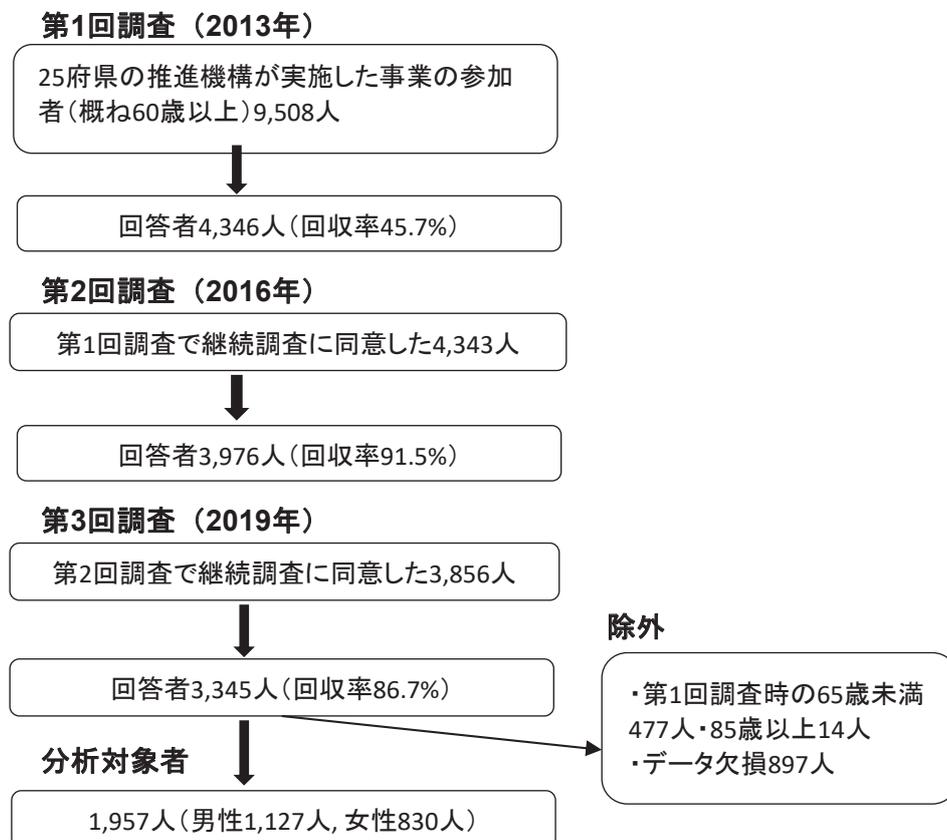


図1 対象者の抽出方法

慣的な1日の孤食状況を調査した。「ひとりで食事をする回数は、1日のうち何回ですか」という質問に対し、「3回以上」「2回」「1回」「1回もない」の4件法で回答を得た。先行研究は、習慣的な孤食の有無をたずねて孤食回数・頻度は限定しない研究^{7, 10)}、毎食孤食である1週間当たりの日数をたずねた研究¹¹⁾、さらに習慣的な共食状況を調査し、「誰もいない」と回答したものを孤食と定義した研究^{14, 15)}などがあった。先行研究をふまえ、また高齢者は1日当たりの食事回数に個人差があることを想定し、孤食の頻度による群分けをしないこととした。本研究は1日のうち孤食が「1回もない」を「孤食なし」、孤食が1回以上の回答をまとめて「孤食あり」とした。

孤食および居住形態の6年間の継続・変化は、対象者を6年後に孤食が継続した者、孤食が消失した者、孤食が出現した者、両年共に孤食がなかった者の4種類に分類した。さらに居住形態の変化も反映させ、1)「ベースライン孤食あり・同居 → 6年後孤食あり・同居」(以下、「孤食あり・同居 → 孤食あり・同居」)、2)「ベースライン孤食あり・同居 → 6年後孤食あり・一人暮らし」(以下、「孤食あり・同居 → 孤食あり・一人暮らし」)、3)「ベースライン孤食あり・一人暮らし → 6年後孤食あり」(以下、「孤食あり・一人暮らし → 孤食あり」)、4)「ベースライン孤食あり → 6年後孤食なし」(以下、「孤食あり → 孤食なし」)、5)「ベースライン孤食なし → 6年後孤食あり」(以下、「孤食なし → 孤食あり」)、6)「ベースライン孤食なし → 6年後孤食なし」(以下、「孤食なし → 孤食なし」)の6グループに分類した。3)「孤食あり・一人暮らし → 孤食あり」は、6年後に同居に変わった者が少なかったため(男性5名(11.4%)、女性14名(7.3%))、6年後の一人暮らしと合わせて1つのグループとした。

3) 幸福感の評価

高齢期の幸福感の評価法については、必ずしも統一見解が得られていないため²³⁾、本研究は定義や評価項目が異なる2種類の評価指標を用いて調査を行った。定義としては、幸福感を総合的に評

価するものと^{24, 25)}、幸福な老いに対する「高齢者の内面的状況(inner states)」²⁶⁾を評価するものがある。また評価項目は単一の設問による評価と、複数の設問により多次的に評価する方法が検討されている²⁶⁾。国の「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」²⁴⁾においては、単一の設問(現在の程度幸せか)により10段階で問う指標が用いられている。一方「PGCモラルスケール(改訂版)(The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision, 以下、MS)」²⁶⁾は加齢に関連する17項目の設問により、「心理的動揺」「孤独感・不満足感」「老いに対する態度」の3因子を測定するものとされている^{27, 28)}。MSは加齢や社会的要因を含む多様な要因と関連し²⁹⁾、5年後の抑うつ症状のリスク低下³⁰⁾や、日本人の生命予後の予測因子としての有効性³¹⁾も報告されている。

本研究は単一指標²⁵⁾とMS²⁶⁾の日本語訳版^{27, 28)}の2種類の幸福感の指標を用いて、参加者から回答を得た。単一指標の幸福感は、著者らが沖縄県農村地域在住の高齢者を対象に3年後生存の予測妥当性を明らかにしている²⁵⁾。設問は「ご自分は幸福だと思いますか」とし、「とても幸福である」「まあまあ幸福である」「あまり幸福でない」「幸福でない」の4件法で回答を得た。幸福である対象期間を限定しないため、幸福であるかについて現在のみならず総合的にイメージし、回答することが予想される。MSは「あなたの現在のお気持ちについていかがですか」として、加齢の状況に関連する17項目の設問に前向きな回答をした場合を1点とし、計17点満点で評価した^{26~28)}。

4) その他の健康関連要因

楽しみや生きがいについての設問は、「サークル・地域活動」他「特になし」を含め16項目設定し、5項目まで選択可能とした。

3. 分析方法

本研究は、対象者を男女別にベースラインの孤食有無により群分けを行い、群間の比較は χ^2 乗検定、順序尺度化データはWilcoxonの順位和検定、平均値の差は対応のあるt検定を用いて分析を行った。孤食・居住形態の継続・変化別のグループに

における、ベースラインと6年後の居住形態のクロス集計は、McNemar検定を用いて同居・一人暮らしの割合の差を検定した。6年後の幸福感およびMSを従属変数とした孤食状況との関連は、二項ロジスティック回帰分析（強制投入法）を実施した。単一指標の幸福感の分析は、とても幸福である、まあまあ幸福であると回答した者をまとめた「幸福である」を1、それ以外の「幸福でない」（あまり幸福でない、幸福でない）を0として従属変数に設定した。MSの分析は、中央値を基準に対象者を2群に分け、6年後の中央値以上を1、中央値未満を0として従属変数に設定した。独立変数として、1）ベースラインの孤食有無、2）孤食・居住形態の6年間の継続・変化別グループの2種類を用い、各々分析を行った。

分析の調整変数は、先行の孤食の研究¹¹⁾を参考に、年齢、基本的属性：6年後の一人暮らし（有無、1）ベースラインの孤食有無の分析のみ投入）、収入のある仕事（有無）、経済満足感（参照：満足していない）、健康関連要因：喫煙習慣（参照：以前から吸わない）、飲酒習慣（参照：ほとんど飲まない）、過去入院（有無）、身体的自立度（IADL）得点、楽しみ生きがい特にない、とした。一人暮らしは高齢者の抑うつ症状に関連した³²⁾という報告を参考に、ベースラインおよび6年後の一人暮らしの有無を調整変数の候補とした。しかしながら両年度の一人暮らしは関連が強く（男性: $r=0.62$, 女性: $r=0.78$ ）、多重共線性が生じる可能性が考えられたため、6年後の一人暮らしのみを調整変数として投入することとした。BMIの4つのカテゴリーは、幸福感との2変量解析（ロジスティック回帰分析）において、男性のBMI区分のオッズ比が0を示し関連が認められなかったため使用しなかった。また、自立高齢者の主観的幸福感は、趣味を持つことと有意に関連したという栗盛らの報告³³⁾を参考に、楽しみや生きがい「特にない」を選択した対象者を「楽しみ生きがい特にない」とし、調整変数とした。分析にはSPSS Statistics 26.0 (IBM)を使用し、統計学的有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、相模女子大学ヒトを対象とする研究に関する倫理審査委員会の承諾を得た（受理番号1793号、2017年10月27日）

Ⅲ 結果

1. 孤食有無別に見た対象者の特性

1) 基本的属性および孤食との関連

本研究の分析対象者1,957人（男性1,127人、女性830人）の年齢階層別人数は、男性前期高齢者808人、後期高齢者319人、女性前期高齢者603人、後期高齢者227人であった（表1）。ベースラインの「孤食あり」は、男性479名（42.5%）、女性471名（56.7%）だった。年齢階層別では、前期・後期ともに男性は「孤食なし」の割合が高く、女性は「孤食あり」の割合が高かった。さらに居住形態別にみると、同居の「孤食あり」は男性40.2%、女性43.4%であった。1日の孤食有無に有意な関連を示した要因は、男性は幸福感やMS平均点、女性は経済的満足感などであった。

2) 6年後の孤食状況の変化・幸福感との関連

ベースラインの孤食有無と6年後の幸福感との関連は、男性のみに有意な関連が認められた。男性の6年後の「とても幸福である」割合は、孤食あり20.0%が孤食なし25.2%と比較し有意に低く、「幸福でない」割合は孤食あり0.6%が孤食なし0.3%と比較し有意に高かった。MSの平均値においても、孤食あり（ 12.70 ± 3.47 ）は孤食なし（ 13.27 ± 3.14 ）と比較し有意に低かった。

女性は有意な関連ではなかったが、6年後の「とても幸福である」割合は、孤食あり29.1%が孤食なし31.2%と比較し低く、「幸福でない」割合は孤食あり0.8%が孤食なし0.0%と比較し高かった。MSの平均値は、孤食あり（ 12.91 ± 3.50 ）が孤食なし（ 12.86 ± 3.41 ）と比較し低かった。

男性のMS中央値は13.92点、女性は13.86点であった。得点は整数のため、ロジスティック回帰分析の従属変数を「中央値14点以上」とした。

表1 対象者の基本的属性および関連要因

	男性 (n = 1,127)				P値	女性 (n = 830)				
	1日の孤食の有無					1日の孤食の有無				
	孤食あり (n=479)		孤食なし (n=648)			孤食あり (n=471)		孤食なし (n=359)		P値
n	%	n	%	n	%	n	%			
【調査開始時の基本的属性】										
平均年齢	71.5 ± 4.7		72.2 ± 5.0		0.019	72.1 ± 4.6		71.3 ± 4.3		0.012
前期高齢者	358	44.3	450	55.7	0.051	332	55.1	271	44.9	0.109
後期高齢者	121	37.9	198	62.1		139	61.2	88	38.8	
一人暮らし	44	95.7	2	4.3	<0.001	197	99.5	1	0.5	<0.001
同居	435	40.2	646	59.8		274	43.4	358	56.6	
配偶者	413	39.6	630	60.4	<0.001	181	35.8	325	64.2	<0.001
子供	153	42.5	207	57.5		144	56.0	113	44.0	
収入のある仕事あり	113	47.1	127	52.9	0.106	87	55.4	70	44.6	0.708
a) 経済的満足感										
満足している	105	21.9	140	21.6	0.305	139	29.5	129	35.9	0.007
まあまあ満足している	273	57.0	400	61.7		237	50.3	180	50.1	
あまり満足していない	86	18.0	90	13.9		67	14.2	42	11.7	
満足していない	15	3.1	18	2.8		28	5.9	8	2.2	
BMI	23.3 ± 2.3		23.2 ± 2.4		0.426	22.7 ± 2.8		22.3 ± 2.7		0.052
a) BMI区分										
18.5未満	6	1.3	16	2.5	0.777	25	5.3	21	5.8	0.202
18.5以上25未満	368	76.8	490	75.6		362	76.9	286	79.7	
25以上30未満	104	21.7	134	20.7		74	15.7	48	13.4	
30以上	1	0.2	8	1.2		10	2.1	4	1.1	
a) 喫煙習慣										
吸っている	43	9.0	38	5.9	0.106	6	1.3	5	1.4	0.659
やめた	258	53.9	374	57.7		17	3.6	9	2.5	
以前から吸わない	178	37.2	236	36.4		448	95.1	345	96.1	
a) 飲酒習慣										
ほぼ毎日飲む	212	44.3	302	46.6	0.370	39	8.3	32	8.9	0.789
週3~4回飲む	61	12.7	90	13.9		29	6.2	22	6.1	
週1~2回飲む	68	14.2	79	12.2		44	9.3	34	9.5	
ほとんど飲まない	138	28.8	177	27.3		359	76.2	271	75.5	
過去1年間の入院あり	61	45.5	73	54.5	0.451	46	62.2	28	37.8	0.325
自立度 (IADL) 得点 (点)	11.46 ± 0.89		11.48 ± 0.90		0.669	11.77 ± 0.57		11.75 ± 0.59		0.482
楽しみ生きがい特にない	3	33.3	6	66.7	0.576	4	50.0	4	50.0	0.699
【6年後の関連要因】										
a) 幸福感										
とても幸福である	96	20.0	163	25.2	0.010	137	29.1	112	31.2	0.301
まあまあ幸福である	364	76.0	475	73.3		317	67.3	241	67.1	
あまり幸福でない	16	3.3	8	1.2		13	2.8	6	1.7	
幸福でない	3	0.6	2	0.3		4	0.8	0	0.0	
MS平均値 (点)	12.70 ± 3.47		13.27 ± 3.14		0.004	12.91 ± 3.50		12.86 ± 3.41		0.830
中央値14点以上	222	46.3	322	49.7	0.267	221	46.9	164	45.7	0.723

a) 順序尺度化データの検定はWilcoxonの順位和検定, その他はχ²検定。
 b) 平均値の差は対応のないt検定。 MS: PGCモラルスケール (改訂版)
 c) 複数回答の設問は孤食の有無別に回答割合を算出した。

2. 孤食・居住形態の継続・変化別の6年間の居住形態

孤食・居住形態の継続・変化別の、ベースラインと6年後の居住形態をみるため、クロス集計表を作成した(表2)。孤食の有無が6年後に変化したグループにおける6年後も同居であった割合は、「孤食あり→孤食なし」は男性99.3%、女性100%、「孤食なし→孤食あり」は男性99.0%、女性100%で、同居が継続した割合が高かった。「孤食なし→孤食なし」は、同居から6年後に一人暮らしに変化した者が男性3.9%、女性8.8%おり、有意な差が示された。一方、男性の「孤食なし→孤食なし」と女性の「孤食あり→孤食なし」は、一人暮らしから6年後に全員が同居に変化したことがわかった。調査開始時に一人暮らしで孤食ありの「孤食あり・一人暮らし→孤食あり」は、6年後に同居に変化した者が男性11.4%、女性7.3%存在したが、有意な差は示されなかった。

3. ベースラインの孤食有無と6年後の幸福感との関連

6年後の「幸福である」およびMS14点以上に対するベースラインの「孤食あり」の関連は、「孤食なし」を参照カテゴリーに設定し分析を行った。調整変数投入後の分析結果を表3に示す。男性(オッズ比0.45:95%信頼区間0.20-1.02)、女性(0.89

(0.69-1.15))ともに、有意な関連は認められなかった。

4. 孤食・居住形態の継続・変化と6年後の幸福感との関連

ベースラインと6年後の孤食・居住形態の継続・変化別の6グループを独立変数とした、6年後の幸福感に対する分析は、「孤食なし→孤食なし」を参照カテゴリーに設定し行った(表3)。男性は孤食と同居が継続した「孤食あり・同居→孤食あり・同居」(0.71(0.53-0.97))、同居から一人暮らしに変化し孤食は継続した「孤食あり・同居→孤食あり・一人暮らし」(0.12(0.02-0.72))、孤食が6年後に発生した「孤食なし→孤食あり」(0.54(0.35-0.86))は、「孤食なし→孤食なし」に比べて6年後の幸福感の低さに関連を示した。女性は孤食の継続したグループの関連は認められず、孤食の有無が6年後に変化した「孤食あり→孤食なし」(0.21(0.06-0.83))、または「孤食なし→孤食あり」(0.41(0.20-0.82))が、「孤食なし→孤食なし」に比べて6年後の幸福感の低さに関連を示した。Hosmer-Lemeshow検定により、モデル適合性を評価したところ、全ての分析は $P \geq 0.05$ で有意な結果が得られた。

表2 孤食・居住形態の継続・変化別のベースラインと6年後の居住形態のクロス集計

ベースラインと6年後の 孤食有無・居住形態	ベースライン	男性 (n=1,127)		女性 (n=830)	
		6年後			
		同居 n (%)	一人暮らし n (%)	同居 n (%)	一人暮らし n (%)
孤食あり・同居 → 孤食あり・同居	同居	277 (100)	0	170 (100)	0
	一人暮らし	0	0	0	0
孤食あり・同居 → 孤食あり・一人暮らし	同居	0	18 (100)	0	29 (100)
	一人暮らし	0	0	0	0
孤食あり・一人暮らし → 孤食あり	同居	0	0	0	0
	一人暮らし	5 (11.4)	39 (88.6)	14 (7.3)	179 (92.7)
孤食あり → 孤食なし	同居	139 (99.3)	1 (0.7)	75 (100)	0
	一人暮らし	0	0	4 (100)	0
孤食なし → 孤食あり	同居	101 (99.0)	1 (1.0)	51 (100)	0
	一人暮らし	0	0	0	0
a) 孤食なし → 孤食なし	同居	523 (96.1)	21 (3.9)	280 (91.2)	27 (8.8)
	一人暮らし	2 (100)	0 (0)	0	1 (100)

a) McNemar検定: 「孤食なし→孤食なし」のグループのみが、男性・女性ともに $P < 0.01$ で有意な差が認められた。

IV 考察

本研究は地域在住の高齢者を6年間追跡調査し、孤食および居住形態の継続・変化と6年後の幸福感との関連を男女別に検討した。分析結果から、男性の同居で孤食があった者は、6年後の居住形態にかかわらず孤食が継続すると、6年間孤食がなかった男性と比べて6年後の幸福感の低さに関連が認められた。女性は孤食の有無が変化した者は、6年後の幸福感の低さに関連を示した。

孤食の経年的な変化と幸福感の関連を検討した研究は希少であり、高齢期の研究は本研究の他には見当たらなかった。中年期を対象としたタイ王国の研究³⁶⁾においては、4年後の調査時も継続して「不幸」と回答した者は、継続して「幸福」と回答した者と比較し、4年後の孤食頻度のオッズ比が高かったと報告されている。この研究は幸福感が将来の食行動の決定要因となる、という因果関係を想定している。これらの要因は単一方向で

はなく相互に影響し合うものと考えられ、相乗的な作用があるとするのが実際の関係に近いのではないかと推察された。

1. 6年後の幸福感に対するベースラインの孤食の男女差

本研究の習慣的な1日の孤食が1回以上ある高齢者の割合は、男性42.5%、女性56.7%であった。本研究と同様の65歳から84歳の高齢者を対象に分析した調査¹¹⁾では、週に1日以上孤食をしている高齢者は男性47.1%、女性48.5%であり、本研究と同様に半数近くの高齢者が習慣的に孤食を経験していた。

男性高齢者の孤食は、将来の幸福感に負の関連があることが明らかになった。その背景として、男性は食材購入や調理など食事に関連する経験が女性と比較し少ない傾向があるため、孤食が栄養的な質の低下を招き、結果的に健康に影響を及ぼしやすいのではないかと推察された。

表3 男女別にみた孤食・居住形態の継続・変化と6年後の幸福感との関連

	6年後・「幸福である」			6年後・MS14点以上		
	OR	(95%CI)	P値	OR	(95%CI)	P値
男 性						
a) ベースラインの孤食						
孤食あり (参照: 孤食なし)	0.45	(0.20 - 1.02)	0.057	0.89	(0.69 - 1.15)	0.378
b) ベースラインと6年後の孤食有無・居住形態						
孤食なし → 孤食なし	1.00			1.00		
孤食あり・同居 → 孤食あり・同居	0.37	(0.13 - 1.02)	0.055	0.71	(0.53 - 0.97)	0.031
孤食あり・同居 → 孤食あり・一人暮らし	0.12	(0.02 - 0.72)	0.021	0.38	(0.13 - 1.07)	0.067
孤食あり・一人暮らし → 孤食あり	0.30	(0.06 - 1.61)	0.159	0.51	(0.26 - 1.01)	0.053
孤食あり → 孤食なし	0.37	(0.11 - 1.23)	0.106	1.14	(0.77 - 1.68)	0.513
孤食なし → 孤食あり	0.43	(0.10 - 1.80)	0.248	0.54	(0.35 - 0.86)	0.008
女 性						
a) ベースラインの孤食						
孤食あり (参照: 孤食なし)	0.60	(0.20 - 1.81)	0.360	1.30	(0.95 - 1.78)	0.105
b) ベースラインと6年後の孤食有無・居住形態						
孤食なし → 孤食なし	1.00			1.00		
孤食あり・同居 → 孤食あり・同居	0.91	(0.21 - 3.91)	0.900	0.98	(0.66 - 1.45)	0.920
孤食あり・同居 → 孤食あり・一人暮らし	0.44	(0.04 - 4.87)	0.500	0.73	(0.33 - 1.62)	0.437
孤食あり・一人暮らし → 孤食あり	0.80	(0.22 - 2.95)	0.741	1.16	(0.79 - 1.71)	0.460
孤食あり → 孤食なし	0.21	(0.06 - 0.83)	0.026	1.36	(0.81 - 2.29)	0.240
孤食なし → 孤食あり	1.69	(0.17 - 16.72)	0.655	0.41	(0.20 - 0.82)	0.011

OR: オッズ比, CI: 信頼区間, MS: PGCモラルスケール (改訂版)

・調整変数^{a)}: 年齢, 一人暮らし (6年後), 仕事, 経済満足感, 喫煙習慣, 飲酒習慣, 過去1年間の入院, IADL得点, 楽しみ生きがい特がない

・調整変数^{b)}: 調整変数^{a)}から一人暮らし (6年後) を除いた変数

・変数選択は強制投入法, すべてのロジスティック回帰分析において Hosmer-Lemeshow の検定結果は $P \geq 0.05$

2. 6年後の孤食・居住形態の継続・変化と幸福感との関連

男性高齢者の同居者のいる者の孤食が継続すると、6年後の居住形態に関わらず幸福感の低さに関連が示された。国の調査結果³⁵⁾によると、同居であっても家族との共食が困難な理由について、70歳代の約8割は「自分または家族の仕事が忙しいから」と回答している。本研究の「孤食あり」の男性のうち収入のある仕事をしている割合は23.6%であったため、約8割の無就労の男性は配偶者のパートタイマー労働などが孤食に影響しているのではないかと推察された。

男女ともに孤食が6年後に新たに発生した者は、孤食がなかった者に比べて、6年後の幸福感の低さに関連が認められた。「孤食なし→孤食あり」の高齢者は、男女ともに調査開始時は全員が同居で、6年後に一人暮らしに変化した者は男性1人のみだった(表2)。つまり同居で孤食がなかった者が6年後に同居の孤食が発生したことで、幸福でないと感じた可能性が示唆された。調査開始時に一人暮らしで、孤食が継続した高齢者は、男女ともに6年後の幸福感の低さに関連する傾向は認められたが、有意な関連ではなかった。

また女性は6年後に孤食が消失した「孤食あり→孤食なし」についても、6年後の幸福感の低さに関連を示した。このグループは調査開始時に一人暮らしの者が4名(5.1%)存在したが、6年後に全員が同居に変化した。つまり大多数は同居で孤食があった者で、6年後に同居の共食に変化したことになる。本研究では共食状況はたずねていないが、家族との食事以外にデイケア利用による食事支援や親族・友人との共食なども考えられる。本研究結果は、女性高齢者は共食の増加が必ずしも幸福感に良好な影響を及ぼすとは限らないという可能性を示唆するものと推察された。これは女性が食事を自己管理する習慣や関心があるため、自由度の高い孤食と幸福感との関連は男性とは異なる可能性が考えられた。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究結果の解釈の限界として、対象者のペー

スラインの幸福感については調査を行っていなかったため、分析で考慮できていないことが挙げられる。今後は幸福感の経年変化を含む詳細な分析を行い、高齢期の生存維持ならびに健康寿命延伸への効果的な支援につながる科学的根拠を明らかにすることを課題としたい。

本研究の対象者は健康事業に参加経験があり、3回の調査に継続して回答した健康意識の高い集団という選択バイアスが存在する可能性がある。また分析対象者から85歳以上の高齢者や、欠損のあるデータを除いたことにより、身体的自立度の高い集団のみを対象とした結果であることを考慮する必要性が生じている。

さらに本研究結果は、高齢期の孤食の継続は特に男性高齢者において支援が必要であることを示唆したが、これは支援方法として共食が有効であるという根拠を提示するものではない。COVID-19の感染予防対策下においては、共食以外の支援方法の検討も必要である。今後は無作為化された対照群を含めた介入研究により、孤食と幸福感の因果関係を明確にし、高齢期のQOL向上を目的とした孤食の有効な支援策について検討していきたい。

V 結語

高齢者の孤食と幸福感の関連に、居住形態が影響することが明らかになった。男性の同居の孤食は、6年後の居住形態にかかわらず孤食が継続・発生すると幸福感の低さに関連を示し、女性は同居の孤食有無の変化と6年後の幸福感の低さに関連が認められた。地域在住高齢者の幸福感を高めるための公衆衛生戦略に、性別や居住形態など対象者の特性を考慮した孤食をはじめとする食行動に着目して行う必要があることが示唆された。

謝辞

本研究は、一般財団法人長寿社会開発センターおよび明るい長寿社会づくり推進機構連絡協議会の多大なるご協力を得て実施した。長寿社会開発センターの山登一輝氏、薬師寺清幸氏、およびアンケート調査にご協力いただいた全国の対象者の

皆様に心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) 総務省統計局. 統計からみた我が国の高齢者. 1. 高齢者の人口. 2022. <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1321.html> (2022年10月10日アクセス).
- 2) United Nations. General assembly. United Nations decade of healthy ageing (2021–2030). <https://www.undocs.org/en/A/75/L.47> (2022年10月10日アクセス).
- 3) 外務省. 外交政策 保健・医療「健康な高齢化の10年」決議案の国連総会本会議での採択. 2020. https://www.mofa.go.jp/mofaj/ic/ghp/page23_003244.html (2022年10月10日アクセス).
- 4) 厚生労働省. 令和3(2021)年 国民生活基礎調査. 結果の概要, 2. 65歳以上の者のいる世帯の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa21/dl/02.pdf> (2022年10月10日アクセス).
- 5) 農林水産省. 「食育に関する意識調査報告書」(令和2年3月). 3. 共食や孤食の状況. (1) 一人で食べる頻度. 2020. https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/ishiki/r02/pdf/houkoku_2_3.pdf (2022年10月10日アクセス可能).
- 6) 日本栄養・食糧学会監修. 渡邊 孟, 武田英二, 奥田拓道編. 高齢者の食と栄養管理. 東京: 建帛社. 2001:25-31.
- 7) 上田菜央, 信太直己, 岩垣穂大, 他. 高齢者における居住・食事形態とQOLとの関連. 日本食生活学会誌. 2018;29:99-104.
- 8) Björnwall A, Mattsson Sydner Y, Koochek A, et al. Eating alone or together among community-living older people—a scoping review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:3495.
- 9) Tani Y, Kondo N, Noma H. Eating alone yet living with others is associated with mortality in older men: the JAGES cohort survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2018;73:1330-1334.
- 10) Kimura Y, Wada T, Okumiya K, et al. Eating alone among community-dwelling Japanese elderly: association with depression and food diversity. *J Nutr Health Aging* 2012;16:728-731.
- 11) 田中泉澄, 北村明彦, 清野 諭, 他. 大都市部在住の高齢者における孤食の実態と食品摂取の多様性との関連. 日本公衆衛生雑誌 2018;65:744-754.
- 12) Ahn Y, Lee Y, Park H, et al. Gender and age group differences in nutrition intake and dietary quality of Korean adults eating alone: based on Korean national health and nutrition examination survey data, 2013-2016. *Nutr Res Pract* 2021;15:66-79.
- 13) Li CL, Tung HJ, Yeh MC. Combined effect of eating alone and a poor nutritional status on cognitive decline among older adults in Taiwan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2018;27:686-694.
- 14) Tani Y, Sasaki Y, Haseda M, et al. Eating alone and depression in older men and women by cohabitation status: The JAGES longitudinal survey. *Age Ageing* 2015;44:1019-1026.
- 15) Wang X, Shen W, Wang C, et al. Association between eating alone and depressive symptom in elders: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 2016;16:19.
- 16) Steptoe A. Happiness and Health. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:339-359.
- 17) Martin-María N, Miret M, Caballero FF, et al. The impact of subjective well-being on mortality: a meta-analysis of longitudinal studies in the general population. *Psychosom Med* 2017;79:565-575.
- 18) Steptoe A. Investing in happiness: the gerontological perspective. *Gerontology* 2019;65:634-639.

- 19) Koopmans TA, Geleijnse JM, Zitman FG, et al. Effects of happiness on all-cause mortality during 15 years of follow-up: the Arnhem elderly study. *J Happiness Stud* 2010;11:113-124.
- 20) 児玉小百合, 栗盛須雅子, 山登一輝, 他. 自立高齢者の運動頻度における主観的ウェルビーイングと3年後の自立度との関連. 厚生学の指標 2019;66:1-8.
- 21) Kodama S, Hoshi T, Kurimori S. Decline in independence after three years and its association with dietary patterns and IADL-related factors in community-dwelling older people: an analysis by age stage and sex. *BMC Geriatrics* 2021;21:385.
- 22) 古谷野 亘. 地域老人における活動能力の測定－老研式活動能力指標の開発－. *日本公衆衛生雑誌*. 1987;03:109-114.
- 23) Krueger AB, Schkade DA. The reliability of subjective well-being measures. *J Public Econ* 2008;92:1833-1845.
- 24) 厚生労働省. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 実施の手引き. 2019.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000560423.pdf> (2022年10月10日アクセス).
- 25) 児玉小百合, 栗盛須雅子, 星 旦二, 沖縄県農村地域在住の自立高齢者における幸福感と3年後の生存との関連. *日本公衆衛生雑誌*. 2018;65:199-209.
- 26) Lawton MP. The Philadelphia geriatric center morale scale: a revision. *Journal of Gerontology* 1975;30:85-89.
- 27) 前田大作, 浅野 仁, 谷口和江. 老人の主観的幸福感の研究－モラル・スケールによる測定の試み－. *社会老年学* 1979;11:15-31.
- 28) 古谷野 亘. 老年精神医学関連領域で用いられる測度QOLなどを測定するための測度 (2). *老年精神医学雑誌*. 1996; 7 :431-441.
- 29) Näsman M, Niklasson J, Saarela J, et al. Morale in old age and its association with sociodemographic, social, and health-related factors in different age groups. *J Aging Res*. 2020;39:39718.
- 30) Niklasson J, Näsman M, Nyqvist F, et al. Higher morale is associated with lower risk of depressive disorders five years later among very old people. *Arch Gerontol Geriatrics* 2017;69:61-68.
- 31) 岩佐 一, 河合千恵子, 権藤恭之, 他. 都市部在宅中高年者における7年間の生命予後に及ぼす主観的幸福感の影響. *日本老年医学会雑誌*. 2005;42:677-683.
- 32) Fukunaga R, Abe Y, Nakagawa Y, et al. Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*. 2012;12:179-185.
- 33) 栗盛須雅子, 星 旦二, 長谷川卓志. IADLの自立した在宅高齢者の主観的幸福感と生活満足度の関連要因の検討. *Health Sciences* 2004;20:265-274.
- 34) 吉田祐子, 鈴鴨よしみ, 岩佐 一. 地域高齢者における性別・居住形態別にみた食行動の実態. *老年社会科学*. 2019;40:384-392.
- 35) 農林水産省. 「食育に関する意識調査報告書」(平成30年3月). 3. 共食や孤食の状況. (5) 家族との共食が困難な理由. 2018.
https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/ishiki/h30/pdf/houkoku_2_3.pdf (2022年10月10日アクセス).
- 36) Yiengprugsawan V, Banwell C, Takeda W, et al. Health, happiness and eating together: what can a large Thai cohort study tell us? *Glob J Health Sci* 2015; 7 :270-277.
(受付 2022.04.14 : 受理 2022.12.12)

Continuation or change in habitually eating alone and habitation lifestyle and its association with happiness six years later in community-dwelling older people: an analysis by sex

Sayuri Kodama¹⁾, Sugako Kurimori²⁾, Tanji Hoshi³⁾

Background/Objective

To investigate strategies enhancing older adults' quality of life (QOL), this study aimed to elucidate the association between continuation or change in habitually eating alone and habitation lifestyle, and happiness six years later in community-dwelling older people, analyzing by sex.

Method

A nationwide longitudinal study of 25 Japanese prefectures was conducted in 2013. Data from 1,957 participants (1,127 men and 830 women) who continued participating in the follow-up survey for the next six years, excluding missing data, were analyzed. We asked about the frequency of habitually eating alone daily and classified the answer as "not eating alone" and "eating alone," which was sub-classified as "one time," "two times," and "three times or more." Next, we classified the participants into six groups based on the status of continuation or change in habitually eating alone and habitation lifestyle six years later. Happiness was evaluated using a single index of four cases and the Philadelphia Geriatric Center (PGC) Morale Scale: a revision (MS). Multiple logistic regression analysis was conducted for "happy" and for equal to or higher than the median of the MS, with the six groups as independent variables.

Result

In the current study, 42.5% of men and 56.7% of women ate alone. Compared with the older people who did not eat alone for the six years, the factors that showed a significant relationship between a decline in happiness over the six years were as follows; men who continued to eat alone while cohabiting or changed to living alone or had an occurrence of eating alone six years later were not as happy as those who never ate alone. Women who ate alone or stopped eating alone after six years were not as happy as those who never ate alone. High cohabitation rates were observed among men and women who had the occurrence of eating alone or not.

Discussion

It was found that older adults' habitation lifestyles affected the relationship between eating alone and overall happiness after six years. The continuation or occurrence of eating alone in cohabitated older men and the change to eating alone or not in cohabitated older women were related to lower happiness. Therefore, in promoting public health strategies to enhance the happiness of older adults, it is necessary to pay attention to eating behavior, such as eating alone, considering the characteristics of older adults, such as sex and habitation lifestyle.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 19 – 30】

Key words : eating alone, happiness, QOL, older adults, habitation lifestyle

1) Department of Food and Nutrition Science, Sagami Women's Junior College

2) Department of Nursing, Seitoku University

3) Tokyo Metropolitan University

特別報告

健康格差と社会的要因を明らかにする サーベイランス研究の必要性： 米国における黒人・白人間の健康格差に係る ARIC研究の紹介を通して

八谷 寛¹⁾

【社会医学研究2023；40（1）：31-38】

キーワード：健康格差，健康の社会的要因，サーベイランス，ARIC研究

はじめに

健康格差とは、地域や人種・民族、教育歴、職業・雇用形態や所得など個人の社会経済状況や生活環境、さらに社会の制度などによって生じる集団間での健康状態の差のことを言う。また逆に、健康あるいはそれに直接関係する生活習慣等が、所得、教育、就業、生活環境、社会環境等の社会的要因により規定されていることを健康の社会的規定因子あるいは健康の社会的要因と言う。日本社会医学会は、健康格差や健康の社会的要因の問題に古くから取り組んできているが^{1,2)}、「第2次21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21 第二次)」でその縮小が目指されたように³⁾、国内外の公衆衛生学的な対策においても近年、それは特に重視されている。

本稿では、第63回日本社会医学会総会会長講演で紹介した、米国Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC研究、地域における動脈硬化リスクに関する研究)における人種間健康格差に係る著

者らが実施した研究内容の知見等を概説し、健康格差の縮小のためには継続的なサーベイランス研究の実施が必要であることについて論じる。

ARIC研究

ARIC研究は、標準化された方法を用いて冠動脈疾患の発症率、致死率、そして死亡率を把握することを目的としたサーベイランス研究と、分析疫学的なコホート研究の二つの柱からなり、米国4地域住民を対象に、1987年に開始された。米国では、1960年代後半から冠動脈疾患(Coronary Heart Disease: CHD)死亡率の減少が観察され始めたが、すぐには認識されず、真偽や理由は不明のままだった。1978年にNational Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI: 米国国立心臓・肺・血液研究所)のCHD死亡率の減少に関する研究会(the Bethesda Decline Conference)は、白人と黒人、男性と女性それぞれを含む複数の地域における検討によってCHDの発症率および致死率それぞれの変化を明らかにし、もし死亡率が実際に減少しているのであれば、そのことに対する危険因子変化の寄与を明らかにする必要があることを勧告し、1987年に現在のARIC研究は始まった。すなわち、ARIC研究の第一の目的は、CVDの発症率、致死率を、Framingham研究のようにニューイングランド

1) 名古屋大学大学院医学系研究科

国際保健医療学・公衆衛生学

連絡先：八谷 寛

住所：〒466-8550

愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65

TEL：052-744-2128 FAX：052-744-2131

E-mail：h828@med.nagoya-u.ac.jp

の一地域の白人集団だけではなく、多地域の黒人や女性を含む対象で長期間にわたってサーベイランスすることであったが、適切な保健医療施策の立案にあたっては、CVDの原因と進展についての詳細な知見が必要であることが認識され、サーベイランス研究の他に、コホート研究も重点的に実施されることになった⁴⁾。

ARIC研究はノースカロライナ州およびメリーランド州の郡部、ミネソタ州ミネアポリス市郊外、ミシシッピ州ジャクソン市の4地域を対象としている。サーベイランス対象疾患は、対象地域の35-74歳の住民に発症し入院に至った急性心筋梗塞とCHDによる死亡であり、具体的には、対象地域の病院における採録調査によって、急性心筋梗塞による入院症例が、また死亡診断書の定期的な確認によってCHDが原因の死亡、すなわち致死性心筋梗塞、突然死が登録された。CHDサーベイランスは、NHLBIの要請によるARICの主要な研究であり、NHLBIの保健医療計画の根拠として用いられている。サーベイランス研究によって、CHD死亡率と心筋梗塞の致死率が1987年以降継続して減少していること⁵⁾、病院外死亡の減少がはじめは顕著であったが、その後、特に白人において心筋梗塞の発症率（入院）が減少していること、さらに心筋梗塞の重症度も軽症化したことが明らかになっ

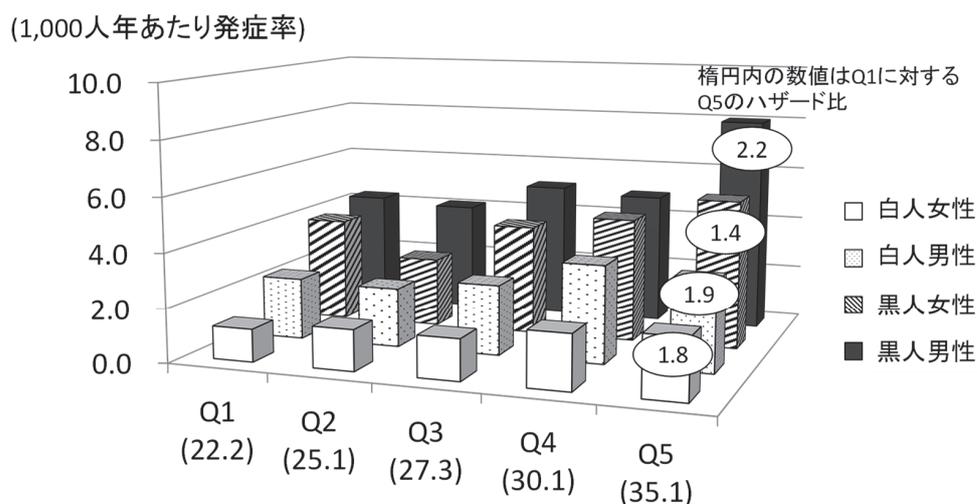
ている⁶⁾。また、突然死の発生率も低下しているが、ミシシッピ州の男性では低下が認められないことや、致死性CHDに占める突然死の割合には概ね変化がないことも明らかになっている⁷⁾。

ARICコホート研究

対象地域はサーベイランス研究と同一であるが、年齢は45-64歳を対象とした。各地区で、例えば運転免許証や州の身分証明証、あるいは陪審員の登録一覧から確率的方法によって4,000人がコホート研究参加候補者として抽出された。こうして選ばれた対象者の自宅において面接調査が実施され、研究への参加依頼とともに健康状態や既往歴、教育歴、職業などが調査された。また、心電図や空腹時採血のための各地域の検査センター来所の予約もなされ、最終的に15,792人がコホート対象者として研究に参加した。

肥満度と脳梗塞リスクとの関連

ARICコホート研究において、肥満度と脳梗塞発症リスクの関連を性・人種別に検討した⁸⁾。それまでの研究では、特に黒人において一定の関連が認められていなかったが、心血管疾患及びがんの既往歴のない者を対象として実施した本解析からは、黒人においても白人と同様、肥満と脳梗塞リ



Q1~Q5はBMIの5分位を表す。()内の数値は各5分位の中央値5分位のカットオフ値は23.9、26.2、28.6、32.0 (kg/m²)である。

図1. 人種・性別、BMIカテゴリ（五分位）による脳梗塞発症率（/1,000人年）—ARIC研究, 1987-2005

スクが正の関連を有することが確認された(図1)。具体的には、肥満度(Body mass index: BMI)をQ1, Q2, Q3, Q4, Q5の5分位に分け、Q1を基準群とする多変量調整Cox比例ハザードモデルで脳梗塞発症リスクとの関連を検討した。ただし、肥満度の最も低いQ1群の粗発症率(/1,000人年)は黒人女性で3.9, 黒人男性で4.3, 白人女性で1.2, 白人男性2.3, 肥満度の最も高いQ5群ではそれぞれ5.5, 8.0, 2.2, 3.3と黒人の粗発症率は白人に比し約3倍も高かった。このことから、肥満は脳梗塞発症リスクを黒人、白人とも有意に上昇させるが、別の要因が黒人の脳梗塞発症率水準の高さに関連していることが示唆された。また、女性については、黒人と白人で平均BMIが大きく異なり(BMIが30.8 vs. 26.6 kg/m²: 図2), 黒人女性の高い肥満度が発症数の多さに関連していると考えられた。

健康的な生活習慣と心血管疾患リスクとの関連

アメリカ心臓協会(AHA: American Heart Association)は、循環器病(心血管疾患)による死亡率を10年間で20%減少させることを目標に、一般市民に分かりやすい行動目標(AHA指標)を2010年に発表した⁹⁾。AHA指標は、心血管リスクに関係する7つの心血管健康度指標(血圧, 総コレステロール, 血糖値, BMI, 非喫煙, 適正な食事・

栄養素摂取, 運動)の目標値(図ではidealとして示されている。)で構成されている。なお、「適正な食事・栄養素摂取」を判断する指標として、野菜・果物, 魚介類, 食物繊維の豊富な全粒穀物, 食塩, 清涼飲料水の5項目のうち4-5項目で該当した場合に目標値を満たしている(ideal)と定義された。

ARIC研究において、心血管疾患の既往歴のない個人ごとにAHA指標の該当数(idealの数)を求めた¹⁰⁾。黒人と白人の差異は、特にBMI, 身体活動で顕著であった(図3)。また、同様にAHA指標が特に悪いpoorと分類される者の割合として見た場合も、喫煙, BMI, 身体活動, 食事で黒人のpoorの割合が高かった。健診成績については、AHA指標に合致しているidealの割合は高血圧で白人が50.2%であったのに対し、黒人では23.8%と低かった。この指標の達成数ごとの追跡期間中の心血管疾患(Cardiovascular diseases: CVD, 脳卒中, 冠動脈疾患, 心不全)発症率は、黒人の5-6個における3.3/1,000人年, 白人における6個での4.3/1,000人年, 5個での7.1/1,000人年のように、両者が同じ場合のCVD発症率には黒人と白人で差がないことが示された。しかし、AHA指標の達成者の割合(ideal health)は黒人で3%, 白人で16%と、その保有割合が黒人と白人で異なるため、全体としての発症率を押し上げていることが分かった(表2)。

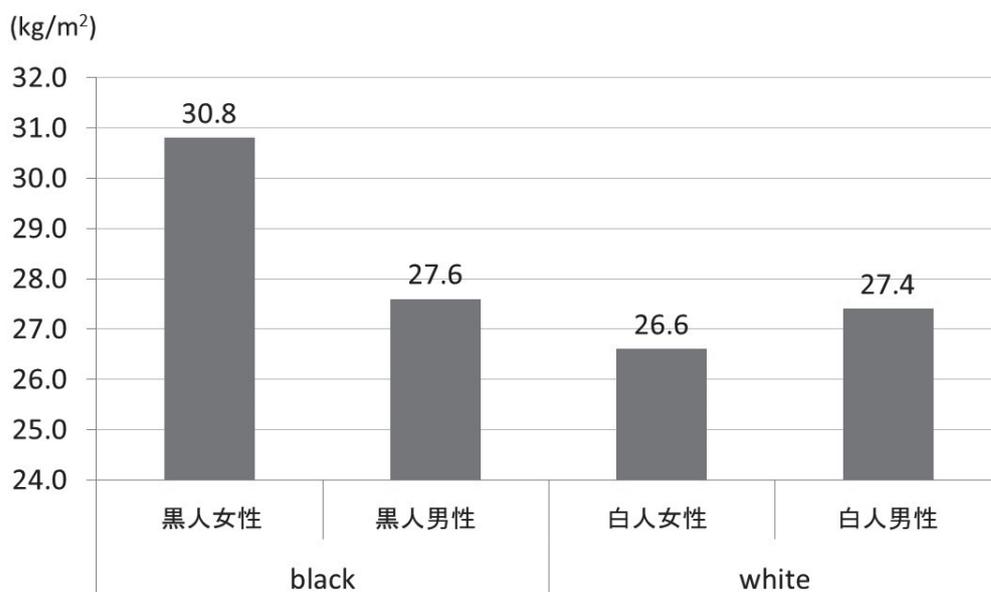


図2. 人種・性別ベースラインのBMI (kg/m²) - ARIC研究, 1987-1989

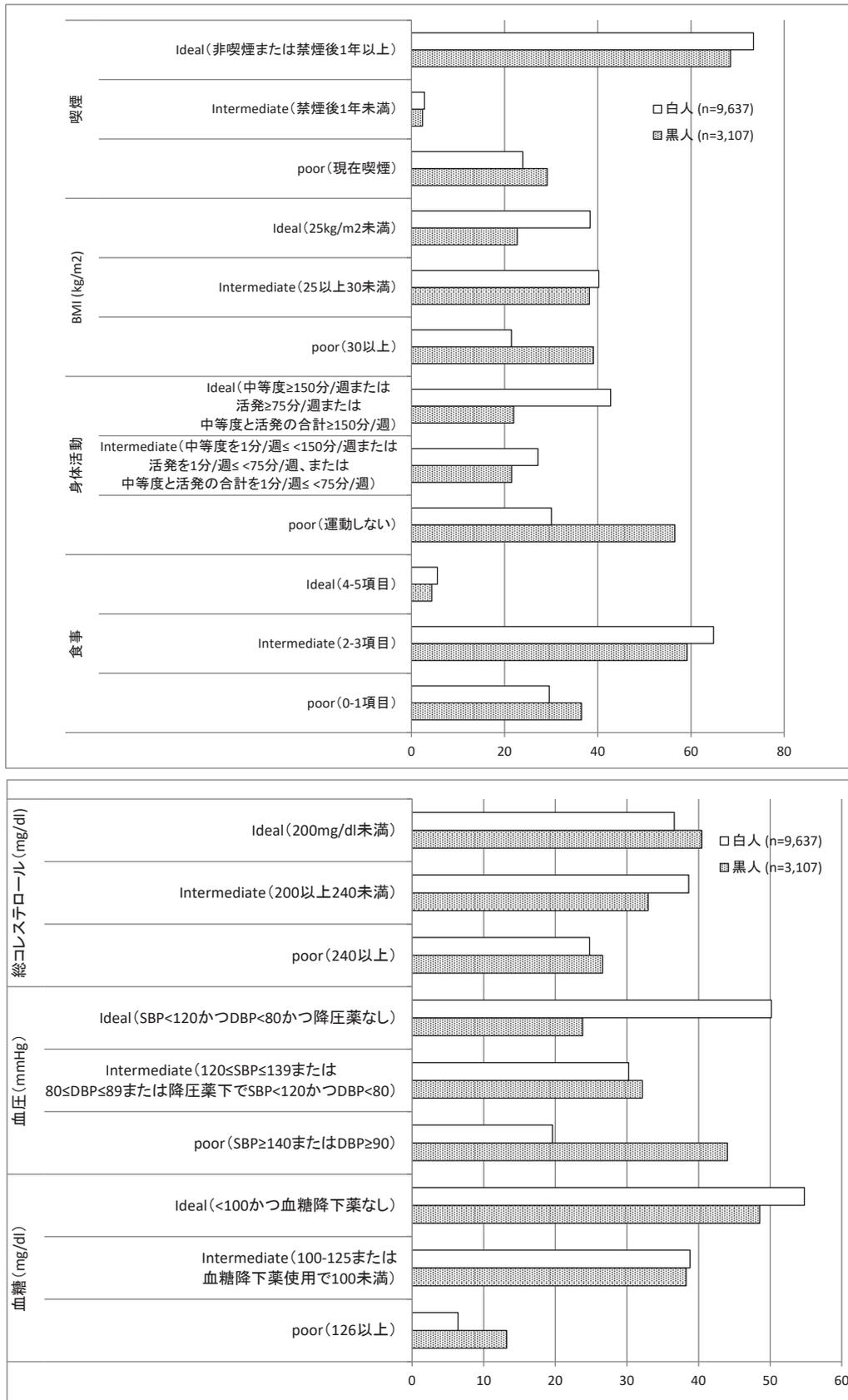


図 3. アメリカ心臓協会 (AHA: American Heart Association) 7つの心血管健康度指標 (AHA指標) の各指標 (非喫煙, BMI, 身体活動, 適正な食事・栄養素摂取, 総コレステロール, 血圧, 血糖) のベースラインの状況, 1987-1989

表 1. アメリカ心臓協会 (AHA: American Heart Association) による 7 つの心血管健康度指標 (AHA指標) の目標値 (ideal) 達成数と心血管疾患発症率の関連: ARIC研究

Ideal の数	黒人			白人		
	CVD 発症数	発症率	信頼区間	CVD 発症数	発症率	信頼区間
7	0	0	NA	0	0	NA
6	1	3.3	(1.5-7.4)	22	4.3	(2.8-6.5)
5	5	8.7	(6.6-11.5)	122	7.1	(5.9-8.4)
4	49	14.2	(12.2-16.5)	305	9.3	(8.3-10.4)
3	173	16.9	(15.0-19.1)	582	12.4	(11.4-13.5)
2	270	25.3	(22.4-28.6)	676	17.2	(15.9-18.6)
1	265	40.4	(32.0-51.1)	434	30.4	(24.7-37.6)
0	72	16.5	(15.4-17.7)	87	12.2	(11.7-12.8)
合計	835			2,228		

表 2. AHA指標の達成数ごとに定義される総合評価 (ideal health, intermediate health, poor health) と、黒人と白人における各状態の割合: ARIC研究

	poor の数	intermediate の数	ideal の数	黒人	白人
Ideal Health	0	0	7	0.03	0.16
Intermediate Health	0	1-7	0-6	6.5	20.9
Poor Health	1-7	Any	Any	93.5	78.9
	(1)			(17.7)	(31.7)
	(2)			(27.6)	(25.8)
	(3)			(27.3)	(14.9)
	(4-7)			(20.9)	(6.5)

ARICサーベイランス研究の状況

2005年から2014年のARICサーベイランス研究においても、黒人男性の初発及び再発の急性心筋梗塞発症率 (/1,000人年) は20.7と8.8で白人男性の14.1と6.8に比し高かった¹¹⁾。同様に、黒人女性では16.2と5.3と白人女性の8.8と3.1より高かった。本研究により、黒人では白人に比し、初発、再発とも発症リスクが高いが、特に再発のリスクが高いことが示された。また再発リスクに関する年齢階級別の分析により、40歳代、50歳代において人種間差が顕著であることが分かった。別の検討において、黒人は白人に比し、急性心筋梗塞入院中またはその退院時に脂質異常症治療を受ける確率が約1割低いこと¹²⁾も報告されている。また、1995年から2014年のARICサーベイランス研究において、35-54歳の若年女性の急性心筋梗塞による入院が増えており、その内訳として黒人女性の割合が高いことが報告されている¹³⁾。

1 番目の研究において、特に再発リスクで顕著な人種間差について、危険因子の保有状況が黒人では白人より悪いが、その累積効果の可能性の他、再発予防のための保健医療サービスへのアクセスが限られている可能性が述べられている。例えば、禁煙指導、クロピドグレルのような血小板凝集抑制による再発予防治療を受ける割合が黒人では白人より低いことが報告されていること、また急性期における冠動脈インターベンションや発症後の心臓リハビリテーションを受ける割合が黒人では白人で低いこと、さらに、黒人において報告されている急性心筋梗塞の症状に関する知識不足が治療開始遅延に繋がっている可能性を述べている。実際、2000年から2014年の非ST上昇型心筋梗塞患者を対象としたARICサーベイランス研究において、15年間にわたって一貫して、合併症が白人より多く、その標準的な治療を受けていないことが報告されている¹⁴⁾。

まとめに代えて

人種間で認められる健康格差が、人種間での健康の社会的要因の分布の差や保健医療サービスへのアクセスの差によって生じていることを実証した研究成果の一つを紹介した。健康格差に対して適切な対策を行い、それを縮小させていくには、健康格差の特徴、社会的要因の状態を継続的にサーベイランスするとともに、それらの関連を適切に評価していくことが基本であり、重要である。日本においては、健康の社会的要因に注目した社会疫学研究は多く実施されるようになってきているが、心血管疾患を含む非感染性疾患（いわゆる生活習慣病）のサーベイランスは系統的に実施されてきていない状態が続いている。米国ARICサーベイランス研究が計画された契機（the Bethesda Decline Conference）は心疾患死亡率減少の真偽や理由が不明であることに対する反省であった¹⁵⁾。脳卒中・循環器病対策基本法が2018年12月に成立したが、登録事業は学会レベルで進められているもの他にはなく¹⁶⁾、国及び都道府県の循環器病対策推進計画も総論的な内容の整理に終始しているとも言える¹⁷⁾。個人番号等のデータ基盤の整備とともに、日本を代表する集団を設定しての発症サーベイランス事業・研究の実施が望まれる。

謝辞

第63回日本社会医学会総会では「地域共生社会の理念の実現と社会医学研究」をテーマとし、二木立先生による「地域共生社会の理念と現実、および社会医学への期待」の基調講演、「当事者意識を持ちやすい仕組み作り—地域共生社会実現に向けて」、「つながりの輪を広げて創る多文化共生社会—くらしといのち」、「発達障害のある人のライフコースを通じての支援の在り方と今後の方向性」の3つのシンポジウム、また「理解されない痛みや症状に寄り添うために—私達に何が出来るか?—」、「戦争と医学医療—過去から学び未来につなげるために」の2つの特別シンポジウム、さらに、編集委員会企画の教育講演「実装科学と社会医学研究」、ランチョンセミナー「見えにくい貧困への

アプローチ—地域医療の視点から—」、そして多くの一般口演など、いずれも素晴らしいご講演やご討議を頂きました。第63回日本社会医学会総会の開催にあたり頂きました皆様のご助力に感謝の意を表します。

文献

- 1) 高鳥毛 敏雄. 社会医学の未来をデザインする「歴史に学び、一隅を照らす」. 社会医学研究 2021; 38:128-136.
- 2) 石竹 達也. 政策評価に社会医学の視点を「ツールとしてのHIA (健康影響予測評価) の必要性」. 社会医学研究 2013; 30:63-72.
- 3) 厚生労働省. 健康日本21 (第二次). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kenkounippon21.html (Accessed : 2023/1/15).
- 4) 八谷 寛, 山岸 良匡, 松下 邦洋. 予防医学 米国の政策的疫学研究であるARIC研究. 現代医学 2011; 59:145-158.
- 5) Rosamond WD, Chambless LE, Folsom AR, et al. Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987 to 1994. N Engl J Med 1998; 339:861-867.
- 6) Myerson M, Coady S, Taylor H, et al. Declining severity of myocardial infarction from 1987 to 2002: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. Circulation 2009; 119:503-514.
- 7) Ni H, Coady S, Rosamond W, et al. Trends from 1987 to 2004 in sudden death due to coronary heart disease: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Am Heart J 2009; 157:46-52.
- 8) Yatsuya H, Folsom AR, Yamagishi K, et al. Race- and sex-specific associations of obesity measures with ischemic stroke incidence in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Stroke 2010; 41:417-425.

- 9) Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010; 121:586-613.
- 10) Folsom AR, Yatsuya H, Nettleton JA, et al. Community prevalence of ideal cardiovascular health, by the American Heart Association definition, and relationship with cardiovascular disease incidence. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57:1690-1696.
- 11) Islek D, Alonso A, Rosamond W, et al. Differences in incident and recurrent myocardial infarction among White and Black individuals aged 35 to 84: Findings from the ARIC community surveillance study. *Am Heart J* 2022; 253:67-75.
- 12) Kitzmiller JP, Foraker RE, Rose KM. Lipid-lowering pharmacotherapy and socioeconomic status: Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) surveillance study. *BMC Public Health* 2013; 13:488.
- 13) Arora S, Stouffer GA, Kucharska-Newton AM, et al. Twenty Year Trends and Sex Differences in Young Adults Hospitalized With Acute Myocardial Infarction. *Circulation* 2019; 139:1047-1056.
- 14) Arora S, Stouffer GA, Kucharska-Newton A, et al. Fifteen-Year Trends in Management and Outcomes of Non-ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction Among Black and White Patients: The ARIC Community Surveillance Study, 2000-2014. *J Am Heart Assoc* 2018; 7:e010203.
- 15) The University of Minnesota. It's surveillance, surveillance, surveillance. <http://www.epi.umn.edu/cvdepi/essay/its-surveillance-surveillance-surveillance/> (Accessed: 2023/1/15).
- 16) 日本循環器学会. 基本法・5ヵ年計画検討委員会. https://www.j-circ.or.jp/kihonhou_gokanen/ (Accessed: 2023/1/15).
- 17) 厚生労働省. 「循環器病対策推進基本計画」について. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14459.html (Accessed: 2023/1/15).

(受付 2023.01.15 : 受理 2023.02.24)

Atherosclerosis Risk in Communities Study's findings on racial differences in the health status and risks: importance of surveillance study to identify possible health disparities and related social determinants of health

YATSUYA Hiroshi¹⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 31 - 38】

Key words : health disparities, social determinants of health, surveillance, ARIC Study

1) Nagoya University Graduate School of Medicine, Department of Public Health and Health System

特別報告

地域共生社会の理念と現実, および社会医学への期待

二木 立¹⁾

【社会医学研究2023; 40 (1): 39-48】

キーワード: 地域共生社会, 地域包括ケア, 社会医学

はじめに

—自己紹介と私の「地域共生社会」・「地域包括ケア」研究

本日の講演では, 主として地域共生社会の理念と現実について話し, 併せて, 社会医学と日本社会医学学会への期待を述べます. 八谷大会長から当初依頼されテーマは「地域共生社会」についてでしたが, 「地域共生社会」は「地域包括ケア (システム)」と密接に関わっているため, 講演では両者を対比させながら話します.

本題に入る前に, 簡単に私の自己紹介と「地域共生社会」・「地域包括ケア (システム)」研究について説明します.

1972年に東京医科歯科大学医学部を卒業した「学生運動世代」です. 当時は卒業生の大半は, 卒業後母校の大学病院で研修をしていましたが, その道は選ばず, 1972~1984年度の13年間, 東京の財団法人 (当時) 代々木病院で常勤医として働きました. 最初の2年間代々木病院で内科の初期研修を行い, 1974年度, 東大病院リハビリテーション部の研修医となり, 上田敏先生の指導を受けました. その後, 1975~1984年度の10年間, 代々木病院で脳卒中患者の早期リハビリテーションの診療と臨床研究を行いました. リハビリテーションは,

医療と福祉の接点にあるので代々木病院のリハビリテーション医療チームには最初から医療ソーシャルワーカーも参加していました. 1982年, 「脳卒中患者の障害の構造の研究」で医学博士号を取得しました.

代々木病院に就職した時点から, 将来は「医療問題の研究者」になることを計画し, 病院勤務の13年間, 医師で医事評論家の故川上武先生の指導を受け, 病院勤務医と医療問題・医療経済学の勉強・研究の「二本立て」の生活を続けました.

そして, 医学博士号を取得したことが決め手となって, 1985年度, 日本福祉大学社会福祉学部教授に採用されました. 当初の担当科目は「障害児の病理と保健」, つまり「障害児医学」でした.

その後, 専門を徐々に, リハビリテーション医学から医療経済学・医療政策研究 (医療経済・政策学) に移行しました. 1995~1996年度には「(公的) 介護保険論争」に積極的に参加し, 2006年度, 「介護保険制度の総合的研究」 (勁草書房, 2007) で第2の博士号 (社会福祉学) を取得しました.

2013年度に日本福祉大学学長に就任し, その3年目の2015年に日本社会事業教育学校連盟会長に就任しました. それに伴い, 医療政策に加えて福祉政策の研究も本格的に始めました. そして, 2014~2022年の9年間に『安倍政権の医療・社会保障改革』, 『地域包括ケアと地域医療連携』, 『地域包括ケアと福祉改革』, 『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』, 『コロナ危機後の医療・社会保障改革』, 『2020年代初頭の医療・社会保障』の

1) 日本福祉大学名誉教授

連絡先: 二木 立

住所: 〒467-0826

愛知県名古屋市長区白龍町1-56-6 (自宅)

TEL/FAX: 052-853-1626

E-mail: niki@n-fukushi.ac.jp

6冊の単著を出版し、全著作で「地域共生社会」または「地域包括ケア（システム）」の分析を行いました（1-6）。本日は、これら6冊の本で述べたことを中心にしつつ、その後の最新の動きも盛り込んで話します。

1 地域共生社会は崇高な理念と厚生労働省社会・援護局の個別施策との「二重構造」

地域共生社会についてもっとも強調したいことは、それが崇高な理念と厚生労働省社会・援護局の個別施策との「二重構造」になっていることです。以下、4つの柱を立てて話します。

（1）地域共生社会と地域包括ケア（システム）の理念

まず、地域共生社会と地域包括ケア（システム）の理念について説明します。

「地域共生社会」は一部で「パラダイムシフト」と称されていますが、それは過大評価です。と言うのは、地域共生社会の類似概念である「共生社会」は、地域福祉分野では1970年代以降使われ、国も2000年以前から個別施策で使っていたからです（383-84頁）。

日本の地域福祉研究や「共生社会」研究の出発点は、故岡村重夫先生が1974年に出版した『地域福祉論』（光生館）で、これは現在も流通している名著です。ただし、この本では「共生社会」という用語そのものはまだ使われていません。

政府も2000年以前から、男女共生社会、農村と都市の共生社会、障害者と非障害者の共生社会等を掲げていました。特筆すべきは、内閣府が2004年以降、政策統括官を配置し「共生社会政策」を推進していることです（5:123-124頁）。

内閣府の「共生社会政策」のサイトの冒頭には次のように書かれています。＜国民一人一人が豊かな人間性を育み生きる力を身に付けていくとともに、国民皆で子供や若者を育成・支援し、年齢や障害の有無等にかかわらず安全に安心して暮らせる「共生社会」を実現することが必要です。

／このため、内閣府政策統括官（共生社会政策担当）においては、社会や国民生活に関わる様々な課題について、目指すべきビジョン、目標、施策の方向性を、政府の基本方針（大綱や計画など）として定め、これを政府一体の取組として強力に推進しています。＞

このサイトの右側には、その「政策」として、「子供・若者育成支援」、「子供の貧困対策」、「高齢社会対策」、「障害者施策」等、8つの領域が示されており、それぞれについて詳しい解説がされています。「共生社会」でイメージできる領域で、これに含まれないのは、「（狭義の）社会福祉」・「地域福祉」だけとも言えます。いくつかの領域では「白書」も出されています：「子供・若者白書」、「障害者白書」、「高齢社会白書」等です。さらに、「共生社会促進に対する指標体系」もできており、ウェブ上に公開されています。

それに対して、「地域共生社会」は2016年6月の安倍晋三内閣の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」で初めて用いられた、新しい用語です。そこでは地域共生社会は以下のように説明されました。「子供・高齢者・障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる『地域共生社会』を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。また、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る」。

それ以降6年が経過しましたが、現在でも、地域共生社会の法的定義はもちろん、政府文書による公式の定義も定められていません。この点は、後述する「地域包括ケア（システム）」とまったく異なります。

この閣議決定を受けて厚生労働省は、2016年7月に『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」を立ち上げましたが、会議を1回開いただけでその後6年間、開店休業の状態が続いており、HPも

更新されていません。この点は、昨日〔2022年7月26日〕、改めて確認しました。

なお、「我が事・丸ごと」という言わば枕詞は当時の塩崎恭久大臣の発案と言われており、一時は福祉系の研究者・団体の間でこの言葉が大流行しました。しかし、塩崎氏が2017年8月に大臣を退任後すぐ「厚生労働省内死語」となり、現在ではほとんど使われていません（4:26頁）。その理由を一言で言えば塩崎大臣に人望がなかったからです。

先に述べたように地域共生社会の理念は一見崇高ですが、医療が含まれていません。2016年時点では住まいも含まれていませんでした（後述するように、2022年からは含まれるようになりました）。

それに対して、「地域包括ケア（システム）」は法的に定義され、構成要素に最初から「医療」も「住まい」も含んでいます。しかし、法律上の対象は現在でも高齢者に限定されています。

地域包括ケアシステムの法的定義は以下の通りです。「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」としています。つまり、地域包括ケアシステムの法律上の構成要素は5つとされています。この定義は2013年の「社会保障改革プログラム法」に初めて盛り込まれ、2014年の「医療介護総合確保推進法」でもそれが改めて明記されました。

私が地域包括ケアでもっとも強調したいことは、地域包括ケアの実態は、医療保険制度や介護保険制度のように国が制度設計し全国一律に実施する「システム」・制度ではなく、それぞれの地域で自主的に推進される「ネットワーク」であることです。私はこのことを2013年からずっと主張しています（1:98-100頁,2:6-7頁等）。

しかもこれは私の独断ではなく、厚生労働省高官や『厚生労働白書』も認めています。例えば『平成28年〔2016年〕版厚生労働白書』は、「地域包括

ケアシステムとは『地域で暮らすための支援の包括化、地域連携、ネットワークづくり』に他ならない」と明記しています。

地域包括ケアの性格をもっとも明快に説明した厚生労働省高官は原勝則老健局長（当時）で、2013年の「全国厚生労働関係部局長会議」で次のように述べました。

『「地域包括ケアはこうすればよい」というものがあるわけではなく、地域のことを最もよく知る市区町村が地域の自主性や主体性、特性に基づき、作り上げていくことが必要である。医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことは、どの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる」（1:104頁）。

以上を踏まえて、以下、「地域包括ケアシステム」ではなく、「地域包括ケア」と呼称します。

地域共生社会と地域包括ケアに対しては、国の公的責任を放棄し、自己責任・自助のみを強調しているとの厳しい批判もあります。この批判にも一理あると思いますが、両者は決して自助一辺倒ではなく、伝統的な意味での「共助」や「互助」を強化し、地域社会の再建・再興を目指していることも見落とすべきではないと思います。原田正樹（日本福祉大学教授、日本地域福祉学会会長）は、この点を踏まえて、「権利としての地域共生社会」を提唱しており、同感しています（7）。

（2）地域共生社会施策と地域包括ケア（システム） 施策の現実

次に、地域共生社会施策と地域包括ケア施策の現実についてお話しします。

ここで注意を喚起したいことは、両施策については、厚生労働省内の縦割り行政があることです。具体的には、地域共生社会施策は社会・援護局の所管ですが、それは狭義の社会福祉施策（特に生活保護制度と生活困窮者自立支援制度）に限定されており、医療は含まれていません。それに対し、老健局は介護保険制度の枠内で、高齢者に限定した「地域包括ケア（システム）」づくりを推進して

います。毎年の『厚生労働白書』でも、「地域共生社会」と「地域包括ケア（システム）」は分離・縦割りで記述されています。

具体的施策としては、予算規模・実績の両面で、老健局が推進する地域包括ケア（システム）が圧倒しています。

地域共生社会施策はごく狭い

社会・援護局の地域共生社会施策がごく狭いことは、山本真理社会・援護局長（当時）の「（講演録）コロナ禍の経験を踏まえた地域共生社会の実現」からも分かります（8）。この講演は、本年4月に地方議員を対象にして開かれた第26回地方から考える「社会保障フォーラム」セミナーで行われたものですが、講演タイトルが「地域共生社会」でありながら、内容は生活困窮者自立支援制度と生活保護に限定されています。

縦割りは自治体でも基本的には同じですが、少数ながら、地域共生社会施策と地域包括ケア施策を統合して実施している市区町村もあります。

これは意外に知られていないことですが、専門職団体でも地域共生社会と地域包括ケアに対する位置づけ・取り組みには大きな違いがあります。具体的には、ほとんどの医療系団体は地域包括ケアに注力しているのに対して、福祉系団体は地域共生社会を重視しています。例えば日本社会福祉士会は、2018年度臨時総会の「基本指針」で、「地域共生社会の実現に資する体制構築の推進」を掲げましたが、地域包括ケア（システム）の推進・構築にはまったく言及していません（5:126頁）。

地域共生社会施策で特に重要なのは、2020年改正社会福祉法で福祉分野の地域共生社会づくりの具体化が進んでいることです。具体的には、福祉分野の地域共生社会づくりを促進するために、市区町村が任意で行う「重層的支援体制整備事業の創設及びその財政支援」が盛り込まれました。私は、この法改正についてはもう1つ、参議院「附帯決議」で、重層的支援体制整備「事業を実施するに当たっては、社会福祉士や精神保健福祉士が活用されるよう努めること」と記載されたことに注目してい

ます。意外なことに、地域共生社会の公式文書に、社会福祉士と精神保健福祉士の両国家資格が明記されたのはこれが初めてです（6:153頁）。

地域共生社会施策では、最近（2022年）、「住まい」が重視されるようになってきました。先ほど述べた山本真理社会・援護局長は講演で、自立支援制度の改革課題として、「ホームレスに限らない『住まいの不安定』問題に対応」していくことを強調し、質疑応答時にも、「住宅支援は大変重要で、社会保障政策としてもこれから最も取り組みを進めるべき部分」と述べました。更に2022年6月に閣議決定された「骨太方針2022」にも、「医療・介護・住まいの一体的な検討・改革等地域共生社会づくりに取り組む」ことが初めて明記されました（9）。日本の広義の社会保障では、歴史的に住宅政策が極端に弱かったことを考えると、これは一歩前進と言えます。

地域包括ケアの概念・範囲は拡大

次に、地域包括ケアの概念・範囲も拡大・進化し続けています「(2:22-34頁)」。地域包括ケアシステム」が政府関係文書で最初に提案されたのは2003年に発表された高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」なのですが、それは介護保険制度の改革とされ、医療も診療所医療に限定され、病院は除外されていました。今では信じがたいことですが、当時は診療所医療の対象は状態が安定した要介護者に限定され、看取りの医療は含まれませんでした。しかし、2012年頃から厚生労働省の有力高官が地域包括ケア（システム）での病院・医療法人の役割を強調する発言を相次いで行い、現在では、地域包括ケアに病院も含むことが関係者の共通の理解になっています。病院の範囲は公式には示されていませんが、概ね200床未満の地域密着型の中小病院が想定されています。

2015年頃から、厚生労働省は地域包括ケアで「地域づくり」を強調するようになってきました（4:35頁）。それに先だって、地方の有力病院グループ・複合体は、2000年前後から、先駆的に独自に「地域づくり」、「地域振興・地域経済の活性化の取り

組み」を行っています (10)。

2020年に突発したコロナ・パンデミックにより、地域包括ケアはごく一部の地域を除いて停止しました。講演資料では省略しましたが、私は、『2020年代初頭の医療・社会保障』の第1章第1節で、「地域包括ケアを再起動するための3条件」として、以下の3つをあげました (6:18-21頁)。

①地域包括ケアの参加組織とサービス提供対象を拡大する。
 ②地域包括ケアでもICT・デジタル技術を積極的に活用する。
 ③地域包括ケアにおける、マネジメントコストは誰が負担するか?について検討する。

興味のある方はお読みください。

(3) 「地域包括ケアから地域共生社会へ」、地域共生社会が「上位概念」、とは言えない

3番目の柱として、地域共生社会と地域包括ケアとの関連について述べます。一言で言えば、法・行政的には両者の関係はアイマイです。一般には地域共生社会が「上位概念」と言われていますが、これは地域共生社会の「理念」についてのみ言えることです。福祉関係者の一部は「地域包括ケアから地域共生社会へ」をスローガンにしていますが、これは不正確・誤解を招くと思います。

「地域共生社会」はアイマイ用語 (woolly word) の典型であり、それがどの意味で使われているかに注意する必要があります。ちなみに、woollyはwool (羊毛) によくふわふわしたという本来の意味から転じて、「曖昧な」「ぼんやりした」という否定的意味で用いられます。この点について、2019年12月に発表された「地域共生社会推進検討会最終とりまとめ」も、地域共生社会の理念と個別施策とを区別し、「この言葉を用いた政策論議においては、いかなる分野での問題提起をしているのかを明確にしつつ議論を進める必要がある」と強調しています (5:128-129頁)。

(4) 地域共生社会づくりの現実的方法

最後に、地域共生社会づくりの現実的方法について述べます。各地域で、医療を含んだ地域共生社会づくり＝全年齢・全対象型地域包括ケアを進

めるのが現実的と考えます。これは、法改正を伴わなくても、各自治体や各地域の裁量で実施可能です。地域包括ケアの理念・概念整理と政策形成の「進化」を長年主導してきた「地域包括ケア研究会」(座長: 田中滋慶應義塾大学大学院名誉教授) も、2012年度報告書で、「地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子どもを含め、地域のすべての住民にとっての仕組みである」と主張し、2015年度と2016年度の報告書でも、そのことを繰り返し確認しています (3:27-28頁, 4:41頁)。

そして、その際のキーワードは「多職種連携」で、専門職に限定していないことです。多職種連携は、従来医療界で一般的に使われてきた「チーム医療」と次の3つの違いがあると私は理解しています (5:100-102頁)。

第1は、多職種連携の範囲は医療の枠を超えることです。第2に、それに伴い多職種連携のリーダーが医師とは限らないことです。第3に、チーム医療の参加者がほとんど医療専門職に限定されているのに対して、多職種連携には医療・福祉の専門職以外に、地方自治体の職員、地域住民、地域の企業・団体等も含むことです。

私はこのような医療を含んだ地域共生社会づくり＝全年齢・全対象型地域包括ケアを進める上で、医療職が特に力を発揮できるのは「健康の社会的要因」への取り組みだと考えています。

2 社会医学(会)への期待

この点とも関わらせて、社会医学と日本社会医学会への期待を述べます。

日本の社会医学には、第二次大戦前から、「病気と貧乏の悪循環」に取り組んできた蓄積があります。現代的に言えば、これは「健康の社会的要因」(social determinants of health. SDH) への取り組みと言えます。私も、1974年度、約50年前にリハビリテーション医学の研修・勉強を始めた時に、疾病や障害を医学的側面からだけでなく、社会的側面からも把握することを、恩師の上田敏先生から叩き込まれました。

日本の「社会疫学」研究への疑問

しかし、現在、日本のSDH研究の主流となっている「社会疫学」は、このような「社会医学」の蓄積を無視・軽視し、(方法論では)アメリカの輸入学問的側面が強いとも感じています。

この点について少し古いですが、私は2013年に日本福祉大学健康社会研究センターが主催したシンポジウム「日本における健康格差と『健康の社会的決定要因』」の学長挨拶で、社会疫学研究への期待を述べた上で、次のように2つの苦言も述べました。

＜私は、現在の社会疫学研究、「健康の社会的決定要因」研究には、2つの寂しさ、または疑問を持っています。

1つは、その研究で鍵概念の1つとなっている「ソーシャルキャピタル」、あるいは「ソーシャルネットワーク」や「絆」のプラス面のみが強調され、そのマイナス面(個人を共同体に縛りつける一方、異質な他者を排除する因習的側面)を無視または軽視していることです。公平に言えば、それらの概念が説明されるときにはマイナス面にも触れられることが多いのですが、ほとんどの実証研究ではそれらのプラス面のみが指摘されると思います。

もう1つの寂しさまたは疑問は、日本では第二次大戦前から「社会医学」とそれから派生した「農村医学」が、「健康の社会的決定要因」について着実に研究成果を積み重ねているにもかかわらず、それと現在の社会疫学研究が「断絶」しているように見えることです。しかし私は、医学、社会福祉学、あるいは経済学等、どんな学問分野でも、それぞれの学問の「歴史」を学ぶことは不可欠だと思っています。この点について詳しくは、私の恩師の故川上武先生の『現代日本医療史』(勁草書房,1965)や『日本の医者』(勁草書房,1961)をぜひお読み下さい。＞

この点については、本講演の要旨を作成した後に、うれしい発見をしたので紹介します。それは近藤克則さん(千葉大学教授)が本年6月に出版した『健康格差社会【第2版】』が、第4章の「健

康格差は過去の話か」の項(56-57頁)で、石原修等の第二次大戦前の社会医学の研究を紹介していることです(11)。2005年に出版されたこの本の初版は「健康格差社会」という用語・概念を日本に定着させた名著ですが、この点についての言及はありませんでした。

「健康の社会的決定要因」は不適切訳

なお、"Social determinants of health"は「健康の社会的決定要因」が公式訳とされており、先ほど紹介した学長挨拶のように、私も以前はその訳語を用いていました。しかし、2020年頃からはこの訳語は不適切と考えるようになりました。その理由を簡単に述べます(6:174-175頁)。

まず、英語的には、determinantの動詞determineには「決定する」という強い意味だけでなく、「影響を与える」という弱い(?)意味もあります。WHOはそのものズバリ、SDHを以下のように定義しています。"The social determinants of health (SDH) are the non-medical factors that influence health outcomes." (SDHは健康アウトカムに影響する非医療的要因である)。

内容的にも、「健康の社会的決定要因」という訳語は、健康の大半は社会的要因で決定されるとの誤解を与えるので、私はSDHを「健康に影響する社会的要因」または「健康の社会的要因」と訳すのが適切と思っています。

私には、個人の生活習慣が病気の「決定的要因」だと連想させる「生活習慣病」という用語と、社会的要因が健康の「決定的要因」だと連想させる「健康の社会的決定要因」という訳語とは、ベクトルは逆でも、極端だという点で共通していると思います。

「健康の社会的要因」に対する英・米・日の取り組み

次に、「健康の社会的要因」に対する取り組みは各国(英・米・日)で異なることを説明します。以下、拙著『2020年代初頭の医療・社会保障』の第5章第4節「健康の社会的要因の重視には大賛成。し

かし、日本での『社会的処方』制度化は困難で『多職種連携』の推進が現実的だ』のエッセンスを述べます(6:168-175頁)。

まず、イギリスでは、国営医療(NHS)の下で、GP(一般医)の一部が「患者の健康やウェルビーイングの向上などを目的に、医学的処方に加えて、治療の一環として患者の地域の活動やサービス等につなげる社会的処方と呼ばれる取組みを行う」ようになっています。社会的処方には様々なスキームが存在しますが、その肝は「リンクワーカー」と呼ばれる人材が介在することで、GPが患者をリンクワーカーに紹介し、リンクワーカーが当該患者に地域の活動やサービスを紹介しています。リンクワーカーは医療専門職とは位置づけられておらず、「元々なんらかのコミュニティ活動や福祉に従事していた人」、「地域のNPOで活躍していた人たち」等多様ですが、ソーシャルワーカーは含まれないようです。

よく知られているように、GPに対する報酬支払いは登録患者数に応じた人頭払いが原則で、GPは登録患者の治療だけでなく、予防・健康増進活動にも責任を持っています。この土壌の上に、イギリスではGP中心(主導)の「社会的処方」が普及しつつあるのだと思います。

それに対してアメリカには伝統的に、「生物医学モデル」に依拠する臨床医学と「社会モデル」に依拠する公衆衛生学との長い対立の歴史があります。しかし、最近では、臨床医学の側でも「健康の社会的要因」の重要性が見直されるようになっていきます。2020年、世界最高峰の臨床医学雑誌New England Journal of Medicineに、臨床医学と公衆衛生との「分極化に架橋する」論評が掲載されました。最近の動きで決定的だと思うのは、米国科学工学医学アカデミーが2019年に報告書「社会的ケアを医療提供に統合する」を発表したことです。本報告書は、「社会的ケア」を「健康関連の社会的リスク要因や社会的ニーズに取り組む活動」と定義し、その医療提供への統合を促進するための活動を提起すると共に、5つの包括的目標を示し、それを促進するための諸勧告を行っています。その際、

医師・医療職の業務を拡大するのではなく、ソーシャルワーカー等の福祉職を活用し、それをメディケア・メディケイドの償還対象に加えることを提唱するとともに、「多専門職チーム」、多職種連携の重要性を繰り返し強調しています。30年以上、英文の医療政策・医療経済学関連雑誌20誌以上を毎号チェックしていますが、この報告が出された後、健康の社会的要因についての論文(実証研究と評論)が急増していることを体感しています。

日本では、健康の社会的要因にストレートに取り組む動きは、まだ、ごく一部の医師・医療機関に限られています。しかし、2000年前後から全国で草の根的に行われるようになり、厚生労働省も積極的に後押ししている「地域包括ケア(システム)」の先進事例で、患者・障害者が抱える社会的問題の解決に積極的に取り組んでいることに注目すべきだと思います。その鍵が多職種連携であり、ソーシャルワーカーが「医療と社会(福祉)」をつなぐ上で大きな役割を果たしています。

健康の社会的要因に対する取り組みを含むものとして、もう1つ期待できるのが「地域共生社会」づくりです。先に述べたように、2020年に成立した改正社会福祉法には、福祉分野の地域共生社会づくりを促進するために、市区町村が任意で行う「重層的支援体制整備事業の創設及びその財政支援」が盛り込まれました。地域共生社会と地域包括ケア(システム)の法的関係は曖昧ですが、今後は、両者を一体的に実施する市町村が増えると予想しています。

日本に「社会的処方」制度化の条件はない

以上、3か国の健康の社会的要因に対する取り組みを紹介しました。それにより、イギリスの社会的処方が「国際標準」でないことは示せたと思います。

個人的には、社会的「処方」という、医師主導を含意する用語に強い違和感があります。現行の医事法制と診療報酬制度の下で社会的処方を制度化するためには、診療報酬上、医師が行う社会的処方に何らかの「加算」をつけることが一番簡単

ですが、医療以外の「社会的」領域にまで医師の処方権を拡大することは「医療化」(メディカリゼーション)そのものであり、現代日本の保健医療福祉改革(地域包括ケアや地域共生社会づくり)で鍵概念となっている「多職種連携」とも相容れられません。

残念ながら、日本の大半の医師は、イギリスのGPのように、予防・健康増進活動や健康の社会的要因についての教育はほとんど受けていません。私は、今後、日本の医学教育でもこの領域の教育を強めることが不可欠だと考えていますが、それを抜きにして、診療報酬上の社会的処方「加算」を制度化すると、コロナ危機等により経営困難に陥っている診療所や病院の医師が「加算」により収入を増やすために社会的処方を乱発し、医療費が不必要に増える危険もあります。医療費抑制を至上命令としている厚生労働省が、そのような「加算」を認めることはありえません。

そのために、実現可能性がない社会的処方の制度化を夢見るのではなく、法・行政的な裏付けを持って全国で進められている地域包括ケアや地域共生社会づくりの成功の鍵となっている多職種連携チームに医師、医療機関や医師会が積極的に参加し、チーム全体として健康の社会的要因への取り組みを強める方が合理的・現実的だと思います。

なお、2020年の「骨太方針」に「社会的処方」が明記されたことでその制度化が近いと期待している方もいますが、その後、政府内でもその動きは失速・迷走・あるいは「竜頭蛇尾に終わりつつある」ようです(12)。

その象徴は、社会的処方が「骨太方針2020」では『「新たな日常」に対応した予防・健康づくり、重症化予防の推進』の項で位置づけられたのに対して、「骨太方針2021」では、新設された「孤独・孤立対策」の項に移されたことです。しかし、その理由はまったく説明されていません。日本でも診療所医師が「予防・健康づくり、重症化予防の推進」に積極的に参加することには大賛成ですが、「孤独・孤立対策」に主導的に取り組むとの方針は現実離れしていると思います。ここにも、イギリ

ス生まれの「社会的処方」を、日英の医療制度の大きな違いを無視して、安易に日本に直輸入しようとする一部の政治家、研究者や実践家の「腰の軽さ」が表れています(6:79頁)。

おわりに

以上、地域共生社会と地域包括ケアの理念と現実を中心に述べてきました。最後に、社会医学の研究者と日本社会医学会が、戦前からの伝統を受け継ぎ、「健康の社会的要因」とそれを軽減するための実証研究を積み上げることを期待して、私の話を終わります。

文献

- (1) 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房, 2014.
- (2) 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房, 2015.
- (3) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房, 2017.
- (4) 二木立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019.
- (5) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020.
- (6) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022.
- (7) 宮城孝・菱沼幹男・大橋謙策編集『コミュニティソーシャルワークの新たな展開－理論と先進事例』中央法規, 2019, 59頁(原田正樹「地域福祉の政策化とコミュニティソーシャルワーク」).
- (8) 山本麻里「(講演録) コロナ禍の経験を踏まえた地域共生社会の実現」『社会保険旬報』2022年7月1日号: 18-22頁.
- (9) 二木立「岸田内閣の『骨太方針2022』の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む」『文化連情報』2022年8月号(533号): 32-38頁.
- (10) 二木立『TPPと医療の産業化』勁草書房, 2012, 165-177頁(「日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と『地域包括ケアシステム』」).

- (11) 近藤克則『健康格差社会【第2版】』医学書院, 2022.
- (12) 三原岳「『竜頭蛇尾』に終わった社会的処方
の制度化」ニッセイ基礎研究所レポート,

2021年5月21日（ウェブ上に公開）.

（受付 2022.08.27：受理 2023.01.15）

Ideal and reality of community-based inclusive society and my expectation to social medicine

NIKI, Ryu¹⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 39 – 48】

Key words : community-based inclusive society, community-based comprehensive care, social medicine

1) Emeritus Professor of Nihon Fukushi University

特別報告

思春期とともに歩む時間から社会づくりを考える

田中 勤^{1) 2)}

【社会医学研究2023；40（1）：49-53】

キーワード：思春期，コロナ禍，学校，教育

1. はじめに

筆者は勤務する病院で婦人科思春期外来を担当し、また、深夜の街では思春期世代の見守り活動を行ってきた¹⁾⁻⁵⁾。本稿では筆者が臨床や夜の現場で若者と出会ってきた経験を紹介し、どのような社会づくりができるのかについて一緒に考えていければと思う。

2. 思春期外来から見える若者たち

婦人科思春期外来を訪れる子どもたちに見られたのは、制限の多い学校における感染予防の名の下に、より緊張にさらされ、気分不良や過呼吸と闘い、昼食では黙食。友だちとの会話もがまん、体育で熱中症の危険と向き合いながらマスク生活を頑張っている様子であった。子どもたちは「青春」というかけがえのない季節と向きあいながら、コロナ拡大防止のためにも闘ってきた。これこそが他者への「思いやり」と呼べる姿だった。しかし、単なる美談で終わらせてしまったのでは、大人である私たちは何も学んだことにはならない。彼らは、学校や家庭の外に出て見聞を広める機会を奪われており、それ自体が成長発達の機会を奪われているのに等しいからである。子どもたちが「青春」

をどんな思いで過ごしているだろうかという「想像力」を私たちはもちたい。子どもたちが社会に「思いやり」を示してきたように、私たち大人もいま「思いやり」の大切さに気づきたい。

3. 深夜の街の現場から

深夜の街にいる子どもたちへの見守り活動も、コロナ禍では組織的活動を縮小して感染拡大状況を観ながら断続的に活動を行っている。

ところで、みなさんの「青春」のイメージは何だろう。筆者の「青春」のイメージはステレオタイプながら「夕陽」であり、激しく叫び、傷だらけになりながら駆け抜ける感覚である。そして、その夕陽の沈む先には夜の街が待っている。では、そこで出会った少年（少年法第2条では20才に満たない者を男女関係なく「少年」と定義するため、本稿もこれに倣う。また、男女問わず三人称は「彼」と表記する）のケースから一緒に考えていこう（ケースについては本人の同意は得ているが、個人が同定されることのないよう詳細を省いた）。

教育とは？

Case 1. 落ち着かない家庭環境から逃げ出すように一人暮らし。彼は中学時代、同級生が先生から暴力を受けているのを見て、間に止めに入って先生を突き飛ばした。先生は怪我をして、けっきょく彼は学校から警察に引き渡された。しかし、一部始終を見ていた同級生たちは、彼は悪くない、先生の暴力を止めに入っただけだよと嘆願書の署名を集め、結果として彼は鑑別所から帰ることができた。

1) 総合病院南生協病院産婦人科

2) 少年支援保健委員会・Public Health (NGO)

連絡先：田中 勤

総合病院南生協病院産婦人科

住所：〒459-8016

名古屋市緑区南大高2丁目204番地

TEL：052-625-0373 FAX：052-625-0374

E-mail：human_rights_sym_no_9@yahoo.co.jp

私たちは犯罪者ですか？

Case 2. 夜の街で仕事。家庭の債務問題から両親が離別し、それでも彼はがんばって高校に通っていた。ある朝、彼から筆者に電話がかかってきた。「学校に行くのが辛い」と涙声で話してくれた。それでも話をして落ち着いたのか、「でもなんとかがんばってみる。いまから学校に行きます」と電話を切った。しばらくして、彼は夜の街で補導される。そして、高校を1年終えるところで退学した。「やっぱり辛かった。やめてすっきりした」と語りながら、夜の街でしばらく模索したのち、別の高校に編入することを決めた。「今夜が最後の仕事です。高校を卒業したら大学か専門学校に進学したいから、また相談してもいいですか」と挨拶して、夜の街から卒業していった。

Case 3. 中学時代を児童自立支援施設で過ごした。高校へは進学せず夜の街で働く。最初に出会った時は表情が硬かったが、何回かアプローチするうちにようやく笑顔が見られるようになった。ある日、筆者がたまたま持っていたクッキーを彼にあげたら、「めっちゃ美味しかった」と喜んでいて、コンビニのクッキーであったが、クッキー一つで喜んでもらえて筆者らも嬉しかった。しかし、この少年は今までに大人から温かい見守りの経験がなかったのかもしれないとも感じられた。彼はその後警察に補導され、夜の街からは去っていった。

Case 4. 高校に通いながら夜の街で働く。家庭の経済状況が厳しく、夜の街で進学のための費用を稼いでいた。無事に進学したものの、定期試験期間中に補導されて鑑別所に収容されたため、その期間の科目すべてが受験できなくなった。このため、学業への意欲を失い、最終的には退学の道を選んだ。

Case 5. 高校生。高校の単位がなかなか取れず、常に退学を意識しながら高校に通っていた。最終的には留年をしながらも卒業。夜の街の仲間が大学に合格して行くのを見て、卒業間際に大学受験を決意して無事に大学に進学。しかし、入学早々、警察に補導されてスタートからつまずき、学業への意欲を急速に失って退学を決める。しかし、コ

ロナ禍で大学の講義がすべてオンライン化されたおかげで講義を受けることが容易となり、コツコツと授業を受け課題をこなしていった。「講義は全部受けている。がんばっている。夜の仕事も危ない仕事は辞めた」と話してくれた。

私たちの意思は？

Case 6. 中学時代は不登校、勉強はきちんとしていて高校は進学校に入学。深夜徘徊で何度も補導され、自傷行為や援助交際も経験。目標は専門学校進学だが、学校の先生や親は大学進学を強く勧めるので学校や親とギクシャク。

Case 7. 高校は、喧嘩で相手に大怪我を負わせ退学。家では義理の親とうまくいかない。自分の言い分を聞いてもらえないので殴られる。家を出て「友達の家を渡り歩き、夜は公園で寝泊まり」。児童相談所にも行ったが、「あれこれ聞かれるのがウザくなり、行かなくなった」。これから先は「現場でお金を貯め、定時制高校に入り直したい」。

Case 8. 少年院にいた。「親から縁を切られている。警察に捕まっても親との連絡は取りあっていない」「ここ数日、噴水のあたりで生活」「友だちの家を転々としている。収入はまったくない」「将来の夢もまったくもっていない、昔から夢もない」。

逸脱？

Case 9. 中学生。窃盗、深夜徘徊、傷害で何回も補導。「兄相から声をかけられててやばい」。髪の毛が抜けて学校へ行かなくなった時期があった。いまは、「学校へはがんばって行っている」「俺がおらんとみんな悲しむ」。

考えているよな？

Case 10. 高校に通っていたが校則が厳しすぎて中退。今はバイト。また通信制高校に進学したいが、続かないと嫌なのでまずはバイトを続ける。

Case 11. 暴走族。家庭裁判所の少年審判で、母親が裁判官の前で泣いて謝罪。その母親の姿を見た裁判官は、この親ならこの子は更生できると判断、少年院には送らなかった。少年は自分のため

に泣いてくれた親に孝行がしたい、だから暴走族はやめるつもりだと語ってくれた。その後、暴走族はやめ、仕事に就いてしっかりと生活を築いていった。

4. 子どもの最善の利益とは

成長途上にある子どもに対し、私たち大人は待つことができているだろうか、子どもの成長を待ち、すぐ口を出さずに見守る辛抱強さをもっているだろうか。また、巷でいわれる少年の「健全」育成という表現は適切なのか。大人の基準を押しつけてはいないだろうか。子どもの権利条約で謳われている成長発達権の主体は、子ども以外にはありえない。成長発達権とは、ゆっくりと成長するのを失敗も含めて温かく見守ってもらう権利でもある。子どもは失敗を繰り返しながら成長する。私たちもそうやって大人になってきたことを思い起こすべきだろう。

そして、若者たちのために、私たちにできることはなにがあるだろうか。18才未満の思春期世代は選挙権を持たない。若者の声は保健政策を決定する行政に届きにくい。だからこそ、若者たちの代弁者となれるのは、寄り添っているはず（つもり？）の私たち大人しかいない。

社会医学では社会支援や環境の改善など介入とその結果が重要になる。一方で、臨床の現場はむしろ対象をあるがままに受け容れるというところに重点がおかれる。本人の生きづらさを取り除き、本人が楽でいられることが重視されるからである。しかし、個々のケースでは臨床家や子どもに寄り添う大人が責任を担う一方で、私たちは社会医学を志す者として、現場での気づきを社会変革に投げかけていく義務があることも自覚しなければならない。

ケースに見られるように、学校がストレスの場になっている側面も否定できない。すると、学校へ「無理」に行かなくてもよいということも、身を守るための回避行動として大切となる。ただ、学校は「無理」して行くところではないが、そもそも「無理」になった原因は何かを考える必要がある。

学校に「行かない」ではなく、「行けない」子どもがいるからである。「原因の原因」（“The causes of the causes”）を考えることで、問題の本質に迫ることが可能となってくる⁶⁾。子どもの意思の尊重は、学校生活という機会を奪うこととは違う。ケースの少年にもみられるように、学校に行きたいという思いをもった子どもたちがいる。私たちは、あらゆる機会を用意して、様々なバックグラウンドをもった子どもに対し、教育を受ける権利を保障するよう努めなければならない。コロナ禍で学んだオンライン授業のように、学校の形態（全日制、定時制、通信制、フレックス制など）にとらわれず、多様性を制度として確保していく意義があるだろう。まだまだ実施の方法については改善すべき点が膨大にあることは間違いないが、コロナ禍の初期に格闘した学校の経験は、今後の学校のあり方にも一石を投じたものとみることもできる。学校は「出会い」のなかから、生きるための豊かな心、他者への思いやりが育まれ、一秒先の未来に希望を抱く可能性の場となりうる。また、WHOが提唱している、Health Promoting Schoolという概念がある⁷⁾。学校は、地域の社会集団・社会資源として、若者をはじめ地域住民にとっても最も優れた健康支援の拠点となる積極的な可能性も備えていることを指摘しておきたい。

5. 最後に — 教育とは心の響きあい

私の勤務先の一つである大学の掲示板に、「教えるとは希望を語ること、学ぶとは誠実を胸に刻むこと」（ルイ・アラゴン）とあった。まさに教育とは心の響きあいであり、社会との絆と「生きる力」を育むものである⁸⁾。保健医療福祉も人と人との絆を育む活動であり、そこには心の響きあいが生まれる。しかし、響くためには人と場所、そして流れる時間が必要となる。学校をはじめとする地域の社会資源は、地域に生きる人々の心が響きあう社会の絆を育む場となる可能性を指摘して、本稿を閉じたい。

文献

- 1) 田中勤, 深夜の繁華街における虞犯少年の社会医学的研究. 社会医学研究. 2010; 27 (2) : 35-44.
- 2) 田中勤, 古橋忠晃, 藪下ももこ他, 深夜の街における少年に関する記述疫学研究. 思春期学. 2014; 32 (3) : 334-344.
- 3) 田中勤, 深夜の街で過ごす思春期の子どもたち. 思春期学. 2016; 34 (2) : 225-230.
- 4) 田中勤, 古橋忠晃, 上田浩詞他, 深夜の街における10代の若者たちの夢と希望についての社会医学的考察: 傾聴・共感・見守りの思春期公衆衛生活動から (Case series). 社会医学研究. 2019; 36 (1) : 61-70.
- 5) T. Tanaka, T. Furuhashi, M. Yabushita, et al. Social determinants of health in teenage girls involved with sexual exploitation on downtown streets late at night. Nagoya Journal of Medical Science 2019; 81 (4) : 667-678.
- 6) M. Marmot. *The Health Gap – The Challenge of An Unequal World*. Great Britain; Blumberg Press, 2015.
- 7) World Health Organization Home/Health topics/Health promoting schools. https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1 (Accessed 18 Dec 2022) .
- 8) 文部科学省. 学習指導要領「生きる力」: 文部科学省. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/ (Accessed 25 Dec 2022) .

(受付 2022.12.25 : 受理 2023.01.13)

Possibility of Building Social Bonds Considered from the Case Series of Adolescents

Tsutomu Tanaka^{1) 2)}

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 49-53】

Key words : Adolescents, coronavirus, schools, education

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Minami Seikyo Hospital

2) The NGO Team "Public Health" for Adolescent Health, Nagoya, Japan

特別報告

子どもたちの困りごとと支援の在り方 ～弁護士SNS相談を通じて～

伊東亜矢子¹⁾

【社会医学研究2023；40（1）：54-57】

キーワード：子ども，弁護士，SNS相談，他職種連携

1 はじめに

第二東京弁護士会の子どもの権利に関する委員会では、従前より弁護士会館において、電話・面接による子どもの悩みごと相談窓口を開設していたが、2020年、新型コロナウイルス感染症の予防対策として弁護士会館において実施する相談一切が停止されることとなってしまった。

緊急事態宣言下で親も会社に行けず子どもたちも学校が休校となり、家庭で過ごす時間が多くなったことで平常時とは異なる困りごとを抱える子どもたちも多くなる中、私たちは、子どもたちの困りごとに対応できる窓口として、委員有志によるSNS相談を開始した。

SNSで子どもたちから相談を受けるということはこれまで経験がなかったことであり、不安も多かったが、委員有志が協議を重ね、手探りで準備をし、まずは実行あるのみと開始してみると、従前の電話・面接相談では母親など成人による相談が多かったのに比べ、SNS相談窓口には子どもからのダイレクトな相談が寄せられ、困りごとに直に助言できる窓口となった。

2021年12月からは、委員会としてSNS相談を開始することとなり、毎週3回、相談を受け付けている。

1) 三宅坂総合法律事務所・弁護士

連絡先：伊東亜矢子

住所：〒100-0011

東京都千代田区内幸町2-1-4 日比谷中日ビル6階

TEL：03-3500-2923 FAX：03-3500-2741

E-mail：a-ito@miyakezaka.or.jp

このように、弁護士が週3回、常設で子どもから相談を受けるSNSの相談窓口は全国でも初かつ唯一の試みであり、この試みから見えてきた子どもたちの困りごとと支援の在り方について以下に述べる。

2 弁護士子どもSNS相談について

第二東京弁護士会の子どもの権利に関する委員会による弁護士子どもSNS相談¹⁾では、毎週日曜、月曜、木曜の3回、19時から21時まで相談に対応している。相談対象は子ども（内容によっては生き辛さを抱える20代若者などの相談も受け付けている。）であり、子ども本人のみならず、保護者や、施設・教育関係者、福祉関係者など子どもの支援に関わる成人からの相談も受け付けている。

運営上の特徴・工夫としては、制度設計に当たりはじめなど辛い経験をした（元）当事者の声を反映し、広報においても若者の視点からの意見を得て、できるだけ子ども本人にリーチできる窓口とするよう心掛けた。もともと、弁護士に直接電話をかけること（による電話相談）や、電話で予約をとったうえで弁護士会館に自分で出向くこと（による面接相談）は、子どもにとってとてもハードルが高いものであったところ、SNSというアプローチし易い方法での相談窓口としたこと、また（元）当事者から子どもたちがどのような悩みを抱

1 https://niben.jp/kodomo_sns.html

えているかや、相談をしたいと思ったときにどんなことを気にするかといったことを聴取し、広報において「このような悩みがあれば相談してください」「秘密は守ります」などの案内ができたこと等から、従来の電話・面接相談と異なり、主として子どもと直接つながれる相談窓口となった。

相談担当者は必ず3名とし、zoomで相互に連携し合い、相談対応に苦慮するときは協議できる体制をとっている。また、従前の電話・面接による相談は弁護士会館で行っており、相談担当弁護士は弁護士会館への移動時間も確保して日程を調整する必要があったが、SNS相談では、完全リモートで対応できる体制とし、機動的な日程調整を可能とした。これにより、相談に対応できる弁護士を広く確保することができ、また、時間帯を19時から21時とし、日曜も含むという、弁護士会館が利用できない日時（基本的に弁護士会館で行う相談は平日17時までとされている。）における相談も可能となった。

3 弁護士相談の意義

弁護士相談という特性からか、子どもたちから寄せられる相談は法律にまつわるものが多いが、そればかりではなく、学校や家庭でのこと、自らの身体のことや性自認のこと、虐待や、そこまでに至らずとも家族との関係が辛いので家を借りて自立したいといったことなど、多様な相談が寄せられている。

法律にまつわる相談の中でも比較的件数が多いのは、動画を違法ダウンロードしてしまったり、ついSNSで裸の写真を送ってしまったことなどについて、自分が捕まってしまうのか、といったインターネットがらみの相談である。また、学校での困りごと（いじめ、教師とのトラブル、友人関係や成績、進学に関する悩みなど）に関する相談も多い。

弁護士がこれらの相談に対応する意義の一つは、困りごとに対する法的助言や、学校や相手方との交渉など実際に援助活動ができるということが挙げられるであろう。

また、そればかりではなく、困りごとを抱える子どもは、しばしば、自己肯定感が低く、大人への不信感が強い傾向が見受けられるが、こういった子どもに対し、人権擁護の観点から弁護士が助言し、問題解決をサポートすることで、被害救済と共に人権教育につながり得るという面がある。

私たち弁護士は、子どもであっても国民として憲法の基本的な人権が保障され、子どもの権利条約の4つの一般原則（最善の利益の保障、差別の禁止、意見表明権、生存発達権）にあるように、全ての子どもが等しく権利を有することを前提に、相談や、代理人としての活動等に当たっている。そのため、弁護士相談を通して子どもは自分の人権について知ることができる。

例えば、いじめを受け、自己肯定感を奪われ、それでも相談に来てくれた子どもに対し、私たちがまず告げることは、相談に来てくれて有難うということ、あなたが悪いということは絶対にならない、ということである。いじめ防止対策推進法に定められる「いじめ」は「児童等に対して、当該児童等が在籍する学校に在籍している等当該児童等と一定の人的関係にある他の児童等が行う心理的又は物理的な影響を与える行為（インターネットを通じて行われるものを含む。）であって、当該行為の対象となった児童等が心身の苦痛を感じているもの」であり、加害側の主観的意図や外面に現れた被害者の行動に左右されるものではない（往々にして加害側からは「からかい、いじりのつもりだった」、「相手も楽しそうだった」などの弁解がされるが、このような弁解のみで軽々にいじめ該当性が否定されてはならない。）、被害を受け、自分を責めたり大人不信となってしまう子どもに、このような法律上の考え方や、人権意識をまず持ってもらうことが対応の第一歩となる。

4 弁護士相談の課題と対策

弁護士による相談窓口の最大の課題は、何と云っても、子どもたちにとって入口のハードルが相当高いであろうということである。相談に来てくれた子どもたちも、こんなことで相談していいのか

と思った、法律のことじゃないと聞いちゃダメなのかと思った、などと話してくれることがある。私たちとしては、どのような困りごとでも気軽に相談してもらいたいと考えているのだが、そのことを子どもたちに向けてどのように発信していくのかは、今後も常に考え続けて行かなければならないことであると自覚している。いじめ予防授業で学校に伺う際などにチラシやカードを配布したり、委員会のホームページ上で案内するといったことは既に行っているが、さらに、ホームページ上の案内の内容をより充実した子どもたちに響くものとしていくことや、Twitterやインスタグラムなど子どもたちに届く手段での広報活動を工夫する必要がある。

また、子どもたちは、学校や家庭、またその他色々な場面において、あらゆる困りごとに直面しており、実に多様な相談が寄せられることによる対応の難しさも課題である。私たちが留意すべきは、弁護士だけでは解決できないことについて自分だけで解決できると軽信しないことである。身体のことや性自認のこと、適応しにくさといった困りごとに関する相談であれば医療や心理の専門職との連携が、貧困、虐待や自立援助といったことにかかわる相談であれば行政・福祉の各機関との連携が、それぞれ必要になる。適応しにくさの発端がいじめによる不登校であるような場合は私たち弁護士がいじめ問題の解決に助力することはでき得るし、体のことや性自認のことなどでも学校に配慮を求めたいことがあるような場合は学校にこれを伝えて環境調整のための交渉を行うことなどはできる。重要なことは、法律や交渉の専門家として、具体的にどのような助力ができ、自分の力の及ばないところで他のどのような専門家の助力が必要かを見極める力であり、相談や案件対応の経験などからこの力を涵養していく必要がある。

さらに、課題として挙げなければならないのが、弁護士にも専門分野があり、それ以外のことになると法律にかかわる相談であっても専門性を持った回答ができないことがあるということである。

例えば子どもたちが弁護士相談に寄せる相談の多くに前述のようなインターネットに関するものがあるが、私自身、この種の問題は専門外であり、子どもたちが使っているSNSサービスそのものを知らなかったり、解決方法についても即答できないことが多い。このような場合に備え、私たちの相談窓口では弁護士が常時3名体制で臨んでおり、それぞれの専門性を持ち寄って対応できるようにしている。また、安易に誤った回答をしないよう、その場で法律や解決のために利用できる機関などを調べて回答するなどしている。相談対応者の継続的な研鑽として、多く寄せられる相談類型については、これに対応するための基本的な知識等の研修を定期的に行うなどの必要もあると考えている。

5 まとめ

コロナ禍で急遽開始することとなった弁護士子どもSNS相談を通じ、私たち弁護士は、子どもたちの困りごとを直接聞き取れる機会を得ることができた。この相談を通じて見えてきたものは、子どもたちはあらゆる困りごとに直面しているということ、また、その解決に当たっては弁護士のみならず、学校、家庭、医療・心理の専門職、行政・福祉の各機関など、多職種が連携して当たる必要があるということである。

子どもからの相談については、弁護士相談以外にも多くの相談窓口が設けられているところであり、各窓口寄せられた相談事例を集計し、どのような職種がどのように問題解決に当たることが望ましいかを分析し、実践するような試みもあってよいのではないかと考えている。私たち弁護士の窓口寄せられた相談についても、集計・分析のうえ、種別ごとに弁護士ができること、弁護士だけではできず他職種の関与を必要とすることを整理して発表するような場を今後持つことができると、子どもたちの困りごとに対応するための第一歩となるのではないかと思う。

(受付 2022.12.26：受理 2023.01.12)

Problems Children Face and Approaches in Assisting Children - Through Lawyer Consultation via SNS

Ayako Ito¹⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 54 - 57】

Key words : children, lawyers, consultation via SNS, coordination with other professionals

1) Miyakezaka Sogo Law Offices

特別報告

新型コロナウイルス感染症対応の経験から得た、 地域における自分事のしくみづくり

白井千香¹⁾

要旨：保健所は新型コロナウイルス感染症対策において、感染症法に基づく業務を行ってきたが、地域によって感染者数や医療体制など経験の違いがあった。これらから浮き彫りにされた新型コロナウイルス感染症がもたらした困りごとの背景や、感染症の当事者と非感染者の分断において生じた社会医学的な状況を課題として検討した。新型コロナウイルス感染症対応を負の経験とするのではなく、より良い改善に向けて、未来志向で生きやすい環境づくりをするその仕掛けは、自治体が地域単位で住民を主体として「自分事」として取り組むことである。社会的に快適かつ健康的な生活の維持向上のため、行政だけでなく産官学で多機関が関わることが重要である。

【社会医学研究2023；40（1）：58-63】

キーワード：保健所，新型コロナウイルス感染症，当事者意識，自分事，地域保健活動

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症対策において感染症法に基づき、保健所は感染拡大防止や医療調整等の業務を行ってきた。既に3年目となり地域によって感染者数や医療体制など対応経験の違いはあるが、これらの経験から浮き彫りにされた社会医学的な課題を提示し、現在から今後に向けて「自分事」として取り組めるよう、地域でのしくみづくりについて、議論するための話題を提供する。新型コロナウイルス感染症がもたらした困りごとの背景や、感染症の当事者と非感染者の分断において生じた社会医学的な状況を考察し、また、新型コロナウイルス感染症の発生（主に2020年を境として）の前後において、保健所や市町村保健センターが関わっている地域保健活動（母子保健・健康増進・精神保健・感染症対策等）の変化について、それ

らの課題を検討し将来を見据えて社会的に快適かつ健康的な生活の維持向上のため、人々が地域で「自分事」として取り組めるような改善（案）を提示する。

2. 新型コロナウイルス感染症などの健康危機管理に対応する保健所の概要

まず、保健所業務と運営について地域保健法第6条を紹介する。新型コロナウイルス感染症対策については保健所での対応をイメージしやすいよう、筆者の所属する枚方市の現状を例として挙げる。

1) 地域保健法（旧保健所法）における保健所業務と運営

①地域の保健医療体制の整備

- ・地域医療構想，地域の医療体制の整備，医療機関や薬局等の立ち入り検査
- ・市町村や関係機関との相互連携体制・技術的支援
- ・統計や調査研究，企画および調整

②病気の予防や患者の支援

1) 枚方市保健所

連絡先：白井千香（枚方市保健所）

住所：〒573-0027

大阪府枚方市大垣内町2-2-2

TEL：072-807-7623 FAX：072-841-0685

E-mail：chika_shirai@city.hirakata.osaka.jp

- ・感染症（結核，エイズ/性感染症，麻疹・風疹），精神障害者，難病患者の支援
- ・生活習慣病の予防，歯科保健，母子保健，高齢者保健

③食品衛生・環境衛生・動物衛生

- ・食中毒の予防や対応，飲料水や浄化槽，建物の換気や衛生状態確保の支援
- ・動物愛護に関する啓発，支援等

④健康危機管理の拠点

- ・平常時の健康危機発生防止（地域における備え・訓練等），健康危機発生時の危機管理

2) 枚方市保健所の現状（所在地：大阪府枚方市）

枚方市は人口約40万人，面積約65km²で，京都府と奈良県に接し，都市と野山もあり世代を通して生まれてからずっと市内に住んでいるという住民も多く，住みやすい地域である。平成26年に中核市となり保健所は，府の設置から市型保健所として移管され「枚方市保健所」となった。職員数は正規職員が60人余であるが，新型コロナ感染症対策では非常勤・派遣職員などの応援を含め，毎日100人以上で対応している。目下の課題は，ハード面では庁舎が古い・狭い・Wi-Fi不安定等設備が十分ではなく，ソフト面では業務量が多く雑然とした状況において整備の余裕がないという悪循環も生じている。そのような環境条件の中で保健所は新型コロナウイルス感染症対応を，感染者含め一般市民や医療機関に対して保健センターと共に全庁的に市役所の他部署や大阪府の協力も得て行っている。

なお，全国の保健所においてもこのような課題は散見され，今後も起こりうるパンデミックや大規模災害に関する健康危機管理に適切に対応できるよう人員のみならず体制強化が求められている。

3. 新型コロナウイルス感染症がもたらした地域差や困りごと

新型コロナウイルス感染症の発生動向は，第1波から第7波を通して地域による流行状況は時期によって異なっており，感染者が家族や友人として身近に多く発生した地域と感染対策を厳重に

行って感染者を可能な限り発生させないようにした地域において，「感染」を当事者として捉えるか，排除する傾向があったか等，地域によって大きく違う状況が生じていた。

まず，パンデミック対策として緊急事態宣言や蔓延防止措置などにより，自宅生活が長く社会との接点が少なくなった頃には，孤立感から女性や若者の自殺の増加が報告された。雇用や所得の面での男女格差やDVおよび性被害も危惧され，ヤングケアラーとして子どもの人権が侵害されているという問題も浮き彫りになった。生活困窮者の健康管理は従来，優先順位が高くなかったが，コロナ禍の経済難では健康よりもその日生きることが精一杯だった。さらに三密・ソーシャルディスタンス・黙食などに上乘せする過剰な衛生意識から，感染者が非感染者と接しないよう「どこの誰が危ないか」「流行地からは人や物は来るな」といった感染者を排除する言動も偏見・差別として問題となった。感染者が発生した時に自治体が公表した際の報道などは，リスクコミュニケーションや感染予防として安心材料になったのか，感染者を嫌悪や恐怖の対象として「自分とは関係ない」という確認のための情報となったのか，その地域の包容力が問われていると思われた。

また，新型コロナウイルス感染症に対応する医療体制も地域によって医療資源が異なっていることから，発熱外来や診療検査医療機関が限定され，それ以外の医療機関は他人事であり，保健所業務を質的かつ量的負担を大きくした。民間委託可能な検査機関や人材派遣会社に乏しい地域は，行政自らの協力で市町村の保健師や事務職員を保健所に応援したところもあり，医療機関の職員や学生がボランティアで保健所業務を支援したところもあった。

このような状況の中でもたらされた困りごとを個人のみならず組織としても当事者意識で考え，コロナ禍においても地域保健活動が持続可能であるには，どのような対応が可能か考えてみた。

4. “新型コロナ”前後の課題と新たな対応の改善案
 保健所や市町村保健センター業務として行われている地域保健活動について、新型コロナウイルス感染症対策を経験したことにより、全国的に共通することとして以下のような状況が考えられた。

新型コロナウイルス感染症発生前においても課題があり、新型コロナウイルス感染症によってそれらが浮き彫りにされたこともあるが、感染対策としての環境整備やオンラインシステムの活用などで新たな方法や改善策が考えられた（表1）。

表 1 地域保健活動の課題と改善案

保健所・保健センターの業務（例）	コロナ前の状況・課題	コロナ後の影響	改善案
母子保健 乳幼児健診 子育て支援 思春期相談	集団健診でスクリーニングのち、子どもの発達や家庭環境の状況に応じた支援を個別対応として密接に丁寧に行っていた。	非接触で感染対策を行い、集団の共有物を消毒したり、1回あたりの利用者数を限定したり、緊張感が高かった。	IT環境整備により非接触で感染対策を行った自主的なチェックによる健診やオンライン相談を方法論として活用する。
健康増進 定期健診や特定健診 生活習慣病 受動喫煙（禁煙指導）	特定健診や特定保健指導の実施率は必ずしも高くなく、受動喫煙対策も小規模店舗では進みにくかった。	基礎疾患や喫煙が新型コロナの重症化に関連するので、健診未受診や運動不足などが懸念された。	重症化予防のため、健診や生活習慣病コントロール、禁煙を勧める契機になる。健診受診や健康イベント等でポイント付与、SNSで禁煙仲間づくりを勧める。
精神保健 こころの相談 自殺予防対策 依存症対策	専用電話相談やゲートキーパー研修などボランティアや家族会等の協力で進んでいた。	直接の会話や密集するようなピアエデュケーションが十分でなかった。	SNSやメール、オンライン相談は孤立防止の支援として多様な交流の機会になる。
感染症 （新型コロナ以外） 結核・HIV/性感染症	結核を中心に、日本版DOTSによる服薬支援を徹底していた。感染症対策の担当PHN*は必ずしも専任ではなかった。	呼吸器症状の受診控えがあり結核発見の遅れが危惧され、HIV検査は地域によりBCPで中止され全国の検査数が半減した。	HIVや性感染症について、利便性や秘匿性が高い対面ではない郵送検査が活用される。
食品・環境衛生 食中毒防止	巡回助言など予防的対応に余力が十分ではなく、事例発生後の対応が多かった。	感染対策と衛生環境整備は新型コロナ対策により自主的に底上げされた。	事件や事故の事前の助言としてHACCPを推進する。
その他（例） 医療監視（立入検査）	医療機関の医療安全や感染対策を中心に立入調査を行っていた。	感染対策の基本と実践を新型コロナ感染者対応経験によって学んだ。	病院間感染対策ネットワークの構築（介護施設等のサポートも連携する）

* PHN（Public health nurse：保健師）

5. 地域で当事者意識を具体化するために

地域保健活動を継続するため、当事者に合わせた情報が届くように、誰が、いつ、どんな事を伝えたらよいのかを工夫することも重要である。リスクコミュニケーションは信頼できるところからの情報が届きやすい。例えば、若い世代には、インターネットやSNSや動画を活用した双方向性の情報提供が効果的であり、クチコミは信頼できる近い関係の人からの情報であれば、行動につながりやすい（同調効果）。なお、全戸配布チラシのような行政からのプッシュ型配信は、アナログ世代には馴染みがある。高齢者の見守りケアは、コロナ前からも、民生委員が一人暮らし高齢者などを対象に行ってきた。さらに、受け手側になるだけでなく、得られた情報を「自分事」にするには経験が効果的であり、校区単位での防災訓練は、世代を超えてお祭り気分で定期的に行ってきたことはナッジ効果としても有効である。ただし、当事者と同様な体験を勧めるわけにはいかないのも、もしもの時の多彩な想定が可能なロールプレイによる参加型体験学習や演習や訓練を平常時に地域で企画し、当事者意識を考慮した健康危機へ備えることを望む。

地域保健活動は、集団や個別のアプローチの違いがあってもそれぞれの「当事者」に届くよう、ストレスが少なく情報を得やすい手段について検討し、“コロナ前”からの課題を改善する知恵と工夫が必要である。行政の予算が必ずしも十分ではない場合も、顔の見える関係によって平常時から地域包括ケアが醸成することで危機発生時の減災や二次被害の防止に役立つと考える。

新型コロナウイルス感染症は、限定された医療の受け皿が地域の医療体制を逼迫させた。感染症対応が可能な地域医療を整備するためには、保健所は地域の全ての医療機関や介護施設等に対して次のような感染対策の助言を行って、各関係機関をつなぐ地域ネットワークを構築することが重要である。

1) 医療機関への助言

感染対策の基本である標準予防策の再認識を

する。飛沫および接触感染の感染経路対策を徹底して、十分な換気を行っていたら濃厚接触者は無しでよい。休憩、更衣、食事、会議などで複数が共用する場合は、空気の入替えや環境整備が重要であり、それらの自主点検には感染対策委員会やICT（感染対策チーム）が機能することが鍵である。

2) 介護施設等への助言

福祉施設は医療機関と異なり、生活の場であるため感染対策は自宅レベルであることが多い。そのため、集団生活の場としては日常の健康観察のレベルを上げることが必要である。施設に応じて感染対策を持続可能にするためには実務者として介護士と看護師、連携医療機関の協力が重要で、さらに施設長や会社の経営者などが施設利用者や職員の安全面を配慮する理解を促すことが鍵となる。

6. 公衆衛生の目的と行政の役割

公衆衛生は、憲法第25条第2項「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という高い理念のもと、行政は全ての住民に向けて、情報提供や実行（チャレンジ）を促すよう、選択の自由を守るという役割があり、必要時には健康悪化をもたらすものへの規制をすることができる。危機発生時に、ロジスティックやリスクコミュニケーションを可能とするには、適切にリスクマネジメントやリスクアセスメントを行えるか、また平常時から情報リテラシーの課題がある。これらは子ども達への教育や学習のみならず、大人もマスメディアにも学習してほしい。

7. おわりに

“新型コロナ”は何だったのか、ウイルス自体の変異や感染者の発生状況から段階的に行動制限の解除があり、ウィズコロナの社会となってきた。新型コロナウイルス感染症対応を負の経験とするのではなく、元に戻ることが解決ではなく、より良い改善に向けてSDGsの始まりとなるエポック

はまさに今である。未来志向で生きやすい環境づくりをするその仕掛けは、自治体が地域単位で住民を主体として「自分事」として取り組むことである。今後は地域共生社会の実現に向けて、この3年間の気づきを「自分事」として他者とも共感し、困りごとについてはお互いができることを実行していくようなしくみづくりを保健所および保健センター等の行政だけでなく産官学で多機関が関わ

ることが重要である。

本稿は、2022年8月27日に名古屋大学（愛知県名古屋市）で開催された第63回日本社会医学会総会シンポジウムで講演した内容を基にしたものである。開示すべき利益相反はない。

（受付 2022.12.26：受理 2023.01.23）

Creating a structure of taking as personal problem of community health, based experience of COVID-19.

Chika Shirai¹⁾

Abstract :

Public Health Centers of Japan have made effort to COVID-19 under the Infectious Diseases Control Law. However, due to the varying number of cases and healthcare resources depending on the region, the work went through not identical. I have been considering any trouble of COVID-19, for example separated from infected people. Based on experience of taking measures of COVID-19, we will build back better in future. It's important of collaboration with Academia, Industry and Local Government to creating a structure of taking as personal problem of community health.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 58 – 63】

Key words : Public Health Centers of Japan, COVID-19, ownership, personal problem, community health activity

1) Hirakata City Public Health Center

特別報告

愛知県で生活する外国人の保健医療アクセスを考える

樋口倫代¹⁾

【社会医学研究2023；40（1）：64-69】

キーワード：在留外国人，保健医療アクセス，社会疫学，ヘルスコミュニケーション

1. はじめに

世界には約2.8億人の国境を超えた移民がいるとされている¹が、彼らは社会において弱い立場におかれがちであり、健康啓発、予防、治療、健康のための社会保障などについての国の制度・政策からしばしば排除される²。これは、差別されることなく健康を享受することは基本的人権である³という点から看過できない。

日本の在留外国人数は1990年に100万人を、2005年に200万人を超え、新型コロナウイルス感染症蔓延直前には300万人近づいていた。数のみならず、出身国や生活背景そして分布が多様化している。しかし、急な変化のゆえか、彼らが日本で健康的に生活する上で必要不可欠である保健医療へのアクセスについての実態把握、対策についての調査・研究が十分蓄積されているとは言い難い。

そのような中、筆者と研究室のメンバーは、2017年より「愛知県で生活する外国人の保健医療アクセス」について、調査・研究を継続している。なお、主な調査地である愛知県は、在留外国人数も総人口に対する割合も東京についで多い県であり、2021年末でそれぞれ265,199人、3.5%である。総人口の9%近い外国出身者を抱える自治体もあり、技能実習生や南米日系人などの定住者が多い

といった全国とはやや異なる特徴も有する⁴。

2. 目的

本稿では、これまでの5年間の調査・研究でわかってきたことを、主に3つのサブテーマ、すなわち、1) 外国人住民における保健医療へのアクセスの状況とそれに関連する要因について、2) 保健医療に関する多言語情報の提供状況と受け手の状況について、3) 保健医療の現場での日本語を母語としない人びととのコミュニケーションについて、に分けて概説する。

3. これまでの調査結果の概要

1) 外国人住民における保健医療へのアクセスの状況とそれに関連する要因

最初に行った研究は、ボランティア参加させていただいたNGOの無料健康相談会の参加者データ二次分析であった。相談会の時に受診を勧められている人が多いことに気づき、そういう人は「日常的にアクセスバリアがあるのではないか」という仮定で2012~2016年の5年分608件の相談データを分析した。その結果、約3割の相談会参加者が受診をすすめられていた。「受診をすすめられた」ことをアクセスバリアがあることの代理指標として分析すると、公的保険未加入者、無職の人（主婦を含む）、学生がリスクグループであることが明らかとなった⁵。

保健医療アクセスに関連する要因については、その後、大学院生、学部生が中心となって、一次データによる調査も複数実施した。その際には、「過去12カ月間で受診をあきらめた経験がある」もしく

1) 名古屋市立大学看護学研究科

連絡先：樋口倫代

住所：〒467-8601

名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄 1

TEL：052-853-8032

E-mail：michiyoh@med.nagoya-cu.ac.jp

は「かかりつけ医がない」というよく使われるアクセスバリアの標準指標を用いている。地域での協力を得て、フィリピン人成人女性（342人）⁶、日本語学校で学ぶネパールとベトナム出身者（170人）⁷（投稿中）、日本語学校で学ぶベトナム出身者（232人）⁸（投稿中）、地域日本語教室に参加するベトナム出身者（122人）（未公表）といった、異なる特徴を持つと考えられる集団で調査をさせていただいた。これらを統合すると、共通した関連要因として見出されたのがソーシャルサポートであった。それ以外では、夫が日本人であるかどうか、日本語能力、国籍なども一部で関連を認めた。また、同じ尺度を用いても、対象集団により、ソーシャルサポートスコアの分布に違いがあることがわかった。

2) 保健医療に関する多言語情報の提供状況と受け手の状況

このサブテーマの手始めとして、学部生2名が県内54の全市町村の公式ウェブサイトアクセスし、チェックリストを用いて外国語による情報提供状態を確認する調査を2018年に行った。その結果、49市町村のトップページが少なくとも1言語以上で翻訳されていたが、多くは自動翻訳であった。保健医療情報については、診療や健診の時間や住所まで具体的な情報が得られたものは多くはなく、詳細情報がpdfのリンクの場合、自動翻訳されないこともその原因の1つであった。また、翻訳は圧倒的に英語で、中国語、ポルトガル語と続き、愛知県内でニーズの高いフィリピン語は6ヶ所、ベトナム語は3ヶ所にとどまっていた⁹。

提供側である市町村の事情も確認する必要があると考え、次に、県内全市町村の保健医療担当部署などに質問票を郵送して調査を実施した。新型コロナパンデミックの第2波が少し落ち着いたころ（2020年夏）を見計らって実施したが、25市町村、29部署からの回答にとどまった。主な結果として、回答のあった市町村では、母子保健を中心にウェブサイトや保健センター事業で多言語対応していたが、多言語手段を介しても説明が難しい、理解が確認できないという点が課題としてあがった。

医療保険に関わる困難については、日本の保険制度そのものが難しいという点と、母国と違うために理解されない、という2点に大別できた。また、保健担当部署だけの対応で解決することは難しいという点も指摘された¹⁰。

市町村のウェブサイト調査の4年後、別の学部生2名が病院ウェブサイトと同様の調査を行った。公表されている県内の病院リストから、単科を除いた310病院すべての公式ウェブサイトアクセスし、チェックリストを用いて外国語による情報提供状態を確認した。ウェブサイトの翻訳が少なくとも1言語以上でされていたのは26病院、独自翻訳をしていたのは20病院だった。翻訳のあった病院のうち同意の得られた3病院に、翻訳導入の背景や、翻訳による効果についてインタビューしたところ、いずれも地域のニーズにより翻訳ページを導入していたが、積極的に広報するためというよりは、病院の機能を守るためという側面もあることが伺われた（未発表）。

利用者である外国人住民はどこから保健医療情報を入手しているのかについても2つ調査を実施した。1つ目は、名古屋市内で月1回の集会に集うベトナム人を参加者として学部生3名が取り組んだ。しかし、コロナ禍の中一時集会を中止しており、再開後に戻って来た人もまだ少なく、2021年8月の実施時点で、調査対象者（入国5年以内の県内在住の成人）は24人のみであった。調査としてはとても小さいものになってしまったが、これまでアプローチできなかった技能実習生からの回答がわずかではあるが含まれていたのは貴重だった。新型コロナワクチンについての情報入手先は、ソーシャルネットワークが最多で、ニュースサイト、友人・知人と続いたが、技能実習生では会社も多くなっていた。また、通常の病院受診時の情報入手先も尋ねたが、技能実習生では会社が圧倒的に多くなっていた¹¹。

上述調査の半年後、日本語学校生徒として今この地域で多くなっているネパール出身者、ベトナム出身者を参加者とした同様の調査を東海4県に拡大して修士学生が実施した。174人の回答からは、

新型コロナについての情報を探すための方法として、先の調査と同様、ソーシャルネットワーク、検索エンジン、友人・知人が多くなっていた。公的機関（厚生労働省と愛知県）の新型コロナ関連多言語情報ページ、各言語のダウンロード可能なポスターを4枚示し、見たことがあるかを尋ねたところ、例示した6種類のどれか1つでも見たことがある人は8割だった¹²。

3) 保健医療の現場での日本語を母語としない人びととのコミュニケーション

このサブテーマについては、将来的には現場の保健医療従事者を対象に広げていきたいと考えているが、まず、看護学生を対象にした研究から着手している。

最初に、看護学生らの“やさしい日本語”のスキルと知識はどの程度かを調べる調査に学部生、修士学生が取り組んだ。質問票では「やさしい日本語」という言葉は使わず、「小学校3年生程度の語彙の人にもわかるように」とした。書き換えのスキルの評価は「やさしにチェッカー」というやさしい日本語チェックのための無料アプリを使用し、日本語を母語としない人たちに日本語で伝える工夫については、出入国在留管理庁と文化庁が2020年に公表した「やさしい日本語」作成のための16項目を適用した。その結果、書き換えスキルは、「やさしにチェッカー」の5点満点中中央値4点となったが、どのような工夫をしたらいいかという知識は乏しかった。そこで、「やさしい日本語」の知識が身につけばさらにスキルは向上するのではないかという仮説のもと、2020年夏にワークショップ参加者を募り介入研究を実施した。しかし、これも新型コロナ対策で学生らの登校に制限がかかっている時期だったため十分な数の参加者を得られなかった¹³。

翌年にやさしい日本語を通常講義に取り入れて、その前後比較の研究を行うことにした。利用可能な講義に合わせて2年生を対象とし、講義の前後に同じ質問をして比較した。今回は2年生ということもあってか、講義前の総合評価の中央値は先の調査より低く3点だったが、講義後には4点に

上がっていた。また、講義後には、知識項目数が増えていたが、特に、「伝えたいことを前に」「1文1情報」など、事前にほとんどあがらなかった項目の回答も増加していた。さらに、意識についての質問も追加したが、やさしい日本語の効果について肯定的な回答が、講義後で多くなっていた（投稿中）。

4) その他

ここまでに報告した調査で、冒頭にあげた3つのサブテーマに少し当てはまらない分析を追加しているので合わせて紹介する。フィリピン人成人女性の調査では、健康管理の促進理由、阻害理由を自由回答で尋ねたが、促進理由では医療保険に関連する回答が、阻害理由では、言語を含めたコミュニケーションに関連する回答が圧倒的多数であった（未発表）。

名古屋市内の日本語学校のネパール人、ベトナム人生徒の調査では、結核の知識と態度についても尋ねた。無症候性の結核があることを知っていたのは15%、治療が公費負担であることを知っていたのは21%のみだった¹⁴。

東海4県の日本語学校のネパール人、ベトナム人生徒を対象とした調査では、新型コロナについての知識についても23の質問で尋ねた。メディア利用と知識の間には関連を認めただ一方で、新型コロナにかかるかもしれないと思っていることと知識の間には、予想に反して関連を認めなかった^{12,15}。

4. まとめと展望

ここまでの所見は以下の4点にまとめることができるのではないかと考えている。まず、保健医療アクセスとソーシャルサポートの間には関連がありそうだということである。次に、かねてから指摘されている集団による多様性については、ソーシャルサポートスコアや知識スコアの違いなどで客観的に示すことができた。また、多言語情報については、提供側の努力がされているものの、通常の情報源にはなっていないという限界が示された一方、新型コロナについては知識との関連を認めたという可能性も見出すことができた。そして、将来の保健医療提供者である看護学生らへのやさ

しい日本語についての教育の可能性, 必要性も示唆された。

今後は, アクセスバリアの理由や過程をさらに深く探って行きたいと考えている。保健医療情報については, 当事者に届くようにするにはどうすればよいのかを明らかにし, さらに当事者らが関与する保健医療情報提供のしくみをつくることを計画している。また, 看護学生を対象とした, 多文化健康支援についての教育モデルを開発したいと考えている。これら調査・研究結果が, さまざまな背景をもつ人たちがひとしく保健医療サービスや情報にアクセスでき, 健康を享受することができるようになるための一助となることをめざしたい。

文献

- 1) McAuliffe M, Triandafyllidou A. World Migration Report. Geneva, International Organization for Migration (IOM), 2021.
- 2) World Health Organization (WHO). Refugee and migrant health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health> (Accessed 26 Dec 2022).
- 3) World Health Assembly. Constitution of the World Health Organization. New York, The United Nations, 1946.
- 4) 愛知県. 愛知県内の市町村における外国人住民数の状況(2021年12月末現在). <https://www.pref.aichi.jp/soshiki/tabunka/gaikokuzinjuminsu-2021-12.html> (Accessed 26 Dec 2022).
- 5) Higuchi M, Endo M, Yoshino A. Factors associated with access to health care among foreign residents living in Aichi Prefecture, Japan: secondary data analysis. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):135.
- 6) Yoshino A, Salonga RB, Higuchi M. Associations between social support and access to healthcare among Filipino women living in Japan. *Nagoya J Med Sci*. 2021;83(3):551-565.
- 7) 吉野亜沙子, 土田ひらり, 樋口倫代. 愛知県内の日本語学校に在籍する留学生における保健医療アクセスに関連する要因. 日本国際保健医療学会第39回西日本地方会, 2021. 香川大学(誌上).
- 8) Yoshino A, Higuchi M. Associations between social support and access to healthcare among Vietnamese international students in Japanese language schools in Aichi Prefecture. 52nd Asia Pacific Academic Consortium for Public Health Conference, 2021, Universitas Airlangga (Online).
- 9) 服部舞, 西村知亜希, 樋口倫代. 愛知県内54市町村の公式ウェブサイトによる外国人住民向け医療情報の提供状況. *国際保健医療*. 2019;34(3):185-194.
- 10) 樋口倫代. 愛知県内の市町村による外国人住民への保健医療情報提供と健康支援の状況に関する調査報告書. 名古屋, 名古屋市立大学看護学研究科, 2021.
- 11) 水野玲奈, 伊藤優, 松岡亜美, 樋口倫代. 名古屋市内のベトナムコミュニティのベトナム人における保健情報および保健医療アクセス. 日本国際保健医療学会第40回西日本地方会, 2022, 三重大学(オンライン).
- 12) 竹村まどか, 樋口倫代. 日本語学校に通うベトナム人・ネパール人留学生の, COVID-19への感染に対する認識とCOVID-19に関する知識との関連. 第37回日本国際保健医療学会学術大会, 2022, 愛知県立大学.
- 13) 松浦未来, 荒川若葉, 服部記奈, 樋口倫代. 日本語を母語としない人びとへ医療情報を伝達するための看護学生のスキルおよび知識. 予備調査と試験的介入. *国際保健医療*. 2021;36(4):181-194.
- 14) 土田ひらり, 吉野亜沙子, 樋口倫代. ベトナムおよびネパール出身日本語学校生徒の保健医療アクセス状況と結核に関する知識. 日本国際保健医療学会第38回西日本地方会. 2020,

近畿大学 (オンライン).

- 15) Takemura M, Higuchi M. The relationship between knowledge of COVID-19 and use of social media among Vietnamese/Nepalese students in Japanese language schools. 53rd

Asia Pacific Academic Consortium for Public Health Conference, 2022, University of the Philippines (Manila).

(受付 2023.01.06 : 受理 2023.01.25)

Access to health care among foreign residents living in Aichi Prefecture

Michiyo Higuchi¹⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 64 - 69】

Key words : foreign residents, access to health care, social epidemiology, health communication

1) Nagoya City University School of Nursing

特別報告

外国人の人口比が高い伊賀市における 様々な生活支援実践事例報告

平井俊圭¹⁾

【社会医学研究2023；40（1）：70-74】

キーワード: 社会福祉協議会, 生活する上で生じる様々な困難, 地域福祉権利擁護事業, 共同募金, 食糧支援, 医療情報, 社会資源

1. はじめに

三重県伊賀市はブラジル人を始め、ペルー人、イラン人、中国人、フィリピン人、インドネシア人やネパール人などの様々な国籍、様々な母語を持つ外国人住民が多数居住している。1990年の出入国管理及び難民認定法改正から南米日系人を中心に外国人住民が増え始め、国籍の多様化が進んだ。現在、40か国以上の国籍や外国につながる人々が住み、在留期間の長期化や永住、定住化が進んでいる。2021年12月末現在、外国人住民の比率が6.07%と県内の市では最多となっている。これは全国平均の2.3%と比較しても高く、日本の自治体の中でも多くの外国人が住んでいる市である。

過去には、外国人住民の増加に伴って、夜間の騒動やゴミの出し方を巡る近隣でのトラブルや、学校や職場での意思疎通の問題など様々な問題が発生した。

外国人住民が多い背景には、地理的に大阪と名古屋の中間に位置することから、名阪国道の物流利便性を受け、名阪国道沿いへの工場立地等が増加しており、働く場としての工場が多いことも一

因として考えられるが、生活する上で生じる様々な困難に対して、日本人に限らず外国人住民も利用できる仕組みの充実に早くから支援に取り組んできたことも関与しているのではないだろうか。実践事例を通して考えたい。

2. 外国人支援に関する取り組み経過

伊賀市における外国人支援に関連する取り組みや団体の成立経過は表1の通りである。この中からいくつかの事例を紹介する。

【事例1】 1歳の子どもの夜に住宅に一人残されている外国人の母子家庭への支援事例

1995年、民生委員児童委員から見出しの情報が入り共に訪問した。やさしい日本語で意思疎通ができた。母親は夜の仕事で午後6時には出勤し、夕食は作って出かけるが深夜0時頃にしか帰れないという状況だった。既に養成してあった登録ボランティアに協力を呼びかけ、10人のボランティアで2人ずつ午後6時に訪問し、子どもに夕食を食べさせて寝かせ付け、母親帰宅後辞去する活動を開始した。母親は昼間の仕事に変わることによって支障はないとのことだったため、同時に民生委員児童委員協議会メンバーに昼間の仕事探しを依頼した。およそ2ヶ月後に昼間の仕事が見つかり、母親は転職し、子どもを保育所に預けることができた。この事例を元に旧上野市社会福祉協議会（後

1) 社会福祉法人 伊賀市社会福祉協議会

連絡先: 平井俊圭

住所: 〒518-0829

三重県伊賀市平野山之下380番地5

伊賀市総合福祉会館 1階

TEL: 0595-21-5866 FAX: 0595-26-0002

E-mail: s-hirai@hanzou.or.jp

表 1 伊賀市における外国人支援に関連する取り組みや団体の成立経過〔※は社協の取り組み〕

1993年	在住外国人に日本語教育を行うボランティアグループ「伊賀日本語の会」発足 週2回言語ごとに日本語や文化を伝える教室を開催
1995年	外国人幼児夜間保育ボランティア対応（8:00～0:30）※1
1996年	外国人乳幼児託児開始（月～金7:00～19:00）約2年間※
1997年	旧上野市役所に外国人相談窓口設置合併後多文化共生課と多文化共生センターの2ヵ所通訳者設置
1997年	認知症高齢者の事務委任契約による金銭管理開始 ※2
1999年	多文化共生社会推進を目的のNPO法人「伊賀の伝丸」発足
2004年	伊賀の伝丸・市・国際交流協会の三者協働「多文化共生相談」開始・「伊賀市」発足
2005年	伊賀市が「伊賀市外国人住民協議会」設置
2006年	第1次伊賀市地域福祉計画に施策としての「多文化共生社会の構築」をうたう※
2006年	在住外国人の子どもたちへの学習教室「ささゆり教室」開講. 伊賀の伝丸に運営受託.
2009年	生活困窮者に1週間分の食料等を提供する緊急食料等提供事業開始 ※3
2012年	小田地区住民自治協議会・伊賀の伝丸で「災害にも強い多文化共生事業」実施
2012年	医療情報を容器に入れて冷蔵庫に保管し, 万一の救急時に備える「私の安心シート」多言語版発行 ※4
2020年	新型コロナウイルス感染症緊急支援募金・フードパントリー開始 ※
2021年	「伊賀市多文化共生指針」策定
2021年	伊賀市における外国人の子どもの高校進学率100%を達成
2021年	「外国人の防災教室」開催 ※
2022年	「外国人防災リーダー養成講座」開講 ※

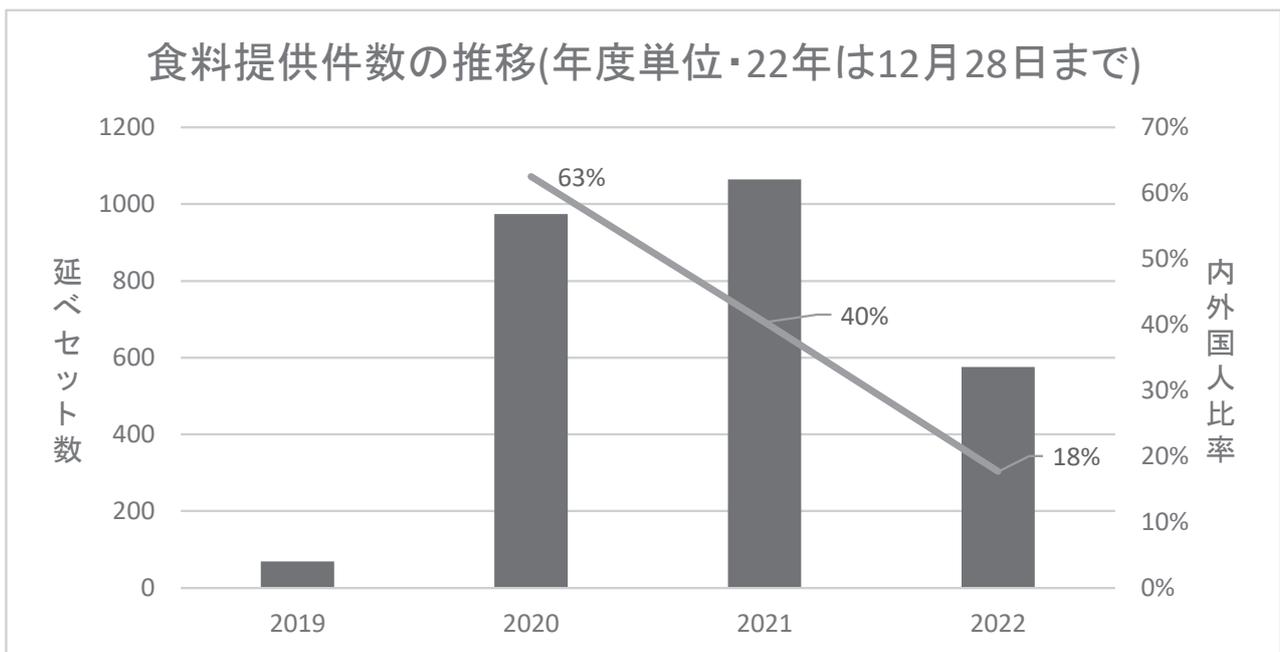


図 1 食糧提供者の外国人比率推移

の伊賀市社会福祉協議会、以下「社協」という。)で空き家を借り、外国人スタッフにより午前7時から午後7時までの外国人乳幼児の託児を開始し、2年経過後24時間民間託児へ移行した。

【事例2】認知症高齢者のための事務委任契約から地域福祉権利擁護事業へ

1997年頃、社協のホームヘルパーが訪問している認知症の高齢者が、年金等の収入を浪費してしまい、生活費の支払いや利用料の滞納が問題となり、弁護士に相談した。

助言を受け、社協が一定額を預かり、そこから必要経費を支払う事務委任契約を結ぶことで解決できると判断し、実施した。

この事例は、1999年から開始された地域福祉権利擁護事業（現在の日常生活自立支援事業・法律名：福祉サービス利用援助事業）へとつながった。この事業は認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助、苦情解決制度の利用援助、住宅改造、居住家屋の貸借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出等の行政手続に関する援助等を行うものである。この事業は成年後見制度^{*1}より手続きが簡易で利用が容易であり、意思決定を支援する仕組みとしては、法的能力の制限を受けない。外国人だけを対象としたものではないが、外国人住民の中にも居住歴が長く、認知症高齢者や知的障がい者や精神障がい者が存在することから、それらの人もこの事業を利用してき

た。直近の社協でのこの事業の利用者総数は163人で、うち外国人は2人である。

【事例3】リーマンショックをきっかけに緊急食糧等支援を開始

2009年、30歳台の男性がアパートで倒れていることを民生委員が発見し、救急車を要請して入院したところ、栄養失調だったことが判明した。生活保護を受給するにも日数を要するため共同募金委員会^{*2}へ支援を要請し了解を得た。緊急食料等提供事業として、生活困窮にある状態で食糧支援が必要な人に対して、レトルト食品や米など1週間分の食糧の提供を開始した。ガスを止められている人にはカセットコンロの貸し出しを実施した。現在は三重県内の社会福祉法人が協働して地域貢献を行う『みえ福祉の「わ」創造事業』となっている。

コロナ禍に入った頃は外国人住民がこれを求める割合が高く、感染が長期化するに伴って日本人の割合が増加してきた。現在では、緊急食糧等の提供に加えてフードドライブ・フードパントリー^{*3}、濃厚接触者や自宅待機者、伊賀市出身学生への食糧及び生活必需品の提供を実施している。食糧提供対象者のうち外国人住民への提供比率は年々低下している図1参照。恐らく日本人は当初は遠慮していたものが、感染の長期化に伴って生活への影響が増大しやむなく求めているのに対して、預金の習慣が少ない外国人住民は生活困難に直面し、支援を求めることに抵抗感が少なく、SNSなどを通じて急速に利用が広がったのではないかと考えられる。

*1 成年後見制度

この制度は、認知症、知的障害、精神障害などによって判断能力が十分ではない方を保護するための制度ではあるが、多くの法律行為を制限されてしまうため、障害を理由とした法的能力の不平等の観点から障害者権利条約第12条第2項違反が指摘されている。

*2 共同募金委員会

共同募金の実施団体としての社会福祉法人三重県共同募金会の伊賀市での募金配分を検討する委員会である。地域団体代表、民生委員児童委員協議会代表、当事者組織代表などで構成する。

*3 フードドライブ・フードパントリー

フードパントリーとは、生活困窮など食糧の確保が困難な人に対して食材を無料配布する活動である。フードドライブは、家庭などで食べきれないで余っている食材を持ち寄り、それらの食材をフードパントリー実施団体へ提供・寄付する活動のことである。

【事例4】医療情報を容器に入れて冷蔵庫に保管し、万一の救急時に備える「わたしの安心シート」多言語版発行

消防署では、一人暮らしの人などから救急車を要請されて、本人の意識がもうろうとしている場合は、それまでの医療情報が不明で困ることがあるとの情報を得て、2012年から共同募金を財源として「わたしの安心シート」を発行し、外国言語版も作成した。民生委員の協力を得て希望者に配布を開始した。使用方法は、冷蔵庫に医療情報を書き込んだシートをボトルに入れて保管する。保管された冷蔵庫及び玄関にはボトルが入っている旨のステッカーを添付する。消防署員が訪問すると、救急訪問すると必ず冷蔵庫の「わたしの安心シート」のステッカーを確認するという。保管場所を冷蔵庫にしたのは、必ず台所にあるので見つけやすいこと、災害時にも保存されることなどが理由である。詳細は次のリンクを参照願いたい。

<https://www.hanzou.or.jp/wp-content/uploads/2015/06/ansinsetumei-e.pdf>

3.考察と今後に向けて

日本人と同様に外国人住民も生活課題を抱えているが、言葉の問題や労働環境、制度上の制限などから、日本人以上に生活課題を抱えやすく、解決手段の情報へのアクセスもしづらい状況にあると考えられる。

従って、生活課題を解決する社会資源が多様に存在し、豊かな人間関係は、定住に影響する可能性がある。また、多様な豊かな人間関係が生活課題の早期発見と対応につながることから、制度的な充実に加えて、豊かな人間関係の構築が暮らしやすさにつながると考えられるが、これらの点に

については量的調査や比較調査が必要であろう。

伊賀市の外国人支援に関する取り組みは、地域の多様性への対応や支援を目的として、様々な事例や団体の協力を通じて実践されている。これにより、外国人住民が安心して暮らし、地域社会との共生が進んでいる。

様々な状況下で地域社会が支援を行う方法が試行錯誤されており、特に外国人住民への支援が重要であることが分かる。また、地域社会が積極的に情報発信し、協力し合うことで、より多くの人々が支援を受けられる環境が整っていくことが期待される。

急激な高齢化と少子化、人口減少の中、社会を維持発展させるためには、今後一層の外国人住民の受け入れは必須である。しかし言葉や文化の違いから、日本での生活に様々な支障が生じる。外国人住民が安心して日本社会で活躍できることが必要である。そのためにも多様な文化を受け入れる寛容さと、生活を支援する仕組みづくりが欠かせない。そして何より人と人のつながりを高める取り組みが重要である。

参考文献

- ・伊賀市多文化共生指針，策定委員会資料
<https://www.city.iga.lg.jp/0000008368.html>
- ・滞日外国人支援基礎力習得のためのガイドブック2019.3 日本社会福祉士会
- ・わたしの安心シート
<https://www.hanzou.or.jp/wp-content/uploads/2015/06/ansinsetumei-e.pdf>

(受付 2022.12.19：受理 2023.01.05)

In Iga City, where the population ratio of foreigners is high Various livelihood support practice case reports

Shunkei Hirai¹⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 70 - 74】

Key words : Council of Social Welfare, Various difficulties that arise in life, Community welfare rights advocacy business, community chest, food aid, medical information, social resources

1) Iga City Council of Social Welfare

特別報告

日本人住民と外国人住民が協働する多文化子育て支援活動

坂本真理子¹⁾

【社会医学研究2023；40（1）：75-79】

キーワード：外国人集住地域，多文化子育て支援活動，地域での協働，アクションリサーチ

I. 緒言

研究者らは、愛知県の中でも外国人住民の総人口比が高いA市で、子育て期の外国人住民への情報提供に関する調査活動や子育て支援活動に関わってきた。A市は人口約7万人で、総人口に外国人住民の占める比率は7%を超える。A市には、外国人住民が多く居住する外国人集住地域があり、集住地域に絞れば、すでに外国人住民の割合が日本人住民の割合を超えている。国籍別ではブラジルが多数を占めるが、現在は多国籍化傾向にある。

A市では、行政が行っている外国人住民への対応として、市役所窓口・保健センター・外国人住民の集住地域に立地する小学校や保育園・児童センターなどへの通訳配置、広報の多言語対応、小学校における外国人児童の早期適応教室設置、中学校で外国人生徒への学習支援などを実施している。2012年度に外国人集住地域に多文化共生センターが設置され、毎週土曜日にポルトガル語ができる相談員が外国人住民からの多岐にわたる相談に応じている。自治会による自治体活動を通じた支援や交流、市民団体による外国人児童・生徒への放課後教室活動、外国人経営者によるビジネスや支援活動なども活発である。

研究者らは、2012年度からA市において、就学前の子どもを育てている外国人住民の母子保健及び子育てに関する情報の効果的な提供をめざしたアクションリサーチを実施した。A市の外国人住民を支援する関係者へのインタビュー調査結果からは、外国人集住地域において、外国人経営者が運営するFacebookには多くの住民がアクセスしていたものの、多忙な生活の中で、親同士が顔を合わせて話をするような機会は少なく、比較的狭い範囲でのネットワークに限られており、「外国人だから仕方がない」、「小学校に入ればなんとかなる」と考える保護者も存在することが明らかになった¹⁾。関係者へのインタビュー調査からは個別通知がある乳幼児健診や予防接種などの受診率は日本人住民と同様な傾向であるものの、外国人住民が自ら保健サービスにアクセスすることは余りないという課題も示された。

2015年に研究者らがA市で実施した「日本での母子保健と子育てに関する情報」についての質問紙調査では、外国人園児を受け入れている保育園2か所の外国籍の母親及びA市保健センターで実施される乳幼児健診を受診した外国籍の母親から協力を得た。有効回答数88（回収率78%、有効回答数95%）をもとに、回答者の外国人の母親は日本での滞在歴が長くなっても日本語が苦手なものが多く、情報源が比較的身内に限られていたこと、社会資源の活用が少ないこと、日本での助言に対する不満をもつ経験が多いことなどが明らかになった²⁾。

1) 愛知医科大学看護学部

連絡先：坂本真理子

住所：〒480-1195

愛知県長久手市岩作雁又1-1

TEL：0561-62-3311（内線23254）FAX：0561-63-1093

E-mail：smariko@aichi-med-u.ac.jp

以上の2つの調査結果から、①日本語のハンディキャップ、②限られたネットワーク、③文化やシステムの違いを背景に、限られた情報源の中で子育てに関する情報を得ざるをえず、地域の社会資源などを日常的に活用するまでには至っていないこと、健康や子育てに関するアドバイスなどに納得がいかない体験をしている外国人住民が多いことが示された。研究者らは以上の調査結果をA市の関係者と共有しながら、アクションの一つとして多文化子育て支援活動を市民団体との共同で実施することとなった³⁾。

本報告は、外国人住民が集住する地域で、日本人住民と外国人住民が協働して取り組んだ多文化子育て支援活動が、地域の社会資源として定着し、自治体の事業として位置付けられるまでの経過と成果を紹介し、外国人住民や日本人住民、自治体の担当者らが協働して創り上げる必要性とその活動を支える背景について考察するものである。

II. 研究方法

研究者らは、アクションリサーチの一環として、2013年度よりA市の外国人集住地域で多文化子育て支援活動を市民団体と共に立ち上げ、参与観察を通じて得た情報から活動の経過と成果として活動時期別にまとめた。多文化子育て支援活動における参与観察を行うにあたっては、研究者が所属する学部での倫理審査の承認（承認番号55）を得て、個人情報の保護などに十分に配慮し実施した。

III. 研究結果

表1に活動時期別にA市における多文化子育て支援活動の経過と成果を示した。なお、発展期と継続期においては年度の一部重なりがある。以下、活動時期別に活動経過と成果を述べる。

1) 開始期 (2013年-2014年)

A市における多文化子育て支援活動を開始するきっかけとなったのは、外国人の児童生徒のための放課後教室の責任者から、就学前から生活習慣

の確立や日本での生活への適応を学ぶ重要性などを伝え、子どもたちの将来に向けての準備性を高めたいという提案であった。研究者らも就学前の子どもを育てている外国人住民へ効果的な情報伝達方法を模索していたことから、2013年7月より共同で、①外国人保護者同士の仲間づくりと情報交換を行う場づくり、②乳幼児を持つ外国人の保護者が日本語や日本文化に親しむ場づくり、③日本での子育てや母子保健に関する情報を提供する場づくりの3つを目的にした多文化子育て支援活動を開始した。活動内容は季節の行事や工作、歌、絵本の読み聞かせなど親子で楽しめる内容に健康情報の提供を加えた。活動を始めた当初、参加者の外国人住民からは、「離乳食の進め方がわからない」、「母子健康手帳に何が書いてあるかわからない」、「母国で接種した予防接種の記録を失くしてしまった」、「役所から届いた書類の意味がわからない」などの相談がみられた。多文化子育て支援活動が2年経過した後、定期的に参加していた外国人の母親たちは「友達ができた」、「子どもたちに友達ができた」、「自信がもてた」、「ここに来ると日本語が学べる」、「この活動に参加して、いろんなことを学んだ」など、肯定的に振り返っていた。

2) 発展期 (2015年-2017年)

2015年度から日本語教室や市民活動を対象とする複数の助成に応募し、採択されることで運営資金が安定した。安定した資金によりブラジルやフィリピン国籍の外国人住民が通訳兼スタッフとして参画できるようになり、周知する費用も賄えるようになった。外国人の参加者も徐々に増加するようになり、地域の資源として保健センターや保育園などから紹介を受ける機会も増加していった。2017年度から多文化子育て支援活動の複数の運営スタッフがA市の多文化共生プラン策定に委員として参加する機会を得、研究者も委員に加わった。

3) 継続期 (2016年-2022年)

2016年度に愛知県多文化共生推進室によるモデル事業を受託したことが活動を定着される大きな転機になった。2016年度、2017年度、2019年度と異なる名称ではあったが、継続してモデル事業^{4), 5)}。

表 1 多文化子育て活動の経過と成果

活動時期 (年次)	活動の経過	活動の主な成果
開始期 (2013-2014)	<ul style="list-style-type: none"> ●活動の開始 ●活動内容は季節の行事や工作、歌、絵本の読み聞かせ、健康情報の提供等 ●ポルトガル語の通訳の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ●定期的に参加する外国人参加者からの肯定的なフィードバック
発展期 (2015-2017)	<ul style="list-style-type: none"> ●日本語教室や市民活動を対象とする複数の助成金を獲得 ●ブラジル国籍の参加者やフィリピン国籍の協力者が通訳の役割を担当 ●積極的な活動の周知の機会を得る ●複数のスタッフが市役所の多文化共生プラン策定に参画(2017年～) 	<ul style="list-style-type: none"> ●運営資金が安定 ●外国人住民が通訳兼スタッフとして参画し、外国人参加者が増加 ●地域の資源としての認知
継続期 (2016-2022)	<ul style="list-style-type: none"> ●愛知県多文化共生推進室によるモデル事業の受託 <ul style="list-style-type: none"> ・子育て外国人の日本語習得モデル事業(2016年) ・多文化子育てサークルによる言語習得促進事業(2017年) ・多文化子育てサロン(2019年) ●コロナ禍のもとオンラインによる活動を導入(2021年11月～2022年2月) ●A市「多文化子育てサロン」事業の受託(2021年) 	<ul style="list-style-type: none"> ●モデル事業の取り組みを通して活動が周知 ●他地域の団体とのネットワーク ●本活動がA市の事業に位置付け

⁶⁾ を受託することで、A市内でより活動が周知されることとなった。モデル事業の受託により、A市外での他地域の団体とのネットワークができ、活動内容の充実が図られた。2021年度はコロナ禍のもとで一時休止を余儀なくされたが、2021年11月から2022年2月までオンラインによる活動を導入し、その後は感染対策を行ったうえで対面での活動を再開した。2021年度からはA市の「多文化子育てサロン」事業を受託するに至った。

IV. 考察

A市における多文化子育て支援活動は9年間余の期間を経て、地域に根差した活動となって継続されている。活動の背景には、同じ親として外国人住民の親たちと子育てに取り組みたいという日本

人住民メンバーの強い思いがあった。外国人住民が活動のスタッフに加わることで、外国人住民の信頼を得ていったプロセスも重要であった。こうした日本人と外国人の親たちの継続した努力が地域の自治組織や自治体の関係者に伝わり、地域資源としての認知を高めていったと考える。活動の継続に必要な資金を市民活動への助成金や愛知県のモデル事業として採択されたことも、安定した運営につながり、A市の事業に位置づけられるまでに至ったと考えられる。9年間の経過を経て、多文化子育て支援活動は多くの日本人関係者や外国人住民たちを巻き込んでいった。

活動に関わる関係者も拡大していった。開始当初は日本人有志スタッフと外国人の参加者との関係であった。その後、日本人スタッフに外国人スタッフが加わることで更に外国人住民の参加者が

広がり、外部の助成金を得ることで、多様な活動の企画や実施が可能となり、地域の日本人協力者や行政の支援が得やすくなった。他市での同様な活動の実践者たちとのネットワークも広がっている。現在はA市の「多文化子育てサロン」という名称の事業を委託されているが、A市での事業化に至るまでには、地域の関係者の応援だけでなく、愛知県の多文化共生推進室からの支援を含む外部者の協力なども加わった成果であったと考える。

V. 結語

日本で暮らす外国人住民が安心して子育てをしていくには、言葉や文化のハンディキャップによって躊躇することなく、気軽に相談できる体制を作る必要がある。地域のボランティアな活動が先行し、政策を動かしていく事例は少なくないが、日本人住民と外国人住民、地域の関係機関の協働を推進する必要性やその背景を分析、共有することは、日本人住民と外国人住民のよりよい共生社会に向けて重要な過程である。

謝辞

本稿は第63回日本社会医学会総会シンポジウム2で報告したものある。常に多くの学びを与えてくださっているA市の外国人住民の皆様、多文化子育て支援活動に関係する皆様、関係機関の皆様にご心から感謝申し上げます。本研究はJSPS科研費24593463の助成を受けて実施したものです。

文献

1) Mariko Sakamoto, Izumi Asano, Seiko

Mizutani, et al. The current state of and challenge faced by dissemination information on maternal and child healthcare among expatriate community. 国際保健医療. 2015;30(3):221.

- 2) 坂本真理子, 浅野いずみ, 橋本秀美他, ブラジル人コミュニティにおける母子保健及び子育て情報の伝達上の課題-愛知県A市における外国人の母親を対象とした実態調査を通じて-. 愛知医科大学看護学部紀要. 2017;16:59-67.
- 3) 大橋裕子, 坂本真理子, 浅野いずみ他, 外国人労働者居住地域における外国人保護者への子育て支援の取り組み.生活指導研究. 2017;34:7-13.
- 4) 愛知県社会活動推進課多文化共生推進室. 平成28年度「子育て外国人の日本語習得モデル事業」の結果報告について. <https://www.pref.aichi.jp/soshiki/tabunka/kosodate-nihongo.html> (2022年12月25日アクセス)
- 5) 愛知県社会活動推進課多文化共生推進室. 平成29年度「多文化子育てサークルによる言語習得促進事業」実施報告. <https://www.pref.aichi.jp/soshiki/tabunka/tabucircle-report.htm> (2022年12月25日アクセス)
- 6) 愛知県社会活動推進課多文化共生推進室. 多文化子育てサロン. <https://www.pref.aichi.jp/soshiki/tabunka/2019takosalon-2.html> (2022年12月25日アクセス)

(受付 2022.12.27:受理 2023.01.25)

Multicultural child-rearing support activities in which Japanese and non-Japanese residents collaborate

Mariko Sakamoto¹⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 75 - 79】

Key words : Concentrated area of foreign residents, Multicultural child-rearing support activities, Collaboration in the community and Action research

1) Aichi Medical University, College of Nursing

特別報告

人と人との繋がりから広がるまちづくり －保見ヶ丘地域の取り組み

上江洲恵子¹⁾, 吉村迅翔²⁾

【社会医学研究2023；40（1）：80－83】

キーワード：保見団地，ケアセンターほみ，JUNTOS，多文化社会

【保見ヶ丘地域の概要】

保見ヶ丘地域は、4000人を超える外国籍住民が生活をする外国籍住民集住地域である（令和4年5月1日時点）。その背景には1990年の「出入国管理及び難民認定法」改正後、在日ブラジル人が急増したということがある。このような地域の特色から言語や文化の違いによって、日本人とブラジル人の棲み分け化などの地域課題が存在している。

【ケアセンターほみの概要】

正式名称を「愛知県高齢者生活協同組合ケアセンターほみ」という。訪問介護（高齢者，身体，精神）と放課後等デイサービスの福祉事業所である。年齢，国籍，障がいの程度や種類などに関わらず支援を行っている。2022年6月時点で、職員は、訪問ヘルパー11名，児童支援員9名，事務3名が在籍しており，利用者は訪問介護20名（うち外国籍8名），放課後等デイサービス21名（うち外国籍6名）となっている。

1) 愛知県高齢者生活協同組合ケアセンターほみ

2) 市民活動団体JUNTOS

連絡先：上江洲恵子

○愛知県高齢者生活協同組合ケアセンターほみ

住所：愛知県豊田市保見ヶ丘5丁目1番地 FOX TOWN 1 階

TEL：0565-43-3006 FAX：0565-43-3007

E-mail：homi-ai@aichiko.com

連絡先：吉村迅翔

○市民活動団体JUNTOS

住所：愛知県豊田市保見ヶ丘4丁目1番地 県営17-103号

TEL：080-2510-3987

E-mail：juntos.homidanachi@gmail.com

【ケアセンターほみのこれまで】

私，上江洲恵子はペルーで生まれ育ち，アメリカ合衆国で1年間勉強した後，32年前，バブルが終わる直前に日本へ出稼ぎに来た。最初は親戚の住む沖縄県に居住し，愛知県や静岡県で車の部品や浴槽，火災報知器などあらゆる製造業の仕事をした。その後，沖縄に戻り，日本語を勉強した。それから静岡県に移住，トヨタの下請け工場に勤めた。結婚して現在子どもは3人，3人目を出産した時にリーマンショックが起こった。その当時は仕事がない人だらけだった。リーマンショックまでは生活保護の制度を知らない人が多くいたが，その後で多くの人を知り，利用するようになった。

仕事に復帰しようと，ハローワークで4カ月間介護について勉強した。修了前に，保見ヶ丘で介護事業所を開きたいという話が入り，そこで働くことを決めた。訪問介護が専門の事業所になるとのことだった。それは愛知県高齢者生活協同組合の事業所だった。まず，既存の事業所で半年訪問介護について勉強し，その後保見ヶ丘に事業所を開設した。最初の利用者は肺機能不全の友人の母親（ペルー生まれの日本人）だった。初めの業務は通院介助だけだったが，ケアマネジャーと相談して徐々に訪問介護の設備を整えていった。初めの頃は，利用者は介護のみ，外国人ばかりだった。次第に介護人材の不足で受け入れてもらえない日本人を受け入れるようになり，障がい者にも対応するようになっていった。同時に日本人からの依

頼も増えていった。毎回日本人利用者には、この事業所のヘルパーは外国人と日本人がいるが、それでもいいかと確認していた。しかし、現在ではその説明の必要がないくらいにこの事業所の特性が広まった。そして保見ヶ丘地域の外国人利用者が困っていたら地域包括支援センターから相談が来るようになった。また6年前、障がいをもつ子どもたちを対象とした放課後児童デイサービスも開始した。その背景には、学校が終わった後も子どもを見てくれる場所があることで、親の負担を軽減させたいという思いがあった。

【ケアセンターほみと地域との繋がり】

まず、地域との繋がりができたきっかけは保見ヶ丘の住民がスタッフになったことだった。そのおかげで地域のことがよくわかるようになった。ヘルパー養成のための初任者研修も開催し、住民スタッフは指導員となった。地域住民の繋がりで、保見ヶ丘地域で活動する若い世代と繋がることができた。保見ヶ丘地域のために活動する彼らに活動場所としてケアセンターの部屋を貸したり、若い世代にケアセンターのスタッフとして働いてもらったりして、ケアセンターとしても保見ヶ丘地域のためになる新しいことがやりたくなった。このように地域との繋がりが広がるにつれて地域のことがよく見られるようになった。現在では、高齢者のデイサービスや地域住民が誰でも来られる食堂などもやれるのではないかと構想中である。

【JUNTOSの概要】

保見ヶ丘地域において、外国籍児童の不修学、日本人とブラジル人の棲み分け、日本人住民の高齢化などの課題が存在している。そのような中で市民活動団体JUNTOSは、外国にルーツを持つ方々が、生活における様々な面で選択肢を広げることを目的に、日本語や社会生活におけるテーマを学習する場や、地域住民どうしが交流し相互理解を深める場を提供している。当団体は2021年4月に当時大学4年生だった愛知県立大学、愛知淑徳大学、中京大学の学生5人が中心になって結成した。

【JUNTOSの活動内容】

具体的な活動内容としては、3つの教室に分けられる。1つ目は「土曜日教室」で、JUNTOSの主たる教室である。小学生を対象に、毎週土曜日の朝9時から11時まで、ケアセンターほみの施設を借りて学習支援を行っている。教室の内容としては、宿題や学校の授業でわからなかったところを教える、防災について考える、日本やブラジルの文化に触れる、ゴミ拾い等から地域課題について考える、地域イベントに参加する等である。当初は、宿題を手伝うことだけを目的として始めた教室であったが、定期的に保護者会を開き、子どもたちに何を学んでほしいかについて質問し、出た意見を参考に教室の目的や内容を考え、計画、実施するようになった。

2022年6月、土曜日教室にてスポーツフェスティバルを開催した。競技の検討や開催場所の草刈り、ゴミ拾いなども、子どもたちで行った。開催日はケアセンターほみの職員の皆さんが前日からご準備くださった昼食を子どもたち、その保護者、スタッフに振る舞ってくださった。そして子どもたちから、「地域の人（ケアセンター職員の皆さん）が優しい！」といった声が上がった。その時、もっと子どもたちが地域の人と交流できる機会を作るべきで、土曜日教室の内容を考える時にも、そのことを意識しようと運営メンバーで話し合った。子どもが地域住民と多く触れ合うことで、地域への愛着を持つことができ、将来的に自らの故郷である地域に存在する課題を自分ごととして捉え、その改善策を主体的に考えられるようになるのではないかと考える。

現在、土曜日教室に登録している子どもたちは約25名、そのうち毎回15名前後が教室に参加している。スタッフは運営メンバーを除いて約15名、毎回5名前後で、多くが大学生のボランティアである。

次に、2つ目の教室は「ぐんぐんクラス」である。勉強したい人なら誰でも対象とし、毎週土曜日の午後1時半から4時半まで、土曜日教室と同じくケアセンターほみの施設で展開している。「地域み

んなの自習室」をテーマに、宿題や日本語能力試験に向けた勉強、漢字の書き取り練習など、様々な学習目的の方が子どもから大人まで同じ空間で勉強する。スタッフの人数が許す限り、生徒1名に対してスタッフを1名つけるようにしている。当初は小学生から高校生までを対象とした教室であったが、土曜日教室の保護者から、「大人も勉強したい」という声が多数あったため、大人も参加できるように変更した。また、ケアセンターほみの介護ヘルパーの方からも日本語を勉強したいという声があり、ぐんぐんクラスの中にケアセンターに関わる方のための教室もできた。

そして3つ目の教室は「大人プライベートレッスン」である。日本語学習意欲があるが、教室に通う時間がない方を対象としている。保見ヶ丘地域には様々な団体が運営する日本語教室が多くあるが、決まった曜日と時間の教室に毎回通うことが2交代勤務などの理由で難しい方もいる。そこで、学習者が都合のいい曜日と時間に、スタッフが学習者の自宅に行って日本語学習支援を行うプライベートレッスンを始めた。週1回90分で開催し、学習方法や内容は、学習者がこういった場面

で日本語を使いたいのかなどをヒヤリングし、学習者に合ったかたちで運営している。

上記の3つの教室活動以外では、団地内の公園で子どもたちと遊んだり、地域イベントに参加したり、スタッフで広場の掃除をしたりしている。

以下は、JUNTOSとしての活動ではないが、私、吉村はJUNTOSの設立前から団地にて高齢者のお手伝いの活動を始めており、高齢者には難しいコロナワクチン接種のインターネット予約や、電球の交換、ゴミ出しなどを無償でお手伝いしていた。JUNTOSが設立し、ケアセンターほみで教室を開かせてもらえるようになってから、私自身ケアセンターの職員として働き始めた。ケアセンターほみには、「助け合い」という、介護制度ではできない家の掃除や片付けなどができるようにと作られた活動がある。そこで、これまでやっていた高齢者お手伝いを「助け合い」と掛け合わせて、より多くの方を助けられるような仕組みを作りたいと考えているところである。

(受付 2022.12.28 : 受理 2023.01.18)

Community Development by personal connections -Efforts in the Homigaoka area

Keiko Uezu¹⁾, Shunto Yoshimura²⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 80 - 83】

Key words : Homidanchi, Care Center Homi, JUNTOS, Multicultural society

1) Aichi Senior Citizen's cooperative Care Center Homi

2) Civic action group JUNTOS

特別報告

一般住民における原因不明の様々な症状に関する 中枢神経感作症候群の有病率について

春山康夫¹⁾

抄録

【目的】本報告の目的は、一般住民における原因不明の様々な症状に関する中枢神経感作症候群（central sensitization syndrome, CSS）有病率に関する大規模疫学調査における、生活習慣やメンタルヘルスとの関連を検討することである。

【方法】健康診断を受診した住民にアンケート調査票を配布し回収した。調査項目は、年齢、性別、喫煙、飲酒、コーヒー摂取、身体活動、睡眠時間、日常のストレスと精神力、CSI（Central Sensitization Inventory）を用いた。CSI-Aの25項目（各0-4点）の合計が40点以上の場合にCSS有病とし、CSS-Bの関連疾患は、自己申告の病歴から抽出した。年齢、性別、CSI-Aの質問項目に対する欠損を除いた21,665人の解析を行った。

【結果】CSIスコアの範囲は0-87点で、平均得点は15.9点であった。CSS有病率は4.2%で、男性は2.7%、女性は4.9%であった。男性の20-39歳、女性の40-59歳および80歳以上はそれぞれの60-79歳と比べてCSS有病率が有意に高かった。CSS関連疾患を有する者のCSS有病率は男女ともに有意に高かった。また男女とも、運動習慣がない、睡眠時間が少ない、ストレスが多い、精神力が弱いと思う者においてCSS有病率が高いことと関連が認められた。

【結論】CSIスコア40点以上の場合にCSS有病とする基準によると、一般住民のCSS有病者は4.2%であった。運動習慣、睡眠時間、ストレス及び精神力とCSSとの関連が認められたため、今後、CSSケアに関する行動変容アプローチが期待される。

【社会医学研究2023；40（1）：84-89】

キーワード：中枢神経感作、中枢神経感作症候群、有病率、疫学調査、生活習慣

背景

身体的症状の中には、器質的な原因では説明がつかないものがあり、その頻度は約1割と推定されている^{1,2)}。器質的な原因が不明な身体症状の代表的なものに慢性疼痛がある。日本では慢性疼痛

有病者は約1700万人と推計されている³⁾。慢性疼痛患者の一部は、びまん性疼痛分布、異痛症および痛覚過敏を有し、その特徴は、難治性の疼痛をはじめ、複数の身体症状、精神症状を伴うとともに患者のメンタルへの大きな負担がある病態が存在する²⁾。この病態は、一次求心性神経の周辺末端の感作および脊髄の興奮性の増加という中枢性感作（central sensitization, CS）が関与する⁴⁾。2003年、StahlはCSが関与する病態を「中枢神経感作症候群, central sensitization syndromes CSS）」を提唱した⁵⁾。2012年、Mayerら⁶⁾は、CSSを測る調査

1) 獨協医科大学先端医科学統合研究施設
連絡先：春山康夫
住所：〒321-0293
栃木県下都賀郡壬生町北小林880
TEL：0282-87-2113 FAX：0282-86-2935
E-mail：yasuo-h@dokkyomed.ac.jp

票CSI (central sensitization inventory) を開発した。CSIは、CSI-A票の25項目（リッカート尺度を用いて0-100点で評価し、40点をカットオフポイントとしてCSSの判定に使用される）とCSI-B票（10疾患のむずむず脚症候群、慢性疲労症候群、線維筋痛症、顎関節症、緊張性頭痛或いは片頭痛、過敏性腸症候群、多種化学物質過敏状態、頸部損傷（むち打ち症を含む）、不安或いはパニック発作、うつ病）で構成され、CSSの評価に使われている⁶⁾。CSI-A票は、感度81%、特異度75%、AUC (area under the curve) 0.86である⁷⁾。

海外では、人工膝関節形成術術前患者 (n=91) におけるCSIスコア40点以上の割合は48.4%で、CSIスコア40点未満に比べて術後の3か月の持続する痛みのオッズ比 (95%CI) は5.09 (1.32-19.52) と報告されている⁸⁾。また、慢性脊椎痛患者 (n=763) の後ろ向き研究では、CSIスコア40点以上の割合は68.2%で、痛みの強さ、痛みに関連する不安、うつ症状、自覚的障害及び睡眠障害との有意な関連が認められた⁹⁾。遺伝性圧脆弱性ニューロパチー (hereditary neuropathy to pressure palsies, HNPP) 患者 (n=32) のうち、CSIスコア40点以上の割合は84%であった¹⁰⁾。国内の先行研究では、整形外科の290人患者のうち、CSIスコア40点以上の割合は11.0%で、CSIのB票（10疾患）を有する患者の割合は27.9%であった^{11,12)}。鈴木らは片頭痛患者のCSI40点以上の割合は21%¹³⁾。また、多施設研究の病院外来の片頭痛、緊張性頭痛、薬物性頭痛、パーキンソン病、脳梗塞、むずむず脚症候群、末梢神経障害、線維筋痛症、複合性局所疼痛症、頸・腰椎疾患、慢性疲労症候群及びうつ病と診断した患者 (551人) のCSI40点以上の割合は20.7%と報告した¹⁴⁾。これまでの殆どの研究は患者を中心とした報告であるが、Neblettらは患者以外の129名の被験者のCSIスコア40点以上の割合は24.8%と報告した。しかしながら、サンプルサイズは小さく、選択バイアスの問題が存在する。国内では鈴木らの研究のみ、健常人を対照者として報告したが、一般住民のCSS有病率及び関連因子との大規模疫学研究はまだ行われていなかったため、本研究の結果を報告する¹⁵⁾。

調査方法

研究デザインと調査対象 大規模横断研究を用いて、2019年5月1日～2020年3月31日の間に栃木県A市とB町の健康診断を受ける対象者39,152人に無記名の自記式調査票を配布した。本人の同意を得た24,189人 (61.8%) が調査票に回答し回収した。本調査は獨協医科大学生命倫理委員会の承認 (No R-7-3) を得て実施した¹⁵⁾。

アンケートの調査項目 一般属性 (年齢、性別)、生活習慣 (喫煙、飲酒、コーヒー摂取頻度、身体活動、睡眠時間)、メンタルに関連する項目 (日常のストレスと精神力の自己認識)、CSI-Aとした。CSI-BのCSS関連疾患は既往歴から抽出した¹⁵⁾。

統計解析 CSS有病率 (CSI-Aスコア40点以上) は、性・年齢階級別 (20～39歳、40～59歳、60～79歳、80～97歳) に記述統計で分析した。各変数の欠損値を除外し、CSSとCSI-Bの10疾患 (疾患無しと有疾患数1及び2の2群に分類)、生活習慣および精神的要因との関係は、ロジスティック回帰モデルを用いて解析した¹⁵⁾。すべての統計解析は、SPSS Statistics 26.0 (IBM SPSS, Inc., Tokyo, Japan) を用いた。p値は0.05未満の場合に有意差ありとした。

結果と考察

調査回答者24,189人のうち、年齢、性別の欠損 (n=1,719) 及びCSIデータの欠損 (n=805) を除いた21,665人が本研究の解析対象者であった。解析の結果、図1¹⁵⁾ に示したように一般住民集団ではCSS有病率 (CSI40点以上) は4.2%、女性で4.9%と男性2.7%より高いことが示唆された。年代別では男性の20-39歳、女性の40-59歳および80歳以上の有病率は60-79歳と比べて有意に高かった。また、男女共にCSS関連疾患を有する者のCSS有病率が顕著に高かった。本研究は国内外で初めて実施された一般住民を対象にした大規模疫学調査での結果であり、一般住民にCSS有病者がいるのは珍しいことではないことが示唆された。われわれ自身または身近な方がこのような悩みを抱えた場合には、専

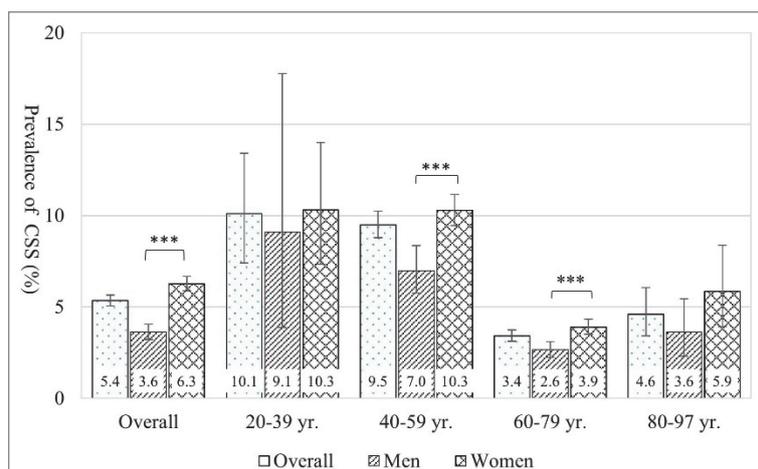


図1 全体、性別及び年代別のCSS有病率 (CSI40点以上)^a
 CSS: central sensitization syndromes, CSI: Central Sensitization Inventory
 a:図は文献15 (Haruyama et.al Sci Rep. 2021) から引用した。

門の医療機関への受診や周囲からの理解が求められる。

表1¹⁵⁾に示したように多変量ロジスティック回帰モデルにおいて、CSS有病率と喫煙・飲酒・コーヒー摂取に関しては男女間で一致した結果は見られなかったが、男女共に少ない睡眠時間、高い自覚ストレスおよび精神力が弱いと思う者においてCSS有病率の高さとの関連が有意に認められた。一方、運動習慣があり、精神力が強いと思う者においてはCSS有病率の低さとの関連が有意に認められた。本研究は、横断的研究のため運動習慣、睡眠時間、ストレス及び精神力とCSSとの因果関係があるとまでは言えないが、CSSケアに関する行動変容アプローチが期待される。

結論

CSIスコア40点以上の場合にCSS有病とする基準によると、一般住民のCSS有病者は4.2%であった。運動習慣、睡眠時間、ストレス及び精神力とCSSとの関連が有意に認められたため、今後、CSSケアに関する行動変容アプローチが期待される。

謝辞：本研究は、厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等政策研究事業）「種々の症状を呈する難治性疾患における中枢神経感作の役割の解明と

それによる患者ケアの向上（H29-難治等（難）一般-061）」（研究代表者：獨協医科大学病院脳神経内科主任教授 平田幸一）及び厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等政策研究事業）「種々の症状を呈する難治性疾患における中枢神経感作の役割の解明と患者ケアの向上を目指した複数疾患領域統合多施設共同疫学研究（20FC1056）」（研究代表者：獨協医科大学医学部公衆衛生学講座主任教授 小橋元）により実施した。また、本研究に関わった平田幸一、小橋元、鈴木圭輔、西連地利己、内山浩志及び獨協医科大学公衆衛生学講座並びに脳神経内科講座の関係スタッフに感謝する。

文献

1. Reif W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63:595-602.
2. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res*. 1997;42:245-52.
3. 服部政治. 日本における慢性疼痛保有率. 日

表 1 性別におけるCSS有病率（CSIスコア40点以上）と関連因子^a

		Men				Women			
		cOR ^a	95%CI	aOR ^a	95%CI	cOR ^a	95%CI	aOR ^a	95%CI
Age, yr.	20-39	3.68	1.56-8.65	1.99	0.69-5.78	2.82	2.44-3.26	1.65	1.07-2.54
	40-59	2.75	2.12-3.57	1.09	0.77-1.53	2.83	1.94-4.13	1.86	1.56-2.22
	60-79	1.00		1.00		1.00		1.00	
	80-97	1.39	0.86-2.23	1.72	0.93-3.17	1.53	1.01-2.33	2.40	1.46-3.93
District	Rural area	1.00		1.00		1.00		1.00	
	Urban area	0.97	0.70-1.34	0.82	0.55-1.22	1.23	0.96-1.58	0.98	0.73-1.31
CSI-B-related diseases	0 diseases	1.00		1.00		1.00		1.00	
	1 or 2 diseases	9.98	5.83-17.03	3.51	1.78-6.92	7.29	5.30-10.03	3.07	2.10-4.48
Smoking ^b	Non-smoker	1.00		1.00		1.00		1.00	
	Ex-smoker	0.84	0.64-1.10	0.75	0.54-1.05	1.73	1.42-2.10	1.30	1.03-1.65
	Smoker	1.07	0.74-1.55	0.84	0.54-1.30	1.87	1.40-2.50	1.35	0.96-1.89
Alcohol intake ^b	Non-drinker	1.00		1.00		1.00		1.00	
	≤1 day per week	0.69	0.46-1.02	0.57	0.35-0.91	1.31	1.09-1.56	1.21	0.98-1.49
	>1 day per week	0.59	0.45-0.77	0.65	0.47-0.91	0.88	0.72-1.06	0.88	0.71-1.10
Coffee intake ^b	Non-drinker	1.00		1.00		1.00		1.00	
	≤1 day per week	1.38	0.86-2.20	1.54	0.89-2.67	0.78	0.60-1.02	0.81	0.61-1.09
	>1 day per week	1.13	0.77-1.67	1.27	0.80-2.01	0.71	0.58-0.87	0.68	0.54-0.85
Exercise habits ^b	No	1.00		1.00		1.00		1.00	
	Yes	0.46	0.35-0.59	0.66	0.48-0.89	0.42	0.36-0.49	0.53	0.44-0.62
Sleeping hours per day ^b	≤5 hr.	3.07	2.37-3.96	2.18	1.59-3.00	2.47	2.14-2.84	1.94	1.64-2.29
	6-9 hr.	1.00		1.00		1.00		1.00	
	≥10 hr.	1.96	0.47-8.22	3.13	0.63-3.82	1.10	0.15-8.26	1.40	0.16-12.39
Perceived stress ^b	Low	1.00		1.00		1.00		1.00	
	High	8.38	6.34-11.08	5.34	3.76-7.58	7.41	6.11-8.98	4.38	3.53-5.43
Resilience ^b	Low	3.66	2.78-4.80	2.73	1.95-3.82	3.44	2.92-4.04	2.68	2.22-3.23
	Medium	1.00		1.00		1.00		1.00	
	High	0.47	0.33-0.67	0.43	0.28-0.67	0.66	0.55-0.80	0.70	0.56-0.86

CSS: central sensitization syndromes, CSI : Central Sensitization Inventory, cOR: Crude Odds ratio, aOR: adjusted Odds ratio, 95%CI: 95% Confidence interval,

a:図は文献15 (Haruyama et.al Sci Rep. 2021) から引用した。

b:欠損は喫煙 (n=494), 飲酒 (n=1522), コーヒー摂取 (n=3761), 運動習慣 (n=458), 睡眠不足 (n=69), 自覚ストレス (n=198), 精神力 (n=120).

- 薬理誌. 2016;127:176-80.
4. Woolf CJ, Thompson SW, King AE. Prolonged primary afferent induced alterations in dorsal horn neurones, an intracellular analysis in vivo and in vitro. *J Physiol (Paris)* . 1988;83:255-66.
 5. Stahl SM. Here today and not gone tomorrow: the curse of chronic pain and other central sensitization syndromes. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:863-4.
 6. Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ, Perez Y, Gatchel RJ. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. *Pain Pract*. 2012;12:276-85.
 7. Neblett R, Cohen H, Choi Y, Hartzell MM, Williams M, Mayer TG, Gatchel RJ. The Central Sensitization Inventory (CSI) : establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. *J Pain*. 2013;14:438-45.
 8. Kim SH, Yoon KB, Yoon DM, Yoo JH, Ahn KR. Influence of Centrally Mediated Symptoms on Postoperative Pain in Osteoarthritis Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty: A Prospective Observational Evaluation. *Pain Pract*. 2015;15:E46-53.
 9. Neblett R, Hartzell MM, Williams M, Bevers KR, Mayer TG, Gatchel RJ. Use of the Central Sensitization Inventory (CSI) as a treatment outcome measure for patients with chronic spinal pain disorder in a functional restoration program. 2017;17:1819-29.
 10. Beales D, Fary R, Little C, Nambiar S, Sveinall H, Yee YL, Tampin B, Mitchell T. Characterisation of pain in people with hereditary neuropathy with liability to pressure palsy. 2017;264:2464-71.
 11. Tanaka K, Nishigami T, Mibu A, Manfuku M, Yono S, Shinohara Y, Tanabe A, Ono R. Validation of the Japanese version of the Central Sensitization Inventory in patients with musculoskeletal disorders. *PLoS One*. 2017;12:e0188719.
 12. 田中克宜, 西上智彦, 壬生彰, 余野聡子, 安達友紀, 松谷綾子, 芝寿実子, 篠原良和, 田辺曉人. 日本語版Central Sensitization Inventory (CSI) の開発 言語的妥当性を担保した翻訳版の作成. *Journal of Musculoskeletal Pain Research* 2017;9 :34-9.
 13. Suzuki K, Suzuki S, Haruyama Y, Okamura M, Shiina T, Fujita H, Kobashi G, Sairenchi T, Uchiyama K, Hirata K. Central sensitization in migraine is related to restless legs syndrome. *J Neurol*. 2021;268:1395-401.
 14. Suzuki K, Haruyama Y, Kobashi G, Sairenchi T, Uchiyama K, Yamaguchi S, Hirata K. Central Sensitization in Neurological, Psychiatric, and Pain Disorders: A Multicenter Case-Controlled Study. *Pain Res Manag*. 2021;2021:6656917.
 15. Haruyama Y, Sairenchi T, Uchiyama K, Suzuki K, Hirata K, Kobashi G. A large-scale population-based epidemiological study on the prevalence of central sensitization syndromes in Japan. *Sci Rep*. 2021;11:23299.

(受付 2023.03.23 : 受理 2023.03.29)

The prevalence of central sensitization syndromes regarding various unexplained symptoms in the general population

Yasuo Haruyama¹⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 84 - 89】

Key words : central sensitization, central sensitization syndromes, prevalence, epidemiological study, lifestyle

1) Integrated Research Faculty for Advanced Medical Sciences, Dokkyo Medical University

特別報告

日本社会医学会 第63回総会 市民公開特別シンポジウム1： 理解されない痛みや症状に寄り添うために ～私達に何ができるか？～ 慢性口腔顔面痛患者における中枢神経感作の実態

西須大徳¹⁾, 西原真理^{1・2)}

【社会医学研究2023；40（1）：90-94】

キーワード：慢性疼痛，口腔顔面痛，中枢神経感作，Central Sensitization Inventory (CSI)

緒言

痛みの定義は2020年に国際疼痛学会により「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する，あるいはそれに似た，感覚かつ情動の不快感体験」と改定された。簡単に言えば，身体的異常の有無に関わらない不快な感覚と感情体験，ということである。さらに，痛みは個人的な経験であり，生物学的，心理的，社会的（Bio-Pscho-Social）要因によって影響を受ける。すなわち痛みとは，多因子に影響を受ける主観的な不快感および情動，ということになる。したがって，ヒトが痛みを訴えるとき，本質的に他者がそれを理解することは難しい。さらに痛みは中枢神経系の機能変化を引き起こし，その結果として情動，認知，行動などにも広範囲に影響することが知られている¹⁾。この様な視点から，当センターでは痛みのみならず患者の心理背景も含めた全般的な評価を以前より行なってきた。その主なものは，疼痛強

度としてNumerical Rating Scale (NRS)，痛みの破局的思考を評価するPain Catastrophizing Scale (PCS)，不安や抑うつを評価するHospital Anxiety and Depression Scale (HADS)，痛みによる生活障害を評価するPain Disability Assessment Scale (PDAS)，自己効力感を評価するPain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)，QOLを評価するEuroQual 5 Dimensions (EQ-5D)，睡眠を評価するAthens Insomnia Scale (AIS)などの自己記入式質問票である。

近年，中枢神経への不快な外部刺激の繰り返しにより，神経が感作され，様々な身体症状や精神症状が引き起こされる，中枢神経感作症候群という概念が提唱されている²⁾。その中には，線維筋痛症や片頭痛，顎関節症といった，痛みを愁訴とする疾患が多く含まれる。実際，われわれが日常臨床で対応する患者群の中には，中枢神経感作に特徴的な種々の症状を呈する場合がある。このような患者の多くは，器質的所見に乏しく，「精神的なもの」や「身体化」といった判断をされることも多い^{3) 4)}。そして，感覚系の異常のみの症状においては，特に顕著であると思われる。そこで本稿では，その一群である口腔顔面領域の痛みに着目し，われわれの調査も含めた中枢神経感作の実態をまとめる。

1) 愛知医科大学病院 疼痛緩和外科・いたみセンター

2) 愛知医科大学 疼痛医学講座

連絡先：西須大徳

住所：〒480-1195

愛知県長久手市岩作雁又1番地1

愛知医科大学 疼痛医学講座

Tel/Fax：0561-62-5004

E-mail：saisu.hironori.748@mail.aichi-med-u.ac.jp

慢性疼痛

現在、痛みの病態（機序）は侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、痛覚変調性疼痛の3つが提唱されている。このうち、痛覚変調性疼痛には中枢神経感作による痛みも含まれ、痛みの遷延化や難治化に影響を与えると考えられている。その中で、3ヶ月以上または通常の治癒期間を越えて持続する痛みは、慢性疼痛と呼ばれている。全ての患者ではないものの、慢性疼痛患者の多くが陥っている悪循環として、痛みの恐怖回避モデルがあげられる。（図1）これは、痛みが遷延することで、痛みに対する捉われ（破局的思考）が生じ、その結果、不安や抑うつなどの精神機能の低下と廃用症候群などの身体機能の低下が生じるというものである。前述したように、痛みは生物学的要素のみならず、心理・社会的要素によっても影響を受けることから、このような精神・身体機能の低下がより痛みを悪化させるということになる⁵⁾。

本邦における慢性疼痛の実態調査として行われた運動器慢性疼痛を対象とした研究では、有病者は2000万人以上になると予測され、その3人に1

人は治療に満足していないという結果が報告されている⁶⁾。この中には、複数の愁訴を持つ中枢神経感作症候群が含まれ、不定愁訴として十分な対応をされていないケースも多く含まれると推察される。

口腔顔面痛とその特徴

口腔顔面痛には、う蝕症や歯周病なども含まれ、主に歯科医師が対応することの多い疾患である。その中でも、慢性疼痛となりやすいものとして、顎関節症や三叉神経痛、舌痛症（バーニングマウス症候群）などがある。その多くは、医学的所見に乏しい疾患であり典型的な三叉神経痛を除いては、決まった治療法がないことも特徴的である。

われわれの施設における調査では、初診患者全体のおよそ10%が口腔顔面領域の痛みを主訴として紹介されている。さらにその疾患特性を明らかにするため、質問票による後追い調査を実施した。対象は2015年11月～2017年6月までの全ての当センター受診患者900名と、2017年7月～2019年3月までで当センター歯科医師が初診医であった43名

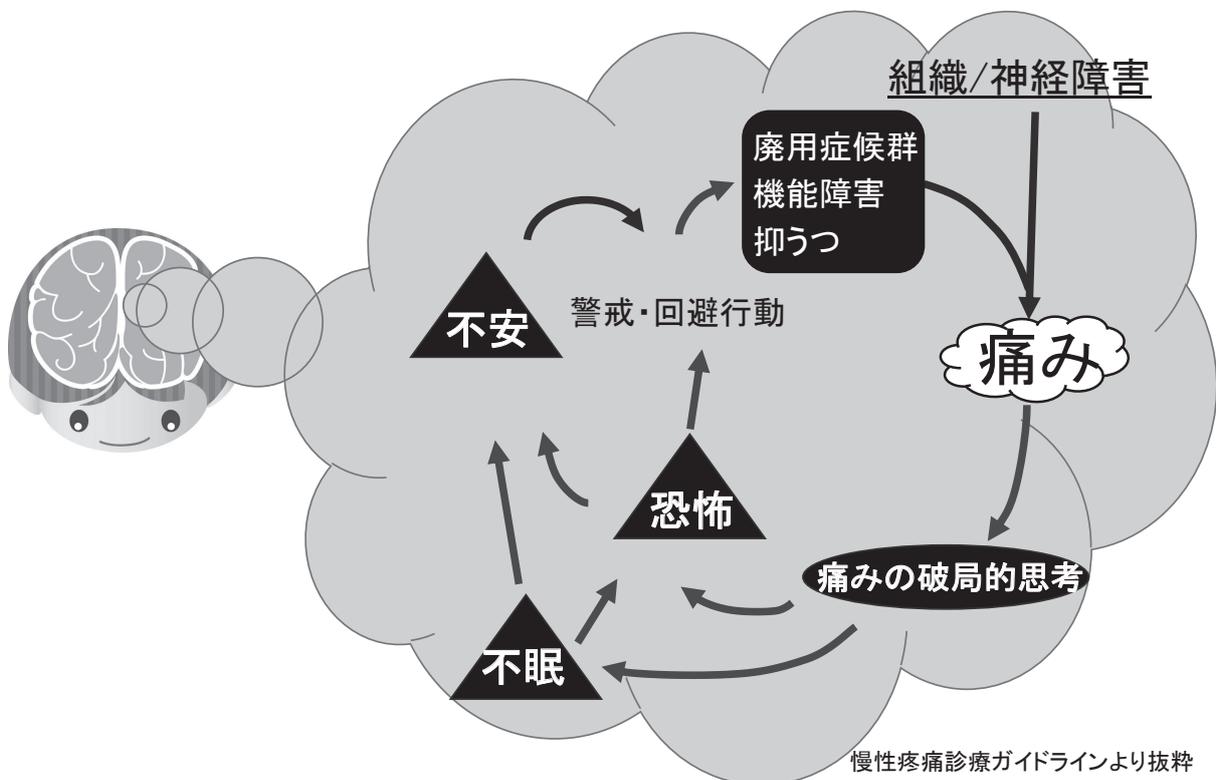


図1 痛みの恐怖回避モデル

とした。それらの患者群に関して、当センターで実施している自己記入式質問票を比較検討した。結果としては、痛みの強さ、精神・心理機能は有意な差がない一方で、身体機能は口腔顔面痛患者群で保たれているというものであった。すなわち、口腔顔面痛患者は身体機能に比較して、精神機能の低下が目立つということになる。

口腔顔面痛における中枢神経感作とその評価

われわれの調査で明らかになった特性を考えると、口腔顔面領域の痛みは、まさに他人に理解されにくい疾患であり、中枢神経感作症候群の要素を持つ可能性が考えられた。そこで、中枢神経感作症候群のスクリーニング質問紙である、Central Sensitization Inventory (CSI) を用いた研究を行うこととした。対象は、新規の口腔顔面痛患者で、CSIを含めた質問票記載の同意を得られた18名とした。それらの口腔顔面痛患者において、CSIと他の自己記入式質問票との比較検討を行った。対象となったのは、初診で歯科医師を紹介受診した男性1名、女性17名であった。結果は、平均年齢60.3±

12.8歳、CSIの平均点は37.75±8.88点であった。CSIの重症度レベルは、臨床的に0-29点 (subclinical), 30-39点 (mild), 40-49点 (moderate), 50-59点 (severe), 60-100点 (extreme) に分けられ、少なくとも当センターの患者は大半がmild以上であった。さらにそれぞれの質問項目との相関をみても、痛みの強さでは相関関係を認めない一方で、PCS、HADSの不安・抑うつ尺度、PDASなどの項目と相関関係を認めた。(図2)

西上らが行った、筋骨格系の痛み患者を対象とした研究では、CSIと健康関連Quality of Lifeとの関連をEQ-5Dを用いて報告しており、われわれの結果と同様である⁷⁾。このことより、中枢神経感作の関与が強いほど、精神・身体機能の低下にも関わっており、より重症レベルが高い可能性を示唆している。

われわれは現在まで、中枢神経感作に関し、主に自己記入式の質問票をベースに評価してきた。しかし、患者の主観のみでの治療介入にはリスクを伴う。そこで客観的データが重要である。痛みの分野において、中枢性感作の評価にはQuantitative

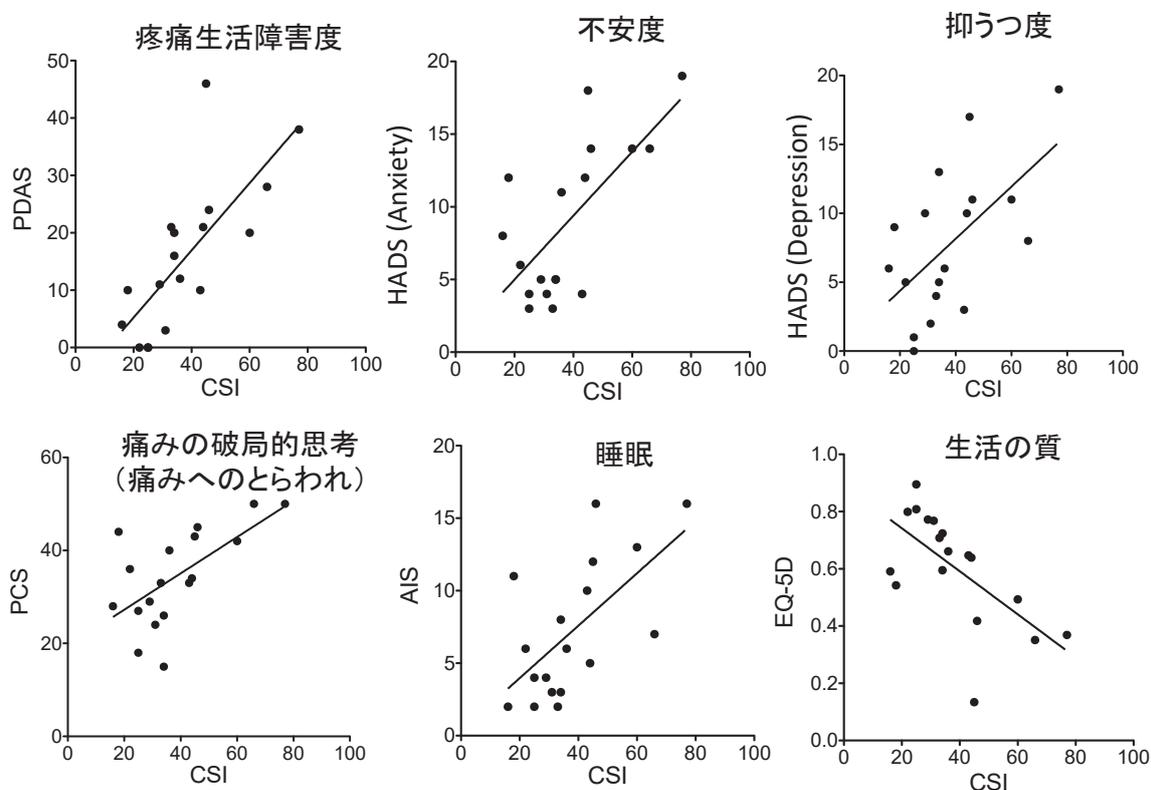


図2 CSIと他の質問項目との関連

Sensory Testing (QST) という評価方法がよく用いられている。しかしながらこの方法論は、患者の反応をみる方法であり、純粹に客観的な方法ではない。従って、患者もしくは検査者の意思が結果に反映される可能性が少なからず生じてしまう。そこでそのような影響がない方法論を現在、検討しており、将来的には中枢神経感作を医学的に評価できることを目指している。

おわりに

口腔顔面痛は、身体的な運動機能にはほとんど影響を与えないことから、慢性疼痛の中でもより他者の理解が得にくい疾患であると考えられる。筆者の経験になるが、口腔顔面痛患者の大半は、見た目には痛みを有していることがわからないことを実感している。したがって、難治性の口腔顔面領域の痛みを訴える患者の受診があった場合、中枢神経感作の影響がある可能性を考慮し、まずはその状況を医療者が受け入れることが必要であると考え。そして、Bio-Psyco-Socialの多角的側面で患者を支えることが重要である。

参考文献

- 1) Woolf, C. J., Salter, M. W., 2000. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science* 288, 1765–1768.
- 2) Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. Latremoliere A, Woolf CJ. *J Pain*. 2009 Sep;10(9):895-926.
- 3) Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. Yunus MB. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;11(2):70-85.
- 4) Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. Yunus MB. *Semin Arthritis Rheum*. 2007 Jun;36(6):339-56.
- 5) 慢性疼痛診療ガイドライン. 慢性疼痛診療ガイドライン作成ワーキンググループ. 新興交易(株)医書出版部
- 6) Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. Nakamura M, et al. *J Orthop Sci*. 2011; 16:424–432
- 7) Validation of the Japanese version of the Central Sensitization Inventory in patients with musculoskeletal disorders. Tanaka K, Nishigami T et al. *PLoS One*. 2017 Dec 7;12(12)

(受付 2023.02.02 : 受理 2023.02.25)

Central sensitization of chronic orofacial pain condition

Hironori Saisu¹⁾, Makoto Nishihara^{1·2)}

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 90 – 94】

Key words : Chronic pain, Orofacial pain (OFP), Central Sensitization, Central Sensitization Inventory

1) Pain Relief Surgery and Multidisciplinary Pain Center, Aichi Medical University Hospital

2) Pain Medicine, Aichi Medical University

特別報告

急増する環境過敏症患者の発症を予防するために できることは？ － 環境過敏症は現代人なら誰がいつ発症しても おかしくない健康障害では？ －

北條祥子^{1) 2)}

【社会医学研究2023；40（1）：95－102】

キーワード：環境過敏症，シックハウス症候群，化学物質過敏症，電磁過敏症，国際共通調査票

1. はじめに

近年，生活環境に関わる種々の要因によって体調不良を訴える環境過敏症（環境不耐症，以下本症という）と呼ばれる健康障害患者を訴える人が急増している．特に“Withコロナ下”では，消毒剤の噴霧やオンライン作業の増加で，化学物質や電磁曝露の機会が増えるため，本症患者の急増が指摘されている¹⁾．また本症と児童・生徒の発達障害との関係を指摘する論文が増えている²⁾．しかし日本は欧米諸国と比べて医療関係者や一般市民の環境過敏症に対する認知度が低いことが指摘されており，家族や周囲の理解が得られず，一人で苦しんでいる患者が多い．

筆者は，約30年間，米国のMillertとPrihoda³⁾が開発した“化学物質過敏を評価する問診票Quick Environmental Exposer and Sensitivity Inventory（以後，QEESI）”および英国のEltitiら⁴⁾が開発した“電磁過敏を評価する問診票Electromagnetic Hypersensitivity Questionnaire”の日本語訳版（以

後，EHS問診票）を作成し，その信頼性・妥当性を確認後，日本独自のMCS/EHSスクリーニング基準値を設定して，日本の環境過敏症患者について疫学調査を実施してきた^{1), 5-9)}．本稿では，筆者が実施してきた疫学調査結果の一部を紹介しながら，本症の発症を予防するためには，どうしたらよいかについての考えを述べたい．

2. 環境過敏症とは？

環境過敏症とは，通常では感じないレベルの化学的要因（受動喫煙・農薬・殺虫剤・芳香剤・柔軟剤など），生物的要因（カビ・ダニ・細菌・ウイルス・ワクチンなど），および物理的要因（光・音・気象条件・パソコンやスマホ・携帯基地局等からの電磁波（場）など）により多臓器に多彩な症状を発現する健康障害の総称である．代表例は，シックハウス症候群（SHS），化学物質過敏症（MCS），電磁過敏症（EHS）で，アレルギー疾患と密接な関係があることが知られている．しかし，その症状は自律神経症状，情動症状を主とする非特異的な不定愁訴で有効な他覚的検査法がなく，心因性疾患や精神疾患との識別が難しく，その病態解明，有効な治療法・予防法の開発は困難を極めている．特に，EHSは患者が症状発現・症状悪化の要因として挙げる電磁場発生源は波長・周波数・電磁強

1) 東北大学大学院歯学研究科研究員

2) 尚綱学院大学名誉教授

連絡先：北條祥子

住所：〒981-0942

仙台市青葉区貝ヶ森3-7-28

TEL & FAX：022-278-0628

E-mail：hojo@shokei.ac.jp

度は様々で、しかも、次々と新たなIT機器が登場するため、病態解明が最も困難である。

3. 患者の自由記載欄事項の内容

筆者らの調査では調査票の巻末に、自由記載欄を設けて記載してもらっている。多くの方が、びっしりと記載して下さり、中には書ききれないとして追加資料として資料までつけて下さった。そこで、筆者なりに、自由記載欄を記入内容が多かったものをまとめると以下の通りであった。1) 周囲人や家族が、過敏症に対する理解がなく、精神疾患として扱われるのが一番つらい。2) 環境過敏症に関して、知識がある医師が少なく、種々の病名を付けられ治療したが治らず、病院を転々とし、専門医を受診してようやく症状が緩和した。3) 症状発現要因と推定される環境要因は個人差が大きいのので、自分自身でその要因を推定し、それらを回避した生活をするようになり、通常の日常生活を過ごせる様になった。4) 日本は欧米諸国と比べて医療関係者や一般市民の環境過敏症に対する認知度が低いので、認知度を上げる様な啓発活動をして欲しい。5) 研究者は、環境過敏症に関する研究を進め、まだ未解明な段階でも、その結果を公表しながら、患者の声を聴き、解決法を検討して欲しい。特に、EHSについての研究を強く希望する。

4. 環境過敏症の有病率は？

調査方法、調査年度、国や地域で大きな幅があるが、成人ではMCS患者の有病率は0.3%~33%、EHS自訴者の割合は1.2%~13.3%と報告されている^{1,3,4,10,11)}。例えば、2018年にSteinemannが実施した調査では、“米国で、医師にMCSと診断された患者は12.8%、MCS自訴者は25.9%存在し、その割合は、10年前と比べて、それぞれ、約3倍、約2倍に急増している”と報告がなされている¹¹⁾。

日本では、2012年-2015年に、北條らが⁹⁾、一般成人(1,313名)を対象として、QEESIを用いて実施した調査では、“MCS基準値⁹⁾”超過者は6%、“EHS基準値⁶⁾”超過者は3-6%、MCSとEHS両基準値超過者(重篤者)は1%存在した(表1)。2012年に、東ら¹⁰⁾が、QEESIを用いて無作為抽出した一般人7,425名を対象に行った調査でも“MCS基準値超過者”は7.5%と報告されており、北條の調査結果と一致していた。そこで、筆者は日本では、2012年時点で、“MCSの疑いが強い人”は6~8%、“EHSの疑いが強い人”は3~6%、“両方合併した重症者”は約1%存在すると考えている¹⁾。

一方、子どもの患者の実態調査では、永吉らが、2005年、2010年、2017年に、上越市の全小中学校の児童・生徒(7224名)を対象に、“MCS様症状を訴える児童”に関する調査を実施し、小1(6.6%/6.4%/7.0%)、小2(6.6%/9.9%)、小3(10.3%/10.6%)小4(10.1%/11.2%/11.9%)、小5(12.3%

表1 MCS/EHS 基準値超過者の割合比較

	MCS 基準値超過 ¹⁾ 以下の3条件を満たす Q1 ≥ 30, Q3 ≥ 13, Q5 ≥ 17	EHS 基準値超過 ²⁾ 以下の3条件を満たす 症状合計 ≥ 47, q67 ≥ 1, q68 に2項目以上記載	MCS/EHS 両基準値 超過
一般人(1, 313)	77(5.9%)	61(4.6%)	16(1.2%)
MCS 患者(115)	91(82.0%)	43(38.8%)	43(45.7%)
EHS 自己申告患者(127)	76(63.9%)	79(66.4%)	58(38.7%)
喘息患者(98)	15(15.3%)	12(12.2%)	2(2.0%)
アトピー性皮膚炎患者(101)	19(18.9%)	(データなし)	(データなし)
脳脊髄液減少症患者(73)	36(49.3%)	20(27.4%)	17(23.3%)

1) Hojo et al. PLOS ONE, 2017;

2) Hojo et al. Bioelectromagnetic, 2016

/13.0%/12.2%), 小6 (11.7%/15.2%/12.2%), 中1 (- /12.4%/14.0%), 中2中1 (- /17.1%/16.1%), 中3 (- /17.9%/15.0%)と, “MCS様症状を訴える児童”の割合は年齢と共に増加傾向があると報告している¹²⁾.

Withコロナ時代は, 消毒剤の噴霧やオンライン作業の急増などにより, 化学物質や電磁曝露の機会が増えており, 児童生徒でも成人でも, 環境過敏症患者が増えている可能性があり, 環境過敏症患者の有病率に関する早急な大規模調査が必要と考える.

5. SHS, MCS, EHSとアレルギー疾患の関係

筆者が実施してきた一連の調査結果を総合すると, SHS・MCS・EHSは相互に関連しており, 以下のような関係があることを明らかにしている^{1, 5-9)}.

- 1) 女性, 子ども, 何らかのアレルギー疾患のある人は, 新築・リフォーム後にSHSを発症しやすい.
- 2) SHS段階で適切な住環境改善対策をすれば, 症状は治癒・緩和するが, 対策が遅れるとMCSやEHSに移行して, 慢性化・難治化してしまう.
- 3) 経過で一番多いのは, SHS→MCS→EHS (32.4%), 次いで, MCS→EHS (21.3%), EHS→MCS (14.8%), 経過不明 (13.0%)の順であった.
- 4) 女性は男性より, QEESI得点 (Q1化学物質不耐性, Q2その他の不耐性, Q3症状, Q5日常生活障害) およびEHS問診票得点 (症状57項目合計, 8主成分症状, 症状発現・悪化要因と推定される電磁場発生源, 電磁過敏反応)とも有意に高かった. また, 年齢の増加と共に, 発症者の割合は高くなる傾向が認められた.
- 5) MCS患者の60%以上は, EHSを合併していた. またEHS自訴者の80%以上はMCSを合併していた. MCSとEHSを合併した患者はMCS単独やEHS単独患者より, 重篤で治りにくくなる. そこで, 本症は早期発見・早期治療が最も大事である.

6. 1999年と2012年調査の比較

筆者らは1999年 (旧調査) と2012年 (新調査) に, QEESIを用いて調査を実施し, その結果を比較した所, 以下のようなことを明らかにしている⁸⁾.

- 1) 対照群 (一般市民, SHS/MCS/EHSと診断されたことがある人は除外している) は, 化学物質使用率 (例: 香料, 殺虫剤・防カビ剤, 柔軟剤, 服薬等) は有意に増加していた. しかし, Q1化学物質不耐性, Q2その他の不耐性, Q3症状得点は有意に減少していた (図1). これはQEESIの発案者のMillerが指摘するようにマスキングされているためと推定され, 今後, 一気に症状が発現し, MCS患者が顕在化する可能性が示唆される.
- 2) 一方, MCS患者群は, Q1化学物質不耐性, Q2その他の不耐性, Q3症状, Q5日常生活障害) は増加し, Q4の回避項目が増え, 重篤化していることが確認された (図1).
- 3) MCS患者のアレルギー合併率は急増しているものが多く, アレルギー性鼻炎合併は5.34倍, 気管支喘息合併は5.19倍, アトピー性皮膚炎合併は3.77倍, 食物アレルギー合併は2.63倍に増加していた (表2). アレルギー疾患を有する人はMCSを発症しやすい. アレルギー疾患の有病率は, 急増しており, 今後, ますますMCS患者が急増することが予測される.
- 4) MCS患者の発症要因・症状悪化要因 (2012年/1999年) は, “新築・リフォーム (68.9%/35.1%)”, “仕事学校での化学物質曝露 (17.5%/24.3%)”, “殺虫剤・農薬曝露 (11.7%/15.3%)”, “電磁曝露 (0%/28.8%)”, “香料曝露 (0%/20.7%)”, “医療関係の曝露 (0%/10.8%)”, および“受動喫煙 (0%/8.9%)”と, 10年間で大きく変化していた (図2). 上述した様な変化は, 日本人の急激な生活スタイルの変化に起因すると推定される. 特に, 次々と新たなIT機器が開発され, 電磁曝露の機会が増えるにことによるEHS患者の急増が予測される.

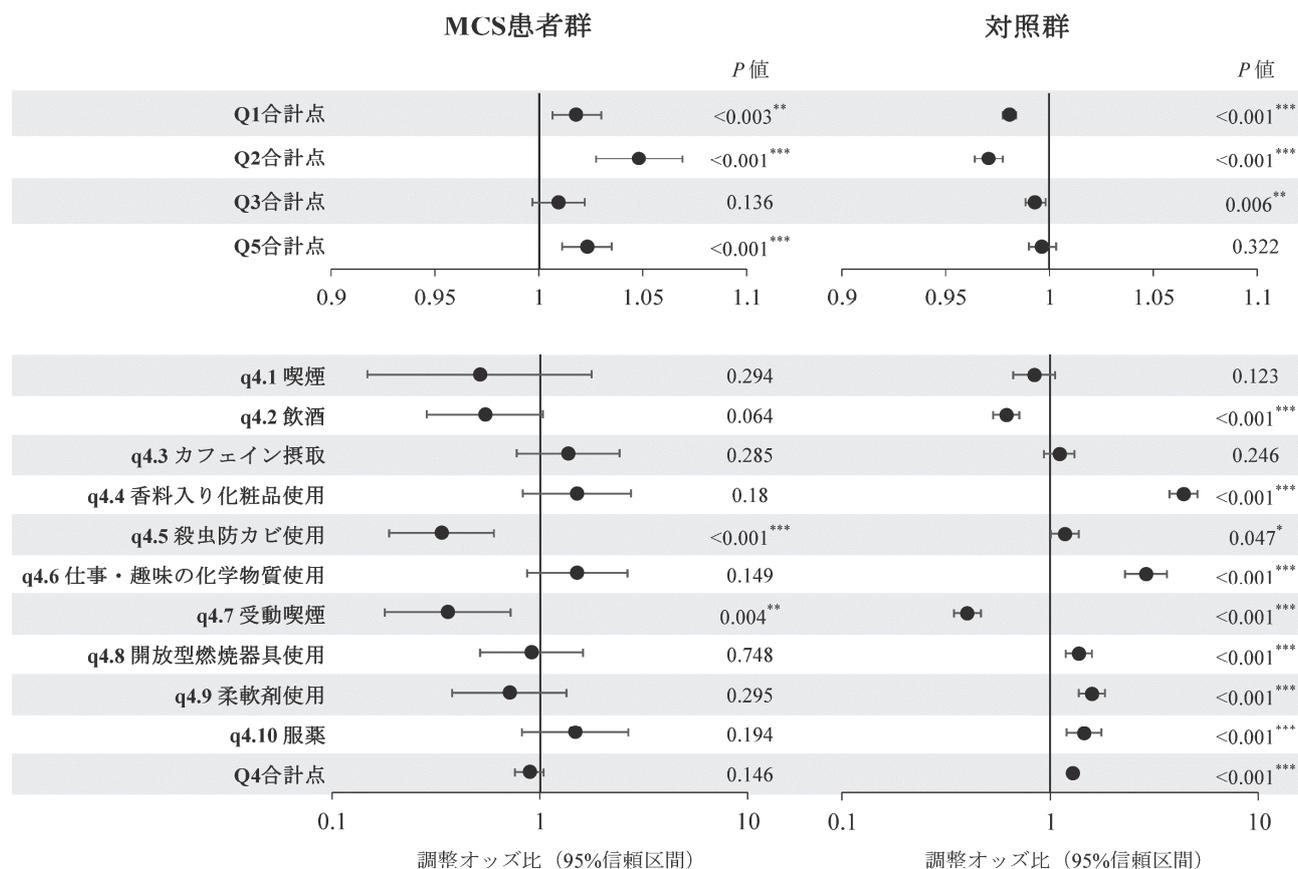


図 1 新旧調査のQEESI得点比較

表 2 アレルギー合併率の新旧調査比較

アレルギー疾患, n (%)	新調査 (2012–2015)	旧調査 (1999–2003)	調整オッズ比 (95%信頼区間)	P 値
気管支喘息	17 (15.7)	4 (3.9)	5.19 (1.66–16.28)	0.005**
アトピー性皮膚炎	11 (10.2)	5 (4.9)	3.77 (1.16–12.25)	0.027*
アレルギー性鼻炎	28 (25.9)	8 (7.8)	5.34 (2.22–12.89)	<0.001***
アレルギー性結膜炎	4 (3.7)	3 (2.9)	1.37 (0.29–6.49)	0.690
花粉症	28 (25.9)	51 (49.5)	0.38 (0.21–0.69)	0.001**
食物アレルギー	18 (16.7)	9 (8.7)	2.63 (1.09–6.38)	0.032*
じんましん	9 (8.3)	5 (4.9)	1.98 (0.63–6.17)	0.240
薬物アレルギー	17 (16.0)	34 (33.0)	0.40 (0.20–0.78)	0.008**
その他のアレルギー	49 (45.4)	69 (67.0)	0.47 (0.26–0.83)	0.009**

調整オッズ比：旧調査に対する新調査のオッズ比。年齢を共変量にして調整。

Wald test, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

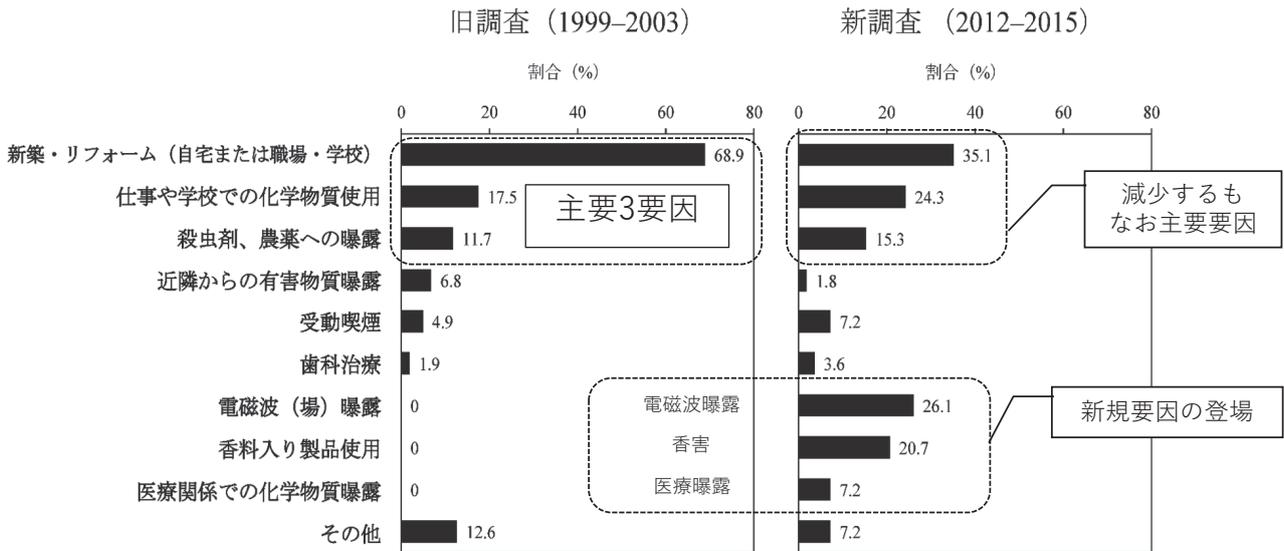


図2 新旧調査の主治医推定MCSの発症要因比較

7. 環境過敏症と脳脊髄液漏出症との関係

脳脊髄液減少症 (脳脊髄液漏出症,以下CHと略す) とは、交通事故、スポーツ外傷、腰痛麻酔などの医療行為、家庭内暴力、出産など、主に外傷性要因が発症トリガーとなり、脳脊髄液が脳脊髄液腔から持続的に漏出することにより発症し、日本では少なくとも数十万人の患者がいると推定されている^{13,14)}。CH患者は頭痛、頸部痛、めまい、耳鳴、倦怠感など様々な症状を呈すると同時に、化学物質過敏や電磁過敏を訴える患者が多い。そこで、筆者らは、CH患者を対象にして、QEESIとEHS調査票を用いた調査を実施した結果、CH患者は対照群やアレルギー患者と比べ、MCS基準値、EHS基準値超過者の割合は有意に高かった (表1)¹⁵⁾。これらの結果はCHと環境過敏症は密接に関係しており、本症患者の中に、外的要因 (例：交通事故や転倒など) がトリガーとなり、MCSやEHSを発症する患者が存在する可能性を示唆しており、今後、この点について検討していきたい。

8. 環境過敏症と中枢神経感作症候群との関係

中枢神経が病態に関与する疾患群として、中枢神経感作症候群 (Central sensitization syndrome, CSS) という包括的な概念が提唱されている¹⁶⁾。すなわちCSSは複数の疾患に共通してみられる慢性疼

痛を特徴とする疾患群と定義され、CSSに含まれる基礎疾患としては、MCS、慢性難治性片頭痛、繊維筋痛症、慢性疲労症候群、過敏性大腸症候群、重症レストレスレッグス症候群、口腔顔面神経痛などが挙げられている¹⁶⁾。そして中枢神経感作を評価する問診票として、Central sensitization Inventory (CSI)が開発され^{17,18)}、CSIの日本語訳版が作成され、その信頼性と妥当性が確認されている¹⁹⁾。

そこで、筆者は環境過敏症と中枢神経感作症候群との関係を検討するために、①医師診断MCS患者、②自己申告EHS患者、③アレルギー疾患患者を対象に、QEESI、EHS問診票、CSIを併用した予備調査を実施した。上記3群をCSI基準値 (CSI合計 ≥ 40 点) 超過群と非超過群に分けて、QEESIとEHS問診票得点を比較した結果、超過群は非超過群と比較して、QEESI (Q1化学物質不耐性、Q3症状、Q5日常生活障害得点) およびEHS問診票の電磁過敏得点が高い傾向が認められた。また、MCS患者群やEHS自訴者群は、他の中枢神経感作症候群 (例) 口腔顔面痛、筋繊維痛、重症レストレックス症候群など) の患者群と比べてCSI合計得点が高い傾向が認められた。今後は、さらに症例数を増やし、環境過敏症と中枢神経感作症候群との関係について検討していくことにより、環境過敏症の発生メカニズムなどを検討していきたいと考えている。

9. まとめと今後の展望

- 1) 2012年の筆者らの調査では、日本でも、“MCSの疑いが強い人”は6～8%，“EHSの疑いが強い人”は3～6%，“両方合併した重症者”は約1%存在していた。その後、10年経過しており、現在は、もっと増えている可能性があるため、新たな調査を実施したい。
- 2) 環境過敏症は、アレルギー疾患と同様に、遺伝要因と生活環境中の様々な要因が複雑に絡み発症する健康障害であり、現代人なら、誰が発症してもおかしくない健康障害であり、今後も増加することが予測される。
- 3) 本症の発症要因に関しては、水越らが、2021年から、JSPS科学研究費20K10486の助成を受け、新たな調査を開始している。その結果、“香害”や“電磁過敏”は、1990年頃から急増していることが分かった²⁰⁾。
日本人の生活スタイルは急速に変化しており、それに伴い発症要因が、ますます多様化複雑化してくると推定される。
- 4) 欧米では児童・生徒の発達障害と環境要因（電磁曝露や化学物質曝露など）との関係を指摘する論文が増えている²⁾。日本でも発達障害の児童・生徒は13年間で20倍に急増していることが報告されているが急増の要因は未解明である。そこで、急増する発達障害の一因として、環境要因（化学物質曝露や電磁曝露など）が関与しないかをどうかについて、検討すべき時期にきていると考える。
- 5) 本症のように複雑な要因が絡んで発症する健康障害は科学的解明が困難であり、その予防対策は、予防原則的な考えで、国内外の幅広い専門分野の医療関係者や研究者が情報交換・情報共有・共同研究をしながら検討することが大事である。そこで、筆者らは、12年前から幅広い専門分野の医療関係者や研究者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士、疫学、薬学、看護学、栄養学、建築学、化学、物理学、生物学、工学、社会科学など）で構成された学際的な研究グループを設立して定期的に会合を持ちながら活動している。

- 6) 国内外の研究者が情報交換・情報共有するツールとして、国際共通調査票（QEESI, EHS問診票, CSI等）は有効なツールと考えられる。しかし大規模調査のためには、識別能力が高い質問にしばった簡略版国際共通調査票の開発が必要と考え、現在、作成中である。

参考文献

- 1) 北條祥子, 水越厚史, 黒岩義之: 疫学視点からみた環境過敏症の最新知見と今後の展望 国際共通問診票を用いた環境過敏症の国内調査研究を中心に, 自律神経2022, vol59,37-50.
- 2) Bandara P. &, Carpenter DO: Planetary electromagnetic pollution: it is time to assess its impact, www. the lancet.com/planetary-health 2018, vol. 2, December 2018
- 3) Miller CS. & Prihoda TJ.: The environmental exposure and sensitivity inventory (QEESI ©), a standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications. Toxicol Ind Health 1999. 15, 370-385.
- 4) Eltiti S, Wallace D, Zougkou K et al.: Development and evaluation of the electromagnetic hypersensitivity questionnaire. Bioelectromagnetics 2007, 28, 137-151.
- 5) Hojo S, Kumano H., Yoshino H et al.: Application of Quick Environment Exposure Sensitivity Inventory (QEESI©) for Japanese Population : study of reliability and validity of the questionnaire, Toxicology and Industrial Health 2003, 19, 41 - 49.
- 6) Hojo S, Kumano H, Yoshino H et al: Clinical characteristics of physician-diagnosed patients with multiple chemical sensitivity in Japan. International Journal of Hygiene and Environmental Health 2008, 211, 682 - 689.
- 7) Hojo S, Tokia M, Mizuki M et al: Development and Evaluation of an Electromagnetic

- Hypersensitivity Questionnaire for Japanese. *Bioelectromagnetics* 2016, 37, 353-373.
- 8) Hojo S, Mizukosi A, Azuma K et al.: Survey on changes in subjective symptoms onset/trigger factors, allergic disease, and chemical exposures in the past decade of Japanese patients with multiple chemical sensitivity, *Int J Hyg Environ Health* 2018, 221,1085-1096.
 - 9) Hojo S, Mizukosi A, Azuma K et al.: New criteria for multiple chemical sensitivity based on the Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory developed in response to rapid changes in ongoing chemical exposures among Japanese, *PLOS ONE* 2019, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215144>
 - 10) Azuma K, Uchiyama I, Katoh T et al.: Prevalence and characteristics of chemical intolerance: A Japanese population-based study, *Arch. Environ. Occup. Health* 2015, 70 (6), 341-353.
 - 11) Steinemann A.: National prevalence and effects of multiple chemical sensitivities, *J. Occup. Environ. Med.*, 60(3), e152-e156 (2018) .
 - 12) 永吉雅人, 留目宏美, 大久保明子他: 化学物質過敏症-上越市における調査結果-, 上越教育大学特別支援センター紀要 2021, 26, 39-41.
 - 13) Shinonag M :The present state and view of the cerebrospinal fluid hypovolemia research. *Japanese Journal of Clinical Medicine* 2013, 71,1871-1878.
 - 14) Kanno, H, Yoshizumi T, Nakazato N et al.: Predictors of the Response to an Epidural Blood Patch in Patients with Spinal Leakage of Cerebrospinal Fluid. *Journal of clinical neurology* 2020, 16, 1 - 8.
 - 15) Hojo S, Mizukosi A, Katoh T et al: Survey of environmental hypersensitivity using QEESI and EHS questionnaire-Comparison of scores among multiple chemical sensitivity patients, electromagnetic hypersensitivity complainants, patients with cerebrospinal fluid hypovolemia, asthma patients, atopic dermatitis patients, and the general population. *Proceedings of 2020 Annual Meeting of the Society of Indoor Environment, Japan 2020*, pp117-118.
 - 16) Kindler LL, Bernett RM, Jones KD: Central sensitivity syndromes: mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common chronic pain disorders. *Pain Manag Nurs* 2011, 12, 15-24.
 - 17) Mayer TG, Neblett R, Cohen H et al: The development and psychometric validation of the central sensitivity inventory (CSI) . *Pain Pract* 2012, 12, 276-84.
 - 18) Neblett R, Cohen H , Choi Y et al: The central sensitivity inventory (CSI) : establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatients chronic pain sample, *J pain* 2013, 14, 438-445.
 - 19) Tanaka K, Nishigami T, Mibu A et al.: Validation of the Japanese version of the central sensitivity inventory in patients with musculoskeletal disorders. *PLOS ONE* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118719>, 2017.
 - 20) 水越厚史, 北條祥子, 東賢一他: 環境過敏症の発症因子についての質問票による調査, *日本衛生学会雑誌* 2023, 78, Supplement s-199.
- (受付 2022.12.26 : 受理 2023.01.16)

What can we do to prevent the onset of rapidly increasing
environmental hypersensitivity patients?
- Isn't environmental hypersensitivity a health disorder that could
happen to anyone in modern world?-

Sachiko Hojo^{1) 2)}

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 95 – 102】

Key words : Environmental hypersensitivity, Sick house syndrome, Multiple chemical sensitivity,
Electromagnetic hypersensitivity, International common questionnaire

1) Tohoku University School of Dentistry

2) Shokei Gakuin University

特別報告

日本社会医学会2022シンポジウムの記録

中枢神経感作症候群の測定ツールCSI (Central Sensitization Inventory) の 地域住民におけるCOSMINチェックの試み

岩田 昇¹⁾

【社会医学研究2023；40（1）：103-109】

キーワード：中枢性感作症調査票（CSI），地域住民，コンセンサスに基づく健康関連指標の選抜基準（COSMIN），探索的因子分析，信頼性

はじめに

中枢性感作（Central Sensitization: CS）とは、中枢神経系への不快な外部刺激の繰り返しにより中枢神経が感作され、痛みに対する過剰な敏感反応するような状態のことを指す¹⁾。CSは広範囲の慢性難治性の疼痛をはじめとする様々な身体症状や精神症状を引き起こすと考えられており、慢性難治性片頭痛、線維筋痛症、慢性疲労症候群、化学物質過敏症、過敏性大腸症候群、レストレス・レッグス症候群などへの関与から、中枢性感作症候群（CSS）と総称されている²⁾。

CSSの評価はこれまで主にCentral Sensitization Inventory（CSI）³⁾に基づいて行われてきた。CSIは25項目・5件法（配点0～4）で構成される、広範なCSS症状を網羅する自己記入式調査票である。2012年に原版が開発されて以降、さまざまな言語版に翻訳されており²⁾、日本語版（CSI-J）も2017年に発表され⁴⁾、その有効性が検討されてきて

いる。

我々は現在、多くの医療機関・自治体の協力の下、一般地域住民および臨床外来患者からCSI-Jへの回答データを得、CSSの病態や症状群に関する包括的な検討を行ってきている。図表の枚数制限もあり、それらの詳細を示すことはできないので、本稿では最も基本的な検討事項である1)一般地域住民におけるCSI-Jの心理測定法的特性、ならびに2)一部の患者データ（頭痛外来）と地域住民におけるCSI-J症状表出の性差の検討結果を紹介する。

CSI-JのCOSMINチェック

CSIのような患者の訴えに基づく健康関連指標に関して、科学的ツールとしての評価基準COSMIN（Consensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments）⁵⁾が知られている。COSMINチェックの第1段階に、従来の狭義の心理測定法的特性（妥当性および信頼性）の検討が含まれている。因子の妥当性とは、因子分析により測定項目がどんな因子軸（測定概念）で構成されているのかを明らかにしようという妥当性の一側面である。この因子構造と信頼性（内的整合性）の検討により、尺度の全項目の合計を用いるのが良いのか、各下位尺度側面に分けた

1) 獨協医科大学大学院看護学研究科

連絡先：岩田 昇

住所：〒321-0293

栃木県下都賀郡壬生町北小林880

TEL：0282-87-2489(内線8771)

E-mail：n-iwata@dokkyomed.ac.jp(大学)

n0b0ru1wata515@gmail.com(個人)

方が良いのかなどの判断材料が得られる。

CSIの因子構造については、すでに1因子（西語版）・4因子（英・仏・蘭・葡語版ほか）・5因子（日本語版）と異なる結果が報告されている⁶⁾。しかし、いずれも主に臨床患者データでの報告であり、一般集団においてCSS症状のまとまり（因子）がどのようなになっているのかについては不明である。そこで我々は、大規模な一般地域集団におけるCSI-Jの因子構造を探索的に検討した。また、欧米の報告ではCSSは女性に多いとされているが¹⁻³⁾、日本における片頭痛を主訴とする外来患者と地域住民の項目レベルでの性差の検討を行い、性差の顕在化しやすい症状群（因子）を抽出することにした。

方法

1. 調査および参加者

2019年4月から2020年3月にA市・B町で行われた健診を受診する予定の地域住民に調査を行った⁷⁾。調査票の配布数39,152部、回収数24,189部（回答率61.8%）で、欠損回答者を除く22,346名の回答データを用いた。2021年度調査も同様に健診受診者にCSI-Jへの回答を求め、最終的に3,944名のデータを解析に用いた。また、同じく2021年に得た2つの医療機関における頭痛を主訴とする外来患者411名の回答データを用いて性差の検討を行った。

2. 解析

CSI-J項目の回答データを順序カテゴリ変数とみなし、カテゴリカル因子分析（最尤法・プロマックス回転）を行った。これまでの因子分析報告は通常積率相関係数マトリックスに基づいていたが、CSI項目への回答分布を考慮するとpolychoric相関の方が望ましいため、本研究ではカテゴリカル因子分析を適用した。信頼性の検討にはCronbachの α 係数⁸⁾およびMcDonaldの ω 係数⁹⁾を算出した。さらに、臨床患者と地域住民の各CSI-J項目評定値の性差を二元配置分散分析によって検討した。25項目で検定を繰り返していることより、有意性の検出はBonferroni補正（ $p < 0.002 = 0.05/25$ ）に基づいた。以上の解析には、Mplus ver 8.4およびSPSSxを用いた。

（倫理面への配慮）

本研究は厚生労働省科学研究費補助金（難治性疾患など政策研究事業）によるもので、獨協医科大学研究倫理審査委員会および桐生大学研究倫理審査委員会の承認を経て行われた。

結果

1. CSI-Jの因子構造（2019年度住民データ：表1左側）

地域住民22,346名の回答データを探索的因子分析したところ、回転前の固有値は順に9.89 (39.6%)、1.53 (6.1%)、1.21 (4.9%)、1.07 (4.3%)、0.96 (3.8%)…であった。固有値1.0以上¹⁰⁾およびスクリープロットの視察に基づいて、4因子をプロマックス回転した。因子負荷量0.40以上¹¹⁾の項目に注目し、標準的因子構造^{2, 3)}の構成（身体症状：項目1, 2, 5, 6, 8, 9, 12, 14, 17, 18, 22, 感情的苦痛：3, 13, 15, 16, 23, 24, 頭痛・顎症状：4, 7, 10, 19, 20, 泌尿器症状：11, 21, 25）を参照しながら、各因子の概念化を行った。

第1因子（F1）『ストレス・頭痛・顎顔面痛』には7項目が0.40以上の因子負荷量を示し、頭痛・顎症状4項目（4, 10, 19, 20）と感情的苦痛3項目（3, 15, 24）が因子を構成した。F2『筋骨格系張り・痛み』には身体症状3項目（2, 9, 18）と泌尿器症状1項目（25）が負荷していた。項目18はF1にも0.40以上の負荷を示した。F3『泌尿器系・加齢症状』は泌尿器症状（11, 21）、感情的苦痛（13, 23）、身体症状（6, 22）の各2項目で構成されていた。F4は『うつ症状』3項目が負荷を示した。項目13はF3とF4の双方に負荷を示した。なお、身体症状の5項目（1, 5, 8, 12, 14）と頭痛・顎症状の1項目（7）はどの因子にも0.40以上の負荷量を示さなかった。

因子間相関は0.45～0.56の範囲で、因子軸はいずれも中程度の関連を示し、他と独立した因子は存在しなかった。なお、信頼性（ α 係数）はF1から順に0.78, 0.70, 0.64, 0.82であった。 ω 係数は順に0.80, 0.70, 0.66, 0.83であった。

表1 地域住民における日本語版CSI-Jの因子構造 (探索的カテゴリカル因子分析・最尤法プロマックス回転)

	2019年度地域住民調査 (n=22,346)				2021年度地域住民調査 (n=3,944)			
	F1 ストレス・頭 痛・顎顔面 痛	F2 筋骨格系 張り・痛み	F3 泌尿器系・ 加齢症状	F4 うつ症状	F1 ストレス・頭 痛・顎顔面 痛	F2 筋骨格系 張り・痛み	F3 泌尿器系・ 加齢症状	F4 うつ症状
15 ストレス	.63	-.03	.02	.34	.66	-.07	.04	.31
10 頭痛	.59	.26	-.20	.09	.64	.20	-.19	.05
4 歯ぎしり	.56	.03	-.02	-.02	.58	.03	-.13	.05
19 あご痛み	.55	.06	.20	-.14	.58	.17	.23	-.21
20 匂い過敏	.55	.03	.04	.00	.60	.00	.07	-.04
24 トラウマ経験	.48	-.13	.19	.18	.45	-.16	.24	.15
3 不安	.43	-.04	.13	.26	.48	-.09	.16	.28
1 疲れ残る	.30	.35	-.09	.35	.42	.27	-.21	.36
18 首肩筋肉張り	.41	.52	-.12	.00	.44	.48	-.11	.01
9 全身痛み	-.03	.62	.27	-.04	-.02	.63	.36	-.10
2 筋骨格痛み	.05	.59	.15	-.06	.10	.61	.12	-.02
25 骨盤痛み	.07	.43	.31	-.12	.09	.41	.34	-.12
21 頻尿	.00	-.05	.60	-.03	.00	-.03	.70	-.05
11 膀胱不快	.24	-.05	.59	-.14	.14	.00	.71	-.10
23 想起困難	-.13	.07	.56	.17	-.12	.08	.54	.23
6 日常生活支障	-.10	.17	.52	.05	-.25	.25	.54	.16
22 むずむず脚	.11	.19	.43	.04	.27	.12	.36	.10
13 集中困難	.01	.05	.44	.43	.03	.05	.32	.53
17 元気ない	.17	.05	.09	.75	.26	.03	.05	.72
16 曇うつ	.37	-.12	.06	.67	.48	-.17	-.01	.67
14 かゆみ・発疹	.36	.02	.18	.06	.34	.04	.15	.10
5 下痢・便秘	.31	.09	.14	.06	.27	.11	.14	.15
8 疲れ易い	.08	.36	.22	.30	.05	.39	.20	.32
7 光過敏	.22	.12	.26	.05	.22	.16	.25	.08
12 不眠	.11	.16	.20	.33	.26	.20	.04	.31
因子間相関 F2	.54	—			.48	—		
F3	.56	.54	—		.42	.48	—	
F4	.50	.45	.48	—	.45	.45	.45	—

* カテゴリカルデータの探索的因子分析 (最尤法プロマックス回転)

2. CSI-Jの因子構造 (2021年度住民データ：表1 右側)

地域住民3,944名の回答データでも4因子構造が示唆された(固有値9.82 (39.3%), 2.06 (8.2%), 1.25 (5.0%), 1.05 (4.2%), 0.94 (3.8%) …)。因子負荷量が0.3と0.4で変動する項目も見られたが、因子パターンは2019年度調査の結果とほぼ類似していた。2019年データで0.40以上の因子負荷量がなかった表中下段の5項目は、2021年でも同様に因子寄与を示さなかった。

因子間相関もほぼ2019年データと類似した数値レベルにあった。信頼性では、 α 係数はF1から順に0.80, 0.71, 0.71, 0.82であった。 ω 係数は順に0.81, 0.71, 0.71, 0.84であった。

3. 臨床患者と地域住民における症状表出の性差 (表2)

表2に患者・地域住民のCSI-J平均評定値(および標準偏差)を男女別に示す。各因子ごとに患者対住民の主効果(F値)の大きい項目順に並べた。有意なF値およびp値は太字表記した。患者対住民の主効果はF1『ストレス・頭痛・顎顔面痛』の全8項目およびF2『筋骨格系張り・痛み』の2項目、F4『うつ症状』の2項目などで有意であった。また、因子負荷が不明瞭だった5項目のほとんどでも有意だった。頭痛を主訴とする外来患者と地域住民との比較のため、項目10「頭痛」が最も大きな評定差を認め、次いで7「光過敏」・1「疲れ残る」・20「匂い過敏」であった。

性別の主効果では、20「匂い過敏」が最も大き

表2 CSI-J各項目評定の頭痛外来患者と2021年調査地域住民における性差の検討（分散分析）

	頭痛外来患者				地域住民				分散分析					
	女性		男性		女性		男性		患者 vs 住民		性別		交互作用	
	(n≦340)	(n≦69)	(n≦2,006)	(n≦1,897)	F 値	p	F 値	p	F 値	p				
F1 ストレス・頭痛・顎顔面痛														
10 頭痛	2.97 (.82)	3.04 (.87)	1.06 (1.10)	0.57 (.86)	1101.8	<.001	9.8	0.002	17.9	<.001				
1 疲れ残る	2.45 (1.13)	2.35 (1.12)	1.35 (1.09)	1.15 (1.02)	254.4	<.001	4.3	0.038	0.5	0.488				
20 匂い過敏	1.59 (1.38)	0.81 (1.00)	0.48 (.88)	0.28 (.67)	201.0	<.001	72.6	<.001	25.0	<.001				
15 ストレス	1.80 (1.18)	1.36 (1.26)	0.85 (1.09)	0.58 (.91)	155.5	<.001	26.0	<.001	1.3	0.247				
4 歯ぎしり	1.60 (1.44)	1.13 (1.34)	0.69 (1.04)	0.58 (.94)	108.1	<.001	16.9	<.001	6.7	0.010				
19 あご痛み	0.55 (.99)	0.36 (.82)	0.25 (.69)	0.18 (.54)	28.4	<.001	8.1	0.004	1.8	0.179				
3 不安	0.79 (1.07)	0.49 (.89)	0.41 (.81)	0.30 (.71)	27.3	<.001	14.4	<.001	3.5	0.061				
24 ト라우マ経験	0.59 (1.06)	0.43 (1.01)	0.34 (.80)	0.27 (.71)	14.7	<.001	4.4	0.037	0.6	0.446				
F2 筋骨格系張り・痛み														
18 首肩筋肉張り	2.68 (1.24)	2.25 (1.30)	1.50 (1.33)	1.04 (1.15)	198.6	<.001	28.2	<.001	0.0	0.900				
2 筋骨格痛み	1.79 (1.35)	1.43 (1.27)	1.08 (1.15)	1.02 (1.03)	54.2	<.001	7.6	0.006	3.4	0.065				
9 全身痛み	1.00 (1.15)	0.52 (.90)	0.65 (1.01)	0.50 (.83)	8.1	0.005	23.6	<.001	6.4	0.012				
25 骨盤痛み	0.68 (1.09)	0.46 (.82)	0.58 (1.03)	0.40 (.90)	1.4	0.241	8.6	0.003	0.1	0.775				
F3 泌尿器系・加齢症状														
13 集中困難	1.25 (.99)	1.41 (1.18)	0.80 (.93)	0.77 (.90)	75.1	<.001	1.0	0.313	2.3	0.128				
21 頻尿	0.83 (1.15)	1.01 (1.25)	0.59 (1.01)	0.82 (1.16)	8.7	0.003	7.5	0.006	0.1	0.779				
22 むずむず脚	0.67 (1.05)	0.55 (.83)	0.48 (.87)	0.43 (.80)	7.1	0.008	2.2	0.142	0.3	0.563				
11 膀胱不快	0.34 (.76)	0.52 (.85)	0.31 (.73)	0.40 (.77)	2.4	0.121	6.8	0.009	0.8	0.367				
23 想起困難	0.95 (.93)	0.88 (.93)	0.88 (.93)	0.91 (.92)	0.2	0.696	0.1	0.799	0.6	0.458				
6 日常生活支障	0.21 (.65)	0.20 (.56)	0.27 (.76)	0.15 (.58)	0.0	0.934	1.9	0.171	1.3	0.246				
F4 うつ症状														
17 元気がない	1.60 (1.08)	1.58 (1.21)	0.99 (.96)	0.80 (.91)	115.0	<.001	2.7	0.098	1.7	0.191				
16 憂うつ	1.56 (1.09)	1.29 (1.20)	0.99 (1.00)	0.70 (.89)	79.2	<.001	18.6	<.001	0.0	0.870				
低負荷項目														
7 光過敏	2.01 (1.38)	1.49 (1.48)	0.67 (1.04)	0.49 (.88)	289.2	<.001	25.2	<.001	5.9	0.016				
8 疲れ易い	2.07 (1.24)	1.52 (1.13)	1.21 (1.11)	0.96 (1.02)	93.0	<.001	29.9	<.001	3.8	0.050				
12 不眠	1.64 (1.21)	1.54 (1.28)	1.06 (1.10)	0.85 (1.00)	75.2	<.001	4.6	0.032	0.6	0.437				
5 下痢・便秘	1.78 (1.35)	1.36 (1.36)	1.17 (1.27)	1.00 (1.15)	34.2	<.001	12.3	<.001	2.1	0.150				
14 かゆみ・発疹	1.57 (1.31)	1.26 (1.31)	1.37 (1.29)	1.22 (1.25)	1.8	0.175	7.0	0.008	0.9	0.352				

太字：p < 0.002 (Bonferroni補正)

な差を示し、その他F1『ストレス・頭痛・顎顔面痛』の3項目、F2『筋骨格系張り・痛み』の2項目、因子負荷が不明瞭だった3項目で有意だった。F3『泌尿器系・加齢症状』では一つも該当する項目はなかった。一方、患者対住民との交互作用では、25項目中2項目（20「匂い過敏」・10「頭痛」）のみがBonferroni補正の基準に達した。このうち、20「匂い過敏」は頭痛患者でより大きな性差が見られ、10「頭痛」では患者では男女はほぼ同レベルだが、地域住民では顕著な男女差となっていた。それ以外では有意な交互作用は見られなかったが、それは男女の評定差の傾向は、患者でも一般住民でも変わらない、あるいは患者と一般住民の評定差は男女で変わらないということの意味する。

試みに判別関数分析を用いて、男女別に患者と一般住民を最もよく判別する項目を順に抽出してみると、男性では10「頭痛」、7「光過敏」、1「疲れ残る」の3症状、女性ではそれに加えて20「匂い過敏」、2「筋骨格痛み」、15「ストレス」、4「歯

ぎしり」など8症状があるほど外来患者と判別されていた（註：詳細な結果は別途報告予定）。

考察

本稿では、中枢性感作症候群CSSの評価ツールとして国際的な標準測定となっているCSIのCOSMINチェックの第1段階の一部を、これまでにない大きなサンプルサイズの一般集団の回答データを用いて報告した。2万人超の地域住民の回答から抽出された4因子構造は、別の住民調査約4,000人の回答からも再現され、高い安定性が認められた（表1）。頭痛外来患者との評定値の差異では、多くの項目の該当程度が現在症有無によって異なっていた（表2）。

ここで抽出した4因子構造は、欧米の報告とは異なる点も多かった。因子分析は変数間の相関係数情報を要約するものだが、一般地域集団では該当頻度が低い症状も多くて相関が乏しくなる傾向にある（≒共通性を想定しにくい）ことも影響し

ていると思われる。ただ、主に患者データに基づく欧米の因子分析報告でも、共通して因子負荷を示さない項目（1, 5, 14など）があり⁶⁾、日本ではさらに多くの項目が低負荷となっている⁴⁾。これらの項目は他の項目群の変動との整合性に乏しく、測定次元の内的一貫性を損なうものとして除外されるのが通常である。しかし、臨床患者の識別に寄与する項目も含まれている（表2）。

ここで観察された結果は、因子構造のような云わば公約数的な測定法の視点だけでは、CSSのような多様な症状の測定評価は不十分であることを示唆しているのかもしれない。ここで示すスペースはないが、我々はCSS患者の回答データから地域住民とは異なる因子構造を得ており、CSIの因子構造（構成概念）については、今後さらに検討していく必要がある。

頭痛患者との評定値比較で多くの項目が差異を認めたのに対し、F3泌尿器系の項目群では差異が小さかった（表2）。性差も明確ではなかったが、このサンプルサイズで有意検出されないのはむしろ希少であり、臨床患者の病態把握の点から見ると、ケースの検出には有効ではない項目群とみなされるべきなのかもしれない。一方、交互作用がほとんど認められないことから、女性の方がCSI症状を訴えやすいという傾向は、患者だけではなく一般地域住民にも見られる現象であることが示唆される。しかし、本稿の検討は頭痛患者のみとの対比であり、加えてより精緻な評定傾向の差異検討は、特異項目機能（Differential Item Functioning）の適用を待つほかに¹²⁾、多様なCSS患者も含めて今後さらに詳細に検討していく必要がある。

本稿では、一般地域住民に行った2つの大きな調査からCSI-JのCOSMINチェックの一部を紹介した。研究プロジェクトの収集データに基づく成果であるために、ここで筆者が単独で記せる範囲には限界があり、一部の結果紹介にならざるを得ないことをお許しいただきたい。今後さらに縦断的な臨床データを含めた検討を加え、自覚症状から抽出されるCSS病態の多次元で階層的な輪郭を浮き彫りにし、各病態の疾病概念の明確化および多様

な「疾患」の臨床像の理解を目指したいと考えている。

（利益相反）

本論文に関し、開示すべき利益相反関係にある企業などはありません。

（謝辞）

本研究に御協力・御助言いただいた関係者の皆さまに、感謝申し上げます。

文献

- 1) Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152: S 2–15. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030.
- 2) Neblett R. The Central Sensitization Inventory: A user's manual. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 2018; 23: e12123. doi:10.1111/jabr.12123.
- 3) Mayer TG, Neblett R, Cohen H, et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. *Pain and Practice* 2012; 12: 276–285.
- 4) Tanaka K, Nishigami T, Mibu A, et al. Validation of the Japanese version of the Central Sensitization Inventory in patients with musculoskeletal disorders. *PLoS ONE* 2017; 12: e0188719. doi: 10.1371/journal.pone.0188719
- 5) Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research* 2010; 19: 539–549.
- 6) Cuesta-Vargas AI, Neblett R, Chiarotto A, et al. Dimensionality and reliability of the

- Central Sensitization Inventory in a pooled multicountry sample. *Journal of Pain* 2018; 19: 317-329. doi: 10.1016/j.jpain.2017.11.006.
- 7) Haruyama Y, Sairenchi T, Uchiyama K, et al. A large-scale population-based epidemiological study on the prevalence of central sensitization syndromes in Japan. *Scientific Reports* 2021; 11: 23299. doi: 10.1038/s41598-021-02678-1.
- 8) Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
- 9) McDonald RP. *Test Theory: A Unified Treatment*. Hillsdale: Erlbaum, 1999
- 10) Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika* 1974; 39: 31-36.
- 11) Reeve BB, Hays RD, Bjorner JB, et al. Psychometric evaluation and calibration of health-related quality of life item banks: Plans for the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *Medical Care* 2007; 45: S22-S31.
- 12) Iwata N, Kumagai R, Saeki I. Do mothers and fathers assess their children's behavioral problems in the same way as do their children?: an IRT investigation on the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Japanese Psychological Research* 2020; 62: 87-100. doi: 10.1111/JPR.12268.
- (受付 : 2022.12.28 受理 : 2023.03.31)

COSMIN check on the Japanese version of Central Sensitization Inventory (CSI-J) when used for community residents in Japan

Noboru Iwata, Ph.D.¹⁾

【Bull Soc Med 2023 ; 40 (1) : 103 – 109】

Key words : Central Sensitivity Inventory (CSI), community residents, Consensus-based Standards for the selection of health status measurement instruments (COSMIN), exploratory factor analysis, reliability

1) Department of Nursing, Faculty of Healthcare, Kiryu 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。

日本社会医学学会会則

第 1 章 総 則

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

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

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

第 3 条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。

1. 研究会の開催
2. 会誌、論文集などの発行
3. その他必要な事業

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

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

第 2 章 会 員

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

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

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、総会の決議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年から世界的流行が始まった新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が、2023年5月から感染症上の特別枠（2類相当）から5類へと引き下げられます。

感染者への入院勧告や、感染者や濃厚接触者の外出制限、屋内で推奨されてきたマスクの着用、感染者の把握、感染者を診療する医療機関への補助といった医療的な措置が変わります。飲食店に対する営業時間短縮などの要請もなくなり、水際対策も原則的になります。また分類の移行に先立ち、スポーツやコンサートなどにおける観客数の制限も見直されています。社会はいよいよポストコロナ時代の方向へと動き始めるようです。

一方で、まだ新型コロナウイルス（COVID-19）の特効薬はありませんし、この感染症自体が完全に克服されたわけではありません。まさにこれからが「真のウイズコロナ時代」と言えましょう。もちろん社会を停滞させるわけにはいかず、ある程度同じ方向に進んでいかねばなりません。しかし社会には多様な側面があり、0か100かでは決められないことがほとんどです。それは人の心や身体が一人一人異なり多様なと同様です。

今こそ社会へのテーラメイドな取り組みを実践したいものです。私たちも社会の様々な側面、一人一人をみて、耳を傾け、心に寄り添い、謙虚に進んでいきましょう。

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。

阿部美子、乾明成、石竹達也、内山浩志、梅澤光政、岡田栄作、木村美也子、小橋元、柴田英治、高鳥毛敏雄、高橋競、武内一、戸ヶ里泰典、羽原美奈子、藤原佳典、星旦二、宮尾克

(50音順、敬称略)

社会医学研究 第40巻1号 2023年3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