

# BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

## 社会医学研究

40-2

2023

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



## 目 次

### <巻頭言>

1. ポスト・イデオロギー時代における社会医学を模索する…………… 高鳥毛敏雄 123  
A Perspective on Social Medicine in the Post-Ideological Era

### <原著論文>

2. 社会正義を基盤とするソーシャルワーク実践と専門職団体の機能  
—医療ソーシャルワーカーへの調査を通じて—…………… 竹森美穂 129  
Social Work Practice based on Social Justice and the Function of Professional Associations  
—Surveys of Social Workers in the Field of Health Care—
3. Ⅲ度熱中症患者における「ゴミ屋敷」居住者と非居住者の熱中症重症化指標の比較：  
後ろ向きコホート研究…………… 鈴木恵輔ら 143  
Comparison of heat stroke severity indices between Living in a “gomi-yashiki” (rubbish-  
hoarder’s residence) and “non-gomi-yashiki” in patients with III degree heat stroke: a  
retrospective cohort study
4. 看護小規模多機能型居宅介護で働く看護師に求められる  
コンピテンシーの内容妥当性の検討…………… 撫養真紀子ら 150  
Content validity of competency for nurses working in nursing multifunctional in-home long-term  
care service
5. 過疎地域在住高齢者の地域への愛着に関連する要因 - 男女別の検討 -…………… 加藤 輝ら 166  
Factors Related to Local Community Attachment among the Older People Living in  
Depopulated Areas: Gender-specific analysis

### <短報>

6. 無料低額診療事業実施施設の都道府県間の差に関する研究…………… 西澤寛貴ら 185  
Differences in Free/Low-Cost Medical Care accessibilities across prefectures in Japan
7. 岡山県津山市および近郊在住のベトナム人の新型コロナワクチン接種行動：  
有事における在日外国人のヘルスケアアクセスの一例として…………… 稲益智子 192  
COVID-19 vaccination uptake among Vietnamese residents living in Tsuyama and surrounding  
areas in Okayama, Japan: a case study on healthcare access in emergencies among foreign  
residents in Japan

### <特別報告>

8. 第 63 回日本社会医学会総会 シンポジウム 3 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『発達障害のある人へのライフステージを通じた支援』…………… 吉川 徹 202  
Supporting people with developmental disorders through life stages
9. 発達障害における合理的配慮とセルフアドボカシー…………… 北川 明 207  
Reasonable Accommodations and a Concept of Self-Advocacy for Students with Developmental  
Disorders
10. 発達障害特性がある大人のその人らしさを支える…………… 新島怜子 212  
Supporting the individuality of adults with developmental disabilities
11. 見えにくい貧困へのアプローチ ～地域医療の視点から～…………… 洪 英在 217  
Approaching Invisible Poverty: Perspectives from Community Medicine
12. 「つながる・支える、みんなの子ども食堂」わいわい子ども食堂プロジェクト…………… 杉崎 伊津子 221
13. 戦争と医学と倫理：日本医学会の 120 周年記念誌編纂の中で考えたこと…………… 岸 玲子 224  
War, Medicine, and Ethics - Reflections in the Compilation of the 120th Anniversary of The  
Japanese Association of Medical Sciences

14. 「戦争と日本の医学医療」に関する調査・研究と  
「戦争と医の倫理」の検証を進める運動…………… 西山勝夫 229  
Investigation and research on “War and Japanese Medicine” and solidarity movement to verify  
“War and Medical Ethics”
15. 石原修の調査研究とその後の進路から社会医学研究を考える…………… 柴田英治 236  
Osamu Ishihara (1885-1947) suggested a view of social medicine through his research activities  
on spreading of tuberculosis among young female workers in textile industry

<会員の声>

16. 心的外傷に関連した腹痛を訴える難民（庇護申請者）の一例…………… 佐野康太ら 241  
A case of asylum seeker suffering from abdominal pain related to PTSD

「社会医学研究」投稿規定……………	246
「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則……………	248
社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト……………	252
投稿 COI 自己申告書……………	253
著作権委譲承諾書……………	254
日本社会医学会会則……………	255
日本社会医学会役員選出細則……………	256
編集後記……………	257

## 巻頭言

## ポスト・イデオロギー時代における社会医学を模索する

関西大学・社会安全学部・社会安全研究科 高鳥毛敏雄

## 1. はじめに

日本社会医学会の総会・学術集会において、近年次代の社会医学の模索が続けられている<sup>1)</sup>。社会医学の目標は今でも変わらないが、対象としている社会は大きく変化しているからである。この変化は、東京や大阪の都心や駅前の景観からみてとることができる。都市のデザインは設計士がしているが、それは人々が無意識下にいただいている社会のイメージを具現化したものとも言える。

社会医学は、都市が急速に発展し、都市が不衛生と貧困と疾病の巣窟となったことに対処するために誕生したものであった。近代社会の歴史は都市の歴史であり、不衛生で、死亡率の高い都市を衛生的で、快適な空間に変える努力が続けられてきた。その結果、都市は、健康で、安全で、便利で、快適な空間に変貌している。しかし、都市は高度にシステム化、緻密化、組織化された空間となり、このような社会に適応が出来ない多くの人々を産みだし新たな社会病理を生み出している。このような劇的な社会の変化は、当然のことであるが社会医学のあり方や人々の健康課題の変化に大きな影響を及ぼしている。そこで、現在の社会の状況を踏まえて、あらためて社会医学を展望させていただくことにする。

## 2. 人間の社会形成に及ぼしてきたフィクションの力

イスラエルの歴史学者のユヴァル・ノア・ハラリは、『サピエンス全史 文明の構造と人類の幸福』（上・下巻）<sup>2)</sup>の中で、ホモサピエンス（以下、人類、人間、人々）はフィクション（以下、伝承、神話、物語、宗教）の力について言及している。このような能力の獲得が他の生物とは異なり、人間を社会をつくって生活する存在にしたと記している。つまり、人間はフィクションを共有することにより、人々が結びつき、組織化した社会をつくるのが可能となったとしている。確かに、古代ギリシャの都市国家には神話と神殿がつくられていた。日本の国史の日本書紀にも神話が書かれている。しかし、文明が発展し、人口が増加すると神話では多くの人々をまとめきれなくなった。そこで、一神教（仏教、キリスト教、イスラム教）が登場してきたと考えられる。日本でも、聖徳太子、聖武天皇は、仏教を取り入れて国づくりをしている<sup>3)</sup>。しかし、一つの宗教で世界の人々をまとめることはキリスト教でも達成できていない。むしろ、キリスト教に分派ができ、さらに教会が現世の社会を支配することも排除された。宗教による精神や思考の抑圧を脱する動きが活発化して近代社会の誕生となった。近代社会の特徴は、法制度により秩序をつくっている点にある。しかし、法制度だけでは人間的な社会をつくるができなかった。新たな思想（以下、イデオロギー）が必要とされイデオロギーに基づく社会がつけられた。イデオロギーによる社会は市場経済が浸透し、豊かな社会が実現されてくると衰退してきた。現代社会は、神話、宗教、イデオロギーに代わる新たな思想やフィクションを必要としている（図1）。

近年、情報通信技術とその機器が飛躍的に進歩し、それを使った社会が出現している。アナログ時代のフィクションであった小説、映画、テレビ・ドラマ、音楽・絵画、マンガなどはデジタル化されてきている。さらにデジタル技術や情報通信技術を使ったAR（アグメンティッド・リアリティ、拡張現実）、VR（バーチャルリアリティ、仮想現実）、MR（ミクスト・リアリティ、複合現実）、そしてイマーシブ（没入体験）の劇

場（イマーシブミュージアム）が登場している。人間の思考や作業を代替する AI 技術を応用したツールも実用化されてきている。Chat GPT もその一つである。通貨についても、各国の中央銀行はデジタル通貨への移行の検討を進めている。しかし、この情報通信技術は、多様な人々を多様なかたちでつなげるようにすることに大きな貢献をしているが、世界の人々を一つにまとめる手段となるようには思われない。

### 3. 多文化共生社会につながるコペルニクス的な思考の転換

近代社会は西欧社会の思考と論理でつくられてきたものである。日本も明治以後、脱亜入欧を掲げ、西欧社会の仲間入りするために懸命に邁進してきた。明治期に来日したドイツの内科医のエルヴィン・ベルツは、『ベルツの日記』<sup>4)</sup>の中で、「不思議なことに、今の日本人は自らの過去を恥じている。教養人ですら我々は野蛮人で全く歴史を持っていませんでしたとまで言う人もいる。大変不快だ」、「自国の文化を軽視すれば、かえって外国からの信頼は得られなくなる」、「今彼らに必要なのは、日本の文化を正しく理解し、これからどう生かしていくかを考えることだ」など、日本には歴史と伝統がありすばらしい過去があるのに日本人は、自分たちは野蛮人であると見なしていることに驚いたと書いている。

フランスの社会人類・民族学者のクロード・レヴィ・ストロース（1908 - 2009）は西欧社会とは異なる様々な文化や知的な営みが世界にあることをアマゾン川流域の先住民族の生活を詳細に調査分析して明らかにしている。西欧社会は人間がつくった社会の一つであり絶対的なものではないことを立証している。未開の地域の人々の生活、習俗や儀礼、神話を西欧人は野蛮で未熟なものと決めつけてきたが、西欧社会とは異なる精緻で、論理的、知的な思考でつくられている社会であることを確認し、それを「野生の思考」<sup>5)</sup>として出版している。西洋中心の社会観をコペルニクス的に転換させた。それまでの世界のすべての社会は直線的に西欧社会のようになるという進歩史観であったのを修正させたのであった。人間社会には共通した社会構造が根っこにある。気候風土や地域の歴史文化により、それぞれは上下関係にあるのではなく、独自の進化した体系を有しているとの理解に至っている（図2）。世界を一元的なものとしていこうとしてきた流れを多文化共生社会の実現に向けたものに変化させたのである。

### 4. 先住民族の生きる知恵と生活力

2023年6月にコロンビアで軽飛行機が熱帯雨林のアマゾンの密林に墜落し、その40日後に先住民族の13歳、9歳、4歳、1歳の子どもたち4人だけが密林の中で救出された。40日間生き延びて助かったことを欧米諸国のマスコミが驚きをもって報道している<sup>6)</sup>。彼らは先住民族のウイトト族で左翼ゲリラのコロンビア革命軍（FARC）から逃れ、5月1日に父親がいる場所へ移動中であつた。飛行機のエンジン故障のためアマゾンに墜落し、ジャングルの中であつたため救出に1月以上の時間がかかった。7人が乗っていたが、母

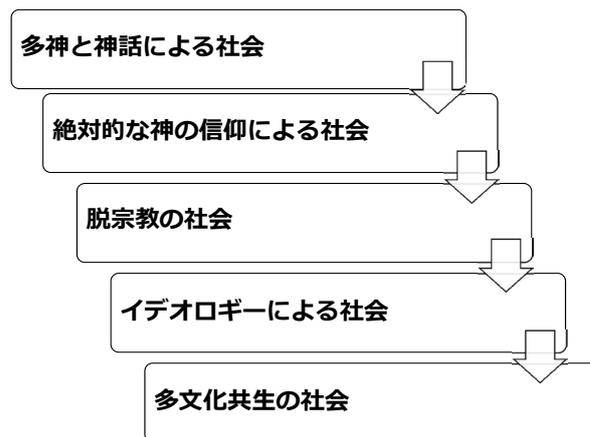


図1 人間社会の歴史の変遷のイメージ

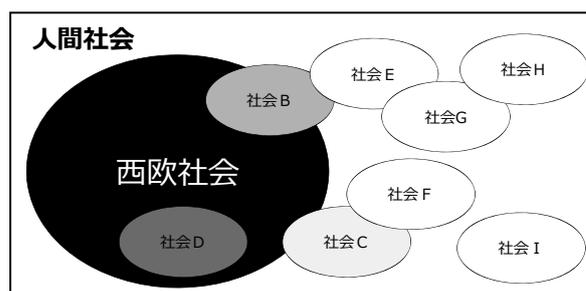


図2 西欧社会とその他の社会との関係

親や操縦士の大人3人は死亡し、4人の子どもたちだけが40日後の6月9日に事故現場から約5km離れた地点で全員救出された。母親は4日間生きていたが、その後は子どもたちだけで生きていたことになる。飛行機に積載されていたキャッサバ粉の「ファミリーニャ」を食べ、それがなくなるとジャングルの果実などを採って食べていたようである。子どもたちはコロンビアとペルーの国境付近の先住民族であり10歳ごろまでに密林で生きていく力を受け継いでいたために13歳の子どもを中心に生き延びることができたとのことである。未開地の人々は子どもであっても自然の恵みを識別する知恵と能力を身につけている事実を印象づけたニュースであった。

## 5. 人間の統合を導くスポーツの力

現代社会は、多数の人々を統合するものを必要としている。近代社会が誕生した時期にサッカーなどのスポーツのルールがつくられ、大衆化された<sup>7)</sup>。また万国博覧会の開催がはじまり近代社会のイメージの共有化が図られた<sup>8)</sup>。この両者は、近代社会のイメージを世界の人々が共有するために必要として生み出したものであると思われる。

世界で最初に近代社会を誕生させたイギリスはサッカーのルール化を進め、イギリスのエリート層の教育機関であるパブリックスクールにおいて、サッカーを競技スポーツとして採用している。その後、労働者や一般市民が参画した地域単位のクラブチームがつくられている。イギリス人は、教会に集まる社会からサッカー場にあつまる社会に移行していくことになる。しかし、サッカーを世界的なワールドカップに押し上げたのは、イギリスではなく欧州大陸諸国であった。対立と抗争を続けてきた欧州大陸諸国はサッカーを統合の手段と位置付けたためである。フランスとイギリスで、欧州のサッカー大会の主導権争いが起こったが、イギリスが折れてワールドカップの開催となる。ドイツは第二次世界大戦後、敗戦で人心と地域社会が荒廃した状況をスポーツ振興により地域の復興を図っている<sup>9)</sup>。その中で現在のサッカーリーグがつくられた。日本のJリーグは、ドイツの地域を単位としたサッカー文化を手本としている<sup>10)</sup>。Jリーグは発足30年を経て、2023年4月時点において国内41都道府県に60クラブ（J1が18、J2が22、J3が20）が設けられ、スポーツ振興と地域づくりが定着してきている<sup>11)</sup>。2022年のカタールで開催されたサッカーのワールドカップの視聴者のデータから、サッカーが世界の人々を一つにまとめることが進展してきていることを伺うことができる。2022年カタール・ワールドカップ（W杯）が累計視聴者数とエンゲージメント数において新記録を樹立したと国際サッカー連盟（FIFA）が発表している。決勝戦は全世界で約15億人が視聴したとしている。大会の累計視聴者数はすべてのプラットフォームを合わせて2,620億人以上となり、メディア界の様々なプラットフォームやデバイスで、約59億5000万のエンゲージメントを獲得していたとされている<sup>12)</sup>。サッカーという一つのスポーツだけでも多民族、多文化の人間社会を一つにまとめる力があることを示している。

## 6. 人間に共通する社会イメージをつくってきた万国博覧会の果たしてきた役割

近代になると中世までの社会が解体され、産業、消費の貨幣を中心とした社会に変貌している。人々に共通した社会イメージを持たせる必要性がでてきた。そのために万国博覧会（以下、万博）の開催がはじまったと考えられる。最初の万博は1851年にイギリスのロンドンで開催されている<sup>13)</sup>。フランスでも開催されている。フランスは、パリ万博を利用して都市改造をしている。旧市街地の外にエッフェル塔を建てて副都心をつくっている。不衛生で、悪臭の漂う密集した都市が、万博の開催により花のパリとなりイメージチェンジに成功している。1862年の第2回のロンドン万博を日本の使節団が視察し、1867年の第2回パリ万博には、徳川幕府、薩摩藩、鍋島藩が競って出展している。このパリ万博に幕府の要人として渋沢栄一が参加している。渋沢は日本資本主義の父と呼ばれているが、そのような活躍ができたことにはパリ万博で近代社

会のイメージをつかむことができたことがありそうである<sup>14)</sup>。明治期の大阪経済をつくった五代友厚も、第2回パリ万博に参加している。近代の幕開けとしてロンドンやパリで万博が開催されたことは、今日の日本の近代化に大きな影響を与えている<sup>15)</sup>。

第二次世界大戦後、高度経済成長により戦後復興をとげた日本は、同時に公害、薬害、環境破壊などの経済政策による負の問題を経験している。そのため、1970年の大阪万博は、「人類の進歩と調和」をメインテーマに掲げて開催された。会場には未来社会をみせるパビリオンが建ち並び、会期中の総入場者数は約6,421万人にのぼっている<sup>16)</sup>。ほぼ全員の日本人に共通した未来社会のイメージを植え付け、その後の日本の発展に大きな影響を及ぼしている。パビリオンは撤収されて構造物としては「太陽の塔」のみが今でも残されている。「太陽の塔」は、万物のエネルギーの象徴として建てられたものである。太陽の塔の内部には「生命の樹」が設けられていた。アメーバーなどの原生生物からハ虫類、恐竜、そして人類に至る生物の模型群が取り付けられている。

2025年に大阪・関西万国博覧会が開催される。1970年の大阪万博のメインテーマの中の「調和」の部分を全面に押し出した開催となる。いのちは、宇宙・海洋・大地の自然界に支えられているもの、人類も生態系の一部であるとしてメインテーマを「いのち輝く未来社会をデザイン」としている<sup>17)</sup>。「太陽の塔」がそのままメインテーマとされたかのように思われる。

## 7. おわりに

ある時代における社会の知の枠組みのことをエピステーメーという。19世紀のエピステーメーは、「近代社会」であった。そのエピステーメーを人々が共有するためには万博が必要としてきた。21世紀のエピステーメーとして、地球環境の保全、人間の安全保障、生物の多様性など「SDGs」として総称されるものとなっている。冷戦構造が崩壊してから次第に、イデオロギー対立の世紀を超えて、ポスト・イデオロギーの時代に入っている。

H<sub>2</sub>Oは、氷（固体）から温度を上げると水（液体）に変化し、さらに温度をあげると水蒸気（気体）に変化する。これは相転移と言われる現象である。H<sub>2</sub>Oの原子構造は変わらないが、環境条件により状態は変化する。ホモサピエンスは誕生してから生物としての基本は変化がない。しかし、人間を取り巻く環境は激変し、その、多くは人間自身による科学技術、情報通信技術によって人工的につくられたものとなっている。これまでの社会は、国家など上からつくられてきたものであり、固体的なものであった。現在は企業・事業者と市民が主体となって協働してつくるものとなってきており、その実相が空気のように見えにくいものとなっている。社会が相転移している。このような社会に対応した「社会医学」のあり方を考えてみる必要がある。

## 引用文献

- 1) 高鳥毛敏雄：人新生時代における社会医学を展望する。社会医学研究. 39 (2), 61-65, 2022.
- 2) ユヴァル・ノア・ハラリ。サピエンス全史（上・下） 文明の構造と人類の幸福。東京：河出書房新社。2016.
- 3) 須田勉。国分寺の誕生 古代日本の国家プロジェクト。東京：吉川弘文館。2016.
- 4) エルウィン・ベルツ。ベルツの日記（上・下）。東京：岩波文庫。1979.
- 5) クロード・レヴィストロース。野生の思考。東京：みすず書房。1976.
- 6) CABLE NEWS NETWORK 2023. 密林で子ども4人が40日 生存支えた“ウイトト族の知識”。2023. <https://news.yahoo.co.jp/articles/c3f4625b816e8dad31db1de58672c71fd7427920> (2023年6月18日アクセス)

セス)

- 7) 谷釜 了正. スポーツと地域, 都市, 民族, 国家—現代社会におけるスポーツの実相. 公衆衛生. 2007 ; 71 : 646-649.
- 8) 佐野 真由子. 万国博覧会と人間の歴史. 京都 : 思文閣出版. 2015.
- 9) 福岡 孝純. ドイツにおける地域とスポーツクラブ. 公衆衛生. 2007 ; 71 : 650-653.
- 10) 川淵 三郎, 高鳥毛 敏雄. [インタビュー] 地域に根ざし世界に伸びるスポーツクラブの夢. 公衆衛生. 2007 ; 674-679.
- 11) 高鳥毛 敏雄. スポーツ振興から見える公衆衛生活動の展望. 公衆衛生. 2007 ; 71 : 642-645.
- 12) W杯の記録を塗り替えたカタール大会... 累計視聴者数約 2620 億人, エンゲージメント数約 60 億 <https://www.goal.com/jp/%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%83%BC%E3%82%B9/Qatar-worldcup-record-reach-engagements-20230119/blt0275fb0b0b0c5b16> (2023年6月18日アクセス)
- 13) 松村 昌家. 大英帝国博覧会の歴史: ロンドン・マンチェスター二都物語. 東京: ミネルヴァ書房. 2014.
- 14) 渋谷華子. 渋谷栄一, パリ万博へ. 国書刊行会. 1995.
- 15) 八木 孝昌. 新・五代友厚伝 近代日本の道筋を開いた富国の使徒. 京都: PHP 研究所. 2020.
- 16) 大阪府日本万国博覧会記念公園事務所. 大阪万博について. <https://taiyounotou-expo70.jp/about/expo70/> (2023年6月18日アクセス)
- 17) 公益社団法人 2025年日本国際博覧会協会. 開催概要 <https://www.expo2025.or.jp/overview/> (2023年6月18日アクセス)

(受付 2023.6.18 : 受理 2023.9.8)

# A Perspective on Social Medicine in the Post-Ideological Era

Toshio Takatorige<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 123 - 128】

**Key words** : social medicine, ideology, multiculturalism, sports culture, world exposition

---

1) Kansai university, Faculty of societal safety sciences, Graduate school of societal safety sciences

## 原著論文

# 社会正義を基盤とするソーシャルワーク実践と専門職団体の機能 －医療ソーシャルワーカーへの調査を通じて－

竹森美穂<sup>1)</sup>

## 要旨

【背景・目的】 「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」には医療ソーシャルワーカー（以下MSW）を含むソーシャルワーカーの中核的価値として、社会正義、人権、集団的責任、多様性の尊重が掲げられている。しかし、MSWの実践は政策の求める効率的・効果的な退院援助への注力が進んでおり、社会構造上の問題認識も含めた対象者理解を困難にしている状況がある。本稿の目的は、上述のような状況下でソーシャルワークの本質的価値に基づくMSWの実践を可能にする鍵として、専門職団体の機能を考察することにある。

【方法】 日本医療ソーシャルワーカー協会会員を対象とした量的調査のうち、自由記述式回答項目「専門職団体に対して日頃思っていること」への回答について、テキストマイニングを行った。

【結果・考察】 分析の結果、参加への負担と専門職団体中枢と現場のギャップ、専門職団体という組織の課題に対するまなざし、専門職団体への参加と専門職アイデンティティなどのテーマが抽出された。回答者は専門職団体への参加は費用的、時間的負担感を抱く一方、団体に所属することへの必要性を認識していた。また、専門職団体の機能として行政へのソーシャルアクションが必要との認識が浮き彫りになった。

【結論】 MSWが社会正義を体現する実践に取り組んでゆくには、専門職団体によるマクロソーシャルワークの強化が求められる。

【社会医学研究 2023；40（2）：129－142】

キーワード：医療ソーシャルワーカー、社会正義、専門職団体

## I. 緒言

### 1. 研究の背景と目的

保健医療分野で実践に取り組む医療ソーシャルワーカー（以下、MSWとする）の多くは社会福祉士の国家資格をもつ社会福祉の専門職である。

MSWを含むソーシャルワーカーは、「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」（以下、グローバル定義）<sup>1)</sup>に次のように掲げられている。「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である」。そして、その中核的価値として社会正義、人権、集団的責任、多様性の尊重が掲げられている。このような中核的価値の実現に向けて、人・構造・社会へ、つまりミクロからマクロも含む広範囲に及ぶ働きかけ

1) 関西学院大学人間福祉学部  
連絡先：竹森美穂  
所属機関住所：兵庫県西宮市上ヶ原一番町 1-155  
E-mail：m.takemori@kwansei.ac.jp

を通じて「人々と共に」働くこととされている<sup>1)</sup>。

しかし、日本のソーシャルワーク実践はワーカーの所属機関の機能に即したサービス提供や個別援助に偏っている傾向にあり<sup>2)</sup>、MSWについても、退院援助業務の増大に伴い退院援助のシステム化に注力する中で、疾病による課題のみならず社会構造上の問題を抱える「この社会に生きる人」という対象認識が希薄化していることが指摘されている<sup>3)</sup>。地域包括ケアシステムの構築が進められる中であって、MSWがそのコーディネート、地域医療・福祉・介護連携に関わってゆこうとするのであれば、MSWには改めてソーシャルワークの価値としての社会的結束にむけて、制度や社会から排除されやすい人々への支援も含めた取り組みを進めてゆくことが求められる。しかし、診療報酬の誘導で「効率的」な退院援助に偏重するMSWの実践現場では、抑圧や排除により周縁化されやすい人々の根本的な問題解決はひとまず脇において、病院からは早期の退院・転院調整を行うように求められるなど<sup>4)</sup>、患者個人の生活問題の背景にある社会問題への眼差しが希薄になり、結局のところMSWは社会正義に基盤を置く実践を必要と感じながらもできない状況に置かれているのではないか。このような状況にあって、専門職団体の持つ機能や役割を検討することは、MSWの本質的価値に基づく実践を可能ならしめる一つの重要な鍵ではないかと考える。そこで本稿は、MSWの専門職団体である日本医療社会福祉協会（現・日本医療ソーシャルワーカー協会）の会員に対して行ったアンケート調査のうち、自由記述式回答の分析を通じて、日本医療社会福祉協会を含むソーシャルワーク専門職団体の機能を考察することを目的とする。なお、本稿では因果関係のうち、特定の性質を持つものを「機能」として捉え<sup>ii)</sup>、MSWの本質的価値に基づく実践を可能ならしめる専門職団体の機能とは何かを検討することとする。つまり、単に専門職団体そのものがどのような機能をもつか、ということではなく、機能は因果関係の一形態であるという視点から、MSWの本質的価値に基づく実践に対して、専門職団体がどのよう

に関係、作用しているのかを検討することを意図している。本稿では専門職団体という存在に対して会員であるMSWがどのように認識をしているかに着目し、その範囲の中で専門職団体の機能を見出そうと試みた。これによって、専門職団体とMSWの本質的価値に基づく実践との間の因果関係（機能）を見出すことが可能になると考えたのである。

## 2. 先行研究にみる専門職団体の取り扱い

専門職団体の機能については社会学における専門職論研究の中で扱われてきた。例えば、専門職団体は専門職の要件の一つである専門職的副次文化を創り出す組織の一つであるという考えや<sup>5)</sup>、専門職団体がその専門職の承認や専門職としての仕事の独占、専門職訓練へ影響力を行使する存在であるという指摘<sup>6)</sup>、あるいは専門職養成の量の決定に関わる養成機関・国家・市場のヘゲモニー闘争の一翼<sup>7)</sup>としての姿である。このように、大きな枠組みの中での専門職団体への言及はこれまでになされてきたが、ソーシャルワーカー自身が専門職団体をどのように受け止めているのかに関する調査は限定的である。日本社会福祉士会による調査では、社会福祉士有資格者は専門職団体に所属する意味を理解し、関心を高く持っていることが明らかになっているが<sup>8)</sup>、その内実に踏み込んだ調査は十分になされていない。特にMSWにとって専門職団体がどのような存在であるのかに焦点を当てた研究は筆者の検索する限り見当たらなかった。

## II. 方法

### 1. 調査対象者

アンケート調査の対象は、日本医療社会福祉協会正会員<sup>iii)</sup>5,511人のうち、自宅会員等を除き会員名簿に所属先住所が明記されている5,280人で、有効回答率は17.46%であった。このうち、本研究のテキストマイニングによる分析では、「専門職団体に対して日頃思っていること」に対する自由記述

に回答の得られた 143 件を対象とした。なお、アンケート調査対象者と本研究の分析対象である、自由記述回答者の属性を以下に示す。アンケート調査対象者の平均年齢は 41.2 歳で男女比は男性が 32.3%、女性が 67.7%であった。MSW としての累積経験年数の平均は 10.9 年で認定社会福祉士<sup>iv</sup>所持者は 9.4%、認定医療ソーシャルワーカー<sup>v</sup>所持者は 12.3%であった。一方、自由記述式回答の回答者の平均年齢は 39.2 歳で男性が 44.4%、女性が 55.6%、累積経験年数の平均は 12.6 年、認定社会福祉士所持者および認定医療ソーシャルワーカー所持者はいずれも 16.2%であった。平均年齢や女性の方が多く回答している傾向は両者にそれほどの開きはないが、平均経験年数や認定資格の所持率は自由記述式回答の回答者の方が多い傾向にある。経験や認定資格の有無が自由記述式回答に敢えて応えようとする認識の差につながっている可能性がある。

## 2. 調査方法

本調査はアメリカの Survey Monkey 社のアンケートフォームを用いた web 調査である。調査対象者に調査の概要及び趣旨を説明した調査説明書を郵送し、URL もしくは QR コードからアクセスをすることとした<sup>vi</sup>。なお、アンケートの回収にあたり個人のメールアドレスの収集は行っていない。調査期間は 2019 年 10 月 1 日から同月 31 日までであった。

## 3. 分析方法

得られたデータは計量テキスト分析ソフト KH Coder3 を用いたテキストマイニングを実施した。テキストマイニングとは、言葉や文章といったテキストをデータとして扱い、形態素解析や構文解析等を通じてテキストデータを数量化し、統計的に分析する手法である<sup>9)</sup>。従って、テキストマイニングでは、語と語の結びつきを分析するため、文脈上でどのように用いられているのかまで判断することは難しい。そのため数量的分析と同時に、元のデータに戻ってテキストを見直す作業を行う

必要がある。このように分析手法上の限界はあるものの、大量のテキストデータに対して予断を挟まず数量的に分析を行い、その結果に対して元のテキストデータを確認してゆくことで、質的に分析してゆくことが可能となる。テキストマイニングはいわば、質的研究と量的研究の特質を互いに補完しようとするものと捉えることができる。以上の理由から、本研究ではテキストマイニングを分析手法として選択した。なお、テキストマイニングの分析に対しては、関連書籍を参考にした<sup>10) 11) 12)</sup>。

### 1) 前処理

抽出語リストを確認し、頻出語のうち強制的に語彙を抽出しなければならないもののみ強制抽出し、あるいは意味の通らない単語を使用しない語として排除するなど、テキストデータの意味を損なわない範囲でデータクリーニングを行った。

### 2) 頻出語の確認と特定品詞の除外

得られたデータの頻出語を確認し、その中で「思う」や「考える」などの一般的動作を示す動詞は分析から排除することとした。これは、一般的すぎる語の周りに他の語が密集し、共起関係が見えにくくなることを避けるためである。なお、これは前処理としては行わず、共起ネットワークの描画段階で、分析から除外することとした。

### 3) 共起ネットワークの作成

クリーニングしたデータをもとに共起ネットワークを描画し、得られたテーマがどのような内容で構成されているのかを、KWIC コンコーダスコマンドで確認した。これは特徴的な語がどのように用いられているかを把握することで、データの特徴をつかむためである。この段階の作業では、自由記述式回答「専門職団体に対して日頃思っていること」のテキストデータの全体像を把握することに主眼を置いている。その後、本研究がめざす、グローバル定義に立脚したソーシャルワーク実践にむけて、専門職団体の機能を回答者がどのように認識しているのかを探るため、「参加」および「ソーシャルアクション」の関連語検索の結果を共起ネットワークに描画し、二つの語

表 1 出現回数 10 以上の頻出後

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
団体	63	多い	21	運営	12
専門	52	医療	20	入会	12
思う	49	考える	17	加入	11
社会	39	必要	17	高い	11
参加	38	会員	16	仕事	11
福祉	32	負担	15	職種	11
感じる	30	ソーシャルワーカー	14	行う	10
協会	28	日本	14	資格	10
MSW	23	所属	13	認定	10
活動	22	地域	13	理事	10
人	22				

の特徴を探った。なお、「参加」という語を選定したのは、専門職団体への入会が実践を行う上で必須ではないにもかかわらず、参加をしている MSW が、専門職団体への参加をどのように捉えているかを浮き彫りにすることで、ソーシャルワーク実践と実践者にとって、専門職団体がどのような意味を持つものなのかを捉えようとしたためである。そして「ソーシャルアクション」についてだが、2015 年に厚生労働省が出した「誰もが支えあう地域の構築に向けた福祉サービスの実現 - 新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」において、ソーシャルワーク専門職には多様化・複雑化する個人の課題について、潜在的ニーズへの対応も含めた総合的なコーディネートとともに課題の解決に向けて地域に必要な社会資源を開発できる人材が求められるようになった。これに対して、2018 年厚生労働省社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会では「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」報告書が取りまとめられた。そこには、従来個別支援に偏りがちであったソーシャルワークが、メゾ、マクロのレベルにまたがる展開を求められることになったと示されている<sup>vii 13)</sup>。グローバル定義ではソーシャルワーク専門職の中核的任務は社会変革、社会開発、社会的結束の促進及び人々のエンパワメントと開放が掲げられており、これらの中核的任務の遂行にあたっては、「ソーシャルアクション」が重要なアプローチであり、これまでミクロ実践に傾斜してきた MSW にとって上述のよ

うなグローバル定義に掲げるソーシャルワーク実践を展開するために、専門職団体が意味を持つのではないかと考え、分析の視点として適用した。

#### 4. 倫理的配慮

アンケートは無記名で行われ、個人を特定する内容は含まれない。調査依頼文には調査の参加は任意であり、参加・不参加が回答者の不利益になるものではないことを明記し、アンケートへの回答をもって本調査への同意を得るものとした。なお、本調査は佛教大学「人を対象とする研究」倫理審査の承認を得たものである（承認番号 2019-23-A）。また、日本医療社会福祉協会会員名簿の使用については、（公社）日本医療社会福祉協会の承認を得た（名簿使用承認第 19-001 号）。

### III. 結果

#### 1. 抽出された頻出語

得られた自由記述式回答のサンプルは 143 件であった。分析対象となる抽出後の総数は 2,608、異なる語の数は 866 であった。頻出語のうち出現回数が 10 回以上あるものをまとめたのが表 1 である<sup>viii</sup>。

#### 2. テキストマイニングの結果—分析の全体像—

ここでは、自由記述式回答で得られたテキストデータに対して、研究者の予断を極力排除し<sup>ix</sup>、テキストデータの語と語の結びつきを把握し、客観

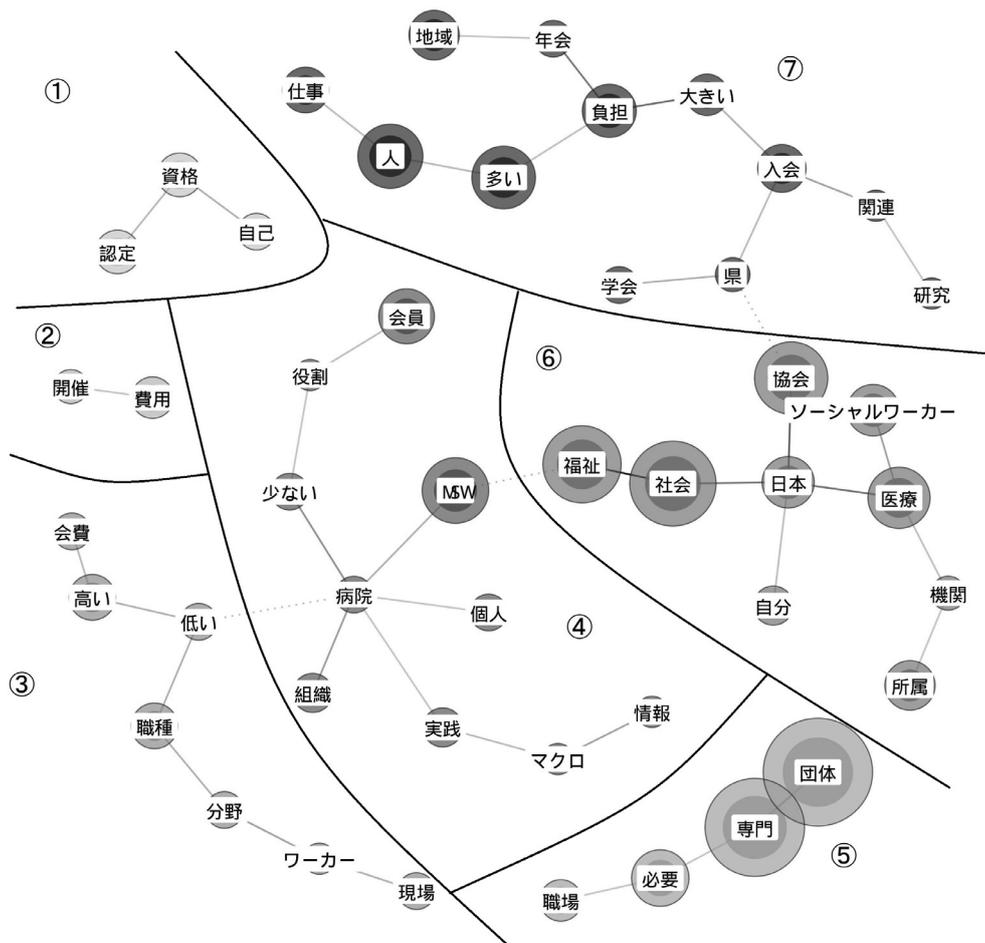


図1 自由記述回答の共起ネットワーク

的に理解することを目的として、共起ネットワークを描画した(図1)。その結果、①自己研鑽としての認定資格、②専門職団体の企画する研修について、③参加への負担と専門職団体中核と現場のギャップ、④専門職団体という組織の課題に対するまなざし、⑤業務負担と専門職団体への参加困難性、⑥専門職団体への参加と専門職アイデンティティ、⑦専門職団体の課題、以上7つの大きなテーマが得られた。なお、これら7つのテーマは共起ネットワークで色分けされた各テーマの語について、KWIC コンコーダンスで実際に単語がどのように用いられているのかを確認しながら名付けたものである。

①自己研鑽としての認定資格

自己研鑽としての認定資格には「認定」、「資格」、「自己」という単語が描画された。実際の語の使わ

れ方を確認すると、「自己」という言葉については「自己研鑽は必要」、「自己研鑽は専門職の『矜持』である」など専門職倫理として自己研鑽の重要性を示す使われ方をする一方で、「認定資格を診療報酬に反映できないと、ただの自己満足の資格となる」、「資格の更新は社会的認知もない中で自己満足にしか過ぎない」などに用いられ、両価性が見受けられる。「資格」という語については、名称独占にとどまっている社会福祉士という資格、そして報酬や配置基準に反映されない認定資格の現状に対する訴えが並ぶ。また、「認定」という語からは認定社会福祉士、認定医療ソーシャルワーカーの制度の煩雑さや、更新基準のハードルの高さなどに用いられており、これらのことから認定社会福祉士や認定医療ソーシャルワーカーの存在意義、取得メリットに回答者が懐疑的である様子がうかがえる。

## ②専門職団体の企画する研修について

このテーマは「開催」、「費用」という語で構成される。「開催」という語は、「地元の研修委員会の方々が、大変な思いをして開催していただいている各研修に感謝」や「研修を開催する人たち等が、つらくならないような形で開催できればと思う」などと研修を企画する人々への気遣いに用いられる一方、「都市部での開催が多く、費用面から参加できない」、「研修の内容は非常に興味深く参加したいが、開催地まで行く・宿泊する費用負担が大きい」など、研修参加に対する負担感に用いられている。「費用」については、「研修費用の負担軽減がもう少し出来ないものか」、「所属機関から費用がでないことが多いため費用が安ければ研修にはもっと参加したい」など、研修参加の意欲はあるものの、費用負担が障壁になっている様子が見える。

## ③参加への負担と専門職団体中枢と現場のギャップ

このテーマでは「会費」、「高い」、「低い」、「職種」、「分野」、「ワーカー」、「現場」という語が抽出された。「会費」と「高い」の2語は同じ文脈で用いられることが多く、「新卒の頃は年会費や研修費の負担を感じて加入するハードルが高かった」、「会費は高いが活用しにくい」のように、費用負担が見て取れる。このように費用負担の一方で、「職種」という語は「医療分野の様々な職種のスタッフが多職種チームアプローチについて学べるような研修も重要だ」、「専門職として、継続学習や他職種との交流は必要な為、どの会も必要と考えています」など医療分野の多職種連携に留まらず、他分野も含めたジェネラリスト視点でのソーシャルワーク研修の必要性などに用いられている。また一方で、「低い」という語は「SWという職種が専門職としての自覚が低い職種なのか」と残念に思っています」などMSWの専門職的アイデンティティの低さや専門職団体の組織率の低さに対する危機感を表しており、「現場」という語は、「専門職団体の理事の多くが現場で活躍していない人」、「人材豊富な大学病院のMSWが組織の中核におら

れることが多く、二次救急、療養型、回復期リハビリ病院などの実践現場やMSWの感覚とのズレを感じるが多々ある」など専門職団体の運営を担う人と、現場で働くMSWの間の人材育成やMSWの現状等に対する認識の温度差を指摘した内容であり、専門職団体の中枢に位置する人々と、現場のMSWのギャップが垣間見える。

## ④専門職団体という組織の課題に対するまなざし

ここでは「会員」、「役割」、「少ない」、「MSW」、「病院」、「個人」、「組織」、「実践」、「マクロ」、「情報」という語が抽出された。「会員」という語については、「役員などを担わず会員だけであれば職能団体は遠い存在」、「専門職団体としての倫理や価値の共有がどの程度なされているのか、一会員からは疑問に思う」など一部の会員に役割が集中していること、組織の閉鎖性への問題意識が語られている。これについては「役割」、「少ない」という語にも共通している。また「組織の強みを生かして、何か地域や社会のためになることをできないか、そこに会員が関わられる仕組みがないものか」、「専門職団体、会をあげて会員の協力のもと、こういう社会問題の是正や改善に取り組もう…」といった回答にも用いられており、専門職団体のメゾ・マクロ的な取り組みへの役割期待が見て取れる。これは「組織」、「実践」、「マクロ」という語にも共通している。加えて「マクロ」や「MSW」という語は、「MSWはMSWだけにまとまるのではなく、ソーシャルワーカーなので、SSW<sup>x</sup>、RSW<sup>xi</sup>、PSW<sup>xii</sup>など隣の分野のソーシャルワーカーとも交流し共有すべき」、「専門職団体として同じMSWの学会と協働してほしい」、「MSW、社会福祉士、PSWと共通基盤と専門領域の違いだけであり早期に統合してほしい」、「MSW協会が医療福祉士では無く社会福祉士を選んだ時点で私にとってあまり興味の無い団体になってしまいました」などソーシャルワーク専門職団体が乱立していることへの是非が語られている。

## ⑤専門職団体のありようと参加の意義の関係性

このテーマでは「職場」、「必要」、「専門」、「団体」という語が抽出された。このうち「職場」は、「職

場では得られない学びを求めて加入しました」,「職場の人員の確保が安定していない場合, 協力も参加も困難だと感じる」など, 必要性から参加する人がある一方で, 人員上の問題で専門職団体に参加しにくいなど, 職場環境が専門職団体への関わり方に影響を与える様子が語られている。また「必要」は, 「もっとSWer足並みを揃えて協働するのに, マクロの体制整備が必要だと漠然と思う」, 「個人のモチベーション, 環境に準じた企画がない, 学びたいと思うような発信, その人達の動機づけを行うような仕掛けが必要」, 「会員が求める研修だけでなく, 専門職としての, この時代に何が必要な力かを見極めた上で, 企画していく必要がある」など, 専門職団体の今後に必要なと考える事柄(ソーシャルワーク専門職団体としての方針)に関する語りがみられている。「団体」は専門職団体など「専門」とセットで用いられることが多く, 「ソーシャルワークの職能団体が複数あることについては, ソーシャルアクションを起こしていく中でもどうかと考えています」, 「専門職団体として, 組織が手薄な感じがしている」など専門職団体の課題として認識している事柄(認知度, 組織体制など)について, あるいは「専門職団体の研修参加によって, 自分が専門職である事を思い出し, 日頃の支援の振り返りも出来る」, 「目の前の実践と, マクロの視点をつなぎあわせてくれる関係。一方で, どの部分を団体から享受できているか分からないことがある」, 「研修や会に参加しづらい雰囲気がある。おそらく, 団体側はそんなつもりはないのだからけれども」など専門職団体へ属することの意味, 意義に関する意見に用いられている。ただし専門職団体への参加の意味については, 意義があるととらえている発言と, 意義を感じないという発言両方に用いられている。

#### ⑥専門職団体への参加と専門職アイデンティティ

このテーマでは「福祉」「社会」「日本」「協会」「自分」「ソーシャルワーカー」「医療」「機関」「所属」という語が抽出された。このうち「機関」では, 「いつも同じメンバーの運営や参加が多く, もっといろいろな機関の人とかかかれると良いと思う」,

「医療機関の垣根を越えた同年代の組織化が支部活動事業等であれば, より支部活動が活発化すると思う」など自施設, 医療分野の垣根を超えた, 様々なソーシャルワーカーとのかかわりの必要性に用いられている。「社会」と「福祉」は一緒に用いられることが多く, 内容としては日本社会福祉士会, 日本精神福祉士協会, 日本医療ソーシャルワーカー協会とソーシャルワーク専門職団体が複数存在することに対する弊害の指摘に用いられている。

#### ⑦専門職団体の課題

このテーマでは「仕事」, 「人」, 「多い」, 「地域」, 「年会」, 「負担」, 「大きい」, 「入会」, 「県」, 「学会」, 「関連」, 「研究」という語が抽出された。このうち「学会」という語は, 「全国協会, 県協会, 両方に入るの, 金銭的にかなり負担が大きい。もう少し安ければ, そのお金で, 他の関連学会にMSWとして入会することが有益だと考える」, 「専門職団体として同じMSWの学会と協働してほしい」など専門職団体と学会の協働, 関連学会等への参加, アクセスのしやすさに対する提案に用いられている。そして, 「多い」は研修参加に対する費用負担, 時間的負担, 職場の支援の少なさ, 専門職団体の組織運営にあたる人材の固定化に対する課題認識に用いられている。さらに「地域」は地域共生社会, 地域包括ケアシステム, 地域福祉, ソーシャルアクション, 地域活動への参画の必要性の認識など, 地域とソーシャルワークに関するテーマを読み取ることができる。一方で, 研修への参加などの物理的側面で地域格差を指摘するものもある。

### 3. 専門職団体の機能に対する認識

本節は, 前節での共起ネットワークの結果を踏まえ, 本稿の関心である専門職団体の機能に関連して, 「参加」および「ソーシャルアクション」という語が他の語とどのような共起関係にあるのかを把握することを目的としたセクションである。特に④専門職団体という組織の課題に対するまなざし, ⑤業務負担と専門職団体への参加困難性, ⑥専門職団体への参加と専門職アイデンティティ, ⑦専門職団体の課題の分析から, 本研究テーマに

照らして、「参加」と「ソーシャルアクション」を中心にみてゆくこととする。Jaccard 係数は、語 A と語 B のどちらか、もしくは両方を含む「文書」のうち、A と B 両方を含む「文書」の割合を示し、0 から 1 の値を取る。Jaccard 係数はあくまで相対評価であることに注意が必要だが、0.1 以上で関連があるとされており<sup>14)</sup>、本研究では Jaccard 係数 0.1 以上かつ上位 14 語を描画した。

①「参加」の関連語検索

ここでは「参加」の関連語検索で、文章と文章の類似度を示す Jaccard 係数 0.1 以上の 14 語を抽出して共起ネットワークを描画した (図 2)。その結果、5 つのテーマに分類された。すなわち、① 専門職団体の多さによる負担、② 専門職団体の費

用とメリット、③ 参加の必要性認識とジレンマ、④ 組織運営人材の偏り、⑤ 専門職団体への評価である。一つ目の「多い」、「所属」、「年会」、「負担」という語で構成される話題は、専門職団体の数が多いなかで複数の団体に所属することへの経済的負担感や、一部のメンバーで運営されている状況や研修開催地域の偏りなどである (① 専門職団体の多さによる負担)。また、「高い」、「加入」という語は費用の高さを指摘しながらも、加入することのメリットなどに用いられている (② 専門職団体の費用とメリット)。また、「必要」、「職場」という語からは業務多忙が参加の障壁になっていることや、研修参加には職場の理解が必要であること、様々な情報を得るためにも参加は必要と認識

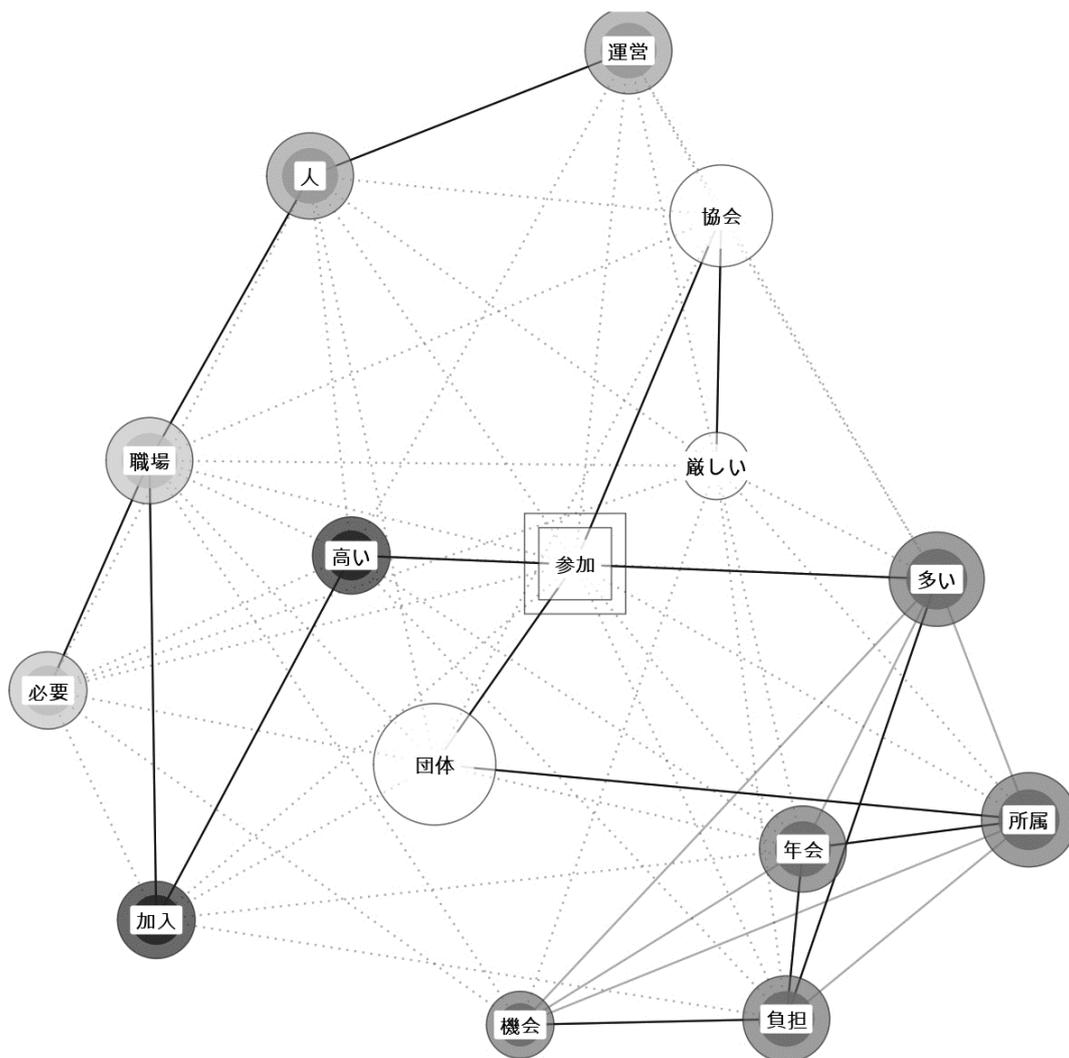


図 2 関連語検索「参加」の共起ネットワーク

していることなどを読み取れる(③参加の必要性認識とジレンマ)。続いて「人」、「運営」という語は、専門職団体の運営が一部の人で構成されることへの問題意識の一方で、運営に参画したくとも難しい自分自身の事情を示している(④組織運営人材の偏り)。「協会」、「団体」、「厳しい」は日本医療社会福祉協会をはじめとする専門職団体に対する評価に用いられている。ただし評価は、肯定的なもの否定的なものも含めている。つまり、参加することの必要性は認識しながらも費用負担や運営面への参加に対する負担感が強く表れている(⑤専門職団体への評価)。

②「ソーシャルアクション」を中心とした共起ネットワーク

ここでは「ソーシャルアクション」の関連語検

索で Jaccard 係数 0.25 以上の 14 語を抽出して共起ネットワークを描画した(図3)。「共通」、「ロス」、「ばらばら」の3語で構成される話題は、複数の専門職団体があるため、共同してソーシャルアクションを起こすことが難しい状況を示している。「自治体」、「参画」、「ケア」、「共生」、「強み」、「クローズアップ」という語は、地域共生社会の実現、地域包括ケアシステムの構築に対して、自治体や行政へ集団の力を生かした働きかけが重要であるとする認識が読み取れる。さらに「国」、「広い」、「改善」、「貢献」、「今後」という語からは、より広い範囲でのソーシャルアクションに関わることの重要性の認識と、一方でそのためには専門職としての社会的認知の向上が必要だとする認識が読み取れる。

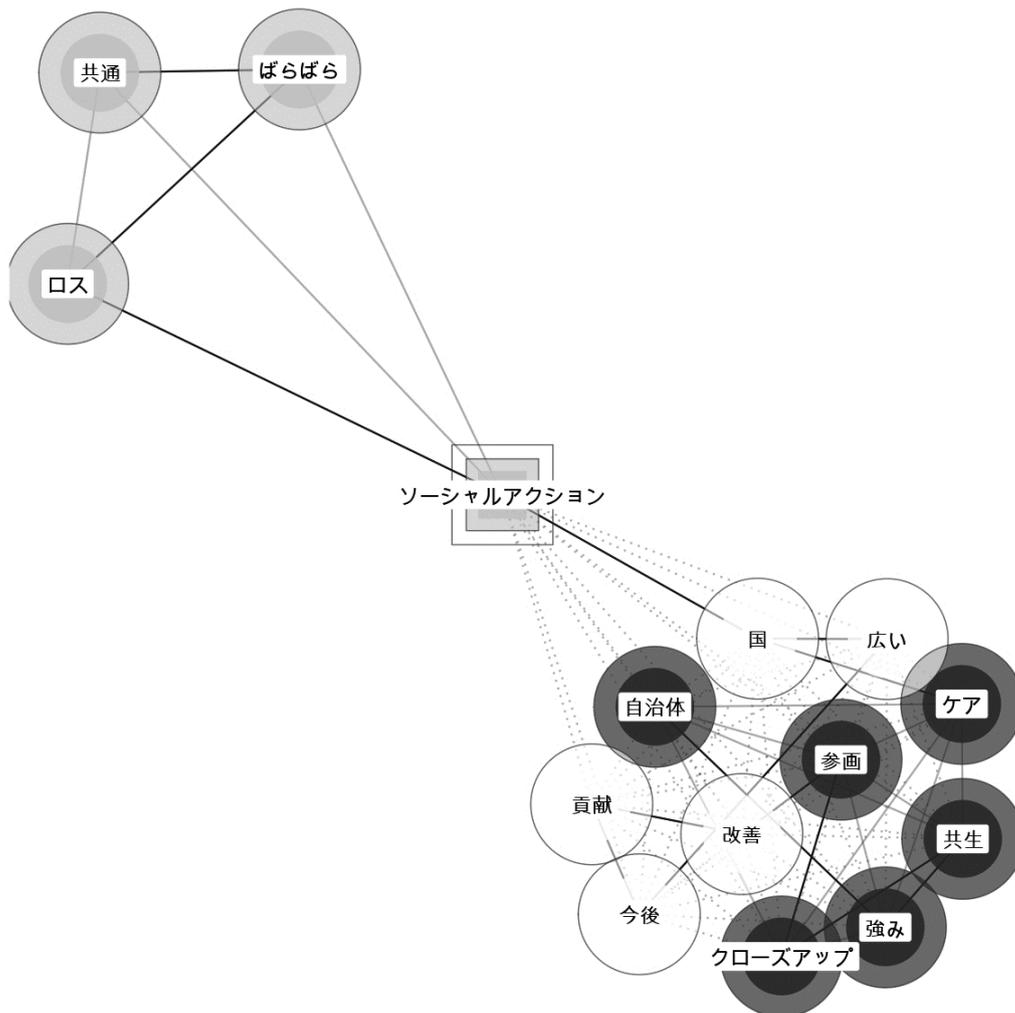


図3 関連語検索「ソーシャルアクション」の共起ネットワーク

#### IV. 考察

##### 1. MSWのとらえる専門職団体の姿

分析の結果、得られた7つのテーマのうち5つのテーマで専門職団体のあり様に関する話題が抽出された。具体的には、専門職団体へ参加することによって生じる費用負担、地域間格差、団体の中枢を担う人々に対する一般会員の距離感、閉鎖性のある組織への課題意識、マクロ的働きかけへの期待、専門職団体に参加することの意味や価値といったものを巡る課題認識である。今回の調査では回答者の属性として居住地を把握しなかったため、居住地との関係性を論じることは難しいが、都市部と地方では例えば研修参加への障壁の内容や程度は異なるだろうと予測される。費用負担や地域格差は特に地方在住者に認識されるものではないかと考えられる。また、専門職団体の中枢を担う人々への距離感は、専門職団体への参加意義や組織の閉鎖性にも関係する事柄である。冒頭に述べたように、かつて専門職論では、専門職団体とは専門職の承認、教育、専門職文化の醸成、専門職の活動にかかわる政策への働きかけへ関与する存在ととらえられてきた。この一連の議論から考えると、団体への参加に対する意義や価値を巡る課題認識や、マクロ的働きかけへの期待は、我が国のソーシャルワーク専門職団体の有する課題としてとらえることができる。つまり、専門職団体が一部の人々によってのみ運営されている（と多くの会員が認識している）状態では、専門職文化の醸成はされ難く、また集団として進む道が示されにくい。そしてそのことは、専門職の活動にかかわる政策への働きかけを難しくするのではないか。このことについて、専門職団体とソーシャルアクションの分析結果からもう少し考えてみたい。

##### 2. 専門職団体の集団的行動

専門職団体が乱立していることの弊害はこれまでも指摘されてきたことであるが<sup>15)</sup>、ソーシャルアクションを中心とした共起ネットワークの結

果からは、MSWが社会政策や地域社会に対して関心を持ち、ソーシャルアクションの重要性を認識しながらも、ソーシャルワークに関連する団体が複数存在するがために集団としてのまとまりに欠けるとも考えていることが示された。この点に関して、メゾ・マクロレベルのソーシャルワーク機能<sup>xiii</sup>を発揮するための環境要因として、専門職団体の研修や委員会などを活用しうる環境にいることの重要性が指摘されている<sup>16)</sup>。ソーシャルアクションの本質は、社会的に不利な立場にある人々の権利の回復、保障に向けて権限及び権力保持者に対して組織的活動をもって直接働きかけるところにある<sup>17)</sup>。グローバル定義に「社会変革と社会開発、社会的結束および人々のエンパワメントを促進する」専門職であると掲げられるソーシャルワーカーにとって、ソーシャルアクションは専門職としての価値と理念を具現化する重要なアプローチである。しかし一方で組織に雇用されながらソーシャルアクションに身を投じることが難しいことも指摘されており<sup>18)</sup>、医療機関に雇用されるMSWも同様のジレンマを抱えるものと考えられる。そのため、MSWにとっては雇用者から一歩離れた状態で、しかしソーシャルワーカーの本質に関わる活動を行うという点で専門職団体のもつ機能と果たす役割は重要であろう。専門職団体が、ソーシャルワーカーの集団として社会変革と社会開発に積極的に寄与する、そこにソーシャルワーカーが会員として参画し、集団として行動することが重要である。さらにMSWが主体的に参加するそれぞれの専門職団体は、グローバル定義を共有している。乱立する専門職団体がグローバル定義という同じ価値と理念を共有し、足並みをそろえ、わが国の社会福祉の発展に向けて行動してゆくことも重要な集団的行動であろう。

#### V. 結論

本稿は、日本医療社会福祉協会会員を対象としたアンケート調査の結果をもとに、ソーシャルワーク専門職の機能の考察を試みた。分析の結果、

MSWにとって専門職団体は集団としてのまとまりや開放性、社会への発信力に欠けるため団体への参加意義を感じにくく、加えて参加に対する負担感も相まっている状況を把握することができた。グローバル定義を基盤とするソーシャルワーク実践について、特にソーシャルワークのマクロ機能とソーシャルアクションに焦点を当てて検討したところ、これらを実現するには専門職団体の機能が重要であるとの認識も示された。本稿は、「専門職団体に対して日頃思っていること」という漠然とした問いに対する回答を分析したものであり、回答が散漫であった。このため、専門職団体に対して回答者が求める事柄について十分に踏み込めた分析結果とはいえない。ここに本研究の限界があるものの、専門職団体を主題とする先行研究の少ない中で、MSWのとらえる専門職団体の姿について一定程度浮き彫りにすることができたと考ええる。

グローバル定義が2014年に採択されたのち、日本では2020年に改訂された「ソーシャルワーカーの倫理綱領」、2021年改訂の「社会福祉士の行動規範」にも反映されている。一方で、MSW自身がグローバル定義をどのように認識し、実践の中にどのように展開しているのか、その実態は明らかではない。日本社会福祉士会による会員対象の悉皆調査では、社会福祉士は人権や社会正義について議論する経験に乏しく、グローバル定義を読んだことのある者は4割程度にとどまっており<sup>19)</sup>、現任のMSW自身にグローバル定義が浸透していないことが類推される。このように、MSWにグローバル定義の浸透が進まない背景には、やはりソーシャルワーク専門職団体が社会的に機能していないことが関係していると思われる。質の高い専門的援助を社会に提供するという点において、会員のみならず社会に対してソーシャルワーク専門職の社会的意義を明示することと、MSW個々人の質の高い実践は車の両輪であろうと考える。また、専門職団体のマクロ・レベルの実践への関与、ソーシャルアクションへの関わりを効果的に示すことが、MSWのマクロ・レベルへの実践関与の向上

につながるのではないかと考えられ、今後、専門職団体の活動とマクロ・レベルのソーシャルワーク実践の関係性について、研究を進めてゆくことが求められる。

#### 謝辞

量的調査にご協力をいただいた日本医療社会福祉協会会員の皆様に心よりお礼申し上げます。

#### 付記

本稿は佛教大学大学院社会福祉学研究科2020年度博士学位論文「ソーシャルワーカーの継続学習に関する研究—保健医療分野のソーシャルワーカーを対象とした調査をもとに—」の一部を加筆修正したものである。

#### 注

<sup>i</sup>2000年策定の「ソーシャルワークの定義」は、2014年7月に国際ソーシャルワーカー連盟(IFSW)および国際ソーシャルワーク学校連盟(IASSW)の総会・合同会議において改訂され本定義が新たに採択された。日本では日本社会福祉教育学校連盟・社会福祉専門職団体協議会の共同日本語訳が示されている。

<sup>ii</sup>ここでの「機能」の概念はマートンの視点を援用している。マートンは、機能は因果関係のあり方の一つであり、機能は特定の全体との対応関係にあるとした。従って、全体の範囲の取り方によって機能は変わることから、顕在的機能、潜在的機能という概念を生み出した。

<sup>iii</sup>日本医療社会福祉協会は2021年に日本医療ソーシャルワーカー協会へ名称変更を行っている。本稿では調査を実施した2019年時点での名称を用いる。

<sup>iv</sup>認定社会福祉士とは、社会福祉士有資格者であって、「所属組織を中心にした分野における福祉課題に対し、倫理綱領に基づき高度な専門知識と熟練した技術を用いて個別支援、他職種連携及び地域福祉の増進を行うことができる能力を有することを認められた者」として認定社会福祉士認証・

認定機構に認定された者のことである。

<sup>v</sup> 認定医療ソーシャルワーカーは、「社会福祉士及び介護福祉士法の定める相談援助を行う者であって、保健医療分野における社会福祉実践に関する専門知識と技術を有し、科学的根拠に基づいた業務の遂行、及びスーパービジョンを行うことができる能力を有することを認められた者」として日本医療ソーシャルワーカー協会に認定された者のことである。

<sup>vi</sup> 調査説明書を郵送したのちにURLの誤記載が発覚した。従って、回収率に一定の影響を及ぼしている可能性は否定できない。

<sup>vii</sup> 医療ソーシャルワーカーは退院支援や患者サポートに関する診療報酬の算定基準に社会福祉士と記載されていることから、社会福祉士有資格者の採用が趨勢を占めている。日本医療ソーシャルワーカー協会（2020年に日本医療社会福祉協会から名称変更）ホームページによると、2021年3月1日現在で会員の90%以上が社会福祉士有資格者である。

日本医療ソーシャルワーカー協会. 医療ソーシャルワーカーの資格 資格・認定制度. [https://www.jaswhs.or.jp/about/sw\\_shikaku.php](https://www.jaswhs.or.jp/about/sw_shikaku.php) (2022年5月15日最終アクセス)。

<sup>viii</sup> 表1に挙げる頻出語は、共起ネットワークを描く前の段階のもので、テキストデータ全体の傾向である。そのため表には一般動詞も含まれている。

<sup>ix</sup> KH Coder 開発者の樋口氏は、テキストマイニングに対しては、①恣意的となりうる手作業を排除し、データの要約を行う段階と、②コーディングルールなどによって仮説的、あるいは問題意識をもってデータ分析を行う段階という2つの異なる視点からのアプローチを提唱している。さらに、この2つのアプローチに対して適宜元データに立ち返り、文脈上の判断を行うこととしている。

樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析—内容分析の継承と発展を目指して—第2版. 京都・ナカニシヤ出版. 2020:17-29.

<sup>x</sup> School Social Workerの略称. 教育現場でのソー

シャルワーク実践を行う者を指す。

<sup>xi</sup> Registered Social Workerの略称. 社会福祉施設等でのソーシャルワーク実践を行う者を指す。

<sup>xii</sup> Psychiatric Social Workerの略称. 精神保健福祉領域におけるソーシャルワーク実践を行う者を指す。

<sup>xiii</sup> ソーシャルワーク実践は、その対象とするクライアントによって、個人や家族に関わるミクロ・レベル、集団に関わるものをマクロ・レベル、地域や政策等に関わるものをマクロ・レベルとしている。

## 参考文献

- 1) 日本ソーシャルワーカー協会 (2017年11月13日掲載). ソーシャルワーク専門職のグローバル定義. [http://www.jasw.jp/news/pdf/2017/20171113\\_global-defi.pdf](http://www.jasw.jp/news/pdf/2017/20171113_global-defi.pdf) (2021年9月13日最終アクセス)。
- 2) 加藤博史. 福祉哲学—一人権・生活世界・非暴力の統合思想—. 京都: 晃洋書房. 2008: 219 - 229.
- 3) 村上武敏. 『医療と福祉』誌にみる1990年代以降のMSWの対象認識. 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要. 2020: 18: 1 - 21.
- 4) 村上武敏. 前掲.
- 5) Greenwood, E. Attributes of a Profession. Social Work. 1957; 2 (3): 45 - 55.
- 6) Wilensky, H. L. The Professionalization of Everyone?. The American Journal of Sociology. 1964; 70 (2): 137 - 158.
- 7) 橋本鉦市編, 橋本鉦市. 専門職養成の日本的構造. 東京: 玉川大学出版部. 2002: 11 - 24.
- 8) 日本社会福祉士会. ソーシャルワーク専門職である社会福祉士のソーシャルワーク機能の実態把握と課題分析に関する調査研究事業 報告書. [https://www.jacsw.or.jp/citizens/josei/documents/2018/sw\\_jigyohokoku.pdf](https://www.jacsw.or.jp/citizens/josei/documents/2018/sw_jigyohokoku.pdf) (2019年10月10日最終アクセス)。

- 9) 藤井美和・小杉考司・李政元. 福祉・心理・看護のテキストマイニング入門. 東京: 中央法規. 2005: 23 - 26.
- 10) 牛澤賢二. やってみようテキストマイニング 自由回答アンケートの分析に挑戦!. 東京: 朝倉書店. 2018.
- 11) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析 内容分析の継承と発展を目指して. 京都: ナカニシヤ出版. 2014.
- 12) 末吉美喜. テキストマイニング入門 Excel と KH Coder でわかるデータ分析. 東京: オーム社. 2019.
- 13) 日本社会福祉士会. 社会を動かすマクロソーシャルワークの理論と実践 - 新しい一歩を踏み出すために -. 2022: 2 - 4.
- 14) 宮下徹・下村尚登・白坂剛・ほか. ロータリースイッチ操作時の感触とオノマトペ表現の関連性. 日本感性工学会論文誌. 2022
- 15) 秋山智久. 社会福祉専門職の研究. 京都: ミネルヴァ書房. 2007: 269 - 275.
- 16) 日本社会福祉士会. 前掲8). 65 - 70.
- 17) 高良麻子. 日本におけるソーシャルアクションの実践モデル—「制度からの排除」への対処—. 東京: 中央法規. 2017: 179 - 192.
- 18) 高良麻子. 日本におけるソーシャルアクションの実践モデル—「制度からの排除」への対処—. 東京: 中央法規. 2017: 179 - 192.
- 19) 日本社会福祉士会. 前掲8). 26 - 30.  
(受付 2022.1.17: 受理 2023.1.6)

# Social Work Practice based on Social Justice and the Function of Professional Associations —Surveys of Social Workers in the Field of Health Care—

Miho Takemori<sup>1)</sup>

---

## Abstract

**Background/Objective:** “The Global Definition of the Social Work Profession” lists social justice, human rights, collective responsibility, and respect for diversity as core values of social workers. However, the practices of social workers in the field of health care have become increasingly focused on efficient and effective discharge assistance as required by policy, which in turn makes it increasingly difficult for them to understand clients and recognize social structural problems. Therefore, the present study aimed to examine the function of professional associations as a key factor in enabling practice based on the core values of social work.

**Methods:** Text mining was conducted on responses to an open-ended question item “What are your thoughts regarding professional organizations?” in a quantitative survey targeting members of the Japanese Association of Social Workers in Health Services.

**Results:** The results of the analysis indicated that while the respondents felt that participation in professional associations was costly and time-consuming, they also recognized the necessity of belonging to an association. The results also highlighted the need for social action against the government as a function of professional associations.

**Conclusion:** For social workers in the field of health care to engage in practices that embody social justice, reinforcing the macro-level social work carried out by professional associations is needed.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 129 – 142】

**Key words:** medical social worker, social justice, professional association

---

1) Department of Social Work, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University

原著論文

## Ⅲ 度熱中症患者における「ゴミ屋敷」居住者と非居住者の熱中症重症化指標の比較：後ろ向きコホート研究

鈴木恵輔<sup>1)</sup>, 加藤晶人<sup>1)</sup>, 中村元保<sup>1)</sup>, 井上 元<sup>1)</sup>,  
柿 佑樹<sup>1)</sup>, 八木正晴<sup>1)</sup>, 土肥謙二<sup>1)</sup>

### 抄録

背景・目的：近年、熱中症は世界的な問題となり、本邦においては特に居室内発症の熱中症の増加が懸念されている。我々は居室内発症の熱中症の中でも「ゴミ屋敷」から搬送された患者が重症化すると仮説を立て検討を行った。

方法：2018年1月1日～2021年12月31日に昭和大学病院救命救急センターに搬送された居室内発症の熱中症患者を対象に後ろ向きコホート研究を行った。曝露群である「ゴミ屋敷」群と非曝露群である「非ゴミ屋敷」群に分けて、各群の基本情報（年齢、性別、医療保険の詳細、家族構成、精神疾患の有無）を調査し、重症化指標として APACHE II score、入院日数、生存率、人工呼吸器装着率、血液浄化療法施行率、自宅退院率をそれぞれ検討した。

結果：解析対象は 23 名であり、うち 6 名が「ゴミ屋敷」群、17 名が「非ゴミ屋敷群」であった。基本情報に関しては各群で有意差を認めなかった。重症化指標では「ゴミ屋敷」群で入院日数が有意に延長していたが、APACHE II score や入院中の人工呼吸器装着率などに有意差はみられなかった。

考察：「ゴミ屋敷」群で入院日数が延長したのは、社会面の調整に時間がかかり転院や退院をスムーズに行えなかったことが原因と考えられた。社会面と医学的な面のどちらにおいても、ゴミ屋敷居住者の生活環境を是正することが必要と考えられた。

【社会医学研究 2023；40（2）：143－149】

キーワード：温暖化、不衛生な居住環境、ゴミ屋敷、入院日数、セーフティーネット

### I. 緒言

地球温暖化進行とともに、熱中症は本邦だけではなく世界中で大きな問題となっている<sup>1)</sup>。特に

世界でも類を見ない超高齢社会の日本においては、居室内発症の非労作性熱中症の頻度が高いとされ、熱中症の対策が極めて重要である<sup>2)</sup>。その中で、最重症であるⅢ度熱中症は入院期間が長期化し、一定の確率で後遺症を残し、最悪の場合には死に至る。

近年、マスメディアなどでしばしば不衛生な住宅環境、いわゆる「ゴミ屋敷」が大きな話題となっている。このような環境の居住者の多くで経済的あるいは社会的な問題が背景に存在している。熱

1) 昭和大学 医学部 救急・災害医学講座  
連絡先：鈴木恵輔  
住所：〒142-8666 東京都品川区旗の台 1-5-8 昭和大学病院  
昭和大学病院 救命救急科  
Tel：03-3784-8000  
Fax：03-3784-8358  
E-mail：[k.s.07202251@gmail.com](mailto:k.s.07202251@gmail.com)

中症の予防において高温環境の予防や気象などを含めた情報の共有などが重要であるが、そのような居住環境ではこうした予防や共有が不十分になる可能性がある。Rosenthalらによる海外の報告でも劣悪な居住環境は熱中症の死亡率と有意な正の相関を持つと報告している<sup>3)</sup>。日本においても「ゴミ屋敷」に居住する人は熱中症の発症や重症化の予防をすることが難しい可能性がある。そこで我々は居室内発症の熱中症の中でも「ゴミ屋敷」から搬送された患者が重症化すると仮説を立てた。本研究の目的は、当院に搬送されたⅢ度熱中症患者のデータを後方視的に分析し「ゴミ屋敷」が重症化のリスク因子となるのかを明らかにすることである。

## II. 方法

研究デザインは後ろ向きコホート研究である。対象者は2018年1月1日から2021年12月31日までに居室内から昭和大学病院救命救急センターに搬送されⅢ度熱中症の診断がついた23人とした。Ⅲ度熱中症の診断基準は日本救急医学会熱中症委員会ワーキンググループにより定義されたGlasgow coma scale (GCS)  $\leq 14$ , 血清クレアチニン値  $\geq 1.2\text{mg/dL}$ , 血清総ビリルビン値  $\geq 1.2\text{mg/dL}$ , 日本救急医学会急性期DIC score (DIC score)  $\geq 4$  のいずれか一つを満たすものとした<sup>4)</sup>。

今回、救急隊の救助活動において「堆積物が多く、土足での救助活動を行った」事例を「ゴミ屋敷」症例と定義し、曝露群として「ゴミ屋敷」群と非曝露群として「非ゴミ屋敷」群に分類した。まず初めに「ゴミ屋敷」群と「非ゴミ屋敷」群における各群の基本情報（年齢、性別、医療保険の詳細、家族構成、精神疾患の有無）をカルテからピックアップした。医療保険の詳細、家族構成、精神疾患の有無については、それぞれ下記の通り定義した。

・医療保険：社会保険、国民健康保険の加入者を保険あり、生活保護受給者を保険なしと区分した。

・家族構成：家庭内に同居人の家族がいた場合を同居ありとした。

・精神疾患：入院前に精神科受診歴のあった症例を精神疾患ありとした。

次に重症化指標として、APACHE II score<sup>5)</sup>、入院日数、生存者、人工呼吸器装着者、血液浄化療法施行者、自宅退院者の6項目をカルテからピックアップした。APACHE II scoreとは血液検査結果やVital signなどから算出する、ICU入室患者における病態の重症度を客観的に評価する値である。この数字により病院到着時点における重症度の比較が可能となる。最高点は71点で最低が0点、点数が高い方が重症である。

統計ソフトはMicrosoft<sup>®</sup> Excel 統計を使用した。間隔尺度のデータは、平均値 $\pm$ 標準偏差で示し、2群間の比較にはF検定により等分散性の有無を確認したのち、スチューデントのt検定を用いた。名義尺度のデータに関してはフィッシャーの直接確率計算法を用いて2群間比較を行った。いずれの統計処理においても有意水準5%とした。

本研究は、昭和大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会の承認（承認番号：22-066-B）を得て実施した。対象者には文書と口頭にて同意を取得し、個人情報には匿名化して個人が特定されないよう配慮した。

## III. 結果

### 1. 基本情報の2群比較

「ゴミ屋敷」群が6人、「非ゴミ屋敷」群が17人であった。当院に搬送された居室内発症のⅢ度熱中症患者23人のうち「ゴミ屋敷」群の割合は26.1%であった。対象者の基本情報を2群で比較した結果を表1に示す。

#### (1) 年齢

全体の年齢は $75.7 \pm 11.6$ 歳であった。

「ゴミ屋敷」群では $67.7 \pm 10.4$ 歳、「非ゴミ屋敷」群では $78.5 \pm 10.7$ 歳であった。2群間に統計学的有意差は認めなかった( $p=0.052$ )。

表1 基本情報の2群比較

	両群計 (n=23)	居室内発症のⅢ度熱中症		p値
		「ゴミ屋敷」群 (n=6)	「非ゴミ屋敷」群 (n=17)	
年齢〔平均値±標準偏差, 歳〕	75.7±11.6	67.7±10.4	78.5±10.7	0.052
男性〔n (%)〕	15 (65.2)	5 (83.3)	10 (58.8)	0.288
医療保険あり〔n (%)〕	16 (69.6)	4 (66.7)	12 (70.6)	0.761
同居あり〔n (%)〕	10 (43.5)	4 (66.7)	6 (35.3)	0.197
精神疾患あり〔n (%)〕	4 (17.4)	2 (33.3)	2 (11.8)	0.270

統計的手法：スチューデントのt検定, フィッシャーの直接確率計算法

(2) 性別

全体の性別人数は、男性が15人、女性が8人であった。

「ゴミ屋敷」群では、男性5人、女性1人、「非ゴミ屋敷」群では、男性10人、女性7人であった。2群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.288$ )。

(3) 医療保険の詳細

全体の医療保険の有無は、ありが16人、なしが7人であった。

「ゴミ屋敷」群では、ありが4人、なしが2人、「非ゴミ屋敷」群では、ありが12人、なしが5人であった。2群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.761$ )。

(4) 家族構成

全体の同居人の有無は、ありが10人、なしが13人であった。

「ゴミ屋敷」群では、あり4人（配偶者と同居が1人、兄弟と同居が2人、子と同居が1人）、なし2人、「非ゴミ屋敷」群では、あり6人（配偶者と同居が5人、配偶者及び子と同居が1人、子と同居が1人）、なし11人であった。2群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.197$ )。

(5) 精神疾患

全体の精神疾患の有無は、ありが4人、なしが19人であった。

「ゴミ屋敷」群では、あり2人（いずれもアルコール

依存症）、なし4人、「非ゴミ屋敷」群では、あり2人（認知症1人、統合失調症1人）、なし15人であった。2群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.270$ )。

2. 重症化指標の2群比較

対象者の重症化指標を2群で比較した結果を表2に示す。

(1) APACHE II score

全体のAPACHE II scoreは $25.3 \pm 10.8$ であった。

「ゴミ屋敷」群では、 $26.2 \pm 9.1$ 、「非ゴミ屋敷」群では、 $25.0 \pm 11.3$ であった。2群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.830$ )。

(2) 入院日数

全体の入院日数は $8.2 \pm 6.8$ 日であった。

「ゴミ屋敷」群では、 $13.0 \pm 8.7$ 日、「非ゴミ屋敷」群では、 $6.5 \pm 4.9$ 日であった。2群を比較すると「ゴミ屋敷」群の方が入院日数は有意に長かった ( $p=0.044$ )。

(3) 生存者の数(率)

全体の生存者は22人、死亡者は1人（生存率95.7%）であった。

「ゴミ屋敷」群では、生存者6人、死亡者0人（生存率100%）、「非ゴミ屋敷」群では、生存者16人、死亡者1人（生存率94.1%）であった。2群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.739$ )。

表 2 重症化指標の 2 群比較

	両群計 (n=23)	居室内発症のⅢ度熱中症		p 値
		「ゴミ屋敷」群 (n=6)	「非ゴミ屋敷」群 (n=17)	
APACHE II score (平均値±標準偏差)	25.3±10.8	26.2±9.1	25.0±11.3	0.830
入院日数 (平均値±標準偏差, 日)	8.2±6.8	13.0±8.7	6.5±4.9	0.044
生存者 (n (%))	22 (95.7)	6 (100.0)	16 (94.1)	0.739
人工呼吸器装着者 (n (%))	4 (17.4)	1 (16.7)	3 (17.6)	0.730
血液浄化療法施行者 (n (%))	1 (4.3)	0 (0.0)	1 (5.9)	0.739
自宅退院者 (n (%))	5 (21.7)	1 (16.7)	4 (23.5)	0.581

統計的手法：スチューデントのt検定, フィッシャーの直接確率計算法

(4) 人工呼吸器装着者の数 (率)

全体の人工呼吸器装着者は 4 人, 非装着者は 19 人 (装着率 17.4%) であった。

「ゴミ屋敷」群では, 装着者 1 人, 非装着者 5 人 (装着率 16.7%), 「非ゴミ屋敷」群では, 装着者 3 人, 非装着者 14 人 (装着率 17.6%) であった。2 群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.730$ )。

(5) 血液浄化療法施行者の数 (率)

全体の血液浄化療法施行者は 1 人, 非施行者は 22 人 (施行率 4.3%) であった。

「ゴミ屋敷」群では, 施行者 0 人, 非施行者 6 人, (施行率 0%), 「非ゴミ屋敷」群では, 施行者 1 人, 非施行者 16 人 (施行率 5.9%) であった。2 群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.739$ )。

(6) 自宅退院者の数 (率)

全体の自宅退院者は 5 人, 転院者は 17 人, 死亡者は 1 人 (自宅退院率 21.7%) であった。「ゴミ屋敷」群では, 自宅退院者 1 人, 転院者 5 人 (自宅退院率 16.7%), 「非ゴミ屋敷」群では, 自宅退院者 4 人, 転院者 12 人, 死亡者 1 人 (自宅退院率 23.5%) であった。2 群間に統計学的有意差は認めなかった ( $p=0.581$ )。

IV. 考察

今回の検討では「ゴミ屋敷」群と「非ゴミ屋敷」群の間で, 入院日数に有意差を認めた。一方, 年齢や性別をはじめとした患者背景や, APACHE II score などの入院日数以外の重症化指標については有意差を認めなかった。

日本における熱中症の特徴として, 熱中症ガイドライン 2015 ではスポーツおよび労働による労作性熱中症は減少傾向にあることとは対照的に, 温暖化および高齢化, 核家族化といった社会背景から高齢者の日常生活における非労作性熱中症は増加傾向にあるとしている<sup>2)</sup>。Hifumi らは熱中症に対する血管内冷却療法, 抗凝固療法, 血液浄化療法などの治療に関しては未だ前向き比較研究が少なく, 有効な治療法がないことから予防の重要性を述べている<sup>9)</sup>。そこで我々は熱中症で非常に重要な居住環境に注目した。

基本情報に注目すると, 年齢に関しては「ゴミ屋敷」群のほうがやや若かったが, 統計的には有意差を認めなかった。本研究ではサンプルサイズが小さく, 検出力不足であった可能性も考えられる。近年, 日本では孤立死や孤独死に繋がる高齢者のセルフネグレクトが問題となっているが, 不

衛生な家屋に居住している高齢者は他のセルフネグレクト類型と比較してADLが自立している割合が高く、比較的若年であることが報告されている<sup>7)</sup>。つまり、ある程度の活動力がないと屋内にゴミを貯められないといった可能性がある。年齢要因は重症化などのリスクと関連している可能性があり今後の検討が必要である。性別、医療保険の有無、家族構成、精神疾患の有無に関しては、いずれも「ゴミ屋敷」群と「非ゴミ屋敷」群の間で差は認められなかった。ただ、本研究では、持ち家を有し同居の家族がいて金銭的に困窮していても生活保護受給の対象外となっている「ゴミ屋敷」群の症例が存在した。サービス受給拒否や家族からのネグレクトで行政サービスを受けていない症例もあった。行政のサービス受給を拒否し、社会のセーフティーネットから漏れている人がいることも問題である。また、DSM-5改訂によりためこみ症という新しい疾病概念が登場しており<sup>8)</sup>、「ゴミ屋敷」に至る過程にはこうした精神疾患が潜在している可能性がある。今後社会的背景に注目したさらなる調査が必要と考える。

重症化指標に関して、「ゴミ屋敷」群の方が有意に入院日数は延長した。しかし、搬送時の重症度を示す総合的に表すAPACHE II scoreで有意差を認めず、入院中の生存率や人工呼吸器装着率、血液浄化療法施行率、自宅退院率にも有意差がなかった。これは、真に病態が重症化し入院が長期化したとは言えず、社会面の調整に時間がかかり転院や退院をスムーズに行えなかったことが原因であった可能性が考えられた。病態が重症化するだけでなく予後に影響が無かったとしても、救命救急センターのベッドを長期間占有することは、昨今のコロナ禍におけるベッド逼迫問題にも影響を与える極めて重大な問題である。

現時点で日本における「ゴミ屋敷」の全数把握は出来ていない。国勢調査などから現在の65歳以上の高齢者の数は3602万7千人、全国でセルフネグレクト状態にあると考えられる高齢者の数は10785人と推計されている<sup>9,10)</sup>。また地域包括支援センターによるセルフネグレクト事例の調査で

セルフネグレクトの71.2%が不衛生な家屋に居住しているとの結果があることから<sup>7)</sup>、高齢者の中で「ゴミ屋敷」に住む割合は全高齢者の0.021%と推測される。しかしこの数字はあくまで把握出来ている範囲の数字であり、実際にはもっと多くの「ゴミ屋敷」が存在する可能性が考えられる。今回26.1%という高い割合が「ゴミ屋敷」からの搬送であったことの理由を明らかにすることも今後の検討課題である。そして、今後さらなる症例の蓄積をしていくためには「ゴミ屋敷」と呼ばれる不衛生な居住環境の定義を明確にする必要がある。救急の現場で「ゴミ屋敷」かどうかの判断を救急隊に求めるのは困難であり、なるべく簡便な判断方法が望ましい。そこで当院では救急隊の救助活動において「堆積物が多く、土足での救助活動を行った」症例を「ゴミ屋敷」群と定義した。熱中症ガイドライン2015において、エアコンの有無や精神疾患を有する症例、独居であることなどは重症化の危険因子と記されているが<sup>2)</sup>、「ゴミ屋敷」など劣悪な居住環境についてはあまり言及されていない。日本における大規模調査であるHeatstroke STUDYにおいても屋内発症かどうかに関しては調査しているが、屋内環境に関してはエアコンの有無程度にとどまっている<sup>11)</sup>。本研究結果より、今後の大規模調査においては、「ゴミ屋敷」といった劣悪な住居環境の有無も項目に取り入れられることを提案したい。

Limitationとして本検討は単一施設での報告であり、当院の所在する東京都品川区やその周辺地域から搬送されてきた症例がほとんどであり、地域の特性により「ゴミ屋敷」症例が偏っていた可能性がある。また、本検討は探索的目的の単施設研究であったためにサンプルサイズが小さく、今後この問題の詳細を明らかにしていくためには多施設共同での調査が必要である。

## V. 結語

本研究により、「ゴミ屋敷」はⅢ度熱中症における入院日数を有意に延長させることが明らかに

なった。しかしこれは真に病態が重症化したのではなく、社会面の調整が原因であった可能性が考えられた。「ゴミ屋敷」は近隣住民とのトラブル等で社会問題になっているが、医学的観点から見ても居住環境の是正が必要である。問題解決のためには行政機関と救急医療が協力し、入院期間を長期化させる「ゴミ屋敷」を減らすことが大切である。

### 利益相反

本稿のすべての著者には規定されたCOIはない。

### 文献

- 1) Horton RM, Mankin JS, Lesk C, et al: A Review of Recent Advances in Research on Extreme Heat Events. *Curr Clim Change Rep* 2016;2:242-59.
  - 2) 横田裕行, 三宅康史, 北原孝雄, 他: 熱中症ガイドライン 2015. 東京: 日本救急医学会. 2015;p7-9.
  - 3) Rosenthal JK, Kinney PL, Metzger KB: Intra-urban vulnerability to heat-related mortality in New York City, 1997-2006, *Health Place* 2014;30:45-60.
  - 4) Hifumi T, Komdo Y, Shimizu K, et al: Prognostic significance of disseminated intravascular coagulation in patients with heat stroke in a nationwide registry. *J Critical Care* 2018;44:306-11.
  - 5) Kanus WA, Draper EA, Wagner DP, et al: APACHE II: a severity of disease classification system, *Crit Care Med* 1985;13:818-29.
  - 6) Hifumi T, Komdo Y, Shimizu K, et al: Heat stroke, *J Intensive Care* 2018;6:1-8.
  - 7) 斉藤雅茂, 岸恵美子, 野村祥平: 高齢者のセルフ・ネグレクト事例の類型化と孤立死との関連 - 地域包括支援センターへの全国調査の二次分析 - : 厚生 の 指 標. 2016;63:1-7.
  - 8) 向井馨一郎, 松永寿人: ためこみ症: 臨床精神医学. 2016;45:187-92.
  - 9) 内閣府: セルフネグレクト状態にある高齢者に関する調査; 幸福度の視点から, 平成22年度内閣府経済社会総合研究所委託事業. 2012;18-19. [https://www.esri.cao.go.jp/jp/esri/prj/hou/hou060/hou60\\_03a.pdf](https://www.esri.cao.go.jp/jp/esri/prj/hou/hou060/hou60_03a.pdf) (2022年3月22日アクセス)
  - 10) 総務省統計局: 令和2年国勢調査; 人口等集計結果. 2021;19-20. [https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline\\_01.pdf](https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline_01.pdf) (2022年3月22日アクセス)
  - 11) 日本救急医学会熱中症に関する委員会: 本邦における熱中症の現状—Heatstroke STUDY2010 最終報告—. *日救急医学会誌*. 2014;25:846-62.
- (受付 2022.7.20 : 受理 2023.5.19)

# Comparison of heat stroke severity indices between Living in a “gomiyashiki” (rubbish-hoarder’s residence) and “non-gomiyashiki” in patients with III degree heat stroke: a retrospective cohort study

Keisuke Suzuki<sup>1)</sup>, Akihito Kato<sup>1)</sup>, Motoyasu Nakamura<sup>1)</sup>, Gen Inoue<sup>1)</sup>,  
Yuki Kaki<sup>1)</sup>, Masaharu Yagi<sup>1)</sup>, Kenji Dohi<sup>1)</sup>

---

## Abstract

Background/Objective: Heatstroke has become a global problem in recent years, and the increased incidence of non-exertional heatstroke in Japan is a concern. We hypothesized that among patients with heatstroke occurring at home, those living in a “gomiyashiki” (rubbish-hoarder’s residence) would be more severely affected.

Methods: This retrospective cohort study, included patients with indoor-onset heatstroke transported to the Showa University Hospital Emergency Center between January 1, 2018 to December 31, 2021. They were divided into a gomiyashiki and a non-gomiyashiki group. We extracted data on the patients’ background characteristics (age, sex, area and type of residence, health insurance, family structure, and presence of mental illness), APACHE II score (illness severity), length of hospital stay, treatment (ventilator and blood purification therapy use), and outcome (survival and home discharge) as indices of illness severity.

Results: A total of 23 patients were included in the analysis, of whom 6 were in the gomiyashiki group and 17 were in the non-gomiyashiki group. There were no significant differences in patient background characteristics between the two groups. In terms of the indices of illness severity, the gomiyashiki group had significantly longer hospital stays, but the APACHE II score and ventilator use during hospitalization did not differ significantly between the gomiyashiki and non-gomiyashiki groups.

Discussion: The longer hospital stay in the gomiyashiki group may have been due to gomiyashiki residents taking longer to adjust to the social aspects of the hospital environment, which prevented smooth transfer and discharge. From a health as well as social perspective, it is important to correct the living environment of gomiyashiki residents.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 143 – 149】

**Key words:** Global warming, Unsanitary living environment, Gomiyashiki, Length of hospital stay, Social safety net

---

1) Department of Emergency Disaster and Critical Care Medicine, Showa University School of Medicine, Tokyo, Japan

原著論文

# 看護小規模多機能型居宅介護で働く看護師に求められる コンピテンシーの内容妥当性の検討

撫養真紀子<sup>1)</sup>, 渡邊里香<sup>1)</sup>, 小野博史<sup>1)</sup>, 中西永子<sup>1)</sup>, 芳賀邦子<sup>2)</sup>, 粟村健司<sup>1)</sup>,  
新居 学<sup>3)</sup>, 真鍋雅史<sup>4)</sup>, 河野孝典<sup>1)</sup>, 坂下玲子<sup>1)</sup>

## 抄録

背景・目的：本研究では、先行研究において抽出された看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）で働く看護師に求められるコンピテンシーの内容と、実際に看多機で働く看護師の優れた看護実践から、コンピテンシーの内容妥当性を検討することを目的とした。

方法：看護師や施設管理者11名を対象にフォーカスグループインタビューを2回実施し、コンピテンシー評価指標（大項目・小項目）案の内容妥当性を検討した。

結果：その人の希望に沿いながら「生きる」ための支援を重視するという意見から【看取りを支える】は【最期まで「生きる」を支える】に修正された。また【その人を支えるチームをつくる】は、平時から地域資源を活用する必要性の指摘を受けて【その人を地域で支えるチームをつくる】に修正された。家族の介護負担を軽減する支援の重要性から【家族を支える】が新たに追加された。変更のなかった【その人の生活の中で歩み寄り続ける】【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】【命をまもる】【その人の居場所をつくる】と合わせ、大項目は8つとなった。小項目の妥当性についても検討と修正した結果、37項目から48項目となった。

考察：フォーカスグループインタビューでは利用者だけでなく家族支援が望まれていた。本調査を経て、看多機で働く看護師のコンピテンシーが精錬され、内容妥当性は確保された。

【社会医学研究 2023；40（2）：150－165】

キーワード：看護小規模多機能型居宅介護、コンピテンシー、看護師、内容妥当性、地域包括ケアシステム

## I. 緒言

わが国の人口構成の高齢化は急速に進展してお

り、2060年には約2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる見込みである<sup>1)</sup>。高齢化に加えて疾病構造も変化し複数の慢性疾患を抱えながら地域で生活する人が増加しており、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしの継続支援が求められている<sup>2)</sup>。しかし最期を迎えたい場所について、自宅と回答する人が半数を超える一方で、認知機能や疼痛の有無など身体状況によっては、医療機関・介護施設という回答が増加していた<sup>3)</sup>。また同じ自宅での介護

1) 兵庫県立大学看護学部

2) 東京情報大学看護学部

3) 兵庫県立大学大学院工学研究科

4) 嘉悦大学経営経済学部

連絡先：撫養真紀子（むやまきこ）

住所：〒673-8588 兵庫県明石市北王子13-71

兵庫県立大学看護学部

E-mail：makiko\_muya@cnas.u-hyogo.ac.jp

の希望であっても、「自宅で家族中心に介護を受けたい」「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて受けたい」「家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」などと回答は分散し性別によっても傾向が異なる<sup>2)</sup>ことから、在宅療養支援のためには個別的で柔軟な対応が求められているといえる。

人々が在宅療養を継続できるようなシステムとして、看護と介護を一体的に提供するサービスである看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）がある<sup>4)</sup>。看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）は、29名以下の利用者を対象に「通い」を中心に「宿泊」「訪問介護」「訪問看護」を組み合わせ合わせたサービスであり制度上、看護職が主体となって、医療依存度の高い人々に対応した複合的なサービスを提供し、利用者や家族の状態に即応し柔軟に対応することができる仕組みであると考えられる<sup>4)</sup>。看多機での取り組みとして、厚生労働省は退院直後の在宅復帰支援、がん末期の在宅生活への援助と看取り、医療ニーズの高い認知症へのケア、清潔保持・食事の管理などの多様な支援が提供されていることを紹介しており<sup>4)</sup>、看護師には多様なサービス提供や多職種との協働が求められている<sup>5)</sup>。

看多機がその特性を活かし看護師の専門性を発揮できる場となり質の高い看護が展開されれば、その人や家族は看多機の役割である最期まで住み慣れた自宅や地域で暮らしていることを実現することができ、在宅療養の質の向上につながると考えられる。しかし、2012年の制度創設以降、十分な年数が経過していない中で、具体的に看多機で働く看護師にはどのような能力が必要かについては明確にされておらず、看多機における看護実践の評価や人材育成の指標が明確ではない。

米国の心理学者 McClelland<sup>6)</sup>は、卓越した成果を生むために、人間の深層部分にあり仕事を成功に導き、かつ現実に行動として確認できる能力としてコンピテンシーという概念を提唱し、コンピテンシーを「専門的判断を含む知識、技術、価値観及び態度、そしてそれらを統合する能力からな

る潜在的なコンピテンスを前提として、実際の行為として意図的にケアに表現される行動特性」と定義した。この定義に基づき、先行研究<sup>7)</sup>において、【その人の生活の中で歩み寄り続ける】【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】【命をまもる】【看取りを支える】【その人の居場所をつくる】【その人を支えるチームをつくる】の7カテゴリーとこれらを構成する37サブカテゴリーを抽出し、看多機で働く看護師の行動特性の原案を作成した。しかし、看多機でのより質の高い看護を展開できるように行動特性を評価する行動指標を明確にしていくためには、これらの内容の妥当性や適切性を確認し精練させていく必要がある。よって、本研究は、看多機で働く看護師及び管理者を対象としたフォーカスグループインタビューの手法を用いて、先行研究で抽出された看多機で働く看護師の行動特性についての内容妥当性を検討することを目的とする。

## II. 研究目的

本研究では、先行研究によって示された行動特性と実際に看多機で働く看護師の優れた看護実践から、その内容を精練させ、看多機で働く看護師の行動特性の内容妥当性を検討することを目的とした。

## III. 研究方法

### 1. 対象と選定方法

対象施設は2018年から2019年に実施したインタビュー調査<sup>7)</sup>に参加した24施設のうち、優れた看護を実践していた7施設とした。優れた看護を実践している施設を選定するにあたり、厚生労働省<sup>8)</sup>が「介護事業所・生活関連情報検索」で公表している事業所の運営状況7項目5段階評価の項目の平均が4以上の施設を基準とした。

対象は、看護ケアに責任を持つ施設管理者及び看多機のケアに熟達していると施設長が判断し研

究協力を承諾した看護師とした。施設管理者は、看多機サービスを理解し、利用者からのフィードバックを受け査定する立場であることから対象者とした。看多機のケアに熟達している看護師とは、利用者と家族の生活の質の向上や、利用者と家族に提供するケアの質の向上といった成果を生む行動を実践している<sup>7)</sup> こととした。看多機は歴史が浅く、高い業績を上げている者の選出基準は明確でないため、看多機での活動や先駆的な取り組みを書籍等で発表している看護師（施設管理者を含む）にも参加を依頼した。

## 2. データ収集方法

本研究では、先行研究で抽出したカテゴリーを大項目、サブカテゴリーを小項目として、大項目 7 個、小項目 37 個で構成されたコンピテンシー評価指標案を作成した。大項目の定義は先行研究<sup>7)</sup> の定義を用いた（表 1）。対象者には事前に「看多機で働く看護師に求められるコンピテンシー評価指標案（大項目 7 個・小項目 37 個）」を郵送し、指標項目の内容妥当性や適切性について同意ができるか否かについて、主観的な視点で回答を依頼

した。その回答を基に、フォーカスグループインタビューでは、大項目及び小項目の内容妥当性や表現の適切性について検討し、同意ができないと回答した項目についてはその理由を求めた。フォーカスグループインタビュー法を選択した理由<sup>9)</sup> は、研究協力者相互のダイナミクスを利用して、効率的に情報を入手できることや、参加者はグループのほかの人が言ったことに反応するため、豊かで深い意見が表出される可能性があるためである。今回は先行研究<sup>7)</sup> と同じポピュレーション（優れた看護を実践している施設：厚生労働省「介護事業所・生活関連情報検索」で公表している事業所の運営状況 7 項目 5 段階評価の項目の平均が 4 以上の施設）に対象を絞り、相互のディスカッションを通して行動特性として示された表現の意味内容の理解を深め、臨床における看護実践との整合性を高めていくことを目的とした。その専門家パネルは、構成概念が複雑な場合は人数が多い方が望ましいが、最低限 3 名の専門家で構成されることも容認している<sup>10)</sup>。そのため、フォーカスグループインタビューは、看護師、介護福祉士など資格に偏りが生じないように 1 回の参加者を 5～6 名

表 1 看多機で働く看護師のコンピテンシー評価指標の大項目の定義

大項目	定義
I 【その人の生活の中で歩み寄りを続ける】	家族の一員のように接近し、これまでの生活の場の中からその人を捉え続ける行動
II 【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】	その人や家族の状況を関係者で共有しながら、強みを引き出し、その人なりの自立に向けた方法を生活の中に取り入れていくという行動
III 【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】	その人の個別性や想いを尊重し、状況変化に臨機応変に対応してケアを工夫、創造するという行動
IV 【命をまもる】	医療ニーズに対応しながら、その人らしく生きることを守るという行動
V 【看取りを支える】	家族や重要他者の看取り力をアセスメントし、その人が納得できる看取りの場を整えるという行動
VII 【その人の居場所をつくる】	その人が、気兼ねなく安心して過ごせる場を整えるという行動
VIII 【その人を支えるチームをつくる】	その人らしく生きていくことを支えるために、家族とともに、多職種は職域を超えて役割を補完しながら、社会資源との連携をはかるという行動

とし、2回実施した（1グループあたり90分）。第1回目の調査では、事前に依頼した回答結果について意見を求めた。第2回目の調査では、第1回目の調査で得られた意見や修正した項目に関する説明を加えながら、事前に依頼した回答結果についての意見を得た。インタビュー内容は、許可を得てフィールドノートに記述するとともにICレコーダーに録音した。

調査期間は2019年11月～2020年1月であった。

### 3. 分析方法

録音したインタビュー内容を逐語録に書き起こし、発言内容（記録、録音内容）から看多機で働く看護師に求められるコンピテンシーの指標に関わる内容を読み取り抽出した。得られたデータから、大項目と操作的定義の関連性及び適切性、コンピテンシーを評価するための指標として大項目及び小項目の内容の妥当性、表現の適切性、削除及び新たに追加・修正・統合すべき項目について検討した。分析は、研究者全員が参加する会議を複数回設定し、コンピテンシー評価指標案の表現と実務家の経験との整合性を視点として、大項目ごとに生データを確認しながら小項目、大項目の名称の妥当性を検討した。また、整合性が低い項目については、どのように表現を修正すれば整合するかという視点で実務家の意見を分析した。最終的に在宅看護の経験がある研究者1名及び尺度開発研究の実績のある研究者2名に参加を依頼し、内容妥当性の確保に努めた。

### 4. 倫理的配慮

本研究は兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認（承認番号：2019F11）を得て実施した。

看多機の施設管理者へ書面及び電話にて研究依頼を行い、看護師の内諾を得た上で紹介していただいた。協力者の選定にあたっての管理者からの強制力を排除するように配慮した上、対象者に文書と口頭で研究の目的と方法、人権の尊重、プライバシーの保護と匿名性の確保、結果公表の予定

等を説明し書面による同意を得て研究を実施した。

## IV. 結果

### 1. 研究協力者の概要

協力者は、7施設で働く看護師6名、施設管理者5名であった（表2）。看護師6名のうちの2名は訪問看護認定看護師、認定看護管理者の資格を有していた。看護師以外の施設管理者の所持する資格はケアマネージャー、介護福祉士、経営コンサルタントであった。

### 2. 項目の妥当性

フォーカスグループインタビューでは、事前に提示した表3の大項目（7個）と小項目（37個）について同意ができない、または検討が必要であると回答した項目を中心に検討した。以下、大項目は【 】,小項目は< >,エキスパートから得られたデータは「 」で示した。

#### 1) 【その人の生活の中で歩み寄り続ける】

この大項目は、家族の一員のように接近し、これまでの生活の場の中からその人を捉え続ける行動を示していた。内容妥当性に関する意見として、<時間をかけじっくり関わり続ける>は、「終末期に数日集中して関わるケースもあるが、時間の長さは必ずしも関係しないのではないか」「看多機では、一人一人じっくり向き合って関わるという意図があるため、その人の持つ時間のなかで、じっくり関わり続けることが必要である」との意見があり（第2回目調査）、<時間をかけ>の文言を削除し<じっくり関わり続ける>とした。

<家族の一員になるぐらいの近い距離を保つ>では、「家族を『本人が何でも言えて信頼できる人』という定義にすれば、腑に落ちるが、そういった家族ばかりではない現実がある、例えば、家族に気を遣う関係であったり、家族には知ってほしくないこともある方であったり、家族より宗教を信頼していたりする方等、現場では少なくない」（第1回調査）や「常に家族と同じ立場（立ち位置）に立ってケアしているように読み取れてしまう」（第2回

表 2 フォーカスグループインタビュー協力者の属性

	性別	資格	職位	看多機開設年	
1 回目	A	男性	主任ケアマネージャー 介護福祉士	施設管理者	2016
	B	女性	看護師 ケアマネージャー	施設管理者	2018
	C	女性	看護師 訪問看護認定看護師	施設管理者	2016
	D	女性	主任ケアマネージャー	代表取締役	2013
	E	女性	介護福祉士	経営部長	2013
	F	女性	看護師	看護管理者	2013
2 回目	G	男性	看護師 認定看護管理者 保健学修士	看多機職員	
	H	女性	看護師	看護管理者	2015
	I	女性	看護師 ケアマネージャー	看護管理者	2015
	J	男性	経営コンサルタント	代表取締役	2015
	K	女性	ケアマネージャー 介護福祉士	取締役	2015

調査)の意見があった。第1回調査及び第2回調査の意見を踏まえて、<家族の一員になるぐらいの近い距離を保つ>では、臨機応変に利用者との関わりを調整しながら、時にはかなり近い距離まで近づくことができる技術を表現することが重要であるということが明確になった。そして、家族という言葉を用いずに親しい関係性を表現するための代替案として、非常に近い関係性、信頼関係を築くことを強調する必要があることから<率直な気持ちを伝えあえる関係性を築く>と修正した。

2)【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】

この大項目は、その人や家族の状況を関係者で共有しながら、強みを引き出し、その人なりの自立に向けた方法を生活の中に取り入れていくという行動を示していた。<その人の状況をわかりやすく伝え、共有する>は、「曖昧な表現で修正が必要である」という意見があり(第2回調査)、具体的な修正の方向性として「誰に伝えるのかわからず、主語を明確にすることが必要である」ことが

示され(第2回調査)、<その人の状況をその人自身や家族にわかりやすく伝え、共有する>とした。また、<その人がうまくできる方法を生活に取り入れる>では、「その人が上手くできる方法の意味が分からない」との意見があり(第2回調査)、<うまく>を削除し、<その人ができる方法を生活に取り入れる>と修正した。

3)【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】

この大項目は、その人の個別性や想いを尊重し、状況変化に臨機応変に対応してケアを工夫、創造するという行動を示していた。<その人の生活を重視する>について、「生活環境の調整は重要な実践と位置付けてきたため、違和感はない」や「看多機は、自宅での生活を支える機能なので、生活をサポートする機能を発揮するという意味で納得できる表現である」といった合意できるという意見があった(第1回調査)。一方、「看多機はもう一つの家ではあるが、『共同生活の場』でもあるため、それぞれの人の家を再現することはできない」などの意見があった(第1回調査)。研究者で討議

表 3 看多機で働く看護師に求められるコンピテンシー評価指標案 (大項目及び小項目) の洗練過程  
 (\* 専門家から意見が得られた大項目及び小項目に丸印を記載)

大項目	小項目	フォーカスグループインタビュー調査結果*		検討結果	追加・修正された大項目・小項目
		第 1 回	第 2 回		
I 【その人の生活の中で歩み寄り続ける】	1 生活歴の中でのその人とらえる				
	2 場により違う姿をみせるその人に気づく				
	3 時間をかけじっくり関わり続ける		○	修正	じっくり関わり続ける
	4 家族の一員になるぐらいの近い距離を保つ	○	○	修正	率直な気持ちを伝えあえる関係性を築く
	5 その人や家族の望みを確認し続ける				
II 【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】	1 その人の状況をわかりやすく伝え、共有する		○	修正	その人の状況をその人自身や家族にわかりやすく伝え、共有する
	2 その人がうまくできる方法を生活に取り入れる		○	修正	その人ができる方法を生活に取り入れる
	3 その人の力が高まるように自己管理できることを調整する				
	4 その人の機能を維持回復するよう支援する				
III 【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】	1 その人の個性を重視する				
	2 その人の生活を重視する				
	3 その人のケアニーズを把握する				
	4 その人の経済状況に応じてケアを工夫する				
	5 その人・家族の思い(希望)を叶える	○		修正なし	
	6 その人の思いだけを尊重するのではなく時間をかけて双方が納得する着地点を探す				
	7 変化に迅速に対応し、サービスを調整する				
IV 【命をまもる】	1 誤嚥リスクがあり食べられないその人が望む経口摂取の可能性を探る	○	○	削除	
	2 安全を見極めながら口から食べるのを支援する				
	3 症状コントロールが難しいその人のケアができる				
	4 医療依存度の高いその人を看護する				
	5 感染を予防する				
	6 介護職員が対応できない緊急時の対応をする				
V 【看取りを支える】	1 家族の看取り力をアセスメントしながら看取りの場を整える		○	修正	最期まで「生きる」を支える
	2 家族の意思決定を支援する		○	修正	家族の能力をアセスメントしながら看取りの場を整える
	3 その人が家族と過ごせる場を調整する	○		修正	その人の意思決定の過程を支援する
	4 苦痛を緩和する				
	5 ターミナル期にあるその人や家族の望みを叶える				
	6 その人・家族に無理のない終焉へ導く				
VII 【その人の居場所をつくる】	1 その人が安心できる環境を整える				
	2 家と変わらない生活リズムをつくる	○		修正 新規 新規	その人が望む生活習慣をつくる その人を脅かさずに空間を共にする 自宅で快適に過ごせるように施設での過ごし方を相談する
				新規	その人の役割を見出し支援する
				修正	その人を地域で支えるチームをつくる
VIII 【その人を支えるチームをつくる】	1 家族を支える		○	修正	家族と多職種をつなげる
	2 看護職間の連携を図る		○	修正	施設内の看護職や介護職と協働する
	3 介護職と協働する		○	統合	
	4 医師との連携を図る	○		統合	医師・看護職及び多職種との連携を図る
	5 多職種との連携を図る	○			
	6 社会資源との連携を広げる		○	修正	地域の資源を活用する
	7 チームで目標を共有し学び合う				
VI 【家族を支える】				新規	その人や家族の強みをチームに活かす
				新規	異なる施設の看護職間との連携を図る
				新規	ケアマネジャーとの連携を図る
				新規	平時より地域で顔をつないでおく
				新規	状況に合わせてチームを再編する
				新規	
	1 家族の介護力を高める		○	新規・修正	家族の介護力を引き出す
	2 家族の介護負担を減らす		○	新規・修正	家族による介護を持続可能にする
	3 家族の介護力をアセスメントする			新規	
	4 展望を家族に伝え、目標をすり合わせる			新規	
5 看取り後の家族が日常を取り戻せるよう支援する		○	新規・修正	看取り後の喪失感が大きくならないように支援する	

した結果, 第1回調査より生活環境を調整することは重要な看護実践であると位置付けていることや, 望む生活の実現というよりも生活重視の視点を持つということを意図していることから, <その人の生活を重視する>は妥当であり, 修正の必要はないとした.

#### 4) 【命をまもる】

この大項目は, 医療ニーズに対応しながら, その人らしく生きることをまもるという行動を示していた. <誤嚥リスクがあり食べられないその人が望む経口摂取の可能性を探る>では, 「経口摂取を本人が望むかどうか, 強制的に食べさせている危険な表現にならないことが重要である」や『『経口摂取を積極的に進める=命をまもらない』となるような単純な表現にならないように文言を工夫する必要がある』との意見があった(第2回調査). また, 『『誤嚥リスク』とは, どのようなことを意味しているのかが読み取りにくい』『『命をまもることを優先するのであれば, 看多機ではなく, 病院に入院した方がよい』』というような認識につながる可能性があるため, 看多機のケアの特徴が説明できる表現にした方がよい』との意見もあった(第2回調査). 「経口摂取については<安全を見極めながら口から食べるのを支援する>に含まれるので, 統合した方がよい」(第1回調査)という意見があった. これらの意見を踏まえ<誤嚥リスクがあり食べられないその人が経口摂取の可能性を探る>は削除した.

#### 5) 【看取りを支える】

この大項目は, 家族や重要他者の看取り力をアセスメントし, その人が納得できる看取りの場を整えるという行動を示していた. 【看取りを支える】について, エキスパートからは, 「周囲の看取る力に焦点を当てているが, 現場ではその人の『最後まで生きる力』『死にゆく力』を育て支援することが重要である」ということが語られた(第2回調査). これらを踏まえ, 『その人が生きることを支援する』要素が表現されるように【最期まで「生きる」を支える】と修正した. <家族の看取り力をアセスメントしながら看取りの場を整える>で

は, 『『看取り力』の表現が理解しにくい』との意見(第2回調査)から, <家族の能力をアセスメントしながら看取りの場を整える>と修正した. <家族の意思決定を支援する>では, 「家族よりも本人の意思決定を支えている」や「独居や身寄りのない方が増加していることから, 『本人』の意思決定の過程に関わる必要がある」との意見があった(第1回調査). そのため<その人の意思決定の過程を支援する>に修正した. また, エキスパートからはその人と最期まで一緒に過ごすことの重要性が語られ, <その人の最期まで共に居続ける>を新たに追加した(第2回調査).

#### 6) 【家族を支える】

第1回調査では, エキスパートから, 看取りを行っていく際に, 「残された家族が一步踏み出せるような関わり」や, 「家族が満足したと思えるようなサポートを心がけている」など, 家族へのケアが重要であるという意見があった. また, 「家族背景は多様化しており支援の難しさを実感しており, より個別性のある対応が求められている」との意見もあった. さらに, 「日本看護協会の訪問看護の定義でも『対象及びその家族』』となっており, 対象とは別に家族を捉えていくことが重要である」ことから, 家族に関する内容は【看取りを支える】とは別の大項目として取り上げることとした. エキスパートの意見では, 「家族への関わりでは, 介護負担の軽減, 介護力の評価と支援等を実施することが重要である」(第2回調査)とされた. また考慮する視点として, 「家族の介護力や心身の介護負担のみでなく, 今後の展望や目標を含むことが必要である」という意見も出された. エキスパートの提案を基に, 家族支援に関する大項目は【家族を支える】とし, その人が望む生活を支えるために, 家族が自身の生活を維持しながら, 持てる力を活かせるように支援する, と定義の上, 小項目5個を追加することとした. その内容は, 介護負担に関して<家族の介護力を高める><家族の介護負担を減らす>, 介護力を評価するために<家族の介護力をアセスメントする>, そして<展望を家族に伝え, 目標をすり合わせる>, 家

族自身の生活スタイルや行事を継続することとして「看取り後の家族が日常を取り戻せるよう支援する」が追加された。

第2回調査で【家族を支える】については、残された家族への心身の健康をまもること、グリーフケアの重要性が挙げられ『看取り後の喪失感が大きくなるような支援』が取り上げられた。そのため、小項目「看取り後の家族が日常を取り戻せるよう支援する」は「看取り後の喪失感が大きくなるように支援する」と修正した。「家族の介護力を高める」について「病院ではできなくても、在宅や施設など場所が変わるとできなくなることもある」「日頃の実践を振り返りながら家族ができることを支援している」という意見があった。また「介護力を『高める』よりも『引き出す』という表現がふさわしい」との意見から、「家族の介護力を引き出す」に修正した。さらに、「家族の介護力を高める」「家族の介護負担を減らす」は、独立した小項目になっているが、「継続的に関わり、繰り返しの指導やその効果などをみながら両方のバランスを取り家族に働きかけている」という意見もあったことを踏まえ、それを表現できる小項目として、「家族による介護を持続可能にする」と修正した。最終的に、【家族を支える】は小項目5個で構成された。

#### 7) 【その人の居場所をつくる】

この大項目は、その人が、気兼ねなく安心して過ごせる場を整えるという行動を示していた。「家と変わらない生活リズムをつくる」について、「家と変わらないという表現に違和感がある」という意見があった（第1回調査）。また看多機での過ごし方について「ひとつの施設のフロアでも生活リズムを大切にしながら過ごす方もいれば、家ではできないようなリハビリに取り組んでいる人も」と、多様であることが示されたことから、「その人が望む生活習慣をつくる」に修正した（第1回調査）。

【その人の居場所をつくる】について、第1回調査でエキスパートからは、「静かに本が読める、将棋に集中できるなど、その人が何を求めて来られ

ているか読み取り、個別に演出する」ことの重要性や、「自宅で安楽に過ごすために看多機では点滴など医療処置を中心に組み込んでいる人、普段家では寝ていて、看多機では座ることを目標に過ごす人」など個別的な対応の語りがあったことから、「自宅で快適に過ごせるように施設での過ごし方を相談する」を追加した。また、「居心地のよさだけを求めず、自我も出し合って、利用者さん同士の関係も尊重しながら、社会的接点を持つ場として、見守りながら配慮したり調整したりしている」や、「居場所の確保という意図で、食器を拭く等役割を果たしてもらっていることもある」といったことが語られた。その内容を表現する小項目として、「その人の役割を見出し支援する」を追加した。さらに、地域や社会で暮らしていく中で、「『なるべく変化が生まれないように』『脅威を感じさせないように』居場所を捉える必要がある」との意見から内容を討議の上、「その人を脅かさずに空間を共にする」を追加した。

#### 8) 【その人を支えるチームをつくる】

この大項目は、その人らしく生きていくことを支えるために、家族とともに、多職種は職域を超えて役割を補完しながら、社会資源との連携をはかるという行動を示していた。看多機の役割は最期まで住み慣れた自宅や地域で暮らし続けることを実現することであり、それを表現するように【その人を地域で支えるチームをつくる】と修正した（第1,2回調査）。家族はチームの一員であると考え「家族を支える」としているが、「家族がチームの一員として貢献できるような関わりがわかる」ことを意図し「家族と多職種をつなげる」と修正した（第2回調査）。また、「家族だけでなく、チームでの本人の位置づけがあいまいである」という意見を踏まえ（第2回調査）、チームに本人の強みを活かしていく意図を表現し「その人や家族の強みをチームに活かす」を追加した。第1回調査では、エキスパートの「多職種は、チームの一員として対等であることが前提にある」という意見から、小項目「医師との連携を図る」>多職種との連携を図る」を統合し、「医師・看護職及

び多職種との連携を図る>とした。また、「チームの大きさと時間軸を踏まえたチーム作りの要素が必要である」との意見（第1回調査）から、チームの大きさでは施設内だけでなく他施設の看護職との連携の要素が必要であるため、それがわかるような表現として<異なる施設の看護職間との連携を図る>を追加した。第2回調査では、「職種の中で、介護職、医師だけが小項目として挙がっているが、ケアマネージャーも同様に重要な職種と考える」という意見があった。「看多機においては、ケアマネージャーとの連携や調整は必要不可欠であることから、多職種に含めず独立した小項目として取り上げた方がよい」という意見（第2回調査）から、<ケアマネージャーとの連携を図る>を追加した。また、「施設内の職員は一つのチームとしてとらえた方がよい」という意見もあったことから<看護職間の連携を図る><介護職と協働する>は統合し、<施設内の看護職や介護職と協働する>に修正した。チームのあり方については、「有事に備えて常時顔をつなぐなど、ネットワークをつくることが重要である」ことから、<平時より地域で顔をつないでおく>を追加した。また、「チームではその人が置かれている状況を踏まえて対応する職種を変化させる」ことが必要であり、<状況に合わせてチームを再編する>を追加した。<社会資源との連携を広げる>は、地域にある行政や民生委員などが対象となるため、そのことが表現されるように研究者で討議しく地域の資源を活用する>と修正した。

### 3. 看多機で働く看護師のコンピテンシーについてエキスパートによる評価指標の決定

1回目・2回目のフォーカスグループインタビューを受けて、【看取りを支える】は【最期まで「生きる」を支える】に、【その人を支えるチームをつくる】は【その人を地域で支えるチームをつくる】に修正した。また、看取りの時だけでなく、家族への支援が重要であることが指摘され、【家族を支える】を追加した。最終的な看多機で働く看護師に求められるコンピテンシー評価指標は、【その人

の生活の中で歩み寄り続ける】【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】【命をまもる】【最期まで「生きる」を支える】【家族を支える】【その人の居場所をつくる】【その人を地域で支えるチームをつくる】の8個となった。小項目では1個を削除、4個を2個ずつに統合して2個となり、14個を新たに追加し、計48項目となった。そのうち、新規で追加した項目含め12個の表現を修正した（表4）。在宅看護および尺度開発研究の専門家3名に、上記の修正された項目は、内容的に妥当であることを確認した。

## V. 考察

### 1. エキスパートにおける内容妥当性の検討

優れた成果につながったエキスパートの実践を明確にすることがコンピテンシーを検討するときには重要である。しかし、2012年の制度創設以降、看多機は全市町村の13%しか存在していない中で<sup>11)</sup>、何が優れた成果か明らかにされていない。D. F. ポーリットら<sup>10)</sup>は、内容妥当性を評価し証明するためには、その領域の専門家パネルを利用することが一般的になっていると述べている。多数の対象者を募ることに限界がある看多機において、エキスパートパネルによる内容妥当性の検討は適した方法であると考えられた。厚生労働省は「介護事業所・生活関連情報検索」で事業所の運営状況7項目について、5段階評価を公表しており<sup>8)</sup>本対象者は、各項目の平均が4以上の施設に所属する管理者および看護師より回答を得た。また、よいケアを実践しているエキスパート、看多機の内容に熟知しているエキスパート、在宅看護及び尺度開発研究の専門家より回答を得たことは、専門家の基準<sup>12)</sup>を満たしており、表面的な検討にとどまらず、内容の適切性及び代表性を多面的に検討することができたと考えた。以上のことから、本研究の対象者はコンピテンシーの内容を吟味する上での十分な知識と経験を有したエキスパートとして適切であった。

表4 看多機で働く看護師に求められるコンピテンシー評価指標（大項目及び小項目）修正版

大項目	小項目
I 【その人の生活の中で歩み寄り続ける】	1 生活歴の中でのその人ととらえる 2 場により違う姿をみせるその人に気づく 3 じっくり関わり続ける 4 率直な気持ちを伝えあえる関係性を築く 5 その人や家族の望みを確認し続ける
II 【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】	1 その人ができる方法を生活に取り入れる 2 その人の力が高まるように自己管理できることを調整する 3 その人の状況をその人自身や家族にわかりやすく伝え、共有する 4 その人の機能を維持回復するよう支援する
III 【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】	1 その人の個性性を重視する 2 その人の生活を重視する 3 その人・家族の思い（希望）を叶える 4 その人の思いだけを尊重するのではなく時間をかけて双方が納得する着地点を探す 5 変化に迅速に対応し、サービスを調整する 6 その人のケアニーズを把握する 7 その人の経済状況に応じてケアを工夫する
IV 【命をまもる】	1 医療依存度の高いその人を看護する 2 症状コントロールが難しいその人のケアができる 3 感染を予防する 4 介護職員が対応できない緊急時の対応をする 5 安全を見極めながら口から食べるのを支援する
V 【最期まで「生きる」を支える】	1 その人の意思決定の過程を支援する 2 家族の能力をアセスメントしながら看取りの場を整える 3 ターミナル期にあるその人や家族の望みを叶える 4 その人が家族と過ごせる場を調整する 5 その人・家族に無理のない終焉へ導く 6 その人の最期まで共に居続ける 7 苦痛を緩和する
VI 【家族を支える】	1 展望を家族に伝え、目標をすり合わせる 2 家族の介護力をアセスメントする 3 家族の介護力を引き出す 4 家族による介護を持続可能にする 5 看取り後の喪失感が大きくならないように支援する
VII 【その人の居場所をつくる】	1 その人が安心できる環境を整える 2 その人が望む生活習慣をつくる 3 その人を脅かさずに空間を共にする 4 自宅で快適に過ごせるように施設での過ごし方を相談する 5 その人の役割を見出し支援する
VIII 【その人を地域で支えるチームをつくる】	1 家族と多職種をつなげる 2 その人や家族の強みをチームに活かす 3 施設内の看護職や介護職と協働する 4 ケアマネージャーとの連携を図る 5 医師・看護職及び多職種との連携を図る 6 地域の資源を活用する 7 チームで目標を共有し学び合う 8 異なる施設の看護職間との連携を図る 9 平時より地域で顔をつないでおく 10 状況に合わせてチームを再編する

内容妥当性の検討として、専門家が最初に独自に評価を行い、次にグループ審査を行う。その特定化されたものは修正された後、最終的に専門家独自の審査を行う方法を薦めている<sup>12)</sup>。専門家には個々の項目が構成概念という点において関連し、適切であるか、そして項目が構成概念のすべての次元を妥当に測定しているかを検討してもらう<sup>12)</sup>。先行研究と同様に、本研究でも最初に対象者が個々に評価を行い、それからグループで討議し、概念の定義と個々の項目が適切であるか、新たな視点はないかをエキスパートに確認した。フォーカスグループインタビューを2回実施した後に、さらにエキスパートとともに内容を検討した。このプロセスを経ることによって、内容妥当性は確保できたと考える。

## 2. 看多機における看護師のコンピテンシーの特徴

エキスパートによる検討により、新たに見出された【家族を支える】や、名称を変更した【最期まで「生きる」を支える】【その人を地域で支えるチームをつくる】について考察する。

### 1) 【家族を支える】

エキスパートによる検討の中で、新たに見出された【家族を支える】では、その人が望む生活を支えるために、家族が自身の生活を維持しながら、持てる力を活かせるように支援する行動であった。鎌田ら<sup>13)</sup>は高齢者施設で働く看護師のコンピテンシーとして【家族の心情を理解して支える】を抽出した。また、ベナーは患者だけでなく家族はケアの基本単位であり、ケアリングを受ける人として位置付けている<sup>14)</sup>。さらに、国際看護師協会<sup>15)</sup>は、家族がばらばらにならないように、家族のつながりを強化して機能を拡大させることが看護師の役割であると述べている。したがって、家族を支援する内容が大項目として抽出されたことは妥当であると考えられた。

看多機の利用者の要介護度は、要介護2が最も多い<sup>4)</sup>、<sup>16)</sup>ことから、基本的には自宅で療養生活を送りながら身の回りのことなど部分的なケアを必要としている。これに対して【家族を支える】では、〈家族の介護力をアセスメントする〉、〈家

族の介護力を引き出す〉、〈家族による介護を持続可能にする〉ことを見出され、その人の介護必要度に対応していく能力を家族に身につけてもらうことが看多機で働く看護師の重要なコンピテンシーであることが明らかとなった。これらの項目は、介護老人保健施設で働く看護職の看護実践能力を測定する尺度<sup>17)</sup>の因子【家族へのアプローチを基盤とした多様な在宅復帰支援】の内容と共通する点が見られた。看護師は介護者である家族を支えることで、その人が安全で安楽な生活が送れるよう支援しており、高齢者を介護する施設ならではの行動特性のひとつであると考えられた。また、専門的な家族ケアの技能を持つクリティカルケア看護師は、①家族が患者と一緒にいられることを保証すること、②家族に情報や援助を提供すること、③家族がケアに参加できるようにすること、を実践していた<sup>14)</sup>。本研究でも、介護に家族が参加できるようにすることや、家族に情報及び展望を伝えケアの目標を共有することを行っており、家族へのケアリングの要素が含まれていることが示唆された。ケアが病院から地域にシフトする中で、看多機に従事する看護師には、医療依存度の高い人や退院直後で状態が不安定な人の【命をまもる】ことや、【最期まで「生きる」を支える】など、医療処置を含めた多様なサービスが24時間、365日提供されている中で、クリティカルケア看護師と共通する専門的な家族ケアを実践している現状がうかがえた。

【家族を支える】の1項目と、【最期まで「生きる」を支える】には、生活の場である看多機における、その人や家族を含む看取りに関するケアの内容が見出されていた。大村ら<sup>18)</sup>は特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力尺度を開発し、笹谷ら<sup>19)</sup>は特別養護老人ホームにおける看護実践能力として、入居者や家族とともに意思確認の方法やケアの工夫に取り組むことを行うなど望む看取りを支援する力が重要であることを明らかにしている。これらは本研究の内容と整合性が見られた。これらは生活の場である施設において、入居者や家族が穏やかな最期を迎えられるための看取

りケアへ対応する能力が重要であることを示しているといえる。また、92.7%の事業所が看取りを実践しており<sup>20)</sup>、看多機での看取りは今後も増加することが予測されることから非常に重要なコンピテンシーであると言える。

## 2) 【最期まで「生きる」を支える】

先行研究<sup>7)</sup>では、家族とともに満足できる看取りの場を看多機という生活の場で整える行動として、【看取りを支える】というコンピテンシーが見出された。しかし、エキスパートからは、その人の「最後まで生きる力」「死にゆく力」を育て支援することを大切にしていることが示された。近年、高齢化の急激な進展で、改めて人生の終末をどう過ごすかが議論され、高齢者が最期まで自分らしく生きるための準備等に関心が高まっている<sup>21)</sup>。また、長江<sup>22)</sup>は医療機関のほか、自宅、特別養護老人施設での看取り等、地域における患者や家族の生活に合わせた終末期ケア体制を確立していくために、エンド・オブ・ライフケアの考え方が重要であることを報告している。エンド・オブ・ライフケアとは、「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつか来る死について考える人が、生が終わるときまで最善の生を生きることができるよう支援すること」<sup>22)</sup>であると定義し、質の高いエンド・オブ・ライフケアを実践する構成要素として、疼痛・症状マネジメント、意思決定支援、治療の選択、家族ケア、人間尊重、人生のQOLを焦点化することなどが示されている<sup>22)</sup>。【最期まで「生きる」を支える】は、質の高いエンド・オブ・ライフケア実践の構成要素を含んでおり、看取りの場でその人の意思決定の過程を支援し、その人が最善であることを大切にされたケアであることから、エンド・オブ・ライフケアの考え方を意識したコンピテンシーであることが考えられた。

## 3) 【その人を支えるチームをつくる】

【その人を支えるチームをつくる】では、その人らしく生きていくことを支えるために、家族とと

もに、多職種は職域を超えて役割を補完しながら、社会資源との連携をはかるという行動を示していた。エキスパートからは看多機の特性は住み慣れた地域で自分らしく暮らしていく支援であるため、地域で支えていることがわかる内容がよいなどの意見から【その人を地域で支えるチームをつくる】へと変更した。

看多機の連携の特徴としては、利用者の主な紹介ルートが病院とケアマネジャーが多く、地域の専門職に理解されるような関わりが重要であるといわれている<sup>23)</sup>。また、看多機の利用者は循環器疾患、代謝系、呼吸器系などの内科的疾患を複数合併しており<sup>24)</sup>、その医学的管理のために地域の診療所や薬局と連携していることが推察された。したがって、看多機では介護職、医師、ケアマネジャー、理学療法士など多様な職種が社会資源を活用し、その人をチームで支援することが重要であり、【その人を地域で支えるチームをつくる】に変更されたことは妥当であると考えられた。また、【その人を地域で支えるチームをつくる】のもう1つの特徴は、＜ケアマネジャーとの連携を図る＞ことが追加された。看多機のケアマネジャーには介護保険制度をはじめ、社会資源を紹介し提供することが求められている。福田<sup>25)</sup>は、看多機の専門職にケアマネジャーを位置づけ、「把握と調整で生活を支える」役割があることを報告している。看多機でケアマネジャーの力は欠かせないため、見出された項目は妥当であると判断できる。

また、春田<sup>26)</sup>は多職種連携コンピテンシーの中心に「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」を位置づけており、細田<sup>27)</sup>は病院内だけでなく地域、限られた時間だけでなく24時間365日、医療だけでなく福祉・介護と「チーム医療」の広がりを指摘している。本研究で追加となった＜状況に合わせてチームを編成する＞はその人や家族の状況を理解し、個別的で応用的な関わりであり、「チーム医療」の広がりを具体化した表現であると考えられた。

### 3. 全人的ケアの提供について

追加項目として、看取りでは、〈その人の最期まで共に居続ける〉ことや、その人の居場所をつくる時には〈その人を脅かさずに空間を共にする〉ことを実践していた。これらは、日本の看護における「全人的ケア」の概念分析の研究<sup>28)</sup>で見出された、属性の【寄り添う】【存在の脅かしをやわらげる・癒す】と類似していた。看多機の看護師にはその人のそばに居続け、脅かさず心理的に安全な環境を整えて、全人的ケアを提供していることが新たに見出された。さらに、全人的ケアは【家族の成長】と【存在の脅かしからの解放】【人間らしさやその人らしさを回復】し、医療者の成長につながっていた<sup>28)</sup>。このことから、毎日の暮らしのなかで、その人を脅かさず、寄り添うといった全人的ケアは、その人や家族に質の高いケアをもたらすことから、コンピテンシーの中核であることがうかがわれ、看多機のケアに従事するすべての援助者が持つべきコンピテンシーであると考えられた。

### 4. 本研究の限界

本研究の限界は、フォーカスグループインタビューの対象者選定とデータ収集方法の2つがある。対象者選定では、厚生労働省<sup>8)</sup>が「介護事業所・生活関連情報検索」で公表している事業所の運営状況7項目5段階評価の項目の平均が4以上の施設を基準とした。しかし、優れた看護実践を提供している看護師の基準と合致しているかは確認をしていない。データ収集方法はフォーカスグループインタビューを選択した。対象者が少なく、主観的な視点での回答であることは否めない。今後はコンピテンシーの外的妥当性について確認するための全国規模でのアンケート調査を実施し定量的に検討していく必要がある。

### 5. 今後の課題

2040年には75歳以上が全人口の20%となり<sup>29)</sup>、在宅療養する要介護高齢者の全国的な増加が見込まれており、医療と介護の複合的なニーズや在宅看取りに対応できるサービス提供体制整備が喫緊

の課題である<sup>30)</sup>。2012年に創設された看多機の利用者は要介護3以上が60%であり<sup>24)</sup>、小規模多機能型居宅介護に比べて要介護度の重い利用者を受け入れている<sup>31)</sup>。事業者数は年々増加しているが、身近な地域で利用できるサービスとは言い難い状況であることが指摘されている<sup>30)</sup>。地域で在宅療養を支えるサービスとして、ケアをマネジメントするときに、看多機が選択肢となるよう、医療者や利用者・家族に看多機の理解を進めていくことが課題である。また、看多機での看護実践は日常的な生活援助だけでなく、医療的処置や医療機器の管理の必要な人を受け入れ、その人に必要な医療処置等を実践している<sup>30)</sup>。看多機で優れた看護を実践している看護師という先例が少ない分野であるが、今回はフォーカスグループインタビューを実施し、成果を生むと考えられたコンピテンシーについて、項目を洗練し、内容妥当性を検討した。今後、看多機のコンピテンシー評価指標の項目が明確になることで成果を生む看護実践が明らかとなり、具体的な教育内容の検討や人材育成につなげることができると考えた。

## VI. 結論

看多機で活躍する看護師のコンピテンシーについて、フォーカスグループインタビューを2回実施し、さらにエキスパートとともに内容を精練した。このプロセスを経ることによって、先行研究において抽出された行動特性の内容妥当性は確保できた。その結果、大項目について2個の修正、1個の追加を行い、【その人の生活の中で歩み寄り続ける】【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】【命をまもる】【最期まで「生きる」を支える】【家族を支える】【その人の居場所をつくる】【その人を地域で支えるチームをつくる】の8個で構成された。精練過程において小項目は1個を削除、4個を2個ずつ統合して2個とし、14個を新たに追加した。新規項目含め12個の表現を修正し、最終的に計48項目となった。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただいた対象者の皆様に深く感謝いたします。本研究は、科学研究費補助金（基盤研究B）18H03076（代表者：坂下玲子）の助成を受けて実施した研究の一部である。

## 利益相反

本研究の実施において、開示すべきCOI関係にある企業・組織および団体はない。

## 付記

本論文の内容の一部は第40回日本看護科学学会学術集会において発表したものを加筆・修正したものである。

## 文献

- 1) 厚生労働省. 平成28年度版厚生労働白書 第1章我が国の高齢者を取り巻く状況. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf> (2022年10月24日アクセス)
- 2) 厚生労働省. 平成28年度版厚生労働白書 第4章人口高齢化を乗り越える視点. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf> (2022年10月24日アクセス)
- 3) 厚生労働省. 平成28年度版厚生労働白書 第2章高齢期の暮らし, 地域の支え合い, 健康づくり・介護予防, 就労に関する意識. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf> (2022年10月24日アクセス)
- 4) 厚生労働省. 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html> (2022年10月24日アクセス)
- 5) 片平伸子, 丸尾智実, 小川妙子. 看護小規模多機能型居宅介護サービスの強みと課題—事例報告の分析から—. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2019; 42(1): 32-39.
- 6) McClelland, D. C., Klemp, G. O. Jr., Miron, D. Competency requirements of senior and mid-level positions in the Department of State, McBer, Boston, 1977.
- 7) 坂下玲子, 撫養真紀子, 小野博史, 他. 看護小規模多機能型居宅介護で活躍する看護師の行動特性. 日本看護科学学会誌. 2021; 41: 665-673.
- 8) 厚生労働省. 介護事業所・生活関連情報検索. <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/> (2022年10月24日アクセス)
- 9) D.F. ポーリット & C. T. ベック (著) / 近藤潤子 (監訳). 看護研究—原理と方法 第2版. 東京: 医学書院. 2018:353-355.
- 10) D.F. ポーリット & C. T. ベック (著) / 近藤潤子 (監訳). 看護研究—原理と方法 第2版. 東京: 医学書院. 2018:437-443.
- 11) 渡邊里香, 小野博史, 芳賀邦子他, 看護小規模多機能型居宅介護の地域分布の実態把握. Phenomena in Nursing. 2020; 4(1): 11-19.
- 12) S.K. Grove, N. Burns, & J.R. Gray (著) / 黒田裕子, 中木高夫, 辺見功 (監訳). 看護研究入門原著第7版—評価・統合・エビデンスの生成. 東京: エルゼビアジャパン. 2015: 356-359.
- 13) 鎌田裕子, 片山はるみ. 高齢者施設で働く看護師のコンピテンシー. 日本看護管理学会誌. 2020; 24(1): 133-140.
- 14) P. ベナー, P. フーパー・キリアキディス, D. スタナード (著) / 井上智子 (監訳). 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること. 第2版. 東京: 医学書院. 2012: 441-494.
- 15) 国際看護師協会 / 日本看護協会 (訳). 看護師: いつもあなたのために, あなたのそばに ~ 家族のケア ~. <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/katsudo/pdf/2002.pdf> (2022年10月24日アクセス)
- 16) Watanabe R., Nakanishi E., Ono H., et al.

- Factors that affect the estimated revenue of Kantaki service: multifunctional in-home long-term care in Japan. Asian society of human services. 2021; 20: 34-47.
- 17) 小野麻由子, 夏原和美. 介護老人保健施設に従事する看護職の看護実践能力自己評価尺度の開発. 日本看護研究会雑誌. 2020; 43(1): 63-76.
- 18) 大村光代, 山下香枝子. 特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力尺度の開発 - 信頼性および妥当性の検証 -. 日本看護研究学会雑誌. 2016; 30(1): 1-7.
- 19) 笹谷真由美, 長畑多代. 特別養護老人ホームにおける看護実践能力尺度の開発 信頼性と妥当性の検討. 老年看護学. 2019; 24(1): 41-49.
- 20) 永田千鶴, 北村育子, 松本佳代他. 看護小規模多機能型居宅介護事業所での看取り. 山口医学. 2020; 69(4): 169-181.
- 21) 厚生労働省. 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書. 2014. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000042774.pdf> (2022年10月24日アクセス)
- 22) 長江弘子. 患者・家族の生活文化に即したエンド・オブ・ライフケア -. 第57回日本透析医学会シンポジウムより -. 日本透析医学会雑誌. 2013; 46(3): 360-361.
- 23) 福井小紀子. 経営実態調査からみえてきた看多機運営のポイント. 訪問看護と介護. 2018; 23(8): 536-544.
- 24) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成27年度調査) 看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業 報告書. 2015. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12300000-Roukenkyoku/0000133781.pdf> (2023年4月3日アクセス)
- 25) 福田裕子. 看護小規模多機能型居宅介護の現状と運営のポイント. コミュニティケア. 2019; 21(6): 50-54.
- 26) 春田淳志. 専門職連携コンピテンシー 1. 多職種連携コンピテンシーの国際比較. 保健医療福祉連携. 2016; 9(2): 106-115.
- 27) 細田満和子. チーム医療とは何か. 東京: 日本看護協会出版会. 2012: 124-129.
- 28) 萩原典子, 水戸優子, 金壽子. 日本の看護における「全人的ケア」の概念分析. 日本看護技術学会誌. 2020; 19: 83-91.
- 29) 厚生労働省. 我が国の人口について. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_21481.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html) (2023年4月3日アクセス)
- 30) 厚生労働省. 第101回社会保障審議会介護保険部会資料 看護小規模多機能型居宅介護の活用促進のための制度改正についての意見. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001011999.pdf> (2023年4月3日アクセス)
- 31) 厚生労働省. 第138回社会保障審議会介護給付費分科会資料 小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000164670.pdf> (2023年4月3日アクセス)
- (受付 2022.11.25: 受理 2023.6.8)

## Content validity of competency for nurses working in nursing multifunctional in-home long-term care service

Makiko Muya<sup>1)</sup>, Rika Watanabe<sup>1)</sup>, Hiroshi Ono<sup>1)</sup>, Eiko Nakanishi<sup>1)</sup>, Kuniko Haga<sup>2)</sup>, Kenji Awamura<sup>1)</sup>, Manabu Nii<sup>3)</sup>, Masashi Manabe<sup>4)</sup>, Takanori Kawano<sup>1)</sup>, Reiko Sakashita<sup>1)</sup>

---

**Background/Objective:** In a previous study, semi-structured interviews were conducted with nurses using a multifunctional long-term care service model called Kantaki; consequently, seven competencies of nurses were developed. Therefore, this study's purpose was to examine the content validity of the competency for nurses working in Kantaki through focus group interviews for the development of instrument to assess competencies.

**Methods:** Two meetings of experts including six nurses and five facility administrators were conducted to examine the content validity of the proposed competency assessment instrument (major and minor items).

**Results:** The major item "support end-of-life care" was changed to "enhance their life until the end" because support for living according to the person's wishes was emphasized during the expert meetings, and "mobilize a team to support the care receiver" was changed to "create a team in the community to support the person" because it is necessary to utilize local resources and connect people in the community during ordinary times. Additionally, the importance of family support to reduce the burden of caregiving on the family was pointed out. Therefore, "support the family" was added. Besides the aforementioned items, five major items were added: "stay close to the care receiver in daily living," "identify care receiver's and their family's strengths and encourage them to utilize them in daily life," "provide care flexibly to meet individual need," "protect life," and "create a comfortable space for the care receiver." Major items and sub-items with validity issues were revised, resulting in a total of eight major items and 48 minor items.

**Discussion:** In the focus group interviews, support for family members as well as users was desired. We believe that through this survey, the competencies of nurses who are active in geriatric multidisciplinary nursing have been refined and content validity was assured.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 150 - 165】

**Key words :** nursing multifunctional in-home long-term care service, competency, nurse, content validity, community-based comprehensive care system

---

1) University of Hyogo, College of Nursing Art and Science

2) Tokyo University of Information Science, College of Nursing

3) University of Hyogo, Graduate School of Engineering

4) Kaetsu University, Faculty of Management and Economics

原著論文

# 過疎地域在住高齢者の地域への愛着に関連する要因 - 男女別の検討 -

加藤 輝<sup>1), 2)</sup>, 道林千賀子<sup>3)</sup>, 薬袋淳子<sup>3)</sup>, 成 順月<sup>3)</sup>

## 抄録

[目的] 本研究は、過疎地域在住高齢者の“地域への愛着”に関連する要因を男女別で明らかにすることを目的とした。

[方法] 過疎地域在住の 65 歳以上の高齢者 995 名を前期と後期で層化無作為抽出し、郵送法による無記名自記式質問紙調査を 2022 年 1 月から 2 月に行った。調査内容は“地域への愛着”の他、年齢、性別、住民との付き合いの程度、ソーシャルサポート等とした。

[結果] 回収数は 788 件（回収率 79.2%）、有効回答数は 532 件であった。“地域への愛着”測定尺度合計得点を従属変数とした重回帰分析の結果、女性男性ともに“地域への愛着”と最も強い正の関連を示したのは地域での付き合いの程度であり、次いでソーシャルサポート、年齢であった。男女別で特徴的な要因は、女性高齢者では生活満足度、サロン活動であり、男性高齢者では公共交通の利便性、宗教的活動であった。

[考察] 長年の生活を通じた地縁に基づく支え合いが、過疎地域の高齢者の地域への愛着を醸成していくための基盤となる要因であることが示唆された。過疎地域の高齢者は、顔を合わせ、自然に声を掛け合うことが常態となっていることから、この地域の強みを専門職がフィードバックすることによって、地域住民をエンパワメントしていく必要がある。また、性差を踏まえ、サロン活動への支援や公共交通の整備など地域全体で協働して地域への愛着を高めるための取り組みを行っていく必要がある。

【社会医学研究 2023；40（2）：166 - 184】

キーワード：過疎地域、高齢者、地域愛着、男女別、重回帰分析

## I. 緒言

わが国の高齢化率は、2021 年 10 月 1 日時点で 28.9%に達しており、今後も高齢化率は上昇すると

見込まれている<sup>1)</sup>。また、高齢化には地域差が生じており<sup>2)</sup>、特に過疎地域は、若年層の減少により相対的に高齢化率が上昇している<sup>3)</sup>。過疎地域とは、人口の著しい減少に伴って地域社会における活力が低下し、生産機能及び生活環境の整備等が他の地域に比較して低位にある地域とされている<sup>4)</sup>。過疎地域では、地域コミュニティが希薄化し、地域包括ケアシステムの維持が困難になる可能性があることや<sup>5)</sup>、医療・福祉の担い手が不足していることなどの課題が挙げられる<sup>6)</sup>。健康寿命の延伸が課題となる昨今、過疎地域にて、健康寿命を延伸し、

1) 朝日大学 保健医療学部 看護学科

2) 岐阜医療科学大学大学院 保健医療学研究科 保健医療学専攻 修士課程

3) 岐阜医療科学大学 看護学部 看護学科

連絡先：加藤 輝

住所：岐阜県瑞穂市穂積 1851

朝日大学保健医療学部看護学科

E-mail：h\_katou@alice.asahi-u.ac.jp

高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活できることを目指し、高齢者が主体的に社会参加できる地域づくりが必要である。

近年、ソーシャル・キャピタルに立脚した地域づくりが求められている。2012年に厚生労働省は、ソーシャル・キャピタルが豊かであれば、市民活動への参加が促進され、それらの市民活動を通じて、ソーシャル・キャピタルがさらに培養されるといった効果があることから、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の一部改正を行った<sup>6)</sup>。また、ソーシャル・キャピタルは個人の健康アウトカムに影響を及ぼすが、その介在要因として「地域への愛着」があることや、地域への愛着そのものが個人の健康アウトカムに直接影響を及ぼすことが明らかになっている<sup>7)</sup>。

「地域への愛着」は、概念分析<sup>8)</sup>により「日常生活圏における他者との共有経験によって形成され、社会的状況との相互作用を通じて変化する、地域に対する支持的意識であり、地域の未来を思考する心構え」と定義されている。また、地域への愛着が及ぼす影響として、個人の健康行動や健康状態への効果、心理社会的な側面も含む総合的なQOLの向上に寄与することが示唆されている<sup>8)</sup>。

地域への愛着は性差があり、国内の研究では男性と弱い正の関連が示されている<sup>9)</sup>。一方で、国外の研究においては女性の方が地域への愛着が高いとの報告がある<sup>10)</sup>。地域への愛着に関連する要因については、首都圏近郊都市部の向老期世代の場合、地域での付き合いの程度が多いこと、ソーシャルサポート得点が高いこと、精神的QOLが高いことなどが地域への愛着の高さに関連することが示唆されている<sup>9)</sup>。また、中山間地域在住高齢者を対象とした場合、女性と男性並びに居住地域の中心部と周辺部で異なることが示唆されている<sup>11)</sup>。加えて、これらの先行研究で示されている地域への愛着の関連要因のうち、地域住民との付き合いの程度やソーシャルサポート得点には性差が認められている。前者では、男性の方が世間との付き合いが少なく孤立感を感じている割合が多いこと<sup>12)</sup>、後者では女性の方が男性よりもソーシャルサポー

ト得点が高いこと<sup>13)</sup>が示されている。すなわち、地域への愛着は性別や対象地域によってその実態が異なるだけでなく、関連する要因も影響の度合いが異なることが示唆される。しかし、地域への愛着に関連する要因について過疎地域の高齢者を対象とした研究は見あたらない。また性差に着目した検証も十分ではない。

以上から、本研究では、若年層の減少により地域コミュニティが脆弱化し、地域包括ケアシステムの維持の困難が課題となっている過疎地域に在住する高齢者に焦点を絞り、地域への愛着に関連する要因を男女別に明らかにすることを目的とした。このことは過疎地域で生活する高齢者の“地域への愛着”を高め、積極的に社会参加できる地域づくりの施策を検討する際の資料となり、ひいては高齢者の主観的QOL向上や健康寿命の延伸にも寄与すると考える。

なお、本研究における地域への愛着の定義は、前述した定義<sup>8)</sup>に準じる。

## II. 方法

### 1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙を用いた郵送法による横断研究である。

### 2. 調査対象者

山間部に位置するA県B町にて在宅で生活している65歳以上のうち①要介護1以上の者、②施設入所者、③調査時点で対象地域(A県B町内)に住んでいない者を除く995人とした。B町は1950年代に4つの村が合併して誕生した町である。人口が最も多かったのは1960年の16,909人(高齢化率12.9%)であったが、2021年は7,687人(高齢化率45.2%)であり、人口減少と高齢化が加速している。また、B町は1980年以降、過疎地域の指定を受け続けている。過疎地域持続的発展計画を策定して各種の事業を計画的かつ総合的に推進し、住民生活の利便性、文化水準の向上、教育の適正化等のため、社会基盤の整備などの施策に取り組

んでいるが、人口減少、少子高齢化の進行に歯止めがかからない状況である。以上の状況を踏まえ、本研究の対象地域に適していると考え B 町を選定した。

### 3. 調査方法

調査期間は 2022 年 1 月から 2 月までである。A 県 B 町に研究協力に対する同意を得たのち、住民基本台帳に基づき選定基準に該当する者を、居住地区別（4 地区）、年齢別（前期高齢者 125 人、後期高齢者 125 人）で 1,000 人を層化無作為抽出した。その後、転居や死亡などの異動があった 5 人を除く 995 人に調査票一式を郵送した。記入後は、専用の返信用封筒で研究者に直接返送してもらい、回収した。なお、B 町は地区毎で高齢者人口に差があり、母集団比率で抽出することでサンプル数が偏り、分析に影響する可能性があったため、居住地区別・年齢別（前期高齢者・後期高齢者）で均等に抽出した。

### 4. 調査内容

調査項目は、地域への愛着やソーシャル・キャピタルを従属変数とした先行研究<sup>9), 14)</sup>を参考に、以下の 72 項目とした。

#### 1) 個人属性

性別、年齢、配偶者との生活、同居家族、主な移動手段、通院または治療中の疾患、視力障がい、聴力障がい、主観的健康感（4 件法）、介護保険等の認定（要支援 1・2 および総合事業対象者）の 10 項目を把握した。視力障がいおよび聴力障がいは、自己申告とした。

#### 2) 生活関連項目

居住年数、居住形態、治安（4 件法）、地域での付き合いの程度<sup>15)</sup>（4 件法）の 4 項目を把握した。治安は自己申告とした。

#### 3) 社会関係項目

ソーシャルサポートについては、ソーシャルサポート尺度短縮版<sup>13)</sup>を用いた。この尺度は 7 項目

からなり、単純平均を尺度得点とする。欠損は 1 項目まで許容し、得点が高いほどソーシャルサポートが高いことを示す。社会活動の参加状況は高齢者における社会活動状況の指標<sup>16)</sup>を参考に自治会活動、老人会活動、お祭り、美化作業、サロン活動、介護予防講座、公民館講座、シルバー人材センター、町内での買い物、軽スポーツ、寺社参り、宗教的活動、収入のある仕事、その他の 14 項目について把握した。また、調査時期が新型コロナウイルス感染症の第 6 波の最中であったため、その影響が少ない平時の状況で回答を求めた。

#### 4) 地域の生活上の問題

先行研究<sup>3), 17)</sup>を参考に過疎地域での生活に対する問題を厳選し、昔と比べた地域での付き合いの程度 1 項目、生活の利便性として病院への移動の利便性、病院以外（役場、金融機関、買い物など）への移動の利便性（いずれも 4 件法、1=よくない、2=あまりよくない、3=ややよい、4=よい）、公共交通の利便性、移動販売の利便性（いずれも 5 件法、0=わからない、1=よくない、2=あまりよくない、3=ややよい、4=よい）に関する 4 項目を把握した。

#### 5) 主観的 QOL

主観的 QOL については、生活満足度尺度 K (Life Satisfaction Index K; LSIK)<sup>18)</sup>を用いた。この尺度は 3 因子 9 項目からなり、肯定的な選択肢が選ばれた場合に 1 点、その他の選択肢が選ばれた場合に 0 点とし、9 項目を単純加算して合計得点を算出する。合計得点がとりうる値の範囲は 0~9 点である。

#### 6) 地域への愛着

地域への愛着については、「地域への愛着」測定尺度<sup>19)</sup>を用いた。この尺度は十分な内的整合性、基準関連妥当性が確認されている。「生きるための活力の源」、「人とのつながりを大切にする思い」、「自分らしくいられるところ」、「住民であることの誇り」の 4 因子 23 項目から構成され、4 件法（4 点：

「そう思う」～1点:「そう思わない」)で回答を求める。とりうる値の範囲は最低23点～最高92点であり、得点が高いほど“地域への愛着”が高いことを示す。

なお、本調査実施前に、選定基準に合致する65歳から92歳までの5人に対しプレテストを実施し、調査票への回答時間や時間的拘束による苦痛の有無、分かりにくい表現がないかを尋ねた。プレテストの結果、回答時間は20分から25分であり、回答による苦痛がないこと、あいまいな表現がないことを確認した。

## 5. 統計分析

1) すべての変数について男女別で記述統計を行い、男女差を比較するために $\chi^2$ 検定またはFisherの直接法、 $t$ 検定を行った。

2) 既存尺度である“地域への愛着”測定尺度、ソーシャルサポート尺度短縮版、生活満足度尺度Kについて内的整合性を確認するため、クロンバック $\alpha$ 係数を求めた。“地域への愛着”測定尺度のクロンバック $\alpha$ 係数は、女性高齢者が0.94、男性高齢者が0.93であった。その後、“地域への愛着”測定尺度合計得点の平均値を男女別で算出した。

3) 各変数と“地域への愛着”測定尺度合計得点の関連性を検討するために男女別で $t$ 検定を行った。変数のうち、年齢は前期高齢者と後期高齢者で2群化し、居住年数、ソーシャルサポート得点、生活満足度尺度K得点は平均値で2群化した。その他の変数は次の通り2群化した。同居家族はひとり暮らしを選択していない者を「あり」、ひとり暮らしを選択した者を「なし」で2群化した。参加している社会活動は、「その他」を除く1～13項目の活動を「参加あり」「参加なし」で2群化した。ただし、町内での買い物は「している」「していない」、収入のある仕事は「あり」「なし」で2群化した。運転免許は主な移動手段に「自動車」もしくは「バイク」と答えた者を「あり」とし、それ以外を「なし」、主観的健康感「とても健康・

まあ健康」を「健康」、 「あまり健康でない・健康でない」を「不健康」で2群化した。治安は「よい」とそれ以外を「よくない」、地域での付き合いの程度は「よく付き合っている」と「その他」で2群化した。昔と比べた地域での付き合いの程度は「減少した・やや減少した」を「減少した」、 「あまり減少していない・減少していない」を「減少していない」、病院への移動の利便性および病院以外への移動の利便性は「よい・ややよい」を「よい」、 「あまりよくない・よくない」を「よくない」で2群化した。公共交通の利便性および移動販売の利便性は「よい・ややよい」を「よい」、 「あまりよくない・よくない・わからない」を「その他」で2群化した。

4) “地域への愛着”測定尺度合計得点を従属変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。重回帰分析では欠損のあるサンプルすべてを除外するため502件が対象となった。独立変数を投入する前に、多重共線性を避けるため変数間の相関とVIF(Variance Inflation Factor)を確認した。配偶者との生活と同居家族の相関係数は0.577、通院・治療中の疾患と主観的健康感が0.300、自治会活動とお祭りが0.520、美化作業とお祭りが0.399であった。先行研究<sup>14), 20)</sup>でソーシャル・キャピタルや健康に影響を与えることが明らかになっている変数、過疎地域に特徴的な変数を検討した結果、同居家族、通院・治療中の疾患、自治会活動、美化作業の4項目を除く29項目(表3参照)を独立変数として投入した。VIFの最大値は女性高齢者が1.85、男性高齢者が1.39であった。

分析にはIBM SPSS Statistics Ver28を用い、有意水準は5%とした。

## 6. 倫理的配慮

岐阜医療科学大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:2021-23)。調査対象地域であるA県B町の行政担当課および町長に書面にて研究協力に対する同意を得た。研究対象者には、説明文書を調査票と共に送付した。説明文書には、

研究への参加は自由意思に基づくものであること、個人情報の保護について明記した。調査票の返送を持って同意を得たものとした。

### Ⅲ. 結果

調査票の回収数は 788 件 (回収率 79.2%) であった。そのうち、分析に重要な基本属性である性別、年齢、居住年数に欠損がある 30 件を除外した。その後、主要評価項目である“地域への愛着”測定尺度の他、生活満足度尺度 K、ソーシャルサポート尺度短縮版に 2 項目以上の欠損があるもの、その他の変数に欠損が多く適切に回答されていない 226 件を除外した結果、有効回答数は 532 件 (有効回答率 53.5%) であった。なお、分析対象の 532 件と分析から除外したデータのうち性別、年齢、居住年数に欠損のない 226 件の基本的属性を  $\chi^2$  検定または  $t$  検定を用いて比較したところ、分析から除外したケースと比較して、分析対象は年齢が有意に低く、聴力障がいがない割合が有意に少なかった。

#### 1. 対象者の概要および“地域への愛着”測定尺度合計得点について

対象者の概要を表 1 に示した。性別は女性高齢者が 285 人 (53.6%)、男性高齢者が 247 人 (46.4%) であり、平均年齢は女性高齢者 75.3 歳 (SD=7.6)、男性高齢者 75.6 歳 (7.2) であった。居住年数の平均は女性高齢者が 54.5 年 (16.8)、男性高齢者が 60.4 年 (20.0) であった。男女で有意差があった項目において、同居家族のうち子どもの配偶者「あり」、参加している社会活動のうちサロン活動・介護予防講座・公民館講座「参加あり」、町内での買い物「している」は女性の割合が多かった。配偶者との生活「あり」、同居家族のうち夫または妻・自分の親「あり」、視力障がい「あり」、聴力障がい「あり」、居住年数が平均以上、参加している社会活動のうち自治会活動・お祭り・美化作業・シルバー人材センター・寺社参り・宗教的活動「参加あり」は男性の割合が多かった。また、主な移

動手段、地域での付き合いの程度、昔と比べた地域での付き合いの程度においても男女で有意差があった。

“地域への愛着”測定尺度合計得点の平均は女性高齢者が 80.2 点 (SD=9.5)、男性高齢者が 80.2 点 (9.1) であり (表 1)、男女で有意差はなかった ( $p=0.927$ )。

#### 2. 地域への愛着と各変数との関連 (単変量解析)

$t$  検定の結果を表 2 に示した。女性高齢者において、個人属性では年齢が後期高齢者、運転免許「なし」、生活関連では居住年数が平均以上、治安は「よい」、地域での付き合いの程度は「よく付き合っている」、社会関係ではソーシャルサポート得点が平均以上、参加している社会活動のうち老人会活動・サロン活動・介護予防講座・公民館講座・軽スポーツ「参加あり」、地域の生活上の問題では病院への移動の利便性・病院以外への移動の利便性・公共交通の利便性・移動販売の利便性「よい」、主観的 QOL では生活満足度尺度 K 得点が平均以上において、“地域への愛着”測定尺度合計得点が有意に高かった。一方で個人属性の主観的健康感には有意差がなかった。

男性高齢者において、個人属性では年齢が後期高齢者、生活関連では居住年数が平均以上、治安は「よい」、地域での付き合いの程度は「よく付き合っている」、社会関係ではソーシャルサポート得点が平均以上、参加している社会活動のうち老人会活動・お祭り・美化作業・介護予防講座「参加あり」、町内での買い物を「している」、軽スポーツ・寺社参り・宗教的活動「参加あり」、地域の生活上の問題では病院への移動の利便性・病院以外への移動の利便性・公共交通の利便性・移動販売の利便性「よい」、主観的 QOL では生活満足度尺度 K 得点が平均以上において、“地域への愛着”測定尺度合計得点が有意に高かった。一方で個人属性の主観的健康感には有意差がなかった。

#### 3. 地域への愛着と各変数との関連 (重回帰分析)

重回帰分析の結果を表 3 に示した。女性高齢者

表 1 対象者の概要及び“地域への愛着”測定尺度合計得点

項目	平均値 (SD)	n=532			p 値
		全体 人 (%)	女性 人 (%)	男性 人 (%)	
<b>【個人属性】</b>					
性別		-	285(53.6)	247(46.4)	-
年齢	全体 75.4(7.4)	前期高齢者	294(55.3)	157(55.1)	0.930
	女性 75.3(7.6)	後期高齢者	238(44.7)	128(44.9)	
	男性 75.6(7.2)			110(44.5)	
配偶者との生活		あり	386(72.6)	187(65.6)	<0.001
		なし	146(27.4)	98(34.4)	
同居家族					
ひとり暮らし		あり	59(11.1)	35(12.3)	0.356
		なし	472(88.7)	250(87.7)	
夫または妻		あり	385(72.4)	187(65.6)	<0.001
		なし	146(27.4)	98(34.4)	
子ども		あり	198(37.2)	113(39.6)	0.226
		なし	333(62.6)	172(60.4)	
子どもの配偶者		あり	80(15.0)	57(20.0)	0.001
		なし	451(84.8)	228(80.0)	
孫		あり	79(14.8)	46(16.1)	0.379
		なし	452(85.0)	239(83.9)	
ひ孫		あり	6(1.1)	3(1.1)	0.586
		なし	525(98.7)	282(98.9)	
自分の親		あり	32(6.0)	5(1.8)	<0.001
		なし	499(93.8)	280(98.2)	
配偶者の親		あり	21(3.9)	11(3.9)	0.904
		なし	510(95.9)	274(96.1)	
自分の兄弟姉妹		あり	5(0.9)	3(1.1)	0.569
		なし	526(98.9)	282(98.9)	
配偶者の兄弟姉妹		あり	2(0.4)	1(0.4)	0.712
		なし	529(99.4)	284(99.6)	
その他		あり	3(0.6)	2(0.7)	0.555
		なし	528(99.2)	283(99.3)	
主な移動手段					
		自動車	428(80.5)	202(70.9)	<0.001
		自転車	7(1.3)	5(1.8)	
		バイク	2(0.4)	2(0.7)	
		徒歩	10(1.9)	9(3.2)	
		シニアカー	10(1.9)	8(2.8)	
		人に乗せてもらう	54(10.2)	40(14.0)	
		公共交通	21(3.9)	19(6.7)	
通院・治療中の疾患		なし	133(25)	62(22.0)	0.054
		あり	391(73.5)	220(78.0)	
視力障がい		なし	394(74.1)	222(78.4)	0.021
		あり	136(25.6)	61(21.6)	
聴力障がい		なし	393(73.9)	231(82.2)	<0.001
		あり	134(25.2)	50(17.8)	
主観的健康感		とても健康	45(8.5)	20(7.0)	0.107
		まあ健康	411(77.3)	235(82.5)	
		あまり健康でない	68(12.8)	27(9.5)	
		健康でない	8(1.5)	3(1.1)	
介護保険等の認定		あり	499(93.8)	264(93.3)	0.186
		なし	29(5.5)	19(6.7)	

表 1 対象者の概要及び“地域への愛着”測定尺度合計得点(続き)

n=532

項目	平均値 (SD)				p 値
		全体 人 (%)	女性 人 (%)	男性 人 (%)	
<b>【生活関連】</b>					
居住年数	全体 57.2(18.6) 57.2 未満 女性 54.5(16.8) 57.2 以上 男性 60.4(20.0)	276(51.9)	183(64.2)	93(37.7)	<0.001
		256(48.1)	102(35.8)	154(62.3)	
居住形態	持ち家 借家	526(99.0) 5(0.9)	282(98.9) 3(1.1)	244(99.2) 2(0.8)	0.569
治安	よい ややよい あまりよくない よくない	323(60.7) 177(33.3) 16(3.0) 11(2.1)	158(56.4) 109(38.9) 8(2.9) 5(1.8)	165(66.8) 68(27.5) 8(3.2) 6(2.4)	
地域での付き合いの程度	よく付き合っている ある程度付き合っている あまり付き合っていない 全く付き合っていない	297(55.8) 222(41.8) 11(2.1) 1(0.2)	143(50.4) 136(47.9) 5(1.8) 0(0.0)	154(62.3) 86(34.8) 6(2.4) 1(0.4)	0.017
<b>【社会関係】</b>					
ソーシャルサポート得点	全体 5.4(1.0) 5.4 未満 女性 5.5(1.0) 5.4 以上 男性 5.3(1.1)	215(40.4)	106(37.2)	109(44.1)	0.104
		317(59.6)	179(62.8)	138(55.9)	
参加している社会活動					
自治会活動	参加あり 参加なし	370(69.8) 160(30.2)	170(59.6) 115(40.4)	200(81.6) 45(18.4)	<0.001
老人会活動	参加あり 参加なし	210(39.6) 320(60.4)	108(37.9) 177(62.1)	102(41.6) 143(58.4)	
お祭り	参加あり 参加なし	332(62.6) 198(37.4)	163(57.2) 122(42.8)	169(69.0) 76(31.0)	0.005
美化作業	参加あり 参加なし	376(70.9) 154(29.1)	172(60.4) 113(39.6)	204(83.3) 41(16.7)	
サロン活動	参加あり 参加なし	167(31.5) 363(68.5)	147(51.6) 138(48.4)	20(8.2) 225(91.8)	<0.001
介護予防講座	参加あり 参加なし	55(10.4) 475(89.6)	47(16.5) 238(83.5)	8(3.3) 237(96.7)	
公民館講座	参加あり 参加なし	114(21.5) 416(78.5)	95(33.3) 190(66.7)	19(7.8) 226(92.2)	<0.001
シルバー人材センター	参加あり 参加なし	48(9.1) 482(90.9)	15(5.3) 270(94.7)	33(13.5) 212(86.5)	
町内での買い物	している していない	338(63.8) 192(36.2)	194(68.1) 91(31.9)	144(58.8) 101(41.2)	0.026
軽スポーツ	参加あり 参加なし	121(22.8) 409(77.2)	67(23.5) 218(76.5)	54(22.0) 191(78.0)	
寺社参り	参加あり 参加なし	180(34.0) 350(66.0)	86(30.2) 199(69.8)	94(38.4) 151(61.6)	0.047
宗教的活動	参加あり 参加なし	105(19.8) 425(80.2)	40(14.0) 245(86.0)	65(26.5) 180(73.5)	
収入のある仕事	あり なし	222(41.9) 308(58.1)	109(38.2) 176(61.8)	113(46.1) 132(53.9)	0.067
その他	あり なし	39(7.4) 491(92.6)	23(8.1) 262(91.9)	16(6.5) 229(93.5)	

表 1 対象者の概要及び“地域への愛着”測定尺度合計得点（続き）

項目	平均値 (SD)				p 値	
		全体 人 (%)	女性 人 (%)	男性 人 (%)		
n=532						
<b>【地域の生活上の問題】</b>						
昔と比べた地域での付き合いの程度	減少した	147(27.6)	63(22.2)	84(34.0)	0.001	
	やや減少した	296(55.6)	160(56.3)	136(55.1)		
	あまり減少していない	49(9.2)	33(11.6)	16(6.5)		
	減少していない	39(7.3)	28(9.9)	11(4.5)		
病院への移動の利便性	よい	148(27.8)	78(27.7)	70(28.5)	0.261	
	ややよい	179(33.6)	87(30.9)	92(37.4)		
	あまりよくない	114(21.4)	64(22.7)	50(20.3)		
	よくない	87(16.4)	53(18.8)	34(13.8)		
病院以外への移動の利便性	よい	152(28.6)	78(27.7)	74(30.1)	0.895	
	ややよい	177(33.3)	94(33.3)	83(33.7)		
	あまりよくない	110(20.7)	60(21.3)	50(20.3)		
	よくない	89(16.7)	50(17.7)	39(15.9)		
公共交通の利便性	よい	55(10.3)	33(11.6)	22(8.9)	0.721	
	ややよい	97(18.2)	52(18.2)	45(18.2)		
	あまりよくない	114(21.4)	63(22.1)	51(20.6)		
	よくない	167(31.4)	89(31.2)	78(31.6)		
	わからない	99(18.6)	48(16.8)	51(20.6)		
移動販売の利便性	よい	68(12.8)	36(12.7)	32(13.1)	0.694	
	ややよい	94(17.7)	46(16.2)	48(19.7)		
	あまりよくない	69(13.0)	39(13.7)	30(12.3)		
	よくない	115(21.6)	59(20.8)	56(23.0)		
	わからない	182(34.2)	104(36.6)	78(32.0)		
<b>【主観的 QOL】</b>						
生活満足度尺度 K 得点	全体 4.4(2.3)	4.4 未満	290(54.5)	152(53.3)	138(55.9)	0.558
	女性 4.4(2.4)	4.4 以上	242(45.5)	133(46.7)	109(44.1)	
	男性 4.3(2.1)					
“地域への愛着”測定尺度合計得点	平均値 (SD)	80.2(9.3)	80.2(9.5)	80.2(9.1)	0.927*	

注 1 p 値は  $\chi^2$  検定または、Fisher の直接法で算出

注 2 無回答があるため各項目で n 数が異なる

注 3 年齢は前期高齢者 (65 ~ 74 歳) と後期高齢者 (75 歳以上) で 2 群に分けて記載

注 4 ソーシャルサポート得点, 生活満足度尺度 K 得点は平均値で 2 群に分けて記載

注 5 ※は t 検定

において、個人属性では年齢が高い程 ( $\beta=0.184$ )、生活関連では居住年数が長い程 (0.122)、地域での付き合いの程度は「よく付き合っている」(0.317)、社会関係ではソーシャルサポート得点が高い程 (0.229)、サロン活動は「参加あり」(0.164)、主観的 QOL では生活満足度尺度 K 得点が高い程 (0.231)において“地域への愛着”測定尺度合計得点と正の有意な関連があった。一方で、個人属性の主観的健康感は、「健康」(-0.125)が“地域への愛着”測定尺度合計得点と負の有意な関連があった (調整済み  $R^2=0.452$ )。

男性高齢者において、個人属性では年齢が高い程 (0.226)、主観的健康感は「健康」(0.122)、生活関連では治安は「よい」(0.119)、地域での付き合いの程度は「よく付き合っている」(0.327)、社会関係ではソーシャルサポート得点が高い程 (0.243)、町内での買い物は「している」(0.104)、宗教的活動は「参加あり」(0.134)、地域の生活上の問題では公共交通の利便性は「よい」(0.192)において“地域への愛着”測定尺度合計得点と有意な関連があった (調整済み  $R^2=0.432$ )。

表 2 地域への愛着と各変数との関連 (単変量解析)

n=532

項目	女性			男性		
	n	平均値 (SD)	p 値	n	平均値 (SD)	p 値
<b>【個人属性】</b>						
年齢	前期高齢者	157	77.6(9.7)	137	78.5(9.2)	<0.001
	後期高齢者	128	83.3(8.4)		110	
配偶者との生活	あり	187	79.4(9.5)	199	80.2(8.9)	0.980
	なし	98	81.7(9.5)		48	
同居家族	あり	250	80.1(9.3)	222	80.5(9.0)	0.138
	なし	35	80.4(10.9)		24	
運転免許	あり	204	79.0(9.7)	226	80.3(9.2)	0.584
	なし	81	83.1(8.4)		21	
通院・治療中の疾患	あり	220	80.3(9.7)	171	79.8(9.1)	0.297
	なし	62	80.2(9.0)		71	
視力障がい	あり	61	80.5(9.0)	75	80.4(9.7)	0.819
	なし	222	80.1(9.7)		172	
聴力障がい	あり	50	80.3(9.0)	84	81.2(9.7)	0.231
	なし	231	80.2(9.7)		162	
主観的健康感	健康	255	80.2(9.7)	201	80.6(8.9)	0.250
	不健康	30	80.0(8.6)		46	
介護保険等の認定	あり	19	83.0(7.1)	10	83.5(5.3)	0.091
	なし	264	79.9(9.7)		235	
<b>【生活関連】</b>						
居住年数	57.2 未満	183	77.9(9.8)	93	77.2(9.4)	<0.001
	57.2 以上	102	84.2(7.5)		154	
居住形態	持ち家	282	80.2(9.5)	244	80.2(9.1)	0.558
	借家	3	75.7(9.1)		2	
治安	よい	158	82.3(8.5)	165	82.0(8.7)	<0.001
	よくない	122	77.2(10.1)		82	
地域での付き合いの程度	よく付き合っている	143	84.5(6.7)	154	83.6(7.4)	<0.001
	その他	141	75.7(9.9)		93	
<b>【社会関係】</b>						
ソーシャルサポート得点	5.4 未満	106	75.6(9.7)	109	76.8(9.1)	<0.001
	5.4 以上	179	82.9(8.4)		138	
参加している社会活動						
自治会活動	参加あり	170	80.4(9.3)	200	80.7(8.9)	0.094
	参加なし	115	79.8(9.9)		45	
老人会活動	参加あり	108	83.3(8.4)	102	82.8(8.9)	<0.001
	参加なし	177	78.2(9.7)		143	
お祭り	参加あり	163	80.9(9.1)	169	81.4(8.8)	0.003
	参加なし	122	79.2(10.0)		76	
美化作業	参加あり	172	80.8(9.2)	204	80.9(9.1)	0.011
	参加なし	113	79.3(10.0)		41	
サロン活動	参加あり	147	82.6(8.8)	20	81.9(9.4)	0.390
	参加なし	138	77.6(9.6)		225	
介護予防講座	参加あり	47	82.7(8.6)	8	87.3(8.3)	0.026
	参加なし	238	79.7(9.7)		237	
公民館講座	参加あり	95	82.9(8.4)	19	81.1(9.4)	0.660
	参加なし	190	78.8(9.8)		226	
シルバー人材センター	参加あり	15	79.9(9.7)	33	81.1(8.7)	0.556
	参加なし	270	80.2(9.5)		212	

表 2 地域への愛着と各変数との関連 (単変量解析) (続き)

		女性			男性		
項目		<i>n</i>	平均値 (SD)	<i>p</i> 値	<i>n</i>	平均値 (SD)	<i>p</i> 値
町内での買い物	している	194	79.6(9.6)	0.136	144	81.7(8.3)	0.003
	していない	91	81.4(9.3)		101	78.1(9.7)	
軽スポーツ	参加あり	67	83.7(8.9)	<0.001	54	82.9(9.4)	0.014
	参加なし	218	79.1(9.5)		191	79.5(8.9)	
寺社参り	参加あり	86	80.9(9.0)	0.419	94	81.7(8.7)	0.044
	参加なし	199	79.9(9.7)		151	79.3(9.2)	
宗教的活動	参加あり	40	80.7(10.1)	0.716	65	83.4(7.8)	0.001
	参加なし	245	80.1(9.5)		180	79.1(9.3)	
収入のある仕事	あり	109	79.7(9.9)	0.491	113	80.9(8.6)	0.280
	なし	176	80.5(9.3)		132	79.6(9.4)	
<b>【地域の生活上の問題】</b>							
昔と比べた地域での付き合いの程度	減少した	243	77.7(9.5)	0.219	200	82.8(8.4)	0.573
	減少していない	51	79.5(9.3)		37	83.6(8.9)	
病院への移動の利便性	よい	165	81.8(9.1)	0.001	162	81.4(8.9)	0.004
	よくない	117	78.2(9.7)		84	77.9(9.1)	
病院以外への移動の利便性	よい	172	81.3(9.2)	0.008	157	82.2(8.7)	<0.001
	よくない	110	78.3(9.7)		89	76.7(8.7)	
公共交通の利便性	よい	85	82.6(9.2)	0.005	67	84.0(7.8)	<0.001
	その他	200	79.2(9.5)		180	78.8(9.2)	
移動販売の利便性	よい	82	82.2(9.4)	0.023	80	82.9(8.8)	0.001
	その他	202	79.3(9.5)		164	78.9(9.0)	
<b>【主観的 QOL】</b>							
生活満足度尺度 K 得点	4.4 未満	152	77.5(9.9)	<0.001	138	79.2(9.3)	0.039
	4.4 以上	133	83.2(8.2)		109	81.6(8.7)	

注 1 *t* 検定

#### IV. 考察

本研究は、過疎地域に在住する高齢者の地域への愛着に関連する要因を男女別に検討した。その結果、地域への愛着は全体として高く、女性高齢者および男性高齢者ともに、地域での付き合いの程度、ソーシャルサポート、年齢が地域への愛着と正の関連を示した。主観的健康感は女性高齢者では負の関連、男性高齢者では正の関連を示した。性別で特徴的な要因は、女性高齢者では生活満足度、サロン活動、居住年数であり、男性高齢者では公共交通の利便性、宗教的活動、治安、町内での買い物であった。対象特性も踏まえ、以下に地域への愛着の実態および女性高齢者と男性高齢者ともに関連する要因、男女別で特徴的な関連要因の順に考察する。

なお、本研究の対象者は A 県 B 町の 65 歳以上

の人口から地区別および年齢別に層化無作為抽出法にて選定した集団であり、回収率は 79.2%であった。先行研究<sup>21)</sup>にて、研究対象者の選択バイアスを最小限にするには層別抽出がよいこと、回答率が 7 割を超えると結果の正確性が高まると述べられている。一方で、本研究では有効回答率が 53.5%とやや低く、選択バイアスは否めない。高齢者を対象とした郵送法による質問紙調査の限界であるといえるが、結果の読み取りには留意が必要である。

##### 1. 過疎地域在住高齢者の地域への愛着の実態と関連要因について

1) 地域への愛着の実態および女性高齢者と男性高齢者ともに関連する要因について

地域への愛着の実態について、“地域への愛着”測定尺度合計得点の平均は高齢者全体ならびに男

表 3 地域への愛着と各変数との関連 (重回帰分析)

	女性 (n=265)		男性 (n=237)	
	$\beta$	p 値	$\beta$	p 値
n=502				
<b>【個人属性】</b>				
年齢	0.184	0.002	0.226	<0.001
主観的健康感 (健康 vs 不健康)	-0.125	0.011	0.122	0.015
<b>【生活関連】</b>				
居住年数	0.122	0.045		
治安 (よい vs よくない)			0.119	0.021
地域での付き合いの程度 (よく付き合っている vs その他)	0.317	<0.001	0.327	<0.001
<b>【社会関係】</b>				
ソーシャルサポート得点	0.229	<0.001	0.243	<0.001
サロン活動 (参加あり vs 参加なし)	0.164	0.001		
町内での買い物 (している vs していない)			0.104	0.039
宗教的活動 (参加あり vs 参加なし)			0.134	0.009
<b>【地域の生活上の問題】</b>				
公共交通の利便性 (よい vs その他)			0.192	<0.001
<b>【主観的 QOL】</b>				
生活満足度尺度 K 得点	0.231	<0.001		
	R=0.683 <0.001		R=0.672 <0.001	
	調整済み R <sup>2</sup> 乗 =0.452		調整済み R <sup>2</sup> 乗 =0.432	

注 1 ステップワイズ法  $\beta$  = 標準偏回帰係数 R = 重相関係数 R<sup>2</sup> = 決定係数

注 2 重回帰分析の際次のとおり数値化して投入した：配偶者との生活 (あり =1, なし =0), 運転免許 (あり =1, なし =0), 視力障がい (なし =1, あり =0), 聴力障がい (なし =1, あり =0), 主観的健康感 (健康 =1, 不健康 =0), 介護保険等の認定 (なし =1, あり =0), 居住形態 (持ち家 =1, 借家 =0), 治安 (よい =1, よくない =0), 地域での付き合いの程度 (よく付き合っている =1, その他 =0), 老人会活動 (参加あり =1, 参加なし =0), お祭り (参加あり =1, 参加なし =0), サロン活動 (参加あり =1, 参加なし =0), 介護予防講座 (参加あり =1, 参加なし =0), 公民館講座 (参加あり =1, 参加なし =0), シルバー人材センター (参加あり =1, 参加なし =0), 町内での買い物 (している =1, していない =0), 軽スポーツ (参加あり =1, 参加なし =0), 寺社参り (参加あり =1, 参加なし =0), 宗教的活動 (参加あり =1, 参加なし =0), 収入のある仕事 (あり =1, なし =0), 昔と比べた地域での付き合いの程度 (減少した =1, 減少していない =0), 病院への移動の利便性 (よい =1, よくない =0), 病院以外への移動の利便性 (よい =1, よくない =0), 公共交通の利便性 (よい =1, その他 =0), 移動販売の利便性 (よい =1, その他 =0)

女別においても 92 点満点中 80 点を超えていた。対象地域や年齢層は異なるため一概に比較はできないが、“地域への愛着”測定尺度合計得点の平均は本研究が使用した同尺度を用いて地域への愛着を調べた先行研究<sup>9)</sup>より高かった。本研究においては、この先行研究<sup>9)</sup>と比べ、地域での付き合いの程度が「よく付き合っている」と回答した者の割合が多く、ソーシャルサポート短縮版尺度の平均得点が高ったことから、過疎地域の特性である地縁に基づく人付き合いやつながりの強さが地域への愛着の高さの要因となったと考えられた。また、本結果では性差については有意差がなく、国内外の研究<sup>9), 10)</sup>とは異なる結果となった。地域への愛着が全体として高く、性差がないことも過疎地域

の高齢者の地域への愛着の特徴であると推察される。

地域への愛着に最も強く正の関連を示した要因は、地域での付き合いの程度であり、次いでソーシャルサポート、年齢の順であった。地域での付き合いの程度が多く、ソーシャルサポートが高い程、地域への愛着が高いという本研究の結果は、対象が首都圏近郊都市部の向老期世代ではあるものの地域への愛着を従属変数としてその関連要因を探索した前述の先行研究<sup>9)</sup>の結果と一致している。

ソーシャル・キャピタルと近隣への愛着に影響を与える要因として、社会的凝集性が挙げられている<sup>22)</sup>。社会的凝集性とは、地域の人々が互いに

信頼して結束しあっている様子を指す<sup>23)</sup>。本研究では、前述のとおり地域での付き合いの程度は「よく付き合っている」の割合は、女性高齢者が50.4%、男性高齢者が62.3%であり、男女ともに先行研究<sup>9)</sup>より多い傾向を示した。過疎地域では、地域での付き合いの程度は、衰退していく地域に残り、住民同士のつながりを大切にしようという地域住民一人一人の意識や行動の表れであり、過疎地域での社会的凝集性を高め、ひいては地域への愛着につながると考えられる。他方、ソーシャル・キャピタルの概念の一つとして「ネットワーク」が挙げられており<sup>24)</sup>、家族や親族を超えた「弱い紐帯」、その中でも特に「直接顔を合わせるネットワーク」が重要である<sup>24)</sup>。過疎地域では自治会活動をはじめとする様々な地域行事や、日々の付き合いなど顔を合わすことを前提とした付き合いがあり、その過程を通して築き上げられたネットワークが住民同士の信頼感を形成していることが窺える。住民への信頼感や「弱い紐帯」のような持ちつ持たれつ<sup>25)</sup>の関係が、その地域で生活していく上での安心感や、心地よさを感じさせることで地域への愛着につながっていると考えられる。

ソーシャルサポートが地域への愛着に正の関連を示した点について、本研究において、ソーシャルサポート尺度短縮版の平均得点は女性高齢者が5.5点(1.0)、男性高齢者が5.3点(1.1)であり、中高年者を対象とした先行研究<sup>13)</sup>と比較して大きな差はなかった。高齢者のソーシャルサポート提供の意味として「地域の互惠性」が挙げられている<sup>25)</sup>。「地域の互惠性」は地域の習慣として相互に助け合うことが当たり前というサポート観を意味している。本研究の対象者の平均居住年数は57.2年と長かったことを踏まえ、過疎地域の高齢者は長年の生活の中で、相互にサポートを提供することを通して、自然と助け合う関係を築き上げていることが窺える。高齢者となり生活の中に多少の不便さが生じていても、ソーシャルサポートの豊かさによって、その地域で自分らしく生活できることや、助け合うことでその地域の人とのつながりの大切さが養われるため、地域への愛着に正の関連を示したと

考えられる。

年齢が地域への愛着に正の関連を示した点について、国外の先行研究<sup>10)</sup>では年齢が高いほど地域への愛着に正の関連を与えることが明らかになっている。一方で首都圏近郊都市部の向老期世代<sup>9)</sup>や中山間地域在住の高齢者<sup>11)</sup>では年齢との関連は報告されていない。本研究において、平均年齢は75.4歳と高く、平均居住年数は女性高齢者が54.5年(SD=16.8)、男性高齢者が60.4年(20.0)と長かった。農村地域の高齢者は、集落の過疎化を実感しながらも、地縁を大切に、健やかに今を生きている<sup>17)</sup>。過疎地域の高齢者は、人口減少を含む地域の過疎化を目の当たりにしながらも、残された住民同士の繋がりやその地域での暮らしを大切に、年齢を重ねたことが推察される。長年の生活を通して築き上げた住民との関係が、地域でのつながりを大切にしたいや住民としての誇りを醸成すると考えられる。また、その地域で過ごした経験や思い出、生活の基盤があつてこそ自分らしくいられる地域という認識につながり、地域への愛着が高まるのではないかと考えられる。

主観的健康感については性差があり、女性高齢者は主観的健康感が高い方が地域への愛着が低い結果であった。このことは、中山間地域在住高齢者において、女性では地域愛着と自覚的健康度に正の関連が示されたという先行研究<sup>11)</sup>とは異なる結果であった。社会活動の参加状況と主観的健康感の関連からみた高齢者の特徴として、一人暮らしが可能なのはソーシャルサポートが少ない状況でも、健康レベルを維持し、自立していると推察されている<sup>26)</sup>。また、過疎地域の女性高齢者は、頼る同居家族がいなくなった生活の中で、柔軟に社会の状況に適応し、地域での生活の継続方法を自分自身の力で模索している<sup>27)</sup>。人口減少や若年層の都市部への流出が顕著である過疎地域の女性高齢者は、できる限り自身の力で生活を送りたいという思いがあり、その自立心がソーシャルサポートの受容量に影響を与えた結果、主観的健康感に地域への愛着に負の関連を示すという先行研究<sup>11)</sup>とは異なる結果となったと推察できる。し

かし、本研究においてこれ以上の解釈は難しいため、女性高齢者における主観的健康感と地域への愛着との関連については更なる検討が必要である。他方、本研究において男性高齢者では主観的健康感が地域への愛着に正の関連を示したが、先行研究<sup>9) 11)</sup>では有意な関連は認められておらず、新たな知見であるといえる。男性高齢者では地域への関心や愛着といった地域に対する認知が主観的健康感に影響を及ぼしている可能性が示されている<sup>28)</sup>。本研究の特徴として、収入のある仕事が「あり」の割合は男性高齢者が多い傾向であり、またシルバー人材センターへの参加や自治会活動、お祭り、美化作業の「参加あり」の割合は男性高齢者が有意に多かった。男性高齢者には、地域住民との関りやその地域で働くということが根底にあり、健康だからこそ地域と関われる自分がいるという認識を得ることで主観的健康感が養われると推察する。その結果として地域の人を大切にしたいや住民としての誇り、日々を生きる活力や自分らしさを感じて地域への愛着が高まるのではないかと考える。

## 2) 女性高齢者に特徴的な地域への愛着に関連する要因について

生活満足度が地域への愛着に正の関連を示した点について、t検定では女性高齢者と男性高齢者ともに生活満足度が地域への愛着に有意に関連していたが、重回帰分析では女性高齢者のみで有意な関連があった。精神的QOLが地域への愛着を高める要因であることは先行研究<sup>9)</sup>で明らかになっている。本研究では女性の生活満足度尺度K得点の平均は4.4点であり、過疎地域とは異なる都市部の結果ではあるものの本研究と同様の高齢者を対象とした先行研究<sup>29)</sup>よりも高い傾向を示した。また、女性高齢者は男性高齢者と比べサロン活動51.6%、介護予防講座16.5%、公民館講座33.3%とそれぞれ「参加あり」の割合が多く、社会活動の参加状況に性差が生じていた。女性においては、個人活動は個人が行いたいことが活動に反映されやすいため、生活満足度の上昇に結びつきやすい<sup>29)</sup>。前

述したサロン活動、介護予防講座、公民館講座といった自主的に参加できる個人活動を継続することで、参加者同士で良好な関係が築かれ、過疎地域で暮らす充実感や生活満足度が高まり、地域への愛着が高まると考えられる。

サロン活動が地域への愛着に正の関連を示した点について、女性高齢者のみで有意な関連が認められ、性差があった。本研究において、サロン活動に「参加あり」の割合は前述のとおり女性高齢者が男性高齢者よりも有意に多かったため、女性高齢者のみで地域への愛着と有意な正の関連が示されたと考えられる。サロン活動と地域への愛着の関連を報告した先行研究は見あたらないが、地域のサークル等での趣味活動の経験が地域への愛着を高めることが報告されている<sup>9)</sup>。調査対象地域でも各自治会単位で住民主体のサロン活動が月1~2回開催されている。顔見知りの近隣住民と気楽に集える場所があることや、参加者同士での交流を通して改めてその地域の良さを感じるため、サロン活動が地域への愛着にポジティブな影響を与えたのではないかと考えられる。

居住年数が地域への愛着に正の関連を示した点について、居住年数の長さが地域への愛着に大きな影響を与える<sup>30)</sup>という報告がある一方で、地域への愛着形成には「居住年数の長さ」以上に、「地域との関わりの深さ」が重要である<sup>31)</sup>という報告がある。本研究では、女性高齢者は男性高齢者よりも居住年数が平均以下の割合が多かったが、t検定では両者ともに居住年数が長い方が地域への愛着が有意に高く、重回帰分析では女性高齢者のみに正の関連が示された。女性高齢者において居住年数が短かった背景を踏まえると、その地域で生活し、その地域を知り、地域の住民と親しくするには一定以上の居住年数が必要であると考えられる。居住年数の平均の性差を踏まえると、女性は結婚して嫁ぐ場合が多く、生まれてから同じ地域で過ごしている場合が少ないことが推察される。居住年数が長くなるほどその地域の住民との関りの程度や信頼感が増し、またその地域の伝統に触れる機会も増えるため、女性高齢者のみで有意な

正の関連があったのではないかと考える。

### 3) 男性高齢者に特徴的な地域への愛着に関連する要因について

公共交通の利便性と地域への愛着の関連について、先行研究<sup>32)</sup>では公共交通で移動する者は、車で移動する者よりも他者とのコミュニケーションの機会に恵まれるため地域との接触度が増えて地域愛着が高まることが報告されているが、性差については明らかになっていない。本研究においては、公共交通の利便性は *t* 検定では女性高齢者と男性高齢者ともに地域への愛着と有意な関連が認められたが、重回帰分析では男性高齢者のみ正の関連が認められた。中山間地域の男性高齢者には衰退する集落の現状を受け入れ、残された者との関わりを保ち、とどまろうとする様相がある<sup>33)</sup>。また、男性高齢者における社会活動参加の要因として地元の人々との交流の重要性が報告されている<sup>34)</sup>。以上の背景から、加齢により免許を返納した過疎地域の男性高齢者にとって、公共交通の利便性は古くからの付き合いのある住民と交流する上での重要な社会資源となっていることが推察される。公共交通を利用して外出し、地域の人々とコミュニケーションを図ることが、日々を生きる原動力につながるため、地域への愛着に正の関連を示したと考えられる。

宗教的活動が地域への愛着に正の関連を示した点について、先行研究<sup>35)</sup>では信仰する宗教があることと地域への愛着の関連が示されているが、性差を示した先行研究は見あたらない。本研究における宗教的活動は墓参り、仏壇や神棚へのお参り、神事に関する庶務等を指す。本研究で宗教的活動に「参加あり」の割合は男性高齢者が26.5%と女性高齢者より有意に多く、*t* 検定においても男性高齢者のみ地域への愛着と有意な関連があった。また、居住年数が平均以上の割合は男性高齢者が62.3%と女性高齢者より有意に多かった。以上の背景から、過疎地域の男性高齢者は長年の間、日々神様や仏様に対して祈ることや、墓参りや先祖供養を通して、心が穏やかになり、その地で生活で

きることのありがたさを実感して生活してきたと推察される。信仰を含めた宗教的活動を日々行うことができる大切な場所に思いを巡らせることや、心の安寧を図ることが生活の基盤となる結果、地域への愛着が高まると考えられる。

治安のよさが地域への愛着に正の関連を示した点について、先行研究<sup>35)</sup>では治安と地域への愛着の関連が示されているが、性差は言及されていない。本研究では、治安は「よい」の割合は、男性高齢者が66.8%と女性高齢者より多い傾向であった。一方で治安のよさは、*t* 検定では女性高齢者と男性高齢者ともに有意な関連が認められたが、重回帰分析では男性高齢者のみで正の関連が示された。治安のよさはその地域の社会的環境を評価する重要な要素である。日頃からの交流を通して、地域住民同士で顔の見える関係が築かれているため、治安のよさや安心して暮らせる地域であるという肯定感をもたらし、住民同士の信頼感が高まる。その結果、落ち着いて暮らせる居心地の良さが、自分らしく生活できる地域という認識を与え、地域への愛着が高くなると考えられる。

町内での買い物が地域への愛着に正の関連を示した点について、“家の近く”の商店街や、小規模専門店舗での買い物行動が高い人ほど、買い物中のコミュニケーションが高く、地域への愛着が高いことが報告されている<sup>36)</sup>。しかし、性差については明らかでない。本研究において、町内での買い物を「している」の割合は男性高齢者が女性高齢者より有意に少なかったが、重回帰分析では男性高齢者のみ正の関連が認められた。先行研究<sup>36)</sup>において、男性高齢者における社会活動参加の要因として地元の人々との交流の重要性が示されている。また前述のとおり、本研究においては居住年数が平均以上の割合は男性高齢者が女性高齢者より有意に多かった。過疎地域の男性高齢者は、その地域での長年の生活の中で、地域の商店を営んでいる人を含め、古くからその地域の人々と交流を図ってきたことが推察される。町内での買い物を通してコミュニケーションを深めることで地域の人々との繋がりを感じ、地域を大切にする思

いや日々を生きる活力となる。また、自身の生活の基盤となりうる地元商店での買い物を通して、ここで生きているという自分らしさを感じ、地域への愛着が高くなると考えられる。

## 2. 過疎地域の地域への愛着を高めるための地域づくりへの展望

大森らをはじめとする“地域への愛着”研究会は、平成27年から地域への愛着メソッド確立に向けた取り組みを行っている。このメソッドは首都圏近郊や人口流動の激しい地域等で生活している50～60代の人を対象としている。グループワークやフィールドワーク等を通して、地域の良さを改めて実感し、地域への愛着を育む関係を住民が築き、その地域での生活を前向きにとらえることによって、地域への愛着を高めることをねらいとしている<sup>37)</sup>。本研究の対象地域は、高齢化率が45.2%と高いこと、少子高齢化に伴う人口の減少が著しい地域であるため、過疎地域や高齢者の特性を踏まえて、地域への愛着を維持及び高めるための地域づくりを検討していく必要がある。

本研究で明らかになった地域への愛着の関連要因の中でも、女性高齢者および男性高齢者ともに影響が強かった要因は、地域での付き合いの程度、ソーシャルサポートであった。これらは過疎地域の高齢者が地域への愛着を醸成していくための基盤となる要因であり、また過疎地域の特性の影響を受けて自然と身についた個人的な背景なのではないかと考えられる。過疎地域では生活の中で自然に声を掛け合い、顔を合わせるものが常態となっている。また、住民がお互い様の精神で、おかずのお裾分けなど日頃から自然と助け合っている様子も窺える。地域づくりに関わる専門職は地域の課題だけに目を向けるのではなく、地域の強みを把握し、積極的に住民主体の話し合いの場（協議体）や福祉座談会（社会福祉協議会や地域住民が開催に携わり、地域の福祉的課題を話し合う場）等に参加して、その地域の強みをフィードバックし住民と共有することによって地域住民をエンパワメントしていく必要があると考えられる。

本研究の結果から性差に関する要因も示された。女性高齢者では生活満足度が高い程、サロン活動は「参加あり」において地域への愛着が高かった。特に前者は女性高齢者が個人的な活動（趣味を活かして自主的に参加できる活動）を通して生活満足度が上がり、地域への愛着が高まると考えられるため、女性高齢者のニーズに沿った活動や集まりの場を展開していくことが重要である。また、サロン活動も同様に個人の意思の元参加できる気楽な集まりの場である。サロン活動は社会福祉協議会が後方支援しているケースが多い<sup>38)</sup>。社会福祉協議会がサロンの後方支援等を含む地域福祉活動を円滑に遂行できるように、行政がバックアップしていくことが重要であると考えられる。男性高齢者では公共交通の利便性がよい場合、町内での買い物をしている場合で地域への愛着が高かった。本研究において、過疎地域の男性高齢者は地縁の繋がりを大切にしている様子が窺えた。近年、全国各地で民間事業者や自治体、NPO法人、商工会等による買い物支援や移動販売の取り組みが行われている。取り組みの内容として、移動販売に高齢者の見守り機能を組み合わせたもの、空き店舗を活用し、買い物だけでなく住民同士で交流できるスペースを兼ね備えたもの、NPO法人が運営する乗り合いタクシー事業などがある<sup>39)</sup>。過疎地域の男性高齢者の地域への愛着を高めるためには、高齢により免許を返納した後も地縁の繋がりを持ち続けられるように、単に移動支援や買い物支援だけを目的とするのではなく、地域住民と交流できる機会を組み込んだ生活支援を取り入れていく必要があると考える。また、各地で行われている先進的な取り組みに関する情報を地域づくりに携わる専門職が把握し、自らの自治体に取り込んでいく方法を、住民や地域の関係機関の意見を踏まえたうえで、検討していくことが重要であると考えられる。以上のように、地域への愛着を高めるための地域づくりは、性差を踏まえた上で、様々な職種による介入や行政の部署横断的な関わり、地域に根付いた商店や事業所、地域住民の協力が必要不可欠であり、高齢者のQOL向上に

向けて地域全体で協働し取り組んでいくことが重要である。また、地域ケアに携わる保健師は、積極的に地域を訪問し、ソーシャル・キャピタルを醸成及び活用<sup>6)</sup>し、高齢者が地域への愛着を高めながら生き生きと生活していけるよう地域住民に働きかけることも役割の一つであると考えられる。

### 3. 本研究の新たな知見と限界

本研究では、過疎地域の高齢者の地域への愛着に着目し、性差を踏まえて検討した点で新規性がある。その結果、過疎地域では女性高齢者および男性高齢者ともに地域への愛着が高いことが新たに明らかとなった。さらに、地域への愛着を高める要因として、これまでの先行研究で報告されていた要因以外に女性高齢者では生活満足度、サロン活動、居住年数、男性高齢者では公共交通の利便性、宗教的活動、治安、町内での買い物、主観的健康感が示された点も新たな知見である。過疎地域における地域への愛着を高める地域づくりに向けて、これらの性差を踏まえた効果的な方法の検討に役立てることができる点で社会的意義があると考えられる。

一方で、本研究の限界として次の4点が考えられる。第1に本研究は過疎地域に指定されている一地域の高齢者を対象とした。また、分析対象は、比較的年齢が低く、健康状態が良いケースに若干偏った可能性があり、除外したケースでは異なる結果を示す可能性がある。加えて調査時期が新型コロナウイルス感染症の第6波の最中であったため、外出等の自粛によりコロナ禍以前と比較して社会活動の参加状況などが低く見積もられた可能性があると考えられる。以上の点から結果の一般化には限界がある。今後は別の過疎地域、年齢や健康状態の異なる対象でも同様の結果を示すのか、調査時期を含めてさらなる検討が必要である。第2に横断研究であるため、因果関係および要因間の関連については明らかではない。経年的な変化の解明や定性的な検討も行っていく必要がある。第3に本研究では“地域への愛着”測定尺度の下位因子毎の分析は行わず、合計得点のみを扱い検

討するにとどまった。また、この尺度は首都圏近郊都市部の向老期世代を想定した尺度であったため、異なる尺度を用いた場合に同様の結果が示されるとは限らない。今後は、因子毎の詳細な分析や、過疎地域在住高齢者の特性を踏まえた弁別力の高い尺度の開発が求められる。第4に本研究で示した重回帰分析の調整済み $R^2$ は女性が0.452、男性が0.432のため、本研究では把握しきれなかった要因が存在する可能性がある。今後は地域環境や住民性を含む過疎地域の特性を考慮した変数を加え、多角的に地域への愛着に関連する要因を検討していく必要がある。

## V. 結語

過疎地域に在住する高齢者の地域への愛着に最も強く正の関連を示した要因は、女性高齢者および男性高齢者ともに地域での付き合いの程度であり、次いでソーシャルサポート、年齢であることが明らかとなった。これらは、過疎地域の高齢者が地域への愛着を醸成していくための基盤となる要因であることが示唆された。過疎地域の高齢者は日頃から自然と助け合うことが常態となっている。この地域の強みをフィードバックすることによって、地域住民をエンパワメントしていく必要がある。男女別で特徴的な要因は、女性高齢者では生活満足度、サロン活動、居住年数であり、男性高齢者では公共交通の利便性、宗教的活動、治安、町内での買い物であった。過疎地域で地域への愛着を高めるための地域づくりは、性差も踏まえた上で、様々な職種による介入や行政の部署横断的な関り、地域に根付いた商店や事業所、地域住民の協力が必要不可欠であり、高齢者のQOL向上に向けて地域全体で協働し取り組んでいくことが重要であることが示唆された。

## 謝辞

大変ご多忙の中、本調査にご協力いただきましたA県B町の町長をはじめ、行政担当課、町民の

皆様に、深く感謝申し上げます。なお、本稿は岐阜医療科学大学大学院保健医療学研究科に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものであり、一部は第63回日本社会医学会総会で発表しました。本研究に関して開示すべきCOI状態はありません。

## 文献

- 1) 総務省統計局. 高齢者の人口. <https://www.stat.go.jp/data/topics/topil321.html> (2022年11月28日アクセス)
- 2) 内閣府. 令和4年版高齢者白書 地域別にみた高齢化. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s\\_04.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s_04.pdf) (2023年1月7日アクセス)
- 3) 星貴子, 過疎地域における高齢者向け生活支援の課題－互助からソーシャルビジネスへ－. JRI レビュー. 2020;11(83):21-41.
- 4) 総務省. 過疎対策. [https://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/jichi\\_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm](https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm) (2022年11月28日アクセス)
- 5) 総務省 過疎問題懇談会. 新たな過疎対策に向けて - 過疎地域の持続的な発展の実現 -. 2020. [https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000683262.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000683262.pdf) (2022年11月28日アクセス)
- 6) 厚生労働省. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について, 2012. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000050854.pdf>, (2022年11月30日アクセス)
- 7) イチロー・カワチ, S.V. ブラウン, ダニエル・キム. ソーシャル・キャピタルと健康. 東京: 日本評論社. 2008:137.
- 8) 大森純子, 三森寧子, 小林真朝他. 公衆衛生看護のための“地域への愛着”の概念分析. 日本公衆衛生看護学会誌. 2014;3:40-48.
- 9) 高橋和子, 大森純子, 田口敦子他. 首都圏近郊都市部の向老期世代の“地域への愛着”に関連する要因. 日本公衆衛生看護学会誌. 2018;7(2):80-90.
- 10) Hidalgo M.C., Hernandez B. Place attachment: Conceptual and empirical questions, *Journal of Environmental Psychology*, 2001;21(3): 273-281.
- 11) 矢庭さゆり, 矢嶋裕樹, 中山間地域在住高齢者における地域愛着への関連要因. 新見公立大学紀要. 2022;42(2):49-53.
- 12) 清水誠司, 中井誉, 原田健司他. 高齢者の地域社会との関わりと孤立感の相互関係分析. 日本都市計画学会関西支部研究発表会講演概要集. 2017;15:101-104.
- 13) 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵他. 日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性 - 中高年者を対象とした検討 -. 厚生指標. 2007;54(6):26-33.
- 14) 近藤克則編. 検証「健康格差社会」 - 介護予防に向けた社会疫学的大規模調査 -. 東京: 医学書院. 2007:176-182.
- 15) 総務省. 令和3年度 社会意識に関する世論調査 調査票. [https://survey.gov-online.go.jp/r03/r03-shakai/3\\_chosahyo.html](https://survey.gov-online.go.jp/r03/r03-shakai/3_chosahyo.html) (2022年12月5日アクセス)
- 16) 橋本修二, 青木利恵, 玉腰暁子他. 高齢者における社会活動状況の指標の開発. 日本公衆衛生雑誌. 1997;44(10):760-768.
- 17) 南部泰士, 上林美保子, 三浦まゆみ, 農村地域高齢者の生活機能向上に向けた地域づくり指標の開発と検証 (第1報) 「地域についての思い」の計量テキスト分析. 日本農村医学会雑誌. 2020;68(5):567-576.
- 18) 古谷野亘. QOLなどを測定するための測度(2). 老年精神医学雑誌. 1996;7(4):431-441.
- 19) 酒井太一, 大森純子, 高橋和子他. 向老期世代における“地域への愛着”測定尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌. 2016;63(11):664-674.
- 20) 立福家徳. 地域社会での人的関わりと高齢者の主観的健康との関連. 厚生指標. 2013;60(7): 8-13.

- 21) 小谷祐樹, 川口敦, 志馬伸朗, アンケートを用いた質の高い調査研究を行うための手引き. 日本集中医療学会誌. 2021;28(3):180-188.
- 22) イチロー・カワチ, S.V. ブラウン, ダニエル・キム編・カーピアーノ. 健康に影響をおよぼす近隣の実体的・潜在的リソース. 東京・日本評論社. 2008:133-148.
- 23) 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己編. 社会と健康 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ 初版. 東京: 東京大学出版会. 2015: 222.
- 24) Robert D. Putnam. 哲学する民主主義－伝統と改革の市民的構造－. 東京: NTT 出版. 2001:206-220.
- 25) 柳澤理子, 馬場雄司, 草川好子他, 地域における高齢者のソーシャル・サポート提供の意味. 三重県立看護大学紀要. 2003;7:1-11.
- 26) 柄澤美季, 玉浦有紀, 藤原恵子他, 地域活動参加状況と主観的健康感の関連からみた介護予防事業参加高齢者の特徴. 栄養学雑誌. 2020;78(5):179-187.
- 27) 白川あゆみ, 過疎地域に暮らす配偶者を亡くした女性高齢者の死別後の体験. 日本地域看護学会誌. 2009;11(2):87-92.
- 28) 赤塚永貴, 有本梓, 田高悦子他, 都市部地域在住高齢者の主観的健康感に関連する要因の性差に関する比較. 日本地域看護学会誌. 2016;19(2):12-21.
- 29) 岡本秀明, 高齢者の社会活動と生活満足度の関連 - 社会活動の 4 側面に着目した男女別の検討 -. 日本公衆衛生雑誌. 2008;55(6):388-395.
- 30) 谷口綾子, 今井唯, 原文宏他, 観光地における多様な主体の地域愛着の規定因に関する研究 - ニセコ・倶知安地域を事例として -. 土木学会論文集 D3. 2012;68(5):551-562.
- 31) 引地博之, 青木俊明, 大淵憲一, 地域に対する愛着の形成機構－物理的環境と社会的環境の影響－. 土木学会論文集 D. 2009;65(2): 101-110.
- 32) 松村暢彦, モビリティ・マネジメントによる交通行動変容と地域愛着の関係性. 環境情報科学論文集. 2008;22:127-132.
- 33) 細木千穂, 白谷佳恵, 田高悦子他, 中山間農村地域のひとり暮らし男性高齢者と地域との関係性における経験の意味. 日本地域看護学会誌. 2019;22(2):6-14.
- 34) 森永朗子, 原田春美, 緒方久美子他, 男性高齢者の社会活動への参加要因に関する研究. 日本地域看護学会誌. 2022;25(1):4-11.
- 35) Brown B, Perkins D, Brown G. Place attachment in a revitalizing neighborhood: Individual and block levels of analysis, Journal of Environmental Psychology, 2003; 23 : 259-271.
- 36) 鈴木春菜, 藤井聡, 「消費行動」が「地域愛着」に及ぼす影響に関する研究. 土木学会論文集 D. 2008;64(2):190-200.
- 37) 東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生看護学分野 地域への愛着研究会. 地域への愛着メソッド 地域の底力を高める地域への愛着を育むプログラム - 実践の手引き - 初版. 2019; 1-31. <http://www.pubnurse.med.tohoku.ac.jp/aichaku/achievement/images/aichaku2.pdf> (2023 年 1 月 7 日アクセス)
- 38) 公益財団法人長寿科学振興財団. 健康長寿ネット 高齢者の集い・通いの場(高齢者サロン)とは. <https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyoju-shakai/koreisha-tsudoinoba.html> (2023 年 1 月 7 日アクセス)
- 39) 農林水産省. 地域に応じた各地での買い物支援の取組. [https://www.maff.go.jp/j/shokusan/eat/access\\_jirei.html](https://www.maff.go.jp/j/shokusan/eat/access_jirei.html) (2023 年 8 月 6 日アクセス)

(受付 2023.3.24 : 受理 2023.8.25)

# Factors Related to Local Community Attachment among the Older People Living in Depopulated Areas: Gender-specific analysis

Hikaru Katou<sup>1,2)</sup>, Chikako Michibayashi<sup>3)</sup>, Junko Minai<sup>3)</sup>, Jungetsu Sei<sup>3)</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this study is to clarify the factors related to local community attachment of older people living in depopulated areas by gender.

**Method:** In total, 995 older people aged 65 years or older living in a depopulated area who were selected by random sampling and guaranteed anonymity received a questionnaire by mail between January and February 2022. The questions covered local community attachment, age, gender, degree of relationship with residents, and social support.

**Result:** There were 788 responses (response rate 79.2%) and 532 valid responses. Multiple regression analysis using the total local community attachment score as the objective variable showed that the degree of association with the community was strongest for both men and women, followed by social support and age, which were positively related to the total local community attachment score. Key factors for older women were life satisfaction scores and salon activities, while key factors for older men were convenience of public transportation and religious activities.

**Discussion:** Our findings suggest that mutual support based on local community ties formed through long-term residence is an underlying factor promoting local community attachment among older people in depopulated areas. It is common for older people to mingle and converse in depopulated areas. Therefore, it is important for professionals to provide advice on community facilities designed to empower older people. In addition, based on gender differences, multi-profession collaborations are required to increase local community attachment, such as support for salon activities and the maintenance of public transportation.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 166 – 184】

**Key words:** depopulated areas, older people, local community attachment, gender differences, multiple regression analysis

---

1) School of Health Sciences, Department of Nursing, Asahi University

2) Master Course of Health and Medicine, Graduate School of Health and Medicine, Gifu University of Medical Science

3) Department of Nursing, Faculty of Nursing, Gifu University of Medical Science

## 短報

## 無料低額診療事業実施施設の都道府県間の差に関する研究

西澤寛貴<sup>1)2)</sup>, 西岡大輔<sup>1)3)4)</sup>

## 抄録

目的：経済的な理由によって必要な医療を受ける機会が制限されないための制度として社会福祉法に基づく無料低額診療事業（以下、無低診）があるが、無料低額診療施設（無低診施設）の国内の配置の実態は十分には明らかでない。本研究では、既存の公的データから、人口規模を考慮した無低診施設数および被保護者を生計困難者の代理指標とみなした被保護人員あたり無低診施設数を都道府県ごとに記述することを目的とした。

方法：政府統計の総合窓口（e-Stat）から都道府県別の人口、医療機関数、無低診施設数、被保護人員数を抽出し、人口あたり無低診施設数、被保護人員あたり無低診施設数を算出し都道府県別に比較した。被保護人員は生計困難者の代理指標とした。

結果：都道府県ごとの無低診施設数は大阪（80）、東京（55）、北海道（54）の順に多く、秋田（0）、高知（2）、佐賀（3）の順に少なかった。人口10万人あたりの無低診施設数は鳥取（2.34）、奈良（1.88）、山梨（1.60）の順に多く、秋田（0）、愛知（0.05）、栃木（0.16）の順に少なかった。被保護人員あたりの無低診施設数も都道府県間の差がみられた。

考察：人口規模や被保護人員数を考慮した無低診施設数には都道府県による差が観察された。無低診については、都道府県間の差に関するより詳細な調査及び、各都道府県の医療機関の規模や生計困難者の実状を踏まえたさらなる研究が求められる。

【社会医学研究 2023；40（2）：185 - 191】

キーワード：無料低額診療事業、無低診、貧困、生計困難者、社会福祉、医療アクセス

## 背景

貧困は人々の医療へのアクセスを妨げる。主に低所得層・低資産層において経済的理由によって必要な医療への受診を控える受診抑制が生じやすい<sup>1)</sup>。人々が経済的理由によって必要な医療を受け

る機会が制限されないように国内ではさまざまな社会福祉制度が整備されている。例えば、生活保護法<sup>2)</sup>に基づく医療扶助、健康保険法<sup>3)</sup>や国民健康保険法<sup>4)</sup>に基づく一部負担金減免制度、社会福祉法<sup>5)</sup>に基づく無料低額診療事業（以下、無低診）などがある。生活保護制度の医療扶助はたいいていの場合、利用を希望する個人が福祉事務所の窓口で申請をしたのちに、資産等に関する調査（ミーンズテスト）を経て利用の可否が決定されるため、一般的に時間がかかる。また、利用のための要件は厳格である<sup>6)</sup>。無低診は医療機関の裁量により柔軟に利用者の窓口負担を減免できる制度であり、無料低額診療施設（以下、無低診施設）が社会福

1) 大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室

2) こびらい生協診療所

3) 南丹市国民健康保険美山林健センター診療所

4) 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野

責任著者：西岡大輔

住所：〒569-8686 大阪府高槻市大学町2-7

大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室

E-mail：daisuke.nishioka@ompu.ac.jp

社協議会や福祉事務所等と協議の上、減免額・減免方法をあらかじめ決定しておく。利用の相談があった場合に、無料や低額の診療券を交付して、診療券を持って無低診施設に受診し、無低診施設が利用者に医療を提供し自己負担分について減免を行う。無低診の減免を行った患者の割合によって、無低診施設は法人税や固定資産税の減免を受けることができるしくみである<sup>7)</sup>。近年、国内では無低診施設は増加傾向であることが報告され、全国で 723 施設 (2019 年) が実施している<sup>8)</sup>。

無低診に関しては、歴史的な変遷や今日的な意義や課題を提起した社会福祉学的な先行研究が散見される。たとえば阿川は、明治期から社会事業として発展し国民皆保険制度等の社会保障制度とともに変遷してきた無低診の制度のあらましを記述し、今日的な無低診の制度としての妥当性や地域偏在が著しい現状に関して問題提起している<sup>9, 10)</sup>。杉山は国民皆保険制度が整った現在の日本における無低診の意義を検討し、たとえば無保険の状態にあり適切な医療への経済的な障壁がある人への支援制度として意義が大きいことを紹介している<sup>11)</sup>。また、無低診の利用者の社会生活面に焦点を当てた疫学的研究が報告されている。たとえば、西岡らは無低診の利用者では社会的な孤立との関連が指摘されているひとり暮らしの利用者が多く、対人交流の頻度が少ないことを報告している<sup>12)</sup>。若田らは、診療所の外来で無低診を利用している患者と利用していない患者の社会背景を比較し、無低診の利用者では教育歴が短く、人とのつながりや社会参加などによって示される社会的な健康度が低いことなどを報告している<sup>13)</sup>。さらに、Nishioka らは無低診の利用者を追跡し、ひとり暮らしの利用者ほど健康状態が改善しにくいことを報告している<sup>14)</sup>。これらの利用者に焦点を当てた先行研究では、医療機関による裁量が大きい制度であるために住民による制度の利用可能性や既存研究の一般化可能性の課題があることが指摘されている。しかしながら、無低診施設がどのように国内に配置され、どの程度生計困難者への支援として活用されうるかに関する基礎的な

データは十分に記述されていない。たとえば都道府県によっては無低診施設が存在しないことも指摘されており、無低診施設数の都道府県ごとの違いを記述することが求められる。

そこで本研究では既存の公的データから人口規模を考慮した無低診施設数および被保護者を生計困難者の代理指標とみなした被保護人員あたり無低診施設数を都道府県ごとに記述し、その実態を明らかにすることを目的とした。

## 方法

### (1) 研究デザイン

生態学的研究

### (2) データ

政府統計の総合窓口 (e-Stat) から、「人口推計」2019 年 10 月 1 日の都道府県別の人口、「令和 2 年度無料低額診療事業等に係る実施状況の報告」より 2019 年 10 月の無低診施設数、被保護者調査の「令和元年 10 月分概数」から都道府県別の被保護人員数、「令和元 (2019) 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況」から都道府県別の医療機関数を抽出した。

### (3) 変数

都道府県別人口、都道府県別医療機関数、都道府県別無低診施設数、都道府県別被保護人員数のデータを用いて、人口 10 万人あたり医療機関数、人口 10 万人あたり無低診施設数、被保護人員千人あたり医療機関数、被保護人員千人あたり無低診施設数を算出した。

### (4) 解析方法

上記のそれぞれの変数の全国値から、各都道府県における各変数の期待値 (E) を算出し、現実値 (O) との比 (O/E 比) を求めた。無低診は生計困難者を対象とした医療費の減免制度であるため、一般人口ではなく生計困難者数を考慮したばらつきを検証する必要があった。しかし、生計困難者は明確な定義はなく、その絶対数は直接測定されていないため、都道府県ごとの被保護人員数を用いてその代理指標とした。人口あたりおよび被保

護人員あたり無低診施設数のそれぞれの全国比を比較するためにポアソン検定を実施し、有意水準を0.05に設定した。以上の解析に関して、都道府県ごとの図表を作成した。

#### (5) 倫理的配慮

本研究は、公的データを用いた個人を対象としない研究であり、「人を対象とした医学系研究」に該当せず、倫理審査は必要としない。

### 結果

無低診施設数に都道府県ごとの差が観察された。多い順に、大阪府で80施設、東京都で55施設、北海道で54施設と報告されていた。一方、秋田県では0施設、高知県では2施設、佐賀県では3施設と無低診施設が少ない都道府県もあった。都道府県別の無低診施設数の中央値（四分位範囲）は10（6.5-15.5）施設であった。人口規模を考慮した無低診施設数の検討でも都道府県ごとの差がみられた。多い順に鳥取県で2.34施設、奈良県で1.88施設、山梨県で1.60施設であった。一方、秋田県では0施設、愛知県では0.05施設、栃木県では0.16施設であった（表1）。

人口10万人あたり無低診施設数の都道府県別のO/E比には、0から4.08と差が観察された（表1、図1）。北海道、青森県、石川県、山梨県、京都府、大阪府、奈良県、鳥取県は統計的に有意にO/E比が高かった。逆に、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、愛知県は統計的に有意にO/E比が低かった。人口10万人あたり医療機関数のO/E比は0.73から1.36であり、無低診施設数の都道府県間の差が医療機関数のそれよりも大きいことがわかった。さらに被保護人員を考慮した無低診施設数のO/E比にも、0から5.49と都道府県間の差が観察された（表1、図1）。山形県、福島県、群馬県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、滋賀県、京都府、奈良県、鳥取県、島根県、岡山県、山口県、愛媛県は統計的に有意にO/E比が高かった。逆に、東京都、愛知県、福岡県は統計的に有意にO/E比が低かった。秋田県は無低診施設がなく、統計的な検定を実施

しなかった。人口あたりの無低診施設数は全国水準以上であるが、被保護人員数を考慮すると全国水準を下回るような都道府県もみられた（表1）。

### 考察

本研究は、無低診施設数には都道府県ごとの差があることを明らかにした。人口あたり医療機関数よりも人口あたり無低診施設数の差は大きく、被保護人員を考慮してもその差は縮小しなかった。人口あたり・被保護人員あたりの無低診施設数のO/E比がともに1未満の都道府県があり、それらの都道府県では日本国内で相対的に無低診施設数が少ない都道府県と考えられた。一方、北海道や大阪府では人口あたりの無低診施設数のO/E比は1を超えていたが、被保護人員あたりの無低診施設数のO/E比は1を下回ったことから、生計困難者の人数を考慮すると無低診施設数が日本国内では相対的に少ない都道府県であることが示唆された。

本研究で示された各都道府県における無低診施設数の差の原因として、以下の三点が考えられる。まず、無低診を実施する法人が複数の医療機関を同一都道府県内に開院している場合に無低診施設数が多くなりやすい点である。無低診は主に恩賜財団済生会と全日本民主医療機関連合会に加盟する法人（以下、民医連）によって実施されており、これらの無低診施設数には都道府県によるばらつきがあった<sup>15, 16</sup>。第二に、無低診施設の認可は市町村および都道府県によって行われるため、地域により基準が異なる可能性も考えられる。しかし、この件に関しては、検証するために利用可能な資料が乏しい。第三に、無低診施設が少ない都道府県では生活保護などの無低診以外の制度で生計困難者への医療アクセスが担保されており、無低診のニーズが相対的に小さい可能性もある。日本では生活保護の捕捉率は諸外国に比べて低く、所得水準では22.6%、資産を考慮した場合に43.3%と文献的に報告されている<sup>17</sup>。無低診施設の少ない都道府県における生計困難者が適切な医療アクセ

表 1. 無料低額診療施設（無低診施設）の都道府県ごとの分布と全国水準との比較

都道府県	無低診 施設数	人口 10 万人あたり 無低診施設数 (全国比)	p 値	被保護人員 (千人) あたり 無低診施設数 (全国比)	p 値
北海道	54	1.03 (1.80)	0.00*	0.34 (0.97)	0.93
青森	13	1.04 (1.82)	0.03*	0.44 (1.26)	0.38
岩手	6	0.49 (0.85)	0.72	0.46 (1.31)	0.49
宮城	10	0.43 (0.76)	0.38	0.34 (0.97)	0.91
秋田	0	0 (0)	N/A	0 (0)	N/A
山形	7	0.65 (1.13)	0.72	0.88 (2.51)	0.02*
福島	12	0.65 (1.13)	0.65	0.69 (1.97)	0.02*
茨城	10	0.35 (0.61)	0.12	0.35 (1.00)	0.98
栃木	3	0.16 (0.27)	0.02*	0.15 (0.43)	0.14
群馬	17	0.88 (1.53)	0.08	1.13 (3.23)	0.00*
埼玉	26	0.35 (0.62)	0.02*	0.27 (0.77)	0.17
千葉	22	0.35 (0.61)	0.02*	0.25 (0.71)	0.12
東京	55	0.40 (0.69)	0.01*	0.19 (0.54)	0.00*
神奈川	47	0.51 (0.89)	0.43	0.31 (0.89)	0.35
新潟	9	0.41 (0.71)	0.31	0.43 (1.23)	0.52
富山	5	0.48 (0.84)	0.70	1.34 (3.83)	0.00*
石川	13	1.14 (1.99)	0.01*	1.83 (5.23)	0.00*
福井	8	1.04 (1.82)	0.09	1.92 (5.49)	0.00*
山梨	13	1.60 (2.80)	0.00*	1.85 (5.29)	0.00*
長野	8	0.39 (0.68)	0.28	0.72 (2.06)	0.04*
岐阜	5	0.25 (0.44)	0.07	0.43 (1.23)	0.66
静岡	12	0.33 (0.57)	0.06	0.38 (1.09)	0.82
愛知	4	0.05 (0.09)	0.00*	0.05 (0.14)	0.00*
三重	4	0.23 (0.39)	0.06	0.25 (0.71)	0.52
滋賀	9	0.64 (1.11)	0.75	0.82 (2.34)	0.01*
京都	40	1.55 (2.70)	0.00*	0.70 (2.00)	0.00*
大阪	80	0.91 (1.58)	0.00*	0.29 (0.83)	0.11
兵庫	31	0.57 (0.99)	0.96	0.30 (0.86)	0.46
奈良	25	1.88 (3.28)	0.00*	1.27 (3.63)	0.00*
和歌山	7	0.76 (1.32)	0.46	0.47 (1.34)	0.43
鳥取	13	2.34 (4.08)	0.00*	1.86 (5.31)	0.00*
島根	6	0.89 (1.55)	0.28	1.06 (3.03)	0.01*
岡山	17	0.90 (1.57)	0.07	0.69 (1.97)	0.01*
広島	9	0.32 (0.56)	0.09	0.22 (0.63)	0.17
山口	10	0.74 (1.28)	0.41	0.69 (1.97)	0.03*
徳島	4	0.55 (0.96)	0.95	0.31 (0.89)	0.80
香川	7	0.73 (1.28)	0.51	0.67 (1.91)	0.08
愛媛	13	0.97 (1.69)	0.06	0.62 (1.77)	0.04*
高知	2	0.29 (0.50)	0.33	0.11 (0.31)	0.10
福岡	26	0.51 (0.89)	0.54	0.21 (0.60)	0.01*
佐賀	3	0.37 (0.64)	0.45	0.38 (1.09)	0.87
長崎	11	0.83 (1.45)	0.21	0.39 (1.11)	0.64
熊本	12	0.69 (1.20)	0.52	0.49 (1.40)	0.25
大分	4	0.35 (0.61)	0.34	0.20 (0.57)	0.29
宮崎	9	0.84 (1.46)	0.25	0.50 (1.43)	0.27
鹿児島	14	0.87 (1.53)	0.11	0.46 (1.31)	0.28
沖縄	8	0.55 (0.96)	0.89	0.21 (0.60)	0.14
全国	723	0.57		0.35	

秋田県は無低診施設が 0 であるため、ポアソン検定は行わなかった。\* p<0.05



図1. 人口あたりおよび被保護人員あたり無料低額診療施設数 O/E 比

スを楽しむことができるかの追加的な検証が求められる。

本研究は生計困難者に対する医療アクセスの経済的な保障制度の一つである無低診に注目し、人口および被保護人員を考慮した上で、都道府県ごとの無低診施設数の差を検証した初めての研究である。今後の生計困難者への医療アクセスの支援や無低診施設の果たす役割を検討する上でも重要な資料となる。一方、本研究の限界としては、以下の四つが考えられる。第一に、都道府県別の医療機関数には歯科診療所が含まれていないが、無低診施設には一部歯科診療所が含まれている。そのため、無低診施設数のばらつきが過大または過小評価されている可能性がある。しかし、歯科診療所の無低診施設数は少なく、本研究への影響は小さいと考えられる<sup>15, 16)</sup>。第二に、無低診施設の数のみを検証しているため、病院や診療所などの区分、病床数の多寡など医療機関の規模、無低診施設ごとの利用者数などの詳細については検討で

きていない。検討のためには無低診施設に関するより詳細な資料の公開が求められる。第三に、都道府県別の生活保護の捕捉率が異なる場合に、被保護人員数が生計困難者の代理指標になりきれていない可能性がある。第四に、研究の特性上、個々の利用者の状況については検討できていないため、利用者の実態を明らかにするような研究が重要である。

### 結語

無低診施設数には都道府県による差が大きく、人口や被保護人員数を考慮しても都道府県間の差が観察された。生計困難者への支援策として無低診施設が果たす役割は重要性を増しており、これらの差に関する妥当性の検証及び医療機関の規模や生計困難者の実状を踏まえた詳細な研究、全国的な利用者へ焦点をあてた研究がさらに求められる。

## 引用文献

- 1) 阿部彩. 誰が受診を控えるのかー J-SHINE を用いた初期的分析. 一橋大学経済研究所世代間問題研究機構 DP. 2013; 603.
- 2) 生活保護法. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=325AC0000000144> (2022年9月16日アクセス)
- 3) 健康保険法 [https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=211AC0000000070\\_20220401\\_501AC0000000009](https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=211AC0000000070_20220401_501AC0000000009) (2022年9月16日アクセス)
- 4) 国民健康保険法 [https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=333AC0000000192\\_20220401\\_503AC0000000066](https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=333AC0000000192_20220401_503AC0000000066) (2022年9月16日アクセス)
- 5) 社会福祉法 <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=326AC0000000045> (2022年9月16日アクセス)
- 6) ヨミドクター. 貧困と生活保護(21)生活保護の申請は支援者と一緒に行こう. [https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20160115-OYTEW63507/?catname=column\\_hara-shohei](https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20160115-OYTEW63507/?catname=column_hara-shohei) (2022年9月16日アクセス)
- 7) 厚生労働省. 無料低額診療事業について. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0121-7d.pdf> (2022年9月16日アクセス)
- 8) 厚生労働省. 無料低額診療事業の実施状況の報告. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/muryou\\_sinryoujigyoku.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/muryou_sinryoujigyoku.html) (2022年9月16日アクセス)
- 9) 阿川千尋. 無料低額診療事業の歴史的検討. 日本女子大学人間社会研究科紀要. 2017;23:139-153
- 10) 阿川千尋. 無料低額診療事業の運用実態聞き取り調査. 貧困研究. 2020;24:91-99.
- 11) 杉山貴士. 戦後日本における医療福祉事業の歴史的変遷からの一考察. 佛教大学社会福祉学部論集. 2015;47-60
- 12) 西岡大輔, 玉木千里, 古板規子他. 無料低額診療事業の利用者の特性に関する研究: 無料低額診療の実態と効果に関するコホート研究より. 厚生学の指標. 2020;67(2): 1-7.
- 13) 若田哲史, 高木幸夫, 小泉昭夫. 外来患者における無料低額診療制度利用患者の健康関連QOLおよび生活背景についての調査. 日本衛生学雑誌. 2020;75:1-20.
- 14) Nishioka D, Tamaki C, Furuita N, et al. Changes in Health-related Quality of Life Among Impoverished Persons in the Free/Low-Cost Medical Care Program in Japan: Evidence From a Prospective Cohort Study. Journal of Epidemiology. 2021.(Online First)
- 15) 恩賜財団済生会. 施設一覧 <https://www.saiseikai.or.jp/facilities/> (2022年9月16日アクセス)
- 16) 全日本民医連. 無料・低額診療にとりくんでいる事業所. <https://www.min-iren.gr.jp/?p=20120> (2022年9月16日アクセス)
- 17) 吉永純. 「半福祉・半就労」と生活保障, 生活保護. 社会政策. 2019;11(1): 11-25.  
(受付 2022.9.21 : 受理 2023.1.13)

# Differences in Free/Low-Cost Medical Care accessibilities across prefectures in Japan

Hiroki Nishizawa<sup>1)2)</sup>, Daisuke Nishioka<sup>1)3)4)</sup>

---

## Abstract

**Objective:** The Free/Low-Cost Medical Care (FLCMC) program is a welfare program that provides free or low-cost medical care for impoverished people to ensure their financial access to medical care. However, differences in regional accessibility to the FLCMC have not been well investigated. This study aimed to describe the number of FLCMC institutions across prefectures in consideration of the number of people in poverty.

**Method:** We extracted prefectural data of population size, number of medical institutions, number of FLCMC institutions, and number of public assistance recipients from the government statistics portal site (e-Stat). The number of FLCMC institutions per population and per public assistance recipients were calculated and compared across prefectures. We used the number of public assistance recipients as a surrogate measure for the number of impoverished populations in each prefecture.

**Results:** The number of FLCMC institutions by prefecture was high in Osaka (80), Tokyo (55), and Hokkaido (54), but low in Akita (0), Kochi (2), and Saga (3). The number of FLCMC institutions per 100,000 people was high in Tottori (2.34), Nara (1.88), and Yamanashi (1.60), but low in Akita (0), Aichi (0.05), and Tochigi (0.16). Regional differences were also analyzed by standardizing the number of public assistance recipients.

**Conclusion:** There were differences in the number of FLCMC institutions across prefectures despite standardization on the numbers of people in poverty. Further research into the scale of medical institutions and characteristics of FLCMC recipients are required to evaluate accessibility to FLCMC institutions.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 185 – 191】

**Key words:** Free/Low-Cost Medical Care (FLCMC), poverty, low-income people, social welfare, healthcare access

- 
- 1) Department of Medical Statistics, Research & Development Center, Osaka Medical and Pharmaceutical University
  - 2) Kobirai Coop Clinic
  - 3) Miyama Rinken-Center Clinic
  - 4) Department of Social Epidemiology, Graduate School of Medicine and School of Public Health, Kyoto University

短報

# 岡山県津山市および近郊在住のベトナム人の新型コロナワクチン接種行動：有事における在日外国人のヘルスケアアクセスの一例として

稲益智子<sup>1)</sup>

## 要旨

背景：2017 年以降，在日外国人に占めるベトナム人の割合が急増しているが，彼らがヘルスケアサービスにアクセスするための支援は，特に地方都市では不足しており，言語の違い等により困難を抱える者が少なくない．本研究は，健康が脅かされる事態が発生した際に在日外国人が支障なくヘルスケアにアクセスすることが可能かどうかについて，知見を蓄積するためのケーススタディとして，岡山県津山市およびその周辺に在住するベトナム人の新型コロナワクチン接種行動の実態を把握することを目的とした．

方法：調査対象者に SNS を通じて参加を募り，応募したベトナム人に対し，調査者が調査票をもとに一人一人半構造面接を実施した．調査内容は，属性のほか，日本語の理解度，新型コロナワクチン接種票の認知や予約が自力で出来たか，ワクチンの副反応への懸念や，日本で医療を受けることに対する抵抗があったか，の各項目とした．

結果：技能実習生および正社員として働く社会人を中心に 27 人が調査に参加した．参加者の日本語のレベルは様々だったが，ほぼ全員がすでに新型コロナワクチンを接種しており，組織的に接種予約が実施されていた実態が明らかになった．自力で予約をした参加者も，スマートフォンの翻訳機能など，テクノロジーを駆使することによって，日本語のレベルにかかわらず情報にアクセス出来ていた．接種率は高かったものの，多くの参加者が，新型コロナワクチンの副反応に対する懸念や，日本で医療を受けることへの心理的抵抗，言語的な制約を感じていた．

考察：高い接種率の背景には，多言語に配慮した情報提供と，予約のオンライン化が効果を発揮していた．容易にインターネット検索でヒットするような，情報提供における工夫や，在日外国人コミュニティの共助の確立に対する支援が有効と考えられた．

【社会医学研究 2023；40（2）：192 - 201】

キーワード：在日ベトナム人，新型コロナワクチン，ヘルスケアアクセス

## I. 緒言

1) 美作大学 学修・学術情報センター  
連絡先：稲益 智子  
住所：〒708-8511 岡山県津山市北園町 50  
美作大学 学修・学術情報センター  
E-mail：inamasu@mimasaka.ac.jp

登録外国人統計が存在する最初の年である 1959 年，在日外国人は，93% を占める韓国・朝鮮人と 7% の中国人という構成で，日本全体で 65 万人程度の規模であったが，2020 年には 289 万人と 300

万人に迫る勢いで増加した<sup>1)</sup>。この60年余りの間に、韓国・朝鮮人の割合が15%にまで低下した一方で、在日外国人の出身国は多様化しており、2006年には、これまで中心だった韓国・朝鮮人や中国人などを除く「その他」の国と地域の出身者が最多となり、その割合は2020年には在日外国人全体の半数を超えた。特に目立つのが、「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」が施行された2017年以降の統計に現れるベトナム人で、2020年には最も多い中国人に次ぐ割合を占めている<sup>2)</sup>。

こうした在日外国人の国籍の構成は、各都道府県で若干異なる傾向を示すが、岡山県では、2019年にベトナム人人口が中国人人口を超えた。岡山県統計年報では2005年からベトナム人の人数を公表しており、これによると2005年に293人だったベトナム人は、2020年には10,368人まで増加している<sup>3)</sup>。

このベトナム人の増加は、日本の少子高齢化にともなう特に零細企業の深刻な労働力不足を背景に、技能実習生の受け入れが拡大したことが主な理由だが<sup>4)</sup>、経済成長が著しく日本との賃金格差も縮小している中国と異なり、ベトナム人にとって日本で就労することへの経済的な魅力は当面維持されるだろう。

移住者が、滞在国で支障なく必要とするヘルスケアにアクセスできる基盤を確立することは、受け入れ側の責任を伴う倫理的に重要な課題であるが、新規移民のヘルスケアアクセスの障壁は多い。先行研究では、言語や文化の違いによる障壁<sup>5-7)</sup>に加え、健康保険への加入の有無<sup>8)</sup>、時間あるいは経済的制約や情報へのアクセスの問題<sup>6,7)</sup>が指摘されている。加えて、有事の際に在日外国人はより多くの困難に直面する傾向もある<sup>7,9)</sup>。

折しも、在日ベトナム人が岡山県の在日外国人で最大のグループとなった2019年の年末に中国で発生した新型コロナウイルス感染症は、瞬く間に世界に感染が拡大した。岡山県内では2020年3月に1例目の感染者が確認され、医療従事者や高齢者、基礎疾患を有する者等から順に始まった新型

コロナワクチンの接種の対象者が一般住民に拡大した8月には、新型コロナウイルス感染症の罹患者は岡山県全体で累積10,000人を超えていた<sup>10)</sup>。新興感染症の蔓延のような有事の際に、特に新規移民である在日外国人が具体的なヘルスケアサービスにアクセス出来ているかを検証した先行研究はなく、その実態は知られていない。そこで本研究は、有事における在日外国人のヘルスケアアクセスに関する知見を集積するため、岡山県津山市および近郊在住のベトナム人を対象に、2021年9月から10月にかけて実施した、新型コロナウイルスワクチン接種に関する聞き取り調査の結果を報告し、その実態を明らかにすることを目的とする。

## II. 方法

### 1. 対象者

調査を開始した2021年9月時点で岡山県津山市およびその周辺に居住していたベトナム人の成人男女を対象とした。調査参加者の募集については、ベトナム人コミュニティに類するものは存在せず、本調査の調査協力者であるベトナム人留学生は市内および近郊に面識のあるベトナム人もいなかったため、当該留学生が、自身も参加するFacebookコミュニティ（オンラインのベトナム人コミュニティ）である「Hội Người Việt Ở Tsuyama Okayama」（公開グループ）に投稿する形で実施した。これに応じた在日ベトナム人および、先に調査に参加した者の紹介により参加に同意した者を含め、計27人を調査の対象者とした。

### 2. 調査期間

調査は2021年9月25日から10月8日の間に実施した。

### 3. データ収集法

調査方法として、調査参加者1人ずつに対し、調査員が質問し回答を記録する、半構造化面接の形式を採用した。参加者の希望があれば参加者の自宅に出向き、そうでない場合は、参加者の移動の負担を軽減するため、参加者がよく利用する店舗や駅などで待ち合わせ、調査員の使用する車の

車内等で実施した。

#### 4. 調査内容

面接の中心となる質問項目としては、属性（性別、年齢、婚姻、居住形態、現住所、滞在期間、就業形態、来日目的）、学歴、来日前の日本語の学習歴や現在の日本語のレベル（日常会話と書類の理解について、1「まったくできない」から5「まったく問題ない」までの5件法で、それぞれ平均値を算出）、ヘルスケアアクセスに関する設問（新型コロナワクチン接種券を認識できたか、接種の日時、副反応等の懸念の有無、ワクチンに関する情報源、普段の生活や健康に関する情報源）とした。

#### 5. 倫理的配慮

調査は、美作大学倫理委員会の承認（審査番号

2021-6）を得て実施した。参加募集に応じた在日ベトナム人には、ベトナム語で調査の趣旨および、参加しないまたは参加の意思を撤回する場合にも何ら不利益が生じないこと、個人情報に匿名化し、参加者の個人は特定されないことを説明した。収集した情報のうち個人情報にあたるものは、個人が特定されないよう匿名化した。

### III. 結果

#### 1. 参加者の属性と基本情報

調査参加者の属性を表1に示した。27人が応募し、全員が調査に参加した。このうち男性は13人、女性は14人で、調査時点における参加者の年齢の

表 1 調査参加者の属性

		人数	割合 (%)
性別	男性	13	48.1
	女性	14	51.9
年齢	20代	17	63.0
	30代	10	37.0
婚姻	未婚	14	51.9
	既婚	13	48.1
居住形態	1人暮らし	5	18.5
	家族と同居	7	25.9
	友人・同僚と同居	15	55.6
現住所	津山市内	24	88.9
	近郊の市町村	3	11.1
滞在期間	12か月未満	3	11.1
	1～3年未満	10	37.0
	3～5年未満	8	29.6
	5年以上	6	22.2
就業形態	技能実習生	13	50.0
	正社員	11	42.3
	非正規雇用（パート、アルバイト）	2	7.7
来日目的	就職（技能実習生） <sup>*1</sup>	15	55.6
	就職（正社員） <sup>*2</sup>	8	29.6
	留学 <sup>*3</sup>	3	11.1
	家族滞在（結婚）	1	3.7

\*1 後に結婚し家族滞在ビザに切り替えた2人を含む

\*2 短期間日本語学校で語学研修を受けた2人を含む

\*3 日本語学校と日本の大学を経て就職した2名および、日本語学校を経て就職した1名

平均値は28.3歳(21歳から38歳)であった。既婚者が13人、独身者が14人であり、既婚者の配偶者はすべてベトナム人であった。また、既婚者のうち7人は日本でベトナム人配偶者とともに生活していたが、残りの6人は配偶者や子どもを故国に残し単身で来日していた。

居住地は津山市が24人、近隣の市町村が3人で、一人暮らしが5人、家族と同居が7人、友人や同僚との共同生活が15人(同居人数は本人を含め2人から11人)いた。2013年に来日し、既に滞在年数が7年～8年の参加者が2人いた一方、来日から1年未満の者も3人含まれた。調査時点での参加者の日本滞在期間は、最短9か月から最長99か月で、滞在期間が5年を超える者は6人いた。

管理団体の介在を経て雇用され、建設業や製造業の分野で働く技能実習生が13人と最も多かったが、事業所と直接雇用契約を結び、卸売業や医療機関スタッフ、機械系エンジニアなどとして働く正社員も11人と少なくなかった。就労ビザで正社員として働くベトナム人男性と結婚し、家族滞在ビザを取得した女性も3人おり、うち2人はパートもしくはアルバイトの非正規雇用で、出産直後の1人を除く全員が就労していた。また、健康保険に加入していない者はおらず、パート・アルバイト、育児中の3人は、正社員である夫の社会保険の扶養に入っていた。

参加者の来日目的は、技能実習生としての就職が15人と最も多く、正社員として雇用契約を結び直接津山市などに来た8人が続く。留学生として来日した3人はいずれも後に正社員として就職しており、結婚を機に家族滞在ビザで来日した女性も1人いた。

## 2. 参加者の日本語能力について

参加者の日本語能力および新型コロナワクチン接種の時期を、就業形態別に表2に示した。正社員の11人の中でも、日常的に日本語の理解に困難を伴う者や、日本語の書類の理解がほとんどできない者が少数含まれた。一方、技能実習生では、直接津山市に来た者が半数、近隣の中堅都市に1か月程度滞在したのちに津山市に移動した者が残

りの半数を占め、正社員と比較すると、日本語での困りごとの頻度が高く、日本語の書類に関しては、全員が「ほとんど理解できない」と回答した。

## 3. 新型コロナワクチン接種について

調査参加者27人全員が接種券を受け取っており、郵送された封書が接種券であることを理解していた。日本語の書類は理解できないと回答した参加者でも、「COVID-19と書いてあったからすぐわかった」、「(スマートフォン等の翻訳機能を使って)調べられる」、「オンラインで予約したので特に問題はなかった」という回答が多く聞かれた。

就業形態別の新型コロナワクチン接種時期(表2「予防接種(1回目)の時期」)は、先行接種の対象である医療機関勤務の3人が2021年3月～5月に1回目の接種をしていたほかは、いずれも自治体の集団接種会場または医療機関で接種しており、大半が8月中には1回目の接種を終えていた。調査時点で未接種なのは2人のみで、そのうち1人は調査日の翌日に予約しており、もう1人は所属する会社が順に手配しているため、すぐに接種出来る見込みとのことだった。調査参加者27人に占める、ワクチン接種者の割合(1回目の接種)は、調査時点で93%であった。

接種区分が「一般対象」に含まれる調査参加者24人の中で、比較的早期にワクチン接種をしていたのは技能実習生で、13人中12人が8月中旬までには職場の手配で接種を終えていた。この中には、ワクチンの副反応に対する不安があった者も3人含まれた。

技能実習生以外では、接種の時期にばらつきが見られた。医療機関に勤務する2人を除く正社員の9人では、1回目の接種が8月中だった者が6人、9月にずれ込んだ者が3人いた。いずれも自分で手配し、接種または予約していた。正社員で接種時期が遅かった参加者は、副反応への懸念や日本で医療を受けることに対する抵抗、周囲の言うことに惑わされたことを、その要因として挙げた。

家族滞在の3人は、1人が医療機関勤務のため4月に接種していたほか、もう1人も自身の通う日

表 2 就業形態別の学歴・日本語能力および、新型コロナワクチン接種に関する項目

	技能実習生	正社員
学歴		
大学卒業	1 (7.7)	6 (60.0)
短期大学卒業 <sup>*1</sup>	0 (0.0)	1 (10.0)
高校卒業	11 (84.6)	3 (30.0) <sup>*2</sup>
中学卒業	1 (7.7)	0 (0.0)
計	13 (100.0)	10 (100.0)
来日前の日本語学習歴 <sup>*3</sup>		
6 か月未満	7 (58.3)	1 (11.1)
6 か月～1 年未満	0 (0.0)	3 (33.3)
1 年～2 年未満	2 (16.7)	2 (22.2)
2 年以上	3 (25.0)	3 (33.3)
計	12 (100.0)	9 (100.0)
日本語 <sup>*4</sup>		
日常会話	2.31	3.27
書類の理解	1.00	3.45
予防接種（1 回目）の時期		
2021 年 8 月以前	12 (92.3)	6 (66.7)
2021 年 9 月以降 <sup>*5</sup>	1 (7.7)	3 (33.3)
計	13 (100.0)	9 (100.0)
接種券の認識		
認識できた	13 (100.0)	11 (100.0)
接種予約 <sup>*6</sup>		
職場に依頼した	13 (100.0)	1 (9.1)
自力で予約した	0 (0.0)	8 (72.7)
先行接種	0 (0.0)	2 (18.2)
計	13 (100.0)	11 (100.0)
相談先・相談相手（複数回答）		
職場（同僚・通訳者など）	10	5
協同組合	3	0
ベトナム語の通じる病院	1	1
日本人の友人	0	3
よく使う情報媒体（複数回答）		
インターネット・スマートフォン	12	11
新聞	0	1
テレビ	1	1
なし	1	0

\*1 表に含まれない育児中の参加者 1 人も短期大学卒業

\*2 日本の大学を卒業した 2 人を含む

\*3 非正規雇用および育児中の計 3 人は 6 か月未満 1 人, 6 か月～1 年未満 1 人, 1 年～2 年未満 1 人

\*4 5 件法による回答の平均値（数字が小さいほど困難を伴う）

\*5 未接種を含む

\*6 非正規雇用の 2 名および就労していない 1 名は, 先行接種が 1 名, 自力で予約したが 1 名, 日本語教室に依頼したが 1 名

本語教室の支援で早期に予約し8月中旬には接種しており、これは正社員の夫よりも接種のタイミングが早かった。一方で、副反応への懸念や日本で医療にかかることへの抵抗を感じていた残りの1人は、接種を決断するのに時間がかかったと言い、1回目の接種の予約が9月末にずれ込んでいたため、調査実施時点では未接種であった。

#### 4. ヘルスケアに関する情報の入手について

新型コロナウイルス感染症や新型コロナワクチンに関する情報をどのように入手しているのかについては、情報自体を見ないと回答した技能実習生1人を除き、全員がスマートフォンやインターネットなどの手段を挙げた。また、健康関連の問題の相談相手としては、正社員では、近隣の市にベトナム語のサービスがあることを知っている者がいたほか、所属する会社や周囲の日本人等を挙げていた。ワクチン接種予約に関して全員が職場に一任していた技能実習生では、健康一般に関する相談も、全員が職場の通訳者や会社社員、協同組合等を挙げた。いずれの就業形態の参加者にも、ベトナム人スタッフの常駐する津山市内の民間病院を挙げる者が含まれた。なお、この病院のベトナム人は、今回の調査には参加していない在日ベトナム人数人から、ワクチン予約について相談を受け、対応していた。

#### IV. 考察

本調査を実施した2021年9月の統計によれば、津山市在住のベトナム人登録者数は400人で、うち女性が45.3%と、性比に大きな偏りは見られない<sup>11)</sup>。このため、調査参加者は、実際のベトナム人コミュニティの人口構成から乖離したものではないと言えるが、参加者数が地域在住の全ベトナム人の6.7%程度と少なく、さらにSNSを通じて参加者を募集したため、応募したベトナム人は、日頃からスマートフォン等で情報収集等をすることのできる、社会とのつながりを持つタイプに偏ってしまった可能性はある。とはいえ、本調査を通じて様々な属性の在日ベトナム人から得られた情

報は、有事の際の在日外国人のヘルスケアアクセスを予測するために貴重な知見である。今回の調査では国際交流団体や日本語教室などへの協力依頼をしていないが、SNSの利用に加え、スノーボールサンプリングによって募集から数日のうちに30人弱の参加者を確保することができた。今後、こうした各団体への協力依頼なども合わせて調査を実施することで、より多くの参加者を募ることが可能になるだろう。Facebookがヘルスケアアクセスへの障壁を緩和する役割は先行研究でも指摘されている<sup>6)</sup>。Global Attitudes Surveyのデータによれば、ベトナムではFacebookを中心とするSNSの使用人口が特に2015年から急増しており、全人口に占めるSNS使用人口の割合も日本の39%に対し53%と高い水準にある<sup>12)</sup>。調査参加者の募集に利用したFacebookグループは2019年に発足したものの、多くの市町村に類似したグループが存在し、ベトナム語で検索することで簡単に見つけることができる。困りごとの相談や不用品の譲渡、人脈・交流など生活上のあらゆる情報を日常的に共有できるため、利便性も需要も高いと考えられる。実際、調査実施時点におけるグループのメンバー数は、当時の津山市のベトナム人人口を大幅に上回る1,500人ほどおり、津山市在住ベトナム人のほか、グループの存在しない近隣市町村在住ベトナム人、転居し既にほかの地域に住むベトナム人、日本人、国外居住者なども含まれた。本調査への参加に応募したベトナム人同士は、同じ職場の同僚や家族という場合を除き、横のつながりはなく、SNSを通じた調査参加者の募集により、多様な参加者を得ることができたと言えよう。本研究におけるこのFacebookグループのような対象にマッチしたSNSの活用は、こうした調査参加者の募集のみならず、ヘルスケアに関する情報提供等にも広く利用でき、かつ地域や対象者の国籍を問わず有効な手段と考えられる。

全員が「日本語の書類の理解はほとんど出来ない」と回答していた技能実習生を含め、本調査の参加者全員が、郵送された新型コロナウイルスワクチン接種券について、それが接種券であ

ることを理解出来ていたのは、所属する会社等、周囲の支援はもちろん、封書の表面に「STOP!」 「COVID-19」の印字があったことも一因であることは、本調査の参加者も指摘するところである。日本語表記（文字のみ）での案内ではなく、漢字文化圏以外の在日外国人にもわかりやすい英文を入れた津山市の取り組みが功を奏したと言える。接種券の封書における多言語の配慮として、英文のほか、フリガナを併記したり、注射器のマークを挿入したりという取り組みも効果的だろう。こうしたほとんど労力や費用がかからない効果的な配慮は、いずれの自治体でも取り入れる価値が大いにあると言える。

また、新型コロナワクチンに関しては、電話のみではなくオンラインでの接種予約が可能であったため、相手の顔が見えない状況での日本語での会話が苦手な外国人にとっても、容易に予約ができる体制が整っていたと言える。このことは、日常的に日本語での困りごとを経験している参加者であっても「(スマートフォンの翻訳機能を使って)簡単に調べられた」、「オンラインで予約したので特に問題はなかった」という回答からも伺える。

調査時点における調査参加者の新型コロナワクチン1回目の接種率93%は、同時期の津山市全体における1回目の接種率69%<sup>13)</sup>と比較しても高い水準にあった。高い接種率の背景には、新型コロナワクチン特有の事情がある。第一に、ワクチン接種に費用が発生しなかったことである。加えて、本調査参加者は全員が社会保険または国民健康保険に加入していた。第二に、調査実施時点の2021年9月は、社会全体に新型コロナウイルス感染症罹患者を出すわけにはいかないという認識があり、ベトナム人技能実習生を擁する企業でも、積極的に予防接種を実施する社会的責任があったことである。調査に参加した技能実習生の中には、ワクチンによる副反応を懸念していた者も複数含まれるが、ほぼ全員が接種予約開始から間もない、比較的早期に接種を済ませていたことから、この社会的圧力ともとれる特異な背景を伺うことができる。自力で接種予約をした正社員の参加者とは対

照的に、多くの技能実習生は、予約を所属する企業に一任していたため、副反応への懸念があったとしても、ワクチン接種の意志決定に時間をかけられなかった可能性は否定できない。在日外国人が、ヘルスケアに関して納得行くまで相談することが出来ない状況について、先行研究でも指摘されている<sup>5)</sup>が、この問題が表面化しなかった新型コロナワクチン接種に限らず、別のヘルスケアに関する問題においても、様々な障壁を持つ在日外国人が、抱えた懸念や不安を解消できる支援体制を確立することは、今後の真摯に取り組むべき課題といえる。

調査参加者27人に限って言えば、全員が職場の支援または自力でワクチン接種予約を行っており、市役所等のいわゆる公助を頼った者はいなかった。一般に、在日外国人の数が一定数に達すると、地方自治体に在日外国人支援に特化した多言語サービスが設けられることが多い。ベトナム語による支援もここ数年で大都市圏を中心に整備され始めているものの、地方都市では各自治体で支援体制の整備状況は一様ではない。岡山県内では、岡山市や鏡野町のように中国人が最も多い市町村のほかは、ごく一部の市町村を除き、各市町村における在日外国人人口のうち、ベトナム人が占める割合が圧倒的に高い<sup>11)</sup>が、岡山県内におけるベトナム語の支援体制は非常に限られており、ベトナム人住民の絶対数が多い岡山市と倉敷市のほかは、美作市でベトナム語を含む多言語での支援が受けられる程度である。このため、調査参加者の中には、「(近隣の)美作市役所にはベトナム人スタッフがいるのは知っているが、津山市にはいない(ので市役所には相談しない)」という回答もあった。

こうした中、調査参加者の多くが相談相手として挙げたのが、津山市内にあるベトナム人スタッフが2人常駐する民間病院の存在である。これらのベトナム人スタッフの指摘からも、在日ベトナム人の中に言語支援の需要があることは明らかである。市役所等に公助としての支援体制が存在しない岡山県津山市では、このように民間病院に支援する能力を持つ人材がおり、支援者であるこれ

らのベトナム人スタッフが、市の主催する日本語教室等に出向いて彼ら自身の認知度を高める努力しているのが現状である。予算の限られる各自治体の財政状況を考慮すれば、自治体で新たに人材を雇用し支援体制を構築するよりも、こうした公助の外にいる支援者を支援していくことが、在日外国人のヘルスケアアクセスへの有効な介入と言えるかもしれない。

スマートフォンやSNSの急速に浸透により、同国出身者による共助組織のような横のつながりはなくとも、調査参加者を募ることが可能になったことは、過去四半世紀の最も顕著な社会的変化を反映する。同時に、こうしたテクノロジーが、日本語という在日外国人のヘルスケアアクセスの障壁を乗り越える、有効な手段となってきたことは注目に値する。今後は多言語による情報提供に加え、スマートフォン等でインターネット検索した際に、日本語が苦手な在日外国人にとってもヒットしやすい情報提供の在り方を工夫する価値があるだろう。

本研究では、在日外国人のヘルスケアアクセスの一例として、岡山県津山市および周辺地域におけるベトナム人の新型コロナワクチン接種状況を題材として調査を実施した。調査の結果、周囲の支援やテクノロジーの利活用など、在日外国人のヘルスケアアクセスを容易にする肯定的な側面も明らかになったが、新型コロナワクチンとは異なり、健康診断やインフルエンザワクチン接種、インフルエンザによる受診、居住する自治体や条件によっては自己負担が発生することもある風疹の予防接種など、費用が発生するヘルスケアでは、経済的な制約や健康保険の加入の有無が問題となってくるだろう。また、国際移動をとまなう移住者である新規の在日外国人の多くが、20代から30代の若い世代であり、リプロダクティブヘルスなど、所属する企業等に相談しにくい健康問題にも直面しやすい世代である<sup>14)</sup>。日本で医療を受けることへの抵抗が、今回の調査でも複数の参加者から言及されたことを見ても、一部の在日外国人がこうした抵抗感を持つことは間違いない。相談

しにくい健康問題や、日本で医療を受けることへの抵抗感に対応していくためには、言語の障壁を乗り越え、文化的背景を理解する能力のある人材を見出し、こうした支援者を対象に、支援者が必要とする支援を行うことのできる体制を構築していくことが有効だろう。

## 謝辞

調査にご協力頂き、貴重な情報を提供して下さいだった在日ベトナム人の皆様と、調査にかかる翻訳・通訳を一手に引き受け、調査参加者の募集にも尽力して下さいだったグエンティマイさんに心よりお礼申し上げます。

本研究は、美作大学2021年度職員助成研究により実施しました。本研究に関し、利益相反に相当する事項はありません。

## 参考文献

- 1) 出入国在留管理庁 登録外国人統計 1959-2011 および 在留外国人統計 2012-2021. [https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei\\_ichiran\\_touroku.html](https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_touroku.html) (2022年10月22日アクセス)
- 2) 厚生労働省 外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律. <https://www.mhlw.go.jp/content/000661731.pdf> (2022年10月22日アクセス)
- 3) 岡山県 岡山県統計年報. 平成9年～令和2年. <https://www.pref.okayama.jp/page/567024.html> (2022年10月22日アクセス)
- 4) 守屋 貴司. 外国人労働者の就労問題と改善策. 日本労働協会雑誌 2018; 696 30-39.
- 5) 堀本 知春, 上杉 裕子. 在留ベトナム人技能実習生の医療受診における困難. 国際保健医療. 2022;37 (1): 1-9.
- 6) Matsuoka S, Kharel M, Koto-Shimada K, et al. Access to Health-Related Information, Health Services, and Welfare Services among South

- and Southeast Asian Immigrants in Japan: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 27;19(19):12234.
- 7) 青木健太郎, 橋本美香, 長谷川真紀. 在留外国人の健康維持に必要な災害時の支援. *川崎医学会誌*. 2019;45:97-108.
  - 8) 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, 135.
  - 9) Bhandari AKC, Takahashi O. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers of natural disaster preparedness among Nepalese immigrants residing in Japan. *BMC Public Health* 2022;22, 492.
  - 10) 岡山県. 新型コロナウイルス感染者状況に関する情報 (患者発生状況・死亡者・変異株・電話相談件数・PCR 検査実施人数・医療体制) について. <https://www.pref.okayama.jp/page/724270.html>(2022年10月22日アクセス)
  - 11) 岡山県. 岡山県における在留外国人の状況 (令和3(2021)年末現在)4. 市町村別 在留外国人数. [https://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/796406\\_7458587\\_misc.pdf](https://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/796406_7458587_misc.pdf) (2022年10月22日アクセス)
  - 12) Pew Research Center. Social Media Use Continues To Rise in Developing Countries, but Plateaus Across Developed Ones. 2018.
  - 13) 津山市. 新型コロナウイルス ワクチンの接種率について (令和3年度). [https://www.city.tsuyama.lg.jp/common/photo/free/files/13876/20220331\\_sessyuritu.pdf](https://www.city.tsuyama.lg.jp/common/photo/free/files/13876/20220331_sessyuritu.pdf) (2022年10月22日アクセス)
  - 14) Namratha RK, Margaret K, Nicole L. Assuring the Health of Immigrants: What the Leading Health Indicators Tell Us. *Annual Review of Public Health* 2004 25:1, 357-376.  
(受付 2022.10.27 : 受理 2023.6.5)

# COVID-19 vaccination uptake among Vietnamese residents living in Tsuyama and surrounding areas in Okayama, Japan: a case study on healthcare access in emergencies among foreign residents in Japan

Tomoko Inamasu<sup>1)</sup>

---

## Abstract

**Background:** The number of Vietnamese residents living in Japan has increased rapidly since 2017. Yet, support for their access to various services including health and medical care remains limited, especially in local areas. This may leave many of them to struggle with language and other barriers. As a case study to obtain knowledge of foreigners in Japan and their access to healthcare in public health emergencies, we conducted semi-structured interviews targeting Vietnamese residents in Tsuyama and the surrounding areas of Okayama Prefecture in Japan, and asked about their COVID-19 vaccination uptake.

**Method:** Participants were invited through social networking sites (SNS), and the interview was conducted on a one-on-one basis using the questionnaire, which included questions regarding their Japanese language level, whether they were able to recognize the COVID-19 vaccination form, whether they were able to make reservations for the shots on their own, whether they had concerns regarding the side effects of the vaccination, and whether they showed resistance to receiving medical care in Japan.

**Results:** Twenty-seven people, mainly technical intern trainees and full-time workers, participated in the study. Although the Japanese language levels of the participants varied, almost all of them had already been vaccinated at the time of the interview, revealing the fact that vaccination reservations were made systematically by their employers. Even participants who made reservations on their own were able to access information regardless of their Japanese language proficiency level, as they fully utilized technology such as their smartphones' translation function. Although most participants were vaccinated, many of them potentially faced language barriers, and many participants actually had concerns about the side effects of COVID-19 vaccination and/or psychological resistance to receiving medical care in Japan.

**Discussion:** Multilingual information provision and an online reservation system contributed to the high vaccination coverage among Vietnamese residents who participated in this study. Support for healthcare access for foreign residents in Japan should further focus on the provision of easy-to-find online information for non-native speakers of the Japanese language. Public assistance can effectively help foreign residents by identifying key personnel and providing financial support for the establishment of their own mutual assistance system.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 192 – 201】

**Key words :** Vietnamese residents in Japan, COVID-19 vaccination, healthcare access

---

1) Center for Learning and Academic Resources, Mimasaka University

特別報告

# 第63回日本社会医学会総会 シンポジウム3 発達障害のある人のライフコースを通じたの 支援の在り方と今後 『発達障害のある人へのライフステージを通じた支援』

吉川 徹<sup>1)</sup>

【社会医学研究 2023 ; 40 ( 2 ) : 202 - 206】

キーワード：発達障害，自閉スペクトラム症，注意欠如多動症，限局性学習症

## はじめに

近年、いわゆる発達障害のある人達に対する支援のニーズが飛躍的に高まっている。小児期に顕在化し、生涯にわたって続く障害である発達障害の領域では、ライフステージを通じた支援が保障されることが、当事者や家族の大きな関心領域の一つであり、また社会的な要請も大きい。しかしその一方で、一貫した支援を行う際にどこに軸足を置くのかという点について、十分なコンセンサスがなっていないのが現状である。本報告ではそれを考えて見たい。

なお我が国の発達障害者支援法に定義される発達障害には、非常に広範囲の疾患が含まれるが、本稿では就労支援において課題となることが多い自閉スペクトラム症および注意欠如多動症を中心に、一部限局性学習症にも触れながら論を進めたい。

## 動機への支援の必要性

いわゆる発達障害者の支援にあたっては、その

認知機能に関する多数派との差異に注目がなされやすい。自閉スペクトラム症に見られる感覚の過敏性や鈍麻、言語・感情認知障害や中枢性統合機能の弱さなど、認知機能障害の視点から様々な介入法や支援が提唱され、就労支援の現場でも実際にこれらが取り入れている。注意欠如多動症においても実行機能障害がその基礎的な障害の基盤の一つであるとされ、プランニングやワーキングメモリー機能の不全をカバーするような様々な工夫が行われている。

こうした認知機能障害への支援は自閉スペクトラム症や注意欠如多動症への支援の根幹をなすものであり、その重要性については論を待たない。一般向けの書籍などにおいても、この認知機能への支援について多くの紙幅が割かれ、そうした知見は普及しつつあるように見える。

しかしライフステージを通じた支援を考えるにあたって、認知機能への支援だけでは必ずしも充分とは言えない。発達障害を持つ人達が「やる気」になるポイントは多数派の人達と少し異なっていることがあること、つまりは動機づけに対する支援も同時に必要であることを、明確に意識しておく必要がある。当事者や家族、支援者へのサイコエデュケーションにおいても、それを伝えていくべきである。

1) 愛知県医療療育総合センター中央病院 子どものこころ科

連絡先：吉川 徹

住所：〒480-0392 愛知県春日井市神屋町713-8

TEL：0568-88-0811

E-mail：toru-y@aichi-colony.jp

自閉スペクトラム症の障害基盤については、これまでに言語認知障害説、感情認知障害説、心の理論 (theory of mind) の獲得不全など、社会的認知機能の観点から説明する、様々な仮説が提唱されてきた。

しかし近年、多くの実証的研究の結果を踏まえて、社会的動機づけ (social motivation) に対する反応の差異こそが、自閉スペクトラム症のある人達の行動と多数派の人達のそれをわける基盤となっているのではないかと、考えられるようになりつつある。Chevallier らの秀逸なレビュー (Chevallier et al., 2012) において、自閉スペクトラム症の「社会的動機づけ仮説 (social motivation theory)」が主張されているが、それによるとヒトは進化的に「協力的な活動への参加」を通じてその適応度を向上させ、それに成功した個体群がより多くの子孫を残すことに成功してきた。しかし自閉スペクトラム症の人達は社会的活動の基盤となる眼窩前頭皮質と線条体、扁桃体を結ぶ回路の機能の変異などを認め、その結果として行動の水準における多数派との差異に繋がっているとされている。

この行動上の差異としては、社会的報酬が動機となりにくいこと、協力へのプレッシャーを感じにくいこと、相手のご機嫌を取ったり自分の評判を保ったりすることへの関心の乏しさなどが列挙されており、これらはいずれも自閉スペクトラム症の様々なライフステージにおける社会的活動への良好な適応を妨げる要因となりうる。

注意欠如多動症 (ADHD) の古典的な基本的障害仮説として dual pathway model (Sonuga-Barke, 2003) がある。その後の時間処理障害概念の導入など、いくらかの改変がなされつつあるとはいえ、これは現在でも充分通用する価値を持っているといえるだろう。このモデルを動機づけという観点から見た際には、その報酬系の障害となる。これは遅延報酬障害と呼ばれるが、ADHDのある人では、報酬が入手されるまでの遅延が大きいとその強化価が下がってしまうことが

わかっている。行動経済学の領域では時間割引率という概念が用いられるが、ADHDのある人ではこの時間割引率が大きいと考えられる。すなわち入手までに時間のかかる報酬は ADHDのある人にとっては、魅力を失って見えてしまうのである。このために彼らは報酬が時間的に遅延するのを嫌うようになるのである。

限局性学習症に関しては、その背景の病理としては音韻処理の障害数と数字との対応の把握の困難など、専ら認知的な機能に関する障害が挙げられている。しかし実際の支援にあたっては、苦手とする領域の課題を実施する際の強い心理的な抵抗や易疲労性など、やはり動機づけに関する援助も必要となることが多い。

このように発達障害のある人の支援に際しては、情報処理への支援も重要であるが、同様に彼らの多数派の人達との動機の構造の差異に着目することが重要となる (図1)。

動機の不足に十分な支援を行わず、課題の実施やスキルの獲得にばかり目を向けてしまうと、周囲の大人はしばしば危険な動機づけの方法をいつのまにか採用してしまうこととなる。これは、強制や罰であったり、常同性に頼ってやりたくない活動をルーチンに組み込んでしまうことであったりする。さらには、本人がルールや理念を内在化することで、「やりたくないけどやらねばならない」

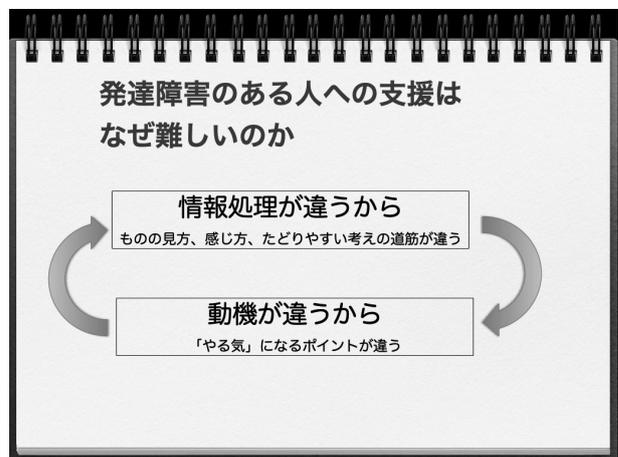


図1

状態となってしまうこともある。こうした質の悪い動機づけに頼った課題への対処は、短期的には成功することもあるが、ライフステージを通して見たときには、よい結果に繋がらないことが多い。

### ライフステージを通じた支援

こうした動機づけに関する課題を念頭におきながら、地域におけるライフステージを通じた支援を考えてゆくと、何を一貫させればよいのかが浮かび上がってくる。

一貫した支援を考える際には課題としていく領域として、報告者は以下の4項目を意識するのがよいと考えている。

#### 1. 新しいスキルの獲得法

成人する頃までにそれぞれの人に似合う、新しいスキルを、できれば効率よく身につける方法が見つかっているとよい。そのためには学齢期にどうやったらうまく新しい頭や身体の使い方を覚えることができるのかを、試行錯誤を通して探ってみるとよいだろう。さらにはそれを支える基盤として、就学前には模倣への関心、大人が設定した課題に挑戦したがる構えなどが、習得の目標となる。

#### 2. 行動の動機づけ

成人期までに、働く目的や生きがいとなるようなものごとが、できればたくさん見つかって、育ってきているとよい。このためには学齢期に社会的報酬や遅延報酬に関して、いくらかでもそこに価値を見いだせるような体験を積み重ねていけることが望ましい。また学齢期の中に好きな物や活動を増やしていくことで、将来の動機づけに繋がるものごとが増えているとよい。就学前にはまずは好きなものと嫌いなものを周囲が見極められるようになること、さらには本人が課題と報酬の関係を理解し、報酬を獲得して喜べる経験を多く積み重ねていけるとよい。

#### 3. リラクゼーションと余暇

疲労や混乱が問題となりやすい発達障害のある人にとっては、リラクゼーションのためのスキルが成人するころまでに確立されていることが望ましい。同様に余暇や休息のための時間の充実は健康な日々の生活の支えになるとともに、時には仕事や人生の目的ともなりうる重要な項目である。そのためには、学齢期において疲労や混乱、焦燥などに気づけるようになること、つまりリラクゼーションが必要なタイミングに気づけるようになることが目標になる。

#### 4. トラブルシュート

うまく行っていないときに、時と場合に応じて援助を求めることができるのが、成人期の目標となる。このためには上手くいっていないときに気づくことができ、学級担任など決められた人に助けを求めることができるようになることが、学齢期の目標となる。更には要求や拒否を周囲の人に伝えたいという思いと伝える方法を身につけ始めることが就学前の目標となる。

このように、成人期に必要なスキルから逆算して、今のライフステージで取り組むべき課題について考えることが目標の一貫性の維持に貢献する。一方で、その逆の方向、つまりは今獲得されているスキルからその一歩先、半歩先の課題を見出していき、積み上げていく考え方は、評価の一貫性や支援技法の一貫性を確保することにつながっていくのである。

行動療法の領域では行動的 QOL という概念が提唱されている(望月, 2001)。これは「正の強化で維持される行動の選択肢の数」として定義されているが、発達障害のある人の成人期の暮らしの質を高めるための手堅い目標として、この行動的 QOL の向上を挙げてよいだろう。つまりは充分な動機のもとにやりたいからやっている活動が増えること、できれば複数の選択肢からそれを選ぶことができていることを目標とするのである。「働い

でも働かなくてもよいけれど、働きたい理由があるから働く」「自立してもしなくてもよいけれど、自由に暮らしたいから自立してみてもいいかも」といった、健全な動機のもとで日々の暮らしを送っていること、さらには義務や強制の結果としてではなく、自ら望んだ結果として社会的活動に参加している状況であることを、ライフステージを通した目標とするのは、手堅い支援の方針となるのだと考えられる。

#### COI

今回の発表に関して開示すべき利益相反はない。

#### 引用文献

Chevallier, C., Kohls, G., Troiani, V., Brodtkin,

E. S., & Schultz, R. T. (2012). The social motivation theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(4), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.02.007>

Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neurodevelopmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593-604. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2003.08.005>

望月昭. (2001). 行動的 QOL : 「行動的健康」へのプロアクティブな援助. *行動医学研究*, 7(1), 8-17. <https://doi.org/10.11331/jjbm.7.8>

(受付 2023.6.27 : 受理 2023.8.4)

## Supporting people with developmental disorders through life stages

Toru Yoshikawa<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 202 - 206】

**Key words** : developmental disorders, autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, specific learning disorder

---

1) Aichi Developmental Disability Center Central Hospital, Department of Child Psychiatry

## 特別報告

## 発達障害における合理的配慮とセルフアドボカシー

北川 明<sup>1)</sup>

## 要旨

看護学教育は、患者をケアする力という看護実践能力を育成することを目的としているため、演習や実習ウエイトが大きい。看護実践能力とは、知識の豊富さや手技の上手さだけでなく、観察力、状況判断能力、患者に向き合う姿勢、自己研鑽といった様々な能力や態度までも含まれる概念であり、コミュニケーションの障害や不注意といった発達障害の特性をもつ学生は、その習得に多大な困難が生じる。障害者差別解消法の成立により、障害のある学生への合理的配慮は義務となっているものの、令和2年度の学校基本調査では、発達障害がある学生（大学学部）卒業後の状況としては、進学率10.3%、就職率45.1%となっており、就職率は非常に低い。また、特別な支援を必要とする看護学生および看護師を対象とした調査では、30~40%はドロップアウトしているという結果もある。発達障害のような一見して障害があることが分からない学生に対して、合理的配慮を提供することは非常に難しく、学生自らが自分の権利擁護を行うセルフアドボカシーが重要であると考えられる。

【社会医学研究 2023；40（2）：207 - 211】

キーワード：発達障害、合理的配慮、セルフアドボカシー

現在、多くの教育機関において、障害のある学生が増えつつある<sup>1)</sup>。医療や看護の領域においても同様に増加傾向であり、中でも看護学教育において発達障害のある学生をどのように支援するかが、近年の重要なトピックスとなっている。本稿では、発達障害のある学生の実態と合理的配慮をめぐる困難事項について、看護学教育の例を踏まえて概説する。

## 看護学教育のカリキュラム

看護師免許は国家資格という性質上、どのような科目を何単位以上取らねばならないかが、保健

師助産師看護師学校養成所指定規則により定められている。この規則では、専門分野教育において、講義・演習が43単位、実習が23単位と、演習や実習の時間が多く設定されている。看護師は患者のケアを行わなければならないため、看護実践能力、すなわちケアする力の育成が重要となる。そのため、演習で看護技術を練習し、実習で実際の患者に対してのケア実践をおこない、看護実践能力を育成していくことが求められている。

看護学における演習では、様々な看護技術の習得が中心となる。その看護技術は多岐にわたり、清拭や洗髪などの日常生活の援助、採血や血糖測定などの診療の補助だけでなく、患者に対してどのようにコミュニケーションを取るかといったコミュニケーション技術も含まれる。実習においては、患者を1名受け持ち、「この患者は、どういう病気で、どういう困り事があるのか」という情報を収集し、必要なケアのアセスメント、ケア計画

1) 順天堂大学保健看護学部

連絡先：北川 明

住所：〒411-8787

静岡県三島市大宮町3丁目7番33号

TEL：055-991-3144

E-mail：a.kitagawa.uo@juntendo.ac.jp

の立案, 演習において習得した看護技術を用いてのケアの実施, 実施内容の評価という一連の流れを経験し, 看護実践能力を伸ばしていく. 演習も実習も, 学習内容が非常に多く, 看護学生は睡眠時間が削られるほどの自己学習をしなければならない状況がある.

このように看護学教育においては, 看護実践能力の育成が主眼に置かれており, 実際の患者に対するケアが出来なければ, 看護師として不適格と見なされ退学になってしまうこともある. 看護実践能力とは, 知識の豊富さや手技の上手さだけではなく, 観察力, 状況判断能力, 患者に向き合う姿勢, 自己研鑽といった様々な能力や態度までも含まれる概念であり, コミュニケーションの障害や不注意といった発達障害の特性をもつ学生は, その習得に多大な困難が生じる.

#### 看護における特別な支援を要する者の割合

看護師養成機関の学生および病院勤務看護師にどれくらい特別な支援を要する者がいるかを調べた調査がある. 看護師養成機関における調査<sup>2)</sup>では, 著しく指導・学習が困難であった学生の割合は2.3%であった. このうち, 看護教員から見て発達障害の疑いのある学生の割合は1.02%と報告されていた. そして, これらの学生のうち31.7%は退学となっているとのことであった. さらに300床以上の医療施設を対象とした調査<sup>3)</sup>では, 新卒看護師のおおよそ2.4%は発達障害の疑いがあり, 特別な支援を要することが報告されていた. こうした特別な支援を要する看護師は, 1年以内に40.9%退職しているとのことであった. また, 筆者が2021年4月に全国の看護教育機関におこなった調査では, 支援を行ったことがある障害として最も多かったものは, 自閉症スペクトラム障害で, 176の看護教育機関において53人の支援が行われていた. 次いで注意欠陥多動性障害が52人, 気分障害33人と続いていた. そして, これらの障害のある学生は, 支援を受けていても41.8%が退学や転部となり, 看護師になることを諦めていた. このように看護学教育における障害のある学生の修

学は非常に困難なものがあるが, 現在, 看護系大学において, 障害のある学生への就業支援や相談に関する専門の窓口や委員会が両方整備されている大学は53.5%しかなく, 私立大学では30.6%が窓口も委員会も両方ない<sup>4)</sup>.

#### 看護における価値観

看護領域において最も重視されるものとして「患者の安全」がある. これは看護だけでなく, 医療にたずさわる者すべてに共通する価値観だと考える. 看護学実習は, 本来治療のために医療機関に來ている患者の善意で実施しているものである. そうした中で, 患者の安全に何かあってはいけないことは当然であり, 看護学実習を行う教員は事故の予防に常に神経を尖らせている. 2019年に筆者の研究グループで, 看護部長, 副部長, 師長といった看護管理者7名に対して, 特別な支援を必要とする看護師の受け入れについてインタビュー調査を行った<sup>5)</sup>. その結果, 特別な支援を必要とする看護師の受け入れに積極的な管理者は「患者の安全を第一に考える人・安全に配慮できる人であれば, 積極的に受け入れる」と発言し, 受け入れに消極的な管理者は「障害に関わらず患者の安全に配慮できる人でなければ, 就職受け入れは難しい」と発言していた. どちらも患者の安全について言及していることに変わりはない. ほかに, 指示の遵守や報告・連絡・相談といったチーム連携, 患者を理解し不安を軽減させるようなコミュニケーションを重要と考えている教員が多いのではないかと思う. 特別な支援を必要とする学生は, これらの重要と考えている事項において問題が生じやすい. 学生の障害が, 視覚障害や上下肢機能障害などの身体的な障害であれば, 学生が困難と感じる状況や苦手なところを推測することで問題の発生を予防できるが, 発達障害やパーソナリティ障害といった, 一見して障害があるかどうか分からず, 学生本人も配慮してもらいたいことを言えない場合, 教員は何を配慮すれば良いかわからず, 問題の発生を予防できないことがある. そして, これらの重要視していることに問題があると, そ

の強い価値観から、「あなたには適性がない」「早く別の道に進んだ方があなたのため」と発言する教員もいる。このような価値観こそが、特別な支援を要する学生や看護師の高いドロップアウト率に繋がっているのではないかと考える。

### 障害者差別解消法と合理的配慮

看護学実習においては発達障害のある学生が苦手と感じる状況が多数ある。それは、患者とのコミュニケーションで心情を汲み取ることであったり、患者の状態に合わせた臨機応変な対応であったり、患者の状態から看護計画を立案し計画通りに実施することなどである。しかし、障害があるという理由で、実習をさせないことや何の配慮もせず実習ができないため不合格とするのは差別となる。

2016年4月、国連の「障害者の権利に関する条約」の締結に向けた国内法制度の整備の一環として、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律<sup>9)</sup>(いわゆる「障害者差別解消法」)が施行された。この障害者差別解消法では、障害を理由とする不当な差別的取り扱いの禁止と合理的配慮の提供が義務として定められている。不当な差別的取り扱いとは、障害を理由に入学させないことや実習で患者の受け持ちをさせないなどの拒否や制限を指す。合理的配慮とは、障害があってもなくても、行きたいところに行き、学びたいことを学び、したい仕事をする、そうした基本的人権を誰もが享受できるようにする環境調整や手助けのことである。障害者の権利に関する条約の第二条において、「合理的配慮とは、障害者が他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当

な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう」と定義されている<sup>9)</sup>。我々教員は、発達障害のみならずどのような障害があっても、学生の学ぶ権利を侵害しないよう、講義、演習、実習すべてにおいて環境調整などの配慮を行っていく必要がある。しかし、実習教育といった刻々と変わる臨地において、どのような配慮をすればよいかをすぐに判断することは難しい。また、患者に一人として同じ人間が存在しないように、様々な状況の全てを網羅するマニュアルを用意することも現実的ではない。発達障害など障害が一見して分からないものであるほど、合理的配慮を考えることは難しくなっていくのである。

### 合理的配慮を提供する上での課題

冒頭でも述べたように、現在、障害のある学生は増加傾向にある。障害があっても学ぶ権利が保障されることは素晴らしいことである。しかし、表1のように、障害のある学生(大学学部)の卒業率や就職率は決して良いとは言えず、合理的配慮の提供が十分ではない可能性が示唆されている。

合理的配慮の提供については、その実施にいくつかの課題があると考えられる。まず一つは、何をどこまで配慮すれば良いかわからないということである。障害があるから実習を免除する、試験を免除するというのは、もはやそれは配慮というものではない。教育における合理的配慮とは、教育目標に到達するための様々な方略を学生と共に考え環境を調整することである。そこには答えはないのである。次に、そもそも合理的配慮が必要かわからないということがある。発達障害をはじめと

表1 令和2年度 大学生の障害の有無と就職状況

区分	最高年次学生数	卒業者数 (%)	進学者数 (%)	就職者数 (%)
障害のない学生	不明	573,947	64,627 (11.3)	446,082 (77.7)
障害のある学生	6,532	4,705 (72.0)	420 (8.9)	2,764 (58.7)
発達障害の学生	1,411	905 (64.1)	93 (10.3)	408 (45.1)

※文部科学省:令和2年度学校基本調査および日本学生支援機構:令和2年度(2020年度)大学、短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書より、大学部分のみを抜粋して著者作成。

する一見して障害があるかわからない学生の場合、学生から障害等の申し出が無ければ、合理的配慮の必要性が分からない。もちろん、学生のニーズを拾い上げることも教員の職務であるが、ニーズに気づく時は、何かしら問題が生じた時であり、配慮が間に合わず、留年や退学になってしまうことがある。そして、最後に、障害をもつ学生に対する関わりづらさがある。発達障害や精神障害をもつ学生との話し合いは、障害特性を踏まえて行わなければ、うまくかみ合わないことがある。しかし、全ての教員が障害特性を熟知しているわけではなく、話していることが通じないとお互いを感じてしまうことも少なくない。

#### 合理的配慮を提供するために

障害のある無しに関わらず、人が出来できることとできない事は、皆それぞれ違っている。そうした中で、自己を理解し、自分の力量を知り、手が足りない時には助けを求める能力は、社会で生活する上で、どの人間にも必要なものである。差別解消法第8条2項には、「事業者は、その事業を行うに当たり、障害者から現に社会的障壁の除去を必要としている旨の意思の表明があった場合において、(中略)合理的な配慮をするように努めなければならない」と障害者自身から合理的配慮を申し出ることが規定されており、自ら助けを求めることが原則となっている。発達障害の特性は、教育や治療によって消えてなくなるものではない。発達障害のある人が、その人らしく生きていくためには、周囲の理解と配慮が必要となることが多い。しかし、発達障害は一目見て障害特性が分かるものではなく、何ができて何ができないか、どのような支援や配慮があれば良いかは、本人しか分からないことである。周囲の理解や配慮を得るためには、自分で自分に必要な支援や配慮を説明する自己権利擁護と訳されるセルフアドボカシー

が必要であると考え、出来ないことを出来ないと言うのは、決して恥ずかしいことではない。お互いに助け合うから、新たな価値が創造されるのである。このようなセルフアドボカシーこそが、合理的配慮を提供する上での課題を解決していくための鍵となるものであると思う。

#### 文献

- 1) 日本学生支援機構. 障害のある学生の修学支援に関する実態調査. [https://www.jasso.go.jp/statistics/gakusei\\_shogai\\_syugaku/index.html](https://www.jasso.go.jp/statistics/gakusei_shogai_syugaku/index.html) (2023年6月18日アクセス)
- 2) Ikematsu Y, Mizutani M, Tozaka H et al. Nursing students with special educational needs in Japan. *Nurse Education in Practice* 2014;14(6):674-679.
- 3) Ikematsu Y, Egawa K, & Endo M. Prevalence and retention status of new graduate nurses with special support needs in Japan. *Nurse Education in Practice* 2019;36:28-33.
- 4) 日本看護系大学協議会, 日本私立看護系大学協会. 看護系大学に関する実態調査 2020年度状況調査. <https://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2022/06/2021DB.pdf> (2023年6月18日アクセス)
- 5) 安酸史子. 文部科学省 科学研究補助金 2020年度基盤研究B『発達障害傾向のある看護学生への現任教育まで含めた適応支援ガイドラインの作成』報告書. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-16H05573/16H05573seika.pdf> (2023年6月18日アクセス)
- 6) 外務省. 日本の安全保障と国際社会の平和と安定 - 障害者の権利に関する条約. [https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr\\_ha/page22\\_000899.html](https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page22_000899.html) (2023年6月18日アクセス)

(受付 2023.6.18 : 受理 2023.7.6)

# Reasonable Accommodations and a Concept of Self-Advocacy for Students with Developmental Disorders

Akira Kitagawa<sup>1)</sup>

---

## Abstract

Nursing education aims to develop the ability to care for patients, which is a practical nursing ability. Practical nursing ability is a concept that includes not only a wealth of knowledge and skill in techniques, but also various abilities and attitudes such as observation, situational judgment, attitude toward patients, and self-improvement, and students with developmental disabilities such as communication disorders and inattention have great difficulty in acquiring these abilities. Although the enactment of the Law for Elimination of Discrimination against Persons with Disabilities has made it mandatory to give reasonable consideration to students with disabilities, according to the Basic School Survey of 2020, the percentage of students with developmental disabilities (university undergraduates) who go on to higher education after graduation is 10.3% and the employment rate is 45.1%, indicating a very low employment rate. In addition, a survey of nursing students and nurses with special needs showed that 30-40% drop out. It is very difficult to provide reasonable accommodation to students with developmental disabilities, whose disabilities are not apparent at first glance, and self-advocacy by students themselves to protect their rights is important.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 207 – 211】

**Key words** : Developmental Disorder, Reasonable Accommodation, Self-Advocacy

---

1) Juntendo University Faculty of Health Science and Nursing

特別報告

# 発達障害特性がある大人のその人らしさを支える

新島怜子<sup>1)</sup>

【社会医学研究 2023 ; 40 ( 2 ) : 212 - 216】

キーワード：発達障害, 成人, 発達障害特性, 行政保健師

## 成人期と発達障害特性

2016 年の発達障害者支援法改正を受け, 発達障害者への支援は社会の責任<sup>1)</sup>として推進することとなった. しかし, 地域社会には発達障害の診断を受けていなくても, 社会生活を送る中で発達障害の特性によって様々な躓きや困難さ, 不利益を被る等の経験をしている者は多く存在している. 発達障害の特性は, 優れた部分も有している一方で, 社会生活上の困難さを認める場合が多い. 学齢期には枠組みが用意されていたが, 成人においては社会に身を置くことで, より自主性を必要とされ, 目には見えない人間関係や, 曖昧な仕事への適切な対応を求められる. 社会的障害が少なく, 認知能力が高いことで抑うつ症状が報告される可能性も高く<sup>2)</sup>, 学生においても ASD 傾向とストレス反応に相関がある<sup>3)</sup>ように, 特性による困難さに直面し, 自分と周囲との違いを認識するなどして不安やストレスを抱きやすい. 特性が弱みとして出現する時間が長くなることで, 不安・緊張の高まり, 自己肯定感の低さ, 被害感情の強さ, 抑うつ状態, ひきこもり等の二次障害に発展していく可能性が高まる. そのため, 診断の有無に関わらず, 発達障害特性を有する成人を支えていく意識が必要である.

## 特性を有する大人を支援する

筆者が発達障害者支援センターに勤務していた際, 発達障害という共通の悩みを抱えた多くの成人の事例に関わった. 例えば障害者雇用で勤めるも自身の困り感を周囲に正しく理解されることなく退職してしまった事例や, 他者と認識のズレが大きいことで理不尽な思いをしながらも「自分は普通」と周囲に主張し孤軍奮闘している事例等である. また, 相談者の中には, ひきこもり状態の息子の将来を心配し, 強い焦りを支援者につける父親もいた. 発達障害に関する相談であるため, どの事例においても個々の特性に着目したことは勿論であるが, 一方で特性はその人を形作る一部でしかないものである. 成人は, 幼少期から現在に至るまでの期間に, 社会生活で各々の価値観とペースを培ってきている. 生活歴や能力だけでなく, 本人自身のキャラクター像や信念等, 本人のありのままの姿を受け入れ, 成人としての尊厳を保った上で, 柔軟かつ丁寧に本人と向き合うことが重要であった. 筆者の経験を振り返りながら具体的な支援の例を紹介したい.

### ●言葉と感覚のチューニング

他精神疾患と比較し, 理解している単語の偏りや, 思い込むと切り替えられないといった特有の反応がある<sup>4)</sup>. 対象にも言葉の理解や受け取りに独特さがあり, 相手の言葉や意図が歪んで伝わることも多く見受けられた事例があった. 人によって持っている辞書が異なる<sup>5)</sup>と表現されるように, 支援者から配慮なく発せられる曖昧で多義的な言葉は, 逆に本人との会話を掻き乱した. そのため

1) 群馬県こころの健康センター  
連絡先：新島怜子  
住所：〒379-2166 群馬県前橋市野中町 368  
Tel：027-263-1166  
Fax：027-261-9912  
E-mail：nijima-s@pref.gunma.lg.jp

本人の頭の中にある内容（常識、価値観、視野、言葉の理解など）だけでコミュニケーションが取れるよう傾聴を基本とし、確認や質問をすることで本人と話が出来る土台を整えた。さらに数字を用いることでより共通認識を持ちやすかった。

●視覚支援による枠作り

衝動性の高さと言葉記憶力の低さから出し抜けに発言し、話が脱線してしまうことや、相手の理解度を把握して要点をまとめることが困難で、詳細まで語り説明に多くの時間を要すること等がある。そのため、当日の相談の話題や時間について合意を得たら相談の間はペーパーやボードに示すようにした。また、本人等が話した内容の要点を目の前でメモしながら共有していると、話題がずれにくく、必要な周辺情報が得られやすくなった。時間の経過にも自ら気づき、枠に収めるため協力いただけることが多かった。

●意思決定のお手伝い

想像の困難さとこだわり、物事を俯瞰して見ることの苦手さから、極端な選択をすることや、不安で二の足を踏んでしまうことがあった。選択や決断に向けて本人と一緒にメリット／デメリットを紙に書いてまとめていく作業を行う過程で、その際に本人に無い視点を補ったり、想定される出来事の解説を行うことで、俯瞰した視野と見通しを持たせた。成人であるため、「自分で自分のことを決めなければならない」という重責へのサポートをすると同時に、「決めていい」という当然の権利を保証した。

●見通しを持ったスキル獲得

就労を目指す段階で真っ先に「向いている仕事は何か」と問われることが多い。しかし職業適性を考えるよりも先に、基盤に地域社会の準備性である「疾病・障害の管理」「日常生活の遂行」に関する能力や、それらに加え職業生活の準備性として「職業生活の遂行」に関係する能力が必要となる<sup>6)</sup>。挨拶や「報連相」ができるか、仕事に通う体力はあるか、感情のコントロール等、安定した就労を支えるための日常生活管理や対人技能等のスキルを獲得するための支援が求められる。

長期化するひきこもり状態の場合、本人と家族に対し“今の生活が送れなくなる将来”はどのような経過しているのか、といった視点を補う必要がある。家族に頼っている部分が多ければ、身だしなみ、金銭管理、健康管理等を“やろうと思えばできる”“やったことがある”“今やっている”とすべて別物として評価していかなければならない。

●その人なりの自立を支える

成人はこれまでの生活で、様々な経験を重ねてきた尊敬すべき一人の人間である。弱みもあれば強みも多く有している。支援者は本人との信頼関係を築きながら、安全な環境で新たな課題に立ち向かうエネルギーの醸成をサポートし、その人なりの自立に向けた支援を一緒に考えていく。「健常」といわれる成人であっても他者の協力を得る、文明の利器を活用する等して、できない部分を補いながらその人なりの自立をしているように、本人がすべてを独立して行う必要はない。支援者が意図する妥当な障害福祉サービスや医療に繋ぐことよりも、本人がどう生きていきたいかに着目し、目標を据えていく。周囲は本人にとって安心・安全でわかりやすい環境を整え、本人が適切な支援者や正しい情報へアクセスでき、必要時相談できるための支援こそが成人の自立に向けた支援であるとする。

地域社会で支え続けるために

行政保健師のフィールドは地域全体であり、すべての住民を対象としている。そのため発達障害の診断の有無を問わず、特性を有する成人とのかかわりも少なくないと考え、行政保健師に対し半構造化インタビューを行ったところ、10名の行政保健師から27事例に対応した経験が得られた。行政保健師の“かかわりづらさ（戸惑いや困難さ）”への戸惑いは【言葉の表現や意味の受け取りが苦手で、言葉を使ったコミュニケーションが難しい】【話の要点のわかりづらさや問題認識にブレのある相談をする】等7カテゴリに分類することができた。その中で、【本人へのかかわりに対し保健師の迷いや否定感が生じる】【本人の身近な人から協力

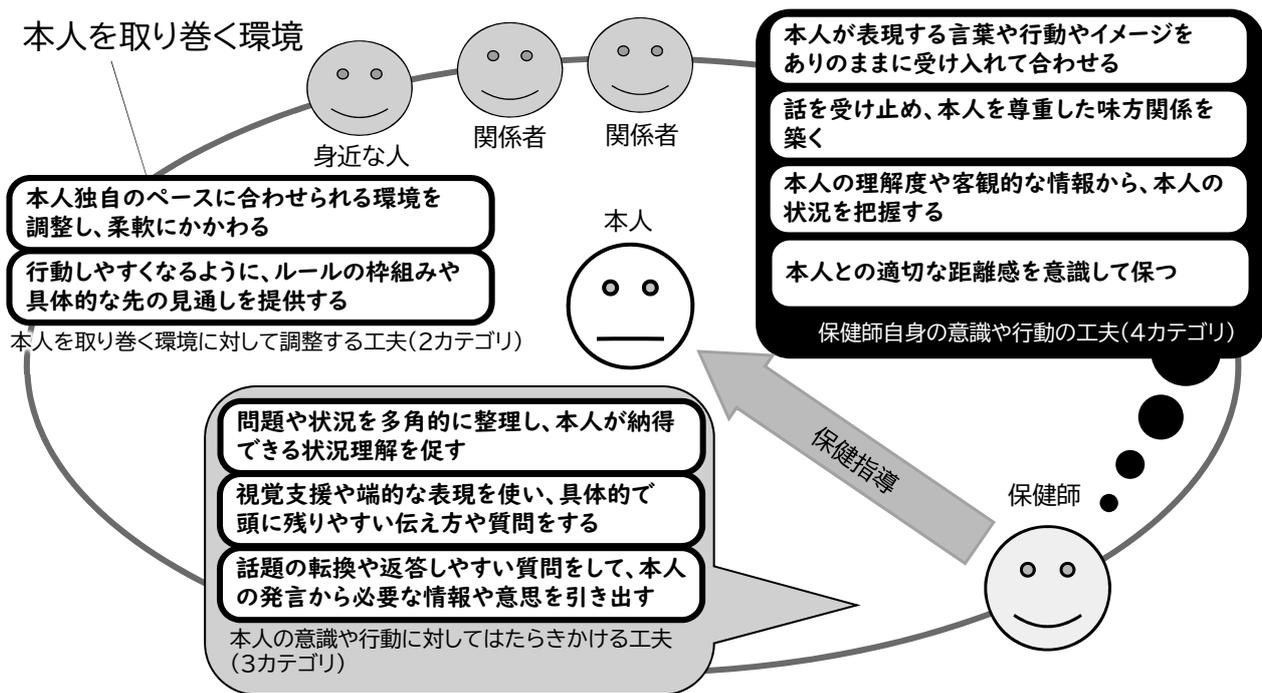


図1 発達障害特性を有する成人期の対象に対する保健指導の工夫

を得にくい】といった、発達障害特性の影響を含んだ本人の言動を、周囲の者が受け取った際の抵抗感により、“かかわりづらさ”が生じていることも明らかになった。併せてその際実践した“保健指導の工夫”を聴取したところ、9つのカテゴリに分類することができた。本人に対して働きかける工夫だけでなく、保健師自身の意識や行動の工夫、さらには本人を取り巻く環境に対して調整する工夫も多くあった(図1参照)。

社会全体に発達障害の特性が多様性として受け入れられ、互いに尊重し合えることが理想であるが、そのためには地域、労働、教育等、幅広い分野の人々の意識に働きかける必要があり、課題が多い。診断がなくとも躓きや困難を抱えている人は多くいることを踏まえると、特性を有する人にはありとあらゆる場面で遭遇する可能性があるため、支援者にはアンテナを高くし、どのような領域であっても障害を含め本人を理解し、二次障害予防の観点を持つことが求められる。コミュニケーションが苦手、全体的な視点が持ちづらい、想像することが苦手等の様々な特性を持ち、自らSOSが出せない人を孤立させずに、積極的に受け入れ

て支えていく地域社会の構築が必要となる。このことは誰に対してもやさしい地域共生社会の実現につながると思う。

#### 謝辞

このような機会をいただきましたこと、また本稿の執筆に携わっていただき、御指導くださったすべての方々に感謝申し上げます。

#### 文献

- 1) 厚生労働省. 発達障害者支援法. (Accessed: 2023/6/17).
- 2) Sterling L, Dawson G, Estes A, et al. Characteristics associated with presence of depressive symptoms in adults with autism spectrum disorder: Journal of Autism and Developmental Disorder 2008;38:1011-1018.
- 3) 伊勢 由佳利, 十一 元三. 自閉スペクトラム障害およびその傾向をもつ成人における不安を中心とした心身状態とストレスに関する研究. 児童青年精神医学とその近接領域 2014;55: 173-188.

- 4) 黒田美保. WAIS- IIIにみられる自閉症スペクトラム障害成人と精神疾患成人の反応内容の相違. 淑徳心理臨床研究 2013;10:1-6.
- 5) 青木省三. ほくらの中の発達障害. 東京: 株式会社筑摩書房, 80.
- 6) 鈴木 瑞哉著, 前川 久男, 梅永 雄二, 中山 健編. 発達障害の理解と支援のためのアセスメント. 東京: 株式会社日本文化科学社, 187.  
(受付 2023.6.20: 受理 2023.7.12)

## Supporting the individuality of adults with developmental disabilities

Satoko Nijjima<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 212 - 216】

**Key words** : developmental disorders, adult, Characteristics of developmental disorders, Public health nurse

---

1) Gunma Prefecture Mental Health Center

特別報告

# 見えにくい貧困へのアプローチ ～地域医療の視点から～

洪 英在<sup>1,2)</sup>

【社会医学研究 2023；40（2）：217－220】

キーワード：見えない貧困，地域医療，目的志向型ケア

## はじめに

筆者は卒前から在宅医療への同行を経験し、卒後も一貫して在宅医療の現場に関わり続けた経験を持つ。在宅医療，地域医療の視点から貧困について気づくことを述べる。



## 在宅医療での視点

在宅医療では患者本人と会う前から，様々な情報を知ることができる。紹介状から医学的な側面の情報を得られるのはもちろんであるが，ケアマネジャー等から家族構成や自宅の状況，金銭的な余裕の有無なども前もって知ることができる。また，患者宅に入る前に，庭の様子から様々な情報を入手できる。今回，その庭の様子から推論を試みたい。

写真を確認頂きたい。患者宅の庭の風景である。ここから何に気づくだろうか。まず，ブロック塀を確認して頂きたい。様々なところからかき集めてきたであろう，種々のブロックが積み重なっている。芯となっている棒は木製で細く，強度に不安があり，また，長さも均一ではない。明らかに素人による仕事であることがわかる。次に，はしごが立てかけてある写真を確認して頂きたい。直近で使われた形跡があり，庭の住民が利用して

る可能性があるのだろう。また，木の枝には物干し竿がひっかけてある。はしごを使って洗濯物を干しているのか，別の用途なのかかわからないが，現在利用されている可能性が高い。

ケアマネジャーからの前もっての情報では，この住民は高齢夫婦の二人暮らし。夫は公務員で長年勤務歴があり，サービス利用しても余裕がある程度の年金，貯蓄があるはず，とのことであった。妻は車いす生活を余儀なくされ，在宅医療を必要としている。夫は主介護者であるが，高齢であり，歩行が不安定である，という情報を得ていた。子どもは車で30分ほどのところに住んでおり，週末など顔をだし，必要な部分への金銭援助は期待できる，とのことであった。

以上の情報から，患者宅に入る前に，下記のように推論をした。

・庭のブロック塀はおそらく主介護者である夫の仕事であろう。プロに頼むのではなく，自ら行っており，自分のことは自分でできる，とプライドが高そうだ。

・ブロック塀を買うのではなく，かき集めたような様子や，プロに頼まないことから，余分なことにお金をかけるのを嫌がる可能性が高い →

1) 医療法人康誠会 東員病院・認知症疾患医療センター  
 2) 名古屋大学医学部医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学講座  
 連絡先：洪 英在  
 住所：〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65  
 TEL：052-744-2128  
 E-mail：hong.youngjae.z8@s.mail.nagoya-u.ac.jp

必要な医療や福祉サービスへの抵抗が予想される。

・おそらく子どもたちからはしごを使うな、と言われているが、聞き入れていないのではないかと、頑固な可能性が高い。

以上のような推論を経た後、患者宅に入り本人といよいよ対面する。夫からは「お金が無いからあまり多く来てもらっても困る」「息子がいろいろとうるさくて困る。来るたびにけんかになる」という発言があった。庭の様子からの推論があながち間違いではないことを確認することになった。客観的な事実からは、金銭的に余裕があり、貧困である可能性は低いが、医療にお金をかけることを渋ることが予測され、相対的な貧困がある、ともいえる。在宅医療に出向くと、このように医療の優先順位が低く、医療にお金をかけたくない、という相対的な貧困＝みえにくい貧困に出会うことが多い。もちろん、この事例のように本人から語られることがなくても、患者宅で得られる情報から推論して気づくこともある。

### 在宅医療特有の考え方

病院医療は病院で行われ、行為の主体は病院の医療者である。それに対して、在宅医療は患者宅で行われる。医療者はお客様であり、患者宅のルールに従わなければならない。患者家族によって、何を大事にしているのかが異なっており、健康を

重視する人もいれば、健康は二の次で、それ以外のものを重視している人もいる。医療者に求めるものもそれぞれ異なる。もちろん、治療できるような状態がある場合は、患者家族の希望よりは治療を優先するように勧めるのは当然であるが、在宅医療の対象になる方は、障害を持ち、生命予後が短い方が多い。治療が望めない疾患の方も多い。そのような方の場合は、疾患の治療ではない目標設定が定められることもある。

病院医療では医学的な問題点を抽出し、問題点ごとにアセスメントし、治療方針を考える、問題志向型の考え方をすることが多い。しかし、在宅医療においては治療できない問題点が多数存在し、問題志向型の考え方では今後の治療方針を立てるのが困難な方も多い。そのような場合に疾患の治療ではない目標設定をする考え方は、目的志向型と言われている<sup>1)</sup>。目的志向型では、本人が考える最高のQuality of Life（以下QOL）が健康と定義され、非人間的に扱われることを最も嫌う。治療が成功したかどうかは医師ではなく、患者本人が決定する。表に問題志向型と対比してまとめたので参照頂きたい。在宅医療においては、目的志向型の考え方も取り入れつつ、患者家族のQOLを意識しながら治療を行うことが多い。

表 目的志向型の考え方 文献1)より著者作成

	問題志向型	目的志向型
健康の定義	医師が「病気が無い」と判断	本人が考える、最高のQOL
目的	疾患の根絶、死の回避	本人が考える「健康」を達成するために支える
基本スタイル	診断プロセス、患者教育	目標設定を重要視
敵	病気、死	非人間性
成功かどうかの指標	正確な診断、治療、疾患の根絶、死を回避	本人が目標を達成できたかどうか
成功を判断する者	医師	患者本人
必要な情報	病歴、身体所見、検査	病歴、身体所見、検査、価値観、興味、希望など
構成概念	疾患中心、客観的、一般的、否定的思考の応用	個人中心、建設的、肯定的、教育的、回復思考

### 見えにくい貧困へのアプローチ

この事例の場合、医療福祉の優先順位が低かった。必要なサービスを利用できないことで、QOLが一見低くなっていると、医療従事者としては考える。しかし、本当にそうであろうか。庭の様子から考えられることとしては、この主介護者である夫は、庭のこと、金銭面の管理を自ら行うことを、生きがいに感じている可能性があるのではないか。金銭管理が十分にできていない、庭仕事は危ないからやめた方が良い、などと制限することで夫のQOLが下がることにならないだろうか。第三者から見てQOLが低いと思われても、本人にとってどうなのか、と常に考えないとならない。あくまでもQOLが高いか、低いかを判断するのは本人である。「貧困＝QOLが低い」ではない場合もあることを考え、多面的にとらえ、対応を検討する必要がある。

その考えに基づき、何らかの介入をするにしても、介入が与える影響、また、介入しないことが与える影響を考えながら、アプローチする必要がある<sup>2)</sup>。本人、家族にとって、貧困がどのような影響を与えているのかを慎重に判断しないとしない。貧困に介入することで（この事例の場合は、医療福祉サービスの利用に踏み切ること）、患者家族のQOLにどのような影響を与えるのかを多面的に検討する必要がある。QOLが下がる結果が予測されるなら、敢えて介入しない、ということもあり得る。

この事例のその後の経過を示す。医療福祉サービスを提案して一時導入するものの、主介護者の夫が拒否して利用を中断する、ということをしばらくの間、繰り返していた。しかし、数年の経過で夫の認知機能低下が進行。いよいよ金銭管理ができなくなった。息子が金銭管理をするようになり、庭の整理、洗濯物を屋内に干すことができるように家のリフォームがなされ、医療福祉サービスを十分に利用できるようになった。しかし、夫の意欲低下が顕著になり、歩行障害が急激に進行。

夫も含めて在宅医療を受けることになった。自分なりに庭の仕事など、できることをしていたことで、意欲が保たれており、それをしなくなったことで急激に歩行障害が進行した可能性がある。できなくなったとしても、本人の納得いくような取り組みが出来ていたなら、進行が緩やかになった可能性があったのかもしれない。

### 地域医療の視点から見える貧困へのアプローチ

在宅医療においては、その方の年金や貯蓄の額が少ない、という目に見える貧困に気づくことができる。それだけではなく、健康や疾患管理の優先順位が低く、そこにお金をかけない、という特殊なタイプの貧困にも気づくことができる。それは、自宅に出向くことで見える様々な環境から推論することもできる。

しかし、「貧困＝QOLが低い」として、介入をすぐにするのではなく、貧困が与える影響、それに介入することで本人が考えるQOLが高い状態にどのような影響があるのかを考え、介入するかしないかを多面的に検討することが必要である。介入することで、逆にQOLが低くなることが予測される場合は、貧困に気づいても敢えて介入しない、ということもありうる。在宅医療においては、患者宅を訪問して得られる様々な情報を元に、目的志向型の考え方に沿って、貧困に気づいたとしても、本人のQOLを第一に考え、対応方針を決めないとならない。

### 文献

- 1) Mold JW, Blake GH, Becker LA, Goal-oriented medical care. *Fam Med.* 1991; 23 : 46-51
- 2) 清水哲郎編：老いる人／看取るシステム 高齢社会を生きる。p 41-46 東信堂（東京）、2007

（受付 2023.6.27：受理 2023.7.18）

# Approaching Invisible Poverty: Perspectives from Community Medicine

Young-Jae Hong<sup>1,2)</sup>

---

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 217 - 220】

**Key words** : Invisible poverty, Community medicine, Goal-oriented medical care

---

1) Toin hospital - Senile dementia health center

2) Department of Public Health and Health Systems, Nagoya University Graduate School of Medicine

特別報告

# 「つながる・支える，みんなの子ども食堂」 わいわい子ども食堂プロジェクト

杉崎 伊津子<sup>1)</sup>

【社会医学研究 2023；40（2）：221 - 223】

キーワード：地域連携・共生

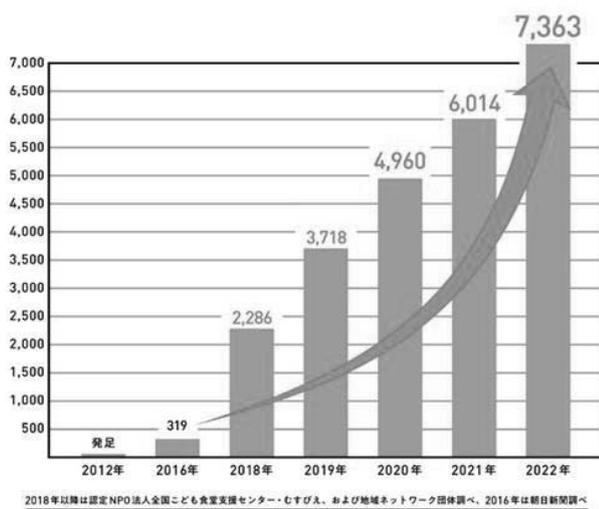
はじめに。

子ども食堂が東京で誕生して、10 年目になります。市民の中から生まれた小さな活動がたった 10 年で驚異的に増えています。

2023 年 2 月の調査発表では全国で 7363 カ所が確認されています。（全国子ども食堂支援センター NPO 法人むすびえ発表）。

2016 年 319 カ所だったことを思えば、驚くばかりです。これは全国の児童館 4400 か所をはるかに超えており、全国の中学校数 9000 校に迫っています。

全国箇所数(2023 年 2 月)



1) わいわい子ども食堂プロジェクト運営委員長  
連絡先：杉崎伊津子  
住所：〒462-0032 名古屋市北区辻町流 7-2  
コープ野村上飯田 401  
TEL：090-3255-8400  
E-mail：sugizaki401@nifty.com

子どもが、一人でも歩いて行けるところに、「すべての小学校区に子ども食堂を。」が私たちの実現したい目標です。

今年「こども家庭庁」が発足したことも追い風になって、行政もさまざまな助成の施策を始めており理解が広がっています。

一般的な認知度は、「名前は知っている」というのが 8 割程度です。行ったことのある人は 6% 程度にすぎません。

「子ども食堂」といっても特別な条件や定義があるわけではありません。運営者の主体性、自主性を大切にしていますから多種、多様でフリースタイルを尊重していますので、それが開設する人たちの後押しになっているのではと思われます。

## 「子ども食堂とは」

子ども食堂を開設するについての条件や規則はなにもなく、あえて、定義づけするならば「子どもが一人でも入れる、無料または低額の食堂」となります。

なんとなく子ども食堂は「貧困対策」とのイメージが先行していますが、実際には「貧困家庭の子どもに限定しているようなところは極めて少なく、多くのところは「だれでも食堂、多世代交流の居場所」というコンセプトで実施しています。そのことを実感するには行ってみることが何よりです。

もちろん、運営者の多くは「子どもの貧困問題を念頭に運営していますので、食事の提供のみならず多様な活動・イベントなども取り入れて、子

どもたちに楽しい経験や体験の場所を提供しようと考えています。

新聞記事によれば低所得家庭において学校以外での活動をする機会がほとんどなく、いろいろな経験や体験の機会がきわめて少ないと報告されていました。

また、現代人は極めて忙しい日々を過ごしています。子どもだけで食事をしている子どもも低所得家庭の方が多いとの調査もあります。

また、高齢者も皿洗いなどに参加して、みんなで食事し、役に立てることで生活のメリハリになっています。

子ども食堂は年齢や性別や収入などで「選別しない。だれでも歓迎」がその魅力です

#### 「わいわい子ども食堂プロジェクトの活動」

私たちが子ども食堂を開設したのは8年前の2015年11月です。

北医療生活協同組合では当時、世代交代などの必要性和若い世代への働きかけを進めようとしていました。子育てしているお母さんが孤立しやすいなどとの報道もあって、「乳幼児とお母さんのフリースペース」を始めることにしました。思いがけないほど盛況でした。しかし、子どもが3歳になるとみんな幼稚園などへ行ってしまいうので交流が途絶えてしまいます。

学童期の子どもを持つ親や子どもたちとの交流はなかなか成立しにくかったです。

単発的な企画はしていたけれど、もう少し定期的に気軽に集まれる子どもの居場所を作りたいと思っていました。

その頃に『7人に一人の子どもが相対的貧困の家庭にいる』という報道がありました。

北医療生協内でも子どもの貧困問題についての議論を始めました。2014年に名古屋市が実施する委託事業「困窮家庭の中学生の学習支援事業」を受託しました。全国の医療生協において、学習支援事業を実施しているところはまだほとんどありませんでした。

この学習支援が始まり、地域の困難家庭の子ど

もたちの家庭内のことなどのほんの一部を知り、つながりました。

学習支援に来ている子どもたちの会話で「夏休みになると給食がないから痩せる子がいる」という話を耳にして、にわかには信じられませんでした。そんな時に、「子ども食堂っていうのがあるよ」という情報が入り、名古屋にはなく、東京へ早速、見学に行きました。

そこでは食事が終わって大人たちがのんびりおしゃべりして居心地のいい雰囲気、知らない人にも打ち解けることを経験してもどりました。

手作りのごはんを食べて、好きなように過ごす時間が貴重に思えました。

戻って、名古屋北法律事務所と名北福祉会の方も交えて、北医療生協との3団体で子ども食堂をやるという確認をしました。

一団体ではなく、3つのこれらの法人が協働で取り組むという初めてのことがスタートすることになりました。

保育運動や学童保育所づくり運動の先進的な歴史を作ってきたこの地域でも3団体合同で定期的な活動をするということは初めてのことです。

そして三つの団体内での議論を経て、3団体は対等平等の関係とし、子ども食堂の運営責任はわいわい子ども食堂プロジェクトの運営委員会として、それぞれの特徴を生かした任務の分担をして活動が開始しました。

コロナ禍までは、毎月1回・2か所で食事を提供し、平均180食を提供してきました。ボランティアには地域の人たちを始め、大学生も、高校生もいて毎回30人ほどが集まって、みんなでご飯をつくり、食べました。

子ども食堂の初めての夏休みに来た4人兄弟姉妹の出会いで、地域での見えない貧困や困窮の問題に突き当たりました。出会ってからその後、その子たちが子ども食堂へ来ないので気になって友人らに状況を聞いてみると『参加費を持って来られないから』という友人の言葉にショックを受けました。

当時は運営の先が見えずに、子どもからも参加

費をもらっていました。その言葉は、私たちがいかに上から目線だったのか、そして無知だったと衝撃を受け、強く反省しました。その後、子どもは無料とし、彼らが来るようになり、家庭の状況も少しずつ見えてきました。

その家庭では、長女が家事全般を担っており、幼い弟の世話もして、学校にはほとんど行っていないことがわかりました。こういうケースを「ヤングケアラー」というのだと知りました。このケースは極めて複雑、困難で行政につなげていますが、解決にはいたっていません。

また、高齢者から「300円の利用料は高い」といわれ、早速、高齢者は100円に設定しました。その結果、高齢者同士で連れだって利用する姿がぐんと増えました。市民活動だから自由に変更ができるのが良さです。

『自分たちで決めて責任を持つ』それが重要です。

### 「コロナ禍とフードパントリー」

コロナ禍となり、医療機関の会議室に多くの人が出入りすることが難しくなり、学校が休校になってしまい苦渋の選択で食事を出すことをあきらめました。

子どもたちの顔が目に浮かび、ボランティアたちとも縁が途切れしまうのかと大変悔しい思いをしました。

2020年3月、学校が休校になってすぐの時でした。学習支援のサポーターに子どもから「お腹がすいた！何か食べさせて」とメールが来たことと連絡がありました。

私たちは、急遽、屋外にテントを張っての青空子ども食堂を実施しました。そして、「コロナ禍だから何もしないでいいのか」と反省・自問し、「やれることをやろう」と食事がだめなら子どもでも簡単に食べることができるレトルト食品を配付することにしました。初めは50世帯ほどが受け取りに来ていましたが、どんどん膨れ上がって毎月、2か所で各150世帯に配付するほどに大規模になりました。

コロナ禍の食料配付活動は当初『バラマキにす

ぎない』と批判を受けましたが、それでも利用者がいる現実にやめることは考えられず、いままも継続しています。

この活動によって、新たに企業・団体との連携も生まれています。利用者の暮らしぶりも少しずつ見えてきました。やめるにやめられなくなっています。

### 「子ども食堂の魅力」

振り返って、子ども食堂の魅力はと聞かれれば、「自由で、緩やか」なことです。その上で、以下のようなことが言えると思います。

子どもにとっては、食事が提供され、安心できる場所。体験や遊び場であり、友達ができたりする。

親には、休息・リフレッシュの場であり、食事の提供は大いに助かり、相談もできる場所。

高齢者にとって、つながりの場であり、一人暮らしには刺激をもらえる。

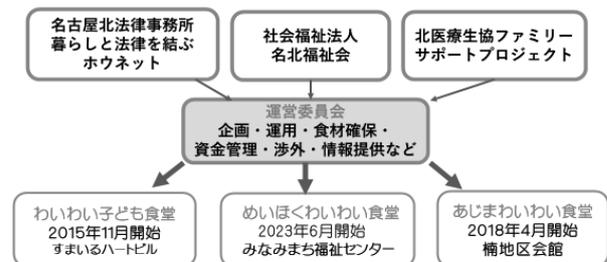
運営者にとってはかけがえのない多くの出会いと人々とのつながりのできる場所であり、大変だけどなんだか楽しい場所であり、自分の人生を彩ってくれる宝物になっています。

最後に、私たちが一番大事にしていることは、人を「選別しない」「詮索しない」「押しつけない」「みんな対等平等」の心構えを忘れないことです。

子ども食堂が、市民発の自発的で主体的な活動として広く認知されたことは無縁社会といわれる中で回答の一つかもしれない。

## わいわい子ども食堂プロジェクト

(2023年6月現在)



食堂利用料：子ども無料・大人300円・高齢者100円  
食料配付：無料

(受付 2023.6.19：受理 2023.8.15)

特別報告

# 戦争と医学と倫理： 日本医学会の120周年記念誌編纂の中で考えたこと

岸 玲子<sup>1)</sup>

【社会医学研究 2023；40（2）：224 - 228】

キーワード：太平洋戦争への道(1931-1941), 毒ガス, 細菌兵器, 731部隊, 人体実験, 倫理

## I 背景

第63回日本社会医学会総会が2022年8月27-28日に名古屋大学で開催された。市民公開シンポジウム2「戦争と医学医療 - 過去から学び未来につなげるために」が企画され、私は「日本医学会の120周年記念誌編纂の中で考えたこと」を話した。実際に昨年は1902年に第1回聯合医学会が初めて開催されてから数えて120周年で、種々の記念行事が執り行われた。

4年に一度開催される医学会総会では、これまで第25回総会時（東京、高久史磨会長）に作られた記録委員会（松下正明委員長）の手で過去25回について回顧された1冊の本が編纂されていた<sup>1)</sup>。しかしそれらは日本全体の医学医療の発展の歴史的な脈の中で、日本医学会の活動を顧みただけではなかった。その意味で今回の120年に一度の記念行事は、医学医療の過去を振り返る貴重な機会になると思われた。

## II 記念誌の全体像と構成、執筆者など

戦後、GHQ（サムス大佐ら）の意向で組織的に日本医師会の中に組み入れられた日本医学会は、2014年には専門医制度等の問題から日本医師会か

ら独立し、アカデミアとして、法人格を取って日本医学会連合として活動を始めた。私は2015年6月から、社会部会選出の副会長として医学会、医学会連合の会務にたずさわった。120周年記念誌については日本医学会と医学会連合の両方の活動が含まれるようにした。またアンケート調査の形で全学会と連絡を取り、テーマの最終決定の前に各学会の意向もできるだけ取り入れるように心がけた（表1）<sup>2)</sup>。第I部「日本医学会の120年と日本の医学・医療の歩み」は、坂井建雄・日本医史学会理事長が書かれた。また第II部は日本の医学教育の歴史と日本医学会のテーマで、医学教育学会（福島 統先生）が協力してくださった。戦時下の外地の医学校についても1節をたて、台湾、朝鮮、樺太、満州・関東州の医学校について在籍者数や医師国家試験受験の道なども触れるようにした。

一方、苦心したのは、第III部、社会とともに歩んだ日本の医学医療の歴史に沿って具体的な執筆課題を挙げ、題目にふさわしい執筆者を決めていくことであった。日本と世界の近現代史を踏まえて国際的な評価に耐えられるものを目指した。真珠湾攻撃の前に、既に日本から満州や朝鮮に軍が派兵されていた。第1次大戦後、ヨーロッパの多くの国が批准した化学兵器に関する国際条約を日本は1925年には批准せず<sup>(注1)</sup>、1929年からは毒瓦斯が兵器として広島・大久野島で製造され、中国大陸で使用され続けた<sup>3)</sup>。

第2次世界大戦で、日本国民の犠牲者が310万人、

1) 北海道大学・環境健康科学研究教育センター特別招へい教授

連絡先：岸 玲子

住所：〒060-0812 札幌市北区北12条西7丁目  
中央キャンパス総合研究棟1号館

TEL：011-706-4746

E-mail：rkishi@med.hokudai.ac.jp

表1 日本医学会創立120周年記念誌（日本医学会，2022年）

- I 日本医学会の120年と日本の医学・医療のあゆみ
- II 日本の医学教育の歴史と日本医学会
- III 社会とともに歩んだ日本の医学の歴史と日本医学会
- IV 生命科学の進歩と日本医学会
- V 日本医学会138分科会の歴史
- VI 最近の委員会活動（日本医学会と日本医学会連合）
- VII 資料

表2 第Ⅲ部 社会とともに歩んだ日本の医学の歴史と日本医学会

1. 女工と結核－石原修の偉業	柴田英治
2. 毒瓦斯問題と軍陣醫學分科會	西山勝夫
3. 日本医学会による医学用語統一の歴史と意義	大江和彦
4. 放射線医学より見たる原子爆弾症	秋葉澄伯，郡山千早
5. 国民皆保険制度の実現と持続可能な医療保障	今中雄一
6. 広がる環境リスクと健康：有機水銀による胎児性水俣病を例に	岸玲子
7. スペイン風邪など日本の感染症の歴史	岩本愛吉，宮川昭二
8. 治療後も社会から隔離され続けた感染症：ハンセン病	石田裕，後藤正道
9. 優生保護法と同意なしの不妊手術	市川家國
10. わが国と日本医学会における医学研究と医療の倫理の歩み	武藤香織
11. 社会のなかの精神医学，精神医学のなかの社会	松下正明
12. 移植の歴史	江川裕人
13. 低侵襲手術	森正樹，猪股雅史
14. 画像診断の進歩	桐生茂，大友邦
15. ホルモンの発見と診断・治療の進歩	門脇孝，竹内靖博
16. 分子標的治療薬（低分子，抗体）とワクチンの進歩	中村祐輔
17. 日本における臨床研究の歴史と課題	永井良三
18. 日本の医学・医療におけるジェンダーギャップ	名越澄子
19. 日本における医師の労働時間と働き方改革の現状，解決に向けての提言	江原朗，岸玲子
20. 頻発する日本の自然災害と医学・医療	大友康裕，赤星昂己
21. 日本の医療における専門医制度の経緯・現状	寺本民生，今中雄一
22. 日本における基礎研究者と Physician scientists 養成の現状・課題	市原学，渡辺知保

さらに中国1321万人，それらを除くアジア・太平洋各国は912万人にのぼる死者・犠牲者数が報告されている。それらの重みを歴史的にもしっかり書くことが必要と考えた。表2は日本医学会120周年記念誌の第Ⅲ部の全体構成と最終的な執筆者を示したものである。テーマごとに日本と世界の近現代史を踏まえて歴史的にも国際的な評価にも堪えられるものを目ざした。私は2021年の6月末で副会長職を降り理事の立場であったが，120周年記念誌の執筆者が全員決まり原稿が集まりつつ

あるところまで，見届けられたのは幸이었다。

通販生活のシリーズ「戦争を忘れない」では，第12回（2022年），大久野島毒ガス資料館（広島県竹原市）を訪問して紹介している。それによると，日本軍は大量の毒ガスを製造していた。毒ガスの種類は猛毒の3種類（インペリット・びらん性ガス，ルイサイト・びらん性ガス，青酸・窒素性ガス）と，ジフェニール・シアンアルシン（くしゃみ性ガス），塩化アセトフェノン（催涙ガス）の5種である。1920-30年代の近現代史から日本を見ると，太平洋

戦争の終戦を1945年8月15日にするのは問題ないが、真珠湾攻撃の前に、既に日本から満州や朝鮮に軍が派兵されていた。日本やアメリカは化学兵器に関する条約を批准せずに、マスタードガスなどの毒瓦斯が広島・大久野島で製造され、1929年からは主として中国大陸で化学兵器として使用された。

### Ⅲ 太平洋戦争への道：1931-1941（なぜ真珠湾攻撃へ？）

「日米開戦から80年」の企画として「太平洋戦争への道：1931-1941（NHK出版新書）」<sup>4)</sup>は、日本の近現代史、特に1930年代という時代に着目し、半藤一利氏、加藤陽子氏、保阪正康氏は昭和日本が犯した「最大の失敗」を検証していた。以下、序章から述べる。アメリカとの戦争は1941年に始まる。太平洋戦争とは何か？大東亜戦争とは何か？日本人だけでも300万人、アジアでは1000万人を超える人々が犠牲になった。日本はなぜ無謀な戦争へと向かったのか？戦争までの歩みから私たちが学ぶべき教訓は、何であろうか？

日本を亡国に導いた6つの分岐点として、以下の6つの章が挙げられている。すなわち第1章・関東軍の暴走、1931年の満州事変から満州国建設、メディアによって作られた国民的熱狂とそれを利用する政府。第2章では国際協調の放棄、1931年リットン報告書から1933年国際連盟脱退、孤立主義を支持した国内世論。第3章は言論・思想の統制、1932年五・一五事件へ、36年、二・二六事件、テロがファシズムを生み出した側面を指摘している。第4章・中国侵攻の拡大、なぜ中国内部に軍を送り込んだのか？1937年、盧溝橋事件、38年、国家総動員法制定、国民の暮らしを変えた国家総動員法。第5章・3国同盟の締結、1939年、第2次大戦勃発、40年、なぜ軍事同盟は結ばれたのか？日独伊3国同盟。第6章・日米交渉の失敗、なぜ戦争を避けられなかったのか？1941年、野村・ハル会談、ハル・ノートは本当に最後通牒だったのか？“末期症状”だった日本の政策決定機構。「なぜ真珠湾攻撃へ？」を挙げている。

途中で亡くなられた半藤一利氏と加藤陽子氏、

保阪正康氏は、昭和日本が犯した「最大の失敗」を検証し、出版している。加藤陽子氏は、菅義偉内閣当時、日本学術会議から提出された会員名簿から削除された6人のお一人であった。その後の政府の日本学術会議への対応を見ると、平和や戦争に対する考えや姿勢の違いは明らかであるが、任命を妨げる理由には全くなならない。（任命拒否の理由は明らかにされていない）

### Ⅳ 731部隊の真実

一方、731部隊については、タイミングよく、2022年には2冊の本が出版された。常石敬一著の「731部隊全史（石井機関と軍学官産共同体）」<sup>5)</sup>と、吉中丈志編集「京都大学出版協会」による「731部隊と大学」である<sup>6)</sup>。「731部隊全史」は陸軍軍医学校・防疫研究室の創設者・石井四郎を筆頭に大学のエリート研究者たちは細菌戦と毒ガス戦のために中国・ハルピンで様々な人体実験を行った。炭疽、ペスト、チフス、パラチフス、赤痢、コレラなど細菌感染実験や、凍傷実験、毒ガス兵器の野外人体実験で、憲兵隊などから供給された中国人などを「マルタ」と称して人体実験を行い1945年までに少なくとも3000人が送り込まれた。1500人以上の身元もわかってきている。しかし生存者はいなかった。

昭和初期の陸軍軍医学校が組織の生き残り戦略として細菌戦の可能性に目をつけ、そこに石井四郎という強力な組織者が現れ、医学界の大物の弟子を中国東北部の「満州国」に秘密の研究機関を作り人体実験を繰り返す。戦後の米軍による調査と石井の戦犯免責、731部隊関係者の復権と戦後の製薬企業や医療行政への影響に至るまで多岐にわたる検証に及ぶ。

一方、「731部隊と大学」は2部からなる。第1部は楊彦君・譚汝謙共著による「Unit 731（英文タイトル）」の翻訳で、731部隊を、アウシュビッツ、広島（原爆）と並ぶ戦争犯罪と位置付けている。11本の論文からなる第2部は、戦後も日本の医学界が一様に口を閉ざす中、大学の資料や米軍の記録から、巻き込まれただけではない組織の姿を浮き彫りにしている。特に731部隊については、隠

蔽された為にそれが医の倫理の発展に全く結びついていないことを指摘して解説している。歴史と倫理に向き合う意味を根源から問う内容である<sup>5) 6)</sup>。

## V 終わりに

日本が満州はじめ中国各地で侵略を行った際の数々の人道に反する歴史的事実の解明が今後も必須である。昭和軍拡の歴史, その真相については「戦争と敗北—昭和軍拡史の真相」<sup>7)</sup>に詳しく書かれている。戦争と領土拡大はロシアのウクライナ侵略戦争が詳しい<sup>8)</sup>。船尾の見た「満州の幻影」を日本人は見ていたのではないか?<sup>9)</sup> 岡野八代らの、「国民とメディア・専門家などの共同作業」が待たれている<sup>10)</sup> と言えよう。

## 脚注

注1 ジュネーブ議定書。日本やアメリカ合衆国、ブラジルは、1925年に署名はしたものの第二次世界大戦前には批准しておらず、日本とブラジルは1970年、アメリカは1975年に至って最終合意している

## 文献

1) 日本医学会総会 百年のあゆみ 第25回日本医学会総会記録委員会 1999

- 2) 日本医学会創立120周年記念誌 日本医学会 2022年
- 3) 「シリーズ 第12回 戦争を忘れない 大久野島毒ガス資料館(広島県竹原市)」通販生活, 2022年
- 4) 半藤一利, 加藤陽子, 保坂正康[編著]. 太平洋戦争への道 1931-1941 NHK出版新書 2021年
- 5) 常石敬一. 731部隊全史 石井機関と軍学官産共同体 高文研 2022年
- 6) 吉中丈志. 七三一部隊と大学 京都大学出版協会 2022年
- 7) 瀬瀬厚. 戦争と敗北 昭和軍拡史の真相 新日本出版社 2019年
- 8) 森原公敏 戦争と領土拡大 ウクライナと国際秩序の行方 新日本出版社 2022年
- 9) 船尾 修 日本人が夢見た満州という幻影 中国東北部の建築遺構を訪ねて 新日本出版社, 東京 2022年
- 10) 岡野八代, 志田陽子, 布施祐仁, 三牧聖子, 望月衣塑子著 日本は本当に戦争に備えるのですか? 虚構の「有事」と真のリスク 大月書店 2023年

(受付 2023.6.16: 受理 2023.7.31)

# War, Medicine, and Ethics - Reflections in the Compilation of the 120th Anniversary of The Japanese Association of Medical Sciences

Reiko Kishi<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 224 - 228】

**Key words** : Process to Pacific War (1931-1941), Poison gas, bacteriological weapon, Unit 731, Human experimentation, Ethics

---

- 1) Distinguished Professor, Hokkaido University, Center for Environmental and Health Sciences, Director of WHO Collaborating Centre for Environmental Health and Prevention of Chemical Hazards

特別報告

# 「戦争と日本の医学医療」に関する調査・研究と 「戦争と医の倫理」の検証を進める運動

西山勝夫<sup>1)</sup>

【社会医学研究 2023；40（2）：229 - 235】

キーワード：日本医学会，日本医師会，日本衛生学会，化学兵器，細菌兵器，軍陣医学（軍事医学），  
関東軍防疫給水部（通称 731 部隊）

## 1. はじめに

第63回日本社会医学会総会市民公開特別シンポジウム2「戦争と医学医療 - 過去から学び未来につなげるために」の開催にご尽力されました学会理事長，事務局長，総会大会長，両座長ほか関係者の皆様に篤くお礼を申し上げます。

また，長年にわたり本学会員であられる岸先生が2015年から日本医学会副会長として，また2020年からは日本医学会120周年事業記念誌委員会の担当副会長としてご尽力されたことに敬意を表します。

表題のテーマで，最初に，私が画期的とした出来事とは何かを述べ，次いで，「画期的」と言える根拠を明らかにし，以上を踏まえて期待できることを述べ，最後に，本学会の役割・課題について論じます。

## 2. 日本医学会創立120周年事業における画期的な出来事

画期的出来事は2つです。

一つは，私事でもあるので恐縮ですが，「毒瓦斯問題と軍陣医学分科会」の執筆依頼が2021年5月

にあり，『日本医学会創立120周年記念誌』（2022年4月2日，全515頁，[https://jams.med.or.jp/jams120th/images/memorial\\_full.pdf](https://jams.med.or.jp/jams120th/images/memorial_full.pdf), 195-199）に示されますように拙稿が掲載されたこと，また，拙稿だけでなく他にも日本の戦争医学犯罪に向き合うべきとする著作（武藤香織，237-241）が掲載されたことです。

もう一つは，拙稿の掲載との関連で注目していた日本医学会創立120周年記念事業・記念シンポジウムにおいて，「過去の過ち」に言及されことです。

### 2-1. 「毒瓦斯問題と軍陣医学分科会」の執筆依頼

執筆依頼時には，依頼を抛り所に，これまで公にされていない日本医学会や日本医師会の様々な記録を閲覧できると期待しました。実際の資料収集に際しては，日本医師会医学図書館などにも多大なお世話になりました。

しかし，『日本医学会誌』のみしかない，しかも第11回日本医学会誌『其二』は見つからず，期待外れの結果となりました。

そこで，改めて『日本医学会総会百年のあゆみ』（第25回日本医学会総会，1999年1月1日，以下では『100周年記念誌』と称す）を精読した上で，基準を設け，当てはまる記述を記録から見つけることにしました。

基準の一つは日本医師会の1949年の決議（日本

1) 元滋賀医科大学  
連絡先：西山勝夫  
住所：〒520-2192 大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学 社会医学講座衛生学部門 気付  
E-mail：nisiyama@belle.shiga-med.ac.jp

医師会雑誌 26(1)1951年7月号 p7) です。その本文は、「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し、また断言され、そして時として生じたことが周知とされる患者の残虐行為を糾弾するものである。」というものです。非常に短いものです。

この決議は日本医師会が世界医師会への加盟を認めてもらうためのものですが、「残虐行為」の定義やそれを検討した記録も見当たりません。

そこで、「残虐行為」の判断基準については同決議以前の国際規範（1925年6月署名のジュネーブ・ガス議定書等の各種戦時国際法規、1928年の不戦条約、1947年のニュルンベルク綱領、1948年9月の医の倫理に関するジュネーブ宣言）としました。

およその結果と結論は以下のとおりです。

1) 「毒瓦斯問題」が日本医学会で初めて取り上げられたのは「ジュネーブ・ガス議定書」直後の第7回日本医学会（1926年）でしたが「議定書」に関する記録は、その後も含めてなかった。

2) 日本軍の化学兵器使用は極秘であったにもかかわらず、1931年の満洲事変直後の第9回日本医学会（1934年）では、日本軍の化学兵器使用を明らかにした記録が見つかった。

3) 関東軍防疫給水部石井四郎軍医の特別講演「防疫上ヨリミタル野戦給水ニ就テ」のみ抄録がなく、同講演に関する記録は別のところでも見出せなかった。

4) 「敗戦後、『軍陣医学分科会』は廃止されたこと」については、戦後初の第12回日本医学会（1947年）時に「分科会は前回のもののうち軍陣医学を除くこと」とあったが、その経緯や理由などに関しては、記録は見つからなかった。

5) 第10回日本医学会（1938年）の前年の1937年11月4日の幹事会に陸軍省医務局神林大佐が出席し、「現下の時局に必要な醫學研究発表の機会をつくられたし」と述べた記録があり、その影響で、第10回日本医学会では戦時体制下医学講演会が開催されたことが明らかになった。

6) 以上の歴史を戦後の日本医学会が振り返えっ

た記録は見つからなかった。

戦中の日本医学会の歴史を振り返ることは、医学界と日本医学会の課題であると結論しました。

## 2-2. 七三一部隊の非人道的な人体実験などの反省

2つ目の画期的出来事は、注目していた日本医学会創立120周年記念式典・シンポジウム（2022年4月2日）で11. 未来への提言「4. 医療倫理・研究倫理の深化」における本論冒頭の「医療倫理・研究倫理に関する日本医学会の立脚点 一過去の過ちに学ぶ」という表題のスライドで確認できました。すなわち、

「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・コンセントの蹂躪をあげ、

「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」と明示しました。

この提言は、第4グループの委員10名により作成されたことなどから個人的なものではないと考えられます。

その後『未来への提言』の完成版が日本医学会より2023年4月6日付でwebに上載されました。また5月中旬には、全国医学部長病院長会議を通じ、各医学部に配信されました。これにより学内メールで医学部の教職員・大学院生・学生などに通知されたものと推察されます。

### 3. 日本医学会の「画期性」の客観性

次に、「画期性の客観性」を示すために、戦後の関連する出来事を2つの視点から整理し、年表も作成して示しました。

暦年と共に、日本の医学界・医療界の出来事や着目すべき調査・研究と医学界以外の社会の動きや「戦争と医の倫理」に関する運動を並べました。表は、見づらいかもかもしれませんが、78年間を俯瞰するために1枚にしました（本表では2023年も追記した）。

特に着目したい事項の文字には装飾をしてあります。

21世紀に入るまで、日本の医学界・医療界の出来事などは殆どないことがわかります。

1984年には社会医学研究会（1997年に日本社会医学会に改称、以下では社医研と称す）の重鎮でもあった丸山博先生が「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」と述べられましたが、その後も動きはなく、私が丸山発言を知ったのは、「戦争と医学」の調査研究を始めた20世紀末でした。1998年の日本産業衛生学会70周年事業に疑問を持ってからでした。日本産業衛生学会、日本衛生学会の戦争加担について調査研究した際に交流できた人々と共に、2000年に学際的な日本の戦争と医学医療研究会（戦医研）の設立を迎えました。

表に示すように、21世紀には20世紀に比べてはるかに多くの関連する出来事があります。

かつての戦争と医学医療のあらゆる分野との関連についての調査研究が戦医研で進められ、その中で「731」を抜きに問題は解明できないことも明らかにされました。

調査研究が進むにつれ、日本医師会や日本医学会が省みることが不可欠であることが明らかにされ、2006年頃から日本医師会長や日本医学会総会会長、日本医学会会長への働きかけが始まりました。その中心となってきたのが、「戦争と医の倫理」の検証を進める会です。

社医研では、2006年に、自由集会「戦争・平和と医学・医療を考える」が持たれて以来、戦争と

医学に関するシンポジウムなどが企画され、2017年に総会決議「軍事的手段による国家の安全保障にかかわる研究「軍事的安全保障研究」に対する本学会の姿勢」が出されるなどして、今に至っています。

他方、日本医学会は、総会の都度、自らを振り返る企画を総会で行うようにとの再三再四の要請を、拒否・無視してきており、期待できない状況が続いてきました。「戦争と医の倫理」の検証を進める会は、2023年に開催予定の第31回日本医学会総会の会頭に対し手も、早々に要請をしました。しかし、「同意を得られなかった。」という返事です。画期的な出来事が起こったからには、それを踏まえた取り組みが起こってしかるべきであろうと期待しましたが、総会は期待外れでした。

### 4. 日本社会医学会の課題・役割

上述の経緯との関連で 日本社会医学会の課題・役割を最後に考えてみたいと思います。

私が所属していた滋賀医科大学予防医学講座に1991年度から1993年度まで社会医学会の事務局がおかれ、渡部真也教授が代表世話人を務められていました。その頃は社医研の先行きは不透明でした。教室のゼミでも「社会医学とは何か」の議論が重ねられ、1991年の社医研総会で「再び社会医学とは何かを考える」がメインテーマに設定されたこともありましたが。しかし、この頃も、丸山発言は話題になりませんでした。事務局長であった私も不覚にも丸山発言を知らず、悔やんでいます。

2017年の総会決議の最後には「日本社会医学会は、①戦争を目的とする研究は絶対に行わない②国内外の軍事目的の研究費を使用した論文を本学会誌・社会医学研究に掲載しない。」とあります。このような決議は他の学会では見られない画期的なものです。私は医学界・医療界が二度と戦争に加担しないためには、このような決議が他の学会でもなされるようにする取り組みも日本社会医学会の重要な、特徴的な役割だと思っています。

社医研自身についていえば、2017年決議に相

表 戦後の関連する出来事の年表から見る画期性

(~~~~:ドイツに関する事項, ■■■:社医研の出来事, \_\_\_:「戦争と医の倫理」の検証を進める運動に関する出来事)

暦年	日本の医学界・医療界, 調査・研究	「戦争と医の倫理」の検証を進める運動, ドイツの動向, 関連する社会の動向
1945		終戦, 連合国軍占領, 最高司令官総司令部 GHQ: 軍国主義者の公職追放
1946	日本医療団等の幹部の公職追放指令	極東国際軍事裁判, ニュルンベルク医師裁判, 日本国憲法公布 (1947年 施行), 民主主義科学者協会や新日本医師聯盟などの結成
1947	第12回日本医学会総会, 医師会・歯科医師会及び日本医療団の解散等に関する法律, 新生日本医師会発足, 日本医師会雑誌は継承	ニュルンベルク綱領, 世界医師会設立, Alexander Mitscherlich/Fred Mielke: Der Arzt, ジュネーブ諸条約 (四条約)
1948	日本医師会: 日本医学会を合体, 新日本医師協会設立	九州帝国大学生体解剖事件判決, 世界医師会 (WMA) 「医の倫理に関するジュネーブ宣言」, 京都・島根ジフテリア予防接種禍事件, 帝銀事件
1949	日本医師会決議「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」, 日本医師会医学図書館開設	日本学術会議創設「科学者としての決意表明」, 世界医師会「医の倫理国際綱領」, 中華人民共和国成立, 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」, 日本学術会議「細菌兵器使用禁止に関するジュネーブ条約の批准を国会に申入れる件」否決, 朝鮮戦争, WMA加盟に際してのドイツ医師会決議, 警察予備隊 (保安隊を経て1954年自衛隊)
1951	第3回日本衛生学会を第21回日本衛生学会とする, 日本医師会: 「医師の倫理」	サンフランシスコ講和条約・日米安全保障条約の調印, WMA: 日本医師会加盟の承認
1953		全日本民主医療機関連合結成
1956		中国最高人民法院特別軍事法廷, 日本学術会議南極観測特別委員会医学部門委員に緒方惟弘, 菊池斎, 北野政次, 吉村寿人
1957		神吉『日本人の中国における戦争犯罪の告白』
1959	社会医学研究会 (現日本社会医学会) 準備会	
1960		新安保条約
1961		全国保険医団体連合会結成
1963		葉害肝炎
1964		メンゲレ; フランクフルトとミュンヘンの両大学博士号取り上げ
1965		日本科学者会議結成
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)」
1968		大学紛争, 戦争及び人道に対する罪の事項不適用条約 (国連総会決議)
1969		日本学術会議「化学・生物兵器の禁止について (勧告)」
1972		沖縄施政権返還
1975		「生物兵器禁止条約」発効
1976		TBS「ある傷痕〜魔の731部隊」(後に, 吉永『七三一』2001)
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一断絶のない伝統?」
1981		森村誠一「悪魔の飽食」, 常石「消えた細菌戦部隊 関東軍第731部隊」
1982	京大医学部岡本耕造日本学士院賞受賞記念講演会企画中止	常石共著「細菌戦部隊と自決した二人の医学者」, 葉害エイズ, 京大で森村誠一・下里正樹平和講演, 森村『「悪魔の飽食」ノート』
1983	秋元寿恵夫: 医の倫理を問う - 第731部隊での体験から	
1984	日本衛生学会50年史 (丸山博発言)	池辺作曲混声合唱組曲「悪魔の飽食」初演, 吉村『喜寿回顧』
1985		朝野・常石『奇病流行性出血熱』, 侵華日軍第七三一部隊罪証陳列館開館
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, ベルリン医師代表: ベルリン医師会の声明を要求
1989		Christian Pross/Gats Aly: Der Wert des Menschen Medizin in Deutschland 1918-1945
1991		林功三『人間の価値—1918年から1945年までのドイツの医学』, 江田共編訳『人体実験: 731部隊とその周辺 証言』, 『証言生体解剖 - 旧日本軍の戦争犯罪』
1992		立命館大学国際平和ミュージアム開館
1993		常石『日本医学アカデミズムと七三一部隊』, ABC企画委員会「731部隊展」
1994		常石『医学者たちの組織犯罪—関東軍第七三一部隊』, 進める会: 『医学者たちの組織犯罪—関東軍第七三一部隊』, 松村『論争 731部隊』
1995	大阪府保険医協会理事会決議, 全国保険医団体連合会幹事会決議	常石『七三一部隊—生物兵器犯罪の真実』
1996	丸山博没 (満86歳)	世界医師会総会: Franzblau「731部隊に関する決議案」, 七三一研究会「細菌戦部隊」
1997	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, 731部隊細菌戦国家賠償請求訴訟, 松村ら『戦争と疫病—七三一部隊のもたらしたもの—』, 最高裁「旧満州731部隊の記述に関する検定は違法」
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』	近藤訳『死の工場 隠蔽された 731 部隊』
2000	日本の戦争と医学医療研究会（戦医研）結成	筋『戦争と医療—医師たちの十五年戦争』
2001		ABC 企画共編『七三一部隊』罪行鉄証—関東憲兵隊「特移扱」文書—, 吉永『七三一—追撃・そのとき幹部達は—, ミツチヤニリツヒ『人間性なき医学—ナチスと人体実験』
2002	戦医研: 日中医学大会 2002 (北京) 発表	西里『生物戦部隊 731—アメリカが免罪した日本軍の戦争犯罪—』
2003		斉齊哈爾遺棄化学兵器被害, 近藤『731 部隊・細菌戦資料集成 CD-ROM 版』, 小俣『検証・人体実験—731 部隊・ナチ医学』, 有事法制成立
2004	「戦争と医学」訪中調査団, 陸軍軍医学校防疫研究報告プロジェクトチーム, 世界医師会総会東京開催, Franzblau 公開招聘講演会	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, 不二出版『陸軍軍医学校防疫研究報告』
2005	戦医研: 日本医師会会長への要請, 「戦争と医学」訪中調査団	山本訳『恐ろしい医師たち—ナチ時代の医師の犯罪』, 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」, 常石『戦場の疫学』, 日本学術会議会員の公選制廃止, 青木『731』
2006	「戦争と医学」訪中調査団, 社医研自由集会「戦争・平和と医学・医療を考える」	現「戦争と医の倫理」の検証を進める会（進める会）設立, 第 27 回日本医学会総会会頭への要請（国際シンポ・展示の申請）
2007	「戦争と医学」訪中調査団	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 日確定）, 加藤『731 部隊と戦後日本—隠蔽と覚醒の情報戦』, 進める会『戦争と医の倫理—中・米・日の視点から』
2008	「戦争と医学」訪中調査団	進める会『パネル集 戦争と医学—日本医学界の「15 年戦争」荷担の実態と責任』
2009	「戦争と医学」訪中調査団	進める会: 日本学術会議生命科学の全体像と生命倫理特別委員会幹事と懇談, 第 28 回日本医学会総会会頭への要請（自省を求める）
2010	「戦争と医学」訪中調査団, 戦医研: 日本学術会議協力学術研究団体に登録	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館長一行東大医学部長・京大医学部長訪問	進める会: 第 28 回日本医学会総会並行独自企画（翌年に延期）
2012	第 53 回社医研ミニシンポジウム「戦争と医学」	中国政府: 731 部隊遺跡を「世界遺産登録候補地」に認定, 進める会『パネル集 戦争と医の倫理 日本の医学者・医師の「15 年戦争」への加担と責任』, 日本医学会高久会長と面談, 第 30 回日本医学会総会会頭への要請
2013	「戦争と医学」訪中調査団, 第 54 回社医研シンポジウム「戦争と医学」	進める会: 日本医学会高久会長への要請, 特定秘密保護法成立, 集団的自衛権閣議決定
2014	「戦争と医学」訪中調査団, 第 55 回社医研ミニシンポジウム「戦争と医学」	西山『戦争と医学』
2015	DGPPN 移動展覧会「ナチ時代の患者と障害者たち」, 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』, 第 56 回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」, 「戦争と医学」訪中調査団	進める会: 第 29 回日本医学会総会並行独自企画, 防衛省「安全保障技術研究推進制度」, 戦医研『NO MORE 731』, 侵華日軍第七三一部隊罪証陳列館新館竣工, 安全保障関連法成立
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』, 第 57 回社医研シンポジウム「戦争と科学」, 「戦争と医学」訪中調査団	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よびかけ団体, 戦医研: 声明「大学や研究機関の科学者は軍事研究に関わってはならない」, 戦医研『戦争・731 と大学・医科大学』, 国民保護法成立
2017	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	テロ等準備罪成立
2018	西山ら: 100 部隊址調査	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結成, 戦医研: 「日本学術会議会議員人事への政治介入に抗議し, 撤回を求める」声明, 加藤『731 部隊と戦後日本』
2019	一般演題 11 群（戦争と医学関連）, 西山: 中支防疫給水部及び南支防疫給水部の留守名簿の厚労省所在を確認	進める会: 第 30 回日本医学会総会並行独自企画, 西山『留守名簿 関東軍防疫給水部』『留守名簿 北支那防疫給水部』
2020	西山: 国立公文書館で『関東軍防疫給水部隊概況』など発掘	小河『満洲における軍馬の鼻疽と関東軍』, 山田『帝銀事件と日本の秘密戦』, 西山『留守名簿 南方軍防疫給水部（岡第九四二〇部隊）』
2021	社医研総会決議「日本学術会議新規会員任命拒否に対して」, 戦医研「戦争と医学医療研究会」に名称変更	「核兵器禁止条約」発効, 西山『留守名簿 関東軍軍馬防疫廠』
2022	社医研理事会「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, 第 63 回日本社会医学会総会市民公開特別シンポジウム 2 「戦争と医学医療—過去から学び未来につなげるために」	常石『731 部隊全史』, 吉中編『七三一部隊と大学』, 小川・加藤『731 部隊と 100 部隊』, 進める会: 第 31 回日本医学会総会会頭への要請, 日本医学会『日本医学会創立 120 周年記念誌』, 経済安全保障推進法成立, 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
2023	第 31 回日本医学会総会	進める会: 第 31 回日本医学会総会並行独自企画, 倉沢・松村『ワクチン開発と戦争犯罪』, 日本医学会『未来への提言』, 防衛力財源確保特別措置法成立, 防衛産業強化法成立

応しい投稿規定, 社会医学研究の倫理面に関する  
チェックリストなどの検討が必要ではないかと思  
っています. もちろん「戦争と医学・医療」に  
関する社会医学的な調査・研究の更なる展開を願  
っています.

(本稿は, 2022 年 8 月 28 日に開催された, 第 63

回日本社会医学会総会市民公開特別シンポジウム  
2「戦争と医学医療-過去から学び未来につなげ  
るために」における口演草稿に加筆修正したもの  
である.)

(受付 2023.6.13 : 受理 2023.8.8)

# Investigation and research on “War and Japanese Medicine” and solidarity movement to verify “War and Medical Ethics”

Katsuo Nishiyama<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 229 - 235】

**Key words** : Japanese Association of Medical Sciences, Japan Medical Association, Japanese Society for Hygiene, Chemical warfare, Bacteriological warfare, Military medicine, Kwantung Army Epidemic Prevention and Water Supply Department (Commonly known as Unit 731)

---

1) Division of Hygiene, Department of Social Medicine, Shiga University of Medical Science

特別報告

## 石原修の調査研究とその後の進路から 社会医学研究を考える

柴田英治<sup>1)</sup>

【社会医学研究 2023 ; 40 ( 2 ) : 236 - 240】

キーワード：石原修, 結核, 工場法, 繊維産業, 社会医学研究

### 生い立ち, 社会医学を志すまで

石原修は 1885 年 10 月 18 日, 兵庫県伊丹町に生まれた。一家の貧しい生活の中で両親は次男である修を将来医師にさせるべく, 第一高等学校三部(医学)に入学させた。石原自身も生活に困窮する家族の状況を見る中で両親の期待に応えようと考えた。貧困な生活とともに若い世代をも容赦なく襲う結核に怯えながら幼少時代を過ごすうちに石原は疾病への罹患が所得格差によって生じていることに早くから気づいていたと思われる。後の回想の中で彼は「病氣の中で一番貧乏人を苦しめるのは結核だと云うことは知っていました。」と後に振り返っている<sup>1)</sup>。医学へ道を志したのは親の期待も入っていたと推測されるが, 彼には疾病を生む社会の状況も視野に入っていた。

福岡医科大学 4 年生の夏休みに東京帝国大学医学部衛生学教室で過ごす機会を得て, 同教室の宮入慶之助教授から疾病発生の背景には社会の構造的な問題が存在することを聞かされる。これは彼がそれまでの自ら物心つくまでの実感と一致するものであり, 彼は疾病の克服には治療法の研究だけでなく, 予防の視点を持ち, 疾病を発生させない環境を整備することの重要性を学ぶ。石原の「疾



石原修 (1885-1947) 1930 年頃  
(石原 (長) 明子氏のご厚意による)

病の発生を防止して, 人間世界をより幸福にすべき豫防醫學の存在がわかって, 私は此處ぞ自分の一生を投入すべき部面だと, 勇躍信念は決定して終ひました。」との言葉は青春時代に受けた薫陶がその後, 社会医学上の重要な成果を生むことを予感させるものであつた<sup>1)</sup>。彼は福岡医科大学に留まり, 引き続き研究者としての歩むことを期待する周囲からの声を断ち切る形で東京帝国大学に籍を移し, 「社会衛生学」に向うことに意を決した。

### 繊維産業における若年女性労働者の調査が示したもの

明治初期の混乱期から脱しつつあった当時, 明治政府の主要な目標は当時の世界列強と肩を並べる経済力, 軍事力を持つことだった。殖産興業として重工業とともに基幹産業と位置付けられたの

1) 四日市看護医療大学

連絡先：柴田英治

住所：〒 512-8045 三重県四日市市萱生町 1200

TEL : 059-340-0700

E-mail : eshibata@y-nm.ac.jp

が繊維産業であった。これを支えるのは、農村部からの大量の労働力であり、中でも中心となったのは農村部の若年女性労働者だった。人材獲得のため、紡績、製糸などの工場の事業者は工場周辺の農村部から若い労働力を集めるとともに生産力を極限まで高めるため、宿舎に泊まり込ませ、二交代制の過酷な作業を行わせるのが一般的であった。

当時の繊維産業を支えていた事業場は工場・宿舎ともに生産を優先させ、衛生管理はずさんなものだった。当時は結核の治療法が確立されていなかったうえ、結核感染対策と言えるものはほぼ行われていない。長時間労働と交代制勤務が重なっている若年女性労働者の間に結核感染が急速に拡がるのは当然であった。但し、感染症に対して全く対策が行われていなかったわけではない。当時の工場経営者にとっての関心事は急性感染症である赤痢であった。赤痢患者が宿舎内に一人でも発生すると当該宿舎の全労働者の出勤が停止され、検査を受けなければならなかった。慢性感染症である結核は感染者が出て緊急の対策を求められるわけではなかったことも事態を悪化させる要因だった。こうして結核は労働者の間に蔓延することになったが、多くの事業者は感染が明らかになった労働者を早めに故郷に帰していたため、工場で働く労働者の見かけ上の死亡率は低く抑えられていた。石原は工場における感染状況の調査結果と若年女性労働者を送り出した農村部の感染の調査結果から感染源としての工場の役割を浮かび上がらせることになった。農村部から工場で働くようになった女性労働者は工場内及び宿舎で結核に感染し、労働に耐えられなくなった結果故郷に帰され、新たな感染源となって農村部にさらに結核が拡がっていた。現地踏査による記述疫学的な手法を用いた文字通り社会医学研究であり、優れた研究であったがゆえに社会に及ぼした影響は計り知れないものとなった。この知見は単に工場内の衛生管理の問題にとどまらず、当時の日本の経済活動が結核感染と密接に関連していることを示した点で当時の政府の基本政策である富国強兵・殖産興業を揺るがしかねないものでもあった。

## 研究発表と工場法施行

石原らが行ったこの調査は実際には政府農商務省の責任で実施されたものであり、内務省嘱託職員であった石原自身も調査団の一員として加わったものであった。当然ながら政府はこの研究成果の発表はさせない方針だった。石原はこの研究結果は膨大で学術誌に掲載するにしても百数十頁に及ぶものであり、当時の学術誌に掲載される論文の常識的なボリュームからはかけ離れていたため、別の方法での発表の途を模索していた。この調査結果が単に学術的な成果として学術誌に論文として発表されるに留まっていたなら、工場法成立に及ぼす影響は限定的なものだったかも知れない。石原は当時東京帝国大学医科大学法医学教授の片山國嘉の尽力もあり、1913年10月に研究成果を国家医学会例会の場で発表する機会を得た。講演で取り上げられた調査結果の詳細は翌月発行の国家医学会雑誌第322号に論説「女工ノ衛生學的觀察」とともに掲載されたうえ、国家医学会での講演記録も「女工と結核」として同じ号で参照できた。加えて上記の論説を「衛生學上ヨリ見タル女工之現況」と題した別刷にして1914年1月、貴衆両院議員に贈呈したことでその反響は大きなものになった<sup>2)</sup>。当時、工場法は議会を通過したものの、長い間棚上げされ、施行されていなかったが、調査結果がこのようにして広く知られるところになったことが1914年の工場法施行促進決議、1916年の工場法施行につながっていく。

すでに述べたようにこの調査は石原もその一員である農商務省調査団によって行われたものであり、その意味では発表にあたり、上司の許可を得る必要があった。しかし彼はそうしなかったため農商務省を離れざるを得なくなったのである。調査結果が国策に影響を及ぼさないことは考えにくく、発表について相談すれば許可されないことは明らかだった。石原は1926年に大阪医科大学教授に就任、関東軍が中国東北部を占領した1931年には大阪帝国大学教授となった。しかし、わずか2年後に文官分限令によって大阪帝国大学を退職となってしまい、その後復職することはなかった。

表 石原修の活動と工場法をめぐる動き

年 月	石原修の活動	工場法をめぐる政府などの動き
1885 年 10 月 18 日 1900 年	兵庫県伊丹町に生まれる	内務省参事官兼農商務省書記官 窪田静太郎を主任とする調査が「職工事情」, 「工場調査要領」として発表される
1908 年 11 月 1909 年 3 月 1909 年 7 月	東京帝国大学福岡医科大学卒業 (23 歳) 東京帝国大学東京医科大学副手 内務省嘱託となる	農商務省から労働立法準備のための調査が始まる
1909 年 10 月		小冊子「工場法案の説明」が関係方面に配布される
1910 年 5 月 1911 年 3 月	東京帝国大学東京医科大学助手, 農商務省嘱託となる	工場法成立
1910 年 11 月 1913 年 10 月	国家医学会例会で講演「女工と結核」を行う	「工場衛生調査資料」公表
1913 年 11 月	国家医学会雑誌 322 号に「女工ノ衛生學的觀察」及び「女工と結核」講演録を発表 (28 歳)	
1914 年 1 月	「衛生學上ヨリ見タル女工之現況」論文別刷を貴衆両院議員に贈呈	
1916 年 9 月 1916 年～ 24 年 1926 年 1931 年 1933 年	農商務省, 内務省の監督を務める 大阪医科大学教授 (40 歳) 大阪帝国大学教授 (45 歳) 文官分限令により大阪帝国大学を休職となる (47 歳)	工場法施行
1930 年代後半～ 1940 年代 1947 年 6 月 27 日	内務省社会局嘱託健康保険相談所顧問, 年金保険厚生団事業部長を歴任 東京で死去 (61 歳)	

石原報告が現代の我々に提起する課題

当時は軍部が中国大陸での權益を目指して大規模な軍事作戦が展開されている中であり, 時代状況を考えつつ石原報告の意義を考えることは, 社会医学研究の本質に関わる問題を提起していると思われる。石原報告以前も年少者の深夜労働の規制を求める主張は議会の中で行われていたが, 政府・事業者ともに問題の先送りを画策した。工場

法成立に向けた基礎的調査から施行まで 40 年余り, 国会で成立しながら施行までに数年がかかった最大の要因である。石原報告は殖産興業を支える労働者が劣悪な環境の中で結核に感染し, 出身地の農村部に帰された結果地域・職域ともに深刻な健康問題を引き起こしていたことを白日の下に晒す形になり, 繊維産業をはじめとした経済活動とともに軍部を中心とした中国進出にも影響を及

ほすことを懸念する政府・軍部関係者は少なくなかった筈である。

優れた社会医学研究は社会における人間の健康をめぐる状況を多くの人々にわかりやすく呈示し、政策的な課題を明らかにする力を持っている。石原の研究は当時の社会状況の中で政府、軍部などとの間に深刻な軋轢を生むことになった。文献としてははっきりしたものは報告されていないが、石原の文官分限令による休職という人事発令の背景には石原の社会医学研究者としての強い発信力を恐れた政府・軍部の意向が働いていたことは間違いないだろう。しかし、政府はこのままの状態を放置することは結核の蔓延による国民の疲弊と感染死の増加、ひいては国力の低下につながることへの懸念もあり、最終的には工場法施行に舵を切ったのだ<sup>3)</sup>。

学術活動と時の政府との関係をどう考えるかという課題は現代のわが国で社会医学研究の活動を行っている我々にも無縁ではない。菅内閣が行った学術会議会員任命拒否問題を見て我々はそこに石原報告が引き起こした一連の人事発令と工場法施行までの動きに通底するものがあることを読み取るべきだろう。研究者が行う調査研究などの活

動は政府や社会と無関係に発展するものではなく、これらとの間に様々な相互作用を引き起こす。我々は社会医学研究を担う者として研究活動と社会の関係を考える上で事あるごとに石原修の偉業とともにそれが引き起こした社会の動きを思い出し、改めて社会医学者としての信念に従った学術活動を肝に銘じることとしたい。

#### 文献

- 1) 石原修, 「女工と結核」今昔物語, 醫學と民生 1947;5:128-132
- 2) 三浦豊彦, 労働衛生学史序説(第23部)工場法案と医学界, 工場法制定, 紡績工場の結核, 石原修 労働科学 1979;55:1-11
- 3) 籠山京(解説), 女工と結核, 東京:光生館, 1981

本稿は第63回日本社会医学会総会で行われた市民公開特別シンポジウム2「戦争と医学医療－過去から学び未来につなげるために」で報告した内容を基礎に加筆したものである。

(受付 2023.6.20:受理 2023.8.8)

# Osamu Ishihara (1885-1947) suggested a view of social medicine through his research activities on spreading of tuberculosis among young female workers in textile industry

Eiji Shibata<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 236 - 240】

**Key words** : Osamu Ishihara, tuberculosis, textile industry, young female workers, frictions between governmental power and research publication

---

1) Yokkaichi Nursing and Medical Care University

会員の声

# 心的外傷に関連した腹痛を訴える難民（庇護申請者）の一例

佐野康太<sup>1)</sup>, 富田 茂<sup>2)</sup>, 二見 茜<sup>3)</sup>, 駒井知会<sup>4)</sup>, 上里彰仁<sup>5)</sup>

## 【要旨】

母国における心的外傷および日本における再受傷に関連した腹痛を訴える仮放免中の難民（庇護申請者）の一例を一般医療機関外来で経験した。難民が世界的に増加する中、国内のプライマリ・ケア医が難民および庇護申請者の診療に携わる可能性は高まっているが、これまでのところ国内の難民のプライマリ・ケア診療に関する症例報告はほとんどない。診療においては心的外傷体験や文化的背景への配慮に加え、現在彼らに影響している健康の社会的決定要因の検討や、基本的な生活の安全を確保するための社会的包摂を目指した支援が重要である。

【社会医学研究 2023；40（2）：241－245】

キーワード：庇護申請者, 仮放免, 心的外傷後ストレス障害, トラウマ・インフォームド・ケア, 健康の社会的決定要因

## I 緒言

2022年現在、世界人口の100人に1人以上が難民となった<sup>1)</sup>。日本の難民認定率は国際的にみて極めて低く、国内には2021年現在で庇護申請中の者が1万人超存在しており、彼らは長期間にわたり適切な医療を受けることができない<sup>2,3)</sup>。COVID-19流行下で入管施設での感染対策として収容者を積極的に仮放免する方針<sup>4)</sup>がとられた結果、庇護申請者が一般医療機関を受診する機会が高まった。彼らの健康は社会的決定要因と強く関連し<sup>5,6)</sup>、患者個人への医学的介入のみでは治療が困難であることが少なくない。そのため海外では難民専門の

プライマリ・ケア診療所が存在し<sup>7)</sup>、医師会がアドボカシー活動を展開して庇護申請者の処遇改善を求める動きもある<sup>8)</sup>。今回私たちは庇護申請者の事例を経験したが、本邦では診療の指針や知見がほとんどなかった。この経験を通して必要な臨床的対応およびアドボカシーのあり方を考察する。

## II 事例

某国出身男性（本人が特定できないよう、個別性の高い情報を除いて許可の得られた情報に限り記載した）。特定の政治的立場を理由に母国で迫害を受け、日本に入国し難民として庇護を求めたが、空港で出入国在留管理庁（入管）の施設に収容された（※注釈）。収容後に腹痛などで体重が1年間に約12%減少した。収容から1年後に仮放免許可決定が出され、支援者とともに一般医療機関外来を受診した。患者は「収容時に職員から腹部を蹴られるなどの暴行を受け、その後から死の恐怖を感じるほどの腹痛が出現した」、「収容施設内で複数の処方が出され、薬効も分からないまま指示に

1) ゆうりんクリニック

2) 高田馬場さくらクリニック

3) 東京医科歯科大学大学院

4) 東京弁護士会

5) 国際医療福祉大学医療福祉学部

氏名：佐野康太

所属機関：ゆうりんクリニック

住所：〒171-0042 東京都豊島区高松2丁目37-1

E-mail：atok.onas@gmail.com

従い服薬を続けたが症状は改善しなかった」と語った。

初診時の主訴は腹痛で、血算・血液生化学検査、腹部単純CT撮影、下部消化管内視鏡に異常所見を認めず、重度の過敏性腸症候群（IBS）として生活指導と対症療法を行った。患者を特徴づけたのは、母国で社会集団から複数回の銃撃や暴行を受けたこと、その後から恐怖や罪悪感、睡眠障害などの症状が持続していること、入管施設への収容に伴いパニック発作を伴う腹痛が出現し、仮放免後も入管への出頭を考えるだけで一連の症状が増悪することだった。後に実施した心的外傷後ストレス障害（PTSD）の自記式評価尺度<sup>9)</sup>は72点と高値（cut off 33点）であった。診察においては初診時から心的外傷に配慮した問診や身体診察を行い、PTSDの精神病理（発症は自分の弱さによるものではなく、対処困難な外的要因に対する防衛機制が過剰に働いている状態であること）を説明することで心理教育を行い、また本人の強みにも着目しそれをフィードバックするなど、心的外傷に配慮したケア（TIC:トラウマ・インフォームド・ケア）に基づく関りを継続した。また腹痛への対症療法を行いつつ、日内変動や増悪寛解因子に焦点を当てた問診により本人に気づきを促す認知行動療法的アプローチを行った。その他、経済状況、住環境、食糧の入手状況といった生活事情が不安定な状態にあるため、診察のたびにそれらの生活環境や他の支援団体との関りの状況を確認し、必要に応じ難民支援に関わる専門家に助言を仰ぎながら、継続的に生活面や健康面の困難と一緒に対応していくというメッセージを伝え続けた。難民申請に関連した手続きなどでたびたび突然に診察がキャンセルとなる状況などにも電話で臨機応変に対応し、アクセスを保障した。診断書にはPTSDとそれに関連した重症IBS<sup>10)</sup>の病名と、再収容により適切な治療が受けられない場合は死に至る危険性があることを明記した。

患者は正規の在留資格を有さず公的健康保険に加入できずに医療費の支払いに困窮していたため、無料低額診療を適用する別の医療機関へ紹介し、

転医した。転医後は無料低額診療制度を利用して消化器内科専門医や漢方医による専門外来に定期通院を継続した。言語の通じない短時間の診療の中で処方調整が繰り返されていたが、症状は持続していたようだった。

一方で筆者は診察場面以外において、患者を社会的に包摂する方法を探った。例えば、患者と筆者と住まいが近かったため公園などで患者医師関係ではなく近隣住民の関係として家族ぐるみの交流の時間を設けたり、グリーティング・カードのやりとりをしたりして、当事者の存在を気にかけている住民が地域に存在することを態度で示そうと試みた。また、食糧配布と併せて無料の日本語教室を開催しているNPOの活動に患者と参加した。母国と日本の文化比較などを驚きや笑いを交えながら交流し合って言語を習得していく様子からは、患者が社会における居場所を見つけ、尊厳を取り戻しつつあることが窺えた。

### Ⅲ 考察

#### 1. プライマリ・ケアの視点：

「難民の地位に関する条約及び同議定書」（難民条約）において難民とは「人種、宗教、国籍、政治的意見または特定の社会集団に属するなどの理由で、自国にいと迫害を受けるかあるいは迫害を受けるおそれがあるために他国に逃れた」者と定義される。気分障害やPTSD、慢性疼痛などの有病率が高い集団で<sup>11)12)</sup>、一部は移住後に症状が重症化・複雑化する<sup>13)</sup>。政府機関による再受傷も含めた健康の社会的決定要因が関与し<sup>5)6)</sup>、難民認定されずにより不安定な身分にある庇護申請者ほど深刻である<sup>13)</sup>。本症例でも診療のたびに「私を人間扱いしてくれて有難う」と述べる患者の言葉がその深刻さを物語った。この場合、診療にはTICが重要であり<sup>14)15)16)</sup>、入管施設に再収容された場合に適切な治療を受けられないことによる医学的危険性の判断と診断書への明記も必要であった。

#### 2. 社会医学の視点：

本症例は正規の在留資格を有さないため、医療

アクセス、就労、移動や居住地などの基本的権利が制限され、難民認定までの過程が見通せず、予告のない再収容や母国へ強制送還される可能性などが心理的負荷となっていた。基本的な生活の安全や再受傷の予防が PTSD の治療で重要であるが、患者の置かれた社会的状況がそれを困難にしていた。これに対しオーストラリアでは、公衆衛生協会と医師会が国の難民政策による施設収容が庇護申請者の健康を害することを示して彼らの健康権を主張し、彼らの健康状態の全容を明らかにすること、健康を守る専門機関を組織すること等の提言を行っている<sup>8)</sup>。健康状態の把握にはスクリーニングが必要となるが、日本における庇護申請者のように医療へのアクセスが保障されていない人口集団を対象とした場合、スクリーニングに引き続く診療は保障されておらず、検査結果が陽性の場合にはいたずらに本人に対する心理的侵襲のみを加えることになりうるため、難民診療に関するカナダのガイドライン<sup>18)</sup>では、このような適切な治療介入ができない状況での単なるスクリーニングは推奨されていない。この点から、本邦では庇護申請者へのケアの提供体制の構築を前提とした健康状態の実態把握とそれに基づいたアドボカシー活動が求められる。

本報告にあたり、協力は自由意志であり拒否による不利益はないこと及び個人情報保護することを患者本人に対し母国語を用いて文書と口頭で説明を行い、書面にて同意を得た。

(※注釈) 難民の中には紛争や迫害等の理由から正規の旅券をもたずに来日し庇護申請をせざるを得ない場合があり、不法行為として入管の収容施設に収容されることがある。日本が1981年に加入した難民条約では、これらの不法行為を理由に難民を罰してはならない(難民条約第31条)と定めている<sup>18)</sup>。

謝辞：執筆にあたり、国連難民高等弁務官駐日事務所に協力いただいた。

## 【文献】

- 1) 国連高等弁務官駐日事務所. ウクライナ, 世界各地の紛争により, 強制移動の数が史上初の1億人超え. <https://www.unhcr.org/jp/47371-pr-220523.html> (2022年12月24日アクセス)
- 2) 難民支援協会. 日本の難民認定はなぜ少ないか. [https://www.refugee.or.jp/refugee/japan\\_recog/](https://www.refugee.or.jp/refugee/japan_recog/) (2022年12月24日アクセス)
- 3) 難民支援協会. 2021年の難民認定者数等の発表を受けて. <https://www.refugee.or.jp/report/refugee/2022/05/recog21/> (2022年12月24日アクセス)
- 4) 東京弁護士会. 新型コロナウイルス感染対策としての仮放免に伴う生活支援と全件収容主義の是正を求める会長声明. <https://www.toben.or.jp/message/pdf/200528seimei.pdf> (2022年12月24日アクセス)
- 5) Michaela Hynie. Can J Psychiatry. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. Can J Psychiatry. 2018 May;63(5):297-303.
- 6) Jannesari S, Hatch S, Prina M, et al. Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. J Immigr Minor Health. 2020 Oct;22(5):1065-1066.
- 7) Catherine E Elmore, Jeffrey M Tingen, Kelly Fredgren, et al. Using an interprofessional team to provide refugee healthcare in an academic medical centre. Fam Med Community Health. 2019 Jul 11;7(3)
- 8) Jo Durham, Claire E Brolan, Chi-Wai Lui, et al. The need for a rights-based public health approach to Australian asylum seeker health. Public Health Rev. 2016 Aug 22;37:6.
- 9) 日本トラウマティックストレス学会. PTSD

- 評価尺度 (IES-R) の公開について. <https://www.jstss.org/docs/2017121200368/> (2022 年 12 月 24 日アクセス)
- 10) Qin Xiang Ng, Alex Yu Sen Soh, Wayren Loke, et al. The association between post-traumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2019 Jan;34(1):68-73.
  - 11) Ranit Mishori, Shoshana Aleinikoff, Dawn Davis. Primary Care for Refugees: Challenges and Opportunities. *Am Fam Physician*. 2017 Jul 15;96(2):112-120.
  - 12) Jeffrey Walden. Refugee Mental Health: A Primary Care Approach. *Am Fam Physician*. 2017 Jul 15;96(2):81-84.
  - 13) Derrick Silove, Peter Ventevogel, Susan Rees. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 2017 Jun;16(2):130-139.
  - 14) Kelly Polcher, Susan Calloway. Addressing the Need for Mental Health Screening of Newly Resettled Refugees: A Pilot Project. *J Prim Care Community Health*. 2016 Jul;7(3):199-203.
  - 15) Kevin Pottie, Christina Greenaway, John Feightner, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011 Sep 6;183(12):E824-925.
  - 16) Lloy Wylie, Rita Van Meyel, Heather Harder, et al. Assessing trauma in a transcultural context: challenges in mental health care with immigrants and refugees. *Public Health Rev*. 2018 Aug 22;39:22.
  - 17) Kevin Pottie, Christina Greenaway, John Feightner, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* September 06, 2011.183(12)E824-E925.
  - 18) 難民支援協会. 収容って何ですか? 弁護士に聞く収容問題. [https://www.refugee.or.jp/report/refugee/2016/04/detention\\_interview/](https://www.refugee.or.jp/report/refugee/2016/04/detention_interview/) (2022 年 12 月 24 日アクセス)  
(受付 2022.11.28 : 受理 2023.3.24)

## A case of asylum seeker suffering from abdominal pain related to PTSD

Kota Sano<sup>1)</sup>, Shigeru Tomita<sup>2)</sup>, Akane Futami<sup>3)</sup>, Chie Komai<sup>4)</sup>, Akihito Uezato<sup>5)</sup>

---

### <Abstract>

We herein report a case of an asylum seeker who suffered from abdominal pain related to psychological trauma in his native country and re-traumatization in Japan.

As the number of refugees in the world is increasing, Japanese primary care physicians are more likely to be involved in the care for them. However, there have been few case reports for refugees or asylum seekers in Japan.

In primary care for refugees, we believe it is important to examine the social determinants of health that are currently affecting them and to provide support to realize social inclusion ensuring basic life security, in addition to considering their traumatic experiences and cultural backgrounds.

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 2 ) : 241 – 245】

**Key words** : asylum seeker, provisional release, PTSD, Trauma-informed care, social determinants of health

---

1) Yurin Clinic

2) Takadanobaba Sakura Clinic

3) Graduated School of Tokyo Medical and Dental University

4) The Tokyo Bar Association

5) School of Health and Welfare, International University of Health and Welfare

## 「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](mailto:e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp) 宛とする。  
投稿にあたっては、必要なファイルを添付し、件名に「社会医学研究投稿原稿」と記すこと。
5. 投稿時には「社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト」「投稿時COI自己申告書」「英文校正証明書」を添付すること。「社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト」「投稿時COI自己申告書」は本誌掲載のものを使用するか、日本社会医学会のWebページからPDFファイルをダウンロードして使用すること。その後、スキャンするなどして電子ファイルとして提出すること。

表 1 「社会医学研究」に掲載される原稿の種類

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

表2 原稿の種類ごとの投稿時必要ファイル

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

(最大図表数は図表の大きさにより減らすことがある)

\*原稿本文はMS Wordファイルとする

\*表はMS Excelファイルとする

\*図はMS Power point、PDF、画像ファイルとする

表3 投稿原稿の構成例 (原著論文、短報)

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

表 4 投稿原稿の構成例（総説）

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

表 5 投稿原稿の構成例（実践報告）

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

表6 投稿原稿の構成例（特別報告）

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

## 社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト

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

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

### 責任著者氏名

---

- ① 論文中に自ら実施した研究の内容が含まれている  はい ・  いいえ  
「はい」の場合は以下の②にお答えください。
- ② 研究が「人を対象とした医学系研究」に該当する  はい ・  いいえ  
「はい」の場合は以下の②～⑤に、「いいえ」の場合は⑥にお答えください。
- ③ 責任著者所属機関に倫理審査委員会がある  はい ・  いいえ  
研究はその倫理審査委員会の承認を受けた  はい ・  いいえ
- ④ 共同著者所属機関に倫理審査委員会がある  はい ・  いいえ  
研究はその倫理審査委員会の承認を受けた  はい ・  いいえ
- ⑤ 研究・調査実施現場において適切な方法で研究の了解を得た  はい ・  いいえ  
方法等をお書きください ( )
- ⑥ 上記について、論文の本文中に記載した  はい ・  いいえ

## 投稿時COI自己申告書

著者名 : \_\_\_\_\_

論文題名 : \_\_\_\_\_

(著者全員について、投稿時点の前の年から**過去3年間**および出版受理時点までの期間を対象に、発表内容に関する企業・組織または団体とのCOI 状態を著者ごとに自己申告記載)

論文投稿の際は、以下の項目を記入し、この用紙を原稿とともに提出して下さい。

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

(本COI申告書は論文掲載後3年間保管されます)

(申告日)          年          月          日

記名（自署） \_\_\_\_\_

## 著作権委譲承諾書

日本社会医学会 御中

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

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

（下記に記名および自署してください※<sup>1</sup>）

責任著者：

記名\_\_\_\_\_自署\_\_\_\_\_日付\_\_\_\_年 月 日

著者：

記名\_\_\_\_\_自署\_\_\_\_\_日付\_\_\_\_年 月 日

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

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

## 日本社会医学学会会則

- 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、総会の議決により除名することができる。  
第 2 項 前項の規定により会員を除名する場合には、理事会は総会の 1 週間前までに当該会員に通知し、総会において弁明する機会を与えなければならない。
- 第 10 条 (名誉会員) 満 70 歳以上の会員のうち、旧研究会時の世話人・本会理事経験のある者、またはそれに等しい功績があると総会で認められた者は、名誉会員に推薦することができる。
- 第 3 章 総 会
- 第 11 条 (総会) 本会は、毎年 1 回総会を開催する。総会は、原則として事業年度終了後 3 か月以内に理事長が招集し、年次予算・決算、事業計画その他重要事項を、決定する。会則、会則変更等重要事項の決定は、総会の議決を経なければならない。
- 第 12 条 総会は、委任状を含め、会員の 4 分の 1 以上の出席で成立する。議決は委任状を含め過半数で決定する。
- 第 4 章 役 員
- 第 13 条 (役員) 本会に次の役員を置く。任期は 3 年間とし、再任をさまたげない。  
評 議 員  
理 事  
監 事  
理事、評議員、及び監事など本会役員の定数は選出細則によって別に定める。
- 第 14 条 (選出) 評議員は、会員の直接選挙によって選出される。また、理事及び監事は、評議員会の互選によって選出され、いずれも総会において承認されなければならない。  
第 2 項 選出に関する細目は別に定める、【役員選挙細則】による。  
第 3 項 理事会は、上記 1 項の規定にかかわらず、性、地域、職種、年齢、研究分野等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。  
第 4 項 (理事長等) 理事会は互選によって理事長 1 名、副理事長若干名を選出する。  
第 5 項 理事長は、上記 1 項の規定にかかわらず、指名によって若干名の理事を追加することができる。
- 第 5 章 役 員 会
- 第 15 条 (評議員会) 本会は、評議員からなる評議員会を置く。評議員会は毎年度ごとに 1 回開催する。評議員会は理事会が総会に提出する、予算及び決算、事業計画等重要事項を審議する。  
第 2 項 (理事会) 本会は理事からなる理事会を置く。理事会は年度内に 3 回以上開催し、総会から総会までの間、理事長のもとに承認された事業を執行するとともに、予算及び決算、事業計画を評議員会の承認のもとに総会に提出する。  
第 3 項 理事長は、本会を代表して事業の執行を行う。副理事長は理事長の業務を補佐する。事務局長は日常の事業が円滑に行われるよう企画・調整を行い、会計の管理を行う。  
第 4 項 (監事) 監事は本会会計を監査する。監事は理事会に出席して意見を述べることができる。  
第 5 項 理事会、評議員会は、委任状を含めて定数の 3 分の 2 以上の出席で成立する。
- 第 6 章 会 費
- 第 16 条 (会費) 会費は年額 7000 円とする。学生・大学院生は年額 3000 円とする。ただし、研究会の開催など特別に経費を要する場合は、その都度、別に徴収することができる。  
第 2 項 名誉会員は、会費納入を免除される。
- 第 7 章 そ の 他
- 第 17 条 本会は、会員の希望により各地方会をおくことができる。
- 第 18 条 本会の諸行事、出版物などは、会員外に公開することができる。
- 第 8 章 雑 則
- 第 19 条 本会則を変更または本会を解散する場合には、理事長は全評議員の 3 分の 2 以上の賛成によって総会に提案し過半数の同意を得ることとする。
- 付 則 本改正会則は 2014 年 7 月 13 日から施行する。

## 日本社会医学会役員選出細則

### 1. (評議員の選出及び定数)

評議員は、20名連記による全会員の直接投票によって選出される。全国の会員名簿に登録された全会員（名誉会員を除く）を候補者として投票を行い、得票順位の上位から別に定める定員を選出する。評議員定員は会員10名につき1名を原則とする。ただし、全ての地域（北海道・東北、関東、東海・北陸・甲信越、近畿、中国・四国・九州・沖縄の5地域）に最低4名の評議員が存在するように、選挙管理委員会は、得票順位にもとづき当選者を追加する。理事会は、また、性、職種、年齢等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。

### 2. (理事の選出及び定数)

理事は、評議員の互選によって選出される。理事の定数は、10名以内とする。選出された理事は、総会で承認されねばならない。

### 3. (理事長の選出)

理事長は、理事会での互選によって選出される。選出された理事長は、総会で承認されねばならない。なお、理事長は、上記2.の規定にかかわらず、指名によって若干名の理事を追加することができる。

### 4. (理事長の代行の選出)

理事長は、事故等の理由で職務を遂行できない場合を想定して、理事の中からあらかじめ理事長代行を指名する。

### 5. (監事の選出及び定数)

監事は、評議員会において理事に選出された者以外から互選する。選出される監事の定数は2名とし、総会で承認されねばならない。

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

## 編集後記

社会医学研究 40 巻 2 号をお届けします。

今回も多くの方々に、大変お忙しい中、懇切な査読をいただきました。この場をお借りして心より感謝を申し上げます。また、今回の号から編集業務を合同会社ソーテリアさんをお願いしています。

新体制にあたり、社会医学とはどんなことをする分野なのかとあらためて考えてみましょう。最近、社会的処方という言葉が流行っています。これは、患者さんに『患者さんが生活する地域とのつながり』を“処方”することで疾病の背景要因としての社会的な孤立を防ぎ、健康を向上させるという、近年、臨床医学領域で言われ始めた言葉です。一方、「皆の健康を皆でまもる」という公衆衛生・社会医学の本来の考え方からみれば、社会的処方は新しい話でも、特別な話でもありません。私たちが目指す社会医学は、医学という名前はついていますが、臨床の医療従事者や公衆衛生の専門家だけでなく、公衆衛生の主役である社会や住民の誰もが参加できる取り組みであり学問であると考えます。ぜひ、ともに繋がり、社会的処方が効力を発揮するような「血の通い合った」温かい社会を作っていこうではありませんか。

そのような希望を抱きながら、社会医学の発展のために、尽力していきたいと思えます。これからもどうぞよろしく願いいたします。

日本社会医学会機関誌・社会医学研究  
編集委員長 小橋 元

査読いただきました先生方に感謝いたします。

阿部美子、石竹達也、岩田昇、梅澤光政、大内基司、扇原淳、恩幣宏美、加藤憲、北原照代、木村美也子、齋藤宏子、高橋競、武内一、富田茂、西連地利己、野尻由香、森河裕子

(50音順、敬称略)

社会医学研究 第40巻2号 2023年10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 〒260-8675 千葉市中央区亥鼻 1-8-1 千葉大学医薬系総合研究棟 I-801  
日本社会医学会運営事務局 (合同会社ソーテリア内)  
TEL&FAX 043-226-2979  
E-mail: jssm@soteria.cc





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