

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

社会医学研究

42-1

2025

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

<巻頭言>

1. 新型コロナウイルス感染症により明らかとなった社会小児科学の課題 武内 一 1
 Social Paediatric Issues Highlighted by COVID-19

<原著論文>

2. 行政保健師による社会的ハイリスク妊婦の特定から支援につなげる関わり 水野真希ら 6
 Identification and support of socially high-risk pregnant women by public health nurses
3. 介護職員におけるジョブストレスの認知と精神的健康の関係 張英恩ら 17
 Relationships Between Cognitive Appraisals of Job Stress and Mental Health Among Care Workers

<実践報告>

4. ヘルスプロモーションの視点からの糖尿病患者会活動報告 筝也寸志ら 28
 Practical report of a diabetes support group from the perspective of health promotion
5. 地震・津波リスクの高い地域における中学生の防災意識および防災行動に影響を及ぼす要因の検討—中学生が認知する地域のソーシャル・キャピタルを手がかりとして— 改発智也ら 39
 Factors influencing the disaster prevention awareness and behavior of junior high school students in areas with high earthquake and tsunami risk: Using the social capital of the area perceived by junior high school students as an indicator

<特別講演>

6. ヘルスプロモーションと HPH 近藤克則 50

| | |
|-----------------------|----|
| 「社会医学研究」投稿規程 | 57 |
| 「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則 | 59 |
| 社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト | 63 |
| 投稿 COI 自己申告書 | 64 |
| 著作権委譲承諾書 | 65 |
| 日本社会医学会会則 | 66 |
| 日本社会医学会役員選出細則 | 67 |
| 編集後記 | 68 |

卷頭言

新型コロナウイルス感染症により明らかとなった 社会小児科学の課題

Social Paediatric Issues Highlighted by COVID-19

武内 一¹⁾²⁾

社会小児科学の課題

社会小児科学は、「子どもの健康に対するグローバルで全人的かつ学際的なアプローチで、健康と生活の質をケアし予防し促進するのと同じように、子どもの健康と成長発達における身体的、精神的、社会的な側面を統合して、社会、環境、学校、家族の中で子どもの健康を考える」学問である¹⁾。

この考え方に基づき、新型コロナウイルス感染症(=COVID-19)下でより明確となった子どもたちと子育て家族の困難を、政府統計資料から推測してみた。私はそれらを「COVID-19により明らかとなった社会小児科学の6つの課題」とし、その上流にある社会のあり方を考えてみたい。

1. 子どもの貧困

子どもの貧困問題は、2008年の国保世帯の子どもへの資格証明書の発行により、無保険状態におかれた子どもたちの存在が明らかになったことで、再発見された。

国民生活基礎調査に基づく子どもの貧困率は、2012年の16.3%をピークにやや低下している²⁾(図

1)。その背景は、多くは年金生活者である65歳以上の比率が上昇したことで国民全体の所得が減少し、共働き世帯が2021年には69%と増加したこと、2015年前後をピークに労働力不足から非正規雇用の割合が、25-64歳で減少傾向にあること、これらの要因が、子育て世帯の所得を相対的に押し上げ、子育て世帯(=子ども)の貧困率を下げたと推測できる。

しかし、子どもの貧困率は、他のOECD諸国と比べ依然高い。私たちの調査では、COVID-19の拡大で、貧困世帯での正規雇用の割合が3分の2に減少し、特に母子世帯ではパート就労の割合は2倍以上となっていた³⁾。

2. 子ども虐待

厚労省の統計によると、子ども虐待の相談対応件数は、1990年1,101件が、2020年に20万件を越えた(図2)。そうした事実及び虐待による重大事件に対する国民世論を背景に、「児童虐待の防止等に関する法律」が2000年11月に施行され、2020年4月の法改正で体罰を法律で禁じ、日本も世界で59番目に「家庭内を含む子どもへのあらゆる体罰を禁止した国」となった⁴⁾。

2008年以前に貧困と虐待を結びつける論文はごく少数にとどまっていたが、2008年の「子どもの貧困発見元年」以降は、大幅に増加している⁵⁾。しかし多くの論文は、虐待の背景を考察する中で経済的背景に触れているに留まり、その関連性の解明には今後の調査分析が求められる。

1) 佛教大学社会福祉学部

2) ウメオ大学医学部疫学とグローバルヘルス科

責任著者：武内 一

住所：〒603-8301 京都市北区紫野北花ノ坊町96 佛教大学社会福祉学部

佛教大学社会福祉学部社会福祉学科・ウメオ大学医学部疫学とグローバルヘルス学科

E-mail : htake@bukkyo-u.ac.jp

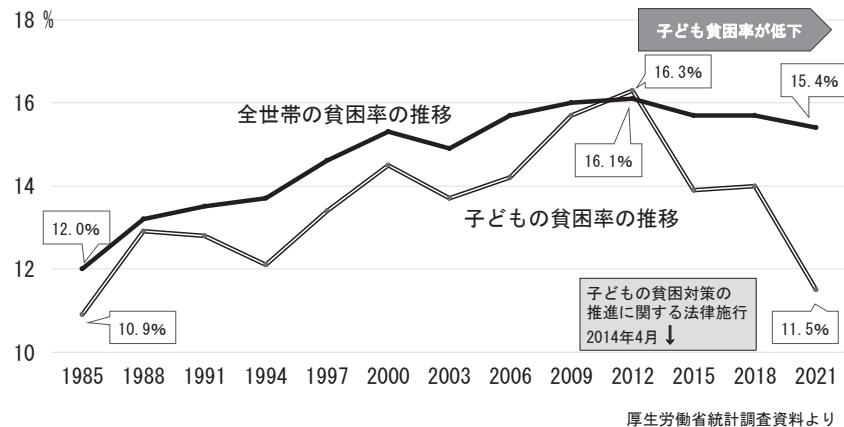


図1 貧困率の推移

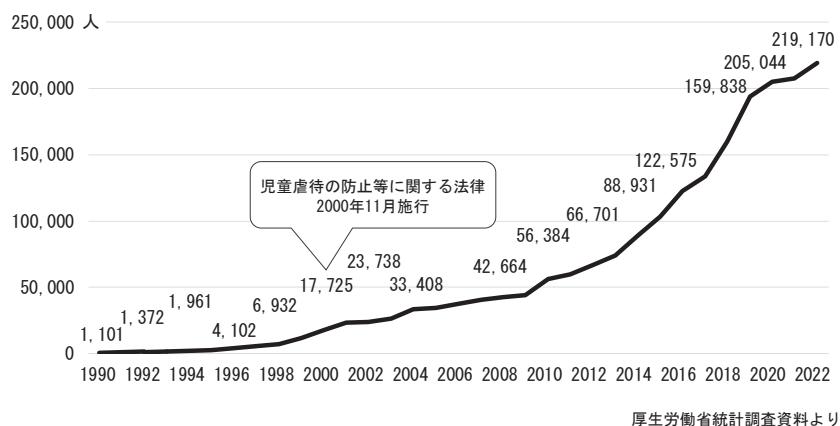


図2 児童相談所における児童虐待相談対応件数の年次推移

3. 乳児死亡率

社会小児科学の取り組むべき最重要課題は、子どもの死亡をなくすことである。そのためには、医療費の心配なく、すべての子どもが医療機関を受診できなければならない。

子どもの医療費負担は、国レベルでは2002年に3歳未満児までが2割負担に引き下げられ、2008年からはその対象が未就学児に拡大された。市区町村単位では、独自の上乗せ助成を行なっているが、支援範囲も窓口の支払いがまったく不要、一部負担1回500円、月額上限3,000円、あるいは一旦支払い後の償還などがあり、その対象年齢も暮らす地域で大きく異なる。

図3に世帯の就労形態別でみた乳児死亡率の経年推移を示した⁶⁾。乳児死亡率は、出生児1,000人

の中で1歳を迎えない子どもの数で表される。

1.8(2022年)は世界で最も低い国となっている。ところが、無職の世帯に属する乳児の場合、全体の10倍18.2でその割合は増加傾向にある。乳児死亡割合における経済階層間の著しい格差の背景は何なのか、学際的かつ組織的な解明が必要である。

4. 長期欠席する小中学生

世界との比較でみても、日本の教師はより大人数の生徒を担当しており、個別の生徒の個性を尊重した教育を難しくしている。こうした中でパンデミック以前から、年間1か月以上学校に通えない長期欠席児童・生徒の数が年々増加していたが、COVID-19の拡大で急増し、感染症法の位置付けが緩められて以降もその増加は止まってない(図

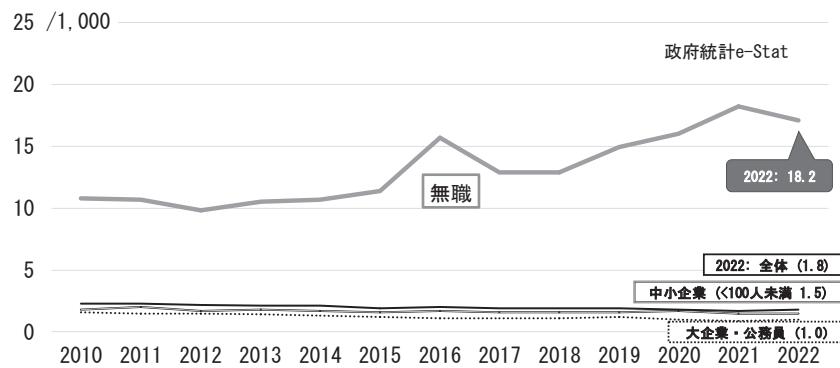


図3 世帯の就労形態別でみた乳児死亡率

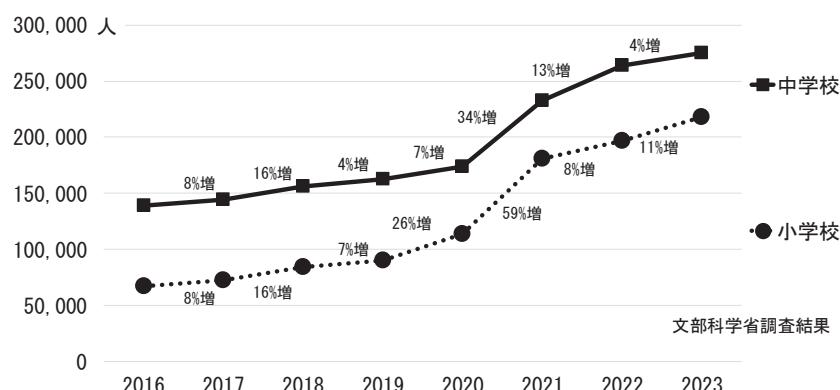


図4 小中高等学校における長期欠席の状況（2016～2023）

4)⁷⁾.

文科省調査によると、2023年には小学生で約22万人、中学生で約28万人と、その数は小学生の3.6%、中学生の8.7%を占める。クラスで置き換えると、小学校一クラスに1名、中学校では3名が長期に欠席していることになる⁷⁾。

5. ヤングケアラー

文科省及び厚労省が、COVID-19下にあった2020年及び2021年に、小学6年生、中学2年生、高校2年生（通信制は3学年）、大学3年生を対象にヤングケアラー調査が実施した⁸⁾⁹⁾。

これらの調査で「世話をしている家族の有無」を尋ねている。その結果、およそ5%が世話をしている家族がいる（=ヤングケアラー）と回答していた（表1）。その対象で多いのがきょうだいで、小学生で71%、中学生で62%、高校生で40%余

りであったが、大学生では母親が最も多いケアの対象であった。

平日3時間以上ケアをしている15歳未満児は、ILO基準を当てはめると児童労働相当に従事していると言える¹⁰⁾。小学6年生から中学2年生の全国の人数に対する割合で計算すると、少なくとも3万人の子どもたちが、児童労働を強いられていると推計できる。

これら過度な負担を強いられている子どもたちに対して、子どもとしての時間を過ごせる権利を保障しなければならない。

6. 10代の自殺

日本の若者の自殺率は、OECD加盟38か国で11番目に高く、特に10代後半の自殺率が相対的に高い¹¹⁾。この状況は、COVID-19によりさらに深刻化した。生活への制限が解除されても、その増

表1 ヤングケアラー（厚労省・文科省による全国調査）

| 調査年 | 対象の学校学年 | 世話をする家族がいる (%) | 平日ケアほぼ毎日 (%) | 平日ケア3時間以上 (%) |
|----------------|----------|----------------|--------------|---------------|
| 2020.12-2021.2 | 中学2年生 | 5.7 | 45.1 | 11.6 |
| | 全日制高校2年生 | 4.1 | 47.6 | 10.7 |
| | 定時制高校2年生 | 8.5 | 35.5 | 9.7 |
| | 通信制高校生 | 11.0 | 65.3 | 24.5 |
| 2022.1 | 小学6年生 | 6.5 | 52.9 | 7.1 |
| 2021.12-2022.1 | 大学3年生 | 6.2 | 45.9 | 6.4 |

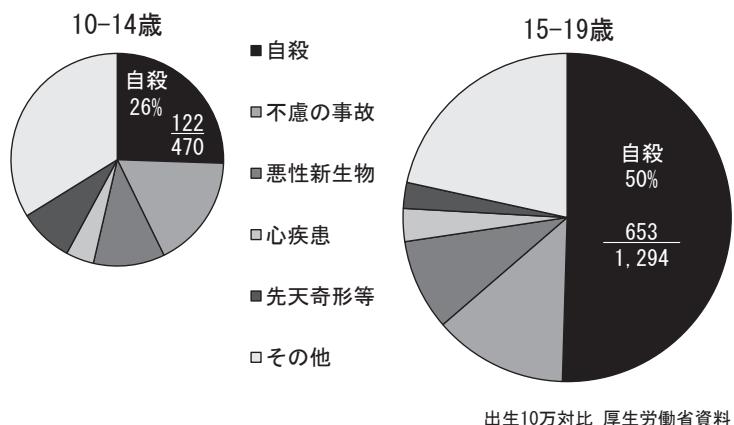


図5 2023年死亡原因

加傾向が続いている¹²⁾。10歳代の年齢での死亡原因に占める自殺は、15歳以上では、COVID-19パンデミック以前から死因の第1位となっていたが、その対象年齢10万人対比が2020年以降10を超えて、低下していない。14歳以下では、2020年以降10万人対比2を超え、死因の第1位となった。2023年の15-19歳の死亡の50.5%（653名）、10-14歳では25.5%（120名）が、自殺で亡くなっていた（図5）¹²⁾。

7. まとめにかえて

以上、COVID-19パンデミックを通じてより明確となった、子どもたちの抱える健康及び権利に関する課題を、社会小児科学の視点から6つに整理した。

貧困と虐待、乳児死亡の繋がり、さらに長期欠席、ヤングケアラー、10代の自殺の関連性はおぼろげに浮かんでくる。これらを相互に結びつけて、その上流にある社会の問題を明らかにする挑戦が、私たちに求められており、そのためには、医療だけではない学際的な「社会小児科学」の視点での研究の深まりが求められている。

参考文献

- 1) Nick Spencer, Concha Colomer, Garth Alperstein, et al. Social Paediatrics. Journal of Epidemiology and Community Health. 2003; 59: 106-108 https://www.researchgate.net/publication/8081542_Social_paediatrics (2025.3.11. 最終アクセス)

- 2) 2022(令和4)年 国民生活基礎調査の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf> (2025.3.11. 最終アクセス)
- 3) 武内 一. 子育て貧困世帯の生活状況 - 全国2,000余世帯の集計結果から-. 佛教大学総合研究所共同研究成果報告論文集東アジアにおけるケアと共生 2021; 9: 1-16
- 4) Global Progress. End Corporal Punishment. 2024. <https://endcorporalpunishment.org/countdown/> (2025.3.11. 最終アクセス)
- 5) 川松亮, 山野良一, 田中恵子, 根岸弓, 山邊紗歐里. 平成28年度研究報告書 児童虐待に関する文献研究 子どもの貧困と虐待. 子どもの虹 情報研修センター. 2017. <https://www.crc-japan.net/wp-content/uploads/2021/11/%E5%85%90%E7%AB%A5%E8%99%90%E5%BE%85%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E6%96%87%E7%8C%AE%E7%A0%94%E7%A9%B6%E3%80%80%E5%AD%90%E3%81%A9%E3%82%82%E3%81%AE%E8%B2%A7%E5%9B%B0%E3%81%A8%E8%99%90%E5%BE%85.pdf> (2025.3.11. 最終アクセス)
- 6) 政府統計 e-Stat. 生存期間別にみた死亡時の世帯の主な仕事別乳児死亡数・乳児死亡率(出生千対)及び百分率. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411729> (2025.3.11. 最終アクセス)
- 7) 文部科学省. 令和4年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要. 2023. https://www.mext.go.jp/content/20231004-mxt_jidou01-100002753_2.pdf (2025.3.11. 最終アクセス)
- 8) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部. 令和2年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業 ヤングケアラーの実態に関する調査研究報告書. 2021. https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2021/04/koukai_210412_7.pdf (2025.3.11. 最終アクセス)
- 9) 株式会社日本総合研究所. 令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 ヤングケアラーの実態に関する調査研究報告書. 2022. https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021_13332.pdf (2025.3.11. 最終アクセス)
- 10) International Labour Organization and United Nations Children's Fund 2021. Child Labour Global Estimates 2020, Trends and the Road Forward. 2021. <https://endchildlabour2021.org/wp-content/uploads/2021/11/Child-labour-Global-estimates-2020.pdf> (2025.3.11. 最終アクセス)
- 11) WHO Global Health Observatory data repository. Suicide rate estimates, crude, 15-19 years Estimates by country. 2019. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDE15TO19v> (2025.3.11. 最終アクセス)
- 12) 厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室. 令和5年(2023)人口動態統計月報年計(概数)の概況. 2024. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/dl/gaikyouR5.pdf> (2025.3.11. 最終アクセス)

(受付 2025.3.12 : 受理 2025.3.31)

原著論文

行政保健師による社会的ハイリスク妊婦の特定から支援につなげる関わり

水野真希¹⁾, 飯田千香子²⁾

抄録

目的: 本研究の目的是、行政保健師による社会的ハイリスク妊婦を特定し支援につなげる関わりを明らかにすることである。

方法: 母子保健業務に携わる保健師9名を対象に半構造化インタビューを実施し質的記述的に分析を行った。

結果: 5つのコアカテゴリ及び15のカテゴリ、38のサブカテゴリが抽出された。行政保健師は地域で生活する全ての妊婦に社会的ハイリスクの可能性を探りながら支援への模索を行っていた。また、妊婦にはつながりのある支援を妊娠早期から提供し、継続的に支援できるよう関わっていた。その一方で社会的ハイリスクを特定することの難しさや関係機関との連携の脆弱さなどが継続的な支援を困難にしていた。

考察: 行政機関によりスクリーニングシートの内容が異なり、地域の特性も踏まえた内容が含まれていた。しかし、スクリーニングシートのみでは特定が難しく、支援にあたる保健師の経験値や観察点が影響していた。地域全体で母子に対する様々な社会的支援をマネジメントするためには、専門職間および組織間の緊密な調整を強化する必要がある。そのためにも保健師の政策立案能力の育成が必要であることが示唆された。

【社会医学研究 2025; 42 (1) : 6 - 16】

doi:10.60435/socialmedicine.42.1_6

キーワード: 社会的ハイリスク妊婦、保健師、支援、母子保健

I. 緒言

児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々増加しており、2021年では207,659件と過去最高を記録している¹⁾。児童相談所に寄せられた虐待相談

の経路においては警察が半数を占めており、次いで近隣知人家族、学校の順に多くなっているが、市区町村の保健センターや保健所からの相談はわずか0.1%程度で推移している。被虐待児の年齢構成では小学校入学前の子どもが45%を占めており、その内の約4割が3歳未満であった²⁾。また、国内の調査では、経済的問題や精神的障害、妊娠葛藤など社会的ハイリスク妊婦から生まれた子どもの40%はNICUに入院していることを報告している³⁾。母子手帳の交付や母親学級や赤ちゃん訪問、乳児健診などで自治体に住む全ての母子と接する

1) 駒沢女子大学

2) ふじみ野市保健センター

連絡先: 水野真希

住所: 〒206-8511 東京都稻城市坂浜238番地

駒沢女子大学

E-mail: ma-mizuno@komajo.ac.jp

機会のある保健師は社会的ハイリスクの妊婦を早期発見し医療機関や警察、児童相談所などと連携して継続的な支援を提供する重要な立場にある。

先行研究では、特定妊婦を含む社会的ハイリスク妊婦への支援として特定の医療機関や行政機関で提供されている医療職者の関わりに関する活動報告はある^{4,5)}。また、特定妊婦や精神疾患を抱える妊婦、虐待をしている母親という限定された母親への支援に関する先行研究も報告されている⁶⁾。しかし、経済的問題や複雑な家庭環境を持つなど社会的ハイリスク妊婦への支援に対する認識は高まりつつあるが、特定妊婦として明確な基準はなく、各々の行政機関や産科医療機関に委ねられている現状がある。行政保健師が社会的ハイリスク妊婦を特定し支援につなげるためにどのような関わりを実際行っているのか、厚生労働省などで特定妊婦への支援推進に向けて保健医療福祉との連携強化に向けた助言は提示されているが⁷⁾、実際の自治体ではどのように取り組んでいるのか、また保健師は支援にどのような認識を抱いているのか明らかにされていない。

本研究では、行政機関で母子保健に携わる保健師が社会的ハイリスク妊婦の特定から支援につなげるための関わりを、自身の役割や支援に対する認識も含め明らかにし、社会的ハイリスクな母子を見逃すことなく支援に結び付けるための保健師への教育整備の充実や母子とその家族への支援システムの構築に向けた示唆を得ることを目的とする。

II. 目的

本研究の目的は、本研究では、行政機関で母子保健に携わる保健師が社会的ハイリスク妊婦の特定から支援につなげるために、保健師の支援や自身の役割に対する認識も含めて支援の実際を明らかにすることである。保健師による社会的ハイリスク妊婦を特定し支援につなげるための関わりを明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 対象者の選定

5つの都道府県にある13市町村の母子保健センターへ連絡を行い、施設長へ調査依頼を実施した。許可が得られた施設長から特定妊婦を含む社会的ハイリスク妊婦の特定及び支援に携わった経験のある保健師に研究依頼書を配布してもらい同意の得られた9名の保健師を研究対象とした。

2. データ収集方法

データ収集期間は2019年2月～2020年6月研究対象者が勤務する行政施設の個室で、インタビューガイドに沿って対象者と接点のない1名の研究者がすべての対象者に半構造化面接を実施した。インタビューガイドの内容は「行政機関で行われている社会的ハイリスク妊婦を特定する時の思いや関わり方や支援内容、その際の困ったこと」「社会的ハイリスク妊婦を特定した際の対応や、その際の困ったこと」などである。面接内容は参加者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。インタビュー時間は平均62分(46～95分)であった。

3. 用語の定義

社会的ハイリスク妊婦とは、特定妊婦を含む、経済的・家庭的要因などにより子育てが困難と予測される妊婦とした。

行政保健師とは、地域の保健センターや保健所など行政機関で公務員として働いている保健師とした。

4. 分析

全ての研究者で、各々のインタビューデータから目的に該当する箇所をコードとして抽出し、コードの内容を他のコードと比較検討し、サブカテゴリー・カテゴリー、コアカテゴリーを生成した。さらにカテゴリー間の関係性を検討し、関連するカテゴリーを用いて行政保健師の関わりの全体像を示した。

分析をする過程で、社会的ハイリスク妊婦を特定するための関わりと特定後の支援につなげるための関わりに焦点を当てて分析を行った。

分析には質的データ管理ソフトウェアプログラムである NVivo12 を使用した。分析に当たっては、明確性を確保するために、得られた全てのデータを比較検討し、質研究を専門とする全ての研究者と討議を何度も重ね共通認識を得ることで確實性の確保に努めた⁸⁾。

IV. 倫理的配慮

本研究は、駒沢女子大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て実施した(2018031)。対象者には書面と口頭にて研究目的や参加の任意性、同意撤回の自由、個人情報保護、研究成果の公表などについて説明を行い、同意を得て実施した。

V. 結果

1. 研究参加者の概要

5市町村にある9名の保健師が本研究の対象となった。保健師経験年数は、5年目2名、6~10年1名、11年~20年2名、21年目以上は4名であつ

た。母子保健業務経験年数は2年~20年で、性別は全員女性で、年齢は20代1名、30代4名、40代1名、50代2名、60代1名であった。職位は係員3名、主任級3名、係長級2名、課長級1名であった。

社会的ハイリスク妊婦を特定から支援につなげるための体験

分析の結果、行政保健師は、妊婦との関わりを開始してから支援までの関わりにおいて5つのコアカテゴリー15のカテゴリー、38のサブカテゴリー、が生成された。各々のコアカテゴリーに沿って述べていく。なお、コアカテゴリー『』カテゴリーは【】サブカテゴリーは《》，コードは語りとし「」で示していく(表1)。また、コアカテゴリーとカテゴリーの関連を図1に示す。行政保健師は全ての妊婦を対象に『社会的ハイリスク妊婦の可能性を探る』ために【妊婦の生活能力や育児能力を探る】、【妊娠の受け止めを確認】、【母親の保健師に対する態度を観察】をしていた。また探りながら同時に【既存のスクリーニングシステムにて評価】、【他部署や医療機関と連携して情報共有】、【多職種

表1 行政保健師による社会的ハイリスク妊婦の特定から支援につなげる関わり

| コアカテゴリ | カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 |
|-------------------|--------------------|------------------------|------|
| 社会的ハイリスク妊婦の可能性を探る | 妊婦の生活能力や育児能力を探る | 妊婦が記載したアセスメントシートの内容を評価 | 12 |
| | | 妊婦の容姿や言動の観察 | 18 |
| | | 付き添い家族との関係を観察 | 15 |
| | | 面談しながら情報収集 | 16 |
| | | 他部署や仲間への聞き取り | 13 |
| | 妊娠の受け止めを確認 | 妊娠に対する思い | 12 |
| | | 夫や付き添い家族の反応 | 8 |
| | 母親の保健師に対する態度を観察 | 保健師への拒否的な態度 | 3 |
| | | SOSを表出しない妊婦 | 3 |
| リスクレベルの特定と支援への模索 | 既存のスクリーニングシステムにて評価 | ハイリスクと考えられる項目を重点的に面談 | 15 |
| | | リスクレベルを点数化 | 13 |
| | 他部署や医療機関と連携して情報共有 | 妊娠前から支援している部署と情報共有 | 3 |
| | | 医療機関に連絡して情報収集 | 12 |
| | 多職種や仲間と事例検討 | 多職種との事例検討会 | 12 |
| | | 仲間と情報を共有 | 21 |

表1 行政保健師による社会的ハイリスク妊婦の特定から支援につなげる関わり（つづき）

| コアカテゴリー | カテゴリー | サブカテゴリー | コード数 | |
|-------------------|-------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----|
| つながりのある支援に向けて取り組む | つながりのある支援を心掛けた関わり | 解決に向けて一緒に考える姿勢 | 15 | |
| | | 母親を否定せずありのまま受け入れる | 6 | |
| | | 妊娠中から産後もコミュニケーションを絶やさない | 18 | |
| | 各々の母子の背景に応じた支援をコーディネート | 産前産後の支援をコーディネート | 2 | |
| | | 他部署と連携し包括的に生活を支援 | 6 | |
| | 更なるリスクを増やさないための予防的支援 | 両親学級や母親学級で産後の生活や対処方法を伝える | 11 | |
| | | 若年の親への就労や資格取得などの支援 | 2 | |
| | | | | |
| | 社会的ハイリスク妊婦を特定することへの困難 | スクリーニングシステムに課題 | アセスメントシートの使用により容易にハイリスクと判定 | 18 |
| | | | 最初のスクリーニングで見落とされる | 14 |
| | | | スクリーニングの判定と保健師の判定が異なる | 9 |
| | | | | |
| | マンパワー不足による妊婦と関わる時間の制限 | 個人面談ができる専門スタッフが不在 | 2 | |
| | | 個人面談の時間が限られる | 13 | |
| | 対応する職員の能力に左右 | 尋問にならないよう情報を聞き出す | 7 | |
| | | 対応している看護者の個人的判断にも左右される | 8 | |
| | 母子の情報が担当部署に入らない | 転出などで情報が途切れる | 9 | |
| | | 他部署が離れているため情報が入らない | 16 | |
| | | 飛び込み出産など行政機関に来ない母子の存在 | 9 | |
| 継続的な支援の限界 | 社会的ハイリスク妊婦の増加に支援が追い付けない | 社会的背景の複雑な人が増加 | 10 | |
| | | 様々な国の外国人への対応の難しさ | 8 | |
| | | マンパワー不足により起きていない事例より現在起きている事例への支援に重点 | 6 | |
| | 行政の支援システムの弊害 | 支援に消極的な自治体の方針 | 11 | |
| | | 行政システムにより連絡体制が異なる | 2 | |
| | | 縦割りになり情報がつながらない | 9 | |

や仲間と事例検討】を行いながら、『リスクレベルの特定と支援への模索』を行っていた。しかし、社会的ハイリスク妊婦の特定には【スクリーニングシステムに課題】、【マンパワー不足による妊婦と関わる時間の制限】、【対応する職員の能力に左右】、【母子の情報が担当部署に入らない】ことで『社会的ハイリスク妊婦を特定することへの困難』があった。また個々の妊婦に対して【つながりのある支援を心掛けた関わり】、【各々の母子の背景に応じた支援をコーディネート】、【更なるリスクを

増やさないための予防的支援】を行いながら『つながりのある支援に向けて取り組む』姿勢で関わっていた。しかし、【社会的ハイリスク妊婦の増加に支援が追い付けない】、【行政の支援システムの弊害】があり、『継続的な支援の限界』を感じていた。具体的にコアカテゴリーごとに詳細に説明していく。

1)『社会的ハイリスク妊婦の可能性を探る』

このコアカテゴリーは3つのカテゴリーで生成されている。

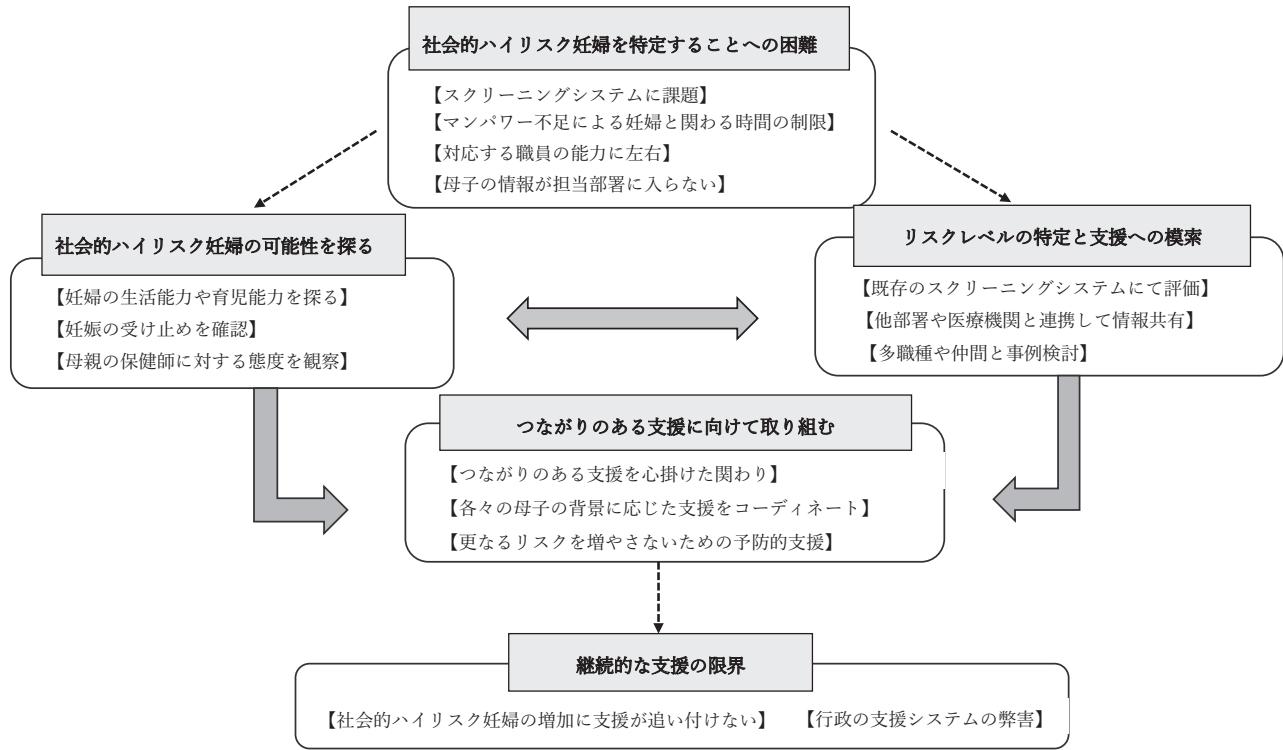


図1 行政保健師による社会的ハイリスク妊婦の特定から支援につなげる関わり

【妊婦の生活能力や育児能力を探る】では《妊婦が記載したアセスメントシートの内容を評価》《付き添い家族との関係を観察》《妊婦の容姿や言動の観察》していた。

「20~30分とかですけど、感覚っていうか、何か変わった人、キャラクターなのかメンタルとかあるのか分からないんですけど、ちょっと違和感がある人とか、あとは装いというかで、すごい派手、派手でもすごいしっかりしてる人もいたりとか。」

また、《面談しながら情報収集》《他部署や仲間への聞き取り》をしながら産後の生活を想定して子どものいる生活に順応できるのか、安全な育児は可能かどうか情報収集アセスメントを行っていた。

【妊娠の受け止めを確認】では《妊娠に対する思い》《夫や付き添い家族の反応》の2サブカテゴリーからなり、本人とその家族の妊娠への思いについて面談をしながら確認をしていた。

「本当予想外とか何とか、困ったとか、実は、離婚しようと思ってたところに、分かっちゃったん

ですみたいなことをいう」

【母親の保健師に対する態度を観察】は《保健師への拒否的な態度》《SOSを表出しない妊婦》のサブカテゴリーからなり保健師からの母子保健サービスの紹介やイベントへの誘い、面談時の問い合わせなどに拒否的な態度を示すこともリスクと考えていた。

「私たちのやりとりに対しての拒否とかがあるときは、人の支援を受け入れない」「SOSを出さないとかっていうことでやっぱりハイリスクになっていくので、それだけでも拾い上げはしていきます。」

2) 『リスクレベルの特定と支援への模索』

《ハイリスクと考えられる項目を重点的に面談》《リスクレベルを点数化》の2つのサブカテゴリーからなる【既存のスクリーニングシステムにて評価】し、その上で必要なら【他部署や医療機関と連携して情報共有】を行っていた。《妊娠前から支援している部署と情報共有》《医療機関に連絡して情報収集》を行い妊婦の背景と必要な支援を模索するために他部署や医療機関と連携をとっていた。

「保健センター内なので、例えば障害支援課のほうで関わりがあるとか、あと生活支援課のほうで関わりがあるとかは、ハイリスクの段階で情報提供します」

また【多職種や仲間と事例検討】では《多職種との事例検討会》《仲間と情報を共有》の2サブカテゴリーカテゴリーからなり、ハイリスクレベルや妊婦の背景に応じた支援内容について多職種や仲間、上司と検討を行っていた。

「できるだけ1人で抱えないで、面接でも訪問でも、「今日こんな人がいた」みたいな、時間が終わったらちょっとそこで共有して」

「助産師、病院の助産師や師長をこちらでお呼びして情報交換とか、ハイリスクの支援がどういう支援で来ているのかとか、この情報交換会みたいなを開催しています」

3)『つながりのある支援に向けて取り組む』

リスクレベルに応じて行政保健師は支援に向けて【つながりのある支援を心掛けた関わり】を行っており《解決に向けて一緒に考える姿勢》《母親を否定せずありのまま受け入れる》《妊娠中から産後もコミュニケーションを絶やさない》ように妊婦と関わっていた。

「妊娠について、迷ったとか不安だとかっていうところに○を付けてれば必ず聞いてはいるので、そのときに状況聞いて、産むか産まないか迷ってるような状況だったらそこでも相談します」、「徐々に自分のこと話してくれたりとか、こんなこと話してもいいんだって、最初たぶんそんなに、お母さんって自分のことそんなに話していいって思ってないかなと思うんで、あっ、これも聞いてくれるんだっていう感じで話してくれる人もいる」

また、【各々の母子の背景に応じた支援をコーディネート】しており、様々な部署や医療機関で行われている支援を整理し包括的に支援が提供できるよう《産前産後の支援をコーディネート》《他部署と連携し包括的に生活を支援》していた。

「就労には結構つながりつつあるので、支援員が話聞きに行ったりとか、ハローワークに一緒に行って、職業適性検査も一緒に受けてみたいな感じ」

そしてローリスクの妊婦でも今後ハイリスクの可能性に移行することも想定し、《両親学級や母親学級で産後の生活や対処方法を伝える》《若年の親への就労や資格取得などの支援》を提供し【更なるリスクを増やさないための予防的支援】を行っていた。

「こういう制度知らない人とかもいっぱいいらっしゃるんですよ。だからお仕事されてるよとかだったらもうこの病児保育とかもあるよとか、一時預かりもあるから、上の子大変だったら預けたり、ファミサポ（ファミリーサポートセンター）とか使ってねっていうのを結構お伝えしないと。」

4)『社会的ハイリスク妊婦を特定することへの困難』

行政保健師は社会的ハイリスク妊婦の特定に取り組む一方で難しさを感じていた。全ての研究参加者は母子手帳配布時に妊婦と面談しており、その時にそれぞれの自治体で作成したスクリーニングのできるアセスメントシートを活用していたが、《アセスメントシートの使用により容易にハイリスクと判定》《最初のスクリーニングで見落とされる》《スクリーニングの判定と保健師の判定が異なる》という【スクリーニングシステムに課題】を感じていた。

「経済的なところで、育児にかかるお金に困っているとか、心配とかっていうのに丸を付けてくれれば、例えばパートナーとの関係で、経済的な部分とか必要としてるとか、そこに丸を付けてくれればですけど、あんまりそこは、丸付ける人、いないですね」

「うれしかったとかも結構多いんですよ。で、まったくここだけ年齢などを見なければ、本当に望まれた妊娠で、結構収入も分からないので、親の収入で暮らしてるとかだと、そんなに苦しくはないし、収入も分からないしっていうことでまったく点数に反映されなかったり、本当にここだけ見ると普通の人になってくるんで、それを書いたりします。」

また、《個人面談ができる専門スタッフが不在》《個人面談の時間が限られる》という【マンパワー

不足による妊婦と関わる時間の制限】により見逃されてしまう可能性を感じていた。《尋問にならないよう情報を聞き出す》ことや《対応している看護者の個人的判断にも左右される》という【対応する職員の能力に左右】されると考えていた。

その一方で《転出などで情報が途切れる》《他部署が離れているため情報が入らない》《飛び込み出産など行政に来ない母子の存在》があり妊婦の情報を把握したくても【母子の情報が担当部署に入らない】ために支援から漏れてしまうケースもあった。

「それこそ妊娠しちゃったどうしようっていう、本当に妊娠SOS的なものって、やっぱり行政にはかかってこないんですね」

5) 繼続的な支援の限界

支援を提供する上で支障になっているものとして【社会的ハイリスク妊婦の増加に支援が追い付けない】状況がありその背景に《社会的背景の複雑な人が増加》《様々な国の外国人への対応の難しさ》《マンパワー不足により起きていない事例より現在起きている事例への支援に重点》を置いて支援していた。

「まだ生まれてもないから、今起こっている大変な事例に関わってしまうので。」

また、《支援に消極的な自治体の方針》《行政システムにより連絡体制が異なる》《縦割りになり情報がつながらない》という【行政の支援システムの弊害】により支援の提供を難しくさせていた。

「保健師がもうそこまで全部、中リスクっていわれてる部分からハイリスクまで一人で見てたところが、縦割りになってきたのもあって、保健師の力も変わってきてると思うんですけど、やっぱハイリスクの部分、社会的な部分で背景が複雑化になってきてたり、いろんな職種が出てきてる中でやり方が変わってきてるのもあって、支援もちょっと縦割りな感じになってるのをどうしようかっていうの。」

「面談受けた人は「大変」って思うんですけど、引き継ぎするときに温度差が違つたりとかするんです。そういうリスクの共有っての、ちょっと難しい。」

VII. 考察

近年、家族背景が複雑な人々が増加すると共に社会的ハイリスク妊婦も増加している中で、行政保健師は社会的ハイリスクと想定される妊婦を特定し支援につなげるまでの関わりとして5つのコアカテゴリーが抽出された。これらの結果を踏まえて、社会的ハイリスクな母子を見逃すことなく支援に結び付けるための示唆も含めて考察していく。

1. 社会的ハイリスク妊婦の早期発見に向けた行政保健師の視点

今回研究に協力した行政看護者は【妊婦の生活能力や育児能力を探る】ため妊婦やその家族の姿勢や言動を観察すると同時にスクリーニングシートを活用し面談をしながら情報収集を行っていた。また、《支援に否定的な態度》や《SOSを出さない妊婦》は孤立しやすくメンタルヘルスの問題やDV被害など母子に深刻な影響を及ぼす可能性がある。先行研究によれば子どもを虐待する親は支援に拒否的な態度を示していることや相談相手がおらず孤立していることを報告している^{9,10)}。妊娠早期から妊婦や家族の特徴を探りながら予測されるリスクとそれを予防するための支援の方向性を早期に検討する必要がある。

行政保健師は気になる妊婦には《他部署や仲間への聞き取り》も行っており、自治体に入る市民の情報を活用しながら社会的ハイリスク妊婦を特定していた。また、社会的ハイリスク妊婦の特定には自治体独自で活用している「リスクレベルを点数化」した指標を用いて《他部署や医療機関と連携して情報を共有》し《多職種や仲間と事例検討》をしながら妊婦のリスクレベルに応じた支援を模索していた。母子保健に関わる行政保健師は上司も含め多数の目で情報を確認することで、支援が必要な妊婦が漏れたり誤った支援を提供することのないよう体制を整えていた。黒川ら(2017)は個々の専門職が情報共有し、協働していくことが支援プロセスに不可欠であることを述べている⁶⁾。本研究結果でも同様に気になる妊婦の情報を多数の担

当者で共有しアセスメントし客観的に評価していくことで支援の必要な妊婦が見過ごされることを防いでいると考える。

2. 妊婦との繋がりを重視した支援

社会的ハイリスク妊婦は様々な悩みを抱えており産後も継続した支援が必要となる。行政保健師は全ての妊婦に【繋がりのある支援を心掛けた関わり】をしており《妊娠中から産後もコミュニケーションを絶やさない》ように自宅訪問や電話訪問、イベントへの参加を進めるなど母子と接触する機会を持とうとしていた。中原ら(2016)や黒川ら(2017)の調査でも保健師は母親へいつもそばにいて一緒に歩み続ける姿勢で関わっており、その関わりが虐待の予防につながっていることを報告している^{6,11)}。母親が話しやすい雰囲気を作りながら《母親を否定せずありのまま受け入れる》姿勢が必要である。また、経済的問題や病気など母子保健以外の支援が必要な場合も多い¹²⁾ことから、他部署や医療機関、児童相談所などから包括的に支援が行えるよう《各々の母子の背景に応じた支援をコーディネート》していた。菊池ら(2016)は妊娠産後の母親のメンタルヘルスや子どもの健全な身体情緒的発達、夫婦や親子問題まで幅広い支援を意味する周産期メンタルヘルスへの支援として地域を含む母子保健・児童福祉・精神保健・医療関係者、経済的問題に関する社会資源などあらゆる関係機関と手をつなぐためにコーディネート機能を發揮する必要性を述べている¹³⁾。Billieら(2022)は社会的支援の提供は出産前及び産後のうつ病の発症を予防することから、出産前から介入を行い産後には強力なソーシャルネットワークが構築された中で育児を行うことの必要性を述べている¹⁴⁾。このためには各々の母親とその家族の状況に応じて《更なるリスクを増やさないための予防的支援》も含めて包括的に支援体制を整えるための専門職の育成が必要と考える。

3. 行政保健師の関わりを困難にしている要因

《マンパワー不足による妊婦と関わる時間の制限》や《社会的ハイリスク妊婦の増加に支援が追い付けない》ことにより必要な支援を提供できな

い状況にある。特に社会的ハイリスク妊婦を特定するためには、初対面の妊婦から情報を収集し、繋がりのある支援を提供するために信頼関係を築く時間も必要となる¹¹⁾。

妊娠の届け出は年々減少傾向にはあるが、《社会的背景の複雑な人が増加》しており《様々な国の外国人への対応の難しさ》もあり、支援が必要な妊婦の増加がマンパワー不足を更に生み出している。光田ら(2018)の調査によれば、経済苦や若年などの特定妊婦を含む社会的ハイリスク妊婦が増加していることを報告している¹²⁾。山下ら(2012)は在日外国人妊婦への支援は言葉や文化の壁があり行政での支援の不十分さを報告しており、今回の研究と同様の結果であった¹⁵⁾。マンパワー不足の中、スクリーニングシートを活用し限られたスタッフで必要な妊婦に必要な支援が提供できるよう取り組んでいた。しかし、「スクリーニングシートの判定と保健師の判定が異なる」ことがあり最終的には行政保健師の判断で社会的ハイリスクの判定をしている状況があり、《スクリーニングシステムに課題》はどの自治体でも抱えていた。この場合《対応する職員の能力に左右》されることもあり職員の面談技法やハイリスク妊婦を特定するための能力の向上及び、スクリーニング方法の見直しが必要となる。自治体を取り巻く環境は日々変化を続けており、多くの地域課題や新たな行政ニーズに対応できるよう保健師には統計情報をを集めながら問題を明確化し、対応策の模索や比較検討を行い地域の実情に沿った支援が行えるよう政策形成能力の向上も必要である。母子保健事業においては自治体の事業に対する姿勢が反映されており、母子保健事業に積極的な自治体は部署の垣根を越えて職員間でコミュニケーションが円滑に行われ、担当の保健師が《各々の母子の背景に応じた支援をコーディネート》していた。しかし「支援に消極的な自治体の方針」を持つ行政機関では部署が縦割りで、「行政システムにより連絡体制が異なる」ため連携がうまく機能しておらず、妊婦が該当の部署に相談しない限り必要な支援は提供されないという《行政の支援システムの弊害》が

あった。社会的ハイリスク妊婦を特定できても、経済的困窮や障害や病気を抱えていたり、DV被害者など様々な支援が必要⁴⁾であることから、母子保健担当部署だけでは解決できない状況にある。千葉ら（2020）は、保健師は対象者と関係機関が円滑につながるための下地調整の必要性を指摘しており、普段から円滑な連携に向けた土台づくりが必要と述べている¹⁶⁾。細やかな支援を提供するために様々な部署や組織が専門とする支援を提供しているが、連携のためのシステム構築が不十分な場合は縦割りとなり包括的に妊婦とその家族を取り巻く状況に応じた支援の提供が自治体によって大きな差を生み出している⁴⁾。保健師の政策形成能力を育成する方法として、井寺はOJT（職場研修）やOff-JT（職場外研修）、自己研鑽を挙げている¹⁷⁾。特にOJTはその自治体の妊産婦とその家族のニーズを反映した実践的な研修が行える点で有用である。年間を通して事例検討やその解決策案の立案できるよう自治体に所属する保健師や職員だけでなく地域で活動している医師や助産師、児童相談所職員など多職種も交えた研修制度の充実が保健師の能力向上だけでなく、今後の円滑な支援体制の構築にも必要と考える。各地域全体でソーシャルサポートを提供する部署が協働して取り組むための土台を強固にしていく必要があり、様々な支援をコーディネートしニーズに応じた支援を提供するためには、保健師の政策形成能力の育成及び地域全体で多職種が連携した支援システムの構築の必要性が示唆された。

4. 本研究の限界と課題

本研究では5つの自治体で勤務する保健師からのインタビューに基づいた結果であり、それぞれの地域で生活する人々の特性は検討していない。自治体により地域特性や母子保健事業内容も様々で、それぞれの自治体のスクリーニングシステムや提供されている支援がどのような効果を生み出しているのか今後検討する必要がある。

VII. 結論

行政機関で勤務する保健師による社会的ハイリスク妊婦の特定から支援につなげる関わりとして5つのコアカテゴリーが抽出された。社会的ハイリスク妊婦が増加している中、行政保健師は早期発見し支援に結びつけるために全ての妊婦をスクリーニングしリスクレベルを判定していく。支援が必要な妊婦を発見するために情報収集を行いながら同僚や多職種と連携し支援の在り方を検討していたが、スクリーニングの問題や多職種連携に問題を抱えており支援が必要な妊婦を見逃したり、十分な支援を提供できていない状況にあった。様々な支援をコーディネートしニーズに応じた支援を提供するためには、保健師の政策形成能力の育成及び地域全体で多職種が連携した支援システムの構築の必要性が示唆された。

利益相反に関する開示

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 1) 厚生労働省 (2022). 令和3年度児童虐待相談対応件数, Retrieved from: <https://www.mhlw.go.jp/content/000863297.pdf>. (検索日：2022年12月9日)
- 2) 厚生労働省 (2021). 令和2年度福祉行政報告例, Retrieved from: https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/20/dl/kekka_gaiyo.pdf. (検索日：2022年12月9日)
- 3) Sakai, S., Nagamitsu, S., Koga, H., et al., Characteristics of socially high-risk pregnant women and children's outcomes, *Pediatr Int*, 2020; 62(2),140-145
- 4) 横溝珠実, 二宮忠矢, 片岡久美恵, 他, 妊娠中の子どもの虐待予防：妊娠中の気になる母子支援連絡システム（岡山モデル）の8年間の関わり, *日本公衆衛生学会誌*, 2021;68(6):

425-432.

- 5) 武田順子, 心理社会的ハイリスク妊娠婦へ地域助産師が行うケアの認識と実践, 岐阜県立看護大学紀要, 2023; 23(1):39-49
- 6) 黒川恵子, 入江安子, 特定妊娠に対する保健師の支援プロセス—妊娠から子育てへの継続したかわり, 日看科会誌, 2017;37:114-122.
- 7) 厚生労働省 (2016). 要支援児童等(特定妊娠を含む)の情報提供に係る 保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-0000146793.pdf>. (検索日: 2023年2月16日)
- 8) 船島なをみ, 質的研究への挑戦. 東京: 医学書院 2005; 135
- 9) 永谷智恵, 子ども虐待の支援に携わる保健師が抱える困難さ, 日小児看護会誌, 2009;18(2): 16-21.
- 10) 佐藤睦子, 上野昌江, 大川聰子, 児童虐待予防においてかかわりが難しい母親との信頼関係構築に着目した熟練保健師の支援, 日公衛看学誌, 2021;10(1):3-11.
- 11) 中原洋子, 上野昌江, 大川聰子, 支援が必要な母親への妊娠中からの保健師の支援 妊娠届出時等の保健師の判断に焦点を当てて, 日地看護会誌, 2016;19(3):70-78.

- 12) 光田信明, 社会的ハイリスク妊娠婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究, 令和元年度 厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)総括報告書. 2018
- 13) 菊池沙耶, 佐野ゆり, 小沢千恵ら, 地域で支える母子と家族のメンタルヘルス, 預防精神医学, 2016;Vol1(1):102-113
- 14) Billie, T., Nath, S., Sokolova, AY., et al., The relationship between social support in pregnancy and postnatal depression Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2022;57(7):1435-1444.
- 15) 山下正, 松尾博哉, 保健師による外国人への母子保健サービス提供の現状と課題 愛知県の市町村に勤務する保健師へのアンケート調査の分析から, 国際保健医療, 2012;27(4):373-380.
- 16) 千葉栄子, 桂晶子, 安齋由貴子, 子ども虐待ハイリスク家族に対する 市町村保健師の関係機関との連携の関わり, 日公衛看護誌, 2020; 9(1):10-17
- 17) 井寺美穂, 地方自治体における政策形成能力の育成, アドミニストレーション, 2023; 29(2) : 63-75.

(受付 2024.2.21 : 受理 2024.11.28)

Identification and support of socially high-risk pregnant women by public health nurses

Maki Mizuno¹⁾, Chikako Iida²⁾

Abstracts

Purpose: The purpose of this study was to clarify the identification and support of socially high-risk pregnant women by public health nurses.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with nine public health nurses engaged in maternal and child health care. Qualitative and descriptive analysis were employed using the data that was obtained.

Results: 5 core categories, 15 categories and 38 subcategories were extracted. Public health nurses identified the risk level and sought support for all pregnant women living in the community while searching for the possibility of socially high-risk pregnant women. Pregnant women were provided with connected support early in pregnancy. On the other hand, they felt the difficulty of early detection Socially high-risk women and the limitations of continuous support.

Conclusion: The point of the screening sheet differed depending on the administrative agency, and had influenced regional characteristics. However, it was difficult to identify using screening sheets alone, and the experience and observation points of public health nurses providing support had an influence.

It is necessary to strengthen the close interprofessional and interorganizational coordination to provide social support. It was suggested that it is necessary to develop the policy-making skills of public health nurses to manage various social supports for mother and child.

【Bull Soc Med 2025; 42 (1) : 6 – 16】

Key words: Socially high risk pregnancy women, public health nurse, support, maternal and child health

1) Komazawa Women's University

2) Fujimino city Healthcare center

原著論文

介護職員におけるジョブストレスの認知と精神的健康の関係

張英恩¹⁾, Delizo Anna Katrina¹⁾, 出井涼介¹⁾, 曽根悠太郎¹⁾, 中嶋和夫¹⁾

要旨

目的：本研究は、介護職員のジョブストレス認知と精神的健康の関係を明らかにすることを目的とした。

方法：著者らは、研究協力が得られた社会福祉法人等7法人に所属する介護職員を対象に、基本属性、職務と職場に関する経験するストレスの認知（ジョブストレス認知）および精神的健康を測定する日本語版K6で構成される無記名自記式の調査票調査を実施した。介護職員のジョブストレス認知を独立変数、精神的健康を従属変数とする因果関係モデルのデータへの適合性を、構造方程式モデリングを使用して解析した。介護職員のジョブストレス認知に関する因子構造は双因子モデルとして仮定した。

結果：本研究で検討した因果関係モデルならびに因子モデルは、得られたデータと適合していた。介護職員のジョブストレス認知における一般因子、ならびに4種類の群因子のうち「業務の量と質に関するストレス認知」、「利用者との関係におけるストレス認知」、「職場の人間関係におけるストレス認知」が、精神的健康に関係していた。

考察：著者らは、介護職員の利用者との関係におけるストレス認知に関する検討が、彼らの精神的健康の維持・増進および要介護者への虐待予防に関する方策にとって重要な知見になり得ることを議論した。

【社会医学研究 2025; 42 (1) : 17 - 27】

doi:10.60435/socialmedicine.42.1_17

キーワード：ジョブストレス、双因子モデル、介護職員、精神的健康

I. 緒言

従前の研究は、介護職員が職務や職場において身体的にも精神的にもストレスフルな状況に置かれていること^{1,2)}、そのことに関連して腰痛^{3,5)}やバーンアウト^{6,8)}あるいは精神的健康の低下^{9,11)}が少なくないことを指摘している。それら介護職員の健康

問題を解決するためには、介護職員の職務や職場に関するストレスが健康に与える負の影響や発生メカニズムの実証的な検討が急がれよう。従来、従業員のストレス問題を解明するために、NIOSH職業性ストレス調査票¹²⁾、Job Content Questionnaire (JCQ)¹³⁾、職業性ストレス簡易調査票 The Brief Job Stress Questionnaire (BJSQ)¹⁴⁾が使用されてきた。それらの測定尺度に配置されている項目は、ストレス認知理論¹⁵⁾の視座から見直すと、ストレッサー Stressor (ストレス源) とストレス認知 Stress Appraisal (主観的評価) に関する内容

1) 地域ケア経営マネジメント研究所

連絡先：張英恩

住所：北海道札幌市中央区北2条西3丁目1番地 敷島ビル4F

E-mail : chang_youngun@carekarte.jp

が渾然一体となっている。同様に、介護職員における職務や職場に関連した「ストレッサー」と「ストレス認知」の概念を意図的に区別した測定尺度もいまだ開発されていない。介護職員が日常的に遭遇している「ストレッサー」と「ストレス認知」を概念的に区別しつつ、両者間ならびに両者とストレス反応 Stress Response 間の関連性が明らかにされるなら、その知見は介護職員の職場の働きやすさの改善¹⁶⁾にとって大きな示唆を与えるものと推察する。

そこで本研究は、介護職員の職務や職場に関連するストレス認知（介護職員のジョブストレス認知 Cognitive Appraisals of Job Stress）とストレス反応（精神的健康 Mental Health）との関連性を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 対象者

著者らは、研究協力が得られた社会福祉法人等7法人に所属する介護職員477名を対象に、調査を行った。本研究では、無記名自記式の調査票調査に参加する同意を示した472名のうち、調査内容に欠損値のない436名分のデータを統計解析に用いた。

2. 調査方法

調査期間は2023年2月から4月の3か月間(2023年5月迄に回収)であった。調査票は、研究協力の得られた法人が使用している介護記録システム上に著者らが実装し、介護職員に回答を求めた。前記調査票は、調査への参加同意が得られた介護職員のみ回答可能となるように配慮し、回答内容は回答した介護職員本人および著者らのみが把握できるようにした。調査票の表紙には研究目的や倫理的配慮に関する説明を記載し、調査内容は、性別、年齢、現在の職場での在籍期間、介護職員が職務と職場に関連して経験するストレス認知（主観的な評価）、ならびに精神的健康を測定できる日本語版K6¹⁷⁾で構成した。

日本語版K6はKessler et al.によって開発され

た6項目からなるスクリーニングツール¹⁸⁾をFurukawa et al.が日本語に翻訳したものである。具体的な質問項目は、「k1：神経過敏に感じましたか」、「k2：絶望的だと感じましたか」、「k3：そわそわ、落ち着かなく感じましたか」、「k4：気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」、「k5：何をするのも骨折りだと感じましたか」、「k6：自分は価値のない人間だと感じましたか」となっている。「過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか」に対する5件法（「0点：全くない」「1点：少しだけ」「2点：ときどき」「3点：たいてい」「4点：いつも」）の回答でデータを収集した。著者らがK6を採用した理由は、この尺度が日本の国民生活基礎調査に導入され、成人の得点分布が報告されていること、また、測定尺度の因子モデルの測定不变 Measurement (Factorial) Invariance に関する報告（同一の指標を用いた際に、構成概念を異なる集団や時点間において等質に測定可能とする計量心理学的な検討）が他の精神的健康等を測定する尺度に比して多く蓄積されていることによる。

日本における従来の研究を概括すると、介護職員のストレスの把握には、職業人であればだれにでもほぼ共通して発生するストレスを記述した「職業性ストレス簡易調査票」がよく利用されている¹⁹⁻²³⁾。しかし、介護職員に特有なストレスを測定する尺度はほとんど開発されていない。そこで本研究では、介護職員のジョブストレス認知を、岡部ほか²⁴⁾の研究を参考に、介護という仕事そのものに関係するストレス認知（以下、介護職務ストレス認知）と、職場の風土・人間関係に関するストレス認知（以下、介護職場ストレス認知）の2側面に大別した。さらに、介護職務ストレス認知を「業務の量と質に関するストレス認知」と「利用者との関係におけるストレス認知」の2領域、介護職場ストレス認知を「職場の人間関係におけるストレス認知」と「職場風土に関するストレス認知」の2領域とし、合計4領域の質問項目を用意した。各領域における質問項目については、「業務の量と質に関するストレス認知」として「js1：

現在の仕事はひたすら忙しい仕事なので、気持ちがとてもしんどかった」、「js2：現在の仕事は非常に責任が重いので、とても気持ちが張り詰めた」、「js3：現在の仕事は休憩時間がとりにくいため、とても辛かった」の3項目を用意した。「利用者との関係におけるストレス認知」は、「js4：利用者にゆっくり関わることができず、とてもイライラした」、「js5：利用者への適切な対応に答えが見出せず、とても苦しんだ」、「js6：利用者と良好な人間関係をとることが難しく、とても辛かった」の3項目を用意した。「職場の人間関係におけるストレス認知」は、「js7：職場では、仕事で困った際に協力してくれる人がいないため、とても寂しい気持ちになった」、「js8：悩んでいても職場の人からアドバイスを受けられず、とても辛かった」、「js9：先輩や上司は、どちらかというと有能さに欠けていて、一緒にいるだけで気持ちがとても暗くなったり」の3項目を用意した。「職場風土に関するストレス認知」は、「js10：職場にはかなり強制的な伝統や習慣があり、とても煩わしい」、「js11：有給休暇取得や早退がしにくい嫌な雰囲気が周りから伝わってきて、とても気分が悪い」、「js12：勤務時間外でも仕事がらみの人間関係にしばられ、とても息苦しい気持ちになった」の3項目を用意した。これらの質問項目は、最近1か月間のストレス状態の頻度について3件法（「0点：なかった」「1点：時々あった」「2点：頻繁にあった」）で回答を求めた。

3. 統計解析

統計解析では、介護職員のジョブストレス認知を独立変数、K6で測定された精神的健康を従属変数とする因果関係モデルのデータへの適合性を、構造方程式モデリングを使用して解析した。この因果関係における介護職員のジョブストレス認知に関する因子モデルに関しては双因子Bifactorモデルを仮定し、双因子モデルのデータに対する適合性を確認した。双因子モデル²⁵⁻²⁶⁾は①一般因子General Factorと群因子Group Factorで構成され、学問的な測定内容をどのような特徴で構成するかという疑問の整理に有効、かつ、②独立変数として因果関係の検討に導入した際、従属変数に対する

一般因子と群因子それぞれの影響の定量化を可能とする。本研究では、上記の因果関係モデルにおける統制変数として、性別と現在の職場での在籍期間を投入した。統制変数に年齢成分ではなく現在の職場での在籍期間を投入した理由は、ジョブストレス認知も精神的健康も職場での影響が関与していると推察され、その効果を取り除くことで、より独立変数と従属変数の関係の強さを明らかになると推察したことにして他ならない。性別の投入に関しては、従来の研究で特段に本研究における独立変数と従属変数に影響するという指摘はないが、可能性としての影響を否定できないことによる。なお、K6に関しては1因子モデルを仮定し、同モデルのデータに対する適合性を確認した。1因子モデルがデータに適合するなら、得点の加算性が統計学的に支持されることから、得点のみならずカットオフスコアを利用した精神的健康の多段階評価も可能となる。本研究では、川上²⁷⁾の示す基準を参考に、日本語版K6の合計得点が5-8点/9-12点/13点以上を、それぞれ軽度/中等度/重度の精神的不調として区別して集計した。

前記の因果関係モデルならびに因子モデルのデータへの適合性は、Comparative Fit Index (CFI)、Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)、ならびにStandardized Root Mean square Residual (SRMR) を用いて判定した。CFIは >0.950 、RMSEAは <0.080 、SRMRは <0.100 であれば、因子モデルがデータによく適合していると推定される²⁸⁻²⁹⁾。ただし、本研究ではこれら指標の分析モデルに投入する観測変数間の相関の平均的水準やモデルの自由度、サンプルサイズによって分析モデルの適合を過小評価する性質²⁹⁾を考慮し、前記3指標のうちの2指標が基準を満たすなら、因果関係モデルおよび因子モデルがデータに適合していると判定した。パラメータの推定は、Weighted Least Square Mean and Variance adjusted (WLSMV) で行った。変数間の関連性については5%有意水準とした。なお、介護職員のジョブストレス認知ならびにK6の質問項目については、回答分布と併せて項目間の相関係数を基礎資

料として算出した。算出する相関係数は質問項目がリッカート方式で回答を求めていていることから、ポリコリック相関係数を採用した。以上の分析には、統計解析アプリケーション Mplus ver.8.11 を使用した。

4. 倫理的配慮

本研究への協力は任意であり、参加しなくても不利益がないことを、文書で保証した。以上の研究計画は、著者らが所属する機関の倫理審査委員会の承認を得た（承認日：2022年4月29日、承認番号：2022001）。

III. 結果

1. 分析対象者の属性等の分布

分析対象の性別は男性177名(40.6%)、女性259名(59.4%)であった。年齢は平均42.2歳(標準偏差14.67)、現在の職場での在籍期間は平均114.8か月(標準偏差86.80)であった。介護職員のジョブストレス認知およびK6に対する回答ならびに項目間の関連性は表1および表2に示した。

介護職員のジョブストレス認知については、「時々あった」あるいは「頻繁にあった」と回答した者が最も多かったのは「js5：利用者への適切な対応に答えが見出せず、とても苦しんだ」(53.4%)であり、最も少なかったのは「js12：勤務時間外でも仕事がらみの人間関係にしばられ、とても息苦しい気持ちになった」(17.2%)であった。項目間のポリコリック相関係数の範囲は0.315から0.871であった。

K6については、「少しだけ」から「いつも」と回答した者が最も多かったのは「k1：神経過敏に感じましたか」であり(62.4%)、最も少なかったのは「k2：絶望的だと感じましたか」(41.7%)であった。項目間のポリコリック相関係数の範囲は、0.600から0.826であった。

2. 測定変数の因子モデルのデータへの適合性

介護職員のジョブストレス認知の双因子モデルはデータに適合した($\chi^2 = 75.002$, df = 42, CFI = 0.991, RMSEA = 0.042, SRMR = 0.038)。またK6

の1因子モデルもデータに適合した($\chi^2 = 24.237$, df = 9, CFI = 0.997, RMSEA = 0.062, SRMR = 0.014)。精神的不調の分類別に見ると、分析対象者のうち正常(0-4点)が242名(55.5%)、軽度障害(5-8点)が101名(23.2%)、中等度障害(9-12点)が78名(17.9%)、重度障害(13点以上)が15名(3.4%)であった。

3. 介護職員におけるジョブストレス認知と精神的健康の関係

介護職員のジョブストレス認知を独立変数、K6で測定された精神的健康を従属変数とする因果関係モデルはデータに適合し($\chi^2 = 232.044$, df = 142, CFI = 0.991, RMSEA = 0.038, SRMR = 0.038)、本モデルにおける従属変数に対する説明率は61.4%であった。一般因子から精神的健康に向かうパス係数(標準化推定値)は0.661で、群因子においては、業務の量と質に関するストレス認知が0.274、利用者との関係におけるストレス認知が0.240、職員の人間関係におけるストレス認知0.179であった。前記パス係数は統計学的に有意な水準にあった。独立変数および従属変数に対して統計学的に有意な関連性を示す統制変数はなかった(図1)。

IV. 考察

本研究は、介護職員が身体的・精神的な健康問題を経験することが少なくないという指摘³⁻¹¹⁾を背景に、介護職員の職務や職場に関連するストレス認知と精神的健康の関連性を明らかにすることを目的に行った。本研究の方法論的な特徴は、独立変数、すなわち介護職員が職業人として経験するストレス認知に関する概念を双因子モデルとして仮定したことである。特に、一般因子と群因子、ならびに群因子間には変数間の独立性が保持されていることを考慮するなら、双因子モデルは、独立変数としての多重共線性のリスクをあらかじめ排除できる因子モデルである。また、本研究では精神的健康の測定にK6を採用した。K6は他のスクリーニング検査に比して正確度がより高いこと¹⁷⁻¹⁸⁾、ならびにK10に比してK6のスクリーニン

表1 ジョブストレス認知の回答分布とポリコリック相関係数 (n=436)

| | 業務の量と質に関するストレス認知 | 時々あつた | 頻繁にあつた | js1 | js2 | js3 | js4 | js5 | js6 | js7 | js8 | js9 | js10 | js11 | js12 |
|------|--|-------------|-------------|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| js1 | 現在の仕事はひたすら忙しい仕事なので、気がちがふどなかつた | 219(50.2) | 170(39.0) | 47(10.8) | | | | | | | | | | | |
| js2 | 現在の仕事は非常に責任が重いので、とても気持ちが張り詰めた | 235(53.9) | 158(36.2) | 43(9.9) | .692 | | | | | | | | | | |
| js3 | 現在の仕事は休憩時間がとりにくいため、とても辛かった | 328(75.2) | 91(20.9) | 17(3.9) | .644 | .613 | | | | | | | | | |
| js4 | 利用者との関係におけるストレス認知 利用者にゆっくり関わることができず、とてもいらいらした | 206(47.2) | 191(43.8) | 39(8.9) | .610 | .548 | .558 | | | | | | | | |
| js5 | 利用者への適切な対応に答えが見出せず、とても苦しんだ | 203(46.6) | 213(48.9) | 20(4.6) | .454 | .489 | .375 | .613 | | | | | | | |
| js6 | 利用者と良好な人間関係をとることが難しく、とても辛かった | 296(67.9) | 131(30.0) | 9(2.1) | .383 | .423 | .331 | .527 | .735 | | | | | | |
| js7 | 職場の人間関係におけるストレス認知 職場では、仕事で困った際に協力してくれる人がいないため、とても寂しい気持ちになつた | 291(66.7) | 130(29.8) | 15(3.4) | .495 | .436 | .459 | .443 | .402 | .427 | | | | | |
| js8 | 悩んでいても職場の人からアドバイスを受けられず、とても辛かった | 326(74.8) | 98(22.5) | 12(2.8) | .513 | .468 | .391 | .421 | .349 | .336 | .871 | | | | |
| js9 | 先輩や上司は、どちらかというと有能さに欠けていて、一緒にいるだけで気持ちがとても暗くなつた | 316(72.5) | 98(22.5) | 22(5.0) | .482 | .369 | .317 | .445 | .338 | .342 | .592 | .575 | | | |
| js10 | 職場風土に関するストレス認知 職場にはかなり強制的な伝統や習慣があり、とても煩わしい | 288(66.1) | 118(27.1) | 30(6.9) | .598 | .486 | .422 | .497 | .492 | .463 | .434 | .466 | .610 | | |
| js11 | 有給休暇取得や早退がしつこい嫌な雰囲気が周りから伝わってきて、とても気分が悪い | 326(74.8) | 91(20.9) | 19(4.4) | .621 | .520 | .567 | .436 | .315 | .319 | .484 | .524 | .556 | .643 | |
| js12 | 勤務時間外でも仕事がらみの人間関係にしばられ、とても息苦しい気持ちになつた | 361(82.8) | 64(14.7) | 11(2.5) | .580 | .540 | .542 | .478 | .433 | .434 | .428 | .468 | .503 | .676 | .622 |

単位:名 (%)

表2 K6の回答分布とポリコリック相関係数 (n=436)

| | 全くない | 少しだけ | ときどき | たいてい | いつも | k1 | k2 | k3 | k4 | k5 | k6 |
|------------------------------------|------------|------------|------------|---------|---------|------|------|------|------|------|----|
| k1 神経過敏に感じましたか | 164 (37.6) | 132 (30.3) | 125 (28.7) | 9 (2.1) | 6 (1.4) | | | | | | |
| k2 絶望的だと感じましたか | 254 (58.3) | 93 (21.3) | 85 (19.5) | 2 (0.5) | 2 (0.5) | .759 | | | | | |
| k3 そわそわ、落ち着かなく感じましたか | 214 (49.1) | 124 (28.4) | 93 (21.3) | 2 (0.5) | 3 (0.7) | .697 | .768 | | | | |
| k4 気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか | 200 (45.9) | 117 (26.8) | 110 (25.2) | 5 (1.1) | 4 (0.9) | .716 | .826 | .760 | | | |
| k5 何をするのも骨折りだと感じましたか | 216 (49.5) | 130 (29.8) | 82 (18.8) | 5 (1.1) | 3 (0.7) | .628 | .722 | .696 | .799 | | |
| k6 自分は価値のない人間だと感じましたか | 230 (52.8) | 113 (25.9) | 80 (18.3) | 6 (1.4) | 7 (1.6) | .600 | .704 | .666 | .701 | .692 | |

単位:名 (%)

グ精度が高いことが報告されている¹⁷⁾。なお、精神的健康を数量化する K6 は、測定尺度の妥当性、特に因子モデルの側面からみた構成概念妥当性（概念的な一次元性の検討）や因子モデルの強固さ（測定の等価性／測定不变性・因子不变性）が検討され、世界的に普及しているスクリーニング検査である。

本研究では、介護職員のジョブストレス認知の数量化に際して、ジョブストレス認知の因子構造を双因子モデルと仮定し、そのモデルがデータに適合することを明らかにした。従来、職業性ストレス認知に関連する測定尺度の因子モデルは、1 因子もしくは二次因子モデルが一般的であった。しかし本研究では、介護職員の職業性のストレス、すなわち介護職員のジョブストレス認知に関する概念を、双因子モデルとして仮定できることをはじめて実証的に明らかにした。これは、双因子モデルを独立変数として因果関係モデルに導入することに弊害はないことを示唆している。本研究で準備したストレス関連の項目（介護職員のジョブストレス認知）の数量化という意味では、一般因子が統計学的に支持されていたことは、一般因子に所属する項目に一次元性が認められると判断して総合得点が算出できることを意味するだけでなく、下位の群因子（「業務の量と質」「利用者との関係」「職場の人間関係」「職場風土」）においても数量化が可能なことを意味している。ただし、本研究で使用した介護職員のストレス認知の項目や因子のみをもって完成度の高い測定尺度と位置付けるには無理があり、さらに測定不变性（多集団因子不变性と縦断的因子不变性）に関する統計学的な検討が必要と言えよう。多集団の因子不变性が支持されるなら、たとえば性差や年齢差、職場の違いにおいての平均値の差の比較が可能になり、また縦断的な因子不变性が支持されるなら、介入効果や時系列の変動傾向を解析する上で有効な測定尺度となってこよう。従来の職場ストレス関係の測定尺度¹²⁻¹⁴⁾は、上記の条件をほとんど満たしていないのが実情であり、今後の検討が急がれよう。

著者らは、介護職員のジョブストレス認知と K6 を用いて測定された精神的健康によって構成され

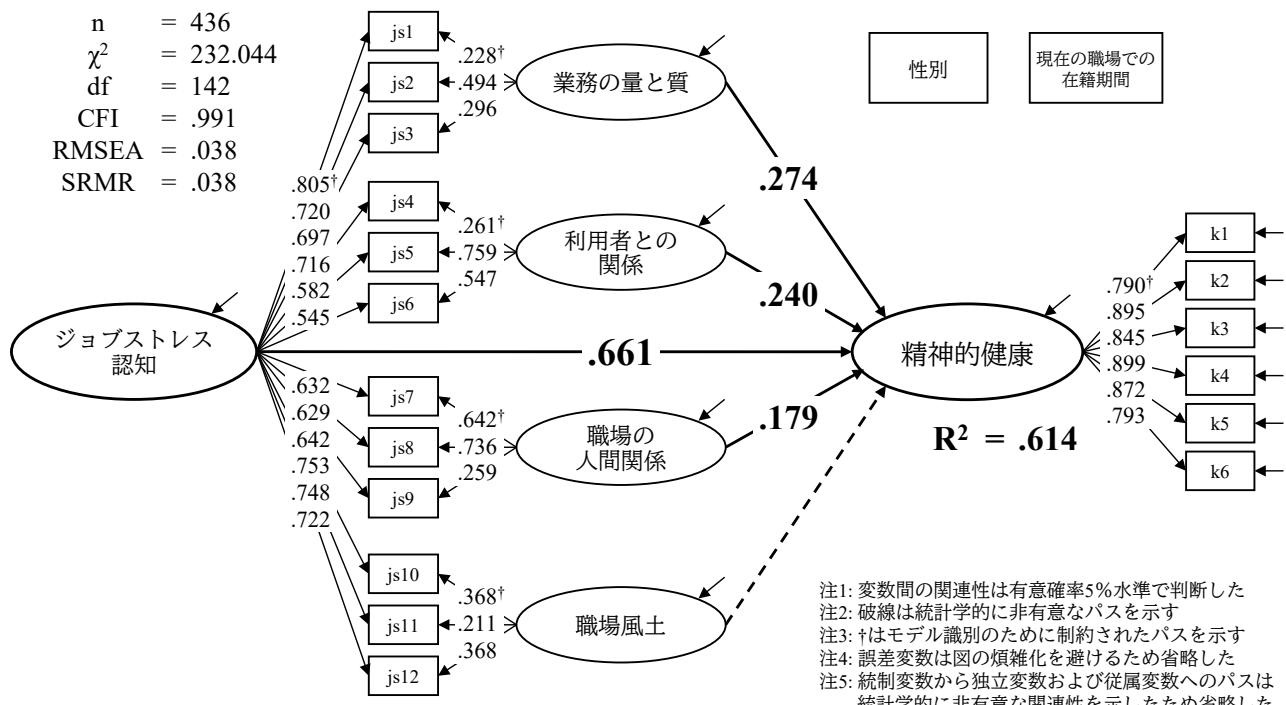


図1 介護職員におけるジョブストレス認知と精神的健康の関係

る因果関係モデルがデータに適合することが明らかにした。本研究結果を理論との関係で見直すと、ラザルスほかのストレス認知理論¹⁵⁾におけるストレス認知とストレス反応の関係が実証的に支持されたと言え、ストレス認知理論の一般化可能性を否定しないものであった。ただし、本研究で検討していないストレッサーとストレス認知の関連性については、今後の課題と推察される。従来の研究によれば³⁰⁾、職業ストレイン（ストレス認知）の発生に関して、Person-Environment Fit (PEF) モデル³¹⁾、仕事ストレインモデル (Job Demand-Control (JD-C) モデル³²⁾ と Job Demand-Control-Support (JD-C-S) モデル³³⁾、Effort Reward Imbalance (ERI) モデル³⁴⁾、Job Demands-Resources (JD-R) モデル³⁵⁾などが提起されている。今後は、これらモデルの検討を通して得られるストレッサーをストレス認知理論の变数として配置するにとどまらず、ストレス認知と同様にストレッサーに関する概念的な吟味に加え、その数量化に関連する計量心理学的な知見の蓄積が望まれるところである。

著者らは、介護職員の精神的健康に対し、ジョブストレス認知に関する一般因子ならびに4種類

の群因子のうちの「業務の量と質に関するストレス認知」、「利用者との関係におけるストレス認知」、「職場の人間関係におけるストレス認知」が影響していることを明らかにした。「業務の量と質に関するストレス認知」と「職場の人間関係におけるストレス認知」に関しては、職種を超えて成立するストレス反応に対する関連要因として從来から知られていた。本研究では、「業務の量と質に関するストレス認知」が他のストレス認知の群因子に比して精神的健康との関連性が高かった。よって、介護現場では、仕事の量や仕事における責任性、ならびに休憩時間を単純かつ機械的に平等とするような方策にとどめることなく、例えば、管理職者は介護職員のフィードバックを得ながらマスターイン³⁶⁾を整理するなど、個々の介護職員が自らの仕事の量や責任をどのように認知しているかを考慮した業務配分策の導入が望まれよう。加えて、「利用者との関係におけるストレス認知」は介護職員に発生する特有の要因として位置付けることも可能であるが、この群因子は、視点を変えるなら、要介護者を介護する家族員の介護負担感（家族員の介護に伴うストレス認知）における「要介護者

に対する否定感情³⁷⁾と、要介護者との関係性が円滑にとれないという意味において、類似性が無視できない概念と思料される。従来の研究によれば、前記の要介護者に対する否定感情は心理的な虐待傾向（言葉の暴力やネグレクト感情）と密接に関係していることが報告されている³⁸⁾。他方で、本研究と同様にストレス認知理論の視座から、育児する親が経験するストレスが児への不適切な育児（マルトリートメント）を引き起こす可能性も指摘されている³⁹⁻⁴⁰⁾。こうした研究から、介護職員の精神的健康に対する「利用者との関係におけるストレス認知」の関連性は、今後の介護職員の健康管理に対してのみならず、ストレス対処 Stress Coping である要介護者に対する虐待発生への影響が想定される。要介護者の健康的な生活の保護の意味でも、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の改定や介護保険事業所の人員配置など、政策的・経営的な方略の検討は、より慎重に取り組むべき課題と言えよう。もちろん、この提案についてはさらに研究を継続していくこと、また、「利用者との関係におけるストレス認知」の発生を予防するための方策の探索、加えて要介護者のどのような変数がストレッサーとして機能しストレス認知に影響を与えるかなどについても、今後多面的に解明していくことが望まれる。なお、本研究では、群因子の「職場風土に関するストレス認知」が介護職員の精神的健康に対して統計学的に有意に関連していることは検証できなかった。しかし、従来の研究²⁴⁾において介護職員の職務や職場に関するストレスと仕事満足感やコミットメント、離職等との関連性が報告されており、「職場風土に関するストレス認知」を介護職員のストレスに関するメカニズムの解明において今後不要であるとは言い切れない。そのため、本研究で検討した精神的健康のみならず、介護職員のジョブストレス認知の双因子モデルと仕事満足感やコミットメント、離職等の変数との関連性に関する検討は、本研究の発展的課題と位置づけられよう。

V. 結論

本研究では、介護職員のジョブストレス認知と精神的健康の関係性を明らかにした。本研究で使用した介護職員の職務や職場に関するストレス認知は双因子モデルとして仮定できること確認した。一般因子のみならず、群因子レベルにおいては、仮定していた4種類のうち「業務の量と質に関するストレス認知」「利用者との関係におけるストレス認知」「職場の人間関係におけるストレス認知」がK6で測定した精神的健康に関連していることを明らかにした。特に、介護職員特有の「利用者との関係におけるストレス認知」におけるストレッサーの解明は、介護現場における虐待発生の予防にとって今後の重要な課題と推察された。

謝辞

本研究の調査にご協力をいただいた法人の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究に関して、著者らに開示すべき COI 状態（利益相反自己申告）はない。

文献

- 1) Dunn LA, Rout U, Carson J, et al. Occupational stress amongst care staff working in nursing homes: an empirical investigation. Journal of clinical nursing. 1994;3(3):177-183.
- 2) Benjamin LC, Spector J. The relationship of staff, resident, and environmental characteristics to stress experienced by staff caring for the dementing. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1990;5(1):25-31.
- 3) 村田伸, 大山美智江, 坂田栄二, 介護職員の腰痛発生率と移乗介助用福祉用具の導入割合との関連. ヘルスプロモーション理学療法研

- 究. 2021;11 (3):117-121.
- 4) 武田啓子, 高木直美, 介護福祉士の腰痛に関する研究－勤務年数4群からの検討－. 介護福祉士. 2016;20・21:90-102.
 - 5) 伊藤友一, 介護従事者の職業性腰痛の実態調査－ Roland-Morris Disability Questionnaire 日本語版を用いて－. 日本腰痛学会雑誌. 2009; 15(1):39-44.
 - 6) 栗田克実, 介護職におけるバーンアウトの規定要因に関する研究: 文献レビュー (1). 旭川大学保健福祉学部研究紀要. 2021;13:57-61.
 - 7) 渡邊健, 石川久展, 高齢者介護施設に従事する介護職員のバーンアウトに与える影響: 組織の支援体制を中心とした検討. Human Welfare: HW 2012;4 (1):17-26.
 - 8) 義本純子, 富岡和久, 介護老人福祉施設における職員のバーンアウト傾向とストレス要因の関係について. 北陸学院短期大学紀要. 2007; 39:161-173.
 - 9) 峯岸高裕, 女性訪問介護職員の抑うつ症状とその関連要因－正規・非正規職員別の検討－. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌. 2015; 11(1):37-42.
 - 10) 原田小夜, 宮脇宏司, 介護施設職員の抑うつ・ストレス反応と関連要因の検討. 聖泉看護学研究. 2013;2:9-17.
 - 11) 稲谷ふみ枝, 津田彰, 村田伸他, 高齢者介護施設職員の精神的健康度に対するワークストレスの認知的評価の影響. 久留米大学心理学研究. 2008;7:35-40.
 - 12) Perrewe PL, Ganster DC. Historical and Current Perspectives on Stress and Health: Volume 2. Leeds, Emerald Group Publishing Limited, 2002:1-55.
 - 13) Karasek R, Brisson C, Kawakami N, et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of occupational health psychology. 1998;3(4):322-55.
 - 14) 下光輝一, 原谷隆史, 職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定. 労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 2000:126-138.
 - 15) Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, Springer publishing company, 1984.
 - 16) Leka S, Griffiths A, Cox T. Work Organization and Stress: systematic problem approaches for employers, managers, and trade union representatives. Protecting workers' health series; no.3. Switzerland, WHO, 2003.
 - 17) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2008;17:152-158.
 - 18) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological medicine. 2002;32(6):959-976.
 - 19) 川村小千代, 森岡郁晴, 介護老人福祉施設の介護職者におけるワーク・エンゲイジメントと職業性ストレスに対する職場グループでのポジティブな出来事の筆記と読み上げの効果: クロスオーバー試験. 産業衛生学雑誌. 2022; 64(2):81-95.
 - 20) 伊藤弓月, 美濃陽介, 吉田香, 介護福祉職の勤務実態調査: 職業性ストレス簡易調査票を用いた調査から- 施設介護職員と訪問介護職員の比較. 青森中央短期大学研究紀要. 2021;34:23-30.
 - 21) 岩切一幸, 外山みどり, 高橋正也他, 介護者の労働生活の質 (QWL) に関する要因とその対策. 労働安全衛生総合研究所特別研究報告. 2021;51:13-23.
 - 22) 田中康雄, 施設形態別の介護老人福祉施設における介護職員の職業性ストレスの差異の検討. 人間関係学研究. 2020;25(1):43-52.
 - 23) 高橋達夫, 大橋純子, 江本厚子, 特別養護老

- 人ホームにおける看護職の夜間配置が介護職の精神的健康に与える関連因子の検討. 京都府立医科大学看護学科紀要. 2019;28:25-31.
- 24) 岡部一光, 原野かおり, 中島望他, 介護労働者のコミットメントとストレスが職務・職場継続意思に及ぼす影響. 介護経営. 2012;27(1):36-46.
- 25) Reise SP, Moore TM, Haviland MG. Bifactor models and rotations: Exploring the extent to which multidimensional data yield univocal scale scores. Journal of personality assessment. 2010;92(6):544-559.
- 26) Brunner M, Nagy G, Wilhelm O. A tutorial on hierarchically structured constructs. Journal of personality. 2012;80(4):796-846.
- 27) 川上憲人, 坂田清美, 下田陽樹, 被災者におけるK6尺度の心理測定的特性の検討. 厚生労働行政推進調査事業費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）分担研究報告書. 2018;55-62.
- 28) Schreiber JB, Nora A, Stage FK, et al. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. The Journal of educational research. 2006; 99(6):323-338.
- 29) West SG, Taylor AB, Wu W. Model fit and model selection in structural equation modeling. Handbook of structural equation modeling. 2012;1:209-231.
- 30) 吉屋健, 職業ストレス・モデル概説. 立正大学心理学研究年報. 2023;14: 63-74.
- 31) Ketkaew C, Manglakakeeree O, Naruetharadhol P. The interrelationships of work-related factors, person-environment fit, and employee turnover intention. Cogent Business & Management. 2020;7(1):1823580.
- 32) Dutheil F, Charkhabi M, Ravoux H, et al. Exploring the link between work addiction risk and health-related outcomes using job-demand-control model. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(20):75-94.
- 33) Van der Doef M, Maes S. The job demand-control(-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. Work & stress. 1999; 13(2):87-114.
- 34) Lin X, Gao Y. The influencing mechanism of social effort-reward imbalance on life satisfaction among aging workforces in the United States: A longitudinal study. Sustainability. 2021;13(24):13957.
- 35) Chênevert D, Kilroy S, Johnson K, et al. The determinants of burnout and professional turnover intentions among Canadian physicians: application of the job demands-resources model. BMC Health Services Research. 2021; 21:1-10.
- 36) 厚生労働省老健局. 介護サービス事業（居宅サービス分）における生産性向上に資するガイドライン 改訂版. https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/Seisansei_kyotaku_Guide.pdf (2024年12月2日アクセス)
- 37) 東野定律, 柳漢守, 桐野匡史他, 要援護高齢者の主介護者における介護負担感と精神的健康の関係. 日本保健科学学会誌. 2005;8(3): 147-153.
- 38) 柳漢守, 桐野匡史, 金貞淑他, 韓国都市部における認知症高齢者の主介護者における介護負担感と心理的虐待の関連性. 日本保健科学学会誌. 2007;10 (1):15-22.
- 39) 柳漢守, 岡田節子, 三輪英里子他, 韩国の母親の育児関連 Daily Hassles とマルトリートメントの関係. 又松大学論文集. 2009;14:694-706.
- 40) 朴志先, 小山嘉紀, 近藤理恵他, 日韓中における就学前児の父親の育児関連 Daily Hassles とマルトリートメントの関係. 厚生の指標. 2012; 59(6):13-21.

(受付 2024.6.17 : 受理 2025.2.20)

Relationships Between Cognitive Appraisals of Job Stress and Mental Health Among Care Workers

Young-Eun Chang¹⁾, Anna Katrina Delizo¹⁾, Ryosuke Dei¹⁾, Yutaro Sone¹⁾, Kazuo Nakajima¹⁾

Abstract

Objective: This study aimed to determine the relationship between the cognitive appraisal of job stress and mental health among care workers.

Methods: We conducted an anonymous, self-administered questionnaire survey on care workers from seven social welfare corporations. The survey items covered basic attributes, cognitive appraisal of stress experienced on the job and in the workplace, and mental health as measured using the K6 scale. We examined the fit of the causal model of cognitive appraisal of job stress and mental health to the data using structural equation modeling (SEM). We assumed a bifactor model as the factor structure for job stress among care workers.

Results: Statistical analysis using SEM revealed that 1) the assumed causal and factor models fit the data, 2) the assumed general factor of job stress, as well as three out of the four group factors—cognitive appraisal of stress on job quantity and quality, cognitive appraisal of stress in relationships with users, and cognitive appraisal of stress in workplace relationships —were related to mental health.

Discussion: The findings provide important information for measures related to the preservation and promotion of mental health among care workers and the prevention of care recipient abuse.

【Bull Soc Med 2025; 42 (1): 17–27】

Key words: Job Stress, Bifactor model, Care Workers, Mental Health

1) Research Institute of Community Care Management

実践報告

ヘルスプロモーションの視点からの糖尿病患者会活動報告

-会員の現況、新型コロナウイルス感染症流行後の新規会員の特徴、会員へのアンケート調査と個別インタビューに基づく混合研究による分析-

筋也寸志¹⁾、大川希久子¹⁾、山下あゆみ¹⁾

抄録

1. 緒言

糖尿病患者会「みのり会」は、ヘルスプロモーション（HP）の視点に立脚し、患者の孤独や社会的孤立を予防して、社会的つながりの形成と強化をめざし、また、糖尿病に関する「学習」によってヘルスリテラシー（HL）が強化されることを目標に活動している。

2. 調査方法

(1) 2023年6月時点の会員の現況、新型コロナウイルス感染症流行後（流行後）の新規会員の特徴を分析した。

(2) 2018年に参加意識を問うアンケート調査と、その調査結果に基づく会員へのインタビュー（質的研究）を実施した。

3. 活動結果

(1) 会員数は、男性107人、女性79人。平均年齢は男性 68.5 ± 11.1 歳、女性 72.7 ± 11.2 歳。

(2) 「さかえ」を全部読むと答えた会員のHL（情報収集能力）が統計学に有意に高値であった。

(3) HLの高さと患者会行事への参加の有無とは相関しなかった。

(4) 患者会以外の社会活動への参加がない会員を対象とした質的研究によって、離職、疾病、高齢による社会的孤立状態にある、または職場以外の社会的なつながりない患者が「新しい居場所」として、患者会を自覚していた。

(5) 流行後の新規会員は独居者が占める割合が高かった。

4. 結論

患者会活動は、社会的なつながり形成とHLの向上の取り組みを通して、地域のHP活動の一翼を担っている。

【社会医学研究 2025; 42(1): 28-38】

doi:10.60435/socialmedicine.42.1_28

キーワード：糖尿病患者会、ヘルスプロモーション、社会的つながり、ヘルスリテラシー

1. 背景

1) 石川勤労者医療協会城北病院

連絡先：筋也寸志

住所：〒920-0848 石川県金沢市京町20-3

石川勤労者医療協会 城北病院 内科

E-mail: fukuincyou@jouhoku.jp

1967年に「糖尿病の食品交換表」から食事療法を学ぶ場として結成された城北病院糖尿病患者会「みのり会」は、2017年結成後半世紀を迎えた。

2020年当初から新型コロナウイルス感染症のため、従来のような活動を継続することが困難になったが、患者会役員と職員が知恵を出し合い様々な工夫により、8回のパンデミックの合間に活動を継続してきた。

城北病院は2016年1月に日本HPHネットワークへ加盟し、ヘルスプロモーション(HP)活動を展開している¹⁾。一方、WHOのHPに関するバンコク憲章(2005年)には、健康の社会的決定要因(以下social determinant of health; SDOH)が加えられている²⁾。

糖尿病患者に対して、HP活動を実践する際にも、SDOHを考慮すべきである。欧米では糖尿病医療において、血糖、血圧、脂質異常、喫煙など合併症の古典的な危険因子に加えて、SDOHの重要性が指摘されている³⁾。特に、孤独と社会的孤立はSDOHの重要な要因とされ、糖尿病患者が孤独や社会的孤立をより強く経験しているとの報告がある⁴⁾。米国からの報告では、糖尿病患者の脳心血管疾患の発症を予測する危険因子の重要度は、高い順にLDLコレステロール、BMI、アルブミン尿、eGFR、孤独、グリコヘモグロビン(以下HbA1c)、収縮期血圧であった。すなわち、孤独は、HbA1cや収縮期血圧よりも強い脳心血管疾患発症の予測因子であった⁵⁾。

また、HPの中で比較的新しい概念としてヘルスリテラシー(HL)があり、HP活動のアウトカムの一つと考えられている。HLは、より良い健康を促進し、維持するための情報を得て、理解し、使用する個人的能力を決定する個人的、認識的、社会的スキルに注目している⁶⁾。

以上から、みのり会はHPの視点に立脚し、孤独と社会的孤立を予防するために、「患者間・職員との交流」による社会的つながりの形成と強化をめざし、また、「学習」や交流によりHLが強化されることを期待して活動している。

「患者会」として、欧米では「Support group」、「Self help group」あるいは「Peer support」が該当する。例えば、アメリカ合衆国ではおよそ50万の「Support group」が存在し、800を超える糖尿

病の「Support group」が存在する⁷⁾。

「Support group」や「Self help group」が糖尿病患者の病態や療養に及ぼす影響に関する報告を検索すると、Support groupの存在が健康逸脱に対するセルフケアの高さと関連すると報告されていた⁸⁾。

一方、「Peer support」は、糖尿病患者教育(自己管理)計画の一環として位置づけられ、この場合は、患者同士の集まりに、看護師や栄養士や訓練を受けた患者がファシリテーターとなって参加している⁹⁾。したがって、「Peer support」は糖尿病患者教育(自己管理)計画の一環としての性格を有している。さらに、「Peer support」に関する12のランダム化比較試験のシステムチックレビューによると、実施群は、非実施群と比較してHbA1cが平均0.41%有意に低下し、小グループ、頻回、短期、そして濃厚なプログラムの「Peer support」に意義があると結論づけていた⁹⁾。

糖尿病患者会活動が患者の病態や療養に及ぼす影響に関して検討した我が国の論文は多くはないが、森下らが患者会参加群は自尊感情尺度とセルフケア尺度の平均値が非参加群に比較して統計学的に有意に高値であったと報告した¹⁰⁾。また、患者会入会の有無とセルフケア能力および糖尿病コントロールとの関連を調べた報告では、入会の方が非入会者と比較して、同病者や医師、看護師から情報収集ができると回答していた。なお、HbA1cは2群間で差がなかった¹¹⁾。さらに、糖尿病患者を対象とした生活満足度調査では、患者会の世話役を担っている患者の生活満足度が統計学的に有意に高かった¹²⁾。

これら以外の論文を確認できなかったことから、我が国において、現状として糖尿病患者に対する患者会活動の意義は十分に検討されているとは言えない。

一方、2020年からの新型コロナウイルス感染症流行によって、高齢者を中心として社会的孤立が世界的に重要な課題となってきた¹³⁾。同時に、いわゆるソーシャルディスタンスが強調される中で、糖尿病に限らず様々な患者会活動の継続が困

難な状況に直面している。

このレポートの主な狙いは、みのり会のこれまでの活動を総括して患者会活動の意義を見出すことにある。付け加えて、新型コロナウイルス感染症流行下における新規患者の特徴を調べた。

2. 患者会活動の概要

(1) 活動の概要

1) 年間行事

- ・会員総会（1年間の活動報告と会計報告、今後1年間の活動方針と会計予算の決定、役員体制の決定をおこなう。）
- ・研修会（糖尿病に関する知識と技術の習得を目指している。）
- ・レクリエーション（運動会、バス旅行、屋外散歩）
- ・試食会（調理実習やホテルランチ）
- ・石川県糖尿病協会総会と全国糖尿病週間行事への参加

2) 月の定例行事

- ・日本糖尿病協会機関紙「月間健康ライフ・さかえ」（以下「さかえ」）の配布
- ・「おしゃべり茶（サ）ロン」の開催（「さかえ」の内容の学習と会員・地域住民の交流）
- ・役員会と会長・副会長・事務局長による役員会運営会議（それぞれ月1回開催）

3) 会報「みのり」の発行（年4回、A4版カラー、8~12ページ）

内容は①会員の行事参加の感想と意見、体験談②研修会・総会等で実施した学習内容③月刊誌「さかえ」の記事紹介

4) 表彰制度

80歳を迎えた会員とインスリン療法を20年継続した会員に対して毎年の総会で表彰している。

5) 患者会活動を支援する約40名の職員による糖尿病チーム会議の開催（月2回）

3. 対象と方法

(1) 会員の現況と新型コロナウイルス感染症流行後の新規会員の特徴分析

2023年6月現在の会員数、性別、年齢別分布、治療法、治療法別平均HbA1c（%）、糖尿病合併症（腎症、網膜症、虚血性心疾患、脳血管疾患）、社会背景（職業有無、家族形態）を診療録から調べた。腎症の定義は、顕性蛋白尿の存在またはeGFR60ml/min未満とした。

2020年1月から2023年6月の期間（新型コロナウイルス感染症流行後）に新たに入会した患者の臨床的特徴と社会背景を診療録から調査した。

また、男女別に2019年末までに入会した患者と2020年1月以降に入会した患者間での有職率と独居率を χ^2 乗検定により統計学的に比較した。P値0.05未満を有意差有りとした。

(2) 2018年に会員へのアンケート調査（量的研究）とその調査結果に基づく会員へのインタビュー（質的研究）

1) 対象

2018年5月時点で糖尿病の治療目的で城北診療所に通院中の患者で、患者会年会費2000円（「さかえ」の代金含む）を納入した会員206人のうち、自己記入式アンケート調査に同意が得られた186人を対象とした。

2) 方法

①HL、「さかえ」と「みのり」の読了状況、患者会行事の参加状況（2017年4月～2018年9月までの合計7回の行事）、患者会以外の社会活動参加状況を調査した。また、「さかえ」の読了状況・患者会行事への参加とHLとの関係を調べた。HLの評価はIshikawaらの方法にしたがい、情報の収集・選出・伝達・判断、行動決定の5項目とした¹⁴⁾。それぞれ5段階評価（5.よくできる4.まあまあできる3.どちらでもない2.あまりできない1.できない）として点数化し（合計5-25点）HLの指標とした。統計学的分析はt検定、一元配置分散分析、 χ^2 乗検定を使用し、P値0.05未満を有意差有りとした。

②「患者会以外の社会的参加はないが、行事に参加する」と回答した会員の患者会参加の意義を明確化することが重要と考え、質的研究を追加して説明的順次デザインによる混合研究法によって参加意識を検討した¹⁵⁾。

対象は、「患者会以外の社会参加がないが、行事に参加している」と回答した会員28名のうち5名(男性4名、女性1名)。

方法は、以下の5項目の個別インタビュー(半構造化面接)をおこなった。

1. みのり会以外の社会参加はありますか
2. みのり会入会のきっかけは何ですか
3. みのり会に入会し他の会員との交流などつながりができましたか
4. みのり会の活動についてどう思いますか
5. 職歴と従来の社交性はどうでしたか

対象者が回答した言語(質的データ=テキスト)を逐語録に書き起こし、対象者の患者会参加の意味を抽出するために、大谷らの質的データ分析法(SCAT分析)を用いた¹⁶⁾。質的データ=テキストに基づき、「テキスト中の注目すべき語句」、「テキスト中の語句の言い換え」、「それらを説明するテ

キスト外の概念」、「テーマ・構成概念」の順に分析し、テーマまたは構成概念によるストーリーラインを作成した。3人の著者が各質問内容に対してそれぞれの意見を交換し、最終的な一致点を見出した。

なお、(1)、(2)の調査における統計学的解析にはIBM SPSS statics バージョン 28.0.1.0(142)を使用した。

(3) 倫理的配慮

(2) アンケート調査(量的研究)と会員へのインタビュー(質的研究)に関して、個人の尊厳及び人権を尊重し、個人が特定されないこと、調査に参加しない場合に不利益が生じないことを文書で説明し、署名による同意を得た。また、城北病院に設置された研究倫理審査委員会の承認を得た(受付番号150)。

4. 活動結果

(1) 2023年6月時点の会員の現況と新型コロナウイルス感染症流行後の新規会員の特徴分析(表1)
通院患者約800人のうち会員比率は約23%で

表1 会員全体と2020年以後新規会員の現況と特徴

| | 会員全体 | | 2020年以後新規会員 | |
|---|-----------------|----------------|--------------|-------------|
| | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 1型/2型 | 8/99 | 2/77 | 0/16 | 1/8 |
| 年齢(平均±SD) | 68.5±11.1 | 72.7±11.2 | 63.4±8.0 | 71.6±7.4 |
| 年齢分布(40歳未満/50歳未満/60歳未満/70歳未満/80歳未満/80歳以上) | 1/3/15/34/33/21 | 1/2/7/17/30/22 | 0/1/2/10/3/0 | 0/0/1/1/6/1 |
| 治療法(食事/経口剤/インスリン) | 7/45/55 | 6/34/39 | 2/6/8 | 1/4/4 |
| HbA1c%(食事/経口剤/インスリン) | 6.6/7.3/7.8 | 6.3/7.7/7.7 | 6.4/7.5/8.2 | 6.1/7.3/7.2 |
| 網膜症(無/単純/増殖前以上/未実施) | 66/24/9/8 | 46/20/6/7 | 12/4/0/0 | 6/1/1/1 |
| 腎症(無/有) | 61/46 | 54/25 | 9/7 | 6/3 |
| 虚血性心疾患(無/有) | 93/14 | 70/9 | 14/2 | 8/1 |
| 脳血管疾患(無/有) | 99/8 | 70/9 | 16/0 | 8/1 |
| 職業(無/有) | 48/59 | 54/25 | 9/7 | 7/2 |
| 家族形態(独居/家族同居) | 30/77 | 28/51 | 10/6 | 7/2 |

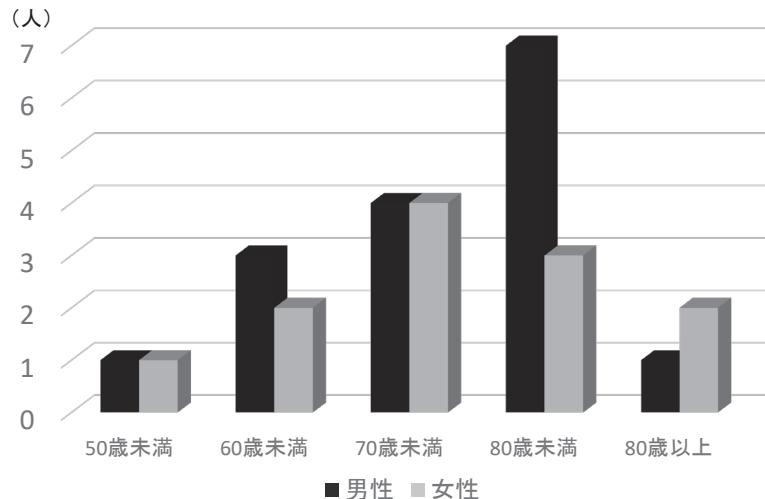


図1 患者会以外の社会活動へ参加がなく、患者会行事に参加する会員の性別年齢分布

あった。平均年齢は男性 68.5 ± 11.1 歳、女性 72.7 ± 11.2 歳で、年齢別分布では、男は60歳台、女は70歳台にピークがあった。治療法別では、インスリン療法者が男性51.4%、女性49.4%とほぼ半数を占めた。

2020年1月以後新たに、男性16人、女性9人がみのり会へ入会した。

平均年齢は男性 63.4 ± 8.0 歳、女性 71.6 ± 7.4 歳。年齢別分布では、男は60歳代、女は70歳代にピークが存在した。治療法ではインスリン療法が、男性50%，女性44.4%であった。

2019年末までの入会者（男性91人、女性70人）と2020年1月以降の入会者間の、職業の有無および家族形態（独居か家族と同居）の χ^2 乗検定による頻度差の解析では、有職率は、男女とも2019年末までの入会者（男性45.1%，女性32.9%）と2020年1月以降の入会者（男性43.8%，女性28.6%）の間に有意差はなかったが（男性P=0.923、女性P=0.518）、独居率は、2019年末までの入会者（男性28.2%，女性30%）と比較して2020年1月以降の入会者（男性62.5%，女性77.8%）が有意に高かった（男性P=0.001、女性P=0.005）。

(2) アンケート調査

1) HL の概要

情報の収集・選出・伝達・判断・行動決定が「よくできる」と「まあまあできる」と答えた者は、

それぞれ、64%，66%，63%，58%，57%であった。

2) 「さかえ」の読了と HL

①「さかえ」の読了状況

「全部読む」45%，「興味のある部分のみ読む」44%，「ほとんど読まない」11%であった。

②「さかえ」の読了と HL（各項目と5項目合計）との関係

情報の収集は、「全部読む」群3.9点、「興味のある部分のみ読む」群3.5点、「ほとんど読まない」群3.0点、で、「全部読む」群は他の2群と比較して有意に点数が高かった（一元配置分散分析、それぞれP=0.046, 0.004）。その他の項目と合計点は3群間に差はなかった。

3) 患者会行事への参加と HL、他の社会活動への参加との関係（図1）

①患者会行事への参加状況

2018年に何らかの行事へ1回以上参加した会員は92人（55.4%）と半数以上を占めた。

②患者会行事への参加と HL の関係

行事への参加の有り群と無し群の比較では、HL各項目および5項目合計点のいずれも統計学的な有意差はなかった（5項目合計点は、有り群17.7点、無し群17.8点、t検定、P = 0.901）。

③患者会以外の社会活動への参加と患者会活動との関係

患者会以外の社会活動への参加の有無別の検討

では、患者会行事の参加率はそれぞれ 67.9% と 38.4% で、患者会行事への参加率は、患者会以外の社会活動への参加群の方が有意に高かった。また、患者会以外の社会活動へ参加していないが患者会行事には参加する会員は、性差なく年齢も 30 歳代～80 歳代と幅広く分布していた（図1）。

(3) 質的研究による患者会参加に対する意味の分析

症例のストーリーライン（下線部はテーマまたは構成概念）

症例1 30歳代 女性 有職

本来、自己決定に基づく行動の遂行と責任感があるも、受動的で他者との関係性の構築制御を行い非活動・非積極的な日常生活を送っていた。その中で医療従事者に対する信頼により入会したが、異世代集団に対する疎外感を感じ他者との距離の保持を取りながら行事に参加。実生活に有用な情報を得ることで HL 向上の希求につながっているが、現状では他者との関係性による充実感の未発見と患者会活動への評価段階への未到達を認識している。

症例2 50歳代 男性 無職

発達障害による非社交的性格と過去の職業経験に基づく強烈に印象づけられたトラウマ的体験とそれに動機付けられた社会参加の断念からひきこもり状態であったが、勧誘者への信頼から入会。組織としての活動への無関心さを持ちつつ患者会の自由意志による参加の選択の気楽さから精神的負担が少ない他者とのつながりによって適応障害のある自己の特性と環境の合致による参加とそのつながりの継続ができている。

症例3 70歳代 男性 無職

過去の強い連帯感の体験を有し、主治医からの誘いと本人の好奇心の合致により入会。多様な会員層との交流により行事参加の喜びと会員同志のチームワークの実感を得ている。同時に現時点ではつながり形成の未到達な状態であると感じている。

症例4 70歳代 男性 無職

本来、何事にも積極的な気質で仕事を通して得

た他者との関わりの重要性の認識を有しているも、脳梗塞による様々な社会参加の欠如した日々を過ごしていた。信頼のにおける専門家の存在により入会し、他者とのつながりの形成への期待感と同時に職員との交流への期待感を抱き、現在糖尿病に関する学習への意欲も持ち合わせている。

症例5 50歳代 男性 無職

これまで、本来の社交的性格から使命感に基づく活動に関わっていたが、最近は過去と現在の身体的・社会的状況のギャップを感じていた。その時に専門家からの勧誘があり入会した。そこで患者会活動による人とのつながりと学習の楽しさを認識し、この人間関係構築による喜びが新たな居場所の見出しにつながっている。

5. 考察

(1) 会員の現況

年齢分布では 60 歳以上の会員は男性 82.2%，女性 87.3% で、60 歳以上の会員が 8 割以上を占め、さらに、80 歳以上の高齢の会員も男性 19.6%，女性 27.8% を占めた。今回のアンケート調査やインタビューの結果からは 80 歳以上高齢者の会員継続の理由を判断することはできないが、80 歳に達した会員に対する表彰制度の実施が高齢の会員の療養の励みとなり、会員継続や行事参加につながっているものと推測している。

治療法別に見た会員構成に性差はなく、インスリン治療が男女ともほぼ半数を占めた。これは、インスリン治療者が糖尿病をより深刻に受け止めていることを反映していると考えられる。また、2023 年に当院の糖尿病外来へ通院した患者の男女比率（男性 57.5%，女性 42.5%）と会員の男女比率（男性 57.5%：女性 42.5%）は近似していた。全国 31 自治体の要介護認定非該当の 65 歳以上の男女を対象とした郵送自己記入式質問紙による 103621 人の分析調査（JAGES）によれば、男性では月 1 回以上の団体・会へ参加する割合が女性の約 0.7 倍、月 1 回以上の友人・知人との交流がある割合が女性の約 0.5 倍未満であった¹⁷⁾。したがって、

高齢者の社会とのつながりを確保する視点から、患者会は男性糖尿病患者の孤独や社会的孤立の予防に寄与している可能性が確認できた。

(2) アンケート調査

HLは、HP活動の直接のアウトカムとされ、「よりよい健康を促進し維持する方法に関する情報にアクセスし、理解し、利用するための個人の意欲や能力を決定する認知的・社会的スキル」と定義される⁶⁾。私達は、「さかえ」の購読によって、会員が糖尿病に関する正しい知識を持ち、糖尿病の療養につなげることを期待している。そのため、行事のたびに「さかえ」の内容の紹介と解説をおこない、また「さかえ」の記事のエッセンスを季刊誌「みのり」に掲載し、会員のHLの向上を目指している。「さかえ」を全部読むと答えた会員のHL（情報収集）が統計学に有意に高値であったことは、このような取り組みの効果を反映していると考える。また、ある大学病院通院中の糖尿病患者（平均年齢65歳）を対象とした同様の調査で、HLのうち情報の判断と行動決定が「よくできる」、「まあまあできる」と答えた者はいずれも半数に満たなかったと報告されていることから、同じ平均年齢層の当院の患者会会員のHLが高いことが推測される¹⁸⁾。

HLは地域社会への積極的な参加と相関するとされている¹⁹⁾。しかし、本調査では、HLの高さと患者会行事への参加の有無とは相関しなかった。したがって、会員になった動機によって会員をおおまかに分類すれば、「さかえ」と「みのり」の購読によって、医師、看護師など医療従事者からの糖尿病に関する正しい知識や情報の収集に期待する会員と、患者会行事への参加によって、他の患者や医療従事者とのつながりに期待する会員の2群が存在すると言えるかもしれない。患者会活動において、HLを高めることと社会的なつながりの形成のいずれの取り組みも重要と言える。特に行事の開催時には、参加者のHLの5項目（情報の収集・選出・伝達・判断、行動決定）を高める取り組みを意識した内容を工夫する必要がある。

また、患者会以外の社会活動への参加がないと

答えた会員のおよそ4割が患者会行事へ参加することによって社会とのつながりを保っていると解釈することができる。

(3) 会員へのインタビューによる質的研究

高齢糖尿病患者を対象とした生活満足度調査（生活満足度尺度K）によれば、患者会参加者は、独居が多く、腰痛や膝痛を有し、介護保険制度の利用者も多く、生活満足度も低い傾向にあったが、患者会への参加によって社会との交流を保っていた¹¹⁾。さらに、高齢糖尿病患者の負担感に関する調査では、高血糖、低血糖の頻度、インスリン療法、細小血管障害の合併に加えて、社会的サポートの低さが、高齢糖尿病患者の負担感の強さと独立した関連を有していたことから²⁰⁾、患者会活動は高齢者の社会的サポートの一つとして期待できる。

実際に、患者会以外の社会活動への参加がないと答えた会員を対象とした今回の質的研究によって、離職、疾病、高齢により社会的孤立状態となつた患者、また有職者であっても職場以外のつながりがない患者が「新しい居場所」として、患者会を自覚していた。同時に糖尿病の療養に必要な情報を得ることが行事への参加の動機となっていた。

近年、「地域住民と地域の社会的サポートをつなげる」ことで、患者の健康問題を解決する「社会的処方」が注目されている²¹⁾。私たちは、「おしゃべり茶（サ）ロン」の月1回の開催を、活動の重要な柱として位置付けている。「おしゃべり茶（サ）ロン」は、患者会会員に限定せず、会員以外の患者や地域住民の参加も歓迎している。「おしゃべり茶（サ）ロン」は、スタッフによる「さかえ」の内容の紹介とその内容を題材とした参加者の自由な会話が目的で、診療所のスタッフがファシリテーターとして参加している。「おしゃべり茶（サ）ロン」は、「社会的処方」として参加者のHLの向上と地域の社会的サポート機能の一翼を担っている。

患者会へ参加する動機や関わり方また参加の意義やそこに希求するものは、各自の性格、人生経験、社会的背景により異なる。また、求める社会とのつながり方も多様であることを今回の質的研究は示している。「社会的処方」を実践する際には、症

例2のように「精神的な負担を感じることのない交流」を望む意見を含め、間口の広い多種多様なつながり方を模索しないと、「社会的処方」から取り残されていく者が出る。例えば、症例2は「おしゃべり茶（サ）ロン」への参加は「精神的な負担を感じることのない交流」になると感じていた。

さらに、本研究から病気を支えてくれる医療専門職に対する患者の信頼感が、患者会へ参加する根底の意識として存在していることがわかり、職員が慢性疾患医療へ取り組む意義を再認識した。

(4) 2020年1月以後に入会した会員の特徴分析

この4年間、新型コロナウイルス感染症の流行下でもできる行事を模索し、室外の行事ならば実施可能と考え、「金沢町散歩」の企画を始めた。また、「糖尿病のある人生を生きる」など会員にそれぞれの「生きざま」を語ってもらい、季刊会誌「みのり」に掲載するなど季刊誌の充実に努めた。また、会員に新型コロナウイルス感染症流行下の近況報告を執筆していただき、臨時の近況報告集を発行した。

2020年1月～2023年6月末の約3年間に25人の新入会員を迎えた。新型コロナウイルス感染症の流行後に新たに参加した会員の男女比や年齢分布は、従来の会員と差が見られなかった。しかし、従来の会員と比較して、男女とも新規会員は独居者の比率が統計学的に有意に高率であった。この事実は、新型コロナウイルス感染症の流行下において、社会的につながる機会の全般的な減少の中で、患者会へ参加することに対して、特に独居者の期待感が大きいと言える。

(5) まとめ

- 会員の年齢分布は、男性は60歳台、女性は70歳台にピークが存在し、80歳以上の高齢会員も男性19.6%、女性27.8%を占めた。さらに、通院中の糖尿病患者の男女比率と会員の男女比率は近似しており、男性糖尿病患者の孤独や社会的孤立の予防に寄与している可能性がある。

- 「さかえ」を全部読むと答えた会員のHL（情報収集）が高値であったことから、「さかえ」を読み、理解してもらう取り組みをさらに重視する必

要がある。

- HLの高さと患者会行事への参加の有無とは相関せず、HLを高める取り組みと社会的なつながりを形成する取り組みのいずれも重要である。特に行事の開催時には、参加者のHLを高める取り組みを意識した内容の工夫が必須である。

- 患者会以外の社会活動への参加がない会員を対象とした質的研究によって、離職、疾病、高齢により社会的孤立状態となった、または有職者であっても職場以外の社会的なつながりがない患者が「新しい居場所」として、患者会を自覚していた。

- 従来の会員と比較して、新型コロナウイルス感染症流行後の新規会員は独居者の占める割合が男女とも高かった。

(6) 調査の限界

本調査は断面調査という限界がある。糖尿病の病態にとどまらず、QOLや主観的健康感などを含めた全人的視点に立ち、継続して観察することによって、患者会活動が果たす役割をさらに明確にできる。

(7) 今後の課題

「おしゃべり茶（サ）ロン」は、HPの視点から地域住民や糖尿病患者に対して、社会的サポート機能の一翼をなうと考えられ、一医療機関の患者会活動を超えた取り組みとして、さらに発展させうる可能性を有している。

さらに、経済状態、職業、教育など社会経済状態や医療へのアクセスは、糖尿病を含む多くの疾患の発症と進展を強く予測する要因であることから³⁾、SDOHの理解と社会保障制度の改善を目標として、患者と医療従事者が共同して取り組める患者会活動が求められている。

6. 結論

糖尿病患者に対する患者会活動は、社会的なつながり形成とHLの向上の取り組みを通して、地域のHPの一翼を担っている。また、男性糖尿病患者の孤独や社会的孤立の予防に寄与している。さらに、離職、疾病、高齢により社会的孤立状態

となる、または有職者であっても職場以外の社会的なつながりが希薄な患者の「新しい居場所」として、患者会は機能している。特に、新型コロナウイルス感染症流行後は、新たに独居者が多く参加していた。一方で、行事の開催に際して、参加者のHLを高める取り組みを工夫する必要がある。また、患者会活動がさらに地域に広がるためには、患者の多様な社会とのつながり方を包摂する場となる工夫も重要な課題である。

7. 利益相反の開示

本報告に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

8. 文献

- 1) 日本HPH ネットワーク <https://www.hphnet.jp> 2023年9月3日アクセス
- 2) ヘルスプロモーションとは何か？第5回オタワ憲章とバンコク憲章も相違～アンブレラ・コンセプトとしてのヘルスプロモーション～民医連医療 2021;No.590:44-45.
- 3) Briggs FH, Adler ME, Berkowitz SA, et al. Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review. *Diabetes Care*. 2021; 44: 258–279
- 4) Brinkhues S, Dukers-Muijrer NH, Hoebe CJ, et al. Socially isolated individuals are more prone to have newly diagnosed and prevalent type 2 diabetes mellitus - the Maastricht study -. *BMC Public Health*. 2017;17:955
- 5) Wang X, Ma H, Li X et al. Joint association of loneliness and traditional risk factor control and incident cardiovascular disease in diabetes patients. *European Heart Journal* 2023;44: 2583-2591
- 6) 大久保菜穂子, 鈴木美奈子訳, 島内憲夫編訳. ドン・ナットビーム, イローナ・キックブッシュ. ヘルスリテラシーとは何か?. 21世紀のグローバル・チャレンジ. 堀内出版;2017:21
- 7) Moriss. DB A Rural Diabetes Support Group. *The Diabetes Educator* 1998;24:493-497
- 8) Wang CY, Fenske MM. Self-care of adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: Influence of family and friends. *The diabetes Educator*
- 9) Azmiardi A, Murti B, Febrinasari RP, et al. The effect support in diabetes self-management education on glycemic control in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Health*. 2021;43:e2021090
- 10) 森下佳子. 糖尿病患者の自尊感情・人生満足感・セルフケア能力に関する実態調査-糖尿病患者会参加の影響の検討を含めて-. 第31回日本看護学会集録(成人看護Ⅱ). 2000;149-151
- 11) 桑原ゆみ. 糖尿病患者会入会の有無とセルフケア能力および糖尿病コントロールとの関連. *日本看護学会誌*. 2003;23:12-21
- 12) 高橋光子. 荒木厚. 渡辺修一郎ら. 日本老年医学会雑誌. 2010;47:140-146)
- 13) Su Y, Rao W, Li M, et al. Prevalence of loneliness and social isolation among older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*. 2023; 35: 229-241
- 14) Ishikawa H, Nomura k, Sato M, Yano Y. 2008. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23:269-274
- 15) 抱井尚子, 成田慶一編. 日本混合研究法学会監修. 混合研究法への誘い. 質的・量的研究を統合する新しい実践研究アプローチ. 遠見書房; 2016
- 16) 大谷尚. 質的研究の考え方—研究方法論からSCATによる分析まで—名古屋大学出版会; 2019
- 17) 斎藤民, 近藤克則, 村田千代栄ら. 高齢者の外出

- 行動と社会的・余暇活動に於ける性差と地域差 JAGES プロジェクトから. 日本公衆衛生雑誌. 2015; 62: 596-608
- 18) Ishikawa H, Takeuchi T, Yano Y. 2008. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes Care* 2008;31:874-879
- 19) 大久保菜穂子, 鈴木美奈子訳, 島内憲夫編訳. ドン・ナットビーム, イローナ・キックブッシュ. ヘルスリテラシーとは何か?. 21世紀のグローバル・チャレンジ. 城内出版;2017:35
- 20) Araki A, Ito H. Development of elderly diabetes burden scale for elderly patients with diabetes mellitus. *Geriatrics and Gerontology International*. 2003;3:212-224
- 21) Bickerdike L, Booth A, Wilson P M, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017;7:e013384
(受付 2024.7.8 : 受理 2025.3.21)

Practical report of a diabetes support group from the perspective of health promotion

-Analysis of the current situation of members and characteristics of new members during COVID-19 by mixed-method research based on questionnaires and individual interviews-

Yasushi Azami¹⁾, Kikuko Okawa¹⁾, Ayumi Yamashita¹⁾

Abstract

1. Background

Minori Kai, a diabetes support group established in 1966, has been actively working to strengthen patients' social connections among them as well as with medical staff to prevent loneliness and social isolation and reinforce their health literacy from the perspective of health promotion. We validate the meaning of the patient support group today.

2. Methods

(1) Search procedure

We conducted a quantitative analysis of the data collected from a questionnaire-based survey of members in 2018 and performed a qualitative analysis based on it. The state (e.g., clinical features and event participation frequency) of all members in 2023 was also investigated, and an additional analysis of newly joined members after the COVID-19 pandemic was conducted.

3. Results

(1) As of June 2023, there were 107 male and 79 female members with mean ages of 68.5 ± 11.1 and 72.7 ± 11.2 years, respectively. There was no significant difference in the distribution ratios of both sexes in terms of the treatment method. The sex ratio of members was similar to that of the entire diabetic outpatient population. The high event participation rate of men demonstrated that our activity is easy for them to join.

(2) The health literacy level among members who read the entire monthly magazines of the Japan Association for Diabetes Education and Care was significantly higher than among those who did not read or read less.

(3) No positive correlation was detected between health literacy level and event participation frequency, both of which are independently important for health promotion.

(4) Qualitative data analysis targeting members who were isolated from regional society for various reasons revealed that they found a place of their own in the group.

(5) During the COVID-19 pandemic, new members living alone accounted for a larger percentage than those who became members before the pandemic.

4. Conclusion

Our research on the health literacy and social connection of members demonstrated that the patient support group plays a vital role in their health promotion.

【Bull Soc Med 2025; 42 (1) : 28 - 38】

Key words: diabetes support group, health promotion, social connection, health literacy

1) Jouhoku Hospital

実践報告

地震・津波リスクの高い地域における中学生の防災意識 および防災行動に影響を及ぼす要因の検討 —中学生が認知する地域のソーシャル・キャピタルを手がかりとして—

改発智也¹⁾, 伊藤和哉²⁾, 片岡瑞貴³⁾, 前田明里³⁾,
岩垣穂大⁴⁾, 扇原 淳¹⁾, 浅田 匠¹⁾

抄録

背景: 防災教育をはじめとして、学校教育を充実させるために、地域社会との連携・協働を図った「社会に開かれた教育課程」が望まれている。地域の教育資源や関係性に相当する概念であるソーシャル・キャピタルは、防災意識を醸成することが先行研究から明らかになっているが、学校の防災教育の文脈で両者の関係を扱った研究は十分になされていない。

目的: ソーシャル・キャピタルが中学生の防災意識および防災行動とどのような関係にあるのか明らかにすることを目的とする。

方法: 和歌山県有田郡湯浅町の中学生を対象として質問紙調査を実施した。調査項目は、基本情報、防災意識および防災行動、ソーシャル・キャピタルとした。分析対象となった286名のデータに対して、ソーシャル・キャピタルを説明変数、防災意識および防災行動を目的変数として、重回帰分析を実施した。

結果: 防災グッズを目的変数とした重回帰分析の調整済み R^2 が、最も低い値であった(.030)。目的変数との有意な関係を一番多く示した説明変数は、地域ボランティアであった。結束型ソーシャル・キャピタルは地域主導の防災に対して有意な正の標準化係数を示していた。

考察: ソーシャル・キャピタルでは補えない可能性のある認知的領域に関する防災学習を、学校内の教育で担っていく必要性が示唆された。また、結束型ソーシャル・キャピタルが防災の公助依存にならないように防災教育を展開していくことが望まれている。

【社会医学研究 2025; 42(1): 39-49】

doi:10.60435/socialmedicine.42.1_39

キーワード: 防災教育、中等教育、社会に開かれた教育課程、ソーシャル・キャピタル

1) 早稲田大学人間科学学術院

2) 早稲田大学大学院人間科学研究科

3) 早稲田大学人間科学部

4) 金城学院大学人間科学部コミュニティ福祉学科

連絡先: 改発智也

住所:〒359-1192埼玉県所沢市三ヶ島2丁目579-15

早稲田大学人間科学学術院

TEL: 04-2947-6848

E-mail: hshis.hkn-28my@suou.waseda.jp

I. 緒 言

自然災害の多い我が国において被害を未然に防いでいくために、自らのために個人で取り組むだけではなく、近隣住民との協力や地域行政による支援など、他者との協働によって防災・減災を目指していくことが求められている。

他者との関係を含んだ社会組織の特徴を扱った概念として、ソーシャル・キャピタル（Social Capital; SC）を挙げることができる。ソーシャル・キャピタルは社会関係資本などと訳され、「調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴」と定義されている¹⁾。ソーシャル・キャピタルと防災との関係について、藤見らは、個人や地域の防災組織が防災の主体となるべきだとする防災自助・共助意識と結束型SCとの関連が強いことを明らかにしている²⁾。世帯と行政区の異なる単位でソーシャル・キャピタルと防災力の関係を検討した柿本は、世帯単位ではソーシャル・キャピタルと防災力との強い関連を明らかにしている³⁾。柿本が抜粋した防災力に関する項目は、主として自然災害への備えを含む被災前の時期に関する内容であるが、ソーシャル・キャピタルは被災前の準備期にのみ効果的であるわけではない。岩垣らは福島原発事故の避難者受け入れの事例を、インタビューとワークショップのデータ分析を通して、準備期、対応・緩和期、復興期の3フェーズごとにソーシャル・キャピタルが機能していたことを示している⁴⁾。

これらの先行研究から、児童生徒に対しても、地域のソーシャル・キャピタルが児童生徒の防災意識や行動に影響することが想定されるが、児童生徒を対象とする場合には地域社会における児童生徒の役割・位置づけを考慮しておくべきであろう。文部科学省によると、防災教育のねらいの1つとして児童生徒が地域社会の安全活動に進んで参加・協力して地域に貢献できるようになる目標が挙げられており⁵⁾、児童生徒と地域住民とが協働して災害に立ち向かうことを目指した指導がなされているが、児童生徒は経済的にも社会的にも自立の途上にあり、家庭や地域から保護される立場にある。児童生徒が家庭や地域と必ずしも対等ではないため、保護される—保護する関係が強調された結果、共助・公助に依存してしまう危険性をはらんでいる。成人を対象とした研究において、住民同士のつながりが防災の自助・共助意識の高

さと関連していたのに対して、児童生徒を対象とした場合は同様の結果とならない可能性が示唆されている。

学校教育において地域社会との連携や協働が望まれているという現状と、ソーシャル・キャピタルと防災意識および防災行動との関係に関して、主として成人を対象とした研究の知見が児童生徒を対象とした場合に必ずしもあてはまらないという点を踏まえて、児童生徒が認識する地域とのつながりが特に防災の観点において児童生徒にどのような影響をもたらすのか、改めて検討する必要がある。そこで本研究では、ソーシャル・キャピタルが中学生の防災意識および防災行動とどのような関係にあるのか明らかにすることを目的とする。本研究では防災意識および防災行動として、個人・家庭・地域という異なる規模での防災意識および防災行動についてとりあげ、それぞれの防災意識および防災行動に対してソーシャル・キャピタルの構成概念がどのように影響しているか、ソーシャル・キャピタルの構成概念間の関係性に着目する。

II. 方 法

1. 対象者

本研究の対象となる地域は和歌山県有田郡湯浅町である。湯浅町の隣に位置する広川町は「稻むらの火」の実話と言われる地域であり、地震・津波被害への対応から防災教育のモデルとしてとりあげられることがある⁶⁾。湯浅町も広川町同様に、沿岸部の地区は津波被害の危険性が高い地域であるとともに、防災教育に対して他地域より力をいれて取り組んでいる。

本研究では、対象となった湯浅町にある中学校1校に在籍している生徒に、質問紙調査を依頼とした。対象となった生徒303名の内、無回答を除いた回答数は290名（95.7%）であり、データに欠損値を含む回答者を除いた有効回答数は286名（98.6%）である。286名中、1年生は92名、2年生は83名、3年生は111名であり、大半の202名

(70.6%) が2世帯家族の構成となっている。

2. 調査方法

2020年10月27日から2020年11月7日の間に、教育委員会から対象校に調査依頼がなされ、学校判断のもと任意の時間に質問紙が配布・回収された。調査項目は本研究の目的と地域の特徴を鑑みて独自に作成された。

防災意識および防災行動に関する質問項目は、社会における中学生の役割・位置づけを考慮して自助・共助・公助の3つの観点を含むように構成されている。なお、中学生にとって自助・共助・公助という区分よりも個人、家庭、地域という防災に関する取り組みの規模という区分の方が理解しやすいと判断して、生徒個人の防災に対する意識や自助に関する内容を含んだ「災害意識」、生徒の家庭での自助や生徒にとって身近な他者である家族との共助を含んだ「家庭防災」、地域住民との共助や地域行政による公助を含んだ「地域防災」の3つを設けた。さらに、学校では文部科学省が掲げる目標に沿った防災教育が営まれていることを踏まえて、災害等に関する理解と適切な意思決定や行動選択ができるという知識・技能、安全安心な社会づくりの重要性の認識と安全活動へ主体的に参加して社会貢献できる学びに向かう力や人間性、危険予測と安全確保とともに日常的な備えができる思考力・判断力・表現力、という3つの目標が網羅されているか考慮されたが⁵⁾、調査項目が膨大になることに配慮して「災害意識」「家庭防災」「地域防災」の3つそれぞれに教育目標の3つの観点を設けてはいない。災害や防災に関する知識・技能は地域防災、学習意欲などの学びに向かう力や人間性は災害意識と地域防災、備えができる思考力・判断力は災害意識と家庭防災の中で扱われていることが確認された。

ソーシャル・キャピタルに関する質問項目は、藤見らを参考として、互酬性・信頼性、社会ネットワーク結束型、社会ネットワーク橋渡し型の分類を基本とした²⁾。しかしながら、ソーシャル・キャピタルをレビューしたIslamらによると、認知的または構造的な構成要素に着目した分類と、水平

的または垂直的という異なるタイプに関する分類が挙げられている⁷⁾。認知的SCは規範、価値観、態度、信念など含むものであり、各人の認識を測定したものである。構造的SCは社会的ネットワークや市民活動のパターンなど社会組織の客観的側面を扱ったものである。一方、水平的または垂直的とは関係の対等性による分類である。水平的SCは成員間の対等な結びつきを反映したものであり、さらに、家族や隣人などの同質なグループの強い結びつきを表した結束型と、異なるグループの弱い結びつきを表した橋渡し型に細分化することができる。垂直的SCは連結型とも呼ばれ、基盤や地位の異なる階層的で対等ではない関係の結びつきを表したものと解釈されている。本研究が参考とする藤見らのソーシャル・キャピタルの項目をIslamらの分類と照らし合わせると、互酬性・信頼性は個人の意識を対象としているため認知的SCとみなすことができる。社会ネットワーク結束型、社会ネットワーク橋渡し型はいずれも構造に注目した分類であり、Islamにおける分類と合致しているため、それぞれ構造的SC 結束型、構造的SC 橋渡し型とした。垂直的な関係性は防災教育に直接的な影響がないと判断して割愛している。

最終的に、共著者らを含む社会医学を専攻とする学生・教員が当該地域の訪問やインタビューを踏まえた協議をして、調査地域の実情に沿った質問項目であるか、測定内容に不備がないかを確認して追加・加筆・修正した。性別、学年の基本情報に加えて、独自に作成して実際に使用した質問項目と回答をまとめたものが表1である。

3. 解析方法

はじめに、防災意識および防災行動とソーシャル・キャピタルの項目分析を実施した。平均値(M)±標準偏差(SD)を基準として、平均値に標準偏差を加えた値が項目上限を超えた場合は天井効果が、平均値に標準偏差を引いた値が項目下限を下回った場合は床(フロア)効果があると判断した。項目分析の結果から、天井効果または床効果がみられた項目は本調査において弁別性が十分にあるとはいはず、回答者による違いを見出せない可能

表1 調査に使用した質問項目と選択肢

| 変数名 | 質問項目と選択肢 |
|------------------|---|
| 災害意識 | |
| 災害情報関心 | 住んでいる地域の地震や水害などの災害情報を知りたいと思いますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらでもない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 水害危機意識 | あなたの住む地域は、大雨や津波などの水害で被害を受けやすいと思いますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらでもない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 水害リスク認知 | あなたの住む地域は、この先30年ほどの間に洪水や土砂災害などの水害にあうことがあると思いますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらでもない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 家庭防災 | |
| 防災グッズ | 家庭において防災グッズを備えていますか（災害時に必要な道具や食料）。 備えていない：1, わからない：2, 備えている：3 |
| 家族話し合い | 家族と地震などの災害について話し合うことがありますか。 ない：1, わからない：2, ある：3 |
| 避難経路 | 自宅から近くの避難所及び、安全な避難ルートを知っていますか。 知らない：1, 知っている：2 |
| 防災意識・行動 | |
| 地域防災 | |
| 地域防災知識 | あなたの町が行なっている防災対策を知っていますか。 全く知らない：1, あまり知らない：2, どちらでもない：3, まあ知っている：4, とても知っている：5 |
| インフラ対策 | あなたは電気・ガス・水道等インフラや公共交通機関が止まった時の対策を考えていますか。 考えていない：1, 考えている：2 |
| ハザードマップ | あなたは、住んでいる地域のハザードマップを知っていますか。 全く知らない：1, 聞いたことがあるが知らない：2, 知っているが見たことはない：3, 知っていて見たことがある：4 |
| 地域防災参加 | あなたは、今まで地域の防災訓練に参加や見学をしたことがありますか。 訓練が行われていることを知らなかった：1, 訓練が行われていることは知っていたが、参加・見学したことはない：2 わからない：3, 参加したことではないが、見学したことはある：4, 参加したことがある：5 |
| 地域防災参加意欲 | あなたは今後、地域の防災訓練に参加したいと思いますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらでもない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 自己主導地域防災 | 地域の安全や暮らしは、自分たちで守ろうと思いますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらでもない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 地域主導地域防災 | 地域の安全や暮らしは、町役場が中心になって守るべきだと思いますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらでもない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 認知的SC | |
| 近所相談 | あなたが何か困ったときは、近所で相談できる人がいますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらともいえない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 近所たのみごと | あなたはご近所の人に気軽にたのみごとができますか。 まったくできない：1, あまりできない：2, どちらともいえない：3, まあできる：4, よくできる：5 |
| 近所づきあい | あなたはご近所の人とのつきあいがありますか。 まったくない：1, あまりない：2, どちらともいえない：3, まあある：4, よくある：5 |
| 地域愛着 | あなたは現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか。 全く愛着がない：1, あまり愛着がない：2, どちらともいえない：3, まあ愛着がある：4, とても愛着がある：5 |
| 構造的SC結束型 | |
| 地域信頼 | あなたの町の人々はお互いに信頼し合っていると思いますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらともいえない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 地域高齢者配慮 | あなたの町の人々は体の弱い人や高齢者の様子を気にかけていますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらともいえない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 地域子ども安全 | あなたの町の人々は子どもの安全を見守っていますか。 全くそう思わない：1, あまりそう思わない：2, どちらともいえない：3, まあそう思う：4, とてもそう思う：5 |
| 構造的SC橋渡し型 | |
| 地域習い事 | あなたはスポーツや音楽、趣味の習い事などをしていますか（部活動を含む）。 まったく参加していない：1, ほとんど参加していない：2, どちらともいえない：3, ときどき参加している：4, よく参加している：5 |
| 地域ボランティア | あなたは地域のボランティア活動に参加していますか。 まったく参加していない：1, ほとんど参加していない：2, どちらともいえない：3, ときどき参加している：4, よく参加している：5 |
| 地域行事 | あなたは子ども会や資源回収、お祭りや運動会、もちつきなど地域の自治会・町内会の行事に参加していますか。 まったく参加していない：1, ほとんど参加していない：2, どちらともいえない：3, ときどき参加している：4, よく参加している：5 |

性があるため後の分析から除外した。

分析対象となった防災意識および防災行動とソーシャル・キャピタルの項目に対して、確認的因子分析ならびに信頼性分析を実施した。各構成概念の信頼性が保たれているか Cronbach の α 係数を基準として検討した。 α 係数が 0.70 以上であれば内的整合性があると判断して、内的整合性の保たれた構成概念は、該当する全項目の平均値を下位尺度得点として算出した。

検討した構成概念を踏まえて、ソーシャル・キャピタルが防災意識および防災行動とどのように関係しているのかを明らかにするために、両者の相関係数を算出した後、ソーシャル・キャピタルを説明変数、防災意識および防災行動を目的変数として重回帰分析（強制投入法）を実施した。説明変数の相関が高い場合は多重共線性が生じる可能性があるため、Variance Inflation Factor (VIF) を指標として多重共線性を判断した。ある独立変数 x_j の VIF_j は、 $VIF_j = \frac{1}{1 - R_j^2}$ と定義することができ、 $VIF_j > 10$ が多重共線性の目安となっている⁸⁾。なお、 R_j^2 は x_j を従属変数、それ以外の独立変数を独立変数として重回帰分析を行ったときの決定係数である。該当する項目があれば分析から除外した。また、交絡要因の影響を考慮して、第 1 の強制投入法の分析の後、同じく強制投入法によって交絡要因となる学年（1 年生：1, 2 年生：2, 3 年生：3）、性別（男性：1, 女性：2）、沿岸部（海に面した沿岸部の地区に居住している：1, 海に面していない内陸部の地区に居住している：0）、家族総数の 4 項目を加えてさらなる分析を実施している。

なお、分析は統計ソフト「IBM SPSS Statistics 29.0.2」を基本として、確認的因子分析のみ「Stata/SE 18.0」を使用した。

4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたり、回答者には調査の概要、匿名性の保証、目的外使用禁止の説明が文書でなされている。なお、本調査は早稲田大学の人を対象とする研究に関する倫理審査委員会の承認を得て実施した（申請番号：2020-179）。

III. 結 果

1. 項目分析

全質問項目の項目分析の結果は表 2 の通りである。防災意識および防災行動に関して、家族話し合い ($M = 2.39, SD = 0.84$)、避難経路 ($M = 1.80, SD = 0.40$)、ハザードマップ ($M = 2.94, SD = 1.11$)、自己主導地域防災 ($M = 4.33, SD = 0.68$) の 4 項目で天井効果がみられると判断された。また、インフラ対策 ($M = 1.27, SD = 0.44$) の 1 項目に床効果がみられると判断された。したがって、防災意識および防災行動に関する計 5 項目を分析から除外した。

ソーシャル・キャピタルに関する項目も同様に項目分析を実施したところ、地域愛着 ($M = 4.23, SD = 0.81$) と、地域習い事 ($M = 4.36, SD = 1.23$) の 2 項目に天井効果がみられると判断された。な

表 2 全質問項目の記述統計量

| 構成概念 | 変数名 | 平均値 (M) | 標準偏差 (SD) |
|-------------|----------|---------|-----------|
| 災害意識 | 災害情報関心 | 4.16 | 0.78 |
| | 水害危機意識 | 3.78 | 1.12 |
| | 水害リスク認知 | 3.89 | 1.01 |
| 家庭防災 | 防災グッズ | 2.11 | 0.79 |
| | 家族話し合い | 2.39 | 0.84 |
| | 避難経路 | 1.80 | 0.40 |
| 防災意識・行動 | 地域防災知識 | 2.91 | 1.05 |
| | インフラ対策 | 1.27 | 0.44 |
| | ハザードマップ | 2.94 | 1.11 |
| 地域防災 | 地域防災参加 | 2.99 | 1.47 |
| | 地域防災参加意欲 | 3.62 | 0.99 |
| | 自己主導地域防災 | 4.33 | 0.68 |
| ソーシャル・キャピタル | 地域主導地域防災 | 3.82 | 0.95 |
| | 近所相談 | 3.81 | 1.07 |
| | 近所たのみごと | 3.25 | 1.18 |
| 構造的CS | 近所づきあい | 3.61 | 1.16 |
| | 地域愛着 | 4.23 | 0.81 |
| | 地域信頼 | 4.06 | 0.86 |
| 構造的CS | 地域高齢者配慮 | 3.91 | 0.87 |
| | 地域子ども安全 | 4.16 | 0.82 |
| | 地域習い事 | 4.36 | 1.23 |
| (CS) | 地域ボランティア | 2.52 | 1.28 |
| | 地域行事 | 3.57 | 1.24 |

表3 防災意識および防災行動とソーシャル・キャピタルの相関分析の結果

| | | 災害情報 関心 | 水害 危機意識 | 水害 リスク認知 | 防災グッズ | 地域防災 知識 | 地域防災 参加 | 地域防災 参加意欲 | 地域主導 地域防災 |
|----------|------|------------|------------|-------------|--------|------------|------------|--------------|--------------|
| 認知的SC | 相関係数 | .265** | .120* | .125* | .115 | .307** | .127* | .389** | .218** |
| | p 値 | <.001 | .043 | .035 | .052 | <.001 | .032 | <.001 | <.001 |
| 構造的SC結束型 | 相関係数 | .267** | .105 | .070 | .081 | .293** | .146* | .415** | .286** |
| | p 値 | <.001 | .076 | .238 | .173 | <.001 | .013 | <.001 | <.001 |
| 地域ボランティア | 相関係数 | .221** | .135* | .080 | .182** | .284** | .227** | .410** | -.017 |
| | p 値 | <.001 | .022 | .176 | .002 | <.001 | <.001 | <.001 | .780 |
| 地域行事 | 相関係数 | .201** | .162** | .168** | .095 | .301** | .159** | .394** | .086 |
| | p 値 | <.001 | .006 | .004 | .108 | <.001 | .007 | <.001 | .147 |

**: p < .01, *: p < .05

お、床効果と判断できる項目はなかった。したがって、ソーシャル・キャピタルに関する計2項目を分析から除外した。

2. 確認的因子分析と信頼性分析

項目分析の結果を踏まえて、分析の対象となつた項目を「災害意識」「家庭防災」「地域防災」の3つの構成概念からなる因子構造を想定して確認的因子分析を実施したが、 $\chi^2(25) = 74.728$, CFI = .826, RMSEA = .084となり、良好な適合度とはいえないかった。複数の項目から構成されている災害意識と地域防災に対して信頼性分析を実施したところ、それぞれ $\alpha = .564$, $\alpha = .345$ と、いずれも内的整合性を確認できなかった。これらの結果を踏まえて以後の分析においては、下位尺度得点を算出せずに独立した項目として使用した。

ソーシャル・キャピタルも同様に2項目を除外して、認知的SC、構造的SC結束型、構造的SC橋渡し型の構成概念からなる因子構造を想定して確認的因子分析を実施したところ、 $\chi^2(17) = 95.069$, CFI = .919, RMSEA = .127となった。それぞれの因子に対して信頼性分析を実施したところ認知的SCは $\alpha = .846$ 、構造的SC結束型は $\alpha = .788$ 、構造的SC橋渡し型は $\alpha = .632$ となった。確認的因子分析の結果は良好であるとはいがたいが、サンプルの偏りの可能性を鑑みて、内的整合

性があると判断された認知的SCと構造的SC結束型のみそれぞれ3項目の平均値を下位尺度得点として算出した。一方、構造的SC橋渡し型は内的整合性を確認できなかつたため、独立した項目として以降の分析に使用した。

3. 相関分析と重回帰分析

ソーシャル・キャピタルと防災意識および防災行動の関係を明らかにするために、両者の相関係数を算出したものが表3である。ソーシャル・キャピタルと防災意識および防災行動の各変数の間に有意な正の相関が多くみられた。また、有意差はみられないものの、地域ボランティアと地域主導地域防災との相関係数の値は負であった($r = -.017$)。

次に、ソーシャル・キャピタルを説明変数、防災意識および防災行動を目的変数として重回帰分析を実施した。基準にしたがつてVIFを確認したところ、いずれの分析についても、多重共線性の影響はみられなかった。採用された結果は表4から表11の通りである。

重回帰分析の結果から、まず、調整済み R^2 に着目する。調整済み R^2 は統計的基準があるわけではないが、分析の精度を判断する1つの指標として活用することができる⁹⁾。調整済み R^2 が最も低い項目は防災グッズの.030であり、次いで低い項目

表4 災害情報関心を目的変数とする重回帰分析の結果

目的変数：災害情報関心

| | 標準化係数(β) | p 値 |
|------------|------------------|--------|
| モデル：強制投入法 | | |
| 認知的SC | .141 | .070 |
| 構造的SC結束型 | .140 | .065 |
| 地域ボランティア | .100 | .124 |
| 地域行事 | .073 | .269 |
| 交絡要因 | | |
| 学年 | -.143 | .012 * |
| 性別 | .088 | .124 |
| 沿岸部 | .075 | .182 |
| 家族総数 | -.063 | .278 |
| 調整済み R^2 | | .119 |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

表5 水害危機意識を目的変数とする重回帰分析の結果

目的変数：水害危機意識

| | 標準化係数(β) | p 値 |
|------------|------------------|----------|
| モデル：強制投入法 | | |
| 認知的SC | .109 | .161 |
| 構造的SC結束型 | .005 | .942 |
| 地域ボランティア | .031 | .636 |
| 地域行事 | .107 | .105 |
| 交絡要因 | | |
| 学年 | -.004 | .946 |
| 性別 | -.060 | .288 |
| 沿岸部 | .340 | <.001 ** |
| 家族総数 | .014 | .813 |
| 調整済み R^2 | | .129 |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

表6 水害リスク認知を目的変数とする重回帰分析の結果

目的変数：水害リスク認知

| | 標準化係数(β) | p 値 |
|------------|------------------|---------|
| モデル：強制投入法 | | |
| 認知的SC | .139 | .085 |
| 構造的SC結束型 | -.037 | .638 |
| 地域ボランティア | -.050 | .457 |
| 地域行事 | .181 | .009 ** |
| 交絡要因 | | |
| 学年 | -.090 | .125 |
| 性別 | -.117 | .048 |
| 沿岸部 | .159 | .007 ** |
| 家族総数 | -.064 | .287 |
| 調整済み R^2 | | .058 |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

表7 防災グッズを目的変数とする重回帰分析の結果

目的変数：防災グッズ

| | 標準化係数(β) | p 値 |
|------------|------------------|--------|
| モデル：強制投入法 | | |
| 認知的SC | .091 | .264 |
| 構造的SC結束型 | -.027 | .737 |
| 地域ボランティア | .170 | .014 * |
| 地域行事 | -.030 | .664 |
| 交絡要因 | | |
| 学年 | -.021 | .718 |
| 性別 | .109 | .068 |
| 沿岸部 | .074 | .212 |
| 家族総数 | .046 | .451 |
| 調整済み R^2 | | .030 |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

表8 地域防災知識を目的変数とする重回帰分析の結果

目的変数：地域防災知識

| | 標準化係数(β) | p 値 |
|------------|------------------|---------|
| モデル：強制投入法 | | |
| 認知的SC | .138 | .072 |
| 構造的SC結束型 | .127 | .088 |
| 地域ボランティア | .128 | .046 * |
| 地域行事 | .178 | .007 ** |
| 交絡要因 | | |
| 学年 | .019 | .727 |
| 性別 | -.063 | .259 |
| 沿岸部 | .042 | .447 |
| 家族総数 | -.043 | .455 |
| 調整済み R^2 | | .148 |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

表9 地域防災参加を目的変数とする重回帰分析の結果

目的変数：地域防災参加

| | 標準化係数(β) | p 値 |
|------------|------------------|--------|
| モデル：強制投入法 | | |
| 認知的SC | -.002 | .983 |
| 構造的SC結束型 | .081 | .299 |
| 地域ボランティア | .155 | .022 * |
| 地域行事 | .062 | .363 |
| 交絡要因 | | |
| 学年 | -.046 | .428 |
| 性別 | -.123 | .038 * |
| 沿岸部 | .044 | .454 |
| 家族総数 | .066 | .273 |
| 調整済み R^2 | | .056 |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

表10 地域防災参加意欲を目的変数とする重回帰分析の結果

目的変数：地域防災参加意欲

| | 標準化係数(β) | p 値 |
|------------|------------------|----------|
| モデル：強制投入法 | | |
| 認知的SC | .123 | .070 |
| 構造的SC結束型 | .227 | <.001 ** |
| 地域ボランティア | .200 | <.001 ** |
| 地域行事 | .185 | .001 ** |
| 交絡要因 | | |
| 学年 | -.181 | <.001 ** |
| 性別 | .036 | .470 |
| 沿岸部 | .088 | .075 |
| 家族総数 | .033 | .509 |
| 調整済み R^2 | | .329 |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

表11 地域主導地域防災を目的変数とする重回帰分析の結果

目的変数：地域主導地域防災

| | 標準化係数(β) | p 値 |
|------------|------------------|----------|
| モデル：強制投入法 | | |
| 認知的SC | .063 | .428 |
| 構造的SC結束型 | .264 | <.001 ** |
| 地域ボランティア | -.127 | .057 |
| 地域行事 | .056 | .407 |
| 交絡要因 | | |
| 学年 | .078 | .179 |
| 性別 | -.036 | .539 |
| 沿岸部 | .020 | .723 |
| 家族総数 | -.007 | .903 |
| 調整済み R^2 | | .079 |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

が地域防災参加の .056 である。一方、地域防災参加意欲の項目が .329 と最も高く、地域防災知識が .148 と次に高い値であった。

説明変数ごとの標準化係数に着目すると、地域ボランティアが、生徒の多くの防災意識の項目に有意な影響をおよぼしていることが明らかとなった。特に、交絡要因を除く説明変数の中で地域ボランティアのみが、防災グッズと地域防災参加の目的変数に対して、有意な正の影響をおよぼしている。一方、認知的 SC は単相関において防災意

識および防災行動と有意な正の相関がみられていたものの、重回帰分析において有意水準 5% ではどの項目とも有意な関係がみられなかった。

次に、目的変数ごとに重回帰分析の結果を検討すると、地域の防災訓練への参加意欲に最も強い正の影響がみられたのは結束型のソーシャル・キャピタルである。町役場が中心となって地域の安全や暮らしを守るべきだという傾向に関して、結束型ソーシャル・キャピタルが有意な正の影響をおよぼしていた一方で、地域ボランティアは有意な結果ではないが負の標準化係数を示していた。

IV. 考 察

本研究の対象となった中学生は、項目分析の結果から、13 項目中 4 項目に天井効果がみられる判断された結果から、防災意識が高く、災害に備えた行動をとっている傾向にあることがうかがえる。それぞれの項目を教育目標の 3 観点との関係をみると、家族との話し合いや避難経路といった行動レベルで備えができる思考力や判断力、自らが地域社会に貢献しようとする学びに向かう力に該当すると考えられる。本研究の対象となった地域は地震・津波リスクの高い地域であるため、自らの命をどのように守っていくのか、地域で災害に対してどのように備えるのかなど、多くの生徒が防災教育の目標をすでに達成していることが読み取れる。一方、天井効果が想定されなかった防災の知識に関する項目には教育の余地があると示唆されている。しかしながら、重回帰分析の調整済み R^2 に注目すると、ソーシャル・キャピタルが生徒の防災に関する知識の習得を促すために果たす役割は限定的であると言わざるをえない。調整済み R^2 について、地域で行われている防災活動に関する知識には比較的高い値を示しているのに対して、水害に対する危険意識・認知の値は全項目の中で比較的低い値となっていた。これらを踏まえると、ソーシャル・キャピタル以外の要素によって、生徒の防災に関する知識の習得を促す必要がある。例えば寺本は、自然現象に対する正しい理

解と災害がもたらす被害のリアルな想像が、児童生徒の命を守る教育のために重要であるとして、社会という教科を主軸において論じている¹⁰⁾。社会科に限らず、関連する教科と連携を図り、地域のソーシャル・キャピタルでは補えない部分の教育を充実させることができ防災教育の効果を高めるために望まれている。

重回帰分析の結果から、ソーシャル・キャピタルが生徒の防災意識および防災行動に影響している点に注目すると、大きく2つのことが示唆されている。1つ目は、認識レベルではなく行動レベルのつながり、特に様々な人が集まる弱い結びつきが生徒の防災意識および防災行動に影響している点である。重回帰分析において、認知的SCは生徒の防災意識および防災行動のいずれの項目にも有意な標準化係数がみられず、生徒個人の認識レベルでは防災教育に影響が小さいと考えられる。一方、地域ボランティアという、生徒の行動レベルで地域社会との関係を測定した項目は、分析をした防災意識および防災行動の8項目中4項目に有意な正の標準化係数を示している。したがって、地域の異なるグループの弱い結びつきが生徒に生まれるような行動を促すことによって、生徒の防災教育の効果を高める可能性が示唆されている。2つ目は、同質なグループの強い結びつきが生徒の公助依存を高めうる点にある。町役場が主導となって地域の安全や暮らしを守るということは、公助に頼っている状態であると考えられるのだが、結束型SCが高いほど公助に頼る傾向にあることが重回帰分析から明らかとなっている。行政が提供している防災に関する共助を理解して、有効に活用することはもちろん重要ではある。しかしながら、行政依存意識の高い住民は行政責任意識が弱いまたは無い住民と比べて、平常時の備えなどの防災行動をとらない傾向にあることが明らかとなっている¹¹⁾。したがって、同質なグループの強い結びつきが生徒の防災意識および防災行動の公助依存になってしまわないように、学校における防災教育では自助・共助に留意した指導を強調しておくべきであろう。

ソーシャル・キャピタルは、経済発展をはじめとして健康増進や教育成果の向上などへの影響も指摘されており¹²⁾、地域の豊かな生活のために重要な役割を果たす概念といえる。本研究は中学生を対象としてソーシャル・キャピタルと防災意識および防災行動の関係に注目することで、中学生の防災意識や行動を形成していく手がかりや学校的防災教育に有用となる知見を示すことができた一方、本研究で明らかにできなかった課題もいくつか残っている。第1に、本研究におけるソーシャル・キャピタルは、生徒の個人レベルの特徴を捉えたものにすぎず、近藤らが指摘するように地域レベルの特徴を検討したマルチレベル分析を用いた検証が必要である¹³⁾。今後は他の地域を比較する分析が期待されている。第2に、研究の対象となった地域以外にも本研究知見が適応されるのか慎重にならなければならない。例えば、本研究の対象となった中学生は地域の中で家庭での防災行動や生徒が主体となって地域を守ろうとする態度、地域への愛着がすでに養われていたため、いくつかの質問項目はデータの偏りがみられ、結果として当該項目は本研究の分析から除外している。また、本研究における質問項目は、災害の中でも特に水害をとりあげるなど、地域の実態に合致した構成となっている。したがって、防災意識および防災行動や地域への愛着に関して個人差がみられる地域や、水害以外の災害が特に危険視される地域においては、本研究の分析で使用した項目と異なる場合がある。今後の研究において、回答のかたよりが生じないような質問項目への修正や、各地域で生じうる災害に焦点をあてた質問項目への変更などを踏まえて、生徒のソーシャル・キャピタルと防災意識および防災行動との関係を検討していくことが期待されている。

V. 結論

本研究では、中学生を対象としてソーシャル・キャピタルと防災意識および防災行動との関係が明らかになった。地域ボランティアによる地域と

のつながりが防災意識および防災行動の各面に正の影響がみられた一方、結束型SCは公助依存を促進してしまう危険性も示唆された。重回帰分析において認知的SCは防災意識および防災行動との有意な関係が示されなかった。防災教育の成果を向上させるために、地域のどういったソーシャル・キャピタルの活用・発展が期待されているのか、またソーシャル・キャピタルでは補えない学校における防災教育の側面も示唆された。

付 記

本研究は、第2著者が早稲田大学大学院人間科学研究科に提出した修士論文の内容を発展させて加筆修正したものである。

参考文献

- 1) Putnam RD. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton, Princeton University Press, 1993.
河田潤一訳。哲学する民主主義 伝統と改革の市民的構造。東京：NTT出版。2001:206-207.
- 2) 藤見俊夫, 柿本竜治, 山田文彦他, ソーシャル・キャピタルが防災意識に及ぼす影響の実証分析。自然災害科学。2011;29:487-499.
- 3) 柿本竜治, 益城町におけるソーシャル・キャピタルと地域防災力の関係性の検証。自然災害科学。2020;39:57-70.
- 4) 岩垣穂大, 遠内琢也, 扇原淳, ソーシャル・キャピタルを活用した災害に強いまちづくり 福

島原子力発電所事故の県外避難者受け入れ経験から。日本災害復興学会論文集。2018;12:46-58.

- 5) 文部科学省. 学校防災のための参考資料 「生きる力」を育む防災教育の展開。
<https://anzenkyouiku.mext.go.jp/mextshiryou/data/saigai03.pdf> (2024年8月7日アクセス)
- 6) 水野欽司, 防災教育の名作「稻むらの火」由来。組織科学。1992;25:45-54.
- 7) Islam MK, Merlo J, Kawachi I, et al. Social Capital and Health: Does Egalitarianism Matter? A Literature Review. International Journal for Equity in Health 2006;5:1-28.
- 8) 寺島拓幸, 廣瀬毅士, 心理学・社会学のためのSPSSによるデータ分析。東京：東京図書。2022:229-231.
- 9) 菅民郎, 例題とExcel演習で学ぶ多変量解析回帰分析・判別分析・コンジョイント分析編。東京：オーム社。2016:70-71
- 10) 國原幸一朗, 防災教育における高等学校地理の役割 意思決定を促す地理情報の活用。社会科教育研究。2015;126:1-13.
- 11) 片田敏孝, 木下猛, 金井昌信, 住民の防災対応に関する行政依存意識が防災行動に与える影響。災害情報。2011;9:114-126.
- 12) 山内直人, コミュニティにおけるソーシャル・キャピタルの役割。環境情報科学。2010;39:10-15.
- 13) 近藤克則, 平井寛, 竹田徳則他, ソーシャル・キャピタルと健康。行動計量学。2010;37:27-37.

(受付 2024.9.4 : 受理 2025.4.8)

Factors influencing the disaster prevention awareness and behavior of junior high school students in areas with high earthquake and tsunami risk: Using the social capital of the area perceived by junior high school students as an indicator

Tomoya Kaihatsu¹⁾, Kazuya Ito²⁾, Mizuki Kataoka³⁾, Asato Maeda³⁾,
Takahiro Iwagaki⁴⁾, Atsushi Ogihara¹⁾, Tadashi Asada¹⁾

Abstract

Background: An “educational curriculum open to society” in collaboration and cooperation with the local community is desirable in order to enhance education in schools, including education on disaster prevention. Previous research has revealed that social capital, a concept that corresponds to local educational resources and relationships, fosters disaster prevention awareness, but there is insufficient research on the relationship between social capital and disaster prevention awareness in the context of disaster prevention education in schools.

Objective: The purpose of this study is to reveal how social capital is related to the disaster prevention awareness and behavior of junior high school students.

Method: A questionnaire survey was conducted among junior high school students in the town of Yuasa, Arita District, Wakayama Prefecture. The survey items were basic information, disaster prevention awareness and behavior, and social capital. Multiple regression analysis was conducted on the data of 286 subjects, with social capital as the explanatory variable and disaster prevention awareness and behavior as the objective variable.

Results: The adjusted multiple regression analysis with disaster prevention goods as the objective variable R^2 showed the lowest value (.030). The explanatory variable that showed the most significant relationship with the objective variable was local volunteers. Bonding social capital showed a significant positive standardized coefficient for community-led disaster prevention.

Discussion: This study suggested the necessity for in-school education to take on the role of providing disaster prevention learning related to cognitive areas that may not be covered by social capital. It is also desirable to develop education on disaster prevention so that bonding social capital does not become dependent on public assistance for disaster prevention.

【Bull Soc Med 2025; 42 (1): 39–49】

Key words: education on disaster prevention, secondary education, educational curriculum open to society, social capital

1) Faculty of Human Sciences, Waseda University

2) Graduate School of Human Sciences, Waseda University

3) School of Human Sciences, Waseda University

4) Department of Community and Social Welfare, Faculty of Human Sciences, Kinjo Gakuin University

特別講演

ヘルスプロモーションと HPH

近藤克則¹⁻³

【社会医学研究 2025; 42 (1) : 50 - 56】

doi:10.60435/socialmedicine.42.1_50

日本では、「健康増進」と言う用語が昭和2年から使われていたこともあり、ヘルスプロモーションが健康増進と訳され、「健康教育とヘルスプロモーション」という用語そのものに大きな差異を見いださず、ヘルスプロモーションよりも健康教育の用語の方が一般的に使われているという指摘がある¹⁾。しかし、世界保健機関（WHO）オタワ憲章（1986）²⁾におけるヘルスプロモーションの定義や説明を読み直すと、健康教育を内包する、もっと、ずっと広い意味が込められていることがわかる。その取り組みを世界に広げようとWHOが組織したHealth Promoting Hospitals and Health Services (HPH) の第30回国際HPHカンファレンスが2024年11月6-8日に初めて日本（広島国際会議場）で開催される。テーマは「健康の公正性を目指して～医療機関と介護事業所の貢献～(The contribution of Health Promoting Hospitals and Health Services to health equity)」である。

そこで小論では、第1に、ヘルスプロモーションとは何かを確認し、第2に、その根底にある「健康の社会的決定要因(social determinants of health, SDH)」と、SDHを巡る最近の動向を紹介し、第3に、HPHとは何かを紹介し、最後に、こ

れらを踏まえた社会医学の課題を提示したい。

1. ヘルスプロモーションとは何か

ヘルスプロモーションのオタワ憲章の取りまとめ役と聞けば、日本なら医学とか公衆衛生学の専門家だと予想されるだろう。しかし、WHOでその役を担ったキックブッシュ博士は政治科学・社会学で博士号を取った人である³⁾。彼女は「健康は医師や薬によって創られているのではなく、人々が生活する場(学び、働き、遊び、愛する場)で創られている」という⁴⁾。確かに医師や薬は、病気になった後の治療の段階では活躍するが、健康や病気が作られる過程は、彼女が言うように、人々が生活するあるいは暮らす場所で作り出されている。彼女はもう一つ「ヘルスプロモーションの最大の敵は貧困、究極の目標は平和である」という。平和な時代にはピンと来ないが、現在のウクライナやイスラエルで、数万人規模の戦争被害が報じられている状況では、健康的な生活の前に平和が必要だと気づく。WHOのヘルスプロモーションに関するオタワ憲章をみても、健康の基本的な条件として、平和、教育、所得、社会正義と公正などがあげられている。これらから明らかのように、ヘルスプロモーションは自然科学的な生物医学的な視点から出てきた考え方ではなく、むしろ社会科学的な生活環境やSDHを重視する概念である。

1986年にWHOオタワ憲章でヘルスプロモーションが定義され、図1に示すエンブレムが発表

1) 千葉大学名誉教授・予防医学センター 健康まちづくり共同研究部門 特任教授

2) 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部長

3) 日本HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services) ネットワーク CEO



図1 ヘルスプロモーションのエンブレム

された⁵⁾。その後、バンコク憲章（2005）で改訂された定義では、ヘルスプロモーションとは「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようとするプロセス」である⁵⁾。バンコク憲章で加えられた「健康とその決定要因」には、先に紹介したように生物学的な側面だけではなく、心理社会的な側面、SDHも含まれている。日本ではヘルスプロモーションを、健康教育などの啓蒙活動と狭く捉える誤解がある。しかしヘルスプロモーションは健康教育の効用と限界を検討する中で創造された⁶⁾。図1に示された3つのプロセスの中の「能力の付与」、そして5つの活動戦略^{5,6)}の中の「個人的なスキルの向上」を目指した取り組みの一つが健康教育であり、それ以外に「コミュニティの活動強化」や「支援的な環境の創造」がある。つまり、働きかける対象には個人だけではなくてコミュニティや環境も含まれている。日本では、健康自己責任論が根強いが、ヘルスプロモーションは、個人・本人の側の責任だけではなく、「調停」「唱道（アドボケイト）」など社会の側にも成すべきことがあるという考え方である。さらに「ヘルスサービスの方向転換」では、治療だけでなく、ヘルスプロモーション志向への方向転換が謳われている。そして、これらを囲む丸、つまり全体を通じて大事なのは健康政策（public health policy）に留まらず、保健医療・健康政策を

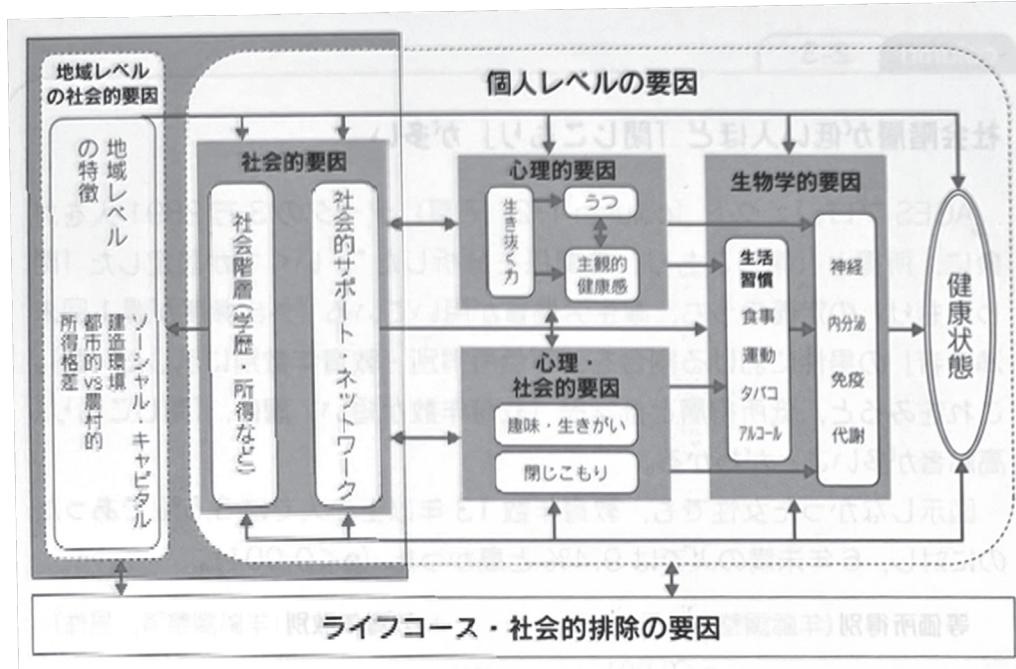
超えた「健康的な公共政策（healthy public policy）の確立」であると明示されている。例えば貧困をなくす税制や所得政策、教育政策、就労支援策、さらには戦争を回避する外交政策などもヘルスプロモーションの一環として捉えるという、健康教育をはるかに超える広い考え方である。その根底には、健康の決定要因として、生物医学的な要因も大事だが、平和、教育、所得、社会正義と公正などSDHも大事であるという健康（の決定要因）観がある。

2. SDH と SDH を巡る動向

SDHの重要性は、日本における実証研究でも確認され、いまや「健康日本21」の基本的方向に「健康格差の縮小」が加わっている。ここで紹介する我々の実証研究は、今から25年前の1999年度から介護予防政策の科学的基盤をつくることを目指して愛知県の2市町で取り組みはじめた愛知老年学的評価研究（Aichi Gerontological Evaluation Study, AGES）、および2010年以降に全国市町村に対象を拡大した日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study, JAGES）⁷⁾で得られた知見である。JAGESは、3年毎に調査を繰り返し2022年には全国75市町村の要介護認定を受けていない高齢者22万人以上の方にご回答いただいている。

JAGESの目指したもの1つは、健康格差やその原因となるSDHの重要性を明らかにすることで、2005年に『健康格差社会』⁸⁾で理論仮説を提示し、3万人あまりのデータを用いてそれらの一部を実証した結果を『検証「健康格差社会』⁹⁾にまとめ発表した。初版出版後の17年間の研究成果を反映した第2版¹⁰⁾を2022年に出版した。

日本はかつて世界でも最も平等な国、格差が小さい国の一つと見なされていた。しかし新自由主義的な改革が進められ、2000年代に入って例えば派遣労働者など不安定雇用が増えたり、社会経済格差が拡大したりした。その結果、欧米のように日本にも健康格差がみられるようになったのでは



近藤克則: 健康格差社会 第2版 医学書院 2022 p34
図2 健康の生物・心理・社会モデル
社会的決定要因が健康に影響するプロセス

ないかと調べると、4年間の死亡または新たに要介護認定を受けるリスクが高所得・高学歴者に比べ低所得・低学歴者で1.8倍高かった¹¹⁾。所得や教育歴などによる集団間の健康格差だけでなく、地域間の健康格差もある。64市町村における高齢化の違いの影響を差し引くため、65歳から74歳の前期高齢者に限定して比べても、うつ傾向割合は、最少15.6～最大32.4%で2.1倍、フレイル割合は5.2～13.3%と実に2.6倍もの差がみられた¹⁰⁾。

多くの文献を元に作成した健康格差をもたらすプロセスの仮説を図2¹⁰⁾に示す。右端に健康状態を置き、すぐ左には生物学的要因、その背景（左側）には心理的要因や心理・社会的要因、その背景には人々の支え合い（社会的サポート）やネットワーク、社会階層（学歴・所得など）がある。ここまで個人レベルの要因である。それらの背景には地域レベルの要因があり、その中にはソーシャルキャピタルや建造環境と呼ばれる人間が作り出した公園・道路などの環境、あるいは所得格差の大きさなど多くの要因が含まれる。これらの影響が積み重なって健康状態に影響が及び健康格差が生じる

のではないかと考えた。これらの仮説の検証を25年かけてすすめてきた¹⁰⁾。一例をあげると、社会参加をしている高齢者ほど、うつ発症や要介護認定リスクが低い。社会参加は、個人要因の影響を受けるだけでなく、周りにスポーツや趣味の会が多数あって参加しやすい環境要因の結果とも言える。なぜなら近隣にグループがないとなると、自分で作るか車とか電車バスで遠くまで行かないと参加できない。つまり、本人の希望だけで参加できるわけではなく、参加しづらい環境では参加する人の割合が低く止まってしまう。つまりヘルスプロモーションを進めるためには、コミュニティや環境を健康づくりに支援的なものにするような介入が必要になる。

SDHや環境への介入の重要性が再認識され、政策となって、取り組みがすすめられるようになつたのは、ここ10年から15年ほどのことである。WHOが健康格差やその背景にあるSDHが重要性とし、世界中で取り組みを強めようと総会決議¹²⁾をあげたのが2009年であった。それに向けて設置されたSDH委員会の最終報告書¹³⁾で示された3つ

の勧告がある。1つ目は、生活習慣でなく生活環境、環境条件を改善する支援的な環境づくり、第2に、背景にある力、金、資源などの不平等や格差を減らす取り組み、第3に、活動が大きな成果・インパクトをあげているのか、健康インパクト評価(Health Impact Assessment)に取り組むことである。

この総会決議があがったころの日本では、まだ健康格差があることを政府が認めていなかった。政府が行う調査の中で社会階層や地域間の健康格差が報告されていた欧米諸国とは違って、日本は平等な国だからと、まだ調査項目に所得や学歴が入っていなかったり、入っていてもそれらによる健康格差は報告されていなかった。私たちが日本にも健康格差があると本などで発表すると、社会医学会などに呼んでいただき、公衆衛生学会や日本学術会議などが反応してくれた¹⁰⁾。やがて2012年に発表された「健康日本21（第2次）」¹⁴⁾の基本的方向に「健康格差の縮小」を目指すと示されるに至った。その後、2018年には日本プライマリケア連合学会が健康格差に対する見解と行動指針¹⁵⁾を発表した。その中には、健康格差を生じるSDHを明らかにし効果的なアプローチを見出す研究の推進、臨床を通じたアドボケートが含まれている。加えて医学教育コアカリキュラムの2022(R4)年度改訂でもSDHが取り入れられた。医学部で教育/学習すべき595項目がリストアップされているが、その中には「健康の社会的決定要因」「アドボカシー」「健康格差」などSDHに関わりが深い項目が約20項目含まれている。2024年度から始まった「健康日本21（第3次）」¹⁶⁾でもヘルスプロモーションの考え方さらに加わった。第1次では生活習慣を中心とし、目標は健康寿命の延伸だけであったが、第2次で「健康格差の縮小」が加わり、それを進めるためには社会環境の質の向上、具体的には社会とのつながりとされた。そして第3次では社会環境が土台で、その上に生活習慣がのっている、つまり環境が行動を規定していることが図示された。さらに「自然に健康になれる環境づくり」、つまり健康行動を支援する環境づくり

というヘルスプロモーションの考え方方が加わった。もう一つ「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」も加わった。生活習慣病と呼ばれる疾患の起源が少年期青年期に受けた教育とか貧困にさらされていたかどうかなど社会経済的な環境の影響、さらには出生時体重など妊娠期出生時の要因との関連もあることがわかってきた¹⁰⁾。日本の高齢者に「あなたが15歳当時の生活程度は世間一般から見て次のどれに入ると思いますか」と尋ね「上」とか「中の上」とか「中の中」とか答えていただいてそれを3群にまとめて分析した。すると15歳からみると50年以上あとの高齢期の閉じこもりが、子供の頃に貧困にさらされていた人たちで1.24倍も多い結果が得られた¹⁷⁾。このようにSDHあるいは環境の重要性を踏まえて生まれたのがヘルスプロモーションの考え方である。

3. HPHとは何か

人々が暮らすあるいは生活する場をセッティング、その環境を改善するアプローチをセッティングアプローチあるいはヘルシーセッティングと呼ぶ。WHOはヘルシー・シティーズ/ビレッジに始まり、スクール、ワークプレイス、ユニバーシティ、あるいはヘルシー・エイジングシティやエイジ・フレンドリー・シティなどを打ち出した。その流れの一つがHPHである。健康の専門職が集まっている場所が病院でありヘルスサービス機関である。そこでヘルスプロモーションに取り組むべきだとWHOが提唱して組織したのがHPHネットワークである。冒頭で紹介したように、その第30回国際会議が今年日本で開催される。HPHを目指すものは「ヘルスケア組織がヘルスケアの質を改善し地域や環境との関係を改善し患者と家族とスタッフの満足度を向上させること」である。働きかける対象は患者だけではなく、その家族も含み、病院スタッフさらに病院に掛かっていない地域住民あるいは環境も対象である。健康教育など個人に対する医療的アプローチだけでなく、より広範な社会環境を含む健康課題に取り組むのが

HPH である¹⁸⁾.

ヘルスプロモーションに取り組む HPH が自己点検し満たすための基準を発表している。全部で数十項目あるうちの 2つを取り上げ、その事例を紹介したい。基準 3 は「住民中心のヘルスケアおよび利用者参加の促進」で、3.1.5 には「弱い立場の患者を識別し、ニーズを把握し、提供する健康サービスにおける不平等を減らすための手順を開発」とある。具体例としては、全国に広がりをみせている子供食堂がある。それらの中には医療機関や医療従事者が支援しているものがある。また高齢者がリハビリテーションを受けて歩けるようになって自宅に退院しても、行き先がなく歩かないと機能が落ちて歩けなくなる。したがって行先を作つて、そこにつなげることが必要である。そのような取り組みを社会的処方 social prescribing と呼ぶ。私も 50 歳前後の男性脳出血リハビリテーション患者で退院後に閉じこもり、うつ状態になり、歩行能力が落ちてしまつて受診した患者に対する社会的処方をした経験がある¹⁹⁾。再入院して歩けるようになった患者を、そのまま家に帰したら再び閉じこもりになる恐れは高いと危惧した。そこで障害者とボランティアの貸し切り電車で旅行に行く「ひまわり号」に誘つたところ、それが契機で外出するようになった事例¹⁹⁾である。

次に基準 5 「より広い社会におけるヘルスプロモーション」の中に 5.1.1. 「受け持ち区域におけるサービス利用パターンに関するデータを収集」、5.1.4. 「健康ニーズ評価に基づき（中略）住民の健康を向上するための活動」などがある。具体例の一つ目は、千葉県松戸市での地域診断を起点とした移動支援の取り組みである。松戸市で、データを使って地域診断をした結果、閉じこもりが多いまちが特定できた。現地調査をしてみると、坂道が多く、それが外出を阻害している可能性を見出した。そこに、国土交通省と環境省のモデル事業を利用してグリーンスローモビリティ（略称グリスロ）と呼ばれる電動カートを試しに導入した。その結果、行動範囲が広がり、外出機会だけでなく、ポジティブな心理（日常生活における楽しみ、気

持ちが明るくなるなど）が 3 割増え、地域活動に参加したり助け合いが増えたりなどの社会的行動が 4 割弱も増えていた²⁰⁾。これらは、健康向上に寄与することが知られている変化である。

もう一つの例は、社会参加しやすいまちづくりによる介護予防である。初めに取り組んだ愛知県武豊町での 18 年間の取り組みを本²¹⁾にまとめたので、詳しくはそちらを参照されたい。まず、定期的に集まるサロンを担うボランティアを増やそうと、その町で実施した縦断調査の結果報告会を実施した。ボランティアをはじめ地域組織に参加している人たちに比べ参加していない人は認知症になるリスクが 2 倍前後高かったという結果を紹介した。その後に、ボランティアをやりませんかと声を掛けたことがきっかけでボランティアの人数が 9 倍に増えた。ワークショップでどんなサロンにしようかと話し合つた結果、毎月違う季節行事をやることになった。参加した人たちに尋ねると健康意識が上がり人との交流が増えるだけでなく、幸せを感じる、気持ちが明るくなつた人などが 75% 以上で、さらにサロンに行ったことがきっかけでサロン以外の会への参加が増えたと答える方が 2 人に一人もいた。

他の市町などでも似たような取り組みを行い、その前後の変化を調べた結果、同じ運動でも一人でやるのに比べグループでやると一年後の運動継続率が 3.6 倍も高く²²⁾、サロン参加後の初期の変化として歩く機会が増えたなど行動や意識が変化し、やがて心身の健康が改善し、社会的なつながりも豊かになる。これらの結果、最終的に、要介護認定や認知機能低下、死亡リスクなどが抑えられるという一連のプロセスが数十の調査研究によって確認できた²³⁾。5 年間の要介護認定率はおよそ半分に、7 年間の認知機能低下リスクは 3 割抑えられていた^{10,21)}。このような結果が、他の研究グループからも厚生労働省に寄せられた結果、専門職が主導していた介護予防教室から住民主体の通いの場づくりを進める地域づくりによる介護予防へと平成 26 年から変更された。その 5 年後に検討会が開かれて効果が確認され、通いの場の多様性や機能

を強化し、PDCAに沿った事業展開を強化する方針が示された²⁴⁾。通いの場の参加者は、2013年から2019年にかけて、全国で150万人増えている（厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業報告」）。

以上、個人に対する医療的アプローチにとどまらず、社会環境などの決定要因の改善に取り組む医療機関やヘルスサービスが HPH である。

おわりに

第30回 HPH国際会議の日本開催を契機に、ヘルスプロモーションとは何かを確認し、その根底にある「健康の社会的決定要因 (social determinants of health, SDH)」を重視する動向を紹介し、HPHとは何か、その具体例なども紹介した。

最後に、これらを踏まえて社会医学の研究課題を考えてみたい。世界の中で、ヘルスプロモーションの先進国とはどこだろうか。世界中の国々が直面した健康課題といえば、新型コロナウイルス感染症のパンデミックだろう。同感染症による人口あたりの死亡者率を国際比較すると、先進7カ国の中でもっとも少ないのは、実は日本である。人口百万人あたりで見ると、他の6カ国に比べ、文字通り桁違いに少なかった。OECDやWHOによれば、平均寿命でも、健康寿命でみても、世界一の健康長寿国も、実は日本である。これらの客観的な健康アウトカムから言えば、世界の国々の中で「健康とその決定要因をコントロールし、改善する」ヘルスプロモーションに成功している国の一つは日本である。

日本社会のどのような要因、あるいは実践・政策プロセスが、日本の高い健康水準を実現しているのだろうか。これは社会医学が解明すべき研究課題である。国民皆保険制度は、疾患罹患後の保険診療においては大いに寄与していると考えられる。が、肥満が少ないと象徴される疾患自体が少ないと国民皆保険だけでは説明できない。日本のヘルスプロモーションの成功要因の解明が、社会医学研究によって、さらに進むことを期待したい。

- 1) 神馬征峰: ヘルスプロモーションを超えて：健康か幸福か？. 日本健康教育学会誌 17: 268–273, 2009
- 2) WHO: Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (2025.3.26 アクセス), 1986
- 3) Clark J: Ilona Kickbusch: global health reformer. Lancet 390: 835, 2017
- 4) 島内憲夫: ヘルスプロモーションを支える理念・理論・戦略—原点は WHO オタワ憲章—. 日本健康教育学会誌 26: 40–46, 2018
- 5) World Health Organization: Milestones in Health Promotion—Statements from Global Conferences. WHO, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01> (2025.3.26 アクセス), 2009
- 6) 島内憲夫: ヘルスプロモーションの近未来－健康創造の鍵は？－. 日本健康教育学会誌 23: 307–317, 2015
- 7) Kondo K, Rosenberg M: Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: lessons learnt from the Japan Gerontological Evaluation Study. World Health Organization, Geneva, 2018
- 8) 近藤克則: 健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか. 医学書院, 2005
- 9) 近藤克則: 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. 医学書院, 2007
- 10) 近藤克則: 健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか 第2版. 医学書院, 2022
- 11) 近藤克則, 芦田登代, 平井寛, et al.: 高齢者における所得・教育年数別の死亡・要介護認定率とその性差 AGES プロジェクト縦断研究. 医療と社会 22: 19-30, 2012
- 12) World Health Organization (WHO): RESOLUTIONS WHA62.14 Reducing health inequities through action on the social determinants of health. World Health Organization, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-

- REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf (2025.3.26 アクセス) (日本語訳)http://sdh.umin.jp/translated/2009_wha.pdf (2025.3.26 アクセス), 2009
- 13) Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organisation, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1 (2025.3.26 アクセス) (日本語訳) http://sdh.umin.jp/translated/2008_csdh.pdf (2025.3.26 アクセス), 2008
- 14) 厚生労働大臣: 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf (2025.3.26 アクセス), 2012
- 15) 日本プライマリ・ケア連合学会: 日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針. 日本プライマリ・ケア連合学会, <https://www.primary-care.or.jp/sdh/analysis/index.php#process> (2025.3.26 アクセス), 2018
- 16) 厚生労働省: 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部を改正する件. <https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf> (2025.3.26 アクセス), 2023
- 17) Ashida T, Fujiwara T, Kondo K: Childhood socioeconomic status and social integration in later life: Results of the Japan Gerontological Evaluation Study. *SSM - Population Health* 18: 2022
- 18) WHO Regional Office for Europe: The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services: Concept, framework and organization (国際 HPH ネットワーク). <http://www.chidoribashi-hp.or.jp/chidoribashi-hph/img/hph.pdf> (2025.3.26 アクセス), 2007
- 19) 近藤克則: 生きる希望が湧く処方. *Clinical Rehabilitation* (クリニカルリハビリテーション) 28: 2019
- 20) 田村元樹, 井手一茂, 花里真道, et al.: 地域在住高齢者におけるグリーンスローモビリティ導入による外出, 社会的行動, ポジティブ感情を感じる機会の主観的变化: 前後データを用いた研究. *老年社会科学* 45: 225-238, 2023
- 21) 平井 寛, 竹田徳則, 近藤克則: まちづくりによる介護予防: 「武豊プロジェクト」の戦略から効果評価まで. ミネルヴァ書房, 2024
- 22) 河口謙二郎, 横山芽衣子, 井手一茂, et al.: スポーツクラブを利用する地域在住高齢者におけるグループ運動と運動継続との関連: リソルの森ウェルネスエイジクラブ縦断研究. *日本老年医学会雑誌* 59: 79-89, 2022
- 23) 井手一茂, 近藤克則: 介護予防の効果—医療経済学的な立場から. *老年社会科学* 44: 392-398, 2023
- 24) 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会: 取りまとめ [本文]. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000576580.pdf> (2025.3.26 アクセス), 2019

(受付 2024.9.5 : 受理 2025.4.7)

社会医学研究 Bulletin of Social Medicine 投稿規程

「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/stf/seisaku-0000474416.pdf> (2019年5月19日アクセス)
- 2) WHO. Factsheets (15 March 2018). Deafness and hearing loss. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/deafness-and-hearing-loss> (Accessed 26 Jan 2019).

(投稿の手続き)

16. 論文は電子ファイルとして細則に示す編集委員会のメールアドレスに投稿する。
17. 投稿に際して、諸事情によりメールでの原稿提出が困難な場合には、A4用紙に印刷した原稿等3セット及び必要なファイルを保管した電子媒体を郵送ないし宅配便にて日本社会医学会事務局まで送付することでも投稿できることとする。ただし、その際は外装に「社会医学研究投稿原稿 在中」と明記すること。
18. 投稿された論文に対しては原則として、査読を行う。原著論文は2名、他は1名以上の査読者による査読を行い、編集委員会が掲載の可否について最終判断を行う。

「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則

2021年1月15日制定

1. 「社会医学研究」に掲載される原稿の種類は表1の通りとする。
2. 投稿時に必要なファイルは表2の通りとする。
3. 各投稿原稿の構成例は表3～表6の通りとする。
4. 原稿の投稿は編集委員会メールアドレス：e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp宛とする。
投稿にあたっては、必要なファイルを添付し、件名に「社会医学研究投稿原稿」と記すこと。
5. 投稿時には「社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト」「投稿時COI自己申告書」「英文校正証明書」を添付すること。「社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト」「投稿時COI自己申告書」は本誌掲載のものを使用するか、日本社会医学会のWebページからPDFファイルをダウンロードして使用すること。その後、スキャンするなどして電子ファイルとして提出すること。

表1 「社会医学研究」に掲載される原稿の種類

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

表2 原稿の種類ごとの投稿時必要ファイル

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

(最大図表数は図表の大きさにより減らすことがある)

*原稿本文は MS Word ファイルとする

*表は MS Excel ファイルとする

*図は MS Power point、PDF、画像ファイルとする

表3 投稿原稿の構成例（原著論文、短報）

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

表4 投稿原稿の構成例（総説）

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

表5 投稿原稿の構成例（実践報告）

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

表6 投稿原稿の構成例（特別報告）

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

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

- | | |
|---|---|
| <p>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」の場合は以下の②にお答えください。</p> <p>②研究が「人を対象とした医学系研究」に該当する 「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。</p> <p>③責任著者所属機関に倫理審査委員会がある 研究はその倫理審査委員会の承認を受けた</p> <p>④共同著者所属機関に倫理審査委員会がある 研究はその倫理審査委員会の承認を受けた</p> <p>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 方法等をお書きください（ ）</p> <p>⑥上記について、論文の本文中に記載した</p> | <p><input type="checkbox"/> はい • <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
|---|---|

投稿時COI自己申告書

著者名 : _____

論文題名 : _____

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

論文投稿の際は、以下の項目を記入し、この用紙を原稿とともに提出して下さい。

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

(本COI申告書は論文掲載後3年間保管されます)

(申告日) 年 月 日

記名(自署) _____

著作権委譲承諾書

日本社会医学会 御中

論文名

著者名（筆頭著者から順に全員の氏名を記載してください）

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

（下記に記名および自署してください※¹）

責任著者：

記名 _____ 自署 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

著者：

記名 _____ 自署 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記名 _____ 自署 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記名 _____ 自署 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記名 _____ 自署 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記名 _____ 自署 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

*² 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員であることを原則とします。

日本社会医学会会則

第 1 章 総 則

第 1 条 (名称) 本会は、日本社会医学会といふ。
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つて目的とする。

第 3 条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。

1. 研究会の開催
2. 会誌、論文集などの発行
3. その他必要な事業

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

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

第 2 章 会 員

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

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

第 8 条 (退会) 会員は書面により理事長に通告すれば退会できる。

第2項 会員の死亡、または失踪の通知を受けた場合には、自然退会とする。

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

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

第 9 条 (除名) 会員が、本会の名誉を傷つけ、目的に反する行為を行った場合には、総会の決議により除名することが出来る。

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

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

第 3 章 総 会

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

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

第 4 章 役 員

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

- 評議員
理事
監事

理事、評議員、及び監事など本会役員の定数は選出細則によって別に定める。

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

第2項 選出に関する細目は別に定める、『役員選挙細則』による。

第3項 理事会は、上記1項の規定にかかわらず、性、地域、職種、年令、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出来る。

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

第 6 章 会 費

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

第2項 名誉会員は、会費納入を免除される。

第 7 章 そ の 他

第 17 条 本会は、会員の希望により各地方会をおくことができる。

第 18 条 本会の諸行事、出版物などは、会員外に公開することができる。

第 8 章 雜 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載された全会員（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、年令等を考慮して、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

現代社会を生きる我々にとって、人権を守ることは基本中の基本です。しかし、現実には言うは易しで、様々な場面で人権が侵害されています。虐待もその一つで、立場の弱い者への身体・精神への暴力などは、その最たるものです。戦争の際の捕虜への虐待、囚人への虐待、障害者への虐待、職場での虐待、高齢者への虐待、配偶者への虐待など、まだまだ世の中のいたるところで起こっています。中でも特にわが国において今世紀に入り年々増え続け、大きな問題となっているのは児童虐待です。幼い子どもに対する虐待が特に取り沙汰されていますが、トヨ横キッズに見られるように、中高生に対するネグレクト等も、児相が介入しづらく深刻な問題となっています。

先日、子ども家庭庁が一時保護の判断に役立てる「AI（人工知能）による児童虐待リスク判定システム」の開発を断念したとのニュースを見ました。集めた事例数が少なく、判定に十分な精度が得られなかったというのがその理由だったようです。児童虐待がここまで増加したために何とかしてたくて開発を始めたのだと思いますが、何をもって虐待と判定するのかがいま定まっていない今の段階で、これは時期尚早かと思いました。ましてやAIに人権保護を任せるのはさすがにちょっと怖い気がします。未来社会において進化したAIによるシステムが暴走して人の命を奪うという有名な映画のストーリーを思い出てしまいました。

そもそも人権は、私たち人間が、自分たち自身で守るべきものです。おそらくは「自分がされたら嫌だなと思うことを人にしない」という、人として当たり前の「生々しい感覚」が大切なのでしょう。社会が人をつくります。そして、人に優しい社会が優しい人を育てます。これからも社会医学研究は、社会に生きるすべての人々への地道な情報の提供で、人権意識を取り戻すお手伝いをしていきたいものです。今後ともどうぞご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

日本社会医学会機関誌・社会医学研究
編集委員長 小橋 元

社会医学研究 第42巻1号 2025年4月1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

The background of the entire page features a complex, abstract geometric pattern composed of numerous thin, light blue lines. These lines form various shapes, including several large, overlapping circles and many smaller, intersecting lines that create a sense of depth and motion. The overall effect is a modern, digital, and somewhat futuristic look.

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE