

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

社会医学研究

42-2

2025

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

<巻頭言>

1. 歴史の沈黙から学ぶ HIA と社会的処方 that 拓く社会医学の新たな使命…………… 石竹達也 69

<原著論文>

2. 医療専門職の離職意思に関連する要因の検討：JD-R モデルを用いた検討…………… 小池康弘ら 73
An examination of factors associated with turnover intention of healthcare professionals: using the JD-R model.

<短報>

3. 身寄りがない入院患者の死亡関連課題に取り組む医療ソーシャルワーカーの支援の現状と課題（パイロット・スタディ）…………… 巻 康弘ら 86
Current Status and Challenges of Medical Social Workers Dealing with Death-related Challenges of Inpatients without Relatives (Pilot Study)
4. 自傷を行う高校生への対応において養護教諭として重要だと認識していること—質的分析を用いて—…………… 井村 亘ら 95
What School Nurses Recognize as Important in Responding to Self-Harming High School Students: A Qualitative Analysis

<特別報告> 2025.9.6 日本社会医学会総会 市民公開メイン企画

優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える

5. 「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」市民公開講座を踏まえた、大会長声明…………… 武内 一 102
6. 市民公開講座「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」を開催して…………… 武内 一ら 103
7. 優生保護法問題に対する聞こえない者の思いと全日本ろうあ連盟の取り組み…………… 石野富志三郎 108
8. 第 66 回日本社会医学会総会 報告集「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」…………… 藤原精吾 116
9. 旧優生保護法下の強制不妊手術に対する日本医学会と日本社会医学会の対応を振り返る…………… 高鳥毛敏雄 122
Looking back at the responses of the Japanese Medical Association and the Japanese Society of Social Medicine to forced sterilization under the former Eugenic Protection Law
10. 産婦人科の現場と旧優生保護法 ～何が起きて何が終わっていないか～…………… 船山由有子 130

- 「社会医学研究」投稿規程…………… 137
- 「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則…………… 139
- 社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト…………… 143
- 投稿 COI 自己申告書…………… 144
- 著作権委譲承諾書…………… 145
- 日本社会医学会会則…………… 146
- 日本社会医学会役員選出細則…………… 147
- 編集後記…………… 148

巻頭言

歴史の沈黙から学ぶ HIA と社会的処方 that 拓く社会医学の新たな使命

久留米大学医学部 環境医学講座 石竹達也

1. 優生保護法の歴史と最高裁判決

2024 年、最高裁判所大法廷は旧優生保護法に基づく障害者等への強制不妊手術について、初めて憲法違反との判断を示した¹⁾。この歴史的判決を受け、第 66 回日本社会医学会総会では市民公開講座「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」が開催された。

医師や公衆衛生専門職が「科学的合理性」や「公共の福祉」を名目に、障害者や貧困層の生殖抑制を正当化してきた歴史を直視することは、社会医学に携わる者に不可欠である。憲法が保障する個人の尊厳や平等の理念が半世紀にわたり踏みにじられてきたにもかかわらず、学会として明確な発言をしてこなかった事実は、私たちに重い問いを突きつける。

松原洋子氏は、戦前の国民優生法から戦後の優生保護法に至る連続性の中で、近代日本における優生思想と医療の結びつきを実証的に明らかにしている²⁾。さらに、ハンセン病や水俣病においても、被害が「限られた人の問題」と矮小化され、社会の周縁に追いやられてきた。研究者自身が「声なき声」に耳を傾ける姿勢を失えば、重大な人権侵害を見過ごす危険があることを、歴史から学ばなければならない。

2. 健康の社会的決定要因と格差の拡大

最近、我が国でも貧困や教育格差といった社会的要因が健康に直結する「健康の社会的決定要因」として広く認識されつつある³⁾。学歴や就労機会、

住環境や社会的ネットワークの有無が、人々の寿命や健康水準に大きく影響することは、多くのエビデンスで裏づけられている。

日本は平均寿命が世界最長水準にある一方で、所得階層間の健康格差は拡大しており、低所得層ほど生活習慣病の有病率や早期死亡率が高いことが報告されている。幼少期の逆境体験（ACE: Adverse Childhood Experiences）は成人後の心血管疾患や精神疾患のリスクを高め、教育格差と健康の負の連鎖を断つことが喫緊の課題である。

都市部の住宅環境、雇用形態の不安定さ、非正規労働者の社会保障へのアクセス不足など、日本特有の要因も格差を深めている。さらに地域差も大きく、平均寿命に男女とも 3 年以上の差がある自治体も存在し、その背景には地方都市や中山間地での医療資源不足がある。社会医学は、これらを単なる「生活習慣」の問題に還元せず、経済・教育・労働・居住環境といった構造的課題として捉え、行政・教育・民間セクターを巻き込んだ包括的アプローチを示す責務がある。

3. 孤独・孤立と社会的処方の可能性

現代社会では人とのつながりが希薄化し、孤独や孤立が深刻化している。これは高齢者だけでなく、子どもや若者を含むすべての世代に共通する課題である。

国際的にはイギリスが「孤独担当大臣」を設置し⁴⁾、WHO が孤立・孤独を健康課題として報告書に取り上げるなど、孤独・孤立対策は時代的要請となっている⁵⁾。その方策として注目されるのが社

会的処方である。地域に根ざした文化活動、スポーツ、ボランティアや学習支援といった非医療資源につなげ、人と人とのつながりを再構築して心身の健康を支える取り組みが広がっている⁶⁾。孤独・孤立の解消は単なる福祉課題ではなく、全世代に共通する健康づくりの基盤である。

4. 高齢者をめぐる課題

高齢化が進む社会では、独居や老老介護が増加し、孤独死の問題も顕在化している。2040 年には高齢者世帯の約 4 割が単身世帯になると予測されている⁷⁾。都市化や核家族化により地域コミュニティのつながりは希薄化し、孤立は深刻化している。

フレイルや認知症の進行を医学的に管理することは重要であるが、社会的つながりを維持することこそが尊厳ある生活を支える鍵となる。厚生労働省が進める「地域包括ケアシステム」に社会的処方の視点を加えることで、地域資源を活用したつながりの再構築がより実践的になる。その実践には、住民（患者）と非医療的資源をつなぐリンクワーカーの育成が不可欠である^{8,9)}。

5. 子ども・若者を取り巻く環境の悪化

子どもや若者を取り巻く課題も深刻である。ひとり親家庭の困難や相対的貧困は依然として高水準にある。加えて、不登校や発達障害のある子どもが急増しており、十分な支援体制がないため学習や社会参加の機会が奪われている。

日本の小中学生の不登校は過去最多水準に達しており¹⁰⁾、教育・福祉・保健が連携した包括的支援体制、とりわけ居場所づくりや学習支援、ピア・サポートといった社会的処方的アプローチが有効である。国際比較の教育統計も、こうした状況を裏づけている¹¹⁾。

6. 気候変動と世代間・国際間の不公平

気候変動という新たな健康リスクも加わってい

る。温暖化による熱中症の増加、豪雨や台風などの異常気象、頻発する自然災害は人びとの命と暮らしを直撃している¹²⁾。

スウェーデンの若者グレタ・トゥーンベリ氏の活動は、気候危機への国際的注目を喚起し、若い世代が自らの未来を守るために立ち上がる象徴となった¹³⁾。日本でも「若者気候訴訟」をはじめ、未来世代が生存権を守るために声を上げる動きが広がっている。

気候変動は、過去に化石燃料を大量に消費してきた世代の行動結果が若い世代や未来世代にツケとして回る「世代間の不公平」を生み出す。また、歴史的に温室効果ガスを多く排出してきた先進国が、発展途上国に化石燃料使用の制限を迫る構造は「国際間の不公平」の象徴でもある¹⁴⁾。この二重の不正性を直視することなしに、気候正義も社会医学も語ることはできない。

7. 人口減少社会と社会医学の責務

日本が直面する急激な人口減少は、健康格差や社会的弱者の増大と密接に関連している。明治期以降の人口増加から 2004 年をピークに減少へ転じ、2100 年には 5,000 万人を下回るとの推計もある。この変化は千年単位で見ても極めて急激であり、世界でも類を見ない「人口減少社会」の到来を意味する¹⁵⁾。

出生率低下の背景には、就労形態の変化、若年層の所得停滞、長時間労働や育児環境の不備など複合的要因が存在し、単なる人口政策では対応できない。地方では医療・介護人材の確保が困難となり、都市部では高齢単身世帯が増大し、世代間支援の断絶が進行している。社会保障制度の持続可能性が脅かされ、現役世代への負担増は健康格差をさらに拡大させる可能性がある。

社会医学は、人口減少を単なる「数の問題」とせず、地域づくり、労働政策、教育投資など多分野と連携した総合的戦略を提示する責務を担うべきである。

8. HIA と Health in All Policies の意義

こうした複合的課題に立ち向かうには、従来のアプローチだけでは不十分である。健康格差を是正し、社会的弱者の生活を守るためには、政策形成の段階から健康への影響を評価する Health Impact Assessment (HIA: 健康影響評価) を積極的に活用する必要がある^{16,17)}。

HIA は、都市計画や交通、エネルギー、教育など一見医療とは無関係に見える施策が健康やその社会的決定要因に及ぼす影響を事前に予測・評価する仕組みである。評価過程で市民や利害関係者が参加することで、政策決定の透明性と公平性が高まることは国際的事例からも示されている。

英国や北欧諸国では環境アセスメントと統合して制度化が進み、健康格差の縮小に一定の成果を上げている。日本でも環境影響評価制度や自治体レベルでの試行的取り組みが始まっており、教育・労働・地域福祉など非医療分野の政策に健康の視点を組み込むための基盤が整いつつある。その背景にある理念が Health in All Policies (HiAP: すべての政策に健康を) であり¹⁸⁾、行政の縦割りを超え、あらゆる公共政策の策定段階から健康影響を検討する文化を根づかせることこそ、社会医学が主導すべき方向性である。

9. 小さな一歩からの変革

これらの課題はいずれも大きく、個人の力だけで解決することは困難である。しかし「大きな行動は難しくとも、小さな一歩を自分ごととして積み重ねる」ことこそが、社会を変える原動力となる。地域での調査や小規模な実践研究、学生や市民への啓発活動、日常の診療や教育の場での気づき。そうした小さな営みを束ねることで、過去の沈黙を乗り越え、未来に向けて社会医学を前進させることができるはずである。

社会医学は、弱い立場にある人々の尊厳を守り、すべての世代が健康で生きることのできる社会を築くために存在している。HIA と HiAP を通じて

政策に健康の視点を組み込み、社会的処方を通じて孤独・孤立を防ぎ、人と人とのつながりを再生する。そして気候変動に象徴される世代間・国際間の不平等を直視し、未来世代と世界の仲間とともに行動する。さらに人口減少社会という歴史的転換期にあって、社会医学は人々の生き方と社会のあり方を問い直す役割を果たさねばならない。その積み重ねが、歴史の反省を未来の実践へと昇華させ、健康で尊厳ある社会を築く力になると信じる。

10. 最後に

本稿で示した社会的決定要因への対応、孤独・孤立の克服、人口減少社会への備え、そして HIA・HiAP を通じた政策介入はいずれも、単一の専門領域だけで完結する課題ではない。教育、労働、環境、都市づくり、気候変動対策など多分野が有機的に連携してこそ、健康格差の是正と持続可能な社会が実現する。

私たち社会医学に携わる者は、過去の沈黙から学び、科学的根拠と市民参加を基盤に「健康をすべての政策に」組み込み、地域社会の小さな実践を積み重ねていく責務がある。歴史の反省を未来への希望に転じ、あらゆる世代が尊厳をもって生きられる社会の構築こそ、社会医学が果たすべき最大の使命である。

参考文献

- 1) 最高裁判所大法廷. 令和5年(受)第1319号 国家賠償請求事件・令和6年7月3日大法廷判決(旧優生保護法・憲法違反判断). https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=93159
- 2) 松原 洋子. 近代日本の優生思想と医療. 岩波書店; 2018.
- 3) Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social Determinants of Health*. Oxford University Press; 2005.

- 4) UK Government (DCMS). *A Connected Society: A Strategy for Tackling Loneliness*. London; 2018.
- 5) World Health Organization. *Social Isolation and Loneliness among Older People: Advocacy Brief*. Geneva: WHO; 2021.
- 6) Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. *BMJ Open*. 2017;7:e013384. doi:10.1136/bmjopen-2016-013384.
- 7) 内閣府. 令和 5 年版 高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf_index.html
- 8) Moffatt S, Wildman J, Steer M, et al. Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*. 2017;7:e015203. doi:10.1136/bmjopen-2016-015203.
- 9) 西岡 大輔, 近藤 尚己. 社会的処方事例と効果に関する文献レビュー—日本における患者の社会的課題への対応方法の可能性—. *医療と社会* (J Health Care Soc). 2020;29:527-544.
- 10) 文部科学省. 「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」概要 (2023). https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1302902.htm
- 11) OECD. *Education at a Glance 2022*. OECD Publishing; 2022.
- 12) Romanello M, et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change. *Lancet*. 2023;402(10419):2346-2394. doi:10.1016/S0140-6736(23)01859-7.
- 13) Thunberg G. *No One Is Too Small to Make a Difference*. Penguin; 2019.
- 14) IPCC. *Climate Change 2023: Synthesis Report*. Intergovernmental Panel on Climate Change; 2023.
- 15) 石竹 達也. 人口減少社会における社会医学研究. *社会医学研究*. 2019;36(1):1-10.
- 16) 石竹 達也. 政策評価に社会医学の視点を—ツールとしての HIA の必要性. *社会医学研究*. 2013;30:63-72.
- 17) Kemm J. *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford University Press; 2012.
- 18) World Health Organization & Finland Ministry of Social Affairs and Health. *Health in All Policies: Helsinki Statement—Framework for Country Action*. Geneva: WHO; 2014.

(受付 2025.10.15 : 受理 2026.2.20)

原著論文

医療専門職の離職意思に関連する要因の検討： JD-R モデルを用いた検討

小池康弘¹⁾, 實金 栄²⁾, 名越恵美²⁾

要旨

背景・目的：高齢化の進む社会の中では、医療の需要は年々増加している。そのため、医療専門職の離職を予防し、医療の需要と供給のバランスの維持を図ることが喫緊の課題である。本研究の目的は医療専門職の離職に関連する要因を JD-R モデルの観点から明らかにすることである。

方法：医療専門職 729 名を対象に職業的アイデンティティ、ワークシチュエーション、バーンアウト、ワークエンゲージメント、組織コミットメント、離職意思からなるモデルを考案し、構造方程式モデリングを用いて解析を行った。

結果：ワークシチュエーションは職業的アイデンティティとワークエンゲージメント、バーンアウト、組織コミットメントに影響を与え、職業的アイデンティティはバーンアウト、ワークエンゲージメントに影響を与える。バーンアウトは直接的に離職意思に影響を与え、ワークエンゲージメントは直接および組織コミットメントを介して間接的に離職意思に影響を与えるというモデルが実証された。

考察：医療専門職の離職意思を軽減させるには、ワークシチュエーションおよび職業的アイデンティティを向上させるための介入が必要であることが示唆された。

【社会医学研究 2025；42（2）：73－85】

doi:10.60435/socialmedicine.42.2_73

キーワード：離職意思, JD-R モデル, 医療専門職

I. 緒言

世界の人口に占める高齢者の割合は増加を続け、先進国を中心に人口の高齢化が問題視されている。

WHO は、2015 年から 2050 年の間に 60 歳以上の高齢者の人口に占める割合は 12% から 22% へとほぼ倍増するとしている¹⁾。近年の医療や公衆衛生の著しい発展により、多くの人が 60 歳を超えて生きられるようになった一方で、医療や福祉といった高齢者がより良く生きられる仕組みの構築や社会システムの確保が必要である¹⁾。その中で日本は最も高齢化の進んだ国であり、人口に占める 65 歳以上の人の割合は 29% を超え、今後も高水準を維持していくことが報告されている²⁾。このような状況の中では、今後もますます医療、福祉のニーズは

1) 川崎医療福祉大学リハビリテーション学部作業療法学科

2) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

連絡先：小池康弘

住所：川崎医療福祉大学リハビリテーション学部作業療学科 岡山県倉敷市松島 288

Tel：086-464-1111

Fax：086-464-1109

E-mail：y.koike@mw.kawasaki-m.ac.jp

拡大していくことが予測されるが、医療や福祉を提供する医療従事者が不足する可能性があることが指摘されている。日本の厚生労働省による医療従事者の需給に関する検討会では、看護師の需要と供給について2025年時点で需要が供給を上回ることが推計されている³⁾。また、医療専門職は最大70%が燃え尽き症候群などのストレス関連障害(stress-related disorder: SRD)を発症する可能性があることが指摘されており⁴⁾、休職や離職の起こりやすい職業である。実際、日本において医療専門職の離職率は全15業種中、3番目に高く、この高水準を維持し続けている⁵⁾。このような状況から医療専門職の離職を予防し、医療の需要と供給のバランスの維持を図ることが喫緊の課題であると言えよう。そのため、医療の現場においても職業性ストレスやモチベーションの管理、職務のやりがいの確保などのメンタルヘルスケア、ポピュレーションアプローチにも目を向ける必要があると考える。

さて、代表的な職務ストレスモデルの一つにThe Job Demands-Resources model (JD-R model)がある^{6, 7, 8)}。JD-Rモデルでは仕事のストレスと動機づけの発展には2つの異なる心理プロセスが関与しているとされている。第一の健康障害プロセスでは、仕事の不平等な要求は職務者のバーンアウトを引き起こし、健康問題につながるとされている。第2の動機づけプロセスでは、職務資源が動機づけとしての潜在能力を持ち、さらに個人資源と協働しながらワークエンゲージメントを高め、ポジティブなアウトカムに繋がるモデルである。医療専門職を対象にしたJD-Rモデルを用いた先行研究では、井口らは、仕事の要求度が高いとバーンアウトの状態となり離職意図が高まる一方で、仕事の資源が高いほどワークエンゲージメントが高まり、バーンアウトが起こりにくいことを明らかにしている⁹⁾。また、エンパワメントがワークエンゲージメントを介して情動的組織コミットメントに影響すること¹⁰⁾や仕事の量的、質的負荷が情緒的消耗感やワークエンゲージメントに影響を与え、さらにそれぞれが脱人格化および個人的達成

感の後退に影響するというバーンアウトの過程¹¹⁾なども報告されている。これらの報告は医療専門職においてもJD-Rモデルを用いて、職務ストレスの関連性を捉えることの有効性を示すものであると考えられるが、アウトカムがバーンアウトやコミットメントに留まっていること、JD-Rモデルにおける動機づけプロセスモデルの視点が不足していることなどの問題も存在している。厚生労働省が「労働経済の分析—人手不足の下での働き方をめぐる課題について—」¹²⁾の中で提唱しているJD-Rモデルでは、ポジティブなアウトカムに組織コミットメントや離職率の低下を挙げており、離職率の高い医療専門職において、JD-Rモデルを用いて組織コミットメントや離職をアウトカムにおいた動機づけプロセスモデルを根幹に置いた検討を行う必要性は十分に存在する。また、離職は単体で生じるものではなく、複数の要因のプロセスを経て生じるものであると考えられ、離職に至るプロセスの解明も望まれる。

そこで本研究の目的は、医療専門職の離職に関連する要因をJD-Rモデル、特に動機づけプロセスモデルの観点から明らかにすることであった。本研究により医療専門職の離職に関する知見が得られることで、離職を防止するための介入へとつながり、超高齢社会における日本の医療・福祉の発展や国民の健康増進の礎となることが期待される。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

本研究における離職とは、現在職務に従事している病院、施設での職を辞することとし、医療専門職とは看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の国家資格を持ち、現在その職務に従事している者とした。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は心理尺度を用いた横断的調査研究として実施した。

2) 対象者と調査方法

対象は日本国内で職務に従事している看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とし、対象者の選定には多段抽出サンプリング¹³⁾を用いた。多段抽出サンプリングは母集団を複数のグループに分割し、その中からランダムに標本抽出を行うサンプリング手法である。効率よくデータをしやすい一方で、抽出段階が増えると測定精度が低下するといった特徴もある。これらを踏まえて本研究では2段階抽出を採用した。第1段階として47都道府県から乱数表を用いて20都道府県を抽出し、第2段階として選定された各都道府県から日本病院会および厚生労働省「介護サービス情報システムのオープンデータ」に登録されている20個の病院、福祉施設を抽出した。ランダム抽出にはMicrosoft ExcelのRAND関数を用いて、合計400施設を抽出し、各施設20通、合計8000通のアンケートを送付した。

3) 仮説モデル

本研究で検証する仮説モデルは医療専門職の離職意思に影響を与える要因として、ワークシチュエーション、職業的アイデンティティ、バーンアウト、ワークエンゲージメント、組織コミットメントの5つの変数が相互に関係し合う構造を仮定した。具体的には、ワークシチュエーションは職業的アイデンティティと相互に関係し合いながらバーンアウトおよびワークエンゲージメントに影響を与える。さらに職業的アイデンティティはワークシチュエーションと相互に関係し合いながらバーンアウトとワークエンゲージメントに影響を与える。バーンアウトとワークエンゲージメントは、それぞれ離職意思に直接影響を与えるとともに、ワークエンゲージメントは組織コミットメントを媒介して離職意思に間接的に作用することを仮定した。JD-Rモデルにおける仕事の資源としてワークシチュエーション、個人資源として職業的アイデンティティを設定した。JD-Rモデルにおける個人資源は「自分を取り巻く環境を上手にコントロール出来る能力やレジリエンスと関連した肯定的な自己評価」である¹⁴⁾とされており、先行研

究では動機づけや仕事への満足度などが規定されている¹⁵⁾。これらを包括的に捉えることのできる概念として「医療専門職としての実践の中で培われる医療職人としての自分らしさの感覚と職業への自信や誇り」¹⁶⁾と定義される職業的アイデンティティを採用した。これら仕事の資源と個人の資源が相互に関係しながらワークエンゲージメントとバーンアウトに関連し、さらにバーンアウトは直接的に離職意思に、ワークエンゲージメントは直接および組織コミットメントを介して間接的に離職意思に影響を与えるというモデルを考案した。JD-Rモデルでは、離職および組織コミットメントはアウトカムとして並列に扱われているが、本研究では関係性を仮定した。サイドベッド理論¹⁷⁾によると、「一般化された文化的期待」、「非人間的・官僚的取り決め」、「社会的地位への個人的適応」、「対面的相互作用」の4つの側面で生成されるサイドベッドが、組織コミットメントを高め、組織からの離職を困難にするとしており、コミットメントと離職の関係性について規定している。サイドベッド理論では存続的コミットメントという組織コミットメントの一側面を基盤に置いているが、本研究でもこの理論は応用可能と判断し、モデルに追加した。

4) 質問紙

(1) 職業的アイデンティティ

職業的アイデンティティの測定には医療専門職の職業的アイデンティティ尺度¹⁶⁾を使用した。本尺度は看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職業的アイデンティティを「職業への矜持」と「職業と自己の同一性」の2因子20項目、4件法で測定する尺度で得点が高いほど職業的アイデンティティが高いと判断される。本尺度は信頼性と妥当性が十分に検証されている。

(2) ワークシチュエーション

ワークシチュエーションの測定には日本の労働政策研究研修機構の作成したHuman Resource Management Checklist (HRM Checklist) のワークシチュエーション内の「上司やリーダー」、「処遇・報酬」の項目を使用した¹⁸⁾。本尺度は職場環境に

関する内容を「上司やリーダー」12項目,「処遇・報酬」8項目の計20項目5件法で測定する尺度であり,得点が高いほど各因子に対してポジティブに捉えていると解釈される。

(3) バーンアウト

バーンアウトの測定には Japanese Version of Burnout Assessment Tool (BAT-J) の中核症状の因子を使用した¹⁹⁾。本尺度はバーンアウトを「疲弊感」,「精神的距離」,「認知コントロールの不調」,「情緒コントロールの不調」の4因子12項目,5件法で測定し,得点が高いほどバーンアウトの傾向が強いと判断される。なお,本研究においては信頼性と妥当性の担保されている短縮版を使用した。

(4) ワークエンゲージメント

ワークエンゲージメントの測定には Utrecht Work Engagement Scale (UWES) の9項目版を使用した^{20,21)}。本尺度はワークエンゲージメントを活力,熱意,没頭の3因子9項目を7件法で測定する尺度である。得点が高いほどワークエンゲージメントが高いと判断される。

(5) 組織コミットメント

組織コミットメントの測定には HRM Checklist の組織コミットメントを使用した¹⁸⁾。本尺度は労働者の組織コミットメントを5件法で測定し,得点が高いほど組織コミットメントが高いと判断される尺度である。

(6) 離職意思

離職意思の測定には離職意向尺度²²⁾を用いた。本尺度は離職意思について,1因子6項目で測定する尺度であり,得点が高いほど離職意思が高いことを示す。

3. 統計解析

1) 尺度の妥当性の検討

まず,本研究で使用了各尺度が対象者に適切に反応しているかを確認するために確認的因子分析²³⁾を実施した。確認的因子分析は,事前に予測される因子構造が得られたデータに当てはまるかどうかを確認する手法であり¹³⁾,心理尺度を用い

た研究の際には妥当性の検証が望ましい。本研究では推定法にロバスト重み付き最小二乗法を使用し,データに対する適合度指標は Root Mean Square Error of Approximation (以下, RMSEA), Comparative Fit Index (以下, CFI), Tucker-Lewis Index (以下, TLI) を参照した²³⁾。適合度使用とは仮定したモデルがデータにどの程度当てはまっているかを表す指標であり, RMSEA は 0.1 以下, CFI と TLI は 0.9 以上を許容基準とした²⁴⁾。

2) 職種間の記述統計および群間比較

各尺度における職種間の差異を評価するために,一元配置分散分析を用いて群間比較を行った。中央値と平均値の差を確認した結果,いずれの変数も大きな隔たりは認められなかったため,分散分析の前提が満たされると判断した。統計的に有意な差が認められた因子については, Tukey の HSD 法により多重比較を実施した。

3) 仮説モデルの検証

仮説モデルが本研究のデータにどの程度合致しているかを検証するために,構造方程式モデリングを用いたパス解析を実施した。構造方程式モデリングは共分散構造分析とも呼ばれ,観測したデータを基に,構成概念や観測変数間の関係性を検討する分析手法であり²⁵⁾,直接観測することの出来ない,潜在変数を含めた分析が可能である。本研究では推定法にロバスト重み付き最小二乗法を使用し,データに対する適合度指標は RMSEA, CFI, TLI を参照した。分析には JASP ver 0.17.2.1 および Mplus Ver 8.1 を用いた。

4. 倫理的配慮

対象者に事前に文書にて研究の趣旨,方法,倫理的配慮事項等を説明した上で,研究協力への同意を得て実施した。アンケートには研究協力への同意に関するチェック欄を設け,同意欄へのチェックおよびアンケートの返送をもって同意とした。なお,本研究は岡山県立大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した(受付番号21-61)。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

本研究の対象者は研究への同意が得られ、アンケートの返送のあった看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 729 名（回収率 9.1%）であった。平均年齢は 40.2 ± 9.9 歳、平均経験年数は 16.5 ± 9.3 年であった。性別の内訳は男性 230 名、女性 496 名、不明 3 名であった。職種の内訳は看護師 331 名、理学療法士 205 名、作業療法士 137 名、言語聴覚士 50 名、不明 6 名であった。

2. 尺度の妥当性の検討

各尺度の確認的因子分析の結果を表 1 に示す。一部の項目間に誤差相関を認めたものの、全ての尺度で RMSEA は 0.1 以下、CFI と TLI は 0.95 以上であることが確認され、本研究で使用了尺度の妥当性が確認された。

3. 職種間の記述統計および群間比較

各職種の記述統計および群間比較の結果を表 2 に示す。一元配置分散分析の結果、「職業的アイデンティティ」($p = 0.005$)、「職業への矜持」($p = 0.038$)、「職業と自己の同一性」($p = 0.001$)の 3 因子において、職種間で有意な差が認められた。これらの因子に対して、Tukey の HSD 法による多重比較を実施した結果、「職業的アイデンティティ」の合計点では Ns が OT より有意に高く、また PT も OT より有意に高かった。下位因子である「職

業への矜持」では、PT が OT より有意に高く、「職業と自己の同一性」では、Ns および PT がいずれも OT より有意に高い値を示した。一方、その他の尺度および下位因子においては、職種間で有意な差は認めなかった。

4. 仮説モデルの検証

構造方程式モデリングを用いた仮説モデルのパス解析の結果を図 1 に示す。仮定したパスは全て有意であったが、RMSEA は 0.106、CFI は 0.854、TLI は 0.828 と当てはまりが悪い結果となった。そのため修正指標を参考に帰納的にモデルの修正を行った。修正指標ではワークシチュエーションから職業的アイデンティティへのパス、ワークシチュエーションから組織コミットメントへのパスが示された。これらのパスを加えたモデルのパス解析の結果を図 2 に示す。全てのパスは有意となり、RMSEA は 0.078、CFI は 0.926、TLI は 0.908 と良好な値を示した。

Ⅳ. 考察

本研究の目的は、医療専門職の離職に至るプロセスを JD-R モデル、特に動機づけプロセスモデルの観点から明らかにすることであった。構造方程式モデリングを用いたパス解析の結果、ワークシチュエーションは職業的アイデンティティとワークエンゲージメント、バーンアウト、組織コミットメントに影響を与え、職業的アイデンティティ

表 1 各尺度の妥当性検証の結果

	RMSEA	CFI	TLI
職業的アイデンティティ尺度	0.074	0.979	0.977
ワークシチュエーション尺度	0.083	0.985	0.983
バーンアウト・アセスメント尺度	0.095	0.980	0.972
ワークエンゲージメント尺度	0.088	0.996	0.992
組織コミットメント	0.093	0.973	0.957
離職意向尺度	0.081	0.996	0.990

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation
CFI : Comparative Fit Index TLI : Tucker-Lewis Index
一部項目間に誤差相関を認めた。

表 2 職種間の群間比較の結果

	Ns Mean ± SD	PT Mean ± SD	OT Mean ± SD	ST Mean ± SD	p 値	Post Hoc Test
職業的アイデンティティ	57.49 ± 10.83	57.83 ± 10.73	54.04 ± 10.53	55.92 ± 10.01	0.005**	Ns >OT, PT >OT
職業への矜持	34.30 ± 6.26	34.89 ± 6.59	32.89 ± 6.37	34.59 ± 6.08	0.038*	PT >OT
職業と自己の同一性	23.17 ± 5.71	22.94 ± 5.19	21.15 ± 5.58	21.30 ± 5.32	0.001**	Ns >OT, PT >OT
ワークシチュエーション	66.98 ± 14.81	63.82 ± 14.74	65.36 ± 15.36	65.52 ± 17.66	0.155	-
上司やリーダー	44.94 ± 9.71	42.8 ± 10.13	44.08 ± 10.12	43.98 ± 11.99	0.141	-
処遇・報酬	22.09 ± 6.12	20.98 ± 6.05	21.35 ± 6.55	21.38 ± 6.43	0.229	-
バーンアウト	30.05 ± 7.01	30.01 ± 6.59	29.94 ± 7.03	29.38 ± 5.49	0.935	-
疲弊感	9.75 ± 2.47	9.66 ± 2.42	9.88 ± 2.37	10.22 ± 2.57	0.494	-
精神的距離	7.14 ± 2.35	7.02 ± 2.33	6.85 ± 2.42	7.32 ± 2.18	0.534	-
認知コントロールの不調	6.69 ± 1.89	6.89 ± 1.96	6.66 ± 2.14	6.14 ± 1.55	0.099	-
情緒コントロールの不調	6.43 ± 2.07	6.42 ± 1.96	6.44 ± 2.2	5.7 ± 1.85	0.119	-
ワークエンゲージメント	24.01 ± 9.52	24.53 ± 8.54	24.02 ± 9.49	24.14 ± 8.87	0.928	-
活力	7.45 ± 3.42	7.66 ± 2.98	7.37 ± 3.24	7.26 ± 3.19	0.785	-
熱意	9.40 ± 3.24	9.34 ± 2.99	9.26 ± 3.45	9.38 ± 2.95	0.976	-
没頭	7.15 ± 3.54	7.57 ± 3.36	7.41 ± 3.44	7.5 ± 3.48	0.572	-
組織コミットメント	35.52 ± 8.73	36.31 ± 8.44	35.48 ± 8.71	34.14 ± 9.21	0.424	-
離職意思	11.05 ± 4.7	10.87 ± 4.48	10.91 ± 4.81	11.32 ± 4.71	0.923	-

Mean：平均値，SD：標準偏差

Post Hoc Test：一元配置分散分析. 有意な因子に対しては Tukey の HSD 法により多重比較を実施.

*：p < 0.05 **：p < 0.01

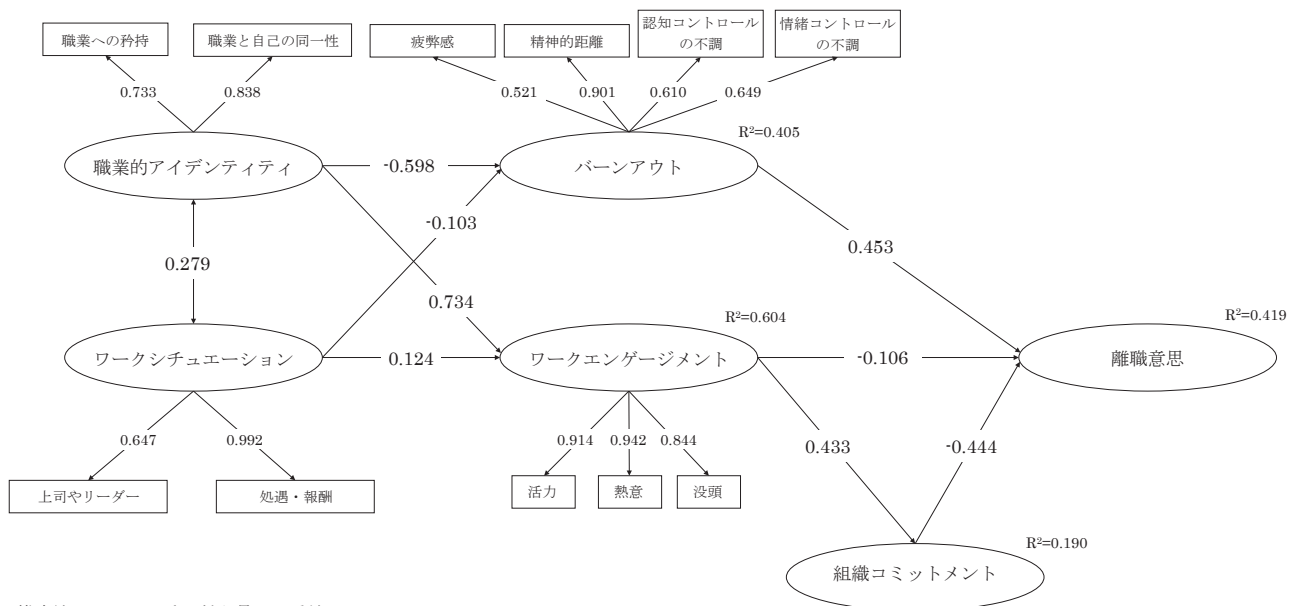


図 1 仮説モデルの解析結果

はバーンアウトおよびワークエンゲージメントに影響を与える。さらにバーンアウトは直接的に離職意思に影響を与え、ワークエンゲージメントは

直接的および組織コミットメントを介して間接的に離職意思に影響を与えるというモデルが実証された。

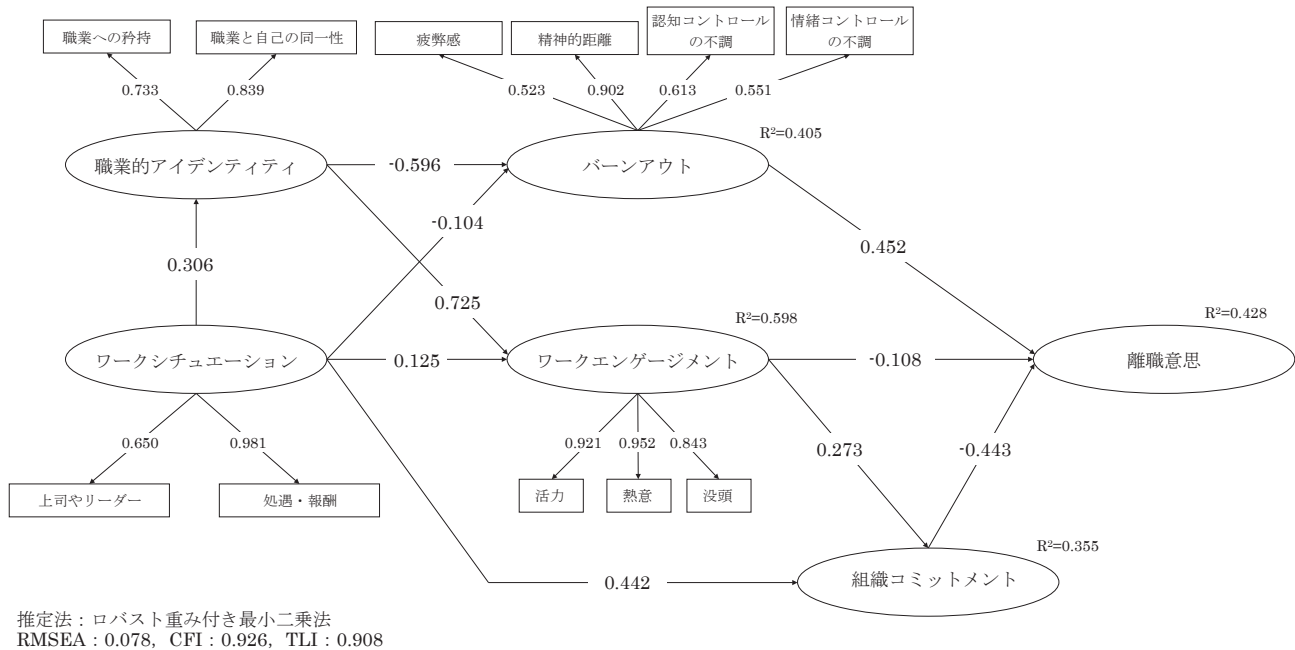


図 2 修正モデルの解析結果

1. 尺度の妥当性について

本研究では仮説モデルの検証に先立って使用した各尺度の妥当性を確認するために確認的因子分析を実施した。その結果、使用した全ての尺度で良好な適合度を示し、尺度の妥当性が確認された。岡林は縦断データでの解析において各測定尺度の妥当性が統計学的に支持されるか否かを確認することの重要性を述べている²⁶⁾。本尺度は横断データであるが、使用した尺度の妥当性が高い水準で統計学的に支持されたことは、本研究の結果の信憑性を担保するものであると考える。

2. 職種間の記述統計および群間比較について

本研究では、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を「医療専門職」として一つのグループに包含して分析を行った。この統合的アプローチの妥当性を検討するために、各尺度における職種間の記述統計および群間比較を行った。その結果、「職業的アイデンティティ」においては一部に職種間の有意差が認められた。これは、医療現場における役割の曖昧性や他職種との関係性の中で、作業療法士が自己の職業的役割を再確認しにくい状況に置かれている可能性を示唆している。実際、

中本らは作業療法士の職業的アイデンティティの獲得には職場環境やチーム内での役割の明確化が影響することを報告しており²⁷⁾、本研究の結果を支持する知見である。

一方、「ワークシチュエーション」、「バーンアウト」、「ワークエンゲージメント」、「組織コミットメント」、「離職意思」においては、職種間で有意な差は認められなかった。これは、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれもが共通する医療専門職としてのストレス構造や労働環境に置かれていることを反映している可能性がある。また、職業的アイデンティティにおいて認められた差異は一部の下位因子に限られており、構造方程式モデリングにおいて仮定された個人資源としての役割やアウトカムへの影響に関しては、各職種でおおむね共通の傾向が見られた。

これらの結果から、本研究において看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を包括的に「医療専門職」として扱うことは、統計的にも妥当性があると判断された。実際に Schaufeli らは、職務資源とストレス反応の関係性において職種よりも組織的要因の方が影響が大きいことを報告しており⁷⁾、本研究のように医療専門職を横断的に扱うモ

デル構築は理論的にも支持されると考える。

3. 仮説モデルの検証

本研究では、JD-Rモデルにおける動機づけプロセスモデル、サイドベッド理論を考慮に入れた仮説モデルを考案し、解析を行った。その結果、仮説モデルは本研究のデータにおいては当てはまりの悪い結果となった。しかしながら、仮説モデルで仮定した関係性は全てのパスで有意な値を示した。これは、仮説モデルに反映されていない関係性が存在することを示し、修正指標を参考にして帰納的にモデルの修正を行った結果、新たにワークシチュエーションと職業的アイデンティティの関係性、ワークシチュエーションと組織コミットメントの関係性が明らかとなった。

まず、職業的アイデンティティからワークエンゲージメントへのパス係数は0.725と非常に高く、またバーンアウトへのパス係数も-0.596と強い負の関連が示された。これらの結果は、職業的アイデンティティが医療専門職の仕事への意欲や心理的ストレス反応に強く関与していることを示しており、JD-Rモデルにおける個人資源としての職業的アイデンティティの重要性を支持するものである。職業的アイデンティティの形成や強化が、ワークエンゲージメントの促進やバーンアウトの軽減につながる可能性があり、現場での介入の有効なターゲットとなり得ると考えられる。

一方で、ワークエンゲージメントから離職意思へのパス係数は-0.108と有意であるものの効果量としては小さく、ワークエンゲージメントの離職意思への直接的な影響は限定的である可能性が示唆された。一方、ワークエンゲージメントから組織コミットメントへのパス係数は0.273、組織コミットメントから離職意思へのパス係数は-0.443であり、ワークエンゲージメントが離職意思に及ぼす影響は、直接的な影響よりも組織コミットメントを介した間接的な影響の方が強いことが示された。

また、ワークシチュエーションからワークエンゲージメントへのパス係数は0.125、ワークシチュ

エーションからバーンアウトへのパス係数は-0.104といずれも小さく、ワークシチュエーションが心理的状态に与える影響は限定的であった。これは、JD-Rモデルにおける「仕事の資源」としての職場環境の影響が個人の心理状態に直結するとは限らず、個人特性や組織風土といった他の要因が関与している可能性を示していると考えられる。

ワークシチュエーションと職業的アイデンティティの関係性について、中本らは作業療法士の職業的アイデンティティと職場環境の相関関係を報告している²⁷⁾。一方で、塩見らは職業的アイデンティティが高い者ほど「上司との関係が良好である」、「仕事の悩み相談の相手がいる」、「現在の給与に満足している」等の職場環境に関する満足度が高いことを明らかにしている²⁸⁾。このように職業的アイデンティティとワークシチュエーションにおいては相関関係、影響関係どちらも報告されているが、本研究のパス解析において相関関係より影響関係が支持されたことは、本研究の成果の一つであると考ええる。

さて、ワークシチュエーションとコミットメントの関係であるが、コミットメントについて林らは功利的コミットメントと「構造的構成」、「経済的報酬」、「社会的報酬」、「対人的公正」が関連することを報告している²⁹⁾。また、Porterらは組織コミットメントは「組織を受け入れ、組織のために働きたいと思う意欲や組織に留まりたいという強い願望に特徴づけられる情緒的な愛着」³⁰⁾としており、これらは情緒的コミットメントと呼称されている。本研究で測定したワークシチュエーションには「上司やリーダー」が含まれており情緒的コミットメントを、また「処遇・報酬」は功利的コミットメントを規定したと推測される。JD-Rモデルでは仕事の資源とポジティブアウトカムの直接的な関係は示されていないが、本研究におけるワークシチュエーションとポジティブアウトカムであるワークエンゲージメントや組織コミットメントとの関係性が明らかになったことは新たな知見であると言える。

4. 医療専門職の離職意思に関連する要因

本研究では、ワークシチュエーションがバーンアウトに影響し、さらにバーンアウトが離職意思に影響するというプロセスが示された。ワークシチュエーションとバーンアウトの関係性について、バーンアウトが職場での人間関係や安定報酬に影響を受けるとする研究³¹⁾、バーンアウトが上司や同僚との関係に影響を受けるとする研究³²⁾などが散見され、本研究の結果を支持するものである。さらに、看護師のみならず、リハビリテーション職においても若手の理学療法士および作業療法士研究にて、仕事の要求度としての職務ストレスがバーンアウトを高め、仕事の資源としての職場支援や個人資源としてのセルフコンパッションがバーンアウトに影響することが報告されている³³⁾。また、バーンアウトと離職意思の関係性についても、バーンアウトの症状が強くなるほど部署、職場、職業を離れたいという思いが強くなること³⁴⁾や、自尊感情の低下がバーンアウトを生起し、離職願望へと至ること³⁵⁾などが報告されており、これらも本研究の結果を支持するものであった。一方でリハビリテーション職においてはバーンアウトと離職意思の関係性について言及されている先行研究は見受けられない。しかしながら、本研究では職種間の群間比較において、バーンアウトおよび離職意思に関して有意な差は認められなかったことから、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士といったリハビリテーション職においても、看護師と同様にバーンアウトが離職意思に影響を与える構造が共通して存在している可能性が示唆された。このことは、従来十分に検討されてこなかったリハビリテーション職の離職意思の背景に関する知見を補完するものであり、本研究の成果の一つであるといえる。また、先行研究では、ワークシチュエーションとバーンアウト、離職意思について個別での検討に留まっており、本研究においてそれぞれのプロセスが実証されたことは大きな成果である。このプロセスが明らかになったことにより起点となるワークシチュエーションを適切に管理することにより離職意思が高まることを防止でき

る可能性が示唆された。

職業的アイデンティティがワークエンゲージメントを高め、離職意思を低下させるというプロセスも示された。ワークエンゲージメントは「活力、熱意、没頭を特徴とする前向きに従事した仕事に関する精神の状態」と定義されており³⁶⁾、瞬間的な特定の状態ではなく、より持続的で広範囲な感情認知状態であるとされる。職業的アイデンティティとワークエンゲージメントの関係性については近年、医療の現場で複数の研究がなされている。田中らは女性看護師の職業的アイデンティティはワークエンゲージメントの規定要因であると報告しており³⁷⁾、田中らは産業看護職のワークエンゲージメントと職業人としての自尊感情という職業的アイデンティティの関係性を報告している³⁸⁾。本研究の結果を見ても職業的アイデンティティからワークエンゲージメントへは高いパス係数を示しており、医療専門職のワークエンゲージメントを考える上では、職業的アイデンティティという個人の資源に着目することが重要であると考えられる。また、ワークエンゲージメントと離職意思との関係についてはJD-Rモデルにてアウトカムとして規定されており、それを支持する結果となった。しかし、本研究の結果を見るとワークエンゲージメントから離職意思への直接的なパス係数よりも組織コミットメントを介した離職意思へのパス係数の方が大きい。媒介変数を介したパス係数は直接比較できるものではないが、この点についても医療専門職の離職を考える上では考慮する必要があると考える。

5. 医療の現場での応用

上述したように、本研究において医療専門職の離職に至るプロセスはワークシチュエーションを起点としたものと職業的アイデンティティを起点としたもの2つが存在し、互いに関係していることが示された。ワークシチュエーションの「処遇・報酬」に関して、処遇や報酬を一部門のみで改善させることは難しい。そのため、離職を予防するためには「上司・リーダー」の観点から対策を考

えていく必要がある。堀田らは労働者に対人援助に関する研修、ディスカッション、ロールプレイング、ホームワークからなる介入を行い、介入後に対人援助行動とソーシャルサポート、特に同僚サポートが有意に向上したことを報告している³⁹⁾。また、Heaney らの研究では、心理社会的対処資源に関する研修とそれを他の労働者に提供することで上司サポートが向上することが報告されている⁴⁰⁾。このようにアクティブラーニングを用いた対人援助に関する研修はソーシャルサポートの向上に有効であると考え、どのような研修が効果的であるのか、研修内容や方法論については今後の検討が必要である。職業的アイデンティティに関する介入研究では、看護師を対象に「看護場面を振り返り看護観を形成する」、「看護観を意識しながら看護ケアを実践する」、「看護観に基づき実践した看護ケアに他者承認を得る」という一連の介入により、介入直後の職業的アイデンティティが向上することが報告されている⁴¹⁾。これについては、実際の看護実践を伴う介入であり、一連の介入により内省、実践、振り返り、承認のプロセスが踏まれたことにより職業的アイデンティティが形成されたものと推察できる。このような介入については看護師以外の職種についても応用可能であり、効果的な介入が可能になると考える。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、アウトカムが離職意向尺度の得点であり、実際の離職という行動をアウトカムにできていない点が挙げられる。離職意思が高いと必ずしも離職に至るとは限らず、この点は質問紙調査である本研究の限界である。また、本研究は横断研究に留まっており、真のプロセスの検討ができたとは言い難い点も限界に挙げられる。今後は、離職という行動をアウトカムにおいた縦断研究が必要である。対象を複数回にわたり追跡調査することで、離職に至るより詳細なプロセスの解明が望まれる。

V. 結論

本研究では、構造方程式モデリングを用いて、離職意思に関連する要因の関係性を検討した。その結果、バーンアウトおよび組織コミットメントが離職意思に対して比較的強い影響を有していた一方で、ワークエンゲージメントやワークシチュエーションなどからの影響は間接的または限定的であることが示された。特に、職業的アイデンティティがワークエンゲージメントおよびバーンアウトに大きく影響を与えることが確認され、医療専門職の離職意思の背景には複数の要因が相互に関連し合う多層的な構造があることが示唆された。離職意思を軽減させるためにはワークシチュエーションからの組織コミットメントを介しての間接的介入、更に職業的アイデンティティを向上させる介入が有効である可能性が示唆された。

文献

- 1) World Health Organization. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. (2025 年 4 月 4 日アクセス)
- 2) 内閣府. 高齢社会白書—高齢化の状況—. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>. (2025 年 4 月 4 日アクセス)
- 3) 厚生労働省. 医療従事者の需給に関する検討会—看護職員分科会中間取りまとめ案—. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000559122.pdf>. (2025 年 4 月 4 日アクセス)
- 4) Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*. 2010; 251(6): 995-1000.
- 5) 厚生労働省. 令和 5 年雇用動向調査結果の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/24-2/dl/kekka_gaiyo-02.pdf. (2025 年 4 月 4 日アクセス)

- 6) Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, et al. The job demands resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001;86:499-512.
- 7) Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*. 2004;25:293-315.
- 8) Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007;22(3):309-328.
- 9) 井口理. 行政保健師の離職意図に関連する「仕事の要求度」と「仕事の資源」: Job Demands-Resources Model による分析. *日本公衆衛生雑誌*. 2016;63(5):227-240.
- 10) 新宮洋之, 安保寛明. 看護師における構造的エンパワメントと情動コミットメント, ワークエンゲイジメントの関係—東北地方のA県ならびに行政指定都市B市内の病院に勤務する看護師を対象として—. *日本看護科学会誌*. 2019;39:270-277.
- 11) 畦地良平, 北村世都, 内藤佳津雄. 介護職員におけるバーンアウトとワークエンゲイジメントの関係性—仕事の要求度-資源 (JD-R) モデルによる検討—. *老年社会科学*. 2020;42(3):188-199.
- 12) 厚生労働省. 令和元年度版労働経済の分析—人手不足の下での「働き方」をめぐる課題について—. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/19/dl/19-1.pdf>. (2025年4月8日アクセス)
- 13) 友利幸之助, 京極真, 竹林崇. 作業で創るエビデンス—作業療法士のための研究法の学びかた—. 東京: 医学書院. 2019.
- 14) Hobfoll SE, Johnson RJ, Ennis N, et al. Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84:632-643.
- 15) Judge TA, Van Vianen AE, De Pater IE. Emotional stability, core self-evaluations, and job outcomes: A review of the evidence and an agenda for future research. *Human Performance*. 2004;17(3):325-346.
- 16) 小池康弘, 實金栄, 名越恵美. 医療専門職の職業的アイデンティティ測定尺度の開発. *日本医療マネジメント学会誌*. 2023;24(2):73-80.
- 17) Becker, HS. Notes on the concept of commitment. *The American Journal of Sociology*. 1960;66:32-40.
- 18) 松本真作. 好業績で魅力ある社会とチームのためのデータサイエンス—職場と仕事を数値化する測定尺度, チェックリスト集—. 東京: 独立行政法人労働政策研究・研修機構. 2017.
- 19) Sakakibara K, Shimazu A, Toyama H, et al. Validation of the Japanese Version of the Burnout Assessment Tool. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1-15.
- 20) Shimazu A, Schaufeli WB, Kosugi S, et al. Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology: An International Review*. 2008;57(3):510-523.
- 21) Schaufeli, WB, Shimazu A, Hakanen J, et al. An ultra-short measure for work engagement: The UWES-3 validation across five countries. *European Journal of Psychological Assessment*. 2019;35(4):577-591.
- 22) 鄭真己, 山崎喜比古. 情報サービス産業における労働職場環境特性が労働者の心身の健康, 職務不満足及び離職意向に及ぼす影響. *産業衛生学雑誌*. 2003;45:20-30.
- 23) 小杉考氏, 清水裕士. M-plus と R による構造方程式モデリング入門. 京都: 北大路書房. 2014
- 24) 小塩真司. はじめての共分散構造分析—Amos によるパス解析—. 東京: 東京図書. 2008.
- 25) 豊田秀樹. 共分散構造分析 [R 編]—構造方程式モデリング—. 東京: 東京図書. 2014.
- 26) 岡林秀樹. 発達研究における問題点と縦断デー

- タの解析方法. パーソナリティ研究. 2006;15(1):76-86.
- 27) 中本久之, 大嶋伸雄. 回復期リハビリテーション病棟で働く作業療法士の職業的アイデンティティの分析. 総合リハビリテーション. 2018;46(7):657-665.
- 28) 塩見直子, 鈴木英子, 松谷弘子他. 大学病院の看護師の職業的アイデンティティとバーンアウト. 日本健康医学会雑誌. 2021;30(2):205-217.
- 29) 林洋一郎, 大淵憲一, 田中堅一郎. 組織コミットメントの規定因に関する研究—公正と報酬知覚の構造とその効果について—. 産業・組織心理学研究. 2002;16(1):59-70.
- 30) Porter LW, Steers RM, Mowday RT, et al. Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. Journal of Applied Psychology. 1974;59:603-609.
- 31) 井奈波良一. 女性病院看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係. 日本健康医学会雑誌. 2021;30(2):170-178.
- 32) 澤田忠幸. 看護師の職業・組織コミットメントと専門職者行動, バーンアウトとの関係性. 心理学研究. 2009;80(2):131-137.
- 33) 水野雅之, 菅原大地, 谷秀次郎他. 若手の理学療法士・作業療法士のバーンアウト傾向とセルフ・コンパッションの関連. 心理学研究. 2021;92(3):197-203.
- 34) 土江淳子, 中村弥生. 看護婦の職務意識とストレス, バーンアウトとの関係. 日本看護研究学会雑誌. 1993;16(4):9-20.
- 35) 古屋肇子, 谷冬彦. 看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討. 日本看護科学会誌. 2008;28(2):55-61.
- 36) Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez-Romá V, et al. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmative analytic approach. Journal of Happiness Studies. 2002; 3:71-92.
- 37) 田中美帆, 三好友美子. 看護師の職業的アイデンティティがワーク・エンゲイジメントへ及ぼす影響. 看護実践学会誌. 2022;34(2):22-31.
- 38) 田中佳世子, 森岡郁晴. 産業看護職のワーク・エンゲイジメントに関連する要因—職場環境要因と個人要因の両側面から—. 日本衛生学雑誌. 2023;78,1-8.
- 39) 堀田裕司, 大塚泰正. 職場における対人援助向上プログラムの効果評価. 産業衛生学雑誌. 2015;57(5):219-229.
- 40) Heaney CA, Price RH, Rafferty J. Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. Journal of Organizational Behavior. 1995;16:335-352.
- 41) 畑中純子, 伊藤収. 看護師としての職業的アイデンティティを育むための現任教育プログラムの開発. 岩手県立看護学部紀要. 2018;20:1-18.
- (受付 2025.4.21 : 受理 2025.10.1)

An examination of factors associated with turnover intention of healthcare professionals: using the JD-R model.

Yasuhiro Koike¹⁾, Sakae Mikane²⁾, Megumi Nagoshi²⁾

Abstract

Objective: To identify factors related to turnover among healthcare professionals using the JD-R model.

Methods: A model comprising professional identity, work situation, burnout, work engagement, organizational commitment, and turnover intention was devised for 729 healthcare professionals; it was analyzed using structural equation modeling.

Results: Work situation affects occupational identity, work engagement, burnout, and organizational commitment, while occupational identity affects burnout and work engagement. The model demonstrates that burnout directly affects turnover intention, whereas work engagement affects turnover intention directly and indirectly through organizational commitment.

Discussion: The results suggest that interventions to improve work situations and professional identity are necessary to reduce turnover intention among healthcare professionals.

【Bull Soc Med 2025 ; 42 (2) : 73 – 85】

Key words: turnover intention, JD-R model, healthcare professionals

1) Department of Occupational Therapy Faculty of Rehabilitation Kawasaki University of Medical Welfare

2) Department of Nursing Science, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

短報

身寄りがない入院患者の死亡関連課題に取り組む 医療ソーシャルワーカーの支援の現状と課題 (パイロット・スタディ)

巻 康弘¹⁾, 米田龍大¹⁾, 志渡晃一²⁾

抄録

背景・目的：本研究の目的は、近年増加が指摘されている身寄りがない入院患者の死亡関連課題に焦点をあて医療ソーシャルワーカー（以下、MSW と略する）の支援の現状と課題を明らかにすることである。

方 法：北海道所在の MSW 配置 425 病院（MSW1454 人）から、機縁法により、2024 年 6～7 月に電話で 73 機関の MSW 代表者に調査を依頼し、全機関から協力を得られ所属 MSW354 名を対象に Web フォームを用いた無記名自記式調査を実施した。

結 果：354 名中 332 名から回答を得た（回収率 93.8%）。当該患者への支援経験 91.3%，死亡関連課題の支援経験 72.3% であった。死亡時に備えた本人の意向確認の主な担当者は、医師（71.7%）、MSW（69.3%）であった。身寄りの再確認を 75.3% が行うものの、患者が「希望しない」64.8% という現状であった。死亡関連課題の支援を 88.3% が困難と捉えていた。死亡時の対応に関する職場内の規定（マニュアル）あり 37.0% であった。

考 察：MSW が、身寄りがない入院患者支援の主要な担当者として、困難感を抱き支援していることが明らかになった。マニュアルの有無による困難感に差は無く、MSW の困難感の軽減には寄与していなかった。今後、マニュアル内容を精査し、死亡関連課題を多職種連携のケアの対象としたマニュアルを整備し普及させることが喫緊の課題である。

【社会医学研究 2025；42（2）：86－94】

doi:10.60435/socialmedicine.42.2_86

キーワード：身寄りがない入院患者、医療ソーシャルワーカー、死亡関連課題、身寄りがない入院患者の死亡対応マニュアル

I. 緒言

1) 北海道医療大学

2) 日本医療大学

連絡先：巻 康弘

住所：石狩郡当別町金沢 1757

北海道医療大学

E-mail：maki@hoku-iryo-u.ac.jp

少子高齢化や非婚化傾向が進む中で、北海道では、都市部への就労人口の流出も加わり、単身世帯が増加している。さらに、頼れる親族の減少により、入院時の「身寄りがない人」の問題が顕在

化し社会課題となっているという背景がある。身寄りに法律・法令での定義はなく、実数把握は行われていない。日本総研(2024)¹⁾では、遺体の引き取り手がいない場合に照会してきた「三親等内の親族がいない高齢者」が、「2024年の約8%から2050年には11%超に増え」、「286万人から448万人へと5割以上増加する」との見通しを示している。さらに、親族はいても支援を得る存在にはならない人を含めると、その数はこの推計を上回ることが明らかである。

厚生労働省(2019)が発出する『身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン(以下、ガイドライン)』(山縣班;2019)²⁾では、支援対象を、身寄りがない人に加えて、1) 家族や親類へ連絡がつかない状況にある人や、2) 家族の支援が得られない人としている。さらに、支援を必要とする患者の中には、家族・親族がいたとしても、支援を得るために「頼る」ことを希望しない人も少なくない。そこで、本研究では、ガイドラインの対象に、本人の意向の要素を加えた「身寄りがない」入院患者の操作的定義として、以下の3要件のいずれかに該当する入院患者とした。①天涯孤独(家族・親族なし)、②家族・親族からの支援が得られない、③家族・親族はいるが本人が頼ることを希望しない。以上の定義化には、患者の主体性尊重を業務の方法に据える医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)の支援を考慮した。MSWとは、病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る(厚生労働省保健局長;2002)³⁾社会福祉専門職である。社会福祉学を基盤としたMSWは、多くが診療報酬に位置づけられている社会福祉士や精神保健福祉士を有しているが、職種単独の職種法はない。医療ソーシャルワーカー業務指針(厚生労働省保健局長;2002)³⁾発出以降、公的統計に病院における社会福祉士が、精神保健福祉士と共に公表されている(厚生労働省大臣官房統計情報部、2002)。今日まで、疾病構造や医療提供体制の変化を背景とし病院で患者の人

生・生活支援を担う必要性の増大や、MSWの患者支援等の実績の積み重ねにより、診療報酬に、社会福祉士・精神保健福祉士の実践を算定可能とする加算等が拡大しており、配置数は増加傾向にある(厚生労働省、2024)。

身寄りがない患者の特性についての研究は、村上(2022)⁴⁾が労働問題を背景とし、低所得貧困問題を基底とする重層的な問題として、生活実態を示し、公的施策の必要性を指摘している。MSWの支援についての先行研究(富田・谷川;2022⁵⁾、林;2022⁶⁾、亀田・保科;2024⁷⁾)は、MSWを対象者とした調査をもとに、「身寄りがない入院患者」に対する支援や死亡関連課題に取り組むMSWが、多様な支援内容に対して高い困難感を有していたことを報告している。患者の死後には、死亡届の提出、葬儀、火葬・埋葬、墓入れ、死亡月の支払い、その他相続などの課題があり、いずれも患者自身が担うことは不可能である。今日の社会制度は、親族等が担うことが念頭に置かれた法・仕組みとなっており、身寄りがない場合、多くが対応する方策がない・あるいは複雑な手順が必要なものとなっている。このため、身寄りがない入院患者にとっても、MSWにとっても、診断によって近い将来に死亡することが見込まれた時から死亡後までの間には様々な困難が予想されることが指摘されている。ただし、これらの調査は、質的なものに留まっている、あるいは、回収率が低く代表性が乏しいことなどの課題を有しており、回収率の高い数量的データを基にした研究が必要である。さらに「身寄り」は、親族と患者との血縁「関係」であると同時に、患者との関係性という、時に変化する主観的な側面を持つ関係でもある。

MSWの支援においては、支援前に得ている、入院前情報や多職種からの事前情報で「身寄りがない」と情報を得ていたとしても、患者や関係者に、身寄りの有無や関係性について、「身寄りの再確認」を行うことがあり、死亡に関連する課題は、死後に生じる課題への対応に限定されるわけではない。

以上を踏まえ、本研究において、生前の身寄りの再確認から死後対応までの「死亡に関連する課

題（以下、死亡関連課題と略する）」に対する支援に焦点をあて、その実態を明らかにすることには意義が有る。

そこで本研究では、身寄りがない入院患者の死亡関連課題に取り組む MSW の支援の現状と課題を明らかにすることを目的とし、マニュアル整備に向けた手がかりを得たいと考える。

II. 方法

1. 調査方法

北海道所在の 544 病院のうち MSW を配置している病院数（MSW 数）を、北海道医療ソーシャルワーカー協会（2024）による全道調査報告⁸⁾を資料とし、425 機関（MSW1454 人）と特定した。調査依頼は、この中から、筆者が協会活動や研究活動を通して、身寄りがない人の支援を行っている可能性があると考えた 73 機関を抽出し、機縁法により、2024 年 6～7 月に各病院の MSW 代表者に電話で調査協力依頼を行い、全機関から協力を得た。調査対象者への説明は文章で行い、MSW 代表者に配布を依頼した。対象者数は、MSW 代表者に確認した各病院の所属 MSW の総数である 354 名とし、Web フォームを用いた無記名自記式調査を実施した。対象者に向けた説明文には、調査対象者個人が研究者に問い合わせ・連絡できるように説明文に研究代表者の連絡先を示し、問い合わせに対応する体制を明記した。また、Web フォームに、a) 本調査で得られた情報は今後の対策の支援を検討する上で役立つこと、b) 調査への参加は自由であり、参加・不参加によって何ら利益・不利益は生じないこと、c) 調査を途中で中止、および答えたくない項目には回答しなくても良いこと、d) 調査を提出（送信）後は、調査への参加を撤回はできないこと、e) 調査結果は研究成果として公表すること、を明記し説明した。

2. 調査項目

調査項目は、1) 基本属性（性別、年代、MSW 経験年数、担当病棟・病床）、2) 現所属機関および身寄りがない入院患者の受け入れ・支援経験に

関する 9 項目（所属機関での身寄りがない患者の入院受入経験、身寄りがない入院患者の死亡実績、被調査者の支援経験、身寄りがない入院患者の担当経験数、担当した身寄りがない入院患者の死亡数、死亡関連課題の支援経験、死亡時に備えた本人への意向確認、意向確認の主な担当者、聴き取り内容：記述）、3) 身寄りがない入院患者への支援内容に関する 9 項目（身寄りの再確認を行う程度、意思表示できる患者が身寄りの再確認を希望するか、身寄りの再確認を行う機関・関係者、医療費に関する支援の程度、財産に関する支援の程度、身寄りがない入院患者が亡くなった際の連絡・調整の程度、行旅死亡人または墓地埋葬法に関する法律に基づく調整の程度、生前に死亡時の本人の意向の聴き取りの程度：遺体の引き取り先や医療費の支払い方・荷物の整理など亡くなった際の対応、対応している死亡関連課題：記述）、4) 身寄りがない入院患者の死亡関連支援に携わる MSW への職場内支援環境に関する 4 項目（規定・マニュアルの有無、相談できる仕組み・機能の有無、機関内での相談の程度、身寄りがない入院患者の死亡に関する支援に関する職場環境：記述）、5) 身寄りがない入院患者の死亡関連支援に携わる MSW の支援困難感に関する 6 項目（支援全般、経済的課題の解決・調整に関する支援、行旅死亡人または墓地埋葬法等に関する法律申請を所管する行政窓口の確認、生前に遺体の引き取り先や医療費の支払い方・荷物の整理など亡くなった際の対応等の意向確認、死亡時の意向の聴き取りを阻害する要因、大変だと思う死亡関連課題：記述）とした。

3. 分析方法

本研究で分析対象としたデータは、質問項目のうち基本属性、身寄りがない入院患者の支援経験、死亡関連課題の支援経験、死亡時に備えた本人への意向確認、意向確認の主な担当者、身寄りの再確認を行う程度、意思表示できる患者が身寄りの再確認を希望するか、規定・マニュアルの有無、身寄りがない入院患者の死亡関連支援に携わる MSW の支援困難感（支援全般）の項目への回答データとした。

分析にあたり、数量データに関する記述統計を行った。数量データの記述統計にあたり、「身寄りの再確認」を行う程度は「よく行う、まあまあ行う、あまり行わない、行わない、経験したことがない」の 5 件法で質問し、「よく行う、まあまあ行う」を「行う」、「あまり行わない、行わない」を「行わない」とした。意思表示できる患者が「身寄りの再確認を希望するか（確認への意向）」は「ほとんどが希望する、ある程度希望する、あまり希望しない、希望しない、本人の意向は確認していない、経験したことがない」の 6 件法で質問し、「ほとんどが希望する、ある程度希望する」を「希望する」、「あまり希望しない、希望しない」を「希望しない」とした。「困難感を感じる」の各項目はすべて「とても感じる、まあまあ感じる、どちらともいえない、あまり感じない、まったく感じない、身寄りがない入院患者の死亡に関する支援を行ったことがない」の 6 件法で質問し、「とても感じる、まあまあ感じる」を「感じる」と操作的に定義した。

4. 倫理的配慮

北海道医療大学看護福祉学倫理審査委員会の承認（承認番号 24N015013, 承認年月日 2024 年 7 月 9 日）を得ている。アンケートは、所属機関や個人が特定されないように、匿名かつメールアドレスが送信されない設定とした。対象者からの研究参加の同意は、Web フォームに「研究協力に同意する」へのチェック欄を設け、当該項目に「同意する」とチェックのついた回答を、本調査への同意が得られたものとし分析対象とした。本研究に関連し開示すべき COI 関係にある企業等はない。

Ⅲ. 結果

1. 基本属性

機縁法的、有意抽出調査により、調査対象とした北海道内の病院 73 機関の MSW354 名のうち、332 名から回答を得た。回収率は 93.8% であった。表 1 に対象者の基本属性を示した。性別は女性が 209 名 (62.8%) であった。年代では 40 代 (39.0%)、MSW 総経験年数では 10 年～20 年未満 (33.3%)、

現在担当中の病棟・病床（複数回答）では一般病床 (59.0%) であった。

2. 身寄りがない入院患者の死亡関連課題等の支援と支援体制の現状（表 2）

身寄りがない入院患者の支援経験「あり」が 91.3% であった。支援経験ありを経験年数別にみると、経験 3 年以上では 96.2% であった。また、死亡関連課題への支援経験「あり」が 72.3% であった。死亡関連課題への支援経験を経験年数別にみると、経験 3 年以上では 78.8% であった。死亡時に備えた本人の意向確認は、医師 (71.7%)、MSW (69.3%)、看護師 (57.2%) であった。

支援内容として、MSW の 75.3% が、身寄りがないとの事前情報を得ていても「身寄りの再確認」をしていたが、患者が身寄りの確認を「希望しない」が 64.8% であった。

死亡関連課題に対する支援への困難感についてみると、MSW の 88.3% が「困難」と捉えていた。死亡対応に関する所属機関内の規定（マニュアル）は、「マニュアルあり」37.0%、「マニュアルなし」59.6% であった。

Ⅳ. 考察

1. 考察

1) 調査法について

MSW を対象としたこれまでの調査の多くは、回収率が低く、結果の代表性に課題を有していた。これに対して、本研究で採用した機縁法的、有意抽出調査は回収率が高く、専門職集団を対象としたパイロット調査として有用であると考えられる。本研究の調査は、北海道医療ソーシャルワーカー協会の会員を中心に依頼し調査協力を得た。今後は、職能団体の組織的な活動として、高い回収率を得られる実態調査がなされることが望まれる。

2) 「身寄りがない」の定義について

身寄りに関する明確な定義はない。本研究では、ガイドラインが対象とする要件に、「頼る」ことへの本人の意思を加えた「身寄りがない」の操作的定義を行った。調査を通じて、定義に関する疑義

表 1 基本属性

		n(%) ^a
性別	男性	118 (35.4)
	女性	209 (62.8)
年代	20 代	70 (21.0)
	30 代	87 (26.1)
	40 代	130 (39.0)
	50 代	36 (10.8)
	60 代	6 (1.8)
	70 代以上	2 (0.6)
MSW 総経験年数	3 年未満	39 (11.7)
	3 年～5 年未満	40 (12.0)
	5 年～10 年未満	74 (22.2)
	10 年～20 年未満	111 (33.3)
	20 年～30 年未満	55 (16.5)
	30 年以上	12 (3.6)
担当病棟・病床 (複数回答)	一般病床	196 (59.0)
	障害者施設等一般病棟	32 (9.6)
	地域包括ケア病床	23 (6.9)
	回復期リハビリテーション病床	52 (15.7)
	療養病床	25 (7.5)
	緩和ケア病床	2 (0.6)
	精神病床	18 (5.4)
	感染症・結核病床	1 (0.3)
	その他	32 (9.6)

n = 332

a: 欠損により合計値が異なる場合がある。割合は有効%を示した

等は一切なく、高い回収率の回答を得ており、本研究で定義した MSW 提案の 3 要件は有用であると考えられる。

3) 身寄りがない入院患者の死亡関連課題への支援の現状と課題

身寄りがない入院患者への病院での支援において、必置義務がなく患者支援等の実績を踏まえ、個々の病院の判断で配置されている MSW が、多職種で支援するチーム医療の主要な担当者と位置付けられていた。MSW は経験 3 年以上のほぼすべてが、身寄りがない入院患者の支援を経験し、約 8 割が死亡関連課題に対応している支援の現状が明らかとなった。

MSW の支援では、事前情報で、頼る身寄りがないとの情報を得ていたとしても、「身寄りの再確認」を約 8 割が行うものの、患者が身寄りの確

認を「希望しない」が 6 割以上との現状であった。身寄りとは、患者が意思決定することが困難な場合には、治療・ケアに関する患者の推定意思を述べ、死亡後には、死亡届の提出や火葬・埋葬、死亡月の医療費の支払いなどを担ってきた存在である。身寄りがない場合に、社会が対応する社会制度は十分ではなく、ほとんどの MSW が生前の身寄りの再確認から死後対応までの死亡関連課題に対する支援に困難感を抱いていた。

ガイドラインでは「本人にとっての最善」を基本的な考え方としつつ、対応する職種等については、特定の職種や資格、病棟・病床機能等を限定していない。

ガイドラインの考え方は多くの職員が共有できるものである必要があるが、実際の現場対応では、役割の明確化が必要となる。本研究において、病

表 2 身寄りがいない入院患者の死亡関連課題等の支援と支援体制の現状

			n(%) ^a
身寄りがいない入院患者への 支援経験	あり		303 (91.3)
	なし		28 (8.4)
	経験年数別の支援経験あり		
	3 年以上 (n=292)		281 (96.2)
	3 年未満 (n=39)		22 (56.4)
死亡関連課題への支援経験	あり		240 (72.3)
	なし		90 (27.1)
	経験年数別の支援経験あり		
	3 年以上 (n=292)		230 (78.8)
	3 年未満 (n=39)		9 (23.1)
死亡時に備えた本人の意向確 認の主な担当者（複数回答）	医師		238 (71.7)
	看護師		190 (57.2)
	MSW		230 (69.3)
	事務員・その他		3 (0.9)
身寄りの再確認	行う		250 (75.3)
	行わない		36 (10.8)
	経験がない		42 (12.7)
身寄りの確認への意向	希望する		54 (16.3)
	希望しない		215 (64.8)
	本人の意向は確認していない		10 (3.0)
	経験がない		47 (14.2)
死亡関連課題全般への支援に困難を感じる			212 (88.3)
死亡対応に関する所属機関内の規定 （マニュアル）を設けているか	マニュアルあり		123 (37.0)
	マニュアルなし		198 (59.6)
困難感と規定（マニュアル） との関連	マニュアルあり (n=123)	マニュアルなし (n=198)	
	とても感じる	54 (43.9)	97 (49.2)
	まあまあ感じる	48 (39.0)	54 (27.4)
	どちらともいえない	3 (2.4)	13 (6.6)
	あまり感じない	6 (4.9)	4 (2.0)
	まったく感じない	1 (0.8)	0 (0.0)
	経験がない	11 (8.9)	30 (15.2)

n = 332

a: 欠損により合計値が異なる場合がある。割合は有効%を示した

「死亡関連課題全般への支援に困難を感じる」は 5 件法のうち「とても感じる・まあまあ感じる」の回答者（分母は死亡関連課題への支援経験あり 240 名とした）

院に必置義務の無い MSW が、主要な担当者として、多くの患者が希望しない中でも「本人の意向」を確認し、困難感をいだきつつも個別的な支援が志向されていることがうかがえる実態が確認された意義は大きい。

4) 支援を円滑に進めるためのマニュアル整備について

支援を円滑に進める上では、実践現場での暗黙知や集合知の集積が重要となる。死亡関連課題には、多様な課題が包含されており、「医療現場の実態に即した『ガイドライン』改訂が必要」(林:2022)⁴⁾

との指摘もある。今後、ガイドラインの改訂や社会制度の整備が望まれるものの、現に支援を必要としている入院患者への対応は待ったなしである。「職場内外で相談をして支え合える連携体制とネットワーク構築の重要性」(田中・望月;2015)⁹⁾は、本課題への対応においても同様である。病院では、多様な課題に対して、複数の職員が関わるため、標準的な支援・実践を可能とするマニュアルが整備されている。死亡関連課題に対してもマニュアルを整備し、支援・実践の標準化を行う必要がある。しかし、規定（マニュアル）を設けている機関は

4 割にも満たなく、困難感と規定（マニュアル）の有無による困難感に差はなかった。マニュアルがある場合でも、困難感の軽減に繋がっていない現状が明らかとなった。今後はマニュアルの有無に加え、内容を具体化の上で精査が必要である。マニュアルは、法制度やガイドラインを踏まえ、実践現場での集合知と照らし作成されるものである。精査にあたっては、マニュアルを単なる手引書としてではなく、困難感の低減に寄与するかの観点から検討する必要がある。

人は生物的な存在だけでなく、社会的な存在でもある。身寄りの有無に関わらず、すべての人が尊厳を有し価値ある存在として生をまっとうし死を迎えるためには、死亡診断や死後処置でケアを終了と捉えるのではなく、死後に生じる課題への対応も不可欠である。生前の身寄りの再確認から死後の諸課題を含む死亡関連課題を、病院内での多職種連携におけるケア対象であることを明確化し、組織内の連携体制を明確化したマニュアルの整備と、整備されたマニュアルを普及させることが喫緊の課題である。

2. 結論

身寄りがいない入院患者の死亡関連課題について、病院での支援を円滑に実施するためには、マニュアルの整備と普及が必要である。身寄りがいない入院患者の人生の最期にかかわる病院において、マニュアルが単なる手引書ではなく、死亡関連課題をケアの対象と位置づけ、多職種の連携体制を明確化したマニュアルとして整備し、普及させる必要がある。

今後のマニュアル内容の検討にあたっては、支援期間や、治療局面の異なる病床機能種別等を勘案したマニュアルの内容と、身寄りがいない人の死亡に伴う課題に対する社会制度が十分でない現状での地域関係機関に対する協力可能性に関する追加調査を実施していく予定である。

謝辞

本研究の構想、調査依頼機関検討の際に有益な

助言をいただいた不動宏平氏・橋本恭尚氏（真栄病院）、亀田千絵氏・保科健氏（斗南病院）には、ご多忙な中でご協力いただき、誠に感謝いたします。加えて、本研究の調査への回答に協力いただきました医療ソーシャルワーカーの皆さまに心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 日本総研, 増加する「身寄り」のない高齢者—頼れる親族がいない高齢者に関する試算—. <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/researchfocus/pdf/15153.pdf>, 2024 年 12 月 2 日アクセス.
- 2) 山縣然太郎, 田宮菜奈子, 武藤香織他. 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>, 2024 年 12 月 2 日アクセス.
- 3) 厚生労働省保健局長 (2002) 『医療ソーシャルワーカー業務指針』 https://www.jaswhs.or.jp/images/NewsPDF/NewsPDF_SmkfBqMdQaTaKgxH_1.pdf, 2024 年 12 月 2 日アクセス.
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 平成 14 年 (2002) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/02/index.html>, 2025 年 4 月 23 日アクセス.
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 令和 5 (2023) 年医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/23/>, 2025 年 4 月 23 日アクセス.
- 6) 村上武敏, 身寄りのない患者の生活実態にみる「身元保証問題」の視座—社会福祉学としての対象規定と関係調整からの脱却を目指して—, 社会福祉学, 2022 ; 63 : 1, 61-71.
- 7) 林祐介, 保証人不在者事例におけるソーシャ

- ルワーク支援上の困難性についての一考察
医療ソーシャルワーカーのインタビュー調査
データの内容分析にもとづいて, 保健医療社
会福祉研究, 2022; 30: 53-64.
- 8) 亀田千絵, 保科健, 身寄りがない入院患者の
死亡に関連する支援の実態－北海道医療ソー
シャルワーカー協会会員等を対象としたアン
ケート調査－, スタディーズ, 2024; 45: 1,
9-25.
- 9) 富田幸典, 谷川和昭, 身寄りのない独居高齢
者の身元保証問題に対する医療ソーシャル
ワーカーの望ましい支援とは－兵庫県・岡山
県の実態調査より－関西福祉大学研究紀要,
2022; 25, 75-84.
- 10) 北海道医療ソーシャルワーカー協会事務局,
2023年度 医療ソーシャルワーカー組織率・
配置率調査報告書, 2024年度第11回定期総
会議案書, (一社)北海道医療ソーシャルワー
カー協会.
- 11) 田中結香, 望月宗一郎, 医療ソーシャルワー
カー(MSW)が抱える業務上の不安と解消の
手立て, 保健医療福祉連携, 2015; 8(2):
146-157.
- (受付 2024.12.18: 受理 2025.6.1)

Current Status and Challenges of Medical Social Workers Dealing with Death-related Challenges of Inpatients without Relatives (Pilot Study)

Yasuhiro Maki¹⁾, Ryuta Yoneta¹⁾, Koichi Shido²⁾

Abstract

This study aimed to clarify the current status and challenges of medical social workers' (MSW) support for death-related issues of hospitalized patients without relatives.

Of the 425 hospitals with MSWs (1454 MSWs) in Hokkaido, a survey was conducted at 73 institutions between June and July 2024. A total of 354 MSWs were asked to complete a survey using a web form, and 332 responses were received (93.8% response rate).

Among the respondents, 91.3% had experience assisting hospitalized patients without relatives, and 72.3% had dealt with death-related issues. Physicians (71.7%) and MSWs (69.3%) were responsible for confirming the patients' wishes. 75.3% of MSWs attempted to confirm patients' relatives, but 64.8% of the patients did not wish this.

88.3% found it difficult to assist with death-related issues. 37.0% had a manual outlining appropriate actions.

It was clear that MSWs, as the main staff providing support to hospitalized patients who have no relatives, are experiencing difficulties.

The availability of manuals did not make a difference, nor did it ease their work.

It is an urgent matter to review existing manuals and develop and distribute a revised version that addresses death-related issues as a target of care through interdisciplinary collaboration.

【Bull Soc Med 2025 ; 42 (2) : 86 – 94】

Key words: Inpatients without Relative, Medical Social Workers, Death-related challenges, Manual for handling the death of an inpatient without relatives

1) Health Sciences University of Hokkaido

2) Japan Healthcare University

短報

自傷を行う高校生への対応において養護教諭として重要だと認識していること一質的分析を用いて一

井村 亘¹⁾, 石田実知子²⁾, 山形真由美³⁾, 難波知子⁴⁾

要旨

背景・目的：高校生は自傷行為のリスクが高く，学校における養護教諭の対応は重要である．本研究は，養護教諭が自傷を行う高校生への対応において重要だと認識している内容を質的に明らかにし，基礎的資料を得ることを目的とした．

方法：全国の高等学校 1,000 校を無作為抽出し，承諾校の養護教諭を対象に無記名自記式質問紙を実施した．自由記述として「自傷を行う生徒への対応で養護教諭として重要だと認識していること」を収集し，Berelson に基づく内容分析を行い，カテゴリを生成した．カテゴリの信頼性は Scott W.A. の式による一致率により確認した．

結果：242 名分の 502 の記録単位が分析対象となった．その記録単位から【他者との連携の構築】【自傷行為発覚後の支援】【生徒との関係性の構築】【自傷行為に対するアセスメント】【自傷行為への予防的取り組み】【教職員の専門的知識向上】の 6 つのカテゴリが生成された．Scott W.A. の式における一致率は，92.2% であり，基準を満たしていた．

考察：本研究結果は，現場対応の改善や実践知の共有に資するとともに，養成課程や研修の充実，介入研究や評価指標の開発に役立つと考えられる．

【社会医学研究 2025；42（2）：95－101】

doi:10.60435/socialmedicine.42.2_95

キーワード：思春期，自傷行為，学校保健担当教員，支援，内容分析

I. 緒言

高校生の時期は自傷行為のリスクが高まり¹⁾，16.7% が「からだの表面を切る」ことがあると回答している²⁾．自傷行為は自殺行為に結び付く重要

な危険因子であり³⁾，学校保健活動における喫緊の課題である．

多くの養護教諭が自傷行為への対応に取り組んでいる^{4,5)} が，高校生の自傷行為に対して養護教諭の 63% が「どう対応すべきかわからなかった」と感じており⁶⁾，対応に困惑している．現在，養護教諭の対応内容についていくつか検討されている⁵⁻⁸⁾ が，以下の限界が存在する．

第一に，先行研究⁵⁻⁸⁾ の多くは選択肢から実施した対応を選ぶ量的調査であり，養護教諭が重要だと認識している対応内容を網羅的に抽出することは困難である．

1) 玉野総合医療専門学校 作業療学科

2) 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

3) 吉備国際大学 看護学部 看護学科

4) 川崎医療福祉大学 学生総合支援センター 学生相談室

連絡先：井村 亘

住所：〒706-0002 岡山県玉野市築港 1-1-20

玉野総合医療専門学校

E-mail：imura@tamasen.ac.jp

第二に、質的研究⁸⁾では対象者の多くが中学校勤務であり、主に対応の困難感に焦点が当てられている。高校生は中学生より不快情動やストレス反応が増加し⁹⁾、自傷行為も多い¹⁰⁾ため、発達段階に即した対応が求められるが、高校養護教諭が重要だと認識する具体的な内容は十分に明らかにされていない。

第三に、先行研究⁵⁻⁸⁾では対応の困難さや実施した行動に注目されているが、高校養護教諭が重要だと認識している価値観や判断基準は明らかにされていない。効果的な支援体制構築には、高校養護教諭が重要視する対応の視点を明確にすることが必要である。

そこで本研究は、養護教諭が自傷を行う高校生への対応において重要だと認識している内容を質的に明らかにし、基礎的資料を得ることを目的とした。

Ⅱ. 方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査に基づく横断的な質的研究とした。

2. 調査対象および調査方法

全国の高等学校 1,000 校を無作為抽出し、各校長宛に依頼した。承諾校の養護教諭に調査票を配布し、郵送で回収した。

3. 調査実施期間および調査内容

調査は 2021 年 12 月～2022 年 1 月に実施した。

調査内容は、養護教諭経験年数、自傷を行う生徒の対応において養護教諭として重要だと認識していること（自由記述）とした。

4. 分析方法

本研究の目的は、自傷を行う高校生への対応において養護教諭が重要だと認識していることを質的に明らかにすることである。そのため、カテゴリ間の関連性検討は本研究の主旨ではないため、Berelson の方法論を参考にした看護教育学における内容分析の方法¹¹⁾に基づいて分析をおこなった。

具体的には、まず研究者が全回答の素データー

一覧表を作成し、記録単位を抽出した。回答に複数の異なる内容が含まれる場合、それぞれを 1 つの記録単位として集計した。その後、抽出された記録単位に対し、質的研究に精通した研究者 3 名（学校保健分野専門 2 名、精神保健看護分野専門 1 名）によってコード化をおこなった。また、同時に「問いに対応していない記述」「特にないなどの記述」は分析対象から除外した。続いて、表現や意味が一致しているコードを整理してコード群を作成し、意味内容の類似性に基づいてサブカテゴリおよびカテゴリを生成した。次に、各サブカテゴリやカテゴリごとに記録単位の出現頻度を集計した。なお、分析者間で意見が不一致となった場合は、協議により合意形成を図った。最後に、カテゴリの信頼性を確認するために、全記録単位の 10% のコードを無作為に抽出し、そのコードを本研究に携わっていない質的研究に精通する研究協力者 1 名に分類を依頼した。カテゴリの一致率は Scott W.A. の式¹²⁾を用いて算出し、70% 以上を信頼性の基準とした¹¹⁾。

5. 倫理的配慮

調査対象者には研究目的、内容、手順、利益、不利益、匿名性について質問紙に明記した上で調査への協力を求めた。調査票には、同意欄を設け、同意する場合には丸印を記入することにより、研究参加の同意を確認した。本研究計画は、川崎医療福祉大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した（受付番号 21-056）。

Ⅲ. 結果

1. 回答者

回答者は 263 校の高等学校に勤務する養護教諭 263 名（回収率 26.3%）であり、その者の平均養護教諭経験年数は 19.2 年（標準偏差 12.2 年）であった。

2. 内容分析の結果

回答に空白を有さない 242 名（有効回答率 92.1%）分の記述が分析対象となった。その記述は、550 の記録単位に分割された。その中で「問いに対応していない記述」48 の記録単位を除く、502

の記録単位を分析対象とした（「特になしなどの記述」は無かった）。その記録単位を意味内容の類似性を基に分類した結果、以下に示す6つのカテゴリが生成された（表1）。以降、カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉、記述を「 」で表した。

1) 【他者との連携の構築】153 記録単位 (30.5%)

このカテゴリは、他者との連携構築の重要性を示し、5サブカテゴリで構成された。〈学校内での連携〉〈医療機関（専門機関）との連携〉〈保護者との連携〉では連携対象が示され、〈養護教諭で抱え込まない〉〈情報共有における本人の許可〉では「一人で問題解決しようとしなさいこと」「生徒本人に確認すること」などの留意事項が示された。

2) 【自傷行為発覚後の支援】139 記録単位 (27.7%)

このカテゴリは、自傷行為発覚後の支援の重要性を示し、5サブカテゴリで構成された。〈自傷をおこったことを否定しない〉〈自傷行為を禁止しない〉では「頭ごなしに否定しないこと」「すぐにやめることを強要しないこと」などの言葉かけが示された。また、〈冷静に対応する〉〈適切な傷の処置〉〈継続的な対応〉では「過度に反応しないこと」「傷の確認、手当てを最優先すること」などの対応が示された。

3) 【生徒との関係性の構築】128 記録単位 (25.5%)

このカテゴリは、生徒との関係性構築の重要性を示し、6サブカテゴリで構成された。〈生徒を受容する〉〈共感しながら話を聞く〉〈生徒の心理状態の理解〉では「ありのままに受け入れること」「不安や悩みを丁寧に聞くこと」などの共感的理解が示された。また、〈話がしやすい雰囲気を作る〉〈生徒との適切な距離感〉〈心配していることを生徒に伝える〉では「保健室を安心して話せる場所にすること」「生徒が大切な存在であることを伝えること」などの環境調整や「私」を主語にして自分の気持ちや考えを伝えるアイメッセージが示された。

4) 【自傷行為に対するアセスメント】35 記録単位 (7.0%)

このカテゴリは、自傷行為に対するアセスメントの重要性を示し、4サブカテゴリで構成された。〈自傷行為に至る背景を知る〉〈会話内容を記録す

る〉では「どういった時に自傷をしたくなるのか確認すること」「会話の内容を記録すること」などの情報収集と記録が示された。また、〈学校内で対応可能かの見極め〉では「学校で対応できないラインの見極めが大事」が示された。

5) 【自傷行為への予防的な取り組み】34 記録単位 (6.8%)

このカテゴリは、自傷行為への予防的な取り組みの重要性を示し、4サブカテゴリで構成された。〈生徒のストレスマネジメント向上支援〉〈生徒の援助希求能力向上支援〉では「ストレスを違う方法で解消できるように導くこと」「誰かに相談することを促すこと」などの対処支援が示された。また、〈自傷行為の早期発見〉〈生徒の日々の観察〉では「早期に気づき、対応することが重要」「日々の生徒の様子や変化に気が付くこと」などが示された。

6) 【教職員の専門的知識の向上】13 記録単位 (2.6%)

このカテゴリは、教職員の専門的知識の向上の重要性を示し、1サブカテゴリで構成された。〈教職員の専門的知識の向上〉では「思春期の自傷行為は心理的な危機的状态と教職員が認識すること」「教職員が研修会や文献等で日頃から学んでおくこと」などが示された。

3. カテゴリの一致率

カテゴリへの分類対象となった51コード中48コードが一致し（表1）、Scott W.A.の式における一致率は、92.2%であり、基準を満たしていた。

IV. 考察

本研究により、養護教諭が自傷を行う高校生への対応において重要だと認識している点が質的に明らかとなった。本知見は、現場対応の改善や実践知の共有に資するとともに、養成課程や研修の充実、介入研究や評価指標の開発に役立つと考えられる。各カテゴリに対する考察を以下に述べる。

【他者との連携の構築】のカテゴリは、先行研究において対応内容の上位項目として教職員間での連携や保護者との連携が挙げられていること⁵⁾、ま

表1 自傷を行なう高校生への対応において養護教諭として重要だと認識していること

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(例)	記録単位数 合計502	抽出数 合計51	一致数 合計48
他者との 連携の構築	学校内での連携	・他者との連携の構築 ・学校内のチームで動く	69	153 (30.5%)	15
	養護教諭で 抱え込まない	・養護教諭一人に対応しない ・養護教諭だけで解決しようとするしない	33		
	医療機関 (専門機関) との連携	・希死念慮の強い場合は医療機関や地域の支援機関につなぐ ・適切な専門機関につなぐ	26		
	保護者との連携	・保護者との関係づくり ・保護者との情報共有	20		
	情報共有における 本人の許可	・情報共有の際には、生徒本人からの承諾を得る ・保護者や担任に伝えてよいか確認をする	5		
	自傷をおこった ことを否定しない	・自傷をしたことを責めない ・頭ごなしに自傷行為を否定しない	51		
自傷行為 発覚後の支援	冷静に対応する	・気持ちに共感し過ぎずにドライに接する ・自傷行為に対して過度に反応しない	31	139 (27.7%)	11
	適切な傷の処置	・傷の確認、手当てを最優先する ・傷の手当てをする	29		
	継続的な対応	・継続的な支援 ・安定的に継続して関わる	20		
	自傷行為を 禁止しない	・自傷行為をすぐにやめることを強要しない ・無理矢理自傷行為をやめさせない	8		
	生徒を受容する	・ありのまま受け止める ・全面的に受け入れる	48		
生徒との 関係性の構築	共感しながら 話を聞く	・不安や悩みを丁寧に聞く ・傾聴する	40	128 (25.5%)	14
	話がしやすい 雰囲気を作る	・相談できる人と思われる ・安心して話せる場所を作る	17		
	生徒との適切な 距離感	・ほどよい距離感 ・つかず離れずの関係	10		
	生徒の心理状態の 理解	・何に困っているのか不安なのかを理解する ・想いを確認する	8		
	心配していることを 生徒に伝える	・大切な存在であることを伝える ・心配している人がいるということをアピールする	5		
	自傷行為に至る 背景を知る	・どういった時に自傷をしたくなるのか確認する ・自傷行為に至る理由を理解する	30		
自傷行為に 対する アセスメント	学校内で対応 可能かの見極め	・学校外の支援が必要なのかの見極め ・学校で支援可能なのかの見極め	3	35 (7.0%)	3
	会話内容を記録する	・生徒から聴いた情報を記録する ・会話内容をメモする	2		
	生徒のストレス マネジメント向上支援	・生徒自身が問題に気が付き、乗り越える力を育む ・ストレスを違う方法で解消できるように導く	18		
自傷行為への 予防的な 取り組み	生徒の援助希求能力 向上支援	・誰かに相談する事を促す ・生徒一人で抱え込まずに対処できるようにする	7	34 (6.8%)	3
	自傷行為の早期発見	・早期に気づき、対応する ・自傷行為を発見する	5		
	生徒の日々の観察	・日々の生徒の様子や変化に気が付く ・生徒の少しの変化や違和感を見逃さない	4		
	教職員の 専門的知識の 向上	・思春期の心理的な特徴を教職員が認識する ・教職員が研修会参加、文献を読むなど日頃から学んでおく	13		

た養護教諭や学校に求められる対応として校内外の連携体制確立の重要性を指摘した文献レビュー¹³⁾の結果とも一致している。生徒指導提要¹⁴⁾では、チーム学校として、一人で抱え込まない、管理職を中心とした機能的なネットワークづくり等が示されており、自傷行為への支援においても教員・保護者・養護教諭が協働する包括的な支援体制の構築が不可欠であることが改めて確認された。

【自傷行為発覚後の支援】【生徒との関係性の構築】のカテゴリは、中学・高校養護教諭の自傷行為対応、役割を調査した先行研究⁸⁾の知見とも合致しており、妥当な結果であると考え、この結果は、高校養護教諭にとって、自傷行為発覚後の適切な支援のみならず、日常的な生徒との関わり方も重要であることを示唆している。

【自傷行為に対するアセスメント】【自傷行為への予防的な取り組み】のカテゴリが生成された。しかし、現在、高校養護教諭向けの標準化されたアセスメントツールは存在せず、効果的な予防的な取り組みについても明確になっていない。本研究で生成されたこれらのカテゴリおよびサブカテゴリは、今後のアセスメントツールの開発や予防的取り組みの検討において有用な知見となると考える。

【教職員の専門的知識向上】のカテゴリが生成された一方で、現状では教職員の自傷行為に関する知識不足¹⁵⁾や対応方法がわからない⁶⁾といった課題が指摘されている。今後、教職員を対象とした体系的な人材育成システムの構築が急務である。

本研究の限界として、自由記載式質問票を用いたため記述内容の文脈が不明瞭な場合があったこと、回収率が26.3%と低く調査テーマに特に関心の高い高校養護教諭に回答が偏った可能性があることが挙げられる。今後は、より高い回収率での大規模調査の実施、多様な背景を持つ高校養護教諭を対象とした継続的調査、本研究で得られた知見の実践への応用可能性を検証する介入研究の実施が重要な課題である。

謝辞

本研究は、JSPS 科研費 20H04029 の助成を受けて実施したものの一部である。

早く調査にご協力いただいた高校養護教諭の皆様、分析に協力して頂いた岡山大学大学院保健学研究科博士後期課程の大東真紀氏に感謝いたします。

なお、本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 1) 飯島有哉, 桂川泰典, 本邦における自傷行為の実態に関する系統的レビュー. 早稲田大学臨床心理学研究. 2019;19:119-127.
- 2) 石田実知子, 國方弘子, 渡邊真紀他, 高校生の精神的健康に対する学生生活関連ストレスと自傷行為との関連. 日本保健科学学会誌. 2017;20:103-111.
- 3) 高橋祥友, 自傷の予後—自殺との関係—. こころの科学. 2006;127:84-89.
- 4) 日本学校保健会. 保健室利用状況に関する調査報告書—令和 4 年度調査結果—. https://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_R050070/index_h5.html (2025 年 8 月 20 日アクセス)
- 5) 巻ちふゆ, 佐藤雄一, 小林央美, 自傷行為を行う児童生徒への養護教諭の支援の実態について. 弘前大学教育学部紀要. 2011;105:97-104.
- 6) 松本俊彦, 今村扶美, 勝又陽太郎, 児童・生徒の自傷行為に対応する養護教諭が抱える困難について—養護教諭研修会におけるアンケート調査から—. 精神医学. 2009;51:791-799.
- 7) 金愛慶, 金子尚弘, 土川洋子他, 小・中・高校における児童生徒の自傷行為への対応 (I). 名古屋学院大学論集 人文・自然科学篇. 2008;44:65-76.
- 8) 坂口由佳, 自傷行為への学校での対応—援助者と当事者の語りから考える—. 東京: 新曜社. 2021.
- 9) 小澤永治, 思春期における不快情動への態度と

- ストレスの関連. 心理学研究. 2010;81:501-509.
- 10) 大平泰子, 本邦における自傷行為の経験率に関する研究レビュー. 富山国際大学子ども育成学部紀要. 2017;8:171-174.
- 11) 舟島なをみ, 質的研究への挑戦第 2 版. 東京: 医学書院. 2007.
- 12) Scott W.A., Reliability of Content Analysis: The Case of Nominal Scale Coding. Public Opinion Quarterly. 1955;19:321-325.
- 13) 穴水ゆかり, 加藤弘通, 教育現場における自傷児童生徒支援の課題について—文献レビュー—. 北海道大学大学院教育学研究院紀要. 2017;129: 17-35.
- 14) 文部科学省. 生徒指導提要. https://www.mext.go.jp/content/20230220-mxt_jidou01-000024699-201-1.pdf (2025 年 8 月 28 日アクセス)
- 15) 西恭平, 自傷行為をする生徒への教育相談活動の現状と課題—友人の援助的役割に着目して—. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要. 2025;18:59-68.
- (受付 2025.9.22 : 受理 2025.12.16)

What School Nurses Recognize as Important in Responding to Self-Harming High School Students: A Qualitative Analysis

Wataru Imura¹⁾, Michiko Ishida²⁾, Mayumi Yamagata³⁾, Tomoko Namba⁴⁾

Abstract

Background/Objective: High school students are at high risk of engaging in self-harming behavior, and the response of school nurses in schools is crucial. This study aims to qualitatively clarify what school nurses recognize as “important” in responding to high school students engaging in self-harm and to obtain fundamental data.

Methods: A total of 1,000 high schools nationwide were randomly selected, and an anonymous self-administered questionnaire was conducted with school nurses at schools that consented to participate. Participants were asked to describe “what they recognize as important as school nurses in responding to students who engage in self-harm” as free-response items. Content analysis was conducted based on Berelson’s method, and categories were generated. The reliability of the categories was confirmed by the agreement rate calculated using Scott W.A.’s formula.

Results: A total of 502 recording units from 242 participants were analyzed. From these units, six categories were generated: Building Collaboration with Others, Support after the Discovery of Self-Harm, Building Relationships with Students, Assessment of Self-Harming Behavior, Preventive Approaches to Self-Harming Behavior, and Enhancement of Teachers’ Professional Knowledge. The agreement rate calculated using Scott W.A.’s formula was 92.2%, which met the criterion.

Discussion: The findings of this study are expected to contribute to improving on-site responses and sharing practical knowledge, as well as to the enrichment of training programs, the development of intervention studies, and the creation of evaluation indicators.

【Bull Soc Med 2025 ; 42 (2) : 95 – 101】

Key words: adolescence, self-harm, school nurse, support, content analysis

1) Department of Occupational Therapy, Tamano Institute of Health and Human Services

2) Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

3) Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kibi International University

4) Student Counseling Office, Student Support Center, Kawasaki University of Medical Welfare

特別報告 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会 市民公開メイン企画
優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える

「優生保護法下での不妊手術に対する 社会医学会の責任ある立場を考える」 市民公開講座を踏まえた、大会長声明

2025 年 9 月 6 日 第 66 回日本社会医学会総会
大会長 武内 一

最高裁判所大法廷は、2024 年 7 月 3 日に、旧優生保護法に基づいて実施された強制不妊手術について、特定の疾病や障害を有する者等を対象とする旧優生保護法の不妊手術に関する規定は、個人の尊厳と人格の尊重の精神に著しく反する上、差別的なものであり、憲法第 13 条及び第 14 条第 1 項に違反するとの判断を示しました。

旧優生保護法は 1948 年に「不良な子孫の出生防止を」目的に作られ、1996 年に母体保護法に改正されました。この間、50 年間にわたり特定の疾病や障害を有する人たちの尊厳や人格は法律によって蹂躪され差別されてきました。不妊手術及び人工妊娠中絶の実施に際しては、医療関係者や行政関係者や司法関係者が積極的な役割を果たしました。日本社会医学会は、社会制度によって生み出された健康や生活上の問題を取り上げ、その発生構造を解明し予防と救済のための施策を提起することを使命としているにもかかわらず、旧優生保護法の犯罪性や被害者の苦しみに関して一度も発言することなく見過ごしてきました。ここにその不明を恥じ、被害を受けられた方々に心よりお詫び申し上げます。

私たちは過ちを繰り返さないために、「当事者から学ぶ社会医学」をメインテーマに掲げた第 66 回学術総会において、「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」市民公開講座を開催し、私たち社会医学会が何故この問題に向き合えなかったのかを議論しました。長期にわたり、特定の疾病や障害を有する人たちが傷つけられ、人としての尊厳や権利が踏みにじら

れる行為が行われていたのに、私たちは「法律に従った行為であること」を言い訳に、その深刻な犯罪を問うことをしませんでした。旧優生保護法による被害者は判明しているだけでも 8 万人を超えていますが、その数にも関わらず「限られた人」の問題として見過ごしていたのではないのでしょうか。被害者の近くにいながら、被害者の苦しみに気づき共感する感性に欠けていたのではないのでしょうか。私たちの中にある、特定の疾病や障害を有する人を「不幸な人・劣る人」と決めつける障害者観が旧優生保護法を生み出し、旧優生保護法によってそうした障害者観が社会に広がり深く根付いたことを直視しなければなりません。

判決によって問題が解決したわけではありません。被害者の尊厳の回復と救済はこれからの課題です。旧優生保護法を許容し旧優生保護法によって社会に根付いた差別を根絶する取り組みを、あらゆる場面で不断に展開する必要があります。旧優生保護法の被害者と同様に、健康や生活に関して「物言わぬ」「物言えぬ」被害者を見落としていないか、自らに問い続ける必要があります。

私たちは市民公開講座での議論を踏まえ、すべての人たちの尊厳が守られ健康に生きることができる社会の実現を目指して、専門家としてその責任を果たします。

(この報告は、第 66 回日本社会医学会総会で講演した内容に若干の加筆修正を加えて掲載したものです。)

(受付 2025.10.15 : 受理 2025.12.25)

特別報告 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会 市民公開メイン企画
優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える

市民公開講座「優生保護法下での不妊手術に対する 社会医学会の責任ある立場を考える」を開催して

武内 一¹⁾, 埤田和史²⁾

【抄録】

日本社会医学会は「国民の健康や生活に生じる問題と社会との関わりを解明し、社会的な予防対策」をとることを掲げて発足していたにも関わらず、旧優生保護法の重大な人権侵害を見逃してきた。そのことを振り返り、過ちを繰り返さないために「当事者から学ぶ社会医学」をメインテーマに掲げた第 66 回総会において、「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」市民公開講座を開催した。

まず、本企画の趣旨を座長が紹介し、登壇者として、当事者を代表して全日本ろうあ連盟参与の石野氏、そして、原告を支え続けている訴訟弁護団の藤原氏、日本社会医学会高鳥毛理事長、また、現役の産婦人科医の立場から船山氏を迎えた。各氏の発言の要約を掲載すると共に、主催者を代表し、座長を務めた武内、埤田による考察を加え、すべての人たちの尊厳が守られ健康に生きることができる社会の実現を目指すという、専門家として責任を果たす決意を示した。

【社会医学研究 2025 ; 42 (2) : 103 – 107】

doi:10.60435/socialmedicine.42.2_103

【はじめに】

最高裁判所大法廷は、2024 年 7 月 3 日に、旧優生保護法に基づいて実施された強制不妊手術について、特定の疾病や障害を有する者等を対象とする旧優生保護法の不妊手術に関する規定は、個人の尊厳と人格の尊重の精神に著しく反する上、差別的なものであり、憲法第 13 条及び第 14 条第 1 項に違反すると判断した。日本社会医学会は医療や福祉分野の専門家で構成され、社会制度によって作り出された健康や生活上の問題を解明し、その解決に取り組むことを使命としてきたはずなの

に、なぜこれほど重大で明白な人権侵害を見逃してきたのか。

こうした事実への反省をこめて、「当事者から学ぶ社会医学」をテーマに掲げた第 66 回日本社会医学会総会では、本企画をメインに据えて、学会員に限らず広く市民の方々とも意見交換できるよう市民公開講座として実施した。演者として、当事者団体を代表する立場で全日本ろうあ連盟の参与である石野富志三郎氏、そして、優生保護法兵庫県弁護団団長の藤原精吾氏、日本社会医学会理事長である高鳥毛敏雄氏、全日本民主医療機関連合会（民医連）の「旧優生保護法下における強制不妊手術問題に対する見解」作成委員で民医連産婦人科医療委員会委員長である船山由有子氏を招いた。各演者の詳細な発言内容については本特集で取り上げられている。

1) 佛教大学社会福祉学部、ウメオ大学医学部疫学とグローバルヘルス学科

2) びわこリハビリテーション専門職大学、滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門

【演者の報告概要】

4名の演者からは、各々の立場での役割の重さが伝わる内容の深い発表が続いた。

石野氏からは、自身の経歴に続いて戦後のろう者の不当な差別の歴史が語られた。優生保護法の被害者の存在を知って以降、全日本ろうあ連盟として各地で被害の発掘と実態の把握に努めてきたとし、旧優生保護法裁判を闘う原告の4割以上がろう高齢者であることを報告した。ろう者の言葉である「手話」が、長期にわたって国から否定され、教育や生活の場面で使用することが禁止され続けてきたことが、強制手術を拒否する意思表示や被害を訴える手立ての剥奪に繋がったことを指摘した。当事者団体である連盟自身が、旧優生保護法の不当性や被害者の存在に気づくことができなかったことについて、「差別思想に取り込まれていた可能性を否定できない」とし、日本ろうあ連盟として、優生思想の根絶に全力をあげる決意を述べた。併せて手話が肯定される社会づくりを強調した。

藤原氏は、戦後民主主義国家としての歩みを憲法のもとに誓ったはずの日本で、憲法施行の翌年から半世紀にわたってこうした違憲の法律が存在し続け、法改正後も30年間謝罪や補償がされなかったのは何故なのかと、鋭く問いかけた。戦前から続く、障害のある人を社会から減らすことが日本の国力を増進することであり「優秀な」民族を作ることであるとする優生思想が、戦後の国会で、全会一致で優生保護法を生み出した背景にあるとした。そして、その法律を国はもちろん、地方行政、保健所、医師、法律家、教員が真面目に執行したことで被害者が生まれ、障害者に対する差別意識が醸成されたとした。こうした結果に対して、医師やその他の関係者の責任を問うことや、旧優生保護法だけの総括で済ませるべきではなく、すべての人と共に生きる社会づくりという根本を問い直す必要性を明確に示した。

高鳥毛氏は、日本社会医学会理事長の立場で、1960年に創設された本学会が果たしてきた役割に

言及する一方で、学会としてこの問題を取り上げてこなかった事実を、反省の思いを込めて述べ、社会医学の課題は、政治と不可分の関係にあるとした。また、衛生・公衆衛生施策が戦前は国家経営の手段として実施されてきたものが、戦後新憲法の下で国民主権の施策に変わることが求められた。しかし、戦前からの流れを引き継ぐ施策が、AIDSやハンセン病の被害者達の人権保障を求める声を受けて初めて正されたように、現在の法律や施策についても、今後、議論しなければならない課題があるとした。そして、旧優生保護法問題について、日本社会医学会として、まず第66回総会の大会長名で声明を出し、それに基づいて学会として早急に対応を行う決意を述べた。

最後に船山氏は、産婦人科医として、関係医療団体の裁判結果を踏まえた見解を示し、問題の本質を、政治家や医療関係者にある優生思想とパターンリズム、憲法の基本原理を歪める公益論、そして憲法の基本的人権への不十分な理解にあるとした。「旧優生保護法下における強制不妊手術問題に対する見解」で、こうした問題の本質について学び続けることと、人権や倫理の問題について対応する常設の部門を確立することを挙げているとし、当事者や関係者と共同して取り組む原則の重要性を強調した。さらに、ダウン症などの胎児診断として拡大する非侵襲性出生前遺伝学検査(NIPT)を取り上げ、障害のある胎児の排除につながる点で、旧優生保護法問題と共通する問題だと述べた。そして、旧優生保護法問題の根本的解決には、障害児者と共に生きる意識の形成と、政策としての制度の充実が不可欠だと結んだ。

演者発表後の討論に当てる時間は限られていたが、フロアから次々と意見が出された。ろう者の参加者から、身近な友人が不妊治療の犠牲になった体験が語られた。また、ろう者の出産育児支援に関わり手話を学んでいる助産師からは、専門家養成過程での旧優生保護法問題に関する教育の重要性が指摘された。また、旧優生保護法問題に取り組む研究者からは、聞き取り調査に基づいて、当時、出産を支援する側に立った精神科医がいた

事実の一方で、旧優生保護法で重要な役割を果たしていた、各地の保健所関係者からの総括がないことが、指摘された。

最後に、演者の講演予定内容や学会準備委員会での検討を踏まえて作成した『「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」市民公開講座を踏まえた、大会長声明』を紹介し、企画を終了した。

第66回日本社会医学会総会大会長声明は、学会のHP上でも公開している (<https://jssm.umin.jp/info.html>)。

【講演を受けての考察】

これほど多くの被害者をつくった国家的不正義に対して、なぜ医学界だけでなく、障害者（支援）団体までもが向き合えきれなかったのか。その問題を、社会背景の様々な条件の中にある「構造的不正義」から考えたい。政治哲学者であるアイリス・マリオン・ヤングは、その著書「正義への責任」¹⁾で、社会的あるいは経済的弱者が、その状況を変えることを困難としている背景にある構造的問題とは、そうした弱者へ責任や非難を押し付けることを暗黙の前提として、大多数の者が、その特定の問題から目を逸らす態度や行動を免責する機能が働くことだと分析した。つまり、社会的不正義は、本来当事者であるはずの弱者の立場を無視し、多数派の考え方や行為の起結が蓄積して現れるのだと述べ、それを「構造的不正義」とした。

優生保護法成立の過程を振り返ると、戦前より社会を支配していた優生思想を背景に、戦後の混乱と人口増加や経済危機の対応策として、政治的立場の違いに関わらず、国会議員は誰一人疑うことなく、むしろ正しい医療行為であるとの一方的な信念から、家族をも巻き込んで障害をもつ人々を排除する優生保護法を策定した。そして、行政機関は法を根拠に、その対象を拡大させる政策へと突き進んだ。成立時より、それは国会議員のみならず、その提案に疑問をもつことなく、また、自らを「当事者」ではないと理解する国民多数が

合意するという社会のあり方自体に、ヤングの指摘する構造的不正義があったのでないだろうか。旧優生保護法成立時、新憲法の理念は十分には機能しておらず、少数者を排除する事実は、船山氏が指摘したように「公益」の名によって合理化された。

1996年の法律の母体保護法への変更まで、法律に抗う現場の一部の良心的な精神科医や産婦人科医らによる、出産と育児への支援はあったとしても、宮城県で繰り返された「愛の10万人運動」に象徴されるように、自治体でその実施に差がありながらも、当事者の思いを排除して、法に基づく「正当な」医療行為として、不妊治療と人工妊娠中絶が、半世紀近くにわたり継続された。国は、旧優生保護法国家賠償請求訴訟が2018年にはじめて提訴されると、慌てて、議員立法という形で一時金支給を法制化した。旧優生保護法は、最高裁判所による、成立時より憲法違反だったとの判決を受けて、政府及び国会は、被害者に謝罪し補償金制度を充実させた。しかし、被害の大きさに対して名乗り出る被害者は少ない。こども家庭庁によると、旧優生保護法に基づく優生手術件数が約25,000件、人工妊娠中絶は約59,000件、併せて少なくとも84,000人が被害を受けたと推測している²⁾。一方で、一時金支給法による認定件数は2025年3月末時点で1,091件（約1.3%）に留まっている³⁾。その背景には、障害の特性や手話を奪われ聴覚障害者のように、「意思の表明」が困難な被害者が少なくなかったことに加えて、声を上げることを躊躇させるような今も社会を覆う、障害者差別の重い空気がある。全日本ろうあ連盟が、被害者を訪ね被害状況を聞き取り、被害者救済のための裁判支援を行ってきたことを石野氏は報告したが、本来は優生保護法の過ちを認め、母体保護法に改正した1996年以降、国の責任として、被害の実態把握と具体的な救済のために手を尽くすべきだった。大会長声明の結びにあるように、「すべての人たちの尊厳が守られ健康に生きることができる社会」づくりは、被害の実態や被害者の声を踏まえてこそ実現できるものであり、今後、長く

追求し続けるべき社会医学の課題でもある。

日本医学会は、創立120周年記念のシンポジウムにおいて、旧優生保護法の問題は、731部隊の人体実験、ハンセン病患者に対する強制隔離や優生手術、薬害エイズ事件と並ぶ、医学・医療の名において人間の尊厳・人権の尊重を蹂躪した過去の過ちであったと言明した。そして、再び繰り返さないためには過ちに学び、「私たち自身の倫理を確固たるものとし、時には流れに抗うことも医学に携わる者の責務であることを改めて認識する」とした⁴⁾。「優生保護法と同意なしの不妊手術」と題した報告書の中で、旧優生保護法が改正されず救済が遅れた一因として、「優生保護委員会には法律の専門家である裁判官、検察官、学識経験者などが含まれていたが、違憲とする意見が広がらなかったために、かかわっていた医師が旧優生保護法の問題点を指摘するには至らなかった。」⁵⁾ことをあげている。優生保護委員会とは、旧優生保護法に基づいて設置された、優生手術の適否等を判断する組織である。憲法違反の法律に医師が従属的に従うことで被害者が作り出された構図がある。船山氏は講演の中で、大先輩の「教授に命じられて（中略）、手術承諾書があつて、その通りやったことを今責められても困る」との言葉を紹介し、当時絶対的存在だった教授の命に背く、あるいは法律で医師の義務と決まったことをしない、つまり法律違反をする勇気をもつことができたろうか、との疑問を投げかけた。一度、法律として作り出された流れを止めることは、容易ではない。特に、被害者が社会的弱者で発言力が小さければ、尚のことである。法律や制度を無批判に受け入れるのではなく、法律や制度執行によってもたらされる事実を、憲法の理念に照合し検証することが求められる。人権や尊厳の蹂躪に関わる事実をもとに、社会制度の改善や被害者の救済に取り組んで社会医学会の使命を、再確認する必要がある。

1980年にWHOによる国際障害分類（ICIDH）が示され、障害を機能障害、能力障害、社会的不利の3つのレベルで分けて考える医学モデルが提唱され、それが2001年には国際生活機能分類（ICF）

によって、社会の中で生活する人として障害の有無に関わらず、すべての人を捉える視点へと発展した。ICFの中で、生活機能と訳されるファンクショニングという概念は、ノーベル経済学賞を受賞した、アマルティア・センの“Functionings and Capability”の思想が背景となっており、個人の社会参加、「ありたい」「なりたい」自分を追求する権利を前に進めることが、そのゴールに位置付けられている⁶⁾。

そして、ICFのゴールである社会参加を、障害をもっていても実現できる国際社会を築くとの約束が、2006年に国連で採択された障害者の権利に関する条約である。日本は国内法の整備が遅れ、2014年141番目の締約国となった。そして、2022年の国連障害者権利委員会の勧告を受け、条約への国内法の適応などを進めている。これらは、障害当事者達の粘り強い取り組みを反映したものと言える。本企画の中で、期せずして、藤原氏と船山氏は、きょうされん専務理事の藤井克徳氏の言葉「障害者観は、障害者の置かれている社会の政策水準にある」を引用し、その政策水準を、障害の有無に関わらず、憲法の保障する個人の尊厳と幸福権の追求の権利（13条）及び差別の禁止（14条）に照らして、実効のあるものに変えることの重要性を示した。旧優生保護法に対する社会全体の対応も含めて、国際的なこうした約束事で見ると、例えば、石野氏が講演の中で繰り返し述べていた手話の扱いにみるように、日本にはまだまだ問題が多い。2011年7月に改正された障害者基本法で初めて「第3条（地域における共生等） 三 全て障害者は、可能な限り、言語（手話を含む。）その他の意思疎通のための手段についての選択の機会が確保されるとともに、情報の取得又は利用のための手段についての選択の機会の拡大が図られること」と、言語として手話が法律の中で明記され、2025年6月には「手話に関する施策の推進に関する法律」が成立した⁷⁾。しかし、2016年に公用語として手話を採用している韓国と比べ、テレビ番組などへの手話の導入は遅れており、教育現場での手話の活用に関する科学的な研究はほとんどな

い⁸⁾。障害者の権利に関する国内法の整備が、自動的に差別解消につながるわけではない。旧優生保護法問題から得られる教訓を深め、障害、国籍、性、そのほかのあらゆる社会的経済的な差異に基づく差別をなくすために、「すべての人たちの尊厳が守られ健康に生きることができる社会の実現を目指す」という、専門家として責任を果たす決意を示した大会長声明の全文を最後に示して、本稿を終えたい。

(この報告は、第66回日本社会医学会総会で講演した内容に若干の加筆修正を加えて掲載したものです。)

参考資料

- 1) 正義への責任 アイリス・マリオン・ヤング 岡野八代他訳 2014 岩波書店
- 2) 旧優生保護法補償金等支給法に係る経緯等 こども家庭庁 HP https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/2b469ee8-c243-4f81-b4b7-3b8c7cc924ed/b0b06742/20250327_councils_jinkoninshinchuzetsu-ichijikin_2b469ee8_07.pdf 2025.9.30. 最終アクセス
- 3) 旧優生保護法補償金等支給法の施行状況について こども家庭庁 HP https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/5d5fbb8-fc30-4cc4-9c20-cb131a506ad6/93e23506/20250423_councils_kodomo-seisaku_kyoudgi_5d5fbb8_11.pdf 2025.9.30. 最終アクセス
- 4) 日本医学会創立 120 周年記念事業式典とシンポジウム 日本近代医学創成から 120 年とこれからの 120 年 <https://jams.med.or.jp/jams120th/> 2025.10.20. 最終アクセス
- 5) 日本医学会創立 120 周年記念誌 日本医学会 https://jams.med.or.jp/jams120th/images/memorial_full.pdf 2025.10.20. 最終アクセス
- 6) 不平等の再検討 アマルティア・セン 池本幸生 他訳 1999 岩波書店
- 7) 手話に関する施策の推進に関する法律(手話施策推進法) 概要 内閣府 https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/jsl/pdf/78_gaiyo.pdf 2025.9.30. 最終アクセス
- 8) 我が国の聴覚障害教育における手話の活用に関する文献的考察 雁丸 新一他 障害科学研究 45, 77-89. 2021
(受付 2025.10.15: 受理 2026.2.25)

特別報告 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会 市民公開メイン企画
優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える

優生保護法問題に対する聞こえない者の思いと 全日本ろうあ連盟の取り組み

全国手話研修センター理事長，全日本ろうあ連盟参与
石野富志三郎（滋賀県在住）

1. 新憲法のもとでも，なお冷遇されていたろう者

戦後，第二次世界大戦で解散させられた全日本ろうあ連盟は 1947（昭和 22）年 5 月に結成，新憲法制定の下，都道府県のろうあ協会も組織化が進んでいく。

しかし，戦後になっても口話中心の教育は正造化されていた。外国では，電話を発明し，通信革命を起こしたグラハム・ベル（1922 年 8 月没）は，手話と手話教育あるいはろう者同士の結婚に反対，米国ろう者社会は当時，“ろう者の最大の敵”と恐れていた。（※文献 1）

「危ないから運転はダメ，ろうの農家は馬や牛でも使え」

「ろうあ者はわがままで，愛される人になれ」

「聞こえる人と話すなら発声でやれ」「筆談は面倒だ」

手話を使えば先生や家族に平手打ちされる，財産管理が無理，融資もダメ，冠婚葬祭はほぼ，ろう者抜きに決められた。結婚式目前，親同士が勝手に決められて本人の合意がないまま，不妊手術のため病院に無理やり連れていかれた。手話のわかる人もおらず激しく抵抗したが，産めない体になってしまった。

「聞こえないから危ない」という科学的根拠もなくろう者には運転免許を与えなかった。医療従事者の場合も欠格条項のため聞こえないだけの理由で免許を取得できなかった。

2. 子どもらにどう説明？なぜ大人が・・・

東京教育大学付属ろう学校高校 3 年生（現：筑波大学付属聴覚特別支援学校）が千葉県高校陸上競技大会で 100m 決勝 11 秒 4，200m 決勝 22 秒 6 の好タイムで優勝したのに全国高校体育連盟が「聞こえないと危険が伴う。大会運営上も支障をきたす」との理由で関東地区高校陸上競技選手権大会出場権を剥奪した。1967 年のことである。

1974 年，全国高校軟式野球大会福井県予選大会の決勝戦で，福井県立ろう学校が堂々と優勝を飾ったが，「県代表と認められない」と出場権が与えられない。敗れた相手校が北陸地区大会出場。信じられない事件である。

「沖縄県立北城ろう学校」（現：廃校）沖縄県硬式野球大会予選出場は，日本高校野球連盟から拒否される。同連盟会長が「出場させろというのはわがままで」「ケガをすると困る」（1981 年）

同じ高校生でありながら，ろうあ者というだけで試合も出来ない，他校との練習も出来ないという，今では考えられない事件。

しかし，「日本聴力障害新聞」全日本ろうあ連盟（以下「連盟」）機関紙のスクープで世論の味方をつけた北城ろう学校はこうして堂々と出場できた。

なぜ，そうなったか根拠を探ってみる。

日本学生野球憲章第 3 章 高等学校野球第 16 条
「それぞれの都道府県の高等学校野球連盟に加入することのできる学校は，学校教育法第 4 章に定めるものに限る」

ろう・盲学校は学校教育法第6章の特殊教育にされているため、第4章に定められた学校でないから加盟できないと判明した。ろう児に「聞こえないと危険だから」と野球や陸上などをさせようとしなかった措置があきらかに不当差別である。

障害のある人に対する差別意識、そこから障害のある人は劣っていると考え、そうした人の生命を途絶えさせようとする優生思想は、多くの国民の中にもあった。その考えを国民に広く流布し、公費を使って人員・施設を整えて実行できるようにしたのは国による優生政策や優生保護法などの政策や立法行為だろうか。

3. 旧優生保護法と闘うろう高齢者

私事で恐縮だが、ちょうど50年前に「生む権利はわれらに！」滋賀県ろうあ協会機関紙「湖国ロウアニュース」(1973年)新春号に、障害を理由に子供を産ませようとしない社会の不条理を訴えるコラムを執筆したことがある。

京都新聞が連載中の『隠れた刃 証言・優生保護法』で、このコラムを取り上げて取材を受けたのは2018年1月。それまでに優性保護法があったことを、宮城県で国家賠償請求訴訟が初めて知り、同法は「遺伝性の難聴又は聾(ろう)」を対象にしていたことに怒りと衝撃がこみ上げた。

優生保護法別表第四条、第十二条関係に「遺伝性の難聴またはろう」がある。いわく同意不要でもできる。医師は手術を申請しなければならないが、『身体の拘束、麻酔、だまし等手段を用いることも許される。』(1953年厚生省事務官通知)

すぐさま連盟に全国実態調査を指示した。47都道府県の聴覚障害者加盟団体を通して会員を問わず聞こえない・聞こえにくい本人、その家族や親族、施設職員、相談員、手話通訳者らに協力を求めた。

連盟が2018年3月25日から2020年8月31日の間に実施した実態調査で強制不妊手術の実例が明るみに出た。

調査活動が進むなか、「寝た子を起こすな。プライバシーに踏み込むのは失礼だ。そんなものはや

めろ」と、あからさまに非難されたり、調査手法は疑問だと批判めいた意見も少なくなかった。加盟団体の委嘱を受けた調査員は根気よく必要性を説き、2年かかって続けた。

聞き取りを行った内容の一部を紹介する。

- ・知らない間に不妊手術をされたことを今でも納得ができない。元の体に戻してほしい。
- ・妊娠検査で病院を訪れたら、医師らの独断で中絶させられそうになった。同行した親が断って病院を“脱出”。その後、別の病院で無事出産した。
- ・親戚から「あなたの母、祖母、いともみんなろう者なので、子どももろうになる。堕ろしなさい。」当時は手話のわかる人がいなかったもので、従うしかなかった。悔やんでも悔やみきれない。
- ・結婚の時に、親同士が勝手に決められ、病院に説明もなく連れていかれた。手話通訳者もおらず、反発したかったが、できなかった。
- ・結婚式の一週間前、父と職場の上司と一緒に訳も分からず連れていかれて、無理やりに断種させられた。
- ・妊娠が判明した時、子どもが生まれると不幸になると言われて、仕方なく泣く泣く中絶した。
- ・結婚したいなら、断種手術せよ！と言われて、強制的に断種手術を受けさせられた。

実態調査の結果(別表)、170名(男性45名、女性125名)という被害者が判明する。

件数は断種45件、不妊手術82件、中絶手術50件、不明18件で計195件(不明は、認知症による対話困難また高齢のため明確な記憶がない等の被害者)

きこえない被害者は、それまで手話を学ぶことや使用することを否定されて手話による情報提供や相談もできないままに、子どもを産み育てたいという思いを優生手術や人工中絶手術によって全て剥奪された。また、その後の人生においても、子どもがつかれないことを理由に離婚されたり、親が未成年の子の優生手術を勧めたために親子関係が壊されたりと、夫婦関係、親子関係、兄弟姉妹関係等の家族関係の分断も強いられた。

4. 当事者の視点から実態調査に思うこと

以下の意見は2022年7月27日福岡地裁に提出した小職の陳述書（文献2）の一部である。

——これらの調査実態を行って感じたことは、戦後～1960年代当時は、現在のように手話に対する理解がなく、手話通訳等のろう者に対する情報保障もない中、手話で相談できる仕組みがないため、本人が様々な情報を入手できず、手術の内容やその後の環境についても判断できないまま手術を強いられてしまった。

当時のろう学校の関係者や両親・家族・親戚には、優生思想が蔓延し、ろう者が結婚、出産、子育てをすることを禁じたり、反対することが当たり前のようになっていた。聾学校では、当時、手話が禁止され、口話法による教育がなされていたため、十分な教育が得られず、「聞こえる人に可愛がられるろうあ者になれ」と教育されてきたことも関係していた。

また、ろう学校の先生には絶対に逆らうなと父母や家族に言われていたことも周知の事実であり、ろう学校の管理職の立場にある人から断種手術を強制させられたとの証言もある。

このような社会的な背景が、ろう者に対する優生手術を推進し、被害を拡大させ、さらにはその被害実態が表に出ない状況が続いたものと思われる。

ろう者が被害を訴えることが困難な理由は次の通り。

ろう者は、学習・発達の機会を十分に保障されてこなかったため、コミュニケーション能力や理解力が不十分で、情報を取得すること、情報を理解すること、適切な判断や対応をすること、自分の意思を正確に伝えることが十分にできない。その結果、自分で判断できないので家族や職場の人に逆らわずに従属的・依存的になる傾向が強く、そうするように教えられ育てられてきた。

その原因は、障害とは直すものであるという医学モデルの考え方によって、ろう者に口話法を強制したことにある。つまり、耳の代わりに目で聞

くという不自然な口話法よりも、目で見て理解する手話法の方が自然にコミュニケーションを取れるのに、口話法の強制によって、コミュニケーション能力を身に付けられず、十分な教育を受けられず、読み書きさえ十分に習得できなかったことが原因といえよう。

国がろう者への教育として、口話法にこだわったために、ろう者は教育課程で得られるはずの技能や知識を得ることができなくなったのである。そのような不十分な教育課程しか受けてこれなかったろう者の立場からすると、不妊手術が優生保護法によるものだと知ったとしても、法律による強制が自分の権利を侵害しているという抽象的なことの理解がすぐにできるわけではない。自分がわからないことを正確に質問することも難しく、質問に対する答えが返ってきても、さらにわからないことを質問して、最終的に正確な理解に至ることは困難。また、質問したり答えを受け取ることも筆談はできないため、手話によることになるが、手話通訳が法律の専門的な抽象的な概念を手話で完全に正確に伝えることも困難で、伝えられたとしても被害者が正確に理解することも困難。相談を受けた側も、被害者がどこまで理解できていて、どこが理解できていないかを判断することも困難。この過程には膨大な時間と労力を必要とする。

つまり、国の教育の誤りが、ろう者に多数の被害を生み出し、さらにはその被害を訴えることをより困難にさせていったのである。——

受診等記録が残っている例もわずかにあるが、旧優生保護法による都道府県審査会による記録につながるものは現在も不明である。現在のような手話通訳者や専用施設、当事者に対する相談相手（公的機関等窓口）等の社会資源も非常に乏しく、相談記録等も残っていない。当時のろう学校の一部の教育者や保護者等には、聞こえない夫婦の出産や子育てを禁止、或いは勧められないという優生思想と言える考え方が常態化していた。

原告39人のうち、きこえない者17人が連盟や地元の団体、手話通訳団体や弁護士の支援を受けて提訴という決意に踏み切った。原告の44%である。

全国実態調査一覧表

2020 年 8 月 3 日現在

(太字は2020年4月以降調査修正分です)

No.	都道府県名	該当者性別 (人数)		方法(件数)				
		男性	女性	断種	不妊	中絶	不明	備考
1	北海道	0	4	0	4	0	0	
2	青森県	0	1	0	1	0	0	
3	宮城県	2	2	2	2	0	0	
4	山形県	1	0	1	0	0	0	
5	福島県	1	3	1	2	1	0	
6	茨城県	0	1	0	1	0	0	
7	埼玉県	2	5	2	5	0	0	
8	千葉県	0	1	0	1	0	0	
9	東京都	4	1	4	1	0	0	
10	山梨県	2	3	2	2	4	0	※①
11	長野県	5	6	5	5	4	0	※②
12	富山県	0	3	0	3	1	0	※③
13	石川県	1	5	1	2	2	1	
14	静岡県	5	11	5	9	2	0	
15	愛知県	2	7	2	7	0	0	
16	三重県	4	9	4	9	0	0	
17	京都府	3	9	3	0	0	9	
18	大阪府	1	14	1	10	10	0	※④
19	兵庫県※①	3	11	3	5	13	0	※⑤
20	奈良県	1	2	1	0	3	0	※⑥
21	和歌山県	0	2	0	0	0	2	
22	鳥取県	0	5	0	3	3	0	※⑥
23	岡山県	2	1	2	1	0	0	
24	広島県	2	3	2	0	2	1	
25	山口県	0	1	0	1	2	0	※⑦
26	香川県	0	2	0	2	0	0	
27	高知県	0	2	0	0	0	2	
28	福岡県	3	5	3	1	2	2	
29	佐賀県	1	3	1	3	0	0	
30	長崎県	0	1	0	1	1	0	※⑧
31	熊本県	0	1	0	1	0	0	
32	大分県	0	1	0	0	0	1	
小 計		45	125	45	82	50	18	
合 計		170		195				

兵庫県の聞こえない原告 2 人とも「こんな法律をつくったことを国に謝罪してほしい。私の気持ちを持っている人はたくさんいるはずです。その人たちが、私も苦しいと言えるように、裁判所に国が間違っていたのだとはっきりと認めてほしいです。」と訴えている。

5. 最高裁大法廷における情報保障

連盟は 2024 年 3 月 21 日、最高裁判所長官に対して裁判傍聴における情報保障①聞こえない・聞こえにくい人が裁判所の傍聴を希望する場合、裁判所の責任で情報保障を行ってください②裁判所

提訴から勝訴・和解まで優生保護法裁判を闘った 17 人の聞こえない原告
(連盟季刊誌「MIMI」(2025 年秋季号より引用))

提 訴 日	判 決 日	原 告	裁判所	判決	最終結果
2018/9/28	2021/8/3	小林寶二・喜美子	神戸地裁	敗訴	
控訴審・高裁 (国が上告)	2023/3/23	小林寶二・喜美子 (故人)	大阪高裁		2024/ 7/3 勝訴
2018/9/28	2021/8/3	高木賢夫 (故人)・妙子	神戸地裁	敗訴	
控訴審・高裁 (国が上告)	2023/3/23	高木賢夫 (故人)・妙子	大阪高裁		2024/ 7/3 勝訴
2019/12/13	2022/9/23	加山徹・まり子 (共に仮名)	大阪地裁	敗訴	
控訴審・高裁 (国が上告)	2024/1/26	加山徹・まり子 (共に仮名)	大阪高裁		2024/ 7/3 勝訴
2019/12/24	2024/5/30	朝倉彰 (故人)・典子 (共に仮名)	福岡地裁		2024/ 10/28 和解
2019/1/30	2020/11/30	野村太郎・花子 (共に仮名)	大阪地裁	敗訴	
控訴審・高裁 (国が上告)	2022/2/22	野村太郎・花子 (共に仮名)	大阪高裁		2024/ 7/3 勝訴
2019/1/30	2023/2/24	宮川辰子 (仮名)	静岡地裁		2024/ 9/13 和解
2022/9/26	2024/3/24	尾上一孝・啓子	名古屋地裁		2024/ 11/1 和解
2023/3/3	訴訟係属	川野正子 (仮名)	神戸地裁		2024/ 10/24 和解
2023/3/3	訴訟係属	山川百恵 (仮名)	神戸地裁		2024/ 10/24 和解
2023/6/2	訴訟係属	日田由雄・梅 (共に仮名)	福岡地裁		2024/ 10/28 和解

(法廷内)における情報保障にかかる費用は裁判所負担としてください、この 2 項目を要望した。続いて同年 5 月 20 日、連盟と優生保護法問題の全面解決をめざす全国連絡会の連名で再度、同様の要望を出した。

判決を下した 7 月 3 日の最高裁では、この要望に応じて合理的配慮として傍聴人向けの手話通訳者が手配されたが、民事裁判で裁判所が手話通訳の公費費用を負担するのは初めてである。

6. 求められる優生思想撤廃運動

連盟優生保護法対策チームは次のように総括している。

○聞こえない被害者の多くが高齢化している現状から、現在各地で行われている国家賠償訴訟で、聞こえない被害者を含めて被害者である障害者や関係者に対する一刻も早い国の謝罪・救済を求める。

○こうした被害を回復し、さらに将来繰り返さないためにも、聞こえない人とその家族が差別なく、尊厳ある人間らしい暮らしができるための教育や福祉、就労に対する支援等の社会資源の整備強化を求める。

○旧優生保護法また優生思想が社会に横行していたにもかかわらず、聞こえない人の人権侵害に対する運動ができなかった反省により、過去に聞こえない人が受けた差別の歴史を再確認する

とともに、現在も社会に潜む優生思想をなくしていく。

○この裁判を通して手話言語による情報・コミュニケーション保障の必要性を積極的に社会に発信し、改善するよう訴える。同時に、裁判所自らも裁判における情報・コミュニケーション保障の改善に取り組むよう訴える。

○裁判の原告である聞こえない被害者と同じ当事者団体である当連盟の加盟団体が中心になって、全国優生保護法被害弁護団と協働して、旧優生保護法また優生思想の被害者およびこの裁判の原告を支援できる体制を築けるよう取り組む。

○最高裁の除斥期間の適用は権力の濫用、国への反省および賠償を求めていく。そして、国会の謝罪を含む補償法や基本合意による三作業部会への連盟のメンバー参加をして当事者の要望を伝えていく。

連盟が優性思想の根絶に全力を尽くす決意を表明
2025年4月26日（原文）

1. はじめに

一般財団法人全日本ろうあ連盟（以下、連盟）は、2018年より優生保護法による被害を受けたろう者の実態調査を加盟団体と共に取り組みました。調査の結果、少なくとも170名が不妊手術を受けていたことを明らかにしています。また、強制的に不妊手術を受けさせられた被害者と共に、同じろう当事者として裁判をたたかってきました。

その後、2024年7月3日、最高裁判決で原告の勝訴が確定し、それを受け10月8日には「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等に関する法律」（補償法）が成立しました。

2. 日本聴力障害新聞の記事や各種報告書から判明したこと

現在、80歳代以降のろう高齢者の中には、過去に強制不妊手術や人工中絶をうけ子どもを産めなくなっている人が多くいたことは、よく知られた事実でした。

連盟が発行する日本聴力障害新聞（以下、日聴紙）

や報告書等でも、1949年からろう者の結婚や出産、子育て、家族の関係等で苦悩する体験が多く掲載されています。特に日聴紙1973年3月号では、家族や社会から「子どもを産む権利を認めない」と不当な差別を受けたろう夫婦の事例が紹介され、大きな話題となりました。

このように優生思想に基づく問題が日聴紙上で訴えられている一方で、連盟は、強制不妊手術や人工妊娠中絶等の問題について、2018年まで積極的に取り組むことができませんでした。

3. なぜ連盟は優生保護法をとりあげることができなかったのか

連盟が優生保護法問題をとりあげなかった理由としては、

第一に、当事者団体でありながら、ろう者の権利を守るという意識が弱かったという点です。戦後直後にろうの当事者団体が再建されましたが、当時のろうあ運動は、権利に基づく要求ではなく、「おねがい運動」が主でした。きこえる人から常に可愛がられる存在であれと言われ、手話言語も社会から否定されているなかで、頼れる相手は、ろう学校教員と家族しかいないのが実情でした。日頃、相談する相手でもある親や家族、ろう学校教員から子どもを産むなどと言われると、拒否することは極めて困難な時代であり、抑圧された環境にあるものの、それに抗う人権意識の醸成ができませんでした。

第二に、日聴紙などで優生保護法による不妊手術等の問題が知られるようになったものの、差別や偏見のなか苦勞してきた自分と同じきこえない子どもが生まれることにためらいがあった人も多くいました。社会の根強い差別や偏見のなかで、子どもを産む・産まないの問題は私的な問題、家族の問題ととらえられ、優生保護法による不妊手術等を障害者差別の社会的な問題としてとらえることができなかったのです。

連盟が長年取り組んできたろうあ運動は、手話通訳等の情報・コミュニケーション保障、手話言語のできる福祉司・相談員の設置、労働環境・労働条件の改善、障害者福祉制度の改善・向上、旧

民法第11条(判断能力の否定)や道交法第88条(運転免許禁止)等の差別法規の撤廃など、生活や教育、労働環境を大きく変え、ろう者等の社会参加の促進に貢献してきました。

しかし、障害者の存在を全否定する法の存在やその被害にあった方々の問題を把握し、人権の回復に取り組まなければならないという意識は極めて弱く、被害にあった方々からすれば放置されたままと言わざるを得ません。

優生保護法は「～優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的～」とした内容であり、戦後最悪の法律でした。連盟もその思想に取り込まれていた可能性を否定することができません。優生思想や優生保護法による犠牲が様々なところで報告され、周知されているにもかかわらず、この問題に自ら正面を切って取り組んでこないまま時間だけが過ぎてしまいました。

私たちがこの問題に向き合わずにいたことで、多くの先人たちの被害はより深刻なものとなってしまったことを深く反省し、深くお詫びをいたします。

4. 断固として優生思想をなくしていく

優生保護法における国の責任は明らかになりましたが、現在においても優生思想や障害者差別が解消されたわけではなく、様々な形を変えて私たちの前に現れます。連盟は、この優生保護法による被害の補償を受けるための支援を推し進めていきます。同時に、こうした根深い優生思想による被害を二度と起こさず、優生思想による制度や風潮に断固として抗議し、根絶していくために全力を尽くすことは私たちの責務です。その強い決意をここに表明します。

7. 大好評！『沈黙の50年』全国上映

「元の身体に返して、二人の赤ちゃんを返して」と訴え続けて亡くなった喜美子さん、木工職人の寶二さん、いじめと暴力に耐えて続けた沈黙の幾歳月。連盟の被害者調査をきっかけに、仲間の

励ましに「差別のない社会を」と提訴を決断された小林さん夫婦。その凄絶な人生をたどる。各地で沈黙を破って自分を語り始めた被害者の証言、共に歩む仲間の訴えをしている。(映画のあらすじ)

2024年4月から1年間、全国84か所で上映、約1万人以上が鑑賞している。以後も引き続き、上映の計画を立てている。

8. おわり

大阪府立生野聴覚支援学校小学5年の井出安優香さんの事故死(2018年2月1日)による逸失利益の基礎収入への不服を巡って大阪高裁の判決(2025年2月27日)では、「将来、健常者と同じ職場で同じ条件で働くことができると考えられ、労働能力に制限があるとはいえない」と、優性思想ともみなされる障害者差別のない公正な裁判が下された。社会的障壁は社会全体で解消していくという社会モデルの視点にたったものと思う。

京都新聞の記事『隠れた刃、近江学園』2025年6月17日、18日、19日付朝刊)によると、滋賀県は、「この子らを世の光に」の言葉で有名な糸賀一雄がいた地で、福祉が向上している先進の地と言われている。京都新聞が強制不妊手術申請の記録の開示をめぐる公開を拒否した滋賀県を相手に、大津地裁が滋賀県に対して公開命令が判決した。公開された黒塗りの申請書の中に、近江学園の資料があり、園長糸賀一雄と、園医を務めていた岡崎英彦(後のびわ湖学園園長)の名前があった。もちろん糸賀は知的障害者の支援を推進してきた先人である。上司の立場で(手術は致し方ない)と言い、医師の岡崎もそれを受け、強制不妊手術が行われたことがはっきり記されていた。そのため滋賀の福祉団体など大きな衝撃が走り、動揺も広がっていて意気消沈していると聞く。

ともあれ、7月3日の最高裁判判決は、私たちにとっても障害者運動の歴史の中でも、人権を保障していく大きな出来事であり、今までの運動の積み重ねの結果でもあると思う。それでゴールではなく、今後も検証を続け、若い世代にどうつな

げていくかが大切だと思う。

連盟季刊誌「MIMI」(2025 年秋季号, 9 月 15 日発行)にろう者と優性思想の特集がある。ぜひともご一読を勧める。また前述の『沈黙の 50 年』映画も同様、鑑賞の価値はあることは過言ではない。

(この報告は、第 66 回日本社会医学会総会で講演した内容に若干の加筆修正を加えて掲載したものです。)

<文献>

- 1) 「アメリカのろう者社会の創設 誇りある生活の場を求めて」(ジョン・ヴァン・クリーヴ/バリー・A/クローチ著, 土谷道子訳, 小林裕子監修)
- 2) 令和元年(ワ)第 4170 旧優生保護法違憲国家賠償請求事件・証拠調べに関する意見書, 福岡地裁

(受付 2025.10.15 : 受理 2026.1.29)

特別報告 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会 市民公開メイン企画
優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える

第 66 回日本社会医学会総会 報告集 「優生保護法下での不妊手術に対する 社会医学会の責任ある立場を考える」

弁護士 藤原精吾（優生保護法兵庫弁護団）

はじめに

旧優生保護法は 1948 年制定され、48 年間にわたって施行され、1996 年に強制不妊条項を削除し、名称も「母体保護法」となった。その間法 3 条、4 条、12 条により強制不妊手術を受けたひとは約 2 万 4993 人、これに中絶を受けた数を加えると約 8 万 5000 人が対象となった。

しかし被害を受けた人はその不当性を訴えようにもそのすべがなく、胸中に無念の気持ちを抱えたまま人生を歩んできた。14 歳や 15 歳で親が一方的に手術を受けさせた人、何の手術を受けたのか知らされてもいなかった人も少なからずいる。

これら被害者の一部がようやく裁判にこぎ着けたのが 2018 年 1 月、法制定から 70 年後のことであった。法改正後、証拠となる行政記録が破棄されたし、遺伝性あるいは精神や知的障害という「身内の恥」を晒したくないという親族の壁、そして何よりも政府が法改正後も「手術は当時適法に行われた。責任を認め、補償をすることはなかなか困難」と言い続けてきたからであった。

そのような壁を越え、全国でようやく 39 名の被害者が提訴に立ち上がった。しかし 2024 年の裁判終結までには内 6 名が裁判の結果を見ることなく他界した。

そして提訴にこぎ着けた被害者に対して、2020 年 5 月、仙台地裁で最初に言い渡されたのは「提訴は被害を受けてから 20 年の除斥期間を過ぎた後

に提訴されたので、民法 724 条の規定により、損害賠償請求権は消滅した。請求棄却。」の判決で、その後各地裁では訴えを棄却する判決が次々と言渡された。

ようやく 2022 年 2 月大阪高裁が除斥期間の適用は「著しく正義に反する」として被害者の訴えを認め、これに続きようやく国の責任を認める判決が後を追った。そして 2024 年 7 月 3 日、札幌、仙台、東京、大阪、兵庫の 5 事件について、最高裁判所大法廷が統一した判決を言い渡すに至ったのである。

2. 2024 年 7 月 3 日最高裁大法廷判決は 何を言ったか

（1）障害のある人を選別して国が強制断種手術、強制中絶手術を行った優生保護法は、「人の個人としての尊厳を侵し、障害のある人を差別するものである。憲法 13 条及び 14 条に違反する。制定の当初から憲法に違反するものであり、違憲の法律を制定した国会議員の立法行為は違法であり、国家賠償法上の不法行為を行ったものとして損害賠償責任を負う。」

「本件規定の立法目的は、専ら、優生上の見地、すなわち、不良な遺伝形質を淘汰し優良な遺伝形質を保存することによって集団としての国民全体の遺伝的素質を向上させるという見地から、特定の障害等を有する者が不良であるという評

価値を前提に、その者又はその者と一定の親族関係を有する者に不妊手術を受けさせることによって、同じ疾病や障害を有する子孫が出生することを防止することにあると解される。しかしながら、憲法13条は個人の尊厳と人格の尊重を宣言しているところ、本件規定の立法目的は、特定の障害等を有する者が不良であり、そのような者の出生を防止する必要があるとする点において、立法当時の社会状況をいかに勘案したとしても、正当とはいえないものであることが明らかであり、本件規定は、そのような立法目的の下で特定の個人に対して生殖能力の喪失という重大な犠牲を求める点において、個人の尊厳と人格の尊重の精神に著しく反するものといわざるを得ない。したがって、本件規定により不妊手術を行うことに正当な理由があるとは認められず、本件規定により不妊手術を受けることを強制することは、憲法13条、14条に反し許されない。」

(2) 優生保護法3条による「同意」に基づく手術とされているものも、このような身体侵襲に同意を求めること自体が個人の尊厳と人格の尊重の精神に反し許されない。しかも自由意思を担保する規定はなく、真の同意とは言えず実質において強制であることに変わりはない。

(3) 被害者が権利行使の困難な状況に置かれてきたこと、法改正後も国がその違憲性を認めず、補償責任はないと言い続け、法律が違憲であるとして国を訴えることの困難性を考えれば、20年の除斥期間により損害賠償請求権が消滅したとするのは、「著しく正義・公平の理念に反し到底容認することはできない」。除斥期間の適用は絶対的で議論の余地がないとしてきた従来の最高裁の判例は変更する。

3. 優生保護法がもたらした 「優生保護法問題」の解決に向けて

この法律は1948年（昭和23年）制定され、以後国は48年間にわたって施行された。その間優生

保護法は強制不妊・中絶手術により多数の人に被害をもたらしただけでなく、その後制定された精神衛生法、各種免許や職業について欠格条項を定めるなど障害者関連法制の基本法としての役割を果たした。それに留まらず、障害のある人を「劣った子孫」として劣等視し、差別、隔離を正当化する意識を社会に根付かせた。

優生保護法裁判を通じて、私たちは優生保護法は手術を受けた被害者に対して国が損害賠償をするに留まらず、この「優生保護法問題」を解決することなく問題は終わることがないことを明らかにした。

現在も優生保護法の根底となる意識・思想と政策が今なおこの社会を支配している。津久井やまゆり園事件を想起すればよい。判決はこの優生保護法問題を解決するスタートラインである。

判決直後からその取り組みが開始している。先ず被害者に対して7月4日こども家庭庁長官、7月17日に総理大臣、8月には法務大臣が被害当事者、支援者、弁護団と会い、直接謝罪をした。10月7日には衆参両院の謝罪決議が行われた。

法が社会に根付かせた「優生保護法問題」を解決するための、課題を設定し、国と被害当事者間で「基本合意」が2024年9月30日に締結された。

これに基づき、提訴できなかった全ての被害者に対して補償を行う「優生保護法被害者補償法」が2025年1月17日から施行された。

「基本合意」は優生保護法問題解決のためのルートマップを設定した。その目標は、優生保護法の基礎となり社会に根付いている優生思想を変えることである。

その核となっている、「人間には優劣があり、生産性がなく、能力に劣る障害のある人は社会発展の妨げである。また「障害のある人のために税金を使うのはムダ」であり、社会は障害のある人を絶滅させる政策を講じるべきであるとの考えがある。

このような優生思想が根付いてきた歴史と、優生保護法を作り、推進してきた国の政策を検証し、変えていくことが、優生保護法問題を解決するに

は必要である。

「基本合意」の取り組み課題は次のことである。
その 1 は、優生保護法制定と施行に至る歴史の全面的検証作業である。検証作業は国会の責任で法務研究財団が委託を受け、2025 年 10 月から開始された。

その 2 は優生保護法問題解決のための「政府間定期協議」である。

定期協議は、政府と被害当事者、弁護士、そして障害当事者団体である「優生保護法被害の解決を求める全国連絡会議」（優生連）が行う。

定期協議のテーマは次の 3 つである。

第 1；被害者に対する完全補償を実施するための具体的取り組み

第 2；優生思想及び障害者に対する偏見差別の根絶のために必要な人権教育・啓発（インクルーシブ教育；教科書・学習指導要領の改訂の問題、性と生殖に関する健康／権利（セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツ）を含む包括的性教育）

第 3；偏見差別の根絶に向けた制度の構築。①国内人権機関の設置、②政府各省庁の行動計画の改定、③精神科における長期入院等の問題、④障害のある人への子育て支援、⑤意識調査、⑥資料の保存および資料館設立

4. 優生保護法の立法経過と実施の経過

（1）優生保護法の推進者としての医師

既に 1940 年にナチドイツの「遺伝性疾患子孫予防法」になった「国民優生法」があったが、これに加えて、1948 年、第二次大戦後、敗戦した日本には戦地から帰還した兵士、植民地からの引き揚げ者による人口の増大と、戦争がもたらした食料難と人口抑制の必要性を理由に、社会防衛策として、新たに優生保護法を制定した。産婦人科医であった谷口弥三郎はじめ 4 人の医師である国会議員がその推進役となった。遺伝学的知識に基づいて、対象とする障害の特定、手術対象者の範囲、手術の方法など、法律の内容、実施方法の策定に

ついて、医師、医学者が指導的な役割を果たした。そして立法の目的として法律第 1 条に「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する・・・ことを目的とする。」との言葉を書き込んだ。

（2）ダーウィンの自然淘汰説は、進化の方向性などとは無縁であったのに、ゴルトンはこれを「適者生存」と結びつけ、家畜の改良にならって人間の人為的改良を意図する優生学とした。「適者生存説」は国家が非ヨーロッパ地域を侵略、植民地として拡大する理屈として欧米諸国が植民地を広げ、そこに住む先住民を支配統治するために考えたものである。これを「社会ダーウィニズム」という。

ゴルトンが優生学の基礎とした優秀な家系と劣った家系があり、国家として前者を増やすという考えは、当時まだ緒に就いたばかりのメンデルの遺伝法則と限られた人類学の情報をもとにしたもので、障害は遺伝する、能力は遺伝で決まると決めつけるプリミティブな遺伝知識に基づいていた。現在明らかとなっている遺伝にかかわる DNA の変化や働き、DNA のコピーミス、また同じ遺伝子でも受胎後のエピジェネティック変化など知られていなかった。しかしこの優生思想はアメリカ、北欧、そしてドイツに広まり法制化されるに至った。日本は 1940 年国民優生法を制定した。

そして戦後新憲法制定の後になって、再び国家社会のため、人為的淘汰による品種改良が必要である、という優生思想を具体化した優生保護法を制定したのであった。

先に見たように、この法律は①その基礎とした遺伝学自体が科学として極めて未熟なものであったこと、②障害のあるなしで人の価値を決め、障害のある人を社会から排除する考えかた、③人の生殖を国家が管理し、その手段として強制不妊・中絶を行うことが許されるかという憲法問題を、制定当時から問われるべきであった。

法施行後も谷口弥三郎議員らはその推進を政府に求め、また遺伝性がなく、あるいは明らかでないハンセン病や統合失調症などの疾患についても社会防衛を理由に不妊中絶の対象に加える改正を行った。その提唱者が医師であったことが影響力

をもったことが推測される。

精神医学の教科書には、「分裂病（統合失調症）の記述に非常に蔑視の言葉が多い」（中井久夫・市橋秀夫「精神科治療の覚書」をめぐって〈対談〉『からだの科学』108号7頁以下1982年）ことやハンセン病、さらには先天性障害者に対する偏見が医師を含む社会を支配していたことがその背景でもあったと考えられる。優生保護法の制定に関わった谷口医師はじめ、ほぼ同じメンバーが1950年精神衛生法の制定を推進し、その後精神障害者の病院隔離を著しく増大させてきた。強制断種か強制入院かを迫る。この両施策は同根であり、優生保護法は改正されたが、現行の精神保健福祉法においてはなお、本人の意思に基づかない強制入院の制度が行われている。

第2に、手術適応の診断を医師が行ない、1949年5月の法改正では手術対象者を発見した医師に手術の申請を義務づけた。医師を構成員とする都道府県優生保護審査会では遺伝性や「公益上の必要性」の判断を行い、指定医による手術の執刀に至るまで、医師（医療界）が果たした役割は決定的だった。法律に裏付けられた手術件数の目標達成という行政からの圧力があり、診断・適応の判断・執刀までに複数の医師や他の専門職も関わって全体像が見えにくかった可能性もあるが、国民の健康を守る使命をもつ医師が、治療すべき患者に不妊手術を強制し、産む権利を剥奪した。これを受ける人の人権に思い至らず、異議を唱えなかった責任が問われる。また、旧優生保護法によって人工妊娠中絶の合法化が欧米よりも早く行われたが、人工妊娠中絶の合法的な実行のためにはこの法律は必要という認識が、当時の医師、医療従事者の中にあっただけでなく関与していたと考えられる。

(3) 優生保護法による手術の実施は国が指示し、医師、都道府県の保健所行政の協力体制により行われた。

北海道では「優生手術（強制）千件突破を顧みて」と誇り（昭和30年北海道衛生部・北海道優生保護審査会）、宮城県では1957年から1970年代まで「愛の10万人県民運動」を展開し、県が設置した「中

央優生保護相談所附属診療所」を優生手術の専門施設として運用し、民生委員を使って児童福祉施設から児童を送り込んで手術を受けさせた。

兵庫県では1966年から「不幸な子どもの生まれない運動」を行った。

「不幸な子ども」とは、障害児を意味し、県衛生部が中心となり、県費で強制不妊手術や出生前診断を推進し、1974年頃までこれをモデルとして全国へと波及させた。（以上優生手術を受けた者に対する一時金支給法21条に基づく国会調査報告書135頁から146頁）。

大多数の医師は何の疑問も持たずに優生保護法指定医として手術を実施し、手術数を誇った。しかし強制不妊手術は患者の治療ではない。医師は治療者から国策の執行者となっていた。

そればかりか、優生保護法が認めた術式ではない、放射線照射、子宮や睾丸の摘出を行うなど逸脱も見られ、医師が単に「法律に忠実に従った」とは言い切れない。

(4) 法律家も強制手術の実施に役割を担ってきた。

法務省法制局は欺罔、身体拘束や麻酔などを公式に容認し、強制的に手術を行うことは「公益上必要（優生保護法4条）」との見解を国の見解とした。そしてこの「公益」を憲法の「公共の福祉」にあたると強弁してきた。この見解に基づき、厚生省公衆衛生局長は1949年10月24日、都道府県知事宛に通知（衛発第1077号）を発した。

都道府県優生保護審査会委員として判事、検事は、強制手術を承認してきた。憲法、基本的人権侵害という問題提起をした者はいなかった。

日本弁護士連合会は人権擁護委員会を設け、公的人権侵害に対してこれを告発し、是正を求める人権救済活動や人権擁護大会を開いて各種人権問題についての宣言を行ってきたが、2015年に宮城県の被害者が救済申立をするまで、一度もこの問題を取り上げたことがなかった。

(5) 教師の役割

文部省は「学習指導要領」で優生教育を義務づけ、高校保健体育の授業で教科書を使って優生思想を

教え、障害者とは結婚をしないようにと教えさせた。聾学校校長が、卒業生の結婚に際して手術をするよう積極的に働きかけた事例が幾つか報告されている。教師は学校の授業ですべての生徒に優生思想、優生保護法を何十年間も教え続けた。「障害のある人は不良であり、淘汰すべき」という考えが国民多数者の「常識」にならない訳がない。

このように1946年に憲法が制定されていたにも拘わらず、障害のある人はその尊厳を侵され、これを行なった社会は強制手術は「公益」のために行うのであり「公共の福祉」に叶うと誤った解釈をとり続けていた。

5. 医師は歴史をどのような総括をしているのか。

(1) 医学会の総括

①日本医学会連合、「旧優生保護法の検証のための検討会報告書—旧優生保護法の歴史を振り返り、今後のあるべき姿勢を提言する」（2020年6月25日）

②日本産科婦人科医会、「日本医学会連合の『旧優生保護法の検証のための検討会報告書』の公表を受けて」（2020年6月26日）

③日本産婦人科学会、「旧優生保護法に関するアンケート調査の結果および日本産婦人科学会からの宣言（福岡宣言）」（2022年8月7日）

④日本精神神経学会、「優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割に関する研究報告書」（2024年2月1日日本精神神経学会法委員会）

さらに医学の学会ではないが、関連の深い医学団体として優生保護法の実施についての、みずからの関わりを検証し、問題を報告している。

⑤全日本民主医療機関連合会、「旧優生保護法下における強制不妊手術問題に対する見解」（2022年2月5日）

⑥日本精神衛生会、「日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査報告書」（2025年7月）等がある。

(2) 共通して人権侵害であるという認識を持た

ず、当事者の苦しみに思い至らなかったこと等について、反省とお詫びの言葉が記載されている。

当時優生手術実施について疑問をもった医師はおらず、むしろ積極的に推進する立場であり、それが基本的人権の侵害であることについて、気づく機会がなかったと述べられている。

しかし、手術対象者の選定、手術の実施を行ってきたことについて、正面から向き合う総括はない。「人権侵害とは気づかなかった」とは、障害者には人としての価値、尊厳を認めない優生思想そのものである。そこに踏みこんで医師としての総括がなされる必要がある。

日本産婦人科学会の「福岡宣言」では今後、

①優生保護法の問題点についての周知、②SRHRに関わるインフォームドコンセントの考え方の浸透、③生命倫理・医療倫理についての議論を続け、医療倫理と人権についての医学教育を強化すること等が述べられている。

全日本民医連の「旧優生保護法下における強制不妊手術問題に対する見解」では次のように述べている。

1. 誤った障害者観でリプロダクティブヘルス・ライツを侵害したこと、人権意識、障害者観の未熟・浅さ、当事者との結びつきの弱さ、障害を「存在しないほうがよい」とする医療者の視線とパターンリズム、倫理的認識の組織的未熟などを反省している。今後の課題として、

（ア）優生思想、パターンリズムを克服する

（イ）人権と倫理について学び続け、職員を教育し、当事者と共同する

ことを挙げている。

6. ドイツにおける精神科医の反省と決意

ここで、2010年にドイツ精神医学精神療法神経学会（DGPPN）の総会においてフランク・シュナイダー会長が行なった「ナチ時代の精神医学—回想と責任」において述べたことを紹介する（精神神経学雑誌第113巻第8号（2011）782頁、岩井一正訳）。

ナチドイツにおいて、「遺伝子子孫予防法」によって、躁うつ病、統合失調症、てんかん、盲、聾、小人症など多数疾患の人は子どもを持つべきでないとし、強制断種をしたばかりか、ガス室で殺害することに全面協力した精神科医の責任について次のように述べた。

「わずかの個人を除いて、ドイツの精神科医とわれわれの専門学会の会員の大多数は、その指導者層に至るまでが、研究、学問、実践において、選別、断種、殺戮の計画、実行、科学的な根拠づけに当時明らかに関与しました。」

「私はドイツ精神医学精神療法神経学会の名において、国家社会主義の時代にドイツ精神医学の名においてなされ、ドイツの精神科医によって実行され与えられた苦しみと不正に対して、またそれに続く時代のドイツ精神医学の長い沈黙、些少化、抑圧に対して、犠牲者とその家族にお詫びを申し上げます。」「この謝罪は遅きに失したものです。」

「われわれ精神科医は、人間に対する価値評価に陥ってはなりません。われわれは教え、研究し、治療し、寄り添い、治癒に導きます。侵すことのできない人間の尊厳は、常に個々の人間の尊厳であり、われわれはいかなる法律やいかなる研究目的によっても、これを軽視する方向に導かれてはなりません。」

「われわれは学んだのです。たとえば移植前の診断学や安楽死のように、あまりにも早急に人間の「価値」や「無価値」を論じようとする目下の医学倫理的討論にも幸いにも軌を一にしています。これらの討論は難問として残されています。しかし、目的は私にとって、DGPPNにとって、きわめて明瞭です。人道的な医学のために、人間の尊厳を守る未来のために、そしてあらゆる人間の尊厳を尊重するために、われわれは働こうではありませんか。」

7. 医学界を含め、私たちは今後この責任にどう向き合うのか

「障害者観の本質は、初めから人びとの心や意識にあるのではなく、障害者が置かれている状態にあるのであり、関連の政策水準の中にある」と言われる（藤井克徳『月刊保団連』2017年7月）。だとすれば、現在の障害者が置かれている社会の政策水準を変えることが障害者観を変えるのである。

今、社会の多数者は、人を労働能力、生産性、商品価値で評価し、障害のある人を「劣った子孫」とし、「厄介者」ととらえている。しかしそのような価値基準で人を評価すること自体を疑わねばならない。そのような評価をする根源はどこにあるのか、を問わねばならない。すべての人は同一ではない。また同じ人間でも、心身は生まれてから死ぬまで刻々と変化し、出生時からの障害でなくとも、病気や事故、そして老化で障害者になる。障害者と障害のない人には境界線はなく、連続的である。われわれがその一員である社会の多様性を認め、すべての人の尊厳と「完全参加と平等」を実現しなければならない。

その上で、障害のあることを、社会から、そして医療の立場からどうみるのか。「出生前診断」による中絶や遺伝子組み替えなどの新たな優生保護法問題に医学、医療倫理はどう向き合うのかなどを考えなければならない。

（この報告は、第66回日本社会医学会総会で講演した内容に若干の加筆修正を加えて掲載したものです。）

（受付 2025.10.15：受理 2026.3.11）

特別報告 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会 市民公開メイン企画
優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える

旧優生保護法下の強制不妊手術に対する 日本医学会と日本社会医学会の対応を振り返る

高鳥毛敏雄¹⁾

<和文抄録>

最高裁の判決を振り返り、それに対する医学者や医療者の対応を振り返り本会の今後の対応について考えた。戦後の憲法下で違憲と判断された旧優生保護法が制定され、強制不妊手術が実施され続けてきたことが訴訟で問われた。この件について、すでに日本衛生学会、日本健康学会、日本精神神経学会、日本精神衛生会、日本産婦人科学会、日本医学連合の関係学会がすでに検証報告書を出し、今後の学会のあり方について宣言を出している。そこには、戦前の国民優生法の制定に医学会が関与していたこと、及び強制不妊手術の実務を医療者が担っていたことが書かれている。日本社会医学会はこの件に関する講演やシンポジウムを開催してこなかった。2025 年の第 66 回総会においてこの件に関する市民公開講座を初めて開催した。今回の市民公開講座の開催でこの件に関する対応は終わることとしてはいけない。その他にも国民の基本的人権に関わる問題があると思われることから、今後、国民の基本的人権に関わる問題について取り上げ議論していく必要がある。ところで、ミッシェル・フーコーは、近代社会は「生政治」の社会になっており、優生学のことでなく、公衆衛生及び社会保障がこれを支えていると指摘している。本講座の開催したことにより、日本社会医学会は国家政策に流されず国民の基本的人権を守る使命があることを確認した。

【社会医学研究 2025 ; 42 (2) : 122 - 129】

doi:10.60435/socialmedicine.42.2_122

キーワード：医学会、障がい者、優生保護法、国民優生法、強制不妊手術

1. はじめに

2024 年 7 月 3 日、旧優生保護法の下で不妊手術を強制されたのは憲法違反であるとして最高裁大法廷（裁判長・戸倉三郎長官）において、旧法を「違憲」とし、国に賠償を命じる判決が裁判官 15 人全員の意見一致で言い渡された¹⁾。2018 年以降被害

者ら 39 人が全国 12 の地裁・支部に提訴していた中でこの日には 2022～23 年に札幌、仙台、東京、大阪の各高裁で判決された 5 件の訴訟に対する判決であった。旧法は 1948 年に戦後の食料不足への危機感を背景に「不良な子孫の出生防止」を目的に議員立法で制定されたものであった。旧法には障害者らに強制的に不妊手術ができる規定が設けられ、1996 年に母体保護法に改正されるまでに約 2 万 5000 人が手術されている。旧法の立法自体を国会議員の違法行為と認定し、同法の規定を違憲とした。

1) 関西大学社会安全学部・社会安全研究科
連絡先：高鳥毛敏雄
住所：〒569-1116 大阪府高槻市白梅町 7-1
E-mail：takatorigetoshio@gmail.com

2025年9月6日（土）～7日（日）に開催した第66回日本社会医学会総会（大会長、武内一）においてこの件に関する市民公開講座「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」が開催された。本学会としてこの問題を取り上げたことははじめてのことであった。講座において訴訟当事者の報告を聞かせていただき、学会としてコメントさせていただいた。その内容に加筆し改めて学会として振り返り、今後の対応について書かせていただくこととする。

2. 国賠訴訟の判決文の要点を整理する

国賠訴訟の判決文の要点²⁾を示す。第一に、障害者の出生を防止するという旧法の目的は当時の社会状況を勘案しても正当とは言えるものではない。障害者を差別的に扱い、不妊手術によって生殖能力の喪失という重大な犠牲を強いたことは憲法13条の個人の尊厳や人格の尊重、憲法14条1項に法の下での平等、に違反している。第二に、日本国憲法が制定された後に違憲内容の法律を成立させた国会議員に大きな責任があり、また国策として不妊手術を積極的に推進させてきた国に重大な責任がある。第三に、旧法廃止後も不妊手術は適法であるとして国は補償してこなかっただけでなく、訴訟に対して除斥期間が経過している、として国の賠償責任を免れようとしたことは国の権利乱用であり正義・公平の理念に反する、というものであった。

3. 国民優生法と優生保護法の問題点を整理する

旧優生保護法が不妊手術を合法行為としたことには、「優生保護法」の前身の1940年に戦時下に厚生事業の推進のために「国民優生法」が制定されていたことがある。1930年代より日中戦争が拡大し、戦争遂行に必要な健康で強靱な身体を持つ国民を育成するという「健民健兵政策」が進められた。1938年（昭和13年）に「国保なくして健民なし」をスローガンに、農山漁村の住民や都市

の自営業者などを対象として、国民の健康を国家が管理・強化する体制の一環として国民健康保険制度が拡充された。また、国民全体の体力向上を目指す国民体力法や、衛生管理を徹底する保健所法が制定され、戦争遂行に必要な人的資源を管理・管轄する行政機関として1938年（昭和13年）に厚生省が設置された。そこに人的資源の質を維持する政策として優生政策が付け加えられた。国家に貢献できる「有用な」国民の増強に焦点を当てた政策であり、個人の尊厳や人権が軽んじられる政策が進められる結果となった³⁾⁴⁾。1941年1月22日に「人口政策確立要綱」が閣議決定されて⁵⁾、中絶を禁止して人口増加を求める「産めよ殖やせよ」の政策の強化が図られた⁶⁾。その過程で健康な肉体と健全な精神に欠ける国民が増加する「逆淘汰」が生じることを懸念し国民優生法が制定された。この法律は、出生前に「生きるに値する命と生きるに値しない命」を選別して排除するというものであり、人間の価値を健常者中心の論理で、障がい者の人権を認めない内容の一元的価値観に基づくものであった⁷⁾。

4. 主要な医学関連学会の対応をみる

強制不妊手術に対する関連する医学会の対応の概略を以下に示す。

1) 日本医学会連合

日本医学会連合は、優生保護法下の不妊手術について検証委員会を設けて検証し、2020年6月25日に報告書を出している⁸⁾。旧優生保護法下の強制不妊手術は医療倫理的観点から人間の尊厳、身体・リプロダクションの自由を侵害するものであったとした。また医学・医療関係者が旧優生保護法の制定や運用に携わり、しかも医療倫理や人権思想が浸透してきた時期になってからもこの問題への対応を放置してきたことを謝罪している。

2) 日本衛生学会

日本衛生学会は、1952年の学術総会で「人口調節シンポジウム」を開催し「優生思想」を背景とする建議を決議していた。1952年の建議が、旧優

生保護法の優生政策の強制不妊手術などの普及を後押しすることにつながったとし2018年12月19日に建議を取り消し、そして優生思想の排除宣言をしている⁹⁾。

3) 日本健康学会

前身は日本民族衛生学会である。優生保護法の「優生条項」は「国民優生法」(1940~1948)を引き継いだものであった。この国民優生法の制定には日本民族衛生学会が1935年に出した「建議」が大きな影響を及ぼしたことを認めている。学会の関与を検証し、2019年8月22日に「理事会報告」を出し¹⁰⁾、その内容を学会誌(85巻4号)に掲載している¹¹⁾。2019年11月に開催された第84回の総会(長崎市)のメインテーマを「ポスト人口・健康転換期の健康研究 過去からまなぶ健康の未来」として、総会のメインシンポジウムを開催しその基調講演として「戦前の思想的潮流から考える」及び「戦後日本の人口政策史から考える」を行い、指定発言として「人口転換と人口論の展開：マルサスからSDGsまで」、「優生保護統計等に見る人口政策」について、報告・討議を行っている。また特別講演「優生学史における日本民族衛生学会の位置」、ミニシンポジウムとして「戦前・戦中の医学研究 再考」を行っている¹²⁾。

4) 日本精神神経学会

日本精神神経学会法委員会は、2024年2月1日に、「優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割に関する研究報告書」を出している。その報告書の中に、優生政策と精神科医の関連(精神神経学会と優生学法制、精神衛生と優生教育)、旧優生保護法への精神科医の関与の実証研究(公文書の分析、手術件数の多い都道府県の背景要因の検討、診療録を利用した研究の実現可能性の検討)、学会員を対象とした調査(質問紙調査、インタビュー調査)の結果が示されている。学会創立後、優生学法制に関する意見を公式に表明したことがないこと、戦後の優生保護法の時代において大勢として無関心で無批判であり法律で与えられた実務を果たしてきたことは学会が無作為であり、少なくとも精神障害者の生と人権を損ねたとして被

害者に謝罪している¹³⁾。そして理事長名で「優生保護法に関する声明」を出している¹⁴⁾。日本精神神経学会法委員会による旧優生保護法下の強制不妊手術への精神科医や精神科医療の関与に関する会員調査¹⁵⁾において、手術件数が特に北海道、宮城県に多かったと報告している。

5) 日本精神衛生会

日本精神衛生会は、日本国憲法制定後、1953年に優生思想の大きな流れに抗することなく、精神病院の増床、精神衛生課の設置、精神衛生に必要な施策の要望とあわせて、優生術の促進を同会の総意として陳情していたことを詫言っている。2025年7月にこの件に関する調査を行い、報告書を出している¹⁶⁾。そして、精神障害者の人権を守るべき立場にありながら当時の公益のみ優先して患者の人権と尊厳を重んじる姿勢に欠けていたとし、「日本精神衛生会 2025 宣言」を出している¹⁷⁾。また、一人の精神科医が優生保護法の時代をどう生きていたのかについての書籍も出している¹⁸⁾。

6) 日本産科婦人科学会

学会内に「旧優生保護法検討委員会」を設置し、旧優生保護法や母体保護法への改正時の会員の関与及び会員の理解度を把握するためにアンケート調査を行っている。2022年8月7日にアンケート調査結果を公表している。強制不妊手術を実際に経験した会員は、昭和21~40年に医師免許取得した医師(80歳以上)では約10%、それ以降の昭和63年までの医師(58歳以上)では約1.6%であったと報告している。また、強制不妊手術への産婦人科医の関与について謝罪し、宣言(福岡宣言)を出している¹⁹⁾。

5. ハンセン病患者に対する強制不妊手術

2001年5月11日の熊本地方裁判所における「らい予防法」違憲国家賠償請求訴訟の判決文において、ハンセン病患者に対して絶対隔離政策がとられていただけでなく、患者・回復者の妊娠・出産を認めず、結婚の条件として強制不妊手術や妊娠時の中絶手術の強要がなされていた。それに関す

る部分を簡潔に紹介する。昭和23年の優生保護法の制定によって、ハンセン病を理由とする優生手術や人工妊娠中絶は、本人及び配偶者の同意を得て行われることになった。昭和24年から平成8年までに行われたハンセン病を理由とする優生手術が1400件以上、人工妊娠中絶の数が3000件以上にのぼっていた。療養所において、ある時期まで、優生手術を受けることを夫婦舎への入居の条件とし、入所者は、結婚して通常の夫婦生活を営むためには優生手術を受けることを甘受するか、通常の夫婦生活を営むことを断念するかを選択を迫っていた。1996年3月25日の衆議院厚生委員会において松村明仁厚生省保健医療局長は、療養所の夫婦寮への入居の条件として優生手術に同意をせざるを得ない状況があったことを認めている。しかし、昭和30年代前半遅くとも昭和40年代以降は半強制的な優生手術は行われていない。昭和24～40年の間のハンセン病患者またはその配偶者に対する優生手術件数は男性295件、女性1,144件、合計1,439件であったと答弁している。なお、星塚敬愛園の昭和60年10月発行「入園者50年史」には、昭和28年3月以降、ワゼクトミー（輸精管切除術）を受けなくても夫婦舎に入居できるようになったと記載されているが、同紙に当時の星塚敬愛園長と入所者自治会との協議で、園長から今後は、ワゼクトミーを夫婦寮の入居条件としないが、妻が妊娠した場合は夫に断種手術を施すとし、女性が妊娠した時は、早く申出て、不幸を招かぬよう入園者側に協力してもらいたいと述べていたことが記されている²⁰⁾²¹⁾。つまり、ハンセン病患者に対して、日本国憲法の第11条、同第13条、同第14条に明らかに違反する優生手術が行われていたことが示されている²²⁾。

6. 日本社会医学会の歴史と対応

本会は最高裁判決が出されてからこの問題に対して十分に内容を吟味し、議論を行ってこなかった。第66回日本社会医学会総会（2025年）の市民公開講座「優生保護法下での不妊手術に対する

社会医学会の責任ある立場を考える」が最初の取り組みとなった。市民公開講座の後、大会長の武内一理事名で「優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える」のコメントを出しているが、学会としての対応はまだできていない。

本学会がなすべきこととして、①理事会において、旧優生保護法成立の歴史的・時代的背景や経緯及びその内容及び問題点を議論し、見解を示す、②母体保護法への改正の経緯及び旧優生保護法との違いや現在の母体保護法の内容について会員に周知を行う、③学会内で基本的な人権に関わる政策や課題について議論し、講演やシンポジウムで取り上げて関心を持ち続ける、ことなどがある。

7. 旧優生保護法下の強制不妊手術の問題点と課題

1) 旧優生保護法下の強制不妊手術の歴史をたどるとその政策づくりに医学会が関わり、その実務に臨床医が深く関与し、戦時下の優生政策が戦後にも継続されてきただけでなく、医学会及びその実務を担う医師が違憲な法律の存続を放置してきたことが明らかにされている。このことはハンセン病回復者に対する国賠訴訟においても指摘されている。

2) 旧優生保護法下の強制不妊手術の問題は、障がい者等の子どもを持つ権利を侵害していたことが問われた²³⁾²⁴⁾。障がい者の強制不妊手術の背景には障がい者の妊娠時のサポートや子育て支援の体制が不十分であるという現実があることも忘れてはならない。医学者と政治との関係についても問われた。医学の世界においては常に新たな発見や学説が出てきている。優生学もその一つであった。科学は絶対的なものではなく知見や学説が塗り替えられている。絶対的ではない不十分な知見がそのまま政治的、社会的に利用されることがある。1970年代にアメリカの核物理学者のアルヴィン・ワインバーグはこのことを「トランス・サイエンス」という言葉で表現している。科学に問うことはできるが、科学だけでは答えることのできない問題

が多くあることを指摘している²⁵⁾。科学の知見が政治的に利用されることも時々起こっている²⁶⁾。研究費の多くが国費として支出されていることから、科学が政治的に利用される可能性を秘めていることを認識する必要がある。

3) 人口政策は、政治、特に公衆衛生政策と深い関係がある。戦前の戦時体制下において「人口政策確立要綱」が策定され、妊娠・出産に国家が介入した。戦前の人口増加政策は、戦後一転して人口抑制策に転換された。旧優生保護法下で人工妊娠中絶の件数が大幅に増加した²⁷⁾。現在は、少子化が進行し、出生数を増やすために子育て支援策が拡充されている。人口政策は、戦前は兵力確保、現在は労働力の確保、近年は社会保障制度の維持として、その根拠が変化している。労働力確保のために外国人労働者を増やす政策が進められている。人口政策と社会政策、また公衆衛生政策と深い関係があることは今日でも変わっていない。

4) 生政治と社会医学

「生政治」という言葉がある。フランスのミシェル・フーコー (Michel Foucault 1926~84) が唱えたものである。近代社会は、個人の「生」や「人口」を、社会の管理・調整の対象として捉える権力作用があるとしてこれを「生政治 (biopolitics)」と称している²⁸⁾。この権力は、個々の身体を訓練・規律する「規律権力」と、人口を全体管理する「統制権力」からなるとしている。近代社会以前の権力は処刑などの「死なせる権力」であったが、近代社会の権力は生政治「生かす (生を管理する) 権力」となっているとしている²⁹⁾。個人の身体に物理的制裁を加えるのではなく、生命全体を制度的に管理する方向に転換され、個人を教育訓練し、生産性を高め、社会に適合させることが進められているとしている³⁰⁾。この権力は、出生率、死亡率、平均寿命、健康状態など人口全体を統計的に管理・調整することに作用しているとし、その具体的政策として公衆衛生、社会保障、優生学などが含まれるとしている。公衆衛生や社会医学の関係者に警鐘をならす内容のものである。

8. まとめ

最高裁の判決を振り返り、それに対する医学者や医療者の対応を振り返り本会の今後の対応について考察した。戦後の憲法下で違憲と判断された旧優生保護法が制定され強制不妊手術が実施され続けてきたことが訴訟で問われた。この件について、すでに日本衛生学会、日本健康学会、日本精神神経学会、日本精神衛生会、日本産婦人科学会、日本医学連合の関係学会がすでに検証報告書を出し、今後の学会のあり方について宣言を出している。戦前の国民優生法の制定に医学会が関与していたこと、及び強制不妊手術の実務を医療者が担っていたことが示されている。日本社会医学会はこの件に関する講演やシンポジウムを開催してこなかった。2025年の第66回総会においてこの件に関する市民公開講座を初めて開催した。今回の市民公開講座の開催でこの件に関する対応は終わることにはいけない。その他にも国民の基本的な人権に関わる問題があると思われることから、今後、国民の基本的な人権に関わる問題について取り上げ議論していく必要がある。ところで、ミッシェル・フーコーは、近代社会は「生政治」の社会になっており、優生学のことでなく、公衆衛生及び社会保障がこれを支えていると指摘している。本講座の開催から、日本社会医学会には国家政策に流されず、国民の基本的な人権を第一とする社会を実現する重要な使命があることを認識させられた。

(この報告は、第66回日本社会医学会総会で講演した内容に若干の加筆修正を加えて掲載したものです。)

<引用・参考文献>

- 1) 最高裁判所. 令和5年(受)第1319号 国家賠償請求事件 令和6年7月3日 大法廷判決. <https://www.courts.go.jp/assets/hanrei/hanrei-pdf-93159.pdf> (2025年10月20日アクセス)

- 2) 最高裁判所. 判例要旨. 令和6年7月3日.
<https://www.courts.go.jp/hanrei/93159/detail/index.html> (2025年10月20日アクセス)
- 3) 衆議院. 第3編 諸外国における優生学・優生運動の歴史と断種等施策 第1章 優生学・優生運動の歴史と概要. [https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_rchome.nsf/html/rchome/Shiryo/310yuusei_houkokusho_3-1.pdf/\\$File/310yuusei_houkokusho_3-1.pdf](https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_rchome.nsf/html/rchome/Shiryo/310yuusei_houkokusho_3-1.pdf/$File/310yuusei_houkokusho_3-1.pdf) (2025年10月20日アクセス)
- 4) 柿本佳美, 近代日本の優生学の受容と科学主義. 医療・生命と倫理・社会. 2009; 8: 104-111. <https://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/eth/site-wp/wp-content/uploads/2019/07/kakimoto.pdf> (2025年10月20日アクセス)
- 5) 国立社会保障・人口問題研究所. 人口問題研究 1941; 2: 55-57. <https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/14144606.pdf> (2025年10月20日アクセス)
- 6) 林玲子, 人口動向の認識と対応ー出生について(戦前期). 人口問題研究. 2017; 73: 270-282.
- 7) 矢野聡, 優生学と社会政策. 政経研究. 2014; 51: 621-647. https://www.publication.law.nihon-u.ac.jp/pdf/political/political_51_3/each/04.pdf (2025年10月20日アクセス)
- 8) 日本医学会連合. 旧優生保護法の検証のための検討会報告書. 2020年6月25日 <https://files.jmsf.or.jp/uploads/medium/file/260/20200713190440.pdf> (2025年10月20日アクセス)
- 9) 日本衛生学会少子化対策ワーキンググループ. 日本衛生学会における少子化対策提言. 2018年12月19日 https://www.nihon-eisei.org/about_jsh/statements/teigen181218/ (2025年10月20日アクセス)
- 10) 日本健康学会理事会. 理事会報告:「日本民族衛生学会」と国民優生法. https://www.jstage.jst.go.jp/article/kenko/85/4/85_i/_pdf/-char/en (2025年10月20日アクセス)
- 11) 横山 尊, 優生学史における日本民族衛生学会の位置. 日本健康学会誌. 2020; 86: 197-208. https://www.jstage.jst.go.jp/article/kenko/86/5/86_197/_pdf/-char/ja (2025年10月20日アクセス)
- 12) 日本健康学会. 第84回日本健康学会総会プログラム. <https://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/jshhe84/program/pdf/jshhe84program.pdf> (2025年10月20日アクセス)
- 13) 日本精神神経学会法委員会. 優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割に関する研究報告書 2024年2月1日. <https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/houkoku01.pdf> (2025年10月20日アクセス)
- 14) 日本精神神経学会. 優生保護法に関する声明 2024年2月1日. https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=110 (2025年10月20日アクセス)
- 15) 日本精神神経学会法委員会. 手術件数の多い都道府県の背景要因の検討. <https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/houkoku04.pdf> (2025年10月20日アクセス)
- 16) 日本精神衛生会. 日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査報告書 2025年7月. <https://www.jamh.gr.jp/pdf/report20250724.pdf> (2025年10月20日アクセス)
- 17) 日本精神衛生会. 「日本精神衛生会 2025 宣言」と「日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査報告書」2025年7月. https://www.jamh.gr.jp/pdf/report_overview20250724.pdf (2025年10月20日アクセス)
- 18) 岡田靖雄, 優生保護法の時代を生きる: ある精神科医の戦後史, 東京: 六花出版, 2024.
- 19) 日本産科婦人科学会. 旧優生保護法に関するアンケート調査の結果および日本産科婦人科学会からの宣言(福岡宣言) 2022年8月7日. https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20220807_shuuchi.pdf (2025年10月20日アクセス)
- 20) 「らい予防法」違憲国家賠償請求事件判決文

- <https://ja.wikisource.org/wiki/%E3%80%8C%E3%82%89%E3%81%84%E4%BA%88%E9%98%B2%E6%B3%95%E3%80%8D%E9%81%95%E6%86%B2%E5%9B%BD%E5%AE%B6%E8%B3%A0%E5%84%9F%E8%AB%8B%E6%B1%82%E4%BA%8B%E4%BB%B6%E5%88%A4%E6%B1%BA%E6%96%87> (2025 年 10 月 20 日アクセス)
- 21) ハンセン病国賠弁護団. 判決要旨. https://www.hansenkokubai.gr.jp/topics/20010511_2.html (2025 年 10 月 20 日アクセス)
- 22) 青井未帆, 判例研究 ハンセン病国家賠償訴訟熊本地裁判決. 信州大学経済学論集. 2006 ; 54 : 153-165. https://www.shinshu-u.ac.jp/faculty/economics/research/journal/uploaddocs/ronbun_54-5.pdf (2025 年 10 月 20 日アクセス)
- 23) 藤野豊著, 戦後民主主義が生んだ優生思想 : 優生保護法の史的検証. 東京 : 六花出版. 2021.
- 24) 優生手術に対する謝罪を求める会編. 優生保護法が犯した罪 : 子どもをもつことを奪われた人々の証言. 東京 : 現代書館. 2018.
- 25) 小林傳司, トランス・サイエンスの時代一科学技術と社会をつなぐ (NTT 出版ライブラリーレゾナント). 東京 : NTT 出版. 2007.
- 26) 小林傳司, トランス・サイエンスの時代の学問の社会的責任, 学術の動向. 2012 ; 17 : 18-24. https://www.jstage.jst.go.jp/article/tits/17/5/17_5_18/_pdf/-char/ja (2025 年 10 月 20 日アクセス)
- 27) ティアナ・ノーグレン, 塚原久美, 日比野由利, 猪瀬優理訳, 中絶と避妊の政治学 : 戦後日本のリプロダクション政策. 東京 : 岩波書店. 2023.
- 28) 美馬達哉著, 生を治める術としての近代医療 : フーコー『監獄の誕生』を読み直す. 東京 : 現代書館. 2015.
- 29) 山本哲士, ミシェル・フーコーの統治性と国家論 : 生政治/ 権力/ 真理と自己技術 (知の新書 103). 東京 : 文化科学高等研究院出版局. 2021.
- 30) 米本昌平著, バイオポリティクス : 人体を管理するとはどういうことか (中公新書 ; 1852). 東京 : 中央公論新社. 2006.
- (受付 2025.10.15 : 受理 2026.2.25)

Looking back at the responses of the Japanese Medical Association and the Japanese Society of Social Medicine to forced sterilization under the former Eugenic Protection Law

Toshio Takatorige¹⁾

We reviewed the Supreme Court's ruling and the response of medical and healthcare professionals to it. After the postwar constitution was promulgated, the old Eugenic Protection Law, which contained unconstitutional content, was enacted, and forced sterilizations were conducted until recent years. These were the issues at issue in the lawsuit. Regarding this issue, the Japanese Society of Hygiene, the Japanese Society of Health Sciences, the Japanese Society of Psychiatry and Neurology, the Japanese Association for Mental Hygiene, the Japan Society of Obstetrics and Gynecology, and the Japanese Medical Union have already issued investigation reports and declarations regarding the future direction of the society. These reports state that medical societies engaged in the enactment of the prewar National Eugenic Law and that healthcare professionals were responsible for the practical implementation of forced sterilizations. The Japanese Society of Social Medicine has not held any lectures or symposiums on this issue. At its 66th General Meeting in 2025, the Society held its first public lecture on this issue. This public lecture should not be the end of our response to this issue. Given the likely implications of other issues related to the fundamental human rights of people, we must continue to raise and discuss these issues in the future. Michel Foucault points out that modern society has become a "biopolitical" society, and that this society is supported not only by eugenics but also by public health and social security. By holding this lecture, the Japanese Society of Social Medicine was able to confirm its mission of protecting the basic human rights without being swayed by national policies.

【Bull Soc Med 2025 ; 42 (2) : 122 – 129】

Key words: Medical Society, Disabled Persons, Eugenic Protection Law, National Eugenic Law, Forced Sterilization

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

特別報告 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会 市民公開メイン企画
優生保護法下での不妊手術に対する社会医学会の責任ある立場を考える

産婦人科の現場と旧優生保護法 ～何が起きて何が終わっていないか～

宮城厚生協会 坂総合病院 産婦人科 船山由有子

【要旨】

2018 年 1 月 30 日, 宮城県在住の女性が旧優生保護法下の強制不妊手術についての国家賠償請求訴訟を仙台地裁に起こした。関与した学会・団体は反省と謝罪の意を表し, 人権問題や医療倫理を重要視する声明が公表された。全日本民医連はこの問題の本質として「公益」と「公共の福祉」の違いや障害の捉え方(医学・社会・人権モデル)等にも言及した。

一方で, 法律改正後も医療や福祉の現場では優生保護法に準じる実態があり, 昨今は出生前診断からの妊娠中絶という問題も出てきた。実際は優生思想というより国で保障すべき子育てが個人に責任転嫁されるためと考える。

つまり, 旧優生保護法問題の根本的解決には社会制度の充実も必要で, 医学界だけでは解決できない。障害者や子育ての問題を個人の問題にしないために, 自己の存在が肯定される社会制度を当事者である国民と共同して要望していくことが必要である。

【社会医学研究 2025; 42 (2) : 130 – 136】

doi:10.60435/socialmedicine.42.2_130

【はじめに】

筆者自身は母体保護法指定医の資格を持っているものの, 強制不妊手術に関わったことはない。今回本学会より産婦人科の立場からという講演・執筆依頼を受けたことで, 女性として, 母親として考えるきっかけにもなったので, 私見を交えて述べてみたい。

【国賠訴訟報道に対する医学界の反応】

2018 年 1 月 30 日, 宮城県内に住む女性が, 旧優生保護法に基づいた強制不妊手術を受けて子を産む権利を奪われたとして, 国家賠償請求訴訟を全国で初めて仙台地裁に起こした。メディアは優生保護法における強制不妊手術について次々と報

道し, 政府の中でそれまで野党しか取り組まなかった問題に, 与党や厚生労働省も動き始めた。医学界, 特に産婦人科関連領域の動きは以下の通り。

1) 日本医学会連合(136の医学系学会の集合体・社会的・政策的な発言や制度設計に関与)

2019 年 4 月, 「旧優生保護法の検証のための検討会」を立ち上げ, 被害者を含む関係者や参考人から意見の聴取を行い, 歴史的な経緯の確認を行って 2020 年 6 月 25 日に報告書を公表した¹⁾。内容を要約すると,

・旧優生保護法と医学会のかかわり: 戦後という時代背景の中で, 医師は旧優生保護法の立案や推進, 手術の実践などに大きな役割を果たしていたが, 1996 年に強制不妊手術の部分が削除された後も被害者救済に向けた活動に医学界が乗り出すことがなかった。

- ・問題が放置された原因：当時日本ではまだインフォームド・コンセントやインフォームド・アセント、そしてリプロダクティブ・ヘルス＆ライツなどの考え方が一般的でなく、遺伝学教育の遅れに加えて、人口政策という公益上の必要性を果たすといった誤った使命感を持ってしまったことなどが挙げられる、
- ・課題の整理と将来に向けた提言：強制不妊手術は、現在の医療倫理的観点からみて、人権を侵害するものであり、それに関与し問題性を放置してきたことは遺憾であり、お詫びの表明が求められる。今後は医療が非倫理的な方向へと進まないよう多方面からの検討と社会への開示が必要で、そういう組織や場が用意されるべきである。

上記報告書はすぐに所属学会に伝えられ、各学会は HP に掲載するなどの方法で所属会員への周知を図っている。

2) 日本産婦人科医会（優生保護法指定医師の団体である日本母性保護医協会を母体とした団体）

「報告書を真摯に受けとめ、旧法の制定に関与し、またその法律の問題性に思い至らなかったことを深く反省し、被害者に対して心からのお詫びを申し上げる、これからは過去の過ちに対する深い反省の上に、一層高い倫理観をもち、医療が高度化してもたえず検証し、最善の選択をしながら従事したい」という内容の見解を翌日 2020 年 6 月 26 日に公表した²⁾。

3) 日本産科婦人科学会

学会員にアンケートを実施し、1) 周知・啓発、2) 継続的な審議、3) 教育が大切という結果を得たため、旧優生保護法について会員に周知し、基本的人権やインフォームド・コンセントなどの考え方を医学生および研修医・会員に浸透させ、生命倫理・医療倫理の観点から旧優生保護法・母体保護法についての教育を推進し、生命倫理・医療倫理や人権にかかわる分野について、学会内での議論や決定を広く社会に開示して、問題意識を共有する、と 2022 年の総会で宣言した（福岡宣言）³⁾。

【全日本民連の見解】

全日本民主医療機関連合会（全日本民医連）は無差別・平等の医療と福祉の実現を目指す組織で、筆者の勤務先も所属する。

全日本民医連は、2018 年に旧優生保護法プロジェクトを立ち上げ、2022 年 2 月 5 日付で「旧優生保護法下における強制不妊手術問題に対する見解」を公表した⁴⁾。筆者もこのプロジェクトに参加し作成に関わった。

民医連の見解のポイントは、以下の 3 点である。

①旧優生保護法の 3 つの罪

第 1 に強制不妊手術により、命の継続性や人生の可能性を一方的に奪ったこと、それは障害者の存在そのものの否定だと考えた。第 2 に誤った障害（者）観（障害者は不良な子孫である）を法律の中で承認し、広く社会に浸透させたこと、第 3 に障害に関わる法律や制度に影響をもたらしたこと。例えばらい予防法にも強制不妊手術の条項があった。

②「公益」と「公共の福祉」の違い

「公益」は社会の大部分の人たちの利益で、一部の人の利益がなくなることがあるというもの。基本的人権を謳った現行憲法のもとで、旧優生保護法を合憲とする根拠になった。

「公共の福祉」とは「社会全体の共通の利益」であり、表現の自由や財産権などについて考える時に「ほかの人の人権との衝突を調整するための原理」、個人の個別的利益に対して、多数の個々の利益が調和したところに成立する全体の利益を指す。憲法の中ではこの「公共の福祉」が使われる。

③障害と人権の捉え方について

障害者の問題は機能障害に起因するというのが「医学モデル」で、障害者の問題は機能障害と社会的障壁の両方に原因があるとする「社会モデル」、機能障害は人間の多様性の一部であって人権と尊厳に影響しないという社会的障壁論が「人権モデル」である。

その上で民医連は、強制不妊手術問題による人権侵害に対する責任を自覚して謝罪し、社会問題として取り組めなかったことを深く反省した。そして、

- ・繰り返さないために障害と人権の捉え方や、優生思想、パターンリズム、それを克服する当事者との共同のいとなみを学習する
 - ・障害者差別が為政者によって作り出され、公益という論理で正当化されたことについて学び続ける
 - ・人権や倫理の問題について対応する常設機関として人権と倫理センターを創設する
 - ・当事者や関係者と共同して問題を考えていく
- ということを確認した。もともと民医連には「共同のいとなみ」、「一人で決めない、一度で決めない」という倫理規範があり、これは「私たち抜きに私たちのことを決めないで (Nothing About us without us)」という障害者権利条約の有名なフレーズにも沿うものと思われる。

【強制不妊手術問題は医学界で解決できるのか】

では今後産婦人科医師が、先の3団体が述べているような人権問題や医療倫理・生命倫理をきちんと学び、民医連見解で示された旧優生保護法の本質や障害の捉え方を学んだら、強制不妊手術問題は二度と起きないのだろうか？

実は産婦人科の宮城地方部会で旧優生保護法による強制不妊手術問題について学習会が行われた時、帰りがけに某大先輩が「『今日、〇〇診療所に手術支援に行け』と教授に言われてやっただけだ、手術承諾書があって、その通りやったことを、今責められても困る」と話していたのを耳にした。宮城県では当時優生手術をするためだけの診療所があり、医師は所長1人だったため、手術の日に東北大学から支援を出していたのである。

もし自分が当時の大先輩の立場だったら、どんな判断をしたらだろうか。当時絶対的存在だった教授の命令に背く、あるいは法律で「医師の義務」と決まったことを「実行しない＝法律違反をする

勇気」を持つことができただろうか。正直、自分の立場が脅かされることの方が心配になったのではないか。

そもそも知識や技術の獲得に夢中で世の中のことに無関心だった若い時代に、未熟な倫理観や真摯に向き合う姿勢だけで判断・解決できる問題だったのか。今は倫理面で迷わないように学会が方針を出しているが、それが正しくなかったり法律で規制されたりしたら、現場はどうするか。

その時代のいろいろな要素が影響すれば、行動化できる確証はない。

【産婦人科の現場や社会の中で起きていること】

そもそも、旧優生保護法が母体保護法に変わって強制不妊手術問題は解決したかという点、実際にはいろいろ考えさせられる出来事が起きている。

障害者の出産後、家族から「入院中に本人に内緒で不妊手術をすることは可能か」という主旨の相談を受けることが当院でも今まで何度かあった。手術同意書に本人サインが必要と話して諦めてもらい、他の避妊方法の提案など行ってきたが、産婦人科医師の中には、「家族のことを考えたら手術をして良いと思う」と話す者もいる。

また、第1子が障害者である女性が、第2子を妊娠したいと受診。「自分たちが高齢になって上の子の面倒を見ることができなくなっても困らないように」弟妹を産むというので、心配する気持ちはわかるが第2子の人生は第1子のためのものではないと話したが、賛同は得られなかった。

2022年12月、今からわずか3年前、北海道の福祉施設で知的障害があるカップルらが結婚や同棲を希望する場合は不妊処置を条件化し、8組が応じていたことが報道された。優生保護法がなくなっても、障害者の人権は侵害されている、私たちの国は優生保護法から母体保護法へ法律を変える時に本当に障害者の権利に向き合っていなかった、と正論を述べるのは簡単だが、福祉施設で暮らす障害者の出産、育児を日本の法律は想定していない。

2025年1月、24時間体制で医療的ケアが必要な長女を介護していた母親が、普段協力的な夫に手伝いを求めた時に舌打ちされたことがきっかけで「私と娘はいらない存在」と思い詰めて無理心中を図り、長女の人工呼吸器を外して窒息死させたという事件があり、同年7月18日に福岡地裁が執行猶予付き有罪判決を言い渡した。妊娠した時は母親もその夫も殺人事件を起こすとは想像できなかっただろうし、ちょっとした舌打ちが家族の運命を大きく変えることになるとは普通は誰も想像できない。

障害者のケアの負担は家族や施設スタッフらの問題となり、彼らの人生をも大きく変えることになるのが日本の現実である。

【出生前診断の登場と課題】

昨今は出生前検査・出生前診断という課題が発生している。出生前検査とは母体内の胎児の状況を把握するために行われる検査をいい、出生前検査は、医学的・臨床的な判断・評価を経て出生前診断に至る。

現在存在する出生前検査は数種類ある。胎児側の細胞を直接採取する絨毛検査と羊水検査は「確定検査」、超音波や母体採血によるものは「非確定的検査」で、陽性と出ても障害がない可能性がある。なので確定検査をする必要がある。

実は先天性疾患は出生児の3~5%に存在する、つまり100人生まれたら3人から5人に先天性疾患があるとわかっていて、出生前診断は本来、胎児に何らかの異常がありそうだという時に正確な病態を知る目的で検査を行うものである。出生前検査によって、早期の治療につなげることができ、分娩に適切な施設を選ぶことができ、家族がこれから生まれてくる子を受け入れる準備ができるというメリットがある。

しかし、障害がありそうという「非確定的検査」の結果を聞いて人工妊娠中絶を選択することは障害のある胎児や特定の疾患の排除につながるとか、生まれてくる子どもを選ぶような価値観が定着し

てしまう危惧があるなど倫理的・社会的課題もある。

そこで非侵襲的出生前遺伝学的検査（以下NIPT）が出てきた時、産科婦人科学会は2012年に検討委員会を設置、2013年には指針を公表し、5つの関係団体（日本医学会、日本産科婦人科学会、日本人類遺伝学会、日本医師会、日本産婦人科医会）が共同声明を発表して、認定制度の運用を開始、厚生労働省も関与し遺伝的カウンセリングの重要性が強調された。しかし罰則がなかったので無認可施設でカウンセリングなしのNIPT検査が増加し、倫理的・社会的な問題が顕在化して2019年に改定。現在は、検査やカウンセリングが受けやすいように連携施設を増やしたり、多職種連携で妊婦やその家族を支援したり、説明書が統一されたりした。

その一方で出生前診断を受ける件数は毎年増加し（図1）、妊婦が出生前診断を考えるきっかけは「漠然とした不安」で（図2）、NIPTで陽性が出たら90%以上が妊娠中絶を選択するというのが現実である。

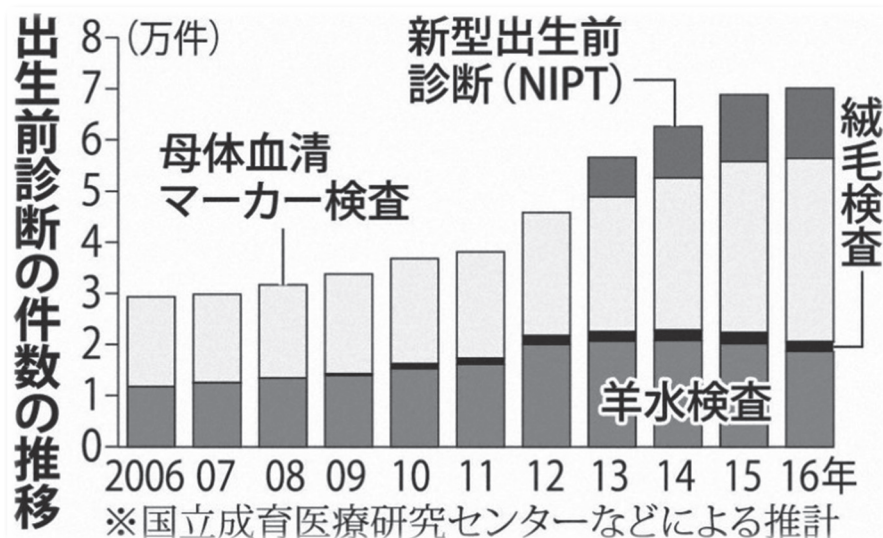
そのような現状に対して横山尊（日本健康学会）は、障害児の行動に手を焼き将来を見かねた家族が優生保護法という制度を利用して不妊手術を受けさせていたことと、出生前診断を受けた結果を聞いて悩んだカップルが中絶を選択することと、どれほどの違いがあるというのか、健康・衛生思想から優生概念を排除するのは今や困難だと論文で述べている⁵⁾。

【女性は本当に「選択」できているのか】

しかし、筆者からすれば前述のどちらの家族も優生思想で判断しているのではなく、障害児のケアに責任を持ち切れず、相当困って悩んで不妊手術や妊娠中絶を決断していると感じる。

その点について、2021年12月1日、朝日新聞社の岡崎朋子記者が興味深い記事を書いている⁶⁾。

「NIPT検査は命の選択につながりかねないと言われるが、そもそも当事者である女性は、本当に「選



出典：2018.12.28 毎日新聞

図 1

出生前診断を考えるきっかけ



兵藤麻希「いのちとの出会い 出生前検査の現状と課題」より
厚生労働省 第2回 NIPT等の出生前検査に関する専門委員会 資料4 令和2年11月20日

図 2

択」できているのだろうか。」

岡崎記者は、「産む、産まないを決める女性の自己決定権は大事です。でも女性の問題だから自分で決めて下さい、そのためにカウンセリングで支援します、という前提で議論を進めるのはおかしい」という立命館大・松原洋子教授の話を引用して、医療における自己決定権は、自立した「個」を前提にしている、でも妊娠した瞬間、個の事情だけで選択することは不可能となる。子どもという、

別の個とセットで未来を選択しなければならないからだ、と述べている。個人のリプロダクティブ・ヘルス＆ライツ（性と生殖に関する健康と権利）とともに、別の「個」の「生存権」や育児の問題が発生するということである。

さらに「日本は子育てしにくい国」「その中で障害がある子を育てるのは、さらなる覚悟が求められる」「(自身が妊娠中に)子どもに障害があったら、今まで通りに仕事を続けられるだろうかと考え続

けた」が「男性の大半は、育児か仕事かの選択を迫られることはまずないはずだ」「社会が抱えている問題を、個人の問題に変換してはならない」と述べている。

妊婦が出生前診断を考えるきっかけの「漠然とした不安」とはそういうことであり、NIPTが陽性の場合の妊娠中絶選択率が高いのは、個人が問題を抱えなければならない日本の社会の仕組みに耐えられないという判断だと思われる。

岐阜協立大学非常勤講師の小森敦子氏も、「優生保護法による強制不妊手術は、社会が解決すべき課題に蓋をする役割を担ってきたと言っても過言ではない」と述べている⁷⁾。旧優生保護法の問題は優生思想だけではないのである。

【出生前診断の課題解決のカギ】

実は、全日本民医連の見解の最後「結び」の部分で、「障害者観の本質は、初めから人々の心や意識にあるのではなく、障害者が置かれている状態にあるのであり、関連の政策水準の中にある」という日本障害者協議会代表の藤井克徳氏の文章⁸⁾を引用している。つまり、今の日本の障害者政策のレベルが、日本の障害者の立場を作っているものであり、障害者政策をもっと充実させていくことが必要だということである。

2024年7月の最高裁判決後に、優生保護法問題の全面解決をめざす全国連絡会（優生連）が提示した要求書⁹⁾でも、政府や国会による謝罪や賠償・補償のほか、偏見差別解消の立法措置や政策を求めている。

2025年の3月6日 全国優生保護法被害弁護団と優生連が出した見解¹⁰⁾でも、幹事会アドバイザーに、精神障害者・知的障害者、女性が不在だとか、取り組みの内容が周知レベルにとどまっているとか、慈悲や優しさではなく、障害の社会モデル/人権モデルの教育が必要だ等、政策のレベルを上げてほしいという要求を掲げている。

結局、女性の不安が解消されるには、妊娠・出産だけでなく家事・育児・介護を担ってきた女性

の人権についても考えなければならない。医療や福祉、教育や生活などの点で自分や子どもの未来が描けることが大事であり、社会制度が整備され充実する必要がある。そして妊娠・出産・育児への不安が解消されたら、出生前診断の意義は医学的な面ということになる。

岡崎記者も、「子育てしやすい社会」という前提があればこそ、「検査を受けない」という選択もしやすくなる、すべての妊婦が、検査を受ける必要はないのだ、と述べている。出生前診断の課題解決のカギは医療倫理だけではなく社会制度にもあるのである。

【まとめ】

障害者の人権や存在を否定する優生保護法により、強制不妊手術が行われ、関与した各学界は反省と謝罪の意を表した。

しかし法律改正後も優生保護法に準じる実態があり、昨今の出生前検査にも優生保護法と同様の課題があるが、厳密には優生思想というより国で保障すべき子育てが個人に責任転嫁されることによるとと思われる。

旧優生保護法問題が根本的に解決するためには、社会制度の充実が必要で、医学・医療界や福祉の現場だけでは解決できない。「この国に生まれて良かった」と思える社会制度を当事者である国民と共同して要望していくことが必要と思われる。

（この報告は、第66回日本社会医学会総会で講演した内容に若干の加筆修正を加えて掲載したものです。）

【参考文献】

- 1) 一般社団法人日本医学会連合「旧優生保護法の検証のための検討会報告書」2020.6.25, https://www.jmsf.or.jp/initiatives/page_701 (2025年10月17日最終アクセス)
- 2) 日本産婦人科医会「旧優生保護法の検証のた

- めの検討会報告書」の公表を受けて 2020.6.26, <https://www.jaog.or.jp/news/200626/> (2025 年 10 月 17 日最終アクセス)
- 3) 日本産科婦人科学会 旧優生保護法に関するアンケート調査の結果および日本産科婦人科学会からの宣言(福岡宣言)について, 2022.12.5, <https://www.jsog.or.jp/medical/616/> (2025 年 10 月 17 日最終アクセス)
- 4) 全日本民主医療機関連合会旧優生保護法プロジェクト 旧優生保護法下における強制不妊手術問題に対する見解, 2022.2.5, https://www.min-iren.gr.jp/wp-content/uploads/2022/04/221019_01.pdf (2025 年 10 月 17 日最終アクセス)
- 5) 横山尊, 優生学史における日本民族衛生学会の位置, 日本健康学会誌, 2020 ; 86(5) : 197-208
- 6) 岡崎朋子, 朝日新聞, 記者コラム「多事奏論」: 出生前検査 そもそも女性が「選択」できる社会になっているか, 2021.12.1
- 7) 小森淳子, 「岐阜県における障害のある人に対する強制不妊手術に関する一考察」, 岐阜協立大学論集, 第 54 巻第 2 号 (2020) : 57-73
- 8) 藤井克徳, 相模原障害者殺傷事件に見る優生思想, 月刊保団連 2017.7 No.1242 : 17-22
- 9) 優生連, 最高裁大法廷判決を受けての優生保護法問題の全面解決要求書, 2024.7.17, <https://sites.google.com/view/yuuseiren/statement> (2025 年 10 月 17 日最終アクセス)
- 10) 優生連, 障害者に対する偏見や差別のない共生社会の実現に向けた行動計画に関する見解, 2025.3.6, <https://sites.google.com/view/yuu-seiren/statement> (2025 年 10 月 17 日最終アクセス)
- (受付 2025.10.15 : 受理 2026.2.3)

「社会医学研究」 投稿規程

2021 年 1 月 15 日改訂

(総論)

1. 「社会医学研究」は、日本社会医学会（旧称：社会医学研究会）の機関誌であり、社会医学に関する論文その他を掲載する。
2. 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員に限る。連名者も会員が望ましい。
3. 「社会医学研究」に掲載された文書の著作権は日本社会医学会に帰属する。掲載前に著作権移譲承諾書の提出が必要となる。
4. 投稿する内容が倫理的配慮を要するものである場合、本文中にて行った倫理的配慮について明記すること。倫理審査委員会等の審査を得て行った研究については、その審査番号（もしくはそれに相当するもの）を明記すること。

(投稿分野)

5. 「社会医学研究」は論文その他で構成するが、その区分は細則として別に定める。
6. 「社会医学研究」編集委員会が認めた場合は、上記投稿規定にない区分の原稿についても掲載できる。

(投稿要領)

7. 投稿区分に応じて細則に定めるファイルの投稿を必要とする。
8. 原稿は和文で作成する。キーワードは英、和それぞれ 1～5 語とする。
9. 原稿は A4 用紙に横 25～40 字の範囲で、横書きで記載する。行間はダブルスペースとする。フォントは明朝体を基本とし、大きさは 12 ポイントとする。
10. 原稿には表紙を付ける。表紙には以下の内容を記す。
表題、著者名、所属機関名、論文種別、文字数、表の数、図の数、投稿論文責任著者の氏名・所属機関・所属機関の住所・メールアドレスを記載する。
また、表題、著者名、所属機関名については、英文表記を付記する。
11. 抄録は原著論文、総説、短報、実践報告において作成する。抄録は 600 字以内の和文とし、表紙の次のページに記す。抄録は『背景・目的』『方法』『結果』『考察』の 4 つの要素で構成することが望ましい。

12. 英文抄録の、語数は 400word とし、和文抄録の次のページに記す。英文抄録は『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』の 4 つの要素で構成することが望ましい。
13. 原著論文、短報、総説、実践報告、特別報告の原稿の構成は「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則に記載する。
14. 会員の声、巻頭言の様式は特に定めないこととする。
15. 参考文献は以下の引用例に従い、引用順に番号を付け、論文末尾に一括して番号順に記載する。

■雑誌からの引用

著者名、表題、雑誌名、年号；巻数：頁－頁、の順に記載する。著者が 3 名を越える場合は 3 名までを記載し、残りの著者は「他」とする。

- 1) 田中勤、古橋忠晃、上田浩詞他、深夜の街における 10 代の若者たちの夢と希望についての社会医学的考察 傾聴・共感・見守りの思春期公衆衛生活動から (Caseseries). 社会医学研究. 2019;36:61-70.
- 2) Roberto CA, Lawman HG, LeVasseur MT, et al. Association of a Beverage Tax on Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages With Changes in Beverage Prices and Sales at Chain Retailers in a Large Urban Setting. JAMA 2019;321:1799-1810.

■単行本からの引用

編者・著者名、書籍名、所在地、発行所、発行年、頁の順に記載する。

- 1) 日本疫学会監. 磯博康、祖父江友孝編. はじめて学ぶやさしい疫学 (改訂第 3 版). 東京：南江堂. 2018:13-25.
- 2) Murray CL. The Global Burden of Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1966:201-246.

■インターネットからの引用

文献、書籍では得られず、インターネットからのみ得られる情報については、情報を提供している者と Web アドレス、アクセスした日を明示すること。

- 1) 厚生労働省. 風しんの追加的対策 骨子.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000474416.pdf> (2019 年 5 月 19 日アクセス)
- 2) WHO.Factsheets (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 _____

① 論文中に自ら実施した研究の内容が含まれている ☐ はい ・ ☐ いいえ
「はい」の場合は以下の②にお答えください。

② 研究が「人を対象とした医学系研究」に該当する ☐ はい ・ ☐ いいえ
「はい」の場合は以下の②～⑤に、「いいえ」の場合は⑥にお答えください。

③ 責任著者所属機関に倫理審査委員会がある ☐ はい ・ ☐ いいえ
研究はその倫理審査委員会の承認を受けた ☐ はい ・ ☐ いいえ

④ 共同著者所属機関に倫理審査委員会がある ☐ はい ・ ☐ いいえ
研究はその倫理審査委員会の承認を受けた ☐ はい ・ ☐ いいえ

⑤ 研究・調査実施現場において適切な方法で研究の了解を得た ☐ はい ・ ☐ いいえ
方法等をお書きください ()

⑥ 上記について、論文の本文中に記載した ☐ はい ・ ☐ いいえ

投稿時COI自己申告書

著者名： _____
論文題名： _____

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

論文投稿の際は、以下の項目を記入し、この用紙を原稿とともに提出して下さい。

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

(本COI申告書は論文掲載後3年間保管されます)

(申告日) 年 月 日

記名（自署） _____

著作権委譲承諾書

日本社会医学会 御中

論文名

著者名（筆頭著者から順に全員の氏名を記載してください）

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

（下記に記名および自署してください※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

記名_____自署_____日付_____年 月 日

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

※² 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員であることを原則とします。

日本社会医学学会会則

第 1 章 総 則

第 1 条 (名称) 本会は、日本社会医学会という。

英字表記は以下とする。

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

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

第 3 条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。

1. 研究会の開催
2. 会誌、論文集などの発行
3. その他必要な事業

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

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

第 2 章 会 員

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

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

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、年齢、研究分野等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。

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

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

第 5 章 役 員 会

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

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

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

第 4 項 (監事) 監事は本会会計を監査する。監事は理事会に出席して意見を述べる事が出来る。

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 雑 則

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

付 則 本改正会則は 2014 年 7 月 13 日から施行する。

日本社会医学会役員選出細則

1. (評議員の選出及び定数)

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

理事会は、また、性、職種、年齢等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。

2. (理事の選出及び定数)

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

3. (理事長の選出)

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

4. (理事長の代行の選出)

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

5. (監事の選出及び定数)

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

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

編集後記

社会医学研究 42 巻 2 号をお届けします。今回も大変お忙しい中、多くの先生方に、懇切丁寧な査読をいただきました。この場をお借りして心より御礼を申し上げます。

本誌は、多くの方々から投稿をいただいておりますが、原則として査読を行い、論文の質の担保に務めています。社会医学は、医学の基本である人権を守り、人道主義を貫く学問であり、社会的弱者のアドボカシーが重要な役割の一つです。一方で、その研究方法、結果、考察、結論は、学術的・科学的な手法とエビデンスに基づくものでなければなりません。雑誌名に「研究」の文字が入った「学会誌」である本誌においては、掲載された学術論文の社会的な影響力は大きいということを、常に念頭に置く必要があるのです。

そのような中、本誌の原著、総説がアクセプトされるレベルがやや高いと感じられる方もいるかもしれません。ですが、ぜひこれからも世のため人のために力強く投稿をしていただきたいと思います。

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2号 2025年12月24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 千葉県中央区亥鼻1-8-1 千葉大学医薬系総合研究棟I-801
日本社会医学会運営事務局（合同会社ソーテリア内）
TEL&FAX 043-226-2979
E-mail: jssm@soteria.cc



日本社会医学会
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE