

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

社会医学研究

43-1

2026

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

<巻頭言>

1. 北の大地，暮らしのそばで見つける社会医学…………… 播本雅津子 1

<原著論文>

2. 家族介護者の介護役割と他の生活役割間における葛藤と精神的健康の関連性…………… 桐野匡史ら 2
Relationship between inter-role conflict and mental health among primary family caregivers of
older adults

<特別報告> 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会

シンポジウム 1 子ども・若者の健康と商業活動の関係—複雑で見えにくい今日的課題 CDoH
(Commercial Determinants of Health)

3. 「健康の商業的決定要因」とは何か—乳児用ミルクの販売促進と子どもの権利を手がかりに
…………… 名西恵子 17
4. 子どもの孤独とゲーム行動症—大人と社会の責任—…………… 吉川 徹 28

2025.9.7 第 66 回日本社会医学会総会 シンポジウム 2 居場所のない子どもたち

5. 深夜の街から見えるもの…………… 田中 勤 33
Prerequisites for adolescent health from the late-night downtown street
6. 触法少年の社会医学的背景…………… 一杉正仁 39
Background of the juvenile criminals from the viewpoint of social medicine

2025.9.7 第 66 回日本社会医学会総会 シンポジウム 3 ×次世代企画コラボレーション気候変動に取り組む

7. 指定発言「2050 年からの手紙」…………… 佐々木隆史 45
8. 気候変動に取り組む～学生の災害時支援活動，災害への備えに繋がる活動…………… 後藤至功 49

「社会医学研究」投稿規程……………	55
「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則……………	57
社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト……………	61
投稿 COI 自己申告書……………	62
著作権委譲承諾書……………	63
日本社会医学会会則……………	64
日本社会医学会役員選出細則……………	65
編集後記……………	66

巻頭言

北の大地，暮らしのそばで見つける社会医学

名寄市立大学 播本雅津子

この度、2026 年 8 月 29 日（土）30 日（日）に、名寄市立大学にて第 67 回日本社会医学会総会を開催させていただくこととなりました。このような貴重な機会をいただきましたこと、日本社会医学会の皆様へ厚く御礼申し上げます。

名寄市は北海道の北部、北緯 44 度の地にあり、農業を基幹産業とした人口 2 万 4000 人の市です。旭川から北のエリアの中核となる小都市で、裁判所や税務署、ハローワークといった国の機関が置かれ、管轄人口約 5 万人の二次医療圏の中心地でもあります。本州各地からの移動には、半日以上を要しますので、2 日間の日程にご参加いただくには前後泊を含めて 3、4 日の日程を確保していただくことになり、お時間と経費がかかりますことにはどうぞご容赦下さい。実は本学で全国規模の学会を開催することは珍しく、各学会で候補地に挙がっても、移動時間が長く旅費が高額となることから却下されることがほとんどでした。この度の開催に心から感謝し、名寄市民をあげて皆様をお迎えする所存です。

この度の総会の開催は、2 年前に高鳥毛理事長からの打診を受けたことに始まりました。高鳥毛理事長の日本社会医学会への熱い思いとして、地方の会員を増やし、僻地の暮らしや郡部で活動する保健師等の活躍を紹介したいとの強いご意向がありました。名寄市立大学は昭和 35 年に開学した名寄女子短期大学に始まり、当初から当該地域に必要な専門職を養成する大学として現在に至ります。近年は多数の保健師を輩出し、北海道内でその養成機関として大きく期待されています。高鳥毛先生にはその卒業生保健師の研修会にお越しいただいたこともあり、印象に残っておられたことと思います。

2024 年 1 月に発生した能登半島地震では、各方面から僻地の暮らしや災害への備えについて改めて考える機会となり、阪神淡路大震災以降の数々の大災害でも気づかれなかった僻地の課題に国民の関心が向き始めたところかと思えます。名寄市は内陸にあり、過去には水害に苦しんだ地域ではありますが、治水により現在は自然災害の恐れはあまりなく、山間部に熊は多数生息していますがその影響も特になく、ニュースに取り上げられるような話題は近年ありません。

しかしながら、二次医療圏は府県並みの広さがあり、夜間救急や高度医療を必要とする救急搬送には距離と搬送手段という大きなリスクを常に抱えています。近隣町村は高齢化率 40% も珍しくない高齢社会の先進地です。農業が基幹産業のため、広大な農地を年々減少する農家が 1 戸あたりの耕作面積を広げながら維持しています。自治体ごとに小学校 1 校、中学校 1 校となっていたところ、近年はそれらを 1 つの 9 年制の義務教育学校に統合するという少子化先進地でもあります。個人商店が閉店し買い物に苦慮する集落も増えています。

この度の総会では、人口減少が著しい僻地の取り組みを日本の未来図の 1 つとして感じていただき、それぞれがご活躍される分野を通じて社会医学の未来を考えていただく機会となれば幸いです。

名寄市までの行程をお調べになり、所要時間および必要とされる旅費に驚かれた方が多かろうと思います。その点は大変恐縮に思っておりますが、そのような僻地に立地する公立大学がどのように学生を集めているかにも少しだけ興味を持っていただくことにも期待いたします。

皆様のお越しを心からお待ち申し上げます。

（受付 2026.2.12：受理 2026.3.24）

原著論文

家族介護者の介護役割と他の生活役割間における 葛藤と精神的健康の関連性

桐野匡史¹⁾, 松本啓子²⁾

抄録

目的：本研究は，家族介護者のメンタルヘルスの保持や介護と他の生活役割の両立・調和に資する今後の家族介護者研究に向けた基礎資料を得ることをねらいに，家族介護者の介護役割と他の生活役割間の葛藤と精神的健康の関連構造について検討することを目的とする。

方法：A 県内の居宅介護支援事業所 38 か所を利用する高齢者の家族介護者 200 名を対象に，無記名自記式の質問紙調査を実施した。調査内容は，家族介護者と被介護者の基本属性等のほか，家族介護者が担う社会生活上の役割から生じる要求や関与の度合い，介護役割と他の生活役割間の葛藤，精神的健康などで構成した。分析には，要介護（要支援）認定を受けた 65 歳以上の被介護者を働きながら介護する家族介護者で，分析に必要な調査項目に欠損値がない 70 名のデータを使用し，構造方程式モデリングを用いたパス解析により検討した。

結果：「1 日の介護時間」が「私生活（余暇）との葛藤」と有意な関連を示し，「私生活（余暇）との葛藤」が「精神的健康」の不良と有意な関連を示した。

結論：働く家族介護者の介護時間や介護役割と私生活（余暇）との葛藤を軽減することが重要であり，柔軟な支援策や自ら時間を調整・分配できるような切れ目のない支援が求められる。

【社会医学研究 2026；43（1）：2－16】

doi:10.60435/socialmedicine.43.1_2

キーワード：ワーク・ライフ・バランス，役割間葛藤，家族介護者，メンタルヘルス

I. 緒言

わが国の総人口のおよそ 4 人に 1 人は高齢者であり，このうち何らかの支援や介護が必要な要支援・要介護高齢者（第 1 号被保険者）は 695 万人¹⁾

となっている。近年，こうした高齢者の介護の担い手の多様化が指摘されているが²⁾，在宅介護においては今なお同居または別居の「家族」がその大部分を担っている³⁾。最近では，家族介護者のなかでもとくに働きながら介護を担う介護者の増加が指摘されており⁴⁾，仕事と介護の両立支援策の拡充が喫緊の課題となっている。就業構造基本調査（令和 4 年）によれば，介護をしている者に占める有業者の割合は 58.0%（2022 年）⁵⁾であり，家族介護者の 2 人に 1 人以上が仕事と介護を同時に担っている状態にある。こうした状況のなか，働く家族

1) 岡山県立大学保健福祉学部

2) 香川大学医学部

連絡先：桐野匡史

住所：岡山県総社市窪木 111

岡山県立大学保健福祉学部

E-mail：kirino@fhw.oka-pu.ac.jp

介護者の看護・介護を理由とした離職（介護離職）や介護うつなどの健康問題が大きな社会問題となっている。

このうち、とくに前者の問題は、離職の意向や要因^{6,9)}、生産性の低下（出勤していても、健康や精神状態が良くないために生産性が低下している状態など）¹⁰⁻¹¹⁾など、介護離職の予防や仕事と介護の両立に資する一定の知見がもたらされてきた。一方で、後者の介護うつなどの精神状態に関する問題は、それ自体が判断力の低下を招き、物事を冷静に考えることを困難にさせる¹²⁾など、介護離職だけでなく、介護心中や介護殺人などの深刻な帰結を引き起こす可能性があるにもかかわらず、その多くは介護負担感との検討¹³⁻¹⁵⁾にとどまっている。介護負担感とは、Zarit らの介護負担尺度¹⁶⁻¹⁷⁾に代表されるように、介護そのものによって生じる負担やこれまでの生活に支障が生じることへの負担を評価するものである。しかし濱島らは、家族介護者は日々の生活の中で介護のみを行い、高齢者とのみ接しているわけではなく、同時に家事や仕事、ご近所づきあい、家族や職場の人との交流など、さまざまな生活行動があると指摘している¹⁸⁾。つまり、生活者としての家族介護者の視点からみれば、単に介護によって社会生活に支障が生じているか否かの評価だけではなく、どのような生活面にどういった支障や葛藤が生じているのか、またそれが彼らの精神状態とどう関連するのか、について明らかにすることが求められる。こうした知見が得られれば、今後の家族介護者のメンタルヘルスの保持や介護と他の生活役割の両立・調和に向けた貴重な基礎資料が得られるものと期待される。

そこで本研究では、家族介護者のメンタルヘルスの保持や介護と他の生活役割の両立・調和に資する今後の家族介護者研究に向けた基礎資料を得ることをねらいに、家族介護者が担う社会生活上の役割から生じる要求や関与の度合いを考慮したうえで、介護役割と他の生活役割間の葛藤と精神的健康の関連構造について検討することを目的とした。

II. 方法

1. 調査対象と調査方法

調査対象は、A 県内の居宅介護支援事業所 38 か所を利用する高齢者の家族介護者 200 名とした。調査は無記名自記式の質問紙調査とし、郵送法により実施した。調査の実施にあたっては、書面にて各事業所の長に研究の趣旨と手順および倫理的配慮等（自由意思による参加、途中辞退可能、個人情報保護、不参加による不利益はないことなど）に関する説明を行い、質問紙の配布に関する同意を得た。家族介護者に対しても、同様に書面にて説明を行い、同意が得られた場合にのみ返送を依頼した。調査期間は、2022 年 7 月から翌年 2 月までとした。なお、本研究は著者らが所属する機関の倫理委員会の承認（受付番号：22-19）を得て実施した。

2. 調査内容

調査内容は、家族介護者の基本属性（性、年齢、被介護者からみた続柄）、被介護者の基本属性（性、年齢）のほか、家族介護者が担う社会生活上の役割から生じる要求や関与の度合い、介護役割と他の生活役割間の葛藤、精神的健康などで構成した。

家族介護者が担う社会生活上の役割から生じる要求や関与の度合いは、「家庭内役割」への関与の指標として、介護期間、1 日の介護時間、要介護状態区分、医師による認知症の診断の有無、子育てや療育が必要な子どもの有無を尋ねた。「地域役割」への関与の指標としては、住民活動や地域活動における役割の有無を尋ねた。「仕事（職業生活）役割」への関与の指標としては、就労形態（正規の職員・従業員 = 1、雇用以外の形態および非正規の職員・従業員 = 0）、量的労働負荷を尋ねた。量的労働負荷は、職業性ストレス簡易調査票¹⁹⁾のうち量的労働負荷（仕事の量的負担）に関する 3 項目について「ちがう（0 点）」から「そうだ（3 点）」の 4 件法で回答を求め、3 項目の合計得点を使用した。なお、職業性ストレス簡易調査票の各尺度の信頼性や尺度構成と因子構造の対応関係は開発者らによってすでに確認されている¹⁹⁾。

介護役割と他の生活役割間の葛藤は、役割葛藤²⁰⁾やワーク・ファミリー・コンフリクトに関する知見²¹⁾のほか、家族介護者を対象とした介護負担感¹⁵⁻¹⁷⁾や認知的評価尺度²²⁾、介護生活影響尺度²³⁾、介護－仕事葛藤尺度²⁴⁾などを参考に、「家族介護者が担う介護の責任により、家庭、仕事、社会活動など、他の社会生活上の役割との間で生じる支障や衝突」とし、暫定的な評価指標として 12 項目で測定した。このとき、家族介護者の生活役割は、濱島らの家族介護者を対象とした生活の 5 分類（介護、家庭、余暇、地域、職業）¹⁸⁾を参考に、家族介護者の介護役割により生じる他の生活面での役割との葛藤について、「他の家庭生活との葛藤（3 項目）」、「私生活（余暇）との葛藤（2 項目）」、「近隣・地域生活との葛藤（3 項目）」、「職業生活との葛藤（4 項目）」をそれぞれ設定した。回答と得点化は「まったくなかった（0 点）」から「よくあった（3 点）」の 4 件法で尋ねた。

精神的健康は、世界保健機関が精神的健康の測定指標として推奨する WHO-5 精神的健康状態表の日本語版（WHO-5-J）²⁵⁻²⁸⁾を使用した。WHO-5 精神的健康状態表は、5 項目 6 件法で評価され、粗点合計点は最大 25 点である。日本語版については、すでに Awata ら²⁵⁻²⁶⁾や岩佐ら²⁷⁾によって標準化と信頼性および妥当性の検証が行われている。本尺度は、粗点の合計得点が 13 点未満の場合、精神的健康が不良であることを示し、ICD-10 に基づくうつ病のためのテストの適応となる²⁸⁾。本研究では、WHO-5 精神的健康状態表の粗点合計点が 13 点未満の者を「精神的健康不良 = 1」、13 点以上の者を「精神的健康良好 = 0」とした。なお、本研究において WHO-5 精神的健康状態表を二値化（不良／良好）して評価した理由は、家族介護者の精神的健康の良否を連続的に捉えることよりも、介護うつなどの深刻な健康問題が疑われる状態との関連を検討することで、より有益な示唆が得られるものと判断したためである。

以上の統計解析には、まず、介護役割と他の生活役割間の葛藤について、想定した構成概念の構造とデータの構造が合致しているか否かを検討す

るため、構造的側面からみた妥当性を確認的因子分析（confirmatory factor analysis）により検討した。このとき、「他の家庭生活との葛藤」、「私生活（余暇）との葛藤」、「近隣・地域生活との葛藤」、「職業生活との葛藤」を第 1 次因子、「介護役割と他の生活役割間の葛藤」を第 2 次因子とする 4 因子 2 次因子分析モデルを設定した。また、参考指標として、信頼性の下界の 1 つである Cronbach の α 信頼性係数を算出し、4 つの下位尺度および尺度全体の信頼性を評価した。

次に、金井らのワーク・ファミリー・コンフリクトに関する心理的プロセス²⁹⁾、Pearlin らのストレスプロセス³⁰⁾、Stephens ら³¹⁾の理論モデルを参考に、「介護役割と他の生活役割間の葛藤」が「精神的健康」に関連するとしたモデルを構築した。具体的には、「介護役割と他の生活役割間の葛藤」に関する 4 つの下位尺度（合計得点）が「精神的健康（不良 = 1）」に関連するとした分析モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いたパス解析を行うものとした。なお、このとき「介護役割と他の生活役割間の葛藤」の先行要因には「家族介護者が担う社会生活上の役割から生じる要求や関与の度合い」を設定し、家族介護者と被介護者の基本属性（性、年齢）は統制変数として、それぞれ分析モデルに組み入れた。構造方程式モデリングによる解析は、これら一連の分析において、複数の変数間の関連構造を同時に把握、検討するための統計手法として採用した。

以上の確認的因子分析およびパス解析では、パラメータの推定法として頑健性のある重みづけ最小二乗法（WLSMV）³²⁾を使用した。推定されたパラメータの有意性は有意確率（ $p < 0.05$ ）により判断した。モデルのデータへの適合性は、Comparative Fit Index (CFI)、Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)、SRMR (Standardized Root Mean square Residual) により判断した。一般的に、CFI は 1.0 に近いほど良いモデルと判断され、この数値が 0.95 以上であることが望ましいとされる³²⁾。RMSEA は 0.05 より小さければそのモデルの当てはまりがよく、0.1 以上であれば当ては

まりが悪いと判断される³²⁻³³⁾。SRMR は 0.08 以下であれば望ましいとする基準が知られている³⁴⁾。なお、構造方程式モデリングでは、現在採用されることが多いこれらの適合度指標に関する経験的基準は必ずしも絶対的なものではない³⁵⁾とされていることから、複数の適合度指標の数値を参考に、モデルの良さを総合的に判断するものとした。統計パッケージには、SPSS Ver.29 および Mplus8.9 を使用した。

本研究では、回収された 152 名分のデータのうち、家族介護者が就労していること、被介護者が 65 歳以上でかつ要介護（要支援）認定を受けていること、統計解析に必要な変数に欠損値を有さないこと、のすべての条件を満たす 70 名分のデータを使用した。

Ⅲ. 結果

1. 分析対象者の属性等および使用した尺度の得点（表 1）

家族介護者の性別は「女性」58 名（82.9%）、「男性」12 名（17.1%）であり、平均年齢（±標準偏差）は 60.2（±7.82）歳であった。平均介護期間（±標準偏差）は、59.9（±53.8）ヵ月であり、被介護者からみた続柄は「娘」が 46 名（65.7%）と最も多く、次いで「息子」が 9 名（12.9%）、「息子の配偶者（嫁）」が 8 名（11.4%）などの順であった。1 日の介護時間は「1～2 時間程度」が最も多く 18 名（25.7%）であった。子育てや療育が必要な子どもの有無は「あり」が 8 名（11.4%）、住民活動や地域活動における役割の有無は 29 名（41.4%）が「あり」と回答していた。就労形態は「正規の職員・従業員」が最も多く 30 名（42.9%）であり、次いで「非正規の職員・従業員」が 27 名（38.6%）、「雇用以外の形態」が 13 名（18.6%）であった。量的労働負荷（仕事の量的負担）の平均得点（±標準偏差）は 4.4（±2.57）点であり、WHO-5 精神的健康状態表の平均得点（±標準偏差）は 12.4（±5.48）点であった。なお、WHO-5 精神的健康状態表の得点が 13 点以上（良好）の者と 13 点未満（不良）の者はそ

れぞれ 35 名（50.0%）で半数であった。

被介護者の性別は「女性」48 名（68.6%）、「男性」22 名（31.4%）であり、平均年齢（±標準偏差）は 87.0（±6.24）歳であった。要介護状態区分では「要介護 2」が最も多く 18 名（25.7%）、次いで「要介護 1」が 17 名（24.3%）、「要介護 3」と「要介護 4」がそれぞれ 11 名（15.7%）などの順であった。医師による認知症の診断の有無は「あり」が 33 名（47.1%）、「なし・わからない」が 37 名（52.9%）であった。

2. 介護役割と他の生活役割間の葛藤に関する回答分布（表 2）と妥当性・信頼性

介護役割と他の生活役割間の葛藤に関する項目のうち、「よくあった」と「ときどきあった」の回答に着目すると、「4. 被介護者（介護が必要な人）のことが気になって、ゆったりと落ち着く気分になれない」、「5. 介護のために、自分のやりたいことが後回しになる」、「3. 介護のために、介護以外のやるべき家のこと（家事や家の用事、子どもの世話など）が後回しになる」、「12. 被介護者（介護が必要な人）の予定に合わせて、仕事を切り上げなければならない」などの項目において、とくにその比率が高くなる傾向にあった。

次に、介護役割と他の生活役割間の葛藤について、あらかじめ想定した 4 因子 2 次因子分析モデルの確認的因子分析を行った。その結果、適合度指標はいずれも良好な数値（CFI=.989, TLI=.986, RMSEA=.078, SRMR=.048）を示した（図 1）。さらに、各下位尺度および尺度全体の信頼性を Cronbach の α 信頼性係数により算出したところ、「他の家庭生活との葛藤」は $\alpha = .839$ 、「私生活（余暇）との葛藤」は $\alpha = .740$ 、「近隣・地域生活との葛藤」は $\alpha = .890$ 、「職業生活との葛藤」は $\alpha = .822$ 、尺度全体では $\alpha = .918$ であった。このことは、本尺度が当初想定した構成概念の構造とデータの構造が概ね合致していることに一定の根拠を与えるものである。そこで本尺度を用いて、精神的健康との関連性を検討するものとした。

表 1 分析対象者の属性等の分布および使用した尺度の得点

<家族介護者>		
性別	女性	58 (82.9 %)
	男性	12 (17.1 %)
年齢	平均±標準偏差 (範囲)	60.2±7.82 歳 (41-82)
介護期間	平均±標準偏差 (範囲)	59.9±53.8ヵ月 (2-240)
被介護者からみた続柄	配偶者 (内縁含む)	4 (5.7 %)
	息子	9 (12.9 %)
	娘	46 (65.7 %)
	息子の配偶者 (嫁)	8 (11.4 %)
	娘の配偶者 (婿)	1 (1.4 %)
	孫	1 (1.4 %)
	その他	1 (1.4 %)
1 日の介護時間	手をかす程度	16 (22.9 %)
	1 時間未満	10 (14.3 %)
	1~2 時間程度	18 (25.7 %)
	3~4 時間程度	12 (17.1 %)
	半日程度	10 (14.3 %)
	ほぼ 1 日中	4 (5.7 %)
子育てや療育が必要な子ども	あり	8 (11.4 %)
	なし	62 (88.6 %)
住民活動や地域活動における役割	あり	29 (41.4 %)
	なし	41 (58.6 %)
就労形態	雇用以外の形態	
	(会社経営者・役員・自営業・自由業・内職・家族従業員など)	13 (18.6 %)
	正規の職員・従業員 (一般職員・正社員など)	30 (42.9 %)
	非正規の職員・従業員	
	(パート・アルバイト・派遣社員・契約社員・嘱託職員など)	27 (38.6 %)
量的労働負荷 (仕事の量的負担)	平均±標準偏差 (範囲)	4.4±2.57 点 (0-9)
WHO-5 精神的健康状態表	平均±標準偏差 (範囲)	12.4±5.48 点 (3-25)
	良好 (13 点以上)	35 (50.0 %)
	不良 (13 点未満)	35 (50.0 %)
<被介護者>		
性別	女性	48 (68.6 %)
	男性	22 (31.4 %)
年齢	平均±標準偏差 (範囲)	87.0±6.24 歳 (72-99)
要介護状態区分	要支援 1	1 (1.4 %)
	要支援 2	5 (7.1 %)
	要介護 1	17 (24.3 %)
	要介護 2	18 (25.7 %)
	要介護 3	11 (15.7 %)
	要介護 4	11 (15.7 %)
	要介護 5	7 (10.0 %)
医師による認知症の診断	あり	33 (47.1 %)
	なし・わからない	37 (52.9 %)

単位: 名 (%)

表 2 家族介護者の介護役割と他の生活役割間の葛藤に関する項目の回答分布

質問項目	回答カテゴリ			
	まったくなかった	あまりなかった	ときどきあった	よくあった
<他の家庭生活との葛藤>				
1. 介護のために、家族との充実した時間がとれない	8 (11.4 %)	29 (41.4 %)	27 (38.6 %)	6 (8.6 %)
2. 介護のことで疲れてしまい、介護以外のやるべき家のこと（家事や家の用事、子どもの世話など）が十分にできない	10 (14.3 %)	28 (40.0 %)	28 (40.0 %)	4 (5.7 %)
3. 介護のために、介護以外のやるべき家のこと（家事や家の用事、子どもの世話など）が後回しになる	12 (17.1 %)	17 (24.3 %)	33 (47.1 %)	8 (11.4 %)
<私生活（余暇）との葛藤>				
4. 被介護者（介護が必要な人）のことが気になって、ゆったりと落ち着く気分にならない	4 (5.7 %)	15 (21.4 %)	35 (50.0 %)	16 (22.9 %)
5. 介護のために、自分のやりたいことが後回しになる	7 (10.0 %)	18 (25.7 %)	30 (42.9 %)	15 (21.4 %)
<近隣・地域生活との葛藤>				
6. 介護に時間をとられるため、近隣・地域での人づきあいに支障をきたしている	24 (34.3 %)	29 (41.4 %)	10 (14.3 %)	7 (10.0 %)
7. 介護のことで疲れてしまい、地域のために何かしようという気持ちにならない	16 (22.9 %)	27 (38.6 %)	16 (22.9 %)	11 (15.7 %)
8. 介護のために、地域の集まりや付き合いに参加できない	21 (30.0 %)	26 (37.1 %)	16 (22.9 %)	7 (10.0 %)
<職業生活との葛藤>				
9. 介護のために、思うように仕事の時間がとれない	18 (25.7 %)	23 (32.9 %)	21 (30.0 %)	8 (11.4 %)
10. 被介護者（介護が必要な人）のことが気になって、仕事に集中できない	8 (11.4 %)	33 (47.1 %)	27 (38.6 %)	2 (2.9 %)
11. 介護で疲れてしまい、仕事に支障がでる	20 (28.6 %)	29 (41.4 %)	18 (25.7 %)	3 (4.3 %)
12. 被介護者（介護が必要な人）の予定に合わせて、仕事を切り上げなければならない	12 (17.1 %)	19 (27.1 %)	29 (41.4 %)	10 (14.3 %)

単位：名（％）

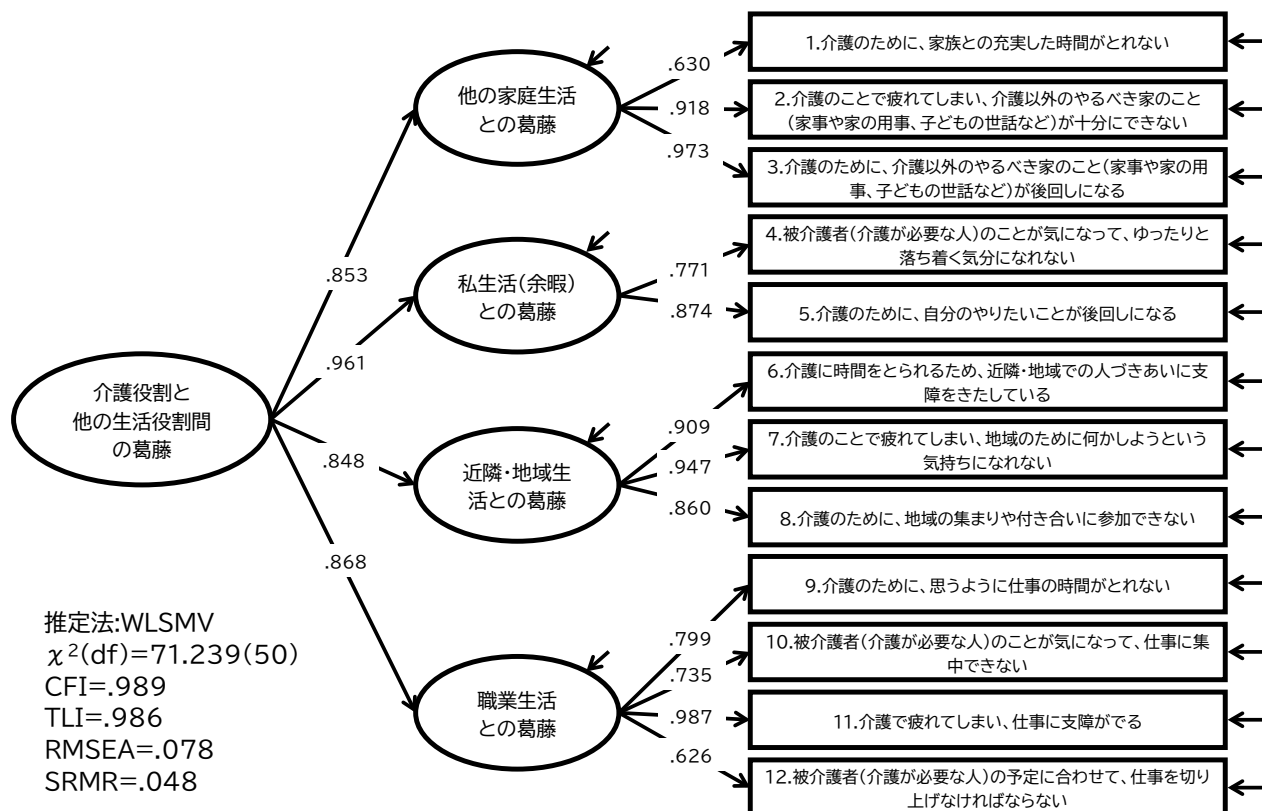


図 1 家族介護者の介護役割と他の生活役割間における葛藤に関する確認的因子分析

3. 介護役割と他の生活役割間の葛藤と精神的健康の関連性 (図 2)

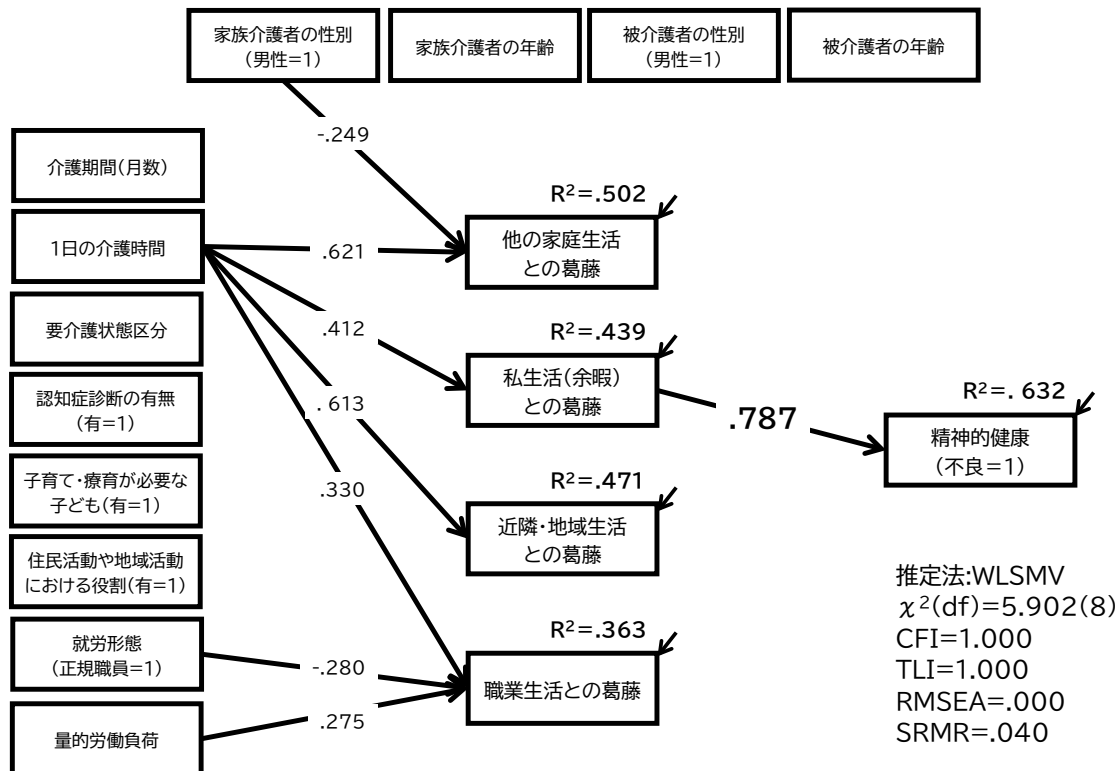
本研究で構築した分析モデルを構造方程式モデリングによるパス解析で検討したところ、「図 2 (図の煩雑化を避けるため、統計学的に非有意なパスなどは省略している。詳細は図 2 の脚注を参照)」に示す結果が得られた。適合度指標はいずれも良好であり (CFI=1.000, TLI=1.000, RMSEA=.000, SRMR = .040), 介護役割と他の生活役割間の葛藤のうち、「私生活 (余暇) との葛藤」が「精神的健康」と有意な正の関連を示した (標準化推定値: .787)。また、家族介護者が担う社会生活上の役割から生じる要求や関与の度合いの指標については、「1 日の介護時間」が「他の家庭生活との葛藤 (標準化推定値: .621)」、「私生活 (余暇) との葛藤 (同: .412)」、「近隣・地域生活との葛藤 (同: .613)」、「職業生活との葛藤 (同: .330)」とそれぞれ有意な正の関連を示し、「就労形態 (同: -.280)」と「量的労働負荷 (同: .275)」は「職業生活との葛藤」にそれ

ぞれ有意な負と正の関連を示した。分析に投入した変数による「他の家庭生活との葛藤」、「私生活 (余暇) との葛藤」、「近隣・地域生活との葛藤」、「職業生活との葛藤」および「精神的健康」に対する説明率は、それぞれ 50.2 %, 43.9 %, 47.1 %, 36.3% および 63.2% であった。

IV. 考察

本研究では、家族介護者のメンタルヘルスの保持や介護と他の生活役割の両立・調和に資する今後の家族介護者研究に向けた基礎資料を得ることをねらいに、家族介護者が担う社会生活上の役割から生じる要求や関与の度合いを考慮したうえで、介護役割と他の生活役割間の葛藤と精神的健康の関連構造について検討することを目的とした。

本研究では、これらの分析にあたって、構造方程式モデリングを使用し、パラメータの推定には頑健性のある重みづけ最小二乗法 (WLSMV) を



注) 図の煩雑化を避けるため、統計学的に非有意なパスおよび独立変数間の相関、「介護役割と他の生活役割間の葛藤」の4つの下位尺度の誤差間相関は省略している。

図2 家族介護者の介護役割と他の生活役割間における葛藤と精神的健康の関連性

採用した、WLSMV は、サンプルサイズや観測変数の数、潜在変数の正規性にかかわらず、安定して正しい推定値を出力することが知られている³²⁾。そのため、本研究においてこの推定法を採用したことは、安定した分析結果を得るうえで適切な選択であったといえる。

さて、本研究では、介護役割と他の生活役割間の葛藤の測定にあたって、あらかじめ想定した4因子2次因子分析モデルによる確認的因子分析を行った。その結果、適合度指標はいずれもおおむね良好な数値 (CFI = .989, TLI = .986, RMSEA = .078, SRMR = .048) を示し、信頼性の下界を示す Cronbach の α 信頼性係数も良好な数値を示した。この結果は、本尺度が構造的側面からみて一定の妥当性と信頼性を有する根拠を示唆するものである。これまで、家族介護者の介護による社会生活面への負担の評価は、Zarit 介護負担尺度¹⁶⁾やその短縮版¹⁷⁾による「Role strain」のほか、広瀬らの認知的評価尺度の「社会活動制限感」²²⁾のように、

社会生活を一括り（ひとつの下位尺度）で捉え、その構成要素の複雑さや多次元性は考慮されてこなかった。一方で、岩田らは介護がもたらす生活へのネガティブな影響には、家庭や職場における社会機能障害や自分の時間や生活における自己犠牲の因子があることを報告しており²³⁾、森本らも家族介護者の「介護－仕事葛藤尺度」²⁴⁾の開発において、介護がもたらす「仕事」役割との葛藤、すなわち職業生活との支障や葛藤について取り上げてきた。濱島らは、家族介護者は日々の生活の中で介護のみを行い、高齢者とのみ接しているわけではなく、同時に家事や仕事、ご近所づきあい、家族や職場の人との交流など、さまざまな生活行動があることを指摘している¹⁸⁾。また、家族介護者が就労している場合には、その生活の多様さから、より多くの生活行動の調整が必要であり、それが困難な状態をもたらしやすいことを指摘している¹⁸⁾。これらの指摘を踏まえるなら、本研究において家族介護者の生活を多面的に捉え、介護役

割から生じる他の生活役割との葛藤を評価した試みは、家族介護者の介護役割が彼らのどの生活領域にどういった支障や衝突をもたらしているのかを理解するうえで、一定の意義があったものと推察される。実際、鷺見³⁶⁾は焦点を当てる対象者や生活領域を変えることで、複数の生活領域間の調和や両立を考える視点の提供につながると述べている。ただし、本研究では尺度開発が主たる目的ではなく、家族介護者への負担の軽減と実用性、簡便さを総合的に踏まえ、限られた項目数による暫定的な評価指標とした。そのため、測定尺度の「ものさし」としての視点からみれば、さらに質問内容を十分に検討し、より多面的な生活領域の評価ができるように改訂を重ねていく必要がある。とはいえ、本研究において少なくとも介護役割による4つの生活領域への支障や葛藤を評価する尺度として、一定の妥当性と信頼性を示す根拠が確認できた点は、本研究においてその測定の価値を否定するものではなく、それをひとつの足掛かりとして精神的健康との関連性を検討するうえで大きな支障はなかったものと判断される。

さて、構造方程式モデリングを用いたパス解析の結果、主な成果として、「家庭内役割」への関与の指標のひとつである「1日の介護時間」と介護役割と他の生活役割間の葛藤のひとつである「私生活（余暇）との葛藤」が関連し、また「私生活（余暇）との葛藤」と「精神的健康」の不良がそれぞれ有意な関連を示すことが明らかとなった。

まず、「1日の介護時間」と「私生活（余暇）との葛藤」との関連について考察する。「私生活（余暇）との葛藤」とは、被介護者のことが気になって落ち着く時間がなかったり、介護のために自分のやりたいことが後回しになったりするなど、介護のために自身の私生活や余暇のために必要な時間が欠乏している状態のことを指す。一方で、「1日の介護時間」は、家庭内役割のひとつである介護役割の遂行に対して必要とされる時間の要求量を意味する。つまり、両者の関係は、家庭内での介護役割に投じる時間量が増大した結果、私生活や余暇のために利用できる時間量が減少し、それ

が支障や葛藤として認識されたものと考えられる。従来の研究では、たとえば桐野らは、就労している家族介護者を対象とした研究において「1日あたりの介護時間」が「介護・仕事－私生活葛藤」と有意な正の関連を示すことを報告している⁶⁾。また櫟らは、介護時間が長くなると、「自分の好きなことをして気分転換をしている」、「介護以外の楽しみの時間をもてる」など、私生活や介護との折り合いに関わる「介護生活からの転換力」が低下することを報告している³⁷⁾。つまり、一人の人間がもつ時間量が限られるなかで、被介護者の介護（ケア）に投じる時間が増大すれば、当然、それ以外の生活面や余暇に投資できる時間量は減少する。その意味では、「1日の介護時間」が「私生活（余暇）との葛藤」と関連したことはこれまでの知見ともおおむね矛盾しない結果であったといえる。ただし、「1日の介護時間」は「私生活（余暇）との葛藤」のほかにも、「他の家庭生活との葛藤」、「近隣・地域生活との葛藤」、「職業生活との葛藤」とも有意な関連を示していた。この結果は、「1日の介護時間」の増大が、働く家族介護者の社会生活において、多岐にわたる支障や衝突をもたらす可能性があることを示唆している。そのため、いかにして働く家族介護者の介護時間を減らすかが、今後の彼らの生活の調和・安寧を図るうえで重要であるかを示唆する知見であったといえよう。

また、「私生活（余暇）との葛藤」は「精神的健康」の不良とも強い関連が認められた。すでに説明したように、「私生活（余暇）との葛藤」とは介護のために家族介護者の私生活や余暇に利用できる時間が欠乏している状態のことを意味する。従来の研究では、たとえば濱島ら¹⁸⁾は、趣味・好きなことができていないと感じている者ほど精神的疲労感が高いことを報告している。また森³⁸⁾は、気分転換の頻度とCES-D（抑うつ状態自己評価尺度）との関連から、主介護者の自由時間の少なさや拘束感が抑うつ状態につながる可能性について考察し、Omiyaら³⁹⁾は余暇活動のひとつである屋外でのグループ活動が中断された経験がある介護者ほど抑うつ症状が高い傾向にあることを報告してい

る。つまり、家族介護者にとって、「私生活（余暇）との葛藤」が認められる状態とは、休息や気分転換、趣味活動など、心身の安定のために自身が自由に分配できる時間が欠乏した状態にあることを示唆するものであり、このことが「精神的健康」の不良と関連を示したものと推察される。ただし、「私生活（余暇）との葛藤」をはじめ、介護役割と他の生活役割間の葛藤は家族介護者の「精神的健康」の良否によってその強度や方向性が変わりうる可能性も否定できない。そのため、本研究で得られた成果は、因果関係の同定ではなく、相互の関連性も含めた慎重な解釈を行いつつ、より丁寧な検証を重ねていく必要があるだろう。他方で、「私生活（余暇）との葛藤」が高い状態にあることは、働く家族介護者にとって自らの裁量で調整できる時間や自由さえない極限の状態にあるともいえる。その視点からみれば、働く家族介護者の裁量で調整可能な時間をいかに作り出すかが課題であり、そのための支援方策を十分に検討していく必要があるものと推察される。

ところで、介護役割と他の生活役割間の葛藤について、「他の家庭生活との葛藤」、「近隣・地域生活との葛藤」、「職業生活との葛藤」の3つの側面は「精神的健康」と有意な関連が認められなかった。この結果について以下に整理する。

まず、「他の家庭生活との葛藤」と「精神的健康」との関連である。ここでの「他の家庭生活との葛藤」とは、介護のために家族との充実した時間がとれない、介護のことで疲れてしまい、介護以外のやるべき家のこと（家事や家の用事、子どもの世話など）が十分にできないなど、介護により家族との接触・交流機会の制限や他の家庭内での役割に支障や衝突が生じている状態を意味する。従来の研究では、たとえば濱島ら¹⁸⁾は、家事や育児はすべての家族成員の生活・生命の維持に直結するため、ある一定以上は手を抜くのが困難な生活行動であるとし、働く家族介護者の中には仕事、介護に加えて、家事や育児を無理をしてでも行っている者が少なからず存在することを指摘している。実際、金井⁴⁰⁾は、ダブルケアに関する文献を整理

する中で、介護と子育ての負担から精神的に追い詰められることや育児と介護の間の優先関係で葛藤を感じるなど、介護以外に家庭内での役割を担うことは家族介護者にとって大きな負担になることを示唆している。さらに、家族との交流についても、できていると感じている者ほど介護負担感が高かった¹⁸⁾とする報告を鑑みれば、通常、介護に加えて他の家庭内での役割が過重になれば、当然一人の人間にかかる負担は大きくなり、精神的健康の悪化は免れないものと推察される。しかし、本研究では「他の家庭生活との葛藤」と「精神的健康」との間に有意な関連は認められなかった。この点については、本研究における「他の家庭生活との葛藤」が、濱島らのように無理をしてでも「実施している」¹⁸⁾状態を含む評価ではなく、むしろ介護により他の家庭内の役割に支障や衝突が生じ、それゆえに「できていない」状態を評価していたことに起因するものと考えられる。ただし、他の家庭内での役割が「できていない」状態にあるということは、それだけ介護に時間や労力を投資している状態でもある。そのため、精神的健康との関連については、今後、介護役割も含めた家庭内での役割相互の関連も含めて、より詳細な検討を重ねていく必要があるものと推察される。

次に、「近隣・地域生活との葛藤」と「精神的健康」との関連である。「近隣・地域生活との葛藤」は、介護のために、近所づきあいや地域との交流・参加に支障が生じている状態を意味する。一般に、働く家族介護者は、仕事と介護をはじめとした複数の役割を同時に担っており、近所づきあいや地域活動などに投資する時間は極めて制限されやすい。とくに近年では、家事や育児、介護などの負担がある中で、仕事を持ちながら、地域・地縁組織の充実のためにかける時間を期待することは難しく⁴¹⁾、介護のために自治会や町内会を脱退するなど、近隣や地域生活における役割は、家族介護者が担う他の役割よりも後回しにされやすい傾向にあるといえる。また、専門職のような明確な支援者とは異なり、近隣や地域の人々との関係は、家族介護者にとって助け合いや見守りなどの支援

的要素のひとつとなる反面、過干渉や期待圧力などの負担的要素となることもある。その意味では、家族介護者にとって近隣や地域における関係や責務は、必ずしも他の生活役割よりも優先される性質のものではなく、その個人差の大きさから正負一定の効果が認められなかったものと推察される。ただし、この点についても、より多方面からの正確な評価が必要であるため、今後の課題であるといえよう。

最後に、「職業生活との葛藤」と「精神的健康」との関連についてである。「職業生活との葛藤」は、介護のために仕事上の役割や責務を果たすうえで支障や葛藤が生じている状態のことを意味する。従来の研究によれば、たとえば森本ら²⁴⁾は認知症高齢者の家族介護者の役割間葛藤を測定し、メンタルヘルス（心理的ストレス反応）との関連性を検討している。その結果、介護により仕事が干渉される3つの形態（時間、ストレス反応、行動）のいずれの側面（時間に基づく介護－仕事葛藤、ストレス反応に基づく介護－仕事葛藤、行動に基づく介護－仕事葛藤）においても、メンタルヘルスとの関連は非有意か、有意であってもその関連はごく一部でしか認められなかったことを報告している（ストレス反応に基づく介護－仕事葛藤の「頻度×困難性」のみで $\beta=0.16$ ）。その点では、本研究において「職業生活との葛藤」と「精神的健康」との間に有意な関連がなかったことはおおむね従来の研究を支持する結果であったといえる。ただし、先行研究のなかには、仕事は介護者のストレスを小さくする方向に作用すること⁴²⁾や、介護による仕事への葛藤がプレゼンティーズムと関連することを指摘した報告¹¹⁾もある。そのため、今回の結果はあくまでも「職業生活との葛藤」と「精神的健康」との直接的な関連が認められなかったにすぎず、実際には両者の間に介在する複雑な要因の存在の有無も含めて、より多面的で慎重な検討が必要になるものと推察される。

以上、本研究では、今後の家族介護者研究に向けた基礎資料を得ることをねらいに、家族介護者が担う社会生活上の役割から生じる要求や関与の

度合いを考慮したうえで、介護役割と他の生活役割間の葛藤と精神的健康における関連構造を検討した。その結果、主な成果として、「1日の介護時間」が「私生活（余暇）との葛藤」と関連し、さらに「私生活（余暇）との葛藤」が「精神的健康」の不良と有意な関連を示すことが明らかとなった。今後は、こうした働く家族介護者の介護時間をいかに軽減するか、あるいは私生活（余暇）への負荷や支障をいかに軽減するかが最大の関心事となるが、介護時間は被介護者の要介護度の程度に比例して長くなる³⁾ことが知られている。そのため、家族介護者の過剰な負荷を軽減するためには、働く家族介護者をより柔軟に支援するサービスの拡充はもちろんのこと、彼らが自らの時間を調整・分配できるようなゆとりや職場環境も含めた切れ目のない支援が必要であるといえよう。ただし、本研究は以下の点で限界がある。第一に、本研究は横断研究であり、限られた標本から得られた知見である。そのため、研究成果の一般化には慎重を期す必要がある。もちろん、それだけで本研究の成果が否定されるものではないが、本研究で得られた知見は変数間の関連性から類推される可能性のひとつを示したものであり、その成果の検証にはさらなる追試、検証が必要である。そのため、今後、より大規模な標本において変数間の先後関係や地域差、多様な就労形態や職場環境などを踏まえた検討を重ねていくことが必要になるだろう。第二に、介護役割と他の生活役割間の葛藤を評価する尺度の限界である。今回は尺度開発が目的ではなく、あくまでも介護者の回答の負担軽減等の観点から、精神的健康との関連を検討するために最低限度のものとした。そのため、本尺度はあくまでも暫定的な評価指標として改善の余地を残している。実際、生活者たる家族介護者は実に多様な生活様式と生活行動がある。そのため、今後は、簡便さが失われないようにしながらも、多様化する家族介護者の生活の多次元性を踏まえた内容の拡充や新たな指標の開発が必要といえよう。最後に、働く家族介護者の担うさまざまな役割や葛藤が「精神的健康」に至るまでのプロセスを解明していく

ことである。本研究では、介護役割と他の生活役割間の葛藤のなかでも、とくに「私生活（余暇）との葛藤」が彼らの「精神的健康」との関連において重要な手掛かりとなりうる可能性が示唆された。そのため、今後はこうしたプロセスの解明のためにも、たとえば質的研究により彼らの介護役割と私生活（余暇）の両立・調和を阻害・促進する具体的内容を探究していくことや、縦断研究により横断研究では捉えられなかった因果推論を踏まえた時間的プロセスを検証していくことが求められよう。こうした研究の積み重ねが、働く家族介護者のメンタルヘルスの維持・改善、ひいては彼らの生活の安寧に寄与する知見につながるものと期待される。

謝辞

本研究は JSPS 科研費（課題番号：19K02190）の助成を受けた研究の一部である。本研究の調査にご協力をいただいた事業所の皆様、家族介護者の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究において開示すべき利益相反関連事項はない。

文献

- 1) 厚生労働省. 令和 5 年度介護保険事業状況報告（年報）<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/23/index.html>（2025 年 10 月 20 日アクセス）
- 2) 桐野匡史. 家族介護者（ケアラー）支援のための法体制の視点と展望. 日本認知症ケア学会誌. 2022;21(3):442-448.
- 3) 厚生労働省. 2022（令和 4）年国民生活基礎調査の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/index.html>（2025 年 10 月 20 日アクセス）
- 4) 経済産業省. 第 13 回産業構造審議会 経済産業政策新機軸部会「資料 3 新しい健康社会の実現」https://www.meti.go.jp/shingikai/sankoshin/shin_kijiku/pdf/013_03_00.pdf（2025 年 10 月 20 日アクセス）
- 5) 総務省統計局. 令和 4 年就業構造基本調査結果の概要 <https://www.stat.go.jp/data/shugyou/2022/pdf/kall.pdf>（2025 年 10 月 20 日アクセス）
- 6) 桐野匡史, 出井涼介, 松本啓子. 家族介護者を対象とした仕事と介護の役割間葛藤と離職意向の関連性. 社会医学研究. 2018;35(2):43-51.
- 7) Carr E, Murray ET, Zaninotto P, et.al. The Association Between Informal Caregiving and Exit From Employment Among Older Workers: Prospective Findings From the UK Household Longitudinal Study. The Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences. 2018;73(7):1253-1262.
- 8) Kikuzawa S, Umemura R. Parental Caregiving and Employment among Middle Women in Japan. Research on Aging. 2021;43(2):107-118.
- 9) 池田心豪. JILPIT 第 4 期プロジェクト研究シリーズ 介護離職の構造－育児・介護休業法と両立支援ニーズ. 東京：労働政策研究・研修機構. 2023.
- 10) Fakeya MBK, Samuel LJ, Drabo EF, et.al. Caregiving-Related Work Productivity Loss Among Employed Family and Other Unpaid Caregivers of Older Adults. Value Health. 2023;26(5):712-720.
- 11) 林邦彦. 仕事と介護の両立における介護疲労やストレスが就労に及ぼす影響について－離職の可能性とプレゼンティーズムに着目して. 日本労働研究雑誌. 2021;63(727 特別号):101-109.
- 12) 湯原悦子. 介護殺人の現状から見出せる介護者支援の課題. 日本福祉大学社会福祉論集. 2011;125:41-65.
- 13) del-Pino-Casado R, Rodriguez Cardosa M, Lopez-Martinez C, et.al. The association between subjective caregiver burden and

- depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2019;14(5): e0217648.
- 14) 松村香, 沼田加代, 畠山玲子他. 熊本市およびその近郊における主介護者の抑うつ状態に影響を及ぼす要因研究－主介護者の性格特性を加味して－. 厚生指標. 2016;63(1):30-37.
- 15) Higashino S, Yu Han-Su, Kirino M, et.al. The Relationship between Mental Health and Care Burden in the Primary Caregivers of Seniors requiring Support Care. The Journal of Japan Academy of Health Sciences. 2005;8(3):147-153.
- 16) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et.al. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin Neurosciences. 1997;51:281-287.
- 17) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二. Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) の作成－その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌. 2003;40(5):497-503.
- 18) 濱島淑恵, 宮川雅充. 家族介護者の介護負担感と各種生活行動に対する主観的評価の関連－就労している家族介護者への支援制度の検討－. 人間関係学研究. 2008;15(1):1-12.
- 19) 加藤正明. 労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 東京: 東京医科大学衛生学公衆衛生学教室. 2000.
- 20) Kahn RL, Wolf DM, Quinn RP, et.al. Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity. New York, Wiley, 1964.
- 21) Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of Conflict between Work and Family Roles. Academy of Management Review. 1985;10:76-88.
- 22) 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤正和. 家族介護者の介護に対する認知的評価に関連する要因－介護に対する肯定・否定両側面からの検討－. 社会福祉学. 2006;47(3):3-15.
- 23) 岩田昇, 堀口和子, 鈴木千枝. 家族介護者の介護生活影響尺度の開発. 看護研究. 2016;49(7):604-614.
- 24) 森本浩志, 古田伸夫, 河野光慧他. 認知症高齢者の家族介護者の役割間葛藤の測定. 心理学研究. 2017;88(2):151-161.
- 25) Awata S, Bech P, Koizumi Y, et.al. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. International Psychogeriatrics. 2007;19(1):77-88.
- 26) Awata S, Bech P, Yoshida S, et.al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2007;61:112-119.
- 27) 岩佐一, 稲垣宏樹, 吉田祐子他. 地域在住高齢者における日本語版「WHO-5 精神的健康状態表」(WHO-5-J) の標準化. 老年社会科学. 2014;36(3):330-339.
- 28) World Health Organization. The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) Japanese translation. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/five-well-being-index-\(who-5\)/who-5_japanese.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/five-well-being-index-(who-5)/who-5_japanese.pdf) (2025 年 10 月 20 日アクセス)
- 29) 金井篤子. ワーク・ファミリー・コンフリクトの規定因とメンタルヘルスへの影響に関する心理的プロセスの検討. 産業・組織心理学研究. 2002;15(2):107-122.
- 30) Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, et.al. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. The Gerontologist. 1990;30(5):583-594.
- 31) Stephens MA, Townsend AL, Martire LM, et.al. Balancing parent care with other roles: interrole conflict of adult daughter caregivers. The Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences.

- 2001;56(1):24-34.
- 32) 小杉考司, 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.
- 33) 豊田秀樹. 共分散構造分析 入門編－構造方程式モデリング－. 東京: 朝倉書店. 1998.
- 34) 清水和秋, 西川一二. 構造方程式モデリングによる因子の不変性の仮説的モデルの検討－修正指標によるモデル修正－. 関西大学社会学部紀要. 2025;56(2):217-277.
- 35) 豊田秀樹. 共分散構造分析 Amos 編－構造方程式モデリング－. 東京: 東京図書. 2007.
- 36) 鷺見克典. ワーク・ライフ・バランスとワーク・ファミリー・コンフリクト－現代における生活領域間の望ましい関係と課題－. 経営工学の新たな挑戦: 名古屋工業大学経営工学 50 周年記念論文集. 2011;127-148.
- 37) 櫛直美, 尾形由起子, 江上史子. 家族介護者の介護力構造因子における関連要因と介護負担感への影響. 日本看護研究学会雑誌. 2019;42(1):111-122.
- 38) 森千佐子. 在宅介護における主介護者の生活習慣と精神的健康に関する研究. 日本在宅ケア学会誌. 2007;10(2):51-58.
- 39) Omiya T, Katsumi M, Fukui S. Work, Leisure Time Activities, and Mental Health among Family Caregivers of the Elder People in Japan. Healthcare. 2021;9:129.
- 40) 金井香織. ダブルケアを担う人々の負担の内容とその影響に関する文献検討. 新潟県立看護大学紀要. 2025;14:29-37.
- 41) 中西眞弓. 高齢社会における地域コミュニティについての一考察. 神戸山手短期大学紀要. 2016;59:39-50.
- 42) 松岡英子. 在宅要介護老人の介護者のストレス. 家族社会学研究. 1993;5:101-112.
- (受付 2025.11.19: 受理 2026.2.19)

Relationship between inter-role conflict and mental health among primary family caregivers of older adults

Masafumi Kirino¹⁾, Keiko Matsumoto²⁾

Abstract

Objective: To examine the relationship between family caregivers' inter-role conflict and mental health, providing foundational information to support caregivers' mental health and to promote a balance between the caregiving role and other social roles.

Method: A self-administered questionnaire survey was conducted among 200 family caregivers of older adults across 38 home-care support service centers in Prefecture A. The survey assessed the caregiver and care-recipient characteristics, social role demands, conflicts between the caregiving role and other social roles, and caregivers' mental health. To evaluate the hypothesized causal model, data from 70 employed family caregivers were analyzed using structural equation modeling.

Results: Total daily caregiving time was significantly associated with conflict between caregiving role and personal life. Moreover, this conflict was, in turn, significantly associated with the family caregivers' mental health.

Discussion: For working family caregivers, reducing caregiving time is important, and flexible support measures are required to mitigate the conflicts between caregiving responsibilities and personal life.

【Bull Soc Med 2026 ; 43 (1) : 2 – 16】

Key words: work–life balance, inter-role conflict, family caregivers, mental health

1) Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2) Faculty of Medicine, Kagawa University

特別報告 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会 シンポジウム 1

子ども・若者の健康と商業活動の関係

－複雑で見えにくい今日の課題 CDoH (Commercial Determinants of Health)－

「健康の商業的決定要因」とは何か —乳児用ミルクの販売促進と子どもの権利を手がかりに

名西恵子¹⁾

要旨

社会医学分野では、これまで「健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health)」の概念に基づいて、個人の知識や態度だけではなく、社会的条件によって健康が規定され健康格差も生み出されることの理解を深めてきた。一方、現代社会の基盤ともいべき商業的活動が人びとの健康に与える影響については、十分に検証されてこなかった。企業や産業界による活動は、人びとの生活や健康に寄与する場合も、逆に負の影響を与える場合もある。そこで、商業的活動が、健康に影響を与えるメカニズムを理解するために、近年、「健康の商業的決定要因 (Commercial Determinants of Health)」という概念が提案され、注目されている。本稿では、乳児用ミルクの販売促進を手がかりに、「健康の商業的決定要因」について概説し、この概念に子どもの権利を守る視点を持ち込む必要性について述べる。

【社会医学研究 2026 ; 43 (1) : 17 - 27】

doi:10.60435/socialmedicine.43.1_17

はじめに

社会医学分野では、従来、「健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health)」の概念に基づき、収入や教育、ジェンダー格差などが健康に影響し、健康格差を拡げるメカニズムについての研究が進んできた。しかし、「健康の社会的決定要因」の研究においては、商業的活動が健康にどのように影響を与えるかについては十分には検証されてこなかった。商業的活動は現代社会の基盤であり、これは保健医療分野にもあてはまる。例えば、

医薬品の開発、製造、流通なしに、現代の保健医療は成立しない。一方で、タバコや超加工食品の販売促進、環境汚染や気候変動への寄与など、商業的活動が人びとの健康に負の影響を及ぼす場合も少なくない。

近年、商業的活動が健康に及ぼす影響やそのメカニズムを捉える概念として、「健康の商業的決定要因 (Commercial Determinants of Health)」が国際的に注目されている。この概念は、企業などの商業主体がいかなるメカニズムを通じて人びとの選択や行動、専門家の態度、科学的知見、さらには政策を企業の利益に適うように変化させ、その結果として人びとの健康に影響を与え、健康格差を拡げるのかを説明する。「健康の商業的決定要因」は比較的新しい概念であり、2010 年代以降、Kickbusch, Freudenberg, Mialon らにより論文

1) 東京大学大学院医学系研究科

連絡先：名西恵子

住所：〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

TEL : 03-5841-3689

E-mail : keiko50@m.u-tokyo.ac.jp

が発表され議論が進められてきた^{1,3)}。その後、2023 年に Lancet 誌が特集号を組み、概念の定義や理論枠組みが整理され、新しい研究テーマとして広く認識されるようになった。

本稿では、「健康の商業的決定要因」の概念を紹介するため、わが国における乳児用ミルクの販売促進を具体例として提示する。3 歳未満の乳幼児に飲ませるミルクのマーケティングには、国際的に合意された規制がある。例えば、ミルク缶に「母乳に近い」と暗示する言葉を入れること、医療施設にミルクのブランドロゴが入った備品を置くこと、ミルクの試供品を配布すること等は禁じられている。この規制とは、「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準 (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes)」であり、1981 年の世界保健総会で採択された。WHO 加盟国の大半が、法律を制定してこの規制に実効性を持たせている⁴⁾。一方、日本には法規制がなく、乳児用ミルクは実質的には自由にマーケティングされている。本稿では、このことが、日本の親の選択や子ども達の健康に、どのように、そしてどのような影響を与えているかを具体的に検証することで、「健康の商業的決定要因」の概念の理解へとつなげる。

背景として、まず、母乳育児と母子の権利について説明し、なぜ乳児用ミルクは必要な商品であるにもかかわらず国際的にはマーケティングが規制されているのかを説明する。その後、規制のないマーケティングの影響を検証する。さらに、それらの影響が単に乳児用ミルクを製造する企業の単独の活動によるものではないことを考察することで、「健康の商業的決定要因」の概念の理解を深める。

母乳育児の重要性

母乳は古くは「乳児に必要な栄養と免疫物質を含む飲み物」と理解されていた。しかし近年の研究から、母乳は、単なる乳児用の飲み物ではなく、児の健康状態に応じて変化して機能を発揮する動

的な生体組織であると理解されるようになった。例えば、乳児が病原体に曝露された場合、母親の免疫系も刺激を受け、母乳中にその病原体に対して特異的な抗体が分泌される。さらに、母乳には、成長因子、ホルモン、母親由来の生きた細胞、さらには乳児の正常な腸内細菌叢の形成に寄与する細菌やそれらの細菌のための栄養源も含まれていることが示されている。すなわち、母乳は栄養成分などの単なる総和ではない。各母子に固有の成分を含み、かつ、その乳児にとって最適であるように常に変化する生体組織なのである⁵⁾。

母乳育児が子どもの健康や発達に果たす役割や、母親の健康に対する重要性についても理解が進んでいる。例えば、母乳で育つ子どもはそうでない子どもに比べ、高所得国においても、乳児期の死亡率が低く、小児期の肥満、I 型糖尿病、小児白血病のリスクが低い⁶⁻⁹⁾。また母乳は、児童期から思春期における知能検査スコア (IQ) を高める可能性も示されている¹⁰⁾。さらに、子どもだけではなく母親にとっても母乳育児は利点があり、乳がんや卵巣がん、2 型糖尿病、子宮内膜症のリスクを低下させる^{11),12)}。

一方、乳児用ミルクの使用は母乳育児を阻害することが知られている。母乳は、児が乳房を吸吮する刺激によって産生のスイッチが入り、その産生量は児が飲みとる量と釣り合うように調整される。乳児用ミルクを与えると、児による吸吮刺激も母乳を飲みとる量も減るため、母乳は次第になくなる。126 カ国の分析により、乳児一人あたりのミルクの消費量とその国の母乳育児率に強い逆相関があることが確認されている (Pearson's $r=-0.70$)¹³⁾。

こうした科学的知見を背景に、WHO および海外の多くの小児科学会が、生後 6 か月間は母乳のみを与え、その後も適切な補完食を併用しながら少なくとも 2 歳以降まで授乳を継続することを推奨している^{14),15)}。母乳育児の推奨は、価値観や文化的慣習に基づくものではなく、科学的根拠の蓄積に基づく公衆衛生上の判断なのである。

母子の権利としての母乳育児

健康上の重要性に鑑みて、国際的には、母乳育児は母子の権利と位置づけられており、母乳育児ができるように支援し環境を整えることは社会の責務であると考えられている。例えば、国際連合が採択した子どもの権利条約の第 24 条には、子どもには到達可能な最高水準の健康を享受する権利があり、その実現のために、母乳育児に関する正確な情報提供と実践のための支援が父母に対して保障されるべきであると明記されている。また、国際労働機関の母性保護条約の第 183 号では、「職場復帰後の女性は、授乳時間や勤務時間の短縮を取る権利があり、その時間に対しても報酬が支払われるものとする」としている。さらに、母性保護勧告第 191 号では、「職場または職場の近くに授乳や搾乳のための適切な施設を設置する規定を設けるべき」としている。

日本では母乳育児は個人の価値観や選択の問題として語られることも多い。例えば、「母乳で育てられない人がある」ことへの配慮が「母乳育児をことさらに保護・推進すべきではない」という主張の根拠としてしばしば語られる。確かに、わが国においては、母乳育児を希望していながら継続できない母親が一定数存在することが、複数の調査で示されている¹⁶⁾。しかし、母乳が母子の健康にとって重要な役割を果たすこと、そして母乳育児が社会として保障すべき母子の権利であることを踏まえると、考え方の転換が求められる。すなわち、「母乳で育てられない」ことを個人的事情のみに帰するのではなく、母乳育児を困難にしている社会的要因の存在を示すものと捉え直し、母乳育児を十分に保護し支援できる社会的仕組みを整備する必要がある。

母乳代用品のマーケティングに関する国際規準 (WHO コード)

母乳育児を保護し推進するための社会の責務として、多くの国が取り組んでいるのが、「母乳代用

品のマーケティングに関する国際規準 (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes)」(以下、WHO コード) の法制化である。WHO コードは、1981 年の世界保健総会において 118 対 1 の圧倒的賛成で採択され、その後も関連決議により、定期的に強化されている。乳児用ミルクのマーケティング規制の必要性について、WHO コードの前文には、『不必要な母乳代用品の使用を含む不適切な栄養法に伴うリスクを考慮した時、母乳代用品のマーケティングには特別な措置が必要であり、通常のマーケティングのあり方はふさわしくないことを確信する』と説明されている¹⁷⁾。WHO 加盟国の 76% が WHO コードを法制化している⁴⁾。一方、日本は、WHO コードに賛成しているものの、国内での法制化を行っていない。そのため、実質的には一般消費財と同様に乳児用ミルクがマーケティングされている国の一つである (図 1)。以降では、このような「通常のマーケティング」が、乳児栄養をめぐる親の選択や行動、医療専門職の態度、さらには政策決定過程にどのような影響を及ぼしているのかについて、具体例を挙げながら検証する。

マーケティングによる親の選択への介入

日本では、産科入院中に、親たちは自覚しないまま乳児用ミルクの販売促進にさらされる。筆者らが全国の 1 歳未満児の母親約 3,500 名の回答を分析した研究では、退院までに乳児用ミルクの試供品を受け取ったと回答した人は 82.4% に上った。試供品を受け取った母親では、退院後に母乳のみで児を育てている割合が有意に低く (オッズ比 0.71, 95% 信頼区間 0.51-0.98)、さらに分析対象を妊娠中に母乳育児を希望していた母親に限定しても、試供品の受け取りは母乳育児の阻害要因であった (オッズ比 0.62, 95% 信頼区間 0.40-0.94)¹⁸⁾。これらの結果は、産科における試供品の配布が、母親のもともとの母乳育児に対する意思にかかわらず授乳行動に影響を及ぼしていることを示唆する。出産した母親たちへの「ちょっとした心遣い」の



図 1 WHO コード法制化の有無と乳児用ミルクの陳列棚の様子

(A) バングラデシュのダッカ市内のスーパーマーケットにおけるミルクの陳列棚（2025 年 8 月に筆者が撮影。最上段が乳幼児用ミルク）。バングラデシュは、WHO コードが完全に法制化されている国の一つである。乳幼児用ミルクの製品パッケージの表面には商品名および「この商品は母乳と同等ではありません」との注意のみが書かれている。裏面で安全な調乳の仕方が説明されている。(B) 東京都内のドラッグストアの陳列棚（2025 年 9 月に筆者が撮影）。製品パッケージには、「母乳研究」「母乳に近い」などの表現があり、また、価格訴求や景品付などの販促もされている。

ように見える試供品であっても、母親たちは医師や助産師を信頼しているため、乳児用ミルクの使用を医学的裏付けのある標準的選択と無意識に受け止めることになり得る。

デジタルデバイスを介したマーケティングの拡大により、親がミルクの販売促進を目的とした情報の影響を受けずに授乳方法を選択することは、ますます困難になっている。WHO が 2022 年に公表した報告書によれば、世界各国の乳児用ミルクのブランド公式アカウントからは、1 日あたり約 90 件の投稿が発信され、2 億人以上にリーチしていると分析されている¹⁹⁾。また、約 400 万件の乳児栄養関連 SNS 投稿を解析した結果、それらは延べ約 24.7 億人に届き、1,200 万件を超える「いいね」、シェア、コメント等のエンゲージメントを生み出していたと報告されている。特に注目すべきは、乳児用ミルク関連投稿のエンゲージメント率の高

さである。一般に広告キャンペーンの成功指標とされる水準を、最大で 10 倍上回るエンゲージメント率が確認されており、これらの投稿が強い関心や共感を惹起していることが示唆される¹⁹⁾。一方、母乳育児に関する適切な情報を得るためには、親自身が能動的に検索し、情報源の信頼性や内容の妥当性を判断しなければならない。すなわち、消費者が母乳と乳児用ミルクに関して受け取る情報量には著しい非対称性があるのだ。

さらに、乳児用ミルクのマーケティングは、親の「気持ちに寄り添う」ようになされ、デジタルデバイスは、特に有効な手段となっている。乳児用ミルクを製造する企業の元社員 20 名を対象とした質的研究では以下のような販売戦略が明らかにされた²⁰⁾。企業はまず「母親を深く理解すること」から戦略を組み立てる。電話や SNS での相談窓口、さらにはアプリ等を通じて母親と関係を構築し、

その母親が抱く不安、罪悪感、孤立感、「わが子のために最善を尽くしたい」という動機や志向などを精緻に分析する。妊娠初期から、企業が提供する無料アプリなどへの登録を促し、入力された情報に応じて個別化されたメッセージを配信する。無料の育児相談などにつなぐ機能が備わっている場合もあり、一見、母親支援のように見えるが、企業側には、販売促進の目的がある。こうしたサービスを利用した母親は、その企業の商品を購入する確率が有意に高いことが社内データで確認されていたと証言されている。また、企業は母親の価値観や志向性に応じたメッセージを届けることで、その商品がまさに自分にあるように印象づける。例えば、将来の学力や発達を重視する親には「最先端の研究に基づく」といった科学的・向上志向的メッセージを提示し、家庭内の幸福を重視する親には「笑顔」「やさしさ」「家族の絆」といった情緒的訴求を行う。こうした販売戦略により親は自分の自由意思としてミルクを選択するようになる²⁰⁾。

保健医療施設での試供品の配布、デジタルデバイス等を用いた不特定多数へのミルクの宣伝、さらにはミルクを製造する企業に雇用された相談員による直接的・間接的な母親への接触は、いずれも WHO コードが禁止している行為であるが、日本では日常的に行われている。ミルクのマーケティング規制は、一見すると親の選択肢を制限する措置のように映るかもしれない。しかし、規制が存在しない環境では、企業は、医療への信頼、母親の不安や孤立感、そしてデジタル技術による個別化された情報提供などを巧みに活用しながら、親の意思決定そのものに働きかけることが可能である。親は自らの自由意思に基づく認識しながら、実際には商業的に設計された判断へと誘導されるのだ。

マーケティングによる医療従事者の態度への介入

前項で、全国の母親の 82.4% が産科施設でミルクの試供品を受け取ったと回答したことを示し

た¹⁸⁾。なぜ産科における試供品配布がこれほどまでに「当たり前」の慣行となっているのだろうか。

乳児用ミルクを製造する企業は医療従事者を重要なマーケティング対象としている^{20),21)}。例えば、先天代謝異常症の乳児向け特殊ミルクの提供などを通じて医学会や医療機関との接点を築き、研修や研究協力といった名目で関係性を強化する。こうした過程を経て、企業と医療界との結びつきは「当然の関係」として正当化されていく。先に紹介した乳児用ミルクを製造する企業の元社員たちを対象とした質的研究の中では、医療従事者との関係はブランドの「浄化作用 (sanitiser)」として機能し、製品に対する社会的警戒心を弱める効果をもつと証言されている²⁰⁾。

WHO コードでは、医療従事者が企業のマーケティング活動から距離を取ることを明確に求めているが、日本ではこの原則が実践されているとは言い難い。産科や小児科の現場では、ミルクのブランドロゴ入り備品が使用され、産科や小児科の関連学会においても乳児用ミルク企業によるブース展示が恒常的に行われている。日本小児科学会は 2024 年 4 月号以降、学会誌への乳児用ミルク広告掲載を取りやめているが、産科・小児科関連の他の学会誌では、依然として定期的に広告が掲載されているものが多い。

日本の産科では、乳児用ミルクの試供品配布だけでなく、新生児に乳児用ミルクを与えることも慣例化している。産後早期の乳児用ミルクによる補足は、母乳育児の阻害要因としてよく知られている。米國小児科学会では、補足は医学的根拠のある場合に限定すべきとして、医師が補足の要否を判断するためのアルゴリズムを提示している。日本では、このような医師の間で広く共有された判断基準がない。私たちが、全国の 6 か月未満児の母親 1,433 名の回答を分析した研究では、産科施設において、出生後 24 時間以内に 56.6% もの新生児が乳児用ミルクを与えられていた²²⁾。その影響は長く続き、少なくとも離乳食の開始される生後 5~6 か月まで母乳育児の阻害要因であり続けることが示唆された²²⁾。

医療従事者と乳児用ミルクを製造する企業との近接した関係は、医療従事者自身が自覚しないまま乳児用ミルクに対する態度を肯定的に傾け、医学的な適切さを慎重に吟味する姿勢を弱める可能性がある。乳児用ミルクの試供品の配布や出生後早期の慣例的な補足などが正当化され、問題視されにくい状況のもとで、医療従事者が意図しないままに母乳育児を望む母親の選択を制限してしまうことが起き得る。

なぜ日本では WHO コードの法制化が議論されにくいのか

ここまで、乳児用ミルクのマーケティングが親の選択や医療従事者の態度に影響を与え、母乳育児を阻害し得ることを確認してきた。母乳が母子の健康に重要であり、さらに母乳育児は母子の権利でもある、という認識にたつと、海外に倣い、日本でも WHO コードの法制化を検討すべきではないかとの議論があっても不思議ではない。しかし実際には、「乳児用ミルクのマーケティングは行き過ぎている」「規制を強化した方がよい」というような声は国内ではあまり聞かれない。

なぜだろうか。筆者が担当している講義の中で、大学生たちに、日本で WHO コードの法制化が政策課題として浮上しにくい理由をディスカッションしてもらったところ、興味深い視点が提示された。まず、第一に、乳児用ミルクへの信頼である。「国内の大手企業が製造している以上、安全かつ高品質であり、また、日本は衛生環境がよく医療水準も高いのだから、健康への影響はほとんどない、と認識している人が多いのだろう」などの意見が出た。第二に、自らの選択能力への自信である。「自らの知識や情報の取捨選択、判断力に自信がある一方、法的規制は自らの選択の自由を奪うものと認識する人が多いのだろう」などの意見が出た。第三に、乳児用ミルクは合理的な選択肢であるという見方である。「共働き社会やジェンダー平等の実現のために、乳児用ミルクの使用は合理的であり、一方で母乳育児は時代にそぐわず母親の負担

になると思う人が多いのだろう」などの意見が出た。最後に、市場原理を肯定する固定観念である。「マーケティング規制は企業の競争力を奪うことになり、社会の不利益になると信じる人が多いのだろう」などの意見が出た。

大学生たちが挙げたこれらの背景要因は、社会の中で広く共有された「前提」を反映しているように見える。そして、仮にこれらを反転させた意見を想起してみると「国内の大企業が製造したミルクであれば安全で高品質だ、とは言えない」「ミルクを使うことは健康への影響がある」「私やあなたの情報を取捨選択する能力は十分でない」「ミルクが合理的選択とは限らない」「市場原理を信用できない」などとなる。これらの反転した意見には極端な意見との印象を持つ人も多いだろう。大学生たちが先に挙げた「前提」に比べ、口にし難い、言葉を選ばなくてはいけない、と感じる人が多いのではないだろうか。そうであれば「ミルクへの信頼感」、「自らの選択能力への自信」、「合理的選択としての乳児用ミルク」、「市場原理の肯定」などの「前提」は、疑問を差し挟むことが憚られる社会規範としての側面もあると示唆される。

実は、「健康の商業的決定要因」の概念では、こうした、利潤を得ようとする商業主体側に有利な「社会規範」もさまざまな経路を経て商業主体によって作られるのであり、そのことが、健康よりも利潤の追求が重視され、健康に資する政策が必ずしもとられない遠因の一つであると考えている。

「健康の商業的決定要因」とは

企業が、利潤を追求する立場から、政策決定、科学的知見の形成、社会規範、情報環境などさまざまな経路を通じて人びとの行動や社会の仕組みに影響を及ぼすことがある。その結果として、健康上望ましい行動を促す有効な保健政策が特定されていても社会実装されず、健康を守るための取り組みが十分に機能しない状況は、多くの健康課題において、また多くの国や社会において観察されている。例えば、喫煙、飲酒、超加工食品の過

剰摂取による非感染性疾患の増加、化石燃料の使用による気候変動とそれによる超過死亡などである。商業的活動が公共の利益を守る観点から十分に制御されていないことで健康に与えている影響は大きく、タバコ、アルコール、超加工食品、化石燃料の四業界だけで世界の全死亡の約 3 割を説明できるとの推計もある²³⁾。そして、「健康の商業的決定要因」という概念が出てきた背景には、商品の種類や産業に違いがあっても、商業的活動が健康や健康格差に影響を及ぼすメカニズムには共通する構造があるという理解がある。

2023 年にランセット誌は、初めて「健康の商業的決定要因」を特集した。特集号の中で、「健康の商業的決定要因」は、「企業、業界団体、シンクタンク、ロビー組織などの商業主体 (commercial actors) が、健康と公正さ (health and equity) を左右するシステム、慣行 (practices)、経路 (pathways)」と定義されている²³⁾。すなわち、この概念では、従来のように「喫煙による健康被害はどの程度か」「未成年に飲酒させないためにはどうすればよいか」といった、特定の製品による個別の健康課題だけに焦点を当てるのではない。そのような製品が、どのような政治的・経済的・社会的環境のもとで販売され、社会に受け入れられ、規制されている、あるいは規制されていないのかという社会の仕組みに注目する考え方である。乳児用ミルクに当てはめるならば、乳児用ミルクという製品そのものを問うのではなく、なぜ必要以上の販売促進が行われているのか、またそのような販売促進がどのような社会的・制度的な仕組みの中で可能になっているのかを考え、その仕組みのどこを修正すべきかを検討するという視点である。

乳児用ミルクの例で見てきたように、「この商品は健康に良いか悪いか」「この企業の行いは良いか悪いか」といった個別の商品や企業に対する評価だけでは、その商業的活動が社会や人びとの健康に影響を及ぼしているのか、またその結果生じるコストを誰が負担しているのかを理解し評価することは難しい。なぜなら、集団としての人びとの健康への影響は単一の企業活動によって生じるの

ではなく、複数の主体と多様な活動が相互に作用することによって生み出されるからである。健康に影響を与える主体には、商品を製造・販売する企業だけではなく、投資家、広告会社、メディアなど多様なアクターが含まれる。さらに、商業的活動も販売促進だけではなく、ロビー活動や科学研究への資金提供、メディア戦略、CSR (企業の社会的責任) 活動など多岐にわたる²³⁾。こうした主体と活動が組み合わさることで、市場経済において豊富な資源を持つ主体は、ますます影響力を拡大し、社会の意思決定において優先されやすくなる。一方で、子ども達のように市場経済において弱い立場にある人びとの健康への影響が軽視されやすい構造が生み出される。

「健康の商業的決定要因」の概念は、このような構造を可視化するための枠組みである。すなわち、個別の製品や企業の是非を問うだけではなく、商業的活動がどのように社会制度、政策決定、科学的知見、情報環境、社会規範を形成し、その結果として健康や健康格差に影響を及ぼしているのかを構造的に理解するための概念なのである。

現代の「病的なシステム」

ランセットでは、商業主体が健康に影響を及ぼす慣行 (practice) として、以下の 7 つを挙げている。1) レピュテーション管理、2) 政治的働きかけ、3) 科学への関与、4) マーケティング、5) サプライチェーンや廃棄物の処理、6) 労働条件や雇用の管理、7) 金融・財務戦略である²³⁾。これらの慣行は、合法的で倫理的な場合もある。しかし、Gilmore らは、豊富な資金を背景に力を蓄えた大企業が公共の利益を凌駕している現状を指して「市場原理主義への傾倒と多国籍企業の強大化によって、企業が人びとの健康や社会に害を及ぼしても、そのコストを社会に押し付けることができる病的な社会システムが生み出されている」と指摘した。そして、そのような利潤の追求が幅を利かせる社会のシステムを「現在の病的なシステム (our current pathological system)」と呼んで、図 2 のようなモ

商業主体による慣行

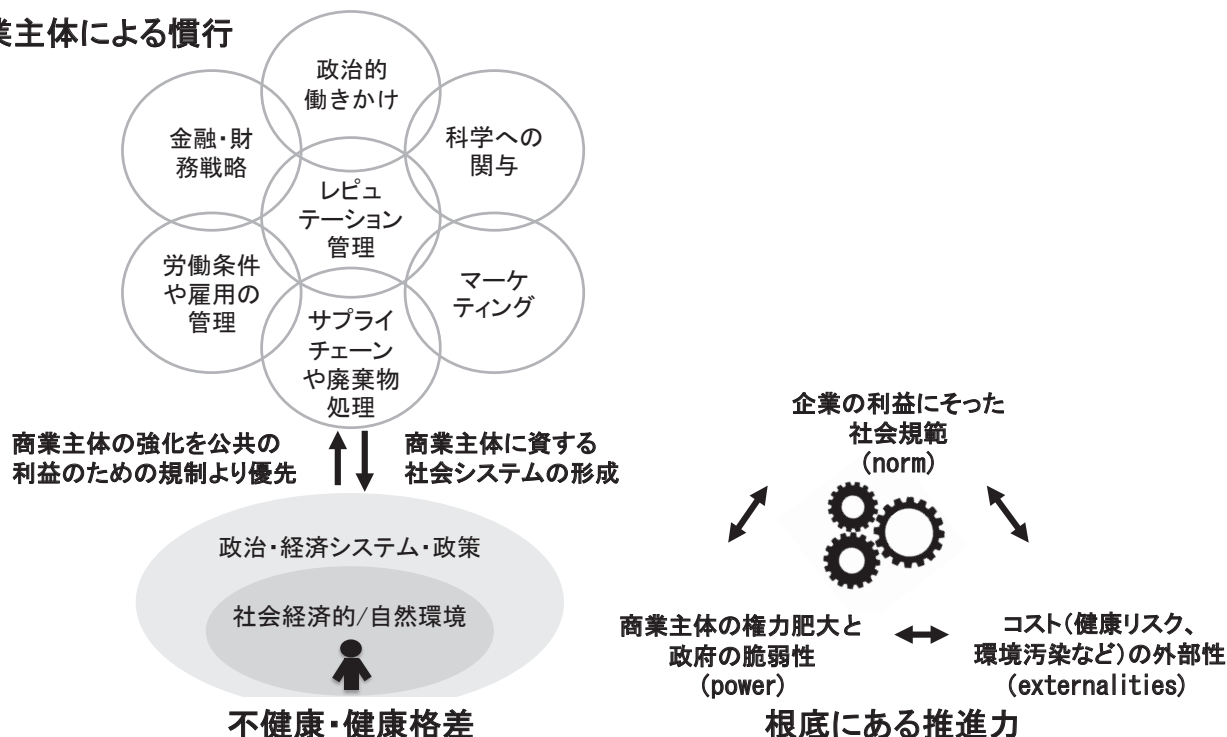


図 2 Gilmore らによる「病的なシステム」

Gilmore ら (Lancet, 2023)²³⁾の Figure 1 を基に, 著者が簡略化し和訳した。

デルを提示した²³⁾。

このモデルでは、「病的なシステム」を支える「根底にある推進力 (underlying drivers)」が三つ示されている。「社会規範 (norm)」、「コストの外部性 (externalities)」、「権力 (power)」である (図 2)²³⁾。

ここでの「社会規範」とは、市場や企業活動を優先することを当然または望ましいとみなす、社会に広く共有された価値観や期待を指す。例えば、企業のイメージ戦略やメディア戦略は、人びとがそれと気が付かないうちに、乳児用ミルクへの印象や態度、考え方に影響を与えうる。「母乳育児は母親に負担」「母乳育児にはさして健康上の利点はない」「ミルクを使えばジェンダー不平等が解消する」といった販売促進の意図が容易に見て取れるメッセージを企業が自ら発信する必要はない。ミルクの優位性を暗示するコンテンツ、有名人による SNS 投稿、専門家によるコメントなどが繰り返し発信されれば、ミルクを合理的とする社会規範は形成されうる。一方で、保健セクターは、母乳の健康上の重要性を認めつつも、母乳育児に対し

で肯定的なイメージや態度を社会全体に広げるために十分な資金や人材を投入することが難しく、戦略に乏しい。その結果として、社会全体の環境が乳児用ミルク産業にとって好都合な方向に傾き、それを是正することも難しい、という状況が起きる。

「コストの外部性」とは、商業的活動によって生じるコストが企業自身ではなく社会全体に転嫁されている状態を指す。乳児用ミルクを例にすると、企業はミルクの販売によって利益を得る一方で、母乳育児率の低下に伴う健康上の不利益や医療費の増加などのコストは、子どもや母親、社会が負担する。生産や流通に伴う環境負荷も社会全体が負担する。

「権力」とは、商業主体と国家・社会との間の不均衡な力関係を指す。すなわち、商業主体の富と影響力が拡大する一方で、国家の財政的能力や制度設計能力が相対的に弱まり、商業主体が自らに有利な政策や社会制度の形成のために強い影響を及ぼしうる状態である。

「病的なシステム」では、資金と権力を持つ商業主体は社会への影響力を拡大させる一方で、その商業的活動が人びとの健康に与える負の影響は十分に可視化されない。その結果、市場経済において弱い立場にある人びとほど、健康リスクやコストを多く負担することになりやすく、健康格差が拡大していく（図2）²³⁾。

「健康の商業的決定要因」の目的と子どもの権利

「健康の商業的決定要因」を理解しようとする目的は、利潤追求を最優先とする現在の「病的なシステム」を、公共の利益がより優先される公正で持続可能な社会へと転換していくことである。

この目的に呼応して、ランセットの「健康の商業的決定要因」特集では、いくつかの提案が示されている。例えば、商業主体を分析する新しい枠組みである。この枠組みでは、企業を1) 慣行や影響の及ぼし方 (practices), 2) どのような製品や事業から利益を得ているか (portfolio), 3) 資金力や政治的ネットワークなどの影響力の源泉 (resources), 4) 組織構造 (organization), 5) ロビー活動や利益相反の開示などの透明性 (transparency) という複数の観点から評価することが提案されている²⁴⁾。すなわち、商業主体を「公衆衛生の敵」または「協力相手」のように単純に分類するのではなく、その企業が人びとの健康にどのような影響を及ぼし得るのかをより具体的に理解し、政策形成や利益相反管理、その企業との連携の在り方を判断する基盤を持つ、ということである。

一方で、「単一の解決策はない」として、「健康と公正を優先する社会では、市場や企業はどのような位置を占めるべきか」と問い直す必要があると指摘した²⁵⁾。すなわち、経済成長があればそれでよいとする考え方から脱却するよう呼びかけているのである²⁵⁾。

本稿では、利潤の追求と健康を希求する公共の利益とのバランスを取り戻すために、政策決定や商業主体の評価において「子どもの視点」を持つ

ことを提案したい。子どもの権利条約では、すべての子どもが到達可能な最高水準の健康を享受する権利を有すると定めている。一方で、乳児用ミルクの課題でみてきたように、子どもたちは市場経済の中で自らの利益を主張することが難しく、それにもかかわらず、「健康の商業的決定要因」により大きな影響を受ける。タバコやアルコールなどの嗜好品や超加工食品の摂取による健康への影響は、成人よりも、その後長く生きる子どもたちにとってより大きい。気候変動による健康への影響についても、若年者ほど大きな負担を背負うことになることと推計されている。さらに、SNSの利用とメンタルヘルスの問題など、商業的活動が関与する多くの健康課題においても、子どもたちが受ける影響は大きい。

他方、子ども達は、商品やサービスの選択や購買において、殆ど、あるいはまったく権力を持たない場合が多い。そのため、健康を享受する権利が守られるよう、大人が子どもの立場に立って社会の在り方を再評価する必要がある。子ども達の目には、生後すぐに乳児用ミルクを与えられ、産科退院時にミルクがお土産として配布され、企業の利益に配慮してそのようなマーケティングが規制されない社会は、どのように映るだろうか。

これまでのところ、「健康の商業的決定要因」の概念の中に、「子どもの権利」の視点は明示的には組み込まれていない。今後は「健康の商業的決定要因」の研究の展開とその社会実装にあたって、子どもなど市場経済において弱い立場にある人びとの権利を保障する観点を反映していく必要があると考える。

おわりに

本稿では、乳児用ミルクの販売促進を手がかりに、「健康の商業的決定要因」の概念を紹介し、商業的活動がどのような経路を通じて人びとの健康に影響を及ぼしうるのかを示した。さらに、商業的活動と公共の利益とのバランスを取り戻すために、「子どもの権利の保障」という視点が評価軸の

一つとなり得ると提案した。今後、日本においても「健康の商業的決定要因」に関する研究と議論が進み、健康と公正をより重視する社会のあり方が検討されることが期待される。

(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。)

引用文献

- 1) Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*. 2016 Dec;4(12):e895-e896.
- 2) Freudenberg N. Integrating Social, Political and Commercial Determinants of Health Frameworks to Advance Public Health in the twenty-first Century. *Int J Health Serv*. 2022 Sep 15;207314221125151.
- 3) Mialon M. An overview of the commercial determinants of health. *Global Health*. 2020 Aug 17;16(1):74.
- 4) Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, status report 2026. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2026.
- 5) Christian P, Smith ER, Lee SE, Vargas AJ, Bremer AA, Raiten DJ. The need to study human milk as a biological system. *Am J Clin Nutr*. 2021 May 8;113(5):1063-1072.
- 6) Li R, Ware J, Chen A, Nelson JM, Kmet JM, Parks SE, Morrow AL, Chen J, Perrine CG. Breastfeeding and post-perinatal infant deaths in the United States, A national prospective cohort analysis. *Lancet Reg Health Am*. 2022 Jan;5:100094.
- 7) Yan J, Liu L, Zhu Y, Huang G, Wang PP. The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2014 Dec 13;14:1267.
- 8) Lund-Blix NA, Dydensborg Sander S, Størdal K, Nybo Andersen AM, Rønningen KS, Joner G, Skriverhaug T, Njølstad PR, Husby S, Stene LC. Infant Feeding and Risk of Type 1 Diabetes in Two Large Scandinavian Birth Cohorts. *Diabetes Care*. 2017 Jul;40(7):920-927.
- 9) Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 2015 Jun;169(6):e151025.
- 10) Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015 Dec;104(467):14-9.
- 11) Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015 Dec;104(467):96-113.
- 12) Youseflu S, Savabi-Esfahani M, Asghari-Jafarabadi M, Maleki A. The Protective Effect of Breastfeeding and Ingesting Human Breast Milk on Subsequent Risk of Endometriosis in Mother and Child: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breastfeed Med*. 2022 Oct; 17(10):805-816.
- 13) Rollins N, Piwoz E, Baker P, Kingston G, Mabaso KM, McCoy D, Ribeiro Neves PA, Pérez-Escamilla R, Richter L, Russ K, Sen G, Tomori C, Victora CG, Zambrano P, Hastings G; 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet*. 2023 Feb 11;401(10375): 486-502.
- 14) Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD003517.

- 15) Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2022 Jul 1;150(1):e2022057988.
- 16) 厚生労働省. 平成 27 年度乳幼児栄養調査結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000134208.html> (2026 年 3 月 18 日アクセス).
- 17) International Code of Marketing of breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 1981. <https://www.who.int/publications/i/item/9241541601> (2026 年 3 月 18 日アクセス).
- 18) Hisamatsu K, Nanishi K, Matsushima M, Okawa S, Tabuchi T. Relationship between Receipt of the Samples of Breast Milk Substitutes in Hospitals and Breastfeeding Practice in Japan. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2024 Jun 10;5(1):503-511.
- 19) Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2022.
- 20) Hastings G, Angus K, Eadie D, Hunt K. Selling second best: how infant formula marketing works. *Global Health*. 2020 Aug 28; 16(1):77.
- 21) How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022.
- 22) Takano T, Okawa S, Nanishi K, Iwamoto A, Obara H, Baba H, Seino K, Amano Y, Hachiya M, Tabuchi T. Association between in-hospital exclusive breastfeeding and subsequent exclusive breastfeeding until 6 months postpartum in Japan: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2024 Oct 10;19(10):e0310967.
- 23) Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, Demaio S, Erzse A, Freudenberg N, Friel S, Hofman KJ, Johns P, Abdool Karim S, Lacy-Nichols J, de Carvalho CMP, Marten R, McKee M, Petticrew M, Robertson L, Tangcharoensathien V, Thow AM. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*. 2023 Apr 8;401(10383):1194-1213.
- 24) Lacy-Nichols J, Nandi S, Mialon M, McCambridge J, Lee K, Jones A, Gilmore AB, Galea S, de Lacy-Vawdon C, de Carvalho CMP, Baum F, Moodie R. Conceptualising commercial entities in public health: beyond unhealthy commodities and transnational corporations. *Lancet*. 2023 Apr 8;401(10383):1214-1228.
- 25) Friel S, Collin J, Daube M, Depoux A, Freudenberg N, Gilmore AB, Johns P, Laar A, Marten R, McKee M, Mialon M. Commercial determinants of health: future directions. *Lancet*. 2023 Apr 8;401(10383):1229-1240.

(受付 2026.3.18 : 受理 2026.3.24)

特別報告 2025.9.6 第 66 回日本社会医学会総会 シンポジウム 1

子ども・若者の健康と商業活動の関係

－複雑で見えにくい今日の課題 CoDH (Commercial determinant of health)－

子どもの孤独とゲーム行動症—大人と社会の責任—

吉川 徹¹⁾

抄録

近年精神医学領域において行動嗜癖が注目される中、ゲーム行動への嗜癖についてもその疾患概念をめぐる議論が続いている。子どもの臨床では不登校や神経発達症が先行・併存することが多く、嗜癖は「孤立の病」としての側面が注目される。ゲームは子どものコーピング手段やコミュニケーションの場ともなっており、大人が一方的に制限すれば孤立を深めかねない。孤立と嗜癖をともに防ぐには、幼少期から家族とゲームの付き合い方を共に学ぶこと、子どものデビューを手伝う育児文化の成熟、企業の倫理的設計や社会の包摂的体制が重要である。本報告では子どもの孤独とゲーム行動嗜癖について、大人と社会の責任の観点から論じる。

【社会医学研究 2026 ; 43 (1) : 28 - 32】

doi:10.60435/socialmedicine.43.1_28

1. ゲーム行動嗜癖

近年、精神医学の領域では、物質に対する依存状態が見られるのと同様に、物質を介さない行動そのものに対する嗜癖が存在するのではないかという問題意識が持たれ、行動嗜癖概念が発展してきた。ギャンブルに対する嗜癖は最も研究が進んでいるが、他にも購買行動、摂食行動、性的活動など、様々な行動が嗜癖を形成しうる活動として研究されはじめている。

物質依存と行動嗜癖の大きな相違点の一つは「身体依存」の形成である。多くの物質に対する依存では耐性形成や離脱症状が明確に観察される。一方、行動嗜癖では身体依存は形成されえず、精神

依存のみが形成される。この違いは、治療方略を考えるうえでも重要である。またこの点は物質と行動で、依存 (dependence) と嗜癖 (addiction) の用語が使い分けられている理由ともなっている。

ゲームに対する行動嗜癖に関する疾患概念であるゲーム行動症 (Gaming Disorder:GD) は、世界保健機構によりまとめられ 2022 年に発効した ICD-11 (ICD-11, 2018 年) に正式収載され、国際的に疾病概念として確立した。一方でアメリカ精神医学会は、2013 年の DSM-5¹⁾ においても、また 2022 年に発表された DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022 年) でも、インターネットゲーム障害 (Internet Gaming Disorder:IGD) を依然として「今後の研究のための病態」としての位置づけに留め、この疾患概念の臨床応用については、慎重な態度をとっている。

DSM-5 におけるアメリカ精神医学会のこうした姿勢にも見られるように、この領域の問題を正式な疾患概念として採用し、臨床に応用することに

1) 愛知県西三河福祉相談センター

連絡先: 吉川 徹

住所: 〒444-0860 岡崎市明大寺本町 1 丁目 4 番地

TEL: 0564-23-1211 FAX: 0564-22-2902

E-mail: toru_yoshikawa@afcp.jp

については、未だに十分な研究の蓄積がなされているとは言い難い状況である。ICD-11への採用についても、多くの専門家が加わった激しい論争（Aarseth ほか, 2016 年）（Rooij ほか, 2018 年）（Rumpf ほか, 2018 年）が行われ、この議論は現在も続いている。賛成派は、ゲームが引き起こす機能障害の存在、公衆衛生的影響の広がり、支援体制整備の必要性を強調した。また特にゲーム関連の企業などがこの問題を矮小化しようとしているのではないかという懸念を示し、これを疾患として取り扱うことの必要性を強調している。一方で反対派は、この疾患概念の科学的根拠の不十分さを懸念し、診断の過剰化、健全なゲーム利用者へのスティグマ化の懸念を示した。この論争は、疾患概念の社会的影響を考える上で重要である。疾病化は支援の可能性を広げる一方で、ラベリングの危険も伴うのである。

2. 問題は「嗜癖」なのか

子どもの臨床の場面では、しばしばこのようなゲームの嗜癖に関連する問題が取り上げられる。しかしそうした事例ではほとんどの場合、不登校や引きこもりといった状態像や、抑うつや社交不安、注意欠如多動症や自閉スペクトラム症などの神経発達症が先行、併存していることが多く、より対応の優先順位の高い課題がみられるのだ。また近年では「大人が勉強させたいだけ子どもが勉強しない」という広義の「教育虐待」的な状況が、大人がゲームやネットの過剰使用を問題視する背景にあることも少なくない。

近年、物質依存や行動嗜癖は「孤立の病」であるとする見方が広がってきている（松本俊彦, 2018 年）。であるとすれば、大人がゲームやインターネットへの嗜癖を疾患として扱うのであれば、そのことによって子どもがより孤立した状況に追い込まれることのないように、その概念を用いる必要があるだろう。物質依存や行動嗜癖への支援は、刑罰から支援へ、禁止からハームリダクションへ、底つきを待つ姿勢から早期からの関係構築、維持

へと、支援のパラダイムを変化させてきている。こうした動向を理解した上で、ゲーム行動嗜癖の概念をうまく使っていくことができれば、それは有用なものとなる可能性がある。しかし一部の専門家や当事者以外の嗜癖への視線はまだまだ旧態依然とした状況に留まっていることも多く、この領域でのうかつな嗜癖概念の使用が、周囲の大人と子どもとの対立を招き、子どもをより孤立した状況に追い込んでしまう状況となってしまうことも懸念される。

子ども達の生活の中でデジタルゲームが果たしている機能は、単なる娯楽や退屈しのぎに留まらず、学業や部活動などによる自己効力感の低下、抑うつ、（社交）不安などへのコーピングであり、生活の下支えとなっていることもある。子どもの間では、ゲームを介したコミュニケーションや、ゲームを話題としたリアルなコミュニケーションが活発に行われている。またゲームが情熱を傾ける趣味や競技であったり、更にはeスポーツのプロプレイヤーを目指す、プログラマやゲーム開発者を目指すなど、職業準備性の向上に繋がったりすることもないとは言えない。大人が頭からゲームを軽視し、「なくてもよいもの」「なくすべきもの」として扱うならば、それは子どもの実感と乖離し、彼らがより孤立感を深める結果となるかもしれない。

近年のメタアナリシス（Ropovik ほか, 2023 年）では、ゲームに対する嗜癖のリスク要因として、性別（男性）やゲーム時間、抑うつや衝動性などの種々の精神病理とともに、敵意や攻撃性、孤独感などが報告されている。逆に防御因子としては教育歴、生活満足度、高い自尊心が上げられており、社会的支援も防御的に働く可能性があるとされる。リスク因子の多くは、既存の児童精神医学的課題とも重なっており、ゲームに関する嗜癖は独立した疾患と考えるよりも、家庭や社会での孤立を中核とした脆弱性の上に形成される行動パターンと考えるのが妥当である。

GDの青年の44-73%にADHDが併存しているとされ（Coutelle ほか, 2024 年）、反抗挑発症、素

行症も併存しやすいことが報告されている (Jo ほか, 2019 年)。注意欠如多動症の基盤となっている遅延報酬に対する感受性の低下が、ゲームの持つ即時報酬構造と相互作用し、ゲーム行動への嗜癖の大きなリスクとなるのである。注意欠如多動症の臨床においてゲームやインターネットへの嗜癖の問題は重要性を増しており、本邦の診断治療ガイドラインにおいても、第5版への改訂に際して、併存症としてゲーム・インターネット嗜癖の問題が取り上げられている。

3. 大人にできること

これまで見てきたように、ゲームに関する嗜癖についてハイリスクな子どもに対しては、不登校や反抗挑発、素行の問題に発展してから対応するのではなく、家庭や社会の中での孤立を防ぐための支援が必要となる。闇雲に取り上げたり制限しようとして、ゲームをめぐって子どもが家族や社会と対立することは、孤立の状態をより悪化させることにも繋がりがかねない。

孤立とゲーム行動への嗜癖をともに予防していくためには、ゲームとの付き合い方を幼い頃から家族とともに学んでいくという姿勢が重要である。これを家族が教えることができる期間は意外に短い。子どもが中学生、高校生の年代になると、孤立を深めないという制約の中でゲーム行動をコントロールするためには、自律に任せる以外の方法がなくなってくることが多い。教えられるうちに一緒に学んでおくというのが手堅い姿勢である。大人に手伝ってもらいながら、約束を守れた実績を積み重ねていくことが、将来の自律に繋がるのである。このときゲームやインターネットに関する約束は、最初は子どもが守るものではなく、大人が守らせるものであると考えておくのがよい。そのためには、この問題に周囲の大人が使うことができる知識や技術、時間や気力や体力の範囲の中で、守らせることのできる約束を設定する必要がある。子どもが青年期を迎えたとき、多くの家庭で最後まで残すことのできる約束は、『ご飯だ

よ』と言われたら区切りのよいところで食卓につく』といったものになるだろう。この約束を守らせることが難しい状況では、他の種々の約束を守らせることはおおよそ不可能であり、また有害でもあるかもしれない。

ゲームとの付き合い方を共に学んでいくためには、大人と一緒にゲームを使用することも有用である。それぞれのゲームの終われるタイミングをと終われないタイミングを理解すること、それぞれのゲームの魅力を知っておくことは、守らせやすい約束の設定のためにも、またゲームの代替行動として「ゲームについての会話を大人と楽しむ」ことを促進するためにも重要である。また子どもはゲームをするとわりと気持ちが乱れるものである。負けると悔しいし、チームメイトがミスをしたら腹が立つし、対戦相手がずるい手を使ってきたらとても嫌な気分になるのだ。運営の方針について義憤のような怒りがわいてくることもあるだろう。ゲームに関連して、嫌な気分になった際に、頼りにしたい大人に手伝ってもらいながら、早く、安全に、楽に気持ちを立て直す経験を積み重ねていくことは、アタッチメント関係の形成のプロセスでもある。

子どもの本との付き合いは絵本の読み聞かせが推奨されている。自転車の練習をするときには、大抵はお父さんが荷台に手をそえて後ろから走っていく。水泳デビューはお母さんと一緒に浮き輪を持って市民プールに行くところから始まる。子どもの新しい体験に養育者がつきあうというのが、育児文化であるとも言えるだろう。しかしゲームやインターネットを巡る状況はあまりにも急速に進化してきているため、これに関する十分な育児文化が形成されていない。大人が子どものゲームやインターネットへのデビューにつきあい、子どもと一緒に学んでいくような文化の成熟こそが、子どもの孤立を防ぎ、ひいては嗜癖の成立を防ぐことにつながるのではないだろうか。

子どもにとって大事な存在であるゲームやインターネットの話を、興味を持って聞いてくれる大人もいるのだと子どもが気づいてくれれば、子ど

もの孤立は和らぐのかもしれない。なぜ自分がそれを必要としているのか、それを理解してくれる大人がいると知ってもらうことができれば、その大人と相談しながら、自分の暮らしを楽にしていけることができるという可能性に賭けてみようと思ってもらえるかもしれないのだ。青年期以降の安全な自律的使用には、人生に必要な物事があり嫌になっていないこと、自分の将来に投資する価値があるのを実感していること、やけっぱちになっていないことなどが条件となる。これは家族に限らない社会的包摂の課題でもあるのだ。

4. 企業の役割と社会の責任

それでは、ゲームに関連する企業の責任はどのようなものなのだろうか。ゲーム行動嗜癖の一次予防における企業の役割は限定的かもしれない。親子で一緒に楽しめるようなゲームの開発、普及やゲームとの付き合い方を子どもに教えてくためのスキルの提供などがこれに当たるだろう。一方で、嗜癖の二次予防、三次予防についてはより大きな役割があると考えられる。親子の対立を煽らないペアレンタルコントロール技術の開発やその運用方法に関する啓発は、より重要であろう。

また良質な課金方法で成り立つ子ども向けのゲームの開発も大きな課題となるだろう。子どもがゲームに課金する際には様々な目的がある。強さ、時間短縮、外見、社交、スリルなどがそれにあたる。いわゆる「ガチャ」などのギャンブル要素を含む設計は脆弱な子どもに強い影響を与える。特に子どもを対象としたゲーム・ビジネスの設計は倫理的検討を必要とする。

ゲーム行動嗜癖の予防や対応における社会の責任は、子どもを孤立させないことにある。ゲームについて語れる大人を子どもの身近に配置すること、横並びで同じものを見てくれる大人がいるのを信じてもらえるようにすることが重要である。アメリカ小児科学会は 5 Cs (American Academy of Pediatrics, 2025 年) という教材を開発し、親子がともにゲームと向き合っていけるような方策を

提言している。

あわせて注意欠如多動症の早期発見、早期介入を通じて、反抗挑発症、素行症への発展を防ぐことのできるような、保健、福祉、教育、医療の体制を整備していくことも、嗜癖の予防や対応における社会の責任である。

(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。)

文献

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Carras, M. C., Coulson, M., Das, D., Deleuze, J., Dunkels, E., Edman, J., Ferguson, C. J., Haagsma, M. C., Bergmark, K. H., Hussain, Z., Jansz, J., Kardefelt-Winther, D., Kutner, L., Markey, P., Nielsen, R. K. L., Prause, N., ... Rooij, A. J. V. (2016年). Scholars' open debate paper on the world health organization ICD-11 gaming disorder proposal. *Journal of behavioral addictions*, 6(3), 1-4. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088>
- American Academy of Pediatrics. (2025年). *5 Cs of Media Use Resource Hub*. <https://www.aap.org/en/patient-care/media-and-children/center-of-excellence-on-social-media-and-youth-mental-health/5cs-resource-hub/>
- American Psychiatric Association. (2022年). *DSM-5-TR*. American Psychiatric Association Publishing.
- Coutelle, R., Balzer, J., Rolling, J., & Lalanne, L. (2024年). Problematic gaming, psychiatric comorbidities, and adolescence: A systematic review of the literature. *Addictive Behaviors*, 157, 108091. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108091>
- ICD-11. (2018 年, 6月). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

- Jo, Y. S., Bhang, S. Y., Choi, J. S., Lee, H. K., Lee, S. Y., & Kweon, Y.-S. (2019年). Clinical characteristics of diagnosis for internet gaming disorder: Comparison of DSM-5 IGD and ICD-11 GD diagnosis. *Journal of clinical medicine*, 8(7), 945. <https://doi.org/10.3390/jcm8070945>
- Rooij, A. J. van, Ferguson, C. J., Carras, M. C., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E., Bean, A. M., Bergmark, K. H., Brus, A., Coulson, M., Deleuze, J., Dullur, P., Dunkels, E., Edman, J., Elson, M., Etchells, P. J., Fiskaali, A., Granic, I., Jansz, J., ... Przybylski, A. K. (2018年). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. *Journal of behavioral addictions*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.19>
- Ropovik I., Martončík M., Babinčák P., Baník G., Vargová L., & Adamkovič M. (2023年). Risk and protective factors for (internet) gaming disorder: A meta-analysis of pre-COVID studies. *Addictive Behaviors*, 139, 107590. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107590>
- Rumpf, H.-J., Achab, S., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carragher, N., Demetrovics, Z., Higuchi, S., King, D. L., Mann, K., Potenza, M., Saunders, J. B., Abbott, M., Ambekar, A., Aricak, O. T., Assanangkornchai, S., Bahar, N., Borges, G., Brand, M., Chan, E. M.-L., ... Poznyak, V. (2018年). Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 1-6. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.59>
- 松本俊彦. (2018年). 薬物依存症 【シリーズ】 ケアを考える. 筑摩書房.
- (受付 2026.3.4 : 受理 2026.3.24)

特別報告 2025.9.7 第 66 回日本社会医学会総会 シンポジウム 2
居場所のない子どもたち

深夜の街から見えるもの

田中 勤¹⁾²⁾

抄録

筆者は、名古屋において、深夜の街にいる思春期の若者に対し、傾聴・共感を基軸とする保健活動を行っている。本稿では、思春期の若者との対話を通じてわれわれが感じ、学んできたことについて述べていく。

【社会医学研究 2026；43（1）：33－38】

doi:10.60435/socialmedicine.43.1_33

思春期外来での素描

筆者は、名古屋市にある南生協病院婦人科思春期外来で診療をしている。そこでは、月経周期異常、月経困難症などへの治療・支援とともに、不登校や不安症などへの対応も行っている。思春期外来で心がけていることは、クライアント本人が自分らしくいられるように、さらに、人に言えない究極の思いを抱く子が、「死にたい」という言葉が語れるような場にあることである。クライアント本人の思いをそのまま受け止められる、そんな外来にできればと思って、思春期の臨床と向き合っている。

子どもの成長はゆっくりと進む。大人は焦って、昨日と今日、あるいは今日と明日を比較し、子どもを急かす。しかし、ドラマのように劇的に変わることは少ない。結果を急がず、待つ。それも成長過程の見守りである。診察室は子どもたちと私

にとっての大切な出会いと一つの経験の場になればいいと思って向かいあっている。

診察室の外へ

二十数年前、思春期外来を始めたばかりの頃、違法風俗店に勤め、覚せい剤漬けになっていた月経困難症のクライアントに出会った。こうして病院に来てくれたら話を聞くこともできるが、実際には氷山の一角であろう。一人で抱えこんで社会の搾取に遭っている子どもたちがたくさんいて、そこにアプローチしようとしても、診察室で待っているだけでは会うことができない。それ以来、診察室の外にこそ思春期の若者たちの現場があり、病院の外に出ていかなければならないとずっと考えていた。そして、夜の街にいる子どもたちのあがままの声・姿を社会に伝えたいと強く思った。現場で思春期の子どもたちと向き合うことはできないかと、そこで、思い立って、2007 年 9 月から、毎土曜日深夜、名古屋市の繁華街で、子どもたちに声かけ、傾聴・共感を基軸とする見守り活動を開始した。活動は当初は一人で開始した。1 か月もすると私とともに公衆衛生学教室にいた医学生が加わり、その後はメンバーが入れ替わりながら、

1) 総合病院南生協病院婦人科

2) 少年支援保健委員会・Public Health (NGO)

連絡先：田中 勤

総合病院南生協病院婦人科

住所：〒459-8016 名古屋市緑区南大高二丁目 204 番地

TEL：052-625-0373 FAX：052-625-0374

E-mail：human_rights_sym_no_9@yahoo.co.jp

社会人・学生などが参加して、NGO チーム（NPO ではない）「少年支援保健委員会・Public Health (NGO)」として、深夜の街にいる子どもたちの声を聴く活動をしている。

深夜の街は美しい

正直なところ、夜の街は美しい。日中の学校や職場のストレスから解放され、繁華街の賑やかさ、お洒落な街灯やネオンが人を導く。しかし、美しい光は影を伴う。真実は街の光の向こうにある。

そこで、われわれが夜の街の光の向こうの世界で出会った、思春期の子どもたちを紹介してみたい。まず第 1 のグループは、たまたま繁華街に遊びに来た冒険者たちである。「楽しいからここに来た」「家におってもつまらん」と言っ、夜の街にやってきた子たちである。来てはいけないはずの夜の街は、若者たちの好奇心を刺激し、まるで私たち研究者のような、ある意味純粋な探求心を抱いてやって来ている。一方で、家に落ち着く場所、いわゆる居場所がないのかもしれないということもうかがえる。果たして、夜の街は彼らを楽しませる、心休まる場所になっているのだろうか。次のグループは、深夜の街や公園でやりたいことがある、青春ど真ん中の子たちである。この子たちはオタ芸、ヒップホップダンス、スケボーなどを楽しみ、「いましかやれないことをしたい」と口々に語る。そう、いましかやれないことがあるのだ。中高年になると、スケボーをやろうとしても、整形外科的なリスクが上昇するかもしれない。それに、若いうちに元気に動き回ることは、WHO の課題ともなっている非感染性疾患の予防に資する。もちろん日中にのびのびと身体を動かすことができればいいのだが、昼間は学校の規則に縛られて、あれこれうるさい日常生活では思うようにならないことだらけだ。夜の街でしか、彼らの「いま」を発揮できないのかもしれない。太陽の下で思いっきり好きなことさせてあげられない余裕のない社会が、昼間を深夜以上に暗いものにしていはいしないだろうか。学校や家庭が、子どもたちの「いま」

しかないという思いに寄り添っているのだろうか。そして、第 3 のグループは、風俗店の客引き（キャッチ）、スカウト、ホスト行為に従事する、精いっぱい生きる子たちである。この子たちは、世間から特にネガティブなイメージでもって紹介されることが多い。彼らの声を聴くと、「学費を稼ぐ」「親孝行したい」「店を持つ」「服を買いたい」と語り、夜の街の一見さんとは違って、夜の街の活動で毎回出会う子たちである。この子たちは、はたして「居場所のない子どもたち」なのだろうか。もう少しみてみよう。「お客さんを笑顔にできるから」「人を幸せにできるから」と、夜の街の仕事にやりがいがあるという勤労少年もいる。「親に迷惑をかけたから」稼ぎたいと語る子もいる。生活をかけて夜の街にいる。時にがんばりすぎて、検挙されることもある。違法とはいえ、夜の街の仕事をしている子どもたちは、そこで稼ぎ、認められ、誇りと充実感をもっている子もいるということは知っておきたい。一方で、強がっていながらも、はっきりした夢や目標がなかったり、不安（金銭的不安、就労への不安、将来への不安など社会経済的不安）を口にしたりする子もいる。深夜の繁華街の仕事は、ハイリスク・ハイリターンの仕事だ。労災保険もない不安定な仕事であることもある。ただ、ネオンと街灯の下で、上司から怒鳴られながら、搾取されながら、時に検挙され否定されながら、それでも懸命に生きようとする若者たちの姿には美しさを感じる。この若者たちの美しい気持ちにどう応えるのかをわれわれ大人たちは問われているのではないだろうか。

搾取の連鎖

さて、そんな若者たちが従事する夜の街の仕事についてみると、子どもたちを利用して儲けている（いわゆる「搾取」している）人々の存在がある。それらの大人たちにまでは取り締まりの手が及んでいないこともあるようだ。そして、客として彼らを利用している一般市民も買春で逮捕されているわけではない。そもそも日本では性風俗店は国

会の制定した風俗営業法の「性風俗特殊営業」として届出を義務付けられて営業が認められている。自由主義社会では、自立したセックスワーカーは一つの職業として尊重されるべき地位にある。一方で、われわれの過去の調査では18歳未満を就業させている性風俗店の存在も確認しているばかりでなく、性行為が強要されている実情もあり、性風俗店が管理売春の温床となりうる可能性がある¹⁾。さらに、現在の性風俗店をめぐる法制度は、まるで政府が公認しているかのようなくみになっており、刑法の不同意性交罪における「性交」の定義との整合性は問われなければならない。いずれにせよ、性に関しての自由意志と搾取とは相いれないものであるということだけはここで指摘しておきたい。

戻る場所は「居場所」？

さて、搾取されている子どもたちは、検挙されると、家庭裁判所の少年審判で一定の「保護処分」を受ける。少年鑑別所でも少年院でも、手厚い保護が実施されることは周知のとおりである。しかし、夜の街で出会った子どもたちの中には、保護処分から社会に復帰しても、彼らの置かれていた社会経済的状況は変わらず、再び彼らを利用する大人たちのもとに戻っているというケースもあった。少年司法はたしかに少年を保護することを目指し、大人と同じ刑事手続ではなく、子どもの特性に配慮した手続が実施されている。しかし、社会に戻ったときに財政的支援までは受けられていないため、少年院を出てきたのはよいが、仕事がない、さらに元いたブラックマーケットへ舞い戻ってしまうという現実もある。搾取の連鎖がここにある。ブラックマーケットの存在だけに責任転嫁することはできない。ブラックマーケットは搾取しながらも、子どもたちの経済生活を支えている面がある。しかし、ブラックマーケットに頼っている社会では、国家の社会政策の不作为が問われかねない。社会による子どもたちへの温かい見守りだけでなく、実際に子どもたち自身の手に届け

られる国・地方公共団体による財政的支出が必須である。

深夜の街は戦場だ

深夜の街は戦場だ。搾取の構造があるかぎり、楽しいはずの深夜の街が戦場となる。戦争では、武器を持った大人たちによって、子どもたちの生活や命が脅かされる。深夜の街では、子どもたちは搾取という目に見えない攻撃にさらされ、人生を脅かされる。

では、深夜の街は子どもたちにとってふさわしくない場なのか？ 貧困と搾取という不公正によって、子どもたちは穏やかに過ごせる居場所を奪われる。子どもたちにとってふさわしくないのは深夜の街なのではなく、子どもの尊厳を脅かす貧困・搾取・不公正を許す社会にある。すなわち、WHOは健康の前提条件（prerequisites for health）として、収入・教育・平和・平等・環境・社会正義などが掲げている²⁾。健康の前提条件が欠落した社会が、子どもたちのいる場を歪めているということができるだろう。

公衆衛生の出発点

公衆衛生の出発点に戻ろう。公衆衛生は、産業革命以降、近代資本主義社会の発展のひずみとして生じた貧困、失業、疾病との取り組みにその起源がある。そして、19世紀の市民社会においては、社会の不平等・格差・搾取との闘いが始まっていくこととなった³⁾。世界は二つの世界大戦を経て、社会防衛の公衆衛生から、一国にとどまらない人間の安全保障という重要な視点も生まれ、地球規模のグローバル・ヘルスへと視野を広げていった。そして、現代では、「健康の社会的決定要因」を定義して社会経済的要因に注目している。さらに、変革によって「誰一人取り残さない」（“No one will be left behind”）世界を目指そうと、世界は連帯を目指している（SDGs）。

Marmot は、その著書において、“the causes of

the causes”に取り組むことを提示している⁴⁾。疾病のリスクファクターを明らかにする疫学のアートは不可欠であり、さらにそのアートを一步奥にまで洞察して、健康の社会的基盤にまで思考を進めることが、公衆衛生学のアートとして必要となる。

また、公衆衛生は実践のアートである。エビデンスに基づく理論によって、実際に公衆衛生活動が展開される。そして、長い人類の歴史において、個々の困難の解決のためのエビデンスも蓄積されている。ただ、その方法については、それぞれの国・地域・文化の違いによって多様性は持ちつつも、経済支援、福祉支援、教育支援、就労支援などが必要なのは明らかである。

しかし、そこで話を終わらせていいのかというのが、18年間の活動で感じるところである。夜の現場では、子どもたちに対する社会からの不適切な取り扱いと搾取の構造が見え隠れしている。

人間の存在そのものがリスクファクターと ならないために

思春期の子どもたちにとって、思春期でいられる時間は限られている。いま思春期を生きている若者たちに待ったはない。思春期の課題を思春期の問題だけに矮小化せず、多様な価値観を民主的な過程に基づいて調整し、自由・平等・平和という人類の理想を掲げ、健康の前提を確保する社会変革への行動に移すことがわれわれの責務である。そのために、目を背けてはならない問題がある。

高度に発達した自由主義社会における不平等と、時おり湧いて出る政治・経済・社会の不公正、繰り返される戦争、そして、地球規模の環境破壊と、人類の生存に関わる根源的な問題が山積している。

「社会のしくみを変えなければ」というのが、活動に参加していた大学院生メンバーの言葉である。現在の子どもたちを取り巻く状況の根本的問題は、高度に発達した自由主義社会にありながら、旧態依然とした社会の不公正にあるのではないかという疑問を抱かされる。貧困の原因の一つが搾取に

あることは、19世紀から現代に至るまで、多くの経済学者たちが指摘してきたところである⁵⁾⁶⁾。また、21世紀の現在でも、世界ではいまだに戦争が続き、新たな貧困が生まれ、その解決が停滞にさらされている。そして、平和や社会正義をどう実現するかの課題はたしかに困難をとまなうが、「人間の存在」そのものが、地球規模の環境破壊のリスクファクターとならないために、「しょうがない」という感覚は持ちたくない。

私たちにこれから何ができるだろうか? 「私たち一人ひとりが」という個人の自覚に任せたのでは、社会のしくみを変えることはできないだろう。公衆衛生活動の基本は、意識的・組織的・継続的活動が求められるからだ。われわれは一步先へ進まなければならない。「私たちが連帯」すれば世界を変えられる(Transform our world with our solidarity)かもしれない。不平等、不公正、搾取、気候変動、紛争はグローバルな目標については、SDGsがすでに示している。人とつながり、互いを尊重し、普遍的な価値を共有し、いまある社会資源を最大限に活用して、政府・地方自治体に対して民主主義のプロセスを徹底させることは不可欠の要素だ。すべての人の幸せにつながる未来に向かって、社会医学に携わるわれわれはいまこそ思いを一つに、社会に対してのメッセージを発信していこう。

COI Disclosure: No relationships to disclose. We have no financial support from individuals, companies, or organizations.

(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) Tsutomu Tanaka, et al. “Social determinants of health in teenage girls involved with sexual exploitation on downtown streets late at night”. Nagoya J. Med. Sci, 2019, 81: 667-678.

- 2) <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (Accessed 4 Feb 2026).
- 3) Engels F. Die Lage der arbeitenden Klasse in England. Nach eigener Anschauung und authentischen Quellen [in German]. Leipzig, Otto Wigand, 1845.
- 4) Marmot M. The Health Gap. Great Britain, Bloomsbury Press, 2015.
- 5) Marx K. Das Kapital Kritik der politischen Oekonomie. Erster Band Buch 1. Hamburg, Verlag von Otto Meissner, 1867.
- 6) Piketty T. Capital in the Twenty-First Century [translated by Goldhammer A]. The Belknap Press of Harvard University Press, 2014.

(受付 2026.2.4 : 受理 2026.3.24)

Prerequisites for adolescent health from the late-night downtown street

Tsutomu Tanaka¹⁾²⁾

Abstract

We have conducted fieldwork for adolescent health through dialogue and sympathizing with youth on the late-night downtown street in Nagoya City. We would like to indicate what we found by listening to their voices.

【Bull Soc Med 2026 ; 43 (1) : 33 – 38】

1) Department of Gynecology, Minami Seikyo Hospital

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

特別報告 2025.9.7 第 66 回日本社会医学会総会 シンポジウム 2
居場所のない子どもたち

触法少年の社会医学的背景

一杉正仁¹⁾

要 旨

矯正施設で行われる医療を矯正医療と呼ぶが、矯正施設内に病院または診療所が開設されている。被収容者の健康及び刑事施設内の衛生を保持するため、社会一般の保健衛生および医療の水準に照らし適切な保健衛生上および医療上の措置を講ずべきことが法で定められている。2023 年に家庭裁判所で調査対象となった非行少年は 4 万 1943 人であり、うち保護処分の対象は 1 万 2187 人であった。保護処分の多くは保護観察であり、少年院入院者は 1632 人であった。少年院に入院する女子に特徴的な点は、ほぼ全員に虐待経験があること、衛生に関する知識が欠如していること、性に奔放であること、薬物乱用経験が多いことである。少年院入院者の多くは不遇な環境で育っており、中には幼少期の逆境体験によるトラウマを抱えている子もいる。したがって、非行少年に対しては共感的態度で接し、自らの考えや気持ちを引き出すよう務めている。貴重な子どもを社会で見守っていく必要がある。

【社会医学研究 2026 ; 43 (1) : 39 - 44】

doi:10.60435/socialmedicine.43.1_39

キーワード：矯正医療、被虐待者、薬物乱用、性感染症、教育

1. 矯正医療の背景

社会医学は個人だけでなく社会の健康と福祉の向上を目指し、もって健康増進や地域の安全に寄与する学問である。対象となる領域は多岐にわたるが、その一つに矯正医療が挙げられる。刑務所、拘置所、少年院など、司法手続きによって犯罪者や非行少年を強制的に収容している施設を矯正施設と呼ぶ。2023 年末時点で刑事施設に収容されているのは 4 万 178 人で、人口 10 万人当たり 32.3 人である¹⁾。矯正施設で行われる医療を矯正医療と呼

ぶが、矯正施設内に病院または診療所が開設されている。矯正医療については、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律第 56 条及び少年院法第 48 条で、被収容者の健康及び刑事施設内の衛生を保持するため、社会一般の保健衛生および医療の水準に照らし適切な保健衛生上および医療上の措置を講ずべきことが定められている。したがって、一般の平均的医療と同等の保健医療が行われている。矯正医療は階層性になっており、プライマリ・ケアが行える一般施設の上層には 9 か所の医療重点施設があり、さらに上層には矯正医療センターや医療刑務所といった医療専門施設（全国 4 か所）がある。東日本及び西日本矯正医療センターでは進行がんに関する集学的治療などが行われ、全国から医療を必要とする収容者が搬送される。医療においては一般の診療所や病院と同様である

1) 滋賀医科大学社会医学講座法医学部門
連絡先：一杉正仁
住所：〒 520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町
TEL : 077-548-2200 FAX : 077-548-2201
E-mail : hitosugi@belle.shiga-med.ac.jp

が、矯正施設入所者の多くは薬物乱用、自傷・他害行為、被虐待、性被害などの経験がある。したがって、矯正医療は社会医学に精通した医師が活躍できる場である。矯正医療の特殊性として以下が挙げられる。第一に、費用はすべて国費で賄われるので、標準的な医療を行い、処方薬はジェネリックが優先される。第二に、収容中は決められた時間に処方薬が渡されるので、処方薬に対するアドヒアランスはほぼ 100% である。第三に、発達障害や知的障害を有する収容者がいるため、説明に難渋することがある。第四に、診察には刑務官や法務教官が立ち会うので、医療者の安全性は保たれる。

このほか、傷病内容によっては、矯正施設外の医療機関を受診することもある。受診においては逃亡を防ぐため、一部は拘束され、かつ 3 人以上の職員が同行する。したがって、外部医療機関受診時には当該医療機関の協力を得て、診療時間内の最後や合間に診察を請うことが多い。仮に入院となった際には、病室で常に職員が監視することになる。したがって、矯正職員の負担は大きい。矯正施設では監視のもとに安静が保たれる状況であるため、点滴や安静目的であれば、極力入院を避け、矯正施設内で対応できるように配慮願いたい。一般の医療従事者に対しても矯正医療の特殊性につきご理解を頂きたい。

2. 拘禁刑の導入

刑法の改正により、2025 年 6 月から懲役及び禁固が廃止されて拘禁刑が導入された。これは、個々の受刑者の特性に応じたきめ細かな処遇を行い、効果的な改善更生と円滑な社会復帰を図ることを目的としている。懲役では作業が刑の本質であった。しかし、拘禁刑では改善更生の必要性に応じて作業を行うことになり、作業と指導を柔軟かつ適切に組み合わせた処遇となった。以前のように、一方的に矯正処遇を課すのではなく、受刑者自身にその重要性を十分に理解させ、効果的に改善更生等を図ることになった。その実施においては、

どのような作業、改善指導、社会復帰支援を行うことが本人の改善更生や再犯防止につながるかが判断される。そして、身体医療、精神医療、日常生活動作の支障、知的能力の制約等により処遇上の配慮を要するかについての判断が必要になるので、医療従事者の役割は大きい。また、拘禁刑下での作業が医療的観点からみて可能かを多職種医療従事者で判断する必要がある。さらに、社会復帰の支援において、従来から考えられている就労支援の他に、薬物依存などに対する社会的支援や罹患している傷病に対する医療的支援が必要かを判断し、場合によっては医師が外部医療機関の担当者と直接に情報交換する必要がある。2023 年度において、全国の矯正施設における医療関係職員定員（常勤職員に限る、このほか非常勤職員が勤務する）は医師 328 人、看護師 505 人となっている。しかし、拘禁刑下できめ細かな配慮を行うにあたっては、人員不足であることは否めない。

3. 少年による犯罪の現状

少年（20 歳未満）による刑法犯、危険運転致死傷及び過失運転致死傷等の検挙者数は平成 15 年以降減少傾向であったが、2022 年から増加に転じ、2023 年は 3 万 4768 人であった¹⁾。このうち、刑法犯 2 万 6656 人を男子 2 万 2362 人、女子 4294 人に分け、罪名別にみると、男子では窃盗が最も多く（1 万 1184 人）、傷害（2328 人）、横領（1536 人）と続いた。女子では窃盗が最も多く（2975 人）、傷害（245 人）、詐欺（205 人）と続いた。検挙時の就学・就労状況では、高校生が 41.3% と最も多く、中学生（20.9%）、有職少年（18.6%）と続いた。

20 歳未満で、少年保護手続きの対象となるのを非行少年と呼ぶ。非行少年は犯罪少年、触法少年及びぐ犯少年に分けられる。犯罪少年は、14 歳以上で罪を犯した少年であり、触法少年は 14 歳未満で罪を犯した少年である。ぐ犯とは、未だ犯罪をおかしていないものの、保護者の監督に服さない、犯罪性のある人と交際しているなど、将来罪を犯すおそれがある少年を指す。警察は、反則金の納

付がある道路交通法違反を除き、罰金以下の刑に当たる犯罪の被疑事件は家庭裁判所に送致し、それ以外の犯罪の被疑事件は検察官に送致する。検察官は、必要に応じて、事件を家庭裁判所に送致する。なお、令和 4 年から施行された少年法では、成年年齢が 20 歳から 18 歳に引き下げられたが、18 歳及び 19 歳の少年（特定少年という）では、罰金以下の刑に当たる犯罪の被疑事件でも検察官に送致される。触法少年及びぐ犯少年については、児童相談所長からの送致を受けるなどして家庭裁判所で審判される。

家庭裁判所では個々の事件について調査を行うが、必要に応じて当該少年を少年鑑別所に送致して、医学的視点などから鑑別が行われる。調査の結果に基づいて、審判開始、審判不開始の決定がされる。審判の結果、刑事処分相当と判断されれば検察官に送致される。それ以外は、保護処分あるいは不処分となる。保護処分では、保護観察、児童自立支援施設・児童養護施設送致あるいは少年院送致のいずれかとなる（図 1）。2023 年には、家庭裁判所で調査対象となった非行少年は 4 万 1943 人であり、うち保護処分の対象は 1 万 2187 人であった。保護処分の多くは保護観察であり、

少年院入院者は 1632 人であった¹⁾。

4. 少年院の実態

2023 年における少年院入院者 1632 人のうち、男子は 1498 人、女子は 134 人である。少年院においては、個々の特性に応じて体系的かつ組織的な矯正教育が実施されている。すなわち、個々の在院者の特性に応じて行うべき矯正教育の目標、内容、方法、期間等が定められている。そして、在院者には、生活指導、職業指導、教科指導、体育指導及び特別活動指導の 5 つの分野にわたって指導が行われる。医療においては、少年院の職員である医師または少年院の長が委嘱する医師が、在院者の診療を行い、必要な医療上の措置をとっている。

著者は女子少年院に勤務しているが、少年院に入院する女子に特徴的な点を挙げる。

①ほぼ全員に虐待経験がある。

法務省大臣官房司法法制部の記録によると、少年院入院者の約半数は保護者からの虐待を受けた経験があるという（図 2）。これは、入院時に少年が自ら申告した内容に基づく。しかし、著者が診察時に聞き取った限りでは、ほぼ全員の入院者が何らかの虐待を受けた経験がある。特に、少年院入院者に特徴的なのは、図 2 に示す通り、身体的虐待が圧倒的に多いことである。全国の児童相談所における虐待相談では、心理的虐待が 59.8% と最も多い。したがって、少年院入院者では保護者から何らかの暴力を受けていた子が多いということである。著者らも診察時に確認するが、体表に過去の外傷痕を、エックス線写真で陳旧な骨折痕を認めることがある。虐待を受けた子には、発育障害、認知的発達の障害、感情のコントロール障害、愛着障害が生じるという。したがって、これが逸脱行為、犯罪への関与、悪の虜にされることにつながる。さらに、虐待的人間関係の再現につながり、不適切養護や自らの兄の虐待に及ぶと考えられている。したがって、虐待そのものを予防する、

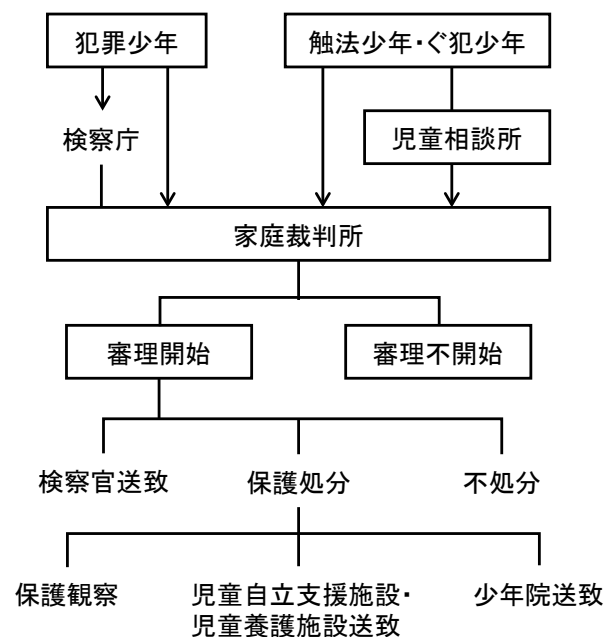


図1 非行少年に対する手続き（文献1より引用改変）

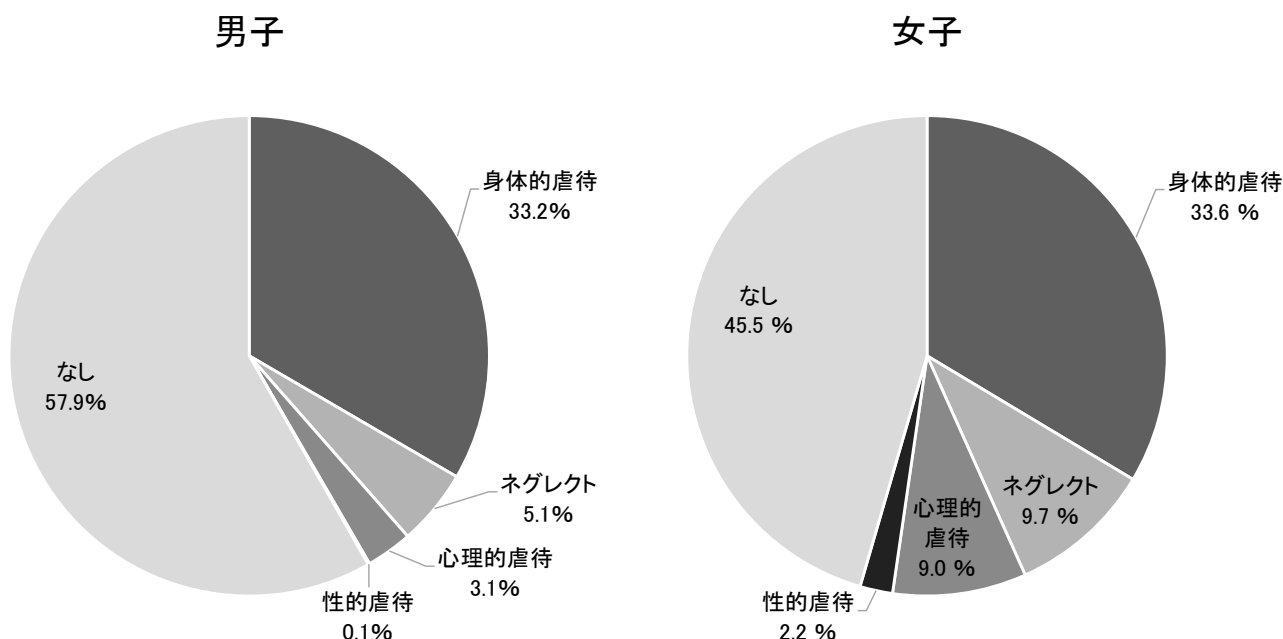


図 2 少年院入院者の被虐待経験（文献 1 より引用改変）

一次予防が社会の課題と考えられる。

②衛生に関する知識の欠如

前述の通り、多くの入院者は十分な教育を受けていない。したがって、清潔に関する知識が欠如している。少年院は集団で生活する故、施設内の感染予防も重要な課題である。手洗い、うがいといった基本的な感染予防の重要性を説明する必要がある。さらに、擦過痕や挫創などの損傷を負っても、放置することがある。結果的に局所の感染につながり、抗菌薬の投与などを必要とする。血液中は無菌状態であることなどを説明し、損傷を負った際には直ちに流水で洗い流すことよう指導している。違法薬物使用経験がある入院者のうち、注射器による覚せい剤投与の経験者がいる。彼女らから聞き取ると、注射器を使いまわしていた、覚せい剤を水道水で溶解して静脈注射していたという。医療従事者が聞くと驚く内容であるが、当事者には衛生に関する知識がなかったため、このような行為に及んだという。衛生面全般に関する教育が必要である。

③性に関する奔放さ

女子少年院入院者の多くは、すでに複数の男性

と性的関係を持っている。中には数十人以上との関係がある女子もいる。単に快楽を目的とするだけでなく、援助交際などの経験者もいる。スマートフォンで援助交際の相手を求める、東京や大阪の歓楽街で声を掛けられるのを待つ子もいた。その際に、十分な避妊をしておらず、妊娠歴がある子もいる。特に少年鑑別所や少年院では入所時に妊娠反応を確認し、簡易検査で陽性であれば直ちに産婦人科を受診するようにしている。妊娠が確認された場合には、本人の意思を最大限尊重しているが、著者らの施設でも、年間 1 人程度妊婦が含まれる。医務のスタッフは、妊婦としての日常生活をサポートするとともに、定期的に外部の産婦人科で妊婦健診を受けられるように配慮している。そして、最終的には、外部の医療機関で出産する。なお、直後に児童相談所に通告され、産まれてきた子どもは乳児院などで保護されているのが現状である。

さらに、性感染症に罹患している子も多く、過去に複数回の感染既往者もいる。著者は、女子少年院入院者に対しては、梅毒、クラミジア、淋菌、トリコモナス、B 型肝炎、C 型肝炎、HIV

に感染していないかを確認している。特に、クラミジアは高率に検出される。陽性であった感染症は施設内で直ちに治療している。

出院後に望まぬ妊娠や性感染症の罹患を防ぐために、性に関する正しい知識や対処法を教育している。

④多い薬物乱用経験

少年院入院者では高率に薬物乱用の経験がある。医薬品のオーバードーズであるが、鎮咳薬や鎮痛薬は多幸感と幻覚作用を目的に多量摂取される。また、自殺企図で向精神薬を多量服用することがある。医師の処方箋を必要とする医薬品でも、インターネットなどで入手しているのが現状である。また、違法薬物であるが、大麻、LSD、MDMA、覚せい剤使用者が散見される。著者が入院者から聞き取ったところでは、14 歳ころに知人の勧めで薬物を使用し始めることが多く、多くは複数の薬物を使用していたという。交際者が違法薬物使用者であることや薬物の売人であることも多い。必要に応じて、入院中には薬物非行防止指導、交友関係指導を行っている。

5. おわりに

本稿では、矯正医療及び女子少年院における医

療から見える現状をご紹介した。少年院入院者の多くは不遇な環境で育っており、中には幼少期の逆境体験によるトラウマを抱えている子もいる。したがって、非行少年に対しては共感的態度で接し、自らの考えや気持ちを引き出すよう務めている。そして、必要に応じて、長期的な心のケアを行うことも重要である。また、妊娠や出産に関する知識だけでなく、健康や衛生に関する知識に乏しいことが多く、在院中にこれらの教育を行う必要がある。出院後は、悪とのつながりを断ち、健康で安全に暮らせるように配慮する必要がある。少子化が社会問題となっている今日、貴重な子どもを社会で見守っていくべきである。矯正医療は、社会医学のなかで重要な一分野であることを強調したい。

(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。)

参考文献

- 1) 法務省 法務総合研究所:令和 6 年版 犯罪白書. 2025.

(受付 2026.1.13:受理 2026.3.24)

Background of the juvenile criminals from the viewpoint of social medicine

Masahito Hitosugi¹⁾

【Bull Soc Med 2026 ; 43 (1) : 39 - 44】

Key words: correction medicine, abused person, drug abuse, sexual transmitted disease, education

1) Department of Legal Medicine, Shiga University of Medical Science

特別報告 2025.9.7 第 66 回日本社会医学会総会 シンポジウム 3 × 次世代企画コラボレーション
気候変動に取り組む

指定発言「2050 年からの手紙」

佐々木隆史¹⁾²⁾

【要旨】

気候変動は熱中症、循環器・呼吸器疾患の増悪、災害や感染症、食料・水不安などを介して健康を脅かし、社会的弱者ほど影響が大きい。特に次世代では被害が顕在化し、2020～2030 年は将来の気候を左右する重要な時期とされる。指定発言「2050 年からの手紙」では、気候危機を「未来の臨床現場からのメッセージ」として具体化し、① 2050 年の健康影響を自分事化、②気候変動を健康の社会的決定要因として脆弱性・不公平を共有、③医療・地域・制度で取るべき行動を討議することを目的に実施した。導入で「2050 年からのメール」と写真を用いた対話を行い、続いて CDC 等の知見とプラネタリーバウンダリーを整理し、緩和と適応、公正の視点を踏まえ行動を議論した。物語と視覚的手法は感情と倫理に訴え、科学的理解と健康格差の視点を短時間で結び付けた。

【社会医学研究 2026；43（1）：45－48】

doi:10.60435/socialmedicine.43.1_45

【背景】

気候変動は、熱中症や循環器・呼吸器疾患の増悪、感染症の流行域変化、洪水・干ばつ・森林火災による外傷・精神的負担、食料・水の不安定化など、多面的に健康を脅かす。WHO は気候変動を「21 世紀最大の健康への脅威」と位置づけており、環境因子による死亡は世界で年間約 1300 万人にのぼる。こうした影響は社会的立場が弱い人、小児・高齢者、貧困層、移住・外国人等により強く現れ、健康格差の拡大と平和・安全保障上の課題とも深く結びつく。社会医学の立場からは、疾病の下流

対策だけでなく、健康の上流要因としての気候危機に向き合い、政策・地域づくり・医療提供体制の転換を同時に議論する必要がある。

また、気候変動の影響は次世代ほど強く表れる。いまの Z 世代が 40～50 代になった時には、今以上の熱中症被害や災害被害等が多発して、彼ら彼女らに健康被害を及ぼし、ウェルビーイング達成を阻害するのは、疑う余地がない。

そして、2020～2030 年は、人類が以降 1000 年の地球気候を変えられる最後のチャンスともいわれている。

【目的】

本企画は、抽象的になりやすい気候危機を「未来の臨床現場からのメッセージ」として具体化し、参加者が① 2050 年に起こり得る健康影響を自分事として捉えること、②気候変動を健康の社会的決

1) 一般社団法人みどりのドクターズ

2) 医療生協こうせい駅前診療所

連絡先：佐々木隆史

医療生協こうせい駅前診療所

住所：〒 520-3231 滋賀県湖南市針 337-1

TEL：0748-71-3222 FAX：0748-71-3223

E-mail：sasachon0603@hotmail.com

定要因の一つとして認識して、脆弱性と不公平の観点を共有すること、③いま取るべき行動（医療現場・地域・制度）を討議することを目的に実施した。

次世代委員会企画とコラボレーションすることで、Z世代に気候変動の問題をジブンゴト化してもらい、「何かできる」という自己効力感を高めて、いろいろな人と協働して行動レベルでの変容を起こすきっかけとしたい。

【企画概要】

知識レベルよりも視覚感情レベルからアプローチするために、導入として、参加者に「2050年からのメール」が突然届くという物語を提示した。差出人は、参加者が2050年の未来に病院実習で指導した学生であり、「2050年の悲惨な地球と健康問題を変えるには、なるべく早く気候変動を止めるしかない。過去に送れる限界である25年前の今日に送る」と訴える設定である。

【プログラム内容】

1) 物語提示と写真による対話：メールに添付された2枚の写真（図1, 2）を提示し、「この写真から何を感じるか」「2050年9月に何が起きている／何が進行していると想像するか」「なぜこの2枚が送られてきたのか」を問い、個人内省→グループ→全体共有の順に対話を進めた。1枚目は2050年9月の救急外来の場面で、多くの子供や高齢者、労働者などが廊下にあふれて点滴をしている場面で医師は多忙に飛び回って診察をしている。熱中症の増加により社会的脆弱な立場の人が被害を受けており、かつ医療現場は人員を増やすなどの対応が出来ていないことを可視化した。

2枚目は都市部の診療室で医師と患者が穏やかに対話する場面で、他方は脆弱な居住環境で家族に医療者が訪問する場面である。対比により、同じ2050年でも「適応資源の格差」「曝露と脆弱性の差」「医療へのアクセスの差」が健康影響を増幅し得ることを可視化した。



図 1



図 2

2) 科学的根拠の整理：

①気候変動はいのちに直結する問題

環境因子による死亡は年間 1300 万人であり、人類が直面する単一では 21 世紀最大の健康への脅威と WHO が定義しており、これが気候変動のため、死亡者が増加傾向である。ゆえに、いのちに携わる医療関係者が行動を起こさなければならないことを主張した。

②気候変動で悪化する疾患

アメリカ疾病予防センター（CDC）が提示した気候変動と健康の関係に基づく「上昇する気温」「極端気象の増加」「海面上昇」「二酸化炭素増加」から、熱中症・心不全、外傷、喘息・心血管疾患、マラリア・デング熱等の媒介感染症、アレルゲン増加、水系感染症（コレラ等）、栄養失調や強制移住・紛争、精神的負担へ至る連鎖を提示し、気候変動はあらゆる疾患を数と重症度を悪化させ、臨床・保健・政策が交差する課題であることを確認した。

③健康を維持するためには健康の社会的決定要因

気候変動による健康被害は自己努力では補いきれない被害を及ぼす。収入がない、健康のために使える時間がない、受けた教育が少ない、医療機関へのアクセスが困難などがわかりやすい。マクロレベルでは、周囲からの差別がある、医療保険がない、そして、戦争状態であることは健康状態を悪化させる。これと同じように、気候変動も影響を及ぼし、まだ生まれていない次世代を含め、社会的弱者ほどその被害を多く受ける。

④ Planetary Boundary

地球の負担になっているのは気候変動だけではない。人類が地球に及ぼした様々な影響を、地球が自然に対応できる境界を示した言葉である。【気候変動・新規化学物質・生物多様性の損失・土地利用の変化・淡水変化・生物地球科学的循環・海洋の酸性化・大気エアロゾルの負荷・オゾン層の破壊】の 9 つの分野に示されている

が、2009 年に 3 項目、2015 年に 4 項目、2023 年に 6 項目、2025 年には 7 項目、地球の限界を大きく超えてしまった。気候変動を含めたプラネタリヘルスという言葉が 2015 年に Lancet 誌とロックフェラー財団により定義された。略す形でいうと、人類の繁栄は地球環境の安定の下に成り立つ、という意味である。高血圧、糖尿病、変形性膝関節症、歯周炎、白内障など、人間でいうと地球は多疾患併存状態である。

3) 行動の議論：

ネット公開動画（#DoorwayToGreen：https://www.youtube.com/watch?v=kcp_ORK5fqE&t=5s）を使い、限りある資源を今の大人現役世代が悪意なく使って、次世代の自己実現を妨げているという現実を、好きな絵を描くためのクレヨンで大人たちが明るい色ばかり使って、つぎに絵を描く子供たちには暗い色しか残っておらず、残ったクレヨンでしか好みの絵が描けないという比喻から感じてもらった。

最後に「いまなら、まだ間に合う」を合言葉に、医療者としての緩和（脱炭素）と適応（熱対策、災害、感染症等）の両輪、そして公正（just transition）の視点を踏まえ、再度、【2020～2030 年は、

人類が以降 1000 年の地球気候を変えられる最後のチャンス」ということを強調して講義は終わり、後半の次世代規格のワークショップへの問題提起を行った。

【考察】

「2050 年からの手紙」という物語形式は、データ提示だけでは届きにくい感情・倫理・専門職アイデンティティに訴え、参加者の想像力を起点に科学的知見へ接続する点で有効であった。また 2 枚の写真の対比は、気候変動が「平均気温の上昇」だけでなく、社会構造と結びついて健康格差を拡大する問題であることを短時間で共有する助けとなった。社会医学においては、健康影響の記述に加え、政策決定過程、地域の脆弱性評価、当事者参加、医療の脱炭素と質・安全の両立など、実装研究の視点が重要であると考ええる。

（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。）

（受付 2026.2.13：受理 2026.3.24）

特別報告 2025.9.7 第 66 回日本社会医学会総会 シンポジウム 3 × 次世代企画コラボレーション
気候変動に取り組む

気候変動に取り組む ～学生の災害時支援活動, 災害への備えに繋がる活動

後藤至功¹⁾

要旨

近年, わが国では, 年平均気温が 100 年当たりで 1.30℃ 上昇しており, これと相関するように, 全国的に洪水, 土砂災害等の気象災害による被害が多発している. 本学ではこれまで災害発生において, 幾度となく災害支援活動の取り組みを進めてきた. 併せて, 本学ではソーシャルワーク教育の一環として, 地域防災活動, 災害時要配慮者支援の取り組みに着手, 地域住民, 当事者, 行政, 関係機関とともに減災・防災を目的とした活動を進めながら, 専門職養成を進めてきた. 一例を挙げると, ハザードマップを活用し, 地域の安全ゾーン, 避難経路を確認するといった取り組みや避難生活を想定したシミュレーション, 福祉施設・事業所が取り組む BCP (事業継続計画) の作成等への参加である. 気候変動対策として現在取り組まれている「緩和」と「適応」策にてらすと, このような取り組みは, まさに「適応」策の具体的実践といえる. 本稿では, これまでの実践を踏まえ気候変動を見据えた災害対策 (適応策) の必要性について論じてみたい.

【社会医学研究 2026 ; 43 (1) : 49 – 54】

doi:10.60435/socialmedicine.43.1_49

1. 阪神・淡路大震災から 30 年の変遷

2024 年 1 月 1 日夕刻, 石川県能登地方をマグニチュード 7.6, 最大震度 7 を観測する地震が発生した. また 9 月には温帯低気圧及び秋雨前線, 線状降水帯といった気象の影響により, 奥能登地方 (輪島市, 珠洲市, 能登町, 穴水町) を中心に記録的な豪雨となり, 広域的な被害をもたらした. これら災害により, 2025 年 12 月 25 日現在, 死者 698 名, 重軽傷者 1,407 名を数え, その内, 470 名が災害関連死と認定された. また, 住家被害については, 全壊 6,537 棟, 半壊 23,703 棟であり, 一部損壊を

合わせると 165,563 棟の住宅が被害を受けた¹⁾.

1995 年の阪神・淡路大震災より 30 年が経過するが, この間, 毎年のように地震及び風水害が発生し, 全国各地に大きな被害を及ぼしている. そしてこの 30 年の間に社会は大きな変貌を遂げ, 「阪神・淡路大震災の時は」という常套句が, ある意味, 通用しない段階に来ている. まず, 高齢化率は 1995 年 14.6 パーセントであったが, 2024 年にはその 2 倍以上となる 29.1 パーセントに上昇した. 降雨量 (全国の 1 時間降水量 50mm 以上の年間発生回数) も 206 回から 2022 年には 382 回と増加傾向をみせる. また, 2013 年より運用されている気象災害による特別警報は開始以来, 毎年欠かすことなく発令されており, いかにこの十数年が異常な事態であるかがわかる. 一方, 全国の消防団の数は 975 千人から 2024 年には 746 千人と 20 万人以

1) 佛教大学
連絡先: 後藤至功
住所: 〒 603-8301 京都市北区紫野北花ノ坊町 96
E-mail: ygoto@bukkyo-u.ac.jp

上減少している。増えて欲しい数値は減り、逆に減って欲しいものが増えるという状況である。こと降雨量については、温暖化の影響によってわが国では年平均気温が100年当たりで1.30℃上昇しており、これと相関するように全国的に大雨や短時間強雨の発生頻度も増加し、洪水、土砂災害等の気象災害による被害が多発している。

このような社会情勢・社会基盤の変化により、国の防災対策はますます重要性が増し、特に災害時における要配慮者支援が重点施策の柱となってきた。2006年の災害時要援護者の避難支援ガイドラインを皮切りに、2013年の市町村における要援護者名簿作成の義務化、2021年の個別避難計画の努力義務化、指定福祉避難所の設置、そして介護施設及び障害福祉事業所におけるBCP（事業継続計画）の義務化等、要配慮者支援にかかる支援体制の整備が進められた。そして能登半島地震の教訓を受け、2025年には災害対策基本法、災害救助法等の法律改正が行われた。本改正では初めて被災者支援に対する福祉支援の充実が謳われ、高齢者等の要配慮者、在宅避難者等に対する福祉サービスの提供が明記された。これはこれまでの「自助」に頼っていた社会政策が社会構造の変化により、「互助」、「共助」そして「公助」の役割を強化し補完せざるを得ない状況に至ったことを示唆するといえる。

2. 能登半島における地震及び豪雨災害

先に述べた令和6年能登半島地震では、主に配電設備の損傷により石川県を中心に最大4万戸が停電した（電源車等の対応により1月末時点で停電は約2,500戸まで減少）。また、長期にわたり、上下水道の配管損傷等の影響により断水状態が続いた²。併せて、道路の隆起、地すべり等により国道249号線をはじめとする生活道路、のと里山海道が通行止めとなり、これらは迂回による遅延、慢性的な渋滞を引き起こす原因となった。そうした影響もあり、発災後、奥能登地方を中心に5,000人以上の被災者が金沢市や加賀市等へ広域避難し

ている。当時、石川県や災害派遣医療チーム（DMAT）は能登半島における社会福祉施設・事業所の被災調査を行い、被災地での生活が困難と判断される入所者ら2千人以上を県内外の特別養護老人ホーム等に避難させた。輪島市にある特別養護老人ホームでは建物損壊と断水により避難生活は困難と判断し、複数の施設へ広域避難を行った。また穴水町の障害福祉施設では、発災後、しばらくの間は自施設にて避難生活を送っていたが、感染症拡大により全国へ広域避難を余儀なくされた。2024年1月19日から2月1日に石川県がDMAT（災害派遣医療チーム）等と連携し実施した被災施設・事業所の調査によると、利用者の広域避難を選択した社会福祉施設・事業所は120施設・事業所中33施設・事業所であった。本調査は奥能登地方のみならず七尾市、志賀町、中能登町も対象としているが、奥能登地方に限ると28施設・事業所となる。輪島市においては入所施設に関して門前地区以外の地域では全て広域避難を選択している。珠洲市においてもほぼすべての社会福祉施設・事業所が広域避難を選択する結果となった。また震災を機に、休止した在宅福祉サービス事業所の多くが廃止・縮小となり被災地では現在、ケアプランが組めない状況になっている。高齢者をはじめとする被災者にとって、このことが被災地へ戻る足かせになっているのが実情であり、復興を妨げる要因の一つとなっている。また、社会福祉施設・事業所については、結果として、地元で粘って事業継続した施設・事業所の方が、復旧のフェーズは確実に早いことが明らかとなってきた。

このように、今回、やみくもに広域避難の対策を進めた結果、奥能登地方では人口減少率が14%を超えている（40歳未満では24・5%の減少率）³。奥能登地方は特に地震の後に起こった9月豪雨の被害が決定的となり、国は集約的まちづくりの名の下、コンパクトシティへの方向に舵を切ろうとしている。地元では、「これまでも風水害は起こっていたが、ここまでひどい被害は起きなかった」、「最近の雨は護岸設計で想定していた雨量を軽く超える（今回は2倍）」といった「想定外」という言

葉を出す被災者が次々に現れて、想定範囲をアップデートする必要に迫られている。しかし「緩和策」ともいえるそれらに対応できる自治体は財政上の問題や担い手不足の問題等により、極めて少ないのが現状である。

3. 本学における主な災害支援活動

本学ではこれまでも災害発生において、以下のような災害支援活動の取り組みを進めてきた。また、先の能登半島地震および9月豪雨災害においては、現在、日本ソーシャルワーク教育学校連盟がDWAS-JAPAN (Disaster Welfare Assistance Student - JAPAN) を組織化し、全国の大学による支援活動が広く展開されている。今後、被災現場における学生の役割、可能性はますます期待されており、ソーシャルワーク教育においても災害福祉に関する内容が新カリキュラム改訂で追加された。

2011年の東北地方太平洋沖地震（以下、「東日本大震災」）では発災より1カ月を待たずして、本学より約30名の学生・教職員が被災地を訪れている。これは（特非）さくらネットが主催した「いわてっこ応援！学生ボランティアバスプロジェクト」によるもので、全国からは6大学93名の学生・教職員が被災地へ参集し、炊き出し及び子どもの遊び場開設といった支援プログラムを展開した。

2012の京都府南部地域豪雨災害では、天井川で

ある弥陀次郎川の堤防が決壊した他、複数の河川が氾濫した。発災後、京都府宇治市災害ボランティアセンターと連絡を取り、1週間に亘る支援活動が行われた。参加した学生は床下の泥だしや用水路のがれき、泥の搬出、また倒壊フェンスの撤去といった作業を通じて自然災害における脅威と破壊力の凄まじさを実感した。この後に続くH25年台風18号災害（2013年京都市南丹市）、H26年8月豪雨災害（2014年京都市福知山市）についても本学より学生・教職員を被災地へ送り出す取り組みを続けた。参加した学生からは「その年の収穫されるはずであったお米は水害により潰えてしまい、多くの農家の方々が被害に遭われ、そんな被災者の方々に何もお声掛けをすることができませんでした」、「普段私たちが当たり前だと思っている日常生活は災害という突発的な出来事によって激変することを実感した」といった声が聞かれた。そして2014年に発生したH27年9月関東・東北豪雨災害では茨城県常総市へ、2016年の熊本地震では熊本県益城町、2018年の西日本豪雨災害では広島県三原市を訪れ被災者の支援活動を行った。

このように振り返ると、本学ではさまざまな災害現場を実践的な教育の機会として学生に提供していることがわかる。これは単に学問としての教育機会というだけではなく、「人間力」の醸成を図る機会としても、その効果は非常に有効であったといえる。災害現場では、日常では気づくことが少ない社会事象や災害によって顕在化・可視化さ

表 本学における主な災害支援活動

	災害名（通称）	活動場所	活動期間	活動者数
2011	東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）	岩手県釜石市、宮古市	4/8～11	28名
2012	京都府南部地域豪雨災害	京都府宇治市	8/20～26、9/1	延べ79名
2013	H25年台風18号災害	京都府南丹市	9/20～9/23	延べ77名
2014	H26年8月豪雨災害	京都府福知山市	8/27～28	延べ37名
2015	H27年9月関東・東北豪雨災害	茨城県常総市	12/12～13	延べ27名
2016	熊本地震	熊本県益城町	8/3～8/22	延べ32名
2018	H30年7月豪雨（西日本豪雨災害）	広島県三原市	8/6～13、8/16、8/19、9/22～23、12/22、6/23	延べ90名
2020	R2年7月豪雨（九州豪雨災害）	熊本県人吉市	9月（新型コロナ禍の為、遠隔支援を実施）	18名
2024	能登半島地震	石川県珠洲市	6/7～6/9	20名

れてくる社会の構造的な不具合、歪みといった問題の一端を垣間見ることがある。今回のテーマのように災害現場から気象変動の影響を改めて考える学生も少なからずいるだろう。社会の一員として、災害現場を目の当たりにする学生が、自分事としてその根本原因を捉え、何ができるかを主体的に探究する実践はまさにアクティブ・ラーニング、PBL（課題解決型学習）そのものであることがわかるだろう。

4. 日常の取り組みから気候変動における「適応」策を考える

併せて、本学ではソーシャルワーク教育の一環として、地域防災活動、災害時要配慮者支援の取り組みに着手、地域住民、当事者、行政、関係機関とともに減災・防災を目的とした活動を進めながら、ソーシャルワーカーの養成に寄与している。一例を挙げると、ハザードマップを活用し、地域

の安全ゾーンと危険ゾーン、避難経路を確認するといった取り組みや災害時に備えた避難グッズの作成、要配慮者の把握やそれら当事者の組織化支援、避難生活を想定したシミュレーション、福祉施設・事業所が取り組むBCP（事業継続計画）の作成等への参加である。これらの活動は気候変動における「適応」策として捉えた場合、どのような可能性を秘めた取り組みといえるだろうか。

図は地域で展開される災害支援を4象限マトリクスとして俯瞰したものである。横軸は中心を「発災」として展開される「日常－災害」の軸であり、縦軸は「一般住民対象－要配慮者対象」を表している。気候変動に対応する適応策としては、主に第1、第3象限がこれにあたる。

まず、防災教育についてであるが、私が常日頃、これらの活動で特にこだわる必要があると感じているのは、地域における「安全ゾーン」「避難経路」の確保である。地域のハザードマップにおいて、どこが安全でどこが危険かを明らかとし、そこに暮ら

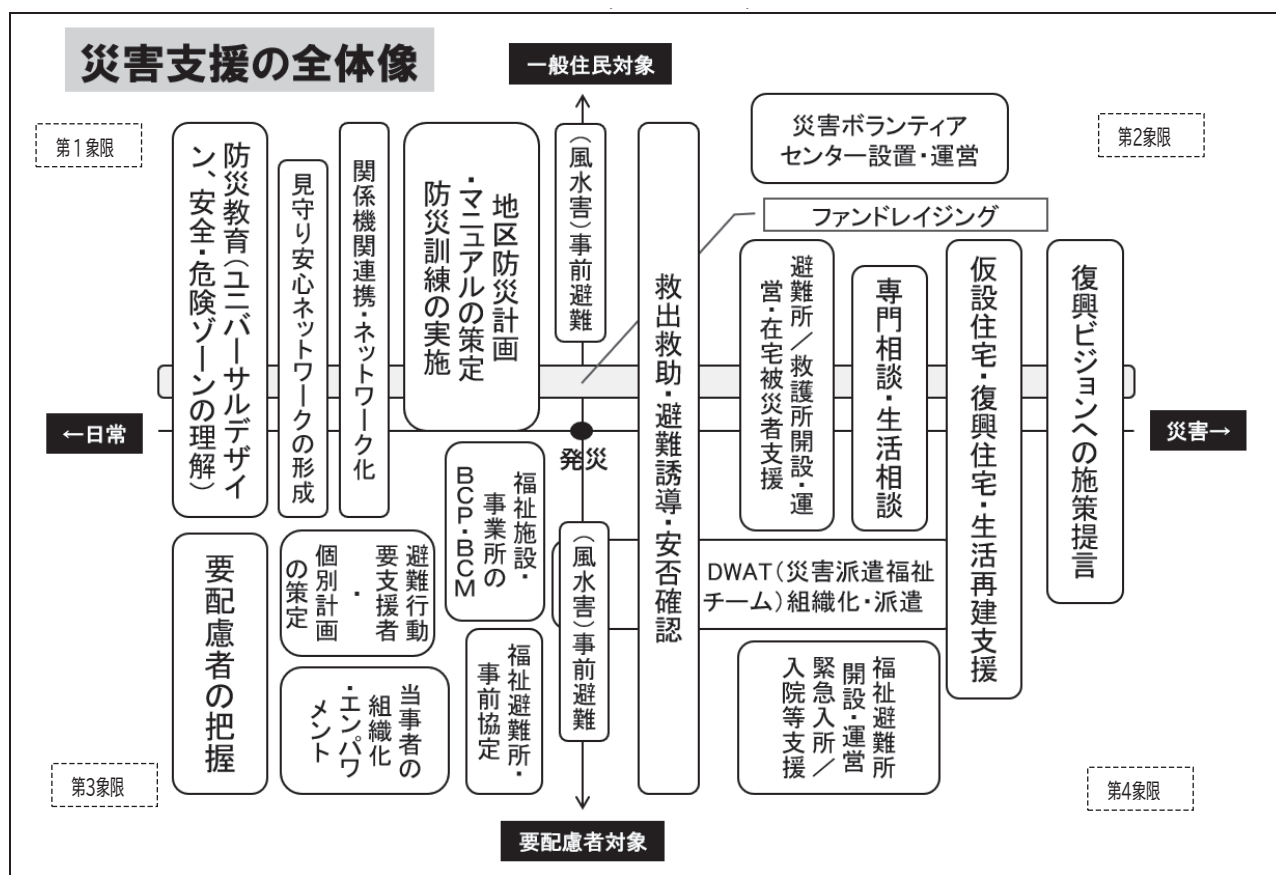


図 災害支援の全体像（筆者作成）

す住民自らが安全ゾーンを認識し、いざという時に適切な動線を通り安全ゾーンまで避難できるか。この確認作業をワークショップや座談会等を通して進める取り組みである。地域においては、これをワークショップにおいて「福祉防災マップ」として整理し、毎年、更新作業を行う事例（兵庫県養父市）や「逃げ地図」の技法を活用し、住民自らが街を歩きながら、安全ゾーンの確保を模索する事例（和歌山県有田市）等がある。これらの作業は「地図」を作成することだけが目的ではなく、むしろあくまでも地図づくりを通して、一人でも土地勘のある住民を養成し、話し合いを通してコミュニティ意識を醸成することに重きをおいている。

次に要配慮者の把握および当事者の組織化、見守り安心ネットワークの形成である。これまでの大規模災害において、直接死もしくは災害関連死において高齢者、障害者が死亡する割合が高いことがわかっている⁴。過去の災害の教訓より2013年の災害対策基本法改正において要配慮者名簿の作成を市町村へ義務化した⁵が、個人情報保護法により住民への情報提供は一定のハードルが設けられているため、十分な活用がなされていないのが実情である。そのため、地域自らが要配慮者の把握を進め、日常的な関係性の形成を目指す取り組みが見られる。京都市北区大宮学区では、「大宮ほっとかへんで運動」として自らが安心カードを手掛け、地域内の要配慮者を把握する活動が進められている（本学でも取り組みに協力している）。このような取り組みは全国的にも散見されており、べっちゃん運動（兵庫県淡路市）、玉川田園調布会（東京都世田谷区）等が挙げられる。また、災害時要配慮者を日常的に組織化し、当事者自らが災害対策及び関係性の構築につとめる取り組みも重要である。例えば、京都市北区紫野学区では、「一人暮らし高齢者の会パープルフレンズ」の組織化が進められており、2018年に発生した西日本豪雨災害では、メンバー同士が声を掛け合い、自主的に地域の避難所へ避難する行動がとられた。能登半島地震においても、被災地でこれまで活動を行っていた当事者組織・セルフヘルプグループが当事者同

士による助け合い活動を展開した⁵。

災害に備えた取り組みとして、官民あげて全国的に進められているのが、個別避難計画の作成である。これは2021年災害対策基本法改正により、個別避難計画が市町村の努力義務となったことが大きな要因であると考えられるが、2024年4月1日現在、全国の策定率は、庁内の連携に取り組む団体は1,624団体（94.3パーセント）、庁外との連携に取り組む団体は1,568団体（91.1パーセント）、ケアマネジャーなどの福祉専門職の参画に取り組む団体は1,398団体（81.2パーセント）個別避難計画に係る訓練に取り組む団体は918団体（53.3パーセント）であった⁶。避難場所（安全ゾーン）をあらかじめ想定し、支援者の協力をもとに避難を図る取り組みとしては有効な手段といえるが、多くの自治体において、作成における苦労や作成による効果を疑問視、懸念する声が出ているのも事実である。策定にあたっては、要配慮者本人が作成する方法、個別に計画作成担当者と要配慮者本人により作成する方法、地域調整会議を開催し作成する方法等が考えられるが、これらの計画が十分近隣住民へ周知されていないため、実質、機能しないのではないかと懸念である。兵庫県宝塚市の第5地区では、地域包括支援センターが会合を設け、当該地域の住民を集め、安全ゾーンと避難経路を確認する取り組みを進めている。そしてその会合には要配慮者本人及び介護支援専門員、計画作成担当者が参加し、参加住民と顔を合わせる機会を提供している。また、群馬県みどり市ではまず、地区防災計画を策定し、計画をもとに個別避難計画を要配慮者本人も加わり作成する取り組みを進めている。

その他、避難所運営訓練を地区単位で実施しながらいかに災害関連死を抑止するかを検討する取り組みや社会福祉施設・事業所におけるBCP（事業継続計画）の策定に取り組む事例がある。これらの取り組みも現在取り組まれている気候変動に伴う「緩和」と「適応」策にてらしていえば、まさに「適応」策の具体的実践といえる。日常と災害は連動し、日常にできていないことは災害時に

もできない。地域福祉 / 地域防災で大切なのは、地域住民がその地域のことを愛し、周りの人々との関係性の中で安心・安全を享受できることであり、そのために、災害を見据えて日常の「話し合い」(協議)と「力合わせ」(協働)できる活動を創りだしていくことが重要である。

注

¹ 内閣府「令和 6 年能登半島地震による被害状況等について・令和 6 年能登半島地震による被害状況等について (令和 7 年 12 月 25 日 18:00 現在)」参照

https://www.bousai.go.jp/updates/r60101notojishin/r60101notojishin/pdf/r60101notojishin_60.pdf

² 経済産業省「令和 6 年能登半島地震の電力・ガスにおける復旧対応等について」参照

https://www.bousai.go.jp/jishin/ното/taisaku_wg_02/pdf/siryo2_1_3.pdf

³ 人口減少率の数値は 2026 年 1 月 1 日現在 (石川県調べ)。奥能登地方の推計人口 4 万 7436 人となり、2024 年 1 月 1 日時点の 5 万 5213 人から 7777 人 (14・1%) 減少した。

⁴ 2011 年に発生した東日本大震災において宮城県女川町では身体障害者手帳所持者 520 名の内、81 名が死亡 (障がい者の死亡率は住民全体の 2.5 倍) している。また、災害関連死の 9 割が 66 歳以上の高齢者であった。平成 30 年 7 月豪雨では愛媛県、岡山県、広島県の死者数のうち、60 歳以上の死亡の割合は約 70% (うち、岡山県倉敷市真備町では 70 歳以上の割合約 80%)、令和 2 年 7 月豪雨でも全体の死者数のうち、65 歳以上の死者数の割合は 79% (うち、熊本県では 65 歳以上の割合約 85%) であった。

⁵ 石川県視覚障害者協会では、発災後、石川県北部の 4 市 5 町で協会に登録しているメンバー 144 人の安否確認を実施。その結果 144 人中、49 人とは連絡がつかず、95 人に聞き取りを実施した。15 人が避難所に避難、32 人が自宅を出て金沢に住む家族、友人知人宅に避難している状態だっ

た。必要な支援としては、一番多いのは断水の影響による飲料水。続いて食料の希望が多く、目薬、かぜ薬、音声時計などが欲しいとの依頼があった。その後、視覚障害に関する情報を Google フォームで集める取り組みや視覚障害の方への相談窓口を開設した。石川県腎友会 (腎臓病・透析患者のグループ) では、発災後、石川県、透析連絡協議会、各病院と連絡し、透析患者の治療への働きかけが行われた (能登の 6 病院は停電と断水で透析が出来ず、6 病院で透析患者が 350 人、その内 71 人が福井県の病院へヘリで搬送され、残り一部の方は富山県の透析施設へ臨時透析を依頼、200 人は金沢市内の透析施設に振り分けされた)。3 月下旬には半数の患者が地元へ戻りもとの病院で治療が受けられている。いしかわ医療的ケア児・障害児家族グループ PareTTe (パレット) では、発災当時、避難所へ避難した家族が少なく、大半は車中泊であった。車内に身体を横にできる広さが確保できるとは限らない中、身体の大きな寝たきりの子もオムツをどのように替えるのか、常食が食べられない子の食べ物、飲み物はどうすればよいのか、慣れない環境の中でパニックになる子もいて到底眠れる状況ではなかったとのこと。1 月、2 月に ZOOM の交流会を開催、災害対策の話などが話題に出た。3 月には非常用電源確保についての勉強会、緊急避難に関する情報発信などを行っている。

⁶ 内閣府及び消防庁実施「避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の作成等に係る取組状況の調査」を参照。調査対象は市町村 1,722 団体 (石川県管内市町 (19 市町) については、令和 6 年能登半島地震の影響に鑑み、本調査 (2024 年 4 月 1 日時点) の対象としていない。)、調査基準日は 2024 年 4 月 1 日。

(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 2026.2.12: 受理 2026.3.24)

「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、日本社会医学学会という。

英字表記は以下とする。

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

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

第 3 条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。

1. 研究会の開催
2. 会誌、論文集などの発行
3. その他必要な事業

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

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

第 2 章 会 員

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

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

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 43 巻 1 号をお届けします。

今回のコンテンツは、2025 年の学術集会のシンポジウムの特別報告が中心になっています。日本社会医学会の学術集会には、従来、様々な分野の研究者や実践者が揃い、活発な議論を展開しています。社会に潜む人権・健康（well-being= 幸せ）の課題は、医学単独の領域に限定した議論や取り組みだけでは解決できない場合が多いからです。そのような意味では、社会医学においては、近年流行の「総合知」が昔から当たり前に意識・実践されてきたと言えるでしょう。

近年は、世界各地で侵攻という名の戦争が起こり、人々の幸せな暮らしが侵されています。Think globally, act locally という有名な言葉があります。これは環境問題や公衆衛生などにおいて「地球規模で考え、足元から行動せよ」という意味ですが、私たちも「足元から行動し、そしてその足元の範囲を少しずつ広げていく」必要があるのだと思います。そのためにこれからもさらに総合知の範囲を拡大して多くの方々と繋がっていききたいものです。

社会医学研究が多くの方々の繋がりに役立つことを願って。

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 43 巻 1 号 2026 年 4 月 1 日発行

日本社会医学会機関紙 社会医学研究 Bulletin of Social Medicine ISSN 0910-9919

発行 高鳥毛敏雄（日本社会医学会理事長） t_toshio@kansai-u.ac.jp

編集 小橋 元（日本社会医学会編集委員長） e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp

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



日本社会医学会
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE