

TOYONAKA  
ビジョン22

Vol.24  
2022.3

特 集

健康を支えるまち

トピックス

新型コロナウイルス感染症と豊中市

## 刊行に寄せて

### 「健康を支える社会」とは

2020年初頭から始まった新型コロナウイルス感染症の世界的流行は、私たちに改めて「健康」の重要性を痛感させた。私たちが注目すべきは、この健康への脅威が、ただ感染そのものだけでなく、外出自粛やロックダウンといった「社会システム」によってももたらされたことである。これは、私たちの健康を維持するためには、医療インフラの充実だけでなく、ソフト／ハード問わず多角的な社会インフラの整備が必要不可欠であることを示唆するものである。

これまで私たちは、定期的に健康診断に行く、規則正しい食生活を送るなど、自身の健康を「個」の対応として捉えがちであった。しかし、このパンデミックは、個人の健康維持が決して「個」だけで対応できないことを明らかにした。ほんの少しの「行動制限」であっても、私たちは大きなストレスを感じてしまう。誰からの制約も受けず、自由に生活できることのありがたみを改めて実感した方も多いのではないだろうか。実は、個人の属性のみならず生活空間や社会構造そのものも私たちの健康に大きな影響を与えている。これを明らかにするのが「社会疫学 (Social Epidemiology)」の考え方である。

社会疫学は、都市構造や制度等を含めた社会インフラや人間関係といった社会的ネットワークが、人々の健康にどのような影響を及ぼすのかを分析する学問である。コロナ禍において「(人々の健康を守るための) 感染対策優先か、経済優先か」といったいわゆる二者択一の議論が巻き起こったが、社会疫学の視点から考えると「健康を支える社会」は上記のような二択に集約することができないことは明らかである。すなわち、私たちは改めて「多くの人々が心身ともにウェルビーイング (Well-being; 幸福感) を享受できる社会」について議論を深める必要がある。このパンデミックが(感染対策を優先させても)精神疾患や自殺者を有意に増加させていることから、私たちがこれから目指すべき理想の社会について真摯に議論することは喫緊の課題であると言えよう。

今回の特集では「健康」を軸としたさまざまな論考が寄せられているが、ここに共通するのは、いずれも健康をより広範な概念として捉えているところである。すなわち各個人が「心身ともに健やかである」という状態だけではなく、ウェルビーイングやQoL (Quality of Life; 生活の質) といった、個人の置かれた経済社会環境を含め多角的かつ包括的な観点からの「健康」を扱っている。これは、ポストコロナを見据えた「ニューノーマル時代」において重要な視座であり、私たちがこれからどのような社会を目指すべきかについて大きな示唆を与えるものである。今回の特集を機に、豊中市においても「誰ひとり取り残さない社会」の実現に向けた前向きな議論が活発化することを切に期待している。

とよなか都市創造研究所 機関誌『TOYONAKA ビジョン 22』Vol.24監修

甲南大学経済学部 教授 石川路子



## CONTENTS



### 特集 健康を支えるまち

#### 日本における社会的健康格差

大阪医科薬科大学医学部 教授 ほん じょう 本 庄 かおり …… 2

#### 健康を支える地域のつながりと社会的処方

大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室 助教 にし おか だい すけ 西 岡 大 輔 …… 10  
医師、社会福祉士、介護支援専門員

#### 健康を支える都市基盤

近畿大学理工学部 准教授 やなぎ ほら たか お 柳 原 崇 男 …… 18

#### 健康を支える行政保健師

神戸大学大学院保健学研究科 准教授 なか やま きみ こ 中 山 貴美子 …… 27

#### 新型コロナ感染症とメンタルヘルス

京都文教大学総合社会学部 教授 つつ い よし ろう 筒 井 義 郎 …… 34

### トピックス

### 新型コロナウイルス感染症と豊中市

#### 豊中市保健所の新型コロナウイルス感染症への対応

豊中市健康医療部長兼豊中市保健所長 まつ おか た ろう 松 岡 太 郎 …… 43

## とよなか都市創造研究所の活動概要

令和3年(2021年)活動報告 …… 52

令和3年度(2021年度)とよなか地域創生塾活動報告 …… 54

出版物のご案内 …… 56

編集後記 …… 60



# 日本における社会的健康格差

ほん じょう  
本 庄 かおり

大阪医科薬科大学医学部 教授

## 1. はじめに

健康は単に疾病の有無によって決定されるものではない。健康とは精神的にも社会的にも健やかで良好な状態という非常に幅広い概念である<sup>1)</sup>。健康はまた、遺伝子や高血圧などの疾病リスク要因の有無、喫煙・運動などの健康習慣にのみ影響されるものではなく、社会経済的状况、友人・隣人関係における社会的ネットワークや社会的支援、職場の就労環境、居住地域環境など、様々な社会要因の影響も受けている。これらの社会要因は、健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health: SDH) と呼ばれ、重要な健康の決定要因である (図1)。

少子高齢化が進む日本社会において、2012年に「21世紀における国民健康づくり運動」：健

康日本21 (第2次) が発表され、健康寿命の延伸ならびに健康格差の縮小が公衆衛生の基本姿勢に挙げられた。これまでも、教育歴・収入・職業などによって推定される社会経済状況と健康の間に関連が見出されているが、近年では、世帯形態・婚姻形態などの家庭要因、地域の絆などの社会関係資本 (ソーシャルキャピタル)、また、居住する地域の居住環境などの健康影響も明らかにされつつある。そして、これらの社会要因の健康影響には、日本社会特有の性差が存在することも明らかになってきた。

そこで、本稿では、これまでに把握されている様々な社会要因の健康影響に関するエビデンスを社会経済状況やジェンダーを中心に概観し、格差縮小に向け講じられるべき対策の方向性について考えてみたい。

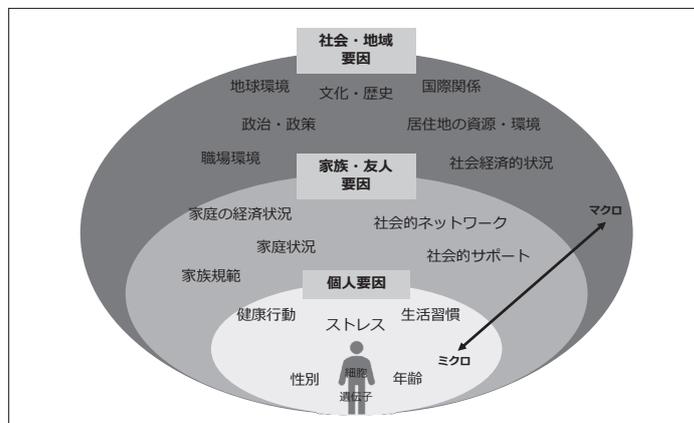


図1. 健康の社会的決定要因

## 2. 社会経済状況による健康格差

我が国の平均寿命は1950年代には主要先進国の中で最も短かったが、1970年代～1980年代には他のすべての国を抜き世界で最長となった。しかし、1990年代後半以降の経済的低迷により所得格差や貧困問題が顕在化するにつれ、「社会経済状況によって健康リスクに違いがあるのではないか」という疑問が生じ、社会的健康格差に関する研究が盛んに実施されるようになった。

ここでは、これまでに実施された個人の社会経済状況（教育歴・収入・職業）ならびに居住地の社会経済状況と、死亡や疾患発症などの健康リスクや健康行動との関連に関する疫学研究のエビデンスを紹介し、日本における健康の社会格差の現状を概観する。

### 2.1 個人の社会経済状況と健康

社会経済状況を推定する指標として、疫学研究の多くは教育歴・収入・職業（階層）などを用いている。Fujinoらは、全国45地区に居住する40～79歳の地域住民が参加した大規模コホート研究 Japan Collaborative Cohort Study の研究参加者約4万人を対象に、教育歴と死亡リスクの関連を分析し、男女ともに最も教育歴の高い群と比較した教育歴の低い群の死亡リスクが統計的に有意に高いことを把握した<sup>2)</sup>。また、Itoらは Japan Public Health Center-based Prospective Study (JPHC Study) のデータを用い、4保健所管内に居住する40～59歳の地域住民約4万人を対象に、教育歴と約12年間追跡した総死亡リスクとの関連を分析した<sup>3)</sup>。その結果、最も教育歴の高い群と比較して、最も教

育歴の低い群の死亡リスクは、男女ともに統計的に有意に高いことが報告されている。

また、がんや脳血管疾患など多くの生活習慣病の発症リスクにおいても、教育歴や職業により違いがあることが見出されている。たとえば、Nishiらは広島・長崎原爆被ばく者コホートを用いて教育歴とがん発症リスクとの関連を検証し、男性において教育歴が低いほどがんの発症リスクが高いことを報告している<sup>4)</sup>。他にも、Honjoらは先に示した JPHC study のデータを用い、教育歴や職業と脳血管疾患発症リスクの関連を検証した。その結果、女性において高校卒業群と比較して、中学卒業群と大学・専門学校卒業群で脳血管疾患の発症リスクが高いU字型の関連を把握している。加えて、職業階層が最も高いとされる専門職・管理職と比較して、事務職、サービス・販売職、肉体労働職の女性の脳血管疾患発症リスクが有意に高いことも報告している<sup>5)</sup>。また、日本国民の代表性が高い中高年者縦断調査のデータ（2005-2016年）を用いた研究では、男女ともに教育歴が低い人ほど脳血管疾患発症リスク、糖尿病リスクが高いと報告されている<sup>6)</sup>。

社会経済的状況は健康行動などの健康リスク要因の分布にも影響を与えていることが報告されている。2010年の国民健康栄養調査では、世帯所得が低い人ほど習慣的朝食欠食、運動習慣なし、喫煙、習慣的飲酒、肥満などの健康リスク要因を持つ傾向が高いことが示されている<sup>7)</sup>。ほかにも、教育歴が低い群では、喫煙率が<sup>8)</sup>高く<sup>9)</sup>、禁煙率が低いこと<sup>10)</sup>、また、世帯所得が低い群で、喫煙、運動習慣なし、検診の未受診、精神的ストレスあり、望ましくない食生活などの健康リスク要因を多く持つ傾向がある



ことが報告されている<sup>11)</sup>。

以上のように、様々な健康指標において、教育歴・収入・職業により推定された社会経済状況による健康格差が存在することが示唆されている。概ね、社会経済状況が良くない人ほど不健康であるリスクが高い傾向がみられる。

## 2.2 居住地域の社会経済状況と健康

個人の社会経済状況に加えて、居住する地域の社会経済状況も健康に影響を与えることが先行研究により示されている。社会経済状況の良い地域に住む人は、恵まれた地域に住む人と比較して死亡や病気のリスクが高く、また、喫煙や高血圧や肥満などの健康リスク要因を持つ人の割合が高い傾向がみられる。社会経済的状況が良くない地域に住んでいることによる健康影響は、その地域に不健康のリスクが高い貧困者が集積していることによる影響（構成効果）に加えて、その地域の経済状況により生み出される良くない環境が居住者の健康に直接的に与える影響（文脈効果）が存在する。この環境が健康に直接的に影響を与える経

路には、地域の物的環境と社会的環境の影響があると考えられている（図2）。

人が生活する街の物理的なつくり（形状）はその街の重要な環境要因であり、健康に影響を与える可能性が示唆されている。日本においても、住居密度や、混合土地利用度、道路の接続性が高い地域に住んでいる人ほど、日常における買い物などのための歩行頻度が高い傾向がみられ、歩道・自転車道の整備、景観、安全性などは散歩やウォーキングの頻度と関連していることが報告されている<sup>12)</sup>。また、高齢者を対象にした研究では、自宅から500mの生活圏内に公園があることは、その人のスポーツ活動の頻度を上昇させる傾向がみられる一方<sup>13)</sup>、スーパーマーケットあることはBMIや肥満のリスクを上昇させる可能性があるとの報告もある<sup>14)</sup>。

居住地域の社会的環境、例えば、居住地の治安、社会規範、ソーシャルキャピタル（人と人のつながりを醸成するような社会的資源）などは個人の社会心理要因を通して健康や行動に関連している可能性が考えられる。喫煙を許容する社会的規範が存在する環境では、喫煙開始が

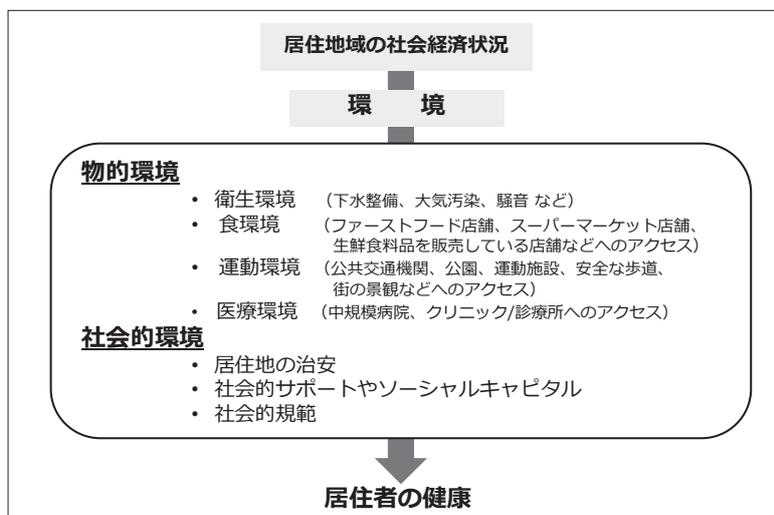


図2. 居住地域の社会経済状況による健康格差生成のメカニズム

助長され、禁煙は難しくなるが、逆に喫煙に対して否定的な規範の中では防煙や禁煙が促進される。また、住民同士のつながりが強い地域に居住していることが、そこに居住する高齢者の主観的健康度や<sup>15)</sup>、身体機能<sup>16)</sup>、認知機能<sup>17)</sup>に良い影響を与えているという報告がある。このように、社会規範や地域住民のつながりといった社会的環境がそこに居住する人々の健康にとって重要な要因であることが示唆されている。

以上より、居住地域の社会経済状況は、その物的環境や社会的環境を通じて居住する人々の健康に影響を与える重要な健康決定要因であると考えられる。

### 3. ジェンダーの健康影響

日本では、さまざまな面における社会的性差（ジェンダー）がみられる。たとえば、男性と比較して女性の低い教育歴や低い労働力率、20代後半から30代にかけて、仕事を離れ、その後、40代で復職するという特有のM字型就労パターン、そして、働き方（例：サービス職や事務職が多く、非正規雇用率が極めて高い）など、多くの性差がみられる。

このような社会的性差が発生する主な理由のひとつとして、「男性は外で働き、女性は家庭を守るべきである」という性別役割分業規範（男性稼ぎ手モデル）が依然として根強いことが挙げられる。この性別役割分業規範は、日本社会の最も顕著な特徴の一つであり、社会経済的状況の男女間格差が生じる根本的な原因となっている<sup>18)</sup>。

性別役割分業規範は様々な社会要因と健康の

関連に強い影響を与える。これは、日本における研究結果が欧米の結果と大きく異なる原因の一つと考えられる。ここでは、これまでに把握された様々な社会要因と健康の関連における社会的性差の影響に関する知見を示し、加えて、近年の社会的変化に伴いみられる女性の貧困化とその健康影響についても紹介する。

#### 3.1 性別役割分業規範の健康影響

婚姻は健康に強い影響を与える重要な要因の一つである。婚姻の健康影響に関するエビデンスにおいては、欧米で性差がみられないのに対し、日本では顕著な性差がみとめられる。例えば、高齢の既婚者を対象とした研究では、追跡期間中に配偶者と死別した男性と死別を経験していない男性との間に、その期間の死亡リスクに差がないのに対し、女性では配偶者と死別した人の死亡リスクが死別経験のない人と比較して有意に低い<sup>19)</sup>。また、高齢者を対象に居住形態が抑うつ症状発症リスクに与える影響を評価することを目的とした縦断研究の結果においても、顕著な性差がみられる<sup>20)</sup>。男性では配偶者とのみ同居している人の抑うつ症状発症リスクは最も低く、配偶者とのみの同居が精神健康に保護的に働いているのに対して、女性では配偶者とのみ同居している人と一人暮らしの人の抑うつ症状発症リスクに変わりはなく、反対に配偶者とのみ同居している人は配偶者と子供と同居する人に比べて統計的に有意にそのリスクが高いという結果であった（図3）。婚姻の有無や居住形態はその人の家庭内における社会的役割を決定づける。そして、その役割は性別役割分業規範の影響を大きく受け、人が家庭内で授受する社会的支援の多寡に顕著な性差を生じ

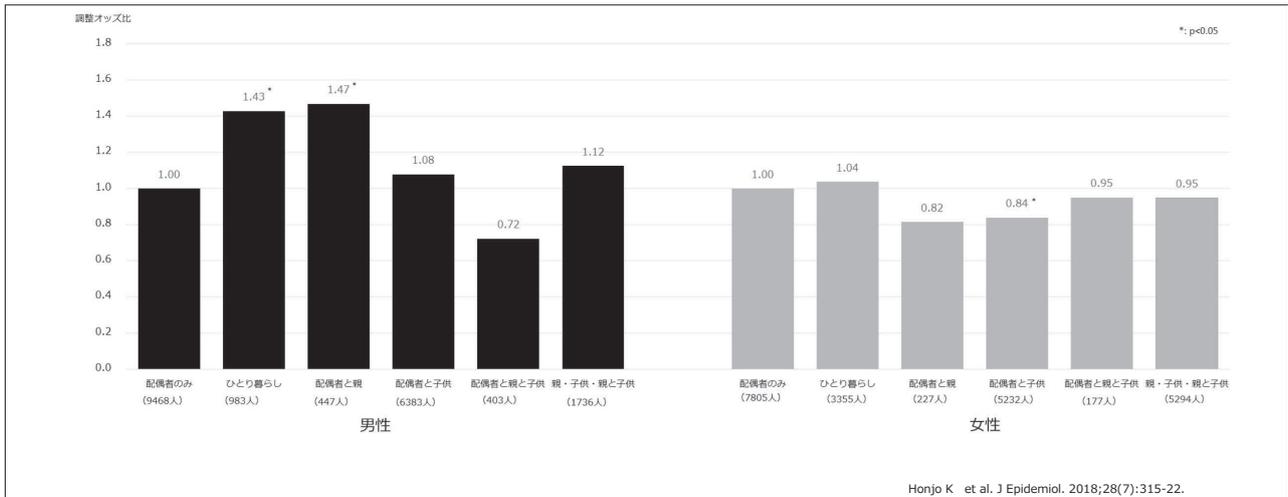


図3. 高齢者における居住形態と抑うつ症状発症リスクの関連

る。その結果、婚姻や居住形態による健康影響に顕著な性差が生まれたと考えられる。

また、家庭と仕事のバランスがもたらす健康影響においても、性別役割分業規範の影響がみられる。近年、女性の家庭外就労は増加しているが、女性に期待される家庭での役割に大きな変化はない。日本における夫の家事時間は欧米諸国と比べて短く、既婚女性の仕事と家庭の両立、いわゆる「ワーク・ライフ・バランス」(仕事と生活の調和)の実現を難しくしている。ワーク・ライフ・バランスの崩れによってもたらされる「家庭と仕事の葛藤」は、健康に悪影響を及ぼすが<sup>21) 22)</sup>、公務員を対象とした研究において、女性就労者の精神健康度が男性就労者より悪いという健康性差は、家庭と仕事の葛藤の多寡における性差が理由のひとつであるという報告がある<sup>23)</sup>。つまり、女性就労者の精神健康が男性よりも悪いのは、女性の家庭外就労が進んでいるにもかかわらず、女性が偏った「家庭における役割や責任」から解放されることがなく、結局、家庭と仕事の両立に極めて難しい状況に置かれていることの影響であると示唆して

いる。

このように、さまざまな社会要因と健康影響に関する疫学研究結果において、日本社会特有の社会的性差(ジェンダー)の影響がみとめられる。

### 3.2 近年の社会的変化にともなう新たな課題

1970年代に男性稼ぎ手モデルを前提に成立・施行された多くの社会保障制度や慣行は、その時代に多数を占めた専業主婦を守る一定の役割を果たしていたと言える。しかし、離婚率や生涯未婚率の上昇による世帯形態の多様化が進んでいる現在では、これまでの社会保障制度や慣行は制度の前提から外れた人々(たとえば単身世帯や母子世帯)にとってきわめて不利に働き、その結果、「女性の貧困」が新たな社会問題となっている。

前項で示したように、社会経済状況が健康に影響し、貧困が健康に悪影響をもたらすことは多くの先行研究により明らかである。2018年の日本の相対的貧困率(以下、貧困率とする)15.4%は、OECD加盟国のなかでも高い水準で

ある。そして、ほとんどの年齢層において女性の貧困率は男性と比較して高く、その差は高齢者層で拡大する。世帯構造別の貧困率では、ひとり暮らし世帯、特に、離別・死別女性の貧困率の高さが目立つ。大人1人と子ども（18歳未満）のいる現役世帯（世帯主が18歳以上65歳未満）の貧困率は48.1%であり、その中の多くが母子世帯である（86.7%）。そして、児童のいる世帯の平均総所得を100とした場合の母子世帯の平均総所得は41と半分にも満たない<sup>24)</sup>。平成22年国民生活基礎調査データを用いた世帯形態別の主観的不健康を訴える人の割合を比較した研究によると、母子世帯（ひとり親＋未婚の子供）の女性では、他の世帯構造と比較して主観的健康感が悪い人の割合が極めて高いことが報告されている<sup>25)</sup>。また、女性の貧困者の多くが子供を抱えた母子世帯であることから、女性の貧困は本人の健康のみならず、子供たちの健康にも影響する重要な課題であることを指摘したい。

#### 4. 格差縮小に向け講じられるべき対策の方向性

これまでみてきたように、日本社会においても社会経済状況やジェンダーなどの社会要因による健康格差が存在する。そして、このような健康格差を縮小するには、まず、これらの社会要因がどのような機序で健康格差を生成しているのかを理解し、格差生成の鍵となる要因を把握することが重要である。把握した要因に適時に介入することで社会要因の健康への影響を軽減し、健康格差を出来る限り縮小することが可能である。また、地域環境への介入も検討すべ

きである。先行研究では、個人の社会経済状況による健康格差が存在していても、地域の社会経済状況の改善により、個人間の健康格差の縮小が図られる可能性を示唆されている<sup>26)</sup>。本稿でも、居住地域の物的・社会的環境は、そこに居住する人々のライフスタイル、行動などに大きな影響を与え、ひいては健康に影響することを示した。健康格差縮小や健康寿命の延伸を目指した健康づくりには、「健康に（自然に）なっていく環境」の整備を分野横断型の協働により実施していくことが重要であろう。最後に、社会全体に対するアプローチと同時に、ハイリスク者への対応も忘れてはならない。社会的リスクに直面している人を把握し、必要な介入を適時に実施することが重要である。社会的リスクに直面している人を的確に把握するには、社会がどのように細分化されているかについての丁寧な理解が不可欠である。

#### 5. おわりに

本稿は、日本で把握されている様々な社会要因と健康のエビデンスを概観し、格差縮小に向け講じられるべき対策の方向性を考えることを目的とした。これまでに見てきたように、日本社会において、社会経済状況やジェンダーなどの社会要因による健康格差が存在することは明らかである。このような健康格差の縮小は日本の公衆衛生政策における主要目的のひとつであり、健康格差縮小のための具体的な施策・活動を実施していくことが緊要と考える。



## 【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 平成26年版厚生労働白書 PDF版 [Available from: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf>]
- 2) Fujino Y, Tamakoshi A, Iso H, Inaba Y, Kubo T, Ide R, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among the elderly population in Japan. *Prev Med.* 2005;40(4):444-51.
- 3) Ito S, Takachi R, Inoue M, Kurahashi N, Iwasaki M, Sasazuki S, et al. Education in relation to incidence of and mortality from cancer and cardiovascular disease in Japan. *Eur J Public Health.* 2008;18(5):466-72.
- 4) Nishi N, Sugiyama H, Hsu WL, Soda M, Kasagi F, Mabuchi K, et al. Differences in mortality and incidence for major sites of cancer by education level in a Japanese population. *Ann Epidemiol.* 2008;18(7):584-91.
- 5) Honjo K, Iso H, Inoue M, Sawada N, Tsugane S. Socioeconomic status inconsistency and risk of stroke among Japanese middle-aged women. *Stroke.* 2014;45(9):2592-8.
- 6) Oshio T, Kan M. Educational level as a predictor of the incidences of non-communicable diseases among middle-aged Japanese: a hazards-model analysis. *BMC Public Health.* 2019;19(1):852.
- 7) 厚生労働省. 所得と生活習慣等に関する状況. 2010 [Available from: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000020qbb-att/2r98520000021c30.pdf>]
- 8) Nishi N, Makino K, Fukuda H, Tatara K. Effects of socioeconomic indicators on coronary risk factors, self-rated health and psychological well-being among urban Japanese civil servants. *Soc Sci Med.* 2004;58(6):1159-70.
- 9) Tomioka K, Kurumatani N, Saeki K. The Association Between Education and Smoking Prevalence, Independent of Occupation: A Nationally Representative Survey in Japan. *J Epidemiol.* 2020;30(3):136-42.
- 10) Honjo K, Iso H, Inoue M, Tsugane S. Smoking cessation: predictive factors among middle-aged Japanese. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco.* 2010;12(10):1050-4.
- 11) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health.* 2005;5:53.
- 12) 下光輝一 井. 生活習慣と環境要因—身体活動に影響する環境要因とその整備. *医学のあゆみ.* 2010;236:75-80.
- 13) Hanibuchi T, Kawachi I, Nakaya T, Hirai H, Kondo K. Neighborhood built environment and physical activity of Japanese older adults: results from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *BMC Public Health.* 2011;11:657.
- 14) Hanibuchi T, Kondo K, Nakaya T, Nakade M, Ojima T, Hirai H, et al. Neighborhood food environment and body mass index among Japanese older adults: results from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Int J Health Geogr.* 2011;10(1):43.
- 15) Ichida Y, Kondo K, Hirai H, Hanibuchi T, Yoshikawa G, Murata C. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. *Soc Sci Med.* 2009;69(4):489-99.
- 16) Aida J, Kondo K, Kawachi I, Subramanian SV, Ichida Y, Hirai H, et al. Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67(1):42-7.
- 17) Hikichi H, Aida J, Matsuyama Y, Tsuboya T, Kondo K, Kawachi I. Community-level social capital and cognitive decline after a natural disaster: A natural experiment from the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Soc Sci Med.* 2020;257:111981.
- 18) Shirahase S. Uninvisible inequalities in an aging society with fewer children. Tokyo: Tokyo daigaku syuppankai; 2005.
- 19) Nagata C, Takatsuka N, Shimizu H. The impact of changes in marital status on the mortality of elderly Japanese. *Ann Epidemiol.* 2003;13(4):218-22.
- 20) Honjo K, Tani Y, Saito M, Sasaki Y, Kondo K, Kawachi I, et al. Living Alone or With Others and Depressive Symptoms, and Effect Modification by Residential Social Cohesion Among Older Adults in Japan: The JAGES Longitudinal Study. *J Epidemiol.* 2018;28(7):315-22.
- 21) Shimazu A, Kubota K, Bakker A, Demerouti E, Shimada K, Kawakami N. Work-to-family conflict and family-to-work conflict among Japanese dual-earner couples with preschool children: a spillover-crossover perspective. *J Occup Health.* 2013;55(4):234-43.
- 22) Kobayashi T, Honjo K, Eshak ES, Iso H, Sawada N, Tsugane S. Work-Family Conflict and Self-Rated Health Among Japanese Workers: How Household Income Modifies Associations. *PloS one.* 2017.
- 23) Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. Sex differences in physical and mental functioning of Japanese civil servants: explanations

- from work and family characteristics. *Soc Sci Med.* 2010;71 (12) :2091-9.
- 24) 厚生労働省. 2019年 国民生活基礎調査の概況 [Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html>].
- 25) Kachi Y, Inoue M, Nishikitani M, Yano E. Differences in self-rated health by employment contract and household structure among Japanese employees: a nationwide cross-sectional study. *J Occup Health.* 2014;56 (5) :339-46.
- 26) Diez Roux AV, Merkin SS, Arnett D, Chambless L, Massing M, Nieto FJ, et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med.* 2001;345 (2) :99-106.



# 健康を支える地域のつながりと社会的処方

にし おか だい すけ  
西 岡 大 輔

大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室 助教  
医師、社会福祉士、介護支援専門員

## 1. はじめに

筆者がどのような背景から本稿を執筆しているかを知っていただきたく、最初に簡単に自己紹介をします。筆者は経済的困窮や社会的孤立といった困難を背景に健康を損ね医療機関を受診した人々の診療の経験をきっかけに、生活困窮者の健康支援の方法に関する研究を始めました。そのための学習を通じて、介護や福祉といった人々の豊かな生活支援に尽力している専門職の存在やそれらの専門職による支援の方法を理解する重要性に気づきました。そこで、介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格を取得するとともに、ソーシャルワークの基礎を学ぶために社会福祉の専門学校に進学し社会福祉士の資格を取得しました。これらの学びが、現在の生活困窮者の健康支援の実践や研究に役立っています。本稿ではその学びを通じて得られた着眼点から、健康を支える地域のつながりについて考えたいと思います。

## 2. 健康の社会的決定要因と社会的孤立

はたして住民の健康は、「医療」が充実すれば守れるのでしょうか？本稿を読んでくださっている方にもいろんな反応があることでしょ

う。たとえば、「健康を守るのが医療の役割だ！そこを充実させて住民の健康を守るべきだ！」という声もあれば、「その通り！医療だけが健康を守っていると思ったら大間違い！」という声もあるでしょう。どちらも正しい意見です。たとえば心臓病や脳卒中の危険因子には、血圧が高いこと、血糖値が高いこと、喫煙していることなどが広く知られているため、適切な保健や医療による指導や治療を通じた支援がこれらの疾病の予防につながっていきます。では、心臓病のリスクはこれらの要因だけで全てが説明できるのでしょうか。まず保健や医療による予防のための指導や治療を通じた支援を受けるには、住民による適切な保健医療機関へのアクセスが必要です。しかし、保健医療機関にアクセスできるかどうかには、その人の就労状況や経済状況が大きく影響します<sup>1)</sup>。また、保健医療機関にアクセスできた人々にとっても、医師や保健師などの指示通りに服薬や食事ができるかどうかには、その人の生活環境が大きく関わります。たとえば、読者のみなさんが大事な仕事や子育てでとても忙しい時に、もしくは経済的に余裕がない時に、指示された通院や服薬を遵守できるでしょうか。「今日は忙しいからコンビニ弁当で済ませよう」「薬は忙しいとつい飲み忘れてしまいがち、特に昼は忘れてしま

う」「病院を受診する（時間的・経済的な）余裕がないから薬を間引いて飲もう」という経験がある方もいることでしょう。他にも、成人期の高血糖には胎児期の低栄養が関連しているというゲノム研究もあります<sup>2)</sup>。喫煙という行動には本人の意思だけではなく、周囲に喫煙者がいるかどうかなどの幼少期からの生育環境や文化的な背景もあります<sup>3)</sup>。心理社会的なストレスそのものは、不合理な選択（健康管理に合理的でない高カロリー食を選ぶ、など）を誘発し<sup>4)</sup>、ストレスそのものが血圧や血糖を上昇させることも知られています<sup>5) 6)</sup>。

人々の健康に影響を及ぼすこれらの社会的な要因は「健康の社会的決定要因：Social Determinants of Health (SDH)」と呼ばれ、SDHに対応できる社会づくりの重要性が提唱されています<sup>7)</sup>。SDHのひとつの要因として近年特に注目されているのが「社会的孤立」です。日本でも、国レベルで孤立・孤独担当大臣の設置や、社会的孤立を予防し人や地域とのつながりを創出する戦略が議論されてきています。平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」の目標には、社会環境の整備を通じた健康の維持・向上が強調されました。中でも、「ソーシャルキャピタル」の醸成が、その社会環境整備の方法のひとつとして提示されています。

ここでソーシャルキャピタルとは、「人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、『信頼』『規範』『ネットワーク』といった社会組織の特徴」を意味します<sup>8)</sup>。その構成要素には、人とのつながりや交流、地域への信頼、社会活動への参加

などが含まれています。このようなソーシャルキャピタルが豊かであるほど、健康に好ましい影響があるという知見が近年多く蓄積されるようになってきました。本稿では個人レベルのソーシャルキャピタルとして、「つながり」に注目して見ることにしましょう。

### 3. つながりと健康

日本は世界の中でも社会的に孤立している人が多く、特に高齢者の孤立が顕著だという報告があります<sup>9)</sup>。新型コロナウイルス感染症の流行に伴うステイホーム施策やテレワーク、緊急事態宣言下における高齢者を対象とする通いの場事業やサークル活動の休止の影響などによって、対人交流の機会が減少する結果、社会的に孤立している人が増えていることも指摘されています<sup>10)</sup>。

社会的に孤立していること、つながりが乏しいことは健康に負の影響を及ぼすことが近年の研究から示されてきました。たとえば、国際的に出版されている研究論文の結果を統合して評価するメタ・アナリシスという研究によって、社会的に孤立していることには、喫煙していることと同等の死亡リスクがあるということが示されたのです<sup>11)</sup>。日本国内でも社会的な孤立が健康へ負の影響をもたらしている可能性が多くの研究から示されています。ここでは代表的なものとして、日本老年学的評価研究（JAGES）の成果の一部を紹介しましょう。

愛知県内の複数の市町村に住む約1万2千人の高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者を10年にわたって追跡した調査研究があります。追跡の開始時点で、人との交流頻度が乏

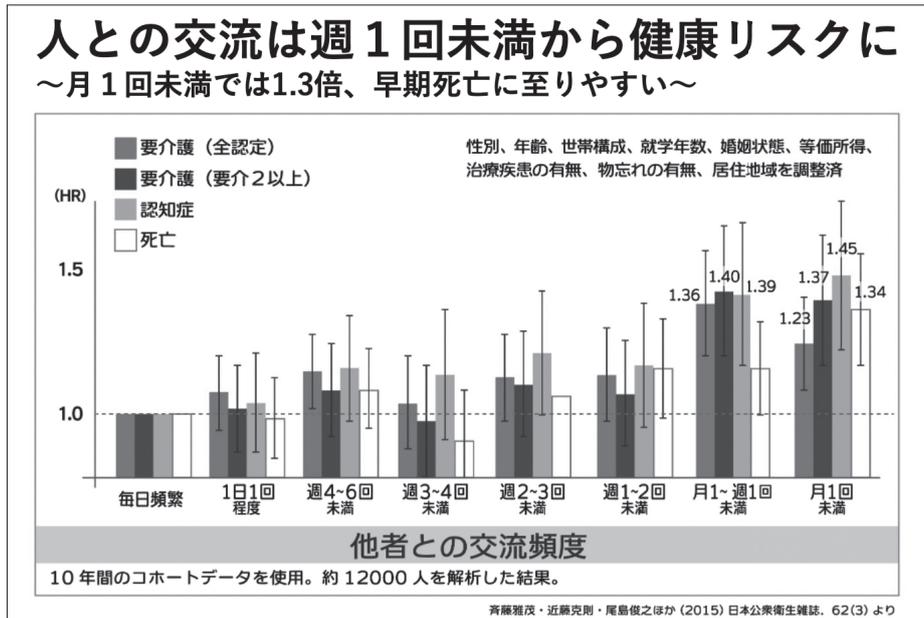


図1：高齢者では人との交流が少ないほど要介護（支援）認定や認知症、死亡に至りやすい<sup>12)</sup>  
(図出典：日本老年学的評価研究)

しかった人ほど、その後の要介護（支援）認定や認知症、死亡のリスクが高くなることが示されました<sup>12)</sup> (図1)。具体的には、調査時点での性別や年齢などの要因が調査参加者で等しいと統計的に条件付けた上で、追跡開始時点の人との交流頻度別に要介護認定や認知症、死亡のリスクを追跡しました。すると、人との交流の頻度が少なくなるほど、その後の要介護や認知症、死亡のリスクが上昇していくことがわかりました。追跡開始時点で「毎日頻繁」に人との交流があった人と比べて、「1日1回程度」「週4～6回」「週3～4回」「週2～3回」「週1～2回」の交流だった人までは偶然と考えられる誤差程度の上昇しかありませんが、「月1～週1回未満」の人では、統計的に有意に（偶然とは考えられない確率で）1.3倍から1.4倍、要介護（支援）認定や認知症に至りやすいことがわかりました。さらに、「月1回未満」の人では、要介護認定だけでなく、1.3倍程度統計的に有

意に死亡に至りやすいことがわかりました。

また、調査時点で抑うつ傾向のない高齢者を追跡したところ、「人と一緒に食事をする（＝共食）」か「一人で食事をする（＝孤食）」かで、3年後に抑うつ状態への至りやすさが異なっていることがわかりました<sup>13)</sup> (図2)。具体的には、ひとり暮らしの高齢者男性では、共食の人と比べて孤食の方が、新たに抑うつ状態となる確率が2.7倍高いことがわかりました。女性では独居・同居に関わらず、約1.4倍程度、孤食の人が抑うつ状態になりやすいことが示されました。昨今のコロナ禍では孤食となる高齢者が増えている可能性があります。ひとりで食事を食べているような高齢者への支援によって要介護状態へのリスク要因である抑うつの状態を予防するような戦略が求められます。

では、豊中市民のデータではどうなのでしょう。実は豊中市は上述の研究成果を創出している日本老年学的評価研究（JAGES）に

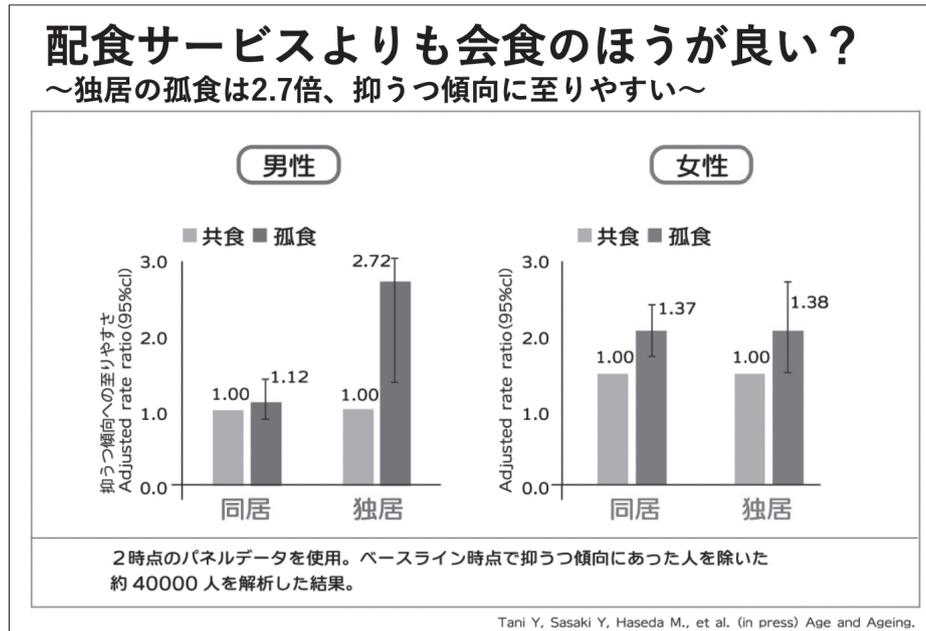


図2：高齢者の孤食は抑うつ状態のリスクになる<sup>13)</sup> (図出典：日本老年学的評価研究)

2019年から参加しています。そのため、今後JAGESから報告される研究成果の一部に豊中市民のデータが含まれてきます。本稿では、豊中市民のデータだけを切り出して扱うということが難しいのですが、豊中市がもつデータをふんだんに活用して、豊中市内の住民や地域のつながりの状況を行政や住民が一体となって理解し、手を取り合ってエビデンスに基づいたまちづくりに活かしていくことができるはずです。

#### 4. 社会的処方～住民の孤立予防の戦略～

これまで見てきたように、社会的な孤立は健康に負の影響を及ぼします。そのため、孤立を予防し人や地域とのつながりを創出する戦略が議論されています。そのひとつの方法として、「社会的処方」が近年注目されています<sup>14)</sup>。喫煙している住民に禁煙を勧めたり、受動喫煙を予防するために屋内禁煙を促したりすることで

健康づくりをするように、孤立している人々に対する社会的処方によって、つながりを通じた健康づくりを進めるのです。

社会的処方という言葉の由来は、英国で名付けられ推進された“Social Prescribing”の日本語訳です。英国での社会的処方のさきがけとなったブロムリーバイボウという地域では、まちの教会が集会所を開放し、地域住民のさまざまな困りごとを聞き、必要と思われる機能を地域の人と創り上げてきました。その内容は、子育て世代や障害を抱えた人のいる家庭への支援、居住支援、金銭面の相談、地域の人がおしゃべりできる場所など多岐にわたっていました。その中で医療を要する人々への対応が課題となり、地域のつながりづくりに理解のある医師を誘致して診療所を併設しました。医療従事者も一緒になって、地域住民のニーズを把握し、地域住民の必要な支援につなげるしくみをつくってきました。



それでは、日本国内ではどのような取り組みが該当するのでしょうか。地域包括ケアシステムの構築や社会環境整備を通じた健康な生活の支援を進めてきた日本のしくみや、孤立や孤独に由来する生活上の困りごとに関するニーズを充足するような支援を行ってきたソーシャルワークとは何が違うのでしょうか。たとえば、次の事例をみてみましょう。この事例は筆者がかつて勤務していた診療所で経験した事例に個人情報に配慮して修正を加えたものです<sup>15)</sup>。

“72歳の女性は、重症の糖尿病と認知症に罹患していた。生まれ育ったのは魚と米と酒の港町、夫と3人の娘、1人の孫との6人暮らしだった。夫は定年退職し、長女と次女は働きづめでほとんど帰宅しなかった。三女はひとり親で、母親と息子の面倒をみていた。寂れた団地に住み孤立していた。経済的にも厳しく、さらに、詐欺まがいの勧誘にお金を渡してしまっていた。そんな彼女の健康に影響を及ぼしうる社会的な要因としては、酒と米の食文化で生まれ育ったこと、社会での孤立や経済的な困窮、地域の治安などが考えられた。

このように生活する環境が健康に悪影響を及ぼしうる患者にも医療機関は社会制度を上手に利用し、地域と連携することで対応できることがある。この女性のかかりつけ医は、その地域に詳しい人々から情報収集した。たとえば、自治体の生活福祉課や保健師、地域包括支援センターや社会福祉協議会の担当者、民生委員や地域の自治会などである。医師は、そのような専門職が集まり地域の課題や気になるケースを議論

する場である地域ケア個別会議にも出席し、彼女のこと・団地のことを話題に挙げた。それにより、ボランティアや自治会の機能が強化され、彼女が孤立しない仕組みができた。すると、詐欺まがいの勧誘もなくなり、医療費の減免と重ねて経済的には安定し、病状も落ち着いた。

ここで特筆すべきことは、医師は特に薬の処方を追加していない。医療的なケアだけでなく、さまざまな人々と連携して生活環境を整えた結果、病状が安定したのである。”

社会的処方とは、孤立などといった生活上の困難を抱える住民がいたときに、保健、医療、介護、福祉、その他の地域生活を支える組織（警察、消防、郵便、清掃、ボランティアグループなどの地縁組織、民生委員など）、そして住民とが十分に連携を取り合い、必要な支援につなげたり、つくったりする活動と定義されています<sup>16)</sup>。本事例は医療機関を起点として支援が始まった事例でしたが、医療だけが社会的処方を実践する現場とは限りません。行政や地域の生活を支える組織、近隣住民など、その困りごとに気づくことができるすべての人が、実践者になりえます<sup>15)</sup>。

このような活動は今までソーシャルワーカー（社会福祉専門職）が担ってきました。しかしながら、貧困、孤立、格差などの社会的課題が複雑になる中で、真に支援が必要だと考えられる人に、“支援者の顔をした支援者”による支援は届きにくいという指摘があります<sup>17)</sup>。また社会福祉専門職の人的資源も十分とはいえません。一方、日本の福祉制度は本人が申請しない

限り、基本的には制度を利用できません。自分自身への恥じらいや社会への遠慮などにより、福祉制度を必要としながらも申請しない人がいます。また、既存の福祉制度ではカバーできない生活上の困難を抱えている人もいます。そのような人々であっても、心身の不調や生活上の必要性から医療機関や行政機関を訪れます。言い換えると、支援が届きにくい人でも日常的に利用しうるインフラである医療機関や行政機関は、福祉による支援を必要とする住民の発見者の役割を担うことができます。その発見をきっかけに、医療機関や行政機関は住民にとっての適切なソーシャルワークやつながりづくりに貢献することができます。社会的処方はこのような取り組みを推進できるものと考えられています<sup>18)</sup>。

社会的処方の効果的な実施のためには、医療機関や行政機関からの紹介を引き受けて住民のニーズを把握し、適切な支援につなげ伴走する役割を果たすリンクワーカー(つなぎの専門職)が重要です。リンクワーカーとなりうる専門職としては、地域包括支援センターや社会福祉協議会、福祉事務所などにいる社会福祉専門職や、生活支援コーディネーター、民生委員など住民に近い立場の人が挙げられます。住民はリンクワーカーとの面談を通じて、自身のニーズに合わせた支援を受けます。孤立に関していえば、介護予防のサロン活動や子ども食堂など地域の特性に応じた資源を利用できます。また、必ずしも既存の資源を提供するとも限らず、地域に不足している資源を新たに創出するような取り組みも重要です<sup>18)</sup>。

豊中市では、まさにこのような活動を先進的に担っている専門職がいます。豊中市地域福祉

計画に基づき介護保険制度の生活圏域ごとに配置されている、コミュニティソーシャルワーカーです<sup>19) 20)</sup>。コミュニティソーシャルワーカーは特に大阪府全体で幅広く活躍している地域福祉の専門職です。豊中市のコミュニティソーシャルワーカーは、困りごとを抱える住民やその支援者からの相談を引き受け、その住民のニーズに応じた問題解決やサポートを実践してだけでなく、地域の社会資源との協働や新たな資源の開発を担っています。このコミュニティソーシャルワーカーと顔の見える関係を構築してその活動を十分に理解し、医療機関で困りごとを抱える住民が見つかった時にコミュニティソーシャルワーカーへと相談・紹介できるような仕組みづくりが豊中市内での効果的な社会的処方の実践につながります。医療機関や行政機関など、地域福祉がアウトリーチしにくい場所で把握された孤立などの住民のニーズを充足できるような支援体制を構築するために、医療機関や行政機関も地域住民の健康で豊かな生活を支えるインフラとして、地域での生活支援のネットワークの仲間に入れてもらうようなくみが大切です。

## 5. 自治体の役割～縦割りを越えた部署間連携を～

では、豊中市の医療機関や行政機関はどの程度コミュニティソーシャルワーカーの存在を認識し、理解し、協働しているのでしょうか。反対に、コミュニティソーシャルワーカーは医療機関や行政機関の内情や困りごとをどの程度把握しているのでしょうか。このような相互理解が進み、顔の見える有機的な連携が展開されること



は、豊中市民をだれ一人として取り残さない、丸ごとの地域共生社会を実現する一助となります。

たとえば、医療機関や行政機関での業務の中で、「あの人（世帯）の生活、気になるな・・・このままで大丈夫かな？」と感じながらも、その後のアクションにつながらなかった経験がある方もいるのではないのでしょうか。社会的処方の効果的な実践には、福祉に関わる専門職と顔の見える関係を構築することが不可欠です。そして各部署で気になった住民のことを相談できる関係へと発展させていきましょう。とはいえ、社会の制度は縦割りであることが多く、部署を超える相談にはさまざまなハードルがあることでしょう。まずは、各部署が何をやっているのかの見える化と、部署間の縦割りを超えるような取り組みにお互いが積極的に参加することが重要です。「この件は〇〇課のことだから、××課は関係ない」というような「知った気である」連携は効果的な部署間・多職種連携を阻害します。各部署の知識や活動、データやつながりはすべて地域の健康づくりや市民の豊かな生活支援に役立ちます。各部署の業務内容や得意・苦手分野をお互いに理解し協力するために、所属部署の外の取り組みに参加してみるとよいでしょう。実際に医療従事者や行政職員がコミュニティソーシャルワーカーの取り組みを見学し経験したり、こども食堂、障害者施設や作業場、高齢者の通いの場やサロン活動などの福祉に関連する活動に積極的に参加したりしてみましょう。保健や介護部門の活動を知るために地域の健康課題や住民の事例を検討する場である地域ケア会議に参加してみるのも一考です。これらの活動は同時に、自分の部門の仕事を他部署に

知ってもらうことができる貴重な機会にもなります。

しかし豊中市内であっても、地域によってうまく社会的処方を実施できるところとそうでないところがあるでしょう。地域ごとにニーズが異なるため、市内で一律に通用する社会的処方の取り組みはありません。社会的処方の効果的な実践のためには、地域における組織連携を進め、コミュニティソーシャルワーカーなどの社会的な困難を抱える人の受け皿あるいはケアの資源となる組織活動やサービスを理解し、強化することが求められます。このコーディネートにおいても自治体全体としての重要な役割があるといえるでしょう。

## 6. さいごに

このたびは貴重な執筆の機会をいただきながら、私から読者の方々に伝えるばかりとなってしまいました。豊中市やコミュニティソーシャルワーカーのことなど、まだまだ不勉強なところもあったかと思えます。本稿をひとつの機会に、豊中市のことをもっと教えていただき、コミュニティソーシャルワーカーの方々の実践を見学できるような機会をいただくと幸いです。併せて、豊中市の社会的処方といえるような実践報告を聞くことができる機会を楽しみにしています。



筆者による健康の社会的決定要因に関する10分の講義動画です。本稿で紹介した研究も含まれています。ご関心がある方はぜひご視聴ください。

## 【引用文献】

- 1) Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*. 2013;12 (1) :1-9.
- 2) Zanetti D, Tikkanen E, Gustafsson S, et al. Birthweight, Type 2 Diabetes Mellitus, and Cardiovascular Disease: Addressing the Barker Hypothesis With Mendelian Randomization. *Circulation: Genomic Precision Medicine*. 2018;11 (6) :e002054.
- 3) Mentis A-FA. Social determinants of tobacco use: Towards an equity lens approach. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2017;3:7.
- 4) Stevens JR. *Impulsivity*: Springer; 2017.
- 5) McEwen BS. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York academy of sciences*. 1998;840 (1) :33-44.
- 6) Inoue K, Horwich T, Bhatnagar R, et al. Urinary Stress Hormones, Hypertension, and Cardiovascular Events: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Hypertension*. 2021;78 (5) :1640-7.
- 7) Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372 (9650) :1661-9.
- 8) 近藤克則, 平井寛, 竹田徳則, 他. ソーシャル・キャピタルと健康. *行動計量学*. 2010;37 (1) :27-37.
- 9) Fukada S. Japan's Prisons Are a Haven for Elderly Women. Lonely seniors are shoplifting in search of the community and stability of jail. *Bloomberg*; 2018. <https://www.bloomberg.com/news/features/2018-03-16/japan-s-prisons-are-a-haven-for-elderly-women>. (2021年10月21日アクセス)
- 10) Murayama H, Okubo R, Tabuchi T. Increase in Social Isolation during the COVID-19 Pandemic and Its Association with Mental Health: Findings from the JACSIS 2020 Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18 (16) :8238.
- 11) Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*. 2010;7 (7) :e1000316.
- 12) 齊藤雅茂, 近藤克則, 尾島俊之, 他. 健康指標との関連からみた高齢者の社会的孤立基準の検討 10年間の AGES コホートより. *日本公衆衛生雑誌*. 2015;62 (3) :95-105.
- 13) Tani Y, Sasaki Y, Haseda M, et al. Eating alone and depression in older men and women by cohabitation status: the JAGES longitudinal survey. *Age and Ageing*. 2015;44 (6) :1019-26.
- 14) 内閣府. 経済財政運営と改革の基本方針2021.
- 15) 堀田聰子 (編著), 吉江悟 (編著), 西岡大輔 (編著), 他. 令和元年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)「高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業」東京. 人とまちづくり研究所 (代表: 堀田聰子). 2020.
- 16) 西岡大輔, 近藤尚己. 社会的処方の事例と効果に関する文献レビュー: 日本における患者の社会的課題への対応方法の可能性と課題. *医療と社会*. 2020;29 (4) :527-44.
- 17) おおた高齢者見守りネットワーク. 地域包括ケアに欠かせない多彩な資源が織りなす地域ネットワークづくり—高齢者見守りネットワーク『みまも』のキセキ. ライフ出版社. 2013.
- 18) 一般財団法人オレンジクロス. 社会的処方白書. 2020. [https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing\\_2020\\_01.pdf](https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf) (2021年10月21日アクセス)
- 19) 豊中市社会福祉協議会. コミュニティソーシャルワーカー (CSW) [https://www.toyonaka-shakyo.or.jp/nav/nav\\_chiki/csw](https://www.toyonaka-shakyo.or.jp/nav/nav_chiki/csw). (2021年10月21日アクセス)
- 20) 勝部麗子. ひとりぼっちをつくらない—コミュニティソーシャルワーカーの仕事. 全国社会福祉協議会. 2016



## 健康を支える都市基盤

やなぎ はら たか お  
柳 原 崇 男  
近畿大学理工学部 准教授

### 1. はじめに

超高齢社会が到来する我が国においては、多くの高齢者が地域で活動的に暮らせると共に、助けが必要な高齢者に対しては、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される必要がある。このような社会を実現するためには、市民のライフスタイルだけでなく、都市の姿も変えていくことが求められる。

1947年に採択されたWHO憲章では、「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。(日本WHO協会訳)」<sup>1)</sup>とされている。人々の健康維持には、運動機能や栄養状態の維持・改善だけでなく、積極的に社会との関わりを持つ社会参加の必要性が指摘され、まちづくりや都市整備、公共交通政策などの外出支援は、買い物困難の解消だけでなく、身体活動の増加や社会参加の増大に寄与すると考えられている。

人々の交通行動と健康について、頻度の高い徒歩（散歩）や自転車利用は、直接的に身体的健康の維持に関与し、様々な病気のリスクを減

らす。これまでの研究によると、歩行や自転車などの移動を促す環境としては、住居密度が高いこと、土地利用が多様であること、歩道等が整備されていることとされている<sup>2)</sup>。つまり、ある程度人口密度が高い地域で、買物、通院、通勤、通学や余暇などの目的施設が多数あり、歩きやすい空間が形成されているような環境では、人々は自然と歩くようになる。自動車利用に関しては、一般的に、歩かなくなるため、身体活動量は減るとされているが、地方部や都市郊外部では、移動に欠かせない交通手段である。特に高齢者では、自動車の運転ができない人は、運転できる人に比べ、外出頻度は減少する<sup>3)</sup>。つまり、地方部では、自動車が自由に利用できるかが、人々の移動に大きな影響を与え、自動車が手放せない地域も多い。公共交通に関して、駅、バス停までの徒歩など、身体活動量の増加などに寄与するとの報告もある。このように、交通手段や都市基盤は人々の健康に大きな影響を与えていると考えられている。

本稿では、主に高齢者を対象とした、2つの地域の調査事例を紹介し、健康を支える都市基盤について考えてみたい。

## 2. 泉北ニュータウンの歩行環境と高齢者の身体的、精神的、社会的健康について

### 2. 1 はじめに

前述の通り、これまでの研究により、身体活動を促す歩行環境は明らかになってきた。現在では、予防医学の分野でもコンパクトシティや歩いて暮らせるまちづくりを推進する都市計画がゼロ次予防の手段として位置づけられている<sup>4)</sup>。身体活動と歩行環境の関係については、多くの研究がなされてきているが、WHOが提唱する身体的、精神的、社会的健康と地域の歩行環境との関係は、あまりわかっていない。また、歩行環境と言っても、都市部、郊外部、中山間地域など、地域条件により、大きな違いがあるため、様々な地区での調査が必要となる。本調査では、歩行環境が比較的整備されている都市部において、さらにその中でも、歩道や緑道、公園が整備され、バス交通網が比較的充実し、近隣センター等もあり、歩いて暮らせる環境がある程度整備されていると考えられるニュータウンを対象に、近隣の歩行環境が健康に影響するのか、また影響するとすれば、どのような要因が影響するのかを調査した。

### 2. 2. 調査概要

#### 2. 2. 1 調査対象地区（泉北ニュータウンの概要）<sup>5)</sup>

大阪府堺市にある泉北ニュータウンは高度経済成長期の人口の都市集中により発生した住宅需要に応えるため、昭和42年、宮山台のまちびらきを皮切りに、泉ヶ丘地区、梅地区、光明池地区と順次開発が進められ、居住環境の整っ

た大規模ニュータウンとして計画的に開発された。今回は対象地区を泉北ニュータウンの泉ヶ丘地区に限定している。泉ヶ丘地区には8住区が存在している。泉ヶ丘地区の総人口は64,094人で、高齢者人口は22,165人、高齢化率は34.6%である（平成27年9月現在）。子どもにあたる世代の人口減少が顕著であり、ニュータウン全体として少子・高齢化、人口減少の傾向が強くなっている。また、ニュータウン内は、鉄道の各駅を起終点とする路線バス網が充実し、公共交通を中心とした生活ができる環境が一定整っている。商業施設等においては、各住区に商業施設等を計画的に集積した「近隣センター」で、核となる店舗の撤退などもあり、商業機能が低下してきている。

#### 2. 2. 2 調査方法

対象者は65歳以上の高齢者とし、健康指標として、介護予防事業の二次予防事業候補者抽出に用いられる厚生労働省の基本チェックリスト<sup>6)</sup>を用い、さらに社会参加に関する事項を含んだアンケート調査を行った。

アンケートの概要は表1の通りである。基本チェックリストには運動・閉じこもり・転倒について、栄養、口腔について、忘れ物について、日常生活について、健康についての項目があり、計25問から構成されている。今回は栄養・口腔についての内容を省いた計20問で構成した（表2）。



表1 アンケート調査概要

項目	内容
対象地域	泉北ニュータウン 泉ヶ丘地区
対象者	65歳以上の高齢者
配布期間	2016/11/21～12/ 5
配布方法/回収	ポスティング/郵送回収
配布数/回収状況	2000部/543部 (27.15%)
調査内容	①基本属性、②基本チェックリスト、③外出 ④歩行、⑤社会参加、⑥近隣歩行環境

表2 基本チェックリスト

項目	番号	質問事項
生活	1	バスや電車で一人で外出していますか
	2	日用品の買い物をしていますか
	3	預貯金の出し入れをしていますか
	4	友人の家を訪ねていますか
	5	家族や友人の相談にのっていますか
運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか
	8	15分くらい続けて歩いていますか
	9	この一年間に転んだことがありますか
	10	転倒に対する不安は大きいですか
外出	11	週に1回以上は外出していますか
	12	昨年と比べて外出の回数が減っていますか
認知	13	周りに人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか
	14	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
	15	今日が何月何日かわからない時がありますか
こころ	16	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない
	17	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
	18	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる
	19	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない
	20	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする

近隣の歩行環境に関する質問は、近隣歩行環境簡易質問紙日本語版<sup>7)</sup>を参考にして、質問を構成した。近隣歩行環境簡易質問紙日本語版は対象者の自宅から徒歩10～15分程度で歩いていくことができる範囲内の環境をたずねるものであり、項目は「世帯密度」、「土地利用の多様性」、「サービスへのアクセス」、「道路の連結性」、「歩道・自動車道」、「景観」、「交通安全」、「治安」から構成されている。本研究では、そのうち、

回答者の負担を考慮し、「世帯密度」、「交通安全」、「治安」の項目を削除し、「サービスへのアクセス」、「道路の連結性」、「歩道・自動車道」、「景観」の大問4つ（計17問）のみを質問した。これにどれほど当てはまるかを「1. 全く当てはまらない～4. とてもよく当てはまる」の4つの選択肢の中から選ぶ形式とし、1～4点でスコアリングする。

表3 主観的近隣歩行環境評価に関する質問項目

	番号	質問
サービスへのアクセス	1	自宅の近所には歩いていける範囲にお店が複数ある。
	2	近所で買い物をするとところでは車を停めることが難しい。
	3	近所には商店、郵便局、公共施設などのような、歩いていける目的地が多い。
	4	駅、バス停などが自宅から簡単に歩いていける範囲にある。
	5	近所には坂が多く、歩くのが大変だ。
	6	近所には高速道路、鉄道、川などがあって、歩いて移動するときの妨げとなっている。
道路の連結性	7	近所の通りには、行き止まりが少ない
	8	近所では、交差点から交差点までの間隔は短い（100メートル程度）
	9	近所では、目的地に行くのにいろいろな経路がある
歩道・自動車道	10	近所のほとんどの道には歩道がある。
	11	近所の歩道は、ガードレールや段差で車道と区別されている。
	12	近所の歩道と車道の間には駐車スペースがある
	13	近所の歩道は、芝生、植え込み等で車道と隔てられている。
景観	14	近所の通り沿いに木が植えられている。
	15	近所を歩いていると、見ていて楽しいものがある。
	16	近所には魅力的な自然の景色が多い。
	17	近所には魅力的な家や建物が多い。

## 2.3 結果

回答者の属性はひとり暮らしが30%、年齢は、前期高齢者（65歳以上74歳以下）が44%、後期高齢者（75歳以上）が51%であった。次に基本チェックリストのスコアリングを行った。ここでは、基本チェックリストの得点から健康状態を分類するために、本研究では2次予防対象者の分類を参考に、生活、運動、外出、認知（表2の1～15番）といった多岐の分野にわたる15項目の中から6項目が該当するという条件に該当する人のことを「低活動者」、該当しない人

を「高活動者」として位置づけ、6点以上の人を「低活動者」、「5点以下の人を高活動者」として、健康状態の分類を行った。表4は低活動者と高活動者の近隣歩行環境評価に違いがあるのかを把握するため、スコアリングを行った結果である。それぞれの質問を各項目「サービスへのアクセス」、「道路の連結性」、「歩道・自動車道」、「景観」でまとめ、平均点を算出した。その結果、「高活動者」は近隣歩行環境を良いと評価し、「低活動者」は近隣歩行環境を良くないと回答する傾向が見られた。

表4 近隣歩行環境評価のスコアリング結果

	高活動者	低活動者	t値
サービスのアクセス	3.00 (N=432)	2.75 (N=86)	4.45**
道路の連結性	2.77 (N=406)	2.54 (N=88)	2.66**
歩道・自動車道	2.73 (N=409)	2.48 (N=88)	3.23**
景観	3.08 (N=429)	2.07 (N=89)	4.15**

\*\* : p値<0.01



すべての項目で5%の有意水準を満たした。既往研究では、身体活動や歩行量との関連が報告されているが、基本チェックリストを基にした健康と近隣歩行環境評価の関係性が示唆される結果となった。

次に、近隣歩行環境が健康に影響を及ぼす因果関係のモデルを検討した。このモデルの健康は、WHOの3つの健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）と基本チェックリストの「日常生活動作」から構成され、近隣歩行環境（「サービスへのアクセス」、「歩道環境」、「景観」）が、その健康に影響を与えているかの分析を行ったものである。ここでは、結果のみを述べることとし、詳細は、参考文献<sup>8)</sup>を参照されたい。

この結果、今回の対象地域では、健康に直接影響を与えるのは、「サービスへのアクセス」（具体的項目は表3）であった。

つまり、歩行環境が一定整備されているニュータウンにおいては、商業施設や駅等へ歩いていける歩行環境であることが、健康に影響をしていると考えられる。

#### 2.4 考察

基本チェックリストの質問項目において「高活動者」、「低活動者」に分け、近隣歩行環境評価との関係性を明らかにした結果、高活動者は「サービスへのアクセスが良く」、「道路が整備され」、「目的地に行きやすい環境である」と評価し、低活動者は目的地に行きにくく、道路が整備されていないと評価している。これらの結果は、身体活動量と近隣歩行環境の関連性を報告した既往研究と同様の結果であり、近隣の歩行環境が良いと評価している人ほど、健康である。ただし、この調査だけでは、健康な人ほど、

よく外出するため、周りの歩行環境を良いと評価し、健康でない人は、あまり外出しないため、歩行環境を悪いと評価しているかもしれないということも考えられる。しかし、これまでの研究からも近隣歩行環境がそこに住む人の身体活動量に影響していることを考慮すると、近隣の歩行環境が、身体的健康を含み、高い活動力の維持に貢献していると考えられる。

近隣歩行環境が高齢者の健康に直接影響を与えると仮定し、モデル分析を行った結果、高齢者の健康に直接影響を与えていたのは、「サービスへのアクセス」であった。これらの結果は、石井ら<sup>9)</sup>の、150分以上の歩行および中程度以上の身体活動と関連がある環境要因は、スーパーや商店へのアクセスが良いこと、バス停/駅へのアクセスが良いことという結果と同じであり、商店や駅・バス停へのアクセスの良さが、歩行量だけでなく、高齢者の精神的、社会的健康を含む健康に寄与していることが明らかとなった。これまでの研究で、身体活動量に影響していた歩道のデザインや景観などは影響しなかった。これらは、泉北ニュータウンでは、すでに整備されていることであるため、ほとんど地域差がなかったことが考えられる。本研究の対象地区である泉北ニュータウンでは、近隣センターの商業機能が低下してきていることから、これらの再生は、買い物等を容易にするだけでなく、高齢者の健康維持増進にも寄与できる政策であると考えられる。

### 3. 米原市における運転停止者のQOLと交通行動

#### 3. 1 はじめに

この章では、近年、社会問題ともされている高齢ドライバーの運転と免許返納について、高齢者のQOLという観点から考察する。

我が国では高齢化に伴い、75歳以上の運転免許保有者は、2006年の258万人から、2020年には590万人に増加している。高齢者は加齢により、動体視力や判断能力などの身体機能の低下が顕著に表れ、ハンドルやブレーキの操作に遅れが出るなどがあるなどの特性がみられ、事故を起こすリスクが高くなる。

警察庁交通局が発表した2020年交通死亡事故の発生状況<sup>10)</sup>では、全年齢層で死者数は減少傾向にあるものの、65歳以上の高齢者の死者数の減少幅は少なく、死者数に占める高齢者の割合は横ばいもしくはやや上昇傾向にある。

こうした背景もあり、1998年の自主返納制度が開始され、2019年には約60万人（前年比約18万人増）が自主返納を行った。地方自治体において、公共交通利用時の値段の割引や無料化など、免許返納者に対する優遇制度を採用している例も多く、自主返納者を支援する動きが近年活発化している。

一方、免許返納者は運転免許を返納することで、健康や外出機会の減少が懸念される。海外の研究をレビューした、S. Chihuri et al.<sup>11)</sup>によると、運転停止が抑うつ症状の増大、社会的関与の減少、死亡リスクの増大などを招くと報告されている。国内では、運転停止は、要介護リスクを増加させると報告がある<sup>12)</sup>。

つまり、自動車に代わる交通手段がなければ、

車の運転をやめたとしても、移動量が減少し、要介護リスクや認知症のリスクなどが高まることが考えられる。そのため、車の運転をやめた人の移動状況などの調査が必要となる。

#### 3. 2 調査概要

本調査では、滋賀県米原市にて、アンケート調査を行った。米原市は滋賀県の北東部に位置し、市内には鉄道や路線バス以外にも乗り合いタクシーのまいちゃん号が運行している。アンケートは無作為に世帯を抽出し、ポスティングで配布を行った。調査期間は2020年11月15日～2020年12月6日までとした。回収方法は郵便回収とし、2666部配布を行い、432部回収、うち有効回答数は400部であった。そのうち、免許返納者が41名、ほとんど車を運転しない人が9名いた。回答は、65歳以上の方のみとした。アンケートの内容については、表5に示す。

SF-36v2<sup>TM</sup>は健康についての万人に共通した概念のもとに構成されているため、特定の年齢や疾患に限らず、すべての人のQOLを測定できる。

SF-36v2<sup>TM</sup>はPF（身体機能）、RP（日常役割機能 [身体]）、BP（体の痛み）、GH（全体的健康感）、VT（活力）、SF（社会生活機能）、RE（日常役割機能 [精神]）、MH（心の健康）の8つの健康概念から構成され、それぞれを100点満点で評価することができる。



表5 調査内容

内容	項目
調査対象	米原市
対象者	65歳以上の高齢者
調査方法	ポスティング（無作為に抽出）,郵便回収
調査期間	2020年11月15日～2020年12月6日
配布数	2666部
有効回答数	400部（有効回答率15.0%）
調査項目	個人属性 自主返納の意思や理由 自動車の運転状況（返納者は返納前の状況） 認知機能 歩行能力 外出, 通院, 買い物の頻度 主な移動手段（複数回答可） 路線バス, 鉄道, まいちゃん号の利用状況 社会活動、地域とのつながり（地域高齢者社会活動尺度） 健康状態,QOL（SF-36v2™）

### 3. 3 調査結果

表6は前期高齢者、後期高齢者別の免許保有者・停止者（免許返納者および運転をほとんどしていない人）のSF-36v2™の得点を比較したものである。前期高齢者の免許返納者が少ないため、後期高齢者のデータのみt検定を実施した。その結果、すべての項目で有意に停止者の得点が低く、前期高齢者を含めても、停止者は

免許保有者に比べ、QOLが低いことがわかる。また、社会活動の得点を比較しても、免許保有者に比べ、運転停止者は地域活動の頻度・実施が少ないことがわかった。以上の結果から、運転停止者は、免許保有者に比べ、身体機能の低下があり、QOL低下、社会活動が減少していることがわかる。

表6 年齢別、免許保有者・停止者のSF-36の得点結果

	前期高齢者		後期高齢者		検定結果
	保有者 (n=183)	停止者 (n= 8)	保有者 (n=137)	停止者 (n=43)	
身体機能	88.1 (13.5)	54.4 (35.9)	78.3 (21.4)	52.1 (31.2)	**
日常役割機能（身体）	87.4 (18.1)	45.3 (35.2)	67.2 (22.6)	57.7 (31.5)	**
体の痛み	71.1 (21.5)	55.5 (27.5)	67.2 (22.7)	57.7 (25.2)	*
全体的健康感	60 (14.9)	44.1 (22.6)	60.1 (17.3)	48 (20.0)	**
活力	69.2 (17.6)	51.6 (13.7)	65.5 (19.4)	51.3 (21.7)	**
社会生活機能	86.6 (21.0)	70.3 (34.7)	82.5 (21.8)	66.5 (31.1)	**
日常役割機能（精神）	89 (17.1)	52.1 (38.3)	80.5 (21.9)	57.7 (34.7)	**
心の健康	74.2 (17.3)	53.7 (12.1)	75.1 (17.0)	60.9 (25.0)	**

\*\*: $P < 0.01$ , \*: $P < 0.05$ , ( ) 内はSD

表7 運転停止者の交通手段別外出頻度（日/週）

徒歩	送迎	バス・鉄道	乗り合いタクシー	自転車
3.6	2.0	2.4	2.6	3.8

表7は、運転停止者の交通手段別外出頻度を示したものである。徒歩や自転車など、自由に外出できる手段を主に利用する人ほど、外出頻度が高い。

次に、運転停止者のQOLに与える影響の分析するため、個人属性、外出状況、交通手段、社会活動性を説明変数とし、ロジスティック回帰分析を行った。その結果、自転車利用がSF-36の8項目中3項目（日常役割機能〔身体〕、全体的健康感、社会生活機能）、乗り合いタクシー・タクシー利用が2項目（身体機能、日常役割機能〔身体〕）に影響を与える結果となり、運転停止者のQOLには、車に変わる交通手段として、自転車および公共交通が重要であることが示唆された。

### 3.4 考察

本調査は、免許保有者と運転停止者のQOL、社会活動の比較および運転停止者のQOLに影響を与える要因を分析した。その結果、高齢になるほど運転停止者が増える傾向にあり、外出頻度も停止者は減少する傾向がある。QOL、社会活動に関しても、停止者のQOLは低く、社会活動も活発でないことがわかった。

また、運転停止者の交通行動とQOL、社会活動を分析すると、自転車利用者および鉄道・バス・乗り合いタクシーなどの公共交通利用者のQOLが高く、社会活動が活発であることが示唆された。また、自転車利用者は、外出頻度も高い。この結果は、H.Hirai et al.<sup>12)</sup> が示唆

するように、運転停止後、公共交通利用者や自転車利用者は、機能低下のリスク低下を緩和させるかもしれないという結果に合致していると思われる。ただし、本研究は、横断研究（ある時点における状況の調査）であるため、運転停止後の利用交通手段の違いが、QOLや社会活動に影響しているという因果関係までは明らかにできていないことに留意する必要がある。今後さらなる研究の必要性はあるが、運転停止者のQOL、社会活動に影響を与える要因として、自転車と公共交通を利用できることが重要であり、そのような環境を整備しなければ、車の運転をやめたとしても、様々な影響が生じることが予想される。

## 4. おわりに

本稿では、2つの地域の調査事例をもとに、健康を支える都市基盤について述べた。堺市の泉北ニュータウンでは、歩いて駅や商業施設に行けることが身体的、精神的、社会的健康に影響していた。米原市では、運転免許停止者にとって、公共交通や自転車利用がQOL維持に重要な要因であることがわかった。

つまり、健康を支える都市基盤とは、買い物、通院、散歩、コミュニティ活動などの社会参加などの移動を支える都市基盤であることがわかる。WHOを定義する身体的、精神的、社会的健康を保つためには、移動を支援する環境の整備が重要である。移動を支援する整備は、歩道、



自転車道、公共交通などのハード整備だけでなく、店舗などの商業施設立地も考えなければならない。また、移動（交通）とは派生需要と言われるように、目的地があって、そこで何かをするために移動が生じることになる。買い物や、通勤、通学、通院など以外には地域のサロン活動などの外出目的を地域の中で作っていくことも重要となる。つまり、地域の移動を支えるハード整備とコミュニティ活動などのまちづくり活動が活発なまちこそ、そこに住む人が健康になれるまちだと考えられる。

また、今回は、健康維持の観点から論考であったが、健康を損ない要介護状態等になったとしても、医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることにより、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができると思われる。

### 【参考文献】

- 1) 公益社団法人 日本WHO協会 : <https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/>
- 2) Cervero,R.,&Kockelman,K: Travel demand and the 3Ds: Density, diversity, and design, Transportation Research Part D: Transport and Environment, Vol2, Issue 3, 1997, P.199-219
- 3) 宮崎 耕輔, 徳永 幸之, 菊池 武弘, 小枝 昭, 谷本 圭志, 喜多 秀行: 公共交通のサービスレベル低下による生活行動の格差分析, 土木計画学研究・論文集Vol. 22 P 583-591, 2005
- 4) 国土交通省: 健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン, <https://www.mlit.go.jp/common/001049464.pdf>
- 5) 堺市: 泉北ニュータウンの現況と問題, [http://www.city.sakai.lg.jp/shisei/toshi/senbokusaisei/saiseishishin/saiseishishin\\_html/genjomondai.html](http://www.city.sakai.lg.jp/shisei/toshi/senbokusaisei/saiseishishin/saiseishishin_html/genjomondai.html)
- 6) 厚生労働省: 基本チェックリストの考え方, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-11.pdf> (最終訪問日2018年2月20日)
- 7) 井上茂, 他: 近隣歩行環境簡易質問紙日本語版 (ANEWS 日本語版) の信頼性, 体力科学Vol. 58 ,P 453-462, 2009.
- 8) 柳原 崇男, 河原 大貴: ニュータウンの歩行環境が高齢者の身体的、精神的、社会的健康に与える影響に関する考察,
- 9) 石井 香織, 岡 浩一郎, 井上 茂, 下光 輝一: 日本人成人における健康増進に寄与する推奨身体活動の充足に関連する自宅近隣の環境要因, 日本健康教育学会誌, 18 巻 2 号 p. 115-125, 2010
- 10) 令和2年における交通死亡事故の発生状況について (警察庁交通局 交通事故発生状況) <https://www.npa.go.jp/publications/statistics/koutsuu/jiko/R02bunseki.pdf> (最終閲覧日2021年4月23日)
- 11) Stanford Chihuri, Thelma J Mielenz, Charles J DiMaggio, Marian E Betz, Carolyn DiGuseppi, Vanya C Jones, Guohua Li: Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults, J Am Geriatr Soc. 64 (2) ,PP.332-341, 2016
- 12) Hiroshi Hirai, Masao Ichikawa , Naoki Kondo, Katsunori Kondo: The Risk of Functional Limitations After Driving Cessation Among Older Japanese Adults: The JAGES Cohort Study, Journal of Epidemiology, 30 (8) ,PP.332-337, 2020

# 健康を支える行政保健師

なか やま きみこ  
中山 貴美子

神戸大学大学院保健学研究科 准教授

## はじめに

基礎自治体において住民の健康を支える重要なアクターとして、行政保健師の存在がある。そこで、保健師の役割や専門性などについて整理しつつ、地域コミュニティをエンパワーする保健師の姿勢や技術、地域との協働の在り方などについて、具体的な事例も交えながら論じていきたい。

## 1. 保健師とは

### 1. 1 保健師とは

保健師は、保健師助産師看護師法総則第二条において、「厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者」<sup>1)</sup>とされる国家資格である。保健師免許の取得には、看護師免許が必要である。保健師は、看護師の知識をもとに、さらに一歩踏み込んだ「公衆衛生」や「予防」に関する仕事をしている。

現代では、新型コロナウイルス感染症の蔓延や虐待、生活習慣病など多くの健康問題が発生している。保健師は、これらの問題を解決するために、当事者である住民を支援するとともに、問題の原因や背景を見極め、地域社会全体に支

援を行うための知識や技術を持つ公衆衛生の専門家である。

保健師として就業しているのは全国で約6万2000人である<sup>2)</sup>。そのうち、約6割の3万8000人が市区町村・都道府県等の地方自治体で働いており<sup>2)</sup>、行政保健師と呼ばれている。行政保健師のうち、市町村保健師は増えているが、保健所保健師は、8000人を下回り、ほぼ横ばいの状態である<sup>3)</sup>。

保健師の学問の基盤は、公衆衛生看護学、疫学・保健統計、保健医療福祉行政論である。活動方法は、地域看護診断、システム化・施策化、地域組織活動、家庭訪問、健康相談、健康教育等である。保健師の多くが大学で育成され、現在は、大学院での保健師教育も増加している。

### 1. 2 保健師の役割と専門性

あらゆる健康問題は、地域の中で発生している。保健師は、これらの健康問題の背景にある社会の問題を探り、その原因にも働きかける地域社会を看護している職種ともいえる。よって、保健師の仕事は、社会のニーズの変遷に伴って変化することになる。母子保健や精神保健、高齢者保健等に加えて、近年は、災害対応や新しい感染症への対応も求められている。

保健師は、個々の住民の健康問題の把握にと



どまらず、地域特性を踏まえて集団に共通する地域の健康課題や地域保健関連施策を総合的に捉える視点を持って活動する<sup>4)</sup>。また、健康課題の解決に向けて住民や組織同士をつなぎ、自助及び共助など住民の主体的な行動を促進し、そのような住民主体の取り組みが地域において持続するよう支援することが求められている<sup>4)</sup>。つまり、地域の健康課題が発生すると、住民の生活の場へ行き、住民の実態を把握して、住民と共に問題を把握し、住民が自分たちの力で組織的に健康課題の解決に取り組んでいくことを推進することになる。健康課題の予防のために、生活の場へ行き、健康教育を行い、住民の主体的な保健活動を促していく。必要であれば、地域に認知症高齢者の居場所などの社会資源を創り出し、施策化につなげることもある。このように行政保健師は、行政に働く看護職として、地域住民と共に地域の特性を活かした健康なまちづくりを推進することが求められている。

## 2. コミュニティ・エンパワメントとは

### 2.1 エンパワメントとは

健康なまちづくりの先進地では、住民自らが地域の課題を認識し、その解決のために行動をしている。このような地域や住民の状態をあらわす概念に、コミュニティ・エンパワメントがある。そのうちエンパワメントとは、「自分の生活や置かれている状況を自らコントロールしていくプロセス」<sup>5)</sup>とされている。エンパワメントという用語は、17世紀に法律用語としてはじめて用いられ、その後、1950年代から60年代にかけての公民権運動や70年代のフェミニ

ズム運動のなかで、この言葉が使用されるようになった<sup>6)</sup>。現在は、ジェンダー、教育、福祉、医療、公衆衛生など多岐の分野にわたって使用されている<sup>6)</sup>。エンパワメントは、多次元的概念であり、プロセスを含む概念として捉えられている<sup>7)</sup>。エンパワメントは、「個人」「集団・地域」の2つ、もしくは「個人」「組織」「地域」の3つのレベルがある<sup>7)</sup>。

### 2.2 コミュニティ・エンパワメントとは

コミュニティとは何かについて考えてみる。WHO（世界保健機関）の地域看護に関する専門委員会が示したコミュニティの定義は、「地理的境界と（あるいは）共通の価値や関心によって決められた社会的集団」<sup>8)</sup>である。したがって、コミュニティには、地理的境界で構成される県や市、地区だけではなく、共通の価値や関心による集団である患者会など同じニーズを持つ集団も含まれる。

コミュニティ・エンパワメントの定義は、「地域の人々が、自分たちに共通の課題に対して、その改善やwell-being（健康な状態）の実現に向けて、自分たちだけでなく、地域に向けて行動をおこし、影響を与えていく過程であり、その結果を含むもの」<sup>9)</sup>とされている。

地域においては、生活習慣病やその予備軍が増加し、服薬や生活のマネジメントの多くは住民自身が主体となって行う。介護予防についても、個人の努力だけでは限界があり、地域で介護予防の体操教室を開催するなどの住民主体による行動が必要な状況になっている。保健師は、住民や地域の主体性や自己決定を尊重し、個人や地域がもつ力を発揮できるように、医療者中心のケアから住民と保健師がパートナーシップ

を形成し、一緒に健康な地域づくりに取り組んでいくことが必要である。

コミュニティ・エンパワメントの発展プロセスは、6段階に分けられている<sup>10)</sup>。地域に健康づくりを行う地域組織がない状態から、主体的な地域活動を展開する地域組織に成長し、他の地域組織とのネットワークが形成される状態にまで発展するプロセスをイメージしてもらおうと理解しやすいと思う。

第1段階は、「健康課題が潜在的な状態（住民は気づいていない）」である。地域に認知症などの健康課題が生じているが、住民は意識していない状態である。第2段階は、「地域住民による地域の問題の意識化、明確化」である。家族や身近な人が認知症になることを経験する、認知症に関する学習をする等を通して、認知症が地域の問題であることに住民が気づいていく。第3段階は、「目標および問題解決方法についての意思決定、合意形成」である。住民が、認知症の問題について、「認知症になっても暮らしやすい地域」をめざそうと決めて、その方法として地域で認知症の人も集えるカフェを開催しようと合意形成するなどの例がある。第4段階は、「活動開始期」である。ここでは、保健師や関連団体の支援を得ながら、住民たちがカフェを始める。第5段階は、「主体的な活動展開期（地域に向けた自主活動の開始）」である。この段階では、住民たちは自分たちで活動の企画実施評価を行う。保健師は、住民が困った時に相談にのる。第6段階は、「発展（地域への波及や他の地域組織とのネットワーク形成）・継続期」である。住民による活動が、他の地域へも影響を与え、他の地域組織とのネットワークが広がる。

発展プロセスは、一方向に進展するとは限らない。主体的に活動していた地域組織でも、活動が停滞することがある。また、認知症の問題から、新たに介護予防の問題に気づき、活動を始めることもあるかもしれない。地域と協働するためには、コミュニティ・エンパワメントの発展プロセスを意識して、地域の活動を捉えることが重要になる。

### 3. コミュニティ・エンパワメントを支援する保健師の技術と姿勢

#### 3. 1 コミュニティ・エンパワメントを支援する保健師の技術

公衆衛生は、共同社会の組織的な取り組みによって行われる。保健師活動の実践においても地域の組織化、つまり地域組織活動が重要な戦略となる。地域組織活動は、住民が自らの健康問題を明らかにし、その解決に取り組むための活動手段である<sup>11)</sup>。糖尿病や肥満などの個人の健康問題が出発点であったとしても、それを地域の住民の問題として取り組むことで、コミュニティ・エンパワメントにつながっていく。ここでは、コミュニティ・エンパワメントを支援する保健師の技術について論じたい。

まずは、地域の健康づくりへの住民の参加を促すこと<sup>10)</sup>である。地域には、様々な人材や組織が存在している。保健師は、それらの住民や組織が、健康づくりに参加できるような機会を提供することができる。例えば、健康づくりのための新たな組織を作る、既存の自治会や婦人会等の組織に、健康づくりの活動への取り組みを促すことができる。その際には、健康づくりへの参加の意志決定を促し、動機を高めてい



く。保健師は、地域看護診断という地域の情報に基づいて地域の健康課題を抽出する専門技術を持っている。そこで、保健師は、自治体の主要な健康課題について住民に情報提供を行い、健康課題を住民と共有することができる。地域には多様な健康課題が存在することから、住民の健康づくりへの参加を促し、住民による健康課題への取り組みが求められる。

次は、住民が健康課題に気づくことを促すことである<sup>10)</sup>。保健師が行う保健指導は、健康を保持・増進し疾病を予防することや疾患に罹患しても悪化しないように自己管理(セルフケア)能力を高めることが目的である。地域組織活動においても、健康に関する情報提供や保健師と住民が協働しての地域診断をする、住民同士の対話等によって、住民が健康課題に気づくことを促すことが重要である。住民は、自分たちの地域の健康課題に気づくことで、活動への動機を高め、活動の継続につながっていく。

新たに健康づくりのための地域組織を育成した場合は、組織化の支援も必要である<sup>10)</sup>。初期の段階では、組織の体制や役割分担、会の運営など、住民の負担が多い。その際は、住民と共に考え、共に運営をしていく。住民が組織運営の力量を獲得し、組織運営が安定した頃には、住民による運営に切り替えていく。保健師は、共に健康づくりを行うパートナーとして存在し、地域組織の成熟度に応じた組織運営への支援を行っていく。

さらに、保健師は、住民の主体性を引き出すことが必要である<sup>10)</sup>。住民個々の思いや特徴を把握し、健康づくりの活動に結び付けていくことができる。また、住民同士の交流を促し、仲間意識の醸成を図っていく。住民たちが、自分

たちの組織の体制や活動を自己決定していくことも重要である。

### 3. 2 コミュニティ・エンパワメントを支援するために必要な姿勢

コミュニティをエンパワメントする支援では、主体は住民であり、住民自身が健康課題に気づき、その解決のために行動をおこしていくことができるようになることを目指す。従って、保健師は、コミュニティの住民がエンパワメントに至る過程の促進者であることが必要である。以下、コミュニティ・エンパワメントを支援するために必要な姿勢について述べる。

まず、住民とパートナーシップを構築することである<sup>12)</sup>。活動主体である住民と保健師が、健康づくりのパートナーとして対等な立場で、共通する目的であるコミュニティ・エンパワメントのために協働する関係を構築することが求められる。筆者の研究の保健師の使命と基本的姿勢<sup>10)</sup>においても、「住民と共に考える」「住民の力を確信している」等の内容が抽出されている。地域組織活動では、住民と保健師の関係性が重要になる。お互いの役割や特徴を理解し、信頼関係を維持していくことが必要である。

次に、住民と地域の強みを引き出すことである<sup>12)</sup>。地域では、認知症や子育ての孤立化、引きこもりの問題など、様々な健康問題が発生している。地域には、様々な住民や組織があり、それらの強みに着目し、強みを引き出し、地域の健康づくりにつなげていくことが大切になる。住民と組織、地域の持っている力に着目し、潜在能力を高めるような姿勢が重要である。

さらに、住民の主体性を重視することである<sup>10)</sup>。保健師は、住民が主体性を発揮できるよう

に、常に住民と活動の目的を共有しておく。保健師は、一人ひとりの住民の背景や特徴を理解するとともに、活動への思いを尊重する。活動は、住民のペースを尊重するためにも、住民のペースにあわせて行うことが求められる。

## 4. 大阪府和泉市における健康な地域づくりの実践事例

### 4. 1 ヘルスアップサポーターいずみの概要

住民が主体的に地域の健康課題の解決に取り組み、それが保健師活動と協働する体制にまで発展したヘルスアップサポーターいずみ(以下、ヘルサポと略す)の活動と保健師の支援について紹介する。

和泉市は、大阪府南部の泉州地域に位置し、市の人口は2021(令和3)年7月現在で18万4,659人、高齢化率は25.4%である。2021(令和3)年現在のメンバーは96人(男性18人、女性78人)である。和泉市では、2003(平成15)年に健康日本21の地方計画として、「健康都市いずみ21」計画を策定した。この計画策定の際に、糖尿病や高血圧などの生活習慣病の増加などが健康問題となった。そこで、地方計画がめざす「健康都市いずみ」を実現する方策の一つとして、住民ボランティアであるヘルサポの育成を開始することにした<sup>13)</sup>。

ヘルサポのメンバーは、和泉市が開催するボランティア養成講座(6回コース)を終了し、ボランティアとしての活動意思を表明して、和泉市からヘルサポ認定書を受けた人になる。認定は1年ごとの更新制で、活動年数の制限はない。ヘルサポの組織体制は、食育部と企画部、運動部の3部会である。活動内容は、交流会や

ウォーキングイベントの開催、ココロいずみダンスの普及、健康レシピの考案、学習会などである。ヘルサポは、定例会を月1回開催し、活動報告等を行っている。ヘルサポは、市全体に向けた取り組みとして全体活動を行う一方で、校区ごとの活動もしている。校区でヘルサポが集まり、地域の健康問題について話し合い、そのための活動を企画しているところもある。

ヘルサポのテーマは、「つなげよう未来に、健康の贈り物」「広げよう、健康づくり」「高めよう、健康のスキル」である。個人では健康づくりの情報・知識を集め、技術を高め、仲間と一緒に地域活動を行い、未来の世代に健康を贈ることをめざしている。ヘルサポのメンバーは、地域で起きている健康の問題に目をむけて、自分にできる健康づくりを主体的に行っている。また、自ら健康づくりの活動を企画・実践し、評価を行うなど、主体的な健康づくり活動を展開している。メンバーは、自分にできる活動を無理なく続けることを大切にしており、お互いを尊重しあえている。コロナ禍でイベントなどは縮小しているが、メンバーは、ヘルサポの活動目的を意識し、健康づくりの学習を継続し、自分たちにできることを続けている。その姿勢と活動がヘルサポの強みであり、地域の健康づくりを目的とするボランティアが地域に存在して住民が参加できる活動を継続することで、地域の社会資源となっている。

ヘルサポは、住民が地域の健康づくりを考えて、それを実行する仕組みになっている。また、地域の自治会や他の住民組織とも連携し、地域のニーズに応じた新たな活動を協働して実施するようになっている。これらのことから、ヘルサポの活動は、コミュニティ・エンパワメント



にもつながっていると考える。

### 4. 2 和泉市における保健師の支援

和泉市は、健康増進法に基づき、平成15年3月に「第1次健康都市いずみ21計画」、平成26年3月に「第2次健康都市いずみ21計画」、平成31年3月に「第3次健康都市いずみ21計画」を策定し、健康寿命の延伸を図り、市民が自分らしく、いきいきと住み慣れた地域でいつまでも暮らしたいと実感できる「健康都市いずみ」の実現をめざした取り組みを進めてきた<sup>14)</sup>。和泉市では、地域看護診断に基づいて地域組織活動の必要性に気づいた保健師が、養成講座という地域組織の最初の段階からかかわりを持ち、ヘルサポのコミュニティ・エンパワメントの発展プロセスに応じてかかわり方を変化させながら、ヘルサポと保健師が協働する体制に至るまでの支援をしてきている。

ヘルサポの活動準備の段階で実施したのは、地域のキーパーソンである住民の思いを確認したことである。地域組織活動は、地域の問題に対して、住民自身が取り組んでいくものであり、住民の思いが重要である。「地域の人々のつながりの醸成を大切にしたい」という住民の思いは、保健師の思いとも一致し、ヘルサポを養成する意義を再認識することにつながった。

養成講座や活動開始期の段階で実施したのは、組織の目的を繰り返し伝えることにより、メンバー同士が、そしてメンバーと保健師が活動の目的を共有できるようにすることであった<sup>13)</sup>。地域組織活動は、活動目的によって、方向づけられる。メンバーは、活動目的が不明確な場合、活動の意義を見出せなくなる。活動開始期の段階では、住民は、保健師からの指示を受

けて行動する活動形態を望んでいた。そこで、保健師は、「自分たちの地域に必要なことを自分たちの力で行っていく」というヘルサポの活動目的を繰り返し伝えた。このことは、当初保健師の指示による動きを想定していたヘルサポの活動への意識の変革を求めるものであったと考える。また、養成講座を実施するにあたっては、地域活動への意識の高い住民の参加を促した。これは、地域の状況を知っている保健師だからこそできた支援と考える。

定例会では、活動初期には保健師が司会や記録を支援していたが、徐々に役割を分担し、ヘルサポが自分たちでできるように促した。これは、地域組織として、組織を運営する技術を獲得することを支援したと言える。また、定例会では、ヘルサポの活動状況の報告や相談を行い、ヘルサポがやりたいと考えていることが実現するように促した。これは、ボランティアとして、地域で活動するための意欲を高め、技術的な支援をすることにつながった。

ヘルサポが地域で活動をするにあたっては、地域の自治会にヘルサポの活動を理解してもらうための紹介文を保健師が書くなどして、地域の理解を得た。地域で活動をするためには、活動場所や地域住民の理解等の様々な内容が必要であり、保健師は、ヘルサポが地域で活動しやすい環境づくりを支援した。

ヘルサポが、自分たちで活動できるようになってからは、自主的な組織としてヘルサポの自己決定を尊重した。保健師は、ヘルサポと活動の目的を共有し、一緒に健康づくりの活動を協働した。また、ヘルサポは、健康づくりの知識や技術、意欲の向上をめざして、学習活動を継続している。保健師は、必要な学習内容や講

師を提案するなど、側面的に支援をしている。

ヘルサポ活動は、校区によって、メンバーの数や活動内容に違いがある。保健師は、活動が活発でない校区ではヘルサポの活動の相談にのるとともに、新たな人材の発掘を心がけている。また、活動が活発な校区では、ヘルサポと保健師と一緒に地域診断をして、地域の健康課題に応じた活動を協働している。和泉市の保健師は、地域の健康づくりはヘルサポと協働して行うという意識を共有しており、同じ目的に向かう健康づくりのパートナーとしてヘルサポと協働している。今後も、市全体への活動への広がりに向けて、ヘルサポ活動を支援し、ヘルサポと協働していくことが求められる。

## おわりに

以上のように、和泉市は、保健師が地域組織の必要性を認識し、共に地域の健康づくりに取り組む地域組織を育成・支援した事例である。地域には、様々な目的やなりたちをした地域組織が存在している。保健師は、地域に出向き、住民や地域組織のことを理解し、住民との関係性を構築していくことが必要である。そのためにも、保健師には、住民と協働した活動のビジョンを持ち、その達成に向けた能力と熱意が必要と考える。

## 【参考文献】

- 1) 昭和三十二年法律第二百三十三号：保健師助産師看護師法(1948). 第1章 総則 第2条, <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323AC0000000203> (2021. 9. 7 検索)
- 2) 第1回看護基礎教育検討会(平成30年4月12日)資料 2. 看護基礎教育を取り巻く現状等について(2018) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000203414.pdf> (2021. 9. 7 検索)
- 3) 日本看護協会出版会編(2018):平成29年度看護関係統計資料集, 4-5, 日本看護協会出版社, 東京.
- 4) 地域における保健師の保健活動について(平成25年4月19日付け健発0419号第1号厚生労働省健康局長通知). (2015). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujoudokateikyoku-Soumuka/0000144644.pdf> (2021. 9. 7 検索)
- 5) 五十嵐隆ほか編(2013):エンパワメント,看護学大辞典,(第6版),222,メヂカルフレンド社,東京.
- 6) 久木田純(1998):エンパワメントとは何か,現代のエスプリーエンパワメント,至文堂,10-34.
- 7) 野嶋佐由美(1996):エンパワメントに関する研究の同行と課題,看護研究,29(6),3-14.
- 8) WHO/松野かほる(1974):地域看護,日本公衆衛生協会.
- 9) 中山貴美子(2006):コミュニティ・エンパワメントとは?,保健師ジャーナル,62(1),10-15.
- 10) 中山貴美子,鳩野洋子,金子仁子,他(2021):コミュニティ・エンパワメントに向けて地域組織と保健師が協働するための支援モデルの開発,大阪医科大学看護研究雑誌,11,3-13.
- 11) 中村裕美子著,中村裕美子,中谷久恵,神馬征峰,他編(2021):地域組織活動の展開,標準保健師講座2 公衆衛生看護技術(第4版),208,医学書院,東京.
- 12) 中山貴美子(2009):住民組織活動が地域づくりに発展するための保健師の支援内容の特徴,日本地域看護学会誌,11(2),7-14.
- 13) 中山貴美子,鳩野洋子著,中村裕美子,中谷久恵,神馬征峰,他編(2021):住民の自立支援と地域組織活動の実際,標準保健師講座2 公衆衛生看護技術(第4版),226-234,医学書院,東京.
- 14) 和泉市生きがい健康部健康づくり推進室(2019):第3次健康都市いずみ21計画平成31(2019)年度~平成36(2024)年度.



# 新型コロナウイルス感染症とメンタルヘルス

つつ い よし ろう  
筒 井 義 郎

京都文教大学総合社会学部 教授

## 1. はじめに

新型コロナウイルス感染症が日本で大きな問題と認知されたのは、2020年2月末に公立学校の休校が決定されたのが最初だったように思う。その前にも2月の初めからクルーズ船のダイヤモンドプリンセス号の事件があり、その前にも1月21日から中国武漢市の感染事件が報道され、日本でも、1名の感染者が確認されたりしていたが、危機感は薄かった。2月には感染者の累計が数名から、数十名へ、そして200名程度へと増加し、2月27日に政府が小中高等学校の休校要請を行った。これによって、日本では新型コロナウイルス感染の脅威が公的にみとめられることになった。私自身の行動についても、2月16日（日）には定期演奏会を聞きに行ったが、17日から予定していた奄美大島旅行をキャンセルしようかどうか迷った。機内の乗客はやはり感染を意識していた。島のホテルで、エレベータに乗ると、行先の階のボタンを棒で押している人がいて、ムムムと思った<sup>1)</sup>。3月4日以降の音楽会はすべてキャンセルか延期になった。

1) ダイヤモンドプリンセス号事件では接触感染が疑われていたので、神経質になっていた。

このように、多くの日本人が（少なくとも私自身が）本当に恐怖を感じるようになったのは、3月になってからである。3月11日には、WHOがパンデミック宣言をしたのに驚き、13日にはアメリカが非常事態宣言を出したのに驚き、その後3月の下旬にイタリアで死者が累積している映像が報道されると、恐怖で縮み上がった。2月末には、現在所属している大学に移る新学期の準備をしていたが、だれも危機は感じておらず、暢気なものだった。ところが4月初めのオリエンテーションが終わると大学はすべてオンライン授業となり、結局、後期になるまで大学に行くことはなかったのである。4月7日には緊急事態宣言が出された。それが引き上げられる5月25日までの約2か月間、私は、感染の恐怖から、精神の変調を感じていた。スーパーに買い物に行っても、感染確率は滞在時間に比例すると思うと、一刻も早く出たかった。

しかし、朗報もあった。3月の末に香港の大学の実験結果で、マスクをすると感染確率がかなり減る可能性が報告されたのである。それまでは、コロナが飛沫感染であることが分かかっておらず、空気感染であると考えた専門家も多かったようで、マスクは防御にならないと心ある専門家は発言していた。それにしても、ワクチンができるまで感染拡大が解決できないこと

は明らかであり、過去の経験から、ワクチンができるにはどんなに急いでも2年はかかるらしいということで、私は、2年間の引きこもりを覚悟した。長期戦でどのようにして自分の精神の平衡を保っていけるかが大きな課題であった。それは、感染が始まってから1年半たった現在でも解決できていない。しかし、この間に多くを経験し、また、コロナウイルスに関する科学的知見も増え、「未知のウイルス」の恐怖からかなりの程度解放された。1年半前の恐怖に比べると、現在の私は新型コロナウイルスをそれほど怖がっていない。もちろん、感染し、重症化し、死ぬかもしれないリスクは感じているが、その事態を許容し、そうなったら仕方がない、人間どうせ死ぬんだから、と達観できる心境になっている。そして、かなり普通の生活ができるようになってきているのだ。

しかし、私の個人的な経験を振り返るのはほどほどにして、この原稿では、平均的な日本人がどのような心の経験をしてきたのかを見ることにしよう。

## 2. 新型コロナ感染のアンケート調査

2020年2月に奄美大島旅行をしているとき、私は、この感染はひょっとすると大事件かもしれないと思った。私は日本の研究者とだけでなく、イスラエルの研究者と一緒に巨大リスクにどう立ち向かうかの研究を始めており、国から研究資金を得ていた。もちろん、まさか新しい感染症が始まるとは予見できなかったのも、日本では地震の災害リスク、イスラエルでは軍事攻撃を受けるリスクを取り上げて研究する予定であった。さっそく、イスラエルチームのリー

ダーであるShoshと連絡を取り、無駄になるかもしれないが、とにかくこの感染症の研究に踏み出してみよう、ということになった。問題は山積みであった。まず、2月下旬の時点で、私には、この感染がどのくらいの大事件であるのかが判断できなかった。どのくらいの期間続くものなのかもわからなかった。その後判明したような大事件ではなく、1か月もすれば収まるかもしれないと思った（サーズ（2002-2003）やマーズ（2012）は、中国や中東をはじめとする他国では大事件だったが、結局日本には上陸せず、たぶん、覚えている人は少ないだろう）。したがって、どのくらいの頻度でアンケート調査をするかが大きな問題だった。えいやっと、2週間おきに取り組むことにした。もちろん、質問票の設計が最大の課題だったが、そのほかにも、研究資金の使用申請やら、調査会社の選定など多くの問題があった。なんとか、2020年3月13日に第1回の調査を開始することができた。イスラエルでも、1週間遅れで開始した。その後も、いろいろな研究者の協力を得て調査が続けられている。ここで報告するのはその調査結果に基づく研究成果である。

## 3. 新型コロナとメンタルヘルス

われわれの研究チームには、日本で4名、イスラエルで3名の研究者が当初から参加しており、したがって、アンケート調査ではそれらの研究者の研究関心を反映して、いろいろな質問がなされている。豊中市からの原稿依頼がメンタルヘルスだったので、まず、それに関する研究から紹介しよう。われわれのチームで、山村英司西南学院大学教授は様々なトピックスを分



この回答を回答者の属性と突き合わせて分析すると、小学生の子供を持つ家庭では、母親が家にとどまってリモートで働いていたという実態が浮かんでくる。父親はむしろ会社にもっと出るようになったぐらいだ。つまり、新型コロナウイルス感染で学童が自宅待機になった結果、その面倒を一手に引き受けたのは妻であった、ということが分かる。リモートで働く必要もあるので、家事負担の増加は働く妻のメンタルヘルスを損なったに違いない。怒り、恐れ、不安が増加し、不幸になったという先の論文の結果は、休校になった子供の面倒の多くを妻が見たことから生じている可能性がある。一方、夫のほうはむしろ、出社を増やした傾向がある。この2つの論文の結果を統合すると、「男が外で働き女が家を守る」という日本で支配的な男女の役割分担を、コロナ感染という事件が後押ししたらしいことがわかる。

#### 4. 新型コロナウイルスによるシングルマザーのメンタルヘルス

最近、日本における女性の社会進出の遅れは、国際的にも広く認知されるに至っている。いろいろなメディアで報道されているのでご存じの方も多いと思うが、女性の社会進出の程度を測定した男女格差指数 (gender gap indicator) の直近に関する2021年の報告では、日本はなんと、156か国中120位である<sup>3)</sup>。中国 (107位) や韓国 (102位) の後塵を拝して、日本より劣後している国としては、中東などのイスラム教国 (それとインド=140位) が多いという結果である。いったい、日本で何が起きているのであろうか? 日本の女性はそんな

にみじめな状態に置かれているのであろうか?

この問題は、そう簡単に解明できるものではないというのが、現在の私の直感である。しかし、私たちは、この新型コロナ感染下において、シングルマザーがどのような状態に置かれているかを分析したので、それで得た結果を紹介しよう (Tsutsui et al. 2021)。シングルマザーとは、結婚しておらず、子供がいる女性である<sup>4)</sup>。日本においては、子供は結婚してから持つものという社会規範が強く共有されており、結婚せずに子供を持つケースは少ない。したがって、シングルマザーの約80%は結婚して子供を産んだが、離婚して子供を引き取った人である<sup>5)</sup>。この論文では、シングルマザーがおかれた苦しい状況を、上で紹介した「幸福度」のデータで代表している。そして、2020年3月13日から2021年5月28日までの12回のアンケート調査で尋ねた幸福度の変化を調べている<sup>6)</sup>。

図1は、シングルマザー、女性、男性、および全員の幸福度の推移を示している。まず、シ

3) [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2021.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf)

4) 子供の年齢を未成年とかに限定する定義もある。

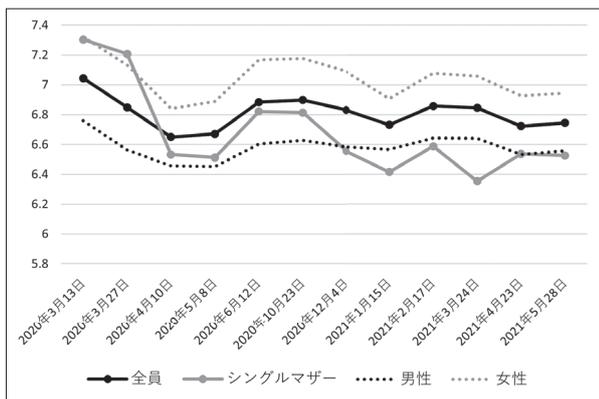
5) シングルマザーの統計は厚生労働省が発表している <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188147.html> で知ることができる。

6) ここで紹介する分析では、シングルマザーの数が少なかったため、その平均値しか分析していない。しかし、じつは、シングルマザーにはいろいろな人がいるようである。例えば、日本社会においては先進的な人で、古い結婚観にとらわれずに自分の子供を持った人が一方の極にあり、反対の極には、結婚ができずに意図せざる子供を持ってしまった人がいるようである。前者は、有名人として週刊誌やエッセーでとりあげられているし、後者はルポルタージュでとりあげられている (たとえば鈴木 2015)。



シングルマザーと日本人の平均値を比べてみよう。最初の時点（2020年3月13日）には、シングルマザーは、平均の日本人より幸福であった。その幸福度はわずか1か月後の4月10日には0.8ポイントも下がり、日本人の平均幸福度を下回った。その後、コロナ感染の拡大・収縮状況に応じて上下を繰り返すものの、日本人の平均幸福度を一貫して下回っている。この結果は、シングルマザーが新型コロナ感染の広がりによって、平均的な日本人より苦しんでいることを示している。

図1 日本におけるシングルマザー、全体、男性、女性の幸福度の推移：2020年3月～2021年5月



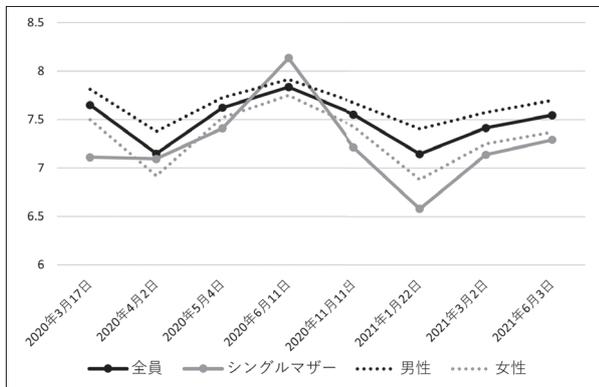
しかし、当初はシングルマザーのほうが平均的な日本人より幸福だったという結果に驚かれる方もいるだろう。実は、日本では、女性は男性よりもかなり幸福なのである。図1には、男性と女性の幸福度の推移を点線で示しているが、最初の時点ではシングルマザーの幸福度は女性の平均と同じであり、男性の幸福度を0.5ポイントも上回っている。そして、女性の推移も男性の推移も、大体似たパターンで変動しているが、女性の変動のほうが大きい。そして最後の時点（2021年5月28日）には、男女の幸福度の差は0.4ポイントに（0.1ポイントだけ）縮まっている。つまり、もともと、女性はなぜか

男性より幸福なのだが、新型コロナ感染による苦境のしわ寄せは女性のほうにより多く働いていることがわかる。その傾向が、女性一般より、シングルマザーにより明確に表れているという結果なのである。

このような状況は、イスラエルでも見られるのだろうか<sup>7)</sup>？図2には、イスラエルのシングルマザーと平均的なイスラエル人の幸福度の変化を示している<sup>8)</sup>。この図を見ると、日本とはかなり状況が違うことがわかる。たしかにイスラエルのシングルマザーも、コロナ感染の状況によって幸福度が大きく変化している点では日本と同じである。また、第一波の感染が収束した2020年6月を除くと、シングルマザーは平均的なイスラエル人より不幸である。これらの結果はイスラエルにおいてもシングルマザーがより大きな苦境を新型コロナ感染によって受けていることを示している。しかし、その程度は、日本におけるシングルマザーが新型コロナ感染によってうけた影響より、緩やかであるように思われる。

- 7) イスラエルは、2020年の男女格差指数で60位である。似たような国では、オーストラリア(50位)、シンガポール(54位)、イタリア(63位)がある。そして、教育分野での格差指数では、世界1位である。われわれの回答者でも、女性の大学卒業率は男性を上回っている(53%対49%)。
- 8) ただし、イスラエルにおいては、ワクチン接種により、2021年4月にはほとんど感染者がいなくなったので、その時点で8回の調査を終了している。

図2 イスラエルにおけるシングルマザー、全体、男性、女性の幸福度の推移：2020年3月～2021年6月



## 5. 女性の社会進出が遅れている日本で、なぜ女性のほうが幸福なのか？

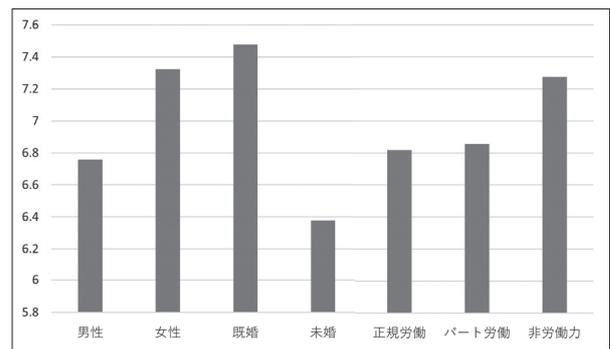
しかし、図2の点線で示したように、イスラエルでは女性のほうが男性より不幸である。女性が不利な立場に置かれているとすると、これは自然な結果であるのかもしれない。これと対照的に、女性の社会進出が遅れている日本において、女性のほうが幸福なのはいったいなぜなのであろうか？ これは難しい問題であって、シングルマザー論文ではこの問題には踏み込んでいない。しかし、現在では、次のような仮説に興味を持っている。本稿の読者限定サービスで、現在、私が考えていることをお話ししよう。

日本のジェンダー問題は、女性を「子供を産み、子供や家庭生活を守る役割を持つ」ものと位置づけ、「おしとやかで、優美で、男性や社会に従うことが女性の美德である」と考えている。一方で、その対極に男性を位置づけている。この考え（日本での社会規範）を共有している女性は、日本の状況や自分がおかれている状況に満足していてもおかしくない。反対に、このような役割分担を望まず、社会で活躍したいと

思っている女性は、自分の希望がはばまれ、「わかまえていない」といわれ続け、「美德がない」と評価されて、不幸に感じているかもしれない。さらに、もし日本の女性の多くが社会進出を希望していないなら、ジェンダー指数が世界で最低水準にありながら、女性のほうが男性より幸福であってもおかしくないであろう。

この仮説を簡単な統計で吟味してみよう。図3には、男・女、既婚・未婚<sup>9)</sup>、正規労働・パート労働・非労働力の幸福度を示している<sup>10)</sup>。図1でも見たように、日本では女性は男性よりかなり幸福である。そして、既婚者は未婚者より断然幸福で、その差は男女の幸福差の2倍もある。そして、正規労働者とパート労働者の幸福度はあまり変わらない一方で、働いていない人(非労働力)の幸福度はそれより高い。その差は、男女の幸福度の差と同じぐらいである。これらの結果は重要である。繰り返すと、日本では、結婚している人は断然幸福である。そして、働いている人はかなり不幸である。

図3 属性と幸福度



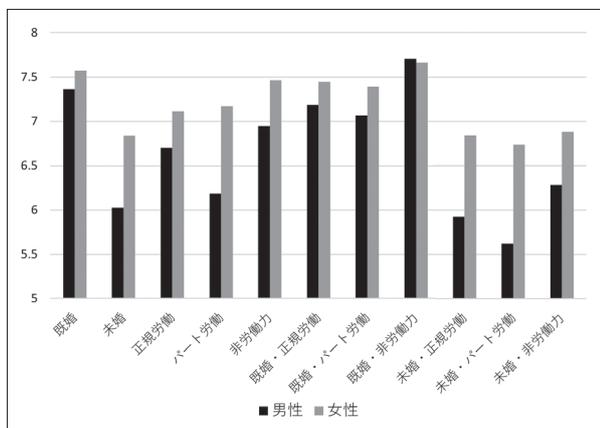
9) ここでは、既婚とは現在結婚している人を、未婚とは現在結婚していない人を指している。

10) 非労働力とは、ここでは、働いていない人を指し、引退した人、専業主婦・主夫、学生、失業者からなる。



その理由を推測するために、この結婚と仕事の属性をさらに男女に分けて幸福度を調べてみよう。その結果を図4に示している。女性も未婚のほうが不幸ではあるが、未婚の男性はそれより断然不幸である。この結果は、日本において結婚の持つ意味が、男性と女性で違っていることを示唆しているようで興味深い。経済学の分析で、失業者は、たとえ失業保険をもらって所得が維持されていても大幅に不幸になることが知られており、それは、人間としての評価が下がったとか、差別的な扱いを受けたと感じるからではないかと考えられている。未婚の男性は似たように感じるのかもしれない。もちろん、日本の男性は家事ができない人が多いので、実際に一人で生活することがムリなのかもしれないが。

図4 属性と幸福度の男女別比較



労働については、働かないことが働くことより幸福である点は男女とも同じである。つまり、労働は、経済学が仮定するように、人々にとっていやなことなのである<sup>11)</sup>。われわれの調査では、働いていない人は男性では32%に過ぎないが、女性では54%に上る。つまり、女性の方がいやなことをしないで済んでいるのである！この結果は、日本の男女格差指数が極めて低い

=女性の社会進出が進んでいないにもかかわらず、女性が幸福であるというパラドックスを説明する。しかも、今後も女性の社会進出が進むはずがないということを予想する。

話は大体これで終わりだが、細かなことを言うと、結婚と仕事は複雑に絡み合っているし、その他の条件にも依存して決められているはずで、その条件も男女で違っているであろう。したがって、図3や図4のように平均値を見るだけでは実態を見誤っているかもしれない。そこで、回帰分析の結果を紹介しておこう。表1の左側には幸福度を女性ダミー、未婚ダミー、非労働力ダミーとその交差項（ペアで掛け合わせた変数）に最小二乗法で回帰した推定値を示している<sup>12)</sup>。この結果は、女性であれば幸福で、未婚であれば不幸、働いていなければ幸福であることを示している。交差項の結果は①未婚の人は平均して不幸であるが、未婚の女性の不幸度は、未婚の男性の不幸度より小さい、②働いていない人は平均して幸福だが、働いていない女性の幸福度は、働いていない男性の幸福度より小さいということを示している。

右の列には、所得と所得の二乗を説明に追加した場合の結果を示している。働けば所得は多くなるが、その程度は人によって違うだろう。

11) しかし、パート労働が正規労働よりいやなのは、男性だけである。

12) 例えば、女性ダミーとは女性なら1、男性なら0とした変数で、その回帰係数は女性がどれだけ男性より幸福かを表す。他の変数も同様に推測されたい。

表1 女性、結婚、労働の3要素が幸福度に与える影響

変数	幸福度	幸福度
女性	0.208** (0.103)	0.263*** (0.102)
未婚	-1.349*** (0.110)	-1.164*** (0.111)
非労働力	0.504*** (0.114)	0.742*** (0.116)
女性×未婚	0.711*** (0.140)	0.710*** (0.138)
女性×非労働力	-0.280** (0.138)	-0.392*** (0.137)
未婚×非労働力	-0.114 (0.143)	-0.209 (0.144)
所得		0.133*** (0.026)
所得×所得		-0.003** (0.001)
定数	7.225*** (0.068)	6.493*** (0.127)
観測数	4,359	4,359
決定係数	0.077	0.092

注 推定方法は最小二乗法。  
 ( ) 内は頑健標準誤差。\*\*\* 1%水準で有意、\*\* 5%水準で有意。

たとえば、そもそも金持ちの人もいて、働いているかどうかだけで所得の大きさが決まるわけではない。したがって、所得の状況も考慮しなければ、「働くこと」がどう幸福度に影響するかの実態を見誤っているかもしれない。推定結果は所得が多いほど幸福だが、その幸福の増える度合いは所得が多ければ小さいことを示している。しかし、その他の変数の結果は第1列と基本的に変わず、上で説明した結果が保持される。

## 6. 結びにかえて

本稿では、まず、新型コロナが与えるメンタルヘルスへの影響は女性に顕著であって、男性にはそれほど大きな影響を与えていないことを明らかにした。この影響の強弱は、世界中で見られることが、メディアによって報道された。このことは、ジェンダー格差が世界中の社会問題であることを示唆している。

本稿ではさらに、女性の中でも、シングルマザーがとりわけ大きなしわ寄せを受けたことを紹介した。しかし、その問題はイスラエルでは比較的軽微であり、日本におけるジェンダー格差問題の深刻さを示唆するものである。

日本においては、平均的に女性は男性よりも幸福である。一方、イスラエルでは逆である。本稿では、この事態を説明する一つの仮説を提出した。「日本の男女格差問題は、女性と男性が社会において果たすべき役割が異なるという社会規範に原因がある。そこでは、女性が家にいるのが美德とされ、社会で活躍することは推奨されない。その社会規範は、男女を問わず、多くの日本人に共有されており、そのために、女性の社会進出が遅れている」という仮説である。実際、いくつかの統計データを見ると、働いている人は男であれ女であれ不幸である。今後の、慎重な分析なくして結論を導くのは軽率であるが、女性が男性より幸福であるのは、この社会規範によって女性が家にとどまり、外で働いていないからかもしれない。もし、そうであれば、政府や企業のいろいろな試みによっても、女性の社会進出が進まないのは当然であろう。そもそも、働くのが嫌われる社会の改革が必要なかもしれない。



## 【参考文献】

- 鈴木大介 (2015) 『最貧困シングルマザー』朝日新聞出版。
- Tsutsui, Yoshiro, Fumio Ohtake, Shosh Shahrabani, Eyal Lahav, Mosi Rosenboim, Youki Kohsaka, (2021) “Single mothers in the COVID-19 pandemic,” unpublished manuscript.
- Yamamura, Eiji and Yoshiro Tsutsui, (2020a) “Impact of closing schools on mental health during the COVID-19 pandemic: Evidence using panel data from Japan,” *Journal of Population Economics*, 34, 1261–1298, 2020.
- Yamamura, Eiji and Yoshiro Tsutsui, (2020b) “The impact of closing schools on working from home during the COVID-19 pandemic: Evidence using panel data from Japan,” *Review of Economics of the Household*, 19, 41–60.

## 豊中市保健所の 新型コロナウイルス感染症への対応

まつ おか た ろう  
松 岡 太 郎

豊中市健康医療部長兼豊中市保健所長

### 1. はじめに

令和元年（2019年）の冬に端を発した新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とします）によるパンデミックは、地球上の多くの人々の健康、命や“当たり前の日常”を奪いながら、この原稿を執筆中の令和3年（2021年）10月に至るまで、世界中を苦しめ続けています。

パンデミックとは、ギリシャ語の「全て(pan-)の人々(demos)」に由来し、感染症が国境や大陸を越えて世界的に流行することです。14世紀のヨーロッパでのペスト（「黒死病」）、20世紀の世界でのインフルエンザ（「スペイン風邪」、「アジア風邪」）などがその代表的なものです。パンデミックはこれまで、一方では、科学技術の進歩を促しました。また他方では、特にその致死率が高ければ高いほど、民族や国家の消滅、あるいは為政者や宗教など“権威”の失墜の一因となりました。この“世界を変える”と言われているパンデミックの一つとして、「21世紀のCOVID-19」が今後の教科書の記載に追加されようとしています。

21世紀の今日では、COVID-19に限らず、パンデミックへの対処法については、その考え方が確立しています。パンデミックでは、感染の拡大と共に新規患者数が日々増加し、いずれそ

のピークを迎えますが、①そのピークを出来るだけ遅らせる、②そのピークを出来るだけ低くする、③医療体制を出来るだけ強化する（医療提供のキャパシティを上げる）、の3点が重要とされています（図1）。

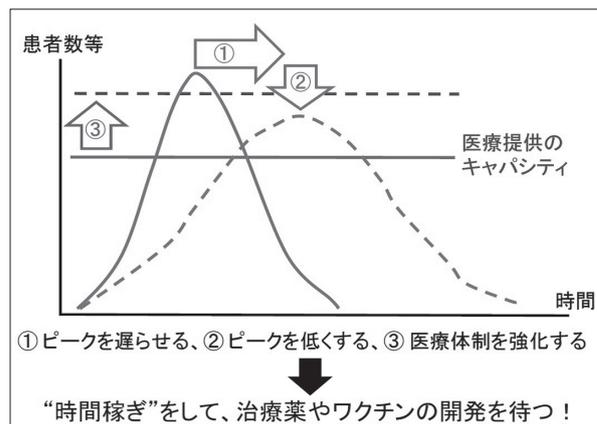


図1. パンデミックへの基本的な対処法の考え方

①で“時間稼ぎ”を行いながら、③の医療体制の強化を急ぎ、②のピークを低く保つことで「医療崩壊」を防ぎます。この3点を組み合わせながら、さらに“時間稼ぎ”を継続的、あるいは反復的に行い、その間に治療薬やワクチンの開発を待つ、というのがパンデミックへの基本的な対処法となります。

①と②の「ピークを遅らせ、低くする」ためには人流の抑制が重要で、海外ではロックダウン（都市封鎖）なども実際行われています。しかし日本では、特に公衆衛生分野の事業の一つ

として、「積極的疫学調査」がこれに大きく貢献しています。この「積極的疫学調査」は、一人の陽性者を確認した際に、その行動歴などを詳細に聴取することでその周囲の濃厚接触者を特定し、“患者予備軍”を早期に隔離することで感染症の拡大を阻止しようとする手法で、従来は結核などの感染症で広く行われてきました。COVID-19のパンデミックにおいては、日本全国の保健所においてこの「積極的疫学調査」が熱心に行われ、①と②の「ピークを遅らせ、低くする」ことで、その感染拡大防止に大きく貢献したと考えています。しかし同時に、この「積極的疫学調査」が保健所業務の逼迫や破綻を来した一つの要因となったのも、また事実なのです。

## 2. 新型コロナウイルスとは？

これまで、ヒトに感染するコロナウイルスは、6種類が知られていました。今回のCOVID-19で初めて「コロナウイルス」を知った方々が多いと思いますが、日常の臨床では、「風邪」のありふれた原因ウイルスの一つとして、これまでも4種類のコロナウイルスが知られていました。私たちの多くは既に、「数種類のコロナウイルスに罹ったことがある」可能性があります。これら4種類のコロナウイルスは、稀に重篤な合併症を引き起こすことはありますが、ほとんどは「風邪」として自然に治癒するもので、取り立てて確定診断を下す必要もないほどのウイルスでした。

5種類目と6種類目のコロナウイルスが世界を震え上がらせたのは、SARS（重症急性呼吸器症候群）とMERS（中東呼吸器症候群）の原

因ウイルスだったからです。それぞれ2002年と2012年に発生し、感染すると死亡率はそれぞれ10%と34%との報告があります。各国は検疫機能を強化し、この新興感染症に対応しました。

そして、今回のCOVID-19の原因ウイルスとなったのが、7番目のコロナウイルスです。それがもたらす健康被害は、「風邪」程度なのか、SARSやMERS程度のものなのか？あるいはその中間なのか？この未知のウイルスとの戦いは、この毒性がその大きな“幅”の中でどの辺りに位置するのか分からないことへの不安と背中合わせでした。毎年流行する季節性インフルエンザが、“当たり前の日常”を続けるための一つの目安になると思いますが、その致死率は0.1%（1,000人が罹患すると、主に高齢者が1人死亡する）です。新型コロナウイルスの致死率は、季節性インフルエンザの致死率と比較してどうなのか？これがCOVID-19への対応方針を決める際の重要な「目安」である、と考えられます。

## 3. 豊中市におけるパンデミックへの準備

平成24年（2012年）4月に豊中市は中核市へと移行し、豊中市保健所が設置されました。同年5月には、病原性が高い新型インフルエンザや同様に危険性のある新感染症が発生した場合に国民の生命及び健康を保護し国民生活及び経済に及ぼす影響が最小となることを目的に、「新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）」（以下、特措法という）が公布され、翌平成25年（2013年）4月に施行されました。豊中市ではこの特措法を受け、平成22年（2010年）3月に既に策定していた「豊中市新型イン

フルエンザ対策行動計画」を全面的に見直し、平成26年（2014年）3月に新たに「豊中市新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定しました。さらに、この行動計画に基づき、平成26年（2014年）9月に「豊中市新型インフルエンザ等対策マニュアル」を策定しました。

この「豊中市新型インフルエンザ等対策マニュアル」の中で、パンデミック発生時には、保健所内の体制を従来の「課係体制」から「班体制」へと転換することとし、保健所の全ての正職員が、本来の所属や職種に関わらず、①対策本部・広報・マスコミ対応班、②帰国者・接触者相談センター（電話対応）班、③帰国者・接触者相談センター（後方支援）班、④積極的疫学調査班、⑤接触者対応班、⑥医療機関連絡調整班、⑦検体回収班、⑧検体搬入班、⑨患者搬送班、のいずれかの班に所属することとしました。

行動計画やマニュアルは、国や大阪府からの指示もあり、全ての市町村で策定することになっていましたが、豊中市では特にマニュアルの策定を迅速に行うと共に、このマニュアルに従って「強毒性新型インフルエンザ対応実働訓練（保健所初動）」を毎年一回行って来たことが特記すべきことだと考えています。マニュアルが完成した平成26年度（2014年度＝市保健所が発足して3年目）から、毎年1月の中旬には、まずその準備として、職種に関わらず保健所の全ての正職員が出席してPPE（個人防護具）の着脱訓練を行いました。その上で、原則として同じ1月の最終土曜日の午後に、職種に関わらず保健所の原則全ての正職員が参加して、新型インフルエンザ等発生時の初動訓練を行いました（図2）。



図2. 豊中市保健所における「強毒性新型インフルエンザ対応実働訓練（保健所初動）」の様子。決して“新型コロナ対応本番”ではありません！

この「強毒性新型インフルエンザ対応実働訓練（保健所初動）」のために、担当者が綿密なシナリオを用意してくれました。まず国が対策本部を発足させた、との前提で、市の対策本部の招集から始まり、感染したことが疑われる市民からの電話への対応へと進みます。PPEを着用したうえでの検体採取と回収、衛生研究所への搬入、そして検査結果が陽性であったとの前提で、その患者の自宅から、共に訓練にご参加いただいた市内の病院までの搬送などを訓練しました。これらの結果は、「振り返り」を経て、マニュアルの改訂に活かしました。また、医師会など市内の関連団体を訓練にご招待し、見学いただき、終了後にご意見をいただきました。通常の「課係体制」ではなく「班体制」で対応すること、職種に関わらず全ての保健所職員が参画すること、などの経験を6年間にわたり繰り返してきたこと、そしてそれにより職員一人一人の中で醸成された“有事では当然なこと”が、COVID-19対応という“本番”への導入としては、大変役に立った、と考えています。

## 4. 豊中市における初めての新型コロナウイルス陽性者の確認

豊中市において初めて新型コロナウイルス陽性者を確認した時のことは今も鮮明に覚えています。令和2年(2020年)の1月以降、「豪華客船ダイヤモンド・プリンセス号」、「日本国内での初めての陽性者の確認(武漢と関連あり)」、「武漢とは関連のない、初めての日本国内感染例の確認」を経て、2月27日に大阪市で1例、28日に大阪市で2例、と2月の末には大阪府内でも陽性者を確認していました。さらに3月に入ると、大阪府の北摂地域でも陽性者を認めるようになっていました。豊中市の初めての陽性者との最初の関りは、「“ご近所”でも確認された以上、豊中市も“そろそろ”ですね・・・」と保健所職員皆が感じていた矢先のことでした。

その日の夕方、終業時刻近くになって、豊中市内の診療所の医師から保健所に電話が入りました。「今日の午後、男性を診療しましたが、胸部レントゲンで肺炎を認め、COVID-19の可能性があります。今は自宅で待機してもらっています。保健所で入院先を探して下さい」とのことでした。早速、保健所の職員で手分けをして、まず近隣の病院から入院依頼をしましたが、「COVID-19が疑われる」と正直に申し上げたからか、ことごとく「お引き受けできません」との返事をいただきました。豊中市内の病院だけではなく、豊能医療圏の病院に次々と電話を入れましたが、やはり受け入れていただけません。時刻は20時を越えており、自宅で連絡を待っておられる患者さんのことを思うと、気が気ではありません。忸怩たる思いがしましたがやむ

を得ず、隣の医療圏の病院にお願いの電話を入れたところ、A病院からようやく「受け入れます」との返事をいただき、安堵したのが21時前でした。入院が決まったので保健所職員は安堵して帰宅しましたが、翌日の早朝に、当番職員がB病院から連絡を受けます。「昨夜22時にA病院に入院した肺炎の患者さんですが、23時過ぎから呼吸困難が出現しました。0時過ぎに気管挿管を行い人工換気が開始となり、2時に当院(B病院)に転院となりました。新型コロナを強く疑いますので、検体を衛生検査所に運んで下さい」とのことでした。そしてその日の夕方、新型コロナ陽性と判明し、豊中市として初めての陽性者の確認となったのです。

正に、肺炎が短時間で急速に悪化し、急死に至る可能性のあるCOVID-19の恐ろしさを実感しました。また、いわゆる感染症法などの法令を根拠に疑い例や陽性例への対応を医療機関から託される保健所としては、その職務を何としても全うしないと救える市民も救えない、と危機感を強く感じさせてくれた豊中市の初発例でした。この日から、保健所のスタッフに「スイッチが入った」のを良く覚えています。

## 5. 豊中市におけるCOVID-19への対応

令和3年度(2021年度)、豊中市保健所には正職員が106名所属しています。その職種の内訳は、医師2名、保健師45名、看護師1名、薬剤師14名、獣医師9名、管理栄養士3名、歯科衛生士2名、臨床検査技師2名、診療放射線技師1名、社会福祉職員4名、技能職員2名、事務職21名です。

初めての陽性者を確認してからの豊中市保

健所は、より一層の緊張感に包まれ、職員は、場合によっては通常業務を側において、COVID-19対応に全力を尽くしました。何事にもおいても職員の士気を高め、方向性を一致させるためには「心構え」や「何々の四か条」が必要と考え、

『私たち豊中市保健所の全ての職員は、

- 1) 重症化し、死亡に至る感染者をゼロにする（最少にする）。
- 2) 軽症や無症状の感染者が安心して療養に努め、回復されるようにお手伝いをする。
- 3) 濃厚接触者やその周辺の市民の不安を和らげ、必要な検査に繋げる。
- 4) 一般市民に感染症に関する知識を啓発し、感染拡大予防行動を促し、併せて陽性者や濃厚接触者に対する偏見や誤解、中傷を最小限にする。

の4点を大事に考え、行動します』

を「豊中市保健所のCOVID-19への対応基本方針」として掲げさせていただきました。

いわゆる感染症法などの法令に基づき、指定感染症であるCOVID-19に関して、保健所には多くの業務が課せられています。すなわち、①発生届の受理と陽性者の療養方針の決定、②入院患者の搬送、③宿泊療養者と自宅療養者の健康観察、④自宅療養者への訪問診療/看護の必要性の判断と手配、⑤陽性者の積極的疫学調査（濃厚接触者の指定）、⑥濃厚接触者などのPCR検査、⑦コロナ外来の設置など医療体制の整備、⑧コールセンターの運営と住民への情報発信、などが保健所業務として挙げられます。

豊中市保健所では、前述の「豊中市新型イン

フルエンザ等対策マニュアル」での班体制を一部改変し、実際のCOVID-19に対しては、①陽性者を調査し、療養方針の決定や濃厚接触者を特定する「感染症担当」、②その疫学調査を支援する「積極的疫学調査班」、③市民からの発熱などの症状に関するご相談を受ける「コールセンター帰国者・接触者相談センター班」、④症状のある市民がPCR検査を含めて受診できる医療機関を調整する「医療機関連絡調整班」、⑤無症状の濃厚接触者やクラスター対策としてPCR検査にかかる検体（唾液）を採取する「検体回収・搬入班」、⑥陽性者を自宅から病院へ搬送する「患者搬送班」、⑦コロナに関係して不安やストレスを感じる市民のご相談に応じる「こころのケア相談班」、⑧その他、陽性者のホテルへの宿泊調整や入院費用の支払い、大阪府との調整、報道提供資料の作成など、後方支援に係る事務を担当する複数の班（「本部班」や「後方支援班」など）、⑨令和3年（2021年）1月からはコロナワクチンの接種体制を構築する「ワクチン接種対策チーム」などに分かれて、それぞれの業務に取り組みました。

豊中市における新規陽性者の推移を図3に示します。

	期間	新規陽性者数の 最大値(日単位)	新規陽性者数の 最大値(週単位)	「自宅療養者+ 自宅待機者」数の 最大値
第3波	2020年10月9日 ～2021年2月28日	35	148	86
第4波	2021年3月1日 ～6月20日	62	297	335
第5波	2021年6月21日 ～10月21日	125	726	670

図3. 豊中市における“波”ごとの新規陽性者数と「自宅療養者+自宅待機者」数のまとめ

以下、各時期（“波”）に、保健所が最も苦労

した点や歯がゆい思いをした点を述べます。

【第1波と第2波（2020年10月8日まで）】今から振り返ると、「無我夢中」であった、と言えます。特に、第1波においては、まだPCR検査の体制構築が不十分で、コールセンターに発熱などを主訴にご相談いただく多くの市民の中から、“検査可能枠”を参照しながら、「どなたに（本日分の）PCR検査を受けていただくか」を、毎日、担当者らと選別する作業がありました。結果としてPCR検査が（本日は）出来ない、と判断させていただいた市民からは、強い嘆きやお叱りをいただくこともあり、申し訳ない気持ちで一杯になりました。また、PCR検査の検体採取も、この当時は「鼻咽頭ぬぐい液」が用いられ、被検者が大きなくしゃみや咳をされることもあり、検体採取自体が医療者の感染リスクになる、との認識が強くなり広がりました。このため、協力いただける医師の確保も大変でした。

【第3波（2020年10月9日から2021年2月28日）】高齢者施設や病院を中心に、クラスターの発生が大きな課題となりました。場合によっては、同じフロアに入居や入院されている多くの利用者や患者に加えてスタッフらから陽性者が確認される事案もありました。保健所からの濃厚接触者の指定とそれによる自宅待機の要請のためにスタッフが揃わず、そのフロア、場合によってはその施設全体の日常業務が立ち行かない、との訴えを沢山いただきました。入居や入院しておられる高齢者の陽性者の中からは、症状が急変される場合もある中で、スムーズにコロナ対応の入院病床が確保できず、「施設や病院にて待機」をお願いせざるを得ないこともありました。この結果、残念ながら、その施設や病院で死亡が確認されるケースもありまし

た。保健所職員としても、クラスターの発生した病院や施設に出向き、感染対策の支援や入院調整などに尽力しましたが、大変心苦しい時間を過ごすことになりました。

【第4波（2021年3月1日から6月20日）】特に関西地方においては、第3波に比較するとより大きな“波”となりました。多くの高齢者に加えて、50歳代や40歳代の陽性者が重症となりました。大阪府においても病床は逼迫し、自宅療養中あるいは自宅待機中の陽性者からの要請で出動した救急車が、陽性者を収容後に搬送先を見つけられず、かと言って酸素投与が必要な陽性者を自宅に返すことも出来ずに、10時間を超えて立ち往生する事態が豊中市でも発生しました。中には、ようやく搬送先が見つかった豊中市保健所の担当者が安堵する中で、救急車内で心肺停止となり、搬送先の病院で死亡が確認された事例もありました（図4）。



図4. 豊中市保健所での陽性者対応が、いくつかのテレビ放送局で取材されました  
(<https://youtu.be/yDhrzRuiGFE>から)。

自宅で療養や待機をされる陽性者に対し、必要があれば医師や看護師を自宅に派遣することが急務と考え、短期間でその体制を構築し、多くの診療所や訪問看護ステーションと契約することが出来ました。実際に、訪問診療や訪問看護をお願いした事例もあり、自宅にいらっしや

る陽性者からは「大変安心で助かる」との意見をいただきました。

後述するように、ようやくコロナワクチンの接種が開始されてはいましたが、まだ高齢者には接種が広がる前の時期であり、保健所では大変心苦しい、歯がゆい思いをしました。

【第5波（2021年6月21日から10月21日）】第5波は、第4波よりもさらに大きな“波”となりました。毎日の新規陽性者はこれまでに経験したこともないような数字となりました。陽性者ご本人からその行動歴などを詳細に聴取し濃厚接触者を指定する「積極的疫学調査」を全ての陽性者に施行することの負担が保健所に大きく押し掛かりました。保健所の専門職の正職員だけでは調査を当日中に完了できない事態となり、市役所の他部署に配属されている保健師など看護職に応援に入っていただくと共に、専門資格を持つ多くの臨時職員を保健所にて採用しました。しかし陽性者は増える一方でしたので、保健所の看護職でない専門職（薬剤師や獣医師など）、最終的には市役所の事務職員にも保健所に駆けつけていただき「積極的疫学調査」への協力をお願いしました。幸い、この時期にはようやく高齢者に対するワクチン接種が広がり、高齢者の陽性者が明らかに減少、結果として重症化する高齢者も目に見えて減少しました。代わって10歳代や10歳未満の小児に陽性者が増え、時にはこども園や学校でのクラスター発生を確認しましたが、幸い重症化する小児はおらず、保健所としても心理的に余裕を持って対応出来ました。これらの新規陽性者の量、そして質の変化を根拠に、「積極的疫学調査」も重点化を図り、効率的・効果的に行えるようにしたのがこの時期でした。「積極的疫学調査」

は、前述したように、もともと結核などの感染症を対象に行われて来た手法です。感染症が蔓延すると、濃厚接触者とそうでない人を区別することが難しく、そしてその意義が小さくなってきます。豊中市で年間に発生する結核患者は70名前後です。第5波のCOVID-19においては、豊中市において毎日新規陽性者が70名以上発生していたので、「積極的疫学調査」の“省力化”の必要性は、このフェーズでは、質と量の両面から、むしろ当然だったのかもしれない。

豊中市における各時期（“波”）の陽性者数と死亡者数の推移を示します（図5）。

	期間	陽性者 (新規/累積)	死亡者 (新規/累積)	死亡率(%) (新規/累積)
第1波	2020年1月29日 ～6月2日	68	1	1.5
第2波	2020年6月3日 ～10月8日	248/316	6/7	2.4/2.2
第3波	2020年10月9日 ～2021年2月28日	1,324/1,640	37/44	2.8/2.7
第4波	2021年3月1日 ～6月20日	2,111/3,751	33/77	1.6/2.1
第5波	2021年6月21日 ～10月21日	4,008/7,759	8/85	0.2/1.1

図5. 豊中市における新規陽性者数と死亡者数の推移

第4波では2%を超えていた死亡率も、コロナワクチンが普及した第5波においては、新規で0.2%、累積で1%余りとなりました。季節性インフルエンザにおける死亡率である0.1%には及びませんが、それに近い値までCOVID-19の死亡率は減少して来ています。コロナワクチンの普及が前提となりますが、COVID-19と共存し、“当たり前の日常”を取り戻すことの出来る日もそう遠くない、と考えています。

## 6. COVID-19への対応における中核市のメリット

紙面の都合で詳細は割愛しますが、COVID-19への対応における“ゲームチェンジャー”はやはりコロナワクチンであった、と考えています。令和3年（2021年）2月から、豊中市においてもまず医療従事者から優先接種が始まり、同年4月からは特に高齢者施設に入所しておられる高齢者、5月からは居宅の高齢者へ、と順次高齢者への優先接種を広げていきました。このワクチン接種率の上昇とともに、まず高齢者の陽性者の減少と重症化の抑止が数字としても表れ、10月に入ってからの全陽性者の急激な減少に繋がりました。感染症対応は都道府県の保健所が担当する一方、コロナワクチンを含む予防接種は市町村が担当するため、この両者はほとんど連携性を持って進められていないのが現状です。その中で、保健所を設置する中核市はこの両方を共に行う必要がありますが、逆に、双方を上手く連携させて実施すれば、より効果的・効率的な施策が打てます。住民にとっての中核市のメリットの一端がこのような点にも表れていると考えています。

中核市のメリットは、クラスターが発生した時の対応にも如実に現れます。発生届から陽性者を把握している保健所と、日頃から例えば高齢者施設を指導・監督したりこども園や小中学校を運営している市役所が、同じ市の職員として迅速に、そして円滑に情報交換を行い、現状に関する認識を共有し、対応を議論することが出来ます。

さらに、特に第5波において保健所業務が逼迫した時にも、中核市であることのメリットが

発揮されたと考えています。市役所から多くの職員の応援をいただきました。この中には、保健師など看護職は勿論、事務職も含まれています。「保健所職員に対する応援体制の確保」という観点からも、中核市であることのメリットがあった、と考えています。その他にも、第4波における訪問診療や訪問看護の体制の構築と契約は、中核市としての“フットワークの軽さ”が発揮できた事業と捉えています。このような中核市であることのメリットを、より一層、住民に伝えることが出来れば、と思います。

## 7. 結びに

いわゆる感染症法令において「指定感染症」と位置付けられたCOVID-19は、全国の保健所に多くの業務を課すこととなりました。その中で、豊中市保健所は中核市の保健所として、市民に身近なところで、地域の医療資源などから多大なご協力をいただきながら、また同じ市役所本庁から強力なバックアップをいただきながら、その業務を遂行して来ましたが、完璧なことは出来なかったと自省しておりますが、中核市のメリットを少しでも発揮できたのではないかと自負しています。

パンデミックは、社会の潜在的に弱いところをあぶり出した（顕在化させた）と言えると思います。保健所の職員も、COVID-19陽性者に対する偏見や誤解、中傷をしばしば目の当たりにしました。志賀直哉は世界的な流行となったスペイン風邪を題材にした「流行感冒」という短編小説を書いています。この作品を原作とするNHKのドラマ「流行感冒」の中で、本木雅弘演じる主人公の小説家は、自ら患ったスペ

---

イン風邪からの回復後、「感冒は恐ろしいな。心の中の醜い部分まで全部あぶりだされたよ」と言っています。豊中市保健所も、今回のパンデミックで顕かになった課題をしっかりと受け止めて、平時の市民の健康を増進させ、安全・安心を守る業務に、そして将来必ず来るであろう別の新興感染症のパンデミックなど有事に、職員一丸となって取り組みたいと思います。

最後になりましたが、COVID-19でお亡くなりになった方々のご冥福をお祈りいたします。また、そのご家族にお悔やみを申し上げます。また、COVID-19の後遺症に苦しむ方々にお見舞いを申し上げます。厳しい状況の中、感染症対策に取り組んでいただきました全ての市民の皆さまに、そして保健所業務にご理解とご協力をいただきました全ての団体や関係者の皆さまに厚く御礼申し上げます。

# 令和3年(2021年)(1月~12月)活動報告

## ◆研究所の活動◆ (主なもの)

### ○調査研究活動

市の持続的な発展と計画的な市政の推進に資するため、市を取り巻く社会経済活動の変動を見据えながら、中長期的視点に立った都市政策に関する調査研究を行っています。

令和3年度(2021年度)は下記の3つのテーマで研究を行っています。

- ・ 少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究Ⅳ
- ・ 南部地域活性化推進に関する調査研究
- ・ 豊中市のアンケート調査の活用に関する調査研究

### ●研究会・勉強会等

- ・ [2月] 関西・自治体シンクタンク情報交流会参加 (Zoom開催)
- ・ [5~12月] コロナ禍の外国人市民の生活実態調査のための専門部会 全6回 (豊中市主催)
- ・ [11月] ISFJ日本政策学生会議論文審査に参加
- ・ [12月] 日本計画行政学会関西支部2021年度研究大会報告 (Zoom開催)

### ★第12回都市調査研究グランプリ (日本都市センター主催) にて最優秀賞を受賞

比嘉康則研究員が平成30年度から令和元年度にかけて行った調査研究「豊中市の単身世帯の生活に関する調査研究」が、都市調査研究グランプリにて最優秀賞を受賞いたしました。

### ○普及啓発事業

豊中市政資料やまちづくり、行政経営など、都市政策全般に関わるさまざまな文献データや関係機関の資料などを収集し、市民や市職員に提供しています。また、他の自治体や大学機関からの視察などもあり、意見交換、勉強会などの交流も行っています。

#### 令和3年(2021年)の意見交換会等

- ・ [2月・3月・10月・11月] 大阪大学公共政策研究会  
《参考》公共政策研究会メンバーが豊中市SDGsまちづくり政策コンテストに応募し、市長賞を受賞しました。
- ・ [9月] 京都先端科学大学「地域課題解決ワークショップ」にファシリテータ参加
- ・ [10月] 豊中市職員向け講座「疑問解決! 職員のためのデータ分析相談会」
- ・ [11月] 豊中市職員向け講演「豊中市における多文化共生に関する市民意識の現状」

### ○データバンク事業

都市政策、地方自治に関する文献や資料を収集しています。蔵書リストはホームページで公開しており、市民や職員へも貸出しています。(令和3年(2021年)12月現在で、書籍約2230冊、雑誌約2730冊を所蔵)

### ○人材育成事業

市職員の政策形成能力の向上を図る取り組みや、大学インターンシップ生の受け入れを行っています。インターンシップ生が関心のあるテーマについて調査研究を行い、成果を発表しました。

- 研究所インターンシップ受け入れ2名  
(大阪大学・同志社女子大学)
- 他部署と共同でインターンシップ生受け入れ10名  
(大阪成蹊大学、他)



写真1 ヒアリングするインターンシップ生

#### ◆調査研究報告会の開催◆

(総務部人事課との共催事業)

- 目 的**：令和2年度（2020年度）に実施した調査研究の報告を行い、都市政策に関する問題や本市の抱える課題等について市民や職員の認識を深め、市民の市行政に対する理解と市職員の政策形成能力を高める機会とします。
- 日 時**：令和3年（2021年）9月7日（火）13：30～16：30
- 会 場**：ZOOMによるオンライン配信

#### 【研究報告1】「豊中市における多文化共生の地域づくりに向けた調査研究」 研究員 比嘉 康則

さまざまな文化的背景のある人たちにとって暮らしやすいまちづくりをすすめるため、外国人市民への偏見などの実態や、外国人市民の地域参加のあり方を調査しました。

#### 【研究報告2】「豊中市における女性の就労に関する調査研究Ⅱ」 前研究員 熊本 伸介 (発表は石村知子)

女性の活躍を推進するため、豊中市内の企業の女性正社員の登用の状況、仕事と家庭の両立支援の取り組みについて調べると共に、女性の継続就労支援策について検討しました。

#### 【研究報告3】「豊中市におけるデータ分析に基づく政策立案EBPMの推進」 主任研究員 石村 知子

データを分析し因果関係をふまえて政策立案を行うEBPM（Evidence Based Policy Making）が注目されています。EBPMの考え方や分析手法を整理し、職員向けの実践講座を開催するなど、自治体内でのEBPMの活用方法を検討しました。

#### 【令和2年度（2020年度）とよなか地域創生塾（第4期）活動報告】 松田 泰郎

企画力や実践力を身に着けることをめざした地域人材育成プログラムです。詳しい報告は次ページをご覧ください。

#### 【研究講評・講演】「地域社会とSDGs」 甲南大学経済学部教授 石川 路子さん

3つの調査研究報告についてご講評をいただきました。また、地域社会とSDGsをテーマに次世代を担う人材育成の方向性と求められる能力・資質についてご講演いただきました。

# 令和3年度(2021年度) とよなか地域創生塾活動報告

## 1. 「とよなか地域創生塾」とは

地域課題の解決を実践する人材育成を目的とする、学習と実践のプログラムを提供する学びの場です。修了した人が地域の魅力づくりや課題解決に取り組むことで、地域の未来を創造していくことをめざします。

## 2. 開設準備から開校まで

「とよなか地域創生塾」は、平成27年度に「(仮称)とよなか大学院」として創設の検討を始め、平成28年度には開設準備を行い、平成29年2月開催のプレ事業の際に名称を「とよなか地域創生塾」に改めました(開設に至る経緯は『TOYONAKAビジョン22Vol.20』に掲載)。

令和元年度に事業の振返りを行い、令和2年度(第4期)の開校準備業務について「提案公募型委託制度」により受託事業者を公募し、現在の受託事業者(有限会社協働研究所)と契約しました。

平成29年度の第1期は25人、平成30年度の第2期は23人、令和元年度の第3期は20人、令和2年度は13人、令和3年度は15人の申し込みがありました。

## 3. 「とよなか地域創生塾」の特徴

- (1) 活動に必要な知識・技術を学ぶ講座やワークショップ、活動を実施・検証する実習を通して実践に結びつけることを重視したカリキュラムを設定します。
- (2) さまざまな地域団体やNPOなど地域活動の担い手との交流の機会を提供し、ネットワークづくりを支援します。
- (3) 専門スタッフが相談・助言を行い、修了後も引き続き活動の継続・発展を支援します。

## 4. 「とよなか地域創生塾」カリキュラム構成について

令和3年度は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため開校プレ講座及び募集説明会2回は中止しましたが、カリキュラムは予定どおり7月からオリエンテーション1回、個人企画編4回、グループ企画編7回、公開講座2回の計14回を実施しました。

### (1) 個人企画編

令和2年度から新たに導入。個人の企画づくりを通じて、問題を考え抜く力やデータを掘り起こす力、プレゼンテーション力などを養成します。作成した企画は第5回のカリキュラムで発表しました。

### (2) グループ企画編

塾生でグループを結成し、地域の魅力づくりや課題解決に向けた事業計画書を作成しました。グループワークを中心に、企画づくりの情報収集するため各グループでヒアリングやフィールドワークを行いました。練り上げた企画は、第13回の企画プレゼンテーションの場で発表しました。



ワークの様子  
合意形成を目指して対話



フィールドワーク  
庄内の地域資源を探してまちあるき

### (3) 理論講座

地域活動をする上で必要となる知識の吸収を目的とした理論講座を座学及びワークショップ中心で行いました。当初は公開講座を予定していましたが新型コロナウイルス感染拡大予防のため非公開としました。

## 5. 令和3年度カリキュラム概要

日 時	内 容
7月3日	開校 講師：森本誠一さん（大阪大学大学院理学研究科招へい研究員）
7月17日	地域の課題とは何か、コミュニティビジネス・市民活動の事例研究 講師：とよなかESD ネットワークの皆さん 他
7月31日	企画書の作り方 講師：協働研究所スタッフ
8月21日	公共哲学について 講師：森本誠一さん（大阪大学大学院理学研究科招へい研究員）
9月4日	企画書発表会 グループづくり
9月18日	ソーシャル・キャピタルのつくりかた 講師：金谷信子さん（広島市立大学国際学部教授）
10月2日	コミュニケーション、討論、対話 講師：鈴木径一郎さん（大阪大学産学共創機構特任助教）
10月16日	グループ中間発表
10月30日	地域資源の見つけ方 講師：後藤良輔さん（豊中市都市経営部秘書課長）
11月13日	フィールドワーク（まちあるき） 講師：地域の団体等
11月27日	社会調査（関係機関、団体ヒアリング）
12月18日	企画書作成作業、公開プレゼン準備
1月22日	企画プレゼンテーション
2月12日	修了式・ふりかえり

※講師が無記入の回は、森本誠一さん（大阪大学大学院理学研究科招へい研究員）及びとよなかESDネットワークの皆さんがファシリテーターを担当

\*上記カリキュラムのほか学びを深め、交流の機会を提供するため次のオプション企画を実施しました（任意参加）。

水曜定例会	実施日：8月4日より概ね隔週・水曜日18：30～20：00（全12回） 話題提供者：市民団体、学識経験者、事業者、塾生等
-------	---

「とよなか地域創生塾」専用ホームページ：<http://toyonaka-souseijuku.org/>



執筆者：松田泰郎（豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所）

## 機関誌「TOYONAKA ビジョン 22」

- 創刊号 都市自治体運営と政策形成**  
—その課題と展望—  
(平成 10 年)
- 第 2 号 次代を見据えた都市計画づくり**  
(平成 11 年)
- 第 3 号 地域単位の政策—計画—まちづくり**  
(平成 12 年)
- 第 4 号 危機に直面する都市財政再生へのシナリオ**  
(平成 13 年)
- 第 5 号 ニュータウン解体新書**  
(平成 14 年)
- 第 6 号 子どもと大人**  
—孤立から新しいつながりへ—  
(平成 15 年)
- 第 7 号 子どもと大人**  
—少子化時代の小児医療と母子保健への提言—  
(平成 16 年)
- 第 8 号 地域コミュニティの構築**  
(平成 17 年)
- 特集に際して…白岩正三 ●21 世紀のコミュニティ…大久保昌一
  - 学校現場から見た「家庭」と「地域」…利根安彦 ●豊中の教育コミュニティ活動…桑高喜秋 ●教育コミュニティづくりとは…渥美公秀 ●家庭が直面する苦悩…長谷川真知子 ●地域ので未来の宝を育てる…弘本由香里
  - 公民分館がつなぐ人の絆…水谷徳子 ●ひがしまち街角広場の挑戦…赤井直 ●人材が生み出すコミュニティ…上村正美
  - 地域福祉時代到来と社会福祉協議会…勝部麗子 ●出会いの場の提供をめざして…永田良昭
  - 地方分権時代に生き残る…跡田直澄 ●変わろう、変えよう、とよなか…野村淳一 ●「市民の声」をどう活かすか…長坂吉忠
  - 真のパートナーシップ構築をめざして…田中逸郎 ●みんなで行う町の評価を、みんなのまちづくりへ…伊丹康二 ●改革時代に羽ばたく人材の育成…足立佐知子
  - KGR C と市政研究所との包括協定による地域研究・政策研究…加藤晃規 ●シンポジウム「こどもたちの声がきこえますか」…土井博司
- 第 9 号 自然災害と向き合う**  
(平成 18 年)
- 自然災害とどう向き合うべきか…大久保昌一
  - まちの診断と評価から始まる防災まちづくり…吉川仁
  - 危機回避行動を活用した防災対策…中川雅之 ●先人の知恵に学ぶ水害対策…石垣泰輔 ●災害時の人の意識と行動パターンを知る…木村玲欧
  - 市政研究所講座まちづくり講・交・考 暮らしの中の「生活防災」…梅田幸治/矢守克也 ●阪神・淡路大震災の語り部…田村勝太郎 ●大震災以後の消防・救急体制…古山巖 ●自主防災組織の設立と運営…半田光範 ●災害時要援護者の安否確認事業 ●シンポジウム「地域づくりに新たな風を」…白岩正三

## 第 10 号 分権改革と自治

(平成 19 年)

- 分権改革の方向について…大久保昌一
- 地方自治を問い直す…阿部昌樹 ●地方分権時代の自治 市民自治に向けて…北村亘
- 豊中まつりの刷新と運営を通じて…福本茂行 ●とよなか未来会議に参加して感じた地域活動の課題…伴野多鶴子 ●自治会の設立に取り組んで…山根義時 ●市民の目から見た自治基本条例と検討委員会…菅原宏 ●自治基本条例の制定と市政の課題…福田雅至/玉富香代
- 創立 10 周年を記念して…大久保昌一 ●豊中市政研究所との連携による地域研究・政策研究の経緯と展望…加藤晃規 ●事務局の活動のなかで…平尾和 ●市行政から見る市政研究所とその活動…奥田至蔵 ●豊中市政研究所 10 年の歩み

## 第 11 号 分権時代における都市の自律とガバナンス

(平成 20 年)

- 自治体財政ガバナンスの課題…新川達郎 ●変革期における地方自治体の財政的自律性…北村亘 ●二元代表性とガバナンス…待鳥聡史 ●都市の自律における新たな公共の担い手としての NPO の役割…阿部圭宏 ●市民社会と地域づくり…坂本治也 ●都市の自律と限界…西山隆行
- 地域政策の視点と自治の仕組みづくりに向けて…田中逸郎
- 政策案の供給と組織内シンクタンクの課題…吉澤秀一

## 第 12 号 地方分権下の自治体政策

(平成 21 年)

- 自治体は 90 年代以降の変化にどう対応してきたか?…松並潤
- 地方分権改革と都市計画の展開—現状と課題—…北原鉄也
- 分権改革下における公立病院改革—なにが問題なのか—…宗前清貞 ●分権改革下の NPO・市民社会—NPO の役割と自治体とのかわり…西出優子 ●地方分権改革後の自治体教育政策の展開…村上祐介 ●環境政策の戦後と地方分権…森道哉
- 新たな支え合いの構築と公民協働のあり方—コミュニティソーシャルワーカーの役割について—…勝部麗子 ●地方政府の会計改革とその成果—『東京方式』と『総務省方式』の比較分析—…李敏揆
- 持続可能な地域づくりのために…上村有里 ●地域文化資源の活用に向けて—交流の場づくり—…山田廣次
- キャリアデザインを活用した市職員の人材育成…保井大進
- 地方自治体の都市情報の分類構造—「分類することによる理解」をめざす都市情報データベース—…村山徹 ●地方分権と日本の基礎自治体…城戸英樹

## 第 13 号 持続可能な地方自治

—中長期的な仕組み作り—

(平成 22 年)

- 自治の視点から見た「新しい公共」と地域公共人材の資格システム…富野暉一郎 ●地域資源：オンパケ手法を活用した地域開発…三好皓一・石丸久乃 ●持続可能な循環型社会…小幡範雄
- 地方債改革と自治体—今後の市場による規律付けに向けて—…砂原庸介 ●地方分権下の中核市制度—大津市の中核市移行より—…久保俊夫・上野隆平・杉江正 ●持続可能な安全・安心のコミュニティについての考察—世界広がる安全なまちづくり活動「セーフコミュニティ」を参考に—…白石陽子 ●社会関係資本—その意義と、時と場所の問題—…埴淵知哉
- 協働事業提案制度 1 期生～「しよない REK」継続中…小池繁子 ●子ども科学教室でのボランティア活動「夢工房」…吉田眞一 ●サウンドスクールの活動と今後の課題・展望…岡昇
- 地域活性化の新たな担い手づくりの挑戦—高校生の地域への参画に向けて—…岩佐恭子 ●日本の都市制度—特例市・中核市の現状比較—…城戸英樹 ●都市情報データベースの背景・用途・手段に関する一考察…村山徹

## 第14号 地域の再生を論ずる視角

(平成23年)

●制度設計の経過とその実効性—地域再生法に注目して—今長岳志 ●地域社会経済分析の技法—産業連関分析のすすめ—望月正光 ●「地域を動かす」仕組みを考える…加藤恵正 ●コミュニティビジネスによる地域活性化…牧里毎治 ●自律的な地域づくりに向けた商店街の意義と可能性—豊かなコミュニケーションを育むためのしかけづくり—山本一馬 ●地域労働市場の変化と自治体雇用・就労施策の課題 「出口」戦略と一体となった就労支援と雇用促進…西岡正次

## 第15号 安全・安心システム構築とは何か

(平成24年)

●日本の災害リスクマネジメント体制再構築…林敏彦 ●防災教育から防災共育へ…城下英行 ●わが国の災害対策制度の歴史と展開—支援・受援・広域連携—…穉原雅人 ●まちなかにある子育てをめぐるネットワーク…大家玲子 ●これからの就労支援を考える…阿部真大 ●高齢者の「見守り」と多世代型共同居住—コレクティブハウスから学ぶもの—…久保田裕之 ●自然災害による直接経済被害と社会的脆弱性…林万平 ●豊中市の防災システム…瀬古博也 ●大都市圏域の雇用問題への対処—産業の空洞化を防ぐには—…桜井靖久 ●公助としての指定避難所だけに頼らない地域づくりに向けて…伊丹康二

## 第16号 地方政府間の広域連携における課題や方策

(平成25年)

●自治体間連携の現状と課題…阿部昌樹 ●災害対応における広域連携支援…善教将大 ●消防通信指令事務の事例から探る今後の市町村間の機能的な共同処理…宮田昌一 ●組織の共同設置と機能的な共同処理方式の可能性…野本祐二 ●介護認定審査に係る事務の共同処理について…甲斐朋香 ●フランスの市町村間広域連携…玉井亮子 ●広域連合か単一自治体か—カナダ・トロントにおける自治体再編成—…城戸英樹 ●韓国の広域行政の展開状況…孫京美

## 第17号 都市の地域ブランド戦略

(平成26年)

●集客都市と自治体ブランド戦略…橋爪紳也 ●ものがたり観光への視座…加藤晃規 ●地域ブランドによるまちづくりの実践…濱田恵三 ●地域ブランドの構築手法とウェブコミュニケーション…吉田ともこ ●複合型コミュニティ施設の可能性と課題—転換期にある公民館の動向と関連させて—…赤尾勝己 ●阪急電鉄における沿線価値向上のための取り組みについて…樋口賢 ●インタビュー 豊中市によるまちの活性化に向けた取り組み…藤家寛・高橋明・長坂吉忠

## 第18号 都市の更新とこれからのまちなか政策

(平成27年)

●コンパクトシティからみた人口減少期の土地利用像…加藤晃規 ●人口減少時における住宅政策…佐藤由美 ●人口減少局面におけるまちの活性化…瀬田史彦 ●豊中市における交通行動と移動制約…辻本勝久 ●豊中市の歴史と文化…安藤久美子 ●豊中市千里地域の魅力…太田博一 ●豊中市南部地域の活性化の取り組み…小西みゆき ●不動産の専門家から見た豊中市の魅力…深澤俊男

## 第19号 これからの産官学の連携

(平成28年)

●これからの産官学の連携…松井由樹 ●まち・ひと・しごと創生法で求められる産官学の連携…山口洋典 ●地域人材の育成と産官学の連携…大宮登 ●地域振興における産官学と金融機関の役割…羽田亨 ●事業者からみた産官学の連携…菊池清 ●大阪大学の産学連携…正城敏博 ●大阪音楽大学の地域連携—人と社会をつなぐ音楽の場に向けて—…西村理・久保田テツ

## 第20号 地域公共人材

(平成29年)

●これからの地域公共人材—定義と課題について考える—白石克孝 ●大学における地域公共人材の育成…杉岡秀紀 ●地域公共人材に求められるコミュニケーション能力をめぐって…村田和代 ●地域公共人材として活躍する豊中市職員…小倉博 ●地域公共人材とともに行動する企業…山納洋 ●「(仮称)とよなか大学院」がめざすところ…玉富香代・久住浩一

## 第21号 子ども・若者の学びと育ちを支える

(平成30年)

●子どもの貧困と教育・福祉協働…新崎国広 ●子どもの学びと育ちを支える学校・地域のつながり…若槻健 ●学校を卒業した「障害」のある若者を支える—「青年期の学びの場 Leaf」の実践と、つながりの中での「自立」—…林美輝 ●外国ルーツの子ども・若者を支える…榎井縁 ●インタビュー 生きづらさを抱える若者を支える—自助グループによるひきこもり経験者の「支援」—…泉翔 ●インタビュー 企業による学童保育の取り組み…竹之内麻里 ●インタビュー 企業によるESD・環境教育の取り組み…佐々木宏之・阪田真帆

## 第22号 持続可能な地域共生社会

(平成31年)

●地域福祉とコミュニティ再生…名和田是彦 ●子育て世代に対する支援…森祐美子 ●地域共生社会におけるソーシャル・ファームの役割…平尾昌也 ●地域住民から見た地域包括ケア—持続可能な地域共生社会をめざして—…佐藤卓利 ●地域包括ケアシステム—豊中モデルの取り組み—地域共生社会の実現に向けて—…後藤良輔 ●若者の育ちを支える、希望ある地域へ—豊中市における若者支援の実践を通じて—…白砂明子

## 第23号 自治体版 SDGs

(令和2年)

●SDGsの達成に向けて自治体に期待される役割とは…信時正人 ●地域共生社会とまちづくり—SDGsの視点を踏まえて—…黒田研二 ●持続可能な開発目標(SDGs)と市民の学習—ユネスコ学習都市・岡山を事例として—…赤尾勝己 ●SDGs達成に必要な人材育成システムとは—ESD—への取り組みに対する一提案…石川路子 ●第7回自治体シンクタンク研究交流会議を開催しました…石村知子

## 別冊 よりよき未来の選択のために ～諸改革の方向～

大久保昌一  
(平成11年)

### 【平成 11 年発行】

- 公会計改革—豊中市への導入試論
- 豊中市における地域コミュニティ組織に関する基礎調査
  - ・資料編 1
  - ・資料編 2
- 住宅更新と居住者変動に関する調査研究 1—豊中都市圏ゾーン地域を対象に—

### 【平成 12 年発行】

- とよなか市民の暮らしと意識—生活者の視点から—
- 豊中市における公共建築物のライフサイクルコストの研究—計画的・効率的な行財政運営を目指して—
- 住宅更新と居住者変動に関する調査研究 2—千里ニュータウン地区及び市内計画的住宅開発地を対象に—
  - ・資料編

### 【平成 13 年発行】

- IT 産業振興“とよなかモデル”  
—税収の安定確保に向けて—
- 地域社会に求められる生活支援システムの再構築—豊中都市圏ゾーンを対象に—
- 廃棄物に関する意識・行動調査（1）  
—ライフスタイルの視点から—
  - ・資料編
- 千里ニュータウンの暮らしの変化とまちづくりに関する調査報告書

### 【平成 14 年発行】

- 千里ニュータウン 住宅地再生に向けた提言
- 市民公益活動を促進する条例の類型比較—新しいコミュニティづくりのために—
- 廃棄物に関する意識・行動調査（2）
- 高齢者の生活保護等に関する意識調査

### 【平成 15 年発行】

- 都市交通から見た豊中市の政策課題—自治体で考える地域交通政策の必要性—
- いわゆる「孤独死」問題に関する考察
- 豊中市の廃棄物行政における市民参加の検討

### 【平成 16 年発行】

- 地方自治体における福祉サービスの評価のあり方についての考察
- 都市交通から見た豊中市の政策展開の考察
- 地方自治体における協働型政策評価の可能性と課題
- 地方分権時代へ向けた財政情報提供への施策—Web サイト「豊中市の財政事情」の作成—
- まちの財産評価に向けた仕組みづくり—人、土地、空間のつながり—
- 豊中市政研究所と大学の政策研究提携について

### 【平成 17 年発行】

- 交通政策における広域連合制度の可能性について
- 地方自治体における協働型政策評価の可能性と課題 2
- 地域コミュニティ構築に向けた基礎調査
- 豊中市における保育所政策の財政的特長と課題

### 【平成 18 年発行】

- 地方自治体における協働型政策評価の可能性と課題 3
- 地域コミュニティ構築に向けた基礎調査 II
- 豊中市における地域特性の再検討

### 【平成 19 年発行】

- 市民感覚に基づく都市情報データベースの構築に向けた提言
- 豊中市の地域コミュニティづくりに向けて

### 【平成 20 年発行】

- 豊中市の都市空間における集会機能の再編に向けた基礎研究
- 次代を担う豊中市職員の人材育成のあり方に関する調査

### 【平成 21 年発行】

- 基礎自治体の自律性に関する研究—豊中の自律へ向けて—
- 政策立案に資する都市情報データベース構築への提言—階層的な分類構造と地図情報の活用によるモデルの作成—
- 市民のまちづくりへのかかわり方に関する研究—豊中市行政の施策・事業等における市民のかかわり状況基礎調査—
- 豊中市の都市空間における集会機能の再編に向けた基礎研究 2

### 【平成 22 年発行】

- 基礎自治体の自律性に関する研究（II）
- 政策立案に資する都市情報データベース構築への提言 II
- 若年層の地域活動への参加促進と地域コミュニティ活性化の考察

### 【平成 23 年発行】

- 基礎自治体の自律性に関する研究（III）
- 都市情報の運用に関する研究
- 若年層の地域活動への参加促進と地域コミュニティ活性化の考察（II）

### 【平成 24 年発行】

- 豊中市の活力・魅力づくりに関する調査研究（I）—市民から見た豊中のイメージとブランド化—
- 若年層の地域活動への参加促進と地域コミュニティの活性化の考察（III）  
—高校のインタビュー調査から見えてきたもの？新たな地域コミュニティの創造に向けて—
- データブック☆とよなか

#### 【平成 25 年発行】

- 少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究  
—住民基本台帳の異動情報からみた人口移動—
- 道路整備に伴う居住者特性の変化の調査  
—庄内駅西部地区を事例として—
- 豊中市の活力・魅力づくりに関する調査研究(Ⅱ)

#### 【平成 26 年発行】

- 少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究Ⅱ  
—人口移動要因と将来における行政課題の把握—
- 道路整備に伴う居住者特性の変化の調査  
—庄内駅西部地区における都市更新状況をふまえて—
- 豊中市の活力・魅力づくりに関する調査研究(Ⅲ)

#### 【平成 27 年発行】

- 少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究Ⅲ  
—将来人口推計の精度向上および人口の変化に対応するための施策展開の検討—
- 豊中市の財政構造に関する調査研究
- 豊中市・沖縄市の都市間交流の新たな展開に関する調査・研究

#### 【平成 28 年発行】

- 総合計画等の見直しにかかる基礎調査
- 豊中市の財政構造に関する調査研究Ⅱ

#### 【平成 29 年発行】

- 豊中市の地域経済構造分析に関する調査研究
- 南部地域の活性化に向けた調査研究Ⅰ
- 公共データの活用のあり方に関する調査研究

#### 【平成 30 年発行】

- 豊中市民の生活の質に関する調査研究
- 南部地域の活性化に向けた調査研究Ⅱ

#### 【平成 31 年発行】

- 豊中市の単身世帯の生活に関する調査研究Ⅰ  
—壮年単身世帯の定量調査—
- 豊中市の地域自治組織に関する調査研究

#### 【令和 2 年発行】

- 豊中市の単身世帯の生活に関する調査研究Ⅱ  
—壮年単身世帯の定性調査—
- 豊中市における女性の就労に関する調査研究Ⅰ
- 政策形成における自治体シンクタンクの役割に関する調査研究  
—とよなか都市創造研究所の事例を中心に—

#### 【令和 3 年発行】

- 豊中市における多文化共生の地域づくりに向けた調査研究
- 豊中市における女性の就労に関する調査研究Ⅱ
- 豊中市におけるデータ分析に基づく政策立案 EBPM の推進に関する調査研究

※ 在庫切れのためコピーによる製本となることがあります。ご了承ください。

#### 刊行物の入手方法について(無料)

機関誌・報告書をご希望の場合は、とよなか都市創造研究所ホームページよりダウンロードできます。

<問合せ>

Mail: [tium@tcct.zaq.ne.jp](mailto:tium@tcct.zaq.ne.jp)

URL: <https://www.tium-toyonaka-osaka.jp/>

# 編集後記

新型コロナウイルス感染症の感染拡大にともない、市民のみなさまに外出自粛など不便な暮らしを行政としてお願いしてきました。この稿を執筆している今は、日本国内でオミクロン株による第6波が猛威を奮っています。本号がみなさまのお手元に届いているころは状況も変わっているのでしょうか。

さて、この新型コロナウイルス感染症による影響への対応として、国においては、感染症の防止拡大を最優先に、ワクチン接種の促進や治療薬の確保に努めるとともに、ウィズコロナ下での社会経済活動の再開に向けた取り組みを進めています。また、新たな成長戦略の枠組みを示し、2050年カーボンニュートラルの実現に向けた取り組みを加速させています。

このように、このコロナ禍を通じてこれまで世界に遅れを見せていたICTなどの分野をはじめ身近に感じるところでも大きな変化となって我々の生活や暮らしに影響を与えています。

そのようななか、新型コロナウイルスが心と身体へ与える影響にも興味がわくところです。本号の機関誌発行につきましては、「健康を支えるまち」に焦点をあて、新型コロナウイルス感染症が健康に与えた影響や、アフターコロナに向けた都市政策のあり方などをふまえつつ、編集アドバイザーであります甲南大学経済学部教授の石川路子先生にご協力いただき、誌面構成を考えました。本機関誌は、都市に関する問題や自治体の抱える様々な課題などについて、市民の皆さまや職員の認識を深め、行政の運営や調査研究活動に対する理解と協力を啓発することを目的としています。本号の機関誌の内容につきましては、特集の各テーマとしては、「日本における社会的健康格差」、「健康を支える地域のつながりと社会的処方」、「健康を支える都市基盤」、「健康を支える行政保健師」、「新型コロナウイルス感染症とメンタルヘルス」の5つから構成しています。また、特集に関するトピックスにつきましては、「豊中市保健所の新型コロナウイルス感染症への対応」というテーマで医療現場の最前線においてコロナ対応を行っている豊中市健康医療部長兼豊中市保健所長が執筆をいたしました。

ここに誌面をお借りいたしまして、執筆いただきました皆様に厚くお礼申し上げます。

また、寄稿していただきました内容につきましては、本市だけでなく、基礎自治体をはじめとした各種団体の職員のみなさま、読者のみなさまの心と身体の健康や今後の健康に対する施策の参考などになれば幸いです。

都市経営部とよなか都市創造研究所 所長 寺田 光 一

## TOYONAKA ビジョン 22 Vol.24

---

令和4年(2022年) 3月

発行所 とよなか都市創造研究所

〒561-0884

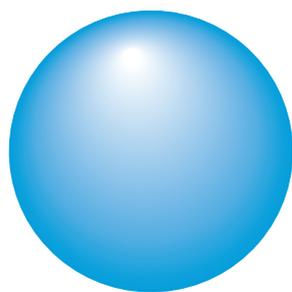
大阪府豊中市岡町北3-13-7 人権平和センター豊中3階

☎06-6858-8811 **FAX** 06-6858-8801

URL : <https://www.tium-toyonaka-osaka.jp>

E-mail : [tium@tcct.zaq.ne.jp](mailto:tium@tcct.zaq.ne.jp) (共通)

---



**TOYONAKA VISION22**  
*Toyonaka Institute for Urban Management*



豊中市は「SDGs 未来都市」です。私たちは持続可能な開発目標 (SDGs) を支援しています。



40万人の  
とよなか  
未来バトン

SDGs to 2030