

ISSN2434-3196

医療福祉研

第13卷

2020年12月

THE JAPANESE MEDICAL WELFARE SOCIETY

日本医療福祉学

医療福祉研究 ー第13巻ー

ー 目 次 ー

原著論文

インクルーシブ教育において医療的ケア児の参加を支援する教育制度と課題 …… 1
ー先進的な日本の地方自治体の教育委員会の調査に基づいてー

国立音楽大学 音楽学部

山本 智子

水中運動療法によるプールリハビリモデルの一考察 …… 11
ー坂戸市大学連携地域活性化支援事業と地域情報文化の構築ー

城西大学
常葉大学

水野 加寿
坂本 眞一郎

調査

新型コロナウイルス感染拡大と特別定額給付金に関する労働者の意識調査 …… 25

島根大学法文学部

宮本 恭子

投稿規程等

日本医療福祉学会学会誌投稿規定 …… 45

インクルーシブ教育において医療的ケア児の参加を 支援する教育制度と課題

—先進的な日本の地方自治体の教育委員会の調査に基づいて—

Characteristics and Challenges of Municipal Systems to Support the Participation of Children Requiring Medical Care in School Activities as Part of Inclusive Education in Japan

**—Based on the Results of a Survey Involving an Advanced Municipal
Department of Education—**

国立音楽大学 音楽学部 音楽文化教育学科
山本 智子

Kunitachi College of Music, Faculty of Music, Department of Music Culture Education
Tomoko YAMAMOTO

Abstract

This paper analyzes municipal systems to support the participation of children requiring medical care in school activities as part of inclusive education in Japan, based on the results of our survey involving an advanced municipal Department of Education.

As an institutional approach of this Department of Education, a project to establish a school-based medical care system is in progress, adopting various approaches such as establishing a support system within school, promoting school-advisor/medical institution collaboration, and preparing a medical care manual. As a practical approach based on this, nurses are helping children requiring medical care participate in school activities, while another system to support teachers, nurses, and other professionals is also being established.

The department's institutional and practical approaches are proceeding with municipal measures to promote integrated collaboration and cooperation among the Department of Education, relevant school, and community providing medical and welfare services. For the development of these outcomes, the further improvement of working conditions for nurses and other professionals may be required.

1. Introduction

In Japan with an increasing share of children requiring medical care, systems to support inclusive education for children requiring medical care are being organized. According to a survey conducted by the Japan Society for Home Pediatric Care Support, the number of children requiring medical care aged 19 or younger was 17,078 in 2015, which is about double the 9,403 in 2005¹. When the Act to Comprehensively Support the Daily and Social Lives of People with Disabilities (enacted in 2005, act number: 123) was revised in 2016, local public bodies were urged to support these children.

Diversity is characteristic of children requiring medical care and receiving home medical services. Many of such children have severe motor and intellectual disabilities, and their levels of medical device use are high. However, some of them do not have intellectual disabilities, or they are able to walk to school independently². As another characteristic of children requiring medical care, the care becomes unnecessary in the process of recovery or development in some cases.

In developmental support for children with these characteristics, the importance of inclusive education has begun to be recognized, and institutional measures to support the children to learn at general schools are being implemented.

As a representative measure, a national program to dispatch nurses for medical care provision at school was launched, aiming to establish a seamless support system³. This measure allows local public bodies to obtain national subsidies that finance a third of nurse-related affairs such as directly employing nurses (paying their salaries, mutual insurance costs, and traveling expenses), requesting hospitals or home-visit nursing facilities to dispatch them, or allocating them to public elementary or junior high schools (or dispatching or rotating them to other elementary and junior high schools, kindergartens, or senior high schools). In FY2017, a budget of 840 million yen was allocated to employ or dispatch 1,200 nurses. In the

¹ Michiaki Nakura (2016): Children with medical complexity and ongoing support; Masanori Tamura. Interim Report of a Status Survey Involving Children Requiring Medical Care and Study on Collaboration in Medical, Welfare, Health, and Education Services. Grants-in-aid for comprehensive research on Disability Health and Welfare provided by Ministry of Health, Labour and Welfare.

² Hiroshi Maeda (2016): Scope of child home care, Home care 0-001. 1(2), pp.157-161.

³ Special Needs Education Division, Elementary and Secondary Education Bureau, Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology. Management of Children/Students Requiring Medical Care at School. URL: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000147112.pdf> (accessed 21 November 2020).

same year, the government also began to allow municipalities to directly receive subsidies, entrusting prefectures, including Tokyo, with the administration. In FY2019, a budget of 59 million yen was spent on projects to establish school-based medical care systems, in addition to 1,796 million yen for the national program to allocate nurses for medical care provision.

The Section of Education for Children Requiring Special Support, Elementary and Secondary Education Bureau, Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology defines medical care as “not a legally defined concept, but a general term for medical practices generally and routinely performed in schools and homes, including suctioning, tube feeding, and tracheostomy care”⁴. Those without a medical or nursing license are not qualified to perform medical practices with the intention to repeatedly and continuously do so. However, with a revision of the relevant act in FY2012, those without a nursing license became institutionally qualified to perform 5 designated medical practices (suctioning phlegm in the oral cavity, suctioning phlegm in the nasal cavity, suctioning phlegm in tracheal cannulas, gastro- or enterostomy tube feeding, and nasal tube feeding) as “certified professionals for designated medical practices” under given conditions after completing a training program and being certified by a prefectural governor⁵. At the same time, points to be noted about medical care procedures (the designated medical practices) that can be performed by teachers at school were specified as follows: “When suctioning phlegm in the oral or nasal cavity, the tube should not reach the pharynx”; “When suctioning phlegm in tracheal cannulas, suctioning should be performed strictly in tracheal cannulas”; and “When performing gastro- or enterostomy/nasal tube feeding, a nurse should previously confirm that there are no abnormalities in the gastric or enteric fistula, and that the feeding tube is appropriately inserted from the nose into the stomach”⁶. Concerning the designated medical practices performed at elementary and junior high schools, “a system, where nurses are basically allocated or used, and they mainly provide medical care, with teachers backing them up” was recommended⁷. Moreover, medical practices other than those designated were specified as follows: “These practices should be performed by nurses, but their feasibility should be examined at each school under the guidance of the Department of Education, while considering the conditions of individual children/students and their safety. In such cases, judgment should be carefully made upon deliberations among those involved in the school such as the doctor in charge or advisor, school doctor, and dispatched

⁴ The same Website as 3.

⁵ Social Welfare and War Victims' Relief Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare; Implement of the revision of the Certified Social Worker and Certified Care Worker Act (November 11, 2011. No.1111-1).

⁶ Website of the Special Needs Education Division, Elementary and Secondary Education Bureau, Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology. (accessed 29 August 2020).

⁷ The same Website as 6.

nurses”⁸.

As these measures indicate, the number of schools with children/students requiring medical practices other than those designated is increasing, and projects to establish school-based medical care systems aim to support these schools⁹. In these projects, various approaches, including establishing a support system within school with collaboration with a medical doctor and preparing a medical care manual, are adopted to establish school-based medical care systems. With the implementation of these national institutional measures, some municipalities of Japan, such as Yokohama City, Nagoya City, and other cities designated by ordinance, Toyonaka City of Osaka Prefecture, and Matsudo City of Chiba Prefecture, are carrying out original projects. For example, in Matsudo City, the participation of children requiring medical care in school activities is being promoted through institutional approaches to support inclusive education. This paper analyzes municipal systems to support the participation of children requiring medical care in school activities as part of inclusive education in Japan, based on the results of our survey involving an advanced municipal Department of Education.

2. Materials and Methods

The objective of this paper is to promote developmental support for children requiring medical care and their well-being by analyzing the characteristics and challenges of municipal education systems.

First, it clarifies the details and characteristics of institutional approaches adopted by a municipality to support the participation of children requiring medical care in school activities as part of inclusive education, based on the results of our previous preliminary survey. And then, it discusses and identifies related challenges.

We conducted this survey in FY2019, involving the person in charge of the municipal Department of Education, adopting a free-description answering style. As our basic idea, we proceeded with the study while making the following ethical considerations: ensuring human rights; respecting each person’s dignity and free will; protecting personal privacy; confirming the appropriateness and rationality of the study contents and procedures; and avoiding possible disadvantages and risks related to the study. Additionally, we considered the following items when planning and implementing the study:

- Clearly and specifically showing procedures and methods requiring cooperation from the candidate institution

⁸ The same Website as 6.

⁹ The same Website as 6.

- Limiting items requiring cooperation from the candidate institution
- Avoiding forcing the candidate institution to cooperate
- Allowing the candidate institution not to consent to participate in any or some processes of the study and to withdraw their consent at any time
- Giving psychological considerations for the candidate institution
- Preventing the identification of individuals

3. Results

1. Institutional and practical approaches adopted by the advanced municipality as part of inclusive education for children requiring medical care

The cooperating advanced municipal Department of Education has been implementing practical approaches for child and parenting support in the community, preceding national measures to organize support systems. When selecting schools for children requiring medical care, the municipal Department of Education examines the appropriateness of each school in terms of child development, rather than the availability of medical care. In FY2017, when national measures to organize support systems started, it launched a project to establish a school-based medical care system.

1. 1 Project to establish a school-based medical care system

This project, entitled: Project to Establish School-based Support Systems to Provide Advanced Medical Care at School, is being carried out by the Section of Education for Children Requiring Special Support, Elementary and Secondary Education Bureau, Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology for elementary and junior high schools, and the entrusted municipal Department of Education is implementing various approaches, such as establishing a support system within school, promoting school-advisor/medical institution collaboration, and preparing a medical care manual.

1) School-based support system

A “Medical Care Hot Line” has been established to connect the municipal Department of Education and relevant school. A medical care advisor makes a tour of school supervision during each school term. With national subsidies, a medical doctor visits the school once a day, while providing telephone consultation and advice for it as a new service. A manual for the school to appropriately manage emergencies is also being prepared.

In addition, a municipal medical care system institutionally supports collaboration and cooperation between the municipal Department of Education and school.

2) Establishment of a municipal medical care system

In addition to the municipal Department of Education and school, a special support school and medical institutions, such as a municipal medical association, school doctors, association for visiting nurse service, clinics, and municipal hospital, participate in this system to perform various activities, including: providing consultation/advice, presenting tasks, making verification reports, providing cooperation/guidance, and creating guidelines on medical care.

In FY2018, the municipality began to hold the Conference for the Promotion of Collaboration to Support Children Requiring Medical Care¹⁰ twice a year to understand the current status and needs, and share information and challenges for the promotion of support and collaboration with the medical association, dental association, pharmaceutical association, association for visiting nurse service, medical institutions providing home pediatric services, municipal hospital, and home care service, after-school day service, child developmental support, and consultation and support providers based in the city, facility for children/adults with severe motor and intellectual disabilities, major centers for consultation/support and community life support, and municipal departments of welfare/longevity (welfare of people with disabilities) and child support (parenting support, consultation, and childcare/education), in addition to the municipal Department of Education and special support school.

In the same year, when the municipality newly enacted the Municipal Plan for the Welfare of People with Disabilities, measures to address challenges in supporting children requiring medical care in the community were accordingly incorporated into important municipal policies. Specifically, measures to promote support for such children in after-school day service or other service facilities were added.

3) Guidelines on medical care

In FY2018, the municipal Department of Education established guidelines on medical care. It also created a collection of near-miss reports for accident prevention to support nurses dispatched to schools.

2. Practical approaches and professional support systems to support the participation of children requiring medical care in school activities as part of inclusive education

2. 1 Practical approaches

Children requiring medical care are supported to become able to perform activities of

¹⁰ The Collaborative Medical Care Conference, consisting of a special support school, medical care advisor, medical association, school doctors, association for visiting nurse service, clinics, and municipal hospital, had been regularly held until FY2018.

daily life, such as dressing independently, by elementary school enrolment, according to their conditions. They are also supported to perform some medical care procedures under the supervision of nurses such as the use of an Epipen (a self-injection product for children with food allergies), self-suctioning and -tracheotomy care, and processing of school lunch dishes using a mixer to prepare liquid foods.

2. 2 Professional support systems

1) Support for teachers

The children's school lives are supported by teachers, mainly class teachers, and dispatched nurses. When they arrive at school, teachers or nurses confirm their physical conditions with their parents verbally and using communication notes, in addition to conducting health assessment based on a medical care manual. School life support is mainly provided by class teachers, while nurses stay and wait in other rooms exclusively for medical care. Nurses provide medical care based on doctor instructions and the medical care manual, and all procedures performed by them are recorded using medical care recording sheets and nursing summaries. When the children leave school, teachers or nurses confirm their physical condition again, and information regarding them is shared with their parents verbally and using communication notes.

The details of medical care for each of the children at school are mainly examined by the School-based Medical Care Committee organized within school, which consists of: the principal, vice-principal, nurse-teacher, nurses, coordinator, teacher in charge, and head teacher of the grade. In April, when school enrolment/advancement takes place, the committee confirms the details of medical care for the child, with the municipal Department of Education, parents, and medical care advisor. In June, the school and parents examine methods for the child to participate in swimming classes. In September and November, they examine methods for the child to participate in an out-of-school learning program and endurance running competition, respectively. Furthermore, training seminars for teachers of the school and external teachers to improve their skills are also extensively held.

2) Support for nurses

Nurses are systematically dispatched to schools providing medical care in the municipality. In FY2018, a total of 11 nurses were allocated, and 5 and 1 nurses were dispatched to 5 elementary schools and 1 junior high school, respectively. To ensure sufficient manpower, dispatched nurses basically work for 2.5 days within work hours between 8:30 to 15:00 5 days a week, with payment per hour. Assistance with children for other ADL, such as transfer and toileting, assistants are dispatched to work for 5 hours and 45 minutes.

The municipality has also established guidelines on medical care to specify various affairs, including the roles of nurses and formats for doctor instructions and medical procedure records. The guidelines specifying the roles of the principal, nurse-teacher, and Department of Education, as well as other guidelines available for parents, enable nurses to actively collaborate and cooperate with schools, teachers, and parents, in order to smoothly provide medical care despite unfamiliar school environments that differ from medical institutions. Moreover, the specification of the role of school doctors and explanation of the School-based Medical Care Committee also help nurses perform medical care procedures with a sense of security even at school. Although they are dispatched and paid on an hourly basis, they are provided with opportunities to learn about the actual situations of children requiring medical care and their families, and receive education to support children with severe motor and intellectual disabilities. For example, 2 training seminars on these issues were held for dispatched nurses in FY2018. In addition, a training session for nurses supporting schools was also held in the afternoon after a study meeting on education three times within this year to share information, review manuals, and make the most of their specialty when preparing collections of near-miss reports and Q&A.

With such support, 9 nurses were dispatched to 5 public elementary and junior high schools with 7 children requiring medical care, and they performed procedures, such as tracheotomy and gastrostomy care, for these children in FY2018.

4. Discussion

The advanced municipality supporting the participation of children requiring medical care in school activities as part of inclusive education was characterized by its institutional approaches to promote collaboration and cooperation among the Department of Education, school, and community.

For communication between the Department of Education and school, a “Medical Care Hot Line” is available. While a medical care advisor makes a tour of school supervision during each school term, a medical doctor has begun to provide consultation/advice on medical care on a daily basis. Additionally, to establish a municipal medical care system, collaboration and cooperation with a medical association, school doctors, association for visiting nurse service, clinics, and municipal hospital are institutionally supported, allowing the Department of Education and school to perform various activities, including presenting tasks, making verification reports, providing cooperation/guidance, and creating relevant guidelines, together. When the municipality launched the Conference for the Promotion of Collaboration to Support Children Requiring Medical Care in FY2018, it also became possible for a pharmaceutical

association and medical institutions providing home pediatric services, as well as home care service, after-school day service, child developmental support, and consultation and support providers, a facility for children/adults with severe motor and intellectual disabilities, major centers for consultation/support and community life support, and municipal departments of welfare/longevity (welfare of people with disabilities) and child support (parenting support, consultation, and childcare/education), to participate in these activities.

The establishment of the School-based Medical Care Committee enabled nurses, who directly support children requiring medical care to participate in school activities as part of inclusive education, to regularly communicate with the class teacher in charge, principal, vice-principal, nurse-teacher, coordinator, and head teacher of the grade. Furthermore, the training seminar for nurses held twice a year provides an opportunity for them to share information and exchange with other nurses. The training session for nurses supporting schools is also expected to help them make the most of their specialty when reviewing manuals and preparing collections of near-miss reports and Q&A.

For the development of these outcomes, the further improvement of working conditions for nurses and other professionals may be required. Nurses provide independence support for children requiring medical care to autonomously participate in their daily lives. Thus, nurses are playing an important role not only in supporting these children's development, but also in promoting their well-being. Therefore, it may be necessary to improve their working conditions as a full-time employee, and help them make the most of their specialty with self-confidence and trust, and develop institutional and practical approaches related to inclusive education for the children.

5. Conclusions

This paper analyzes the outcomes and challenges of municipal systems to support the participation of children requiring medical care in school activities as part of inclusive education in Japan, based on the results of our survey involving an advanced municipal Department of Education.

As an institutional approach of this Department of Education, a project to establish a school-based medical care system is in progress, adopting various approaches, such as establishing a support system within school, promoting school-advisor/medical institution collaboration, and preparing a medical care manual.

As for practical approaches, nurses are helping children requiring medical care participate in school activities, and further systems to support teachers and professionals, such as nurses, are also being established.

These institutional and practical approaches are proceeding with institutional measures to promote integrated collaboration and cooperation among departments of education, schools, and communities providing medical and welfare services. For the development of these outcomes, the further improvement of working conditions for nurses and other professionals may be required.

Acknowledgements

The authors would like to express their heartfelt gratitude to the person in charge of the municipal Department of Education, who provided cooperation for the present study, and all those involved, who provided valuable support and advice for it.

References

Hiroshi Maeda (2016): Scope of child home care, Home care 0-001. 1(2), 2016, pp.157-161.

Michiaki Nakura (2016): Children with medical complexity and ongoing support; Masanori Tamura. Interim Report of a Status Survey Involving Children Requiring Medical Care and Study on Collaboration in Medical, Welfare, Health, and Education Services. Grants-in-aid for comprehensive research on Disability Health and Welfare provided by Ministry of Health, Labour and Welfare.

Social Welfare and War Victims' Relief Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare; Implement of the revision of the Certified Social Worker and Certified Care Worker Act (November 11, 2011. No.1111-1).

The Collaborative Medical Care Conference, consisting of a special support school, medical care advisor, medical association, school doctors, association for visiting nurse service, clinics, and municipal hospital, had been regularly held until FY2018.

Special Needs Education Division, Elementary and Secondary Education Bureau, Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology. Management of Children/Students Requiring Medical Care at School.

URL:<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu/0000180999.pdf>.

水中運動療法によるプールリハビリモデルの一考察

—坂戸市大学連携地域活性化支援事業と地域情報文化の構築—

Consideration of the Pool Rehabilitation Model by an Underwater Exercise Cure

城西大学

水野 加寿

Josai University

Kazu MIZUNO

坂本 眞一郎

Shinichiro SAKAMOTO

常葉大学

Tokoha University

Abstract

Elderly person, handicapped person, "WAPT: for the socially vulnerable of the person with straight lifestyle-related disease I measure a citizen's health increase and promote becoming common for exercise while I carry out a civic participation type social welfare health culture program to assume "pool rehabilitation" lecture establishment "a key and raise self-administration will to health by the improvement of the health conscious and model lecture establishment and measure enhancement and the fixation of program contents and promote continuation and an expanse of the lecture establishment. In addition, I hold "water rehabilitation exercise classroom" as realization of the points to state above and, for a participant, I exercise and function I performed a test and body measurement of formation and examined the change of the physiological reply by Water Approach Psychosomatic Training clinically. The activation of the community is promoted by the action of such the citizen participation type social welfare health program is modelled and being embodied.

1. はじめに

「プールリハビリ」とは高齢者、障害者、生活習慣病者等の身体的弱者に対する健康増進運動療法プログラムの一手段である。

また同プログラムの対象者の多くは陸上における日常生活活動において「立つこと、歩くこと」（以下同じ）が随意的に困難である。従って、このような身体的弱者及び機能低下者に対して健康増進に必要な運動の量と質を提供し、安全でやさしい運動効果の高いプールでの水治療運動（運動環境）を具体化したのが「プールリハビリ」である。

近年、リハビリテーション医学においては水の物理学的特性を活用した水治療法が研究され始め水中運動が療法として具体化されつつある。本論文では水治療運動療法を基軸とした「水中リハビリ運動教室（プールリハビリ）」を開設し、同教室による地域活性化への影響を考査し、地域活性化支援事業のモデル化を考案した。

1. 1 モデル化と地域活性化

「モデル化」とは「社会福祉」という視点から上述する身体的弱者に対する「水中リハビリ運動教室開設」を基軸とする市民参加型健康運動プログラムの指導、管理、運営をシステム化（図1）した活動事業体である。

このシステムの特徴は「ボトムフィールド（地域住民）」における情報収集を起点とした実施プログラムから得られる情報の方向性（スペルマ）を分析・解析し、その改善情報がフィードバックされるという点にある。この地域活性化事業における強力な活動エネルギーは地域住民の自主的な参画と地方自治体の強力なサポート、そして実施者のボランティアイズムによるプログラム運営にほかならない。

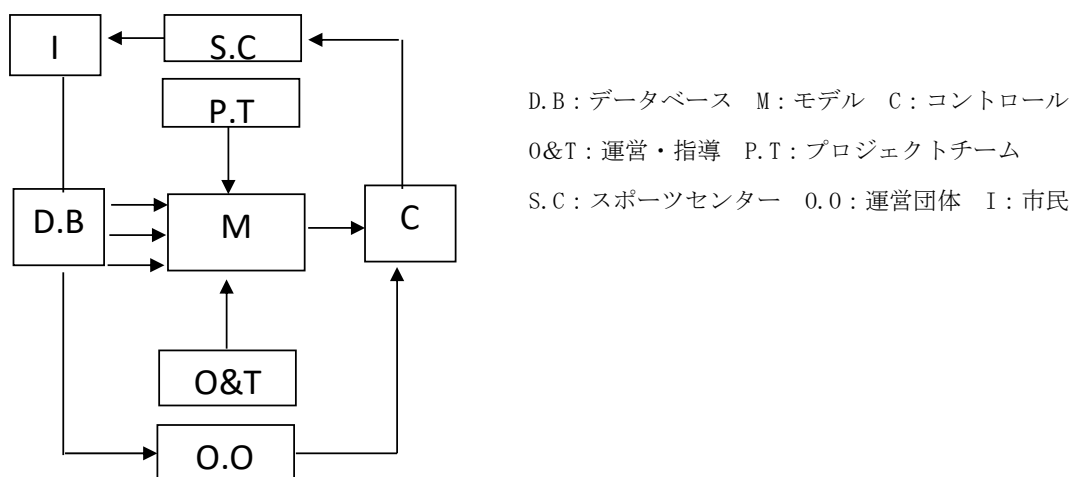


図1 市民参加型地域活性化活動システム

このモデル化においては情報の一元化とフィードバックシステム機能を内在させている。例えば、一般的な市民参加型運動プログラムの場合、そのプログラム始動時にお

いてプログラムの情報提供（プレゼンテーション）から始められるが、ニーズの異なる不特定多数者（市民）の参加率は対象者の0.3%にも満たない。しかし、このモデル化によってニュースソースとその媒体（口コミ）が一元化されることによってマーケット・マネージメントが可能となる。

1. 2 地域活性化と健康増進運動

1986年、郡司篤晃氏は東京大学公開講座「健康づくりとスポーツ」³¹の中で次のように述べている。「病気にならない前、いろいろな努力をするのを健康増進という」と述べ、更に「日本には急速に運動不足が進行しつつある。これを日常生活活動以外に運動するとかして、意識的に増やさないといけない。そういうことを目安に、これから大いに心掛けていただきたい。それは個人の健康のためになるばかりではない。これから高齢化社会を迎えて、日本全体が明るく楽しい国家であり続けるためにも必要であるというわけである。」と述べ健康づくりの重要性を奨励している。

日常生活以外に健康増進を目的とした健康³¹とは何か。ジョギング、ランニングあるいはゴルフ、テニスといったスポーツやハイキング、オリエンテーリングというようなリクリエーション活動など、いろいろあるが加齢に伴う機能低下者あるいは身体的な障害を持つクライアントにとっては、それらの運動プログラムの実行さえ困難であると言える。

平成22年度版「厚生労働白書」によれば「日本国民の8人に1人が何らかの病気を抱えており、脳卒中患者に至っては76万人もおられ、健康増進を含めたリハビリテーションとしての運動を必要としている国民が急増しているようだ。」ところが、そういう要運動処方の方々が地域において自由に参加できる運動プログラムは少なく、ましてや専門的な運動処方が得られるとなると、その機会と場は実に少なくなると言わざるを得ない。

こうした日本の現状を考えた時、最も安全に楽しく、誰でも参加できる健康プログラムの一つとして、水治療が挙げられる。幸い、日本における室内温水プール（公営、民営を含む）施設は全国に点在し、西ドイツのゴールドンプランを上回る数と規模を示している。そして近年、水中運動がリハビリテーションの一手段として注目され、その研究開発が急速に行われており「水治療法」における運動処方が全国的な広がりを見せ初めている。

1. 3 ビジネスモデルの構築

2010年9月に開設された「坂戸市・城西大学共同プロジェクト“水中リハビリ運動教室”」において研究チームは新たな課題を設定し調査研究を実施した。

- 課題（1）高齢者・障害者における地域医療費抑制を目標とした水治療法講座開設
- 課題（2）坂戸市大学連携地域活性化支援事業における水治療法講座開設のビジネスモデル化。

課題 (3) 健康をキーワードとした市民参加型地域活性化活動システムの構築

2. 坂戸市・城西大学共同プロジェクト 「水中リハビリ運動教室」概要

2. 1 実施期間

平成 22 年 9 月 2 日～10 月 7 日(第 1 期・5 日間)

2. 2 共同プロジェクトチーム編成

主催:坂戸市健康増進部健康政策課

共催:坂戸市高齢者福祉課、坂戸市障害者福祉課、坂戸市健康増進センター

指導:NPO 法人日本水治運動療法協会、城西大学水泳部水中運動リハビリテーション研究室、坂戸市水泳連盟(ボランティア指導者)

協力:城西大学、日本医療科学大学、日本ウェルネススポーツ専門学校、秀明大学、埼玉県立大宮中央高校

2. 3 実施会場

坂戸市健康増進センター室内温水プール、研修室

プール:25m×6 コース、水深 1.0～1.1m、 水温 30.5～31.5℃、湿度 45～50%

内 容:カウンセリング、アンケート調査、健康チェック(血圧測定、問診)、体組成測定、運動機能テスト、水治運動療法訓練

2. 4 水治運動療法訓練

①訓練は病型別、運動能力別グループ指導を実施した

A グループ 5 名(身体障害者)、B グループ 6 名(機能低下者)、C グループ 5 名(未病者)

②訓練実施スケジュール

受付、血圧測定、問診、グループ別カウンセリング、移動、更衣、準備体操(初日と最終日は入水前に体組成測定と訓練前に運動機能テストを実施した)、入水、グループ別水治運動療法訓練指導(入水時間 50 分～60 分)

③訓練内容

水中立位訓練、水中歩行訓練、水泳運動

(水中ストレングス、水中ストレッチング、水中リラクゼーション)

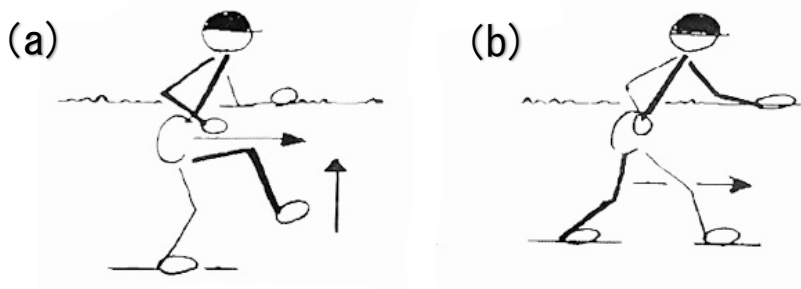


図 2 水中前歩き (この図は動作解析を指す)

(a) 水中で正しい立位姿勢をとり、そして膝を高く拳上させ腰を前方に“突き出す”ようにして重心を移動させる。(b) 後脚(腸腰筋)を伸張させるように“おおまた”歩きを行う。

図2において「水中前歩き運動」は腰部周囲筋群のストレッチングを行う。「水中ウォーキング」は人間の生理的機能を活性化させ、人間の恒常性を高める基本的な運動プログラムと言える。

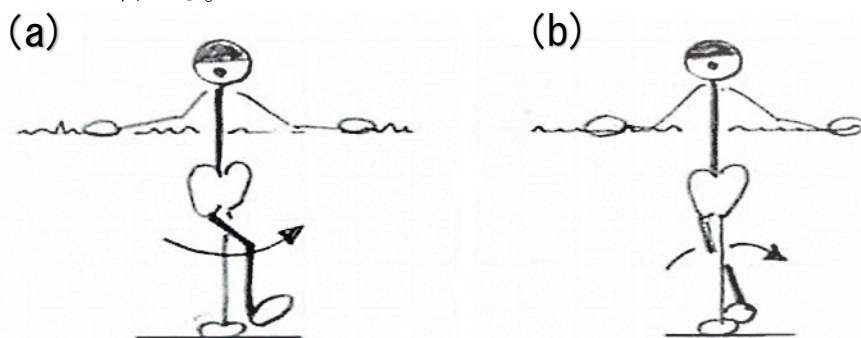


図3 水中横歩きクロス (この図は動作解析を指す)

(a) 水中で両足を体側幅に開脚させ両手を左右に広げて水中立位姿勢を安定させる。そして片足を身体の前で交差させ軸足の横の交差位置に着地させ股関節部の内転筋及び外転筋を活動させ強化する。次に(b)は(a)と同様の動作を行うが、片足を身体の後で交差させ軸足の後方の交差位置に着地させ股関節部の内転筋及び外転筋を活動させ強化する。 図3において「水中横歩きクロス運動」は、股関節周囲筋群を活動させ強化する水中ストレングスプログラムの一つである。また近年、高齢者の廃用性症候群(寝たきり)¹¹⁾の要因とされている「転倒事故」が注目され、その原因の一つとして大腿部筋群の拳上減弱によるものと見られているが、本研究における臨床的検証⁴⁾では、上述する内転筋及び外転筋の減弱が加齢と共に機能を低下させ、身体バランスを崩し、結果において“転倒”という事故を誘発せしめているのではないかと考察している。しかし“転倒”という現象の原因が、一部の筋肉の機能低下だけによるものでないことは言うまでもない。

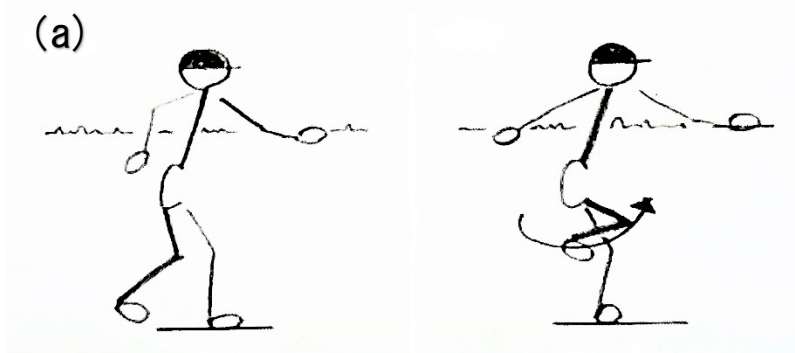


図4 水中ブラジリアンウォーク (この図は動作解析を指す)

(a) 水中歩行で後足となった片足を前方に移動させる (b) 後足を前方に移動させる時、後足の膝頭を水平外転させるように前方に移動させる。そして後方から水平外転した足は軸足の前方に着地させる。

図4の運動には、2つの動作目的がある。1つは股関節における可動域の拡張ストレッチングである。2つ目は可動動作する足を支持する軸足のバランス操作機能の強化^{4]}である。つまり、後方にある片足を拳上させながら水平外転運動を実施している間中、身体はアンバランスの状態となり他方の支持足となる片足で身体のバランスをとるバランス反射が活動することになる。この身体バランス操作の知覚受容器は両足の足底面に内在し、歩行時の体重移動におけるバランス操作を司っている。従って身体がアンバランス状態にある時、本能的に、そして防衛的にこの機能が発動される。

水中においては水の特性である“浮力、水圧”^{5]}によって、この身体アンバランス状態がスロモーション的に発現するので、意図的にこの現象を体験させて、逆にこの反射的なバランス機能を活性化させ強化することが可能である。

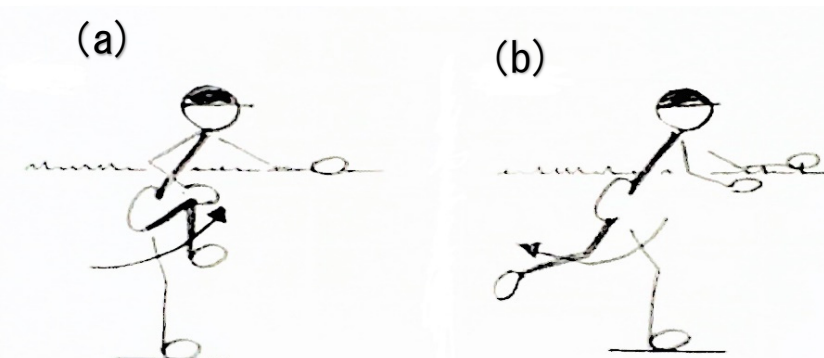


図5 水中片足立ち立位運動（この図は動作解析を指す）

(a) 後方にある片足の膝を腹部に引き寄せ“抱え込む” (b) 抱えた足を次に後方に伸張させる。そして (a) と同様に後方に伸張させた片足の膝を再度抱え込む。

図5の運動には2つの目的がある。1つは前述した「水中ブラジリアンウォーク」における片足立ち支持足の身体バランス操作機能の強化運動である。2つ目は図における片足立位運動による脊椎起立筋群の強化^{6]}である。この脊椎起立筋群は抗重力筋とも言われ、陸上生活において正しい起立姿勢を保つために重力負荷に抗する筋肉群である。

水中では、水の浮力効果^{5]}によって体重が免荷され重力負荷が減免され、この脊椎起立筋群に意図的なトレーニングストレスを与えることが可能である。

3. 「水中リハビリ運動教室」効果測定データ分析

参加した被験者16名に対し1日/週（5日間）約50分から60分の水中リハビリ運動が実施された。また移動時、入水時の安全を確保^{6]}するために水治療士3名、ボ

ランティア指導者 8~10 名が介助及びサポートの任に当たった。そして訓練中の指導効率と安全性を高めることを目的として表 1 のとおり参加者を 3 グループに分けて指導を実施した。

AG(Aグループ)は身体的障害者群¹²⁾(5名)、BG(Bグループ)は運動機能低下者群¹²⁾(6名)そして、CG(Cグループ)未病者群(メタリックシンドローム群)¹²⁾5名に分けた。このグループ分けは、それぞれのグループの被験者に対する水中運動の質と量において違いが生じるためである。次に生理的応答の変化を知るために「体組成測定」を実施し、また身体的応答の変化を知るために「運動機能テスト」を実施した。この測定とテストは教室実施期間の初日と最終日の訓練前にプールサイド及び水中で実施した。そしてそれぞれ2回の測定及びテスト比較において水中リハビリ運動(水治療法)効果を考察した。

表 1 病型別指導グループ一覧表

G	名	性	年齢	病名	病型	その他
AG 身体 障害	K.M	男	56	脳性マヒ	歩行障害	車椅子
	S.K	女	73	頸椎損傷	姿勢異常	痛みあり
	S.M	女	71	脳性マヒ	歩行障害	4点杖
	K.N	女	66	成長不全	人工膝関節	
	M.K	女	73	成長不全	人工膝関節	
BG 機能 低下	K.T	女	60	腰痛症	歩行障害	痛みあり
	U.T	女	67	腰痛症	歩行障害	痛みあり
	N.K	女	60	股関節症	関節可動域狭	
	H.N	女	76	膝関節症	歩行障害	痛みあり
	O.S	女	72	膝関節症	歩行障害	痛みあり
	M.S	男	69	糖尿病	機能低下	膝に痛み
CG 未病	I.K	女	52	膝関節症	歩行障害	痛みあり
	K.S	女	62	膝関節症	歩行障害	痛みあり
	T.A	女	74	高血圧症	機能低下	
	I.T	女	70	高血圧症	機能低下	
	T.S	男	69	高血圧症	機能低下	

3. 1 臨床的考査、運動機能テスト(運動機能的応答の変化及び改善)

①運動機能テスト項目及びテスト結果は表 2 のとおりである。

また、運動機能テスト項目は、それぞれの機能改善及び回復を目標とする項目が設定されている。例えば片足立ち(開眼)ではバランス反射機能レベルが、そして片足立ち(閉眼)では姿勢反射機能レベルに対する評価項目とした。また、このテス

トにおける判定基準は自力で片足立ちを継続している時間を測定し、その時間（タイム）の1回目（初日）と2回目（最終日）との比較において“多い場合”を改善とした。また、非改善者は“変化なし”及び“低下”していた（非改善者数）

②表2において改善が見られた被験者数は、片足立ち（開眼）で12人、また片足立ち（閉眼）においても13人に改善が見られた。つまり、片足立ちテストの結果が示すように水中運動による機能改善を促進させる要因として水中における不安定感（アンバランス）が直接的に作用し逆に身体のバランス操作機能及び姿勢反射機能を向上させる働きがなされていると考えることができる。

表2 指導グループ別運動能力テスト結果比較表

テスト項目	AG	BG	CG	計 16 人	
	5 人	6 人	5 人	人数計	非改善者数
片足立ち	改善	改善	改善	12 人	(4 人)
(開眼)良くなった	3 人	5 人	4 人	12 人	(4 人)
(閉眼)良くなった	3 人	5 人	5 人	13 人	(5 人)
水中歩行	前歩き タイム	4 人	0 人	4 人	8 人 (8 人)
	歩 数	3 人	6 人	3 人	12 人 (4 人)
歩 行	横歩き タイム	5 人	4 人	4 人	13 人 (3 人)
	歩 数	4 人	1 人	1 人	6 人 (10 人)
計	22 人	21 人	21 人	64 人	(34 人)

③表2において水中前歩き及び水中横歩きにおける運動機能の変化を考査するために、いずれの測定項目とも25mを水中で歩いた速さ（タイム）と歩数を計測比較し、タイムが速くなった者及び歩数が少なくなった者を改善者とした。その結果、水中前歩きテストにおいては速さ（タイム）よりも歩数（歩行動作）に改善者が多く見られ、逆に横歩きでは歩数よりも速さ（動作スピード）に改善者が多く見られた。

④表2のグループ別比較においては、AG（身体的障害者）の水中前歩き及び水中横歩きに改善が見られ、BG（機能低下者）では片足立ち（開眼、閉眼）におけるバランス操作機能向上が顕著であった。またCG（未病者）においては片足立ち及び水中前歩き、水中横歩きに改善が見られた。

3. 2 臨床的考査：体組成測定（身体的生理応答の変化及び改善）

①体組成測定の結果は表3のとおりである。測定器は簡易体組成計（タニタ、インナーキャン50、BC-305）を使用し、改善判定は1回目（初日）と2回目（最終日）の測定値比較において改善と判定（改善基準）した。

②表3において、被験者16名に対する水浴運動による身体的生理応答の変化（改善）

は 14 名（87%）に改善が見られた。

③表 3 において、運動刺激による生理的応答の順位性を規定した結果、一次生理応答が二次生理応答より多人数に認められた。

一次生理応答とは、エネルギー消費過程における生理的対応と考えられ、表 3 において基礎代謝量 13 人、体脂肪率 12 人、体水分率 11 人に見られるような生理的変化である。

二次的生理応答とは、エネルギー再合成過程に見られる生理的適応であり、表 3 においては筋肉量 7 人、体重 6 人、内臓脂肪率 3 人に見られる生理的変化である。

表 3 指導別グループ別体組成測定結果比較表

体組成 測定項目	改善 基準	AG5 人	BG6 人	CG5 人	計 16 人
		改善数	改善数	改善数	人数%
基礎代謝量	増	2 人	6 人	5 人	13.81
体脂肪率	減	3 人	4 人	5 人	12.75
体水分率	減	4 人	3 人	4 人	11.69
筋肉量	増	2 人	3 人	2 人	7.44
体重	減	3 人	2 人	1 人	6.38
内臓脂肪率	減	1 人	2 人	0 人	3.19
推定骨量	増	0 人	0 人	0 人	0 人

4. 事前アンケート調査結果

今回実施された「坂戸市・城西大学共同プロジェクト“水中リハビリ運動教室”」において、初日に無記名式のアンケート調査を実施した。（初日、訓練参加者数 16 名）

<アンケート調査内容>

- ①現在の健康状態に不安を持っていますか
- ②現在、健康に良い事をしてしていますか
- ③現在、体力に自信がありますか
- ④プールリハビリ運動を知っていますか

上記の質問に対する調査結果は、表 4 の通りである。またアンケート実施日は第 1 期（平成 22 年 9 月 2 日～10 月 7 日、5 日間）初日（9 月 2 日）の参加者 16 名に対し訓練終了後に実施した。

①表 4 において被験者の「健康」に対する認識度⁸⁾を推察することができる。例えば、質問項目①健康状態に不安を持っていますか。に対しては、“どちらともいえない”が 9 人（56%）“ややある”が 4 人（25%）と全体の 81%（約 13 人）が「現在の健康状態に不安を持って」参加している。また、質問項目②健康に良いことをしています

か。に対しては“どちらともいえない”が8人（約50%）“ほとんどしていない”が5人（31%）と被験者の81%（約13人）が「現在、健康に良いこと」をほとんどしていない状況であることが推察できる。そして、質問項目③体力に自信がありますか。という質問に対し15人（94%）の被験者が“どちらともいえない、ほとんどない”と答えている。つまり、「現在の健康状態に不安」を感じてはいるものの「健康に良いこと」を積極的に行えない状況があり、そして「現在の体力」に自信が持てないという状態にあることが推察できる。

②表4から被験者の現在における“健康に対する認識”がある程度推察することができたが、この訓練によって各被験者の“健康意識構築へのプロセス”を検証するまでには至らなかった。

したがって、同様のアンケート調査が事前、事後の実施によって比較が行われ“健康”に対する意識的变化を調査、検証すべきであったことが反省点として残った。

③表4において現在（事前）の被験者における“健康”に対する“認識”についてまとめてみると「現在の健康状態に不安を感じてはいるものの、健康に良いことを積極的に行えない状況があり、そして、現在の体力に自信が持てない状態にある。」ことが推察できた。そこで研究チームは、今回の考察における「健康認識度」に対し、後述する想定と検証手法を用いて「健康意識構築へのプロセス」を考査した。

表4 事前アンケート調査結果表

評価 質問項目 (16人)	全く ない	殆ど ない	どちらとも 言えない	やや ある
①健康状態に不安を持っていますか	2人	1人	9人	4人
②健康に良いことをしていますか	1人	5人	8人	2人
③体力に自信がありますか	0人	2人	13人	1人
④プールリハビリを知っていますか	5人	4人	7人	0人

④表5は「情報のスペルマによる健康意識構築へのプロセス」を表した展開図である。＜ここで言うスペルマとは情報というエネルギーの方向性を意味し、スペクトロン（光の方向性）とマインド（エネルギー）という言葉の意味づけによるワードとして使用している＞表5における課題（a）は、事前アンケート質問項目回答のスペルマ（情報というエネルギーの方向性）を表し、課題（b）は、課題（a）の現象認知にキーワードを付記することによって課題（a）のスペルマを具体化させることを意図とす

るキーワードである。このように、要点にキーワードを付記させることによって情報というエネルギーの方向性（スペルマ）を明瞭化させ“どの様な情報が必要か”という新たな情報の方向性を想定し、目標達成へのプロセスを構築してゆく1つの手法としての可能性を考査した。

表5 情報のスペルマによる健康意識構築プロセスの展開図

質問項目 課題	①健康状態に不安 があるか	②健康に良い事を している	③体力に自信があ るか
(a) 質問項目 の要点	健康不安	運動習慣	健康意識
(b) キーワード	現状認識 (状況)	具体性 (状態)	自覚性 (意識)
(c) どのような 情報が必要か	動機づけ	強化	日常化
(d) 情報の スペルマ	低い ←————— 目標達成度 —————→ 高い (意 欲)		

5. 事後アンケート調査結果

今回実施された「坂戸市・城西大学共同プロジェクト“水中リハビリ運動教室”」において、主催する坂戸市健康増進部健康政策課が独自のシステムにおいて「事後アンケート調査」（無記名式、複数回答可）を実施したので、その結果を報告する。

実施日：平成22年10月7日（第1期、最終日）

実施会場：坂戸市健康増進センター（2F 体育館）

対象者：第1期、水中リハビリ運動教室参加者

参加者数：20名 回答者数：16名 回答率：80%

①表6において注目すべき点は、質問項目Q4の「参加しようとしたきっかけはなんですか。」という質問で1、運動方法を知りたかった：9人、改善のため：8人が全体の約70%を占め、強い“動機づけ”を持って参加していることが分かった。また、質問項目Q6「今回の内容を普段やってみようと思いますか。」という質問に対し“これからやろうと思う”：9人が“運動習慣づくりのきっかけ”となっていること、さらに“すでにやっている”と答えたことについては水中リハビリ運動の“運動の日常化”が今回の受講者のなかで、すでに始まっていることが推察できる。

②表6において、上述した“プログラム効果”が顕著に認められたが、“水中リハビリ運動効果”については、Q7の質問項目の回答で9人が“変わらない”と答えていることが示すように“運動効果の自覚性”に今後の運営課題が示された。

③最後に、Q9「水中リハビリ教室にまた参加したいと思いますか。」という質問に対しては“思う”と全員が答えている。但し、参加者全員の“この思い”がプログラム効果によるものなのか、それとも運動効果によるものかでは、次回の“参加率と継続性”において大きな差異が生じるものと予測される。

表6 坂戸市による事後アンケート調査結果

Q1	あなたの性別を選択してください。
	男性：5人、女性：11人
Q2	あなたの年齢を選択して下さい。
	60才：7人、70才：6人、50才：2人、40才：1人
Q3	あなたはこの教室をどこで知りましたか。
	広報：10人、ポスター、チラシ：5人、友人・知人：4人
	その他：3人
Q4	あなたが参加しようとしたきっかけは何ですか。
	1、水中での運動方法が知りたかった：9人
	2、運動機・筋肉)などの改善のため：8人
	3、他の人から誘いがあった：3人
	4、タイトルに惹かれた：1人
	5、その他：2人
Q5	プログラムの内容についてお聞きします。
1、運動量(時間)はいかがでしたか。	丁度よい：12人 少なかった：4人 多かった：0人
2、期間(1期5回)はいかがでしたか。	少ない：9人 丁度良い：7人 多い：0人
3、内容は理解できましたか。	出来た：11人 普通：5人 出来なかった：0人
Q6	今回の内容を普段やってみようと思いますか。
	これからやろうと思う：9人 すでにやっている：6人
Q7	受講する前後で、体調に変化はありましたか。
	かわらない：9人 良くなった：6人 悪くなった：1人
Q8	講師の指導方法はいかがでしたか。
	良かった：16人 普通：0人 良くなかった：0人
Q9	水中リハビリ教室にまた参加したいと思いますか。
	思う：16人 思わない：0人

6. おわりに

「水治療法によるプールリハビリへの一考察」というテーマにて市民参加型地域活性化活動システム(図1)に基づく「2010年度第1期坂戸市・城西大学共同プロジェクト“水中リハビリ運動教室”」を開設し実施した。今回の講座開設においては各種の臨床的研究作業が同時進行して実施されたが、ここでは目的となる「システムとモデル化」について述べる。まず始めに「モデル化」であるが、2001年国際生活機能分類(ICF:

International Classification of Functioning Disability and Health)が「ICFの構成要素間の相互関係」¹²⁾という論評の中で「社会モデルの領域」を提案している。

それによると「ICFでは具体的に社会環境要因をより重視した形で心身機能・身体構造・活動・参加という三つの次元とそれらの相互作用モデル」として「社会モデル」が提案されている。今回、坂戸市において実施した「水中リハビリ運動教室」を基軸とする「プールリハビリのモデル化」は、このICFが提唱する社会モデルを継承するものである。また、プールリハビリモデルの基軸となるプログラムは「社会福祉健康増進プログラム」を目標としてシステム化されている。

次に「システム化」についてであるが、このシステム化においてもICFが提唱するアプローチを導入している。つまりICFアプローチにおいてはWHO国際障害分類(ICIDH)における障害分類を示しており、ICFアプローチの中に導入されている。

したがって、坂戸市で実施された社会モデルはICFの障害分類によるアプローチであり、そこに指されている分類は大きく4つに区分化されたアプローチである。

今回、坂戸市で実施した「水中リハビリ運動プログラム」はこの4つのICF分類アプローチに研究課題を想定し、研究を具体化させた。例えばICF分類Ⅰ、心理的变化の想定課題は“参加意義”であり研究の具体化は“プログラム参加動向”となる。この例に従ってⅡ、生理的变化は“因子分析”であり“運動刺激の適応”となり、Ⅲ、機能的变化は“立位運動”であり“運動刺激の適応”となる。最後のⅣ、社会的変化では“社会化”であり“生活環境の順化”となる。

従って、今回のプログラム実施による、一考察は研究課題における目標達成度の考察といえる。つまり、今回実施したプログラムによって社会福祉健康増進が図られ、地域社会の活性化に貢献でき得たのか、また社会モデルとしての構築が図られ、そのモデル機能(システム)は円滑に働くことが出来たのか否かを考査し、それぞれの研究課題における達成度を各章の文面において、反省を含めて考察した。一方本研究は5年間(平成22年4月～平成27年3月)という長期的なビジョンに基づく調査研究であり、坂戸市・城西大学共同プロジェクトと呼称される坂戸市・城西大学連携地域活性化支援助成事業である。

また、本研究は平成22年・23年度学長所管研究奨励「坂戸市・城西大学連携事業に基づく地域住民の健康増進を支援する健康ケア情報センタービジネスモデルの開発・教育環境整備の構築」に採択された。

<謝辞>

今回の坂戸市・城西大学共同プロジェクト創設にあたりご尽力をいただきました坂戸市長伊利 仁、坂戸市健康増進部健康政策課三谷 良昭、城西大学平澤 洋一に感謝申し上げます。(以上敬称略)

<引用・参考文献>

- 1]赤嶺 卓哉, 田口 信教, 田中 孝夫, 高田 大, 藤井 康成, 田口 智教, 柴田 亜衣,
(2008. 11)「関節リウマチ症例に対する水中運動療法の効果 ―上肢筋硬度(柔軟度)測定結果を含めて―」水泳・水中運動学会誌『整形外科と災害外科』pp443-446
- 2]福崎 千穂, 中澤 公考, (2008. 11)「水中運動実践が下肢関節疾患患者の重心動揺軌跡に及ぼす急性の効果」水泳・水中運動学会誌『体力科学』pp377-382
- 3]郡司 篤晃, (1986. 8)「健康づくりとスポーツ」『東京大学出版会』pp87-90
- 4]加藤 敏明, 西村 正広, 山下 宏呂子, 黒沢 洋一, 加藤 朋子, 平家 由紀美, 木下 実津代, (2005. 7)『米子医学学会誌』「脳血管障害患者に対する水中運動を利用した運動療法の効果」
- 5]水野 加寿 (2004. 11)「脳性麻痺患者に対する水中運動による運動機能回復訓練処方における促進及び手技」『日本臨床医学会誌』城西大学水泳部水中リハビリテーション研究会 12 - 4, 1, 102
- 6]水野 加寿(2007. 11)「脳性脳内出血による四肢麻痺患者に対する水中起立動作運動及び水中起立姿勢保持運動と身体機能向上効果について」『第 11 回日本水泳・水中運動学会年次大会論文集』pp17-18,
- 7]水野 加寿「左片麻痺クライアント(脳出血)による水中運動訓練における“目的と処方”への提言」『第 13 回日本水泳・水中運動学会年次大会論文集』pp14-15
- 8]水野 加寿, 柴岡 信一郎, 鳥谷尾 秀行, 坂本 重巳, 小林 裕光, 渋井 二三男
(2010. 8.)「水治療法における地域創成事業構築のための e-learning システム」教育システム情報学会『第 35 回全国大会講演論文』pp175- 76
- 9]水野 加寿 (1997. 8.) 教育心理学によるアメリカンクラブメソッド「心の豊かさ」ほめ指導文化書房博文社 pp65-92
- 10]野 加寿, (2008. 6)「水治療法の概念」東京大学院新領域創成科環境人間人工環境コース
- 11]小野寺 昇, (2008)「医療技術分野における運動生理学の役割」『川崎医療福祉学会誌』pp55-63
- 12]上田 敏 (2005. 10)「ICF の理解と活用」『きょうされん』Pp21-22
- 13]世界保健機関 (WHO) (2008. 8)「国際生活機能分類」『中央法規出版』pp34-35

調査

新型コロナウイルス感染拡大と特別定額給付金に関する
労働者の意識調査

**Survey of workers' attitudes regarding the spread of COVID-19
infection and benefits**

島根大学法文学部
宮本恭子

Faculty of Law & Literature, Shimane University
Kyoko Miyamoto

令和2年 9月15日受付

1. はじめに

新型コロナウイルスの感染拡大は、我が国の経済活動の停滞を通じて雇用・就業に多大な影響を及ぼすことが懸念されている。緊急事態宣言が解除されて、経済再開に向けて動きつつあるが、感染対策は続き、社会がすぐにコロナ以前の姿に戻るかは見通しにくいといえる。地域経済へのダメージも計り知れず、失業率の悪化や倒産の急増など、経済情勢は厳しさを増す中、雇用や暮らしの不安が心配される。国民の雇用と暮らしを守るため、どのような対策が必要だろうか。

国は国民1人当たり現金10万円を一律給付する「特別定額給付金」の制度を決めた。住民基本台帳に記載のすべての人が対象である。この特別定額給付金は、1回限りの予定であるが、危機が長引けば雇用や所得保障に関する支援の拡充や追加の対策が必要に応じて柔軟に実施される必要があり、現金一律給付に大きな関心を寄せる必要がある。

本調査は、労働者の就労・収入状況の動向や現金一律給付に対する労働者の意識を把握し、今後に備えていくために対応すべき課題について明らかにすることを目的に、「新型コロナウイルス感染拡大と特別定額給付金に関する緊急アンケート調査」を連合島根と共同実施した。

上記の意向を勘案し、以下のような事業計画を策定し、実施した。

- 1) 新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、労働者の就労・収入状況の変化や特別定額給付金に関する意識を把握するために、連合島根組合員31,000名を対象に、アンケート調査を実施した。
- 2) 回答者の属性と就労・収入状況の変化、特別定額給付金の受給状況の関連について統計解析をおこなった。
- 3) 以上の調査を実施し、まとめた。

2. 調査の対象と方法

2. 1 調査対象

本調査の対象は、連合島根組合員31,000名である。

2. 2 調査方法

2020年6月15日から30日にかけて、連合島根組合員を対象に、Googleフォームを使ったWebアンケートを実施した。連合島根が各構成組織代表者と各地協議長・事務局長宛に依頼文書を出し、各構成組織から単組・支部の組合員へ取り組み要請をするよう依頼した。送付組織は、オブザーバーを含む25構成組織である。組織名はホームページを参照とする¹⁾。

¹⁾ ws1.jtuc-rengo.or.jp/shimane/about/org-list/

2. 3 調査期間

2020年6月15日(月)～6月30日(火)

2. 4 回収結果

アンケート調査の回答数は1,113件となった。

3. 結果概要

3. 1 集計方法

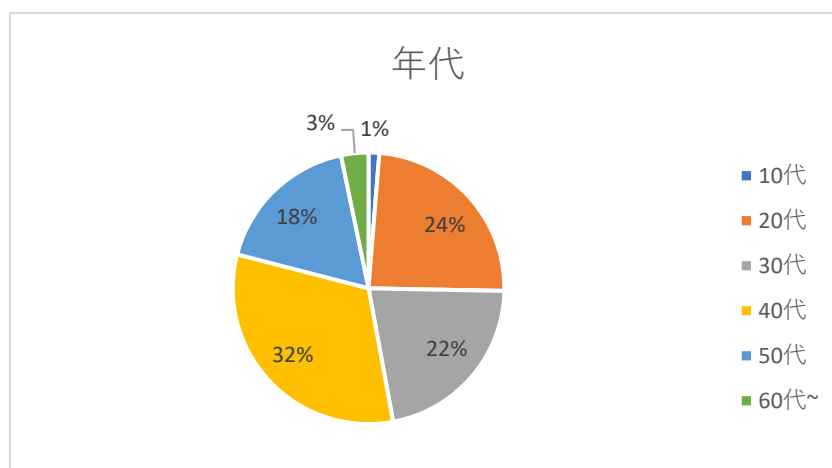
調査票の各項目の集計結果を、単純集計やクロス集計によって示す。クロス集計表は、回答者の属性の集計である。なお、パーセンテージは小数点以下を四捨五入している。

3. 2 回答者の属性：単純集計

3. 2. 1 年代

回答者1,106名

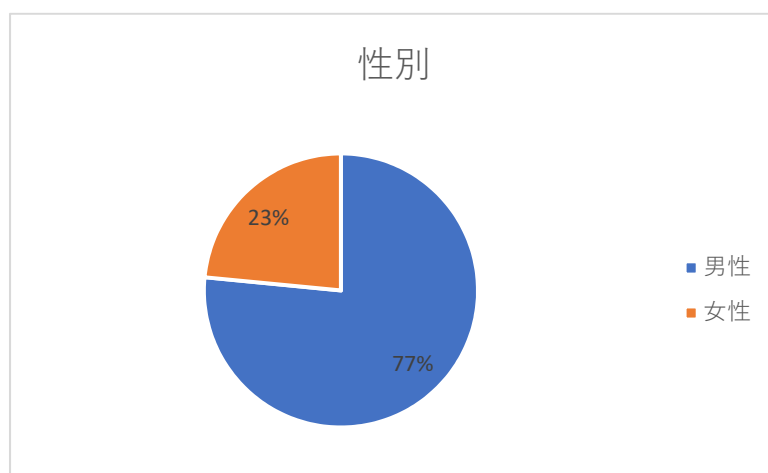
年代	10代	20代	30代	40代	50代	60代～	総計
人数(名)	14	266	241	353	196	36	1,106



3. 2. 2 性別

回答者1,104名

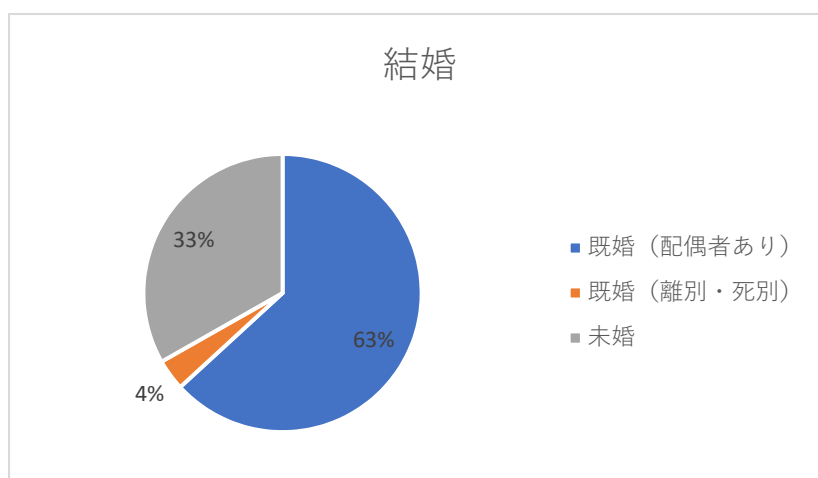
性別	男性	女性	総計
人数(名)	845	259	1,104



3. 2. 3 あなたは結婚していますか。

回答者 1,105 名

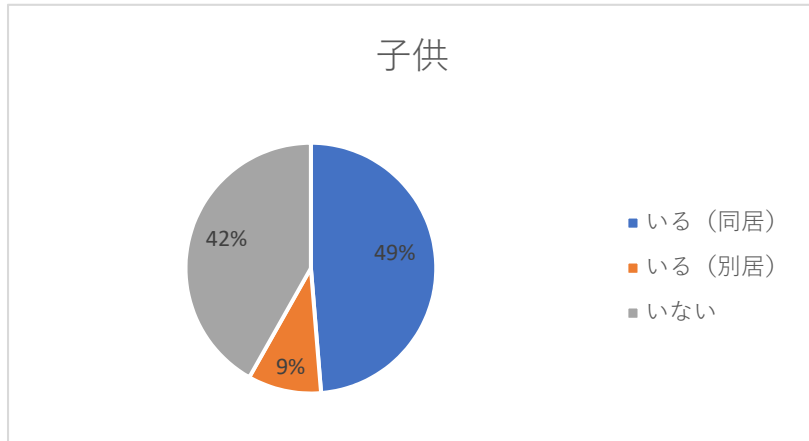
結婚	既婚（配偶者あり）	既婚（離別・死別）	未婚	総計
人数（名）	698	40	367	1,105



3. 2. 4 あなたには子供がいますか。

回答者 1,107 名

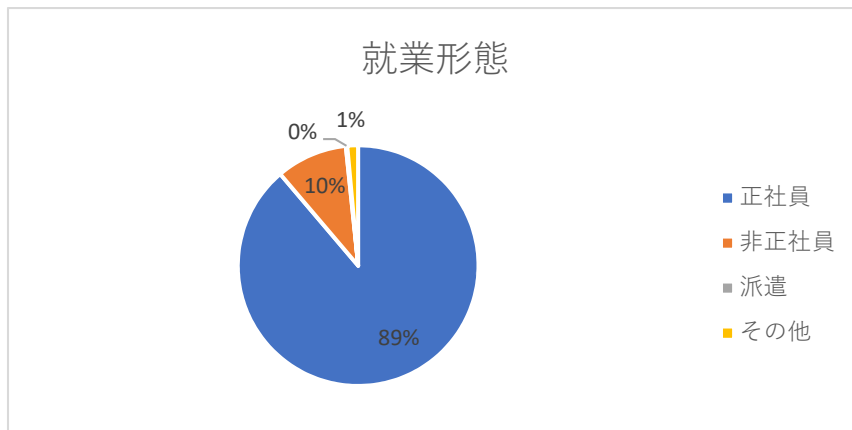
子供	いる（同居）	いる（別居）	いない	総計
人数（名）	539	105	463	1,107



3. 3 就業形態

回答者 1,097 名

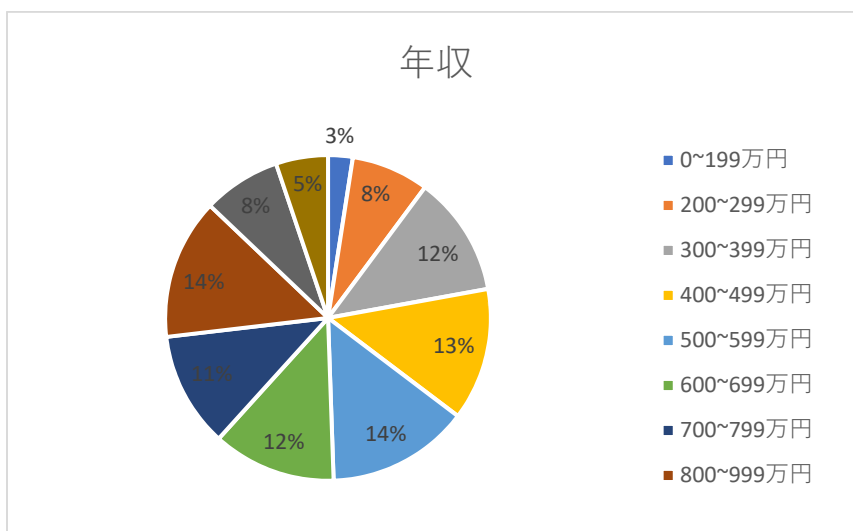
就業形態	正社員	非正社員	派遣	その他	総計
人数（名）	974	105	2	16	1,097



3. 4 世帯全体の年収（税込み・一時金込み）

回答者 1,102 名

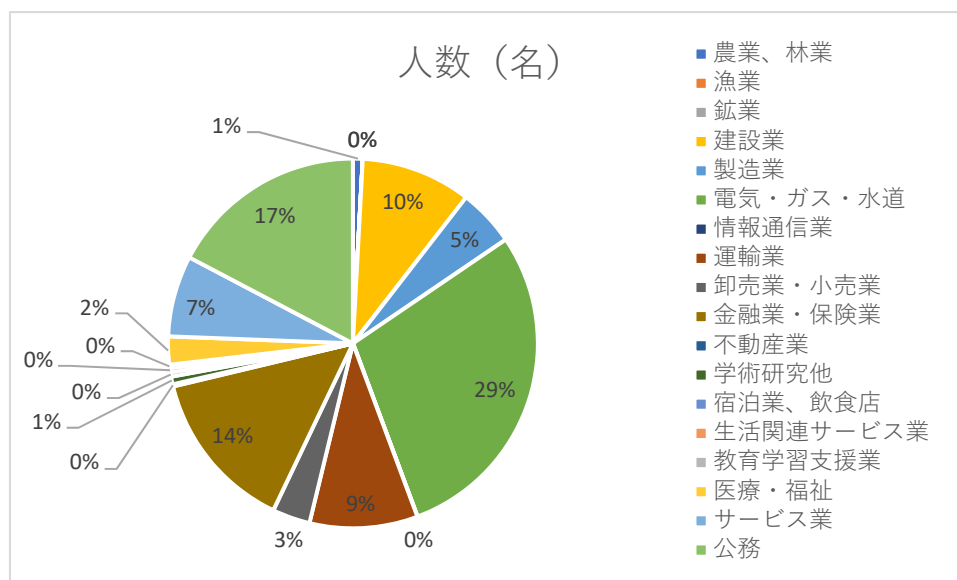
年収	0~199万円	200~299万円	300~399万円	400~499万円	500~599万円
人数（名）	27	85	132	145	156
年収	600~699万円	700~799万円	800~999万円	1000~1199万円	1200万円～
人数（名）	135	126	154	85	57



3. 5 職場の業種

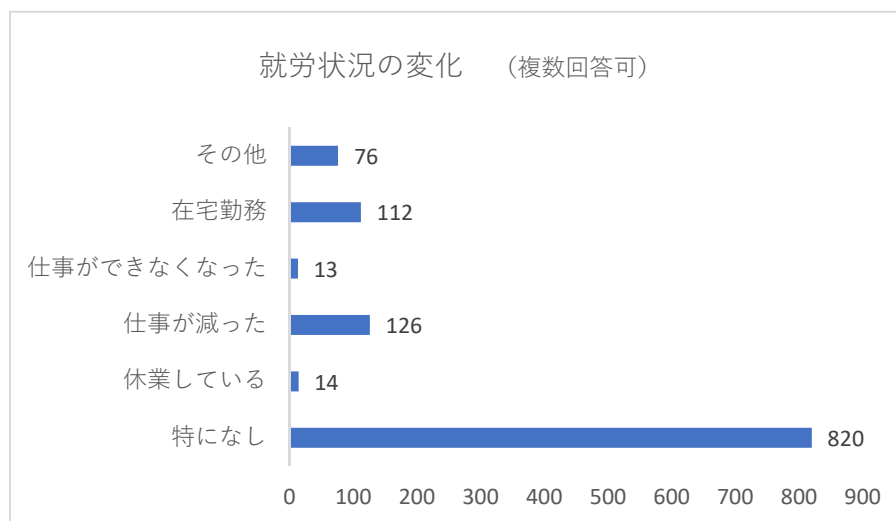
回答者 1,058 名

職業の業種	農業、林業	漁業	鉱業	建設業	製造業	電気・ガス・水道
人数 (名)	9	0	0	102	53	305
職業の業種	情報通信業	運輸業	卸売業・小売業	金融・保険業	不動産業	学術研究他
人数 (名)	53	100	35	150	2	7
職業の業種	宿泊業・飲食店	生活関連サービス業	教育学習支援業	医療・福祉	サービス業	公務
人数 (名)	4	4	3	26	75	183



4. 新型コロナウイルス感染拡大による就労等への影響

4. 1 新型コロナウイルス感染拡大の影響で就労状況に変化はありましたか。



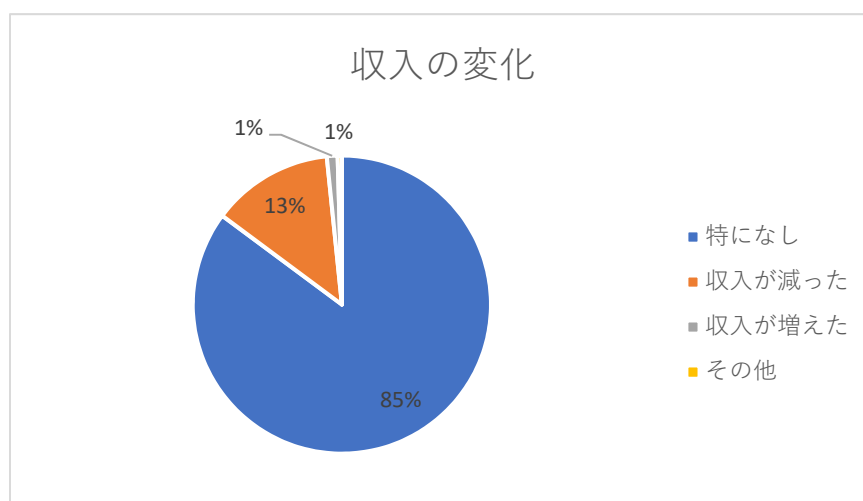
「その他」の回答(76名)にも、特徴的なケースが見られる。(順不同)

- ・仕事が増えた (12件)
- ・忙しくなった、繁忙になった (6件)
- ・病棟経営に一部変更あり (2件)
- ・転勤した (2件)
- ・オフィスを二つに分けた、出張の中止、休校中の子どもの世話のため出勤日数が減った、交代での自宅待機、隔日出社になった等

4. 2 収入に変化はありましたか。

回答者 1,106 名

収入の変化	特になし	収入が減った	収入が増えた	その他	総計
人数(名)	942	146	13	5	1,106



「その他」の回答(5名)は、以下の通りである。

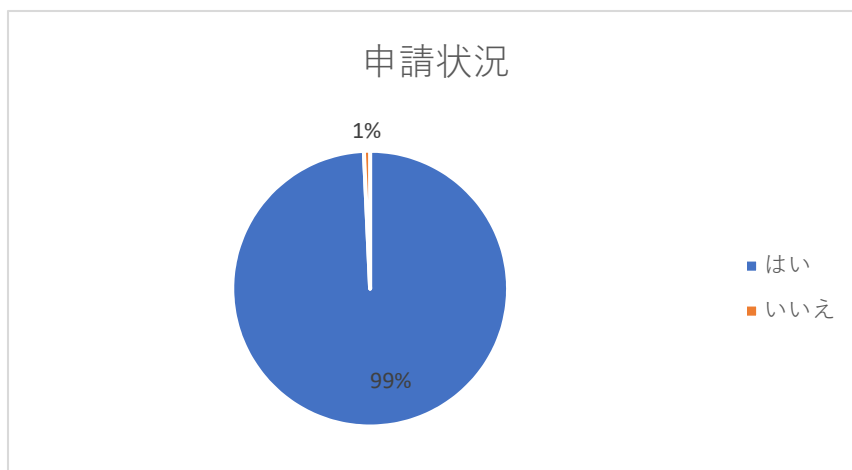
- ・今現在影響はないが今後影響しそう
- ・コロナ対策のため時間外勤務分(若干)
- ・現状は減っていないが、人事院勧告による
- ・夏のボーナスに反映されるかもしれない
- ・賃金闘争まで影響はわからない

5. 特別定額給付金の使い道等について

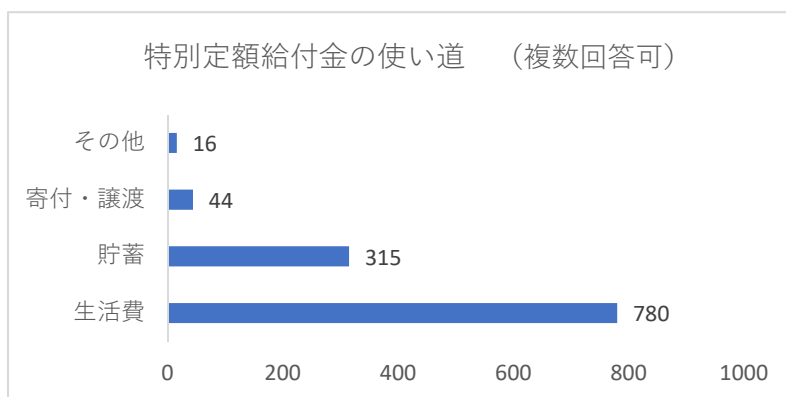
5. 1 あなたは、新型コロナウイルス感染拡大に伴う特別定額給付金 10 万円を申請しましたか(申請する予定も含む)。

回答者 1,104 名

申請したか	はい	いいえ	総計
人数(名)	1,096	8	1,104



5. 2 特別定額給付金の使い道について、当てはまるものを選択してください。



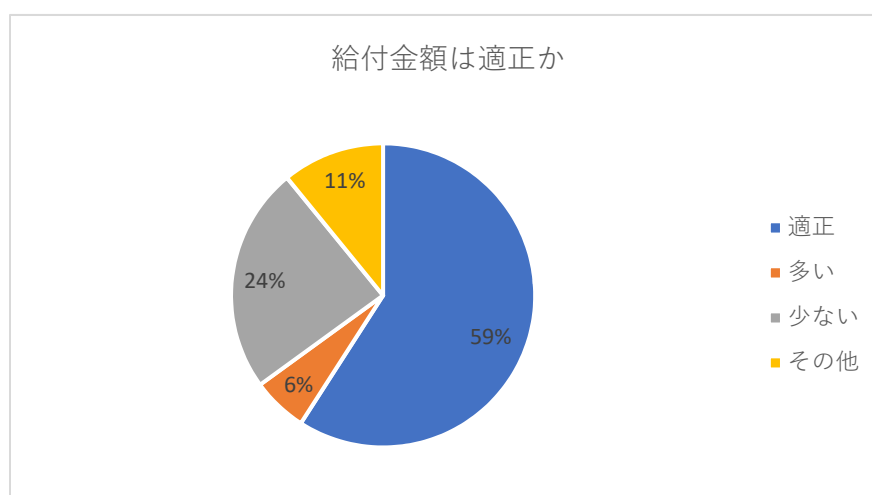
「その他」の回答(16名)は、以下の通りである。

旅行(7件)、趣味(5件)、買い物(4件)、娯楽費(3件)、免許取得(3件)、投資(3件)、納税(2件)、保険(2件)、嫁にとられた(2件)、家電製品購入(2件)、自己投資(1件)、普段変えないものの購入に充てる(1件)、地元飲食店での飲食(1件)、学費(1件)、地域貢献活動の支出(1件)、地元企業応援(1件)、葬儀代(1件)、感染症対策準備と旅行(1件)、車検(1件)、町内消費(1件)」

5. 3 今回給付される「1人当たり10万円」という金額は、適正だと思いますか。

回答者 1,083名

金額は適正か	適正	多い	少ない	その他	総計
人数(名)	640	64	261	118	1,083

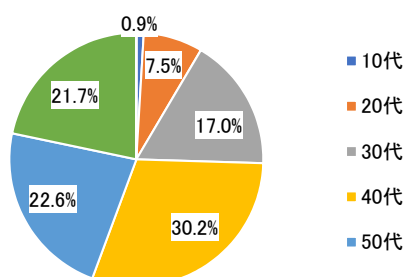


「その他」の回答(118名)は、以下の通りである。

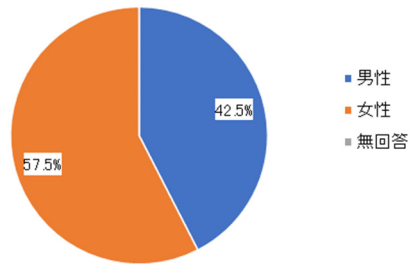
わからない(39件)、人による(5件)、状況による(3件)、判断しがたい(2件)

6. 回答者の属性：クロス集計

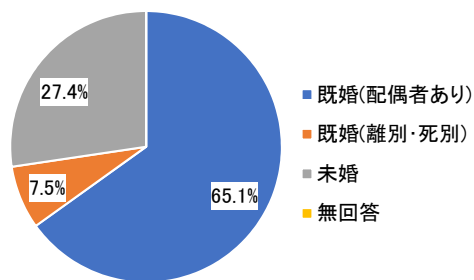
6. 1 年代



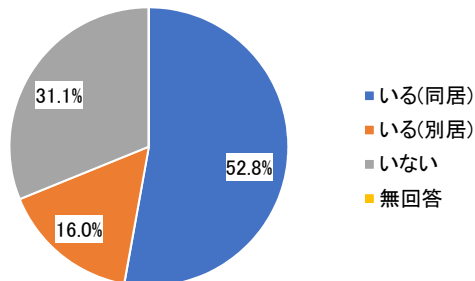
6. 2 性別



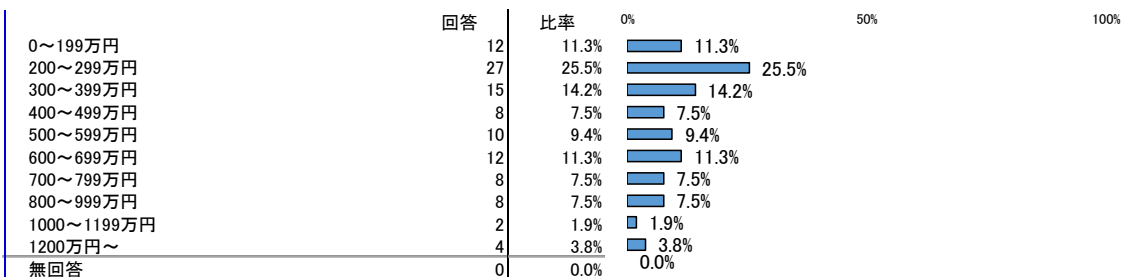
6. 3 結婚



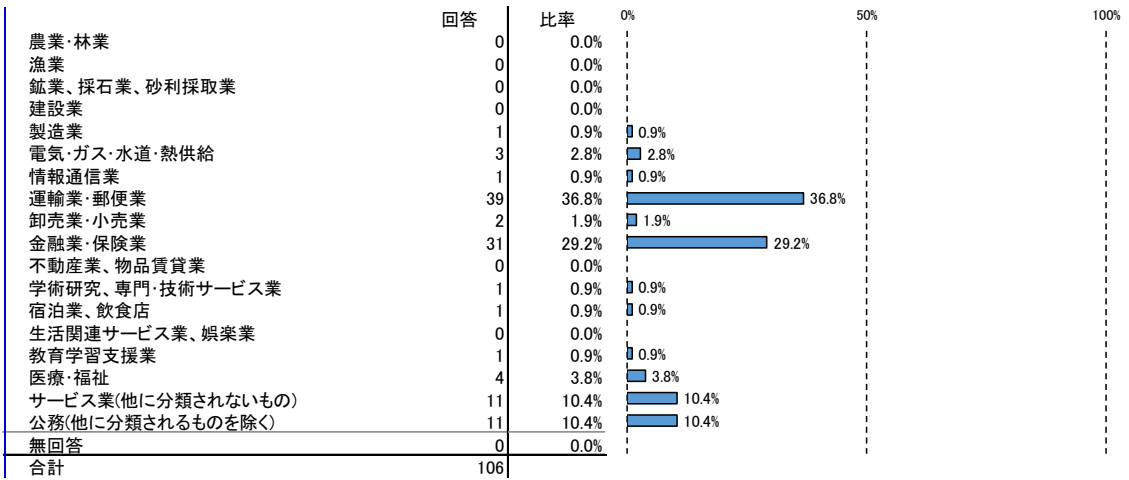
6. 4 子ども



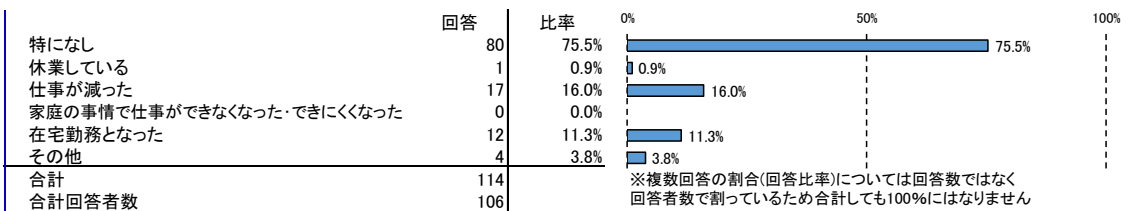
6. 5 年収



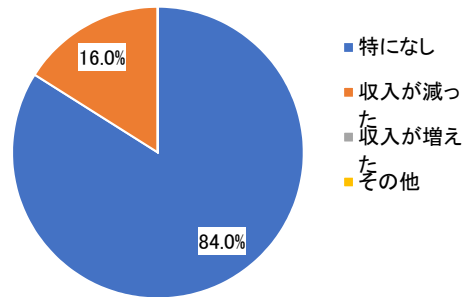
6. 6 業種



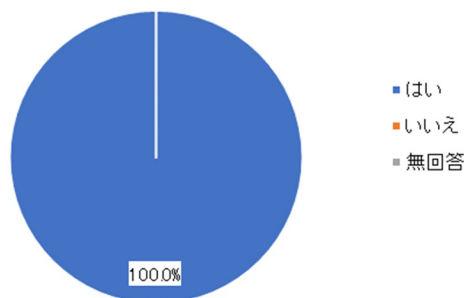
6. 7 就労への影響



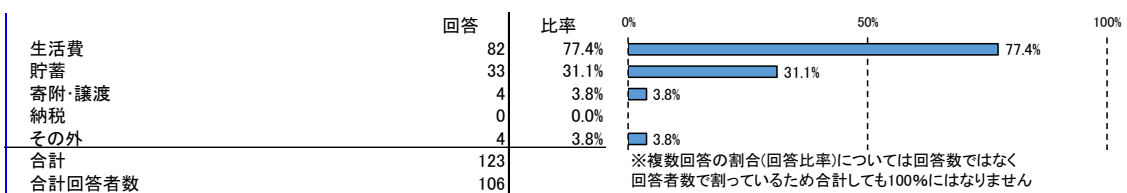
6. 8 収入の変化



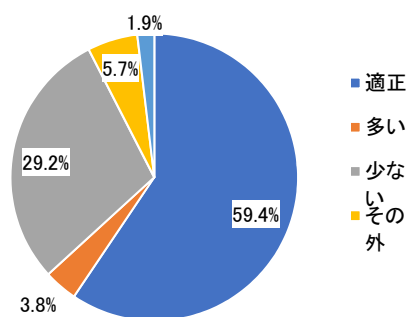
6. 9 特別定額給付金の申請



6. 10 特別定額給付金の使い道



6. 11 金額は適正か



7. プロフィールと就労状況・収入状況・特別定額給付金への影響の関連

7. 1 年代・就労形態と就労状況・収入・特別定額給付金との関連

年代・就業形態と就労状況、収入の変化、特別定額給付金の関連

	有効回答	年代						就業形態							
		10代	20代	30代	40代	50代	60代 ~	無回答	正社員	非正社員(契約社員・嘱託社員、パートタイマー、アルバイト)	派遣	自営業	無職	その他	無回答
就労状況の変化(複数回答可)															
特になし	820 (73.7%)	11 (78.6%)	209 (78.6%)	180 (74.7%)	252 (71.4%)	140 (71.4%)	27 (75%)	1 (14.3%)	723 (74.1%)	80 (75.5%)	2 (100%)	6 (66.7%)	3 (75%)	0 (-)	6 (37.5%)
休業している	14 (1.3%)	0 (0%)	1 (0.4%)	5 (2.1%)	4 (1.1%)	4 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (1%)	1 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	0 (-)	1 (6.3%)
仕事が減った	132 (11.9%)	3 (21.4%)	20 (7.5%)	23 (9.5%)	54 (15.3%)	28 (14.3%)	4 (11.1%)	0 (0%)	108 (11.1%)	17 (16%)	0 (0%)	3 (33.3%)	1 (25%)	0 (-)	3 (18.8%)
家庭の事情で仕事ができなくなった・できにくくなった	14 (1.3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (1.7%)	8 (2.3%)	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (1.4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	0 (0%)
在宅勤務となった	117 (10.5%)	0 (0%)	19 (7.1%)	22 (9.1%)	46 (13%)	25 (12.8%)	5 (13.9%)	0 (0%)	105 (10.8%)	12 (11.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	0 (0%)
その他	64 (5.8%)	1 (7.1%)	29 (10.9%)	17 (7.1%)	8 (2.3%)	9 (4.6%)	0 (0%)	0 (0%)	59 (6%)	4 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	1 (6.3%)
合計	1,161 N=1,113	15 N=14	278 N=266	251 N=241	372 N=353	208 N=196	36 N=36	1 N=7	1,019 N=976	114 N=106	2 N=2	9 N=9	6 N=4	0 N=	11 N=16
収入の変化															
特になし	943 (84.7%)	11 (78.6%)	245 (92.1%)	201 (83.4%)	291 (82.4%)	164 (83.7%)	30 (83.3%)	1 (14.3%)	839 (86%)	89 (84%)	2 (100%)	7 (77.8%)	2 (50%)	0 (-)	4 (25%)
収入が減った	146 (13.1%)	3 (21.4%)	16 (6%)	34 (14.1%)	57 (16.1%)	31 (15.8%)	5 (13.9%)	0 (0%)	120 (12.3%)	17 (16%)	0 (0%)	2 (22.2%)	2 (50%)	0 (-)	5 (31.3%)
収入が増えた	13 (1.2%)	0 (0%)	4 (1.5%)	3 (1.2%)	5 (1.4%)	1 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (1.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	0 (0%)
その他	4 (0.4%)	0 (0%)	1 (0.4%)	3 (1.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (0.4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	0 (0%)
無回答	7 (0.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.8%)	6 (85.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	7 (43.8%)
合計	1,113 (100%)	14 (100%)	266 (100%)	241 (100%)	353 (100%)	196 (100%)	36 (100%)	7 (100%)	976 (100%)	106 (100%)	2 (100%)	9 (100%)	4 (100%)	0 (-)	16 (100%)
特別定額給付金の使い道(複数回答可)															
生活費	780 (70.1%)	9 (64.3%)	163 (61.3%)	167 (69.3%)	260 (73.7%)	152 (77.6%)	28 (77.8%)	1 (14.3%)	679 (69.6%)	82 (77.4%)	2 (100%)	8 (88.9%)	3 (75%)	0 (-)	6 (37.5%)
貯蓄	315 (28.3%)	11 (78.6%)	110 (41.4%)	75 (31.1%)	79 (22.4%)	34 (17.3%)	6 (16.7%)	0 (0%)	277 (28.4%)	33 (31.1%)	0 (0%)	1 (11.1%)	1 (25%)	0 (-)	3 (18.8%)
寄附・譲渡	43 (3.9%)	0 (0%)	8 (3%)	1 (0.4%)	22 (6.2%)	10 (5.1%)	2 (5.6%)	0 (0%)	38 (3.9%)	4 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	1 (6.3%)
納税	11 (1%)	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)	4 (1.1%)	3 (1.5%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (1.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	0 (0%)
その他	139 (12.5%)	0 (0%)	35 (13.2%)	35 (14.5%)	50 (14.2%)	16 (8.2%)	3 (8.3%)	0 (0%)	133 (13.6%)	4 (3.8%)	1 (50%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (-)	0 (0%)
合計	1,288 N=1,113	20 N=14	318 N=266	280 N=241	415 N=353	215 N=196	39 N=36	1 N=7	1,138 N=976	123 N=106	3 N=2	10 N=9	4 N=4	0 N=	10 N=16
「1人当たり10万円」という金額は、適正か															
適正	644 (57.9%)	5 (35.7%)	168 (63.2%)	136 (56.4%)	214 (60.6%)	98 (50%)	23 (63.9%)	0 (0%)	569 (58.3%)	63 (59.4%)	1 (50%)	5 (55.6%)	2 (50%)	0 (-)	4 (25%)
多い	64 (5.8%)	0 (0%)	11 (4.1%)	20 (8.3%)	20 (5.7%)	13 (6.6%)	0 (0%)	0 (0%)	60 (6.1%)	4 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	0 (0%)
少ない	261 (23.5%)	7 (50%)	63 (23.7%)	54 (22.4%)	69 (19.5%)	55 (28.1%)	12 (33.3%)	1 (14.3%)	217 (22.2%)	31 (29.2%)	1 (50%)	4 (44.4%)	2 (50%)	0 (-)	6 (37.5%)
その外	114 (10.2%)	2 (14.3%)	22 (8.3%)	30 (12.4%)	43 (12.2%)	16 (8.2%)	1 (2.8%)	0 (0%)	108 (11.1%)	6 (5.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	0 (0%)
無回答	36 (2.7%)	0 (0%)	2 (0.8%)	1 (0.4%)	7 (2%)	14 (7.1%)	0 (0%)	6 (85.7%)	22 (2.3%)	2 (1.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (-)	6 (37.5%)
合計	1,113 (100%)	14 (100%)	266 (100%)	241 (100%)	353 (100%)	196 (100%)	36 (100%)	7 (100%)	976 (100%)	106 (100%)	2 (100%)	9 (100%)	4 (100%)	0 (-)	16 (100%)

7. 2 世帯全体の年収と就労状況、収入の変化、特別定額給付金の関連

世帯全体の年収と就労状況、収入の変化、特別定額給付金の関連

	世帯全体の年収(税込み・一時金込み)										
	0~199万円	200~299万円	300~399万円	400~499万円	500~599万円	600~699万円	700~799万円	800~999万円	1000~1199万円	1200万円~	無回答
就労状況の変化(複数回答可)											
特になし	17 (63%)	67 (78.8%)	96 (72.7%)	99 (68.3%)	118 (75.6%)	106 (78.5%)	92 (73%)	111 (72.1%)	67 (78.8%)	42 (73.7%)	5 (45.5%)
休業している	2 (7.4%)	1 (1.2%)	2 (1.5%)	6 (4.1%)	0 (0%)	2 (1.5%)	1 (0.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
仕事が減った	7 (25.9%)	8 (9.4%)	18 (13.6%)	22 (15.2%)	21 (13.5%)	11 (8.1%)	16 (12.7%)	17 (11%)	5 (5.9%)	7 (12.3%)	0 (0%)
家庭の事情で仕事ができなくなった・できにくくなった	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (2.1%)	0 (0%)	1 (0.7%)	3 (2.4%)	3 (1.9%)	3 (3.5%)	1 (1.8%)	0 (0%)
在宅勤務となった	3 (11.1%)	5 (5.9%)	12 (9.1%)	13 (9%)	15 (9.6%)	9 (6.7%)	14 (11.1%)	28 (18.2%)	10 (11.8%)	8 (14%)	0 (0%)
その他	4 (14.8%)	7 (8.2%)	10 (7.6%)	12 (8.3%)	8 (5.1%)	8 (5.9%)	2 (1.6%)	8 (5.2%)	4 (4.7%)	1 (1.8%)	0 (0%)
合計	33 N=27	88 N=85	138 N=132	155 N=145	162 N=156	137 N=135	128 N=126	167 N=154	89 N=85	59 N=57	5 N=11
収入の変化											
特になし	16 (59.3%)	73 (85.9%)	112 (84.8%)	121 (83.4%)	137 (87.8%)	113 (83.7%)	108 (85.7%)	130 (84.4%)	81 (95.3%)	47 (82.5%)	5 (45.5%)
収入が減った	10 (37%)	12 (14.1%)	16 (12.1%)	22 (15.2%)	18 (11.5%)	20 (14.8%)	16 (12.7%)	22 (14.3%)	2 (2.4%)	8 (14%)	0 (0%)
収入が増えた	0 (0%)	0 (0%)	3 (2.3%)	1 (0.7%)	0 (0%)	2 (1.5%)	1 (0.8%)	2 (1.3%)	2 (2.4%)	2 (3.5%)	0 (0%)
その他	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	1 (0.6%)	0 (0%)	1 (0.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
無回答	1 (3.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (54.5%)
合計	27 (100%)	85 (100%)	132 (100%)	145 (100%)	156 (100%)	135 (100%)	126 (100%)	154 (100%)	85 (100%)	57 (100%)	11 (100%)
特別定額給付金の使い道(複数回答可)											
生活費	22 (81.5%)	53 (62.4%)	85 (64.4%)	98 (67.6%)	109 (69.9%)	94 (69.6%)	84 (66.7%)	123 (79.9%)	69 (81.2%)	38 (66.7%)	5 (45.5%)
貯蓄	5 (18.5%)	35 (41.2%)	44 (33.3%)	43 (29.7%)	47 (30.1%)	40 (29.6%)	36 (28.6%)	38 (24.7%)	22 (25.9%)	5 (8.8%)	0 (0%)
寄附・譲渡	0 (0%)	2 (2.4%)	4 (3%)	2 (1.4%)	6 (3.8%)	9 (6.7%)	6 (4.8%)	5 (3.2%)	3 (3.5%)	6 (10.5%)	0 (0%)
納税	0 (0%)	1 (1.2%)	0 (0%)	1 (0.7%)	2 (1.3%)	1 (0.7%)	3 (2.4%)	2 (1.3%)	1 (1.2%)	0 (0%)	0 (0%)
その他	0 (0%)	7 (8.2%)	18 (13.6%)	20 (13.8%)	15 (9.6%)	15 (11.1%)	18 (14.3%)	21 (13.6%)	12 (14.1%)	13 (22.8%)	0 (0%)
合計	27 N=27	98 N=85	151 N=132	164 N=145	179 N=156	159 N=135	147 N=126	189 N=154	107 N=85	62 N=57	5 N=11
「1人当たり10万円」という金額は、適正か											
適正	12 (44.4%)	46 (54.1%)	76 (57.6%)	93 (64.1%)	89 (57.1%)	83 (61.5%)	69 (54.8%)	93 (60.4%)	46 (54.1%)	33 (57.9%)	4 (36.4%)
多い	0 (0%)	4 (4.7%)	4 (3%)	9 (6.2%)	16 (10.3%)	9 (6.7%)	7 (5.6%)	4 (2.6%)	8 (9.4%)	3 (5.3%)	0 (0%)
少ない	15 (55.6%)	27 (31.8%)	41 (31.1%)	25 (17.2%)	32 (20.5%)	27 (20%)	32 (25.4%)	35 (22.7%)	13 (15.3%)	13 (22.8%)	1 (9.1%)
その他	0 (0%)	7 (8.2%)	10 (7.6%)	18 (12.4%)	14 (9%)	15 (11.1%)	15 (11.9%)	19 (12.3%)	13 (15.3%)	3 (5.3%)	0 (0%)
無回答	0 (0%)	1 (1.2%)	1 (0.8%)	0 (0%)	5 (3.2%)	1 (0.7%)	3 (2.4%)	3 (1.9%)	5 (5.9%)	5 (8.8%)	6 (54.5%)
合計	27 (100%)	85 (100%)	132 (100%)	145 (100%)	156 (100%)	135 (100%)	126 (100%)	154 (100%)	85 (100%)	57 (100%)	11 (100%)

8. まとめ

結果として、回収数は1,113件であった。結果のまとめは以下の通りである。

○回答者の多くはコロナウイルス感染拡大による就労状況の変化はない。就労状況が変化したには、「仕事が減った」の回答が多い。

○「仕事が減った」は、年代別では10代21.4%、40代15.3%が多い。就労形態では、非正社員16%、自営業33.3%が多い。また、世帯年収0～199万円25.9%と、低所得者に集中して「仕事が減った」の回答が多い。

○「収入が減った」は13%で、「年収0～199万円」37%の一方で、「1,000万～1,199万」2.4%にとどまるなど、「仕事が減った」と同様に、低所得者に集中している。

○「年収0～199万円」の81.5%は、特別定額給付金を「生活費」に使うと回答しており、低所得者は特別定額給付金10万を生活資金とする回答が多い。また、10万円給付では少ないという回答は、「0～199万円」55.6%の一方で、「1000万～1199万円」15.3%にとどまり、低所得者に多い。

○非正社員で「仕事が減った」は16%、「収入が減った」も16%で、非正社員の約3割は特別定額給付金10万円では少ないと回答している。その理由には、生活できない、生活費が足りない、収入が減ったが圧倒的に多い。

○回答者の99%は特別定額給付金を申請している。申請していない1%(8名)は、全員正社員及び「収入の変化がない」であるが、収入には200万円代から700万円代まで大きく差がある。

○特別定額給付金の使い道は、「生活費」が最も多い。「寄付・譲渡」は4.1%で、収入は300万円代から1200万円以上まで差があるが、全員コロナ前後で収入の変化はない。

○特別定額給付金の「1人当たり10万円」という金額の妥当性には、意見に大きく違いがある。「適正だと思う」59%、「少ない」24%、「多い」6%である。

「適正だと思う」理由には、全員に一律給付するなら多すぎず少な過ぎずだと思う、とりあえずの生活費には十分、長期化も考慮したら妥当、収入は減らなかったのでもらえてありがたい、などがみられる。「少ないと思う」理由は、収入減・支出増に見合わない、収入減の長期化には生活費をまかなえない、10万円では足りないくらい生活に影響が出ている、などである。「多いと思う」理由は、収入に変化はないから、一律ではなく真に必要な人に多めに給付すべき、給与が減ることのない公務員に支払う必要はない、後の国民負担が心配、などである。

9. おわりに

本調査の結果、新型コロナウイルス感染症拡大で、低所得者や非正規雇用、自営業者に雇用、収入減の影響が集中していることが明らかになった。回答からは、社会的弱者に厳しいコロナ雇用危機の姿が浮かぶ。

コロナ感染拡大の中で国は、居住者全員に1人当たり現金10万円を一律給付する「特別定額給付金」を配った。「特別定額給付金」を巡っては、国民への生活支援のため対象1世帯当たり30万円給付とする案が、国民全員に一律10万円給付に変更になったという経緯がある。雇用・就業面の影響を受けて生活が苦しい労働者世帯の生活保障に集中せずに、国民全員に現金を一律に配るのか。給付金の効果を疑問視する。

こうしたなか、島根県では、休業や解雇などで生活資金に困る人が急増している。新型コロナウイルス感染症で収入が減った人がもらえる「緊急小口資金」、「総合支援資金」など国の特例貸し付けに、県内の個人事業主や休業者が殺到している。島根県社会福祉協議会の資料によると、県内の7月3日現在貸付申請件数1,985件、申請金額は4億4千3百万円にのぼる。県内の貸付状況から雇用の影響や生活が苦しくなっている状況を見ると、製造業・運輸業・サービス業（飲食店）の特定事業所からの集団的な申請が見受けられる。特に貸付者の13%が「ひとり親世帯」、7%が「外国人住民の世帯」であることから、社会的弱者に雇用危機が集中していると思われる。

コロナ感染拡大の影響が長引けば雇用や所得保障に関する支援の拡充や追加の対策が必要に応じて柔軟に実施される必要がある。必要なのは、まず経済と雇用を守ることである。それでも解雇や休業などで生活が困窮する場合に、暮らしが苦しい人に集中して現金給付することが必要である。

コロナ感染拡大の影響で労働者の雇用や暮らしの不安が心配されるなか、生活保障の在り方があらためて問われている。そこで、注目を集めている社会保障制度が、社会の完全な成員すべてに対して政府から必要な最低限のお金を給付する、「ベーシックインカム（基本所得。以下BI）」と呼ばれているアイデアである。コロナ禍の一律現金給付も1回限りの予定で「一時的なベーシックインカム」と位置づけられる。コロナ雇用危機を契機に生活保障の在り方について、議論の高まりが期待される。

謝辞

本調査の実施には、連合島根組合員の皆様方には、ご協力賜り、誠にありがとうございました。ここに付して御礼申し上げます。

資料

新型コロナウイルス感染拡大に伴う特別定額給付金に関する調査

2020年4月20日、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」が閣議決定され、特別定額給付金が実施されることになりました。特別定額給付金で、給付対象者1人あたり10万円が支給されることになりました。この特別定額給付金は、1回限りの予定ですが、危機が長引けば所得保障の社会保障制度の議論が盛り上がる可能性もあり、現金一律給付の結果に大きな関心を寄せる必要があります。そこで本調査は、現金一律給付が社会保障制度にどのようなインパクトを与える可能性があるかについて考察することを目的に、緊急アンケート調査を実施します。下記の質問にご回答ください。

島根大学法文学部の宮本研究室と連合島根が共同で調査を行います。ご協力の程、何卒よろしくお願い致します。

1. ご回答者のプロフィールについて、該当するものの数字を記入してください。

(1)年代

1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代～

(2)性別

1. 男性 2. 女性

(3)あなたは結婚していますか。

1. 既婚（配偶者あり） 2. 既婚（離別・死別） 3. 未婚

(4)あなたには子供がいますか。

1. いる（同居） 2. いる（別居） 3. いない

(5) あなたの就業形態をお答えください。

1. 正社員 2. 非正社員（契約社員・嘱託社員、パートタイマー、アルバイト）、

3. 派遣 4. その他 []

(6) あなたの世帯全体の年収（税込み・一時金込み）をお答えください。

1. 0～199 万円 2. 200～299 万円 3. 300～399 万円 4. 400～499 万円 5. 500～599 万円 6. 600～699 万円 7. 700～799 万円 8. 800～999 万円 9. 1000～1199 万円 10. 1200 万円～

(7) あなたの職場の業種をお答えください。

1. 農業 2. 漁業 3. 鉱業、採石業、砂利採取業 4. 建設業 5. 製造業
6. 電気・ガス・水道・熱供給 7. 情報通信業 8. 運輸業、郵便業 9. 卸売業・小売業
10. 金融業・保険業 11. 不動産業、物品賃貸業 12. 学術研究、専門・技術サービス業
13. 宿泊業、飲食店 14. 生活関連サービス業、娯楽業 15. 教育学習支援業
16. 医療・福祉 17. サービス業（他に分類されないもの） 18. 公務（ほかに分類されるものを除く）

2. 新型コロナウイルス感染拡大による就労等への影響
該当するものの数字を記入してください。

(1) 新型コロナウイルス感染拡大の影響で就労状況に変化はありましたか。（複数回答可）

1. 特に変化なし
2. 休業している
3. 仕事が減った
4. 家族の事情で仕事ができなくなった・できにくくなった
5. 在宅勤務となった
6. その他

[]

(2) 収入に変化はありましたか。

1. 特になし
2. 収入が減った

3. 収入が増えた

4. その他

[]

3. 特別定額給付金の使い道等について

(1) あなたは、新型コロナウイルス感染拡大に伴う特別定額給付金 10 万円を申請しましたか(申請する予定も含む)。

1. はい 2. いいえ

(2) 特別定額給付金の使い道について、当てはまるものを選択してください(複数回答可)。

1. 生活費 2. 貯蓄 3. 寄付・譲渡 4. その他 []

(3) 今回給付される「1 人当たり 10 万円」という金額は、適正だと思いますか。

1. 適正 2. 多い 3. 少ない 4. その他 []

(4) (3) でそのように考えた理由を教えてください。

[]

以上です。ありがとうございました。

1. 投稿者

- ①投稿者は、原則として日本医療福祉学会の会員とする。
- ②投稿する会員は、当該年次の学会費を納入済みであることが必要である。

2. 投稿論文

- ①投稿論文は、日本医療福祉学会の設立目的に則したテーマであり、日本語もしくは英語で書かれた未公開の論文とする。

3. 投稿論文の種類

- ①投稿論文の種類は、研究論文と寄稿（研究ノート・事例研究・報告・調査・資料・書評など）に分類される。
- ②研究論文は、査読付き論文（以下、査読論文）と自由論文（以下、論文）に分類される。

4. 投稿論文の書式

- ①投稿論文の原稿は、本学会指定のひな形にしたがって作成する。
- ②本文・注・図表・謝辞・参考文献を含めて、日本語論文の場合は24,000字以内（A4で40×35、約17ページ）、英語論文の場合には相当分量とする。
- ③余白は、左右30mm、上35mm、下30mmとする。
- ④第1枚目に、タイトル（日本語と英語）、所属・氏名（日本語とローマ字表記）をつける。
- ⑤研究論文（査読論文、自由論文）の場合、英文要旨（Abstract）を200語以内でつける。

5. 注、図表、謝辞、参考文献

- ①「注」は、当該ページ下部に本文と区別して記載する。
- ②「図（Fig.）・表（Table）」は、そのまま本文中に挿入して通し番号をつける。
＜例＞図1、図2 表1、表2 Fig. 1、Fig. 2 Table 1、Table 2
- ③「謝辞」は、本文第1ページ下部に「注」として記載するか、本文最後に記載する。
- ④「参考文献」は、本文の後に一括して記載する。著者名のアルファベット順に並べる。同一著者の論文を複数記載する場合は、発行年の古い順に並べる。

6. 学会誌への掲載

- ①学会誌への掲載は、その時期、順序などは学術委員会が決定する。
- ②研究論文は、査読結果および論文審査委員会の判断に基づいて、学術委員会が掲載の可否、その種類（査読論文、論文、寄稿）を決定する。
- ③寄稿の分類は、投稿者の申請に基づいて学術委員会が決定する。

7. 著作権

- ①掲載された論文等の著作権は、日本医療福祉学会に帰属する。
- ②学会誌に掲載された論文等を執筆者が他の出版物に転用する場合には、予め学会の了承を得ることが必要である。

8. 研究論文

- ①研究論文とは、独創的もしくは創造的な内容で、かつ「問題、目的、方法、結果、考察、結論、脚注、引用」などについて、科学論文の要件を満たすものである。
- ②研究論文は、原則として査読委員による査読後、学会誌への掲載の可否が決定される。
- ③研究論文は、投稿者の希望により自由論文として掲載を希望すること可能である。その際には、論文審査委員会の書式、内容などについての審査を実施する。

9. 論文審査委員会

- ①論文審査委員会は、単独または総務会との共同により査読委員を選出・決定し、査読に関する一連の職務を遂行する。
- ②論文審査委員会は、学会事務局に対して選出した査読委員を報告する。

10. 査読委員

- ①査読委員は、論文審査委員会および学会事務局への報告を除いて、原則匿名とする。
- ②査読委員に対し、投稿者の所属など投稿者が推定される事項について、原則匿名とする。

11. 査読論文（自由論文も準ずる）の投稿から掲載までのプロセス

- (1) 投稿希望者は、学会事務局に投稿を希望する旨をメールで申請し、事務局の指示に従い論文を送る。
- (2) 学会事務局は、速やかに投稿者に対し論文受理の連絡をする。
- (3) 学会事務局は、速やかに論文審査委員会に対し当該論文を送付する。
その際、投稿者の氏名および所属などの匿名性を確保する。
- (4) 論文審査委員会は、単独または総務会と共同で、当該論文の分野・領域を考慮して査読委員を選出し査読を依頼する。
- (5) 査読委員は、査読修了後、速やかに論文審査委員会に査読結果を報告する。
 - ①査読論文として掲載可
 - ②一部修正後、査読論文として掲載可
 - ③一部修正後、自由論文として掲載可
 - ④寄稿（研究ノートなど）として掲載可
 - ⑤掲載不可

- (6) 論文審査委員会は、査読委員の判断を尊重して、査読結果を速やかに学会事務局に報告する。
- (7) 学会事務局は、速やかに投稿者に対し査読結果を連絡する。
- (8) 投稿者は、学会事務局からの連絡を受理した後、1ヶ月以内に「4. 投稿論文の書式」に準じて加筆・修正し、電子メール等を通じて原稿データを提出する。
- (9) 一連の査読プロセスについて、学会事務局が投稿論文を受理した後、投稿者に対する学会誌への掲載可否の連絡まで、2ヶ月以内に完了するように努力する。
- (10) 投稿者は、学会誌への掲載可否結果について、掲載可否の連絡を受理した後14日以内を限度として、学会事務局に対して文書による質問をすることができる。

12. 特記事項

- ①学会事務局および学術委員会は、論文審査委員会において相当の期限を過ぎても査読結果を報告されない投稿論文がある場合、また論文審査委員会として査読結果を保留したなどの事項については、論文審査委員会の判断によらずに、学会誌への掲載の可否を決定することができる。
- ②学術委員会は、倫理的・社会的配慮等に基づいて、投稿論文の書式、表記方法、表現方法等について、いつでも投稿者に修正、変更を求めることができる。
- ③投稿論文は、原則として随時受けつける。
- ④学会誌の発行については、年1回以上とする。

本規程は2010年4月1日より実施

1. 研究の背景と目的（節はゴシック太字、ページを変えて最初の見出しを入れる）

- ①本文はMS明朝、11ポイント（和文）とする。
- ②英文の場合は、Times New Roman, 11ポイントとする。
- ③A4サイズで40字×35行（字送り10.65, 行送り18.75）、24,000字以内で、約17ページとする。
- ④余白：上35mm、下30mm、左右30mm、本文中の読点「、」・句点「。」とする。
- ⑤見出しは、1. △△△△△、2. △△△△△ とする。（数字全角）
- ⑥小見出しは、1. 1 ▲▲▲▲、1. 2 ▲▲▲▲、2. 1 ▲▲▲▲、2. 2 ▲▲▲▲ とする。
- ⑦脚注¹はページ末に表示する。9ポイント
- ⑧ページは投稿時には入れておかない。

2. 研究方法（見出し前には空白行（11ポイント）を入れる。）

3. ●●●の先行研究

- ⑨図は通し番号をつけて図の下へ挿入、センタリング（10ポイント）
 - ⑩表は通し番号をつけて表の上へ挿入、センタリング（10ポイント）
3. 1 ◆◆◆◆◆（項には空白行（11ポイント）を入れる。MS明朝）
- ⑪（インターネット上の情報²を引用する場合は脚注として扱うこと。）

<謝辞>（10.5ポイント）

謝辞は、本文第1ページ下部に「注」として記載するか、本文最後に記載する。

<引用・参考文献>（10.5ポイント）

- 1) 引用・参考文献は著者名のアルファベット順に記載する。
- 2) (単行本の場合)
著者名（発表年）：『書名』出版社名
- 3) (雑誌中の論文の場合)
著者名（発表年）：「論文名」『掲載雑誌名』発行所、掲載巻号、掲載ページ

¹ 脚注見本、ページ末に9ポイントで表示する。

² (インターネット上の情報を引用する場合)

著者・ホームページの作成者/運営者「記事のタイトル」〈URL〉参照時の年月日※URLのハイパーリンクは削除する。

(pp.最初—最後)

4) (編著図書の場合)

著者名 (発表年): 「論文名」 編者名 『掲載雑誌名』 出版社、掲載ページ

(pp.最初—最後)

※投稿にはこのひな形を用いて執筆していただき、それがほとんどそのまま印刷される可能性があることをご了解ください。

日本医療福祉学会 入会申込書（入会届）

申込者記入欄

住 所	〒 _____ 電 話 : (_____) _____ - _____ FAX : (_____) _____ E-mail : _____ @ _____
生 年 月 日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
研 究 業 績	
経 歴	
現職・所属	
学歴・学位等	
所 属 学 会 等	
紹介者・推薦者	

日本医療福祉学会 御中

貴学会の目的に賛同し、入会の申込みをいたします。

年 月 日

(ふりがな)

(氏 名) 印

事務局記入欄（記入しないでください。）

会 員 の 種 別			
入会承認年月日	年 月 日	会員番号	第 _____ 号

『医療福祉研究 ー第13巻ー』

発行日 2020年12月31日
発行所 日本医療福祉学会 本部事務局
〒370-0033 群馬県高崎市中大類町501
高崎健康福祉大学保健医療学部田中聡一研究室
編集 日本医療福祉学会 出版委員会

© 日本医療福祉学会 2020

本誌の一部または全部の無断複製・転載を禁じます。無断複写は、著作権法上での例外を除き、
禁じられています。

本誌に掲載された論文の著作権は、著作者と日本医療福祉学会に帰属します。