

ISSN 0910-9919

*BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE*

# 社会医学研究

第41回 日本社会医学会総会  
講演集

日本社会医学会

(旧称:社会医学研究会)

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

特別号 2000

# 第41回日本社会医学会（旧称：社会医学研究会）総会 （2000年大阪市）

第41回日本社会医学会総会  
実行委員長 黒田研二  
（大阪府立大学社会福祉学部）

日本社会医学会と名称を変更して初めての総会、そして 20 世紀最後の総会を大阪の地で開催することになりました。

メインテーマ「21世紀の社会医学への展望—日本社会医学会の課題を探る—」を掲げ、今回の総会では社会医学研究会から日本社会医学会へと引き継ぐべき社会医学の基本性格や課題について議論し、21世紀の社会医学を展望できるような内容を盛り込みました。

今年4月から介護保険制度が開始され、あわせて先の国会で社会福祉事業法等の法改正が成立しました。一方で、大阪は今、ホームレスの人々が街にあふれ、大都市住民の健康問題という点で大きな挑戦をつきつけられています。本総会では、こうした課題を議論するために、メイン・シンポジウムのほか、2つのシンポジウムを企画しています。たくさんの方々がふるってご参加下さいますように、ご案内申し上げます。

## メインテーマ

21世紀の社会医学への展望—日本社会医学会の課題を探る—

## 期日および会場

平成12年7月22日（土）午後1時から、23日（日）午後5時まで  
チサンホテル新大阪（JR新大阪駅、地下鉄御堂筋線新大阪駅から徒歩5分）

## 学会参加費等

会員：3,000円      一般申し込み：4,000円      学生：1,000円

宿泊は「チサンホテル新大阪」をご利用下さい。なお、懇親夕食会は2,000円、23日昼弁当は1,000円です。

第4回日本社会医学会総会事務局    大阪府立大学社会福祉学部    黒田研究室  
〒599-8531 堺市学園町1-1

電話 0722-54-9794    FAX 0722-54-9933    e-mail kuroda@sw.osakafu-u.ac.jp

# 第41回日本社会医学会プログラム

平成 12 年 7 月 22 日 (土)

13: 00	実行委員長挨拶 黒田研二 (大阪府立大学)		
13: 10	シンポジウム 1 大都市における今日の社会医学的課題 ーホームレス問題を軸としてー  座長：山本繁 (尼崎市役所)、平田衛 (大阪府公衆衛生研究所)  1. 労働経済学からみたホームレス問題 中山徹 (大阪府立大学社会福祉学部) 2. ホームレス問題は住宅問題か 阪東美智子 (兵庫県立福祉のまちづくり工学研究所) 3. 大阪市「ありりん」地域の健康問題についての報告 吉岡初枝 (大阪市西成保健センター)		
15: 15	休憩		
15: 30	A 会場 ○ホームレス問題 座長：中山克己 (名古屋市立中央看護専門学校) A1 札幌におけるホームレスの健康問題 ー炊き出しと健康相談会の実践からー 小橋元、笹井世津子 (北大院・医)、福地保馬 (北大院教育) A2 医療機関側からホームレス問題を考える ー医療ケースワーカーの経験をととしてー 色部祐 (働くもののいのちと健康を守る全国センター) A3 大阪社会医療センターから見た結核の罹患状況 ー内科外来受診患者からー 平山幸雄 (大阪社会医療センター) A4 イギリスにおけるホームレス対策 ー「社会的排除委員会」の報告書を中心にー 伊藤泰三 (大阪府立大学大学院社会福祉学専攻科博士前期)	B 会場 ○疫学・インフォームドコンセント 座長：宮尾克 (名古屋大学) B1 20世紀における日本人の生存曲線 ーコホート生命表と期間生命表の対比を中心にー 渡辺智之、福田博美、宮尾克 (名古屋大学大学院) B2 わが国の高齢者における現在歯数の性差について 安藤雄一 (新潟大学歯学部予防歯科学講座)、 寺岡加代 (東京医科歯科大学大学院医療経済分野)、 花田信弘 (国立感染症研究所口腔科学部)、 岡田真人、石井拓男 (東京歯科大学社会歯科学教室) B3 疫学研究への個人情報提供に関する意識調査 小橋元 (北大院・医)、志渡晃一 (北海道医療大・看護福祉)、 太田薫里 (北大院・医)、福地保馬 (北大院・教育) B4 公的健康診断におけるインフォームドコンセント 高柳泰世 (名古屋大学公衛・本郷眼科)、 宮尾克 (名古屋大学院多元)	
16: 30	○労働者の健康 座長：上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院) A5 筋肉疲労・精神疲労に関連する要因 ー中小企業一般健診における問診の分析ー 村上茂樹、高島毛敏雄、多田羅浩三 (大阪大学大学院社会環境医学) A6 学校給食調理員におけるストレスの社会的背景 ー食衛生・食教育・安全衛生教育の視点からー 内藤聖志、服部由季夫、江ヶ崎仁文、阿部眞雄 (東海大学) A7 看護婦のストレスー教員、一般事務職との比較研究ー 上畑鉄之丞、須藤紀子 (国立公衆衛生院)、関谷栄子 (白梅女子短大) A8 保育中に発症した保母の腰痛の実態と労災認定基準 重田博正 (淀協社会医学研究所)	○保健対策 座長：西山勝夫 (滋賀医大予防医学) B5 大都市圏域における人口静態と保健対策の課題 高島毛敏雄、村上茂樹、多田羅浩三 (大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座) B6 炭鉱離職者の健康 (第3報) ー「芦別調査」の意義ー 福地保馬 (北大院・教育) 佐藤修二、若葉金三、菅原由美子 (北海道勤医協)、川村雅則 (北大院・教育)、埴田和史、 西山勝夫 (滋賀医大)、富田素美江 (北海道職対連)、松塚政男 (じん肺問題を考える芦別・赤平の会) B7 予防接種による肝炎感染防止対策の不備と行政の責任 ー北海道肝炎訴訟の判決よりー 西三郎 (東海大学健康科学部社会福祉学科) B8 化学物質安全 (危機) 管理のリスクコミュニケーションにおける消費者主権 小林勇 (コープ事業連合商品検査センター)	
17: 30	懇親夕食会		
19: 00	自由集会 1  ホームレス問題を考える  (担当：海老一郎、亀岡照子)	自由集会 2  労働衛生問題  (担当：平田衛、重田博正)	自由集会 3  学校・健康・人権  (担当：埴田和史、大塚睦子)
20: 00			

平成 12 年 7 月 23 日 (日)

9: 00	<p>メイン・シンポジウム 「日本社会医学会」の基本的な性格とその課題を探る －社会医学研究会 40 年の活動から－</p> <p>座長：埤田和史（滋賀医科大予防医学）、草野文嗣（老健施設寿寿はうす）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「生命・生活・生産を衛る」社会医学をめざして「地域保健・公衆衛生行政の経験をもとに」 逢坂隆子（花園大学社会福祉学部）</li> <li>2. 職場の健康問題・労働衛生 服部真（（社）石川勤労者医療協会・城北病院・健康支援センター金沢）</li> <li>3. 社会福祉の領域から 植田章（佛教大学）</li> <li>4. 薬害・医療被害問題研究の領域から 片平冽彦（東京医科歯科大学・情報医学）</li> </ol>	
11: 30	総会議事	
12: 00	昼食	
13: 00	<p>シンポジウム 2 介護保険制度と社会福祉基礎構造改革 －サービスの質の確保と利用者の権利擁護を中心に－</p> <p>座長：黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 市民福祉オンブズマン活動から見たサービスの質 永和良之助（佛教大学）</li> <li>2. 介護保険制度とサービスの質確保 岡本悦司（近畿大学医学部）</li> <li>3. 社会福祉基礎構造改革とサービスの質の確保 小澤温（大阪市立大学）</li> </ol>	
14: 45	休憩	
15: 00	<p>A 会場</p> <p>○介護保険・訪問看護 座長：津村智恵子（大阪府立看護大学）</p> <p>A9 高齢者介護サービスの市民団体による評価事業について －特定非営利活動法人「福祉を拓く会」(GOWA) の設立の経緯と活動から－ 岡本仁宏（関西学院大学法学部、「福祉を拓く会」GOWA）</p> <p>A10 介護保険導入前的高齢者施設ケアについて －90施設の実態から－ 佐瀬美恵子（大阪府立看護大学）、河野益美（藍野学院短期大学）、黒田研二（大阪府立大学）</p> <p>A11 介護保険制導入による ALS 患者の在宅ケアの変化 豊浦保子、水町真知子、熊谷寿美（日本 ALS 協会近畿ブロック）、黒田研二（大阪府立大学）</p> <p>A12 訪問看護ステーションにおける難病患者の看護実態について－S 県における調査より－ 西島治子、西田厚子（滋賀医大看護学科）、林家清子（看護協会訪問看護ステーション）、勝田美代子（大津健康福祉センター）</p>	<p>B 会場</p> <p>○学校保健・精神保健 座長：仁平将（青森県保健所）</p> <p>B9 小学生の生活実態調査から見えるもの 浅井定雄（「学校」と子どもの健康・発達研究会）</p> <p>B10 「保健室登校」（中学校）の実態 町田明美、久保田薫子、片山容子（「学校」と子どもの健康発達研究会）</p> <p>B11 阪神淡路大震災被災高齢者のこころのケアについて 鈴木学美、近森栄子、宮田さおり、笠松隆洋（神戸市看護大学）、岡本和久（神戸市保健福祉局高齢福祉部）、重野妙実（財団法人こうべ市民福祉振興協会）、坂田昌彦（財団法人厚生問題研究会）、塚本宏（京都新聞編集局ニュースデスク）</p> <p>B12 地域住民の精神障害についてのイメージに関する調査 岩瀬綾子（大阪市都島保健センター）、黒田研二（大阪府立大学）</p>
16: 00	<p>○高齢者介護・ホームヘルプ 座長：関谷栄子（白梅学園短大）</p> <p>A13 高齢者介護における地域特性 －農村的地域と都市的地域における比較－ 中島美奈（神戸リハビリテーション病院）、鈴木学美、近森栄子（神戸市看護大学）</p> <p>A14 在宅重度重複障がい者のホームヘルパー利用の実態と課題 福富（渡辺）恵美子（京都市みぶ身体障害者福祉会館・花園大学大学院） 逢坂隆子（花園大学大学院社会福祉学研究所）</p> <p>A15 ホームヘルパーの安全衛生管理の進め方 －労働と健康に関する実態調査をふまて－ 北原照代、埤田和史、辻村裕次、富岡公子、西山勝夫（滋賀医大・予防医学）</p>	<p>○障害者・骨密度 座長：阿部眞雄（東海大学）</p> <p>B13 高次脳機能障害者の障害特性が家族の主観的介護負担感に及ぼす影響－若年の脳外傷を中心に－ 赤松昭（大阪市立大学大学院生活科学研究科博士課程） 小澤温（大阪市立大学大学院生活科学研究科教員）</p> <p>B14 障害者スポーツ・ボランティアの障害者認識 阿部眞雄（東海大学体育学部）、江ヶ崎仁文（東海大学大学院体育学研究科）、新出昌明（東海大学体育学部）</p> <p>B15 障害者の社会化におけるボランティアの役割 －障害者スポーツ文化センター「R」の事例から－ 江ヶ崎仁文（東海大学大学院体育学研究科）、大堀孝雄、阿部眞雄、新出昌明（東海大学体育学部）</p> <p>B16 骨密度と地域特性に関する研究－第 2 報－ 服部由季夫、阿部眞雄（東海大学体育学部）</p>
17: 00		

### 学会総会参加者受付

学会参加者受付は、チサンホテル新大阪において、7月22日（土） 午前11時より、4階ロービーにて開設しております。早めに受付をおすすめ下さい。

### 世話人会

7月22日（土） 午前11時30分～13時に、チサンホテル新大阪 4階「No.4室」にて、全国世話人会を開催します。世話人の方はご出席下さい。

### 懇親夕食会

7月22日（土） 17時30分より、2階「鶴の間」にて懇親夕食会（バイキング方式）を行います（費用2,000円）。

### 自由集会

7月22日（土） 19時～21時、4階の「A会場（No.3A,3B室）」「B会場（No.3C,3D室）」「No.4室」の3つの部屋で、それぞれ自由集会を開催します。多くの方々のご参加をお待ちしています。

テーマ	会場	担当
自由集会1 「ホームレス問題を考える」	A会場（No.3A,3B室）	海老一郎 亀岡照子
自由集会2 「労働衛生問題」	B会場（No.3C,3D室）	平田衛 重田博正
自由集会3 「学校・健康・人権」	No.4室	埴田和史 大塚睦子

### 座長、シンポジスト、応募演題報告者に

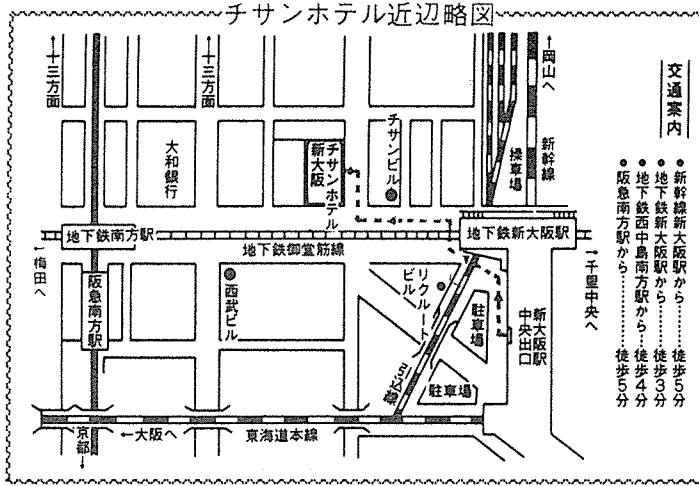
- シンポジスト・応募演題報告者は、学会参加者受付の横に設置する講演者受付で受付をして下さい。シンポジスト・応募演題報告者とも、スライドまたは OHP を使用できます。スライドまたは OHP を使用される方は、会場で早めに講演者受付にご連絡ください。
- シンポジストの報告時間等については、シンポジストの座長と打ち合わせて下さい。
- 応募演題報告者は、発表のひとつ前の演題報告の間に、次演者席にお座り下さい。応募演題の報告は討論を含めて15分です（発表時間10分、討論5分とします）。発表開始後10分後にベルをならしますので時間管理にご協力下さい。ベルは10分を過ぎると1分ごとになります。
- 応募演題報告の座長には、お一人4題ないし3題の演題報告を担当していただきます。

### 会場へのご案内

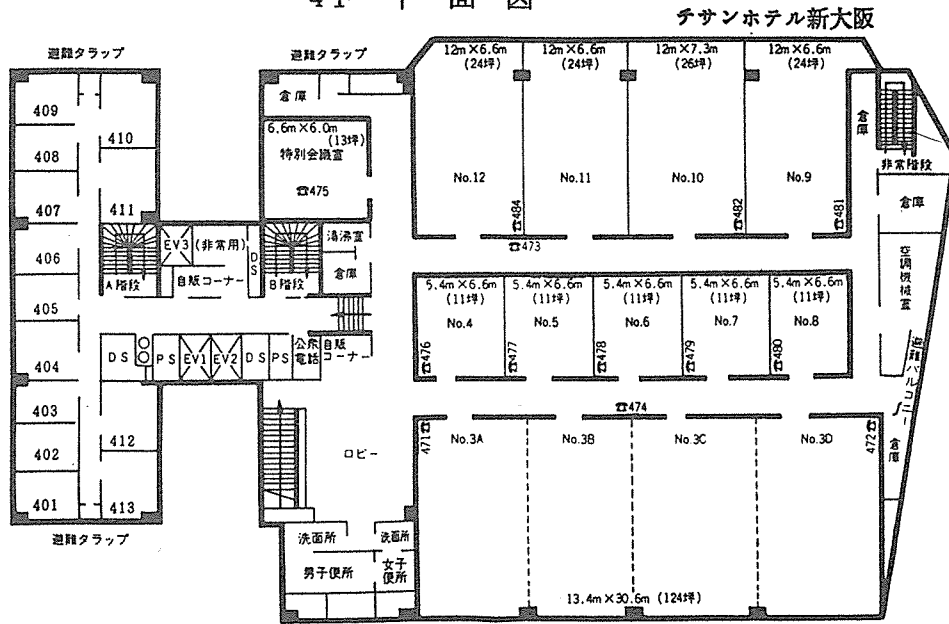
チサンホテル新大阪は、「JR 新大阪駅」、地下鉄御堂筋線「新大阪駅」あるいは阪急京都線「阪急南方駅」から、いずれも徒歩5分程度の、交通便利なところに位置しています。

# チサンホテル新大阪

〒532-0011 大阪市淀川区西中島6-2-19 Tel 06-6302-5571 (代表)



## 4F 平面図



3つのシンポジウムおよび総会議事は、4階の「No.3A,3B,3C,3D 室」全体を使用して行います。応募演題報告は「A 会場 (No.3A,3B 室)」と「B 会場 (No.3C,3D 室)」で行います。シンポジウム終了から応募演題報告開始まで、会場設営のため 15 分間休憩をとりまします。22 日 (土) の懇親夕食会は、2階「鶴の間」で開催します。夕食会後の自由集会は、4階の「A 会場」「B 会場」「No.4 室」で実施します。

## メイン・シンポジウム

### 「日本社会医学会」の基本的な性格とその課題を探る —社会医学研究会40年の活動から—

座長：埜田和史（滋賀医科大予防医学）

草野文嗣（老健施設寿寿はうす）

1. 「生命・生活・生産を衛る」社会医学をめざして  
‘地域保健・公衆衛生行政の経験をもとに’  
逢坂隆子（花園大学社会福祉学部）
2. 職場の健康問題・労働衛生  
服部真  
（（社）石川勤労者医療協会城北病院健康支援センター金沢）
3. 社会福祉の領域から  
植田章（佛教大学）
4. 薬害・医療被害問題研究の領域から  
片平洸彦（東京医科歯科大学・情報医学）

メイン・シンポジウム（座長のことば）  
「日本社会医学会」の基本的な性格とその課題を探る  
—社会医学研究会40年の活動から—

埜田和史（滋賀医科大予防医学）、草野文嗣（老健施設寿寿はうす）

社会医学研究会が40年前に創設されたころの議論を振り返ると、戦後の日本社会が目指し始めた発展方向と国民の健康との関りを国民の立場から捉え、正すための自由闊達な議論や学際的検討が研究会活動として展開されています。その後の軌跡をみても、様々な国民の健康や生活に関する問題をいち早く発見し、その発生構造を社会医学的に解明し、予防や患者救済のとり組みを、国民各層と協同して実践的な研究成果に基づき進めてきました。とり組まれた課題の性格上、問題の発見から社会的な解決にいたる経過が短期間で展開されたものは少なく、「森永ヒ素ミルク事件」や各地の公害問題のように数十年を経て現在も進行中のものも少なくありません。

また、問題の発見から対策の実施とその評価にいたる過程が少数の専門家だけによってなされたものは無く、住民や労働者や被害者を含む多くの国民階層と専門家・研究者との共同の取り組みにより成果を上げてきたと言えます。こうした40年間にわたる研究会の歴史は、我が国での勤労者や国民の健康権を守り発展させるための社会医学研究のあり方を実践的に探究し続けた軌跡を示すものです。

さて、2000年より社会医学研究会は「日本社会医学会」と名称が変わります。名称変更の議論はこれまでも何回か行われてきましたが、実現にはいたりませんでした。その最大の理由は『「学会」という名称が持つフォーマルな響きが、参加する層を「研究者」に限定させ、自由闊達な議論を疎外する』ことを危惧するものでした。しかし、

その後の会員数の増加と研究会活動の蓄積に伴い、「研究会」の一層の発展と研究会活動やその成果がより社会に反映させることを目指して、「日本社会医学会」に名称を変えることになりました。名称を変えることで社会医学研究会が追求してきた研究や実践活動の継承がおろそかになったり、自由闊達な議論の場が失われることがあってはならないと考えます。

そこで、「日本社会医学会」のスタートにあたって、「社会医学研究会」から「日本社会医学会」に引き継ぐべき基本姿勢や研究の対象や方法を議論する場が必要と考えました。保健、医療、福祉、教育などにかかわる会員が集い、日本社会医学会の役割と発展にどう関与していくべきかを、社会医学研究会の活動の総括を通じて展望する機会として、シンポジウムを企画いたしました。シンポジストとしては、社会医学研究会の活動の大きな柱を形成してきた、地域保健・公衆衛生行政領域、職場の健康問題・労働衛生領域、高齢者・障害者問題・福祉領域、薬害・薬事行政領域から、現在活躍されている方々をお願いいたしました。

シンポジスト方々には、御自身が取り組んでこられた領域の課題を中心に、社会医学研究が果たしてきた役割やその存在意義についての御意見を伺い、日本社会医学会の課題について御意見をいただく予定です。多くの会員の参加を得て、国民の健康権を守り発展させるための「日本社会医学会」のあり方について考え合いたいと思います。



## 「生命・生活・生産を衛る」社会医学をめざして ‘地域保健・公衆衛生行政の経験をもとに’

逢坂 隆子（花園大学社会福祉学部）

「生命・生活・生産を衛る」…これはいうまでもなく、故丸山 博先生が「いま改めて衛生を問う」の中で「衛生」について述べられたことばである。

1988 年第 29 回社医研総会シンポジウム「健康問題をいかに把握するか—社会医学的方法論の立場から—」の中で、シンポジストの 1 人として大阪府の地域保健行政の経験を踏まえて話をする機会をいただいたことがあった。

（表 1）に示すように平均寿命の都道府県順位が男女ともに全国最下位に転落し、大阪府民の健康水準の全般的悪化が誰の目にも明らかになってきた時期であった。私はその時、府保健所長として、府民の健康をあずかるものとして、「そこにあらわれた健康問題を単なる現象としてではなく、その原因を明らかにしたい。そこから、どのようにしてよくすることが可能かがみえてくるのではないだろうか。」という思いを、地域保健・公衆衛生行政の実践を通して述べたつもりでいた。シンポジウムでの私の演題『『生命』から『暮らし』をみ、『暮らし』から『生命』をみる』が府民の健康問題をとらえようとする中で自分自身が気づかされた視点であり、社会医学研究会に参加することで学ばせていただいたものであった。

そのシンポのなかでも、丸山先生のコメ

ントがあったが、「言い足りなかったことがあるから」と後日声をかけて頂き、それから毎月 1 回「丸山先生を囲む会」を数人の社医研会員の方々と共にもつことができた。しかし、残念ながら、何を私たちに伝えようとして下さっているのか、私にはよく理解できないまま、忙しさに取り紛れてその会は途切れてしまった。一体、何を言いたかったのだろうか…。

今、改めて、21 世紀の社会医学を考えると、丸山先生が「衛生」という言葉の中にこめられた思いがそのまま、日本社会医学会の基本性格であり、課題であると思えてならない。先生はひょっとするとそのことを伝えたかったのではなかったか。

以上のように思い至ってもう一度府民の健康状態をみる時、その平均寿命の都道府県順位は現在もなお最下位グループにとどまったままである。1995 年には男女とも 45 位であるが、阪神淡路大震災の影響を除去した場合は、共に 46 位となっている。なかでも大阪市はさらに悪く、都道府県順位にあてはめると 47 位よりはるかに低位であり、大都市のなかでも最下位の状態が続いている。（表 1）

これを死亡率指数（全国の死亡率を 1.0 とした場合の死亡率の相対値）でみると、図 1、図 2 が示すように、男女とも中高年層において全国平均より高いという、高度経済成長期以降顕著になってきた傾向が今もなお改善されていない。殊に大阪市の男子については全国平均との格差がより一層広がってきている。（図 3）

表 1 平均寿命の年次推移  
( ) は都道府県順位

	1965年	1975年	1985年	1995年
男 全国	67.74	71.79	74.95	76.7
大阪府	68.02 (12位)	71.60 (20位)	74.01 (46位)	75.90 (45位)
大阪市		70.63	72.91	74.69
女 全国	72.92	77.01	80.75	83.22
大阪府	73.30 (13位)	76.57 (32位)	79.84 (47位)	82.52 (45位)
大阪市		76.08	79.38	81.95

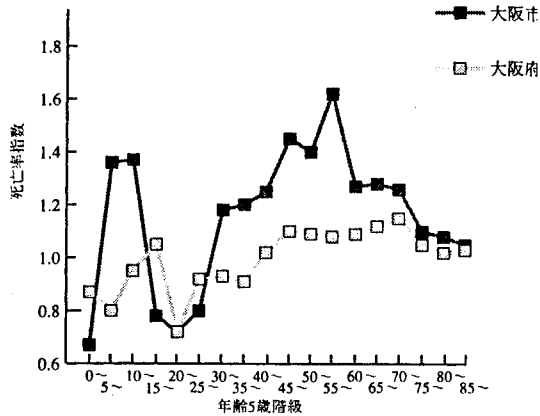
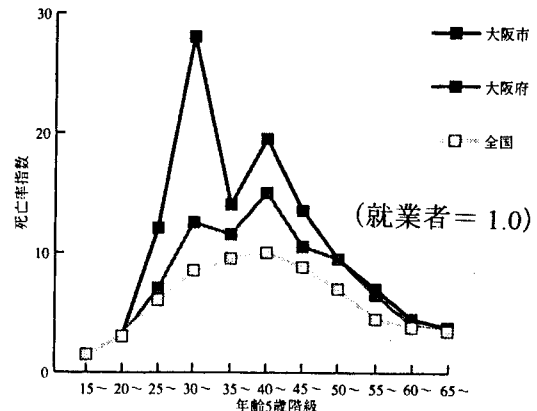


図1 男子死亡率指数(総死因、1995年)  
(全国=1)



「昭和60年度人口動態特殊統計」より作成

図4 男子無職者の死亡率指数(総死因)

表3 大都市の平均寿命順位

	1980年	1985年	1990年	1995年
大阪市	47位	48位	48位	48位
神戸市	38位	41位	45位	48(47)位
北九州市	42位	47位	47位	47位

(都道府県順位にあてはめて)

表2は男15歳以上の職業別年齢調整死亡率を示している。就業者については大阪府・大阪市とも全国と比してそれほど大きな差はない。無職の者の死亡率は、全国的にみても就業者と比べほぼ5倍で極めて高いが、大阪ではこの無職の者の死亡率がさらに高い。大阪府では全国の1.2倍で、都道府県中一番悪い。大阪市だけみると全国平均の1.6倍という、これも全国の大都市中最も悪い値を示している。

図4は無職の者の死亡率指数(就業者総数の死亡率を1とした場合の死亡率の相対値)である。全国的にも無職者の死亡率は、特に30～40歳代を中心に就業者に比して約10倍も高いが、大阪府ではこの傾向が一層強く、大阪市に至っては20～30倍に跳ね上がっている。

このような現象は恐らくは大阪だけに限らず多くの大都市に共通であろうことは、表3のような平均寿命の観察からだけでも推測される。

いまから21年前の第20回社医研総会の

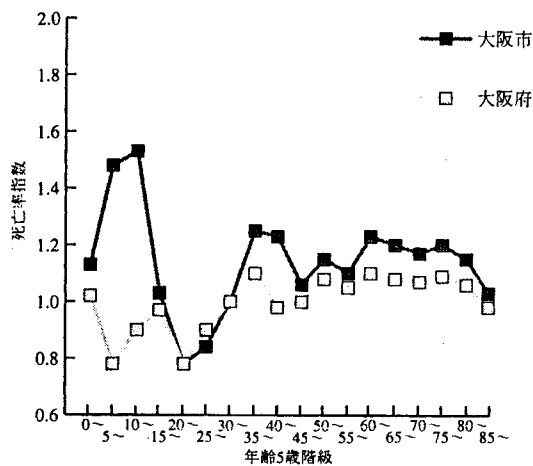


図2 女子死亡率指数(総死因、1995年)  
(全国=1)

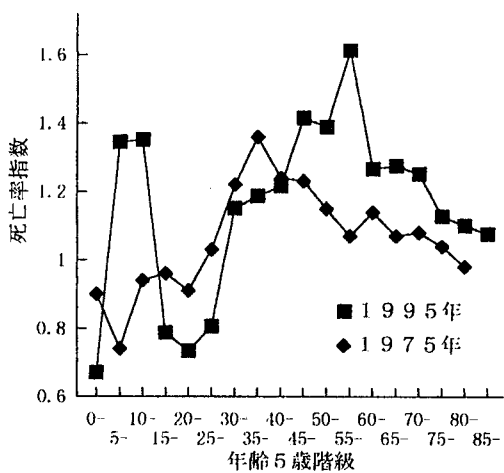


図3 大阪市男子死亡率指数の年次変化

(全国=1.0)

表2 男15歳以上職業別年齢調整死亡率  
(男子人口10万対)

	就業者総数	無職
全国	316.6	1509.5
大阪府	318.0	1847.9
大阪市	327.9	2490.8

\*「昭和60年度人口動態特殊統計」より作成

\*基準人口は1960年全国人口

報告のなかで、総会世話人代表の山田信也先生（名古屋大学名誉教授）は「社医研 20 年の歩みと今日の課題」と題して、「大都市地域の社会医学的分析」を東京・名古屋・京都・大阪・北九州など社医研会員の全国的チームワークで成し遂げたことを述べている。会員の方々が、各地から手弁当で何度も、当時社医研事務局であった大阪大学医学部公衆衛生教室に集まって、活発な討論を重ねていたことをメンバーの端に加わらせていただいた一人として思い出す。

高度経済成長の展開とその破綻によって、わが国は未だかつて経験したことのないような経済不況が続いている。経済学者が指摘するように、「誰もが中流」という神話は崩壊し貧富の差が広がっているという事実は、大阪市内の公園にみられるホームレスの人々の姿や、販売価格が 1 億を超えるいわゆる億ションの即日完売のニュースなど、日頃の生活実感からも明らかである。

日本の経済発展の土台となってひたすら肥大と集中を進めた大都市は、長引く経済不況のなかで、20 年前に社医研が明らかにした病根をさらに根深いものにしてしまったのではないだろうか。

社会医学は「生命・生活・生産を人間がより人間らしく生きられる方向に衛り発展させていくという課題を明確に掲げ、諸学問を統合していくために必要な理論を提示する学問である。」

「命を衛り、健康に生きられる生活を衛る、いいかえれば基本的人権の確立と拡大が、これからの社会を退廃させないための第一条件である。まさに社会医学（衛生学）がその真価を発揮しなければならない時代であろう。」

更なる人口高齢化が予想されるなかで迎える 21 世紀。日本社会医学会はどのような責任を果たさねばならないのだろうか。

「丸山先生を囲む会」のひとつときに先生が自宅の庭から持ってきて下さった「あけび」の実からこぼれた種が、私の庭で蔓を延ばしている。いつかきっと実をみのらせたいと念じている。

## 日本社会医学会の基本的な性格と課題を探る 職場の健康問題・労働衛生

服部 真((社)石川勤労者医療協会 城北病院 健康支援センター金沢)

### I. 自己紹介、私と社会医学研究会

私は石川県金沢市の病院で主に産業医活動(24 事業所、1 共同選任事業所群)、事業所の健康診断(約 6000 人)、健康診断後の精密検査や治療のための外来を担当し、病院の産業医と衛生委員会の責任者として石川民主医療機関連合会に加盟する病院や施設群の役職員約 900 人の安全衛生健康管理に携わっている。また、石川保険医協会の学術保険部担当理事と今年から全日本民主医療機関連合会労働者健康問題委員会の責任者をしている。

社会医学研究会には 1981 年から参加し、石川県内のタクシー運転手に心疾患死亡や負荷心電図変化が多いこと等を発表してきた。その後、金沢で開催された 1992 年の第 33 回総会(苧昭三・山田裕一世話人)と 1999 年の第 40 回総会(山田裕一世話人)のお手伝いをし、苧昭三世話人の後を継いで北陸地方の世話人をしている。

私は社会医学会のこの分野の活動全体を総括し今後の学会全体の性格について提案するだけの経験や力量はないが、企画担当世話人が豊富な研究業績のある研究者の方ではなく、私にこのシンポジストを依頼された意図は研究者とは異なる経験や視点から社会医学会に対する期待を述べろということであると理解し引き受けた。

### II. 社会医学研究会 40 年の労働衛生分野の歩み

山田信也前代表世話人の昨年の社会医学研究会での報告を参照。

### III. 日本の労働者の雇用状況と職場や労働

### の変化の背景

総務庁発表の 2000 年 4 月の労働力調査によると、自営業者を含む就業者数は前年同月より 29 万人少ない 6440 万人、雇用者数は 23 万人少ない 5289 万人、特に、常用雇用者は 44 万人減の 4631 人で 28 ヶ月連続して減少。これに対して、パートなどの臨時雇用者は 25 万人多い 507 万人となり 43 ヶ月連続して増加。男性の完全失業率は 5.0%で 3 月に比べて 0.2%減少したが、女性は 4.6%で 3 月と同じ。3 月に過去最高になった 15-24 歳の男性失業率が 2.6%減少して 9.9%になった一方、55-64 歳は 0.8%増えて 6.4%ととなり戦後最高を更新中。世帯主の失業率も 3.6%で最悪の水準。男女合わせた完全失業者数は 3 月より 3 万人減少したものの 346 万人で、1987 年の円高不況時に比べて約 2 倍の失業者数が続く。倒産や企業の人員整理等による非自発的失業者数は 114 万人で、3 月より増加。また、転職を希望している就業者は 635 万人(全就業者の 9.9%)で 3 月より 23 万人増加。全体として失業と雇用の不安定化が進行している。

上記の労働者雇用の危機の原因は日本の政官財が経済社会改革(6 大改革)の柱として USA 型グローバリゼーションに対応した経済社会の体質転換のための規制緩和と競争促進を進めているためである。具体的には、民間企業の「リストラ」による人員削減、物と人と設備の JUST IN TIME や海外移転、国際会計基準の導入の進行に伴う銀行の貸し渋りや資金回収による中小零細企業の倒産、公的サービスの縮小と民間参入(保育・介護など)の影響などが挙げられる。一方では規制緩和、競争促進やグローバリゼーションに反する異

常なほど巨額な金融機関保護と公共投資により財政危機が進行しており、更なる増税や公共サービスの縮小が目論まれている。

更に、派遣労働などの不安定雇用の増大、裁量労働制の拡大と終身雇用制・年功序列型賃金から有期雇用制・成果主義年俸制への移行、年金の削減等が加わり、労働者の生活不安はかつてなく高まっている。加えて、医療・介護・福祉・育児・教育分野での公的サービスや公的責任の縮小による自己負担の増大は労働者の生活の困難と将来の不安を一層昂じさせている。

こうした状況が 21 世紀に強まるかどうかは労働運動や国民世論の動向によるが、現状の問題点を的確に分析して改善の方向を労働者や国民に提案することが社会医学を学び研究する者の使命と考える。

#### IV. 医療機関から見える労働者の困難

##### 1. 病院への緊急入院事例から

- 56 歳の土建自営業者 C 型肝炎による食道静脈瘤破裂。断酒していたが 7 月に会社が倒産し飲酒量が増え、12 月 26 日に再出血。
- 41 歳の電気工事業勤務者  
B 型肝炎、糖尿病、食道静脈瘤破裂。6 月から金沢支店に転勤、夜間の道路工事責任者になりインスリン中止。インフルエンザでも仕事を続け、12 月 2 日、吐血しトアシドースで死亡。
- 56 歳の建設現場監督  
糖尿病、出血性胃潰瘍。単身赴任で毎日 12 時間労働。竣工期日に追われ、9 月上腹部痛、吐血。
- 48 歳の市場の肉屋勤務者  
拡張型心筋症、甲状腺機能亢進、腹水。インフルエンザに罹患したが休めず、12 月 31 日に寒い職場で呼吸困難。
- 61 歳の紙箱製造自営業者

冠攣縮狭心症、胃潰瘍、反応性うつ状態。売り上げが月 100 万円から月 20 万円に落ち込み、借金 3000 万円。

- 55 歳、家具製造販売業前社長  
自殺未遂、一酸化中毒。11 月経営不振の責任をとり、妻の母に経営が移る。以後、虚無感。
- 46 歳、タクシー運転手  
自殺未遂、一酸化中毒。友人の保証人になり、借金 7000 万円。

##### 2. 検査入院(冠動脈造影検査)から

- 冠動脈病変の労働関連危険因子 1)  
方法：全日本民医連に加盟する 18 病院で冠動脈検査を受けた現役労働者のうち心筋梗塞群 27 例、冠動脈攣縮群 17 例、正常冠動脈群 17 例の背景を比較した。

結果：心筋梗塞群や冠動脈攣縮群では喫煙本数が多く、時間に追われる、接待が多い、労働時間が長い者が多かった(図 1)。

##### 3. 外来患者から

- 糖尿病の通院不良や中断と労働生活スタイル 2)  
対象：城北病院に通院中のインスリン依存型 5 人、非依存型 62 人(インスリン使用 24 人、経口剤 24 人)  
結果：調査 1 年後の定期通院群 38 人、通院不良か中断群 29 人を分ける多変量ロジスティック回帰モデル(表 1)では労働拘束時間、不定期休日、健康保険自己負担率の 3 要因が有意となった。
- 糖尿病患者の虚血性心疾患発症要因 3)

方法：全日本民医連全国糖尿病追跡調査会(49 病院、56 診療所)に登録された約 3000 人の内、虚血性心疾患を発症した 25 人と性・年齢・治療法・罹病期間などをマッチした対照 75 人の背景を比較した。

結果:HbA1c、血清コレステロール、喫煙習慣とともに深夜 12 時以降の就寝が有意の差を示した(表 2)。

- 高血圧・高脂血症・糖尿病で通院中の患者 100 人の労働生活習慣調査 4)  
患者の疾患は高血圧 67%、高脂血症 59%、糖尿病 15%(2 つ以上 44%)

労働条件は週労働時間 50 時間以上 55%、深夜勤務あり 23%病気に関連した労働生活習慣は食事量や内容 64%、運動不足 63%、酒 44%、煙草 43%、車 58%、心理的負担 48%、長時間労働 39%、不規則勤務 30%

改善できた労働生活習慣食事改善 68%、運動 28%、飲酒喫煙制限 24%、飲料制限 23%で、労働環境改善なしが 73%、仕事量減少 7%、労働環境悪化 7%

抱負と期待は運動増 59%、時短 49%、運動施設利用 42%、収入増 40%

### 3. 事業所健康診断から

- 建設現場の下請け男性労働者の血圧分布と治療状況(図 2)  
有病率が高く、ほとんどが未治療

- 健康指標の職種別比較 5)

方法: 当院で健康診断を受けた男性労働者のうちタクシー運転手、営業職、事務職、現場作業職のコレステロール値を年齢階級別に比較した。

結果: タクシー運転手が最も高く、次いで営業職、事務職、現場作業者の順であった(図 3)。

- 健康指標の入職後変化の職種差 6)

方法: 103 事業所に就職した運転手、営業職、事務職、現場職の 267 人について、就職後 1 年間の健康指標の変化を比較。

結果: コレステロール値について運転手は就職時が高く、就職 1 年後に更に増加していた。(図 4)

- 退職者の健康状況 7)

対象: ある工業団地の 42 中小事業所で、過去 2 年間に退職した男性 175 人と男性在職者 896 人の健康指標を比較

結果: 男性退職者は在職者に比べて、治療中の病気を持ち、血色素が低く、飲酒習慣が少なかった(表 3、4)。

### 4. 労働調査や産業医活動から

- 金属製品製造業労働者の健康調査 8)

対象: 全国金属労働組合(当時)のある事業所の労働者に調査票を配布。回答は男 2648 人、女 545 人で回収率約 70%

結果: 小規模事業所に有害労働や健康問題が多かった(図 5、6)

- 深夜、繁華街の交差点を中心に四方に 1km 近いタクシーと代行運転の列が出来交通渋滞が発生。この時間帯のタクシーの平均売上は 1 時間 1000 円弱で運転手の取り分は時給 500 円弱。

- 小規模な商店街にある 24 時間営業のコンビニエンスストア。店長と副店長の二人で 365 日切り盛りする。日中は学生でにぎわうが、深夜は客がいない。

- 透析中労働者の退職例

私が産業医をしている事業所で透析を受けていた 3 人が 1998 年から 1999 年の間に退職した。その後 3 人とも治療は続けていたが再就職は出来ていない。

- 日本を代表する総合商社の支店、支店の統合により男性は 7 時 30 分から 23 時、女性は 8 時 30 分から 21 時の勤務が常態化。大部分がサービス残業。

- 医療事故や患者の安全と安全衛生

## V. 日本の労働者の健康問題とその背景

### 1. 20 世紀の日本の労働者に多発した病気

- 結核

←工場労働、集団生活、都市の貧困等

- 高血圧・脳出血

←農林漁業の労働と生活、気候と住宅等

● 過労死

←片山潜らの労働世界(1901年)には東京芝浦製作所や沖電気での過労(1日14-15時間)による衰弱死の報告

←1901年窪山忠吉の工場衛生学(日本初の労働衛生専門書)には長時間労働の健康影響として循環器、消化器、呼吸器の障害、うつ、貧血、栄養障害が挙げられている

←過労死110番、業務上認定訴訟

2. 現代の労働者に多発する画一的健康障害

● 肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病

←悪しき生活習慣の社会的流行(遅く不規則な夕食、飲酒、喫煙、身体活動不足、睡眠不足、心理的緊張)

←長時間不規則労働、夜勤、成果賃金、成果ストレス、24時間社会、車社会、長距離通勤

● 眼精疲労、肩こり、頸痛、腕痛、腰痛

←視覚情報過多、労働態様、心理的緊張、長時間労働、全身運動不足、休養不足

● 心因反応、うつ病、適応障害

←ストレス過多、長時間の労働拘束、働き方の急変

● 利用者や住民の安全と労働安全衛生

←安全のためのシステムやコストなどの余裕やゆとり削減

● 育児や介護の問題、子供の心身の問題、地域社会の問題

←大多数の日本の労働者が企業の利益優先社会という共通の背景を抱えている

VI. 労働者に多発する健康問題の社会的制圧をめざす労働者のエンパワメント

1. 病因：長時間・深夜労働、心理的ストレス

蔓延経路：企業依存社会、企業や社会の民主的管理や社会的ルールの弱さ、貧困な社会保障

宿主要因：人権思想、協同作業の未成熟  
宿主要因の蔓延経路：家庭、学校、職場での教育や体験

宿主要因：Flexibility

2. 21世紀の社会と健康のキーワード

- 企業に依存した社会システムの崩壊
- 持続可能な成長や発展
- 自発的参加と民主的管理
- 情報公開と自己決定
- セルフヘルプやエンパワメント

3. 参加の意欲を持ち、自己決定力や民主的管理能力を持つ労働者や住民の育成支援と社会環境作り

- 家庭、学校、職場で人権思想を学び、社会を民主的に管理するための協同作業に対する援助とそれに役立つ資料や道具の提供
- 大学や各種学校での働き方に関するインフォームド・コンセントの必要性9)

VII. 医療関係者、教育関係者、他の分野の研究者、社会活動家などとの協同作業

1. 医学診断学の改革—職業病、労働関連疾患から労働・社会軸を持つ多軸(多面)診断へ

● 精神科の診断学 DSM-IVは5つの軸を持つ多軸診断

- 1) 臨床症候群と精神状態
- 2) 発達障害と人格障害
- 3) 身体疾患および身体状態
- 4) 心理的社会的ストレスの強さ
- 5) 機能の全体的評定

● 労働者の健康問題を総合的に診断する多軸診断

多くの医療関係者が労働者の抱える社会的背景を理解し改善に向けた支援をするための診断学、治療(支援)学が必要

- 1) 身体的問題
  - 2) 精神心理的問題や人生観・労働観・健康観
  - 3) 遺伝的および生育上の問題
  - 4) 労働生活習慣の問題点と改善する意欲や能力の評価
  - 5) 家庭および職場や社会背景の評価
- の5軸を提案する。  
社会医学会でカテゴリーやコードについての議論を期待する。

2. 地域保健や学校保健でも本人や扶養者・保護者の労働生活を評価し、地域や学校ぐるみで改善支援を

### 文献、資料

- 1) 服部真. 冠動脈病変の労働関連危険因子. 産衛誌 1999;41 臨時増刊号:229.
- 2) 蒔也寸志、森田公子、中田愛子、鈴木森夫. 就労中の男性糖尿病患者の通院に影響する要因について. プラクティス 1999; 17:177-182.
- 3) 蒔也寸志ら. 日本糖尿病学会総会. 1999年.
- 4) 服部真. 高血圧・糖尿病・高脂血症を有する労働者の労働生活改善. 産衛誌 1996;38 臨時増刊号:S158.
- 5) 服部真. 健康指標の職種別比較. 第61回産業衛生学会講演集 1988:73.
- 6) 服部真. 小規模事業所における健康指標の入職後変化の職種差と労働要因を考慮した健康教育の必要性. 産衛誌 1998;40 臨時増刊号:367.
- 7) 尾蔵律行、服部真. 退職者の健康状況. 2000;42 臨時増刊号:405.
- 8) 服部真. 金属製品製造業労働者の健康調査. 第60回産業衛生学会講演集 1987:15.

- 9) 金沢大学総合科目「現代日本の仕事と職場 第6回 今日の職場と働く人々の健康」を担当して

#### 1. 講義の目的

現代日本の仕事と職場の抱える問題点と働き方の急速な変化について働く人々の健康面から捉え、学生が自分はどう働くか、職場や社会にどう働きかけるかを考える素材を提供することを目的とした。

#### 2. 講義の方法

受講生は教育学部と経済学部が多いものの法学部理学部工学部医学部などの学生もおり将来様々な職業に従事することが予想されること、特殊な仕事にだけ健康問題が生じるのではなくどんな仕事でも仕事のやりようによって起き易い健康問題があること、職場での働き方が働く人々の健康のみならず地域全体の健康福祉水準に大きな影響を与えることから、できるかぎり多くの仕事と仕事に関連する健康問題を提示した。

パソコンを用いてグラフや職場の写真・映像により職場や職業に関連する健康問題を直感的に理解できるよう工夫し、足りない部分はプリントを配布して自己学習に期待した。

講義は世界の労働と健康に関する考え方の解説、主な病気の増減と社会的背景、いくつかの職場と関連する健康障害、悪しき労働生活習慣の大流行と労働者の健康意識、拡大する労働や生活の不安、貧困と疾病の悪循環について解説し、21世紀に向けて持続可能な成長とみんなが幸せになれる社会のルール作りへの各国の挑戦を紹介し学生の意見を求めた。

与えられた時間は90分であり現実には討議をする時間がなかったため、授業に対する評価を含めて学生の考えや意見を聞く感想用紙を配布し翌週に回収した。

#### 3. 学生の授業に対する評価と要望

自分自身の働き方を考える上で大変参考に



なった 13%、ある程度参考になった 55%、少し参考になった 29%、まったく参考にならなかった 3%であった。参考になった点としては環境や健康の大切さ、様々な職業と健康の関係がわかり、職業を選ぶ際に健康のことも考えて選ばうと思ったという意見が圧倒的に多く、このような話は初めて聞いたという者が多かった。

#### 4. 学生の労働意識

急速に進みつつある雇用や労働条件の自由化が自分の将来に与える影響については、不利になり不安が拡大 12%、差別や健康障害が拡大する 16%、失業や就労が不安定になる 14%、競争が激化し能力次第 18%、仕事を選ぶ幅が広がる 18%、有利になる 2%、条件により異なるがプラスマイナスゼロ 6%、変わらない 5%、不明 4%であった。

失業の増加による社会不安を減らし持続可能な成長を目指してヨーロッパで挑戦が始まっている Work Sharing や Decent Work についての意見を求めた。良い考えなので広まる(広まってほしい) 30%、失業が深刻なので広まっていくと思う 16%、推進する基準や条件整備が必要 3%、収入が減るので広がらない(無理して働く) 20%、日本独特の働き方があるので広まらない 14%、企業利益優先で困難 15%であり、意見が分かれた。

将来の自分の働き方について仕事の負担と健康や余暇のバランスを尋ねた。①健康や余暇を優先し週 40 時間労働を厳守する――⑤仕事も余暇も追求し残業は週に 10 時間程度――⑨仕事最優先で残業は週 20 時間以上の①―⑨の番号を選んでもらったところ、① 5%、②9%、③28%、④24%、⑤15%、⑥1%、⑦5%、⑧0%、⑨2%であり、健康や余暇優先という学生が多かった。

現実の職場や働き方の厳しさに対する認識と自分の望む働き方に乖離が認められた。この矛盾に対してどう考えどのような選択や行動を行うのかという討論が必要であると思われ

る。

#### 5. まとめと提案

このような企画は学生が将来の職業や働き方を考える上で大変有用であり、何らかの形でぜひ今後も継続していただきたい企画である。画像や動画を多用した講義は好評であり、短い時間の中で職場の現状と問題点を理解するのに優れた方法と思われた。

最後に、採点のために提出されたレポートを見ると、講義の理解度の差はともかく文章作成能力や論理的な展開力の個人差が極めて大きく、正直言って愕然とした。大学教育を受けるにふさわしいと思われる文章を書いていたのは約 3 分の 1 で小学生以下と思われる文章しかかけない人も数人いた。入試の方法やそれ以前の教育の課題と思うがどのような学問や研究を行うにしろ言語による論理的な展開は基礎として必要な能力であると思うのでその重視を関係機関に提言していただきたい。

表1 糖尿病患者の通院不良か中断を説明する多変量ロジスティック回帰モデル

通院関連要因	偏回帰係数	オッズ比
一日の拘束時間(1時間当たり)	0.28 *	1.27
休日が日曜以外	1.32 **	3.73
医療自己負担 3割	1.62 **	5.04

\*:p<0.05, \*\*:p<0.01)

表2 糖尿病患者の虚血性心疾患発症要因

全国糖尿病追跡調査会(49病院、56診療所)に登録された約3000人の内、虚血性心疾患を発症した25人と性・年齢・治療法・罹病期間などをマッチした対照75人

危険要因	虚血性心疾患	対照
HbA1c	8.6±1.3*	7.8±1.4
総コレステロール	213.6±21.0*	197.1±33.6
HDLコレステロール	43.2±7.4*	53.8±15.7
中性脂肪	216.9±108.1*	132.5±111.3
喫煙歴	84.0%*	58.7%
深夜12時以降就寝	60.0%*	30.7%

表3 中小事業所男性労働者の退職に関連する健康要因

項目	退職者(125人)	在職者(741人)
年齢中央値(10-90%値)*	49(20-63)	41(23-58)
血色素中央値(同上)**	14.7(12.8-16.2)	15.2(13.8-16.6)
γ-GTP中央値(同上)**	25(13.3-67.7)	31(16-115.6)
喫煙率*	48.8%	59.9%
飲酒率**	28.8%	51.2%
治療中の病気あり**	31.2%	17.3%

(Wilcoxonの検定 \*:p<0.05 \*\*:p<0.01)

表4 退職に関する健康要因の多変量ロジスティックモデル 決定係数 0.08

項目	係数(95%信頼区間)	オッズ比	P値
血色素(1減少)	0.37(0.20~0.54)	4.08	<0.01
飲酒習慣あり	-0.56(-0.79~-0.35)	0.33	<0.01
治療中の病気あり	0.38(0.15~0.61)	2.14	<0.01

図1 労働者の冠動脈病変と危険因子(民医連多施設研究1998)

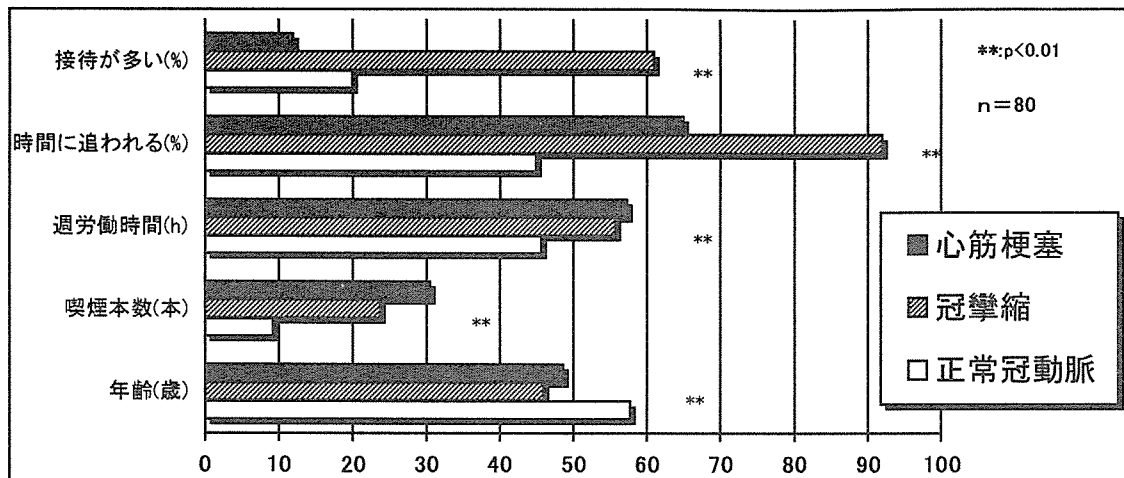


図2 建設現場の下請け男性労働者の血圧分布と治療状況

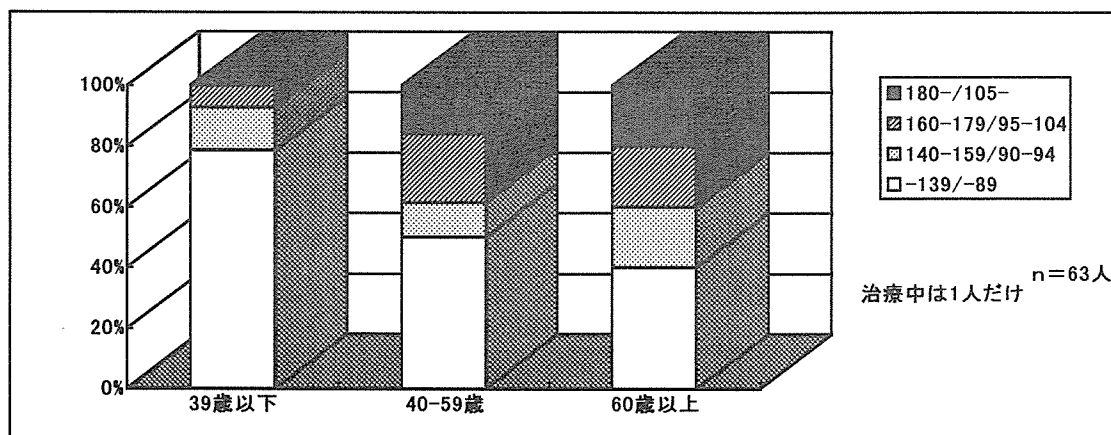


図3 職種による血清コレステロール値の格差

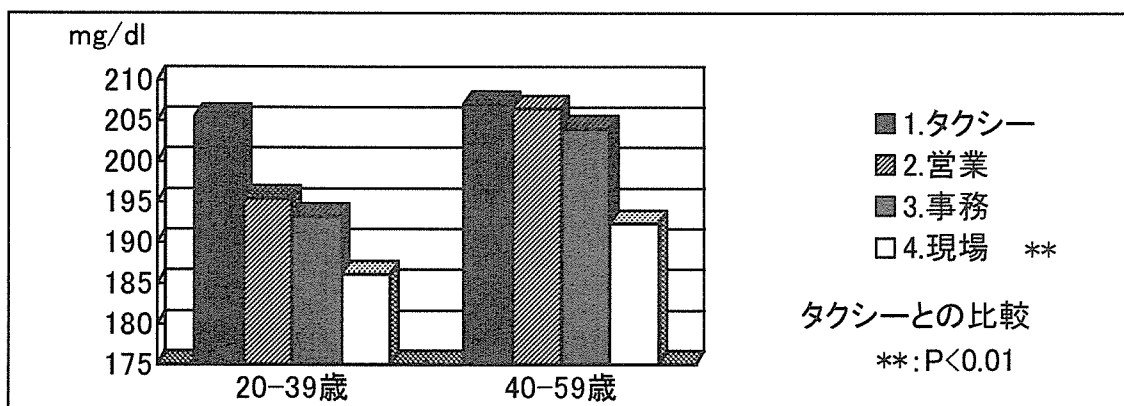


図4 健康指標の入職後変化の職種差

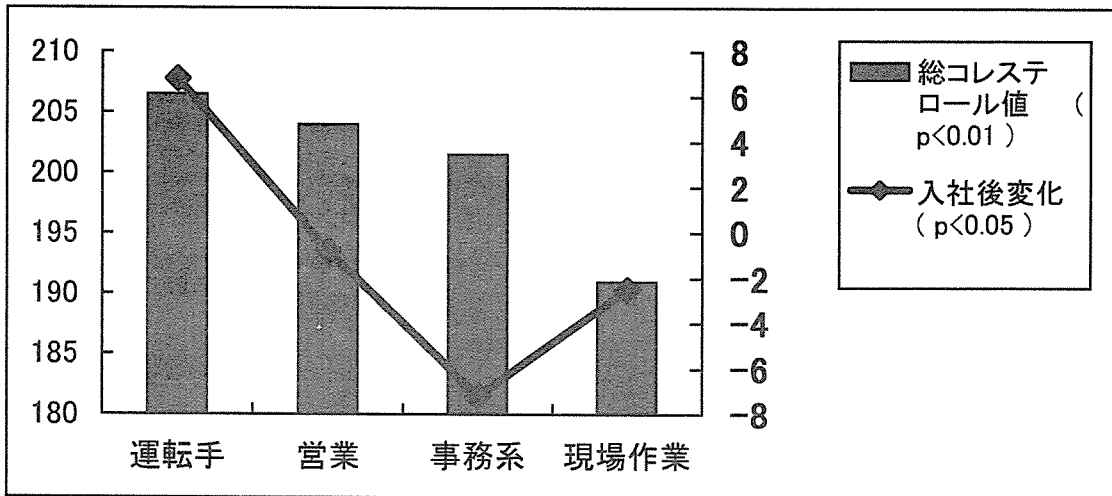


図5 石川の金属製造業労働者の労働と健康に関する質問紙調査(有害作業)

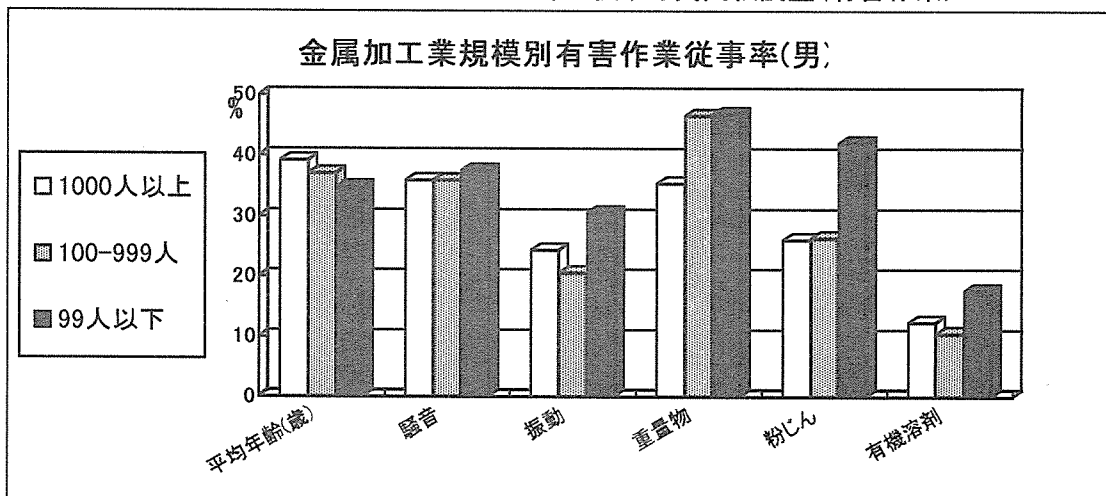
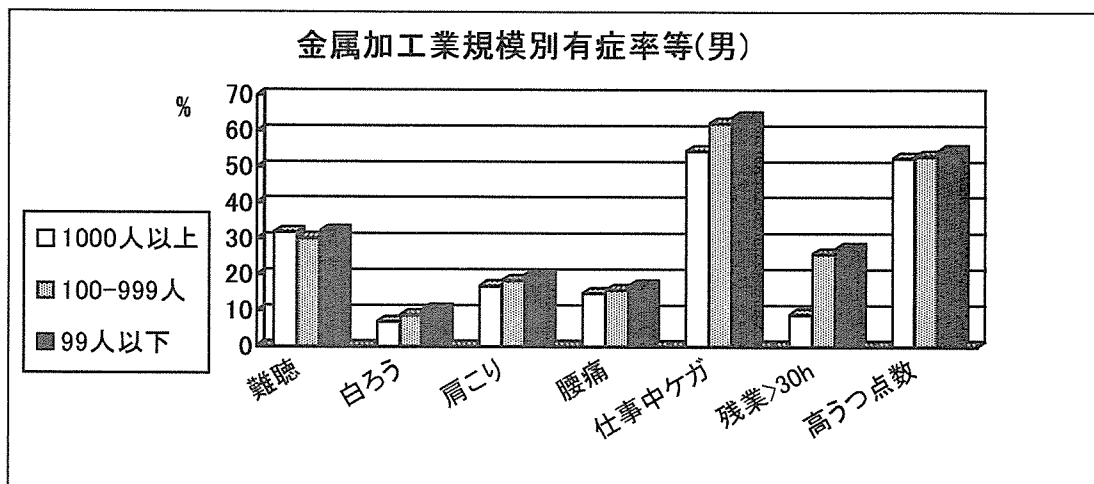


図6 石川の金属製造業労働者の労働と健康に関する質問紙調査(健康障害)



# 日本社会医学会の基本的性格とその課題を探る —社会福祉の領域から—

植田章（佛教大学）

## 1. 転換期の社会福祉

社会福祉事業法の「改正」にみられるように、政策主体・国の福祉政策の方向が大きく転換しようとしている。この間の一連の社会福祉の基礎構造改革をめぐる議論や国の政策文書にみる基本的な特徴の第一の柱は、社会福祉事業の分野に「民間企業等の多様な主体の参入促進の方策を検討する必要がある」と公然と強調している点にある。そして、サービス内容については、「公的な費用負担の対象となるサービス」と「より快適な環境や付加的なサービスを自らの負担により購入できる仕組みとする」としている。つまり、「公的サービス」と「買うサービス」の併存である。第二の柱は措置制度を縮小・廃止し利用契約制度への変更が示されてきた。この利用契約制度は、契約に参加できる人を対象にはするが、契約に参加する意志を持たない人や持てない人、あるいは参加したくともできない人を最初から置き去りにしていく。基礎構造改革で想定されている福祉サービスの利用者とは「自己の責任において利用すべきサービスを選択し、決定することのできる、そして当然のことにその結果について責任を負うことのできる人」である。利用契約制度が自由な選択と権利を保障するものでないことは介護保険制度下の高齢者の介護実態を見れば明らかである。あらためて、切り捨てられようとしている人々の生活の中にこそ福祉労働・福祉実践の担うべき課題があることを確認しておく必要がある。第三の柱は、社会福祉サービスの利用にとも

なう費用負担体系である。現行の「応能負担」から「応益負担」に原則を移していこうとしている。この「応益負担」はサービスの質量に応じた負担を求める市場原理にもとづくものである。第四の柱は、利用契約制度を合理的に機能させるための手続き的「権利擁護制度」に限定した方向の転換である。

以上四つの柱からなる「基礎構造」の「改革」は 21 世紀におけるわが国の社会福祉のありようを規定し、方向づける要素が多分に含んでいることは、あらためて指摘するまでもない。

そして、こうした公的福祉から民活福祉への転換が利用者・国民と福祉の実践現場にどのような変化をもたらそうとしているのか。福祉実践の現場で働く人たちはどのような対応が求められているのか。転換期を迎えようとしている社会福祉にあつて「人間らしく生きる権利」「人間としての尊厳」が保障される福祉労働・福祉実践の探究と理論研究のあり方が問われている。

## 2. これまで取り組んできた研究内容とその課題

### 1) 1987年～「脳性麻痺者の労働と健康—二次障害を中心に—」に関する研究 (共同研究者：細川汀)

1980 年代頃より、脳性麻痺の障害を持つ人たちの間から『二次障害』と呼ばれる成人障害者の健康問題が指摘されはじめた。『二次障害』とは、脳性麻痺・ポリオ等の障害をもつ人たちが 30 歳前後、早い

人では20歳頃から「頸・肩・腕の痛み」「手足のしびれ・つれ」「冷感・重み」といった症状におそわれ、あらたな健康障害や身体的な機能の低下をもたらすことである。このような『二次障害』の結果、多くの障害者はひきつづき労働に従事することが困難になり、退職を余儀なくされてきた。また、医療・リハビリテーションが有能な治療方針を十分にもてずに対症療法で終わっていることや、障害者雇用に関する労働条件・作業環境についての改善・職場内での健康管理対策も大きく立ち遅れており、障害者・家族をより一層不安と深刻な状況においやる結果となっていた。

1988年に近畿を中心に実施した「障害者の労働と健康に関する実態調査—二次障害を中心に—」は、『二次障害』の臨床像と障害者のおかれている深刻な生活実態・労働環境を浮き彫りにした。そして、『二次障害』の発生の原因が、既存の障害や加齢の影響のみならず、その障害者のおかれている生活・労働の環境および条件が影響していることを明らかにした。また、こうした社会的な諸条件を分析し、どういった時期にどういった医学的アプローチや社会的対策を講ずれば予防的・治療的效果をあげることが可能になるのかといった課題と、その際、労働衛生や人間工学等の関連領域の科学の成果を援用することの必要性を指摘した。

また、一連の実態調査や聞き取り調査をふまえて、1983年のILOの「職業リハビリテーションおよび雇用(心身障害者)に関する勧告(第168号)」や1990年に成立したアメリカ障害者法に学び、障害をもつ労働者の生命と健康を尊重するためには、平等な機会と待遇、労働基本権、必要な援助と安全衛生、労働条件の向上、健康保持のための保健医療、真の保護雇用制度の確立等を骨子とした政策提言を行った。

\*『二次障害』に関する研究論文として、細川汀・植田章「身体障害者の労働と生活およびその健康についての影響」『京都府立大学学術報告・人文』No41、1989年。植田章「障害者の労働と健康に関する実態調査」『障害者問題研究』No60、全国障害者問題研究会、1993年。細川汀・植田章「障害者の労働と健康」、第23回日本医学会総会パネルディスカッション報告集及び、最近の研究成果として大井通正「成人障害者の健康問題と二次障害」『障害者の健康と医療保障』高谷清・武内一・植田章編、法律文化社、1997年を参照されたい。

## 2) 1995年～「痴呆老人の『問題行動』と社会環境要因のかかわりについての研究」(共同研究者：石倉康次)

痴呆症については、医療や医学の関係者によって取り上げられることが多い。それは、必要なことであるし、患者を受けとめ、痴呆症となる原因疾患を最初に治療する現場が医療機関であることから当然なことでもある。しかし今日では、痴呆の原因疾患の治療ではなく、痴呆症のケアや介護のあり方、さらには痴呆老人自身が痴呆症とともに生きていく生活のあり方が重要な課題として意識されるようになってきている。

共同研究者である石倉は「痴呆老人の“問題行動”(生活障害)は、痴呆老人と痴呆老人にかかわる人やモノとの関係から起こるのではないか。痴呆老人は何もわからなくなっているのではなく、痴呆老人の心の世界を理解する必要があるのではないか」と指摘。従来の一面的な痴呆概念の見直しと痴呆老人が保持している多様な「関係形成能力」に着目するとともに、違いに目を奪われず、むしろ共通性を基点において痴呆老人問題をとらえ直す必要性があることを提起した。

また、植田は、こうした問題視角から痴

呆について医療や福祉の面がほとんど無策な段階で、まったく手探りで介護しつつけた家族の記録をもとに、痴呆老人と主たる介護者とのコミュニケーションの深化の諸段階を仮説的に提示した。そして、こうした痴呆老人が直面している段階をふまえたケアの実践が求められていることを明らかにした。ここでの研究方法としては、痴呆老人と介護者とが相互作用している現場を参与観察する方法や、介護者や専門職にその経験や解釈をインタビュー調査する方法を継続的にくり返し、それらの情報を手がかりとして分析、総合する手法を採用した。なぜなら、痴呆老人にとっては未知の手法で介入して得られるデータは、痴呆老人の通常の姿とは異なる姿を反映した可能性が高いと判断したからである。

\* 石倉康次・植田章「痴呆老人の“問題行動”と社会環境要因のかかわりについての研究」科学研究費(基盤研究 C2)報告集、1998 年。植田章「痴呆老人介護模索期の在宅介護の実態」『形成期の痴呆老人ケア—福祉社会学と精神医療・看護・介護現場との対話』北大路書房、1999 年。

### 3) 1996年～「知的発達に障害をもつ人たちの高齢化に関する研究」

1993 年に実施された全国施設実態調査では、障害者入所更正施設において 50 歳以上の人たちの全入所者に占める割合はおおよそ 2 割となっており、同調査時に 40 歳代の人が入所したままで推移していくと仮定すれば、2003 年には 50 歳以上の入所者の割合は 4 割を超えると推測されている。特に、知的発達障害をもつ人たちの加齢に伴う身体的・精神的機能の低下に関わって、ここ数年来、入所更正施設では高齢知的障害者のグループホームや高齢者専用棟が開設されたり、加齢に配慮した労働保障のあり方や健康教育、生活援助プログラ

ムの内容について検討が進められてきた。また、知的発達障害はダウン症のようにその病理的原因と関係した「早期老化」が現れることも知られており、加齢に伴う特別なニーズに配慮した施策の充実をより多く必要としている。そこで、本研究では、老年医学・老年社会学の先行研究に学び、知的発達に障害をもつ人たちの高齢化に関する実態調査を 1997 年・2000 年と行ってきた。

高齢知的障害者問題を検討していく上で大切な視点は、すべての人たちの老化がそうであるように、知的発達に障害をもつ人たちの老化も、その人がおかれてきた生活環境、その人が暮らしてきた生活条件、生活習慣、そしてその生活の中での人間関係や生きがい、暮らし向きの質に大きく規定されている。さらに、障害をもつ人たちは、社会的不利を背負いつつ、このような「規定」をうけているという認識が必要である。

\* 植田章『知的発達に障害をもつ人たちの高齢化に関する実態調査』1997 年。植田章「知的障害者の高齢化と健康」『障害者の健康と医療保障』高谷清・武内一・植田章編、法律文化社、1997 年。植田章「知的障害者の高齢化と健康」みんなのねがい No.380、全国障害者問題研究会、1999 年を参照されたい。

### 3. 現実の社会を自己認識するための努力

社会医学は、現実の社会を自己認識するための努力をしてきた。労働現場の状況やそこで働く人たちの置かれた状態を正しく認識することは、きわめて難しい。例えば VDT 職場の働く人たちの健康を把握しようとするならば、機械や設備、作業設計や組織、労働条件や作業環境、及び働く人たちの生活と意識を知ることなしには出来ない。今日、在宅ケアの「要」と称されてい

るホームヘルプ労働でも、サービス利用者の暮らしの場である「居宅」がホームヘルパーの作業場所となる。しかも、一軒一軒が異なることにより何が業務負担に繋がっているのかといことが見えにくくされている。また、脳性麻痺者の労働と生活による「二次障害」や知的発達に障害を持つ人たちの「早期老化」傾向について明らかにしようとするれば、障害者の健康状態や体力状況についての統計調査のないことに苦勞する。当然のように、これらについて理解しようとするならば、工学、労働科学、社会科学、心理学、法学、行政学等の学際的な知識や実際的な経験が求められるのである。かつて、山田信也教授は「社会医学とは」の問いへの答えとして「社会が作りだす健康問題を、その成因を明らかにし、現状を診断し、その解決をはかるまでの全過程について、社会科学と医学の方法を結合させて研究し、その解決を目標とする学問である」（『社会医学研究』第11号、1992年）と規定した。そして、社会医学がこの目標を達成するためには、多くの関連する学問との協力が必要なことを指摘している。人々の健康と生活をめぐる今日的な諸問題を解決・緩和していく上でも一層その必要性は増している。

ところで、これまで進めてきた研究テーマは、人々の健康と生活を一体のものとしてとらえ、健康のリスクに対する予防対策

についての科学と健康・生活問題への社会的援助・支援の方法を個人・家族およびそれらを取りまく環境としての双方から追求し、地域における健康・生活支援の社会システムと実践方法を明らかにすることであった。また、現代の社会問題を解明していく上で、理論におけるさまざまな学問分野からの交錯状況を客観化するために自然・人間・社会の相互関係を根源的にとらえる視点を獲得することの必要性が大きな課題となっている。しかも、現代においては、人間と人間の関係や人間と自然との関係を社会のレベルだけでなく、個人や集団のレベルでとらえることが必要になっている。そして、それらの関係を「物質的な生活だけでなく精神的な生活のレベルにおいてとらえることが必要になっている」との指摘もある。いずれにしても社会医学が対象とする人々の健康問題やそこでの生活問題を根源的に把握する視点は「社会の再生産」と「人間の生産」とのズレからくる「人間の生産」の困難としてつかむ視点である。

大きな転換期を迎える社会福祉にあつては、あらためて「人間の生産」の困難が地域の中で現れてくる。しかし、切り捨てられ埋もれていくこうした人々の暮らしの中にこそ、本来福祉労働・福祉実践が担うべき課題があるように、「社会医学」の課題もそれを未然に防いでいくための研究と対策が求められている。



# 日本社会医学会の基本的性格と課題を探る 薬害・医療被害問題研究の領域から

片平冽彦（東京医科歯科大学・情報医学）

## 1. 目的

本報告の目的は、（まことに遺憾ながら現在もなお続発の様相をみせている）薬害・医療被害（医療過誤ないし事故＝医療の場で生ずる健康被害）問題について、(1) 社会医学 研究会においてどのような研究が報告され、どのようなことが明らかにされたか、(2) そうした研究成果は、患者・被害者・社会にどう役立ったか、(3) 未解明の問題は何か、(4) 今後、研究を進展させるために、本学会として、どのような考えのもとに、どのような取り組みが必要か、を明らかにすることである（と理解した）。この目的を果たすことにより、本学会の基本的性格とその課題を探ることとしたい。

## 2. 方法

社会医学研究会40年の活動記録（「社会医学研究」や総会講演集のバックナンバー等の資料）をレビューし、上記目的について考察した。

## 3. 結果・考察

### (1) 社会医学研究会における薬害・医療被害問題の報告のレビュー

別紙のように、年表にまとめた。この結果から、報告され、明らかにされたことをまとめると、以下のようなことが言えよう。

薬害については、第7回の高野哲夫報告を嚆矢として、第40回の片平報告に至るまで、多くの報告がされた（片平は、1974年以来26年連続して発表してきたが、その大部分は薬害問題である）。これまでに多発した薬害について、スモンと薬害エイズを中心に、サリドマイド、コラルジル、筋拘縮症、骨壊死症、肝炎、予防接種、薬害ヤコブ病等を事例として、被害者の実態やそれをふまえた対策のあり方、被害・

加害構造、責任の所在、患者会や行政の役割などについて調査・考察の結果が報告された。医療経済学的分析や、薬害防止にかかわる方法についてもとり上げられた。医療被害については、未熟児網膜症・血液汚染事故や「医療事故相談センター」の活動等について報告され、「患者の権利宣言」や「インフォームド・コンセント」についての議論も行われた。調査の方法としては、文献的考察や、患者・医療機関調査等の社会調査方法論を用いたものが多かった。問題の性質上、裁判がらみのものが多く、弁護士の報告も少なからず見られ、さらには被害者自身による報告も行われた。

### (2) 研究成果は患者・被害者・社会にどう役立ったか

前記のような裁判にかかわる被害・加害の実態と構造の解明は、多かれ少なかれ、原告被害者側の役に立ったと考えられる。

例えば、筆者の記憶に今なお新しいのは、筆者が1972年に初めて報告した「キノホルムは戦前に劇薬に指定されていた時期があった。しかし、戦後は普通薬として、安全無害な薬として扱われてきた」という事実の発表に対する社会の反響の大きさであった。筆者は用事があり報告後すぐに退出したため、後日知ったのだが、報道陣の求めにより社医研役員が記者会見し、翌日に各地の新聞にかなりのスペースで扱われ、寝ぼけまなこの筆者は新聞を見て驚いた次第である。この「劇薬指定」をめぐる調査研究の結果が、マンモス訴訟化したスモン訴訟の原告側証拠に直ちに採用されたのは言うまでもない。

ここで、誤解のないように記しておくが、我々の社会医学の研究は、「真実を解明することによって、患者・被害者の役に立つ」

ようにするということである。つまり、やみくもに訴訟や争いの一方の当事者である患者・被害者の「味方」をするというのではなく、まず行うべきことは真実の解明である。医学的な問題の真実解明は結局のところ患者・被害者に役立つことになるのだから、そうした真実の解明をすれば、必ず患者・被害者の役に立つことになる。(このことを裏返せば、真実を解明しないと患者・被害者の役に立たないというアタリマエのことになるが、医学者たる者の心すべきことである。)

このような、基本的に被害者の側に立つて、真実を解明する社会医学の調査研究を行うという立場は、社会医学研究会の発足当初からの、一貫した立場であったと言っても過言ではないであろう。

### (3)未解明の問題は何か

薬害問題では、係争中の薬害ヤコブ病、肝炎、予防接種の調査研究は、部分的には行われているが、未だ不十分であり、陣痛促進剤、子宮頸管熟化剤等の産婦人科領域の問題薬、ライ症候群との関係が疑われている非ステロイド性消炎鎮痛剤(NSAIDs)、血糖・コレステロール低下薬、そして抗がん剤等の問題は社会医学研究会ではこれまで全く取り上げられていない(これらについて最も鋭くかつ深く取り上げるべきは関係専門医学会や日本臨床薬理学会、日本薬学会、日本薬剤疫学会等であり、これらの学会では取り上げているところもある)。

医療被害問題の方は、薬害問題と比較にならないほど取り上げがされていない。この分野では医療事故情報センター(加藤良夫理事長)、医療の安全に関する研究会(島田康弘理事長)、医療事故調査会(森功代表世話人)等が作られて活動を重ねているが、そうした実績に学んで、研究の到達点と未解明の課題を明らかにすること、薬害問題で行われたのと同様に、関係者・団体の解決策提言をレビューし、「有効な解決

策が未解明なのか、それともそうしたことはすでに解明済みなのに、実施に移されていないのか」を解明し、後者ならばその緊急実施を医学関係者の専門学会として働きかけることが、患者国民の生命と健康を守る緊急課題として求められていると言えよう。

### (4)今後、研究を進展させるために、本学会として、どのような考えのもとに、どのような取り組みが必要か

以上のような薬害・医療被害問題研究を促進するためには、前記の社会医学研究会発足当初からの基本的な立場・考えに立って、以下のような取り組みが必要であろう。

- 1.被害が顕在化している問題については、被害の実態調査から着手し、被害者に学ぶ。そのため、総会の場等では、引き続き、被害者や弁護士にも報告していただく。
- 2.医療被害については、困難はあろうが、工夫をして、過誤・事故に関係した医師のみならず薬剤師や看護婦にも報告していただく。
- 3.前項と並行して、薬害・医療被害の救済制度の解明を行い、既存の制度の改革や必要な制度の新設を求めていく。
- 4.薬害・医療被害の現象的な「原因」だけでなく、本質的な「原因」を解明し、「予防策」だけでなく、「根絶策」を明らかにし、その実現を社会に働きかける。
- 5.以上のような取り組み促進のため、プロジェクトや検討委員会を作る、研究奨励制度を作る、論文化を促進する等のことを行う。

### 4. おわりに

社会医学研究会の原点は、「患者・被害者の立場に立つ」ことと、「批判的精神を発揮して、真実を追求する」ことであった。学会に移行しても、この原点を見失うことなく、「基本的性格」と規定して、ますます旺盛に、研究活動を進めていきたいものである。

<第41回日本社会医学学会総会メインシンポジウム片平報告資料>

**社会医学研究会における薬害・医療被害関連論文・演題**

1. 「社会医学研究」における関連論文

第11号(1992年7月)

片平洸彦他：日本の血友病患者のHIV感染の予見・回避可能性について。1992;11:35-43.

第9号(1990年5月)

安井重裕他：肝炎はなぜひろがったか。1990;9:91-96.

第4号(1982年12月)

片平洸彦他：未提訴スモン被害者の救済に関する研究。1982;4:102-115

第2号(1981年7月)

木田みつ四郎：先天異常の基本的考え方。1981;2:17-22.

芦沢正見：先天異常防止対策とその現状—モニタリングシステムをめぐって。1981;2:23-26.

スモンの会全国連絡協議会恒久対策部：スモン被害者の恒久対策実現のために—被害者自身による実態調査から—。1981;2:113-121.

2. 全国総会における演題

1999年7月(40回・金沢)

・シンポジウム「インフォームド・コンセントをこえて」

1. 健康権・医療保障とインフォームド・コンセント 井上英夫(金沢大)

2. 患者さんと仲良しになるインフォームド・コンセント 安藤良一(石川県保険医協会)

3. 患者から期待するインフォームド・コンセント 堀中光治(日糖協石川県支部)

4. インフォームド・コンセントと医学教育 藤崎和彦(奈良医大)

・片平洸彦(東医歯大)他：ヒト乾燥硬膜ライオデュラによるクロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)に関する文献的考察(第1報)ライオデュラ使用によるCJD罹患の予見と回避義務について。

1998年7月(39回・名古屋)

・山崎喜比古(東大)他：非加熱血液製剤によるHIV感染者の生活総合基礎調査—参加型リサーチの中間報告

・片平洸彦(東医歯大)：血液事業法制定の問題点—薬害エイズ事件の教訓を生かすために—

1997年7月(38回・札幌)

・片平洸彦(東医歯大)：「薬害エイズ」の二次感染被害の実態と要因。

1996年7月(37回・青森)

・フォーラム(2)「薬害エイズ」

1. 薬害エイズ 償いの課題 片平洸彦(東医歯大)

2. 1983年度厚生省エイズ研究班に班員として加わって 芦沢正見(平和学院)

3. 東北における薬害エイズ被害者とHIV訴訟 沼田徹(東北HIV訴訟弁護団)

4. HIV感染者の生活変化と望まれるケア 高階恵美子(東医歯大)

・栗原 敦(MMR被害児を支援する会)：MMRワクチン「人体実験」論—薬害エイズから予防接種へ—。1995年7月(36回・東京)

・フォーラム「薬害エイズを考える」

1. 薬害エイズ被害者の訴え 川田悦子 (東京H I V訴訟原告被害児の母親)
2. 薬害エイズ被害者の訴え 東京H I V訴訟原告
3. 東京H I V訴訟の到達点と今後の課題 鈴木利広 (東京H I V訴訟弁護団)
4. 日本の血友病患者のH I V大量感染は「避けられなかった」か?—ジュリスト誌のシムフ論文を批判する 片平洸彦 (東医歯大)

・シンポジウム(2)医療と経済 2. 薬業資本と薬害 儀我壮一郎 (常葉学園浜松大学)

1994年7月(35回・京都)

- ・片平洸彦(東医歯大)：輸入血液製剤は血友病患者の「命綱」だったか?
- ・小澤温(国立リハセンター)：「確認書和解」14年後の若年発症スモン患者の実態と問題(その1)—入所施設の問題を中心として—
- ・渋谷優子(東医歯大)：「確認書和解」14年後の若年発症スモン患者の実態と問題(その2)—看護問題を中心として—
- ・西垣昭利(梅新東法律事務所)：予防接種被害訴訟の到達点と今後の課題
- ・自由集会「薬害エイズ被害者への償いを求めて—加害者の『ひき逃げ』は許されない—」片平洸彦、牧野忠康

1993年7月(34回・神戸)

- ・牧野忠康(長野大)：A I D S問題と保健医療福祉学の課題
- ・片平洸彦(東医歯大)：「エイズ対策」のあり方についての提言(第1次)

1992年7月(33回・金沢)

- ・シンポジウム2. 公害・薬害の被害者補償制度の経過・現状と問題点 4. スモンの補償制度について 松浦一夫(ス全協)
- ・片平洸彦(東医歯大)：スモン東京高裁判決の問題点
- ・小出大介(東大)他：「確認書」調印後12年を経たスモン患者の実態

1991年7月(32回・大津)

- ・片平洸彦(東医歯大)他：日本における血友病のH I V/A I D S被害者の多発と血液行政

1990年7月(31回・札幌)

- ・片平洸彦(東医歯大)他：日本の血友病患者のエイズ感染の予見可能性について(第2報)日本における血友病患者のエイズ感染・発症の実態とその予見可能性について
- ・横矢喜代恵(城北病院)他：当院における血液汚染事故の現状

1989年7月(30回・伊豆長岡)

- ・ワークショップ「公害・薬害・職業病被害者の運動と社会医学」
  2. 公害・薬害被害者の救済と予防のための運動 白川博清(公害弁護団連絡会議)
  4. 被害者の救済と保健社会学的接近—SMONと水俣病の調査研究を中心として— 園田恭一(東大)
- ・安井重裕(札幌西区病院)他：なぜ肝炎はひろがったのか
- ・佐藤嗣道(東医歯大)他：サリドマイド被害者運動からの教訓
- ・小澤温(愛知コロニー)他：スモン患者の人間関係への被害とその克服状況および今後の対策に関する研究
- ・片平洸彦(東医歯大)：日本の血友病患者のエイズ感染の予見可能性について(第1報)米国におけるエイズ発症血友病患者に関する初期の報告と関係機関の対応

1988年7月(29回・奈良)

- ・小澤温(東大)他：難病患者の生活史研究の有効性について—スモン患者の調査研究をもとに

- ・佐藤嗣道（東医歯大）他：医事システムのデータファイルを利用した医薬品市販後監視（PM S）（第1報）
- 1987年7月（28回・名古屋）
  - ・小澤温（東大）他：地域におけるスモン患者の生活変容に関する一考察—社会関係の側面から
  - ・加藤良夫（名古屋弁護士会）：「医療事故相談センター」の10年と患者の人権。
- 1985年7月（26回・松山）
  - ・片平洸彦（東医歯大）他：「和解」後のスモン患者の実態と要求—東京・千葉・徳島地区の事例調査から。
  - ・小澤温（東大）他：スモン被害者の救済における患者会の役割。
  - ・久永直見（名大）他：愛知筋拘縮症訴訟で問われたもの。
  - ・加藤良夫（医療過誤問題研究会）：「患者の権利宣言」の背景と機能。
- 1984年7月（25回・富山）
  - ・シンポジウム「被害者救済をめぐる諸問題」3. スモン患者の救済をめぐる今日の諸問題 あざみ昭三（城北病院）
  - ・城田淳子（横浜市中保健所）：骨壊死症対策の医療福祉的課題—患者実態調査から—。
  - ・木下安子（都神経研）他：スモン患者・家族への地域ケア—生活変動をきたした2事例—。
  - ・片平洸彦（東医歯大）他：スモン等薬害被害者の救済における「医薬品副作用被害救済基金」の役割。
- 1983年7月（24回・大阪）
  - ・手島陸久（長野大）他：スモン患者・家族への地域ケア—その1. 都内A区におけるスモン患者・家族の医療福祉ニーズと保健・医療・福祉機関との接触状況—。
  - ・高木邦明（東大）他：スモン患者・家族への地域ケア—その2. 地域ケアシステム形成を目的としたアクションリサーチについて。
  - ・片平洸彦（東医歯大）他：骨壊死症を合併したスモン患者について（第1報）。
- 1982年7月（23回・滋賀）
  - ・中西裕康（城北病院）他：スモン患者の社会資源の活用状況とその問題点—北陸3県を比較して。
  - ・あざみ昭三（城北病院）他：障害者の恒久対策—スモンの立場から。
  - ・片平洸彦（東医歯大）他：未提訴スモン患者の救済における国の責任と医療従事者の役割。
- 1981年7月（22回・二日市）
  - ・ラウンド・テーブル・ディスカッション「九州地方における公害・労災・薬害—その後の問題点」 3. スモン 本庄 庸
  - ・片平洸彦（東医歯大）他：薬害被害者の迅速な救済のあり方に関する考察—未提訴スモン患者の救済における行政の役割。
- 1980年7月（21回・東京）
  - ・金田誠一（名大）他：大腿四頭筋短縮症(6)—愛知県における6年間のとりくみ—。
  - ・市原千春（ス全協）他：スモン被害者の恒久対策実現のために—被害者自身による実態調査から—。
  - ・手島陸久（東大）他：現行スモン対策の実態と問題点。
  - ・片平洸彦（東医歯大）他：スモン問題に対する国と自治体の責任—特に未提訴スモン患者の救済問題について。
  - ・自由集会 被害者救済と公的責任 片平洸彦（東医歯大）

1979年9月(20回・名古屋)

- ・木村敬一(北越診療所):コラルジル中毒症の追跡調査.
- ・手島陸久(柳原病院):スモン患者の老齢化に伴う問題.
- ・片平洸彦(東医歯大)他:スモン被害者らの闘いと「薬事2法」の制・改定問題.

1978年7月(19回・京都)

- ・シンポジウム「公害・薬害・有害食品等健康被害者の医療援護・復権をめぐる諸問題」
  - 6.キノホルム薬害被害者—スモン—の実態と「恒久補償」をめぐる問題点 東田敏夫(関西医大)
  - 7.「薬害被害者救済制度」の問題点と制定の方向 片平洸彦(東医歯大)
  - 8.大気・水質・薬品・食品等による公害健康被害者の恒久救済をめぐる問題点 石橋一晁(弁護士)
- ・加藤良夫(弁護士)他:「医療事故相談センター」から見た医療被害の実態.

1977年7月(18回・東京)

- ・シンポジウム「社会医学の実践と研究」7.社会医学と社会薬学 片平洸彦(東医歯大)
- ・尾沢彰宣(川崎幸病院):後水晶体線維増殖症の多発と学会の医学的責任.
- ・手島陸久(東大):健康=生活破壊に対する諸「救済」制度の検討.
- ・手島陸久(東大):スモン患者のリハビリテーションの現状と問題点.

1976年7月(17回・大阪)

- ・尾沢彰宣(川崎幸病院):後水晶体線維増殖症(早産児の網膜症)の多発と学会の社会的責任
- ・片平洸彦(東医歯大):キノホルム被害者の救済をめぐる問題—特に「認定」について—.

1975年7月(16回・熊本)

- ・青山英康(岡山大)他:予防接種禍をめぐる法体系.
- ・田中豊穂(名大):未熟児網膜症の発生過程に関する保健・医療の問題点.
- ・片平洸彦(東医歯大):キノホルム薬害被害者の要求とこれに対する国・製薬企業の対応

1974年7月(15回・名古屋)

- ・片平洸彦(東医歯大):キノホルムに関する文献的考察 その2.
- ・片平洸彦(東医歯大):SMON問題に関する医師の認識と対応.

1972年7月(13回・河内長野)

- ・吉田洋一(三重大)他:医療のゆがみ—外科分野における問題例—.
- ・片平洸彦(東医歯大):キノホルムに関する文献的考察—副作用情報を中心に—.

1971年7月(12回・岡山)

- ・飯島伸子(東大)他:スモン問題の社会的側面.
- ・自由集会 スモン患者の救済 春本幸子(全国スモンの会)

1968年7月(9回・京都)

- ・中森黎悟(京都・サリドマイド被害児救済会):サリドマイド事件とこれに取り組む親の会.

1966年7月(7回・京都)

- ・高野哲夫(新薬学研究者技術者集団):わが国における医薬品開発の現状批判—臨床実験をめぐって—.

注:関連のものも含めて掲載したつもりであるが、なお記載洩れのものがあればお許しいただきたい。

## シンポジウム1

### 大都市における今日の社会医学的課題 ーホームレス問題を軸としてー

座長：山本繁（尼崎市役所）

平田衛（大阪府公衆衛生研究所）

1. 労働経済学からみたホームレス問題  
中山徹（大阪府立大学社会福祉学部）
2. ホームレス問題は住宅問題か  
阪東美智子（兵庫県立福祉のまちづくり工学研究所）
3. 大阪市「ありりん」地域の健康問題についての報告  
吉岡初枝（大阪市西成保健センター）

## シンポジウム1 (座長のことば)

### 大都市における今日の社会医学的課題 ーホームレス問題を軸としてー

山本繁(尼崎市役所)

平田衛(大阪府立公衆衛生研究所)

大阪は、日本一、野宿生活者(ホームレス)の多い都市である。

その大阪において、もっとも野宿生活者(ホームレス)問題が集積しているのが、西成区である。

その第一線現場では、わが国の医療水準であれば、治療可能な結核や赤痢などが蔓延している事実、さらに、行旅死亡者にみられるように、生命そのものがおびやかされている現実を目の前にして、無力感に陥る日々、はがゆい思いの日々と言われている。

生活習慣病対策や、健康増進事業などが声高々に叫ばれる昨今にあって、貧困な食べ物を見るにつけ、その落差の大きさと

まどう日々であるとも聞いている。

これらは、ひとり、野宿生活者(ホームレス)に限局した特異な事例なのであろうか。否、都市の健康問題が我が国の労働者の{生命と暮らし}の問題が凝縮されたものではないだろうか。

このシンポジウムでは、単に医学、医療の視点だけでなく、労働経済(暮らし)、住居(すまい)のサイドからの分析と提言を受けの中で、社会医学的な課題を探るとともに、全国的な規模で共同の取り組みをはじめるきっかけを作りたいと考えている。

そして、そのことが、大阪のみでなく、第一線現場で地道で働く人たちへの励ましとなれば幸甚である。



## 労働経済学からみたホームレス問題

大阪府立大学社会福祉学部 中山徹

### 1. 報告の課題

近年、大都市のみならず、地方都市においても、いわゆる路上、公園、河川敷、高架下等での生活を余儀なくされている狭い意味での「ホームレス」は増加している。

昨年厚生省の集約では、全国で、20451人である。中でも大阪市は、8660人(98年8月)と全国で最も多い「ホームレス」を抱えている自治体である。東京都(99年8月)においても、23区内で確認された「ホームレス」は約5800人であり、97年の3700人、98年の4300人と、数は増加の一途をたどっている。そして、主要大都市のみならず地方都市にも広がってきており、冬季の北海道においてもその存在は確認されている。

そこで、本報告では、大阪における「野宿生活者」調査を事例としながら、第1に、「共通ベルト的階層」・開放的労働市場の典型としての建設業日雇労働市場と変貌過程、第2に、労働生活の現状、第3に、日雇・「ホームレス」に対する雇用政策の現状、第4に、国の自立支援センター構想を中心とした「ホームレス問題に対する対応策」等の雇用政策からみた問題点を考察する。

### 2. 野宿生活者増加と日雇労働市場の機能低下

ここ数年の野宿生活者の増加の原因は、今日の日雇労働市場の変貌を抜きに考えることはできない。バブル経済崩壊後の「リストラ」(事業再構築)戦略のもとにおける「終身雇用」の揺らぎ、中核的労働者(ストック型労働者)以外のフロー化の進展、

労働市場における中間労働市場=準労働市場の構築など、全体として雇用流動化が進んでいる。その結果として、高い完全失業率を維持している。

大阪における「野宿生活者」の大きな供給源である建設日雇労働市場においては、建設不況のもとで震災需要はあったものの、構造的な求人減少が続いている。また近年、求人における年齢制限が恒常化きており、その年齢は55歳から50歳程度にまで下がってきている。一方、日雇労働者の平均年齢は、大阪における寄場日雇労働市場のピークである70年には30歳代であったものが、現在約54歳(白手帳保持者の平均年齢)と高齢化してきている。そして建設業における工法の近代化が進む一方、労働力調達構造も「寄場離れ」が進んでいる。駅手配、新聞などの求人広告などによる方法が増加している。また、アパート・マンションなどに労働者を「囲い込む」建設下請け業者の増加も指摘されている。このことは、長年にわたって労働組合によって勝ち取られてきた建設日雇の賃金水準の低下を意味している。

こうした中で、日常的な労働・生活の中に短期・一時的な「野宿」を包含している日雇労働者、特に、高齢労働者に恒常的な「野宿生活」を余儀なくさせることとなった。そして、寄場の周辺から他地域へ拡大していったと考えられる。これに、建設不況により、地方飯場の縮小・閉鎖、零細業者の倒産などにより創出された寄場を経由しない建設労働者、従来から「居住」が不安定であった住み込み型の都市不安定就業労働者などが追加されてきたのである。

### 3 「野宿生活者」の労働生活

「野宿生活者」に対して「なまけもの」というイメージが市民の間に根強く存在している。彼らの日常生活に関する無理解がその大きな要因となっている。ここでは、労働生活についてだけ触れておく。

99年度実施の大阪市内の「野宿生活者調査」（大阪市立大学都市環境問題研究会2000年2月）によれば、調査回答者672人のうち、「仕事をしている」が約80%に上っている。ただ、仕事の内容（複数回答）は、「廃品回収」が約87%、「日雇」が約9%、「特別清掃」（大阪府・大阪市による雇用創出策）が約10%である。回収品目は、「アルミ缶」（キロ80円程度）が79.7%、「段ボール」（キロ5円程度）6.0%、「粗大ゴミ」34.9%である。そして、仕事から得られる収入は、月3万円未満で約60%、4万円未満で約70%強である。仕事の時間帯（複数回答）は、「早朝」66.9%、「夜間」42.9%、「昼間」42.1%である。

つまり、公園、河川敷、路上で野宿生活を余儀なくされている人々の多くは、夜間、早朝廃品回収などの仕事で「窮迫的自立」ともいべき水準で生活していることがわかる。様々な調査結果から、彼らの多くは「怠け者」でも「好きで路上」にいる人々ではなく、その本質は、「失業」状態、「極貧」状態にある人々である。大都市の高齢単身世帯に対する生活保護基準は約12万円であり、それを大きく下回っているのである。

そして、指摘しておく必要があるのは、大阪における野宿生活者の主な供給源は、釜ヶ崎などで就労していた日雇労働者と釜ヶ崎の寄場労働市場に依拠していなかった建設就業者であるという点である。

### 4. 日雇・ホームレスに対する雇用政策の現状

日雇労働者や「ホームレス」に対してどのような雇用政策が存在するのであろうか。

失業に対する社会保険として雇用保険がある。雇用保険法では、日雇労働者に対して特例を設けており、前2ヶ月で26日の印紙保険料が納付されている場合、1級で7500円のいわゆる「アブレ手当」が支給される。しかし、上でみたような労働市場の需給関係のもとでは、極めて不十分にしか機能しない。つまり1ヶ月13日就労ができない場合、受給資格がない。また、事実上機能しない状態の中では、「白手帳」更新（1年ごと）しない者も当然発生する。こうして、雇用保険は、長期失業者には、まったく機能しない。上記の調査によれば、白手帳保持者は、回答者全体の約78%、釜ヶ崎での就労経験のある者でも約78%と大半のものが所持していない。

雇用を求める場合、日雇労働市場については、「寄場」という労働市場が存在している。大阪の場合、「相対方式」とい形態で、早朝、あいりん総合センターで求人募集（「現金」）があるが、上で指摘したように求人減少、年齢制限など事実上高齢日雇労働者などは就労することはできない。一定の期間「飯場」で就労する（「契約」）方法もあるが、建設不況の中で求人は減少している。また地方の「飯場」の縮小・閉鎖なども進展している。一般の職業安定所＝「ハローワーク」においては、日雇求人は扱っていないし、また「住所」が「ドヤ」、あるいは住所が「不安定」である場合、事実上就職斡旋の遡上にはのぼらない。

こうして、多くの中で「野宿生活者」は、先にみたように廃品回収などで「窮迫的」自立せざるを得ないのである。

大阪においては、自治体による「雇用創出」策が実施されている。

94年より実施されている高齢者特別清

掃事業がその1つである。同制度に登録している人数は、制度発足時には940人であったのが、99年には1966人に増加し、また年間求人人数も94年の4、680人から98年には年間13、270人に増加している。

当初、センター内清掃（大阪府）の場合、1日紹介人数は10人～25人で、梅雨期・求人減少期に限定していた。また生活道路清掃（大阪市）でも、通年実施をしているものの、その位置づけは「環境美化対策」としてであった。これらの事業の日給は5700円であり、単純に計算して1ヶ月に1回仕事があるかどうかという状況である。これではどうして生活を維持していただくだけの収入にはならない。したがって、登者の中には、野宿している者が少なくない。

99年からは、「センター内清掃」が「あいりん地区高齢日雇労働者特別清掃事業」通年化し、また大阪市の「生活道路清掃事業」も「機動的清掃事業」としてその拡大が図られてきているとはいえ、就労希望者の増加には対応し切れていない現状にある。

また、99年には、緊急日雇路労働者多数雇用奨励金の支給を実施したが、野宿生活者・日雇労働者の雇用安定にはば遠い。

重要なのは、これらの施策が、「就労対策」として明確に位置づけられてはいなかった点にある。後述するように「自立支援センター」設置をその主要内容とする「当面の対応策」における大きな問題点の1つは、就労による野宿生活からの脱出=出口が職業訓練・就労斡旋にとどまり、雇用創出策と連動していない。

これら就労対策事業、雇用創出政策を本格的に展開する大きな妨げとなっているのは、国の雇用政策の基本方針にある。戦後の雇用・失業対策の1つの大きな柱であった「失業対策事業」の96年の緊急失業対策法が廃止された。同法の廃止を結論した

失業対策制度調査会報告（95年12月）の中で「戦後失業対策は、民間企業における雇用安定や雇用促進のための施策の拡充、発展及びその積極的活用を基本とすべきであり、失対事業のように失業者を吸収するために国や地方公共団体が事業を実施する方式はとるべきではない」という考えを示し、「現在、景気の変動や産業構造の変化に伴い、雇用失業情勢は厳しい状況にあるものの、これに対応した施策としては、民間における雇用安定や就職促進のための諸施策が講じられており、これらの施策によって対応していくことが適当である」とした。つまり、雇用保険法の雇用3事業による事業主に対する各種助成金を通じた民間企業への吸収により問題の解決を図り、公的な就労事業は実施しないというのが基本政策である。

大阪における特別清掃事業の度発足時において「---特別対策が必要に思うが、当面緊急対策として西成地区を失業多発地域に指定する意思はあるか、あいりん職業分庁舎を窓口にして高齢日雇労働者を対象に、求職登録をしそれに見合う雇用確保を図ることができないか第二失業対策として位置づけるべきではないか」（文化労働常任委員会）という質問に対して、「---事業を実施した場合、過去の失業対策事業と同様に恒久化するおそれが強いこと、他地域の高齢者との不均衡が生じること、一地方自治体で対策を講じきれないなど多くの課題がある」（府労働部特別対策室長回答）という回答に端的に示されている。

多くの「野宿生活者」が一般のイメージとは異なり就労していること、そして、また就労・仕事による就労を希望しており、特別立法による公的な就労事業を創出すべき段階にきている。さらに、高齢者など就労ができない者に対しては、ここでは触れないが、生活保護が本来の役割を果たすべ

きであることを指摘しておきたい。

## 5. 国のホームレス対策「自立支援センター」構想の問題点—特に、就労支援について—

国は、政府と都市6自治体からなるホームレス問題対策会議を設置し、99年5月26日に「当ホームレス問題に対する当面の対応策について」99年5月26日をまとめ、その後、99年7月19日に厚生省が「ホームレスの自立支援方策に関する研究会」(平成12年研究会)を立ち上げ、2000年3月に「ホームレスの自立支援方策について」をまとめた。

ここでは就労支援を中心にみておく。両報告書では、1. 就労意欲のある者等と、2. 「福祉等の援護が必要な者」などに大別し、前者については「自立支援事業」がその主要な柱となっている。原則6ヶ月を期間として、公共職業安定所との連携のもとに、職業相談・斡旋、職業訓練などを行い就労による自立を目指すとされている。そして、「就職の際の保証人については、新作などの援助が得られない場合、センターとして一定の仕組みを作っておく必要がある」、「職業斡旋を行う場合、求人者に対し求職者の状況を十分伝えた上で求人開拓を行うなど、センターと求人者との信頼関係の維持に十分配慮する必要がある」、さらに就職決定者の「住居の確保」などが指摘されている。しかし、肝心の就労先=出口については、既存政策体系を保持したままとなっている。つまり、あくまで就労・相談・斡旋、求人開拓という一般的施策にとどまっているということである。労働市場指標の1つである求人倍率は、平成11年で0.49、45～49歳で0.42、50～54歳で0.27、55～59歳0.14である。このような中で、従来の一般的施策による展開では

実質的な問題の解決にならないことが予想されるのである。

## 6. 結び

「野宿生活者」問題の政策的課題を考察するには、現代日本の社会保障(各種社会保険制度)・社会福祉(生活保護など)・住宅政策などを総合的にとらえる必要があるが、本報告では、雇用政策などを中心に述べた。政策的課題を列挙するならば、フロー型雇用情報センターの設置などによる多様な雇用機会の紹介・斡旋、職業訓練の実施、そして特別措置法などによる国による雇用創出策の実施である。現在実施されている府・市の特別清掃事業などもその一環として位置づけられ、一層拡大される必要がある。また、福祉工場や授産施設などの「就労促進としての福祉施策」=「福祉的就労」とそのシステムづくりなども考えられるべき施策である。自立支援の基本は、就労意欲のある者には「仕事」を保障することであろう。その意味で、これらの施策は、「雇用不安」状態をどう打開するかという雇用政策全体の枠組みの変更を迫るものでもあるということをつけ加えておきたい。

## 参考文献

1. 中山・福原「日雇労働者の高齢化・野宿者化問題—大阪に即して」『日雇労働者・ホームレスと現代日本』社会政策学会編、御茶の水書房、1999年7月
2. 福原宏幸「ホームレスと雇用対策」『市政研究』大阪市政調査会99年7月124号
3. 海老一郎「大都市にみる路上生活者の実情」宮下忠子『路上に生きる命の群』随想舎1999年8月
4. 金子雅臣「失業対策の過去と未来」『Shelter-less』99年No4.

# ホームレス問題は住宅問題か

阪東美智子（兵庫県立福祉のまちづくり工学研究所）

## 1. 欧米のホームレス問題

欧米では、ホームレスについて法的根拠を示し、対策を講じている。ホームレスを生む原因には、雇用・家族関係・社会情勢・個人の身体的・精神的問題など、複合的な要因が絡んでいるとして、多様な分野にまたがる施策を講じており、住宅対策もその一つとして実施されている。

特にイギリスでは、住宅法によってホームレスが定義されており、地方政府にはホームレス救済のために家賃手当や住宅確保の援助義務が課されるなど、ホームレス問題を住宅問題として捉え対応している。

アメリカのスチュアート・マッキーニ法は、ホームレスを、夜間に定まった住居がない者、シェルターや福祉ホテル等一時的宿所に泊まっている者とし、ホームレスに対しては社会との相互責任原則を強く打ち出している。

フランスでは、ホテル居住者、不良住宅居住者を含めた狭義のホームレスに加えて、最低居住水準未達の住宅の居住者も施策の対象として、ホームレス対策を実施している。特に住宅政策においては、民間空家に課税して賃貸住宅の供給を誘発するなどの施策が実行されている。

## 2. 発展途上国のホームレス問題

発展途上国においては、農村から都市への労働力移動に比して住宅供給量が少なく、慢性的な住宅不足の中、スクウォッターや過密居住が拡大している。特にストリートチルドレンなど幼少年のホームレス問題が深刻である。また、地縁や血縁による互助社会を形成している発展途上国の多くでは、いわゆる野宿者を見かけることは少なく、

ホームレス問題よりもむしろスクウォッター（土地や建物の不法占有）やスラム居住が社会的問題となっている。

これらの国においては、ホームレス問題はまさしく住宅問題の一環であり、低所得層にアフォダブルな住宅を供給することが、ホームレス対策の柱である。しかしながら、政府の財政力や人材の不足によって、住宅の直接供給を行うことは不可能であり、現在は国連が提唱する「イネーブリング・ストラテジー(enabling strategy)」を踏襲する国が増加している。これは、住宅建設における政府の役割として、直接的な住宅供給ではなく、後方支援者として意義づける政策である<sup>註1</sup>。すなわち、スクウォッターやスラム居住者に正式に居住権を保障することによって、住宅地の改善や居住者の生活向上を試みようとしている。また、NPOやCBOが母体となったマイクロ・ファイナンス（小規模金融）を住宅ローンに利用できるようにするなどの動きがある。

## 3. 日本のホームレス問題

一方、日本においては、欧米のようなホームレスを具体的に定義した法律はなく、一般に、野宿者問題をホームレス問題と捉えていることが多い。イギリスがホームレスと定義している簡易宿泊所や飯場など一時的宿泊所の宿泊者や、フランスが施策の対象としている最低居住水準未達住宅の居住者などは、日本ではホームレスと見なされていない。

そもそも、日本の住宅や建築分野では、ホームレスを住宅問題として捉える機運は少なかった。過去の住宅研究を眺めても、「不良住宅地区」と規定されるスラム研究

としてドヤ型スラムや戦前長屋地区などを対象とした調査研究は行われてきたが、ホームレスを含む不良住宅地区の地区住民に着目した研究は行われていない。建築分野の研究手法の一つに「住まい方調査」があるが、「住まい」を持たないホームレスについては、調査の対象物がなかったためか、積極的な調査が行われてこなかった。ホームレス問題は、あくまで対象者個人の人間的問題として社会学・社会病理学的分野で扱われるものであり、住宅問題の一環としては捉えられてこなかった。

厚生省の「ホームレスの自立支援方策に関する研究会」では、日本のホームレス問題の要因について、次の「3つの喪失」とそれに介在する「失敗」をあげている<sup>注2</sup>。

- ①仕事の喪失：安定職からの失職、不安定職の失職
- ②家族の喪失：離婚、家出、実家とのトラブル、虐待など
- ③住居・住所の喪失：家賃滞納、追い立てなど

これらの要因については、近年ようやく社会的問題としても捉えられるようになったが、当事者の個人的問題として片付けられることが多かったのではないかと。特に、③の要因については、住宅問題と関連付けて考察されることはなかった。

#### 4. 日本の住宅問題

実際、平成5年10月1日現在の日本の総住宅数は4588万戸で、総世帯数を491万戸上回る供給過剰の状態であり、数字の上では発展途上国に見られるような住宅不足がホームレスの原因であるとは言い難い。空家の存在とホームレスの増加は、欧米にも見られる現象であり、事実フランスでは「空家接收法」などによって路上生活者の住宅確保を実現してきた経緯がある<sup>注3</sup>。

では、日本でもフランスと同様の手段を

用いることでホームレス問題に対応することが可能だろうか。

昨年、大阪市のホームレス調査に参加し、大阪城公園のテント居住者を訪問した知人の感想は、「大阪城公園のテントは究極のアウトドアライフだ。テントには、居間や寝室が設けられ、周辺環境は緑が多くて言うことなし。このような状況では、敢えて家賃を支払って住宅に居住することを考える人はいないのではないか。」というものであった。この言葉の背景に、日本の住宅政策の矛盾を感じずにはいられない。

建設省のホームページでは、住宅の充足を評価しつつも、その中身について、以下のような問題があると指摘している。

- ①ファミリー向けの借家の絶対的不足
- ②利用不可能または流通に絶えない空家の存在
- ③高齢者世帯を対象とする良質な空家の不足

日本の住宅政策は、戦後一貫して戸数の充足を目標としてきた。個々の住宅の質も改善されてきており、持家を中心に平均床面積は向上している。

しかしながら、賃貸住宅の戸あたり面積は持家の半分以下であり、狭小な賃貸住宅の供給が多い。また、最低居住水準未満世帯が319万世帯残存しており、特に三大都市圏においては、終戦から昭和55年までに建設された借家の25.1%が最低居住水準未満である。また、空家総数は全住宅戸数10%に達しているが、そのうちの39%は劣悪なストックであり、住み替えのために利用可能なものは全体の23%に過ぎない。

#### 5. あいりん地区における居住問題（1）

大阪市西成区あいりん地区は、野宿生活者予備軍ともいえる日雇い労働者が居住する地区である。地区内には約200棟の簡易宿泊所が集積し、約20000人の労働者を収

容することができる。

一昨年12月に、この地区で居住問題に取り組んでいる「釜ヶ崎居住問題懇談会（現釜ヶ崎居住COM）」が、「居住のはしご」論を含む緊急アピールを提示した<sup>注4</sup>。「居住のはしご」とは、地区の日雇い労働者や野宿者の居住形態（野宿—シェルター—簡易宿泊所—アパートなど）を階層状に並べてはしごのように見立てたものである。アピールは、はしごを一步ずつでも昇ることで、「住む能力」を発展させながら「人間居住」に近づくために、当事者の努力と当事者団体や地域住民、行政の支援が円滑に行われるようしくみづくりを提案するものである。論者自身もこのアピールの策定に関わったが、実は最近になって先に述べた日本の住宅事情がこの「居住のはしご」の形成を妨げているのではないかと感じ始めている。大阪城公園のテント居住者がはしごを昇るモチベーションを持たないのは、はしごの上段に必ずしも下段より良好な住環境が保障されていないためではないか。特に、野宿・テントからシェルター、低家賃アパートまでは、最低居住水準未満の居住形態でしかなく、人が住むに値する居住性能や居住環境が実現されていないのが事実である。

このことは、野宿生活者のみならず、住宅に困窮する低所得層・不安定収入層に共通した課題として捉えられる。例えば、阪神淡路大震災の被災地に居住していた資産の少ない高齢者や自宅を滅失した自営業者の多くが、深刻な住宅問題に直面し、その状況は復興過程においても変わらない。これを居住のはしごで説明すると、通常なら災害時や不測の事態にも、はしごのステップを一、二段降りる程度でとどまらねばならないところが、一挙にはしごを転落してしまった状況にある。実際、被災地では良質な低家賃住宅が地震で滅失し、復興過程

においてもそのような住宅の再建が行われなかったため、中段から下段が欠けた居住のはしごしか用意されていないことが問題であったといえる。

野宿への転落を防ぐためには、連続した居住のはしごを準備することが必要であり、特にはしごの下段を形成する低家賃住宅の整備が実現されてこなかったことが、近年ホームレス問題が拡大化し深刻化している一因であると考えられる。さらに言えば、はしごの下に転落を防ぐ網（セーフティネット）を張ってこなかったことが、問題であったのではなかろうか。

## 6. あいりん地区における居住問題（2）

ホームレス問題の対応を考えるにあたって、いくつかの手法が考えられる。まず、緊急対策として、野宿者の居住保障が大事である。今年4月に大阪市が初めて地区内に600床の公的シェルターを建設し、一昨年に敷設された200床の大型テントと合わせて、地元のNPOがその運営を行っているが、まだまだその数は十分ではない。

地元の大阪府簡易宿泊所環境衛生同業者組合は、昨年、簡易宿泊所を活用した野宿者保護の案も提示したが、大阪市では簡易宿泊所における生活保護を認めていないこともあり、実現には至らなかった。国レベルでは、自立支援センター建設の動きがあるが、建設予定地周辺の反対などにより、これも実現には時間がかかるようである。東京では、グループリビング形式の民間型自立支援センターが建設され、成果をあげているが、大阪市では、そのような動きはまだ始まったばかりである。

いずれにせよ、現在講じられている野宿者対策は、住宅の提供でなく期間限定の通過施設型のものが多い。夜間しか利用できず、就寝機能しか満たさないものもある。このような施設は、「帰る場所」「生活の

抛り所」とは呼べず、ホームレスが「ホーム」を回復する手段にはなり得ない。継続的な居住権の保障をまず実現していくことが大事である。

一方、中長期的対策として、野宿への転落を予防するために、野宿者予備軍とも呼べる簡易宿泊所居住者や低家賃アパート居住者の生活と住環境に目を向ける必要がある。常に、現在の居住形態よりも上段の居住形態に昇りたいとするモチベーションが失われないように、またはそのモチベーションをいかに新しく生じさせるかが、路上生活に転落させないための鍵である。

日本の住宅政策においては、老人ホームなどの高齢者福祉施設については住宅的要素を認めているものの、簡易宿泊所や飯場や長期療養型病院や刑務所など、長期にわたって居住する可能性のある施設群が考慮されていない。しかし、実際は、これらの施設群を経由して創出されるホームレスが少なくないのであり、このような事実を直視し住宅問題の一環としてホームレス問題に対応する必要がある。

## 7. 簡易宿泊所における生活保護の是非

大阪市では、簡易宿泊所における生活保護が容認されていない。これは、大阪市では、更生相談所条例に基づき簡易宿泊所に居住する単身労働者には所在地保護が適用されるためである。

条例による保護の限定とは別に、簡易宿泊所における生活保護を疑問視する理由の一つに、「簡易宿泊所は住宅としての機能を満たさない。」というものがある。特に居室の広さにおいて、簡易宿泊所の環境を否定する意見が多い。

簡易宿泊所は、大阪府旅館業法（1948年法律第138号）では、多人数で共用する構造・設備を主とするもの、と規定されており、客室の広さの基準は1人につき1.6㎡

とされている。以前は「立って半畳、寝て1畳」と言われた客室であるが、実際は、バブル時代の建築更新によって、3畳が主体（全体の約7割）となり、エアコンや内湯を備えるなど設備面でも向上した。価格帯はやや上昇したものの、1泊平均1500円程度でここ数年は推移しており、東京・山谷地区や横浜・寿町がエアコン等の設備なしで1泊2000円を超えるところがある中で、比較的安い価格で客室を提供している。

一方、生活保護受給者が居住している周辺の低家賃アパートの多くは、3畳～4.5畳程度の居住面積であると聞く。住宅設備などの状況など詳細はわからないが、住宅統計調査をみると西成区内には設備共用のアパートが少なくない。

果たして、住宅と簡易宿泊所の客室に物理的な居住環境の差異が認められるのだろうか。特にあいりん地区の場合は、居住者が単身の男性であることや、就業形態の主流が日雇いであることを前提に、住居に求められる機能や性能を整理する必要がある。

## 8. 簡易宿泊所は「住居」か「施設」か

建築物としては、簡易宿泊所はあくまで宿泊のための「施設」である。従って、就寝機能以外の住機能は非常にお粗末に作られている。1日単位の契約で宿泊する場所であり、居住の継続性も保障されていない。

しかし、日雇いで飯場生活もある就業構造では、アパートを借りることは困難であり、この点、簡易宿泊所は日雇い建設労働者には都合のよい住居形態であったといえる。また、あいりん地区内には、生活に必要な様々な施設が完備しているので、就寝機能以外の住機能は簡易宿泊所の外で間に合わせることが可能である。例えば、安価に食事のできる食堂や喫茶、あるいは炊き出しが行われる公園は労働者らの共同食堂と位置付けられ、ユーティリティー機能は



銭湯やコインランドリーで代替できる。娯楽や応接は、囲碁・将棋センターや「あいりん総合センター」やボランティア団体が開放する会議室、教会などがその機能を担っており、さしずめ「あいりん総合センター」は地区の巨大なりビングだと考えられる。このように、あいりん地区では地区内施設が簡易宿泊所の住機能を補完しており、またそれは、家族という最小の社会単位さえ持たない单身男性者にとって、他者とのふれあいや交流を生むよい機会になっていると考えられる。いわば、あいりん地区全体がコレクティブハウスのようなものであり、この地区は集住を前提とした「コレクティブタウン」なのである。こう考えれば、3 畳程度の客室でも、「あいりん地区労働者」を対象を限定すれば「住居」と捉えてよいのではないだろうか。

長年にわたって1人で漂流生活を続け、逼迫した状況にある労働者に、一般的な住居概念を求めるのは難しい。生活が安定し「普通の暮らし」ができる一部の労働者には一般の住宅地区に移り住む選択肢もあるだろうが、大半のあいりん地区労働者にとっては、あいりん地区の簡易宿泊所は唯一の居住の場なのである。

## 9. 住宅整備から「まちづくり」へ

あいりん地区の居住水準の向上を図るためには、簡易宿泊所の個室の議論をするだけでなく、地域施設の整備のあり方を考えるべきである。すなわち「まちづくり」をどうするか、ということである。

「まちづくり」については、将来的な問題、特に高齢化を視野に入れて対応する必要がある。労働者の平均年齢は、このままでいけば10年後には65歳になり、あいりん地区は高齢者のまちと化す。簡易宿泊所全体が、いわば老人ホームのような形にもなりかねない。しかし、現在の簡易宿泊所

の状況では、介護が必要な状況になれば物理的に居住は困難であり、人的サービスも望めない。もちろん、一般の地域のような家族介護（特に配偶者介護）が望めないことは明らかである。介護保険が導入されても、野宿生活者の大半が生活保護さえ貰えない現況を考えると、サービスの受給は難しいといえる。こうした事態に対応するためには、今から、福祉のまちづくりを推進していく必要がある。

## 10. 社会性の回復の補完

ホームレス問題の要因の一つに家族の喪失があるが、社会性の欠落は大きな課題である。家族や職場という所属・役割が欠落しているために、社会との媒介がなく、社会参加が困難な状況にある。

ホームレスの「ホーム」の回復とは、単なる器としての住居の提供だけではなく、家族や社会とのつながりを回復することでもあろう。

現在のような就寝機能しか住居に求めない暮らし方も、社会性の向上に伴い「住む」「暮らす」という行為が豊かになれば、変質していくはずである。そのためには、住居の提供だけでなく、暮らし方の指導や支援も含めたホームレス問題への対応が求められているのではないだろうか。

注<sup>1</sup> 岩崎駿介・東村康文・芝原真紀：人間居住キーワード事典 都市・農村・地球、中央出版法規、1995、p. 116

注<sup>2</sup> 厚生省審議会議事録：第3回ホームレスの自立支援方策に関する研究会（議事要旨）の発言3より抜粋

注<sup>3</sup> 稲葉奈々子：フランスにおける「住宅への権利」運動の展開、『住宅会議』第44号、1998.10、pp. 49-51

注<sup>4</sup> 西成労働福祉センター労働組合、同釜ヶ崎居住問題懇談会：釜ヶ崎居住問題緊急アピール 野宿をなくし、「人間居住」を実現するための緊急策と抜本策、『住宅会議』第45号、1999.3、pp. 50-51

# 大阪市「あいりん」地域の健康問題についての報告

吉岡初枝（大阪市西成保健センター）

## 1. はじめに

近年、さまざまな事情で野宿生活を余儀なくされている人々が日本の都市部に増加してきている。大阪市においても平成10年度に実施した野宿生活者の概数調査によれば、8,660人に及んでいる。「あいりん」地域は平成10年12月末現在で、約30,000人と推計され、そのうち日雇労働者が約21,000人で日雇労働者の街「あいりん」は経済の好不況の影響が直接に現れている。

## 2. 研究目的

不況が長期化しているなか「あいりん」地域で野宿生活を余儀なくされている人々の健康問題について調査し「あいりん」地域において保健婦がどのように活動すべきか考える。

## 3. 調査方法

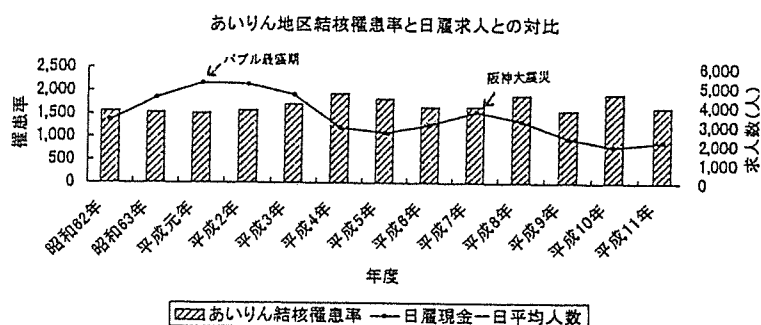
昭和62年以降の結核罹患率の推移と日雇現金一日平均人数との関係、平成10年の行旅死亡状況、平成10年の赤痢発生状況についての調査を行った。

## 4. 結果

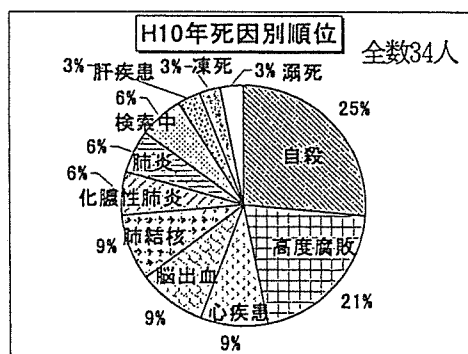
①結核罹患率（10万人対）の推移 図(1)は「あいりん」地域で昭和62年(1563)以降減少していない。日雇現金一日平均人数と罹患率との関係では平成元年（バブル最盛期）で1520を示しているが、平成10年（景気低迷長期化）は1930と増加を示している。

②行旅死亡状況から平成10年の死因別順位 図(2)をみると1位・自殺9人（25%）2位・高度腐敗のため不詳7人（21%）、3位・心疾患・脳内出血・肺結核（9%）の順でまた34人中17人（50%）が解剖所見であった。

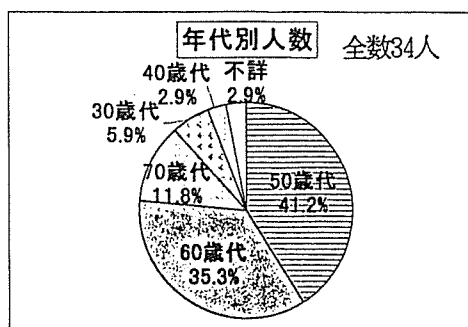
図(1)



図(2) 行旅死亡状況



図(3) 行旅死亡状況



平成10年の年代別 図(3) は50歳代の14人(41.2%) 60歳代の12人(35.3%) で全体の76.5% を占めている。

③赤痢患者 232人(真性・疑似)の疫学調査から食事状況 図(4) をみると上位から炊き出し、買ったパン、人から貰ったもの、パンのみみ、バナナ、期限切れ弁当、廃棄食品等であった。

寝ている場所は、労働センター内、労働センター付近、隣接区(電機屋筋、公園、地下街)等「あいりん」を中心に周辺に広がっていた。使用したトイレは労働センター、公園、駅、パチンコ店、周辺の施設等であった。

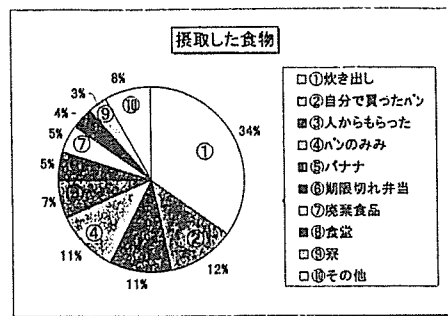
## 5. まとめ

結核罹患率と求人状況の関係をみると求人状況が悪化すると結核罹患率が高率となり、景気の好不況が結核罹患率に反映している。従って日雇労働者の就労確保が結核罹患率を下げる大きな要因になると考えられる。「あいりん」地域で野宿生活をしている人が結核と診断されると、おもに大阪府下の民間病院に生活保護で入院となるが退院と同時に高齢者や障害者以外は生活保護は中止となるケースが多い。

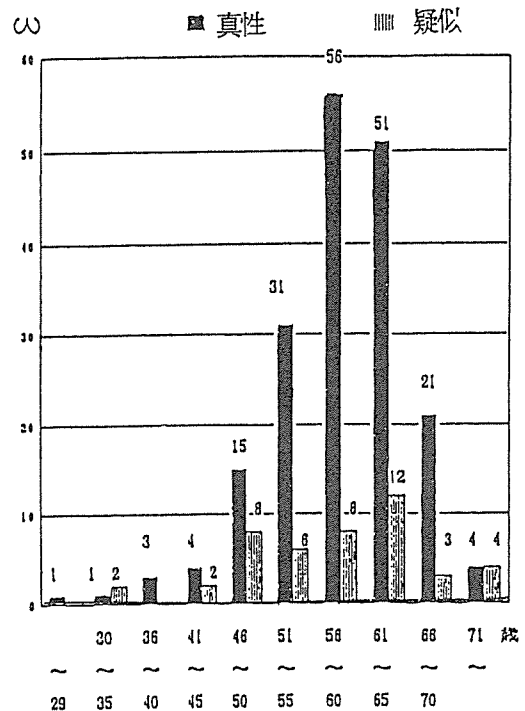
そのため治療脱落、中断となりやすいが(平成 6.7年の治療脱落、中断は19.7%、8年は16.7%に改善)退院後も生活安定の措置がなされ生活実態にあった支援を継続して治療完了に結びつけねばならない。また結核蔓延状況を改善していくためには「初回面接」の強化や、平成11年9月から試行実施しているDOTS(服薬を直接確認する結核短期療法)が実効あるものに拡充されなければならない。

また誰にも看取られず路上で死亡した人々の実態を知り、保健や福祉がどう機能すれば防げるのか関係する機関と連携、研究をすすめていく必要がある。

図(4)



図(5) 平成10年赤痢発生状況  
年齢別患者発生状況



そして、「あいりん」の赤痢患者は野宿生活者が殆どで、その暮らしは人として生きるための生存権が脅かされていることを訴えている。緊急総合対策が急務である最後に、今回の調査結果はこの厳しい生活実態をふまえ、保健婦としてどう支援していくのかが問われている。今後はさらに医療、労働、福祉等との密接な連携を一層すすめながら、全国の野宿生活者の調査、研究に参加して「あいりん」地域の健康問題の改善に取り組んでいきたいと考えている。

## シンポジウム2

### 介護保険制度と社会福祉基礎構造改革 —サービスの質の確保と利用者の権利擁護を中心に—

座長：黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部）

1. 市民福祉オンブズマン活動から見たサービスの質  
永和良之助（佛教大学）
2. 介護保険制度とサービスの質確保  
岡本悦司（近畿大学医学部）
3. 社会福祉基礎構造改革とサービスの質の確保  
小澤温（大阪市立大学）

## シンポジウム2（座長のことば）

### 介護保険制度と社会福祉基礎構造改革 ーサービスの質の確保と利用者の権利擁護を中心にー

座長：黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部）

介護保険制度は、これまでの福祉の措置制度を契約に基づく制度に変えることにより、利用者の選択権、自己決定権を保障するといわれている。また、利用者がサービスを選ぶことができるので、サービス事業者間に競争が生じサービスの質が高まる、あるいはサービスの効率化が図られるともいわれている。はたしてそうであろうか。

介護保険制度が発足し、これまで措置制度をとってきた身体障害者福祉サービス、知的障害者福祉サービスなどにおいても、利用者との契約に基づく利用制度を導入する方向で、改革が進められることになる。そのため、「社会福祉基礎構造改革」の方向性が数年来議論されてきたが、先の国会で社会福祉事業法等の改正が成立したことにより、改革は実施の段階を迎えることになる（法律は平成12年6月7日公布、施行だが、措置制度の利用制度への変更等に関しては、平成15年4月1日施行）。

この法改正では、サービス利用者の権利を保護するための仕組みとして、地域福祉権利擁護制度（福祉サービス利用援助事業）、

事業者自らが行うサービスの質の評価および苦情解決の窓口の設置、都道府県レベルで第三者機関（運営適正化委員会）が行う苦情解決の制度などが盛り込まれている。はたして、こうした新たに導入される仕組みはうまく機能するであろうか。

本シンポジウムでは、こうした問題意識に立ち、3人のシンポジストに報告をお願いしている。初めに、永和良之助氏（佛敎大学）に「市民福祉オンブズマン活動から見たサービスの質」と題して、特別養護老人ホーム等のサービスの現状や格差について問題提起をしていただく。岡本悦司氏（近畿大学医学部）からは、介護保険制度におけるサービスの質の確保の仕組みについて、小澤温氏（大阪市立大学）からは「社会福祉基礎構造改革」に組み込まれたサービスの質の確保の仕組みについて、それぞれ論じていただく。

新しく始まった、あるいは近未来に導入されるこうした仕組みや制度をどのように評価すべきか、シンポジウムの討論の中から探っていきたい。

## 市民福祉オンブズマン活動から見たサービスの質

永和良之助（佛教大学）

私は、愛媛県情報公開要綱が施行された1994年から福祉施設の情報公開に取り組んできた。97年6月からは「えひめ福祉オンブズネット」を結成し、オンブズマン活動にも取り組んできた。その成果は、『愛媛県内特別養護老人ホームの状況（97年度版）』『愛媛県内特別養護老人ホーム・老人保健施設の状況（98年度版）』『愛媛県内特別養護老人ホームの状況（99年度版）』などにまとめ公表してきた。

わが国の福祉サービス・福祉施設の情報公開度は極めて低く、特に監査結果など利用者にとって重要な情報が公開されずにきたが、これらの資料も異議申し立てをすることにより公開されるようになった。

このシンポジウムにおいては、特別養護老人ホームを例にとり、公開された公文書から、そのサービスの質を検証する視点を中心にして報告することとしたい。

### I. 次のような高齢者施設は避けよう。

1. 介護・看護職員の少ない施設
2. 介護・看護職員がよく辞めている施設
3. 介護福祉士などの有資格者の少ない施設
4. パート職員が多く常勤職員の少ない施設
5. 床ずれの施設内発症率の高い施設
6. 職員を研修に出さない施設
7. トップが天下りの施設や同族経営の施設
8. 人件費や利用者の生活費の支出が少なく、剰余金の多い施設
9. 死亡率・退所率の高い施設
10. 医療・保健・福祉複合体や事業拡張に「熱心」な施設

### II. 福祉サービスの品質保証のために

ースウェーデンの実践から学ぶものー

1. 査定員によるサービス満足度と労働意欲調査  
社会福祉の専門知識と経験を有する公務員による監査の必要性
2. 情報公開の徹底
3. 入居者（利用者）委員会の設置や市民によるオンブズマン活動  
利用者のエンパワーメント
4. サーラー法（職員による通報義務）

## 愛媛県内特別養護老人ホームの運営状況

項 目		最 高	最 低	備 考
入 所 者	介護職員1人当り入所者数	2.66人	4.57人	1.7倍
	看護・介護職員1人当り入所者数	2.30 "	4.05 "	1.8倍
	介護職員に占める介護福祉士数	100.0%	9.5%	
	退所率(4年間平均)	32.3%	11.7%	長期入院(措置廃止)
	死亡率(4年間平均)	24.5%	7.5%	3.3倍
	食費単価(1日)	1,142円	661円	1.7倍
	おむつ交換回数(1日)	18回?	4回	
	褥瘡の施設内発症	入所者の1割		4割の施設で発症
サ イ ト	入浴回数(1週)	基準回数(1週2回)以上 一般浴 11施設(19.6%) 中間浴 5 (8.9) 特別浴 5 (8.9)		
	バイキング 選択食	年間0 9施設(16.1%) 7 (12.5)		
ス	シーツ交換(1ヶ月)	8回	1回	
	無年金者への本人支給金	10,000円	3,000円	
労 働 環 境	介護職員初任給			以下、民間特養のみ
	高 校 卒	149,142円	122,000円	
	短大・専門学校卒	162,500	135,100	
	大 学 卒	173,400	136,300	
	年次有給休暇取得率	61.1%	9.5%	
	直接処遇職員退職率	66.7%	0%	
	パート介護職員÷介護職員総数	47.6%	0%	
経 理 状 況	人件費比率	74.2%	40.5%	
	パート職員÷人件費総額	27.6%	0%	
	生活費(事業費)執行率	190.6%	67.3	
	年間繰越金発生率	34.7%		
	繰越金(剰余金)累積額	35,511万円		

(注) 平成10年度に愛媛県に提出された「監査事前提出資料」、「老人福祉施設指導台帳(平成11年4月1日)」、及び「社会福祉法人現況報告書」に添付されている収支計算書より永和が作成。  
 なお平成10年度末現在、愛媛県内には56(公立16、民間40)の特養が設置されている。

# 入所者サービス格差

## 福祉オン ブズ調査 食費2倍、改善指導も

民間団体「えひめ福祉オンブズネット」（永和良之助代表）は二十一日、県内の特別養護老人ホームを

対象に、入所者サービスや施設経営の状況などを分析した結果を発表。施設によって介護職員一人当たりの入所者数や食費に約二倍の差があったほか、本

来、施設長には資格が必要なのに八施設（全体の四・三％）の施設長が無資格で就任。また、ベッドに寝かせきりにされることで生

じる「床ずれ」が、二十二施設（三九・三％）の入所者五十七人で、入所後に生じていることが明らかになった。

対象は一九九七年度末までに開設した特養ホーム五十六施設（公立十六、民間四十）。県の情報公開制度で入手した「施設が県に提出する」監査事前提出資

料」や「監査結果」（とも）に九七年度分などを基に分析した。

入所者へのサービスでは、介護職員一人当たりは、介護職員一人当たりの入所者数は二・六六から四・五七人。入所者一人当たり

の一日分の食費では、ほぼ半数の施設が八百円以上。最高千四百四十二円から最低六百六十一円。一割に当たる五施設が「基準栄養に達していない」として、県から改善指導を受けていた。また、国の最低基準（週二回）以上入浴できるのは

五施設のみ。残り約九割は最低基準にとどまる。一日のおむつ交換は平均九・二回、最少は四回。シーツ交換は九六％の五十四施設が週一回の交換だが月一回、月二回しか交換しない所がともに一施設あった。

一方、公費の執行など経営面では、本来入所者の生活費や、職員の人件費の拡充などにあてられるべき施設会計で、民間特養ホームの繰越金総額が三十八施設で三十一億九千七百二十六

万円に上っていたことが判明。同年度の繰越金額が七千三百八十万円で、年度収入額の三二・六％に達していた施設もあった。

民間特養の運営経費のうち、その使い道が入所者の生活費とされる事業費の執行率は、約半数の二十一施設が一〇〇％未達成で、最低は六七・三％。同オンブズネットによると、島根県で一〇〇％以上、東京都では九五％以上を、監査の際に求めているという。

入所者から施設を運営する法人に入った寄付金は、九四年度千五百三十一万円から九六年度百九十万円に減少していたが、九七年度では二千六百九十七万円と急増。入所者一人から計二千五百四十二万円の寄付を受けた施設が一つあった。

職員の処遇面でも、人件費率や有給休暇取得率の低い施設ほど、職員がやめる割合が高いと分析。労働組合があるのは民間一施設、

公立三施設のみで、同オンブズでは「近代的な労使関係がないことが、職員処遇での大きな格差を生み出している」としている。

施設長は資格が必要なのに公立の約四割に当たる六施設と、民間二施設の施設長は無資格。また、「入所者への処遇の善しあしのバロメーター」とされる床ずれでは、入所定員の二割に当たる五人が発症している施設が三つもあった。

永和代表は「介護保険スタート直前だが、利用者が施設選択の判断材料にする情報が施設や行政側から積極的に出てこない。参考にしてほしくて県内状況をまとめた」と話している。

同オンブズネットは、今回の特養の結果に、老人保健施設の調査結果を加えて冊子にまとめ、六月ごろ販売する予定。問い合わせは永和代表に電話089（946）0693。

2000.3.22  
会務新聞



2000.3.24

# サービスの質に大きな差

——県内の特別養護老人ホーム——

4月の公的介護保険制度のスタートが間近に迫る中、県内の特別養護老人ホームの実態は、施設によって介護職員数や1日あたりの食費に2倍近い格差があるなど「サービスの質」に大きな違いがあるこ

とが、えひめ福祉オンブズネット(永和良之助代表)がまとめた調査でわかった。県の情報公開制度を利用して入手した資料を分析した。

【濱 弘明】

## 介護職員数や食費

### 「施設選択に多くの情報を」

福祉オンブズ調査

分析したのは、老人福祉施設指導台帳と、監査に関する資料で、1997年度末までに県内に開設された公立16、民間40の計56施設の97年度の実態を調査対象にした。

入所者へのサービスの状況では、介護職員1人当たりの入所者数が、最も少ない施設で2・66人だったのに対し、最も多い施設は4・57人。夜勤の職員1人あたりでは最少が16・7

人、最大が38・8人と、職員の負担の格差が2倍を超えた。また、職員数に占める介護専門職(介護福祉士)の割合は、100%の施設がある一方で、最少の施設は9・5%しかない。1人1日あたりの食事の材料費は、最高が1142円だったのに対し、最低は661円だった。

職員の労働条件では、運営費のうち人件費の比率が最高74・2%、最低40・5%。年次有給休暇の取得率は最高が61・1%、最低が5・3%で、ほとんど有給休暇を取っていない職場があった。労働組合があるのは、民間で1施設、公立で3施設だけだった。

このほか、収入に対して67・3%しか支出していない施設、繰越金の累積が3億500万円にも達する施設、週1回の診療をする嘱託医師に年700万円の給与を払っている施設もある。

同ネットは「特養への入所が、行政による措置から利用者による選択へと変わる。福祉施設の情報公開度は、最近になって高まってきたが、施設を選択するための情報としては、まだまだ不足している点が少ない」と話している。

# 品質保証の課題

# 第三者評価と 情報公開

## 福祉サービスにおける

### 「その必要性」あり方

永和良之助  
(えひめ福祉オンブズネットワーク代表)

スクエアカンパニー日本の介護支援専門員（介護支援専門員）と類似の職種となる指定員（市職員）がいるが、日本には種々のような種別と役割を持っている。

第一は、即給付を決定できる権限もある。利用者から相談・申請があるとき、指定員は訪問し、その心算の状況、生活状況、ニーズなどを総合的に判断した上で、提供するサービスの内容と量を決定する権限を持っている。

第二は、サービスの質をモニタリングしている。スクエアカンパニーで高齢者施設の民間委託が最も盛んなアルファを例にとると、回数は指定員がすべての高齢者施設に対して、約1週間に一回の定期的な検査の頻繁な巡回検査の年に数回の利用者・家族へのサービス満足度調査と職員の労働意欲調査を行っている。

そして、これらの検査と調査結果は、情報公開の原則により新聞などに公表されるし、評価の低い施設は市営であれば民間委託に切り替えたり、民間委託している場合は契約を打ち切り、再び市営に戻したりしている（中日新聞「一九九七年十月二十九日参照」）。スクエアカンパニーが提供する福祉施設に入居する（利用者）委託者の設置

が認められているが、この委託者はサービスの内容を決定する責任を負っている。回数は、施設全体の決定サービス内容の委託率などの重要事項については入居者（利用者）委託者の承認があるし、委託者は施設を始める職員の補充・交代も自治体

# 質、情報公開、第三者サービス評価など重層システムがせない

に要求できるほどの権限を持っている必要がある。しかし、そのスクエアカンパニー、近世、福祉サービスの質の低下が問題となり、次のような新たな動きが出てくる。一つは、昨年からの国の社会福祉審議会（社会サービス部）に「大規模な介護を行なっている」として知られた職員

が、市町村に委託しただけならならぬという考え（サービス）が知られたことである。これは、スクエアカンパニーのサービスが民間委託したサービスよりも「経営者が経費削減のために手を減らした」として、入居者に与えられるサービスが「内容が多量にならなくなった」と職員がサービス・チェックがシステムに導入されたことである。

一つは、各都道府県サービスセンターを担ったことである。その中心となつては、国連の最大の福祉福祉組織であるFROで、筆者が九八年四月にエチオピアを訪問したときには、四人の職員が一組になり、市町村三十五所のすべての入居者の高齢者施設を訪れ、利用者・家族にサービスの満足度調査を行っていた。

以上のスクエアカンパニーの事例から、利用者の権利を守り、最良の福祉サービスを実現するためには、社会福祉の専門知識を持った経験豊富な公務員による質のチェック、情報公開の徹底、利用者の積極参加、職員による通報業務（権利侵害の不届切・劣悪な介護に対し職員が真実を訴えて訴えること）第三者サービス評価などの重層的なシステムが必要とされることである。そのうちどれかひとつは、我が国の課題は多岐にわたるから、言わなければならない。

（おわり）  
(佛教大学社会学部社会学科教授)

# 介護保険制度とサービスの質確保

岡本悦司（近畿大学医学部）

## 1. 介護保険法における質確保と利用者保護

サービスの質確保と利用者保護に関して介護保険制度は、少なくとも医療保険制度よりはるかに進んだ制度といえる。そのことは、介護保険法でのサービス事業者が守るべきルールである運営基準、医療保険法で医療機関が守るべきルールである療養担当規則、を比較すれば明らかとなる。サービス開始にあたっての文書（運営規程）による説明と同意、身分証の携行、苦情処理、事故発生時の対応、はいずれも、介護保険の運営基準にはあるが、医療保険の療養担当規則には見られないものである。

## 2. 事故発生時の対応

事故発生時の対応には「発生の市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡」および「賠償すべき事故に対する速やかな損害賠償」が義務づけられている。つまり在宅診療で事故が発生した場合、要介護認定を受け介護保険の給付を受けている患者であれば、すやみかに市町村に連絡しなければならないのである。それが一般の医療保険患者であれば、事故が起こっても市町村に報告する義務など無いどころか、逆に守秘義務により禁じられてさえいる。

事故や賠償の市町村への報告は、事業者の運営基準の素案には無く、審議の大詰めの段階で野中一二三（京都府園部町長）委員の強い要望で入れられた。「介護サービスの提供に係る事故発生時の対応について、機会あるごとに申し上げているが、保険者には被保険者を守る義務があるという

ことを放棄するわけにはいかない。やはりこの問題については義務化をしてほしいというのが私たちの基本的な考え方である。事故発生時において、一次処理は市町村が主体で行うべきだし、その一次処理を行うとしたら、事業者等の市町村への連絡対応については、義務的な形が必要」と野中委員は述べている。

（99年3月8日医療保険福祉審議会第9回老人保健福祉・介護給付費合同部会議事録 <http://www.mhw.go.jp/shingi/s9903/s0308-117.html>）。

不慮の転落など、介護中の事故は決して少なくないが、実際にこの規則がどれだけ遵守されるかは疑問である。しかし、法律上、市町村への連絡が義務づけられたことの意義は大きい。連絡があった場合、市町村はそれを放置することは許されず「事故発生時の一次処理は市町村が主体で行」わなければならないからである。またこの連絡義務は、介護事故をめぐる訴訟になった場合、事業者側に不利に作用すると考えられる。

賠償責任の有無、いいかえれば事業者側の過失の有無の立証は、医療や介護の事故においては多くの場合困難であり、それが訴訟を長期化させる原因でもある。過失の有無の立証が困難な場合、裁判所はいきおい法令の遵守状況を判断材料にする。もし市町村に連絡していなければ、それだけで運営基準違反は明らかであり、事業者側に過失ありとの推定がはたらくからである。

## 3. 苦情処理

介護保険制度のもうひとつの特色は、苦

情処理が法的かつ制度的に位置づけられたことである。

### 1) 事業者とケアマネジャー

利用者に最も身近なサービス事業者や居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）は運営基準により「苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じなければならない（運営基準第 36 条、全ての事業者に準用）」と義務づけられている。具体的には「相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても合わせて記載するとともに、事業所に掲示すること等（通知）」とされている。

居宅サービスでは異なった事業者が訪問してサービスを提供するが、事業者自身に対して面とむかって訴えにくい苦情は、多くの場合、ケアプランを作成するケアマネジャーに向けられると予想される。ケアマネジャーの業務は、ケアプランの作成と事業者への依頼（連絡調整）であるが、その過程で、客観的な課題分析の他に、利用者や家族の意向も考慮しなければならず、その意味においてケアマネジャーの業務はそれ自体、居宅サービスの苦情処理の窓口ともいえる。なお施設については、運営基準により相談窓口の設置が義務づけられている。

### 2) 国民健康保険団体連合会と市町村

国民健康保険団体連合会（以下、国保連）は、介護レセプトの審査支払の他「サービスの質向上に関する調査並びに事業者に対する必要な指導及び助言」が業務として法定されている（176 条）。法律の文言上「苦情処理」と明記されているわけではないが、これにより苦情処理が国保連の介護保険業

務として位置付けられた。

市町村についても同様に「苦情処理」と明記されているわけではないが「保険給付に関して必要があると認めるとき」は、受給者および事業者に文書の提出や質問・照会ができる、と規定されており（23 条）、実際には苦情の一次受付機関として機能している。

国保連は一般市民にはあまりなじみの無い組織であり、市民がいきなり国保連に苦情を申立することは少ないと考えられる。そこで市町村でふるいわけを行い「高度な法律解釈を求められたり、調査や指導が難しいなど、介護サービス苦情処理委員のいる国保連で取り扱うことが適当な場合」のような困難案件を国保連に回付する、という市町村との間での役割分担がされている。国保連には介護サービス苦情処理委員が置かれる。委員は、法曹関係者等の学識経験者が主体であり、被保険者代表を公募することも想定されている。

厚生省の集計によると、介護保険スタート後 2 週間で市町村等に寄せられた苦情は 2358 件にのぼっており、その内訳は【図 1】の通りである（出典：国保実務 2203 号、2000 年 4 月 24 日号 13 頁）。苦情はスタート最初の 1 週間に集中したが、2 週目にはかなり減少している。国保連に申立てられたり、市町村から回付された苦情件数は目下国民健康保険中央会が集計中であり、市町村に申立てられた苦情も含め、全国の苦情処理結果をデータベース化する予定という。

苦情の内容が、介護レセプトの審査支払を担当する国保連に集中することは、事業者に対して適正なレセプト請求を行う上での心理的効果を期待されていると考えられる。また市町村、国保連は監督機関であることから、指導、助言というかたちで介入を行える点に、ケアマネジャーや事業者間

との苦情処理との違いがある。

### 3. サービスの質評価

運営基準は全ての事業者について「サービスの質の評価と、その改善」を義務づけている。これに関連して、特養・老健の施設サービスについては93年より、在宅福祉サービスについては96年より、サービス評価事業が一部施設を対象に実施されている。これは、都道府県が実施主体となり、サービス評価委員会の委員が1日程度施設に出向いて、サービスの実施状況を視察することによりサービス水準の評価を行うとともに、評価先の関係者と改善方法について意見交換を行い、サービス水準の向上に向けた必要な助言を行うというものである。

実施通知では「サービス評価の結果については、施設が改善を行った後に公表する」とされていた。しかし総務庁の行政監察によると「調査した17都道府県のうち、評価結果を全く公表していないものが特養・老健評価事業で6、在宅評価事業で8ある。また公表している場合でも、主として評価対象事業者、関連団体に対する優良事例の紹介であり、一般への評価結果の提供は2にとどまっている」と指摘されている。評価報告書を全文インターネットに掲載しているのは東京都のみであった。介護保険事業者のインターネット情報提供サービスであるWAMネットでも「第三者によるサービス等の評価結果や介護サービス提供事業者の経営状況等の情報は含まれていない」と指摘されている。

こうした結果をふまえ、99年9月は総務庁は「施設の状況、提供されるサービスの内容、事業の経営状況、第三者評価結果等、利用者が必要とする情報の内容を検討し、早急に、これらの情報が適時、適切に入手できる情報提供システムを整備・運用

すること。また第三者評価については、客観的かつ充実した評価のための仕組みを検討すること」と厚生省に対して勧告。99年12月には規制改革委員会が「複数の中立的な第三者による明確な指標に基づくサービス内容の評価の実施及びその結果を公表するための仕組みを早急に検討し、実現に向けて必要な支援を行うべき」と要望した。

これらをふまえて、サービス評価の基準作りと公表のあり方について2000年度より検討が進められている。

評価基準とマニュアルとしてはアメリカ、メディケアの介護ケア・ガイドラインが参考になる。これは137頁にもわたる膨大なもので、観察所見、入所者への質問事項、記録のチェック、判定基準が記載されている。

たとえば「抑制・拘束」については観察所見として「抑制・拘束を受けている入所者は何人か？、抑制に使われている装具はどのようなものか？」といった質問が具体的に記載されており、入所者への質問事項としては「もしこれが外されたらどのようなことになるか理解していますか？」、記録のチェックとしては「看護記録、医師の診療録をチェックし、抑制の理由や入所者の抑制に対する反応が記載されているか？

代替手段を試みたかどうか？」そして判定基準として「初めに抑制に代わる手段が試みられた記録があること。抑制が他に方法が無い場合にのみ行なわれたことが読み取れること」といった内容となっている。

### 4. 認定審査会の役割

まとめてとして市町村の認定審査会の役割を強調しておく。

認定審査会の業務は2つあり、ひとつは要介護認定、もうひとつはサービスの質評価機関としての役割である。前者は周知の

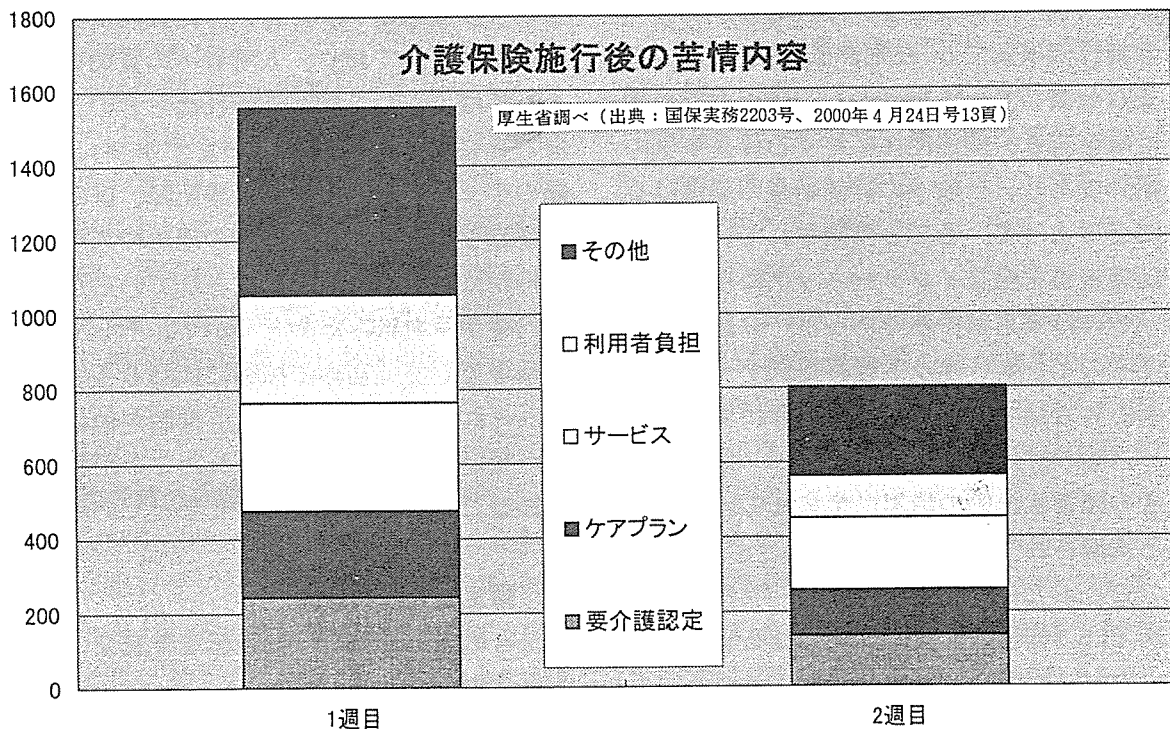
ことだが、後者に対する認識は国民も委員自身も不十分であるように思われる。たしかに制度スタート直後の認定審査会の仕事が初回の要介護認定に集中するのはやむをえないことであろうが、6か月の要介護認定の有効期間がきれる今年秋以降、認定審査会はサービスの質評価機関としての真価が問われる。

認定審査会は「要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養に関する事項、サービスの適切かつ有効な利用等に関し当該被保険者が留意すべき事項」について意見を述べることができ（認定審査会意見、法第27条8項）、その意見は被保険者証に記載され、介護支援専門員はケアプラン作成にあたってこの意見を尊重しなければならない。すなわち、たとえば利用者の大半が更新の毎に要介護度が一貫して悪化

してゆくような場合には、適切に意見を述べることによってケアプランをコントロールしてゆくことが求められる。利用者の要介護度は、全国共通の調査票により客観的に測定される。そのデータは市町村に集積されることから、利用者ごとの要介護度を継続的にモニターし、限られた時間に多数の案件を処理しなければならない認定審査会が適切に意見を出してゆけるよう手助けすることが市町村の重要な業務となる。

そのためには市町村に集積するケアプラン（ケアマネジャーの提出する給付管理票）、レセプト（事業者の提供サービス）そして要介護度データを結合し分析し、サービスが要介護度の改善や悪化防止にどのような効果をあげたか測定する情報処理能力が保険者である市町村に求められる。

【図1】



参考文献・サイト(<http://socialmedicine.com/okamoto>に掲載)

要援護高齢者対策に関する行政監察結果

—[sornucho.go.jp/kansatu/990924.htm](http://sornucho.go.jp/kansatu/990924.htm)

厚生省所管行政に係る規制緩和要望及びその検討状況

—[mhw.go.jp/houdou/1201/h0118-3\\_4/index.html](http://mhw.go.jp/houdou/1201/h0118-3_4/index.html)

アメリカメディケア介護ケアガイドライン(ガイドラインそのものは省略されている)

—[access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx\\_99/42cfr488\\_99.html](http://access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_99/42cfr488_99.html)

東京都サービス評価事業報告

—<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/>

—調査概要1997/05/6075E201.HTM

施設

在宅

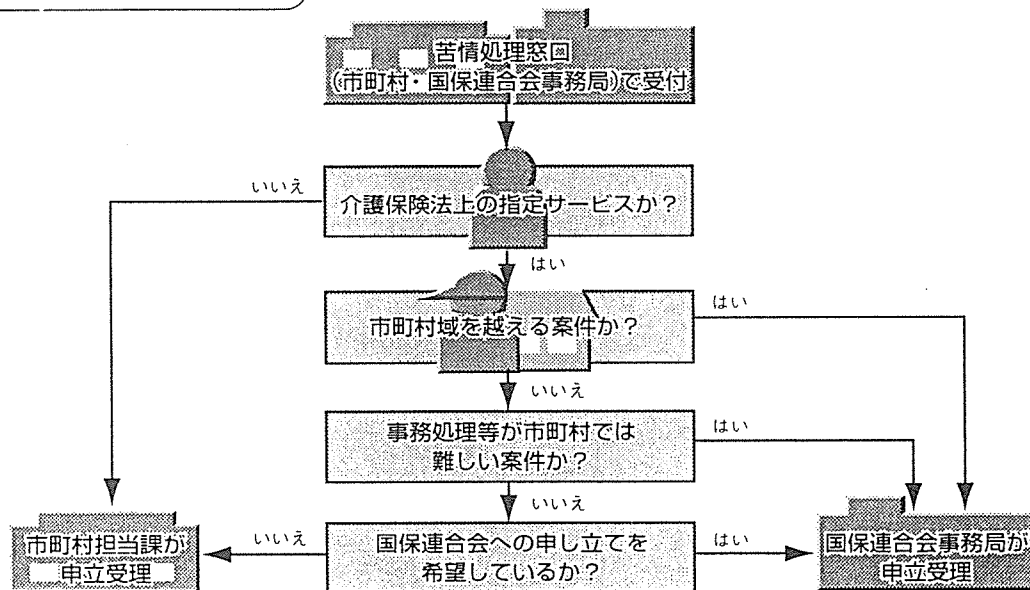
97年 老健1997/05/6075E200.HTM

特養1997/05/6075E300.HTM

98年 1998/05/6085T200.HTM 1998/05/6085L500.HTM

99年 1999/06/6096F300.HTM 1999/03/6093P700.HTM

苦情処理窓口で受付後の振り分け



# 社会福祉基礎構造改革とサービスの質の確保

小澤 温(大阪市立大学)

## 1. 社会福祉基礎構造改革に至るまでの経過と改革の概要

中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会がまとめた「社会福祉の基礎構造改革について(中間まとめ)」が1998年の6月に公表され、1998年の12月には「社会福祉基礎構造改革を進めるに当たって(追加意見)」が公表された。この中間まとめおよび追加意見を受けて、現在、社会福祉事業法の改正を中心とした法案が審議されている。検討されている法改正の対象は、社会福祉事業法(これは、社会福祉法に名称も変更予定)、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法、民生委員法、社会福祉施設職員等退職手当共済法、生活保護法であり、公益質屋法は廃止予定である。

### 1) 社会福祉基礎構造改革に至るまでの経過

この改革は突然始まったことではなく、ここ10年間の改革の文脈に位置づけることができる。ここでは高齢者福祉と障害者福祉を中心に制度改革の流れを簡単に説明する。

高齢者福祉では、老人福祉法の改正(90年)、ゴールドプラン(89年)および新ゴールドプラン(94年)の発表の3つが90年代前半の施策としては重要である。

90年の老人福祉法の改正では特別養護老人ホームなどの社会福祉施設入所の措置権限を都道府県から市町村に移行させ、身近な市町村の行政責任による施設入所を明確にした。ゴールドプランでは特別養護老人ホーム、老人保健施設、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービス、在宅介護支援センターといった社会資源の整備目標を発表し、行政責任による社会資源整備の姿勢を方向づけた。さらに、この目標量では急速に進展する高齢化に対応するには不十分であることがわかり、94年の新ゴールドプランではこれら社会資源の数値目標の上乗せを行った。このように90年代の前半までは、これまでの施設サービス整備に加えて在宅福祉サービスの整備重視姿勢を鮮明にした上で、その提供に必要な施設、人材を自治体(市町村)の責任のもとで整備していく行政責任を明確にしていた。

しかし、90年代の後半になると、95年の「社会保障制度審議会における勧告」では公的介護保険制度創設の勧告がなされ、96年の「老人保健福祉審議会の最終報告」で介護保険制度の提案がなされた。この介護保険制度の議論が生じた時点から行政責任による社会福祉基盤整備の方向が変化し、民間営利事業者の参入、競争原理の導入、利用者選択の原則が強調され始め、これまで50年にわたる社会福祉行政のあり方の根本的な変更に関することが提案された。97年に成立した介護保険法によって、福祉サービスの提供体の多様化(特に在宅サービス部門に民間営利法人の参入を認めた点)、措置制度を廃止し契約型の福祉サービス提供を制度化した点で、高齢者福祉の一連の改革政策としては一つの完成をみたとと思われる。

障害者福祉では、身体障害者福祉法の改正(90年)、精神薄弱者福祉法の改正(90年)により、これまでの施設福祉サービスに比べて比重の低かった在宅福祉サービス整備方針を明確にし、市町村に各種の福祉サービスの措置権限を、身体障害者福祉、知的障害者福祉などの分野別に段階的に移行する方向が打ち出された。93年の障害者基本法では精神障



害者を障害者として位置づけ、福祉サービス提供の論拠を示した点で重要であり、このことに加えて、都道府県や市町村の障害者基本計画策定の必要性（努力義務）を示したことも重要である。この障害者基本法の障害者基本計画策定の規定を受けて、95年に、政府が市町村障害者計画指針の提案を行い、さらに、同年、国の障害者プラン（ノーマライゼーション7カ年戦略）が発表された。また、市町村障害者計画策定指針に基づいて、市町村においても障害者計画の策定の取り組みが進展し、自治体（市町村）の責任で必要な施設や人材を整備していくという行政責任による方向性を障害者福祉分野でも明確になった。

97年には「今後の障害者保健福祉施策のあり方について」（中間報告）が公表され、施設の多機能化、利用者選択の原則、民間事業者の参入などの点で、高齢者福祉と同様、障害者福祉分野もこれまでの福祉サービス供給の考え方に大幅な変更が提案された。

## 2) 社会福祉基礎構造改革の概要

高齢者福祉、障害者福祉に共通していることは、90年代の前半までは、行政責任による社会福祉基盤の整備を鮮明にした計画づくりを中心に進めていたが、90年代後半から、民間活力の重要性が強調されて、改革の柱として、地域福祉サービス提供のための施設多機能化、利用者選択の原則の確立、多様なサービス提供体による競争原理の導入、の3点が主張されてきたことである。

改革の理念は7点あげられているが、以下の3点は、サービスの質を考える上で重要と思われる。

- ①個人が自らサービスを選択し提供者との契約により利用する制度を基本とすること（いわゆる措置型福祉から契約型福祉への移行）
- ②社会福祉事業の性格に応じ経営主体の範囲に関する規制の見直し（社会福祉法人設立の要件緩和、民間営利事業体を含めた多様な経営主体の参入を認めること）
- ③利用者の選択による提供者間競争がサービスの質の向上につながるための基盤整備（情報公開と専門的な第三者によるサービスの評価）

## 2 社会福祉基礎構造改革とサービスの質の保障

ここではサービスの質の保障にかかわる重要な課題として、①契約型の福祉制度になればサービス選択は可能になるのか、②地域福祉権利擁護制度、苦情処理制度によるサービス監視システムは構築できるのか、の2点について考える。

### 1) 契約型の福祉制度になればサービス選択は可能になるのか

措置制度への批判には、福祉行政の判断にはサービス利用者（市民）の権利擁護を前提とするという原則論が見落とされている問題がみられるが、これまでの福祉行政によるサービス提供の判断が利用者不在であったことは否定できない。しかし、契約型になったからといって、すぐに、サービスの選択の幅がひろがるものではない。一例として精神障害者に関する福祉サービスをとりあげると、精神保健福祉法における社会復帰施設への入所は利用者とサービス提供者との契約によってなされるが、精神障害者217万人に対し、97年時点で用意されている施設定員は、生活訓練施設（128カ所）2972人、福祉ホーム（88カ所）886人、授産施設（127カ所）2960人、福祉工場（7カ所）210人であり、このサービス提供量で利用者の選択は実質ありえない。

精神障害者の社会復帰施設にみられるように、契約型でも提供されるサービス量がきわめて乏しい場合に利用者の選択の可能性は実質的に生じない。従って、社会資源の量の充実は利用者の選択が生じる上で重要な条件である。

これが今後増加するのか、しないのかを考えることはむずかしいが、高齢者福祉では介護保険制度が追い風になって増加する可能性も考えられるが、障害者福祉では措置制度の廃止によってよくても現状維持の可能性が高いと思われる。また、新しい改革では、社会資源の整備は行政が指導して進めるものではなく、利用者の需要（必要性）によって生み出されることを前提とするので、行政責任による社会資源整備していくゴールドプランや障害者プランの目標値の意味はこれまでよりかなり軽減することが考えられる。

## 2) 地域福祉権利擁護制度、苦情処理制度によるサービス監視システムは構築できるのか

99年10月から開始した地域福祉権利擁護事業（痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者を主に対象）に加えて、社会福祉事業法改正にともなって福祉サービス全般に関する苦情処理システムの検討がなされている。これに介護保険制度の苦情処理システムがすでに存在しているので、一般市民にとってきわめて複雑でわかりにくい状況がある。

地域福祉権利擁護事業は、利用者の日常生活上の支援を含んだ各種福祉サービスの適正利用を援助する制度として開始された。この事業に関しては各地の社会福祉協議会を中心に進めている。サービス利用者に対して生活支援員（具体的な業務としては、福祉サービスの情報提供、サービス利用の助言、サービス利用手続きの援助、日常的な金銭管理などが考えられている）やサービス利用上の苦情・異議申し立てを受けつける専門的な第3者機関の創設（基本的には都道府県社協内の組織）が計画されている。苦情処理制度は、福祉サービス全般の苦情処理（原則はサービス提供者、利用者の当事者間解決を目指す、それが困難な場合）を行うシステム構築を目的としている。これも同様に中心機関としては都道府県社協を検討している。

このシステム構築は重要だが、問題はこのシステムを有効に機能させる条件の整備がどのくらい進むかにかかっている。特に、サービス提供者から中立的な生活支援員を地域でどのくらい確保できるか、苦情に対する専門的な第3者機関にどのくらい利用者側に立った市民、当事者（障害者自身）が参加するのかが条件として重要である。また、意思表示がしづらい高齢者・障害者に対して、表出された苦情処理だけでなく、表出されない苦情を引き出す支援も重要である。

**応募演題報告（A会場）**

**7月22日（土）**

**15時30分～17時30分**

**応募演題報告（A会場）**  
**7月22日（土） 15時30分～17時30分**

**ホームレス問題**

座長：中山克己（名古屋市立中央看護専門学校）

- A1 札幌におけるホームレスの健康問題－炊き出しと健康相談会の実践から－  
小橋元、笠井世津子（北大院・医）、福地保馬（北大院・教育）
- A2 医療機関側からホームレス問題を考える－医療ケースワーカーの経験をとおして－  
色部祐（働くもののいのちと健康を守る全国センター）
- A3 大阪社会医療センターから見た結核の罹患状況－内科外来受診患者から－  
平山幸雄（大阪社会医療センター）
- A4 イギリスにおけるホームレス対策－「社会的排除委員会」の報告を中心に－  
伊藤泰三（大阪府立大学大学院社会福祉学研究科博士前期課程）

**労働者の健康**

座長：上畑鉄之丞（国立公衆衛生院）

- A5 筋肉疲労・精神疲労に関連する要因－中小企業一般健診における問診の分析－  
村上茂樹、高鳥毛敏雄、多田羅浩三（大阪大学大学院社会環境医学）
- A6 学校給食調理員におけるストレスの社会的背景  
－食品衛生・食教育・安全衛生教育の視点から－  
内藤堅志、服部由季夫、江ヶ崎仁文、阿部眞雄（東海大学）
- A7 看護婦のストレス－教員、一般事務職との比較研究－  
上畑鉄之丞、須藤紀子（国立公衆衛生院）、関谷栄子（白梅女子短大）
- A8 保育中に発症した保母の腰痛の実態と労災認定基準  
重田博正（淀協社会医学研究所）

## A1

### 札幌におけるホームレスの健康問題 ～ 炊き出しと健康相談会の実践から ～

小橋 元 (北大院・医)、笠井世津子 (北大院・医)、  
福地保馬 (北大院・教育)

はじめに

従来、北海道におけるホームレス問題は、他の地域ほど大きく取り沙汰されてこなかった。寒さが厳しい北海道でホームレスとして越冬することは難しいと考えられてきたのである。しかしここ数年、失業者・無業者の増大と失業の長期化、通年化の影響もあり、北海道のホームレス数は増加していると思われる。1999年11月に北大教育学部が行った調査では、札幌の中心部に50人以上のホームレスが確認されている。私たちはその後も、厳しい北海道で越冬しなくてはならないホームレスへの支援と健康問題等の実情を明らかにするために、教育学部を中心としたチームで、1～2ヶ月に一度の「炊き出し」と「血圧測定と健康相談会」を行っている。

今回は、1999年12月に行った第1回「血圧測定と健康相談会」の結果を報告し、札幌におけるホームレスの現状と問題点について若干の考察を加える。

方法

1999年12月25日午後、ホームレスの集落の一つであるテント村(JR札幌駅近くの高架下)の近くの公園にテントを設営し、おにぎり、豚汁などを提供した。また、そこから約100m離れたビルの教室を借りて「血圧測定と健康相談会」を行った。これらの活動については、数日前よりホームレス、周辺の住民などに案内のビラを配布し、周知を図った。当日は、そばを通りかかるホームレスへはもちろん、テント内のホームレスあるいは約1km離れた大通り方面に棲むホームレスに対しても食事を提供し、健康相談を受けるように勧め、相談会場まで

誘導することを試みた。

「血圧測定と健康相談会」では、既往・現病歴、生活習慣、自覚症状などを質問票を用いて聞き取り、血圧測定、尿検査、医師・福祉関係者による面談(健康相談、福祉事務所の紹介など)を行った。

結果

「血圧測定と健康相談会」へは、札幌駅近辺の12人(男性11人、女性1人)のホームレスの相談があった。年齢は40～50歳代が9人、20～30歳代が3人であった。ホームレス歴は13～4年の者から数ヶ月の者までさまざま、現在無職の者は6名、日雇いを含めて何らかの職業を持っている者は6名であった。一日の食事回数は2回が6人、1回、3回がそれぞれが3人であった。10人が現在喫煙しており、5人が昼間から飲酒をすることがある。睡眠時間は5時間以下が7人であった。

収縮期血圧150以上あるいは拡張期血圧100以上の者が7人、尿糖陽性の者が4人おり、そのうちが6人が以前に高血圧あるいは糖尿病との診断を受け、治療を受けた経験があるが、現在は何の治療も受けていなかった。肺炎、頸肩腕の既往を持つ者(No. 8, 12)も、現在自覚症状があるにもかかわらず、まったく治療を受けていなかった(表1)。

考察

今回の「血圧測定と健康相談会」は、札幌における初めての試みであったこともあり、自覚症状や健康問題を抱えるホームレス以外、多くの者は警戒し、参加を見合わせた可能性がある。さらに、当日は新聞、テレビの取材が入ってし

表1 健康相談に訪れたホームレスの生活習慣と健康状態

No	年齢 性別	ホーム レス歴	血圧	尿 蛋白	尿 糖	尿 潜血	一日の 食事数	喫煙 本数	日中 飲酒	睡眠 時間	既往 現病歴	現職
1	50 女	9M	182/90	+	+ -	-	3	10/日	-	9	HT	-
2	51 男	6M	158/88	-	-	-	2	10/日	+	10	HT	-
3	57 男	13Y	132/84	-	-	-	3	60/日	-	5	-	解体業
4	49 男	2.5Y	154/104	-	+++	-	1	-	-	5	DM	-
5	46 男	2M	146/90	-	-	+	3	20/日	-	4	-	-
6	29 男	2Y	124/80	-	-	-	1	10/日	-	2.5	-	日雇い
7	44 男	4Y	152/98	+	++	-	2	15/日	+	11	DM	大工
8	39 男	1Y	112/82	-	-	-	1	40/日	+	5	肺炎	-
9	55 男	2Y	212/122	-	++++	-	2	10/日	+	3.5	DM/HT	廃品回収
10	54 男	8M	162/110	++	+	-	2	40/日	-	6	DM/HT	-
11	29 男	14Y	150/88	-	-	-	2	40/日	-	8	-	大道芸人
12	47 男	4Y	132/88	-	-	-	2	-	+	4.5	頸肩腕	日雇い

まったことも、相談者数を減少させる要因となった。また、大通り方面のホームレスは、札幌駅方面のホームレスの縄張りを荒らすことができないため、結局、健康相談会へは来なかった。

今回の相談者は、札幌におけるホームレスのうちのごく一部ではあるが、そのうちの多くが、高血圧症、糖尿病、肺炎などを患っていた。他の人たちもそれぞれいくつかの症状や異常を抱えており、継続的な経過観察が必要と考えられた。緊急の治療を要すると判断された人には福祉事務所を紹介した。そのうち1人は即入院となった。寒さ、睡眠不足、低栄養、不規則な食事時間、飲酒、喫煙、精神的ストレスなど、彼らが余儀なくされている生活習慣は、どれもが疾病を発症・増悪させる危険要因といえよう。

今回、ホームレスの人たちと接してみても、彼らは(1)解体業、大工、大道芸人など、何らかの仕事を持っていて、現状に満足(?)している者(ホームレス歴は長く、その生活には慣れている。明らかな病気・検査異常はない場合

もあるが、身体的負担の大きい生活が長年続いているため、健康状態は良くないと推測される)と、(2)最近の不景気の影響でホームレス生活を余儀なくされているが、何とかこの生活から脱却したいと考えている者(ホームレス歴は短く、その生活自体がストレスである。明らかな検査異常が認められたり、ホームレスになる以前から病気に罹っている場合もある)の、大きく2種類に分けることができると思われた。最近、不景気による失業者・無業者の増大影響により、後者のホームレス数・割合が増加しているもの推測される。健康相談受診者12人のうち3人が、今回がホームレスとして初めての越冬とのことであった。

現在、我々の「炊き出し」と「血圧測定と健康相談会」の活動は、第4回目を終わり、いくつかの課題も明らかになりつつある。これからも、札幌におけるホームレスの健康問題の実態と、その支援対策を考えていきたい。

## A2

### 医療機関側からホームレス問題を考える －医療ケースワーカーの経験をとおして－

色部 祐（働くもののいのちと健康を守る全国センター）

#### 「はじめに」

厚生省社会・援護局福祉課は、昨年12月17日に「全国のホームレスの状況について」（概数調査結果）を発表した。調査は、指定都市、中核都市及び都道府県において、平成11年10月末現在で把握している直近の概数の報告を集計したものである。全国概数20,451人、東京都特別区5,800人などとなっている。同年3月時全国では18,247人であったので12%増となる。東京23区では平成10年8月時は、4,300人から今回(平成11年8月)5,800人で、34.5%増となる。

報告者が医療ケースワーカーとして勤務していた医療機関は、東京都大田区南西部にあり、190床、1日外来平均500余人の中規模病院であった。いわゆるバブル崩壊後ホームレスの対応が際立って増え、忙殺された。相談などを通して医療機関側から見たホームレス問題について様々考えさせられた。ここに特徴的な事例を通して標題のテーマを考察したい。

#### 1、「3つの事例紹介」

##### 事例1 H氏 29才 腰椎椎間板症

大手運送会社の配送センターにパートとして勤務。深夜～翌朝まで集荷されてきた荷物の地方別仕分け作業に従事。腰痛発症。パートのため会社に言い出しづらく我慢して作業を続行。ついに休業。ひとりアパートで臥せていた。国民保険。収入無く預金も底を尽き、アパート代を滞納する。夜逃げ同然でアパート飛び出し、埋立地の藪の中に潜む。自暴自棄となり、飢えと寒さの中で死を覚悟する。ジョギング中の男性が

発見。救急車を呼び、当院に入院となる。所持金27円。診断名 腰椎椎間板症、下肢凍傷。生活保護の申請。症状回復とともに、生きる意欲を取り戻し「もう一度やり直してみます」の決意を残して退院。三重県の兄に連絡をとり、保証人となってもらい、滞納家賃を分割返済の約束でアパートに戻れた。求職活動をして再出発へ。

事例2 N氏 61才 全身衰弱 栄養失調 単身者。妻と離婚。息子は家出しその後交流無く、60才過ぎても働かざるを得ない。無年金者。会社が不況の中で、人員整理のリストラを実施。高年齢者から解雇。解雇後、職安に通うが仕事無く、預金払底→家賃滞納→夜逃げ→公園暮らしの転帰をたどる。栄養失調、衰弱の進む中、近所の主婦が救急隊に通報。当院入院となる。入院時、ドロドロに汚れ、悪臭放つ。3人がかりで入浴させる。所持金なし。生活保護申請。徐々に体力をつけてくる中で生育歴、職歴を語り始める。「どうしてまじめに働きつづけてきたのにこんなことになるのか」しきりに慨嘆する。体力回復。いざ退院となるが、住居なし。ようやく探し出した息子は、父と暮らす気は無いどころか逢うことも拒否。余病もあり、高齢なので生活保護は、退院後も継続できることとなったが、保証人がいなければアパートの入居はどこも拒否。そのために入院期間が延長。またホームレスとして返すのか！の深刻な葛藤。ようやく保証人無しで貸してく大家を発掘。無事退院となる。外来通院。時折、笑顔を見せるようになる。

**事例3** T氏 55才 糖尿病 視力障害

午後6時ごろ、当院に救急車で搬入される。本人、入院を希望するが入院による治療対象ではないとの医師の判断。本人、全盲で所持金無し。本人座り込み動かず、看護婦から呼び出しを受け、当方対応。話を聞く。T氏は、中堅企業に技術者として勤務していたが、糖尿病のコントロール悪く白内障併発。T大学病院で手術を受けた直後は回復したかに思えたが、その後増悪し完全失明。会社との関係こじれ退職。家庭崩壊も伴い、公園暮らしとなる。同じ公園にいるホームレスに支えられながら生活。今回は、ホームレスの同僚が救急車を呼んだとのこと。入院対象でないことを告げざるを得ず、今後の対応についての要望は「トイレの位置、水飲み場の位置がわかり住み慣れた公園に返して」とのこと。福祉事務所は業務終了の時間であり、止むおえず当方がタクシーでT氏を送る。公園につくとホームレスの同僚に囲まれ「ホームレスだから入院させなかったのだろう！」とさんざん追求される。翌日、福祉事務所に連絡し生活保護の対応を依頼する。

**2、「事例にみる特徴について」**

三つの事例から特徴と教訓を挙げると

- ①本来、労働災害で処置されるべき労働者が、不安定雇用故に、私傷病扱いとなり、生活破綻からホームレスとなっていること（事例1）
- ②リストラで解雇され、収入の道が閉ざされ、家賃滞納→夜逃げ→ホームレス→路上生活者の転帰を迎えること（事例2）
- ③国保被保険者のために休業補償給付が無く生活が成り立たなくなること。（事例1、2）
- ④退院後の住居、あるいは緊急一時入居施設などが乏しく、またホームレスへと回帰していく危険があること（事例1、2、3）

⑤医療機関としての対応としては、まず生活保護を申請し、療養上の条件を整備していくことを最優先させる。

⑥その後、生活歴、労働歴、家族歴など語ってもらう人間関係をつくりながら、生活再構築について共に考える方向を追求していくこと。

⑦医療機関の対応の煩雑さに比して、あまにも手当てが僅少であること。入院時の入浴対応、場合によっては個室入院。ケースワーカーの業務は、診療報酬上はゼロであることなど。大学病院や公的病院は入院を拒否する例が多いことなど問題である。

**3、考察及び結論**

大田区は、駅周辺、公園、多摩川河川敷などにあるホームレスの聞き取り調査を本年進めている。医療関係者もボランティアとして参加している。中間報告では308人が確認されている。（本年3月31日現在）正直言ってもっと多いはずだと感じる。私が病院で関わったホームレスの人達と、今回の調査に参加した医療人も共通して感じるのは以下の点にあると思われる。

第1にホームレス歴が短い人達は、不況の長期化、リストラとの深い関係があり、解雇され、収入の道が閉ざされた労働者であり、営業破綻した自営業者であったりするケースが多いこと。

第2に出稼ぎ者が会社の倒産により、失業者として都市部に沈殿し、ホームレスになるケースも多く、日本の出稼ぎ構造、農業問題の背景も無視できないこと。

第3に、パート、臨時工、アルバイトなど不安定雇用者ほどホームレスへ傾斜している可能性が高いこと。

第4に様々な疾病を持っているケースが多いこと。

第5に社会資源の整備、人権、人格尊重の中で、彼らの再出発は可能であること。



## A3

### 大阪社会医療センターから見た結核の罹患状況

—内科外来受診患者から—

平山幸雄（大阪社会医療センター）

#### 1. 目的

平成 10 年に大阪社会医療センターで外来初診患者の疾病調査を実施している。その調査結果から内科結核患者の 57.7%が住居不定者であることがわかった。今回、内科受診患者から結核患者数を調べ、西成保健所から発表された結核登録患者数との比較及び住所不定者に対する検討に取り組んだ

#### 2. (研究・調査) 方法

大阪社会医療センターで外来受診した患者のうち結核の疑いで大阪社会医療センターから西成保健所分室に送られた患者について、その後の結果を平成元年 1 月 1 日から平成 10 年 12 月 31 日にかけて調査する。

#### 3. 結果

平成元年 1 月 1 日から平成 10 年 12 月 31 日にかけて大阪社会医療センターで外来受診した患者のうち、西成保健所分室で結核と診断され入院または通院治療となった結核患者数は（表 1）の通りで平成元年から平成 3 年までは、323 人から 342 人と微増だったのが平成 4 年の 380 人をピークに平成 5 年からは減少に転じ平成 7 年には 217 人まで減少した。翌年の平成 8 年からは増加に転じ平成 10 年には 290 人になった。一方で要観察の人は平成 7 年の 114 人を底に増え続け平成 10 年には 291 人のピークに達している。また（表 2）から、内科受診患者数が平成元年から常に増加の一途を続けており、平成 10 年には平成元年の倍以上の患者数（41,936 人）があった。結核患者の数は増えていないので外来患者

に対する結核患者の割合は年々減少していることになる。結核患者の 57.7%が住所不定者でホームレスと見なした場合の入院、通院治療を要するホームレスの結核患者は平均で 5.69%になった（表 3）。更に要観察者を加えると平均で 9.14%にもなることがわかった

#### 4. 考察

1999 年に大阪市野宿生活者対策推進本部が行った聞き取り調査結果から 8,660 人の野宿生活者に対して約 470 人（5.4%）の結核受診を要する者がいると推測している。愛隣地区の結核罹患率が全国一であることから考えると愛隣地区のホームレス全体の約 9%が結核に罹っているのではないかと推測した。結核患者の平成 11 年については集計中だが、その年の 7 月 26 日に結核緊急宣言が出されて結核対策がより整備（定期外検診等）されてきたので、更にホームレスの結核患者数は増加していると思われる。また平成 9 年 9 月 1 日に健康保険料の 2 割自己負担が実施され、医療センターに受診する患者の増加傾向は、この年から拍車がかかり更に記録更新を続けている。原因の一つには失業者の増加による日常生活の不安定から生じる体調の悪化である。

結核が栄養障害、ストレス、さらに罹患後の不十分な治療による再発、仲間からの感染といったことが原因とされていることから考えるとホームレスの結核対策の難しさとホームレスの結核の早期発見と治療と言う点で医療センターの第一戦における役割が非常に重要になってくる。

表1 大阪社会医療センター外来患者の結核判定状況（西成保健所分室からの報告による）

	A:入院治療	B:通院治療	小計	C:要観察	不要	要精検	合計
平成元年	284 (47.2)	39 (6.4)	323	152 (25.2)	113	13	601 (100)
2年	277 (43.9)	69 (10.9)	346	167 (26.5)	112	5	630 (100)
3年	291 (46.7)	51 (8.1)	342	163 (26.1)	112	6	623 (100)
4年	315 (41.6)	65 (8.5)	380	187 (24.7)	188	2	757 (100)
5年	240 (36.6)	66 (10.0)	306	182 (27.8)	165	1	654 (100)
6年	240 (36.7)	74 (11.3)	314	176 (26.9)	158	5	653 (100)
7年	182 (39.2)	35 (7.5)	217	114 (24.5)	133	0	464 (100)
8年	196 (38.8)	31 (6.1)	227	158 (31.2)	120	0	505 (100)
9年	213 (33.7)	43 (6.8)	256	214 (33.8)	162	0	632 (100)
10年	251 (30.8)	39 (4.7)	290	291 (35.7)	232	0	813 (100)

( )の数字は%を示す

表2 外来（内科）受診患者数と結核患者数（結核登録数は“西成保健所の歩み”より）

年	人数 内科受診 者数：X	結核患者		割合 (%)		愛隣地区結 核登録数：W	占める率(%)	
		A+B	A+B+C	Y/X	Z/X		Y/W	Z/W
平成 元年	18,262	323	475	1.76	2.60	1,496	21.5	31.7
2年	22,934	346	513	1.50	2.23	1,513	22.8	33.9
3年	24,469	342	505	1.39	2.06	1,494	22.8	33.8
4年	27,606	380	567	1.37	2.05	1,542	24.6	36.7
5年	27,732	306	488	1.10	1.75	1,638	18.6	29.7
6年	29,026	314	490	1.08	1.68	1,505	20.8	32.5
7年	29,252	217	331	0.74	1.13	1,496	14.5	22.1
8年	31,660	227	395	0.71	0.12	1,074	21.1	36.7
9年	34,636	256	470	0.73	1.35	889	28.7	52.8
10年	41,936	290	581	0.69	1.38	983	29.5	59.1

Y=A+B、 Z=A+B+C

表3 結核患者の57.7%を住所不定者（ホームレス）と見なした時のセンターの占める割合

	入院治 療(a)	通院治 療(b)	小計 (a+b): P	要観察 ◎	合計 (a+b+c): Q	愛隣地区の ホームレス の推定数を 3,000人と する	占める割合	
							P/3,000	Q/3,000
平成元年	163	22	185	87	272		6.1%	9.0%
2年	159	39	198	96	294		6.6%	9.8%
3年	167	29	196	94	290		6.5%	9.6%
4年	181	37	218	107	325		7.2%	10.8%
5年	138	38	176	105	281		5.8%	9.3%
6年	138	42	180	101	281		6.0%	9.3%
7年	105	20	125	65	190		4.1%	6.3%
8年	113	17	130	91	221		4.3%	7.3%
9年	122	24	146	123	269		4.8%	8.9%
10年	144	22	166	167	333		5.5%	11.1%

入院、通院治療、及び要観察者は小数点以下切り捨て

## イギリスにおけるホームレス対策—『社会的排除委員会』の報告書を中心に

伊藤泰三(大阪府立大学大学院社会福祉学研究科博士前期課程)

## I はじめに

近年、日本において、不況の長期化、失業率の上昇を背景として、急増する「ホームレス」(路上生活者)問題が深刻化し、マスコミ等においても大きく取り上げられるようになってきている。その数は全国で2万人以上と推計されている。

また、社会科学の領域においても東京、大阪、名古屋等各地で聞き取り調査がなされ、「ホームレス」の形成過程、生活実態が明らかにされつつある。また、彼らに対する労働政策、福祉政策(生活保護制度の運用の問題点については裁判で争われている)のありかたが議論されている。

そこで、本報告においては、「ホームレス」に対する施策のあり方についての議論の材料として、「ホームレス」問題に対して積極的な施策を行っているイギリス政府の、内閣直轄機関である「社会的排除委員会」(Social Exclusion Unit)の「野宿生活者」に対する実態と現在行われている施策の評価、新しい施策の戦略を論じた報告書『Rough Sleeping』(野宿生活者)を取り上げ、その内容について紹介したい。構成としては、まず、「社会的排除委員会」について内容を紹介し、その後報告書の内容について紹介を行いたい。

なお、欧米で用いられている「ホームレス」概念は劣悪な住宅に居住しているものや、簡易宿所で生活しているものをも表す概念であり、(イギリスの住宅法(Housing act)では「家がないもの、または1ヶ月以内に家を失う恐れのあるもの等」と定義されている)いわゆる「野宿生活者」(日本でいわれるところのホームレス)よりも広い概念である。

## II 「社会的排除委員会」について

1997年12月にブレア首相によって設立され、社会的排除(「社会的排除委員会」は社会的排除の定義を「失業、低訓練、低収入、劣悪な住宅、劣悪な環境、劣悪な健康、家庭の崩壊などが互いに関連してある人々やある地域に起こっていることを端的に表す用語」としている)に対して「総合的な視角から問題を分析し、総合的に解決する計画を策定する」事を目的としている。ほとんどの仕事は首相や他の大臣が示唆した特定のプロジェクトに基づいて行われる。

委員会はこれまでに、①教育制度・学校からの排除について、②ラフ・スリーピングについて、③多問題地域のリニューアル、④10代の妊娠⑤義務教育終了後就職も就学もしていない若者の問題、等について報告を行っている。

## III 報告書『Rough Sleeping』(野宿生活者)の内容

本報告書は、1998年7月に発表された。

構成は①首相による前文②第1章:路上生活者はどのような人なのか、背景と要因③第2章:これまで路上生活者に対して何が行われてきたのか—簡易宿所、再定住施策、その他のサービスへのアクセス④第3章:問題の取り上げ⑤第4章:解決への戦略⑥第5章ロンドンではどのようなアプローチがとられるべきか、となっている。

まず、ロンドン地域における路上生活者の数やその原因について報告されている。ロンドンでは年間に路上生活を経験する者が2400人いる。また、1晩平均400人である。彼らのうちの90%は男性であり、年齢階層別で見ると、18歳から25歳までの者が25%を占める。また、60歳以上のものも

6%存在する。路上生活に至った背景としては家族、アルコール、精神障害、刑務所出所後の住居の問題、教育、公共住宅の貧しさなどが挙げられている。

さらに、これまでに路上生活者に対して行われた施策の評価(特に1990年からロンドンで行われてきた「ラフ・スリーピングイニシアチブ」計画について)が行われている。まずホステル(簡易宿所)についてはロンドンには2700カ所のホステルがあるが、数が不足していること、長期的な住居に移る意志のある人がホステルにとどまらざるをえなくなっていることなどの問題点が指摘された。また、冬季のシェルターに対しては、建築計画の遅れから、計画の収容人数が達成できないこともあることが報告された。

次にサービスに対するアクセスであるが、全般的にサービスのアクセスは路上生活者にとって厳しいと評価している。そして、その理由として、彼らの抱える問題が、あまりに厳しいことと、それらのサービスを利用する方法が、彼らに認知されていないことが挙げられている。医療サービスについては、一般医のうち4分の1しか処置を求めているホームレスに対して登録を受け付けていない実態が報告された。また精神の障害を持つホームレスの3分の2が適切な治療を受けていないことも報告された。しかし、一部の医者はホステルやボランティア団体において積極的に治療を行い、また、ホステルの一部には特に精神障害者に対する特別なケアを行っているところも見られた、と報告されている。給付サービスについては住宅給付のための14日の待機期間が受給に対する障害になっていること、求職者手当や所得補助においても同様の問題が起きていることが指摘された。

最後に、全般的な評価についてであるが、社会的排除委員会は「ラフ・スリーピングイニシアチブ」について、ラフ・スリーピン

グ(路上生活者)の数を減らすことの貢献したと評価している。その上で大きな問題点として、①利用できるホステルがあまりにも少ない。もしくは路上生活者が自分から入所しようとするような質を持つホステルが十分に用意されていない。現状ではホステルについて路上生活者の高いニーズに対して充分応えていない。また、ベッドがあいているときでも、路上生活者を宿所に導入するサービスがない②給付の手の遅れや賃貸契約を維持するサポートの不足のため、再定住施策は失敗しやすい。③絶対にホステルに入ろうとしない路上生活者が存在する。また、彼ら自身の問題が解決されることなしに、ホステルや再定住のための施設をでたり入ったりするものも存在する。の3点を上げている。

#### IVむすび

今回の報告では報告書の内容の紹介に終始し、内容の評価までには至らなかった。

ただ、報告書ではホステルなどの一時的な施策が中心で所得補助に対してはあまり言及されていなかった。この点についての評価は今後の課題である。

#### V参考文献

- ・中山徹、嵯峨嘉子「イギリスのホームレス問題」『労働総研クォーターリー』第27号1997年7月
- ・Nicholas Pleace ;"Single Homelessness as Social Exclusion:The Unique and the Extreme" Social Policy & Administration Vol,32No1,1998.3,
- ・Social Exclusion Unit"The Social Exclusion UnitLeaflet"http://www.cabinet-office.gov.uk/seu,2000.3
- ・Social Exclusion Unit"Rough Sleeping"http://www.cabinet-office.gov.uk/seu, 1998.7

## A5

### 筋肉疲労・精神疲労に関連する要因—中小企業一般健診における問診の分析—

村上茂樹 高鳥毛敏雄 多田羅浩三 (大阪大学大学院社会環境医学)

#### 目的

労働形態の変化により、頸肩腕症候群や腰痛など筋骨格系の障害が課題となっているが、筋肉疲労及び精神疲労に関する自覚症状に関連する労働環境要因・生活習慣要因について検討するため、一般健診の問診を利用して分析した。

#### 対象と方法

平成11年4月～7月に西淀病院産業医学科が行った一般健康診査を受診した者(男性577人、女性416人)を対象とした。(印刷2社、化学工業2社、機械工業4社、物流3社)

問診結果から筋肉疲労に関する5項目、精神疲労に関する10項目について、「よくある」を2点、「時々ある」を1点、「ない」を0点とし、筋肉疲労は10点を満点、精神疲労は20点を満点とするスコアとして、これらに関連する労働環境要因、生活習慣要因について分散分析を用いて検討した。

#### 結果

##### (1) 筋肉疲労と労働環境要因

男女とも「通勤時間」が長い者ほど筋肉疲労をスコア化した点数が高い傾向がみられた。

「休憩」については一定の傾向がみられなかったが、「小休憩」については男女ともよくとれる者ほど点数が低い傾向がみられた。

「残業」については、男女とも長い者ほど点数が高かった。

「有給休暇」については男性では明らかな傾向を認めなかったが、女性では休暇をまったくとっていない者が最も点数が高く、休暇をとっている者の中では、日数の多い者ほど点数が高くなる傾向がみられた。

##### (2) 筋肉疲労と生活習慣要因

「歩くこと」については、男性では明らかな差を認めなかったが、女性では「心がけている」という者の方が点数が低かった。「運動」については、男性では有意な差ではなかったが、女性では運動回数の多いものほど点数が低い傾向を示した。

「夕食」については、男女とも、「不規則」という者が点数が高かった他、夕食をとる時刻が遅い者ほど点数が高かった。

「入浴」について、男性で一定の傾向がみられず、女性では5%危険率で有意ではないが、ゆっくりつかる者ほど点数が低い傾向が見られた。「就寝時刻」と「睡眠時間」について、男女とも、就寝時刻が遅く、睡眠時間が短い者ほど点数が高くなる傾向がみられた。

「飲酒」については、男性では「週1～2回」という者の点数が最も低かった。また、「たばこ」については明らかな傾向はみられなかった。「年齢」については、男女とも30歳代の者が最も点数が高かった。

##### (3) 精神疲労と労働環境要因

男女とも「通勤時間」が長い者ほど精神疲労の点数が高くなる傾向がみられた。

「休憩」については明らかな傾向を認めなかったが、「小休憩」について、男女とも毎日とれる者の点数が低くなっていた。

「有給休暇」について、5%危険率で有意ではなかったが、男女とも有給休暇をまったくとっていない者及び20日以上とっている者で点数が高くなっていた。

##### (4) 精神疲労と生活習慣要因

「歩くこと」について、男女とも心掛けている者ほど点数が低かった。

「運動」については、男女とも「ほとんどしない」という者の点数が最も高かった。

「夕食」については、男女とも、「不規則」という者が点数が高かった他、夕食をとる時刻が遅い者ほど点数が高かった。

「入浴」については、男女ともゆっくりつからない者ほど点数が高い傾向がみられた。

「就寝時刻」と「睡眠時間」については、特に男性において睡眠時刻が遅くなるほど、睡眠時間が短くなるほど点数が高くなる傾向がみられた。

「飲酒」については、男性では「週3～5回」という者の点数が最も低かった。また、「たばこ」については女性で「すっていない」者の点数が最も低かった。「年齢」について、男女とも若い者ほど点数が高い傾向がみられた。

#### まとめ

筋肉疲労や精神疲労に関わる因子として「通勤時間」「残業」「就寝時刻」「睡眠時間」など従来から一般的に指摘されているもの以外に、「小休憩」との関連がみられた。「小休憩」の内容については、今回の問診では把握できておらず、企業により異なっていると想像されるが、定期的な昼休憩以外の休憩をとることも重要であることが示唆された。

また、「入浴」について、男性の筋肉疲労では明らかな傾向を認めなかったものの、他ではゆっくりつかる者ほど点数が低くなる傾向がみられ、健康指導に生かせることが示唆された。

表1 筋肉疲労・精神疲労に係る問診項目

	男			女		
	よくある	時々ある	ない	よくある	時々ある	ない
<b>筋肉疲労</b>						
肩がこる、いたい	89 (15.6%)	217 (38.1%)	264 (46.3%)	125 (30.0%)	219 (52.6%)	72 (17.3%)
腕や手指がだるい、いたい、しびれる	27 ( 4.7%)	101 (17.7%)	442 (77.5%)	32 ( 7.7%)	144 (34.7%)	239 (57.6%)
背中がだるい、いたい	35 ( 6.2%)	141 (24.8%)	392 (69.0%)	30 ( 7.2%)	136 (32.8%)	249 (60.0%)
腰がだるい、いたい	62 (10.9%)	226 (39.6%)	282 (49.5%)	41 ( 9.9%)	204 (49.0%)	171 (41.1%)
下肢がだるい、いたい、しびれる	20 ( 3.5%)	102 (17.9%)	447 (78.6%)	12 ( 2.9%)	90 (21.8%)	311 (75.3%)
<b>精神疲労</b>						
根気が続かない	22 ( 3.9%)	192 (33.7%)	356 (62.5%)	22 ( 5.3%)	177 (42.7%)	216 (52.0%)
動くのがおっくう	24 ( 4.2%)	170 (29.8%)	376 (66.0%)	16 ( 3.9%)	168 (40.5%)	231 (55.7%)
なんとなく気がない	22 ( 3.9%)	182 (31.9%)	366 (64.2%)	7 ( 1.7%)	144 (34.6%)	265 (63.7%)
ゆううつな気分がする	23 ( 4.0%)	158 (27.7%)	389 (68.2%)	9 ( 2.2%)	105 (25.2%)	302 (72.6%)
ちょっとしたことですぐおこりだす	20 ( 3.5%)	138 (24.2%)	412 (72.3%)	13 ( 3.1%)	74 (17.8%)	329 (79.1%)
なんとうことなくイライラする	18 ( 3.2%)	174 (30.5%)	378 (66.3%)	13 ( 3.1%)	103 (24.8%)	299 (72.0%)
何かでスパークとうさばらしがしたい	57 (10.0%)	184 (32.3%)	329 (57.7%)	26 ( 6.3%)	123 (29.6%)	267 (64.2%)
ささいなことが気になる	33 ( 5.8%)	153 (26.8%)	384 (67.4%)	24 ( 5.8%)	106 (25.5%)	286 (68.8%)
することに自信がもてない	16 ( 2.8%)	122 (21.4%)	431 (75.7%)	11 ( 2.6%)	97 (23.3%)	308 (74.0%)
働く意欲がでてこない	22 ( 3.9%)	117 (20.6%)	429 (75.5%)	4 ( 1.0%)	63 (15.1%)	349 (83.9%)

表3 筋肉疲労・精神疲労に関連する要因－重回帰分析(ステップワイズ法)

	B	標準誤差	$\beta$	t	P	R	調整済みR <sup>2</sup>
<b>筋肉疲労(男)</b>							
夕食時刻	0.414	0.139	0.150	2.983	0.003	0.224	0.041
有給休暇	0.205	0.093	0.110	2.203	0.028		
運動頻度	-0.228	0.104	-0.109	-2.205	0.028		
睡眠時間	-0.279	0.149	-0.094	-1.873	0.062		
<b>筋肉疲労(女)</b>							
運動頻度	-0.466	0.112	-0.228	-4.171	0.000	0.346	0.105
年齢	-0.023	0.013	-0.101	-1.760	0.080		
睡眠時間	-0.331	0.159	-0.114	-2.085	0.038		
入浴	0.340	0.177	0.108	1.923	0.055		
残業	0.397	0.217	0.103	1.830	0.068		
<b>精神疲労(男)</b>							
睡眠時間	-1.134	0.299	-0.197	-3.794	0.000	0.319	0.085
年齢	-0.063	0.018	-0.186	-3.531	0.000		
入浴	0.758	0.264	0.140	2.877	0.004		
有給休暇	0.480	0.176	0.134	2.735	0.007		
休憩	0.785	0.348	0.110	2.255	0.025		
運動頻度	-0.349	0.197	-0.085	-1.767	0.078		
就寝時刻	-0.458	0.263	-0.098	-1.739	0.083		
<b>精神疲労(女)</b>							
通勤時間	1.067	0.381	0.172	2.801	0.005	0.500	0.232
歩くこと	1.384	0.417	0.172	3.315	0.001		
入浴	0.738	0.294	0.131	2.513	0.013		
運動頻度	-0.487	0.187	-0.134	-2.604	0.010		
小休憩	0.963	0.326	0.157	2.954	0.003		
喫煙	-0.715	0.325	-0.113	-2.201	0.029		
年齢	-0.051	0.025	-0.123	-2.057	0.041		

表2 筋肉疲労・精神疲労の自覚症状と関連する要因

		筋肉疲労				精神疲労							
		男性	平均スコア	P	女性	平均スコア	P	男性	平均スコア	P	女性	平均スコア	P
通勤時間	30分未満	92	1.71	.062	308	2.90	0.027	92	3.07	0.149	310	2.87	.000
	30～59分	253	2.23		71	3.58		252	3.60		71	4.80	
	1時間以上	220	2.35		31	3.52		221	4.07		31	6.65	
	Total	565	2.19		410	3.06		565	3.70		412	3.49	
休憩	ほぼ毎日とれる	466	2.15	.637	326	3.00	0.611	465	3.57	0.402	327	3.44	.052
	とれる日が多い	63	2.41		37	3.38		64	4.31		37	3.68	
	とれない日が多い	36	2.33		8	3.00		36	3.94		8	6.88	
	Total	565	2.19		371	3.04		565	3.68		372	3.53	
小休憩	ほぼ毎日とれる	370	2.03	.060	323	2.87	0.002	368	3.43	0.083	324	2.98	.000
	とれる日が多い	132	2.39		52	3.90		133	3.93		53	5.34	
	とれない日が多い	63	2.65		32	3.53		64	4.66		32	5.50	
	Total	565	2.18		407	3.05		565	3.69		409	3.48	
残業	ほとんどない	144	1.81	.000	285	2.86	0.001	144	3.21	0.000	289	2.92	.000
	10時間未満	134	1.85		70	3.33		134	2.84		68	4.49	
	10時間以上	269	2.62		22	4.45		269	4.46		22	7.27	
	Total	547	2.22		377	3.04		547	3.74		379	3.45	
有給休暇	0日	39	1.97	.319	12	4.33	0.035	40	3.70	0.091	12	5.08	.174
	1～6日	137	2.04		52	2.63		139	2.81		52	3.83	
	7～12日	153	2.02		156	2.90		153	3.88		157	3.25	
	13～19日	156	2.43		161	3.16		155	3.94		162	3.27	
	20日以上	77	2.45		27	3.78		76	4.26		27	4.74	
	Total	562	2.20		408	3.07		563	3.67		410	3.48	
歩く	心掛けている	377	2.15	.531	273	2.90	0.039	377	3.32	0.002	273	2.92	.000
	心掛けていない	186	2.28		137	3.37		186	4.53		139	4.60	
	Total	563	2.20		410	3.06		563	3.72		412	3.49	
運動	ほとんどしない	316	2.34	.293	259	3.35	0.001	316	4.03	0.225	260	4.01	.001
	月に1～2回程度	135	2.06		38	3.03		135	3.45		37	3.84	
	週1回程度	72	2.03		76	2.47		73	3.16		77	2.21	
	週2回以上	43	1.79		34	2.12		42	3.07		35	2.23	
	Total	566	2.19		407	3.05		566	3.71		409	3.50	
朝食	ほぼ毎日食べる	391	2.14	.265	359	3.02	0.394	391	3.43	0.041	362	3.26	.003
	食べる日が多い	55	1.98		19	3.05		55	4.78		19	4.58	
	食べない日が多い	118	2.48		32	3.56		118	4.15		31	5.52	
	Total	564	2.20		410	3.06		564	3.71		412	3.49	
夕食	7時頃までに	92	1.46	.000	146	2.93	0.039	91	2.91	0.000	147	2.91	.000
	8時頃までに	160	1.83		180	2.97		159	2.99		181	3.17	
	8時以降	197	2.26		68	3.26		199	3.57		68	4.54	
	不規則	118	3.14		15	4.53		118	5.50		15	7.47	
	Total	567	2.19		409	3.06		567	3.70		411	3.46	
入浴	いつもゆっくり	134	2.10	.873	204	2.83	0.063	133	2.89	0.011	205	2.74	.000
	ときどきゆっくり	250	2.22		155	3.21		249	3.66		155	3.99	
	ゆっくりはつからない	183	2.22		51	3.53		185	4.35		52	4.98	
	Total	567	2.19		410	3.06		567	3.70		412	3.49	
就寝	10時より前	32	1.41	.157	9	2.89	0.069	32	2.53	0.004	9	4.22	.466
	11時より前	124	2.06		73	2.44		122	3.19		74	3.00	
	12時より前	228	2.18		197	3.17		230	3.36		198	3.43	
	12時以降	133	2.40		116	3.33		134	4.60		115	3.94	
	不規則	50	2.52		15	2.73		49	4.92		16	2.81	
	Total	567	2.19		410	3.06		567	3.70		412	3.49	
	睡眠	6時間未満	137	2.72	.002	127	3.31	0.006	137	4.88	0.000	126	4.07
7時間未満	310	2.15		207	3.05		310	3.42		208	3.01		
8時間未満	81	1.75		57	2.32		82	2.57		59	3.44		
8時間以上	11	0.55		10	2.80		11	1.64		10	4.70		
不規則	27	2.07		9	4.78		27	5.26		9	5.44		
Total	566	2.19		410	3.06		567	3.70		412	3.49		
飲酒	ほとんど飲まない	142	2.58	.081	274	3.08	0.536	141	4.68	0.024	277	3.35	.188
	週1～2回	90	1.87		70	3.14		90	3.56		69	3.77	
	週3～5回	90	1.93		40	2.65		90	3.07		40	3.80	
	ほぼ毎日2合まで	207	2.10		13	3.54		208	3.32		13	5.62	
	毎日2合以上	35	2.43					35	3.77				
	Total	564	2.18		397	3.07		564	3.68		399	3.54	
たばこ	吸っている	315	2.23	.679	40	3.25	0.125	314	3.85	0.631	39	5.36	.002
	吸っていたがやめた	127	2.05		26	3.85		127	3.45		26	4.50	
	吸ったことがない	112	2.27		341	2.98		112	3.58		344	3.21	
	Total	554	2.20		407	3.06		553	3.71		409	3.49	
年齢	30歳未満	102	2.16	.123	54	3.61	0.001	102	5.03	0.001	55	6.24	.000
	30～39歳	86	2.71		25	4.12		87	4.14		25	5.08	
	40～49歳	154	2.17		188	2.88		155	3.69		188	3.06	
	50～59歳	184	2.11		138	2.82		183	3.02		139	2.68	
	60歳以上	41	1.66		6	5.00		40	2.55		6	3.83	
	Total	567	2.19		411	3.06		567	3.70		413	3.49	





## A6

### 学校給食調理員におけるストレスの社会的背景

～食品衛生・食教育・安全衛生教育の視点から～

○内藤堅志、服部由季夫、江ヶ崎仁文、阿部眞雄(東海大学)

#### 【はじめに】

学校給食調理場は、指曲がり症や頸肩腕障害、公務災害など安全衛生上問題が多い職場であり、早急な改善が望まれる。また近年、学校給食に対する社会的要求度は高まる傾向にあり、社会的な要求が学校給食調理の作業内容を複雑にしてストレスを増加していると考えられる。

今回、学校給食調理に対する社会的な要求を、「食品衛生・食教育・安全衛生」に分類しストレスと社会的背景を検討すると共に、安全衛生の対策としてストレスマネジメントの立場から、新しいアプローチ方法を検討したので報告する。

#### 【学校給食調理場の現状】

学校給食調理場は他職種と比較して強度率・度数率が非常に高い職場である(表1)。また自覚症状に関しては「手首、指」の自覚症状を訴えており、事故・ケガに関しては「やけど・指の切創」が多い傾向にある。

表1. 平成8年度 度数率・強度率

	度数率	強度率
学校給食 M市	64.6	0.93
学校給食 C市	8.2	0.15
全産業	1.9	0.16
林業	6.9	0.87
建設業	1.3	0.16
製造業	1.2	0.15

#### 【調査対象・方法】

作業ストレスについては、神奈川県下及び東京都下の学校給食調理場、延べ16校の職場巡視を行い作業に支障を及ぼす項目をチェックすると共に、調理員への直接のインタビューやグループ討議により調査を行った。調査により得られたストレスを「食品衛生・食教育・安全衛生教育」の3つの社会的要求に

分類し、学校給食調理員におけるストレスの社会的な背景を検討すると共に、ストレスマネジメントの立場から Johnson & Hall が提唱した、「Demand-control-support model」に沿ってまとめた。

#### 【結果】

学校給食調理においてストレスと感ずる内容を「食品衛生・食教育・安全衛生」の項目について分類した結果を表2に示した。

表2 ストレス項目の分類

分類	ストレスと感ずる内容
食品衛生	・時間、・熱湯消毒、・調理マニュアル、・チェックリスト、 ・消毒方法、
食教育	・メニューの個別化及び複雑化、 ・重量物(米飯・牛乳瓶)、 ・機械化の遅れ、
安全衛生	・服装、・調理器具の整備、 ・チェックリスト、
その他	・熱湯消毒、・温熱環境・重量物、 ・人間関係、・人員不足、 ・人間工学的不備、

#### 【まとめ】

##### I. 作業ストレスの社会的背景

近年、学校給食に対する社会的な要求度は増加する傾向にある。特に食品衛生に関する要求度は平成8年5月に岡山県で発生した O-157 事件以来高まり、作業・衛生・調理等のマニュアルが整備された。その結果、食品衛生に関する安全性は確実なものとなりつつある。しかしその反面、食品衛生に関するマニュアルが作業手順を増やしメニューによっては、時間に追われ強いストレスとなるケースも多く見られる。また、熱湯消毒も必要以上に行われているのが現状で、過剰な熱湯消毒を廃止し、労働負担を減少させる必要性があると考えられる。

食教育に関しても、ライフスタイルの多様化や外食産業の拡大に伴う食生活の変化などから、近年食品衛生と同様に社会的要求が高く、健康・栄養・食文化等の教育が学校給食を通じて行われるようになりつつある。具体的な食教育と学校給食のかかわりとして「メニューの個別物(数もの)・米飯給食・手造り給食」が積極的に行われている。また平成9年9月の保健体育審議会の答申には、学校給食を活用した「食指導」を一層充実する観点から、「単独校方式の推奨や統一献立の縮小」が述べられており、今後もより一層のメニューの複雑化・個別化が進み、調理作業におけるストレスが増加するものと予測される。また、「味覚・見栄え」の面から機械切りよりも手切りを推奨して行っているが現状である。しかし「手切り作業」は調理作業において大きな労働負担となる作業のひとつであり、「手切り」を検討する必要があると思われる。現在では食教育に関する明確なガイドラインがないために今後も食教育の過熱により給食調理の作業負担が増加することが懸念される。

安全衛生教育に関しては、「服装・調理器具の整備・チェックリスト」がストレスとして考えられ、服装に関しては夏季の高温多湿環境下において身体的なストレスとなっている。環境に影響を受けるストレス要因は調理場をドライシステムに移行することにより、解消されるが地方自治体の予算や少子化による社会的な傾向がドライ化への移行や調理器具の整備等の項目に影響を与えていると思われる。またチェックリストに関しては内容が、あまりにも細分化されているために「チェックに時間がかかりかえって作業の時間を減少させる。」「チェックする気がなくなる」などの弊害を生んでいるのも事実である。

## II. 災害・傷害防止のためのストレス関係

学校給食調理場の公務災害や傷害の対策は、安全面と衛生面の二元的な対策を今

まで行ってきたが効果的な改善は見られていないのが現状あり、一元的な対策が必要であると考えられる。

そこで安全面と衛生面を一元的に捕らえるために、「Demand-control-support model」に沿って、給食調理作業におけるストレスをまとめたものが図1である。

「仕事の要求度」のストレスを高くしている要因として、食品衛生、食教育等に関する「調理マニュアル・消毒・手切り」等の項目が含まれ、「仕事のコントロール」のストレスを高くしている要因として、「メニュー内容・時間・各マニュアル・人間工学的不備」等が含まれ、「社会的支援」のストレスを高くしている要因として、「人員不足・施設の不備・機械化の遅れ」等が含まれる。

図1から、「Demand-control-support model」の「仕事の要求度・仕事のコントロール・社会的支援」の項目は単独でストレスとなっているのではなく関連があり、一つのストレスの減少は全体的なストレス度の減少につながると考えられ、今まで行ってきた学校給食調理場の安全衛生管理のように安全と衛生の一つ一つの解決よりも、学校給食調理場全体を捉えた、安全衛生教育を行う必要があると考えられる。またこの図により、ストレスの構造が理解し易くなると考えられ、より効果的な安全衛生教育の実務も可能になると考えられる。

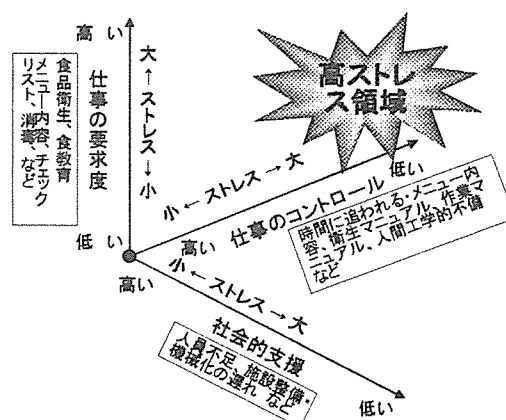


図1. 給食調理員におけるストレスの関係

## A7

### 看護婦のストレス—教員、一般事務職との比較研究

上畑鉄之丞、須藤紀子（国立公衆衛生院）、関谷栄子（白梅女子短大）

#### A. 研究目的

看護職は働く女性の代表的職種であるが、一般事務職などと比較して、夜勤などの労働負担が大きく、また病める人を労働対象とするところから心理的ストレスも大きいと考えられる。演者らは、看護婦の交代勤務制改善を目的とする研究の一環として、看護婦が、他の女性職種と比較して、どのようなストレスの影響を受けているかを検討した。

#### B. 研究方法

上畑らによる「日本の産業労働者のスト

#### C. 結果

1. 勤務条件…看護婦は、一般事務職に比較して、通勤時間は短いものの、深夜勤務があり、かつ週実労働時間が60時間以上のものが多

かった。また、教員に比較して、通勤時間は短かく、週実労働時間が60時間以上のものが少なく、月8日以上の日を有するものが多い傾向があったが、深夜勤務のあるものの割合が多い。

2. 職務ストレス…看護婦の職務ストレス・スコアは、一般事務及び教員に比較して有意に多い傾向があった。とくに、一般事務との比較では、14項目中13項目での訴え率が高く、教員とでは、13項目中9項目で看護婦の訴え率が高かったが、「ノルマに追われる」、「仕事が多すぎる」の項目の訴え率は教員が高かった。

3. 仕事特徴の比較…看護婦の仕事の要求度は、一般事務及び教員のいずれよりも高かったが、裁量の自由度は、一般事務より高く、教員より低く、仕事の支援度は、教員よりも高いが、一般事務との違いはみ

れずと健康総合調査」の baseline データの女性対象者(8,981人)の看護婦1,110人を対象とした。また、同じデータベースから、民間企業に勤務する一般事務労働者847人、及び小中高校に勤務する教員779人を選び比較した。3職種の対象者の年齢構成は表1に示した。質問内容は、10項目147問からなっているが、本研究では、夜勤回数などの勤務条件、職務ストレス、Karasekらの仕事特徴スケール、タイプA行動、ライフイベント、自覚徴候と睡眠障害徴候などの質問について検討した。

表1 職種別の年齢構成

	-29歳		30-39歳		40-49歳		50歳-		合計 人
	人	%	人	%	人	%	人	%	
一般事務	417	49.6	187	22.2	179	21.3	58	6.9	847(6)
教員	108	13.9	299	38.5	263	33.9	106	13.7	779(3)
看護職	498	45.4	311	28.3	200	18.2	89	8.1	1110(2)

注) 対象は全て女性、カッコ内の数字は年齢不明人数

られなかった。

4. ライフイベント・ストレス…ライフイベントの経験頻度は、年齢が高いほど多いと考えられる。看護婦の年齢構成は、一般事務とはほぼ同じで、教員よりも若い年齢層が多い。看護婦のイベント経験頻度が1%以下の6項目を除いた12項目のライフイベントの経験頻度と経験者のストレスの大きさの平均値では、看護婦が、一般事務及び教員に比較して経験頻度の高かった項目は、「失業・再就職」、「悪い環境への引越す」、「不本意な配転」の3項目だった。また、それぞれのイベントでのストレスの大きさは、看護婦では、「多額の財産を失う」(2.74)、「親友の死」(2.34)、「失業・再就職」(2.29)、「自身の重病」(2.28)、「不本意な配転」(2.27)の順に大きかったが、一般事務では、「不本意な配転」(2.72)、

「自身の重病」(2.39)、「親友の死」(2.25)の順であり、教員は、「不本意な配転」(2.82)、「家族の死」(2.47)、「自身の重病」(2.40)の順であった。看護婦では、「不本意な配転」の経験頻度は多いが、ストレスの大きさは他の2職種に比較して低い傾向がみられた。

5. タイプA行動…3職種のタイプA行動の割合を年齢階級別にみると、29歳以下の若年層では、看護婦の15.7%に対して、一般事務は20.4%、教員21.3%であり、看護婦の割合は有意に低かった。また、30-39歳の壮年層、及び40歳以上の中年層の場合も、看護婦(各19.4%、14.9%)の保有割合は、一般事務(各25.1%、28.3%)、教員(各25.1%、28.0%)に比較して、有意ではないものの低い傾向であった。

6. 自覚徴候及び睡眠障害スコア…5項目の自覚徴候のうち、焦燥感のスコアは、3職種で差は認めなかった。看護婦が、他の2職種に比較して有意に高かったのは睡眠障害スコアであった。また、一般疲労感、不安感や心身消耗感のスコアは、一般事務職より有意に高かったが、教員と比較すると一般疲労感は有意に低かった。なお、意欲低下感のスコアは、看護婦の場合、一般事務より低く、教員より高かった。

#### D. 考察

今回は、女性が就労している仕事のうち、最も代表的な一般事務及び小中学校教員を取り上げ、看護婦の労働と比較した。看護婦と教員の労働は、人を対象とするいわゆるヒューマン・サービス労働であるが、教員が、健康な学童への教育サービスであるのに対して、看護婦は、患者の安全確保と健康回復を援助するサービスである。また、一般事務の仕事は、看護婦や教員の場合と異なり、人へのサービスは直接の目的ではなく、単純・単調な機器労働の内容も含んでいる。看護婦の場合、勤務条件の比較では、病院寮などに居住する者も多いことから通勤時間が短い傾向が認められた。また、当然のことながら、一般事務や教員に比較して深夜勤務の割合が高かった。他の2職

種と比較した看護婦の労働特徴は、著者らが開発した職務ストレス・スコアの値が最も高かった。また、Karasek modelの仕事特徴でも「仕事の要求度」が高いことが明らかになった。また、タイプA行動の割合は低かったことは、一般に交代勤務労働に従事するものに低いとする従来の報告と一致した。さらに、ライフイベント・ストレスの経験頻度は年齢によって異なると思われるものの、看護婦のライフイベントでは、「失業・再就職」、「悪環境への引っ越し」とともに、「親しい友人の死」の経験が多かった。これは、常に「死」と直面する看護婦の職業特徴を反映していると考えられた。

なお、自覚徴候の特徴では、看護婦は睡眠障害の訴えスコアが、他の2職種より高く、一般疲労感、不安感、心身消耗感の訴え数も一般事務職より高い傾向を認めた。こうした傾向は、看護労働が、ヒューマン・サービス労働という特徴だけでなく、深夜勤務をともなっていることにも関連していると考えられた。ただ、看護労働が常にチーム・ワークを中心にすすめられるのに対して、教員の場合は、多数の学童への教育サービスが、個人の責任でおこなわれており、その負担の結果として一般疲労感の訴え数などが看護婦よりも高くなっていると考えられた。なお、看護婦のストレス感や自覚徴候などの訴えと月深夜勤回数との関連を、若年層(29歳以下)、壮年層(30歳台)、中年層(40歳以上)の年齢階級別にみると、若年層及び壮年層の職務ストレス・スコアは夜勤「あり」とともに増加、中年層も月夜勤回数4-6回以上で増加している傾向がある。また、一般疲労感、焦燥感、意欲低下感、心身消耗感の訴え率や睡眠障害スコアは、いずれも月夜勤回数10回以上で最も高いこと、さらに、回数の増加とともに徐々に増加傾向にあることが示されている。こうした結果は、看護婦のストレス感や自覚徴候を改善するうえで、夜勤回数を減らすことが有効であることを示唆していた。

## 保育中に発症した保母の腰痛の実態と労災認定基準

重田博正（淀協社会医学研究所）

## I 報告の主旨

腰痛症の労災認定基準(1976年基発第750号, 地方公務員災害補償基金の基準もほぼ同内容)では, 腰痛を「災害性腰痛」と「非災害性腰痛」に分け, 仕事に急性発症した腰痛は「災害性腰痛」として扱われている。労働省の統計では, 1998年中に労災認定された「災害性腰痛」は4896件(全「業務上疾病」の57.1%)で, 「非災害性腰痛」(109件, 1.3%)に比べかなり多い(1999年版『労働衛生のしおり』)。

しかし「災害性腰痛」も, 認定基準では「通常の動作と異なる」「事故的な事由」が要件として求められており, 仕事に動作に起因する腰痛であってもすべてが業務上と認定されるものではない。

ある公立保育所保母の「災害性腰痛」が公務外になり, その審査請求にあたり労働組合は保育所における「災害性腰痛」の実態調査を実施した。本報告では, その結果に照らして, 労災認定基準の妥当性を検討する。

## II 保育中に発症した腰痛実態調査の結果

## (1) 調査実施概要

①目的 保育所保母における保育中の急性腰痛発症率と発症状況を把握を把握する。

②対象 某市立保育所の保母(園長と長期休業者を除く)300人, 及び対照集団として市役所本庁の女性職員(管理職を除く)178人を対象とした。

③調査内容 質問紙で「仕事に動作などが原因となって急性に起こった腰痛」の経験の有無を聞き, 「経験あり」の者にはその時の具体的な状況の記入(自由記入)を求めた。

## ④時期及び調査票の配布・回収

保母は1999年10月, 本庁女性職員は同年11月に, 労働組合の役員を通じて調査票を配布・回収した。調査票の回収は, 保母271(回収率90.3%), 本庁女性職員136(回収率76.4%)であった。

## (2) 調査結果の特徴

## ①仕事に急性腰痛経験者率

保母の急性腰痛経験者率は33.9%(271人中92人)で, 対照集団の本庁女性事務職の12.5%(136人中17人)との間に明確な有意差が認められた( $\chi^2$ 検定,  $p < 0.0001$ )。

## ②担当児別件数

発症時の担当児の構成比を保母配置の児別構成と比較すると, 両者の構成比はほぼ一致していた。(%)

担当児年齢	0~1	2~3	4~5	計
発症数	39.6	39.6	20.8	100.0
保母配置	44.1	35.5	20.3	100.0

## ③発症要因の特徴

発症状況(自由記入)では, 以下のA~H(相互に重複有り)が発症要因の特徴として認められた。なお1人で複数回の者もあり件数の合計は107である。

A. 認定基準の例示事例に準ずるもの[12件, 11.2%]  
 ・「抱きかかえた0歳児が暴れてバランスを崩した」  
 ・「転んで腰を打った(2例)」  
 ・子どもの跳びつきなど不意の衝撃(9例)

B. 腰部負担の大きい姿勢での子ども(重量物)の持ち上げ・取り扱い[17件, 15.9%]  
 ・「子ども用の浅いプールで子どもを支えた」  
 ・「椅子に座った姿勢で泣く子を

抱き上げ」 ・ 「保育室の窓越しに水の入ったバケツを持ち上げ」など。

C. その他腰部負担の大きい姿勢や動作[12件, 11.2%] ・ 「子どもの背丈に合わせ屈んで縄跳び」 ・ 低いテーブルに配膳する給食準備, など

D. 腰部負担の大きい姿勢での動作であった可能性(保育現場の実情から推測)[15件, 14.0%] ・ 運動会の大道具運び ・ 狭く乱雑な倉庫内での作業など

E. 腰部への不意の衝撃(子どもの跳びつき)[9件, 8.4%] ※2歳以上の各クラス担任で

F. 腰部負担の大きい姿勢・動作連続の後[31件, 29.0%] 例えば「公園でしゃがんでおしっこをさせ, 立ち上がる時」など。

G. 腰部が疲れている時や繁忙期の発症[20件, 18.7%] 4～5月, 運動会の時期, 年度末, など。「4年連続年度末」の例も。

H. 子どもの抱きかかえ[25件, 23.5%]

※0歳では66.7%と高率。

#### ④腰痛による休業

(件数)

休業の有無			休業期間		
休業	不休	不明	1W未満	1W以上	不明
44	19	44	17	16	11

休業の有無, 休業期間とも「不明」が多く全体の状況は確定できないが, 腰痛症状の程度が軽微ではないことがうかがわれた。中には休業期間が3～7カ月と長期に及んだ事例もみられた。

#### ⑤公務災害申請状況

全107件中, 公務災害の申請を行ったものは7件しかなく(内6件は公務上と認定), ほとんどが私傷病扱いで年休や病休を利用

していた。

#### Ⅲ 考察

以上の調査結果を踏まえて腰痛労災認定基準の妥当性を検討する。

冒頭で述べたように仕事中の動作に起因する急性腰痛の認定基準は, 「災害性腰痛」として「通常の動作と異なる」「事故的な事由」を認定要件として求めている。

しかし少なくとも今回調査を行った保育所保育母について言えば, 収集された107例の内「事故的な事由」とみなせるものは12例しかなかった。つまりほとんどが「事故的な事由」によってではなく, 保育現場では日常的に繰り返されている言わば「通常の動作」に伴って発症していることが明らかになった。今回の調査で対照集団との間に発症率の明確な有意差が認められたことからしても, 保育母の集団としての特徴であるこの「通常の動作」にこそ業務起因性を認めるべきであると言える。

ちなみに『腰痛の予防対策に関する調査研究委員会報告書』(1994年中央労働災害防止協会)でも, 全国の事業場から労働基準監督署に提出された「労働者死傷病報告」の腰痛13,166件の発生状況を検討し, 「定常作業において腰痛が発症した件数は11,182件(84.9%), 非定常作業での発症は1,956件(14.9%)で通常行われている作業での発症がほとんどであった」と指摘している。

#### Ⅳ 結論

作業中の動作に伴う急性腰痛を「災害性」のものに限定している「認定基準」は, 腰痛の発症の実態と乖離しており, 実態に見合った改善が必要である。



**応募演題報告（B会場）**

**7月22日（土）**

**15時30分～17時30分**



**応募演題報告（B会場）**  
**7月22日（土） 15時30分～17時30分**

**疫学・インフォームドコンセント**

座長：宮尾克（名古屋大学院・多元）

- B1 20世紀における日本人の生存曲線  
－コホート生命表と期間生命表の対比を中心に－  
渡辺智之、福田博美、宮尾克（名古屋大学大学院）
- B2 わが国の高齢者における現在歯数の性差について  
安藤雄一（新潟大学歯学部予防歯科学講座）、  
寺岡加代（東京医科歯科大学大学院医療経済分野）、  
花田信弘（国立感染症研究所口腔科学部）、  
岡田真人、石井拓男（東京歯科大学社会歯科学教室）
- B3 疫学研究への個人情報提供に関する意識調査  
小橋元（北大院・医）、志渡晃一（北海道医療大・看護福祉）、太田薫里（北大院・医）、福地保馬（北大院・教育）
- B4 公的健康診断におけるインフォームドコンセント  
高柳泰世（名古屋大学公衛・本郷眼科）、宮尾克（名古屋大学院多元）

**保健対策**

座長：西山勝夫（滋賀医科大学・予防医学）

- B5 大都市圏域における人口静態と保健対策の課題  
高鳥毛敏雄、村上茂樹、多田羅浩三  
（大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座）
- B6 炭鉱離職者の健康（第3報）－「芦別調査」の意義－  
福地保馬（北大院・教育）、佐藤修二、若葉金（北海道勤医協）、三埜田和史（滋賀医大）、川村雅則（北大院・教育）、菅原由美子（北海道勤医協）、西山勝夫（滋賀医大）、富田素美江（北海道職対連）、松塚政男（じん肺問題を考える芦別・赤平の会）
- B7 予防接種による肝炎感染防止対策の不備と行政の責任  
－北海道肝炎訴訟の判決より－  
西三郎（東海大学健康科学部社会福祉学科）
- B8 化学物質安全（危機）管理のリスクコミュニケーションにおける消費者主権  
小林勇（ユーコープ事業連合商品検査センター）

## B1

### 20 世紀における日本人の生存曲線

#### -コホート生命表と期間生命表の対比を中心に-

○渡辺 智之、福田 博美、宮尾 克 (名古屋大学大学院)

#### はじめに

我が国はめざましい医学の進歩により、現在、平均寿命は非常に高い水準を維持している。その背景には生存率の改善が寄与している。そこで今回、生命表による生存数を用いることにより、従来の期間生命表(通常生命表)との比較をふまえて、今日に至るまでの日本における生存数の推移について比較検討したので報告する。

#### 方法

期間生命表とコホート生命表を作成することによって、それぞれの生存数を算出した。コホート生命表とは、ある同時出生集団(出生コホート)について加齢とともに生存数が減少した場合、その生存と死亡の秩序を年齢を追って表したものである。コホート生命表の作成には、まず 1891 年から 1995 年までの期間生命表の各歳死亡率  $q_x$  を要素とするマトリックスを考える。1891 年から 1995 年までの年齢 0 歳から 90 歳までの一連の  $q_x$  を順に並べたマトリックスに対し、左斜め上から右斜め下へと縦断的に  $q_x$  を捉えていき、これをコホート生命表の死亡率として考えれば生存数を導き出すことができる。そこで、コホート生命表の 1891 年から 1990 年までの出生コホートの生存数と、期間生命表における 1981 年から 1995 年までの生存数をそれぞれ 5 年ごと(1891 年～1895 年は除く)に推移をみた。

#### 結果・考察

男性の期間生命表による生存曲線(図 1)をみると、1891 年当初は乳児死亡率が非常に高く、1 歳児における生存数は大きく減少している。よって、乳児期以降の生存数は全体的に低い値を示している。さらに、第 2 次世界大戦が起こった 1945 年については 20 歳以降、

急激な減少を示しており、他の年代と比較すると非常に低い。しかし、戦後は乳児死亡の減少もあり、徐々に生存数は高くなっている。近年では高齢者において増加がみられるが、増加幅は次第に小さくなっている。

女性の期間生命表による生存曲線(図 2)については、男性と同様に乳児死亡が高く、乳児期以降の生存数は低い値を示している。第 2 次世界大戦時は男性のような急激な減少はみられないが、他の年代と比べても生存数の減少は大きい。また、男女ともに 1940 年～1955 年の間に大幅に生存数が増加している。

次に男性のコホート生命表による生存曲線(図 3)を示した。コホート生命表は 1891 年から 1995 年まで追跡して作成されているため、統計資料の限界上、生まれた年代が新しいほど追跡期間は短くなっている。1925 年生まれの 20 歳、つまり 1945 年における生存数は激減しており、第 2 次世界大戦の影響が大きくあらわれている。他の出生コホートについても戦争を経験した年齢に生存数が減少しているため、曲線には凹凸部分がみられる。また、戦後生まれのコホートの生存数は増加している。

女性のコホート生命表による生存曲線(図 4)については、戦争による影響は男性より小さいが、曲線に凹凸部分が認められる。また、男性よりも生存数の減少は小さい。

#### 結論

わが国の生存数の増加は乳児死亡が減少したことが大きな要因となっている。また、戦後において生存数は急増している。コホート生命表は縦断的に生存状況を捉えているため、戦争のような社会的変化の影響を反映することができる。

図1: 期間生命表による生存曲線(男性)

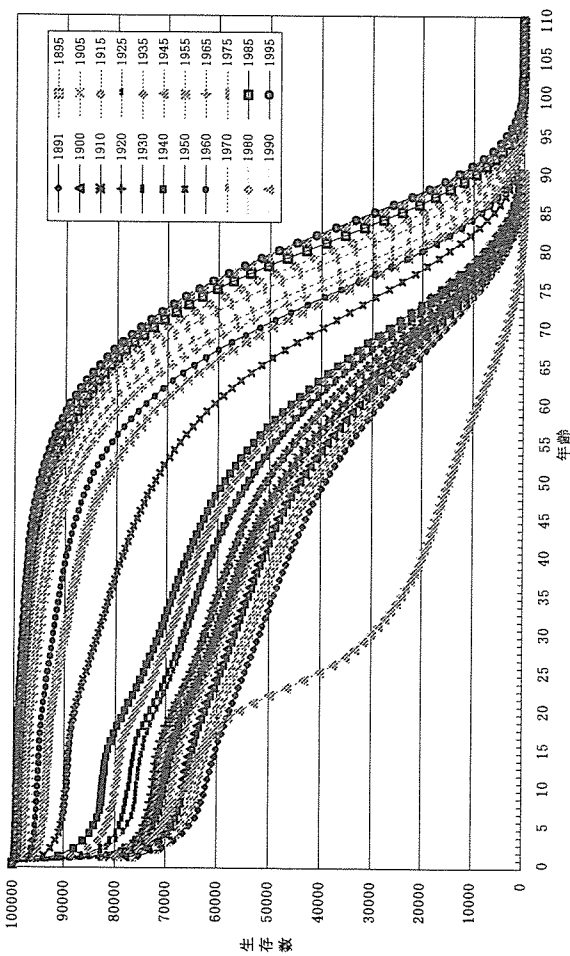


図2: 期間生命表による生存曲線(女性)

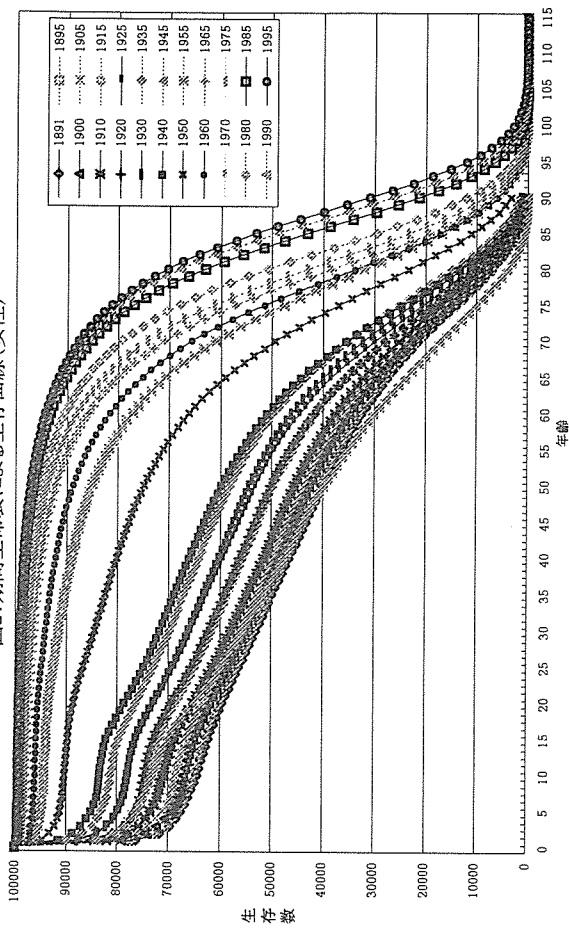


図3: コホート生命表による生存曲線(男性)

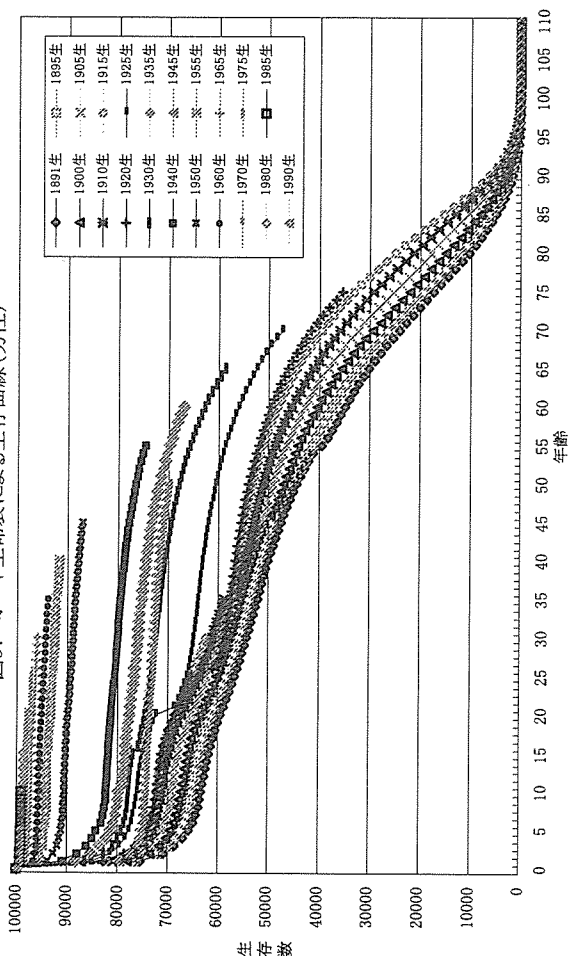
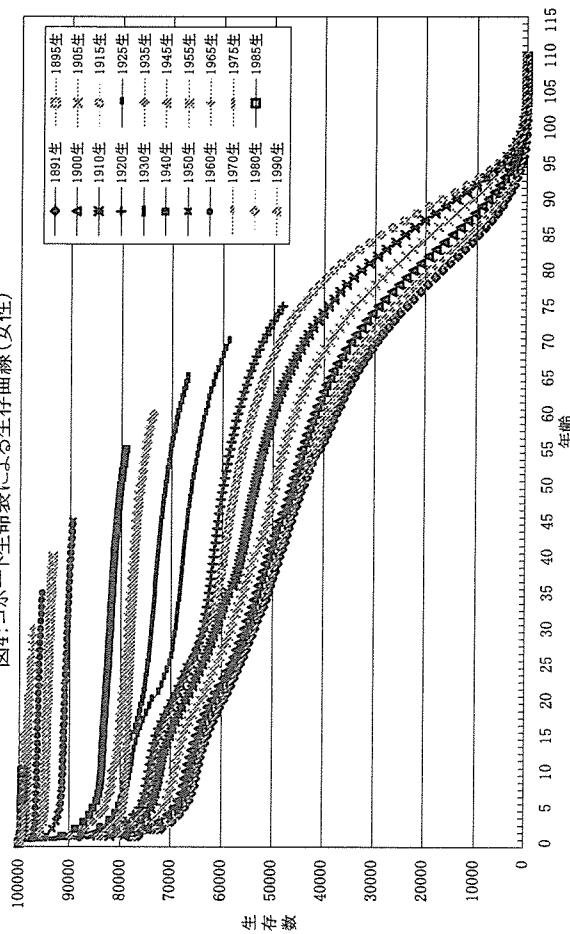


図4: コホート生命表による生存曲線(女性)



## B2

### わが国の高齢者における現在歯数の性差について

安藤雄一\*、寺岡加代\*\*、花田信弘\*\*\*、岡田真人\*\*\*\*、石井拓男\*\*\*\*

\* 新潟大学歯学部予防歯科学講座、\*\* 東京医科歯科大学大学院医療経済分野、

\*\*\* 国立感染症研究所口腔科学部、\*\*\*\* 東京歯科大学社会歯科学教室

#### 1. 目的

80歳で20本の歯を残すことを目標とした「8020運動」が展開されてから、高齢者の歯科保健が関心を集めるようになった。高齢者の歯科疫学調査では、世界的にみて、男性のほうが女性よりも現在歯数(歯の本数)が多いという報告が比較的多い。しかし、わが国では、現在歯数の性差に関する報告はほとんどない。

そこで、今回、我々は、高齢者の現在歯数の性差に注目し、全国統計と最近行われた大規模な疫学調査のデータを用いて、現在歯数の性差の推移と現状について分析を行ったので、報告する。

#### 2. 研究方法

##### 1) 厚生省歯科疾患実態調査

[材料] 1957～1993年にかけて6年間隔で計7回行われた厚生省歯科疾患実態調査の報告書に記載されている集計表から、各年度における男女の年齢(20歳以上)別一人平均現在歯数に関するデータを用いた。

[分析方法] まず、各調査年度における各年齢の現在歯数の性差を比較した。次いで、現在歯数の性差が、調査年度と年齢を調整して有意であるか否かを確認するため、一人平均現在歯数を目的変数、性・調査年度・年齢階級を説明変数として重回帰分析を行った。この際、年齢階級は10歳ごとに区分して、調査年度とともにダミー変数として扱った。さらに同様の方法による重回帰分析を、各年度ごとに行った。

##### 2) 70歳・80歳の高齢者調査

[材料] 1997～1998年に岩手・福岡・愛知・新

潟県の24市町村で行われた高齢者に対する疫学調査のデータを用いた。新潟以外の3県では80歳のみを対象とした悉皆調査を行った。新潟県では、80歳に加えて70歳も調査対象とし、希望者を中心にサンプリング調査を行った。口腔診査の受診者数は2717名(70歳599名、80歳2118名)である。

[分析方法] まず、県・年齢ごとに性現在歯数の平均値を算出した。さらに、新潟県以外の対象者について、各市町村における現在歯数の平均値を性別に算出した。

#### 3. 結果(および考察)

##### 1) 厚生省歯科疾患実態調査

図1に、1957・75・93年度における50歳以上の一人平均現在歯数を示す。性差が縮小傾向にあることが読みとれる。

表1に重回帰分析の結果を示す。性の偏回帰係数は危険率0.1%未満で有意であり、女性の現在歯数は、男性に比べて2.27本少ないことが示された。さらに、各年度別に行った重回帰分析の結果、性の偏回帰係数は1957年度では-4.10、1963年度では-4.28であったものが、年度とともに減少し、1993年度では-2.19であり、性差の縮小傾向が示された。

##### 2) 70歳・80歳の高齢者調査

図2に県・年齢別にみた現在歯数の性別比較を示す。岩手・福岡県では男性の現在歯数が有意に多かったが、愛知・新潟県では有意差が認められなかった。

図3に、市町村別に行った現在歯数の性別比較を示す。ほとんどの市町村で男性の現在歯数が多い傾向が認められ、このうち10市町

村が危険率5%未満で有意であった。

#### 4. 考察

現在歯数の性差に関する諸外国の文献を概観すると、歯科医療の供給量が少ない国では男性の現在歯数が多いのに対して、供給量が多い先進諸国では性差が縮小する例も認められる。今回示した厚生省歯科疾患実態調査による分析結果は、わが国における現在歯数の性差が、いくつかの先進諸国と同様に縮小傾向にあることを示したといえる。また、70歳・80歳高齢者調査で示された地域差は、全国的に生じている性差縮小傾向の程度の違

いが断面的に示されたものと解釈できる。

歯の喪失状況に性差が生ずる理由は単純ではないが、歯科医師の治療パターンが歯の喪失に強く影響することから、受療行動の性差が反映している可能性が考えられる。したがって、生物医学的な視点に加えて、社会医学的な視点からの性差の問題を捉えていく必要があると思われる。

#### 5. 結論

わが国における現在歯数の性差は縮小傾向にあるものの、大きな性差が認められる地域も存在していることが示された。

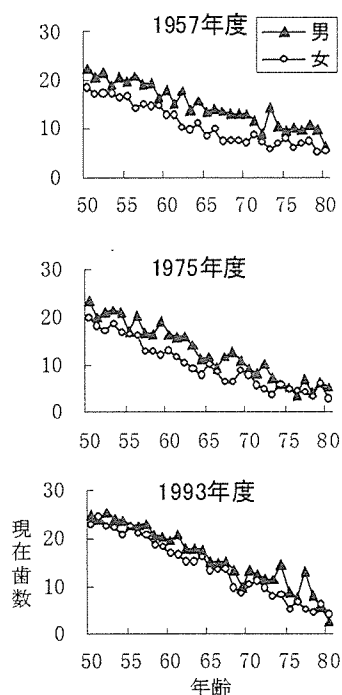


図1. 現在歯数の性差 (1957・75・93年度)

表1. 重回帰分析の結果

分析対象数 = 864  
寄与率(自由度調整済み) = 0.94

説明変数	偏回帰係数	p値
性 <sup>†</sup>	-2.27	0.000
調査年度 <sup>##</sup>	1963年	-0.09 0.636
	1969年	0.10 0.599
	1975年	-0.16 0.428
	1981年	0.37 0.088
	1987年	0.88 0.000
	1993年	2.10 0.000
年齢階級 <sup>###</sup>	30歳代	-1.54 0.000
	40歳代	-5.00 0.000
	50歳代	-10.33 0.000
	60歳代	-16.68 0.000
	70歳代	-21.64 0.000
	80歳代	-24.74 0.000

<sup>†</sup> 男=1、女=2  
<sup>##</sup> ダミー変数、基準=1957年度  
<sup>###</sup> ダミー変数、基準=20歳代

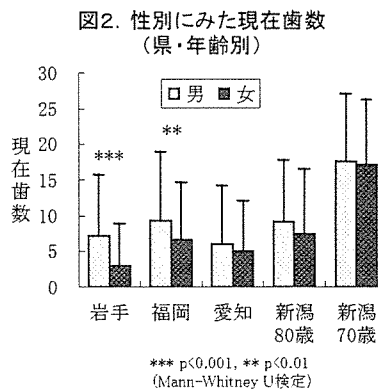


図2. 性別にみた現在歯数 (県・年齢別)

\*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01 (Mann-Whitney U検定)

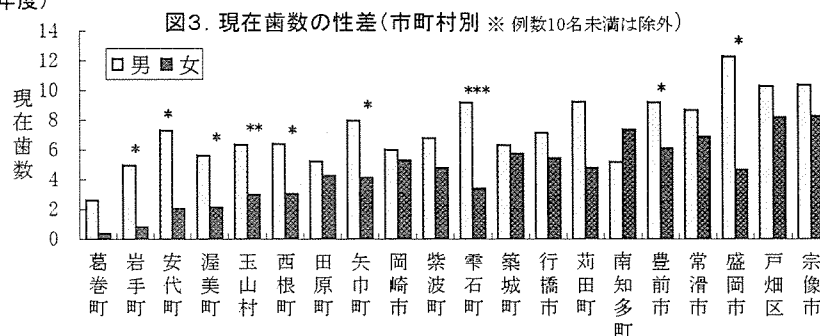


図3. 現在歯数の性差(市町村別 ※ 例数10名未満は除外)

\*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05 (Mann-Whitney U検定)

## 疫学研究への個人情報の提供に関する意識調査

小橋 元 (北大院・医)、志渡晃一 (北海道医療大・看護福祉)  
太田薫里 (北大院・医)、福地保馬 (北大院・教育)

## はじめに

この 1~2 年、個人情報保護法制定に向かって進む中で、自己情報のプライバシー権に関する社会の意識が高まっている。特に、遺伝子情報を取り扱う疫学研究、がん登録事業等の対象者の悉皆的な参加を要する疫学研究においては、その倫理、インフォームド・コンセント、個人情報保護について急速に議論がなされている。しかしながら、その一方で、疫学研究についての知識、すなわち、疫学研究では何をどのように解析することによりどのような成果が得られるのか、今までに疫学研究は公衆衛生の向上にどのように役立ってきたのかなどについての社会の認識がまだまだ不足しているともいわれている。

本研究では、看護学生を対象に、遺伝子解析でわかることについての知識と研究への臓器・血液供出に関する意識、実際にどのレベルまでの自らの個人情報を提供していいと考えているかなどについて予備調査を行った。

## 対象と方法

看護専門学校の 2 年目学生 27 名 (すべて 19~20 歳の女性) を対象として、無記名の自記式質問紙調査 (予備調査) を行った。質問内容は、(1) 遺伝子解析でわかることについての知識、(2) 臓器・組織のうちで、研究の目的にかかわらず無断で使われてもいいもの、(3) 研究目的で自らの個人情報を「個人名がついたまま」使用させてほしいといわれたときの、情報の種類ごとの対応、(4) 1999 年 11 月の個人の病歴つき名簿が販売されていたという記事を知っていたかどうかとそれに対する意見、などである。

## 結果および考察

遺伝子解析によりわかることとして、「将来がんになりやすいタイプ」、「将来ボケやすいタイプか」、「将来脳卒中になりやすいタイプか」は、27 人中それぞれ 25 人、18 人、19 人が選択したが、「キレやすいタイプか」、「勉強が得意かどうか」は、それぞれ 9 人、5 人の選択であった (表 1)。臓器・組織で、目的によらずいちいち地断らずに使ってもいいとの回答が多かったのは、血液、髪の毛 (それぞれ 15 人、18 人) であった。少なかったのは中絶した胎児 (1 人) であった (表 2)。研究目的で個人名がついたまま情報を使用させてほしいといわれたとき、「無条件で使用を許可する」と回答した者が多かった情報は、飲酒・喫煙の有無であった。「研究者の説明により許可する」と回答した者が多かったのは、学歴、結婚歴、月経歴、収入・医療費などであった。「情報が法律で守られている場合のみ使用を許可する」と回答した者が多かったのは、カルテ内容、遺伝子解析結果、凍結臓器・組織などであった。「大学・学会などの研究倫理委員会を通ったものならば使用を許可する」と回答した者は、すべての情報について 3 人以下だった (表 3)。個人の病歴つき名簿が販売されていたという記事については、「聞いたことがある」が 9 名、「知らなかった」が 18 名であった。そのことを「良くないことだと思う」と回答した者は 24 名、「よくわからない」と回答した者は 3 名であった。今後、この調査の結果をもとに質問票を整備し、対象数を増やして本調査を行い、遺伝子解析や疫学研究に関する知識と、個人情報保護についての考え方との関連を明らかにしていく予定である。

表1 遺伝子解析でわかることについての知識

項目	わかると答えた人数 (n=27)
性別	27
結婚しているかどうか	25
兄弟の数	3
勉強が得意かどうか	5
将来がんになりやすいタイプか	25
将来ぼけやすいタイプか	18
将来脳卒中になりやすいタイプか	19
キレやすい(怒りっぽい)タイプか	9

「遺伝子を調べることによりその人のことがどの位わかるとおもいますか?」という質問に対し、上記の項目をわかると回答した人数を示した。

表2 研究目的によらず無断で使われていい臓器

項目	使用可と答えた人数 (n=27)
肝臓	10
腎臓	10
胃	7
腸	9
「おでき」のようなもの	10
卵巣または精巣	7
中絶した胎児	1
血液	15
髪の毛	18

表3 研究目的で個人情報を「個人名がついたまま」使用させてほしいといわれたときの対応

情報の種類	A	B	C	D	E	無回答
生年月日	11	10	0	4	2	0
現住所	1	11	0	7	7	1
本籍	1	12	0	7	7	0
電話番号	0	10	0	8	8	1
結婚歴	6	13	0	3	4	1
妊娠分娩歴	2	11	1	7	5	1
月経歴	2	10	3	6	5	1
学歴	4	16	1	2	3	1
飲酒の有無	15	7	2	1	1	1
喫煙の有無	14	8	2	1	1	1
健康診断データ	2	12	3	8	1	1
病院のカルテ内容	2	3	0	19	2	1
遺伝子解析結果	2	4	2	15	3	1
凍結した血液	2	5	2	15	1	2
凍結した卵巣	2	3	2	13	5	2
凍結した胎盤	2	3	2	14	4	2
凍結した中絶胎児	1	2	0	11	11	2
年間の収入額	1	14	1	6	3	2
年間の医療費	1	17	2	3	2	2

「あなたは、『あなたの以下の情報(凍結組織)を研究のために、名前がついた(個人が識別できる)状態で使用させてください』と言われ、目的については一応理解できたとします。その場合のあなたの対応と考えをそれぞれの情報について最もあてはまるものの記号を一つ選んで記入してください。」との質問に対して、A:無条件で使用を許可する。B:研究者が「個人の情報は厳重に管理し、プライバシーは守ります」と説明しているならば使用を許可する。C:大学・学会などの研究倫理審査委員会を通ったものならば使用を許可する。D:情報が法律で守られている(万一情報が漏れた時は、その研究者が厳罰に処される)場合のみ、使用を許可する。E:使用は許可しない。の選択肢で回答してもらった。

## B4

### 公的健康診断におけるインフォームドコンセント

高柳 泰世 (名古屋大学公衛・本郷眼科)

宮尾 克 (名古屋大学院多元)

#### 1. はじめに

「色覚異常」と診断することは家系に色覚異常者が存在することを意味している。

文部省では健康診断に関する一部改正によって、学校における色覚検査の目的は「児童生徒が学習する上で支障があるかあるいは色彩に関わる学習に配慮が必要かなどを知るために行う。従って、色覚異常を検出することのみを目的とするものではない。」と明記され、検査結果は学校教育上必要な場合を除き関係者以外には漏れないようにすること。また、「石原式色覚異常検査表による判定結果のみで進路指導を行うことは避けるべきである。」と注意事項に記されている。

#### 2. 「色覚異常」と判定されると云うこと

文部省では学校における色覚異常判定において上記のような注意を与えているにもかかわらず、色覚異常を欠格条項としている公的職場・公的資格認定の必要な職種・一般企業など、日本社会には未だ多数に見られる。すなわち、「色覚

異常」と判定されることは仕事遂行の能力を試す前に、入学、入社を拒否されることを意味している。

#### 3. 日本の一般眼科医の行う色覚検査とは

去る1999年10月に日本眼科医会から「色覚異常に対するマニュアル」が13,000人の全会員に配布された。その中で推奨されているものは以下の方法である。

スクリーニング：仮性同色表（石原式色覚異常検査表）ただしこれは異常の疑いを選び出すもので、強弱、第1異常、第2異常などを判定できるものではない。

程度判定：パネルD15テスト

診断：アノマロスコープテスト

その後、遺伝形式を詳細に記載してある。

#### 4. 日本の慣例として、入試、入社に際して

健康診断書の提出が求められ、そこにはほぼ「色覚」欄がある。

この診断書の目的は、受験者の学習上、就業上の問題の有無を判断する資料とすることで



ある。

色覚欄記入のために医師はどんな検査機器を使って判定し、診断して記入するか。おおむね3に示したような仮性同色表で判定をしている。パネルD15 テストを使うところは日本眼科医学会の30%ほどである。10%の医療機関でアノマロスコープが使われている。

#### 5. 色覚診断におけるインフォームド・コンセントについて

色覚診断にはインフォームドコンセントは不可欠である。

DNA の異常を検出するばかりが色覚に関する遺伝子診断ではない。色覚異常の説明には必ず遺伝形式が出るように、これは遺伝子検査と同じ結果が現れるものである。そのために遺伝子診断に要求さえる事柄を充足する必要がある。

(1) 本人がある程度の年齢に達している。(2) インフォームドコンセントの内容を理解する知的能力がある。(3) 本人が自己の遺伝情報を知りたいと希望している。(4) 未成年者または自己判断不能の場合に限って保護者の同意が必要である。(5) 遺伝子診断技術が確立されていて誤診が皆無である。(6) 個人の遺伝子情報が漏

洩しない保障が確立している。

現行の小学4年生に義務づけられている学校保健の中の色覚検査はこの一つも満たしていない。

#### 6. おわりに

色覚検査に関して、検査する側が色覚検査の意味とその弊害をどれほど理解し、被験者に説明することが出来るか。まさにこの点を見直すべき時期に来ている。診断書の中の特に色覚欄に関してはインフォームドコンセントが必要である。

## 大都市圏域における人口静態と保健対策の課題

大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座

高鳥毛敏雄 村上茂樹 多田羅浩三

### はじめに

わが国の大都市圏域は自治体の枠を超えて拡大している。都市においては、進学、就職、結婚、転勤等の節目の移動、通勤、通学等の日々の移動など、人口静態的にみるととどまることのない大きな人の流れが存在している。都市に居住する人の健康管理は、勤務者・労働者については事業主の責任として充実強化がなされ、地域住民については市町村を主体に基盤整備がなされてきている。しかし、都市部の健康指標の改善は必ずしも順調とは言えない状況にある。この都市の保健対策を考えるにあたっては、都市に存在している人々の実態を理解する必要がある。そこで、わが国の大都市の中でも健康指標が最悪の状況にある大阪都市圏に存在している人々について、人口静態学的に分析し、都市の保健対策の課題について検討を行った。

### 対象と方法

国勢調査の人口資料、大阪市統計書、結核の統計等の行政資料を用いた。

### 結果

1. 大阪都市圏の産業別就労人口、就労人口の生活圏域

1) 産業別就労人口(表1)

近年の産業構造の推移を反映し、第1次産業就労者数が減り、第2次産業就労者数は横這い、第3次産業就労者数は151万人増加している。

表1 産業別昼間就業人口推移(単位:千人)

年次	昭和50年 1975年	平成7年 1995年	人口増減
第一次産業	199	109	-90
第二次産業	2,729	2,690	-39
第三次産業	4,031	5,544	1,513

2) 大阪都市圏の就業人口の地域分布(表2)

大阪都市圏で就労している者の居住自治体は、大阪市内から周辺自治体に散在する傾向を強めている。つまり、第1次、第2次圏域に居住する者の人口が増加している。人口増加の9割は大阪市外で行っている。

表2 大阪都市圏の昼間就業人口と居住区域

年次	昭和50年 平成7年		人口増減
	(1975年)	(1995年)	
総数	6,988	8,444	1,456
居 大阪市内	2,323	2,472	149
住 第1次圏域	1,923	2,545	622
区 域 第2次圏域	2,742	3,427	685

(単位:千人)

2. 大阪市の昼間人口の推移(表3)

大阪都市圏の中心都市の大阪市の昼間人口の推移をみた。「常住人口」は一貫して減少を続けている。一方「流入人口」が増加し、全体としての「昼間人口」は増加してきている。つまり、職住分離の傾向を強めている。

表3 大阪市の昼間人口の推移

年次	昭和50年 1975年	平成7年 1995年	人口増減
常住人口	2,778,987	2,602,421	-176,566
流入人口	1,216,440	1,496,230	279,790
流出人口	221,093	289,513	68,420
昼間人口	3,774,334	3,803,203	28,869

3. 大阪府と他府県との人の繋がり(表4)

大阪府と他府県の人々の繋がり方は3つのタイプに分けられる。第1は、中国、四国、九州等の地方から転入者超過のタイプの地域、第2は、兵庫県、京都府、奈良県などの近隣府県であり、転入者、転出者とも多く、全体として転出者超過のタイプの地域、第3は首都圏の都県であり、近隣府県と同様に転入、転出者とも多いが転出者超過のタイプの地域である。

第2と第3のタイプは転出者超過の地域であるが、前者は大阪都市圏と繋がりを続けている者と考えられるが、後者は他の都市圏に流出したと考えられる者で異なるタイプである。

表4 大阪府と他都道府県との転出入人口(平成9年)

転入者、転出者数の順位				転入と転出の人口差			
都府県	転入者	都府県	転出者	転出超過		転入超過	
総数	192,521	総数	220,370	総数	-27,849		
兵庫	36,205	兵庫	46,758	兵庫	-10,553	広島	613
京都	15,365	奈良	18,541	奈良	-76,055	愛媛	238
東京	13,567	東京	17,315	東京	-3,748	福井	195
奈良	12,486	京都	16,403	滋賀	-2,103	和歌山	175
神奈川	8,731	神奈川	10,376	神奈川	-1,645	山口	149
和歌山	8,234	愛知	8,969	千葉	-1,226	香川	146
愛知	8,124	和歌山	8,059	京都	-1,038	長崎	146
福岡	7,072	千葉	7,575	愛知	-845	島根	140
広島	6,599	福岡	7,251	三重	-587	石川	136
千葉	6,349	滋賀	6,942	埼玉	-434	岐阜	90

#### 4. 大阪府内の自治体の人口静態(表5)

大阪府内の自治体の状況に限って人口の毎日の人口の移動状況を平成7年の国勢調査結果からみた。全体としては、定住人口に対する流出人口比が高い市町村は、大阪市から離れた自治体であり、流入人口比が高い自治体は大阪市および隣接市町であった。大阪市とその中間に位置する近郊市では、流出人口と流入人口が拮抗している状況にあった。個々の自治体は決して独立した経済単位として存在している状況にはなかった。

表5 大阪府内市町村の日々の人口静態

流出人口比が高い自治体			流入人口比が高い自治体		
市区町村	流出人口	人口比	市区町村	流入人口	人口比
豊能町	11,671	43.9%	田尻町	4,411	70.2%
太子町	5,211	40.6%	大阪市	1,496,230	57.6%
田尻町	2,551	40.6%	摂津市	38,498	44.1%
千早赤阪村	3,015	40.4%	美原町	15,012	40.1%
島本町	12,186	40.2%	河南町	6,178	38.8%
箕面市	51,145	40.2%	門真市	52,580	37.5%
交野市	28,922	40.1%	吹田市	119,696	35.1%
熊取町	16,340	40.0%	泉佐野市	29,268	31.7%
大阪狭山市	22,968	39.8%	忠岡町	5,375	31.4%
四条畷市	21,378	39.8%	守口市	49,131	31.3%
藤井寺市	25,888	38.6%	大東市	38,896	30.2%
池田市	40,167	38.5%	東大阪市	146,007	28.3%

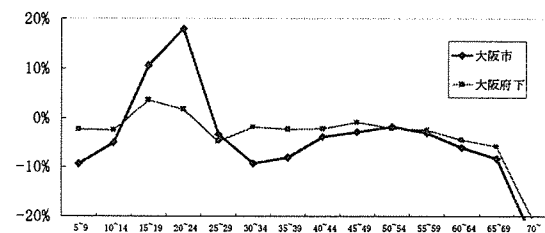
#### 5. 人口コホートの分析にみる人口移動(図1)

平成2年の大阪市の年齢階級別人口をもと

に、人口移動がないとして、平成7年の国勢調査の年齢階級別人口をコホート分析的に計算し、人口移動をみた。流入者の顕著な年齢層は進学や就職によると思われる「10歳代の後半から20歳代」の者であった。20歳前半の世代には元の約2割の人口集団が付け加わる流入超過の状況にあった。30歳代には人口が流出超過の状況にあった。40歳から50歳代は、流出者と流入者が相殺し合い、ほとんど人数は変動していない状況にあった。高齢層は死亡等による自然減もあり人口が減っていた。

図1 大阪市、府の人口コホート分析

(平成7年と平成2年の国勢調査による)



#### 考察

都市で生じた健康問題は、明治、大正期の医療保障や産業保健体制が未成熟の時代には出身地方の問題に移行していたのが、今日では都市に若年層等のダイナミックな人口流入者の中の安定生活者ほど周辺自治体に移動し、都心部には不安定生活者がとどまる構造から、都市の問題として顕著になってきていると推測される。

保健指標である死亡率、罹患率は、人口を分母とし、死亡者、罹患者を分子としている。都市では、分母の人口集団は移動頻度が高く、またの分布様式に社会的要因が介在しているために、このような人口の選択的な分布の影響を強く受けると考えられる。大都市の特定地域の健康指標の改善もこのような認識に立ち、自治体を越える、都市圏を単位とした構造を理解した対策が必要である。具体的には、不特定多数の人々が存在し、多くの社会的要因が絡み合っている大都市における公衆衛生対策には圏域内の保健所が自治体を超えて協力した保健所機能の活性化と充実が必要であると考えられる。

## 炭鉱離職者の健康 (第3報)「芦別調査」の意義

福地保馬<sup>1</sup>、佐藤修二<sup>2</sup>、若葉金三<sup>2</sup>、埴田和史<sup>3</sup>、川村雅則<sup>1</sup>、菅原由美子<sup>2</sup>、西山勝夫<sup>3</sup>、  
富田素実江<sup>4</sup>、松塚政男<sup>5</sup>

(1.北大・院・教育、2.北海道勤医協、3.滋賀医大・予防医学、4.北海道職対連、5.じん肺問題を考える芦別・赤平の会)

わが国における石炭産業は、1960年代初頭から始まった炭鉱の合理化・閉山によって衰退の一途をたどった。現在、わが国において坑内掘を行っている炭鉱は、九州と北海道にある2坑だけとなった。北海道においては、1957年末10万を超える労働者が炭鉱労働に従事していたが、40年後の1997年末現在では1887人(露天掘り10鉱を含む)を数えるに過ぎず、この間に、大量の炭鉱離職者が生み出された。

これら炭鉱離職者は、今や自らが高齢化する中で炭鉱労働特有の疾病を抱えながら、様々困難に直面しており、炭鉱離職者の健康と生活問題は地域の医療・福祉政策に関わる緊急かつ重要な課題となっている。

私たちは、炭鉱労働者の離職後のじん肺などの職業性疾患の進行・発症状況を中心とした健康や療養の状態、生活の状況、および、死亡者の死因構造を明らかにするための一連の協同研究を行うこととした。

研究は、①健康と生活状況に関するアンケート調査②離職者の健康診断および臨床的研究③死因構造研究からなる。

当面の研究対象は、1992年に閉山した大手のM炭鉱(北海道芦別市)の離職者とした(将来的には、対象の拡大を意図している)。

研究組織は、大学および医療機関の研究者・医師で構成したが、地域の炭鉱離職者、職業病患者組織、医療機関職員、北大学生

などによって「追跡調査実行委員会」が、芦別市内および札幌市内で結成され、離職者の消息の調査、研究調査資金のカンパ活動、アンケート調査の調査員補助、健康診断時の検査・測定など、多岐にわたる支援を行った。

X線の診断は、研究組織外の3人の呼吸器専門医を含む6人の医師に集団的検討によった。

### これまでの調査とその結果の概要

#### 1.離職者名簿の作成

芦別市内在住者927名、芦別市外在住者485名(死亡者、坑外職腫を除く)の現住所を確認した。

#### 2.芦別市内居住者(坑内職種経験者)のアンケート調査(有効回答数:775 回答率:83.6%)。

現在の自覚症状として、①腰痛 72.6%、②せき・たん 64.1%、③難聴 60.2%、④風邪易罹患 56.6%、⑤耳鳴 47.3%、⑥肩痛 46.8%、⑦上肢しびれ 45.1%、⑧息切れ 44.0%(いずれも「常にある」と「時々ある」の合計)が高い率で訴えられていた。

今までに、じん肺と診断されたことがある者は37.7%で、うち、86.2%が管理区分を有しており、現在、管理2が16.8%、3イ3.5%、3ロ7.7%、43.1%であった。

離職後のじん肺検診を、全く受けていない者56.9%、受けない年がある者12.9%、

じん肺と診断されたことがある者の離職後のじん肺検診受診状況は、それぞれ、25.6%、16.8%。呼吸器系の自覚症状得点（「咳・痰」「風邪」「息切れ」「喘鳴」「胸痛」「胸苦」6症状について「ない」を0、「時々ある」を1、「常にある」を2点とした合計点数）が7点以上の者のうち、離職後、一度もじん肺検診を受診していない者は、28.6%認められた。

### 3. 芦別市におけるじん肺検診

上記の調査回答者を対象、受診者380名、受診率47%。

スパイロメトリーで、27.7%に閉塞性障害、6.9%に拘束性障害、4.5%に混合性障害が認められ、X線では、じん肺陰影区分0型29.3%、I型39.3%、II型16.1%、III型4.2%、IV型11.1%であり、離職後の病状の進行がうかがえた。

4. 芦別市以外に在住する離職者（坑内職種経験者）のアンケート調査（対象者485名、有効回答274）

回答者の現住所は、札幌市（44%）を中心として北海道内に97%。年齢は70歳以上が45%（平均67.9±8.4歳）で、芦別市内在住者よりさらに高齢化。M炭鉱での最長職種は、①採炭・掘進42%②保安20%③運搬10%。M炭鉱退職理由は、定年48%、合理化30%、自己都合10%、閉山8%と、定年退職者が多い。

現在の自覚症状としては、①腰痛67.5%、②難聴64.6%、③せき・たん59.1%、④風邪易罹患52.9%、⑤耳鳴47.1%、⑥胃腸不調46.8%、⑦肩痛42.9%、⑧頸痛40.3%、⑨上肢のしびれ39.0%、⑩肘痛38.7%、芦別市内在住者よりもやや低いとはいえ、高率の訴え。呼吸器系6症状の得点は、「0」24.0%、「1-2」35.8%、「3-6」24.0%、「7以上」16.2%。今までに、「じん肺」と診断されたことのある者は27.3%。現在「管理区分」がある者は、「2」15名、「3

のイ」14名、「3のロ」11名、「4」7名。

離職後の「じん肺検診」受診状況は、「毎年受診」18.3%、「受けない年あり」13.2%、「全く受けていない」68.5%と、芦別市内在住者より悪い、呼吸器系6症状得点「3-6」の66.7%、「7以上」の27.6%が、離職後一度も受けていない。今までにじん肺といわれた者の36.4%は、離職後一度も「じん肺検診」を受けていない。

### 調査活動から得られたの意義

1. 多くの症状を持ちながらも、離職後、じん肺をはじめ、職業性疾患の経過についてのチェックや管理を受けていないものが多数存在することが確認された。

粉じん職場離職後のじん肺をはじめ職業性疾患の健康管理のあり方が問われている。

2. 健康診断により、離職者の多くに離職後のじん肺罹患率の推定は、今後のコホート研究の課題になった。

3. 多くの人たちが参加した調査の取り組みは、社会的関心を呼び、炭鉱離職者の健康対策の必要性の認識を高めた。また、炭鉱離職者の多い旧産炭地における職業病を抱えた炭鉱離職者の健康・医療問題の地域医療としての課題提起を行った。

4. 多数の炭鉱離職者が、じん肺をはじめとした炭鉱労働による職業性疾患の罹病と療養の実態を社会的に明らかにすることの意義を理解し、調査活動の成功を自らの課題と考え、追跡調査委員会に参加し、主体的に活動した。

5. 医学、健康科学の学生の実習・体験学習フィールドとしての役割を果たした。

注) レントゲン写真の読影には、田村昭彦（九州社医研）、道端達也（水島協同病院）、藤井正実（東京社医研）医師の協力を得た。

## 予防接種による肝炎感染防止対策の不備と行政の責任 北海道肝炎訴訟の判決より

西 三郎（東海大学健康科学部社会福祉学科）

**はじめに：**かつての衛生行政が行う健康診断、予防接種等の医療行為は、日常診療と異なり、集団方式が広く採用され、受診者の人権を守る視点が著しく欠けていた。すなわち、診察を受ける人が個別の診察室でなく一列に並んだままで簡単な衝立のある中で受診するという方式が採用され、予防接種においては、時に衝立のないままに、予防接種用の注射筒及び針等を一人一人換えることなく、連続した接種方式が広く行われていた。

昭和23年予防接種心得にて、予防接種用の注射針を一人一人換えることが定められ、昭和25年ツベルクリン反応検査心得及び結核予防接種心得の改正厚生省告示第39号等において予防接種用の注射針を一人一人換えることが定められた。その後、昭和33年予防接種心得を予防接種実施規則に改め、昭和63年の改正において予防接種用の注射筒も一人一人換えることが定められた。この様に厚生省の告示があるにもかかわらず、実施している現場では連続接種方式が広く実施され、いわゆるディスプレイの注射筒・針の普及等により通知の遵守が加速された。

この様な状況のもとで、北海道肝炎訴訟が平成元年6月30日に札幌地方裁判所に提訴され、平成12年3月28日「原告らの請求を棄却する」判決がなされた。

この裁判の経過及び判決より、わが国の衛生行政として実施してきた予防接種において、肝炎感染防止対策の不備により肝炎の流行をもたらしたことに對して、その行政責任を追及することを目的として研究を行ったので報告する。

**1. 目的：**予防接種を受ける個人の人権を軽視した予防接種行政における行政責任を明らかにするとともに今後の国の対応策についての考察を行うことを目的とした。

**2. 研究方法：**予防接種によるB型肝炎に感染した北海道在住の5人を原告として、国家賠償を求めた北海道肝炎訴訟の判決及び関連する資料の分析を行う方法によった。

**3. 結果と考察：**1.判決では、予防接種の危険を指摘しながら、想像を絶する感染経路の存在を理由に予防接種以外の因果関係を認定。

原告A：1939年生、20回予防接種、1961年肝炎感染判明。B：1926年生、25回予防接種、1955年肝炎感染判明。C：1936年生、20回予防接種、1961年肝炎感染判明。D：1939年生、20回予防接種、1960年肝炎感染判明。E：1958年生、2回予防接種、1959年肝炎感染判明。

判決では、「原告らのB型肝炎ウイルスの感染は、垂直感染ではなく、水平感染によるものと認めるのが相当である。」「原告らの感染時期は、集団予防接種を受けた時期に対応する年齢である6歳頃までに感染したと認めるのが相当である。」としている。肝炎の感染の可能性として一般の医療行為、对人的な接触、家庭内の接触、想像を超える感染経路が存在しているとしている。その様な判断のもとで、生後11か月で感染し、連続予防接種を受けたことがある原告Eにたいし、同居の母親が妊娠以前及び妊娠中のHBs抗原、HBs抗体検査ともに陰性で原告Eの出生後11か月後に発熱等の症状を呈し、入院の結果急性肝炎と診断されHBs抗原、HBe抗原ともに陽性でB型肝炎と確定診断され、家族の検査を行った結果、原告Eが陽性、夫及び原告Eの兄はともに陰性であった。原告Eが連続して同じ針での予防接種以外に感染の危険のある医療行為等を受けていなかったにもかかわらず、水平感染により感染したと認めている原告Eにたいし、判決では、予防接種については「蓋然性にまで至らず、可能性に止まるもので、起因とするには足りない」とした。すなわち、被告側の証言にある「B型肝炎ウイルスには想像を超える感染経路が存在している」ということを根拠にして感染原因を特定することができないとした。

2.予防接種実施に関する厚生省告示の実施を被告（国）に求めている。

判決文の中で「被告の厚生大臣ないし厚生省の予防接種担当職員においては、本件各集団予防接種がなされた当時、予防接種における注射針及び注射筒の使用により、B型肝炎が被接種者に感染することについて、予見可能性及び結果回避義務がなかった者であるから、過失がない。」にたいする論述を判決では行っていない。

なお、判決文から被告の主張をみると「皮内注射における注射筒の連続使用によってB型肝炎ウイルスに感染させる危険性があったとしても、被告が、昭和58年当時において、そのことを予見することはできなかったものというべきである。」と述べている。しかしながら、重松逸造他編集『第2版補訂版伝染病予防必携』昭和54年（引用は57年版）：の「ウイルス肝炎 III 予防対策」には「注射器及びそのほかの医療器具類は加熱、塩素剤、あるいはアルデヒド剤などによって十分消毒する。可能な限り使い捨ての器具類を用いることが望ましく、予防接種や皮膚反応検査などでは、1人ずつ注射針及び注射筒を変えることを原則としている。」と述べている。厚生省は、既に感染の危険のあることを承知しており、さらに、1953年のWHO肝炎専門委員会報告にB型肝炎ウイルスについて医療行為による非経口感染を予防するための方法について勧告している。さらに「昭和33年厚生省令による予防接種実施規則に定めたとおり、注射針を被接種者ごとに交換することや、その完全な消毒を直ちに実施することは、医学的にも社会的にも被告に求めておらず、」ということ、厚生省が定めた規則は、現場では、それを遵守しなくてよいということになる。

以上、国は自分で定めた規則でありながら守られていなかった現実を追認する見解を述べている。法治国家として、厚生省は、無責任な行政を行っているといわざるを得ない。

**4. 今後の課題とまとめ：**原告団は、早速札幌高等裁判所に控訴した。この裁判を通じて、予防接種行政の実態を明らかにするとともに、被告の救済を図ることが重要な課題である。さらに、裁判の経過とは別に、衛生行政として、B型肝炎およびC型肝炎の感染者の実態を明らかにし、その対策を進める必要が緊急な課題であるといえよう。

**5. おわりに：**肝炎訴訟を通じて、広く社会的に肝炎に関心を高め、肝炎対策における国の責任を明らかにすることは、社会医学の重要な研究課題の一つであるといえよう。

資料：予防接種実施に関する規定とその改定状況の概要

- 昭和23年：「種痘針、注射針」を被接種者ごとに取り換えなければならない規定。
- 「痘そう、ジフテリア、腸チフス、パラチフス、発しんチフス及びコレラの予防接種心得」(昭和23

年厚生省告示第95号)

- 昭和24年：「ツベルクリン注射針」を被接種者ごとに固く絞ったアルコール綿でよく払しょくする規定。

- 「ツベルクリン反応検査心得及び結核予防接種心得」(昭和24年厚生省告示第231号)

- 昭和25年：「ツベルクリンを除き注射針」を被接種者ごとに取り換えなければならない規定。

- 「百日咳予防接種心得」(昭和25年厚生省告示第38号)

- 昭和25年：「ツベルクリンを除き注射針」を被接種者ごとに取り換えなければならない規定。

- 「ツベルクリン反応検査心得及び結核予防接種心得の改正」(昭和25年厚生省告示第39号)

- 昭和33年：「注射針」を被接種者毎に取り換えなければならない規定。

- 「予防接種実施規則」(昭和33年厚生省令第27号) 心得を規則に変更。

- 昭和42年：「BCGワクチン経皮接種の実施要領について」(昭和42年厚生省発衛第34号局長通知)「・・・管針は一人ごとに消毒したものを用いる。したがって一人に接種が終わったら、管針を再び煮沸消毒し、水をきって別の人の接種に使用する。」

- 昭和43年：厚生省公衆衛生局結核予防課編『結核予防行政提要上巻昭和43年版』には、昭和24年告示第231号を引用しているが、昭和25年告示第39号について触れていない。

- 昭和45年：重松逸造他編集『伝染病予防必携』「接種用具とその滅菌 注射針、注射器等は、乾熱、高圧蒸気または煮沸によって滅菌する。注射針、種痘針、接種用さじ、管針は、接種者一人ごとに取り換えなければならない。注射器は、2ml以下のものを使い、一度吸入した分は、継続して使ってもよい。」

- 昭和54年（引用は57年版）：重松逸造他編集『第2版補訂版伝染病予防必携』。「接種用具とその滅菌 注射針、注射器、種痘針、BCG管針及び接種用さじは、乾熱、高圧蒸気または煮沸によって滅菌する。注射針、種痘針、接種用さじ、管針は、接種者一人ごとに取り換えなければならない。注射器は、2ml以下のものを使い、一度吸入した分は、継続して使ってもよい。安全性からいえば1人注射器1筒、1針として、使い捨て用のもの（ディスポ製品）を用いることができるとよい。」

- 昭和63年：「注射筒」を被接種者ごとに取り換えなければならない規定。

- 「予防接種実施規則改正」(昭和63年厚生省令第64号)

## 化学物質安全(危機)管理のリスクコミュニケーション における消費者主権

小林 勇 (ユーコープ事業連合商品検査センター)

(目的)原子力燃料工場の手抜きマニュアル操作で放射能漏れによる広範囲な住民に脅威を与え、作業者に死亡者を出した事故が発生したことで、化学物質の安全管理について、改めてその厳密性が問われている。環境汚染物質のダイオキシンその他の内分泌攪乱化学物質、食品添加物、残留農薬の安全管理と基準の問題も含めて、国際的国内的にもリスクアセスメントの評価によるリスクマネジメントが採用され現実化しつつある。先頃、日本学術会議の「安全に関する緊急特別委員会」(久米均委員長)の「安全学の構築に向けて」が報告され、「『絶対安全』から『リスクを基準とする安全の評価』への意識の転換が必要」「リスクに関する社会的合意を定着させるためには、観念的『絶対安全』という言葉は捨てられなければならない」と報告されているように、「安全の評価」は「リスク(危害、危機)の評価」の面から管理する方向への転換と合意形成が課題になっている。

リスクアセスメント、リスクマネジメントの全ての結論形成過程で「すべての利害関係者の間の『リスクコミュニケーション』による相互理解」が重要になっている。『リスクコミュニケーション』とは「リスクについての個人、集団、組織間の情報交換による相互理解」であって「共通の基盤の確立と信頼関係の醸成であって、必ずしも合意に達することではない」。従来の「リスクの情報を専門家から非専門家へ説明するのは一方的伝達であって、コミュニケーションではない」、いわば専門家から消費者に情報を伝達した段階から、「リスクコミュニケーションでは専門家と消費者が対等に相互理解と信頼を醸成する関係」になることである。

わが国の現状は「専門家と消費者」「行政と消費者」のリスクコミュニケーションは未成熟であり、安全に関わる主体は消費者でありながら、安全基準は消費者抜きで、行政、専門家と企業のみで決定するのが、行政の常道であった。リスクコミュニケーション

のなかで本来、安全の主人公としての「消費者主権」を問い直すことが重要な問題になってきた。消費者が運営の主体である生協の食品の安全に関わる自主基準作成のなかで経験した組合員消費者とのコミュニケーションの経験から、この問題を検証したい。(方法)生活協同組合連合会ユーコープ事業連合は、神奈川、静岡、山梨3県の6生協の事業連合体で、組合員合計約150万世帯、年間食品供給10億食、年間事業高1,900億円の事業体である。共同購入と250店舗とカタログ供給による事業を展開している。

ユーコープでは供給商品について、安全性に関する自主基準を持ち、この基準を厳格に守って、商品を組合員に供給している。自主基準に適合するかどうかの科学的検証は、常時商品検査センターで点検、監視が行われている。

このうち残留農薬自主基準の作成過程を報告し、自主基準作成過程での組合員消費者のリスクコミュニケーションの主体的役割と生協運営の主権者としての、自主基準の最終的意思決定の役割について、考察する。(経過)1, ユーコープの安全性に関わる自主基準は

- (1) 残留放射能自主基準
- (2) 微生物自主基準
- (3) 残留農薬自主基準
- (4) 食品添加物自主基準

がある。

2, 自主基準作成のプロセスは

- (1) 理事会から委員会の設定と委員会への諮問。
- (2) 委員会の構成：複数専門家、組合員理事、専門職職員、商品部職員、職員による事務局
- (3) 審議期間：半年ー1年半
- (4) 委員会から理事会に答申
- (5) 理事会は職員と組合員で構成、答申の取捨は理事会によるが、運営主体である組合員理事の主権が優先する



### 3, 諮問委員会の構成は

- (1) テーマの審議を委嘱する複数専門家
- (2) 3 県組合員理事
- (3) 専門職員と商品部職員
- (5) 事務局職員

### 4, 残留農薬自主基準作成過程

委員会に農業生産者を加え、1 年半で答申がまとまる。その要点は

- (1) 国民全体への農業生産物の供給を、現在のレベルを質の上でも維持するためにも、ただちに農薬を使用しない栽培を実施するわけにはいかない点も無視出来ない
- (2) 農薬については、これを全く危険として忌避する考えと、危険を全く気にかけない無関心の両極がある。
- (3) 農薬を無批判に信頼するのではなく、適切な使い方をし、可能な限り農薬を減らす上での工夫を重ねることが、現実的方法である

の理解点に達した。その結果、

- (1) 無農薬商品の可能性は成立しなかった。
  - (2) 消費者はもっと農業生産の実態を知る努力が重要である
- という理解点に達した。その結果「トマト物語」という農薬問題学習パンフを作成、無農薬米作り実験を実施した。

### 5, 無農薬圃場実験

- (1) 1990 年から 3 年間、神奈川と静岡の 2 箇所。
- (2) 1 年目は除草について、組合員お十分な協力が得られず、12%の減収。原価は 2 倍、等級は 2 - 3 等米の上。
- (2) 除草剤を使用、「きぬひかり」が早成種のため、出穂が早く雀の食害を集中的に受け、台風ではざまが倒れ、雨で穂発芽が発生、等級は 3 等米、収穫は大減収。
- (4) 収穫量で周辺田圃に追いつく。

### 6, 3 年間の経験から、

- (1) 除草剤を使わざるを得ない実情を体験的に知った
- (2) 農業生産者と最高の相互理解になった
- (3) 産地提携で減農薬米供給に踏み切った
- (4) 生産者と消費者の交流を密にし、相互理解を深めることの重要性の確認
- (5) 相互理解の上で「防除暦」でなく、「農薬使用記録」の提出を要求

### (6) 独自の残留農薬検査を実施すること

7, 最終的に残留農薬自主基準の考え方  
「食品衛生法の農薬残留基準及び環境庁告示による農薬登録保留基準を最低基準とする」合意に達した。

以上、残留農薬自主基準作成過程での、組合員消費者、専門家、農業生産者、生協職員によるリスクコミュニケーションの重層な役割について、とくに、組合員消費者の主體的な体験的理解が決定的であったことの意義が重要と考える。

### 8, 化学物質の安全性に関する消費者意識と科学的認識の問題

#### (1) 消費者に理解され易い安全性認識

- ① 定性的評価：「発がん性あり」「発がん性なし」「有害」「無害」「安全」「危険」「影響あり」「影響なし」
- ② 定性的評価と基準：「発がん性があるから使用禁止」「有害だから使用禁止」(『買ってはいけない』の短絡的手法)

#### (1) 消費者に理解されにくい安全性認識

- ① 定量的評価：「閾値のある一般毒性」「閾値のない発がん毒性」「一般毒性は閾値以下なら安全」「一般毒性は ADI (一日摂取許容基準 mg/体重 kg) 以下なら安全」
- ② 多段階発がん説：「イニシエーション(正常細胞の DNA に発がんの転機になる傷をつけること、この化学物質をイニシエーター)」「プロモーション(イニシエーターでがん化の傷をつけられた細胞のがん化を促進する、この化学物質をプロモーター)」「プログレッション(がん化細胞からがん組織に進行させる)」
- ③ 発がん性と基準：「イニシエーターでも VSD(実質的安全量、100 万人に 1 人以下の発ガン量)以下なら使用してよい」「プロモーターは ADI 以下で使用してよい」等。

(終わりに) マシュマロ会議が科学者だけでは、高度化するバイオテクノロジーの倫理問題に意思決定できない壁にあたり、一方、科学者が情報を提供し、消費者だけで意思決定する「コンサス会議」の国際的発展は示唆的である。



**応募演題報告（A会場）**

**7月23日（日）**

**15時～17時**

**応募演題報告 (A会場)**  
**7月23日 (日) 15時～17時**

**介護保険・訪問看護**

座長：津村智恵子（大阪府立看護大学）

- A9 高齢者介護サービスの市民団体による評価事業について  
－特定非営利活動法人「福祉を拓く会」(GOWA)の設立の経緯と活動から－  
岡本仁宏（関西学院大学法学部、「福祉を拓く会」GOWA）
- A10 介護保険導入直前の高齢者施設ケアについて－90施設の実態から－  
佐瀬美恵子（大阪府立看護大学）、河野益美（藍野学院短期大学）、  
黒田研二（大阪府立大学）
- A11 介護保険制導入によるALS患者の在宅ケアの変化  
豊浦保子（梅花女子短大）、水町真知子、熊谷寿美（日本ALS協会近畿ブロック）、  
黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部）
- A12 訪問看護ステーションにおける難病患者の看護実態について  
－S県における調査より－  
西島治子、西田厚子（滋賀医大看護学科）、  
林家清子（看護協会訪問看護ステーション）、勝田美代子（天津健康福祉センター）

**高齢者介護・ホームヘルプ**

座長：関谷栄子（白梅学園短大）

- A13 高齢者介護における地域特性－農村的地域と都市的地域における比較－  
中島美奈（神戸リハビリテーション病院）、鈴木学美、近森栄子（神戸市看護大学）
- A14 在宅重度重複障がい者のホームヘルパー利用の実態と課題  
福富（渡辺）恵美子（京都市みぶ身体障害者福祉会館・花園大学大学院）  
逢坂隆子（花園大学大学院社会福祉学研究科）
- A15 ホームヘルパーの安全衛生管理の進め方－労働と健康に関する実態調査をふまえて－  
北原照代、埴田和史、辻村裕次、富岡公子、西山勝夫（滋賀医大・予防医学）

## A9

### 高齢者介護サービスの市民団体による評価事業について —特定非営利活動法人「福祉を拓く会」(GOWA)の設立の経緯と活動から—

岡本 仁宏 (関西学院大学法学部、「福祉を拓く会」GOWA)

#### 1. はじめに

介護保険制度は、従来の措置制度を契約に基づくサービス購入制度に転換した。この制度的変化には様々な評価がある。様々な問題点があることを前提としても、制度の可能性を引き出していくことが必要であろう。利用者の立場に立った評価情報の提供は、利用者が事業者を選ぶという制度上の可能性の実現に資する。

#### 2. 介護サービスの評価事業の現状

##### 2-1 国の動向

厚生省では「福祉サービスの第三者評価に関する中間まとめ」(2000年6月2日)、通産省では「民間介護・生活支援サービスに関する研究会中間報告書」(1999年12月)が出され、ともに評価機関の重要性を強調している。

厚生省の「中間まとめ」は、「第三者評価とは、事業者の提供するサービス当事者(事業者及び利用者)以外の第三者機関が評価すること」として、「要件を満たす第三者評価機関を国として育成する」として、具体的な評価基準、さらに評価のプロセスに至るまで「要件」として規定している。

##### 2-2 自治体の動向

島根県は、ホームページによる施設の情報公開で先駆的であるし、かつて評価事業も行われていたが、現在は厚生省の動向待ちというところである。東京都ではサービス評価制度検討委員会からの中間報告案は未公開であるが、「地域福祉サービス利用支援・評価システムのあり方検討会—報告書—」では、福祉サービスの評価とその公開を強調した報告がある。大阪府でも「大阪府高齢者保健福祉計画(後続計画)及び

介護保険事業支援計画—中間まとめ」で、「サービスの質の評価に関する仕組みづくり」が必要であり、「事業者の自己評価や第三者による評価の仕組みの確立を図るとしている(市町村レベルでの情報については省略)。

##### 2-3 市民団体の動向

市民団体には多様な試みがある。「特養ホームをよくする市民の会」(本間郁子代表)が、研修を受けた市民による訪問調査に基づいたきめ細かなデータ収集を行い、すでに一部地域での結果がまとまっている。その調査は、今年度規模を拡大して継続中である。東京のNPO法人「メイアイヘルプユー」は、評価事業を目的として設立され、まだ事業準備中であるが、居宅サービス事業者を対象に事業者からの依頼に基づいて専門的評価を行う予定である。「市民福祉サポートセンター」の市民による選択基準の検討の試みも重要であろう。

その他、情報公開、調査などに地道に取り組んでいる特色ある団体が多くあり、それぞれの視点から評価の方向を模索している。

介護保険制度の目的の一つは、かつての措置を中心とする福祉制度から介護を必要とする高齢者誰もが利用できる保険制度への転換である。それは、介護サービスにも多様な価値観による選択が行われる可能性を開いている。評価は時には業務妨害として訴訟を招く可能性もあり慎重さが要求される。しかし、市民評価は、一定の視点に基づく評価であり絶対的客観性をもつ必要はない。むしろ多様な視点から評価情報が得られることが、利用者の選択に役立つであろう。

### 3. 「福祉を拓く会」GOWAの活動

#### 3-1 目的と評価のスタンス

特定非営利活動法人「福祉を拓く会 GOWA (以下 GOWA)」の目的は、定款上、高齢者やその家族の意思にしたがった自由な選択を支援し、かつ施設・サービスの改善を支援し、地域社会・行政に対して必要な改善の提案をすることによって、高齢者が人間としての尊厳ある生を営むことができる社会の実現に寄与することである。その際、①市民に分かりやすい評価を行う、②糾弾型の評価ではなく育てる評価をする、③一元的な格付け評価はしない、などの点に注意をしている。

#### 3-2 設立の経緯と組織

GOWA は、ある種の異業種交流会的な場の議論から出発した。1999年10月に設立総会を開き、今年4月大阪府知事に認証され、法人格を取得。現在会員は100人程で、市民、高齢者市民、福祉・医療関係従事者、研究者、ジャーナリスト、介護者家族などから成る。

#### 3-3 活動状況と反響

1999年11月から翌1月にかけて、京阪神地区約550施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設）にアンケートを発送、91施設からの回答をもとに5月に『GOWAの本 選ぶ時代がきた』（芳林社、送料込み1800円）を出版。ホームページを開設し、「GOWA 市民講座」「高齢者介護に関する評価基準及び評価方法に関する公開研究会」を開始。上記団体のほか、「湘南福祉ネットオンブズマン」、「日本社会福祉士会」、「NPOによるNPO評価研究会」（堀田力代表）などと交流・参加し、評価事業に関するネットワークを形成しつつある。

発足以前の昨年8月毎日新聞一面トップに掲載されたのを始め、福祉・医療関係業界紙誌や日経、読売など各紙に好意的に取り上げられ大きな反響があった。ただし、「格付け」「通信簿」などの表現によって

誤解を招いたこともあった。介護事業者からの反響は歓迎から疑惑の目まで様々である。また、企業系の研究調査機関からの照会もある。

#### 3-4 今後の展望

毎年『GOWAの本』出版に向けて評価事業を展開。そのために、①訪問調査への移行、②居宅サービス事業者への拡大、③評価基準及び方法の研究会事業、④市民講座、⑤電話相談、⑥介護評価に関する情報収集、特に市民評価の試みのネットワーク形成、を目指す。

財政基盤の確立が重要であり、個人・民間財団などからの助成・寄付の追求や、市民評価事業の理解を通じた会員獲得が求められる。また、それに対応した事務局体制の強化も重要な課題である。

### 4. 市民による介護事業の今後の展望

介護保険制度は、利用者の選択、つまり消費者主権が機能することを狙っている。そのためには利用者、市民、高齢者の立場に立った評価が不可欠である。この事業は多様な視点から取り組まれることが望ましい。行政の基準でのみ評価するのであれば、行政が評価すればよい。市民団体は行政の手足ではなく、独自の頭もある。市民が評価するのであれば、その評価基準の形成と方法の開拓が重要な課題となる。

多くの市民、専門家や医療従事者・介護従事者の共同の取り組み、そして試行錯誤が必要であろうし、ネットワーク形成、財政的組織的強化などに取り組まなければならない。それぞれの地域の市民の力こそが、地域の介護力の強化をもたらすであろう。

<連絡先<okamoto@kwansei.ac.jp>

GOWA 事務所 tel:06-6375-4725

月～金、13時～17時>

## A10

### 介護保険導入直前の高齢者施設ケアについて

—90施設の実態から—

佐瀬美恵子（大阪府立看護大学） 河野益美（藍野学院短期大学） 黒田研二（大阪府立大学）

#### はじめに

介護保険制度のねらいの一つに、利用者の主体的なサービスの選択がある。しかし、施設や居宅サービス事業者の選択を考えると、全くのフリーハンドでの自由な選択は不可能であろう。市民にとって何が選択の基準になり得るか。各施設のサービス基準、利用者の満足度、さらには苦情解決や権利擁護など多様なサービス内容の情報が求められる。しかし、現状ではそれらを広く利用者に示すものはない。

そこで特定非営利活動法人「福祉を拓く会 GOWA（以下、GOWA）」では、利用者がより確かな満足が得られる施設が選択できるよう、施設のサービス内容の開示を目的に、京阪神圏の特別養護老人ホーム（以下、特養ホーム）、老人保健施設（以下、老健施設）にアンケート調査を実施した。

回答のあった90施設の内容を分析し、高齢者施設ケアにおける現状と課題について若干の示唆を得たので報告する。

#### 調査方法

1. 調査期間 平成11年11月～翌年1月

2. 調査対象

- ① 平成11年11月現在、GOWAが入手した京阪神圏の特養ホーム362施設
- ② 平成11年11月現在、GOWAが入手した京阪神圏の老健施設204施設

#### 調査結果

アンケートに回答があったのは、特養ホーム67、老健施設23、あわせて90施設であった。今回は調査した39項目の中から、高齢者ケアの項目について、結果を示す。なお、以下の集計で示すパーセントは、無

回答の施設を除く有効回答数を分母にしたものである。

#### 1. 介護職員数

入所定員100人あたりの介護職員（看護職を含む）数は、特養ホームは平均33人（22人から52人）、老健施設は平均44人（30人から58人）であった。

#### 2. 入浴について

入浴の回数は週2回の施設が88%を占めていた。週3回以上入浴ができる施設は12%に過ぎなかった。一方、予定入浴日以外でも希望すれば入浴できると答えた施設が27%みられた。

#### 3. 排泄の介助について

おむつ交換は、定時交換と随時交換を組み合わせて行うところが98%であった。

排泄介助時に特に心がけていることについての質問では、「カーテンを引く」99%、「排泄状況が他者に聞こえるような会話をしない」52%、「可能な限り同性介助」39%という回答であった。

排泄チェック表を利用して排泄パターンを把握しているところは、69%であった。

#### 4. 普段の過ごし方

日常着への着替えに対しては「行っていない」と答えた施設はなかったが、「どちらともいえない」が19%みられた。

職員が入所者に会話をするための時間を積極的に作っているところが13%あるのに対して「業務が忙しくてなかなか時間がとれない」と答えたところが11%（特養ホーム13%、老健施設4%）であった。

#### 5. 痴呆のある方へのケア

痴呆のある方が「どのような状況にもかかわらず入所できる」と回答した施設は46%（特養ホーム56%、老健施設17%）で

あった。紐・Yベルト・つなぎ服などによる拘束を「いかなる場合も行っていない」ところが16%あるのに対し、「安全のためやむを得ず行っている」ところも16%みられた。

痴呆のある方に、その人の生活史を大切にしたい個別ケアプランを実行している施設は81%であった。

痴呆症への独自の援助方法としては「音楽療法」が63%と最も多く、次いで「園芸療法」46%、「ペット療法」14%、「回想法」12%、「演劇療法」も3%と少ないが取り組まれていた。

#### 6. 相談機関について

施設外の相談機関を明示している施設は29%であった。また、家族や利用者の声を聞くために行っていることは、「苦情窓口を明示している」54%、「目安箱（意見箱）を設けている」44%、「意見を聞くための会をもっている」38%、「利用者の権利を明示している」4.5%であった。

### 考察

今回のアンケート調査の結果より、特養ホーム、老健施設ともに排泄時の配慮や痴呆をもつ利用者へのケアの質などに、これから改善を図るべき課題がみられた。

入浴については、その回数だけで施設ケアの内容を押し量るのではなく、いかに利用者の希望を尊重した入浴介助が行われているかということが重要であろう。

また、排泄は生きるうえで大切な生理機能であり、繰り返し行われる行為である。その排泄に第三者の手を借りなければならないということは、自尊心・人間の尊厳にもかかわり、利用者にとっては心理的苦痛を伴う。そのような精神的負担を軽減し、身体にも心にも張りを持たせるケアを考えなければならない。

痴呆性高齢者のケアについては、単に入所できるか否かにとどまらず、入所後も高

齢者の状態にあわせたよりよいケアが提供されているかを追求することが必要である。

介護保険導入後、介護保険施設では抑制は原則禁止となった。身体拘束が禁止されることは、利用者の人権擁護の観点のみならず、拘束が身体機能や心理状況を悪化させかねないことから当然のことである。しかし、現場では、この基本は理解していてもなかなか実践が難しく、ケア提供者の間のジレンマである。「安全のためやむを得ず行っている」（16%）がそのことを示しているのではないかと思う。

また、今回の調査では家族や利用者の声を聞くために様々な取り組みがなされていることが分かった。しかし、それらはいずれも50%前後でしかない。今後、高齢者自身の権利を守るためにも、また、ケアの質を高めるためにも当事者、つまり高齢者自身や家族の声を聞くシステムの充実が望まれる。

### おわりに

今回、GOWAが行ったアンケート調査の結果に分析を加えることにより、回答を寄せた高齢者施設の実態が明らかになった。

介護保険制度では、「選べるサービス」への転換をねらっている。しかし、現状の少ない情報のなかでは「選びたくても選べない」のが実状ではないだろうか。介護サービス事業についての情報公開と、第三者による公正な評価を含んだ情報の提供は、介護保険制度を市民にとってより有効なものに近づけるため最も必要とされるものの一つであろう。

今後も、市民にサービス情報を提供し、サービスの質の向上に向けて市民参加を促す役割を担うため、調査を重ね、ブックレットの出版、公開研究会、研修会の開催を続けていきたい。



## A11

### 介護保険制度導入によるALS患者の在宅ケアの変化

豊浦保子、水町真知子、熊谷寿美（日本 ALS 協会近畿ブロック）

黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部）

【はじめに】介護保険制度では、保険より給付される居宅サービスは、区分支給限度額の範囲内ということになっている。在宅で人工呼吸器を利用している筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）患者は、要介護認定では要介護5と認定されるが、介護保険から給付される訪問介護などの在宅サービスは、月額 36 万円ほどの支給限度額以内にはおさまらない場合がある。ALS 患者に限らず、重度の障害のため介護の必要度が特に高い人では、同様の問題が発生する。

厚生省は、介護保険制度が発足する約1ヶ月前に、高度の障害を有する全身性障害者（両上肢、両下肢のいずれにも障害が認められる肢体不自由1級の者）に対する介護保険制度下での対応について方針を示した。すなわち、平成12年3月6日の障害保健福祉主管課長会議で、介護保険と障害者施策の関係について次のような見解を明らかにした。

- ・障害者施策と介護保険とで共通する在宅介護サービスは介護保険からの給付が優先
  - ・従って、介護保険制度の対象となる人は要介護・要支援認定を受ける必要がある
  - ・全身性障害者には障害者施策からもサービスを提供
  - ・介護保険から給付されるサービスを優先的に利用し、それを超えて必要となるサービスを身体障害者施策から支給する
  - ・介護保険の給付の対象となるホームヘルプは、指定訪問介護事業者から提供されること、従事するホームヘルパーは資格（ヘルパー3級以上）を有していることが条件
- この方針によって、重度の ALS 患者に

おいて、介護保険からのサービスに付け加えて、障害者福祉サービスとして訪問介護等を利用することが可能となった。そこで、介護保険の導入が、ALS 患者の在宅療養にどのような影響をもたらしたかを明らかにするため、平成12年1月から4月上旬までに日本 ALS 協会近畿ブロック（患者会）に寄せられた相談事例を調査した。

【相談を受けた事例】平成12年1月から介護保険が導入された4月までに、介護保険制度の利用に関して患者会が相談を受けたケースは24例（大阪府の患者が8例、兵庫県10例、奈良県3例、和歌山県2例、京都府1例）である。うち23例は在宅で療養しており、14例は人工呼吸器を使用中。9例は「全身性障害者介護人派遣事業」を利用しており、2例は私的に家政婦やアルバイトを雇用していた。ケアマネージャーの役割を担っている機関（職種）は、わかっている範囲で、訪問看護ステーションの看護婦が6例、在宅介護支援センターや社会福祉協議会の職員2例、主治医2例、民間業者2例などである。

大阪府の異なった自治体に在住する人工呼吸器使用の3事例の概要を述べる。

**事例1 男性、50歳代：**罹病して12年。人工呼吸を始めて8年。経管栄養を実施。障害者用パソコンを利用してコミュニケーションを図っている。兄が夜間介護。市が全身性障害者としてヘルパーを派遣してきた。毎日、3回ないし2回の滞在型介護ヘルパーの訪問を、市社協および特養ホームの2カ所から受けており、週の訪問介護の合計時間数は53時間（4週で212時間）。

このほか月2回訪問入浴を受けている。これらのうち、要介護5の区分支給限度額を超える分は、身体障害者福祉制度より利用することが可能になったので、介護保険導入後もサービスをそのまま継続することができた。なお、訪問診療、訪問看護は医療保険の適用を受ける。ケアマネージャーは市社協のスタッフ。

**事例2 女性、50歳代：**罹病後7年、人工呼吸器を装着して5年。胃ろうより栄養摂取。70歳代の母が介護者である。社会福祉法人からホームヘルパーを週2回利用。その他、家政婦をこれまで利用（週4日、1日8時間、費用は月18万円程）。訪問看護（週2回）、訪問診療（内科週1回、耳鼻科月2回）、訪問リハ（週1回）は、介護保険導入後も医療として継続可能である。しかし、家政婦は介護に慣れているものの、家政婦派遣事業所は指定事業者でないため、介護保険からの給付にならない。患者会は、提携している指定訪問介護事業者ヘルパーを派遣してもらって、家政婦が行っていた部分の介護をまかなうようにして、介護保険からの給付が可能となるよう、ケアマネージャー（訪問看護ステーション）と連絡をとりながらケアプランを作成した。

**事例3 女性、50歳代：**罹病して12年、胃ろう造設して7年、人工呼吸器を使用して4年。看護婦資格をもつ娘が介護者。娘は週3日は夜勤看護に従事、その間は市の登録ヘルパーが介護にあたってきた。ヘルパーは週2回午前中、週3回夕方、計週15時間30分訪問（月60時間以上）。訪問入浴を週1回利用。介護保険導入後、市は訪問介護事業者の指定を受けておらず、市の登録ヘルパーのサービスが利用できなくなる。このため登録ヘルパーの所属を、患者会が提携している指定訪問介護事業に移し、介護保険からのサービスとして継続す

るプランを作成した。週4回の訪問看護、2週に1回の訪問診療は、医療保険から継続を図る。

#### 【事例からみる介護保険制度の問題点】

(1) これまで家政婦や市の登録ヘルパーなどでALSの介護に習熟した人がいても、その人の所属が指定事業者でないと、介護保険からの給付として介護サービスを継続できない。(2) 地域に十分なサービスが整備されていないために、支給限度額の範囲内でサービスを希望しても、利用できないケースがある。(3) 痰の吸引などの日常生活で不可欠になる行為をホームヘルパーが実施できるかどうかという問題。訪問看護は、サービス資源そのものが不足しており、柔軟な訪問が行われていない。(4) 患者・家族が求めているサービスを提供することができない訪問介護であっても、これまで利用していた身体障害者ホームヘルプサービス（全身性障害者介護人派遣事業）を継続するためには、介護保険から区分支給限度額を埋めるまでのサービスを受けなければならない。(5) 患者・家族の個別事情を考慮して、柔軟なケアプランを立てられるケアマネージャー（指定居宅介護支援事業者）の不足。

【まとめ】平成12年4月の介護保険制度導入の1ヶ月前に厚生省から出された方針により、全身性障害者は、介護保険からのサービスに加えて身体障害者福祉制度からのサービスも利用できることになった。これにより従来からのサービスの継続が可能になった事例を紹介した。一方、指定事業者からのサービスでなければ介護保険の給付対象とならないため、従来の介護が継続できなくなった事例もみられた。そのほか、相談事例に認められた問題として、痰の吸引などの生活の継続に不可欠な日常行為の援助を誰が行うのか、訪問看護の不足などについて指摘した。

## A12

### 訪問看護ステーションにおける難病患者の看護実態について

＝ S 県における調査より ＝

西島治子、西田厚子（滋賀医大 看護学科）

林家清子（看護協会訪問看護ステーション）

勝田美代子（大津健康福祉センター）

はじめに 難病患者が在宅療養生活を続けるには、訪問看護が欠かせない条件の一つである。今回 S 県下訪問看護ステーションの難病患者の状況、訪問看護内容について調査を行ったので報告する。

調査期間、H12 年 2 月。調査方法、質問紙による郵送調査。対象、訪問看護ステーション 27 ヶ所、回収数 20 ヶ所 (74.1%)。訪問看護利用難病患者 67 件であった。

結果と考察 対象者の属性、男性 26 件 (38.8%)、女性 41 件 (61.2%)。平均年齢は 69.27 歳 (± 12.60) である。疾患名 (表 1)、パーキンソン病 25 件 (37.3%)、筋萎縮性側索硬化症 8 件、脊髄小脳変成症 9 件、重症筋無力症 2 件等で、神経難病が 44 件 (65.7%) 占めている。合併症の有無では、有り 35 件 (52.2%) である。厚生省寝たきり判定基準では、Cレベルが 25 件 (37.3%)、Bレベルは 19 件 (28.3%) であり、7割が、要介護の状況である。身体障害者手帳は、50 件 (74.6%) が取得しているが、Bレベル以上の者うち 10 件が未取得であった。特定疾患治療研究費助成制度申請者は、38 件 (64.4%) で、該当しない者 8 件である。罹病期間 (本人・家族申告) は、1 年未満が 4 件、3 年以上が 47 件 (70.1%) で、うち 18 件 (26.8%) は 10 年以上である。訪問看護利用期間、3 ヶ月未満 11 件 (16.4%)、3～12 ヶ月未満 20 件 (29.9%)、2 年未満 12 件 (17.9%)、2 年以上 24 件 (35.8%) である。この 1 年間に利用者が増えている。訪問看護時間は 30～60 分が一番多く 42 件 (62.7%) で、30 分以内は 1 件、

90～120 分は 4 件 (6.0%) である。訪問頻度は、月 4 回 (週 1 回) が 31 件 (46.3%) で、次いで 8 回 (週 2 回) が 14 件 (20.9%) である。月 20 回以上は 2 件で、うち 1 件は巡回型である (一ヶ所のみ巡回型訪問看護を行っている)。2 月現在、訪問看護計画作成時に、重要視する視点は、医師の指示が 5 件、家族や本人の希望を重要視 28 件 (41.8%)、看護の必要性が 30 件 (44.8%) である。利用期間が長く、医療機器装着患者が少ないことなどで、看護の必要性と家族等の希望が重要視されている。社会資源活用個数では、なし 1 件 (4.5%)、1 種類 11 件 (16.4%)、2 種類 16 件 (23.9%)、3 種類 16 件 (23.9%)、4 種類以上は 21 件 (34.9%) である。ホームヘルパーと日常生活用具の活用が多い (図 1)。看護内容 (図 2) は、状態観察や続発症予防処置等の看護的処置の内、状態観察は全員に行っている。ニーズに合わせた用具の調達は 12 件 (17.9%) であり、看護的処置は合計 51.6 % である。医療的処置は合計 13.7 % で、諸検査や機器の相談等は 3 件 (4.5%) と低い。医療機器の装着ケースが少ないこともあり、医療的看護の必要性は少くないようだ。散髪や爪切り・衣服交換等の日常生活援助行為等は、合計 32.6% で、看護的処置の提供と共に行われており、要介護ケースが多い分訪問時に生活援助行為が必要となる。家族間調整は合計 24.6 % 行われている。長期療養生活上では様々な家族間調整が必要になるが、現状のケースは比較的落ち着いた状況であろうと推測する。社

会環境整備に関する関係者間の調整や連絡等に関しては合計 26.1%である。定期的な関係機関連携・協動については、調査からは見えなかった。難病看護援助内容は多岐に渡っていて、看護・介護的処置は多く、家族間調整や社会生活環境整備への働きかけは少ない。この環境整備は看護行為だが、連絡や調整時間に対する費用の裏付けがなく、またイニシアティブを取りにくい状況にあるかと考える。ケアプランの作成には、利用ステーション 20 件(29.9%)、市町村等公的部門が 13 件(19.4%)、他事業所 26 件(38.8%)で、ステーション以外でケアプランが作成されている。訪問看護活用ケースにおいては、ケアプラン作成時に、関わる看護職が介入し、看護が優先されるのが望ましいと考えるが、福祉保健サービスの

情報提供・手続きは 34 件(50.7%)で、ケースにおける他機関連携・連絡は 21 件(31.1%)であった。

おわりに 難病看護援助は、身の回りの世話から社会生活環境整備まで、広く提供されている。ステーションでは、直接的な看護行為外は時間が取りにくく、社会生活環境整備は難しい。公的部門の福祉・保健職が連携の橋渡し役を担い、ケアプラン作成時に看護職参加を義務づけして、介護職や施設ケア等との協動で、訪問看護活用が行われる必要があると考える。

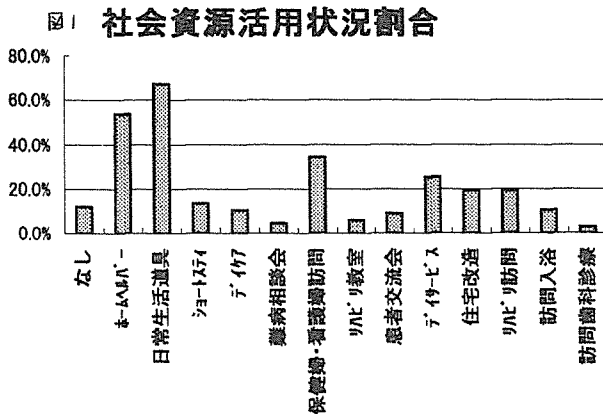
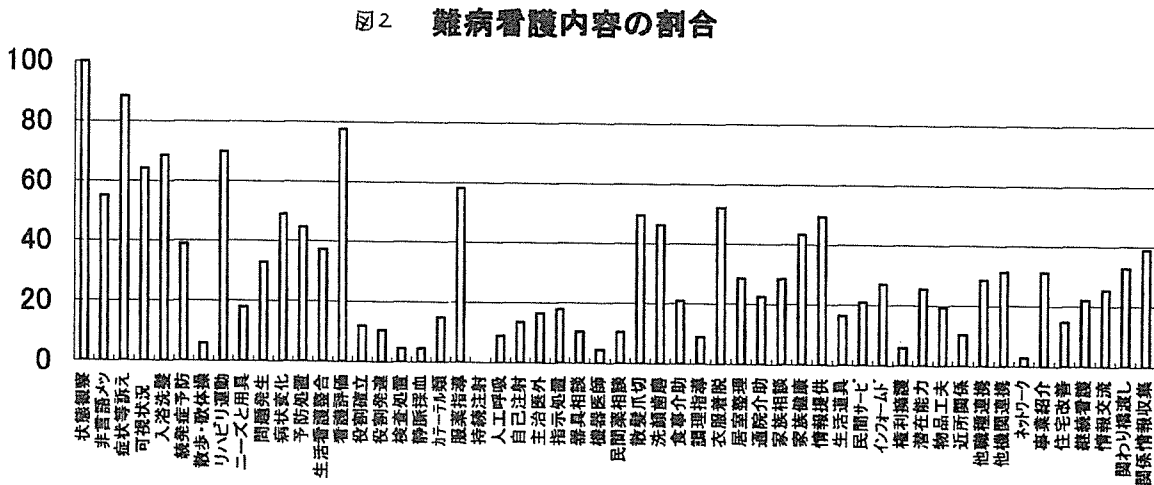


表1 ステーション利用難病患者疾患名

疾患名	件数	パーセント
腎髄小脳変性症	9	13.4
シャトレーガー症候群	1	1.5
ウイルス動脈輪閉鎖症	1	1.5
正常圧水頭症	2	3.0
多発性硬化症	1	1.5
重症筋無力症	2	3.0
筋萎縮性側索硬化症	8	11.9
パーキンソン病	25	37.3
後縦靭帯骨化症	4	6.0
潰瘍性大腸炎	1	1.5
肝内結石症	1	1.5
悪性関節リウマチ	2	3.0
混合性結合組織病	1	1.5
慢性関節リウマチ	5	7.5
不明	4	6.0
合計	67	100.0



# A13

## 高齢者介護における地域特性 —農村的地域と都市的地域における比較—

中島美奈\* 鈴木学美\*\* 近森栄子\*\*

(\*神戸リハビリテーション病院 \*\*神戸市看護大学)

### 1. はじめに

1989年に発表された「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)による特養の進捗状況を見ると、1998年度予算での特養の病床数は21万2019床(目標達成率88.3%)となっている。このゴールドプランを見直し、介護サービス基盤の整備目標を引き上げることを提案した新ゴールドプランが1995年から実施され、特養も24万人から29万人に引き上げられた。

1999年(平成11)年度は、新ゴールドプランの最終年度であるが、その達成に向けた取り組みとして地域の実情に応じた施策の展開がなされている。特養の整備についても、地域特性によっては単に待機者が多くても一概に増設するとは言えない現状も存在する。

そこで、特養の整備にはその背景に地域特性が大きく絡んでいるものと考え、対象として都市的地域と農村的地域を選び、2つの地域における特養の充足率を算定した。その充足率をもとに、地域特性について考察を行い、今後の高齢者福祉のありかたについて考えていきたい。

### 2. 研究方法

調査対象：都市的地域として人口1,419,825人、人口密度2,583.5人/km、高齢化率13.8であるK市と、人口密度167.4人/km<sup>2</sup>、高齢化率24.0であるO町をサンプルとして選んだ。

調査期間：平成11年7月～8月

調査方法：1. 総人口、65歳以上人口、65歳以上人口割合、特別養護老人ホームの

設置数、ベッド数、定員に対する待機者数についてK市、O町ともに入手した。

2. 特養ベッド数の充足率については各地域で1から独自に算定した。この研究での充足率の計算式は以下のとおりである。

充足率＝

(入所待機者数+入所者数)/特養ベッド数  
これにより、数値の高いほど1ベッドに対して入所または待機している高齢者が多いということになり、充足が低いことになる。

3. O町で寝たきりの高齢者を自宅で介護しているH氏にインタビューを行う。

### 3. 結果・考察

K市、O町の高齢者を取り巻く現況の概要は以下の表の通りである。

(平成7年度)	
総人口	1,423,792人
高齢者人口	192,703人
割合	13.5%

表1 K市の高齢者人口

(平成11年度)	
総人口	16,783人
高齢者人口	4,159人
割合	24.8%

表2 O町の高齢者人口

K市		平成7年	
		(世帯)(%)	
一般世帯総数	534,417	100	
65歳以上のいる世帯	140,900	26.4	
世帯	独居世帯	35,502	6.6
世帯	高齢夫婦世帯	37,810	7.1

表3 高齢者のいる世帯状況

O町		平成2年	
		(世帯)(%)	
一般世帯総数	6,430	100	
65歳以上のいる世帯	2,159	33.5	
世帯	独居世帯	831	12.9
世帯	高齢夫婦世帯	696	10.8

表4 高齢者のいる世帯状況

(平成8年度)		
(単位：人) 構成比(%)		
65歳以上人口	192,703	100
0 施設	6,783	3.5
在宅寝たきり	6,783	2.2
訪問行動	4,430	0.6
在宅虚弱高齢者	7,730	4.0
要介護高齢者	12,403	6.4
0+0+0(うち在宅)	(5,620)	(2.9)
要援護高齢者	20,133	10.4
0+0+0(うち在宅)	(13,350)	(6.9)

表5 K市における要援護高齢者

(平成5年4月1日現在)		
(単位：人) 構成比(%)		
65歳以上人口	3,343	100
0 施設	123	3.69
在宅寝たきり	79	2.36
訪問行動	13	0.39
在宅虚弱高齢者	126	3.77
要介護高齢者	215	6.44
0+0+0(うち在宅)	(92)	(2.75)
要援護高齢者	341	10.2
0+0+0(うち在宅)	(213)	(6.52)

表6 O町における要援護高齢者

2つの地域において高齢者を取り巻く現況には違いがある。それらをふまえて、施設整備や在宅サービスの整備が行われており、整備状況も地域で異なっている。

そこで、2つの地域で特養の充足率をみると、K市1.48、O町2.02であり、K市の方がベッド1床に対する充足率が高いといえる。しかし、高齢者を取り巻く現況をみると、高齢者人口、高齢化率ともに高いO町は今後の増床予定10床で、施設としての増設は計画にはない状態にある。一方、K市については平成13年目標として平成11年よりも、1,060床の増床を予定している。また、O町町役場の福祉課高齢者担当職員の話によれば、10床増床というのも現在では未定の段階であり、今現在足りている状態にあると言っている。充足率が低く、高齢化率が高ければ当然設置数を増やしていくものと考えられる。O町はK市に比べ農用地も多くあり、特養の立地に対して土地の確保がしやすい状況であり、また、特養整備には措置制度のもとに国庫補助もある。それにもかかわらず、実際にはO町では特養の増床は行われていない。施設サービスより在宅サービスに重点を置いていることも考えられるが、K市に比べるとO町の在宅サービスは充実しているとは言い切れない。そこで、実際に、O町の住民に高齢者福祉に対する意識を聞いてみた。O町で寝たきりの母親を自宅で介護しているH氏に在宅介護について話を伺うことができた。

H氏の話や高齢者を取り巻く現況から特養整備、そしてその他の施設サービスの整備においては高齢化率や高齢者人口の高低ばかりでなく、その背景には農村的、都市的それぞれの地域の地域特性が絡んでいるようであった。ここで農村的地域において次のような地域特性が示唆

される。

- ① 農村的地域では高齢者のいる世帯での持ち家所有率が高く、今まで過ごしてきた家で人生を全うしたいという要介護者の思いが強い。また、都市的地域のように借家は少なく、家の広さもあり、要介護者のスペースも十分に確保しやすい。
- ② 職業構成をしてみると、65歳以上の高齢者の主な仕事は農林水産業が中心であり、介護者の多くは50～70歳代であることから、介護者が自宅近くで仕事を行い、昼食は家で食べるといったように自宅での介護が行いやすい条件にある。
- ③ 家族人員からみると、要介護者の家族は大家族が多いため、子供から世話されることが多い。また、子供は農林水産業に従事している者がいることから子供の協力が得やすい。

#### 4. 終わりに

入所施設サービスの目標数は、要援護高齢者の現況及び、目標年次の要援護高齢者の推計、地域における施設の整備状況等を考慮し、合わせて国が示した65歳以上人口に対する割合等を参考に設定されている。しかし、実際は各地域でデータでは読み取れない地域特性が入所施設サービスを含む全ての老人福祉の背景にあるように考えられる。したがって、高齢者福祉を考えるにあたり、各地域の特性を加味し、地域の実情に応じた施策展開が必要なのではないだろうか。そして、高齢者が住みなれた地域で、安心して生活できるサービスを提供していかなければならない。

平成12年4月からの介護保険の導入により、今後の施設・在宅サービス整備には多様な問題が生じてくる。そういう時代の流れの中でも、高齢者のニーズに合った保健・福祉・医療の供給体制を整えていくことが期待される。

## A14

### 在宅重度重複障がい者のホームヘルパー利用の実態と課題

福富（渡辺）恵美子（京都市みぶ身体障害者福祉会館・花園大学大学院）  
逢坂 隆子（花園大学大学院社会福祉学研究所）

在宅福祉施策の充実が叫ばれて久しいが重度で重複した障がいを持つ人達は地域でどのような暮らしをしているのか、福祉施策は有効なものになっているか。京都市における実態調査から、在宅福祉施策の中核であるホームヘルプ制度を中心に報告したい。

#### 1 調査方法

京都市内の心身障がい者デイサービス施設全11ヶ所と重度障がい者地域生活支援グループ(NPO 法人) 1ヶ所の利用者190人へのアンケートを行う。調査期間は、1999年9月から10月。回答者は143人。回収率75.3%。この内、10人については演者が直接面接、聞き取り調査をした。なお、デイサービスの利用者は平均で週3.7日通所し、創作活動、外出プログラムなどを行っている。高齢者のデイサービスと違い、入浴、給食、リハビリ等は、必置ではない。その為5ヶ所の施設で入浴がなく、行っている施設でも、週1回程度である。そして3ヶ所では給食もない。

#### 2 回答者の基本属性

- 1) 性別 男性 49% 女性 51%
- 2) 年齢 18歳から65歳。20代が最も多く、30代との合計では、58.8%になる。

#### 3 障がい状況について

- 1) 身体障害者手帳・療育手帳について  
身障手帳所持者が全体の80.4%、内1・2級74.3%。療育手帳を持っているのは75.8%、内A判定71.2%、B1は1.5%、B2は0.8%。身障、療育両方の手帳を所持しているのは全体の57.5%。身障1級と療育A判定を併せ持つ人が34.6%であった。

#### 2) 介護度について

日常生活動作について、自分でできる、一部介助、全面介助、を聞き、またその内容

について、点数化することで介護度を出した。介護度素点23点を境に自分でできると答えた項目がない為、データ処理の際、23点以下を軽度、24点以上を重度とした。なお、軽度87人(64.4%)重度48人(35.8%)だった。

#### 4 家族の状況

独居は17.1% 最も多いのは4人家族で33.3%ついで3人が28.4%であった。

#### 5 主介護者 (表1・表2)

介護者は親が最も多く、77%。介護度が高い程、親が主介護者となっている。年齢で見ると、本人の年齢が低い程親が主介護者となっており、30代以下では91.4%が親を主介護者としている。そして本人の年齢が40歳代以上(親は60歳代以上と考えられる)でも、42.5%が親を主介護者としている。

表1 主介護者親と本人年齢

P<0.001

		年齢別		合計
		30代以下	40代以上	
主介護者	親	人数 85	19	104
	年齢別の%	91.4%	45.2%	77.0%
その他	人数	8	23	31
	年齢別の%	8.6%	54.8%	23.0%
合計	人数	93	42	135
	年齢別の%	100.0%	100.0%	100.0%

表2 主介護者と介護度

P<0.005

		介護度別		合計
		軽度	重度	
主介護者	親	人数 62	42	104
	介護度別の%	71.3%	87.5%	77.0%
その他	人数	25	6	31
	介護度別の%	28.7%	12.5%	23.0%
合計	人数	87	48	135
	介護度別の%	100.0%	100.0%	100.0%

#### 6 ホームヘルプサービスについて

ヘルパー制度利用者は僅か39人(32%)。利用しているメニューは入浴が最も多く、利用者39人中回答者37人の内18人が利用。次いで掃除が9人だった。家事援助全体では23人。身体介護全体では35人だった。また、高齢者にはない散歩(外出)での

利用が 8 人あった。週平均利用回数 2.1 回。週合計利用時間平均は 2.1 時間だった。年齢では、本人の年齢が高い方がよく利用していた。(表 3)介護度で見ると、重度の方がよく利用している傾向があったが、有意差はなかった。週あたり利用時間では年齢による差はなかったが、介護度では軽度の方が長い時間利用している。(P<0.05)なお、在宅施策のもう一方の柱であるショートステイの利用について、表示は略したが、若い人たちがより多く利用しており、ヘルパー利用と逆転した結果がでていいる。現在、ヘルパーを利用していない人への、将来利用を希望するか、との間では、年齢による差はなかったが、介護度では、重度の人の方が利用を希望しないと明確に拒否している割合が 40.9%と高かった。(軽度では 11.1%) 全員へデイサービス、ショートステイ、ホームヘルプの内、充実させて欲しい制度を聞いたが、ヘルパーへの期待度は全体に低く、特に若い方が、14.3%と期待度が低い。(表 4)また、介護度では軽度のグループは 28.1%がヘルパーへ期待しているのに対し、重度のグループでは 16.2% (6 人)しか期待していない。

表3 ヘルパー利用と年齢 P<0.001

		年齢別		合計
		30代以下	40代以上	
利用状況	利用	人数 14	25	39
	年齢別の %	17.9%	61.0%	32.8%
非利用	人数	64	16	80
	年齢別の %	82.1%	39.0%	67.2%
合計	人数	78	41	119
	年齢別の %	100.0%	100.0%	100.0%

表4 充実させてほしいサービスと年齢 P<0.05

			年齢別		合計
			30代以下	40代以上	
充実させてほしいサービス	ホームヘルパー	人数	9	15	24
		年齢別の %	14.3%	39.5%	23.8%
ショートステイ	人数	28	13	41	
		年齢別の %	44.4%	34.2%	40.6%
デイサービス	人数	26	10	36	
		年齢別の %	41.3%	26.3%	35.6%
合計	人数	63	38	101	
		年齢別の %	100.0%	100.0%	100.0%

### 7 考察とまとめ

重度である程ヘルパーの利用度も高いと思われがちである。今回の調査でも、確かに

利用、非利用を見ると重度者がよく利用しているが、時間、メニュー等、内容を見ると、決して十分に利用できているとは言えない。また、重度の人は将来的にも利用を希望せず、制度そのものへの期待度も薄い。これは、時間やメニューの規制が多く、より重度の人ほど使いづらいものになっている為と考えられる。演者の経験でも、入浴介護を断られたり、清拭でさえも、看護婦と一緒になければだめ等と言われたケースがある。今回の調査対象者は、デイサービスの利用者であり、障がい者デイでは、看護婦の配置はおろか嘱託医もない。つまり医療体制のない中で施設サービスが行われている。この事は別で大きな問題となっているが、ともかく、医療者でなければできないといったケアは殆どない人達が、ヘルパーを充分使えていない実態が、調査から明らかになった。介護保険導入直前に、ヘルパーの医療行為についての議論が若干なされたが、それ以前のところでの問題があるといえる。現在ヘルパーに関しては厚生省が定めるカリキュラムの養成講習を受けなければ資格が取れる。1級ヘルパー研修カリキュラムを見ても、重度重複障がいについては、他の障がいを含め、4時間しか取られていない。医療保険制度改変の動きの中で、重症心身障がい者、難病者等の在宅生活者は今後さらに増加し、それに伴って在宅施策の中心であるヘルパーの必要度も増すと思われる。しかし、現在の内容のままでは質的に重度重複障がい者が利用できるものにはならない。ヘルパー制度はとかく人数が話題にされるが、今回の調査で明らかになった重度者のヘルパーへの期待度の低さを受け止め、ヘルパー研修等、質の向上をはかっていく必要がある。



## A15

# ホームヘルパーの安全衛生管理の進め方 ～労働と健康に関する実態調査をふまえて～

○北原照代 埜田和史 辻村裕次 富岡公子 西山勝夫  
(滋賀医大・予防医学)

### <目的>

某市公務員ヘルパー（定員52名）を対象とした腰痛・頸肩腕障害予防対策を立案するための調査結果をふまえ、ホームヘルパーの労働安全衛生管理について考察する。

### <調査対象と方法>

#### 1) 同行調査および面接調査 (99年7～8月)

ヘルパーと被介護者家庭の両方から了承を得たヘルパー10名を対象に、ヘルパーに同行して、業務の実態、就労地域および作業環境を把握した。また、調査日の午後に介護業務のなかったヘルパー9名を対象に、仕事内容やヘルパー業務の困難さ等を聞き取った。

#### 2) 被介護者と介護内容に関する調査 (99年10月)

全被介護者家庭(171ケース)を対象として、主担当ヘルパーに回答を求めた。質問紙は同行調査結果に基づいて作成し、被介護者の特性（性、年齢、身長・体重、同居人の協力度、ADLレベル等）、および必要な介護項目を把握できるようにした。また、各介護内容の身体的負荷要因について評価を求めた。

#### 3) 精神的負担に関する調査 (99年10月)

調査時点で介護業務を担当する常勤ヘルパー25名を対象とし、担当する全ケースについて回答を求めた。質問紙は面接調査結果に基づいて作成し、ヘルパーと被介護者、被介護者家族および近所との関係、および環境要因（汚い、暗い、臭い、暑い・寒い等）について負担感を尋ねた。また、担当ケースについて身体的負担感と精神的負担感を5段階で評価させた。

### <調査結果>

#### 1) 同行調査および被介護者と介護項目に関する調査 (回収数(率); 171 (100%))

同行調査の結果、介護項目は表1のように分類された。さらに、各項目ごとに身体的負荷要因を分類した。全ケースのうち、一家庭で二人の被介護者がいた7ケースを除いた164ケースについて見ると、1ケースあたりの必要な介護項目数は平均3.5項目あった。表1に示したように「入浴」は31%のケースで必要とされ、このうち50%が全介助が必要なケースで、湯をくみ出す動作が「頻繁にある」が32%、不自然な姿勢が「多い」は50%あった。最も要請の多かった「掃除」(65%)で

は、床の雑巾がけを行うケースが70%あり、汚れの程度が「汚いまたは大変汚い」が36%あった。また、年齢、身長・体重、身体的介護について同居人の協力度、およびADLレベルは表2および表3に示す通りであった。

#### 2) 精神的負担に関する調査 (回収数(率); 150 (97%))

精神的負担の訴え率(図1)は、「介護後も気にかかる」、「被介護者と意思疎通がうまくいかない」、「被介護者の意欲がない」「同居者と意志疎通が取れない」等、主としてヘルパーと被介護者および被介護者家族間の人間関係に関する項目で高く、暴力的言動に関する訴えも見受けられた。また、同じケースを担当していてもヘルパーにより精神的負担の感じ方が違う例も存在した。環境要因については、汚い、暗い、臭い、暑い・寒い、うるさい、散らかっているといった環境の中で介護を行っているケースがあり、その場合、被介護者家庭との人間関係においても強い負担を感じていた。担当ケースに関する身体的負担感と精神的負担感についての評価では、身体的にも精神的にも強い負担を感じるケースが34%あった。

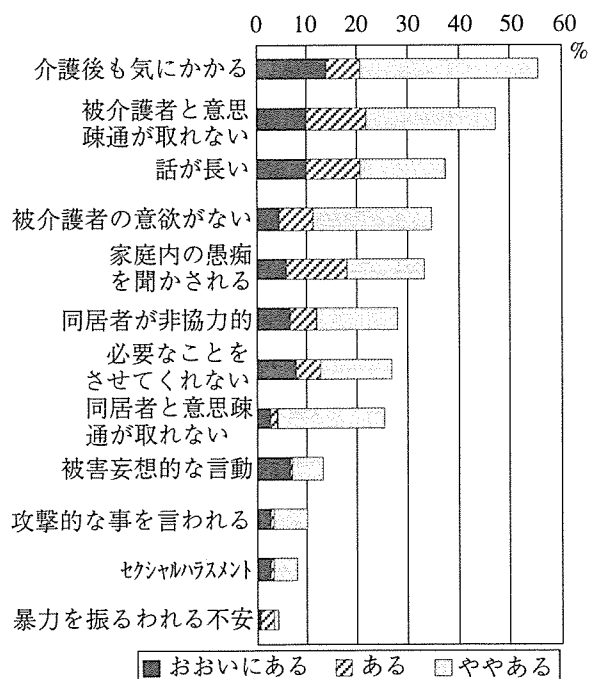


図1 精神的負担の訴え率

表1 介護項目および求められる介護内容と頻度

介護項目 (必要とされた割合) (n=164)	介護内容	頻度 (%)
(身体介護)	a.清潔・整容 (60%)	衣服着脱—全介助 41% 移動の困難さ—あり 37%
	b.入浴 (31%)	介助度—全介助 50%
		抱きかかえる動作—必要 36%
		湯を汲み出す動作—頻繁 32%
		シャワーを持って作業—頻繁 20%
		風呂場の広さ—狭すぎる 44%
	c.排泄 (31%)	移動の困難さ—あり 58%
		不自然な姿勢—多い 50%
		介助度—全介助 68%
	(家事援助)	d.掃除 (65%)
車椅子への移動—全介助 30%		
移動の困難さ—あり 32%		
床の雑巾がけ—あり 70%		
e.買い物 (47%)		汚れ—汚いまたは大変汚い 36%
		重い荷物の移動—あり 30%
		掃除に対する要求度—高い 17%
f.調理 (37%)		不自然な姿勢—多い 16%
		重量—重いまたは大変重い 22%
		買い物袋の数—3個以上 13%
g.洗濯 (35%)	買い物に対する要求度—高い 19%	
	台所—使いにくい 40%	
	調理道具—使いにくい 35%	
h.食事 (15%)	調理に対する要求度—高い 40%	
	方法—二層式洗濯機 30%	
	洗濯量—多い 23%	
	物干し竿の高さ—高すぎる 9%	
	介助度—全介助 38%	
	移動の困難さ—あり 21%	

表2 被介護者の性・年齢・身長・体重および同居人の協力度度 (n=164)

性別	男性 32%	女性 68%							
年齢分布 (歳)	~10 2%	~20 0%	~30 3%	~40 2%	~50 4%	~60 12%	~70 20%	~80 21%	>90 33%
身長 (cm)	平均154	最小110	最大180						
体重 (kg)	平均 50	最小 85	最大 11						
同居人の協力度	あり 23%	なし 34%	独居 41%						

表3 被介護者のADL (n=164)

歩行介助	一部介助 28%	全面介助 17%
移動介助	一部介助 26%	全面介助 27%
座位保持	支え必要 18%	不可 9%
意思表示	時々不可 19%	不可 9%
車椅子の使用	あり 42%	あり 18%
体位交換	あり 18%	あり 20%
医療的行為	あり 20%	必要 23%
病気に関する特別な配慮	必要 23%	必要 16%
視力障害による介護上の配慮	必要 16%	必要 15%
聴力障害による介護上の配慮	必要 15%	

＜ヘルパーの安全衛生管理に関する考察＞

調査結果から、ホームヘルプ労働の特徴は、1) 個々のケースに合せた介護内容を、それぞれの住宅環境および被介護者やその家族との人間関係に配慮しながら実施、2) 介護家庭が労働の場である、3) 身体的負担は、介護内容の多様さに加えて被介護者の体格、ADL、および同居人の協力度等によっても左右される、4) 精神的負担も大きく、被介護者およびその家族との人間関係による負担以外にも、暴力やセクシャルハラスメント等を受ける可能性などが挙げられた。一方、ヘルパーの作業現場が介護家庭であるため、職場巡視による問題発見や作業環境の改善が困難であり、従来の安全衛生管理制度と方法では十分対応できない。こうした現状では、ヘルパーの作業管理として、心身の負担の大きなケースが特定ヘルパーに集中しないよう、また検診によって業務軽減等が必要とされたヘルパーに対処できるようなケースマネジメントが必要と考える。具体的には、1) 介護の依頼を受ける時点で、ケースマネージャーが被介護者の状況（体格、ADL、協力度等）、必要とされる介護内容、および家庭内の作業環境を基に心身の負荷を評価（初期評価）、2) ケースマネージャーは、初期評価とヘルパーの健康状態から担当ヘルパーを決定、3) 一定期間が経過した時点で、実際に介護を行うヘルパーがチェックリストを用いて心身の負担を検証し、問題があれば対策を検討すると同時に、ヘルパーの健康状態もチェックし健康管理に役立てる、というシステムである。その実施にあたっては、ケースマネージャーの養成と、依頼されたケースについてヘルパーの心身の負荷および負担を評価する方法の開発が必要と考えられた。

ホームヘルプ労働の特性を考慮した安全衛生管理方法が未確立であるために、雇用条件や安全衛生管理体制が比較的整備された公務員でも、ヘルパーについては、適切な予防対策が実施されないと健康障害が生じることが明らかとなった。介護保険制度導入以降、民間企業が在宅支援領域に参入しており、ヘルパーの労働密度が高まる状況にある。また、非営利的組織として新たにヘルパー派遣を担う小規模福祉法人等での安全衛生管理体制は、財政的および制度的理由から整備の遅れが予想される。ヘルパーの健康障害の拡大は、高齢者や障害者の生活保障にも大きな影響を及ぼすと考えられ、ボランティアを含むヘルパーの安全衛生管理制度確立と実施が急務である。

＜参考文献＞

- 1) 富岡他. 某市公務員ヘルパーにおける労働負担調査 (第1報) —腰痛・頸肩腕障害に関する断面調査の結果—. 産衛誌 2000, 42, 625.
- 2) 北原他. 某市公務員ヘルパーにおける労働負担調査 (第2報) —疲労に関する質問紙調査の結果—. 産衛誌 2000, 42, 626.



**応募演題報告（B会場）**

**7月23日（日）**

**15時～17時**

**応募演題報告（B会場）**  
**7月23日（日） 15時～17時**

**学校保健・精神保健**

座長：仁平将（青森県五所川原保健所）

- B9 小学生の生活実態調査から見えるもの  
浅井定雄（「学校」と子どもの健康・発達研究会）
- B10 「保健室登校」（中学校）の実態  
町田明美、久保田黎子、片山容子（「学校」と子どもの健康・発達研究会）
- B11 阪神淡路大震災被災高齢者のこころのケアについて  
鈴木学美、近森栄子、宮田さおり、笠松隆洋（神戸市看護大学）、  
岡本和久（神戸市保健福祉局高齢福祉部）、重野妙実（財団法人こうべ市民福祉振  
興協会）、坂田昌彦（財団法人厚生問題研究会）、塚本宏（京都新聞編集局ニュー  
スデスク）
- B12 地域住民の精神障害についてのイメージに関する調査  
岩瀬綽子（大阪市都島保健センター）、黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部）

**障害者・骨密度**

座長：阿部眞雄（東海大学・体育学部）

- B13 高次脳機能障害者の障害特性が家族の主観的介護負担感に及ぼす影響  
－若年の脳外傷者を中心に－  
赤松昭（大阪市立大学大学院生活科学研究科博士課程）  
小澤温（大阪市立大学大学院生活科学研究科教員）
- B14 障害者スポーツ・ボランティアの障害者認識  
阿部眞雄（東海大学体育学部）、江ヶ崎仁文（東海大学大学院体育学研究科）、  
新出昌明（東海大学体育学部）
- B15 障害者の社会化におけるボランティアの役割  
－障害者スポーツ文化センター「R」の事例から－  
江ヶ崎仁文（東海大学大学院体育学研究科）、大堀孝雄、阿部眞雄、新出昌明  
（東海大学体育学部）
- B16 骨密度と地域特性に関する研究－第2報－  
服部由季夫、阿部眞雄（東海大学体育学部）

# 小学生の生活実態調査から見えるもの

浅井定雄（「学校」と子どもの健康・発達研究会）

## 1. はじめに

最近子ども達の基本的生活習慣の乱れが問題となり、子ども達の健康や学校生活に少なからず悪影響を与えていると言われている。しかし実際の所、どのような実態があり、課題があるかという点については必ずしも明らかになっていない面があるのではないかと思う。そこで、その実態を明らかにするための調査と分析を試みた。

## 2. 調査の概要と方法

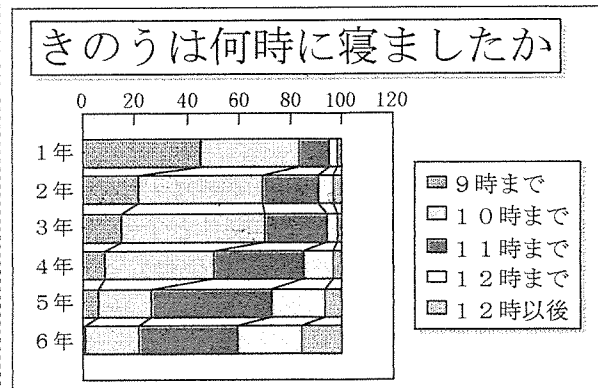
子ども達の基本的生活習慣を中心とした23項目（別項）により、生活実態調査アンケートを実施した。対象としたのは、京都市左京区のある小学校1年生から6年生までの全校児童（440名）で、調査日は1999年6月28日～7月3日の一週間（月～土の毎日）である。

この地域は、京都市の中ではあるが田園も残る静かな住宅街で、一部には商店街・工場などもある。

調査方法は、アンケート用紙を配布して学級担任が読み上げ、用紙に各児童が回答するもので、小学校1・2年生のみ挙手による回答となった。

## 3. 結果

「就寝時刻」については、グラフのように高学年



になるほど遅くまで起きていることがわかる。特に小学校6年生では、平均就寝時刻は10時45分で、12時を過ぎている子どもは16%になっている。起床時刻については学年・曜日による差はあまり見られず、平均7時～7時半であったが、全校で5%近い子どもが8時以降の起床であった。

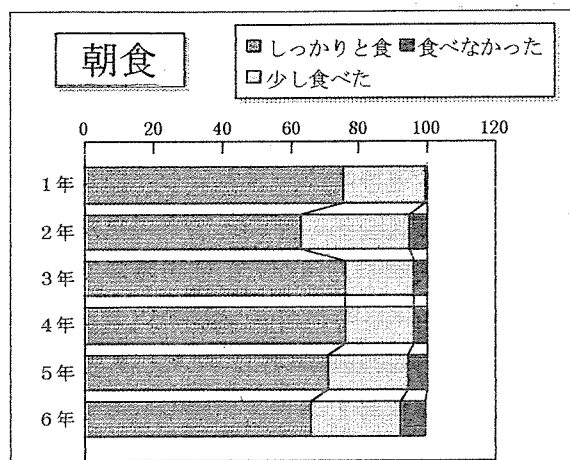
食事については、夕食は85%の子どもが「しっかり食べた」と答えているが、12%が「まあまあ食べた」。3%の子どもが「食べなかった」と答えている。3%というのはわずかな数に思うが、人数で言うとこの学校では、13名程度に当たる。そのほとんどの子が「お菓子」買い食いなどで、「お腹が減らないまま夕食時間が過ぎる」というものであった。ごく一部に夕食を作ってもらえなかったという事例もあった。朝食については、起床時刻の関係もあり、全体で5%程度の子が食事をしないまま登校している実態が明らか

1999年6月28日（月）～7月3日（土）実施 生活調べ（調査項目のみ記載・回答項目は省略）

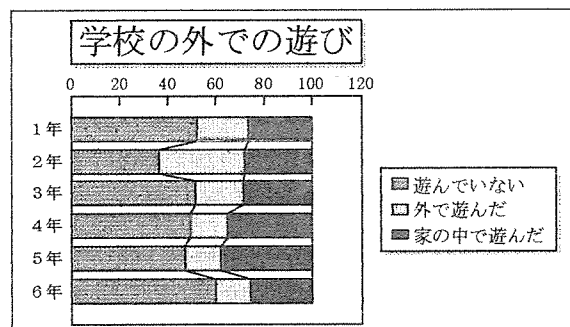
(1) きのうは、何時にねましたか？ (2) けさは何時に起きましたか？ (3) きのうは何時ごろ家に帰りましたか。(もうこれで外に出ないという時刻) (4) けさは何時何分ごろ家を出て学校に来ましたか？(家を出た時こく) (5) きのうの「ばんごはん」は食べましたか？ (6) きのうの夜「ハミガキ」をしましたか。(7) けさは「朝ごはん」を食べましたか？ (8) けさ「ハミガキ」をしましたか。(9) きのう「大便(うんこ)」をしましたか？ (10) きのうか今朝に「学習の用意」をしましたか？ (11) 今日の勉強の用意で「忘れ物」はありますか？(宿題をのぞく) (12) きのう「宿題」「家庭学習」など、家でした勉強時間はどれくらいですか？

(13) きのう本を読んだ時間はどれくらいですか？(勉強に関係のないマンガ本は入れません) (14) きのう家で「お手伝い」をしましたか？ (15) きのうは、(学校以外で)友達と遊びましたか？ (16) 学校以外で遊んだ友達は何人くらいでしたか？ (17) きのうは、(学校で)友達と遊びましたか？ (18) 学校で遊んだ友達は何人くらいでしたか？ (19) きのうは、「塾」「スポーツ少年団」「野球」「水泳」「ピアノ」「習字」などの「習い事」はありましたか？ (20) きのうは、「塾」「スポーツ少年団」「野球」「水泳」「ピアノ」「習字」などの「習い事」の時間はどのくらいでしたか？ (21) きのうテレビやビデオをみた時間はどれくらいですか？ (22) きのうテレビゲームをした時間はどれくらいですか？ (23) きのうは楽しい一日でしたか？

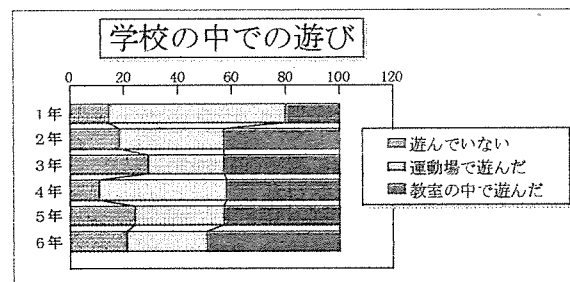
になっている。「少しだけ食べた」というのを合わせると全体の30%近くになっていた。



また、朝や夜の「歯磨き」については、だいたい全学年とも65%の子が「しっかりと磨いた」25%の子が「だいたい磨いた」と回答し、10%近い子が「磨いていない」であった。この学校では、1998年度から2年間文部省指定を受け「歯・口の健康づくり」に取り組んできたが、他の生活習慣の乱れと複合的であり、この10%がなかなか減少していけないということである。

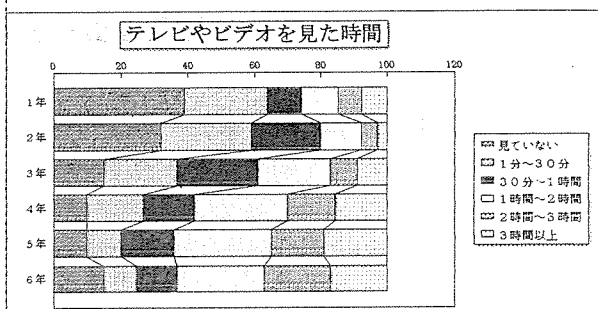


「子どもの遊び」については、「下校後の学校以外での遊び」については半数近い子が「遊んでいない」と答えている。また、学校の中でも「遊んでいない」と答えている子が20%近くに及ぶ。



テレビやビデオを見た時間については、高学年になるほど視聴時間が長くなっている。また、もうひとつの特徴としては、「見ていない」子も20%近くに及び「多様化」があると考えられる。これは「テレビゲーム」等の時間についても同じ事が言える。生活の中でこうした時間をうまく活用している子と、

「どっぷりつかって」しまっている子に分かれている。



#### 4. 考察

今回の23項目におよぶ「生活実態調査」調査から、下記のような点が考えられる。

- (1) 就寝時刻が高学年になるほど遅くなり、また全体としても「夜型生活」になっていて大人の生活時間帯と変わらないような状態がうまれている。一部では夜中の12時を過ぎて起きている子もあり、次の日の学校生活に悪影響を及ぼしている。起床時刻の遅い子が見られ、学校への「遅刻」などにもつながっている。
- (2) 夕食や朝食などで「食べていない」「少し食べた」などの子が15~25%程度あり、食事習慣の不規則な子があり、「疲労感」「イライラ感」など精神的に余裕のない学校生活を送っていることが考えられる。
- (3) 学習の用意や忘れ物については、70~80%の子はきちんとしているが、習慣が身に付いていない子が20~30%程度見られ、学校での学習習慣や学力形成にも影響していると考えられる。
- (4) 下校後の遊びについては、約半数の子ども達が「学校以外では遊んでいない」と答えており、最近言われている「友達関係の希薄さ」や「コミュニケーションスキルの欠如」の背景を裏付ける形となっている。
- (5) 「楽しい1日でしたか?」という問いには約60%の子が「楽しかった」と答えているが、残りの4割近い子が「ふつう」「楽しくない」「いやなことがあった」と答えており、生活上のいろいろなストレスを抱えながら毎日を送っている様子が見えてくる。

#### 5. 課題

10%程度の子どもではあるが、各項目に複合的な課題を持つ子どもがいる。今後こうした子ども達に焦点を当てて、どういった実態があるのかを深めていきたいと考えている。

## 「保健室登校」(中学校)の実態

町田明美 久保田璨子 片山容子(「学校」と子どもの健康・発達研究会)

## 1. はじめに

近年不登校生徒が増加し、「保健室登校」という言葉が学校外でも使われるようになってきている。これは、不登校の生徒の中に、保健室になら行く事ができるという子ども達が存在することが、学校で日常化していることの反映であろう。これまで、養護教諭は不登校生徒の希望にこたえ、手探りで援助をしてきたが、学校内だけの問題では不適切な状況にあると考え、問題の客観化に取り組んだ。

尚、本調査では、保健室登校の子どもたちを次のように考えた。「学校には登校するが、主として保健室で過ごす子どもとし、次のような子どもを含むとした。

- ・登校は毎日であったりそうでなかったりする。
- ・遅刻や早退の多い子ども。
- ・保健室では養護教諭と話をしたり、学習、手芸、読書などをする。
- ・他の子どもと行動をともにすることは極めて少なく、他者の視線を気にすることが多い。
- ・保健室登校の日数や期間、保健室にいる時間は問わない。

## 2. 調査の対象と方法

調査の対象は、京都市内の本調査に協力の得られる公立中学校 11 校の養護教諭とし、郵送によって 1999 年度の保健室登校の状態について学校に関する項目と保健室登校の生徒の状況に関する項目について回答を求めた。調査は 2000 年 4 月に実施した。

学校に関する項目は、在籍生徒数、養護教諭数、心の健康相談員の有無と人数、ス

クールカウンセラーの配置の有無、学校の不登校対策委員会への参加の有無、不登校生徒の有無・学年と性別、保健室登校の有無・人数、過去 3 年間の保健室登校生徒の有無と人数、養護教諭の希望事項、不登校・保健室登校に対する養護教諭の悩みや考え(自由記述)、保健室登校生徒の増加と仕事の負担感などで構成した。

保健室登校生徒についての項目は、学年、性別、保健室登校の期間、保健室登校時の様子、登校の時間、予後、原因の分類分け(複数回答)、保健室での過ごし方(複数回答)、小学校時の様子、医療機関等の利用の有無、養護教諭の他機関との連携の有無、心の相談員・スクールカウンセラーとの関係、養護教諭の悩みや考え(自由記述)などとした。

## 3. 調査の結果

1) 11 校全体の合計生徒数は、4075 人であった。学校規模の最大人数は、781 名。最小人数は、5 名であり、10 名以下の学校が 2 校あった。解析からは 10 名以下の 2 校は除外した。

養護教諭配置数は、1 名が 5 校(55.6%)、複数配置が 4 校(44.4%)で、全体としてこの調査にかかわった養護教諭は 13 名であった。

保健室登校の有無は、1999 年度は有りが、7 校 18 人。年度推移をみると 1997 年度は、3 校。1998 年度は、4 校であり、保健室登校生徒のいる学校が増加している。

1999 年度の不登校生徒について(30 日以上欠席)は、9 校中 7 校(77.8%)の学校で有りとなっており、70%以上の学校で、不登校生徒を抱えていた。



不登校生徒は、9校で男子53名(47.7%)、女子58名(52.3%)、合計111名。全在籍数から見た発生率は2.73%となっていた。

不登校生徒の内訳は、3年生45名(40.5%)、2年生36名(32.4%)、1年生30名(27.0%)であり、学年が進むにつれて、多くなっていた。

2) 保健室登校生徒の状況についての回答は11校で19名についてあった。

性別は、女子13名(68.4%)、男子6名(31.6%)であった。

学年の構成は、3年生女子が8名(42.1%)と一番多く。2年男子5名(26.3%)、2年女子3名(15.8%)、1年女子2名(10.5%)、1年男子1名(5.3%)であった。

保健室登校の期間は、年間を通じてが、10名(52.6%)、一定の期間が9名(47.4%)であった。

3) 保健室登校時の様子は「年間を通じて」の10名のうち「保健室のみで過ごす」という生徒は1名(5.3%)。教室や職員室・図書室などにもいけるという生徒は9名(47.4%)であった。「一定の期間」の9名では、保健室のみで過ごす生徒は1名(5.3%)。教室や職員室・図書室などにもいけるという生徒は4名(21.1%)。その他は4名(21.1%)であった。

保健室登校の時刻と滞在時間は始業時から、1名(5.3%)午前中に登校するが7名(36.8%)、午後から登校するが1名(5.3%)決まっていないが9名(47.4%)であった。

4) 保健室登校生徒の「その後」は、卒業したが8名(42.1%)、変化なしが5名(26.3%)、教室に行くようになったが3名(15.8%)、学校を休むようになったが3名(15.8%)、その他(クラブだけ行くなど)が3名(15.8%)であった。

5) 養護教諭から見た保健室登校生徒のかかえる問題点は、友達が少ない、他人の言

動に敏感、家庭内環境の不安定(親の不就労、暴力、その他)がそれぞれ8名(42.1%)、生育家庭の問題6名(31.6%)、いじめ4名(21.1%)などが指摘されていた。

生徒の小学校時代の様子は、いじめや校内暴力などの問題があったが7名(36.8%)、不登校5名(26.3%)、問題なしが、5名(26.3%)であり、多くは小学校時代から何らかの問題をかかえていた。

6) 医療機関等へは8名(42.1%)が行っており、その中身は、医療機関4名、カウンセリング4名その他3名など(複数回答)であった。

7) 学校における対策として、心の健康相談員は、9校に配置されており、スクールカウンセラーは、9校中5校(55.6%)に配置されていた。また、学校内の体制として、不登校対策委員会が設置されており、養護教諭の参加は、いつも参加が7校(63.6%)、会議が開かれていないが3校(27.3%)、年に2回参加が1校(9.1%)であった。

8) 校外の専門機関と連携が取れていたのは3名(15.8%)しかなかった。

9) 保健室登校生徒に関して養護教諭が要望する事項(複数回答)は基礎学力保障が10校(91.0%)、教員と生徒のコミュニケーションの充実が8校(72.7%)、教員の増員が8校(72.7%)、家族の理解と親の適切な対応が7校(63.6%)、関係機関と学校との連携、進路保障が6校(54.5%)であった。一方学校医への要望をあげた養護教諭はなかった。

10) まとめ

養護教諭の負担感については、10校(90.9%)が「重すぎる」と回答しており、校内で多くの役割を果たさなければならない養護教諭にとって、現状での保健室登校生徒の受け入れにさまざまな困難があることが伺えた。

## 阪神淡路大震災被災高齢者のこころのケアについて

鈴木学美\*、近森栄子\*、宮田さおり\*、笠松隆洋\*、  
岡本和久\*\*、重野妙実\*\*\*、坂田昌彦\*\*\*\*、塚本 宏\*\*\*\*\*

(\*神戸市看護大学、\*\*神戸市保健福祉局高齢福祉部、\*\*\*財団法人こうべ市民福祉振興協会、\*\*\*\*財団法人厚生問題研究会、\*\*\*\*\*京都新聞編集局ニュースデスク)

### 1.はじめに

平成7年1月に発生した阪神淡路大震災(以下震災)は、死者6千人以上、全壊家屋17万世帯以上の大きな被害を残した。自然災害による被災者の喪失体験は、長期間にわたって影響を残すと言われている。特に高齢者は、喪失体験に対する回復力が低下している上、新しい環境への順応が難しい。震災後5年の間に避難所、仮設住宅、復興住宅と、次々に環境変化を経験せざるを得なかった背景より、様々なストレスが多く引き起こされていると考えられる。

これらの状況に対し、行政でも種々の対応が考えられ、援助がなされた。中でも各自治体単位に置かれた「こころのケアセンター(以下ここセン)」は、心理職やPSW等の専門職が、ストレスやアルコールに関する相談、グリーフワーク(喪失の現実を受け入れられるよう行う心理的支援)を行うなど、こころのケアの中心的役割を果たしてきた。本報は、これらの援助が被災者のニーズに応じた形で行われていたか、また援助職自身の活動の評価と、高齢者の援助に対する評価について調査を行い、自然災害時の援助職のあり方について考察する。

### 2.研究方法

【高齢者に対する調査】対象者は生活援助員が常駐している復興住宅入居中の高齢者1823人である。生活援助員を通じて入居高齢者に、自由記載を含む復興住宅での援助職の活動評価を問う自記式調査票を渡し、郵送にて回収した。

【ここセン職員に対する調査】対象者は兵庫県下で活動していたここセン職員51人である。援助の頻度、職務を全うしたかどうか、また高齢者の立場で考えたサービスの必要性、提供量の評価を問う自記式調査票に回答してもらい、郵送にて回収した。両調査とも、調査期間は平成11年11月～平成12年1月である。

### 3.結果

【高齢者に対する調査】回収数は586、回収率は32.1%であった。男性31%、女性66%であり、平均年齢は72.6±7.4歳であった。

1) 援助職(ここセン職員とは限らない。以下同様)が家を訪ねて来てくれたかどうかについて、よくあるいはたまに来てくれたと回答したのは79%であり、訪問をありがたいと回答した者は72%であった。

2) 援助職が電話をかけてきてくれたかどうかについて、よくあるいはたまにかかってきたと回答したのは26%であり、電話がありがたいと回答した者は41%であった。

3) 援助職に話を聞いてもらえたかどうかについて、よくあるいはたまに聞いてもらえたことと回答したのは67%であり、話を聞いてもらうことがありがたいと回答した者は62%であった。

4) 病気や健康のことを相談することができたかどうかについて、よくあるいはたまに相談できたことと回答したのは49%であり、相談についてありがたいと回答した者は50%であった。

【ここセン職員に対する調査】回収数は31、

回収率は60.8%であった。

1) 支援活動全般について、「職務を理解し活動を開始できた」「必要な被災者個人の情報入手ができた」は、77%の者が非常にそう思うあるいはそう思うと回答したが、「支援をする必要人数が確保できた」「支援者間のコーディネートをする人がいた」という項目に関しては、非常にそう思うあるいはそう思うと回答したのは約30%のみであった。

2) 巡回訪問について、常時あるいは時々行ったと回答した者が65%であった。職務を全うできたかどうかについて、65%がとてもそう思うあるいはそう思うと回答していた。高齢者の立場で考えたサービスの必要性については、45%が必要であると回答していた。提供量については36%が適当であったと回答していた。

3) こころの健康に関する相談については、97%が常時あるいは時々行ったとし、職務を全うできたかどうかについても、とてもそう思うあるいはそう思うと回答していた。高齢者の立場で考えた場合は、55%が必要であると回答していた。また52%は提供量が少し不足あるいは非常に不足していたと回答していた。

4) アルコールに関する相談について、77%が常時あるいは時々行ったと回答していた。職務を全うできたかどうかについて、87%がとてもそう思うあるいはそう思うと回答していた。高齢者の立場で考えた場合は42%が必要であると回答していた。また65%は提供量が少し不足あるいは非常に不足していたと回答していた。

5) グリーフワークについて、32%が時々行ったと回答していた。職務を全うできたかどうかについて、55%がとてもそう思うあるいはそう思うと回答していた。高齢者の立場で考えた場合は36%が必要であると回答していた。また52%は提供量が少し不足あるいは非常に不足していたと回答していた。

#### 4.考察

高齢者に対する調査とここセン職員に対する調査を全般的に比較してみると、双方ともほぼ50~60%の者が活動を肯定的に評価しており、支援提供側と受け手側に大きな評価の差異は認められなかった。しかし、こころの健康に関する相談、アルコールに関する相談といった、専門職としての支援について、ここセン職員で提供量が不足していたと評価した者が多かったことは、課題として残されている。一方高齢者がほぼ一様に支援に対して肯定的な回答であったのは、支援活動が有意義であったことを示唆している。しかし高齢者の回答がここセン職員の活動のみならず他の活動を評価している可能性や、アルコール相談やグリーフワークについて活動個々の評価を得られにくかったこと等、調査上の問題も考慮されなければならない。

高齢者に対する調査の自由記載に「交流がない」「寂しい」等の記述が見られた。近代的な構造の復興住宅では、長屋的つながりのあった仮設住宅と比べ、特に独居高齢者の孤独感を助長させる面もあると考えられる。

この調査で、震災後のここセンの活動が、いくつかの問題はあったものの有意義であったことが示唆された。しかしここセンは、震災後5年経過した平成12年4月をもって、財源である復興基金（兵庫県・神戸市が被災者支援のために設立した特別基金）が終了するため、その大半の活動に終止符が打たれた。調査票の自由記載にもあったように被災者は、復興住宅では物質的には安定しても精神的には今なお不安定な状況に置かれている。近森は、被災高齢者の精神健康調査で、調査対象高齢者の46.2%が精神健康に何らかの問題があったと述べている<sup>1)</sup>。震災後のこころのケアが縮小される現状には、まだ課題が残されていると考える。

1) 近森栄子他：阪神淡路大震災被災高齢者の精神的健康、第5回聖路加看護学会学術大会、2000。

## 地域住民の精神障害についてのイメージに関する調査

岩瀬 綽子（大阪市都島保健センター）、黒田 研二（大阪府立大学社会福祉学部）

【目的】精神障害という診断名がついた人々に対するコミュニティの受け入れは、まだまだ十分とはいえない。大阪市では二つの区で精神障害者社会復帰施設を設立する計画が立てられたが、住民の反対運動のために予定が大幅に遅れ、ひとつは今年度中に立ち上げられそうだが、もうひとつは未だ着手できない状況にある。また別の区では地域生活支援センターの開設の情報が入るや、周辺の住民が反対運動が、署名やポスター、幟など使って繰り広げられるということがあった。そこで「精神障害」に対して住民がどのようなイメージを抱いているかを知り、スティグマを解消する方策を探ることを目的として、本調査を実施した。

【調査方法】大阪市の上記の区以外のある区で、保健センターが委嘱をしている保健栄養推進協議会会員（127名、すべて女性で50-70歳代が中心）を対象に、調査票留め置き法でアンケート調査を行った。回答は無記名とし、郵送により100名より有効回答を回収した（以下、住民グループ）。また比較のために大阪府立大学学生（社会福祉学部学生が大半を占める）および保健婦養成専門学校の学生の合計199名に対して同様のアンケートを行なった（以下、学生グループ）。「精神障害の中でも最も頻度が多い精神分裂病を想定して書かれた次の文について、あなたのお気持ちや考えを教えてください」という質問のもとで12項目の文を示し、それに対して「そう思う（以下、肯定）」「そう思わない（以下、否定）」「わからない」のいずれかを選択してもらった<sup>注1)</sup>。

【結果】精神障害にネガティブな意味づけをしている11項目の文（質問11以外）のうち、住民グループにおいて肯定が否定を上回った項目は次の5つであった。「1.精神障害をもつ人は気のどくでかわいそうである」（肯定72%、否定15%）、「8.精神障害者が、一人あるいは仲間同士で集まっ

て、アパートを借りて生活するのは危険である」（肯定70%、否定9%）、「2.精神障害者はほおっておくと何をするかわからないのでおそろしい」（肯定51%、否定29%）、「6.精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにはゆかない」（肯定47%、否定28%）、「9.遺伝をさけるため、精神障害者は結婚しても子どもつくらない方がよい」（肯定38%、否定26%）。肯定より否定が多かったものの、肯定する人が3割を超えていた項目は以下の2つである。「5.精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して、障害事件を起こすからである」（肯定37%、否定44%）、「3.精神障害者の行動は、まったく理解できないものである」（肯定32%、否定37%）。学生グループは、いずれの項目でも否定的イメージを述べるものは少なく、11項目のすべてで住民グループとの間で回答の分布に有意差がみられた。住民グループのなかでは、個人的に精神障害者を知っている人では、知らない人に比べ、否定的イメージをもつ人の割合が少なかった。

【まとめ】スティグマは、精神障害と診断された人に対して排他的な態度を周囲の人々にとらせるだけでなく、当事者およびその家族が、自分達の置かれた状況を課題解決に有効な方法で定義し、疾患を受け入れ自己管理して、有効に対処することを困難にしている。スティグマの存在は、知識の有無（学生グループで高いと思われる）によって影響を受けると考えられたが、その他、個人的に精神障害者を知っている場合に、知らない人より否定的イメージが少なかった。今後の啓発活動では、知識の普及とともに、住民が直接当事者と出会う機会を増やすことが重要である。

注) この調査内容は、岡上和雄、石原邦雄：「精神障害者」に対する態度と施策の方向づけ、季刊・社会保障研究：21(4), 373-385, 1986、によった。

表1 精神障害についてのイメージ、住民グループと学生グループの比較

質問	選択肢	住民	住民グループ(再掲)		学生
		グループ (n=100)	精神障害者を個人的に 知っている 知らない (n=36) (n=62)		グループ (n=199)
1. 精神障害をもつ人は気のどくでかわいそうである	そう思う	71.7%	61.1%	77.0%	28.6%
	思わない	15.2%	22.2%	11.5%	32.7%
	わからない	13.1%	16.7%	11.5%	38.7%
2. 精神障害者はほおっておくと何をするかわからないのでおそろしい	そう思う	51.0%	41.7%	58.3%	23.1%
	思わない	28.6%	44.4%	20.0%	44.2%
	わからない	20.4%	13.9%	21.7%	32.7%
3. 精神障害者の行動は、まったく理解できないものである	そう思う	32.3%	19.4%	41.0%	8.6%
	思わない	37.4%	58.3%	24.6%	66.7%
	わからない	30.3%	22.2%	34.4%	32.7%
4. 精神障害者には服薬や心身のバランスなどの自己管理をすることをほとんど望めない	そう思う	29.3%	22.2%	34.4%	9.6%
	思わない	48.5%	58.3%	41.0%	69.0%
	わからない	22.2%	19.4%	24.6%	21.3%
5. 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して、傷害事件を起こすからである	そう思う	37.0%	27.8%	41.9%	8.5%
	思わない	44.0%	58.3%	37.1%	79.4%
	わからない	19.0%	13.9%	21.0%	12.1%
6. 精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにゆかない	そう思う	46.5%	30.6%	55.7%	9.1%
	思わない	28.3%	41.7%	21.3%	72.2%
	わからない	25.3%	27.8%	23.0%	18.7%
7. 精神病院の患者を厳しい実生活にさらすより、病院内で一生苦勞なく過ごさせる方がよい	そう思う	26.3%	16.7%	32.8%	2.5%
	思わない	37.4%	47.2%	32.8%	78.8%
	わからない	36.4%	36.1%	34.4%	18.7%
8. 精神障害者が、一人あるいは仲間同士で集まって、アパートを借りて生活するのは危険である	そう思う	70.0%	61.1%	75.8%	22.6%
	思わない	9.0%	16.7%	4.8%	50.8%
	わからない	21.0%	22.2%	19.4%	26.6%
9. 遺伝を避けるため、精神障害者は結婚しても子どもをつくらない方がよい	そう思う	38.4%	27.8%	45.9%	3.5%
	思わない	26.3%	41.7%	16.4%	76.4%
	わからない	35.4%	30.6%	37.7%	20.1%
10. 自分の家に精神障害者がいるとしたら、それを人に知られるのは恥である	そう思う	20.4%	16.7%	23.3%	7.1%
	思わない	44.9%	61.1%	33.3%	57.6%
	わからない	34.7%	22.2%	43.3%	35.4%
11. 精神障害者が異常行動をとるのは、ごく一時期だけであり、その時以外は社会人としての行動をとることができる	そう思う	31.6%	44.4%	21.7%	39.6%
	思わない	23.5%	13.9%	30.0%	14.2%
	わからない	44.9%	41.7%	48.3%	46.2%
12. 最近、糖尿病、肝臓病友の会など患者同士で助け合ったり、福祉行政に働きかける会が多くできているが、精神障害者の場合はできない	そう思う	29.6%	16.7%	38.3%	4.0%
	思わない	39.8%	52.8%	33.3%	82.4%
	わからない	30.6%	30.6%	28.3%	13.6%

## B13

### 高次脳機能障害者の障害特性が家族の主観的介護負担感に及ぼす影響 —若年の脳外傷者を中心に—

赤松 昭 (大阪市立大学大学院生活科学研究科博士課程)

小澤 温 (大阪市立大学大学院生活科学研究科教員)

#### 1. 背景と目的

近年、脳外傷による高次脳機能障害が社会的な注目を集め始めている。すなわち、その特有の神経心理学的障害のために、既存の保健・福祉制度の枠にあてはまらず、そのため本人と家族の困難な状況が改善できない状況である。特に、家族の生活に及ぼす影響については現場の援助専門職も指摘している。しかし、家族成員の生活のどのような側面に負担を及ぼしているのかについてはまだ明らかになってはいない。

上記のような背景を踏まえ、本研究の目的を、脳外傷による高次脳機能障害者の障害特性の程度と、それが家族の主観的負担感とどのように関連しているのかを明らかにすることとする。

#### 2. 方法と対象

対象は現在日本で活動している五つの脳損傷者当事者組織の会員合計 499 名である。1999 年 9 月上旬より各組織毎に自記式調査票を発送。有効回答数は 311 通で、有効回答率は 62.3%となった。このうち、

意思疎通が困難な「遷延性意識障害者」を除いた 229 名を分析対象とした。

この郵送調査に先んじて、あらかじめ当事者組織の役員に聞き取り調査を行ったうえ、家族が感じる負担の内容別に①家庭内の本人への対応、②本人が家庭外で起こす問題への対応、③経済的負担、④家族関係への影響、⑤家族の人生設計への影響、⑥親戚・近隣関係への影響、⑦介護者の精神的ストレス、⑧介護者の肉体的負担の八つの項目を従属変数として設定した。そして各項目それぞれ、「大変困っている」「やや困っている」「全く困っていない」の三件法で尋ねた。独立変数となる障害特性(高次脳機能障害)は、欧米での先行研究に基づき、介護負担に最も大きく影響するといわれている「認知障害」「行動障害」の二つに集約して尋ねた(四段階)。また、これに加えて ADL 項目を代表して「歩行能力」(三段階)も尋ねた。そして $\chi^2$ 検定によってこの障害特性と介護家族の主観的介護負担感の関連をみた。

表 1 基礎属性結果 (人:カッコ内%)

本人の年代	20 歳未満	23 (10.0)	介護者の年代	20 歳代	4 ( 1.8)
	20 歳代	92 (40.2)		30 歳代	14 ( 6.2)
	30 歳代	69 (30.1)		40 歳代	60 (26.5)
	40 歳代	19 ( 8.3)		50 歳代	97 (42.9)
	50 歳代	15 ( 6.6)		60 歳代	47 (20.8)
	60 歳以上	11 ( 4.8)		70 歳代	4 ( 1.8)
障害の原因	交通事故	174 (76.0)	と介護者続柄と本人	母親	157 (69.5)
	その他事故	31 (13.5)		父親	16 ( 7.1)
	脳疾患	21 ( 9.2)		配偶者	40 (17.7)
	その他病気	3 ( 1.3)		子	6 ( 2.7)
手所帳持身障	1～3 級	109 (47.6)		兄弟姉妹	5 ( 2.2)
	4 級以上	49 (21.3)		祖父母	1 ( 0.4)
	手帳なし	71 (31.0)		その他	1 ( 0.4)

### 3. 結果

#### (1) 基礎属性

本人の年代は20代から30代が多くて比較的若く、障害の原因は約7割強が交通事故であった。また、全体の約3割が身体障害者手帳の交付を受けていなかった。介護家族については、年代は40代から60代が多く、本人との続柄はその約7割が母親であった(表1)。

#### (2) 障害の程度

「認知障害」については、「非常に強くなった」が約66%と最も多く、「行動障害」についても「非常に強くなった」が約63%と最も多数を占めた。また「ADL(歩行)」については、「自立」が最も多く約66%となった(表2)。

表2 障害の程度(人:カッコ内%)

(認知障害)		
非常に強くなった	146(66.1)	
やや強くなった	31(14.0)	
少し強くなった	29(13.1)	
ほとんど変わらない	15(6.8)	
(行動障害)		
非常に強くなった	139(62.9)	
やや強くなった	37(16.2)	
少し強くなった	21(9.5)	
ほとんど変わらない	24(10.5)	
(歩行)		
自立	150(66.1)	
一部介助	45(19.8)	
全面介助	32(14.1)	

#### (3) 障害特性と負担感の関係

分析の結果、認知障害と関連のあった負担感の項目は、①家庭内の本人への対応、⑤家族の人生設計への影響、⑦介護者の精神的ストレス、⑧介護者の肉体的負担、であり、障害の重いほど各項目の負担も高くなった。また行動障害は全ての項目と関連がみられた。一方、ADL(歩行)については、②本人が家庭外で起こす問題への対応、⑥親戚・近隣関係への影響、⑧介護者の肉体的負担であり、自立、一部介助の場合に負担が高くなった(表3)。

表3 負担感項目と障害程度の関係

負担感項目	認知	行動	ADL
①家庭内対応	**	***	n.s
②家庭外トラブル	n.s	**	***
③経済的負担	n.s	*	n.s
④家族関係影響	n.s	**	n.s
⑤家族人生影響	***	**	n.s
⑥親戚近隣関係	n.s	**	**
⑦精神的ストレス	**	***	n.s
⑧肉体的負担	***	***	**

$\chi^2$ 検定(\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ )

### 4. 考察

高次脳機能障害のうち、認知障害の影響は主に家庭内にとどまっている。これに対し、行動障害の影響は、本人が引き起こす家庭外での問題への家族の対処を余儀なくさせ、そのため家族関係の悪化を引き起こす等の、より多大な負担感をもたらしていることが示唆された。しかし、どちらの障害も本人の生活全般に一番深くかかわる主たる介護者には、精神的ストレス、及び肉体的負担ともに大きな負担感をもたらしていることがうかがえた。さらに歩行能力の高いほど家族の負担感が高いとの結果は、本人が歩き回るために家庭外で起こすトラブルが、家族の負担感を引き起こしていると考えられる。

### 5. まとめ

今回の調査の結果は欧米における先行研究と一致するものとなった。このことから我が国でも欧米と同様の、傷病発生時から在宅生活、就労支援までの一貫した神経心理学的リハビリテーション体制の整備、あるいは手帳非所持者への支援策などの家族の介護負担軽減策の一刻も早い実施が望まれる。

## B14

### 障害者スポーツ・ボランティアの障害者認識

○阿部眞雄（東海大学体育学部）

江ヶ崎仁文（東海大学大学院体育学研究科） 新出昌明（東海大学体育学部）

#### 【はじめに】

障害者の社会化促進では、ボランティアの役割が大きく、持続的で強力な支援体制が求められている。Y市にある障害者スポーツ文化センターRでは、登録ボランティアは約600名おり、活発な支援活動を行っているが、自立的なボランティア組織の数と組織化された人数は少なく、ボランティアの需要と供給にギャップがある。イベントには多数のボランティアが動員されるが、通常の活動では、障害者の社会化にとって、十分に機能しているとは言い難い。今後、施設Rにおいては、ボランティア活動のマネジメントが重要な課題であると考えられている。

#### 【目的】

需要に対して、資質の高いボランティア活動を安定的に供給するためには、施設を利用するボランティアと障害者が障害者の立場や社会化について共通の認識を持つことが必要と考える。今回は、ボランティアと障害者における「障害者認識」の差の有無について検討した。

#### 【対象】

Y市施設Rに拠点を持つ地域障害者団体連合会とその支援ボランティアを対象とした。

#### 【方法】

郵送法によるアンケートを実施し、サービスを提供する側であるボランティアとそれを受ける側の障害者との間で二者間で比較した。

#### 【結果】

障害者に対するバリアー・社会化の機会、障害者の交流状況・組織化・自発的活動を内容とした20項目について二者間で比較した。その結果を表1に示した。スケールは1がよくあてはまる、5がまったくあてはまらないとし、

3を中央とした5段階で回答を求めた。なお、ボランティアは110名、障害者は103名、回収率は36.7%であった。

表-1. サービス受給間の平均評点の比較

因子名	設問内容	ボランティア	障害者	検定
バリア	障害者の雇用において差別があると思いますか。	1.73	1.67	ns
	障害者の能力や可能性について差別があると思いますか。	2.06	1.91	ns
	障害者に対する社会的な差別があると思いますか。	1.89	2.14	*
	障害者は社会的な弱者であると思いますか。	2.58	2.38	ns
	障害者のレジャー活動にバリアー(障害)はあると思いますか。	1.98	1.84	ns
	障害者への援助は不十分であると思いますか。	2.09	2.32	ns
	障害者のスポーツ活動にバリアー(障害)はあると思いますか。	2.30	2.28	ns
交流	異なる障害を持つ人との交流は十分だと思いますか。	3.10	3.33	**
	同じ障害を持つ人との交流は十分だと思いますか。	2.75	2.97	**
	障害者と健常者の交流は十分だと思いますか。	3.31	3.18	*
	障害者の家族間の交流は十分だと思いますか。	2.50	2.99	ns
団体	ラポールを利用する各障害者団体の運営はうまくいっていますか。	1.59	2.08	*
	ラポールを利用する各障害者団体、グループは開放的です。	1.72	2.42	*
	障害者は団体を作ることでラポールでの活動が向上していますか。	1.61	2.01	*
	障害者は主体的に活動していると思いますか。	2.11	2.46	ns
参加	障害者はもっと文化的な活動に参加すべきだと思いますか。	1.91	1.82	ns
	障害者はもっと社会的な活動に参加すべきだと思いますか。	1.89	1.94	ns
機会	障害者にもっとスポーツ活動の機会を与えるべきだと思いますか。	1.74	1.98	ns
	障害者にもっとレジャー活動の機会を与えるべきだと思いますか。	1.63	1.95	ns
	障害者と健常者は同一の機会を得るべきだと思いますか。	1.77	1.93	ns

ns:有意差無し \*: $p<0.05$  \*\*: $p<0.01$

全体の傾向としては、二者間で、反応は同一の傾向があり、多くの項目で有意な差は認められなかった。



平均評点を比較すると、両者に顕著な差が認められた設問は、交流に関する設問群と団体に対する設問群であった。

交流の設問の中で障害者同士の交流については、ボランティアは障害者と比較し、「交流は十分だ」とは思っておらず、障害者と健常者の「交流は十分だ」とは思っている傾向がある。また、両者の平均値に有意な差はあるが、同一の障害者とは交流があるが、健常者や異なる障害を持つ障害者との交流は少ないと回答する傾向が伺われる。

団体の設問では、どの項目も平均評点が3より低く、両者ともに障害者団体の運営は良好であると判断している傾向が伺われる。特に、ボランティアは障害者に比較しその傾向が強い。

#### 【考察】

概ね、障害者とその活動を支援するボランティアの間では、今回のアンケートでは、顕著な差は認められず、「障害者」の立場や行動に関しては、ほぼ同様であろうと推測される。

障害者に対する数々のバリアーの存在には両者とも肯定的で、そのバリアーから解放する事を目的として障害者はスポーツ文化施設を利用し、その援助がボランティアの目的であることから、当然の結果と思われる。しかし、「障害者に対する社会的な差別があるか」の設問では、ボランティアが特に強くそう思うと回答する傾向が強いことは、障害者に対するバリアーをより強いものとして評価している傾向がある。

また、交流では、サービスを提供する健常者の代表であるボランティアが、障害者より「健常者と障害者の交流」を十分とは判断していないことを重ね合わせ考察すると、「障害者の社会化」という点では、ボランティアと障害者の間で意見の不一致があるものとも推察できる。

その上、障害者団体の運営が良好であるとの判断が、障害者より強い傾向があることは、

ボランティア活動が障害者運動の支援を行うためには、有効な道具であることをボランティアは理解しており、障害者運動管理を求めているとも解釈できる。この点については、障害者がボランティアよりも強く障害者団体運営について良好だとは判断していない傾向があることと、ボランティアと同様に障害者もまた、自身の差別的な境遇を認識していることから、その解放を願うであろうし、そのために障害者スポーツ文化施設を利用しているものと推測できる。すなわち、障害者は自立を目指し、そのためにはボランティアは必要だが、管理はされたくないと言う、ボランティアと同様な心性を持つことから来るともかんがえられる。

しかし、障害者の自立は、ボランティアが考えている障害者の社会化ではないことも考慮する必要がある。

ボランティアが、その活動を効率よく行いたい、自分の影響力を行使したいと考えた場合、障害者の組織化とその管理が大きな課題となり、特に今回の対象である施設内活動では、施設や、施設運営者の要求や管理のベクトルに乗る形で、ボランティア活動は障害者に大きな影響を与えるが、必ずしも、それが、障害者の社会化にはつながらず、ボランティア活動を望む健常者の社会化の手段として、施設登録ボランティア制度が肥大し、障害者の自立を阻害する可能性は否定できない。特に最近では、お手軽な自己実現の手段としてボランティア活動が利用される傾向もあり、障害者の自立に十分配慮しない支援の押しつけは、地域におけるボランティア資産の維持・育成に大きな阻害要因となる可能性は否定できない。

公によって設計・建築・運営される障害(児)者も利用しやすいレジャー施設は、その主人公を一方の側に置くことにより、両者の自立を阻害する可能性がある。共生を目指すこと、お互いの自立を目指した共有空間の育成を両者がともに目指すことが望まれる。

## B15

### 障害者の社会化におけるボランティアの役割 —障害者スポーツ文化センター「R」の事例から—

○江ヶ崎仁文（東海大学大学院体育学研究科）

大堀孝雄 阿部眞雄 新出昌明（東海大学体育学部）

#### 【はじめに】

1998年に開催された長野パラリンピックに見られるように、我が国でも障害を有する人々が、社会の様々な場面で活躍するのを目にする機会や、それに伴い、障害者と健常者との交流の手段として、スポーツが活用される機会も増えてきた。

このような背景の中で、障害者がスポーツに参加する機会がますます増え、それに伴い、障害者スポーツの拡大に必要なボランティアの研究の必要性がある。

Y市にある調査対象の「障害者スポーツ文化センターR」（以後「R」とする。）は、障害者も健常者も利用できる施設である。障害の種類や程度、愛好するスポーツによって、自主的なサークルがある。

ボランティア活動は障害者の社会化には必須の一つであり、ボランティアの有効利用、主体的活動の資料を得るために調査した。

#### 【目的】

施設職員、ボランティア、障害者の認識の差が、施設運営にどのような影響があり、また、施設運営から見たボランティアの問題点を検討することを目的とする。

#### 【対象】

「R」の施設職員、Y市地域障害者団体連合会及び、そのボランティアを対象とする。

#### 【方法】

郵送法によるアンケートを実施し、施設職員、ボランティア、障害者の3者間で比較した。なお、有効回答数はボランティア 110名、障害者 101名（回収率 37.6%）、施設職員 11名（回収率 55%）であった。

#### 【結果及び考察】

因子分析（バリマックス回転）により6因子を抽出した。3者間の因子得点の平均値を分散分析を用いて検討し、図に示した。第1因子は、ボランティア活動をレジャーとして捉え、自分のための活動と考えていることから、「自己実現の因子」とした。第2因子は、人に尽くす、社会に尽くす、無報酬などの項目を含むことから、「奉仕の因子」とした。第3因子は、ボランティア活動は組織的に行うべきあるいはリーダーやコーディネーターが必要との項目を含むことから、「組織的活動の因子」とした。第4因子は、ボランティアはよく働く、働きすぎるとの項目を含むことから「ボランティア・サービス力」とした。第5因子は、ボランティア活動は時間的余裕や金銭的余裕がないと出来ないとする項目より成り立っているため、「余暇利用の因子」とした。第6因子は、ボランティアは自発的に、自律性が大事、責任を持ってなどの項目を含むことから、「自発性の因子」とした。

これらの因子の中で、施設職員、ボランティア、障害者の3者間で比較検討した。

第1因子「自己実現」では、障害者やボランティアは、ボランティア活動を余暇の有効利用としてレジャーの延長上として理解することには肯定するものは少なく、施設職員は、半数を少し超えるものが、レジャーであると考えている。

第2因子「奉仕」では、障害者は、ボランティア活動を滅私奉公型の活動と理解しているものが多く、ボランティア自身も約半数が同様に考えているが、ボランティア活動を支援する立場でもある施設職員は、多くが奉仕に肯定

を示していない。

第3因子「組織的活動」では、3者とも組織的活動の必要性を過半数のものが認めているようであるが、それほど高い割合でもなく、しかも組織化されるべきボランティアでやや低い。

第4因子「ボランティア・サービス力」では、障害者が高く賛意を示していることから、ボランティアの活動力を高く評価している。ボランティアにとっては、自他共に認める活動的ボランティアであると評価している。しかし、サービス需要側にとっては、過剰なサービスに成りかねない。

第5因子「余暇利用」では、ボランティアは両者の中間ではあるが、過半数のボランティアが「ボランティア活動は余暇有効利用」については否定はしていないと推測される。

第6因子「自発性」では、ボランティア、施設職員で高く、ボランティアの資質として「自発性」を認めているが、障害者では低い傾向にある。

ボランティアを中心にして考えると、施設職員はボランティアを支援する立場にあり、障害者はサービスを提供する相手となる。

施設職員は、ボランティア活動の自己実現の道具として考え、個人的な滅私奉公型ボランティアではなく、恒常的にサービスを提供する組織人として責任のあるボランティアを求めている。動機づけを他者へのサービス、また、対価を求めない奉仕ではなく、自己実現という報酬のもと、強力で質の高いサービス提供を、施設職員はボランティアに求めている可能性がある。

障害者は、「R」のボランティアを自己実現ではなく、対価を求めない奉仕活動に邁進する力強いものとして捉え、個人ではなく、組織的な活動に期待を持ち、より自発的な参加を求めているとも推測できる。

次に、ボランティアは自分たちをどのように考えているか。ボランティア活動に関しては自

己実現として捉えるよりも、対価を求めない奉仕活動に規範を置き、しかも活動は個人的な自立と自主性を重んじ、組織的な活動には抵抗感を感じていると推測できる。ボランティアは、聖なる職種としてのボランティアを夢見ているが、障害者はそれに感謝しつつも、定常的で組織的なサービスを期待している。施設職員は、「R」における障害者スポーツへのサービスの維持と向上を考える立場から、ボランティアによるサービスの質の安定と持続性を考慮したボランティア像を持っている。そのためには、万人に適應できる明確な内発的動機づけを最上とし、高貴ではあるが、部分的であり不安定な対価を求めない奉仕活動には賛意を示さないことが想像される。

施設職員を中心に考えると、施設職員は障害者と相対する認識があり、ボランティアを組織し、管理するという色が強い。その狭間に生きるボランティアは施設側によって、教育を受け、安い労働力として糸を引いて操られている恐れがある。

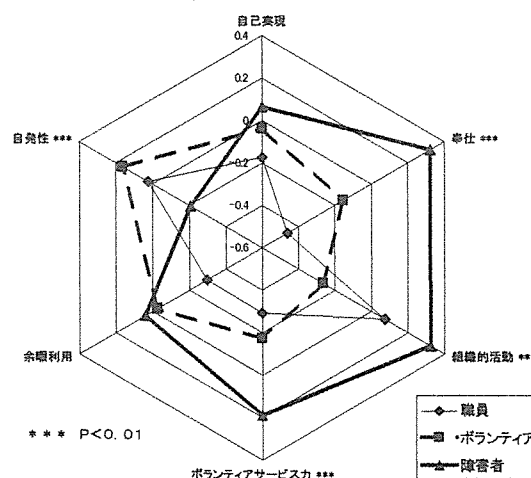


図 ボランティア活動の在り方（3者間の因子得点の平均値）

#### 【まとめ】

施設職員から見たボランティアの問題点として、継続性、自発性、重障害者の支援、偏り等が挙げられる。解決するためには3者間において、異認識を持つのではなく、施設職員が真のコーディネーターとして、*Knowledge Management* をしていく必要がある。

## B16

### 骨密度と地域特性に関する研究

#### 第2報

○服部由季夫 阿部眞雄 (東海大学体育学部)

#### 【はじめに】

超高齢化社会としての 21 世紀を迎える日本において、解決が急がれている重要な課題の一つに、骨粗鬆症が挙げられる。骨粗鬆症は、骨密度の低下によってもたらされるが、それにより大腿骨や腰椎の骨折といった重篤な症状を誘引し、寝たきりへと繋がるため、骨密度の増加もしくは減少の軽減による骨粗鬆症の予防は、早急に為されるべき社会的な課題となりうる。

また骨密度は、一般的に 20 代をピークにその後は年齢とともに低下傾向を示すため、長寿になればなるほど骨密度は低下しやすいという矛盾も、骨粗鬆症問題には内在している。更に女性においては閉経に伴う内分泌系による影響も低いものではない。その為長寿である地域、もしくは社会において生活している者の骨密度の高低を把握し、その骨密度に繋がる因子を分析することは、重要なことと考えられる。

以上の状況を踏まえ、日本の長寿県である沖縄県に在住している者もしくは出身者の骨密度を把握することは意義のあることと考えられる。また沖縄県は本土とは一線を画した独自の生活習慣、食習慣を持っているため、骨密度との関連を検討する上で便宜的とも考えられる。

#### 【目的】

骨粗鬆症の予防を目的として骨密度を増加させるためには、運動、カルシウムの摂取、日光浴が必要であることは、良く知られている。これらの骨密度増加をもたらす因子は、実際の日常生活においては、複合的に存在しており、従って生活全体に調査

が及ぶことが、骨密度に関する研究においては重要なことと考えられる。またこうした生活に関わる因子の他に遺伝の影響も看過できない。

我々は第 40 回社医研での「骨密度と地域特性に関する研究」において沖縄県 S 町の住民を対象に骨密度調査を行い、骨密度の地域特性についての報告を行った。今回の報告では前回の調査に加え、沖縄県 S 町在住者を対照群として、東京在住の沖縄県出身者の骨密度と比較、検討を行い、骨密度に対して影響を及ぼしている、地域性や生活環境に関わる因子についての検討を試みることを目的とした。

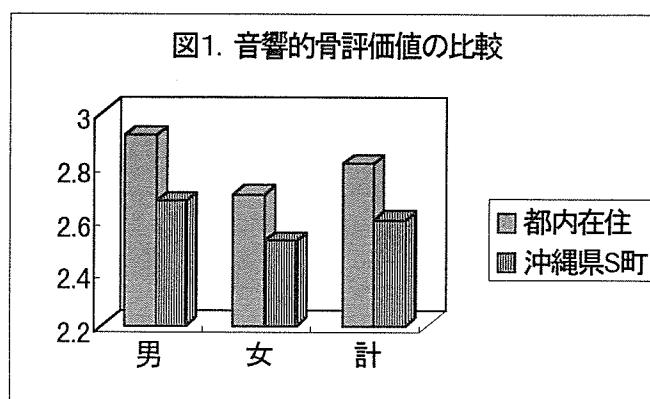
#### 【方法】

対象は都内在住の沖縄県出身者 36 名と、年齢、性別を揃えた沖縄県 S 町の住民 108 名とした。東京在住者 36 名のうち男性 19 名、女性 17 名、沖縄県 S 町住民 108 名のうち男性 57 名、女性 51 名であった。男性の平均年齢は 62.3 歳、女性の平均年齢は 52.1 歳、合計で 57.4 歳であった。

骨密度の評価は音響的骨評価値を用い、測定にあたっては超音波骨評価装置 AOS-100 (アロカ社製) を使用した。また骨評価値に対する生活習慣及び食習慣の影響を見るため、アンケート用紙を用いて、調査を行った。

#### 【結果】

音響的骨評価値を図 1 に示した。T 検定の結果、都内在住者の音響的骨評価値の平均が沖縄県 S 町在住者の平均よりやや高い傾向を示したものの、有意な差は認められなかった。



【考察】

今回の分析においては有意な差が認められなかった。しかし、沖縄県 S 町在住者に比べて都内在住者の骨評価値の平均が高い傾向を示したことに関しては、以下のような理由が考えられた。

沖縄県 S 町在住者は、健診参加者を対象としており、それに対して都内在住者は県人会参加者が対象であり、従って、そうした健康意識、健康行動の差が影響していることも考えられる。また、沖縄県 S 町在住者と都内在住者に間にある経済格差の問題も否定できない。経済格差が健康問題に及ぼす影響は大きいため、経済格差に関しては十分検討していく必要があると思われる。更に沖縄県には長寿の者が多いため、生活習慣病等によって骨密度の低い者が、淘汰されていない可能性も考えられた。

都内在住者の食事の傾向として、豆腐や卵といった蛋白質系の食事を好む傾向が、沖縄県 S 町在住者に比して、見られ、従って、こうした食事傾向が骨に対して望ましい影響を及ぼしているようにも思われた。

また都内在住者の身体活動の傾向として

は、比較的運動習慣は少なく、デスクワークを中心とした生活習慣を持った者が多い傾向にあった。身体活動量の増加によってより顕著に骨密度の増加が示される可能性も考えられた。

今回骨の測定を行った都内在住者は、若年期から青年期の 20 年前後を沖縄で過ごしている者がほとんどであり、従って青年期までは沖縄県 S 町在住者と同様な生活習慣を持っていたと想像できる。これにより、青年期以降の生活習慣や食習慣が、骨に対して影響を及ぼすことが考えられ得る。従来の考えでは、骨密度は青年期までに十分に高めておくことが必要不可欠であったが、今回の結果は、例えば疾病等で青年期までに骨密度を十分高めることが出来なかった場合においても、その後の生活次第では、骨密度を高める可能性が有ることが考えられた。

今後は都内在住者の沖縄から本土へ来た後の生活習慣を分析し、それにより骨密度を高めるために必要な生活習慣の洗い出しに努め、健全な骨の成長に繋がるような報告へとつなげていきたい。

**第41回日本社会医学会（旧称：社会医学研究会）総会  
実行委員会名簿**

実行委員長	黒田研二	(大阪府立大学社会福祉学部)
事務局	逢坂隆子	(花園大学社会福祉学部)
	平田衛	(大阪府立公衆衛生研究所労働衛生部)
	井上静江	(大阪府富田林健康プラザ)
	亀岡照子	(大阪市平野保健センター)
委員	上島弘嗣	(滋賀県立医科大学福祉保健医学)
	海老一郎	(西成労働福祉センター)
	太田幸子	(大教組養護教員部)
	大塚睦子	
	岡本悦司	(近畿大学医学部公衆衛生)
	奥川祐子	
	小澤温	(大阪市立大学・生活科学部)
	門脇一郎	(京都労災援護財団)
	木山寿美枝	(大教組養護教員部)
	草野文嗣	(老人保健施設寿々ほうす)
	斉藤早百合	(大教組養護教員部)
	鈴木学美	(神戸市看護大学)
	埴田和史	(滋賀県立医科大学予防医学)
	多田羅浩三	(大阪大学医学部公衆衛生)
	津村智恵子	(大阪府立看護大学)
	西山勝夫	(滋賀県立医科大学予防医学)
	中田実	(淀協社会医学研究所)
林義緒	(太成高校)	
南好子	(立命館大学産業社会学部)	
山本繁	(尼崎市役所)	