

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

20

2002

日本社会医学学会

JAPAN SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

－原著－

1. 「疫学研究への個人情報提供」に関する医学生の意識 (小橋 元, 他) 1
－対象者と研究者の両方の立場から－
A questionnaire study of medical students about donations or use of individual data for various kinds of epidemiological studies
 2. 札幌駅周辺のホームレス者の生活状態と支援ニーズ (小橋 元, 他) 15
－平成 12 年 12 月の炊き出し会場における聞き取り調査より－
Situation and needs for help of homeless people in Sapporo city: Interview study near an emergency kitchen in December, 2000.
 3. ホームレス者に対する認識と受容度に関する意識調査 (太田 薫里, 他) 23
－大学生への質問紙調査－
Beliefs about and acceptance of homeless people: a questionnaire study of university students.
 4. 「生活習慣病」などの病名が持つ自己責任のイメージについて (小橋 元, 他) 33
－医学生を対象と質問紙調査－
A questionnaire study of medical students about donations or use of individual data for various kinds of epidemiological studies
 5. 閉塞性睡眠時無呼吸症候群における歯科治療の 2 症例 (宮尾 悦子, 他) 41
Two case Reports of Obstructive Sleep Apnea Syndrome Treated with Sleep Splints
 6. いびき相談者にみる耳鼻咽喉科疾患と閉塞性睡眠時無呼吸症候群の有病率 (池松 亮子, 他) 47
Prevalence Rate of Nose and Throat Disorders and Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Snoring Counseling Cases
 7. 医療職教育課程における社会的健康被害の教授方法の試み (波川 京子) 51
A Trial of an Instructional Program on Social Health Damage in the Curriculum for Health Care Professionals
- ### －報告－
8. 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) 63
 9. 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) 67
 10. 社会福祉基礎構造改革とサービスの質の確保 (小澤 温) 73
 11. 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) 77
 12. 労働経済学からみた「ホームレス」問題 (中山 徹) 83

「疫学研究への個人情報提供」に関する医学生の意識

～対象者と研究者の両方の立場から～

小橋 元^{*1}、太田薫里^{*1}、長野俊輔^{*2}、木佐健悟^{*2}、福地保馬^{*3}

^{*1}北海道大学大学院医学研究科老年保健医学、^{*2}北海道大学医学部、

^{*3}北海道大学大学院教育学研究科健康スポーツ科学

A questionnaire study of medical students about donations or use of individual data for various kinds of epidemiological studies

Gen KOBASHI^{*1}, Kaori OHTA^{*1}, Shunnsuke NAGANO^{*2},
Kengo KISA^{*2}, Yasuma FUKUCHI^{*3}

^{*1}Department of Health for Senior Citizens, Hokkaido University Graduate School of Medicine,

^{*2}Hokkaido University School of Medicine,

^{*3}Department of Health and Sports Science, Hokkaido University Graduate School of Education

Abstract To clarify the differences in opinions about "informed consent" and donations or the use of individual data between subjects and researchers in various kinds of epidemiological studies, a self-administered questionnaire study was carried out with 200 medical students, who will become both subjects and researchers in the future. As subjects, "alcohol consumption" and "smoking status" were items of which the students tended to permit (about 44%) usage in investigations without informed consent, whereas "present address", "family register locality", "telephone number", "results of gene analyses" and "frozen abortus" were items of which the students tended to forbid (43.5 %, 37.5 %, 47 %, 43.5 %, 46 %, respectively) usage in studies regardless of the reasons. The percentage of students answering that they would entrust an ethical committee to decide whether or not the usage of items was permitted was not more than 20% in any of the situations presented. On the other hand, as researchers in the future, more than 70% of the students answered that subject data should be used after obtaining sufficient informed consent in most situations when the number of study subjects is about 100. There were significant differences in the percentage of students who worried about obtaining sufficient informed consent in most of the situations presented when the studies involved "10s of thousands of study subjects", "data stored for 10 years" or "a state of emergency" (50-70%, 40-50%, 20-40%, respectively). The results suggest that the students' opinions may change according to the situation, and that both disclosing the significance of epidemiological studies to citizens and the provision of reliable measures such as guidelines or laws governing epidemiological and/ or medical studies in society will be necessary in the future.

Key words: epidemiological study (疫学研究), individual data (個人情報),
informed consent (インフォームド・コンセント),
medical students (医学生), questionnaire (アンケート)

緒言

従来、疫学研究の分野においては、患者、市民あるいは医療機関の診療記録、検診記録などから取得された保健医療に関する個人情報を用いられ、集団全体の健康増進や公衆衛生活動に役立つ研究が行われてきた。しかし近年、科学の発展や疾病構造の変化などを背景に、これらの医療関連、健康関連個人情報の機密性や重大性が高まってきた。また、情報技術の進歩に伴う、

様々な IT 関連商法や名簿商法の流行、いくつもの個人情報流出事件などにより、市民のプライバシー意識も高まっている。しかしその一方で、近年、EBM (Evidence-Based Medicine) の概念が強く提唱されており、社会における疫学研究推進の要請も大きい。今後「個人情報の保護」と「データの高度利用」との調和を図っていくことが重要である^{1,2)}。そのためには、疫学研究の必要性を研究対象者に適切に伝えていくこ

表1 調査対象医学生生の属性

	学 年		
	2 年	3 年	4 年
人数	86	64	50
年齢 (Mean±SD)	21.7±2.5	23.9±9.7	22.9±0.9
女子学生の割合 (%)	24.4	21.9	20
疫学研究についての知識			
疫学研究を知っている (%)	28 (32.6%)	27 (42.2%)	43 (86%)
疫学研究という言葉は知っているが内容は知らない	37 (43)	25 (39.1)	7 (14)
疫学研究を知らない	19 (22.1%)	6 (9.4%)	0 (0)

とや、医学・疫学研究者の研究倫理と個人情報保護体制とを審査し、その結果を市民公開するシステム、さらにはそれらを支える法制度や認定制度などが必要となろう。その過程においては、「疫学研究の対象者」と「疫学研究者」とが、疫学研究におけるインフォームド・コンセント、個人情報保護、データの利用に対して、現状でどのような意識を持っているのかを把握することも必要である。

今回は、将来、一市民として「対象者」にも、医師として「研究者」にもなりうる医学生を対象に質問調査を行い、(1) 彼らが、対象者、研究者それぞれの立場に立ったときに、インフォームド・コンセント、個人情報保護、データの利用についてどのように考えるか、(2) また、それは「疫学研究」を理解したかどうかで変わるのかどうか、(3) それは研究の規模や種類が変わるとどのように変わるのかについて検討した。

方法

平成 12 年 12 月から平成 13 年 4 月にかけて、医学部 2～4 年目の学生を対象として、無記名の自記式質問紙調査を行った。調査は、講義終了後に休憩時間等を利用して行い、調査対象者合計 206 人 (2 年生 90 人、3 年生 64 人、4 年生 52 人) のうち、200 名 (2 年生 86 人、3 年生 64 人、4 年生 50 人) から有効な回答が得られた。

質問内容は、(1) 自分が疫学研究の対象者として自分自身の情報提供を依頼された場合に、情報の種類ごとにどのような対応をするか、(2) 自分が将来医師または医学研究者として患者あるいは一般住民の情報を使用させてもらうことを想定し、それぞれ 100 人を対象とする場合、1 万人を対象

とする (対象者数が多い) 場合、10 年前に得られたデータを使用する (既存試料/資料を利用する) 場合、急性感染症蔓延などの緊急の場合に、情報の種類ごとにそれぞれどのような対応をするか、についてであった (図 1)。

解析は以下の 2 点について行った。(1) 疫学研究の理解度と回答との関連: 「疫学研究とはどういうものか知っていますか」との質問に対する回答により、対象学生を 2 群 (「知っている」群と「言葉は知っているが内容は知らない」+「知らない」群) に分けて、各設問、各情報における両群間の回答の差をカイ 2 乗検定により検討した。(2) 調査研究の種類による回答の変化: 医師あるいは医学研究者として情報を使用させてもらう場合、調査研究の種類 (100 人を対象とする場合、1 万人を対象とする場合、10 年前に得られたデータを使用する場合、緊急の場合) による、学生個々人の回答の変化をフリードマン検定および多重比較 (スチューデント・ニューマン・クール検定) により検討した。

結果

調査への協力が得られた学生 200 人 (2 年生 86 人、3 年生 64 人、4 年生 50 人) の属性を表 1 に示した。疫学研究を知っていると回答した者の割合は、それぞれ 32.6%、42.2%、86% と、学年が進むにつれて増加した。

表 2 には、自分が疫学研究の対象者として自分自身の情報提供を依頼された場合に、情報の種類ごとにどのような対応をするかの回答結果を示した。無条件で使用しても良い (選択肢 1) と回答した者は、「飲酒の有無」、「喫煙の有無」においてそれぞれ、疫学研究の理解度に関係なく 40 人以上 (疫学研究理解群、非理解群をあわせた対象者全体における平均ではともに 44%、以下同様: %は表には示していない) と多かった。それに対して、「現住所」、「本籍」、「電話番号」、「遺伝子解析結果」、「凍結した流産胎児」においては使用を許可しないと回答した者の割合が高かった (それぞれ 43.5%、37.5%、47%、43.5%、46%)。

研究者から情報管理・プライバシー厳守

についての説明があれば許可すると回答した者の割合が高かったのは「生年月日」、「学歴」であった（それぞれ 26.5 %、28.5 %）。法律があるならば許可すると回答した者の割合が高かったのは「健康診断データ」、「病院のカルテ内容」であった（それぞれ 34.5 %、40.5 %）。大学・学会などの倫理委員会を通ったものならば許可すると回答した者の割合は、すべての情報において 20 % 未満であった。一方、「凍結した血液」、「凍結した卵巣」、「凍結した胎盤」、「年間の収入額」、「年間の医療費」においては、使用は許可しないと回答した者と法律があるならば許可すると回答した者の割合を合わせると 50 % を越えていた。

疫学研究の理解度により有意に学生の意識が異なったのは、「現住所」、「健康診断データ」、「年間の収入額」であった（ $p < 0.05$ ）。疫学研究を理解している群においては理解していない群に比べて、「現住所」では研究者からの説明があれば許可する者（選択肢 2）が、「健康診断データ」、「年間の収入額」では法律で守られていれば許可する者（選択肢 4）が多く、使用は許可しない者（選択肢 5）は少なかった。表 3～6 には、自分が将来医師または医学

研究者として患者あるいは一般住民の情報を使用させてもらう場合を想定してもらい、それぞれ 100 人を対象とする場合、1 万人を対象とする場合、10 年前に得られたデータを使用する場合、急性感染症蔓延の可能性などの緊急の場合に、情報の種類ごとにどのような対応をするかの回答結果を、疫学研究理解群、非理解群の別に示した。また、表 7 には、調査研究の種類（4 つの場合）ごとの、疫学研究理解群、非理解群をあわせた対象者全体の回答の分布の一部を抜粋して示した

100 人を対象とする場合においては、本人にきちんと研究目的や情報保護などについて説明して同意（インフォームド・コンセント）が得られたもののみ使用する（選択肢 C）との回答が多く、「現住所」、「本籍」、「電話番号」、「遺伝子解析結果」、「凍結した流産胎児」をはじめとして、ほとんどの情報についてその割合が 70 % 以上であった。「飲酒」「喫煙」については約 20 % の者が、本人に説明、同意を得ないでデータを使ってもやむをえない（選択肢 A）と回答した（表 3、表 7）。一方、疫学研究

の理解度と回答との間には関連は認められなかった（表 3）。

1 万人を対象とする場合においては、ほとんどの情報について、上記のインフォームド・コンセントが得られたもののみ使用する（選択肢 C）と回答した者の割合が 50 %～70 %、大学・学会などの倫理委員会の承認を得てデータを使用する（選択肢 B）と回答した者の割合が 20 %～30 %、インフォームド・コンセントなしでもやむを得ない（選択肢 A）と回答した者の割合が 0 %～10 % であった（表 4、表 7）。「生年月日」、「現住所」、「カルテ」、「収入」、「医療費」においては、大学・学会などの倫理委員会の承認を得てデータを使用する（選択肢 B）との回答が、疫学研究理解群で有意に多かった（表 4）。

10 年前に得られたデータを使用する場合においては、インフォームド・コンセントが得られたもののみ使用する（選択肢 C）と回答した者の割合が 40 %～50 %、大学・学会などの倫理委員会の承認を得てデータを使用する（選択肢 B）と回答した者の割合が 30 %～40 %、インフォームド・コンセントなしでもやむを得ない（選択肢 A）と回答した者の割合が 5 %～15 % であった（表 5、表 7）。「生年月日」、「現住所」、「本籍」、「電話番号」、「月経歴」、「飲酒」、「喫煙」、「検診データ」、「カルテ」においては、インフォームド・コンセントなしでもやむを得ない（選択肢 A）、大学・学会などの倫理委員会の承認を得てデータを使用する（選択肢 B）との回答が、疫学研究理解群で有意に多かった（表 5）。

緊急の場合においては、インフォームド・コンセントが得られたもののみ使用する（選択肢 C）と回答した者の割合が 20 %～40 %、大学・学会などの倫理委員会の承認を得てデータを使用する（選択肢 B）と回答した者の割合が 20 %～30 %、インフォームド・コンセントなしでもやむを得ない（選択肢 A）と回答した者の割合が 30 %～40 % であった（表 6、表 7）。「生年月日」、「現住所」、「月経歴」、「飲酒」、「喫煙」においては、インフォームド・コンセントなしでもやむを得ない（選択肢 A）との回答が、疫学研究理解群で有意に多かった（表 6）。

調査研究の種類ごとに、学生個々人の回答の変化をみると、100 人～1 万人～10 年前～緊急時へと場合が移るに従って、有意

表2 疫学研究の理解度と自分が対象者として情報提供を依頼された場合の対応

情報の種類	疫学研究の理解度#	選択肢					無回答
		1	2	3	4	5	
1.生年月日	理解 (n=98)	24	29	7	24	14	0
	非理解(n=102)	20	24	10	23	22	3
2.現住所	理解	3	25	8	24	38	0*
	非理解	1	9	11	29	49	3
3.本籍	理解	6	21	11	27	33	0
	非理解	5	11	10	31	42	3
4.電話番号	理解	3	22	10	24	39	0
	非理解	1	9	10	24	55	3
5.結婚歴	理解	14	27	15	20	21	1
	非理解	11	22	14	22	30	3
6.妊娠分娩歴	理解	9	19	12	20	20	18
	非理解	6	13	9	16	33	25
7.月経歴	理解	8	19	11	23	18	19
	非理解	6	13	12	18	27	26
8.学歴	理解	15	30	14	21	18	0
	非理解	16	27	15	17	23	4
9.飲酒の有無	理解	47	24	6	13	8	0
	非理解	41	27	9	8	14	3
10.喫煙の有無	理解	47	24	6	13	8	0
	非理解	41	27	9	8	14	3
11.健康診断データ	理解	12	18	14	41	13	0*
	非理解	12	12	18	28	28	4
12.病院カルテ内容	理解	9	11	9	47	22	0
	非理解	7	10	15	34	32	4
13.遺伝子解析結果	理解	6	7	4	41	39	1
	非理解	4	2	13	31	48	4
14.凍結した血液	理解	6	13	10	45	24	0
	非理解	4	10	17	35	31	5
15.凍結した卵巣	理解	2	8	10	37	28	13
	非理解	2	6	12	25	34	23
16.凍結した胎盤	理解	4	7	9	36	29	13
	非理解	2	6	13	22	37	22
17.凍結した流産胎児	理解	3	8	7	23	45	12
	非理解	2	2	11	19	47	22
18.年間の収入額	理解	9	19	8	38	24	0*
	非理解	13	15	13	21	36	4
19.年間の医療費	理解	11	23	11	36	17	0
	非理解	20	19	11	21	27	4

#「疫学研究」とはどのようなものか知っていますかとの質問に対して、A 知っている、B 言葉は知っているが内容は知らない、C 知らない で回答してもらい、Aを疫学理解群、B+Cを疫学非理解群とした。
 選択肢 1. 無条件で使用を許可する 2. 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。 3. 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。 4. 情報が法律で守られている(情報が漏れた時は研究者が厳罰に処される)場合のみ使用を許可する。 5. 使用は許可しない。

*p<0.05 vs. 疫学非理解群 by chi-square test (df=4 無回答を除く選択肢1-5)

表3 疫学研究の理解度と自分が将来医師または医学研究者として100人を対象とした調査において情報を使用させてもらう場合の対応

情報の種類	疫学研究の 理解度#	選択肢			
		A	B	C	無回答
1.生年月日	理解 (n=98)	12	15	69	2
	非理解 (n=102)	9	10	76	7
2.現住所	理解	2	11	84	1
	非理解	1	7	86	8
3.本籍	理解	5	6	86	1
	非理解	1	9	85	7
4.電話番号	理解	2	8	87	1
	非理解	1	7	86	7
5.結婚歴	理解	5	11	81	1
	非理解	6	11	76	9
6.妊娠分娩歴	理解	4	14	79	1
	非理解	5	11	77	9
7.月経歴	理解	3	19	75	1
	非理解	3	14	76	9
8.学歴	理解	5	11	81	1
	非理解	5	13	76	8
9.飲酒の有無	理解	20	14	63	1
	非理解	18	15	61	8
10.喫煙の有無	理解	20	14	63	1
	非理解	18	15	61	8
11.健康診断データ	理解	3	13	81	1
	非理解	4	10	79	9
12.病院カルテ内容	理解	0	15	82	1
	非理解	2	8	83	9
13.遺伝子解析結果	理解	0	9	88	1
	非理解	0	5	88	8
14.凍結した血液	理解	3	8	86	1
	非理解	1	6	87	8
15.凍結した卵巣	理解	1	7	89	1
	非理解	1	6	86	9
16.凍結した胎盤	理解	1	7	89	1
	非理解	1	6	86	9
17.凍結した流産胎児	理解	1	6	90	1
	非理解	0	7	86	9
18.年間の収入額	理解	3	9	85	1
	非理解	9	7	78	8
19.年間の医療費	理解	6	15	76	1
	非理解	10	7	77	8

#「疫学研究」とはどのようなものか知っていますかとの質問に対して、A 知っている、B 言葉は知っているが内容は知らない、C 知らない で回答してもらい、Aを疫学理解群、B+Cを疫学非理解群とした。
選択肢

A: 本人に説明、同意をとらないでデータを使ってもやむを得ない。

B: 大学・学会などの研究倫理審査委員会の承認を得てデータを使用する。

C: 本人にきちんと研究目的や情報保護などについて説明し同意が得られたもののみ使用する。

* $p < 0.05$ vs. 疫学非理解群 by chi-square test (df=2 無回答を除く選択肢A-C)

表4 疫学研究の理解度と自分が将来医師または医学研究者として1万人を対象とした調査において情報を使用させてもらう場合の対応

情報の種類	疫学研究の理解度#	選択肢			
		A	B	C	無回答
1.生年月日	理解 (n=98)	14	44	39	1 *
	非理解 (n=102)	18	25	52	7
2.現住所	理解	4	38	54	2 *
	非理解	7	21	66	8
3.本籍	理解	7	32	57	2
	非理解	8	22	65	7
4.電話番号	理解	4	33	59	2
	非理解	7	19	68	8
5.結婚歴	理解	8	37	51	2
	非理解	11	28	54	9
6.妊娠分娩歴	理解	6	39	51	2
	非理解	10	27	56	9
7.月経歴	理解	7	43	46	2
	非理解	9	28	56	9
8.学歴	理解	9	36	51	2
	非理解	9	29	56	8
9.飲酒の有無	理解	23	39	34	2
	非理解	27	25	42	8
10.喫煙の有無	理解	23	40	33	2
	非理解	27	25	42	8
11.健康診断データ	理解	5	39	52	2
	非理解	8	26	59	9
12.病院カルテ内容	理解	2	39	55	2 *
	非理解	6	23	64	9
13.遺伝子解析結果	理解	1	28	67	2
	非理解	4	19	70	9
14.凍結した血液	理解	4	27	65	2
	非理解	4	22	68	8
15.凍結した卵巣	理解	2	24	70	2
	非理解	4	22	67	9
16.凍結した胎盤	理解	2	25	69	2
	非理解	4	22	67	9
17.凍結した流産胎児	理解	2	26	68	2
	非理解	3	22	68	9
18.年間の収入額	理解	5	34	57	2 *
	非理解	12	21	61	8
19.年間の医療費	理解	7	39	50	2 *
	非理解	13	22	59	8

#「疫学研究」とはどのようなものか知っていますかとの質問に対して、A 知っている、B 言葉は知っているが内容は知らない、C 知らない で回答してもらい、Aを疫学理解群、B+Cを疫学非理解群とした。
選択肢

A: 本人に説明、同意をとらないでデータを使ってもやむを得ない。

B: 大学・学会などの研究倫理審査委員会の承認を得てデータを使用する。

C: 本人にきちんと研究目的や情報保護などについて説明し同意が得られたもののみ使用する。

* $p < 0.05$, $p < 0.01$ vs. 疫学非理解群 by chi-square test (df=2 無回答を除く選択肢A-C)

表5 疫学研究の理解度と自分が将来医師または医学研究者として10年前の情報を使用した調査において情報を使用させてもらう場合の対応

情報の種類	疫学研究の理解度#	選択肢			
		A	B	C	無回答
1.生年月日	理解 (n=98)	22	44	31	1 **
	非理解 (n=102)	17	25	53	7
2.現住所	理解	11	43	43	1 **
	非理解	5	24	65	8
3.本籍	理解	11	40	46	1 *
	非理解	5	26	64	7
4.電話番号	理解	11	40	46	1 **
	非理解	5	23	66	8
5.結婚歴	理解	15	42	40	1
	非理解	10	30	53	9
6.妊娠分娩歴	理解	12	47	38	1
	非理解	9	31	53	9
7.月経歴	理解	16	47	34	1 **
	非理解	10	29	54	9
8.学歴	理解	14	40	43	1
	非理解	10	31	53	8
9.飲酒の有無	理解	33	41	23	1 *
	非理解	26	28	40	8
10.喫煙の有無	理解	33	41	23	1 *
	非理解	26	28	40	8
11.健康診断データ	理解	11	47	39	1 *
	非理解	9	29	54	10
12.病院カルテ内容	理解	9	46	42	1 *
	非理解	6	28	59	9
13.遺伝子解析結果	理解	5	38	54	1
	非理解	3	25	64	10
14.凍結した血液	理解	10	35	52	1
	非理解	3	25	65	9
15.凍結した卵巣	理解	7	35	55	1
	非理解	3	25	64	10
16.凍結した胎盤	理解	7	36	54	1
	非理解	3	25	64	10
17.凍結した流産胎児	理解	7	36	54	1
	非理解	2	26	64	10
18.年間の収入額	理解	11	40	46	1
	非理解	13	27	54	8
19.年間の医療費	理解	16	42	39	1
	非理解	14	27	53	8

#「疫学研究」とはどのようなものか知っていますかとの質問に対して、A 知っている、B 言葉は知っているが内容は知らない、C 知らない で回答してもらい、Aを疫学理解群、B+Cを疫学非理解群とした。
 選択肢

A: 本人に説明、同意をとらないでデータを使ってもやむを得ない。

B: 大学・学会などの研究倫理審査委員会の承認を得てデータを使用する。

C: 本人にきちんと研究目的や情報保護などについて説明し同意が得られたもののみ使用する。

* $p < 0.05$, $p < 0.01$ vs. 疫学非理解群 by chi-square test (df=2 無回答を除く選択肢A-C)

表6 疫学研究の理解度と自分が将来医師または医学研究者として緊急時の調査において情報を使用させてもらう場合の対応

情報の種類	疫学研究の理解度#	選択肢			
		A	B	C	無回答
1.生年月日	理解 (n=98)	57	24	16	1 **
	非理解 (n=102)	40	19	36	7
2.現住所	理解	42	28	27	1 *
	非理解	28	24	42	8
3.本籍	理解	41	24	32	1
	非理解	25	27	42	8
4.電話番号	理解	41	23	33	1
	非理解	26	25	43	8
5.結婚歴	理解	46	27	24	1
	非理解	35	22	36	9
6.妊娠分娩歴	理解	45	27	25	1
	非理解	32	27	34	9
7.月経歴	理解	49	26	22	1 *
	非理解	33	24	36	9
8.学歴	理解	43	25	29	1
	非理解	33	26	35	8
9.飲酒の有無	理解	64	21	12	1 *
	非理解	46	22	26	8
10.喫煙の有無	理解	63	21	13	1 *
	非理解	46	22	26	8
11.健康診断データ	理解	41	32	24	1
	非理解	36	24	34	8
12.病院カルテ内容	理解	40	29	28	1
	非理解	32	25	37	8
13.遺伝子解析結果	理解	33	30	34	1
	非理解	24	23	47	8
14.凍結した血液	理解	38	26	33	1
	非理解	24	24	46	8
15.凍結した卵巣	理解	34	29	34	1
	非理解	24	23	46	9
16.凍結した胎盤	理解	34	28	35	1
	非理解	24	21	47	10
17.凍結した流産胎児	理解	30	31	36	1
	非理解	23	23	47	9
18.年間の収入額	理解	40	25	32	1
	非理解	33	24	37	8
19.年間の医療費	理解	42	28	27	1
	非理解	34	24	36	8

#「疫学研究」とはどのようなものか知っていますかとの質問に対して、A 知っている、B 言葉は知っているが内容は知らない、C 知らない で回答してもらい、Aを疫学理解群、B+Cを疫学非理解群とした。
 選択肢

A: 本人に説明、同意をとらないでデータを使ってもやむを得ない。

B: 大学・学会などの研究倫理審査委員会の承認を得てデータを使用する。

C: 本人にきちんと研究目的や情報保護などについて説明し同意が得られたもののみ使用する。

* $p < 0.05$, $p < 0.01$ vs. 疫学非理解群 by chi-square test (df=2 無回答を除く選択肢A-C)

に選択肢 C から B、そして A へと回答を変える者が多かった（「生年月日」、「現住所」、「本籍」、「学歴」における 1 万人と 10 年前との間のみ有意差がなかった）（表 7）。

考察

近年のわが国の疫学研究における個人情報保護関連の動きをみると、平成 12 年 1 月に、政府の高度情報通信社会推進本部に個人情報保護法制化専門委員会が設置され、同法制定に向けての準備が進んでいる。また、平成 12 年 4 月に「疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関するガイドライン version 1.0」³⁾、「遺伝子解析研究に付随する倫理問題に対応するための指針」⁴⁾などが策定されている。

「疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関するガイドライン version 1.0」³⁾においては、「個人情報保護対策」、「遺伝子解析研究に付随する倫理」、「代諾」、「対象者個人の権利と公益とのバランス」、「診療録を用いた研究」、「研究倫理審査委員会のあり方」、「既存試料／資料利用にあたっての最同意」などが、引き続き検討が必要な課題として積み残されている^{3,5,6)}。今回は医学生を対象に、主にこれらの項目に関連する質問項目を設定して調査を行った。

今回の結果において、自分が疫学研究の対象者となった場合に、その使用を許可しないなどの厳しい態度を示した者が多かった情報は、「現住所」、「本籍」、「電話番号」と、「遺伝子解析結果」、「凍結した流産胎児」などであった。ガイドライン³⁾においては、氏名、住所、電話番号など、情報の由来する個人への遡及を可能とする情報を「個人への遡及可能な情報」と定義している。対象者から得られた情報にこれらが含まれるかどうかで、対象者個人の匿名性は大きく異なることになる。近年、疫学研究において、集団から得られたデータを取り扱う場合にも、氏名や生年月日などの情報を取り外して別な場所で管理するなどの配慮がなされつつある⁷⁾。また、血液、尿、臓器の一部などは、ガイドラインにおいて「生体由来試料」と定義されている³⁾。これらは、長期に保存されて、将来、採取時点で把握された情報とは別に、当初の想定を越える新たな情報を生み出す可能性があるため、その利用に関しては、より厳密な

インフォームド・コンセントが求められている。

「凍結した血液」は「遺伝子解析結果」に比べて、使用を許可しない者の割合が低い傾向があったが、これは凍結した血液から遺伝子解析ができることが、彼ら医学生においてさえ、きちんと認識されていないことによる可能性もある⁸⁾。対象者は、「血液からの遺伝子解析結果が疾病の発症や個人の能力にも関連しうる重要な個人情報である⁹⁾」ということを認識した場合、自分の血液提供にはより慎重な態度を示す可能性⁸⁾がある。遺伝子解析研究には、各々の段階で倫理的な側面からの検討が必要と考えられるが、それ以前に、医学生を含めた一般の人々の遺伝子解析についての知識の充実が不可欠といえる。

自分が疫学研究の対象者となった場合、法律があるならば許可すると回答した者の割合は、「個人への遡及可能な情報」、「生体由来試料」以外に、「健康診断データ」、「病院のカルテ内容」のような「診療・検診記録」において高かった。今回の調査では、情報を取り扱う責任者の資格、責任範囲や、情報漏洩の定義についてなど、法律の具体的な内容についてはまったく提示していない。学生はあくまでも法律の「情報を厳重に守ってくれるであろうイメージ」に期待して回答したと考えられる。使用を許可しない情報と、法律があるならば許可する情報との違いは、対象者にとってのその情報の重要度によるものと考えられる。

一方、倫理委員会を通ったものならば許可すると回答した者の割合は、自分が疫学研究の対象者となった場合においては、すべての情報において少ない傾向にあった。現在、わが国においては、個人情報保護に関する法律も、各大学、病院等の倫理委員会のあり方に関する統一的な基準も、いまだ整備されていない。このような現状で得られた回答は、あくまでも言葉の持つイメージによるものに過ぎないが、それでも法律と倫理委員会とでは、やはり対象者の信頼度が異なると思われる。

自分が将来医師または医学研究者として情報を使用させてもらう場合には、疫学研究を理解している群は理解していない群に比べて、1 万人を対象とする場合は「個人への遡及可能な情報」、「経済的情報」において、また、10 年前に得られたデータ

表7 将来医師または医学研究者として情報を使用させてもらう場合の各場合における対心

情報の種類	調査研究の種類	選択肢				検定結果
		A	B	C	無回答	
1.生年月日	100人に調査	21(10.5)	25(12.5)	145(72.5)	9(4.5)	*
	1万人に調査	32(16)	69(34.5)	91(45.5)	8(4)	
	10年前の情報利用	39(19.5)	69(34.5)	84(42)	8(4)	
	緊急時の調査	97(48.5)	43(21.5)	52(26)	8(4)	
2.現住所		3(1.5)	18(9)	170(85)	9(4.5)	*
		11(5.5)	59(29.5)	120(60)	10(5)	
		16(8)	67(33.5)	108(54)	9(4.5)	
		70(35)	52(26)	69(34.5)	9(4.5)	
7.月経歴		6(3)	33(16.5)	151(75.5)	10(5)	***
		16(8)	71(35.5)	102(51)	11(5.5)	
		26(13)	76(38)	88(44)	10(5)	
		82(41)	50(25)	58(29)	10(5)	
9.飲酒の有無		38(19)	29(14.5)	124(62)	9(4.5)	**
		50(25)	64(32)	76(38)	10(5)	
		59(29.5)	69(34.5)	63(31.5)	9(4.5)	
		110(55)	43(21.5)	38(19)	9(4.5)	
11.健康診断データ		7(3.5)	23(11.5)	160(80)	10(5)	***
		13(6.5)	65(32.5)	111(55.5)	11(5.5)	
		20(10)	76(38)	93(46.5)	11(5.5)	
		77(38.5)	56(28)	58(29)	9(4.5)	
12.病院のカルテ内容		2(1)	23(11.5)	165(82.5)	10(5)	***
		8(4)	62(31)	119(59.5)	11(5.5)	
		15(7.5)	74(37)	101(50.5)	10(5)	
		72(36)	54(27)	65(32.5)	9(4.5)	
13.遺伝子解析結果		0(0)	14(7)	176(88)	10(5)	**
		5(2.5)	47(23.5)	137(68.5)	11(5.5)	
		8(4)	63(31.5)	118(59)	11(5.5)	
		57(28.5)	53(26.5)	81(40.5)	9(4.5)	
14.凍結した血液		4(2)	14(7)	173(86.5)	9(4.5)	**
		8(4)	49(24.5)	133(66.5)	10(5)	
		13(6.5)	60(30)	117(58.5)	10(5)	
		62(31)	50(25)	79(39.5)	9(4.5)	
17.凍結した流産胎児		1(0.5)	13(6.5)	176(88)	10(5)	**
		5(2.5)	48(24)	136(68)	11(5.5)	
		9(4.5)	62(31)	118(59)	11(5.5)	
		53(26.5)	54(27)	83(41.5)	10(5)	
19.年間の医療費		16(8)	22(11)	153(76.5)	9(4.5)	***
		20(10)	61(30.5)	109(54.5)	10(5)	
		30(15)	69(34.5)	92(46)	9(4.5)	
		76(38)	52(26)	63(31.5)	9(4.5)	

選択肢を回答した人数、カッコ内は%を示す(n=200)。

情報の種類 3.本籍、4.電話番号、5.結婚歴、6.妊娠分娩歴、8.学歴、10.喫煙の有無、15.凍結した卵巣、16.凍結した胎盤、18.年間の収入額については省略した。

選択肢

A: 本人に説明、同意をとらないでデータを使ってもやむを得ない。

B: 大学・学会などの研究倫理審査委員会の承認を得てデータを使用する。

C: 本人にきちんと研究目的や情報保護などについて説明し同意が得られたもののみ使用する。

検定結果

*N.S.(「1万人」-「10年前」間)、 $p < 0.01$ (その他の各調査研究の種類間)の多重比較(SNK test)

** $p < 0.05$ (「1万人」-「10年前」間)、 $p < 0.01$ (その他の各調査研究の種類間)の多重比較(SNK test)

*** $p < 0.01$ (各調査研究の種類間のすべての多重比較(SNK test)による)

を使用する場合および緊急の場合は「個人への遡及可能な情報」、「飲酒・喫煙情報」などにおいて、それぞれ「倫理委員会に委ねる」、「インフォームド・コンセント省略もやむなし」と回答する者が多かった。しかし、医学生が「自分は疫学研究を理解している」と自己評価しても、実際のところ、それがどの段階までを意味しているのかは、本研究においてはわからない。また、「疫学研究の社会における重要性」を理解していることと、「疫学研究の倫理的諸問題」を理解していることとは、まったく意味が異なるということもある。したがって、本研究の結果からいえることは、むしろ上記以外の情報、すなわち「遺伝子解析結果」や「生体由来試料」を用いた疫学研究のインフォームド・コンセントに関する医学生の意識は、彼らの疫学研究の理解度には関連しないということかもしれない。

一方、研究の規模や種類に関しては、対象者数が 100 人から 1 万人の場合、10 年前の既存試料／資料を利用する場合、緊急の場合となるにつれて、「倫理委員会に委ねる」、さらには「インフォームド・コンセント省略もやむなし」との回答を選ぶ者が有意に増えていた。今回、この質問に対しては「法律に基づいてデータを使用する」という選択肢を入れなかったため、倫理委員会に委ねることを選ぶ以外にはなかった可能性もある。実際の疫学研究の場においても、対象者数が多い場合、既存試料／資料を利用する場合、緊急の場合などには、個別のインフォームド・コンセントは不可能な場合が多い。研究者の立場からすれば、現在のところは倫理委員会に委ねることが最も現実的な方法といえるかもしれない。逆に対象者の側からすれば、倫理委員会の内容が開示され、信頼に足るものかどうかの十分な検討が必要ということであろう。

今回の結果をまとめると、医学生は、研究者の立場に立ったときは、対象者数が多い場合、既存試料／資料を利用する場合、緊急の場合などにおいて、「倫理委員会に委ねる」、「インフォームド・コンセント省略もやむなし」と考えることが示唆された。また、その一方で、対象者の立場に立ったときは、「個人への遡及可能な情報」や「生体由来試料」において慎重な回答が多かった。今回の調査対象は、医学部 2～4 年目の学生であり、疫学研究、遺伝子解析

についての知識、医学研究全般に対する肯定意識などは、一般集団に比べてかなり高いとは思われるが、得られた結果は、現実の社会における疫学研究と個人のプライバシー権の両立が困難な実情¹²⁾を反映しているものと考えられる。今後、「個人情報保護」と「データの高度利用」との調和のために、個人情報保護法とそれに基づく個人情報保護システム、研究倫理審査委員会、ガイドラインのそれぞれが相補的に十分機能することが重要である。医学生はもちろん、一般の人々が、医学研究、疫学研究に関する知識を十分に持ち、そのシステムや倫理審査委員会を評価していくことが望ましいと考えられる。

謝辞

この研究は、厚生科学研究「疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関するガイドライン案の評価および遺伝子解析を含めた疫学研究の社会的還元のあるあり方に関する研究」（班長：玉腰暁子）の一部として行った。

参考文献

- 1) 瀬上清貴、佐藤敏行、一瀬 篤、大竹輝臣．公衆衛生と個人情報保護の沿革と今後のあり方．公衆衛生 64、532-540、2000
- 2) 水嶋春朔．個人情報保護とデータの利活用の調和に関する国際的動向．公衆衛生 64、548-556、2000
- 3) 玉腰暁子、石川鎮清、尾島俊之、菊地正悟、小橋 元、斎藤有紀子、杉森裕樹、中村好一、中山健夫、武藤香織、山縣然太郎、鷺尾昌一 著．疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関するガイドライン．日本医事新報社、2000
- 4) 「遺伝子解析研究に付随する倫理問題等に対応するための指針」厚生科学審議会先端医療技術評価部会、2000 年 4 月 28 日
- 5) 小橋 元、石川鎮清、尾島俊之、菊地正悟、斎藤有紀子、杉森裕樹、玉腰暁子、中村好一、中山健夫、武藤香織、山縣然太郎、鷺尾昌一：「疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関するガイドライン案」Ver.0.0 に対する意見調査．厚生省健康科学総合研究事業 疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関する研究と倫理ガイドライン策定研究班（玉腰暁子班

長)平成 11 年度報告書、71-74、2000

6) 石川鎮清、尾島俊之、菊地正悟、小橋元、斎藤有紀子、杉森裕樹、玉腰暁子、中村好一、中山健夫、武藤香織、山縣然太郎、鷺尾昌一：セミオープン会議の報告。厚生省健康科学総合研究事業 疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関する研究と倫理ガイドライン策定研究班(玉腰暁子班長)平成 11 年度報告書、75-84、2000

7) 中村好一、玉腰暁子、稲葉裕。臨床調査個人票による患者実態調査とその体系的利用に関する試案。厚生科学研究特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成 11 年度研究業績集、19-25、2000

8) 小橋元、鷺尾昌一、太田薫里、福地保馬。血液検査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との関連 — 専門学校・短期大学生への質問紙調査 —。社会医学研究 19、23-32、2001

9) 小橋元：分子遺伝疫学の展望と問題点；新しい公衆衛生の課題。厚生科学特別研究 疫学研究の行政的側面からの評価に関する研究班(中山健夫班長)平成 11 年度報告書、37-41、2000

図 1 質問内容

***** 以下の質問に回答をお願いいたします。 *****

学年 () 年 年齢 () 歳 男・女

問1. あなたは、あなた自身の以下の情報（あるいは血液）を「研究のために、あなたの名前がついた状態で使用させていただきます（もしも情報が漏洩した場合はそのデータがあなたのものであることが他人にわかってしまう可能性があります。たとえば1なら氏名とともに生年月日が他人にわかってしまうことを意味します。）」と言われました。研究目的については一応理解できたとします。以下の情報が使用されるとすると、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選択肢から一つ選んでカッコの中に記入してください。

- | | | | |
|-----|----------|-----|-----------------------|
| 1. | 生年月日 | () | 選択肢 |
| 2. | 現住所 | () | A：無条件で使用を許可する。 |
| 3. | 本籍 | () | |
| 4. | 電話番号 | () | B：研究者が「個人の情報は厳重に管理し、 |
| 5. | 結婚歴 | () | プライバシーは守ります」と説明している |
| 6. | 妊娠分娩歴 | () | ものならば使用を許可する。 |
| 7. | 月経歴 | () | |
| 8. | 学歴 | () | C：大学・学会などの研究倫理審査委員会を |
| 9. | 飲酒の有無 | () | 通ったものならば、使用を許可する。 |
| 10. | 喫煙の有無 | () | |
| 11. | 健康診断データ | () | D：情報が法律で守られている（万一情報が漏 |
| 12. | 病院のカルテ内容 | () | れた時は、その研究者が厳罰に処される） |
| 13. | 遺伝子解析結果 | () | 場合のみ、使用を許可する。 |
| 14. | 凍結した血液 | () | |
| 15. | 凍結した卵巣 | () | E：使用は許可しない。 |
| 16. | 凍結した胎盤 | () | |
| 17. | 凍結した流産胎児 | () | |
| 18. | 年間の収入額 | () | |
| 19. | 年間の医療費 | () | |

問2. 問1の調査研究を、将来あなたが「医師」あるいは「医学研究者」として、患者さん（あるいは一般住民）の以下の情報を使用させてもらうことになりました。各情報について、以下のそれぞれの場合に、あなたはどのように対応しますか。最もあてはまるものの記号を下の選択肢 A~C から一つ選んでカッコの中に記入してください。

	100 人に調査 する場合	1 万人に調査 する場合	10 年前に得られた データを使う場合	急性感染症の蔓延 など緊急の場合
1. 生年月日	()	()	()	()
2. 現住所	()	()	()	()
3. 本籍	()	()	()	()
4. 電話番号	()	()	()	()
5. 結婚歴	()	()	()	()
6. 妊娠分娩歴	()	()	()	()
7. 月経歴	()	()	()	()
8. 学歴	()	()	()	()
9. 飲酒の有無	()	()	()	()
10. 喫煙の有無	()	()	()	()
11. 健康診断データ	()	()	()	()
12. 病院のカルテ内容	()	()	()	()
13. 遺伝子解析結果	()	()	()	()
14. 凍結した血液	()	()	()	()
15. 凍結した卵巣	()	()	()	()
16. 凍結した胎盤	()	()	()	()
17. 凍結した流産胎児	()	()	()	()
18. 年間の収入額	()	()	()	()
19. 年間の医療費	()	()	()	()

選択肢

- A : 本人に説明、同意をとらないでデータを使ってもやむを得ない。
- B : 大学・学会などの研究倫理審査委員会の承認を得てデータを使用する。
- C : 本人にきちんと研究目的や情報保護などについて説明して、同意が得られたもののみ使用する。

問3. 「疫学研究」とはどのようなものか、知っていますか？

- 1. 知っている
- 2. 言葉は知っているが内容は知らない
- 3. 知らない

ご協力ありがとうございました。記入漏れ等がないか、今一度お確かめください。

札幌駅周辺のホームレス者の生活状態と支援ニーズ

～ 平成 12 年 12 月の炊き出し会場における聞き取り調査より ～

小橋 元^{*1}、太田薫里^{*1}、長野俊輔^{*1}、木佐健悟^{*1}、福地保馬^{*2}

^{*1}北海道大学大学院医学研究科予防医学講座、

^{*2}同 教育学研究科健康スポーツ科学講座

Situation and needs for help of homeless people in Sapporo city: Interview study near an emergency kitchen in December, 2000.

Gen KOBASHI^{*1}, Kaori OHTA^{*1}, Shunsuke NAGANO^{*1},
Kengo KISA^{*1}, Yasuma FUKUCHI^{*2}

^{*1}Department of Preventive Medicine, Hokkaido University Graduate School of Medicine,

^{*2}Department of Health and Sports Science, Hokkaido University Graduate School of Education

Abstract

Objective To clarify the actual situation and needs for help of homeless people in Sapporo city.
Methods We conducted an interview survey near an emergency kitchen on December 3, 2000. Forty-nine of 60 homeless people (response rate 81.6%) answered the questions of trained medical and nursing students in a structured interview about the reasons for and history of their present homelessness, work, lifestyles, mental stresses, physical burdens, form of residence, needs for help, and prospects.

Results Forty-five percent of the subjects first became homeless upon losing their jobs, and 43% of them had no work at the time of interview. Twelve percent of them had a past history of hypertension, but none of the subjects had a history of diabetes, hypercholesterolemia, dysentery or tuberculosis. Sixty-six percent had meals less than twice a day, 56% had meat or fish in their diet more than twice a week, 51% had vegetables in their diet more than twice a week, and 80% were smokers. Thirty-nine percent slept not more than 5 hours a day, and 29% of such respondents gave cold weather as the reason for their lack of sleep. Forty-one percent felt a physical burden due to homelessness, and 25% of them gave cold weather as the major reason for this feeling. Their principal needs were 'work', 'housing' and 'sympathy from others'.

Conclusion The present results show that some homeless people in Sapporo city were troubled by the cold weather, and their principal needs were 'work', 'housing' and 'sympathy from others'.

These findings provide clues for improving the situation of homeless people in the context of their social and economic determinants.

Key words: homeless people (ホームレス者), interview (インタビュー), situation (状態), lifestyle (ライフスタイル), needs (ニーズ)

I はじめに

失業、家庭崩壊、社会生活からの逃避など様々な要因により、特定の住居を持たずに道路、公園、河川敷、駅舎等で野宿生活をしている人々は、ホームレス者とよばれる。近年の経済・雇用情勢の悪化などを背景に、全国のホームレス者数は増加しており、平成 12 年 8 月には約 2 万人と推定されている¹⁾。ホームレス者の 9 割は大阪、東京、名古屋、川崎、横浜に集中しており¹⁾、大都市におけるホームレス者の増加は

大きな社会問題となっている²⁴⁾。札幌市では、平成 12 年 11 月に我々の調査で 100 人以上のホームレス者が確認されている。

我々は、平成 11 年 12 月から JR 札幌駅近くの公園において、ホームレス者への支援と健康問題、生活習慣の実態を明らかにすることを目的に、「炊き出しと健康相談会」を行っている³⁾。1 年間(計 7 回)の健康相談の問診および検査をまとめた結果、札幌のホームレス者には他地域に比べて結核、赤痢などの感染症が少なく、生活

習慣病が多い可能性が示唆された⁵⁾。しかし、札幌市のホームレス者全体の実情をより詳細に明らかにするためには、健康相談会受診者以外の者も含む、より一層代表性の高い対象への調査が必要である。そのため今回は「炊き出し」に訪れたホームレス者全員を対象として、ホームレス生活に入ったきっかけ、生活習慣、支援のニーズ、今後の生活の見直しなどについての聞き取り調査を行った。

表1 対象者 (n=49) の基本的属性

属性	人数	%
性別	男性	46 (94)
	女性	3 (6)
年齢	20～29歳	1 (2)
	30～39	3 (6)
	40～49	14 (29)
	50～59	17 (35)
	60～69	11 (22)
	70～79	1 (2)
	無回答	2 (4)
ホームレス歴	1年未満	11 (22)
	1年以上2年未満	10 (20)
	2年以上5年未満	18 (37)
	5年以上	8 (16)
	無回答	2 (4)
現在の職業	廃品回収	7 (14)
	土木関係	5 (10)
	年金	2 (4)
	日雇い	1 (2)
	配達関係	1 (2)
	建設関係	1 (2)
	拾う	3 (6)
	その他	10 (20)
	なし	12 (25)
	無回答	7 (14)
	住居形態	テント
布団、寝袋		5 (10)
段ボール、新聞紙		4 (8)
毛布		3 (6)
シーツをひく		1 (2)
ビニールシート、ごみ袋		1 (2)
冬：知り合いの家、夏：公園		1 (2)
デパート、ゲームセンター		1 (2)
無回答		22 (45)

II 対象と方法

平成 11 年 12 月から、1～2ヶ月に一度、札幌市の主なホームレス者の集落の 1 つである通称「テント村」(JR 札幌駅から約 300 メートル西側の高架下)の近くの公園で、炊き出し(おにぎり、汁物、缶詰、入浴券、衣類などを無償提供)と、希望者に対して医師による健康相談、血圧測定、福祉関係者による面談を行っている⁵⁾。今回の調査対象は、平成 12 年 12 月 3 日に「炊き出しと健康相談会」に訪れたホームレス者 60 人である。かけそば提供時に、調査員がホームレス者に声をかけて調査への協力を求めたところ、60 人中 49 人(男性 46 人、女性 3 人)から回答が得られた(81.7%)。

聞き取りは、事前に訓練された医学生、看護学生を中心とする調査員 17 名が、炊き出し会場周辺のベンチなどにおいて調査票を用いて行った。質問内容は、ホームレス歴、ホームレス生活に入ったきっかけ、現在の仕事、生活習慣(食事、睡眠、運動、飲酒、喫煙など)、精神的・身体的負担、居住場所・形態、支援のニーズ、今後、ホームレス生活からどのようにして抜け出そうと思っているかなどである。対象者には、識別のために、氏名(あるいは通称)と生年月日(あるいは年齢)を聞き、さらに調査終了後に体格、服装、所持品などの特徴を詳細に記録した。

III 結果

1. 対象ホームレス者の属性(表 1)
回答者(49 人)の年齢は、23～70 歳(51.5 ± 1.5 歳(mean ± SE))であった。その内訳は、「40～49 歳」が 15 人(31%)、「50～59 歳」が 18 人(37%)、「60～69 歳」が 11 人(22%)であった。ホームレス歴は、「2 年以上 5 年未満」が 19 人(39%)、「1 年未満」が 11 人(22%)、「1 年以上 2 年未満」が 9 人(18%)であった。現在の職業は、「なし」が 21 人(43%)を占め、「廃品回収」が 9 人(18%)、「土木関係」が 5 人(10%)であった。現在の住居形態は、「テント」が 11 人(22%)、「布団、寝袋」が 5 人(10%)、「段ボール、新聞紙」が 4 人(8%)であった。

2. ホームレス生活のきっかけ(表 2)
ホームレス生活へに入ったきっかけを聞いて

表2 ホームレス生活のきっかけ
(n=49)

項目	人数	(%)
失業	22	(45)
言えない事情	7	(14)
なし	3	(6)
定年退職	1	(2)
借金	1	(2)
お金盗まれた	1	(2)
手のしびれ	1	(2)
刑務所に入った	1	(2)
無回答	12	(24)

KJ法により項目をまとめた

既往歴は、「高血圧」が 6 人 (12%)、「大きなけが・事故」が 7 人 (14%) で、「糖尿病」、「高コレステロール血症」、「結核」、「じん肺」などの既往を持つ者はいなかった。ホームレス者が訴えた自覚症状は、

表3 既往歴の保有人数とその割合
(n=49)

既往歴	人数	(%)
高血圧	6	(12)
糖尿病	0	(0)
高コレステロール血症	0	(0)
結核、じん肺など	0	(0)
大きなけが・事故	7	(14)

表4 自覚症状を訴えた人数とその割合

自覚症状	人数	(%)
歯が悪い	14	(29)
眠れない	10	(20)
おしっこが近い	9	(18)
背中・腰の痛み	8	(16)
目がかすむ	8	(16)
足のしびれ	6	(12)
めまい・耳鳴り	6	(12)
咳・痰がでる	6	(12)
肩こり	5	(10)
不安な感じがする	5	(10)
やる気が出ない	5	(10)
風邪	5	(10)

複数回答可

たところ、「失業」が 22 人 (45%) と最も多く、次いで「言えない事情」が 7 人 (14%) であった。

3. 対象ホームレス者の既往歴 (表 3) と自覚症状 (表 4)

「歯が悪い」が 14 人 (29%) と最も多く、次いで「眠れない」が 10 人 (20%)、「おしっこが近い」が 9 人 (18%) であった。

4. 対象ホームレス者の生活習慣、精神的・身体的負担状況 (表 5)

ホームレス者に、食事は規則正しいかどうか

表5 食生活習慣、生活の負担感の分布 (n=49)

項目	回答	人数	%
食事は規則正しいか	規則正しい	15	31
	どちらかといえば規則正しい	5	6
	どちらかといえば不規則	5	6
	不規則	23	47
	無回答	1	2
1日の食事回数	1回	4	8
	1-2回	13	27
	2回	15	31
	2-3回	5	10
	3回	10	20
	4回以上	1	2
肉や魚の摂取頻度	無回答	1	2
	一週間に5回以上	13	27
	3-4回	14	29
	1-2回	13	27
	ほとんど食べていない	9	1
野菜の摂取頻度	一週間に5回以上	14	29
	3-4回	11	27
	1-2回	10	20
	ほとんど食べていない	14	29
一日の合計睡眠時間	2時間以上5時間未満	19	39
	5時間以上8時間未満	17	35
	8時間以上	8	16
	無回答	5	10
喫煙	吸う	39	24
	吸わない	9	18
	以前吸っていた	0	0
	無回答	1	2
生活の身体的負担	かなり負担がある	12	24
	やや負担がある	8	16
	あまり負担はない	11	22
	ほとんど負担はない	11	22
	無回答	1	2
生活の精神的負担	かなり負担がある	7	14
	やや負担がある	12	24
	あまり負担はない	12	24
	ほとんど負担はない	12	24
	無回答	6	12

うか聞いたところ、「不規則」と回答した者が 23 人 (47%) と最も多かった。1 日の食事回数は、「2 回」が 15 人 (31%) と最も多く、次いで「1~2 回」が 13 人 (27%)、「3 回」が 10 人 (20%) であった。肉や魚の摂取頻度は、「1 週間に 3~4 回」が 14 人 (29%) と最も多く、「1 週間に 5 回以上」、「1~2 回」がそれぞれ 13 人 (27%) であった。肉や魚を「ほとんど食べていない」者は 9 人 (18%) であった。野

菜の摂取頻度は、「1 週間に 5 回以上」、「ほとんど食べていない」者がそれぞれ 14 人 (29%) と最も多かった。1 日の合計睡眠時間は、「2 時間以上 5 時間未満」が 19 人 (39%) と最も多く、次いで「5 時間以上 8 時間未満」は 17 人 (35%) であった。喫煙については、たばこを「吸う」者が 39 人 (80%) と最も多く、「吸わない」者は 9 人 (18%) であった。

生活の身体的負担は、「かなり負担がある」と回答している者が 12 人 (25%) と最も多く、「あまり負担はない」、「ほとんど負担はない」はそれぞれ 11 人 (22%) であった。生活の精神的負担は、「やや負担がある」、「あまり負担はない」、「ほとんど負担はない」がそれぞれ 12 人 (25%) で最も多く、「かなり負担がある」と回答した者は 7 人 (14%) であった。

表6 身体的、精神的につらかった項目の分布 (n=49)

項目	人数
身体的につらいこと	
寒さ	12
眠れない、眠る場所がない	10
食事の確保、食事が無いこと	6
だるい、疲れやすい、疲れがとれない	3
風呂に入れない	1
その他	4
無回答	16
精神的につらいこと	
仕事がない	8
食事の確保	5
お金がない	2
人間関係	2
人の目(周りの目)	2
不安定さ	2
病気、疲れ	2
風呂に行けない	1
凍死が心配	1
周囲の人に迷惑がかかる	1
孤独感を感じた時	1
妻が欲しい	1
無回答	25
ホームレス生活でくやしかったこと	
通行人に軽蔑の眼差しで見られること	4
馬鹿にされること	4
仕事が見つからない	3
信用されなくなること	2
この生活自体がくやしい	2
人に迷惑をかける	1
その他	1
無回答	32

複数回答可 KJ法

5. ホームレス生活で身体的、精神的につらかったこと (表 6)

ホームレス者に、ホームレス生活で身体的につらかったことを聞いたところ、「寒さ」が 12 人、「眠れない、眠る場所がない」が 10 人、「食事の確保、食事が無いことが 6 人であった。また、ホームレス生活で精神的につらかったことを聞いたところ、「仕事がない」が 8 人、「食事の確保」が 5 人、「お金がない」、「人間関係」、「人の目(周りの目)」、「不安定さ」、「病気、疲れ」がそれぞれ 2 人であった。ホームレス生活でくやしかったことを聞いたところ、「通行人に軽蔑の眼差しで見られること」、「馬鹿にされること」がそれぞれ 4 人、「仕事が見つからない」が 3 人であった。

1. 対象ホームレス者のニーズ (表 7、8)

ホームレス者に、現在すでに持っているものを聞いたところ、「毎日の食事」が 30 人 (61%) と最も多く、次いで「仲間・友人」が 29 人 (59%)、「テントや布団」が 26 人 (53%)、「自由」が 20 人 (41%) であった。これに対して、ホームレス者がこれから欲しいと思っているものは、「仕事」が 25 人 (51%) と最も多く、次いで「住居」が 21 人 (43%)、「テントや布団」が 11 人 (22%)、であった。

IV 考察

ホームレス者対策を予防医学の観点から

考えると、①ホームレス者を生み出さない社会・経済構造の確立（第 1 次予防）、②ホームレス者に対しては健康を維持できる生活習慣の提案、啓発、健康状態が悪化した時のホームレス者への医療（第 2 次予防）、③ホームレス者の社会復帰（仕事、住居などを提供できるシステムなど）（第 3 次予防）がそれぞれ必要である。今回の調査目的は、対象を健康相談受診者以外の者も含む、より一層代表性の高い集団へと拡大し、札幌市のホームレス者対策の各段階に役立つ基礎資料を提示することである。

今回の調査対象者は、男性が 46 人（94 %）と、女性の 3 人（6 %）に対して圧倒的に多かった。これは、新宿における調査⁶⁾（男性 94 %、女性 6 %）、渋谷における調査⁷⁾（男性 92 %、女性 8 %）とほぼ同様であった。女性のホームレス者は人数は少ないが、男性に比べて健康面、安全面の問題が大きく⁸⁾、その実態把握と対策は今後の課題と考えられる。

対象者の年齢は、50 歳代が 37 % と最も多かった。これは我々の札幌における健康相談⁵⁾の 42 %、新宿⁶⁾の 39 %、渋谷⁷⁾の 45 % とほぼ同様である。平均年齢は 51.5 歳であり、これも札幌の健康相談⁵⁾の 50.3 歳、渋谷の調査⁷⁾の 52.3 歳と大差ない。ホームレス歴は、「1 年未満」が 22 %、「5 年未満」が 79 % であった。これは、札幌の健康相談⁵⁾ではそれぞれ 45 %、84 %、渋谷の調査⁷⁾ではそれぞれ 17 %、49 %、新宿の調査⁶⁾ではそれぞれ 32 %、68 % であったことに比べると、札幌の健康相談⁵⁾と同様に、ホームレス歴「5 年未満」が約 8 割と高い傾向にあった。新宿の調査⁶⁾では、30、40 歳代はホームレス歴「1 年未満」が多く、50、60 歳代ではホームレス歴「3 年以上」が多かった。表には示していないが、今回の対象者でホームレス歴ごとに平均年齢をみると、その平均年齢は、ホームレス歴「1 年未満」(n=10)が 44.6 ± 2.2 歳 (M ± SE)、ホームレス歴「1 年以上」(n=35)が 54.2 ± 1.6 歳 (M ± SE) であり、新宿⁶⁾の結果とほぼ同様の傾向がみられた。

一方、現在の職業は、「なし」が 43 % であった。これは、札幌の健康相談⁵⁾の 55 %、渋谷⁷⁾の 74 % に比べて低かった。ホームレス問題連絡会議では、ホームレス者を、(1) 就労する意欲はあるが仕事がなく失業状態にある者、(2) 医療、福祉

等の援護が必要な者、(3) 社会生活を拒否する者、の 3 種類に分類している。札幌の健康相談⁵⁾では、(2) に該当する者が多かったが、今回の対象者には (1) に該当する者が多い傾向があった。また、(1) ~ (3) の他に、逃亡生活などの特殊事情によりホームレスを余儀なくされている者も数名いた。

今回の調査では、ホームレス者の約 29 % が自覚症状として「歯の悪さ」を訴えていた。イギリスにおける調査では、ホームレス者の 31 % は歯を失っており、歯が残っている者においてもその 50 % が、歯がぐらぐ

らであり、何らかの問題を抱えているとの報告がある⁹⁾。札幌の健康相談⁵⁾でも、受診者の 40 % が

「歯の悪さ」を訴えていた。このことから、日本のホームレス者においても、歯の健康についてのニーズは高いと考えられる。その他の自覚症状では、「眠れない」が 20 %、「おしっこが近い」が 18 %、「背中・腰の痛み」、「目がかすむ」がそれぞれ

表7 ホームレス者 (n=49) がすでに持っているもの

項目	すでに持っている	と回答した人数 (%)
毎日の食事	30	(61)
仲間・友人	29	(59)
テントや布団	26	(53)
自由	20	(41)
住民票	12	(24)
入浴券	11	(22)
仕事	9	(18)
健康診断	6	(12)
機会の平等	5	(10)
市民・地域住民の理解	4	(8)
住居	3	(6)
医療	3	(6)

表8 ホームレス者 (n=49) がこれから欲しいもの

項目	欲しいと回答した人数 (%)
仕事	25 (51)
住居	21 (43)
テントや布団	11 (22)
入浴券	10 (20)
毎日の食事	9 (18)
行政の対応	9 (12)
医療	6 (12)
市民・地域住民の理解	5 (10)
自由	4 (8)
健康診断	4 (8)
住民票	4 (8)
機会の平等	1 (2)
仲間・友人	0 (0)

複数回答可

16%であった。今回の結果は、札幌の健康相談⁵⁾の、「眠れない」、「目がかすむ」（それぞれ 20%）とほぼ同様の結果であった。「咳・痰」に関しては、名古屋の調査³⁾では約 50%の者が自覚症状として訴えていたのに対して、今回は約 12%と低かった。この名古屋の対象者においては、結核の既往を持つ者が 8.5%いたことが確認されており、これには結核の罹患が関係していると思われる。

近年、大阪におけるホームレス者の赤痢⁴⁾、東京や名古屋におけるホームレス者の結核²³⁾が報告され大きな問題となっているが、今回我々が把握した札幌のホームレス者においては、赤痢、結核の既往を持つ者はまったくいなかった。平成 11 年の結核による人口 10 万対の死亡率を見ると、大阪府が 4.0、東京都が 2.9、愛知県が 2.5 であるのに対して北海道は 1.6 と低い傾向にある¹⁰⁾。また、平成 12 年の赤痢患者報告数では、東京都 235、大阪府 123、愛知県 65 に対して、北海道は 32 と少ない¹¹⁾。一般人口における死亡・罹患率の差のみからホームレス者の有病・罹患率の差を短絡的に推定することはできないが、札幌のホームレス者においては、本州等の他地域と比べて赤痢、結核が少ない可能性がある。また、海外ではホームレス者における薬物中毒が多数報告されている¹²⁻¹³⁾が、今回の対象者においては、明らかにそれとわかる者は見られなかった。今回の対象者に感染症、薬物中毒が見られなかった理由としては、(1) ホームレス者数が現在札幌にはまだ少ないため、食事や排泄などに関する衛生環境の悪化や、薬物の蔓延が比較的少ない、(2) 札幌の空気が比較的清浄あるいは気温が低いことが発症の減少に働いている、(3) 赤痢、結核、薬物中毒などを患った者は、かえって「炊き出しと健康相談会」に来ない、などが推測される⁵⁾。ホームレス者の感染症、薬物中毒は、ホームレス者のみならず、一般市民にとっても重要な問題である。今後も継続的な観察と対策が必要と考えられる。

今回の対象者においては高血圧の既往を持つ者が 12%で、札幌の健康相談⁵⁾の 13%、渋谷の調査⁷⁾の 15%とほぼ同様であったが、糖尿病、高コレステロール血症の既往を持つ者はいなかった。今回の対象者は、生活習慣病の既往、罹患が認められた

札幌の健康相談⁵⁾の対象者とは異なっていることが推測される。

対象者が既に持っているとは回答したものは、「毎日の食事」が 61%と最も多かった。しかし、1日の食事回数は、「2回」以下が 66%を占めた。これは、ホームレス者の食事回数が 1日平均 1.4回という海外の報告¹⁴⁾、札幌の健康相談⁵⁾における「2回」が 42%、「1回」が 15%とほぼ一致する。今回の対象者の肉や魚、野菜の摂取頻度は、一週間に「5回以上」、「3～4回」をそれぞれあわせて 50～60%を占めていた。山谷の調査¹⁵⁾では、「2回」43%、「1回」49%と、1日の食事回数「2回」以下が 92%を占めていたこと、札幌の健康相談受診者においては、肉や魚、野菜の摂取頻度が 1週間に「1～2回」、あるいは「ほとんど食べていない」者を合わせると 55～60%を占めていた⁵⁾ことと比べると、今回の対象者は、比較的食事環境の良いホームレス者なのかもしれない。

今回、対象者の喫煙率は 80%であった。この結果と札幌の健康相談⁵⁾の 83%、渋谷⁷⁾の 89%との結果をあわせて考えると、ホームレス者の喫煙率は相当高いことが示唆される。飲酒、喫煙は、ホームレス者の健康に大きく関わる問題¹⁶⁾であり、今後より一層の詳細な調査と対策が求められる。1日合計睡眠時間は「2時間以上 5時間未満」が 39%、「5時間以上 8時間未満」が 35%であった。これは、札幌の健康相談⁵⁾では約半数の者が 1日「5時間未満」、海外においてはホームレス者の約半数において睡眠時間「6時間未満」であり¹⁷⁾、よく眠れていないことから昼間に疲れが残っている¹⁸⁾との報告があるが、今回の結果もほぼ同様であったと考えられる。今回は冬に調査したためか、眠れない理由として 29%の者が「寒い」をあげていた。山谷の調査¹⁵⁾においても、26%の者が「寒さ、暑さ」を睡眠不足の理由にあげている。

ホームレス生活が身体的に「負担がある」と回答した者は 41%、精神的に「負担がある」と回答した者は 39%であった。つらいこととしては、身体的には「寒さ」25%、「眠れない、眠る場所がない」20%、精神的には「仕事がない」16%、「食事の確保」10%、「お金がない」、「人間関係」、「周囲の目」（それぞれ 4%）、などがあげられた。札幌は、12月～3月の 4ヶ月

間にわたって月平均気温が氷点下になる¹⁹⁾ため、ホームレス生活を続けることは環境的に厳しいことが推測される。

ホームレス者がこれから欲しいと思うものとして、「仕事」を 51%、「住居」を 43%の者があげていた。一方、ホームレス生活で悔しかったこととしては、「仕事が見つからない」、「通行人に軽蔑の眼差しで見られる」、「馬鹿にされる」、「信用されなくなる」、「この生活自体がくやしい」などがあげられた。これら「仕事」、「住居」、「周囲からの理解」は、海外におけるホームレス者のニーズ調査結果（ノース・カロライナ州、1994年）²⁰⁾とほぼ同様であった。ホームレス者に限らず、人々の基本的な生活に必要なものには、洋の東西を問わず大きな違いはないのかもしれない。

今回の結果から、①札幌の「寒さ」が、ホームレス者のストレスになっていること、②札幌のホームレス者には、東京、大阪、名古屋に比べ「結核」、「赤痢」などの感染症はまだ少ないこと、③ホームレス者の多くは、「仕事」、「住居」、「周囲からの理解」を求めていることが示唆された。本研究の対象者は、ボランティア活動を基盤とした「炊き出しと健康相談会」に訪れたホームレス者 49人である。結果は、必ずしも札幌市のホームレス者の生活状況を完全に代表するものではないが、札幌市のホームレス者数が 100～200人である⁵⁾ことを考えると、研究の意義は高いと思われる。今後も、ホームレス者の生活や健康への支援と調査を継続する予定である。また、ホームレス者に対する認識や受容度についての住民を対象とした調査なども行い、ホームレス問題解決に向けての基礎資料を提示していきたいと考えている。

謝辞

本調査を進めるにあたりご協力いただきました札幌駅周辺のホームレス者の皆様、北海道の労働と福祉を考える会（代表 椎名 恒）の皆様と調査をお手伝いいただきました相川絵理さん、飯塚悠祐さん、石原恵子さん、宇都宮幸子さん、梅村朋弘さん、太田征里奈さん、佐川倫子さん、佐藤 舞さん、佐藤 学さん、杉中宏司さん、鈴木陽三さん、照井レナさん、日吉雅也さんに深謝申し上げます。

文献

- 1) 東京都福祉局. 東京のホームレス (白書). 2001;2-5.
- 2) 中西好子、大山泰雄、高橋光良、他. サウナでの結核多発の分子疫学的解明—大都市のホームレスの結核問題に関連して—. 日本公衆衛生誌, 1997;44:769-778.
- 3) 山中克己、明石都美、宮尾 克、他. 住所不定者の結核および生活状況に関する調査. 結核, 1999;74:99-105.
- 4) 金玉礼、稲垣絹代. 野宿生活者の集団赤痢発生に関連する地域看護の現状と課題—病院内の外来看護の機能と役割—. 第30回地域看護, 1999:137-139.
- 5) 小橋 元、太田薫里、長野俊輔、他. 札幌市におけるホームレス者の健康問題と生活習慣の実態. 日本公衆衛生誌, 2001;48:785-793.
- 6) 岩田正美. 路上の人々—新宿 1995—96年. 人文学報, 1997; 281: 73-99.
- 7) 谷本佐理名、饗輪眞澄. 渋谷駅周辺の路上生活者の生活と健康. 日本公衆衛生誌, 1999;46:838-847.
- 8) Wenzel SL, Leake BD, Gelberg L. Health of homeless women with recent experience of rape. J Gen Intern Med, 2000;15: 265-268.
- 9) Waplington J, Morris J, Bradnock G. The dental needs, demands and attitudes of a group of homeless people with mental health problems. Community Dent Health, 2000;17:134-137
- 10) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 2001年版. 厚生統計協会, 2001;404.
- 11) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 2001年版. 厚生統計協会, 2001;435.
- 12) Milby JB, Schumacher JE, McNamara C, et al. Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons. Drug Alcohol Depend, 2000; 60: 55-67.
- 13) Bauman A, Phongsavan P. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. Drug Alcohol Depend, 1999; 55: 187-207.
- 14) Wiecha JL, Dwyer JT, Dunn-Strohecker M. Nutrition and health services needs among the homeless. Public Health Rep, 1991; 106: 364-374.
- 15) 麦倉 哲. ホームレスの生活と行政ニーズ. 都市問題, 1997;88:15-26.
- 16) Heffron WA, Skipper BJ, Lambert L. Health and lifestyle issues as risk factors for homelessness. J Am Board Fam Pract, 1997; 10: 6-12.

- 17) Davis JE, Shuler PA. A biobehavioral framework for examining altered sleep-wake patterns in homeless women. *Issues Ment Health Nurs*, 2000;21:171-183.
- 18) Humphreys JC, Lee KA, Neylan TC, et al. Sleep patterns of sheltered battered women. *Image J Nurs Sch*, 1999;31: 139-143.
- 19) 阿部貴世英編. 日本国勢図会 2000/2001 年版. 東京:国勢社,2000; 28-40.
- 20) Slotchiver J, Char S, Sloane PD. Medical needs of the homeless. *NCMJ*, 1994;55:612-616.

ホームレス者に対する認識と受容度に関する意識調査

～ 大学生への質問紙調査 ～

Beliefs about and acceptance of homeless people: a questionnaire study of university students.

太田薫里¹、小橋 元¹、長野俊輔¹、木佐健悟¹、福地保馬²

Kaori OHTA¹, Gen KOBASHI¹, Shunsuke NAGANO¹,
Kengo KISA¹, Yasuma FUKUCHI²

¹Division of Preventive Medicine, Hokkaido University Graduate School of Medicine,

²Department of Health and Sports Science, Hokkaido University Graduate School of Education

Abstract

Objective To study students' knowledge of and beliefs about homeless people.

Methods We conducted a questionnaire study among university students. Four hundred forty-seven of 450 students in the first and the second levels of a course about culture (response rate 99%) participated in the study and returned a self-administered questionnaire.

Results The students thought that work (40.7%), sympathy (15.7%) and housing (14.5%) should be given to homeless people. Thirty-eight point three percent of the students thought that the responsibility for homelessness lies with the government, and 22.4% of them thought that it lies with the homeless people. Most students believed that the prevalence rates of common cold, diarrhea, dysentery and tuberculosis were higher, but those of hypercholesterolemia, diabetes and hypertension were lower in homeless people than in the general population. There was a significant association between the opinion that the social problem of homeless people is not relevant to oneself and having the opinions that 'homeless people do not want to improve their lives', 'homeless people should be blamed for their homelessness', 'homeless people may injure children', 'temporary public housing for homeless people should be built 10 km or further from my house' and 'sympathy for homeless people is not necessary' ($p < 0.05$).

Conclusion The present results suggest that there are differences between the beliefs of the students and the real state of homeless people regarding several points, such as the prevalence of common diseases, and that sympathy toward homeless people is associated with concern about them. Accurate knowledge of and beliefs about homeless people among citizens, as well as help for the homeless, will be necessary in order to solve the homeless problem in the future.

Key words: homeless people (ホームレス者), recognition (認識), acceptance (受容), questionnaire (アンケート)

I はじめに

ここ数年、わが国では経済・雇用情勢の悪化などを背景として、全国のホームレス者数が増加しており、2000年8月には約2万人と推定されている¹⁾。わが国におけるホームレス者対策は急務であると考えられる。今までに、ホームレス集団における結核²⁻⁵⁾、赤痢⁶⁾、生活習慣病⁷⁻⁹⁾、アルコール依存症¹⁰⁻¹²⁾、精神疾患¹³⁻¹⁴⁾、薬物依存¹⁵⁻¹⁶⁾、HIV感染⁵⁾などについての報告が国内外でなされている。ホームレス問題には、ホームレス者自身の自立支援の問題¹⁾と、一般社会

におけるホームレス者の社会迷惑や公衆衛生上の問題¹⁷⁾の2つが含まれる。わが国においては、今後これらの問題をうまく折り合いをつけて解決していくことが重要な課題である。しかし、わが国では、今までに一般住民を対象としたホームレス者に対する認識、受容度に関する調査は行われていない。そこで今回我々は、大学生を対象に質問紙調査を行い、ホームレス者に対する認識、受容度と、その関連要因について検討した。

II 対象と方法

2001 年 4 月に札幌市内某国立総合大学の一般教養科目の講義で、1 年目と 2 年目の学生を対象に、無記名の自記式質問紙調査を行った。それぞれ 301 名（男性 232 名、女性 69 名）、149 名（男性 83 名、女性 66 名）の合計 450 名の出席者のうち、447 名（回収率 99 %）から有効な回答が得られた（年齢 18 ~ 22 歳、19.0 ± 0.9 歳（Mean ± SD））。事前にホームレス者についての説明は行わなかった。

質問項目は、(1) 学生の居住歴、(2) 学生がホームレス者を知ったきっかけ、(3) 学生がホームレス者を実際に見た頻度・場所、(4) 学生のホームレス問題に対する認識と学生自身がホームレス者になる可能性、(5) ホームレス者の性別・年齢層に関する認識、(6) ホームレス者の生計の立て方に関する認識、(7) ホームレス者の疾病状況に関する認識、(8) ホームレス者に対する考え・イメージ、(9) ホームレス者に援助すべきもの、(10) ホームレス者用の仮設住宅の望ましい設置場所、(11) ホームレス問題の望ましい解決策、であった。

全対象学生を質問項目 (3) の「学生がホームレス者を実際に見たことがあるかどうか」に対する回答（「見たことがある」、「見たことがない」）で 2 群に分け、上記の質問項目 (1)、(4) ~ (11) の各項目との関連を検討した。また、(4) 「ホームレス問題を自分と関係があることかどうか」に対する回答（「関係ある」、「関係ない」）で 2 群に分け、上記の質問項目 (1)、(4) の「学生自身がホームレス者になる可能性」、(5) ~ (11) の各項目との関連を検討した。統計解析は、 χ^2 検定（自由度 1 あるいは 2、3）を用いて行い、それぞれ $p < 0.05$ を有意差ありとした。

III 結果

1. 学生の居住歴

学生が今までに最も長く住んでいた居住地は、北海道が 134 人

（30.0 %）、ホームレス者が多い 5 都市（東京都・大阪市・名古屋市・横浜市・川崎市）が 65 人（14.5 %）、上記以外が 184 人（41.2 %）、無回答が 64 人（14.3 人）、であった（表 1）。

2. 学生がホームレス者を知ったきっかけ

学生がホームレス者を知ったきっかけを、8 つの選択肢から複数回答可で回答してもらった。その結果、「テレビ」が 353 人（79.0 %）と最も多く、次いで「実際に見たことがある」が 338 人（75.6 %）、「新聞」が 171 人（38.3 %）であった。「知らない」は 3 人（0.7 %）であった（表 1）。

3. 学生がホームレス者を実際に見た頻度

ホームレス者を「ほぼ毎日みたことがある」と回答した者は 114 人（25.5 %）と最も多く、次いで「今までに 2、3 回見たことがある」が 59 人（13.2 %）、「1 度だけ見たことがある」が 55 人（12.3 %）であった。「ホームレス者を見たことがない」と回答した者は 68 人（15.2 %）であった（表 1）。

4. ホームレス問題に対する認識と学生自身がホームレス者になる可能性

ホームレス問題を自分と関係があることかどうかについて聞いたところ、「関係ある」が 149 人（33.3 %）、「関係ない」が 286 人（64.0 %）であった（表 1）。

学生自身がホームレス者になる可能性について聞いたところ、「ないとはいえない」と回答した者が 195 人（43.6 %）と最も多く、次いで「おそらくないと思う」142 人（31.8 %）、「可能性は絶対ない」64 人（14.3 %）、「可能性はある」43 人（9.6 %）の順であった（表 1）。

5. ホームレス者の性別・年齢層に関する認識

ホームレス者に多いと思う性別・年齢層を、選択肢から 1 つずつ回答してもらった。その結果、性別は、「男性」が 411 人（92.0 %）とほとんどで、「女性」と回答した者は 2 人（0.4 %）であった。年齢は「50 歳代」が 216 人（48.3 %）と最も多く、次いで「40 歳代」131 人（29.3 %）、「60 歳代」69 人（15.4 %）であった（表 1）。

6. ホームレス者の生計の立て方に関する認識

「ホームレス者はどのようにして生計を立てているか」と聞いたところ、「物を拾う」が 141 人（31.5 %）と最も多く、次いで「日雇い労働」140 人（31.3 %）、「廃品回収」94 人（21.0 %）であった（表 1）。

7. ホームレス者の疾病状況に関する認識

学生が「ホームレス者の方が一般の人よりもかかりやすいであろう」と回答した疾病は、「かぜ」が 339 人（75.8 %）と最も

表1 学生の基本的属性と知識 (n=447)

		人数	(%)
学生の居住歴	北海道	134	30.0
	東京都・大阪府・名古屋市・横浜市・川崎市	65	14.5
	上記以外の都市	184	41.2
	無回答	64	14.3
ホームレス者を知った きっかけ(複数回答可)	テレビ	353	79.0
	実際に見たことがある	338	75.6
	新聞	171	38.3
	雑誌	48	10.7
	自分の家族・親戚でホームレスになった人がいる	3	0.7
	知り合いでホームレスになった人がいる	1	0.2
	その他	10	2.2
	知らない	3	0.7
ホームレス者を実際に 見た頻度	ほぼ毎日みた	114	25.5
	2~3日に1回見た	43	9.6
	1週間に1回程度見た	51	11.4
	1ヶ月に1回程度見た	26	5.8
	2~3ヶ月に1回見た	17	3.8
	半年に1回かそれ以下	11	2.5
	今までに2,3回見たことがある	59	13.2
	1度だけみたことがある	55	12.3
	見たことがない	68	15.2
	無回答	3	0.7
	ホームレス問題の深刻さ	関係ある	149
関係ない		286	64.0
無回答		12	2.7
学生自身がホームレス者に なる可能性	ないとはいえない	195	43.6
	おそらくないと思う	142	31.8
	可能性は絶対ない	64	14.3
	可能性はある	43	9.6
	無回答	3	0.7
ホームレス者の性別 に関する認識	男性	411	92.0
	女性	2	0.4
	夫婦	6	1.3
	無回答	28	6.3
ホームレス者の年齢層 に関する認識	20歳代	5	1.1
	30歳代	15	3.4
	40歳代	131	29.3
	50歳代	216	48.3
	60歳代	69	15.4
	70歳以上	5	1.1
	無回答	6	1.3
ホームレス者の生計の 立て方に関する認識	物を拾う	141	31.5
	日雇い労働	140	31.3
	廃品回収	94	21.0
	生活保護	38	8.5
	何もしていない	14	3.1
	定職	4	0.9
	年金	3	0.7
	その他	2	0.4
	無回答	11	2.5

表2 ホームレス者の疾病状況に関する認識(n=447)

回答	かかりやすい	かかりづらい	変わらない	無回答
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
かぜ	339(75.8)	27(6.0)	75(16.8)	6(1.3)
下痢	338(75.6)	25(5.6)	74(16.6)	10(2.2)
赤痢	302(67.6)	9(2.0)	124(27.7)	12(2.7)
結核	289(64.7)	8(1.8)	140(31.3)	10(2.2)
高コレステロール血症	28(6.3)	336(75.2)	73(16.3)	10(2.2)
糖尿病	34(7.6)	319(71.4)	88(19.7)	6(1.3)
高血圧	42(9.4)	243(54.4)	155(34.7)	7(1.6)
薬物中毒(麻薬、覚せい剤など)	130(29.1)	119(26.6)	189(42.3)	9(2.0)
精神分裂病	193(43.2)	67(15.0)	178(39.8)	9(2.0)
アルコール依存症	243(54.4)	88(19.7)	109(24.4)	7(1.6)
腰痛	231(51.7)	36(8.1)	169(37.8)	11(2.5)
うつ病	220(49.2)	69(15.4)	149(33.3)	9(2.0)

表3 ホームレス者に対する考え・イメージ(n=447)

回答	そう思う	そうは思わない	どちらともいえない	無回答
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
ホームレスが増えるのは経済不況のせいである	330(73.8)	47(10.5)	70(15.7)	0(0)
ホームレスにも、就職のチャンスを平等に与えるべきである	320(71.6)	33(7.4)	94(21.0)	0(0)
ホームレス者はくさいと思う	285(63.8)	61(13.6)	101(22.6)	0(0)
ホームレスになった原因は健康問題である	8(1.8)	379(84.8)	60(13.4)	0(0)
ホームレス者は麻薬や覚せい剤の温床となっている	23(5.1)	316(70.7)	108(24.2)	0(0)
ホームレス者は自分たちに何か危害を加えようである	48(10.7)	302(67.6)	96(21.5)	1(0.2)
ホームレス者がいると街の景観を損なう	281(62.9)	62(13.9)	104(23.3)	0(0)
ホームレス者は生活保護を受けるべきである	189(42.3)	85(19.0)	173(38.7)	0(0)
ホームレス者は現在の生活を改善したいと考えている	175(39.1)	156(34.9)	115(25.7)	1(0.2)
ホームレス者に対しては、周囲のあたたかい理解が必要	173(38.7)	82(18.3)	192(43.0)	0(0)
ホームレス者が近所にいると、子供たちの安全が心配である	171(38.3)	164(36.7)	112(25.1)	0(0)
ホームレスになったのは自分の責任である	154(34.5)	111(24.8)	180(40.3)	2(0.4)
ホームレス者がいると邪魔で通れない	138(30.9)	199(44.5)	110(24.6)	0(0)
ホームレス者は感染症などの病気を蔓延させる	129(28.9)	172(38.5)	144(32.2)	2(0.4)
ホームレス者は気ままな生活を楽しんでいる	95(21.3)	231(51.7)	120(26.8)	1(0.2)

表4 ホームレス対策への学生の意見・考え (n=447)

		人数	(%)
ホームレス者に援助すべきもの	仕事	182	40.7
	立場の理解	70	15.7
	住居	65	14.5
	医療	55	12.3
	食事の提供	29	6.5
	住民票	14	3.1
	入浴	10	2.2
	衣類	8	1.8
	その他	11	2.5
	無回答	3	0.7
ホームレス者用の仮設住宅の望ましい設置場所	1キロメートル圏内	139	31.1
	1～5キロメートル圏内	118	26.4
	10キロメートル以上	82	18.3
	札幌市内はいやだ	22	4.9
	わからない	84	18.8
	無回答	2	0.4
ホームレス問題の望ましい解決策	国が助けるべき	171	38.3
	ホームレス者自身が現状を改めるべき	100	22.4
	市が助けるべき	50	11.2
	道が助けるべき	24	5.4
	自分たち市民が助けるべき	17	3.8
	国が排除すべき	7	1.6
	市が排除すべき	4	0.9
	道が排除すべき	1	0.2
	自分たち市民が排除すべき	0	0
	ホームレス問題は解決すべき問題だとは思わない	20	4.5
	ホームレス問題は解決すべきだと思うあるいは思わないのどちらでもない	50	11.2
	無回答	3	0.7

多く、次いで「下痢」338人(75.6%)、「赤痢」302人(67.6%)、「結核」289人(64.7%)であった。これに対して、「ホームレスの方が一般の人よりもかかりづらであろう」と回答した疾病は、「高コレステロール血症」336人(75.2%)、「糖尿病」319人(71.4%)、「高血圧」243人(54.4%)であった(表2)。

8. ホームレス者に対する考え・イメージ

学生が「そう思う」と回答した文章は「ホームレスが増えるのは経済不況のせいである」330人(73.8%)、「ホームレス者にも、就職のチャンスを平等に与えるべきである」320人(71.6%)、「ホームレス者はくさいと思う」285人(63.8%)であった。学生が「そうは思わない」と回答した項目は「ホームレスになった原因は健康問題である」379人(84.8%)、「ホームレス者は麻薬や覚せい剤の温床となっている」316人(70.7%)、「ホームレス者は自分たちに何か危害を加えそうである」302人(67.6%)であった(表3)。

9. ホームレス者に援助すべきもの

ホームレス者に援助すべきものについて、必要だと思う順に3つ選んでもらった。学生が最も必要だと回答した項目を集計したところ、「仕事」182人(40.7%)、「立場の理解」70人(15.7%)、「住居」65人(14.5%)の順で多かった(表4)。

10. ホームレス者用の仮設住宅の望ましい設置場所

「もしも札幌市内にホームレス者の仮設住宅をつくるとしたら、あなたは、自分の自宅から何メートル(キロメートル)離れたところにならこの仮設住宅があっても構わないと思いますか」と聞いたところ、「1キロメートル圏内」が139人(31.1%)と最も多く、次いで「1～5キロメートル圏内」118人(26.4%)であった。「札幌市内はいやだ」と回答した者は22人(4.9%)であった(表4)。

11. ホームレス問題の望ましい解決策

ホームレス問題の望ましい解決策を1つ選択してもらったところ、「国が助けるべき」と回答した者が171人(38.3%)と最も多く、次いで「ホームレス者自身が現状を改めるべき」100人(22.4%)、「市が助けるべき」50人(11.2%)の順で多かった(表4)。

12. ホームレス者を見た経験、ホームレス

問題に対する認識と関連した項目

実際にホームレス者を「見たことがある」者には「見たことがない」者に比べて、居住歴が「東京都・大阪市・名古屋市・横浜市・川崎市」の5都市に長く住んでいた者が多く($p<0.001$)、ホームレス問題は自分と「関係ある」、自分自身もホームレス者になる「可能性はある」と回答した者が多かった($p<0.01$ 、 $p<0.05$)。また、実際にホームレス者を「見たことがある」者には「ホームレス者はくさいと思う」と回答している者も多かった($p<0.05$) (表5)。

ホームレス問題が自分と「関係ない」と回答した者において、「関係ある」と回答した者に比べて多かった項目は、「ホームレス者は一般の人と糖尿病へのかかりやすさがほとんど変わらない」、「ホームレス者は現在の生活を改善したいと考えていない」、「ホームレスになったのは自分の責任である」(それぞれ $p<0.05$)、「ホームレス者が近所にいると、子供たちの安全が心配である」、「仮設住宅は、自宅から10キロメートル以上はなれていなければあっても構わない」(それぞれ $p<0.01$)、「ホームレス者に対しては、周囲のあたたかい理解は必要ない」($p<0.001$)、であった(表6)。

IV 考察

ホームレス者に関する認識、態度、知識に関する住民調査には、海外ではToroら(1992年)によるペンシルベニア州エリー郡における240人の住民を対象とした調査(18)があるが、未だにその数は少ない。本研究は、日本における初めての「ホームレス者に対する認識と受容度に関する意識調査」である。

今回の調査結果では、学生がホームレス者を知ったきっかけは「テレビ」、「実際に見たことがある」がともに7割以上を占めていた。学生がホームレス者を実際に見た頻度は、「ほぼ毎日みた」と回答した者が全体の25.5%と最も多く、約47%の者が「1週間に1回以上」見ていた。実際にホームレス者を見たことがある者には、日本全体のホームレス者数の9割を占めているといわれている東京、大阪、名古屋、横浜、川崎など5都市に長く居住していた者が多かった。また、実際にホームレス者を見たことがある者には、ホームレス問題は自分と「関係ある」とことと回答している者

が多く、自分自身も「ホームレス者になる可能性がある」と回答している者も多かった。このことから、実際にホームレス者を見たことがある者の方が、ホームレス問題を身近な問題として捉えている傾向が強いことが示唆された。

ホームレス者の「性別」についての認識では、「男性」が 92.0 %、「年齢層」では「50 歳代」(48.3 %)、「40 歳代」(29.3 %)、「60 歳代」(15.4 %)の順に回答者が多かった。この認識は、東京におけるホームレス者の実態調査 (1997 年新宿 19)、1999 年渋谷 20)、札幌における健康相談 (2001 年)⁷⁾の結果とほぼ合致していた。それに対して、海外におけるホームレス者の実態調査をみると、ロンドン南部⁴⁾では「男性」が 86.0 %、「40 歳以下」が 58.1 %、ノース・カロライナ州²¹⁾では「男性」が 64.6 %、「15 ~ 44 歳」が 84.6 %であった。このことから、海外では男性のホームレス者の比率は高いものの、年代に関しては日本の「40 ~ 60 歳代」に比べて、「10 ~ 40 歳代」の比率が高い傾向にあることがわかる。

ホームレス者の「生計の立て方」に関する学生の認識は、「物を拾う」、「日雇い労働」、「廃品回収」などであった。札幌における健康相談⁷⁾では、ホームレス者の現在の職業は、「日雇い」、「廃品回収」、「大工・解体業」などが多かった。したがって、学生の認識は札幌のホームレス者の実態にほぼ合致していると考えられる。

近年、東京や名古屋のホームレス者の結核²³⁾、大阪のホームレス者の赤痢⁶⁾が報告され、大きな問題となっている。サンフランシスコのホームレス者の実態調査 (1994 年)⁵⁾では、結核感染の有病率は 32 %という報告もある。一方、高血圧、糖尿病の既往を持つ者は、渋谷におけるホームレス者の実態調査²⁰⁾ではそれぞれ約 15 %、4 %、札幌における健康相談⁷⁾ではそれぞれ 13 %、10 %と報告されている。海外のホームレス者においては、高血圧の有病率が 14 ~ 25 %と推測されている⁸⁾。また、ホームレス者の食事は、栄養面で不十分であり、高塩分、高飽和脂肪酸、高コレステロールになりやすく²²⁾、ホームレス者で糖尿病にかかっている者は、特に食事コントロールが難しいことから重症化しやすいともいわれている²³⁾。今回の調査で、学生が「ホームレス者は一般の人に比べてか

かりやすいであろう」と回答した疾病は、「かぜ」、「下痢」、「赤痢」、「結核」であった。これは、日本のホームレス者の疾病の実態と合致している。これに対して、「高コレステロール血症」、「糖尿病」、「高血圧」などの生活習慣病は「ホームレス者は一般の人に比べてかかりづらいであろう」と認識されていた。これは、学生が乏しい食事内容、睡眠不足、ストレスなどといったホームレス者のライフスタイルの実態⁷⁾をよく知らなかったことと、これらのライフスタイルが生活習慣病の危険要因であることについて知らなかったことの 2 つの可能性が考えられる。

今回の調査で、学生がホームレス者について「そう思う」と回答した項目は、「ホームレス者が増えるのは経済不況のせいである」、「ホームレス者にも、就職のチャンス等を平等に与えるべきである」であった。また、ホームレス問題は自分と「関係ない」と回答した学生には、「ホームレスになったのは自分の責任」、「ホームレス者は現在の生活を改善したいと考えていない」、「ホームレス者には周囲のあたたかい理解は必要ない」と回答した者が多かった。ホームレス者は、(1) 就労意欲はあるが失業状態にある者、(2) 医療、福祉等の援護が必要な者、(3) 社会生活を拒否する者の 3 種類から成ると考えられているが、学生は、全体としてはホームレス者を (1) と認識しているものの、ホームレス問題に関心のない学生は (3) と認識している者が多く、どちらかといえばホームレス者には共感しない傾向がうかがわれた。

学生がホームレス者について「そうは思わない」と回答した項目は、「ホームレス者は麻薬や覚せい剤の温床となっている」、「ホームレス者は自分たちに何か危害を加えようである」であった。また、ホームレス問題は自分と「関係ない」と回答した学生には、「ホームレス者が近所にいると、子供たちの安全が心配である」と回答した者が多かった。「ホームレス者が麻薬や覚せい剤の温床となっている」、「ホームレス者に住民が危害を加えられた」との報告は日本ではまだないが、海外ではホームレス者における薬物依存¹⁵⁻¹⁶⁾、薬物注射による HIV 感染⁵⁾などの報告が多数なされている。日本においても、ホームレス者の薬物問題と一般住民の安全については、今後の

表5 実際にホームレス者をみたことがあることと関連のあった項目 (n=447)

	n	実際にホームレス者を			
		見たことがある		見たことがない	
		(人数)	(%)	(人数)	(%)
学生の居住歴					
北海道	132	104	78.8	28	21.2 ***1
東京都・大阪府・名古屋市・ 横浜市・川崎市	65	64	98.5	1	1.5
上記以外の都市	183	163	89.1	20	10.9
無回答	63	44	69.8	19	30.2
ホームレス問題は自分と					
関係ある	149	136	91.3	13	8.7 **1
関係ない	282	230	81.6	52	18.4
自分自身ホームレス者になる					
可能性は絶対ない	64	52	81.3	12	18.8 *1
おそらくないと思う	139	112	80.6	27	19.4
ないとはいえない	194	166	85.6	28	14.4
可能性はある	43	42	97.7	1	2.3
ホームレス者はくさいと					
思う	284	250	88.0	34	12.0 *2
思わない	60	48	80.0	12	20.0
どちらでもない	99	77	77.8	22	22.2

学生の居住歴以外の無回答は解析の対象から除外した

***1 p<0.001 vs. 「見たことがある」 by chi-square test (df=3)

**1 p<0.01 vs. 「見たことがある」 by chi-square test (df=1)

*1 p<0.05 vs. 「見たことがある」 by chi-square test (df=3)

*2 p<0.05 vs. 「見たことがある」 by chi-square test (df=2)

表6 ホームレス問題が自分と関係あるかどうかと関連のあった項目 (n=447)

	n	ホームレス問題は自分と			
		関係ある		関係ない	
		(人数)	(%)	(人数)	(%)
ホームレス者は一般の人と糖尿病へのかかりやすさがほとんど変わらない	85	27	31.8	58	68.2 *1
ホームレス者は現在の生活を改善したいと考えていない	154	43	27.9	111	72.1 *1
ホームレス者に対しては、周囲のあたたかい理解は必要ない	81	15	18.5	66	81.5 ***1
ホームレス者が近所にいると、子供たちの安全が心配である	168	42	25.0	126	75.0 **1
ホームレスになったのは自分の責任である	150	41	27.3	109	72.7 *1
仮設住宅は、自宅から10キロメートル以上離れていればあっても構わない	81	15	18.5	66	81.5 **2

無回答は解析の対象から除外した

p<0.05であった項目のみ表示

***1 p<0.001 vs. 「関係ある」 by chi-square test (df=2)

**1 p<0.01 vs. 「関係ある」 by chi-square test (df=2)

**2 p<0.01 vs. 「関係ある」 by chi-square test (df=3)

*1 p<0.05 vs. 「関係ある」 by chi-square test (df=2)

動向が注目される。

今回の調査で、学生がホームレス者に援助したらよいと考えているものは、「仕事」、「立場の理解」、「住居」であった。我々が 2000 年 12 月に行った聞き取り調査の結果（投稿中）によると、ホームレス者のニーズは、「仕事」（51 %）、「住居」（43 %）、「周囲からの理解」であった。ノース・カロライナ州におけるホームレス者のニーズ調査（1994 年）²¹⁾では、生活を改善するために最も重要なことは、「雇用」（26.2 %）、「よりよいソーシャル・サポート（結婚、家族との折り合い、友人）」（23.0 %）、「住居あるいはアパートを見つけること」（10.8 %）などが上位を占めていた。これらの実態調査結果は、今回の調査結果と比べると、「仕事」、「住居」、「周囲からの理解」の点で同様であった。また、ペンシルベニア州エリー郡における住民調査¹⁸⁾では、ホームレスになった原因は「追い立て/受戻し権喪失」（80 %）、「家族の対立」（76 %）、「失業」（75 %）、「薬物とアルコール問題」（75 %）と回答している者が多く、ホームレス問題を解決するためには「政府の職業訓練」（79 %）、「仕事」（72 %）、「低コストの住宅建設」（69 %）、「薬物とアルコール治療」（65 %）が必要であると考えている者が多かった。したがって、ペンシルベニア州エリー郡における住民調査¹⁸⁾結果は、「仕事」、「住居」という点で今回の調査結果と同様であった。「薬物とアルコール治療」が多かったのは、海外のホームレス者の実態の反映と思われる。

今回の調査で、ホームレス問題の解決策は、学生の 54.9 % が「国、道あるいは市が助けるべき」と回答し、22.4 % が「ホームレス者自身が現状を改めるべき」と回答した。ペンシルベニア州エリー郡における住民調査¹⁸⁾でも、ホームレス者への責任は「社会にある」が 65.6 %、「ホームレス者自身の責任」が 34.4 % であった。また、社会の中でも一番の責任は「連邦政府にある」（57.6 %）と回答した者が最も多く、次いで「州政府」（18.6 %）、「地方自治体」（16.7 %）であった。また、ホームレス者のために連邦支出を増やすのであれば、「もっと多く税金を支払う」と回答した者が 57.8 % と半数以上であった。これらペンシルベニア州エリー郡の調査結果¹⁸⁾は、約 6 割の者がホームレス者への責任が「国」や

「市」などの社会にあると回答している点、また、2～3 割の者が、「ホームレス者になったのはホームレス者自身の責任であるので、自分自身で改めるべき」と回答している点において、今回の我々の調査結果と同様であった。

今回の調査対象は一般の大学生であり必ずしも住民を代表するものではないが、今回の調査結果により、①学生の認識が、生活習慣病や考え・イメージなど、いくつかの点においてホームレス者の実情とは異なっている可能性があること、②ホームレス問題は自分と「関係ない」と考えている学生には、ホームレス者に対する理解が不足していること、③ホームレス者のニーズと学生がホームレス者に援助したらよいと考えているものが「仕事」、「住居」、「立場の理解」という点で合致していたこと、④学生は、ホームレス問題の解決策を「国、道あるいは市が助けるべき」、そして「ホームレス者自身が現状を改めるべき」と考えていることが示唆された。ホームレス問題解決に向けて、今後はホームレス者への自立支援対策のみならず、一般住民の問題意識を高めていくことが重要と考えられる。

文献

- 1) 東京都福祉局.東京のホームレス（白書）.2001;2-5.
- 2) 中西好子、大山泰雄、高橋光良、他.サウナでの結核多発の分子疫学的解明 —大都市のホームレスの結核問題に関連して—.日本公衆衛生誌,1997;44:769-778.
- 3) 山中克己、明石都美、宮尾 克、他.住所不定者の結核および生活状況に関する調査.結核,1999;74:99-105.
- 4) Southern A, Premaratne N, English M, et al. Tuberculosis among homeless people in London: an effective model of screening and treatment. Int J Tuberc Lung Dis, 1999;3:1001-1008.
- 5) Zolopa AR, Hahn JA, Gorter R, et al. HIV and Tuberculosis infection in San Francisco's Homeless Adults. JAMA, 1994;272:455-461.
- 6) 金玉礼、稲垣絹代. 野宿生活者の集団赤痢発生に関連する地域看護の現状と課題 —病院内の外来看護の機能と役割—.第 30 回地域看護,1999;137-139.
- 7) 小橋 元、太田薫里、長野俊輔、他.札幌市におけるホームレス者の健康問題と

生活習慣の実態－平成 12 年の健康相談会の実践から－. 日本公衆衛生誌, 2001;48:785-793.

8) Kinchen K, Wright JD. Hypertension management in health care for the homeless clinics. *Am J Public Health*, 1991;81:1163-1165.

9) Heffron WA, Skipper BJ, et al. Health and lifestyle issues as risk factors for homelessness. *J Am Board Fam Pract*, 1997;10:67-71.

10) 清水新二、斧出節子. 愛隣地区単身高齢ホームレスと飲酒問題. 老年精神医学雑誌, 1990;1:574-579.

11) 谷本佐理名、簗輪眞澄. 渋谷駅周辺の野宿者と飲酒. *Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence*, 1998;33:718-726.

12) Fichter M, Quadflieg N. Alcoholism in homeless men in the mid-nineties: results from the Bavarian Public Health Study on homelessness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1999;249:34-44.

13) 橋本 明. 東京都下－生活保護施設における「ホームレス」精神障害者の研究. 日本公衆衛生誌, 1992;39:467-478.

14) Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, et al. Health and mental health problem of homeless men and women in Baltimore. *JAMA*, 1989;262:1352-1357.

15) Milby JB, Schumacher JE, et al. Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons. *Drug Alcohol Depend*, 2000;60:55-67.

16) Bauman A, Phongsavan P. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug Alcohol Depend*, 1999;55:187-207.

17) 岩田正美. ホームレス問題と行政の対応. 都市問題, 1997;88:3-14.

18) Toro PA, McDonell DM. Beliefs, attitudes, and knowledge about homelessness : A survey of the general public. *Am J Community Psychol*, 1992;20:53-80.

19) 岩田正美. 路上の人々－新宿 1995～96年. 人文学報, 1997;281:73-99.

20) 谷本佐理名、簗輪眞澄. 渋谷駅周辺の路上生活者の生活と健康. 日本公衆衛生誌, 1999;46:838-847.

21) Slotchiver J, Char S, Sloane PD. Medical needs of the homeless. *NCMJ*, 1994;55:612-616.

22) Luder E, Boey E, Buchalter B, et al. Assessment of the nutritional status of urban homeless adults. *Public Health Rep*, 1989;104:451-457.

23) Hwang SW, Bugeja AL. Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in Toronto. *CMAJ*, 2000;163:161-165.

「生活習慣病」などの病名が持つ自己責任のイメージについて ～ 医学生を対象とした質問紙調査 ～

小橋 元¹、太田薫里¹、福地保馬²

¹北海道大学大学院医学研究科予防医学、

²北海道大学大学院教育学研究科健康スポーツ科学

Image of self-responsibility associated with the names of diseases such as
"lifestyle-related disease": a questionnaire study of medical students

Gen KOBASHI¹, Kaori OHTA¹, Yasuma FUKUCHI²

¹Department of Preventive Medicine, Hokkaido University Graduate School of Medicine,

²Department of Health and Sports Science, Hokkaido University Graduate School of Education

Abstract To assess the strength of the image of self-responsibility associated with the names of diseases, and to determine whether or not the name "lifestyle-related disease" increases the image of self-responsibility, a self-administered questionnaire study was carried out. The subjects were 160 medical students, who may have had different levels of knowledge according to the level of their medical studies. Images of self-responsibility associated by the subjects with disease names were found to be relatively strong for "drug dependence" (81.4%), "alcohol dependence" (76.1%), "lifestyle-related disease" (72.6%), "suicide" (69.0%), "adult disease" (67.3%), "hypercholesteremia" (64.4%), "lung cancer" (62.0) and "diabetes" (61.6%). On the other hand, they were relatively low for "congenital anomaly" (3.8%), "asthma" (18.5%), "sterility" (20.2%), "measles" (21.6%), "menopausal disorders" (27.4%) and "senile dementia" (27.7%). We found no significant differences among these images according to the subjects' year in medical school (2th-4th year), but a subject's particular interest in the disease, which included possessing a past history and/or family history of it, tended to reduce the images of self-responsibility for "common cold" and "suicide". Furthermore, the name "lifestyle-related disease" was found to be associated with a significantly stronger image of self-responsibility than "adult disease", although they are used to designate almost the same kinds of diseases, suggesting that it is very important to give people accurate information about diseases in Japan. Further studies among the general population, medical personnel and patients may be needed to further clarify this issue in the near future.

Key words: name of disease (病名), self-responsibility (自己責任),
lifestyle-related disease (生活習慣病), image (イメージ),
questionnaire (アンケート)

緒言

多因子疾患の予防においては、生活習慣を含む環境要因への介入が有効と考えられている。わが国では、従来「成人病」と呼ばれてきた循環器疾患、糖尿病、がんなどに対して、1996年12月より「生活習慣病」の概念が導入され、地域、職域、学校、家庭などの様々な枠組みにおける予防活動に生かされている^{1,2)}。

この概念導入の本来の目的は「生活習慣

を改善することにより、疾病の発症や進行が予防できる」という認識を醸成し、実際の行動に結び付けていくことと、成人期に先駆けて小児期からの一次予防を推進することである³⁾。しかし、その一方でこの名称が、患者に対する「自分の生活習慣が悪かったから病気にかかったのだ」という、いわば「自己責任」的なイメージを助長している可能性もある。生活習慣病は、あくまでも遺伝的体質と生活習慣、生活環境に

加齢が相互作用した結果発症する「多因子疾患」である⁴⁾。生活習慣病の発症に関わる全危険要因における生活習慣の寄与割合は、今のところ明らかになってはいないが、生活習慣の中にも自らの意思で選択可能なものと、周囲の環境などによって決定されてしまい自分では選択が困難なものがある⁵⁾ことなどを考えると、少なくとも生活習慣病の発症において、自分だけの責任といえる部分はそれほど大きくはないものと考えられる。しかしながら、実際にこの病名が人々にどのようなイメージを与えているのかについては、今のところまったく調べられていない。

そこで今回は、学年ごとに病気の知識が異なると考えられる大学医学部 2～4 年生を対象として質問紙調査を行い、(1) 生活習慣病を含む様々な病名のもつ自己責任イメージの割合、(2) それらのイメージが病名への興味の強さ（既往・家族歴の有無を含む）や学年によって異なるかどうか、(3) 「生活習慣病」と従来の名称である「成人病」との間に、自己責任イメージに差があるかどうか、について検討した。

方法

平成 13 年 10 月に、医学部の学生 2～4 年生を対象として、無記名の自記式質問紙調査を行った。調査は、講義終了後の休憩時間等を利用して、各学年をそれぞれ別な日に実施した。調査対象者合計 161 人（2 年生 47 人、3 年生 64 人、4 年生 50 人）のうち、160 人（2 年生 47 人、3 年生 64 人、4 年生 49 人）から有効な回答が得られた。

質問内容は、(1) もし誰かが以下の病気等（28 項目を設定し無作為に配列。病気とはいえない自殺を含むが、以下病気・病名と記述する）にかかった場合、それは本人の責任による部分が何%くらいだと思うか、(2) 自分自身あるいは家族が今までにかかったことがある、現在かかっている（既往歴・家族歴がある）病気、または現在自分が特に気になっている病気、(3) 性・年齢、である（図 1）。調査にあたって、学生には、病気の発症メカニズムなどの「知識」ではなく、出来るだけ病名等から思い浮かべる「イメージ」を答えてもらうようお願いした。

解析は以下の 4 点について行った。(1) 設定した病気等の自己責任イメージ割合に

ついで各学年ごとの回答分布、(2) 既往・家族歴があるかまたはその病気が気になっている者と、そうではない者における各病名に対する回答の平均値の比較、

(3) 各学年ごとの各病名に対する回答の平均値の比較、(4) 生活習慣病、成人病、高血圧、高コレステロール血症、糖尿病、心筋梗塞、脳卒中についての学生個人における回答の違いである。有意差検定は、(2) および (3) は対応のない t 検定、(4) はフリードマン検定およびスチューデント・ニューマン・クール検定による多重比較を用いて行った。

結果

調査への協力が得られた学生 160 名（男子 117 名、女子 43 名）の平均年齢は 22.2 ± 2.4 歳（mean ± SD）であった。表 1 には、学生全体における各病名の与える自己責任のイメージ割合についてを示した。自己責任のイメージが高かったものは、薬物中毒（81.4 %）、アルコール依存症（76.1 %）、生活習慣病（72.6 %）、自殺（69.0 %）、成人病（67.3 %）、高コレステロール血症（64.4 %）、肺がん（62.0 %）、糖尿病（61.6 %）などであった。一方、自己責任のイメージが低かったのは、先天異常症（3.8 %）、ぜん息（18.5 %）、不妊症（20.2 %）、はしか（21.6 %）、更年期障害（27.4 %）、老年期痴呆（27.7 %）などであった。

表 1 にはまた、病気等の自己責任イメージ割合の回答分布を、既往・家族歴があるまたはその病気が気になっている者と、そうではない者とに分けて示した。既往歴・家族歴・特に気になる疾患としては、感冒（97 人）、うつ病（58 人）、糖尿病（41 人）、高血圧（39 人）などが多く、赤痢（2 人）、薬物中毒（6 人）、結核（8 人）、不妊症（9 人）などは少なかった。各病名について、2 群間の自己責任イメージ割合を比較すると、感冒（「なし」で 42.2 % 「あり」で 33.4 %、 $p=0.03$ ）、自殺（「なし」で 70.7 % 「あり」で 58.9 %、 $p=0.06$ ）において、ともに「あり」群でその割合が低い傾向がみられた。

表 2 には、各学年ごとに、各病名の与える自己責任イメージ割合の回答の平均を示した。すべての病名において、各学年間でのイメージ割合の有意な差は認められなかった。

表1 各病気(病名)の与える自己責任のイメージ割合(%)の分布と既往歴・家族歴・特に気になっている状況の有無ごとの平均値

	全体 (n=160) mean±SD	既往歴・家族歴・特に気になっている状況			
		なし		あり	
		n	mean±SE	n	mean±SE
薬物中毒	81.4±19.8	154	81.0±1.6	6	90.0±4.7
アルコール依存症	76.1±18.6	149	76.5±1.4	11	70.0±8.6
生活習慣病	72.6±20.3	127	73.0±1.8	33	71.2±3.9
自殺	69.0±23.4	137	70.7±1.9	23	58.9±5.6 #
成人病	67.3±18.9	144	66.9±1.6	16	70.6±5.4
高コレステロール血症	64.4±18.8	138	64.8±1.6	22	61.8±4.0
肺がん	62.0±19.4	138	61.7±1.7	22	64.1±4.0
糖尿病	61.6±21.0	119	61.3±1.9	41	62.4±3.5
高血圧	58.7±19.4	121	57.6±1.8	39	61.9±3.1
AIDS(エイズ)	57.0±21.8	142	56.5±1.8	18	60.8±5.4
感冒	50.9±22.8	67	51.7±2.7	93	50.3±2.5
拒食症	50.1±23.7	142	50.4±2.0	18	47.8±5.6
心筋梗塞	45.5±19.3	144	44.9±1.6	16	50.9±5.6
交通事故による負傷	45.2±20.5	123	44.3±1.8	37	48.1±3.7
脳卒中	43.3±18.4	149	43.2±1.5	11	45.5±5.3
ノイローゼ	42.4±19.9	148	42.8±1.6	12	37.5±5.4
胃がん	40.1±19.0	138	40.6±1.6	22	36.8±4.6
大腸がん	39.1±18.7	146	38.4±1.5	14	45.7±5.1
うつ病	39.0±22.3	102	42.2±2.0	58	33.4±3.3 *
不眠症	37.7±19.9	129	38.8±1.8	31	33.2±3.1
赤痢	33.4±19.5	158	33.0±1.5	2	60.0±0.0
結核	29.5±19.5	152	28.8±1.5	8	43.8±8.2
老年期痴呆	27.7±19.5	139	27.4±1.7	21	29.6±4.4
更年期障害	27.4±21.4	127	28.1±2.0	33	24.7±3.2
はしか	21.6±15.0	126	21.4±1.4	34	22.4±2.3
不妊症	20.2±19.1	151	20.1±1.6	9	22.2±6.8
ぜん息	18.5±13.6	126	19.0±1.2	34	16.3±2.5
先天異常症	3.8±14.6	150	3.4±1.0	10	10.0±10.0

#p<0.1, *p<0.05 既往・家族歴・特に気になっている「なし」vs.「あり」(t検定による)

表2 各病気(病名)の与える自己責任のイメージ割合(%)の学年ごとの平均値(mean±SE)

	学年		
	2年 (n=47)	3年 (n=64)	4年 (n=49)
薬物中毒	81.8±2.8	80.4±2.6	82.3±2.9
アルコール依存症	78.4±2.5	75.9±2.4	74.3±2.7
生活習慣病	72.6±3.3	73.9±2.2	70.9±3.1
自殺	76.4±3.1	63.3±3.0	71.3±3.4
成人病	67.3±2.7	65.7±2.3	69.3±2.9
高コレステロール血症	66.3±2.9	64.5±2.1	62.5±2.9
肺がん	65.4±2.6	61.5±2.4	59.5±3.0
糖尿病	66.0±2.6	59.9±2.5	59.7±3.5
高血圧	59.8±2.9	58.7±2.4	57.7±2.7
AIDS(エイズ)	54.7±3.3	55.6±2.7	61.0±3.1
感冒	53.6±3.1	48.5±2.8	51.4±3.5
拒食症	51.3±3.2	48.5±2.9	51.1±3.8
心筋梗塞	45.9±2.5	44.9±2.4	45.9±3.1
交通事故による負傷	44.9±2.6	46.9±2.6	43.5±3.3
脳卒中	43.9±2.9	41.3±2.3	45.4±2.5
ノイローゼ	45.2±2.6	40.2±2.4	42.7±3.3
胃がん	40.1±2.7	40.2±2.4	39.8±2.9
大腸がん	41.8±2.5	37.8±2.5	38.3±2.7
うつ病	41.0±3.4	39.0±2.7	37.0±3.3
不眠症	40.9±3.0	36.9±2.5	35.6±2.8
赤痢	34.9±2.9	31.5±2.3	34.4±2.9
結核	30.7±3.1	28.1±2.2	30.1±2.8
老年期痴呆	23.9±2.6	28.4±2.6	30.3±2.8
更年期障害	29.4±3.4	27.8±2.8	24.9±2.5
はしか	19.8±2.1	20.8±1.8	24.5±2.3
不妊症	19.4±2.8	20.1±2.3	21.1±2.9
ぜん息	16.9±1.8	17.8±1.8	20.8±2.0
先天異常症	4.1±2.2	2.6±1.6	5.1±2.3

表3 各病気（病名）の与える自己責任のイメージ割合とそれら相互の差異

病名	自己責任の割合		検定結果						
	(% ; mean ± SE)		脳卒中	心筋梗塞	高血圧	糖尿病	高コレ	成人病	生活習慣
生活習慣病	72.6 ± 1.6	**	**	**	**	**	**	**	—
成人病	67.3 ± 1.5	**	**	**	**	NS	—	—	—
高コレステロール血症	64.4 ± 1.5	**	**	**	*	—	—	—	—
糖尿病	61.6 ± 1.7	**	**	NS	—	—	—	—	—
高血圧	58.7 ± 1.5	**	**	—	—	—	—	—	—
心筋梗塞	45.5 ± 1.5	NS	—	—	—	—	—	—	—
脳卒中	43.3 ± 1.4	—	—	—	—	—	—	—	—

NS : Not Significant, **p < 0.01, 多重比較 (SNKeuls test) による

表 3 には、生活習慣病、成人病、高血圧、高コレステロール血症、糖尿病、心筋梗塞、脳卒中についての学生個人における回答の違いの比較結果を示した。成人病と高コレステロール、糖尿病と高血圧、心筋梗塞と脳卒中の間においては、その病名の与える自己責任イメージ割合に、それぞれ有意差がみられなかったが、それ以外は、生活習慣病と成人病、高コレステロール血症と糖尿病、高血圧と心筋梗塞の間をはじめとして、すべての組み合わせにおいて有意に自己責任のイメージ割合に差がみられた。

考察

病名によって与えられる、その病気がどの程度「自分の責任」によって発症したのかというイメージは、第 1 次予防のみならず、第 2 次、第 3 次予防の場においても、非常に重要であることは論を待たない³⁾。特に高血圧、糖尿病などのように、今のところ「一度発症すると完治することはない」といわれ、一生食事、運動、薬物等の療法により治療を続けていかねばならない病気において、それは一層深刻な意味を持つと考えられる。もしも、これらの病気に罹っていない人々や、医師を含む医療スタッフが、心の中でその患者に対して、「発症したのは自分の責任である」というイメージを強く持っていたならば、患者は一生を大きな精神的および物理的な負担を背負って生きていかねばならないことになるからである。しかし、従来、社会医学を含む医学研究の分野において、この問題に関する研究はまったくみられない。本研究は、病名の人々に与える自己責任イメージに関する

初めての調査研究である。

質問票に設定した 28 の病名のうち、自己責任のイメージ割合が約 70 ~ 80 % と高かった薬物中毒、アルコール依存症、自殺は、「意志の弱さ」が大きな発症要因であると認識されていると推測される。また、胃がん、大腸がんが約 40 % なのに対して 62 % と、がんの中で群を抜いてその割合が高かった肺がんに対しても、喫煙を止められない意志の弱い者が罹るというイメージが強いのかもしれない。一方、先天異常症は約 4 %、はしか、ぜん息は 20 % 程度と低かった。しかし、同じ感染症でも赤痢、結核は約 30 %、感冒、AIDS は 50 % 台と高かった。前 2 者においては不衛生な環境への暴露、感冒においては日ごろの体調管理の甘さ、AIDS においては不用意な性行為による感染というイメージが強く影響している可能性がある。また、生活習慣病、成人病、高コレステロール血症、糖尿病、高血圧は約 60 ~ 70 % であったが、その結果として起こりうる心筋梗塞、脳卒中は 40 ~ 50 % と自己責任のイメージは低かった。致命率が高く、一見悲惨な病気の患者に対しては、やや同情的になるのかもしれない。ノイローゼ、うつ病、不眠症なども、避けられない外部からのストレスによるというイメージが強いためか、それらの自己責任イメージ割合は 40 % 程度であった。

すべての疾病は、遺伝要因と環境要因の共同作用によって発症すると考えられている⁴⁾。疾病発症における遺伝要因と環境要因の寄与割合は、単一遺伝病といわれる先天代謝異常症から、外傷や感染症のように環境要因の影響が強いものまで様々であ

る。先天代謝異常症であっても、食事内容により発症が制御されうる場合があり、また、外傷や感染症の発症にも、性格行動や免疫機能の個人差の背景因子である遺伝要因が一部寄与している^{4,5)}。

多因子疾患への環境要因の寄与は、従来、家系を用いた研究により、例えば脳卒中で約 50%、本態性高血圧で約 30%、糖尿病で約 10%と推定されていた⁶⁾。しかし、疾病の家族発生には遺伝要因のみならず、家族で長年共通に蓄積された環境要因が影響することや、多数の遺伝子情報の中でどの部分が転写・翻訳されて形質発現に結びつくかは、環境要因に依存する可能性⁷⁾などがあり、正確な数字の推定はいまだ困難である。また、環境要因のなかには、周囲から暴露を受けるもの（有害物質・ストレスなど）と、自らの意思で選択できるもの（生活習慣の一部など）とが含まれる⁸⁾。したがって、生活習慣がその主要な発症要因の一つであるといわれる生活習慣病においてさえ、その発症に「自らの責任」といえる部分はそれほど多くないと考えられる。

自殺とうつ病においては、既往歴、家族歴、特に気になっている状況がある者においては、自己責任のイメージ割合が低い傾向があった。自分自身、家族、同世代の者が患者であったりすることでその病気を身近に感じている者は、その病気の自己責任のイメージ割合を低く感じる傾向があることが推測される。それに対して、病気に対する知識が異なるはずの各学年間で、各病名の自己責任イメージ割合の平均値にほとんど差がなかったことは興味深い。今回は、あくまでも知識ではなくイメージを回答してもらうように徹底したことによる可能性もあるが、病気の自己責任のイメージは、教科書的な医学の知識よりも、むしろ年齢や病気を自分の身近に感じている度合いに関連するのかもしれない。また、もしもそうであれば、各学年をまったく別々に調査したにもかかわらず、それぞれにおいて同様の結果が得られたということは、今回新たに作成して用いた調査票の妥当性の一部を支持する結果とも考えられる。

生活習慣病という病名が、本来ほぼ同義であった¹⁻³⁾はずの成人病に比べて、有意に自己責任のイメージが高いという結果は、まさに我々が懸念していた仮説を裏付

けるものである。諸外国にも、生活習慣病に相当する疾患群を表す他の言葉として、一般的疾患、慢性疾患、慢性退行性疾患、文明病、裕福病などがある⁹⁾が、これらの言葉の持つ自己責任のイメージと、各国の予防医学の実情については、わが国同様に興味深いところである。今後、わが国においては、疾病発症における遺伝・環境共同作用の概念、その上で生活習慣病の予防における生活習慣改善の意義、また、そのために導入された生活習慣病という名前の意味の理解を、社会全体に広くすすめることが重要な課題であると思われる。

今回の調査は、医学生という限られた属性の、年齢層も限定された集団である。今後は、対象を一般集団、医療スタッフ、患者等へ拡大し、また性、年齢、職業などの属性ごとに、さらなる調査を行っていきたいと考えている。

謝辞

調査にご協力いただいた皆さん、調査をお手伝い下さった北海道大学医学部男子・女子バレーボール部の皆さんに感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 国民衛生の動向 2001. 厚生統計協会、92 - 98、2001
- 2) 図説 国民衛生の動向 2001. 瀬上清貴, 橋本修二編. 厚生統計協会、50、2001
- 3) 平成 9 年版 厚生白書. 厚生省編. 60-61、1997
- 4) 志渡晃一、小橋 元：病気の予防と健康. 三共出版、1998
- 5) 小橋 元：分子遺伝疫学の展望と問題点；新しい公衆衛生の課題. 厚生科学特別研究 疫学研究の行政的側面からの評価に関する研究班平成 11 年度報告書、37-41、2000
- 6) 古庄敏行、清水信義、北川照男、武部啓編. 遺伝疫学. 診断と治療社、1993

図1

病気等のイメージに関する調査

さまざまな病気等に対する皆さんのイメージをお聞きし、今後の疾病の予防活動に活かしていきたいと考えております。調査は無記名で行い、お答えいただいた内容は全体として解析・集計されますので、回答がそのまま公表されることはありません。

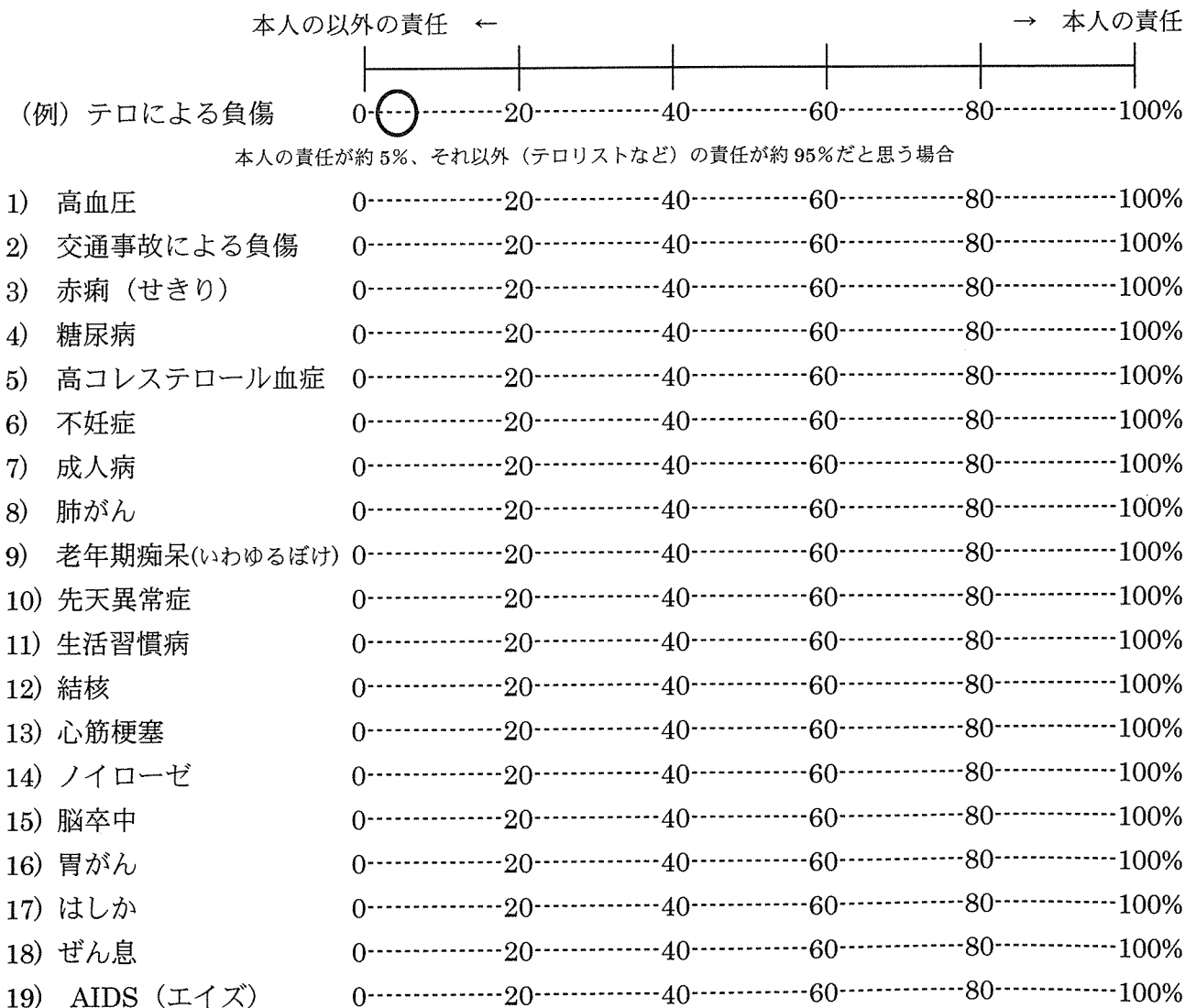
尚、本調査は、皆さんの「病気の知識」を問うものではありません。一般的な病名から思い浮かべるイメージで結構ですので、どうぞ気楽にお答えください。

お忙しいところ恐縮ですが、何卒ご協力よろしくお願い申し上げます。

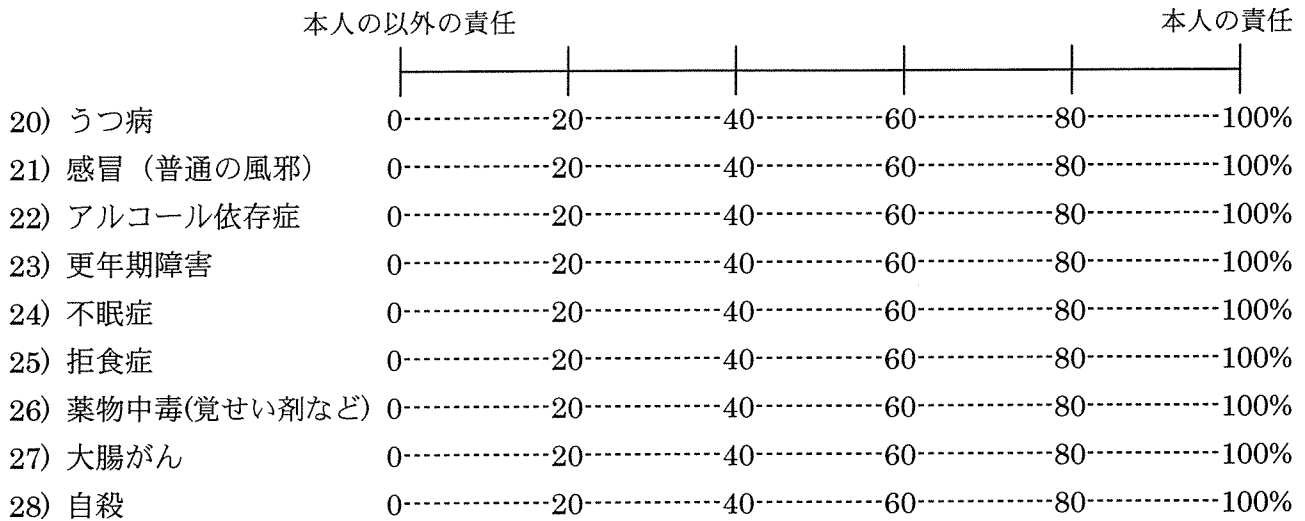
予防医学講座 小橋 元

【質問1】

もし誰かが以下の病気等にかかった場合、それは本人の責任による部分が何%くらいだと思いますか？ 本人の責任が0~100%の間のいずれかのに、例にならって○印をつけてください。



(前ページの続きです)



【質問 2】

上記の質問でお聞きした病名等のなかで、あなたやあなたのご家族がかかったことがある、または現在かかっている、あるいはあなたが特に気になっている (興味を持っている) 病気がありましたら、いくつでもその番号をお書きください。

() () () () () () () () ()
 () () () () () () () () ()
 () () () () () () () () ()

学年、年齢、性別をお答えください。

学年 () 年 年齢 () 歳 性別 男・女

ご意見等がありましたら、以下にお書き下さい。

ご協力いただき、どうもありがとうございました。

閉塞性睡眠時無呼吸症候群における歯科治療の2症例

Two case Reports of Obstructive Sleep Apnea Syndrome Treated with Sleep Splints

宮尾 悦子¹, 池松 亮子², 柏崎 潤³
 Etsuko Miyao¹, Akiko Ikematsu², Jun Kashiwazaki³

1 アルスキょうせい歯科, 2 池松武之亮いびき研究所, 3 旭ヶ丘ジュン歯科

1Ars Orthodontic Clinic, 2Ikematsu Takenosuke Snoring Research Center,
 3Asahigaoka Jun Clinic

はじめに

近年、いびきや睡眠時無呼吸症候群が注目されている。睡眠時無呼吸症候群の日本での有病率は、1～2%¹と推定されており、がん、心疾患、脳血管疾患などについて、社会医学の光をあてるべき病気となっている。現在の日本での閉塞性睡眠時無呼吸症候群（以下 OSAS と略す）の三大治療法は、経鼻的持続陽圧呼吸装置（CPAP）²、耳鼻科的手術（UPPP）³、歯科治療（主に Splint）⁴である。OSAS における歯科治療は、比較的軽症～中等症が適応とされている。

今回、中高年の肥満者で重症 OSAS の症例と、骨格的に問題のある小児の症例を経験したので、報告する。

症例 1

患者は、49 才の日本人男性で、激しい毎晩のいびき、日中傾眠と夜間浅眠を主訴として、呼吸器内科及びN大学病院精神科を受診した。OSAS と診断され、歯科治療のため当院を紹介された。

1) 全身所見

全身の健康状態は良好で、身長は 162 cm、体重は 78 kg であり、肥満度を表す body

mass index (BMI) は、30 kg/m² で肥満体形であった。

2) 体重歴

20 才代は 55 kg, 30 才代は 68 kg, 40 才代は 75 kg であった。

3) 既往歴

特になし

4) 現病歴

18 年前よりいびきを指摘され、6 年前より無呼吸があると、同僚や家族から指摘されていた。結婚し体重が増加するに従い、いびきが出現し、さらに体重増加し、無呼吸が出現してきている。

5) 側方頭部 X 線規格写真分析 (表 1)

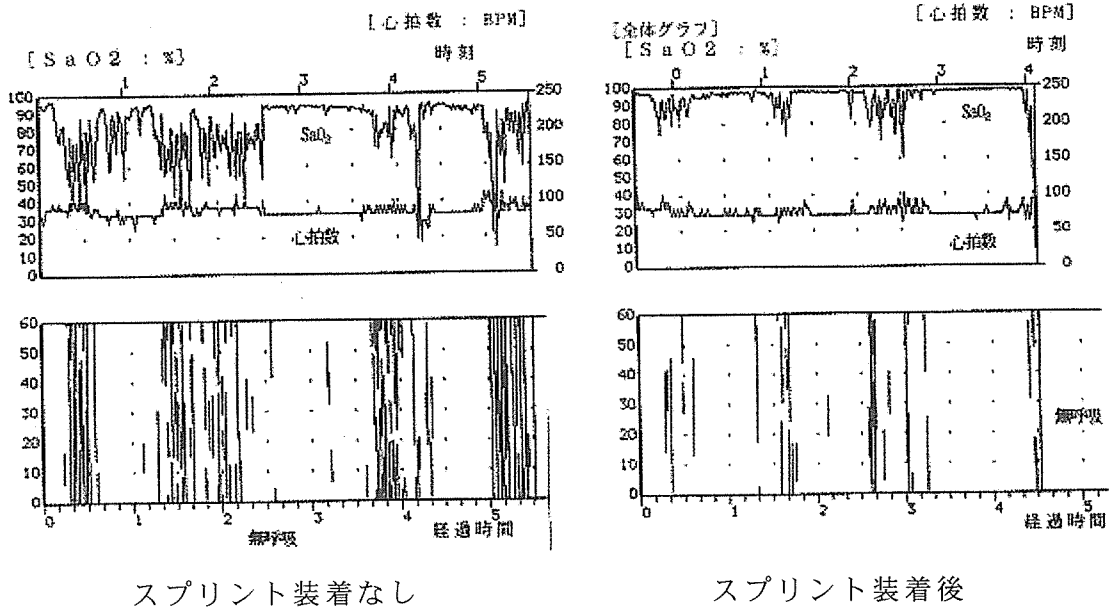
(1) 骨格的形態について

久留米大学口腔外科で調べた同年代の正常者と比べて、上顎骨の大きさを表す A'-ptm' が 1S.D. を超えて大きく、上顎骨の前後的位置を表す SNA は 90.5° と 2 S.D. を超えて大きく、また下顎骨の前後的位置を表す SNB は 84.7° と 1 S.D. を超えて大きく、上顎骨・下顎骨は前頭蓋底に対し前方位をとっていた。上顎前歯の傾斜を表す U1-SN は 114.3° で 1 S.D. を超えて大きく、上顎前歯の唇側傾斜がみられた。

表 1. セファログラム計測値 (症例 1 と日本人正常値との比較)

	日本人正常値 (久留米大学)		日本人正常値 (久留米大学)		
	症例 1	Mean ± S.D.	症例 1	Mean ± S.D.	
SNA	90.5	81.8 ± 3.0	PNS-P	52	39.2 ± 3.1
SNB	84.7	78.6 ± 3.1	MPT	11	11.2 ± 1.6
AN B	5.8	3.3 ± 2.7	SPAS	6	14.7 ± 2.0
U1-SN	114.3	103.1 ± 5.5	PAS	9	16.1 ± 2.3
A'-ptm'	56.0	51.0 ± 2.6	Mp-H	21	14.0 ± 5.4

図 1. アプノモニター所見 (症例 1)
スプリント (歯科装置) 装着前後の比較



(2) 軟組織について

本症例と正常者と比較し、軟口蓋長を表す PNS-P が 52 mm と 2 S.D. を超えて大きく軟口蓋が長かった。また、軟口蓋部の気道径を表す SPAS が 6 mm で、2 S.D. を超えて小さく、舌根部の気道径を表す PAS が 9 mm と 2 S.D. を超えて小さかった。

本症例は、骨格的には、正常者と比べ、上顎骨が大きく、上顎骨・下顎骨が前方位に位置し、骨格的には問題はないが、軟口蓋が長く、軟口蓋部・舌根部の気道径がともに狭いという特徴があり、肥満による軟組織の問題がおおきな症例であると考えられた。

6) 睡眠検査所見 (表 2, 図 1)

N 大学病院精神科における睡眠ポリグラフ検査、呼吸器内科でのアプノモニター検査でも同様の結果が得られた。睡眠時無呼吸の頻度である Apnea Index は 17.2 回/h であった。DST 90 (動脈血酸素飽和度が 90% 以下になる時間の全睡眠時間に占める割合) が 53.9% で、最低酸素飽和度が 30% にまで低下するほどの重症な OSAS であった。

2. 治療経過ならびに治療結果

狭小化した咽頭腔の前後径を拡大するため、図 2 に示すような Sleep Splint を装着した。

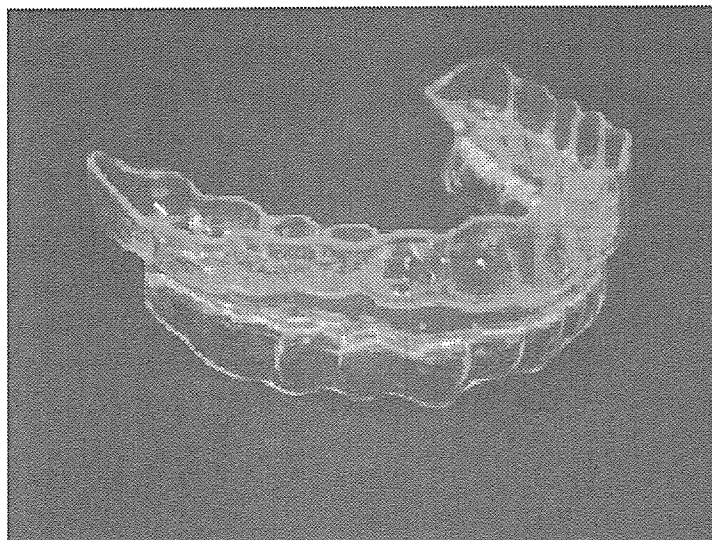


図 2. スプリントの写真

表 2. アプノモニター所見— AI と SaO₂ (症例 1)

	体重78kg (1995年)		体重71kg (1998年)	
	Splint (-) (+)	Splint (+)	Splint (-) (+)	Splint (+)
AI (回/h)	17.2	6.3	10.1	3.0
DST 90 (%)	53.9	11.8	7.0	2.0

AI: Apnea Index, 無呼吸指数の意味で、1時間あたりの無呼吸(10秒以上)の回数。
DST: Desaturation time, 動脈血酸素飽和度が90%以下になる時間の全睡眠時間に占める割合。

側方頭部 X線規格写真によると、本装置装着後、下顎は上顎咬合平面に対して、前方に2mm、下方に7mm誘導されていた。装置装着直後より、患者の日中傾眠、夜間の浅眠は解消された。

また、患者の妻によると、激しかったいびきも殆ど減少したとのことであった。睡眠検査を施行した所、AIが17.2回/h→6.3回/hへと減少し、DST 90%が53.9%→11.8%へと減少し、著明な変化が認められた。その後、患者は肥満が原因であることを自覚し、減量に努めた。

1998年に体重が71kg(7kg減少)へと減量し、睡眠検査を施行した。表2のとおり、AIがSplint無しで10.1/h→Splint装着で3.0回/hと著明に改善し、DST 90%がSplint無しで、7.0%→Splint装着で2.0%とほぼ正常な値へと著明に改善した。

考察

本症例は、無呼吸指数 AI は 17.2 回/h と中等症ではあるが、DST90%が53.9%という重症な OSAS であった。骨格的には、小下顎症や下顎後退もなく問題がない症例であった。軟口蓋の過長、軟口蓋部・舌根部の気道径の狭小化がみられる肥満の影響のある軟組織に問題のある症例であった。歯科 Splint により、奏効したが、その後、減量によりさらに病態が改善した症例であった。

今回、著者らは下顎を前下方に位置付ける歯科装置を作成し使用した。Splint の使用開始後より、激しいいびきがほぼ消失し、無呼吸が減少した結果、日中傾眠と夜間の浅眠が改善した。

本装置の作用機序を考察してみると、同装置により上顎咬合平面に対し、前方に

2mm、下方へ7mm下顎を移動させ固定した結果、舌が前方へ移動し軟口蓋も前方に移動した結果、気道径が拡大し閉塞が改善されたと考えられる⁵。また、睡眠時開口し、口呼吸となり、舌根沈下を引き起こしていたが⁶、Splint により鼻呼吸へと呼吸様式が変化することで舌根沈下を防止できたのではないかと考えられる。さらに、Loweらの報告にみられるように、下顎が時計方向に回転したことにより、外舌筋、特にオトガイ舌筋の緊張が高まったためと思われる⁷。

従来、OSAS における歯科 Splint は、軽症から中等症の適応とかがえられていたが、今回は重症の骨格的に問題のない症例に奏効した。また、肥満を改善することによりさらに改善した。肥満が大きな原因であることが、立証された症例であった。今後とも症例を深めることにより、OSAS における歯科 Splint の適応について明らかにしてゆきたいと思う。

症例 2

患者は、5才11ヶ月の男児で、いびき音が大きく弟(生後6ヶ月)を覚醒させる、寝つきや寝起きが悪く、外遊びを嫌う、夜尿症がひどく毎晩ある、睡眠時激しい体動と多量の発汗があり、ぐったりした状態でおきてくるとの主訴で来院した。呼吸器内科での簡易モニター、F大学病院・耳鼻科でのポリグラフ検査を施行し、OSAS と診断された。

1) 全身状態

大きな病気はないが、顔色が青白く、ひ弱い感じの状態であった。

身長は109cm、体重は16.5kg、BMIは13.8kg/m²であった。

表 3. セファログラム計測値 (症例 2)

日本人正常咬合者 (Male stage 2) *			日本人正常値 (久留米大学)		
	症例 2	Mean ± S.D.	症例 2	Mean ± S.D.	
N-S	56.9	64.6 ± 2.8	PNS-P	38.0	39.2 ± 3.1
N-Me	116.9	107.0 ± 4.7	MPT	14.0	11.2 ± 1.6
A'-ptm'	38.0	44.5 ± 2.1	SPAS	0.0	14.7 ± 2.0
Gn-Cd	97.6	98.6 ± 4.6	PAS	5.0	16.1 ± 2.3
Pog'-Go	58.4	65.1 ± 4.3	Mp-H	6.0	14.0 ± 5.4
Cd-Go	52.5	48.7 ± 3.8			
SNA	73.6	80.1 ± 3.4			
SNB	69.5	76.0 ± 3.5			

*: Standard by Sakamoto, Miura, Iizuka

2) 既往歴

1才6ヶ月 ピーナッツを誤嚥 耳鼻科にて摘出術した。

3) 現病歴

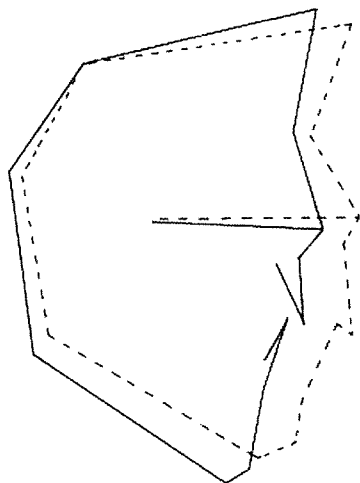
出生時 体重 2710g 軽いいびきあり。

2才 いびきが大きく、陥没呼吸、無呼吸あり。

3才 無呼吸がひどく、耳鼻科にてアデノイド・口蓋扁桃切除術。

4才 いびきがひどくなり、耳鼻科にてアデノイド切除術、いびきは改善せず。

図3. 症例2と正常咬合者とのプロフィログラムの比較 (FH at S)



症例 2 ————— 6 years 3 months old

正常咬合者

Male Stage 2 - - - - average curve of 7 years 8 months old controls (6 years 2 months - 8 years 11 months)

4) 側方頭部 X線規格写真分析 (表 3)

(1) 骨格的形態について

同年代の日本人男児の正常咬合者と比べ、前頭蓋底の大きさを表す N-S が 56.9 mm と 2 S.D. を超えて小さく、上顎骨の大きさを表す A'-ptm' が 38 mm と 2 S.D. を超えて小さく、下顎骨長を表す pog'-Go が 1 S.D. を超えて小さかった。また、全顔面長を表す N-Me は 116.9 mm と 1 S.D. を超えて大きく、Dolico facial type であった。前頭蓋底に対する上顎骨の前後的位置を表す SNA は、1 S.D. を超えて小さく、前頭蓋底に対する下顎骨の前後的位置を表す SNB は、2 S.D. を超えて小さく、上顎骨・下顎骨はともに前頭蓋底に対し、後方位をとっていた。図 3 に、同年代の正常咬合者と比較した Profilogram を示したが、症例 2 に骨格的に問題があることがよくわかる。

(2) 軟組織について

正常者と比較し、軟口蓋の肥厚を表す MPT が 14 mm と 1 S.D. を超えて大きく、軟口蓋部の気道径を表す SPAS が 0 mm、舌根部の気道径を表す PAS が 5.0 mm と著明に閉塞、狭窄していることがわかる。本症例は、生後すぐにいびきが発現しており、骨格的、解剖的に問題のある症例であった。

5) 睡眠検査

F 大学病院でのポリグラフ検査により、AHI 24.3 回/h の中等症の OSAS と診断された。

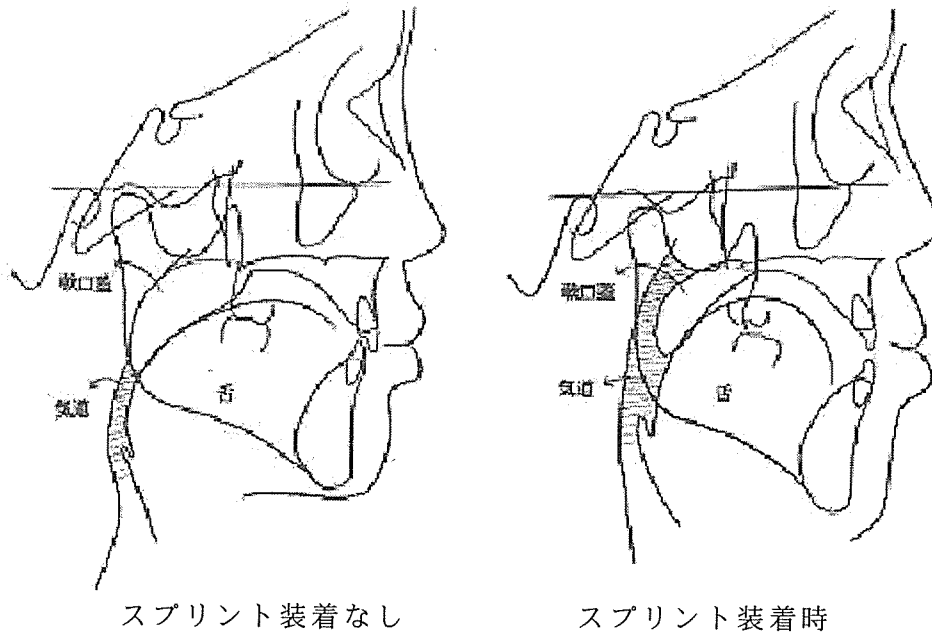


図 4. スプリント装着前後のセファログラム・トレース図の比較 (症例 2)

2. 治療経過ならびに治療結果

閉塞あるいは狭窄した気道径を拡大するため、Sleep Splint を装着した。側方頭部 X 線規格写真 (図 4) によると、本装置装着後、下顎は上顎咬合平面に対し、前方に 5mm、下方に 17mm 誘導されていた。装置装着直後より、生まれて初めて「おしっこ」と自分から起きてくることができ、元気になり外遊びが大好きになった。いびきもほぼ消失し、弟も覚醒することがなくなった。

睡眠検査 (表 4, 図 5) により、DST90 % が、38.6 % → 4.2 % と著明に減少した。

表 4. アプノモニター所見—SaO₂ (症例 2) スプリント (歯科装置) 装着前後の比較

	Splint(-)	Splint(+)
DST 90(%)	38.6	4.2

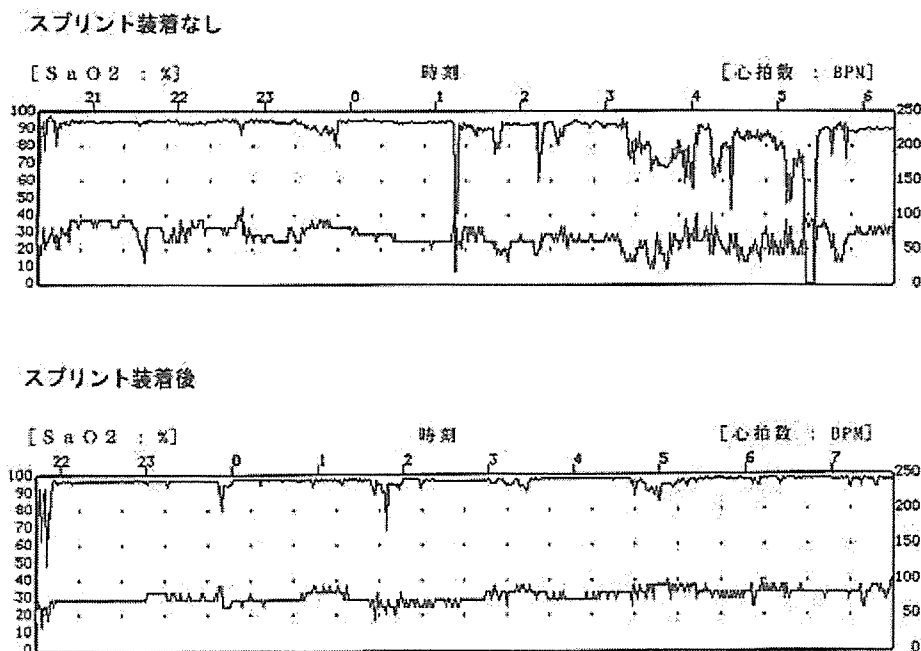


図 5. アプノモニター所見 (症例 2) スプリント (歯科装置) 装着前後の比較

3. 考察

本症例は、OSAS は中等症だが、骨格的あるいは解剖的には、重症のタイプであった。自覚症状も多く、家族の睡眠にまで悪影響のある状態であった。

今回使用した装置は、上顎咬合平面に対し、前方に 5mm、下方に 17mm と下顎の移動量も大きく、口呼吸のできる装置であった。本症例の場合、睡眠時の MRI で確認した結果、仰臥位になると軟口蓋が気道を閉塞してしまうので、舌根部で気道を拡大しないと呼吸ができないからである。

下顎を前下方に位置付けることにより、舌が前方に移動し、同部の気道が拡大した結果、いびきの消失、無呼吸の減少が得られたと考えられる⁵。本症例は、成長期であるため、今後も慎重に対処していく予定である。

おわりに

いびきや OSAS は、実際の生活や多様な疾患・病態に関連している。また、その原因は、様々である。そのため、公衆衛生、精神科、内科、耳鼻科、小児科、歯科などが連携しあう包括的保健医療が必要とされる。今回、報告した歯科治療は、CPAP のように高価ではなく、強制的に空気をいれられる不快さもなく、UPPP のように侵襲的ではないことが、わが国で注目され、普及しつつある背景である。このことは、日本人の肥満度が欧米ほど重症ではないことによると考えられる⁸。欧米での歯科治療は、わが国ほどの普及もなく、また効果も相対的に低いと考えられているが、これは、高度肥満の患者が多いことも一因と考えられる。

睡眠障害は、昼間の眠気を引き起こし、交通事故の原因となるなど、重要な問題である。これに対して、米国では、全国的なスリープセンター網の設置と啓蒙がおこなわれている⁹が、日本ではこれからという段階である。今後、診療科を超えた連携の構築に努力していきたい。

文献：

1. 粥川裕平：睡眠時呼吸障害の疫学と社会的インパクト，井上雄一，山城義広編著．東京，日本評論社，2002: 1-8.
2. Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, Eves L.: Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous

positive airway pressure applied through the nares. *Lancet* 1981 Apr 18; 1 (8225) : 862-5.

3. Fujita S, Conway W, Zorick F, Roth T.: Surgical correction of anatomic abnormalities in obstructive sleep apnea syndrome: uvulopalatopharyngoplasty. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981; 89 (6) : 923-34.

4. Schmidt-Nowara W, Lowe A, Wiegand L, Cartwright R, Perez-Guerra F, Menn S.: Oral appliances for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea: a review. *Sleep* 1995 ;18 (6) : 501-10.

5. 足立 敏，国栖 聡，杉田 義郎ほか：睡眠時無呼吸症候群の歯科的治療。阪大歯学誌，1990; 35 (1) : 400-409

6. Hida W, Okabe S, Miki H, et al: Submental stimulation and supraglottic resistance during mouth breathing. *Respiration Physiology* 1995; 101: 79-85.

7. Lowe A, Fleetham J, Ryan F, Mathews B. Effects of a mandibular repositioning appliance used in the treatment of obstructive sleep apnea on tongue muscle activity. *Prog Clin Biol Res* 1990; 345: 395-404.

8. Miyao E, Miyao M, Ohta T, et al. Differential diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome patients and snorers using cephalogram. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2000; 54: 659-664.

9. National Commission on Sleep Disorders Research. *Wake up America: A National Sleep Alert*. Dement WC, Chairman. Washington DC Government Printing Office, 1993.

いびき相談者にみる耳鼻咽喉科疾患と閉塞性睡眠時無呼吸症候群の有病率

池松亮子¹⁾, 夜久有滋²⁾, 熊原恵一郎³⁾, 佐藤裕子³⁾,
成井浩司⁴⁾, 宮本雅之⁵⁾, 伊藤紀之⁶⁾

- 1) 池松武之亮いびき研究所、2) 夜久耳鼻咽喉科、
3) 池松武之亮記念クリニック、
4) 虎の門病院呼吸器科、5) 獨協医科大学神経内科、6) 共立女子大学

Prevalence Rate of Nose and Throat Disorders and Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Snoring Counseling Cases

Akiko Ikematsu¹, Yuji Yaku², Keiichiro Kumahara³, Hiroko Sato³,
Koji Narui⁴, Masayuki Miyamoto⁵, Noriyuki Ito⁶

- 1) Ikematsu Takesuke Snoring Research Center
2) Yaku Otorhinolaryngological Clinic
3) Ikematsu Takesuke Memorial Clinic
4) Division of Respiratory Diseases, Toranomon Hospital
5) Department of Neurology, Dokkyo University School of Medicine
6) Kyoritsu Women's University

要約：いびきで悩む人々の多くは耳鼻咽喉科を受診するが、耳鼻咽喉科学的疾患がないため治療対象とならず放置されることがある。本論はいびきを主訴に訪れた 579 名に、耳鼻咽喉科疾患の有無を調べ、いびきの原因との関連を検討した。またその中で、睡眠時無呼吸症候群 (Sleep Apnea Syndrome:SAS) の診断基準に合致し、SAS が疑われた 266 名 (45.9%) に対し、終夜睡眠ポリグラフィ検査 (polysomnography:PSG) を施行した。その結果、治療を要する耳鼻咽喉科疾患は相談者全体の 36 % に認められ、無呼吸・低呼吸指数 (apnea hypopnea index:AHI) が 20 以上で治療対象となった SAS 患者は 53 % であった。また、いびき音の異常から精査した中に多系統萎縮症 (Shy-Drager 症候群) が 2 例存在していた。いびきを主訴に訪れる患者の中に、重症 SAS や神経疾患の存在していることもあり、習慣性いびきに対する診断基準の統一化と、いびき音に対して注意することが重要であると考えられた。

Key words：いびき相談、睡眠時無呼吸症候群、耳鼻咽喉科疾患、いびき音、Shy-Drager 症候群、習慣性いびき

はじめに

いびきの改善を求めて訪れる相談者の多くが、耳鼻科での受診経験を持つ。いびき及び睡眠時無呼吸症候群 (Sleep Apnea Syndrome:SAS)¹⁾ に対する人々の認識が高まり、診断や治療に取り組む医療機関が増加している。しかし、無呼吸を伴わない習慣性いびきや耳鼻咽喉科疾患を伴わないいびきについては、診断基準が曖昧なため、治療対象外とされることが多い (図 1)。今回、いびきを主訴に訪れた相談者 579 名の医療機関での受診経験の有無と、耳鼻咽喉科疾患及び SAS の割合を検討し、習慣性

いびきの原因をまとめた。

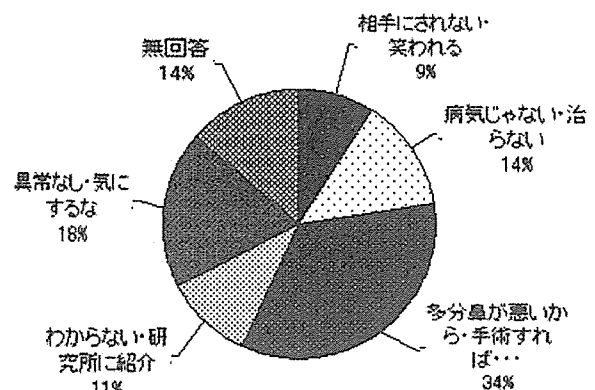


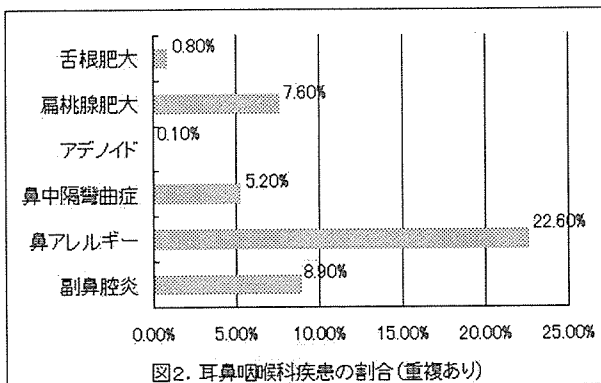
図1. 医療機関の対応 (207名)

対象と方法

対象は 1999 年 3 月から 2000 年 4 月までの、14 ヶ月間のいびき相談者 579 名で、男性 354 名、女性 225 名。全体平均年齢は 41.6 ± 14.3 歳、平均 BMI 23.8 ± 3.8kg / m²。男性平均年齢は 41.7 ± 13.5 歳、女性平均年齢は 41.6 ± 15.5 歳。診断の統一化を図るため 579 名は、同一耳鼻咽喉科医により耳鼻咽喉科疾患の有無を調査した。更に、池松式いびきの診断²⁾に基づいた咽喉の臨床所見と、各自が録音し持参したいびきの録音テープから、①いびきのタイプ(振動型及び狭窄型)、②音量、③声帯関与の有無、④開口呼吸や舌根沈下の有無などを確認した。また、睡眠習慣と睡眠障害についてのアンケート調査³⁾、眠気尺度 Epworth sleepiness scale(ESS)スコア⁴⁾、さらに耳下腺部の腫脹や下顎の大きさ・歯並びと咬合・側面からみた顔の奥行き・首の太さや長さなどの顔面形態⁵⁾、ICSD (The international classification of sleep disorders ; 1990, 睡眠障害の国際分類)の基準⁶⁾などから SAS が疑われた全体の 48.3% (280 名) に対し、関連機関にてレスピロニクス社製アリスⅢによる睡眠ポリグラフィ検査 (polysomnography:PSG) を施行し検討した。いびきを録音する際は、枕元 30~40cm のところでセットすることを指示した。

結果

いびき相談者の中には以前に耳鼻咽喉科を受診し、いびきは病気ではない・どこも異常はない等として、治療対象から外されていた人が 35.7% (207 名) 存在していた (図 1)。また、全体の約 36% に治療を要する耳鼻咽喉科疾患が認められた (図 2)。さらに SAS が疑われ



PSG を施行した 266 名のうち、79.7 % (212 名) が無呼吸・低呼吸指数 (apnea hypopnea

表 1. PSG 施行数 266 名の結果と受診経験の有無

SAS の疑い (280 名)		受診経験	
PSG 施行数 266 名		有り 94 名	
AHI	人数 (%)	人数 (%)	
<5	54 (20.3)	21 (7.9)	
5 ≤ 20	70 (26.3)	27 (10.1)	
20 ≤ 40	46 (17.3)	14 (5.3)	
40 ≤	96 (36.1)	32 (12.0)	
合計	266 (100)	94 (35.3)	

index:AHI) 5 以上で SAS と診断され、53.4 % (142 名) は、AHI 20 以上で、経鼻的持続陽圧呼吸治療 (nasal continuous positive airway pressure:NCPAP) 治療の対象であった (表 1)。266 名の中には、医療機関でいびきの相談経験を持つ人が 35.3 % (94 名) 存在し、その 27.4 % (73 名) に、AHI 5 以上の SAS が認められた (表 1)。AHI 20 以上の SAS 群では、扁桃肥大 16 名を含め 23 % に耳鼻咽喉科疾患が認められた (表 2)。また、無呼吸は伴わないものの 1 分間に 25 回~35 回の頻呼吸が見られ、明らかに声帯が関与していると思われる基本周波数 210Hz~300Hz の高音いびき者 2 名は神経内科での精査の結果、多系統萎縮症 (Shy-Drager 症候群)⁷⁾ と診断された。

表 2. SAS (AHI ≥ 20) 患者の鼻・咽頭の疾患との割合

	総数	受診経験 (+)
人数	143	42
鼻アレルギー	5	1
鼻中隔彎曲症	9	2
扁桃肥大	16	2
アデノイド	1	0
副鼻腔炎	2	1
合計	33 (23%)	6 (4%)

考察

579 名中 299 名は習慣性いびきとして、主に生活習慣の改善を必要とする家庭療法を試みた。家庭療法とは、睡眠中の開口呼吸者にはマウステープによる閉口鼻呼吸の習慣指導、仰臥位での睡眠者には側臥位で

の枕の高さ調整、体重の減量、アルコール摂取の節制などである。また、SAS の疑われた 280 名は、呼吸器内科での CPAP 治療、歯科および口腔外科での歯科装置 (sleep splint : SS)、耳鼻咽喉科の手術治療(咽頭腔拡張術 uvulopalatoplasty : UPP, 口蓋垂軟口蓋咽頭形成術 uvulopalatopharyngoplasty : UPPP)、精神科や神経内科での精査が選択された(図 3)。治療法の選択は、AHI 20

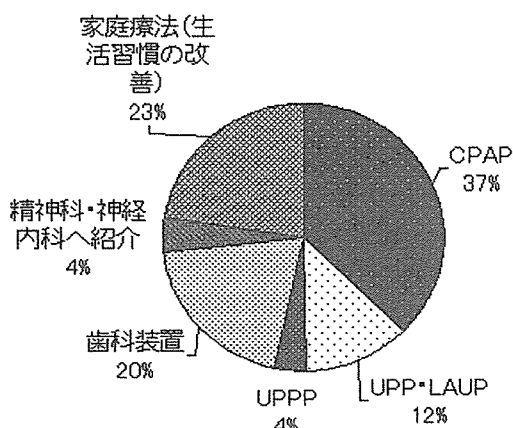


図3. 280名の治療選択

以上で保存的治療を求めた人や肥満度の高い人は CPAP 治療を第一選択とし、また、AHI $5 \leq 40$ の範囲の SAS 群で、下顎が小さく下顎を前突すると気道拡張が自覚できた人や舌肥大に寄る舌根沈下の著しい人には SS を選択した。耳鼻咽喉科医の咽頭及び鼻の所見で、手術での改善率が高く本人が手術を強く希望した場合、UPP・UPPP の可能な医療機関へ紹介した。さらに、鬱病などで精神科に通院中の SAS 患者については、精神科医が担当する睡眠障害センターでの精査を依頼し、頻呼吸でいびき音に声帯音が混在し、ふらつきや眩暈の症状を伴う場合は神経内科での精査を依頼した。

いびきは睡眠時呼吸障害の重要な症候であるが、その病態、スクリーニング法や、診療指針は未だ確立されていない。治療対象から外されていた中に、多系統萎縮症などの神経疾患からくる声帯運動障害と思われるいびきもあり、多数のいびき患者が受診することの多い耳鼻咽喉科を含め、いびきの病態に関する医療機関側の理解が必要であると考えられた。さらにスクリーニングの方法・録音テープによるいびき音の傾聴・手術に対する診断基準の統一化を図ることの必要性和、耳鼻咽喉科学的疾患が認

められない中でも、重症 SAS の患者が多く見られることから、呼吸器科・神経内科・歯科・及び口腔外科・精神科・循環器科などとの連携が重要であると思われた。また、無呼吸の伴わない激しいいびき者の中には、神経疾患が潜んでいる場合があり、早期にいびき音に異常が生じることから、音の傾聴は重要であると思われた。本稿では治療効果についての検討にはまだ至っていないが、今後の課題としていく予定である。

文献

- 1) Guilleminault, C., Dement, W.C.: Sleep Apnea Syndromes. Alan R Liss Inc, New York, 1978
- 2) Ikematsu A, Yaku Y, Niho M: The Ikematsu System for the Diagnosis of Snoring: A Review of 39 Years of Clinical Studies. In: Togawa K, Katayama S, Hishikawa Y, Horie T(ed). Sleep Apnea and Rhonchopathy: Karger, Basel, 1993:140-149.
- 3) JOHNS vol. 7 .No.7 1991-7(859)15
- 4) 野田明子: 眠気の自覚的(主観的)評価法、太田龍朗、大川匡子、塩澤全司編、臨床睡眠医学、朝倉書店、1999 : 98-102
- 5) 池松武之亮 : いびき 110 番、サンマーク出版、1989 : 87-89
- 6) 岡田保 : 診断基準、岡田保、粥川裕平編、閉塞性睡眠時無呼吸症候群—その病態と臨床—、創造出版、1996:42-51.
- 7) 塩澤全司、古池保雄 : Shy-Drager 症候群 (SDS)、岡田保、粥川裕平編、閉塞性睡眠時無呼吸症候群—その病態と臨床—、創造出版 1996:92-96.

医療職教育課程における社会的健康被害の教授方法の試み

A Trial of an Instructional Program on Social Health Damage in the Curriculum for Health Care Professionals

波川京子

Kyoko NAMIKAWA

広島県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

Hiroshima Prefectural College of Health Sciences, Faculty of
Health Sciences, Department of Nursing

Abstract Factors causing damage to health include physical and psychological injuries where there is a clear causal relation with an infectious disease, diseases of lifestyle, disasters and accidents. Here "Social Health Damage" is defined as damage to health caused by non-human factors, which are difficult to prevent, such as pollution, damage to crops by chemicals, and food contamination.

When pollution, damage of crops by chemicals and food contamination occur, government and the corporations concerned declare that "such mistakes will not be repeated". However, they do in fact re-occur. What educational institutions can do towards preventing such re-occurrences is to incorporate into their curriculum lessons on the causes of social health damage, responsibilities of health care professionals, understanding of patients, and relief systems for patients. An instructional program on social health damage was attempted as part of the curriculum for health care professionals.

Results showed that temporal awareness of participants was low with regard to the co-existence of diseases arising now and past diseases. Of assumptions made about determining the role of health care professionals and treatment policy, the dissemination of correct information, patient and family support and psychological care accounted for the majority.

No reference was made to the responsibilities of professionals and the reaction of patients exiting the relief system with regard to preventing re-occurrence. The importance is stressed of organizing educational content to increase reflection on the responsibilities of health care professionals and the understanding of sufferers from social health damage.

Keys words: Social Health Damage (社会的健康被害), Curriculum for Health Care Professionals (医療職教育課程), Responsibilities of Health Care Professionals (医療職の責務), Instructional Program (教授方法)

緒言

健康を阻害する要因別には、発症との因果関係が明らかな病原体や先天性代謝異常によるもの、不摂生な生活習慣が引き起こす生活習慣病などがある。その他に、災害や事故による負傷などもある。それらとは別に、明らかに社会的(人為的)に作られた疾患もある。人為的な健康障害の原因として、公害や薬害、食品汚染、大気汚染、医療過誤、行政ミスなどがあげられる。

公害病は「公害が原因となって起きる疾患」¹⁾であり、原因となる公害は、「企業活動によって地域住民のこうむる環境災害。煤煙・有毒ガスによる大気汚染、排水・廃液による河川・地下水の汚濁、地下水の大量採取による地盤沈下、機械の騒音・振動・悪臭など。」²⁾である。

「公害健康被害の補償等に関する法律」は、公害による水俣病、四日市喘息、イタイタイ病の判決を受けて、1973年に制

定されている。この法律は「事業活動その他の人の行動に伴って生ずる相当範囲にわたる著しい大気の汚染又は水質の汚濁の影響による健康被害に係わる損失を補填する」と「健康被害を予防するために必要な事業を行う」ことを目的にしている。

人の行為によって生じる健康被害を、本稿では、「社会的健康被害」と呼び、「社会的健康被害」を「社会の中で人為的に作られた不健康の原因により、本人にとっては回避することが困難な状態にあり、その結果として健康被害が発症したもの」と定義する。

社会的健康被害による患者の発生は繰り返され対応は後追いになっている。例えば、食品汚染の 1 つである森永ヒ素ミルク事件においては、発生から 19 年目の 1974 年に、被害者の継続的健康管理、治療・養育、生活保護・援助などを目的にした財団法人ひかり協会が設立されている。1967 年～1968 年のキノホルム剤による薬害のスモン (SMON: Subacute Myelo-Optico-Neuropathy; 亜急性脊髄視神経末梢神経病) では、1972 年に難病対策の特定疾患調査事業が発足している。

社会的健康被害の原因と責任が訴訟や世論によって追及されるたびに「二度と過ちは繰り返さない」が、政府や原因企業から常套句のごとく言われ、補償制度ができていく。しかし、同じような原因で、同じような対処方法で、過ちが繰り返されているのである。

公害や薬害、食品汚染が社会問題化すると、所轄官庁以上に、企業が製造者責任として、あるいは廃棄物の処理工程問題として、その責任が問われることが多い。所轄官庁の原因究明調査には、医療職がかかわっている。同時に、これら健康阻害因子に暴露した社会的健康被害者は、必ず医療にかかる。健康被害の原因究明においても、治療やケアにしても医療職の専門知見がその後の救済保障を左右するほど、医療職の責務は大きい。

また、社会的健康被害者は原因が特定できない期間、発症に対する言われなき偏見や差別を受け、好奇の目にさらされることになる。この間の健康被害者の不安は計り知れない。原因がわからない疾患は、医療職自身も感染に対する防疫体制をとらなければならない。それが健康被害者の不安を

増幅させることにもなる。双方の不安を助長するマスコミにも問題があるが、ここでは医療職と社会的健康被害者の関係に限定して論じる。

医学・医療は人間社会の中で発展してきた。人間が人間社会の中で生を受け、死を迎えるまでの生涯の過程に、医療は介在する。私的或いは社会的、感染症或いは慢性疾患など原因はどうかで、不健康な状態に陥った人間が、まず出会うのは医療職である。

不健康の原因が不明であったり、偏見を持たれている場合、患者・家族の不安を受け止めるのは医療職である。患者・家族は医療職に頼り、医療職の一举一動に敏感になっている。原因が特定でき、治療方針が確立し、予後の予測がつけば、不安に陥ることを軽減することができる。問題はそこに至るまでの途上にある健康被害者と、家族を支えるのも医療職の役割である。

公害や薬害等による、健康被害の過ちが繰り返される要因の 1 つに、医療職の教育課程において、社会的健康被害の発生原因や、医療職の責務、患者理解、救済制度等が体系的に教授されていないことが考えられる。再発防止に向けて、教育機関ができることは、健康被害発生とその後の処遇方法についての教育を、医療職の現任教育や養成教育の体系に位置づけることである。社会的健康被害の発生に際して医療職は原因究明、治療、看護、社会的リハビリテーションにあたっている。

そこで、医療専門職養成課程の 1 つである、看護大学課程の地域看護学概論で、社会的健康被害に関する教授方法を、2 学年にわたり試みたので報告する。

1. 社会的健康被害の教授目的

地域看護学は、保健師養成課程をベースにして構成されている看護学の一分野である。保健師は疾病予防と健康増進、日常生活における健康支援などを目的にして誕生した職種であることから、社会的に健康問題をとらえる職種としての特徴を持っている。専門科目の思考ベースになる概論は、その職種の考え方の基軸を定める。地域看護学概論において社会的な看護の視点で、疾病予防の考え方や行政の意向、社会の要請に即応した看護職 (特に保健師) を育成することを目的にしている。

地域看護学概論で社会的健康被害を教授するのは、疾病論や看護方法論に焦点を当てるのではなく、社会事象との関連で健康をとらえさせようとしたからである。結果としての健康障害に着目するのではなく、社会的要因を探求できるものの見方、考え方を修得させることを教授目的としている。

2. 講義の展開

2 年生の前期に開講する地域看護学概論 30 時間のうち 8 時間を歴史に当てている (表 1)。使用テキストの近代から現在までの「公衆衛生看護年表」³⁾に沿って講義を展開した。年表には年代、公衆衛生看護、看護関係、関連事項で構成されている。講義の展開にあたって、関連事項に社会的健康被害の発生事例と、発症に至る経過と原因企業・行政対応を補足した。6 時間の講義の後、2001 年度は 2 時間を「ハンセン病」のグループワーク、2 時間をプレゼンションの時間にあてた。2002 年度は 6 時間の講義の後、提示した社会的健康被害疾患課題に沿って、各自 2 時間の自己学習とレポートまとめをさせた。

1) 2001 年度ハンセン病グループワーク

2001 年 5 月はハンセン病国家賠償請求訴訟が熊本地裁で結審し、国が控訴を断念して、ハンセン病患者との和解に向けた動きが始まったときであった。連日マスコミにハンセン病が取り上げられていた。また、講義ではアニメ映画「もののけ姫」^{註 1)}の登場人物を紹介しながら、より身近に引き寄せた。

公衆衛生看護史の講義終了後、60 名の受講生に対して、「ハンセン病から患者の人権を考える」というメインテーマを提示し、①ハンセン病の感染経路と治療方法、②ヨーロッパの患者対応、③日本の患者対応、④国が隔離を選択した背景、⑤国が隔離を続けた背景、⑥隔離する側 (警察・医療者) の手順、⑦療養所での生活、⑧療養所で行われていた医療、⑨患者の手記から人権を考える、⑩医療者の手記から人権を考える、⑪患者の立場から人権を考える、の 11 のサブテーマに分かれて 1 グループ 4~6 人でグループワークを行った。テーマはグループメンバーが選択し、グループワーク過程で初めて知り得たことを図 1 に

まとめた。

2) 2002 年度は 9 つの疾患についての個人レポート

1) と同様に歴史の講義終了後に受講生 64 名に対して、社会的健康被害と位置づけて、①被爆者 (戦争被害)、②水俣病 (排水汚染と食品公害)、③四日市喘息 (大気汚染)、④森永ヒ素ミルク中毒 (食品公害)、⑤カネミ油症 (食品公害)、⑥サリドマイド児 (薬害)、⑦薬害エイズ (薬害)、⑧クロイツフェルトヤコブ病 (薬害)、⑨ハンセン病の 9 つの疾患を提示した。そこから関心のあるものを各自が 1 つ選択し、原因→発生患者の特性→治療方法・国の解決策→看護職の役割、順に記述させた。

9 つの疾患を身近に引き寄せるために紹介した作品・文献は、①被爆者一井伏鱒二「黒い雨」、中沢啓治「はだしのゲン」、永井隆「この子を残して」、峠三吉「原爆詩集」、④森永ヒ素ミルク中毒一丸山博「保健婦・養護教諭とともに」⁴⁾、⑥サリドマイド児一日本映画「典子は今」、⑦薬害エイズ一広川隆一「AIDS 少年はなぜ死んだか」⁵⁾、⑨ハンセン病一アメリカ映画「ベンハー」、宮崎駿「もののけ姫」、松本清張「砂の器」である。

レポートを提出した学生は 61 名、選択したテーマの内訳は、①被爆者 (3 名)、②水俣病 (13 名)、③四日市喘息 (1 名)、④森永ヒ素ミルク中毒 (4 名)、⑤カネミ油症 (2 名)、⑥サリドマイド児 (10 名)、⑦薬害エイズ (19 名)、⑧クロイツフェルトヤコブ病 (2 名)、⑨ハンセン病 (7 名) であった。レポート記述のうち、「看護職の役割」の記述内容を疾患別に図 2 にまとめた。

3. 教授方法の課題

2001 年度のグループワークは熊本地裁の判決と、国のらい病対策の歴史的是非が問われ始めた時期であった。マスコミ報道とインターネット情報から、らい病予防法とハンセン病対策情報を収集しやすい状態にあった。反面、マスコミやインターネット上にない、1873 年 (らい菌発見) 以前の「ヨーロッパの患者対応」と、「医療者の手記から患者の人権を考える」のプレゼンテーション量が少なかった。学生の情報

表 1 2002年度 地域看護学概論講義計画

2 年前期 30時間 (15コマ) 受講者数 65名

回	テーマ	
1	地域看護の理念と目的	公衆衛生の黎明期、昭和初期の人々の暮らし 戦後の公衆衛生 産業構造の変化と健康問題、社会的健康被害の発生 カリキュラムの変遷と社会的ニーズ 社会的健康被害者に対する看護職の役割
2	地域看護活動の目的	
3	継続看護と地域看護	
4	プライマリヘルスケアと公衆衛生看護	
5	公衆衛生看護活動の歴史	
6	保健活動の歴史	
7	公衆衛生看護教育史	
8	地域看護に求められる役割	
9~15	以下略	

図 1 2001年度「ハンセン病から患者の人権を考える」
(グループワークでの初めて知り得たこと)

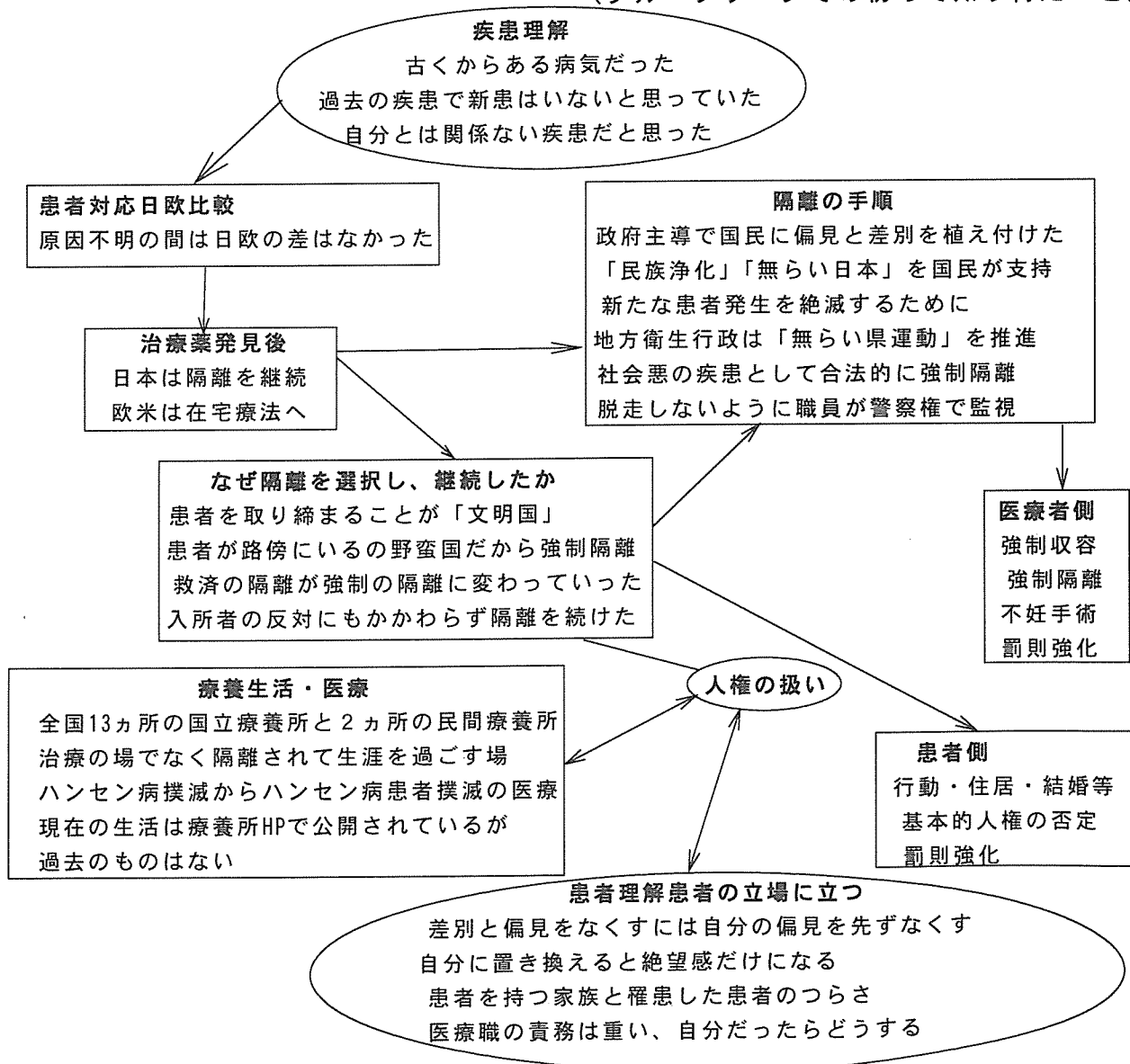
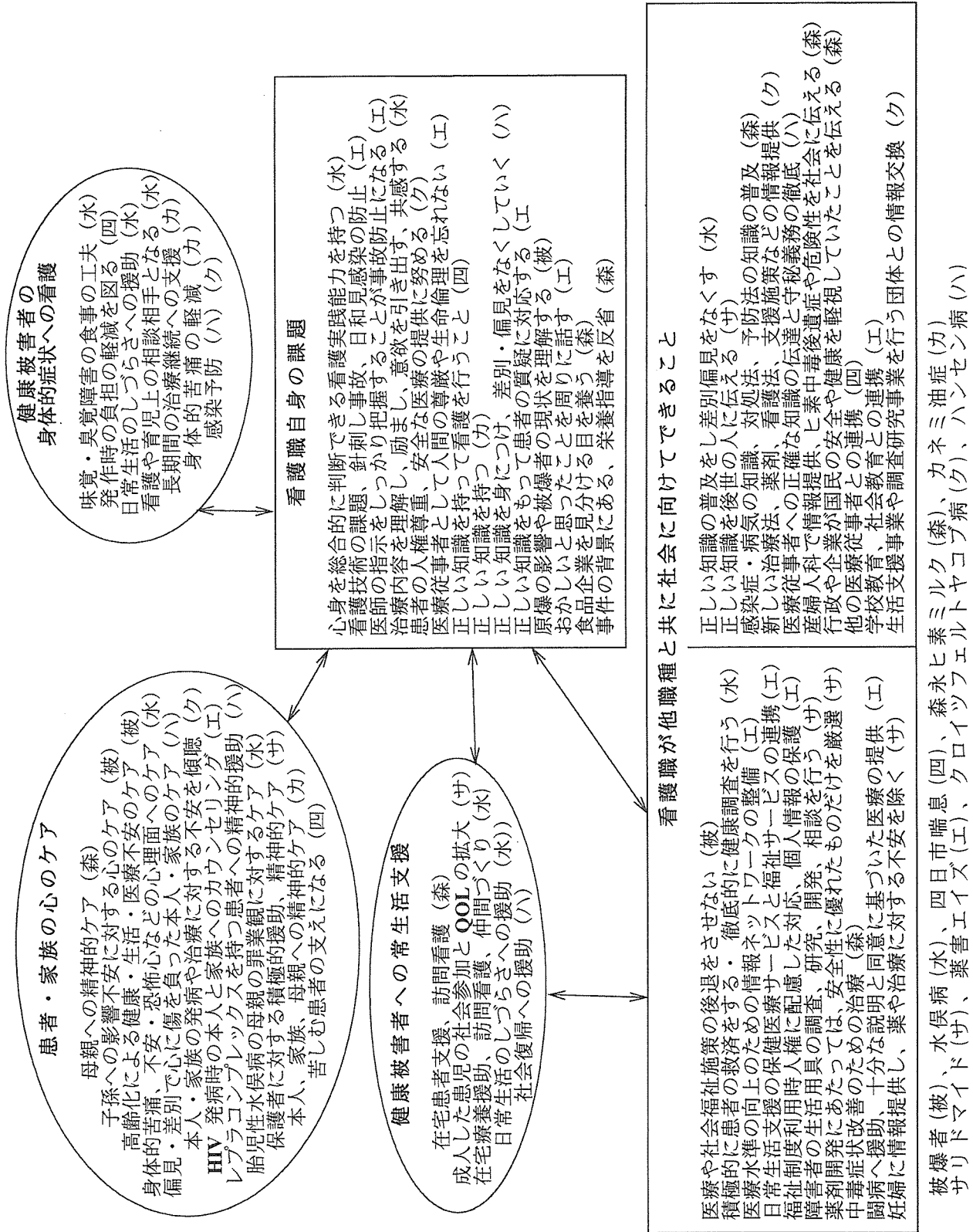


図 2 2002 年度「看護職の役割」を考える



収集能力差によって、社会的健康被害を考える機会が、左右されるのではないかが懸念された。

2002 年度はテーマを個別選択させたことから、学生の関心傾向が示唆された。2002 年度は狂牛病関連の食肉問題がマスコミをにぎわし、クロイツフェルトヤコブ病を薬害と認め、補償対策が動き始めたときであったが、クロイツフェルトヤコブ病の選択者は 2 名と少なかった。同様に、被爆地だから多いと予測した被爆者も 3 名で少なかった。水俣病とサリドマイド児が多かったことは予想外であった。薬害エイズに対する学生の関心は薬害に関するものだけでなく、学校教育・社会教育との連携が課題として上がり、性感染対策にひろがりがあった。ハンセン病は講義だけでなく、HNK 教育 ETV のビデオ^{注2)}を教材として活用した。カネミ油症と森永ヒ素ミルク、サリドマイド児が何時発生したかの知識が弱かった。

また、看護職の役割では、学生は原因や治療方針が確定してからを想定していた。社会的健康被害者への対応としては、正しい知識の普及と患者・家族支援、精神的ケアが多くあげられた。現在も発生している疾患と、過去に発生した疾患が混同し、患者の年齢や現在の健康状態の理解が弱かった。

何よりも、医療対応のまずさが健康被害を拡大したことや、認定を受けてない患者支援への言及がなかった。発生と再発防止に対する、医療者の責務のとらえ方が弱いことが明らかになった。

4. 社会的健康被害の教授方法試案

2002 年 3 月 25 日に厚生労働省で調印された、クロイツフェルトヤコブ病訴訟和解確認書の第 2 誓約の 2 には以下のように記されている。「厚生労働大臣は、サリドマイド、キノホルムの医薬品副作用被害に関する訴訟の和解による解決に当たり、薬害の再発を防止するため最善の努力をすることを確約したにもかかわらず、本件のような悲惨な被害が発生するに至ったことを深く反省し、その原因の解明と改善状況の確認に努めるとともに、安全かつ有効な医薬品・医療用具（以下「医薬品等」という。）を国民に供給し、医薬品等の副作用や不良医薬品等から国民の生命・健康を守るべき

重大な責務があることを改めて深く自覚し、さらに、医薬品等の安全性に関する情報収集体制の拡充強化を図り、医療関係者等に対する情報の迅速かつ十分な提供を始め、こうした情報に広く国民がアクセスできる体制を整備して、情報公開の推進と収集した情報の積極的な活用に努める。万一、医薬品等の安全性、有効性、品質に疑いが生じた場合には、直ちに当該医薬品等について科学的視点に立った総合的な評価を行うとともに、それに止まらず、直ちに必要な危険防止の措置を採るなどして、本件のような悲惨な被害を再び繰り返すことがないよう最善、最大の努力を重ねることを固く確約する。厚生労働大臣は、我が国で医薬品等による悲惨な被害が多発していることを重視し、その発生を防止するため、医学、歯学、薬学、看護学等の教育の中で過去の事件等を取り上げるなどして医薬品等の安全性に対する関心が高められるよう努めるものとする。」⁶⁾と医療職の教育課程での授業が、充分でないことを示唆する内容になっている。

現在の保健・医療・福祉の原型は、戦後の制度再編からではない。近代社会の土台固めをした、近代の黎明期、明治時代にさかのぼる。この時期の体制固めを、故小栗史郎は「この作業は、医学教育・医療体制の創設とともに、新時代を開拓する”疾風怒濤”そのものであった。しかしながら、この開拓も、地域社会と住民生活のなかにごどのように容れられ、その健康破壊を防ぎ生活の改善にごどのようにかわり合ったかの問題となると、地方自治がどうであったか、という前述の課題と交差する。」⁷⁾と、体制の作り方に問題を投げかけている。

ハンセン病患者を強制隔離で、社会から排斥する先頭に立ったのは地方衛生行政と警察、医療者であった。社会的健康被害の先行事件と言える足尾銅山鉍毒事件は、国の殖産振興と地方財政の確保とを引き替えにして、住民の健康破壊を起こした。ここでも、個人の健康を顧みない行政姿勢が貫らぬかれている。衛生行政そのものが、住民のためでなく、住民を取り締まるために存在していた観は否めない。

明治以降の保健・医療・福祉政策を根底から改めた、戦後の保健・医療・福祉改革であったが、戦前の体質は消えてはいなかった。世界一の長寿国、世界有数の医療技

術の進歩した国、費用対効果では最高水準の医療費と言われながらも、新興疾患、未知の病に対する偏見と差別は衰えない。それだけでなく、社会的健康被害者の発生・拡大が幾度も繰り返されている。

そこで、2回の講義から生じた課題を基に年表を作成した。社会的健康被害の発生に着眼して、国内の動き、社会的健康被害の発生、海外の動きを縦軸（時間軸）にした。横軸には、内務省から厚生省・労働省に至る行政政策と保健・医療・福祉制度、住民の健康状態を組み入れて、社会的に作られた健康被害を織り込んだ。近代から2001年までの社会的健康被害の変遷を整理した。近代から1945年までを表2に、1945年から2001年までを表3に編成し、次回、2003年度の教材として準備した。

結語

歴史を学ぶのは、人々の幸福の追求のためであり、人々を不幸にする歴史を繰り返させないためである。医療職は人間社会の中で、人間の健康に働きかける職種である。健康問題を社会的な視点でとらえ、健康を阻害する要因を社会的過程の中から探し出さなければならない。社会的健康被害の発生には、人間が必ずかかわっている。

その人間のかかわり方を変えることで、再発を防ぐことができる。かかわり方を検証し、学習することによって対処方法が確立されていく。歴史的に繰り返されてきた社会的健康被害から、過去の発生時の医療職の行動と行政処理を、反面教師にして、医療職の責務と倫理を学ぶ必要がある。

保健師の8割以上が看護大学で養成される現在、臨床系看護に公衆衛生看護や社会医学が埋没して、健康問題を社会事象からみる観点が弱くなっている。故丸山博は保健師の役割を、「保健師の役割は、むかしも今も、また将来も、まさしく対象とする集団の系統的健康管理そのものにある。」⁸⁾とし日常生活に密着して、健康問題を解決することが使命だと明言している。社会的視点を持ち込む教授方法を、意図的に組み立てて行かなければならない。

社会的健康被害が発生した時に、最初に動くのは医療機関と地方自治体の衛生行政の職員である。臨床側と、疫学調査からの原因究明は、患者・家族の日常生活の中に入り込んで行われる。社会的健康被害者を

社会と日常生活の関係、健康被害と社会的リハビリテーションのように、系統的に健康管理をしていくことで、医療職の責務を自問自答できる医療職が増えると思われる。ここで、「二度と過ちを繰り返さない」が生きてくる。

残る課題は、疾病論が主軸ではないために、社会的健康被害の病態と治療、こころのケアに言及できなかった点である。さらに、原因不明疾患に遭遇した際の、医療職の行動指針が講義できなかった。社会的健康被害を総合的に教授するために、今後検討されるべき課題は少なくない。

なお、本稿の一部は第43回社会医学研究総会（2002年）において発表したものである。

注

注 1) スタジオジブリ制作、宮崎駿監督、1997年公開

注 2) 「ハンセン病訴訟一何が問われたか」NHK 教育 ETV2001、2001年5月28日放送

文献

- 1) 新村出編. 広辞苑第五版. 東京: 岩波書店、1998; 883
- 2) 前記 1); 883
- 3) 飯田澄美子、金川克子編. 地域看護学概論. 東京: メヂカルフレンド社、2002; 50-56
- 4) 丸山博. 保健師・養護教諭とともに. 東京: 医療図書出版社、1977; 6
- 5) 広川隆一「AIDS 少年はなぜ死んだか」講談社. 1993
- 6) <http://village.infoweb.ne.jp/~fwke8357/topic2002325.html>. 3月25日確認書調印式及び和解成立 確認書 第2 誓約. 2002
- 7) 小栗史郎. 地方衛生行政の創設過程. 東京: 医療図書出版社、1981; 12
- 8) 前記 4); 6
- 9) 月間保団連特集感染症・伝染病の予防医学・医療一公衆衛生の現状と課題、一医療とのかかわり一 No.530、東京. 全国保険医団体連合会、1997
- 10) 厚生省健康政策局計画課、保健所五十年史. 東京. 日本公衆衛生協会: 1988
- 11) 大学審議会. 21世紀の大学像と今後の

改革方策について—競争的環境の中で個性が輝く大学—（答申）、1998

12) 臨床薬理阿蘇九重カンファレンス．21世紀の臨床薬理学・医療薬学教育のあり方を考える、大分．1998

13) 日本学術会議第7部予防医学研究連絡会．次世代の健康問題と予防医学の将来展望、2000

14) 日本公衆衛生学会公衆衛生人材委員会．中間報告、2001

15) 厚生統計協会．国民衛生の動向 第49巻第9号．東京：厚生統計協会、2002

16) 中央教育審議会．大学院における高度専門職業人育成について（中間報告）案、2002

17) 野村 拓．20世紀の医療史．東京：本の泉社、2002

表 2 社会的健康被害発生の変遷 (1872年から1944年まで)

西暦(元号)年	国内の動き	社会的健康被害発生	海外
1872 (明治5)	学制発布 徴兵告諭 文部省医務課設置		
1874	医制発布		
1875 (明治8)	内務省衛生局設置		
1880 (明治13)	伝染病予防規則		
1887 (明治20)	日本赤十字篤志看護婦人会	足尾銅山鉍毒事件	
1889 (明治22)	大日本帝国憲法発布 徴兵令制定		
1893	地方衛生行政を警察に移管		
1894			日清戦争
1897 (明治30)	伝染病予防法制定	別子銅山煙害事件	
1899	産婆規則 海港検疫法制定		
1900 (明治33)	治安警察法 精神病患者監護法制定	ハンセン病患者数30,359人	北清事変
1904	結核予防法		日露戦争
1906	東北地方大凶作		
1907	らい予防法制定：国立療養所5ヵ所		
1909			梅毒特效薬サルバルサン開発
1910 (明治43)	種痘法施行		韓国併合
1913	石原 修「女工と結核」		
1914 (大正3)	治安維持法		第1次世界大戦開戦
1918	米騒動		シベリア出兵
1919	精神病院法	ハンセン病患者数16,261人 (入所者1,491人, 在宅者14,770人)	ワイマール憲法制定
1920 (大正9)	第1回国勢調査 内務省社会局設置：労働行政		国際連盟発足 イギリスドーンソン報告(予防・保健・医療の一体化)
1921	大阪市堀川乳児院開設		
1922	内務省：乳幼児及び幼児の死亡率低減方策 健康保険法公布 労働行政を内務省に移管		
1923	関東大震災 済生会が巡回診療		
1924	大阪市訪問看護婦設置 学校伝染病予防規定		インスリン開発
1925	治安維持法		世界大恐慌
1927 (昭和2)	大阪乳幼児保護協会：市乳幼児健康相談所設置 花柳病予防法制定		
1928	普通選挙法 大阪：大賀小児保健所設置		
1929	第1回学校看護婦大会		
1930 (昭和5)	大阪朝日新聞社社会事業団：公衆衛生訪問婦協会設立	ハンセン病患者数14,261人 (入所者3,261人, 在宅者11,000人)	
1931	北海道・東北大飢饉 満蒙開拓団 寄生虫病予防法制定	無らい県運動	満州事変
1934	恩賜財団愛育会設立		
1935 (昭和10)	東京市京橋保健所設立 北海道済生会巡回看護婦		ナチス医師法施行 アメリカ社会保障法
1937	保健所法制定 (49ヵ所設置) 母子保護法制定		サルファ剤開発 日中事件

1938	国家総動員法 厚生省設置 国民健康保険法施行		ハンセン氏病治療薬プロミン開発
1939			第二次世界大戦
1940 (昭和15)	国民体力法制定 優生法公布 全国社会保健婦大会		日独伊三国同盟
1941	人口政策確立要綱 人口政策確立要綱 保健婦規則制定 (保健所126ヵ所設置) 学校に養護訓導		太平洋戦争開戦
1942	妊産婦手帳規程公布 府県保健衛生を警察部から内政部に移管 医療法制定 労働者年金保険法制定 国民学校卒業児にBCG接種		
1943	学徒出陣健民運動組織要綱 養護訓導一校一名配置		
1944	東京大空襲保健所770ヵ所		

表3 社会的健康被害発生の変遷 (1945年から2001年まで)

西暦 (元号) 年	国内の動き	社会的健康被害発生	海外
1945 (昭和20)	原爆投下	直接被爆者：広島31~32万人、長崎27~28万人	
1946	婦人参政権 母子保護法廃止 生活保護法制定		
1947	日本国憲法施行 保健所法 (人口10万人に1ヵ所) 食品衛生法制定		ニュールンベルク綱領
1948	優生保護法制定 医療法制定 予防接種法制定 性病予防法制定		WHO創立
1951	WHO加入 結核予防法改正	ハンセン病患者数12,628人	
1953	らい病予防法制定		
1955		森永ヒ素ミルク中毒事件・イタイイタイ病発生	
1956	国連加盟	森永ヒ素ミルク患者数12,131人 水俣病発生	
1957	水道法制定		サリドマイド製剤開発
1959		サリドマイド児12人出生 小児マヒ流行始まる	
1960 (昭和35)	じん肺法・薬事法 薬剤師法制定	ハンセン病患者数11,587人 (入所10,645人、在宅942人) サリドマイド児25人出生	WHO：ハンセン病患者差別法撤廃 と外来治療を提唱 # 肝炎予防のため一患者一針一筒を勧告
1961	ポリオ生ワクチン35万人分一斉投与 国民皆保険実施	サリドマイド児58人出生 小児マヒ大流行	ドイツ医師レントツ：サリドマイド 製剤の回収警告
1962	サリドマイド剤回収	サリドマイド児162人出生	
1963	老人福祉法施行	サリドマイド児47人出生	
1964	東京オリンピック	サリドマイド児4人出生	世界医師会「ヘルシンキ宣言」
1965 (昭和40)	母子保健法制定	四日市喘息患者数18人	
1966	老人保健法制定	スモン発症	
1967	公害対策基本法	四日市喘息患者数381人	
1968	大気汚染防止法制定 騒音規制法制定	カネミ油症発生：患者数1,001人	
1969	森永ヒ素ミルク14年目の訪問	サリドマイド児1人出生	
1970 (昭和45)	光化学スモック発生 水質汚濁防止法制定	四日市喘息患者数544人	
1971	環境庁設置 廃棄物処理法制定 開拓保健婦を厚生省に移管し保健所に配置		

1972	沖縄県日本復帰 労働安全衛生法制定		アメリカ病院協会「患者の権利章典に関する 宣言」
1973	エイズ研究班発足 ヒト乾燥硬膜（ライオデュラ）輸入承認 公害健康被害補償法制定	ヒト乾燥硬膜（ライオデュラ） 輸入承認	
1975（昭和50）	国際婦人年	四日市喘息患者数1,231人	世界医師会「ヘルシンキ宣言」改訂
1976		ヤコブ病研究班：ヒト硬膜移植の危険 性を警告	
1978	国立水俣病研究センター設立 国保保健婦を市町村に移管	カネミ油症患者数1,684人	ヒト乾燥硬膜（ライオデュラ）輸入禁止
1980（昭和55）	国際児童年	フィブリノゲン製剤を止血用に投与（～88年）	WHO痘瘡根絶宣言
1981	国際障害者年 感染症サーベイランス事業開始		世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣 言」 WHOハンセン病の複合療法提唱 アメリカ国立防疫センターエイズ発症報告
1982			アメリカ非加熱血液製剤のエイズ感 染危険性を指摘
1983	日本病院協会「患者の権利と責任」 トラホーム予防法廃止		世界医師会「ヘルシンキ宣言」改訂 アメリカ加熱血液製剤承認
1984	AIDSサーベイランス事業開始		
1985（昭和60）	加熱血液製剤承認 第8因子用加熱製剤だけでなく非加熱製剤 も出荷地域保健法制定		
1986	エイズ専門家会議設置 第9因子用加熱製剤だけでなく非加熱製剤も 出荷		旧ソ連チェルノブイリ原子力発電所爆発事故
1987	厚生省研究班：脳硬膜移植による感染警告		アメリカ食品医薬品安全局：ヒト乾 燥硬膜使用禁止
1989（平成元）	薬害エイズ損害賠償請求訴訟後天性免疫不全 症候群の予防に関する法律施行		イギリスで病原体プリオン含有可能性の脳や 脊髄の食用禁止
1990	日本医師会生命倫理想談会「説明と同意につ いての報告」	ハンセン病患者数7,384人 （入所6,597人、在宅751人） カネミ油症患者数1,862人	
1992	日本弁護士連合会「患者の権利の確立に関す る宣言」	エイズ患者数543人	環境と開発に関する国連会議：アジェンダ21 WHO牛の脳・脊髄原料の医薬品、医療材料を 使用禁止勧告
1994（平成6）	日本病院会「『インフォームド・コンセン ト』について一病院の基本姿勢」 地域保健法制定		WHOヨーロッパ会議「ヨーロッパにおける患 者の権利の促進に関する宣言」 国際エイズ会議
1995	厚生省らい予防法見直し検討会：法廃止を求 める阪神 淡路大震災 サリン事件 障害者基本法改正 環境基本法制定	エイズ患者数924人	世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣 言」改訂
1996	0-157食中毒集団発生 クロイツフェルト・ヤコブ病等に関する緊 急調査研究班設置 らい病予防法廃止	ハンセン病患者数5,961人 （入所5,413人、在宅548人） 森永ヒ素ミルク被害者13,418人 水俣病患者数10,353人 硬膜移植層のあるクロイツフェルトヤコブ病28例	外科手術縫合糸の材料に牛の腸使用禁止
1997	総合研究開発機構「薬害等再発防止システ ムに関する研究会」中間報告 ヒト乾燥硬膜の使用禁止 指定伝染病に腸管出血性大腸菌感染症を追 加健康危機管理基本指針策定	エイ患者数631人、HIV感染者数1,434人	地球温暖化防止京都議定書 WHO医薬品等に関する伝達性海綿状脳症専門 家会議で ヒト乾燥硬膜使用禁止勧告
1998	和歌山市毒物カレー事件	エイズ患者数1,917人、HIV感染者数4,347人 硬膜移植層のあるクロイツフェルトヤコブ病28例	アメリカ食品医薬品局：サリドマイド製剤をハ ンセン 病・エイズ特効薬として認可
1999	東海村ウラン臨界事故 感染症新法制定：伝染病予防法・性病予防法 ・エイズ予防法廃止	エイズ患者数2,217人、HIV感染者数4,877人 水俣病認定患者数2,952人	
2000（平成12）	雷印乳製品食中毒事件 院内感染対策サーベイランス開始 厚労省非加熱製剤投与者に肝炎検査を呼びか け	エイズ患者数2,542人、HIV感染者数5,313人 水俣病認定患者数2,264人 イタイイタイ病認定患者数183人 硬膜移植層のあるクロイツフェルトヤコブ病患者67例	WHO西太平洋地域の野生種由来ポリオ患者の 終息宣言
2001	狂牛病発生 肉骨粉禁止 熊本地裁ハンセン病患者1～4次訴訟結審	エイズ患者数2,236人、HIV感染者数4,519人 被爆手帳285,620人 イタイイタイ病認定患者数184人	アメリカ同時多発テロ事件 炭素菌事件

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

佛教大学社会福祉学科

筆者は 1997 年 6 月に「えひめ福祉オンブズネット」を結成して以来、福祉に特定した市民オンブズマン活動を行っている。筆者たちが最も力を入れているのは、施設を含む福祉サービスの情報公開を進める活動であるが、筆者たちの力量の関係から、そしてまた介護保険制度導入の関係から、いま最も情報公開を進めなければならないのは特別養護老人ホーム（以下、特養と略称）などの高齢者介護施設であることから、筆者たちの取り組みは特養が中心となっている。

筆者たちは、①公文書公開制度を活用し、「監査事前提出資料」「監査結果（監査改善指示書）」「老人福祉施設指導台帳」など特養の内部資料を入手する、②その資料をサービス内容、職員の労働条件、公費の使われ方など経営・運営の透明性の 3 つの視点から分析する、③その結果を広く市民に公表する、という活動を続けてきており、1997 年度から 3 年間にわたり『愛媛県内特別養護老人ホームの状況』（創風社出版）を発行している。これから述べるのは 1999 年度版に記したものであり、1997 年度末現在の愛媛県内の特養の状況である。この時点での施設数は、公立 16、民間社会福祉法人経営 40、計 56 施設となっている。

1. 著しい施設間格差

まず指摘できることは、ほぼ同一金額の公費で運営されているにもかかわらず、入所者サービスと職員の労働条件の施設間格差が著しいことである。たとえば、入所者に対する看護・介護職員数であるが、最高と最低の施設とでは、2.3 人～ 4.05 人と 2 倍近い格差がある。なお、この数値は、パート職員の勤務時間の総数を割り出しフルタイム換算するとともに、ショートステイのベッド数×利用率でショートステイ利用の実人員を算出し、看護・介護職員 1 人当たりの入所者を正確に算出したものである。職員数の違いが如実に出てくるのは、夜勤者の負担であろう。愛媛県内の特養で

夜勤者の負担が最も重いのは、長期・短期の入所者 116.4 人を 3 人の夜勤者で介護している施設であり、1 人当たりの負担は、38.8 人である。最も負担の軽い施設のそれは 24.7 人だから、その差は 14 人もある。この差がいかに大きいかは、特養などの介護施設で実際に夜勤をした経験がある者ならば容易に理解できよう。

介護職員に占める介護福祉士の有資格率にも大きな格差がある。介護福祉士は専門学校などの養成校を卒業すれば自動的に与えられる資格であり、介護福祉士の多い施設が即介護水準の高い施設と見ることはできないが、介護の知識・技術がないよりも専門教育を受けている方が望ましいことは言うまでもないし、介護福祉士には 3 年以上の実務経験を積むことにより受験資格を得、国家試験を受け、資格を取得する道もある。この場合には職員の専門性向上の意欲の現れとして評価できるだろう。かかる観点から、筆者たちは毎年、介護職員に占める介護福祉士の比率に注目しているが、その比率には最高 100 % から最低 9.5 % とやはり大きな違いがある。全施設の平均値は 42.8 % である。目立つのは、施設が開設してからもう何年も経っているにもかかわらず、有資格率が 20 % 以下の低い施設が少なくないことである。これらの施設には職員の退職率がいずれも高いという共通点があるが、受験資格に必要な 3 年間の実務経験を積むこともなく退職するために有資格者も少ないと思われる。

サービス内容においても施設間格差が大きい。たとえば食事である。入所者 1 人当たりの 1 日の食費単価（食材料費原価）は、全施設の 30 % が千円以上となっているが、最低 661 円の施設をはじめ 700 円以下に抑えている施設も約 2 割ある。食事内容の良し悪しイコール食費とはならないだろうが、「監査結果」において「基準栄養量に不足している」として改善を指示されている施設が全体の 1 割近くもあることは見逃せない。また、特養は近年、食事時間をで

きるだけ一般家庭に近づけるよう努力しているとされてきたが、夕食時間が 6 時以降となっている施設は、わずか 5 施設、全体の 8.9 % にすぎない。

入浴回数も、ほとんどの施設は 1 週 2 回の最低基準にとどまっており、重度身体障害のある入所者がそれ以上入浴できる施設は、わずか 5 施設 (8.9%) にすぎない。排泄介助も、おむつ交換の回数だけでその良し悪しを見ることはできないが、1 日に最高 20 回から最低 4 回までの開きがある。4 回はあまりにも少ないと言わなければなるまいが、20 回という数字は信じがたい。最近ではほとんどの施設が随時おむつ交換をしているが、未だ決まった時間にしか取り替えない施設もわずかながら (2 施設) ある。

褥瘡は、全体の 39.3 % の施設が入所後施設内で発症させており、甚だしきに至っては入所者定員の 1 割も施設内発症させている施設がある。退所率、死亡率にも大きな開きがあり、過去 4 年間の平均値を求めると、前者は 32.3 % ~ 11.7 %、後者は 24.5 % ~ 7.5 % もの開きがあった (補註)。

職員の労働条件も同様である。これまで公費 (税金) で運営されてきた特養は、民間施設であっても職員給与は、その地方の市町村職員給与に準拠しているとされてきたが、現実には短大・介護専門学校卒の介護職の初任給で最高 162,500 円から最低 125,800 円と 4 万円近い開きがある。年次有給休暇の取得率にも大きな違いがあり、民間施設では年休取得率が 10 % 以下の施設が 1 割あり、最低の施設では取得率 5.3 %、1 人当たり年間 2 時間という悲惨な状況である。なお、民間特養 40 施設中、労働組合があるのは 1 施設にすぎない。近代的な労使関係が確立しておらず、経営者の良心や裁量任せになっていることが、同じ民間施設であっても労働条件に大きな格差を生みだしていると思われる。

2. 強まる経営主義

従来、施設経営サイドからは、「福祉施設は労働集約型であり支出の 70 % 以上が人件費である」とか、「運営費として支給されている措置費単価が低く運営が苦しい」といった声がよく聞こえてきたが、少なくとも特養の場合は、ともに検証されて

いない定説だと言わなければならない。なぜなら、民間特養で人件費比率が 70 % 以上を占める施設は、全体の 1 割強 (12.5 %) にすぎず、40.5 %、41.3 %、51.5 %、53.8 % などと人件費を極度に抑制している施設が少なくないし、民間 40 施設中 11 施設 (27.5 %) もが 1 億円以上も繰越金 (剰余金) を残している (最高 3 億 5500 万円) からである。

介護保険制度がスタートすれば職員のパート化が進むと言われていたが、1997 年度末現在において、すでにその傾向は見られる。最もパート化が進んでいる施設では、看護・介護職員の約半数 (47.6 %) がパートである。筆者はパート職員を置くことそれ自体を否定するものではないが、それが過度に進むには危惧せざるを得ない。「細切れ介護」にならざるを得ないし、パート化が著しい施設は、前述した看護・介護職員数の少ない施設、退職率の高い施設、年休取得率の低い施設に集中しているからである。

入所者の生活費を極度に抑制している施設も少なくない。生活費は入所者が生活を営むのに必要な経費として公費支給されていることから、100 % 執行が原則とされているが、最低の施設では 67.3 % に抑えている。最高は 190 % であるからその格差は 3 倍以上にもなる。

愛媛県の特養の中には職員の人件費、入所者の生活費を抑え、年間収入・支出の 34.7 % も繰越金 (剰余金) としている施設がある。この施設を設置している社会福祉法人は、この 20 年間の間に在宅機能を備えた総合的な特養 3 施設と老人保健施設 1 施設を開設しており、いずれの施設においても上述のような凄まじい経営を行っている。規制緩和、市場原理の導入を進める介護保険制度・社会福祉基礎構造改革は、こうした社会福祉法人に更に「活躍」の場を与えるであろう。

3. 特養における人権問題

従来から特養には、相部屋 (1 部屋 4 人が一般的) 生活のためにプライバシーが保たれない、入所者は高齢障害者であり施設・職員との関係が対等でないために施設・職員の判断で事が進められており、自己決定権が尊重されていない、施設の中に囲い込まれた生活になりがちで社会参加する権

利が保障されていない、といった指摘が寄せられていたが、「監査結果」を見ると、「入浴が混浴となっている」「ナースコールを外してしまっている」「居室に間仕切りカーテンを設けているが、使用していないためにおむつ交換の様子が外から見える」「痴呆性の入所者を大部屋でカーテンも衝立もない中でおむつ交換をしている」など「プライバシーの配慮に欠ける」と指摘され改善を求められている施設が毎年多く、1997年度においても56施設中11施設(19.6%)が改善指示を受けている。

愛媛県ではこれまで「監査結果」は全面非公開であったが、筆者たちの異議申し立てにより公開されるようになった。そして、それに伴い、従来は書類監査であったものが、処遇現場を見ての監査に変わった。この一点からだけでも、サービス内容とその質の改善のためには、情報を公開すること、市民の関心と監視が必要なことがうかがえよう。

4. 問題の多い施設長

公立施設の労働条件は民間よりもはるかに良いが、その労働条件の良さが入所者サービスの向上につながっているとは思えない。なぜなら、褥瘡の施設内発症率は、公立施設の方がはるかに高いし、入浴回数にしても最低基準以上実施している施設は皆無であるし、バイキングや選択食を1年に1度も実施していないのは、ほとんどが公立施設だからである。施設長の多くが無資格で福祉現場に従事した経験がないことや、いずれも勤続年数が短く、2～3年で配置換えとなっているなど「腰掛け」施設長となっていること、つまり役所内の異動でたまたま施設長になっているだけのことで、サービス内容の向上にリーダーシップを発揮する能力や条件に欠けていることが、その大きな理由になっていると思われる。

一方、民間施設の場合は、以前から指摘されているように同族・一族経営が少なくないし、高齢の施設長が少なくない(最高は80歳。平均年齢は59.3歳。65歳以上が37.5%)。黒塗りとなっているために前歴が不明だが、元公務員が多いためと思われる。

公立、民間を問わず、施設長がサービス向上のために先頭に立ち努力している姿

は、少なくとも公開されている資料からはうかがえない。

5. 福祉サービスの質の保障のために

筆者は、福祉サービスの品質保証のためには、徹底した情報公開が基本になると確信している。のみならず利用者の権利擁護を図る上においても、それが基本になると確信している。知る権利と選ぶ権利は表裏一体のものであり、情報のないところでは利用者は「知らしむるべからず、よらしむべし」の無権利状態におかれざるを得ないからである。

筆者の言う徹底した情報公開とは、食事、入浴、排泄介助などのサービス内容のみならず職員の労働条件(労働環境)、経理内容の公開も含んでいる。朝日新聞は「肝心なのはサービスだ」と題する社説(1999年8月25日)において、筆者たちが発表した先のブックレットを取り上げ、「これを読むと、「サービス内容の良し悪し」「職員の労働条件」「運営の透明度」が相互に深く関連していることがわかる」と述べ、「介護サービスを提供する事業者に、サービスと経理の情報公開を義務づけること」が必要だと強調しているが、全く同感である。

福祉サービスは、人(働き人)を通じて利用者が必要とするサービスを提供する営みであるがゆえに、サービス内容、職員の労働条件、経営状況の3つは、必然的に深い関連性を持つ。愛媛県内の特養の現況を見ても、看護・介護職員の少ない施設や、職員の退職率の高い施設や、常勤職員が少なくパート職員の多い施設や、繰越金を毎年高額発生させている施設の中に、入浴回数を増やしたり、夕食時間を6時以降にしたり、バイキング食の回数を増やすなど一歩進んだ取り組みをしている施設の姿を見出すことができない。それゆえ、筆者たちが行ってきたように、この3つの情報を包み隠さず公開しなければ、サービスの質そのものがチェックできないし、利用者は劣悪な施設であっても、そのことがわからないまま入所せざるを得ないし、一般市民は情報がないために、どの施設が劣悪な問題のある施設かがわからないし、当の施設はそれをよいことにしてサービスの改善に努めようとはしない、といった悪循環に陥る。これを断ち切るためには、情報公開を徹底

し、どの施設のサービス内容や運営が劣悪であるかを利用者・市民の前に明確にしなければならない。

次に、公共の責任によるサービスの質のチェックが重要なことを強調していかなければならない。と言うのも、介護保険制度・社会福祉基礎構造改革の実施により、福祉サービスの利用がこれまでの行政による措置から利用者自身による選択に変化したことから、福祉関係者の関心は、施設などの事業者自身によるサービス評価や第三者評価に集まっているが、福祉サービスの質の管理やチェックは、市民の生命、健康、安全、権利保障に責任を負っている公共の役割であり、立ち入り調査や資料の提出命令などの権限を持っていない民間では大きな限界があるからである。筆者は、福祉サービスの評価は多角的であればあるほど良いと考えているが、公共（特に市町村）の責任による質のチェックを欠けば、要を失った扇に等しいことを銘記すべきであろう。

スウェーデンなどの北欧諸国では、社会福祉と高齢者ケアに対する専門知識と豊富な現場体験を持った公務員がケアマネージャー（査定員）となり、施設や在宅現場を頻りに訪問し、その質を絶えずチェックしているし、利用者や家族に対してサービス満足度調査を定期的に行っている。そして、質に問題があったり、利用者の満足度が低い施設は、公立の場合には民間委託に切り換えたり、民間委託の場合には入札により委託先を変更するなどの措置をとっているが、今、わが国に最も欠けているのは、この社会福祉と高齢者ケアの専門知識と豊富な現場体験を持った公務員による質のチェックであり、その人材不足であろう。

筆者は、介護保険制度導入に備え、3年前から市民福祉オンブズマン活動を始め、市民サイドからの福祉施設の監視活動を行っているが、こうした筆者たちの活動は、福祉サービス利用者の権利擁護とその品質保証を図るための本格的なシステムを創るための「呼び水」だと思っているし、筆者たちのような市民オンブズマンの活動は、歴史の一里塚でなければならないと思っている。

（補註）

筆者はシンポジウムでの席上、全国的な

調査をしてみなければならないが、少なくとも愛媛県の特養においては死亡率・退所率の高い施設は、看護・介護職員数の少ない施設、職員の退職率の高い施設、繰越金（剰余金）の多い施設に集中しており、類型的には医療機関併設型、定員 80 名以上の大規模施設、保健・医療・福祉複合体の特養に多いと述べた。これに対して、二木立・日本福祉大学教授より、「（筆者が）挙げている数値は、粗死亡率であるが、重症度により補正しているのか。もし補正していないとすればミスリーディングの可能性が高い」との指摘を受けた。氏はその根拠として、ご自身の調査データを紹介するとともに、「特養単独型の施設には軽症者が多く、病院併設型特養の場合には医療措置を必要とする重症者を受け入れている」ことを挙げ、結論として「粗死亡率だけで論じるのは科学的ではなく、重症度で補正する必要がある」ことを強調された。筆者は、特養の入所者はADL度がほぼ同じという前提の下に単純に死亡率を比較していたが、氏の指摘を受け、精緻な調査研究をする必要性を痛感している。氏の指摘・批判に謝意を表したい。

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を中心に増加している。この増加傾向は最近厚生省が把握した調査によれば大都市に限られた現象ではなく、大都市周辺や地方都市にも広がっている。大阪市においても平成 10 年 8 月 20 日から 28 日まで市内全域で実施した「大阪市における野宿者概数、概況調査」によれば大阪市全体で野宿生活者は 8,660 人、そのうち西成区内は 1,910 人に及んでいる。「あいりん」地域の人口は平成 10 年 12 月末現在で約 30,000 人、そのうち日雇労働者が約 21,000 人と推計されており景気の好不況の影響が直接現れていると考えられる。

バブル崩壊後、不況が長期化しているな

か、日雇労働者の街「あいりん」地域で余儀なく野宿生活を強いられている人々の健康問題のうち、昭和 62 年以降の結核罹患率の推移と日雇求人との関係、平成 10 年の行旅死亡状況、また平成 10 年の赤痢発生状況について報告する。

2. 地域の概況

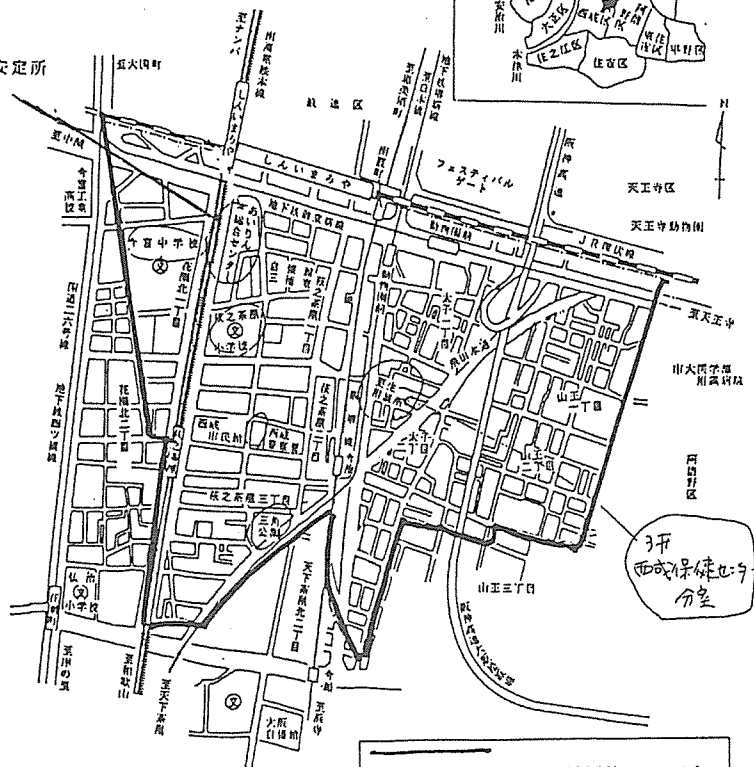
「あいりん」地域は西成区の東北端に位置し、面積 0.62km² で西成区全体の約 8.4% を占める。人口は約 30,000 人でこのうち約 21,000 人が、建築土木関係作業に従事する日雇労働者で、その殆どが簡易宿泊所・日払いアパート等を生活の場所としている。当地区は幾多の変遷の中で国内随一の日雇労働者の街を形成してきたが、昭和 38 年 8 月に第 1 次釜ヶ崎騒動などが起こり、昭和

41 年 6 月に「釜ヶ崎」は「愛隣」と改称された。

西成保健所分室は(平成 12 年 4 月より西成保健センター分室に改称)、昭和 36 年 10 月に旧愛隣会館(現西成市民館)内に設置、翌 37 年 8 月には地区福祉対策の拠点となる更生相談所が開設され、分室も同時に移転し、結核・精神保健対策事業をすすめている。また昭和 45 年には国・府・市等の協同事業で「愛隣総

図1 あいりん地区周辺要図

西成労働福祉センター
あいりん労働公共職業安定所
大阪社会医療センター
勤労者福祉協会管理室



あいりん地区	西成区総面積	7.42km ²
	あいりん地区	0.62km ²
	(西成区総面積の)	8.4%

合センター」が建設され、その中に労働福祉センター・職業安定所が設置され、労働相談・就業斡旋を行っている。なお同センター内には市営住宅を併設し、同時に地域の医療機関として昭和 45 年 7 月に社会医療センターも開設され、保健・医療・福祉の業務体制が整い現在に至っている。

3. 大阪市の結核

大阪市の結核罹患率は全国の傾向と同様 1980 年代に入り減少傾向が鈍化し、その後の結核罹患率はほぼ横ばい状態で推移している。この結核罹患率は 1980 年代の大阪市は年平均 2.7%の減少であったが 1990 年代には 0.2%の上昇となっている。この間全国ではまがりなりにも年平均 3.6%、2～3%の減少であるので、大阪市と全国の差は、ますます拡大の一途をたどっており、大阪市の結核蔓延状況は日本全国からみても、また国際的にみても極めて深刻な状況を呈している。

平成 10 年の結核罹患率をみると、全国が 32.4(人口 10 万対)、大阪市が 104.2 と全国の 3 倍の罹患率を示しており、国際的にみても、結核の多いインド(平成 8 年、137.7)、ネパール(平成 8 年、104.3)とほぼ同水準である。大阪市各区の罹患状況は図 2 のとおりで、鶴見区以外の 23 区はすべ

て全国より高い罹患率であり、大阪市では特別な地域だけ結核が蔓延しているということではない。そのなかで西成区は罹患率 572.1 であり、大阪市で最も結核が蔓延している地域である。厚生省は 1999 年、「結核緊急事態宣言」をだした。この宣言は、大阪市に対策強化を示唆した内容といっても過言ではないといえる。

図 3 の大阪市各区别喀痰塗抹陽性罹患率をみると全国では人口 10 万対 10.6 であるが、大阪市は 32.3 と 3 倍もの差がある。全国とほぼ同様の区は鶴見区の 11.0 だけであり、大阪市では全域にわたって結核感染の危険が高く、西成区の 160.4 は極めて深刻な状況にある。

図 4 の結核罹患率と行旅患者割合の相関関係と、地理的分布の関係をみると罹患率の高いところで行旅患者割合が大きく、大阪市全体では 24%で西成区は 58%を占めており、西成・浪速を中心に湾岸地域の罹患率が高い。行旅患者の最も大きな特徴は治療から脱落し易いことである。

4. 「あいりん」地域の結核罹患率と日雇求人との関係

「あいりん」地域の昭和 62 年以降の結核罹患率をみると(図 5)、1,500～2,000 近くの罹患率を示し減少していない。日雇

図2 大阪市各区别結核罹患率 1998年

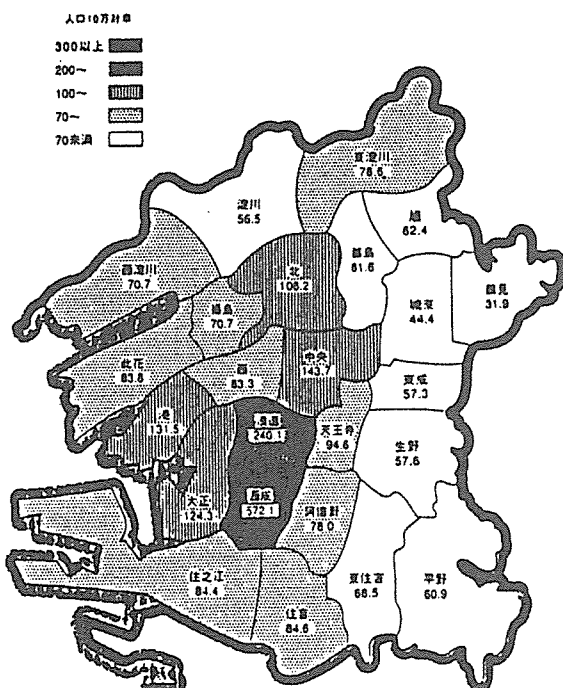


図3 大阪市各区别喀痰塗抹陽性罹患率 1998年

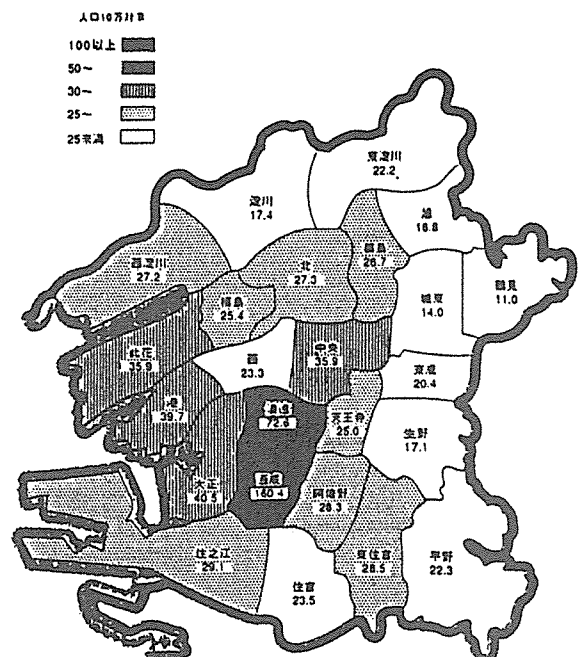


図4 結核罹患率と行旅罹患割合の相互関係
結核罹患率と行旅罹患割合の地理的分布

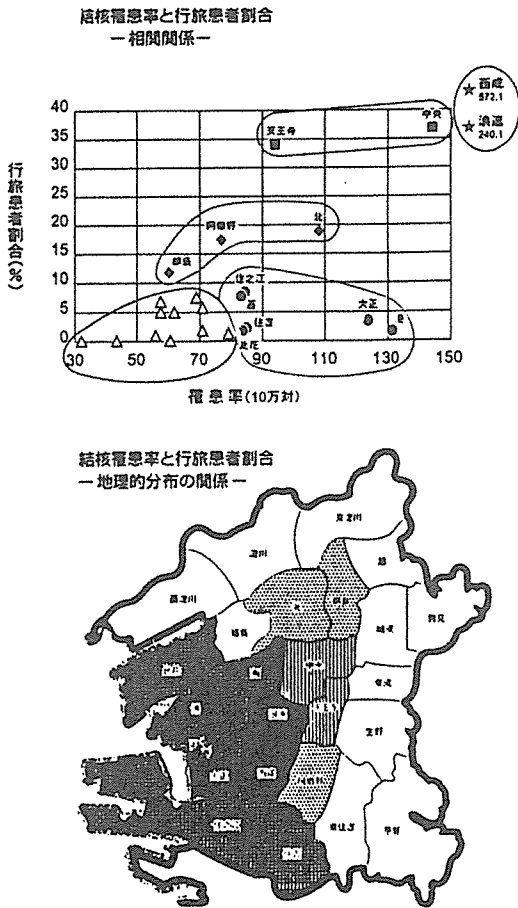
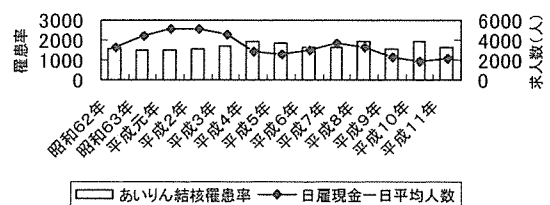


図5 あいりんの結核罹患率と日雇求人との関係
あいりん結核罹患率と現金求人状況の対比

	あいりん 結核罹患率	日雇現金一日 平均人数	日雇い現金 求人数
昭和62年	1563	3266	1179181
昭和63年	1530	4446	1605242
平成元年	1520	5207	1874507
平成2年	1570	5133	1854900
平成3年	1710	4584	1645578
平成4年	1933	2872	1034036
平成5年	1827	2625	889731
平成6年	1653	3031	1021352
平成7年	1663	3740	1260407
平成8年	1900	3225	1080467
平成9年	1573	2351	775740
平成10年	1930	1901	583610
平成11年	1640	2185	673318

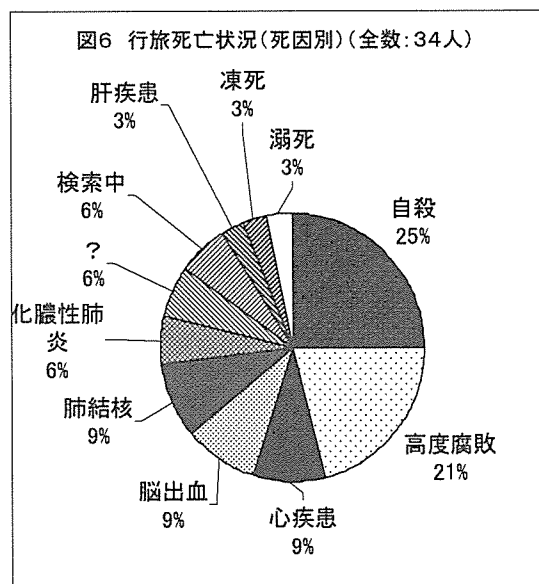
資料出所 西成保健所、西成労働福祉センター調べ

あいりん地区結核罹患率と日雇い求人との対比



現金一日平均人数をみると、平成元年のバブル最盛期は 5,207 人の求人があったのがバブル崩壊後は減少の一途をたどっている。阪神大震災があった平成 7 年は 3,740 人と一時的に増えたが、平成 8 年以降は下降しており景気長期低迷期を脱出していない。仕事があると賃金を得て食事や寝る場所(簡宿)が確保され仕事が無くなると収入は無くなり野宿、不十分な食事、炊きだしに並ぶ等の生活となりやすく、栄養不良や体力低下を来す。このような生活が長期化していくなかで、免疫力は下がり結核の発病や再発をするという状況にある。まさに、雇用の確保が不可欠である。

図6 行旅死亡状況(死因別)(全数:34人)



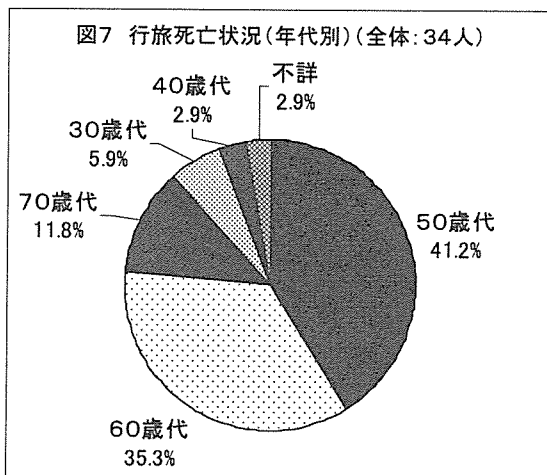
5. 行旅死亡状況

長引く不況で多くの労働者が仕事を失い、余儀なく野宿生活を強いられている。行旅死亡実態を死因別にみると（図 6）1 位自殺 9 人（25%）、2 位高度腐敗のため不詳 7 人（21%）、3 位は心疾患・脳内出血・肺結核 3 人（9%）の順で、34 人中 17 人（50%）が死亡の原因が不明、病死か自殺かさえわからず解剖しているという実態である。年代別では働き盛りの 50 歳代が 14 人（41.2%）を占めている（図 7）。

世界一長寿国の日本で、誰にも看取られず路上で死亡しているこの現実を直視して、何がどう機能すれば防ぐことができるのか公衆衛生の原点に立ち戻った政策が求められる。

6. 赤痢発生状況

景気低迷が長期化していた平成 10 年、野宿をしている人が増え、今まで無かった



所にもダンボールやブルーシートを見かけるようになった 5 月、救急搬送された 59 歳の男性が赤痢と判明。図 8 のようにその後一年間にわたり赤痢患者が発生した。真性 186 人、疑似 46 人、計 232 人。菌型は全数の患者がシゲラフレキシネル 1[a] で年齢別発生状況は図 9 のとおりで 50 歳代は 101 人（43.5%）、60 歳代 77 人（33.1%）であった。

赤痢患者を診療した社会医療センターではピーク時には一日 400 ～ 600 人の患者が溢れ、下痢患者の対応に追われた。野戦病院とはあんな状態ではないかと、その当時の状況を看護婦が語っている。

赤痢患者の疫学調査から食事状況（図 10）をみると、上位から炊きだし、買っ

たパン、人から貰ったもの、教会のパンのみみ、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。

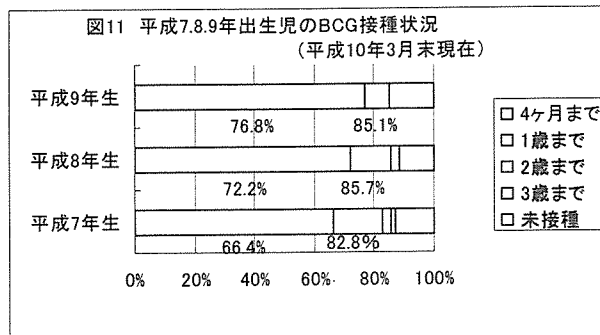
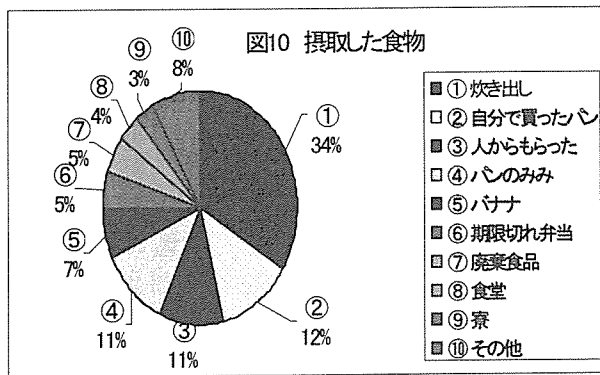
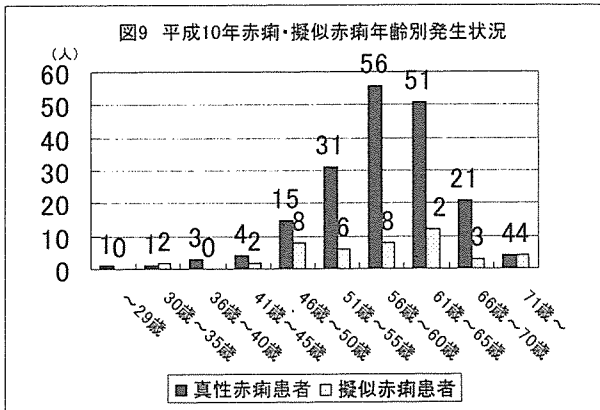
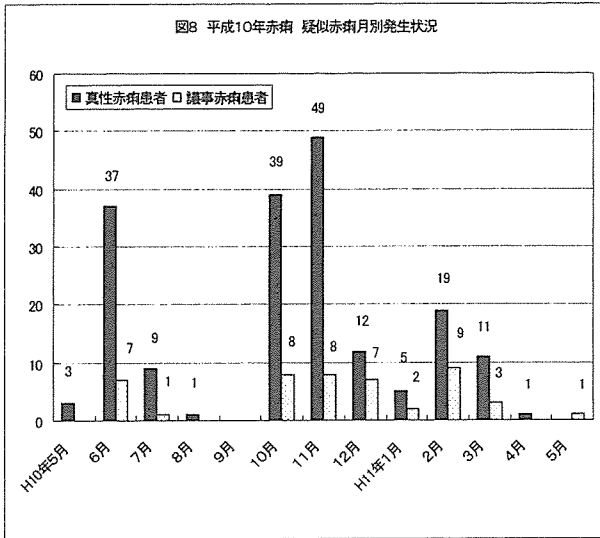
野宿生活者数に対し公衆トイレ数が不足しているなか下痢便の処分を路上で済ましたり、ゴミ箱に捨てる、ゴミ箱の廃棄食品を探して食べるといった状況のもと、感染源が判明しないまま患者発生後一年が経過した。平成 11 年 4 月にあいりん総合センター内のトイレにトイレトペーパーの設置後患者の発生はないが、求人状況の好転もなく野宿生活者数は増加しており「あいりん」の暮らしぶりは一層厳しい状況で感染症の発生が危惧される。

7. まとめ

「あいりん」地域での結核感染の危険は喀痰塗沫陽性肺結核患者罹患率から高いと予測され、若年者への感染が危惧される。平成 7 ～ 9 年出生児の BCG 接種状況（図 11）をみると、平成 9 年出生児は生後 4 カ月までに 76.8%、1 歳までに 85.1% が接種済であるが、乳児期の早期に BCG 接種をすすめる 1 歳までの接種率を 90% 以上に高めることが極めて重要である。

平成 12 年 4 月から大阪市は 1 保健所 24 保健センター体制となった。各区の保健所は保健センターとなり、結核予防法の診査は保健センターの結核専門部会での診査を経て、大阪市保健所の結核診査会で診査されるというダブルチェック方式となった。「あいりん」の行旅患者の 40% は再治療者であり、空洞例が多いが排菌率は一般地区に比べると低く、合併症を伴っているのが特徴である。二重登録の解消や菌検査結果が充分反映される結核診査会になることを期待している。

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上昇し景気の好不況が結核罹患率に反映していると考えられる。従って日雇労働者の就労確保が結核の罹患率を下げる要因になると推測される。「あいりん」地域で野宿生活を強いられている人が結核と診断されると、主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が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%で平成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なければならない。また結核蔓延状況を改善していくためには、病院訪問での面接を含めた「初回面接」の強化徹底が必要である。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)は患者が出向く方式であるが、結核蔓延状況の早期改善に向け訪問DOTSを含めた実効ある施策の拡充が急がれる。

また、誰にも看取られず路上で死亡した人々の実態や赤痢患者の暮らしぶりは、人としての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。緊急総合対策が必要である。

最後に、今回の調査結果は、以上述べたような厳しい生活実態をふまえ、どう支援を展開していくのか、私たちに投げかけている。今後も医療、労働、福祉等との連携を深めて日雇労働者、高齢者、オーバーステイ、外国人、家族関係の問題等、「あいりん」地域で支援を必要としている人々の人権や個別性を尊重した活動を一層すすめていきたいと思っている。また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。

参考文献

1. 宮下忠子編：随想舎発行「路上に生きる命の群れ」
2. 大阪市環境保健局発行「大阪市の結核の現状」
3. 西成保健所のあゆみ、1998年

平成12年4月から大阪市は1保健所24保健センター体制となった。各区の保健所

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の概要と経過

1) 社会福祉基礎構造改革の概要

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、2000年5月に社会福祉事業法を中心とした法改正が行われた。

法改正の対象は、社会福祉事業法(社会福祉法に名称も変更)、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、公益質屋法は廃止となった。

これらの一連の改革を包括した形での社会福祉基礎構造改革議論とこれを受けた形での2000年5月になされた法改正の中で、社会福祉事業の今後のあり方に影響する重要な点は、次の3点である¹⁾。

- 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(措置型福祉から契約型福祉への移行、利用者と事業者との対等な関係の構築)
- 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、多様な事業主体の参入)
- 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(1990年)、ゴールドプラン(1989年)および新ゴールドプラン(1994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。

1990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明らかになり、1994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1990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、1990年代の後半になると、1995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、1996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。1997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思われる。

障害者福祉では、身体障害者福祉法の改正(1990年)、知的障害者福祉法の改正(1990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。1993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、1995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が障害者福祉分野でも明確になった。

1997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で指摘されたこれまでの問題点

これまでの社会福祉事業（サービス）の問題点としては、次の3点が主に指摘されてきた。

①サービス利用者と提供者との関係が対等でないこと（対等でないことによって質の悪いサービスや権利侵害が容易に生じること）、②社会福祉事業への参加が制限され、多様な提供主体による利用者のニーズにあわせた柔軟なサービスが開発できないこと、③利用者に対してサービス選択に必要な情報公開がされていないこと、である。ここではなぜこの3点の問題が生じたのかについて考えてみる。

1) サービス利用者と提供者との関係が対等でないこと

対等の意味は、制度的な関係における対等、実質的なサービスの提供での対等の2つの分けて考える必要がある。

制度的な関係における対等では、サービス利用者が契約主体として提供者と対等の関係で契約を結んでサービスを受けることであり、利用者には契約を結ぶ権利、解約する権利、契約違反に対する異議申し立てをする権利が発生する。

これまでの社会福祉サービス提供制度が利用者にとって対等でなかったということは、行政処分（行政の決定）によるサービス提供制度（いわゆる措置制度）には利用者の選択権、異議申し立ての権利がほとんどなかったことになる。この考えには行政（多くの場合は福祉事務所）の決定には利用者（市民）の権利を代理に擁護する義務（アドボカシー）を基盤にした上での決定という原則論²⁾が見落とされている点で問題と思われる。しかし、現実の社会福祉行政に

は、この原則が機能しなくなるほど措置制度に基づいたサービス提供の固定化、形骸化が生じてきたことは否定できない。

2) 社会福祉事業への参加の制限

社会福祉事業の担い手として社会福祉法人の果たしている役割はきわめて大きい。特に、第1種社会福祉事業（主に、入所施設におけるサービス事業）では社会福祉法人がその担い手のほとんどを占めている状況である。しかもその多くは1施設1法人であり、保守的な事業運営（同族的な経営組織、委託・補助事業を中心とした収益構造）しかなくないことが指摘されている³⁾。保守的な事業運営によって、利用者の多様なニーズに対応する柔軟なサービスの提供に支障をきたしていることが考えられる。

このような運営が生じてきた背景には、社会福祉事業への参加制限（社会福祉法人設立にあたっての規模要件、資産要件）のあることが重要である。規模要件は運営すべき社会福祉事業の規模による規制であり、資産要件は、改正前の社会福祉事業法の通知に基づいて、社会福祉法人設立時に原則として1億円以上の資産を基本財産として所有していなければならないという制限があった。

3) サービス利用者に対しての情報公開の課題

近年、自治体の情報公開条例などによって、社会福祉法人の運営に関する情報が公開されることが多くなった。しかし、このような形で公開される情報は法人の経営や運営に関するデータが多く、利用者がサービスの質を判断し、それに基づいて選択を行うことは困難である。このためには、利用者の選択判断の根拠となるサービスの質や内容に関する情報をアクセスしやすい形で公開することが必要になるが、このような情報公開は社会福祉法人にとって、これまでほとんどなされてこなかったもので、課題の多いことも指摘されている⁴⁾。

3. 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、③情報公開とサービスの質の評価、の3点について取り上げる。

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

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広がるものではない。一例として精神障害者に関する福祉サービスを取りあげると、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施設（事業者）との契約によってなされる。精神障害者217万人に対し、2000年時点で用意されている施設（数）定員は、生活訓練施設（205カ所）4,223人、福祉ホーム（115カ所）1,162人、授産施設（190カ所）4,500人、福祉工場（11カ所）315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と思われる。

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が利用者の選択が生じる上で重要な条件である。

しかし、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行政計画における目標値の意味はこれまでに比べて実施の主体が不明確になっていることが考えられる。

高齢者福祉でのゴールドプラン、新ゴールドプラン、介護保険事業計画、障害者福祉での障害者プラン、市町村障害者計画など、これまで多くの行政計画が作成されてきたが、未だに、目標達成に至っていない計画も多い。社会福祉基礎構造改革では、これまでの高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉といった領域別の縦割りの計画ではなく、地域福祉計画（市町村地域福祉計画、都道府県地域福祉支援計画）の策定が社会福祉法の中で位置づけられた。社会資源の基盤整備としては当面この計画の策定と実施が急務である。特に、計画実施の担い手としての行政の新たな役割を位置づける必要がある。

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

1999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）は、社会福祉事業法改正によって、「福祉サービス利用援助事業」となった。これに加えて、福祉サービス全般に関する苦情処理制度の検討がなされた。苦情処理制度に関しては、介護保険制度の苦情処理制度がすでに存在しているので、一般市民にとって新たに加わった制度はきわめて複雑でわかりにくい状況がみられ

る。

「福祉サービス利用援助事業」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専門員および生活支援員を地域でどのくらい確保できるか、苦情処理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（高齢者・障害者自身）が参加するのが条件として重要である⁵⁾。また、意思表示がしづらい高齢者・障害者に対して、表出された苦情だけでなく、表出されない苦情を引き出す働きかけも重要であるが、このような実践はまだ少ない現状がある。

3) 情報公開とサービスの質の評価

情報公開に関しては、改正された社会福祉法の中で定められたが、どの情報をどこまで公開するのか、国・地方自治体は公開された情報をいかに利用者アクセスしやすい形で提供するのかといった内容に関しては、現時点ではまだ明確になっていないことが多い。公開内容と公開方法はきわめて重要であり、慎重に検討すべきことではあるが、他方、利用者の選択権を保障する点で早急に明確にすべき課題でもある。

サービスの質の評価に関しては、社会福祉法では社会福祉事業の経営者自身による自己評価が位置づけられたが、自己評価によってサービスの質を評価することは困難である。このことに関しては、社会福祉法の運用事項として、サービスの質を評価する第3者機関の育成する方向が示されている。この機関にはサービスの質の評価と改善のための権限を付与する必要がある、公的な権限のある機関（行政機関など）

がもっともふさわしい機関として考えるが、そのための体制整備もあわせて必要である。

文献

- 1) 厚生省監修：社会福祉の基礎構造改革と障害保健福祉施策の見直し、厚生白書 平成 11 年版、pp227-241、ぎょうせい、1999
- 2) 小林弘人：社会福祉制度の基礎をなす法、小林弘人（編）：社会福祉のための法入門、pp120-167、川島書店、1990
- 3) 高橋紘士：社会福祉の供給システム、古川孝順、松原一郎、社本修（編）：社会福祉概論、pp97-112、有斐閣、1995
- 4) シンポジウム記録、福祉サービスに関わる苦情解決を考える、新・福祉システム、月刊福祉・増刊号、26-45、2000
- 5) 兵庫県長寿社会研究所：成年後見制度と地域福祉権利擁護制度、兵庫県長寿社会研究所（編）：高齢者・障害者の権利擁護、財産保全・管理システムに関する調査報告書、pp10-33、1999

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

佛教大学社会学部

1. 転換期の社会福祉

社会福祉は、今、大きな転換期を迎えようとしている。2000 年の 5 月に社会福祉事業法の一部（「社会福祉の増進のための社会福祉事業法の一部を改正する等の法律」）が「改正」された。法律の名称が「社会福祉事業法」から「社会福祉法」に変更したことにとどまらず、国の福祉政策の方向が大きく転換しようとしている。その基本的な特徴について要点をまとめると以下のようになる。

まず、この法「改正」は、社会福祉事業の基本理念から実施主体としての国と地方公共団体を削除し、その公的責任を大幅に後退させたという点である。「行政が行政処分によりサービス内容を決定する措置制度」から「利用者が事業者と対等な関係に基づきサービスを選択する利用制度」への変更を新たな社会福祉制度の柱にしている。つまり、「措置制度」を縮小・廃止し「利用契約制度」への変更である。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については除外される。新たな社会福祉制度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。サービスの基盤整備の遅れの中で、利用契約制度に移行すれば、低所得の人たちや「採算があわない」とされる重度の障害を持つ人たちがサービス利用から除外される可能性が高い。事業者が利用者を選別するという「逆選択」がおこるとい問題が心配されており、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介護保障の実態を見れば明らかである。

そして、つぎに、社会福祉への営利企業も含めた多様な供給主体の参入ということである。この間の一連の政策文書をもて「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」。あるいは「サービス提供主体の多元化、なかでも営利組織の参入がサービスの効率性や質の向上をもたらす」としている点にある。しかし、そんな保障はどこにあるのだろうか。市場の中での競争の結果として起こりうる福祉サービス提供者の破産や事業撤退は、利用者の生活維持そのものにかかわる致命的な影響を及ぼす危険性をもっている。24 時間巡回介護が売り物の在宅介護大手のコムスンが、介護保険をスタートして 3 ヶ月余りで、事業所統廃合と人員整理に乗り出したことは、そのことを如実に物語っているといえよう。

最後に、社会福祉サービスの利用にともなう費用負担についてである。現行の「応能負担」（所得水準に応じた負担）から「応益負担」（福祉サービスに応じた負担）に原則を移していこうとしている。福祉サービスは必要に即して利用し、所得に応じて支払うというシステムが民主主義的な費用徴収のあり方だと考えられている。しかし、「応能負担」原則は負担免除を内包しているが、「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基づくものである。

ここで述べてきた内容は、社会福祉の基礎構造にかかわる重要な「改革」のポイントであり、21 世紀におけるわが国の社会福祉のありようを根本から規定し方向づける要素を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。

「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って、「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・保健・医療のあり方について、当事者・住民、関係者が共に考えていくことが今日ほど求められているときはない。

2. 社会医学会の存在意義

さて、転換期を迎える社会福祉にあって、社会医学会の課題を探るために社会医学会が果たしてきた役割、存在意義について、これまで筆者が取り組んできた『二次障害』の研究にひきつけて述べることにする。

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てきた。脳性麻痺者の人たちからの問題提起を受けて当事者・医療関係者、福祉従事者が集まり「障害者労働研究会」が発足した。

この研究会での『二次障害』の定義として、『二次障害』とは、「脳性麻痺の障害を持つ人たちが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」とした。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となり、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効な治療方針を十分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の大きな立ち遅れが、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年に近畿を中心にして実施した「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・労働環境を浮きぼりにした。当時、『二次障害』の発症メカニズムは「加齢によるしかたないもの」とか「一次的障害としての脳性麻痺があれば、必然的に二次的障害がうみだされてくる」というような考え方が医学・医療の分野においても支配的であった。つまり、『二次障害宿命論』が大きな影響力を持っていた時期だけに、『二次障害』の発症メカニズムを明らかにしていくことは、その原因が、既存の障害や加齢の影響のみならず、ひとりひとりの障害者のおかれている生活環境や労働環境および社会的諸条件が影響していることを社会医学的アプローチにより明らかにする作業が求められていた。この調査は、こうした点で、健康調査や個々の事例分析を通して『二次障害』は社会的諸条件が改善されれば随

分解決する可能性があることを示した。

また、1983年、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、障害を持つ人々の労働者としての生命と健康を尊重するためには、①平等な機会と待遇、②労働基本権、③必要な援助と安全衛生、④労働条件の向上、⑤健康保持のための保健医療、⑥真の保護雇用制度確立等を骨子とした政策提言をおこなってきた。

ところで、こうした研究課題への社会医学的アプローチを進めていく上で研究の方法とかかわって三つのことを学んだ。ひとつは、これまでの社会福祉の領域における社会調査のあり方を考える契機になったということである。つまり、社会福祉における調査とは何かということである。それは従来調査論は一方向的に調査主体が調査客体を調査するというものであった。調査の過程で、新たな意味形成を生成していくプロセス、その可能性への配慮に軽視があったように思える。しかし、現場の働く脳性麻痺の障害を持つ人たちからの新たな健康障害や疾病についての訴えや苦悩は、その先行研究がほとんどない中での出発であった。それだけに、新たな健康障害や疾病に影響のある社会的因子を研究し、その予防と治療、健康維持のための調査は、当事者である障害者と福祉・医療の研究者が調査主体として共に向き合い共同作業を進めていくこと抜きには研究は前進しないという点にあった。統計的な量的調査と個別の聞き取り調査を徹底して行い、そのプロセスの中で明らかにされてきた意味形成を重視するという手法が社会福祉の調査では重要なのである。例えば、『二次障害』という概念形成が、当事者の人たちと研究者の双方向のやり取りの中で共通のものとして認識されていくということもひとつの成果である。そして、その意味形成の成果を臨床場面で客観的に検証していくという方法論である。

二つめは、社会福祉の方法論研究にかかわる本質的な問題である。社会福祉の方法論研究において、人々の「健康」「暮らし」の問題。そして、その発生というものを今の社会の仕組みや動きとかかわって捉えることに否定的であったり消極的な傾向が一部にある。基本的な理念や社会的な価値にかかわる問題は脇においておき、実際の実

実践場面で必要とされる技術的な方法だけを捉え研究の対象として取り上げていこうとする考え方である。この考え方でいくと研究対象は、社会的価値の影響を受けない機能部分に限定したものになることから、当然、技術的な方法についてのアプローチということになる。すなわち、社会福祉の方法を没価値的に追究すること、現代社会との関係も不問にしてしまうということになる。こうした「社会への回路」を見失った「人間関係場面」「対面場面」の技術論研究では社会的責任・公的責任論に立つ社会福祉の機能を発揮するという考え方・発想などは到底生まれてこないということである。

健康・暮らしの問題にかかわる現実的課題への追求は「経過と社会経済的要因とのかかわりを重視し、健康問題の発生・拡大を左右する要因の追求に目をむける」こと。政策的視点と技術的視点の統合が必要である。こうした社会医学的視点は、社会福祉・社会福祉方法論研究において大いに学ぶべき点である。

三つめには、社会福祉の対象とかわる問題である。社会福祉の対象にされるべき社会問題でも、政策主体の利害やねらいで、つまり政策主体のイニシアチブで対象にされるものと、そうでないものがある。そして政策主体はさらに選別し現実の社会福祉の対象をつくり出していく。つまり、「対象の対象化」が徹底してなされていくのである。転換期を迎える社会福祉にあってはこのことがより一層進められる。ところが、ここではもうひとつのモメントが作用していることを理解しておくべきであろう。すなわち、社会医学研究が対象として進めてきた領域の、その臨床的な研究成果や政策的提言は、少々短絡的な表現になるが、政策主体のイニシアチブを抑制し、実効性をもった国民の立場に立った福祉・医療を実現していく原動力を一方で培ってきているということである。ここに、社会医学的アプローチや社会医学会の学問的な存在意義がある。

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う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労する。

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「社会が作り出す健康問題を、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科学として確立することである。そして、加えて健康・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にあつた。石倉康次教授は、現代の社会問題を解明していく上で、「現実の人間性の危機を総合的に捉え、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ことの必要性」について述べた論文の中で、「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」と、「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」と指摘している。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」としている。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し解明していく視点として示唆に富んだ指摘である。

大きな転換期を迎える社会福祉にあっては、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」の課題もまたその中にあるのだろう。

4. 福祉の領域からみた社会医学の課題

社会医学は常に貧しき者、病める者、援助を必要とする者の立場に立たなければならない。これは、細川汀教授がいつも私たちに伝えられていることばである。

その意味で社会福祉の領域と重なる課題は多いと考える。スラム地域のセトルメント活動や無産者診療活動から始まって戦後の朝日訴訟と生存権保障、国民皆保険と医療制度改革、労働災害・公害・薬害などの被災者の生活と医療補償、そして、福祉労働者の労働条件と健康問題、障害者の労働権・ノーマライゼーションと二次障害等々。社会福祉領域にかかわる社会医学の課題は少なくなかった。こうした領域における両分野の共同研究がなされてきたのであるが、反省すべき点もあったように思う。

第一に、医学の特権意識が時の権力者の慈恵思想と相まって人権侵害をたびたび引き起こしている点である。例えば、記憶に新しいところでは阪神淡路大震災後の仮設住宅での「孤独死」問題を当時の衛生部の担当責任者はアルコール問題とした発言を行ったことや、仮設住宅や避難所にいることを理由にして生活保護費を切り捨て多くの病死者を出したことである。また、つい最近においても、自治体の長にあるものがホームレスを「浮浪者」と呼び、その労働意欲と失業の実態にあまりにも無知だったことである。そこには貧しきもの、虐げられているものへの人権侵害があり、歪んだ人間観がある。この歪んだ人間観の克服が求められている。

第二に、転換期を迎える社会福祉のところで述べたが、今、あらためて社会保障・

社会福祉の原理が問われているということである。介護保障ではなく介護の保険化という流れの中で福祉を残していくという考え方のベースにあるものは、それはまさに救貧的なシステムに歴史を戻すということである。権利としての福祉ではなく恩恵的で慈恵的な福祉に逆戻りさせるということである。社会福祉制度として重要なことは、公的施策の対象となるサービスがどのような水準のものとして確保されるかにある。

私たちは、日本の社会保障・社会福祉というものが、憲法や 20 世紀の世界的な人権保障の大きな流れの中で構築されてきたことを、もう一度国民的レベルで確認することから始めなければならない。こうした点からも運動面では、地域から公的責任を問う取り組みを大きく前進させることが重要な課題となっている。この場面での社会医学研究の果たす役割も大きい。

しかし、こうしたことに対する医学・医療の対応がきわめて消極的であり、逆に「効率化」「標準化」が積極的に進められており医療現場での「医療事故」「医療ミス」と言われるものをもたらしめている。また、子どもや高齢者を含む多くの人たちが医療から閉め出されている。国際高齢者年や多くの権利条約に無関心であることにあらわれている。医療・医学の分野が少子高齢社会に対するビジョンを持つことや新しい福祉国家の構築に取り組む役割が求められている。

第三に、社会福祉のこの間の利用者の立場にたった実践、地域での「宅老所」や「グループホーム」の取り組みは、本質的な価値を協同と連帯に置くというところにある。そして、このことは人々の人権意識の発展と地域の福祉観の変容をもたらしようになってきた。医療も「地域住民・患者との共同の営み」としてとらえ発展させようとする医療機関の存在がある。

社会医学会は発足以来、基本的人権を守る医療、障害者や高齢者の発達を保障する医療、すべての人々の生命は平等という生命観に基づく医療の考え方をベースにしてその研究・実践を展開してきた。まさに、医療の中に民主主義を貫く研究実践であり、すべての人々の健康を守り発達を保障する医学・医療へと結実していくことにつながっていく。私たちは 21 世紀の国民の立場に立った医学・医療のあるべき姿をこうした社会医学会の歩みから学びとること

ができるのである。

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

はじめに

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いわゆる「ホームレス」が増加しており減少する気配はみられない。「ホームレス」という概念は、欧米ではもっと広い概念であるが、ここでは、厚生省などで用いられている用語法に基づいて考えてみよう。

1999 年の厚生省の集約では、全国で、20,451 人である。中でも大阪市は、8,660 人（1998 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（1999 年 8 月）においても、23 区内で確認された「ホームレス」数は約 5,800 人である。1997 年は 3,700 人、1998 年 4,300 人であるので、その数は増加の一途をたどっていることがわかる。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、冬季には、気温が零下になる北海道札幌市においてもその存在は確認されている。著者の居住する堺市においても、1999 年の 80 数人から 2000 年夏には 100～150 人に増加していると伝えられている。

本稿では、大阪における「野宿生活者」調査をもとに、第 1 に、建設日雇労働市場の変貌過程、第 2 に、野宿生活者の労働・生活の実態、第 3 に、日雇・「ホームレス」に対する雇用・失業政策の現状と問題点、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などを考察する。

1. 「寄せ場」における日雇労働市場の機能低下と「野宿生活者」の増加

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＝準労働市場の構築とその展開（労働者派遣法の改正）などにより、全体として雇用流動化が進んでおり、4.7%の完全失業率を維持した状況にある。

特に、中高年齢者の雇用状況は厳しい。

建設日雇労働市場においても大きな構造変動がみられる。近年の野宿生活者増加は、建設日雇労働市場の変貌を抜きに考えることはできない。

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、震災需要はあったものの、建設不況のもとで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しており、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、大阪における寄せ場日雇労働市場のピークである 1970 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、駅手配、新聞などの求人広告などによる労働力調達方法が増加し、「寄せ場」離れも進んでいる。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¹⁾。

こうした労働力需給構造の変化の中で、日常的な労働・生活の中に短期的な、あるいは一時的な「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と考えられる²⁾。そして、寄せ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せ場を経由しない建設労働者や従来から「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ものと考えられるのである。

1999 年度の大阪市内の「野宿生活者（ホームレス）聞き取り調査中間報告」（大阪市立大学都市環境問題研究会、2000 年 2 月）³⁾によれば、「釜往還層」（釜ヶ崎で就労した経験があり、今後も釜ヶ崎で求職して生

活していきたい層、釜ヶ崎で就労した経験がないが、釜ヶ崎から仕事をしたい層）が 162 人（30.7 %）、「釜ヶ崎離脱層」（釜ヶ崎で就労した経験があるが、今後は、釜ヶ崎での求職、生活をやめようとしている層）が 179 人（34.0 %）、「非釜ヶ崎層」（釜ヶ崎から仕事にいった経験がなく、釜ヶ崎で求職又は生活をする意向のない層）が 186 人（35.3 %）である。「非釜ヶ崎層」をさらに建設業との関連でみると、建設業への就労経験がある層が 186 人のうち 114 人である。釜ヶ崎における日雇労働市場の縮小が「野宿生活者」創出の大きな要因となっていることがわかる。これに釜ヶ崎の寄場労働市場に依拠していなかった建設就労者などが建設不況などにより、これにつけ加わったものと考えられよう。

2. 「野宿生活者」の労働生活の実態

ここでは、上述の調査報告書をもとに、野宿生活者の過酷な労働生活の実態についてみよう。野宿生活者は敷物と簡単な荷物だけをもって寝泊りをしている非定住型野宿生活者とテント・小屋掛けをもつ定住型野宿生活者に大別されよう。上の定住型野宿者に対する聞き取り調査をもとにみてみよう。

この調査結果によれば、野宿生活者の平均年齢は、55.8 歳で、50 歳以上で 79.9 % を占める。60 歳以上で 34.4 % を占めている。男性が 652 人。女性が 20 人とわずかといえ存在している。高齢単身者が多いことが日本の「ホームレス」の大きな特徴である。出身地は、近畿地方が多く、中でも大阪出身が一番多く 17.9 % である。住民票の所在場所をみると、大阪市内がほぼ半数の 48.7 % を占めており、大阪市民であることがわかる。

「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。彼らの日常の労働・生活に関する無理解がその大きな要因となっている。そこで、労働生活の実態をみてみよう。

この調査によれば、調査回答者 672 人のうち、「仕事をしている」が約 80 % にのぼる。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 % となっている。廃品回収の品目は、「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。アルミ缶で普段 20 キロ程度であるという 20 日×20 キロ×80 円で 3,200 円、一日 1,000 円程度の収入ということになる。収入分布をみると、月 3 万円未満で約 60 %、4 万円未満で約 70 % 強となっている。多くの者が一級地の生活保護基準の 3 分の 1 程度で生活しているのである。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。廃品回収の日数をみると、「20 日以上」が 64.7 % である。そして、現在の仕事以外の仕事に就きたいと考えている者は、回答者の 82.3 % である。求職活動については、「仕事を探している」者が 45.8 %、「探していない」が 53.3 % である。探していない者の方が多い。その理由としては、「仕事の減少」が 41.3 % と最も多く、「年齢」が 19.6 %、「疾病・障害」が 10.1 % となっている。つまり、日雇など求人者の年齢制限強化と求人減少の中では、日雇仕事などの求職活動を継続しても就労に結びつくことが極めて困難である結果とみるべきであろう。多くは、仕事があれば、こんな野宿生活をしないと語っている。仕事を探している者の求職方法は「西成労働福祉センター」が 55.8 %、職業安定所が 10.5 %、知人が 21.1 % である。

彼らの食生活（複数回答）をみると、「自炊」が 52.6 %、「食堂・弁当」が 30 % 弱、「廃棄食品」31.7 % などとなっているが、多くはこれらの食事形態を組み合わせている。したがって、「自立的」にしかも「安定的」に食事を得られているものは、全体の 42 % 程度にしかすぎない。このような劣悪で不安定な食生活は、健康状態に大きな影響を及ぼすであろう。1998 年のあいりん地区内での 100 人を超える赤痢の発生や同地区における高い結核罹患率がそれを示しているのではなかろうか。

このようにみえてくると、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」ともいえるべき水準で生活している事実上の「失業」者、ワーキングプアである。これまでの大阪で実施された他の調査結果も、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としている。この点をし

っかり押さえておくことが重要である。仕事を求めているのに何故就労することができないのか、また最低生活以下での生活を強いられているにもかかわらず、どうして社会保障のセーフティーネットから漏出してしまうのであろうか。前者に焦点を絞って次節で考察する。

3. 日雇・「ホームレス」に対する雇用・失業政策の現状と問題点

日雇労働者や「ホームレス」に対してどのような雇用・失業政策が存在しているのか。

失業に対する社会保険として雇用保険がある。日雇労働者の雇用保険は、雇用保険法の日雇被保険者にあたる。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 7,500 円のいわゆる求職者給付（「アプレ手当」）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。月に数日働くことができたとしても受給できない。事実上機能しない状態の中では、「白手帳」を更新（1 年ごと）しない、あるいはでき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、一般被保険者と同様まったく機能しない。上記の調査によれば、白手帳非保持者は、回答者全体の約 78 % である。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。また、雇用三事業による事業主に対する助成を通じた雇用創出策の対象はあくまで常用雇用であり、日雇労働は対象外である。したがって、雇用保険法による雇用創出策からも漏れてしまっている。

「寄場」建設日雇労働市場では、大阪の場合、「相対方式」という形態で行われてきた。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。多くの職業安定所＝「ハローワーク」においては、日雇求人は扱っていない。また「住所」が「ドヤ」、あるいは住所が「不安定」である場

合、事実上就職紹介・斡旋の遡上にはのばらない。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。

こうした状況の中で、大阪においては、自治体による「雇用創出」事業が実施されてきている。

1994 年より実施されている高齢者特別清掃事業がその一つである。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、1999 年には 1,966 人、2000 年には 2,815 人まで増加している。また年間求人数も 1994 年の 4,680 人から 1998 年には年間 13,270 人に増加した。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 人程度で、梅雨期・求人減少期に限定されていた。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 5,700 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った。これだけではどうも生存すら維持できない収入額にしかならない。したがって、登録者の中には、野宿している者は少なくない。1999 年からは、大阪市は国の緊急地域雇用特別交付金を活用して、就労日数を増加させている。大阪府も今年 9 月より同交付金の活用を決めた。その結果、9 月 25 日から「地域外作業（清掃）」95 人、「あいりん地区生活道路清掃」60 人、「大阪府市有地の除草作業」10 人、「フェスティバルゲイト外周道路清掃」3 人、「あいりんセンター内清掃」10 人で計 1 日 178 人となる。このうち、大阪市予算部分が 133 人、大阪府が 45 人である。野宿生活者の増加に対応させて就労日数を拡大させてきている事自体は評価できよう。しかし、登録労働者が就労できる回数は、月平均わずか 2 回程度で、廃品回収と野宿を余儀なくされている労働者は相変わらず多数を占めている状態が続いている。また、1999 年には、緊急日雇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ほど遠い。

重要なのは、これらの施策が、「就労対策」として必ずしも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・就労斡旋にとどまっていることである。就労の受け皿としての雇用創出・確保をシステムとして展望できていないことである。

これらの就労対策事業、雇用創出政策を大規模に展開する大きな妨げとなっているのは、自治体による単独事業であるということと同時に国の雇用・失業政策の根本方針にある。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」が 1996 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、失業者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、雇用保険法の雇用三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⁴⁾。

大阪における特別清掃事業制度発足時（1994 年）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⁵⁾。

すでに指摘したように、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いる失業者以外の何者で

もない。国レベルの特別立法による本格的な公的な就労事業を創出すべき段階にきているのではなかろうか。

4. 国のホームレス対策「自立支援センター」構想の就労支援について

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、1999 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」をまとめ、その後、1999 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」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、親戚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。居住確保のための条件整備など従来より突っ込んだ指摘がなされている点は評価できよう。しかし、肝心の就労先=出口については、既存の雇用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 つである平成 11 年の求人倍率をみると、年齢合計で 0.49、45～49 歳で 0.42、50～54 歳で 0.27、55～59 歳で 0.14 である。このような高齢者雇用が極めて厳しい状況下で、従来の一般的施策による就労斡旋政策だけでは実質的な問題の解決にならないことがおおいに予想されるのである。

我々は、今年の夏、阪南地域の職業安定所 2 箇所と高齢者職業相談センター 2 箇所の計 4 箇所で中高年求職者の雇用と生活に関する出口面接調査を実施している。多くの中高齢求職者の就職が非常に厳しいこと

が明らかになりつつある。特に 50 歳以上で年金支給年齢前求職者における休職期間の長期化とそれに伴う生活の深刻さが浮き彫りになってきている。上で述べた、野宿生活者は、これらの一般の求職者よりも居住、住民票、キャリアなどで大きなハンディをもっていることはいうまでもない。

今年（2002 年）秋より、大阪市内に自立支援センターが 3 箇所設置され稼働をはじめ。その定員は 280 人と伝えられている。社会福祉法人、「NPO 釜ヶ崎」が運営にあたる。また、あいりん地区の三角公園のとなりにはプレハブ造りのあいりん臨時夜間緊急避難所（600 人収容、宿泊提供と乾パン支給などのサービス提供）が設置されている。長居公園には、仮設一時避難所（420 人収容予定）の建設予定がある。市内の野宿者は 1 万人を超え、周辺市にまで拡大する中で、就労により実効性のある自立支援策には抜本的な国の施策展開が必要であろう。

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、本稿では、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。ある程度の生活が保障される就労日数が確保できる制度にすることが重要である。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、現在の多くの高齢者に覆い被さっている「雇用不安」状態をどう打開するのかという雇用・失業政策全体の枠組みの変更を迫るものでもある。

注

1) 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

2) 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

3) 大阪市立大学都市環境問題研究会「野宿生活者（ホームレス）聞き取り調査中間報告」、2000 年 2 月、同研究会「大阪市における野宿者概数・概況調査」1999 年 10 月

4) 金子雅臣「失業対策の過去と未来」『Shelter-less』1999 年、No4

5) 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 月などが詳しい。

「社会医学研究」投稿規定

1. 「社会医学研究」は、日本社会医学会（旧称：社会医学研究会）の機関誌であり、社会医学に関する優れた原著（英文抄録をつける）、総説、報告、短報を掲載する。
2. 論文執筆者（筆頭）は、会員に限る。連名者も会員が望ましい。投稿原稿の採否は、査読の上、編集幹事会で決定する。
3. ヒトおよび動物を対象にした研究は、1964 年のヘルシンキ宣言（1975、83、89、96、2000 年修正）の方針に沿った手続きを踏まえている必要がある。
4. 投稿原稿（図表を含む）には、コピー 2 部（計 3 部）とテキスト形式で保存したフロッピー・ディスクを添付する。
5. 論文の校正は、初稿のみ著者が行う。
6. 論文の別刷が 50 部を越える場合は著者負担とする。また、特別にかかる費用についても著者負担とする。
7. 論文の送付は、原則として日本社会医学会事務局とする。ただし、総会記録特集号や研究総会特別号の場合は、総会担当世話人とする。
8. 執筆要領
 - (1) 原稿本文は和文とし、英、和それぞれ 5 語以内のキーワードをつける。
 - (2) 原稿は、A4 版に横 25 字～40 字の範囲で、十分に行間をあげ、横書きで記載する。
 - (3) 原著、総説、報告などの枚数は、原則として図表などを含めて、刷り上がり 8 ページ程度（1 ページ約 2,100 字）までとする。原著の英文抄録は、A4 版にダブルスペースで 1 ページ以内とする。
 - (4) 原稿には表紙を付け、表題、著者名、所属機関名（以上英文付記）のほか、論文の種別、別刷請求先及び氏名、別刷希望部数、図表数、論文ページ数を記載すること。また、フロッピーには、ファイル名のほか、フォーマット形式やテキストの種類など「読みとり」に必要な事項を記載する。
 - (5) 参考文献は以下の引用例に従い、引用順に番号を付け、論文末尾に一括して番号順に記載する。

雑誌の場合……著者名、表題、雑誌名、年号；巻数：頁一頁、の順に記載する。著者が 3 名を越える場合は 3 名までを記載し、残りの著者は「他」とする。

 - 1) 近藤高明、榊原久孝、宮尾克他、成人男性の骨密度に関する検討。社会医学研究、1997;15:1-5
 - 2) Murray CL. Evidence-based health policy. Science 1996;1274:740-743

単行本の場合……編者・著者名、書籍名、所在地、発行所、発行年、頁の順に記載する。

 - 1) 三浦豊彦編。現代労働衛生ハンドブック 増補改訂第二版増補編。川崎：労働科学研究所、1994:293-296
 - 2) Murray CL. The Global Burden of Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1966:201-246

査読者一覧

聖徳大学

名古屋工業大学保健管理センター

大阪府立大学社会福祉学部

あいち小児保健医療総合センター

九州社会医学研究所

城北病院健康支援センター

東京大学大学院医学系研究科

金沢医科大学

名古屋学芸大学

上畑鉄之丞

粥川 祐平

黒田 研二 (編集委員)

杉山登志郎

田村 昭彦

服部 真

山崎喜比古 (編集委員)

山田 裕一

山中 克己

英文校正

バイオコミュニケーションズ

Kurt Magnuson

編集委員長

名古屋大学情報連携基盤センター

宮尾 克

社会医学研究 第20号 2002年12月25日発行

発行者 西山 勝夫

発行所 滋賀県大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学予防医学講座内

日本社会医学会事務局

FAX 077-548-2189

編集 名古屋市千種区不老町

名古屋大学情報連携基盤センター 宮尾研究室内

日本社会医学会 社会医学研究編集委員会

Tel&Fax 052-789-4363 e-mail mmiyao@med.nagoya-u.ac.jp