

ISSN 0910-9919

*BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE*

# 社会医学研究

21

2003

日本社会医学学会

JAPAN SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

## 目 次

### －原著－

1. ホームヘルパーの安全衛生管理 労働と健康に関する実態調査をふまえて (北原 照代、他) 1  
Safe and health management for home care workers
2. 高齢者の虐待要因の解明に関する研究 (津村 智恵子、他) 13  
Epidemiological Study on Abuse of Elderly
3. 貧困は要介護老人の余命を縮めるか (関沢 敏弘) 23  
Does poverty shorten the lives of the disabled elderly?

### －総説－

4. 健康食品の安全性に関する考察 (第1報)  
中国製やせ薬 (ダイエット用健康食品) による健康被害とその対策 (川添 禎浩) 30  
Studies on the Safety Issues of Health Foods: Part 1  
Health Damage Caused by Chinese Diet Aid Products and Its Preventive Methods

### －論説－

5. ホームヘルパーによる医療行為の一部解禁策が意味するもの (高木 和美) 34  
Study of changes in the socio-legal system to ease the medical care restrictions on home-helpers
6. 色覚に関する社会におけるバリア解消とは (高柳 泰世、他) 46  
Overcoming barriers in society for persons with color disabilities

### －報告－

7. 県・市町村別自治体別のストレスとメンタルヘルス対策実施状況の比較検討 (永田 耕司、他) 52  
Comparative Study of the State of Mental Health and Mental Health Care Policies  
Among Prefectural and Municipal Workers
8. 英国におけるホームヘルパーの労働負担軽減策 (重田 博正) 56  
The reduction of work load for care workers in Great Britain
9. 高齢者の食事保障に関する考察 (松井 順子) 63  
－配食サービスの給付と利用、東京都での調査から－  
Study of meal security among elderly people —A survey of home delivery meal services in Tokyo
10. 野宿を余儀なくされている人たちの健康と生活保障問題 (上畑 恵宣) 71  
すべての人々が健康で人間らしく生きる権利をもっている  
Health and life security issues among homeless people
11. 大学生が小中高校時代に受けてきた健康教育について (小橋 元、他) 80  
Survey of University Students Regarding Primary and Secondary School Health Education

## ホームヘルパーの安全衛生管理 労働と健康に関する実態調査をふまえて

Safe and Health Management for Home Care Workers

北原照代、埴田和史、富岡公子、辻村裕次、西山勝夫  
滋賀医科大学・予防医学講座

Teruyo Kitahara, Kazushi Taoda, Kimiko Tomioka,  
Hiroji Tsujimura and Katsuo Nishiyama.

Department of Preventive Medicine, Shiga University of Medical Science

### Key words

ホームヘルパー、労働安全衛生、マネジメントシステム、筋負担、精神的負担  
home care worker, safe and health management, management system, muscular load, psychological stress

We discussed safety and health management for home care workers based on the results of an investigation of their work and health. Subjects were civil-service home care workers from the Elderly Persons Welfare Division and Handicapped Persons Welfare Division in a certain city center. The following investigations were conducted:

- 1) Accompanying and interviewing home care workers to understand their work, work environment, and the difficulty of their work.
- 2) Questionnaire study of care receivers and home care services for them
- 3) Questionnaire study on psychological stress among home care workers.

It was found that the desired physical care or housekeeping assistance service, age and weight of the care receivers, ADL (Activity of daily life) of the care receivers, and family support varied considerably, and that muscular load of home care workers depended on these factors. Complaint rates of psychological stress among home care workers caused by human relationships with care receivers or their family were high. The risk of sexual harassment and violence from care receivers also existed.

In home care work, detecting problems by going around the work places are difficult because the work place is the home of each care receiver. The existing system and methods for the safety and health management therefore do not apply sufficiently to home care workers. We have proposed a case-management system to avoid concentrating the work load on some home care workers and to give consideration to home care workers who need to reduce their work load. A safety and health management system for home care workers should be established and implemented as soon as possible, because health problems among home care workers will effect the quality of life of community residents who need care or assistance.

### I. 緒言

高齢者や心身に障害のある住民が、いつでも安心して介護・援助を受けるための条件整備は、少子高齢化が進む今後、ますます重要な課題である。我が国では、1999年に策定された「ゴールドプラン21」<sup>1)</sup>に基づきホームヘルパーの養成が進められており、2002年10月1日時点で、訪問介護員と訪問入浴介護における介護職員<sup>注1)</sup>は合計

27万人に達している<sup>2)</sup>。その勤務形態は約8割が非常勤、性別は約9割が女性であり、年齢構成は半数以上が40歳以上となっている。

ホームヘルパーの身体的・精神的労働負担や健康問題については、国内外で調査が行われており<sup>3-14)</sup>、作業関連性の筋骨格系障害、メンタルストレス、感染症、交通事故などの問題が指摘されている。特に頸肩腕部の筋症状や腰痛に関しては、

有訴率が高く<sup>3-5, 8, 10, 14)</sup>、業務上の身体的・精神的負担との関連の強さが示されている<sup>3, 4)</sup>。ホームヘルパーを雇用する事業所におけるこうした健康問題への対策について、非常勤者では常勤者より実施割合が低いとの報告がある<sup>14)</sup>。ホームヘルパーの雇用形態は、従来から登録派遣型が多く、加えて介護保険制度の導入以降、民間企業・小零細事業所などがホームヘルパー派遣事業に参入し、24時間対応や夜間専門者の派遣などより複雑になっており<sup>15, 16)</sup>、労働実態に則した安全衛生対策が必要とされている。

A市では公務員ホームヘルパーに腰痛や頸肩腕障害などが多発し、1999年5月時点で定員52名の常勤ホームヘルパーの15%が休職していた<sup>10)</sup>。また、同市が実施している腰痛および頸肩腕障害の特殊検診の結果(1998年)によると<sup>8)</sup>、「要注意・蓄積疲労状態」が59%、「治療を要する」と判定された者が12%おり、他の受診職種(保育士、給食調理員等)に比べても悪い結果であった。我々は、A市の委託を受け、1999年度に同市公務員ホームヘルパー(定員52名)を対象として、腰痛・頸肩腕障害予防対策を立案するための調査を実施した。腰痛・頸肩腕障害に関する断面調査<sup>10)</sup>では、腰背部痛や頸肩腕部の痛み訴え率が高く、ヘルパー業務により腰痛が出現および増強している実態が明らかとなり、また疲労に関する調査<sup>11)</sup>では、疲労症状の出現が業務と関連している可能性を示した。本稿では、委託調査の一環として行った公務員ホームヘルパーの労働実態把握のための調査結果をふまえ、ホームヘルパーの労働安全衛生管理について考察する。

## II. 対象と方法

A市役所高齢福祉課および障害福祉課所属の公務員ホームヘルパー(以下、ヘルパー)を対象とし、以下の調査を実施した。

### 1. 同行調査および面接調査(1999年7~8月)

52名のヘルパーのうち、ヘルパーと被介護者家庭の両方から了承を得たヘルパー10名に同行して、業務の実態、就労地域および作業環境を把握した。また、調査日の午後に介護業務のなかったヘルパー9名から、仕事内容やヘルパー業務の困難さ等を面接にて聞き取った。

### 2. 被介護者と介護内容に関する調査(同年10月)

全被介護者家庭(171ケース)を対象として、被

介護者と介護内容に関する詳細について主担当ヘルパーに回答を求めた。質問項目は同行調査結果に基づいて作成し、被介護者の特性(性、年齢、身長・体重、同居人の協力度、ADLレベル等)、および必要な介護項目を把握できるようにした。また、各介護内容ごとに、身体的負荷要因について、介護・援助作業の要因(不良姿勢、上肢の挙上、強い力の発揮等)、被介護者およびその家族の要因(要介護度、身長・体重、要求度等)、および環境要因(部屋の広さ、温湿度、作業空間、高さ調整の可否等)の観点から評価を求めた。用いた調査票を資料に示す。

### 3. 精神的負担に関する調査(同年10月)

調査時点で介護業務を担当する常勤ヘルパー全25名<sup>注2)</sup>を対象とし、担当する全ケースについて回答を求めた。同じケースを複数のヘルパーが担当する場合も、精神的負担感はヘルパーによって異なることが予想されたので、各ヘルパーに回答を求めた。質問紙は面接調査結果に基づいて作成し、ヘルパーと被介護者、被介護者家族および近所との関係、および環境要因(汚い、暗い、臭い、暑い・寒い等)について負担感を尋ねた。また、担当ケースについて身体的負担感と精神的負担感を5段階で評価させた。

この他、腰痛・頸肩腕障害に関する断面調査<sup>10)</sup>、疲労症状に関する調査<sup>11)</sup>、および筋電図測定による介護補助具の使用評価<sup>12)</sup>と作業中の筋負担の検討<sup>13)</sup>を行った。

## III. 結果

### 1. 同行調査および面接調査

同行調査の結果、介護および援助項目は表1および2のように分類でき、各項目ごとに身体的負荷要因を分類できた。身体介護には、入浴・清潔・整容と排泄の介助があり、それぞれの作業内容として、移乗、移動、衣服着脱、洗体・洗髪、清拭などがあつた。作業により生じる身体的負荷としては、不良姿勢の出現、腰背部の強い力の発揮、上肢の挙上・中空保持などが、また被介護者による身体的負荷としては、高い要介護度、体重の重さ、1人での介助などが挙げられた。さらに、浴室や便所の狭さ、高温多湿、手すりがないといった環境も身体的負荷要因となる。家事援助には、掃除、洗濯、買い物、調理、および食事の援助があり、表2に示すような作業内容と身体的負荷要



因が挙げられた。家事援助の身体的負荷要因は身体介護とほぼ共通していたが、被介護者やその家族からの要求度（掃除・洗濯方法、清潔さ、干し方、特定の品物や店の指定、味付け、煮込み具合など）も負荷要因となっていた。

面接調査から明らかになった精神的負荷・負担要因を表3に示した。得られた回答は、職場の問題、ヘルパーと被介護者間の問題、ヘルパーと被介護者の家族間の問題、近所との関係、および環境の問題に分類できた。

## 2. 被介護者と介護項目に関する調査

回収した全171ケースのうち、1家庭に2人の被介護者がいた7ケースを除いた164ケースについて見ると、1ケースあたりの必要な介護項目数は平均3.5項目あった。

主な身体介護とその内容に対する評価および実施割合を表4に示す。清潔・整容の介助は99ケース（60%）で実施され、このうち41%が衣服着脱に全介助を要し、37%が「移動時の困難さがあり」と評価されていた。入浴の介助は50ケース（30

%)で実施され、このうち50%で全介助が必要、50%で「不自然な姿勢が多い」、32%で「湯をくみ出す動作が頻繁にある」と評価された。排泄の介助は50ケース(30%)で実施されており、このうち68%が全介助を要した。

次に主な家事援助とその内容に対する評価および実施割合を表5に示す。「掃除」の実施は106ケース(65%)と家事援助の中で最も多く、その70%

表3 面接調査から明らかになった精神的負荷・負担要因

I. 職場の問題

- ・ケースの割り振りが偏っている
- ・仕事が多すぎる
- ・職場になかなか慣れない
- ・仲間や上司(部下)とうまくいかない
- ・プライバシーがない
- ・仕事が単調でつまらない
- ・仕事に満足できない
- ・納得のいかない時がある
- ・理想と現実のギャップ

II. ヘルパーと被介護者間の問題

査の結果を基に、心身の負荷を評価（初期評価）し、その評価結果およびホームヘルパーの健康状態や他の業務負担を勘案して担当ホームヘルパーを決定する。介護業務が開始され一定期間が経過した時点で、実際に介護を行うヘルパーが、チェックリストを用いて心身の負担を検証した後、担当ヘルパーとマネージャーによるカンファレンスを行い、介護業務遂行上の問題を把握する。心身の負担を検証するには、図3に示すようなものが必要と考えられた。問題があれば対策を検討し、業務の見直し（作業姿勢や作業環境の改善、介護補助具の導入、介護以外の業務の軽減等）により解決を図る。それが困難な場合はヘルパーの変更や複数化を行い、新しい担当ヘルパーを決定する。また、担当ヘルパー決定時やカンファレンス時にはホームヘルパーの健康状態をチェックし、健康管理に役立てる。こうしたマネジメントシステムの実施にあたっては、マネージャーの養成と、依頼されたケースについてホームヘルパーの心身の負荷および負担を評価する方法の開発が必要である。

## V. まとめ

雇用条件や安全衛生管理体制が比較的整備された公務員ホームヘルパーでも、適切な予防対策が実施されないと健康障害が生じていたのは、ホームヘルプ労働の特性を考慮した安全衛生管理方法が未確立であることが一つの要因と考えられた。介護保険制度導入以降、民間企業が在宅支援領域に参入しており、営利の追求といった側面からはホームヘルパーの労働密度が高まる状況にある。また、非営利的組織として新たにホームヘルパー派遣を担う小規模福祉法人等での安全衛生管理体制は、財政的および制度的理由から整備の遅れが予想される。ホームヘルパーの健康障害の拡大は、介護・援助を受ける地域住民の生活の質にも影響を及ぼすと考えられ、ホームヘルパーの安全衛生管理制度確立と実施が急務である。

謝辞:本調査実施にあたり全面的にご協力いただいたホームヘルパーと被介護者家庭の皆様には厚く御礼申し上げます。また、本稿執筆にあたり貴重な助言をいただきました重田博正氏に感謝いたします。

注1) 文献引用した「介護サービス施設・事業所

調査」には、「訪問介護事業における介護職員として、「訪問介護に従事する介護職員（訪問介護員）」および「訪問入浴介護に従事する介護職員」の人数が示されており、「ホームヘルパー」という表現が用いられていなかったため、ここではあえて「訪問介護員と訪問入浴介護における介護職員」という表現を用いた。

注2) A市公務員ヘルパーの定員は52名であるが、介護保険制度開始の準備のため、本調査を実施した1999年10月から、主として介護業務に従事する常勤ヘルパーは全員で25名となった。

## 【参考文献】

- 1) 厚生省老人保健福祉局. 今後5か年の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～. 1999.
- 2) 厚生労働大臣官房統計情報部. 平成14年介護サービス施設・事業所調査の概要. 2002.
- 3) Johansson J.Å. Psychosocial work factors, physical work load and associated musculoskeletal symptoms among home care workers. *Scandinavian Journal of Psychology* 1995; 36 (2): 113-129.
- 4) Zeytinoglu I.U., Denton M.A., Webb S., Lian J. Self-reported musculoskeletal disorders among visiting and office home care workers. *Women & Health* 2000; 31 (2/3): 1-35.
- 5) 重田博正. ホームヘルパーの健康問題 イギリスグラスゴー大学の調査とGMB憲章から学ぶ. *賃金と社会保障* 1999; 1261: 30-53.
- 6) 湧井忠昭. ホームヘルパーの疲労. *保健の科学* 1995; 37 (4): 231-235.
- 7) 湧井忠昭. ホームヘルパーの業務分析と生体負担 労働科学の観点から. *介護福祉教育* 1996; 2 (1): 30-33.
- 8) 重田博正. ホームヘルプという仕事 ホームヘルパーの健康と労働負担に関する研究. *賃金と社会保障* 1999; 1250・51: 88-114.
- 9) 近藤恭子, 築島恵理, 岸玲子. ホームヘルパーにおけるMBI (Maslach Burnout Inventory) とその関連要因について. *産業衛生学雑誌* 2000; 42: 157.
- 10) 富岡公子, 北原照代, 埴田和史他. 某市公

- 務員ヘルパーにおける労働負担調査(第1報)  
腰痛・頸肩腕障害に関する断面調査の結果.  
産業衛生学雑誌 2000; 42: 625.
- 11) 北原照代、富岡公子、埜田和史他. 某市公務員ヘルパーにおける労働負担調査(第2報)  
疲労に関する質問紙調査の結果. 産業衛生学雑誌 2000; 42: 626.
  - 12) 辻村裕次、北原照代、埜田和史他. 介護補助具利用による作業負担軽減の評価. 産業衛生学雑誌 2001; 43: 367.
  - 13) 北原照代、富岡公子、辻村裕次他. 在宅介護労働における筋負担の検討. 産業衛生学雑誌 2001; 43: 368.
  - 14) 藤原恭子、築島恵理、岸玲子. ホームヘルプサービス職の労働実態と問題点 札幌市における滞在型ヘルパーと巡回型ヘルパーの勤務形態別の比較. 日本公衆衛生学雑誌 2003; 50(7): 613-620.
  - 15) 小野雄一郎. 介護労働者の労働条件・労働衛生対策. 産業衛生学雑誌 2001; 43: 172-173.
  - 16) 日本介護クラフトユニオン. 介護事業従事者の就労実態調査報告書. 東京都. 2000.
  - 17) 田尾雅夫編著. ヒューマンサービスの組織医療・保険・福祉における経営管理. 京都: 法律文化社. 1995; 171-191.
  - 18) 労働省基発第547号通達. 職場における腰痛予防対策指針. 1994.
  - 19) 労働省基発第65号通達. 上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準. 1997.
  - 20) Health and Safety Executive. Handling home care - Achieving safe, efficient, and positive outcomes for care workers and clients. United Kingdom. 2001.

## 高齢者の虐待要因の解明に関する研究

Epidemiological Study on Abuse of Elderly

津村智恵子<sup>\*1</sup>, 星山佳治<sup>\*2</sup>, 川口 毅<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup> 大阪府立看護大学地域看護学

<sup>\*2</sup> 昭和大学医学部公衆衛生学教室

Chieko Tsumura<sup>\*1</sup>, Yoshiharu Hoshiyama<sup>\*2</sup>, Takeshi Kawaguchi<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup> Department of Community Health Nursing, Osaka Prefecture College of Nursing

<sup>\*2</sup> Department of Public Health, Showa University School of Medicine

Key Words: abuse of elderly (老人虐待), factors for abuse (虐待発生要因), case-control study (ケースコントロールスタディ), feeling of burden in nursing care (介護負担感)

We report an epidemiological study of factors leading to abuse of the elderly. We conducted a case-control study comparing eighty elderly people living in a suburb of Osaka City who were suspected of being abused with non-abused elderly matched by sex and age. In cooperation with local municipalities and public health centers, we had public health nurses conduct a door-to-door survey. Prior to the survey, we created model factors for abuse based on prior studies.

Analysis of the survey results with a multiple logistic model indicated that a young age of caregivers, caregivers' feeling that providing care is a burden, and physical condition of caregivers were significant risk factors for abuse. Factors for the delay in addressing the issue of elderly abuse in Japan need to be revealed, and efforts to solve abuse-related problems should be made within the large framework of the social system and an open environment.

はじめに

近年, こどもの虐待の問題が社会問題としてしばしば取り上げられるようになり, 保健・福祉関係者の研究会などにおいても虐待の発生要因の解明に関する研究報告<sup>1)2)</sup>や電話相談などサポートする仕組みについての提言<sup>3)4)</sup>などが多くなされている。しかしながら, 我国における老人虐待の取り組みについては欧米に較べてかなり遅れていることが指摘されている<sup>5)</sup>。わが国の高齢者世帯の特徴は, 家族同居率が北欧諸国の一桁を割る率の国々と比べ, 5割近い同居率を維持していることである。一方, 近年めざましい女性の社会進出と並ぶわが国の核家族化の進行は, 高齢者が高齢者を介護せざるを得ない老々介護現象を増加させ, 同居の独身の娘・息子に介護負担を背負わせるなど, 家庭介護力の低下は著しい。これに, 世代間での老親扶養意識の格差の拡大化は高齢者世帯の孤立化を一層きわだたせており, 家庭内での

「高齢者いじめ=虐待」の温床にもなっている。

現在でも我国において老人虐待の発生頻度を全国規模で捉えた調査は未だ見当たらず, わずかに金子が著書「老人虐待」<sup>6)</sup>の中で資料として提示しているデータによると65歳以上の老人の約3,400人中に0.8%であったとあるだけである。我国において実態把握の困難な理由としては虐待の定義があいまいであることや家族としても実態を隠蔽したがる傾向があることが挙げられている。

最近では次第に虐待に対する関心も高まり, 虐待の概念や定義も次第に統一されつつある<sup>7)</sup>。また, 高崎等はこの中で家庭内老人虐待の発生要因として①ケア提供者の心身のストレス ②高齢者の障害および疾病・性格③世代間における暴力関係の循環④多くの要因の複合と家族関係ならびに ⑤閉鎖的な気質と慣習・環境などをあげている。しかしながら, これらは概念としてあげているもので疫学的に検証したものではない。

そこで、大阪市郊外の1市2町において65歳以上の老人で保健師による訪問や保健所や福祉施設などに相談に来所した症例のうち虐待があると疑われた30症例について、さらに虐待が認められない対照例を30例とり、疫学研究の手法を用いて老人虐待の発生要因について検討した。

#### 研究方法

本研究で対象としたT市は大阪市の郊外に位置し人口62,266人、高齢化率15.5%（平成12年現在）、MH町は人口同じく大阪市郊外に位置し人口37,614人、高齢化率14.9%ならびにM町は大阪府の南端で和歌山県に接している人口19,789人高齢化率21.0%の漁村である。これら1市2町の保健・福祉課の協力を得て、介護保険実態調査の結果、要支援、要介護となった690人を対象に、平成12年4月～7月に高齢者虐待の実態を把握するためのアンケート調査を行い、回収された401人の内容から虐待が疑われるもの200例と、虐待がないと思われる122例について、平成13年2月～7月に2次調査を行った。

2次調査は高齢者虐待ならびに本調査についての研修を受けた保健師と大学院生8人による電話による聞き取り調査及び訪問調査を実施し高齢者虐待が明確になった30事例に対して、訪問時に詳細な聞き取り調査により実態を把握した。これら30事例を高齢者虐待群とし、比較する高齢者虐待なし30事例を1次調査対象者の中から①同一市町、②性別の一致、③年齢のほぼ一致（年齢±3）している事例を対照群として選択して症例対照研究を行った。

解析はSPSSソフトを用いて多重ロジスティックモデルによるオッズ比を求め疫学的に検討した。なお、訪問する保健師には再度、高齢者虐待症例の見方についての研修を行い、見解を統一して訪問調査を行った。

#### 虐待症例の定義

症例として虐待があると考えられた者の定義は田中荘司ら<sup>9)</sup>の提案した定義を参考にアンケート調査により第一次スクリーニングを行い、面接時に確認を行った。定義の内容は次に示す。

身体的暴力による虐待が認められた者：

主として他人から殴られたり、つねられたり、押さえつけられたり等の暴行を受け、身体に外傷性内出血（あざ）、打ち身、捻挫、骨折、火傷など

の傷跡が見受けられる場合。また本人の意思に反して身体を拘束された場合。

心理的障害を与える虐待が認められた者：

主として介護者から言葉による暴力（侮辱、脅迫等）や家族内での無視等によって心理的不安定状態または心理的孤立に陥り、日常生活の遂行に支障をきたすおびえ等の精神状態が見受けられた場合。

介護等の日常生活上の世話の放棄、拒否、怠慢による虐待が認められた者：

日常の介護拒否、健康状態を損なうような放置（治療を受けさせない、適切な食事が準備されていないなど）、日常生活上の制限（火器器具の使用の過度の制限等）や外出禁止、戸外に締め出す等によって高齢者の健康維持等日常生活への援助が意図的になされていないと見受けられる場合。経済的虐待が認められた者：

高齢者に年金等の現金を渡さない、または取り上げて使用したり、高齢者所有の不動産を無断で処分するなど過度の経済的不安を与えていると見受けられる場合。

性的暴力による虐待：

高齢者が性的暴力またはいたずらを受けていると見受けられる場合。

#### 研究結果 I（1次調査）

##### 1) 虐待を受ける高齢者と介護家族の兆候

先行文献および過去の研究者自身の調査<sup>9) 10)</sup>などから虐待発生に関する特性、家庭環境、社会経済的条件について被虐待者と虐待者の面からどのような兆候として現れるかについて検討した結果を図1に示す。この図1を踏まえて、1次調査のアンケート用紙および2次調査のアンケート用紙の一部を作成している。

##### 2) 虐待発生を疑う高齢者と介護家族の状況

1市2町の一次調査後、住所や電話等の記載があり、再度調査の了解の得られた322事例に郵送調査では不明瞭であった質問項目について、再度電話または訪問により聞き取り調査を行った。この時点における不適切ケアの疑い即ち虐待を疑う200例、不適切ケアの疑いなし122例のデータを高齢者側、介護者側の双方から $\chi^2$ 検定等を用いて要因分析を行い（表1, 2, 3）、要因分析の

図 1 高齢者(被虐待者)と介護家族(虐待者)の虐待発生要因と兆し  
 早期発見・予防の視点(雰囲気、兆し、環境など)

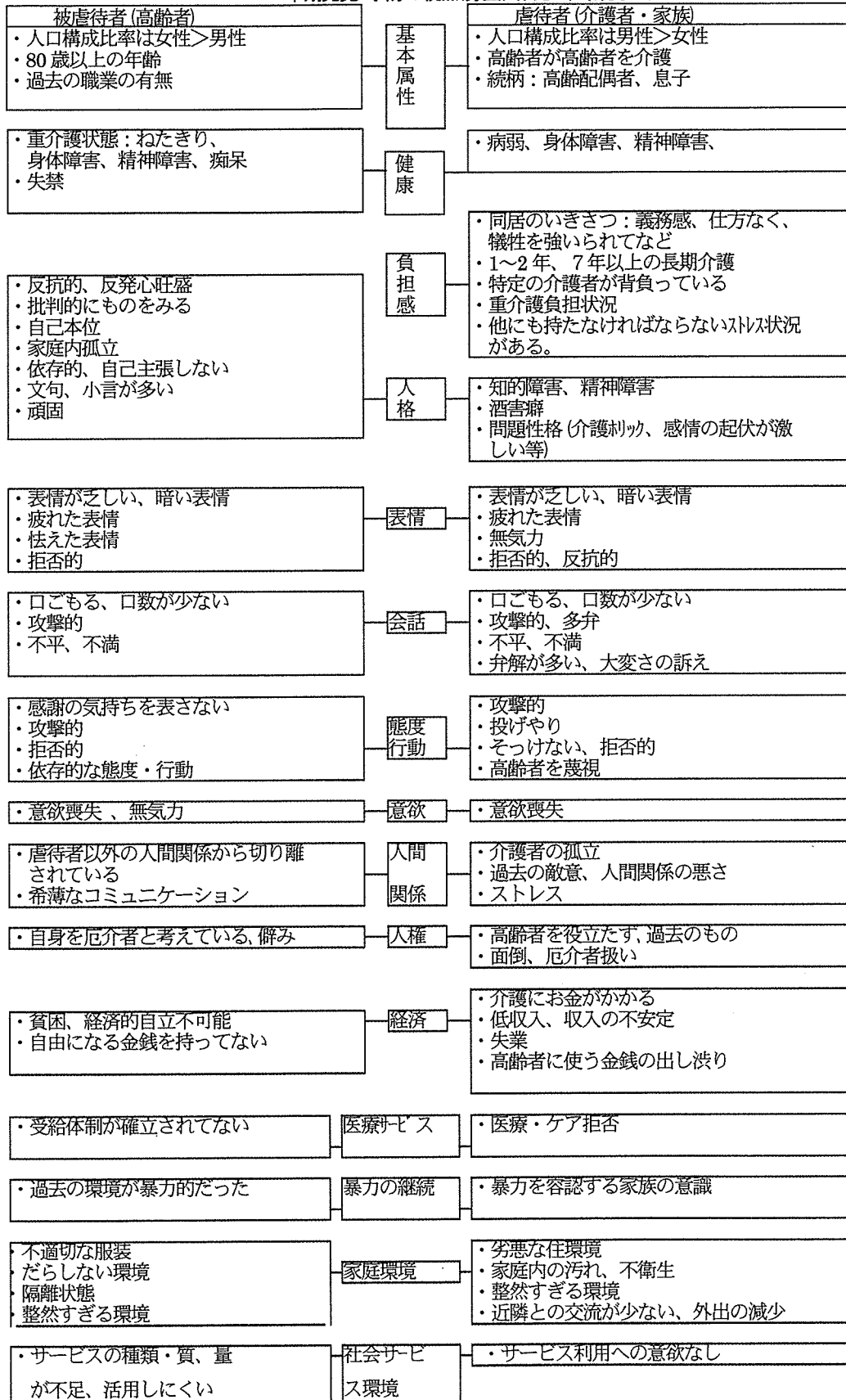


表1 高齢者の不適切ケアの疑い(虐待)と関連要因項目

項目	カテゴリー	総数	不適切ケアの疑い(虐待)		X2検定	
			あり(%)	なし(%)		
基	性別	男	109	73(67.0)	36(33.0)	
		女	213	127(59.6)	86(40.4)	
本	年齢	80歳未満	119	74(62.2)	45(37.8)	
		80歳以上	190	120(63.2)	70(36.8)	
情	配偶者	あり	115	72(62.6)	43(37.4)	
		なし	198	121(61.1)	77(38.9)	
報	痴呆	あり	196	103(52.6)	93(47.4)	***
		なし	120	35(29.2)	85(70.8)	
情	寝たきり	あり	188	137(69.7)	57(30.3)	***
		なし	123	60(48.8)	63(51.2)	
報	世話が必要 になってから の期間	2年未満	84	61(72.6)	23(27.4)	
		2~7年未満	119	79(66.4)	40(33.6)	
		7年以上	58	41(70.7)	17(29.3)	
不	喜怒哀楽 が激しい	あり	90	69(76.7)	21(23.3)	***
		なし	215	122(56.7)	93(43.3)	
適	不眠	あり	112	75(76.0)	37(33.0)	
		なし	193	116(60.1)	77(39.9)	
切	障害・問題 行動	あり	268	185(69.0)	83(31.0)	***
		なし	41	9(22.0)	32(78.0)	
ケ	食べた事を忘 れ欲しがる	あり	52	43(82.7)	9(17.3)	**
		なし	255	150(58.8)	105(41.2)	
ア	高齢者が目 力で出来るこ と	あり	198	105(53.0)	93(47.0)	***
		なし	118	83(70.3)	35(29.3)	
の	意欲なし 無気力	あり	141	102(72.3)	39(27.7)	**
		なし	164	89(54.3)	75(45.7)	
兆	失禁	あり	90	69(76.7)	21(23.3)	***
		なし	214	121(56.5)	93(43.5)	
候	徘徊	あり	27	21(77.8)	6(22.2)	+
		なし	279	170(60.9)	109(39.1)	
情	依頼心強 い	あり	167	117(70.1)	50(29.9)	**
		なし	140	76(54.3)	64(45.7)	
報	わがまま	あり	147	109(74.1)	38(25.9)	***
		なし	161	85(52.8)	76(47.2)	
候	未熟な性 格	あり	59	44(74.6)	15(25.4)	*
		なし	244	146(59.8)	98(40.2)	
情	攻撃的行 動	あり	46	38(82.6)	8(17.4)	**
		なし	260	154(59.2)	106(40.8)	
報	酒害中毒	あり	3	2(66.7)	1(33.3)	
		なし	297	184(62.0)	113(38.0)	
報	精神障害	あり	58	46(79.3)	12(20.7)	**
		なし	244	141(57.8)	103(42.2)	

\*\*\* p<0.001    \*\* p<0.01    \* p<0.05    + p<0.1



表2 介護者の不適切ケアの疑い(虐待)と関連要因項目

項目	カテゴリー	総数	不適切ケアの疑い		X2検定	
			あり(%)	なし(%)		
基本情報	性別	男	67	38(56.7)	29(43.3)	
		女	253	162(64.0)	91(36.0)	
	年齢	50歳未満	64	52(81.3)	12(18.8)	**
		50歳以上	233	142(60.9)	91(39.1)	
同居/別居	同居	262	169(64.5)	93(35.5)	+	
	別居、その他	60	31(51.7)	29(51.8)		
不適切ケア	介護者は仕事を辞めた	あり	49	40(81.6)	9(18.4)	**
		なし	264	156(59.1)	108(40.9)	
兆候	介護者の健康状況	無理しながら介護、介護に支障がでている	132	91(68.9)	41(31.1)	+
		介護に支障なし	181	106(58.6)	75(41.4)	
情報	介護者の負担感	あり 時々あり	223	167(74.9)	56(25.1)	***
		なし あまりなし	88	28(31.8)	60(68.2)	
情報	高齢者への憎しみ	あり 時々あり	84	78(92.9)	6(7.1)	***
		なし あまりなし	223	115(51.6)	108(48.4)	
情報	家族の介護協力を欲している	あり 時々あり	161	122(75.8)	39(24.2)	***
		なし あまりなし	140	68(48.6)	72(51.4)	
兆候	介護は自分の役割と思っている	あり 時々あり	211	139(65.9)	72(34.1)	
		なし あまりなし	87	49(56.3)	38(43.7)	
兆候	介護による経済への影響	あり 時々あり	98	75(76.5)	23(23.5)	***
		なし あまりなし	209	118(56.5)	91(43.5)	
兆候	近所付き合い	あり 時々あり	176	103(58.5)	73(41.5)	+
		なし あまりなし	127	87(68.5)	40(31.5)	
情報	ストレスの発散に友人と喋る	あり 時々あり	85	71(83.5)	14(16.5)	***
		なし あまりなし	120	67(55.8)	53(44.2)	
情報	高齢者以外に要介護者を抱えている	あり	22	12(54.5)	10(45.5)	
		なし	98	59(60.2)	39(39.8)	

\*\*\* p<0.001 \*\* p<0.01 \* p<0.05 + p<0.1

表3 世話の期間と不適切ケアの疑い(虐待)との関連

項目	カテゴリー	総数	50歳未満(%)	50歳以上(%)	
世話が必要になった期間	不適切ケアの疑いあり n=181	2年未満	61	21(34.4)	40(65.6)
		2~7年未満	79	17(21.5)	62(78.5)
		7年以上	41	14(34.1)	27(65.9)
世話が必要になった期間	不適切ケアの疑いなし n=80	2年未満	23	1(4.3)	22(95.7)
		2~7年未満	40	5(12.5)	35(87.5)
		7年以上	17	2(11.8)	15(88.2)

結果を取り入れて2次調査の虐待30事例の訪問調査用紙を作成した。

表4 虐待あり群と虐待なし群の背景

項 目	虐待あり群	虐待なし群
年齢分布	60歳～70歳未満	1
	70歳～80歳未満	8
	80歳～90歳未満	13
	90歳以上	8
家族構成	一人暮らし	2
	夫婦世帯	8
	息子夫婦と同居	9
	娘夫婦と同居	3
	独身の子供と同居	7
	その他	1

研究結果Ⅱ (2次調査)

訪問調査を実施し高齢者虐待が明確になった30事例を高齢者虐待群とし、比較する高齢者虐待なし事例は、不適切ケアの疑いなし122例中から30事例を選択し対照群として症例対照研究を行った。虐待あり群と対照の虐待なし群の年齢分布と家族構成は表4に示したように大きな差異は認められていない。これは虐待あり群に対して対照の虐待なし群の抽出を行う際に、出来るだけマッチするように有意抽出を行ったためである。

虐待要因の各項目のオッズ比

虐待あり群と虐待なし群との間で虐待要因と考えられる要因についてオッズ比を算出した(表5)。その結果、「介護者の年齢」「介護者の健康」ならびに「介護者の負担感」が有意な虐待要因としてあげられた。

表5において算出した虐待要因の内、オッズ比が高い項目について相関分析を行なった結果を表6に示した。その結果、介護者の年齢と介護者の健康状態との間には正の相関が認められ、介護が自分の役割と感じるとは負の相関が認められた。また介護者の健康状態は介護による経済的負担と正の相関が認められた。介護の負担感、近所とのつきあいができないことと経済的負担との間に正の相関が認められ、介護が自分の役割と思うとは負の相関が認められた。さらに介護が自分の役割と思うについては多くの要因との間に負の相関が認められ、経済的負担感については近所付き合いが出来ないや介護負担感との間に正の相関が認められた。また近所付き合いが出来ないについては、介護負担感と経済的負担感との間に強い正の相関が認められた。

表6に示した6項目の虐待要因について多重ロジスティックモデルによるオッズ比を表7に示した。

その結果、虐待要因として介護者の年齢が50歳未満であることと介護者の健康状態が最も強い要因としてあげられた。次いで介護負担感が虐待要

因としてあげられた。

考 察

近年我国において急速に進む核家族化の進行と女性の社会進出に伴い、家庭介護力は低下しこのことは増加の一途にある在宅高齢者の虐待と結びついている。欧米では1980年代半ばからすでに在宅高齢者の虐待が大きな社会問題として取り上げられており<sup>11)12)13)14)</sup>、アメリカにおいても1980年代の末には高齢者虐待にかかわる規定や高齢者の人権条項の法制化がなされている<sup>15)</sup>。我国においても1990年代になって高齢者虐待についての関心がいくつかの研究者グループによって地域<sup>16)</sup><sup>17)</sup>や全国規模の調査<sup>18)</sup>等も行われるようになってきた。しかしながら、高齢者の虐待の実態を把握することは、家族や本人による隠蔽や虐待者側に虐待をしているという意識が欠如しているなど様々な理由から非常に困難である<sup>19)20)</sup>。

本研究を始めるに先だって、過去の文献等を種々参考にしながら、これに研究者らの過去の調査結果を重ねあわせて、高齢者虐待の発生兆候を被虐待者側と虐待者側の両面から検討しその発生要因を明確化したく、図1に示すように性・年齢など基本的属性から社会サービス環境まで幅広くアンケート調査用紙に盛り込み調査を行った。2次調査では虐待の現状を保健師等の専門職による訪問調査によって捉えるように努めた。

高齢者の虐待の発生要因について田中らは、全国介護支援センターで取扱った虐待事例を分析し、虐待要因として最も多かったのは高齢者と家族の間の人間関係が不良であること次いで介護負担、金品の搾取ならびに就労関係が不良であったことを報告している<sup>22)</sup>。

表5 虐待要因の各項目別オッズ比

基本属性	数		虐待あり/虐待なし	オッズ比	95%CI
配偶者	あり		12/13	0.87	(0.27-2.75)
	なし		18/17		
高齢者の健康	自立又は屋内自立		11/12	0.82	(0.25-2.65)
	Vs それ以外		19/17		
	世話の期間49週まで		17/17	0.92	(0.28-2.94)
	Vs 50週以上		13/12		
	酒害中毒ある	はい	0/1	0.32	(0.00-∞)
		いいえ	30/29		
	精神障害ある	はい	4/4	1.00	(0.18-5.47)
		いいえ	26/26		
	痴呆がある	はい	20/15	2.00	(0.62-6.50)
		いいえ	10/15		
	過食・欲しがる	はい	2/4	0.46	(0.05-3.34)
		いいえ	28/26		
失禁する	はい	10/3	4.50	(0.95-23.98)	
	いいえ	20/27			
徘徊する	はい	2/3	0.64	(0.06-5.29)	
	いいえ	28/27			
負担感	依頼心が強い	はい	15/17	0.76	(0.24-2.38)
		いいえ	15/13		
人間関係	我が儘である	はい	8/14	0.60	(0.17-2.14)
		いいえ	15/16		
	未熟な性格	はい	10/4	3.25	(0.77-14.64)
		いいえ	20/26		
攻撃的行動	はい	6/3	2.25	(0.42-12.97)	
	いいえ	24/27			
経済・近隣環境	介護による経済への影響	いつも又は時々	16/6	4.00	(1.10-15.11)
		あまりない又ははない	14/21		
	近所付き合いの時間	ない又はあまりない	21/11	5.40	(1.44-21.26)
		時々ある又ははある	6/17		
介護家族と家庭環境	介護者は 娘		12/10	1.33	(0.40-4.37)
	Vs それ以外		18/20		
	介護者は 男		7/5	1.52	(0.36-6.56)
	Vs 女		23/25		
	介護者の年齢	50歳未満	12/1	15.33	(1.75-∞)
		50歳以上	8/23		
	介護者の仕事	常勤&自営	7/4	1.90	(0.41-9.07)
		それ以外	23/25		
	介護者の健康状態	健康	12/1	17.33	(1.99-∞)
		それ	18/26		
	介護負担を感じる	よくある	22/5	12.65	(3.10-55.94)
		それ以外	8/23		
配偶者・家族の協力	希望する	10/3	4.56	(0.95-24.49)	
	それ以外	19/26			
介護は自分の役割と	思う	8/18	0.19	(0.05-0.68)	
	それ以外	21/9			

表6 虐待要因の有意な項目間の相関係数行列

	1)介護者の年齢50歳未満	2)介護者の健康状態は健康	3)介護を負担に感じるがよくある	4)介護は自分の役割と思うことがよくある	5)介護の経済状態への影響がいつも又は時々ある	6)近所付き合いの時間がない又はあまりない
1)介護者の年齢50歳未満	1.000	0.388	0.121	-0.237	-0.045	0.082
2)介護者の健康状態は健康	0.388	1.000	0.147	-0.050	0.245	0.193
3)介護を負担に感じるがよくある	0.121	0.147	1.000	-0.292	0.258	0.394
4)介護は自分の役割と思うことがよくある	-0.237	-0.050	-0.297	1.000	-0.075	-0.078
5)介護の経済状態への影響がいつも又は時々ある	-0.045	0.245	0.258	-0.075	1.000	0.369
6)近所付き合いの時間がない又はあまりない	0.082	0.193	0.394	-0.078	0.369	1.000

武田らは、全国の新聞の社会面に掲載された高齢者虐待事例を追跡調査し加害者の続柄による虐待要因を調査し、虐待発生の要因として男性介護者の高齢による重介護状態によるストレス、息子や娘による介護負担による未婚・失業状態や、高齢者の依存度の強さによる追い

つめが殺意に発展していることを報告している<sup>23)</sup>。本調査の結果、介護者が50歳未満であることが虐待発生の要因として明らかにされたが、むしろ本調査の結果からは被虐待者が死亡にまで至った事例は認められてはいない。しかし、介護者と被介護者である高齢者が親子関係にあり、介護者が比較的若年の場合、高齢者に対する Sympathy (同情、理解) が乏しく虐待発生の要因になることは容易に理解できる。その意味では今後、虐待防止のためにはこれらの世代に対する教育や社会的サポートが必要であろう。今回、我々の研究では例数が少なかったため虐待の種類別に要因を分析することが出来なかったが、今後はさらに例数を増やして詳細な分析を行なうことが必要である。

また、高崎らは、保健所の保健師や看護師の目からみた虐待関連要因を1,781の事例について分析研究し、高齢者側の要因として高齢者が介護を受けることに関して感謝の気持ちがない、反抗

表7 多重ロジスティックモデルによる虐待要因のオッズ

項目	オッズ比	95%CI
介護者の年齢50歳未満	17.86	(0.74-429.36)
介護者の健康状態は健康	16.15	(0.65-400.89)
介護を負担に感じるがよくある	8.35	(1.37-50.79)
近所付き合いの時間がない又はあまりない	3.51	(0.45-27.47)
介護の経済状態への影響がいつも又は時々ある	1.51	(0.24-9.38)
介護は自分の役割と思うことがよくある	0.14	(0.02-0.93)

的、不潔、失禁、痴呆などの要因による精神的苦痛、心身の負担をあげている<sup>23)</sup>。本調査結果においても、介護者の介護負担感が虐待発生の大きな要因としてあげられており、このことを裏づけるものとして挙げられよう。このほか、虐待発生の要因に関する研究、調査では高齢者処遇研究会が1998年に出した報告書では、虐待発生要因として精神的負担やストレス、人間関係不良ならびに家父長的権利意識などがあげられており<sup>24)</sup>、これらはいずれも精神的、身体的ストレスが虐待発生の要因となっており、この様な報告は多くみられる<sup>25) 26)</sup>。

今回、研究者らが行った調査結果からは介護者の健康状態が虐待発生の大きな要因となっていることが明らかにされた。これまでも虐待発生の要因として精神的、身体的ストレスが大きな要因となっていることや、家庭内の人間関係、介護の負担感が報告されているが、介護者の健康状態が虐待発生の直接要因となっていることを報告してい

るものはほとんど見当たらない。ただ上田らは虐待の発生が、虐待者自身が持つ要因と人間関係の悪さ等の組合せで、これに複数の社会的要因が加わり虐待発生につながっていると報告している<sup>17)</sup>。また、竹内は、東京都区部の痴呆老人の訪問調査結果から介護者の負担感、被介護者の健康状態や介護者の属性よりも被介護者の家庭環境が大きく影響していることを報告している<sup>27)</sup>。

今回の研究の結果からも、表6に示したように介護者が「介護を自分の役割と思うことがよくある」が虐待発生の全ての要因に対して予防的に働いているという結果からみても、高齢者の虐待は予防しうるものであり、今後の高齢者虐待は、これまでのように社会的に陰湿な部分として隠蔽されたり、虐待は極めて個人的、家庭的な問題として取り上げなかった風潮から脱して、社会的にも、政治的にも白日のもとで堂々と議論し、被虐待者である高齢者の立場に立った対策が講じられるべきであると思慮する。

#### まとめ

1. 今回の調査は大阪市近郊に居住する虐待を受けていると考えられる30症例を対象に性・年齢をマッチさせた非虐待例とのケースコントロールスタディを行い、虐待発生にかかわる要因についての疫学調査を行った。
2. 調査に先立ち先行研究および研究者らの過去の調査等を参考に虐待発生にかかわる背景要因と虐待の兆し等を整理し図を作成した。
3. 調査の結果を多重ロジスティックモデルを用いて分析した結果、虐待要因として介護者の年齢、介護負担感、ならびに介護者の健康状態が有意な要因として明らかにされた。
4. これまでの我国における高齢者虐待への取り組みの遅れと今後、これらの問題を大きな社会制度、環境の中で早急かつ積極的に取り組む必要がある。

#### 引用文献

- 1) 田村純子, 高岡健, 反抗挑戦性障害に関する一考察 Communication としての挑発的・破壊的行動, 精神科治療学 (0912-1862) 1992; 14巻(2): 181-187
- 2) 笠原麻里, すれちがい親子 心理的虐待の一例, ころの臨床ア・ラカルト (0288-0512) 2002; 21巻(2): 215-219
- 3) 大黒剛, 安部計彦, 虐待を受けた子どもの治療, 愛着対象としての施設職員のかかわり, 子どもの虐待とネグレスト (1345-1839) 2001; 3巻(2): 243-249
- 4) 西澤哲, 虐待を受けたある幼児のプレイセラピー トraumセラピーのあり方の模索, 子どもの虐待とネグレスト (1345-1839) 2001; 3巻(2): 234-242
- 5) 柄沢昭秀, 老人虐待をめぐって 米国の事情を中心に, 保健婦雑誌, 1995; 56巻(7): 511-516
- 6) 金子善彦, 老人虐待, 星和書店, 1998; 370-380
- 7) 高崎絹子, 佐々木明子, 谷口好美: 老人虐待の概念化と在宅ケアの課題, 保健婦雑誌, 1995; 56巻(7): 524-536
- 8) 田中荘司, 高齢者の福祉施設における人間関係の調整に関わる総合的研究, 高齢者処遇研究会, 1994; 88
- 9) 津村智恵子, 白井キミカ, 和泉京子, 在宅要介護高齢者の介護負担と虐待に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 1999; 41-50
- 10) 津村智恵子, 白井キミカ他, 在宅高齢者虐待を疑う初期の「兆し」と対処, 老年社会科学会, 1999; 158
- 11) Britt-Inger Saveman, RNT, PhD. Ingallil R, Hallberg, RNT, DMSc. Interventions in Hypothetical Elder Abuse Situations Suggested by Swedish Formal Cares. Journal of Elder Abuse and Neglect, Vol.8(4), 1997; 1-17
- 12) Claudine McCreddie, MA. Ruth Hancock, MA. Elder Abuse; Can The British OPCS Disability surveys Throw Any Light? Journal of Elder Abuse and Neglect, Vol.8(4), 1997; 31-41
- 13) Margaret Cupitt, Identifying and Addressing The Issues of Elder Abuse A Rural Perspective. Journal of Elder Abuse and Neglect, Vol.8(4), 1997; 21-27
- 14) Gillian Price, MSW. Craig Fox, MA. The Massachusetts Bank Report Project. An Edge Against Elder Financial Exploitation. Journal of Elder Abuse and Neglect, Vol.8(4), 1997; 59-71
- 15) 菅原弘子, 原三枝子, 川崎敬子, アメリカの老人虐待防止システム, 介護社会を進める1万人市民委員会老年学プロジェクト発行. 1998

- 16) 高崎絹子, 佐々木明子, 谷口好美, 老人の虐待と支援に関する研究, 保健婦雑誌, 51巻(12), 1995;510-523
- 17) 上田照子他, 在宅要介護高齢者の虐待に関する調査研究, 日本公衛誌, 1998;45巻(5):6-9
- 18) 大国美智子, 津村智恵子, 臼井キミカ他, 高齢者虐待の全国実態調査, (財)長寿社会開発センター, 1997
- 19) 津村智恵子, 和泉京子, 臼井キミカ, 老人虐待の情報の早期把握とネットワークの構築に関する研究報告書, 文部省科学研究費, 1998
- 20) 高崎絹子, 佐々木明子, 谷口好美, 老人虐待の概念化と在宅ケアの課題, 保健婦雑誌, 51巻(12), 1995;524-536
- 21) 田中荘司, 老人虐待の調査実態からみえてきたもの, 保健婦雑誌, 51巻(7), 1995;517-523
- 22) 武田京子, 杉田信夫, 坂本嘉広, 老女はなぜ家族に殺されるか, 1994
- 23) 高崎絹子, 佐々木明子, 谷口好美他, 老人虐待と支援に関する研究(2), 老人虐待プロジェクト研究報告書, 1996
- 24) 田中荘司, 在宅, 施設における高齢者及び障害者の虐待に関する意識と実態調査, 第一編電話相談事業。高齢者処遇研究会, 1998
- 25) 日向君子他, 高齢者虐待—平成7年から平成9年度職場研修のまとめ, 1998
- 26) 安梅勅江, 鈴木英子, 原田亮子, 片山優子, 高齢者虐待の実態と予防に関する研究, 月刊地域福祉, 1999;30巻(6):116-133
- 27) 竹内孝仁, シルバーハラスメントの構造と人権, 月刊総合ケア, 1995;1巻(1):6-9

## 貧困は要介護老人の余命を縮めるか

Does Poverty Shorten the Lives of the Disabled Elderly?

関沢敏弘<sup>\*1)</sup>

民医連在宅医療研究会<sup>\*2)</sup>

\*1) 西七条診療所

\*2) 猪熊診療所 大浦診療所 神田診療所 吉祥院病院 衣笠診療所  
京都民医連中央病院 九条診療所 健和会病院 城北クリニック 高崎中央病院  
高松平和病院 平塚診療所 訪問看護ステーションいがら  
訪問看護ステーションすこやか ますほ共立診療所  
水俣協立病院 竜王共立診療所 良元診療所

Toshihiro SEKIZAWA<sup>\*1)</sup>

Society for Medical Home Care of Japan Federation of Democratic Medical Institutions<sup>\*2)</sup>

\*1) Nishinanajo Cl.

\*2) Inokuma Cl. Ooura Cl. Kanda Cl. Kisshouin Hp. Kinugasa Cl.

Kyoto Min-iren Central Hp. Kujou Cl. Kenwakai Hp. Jouhoku Cl.

Takasaki Chuou Hp. Takamatsu Heiwa Hp. Hiratsuka Cl. Visit.Nr.O.Igara

Visit.Nr.O.Sukoyaka Masuho Kyouritsu Cl. Minamata Kyouritu Hp.

Ryuou Kyouritsu Cl. Ryougenn Cl. (Hp.: abbreviation for Hospital ; Cl.: Clinic ;

Visit. Nr. O.: visiting nurse office)

Key words:

poverty (貧困) income (所得) elderly disabled patients (要介護老人) mortality (死亡率)

Objective: To assess the relation between poverty and mortality in Japan

Background: A series of comparative analyses have revealed the closer relationship between poverty and high mortality in other countries, but there have been few such studies in Japan.

Setting: Several prefectures in Japan

Design: Follow up study using Cox proportional hazards models of disabled patients over 65 years at home

Results: 927 elderly disabled patients at home were registered by 19 medical institutions (6 hospitals, 11 clinics and 2 visiting nurse offices), which belong to the Japan Federation of Democratic Medical Institutions. A sample survey was carried out for 482 patients and 447 were checked up after an average 694 (30 to 1189) days of follow up. 214 cases with complete data were available for the analysis. 144 (35 male and 109 female) survivals and 70 (31 male and 39 female) deaths were confirmed. Income category was assessed with consideration of the size of each family. Using Cox proportional hazards models, ADL score, dementia scale and income categories were each significantly ( $p < 0.005$ ,  $< 0.05$  and  $< 0.05$  respectively) and independently associated with sex and age-adjusted mortality.

Conclusions: This study demonstrated that income category is associated with mortality in the elderly disabled in Japan. Further investigations are necessary to confirm that lower income is one of the general causes of higher mortality. Social and economical inequality is growing in Japan, especially in recent decades, and a sociomedical approach is important.

## 1. はじめに

国際的には、貧困が健康度や死亡率と関係していることを指摘する研究は多く<sup>1)2)3)4)</sup>、それらの研究は国家間を比較して貧困な国家では死亡率が高いことを示すだけでなく、さらに国家の内部での諸集団の比較、諸階層の比較など、より狭い集団の中でも所得格差が死亡率に関係していることを示す研究に発展してきた<sup>5)6)7)8)9)10)11)12)</sup>。

特に北米および南米における所得の配分と健康度に関する研究によって、ある集団の健康度や死亡率がその集団に所得がどのように配分されているかによって決定されているということが明らかにされてきた。集団の死亡率の高さは、その集団の平均所得よりも、所得の分布が広いことがより強く関係する<sup>3)13)</sup>(つまり貧富の差が大きいほど死亡率が高くなる)。富裕層の死亡率は低いので、このことはもっぱら、貧困層における高い死亡率によってもたらされていると考えられる。

貧困層での所得の増加による死亡率の低下の度合いは富裕層におけるそれより大きい(つまり、貧困層では所得の少しの増加でも死亡率を改善させるが富裕層ではあまり改善されない)ことも示されている<sup>14)</sup>。

これらの知見は、貧困を克服することは死亡率を低下させる重要な手段であることを示唆している。しかし、日本ではこの分野の実証的な研究は少ない。われわれは貧困が死亡率に関係しているかどうかを明らかにするために、在宅の要介護老人の貧困度と死亡率に着目して、追跡調査を行った。

## 2. 対象と方法

1998年10月に民医連(全日本民主医療機関連合会)は全国で約3万名の要介護老人(在宅および入院・入所)の断面調査を行った(以下98年民医連調査と略)。調査には各事業所のあらゆる職種

の職員や医系学生、地域住民が調査員となって参加し、対象者の性、年齢階級、自立度、痴呆度、同居家族数、世帯全体の年収(50万円刻み)、同居介護者の有無、介護者の年齢などを調査した。世帯の年収を調査するには相当の信頼関係が必要であるが、98年民医連調査では約76%の対象者から回答を得ることができた。一方、調査票の不備のため、痴呆を認めないケースと痴呆度が不明または判定困難のケースが区別できなくなり、痴呆度が評価できないケースが約29%に上った。

2000年10月から2002年2月にかけて、民医連在宅医療研究会の19事業所で98年民医連調査の対象者で当時在宅であった要介護老人について安否確認の追跡調査を行い、在宅での要介護老人の死亡に関連する因子を分析した。

追跡を行った事業所には基本的には悉皆調査を依頼したが、難しい場合は抽出調査を行った。その際、偏りを防ぐために事務局がケース番号に基づいて5人に1人を無作為抽出して追跡を依頼した。19事業所の98年民医連調査の対象者は927名(男337、女589、性別不明1)であった。6事業所の370名については悉皆調査が行われ、93%にあたる345名(男132、女213)が追跡できた。13事業所の557名については、事務局が指定した112名の追跡を依頼し、92%にあたる102名(男31、女71)が追跡できた。

追跡できた合計447名の観察期間は平均694日(30~1189日)で、その内、自立度、痴呆度、同居家族数、年収のデータが完全な214名(男66、女148)について解析を行った。

貧困度の指標として、世帯の年収を同居人数によって生活保護基準の概算値と比較し、年収が生活保護基準に満たない者を「貧困群」とし、生活保護基準以上の者を「基準以上群」とした(表①参照)。

自立度の指標として、「障害老人の日常生活自立



度判定基準」を、痴呆度の指標として「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」を用いた(表②、表③参照)。

生存分析には統計パッケージSPSSを用い、性別、年齢、貧困度、自立度、痴呆度、同居家族数を独立変数として生存率をCox比例ハザードモデルで解析した。

表1 生活保護基準の概算値

一人世帯	: 年収 150 万円未満
二人世帯	: 年収 250 万円未満
三人世帯	: 年収 300 万円未満
四人世帯	: 年収 350 万円未満
五人以上世帯	: 年収 400 万円未満

表2 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)

- ランクJ : 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる。
- ランクA : 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない。
- ランクB : 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。
- ランクC : 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

表3 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

(平成5年10月26日厚生省老人保健福祉局長通知)

- ランクI : 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- ランクII : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- ランクIII : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
- ランクIV : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- ランクM : 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

### 3. 結果

#### 1) 解析対象者の基礎集計

##### 年齢構成

対象者の年齢構成(98年民医連調査当時)は表④のとおりで98年民医連調査全体の対象者の年齢構成とほぼ一致している。

##### 観察期間

観察期間の最小値は40日、最大値は1189日、

平均688日であった。

##### 貧困度

貧困群は79名(男24女55)、基準以上群は135名(男42女93)であった。

##### 自立度(障害老人の日常生活自立度)

98年当時の自立度はJが35名(16.4%)、Aが81名(37.9%)、Bが48名(22.4%)、Cが50名(23.4%)であった。

痴呆度 (痴呆老人の日常生活自立度)

痴呆度はIが72名(33.6%)、IIが81名(37.9%)、IIIが39名(18.2%)、IVが20名(9.3%)、Mが2名(0.9%)であった。

同居家族数

同居家族数は独居が39名(18.2%)、二人世帯が59名(27.6%)、三人世帯が44名(20.6%)、四人世帯が37名(17.3%)、五人以上が35名(16.4%)であった。

表4 解析対象者の性・年齢構成と98年民医連調査対象者全体の年齢構成の比較

	人数			構成比	98年民医連調査全体の年齢構成(n=27380)
	男	女	計		
不明					1.2%
65-69歳	6	3	9	4.2%	7.4%
70-74歳	9	16	25	11.7%	13.6%
75-79歳	10	21	31	14.5%	17.2%
80-84歳	13	34	47	22.0%	24.8%
85歳-	28	74	102	47.7%	35.9%
計	66	148	214	100.0%	100.0%

2) 貧困群の特徴

登録時 (98年民医連調査) の指標 (表⑤)

貧困群と基準以上群について、それぞれの98年民医連調査時の指標について比較した。性比、平均

年齢、85歳以上比率は両群に有意差を認めなかったが、自立度、痴呆度は貧困群に軽い者が有意に多く、家族数は貧困群で有意に少なかった。

表5 98年民医連調査登録時の貧困群と基準以上群の比較

	貧困群	基準以上群	
全体に対する男の比率	30.4%	31.1%	n.s.
平均年齢±標準偏差	82.6歳 ± 7.3	82.6歳 ± 6.8	n.s.
85歳以上比率	49.4%	46.7%	n.s.
自立度(J,Aの比率)	63.3%	48.9%	p<0.05
痴呆度(Iの比率)	45.6%	26.7%	p<0.01
独居または二人世帯の比率	69.6%	31.9%	p<0.001

観察期間と死亡数 (表⑥)

両群の観察期間と転帰は以下のとおりで、貧困群

は観察期間が短く生存率が低い傾向があったが有意ではなかった。

表6 貧困群と基準以上群の観察期間と転帰の比較

	貧困群	基準以上群	
観察期間(日)	651 ± 312	711 ± 281	n.s.
転帰(生存/死亡)	48 / 31	96 / 39	n.s.

3) 生存分析

Cox 比例ハザードモデルによる解析

同居家族数以外の独立変数の値を以下のように設定して、性別、年齢、貧困度、自立度、痴呆度、同居家族数を独立変数として生存率をCox比例ハザードモデルで解析した。

性別 (男 = 1 女 = 0)

年齢 (85歳以上 = 1 84歳以下 = 0)

貧困度 (貧困群 = 1 基準以上群 = 0)

自立度 (B, C = 1 J, A = 0)

痴呆度 (II III IV M = 1 I = 0)

性別・年齢を強制投入し、貧困度、自立度、痴呆度、同居家族数は変数増加法で投入した。

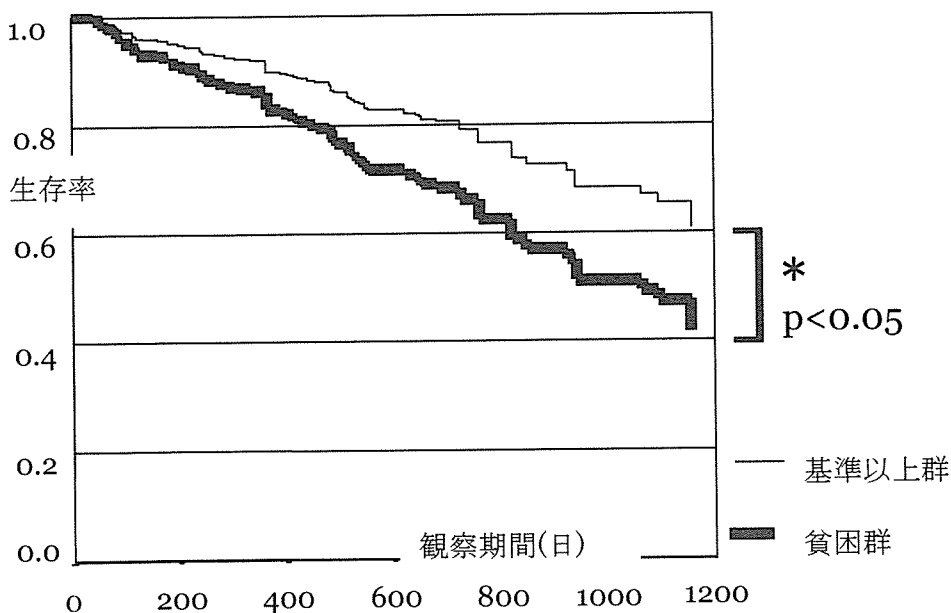
貧困群のハザード比は基準以上群に対して1.74倍で有意に高かった。自立度、痴呆度も重度の群は有意に高値であった。同居家族数と死亡率の間には有意な関係は見られなかった。

各変数のハザード比とその95%信頼区間は表⑦のとおりで、この結果より生存率曲線を求めたものを図①に示す。

表7 Cox 比例ハザードモデルによるハザード比と95%信頼区間

	ハザード比	95%信頼区間	
男性 対 女性	1.94	1.20 ~ 3.15	p<0.01
85歳以上 対 84歳以下	1.26	0.77 ~ 2.08	n.s.
貧困群 対 基準以上群	1.74	1.07 ~ 2.83	p<0.05
自立度 B・C 対 自立度 J・A	2.32	1.39 ~ 3.88	p<0.005
痴呆度 II・III・IV・M 対 痴呆度 I	1.94	1.05 ~ 3.58	p<0.05

図1 貧困群と基準以上群の生存率の格差(性・年齢・自立度・痴呆度を調整後)



#### 4. 考察

今回の調査で貧困は痴呆度、自立度や同居家族人数とは独立して要介護老人の死亡率と関連していることが示された。これは、高齢者の健康や疾病構造には経済的要因が影響していることを示唆するもので、要介護老人の問題を「生物学的医学」だけではなく社会医学的に捉えることの重要性を示している。

このことについてShibuyaらは日本国民における所得とその配分が自己判断健康度に与える影響を分析し、相対的低所得は自己判断健康度が低いことに独立して関係している因子であることを示した<sup>15)</sup>。自己判断健康度は医療・行動・心理的要因などとは独立して死亡率と強く相関しているとされているが、Shibuyaらの調査は死亡率や罹患率などを直接調べたものではない<sup>15)</sup>。

逆に健康問題が経済生活に与える影響について岩本らは、要介護状態が家計に与える影響を調べるために、1995年に厚生省(当時)が約35000世帯を対象に行った『国民生活基礎調査』のデータを用いて約15000世帯の個票を分析して「世帯員が要介護状態(または寝たきり状態)になると所得が16%(19%)減少し、消費支出は25%(32%)低下する」ことを示した<sup>16)</sup>。このようにして世帯員の要介護状態が続くと貧困化が進むと考えられる。

不況やリストラで一般家庭の所得と介護力が低下し、一方で介護保険などの社会的なセーフティネットが必ずしも充分機能していない現在、貧困と疾病および死亡の悪循環は古くて新しい問題であり、貧困を正面から捉えた研究が求められる。

今回示すことができた知見が高齢者全般や国民一般に普遍的に見られるかどうかについてはさらに調査研究が必要であるが、貧困と疾病および死亡の関連について科学的なエビデンスがさらに積み重ねられて、それが国や自治体の政策に反映さ

れることを期待する。

#### 文献

- 1) Rao SV, Kaul P, Newby LK, et al. Poverty, process of care, and outcome in acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol.* 2003 ;41(11):1948-54.
- 2) Veenstra G. Economy, community and mortality in British Columbia, Canada. *Soc Sci Med.* 2003 ;56(8):1807-16.
- 3) Lobmayer P, Wilkinson RG. Inequality, residential segregation by income, and mortality in US cities. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56(3):183-7.
- 4) Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, et al. Health conditions and residential concentration of poverty: a study in Rio de Janeiro, Brazil. *J Epidemiol Community Health.* 2000 ;54(7):530-6.
- 5) LeClere FB, Soobader MJ. The effect of income inequality on the health of selected US demographic groups. *Am J Public Health.* 2000 ;90(12):1892-7.
- 6) Brown MC. Policy-induced changes in Maori mortality patterns in the New Zealand economic reform period. *Health Econ.* 1999 ;8(2):127-36.
- 7) Schrijvers CT, Stronks K, van de Mheen HD, et al. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *Am J Public Health.* 1999;89(4):535-40.
- 8) Marmot MG, Fuhrer R, Ettner SL, et al. Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *Milbank Q.* 1998;76(3):403-48, 305.
- 9) Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, et al. Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *JAMA.* 1998 ;279(8):585-92.
- 10) Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, et al. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ.* 1996 ;312(7037):999-1003.

- 11) Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ*. 1996;312(7037):1004-7.
- 12) Wilkinson RG. National mortality rates: the impact of inequality? *Am J Public Health*. 1992 ;82(8):1082-4.
- 13) Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. The shape of the relationship between income and mortality in the United States. Evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol*. 1996 Jan;6(1):12-20; discussion 21-2.
- 14) Waitzman NJ, Smith KR. Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America. *Milbank Q*. 1998;76(3):341-73, 304.
- 15) Kenji Shibuya, Hideki Hashimoto, Eiji Yano. Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample *BMJ*. 2002 ; 324 (7328): 16
- 16) 岩本康志. 世帯構成員の長期療養に起因する経済厚生への損失について. *社会保障研究* 2001;36 (4) :547-560

## 健康食品の安全性に関する考察 (第1報) 中国製やせ薬 (ダイエット用健康食品) による健康被害とその対策

Studies on Safety Issues of Health Foods: Part 1  
Health Damage Caused by Chinese Diet Aid Products and Measures to Prevent It.

川添 禎浩

京都府立大学人間環境学部食保健学科食品安全性学研究室

Sadahiro Kawazoe

Laboratory of Environmental Health and Toxicology, Department  
of Food Sciences and Nutritional Health, Kyoto Prefectural University

Key words: health foods (健康食品), safety issues (安全性問題),  
Chinese diet aid products (中国製やせ薬), health damage (健康被害), preventive methods (対策)

### 【目的】

2002年7月、中国製やせ薬(ダイエット用健康食品)が原因とみられる肝障害・甲状腺機能障害・死亡などの健康被害が多数発生し、無承認無許可医薬品を含む健康食品の安全性問題が浮上した。この問題は、当初マスコミを通じた報道によって社会的な関心が引き起こされるとともに、インターネットを使った個人購入による健康食品に対する注意が喚起されたが、その後の健康被害状況や行政的対応などについては情報が少ない。

よって今回、この健康被害に関して報告された情報および取られた対応についてまとめた。次に、この健康被害は再発防止のために教訓として今後に生かさなければならぬ。そこで、食品衛生規制の見直し(食品衛生法等の改正)に注目し法的対応状況を調べた。さらに、これを評価し求められる今後の対応について考察した。

### 【方法】

インターネットを使って、厚生労働省のホームページから中国製ダイエット用健康食品関連情報<sup>1-5)</sup>を収集し、まとめた。食品衛生法等・健康増進法改正に関する情報<sup>2,3,6,7)</sup>も同様の方法で収集し、さらに関連文献<sup>8-10)</sup>を収集し、健康食品による健康被害防止に対応する箇所を抽出し、評価した。

### 【結果・考察】

1. 中国製ダイエット用健康食品による健康被害

#### 1-1. 健康被害に関するまとめ

2002年7月12日に厚生労働省は中国製ダイエット用健康食品による健康被害事例(肝障害、死亡)を発表した。直後、寄せられた被害報告数は急激に増加している。事例数は7月後半466人、8月前半181人、8月後半48人であった。それ以降、半月毎の数は0人~19人の間で推移している。2003年3月末までの延べ人数は874人に達し、このうち4人の死亡が確認されている。

健康被害を起こした中国製ダイエット用健康食品は100製品以上にもなるが、被害の半数以上が「御芝堂減肥胶囊(おんしどうげんぴこうのう)」、「紆之素胶囊(せんのもとこうのう)」、「茶素減肥(ちゃそげんぴ)」の3製品によって引き起こされている。さらに、3製品すべてから食欲抑制成分フェンフルラミンの誘導体N-ニトロソ-フェンフルラミンが高濃度(約3%)で検出されている。最終的に、動物実験の結果N-ニトロソ-フェンフルラミンは肝障害を引き起こすことが判明し、これが3製品による健康被害の原因物質と判断された。

#### 1-2. 厚生労働省の対応

厚生労働省は、7月22日時点でN-ニトロソ-フェンフルラミンに関して毒性・薬理情報が存

在しない段階でも予防的視点からそれを有害物質とみなし規制すべきであるとし、同時に医薬品成分として取り扱い、これを含有する健康食品については未承認医薬品とみなすことを発表している。

## 2. 中国製ダイエット用健康食品による健康被害からの教訓を生かした対策

### 2-1. 食品衛生法等の改正における対応

2003年5月23日に国会で食品衛生法改正案が成立した。「飲食に起因する衛生上の危害の発生を防止し、公衆衛生の向上及び増進に寄与する」ことを目的とした旧食品衛生法は戦後間もない時期に制定されたものであったため、現在の食品の安全をとりまく環境の変化に対応できていない状況にあった。改正された法では目的自体が変わり、「食品の安全を確保することにより、国民の健康の保護を図る」ことが目的となり、また、国・地方公共団体及び販売業者等の責務も明確化された。国・都道府県・保健所設置市・特別区の責務は、情報の収集・整理・分析・提供、総合的・迅速な施策の実施のための地方自治体と国の相互連携などである。

そこで、食品の安全を確保するための規格・基準の見直しがなされた。そのなかで、新開発食品の安全確保の充実を図るための①特殊な方法により摂取する食品等の暫定的流通禁止措置は、中国製ダイエット用健康食品による健康被害などへの対応策であり、被害と原因物質の因果関係が明確でない場合でも食品の販売を暫定的に禁止できるようになった。対象となる食品は、濃縮化した成分を錠剤化・カプセル化するなどして特殊な方法により摂取される食品と、これまで食経験のなかった物を含む可能性のある健康被害の原因を疑われる食品が想定されている。

### 2-2. 健康増進法改正における対応

健康増進法の改正によって新開発食品の安全確保の充実を図るための二番目の対応がなされた。②健康増進に関する虚偽・誇大広告の禁止は、食品として販売されている物について、健康の保持増進の効果等に関して、著しく事実と相違するあるいは著しく人を誤認させるような広告等の表示をしてはならないという規定である。広告等を行うものが違反した場合、勧告、命令、罰則が適用される。これによって、健康

食品等の適切な情報提供をするための広告の適正化が図られている。

## 3. 求められる今後の対応

食品衛生法等の改正において、国・地方公共団体の責務が明確化されたことは、国・地方公共団体に食品による健康被害を防ぐため必要な措置を講ずるよう努めなければならない法的な根拠ができたことを意味する。また、被害の因果関係が不明でも食品販売を暫定的に禁止できる規定が設けられ、食品の安全を確保するための予防的な法的仕組みが限定的ではあるが準備されている。環境問題において、環境や健康に危害をおよぼす可能性が懸念される物質や活動に対して、必ずしも科学的な因果関係が証明されてなくても法的に予防的な規制を行える「予防原則 (precautionary principle)」という概念があり、国内外の環境保護政策などへその導入が試みられている<sup>11,12)</sup>。被害の因果関係が不明でも食品販売を暫定的に禁止できる規定はこの「予防原則」の観点に立ったものとなっている。さらに、健康増進法の改正において、食品の広告等の面から問題がある場合罰則を含めた対策も設けられている。

今後はこれらを実効性をもって運用されることが重要である。食品の摂取によって健康に困ったことが起こったとき、国・地方公共団体の窓口相談できることを国民に対して周知しておく必要がある。また、中国製ダイエット用健康食品による健康被害は既に2000年時点から報告されている。国・地方公共団体がすばやい対応をしていなければ被害の拡大を防げたかもしれない。そのため、被害を少なくするために早い段階での情報収集・分析・評価そして情報開示が求められる。さらに、広告面を含め問題があると考えられる食品は市場から排除できる体制も必要と考えられる。一方、これらに関連して、次の取り組みが行われている。東京都は、消費者が不安視する食品についての情報を収集し、その食品の危険性が高いと判断されれば、法規制のない食品であってもそれを公表する方針を固めている<sup>13)</sup>。また、厚生労働省は、被害の因果関係が不明でも食品販売を暫定的に禁止できる今回の食品衛生法改正における規定に関連して、食品又は物の販売禁止処分の運用指針(ガイドライン)を通知し<sup>14)</sup>、その後、明確な因果

関係は不明であるがアマメシバの粉末食品により健康被害の発生が報告されていることから、規定の適用の最初の例としてアマメシバを含む粉末剤、錠剤等の剤型の加工食品の販売禁止措置を取っている<sup>15, 16)</sup>。

インターネットを使った個人購入に係わる輸入代行業者の責任およびインターネット上の健康食品の広告の在り方への対応も重要である。すでに医薬品に関して未承認薬サリドマイド薬のネット販売に係わる輸入代行業者のホームページが薬事法違反で閉鎖されており<sup>17)</sup>、今後は健康食品の輸入代行業者のホームページへの対応が注目される。また、厚生労働省は、健康増進法の改正における健康増進に関する虚偽・誇大広告の禁止に関する指針（ガイドライン）を示し、虚偽・誇大広告に関しては製造・販売業者のみならず、新聞、雑誌、ラジオ、テレビ、インターネットなどのメディアも違反責任を問う方針を打ち出している<sup>18-21)</sup>。そして、キノコやサメの軟骨などを原料にした健康食品の販売業者30社が、それらの健康食品だけで「がんが治る」などとうたった書籍を自社のホームページで紹介していたことに対して、厚生労働省は改善指導をしている<sup>22)</sup>。これは、改正された健康増進法に基づく初めての行政指導であり、販売業者30社は限定して対象になったことに戸惑いも見られる。表現の自由ということがある中で健康食品の具体的な広告表現はどこまで許されるのか、今後事例を積み重ね社会的な合意を形成していく必要があると考えられる。

本稿は第44回日本社会医学会総会（京都、2003年7月）の発表要旨に加筆修正したものである。

謝辞：本報告をまとめるにあたって、有益なご助言をいただいた水谷民雄氏（京都府立大学名誉教授）、ホームページアドレスの情報提供をいただいた寺岡章雄氏（新薬学研究者技術者集団 / 柏花診療所）に深謝いたします。

#### 【引用・参考資料】

1) 厚生労働省、中国製ダイエット用健康食品等関連情報。  
<http://www.mhlw.go.jp/kinkyu/diet.html> (URL: 2003年6月27日)。

- 2) 厚生労働省、第1回「健康食品」に係る制度のあり方に関する検討会資料。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0423-6.html> (URL: 2003年6月27日)。
- 3) 厚生労働省、第1回「健康食品」に係る制度のあり方に関する検討会議事録。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/txt/s0423-1.txt> (URL: 2003年6月27日)。
- 4) 厚生労働省、第2回「健康食品」に係る制度のあり方に関する検討会資料。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/s0509-5.html> (URL: 2003年6月27日)。
- 5) 厚生労働省、第2回「健康食品」に係る制度のあり方に関する検討会議事録。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/txt/s0509-1.txt> (URL: 2003年7月25日)。
- 6) 厚生労働省、食品衛生規制の見直しに関する御意見募集結果について。  
<http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p0207-1.html> (URL: 2003年6月27日)。
- 7) 厚生労働省、「食品衛生法等の一部を改正する法律」「健康増進法の一部を改正する法律」の公布について。  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/kisei/index.html> (URL: 2003年6月27日)。
- 8) 厚生労働省、トピックス：食品衛生規制の見直しに関する骨子案（食品衛生法等の改正骨子案）。食品衛生研究。2003；53(1)、64-70。
- 9) 厚生労働省、通知：食品衛生法等の一部を改正する法律（平成15年法律第55号）及び健康増進法の一部を改正する法律（平成15年法律第56号）の施行について。食品衛生研究。2003；53(7)、81-95。
- 10) 梶野友樹、食品衛生法等の一部を改正する法律および健康増進法の一部を改正する法律の概要。食品衛生研究。2003；53(8)、7-15。
- 11) 大竹千代子、予防原則（Precautionary Principle）EUの動きを中心に。食品衛生学雑誌。2003；44(3)、J-243。
- 12) 大竹千代子、化学物質と予防原則 その概念とEUでの取り組み。化学。2003；58(6)、19-24。
- 13) 東京都、「危ない食品」公表へ、ネットで情



報収集、法規制なくとも. 朝日新聞、2003年7月23日付朝刊.

- 14) 厚生労働省、通知：食品衛生法第4条の2の規定による食品又は物の販売禁止処分の運用指針（ガイドライン）について. 食品衛生研究. 2003 ; 53 (10)、89-95.
- 15) 厚生労働省、通知：食品衛生法第4条の2第2項の規定に基づく「サウロパス・アンドロジナス（別名アマメシバ）を含む粉末剤、錠剤等の剤型の加工食品」の販売禁止について. 食品衛生研究. 2003 ; 53 (10)、85-88.
- 16) 大曾根 誠、アマメシバ（サウロパス・アンドロジナス）の粉末等の販売禁止措置について. 食品衛生研究. 2003 ; 53 (12)、13-21.
- 17) サリドマイド薬輸入代行HP初の閉鎖、東京都が行政指導、厚労省「薬事法違反」. 毎日新聞、2003年5月30日付朝刊.
- 18) 厚生労働省、「健康増進法施行規則の一部を改正する省令（案）」及び「食品として販売に供する物に関して行う健康保持増進効果等に関する虚偽誇大広告等の禁止及び広告等適正化のための監視指導等に関する指針（ガイドライン）（案）」等に関する意見募集結果について.  
<http://www.mhlw.go.jp/public/kekka/2003/p0829-1.html> (URL:2003年9月10日).
- 19) 厚生労働省、通知：食品として販売に供する物に関して行う健康保持増進効果等に関する虚偽誇大広告等の禁止及び広告等適正化のための監視指導等に関する指針（ガイドライン）について. 食品衛生研究. 2003 ; 53 (12)、66-73.
- 20) 厚生労働省、通知：食品として販売に供する物に関して行う健康保持増進効果等に関する虚偽誇大広告等の禁止及び広告等適正化のための監視指導等に関する指針（ガイドライン）に係わる留意事項について. 食品衛生研究. 2003 ; 53 (12)、74-85.
- 21) 岩間勇氣、食品衛生法等の改正に伴う関係法令等の整備の概要（2）健康保持増進効果等に関する虚偽誇大広告等の禁止 健康増進法の一部改正について. 食品衛生研究. 2003 ; 53 (12)、7-12.
- 22) 食品で「がん治る」30業者に改善指導. 朝日新聞、2003年10月23日付朝刊.

## ホームヘルパーによる医療行為の一部解禁策が意味するもの

Study of Changes in the Socio-legal System to Ease  
the Medical Care Restrictions on Home-helpers

高木和美

岐阜大学地域科学部

Kazumi Takaki

Faculty of Regional Studies, Gifu University

ホームヘルパー (home helper) 看護職員 (nursing personnel)  
医療行為 (medical treatment act) 看護 (nursing) 長期ケア (long term care)

はじめに

2003年6月9日、厚生労働省・医政局医事課の「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」がとりまとめた報告書(以下、「報告書」という)において、在宅ALS患者が家族の介護のみに依存しなくても、円滑な在宅療養生活を送ることができるよう、①訪問看護サービスの充実と質の向上、②医療サービスと福祉サービスの適切な連携確保、③在宅療養を支援する機器の開発・普及の促進及び、④家族の休息(レスパイト)の確保のための施策を総合的に推進するなど、在宅ALS患者の療養環境の向上を図るための措置を講ずることを求めた上で、在宅ALS患者に対する「家族以外の者(医師及び看護職員を除く)」による「たんの吸引」については、一定の条件の下であれば、「当面の措置」として行うことはやむを得ないという判断が示された。厚労省はこれを受けて、同年7月17日、以下の内容を含む通知を発した。

【医政発第0717001号/各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知抜粋】

「たんの吸引については、その危険性を考慮すれば、医師又は看護職員が行うことが原則であるが、ALS患者の在宅療養の現状にかんがみれば、在宅ALS患者に対する家族以外の者によるたんの吸引の実施について、下記の条件の下では、当面のやむを得ない措置として許容されるものとする。」

「今回の措置の取扱いについては、3年後にその実施状況や在宅ALS患者を取り巻く療養環

境の整備状況等について把握した上で確認することを申し添える。」

この通知で、ALS患者とその家族、彼らを支える多くの関係者にとっては、条件付きながらも公然とホームヘルパーに医療行為を委ねられるようになった点で「朗報」となったことは否定できない。しかし筆者は、これをともかくも「朗報」と言わしめるのは、日本の医療保障体制、看護職員の養成・配置政策の貧困故であると指摘しておく。

先進資本主義国間で比較すれば、保助看法に規定されている看護職員の配置政策の劣悪さは際だっている。医療機関への配置基準が低水準であってしかも社会福祉施設や居宅サービスにおいてはほとんど看護職員を配置せず、保健所機能を縮小し、高齢者や障害者、生活困窮者の生活の世話の担い手として、可能な限り安上がりな動員方法を追求しながら無資格者をあててきた現実がある。その無資格者の研修制度や雇用のあり方、配置基準等は諸外国と比べて見劣りするもので、結局のところ、家族の自助を前提にした人員配置になっている。

共稼ぎでようやく生計を成り立たせているのが多くの世帯の姿であるが、共働きもできず、家族介護者は患者の痰の吸引等の世話にしばられ、患者も家族も苦しんでいるのを、無資格者にもできるようにして家族介護を補う性格の「通知」が、患者・家族にとってはそれでも「朗報」だったのである。しかし、無資格者による医療行為(注1)をなし崩し的にできるようにしていくことが、サービスの担い手にとっても利用者・家族にとつ

ても、決して望ましいこととは言えないと考える。その理由を、日本における看護・介護職員の養成・資格・配置制度の側面から検討し、問題解決の方向性を提示したい。

### 1. 看護業務の無資格者への置き換え政策の進展 (1) 通知による直接的な看護業務の無資格者への置き換え

はじめに、看護補助者の業務に関する通知の変更がなされている点を見ておきたい。

1958年厚生省通知(8月25日付保険発第111号)における看護助手の業務は、「看護婦長及び看護職員の指導、監督の下に、病室内の環境整備、空床時のベッドメイキング、入浴の準備・後始末、食事の配膳・下膳・後始末等の身の廻りの世話、看護用品及び消耗品の整理整頓等患者の症状に直接かかわりのない範囲の業務を行うものであること」とされていた。ところが1994年厚生省通知(8月5日付保険発第100号)では、「看護補助者は、看護婦長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排せつ、入浴、移動等)のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行う」とされ、従来無資格者には認められていなかった直接的な看護業務を看護補助者(あるいは看護助手)が大幅に担えることとされ、看護の質を保持するための歯止めが崩されたのである。

そして、94年10月の診療報酬改定で、患者・家族による付添婦の雇い入れが廃止され、医療機関が介護職員を雇い入れる条件が作られた。付添婦をつけざるをえなかった有資格看護職員配置の低水準をそのままに、看護と介護の人員費枠が区別して設けられた。

この制度改変の前には、「保健医療・福祉マンパワー対策本部」(厚生省が設置)の「中間報告」(91年3月)で看護業務の見直しが必要との見解が示されていた。これを受けて、厚生省健康政策局長の私的懇談会「看護業務検討委員会」がまとめた報告書(93年6月)が出されたが、そこでは「療養上の世話」にどこまで看護補助者を関与させるかは、患者の症状、看護補助者の資質に応じ、チームを組む看護婦等の判断に委ねられるが、症状に左右される専門的判断の必要な業務以外については、看護補助者の活用を図っていくべきである」との判断が記されていた。

さらに、2000年2月厚生省告示第19号では、「利用者に対して、入浴により当該利用者の身体

の状況等に支障を生ずるおそれがないと認められる場合に、その主治の医師の意見を確認した上で、指定訪問入浴介護事業所の介護職員3人」が、入浴サービスに携れるようにされた(2003年2月厚生労働省告示第50号でも、この箇所の改正はない)。つまり、主治医の意見を確認するという条件付きだが、医師、看護師による直接のバイタルチェックがおこなわれない条件下で、介護職員のみによる入浴サービスができるとされている。

1996年12月、「准看護婦問題調査検討会報告書」で准看護師の養成を停止する方針が打ち出されたのは、長年に渡る看護職員間の差別的利用を是正する要求運動があつたことであるが、政策当局としては、すでに准看護師の「代替」的業務を介護職員が担う「常態」を作り出してきており、条件付きで医療行為を担える介護職員を用意すれば、あえて准看護師を養成し続けずともよいとの水面下の考慮が働いたのではなかろうか。

### (2) 無資格者への医療行為解禁路線を合理化した行監勧告、現状に耐えかねた難病患者等の署名運動

1999年9月総務庁行政監察局勧告「要援護高齢者対策に関する行政監査結果—保健・福祉対策を中心として—」には、ホームヘルパーも「医療行為」を行えるようにすることが現実の要請である旨、示されている。以下は、その要約である。

「ホームヘルパーの業務は、医療行為に該当するものは、医師法第17条や保助看法第31条に基づき、含まないこととされている。医療行為は、医師の医学的判断、技術によらなければ人体に危害を及ぼすかまたはそのおそれのある行為で、具体的には、社会通念に照らして個別に判断することとされている。医療行為の範囲は、必ずしも明確になっていないため、身体介護に伴って必要となる行為が医療行為に該当するか否かの判断は事業者により異なっている。また、医療行為を行うことができる看護婦等を訪問させる老人訪問看護事業については、週2回以下が全体の約87.8%。週1回以下の訪問も全体の63.6%(34事業者における老人訪問看護サービス利用者1,593人)。このため、事業者の中には、状況によってはホームヘルパーが行わざるを得ない等として、傷口のガーゼ交換、血圧・体温測定、軟膏の塗布、座薬の注入、浣腸、目薬の点眼等の一部を実施しているものがみられる。身体介護を行うホームヘルパーが、行為をできる限り幅広く行えるようにす

ることが、利用者のニーズに沿うとともに、介護家族の負担の軽減、看護婦等人材の効率的活用、サービスコストの合理化にも資する。

総務庁行政監察局がホームヘルプサービス事業者に対して行った調査で、「現に実施している」「必要性がある」「認めてよい」で回答することを求めた設問で例示された医療処置・医療行為は、以下の通りである。

ガーゼ交換、血圧測定、軟膏の塗布、排便、体温測定、浣腸、痰の吸引、目薬の点眼、座薬の注入、血糖値測定、はり薬の貼替、水虫薬の塗布、火傷の処置、在宅酸素の吸入、カテーテル管理、服薬管理、鼻腔栄養のセット、皮膚疾患の処置、リハビリ訓練、点滴後の抜針、脈拍測定

厚生労働省は、99年6月時点のホームページの「介護保険制度についてこれまで寄せられた質問・回答コーナー」で、「ホームヘルパーは家族の要請でサービス利用者の気管内吸引をやっているか」という問いに応え、誰もが必要なとき必要なだけ利用できる条件が不備・不十分な中で、「医療行為は医師や看護婦等、一定の知識や経験を有する専門家によって行われる必要があります。したがって、厚生省はこれまで、在宅で療養される患者の方々が、吸引をはじめとする看護を安心して受けられるよう、訪問看護サービスの充実に努めてきたところです。厚生省としては、今後も引き続きその充実に努めることによって、ご質問のようなご家族の要請に応えられるようつとめていきたいと考えています」と回答していた。しかし日本ALS協会等が2002年11月、17万8千人の署名を添えて、坂口厚労相に、「ALS等の吸引を必要とする患者に医師の指導を受けたヘルパー等介護者が日常生活の場で、吸引を行うことを認めてください」という要望書を提出したことをテコに（放置できない現実があった）、結果的にすでに出されている行監勧告に後押しされて、2003年6月「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」が生まれ、医師法や保助看法を変えないまま、ヘルパーにも医療行為ができる条件を書き込んだのである。

### (3)「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」で示された各種団体の見解

「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」で、日本看護協会は、家族介護を前提としない在宅療養体制の整備・拡充と現行施

策の最大限活用を求めた上で、「現行の運用変更（規制緩和など）ですぐにでも改善できること」として、「同一日に一人の利用者に対し複数回の訪問看護を、複数の訪問看護ステーションから訪問できるように要件を緩和する」「訪問看護ステーションの訪問看護計画のもとに、看護師の指導を受けて訪問介護が協働できるしくみを作るなど、看護と介護の連携の強化・充実に努める」というもので、条件付きで介護職員が「協働」しようという見解（2003年4月15日）を示した。

日本介護福祉士会、全国社会福祉協議会・全国ホームヘルパー協議会、日本ホームヘルパー協会は、共に「在宅で医療的な支援を受けながら暮らす方々に対して、訪問看護をはじめとする地域での医療的な支援体制を確立することが大きな課題」とした上で、「ALS患者の方への「痰の吸引」をホームヘルパーが業務として行うことについて法的な整備をして下さい」「実施に当たっては、訪問看護との業務の分担を明確にし、必ず訪問看護が定期的に利用されており、常に連携可能な中で提供することを条件付けて下さい」「医師や訪問看護、あるいは利用者や家族からホームヘルパー個人が請け負って業務を行うような方法ではなく、ホームヘルプサービス事業所として業務を行う仕組みとして下さい」との意見を示した（2003年2月10日）。

## 2. 介護職員が担わざるをえず担っている医療行為

### (1) 介護の現場

ALS患者と家族の置かれている状態については、2000年9月に日本ALS協会が実施した「介護保険実施に伴う在宅療養実態調査」に基づいて、日本ALS協会が「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」に提出した、「吸引等に関するALS患者・家族の実態と意見」（2003年2月10日）によく現されている。患者と家族が共倒れしかねない状況下で、訪問看護体制は整っておらず、ホームヘルパーの手を求めざるをえないという現実が示されている。一方、資料1に見られるように、担わざるをえず医療行為を担っているヘルパーの不安は大きい。

川島みどり等による『看護・介護職における日常生活行動援助技術の有用な提供に資するための共通用語の標準化に関する研究 調査研究報告書』においても、看護職員と介護職員とでは、その教育・訓練の背景の違いから、同じ行為をしていても例えば次のような質の違いが現れている

り。「介護職者は、気道の清浄化を促す行為である『胸壁振動法』は、痰がからんできた、と思った場合に行っているが、タッピング等の用語で表現される行為を実施しているわけではなかった」。

『関節可動域の維持・拡大』に関しては、そもそも介護ではリハビリテーションは範囲外であるが、介護職者は対象者の了解する範囲内で、生活

資料1 ホームヘルパーの不安・悩み(「平成13年度京都府ホームヘルパー連絡協議会第2回全体研修会参加者アンケート」「同研修会シンポジウム」から)

「医療行為」を担う不安は大きい、「医療行為」にかかわらず訪問時の利用者の状態の観察・予測・判断に自信が持てない

「血圧の測定値を判断する時に不安がある」「土日・祭日・夜間、いつでもすぐに訪問看護婦がきてくれる体制になっていない。訪問看護ステーションは休むけれど、吸痰は休めるのか」「利用者の経済的理由からケアプランの中に必要な回数の訪問看護を組み込めない」「医療行為の範囲がどこまでなのか分からない」「今後ヘルパーの中で、医療行為のできる資格が設けられるとすると、ますますヘルパーの中に格差ができる。チームワーク上よくない」「MRSAや疥癬等感染症に関して不安、どうしたらよいのか」「主治医や訪問看護婦あるいはケアマネージャーの指示で、褥そうの処置を行っているがそれでよいのか」「普段の介護の中で、利用者さんの身体を傷つけてしまうかもしれないおそれを常に感じている」「ヘルパー研修には救急時の対応として、心臓マッサージと人工呼吸のプログラムはあるが、それ以外はない。そのため、ヘルパーはやむを得ず医療行為を担う時、おどおどしながら迷いながらならざるをえない。そのことが利用者、家族の不安、不満をつのらせている」「表面上わからない利用者さんの健康状態があるので不安、状態の判断・予測がつかない」「心筋梗塞や狭心症の既往症の方の血管を広げるための薬を、湿布薬と間違えて貼っていた例がある」

「医療行為」は、家族や関係スタッフに求められる

「医療行為はできないと言うと、何も頼めないヘルパーさんだと言われる、信頼を損ねそうな気がする」「吸痰をする資格がないと家族に言った時、納得してもらえないことがあった」「1級のヘルパー研修修了者でも、医療行為を責任を持って担えるものではないと思う。利用者や家族に、医療行為ですからと理解を得るように説明し、求められてもお断りするようになっている。しかし、ケアマネージャーの中には「ここまではできませんか?」という人もいる。」「これぐらいはヘルパーさんがして下さいよ」と軽く言われるお医者さんや、法的にヘルパーは医療行為を担えないこと自体を、説明しなければならぬお医者さんもある」「規則で禁止されているからといって医療行為をしないままでは、在宅生活を実質的に支えることができない。連携といってもそのために時間を要する。しかし、もし事故がおきたら誰が責任を取るのか」

実態が「記録」されない

「禁止されている医療行為だから、記録表には書いていない。上司からも書かないよう言われている。でも、入浴の前に血圧を測ったり、体温や脈をみたりしている。経験的な判断にならざるをえない。水虫のかゆみ止めの薬をつける。服薬の管理もする。」「記録用紙に「散髪」という項目があったが、してはいけない行為にあたるため、散髪をしているのだが記録には「整髪」や「整容」という表現をすることになった」「記録用紙には、「バイタルチェック」という項目があったが、それが「健康について」という表記に変わった」「家族介護者自身が倒れることもある。ショートステイで吸痰をちゃんとやってくれるところは、待ち状態」「医療行為だとわかっていてもあえて記録し、次に訪問してくる医師や訪問看護婦さんに伝えられるようにしている」

資料2 事業所における「医療行為」のとらえ方

	医療行為と見 なしている	医療行為と見 なしていない	回答なし	訪問看護サー ビスのメニューに 入れている	訪問看護サー ビスのメニューに 入っていない	回答なし	
1	褥そう処置	21 (80.8%)	1 (3.8%)	4 (15.4%)	12 (46.2%)	4 (15.3%)	10 (38.5%)
2	つめ切り	3 (11.5%)	11 (42.3%)	12 (46.2%)	20 (76.9%)	1 (3.9%)	5 (19.2%)
3	痰の吸引	23 (88.5%)	0 (0%)	3 (11.5%)	4 (15.4%)	10 (38.4%)	12 (46.2%)
4	酸素吸入	21 (80.8%)	0 (0%)	5 (19.2%)	0 (0%)	12 (46.2%)	14 (53.8%)
5	経管栄養	20 (76.9%)	1 (3.9%)	5 (19.2%)	3 (11.5%)	10 (38.4%)	13 (50.1%)
6	点滴の抜針	25 (96.2%)	0 (0%)	1 (3.8%)	0 (0%)	14 (53.8%)	12 (46.2%)
7	インシュリン投与	23 (88.5%)	0 (0%)	3 (11.5%)	0 (0%)	14 (53.8%)	12 (46.2%)
8	摘便	22 (84.6%)	1 (3.9%)	3 (11.5%)	2 (7.7%)	13 (50.0%)	11 (42.3%)
9	人工肛門の処置	22 (84.6%)	2 (7.7%)	2 (7.7%)	2 (7.7%)	13 (50.0%)	11 (42.3%)
10	座薬	19 (73.1%)	2 (7.7%)	5 (19.2%)	4 (15.4%)	10 (38.4%)	12 (46.2%)
11	浣腸	22 (84.6%)	1 (3.9%)	3 (11.5%)	1 (3.9%)	12 (46.1%)	13 (50.0%)
12	血圧測定	7 (26.9%)	8 (30.8%)	11 (42.3%)	21 (80.8%)	0 (0%)	5 (19.2%)
13	服薬管理	4 (15.4%)	8 (30.8%)	14 (53.8%)	24 (92.3%)	0 (0%)	2 (7.7%)
14	外用薬塗布	9 (34.6%)	9 (34.6%)	8 (30.8%)	19 (73.1%)	1 (3.8%)	6 (23.1%)
15	口腔内かき出し	15 (57.7%)	4 (15.4%)	7 (26.9%)	6 (23.1%)	8 (30.7%)	12 (46.2%)
16	食事療法の指導	10 (38.5%)	5 (19.2%)	11 (42.3%)	9 (34.6%)	8 (30.7%)	9 (34.6%)
17	導尿	23 (88.5%)	0 (0%)	3 (11.5%)	0 (0%)	13 (50.0%)	13 (50.0%)
18	留置カテーテル	23 (88.5%)	0 (0%)	3 (11.5%)	0 (0%)	13 (50.0%)	13 (50.0%)
19	膀胱洗浄	22 (84.6%)	0 (0%)	4 (15.4%)	0 (0%)	13 (50.0%)	13 (50.0%)
20	排痰ケア	21 (80.8%)	1 (3.8%)	4 (15.4%)	1 (3.9%)	12 (48.1%)	13 (50.0%)
21	気管カニューレ交換	24 (92.3%)	0 (0%)	2 (7.7%)	0 (0%)	14 (53.8%)	12 (46.2%)
22	気管切開患者の管理指導	24 (92.3%)	0 (0%)	2 (7.7%)	0 (0%)	13 (50.0%)	13 (50.0%)
23	点眼	6 (23.1%)	8 (30.7%)	12 (46.2%)	19 (73.1%)	4 (15.4%)	3 (11.5%)

※ 26 事業所が回答。

出所：2001年度京都府ホームヘルパー連絡協議会研修会資料

京都府ホームヘルパー連絡協議会が実施したアンケート調査の「以下の選択肢に挙げられている行為は「医療行為」とされていますが貴事業所ではどのように捉えておられますか」との問いの回答。

資料3 日常的に「医療行為」を必要としている利用者数

	いる	人	いない	不明	
1	血圧管理・測定が日常的に実施されている	20 (76.9%)	115 (7.5%)	4 (15.4%)	2 (7.7%)
2	体温・脈拍の管理・測定が日常的に実施されている	20 (76.9%)	119 (7.7%)	4 (15.4%)	2 (7.7%)
3	長期にわたって服用が必要な薬が処方されている	22 (84.6%)	356 (23.1%)	0 (0%)	5 (15.4%)
4	便秘がちで日常的に排便に関して処置がなされている	15 (57.7%)	135 (8.8%)	8 (30.8%)	2 (11.5%)
5	継続的な食事療法が必要である	15 (57.7%)	35 (2.3%)	10 (38.5%)	1 (3.8%)
6	点眼薬が継続的に処方されている	21 (80.8%)	142 (9.2%)	3 (11.5%)	2 (7.7%)
7	褥そうの処置が実施されている	15 (57.5%)	37 (2.4%)	12 (46.2%)	0 (0%)
8	褥そう以外の創傷等の処置が実施されている	8 (30.8%)	28 (1.8%)	12 (46.2%)	6 (23.0%)
9	湿疹等、軟膏の塗布が実施されている	21 (80.8%)	92 (6.0%)	3 (11.5%)	2 (7.7%)
10	狭心症治療薬や消炎剤など貼り薬が処方されている	18 (69.2%)	42 (2.7%)	6 (23.1%)	2 (7.7%)
11	本人以外の者によって口腔内の処置が実施されている	10 (38.5%)	33 (2.1%)	14 (53.8%)	2 (7.7%)
12	血糖値の管理・測定が定期的に行われている	14 (53.8%)	32 (2.1%)	11 (42.3%)	1 (3.9%)
13	点滴が定期的に行われている	5 (19.2%)	8 (0.5%)	21 (80.8%)	0 (0%)
14	痰の吸引が実施されている	17 (65.4%)	20 (1.3%)	8 (30.8%)	1 (3.8%)
15	通院や専門職の訪問でリハビリ訓練が実施されている	20 (76.9%)	69 (4.5%)	4 (15.4%)	2 (7.7%)
16	胃管・腸管チューブが留置されている	6 (23.1%)	9 (0.6%)	19 (73.1%)	1 (3.8%)
17	胃瘻、腸瘻が設置されている	15 (57.7%)	20 (1.3%)	10 (38.5%)	1 (3.8%)
18	在宅中心静脈栄養法のためのカテーテルが留置されている	3 (11.5%)	2 (0.1%)	21 (80.8%)	2 (7.7%)
19	排尿のためにカテーテルを使用している	22 (84.6%)	44 (2.9%)	3 (11.5%)	1 (3.9%)
20	インシュリン療法等のために自己注射を実施している	14 (53.8%)	20 (1.3%)	12 (46.2%)	0 (0%)
21	CAPDが実施されている	1 (3.8%)	1 (-%)	24 (92.3%)	1 (3.9%)
22	血液透析を受けている	11 (42.3%)	15 (1.0%)	15 (57.7%)	0 (0%)
23	在宅酸素療法が実施されている	19 (73.1%)	26 (1.7%)	7 (26.9%)	0 (0%)
24	気管カニューレを装着している	7 (26.9%)	7 (0.5%)	19 (73.1%)	0 (0%)
25	人工肛門を設置している	7 (26.9%)	8 (0.5%)	19 (73.1%)	1 (3.9%)
26	人工呼吸器を装着している	1 (3.8%)	2 (0.1%)	24 (92.3%)	1 (3.9%)
27	心臓ペースメーカーを装着している	14 (53.8%)	17 (1.1%)	11 (42.3%)	1 (3.9%)
28	悪性腫瘍の疼痛管理療法、化学療法が在宅で実施されている	1 (3.8%)	1 (-%)	22 (84.6%)	3 (11.6%)

※ 26 事業所が回答。サービス利用者数合計は1,539人

出所：2001年度京都府ホームヘルパー連絡協議会資料

京都府ホームヘルパー連絡協議会が実施したアンケート調査の「貴事業所が訪問介護サービスを提供している利用者のうち、日常的に下記の状況にある利用者はいますか」との問いの回答。

行為の範囲で行っていた。「看護においても介護においても『睡眠の援助』には、『活動と休息の援助：生活リズムを整える援助』と関連づけて捉えられているようだった。ただし、看護では身体的精神的苦痛や治療上の制限などに対し、睡眠の妨げになっているものの除去、軽減、緩和や調整、

または薬剤の使用によって睡眠の援助を行っていたが、介護の場合は（中略）利用者個々の生活習慣を当たり前のこととして続けさせてあげることにより、入眠を促す援助を行っていた」。

資料2、3は、ホームヘルプサービスを供給する事業所の医療行為のとらえ方と、日常的に「医

資料4 タテ割りに養成・分類されている日本の看護職員構造

教育訓練時間	「看護職員」	「介護職員」
3000～	保健婦、助産婦、看護婦、養護教諭	なし
1500～	准看護婦	介護福祉士(1650)
0～	看護補助者（医療機関に就労する無資格者、介護福祉士を含む）	無資格の社会福祉施設の寮母やホームヘルパー

注1  =医療機関においては無資格者とみなされる職員

注2 介護福祉士資格は、継続的に1650時間の教育訓練がなくとも、3年間の実務経験があれば、国家試験を受験し、資格を取得することができる。

出所：厚生労働省資料から作成（高木）

資料5 ホームヘルパー養成研修時間

1級課程	2級課程修了者を対象として230時間
2級課程	130時間
3級課程	50時間

注1 厚生労働大臣の免許や知事免許を持たない、いわゆる「無資格者」の中にも、わずかの研修時間で等級（差別）構造が設けられている。

出所：厚生労働省資料から作成。

資料6 行政職俸給表Ⅰ・Ⅱの職級と福祉職俸給表の職級

		福祉職の職級	福祉職と代表的な職種と標準職務基準
行政職 俸給表Ⅰ の職級	1級	1級	介護員（1級）、保育士（1～3級） 指導員（1～4級）
	2級		
	3級	2級	介護員長（2級）
	4級		
	5級	3級	
	6級	4級	指導員以外の課長（4～6級）
	7級		
	8級	5級	
9級	6級		
行政職 俸給表Ⅱ の職級	1級	1級	介助員
	2級		
	3級	2級	

出所：桑本文幸「人事院が新設した「福祉職俸給表」の読み方」『賃金と社会保障』No.1259、旬報社、1999年10月、6ページから転記した。

資料7 介護保険制度にみられる「資格別」訪問看護・訪問介護の報酬格差

資格等		単位	「30分以上1時間未満」の場合
医療機関	看護婦		5,500円
	准看護婦		4,950円
訪問看護ステーション	看護婦		8,300円
	准看護婦		7,470円
居宅介護サービス実施事業所	身体介護中心		4,020円(3級ヘルパー 90/100)
	生活援助中心		2,080円(3級ヘルパー 90/100)

出所：2003年2月厚生労働省告示から、高木作成

注：介護報酬額が、そのまま賃金となるわけではないので、とくに不安定就業のホームヘルパーの賃金は、地域別最低賃金を底としていることになる。また移動時間、記録時間、やむをえずの超過労働時間等に対する賃金が十分に支払われていない事業所も少なくない。

療行為」を必要としている利用者数をみたものである。介護職員は日常的に医療行為を担わざるをえない現場に立たされていることがわかる。

### 3. 介護職員の養成制度・資格と賃金

日本の介護職員は、看護職員と別立てて養成されている(資料4参照)。介護福祉士資格の他に、いわゆる国家資格や知事資格ではないホームヘルパー研修制度がある(資料5)。看護職員と明確に区画され、かつ看護職員より資格取得がしやすい条件付けがなされている。このことが、看護職員と介護職員の賃金水準に反映されている(資料6、7参照)。看護職員より格段に安上がりの介護職員に常態的に医療行為ができるように条件付けをしている政策当局のねらいが見えてくる。

### 4. 「介護」の本質

ところで、「介護」は看護と区別されるものであろうか。筆者は、介護職員の担う「介護」は、社会的存在である人間(サービス受給者とその家族)に対する、包括的ないのち・くらし・健康を守る世話と捉えている。この場合の「健康」は、心身に障害を持った人々や加齢による心身機能の低下過程にある人々、あるいは終末期を生きる人々、慢性疾患を持った人々や病弱者にとって、無縁のものではない。健康とは、動物一般の健康を土台に置きながらも、人間一

人ひとりの価値観に従って、その人にとって有意義なこととして選択された「人間的諸活動」を行うことのできる状態をいう。人間的諸活動を行いうる状態とは、「労働と社会的活動と学習・発達と人生の楽しみとを進行する、身体的、精神的、社会的状態」である<sup>2)</sup>。

その人間的諸活動は、一人一人がバラバラの状態では取り組むことができない。人間の健康をとらえるためには、人間とはどのような存在かをつかんでおかねばならない。

人間は、誰でもその時々々の自然環境や社会環境の影響を受けてくらしている。しかし環境の影響を受けながらも、人間は人間らしく生きるためにお互いに力を合わせて、現実(自然環境・社会環境)に働きかけ、現実を作り変えてきた。このように人間は、生物一般と異なる歴史的・社会的な営みを興し続けている存在である。人間の健康状態は、歴史的・社会的存在である人間が、豊かな人間ならではの生活時間を、つながりあう人と共に獲得しえているか否かというところに焦点を当ててみていく必要がある。

生物的・生理的、かつ心理的に現れるその時々々の人間の健康状態は、既存の自然環境や社会環境だけでなく、日常的な対話・交流を基礎に、くらしの場で力を合わせて人間らしく生きる条件を作り出す人のつながりを持ち得ているかによっても左右される。従って生物的・生理的、心理的世話、社会生活面での世話をバラバラにせず、一体のも



のとして取り組むことが重要である。その意味で「一体的介護」は、直接的な「介護」を必要とする本人はもとより、本人に連なる家族や地域住民も含めての、生活面での世話（社会的存在である人間が、広い意味で「健康」に、日常生活を送るための世話）として展開される必要がある。

筆者は、あえて「介護」と表現してきた取り組みは、実は看護そのものであると考える。「医療行為」「診療の補助」が担えるか否か、傷病者の生物学的健康面の世話に医学的知識を持って当たれるか否かが、看護の根幹となる取り組みではないのである。医師の業務に解消されうることが看護の本質ではないであろう。医師の業務の一部が、これを担えるよう教育・訓練を受けた看護職員によって担われるようになってきているが、それが出来るというだけのことである。

介護とはというとき、社会福祉士及び介護福祉士法に示される業務で表すことはできない。看護とはというとき、保助看法にいう業務の範囲で表しえない。法律は、政策を具体化する手段にすぎない。

社会福祉士及び介護福祉士法にいう介護業務<sup>3)</sup>は、疾患を抱えて生活している長期療養者や高齢者、障害者とその家族の生活を維持・再生産するための、包括的な世話を示していない。また、「保助看法」第5条の看護婦の業務に関する規定は狭いだけでなく、歪んでいる。「診療の補助」の中身は、臨床医中心の治療に従属した規定であって、「傷病者・じょく婦の療養上の世話」の中身は病気や障害にともない、その人と家族が抱えざるをえない生活問題を軽視し、トータルな健康を護り促すという生活面の世話を業務目的にうたっていない。直接的な看護サービスを必要としている本人だけでなく、その家族や地域住民の健康を護ることも総合した「生活面での世話をする」という看護の包括性は置き去りにされているのである。

看護という総合的機能が用いられる場は、治療の場だけでなく、人間の暮らしと健康に直接かわる幅広い分野に広がっている。看護は、地域（保健師、訪問看護師、ヘルパー）、学校（保健室の養護教諭、養護学校や保健体育の授業を受け持つ教諭）、企業（産業保健師）、社会福祉施設（保育所、乳児院、養護施設、救護施設、障害者施設、老人ホームなど）の保育士、寮母、生活指導員等

が担っている。職種名はさまざまであるが、機能は同じ、人間の生活面でのさまざまな世話である。

各々の分野に広がっている看護の担い手は、制度ごとにグルーピングされた対象者と接し、その職場での課題に応じた取り組みをしているが、それらの取り組みは機能的にはいずれも看護とすることができる。この認識に立てば、介護保険で提供される居宅や、特別養護老人ホーム、病院の介護保険専用病床群で行われる「介護」は、看護そのものである。

繰り返すが、決して臨床医の業務の一部が看護の本質ではないし、「生物学的・生理学的側面からみた健康」のみに焦点を当てた世話が、看護の独自領域ではない。人間の生物としての生命は社会的条件のもとに存在しているので、生活面でのさまざまな世話（看護）を行うには、基本的な人体のメカニズムの理解と人間が存在している社会のメカニズムの理解および心身に現れる健康状態は社会的条件に規定されるものであることの理解が不可欠である。看護（社会的存在である人間に対する、包括的ないのち・暮らし・健康を守り、人間的諸能力の発達を促す世話）は、病院や社会福祉施設、地域・居宅等人間の生活の場における、保健・医療・社会福祉政策実践に用いられる技術的手段なのである。

ただし、筆者は、看護と介護の本質は同じと考えるが、看護の担い手の教育・訓練の段階に応じて「できる業務」を明確に区別すべきと考えている。

## 5. スウェーデンにおけるホームヘルパーの医療行為の認め方、ドイツの動向

### (1) スウェーデンにおけるホームヘルパーの医療行為の認め方

多田葉子「福祉・看護を支える人材」『スウェーデン医療保障制度の概要1999年版』（医療経済研究機構）及び筆者による多田氏からの聞き取り（2003年6月）から、ホームヘルパーがどのような条件で医療行為を担うことがあるかを以下にまとめた。

- ①スウェーデンにおけるホームヘルパー養成教育の最低水準が、スウェーデンの資格である「副看護師」に引き上げられてきていること（かつて看護助手の教育・訓練がホームヘル

パー養成課程であった)が分かった。現在、看護助手の教育を受けてきたヘルパーを副看護師教育に統合・底上げし、細切れにできない人間の生活のトータルな世話の担い手として看護助手を副看護師に再教育するプログラムが推進されている。

- ②「副看護師」の資格は、高校の看護職コースで取得できる。看護コースでない高校を卒業している者がその看護職コースで学ぶ場合には、一般教養部分の履修が免除される。
- ③副看護師の養成プログラムの中に、採血やインシュリン注射なども含まれている。
- ④「地区看護師」は、「副看護師」であるホームヘルパーに、医療行為の委任をすることがある。但しこれは例外的なことであり、人事管理者は部下に対して委任命令をしてはならない。委任は、特定の一人の患者に対して行われなければならない。委任業務の遂行は、最高1年もしくはそれ以下の定められた期間内で行われる。その期間内に人事異動があった場合、委任業務を継続することはできない。
- ⑤看護師資格取得者は、医師にしかできない行為を除いては、自身の裁量によって医療行為をすることができ、だからこそ副看護師への委任を自身の判断を基に行うことができる。

このように、ホームヘルパーによる医療行為の遂行を厳密に規制し、副看護師養成プログラムを修了したヘルパーが医療行為に携わる場合があるが、看護師業務の代替となる行為を常態的に行うことは禁じられている。

## (2) ドイツの動向

2000年11月、ドイツ連邦共和国は、医療職に関する法律のうち「その他の医療職<Heilberufe>の許可」を適用して「Altenpflegeの職業に関する法律」を制定した(2002年10月施行)。Altenpflegerinは、高齢者看護師と訳すことができよう。これまで日本では老人介護士という訳が多く見うけられたが、ドイツの「介護保険法」の訳語と同様適切ではない。ドイツの看護制度は、成人・小児・妊産婦というように、年齢集団・労働専門分野を軸とした教育を基礎看護教育段階から実施し、各々に国家免許資格を付与するシステムをとってきたが、今後、患者看護職と小児看護職、Altenpflegerinを統合した基礎教育制度が導入される<sup>4)</sup>。

2000年に成立したAltenpflegerinを看護職に統合する法律の施行は、バイエルン州政府が、従来ドイツでは州ごとにAltenpflegerinの養成教育を「社会的世話」と位置づけて行ってきた立場から、違憲審査請求をしていたため延期されていた。しかし2002年10月24日の連邦憲法裁判所判決で、「法律」は合法と判断された。この裁判での第1の争点は、Altenpflegerinを看護を含む治療職に統合するか、「社会的世話」の職種として看護職と分離したままに置くかであった。連邦裁判所の判決を導き出すに至る綿密な調査は、極めて学ぶところが大きい<sup>5)</sup>。

## 6. ILO看護職員条約・勧告の座標軸

1977年に採択されたILO看護職員条約(看護職員の雇用と労働および生活条件に関する条約/第149号)の第1条第1項では、看護職員の範囲を「看護ケア、看護サービスを提供する全ての範疇の人々(all categories of persons providing nursing care and nursing services)」と定めている。「all categories」には「教育訓練のレベルや属する制度・職場にかかわらず」という意味が込められている(日本は未批准)。

第2次世界大戦後、WHOとICN、ILOは、看護職員の養成・雇用・労働条件に関する検討を続け、看護職員条約・勧告のたたき台を作成していた。1966年のWHO看護専門家委員会第5委員会報告では、「質のすぐれた看護ケア」について、対象者の日常生活様式すなわち対象者が通常助け無しに行っている諸々の行動(呼吸・飲食・排泄・休息・睡眠・運動・身体の清潔と保温・適当な着衣等)に関して対象者を助けることに関わっている。看護はまた生活を植物的なプロセス以上のものとなす諸行動(社会的交流・娯楽・生産的職業)に対しても準備することを援助するものである」と説明している。そして、質のすぐれた看護ケアを確保するためには、「労働条件」並びに「教育システム」を改善し、「教育システムと組み合った職員制度」を設けるべきであるとしている<sup>6)</sup>。

議論を経て、看護職員勧告/157号(以下、「勧告」という)には、職位・職名の細分化の弊害を取り除き、教育・訓練のレベルに対応した職務遂行権限の解りやすい分類指針が示された(資料8参照)。この分類は、看護職員の職務は、要求される判断の水準、決定を行う権限、他の職務との

資料8 看護職員の分類（ILO）

	職務と権限	教育と訓練
専門職看護職員	高度に複雑で責任のある職務を担当するために必要と認められた教育訓練を受け、その職務を遂行する権限を与えられた専門看護職員	病院、その他地域社会の保健関係サービスにおいて、最も複雑な看護提供するとともに、看護を組織し、評価することができる、広範かつ十分な技能を有する専門職看護職員を訓練するための高等水準。 この水準に受け入れられる学生は、可能な限り大学入学に必要な一般教育上の資格を有するべきである。
補助看護職員	適切な専門職看護職員の監督のもとで、比較的複雑でない職務を担当するために必要と認められた教育訓練を少なくとも受け、職務を遂行する権限を与えられた補助看護職員。	あまり複雑ではないが、技術的熟練および人間関係に対する適応性を必要とする一般的看護を提供することができるように補助看護職員を訓練するための準高等水準。 この水準に受け入れられる学生は、中等教育の可能な限り高い水準に達しているべきである。
看護補助者	専門職看護職員または補助看護職員の監督のもとで、特定の作業を遂行できるように事前の教育および（または）職場訓練を受けた看護補助者。	看護補助者は、その職務に見合った適切な理論および実地の訓練が与えられるべきである。

出所：「ILO看護職員勧告（157号）」第2章5項から作成（高木）

関係の複雑性、必要とされる技能の水準及び看護サービスに対する責任の水準によって分類されるべきとの判断に基づいている。つまり働く場所や看護サービスを用いる制度のちがいによって機械的、並列的に職務の分類をしていない。なお、看護職員の職務遂行権限は、医師のもとにおかれていない。

無計画で、構造的でない看護の担い手の職務分類は、役割の混乱をもたらし、十分に合理的な作業責任の分割ができず、キャリアの展開を阻害するものである。それは身分差別に結びつく。社会福祉事業団体、保険医療機関、保健所、企業などの、どの事業所に雇用されようと、看護の担い手の教育訓練レベルに基づく資格構造の統一性を確保することで、明確な業務の役割分担ができ、かつ職場を移動してもキャリアの維持が可能となる。それは順当なキャリアの展望を開き、身分差別をつくり出す固定的な職階制度を乗り越える条件ともなる。

また「勧告」では、「特定のカテゴリーの看護職員は、特別緊急の場合であること、一時的であること、適切な訓練または経験を有することが前提条件にあって、かつ適切な補償を与えられる場合を除き、上級の看護職員の代替として使用されるべきではない」とし、不測の事態を除き、職務権限上、下位のカテゴリーの看護職員が

上位のカテゴリーの看護職員の職務を常態的に代替することを禁止している。なぜなら、看護サービスを受ける者にとっても直接サービスを提供する者にとっても、「下位のカテゴリーの看護職員の代替」は危険である。またその代替が常態化すると、次のような事態に展開すると考えられる。つまり代替で行った上位のカテゴリーの職員でなければできないはずの行為が、下位のカテゴリーの職員でもできる行為とみなされ、段階的に教育・訓練を受けて取得していく資格が評価されなくなり、段階的に付与される資格を反映した賃金水準も低く抑えられるため、キャリアの展望が損なわれ、その職業への定着率が減り、従って現場の熟練労働者が減り、サービスの質が薄くなり、それはサービスを必要とする人々の生命・健康・生活の維持・再生産にとって不利益をもたらすのである。

7. 日本における無資格者による医療行為を含む看護業務の代替をどう乗り越えるか

とりわけ介護保険導入以降、日本のホームヘルパーの質は総体として低下した。自治体や社会福祉協議会の常雇ヘルパーが、一斉にリストラされ、まともな雇用関係を結ばずにすむ「直行直帰の登録ヘルパー」<sup>7)</sup>の頭数（最も安上がりの有償ボランティア的労働力）が増やされた。常雇のへ

ルパーは、ケアマネージャーになったり、内勤で日々登録ヘルパーやパートヘルパーの手配をしたり、苦情に対処したり、経験の浅いヘルパーに委ねられないケースを訪問するといった業務に迫られて、現場でホームヘルプサービスに従事する時間が相対的に減っている。

大半が無資格のヘルパーに対して、わずかの研修時間ごとに区切った格差構造を作り（1～3級）、看護師養成と切り離れた介護福祉士資格を設け、且つ特定の研修を受けて医療行為が担えるヘルパーを作り、保助看法という看護職員の中にも差別的格差構造を設けている。これらはみな、修了した教育・訓練の到達点の違いがあるだけの、同じ業務（看護）の担い手である。

同じ業務の担い手の養成のために、そして資格取得を差別構造と切り離すために、また看護職員の職業的独立を保障する裁量権を確立するために、筆者は、医師法、保助看法、社会福祉士及び介護福祉士法の抜本的見直し、看護職員と介護職員の養成教育の統合、ホームヘルパーの最低教育水準の底上げ等が必要だと考えている。

今日、病院や、高齢者生活施設、障害児・者生活施設、乳児・児童生活施設、救護施設、各種通所施設、各種居宅サービス等の現場では、看護を「保健・医療」の、介護を「社会福祉」の業務とするような職務領域の区別をしようとしてもできない現実が広がっている。

その現実の中で、同じ労働の担い手が分断され相互の関係作りに苦心・混迷している。

その混迷の主要な原因は、2点あると考える。1点目は、これまで述べてきたように、素人の家族の世話の補完という考え方で介護業務を位置づけ、看護職員と分断し、人間の身の回りの世話の担い手の最底辺に介護職員の養成教育を設定し、高齢者や障害者、慢性疾患患者の生活の世話を可能な限り安上がりにとどめようとする、日本の社会保障政策である。

2点目は、日本では、科学的装いをもって「同じ業務」を「異なる専門性をもつ業務」として分離する「説」が、介護研究においては大きな影響力を持ち、看護、介護職員の養成教育の主流をなしていることである。それは、看護職と介護職をそれぞれに独自の専門性のあるものとみなし、それぞれの職種間の「連携」「協働」を唱えるものである。

その説の大筋は、生物学的・心理学的な治療中心の狭い医療概念・健康概念のもとに看護の専門領域を規定し、社会保障制度体系上、生活問題に対する最終的で最低限の内容・水準で対応する位置にある社会福祉（政策）を、資本主義国家によるより基本的な労働・生活問題対策の従属変数とみずに、機能論で医療や教育と並列しうる固有の技術領域のあるものとみなし、介護はその「社会福祉」領域に含まれるとするものである。社会福祉労働としての介護福祉労働は生活の世話を通して人権と発達を保障する独自のアプローチがあるとする説もあるが、サービスの担い手と受け手のコミュニケーションを基礎に人権と発達を保障するという理念とそれをめざす日常的な取り組みは、介護職員や福祉事務所や病院等のケースワーカーに固有のものではない<sup>8)</sup>。

社会福祉の制度的位置づけ・性格づけが実際の資本主義国家の政策構造を客観的に分析したものになっていない以上、第2の原因である「説」の問題は理論的に乗り越えることができよう。日本にあっても、2000年から'02年にかけてドイツ連邦裁判所で行われたほどの、実態に基づく綿密な議論が求められる。「看護・介護職員養成教育統合」は、看護と介護の本質を分離して説明する考え方を乗り越えて行われるべきである。

求められることは、何よりも看護職員をもっと養成・増員し、医療機関だけでなく住民の生活施設や地域・居宅サービス部門に分厚く配置し、現在介護職員が担わざるを得ず担っている医療行為は基本的に医師、看護師の職務とし、その上でやむを得ない場合に、スウェーデン並みの限定をつけて、ヘルパーに委任する場合を認めるという程度までの条件整備である。

なお、1991年から実施されているデンマークの看護職員教育制度（ホームヘルパー含む）は、ILO看護職員条約に依拠し、且つ自国の実態を踏まえた看護職員構造として参考になる<sup>9)</sup>。

注1：一般に狭義の意味で、医師法第17条に示される「医業」という意味合いで用いられている。

しかし、狭義の医療行為の範囲は明瞭にされていないわけではない。狭義の医療行為は、医師の医学的判断、技術によらなければ人体に危害を及ぼすおそれのある行為で、具体的には社会通念に照らして個別に判断することとされている（医師法第17条、医師法第31条、保助看法第5条、保助看法第31条、保助法第37条参照）。

文献

- 1) 川島みどり・特定医療法人健和会臨床看護学研究所、看護・介護職における日常生活行動援助技術の有用な提供に資するための共通用語の標準化に関する研究 調査研究報告書、東京：社会福祉・医療事業団、2002:8, 13, 14
- 2) 日野秀逸、医療の基礎理論、労働旬報社、1989: 122
- 3) 社会福祉士及び介護福祉士法第2条2項「この法律において「介護福祉士」とは、「第42条第1項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと(以下「介護等」という。)を業とする者をいう」。
- 4) 峯川浩子、ドイツ連邦共和国における Altenpflegerin の制度的位置づけ—老人介護士から老人看護(士)へ?。医事法学。2002; 17: 9-22
- 5) 岡田澄子訳、2002年10月24日のドイツ高齢者介護法の違憲審査請求に対する連邦憲法裁判所の判決(2003年11月3日翻訳修了)。
- 6) 久保庭和子訳、1966年WHO看護専門家委員会第5委員会報告。ナースステーション。1978; 48
- 7) 登録ヘルパーは、都道府県指定の事業者(社会福祉法人や生協、農協、株式会社等)がサービス利用者と結ぶ契約に沿って、事業者から業務を請け負い、利用者宅に派遣されて働く。ただし、「派遣法」の下にはなく、派遣先(利用者)からの指揮命令は受けない。また、多くの登録ヘルパーは、雇用関係に基づく「労働者」としての取り扱いがされてない。
- 8) 高木和美、新しい看護・介護の視座—看護・介護の本質から見た合理的看護職員構造の研究、東京：看護の科学社、1998：第1章第2節ならびに高木和美、看護・介護の分離論の検討—実態にあう看護・介護職員養成のために—。21世紀の医療・介護労働。東京：本の泉社、2000
- 9) 前掲書、第4章参照。

## 色覚に関する社会におけるバリア解消とは

Overcoming Barriers in Society for Persons with Color Disabilities

高柳泰世 (本郷眼科・名古屋大学)、宮尾克 (名古屋大学)

Yasuyo Takayanagi, M.D. (Hongo Eye Clinic; Nagoya University School of Medicine)

Masaru Miyao, M.D. (Information Technology Center, Nagoya University)

Overcoming the barriers faced by color defective people in society should be done based on information from various fields, rather than simply on the basis of ophthalmologic color vision tests.

Recently, proposals have been made for a barrier-free environment for color handicapped people. The biggest barrier faced by these people, however, is the belief held by many people that those who misread the Ishihara test chart are color defectives. To create a good town design it is important to listen to the opinions of people with all types of disability. Overcoming the barriers faced by color defective people in society should be done based on information from various fields, rather than simply on the basis of ophthalmologic color defective tests. Recently, proposals have been made for a barrier-free environment for color handicapped people. The biggest barrier faced by these people, however, is the belief held by many people that those who misread the Ishihara test chart are color defectives.

To make a good town design it is important to listen to the opinions of people with all types of disability.

キーワード：バリア解消、色覚異常、色覚障害、色覚検査、入学・入社制限

Key words: Barrier free, color defectives, color disabled, test of color defectives, college or company restrictions against color defectives

社会におけるバリア解消は諸方面からの情報提供で進めていく必要がある。

今、色覚バリアフリーが提唱されているが、憶測からのバリアフリー施策は、人権問題となり、かえって差別を助長する。当事者の意見を聞きながら進めていくことが大切である事を述べる。

はじめに

社会におけるバリア解消を進めていく場合には、諸方面からの正確な情報提供により、進めていく必要がある。当事者の意見を聞かなければその改善策は間違った方向に行くおそれがある。

そのおそれが現実のものとなった。去る2003年12月半ばに日本医師会に所属する全会員に「色覚マニュアルー色覚を正しく理解するためにー」が日本医師会雑誌の付録として配布された。

この内容は学校医のみならず、すべての医師が色覚に関する見識を新たにしたいと述べ、一般に広く使われている石原表誤読者にも正常者がいるし、全表正読でも異常者がいると石原表の不確かさを述べ、色覚の程度および診断は石原表に

よるのではなく、程度はパネルD15テストで、診断はアノマロスコープですべきである。診断機器のある医療機関に依頼すべしと述べ、また社会の受け入れ状況は変わってきているので、自分自身で確認させることが大切であるが、付録として海技従事者とか自衛官、警察官に制限があること、教職員資格は各都道府県に尋ねるべし等が記載されている。

しかしながらこれ以前に2003年4月から実施された定期健康診断からの色覚検査削除に関する手引きを文部科学省スポーツ青少年局が出す計画を立て、既に1989年に文部省は「色覚問題に関する指導の手引き」を発行し、全国2万校に各2冊ずつ配布した。このときの委員会の名称は「色

覚問題に関する調査研究協力者」であり、委員長は国立大学教育学部名誉教授、協力者として、色覚研究第一人者の眼科学教授、日本眼科医会から学校保健担当理事で当事者、日本眼科医会学校保健検討委員会委員長として私、色彩心理学者筑波大学教授の当事者、東京都教育委員会指導部長、高校、中学、小学校長および養護教諭と各界から幅広い人選で協力者が選出され、文部省初等中等教育局から5人の編集担当者が出席して、多くの資料が提出され、議論を重ね、検討された。その手引きは非常に詳細で、一般に手引き書として理解されるのにはあまりにも膨大であったため、色覚に関する啓発には簡潔明瞭な説明が必要と考え、私は愛知県医師会の会員には「色覚問題に関する指導の手引き解説書」を作成して、啓発活動を行ってきた。このときは法律上、色覚検査があるので、それを前提にした手引きとしたが、将来は色覚検査をスクリーニングとして施行するのは高校になってからとの結論を出していた。

色覚検査削除は唐突に実施されたものではない。永年の検討の結果として、法律による強制的な色覚検査による、多くの犠牲者が出ていたことが認められたからである。

2003年6月に文部科学省が「色覚に関する指導の資料」を100万部作成して、全教職員に配布したが、今回の日本医師会から配布されたものは、色覚異常研究者の検査表の評価を主眼にしたものが基本で、学校医の経験のない色覚研究者達が学校教育上の現実と離れた考え方で作られたものを土台にして、現場の発言力のある教育関係者を交えず、色覚問題に関心の無かった眼科学校医が受け継いで、厚生労働省および文部科学省が何故色覚検査を廃止したのかを詳細に検討をすることなく、結論を出したことは残念である。石原式色覚異常検査表しかもたない殆どの日本の医師たちを混乱させ、300万人にも上る石原表誤読者を、パネルD15テストを持つ医療機関、さらにはアノマロスコープを持つ医療機関に紹介させるという現実には不可能な方法を提示している。地方の医師も、石原表誤読者も、何処の医療機関がパネルD15テストを持っていて自分を弱度異常と診断してくれるか、色盲ではなく色弱だと診断してくれるか。何処に行ったら我が息子の将来の職業はどちらに進んだらよいかなどの正確なアドバイスが得られるかなど非常に不安に陥れるものである。

厚生労働省および文部科学省も、色覚に関する誤った社会的通念を解消する手だてを論じて努力したが、それらに逆行するように、従来通りの色覚検査を薦めるこの小冊子は日本医師会が莫大な費用をかけて日本の医療の貧しさを広告宣伝したことになる。

このような状況の中で、色覚異常者のバリア解消とは何かを私の考えを示す。

### 1) 色の表現

人間が認識できる物体色は何万色と聞くが、色彩学で云う色の表示法は(1)色名、(2)三属性による色の表示法、(3)XYZ表色系による表示法、(4)色差表示法などがある。一般には色を人に伝えようとするときは「色名」を使うが、これにもJIS規格がある。心理学に「マジカル・ナンバー・セブン」という言葉があり、これは人間の情報処理能力は1度に7つまでということで、これ以上は覚えられない。人間が一目で見て把握できるものの数は7が限度だということである。色を人に正確に伝えることは難しい。学問上よく使われる表現法はマンセル記号で、色には三属性があるとして、色相(Hue)、明度(Value)、彩度(Chroma)の色立体で表現される。これには再現性があり、標準色標には1928色が掲載されているが、比較的实际の色に近い色をH、V、Cで表現しても、同じ色にならないことが多いといわれる。最近使われているコンピューターの色は光の色であるため、色の提示はRed, Green, Blueの割合で示される。モニターに出てくる色をこのRGBにそって作っても、色の比較によって同一と判定できない場合もある。

このように色そのものはファジーで、従来行われてきたような石原式色覚異常検査表一冊の本で、個人の色覚を判定し、色を扱う職業適性などアドバイスすることができるはずもない。

その点が、検査する側の医師にも、される側の日本国民にも周知されていないところがあり、そこに心理的色のバリアーが存在する。

### 2) 色覚異常者の色の見え方

色覚異常者の色の見え方を正確に表現することはまだできない。色覚異常とはある色が組み合わさったときに見にくいという特徴を持っているもので、それを混同色と言い、色度図上の第一色盲および第二色盲の混同色線上の色が組み合わさっ



た時に見分けにくいといわれているが、その色色名でいうことは難しい。その混同色を印刷したとしてもモニターの色、そしてプリンターが認識する色が微妙にあるいは大きく異なることがあるので、正確に情報として色を提示することは困難である。色のバリアフリーとして一般に色名で提示されているが実際と異なり誤解を招くので危険である。

### 3) 色覚検査と色覚異常と色覚障害

石原式色覚異常検査表で、色覚異常の疑いと判定されるものは名古屋市教育委員会のここ十数年の成績から、男子の約4.7%、女子は0.4%である。男子はパネルDテストでは半数強がパス、半数弱がフェイルする。アノマロスコープで色覚異常と診断されるものは男性の4.5%であり、女性の0.2%である。石原表による信頼性は男性では高いが、女性では半分が誤診となることに注意しなければならない。男性の先天色覚異常の診断には信頼性の高いものではあるが、これは色彩識別能とは関係ないことがわかった。すなわち、修学、就職の適性を判定してきたことは誤りであったことが判明した。女子ではアノマロスコープで色覚異常と診断されるのは0.2%であるから、約半数は誤診ということになる。女子で強度異常の割合は非常に稀である。

### 4) 色覚異常者に対するバリアフリーとはまず心のバリアフリーを意味する

名古屋市のある養護教諭から、『色覚検査はしたくない。どの子が色覚異常かがわかるだけで、どのように指導したらよいかわからない。とくに女の子の場合、どう説明したらよいか困っている』との悩みを聞いたことから、私の研究は始まった。これは現場の声として全く正しい問いである。

わが国では色覚検査といえば石原式色覚異常検査表が用いられ、それを誤読するものを「色覚障害者」として位置づけ、高校や大学への入学、企業への入社に際し幅広い制限がなされてきた。1958年に学校保健法により定期健康診断で色覚検査が義務づけられて以来、学校ではそれを進路指導の一つの道具として使ってきた。

名古屋市学校医（眼科）会は1972年に発足したが、発足当初から色覚診断の困難さから、色覚専門外来で診断した方がよいとの判断で中央健診

システムを取ってきた。毎年、1学年約3万人の中から、色覚異常の疑いがある児童約800人に対して、精密検査の他に、実社会における色識別能検査を行い、結果を分析検討しているうちに、現在行われている医学的診断と社会的障害度とは異なることが判明した。大学入学制限に関しては国立大学協入試委員会に改善を要請し、これは早急に改善されていった。これで心のバリアは大いに解消された。

### 5) 色覚に障害がある場合のバリアフリーとは

私は名古屋市立小・中学校の学校長、養護教諭、保健主事など学校保健関係者から「学校ではどの児童が石原表を誤読する色覚異常ということはわかっているが、その子にどのような指導をしたらよいか判らなくて困っている。プラス指向の指導マニュアルを作ってほしい」との要望を受けた。また、1981年にある色覚異常児童の父親から「子どもが教科書が見にくい」との指摘を受けた。早速、日本眼科医会を通して文部省（現文部科学省）に教科書の改善を申し入れた。そこで「色覚異常児童生徒のための教科書態様改善に関する調査研究委員会」が発足した。眼科医から高柳が、色彩心理学者、小学校長会会長、中学校長会会長、出版社から2人、座長として日本教科書協会の計7人で調査検討を行った。日本教科書協会ではこのようなことが話し合われるのは何十年來初めてのことであったと話していた。約4年の調査研究の結果、「色覚異常児童生徒のための教科書色刷り改善の手引き」を作成した。

その要点は『i. 赤系統と緑系統の直接の組み合わせはできるだけ避ける。ii. 表現上、上記の組み合わせが必要な場合には明度差をできるだけ大きくする。iii. 弁別しにくい色を並べる際には、黒線や白抜き線、あるいは黄色で区分するなど工夫をする。iv. 色だけを手がかりとして指導する図版でなく、形、記号、配置、説明文などで区別が付くよう工夫する。特に社会科地図の分布図などについては配慮が必要である。』というものである。

これを約60社の教科書出版社に送付し、1986年から使われている教科書は改善されている。当時は「色のバリアフリー」という言葉は思いつかなかったが、これがわが国最初の色のバリアフリーの対応であろう。これはホチキスで留めた簡単なものであったため、周知されていなかったか



もしれない。そこで、高柳は筑波大学金子隆芳名誉教授と共著で、ぱすてる書房より「色覚異常に配慮した色づかいの手引き:色彩バリアフリーマニュアル」を1998年に出版した。

名古屋市教育委員会は1986年以来、学校における色覚に関する指導として、各学校長あてに次のような通知を出した。『黒板が見にくいという児童生徒がいる場合は、色覚異常を念頭において職務に当たるよう職員を指導してください。具体的には、次のようなことが考えられます。ア、緑板に赤色のチョークを使わない。イ、赤系統と緑系統の判別しにくい色が混じっている場合には、黒線や白抜き線などで区分する。ウ、色だけを手がかりとして指導する図版では形、記号、配置、説明文などで区別が付くよう工夫する。』

また、眼科学校保健に関する研修会が毎年開催され、すべての名古屋市立小中学校の養護教諭および保健主事に色覚に関する啓発を行ってきた。

1995年の学校保健法の改正で『先天色覚異常を検出するのではなく学校教育上配慮を必要とする児童を選び適切な事後措置をすること』になったときに、そのような検査表はまだ世界にないので、名古屋市教育委員会の協力により、筑波大学金子隆芳名誉教授と共に、色覚異常者の色の世界をかいま見ることのできる「学校教育用色覚検査表CMT」を開発し、日本色彩研究所で製作、大明から発行した。名古屋市教育委員会はこれを全校に配布し、これにより適切な事後措置をしてきた。また学校における呼称を『色覚異常』から『色覚特性』に変えた。

文部科学省が2002年3月に定期健康診断から色覚検査削除決定を報じた直後から、名古屋市教育委員会、校長会、保健主事会、養護教諭会、学校医(眼科)会の合議で名古屋市では1年早めて、平成14年4月から色覚検査削除を決定した。同時に、色覚特性を持つ児童生徒に遭遇したときの教師の対応を示すパンフレット『色のバリアフリー』を作成し、1万人の全学校職員にまた、ビデオ『色のバリアフリーをめざして』を全校に配布した。

#### 6) 色覚検査削除後の色覚に関する学校教職員への啓発

学校における色覚検査を削除以前に受けた人から、その弊害に関する手紙が私の所に数多く届いているが、最近では改善に喜びの内容の手紙も多

い。事後措置のない色覚検査に警告を発する手紙を、最近警察官を退職したある読者から届いたので紹介して、色覚に関する啓発は全国民に必要であることを示したい。

・ある男性からの手紙

『私は現在65歳です。色覚異常であることを知ったのは12歳の時でした。

旧制中学校を卒業した兄が「国鉄」に勤めていたのですが昭和25年に再就職として公務員を受験しました。相当の秀才でありますから、どんな学科試験でも余裕を持って合格する能力のある長兄ですが「石原式色覚検査表」の一部が読めなかったのです。

そこで長兄は、中学当時柔道部の先輩が近くで開業医していましたので検査表を借りてきたのです。その時、長兄から検査表を提示された私は一部の数字が読めず「お前も赤緑色弱や」と教えられました。子どもの時ですから世の中の景色はきれいに見えるし絵を描いてもありのままの色彩が使えることから自分では色覚異常という認識は全く持っていませんでした。

中学校に通学してから身体検査があり、42人のクラスの中で3名が色弱と判明し、通信簿に「赤緑色弱」と記載されました。その時は色弱と言われても何の劣等感も持っておらず学力は常に上位クラスで野球、相撲、柔道とスポーツ万能でした。兄弟の多い私は中学卒業前に進路として、兄が高校在住中、弟が3人いるという実情から両親に経済的な負担を掛けては悪いと思い「M重工業kk」の養成工を志願したのです。そこで進路担当の先生に、「M重工の養成工を受験し、夜は定時制高校で学びたい。」と希望を述べましたところ、先生は「お前は色盲やから願書を出しても書類審査ではねられるわ」と言う返事でした。私は「先生、僕は色はありのまま見えるし、色の判断で間違ったことはありませんので願書を出して下さい。」とお願ひしたところ先生は「おそらく100パーセントはねられるのに決まってるわ」と言う返答でした。

その後10日程して廊下でパツパツ会った先生から、「S、M重工に願書出したけどお前書類審査ではねられたぞ」と言うアッサリした返事でした。

純真に勉強し学力も体力も優っていた自分ですが石原式検査表の数字の一部が読めないため社会から無視された出来事は大きなショックであり辛

い体験でした。また、この事を両親に話をすると母親が辛い思いををすると思ひ自分の胸におさめていました。純真な少年時代に体験した心の淋しさは今でも胸に焼き付いています。

高校生になった私は正義感が強く比較的思いやりがある性格でしたから将来「刑事」になり世の役に立つ仕事がしたいという強い希望を持っていました。警察官の受験資格は「弁色力が完全であること」が条件となっております。競争倍率の高い採用試験でしたが視力は大丈夫でした。「色覚検査」は石原式の数字を読む検査でしたが前列の数人が答えているのを暗記し検査をクリアしました。

しかし、その後警察学校に入校した時にまた検査、巡査部長、警部補昇任試験に合格する度に勤務地の保健所で健康診断をして「色覚検査」を受けました。

そのたびに神経を集中して検査をクリアし健康診断書の発行を受けて管区警察学校に入校しました。健康診断を受ける度に嫌な思いをしますので人並みの生活が出来れば幸せだと思ひ警部昇任試験を受ける気持ちが無くなりました。

警察官として第一線で仕事する面では

- 1) 酒酔い運転のアルコール検知
- 2) 覚醒剤の試薬検査
- 3) 変死体の見分け時の眼瞼結膜の溢血点や皮下出血の状況、死斑やチャノーゼの状態
- 4) 労災事故では化学工場や製鉄工場での現場の実況見分

等とあらゆる状況の中でいろいろな色を見て実況見分証書を作成しました。

何一つとして色を見誤った事はありませんでした。

- 5) アルコール検知は、ガラス管の中の呼気が薄い赤色に変色
  - 6) 変死体見分では皮膚面が赤、紫、青の単色や赤紫、赤青の交わった色に変色
- 等正しく識別でき上司、同僚、部下と意見が食い違ったことはありません。

自分は今でも色覚異常の認識が無いのですが検査表を見ると一部の文字が読めないのです。

この様なことから世間の人は石原式のぶつぶつの丸い斑点の「数字」や「ひらがな」が読めないから信号や景色までが見えなかったり、間違った色に見えるという偏見の目で見ているのではないかと思うのです。

私は40年間、刑事、保安の専務部門で職務を遂行し、常に勤務成績が優良で「優秀警察官」の本部長表彰も受けました。

在職中に色間違いをして懲戒免職になる学校の先生や警察官などがいますが色は色でも色気(不倫、セクハラ)が原因でクビになっている色間違いの多いことが私には滑稽に見えていたのです。

この度、私の孫が小学校4年生になり、小学校で検査を受けましたところ、「異常」と言う事が判明し、さらに眼科医院で検査したところ緑色の20段階のうち薄い色の3つが間違えるようです。

娘は父親が警察官であったため、まさか子供が色弱であるとは思わなかったようで心が動揺したようです。

私は妻と子供に「お父さんが前もって話をしておけばよかったのだが、黙っていて申し訳なかったなあー、これはお父さんからの遺伝で先祖から伝わったものでどうしようもないんや。これからRちゃんが大きくなるにつれハンディを背負うことがあると思うが、その折には相談に乗るから」と話をしてしています。

孫が眼科医院で精密検査を受け数字が分からなかったものですから母親が動揺しましたが、検査後に先生から、「軽い色弱です。今は進学や就職で差別されることが少なくなり道が開けています。背が少し低いと同じようなものですから」と助言され娘も少しは安堵しています。

高柳先生をはじめ「日本色覚差別撤廃の会」のご努力で色覚異常者の道が大きく開けていることに大きな喜びと感謝の気持ちを抱いています。

警察官、刑務官、消防士、入国警備官など「国民の生命や身体を守る」職業は色弱者を欠格者として規定していますが「色神検査」を暗記して職に就き一生懸命職務を全うしている人も多くいると察します。

有能な人材を確保することが社会の利益です。軽度の色弱者を職業の不適格者と決めつけている国や地方自治体、企業は大きな過ちに犯していることに早く気が付き色覚異常者が希望ある職業に就けることを祈るばかりです。』

という手紙であった。

お孫さんが受診した眼科医は眼科的検査ではこうだが、背の高さと同じように気にすることなく

進むようにアドバイスをしている。これが一般地域開業医の姿勢で受診者は色覚異常の分類とか眼科学的程度を知りたいのではない。

7) 仮性同色表誤読児童・生徒の人権を守らなければならない

一冊の色覚検査表のみで、児童・生徒の生活権を奪ってしまってきたということは学校の中で人間の尊厳を侵害してきたことに等しいことに気づかなければならない。そして、近年学校医の職務が専門別になってきたため、眼科医以外の学校医は、これが人権問題であることに関心が薄く、あるいは関心を持っていても専門の眼科医がいることで言及できずにいるのかも知れない。と思ってきたが、今回の日本医師会から発行されたマニュアルを見て、多くの眼科医、特に指導的立場にある眼科医達も同様、人間の尊厳を侵害してきたことに気づいていないことがわかった。学校は色覚に関する先天異常を選び出す場ではない。文部科学省もそのことに気づいたからこそ、1995年に3年ごとに行っていた色覚検査を小学4年生1回とし、学校教育上配慮を必要としない異常は異常とは見なさないとした。そして厚生労働省が2001年の労働安全衛生規則で色覚検査を廃止した後を受けて、2002年に学校における定期健康診断から色覚検査を削除することを決定し、2003年4月から施行としたのである。

人間には誰も代行機能が働く。実際の職場でどのような色彩識別能力が必要になるかは一冊の色覚検査では予知できないことである。十代の子どもの時から欠陥診断だけをするのではなく、将来に向けて多機能養成に励むようにとのアドバイスこそ必要であると考え。

8) 名古屋市教育委員会の色覚に関する姿勢

名古屋市では、色覚に関する誤った社会的通念を解消するには現職教育が最も重要であると考え、名古屋市教育委員会学校保健課、校長会、養護教諭会、保健主事会、学校医（眼科）会などと協議をして、調査研究の結果を踏まえた上で、パンフレット「色のバリアフリー」を制作し、約1万人の全教員に配布した。又「色のバリアフリーをめざして」の13分間の教育用ビデオを制作し、369の小中学校全校に配布して、色覚に関する啓発に努め、継続事業としていく予定である。

9) 医師は石原表では学校教育上の配慮はわからないことを啓発すべきである

医師は色覚に関する正しい知識を持ち、仮性同色表誤読は色覚障害ではないことを啓発することが必要である。障害とは何か？誰のための検査か？障害者のための方策は？

色覚に関しては治療法はないので、色覚については教育的配慮が必要で教育の分野が担当するのがよい。現場を知らない医師が修学・就業の適否に言及すべきではない。

## 県・市町村別自治体別のストレスとメンタルヘルス対策実施状況の比較検討

Comparative Study of the State of Mental Health and Mental Health Care Policies  
Among Prefectural and Municipal Workers

永田耕司 (活水女子大学健康生活学部)、上野満夫 (自治労顧問医)

Nagata Koji (Kwassui Women's University, Faculty of Health and Wellness Studies)  
Ueno Mitsuo (Medical Consultant of the All-Japan Prefectural and Municipal Workers Union)

In April 2000, an investigation of the current condition of mental health and mental health care policies in the prefectures and municipalities was conducted by questionnaire. Results were received from 1495 of all prefectures and municipalities (45.4%). Of those who answered, 80% said that the amount of stress in the workplaces is increasing. When asked the primary cause of stress, 80% cited their workload. The next most common answer was that stress is related to the quality of work. Many answered that stress is related to personnel reduction, while others said that co-worker relation, wage cut, and the treatment of workers causes stress. When asked about the atmosphere of the workplace, more than 40% of prefectures and municipalities said that it is getting worse. Only 20% are practicing any kind of mental healthcare. However, barely 5% of these say such measures are working well. Currently, although mental health care is being carried out when needed, prefectures and municipalities have done little to realize effective mental healthcare measures.

### 1. はじめに

平成10年度の自殺死亡者数は31856名(厚生省人口動態統計)で3万人を超えている。性別年齢階層別にみると、女性は総数9850人中65歳以上が3分の1強を占めている。一方男性総数23013名のうち、50歳代6103名と最も多い。諸外国との比較でも人口10万人あたりの自殺死亡率は先進国の中でハンガリー32.9、フィンランド27.2に次いで第3位(25.4)である。このように近年、特に中高年男性の自殺死亡者が増えている。自治体職員においても、在職者死亡で自殺死亡が悪性新生物に次いで多い。厚生労働省(旧労働省)は平成12年8月に職場における心の健康づくりの指針を出したが、現状や具体的な取り組みについては触れられていない。

このように職場のメンタルヘルスの向上の上には、職場のメンタルヘルス対策の現状と、具体的にどのようにアプローチしていくかの方法論的検証はなされていない。そこで全国自治体のメンタルヘルスの取り組みについての実態調査とその問題点、または取り組みがうまくいっている場合

は、その具体的方法などについて、自治体職場のメンタルヘルス対策に資するために職場におけるメンタルヘルス状況や対策の実施内容、その評価などについて、2000年4月アンケート調査を実施したので報告する。「職場でメンタルヘルスに関することが問題になっている」と47.6%が回答していた。

### 2. 対象と方法

自治体職場のストレス状況やメンタルヘルス対策に資するために、職場におけるメンタルヘルス状況や対策の実施内容、その評価などについて、2000年4月にアンケート調査を実施した。調査票は3295単組、及び調査に協力を得た全国消防職員協議会(全消協)168組織に配布して、回収集計されたのが1495(45.4%)、全消協99(58.9%)で全体で1593(48.3%)であった。その内、団体記載などの記入漏れ18を除いた1575(47.8%)を有効回答とした。団体区分別配布数は都道府県92、政令市22、特別区(都庁職局支部・区職労)25、政令市以外の市587、町村1732、事務組合185、

公社・事業団184、社協88、国保41、民間企業177、市町村共済40、その他38、臨時・非常勤84であった。団体区分別回収数及び回収率は都道府県67、72.8%、政令市18、81.8%、特別区2、3.8%、市で371、63.2%、町村779、45%、一部事務組合117、63.2%、公社・事業団60、32.6%、社協20、22.7%、国保21、51.2%、民間企業30、16.9%、市町村共済29、72.5%、その他県本部30、16.9%、臨時・非常勤31、36.9%であった。今回は県・市町村の比較のため、事務組合、公社・事業団、社協、国保、民間企業、市町村共済、その他、臨時・非常勤等の団体は今回の比較から除外した。また特別区も回収されたのが2件のみだったので比較から除外した。都道府県が47を超えているのは全道庁支部が14などが含まれるためである。

記入者役職は組合三役が記入し、その割合は78.5%と7割を超えていた。

### 3. 結果

1) 回答職場の職員の合計は1043760人と100万人を超えていた。職場でのストレスについて「増えている」と回答したのは全体では85.0%と8割を超えていた(表1)。特に県・市町村の中では政令市88.2%と高かった。逆に「減っている」はわずかに0.1%であった。ストレス要因については、「業務の量のストレスが増えている」が78.9%と最も高く、次いで「業務の質のストレスが増えている」が77.2%、「人員削減に関すること」が68.9%と高率だった。他にも「職場の人間関係ストレスが増えている」が50.8%、その他「賃金カットなど待遇に関すること」50.5%、「職場の適性ストレス」45.0%、「配置転換に関するストレス」38.8%と高率だった。一方、「減っている」で最も高かったのは「職場の喫煙に関すること」12.9%、「特にない」で最も高かったのは「転勤に関連した転居に関すること」64.0%、「単身赴任に関するストレス」69.6%だった。県・市町村別では「業務の量のストレス」は都道府県が80.6%と高かった。「業務の質のストレス」は10万人以下の市が79.8%と高かった。「職場の人間関係ストレス」は政令市が66.7%と高かった。「昇進・昇格に関するストレス」「配置転換に関するストレス」「人員削減に関すること」では30万人以上の市がそれぞれ40%、43.1%、80%と高

かった。「賃金カットなど待遇に関すること」は政令市が61.1%と高かった。「育児・介護への配慮に関すること」は10万人以下の市が30.3%と高かった。「男女差別に関すること」は町村が25%と高かった。

- 2) ストレス要因で「最も問題(3つまで)」と回答では「業務の量のストレス」65.3%、次いで「業務の質のストレス」52.4%、「職場の人間関係ストレス」35.6%、「人員削減に関すること」33.1%と高率だった(表2)。職場の人間関係ストレスは「増えている」かつ「問題である」と回答している職場が多くみられた。県・市町村とも「業務の量のストレス」が最も問題と回答していた。都道府県は「業務の質のストレス」「人員削減に関すること」が次いで高かった。政令市は「人員削減に関すること」「職場の人間関係ストレス」が次いで高かった。30万以上の市は「職場の人間関係ストレス」「人員削減に関すること」が次いで高かった。10-30万人と10万人以下の市と町村では「業務の質のストレス」「職場の人間関係ストレス」が次いで高かった。
- 3) 「職場でメンタルヘルスに関することが問題になっている」と47.6%が回答していた(表3)。特に30万以上の市が58%、町村48.8%と高かった。身体疾患以外で長期休む職員については36.7%(30万以上の市41.2%)、体調不良を訴える職員については60.0%(都道府県64.2%)が増えていると回答していた。また職場の雰囲気については43.2%(都道府県47.7%)が悪化していると回答していた。メンタルヘルス対策は20.1%が実施していた。10-30万人の市が25.3%と最もメンタルヘルス対策を実施していた。しかし、その対策が「うまくいっている」と回答していたのはわずかに5.0%であった。
- 4) メンタルヘルス対策で「うまくいっている」と回答していた中で、「主治医の意見が復帰時尊重される」が31.8%(30万以上の市38.0%)と最も高かった。次いで「管理職が職場復帰について理解がある」が次いで24.6%(都道府県37.3%)と高かった。しかし、「慣らし勤務などの復帰前の猶予期間の設定」は12.8%「関係者の連携が十分にとれている」は10.3%「職員研修などの啓発活動が活発である」は4.0%と低かった。

#### 4. 考察

職場でのストレスについて8割を超える自治体が「増えている」と回答していた。特に政令市88.2%と高かった。今回 政令市は18自治体だったので回答数が少ないが「職場の人間関係ストレス」66.7%「賃金カットなど待遇に関すること」61.1%と高く、他の自治体と比較して「人間関係や待遇のストレス」が高いことが示唆された。

都道府県は「業務の量のストレス増えている」80%、「体調不良を訴える職員増えている」64%、「職場の雰囲気が悪化している」47%と他の自治体と比較して高率であった。一方「管理職が職場復帰について理解がある」が37%と最も高かった。また「業務の質のストレス」「人員削減に関すること」についても問題であると回答している割合が高かった。都道府県は他の自治体と比べて、業務の量のストレス等の要因で体調不良を訴える職員が増えていることに加え、職場の雰囲気も悪化しており、その対応の必要性が示唆された。

30万人以上の市は「昇進・昇格に関するストレス」「配置転換に関するストレス」は4割「人員削減に関すること」は8割と他の自治体と比較して高かった。また「職場でメンタルヘルスに関することが問題になっている」と6割近くが回答しており、「身体疾患以外で長期休む職員について」4割を超える自治体が増えていると回答しており、30万人以上の市は特にメンタルヘルス対策の実施の必要性が示唆された。一方で「主治医の意見が復帰時尊重される」が38.0%と最も高かった。

一方、10-30万人の市は25.3%と最もメンタルヘルス対策を実施していたが、「身体疾患以外で長期休む職員について」「職場の雰囲気が悪化している」が比較的高率であった。

10万人以下の市は「業務の質のストレス」「育児・介護への配慮に関すること」が他の自治体と比較して高かった。また「体調不良を訴える職員増えている」も比較的高率であった。10万人以下の市の規模では、一人の職員で多様な業務遂行が要求され、その対応にストレスを感じていることが示唆された。

町村は「職場でメンタルヘルスに関することが問題になっている」と5割近くが回答していた。また「男女差別に関すること」については4分の1が問題になっていると回答していた。「配置転換に関するストレス」「職場の人間関係ストレス」「賃金カットなど待遇に関すること」が比較的高

率であった。町村職員は賃金面や人間関係、特に男女差別に関することにストレスを感じている割合が高く、その対応の必要性が示唆された。

その他の自由記載では「臨時職員が多いため正職の仕事が責任が重くなる」「有休が取れない」「女性の管理職が未だ0」「自治体の将来(業務内容・財政)」「市町村合併に関すること」「現業職員に対する差別」「業務の分担に不均等がある。不適切な管理者により人と人の関わりでストレスを生じている。」「管理職の横暴」「セクハラ」など臨時職員採用によるストレス、合併や財政などによる自治体の将来、セクシャルハラスメントなどの個々の問題も指摘された。

また、その他として「病気による在職死亡」、「早期退職希望」、「疲れているのに年休を取らない」、「職員のつながりが希薄」、「公務災害」、「異動や職場に起因すると思われる退職」、「ストレスが原因と考えられる疾患による病休」「若い人の死亡や退職」等の意見があり、「過労死」対策が必要であることも示唆された。以上のように、県や市町村でそれぞれのストレス内容が異なり、現場に合ったメンタルヘルスやストレス対策の必要性が示唆された。

また地域・学域・職域全てにわたってメンタルヘルスの問題が増えており、その地域や職域が連携して対応していく必要性が示唆された。そのためには国や自治体は労働生活と余暇・家庭生活のあり方を見直すようなはたらきかけ、また学域からは社会研究としてのストレス研究の必要性、または一人ひとりがストレスやストレッサーのコントロール、リダクションと共に、多重役割のトータルな人生を考えて行くなど「働き方」「生き方」など考え方や価値観の見直しが必要になってきている等が示唆された。以上のように地域・学域・職域と多岐にわたってストレス社会やそのメンタルヘルス対策について検討していく必要性が示唆された。

#### 5. まとめ

全国自治体等に対してメンタルヘルス対策調査から1) 職場のストレスが増大に伴い、長期に休んだりする職員が増えてきていること。2) まだ職場のメンタルヘルス対策が進んでいないこと。3) 一部進んでいるところの取り組み、例えばストレス相談室など気軽に相談できるような窓口をつくる、管理職への健康教育などの研修、福利

厚生での職員間の交流を深める、段階的職場復帰などの復職時の工夫などの取り組みの必要性が示唆された。

謝辞 今回、質問紙調査に御協力いただいた原知之、会田麻里子（自治体安全衛生研究会）吉岡伸一（鳥取大学神経精神医学）、内田江里（三鷹市非常勤臨床心理士）、荒木博和（豊中市職員組合）、中瀬古泰（三重県職員組合）、松壽 孝樹（三鷹市職員組合）、箕浦 正（鳥取県本部）他全国の自治労組合執行部の方々他関係各位の皆様に感謝いたします。

## 英国におけるホームヘルパーの労働負担軽減策

The Reduction of Work Load for Care Workers in Great Britain

重田博正

淀川勤労者厚生協会社会医学研究所

Hiromasa Shigeta

The Institute for Social Medicine

キーワード：ホームヘルパー リスクマネジメント 労働負担

key word: care worker, risk management, work load

はじめに

筆者はかつて、介護保険法の施行以前の段階で、ある自治体のホームヘルパーに頸肩腕障害や腰痛症が多発した事例から、ホームヘルプ労働における心身両面の労働負担要因を分析し健康確保対策の必要性を提起した。<sup>1)</sup>しかし筆者の知る範囲では現在までのところホームヘルパーの健康問題に対してみるべき行政施策は行われていない。

ところで英国では、政府の労働安全衛生行政機関であるHSE (Health and Safety Executive) が2001年に訪問介護事業者を主な対象として、腰痛予防などホームヘルパーの労働負担軽減のための手引書<sup>2)</sup> (以下「手引書」) を出版した。

「手引書」の特徴は、健康障害に対する事後対策ではなく、ホームヘルパーが健康障害のリスクに曝される前の段階で、予測される介護作業のリスク自体を低減しようとするリスクマネジメントの手法を在宅介護の業界に普及しようとする点にある。「手引書」では総論だけではなく具体的な改善事例が重視され、27の事例紹介に頁数の大半が割かれている。そこに示されているホームヘルパーの健康と安全に対する基本的考え方や労働負担軽減の手法には、ホームヘルパーの安全衛生問題に対してほとんど無策と言ってもよいわが国の厚生労働行政と関連業界にとって大いに参考とすべき論点が含まれている。

以下、本稿では「手引書」が出版された背景と「手引書」から読み取るべき主要な論点について検討を行う。

ヘルパーの状態

国家の行政機関であるHSEが「手引書」の出版という一つのアクションを起こした背景には、ホームヘルパーの健康障害の広がりとそれを放置できないという行政の認識があったことは言うまでもない。以下簡単にそのバックグラウンドを確認しておく。

(1)「コミュニティケア改革」によるホームヘルプ労働の変化

英国では1990年代にホームヘルプ労働をめぐる環境が大きく変化した。周知のように1993年4月から国民保健サービス及びコミュニティケア法(1990年)が施行され、「コミュニティケア改革」が進展した。

この改革の重点は、従来の長期入院病棟や施設内でのケアに代わり「人々が、自宅またはコミュニティの家庭的な施設で、できる限り正常な生活をするために必要なサービスや援助を行う」ことであった。それに伴い身体的・精神的健康面でニーズを持つ高齢者や心身の障害を持ちながらコミュニティで生活する人々が増加し、その結果ホームヘルパーが担う労働は、清掃や洗濯などの家事援助から、従来は看護婦の仕事とみなされていた身体介護や医療的サービスを含む労働へと変化した。

またこの改革のもう一つの眼目は、サービス提供システムに競争原理を導入し、民間の福祉マーケットを拡大することであった。その結果、地方自治体が直接提供する在宅介護サービスの比重(給付の週当たり時間数)は1993年の95.1%から1999年には49.4%へと大きく低下

1 背景① - 「コミュニティケア改革」とホーム



し、民間部門の就業者数が64.7%を占めるようになった。<sup>3)</sup>

### (2) ホームヘルパーの労働・健康実態

1998年にJ. スキャンラン(グラスゴー大学)らが、グラスゴーの全ヘルパー3500人を対象にホームヘルパーの労働と健康の実態調査<sup>4)</sup>を行った。調査内容は年齢/労働時間/仕事の種類/移動/「新しい職務」/労働負担/労使の関係/「チーム方式」/健康/その他(暴力、セクハラ、経営者のいじめ、人種的いやがらせ…)など多岐にわたるが、特に注目されるのは調査結果に対する以下のような評価である。

第一は、ホームヘルパーの労働負担が増大した背景として「コミュニティケア改革」による環境変化を指摘していることである。つまり「改革」によって「効率性にますます焦点があてられているマネジメント構造」の下で「適切に訓練されていないスタッフに追加的なプレッシャー(身体介護や医療的サービスなどの「新しい職務」)を負荷することになった」ためであると評価している。

第二は、調査結果で明らかにされたホームヘルパーの状態は「いかなる先行調査でも似通ったものがほとんどない水準の不健康状態」であり「誇張なしに危機と評することのできるものである」という問題認識が示されている点である。しかしその調査結果として示されている様々な自覚症状の訴え率をわが国の同種のデータと比較すると、厳密な比較はできないとしても、かつて筆者が取り上げたA市のホームヘルパーの健康実態<sup>5)</sup>や各地で行われている保育所保育士の頸肩腕障害特殊健康診断の結果と比べると決して深刻とは言えない水準の訴え率である。にもかかわらず彼らはそれを「危機」と評価している点が注目される。

### (3) GMB 労組のホームヘルパー憲章

TUC傘下の一般労働組合であるGMBは、先述のグラスゴー調査の結果を政策要求化し「ホームヘルパーの保護のためのGMB憲章」<sup>6)</sup>を発表した。

その憲章では、ストレス、暴力、セクシャルハラスメント、力仕事、医療的業務、職業訓練等のテーマごとに、グラスゴー調査で明らかになったホームヘルパーの生の声と問題点を示し、その上でGMBの解決策を掲げている。そしてホームヘルパーの健康と安全を守る直接的な義

務が雇用主にあることを明確にし、労働安全衛生法制の下で求められる雇用主の義務を数項目例示している。

本稿のテーマとの関連では、その例示された雇用主の義務の一項目に、ホームヘルプ労働のリスクマネジメントが既にGMBの政策要求として掲げられているのが注目される。「リスク評価の実行—つまり雇用主はあなた(ホームヘルパー)の労働現場を調査し、あなたや同僚のけがの原因となりうるものに注目しなければならない。その次にけがの可能性を合理的に可能な限り除去したり小さくしなければならない。」と指摘している。

### (4) 労働力需給面での問題

ホームヘルパーの労働条件の低位さは、労働者・労働組合だけでなく在宅介護事業者にとっても問題として認識されるようになった。民間の在宅介護事業者を代表する英国在宅介護協会(UKHCA)は、2000年1月に加盟事業者を対象に、主に在宅介護労働者の特徴や就業状態、及び職業資格と職業訓練に関する詳細な調査を行っている。

調査結果報告書<sup>7)</sup>によれば、その特徴の一つは在宅介護労働者の勤続年数の短さである。平均勤続年数は4年であり、5人に1人以上が1年未満、3人に2人は5年未満の勤続年数であった。年間の移動率は26%と推計されている。そして調査に回答を寄せた事業者の四分の三以上が在宅介護労働者の採用の難しさを経験していた。「われわれの業界は、危機的な状況に近くなりつつあり、もし全国レベルでしかるべき対応がなされないならば、高齢者人口のニーズに応えることができないであろう」と断言するマネージャーの声を紹介し、報告書は「低い賃金水準と不十分な労働条件は、人材確保を難しくさせている最大の要因である。」と指摘している。

### (5) HSEの問題認識

以上のようなホームヘルパーの労働と健康をめぐる状況を、労働安全衛生を所轄するHSEはどのように認識していたか。「手引書」の序文の冒頭に、以下のような問題認識が「手引書」出版の背景として述べられている。

「英国では毎年64万2千人が労働に起因する腰部の筋骨格系障害になっていると見積もられている。…。福祉保健サービス部門は労働者に

とって最もリスクの高い分野の一つである。福祉保健サービス部門全体で毎年報告される事故の50%が身体作業、特に人の動作介助に関連している。…。その結果は、労働者にとっては苦痛、病気休業と減給、雇用者にとってはスタッフの再配置と再訓練に関するコストの増大、要介護者とその家族にとっては混乱とサービスの低下となる。これはさけることのできないことではない。身体作業による負傷の大部分は予防できる。より良い作業編成や職務設計で、リスクは取り除いたり低減することができる。」

以上みてきたように英国では1990年代に進展した「コミュニティケア改革」によってホームヘルプ労働の環境が大きく変貌した。効率性を追求するマネジメント構造の下での劣悪な労働条件で、職業訓練を受けていないホームヘルパーが身体介護や医療的サービスなどの「新しい職務」を担うこととなり、その結果「危機」と評されるような健康破壊が生まれた。この状況は一方でGMBなど労働組合の要求運動を生み出すと同時に、他方で在宅介護事業者にとっても人材確保のための全国的な対応の必要性を生み出した。介護作業のリスクマネジメントという限定された領域ではあるが、このような問題状況に対応しようとしたものが2001年に出版されたHSEの「手引書」であると言える。

## 2 背景② - 介護基準法と在宅介護最低基準

HSEの「手引書」出版(2001年)と重なり合う時期に、英国のソーシャルケア部門では介護基準法(Care Standard Act 2000、2002年4月施行)が成立し、施設内及び在宅介護におけるケアの質を確保するための大きな制度改革が行われた。そしてその介護基準法に基づいて定められた在宅介護最低基準(Domiciliary Care National Minimum Standards)の中では、介護の質を確保する要件の一つとしてホームヘルプ労働のリスクマネジメントが大きく位置付けられることとなった。

### (1) 介護基準法2000の概要

介護基準法2000によって、すべての介護サービスを管理するための全国介護基準委員会(National Care Standards Commission: NCSC、スコットランド及びウェールズには別組織)が新設され(2002年4月)、介護関連の全施設・

事業所が委員会への登録を義務付けられ、監査を受けることとなった。その登録と監査の基準として、保健省によってサービスの種類ごとに最低基準(National Minimum Standards)が定められた。

なお介護労働者の資質の向上・確保のためにソーシャルケア総評議会(General Social Care Council: GSCC)も新設され(2001年10月)、介護事業者と介護労働者の業務規定(Code of Practice)の制定、介護労働者の登録、教育・訓練の管理、等が行われることとなった。

### (2) 在宅介護最低基準と介護労働のリスクマネジメント

在宅介護に適用される最低基準(Domiciliary Care National Minimum Standards)は、介護サービスの質の確保に焦点があてられているが、同時に「保護」と題する章(スタンダード11~15)では介護労働者の健康と安全に関する基準を定めている。

スタンダード11「安全な労働」では、労働安全衛生法1974を始めとした労働安全衛生法規の遵守及び事業所の安全衛生方針、安全衛生管理手順の明確化等を事業者に求め、スタンダード12「リスクアセスメント」では介護労働に伴うリスクマネジメントを事業者に義務付けている。事業者は「要介護者とスタッフに対する潜在的なリスクのアセスメントを、スタッフの就労前に、訓練を受けた適任者によって行い、年に1回、必要な場合はそれ以上の頻度で更新」しなければならない。その場合のリスクとは介護労働者の健康と安全に対するリスクだけでなく「要介護者の自立性と自宅での日常生活の維持に対するリスクを含む」ものであると規定し、「リスクマネジメント計画は、要介護者、家族との協議で作成し、サービス計画の中に入れ」るものとされている。

そしてこの章(スタンダード11~15)の序文では「HSEから身体作業に関する手引書の最新版が2002年(初版2001年)に出されている」と紹介されている。

以上みてきたようにHSEによる「手引書」の出版は、日本流に言えば、厚生行政が介護基準法2000で介護の質を向上・確保する要件の一つとして介護労働のリスクマネジメントを導入しようとする動きに対して、ホームヘルパーの労

働と健康の実態を問題として認識していた労働行政・HSEが改善手引書の発行という形で呼応したものであると言える。

### 3 HSEの「手引書」にみられるホームヘルプのリスクマネジメント

「手引書」の標題は『訪問介護の取り扱い—介護労働者とクライアントにとって安全で効果的、積極的な成果をHandling home Care・]Achieving, efficient and positive outcomes for care workers and clients』となっており、リスクマネジメントに関する総論と改善事例の紹介（「ケーススタディ」）から成っている。特に改善事例が重視され、A4版全80頁のうち52頁が27のケーススタディに充てられている。すべての事例についてそれぞれ「課題となる作業」、「身体作業上の問題点」、「対策」、「費用」、「効果」、「補足/提言」が簡潔に述べられている。

以下本稿では、この「手引書」にみられるリスクマネジメントの基本的な特徴とそれに実効性を与える諸方策について述べる。

#### (1) リスクマネジメントの基本的特徴

##### ①要介護者のニーズアセスメントの一環として行う介護作業のリスクアセスメント

「手引書」にみられるリスクマネジメントの第1の特徴は、介護作業に伴うリスクのアセスメントを、新しく要介護者のケアプランを作る際に最初に行う「ニーズアセスメントの一環」として実施すべきものとしている点にある。

わが国では、職域の健康問題対策が議論されるとき健康診断を中心とした二次予防つまり健康障害という結果に対する対応策がまず重視されるのに対し、「手引書」では原因となるリスクそのものの除去・低減を重視している点が重要である。しかもわが国の現状では例えば病人が出た段階になっても問題になりにくいのに対し、「手引書」では「スタッフの就労前に」つまり「危険に曝される前に対処」するリスク低減の意義が強調されているのが注目される。

また「手引書」が提案するリスクマネジメントは、今日ILOやEUなどで重視されている労働衛生管理の手法であるリスクマネジメントを、介護分野のケアマネジメントサイクルに組み込もうとするものである。わが国の介護保険法でもケアマネジャーによるケアプランの作成に出発するケアマネジメントの仕組み自体は採

用されており、その手法は介護保険の準備過程でイギリスから学んだものであると言われている。しかしわが国のケアマネジメントに介護作業のリスクマネジメントは含まれていない。

##### ②ヘルパーの安全・健康の権利と要介護者の権利保障を統一的に実現する観点

保育や障害児教育などの現場で労働負担の軽減を図ろうとするときには、労働者が健康で働く権利と子どもたちの権利（より良い保育、教育）とを統一的に確保する観点から作業の見直しをすすめることが重要である。しかしわが国の現場では、その二つの権利の確保を対立的にとらえ、「より良い保育」や「子どもたちのために」という課題が優先され、労働者の健康が顧みられない実態が広範にある。

「手引書」が提案するリスクマネジメントはこの点をクリアしている。介護労働者と要介護者の二つの権利は相互に対立するどころか、両者が保障できる方法であってこそ安定的なケアとなることが、以下のように明快に指摘されているのである。

「要介護者のニーズとヘルパーのニーズ…そのどちらかを偏重すると両方をそこねることになる。…要介護者の生活の質や自立性及び尊厳を、あるいはヘルパーの健康を考慮せずに提供されるケアは持続可能なものではない。」

その考え方の核心となっているのが「リスク」の概念である。「手引書」が介護作業に伴うリスクという場合、腰痛発症の危険性など介護労働者にとってのリスクだけではなく、同時に要介護者にとってのリスクも含まれている。その要介護者のリスクとしては、わが国でも問題になっているいわゆる介護事故だけでなく、ニーズの基本である要介護者の人としての尊厳や自立性、プライバシーなどを損なう介護方法、それらもリスクとしてとらえている。そのように「リスク」をとらえるからこそ、「手引書」が主張するように介護作業のリスクアセスメントは要介護者の「ニーズアセスメントの一環」であり「ニーズアセスメントの不可欠な構成部分」として位置づけられるのである。

この二つの権利を統一的に保障しようとするマネジメントは単なる理念的な強調ではない。「手引書」に掲載されている27の事例、すべてのケーススタディの中では、何が「ヘルパーと要介護者双方にとってのリスク」であり、作業

方法の改善の結果「双方にとって」どのような「効果」があったかが具体的に示されている。

一例だけその要点を紹介しておこう。「多発性硬化症のGさんは体重が75kgで、上肢は使えるが下肢に力が入らず寝たきりであった。2人のヘルパーがベッド上で洗身する時、一人がGさんを引き寄せて側臥位で支え、もう一人が反対側で背中を洗った。このGさんを支えておく作業の負担を軽減するためにアセスメントが行われ、Gさんの頭付近の両側にベッド用の手すりを取り付けた。上肢が使えるGさんはその手すりを使って寝返りし、自分で体を支えることができた。その効果として、ヘルパーの負担が小さくなっただけでなく、Gさんは腕の力を活用することによって可動能力の維持ができたし、自分の力でヘルパーを助けることができたのが嬉しかった。」

## (2) 実効あるリスクマネジメントのために

マネジメントシステムの実効性を確保するための規定として以下の諸点が注目される。

### ① サービス事業者の責任

労働安全衛生法上、リスクマネジメントの実施責任は使用者としてのサービス事業者にある。その点は、「手引書」でも「サービス事業者や派遣事業者は雇用主として、ホームヘルパーの健康と安全を保証し、職務関連のリスクをマネジメントする第一義的な責任を持つ」と明確に規定している。そして事業者に対して、リスクアセスメントを行う「適任者」の指名、介護労働者及び要介護者との協議手順、リスクの再評価手順、アセスメント結果の実行、介護労働者に対する訓練、福祉機器の提供等、リスクマネジメントに関する具体的な方針の明確化を求めている。

使用者責任を重視するこの立場は、以下のような在宅介護労働に特殊な状況における対応についても一貫している。在宅介護労働は要介護者の居宅が労働の場となりその設備や家具などが主要な労働手段になるという特徴があり、その設備や備品の欠陥や不十分さのためにホームヘルパーの労働負担が増幅されている例は普遍的に見られる。その場合設備や備品の改善はその所有者である要介護者の権限に属することであり、従って例えば労働衛生上問題があってもホームヘルパーにとっては所与の条件として甘

んじなければならないというのが日本の現状であろう。それに対し「手引書」では、例えば要介護者が所有する介護機器の安全性の問題についてこのように述べている。「要介護者には安全衛生法令による機器のメンテナンス義務はない。…しかしサービス事業者には雇用主としてホームヘルパーの安全を保証する義務がある。それゆえ要介護者の提供した機器(に…)変更が必要であると考えられるものについて要介護者と話し合うのはサービス提供者の責任である。」つまり使用する機器の安全性を確保する使用者の責任は、その所有者が第三者であるという理由だけでは免責されないということである。

### ② リスクアセスメントを実施する「人」

リスクマネジメントを実行するうえで、アセスメントを行い改善提案を行う「人」の問題が重要である。特に「手引書」が強調するようにホームヘルパーの安全確保と要介護者の権利保障を統一的に実現しようとするれば、労働の人間工学的知識とともにリハビリテーションに関する知識も兼ね備えた専門的力が求められる。「手引書」の改善事例ではすべての事例で作業療法士がその専門家としての役割を果たしているのが注目される。

### ③ 「協同のアプローチ」

リスクアセスメントにあたっては主たる評価者だけでなく、実際に作業を行うヘルパー、さらに要介護者も加えた三者による「協同のアプローチ」が、最も効果的な解決策を見出す方法として推奨されている。「多くの場合要介護者は、彼ら自身の動作ニーズについて熟練した知識を持って」いるからであり、またアセスメント段階から要介護者が参加することにより、対策を講じる際に起こりうる利害の衝突を未然に防止・緩和できるからである。そして何よりもアセスメントへの要介護者の参加は、「要介護者中心」・「ニーズ主導」のアプローチというケアマネジメントの一般原則であり、そのことによって「身体機能面のニーズだけでなくライフスタイルや個人の好みも考慮した」リスクマネジメントが可能になるからである。

### ④ ヘルパーに対する安全衛生の教育・訓練

リスクのアセスメント→結果の実行→再評価、と続く一連のマネジメントにおいて、ヘルパー自身が「危険な状況を見極め安全な方法が決定できる知識と能力を」身に付けておくことが重

要であるとの認識から、「手引書」ではヘルパーに対する安全衛生の教育・訓練を、リスクマネジメントにおける必須条件として重視している。

例示すると、就労前教育については「作業の全範囲にわたる教育と訓練が終了してから一人前の仕事を割り当てるべきである」と強調し、さらに「訓練は1回限りのイベントではない」として定期的な再訓練の必要性が指摘されている。さらに事業者はその訓練の効果を実際の作業現場でたえず再検討し、「例えば今困難に直面しているヘルパーがおれば…追加的な訓練を行う」ことも必要であると指摘している。

それに対しわが国ではヘルパーに対する安全衛生教育はほとんど行われていない。例えば養成課程の標準的なテキストである長寿社会開発センター発行の『ホームヘルパー養成研修テキスト②級課程』の場合、4分冊の合計が1285頁と大部であるが、そのうち安全衛生に関する部分はわずか5頁（第4巻実技・実習編167～171頁）で全体の0.4%でしかない。その内容も食事、運動、睡眠、入浴など生活上の注意を説く図版と肩こり・腰痛体操の図だけで大半を占めており、労働負担をいかに軽減するかという視点はまったくない。

#### 4 おわりに

本稿での検討は、HSEの「手引書」と介護基準法にもとづく最低基準の規定を素材にしたものであり、政府の対策が介護の現場でどのように実現されているかについては何ら検討を加えていない。しかしその範囲でも、英国におけるホームヘルパーの健康問題への行政対応には、特にわが国の現状を意識する時、以下のような意義が確認できる。

①「背景」で紹介したように、悪化したホームヘルパーの労働・健康実態を放置できないものと認識した政府が一定の対策を採ったということ。

②その対策は、健康障害という「結果」に対する対応ではなく、健康障害のリスクそのものの低減・コントロールに焦点が当てられていること。これは英国の労働安全衛生行政と労働組合の安全衛生活動の一般的特徴であるリスクマネジメントの手法が適用されたものである。

③この労働安全衛生分野のリスクマネジメントを、保健省が介護基準法にもとづく最低基準の要件として採用したということ。その基礎には、ホームヘルパーの健康確保と提供されるサービス

の質の確保を不可分のものとしてとらえる認識がある。

ところでわが国では、今のところホームヘルパーの健康障害が大きな社会的問題にまではなっていない。これは、問題が問題として表面化しにくい構造があるからだと考えるのが自然であって、筆者がかつて指摘したような労働現場のリスクが改善されたためではない。また英国政府の認識に学べば、ホームヘルプサービスの質を確保するためにもホームヘルプ労働のリスクマネジメントが重要である。

#### 〔参考文献〕

重田博正、「ホームヘルプ」という仕事—ホームヘルパーの健康と労働負担に関する研究、賃金と社会保障1999年5月下旬・6月上旬合併号、No1250・1251、88—114

the Health and Safety Executive, Handling home care - Achieving safe, efficient and positive outcomes for care workers and clients, 2001

J. スキャンラン他、1998年調査報告：グラスゴーのホームヘルパーが直面する諸問題、重田博正訳、賃金と社会保障1999年11月上旬号、No1261、39-53

GMB、ホームヘルパーの健康と安全に関する権利、重田博正訳、賃金と社会保障1999年11月上旬号、No1261、34-38

#### 〔引用文献〕

1) 重田博正、「ホームヘルプ」という仕事—ホームヘルパーの健康と労働負担に関する研究、賃金と社会保障1999年5月下旬・6月上旬合併号、No1250・1251、88-114

2) the Health and Safety Executive, Handling home care - Achieving safe, efficient and positive outcomes for care workers and clients, 2001

3) 英国在宅介護協会、誰が世話をするか—イングランドの民間部門在宅介護労働力の特徴、三富紀敬・三富道子訳、賃金と社会保障2002年9月下旬号、No1330、16-30

4) J. スキャンラン他、1998年調査報告：グラスゴーのホームヘルパーが直面する諸問題、重田博正訳、賃金と社会保障1999年11月上旬号、No1261、39-53

5) 重田博正、「ホームヘルプ」という仕事—ホームヘルパーの健康と労働負担に関する研究、賃金と社会保障1999年5月下旬・6月上旬合

併号、No1250・1251、88-114

- 6) GMB、ホームヘルパーの健康と安全に関する権利、重田博正訳、賃金と社会保障 1999年11月上旬号、No1261、34-38
- 7) 英国在宅介護協会、誰が世話をするかーイングランドの民間部門在宅介護労働力の特徴、三富紀敬・三富道子訳、賃金と社会保障 2002年9月下旬号、No1330、16-30

## 高齢者の食事保障に関する考察 —配食サービスの給付と利用、東京都での調査から—

Study of Meal Security among Elderly People  
—A Survey of Home Delivery Meal Services in Tokyo

松井順子  
奈良女子大学大学院人間文化研究科

Junko Mastui  
Graduate School of Humanities and Sciences,  
Nara Women's University

キーワード：配食サービス home delivery meal services,  
回帰分析 regression analysis,  
単身者 one-person-household, 負担額 one's share of the expenses  
人口密度の低い地域 a sparsely population area

### 1. はじめに

高齢者の食事保障<sup>1)</sup>に最も有効とされてきた配食サービスはこれまでの厚生労働省、国庫補助事業、介護予防・生活支援事業のなかの独立事業から、平成14年度に以下のように位置づけが変えられた。事業名称は、効果的な介護予防の推進と、地域社会が果たす支え合い（共助）の役割が重視された「介護予防・地域支え合い事業」となり<sup>2)</sup>、同事業のなかで新たに創設された「食の自立支援事業」で用いられる支援方法のひとつが配食サービスの新たな位置づけである<sup>3)</sup>。その食の自立支援事業とは高齢者をアセスメントした後、配食サービスに限らず、通所施設での食事や食生活改善指導など、地域内で活用できる公民に渡る食事サービス・社会資源を用いて支援を計画し、定期的に高齢者を再アセスメントして効果の程をみながら、計画を修正するというものである<sup>4)</sup>。よって、これまでと比較すると配食サービスの給付量や事業の独立性は後退することになる。しかし、シルバーサービス振興会[2003]が全国の自治体を対象にした調査（3241に対し有効回答が1815）によると、96.7%の自治体が今後も配食サービス事業を継続すると回答している<sup>5)</sup>。従って、食の自立支援事業のなかで同サービスが今後も重要であるには違いない。尚、食の自立支援事

業の実施は平成16年度からで、平成14年度と15年度は制度を整えるための移行期である。

その配食サービスの給付対象者について、同省は食事作りに支障のある概ね65歳以上の単身者世帯、及び、高齢者のみの世帯を基準としている。世帯形態を基準に公的費用負担を伴い給付を行うのであれば、利用状況や補助金給付の効果など、事業に対する評価がなされるのは政策上及び研究上、重要なことだと思われるが、配食サービスに関する調査研究はどのように進んでいるのか。主な研究を概観すると、栗木[1999]<sup>7)</sup>や野村[1998]<sup>8)</sup>は多様な事業形態の事例研究を、そして、全国社会福祉協議会[1992]<sup>9)</sup>、民間研究所[1992]<sup>10)</sup>[1996]<sup>11)</sup>[1998]<sup>12)</sup>は事業の実態分析や事業化に向けての課題を報告している。その他、拙稿、要介護認定者を対象にした調査研究[2001]<sup>13)</sup>、配食サービスの利用者を対象にした報告[2003]<sup>14)</sup>では、給付の必要性和高齢者が同サービスを利用し始めた動機や配食サービスの需要についてふれ、民間企業を対象にした調査報告[2002]<sup>15)</sup>では、配食サービスの市場化の困難さを指摘した。更に、東京都各自治体の配食サービス事業の地域類型研究[2004]<sup>16)</sup>では、類型化した地域毎に事業内容を整理し、食の自立支援事業に向けての課題を述べた。

注目すべきは平成13年度の国民生活基礎調査である。介護を要する者10万人に対し、配食サービスの利用は、単身世帯、寝たきりでない者が多く、介護度では要介護1・要支援・要介護2の順に多いことが示されている<sup>17)</sup>。この調査結果は利用状況の把握という意味で重要なものだといえるが、ただ、配食サービスは介護予防の目的を伴い、介護認定外の者へも多くの給付が行われているので、それらの者をも含めた利用傾向に関する調査はみあたらない。また、自己負担額や補助金給付の効果、配達回数の多寡がサービスの広がりにも効果をもたらしているのかなど、事業評価に関する研究などは全くない。かといって、先に述べた食の自立支援の事業化は今動き始めたところで、給付に対する評価はこの先時間を要する。そこで現段階で何らかの配食サービスの評価を試みておくことは、食の自立支援の事業が始まり、将来、再評価をする際の参考資料になるのではないか。ただ、この研究の進展をはばむ要因として、配食サービスを含む食事保障に関するデータは極めて乏しく、特に量的データは社会調査に頼らざるをえない。

そこで本稿では限定的なデータに過ぎないが、数量的な説明を伴うことに意義があると考え、2002年に東京都の各自治体を対象に行った配食サービス事業に関する調査から得られたデータを応用し、給付側の要因と利用側の要因が、配食サービスの利用にどのように影響しているのかを導き、更に、国庫補助が有効に生かされているかについての検討を加える。以上の取り組みから明らかにできる配食サービス事業の評価を整理し、そこから、同サービスを含む食の自立支援事業の進展にどのような課題があるかを述べることで、高齢者の食事保障を考える際の一資料になることを目指すものである。

## 2. 研究の方法

### (1) 調査対象、調査方法、調査期間、回収状況、調査内容

調査対象：三宅島村を除く東京都61全自治体を対象とした。

調査方法：2自治体へは配食事業の担当部署を訪問して面接調査を行い、残りの自治体へは電話による質疑応答形式である。尚、電話調査を行った理由は、個別性の高い質的情報も得やすく、それらが地域性を考慮する際、有効な資料になると考えたからである。

調査期間：平成14年4月22日～6月10日  
回収状況：依頼総数61自治体、回答(率)52自治体(85.2%)、有効回答(率)48自治体(78.7%)

調査内容：質問項目は、①事業の開始年度、②対象者の世帯形態、③配達回数、④給付回数の決定基準、⑤利用登録者数、⑥配食実績食数、⑦利用者の自己負担額、⑧1食に対する補助額、⑨事業の委託先、⑩食事内容、⑪事業の今後の方針、などである。但し、①と⑥は回答率が低く、分析に用いることは出来ない。

### (2) 分析に使用したデータ

(1)の調査内容の③⑤⑦⑧⑨のデータと、平成12年度国勢調査を用いた。

### (3) 分析方法

調査で得られたデータのうち、配食サービス利用登録者数、配達回数、利用者の自己負担額、1食に対する補助額を、平成12年度国勢調査から65歳以上人口、高齢者の世帯占有率、人口密度を用いて、重回帰分析を試みる。被説明変数である「65歳以上人口に占める配食サービス利用登録者の割合」とは、各地域の高齢者社会にどの程度配食サービスが広がっているかという、広がり程度を表すものであり、多くの人が何度も利用する需要の量的規模の大きさではないことを確認しておきたい。その被説明変数に対して、重回帰分析を試みる理由は以下のとおりである。配食サービス事業を含む、介護予防事業はその事業要項にあるように、市町村が高齢者の需要や生活実態に基づき、総合的な判断の下、地域の実情に応じた取り組みを行うものであり<sup>18)</sup>、国の補助額は参考単価が示されているが、現実には自治体によって異なる<sup>19)</sup>。つまり、配食サービス事業は、利用者の状況はもとより、利用者を取り巻く地域と自治体の実情に折り合う形で展開されているといえる。そのような事業特性を持つ配食サービスの広がりとは、需給関係を取りまくさまざまな社会経済、人口統計学的、制度的要因が多角的に影響する現象と考えられる。従って、それら要因のうち、入手可能なデータで重要性が高いとみなせる、さまざまな要因を説明変数とした重回帰モデルで分析を試みれば、いずれの要因が配食サービスの広がりにも大きな影響力があるかを判断することができる。その結果を事業評価に用いるため、重回帰分析を試みる。次に、補助金の多寡と事業



の委託先の業者の種類とは、一定の傾向があるとみなせるので、補助額で配食サービス事業の委託先を分類し、その傾向の把握に努める。

以上の分析結果を用いて、配食サービス事業の給付側と利用側の状況を整理することをひとつの事業評価と考え、政策的な有効性の検討と、同サービスを含む食の自立支援事業の進展への課題を提言することを最終目的とする。

### 3. 分析結果

#### (1) 東京都の配食サービスの広がり

##### 1) 変数について

東京都各自治体の配食サービス事業の調査結果と国勢調査を用いて、「65歳以上人口に占める配食サービス利用登録者の割合」を各地域の高齢者社会におけるサービスの広がりとして仮定し、それに影響する要因を明らかにするため重回帰分析を行う。

分析に用いる変数を述べる。そもそも配食サービスの給付は基本的には、高齢者だけの世帯を対象とするという、世帯形態が基準である。よって「高齢者のいる世帯に占める高齢夫婦世帯の占める割合」「高齢者のいる世帯に占める高齢単身世帯の割合」が配食サービスの広がりには影響していれば、給付対象者への支援の確認となる。「配食サービス1食あたりの自己負担額」は利用者からみれば価格とみなせる重要な変数で、当然、自己負担額は低い方が、配食サービスは広がっていると考えられる。尚、自己負担額の48自治体の平均は418.5円である。配食サービス1食あたりの補助額は自治体により異なるが、そもそも補助金を給付する目的は事業を助成して奨励することであり、その便益は個人に帰着する。従っ

て、事業の有効性を考えるのに、「配食サービス1食あたりの補助額」変数は重要である。尚、補助額の48自治体の平均は537.9円である。これまで配食サービスは、介護予防・生活支援事業であったことと、住民ニーズの高さ、財政的基盤力などから、一部の自治体では配達回数を増やし、生活支援の側面を強めたところもあるので、配達回数

の多さがサービスの普及を促した自治体があるかも知れない。一方、筆者の地域類型報告[2004]を参照すると、共同体的な特性を持つ地域では、配達回数は少ないが地域内の多くの住民が参加する事業特徴を有し、そのような地域では利用登録者の割合が高かった。以上のことから、配食サービスの広がりに対し、配達回数の多い生活支援的な事業の影響は不明で、ふれあうことを目的にした配達回数の少ない事業は、正に影響しているように思われる。そのような予測の立つ配達回数とは、事業内容そのものであり、よって重要な要因といえる。ただ、配達回数を変数に用いるには、以下のことが問題になる。自治体から回答を得た配達回数とは、配達可能な最大回数であり、個人の平均利用回数に関するデータは十分得られず、従って、回答の配達回数は利用状況を直接表していない。そこで、回数についてはかつて、国庫補助の対象基準であった週4回以上とそれ以下の2分類<sup>20)</sup>の「配達回数ダミー」変数で影響をみる。「高齢者人口密度」変数は次の二通りの意味と予測を持つ。ひとつは、高齢者の人口密度が高い地域とは、大きな需要が存在し配達効率の良い地域を意味し、そのような地域ではサービスの普及が予測される。一方、高齢者人口密度の低さは過疎地などを意味し、そのような地域では食材の入手に不自由を伴い、配食サービスは買い物の代替機能を果たすので、サービスの普及が認められるかも知れない。

以上の変数が、65歳以上人口に占める配食サービスの利用登録者の割合という、各地域社会内のサービスの広がりに対し、どのように影響してい

表1. 東京都各自治体の配食サービスの広がりに関する重回帰分析推定結果  
被説明変数：65歳以上人口に占める配食サービス利用登録者の割合  
(調査有効回答の48自治体)

変数	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t値
高齢者のいる世帯に占める高齢夫婦世帯の割合	-0.717*	-0.200	-2.010
高齢者のいる世帯に占める高齢単身世帯の割合	0.927**	0.612	5.665
配食サービス1食あたりの自己負担額(千円)	-0.327**	-0.409	-3.518
配食サービス1食あたりの補助額(千円)	-0.020	-0.049	-0.499
配達回数ダミー(3回以下=0, 4回以上=1)	-0.005	-0.018	-0.171
高齢者人口密度(万人)	-0.497**	-0.416	-3.420
定数項	0.198	/	/
自由度調整済み決定係数 R <sup>2</sup>	0.606	/	/

\* : p < 0.05, \*\* : p < 0.01 水準で有意

るのかを明らかにするため、以下に分析する。尚、分析は最小2乗法で推計している。

## (1) 2. 東京都の配食サービスの広がり、推定結果

表1に、東京都各自治体の配食サービスの広がりに関する重回帰分析推定結果を示した。それでは、各変数の影響を考える。「高齢者のいる世帯に占める高齢夫婦世帯の割合」変数は、係数が $-0.200$ で、負の符号で、10%未満で統計的に有意な傾向にある。次に、「高齢者のいる世帯に占める高齢単身者世帯の割合」変数は、 $0.612$ で強い正の相関を示している。以上のことから、給付対象者である高齢夫婦世帯は、その割合が増加すると、配食サービスの広がりに対して負の影響を与え、同じ給付対象者である高齢単身者の割合の増加は、同サービスの広がり強い正の影響を与えている。「配食サービス1食あたりの自己負担額」の係数は、 $-0.409$ で、統計的に1%未満で有意である。つまり、自己負担額は低い方が、配食サービスは広がっていることになる。一方、「配食サービス1食あたりの補助額」は統計的に有意でなく、よって、補助額の多さは同サービスの広がりには影響を与えていないようである。「配達回数ダミー」も統計的に有意さを認めず、回数は配食サービス利用の広がりには影響していない。「高齢者人口密度」変数の係数は $-0.416$ で、負の符号で係数は大きく、1%未満で統計的に有意であることから、高齢者人口密度の低い所の方が、配食サービスの利用は広がっている。この結果の意味は、過疎地など、買い物に不自由な地域でのサービスの普及が確認できたことになる。

以上が配食サービスの広がりに関する回帰分析の結果である。

## (2) 補助額と配食サービス事業の委託先

### 1) 国庫補助と自治体独自の補助の上乗せ

(1)の回帰分析の結果、配食サービス1食あたりの補助額は、同サービスの広がりには影響を与えていないことになる。国庫補助の持分の内訳は、国が2分の1、都道府県が4分の1、市町村が4分の1であるが、その補助額の48自治体の平均は537.9円で、標準偏差は322.1、最高額は1750円で、最少額は0である。補助額にこのような開きのある理由は、既に述べたように、厚生労働省の国庫補助事業の場合、1食に対する補助額は参

考単価として650円という、あくまで参考にする単価が示されているに過ぎず、本稿の調査で例をあげると、M市の場合、国庫補助の650円のほかに250円を、K市は50円、夫々自治体が独自に上乗せをしている。そのような上乗せの補助がある理由は以下のようなことである。両市は市の独自事業として配食サービスをスタートさせ、その後、国庫補助事業へ移行したが、その際、国庫補助だけでは補助額がこれまでより下回る。そこで補助額を同額で据え置くために生じた不足が先の250円と50円で、その差額を自治体が上乗せ給付をして現在に至っているのである。尚、M市の事業委託先は社会福祉法人で、K市はNPO団体である。

### 2) 補助額と配食サービス事業の委託先、その傾向

このように、国庫補助以外に自治体独自の補助が上乗せされている自治体があることを踏まえ、ここでは補助額を階級に分け、補助額と配食サービス事業の委託先とをクロス表で集計し、補助額の多寡と事業の委託先にはどのような傾向があるのか、それを把握することに努める。

表2の補助額別に分類した配食サービス事業の委託先をみると、1食の補助額が700円を上回る自治体の委託先は、社会福祉協議会、社会福祉法人、高齢者在宅支援センターで、いずれも非営利組織である。そのうち、社会福祉協議会は1001-1750円の高額補助から、補助のない自治体まで、散らばりが大きい。NPO団体やボランティア団体は、他の委託先と比較すると、補助額の散らばりが小さい。営利企業は、22の自治体から受託していることになるが、補助額は概ね650円以下である。以上のことから、補助額の多い委託先は限られた組織のようである。

## 4. 配食サービスの給付と利用

ここではこれまでの分析結果を用いて、配食サービス事業の給付側と利用側の状況を整理することをひとつの事業評価とし、そこから同サービスを含む食の自立支援事業の進展への課題を述べる。

配食サービス利用の広がりに対する回帰分析の結果、単身者世帯は正の相関を示したが、夫婦世帯は負の相関であった。それは同じ給付対象者でありながら、単身者には配食サービスが広がって

表2 補助額別に分類した配食サービス事業の委託先

補助額 (円)	自治体数	委託先								
		直営	社協	社福	福祉公社	在支セ	NPO	ボラ団	営利企業	その他
1001-1750	4	0	2	1	0	2	0	0	0	0
701-1000	5	0	1	4	0	2	0	0	0	0
651-700	7	0	3	2	0	0	1	2	3	0
小計*	16	0	6	7	0	4	1	2	3	0
501-650	4	0	2	0	0	1	1	2	3	0
401-500	12	0	5	1	1	3	0	1	6	1
301-400	5	0	0	0	0	0	1	0	4	0
201-300	6	0	0	2	1	1	1	1	4	0
101-200	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1-100	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
0	3	3	3	0	1	0	0	0	1	1
合計	48	3	17	10	3	9	4	7	22	2

出所：筆者の東京都自治体調査から得られた回答から（有効回答 48 自治体）

注1：補助額の階級を均等にしていない理由は、①国庫補助事業の参考単価である 650 円を上回る補助給付であるか否かを明らかにするため、②650 円以上の補助給付の自治体は 16 で、それに対して、補助額区分を細かくすると、委託先業者の傾向が不明瞭になるからである。

注2：651 円以上で小計\*を示した理由は、国庫補助の参考単価が 650 円だからである。尚、650 円の自治体はなかった。

注3：複数の事業者に委託している自治体もあるので、委託先の合計は 48 に一致しない。

注4：委託先の正式名称は、直営が自治体直営事業、社協は市町村社会福祉協議会、社福は社会福祉法人、在支セは高齢者在宅支援センター、ボラ団はボランティア団体である。

いるが、夫婦世帯には広がっていないことになる。ただ、事業の評価として述べるとすれば、少なくとも、単身者への支援の確認はできたといえよう。

ではなぜ、単身者に配食サービスは広がっているのか。単身者は他に調理をする同居者がいないので、同サービスを必要とする者が多い、或いは、補助金が給付され、自己負担額が抑制されている同サービスに割安感を抱き、利用しやすいからなのか。しかし、いずれにしても、単身者は独居である上に、身体機能の低下に伴い、外出する機会は減る傾向に拍車がかかる。そこでこの度、食の自立支援事業が実施され、単身者の食生活をアセスメントした後、配食サービスに限らず、地域内に存在する多様な食事サービスの活用や、調理能力を維持するための料理教室などが日々の食生活に組み込まれるとすれば、他者との接触や外出の機会が増え、食事はもとより、独居者の閉じこもり予防などを含む、生活全体の質を高めるのに有効性が高いとみなせる。よって、食の自立支援事業は、益々増え続ける単身者の自立度の水準を維持する事業になるのではないか。

一方、夫婦世帯の結果の意味は、どのように考えればいいのか。夫婦ふたり揃っていれば、どうか食事は整うので、仮にサービスを利用しても得られる効用が低いので、同者にはサービスが広がらないのか。この疑問を解くのに参考になるのは、熊江らの高齢夫婦世帯の栄養摂取状況は良好であるという報告 [1986]<sup>21)</sup> や、サービスを利用し始めた動機を分析した筆者の研究 [2003]<sup>22)</sup> である。[2003] 研究では配食サービスを利用する際、利用者はコストパフォーマンスを考えると導けたが、そもそも食料支出はひとり暮らしよりも複数の方が逡減するのは周知の事実である。以上のことから、夫婦世帯の食の自立支援を計画する際には、熊江らの研究を参考にしながら、同世帯の栄養摂取水準を把握することと、費用対効果の面から、食事支援を受けるのに要する費用と得られる効果の分析を試みれば、夫婦世帯に配食サービスが広がりにくい理由がみつかるのではないだろうか。

回帰分析の結果、自己負担額は低い方が配食サービスは広がっていた。そもそも、自己負担額を抑制して、サービスを必要とする者に給付を促

すことが、事業の在り方として望ましい側面があるのは事実で、その意味で現在の事業の自己負担額の水準は望ましいのかも知れない。しかし、地域保健研究会 [2003] の報告には「配食サービスを安易な動機で利用することで、調理や買い物の機会が減り、身体機能の低下を招く」など負の効果が露呈したことが述べられている<sup>23)</sup>。また、食費は年金や生活保護の給付で既に保障済みであり、よって、単に自己負担額を低く押さえ給付を促すことは、むしろ二重保障にあたる。それに、サービスの便益は利用者に帰着することを考えれば、自己負担額の問題は慎重に扱うべきであり、適切な自己負担額の基準とは何なのかを細かく議論する必要があるのではないか。そこでこの度、食の自立支援事業が実施されれば、配食サービスを含む各支援の効果が、定期的に評価されるようになるので、他の食事支援との比較から、配食サービスの自己負担額に関する議論が遡上に上るのではないかと期待している。

回帰分析の結果、補助額は配食サービスの広がりには影響していなかった。そこで、補助額毎に事業の委託先をクロス表で分類したところ、補助額の多い委託先は限られた組織であった。ただ、1000円を上回る高額な補助は、その金額の多さから、調理配達のみならず、事業運営の委託費も含んだ補助額であることが考えられる。よって、本稿の調査の不備は、補助額の内訳が明らかになるような質問を設けていなかったことである。しかし、いずれにしても補助額が配食サービスの広がりには影響を与えていないのであれば、補助金の効果が不明瞭だといわざるをえない。そこで、これらの問題の解決を促すには、民間企業の参入を進めることが有効なのではないか。繰り返すことになるが、先ほど、多額の補助金を給付している自治体は、調理配達以外に、事業運営も含んだ委託であることが予測されると述べた。そこで、高額な補助を給付している自治体が、既存の非営利組織の委託先と並列に、営利企業にも同じ事業内容の委託を行うとしよう。その後、時を経てから費用面と事業内容の質について、非営利組織と営利企業との比較を行い、仮に営利企業に優位な点が多ければ、補助額も徐々に競争原理に適した金額に近付くことが期待できるのではないだろうか。そしてこれは、社会福祉における供給主体の多元化の実現であり<sup>24)</sup>、地域内の多くの主体の参加を促す食の自立支援事業の趣旨に沿うもの

である。ましてや、補助金給付による産業育成の効果も果たせる。以上のような取り組みの後に、改めて、補助金が配食サービス利用へ影響しているかを分析し直すべきであり、少なくとも現在のデータをもとに、配食サービスの補助金給付の効果を評価するのは適切でないと考える。

配達回数ダミーは配食サービスの広がりには影響を与えていない。それは、配達回数が多ければサービスは広がるというものではなく、利用する側の必要性和給付側の事情が折り合う回数で事業が展開されているので、配達回数ダミーは影響しないと解釈すべきなのではないか。そのように考える根拠は、事業要項や、筆者の東京都各自治体事業の地域類型研究 [2004]<sup>25)</sup>にある。回数に関する規定は、平成9年度までは事業の実施要綱に週4回以上の配達と規定されているが<sup>26)</sup>、平成10年度以降は地域の実情に応じた取り組みを進めるように記載されているだけで、回数に関する規定はない<sup>27)</sup>。つまり、回数は地域の実情に任せられているのである。また、筆者の [2004] 研究では、類型毎に地域特性に応じた内容の事業が成立していることを述べたが、配達回数は事業内容のひとつであることはいうまでもない。従って、配達回数は地域の実情に応じた回数であるとみなして概ね、違いないであろう。ならば回数に関する課題は、地域住民にとってどの程度の給付回数が適切であるかを各地域で調査することである。よって、この度の食の自立支援事業の実施者は、他の食事支援を併用した場合、どの程度の需要が存在するかを数量的に測定し、配達回数を決定する必要がある。

配食サービスは人口密度の低い地域で広がっていたが、そのような地域では交通事情が不便で、特に高齢者の場合は食材の購入に不自由を強いられる傾向が強いと、調査の際、東京都松原村の配食サービス事業担当者が述べていた。このように、配食サービスは買い物が不便な地域で広く利用されているのであれば、事業実施要綱には「調理が困難な高齢者に対して…」<sup>28)</sup>としか謳われていないが、同サービスは買い物の代替機能を有していると解釈できる。もちろんそれは事業の意義のひとつであるが、注目すべきは、配食サービス事業は政策上の目的よりも、広い効果を有していると解釈できることである。そして、この結果を手がかりに、広い視野に立てば、食の自立支援事業の課題として、

次のようなことが述べられるのではないか。高齢者の食の自立支援の体制を整えるには、過疎の進んだ所では、配食サービスに限らず、巡回車による食材や惣菜販売、郵便配達員の弁当配達など、食の自立支援に活用できる社会資源の抜本的な見直しが基本だと考える。もちろんそれは、どのような地域においても同様である。つまり、食の自立支援事業とは、地域内で活用できる社会資源を広くとらえ、それらを有効に活用し、個人の自助努力と併せ、高齢者の食を含む生活の質の向上を図ることに尽きるといえるのではないだろうか。そしてそのことが、事業効率を高めることにつながるはずである。

## 5. 結論

本稿の結果を眺めても、高齢夫婦世帯の食生活の実態、自己負担額、補助額、配達回数など、不明瞭な点や課題は山積しているが、しかし、単身者や、過疎地のような買い物に不自由する支援の必要性の高い地域では、配食サービスが広がっていることを分析から導いた。そしてそれが、給付の意義の確認であり、事業の有効性の証明だといえるのではないだろうか。

配食サービスの事業歴は自治体により異なるが、介護保険を機に広がっていることが平成15年度のシルバーサービス振興会の調査で報告されている<sup>29)</sup>。従って、食事給付の効果が表れるのはこれからであり、だからこそ、これから始まる食の自立支援事業により、高齢者の食生活のアセスメントを繰り返し、配食サービスを含む食事支援の計画を定期的に見直すという連続した作業のなかから、真の高齢者の食事保障のあり方を描くことができるようになるのではないだろうか。つまり、食の自立支援という、高齢者の食事保障は緒にいたところであり、よって、今後の研究課題は、配食サービスを含む、多面的な食の支援の効果の測定が重要だと考える。

## 謝辞

本稿の作成にあたり、奈良女子大学・澤井勝教授・清水哲郎教授、尼崎市衛生局長・山本繁氏、名古屋大学・宮尾克教授、西七条診療所所長・関沢敏弘氏、神戸商科大学・横山由紀子講師から、貴重な指導を賜った。記して感謝の意を表した

い。尚、本文の過ちはすべて筆者の責任によるものである。

## 脚注

- 1) 本稿の調査は(財)家計経済研究所、2002年度研究助成による調査研究である。
- 2) 奈良女子大学大学院人間文化研究科博士後期課程
- 3) 村上は「身体が不自由で生活障害を持つ者に対し、健康で文化的な最低限の生活を保障するには、食事についてはホームヘルプサービスや配食サービスを給付することである」と述べている。参考文献1) 参照
- 4) 平成14年1月、全国厚生労働関係部局長会議資料より
- 5) 配食サービスの給付に公的費用負担がなされているのは厚生労働省の同事業のほか、介護保険では自治体特別給付、その他、各自治体の高齢者福祉事業や社会福祉協議会の独自事業、NPO団体が公的助成金を得て給付する例等があげられる。ただ、介護保険特別給付の実施は、平成14年6月の全国介護保険担当課長会議資料によると、全国で10市町村に留まる。
- 6) 平成13年度まで単独事業であった配食サービスの位置づけを変える経過措置として2年間、単独事業でも国庫補助の対象として事業の実施が認められているが、平成15年度で経過措置を終了し、平成16年度からは全面的に食の自立支援事業への移行を行うとしている。平成15年9月、全国介護保険担当課長会議資料参照
- 7) 参考文献4) 参照
- 8) 参考文献5) 参照
- 9) 参考文献6) 参照
- 10) 参考文献7) 参照
- 11) 参考文献8) 参照
- 12) 参考文献9) 参照
- 13) 参考文献10) 参照
- 14) 参考文献11) 参照
- 15) 参考文献12) 参照
- 16) 参考文献13) 参照
- 17) 参考文献14) 参照
- 18) 参考文献3) 参照
- 19) 平成14年2月、全国介護保険担当課長会議資料参照
- 20) 参考文献15) 参照
- 21) 地域の実情に応じた事業であることを明ら

かにするため、筆者は地域類型でみた配食サービス事業の研究 [2004] を行っている。参考文献

13) 参照

22) 参考文献 11) 参照

23) 参考文献 17) 参照

24) 参考文献 18) 参照

25) 参考文献 13) 参照

26) 平成9年度までは国庫補助の対象になる配食サービス事業は週に4回以上配達をするような規定があった。

27) 参考文献 3) 及び 15) 参照

28) 参考文献 3) 参照

29) 参考文献 2) 参照

#### 参考文献

1) 村上雅子, 社会保障の経済学, 東京都: 東洋経済新報社, 1999: 127

2) (社) シルバーサービス振興会, 配食サービスの実施状況およびサービス事業者の事業実態に関する調査研究事業, 東京都 平成15年: 29, 103

3) 老人福祉関係法令会監修, 介護予防・生活支援事業実施要綱, 老人福祉関係法令通知集, 東京都, 第一法規出版, 平成14年度版: 831-833,

4) 栗木黛子, 高齢社会の食事サービス, 東京都, 近代出版, 1999

5) 野村知子, 元気になれる食事援助, 東京都, 一橋出版, 1998

6) 全国社会福祉協議会・生活援助型食事サービスの運営のあり方に関する調査研究委員会, 生活援助型食事サービス調査報告書, 東京都, 全国社会福祉協議会, 1992

7) (社) シルバーサービス振興会, 給食関連サービスシステム等開発研究事業報告, 東京都, シルバーサービス振興会, 安田総合研究所, 1992

8) (社) シルバーサービス振興会, 民間在宅サービス事業者のサービス提供実態に関する調査研究事業, 東京都, シルバーサービス振興会, 明治生命ファイナンシャル研究所, 1998

9) (社) 埼玉県シルバーサービス情報公社, 広域老人給食システム構築研究事業報告書, 埼玉県, (社) 埼玉県シルバーサービス情報公社, 平成8年

10) 松井順子, 高齢者の食事保障に関する考察—要介護者への配食サービスを中心として—, 季刊家計経済研究, 2001: 52; 50-60

11) 松井順子, 高齢者の食事保障に関する考察—A市要介護認定者と国立市配食サービス利用者へのアンケート調査による比較から—, 生活経済学会研究, 2003: 第18巻: 105-117

12) 松井順子, 配食サービスに関する考察—企業へのアンケート調査による実態分析を中心として—, 人間文化研究科年報, 2002: 17号: 399-411

13) 松井順子, 高齢者の食事保障に関する考察—地域類型でみた東京都各自治体の配食サービス事業—, 季刊社会保障研究, 2004: 第40巻第1号: 2003:

14) 厚生労働省大臣官房統計情報部編集, 平成13年国民生活基礎調査, 東京都, 厚生統計協会, 平成15年: 第2巻: 31表 36表 37表

15) 老人福祉関係法令会監修, 介護予防・生活支援事業実施要綱, 老人福祉関係法令通知集, 東京都, 第一法規出版, 平成9年度版: 384

16) 熊江隆, 菅原和夫, 大下喜子, 他, 高齢者の栄養摂取に及ぼす家族構成の影響, 日本公衛誌, 1986: 33: 729-739

17) 食の自立支援のあり方に関する調査研究委員会編, 「食」関連サービス利用調整の実務マニュアル, 東京都, 地域保健研究会, 平成15年

18) 古川孝順, 社会福祉のパラダイム転換, 東京都, 有斐閣, 1997: 71-101, 136-156, 236-246

## 野宿を余儀なくされている人たちの健康と生活保障問題 すべての人々が健康で人間らしく生きる権利をもっている

Health and Life Security Issues among Homeless People

上畑恵宣 (仏教大学 社会福祉学部)

Shigenobu Uehata

Faculty of Social Welfare, Bukkyo University

はじめに

2002年7月に施行された「ホームレスの自立支援等に関する特別措置法」に基づく国の初めての全国調査が2003年の1・2月に行われ、その結果が「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」(03.3厚生労働省)としてまとめられた。全国581市区町村で25,296人にも及ぶホームレス・野宿生活者の存在が確認された。世界第二の経済大国、豊かな国日本といわれ社会保障の完備したはずのこの国において、これだけ多くの人々が野宿を余儀なくされ、餓死、凍死者が出ている<sup>1)</sup>とは重大な事態である。本論文では、ホームレス問題を特徴的に表している大阪において、その現状を明らかにし、問題の背景と今後の打開策を探ってみたい。

### I. いのち・健康を脅かすくらしの破壊

#### 1) 生活を支える雇用のネットの崩壊

労働者が働く場、仕事を失い、収入が途絶えるとその生活はどうなっていくのか。完全失業率が5%を超え、完全失業者350万といわれる雇用情勢(資料1)のなかで、若者たちですら就職難にあえぎ、求職者はハローワーク(職安)に群れをなしている。いったん職を失った中高年者の再就職はきわめて困難である。中でもホームレスの数の一番多い大阪はより深刻で、失業率は沖縄についてワースト2位の高さである。これらの背景には、バブル崩壊後の不況の長期化と深化があり、リストラの進行、倒産、賃金不払いなどの多発、パート・派遣労働などの不安定就労の拡大と失業、さらにはサラ金などによる多重債務の増大などをもたらし、国民の生活基盤をその根底から揺るがしている。

失業したときの所得を保障し、労働者の暮らしを守るはずの雇用保険のネットは、その機能

を十分に果たしているだろうか。雇用労働者数(02年5,331万人)と被保険者数(02年3,362万人)は大きく乖離し、失業期間が1年を超える長期失業者が多数(2003年1-3月期で112万人)に及ぶなど、雇用保険のネットの働きが不十分になっている。このように私たちの生活基盤は足もとから大きく崩れはじめている。企業のリストラ、倒産は止むことなく広がり、非自発的退職を迫られる労働者の増大として現れている。全国の企業倒産件数(01.02年連続で1万9千件を超える)(資料1)は不況の進行のパロメーターとなっている。自殺者は3年連続で3万人を超えており、負債や事業不振、失業、リストラなどの経済的理由によるものがその3割を超えるまでとなっている。高い完全失業率と失業者数の中で、高齢者はより厳しい現実さらされている。

日本最大の日雇労働(約3万人)市場を抱えている大阪釜ヶ崎(あいりん地区)にある西成労働福祉センター<sup>3)</sup>での日雇現金求人就労状況推移(資料2)では就労者の激減が示され、一方で、大阪では全国最大の野宿者数(7,757人)がとなっている。

1950年代後半に始まったエネルギー政策の石炭から石油への転換、重化学工業化の政策展開の中で、全国の農漁村を対象に労働力流動化政策が押し進められた。その結果、全国各地から主として若者からなる新たな労働力が都市部・臨海工業地帯へと集められた<sup>4)</sup>。戦後の復興と、高度経済成長を支えてきた多くの若者たちが、その後の産業構造の変動や好不況の波に翻弄され、今や、高齢化し、失業の谷間で野宿を余儀なくされ路上での孤独死に直面している。

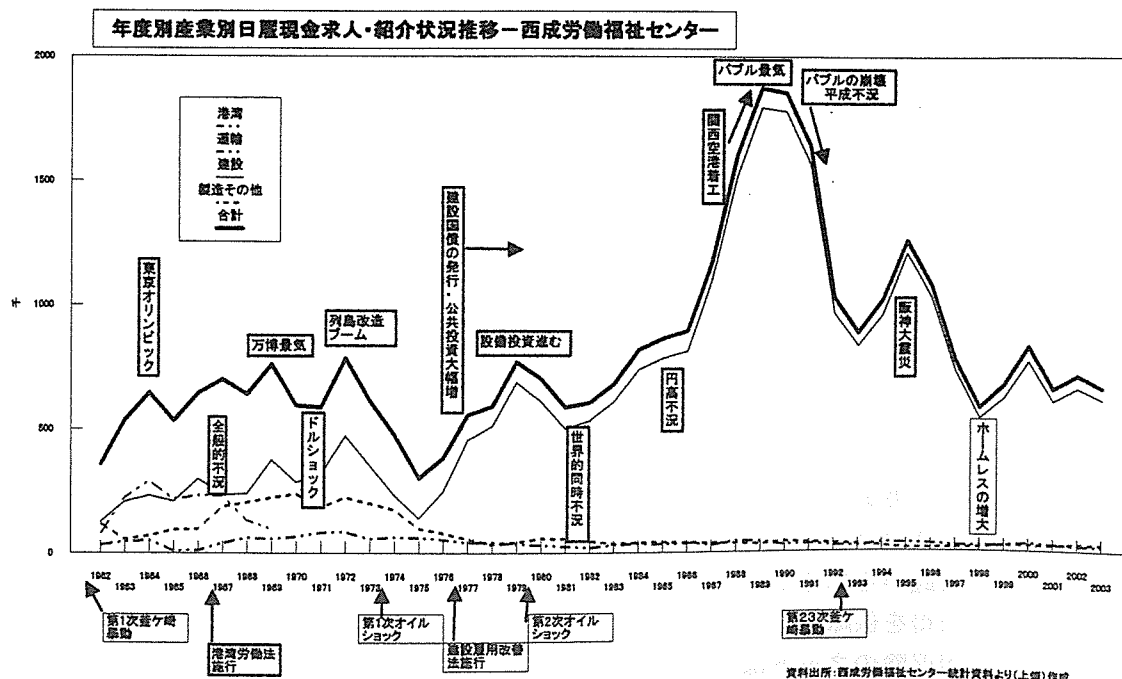
釜ヶ崎の玄関口にある「あいりん労働公共職業安定所」の雇用保険日雇労働被保険者(年度末

資料-1 労働経済状態

年	労働力人口 (単位 万人)					有効求人 倍率 除く学卒	企業倒産 件数 実数 (件)	
	総数 (B)	就業者			完全 失業者 (C)			完全 失業率 (C)/(B)
		雇用者	産業別雇 用者数		建設業			製造業
			建設業	製造業				
(男女計)						%		
1990	6,384	4,835	462	1,306	134	2.1	6,468	
91	6,505	5,002	479	1,357	136	2.1	10,723	
92	6,578	5,119	497	1,382	142	2.2	14,069	
93	6,615	5,202	523	1,367	166	2.5	14,564	
94	6,645	5,236	536	1,340	192	2.9	14,061	
95	6,666	5,263	544	1,308	210	3.2	15,108	
96	6,711	5,322	551	1,307	225	3.4	14,834	
97	6,787	5,391	563	1,307	230	3.4	16,464	
98	6,793	5,368	548	1,258	279	4.1	18,988	
99	6,779	5,331	544	1,223	317	4.7	15,352	
2000	6,766	5,356	539	1,205	320	4.7	18,769	
01	6,752	5,369	520	1,185	340	5.0	19,164	
02	6,689	5,331	504	1,131	359	5.4	19,087	

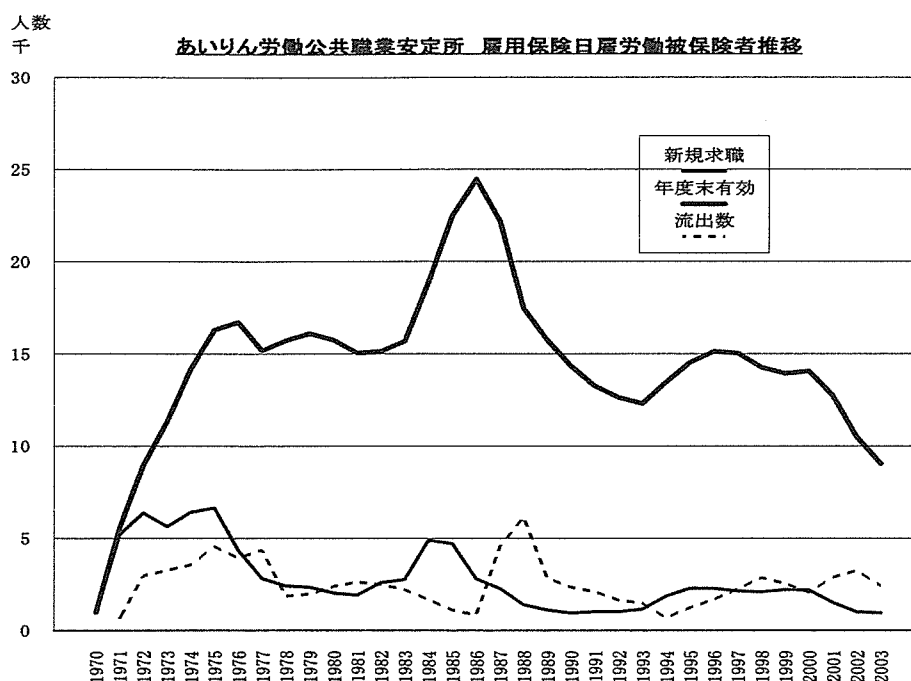
資料出所: 総務省統計局「労働力調査」  
労働経済白書平成15年版より作成

資料2



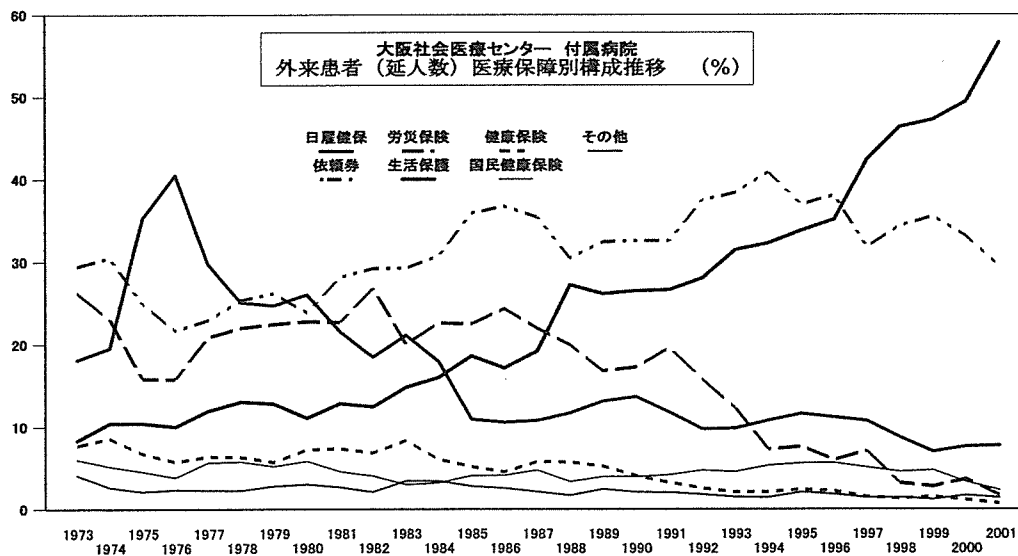


資料3



2002年の数値で、上から「年度末有効」、「流出数」、「新規求職」を示す。

資料4



資料4の保険種別は、右端の2001年段階で、上から生活保護、依頼券、日雇健保、国民保険、労災保険、その他、健康保険の順である。資料出所：大阪社会医療センター業務報告より作成2003.3(上畑)

有効登録者) 数推移(資料3)は、近年低下を示している。このことは、日雇労働被保険者手帳を保有する者の減少を示している。その大きな理由としては、不況と高齢化の進展によって、アプレ手当(日雇労働求職者給付金)の受給資格取得(前2ヶ月26枚以上の印紙保険料納付)がますます困難となってきていることがあげられる。そのため、不況の中で日雇労働者の失業時の生活保障の機能を失いつつある。手帳を手

放す労働者も増大している。保険料納付としての一枚の印紙の価値が上昇し、その有無が失業時に保障を得ることができるかどうかの鍵を握っているといても過言でない。2か月26枚の印紙貼付は不況の中ではきわめてきびしい基準であることを行政は直視すべきであろう。

2) 健康に重大な影響を及ぼす医療保障の後退—皆保険の形骸化

**資料5** 野宿生活でいのちが削られていく  
行旅死亡人・行旅病人(職権保護)等推移

年度	行旅死亡人		行旅病人(生活保護職権保護)					市立更生相談所			
	大阪市内		大阪市内					相談件数	保護決定	葬祭扶助	保護廃止 死亡による
	西成区	生保適用	入院患者	発生件数	保護件数	死亡退院					
1989							210	89	11,800	5,814	6,556
1990	252	124	12,543	5,669	6,778	6,018	184	9,847	2,485	148	222
1991	225	115	13,486	6,250	7,405	6,325	281	10,799	2,388	130	212
1992	248	102	14,674	6,289	7,490	7,086	269	13,031	2,541	132	223
1993	238	77	15,605	6,866	8,151	7,537	247	13,247	2,410	118	223
1994	201	58	15,448	7,459	8,010	7,088	267	13,127	2,309	166	255
1995	191	60	16,566	8,011	8,517	7,854	241	10,599	1,876	183	
1996	155	27	17,900	8,661	9,515	8,536	269	10,422	1,809	139	
1997	156	29	17,598	8,330		8,474	237	17,434	2,917	154	
1998	169	34	19,097	8,896	9,438	8,722		21,961	2,674	88	
1999	163	36	17,044	8,953	7,784	5,027		27,290	1,990	94	
2000	145	16	16,811	8,515	8,500	5,300		26,293	1,784	104	
2001	105		17,458	8,069	8,015	5,550		30,882	2,240		
2002	123		15,984	6,944							

資料出所：大阪市民生・健康福祉局事業統計各年版等関係機関統計資料より作成〔上畑〕

基礎構造改革の進む中で医療保険の改悪が急速に進み、病院の窓口での自己負担は、2003年4月より3割負担へと増加した。受診の自己抑制、治療の中断、重症化の流れが進行している。政府管掌健康保険適用事業所数や、被保険者数の推移では、正規雇用労働者数が減少し、パート・アルバイト・派遣労働などの非正規労働者が増大している。日雇特例被保険者(日雇労働者)にいたってはその打撃は大きく、日雇労働者を雇用する事業所への印紙購入通帳交付数の低下、被保険者数の大幅な減少(資料3)は、雇用保険同様印紙保険料納付による受給資格要件の改善なしでは、手帳はふたたび役立たずの無用の長物と化してきつつあることを示している。

釜ヶ崎にある大阪社会医療センター付属病院外来患者医療保障別推移(資料4)は、今日までの底辺の医療の現実を如実に示している。無料・低額診療としての「依頼券<sup>5)</sup>」が常に上位に位置しており、医療保険に代わるものとして大きな役割を果たしてきた。日雇健保の給付改善(傷病手当の給付期間の延長など)が第一次オイルショック後の50年(1975年)不況を乗り越えさせたことを示すカーブを見せて、「怪我と弁当は自分持ち」から労働者の権利としての

労災補償へと導き、70年代、80年代に労災保険が2~3位の位置についている。そして、ホームレス増大の最近では、1位となった生活保護患者の増加などが特徴的である。このように資料4は、寄せ場日雇労働者への社会保障のネットの形成と破綻の推移が示されている。

3) 生活を守る最後の保障である「生活保護」は、なぜセーフティネットとして役立っていないのか

憲法25条で保障されるはずの健康で文化的な最低限の生活が、自助自立、自己責任の名の下に、うち捨てられ、セーフティネットにかからず、どんどんと路上に落とされて非人間的な生活を強いられている。今やホームレスの増大は国民の目にも見える貧困として映るような存在となってきている。全国調査のホームレス分布でも見るように、その存在は大都市から周辺部分へ、全国へと広がっていった。ホームレス対策を迫られた国は、99年2月に「ホームレス問題連絡会議」を設置、同年5月に「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、翌年には緊急一時宿泊事業(シエルター)が作られ、自立支援センターが設置されていったが、

増え続けるホームレスには「焼け石に水」にしかなっていない。

大阪市の生活保護・職権保護状況を見ると、野宿を余儀なくされている人たちの多い西成区で、救急搬送による職権保護が多いことを示している。このことは、野宿を強いられている中で、救急を呼ばなくてはならない急迫した状況になって初めて保護のネットにかかることである。釜ヶ崎地区を抱える西成区では多いときで実に年間9千回もの

要保護救急搬送があり、市内全体での職権による保護は1万8千件にも及ぶ(資料5)。

一方、大阪市西成福祉事務所での被保護者推移での急増<sup>6)</sup>は、これまでドヤ(簡易宿所)での居宅保護を認めていなかった大阪市が、「佐藤訴訟」の原告勝訴の地裁判決が出る中で、固執していた施設保護原則を放棄せざるを得なくなり、ドヤからアパートへの衣替えによる保護を容認し、一挙に被保護者を増やしたことによるものである。

地区の住所が定まらない単身者の保護を担当する大阪市立更生相談所では、地区労働者の生活を支える肝心の仕事がなくなり、ドヤにも泊ることもできず、めし代にも事欠き、困り果てて相談に行った労働者にたいして、65歳以下の稼働年齢層であれば、医師の診断を基に「稼働能力あり」との理由により、却下されるという。そのことは、保護決定の措置状況の推移(資料5)が、年齢別には集計されていないとはいうものの、相談者のわずか2割弱の措置件数にしかになっていないことから相当程度、裏付けられているといえる。そこには、助けを求める手を払いのける生活保護行政の水際作戦(窓口規制)が感じられる。

行旅死亡人・行旅病人等推移(資料6)は、追われ追われて、路上に放り出され、救急で運ばれ、やっと保護のネットにかかるものもおり、他方、路上での孤独死にいたるものもいるという現実をみせている。

このような中、国は「特別措置法」を受け、全国調査を行い、03年7月末に「ホームレス対策の基本方針」を官報で告示した。と同時に、厚生労働省は社会・援護局から「ホームレスに対する生活保護の適用について」(通知)で、「居住地がないことや稼働能力があること」は「保

護の要件に欠けるものではない」として、ホームレスを生活保護から排除しないことを明確にした。これは、現場でのこれまでの誤った運用の一定の是正を図るものである。しかし、この「通知」では、ホームレス状態でも「真に生活に困窮する」とはいえないケースもあるとするなど、すべてに生活保護が適用されるとは限らないと読みとれる個所もあり、その後の経過を見ると、末端の現場では実行の態勢がなく、従来の慣行による切捨てから脱し得ない状況も見受けられる。

## II. 野宿者のくらしの実態が問いかけるもの

これまでの東京・名古屋・大阪の聞き取り調査や今回の全国調査から健康問題と関連した特徴的なものを見てみよう(資料5)。

全国調査の平均年齢は55.9歳となっており、やはり中高年層が多い。しかし、これまでの各地の調査時からの経年を考えると雇用情勢を反映して比較的若い層の新規流入による新陳代謝が見られるといってもよい。これまでほとんど目に付かなかった女性のホームレスも全国で749人が確認されている。家族の崩壊を伴った姿も見受けられたが、大阪府下での01年の調査では公園での三世代の家族ぐるみのテント生活者も見られた。

1)「野宿期間別」では、98年以降に急速にホームレス化がすすんだことが各地の調査から覗える。大阪市の最初の99年調査時から今回の全国調査は3年半が経過しているが、依然として野宿を始めてからの期間で1年未満の数が30.7%となっていることは、上から新たに落ちてくる流入と、救急で保護のネットにかかるもの、死による流出、に三分されていることを示す。前出の大阪市での行旅死亡人・行旅病人等の資料を見ても、年間数百人の路上死、病院・施設からの死亡退院が明らかである。これらの人たちの平均死亡年齢が56歳であり、あまりにも若い死である。

### 2)「野宿直前の仕事」

野宿を余儀なくされるにいたった直前の仕事、職業では、技能工を含めた建設業従事者が多く、55.2%と過半数を占めており、その雇用形態も日雇・臨時の不安定雇用で50%を占める。その建設業も、これまでは、産業空洞化、円高不況時などに仕事を失った人たちの雇用の受け皿、

資料6 三大都市(東京・名古屋・大阪)・大阪府野宿者調査と全国調査

	大阪市野宿生活者 (ホームレス)調査	東京都路上生活者 実態調査	大阪府野宿生活 者実態調査	名古屋市「ホームレ ス」聞き取り調査	「ホームレス支 援法」全国調査
調査実施主体	大阪市立大学 都市環境問題研究会	都市生活研究会 (日本女子大)	大阪府立大学 都市福祉研究会	基礎生活保障問題研 究会(愛知県立大学)	国 厚生労働省
調査日時	1999. 8	2000. 3	2001. 3-6	2001. 9	2003. 1-2
調査時対象者概数	8660	5800	848	1318	25296
有効調査数	672	710	406	261	2163

年齢階層

40歳未満	21 (3.2%)	47 (6.7%)	17 (4.4%)	7 (2.8%)	97 (4.5%)
40-49歳	114 (17.1%)	138 (19.6%)	90 (23.1%)	28 (11.1%)	317 (14.7%)
50-59歳	300 (45.0%)	337 (47.9%)	147 (37.7%)	109 (43.2%)	977 (45.4%)
60-69歳	205 (30.8%)	161 (22.9%)	118 (30.3%)	93 (36.9%)	662 (30.8%)
70歳以上	26 (3.9%)	20 (2.8%)	18 (4.6%)	15 (6.0%)	99 (4.6%)
合計(有効回答者数)	666 (100.0%)	703 (100.0%)	390 (100.0%)	252 (100.0%)	2152 (100%)
調査時平均年齢	55.8歳	54.0歳	55.2歳	57.5歳	55.9歳

野宿期間

3ヶ月未満	8ヶ月未満	87 (12.3%)	14 (3.5%)	15 (5.8%)	214 (10.0%)
3ヶ月-半年未満	155 (23.6%)	52 (7.3%)	21 (5.3%)	22 (8.5%)	180 (8.4%)
半年-1年未満	8ヶ月-1年8ヶ月未満 228 (34.7%)	100 (14.1%)	52 (13.0%)	13 (5.0%)	267 (12.4%)
1-3年未満	1年8ヶ月-3年8ヶ月 未満149 (22.7%)	193 (27.2%)	146 (36.6%)	71 (27.4%)	552 (25.6%)
3-5年未満	3年8ヶ月以上	95 (13.4%)	82 (20.6%)	48 (18.5%)	424 (19.7%)
5-10年未満	125 (19.0%)	103 (14.5%)	53 (13.3%)	44 (17.0%)	373 (17.3%)
10年以上		79 (11.1%)	31 (7.8%)	46 (17.8%)	144 (6.7%)
合計	657 (100.0%)	709 (100.0%)	399 (100.0%)	259 (100.0%)	2154 (100.0%)

野宿直前職

建設(土工・雑役 など)	建設業 489 (75.5%)	283 (44.6%)	138 (38.3%)	建設業 160 (69.9%)	733 (34.9%)
建設技能工		97 (15.3%)	67 (18.6%)		426 (20.3%)
製造・その他技能工	製造業 63 (9.7%)	82 (12.9%)	35 (9.7%)	製造業 26(11.4%)	240 (11.4%)
運輸・通信従業者	18 (2.8%)	26 (4.1%)	21 (5.8%)	10 (4.4%)	143 (6.8%)
サービス従業者	30 (4.6%)	54 (8.5%)	20 (5.6%)	14 (6.1%)	277 (13.2%)
その他の職業	4 (0.6%)	93 (14.6%)	79 (22.0%)	19 (8.2%)	283 (13.5%)
合計	648 (100.0%)	635 (100.0%)	360 (100.0%)	229 (100.0%)	2102 (100.0%)

1.大阪府での「その他の職業」の中で多いのが「販売従事者」10、「保安・警備」10である。

2.全国の「運輸・通信従事者」には「労務・運輸作業従事者」65を、「サービス従事者」には「販売従事者」90を含めた。

野宿直前の住居形態

	大阪市野宿生活者	東京都路上生活者	大阪府野宿生活	名古屋「ホームレス」	支援法全国調査
民間賃貸住宅	164 (29.3%)	166 (23.6%)	170 (43.6%)	71 (27.7%)	805(37.5%)
社宅・寮・住み込み	46 (8.2%)	137 (19.5%)	59 (15.1%)	55 (21.5%)	373(17.3%)
簡易宿泊所(ドヤ等)	219 (39.2%)	162 (23.1%)	60 (15.4%)	50 (19.5%)	295(13.7%)
飯場	206 (36.9%)	130 (18.5%)	44 (11.3%)	38 (14.8%)	299(13.9%)
持ち家	13 (2.3%)	60 (8.5%)	28 (7.2%)	21 (8.2%)	173(8.1%)
親族・知人宅	28 (5.0%)	16 (2.3%)	13 (3.3%)	7 (2.7%)	66(3.1%)
その他	7 (1.3%)	31 (4.5%)	16 (4.1%)	14 (5.5%)	69(3.2%)
有効回答数	559 (100.0%)	702(100.0%)	390(100.0%)	256(100.0%)	2149(100.0%)

現在職(野宿時)

仕事をしている	537 (80.0%)	351 (49.4%)	327 (80.7%)	185 (71.2%)	1400 (64.7%)	
仕事をしていない	134 (20.0%)	359 (50.6%)	78 (19.3%)	75 (28.8%)	763 (35.3%)	
有効回答数	671 (100.0%)	710 (100.0%)	405 (100.0%)	260 (100.0%)	2163 (100.0%)	
仕事を している (複数回 答)	廃品回収	468 (87.3%)	116 (33.0%)	289 (88.7%)	122 (66.0%)	1011 (67.9%)
	日雇	49 (9.1%)	205 (58.4%)	33 (10.1%)	75 (40.6%)	254 (17.7%)
	特別清掃	22 (4.1%)	18 (5.1%)	2 (0.6%)	— (0.0%)	
	その他	55 (10.3%)	99 (28.2%)	34 (10.4%)	9 (4.9%)	191 (12.8%)

複数回答の％は「仕事をしている」と回答した者での比率である。東京都：古本集めを廃品回収に入れている。」

一日の食事回数

食べないことあり	254 (9.8%)	東京都の調査では、野宿時の食事に関する質問項目はないが、路上生活での困難の中で、「お腹が空いてつらい」を挙げたのが256 (36.6%)あった。	25 (6.4%)	18 (6.9%)	
1回	919 (35.4%)		29 (7.4%)	43 (16.5%)	364 (16.9%)
1-2回				40 (15.3%)	
2回	1244 (47.9%)		168 (42.9%)	80 (30.7%)	995 (46.2%)
2-3回				42 (16.1%)	
3回以上	180 (6.9%)		143 (36.5%)	33 (12.6%)	622 (28.9%)
その他			27 (6.9%)	5 (1.9%)	
有効回答者数	2597 (100.0%)		700 (100.0%)	392 (100.0%)	261 (100.0%)

食事の調達方法 (複数回答)

自炊	399 (59.4%)	同じく、路上生活での困難の中で、「コンビニの廃棄のお弁当にゴミや水を入れられてとても困る」というのが47 (6.7%)あった。	265 (66.4%)	121 (46.4%)	質問項目なし
コンビニ等廃棄食	212 (31.5%)		126 (31.6%)	59 (22.6%)	
食堂・弁当購入	192 (28.6%)		102 (25.6%)	85 (32.6%)	
野宿仲間から	127 (18.9%)		39 (9.8%)	76 (29.1%)	
支援団体から	58 (8.6%)		2 (0.5%)	130 (49.8%)	
残飯	53 (7.9%)		9 (2.3%)	—	
その他	75 (11.6%)		35 (8.8%)	41 (15.7%)	
回答者数	672 : 回答数1116		700	399 : 回答数638	

健康状態

	大阪市野宿生活者	東京都路上生活者	大阪府野宿生活	名古屋「ホームレス」	支援法全国調査
悪いところがある	227 (34.1%)	250 (35.3%)	172 (43.1%)	123 (47.1%)	1025 (47.4%)
体の具合悪くない	439 (65.9%)	458 (64.7%)	227 (56.9%)	138 (52.9%)	1115 (51.5%)
有効回答者数	666 (100.0%)	708 (100.0%)	399 (100.0%)	261 (100.0%)	2140 (100.0%)

東京都の調査での回答は「よい」「まあよい」「ふつう」と分けているのを「具合が悪くない」としてまとめた。

持病

現在病気になる	質問項目なし	287 (40.7%)	175 (44.1%)	質問項目なし	1115 (52.0%)
ない・分からない		418 (59.3%)	222 (55.9%)		1025 (48.0%)
有効回答者数		705 (100.0%)	397 (100.0%)		2135 (100.0%)

全国調査で病気としてあげたので多いのが「高血圧」256 (12.0%)、「胃・十二指腸潰瘍」153 (7.2%)であった。

自覚症状

ある	質問項目なし	519 (73.3%)	237 (59.8%)	質問項目なし	1477 (68.6%)
特になし		189 (26.7%)	159 (40.2%)		676 (31.4%)
有効回答者数		708 (100.0%)	396 (100.0%)		2153 (100.0%)

全国調査で自覚症状として多いのが「腰痛」508 (23.6%)、しびれ・麻痺 338 (15.7%)、めまい 329 (15.3%)、よく眠れない 318 (14.8%)であった。

資料出所：大阪市立大学都市環境問題研究会「野宿生活者に関する総合的調査研究報告書」2001。 都市生活研究会「平成 11年度（東京都）路上生活者実態調査」2000。 大阪府立大学都市福祉研究会「大阪府野宿生活者実態調査報告書」2002。 基礎生活保障問題研究会「名古屋市「ホームレス」聞き取り調査等に関する最終報告書」2002。 厚生労働省 社会・援護局地域福祉課「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」平成 15年 3月。より上畑作成。

安全弁の役割を果たしてきたが、長期化する平成大不況で、かげりが見られる。製造業がバブル崩壊後の92年の1387万から96年に1307万へと減少したときに、建設業の雇用者数は91年479万から97年に563万と84万人増というふくらみをつくったが、2002年には504万へと、大きく59万人もの減少となった。その後、製造業はリストラ・倒産の増大でさらに減少を続け、建設業もそれを支えきれなくなっている(資料1)。このことは、建設日雇の多い日雇労働市場の機能低下へと導いている。

### 3) 「野宿直前の住居」

家なし人になる直前の住居をみると、最も安定した住まいといえる「持ち家」も8.1%あり、「民間・公共の賃貸住宅」の40.8%とあわせると半数近くを占めており、一般勤労世帯をも巻き込む今回の不況の深刻さを物語っている。そして、やはりと言おうか、日雇などの不安定就業層の「飯場」暮らし(13.9%)や、「簡易宿泊所(ドヤ)」生活(11.8%)、さらに失業と同時に住む場所を失う「社宅・会社の寮」13.8%、「住み込み」3.5%と、多いことである。住む家を失うと言うことは、いのちや健康を守るくらしの基盤そのものを失うということである。野宿生活で「困ること・辛いこと」(複数回答)として挙げられていることの中で、「食べ物が十分がないので辛い」(40.1%)は当然のことながら、「入浴・洗濯などができなくて、清潔に保つことができない」(38.8%)、「寒さをしのげず辛い」(34.8%)などは身につまされる。そして、その極みは凍死の危険にさらされることであり、時には、集団で暴力を受け死にいたる身の危険である。

### 4) 野宿時現在の「仕事」

野宿生活中での仕事では、64.7%が収入のある仕事をしているが、その中身は「廃品回収」が67.9%と圧倒的に多く、夜中から朝にかけて、アルミ缶集めなど、その行動範囲の広さと苦勞、収入の少なさ(月1~3万)が特徴的である。

### 5) 野宿時の「食事」

食事回数と食事内容は、一日一食しかとれない人が全国調査で16.9%も居り、まともに食事がとれない状況が覗える。一日2回が46.2%と一番多く、23回が28.9%である。その食事の内容も、これまでの各地の調査では、コンビニで

賞味期限切れの廃棄食品を待つ姿がしばしば見受けられている。週に何回かの支援団体による炊き出しで、やっと飢えをしのぐものもいる。やがて、廃品回収も、食事の調達もできないほど身体が衰えると、栄養失調をきたし、最悪の場合は餓死にいたることもある。

### 6) 「健康状態」

身体の具合に悪いところがあると回答しているのが47.4%、半数は悪いところがないとしている。そして、具合が悪いと自覚はしていても、通院や売薬を買って対処しているものはその31.6%に過ぎない。残りは、医療を受けることもない。健康状況と自覚症状で、「悪いところはない」、という回答も、自覚症状が非常に多い事実から、野宿の長期化による健康の不調を示している。

野宿生活の中で感じている自覚症状の有無を尋ねてみると、「何もなし」と答えたものは31.4%に減少する。症状の訴えの中で、最も多いのが「腰痛(23.6%)」「しびれ・麻痺(15.7%)」であり、硬いコンクリートや地面での生活がこたえている状況が見受けられる。「めまい(15.3%)」「よく眠られない(14.8%)」「咳が続く(11.2%)」なども問題所見である。

Ⅲ. 社会保障制度の修復、再構築がホームレスの増大を防ぎ、いのちと健康を守り、自立を支援する。

生活基盤の崩壊が、ホームレスの増大を招いているとすれば、何はともあれ、労働者の生活基盤を確保するための、解雇規制の強化、安易なりストラを許さない施策が求められよう。さらには、サービス残業をなくして雇用の増大をはかり、失業時の生活保障としての雇用保険のネットの修復、失業手当給付期間の延長、失業給付期間の切れた長期失業者への失業扶助の創設などが必要であろう。不安定就業階層が集住している失業者の多発地域では、雇用保険日雇労働者の求職者給付の受給資格とリンクさせた公的就労事業の実施による雇用の場の確保が特別に求められる。

一方、失業等による収入の低下で、家賃の支払いやローンの返済が困難な場合の立替貸付や生活保護の一時扶助によって、家なし人、ホームレス化を防ぐ予防的措置が重視されなくてはならない。

更に、セーフティネットとしての法の目的に沿った生活保護の正しい運用が、末端の福祉事務所現場で行われるように徹底され、「住所不定」、「稼働能力あり」ということでホームレスを差別的に排除することのないように、そして、居宅保護の原則の上に立った、自己選択、自己決定を尊重する保護の確立が求められる。退院時、退所時の帰来先の住居の確保、再野宿をさせないためのアフターケアの必要性、更には、生活保護を基礎生活保障法として、就労扶助などを追加し、公的就労事業への給付を行い雇用への道を開くことなど、検討すべき課題が多い。

すべての人たちの人間らしい生活、生存権保障のために、雇用の保障への政策展開を基盤とし、安心して医療が受けられる医療保障など社会保障制度の再構築を図ることが求められる。そして、国民の最後の拠りどころ、セーフティネットとしての役割を担う福祉事務所第一線機関への十分な職員配置などが緊急に求められているといってもよい。

注

- 1) 黒田研二・逢坂隆子らによる「ホームレス者の健康状態と公衆衛生対策に関する調査研究」2002.12

関西社会医学研究会ゼミ報告。大阪市のホームレス死亡調査（2000年）で294人中凍死が19人、餓死8人、栄養失調症で8人が数えられている。

上畑恵宣「なぜ路上死なのか—公的扶助は無力なのか」同朋大学論叢第80号。1999.6

- 2) 第一次釜ヶ崎暴動(1961.8)後に、地区労働対策として大阪府の労働部の外郭団体として設立された財団法人。日雇労働者の就労斡旋と労働福祉事業を行っている

- 3) 上畑恵宣「戦後日雇労働市場の形成とその流転—労働力流動化政策に追い詰められた日雇労働者」同朋大学論叢第85・86号合併号。2002.6

- 4) 「依頼券」の発行は前述の西成労働福祉センターが基本的に行いある時払いの催促なしの「借用書」によって所持金がなくても社会医療センターで医療が受けられるシステムで、その経費は大阪府と大阪市とが補助金で負担している。医療保険に圧倒的に未加入だった地区労働者にとって有難い医療保障のネットであった。

- 5) 大阪市西成区の被保護人員の保護率は、02年度全国9.8%に対して128.0%という途方もない数字となっている。(大阪市健康福祉局事業統計による)

## 大学生が小中高校時代に受けてきた健康教育について

Survey of University Students Regarding Primary and Secondary School Health Education

小橋 元<sup>1</sup>、太田薫里<sup>1</sup>、森谷 梨<sup>2</sup>、福地保馬<sup>2</sup>

<sup>1</sup>北海道大学大学院医学研究科予防医学

<sup>2</sup>北海道大学大学院教育学研究科健康スポーツ科学

Gen Kobashi<sup>1</sup>, Kaori Ohta<sup>1</sup>, Kiyoshi Moriya<sup>2</sup>, and Yasuma Fukuchi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Division of Preventive Medicine, Hokkaido University Graduate School of Medicine,

<sup>2</sup>Division of Health and Sports Science, Graduate School of Education, Hokkaido University

To promote occupational health, individuals in the workplace should have a basic knowledge of working conditions and health and be aware of the importance of occupational health management systems. To achieve this goal, providing opportunities for primary and secondary school students to acquire a basic knowledge of occupational health is as important as providing occupational health education programs inside and outside the workplace. We gave a self-administered questionnaire to first-year and second-year university students to investigate the contents of the health education they received before entering university as well as the types of media used to deliver health education to primary and secondary school students. A total of 185 responses were obtained. The questionnaire consisted of 27 items based on the table of contents of a health and physical education textbook. Approximately 90% of the respondents indicated that they learned the following in their primary and secondary school years: the impact of smoking on health (93%), the importance of moderate exercise (92%), prevention of infectious diseases (91%), the impact of drug abuse/dependency on health (90%), traffic safety and prevention of accidents (90%), and proper nutrition (90%). On the other hand, less than 40% of the respondents indicated that they learned the following items in their primary and secondary school years: occupational health and prevention of occupational hazards (31%), appropriate use of drugs (31%), and protection of public health (35%). Overall, the survey results show that primary and secondary school health education currently gives little emphasis to the concept of occupational and public health. Not only schools but also parents and the mass media should take measures to further improve health education in Japan especially regarding occupational hygiene and public health.

### 緒言

近年、生活習慣病やストレス関連疾患、そして過労死の増加を受けて、労働衛生の場においても、労働衛生管理体制の見直し、強化といった対策が図られている。職場単位で積極的、継続的な健康づくりを目指す従来のトータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）<sup>1)</sup>に加えて、職場の構成員一人一人が、労働と健康に関する最低限の知識を持ち、労働衛生管理体制の重要性を認識

することが重要である。

労働衛生に限らず、わが国においては様々な健康づくりの枠組みにおいて現在、21世紀の新しい考え方による国民健康づくり運動である「健康日本21」が展開されている<sup>2)</sup>。この運動は、自らの健康観に基づく一人ひとりの取り組みを社会の様々な健康関連グループが支援し、健康を実現することを理念としている。この理念に基づいて、疾病による死亡、罹患、生活習慣上の危険因子な



どの健康に関わる具体的な目標を設定し、十分な情報提供を行い、自己選択に基づいた生活習慣の改善および健康づくりに必要な環境整備を進めることにより、一人ひとりが実り豊かで満足できる人生をまっとうでき、あわせて持続可能な社会の実現を図ることを目指している。

労働者一人ひとりが生活習慣を自己選択できることは理想的な状態であるが、そのためには、十分な情報提供と環境整備が絶対に不可欠である。しかし、最近我々が行った調査では、生活習慣病やストレス関連疾患は、本来、労働者が自分だけの力ではなかなかコントロールできない労働環境がその大きな危険因子となっている作業関連疾患であるにもかかわらず、その発症に対しては労働者の自己責任であるというイメージがいまだに一般的であるという結果であった<sup>3)</sup>。したがって、今後、労働者が、病気は個人の責任であるという誤解から解放されて、一人ひとりが提供された労働安全衛生情報を理解・活用でき、協同してより良い労働環境を整備できるように、必要な最低限の知識を身につけていく必要があると考えられる。

労働者が知識を獲得するためには、職場の内外的における労働衛生教育の展開はもちろん重要である。しかし、根本的には、将来直接労働に関わるかどうかにかかわらず、すべての学生が「労働と健康に関する最低限の知識」を学ぶことができる体制づくりが重要であると考えられる。そこで、本研究では、まず、小中高校時代の健康教育の現状を把握し、問題点を浮き彫りにするために、大学生を対象として、入学以前に受けてきた健康教育の程度とその媒体を調査した。

#### 対象と方法

平成15年11月に、北海道札幌市北区にある国立総合大学において、「健康科学」と題した健康関連の総合教養科目を受講した1,2年目の学生(文科系・理科系の全学部を含む)を対象として、自記式質問紙調査を行った。当日の受講者合計185名(男139名、女46名)(平均 $19.2 \pm 0.9$  (mean  $\pm$  SD) 歳、18~22歳)から回答が得られた。質問内容は、健康に関する学習項目について高校時代までにどの程度教わってきたか、そしてそれらを主に誰(何)から教わったかである。健康教育の項目として、数社から出版されている高校保健体育の教科書の目次を参考に、「健康とはどうい

う状態をいうのか」、「規則正しい生活の重要性」、「心の健康の保ち方」、「職場での健康づくり、労働災害の防止や職業病の予防」、「みんな(社会)の健康を守ること」についてなどの合計27項目を設定した。それぞれの項目について、教わった程度を選択肢(1:しっかり教わった、2:多少教わった、3:教わったとはいえない、4:全然教わっていない)により回答を得た。また、教わった媒体に関して、学校、人、マスコミ別に選択肢で回答を得た(図1)。

#### 結果

設定した27項目のうち、90%以上の学生が「教わった」と回答したものは、喫煙の健康影響(93%)、適度な運動の重要性(92%)、感染症の予防(91%)、薬物乱用・依存の健康影響(90%)、交通安全、交通事故予防(90%)、摂取栄養の量とバランス(90%)であった。逆に、「教わった」と回答した学生が50%未満であった項目は、職場での健康づくり・労働災害の防止や職業病の予防(31%)、医薬品の適切な使用法(31%)、みんな(社会)の健康を守ること(35%)、加齢に伴う身の変化と健康(44%)、遺伝による病気(47%)、やせ過ぎの予防(47%)であった(表1)。

健康教育を受けた学校等でみると、風邪の予防、虫歯の予防、交通安全・交通事故予防などは主に小学校で、摂取栄養の量とバランス、適度な運動や規則正しい生活の重要性などは主に中学校で、そしてやせ過ぎの予防、飲酒、喫煙、薬物乱用・依存の健康影響、性行為感染症の予防や正しい避妊方法、産休・育児休暇、職場での健康づくり・労働災害の防止や職業病の予防、医薬品の適切な使用法、応急手当、みんな(社会)の健康を守ることなどについては主に高校で教わっている傾向があった。(表2)。

健康教育を受けた人でみると、全体的に学校の先生から健康教育を受けた者が多かったが、また、風邪の予防、虫歯の予防、規則正しい生活の重要性、医薬品の適切な使用法は、両親から教わったと答えた者も多かった(それぞれ61%、55%、42%、42%)(表3)。

健康教育を受けたマスメディアでみると、全体的にテレビからと回答した者が多かったが、職場での健康づくり・労働災害の防止や職業病の予防、産休や育児休暇、怪我の予防、正しい避妊方法は30%以下にとどまった(それぞれ29%、27%、26%、23%)(表4)。

表1 大学1、2年生が高校時代までに受けた健康教育の程度

健康教育の項目	しっかり 教わった		多少 教わった		教わったと はいえない		全然教わっ ていない	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
(1)「健康とはどういう状態をいうのか」について	17	9%	111	60%	38	21%	19	10%
(2)「摂取栄養のバランス・量の重要性」について	57	31%	109	59%	12	6%	7	4%
(3)「適度な運動の重要性」について	64	35%	106	57%	10	5%	5	3%
(4)「規則正しい生活の重要性」について	76	41%	85	46%	19	10%	5	3%
(5)「太り過ぎの予防」について	25	14%	96	52%	46	25%	18	10%
(6)「やせ過ぎの予防」について	16	9%	71	38%	57	31%	40	22%
(7)「かぜの予防」について	77	42%	93	50%	11	6%	4	2%
(8)「虫歯の予防」について	71	38%	93	50%	18	10%	3	2%
(9)「食中毒の予防」について	30	16%	103	56%	42	23%	10	5%
(10)「感染症(エイズ、結核、O-157など)の予防」について	63	34%	106	57%	11	6%	4	2%
(11)「怪我の予防」について	60	32%	95	51%	19	10%	10	5%
(12)「喫煙の健康への影響」について	119	64%	53	29%	9	5%	4	2%
(13)「飲酒の健康への影響」について	84	45%	76	41%	15	8%	10	5%
(14)「心の健康」の保ち方について	19	10%	75	41%	65	35%	26	14%
(15)「薬物乱用・依存の健康への影響」について	85	46%	81	44%	13	7%	6	3%
(16)「性行為感染症の予防」について	62	34%	100	54%	19	10%	4	2%
(17)「正しい避妊方法」について	56	30%	91	49%	26	14%	12	6%
(18)「産休や育児休暇」について	22	12%	91	49%	43	23%	29	16%
(19)「遺伝による病気」について	15	8%	73	39%	62	34%	35	19%
(20)「職場での健康づくり、労働災害の防止や職業病の予防」について	8	4%	50	27%	59	32%	68	37%
(21)「加齢に伴う心身の変化と健康」について	12	6%	71	38%	71	38%	31	17%
(22)「高齢社会へのとりくみ」について	22	12%	85	46%	51	28%	27	15%
(23)「応急手当(人工呼吸、火傷・骨折など)の手順や方法」について	48	26%	100	54%	23	12%	14	8%
(24)「医薬品の適切な使用方法」について	7	4%	50	27%	73	39%	55	30%
(25)「交通安全、交通事故の予防」について	88	48%	77	42%	14	8%	6	3%
(26)「みんな(社会)の健康を守る」ことについて	7	4%	57	31%	73	39%	48	26%
(27)「地球の環境を守る」ことについて	58	31%	96	52%	21	11%	10	5%

人数と割合(%)を示した、n=185

表2 大学1、2年生が高校時代までに受けた健康教育への学校等の貢献

健康教育の項目	小学校		中学校		高校		塾や 予備校		少年団や ボランティア		その他	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
(1)「健康とはどういう状態をいうのか」について	58	45%	93	73%	86	67%	6	5%	0	0%	3	2%
(2)「摂取栄養のバランス・量の重要性」について	68	41%	134	81%	121	73%	3	2%	0	0%	2	1%
(3)「適度な運動の重要性」について	51	30%	135	79%	139	82%	3	2%	0	0%	3	2%
(4)「規則正しい生活の重要性」について	66	41%	130	81%	119	74%	8	5%	0	0%	2	1%
(5)「太り過ぎの予防」について	28	23%	82	68%	85	70%	3	2%	0	0%	1	1%
(6)「やせ過ぎの予防」について	19	22%	58	67%	64	74%	1	1%	0	0%	0	0%
(7)「かぜの予防」について	128	75%	123	72%	96	56%	8	5%	1	1%	1	1%
(8)「虫歯の予防」について	129	79%	89	54%	54	33%	2	1%	1	1%	3	2%
(9)「食中毒の予防」について	37	28%	91	68%	94	71%	1	1%	0	0%	3	2%
(10)「感染症(エイズ、結核、O-157など)の予防」について	28	17%	123	73%	136	80%	1	1%	0	0%	1	1%
(11)「怪我の予防」について	69	45%	121	78%	112	72%	2	1%	2	1%	7	5%
(12)「喫煙の健康への影響」について	39	23%	139	81%	155	90%	2	1%	0	0%	3	2%
(13)「飲酒の健康への影響」について	23	14%	106	66%	140	88%	2	1%	0	0%	4	3%
(14)「心の健康」の保ち方について	11	12%	55	59%	77	82%	5	5%	0	0%	2	2%
(15)「薬物乱用・依存の健康への影響」について	26	16%	125	75%	152	92%	1	1%	1	1%	1	1%
(16)「性行為感染症の予防」について	11	7%	103	64%	150	93%	1	1%	1	1%	0	0%
(17)「正しい避妊方法」について	11	7%	83	56%	136	93%	1	1%	1	1%	1	1%
(18)「産休や育児休暇」について	10	9%	63	56%	102	90%	3	3%	0	0%	0	0%
(19)「遺伝による病気」について	7	8%	38	43%	73	83%	3	3%	0	0%	2	2%
(20)「職場での健康づくり、労働災害の防止や職業病の予防」について	4	7%	24	41%	53	91%	1	2%	0	0%	0	0%
(21)「加齢に伴う心身の変化と健康」について	7	8%	47	57%	73	88%	2	2%	0	0%	0	0%
(22)「高齢社会へのとりくみ」について	10	9%	58	54%	95	89%	5	5%	1	1%	0	0%
(23)「応急手当(人工呼吸、火傷・骨折など)の手順や方法」について	21	14%	98	66%	124	84%	1	1%	1	1%	15	10%
(24)「医薬品の適切な使用方法」について	12	21%	27	47%	32	56%	3	5%	0	0%	2	4%
(25)「交通安全、交通事故の予防」について	124	75%	120	73%	92	56%	1	1%	0	0%	10	6%
(26)「みんな(社会)の健康を守る」ことについて	24	38%	46	72%	48	75%	2	3%	0	0%	0	0%
(27)「地球の環境を守る」ことについて	62	40%	109	71%	129	84%	7	5%	0	0%	4	3%

各項目それぞれについて、対象は表1で「しっかり教わった」「多少教わった」と回答した者とした  
 人数と割合(%)を示した(複数回答あり)

表3 大学1、2年生が高校時代までに受けた健康教育への人の貢献

健康教育の項目	学校の先生		両親		両親以外の家族		友人		塾・予備校等の先生		その他	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
(1)「健康とはどういう状態をいうのか」について	105	82%	42	33%	9	7%	1	1%	2	2%	5	4%
(2)「摂取栄養のバランス・量の重要性」について	136	82%	50	30%	12	7%	3	2%	2	1%	2	1%
(3)「適度な運動の重要性」について	141	83%	39	23%	7	4%	4	2%	6	4%	1	1%
(4)「規則正しい生活の重要性」について	128	80%	67	42%	14	9%	2	1%	6	4%	2	1%
(5)「太り過ぎの予防」について	84	69%	26	21%	5	4%	8	7%	0	0%	3	2%
(6)「やせ過ぎの予防」について	62	71%	23	26%	1	1%	1	1%	0	0%	3	3%
(7)「かぜの予防」について	129	76%	103	61%	18	11%	10	6%	6	4%	8	5%
(8)「虫歯の予防」について	108	66%	91	55%	10	6%	3	2%	1	1%	21	13%
(9)「食中毒の予防」について	103	77%	52	39%	8	6%	2	2%	2	2%	4	3%
(10)「感染症(エイズ、結核、O-157など)の予防」について	132	78%	26	15%	6	4%	1	1%	2	1%	8	5%
(11)「怪我の予防」について	130	84%	27	17%	2	1%	9	6%	8	5%	5	3%
(12)「喫煙の健康への影響」について	142	83%	47	27%	3	2%	3	2%	0	0%	8	5%
(13)「飲酒の健康への影響」について	127	79%	47	29%	7	4%	3	2%	1	1%	8	5%
(14)「心の健康」の保ち方について	73	78%	21	22%	4	4%	3	3%	4	4%	4	4%
(15)「薬物乱用・依存の健康への影響」について	137	83%	22	13%	1	1%	5	3%	2	1%	10	6%
(16)「性行為感染症の予防」について	133	82%	11	7%	1	1%	7	4%	0	0%	8	5%
(17)「正しい避妊方法」について	119	81%	10	7%	2	1%	12	8%	0	0%	11	7%
(18)「産休や育児休暇」について	94	83%	5	4%	2	2%	0	0%	2	2%	3	3%
(19)「遺伝による病気」について	68	77%	10	11%	2	2%	2	2%	3	3%	1	1%
(20)「職場での健康づくり、労働災害の防止や職業病の予防」について	50	86%	3	5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
(21)「加齢に伴う心身の変化と健康」について	69	83%	14	17%	2	2%	0	0%	2	2%	2	2%
(22)「高齢社会へのとりくみ」について	92	86%	10	9%	2	2%	0	0%	2	2%	3	3%
(23)「応急手当(人工呼吸、火傷・骨折など)の手順や方法」について	114	77%	14	9%	2	1%	1	1%	6	4%	22	15%
(24)「医薬品の適切な使用方法」について	35	61%	24	42%	1	2%	2	4%	1	2%	4	7%
(25)「交通安全、交通事故の予防」について	127	77%	61	37%	10	6%	2	1%	5	3%	21	13%
(26)「みんな(社会)の健康を守る」ことについて	48	75%	8	13%	1	2%	2	3%	1	2%	2	3%
(27)「地球の環境を守る」ことについて	124	81%	24	16%	3	2%	5	3%	9	6%	7	5%

各項目それぞれについて、対象は表1で「しっかり教わった」「多少教わった」と回答した者とした人数と割合(%)を示した(複数回答あり)

表4 大学1、2年生が高校時代までに受けた健康教育へのマスメディアの貢献

健康教育の項目	テレビ		本		雑誌		新聞		ビデオ		広告		ホーム ページ		漫画		映画		ラジオ		その他	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
(1)「健康とはどういう状態をいうのか」について	62	48%	21	16%	11	9%	12	9%	3	2%	2	2%	3	2%	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%
(2)「摂取栄養のバランス・量の重要性」について	93	56%	27	16%	20	12%	11	7%	3	2%	3	2%	4	2%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
(3)「適度な運動の重要性」について	100	59%	22	13%	24	14%	6	4%	1	1%	3	2%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
(4)「規則正しい生活の重要性」について	80	50%	21	13%	13	8%	7	4%	1	1%	3	2%	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
(5)「太り過ぎの予防」について	76	63%	15	12%	16	13%	8	7%	1	1%	2	2%	3	2%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
(6)「やせ過ぎの予防」について	48	55%	11	13%	7	8%	7	8%	0	0%	3	3%	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
(7)「かぜの予防」について	93	55%	17	10%	13	8%	17	10%	4	2%	8	5%	2	1%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
(8)「虫歯の予防」について	66	40%	18	11%	11	7%	8	5%	3	2%	6	4%	0	0%	1	1%	1	1%	0	0%	1	1%
(9)「食中毒の予防」について	82	62%	14	11%	10	8%	17	13%	3	2%	5	4%	4	3%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
(10)「感染症(エイズ、結核、O-157など)の予防」について	84	50%	19	11%	15	9%	19	11%	9	5%	9	5%	2	1%	0	0%	2	1%	2	1%	0	0%
(11)「怪我の予防」について	41	26%	14	9%	10	6%	3	2%	5	3%	1	1%	1	1%	2	1%	0	0%	0	0%	1	1%
(12)「喫煙の健康への影響」について	101	59%	22	13%	15	9%	17	10%	13	8%	9	5%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
(13)「飲酒の健康への影響」について	82	51%	17	11%	15	9%	13	8%	10	6%	11	7%	2	1%	1	1%	0	0%	1	1%	0	0%
(14)「心の健康」の保ち方について	34	36%	14	15%	7	7%	9	10%	5	5%	0	0%	2	2%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
(15)「薬物乱用・依存の健康への影響」について	75	45%	31	19%	17	10%	14	8%	17	10%	16	10%	3	2%	1	1%	3	2%	1	1%	0	0%
(16)「性行為感染症の予防」について	54	33%	29	18%	18	11%	8	5%	12	7%	1	1%	1	1%	2	1%	2	1%	0	0%	1	1%
(17)「正しい避妊方法」について	34	23%	23	16%	17	12%	5	3%	8	5%	2	1%	2	1%	3	2%	1	1%	1	1%	2	1%
(18)「産休や育児休暇」について	30	27%	9	8%	4	4%	8	7%	2	2%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
(19)「遺伝による病気」について	35	40%	13	15%	4	5%	4	5%	3	3%	0	0%	1	1%	1	1%	0	0%	1	1%	0	0%
(20)「職場での健康づくり、労働災害の防止や職業病の予防」について	17	29%	7	12%	1	2%	1	2%	2	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
(21)「加齢に伴う心身の変化と健康」について	35	42%	8	10%	4	5%	1	1%	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
(22)「高齢社会へのとりくみ」について	38	36%	14	13%	4	4%	8	7%	2	2%	0	0%	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
(23)「応急手当(人工呼吸、火傷、骨折など)の手順や方法」について	56	38%	17	11%	4	3%	5	3%	7	5%	1	1%	1	1%	1	1%	0	0%	1	1%	2	1%
(24)「医薬品の適切な使用方法」について	20	35%	10	18%	3	5%	3	5%	0	0%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
(25)「交通安全、交通事故の予防」について	54	33%	16	10%	4	2%	9	5%	15	9%	7	4%	1	1%	2	1%	0	0%	2	1%	1	1%
(26)「みんな(社会)の健康を守る」ことについて	27	42%	6	9%	4	6%	6	9%	4	6%	2	3%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
(27)「地球の環境を守る」ことについて	94	61%	34	22%	21	14%	28	18%	8	5%	7	5%	8	5%	2	1%	2	1%	1	1%	0	0%

人数と割合(%)を示した(複数回答あり)  
 各項目それぞれについて、対象は表1で「しつかり教わった」「多少教わった」と回答した者とした  
 人数と割合(%)を示した(複数回答あり)

### 健康教育を受けた経験に関する調査

皆さんが今までに受けた健康教育についてお聞きします。  
本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。何卒ご協力よろしくお願ひ申し上げます。  
北海道大学大学院医学研究科予防医学講座 小橋 元

年齢 歳 性別 (男・女) 都・道・府・県  
出身都道府県 (国立・公立・私立)  
出身高校 (中高一貫：はい・いいえ)  
(共学・男子校・女子校)

あなたは、以下のそれぞれの事柄について、大学入学以前にどの程度教わってききましたか？ また、それぞれを教わった媒体は何ですか？  
教わった程度を数字で、教わった媒体を学校等の活動、人、あるいはマスコミ別に記号で記入してください。媒体は複数回答して結構です。

程度 1：しっかり教わった 2：多少教わった 3：教わったとはいえない 4：全然教わっていない

学校 A：小学校 B：中学校 C：高校 D：塾や予備校 E：少年団やボランティアなど F：その他の学校教育・活動  
人 G：両親 H：両親以外の家族 I：友人 J：学校の先生 K：塾・予備校・少年団などの先生 L：その他の人  
マスコミ M：本 N：雑誌 O：新聞 P：漫画 Q：テレビ R：ラジオ S：ビデオ T：映画 U：映画 V：ホームページ W：その他のマスコミ

教わった程度	学校	人	マスコミ	上記以外の場合その名称
(記入例) 因数分解の解き方	I	J	R	通信添削
(1) 「健康とはどういう状態をいうのか」について				
(2) 「摂取栄養のバランス・量の重要性」について				
(3) 「適度な運動の重要性」について				
(4) 「規則正しい生活の重要性」について				
(5) 「太り過ぎの予防」について				
(6) 「やせ過ぎの予防」について				
(7) 「かぜの予防」について				
(8) 「虫歯の予防」について				
(9) 「食中毒の予防」について				
(10) 「感染症(エイズ、結核、O-157など)の予防」について				
(11) 「怪我の予防(準備運動の重要性など)」について				
(12) 「喫煙の健康への影響」について				
(13) 「飲酒の健康への影響」について				
(14) 「心の健康」の保ち方について				
(15) 「薬物乱用・依存の健康への影響」について				
(16) 「性行為感染症の予防」について				
(17) 「正しい避妊方法」について				
(18) 「職場での健康づくり、労働災害の防止や職業病の予防」について				
(19) 「加齢に伴う心身の変化と健康」について				
(20) 「高齢社会へのとりくみ」について				
(21) 「応急手当(人工呼吸、火傷・骨折など)の手順や方法」について				
(22) 「医薬品の適切な使用法」について				
(23) 「交通安全、交通事故の防止」について				
(24) 「みんな(社会)の健康を守る」ことについて				
(25) 「地球の環境を守る」ことについて				

## 考察

最近のわが国における新しい国民健康づくり運動である「健康日本21」の根底にある考え方は、ヘルスプロモーションである。この概念は、Greenにより1986年にオタワ憲章として報告されたもので、健康的な行動や生活状態を目標として教育的支援と環境的支援とを組み合わせること、すなわち総合的に健康を考えるシステムであると定義されている。そのために、アドボカシー（唱道）、エンパワメント（力づけ、自立・自律）、イネンブリング（能力付与）などの戦略を用いて、公共政策、環境づくり、地域活動の強化、個人技術、ヘルスサービスの方向転換などの具体的活動を目指すものである<sup>4)</sup>。

今回は、このヘルスプロモーションの中でも、教育的支援に焦点を当て、主に保健体育の教科書に掲載された項目をもとに質問票を作成し、過去に受けた教育の経験の程度を聞いた。近年、禁煙教育や動脈硬化予防を中心とした生活習慣病予防教育も普及しはじめ<sup>5)</sup>、また、性行為感染症予防に関する教育の取り組みもHIV/AIDSを中心に、特に地域や学校を中心に始まっている<sup>6)</sup>。今回の結果においても、このような状況を反映してか、生活習慣や性感染症予防に関する教育を受けた者の割合が高かった。しかし、やせすぎの予防や心の健康の保ち方は近年その重要性が認識されてきたものである<sup>7)</sup>ためか、ここ数年の間ではまだ教育が不十分であったのかもしれない。

一方、今回の結果から、小中高校時代には、労働衛生の概念や、社会の健康（公衆衛生）という概念についての教育には、ほとんど力が入っていないことが示唆された。労働衛生の分野においては、近年、トータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）が推進されているが、これは労働者の心身両面にわたる健康保持増進措置のことであり<sup>8)</sup>、上記のヘルスプロモーションとは異なるものである。職域におけるヘルスプロモーション実現のためには、職場における労働衛生管理体制の確立と、特に労働衛生教育によるアドボカシー、エンパワメント、イネンブリングが重要であることは言うまでもない。しかし、全社会的、全生涯的な視点から労働衛生の向上を考えた場合、すべての学生に対する最低限の労働衛生教育が不可欠である。しかし、今のところ、保健・福祉・医療系学生の公衆衛生学（労働衛生・社会医

学）の講義・実習以外では、「職場での健康づくり・労働災害の防止や職業病の予防」や「周囲の人々（社会）の健康」について、学生が学び、考える機会がほとんどないという可能性が考えられる。

自分自身の健康はもちろん、社会の健康を守るのも、社会を構成する私たち一人一人の重要な役割であり、「周囲の人々（社会）の健康」についての教育は、けっして保健・福祉・医療従事者だけが学ばばいいものではない。実際、「健康科学」の講義時に「自分の健康は自分の力だけで守れるものではない」「個人の健康には健康な社会や労働環境が必要」などと述べると、多くの学生が、「初めて聞いた」「目から鱗が落ちた」「将来にぜひ役立てたい」などの感想を寄せている。このことから考えても、学校教育はもちろん、両親やマスメディアからのより一層の健康教育、とりわけ労働衛生教育や社会医学教育の必要性が示唆される。

今回、調査対象としたのは、某国立大学の1～2年生の中で「健康科学」の講義を受講した学生である。したがって、おそらくその多くは健康、あるいは健康問題に興味を持つ者と考えられ、すべての大学生、若者を代表するわけではない。また、大学のレベルから考えると、思い出し調査に対する理解力・記憶力は比較的高いと考えられる一方で、小中高校時代に受験中心のカリキュラムをこなしてきた可能性もある。また、調査項目の妥当性においても検討・改善の必要が残されている。

今後は、(1)より代表性の高い集団において、より妥当性の高い具体的な質問項目を用いて、労働衛生教育や社会医学教育のさらなる現状把握を行うことと同時に、(2)より適切な社会医学の教育方法を模索しながら、様々なメディアを通じて、特に家族、青少年、学生を対象に、「労働衛生」「社会医学」の視点を積極的に訴えていきたいと考えている。

## 文献

- 1) 「労働者の心身両面にわたる健康保持増進対策」. 国民衛生の動向 2003年. 厚生統計協会, pp303-304, 2003
- 2) 「健康増進」. 国民衛生の動向 2003年. 厚生統計協会, pp78-86, 2003
- 3) 小橋 元、太田薫里、福地保馬. 病名がもつ自

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 ～. 社会医学研究20:33-39,  
2002

- 4) 藤崎清道:ヘルスプロモーションの概念と今日的意義. 公衆衛生研究, 48 (3) :178-186, 1999
- 5) 「生活習慣病対策の現状、栄養対策」. 国民衛生の動向 2003年. 厚生統計協会, pp87-96, 2003
- 6) 「エイズ (AIDS)」. 国民衛生の動向 2003年. 厚生統計協会, pp139-141, 2003
- 7) 「THPとメンタルヘルス対策」. 図説 国民衛生の動向 2003. 瀬上清貴編. 厚生統計協会, 16, 2003



## 「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、総会記録特別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ページは約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（以上英文表記）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－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

## 日本社会医学会会則

- 第1条 (名称) 本会は、日本社会医学会という。
- 第2条 (目的) 本会は、会員相互の協力により、社会医学に関する理論及びその応用に関する研究を発展助長することをもって目的とする。
- 第3条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。
1. 研究会の開催
  2. 会誌、論文集などの発行
  3. その他必要な事業
- 第4条 本会は、会の目的に賛同し、会費を納める者で構成する。
- 第5条 (役員とその選任)
- 本会には、理事よりなる理事会、評議員よりなる評議員会及び監事をおく。理事、評議員、監事の任期は3年とし、再任を妨げない。
- 第2項 評議員は、会員の直接選挙によって選出される。また、理事及び監事は、評議員会の互選によって選出され、いずれも総会において承認されなければならない。
- 第3項 本会の監査は、監事がこれに当たる。
- 第6条 (役員の数、及び選出細則)
- 理事、評議員、及び監事など本会役員の数、及び選出方法の詳細は選挙細則によって別に定める。
- 第7条 (総会と事業の運営、及び議決)
- 年次予算、会則、会則変更等重要事項の決定は、総会の議決を経なければならない。
- 第2項 理事会は理事長のもとに承認された事業を執行するとともに、予算及び決算、事業計画を評議員会の承認のもとに総会に提出する。
- 第3項 総会は、委任状を含め、会員の4分の1以上の出席で成立する。
- 第4項 理事会、評議員会は、委任状を含めて定数の3分の2以上の出席で成立する。
- 第8条 (会費) 会費は年額5000円とする。会員は、無料で会誌の配布、諸行事の案内を受けることができる。ただし、研究会の開催など特別に経費を要する場合は、その都度、別に徴収することができる。
- 第9条 (名誉会員) 満70歳以上の会員のうち、世話人・理事経験のある者、またはそれに等しい功績があると総会で認められた者は、名誉会員に推薦することができる。名誉会員は、会費納入を免除される。
- 第10条 本会は会員の希望により各地方会をおくことができる。
- 第11条 本会の諸行事、出版物などは、会員外に公開することができる。
- 第12条 本会の会計年度は、毎年7月に始まり、翌年6月に終わる。
1. 1960年7月施行
  2. 1979年7月一部改正
  3. 1993年7月一部改正
  4. 1996年7月一部改正
  5. 1999年7月一部改正
  6. 2000年7月一部改正
  7. 2002年7月一部改正
  8. 2004年7月一部改正

査読者一覧

東海大学体育学部	阿部 真雄
聖徳大学人文学部	上畑 鉄之丞
四天王寺国際仏教大学人文社会学部	逢坂 隆子
東洋大学社会学部	片平 洸彦
名古屋工業大学保健管理センター	粥川 裕平
大阪府立大学社会福祉学部	黒田 研二
藤女子大学人間生活学部	福地 保馬
静岡大学人文学部	藤岡 光夫
東京大学大学院医学系研究科	山崎 喜比古
金沢医科大学医学部	山田 裕一
名古屋学芸大学管理栄養学部	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

日本社会医学会は、2004年7月より、下記のと通りの組織となります。

理事長 上畑鉄之丞 聖徳大学人文学部 mlh16707@nifty.com

事務局 〒464-8601 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  
宮尾克研究室内 日本社会医学会事務局

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

編集委員長 山田裕一 〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学1-1

金沢医科大学医学部衛生学教室内 社会医学研究編集委員会

Tel 076-218-8101 Fax 076-286-9723 ulyamada@kanazawa-med.ac.jp

社会医学研究 第21号 2003年12月1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