

Definition/Dminority.html.

- 10) Skutnabb-Kangass, Phillipson 1994a:107, Note 2, and is based on her reformulation of the definition by the Council of Europe Commission for Democracy through Law (91)7, Art2).
- 11) Wasylenki, Donald A., Inner city health, vol.164(2),pp214-215, *CMAJ*,January 23,(2001).
- 12) Hwang, Stephen W., Homelessness and health, vol.164(2), pp229-233, *CMAJ*,January 23(2001). (以下参照例)
- 13) Freudenberg, Nicholas, Time for a National Agenda to Improve the Health of Urban Populations, vol.90(6),pp837-840, *American Journal of Public Health*,June(2000).
- 14) Andrulis, Dennis P., Community, Service, and Policy Strategies to Improve Health Care Accesss in the Changing Urban Environment,vol.90(6),pp858-862, *American Journal of Public Health*, June (2000).

平成13年度厚生科学研究費補助金
(健康科学総合研究事業)

分担研究報告書

大都市マイノリティに対する保健医療サービスの国際比較研究
都市健康開発におけるマイノリティ関係現行政施策(国内)について

分担研究者 前平由紀 WHO健康開発総合研究センター

研究要旨:

都市圏に集中する健康マイノリティ(大都市マイノリティ)を支援対象として、包括しうる現行の保健・公衆衛生対策サービスが、衛生行政的にどの程度普及整備されているかを検証し、国際的な視点と比較することを将来的な目標として、関係法規・法律・慣行等の検索・総覧を試みた。そこでは、一般社会層における保健サービス対象集団との差別化、また、その他の社会・人口統計学的類別による「マイノリティ」との差異を識別することも念頭におき、保健医療・社会福祉(社会保障)対策系統別に法整備上の比較類別を試みた。

A. 研究目的

第二次大戦後の都市機能の高度化、情報社会化、高齢化および国民意識の変化など、急速な社会環境の変容によって、保健衛生面での行政の責務は、感染症等の悪疫蔓延に対する社会防衛的立場からの公権力の行使と、罹患者およびそれを取り巻く社会構成員の私権制限を主眼とする、いわば伝統的な行政法的行政の拡大では、効果的・積極的な国民の保健福祉の確保は到底不可能なものとなっている。

また、地域住民の保健医療・公衆衛生対策は、地域保健法制定による地方分権化の方向にあり、地域的な諸環境条件の多様性を軽視しがちであったこれまでの中央集権型の衛生行政から、より厳格な資源投資と現実的な管理システムを要求する、地域社会の意識を還元しうる保健医療・社会福祉対策が望まれている。

今日、重要な課題となっているのは、保健福祉、社会保障、法的支援サービス、メディアによる意識啓発活動、情報管理環境の整備など、本質的に権力を手段としない領域の、新しい公衆衛生対策理論の確立と、そのための概念的な政策転換であり、これまでの応急援護中心の対策から脱却しなく

てはならない。

また、さらに「国民の健康な生活を確保するには」ということのみ合目的性からの政策的枠組みからでは、個人、家族、地域社会の努力のみで対処できないような疾病の社会構造変化を支援体制のボトムラインに据える必要が、より強く認識されるべきである。

その例が、いわば公認されない保健医療・公衆衛生上のマイノリティ社会であり、貧困問題等の複雑な社会構造に取り残されたホームレスや、その周辺層である失職者などであり、さらには、これまでの「国際交流」「国際協力」における対極としての諸外国政府との行政的医療支援ネットワークの構築以上に、国内に居住する外国人医療関連問題等である。

以上のような課題に対する視点を改めて重要視し、その医療・健康問題に配慮していくことが急務となっている。そのための研究開発のひとつの基点として裨益するため、現行政策の枠組みと、本研究にて扱った「大都市マイノリティ」の施策上の位置付けを確認検討するために、関係行政施策例を検索整理することとした。

なお、国の衛生行政は、日本国憲法第25条の規定に基づき、行政権の主体である国及び地方公共団体が行う活動であることから、一般行政の一環として扱われている。従って、法律を根拠において行なわれ、立法または司法に属さないものである¹⁾。

B. 研究方法

本件にて情報収集を図る際に取り扱った関係法規は、特に「健康マイノリティ」を対象としたものとして具体的な言及のある、明文化された国内法規・法律・政令等に関連する制度、施策であり、特定の組織内における取決めや手続き、あるいは、明文化されていない慣行等については対象外としている。

しかし、年齢、性別、障害、戦災被爆傷病者、その他、特殊な疾病の罹患や家族形態(母子家庭など)等による支援疎外状況の改善地位向上策等、従来より取り組まれてきた医療福祉政策に加えて、より社会経済的影響の大きい構造的な健康マイノリティとしての「生活困窮者」「ホームレス」「外国人資格外労働者・不法滞在者」等、従来の支援対象認識概念からは取りこぼされてきた、またはカバーしきれない社会集団に重点的に着目することとした。

また、関係法律・施策・制度の開発背景として、その原典あるいは参照されるべき重要な憲法・法規等についても可能な限り触れることとした。

概括された各関連法規・法律は、現行の法的枠組みから整理することとし、その後、本研究の主旨に沿う解釈を導くため、以下の項目に従って系統的な分類を試み、必要があれば関連表記内容を抜粋して参照することとした。(法律文書詳細等の本報告書記載は省略)

- (1) 医療(保健、衛生)
- (2) 社会福祉・公的扶助(社会保障)
- (3) 労働雇用環境

- (4) 生活環境(住居、生活関連)
- (5) 法的措置(拘置、出入国管理など)
- (6) その他(公共施設等の管理などに関連して)

尚、保健医療・福祉関係法規・制度・施策等の詳細な記載内容については、当該法規収載文書²⁾を参照されたい。

C. 研究結果および考察 (別途添付: 図(1) 健康マイノリティ関連施策体系概要 参照)

本研究で扱うものとしては、(1) 医療(保健、衛生)が中心的な検討内容になるが、健康問題への影響を考慮すべきものとして、その他の項目は、多くの場合、直接的に関連性の高いものである。

そして(2) 社会福祉、公的扶助分野は、支援対象集団の生存権あるいは社会権を保護するべく相互補填的に強く作用しあう機能として認識できる。

また、(3) 労働雇用環境の改善は、支援対象の社会的立場を守り、財政上の保護支援対策として、(4) 生活環境は健康上のリスクへの暴露状況等を改善する日常の生活自体を保護する対策として、上記と同様に相互に関連しあう社会的機能である。

(5) 法的措置に大きく関連する対象集団は、主に国内居住の外国人であり、保健医療サービスへのアクセス権の所在に影響する重要な要素である。これは、生活保護にかかわる財政的支援(公的医療扶助等)の対象となりうるか否か、またそれ以前に、医療機関への受診を可能とする環境が得られた者であるかどうか等にまで影響するものである。

本研究を通して、老人(高齢者)、母子保健、精神・身体障害者医療においては、充分とはいえないまでも医療扶助、公的扶助等制度的支援体制の開発が講じられているにもかかわらず、一般社会層から経済的事由や国籍条項によって疎外された社会

構造上の健康マイノリティに関しては、その保健医療政策上の社会支援をもたらす施策が、非常に限られたものであることが見てとれる。また、それらも非常に制限的立場をとることで支援対象集団から更なる疎外グループを形成する可能性がある、排除意識を帯びた性質のものであると判断される。

一般に適切な保健医療サービスを受受しうるための財政的支援措置としての医療保障制度は、租税を財源とする国民保健サービス方式と保険料を財源とする医療保険方式とに区分されており、本邦では、国民全てが何らかの公的医療保険に強制加入する「国民皆保険」制度を1962年に達成し、各種公費医療負担制度がそれを補完している。そして、医療保険・公費医療負担制度は、職業、社会階層、年齢、疾患等別に細かく分立しているとされるが、今日の厳しい医療費抑制策もあって、特に公費医療負担制度のうち、最も対象者が多い生活保護法に基づく医療扶助に関しては、地方自治体の財源確保も困難なものであることから関連施策の拡充には消極的であるといわざるを得ない。

1990年の改正入国管理法施行では、生活に困窮する外国人が制限され、定住・永住外国人に限定された。それまでは、一般国民に対する生活保護の決定実施の取り扱いに準じ、必要性が認められたものとして外国人登録証明書の提示により申請手続きを経、生活保護の適用が可能であった。したがって、不法滞在外国人(資格外外国人労働者等)や留学生等非定住適法滞在外国人に対しては不適用とされている。

一部自治体では、行旅病人法(正式には、行旅病人および死亡人取扱法)の適用により、行き倒れの外国人の入院措置などがなされたが、その救護費用等の求償が最終的には自治体の負担となることから、全国一律な動きはとられておらず、住所を定めていないものを対象とした制度ととしては不完全であり、また住所を定めて就労する外

国人には適用不可能である。これまでの外国人対象の社会保障制度開発は、日本内部の自発的な政策変更とはいえ、難民条約などの条約批准(1981年)の対外的措置として拡充されたものである。

以上のことから、生活保護制度においても、またこの行旅病人法の適用においても救えない健康マイノリティが多く存在することが推察される。

また、生活保護法、母子保健法、老人保健法、児童福祉法、身体障害者福祉法、精神衛生法以外で、疾患別区分として公費医療負担制度が適用される対象があり、それらは、予防接種法、結核予防法、感染症の予防および感染者の医療に関する法律、らい予防法の廃止に関する法律、および難病(特定疾患)治療研究事業としての医療費補助(原因・治療法不明のもの)などの法律が及ぶ範囲である。

これら以外には、公害健康被害保障制度、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律、戦傷病者特別援護法が公費負担対象として挙げられる。

結核予防法では、その疾患の伝播ルートの特質や治療手段の開発、日本における感染状況の把握が継続的になされてきたことにより、比較的支援対象範囲の認識が高く、国籍・滞在期間を問わず外国人も含めて、全結核患者を対象とするものである。

これまでの衛生行政において、集団検診、保健所の設立、保健婦、ソーシャルワーカー、リハビリテーション等の保健医療制度の確立には、本研究にて調査指標とした疾病である、結核医療が大きく貢献している³⁾。その理由は、当時の国力の増強に対して社会構成員たる市民の結核への罹患が、経済社会開発に大きく影響していたことによるものとされる。

平成13年の「社会保障改革大綱」によると、「社会保障を取り巻く経済社会構造は大

大きく変化しており、これらに対応した社会保障の仕組みを構築していくことが喫緊の課題」とされ、その改革理念では、「就労形態の多様化や女性の生活形態の変化などに対応し、個人の生き方の選択によって不合理な取扱いが生じない公正な社会保障制度を目指す」とある。

保健医療・社会福祉・公衆衛生行政施策としては、上記項目のみならず、包括的な関連性と対策対象となる個人、社会集団、マイノリティ等の社会システム上の位置付けを的確に把握し、関連する社会支援サービスの拡充を統括して行なうことが理想である。

また、直接的に支援対象である個人と関与する保健医療提供者は、その法的支援サービスと疾患の管理義務の遂行において、適切な判断を要求される重要な責務を有する。従って、多くの健康喪失者が緊急医療に依存しているという点からも、関連する法的システムの優先性等を的確に把握し、迅速に対応する必要があるが、本研究では十分な検討はなしえなかったが、特に国内居住の外国人等に対しては、入国管理法や検疫法との調整が必要であることから、適正な対応ガイドライン整備などの課題は、緊急性を有するものである。

本研究にて取り扱う、特に都市型の「健康マイノリティ」の共通した特質として、個人的要因(病気など)と社会経済的要因による疲弊との複合的な阻害環境の形成による傾向から、関連する保健医療健康問題の改善・問題解決には、長期的な視座に立って、当該者自身の自助努力を支援しつつ、社会全体が機能向上に取り組む必要がある。

具体的には、阪神淡路大震災による罹災状況にある(罹災証明の有無に関わらず)生活困窮者(ホームレス)等の複合的健康マイノリティなども、重要かつ複雑な支援対象である。

したがって、これまでのアセスメントの方法論的検討や緊急・一時的保護対策にとど

まることなく、今後の整備拡充の現実的な焦点である支援対象の自立支援プログラムや地域社会での生活支援策を拡大していくことも重要である。

ここで、保健衛生管理行政に地域分権を求めつつも、この分野で中央の総合的な行政主導性が必要である理由は、地域ごとに分散した各種支援措置が、対策対象集団の優遇性を知らしめることによって、いわゆる「呼び寄せ効果」の問題が生じるからである。一時的な応急措置であれば尚更、関係方面への不均衡な財政的負担を強いることになり、このことが広域的な行政課題として取り組むべき重要な理由のひとつとなっている。

これまでの関連研究でも頻繁にふれられたように、従来の衛生行政は、感染症等に対する社会防衛的立場に立脚した強い政策意思によるものでもある。現行の保健医療・公衆衛生関連政策の枠組みを概観すると、上述のような強い政策意思に基づくような、ある種強制的な意味合いの強い対応措置は必然的に淘汰されて、標準的な生活層を対策の中核に据えて立案され、実施に対する同意意思形成も比較的容易なものとなっている。

今日の、地域住民中心の社会的意思決定システムにおいて、行政主導型の強制的公衆衛生対策がどの程度受容しうるものであるかは、社会構造上、健康マイノリティの上位者層である一般地域住民の危機管理意識が、どういった視座から生じるものであるかに大きく影響されると推察できる。

非常に粗っぽい解釈をすれば、開発途上国地域の医療過疎によるマクロなマージナライゼーションは、国内のミクロな南北問題として在る、健康マイノリティに対する支援対策の不平等性の視点に共通するものである。

現状に憂慮されるような、医療関連支援環境の二重あるいは多重基準は、期待され

る効果への合目的性と、付随して派生するネガティブな影響の均衡を熟慮すべきであり、決して社会経済的優位者のための危機回避措置であることのみを目的とするべきではない。

D. 倫理面への配慮

特定個人のバイタルサイン、あるいは家族構成や雇用状況等の個人情報本研究にあたっては取り扱わなかったことから、特殊用語使用に対する倫理的配慮を心がけるに留まった。

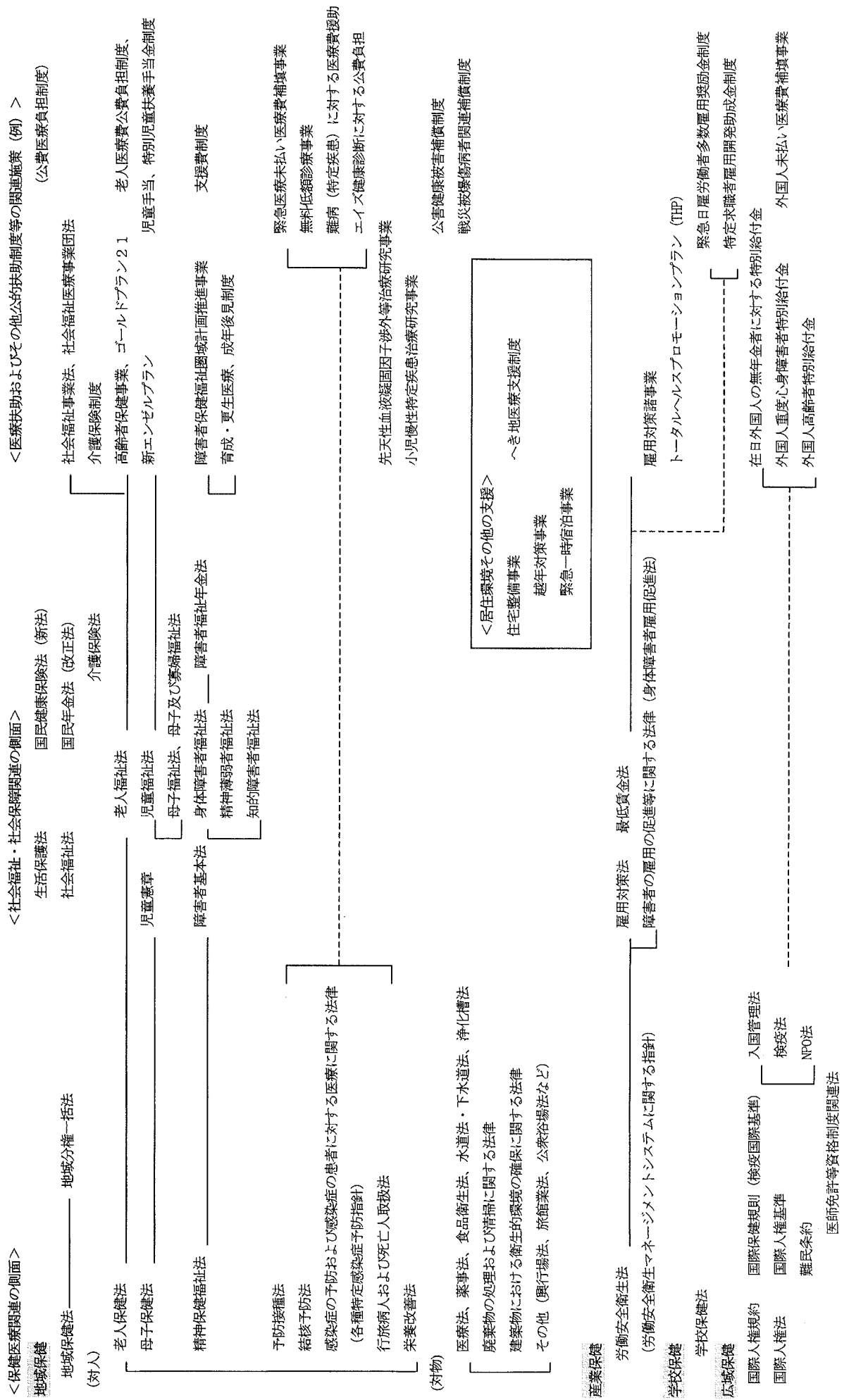
E. 研究発表 論文発表 学会発表
なし

F. 知的所有権の取得状況
(特許取得、実用新案登録)なし

G. 参考文献

- 1) 衛生行政大要(改訂第18版)、(財)日本公衆衛生協会(2000).
- 2) 保健医療法規研究会監修「平成14年版保健医療六法」中央法規(2002)(最新版)
- 3) 砂原茂一、上田 敏、「ある病気の運命」東京大学出版会(1984).

図(1)健康マイノリティ関連施策体系概要



Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	特になし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	特になし				