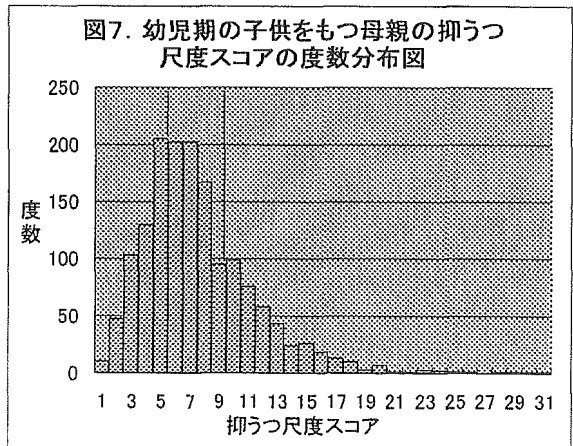
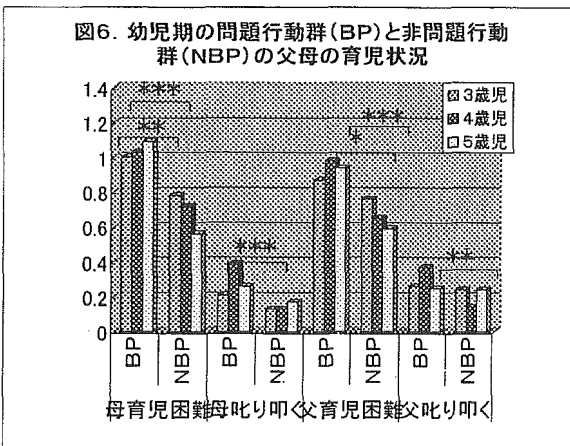
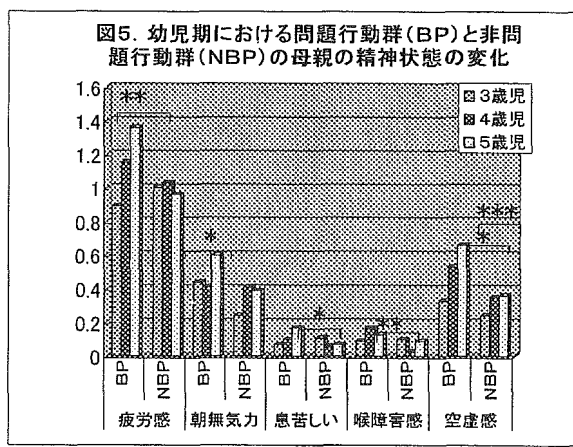
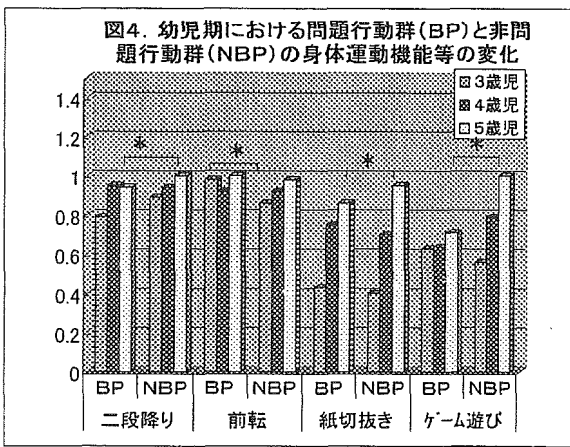
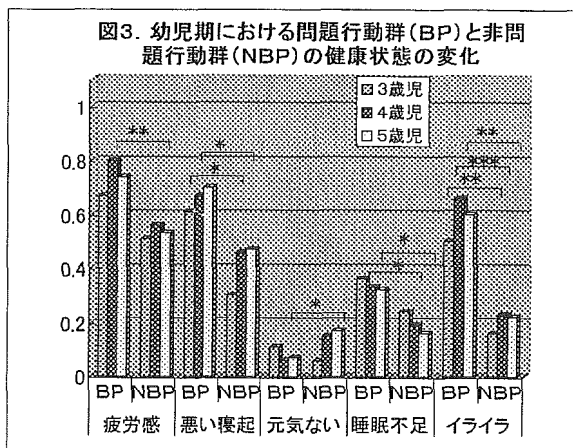
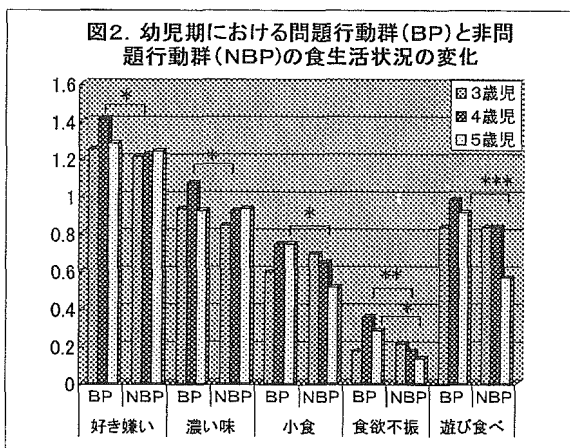
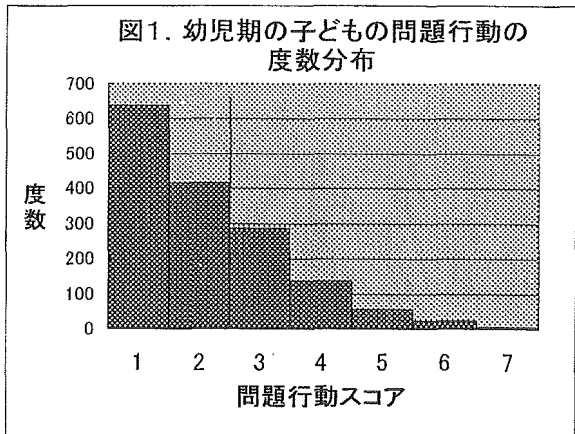


表1. 対象集団

対象群	例数	身長 (cm)	体重 (kg)	カウプ指数
3歳児 BP	54	98.1±3.4	14.5±1.7	15.0±1.4
3歳児 NBP	63	97.6±4.5	14.8±1.7	15.5±1.2*
4歳児 BP	99	102.5±4.7	16.3±2.1	15.5±1.6
4歳児 NBP	179	103.7±4.8*	16.7±2.3	15.5±1.4
5歳児 BP	53	108.8±4.8	18.0±2.2	15.1±1.1
5歳児 NBP	289	110.7±5.3*	19.2±2.6***	15.6±1.6*
全体 BP	213	103.4±6.5	16.5±2.8	15.3±1.5
全体 NBP	624	108.0±7.5***	18.3±3.1***	15.5±1.5

\*: 上段に比べて有意 (p<0.05) \*\*\*: 上段に比べて有意 (p<0.001)



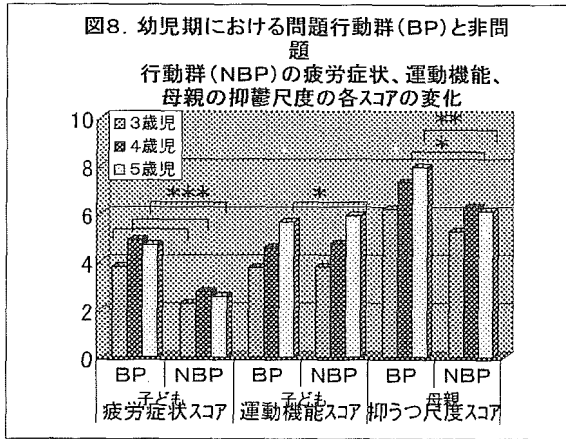


表2. 問題行動スコアと疲労症状、運動機能、母親の抑うつ尺度の各スコアおよびカウプ指数とのスピアマン順位相関関係

	年齢	例数	疲労症状スコア	運動機能スコア	カウプ指数	母親の抑うつスコア
問題行動スコア	3歳児	117	0.362***	-0.011	-0.193*	-0.171
	4歳児	278	0.334***	-0.082	0.031	0.125*
	5歳児	342	0.266***	-0.133*	-0.125*	-0.197***

\*: p<0.05    \*\*: p<0.01    \*\*\*: p<0.001

『わが国とタイにおける保健医療環境と経済環境の  
地域格差に関する国際比較』

埼玉大学 経済学部 助教授  
長島 正治

報告要旨：

本稿では、経済発展段階の異なる2国として東南アジアのタイと、同じくアジアに属するわが国を選び、国内の保健医療環境および経済環境について都市部と地方の格差を明らかにすると同時に国際比較を試みた。その結果、タイについては保健医療環境と経済環境の双方が、都市部と地方の間で著しく隔たりを見せ、また地方では保健医療環境と経済環境が共に劣悪であることが明らかとなった。一方、わが国では、保健医療環境と経済環境に関する都市部と地方の格差はさほどないものの、都市部では経済環境は良好である反面、医療環境は総じて劣悪な状況にあることが明らかとなった。

1. はじめに

経済発展の過程において、保険医療システムの整備・拡充は貧困問題解決のための必要条件として特に重要であると考えられている。一般的に開発途上国といわれる国々において、農村部などの過疎地域では都市部の人口集積地域に比べ病院などの医療機関の数や、医師・看護婦など保健医療サービスに従事する人たちの数も少ない。こうした地域は、都市部に比べ経済的に過疎であるばかりでなく、保健医療サービス面においても過疎であるといわざるを得ない。本稿では、こうした医療サービス面での地域格差が地域間の経済格差と相関しているのかどうかについて、先進国としてのわが国と途上国の中から比較的経済発展段階を経験している東南アジアのタイを選び、都市部と農村部との比較を中心に比較・検討することを主たる目的とする。

2. タイにおける医療環境と経済環境

2. 1 タイの地域別人口動態

タイ全土は、首都バンコックを含め全国76の県に分かれており、1997年現在人口は凡そ6,100万人である。そのうち約15%の911万人が首都バンコックおよびその周辺部に集積している。他方、農業、林業、水産業といった第1次産業を主要産業とする東北部、北部、南部の人口は、タイ全土の人口の7割弱を占めている<sup>1</sup>。この数字からも判るように、全人口のかなりの割合が第1次産業に依存しており、人口の伸び率も首都バンコックの周辺部において2.5%という高い値を示しており、北部、西部、東北部といった農村地域では労働人口の流

<sup>1</sup> 本稿では、タイ全土をバンコック、バンコック周辺部、中部、東部、西部、東北部、北部、南部の8地域に分け、これら地域ごとに各種データによる比較分析を行っている。

出により人口の伸び率は減少している。

タイにおける地域別の死亡率と出生率について見てみよう<sup>2</sup>。はじめに死亡率については、1990年以降北部地方および中部地方の死亡率が他の地域に比べ相対的に高くなっており、とりわけ北部地方では1993年以降死亡率の増加傾向が急速に高まっている<sup>3</sup>。また、全国的に見ても少しづつではあるが死亡率は増加傾向にある。死亡率の高い県は北部地方に集中しており、他方死亡率の低い県は南部地方に偏在している。このことは北部と南部の食生活の違いもさることながら、所得水準の大きさと密接な関係がある。次に出生率に関しては、首都バンコックが最も高く、全国平均を大きく上回っているのに対し、死亡率の高い中部および南部は押しなべて低く、とりわけ1993年以降は全国平均を大きく下回り、最も出生率の低い地域といえる。

## 2. タイの地域保健医療環境

タイの保健医療環境についていくつかの指標に基づいて概観してみよう。最初に、地域別の医師数と医師1人当たりカバーする住民数についてみてみると、その絶対数において、タイ全土の医師のうち実にその4割が首都バンコックに集中していることがわかる。また近年は、バンコックそのものよりその周辺部において医師の増加率は

<sup>2</sup> ここでの出生率および死亡率は、人口1000人あたりの出生者数と死亡者数によって定義される。

<sup>3</sup> 北部地域の死亡率の増加傾向には、エイズによる死亡が大きく影響している。これは成人ばかりでなく乳幼児の死亡率の大きな要因ともなっており、現在タイにおける最も大きい社会問題である。

目覚ましい。他方、東北部地域では医師数の増加率が最も低く、このことは医師1人当たりの住民数にそのまま反映されており、1995年時点での東北部地方の医師1人当たり住民数は、バンコックにおけるその10倍を超えている。

地域別病床数および1病床あたりの住民数についてみてみると、各地域における病床数はその地域の保健医療サービス施設の全体数と同じ動きをしており、すなわち保険医療施設の充実度であるといえる。ここにおいても首都バンコックと東北部地方の格差が他の地域に比べ最も大きくなっていることが判るが、しかしながら1病床あたり住民数に関するバンコックと東北部地域の格差はせいぜい5倍程度であり、医師1人当たり住民数に関する格差の半分程度にとどまっている。

このことから分かるように、都市部と地方における保健医療環境格差の問題は、保健所あるいは病院等の施設面での数と質の問題もさることながら、医師や看護婦といった人的資本面でのサービス環境の格差が最も大きい問題であると言わざるを得ない。

## 2. タイにおける経済環境の地域格差

死亡率の高さや健康状態の劣悪さは、その地域の保健医療環境が十分でないことを直接示唆するものである。そこには健康保険への加入率の低さや病院へのアクセスへの悪さなどさまざまな要因が考えられる。それらの要因のうち、病院までの時間的距離などを除いたアクセスや健康保険の加入率の問題などは、各家計が当該保険料あるいは医療費を支払うことが出来るか否かの

問題であり、主として経済的な問題に帰着すると考えられる。

タイにおける地域別の所得を比較してみよう。その地域の経済環境の優劣を測るため、ここでは1人当たりの所得額をその指標として用いることにする<sup>4</sup>。1人当たり所得額では、首都バンコックが圧倒的に高く、その値は2番目に1人当たり所得の高いバンコック周辺部のおよそ2倍を示している。他方、1人当たりの所得額が最も低いのは東北部であり、1996年現在その値は16,700バーツである。バンコックでの1人当たり所得額の値216,600バーツと比較すると10分の1以下であり、東北部地方がいかに経済的に劣悪な環境下にあるかが理解されよう。また、東北部と首都バンコックの経済格差は、近年拡大こそすれ縮小傾向は見られない。また死亡率の最も高かった北部地方は、東北部に次いで1人当たり所得額が低く、1996年現在23,150バーツであり、特に北部地方では労働力人口の減少が大きく働き、1991年から1996年までの5年間で23.73%しか所得が増加しておらず、これは全ての地域を通じて最も低い値であることを特筆しておきたい。

### 3. わが国における医療環境と経済環境

#### 3. 1 わが国の地域保健医療環境

わが国の保健医療環境について、タイにおけるのと同様にいくつかの指標に基づいて概観してみよう。タイにおける分析ではタイ全土を8地域に分割し保健医療環境および経済環境について比較を行ったが、わ

---

<sup>4</sup> ここでの所得額は、1998年価格を100とした物価水準でデフレートした値を用いている。

が国では各都道府県別にさまざまな指標を比較し、それら指標の分布がどの地域に偏在しているかに注意しながら地域の分割を行うことにする。

最初に、都道府県別の医師数と医師1人当たりカバーする住民数についてみてみよう<sup>5</sup>。医師の絶対数が最も多い都道府県は東京都であり、32,157人である。次いで大阪府の20,586人、神奈川県14,195人、愛知県の12,637人、福岡県の12,822人と続く。他方、医師の絶対数が最も少ない都道府県は鳥取県で、1,615人と報告されている。次いで、山梨県の1,679人、福井県の1,685人、島根県の1,807人、佐賀県の1,910人と続く。

では次に、医師1人がカバーしなければならない人口(住民数)はどうであろうか。これは数値が大きければ大きいほど単位人口当たりの医師数が少ないことを意味しており、すなわち医療過疎の程度を表わすひとつの指標である。

医師1人がカバーしなければならない住民数が最も多いのは埼玉県で816.1人、次いで茨城県の705.2人、千葉県の698.7人、岐阜県の608.5人と続く。東京都を除く関東首都圏(埼玉県、千葉県、神奈川県)の平均は702人という値を示し、これは全国平均の494.5人をはるかに超える高い値である。人口が集積している他の地域を見ると、大阪府が427.7人、兵庫県が501.9人、愛知県が551.9人、福岡県が389.0人で、東京都を除いた関東首都圏地域よりかなり低い値で推移していることが分かる。

医師1人がカバーしなければならない住

---

<sup>5</sup> わが国のデータについてはすべて平成12(2000)年12月31日現在の数字である。

民数が少ない地域に目を向けてみよう。この値が最も低いのは東京都で 367.9 人である。次いで京都府の 371.3 人、鳥取県の 380.7 人、高知県の 381.6 人、福岡県の 389.0 人と続く。

医師一人あたりがカバーしなければならない住民数が最も多い埼玉県と、最も少ない東京都ではその格差はおよそ 2.22 倍となっている。また、この 2 つの都県が県境を挟んで隣接しているというのは奇異な現象に映るが、神奈川県、千葉県、埼玉県の住民の多くが東京都に通勤および通学で移動しており、昼間人口で考えた場合これら都県（東京都、埼玉県、神奈川県、千葉県）の値を平均して考えることができるとすれば、その値は 618.5 人となる。このように考えた場合でも関東首都圏の医師数で見た医療環境は、全国平均 494.5 人をはるかに上回り、劣悪な環境であるといわざるを得ない。

北海道を除いて北から順に地域別で見ると、東北 6 県（青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県）の平均が 561.2 人、関東 7 県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県）の平均が 604.9 人、甲信越 5 県（新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県）の平均が 497.9 人、東海 5 県（長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県）の平均が 577.8 人、近畿 6 県（滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県）の平均が 466.8 人、中国 5 県（鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県）の平均が 420.7 人、四国 4 県（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）の平均が 404.2 人、沖縄を除く九州 7 県（福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、

鹿児島県）の平均が 439.5 人という具合に、総じて南に下るほど医師 1 人がカバーしなければならない住民数は減少していく傾向にあることが分かるであろう。

### 3. 2 わが国の地域別経済環境

わが国の都道府県別の経済環境はどうであろうか。ここでいう経済環境とは、1 人当たりの県民所得のことであり、その値が高ければ高いほど経済的に良好な環境であることを示す。1 人当たり県民所得が最も高いのは東京都で 423.0 万円であり、他方 1 人当たり県民所得が最も低いのは沖縄県の 218.3 万円である。その格差は、約 1.94 倍となり、これを経済格差として捉えるならば、医療格差としての指標すなわち医師 1 人当たりカバーしなければならない住民数格差の 2.22 倍とほぼ同じとまでは言えないにせよ、あまり隔たりのない格差であるといえよう。

同じく地域ごとに北から見ていくと、東北 6 県の平均が 263.7 万円、関東 7 県の平均が 333.3 万円、東海 5 県の平均が 308.9 万円、甲信越 5 県の平均が 294.2 万円、近畿 6 県の平均が 299.9 万円、中国 5 県の平均が 274.5 万円、四国 4 県の平均が 260.3 万円、九州 7 県の平均が 251.2 万円となり、関東地方を頂点に、関東から離れれば離れるほど 1 人当たり県民所得の額が低下していることが分かる。

### 3. 3 わが国における経済環境と医療環境の相関

これまでわが国の都道府県別の医療環境と経済環境について、簡単な指標を用いて概観してきた。それでは、これら 2 つの環

境は相関関係を持つのであろうか。それとも全く相関を持たないのであろうか。

医師1人当たりカバーしなければならない住民数が最も多い埼玉県では、1人当たりの県民所得が328万円で、全都道府県の中で5番目に高い水準である。同様に、医師1人当たりカバーしなければならない住民数が全国で3番目に多い千葉県では、1人当たり県民所得額は324.3万円で全国6番目である。他方、東京都と京都府に次いで、医師1人当たりカバーしなければならない住民数が少ない鳥取県では、1人当たり県民所得は260.4万円、次いで全国で4番目に医師1人当たりの住民数が少ない高知県では、235.7万円と、医療環境と経済環境の間には負の相関関係があるように思われる。

わが国における医療環境と経済環境の間の負の相関関係が、単なる見せ掛けの相関なのか、それともそこに何らかの因果関係が存在するかについては、別の機会に詳細な分析が必要とされよう。しかしながら、関東首都圏の数字を見ても分かるように、1地域にあまりにも人口が集積しすぎたために経済的にはその集積効果が正の方向に現れ、他方で医療環境などの側面ではその集積が負の方向に作用していると考えられる。

#### 4. タイと日本における医療環境と経済環境

タイと日本両国について、医師1人当たりカバーしなければならない住民数によって医療環境を、そして1人当たり県民所得によって経済環境を測り、都市部と農村部の間に格差がどの程度あるのかについて考

察してきた。

その結果、タイにおいては医療環境と経済環境の両環境において首都バンコックと東北部との間では10倍以上の格差が存在することが明らかになり、一方わが国では東京都と沖縄県の経済格差が1.94倍、また埼玉県と東京都の医療環境格差が2.22倍と、タイのそれよりも相対的に都市部と地方部間との格差が小さいことが明らかとなった。経済発展段階が進展するほど都市部と農村部の所得格差あるいは経済環境は均一化されてくるのが通例であるから、相対的にわが国より経済発展の程度が遅れているタイにおいて、国内の経済格差がわが国より相対的に大きいのはある意味で当然であるといえよう。

この比較研究において最も興味深い点は、タイにおいては経済的に貧しい地方は、すなわち経済環境が劣悪な地方は医療環境においても劣悪であるのに対し、わが国においては経済的に裕福でない地方ほど医療環境の側面では良好であるということである。これは経済学的に個人の合理的行動とは関係なく、社会制度の違いに起因するところが多いと考えられる。すなわち、タイでは国民健康保険制度が存在せず、とりわけ農村部では医療費の支払が全額個人負担になることも珍しくなく、経済的に困窮している状況においては医療費の支出はままならず、したがって医療サービスの需要が経済的に裕福な都市部ほどないことが大きな理由である。医療サービスの需要がなければ供給側の医療従事者の数もおのずから減少していく。

これに対し、わが国では都市部と地方ではその人口構成比の違いから、高齢者の比

率が相対的に地方のほうが高い。すると、医療サービスの需要という観点から見れば、高齢者の比率の高い地方ほど医療サービスの需要も大きいことは想像するに容易である。これにわが国の医療報酬制度の特徴を加味すれば、病院経営の安定性が都市部と地方で大きく異ならないであろうことが、この結果に直接つながっていると考えられる。経済発展段階が異なる2国において、医療サービスの需要のその地域の所得への影響は大きく異なる。わが国において医療サービスの需要とその地域の所得の間になんらの因果性も認められないが、発展段階が相対的に遅いタイでは、医療サービスの需要が促進されることによって住民の健康状態が良好になり、そのことが乳幼児死亡率の減少や平均余命の延長につながり、生産性や所得の増大につながっていくと考えられるのである。とりわけ、医療サービスの供給側たる医療従事者を増やすための人材育成が急務であるといわざるを得ない。この人材育成が途上国の経済発展を速める特効薬になる余地は大いにあると考えられる。



	医師数(人)	看護師数(人)	保健婦数(人)	人口(人)	医師1人当たりカバー人口(人)
北海道	11540	59381	2456	5699995	493.934
青森	2516	14397	608	1478139	587.496
岩手	2469	13923	641	1416492	573.711
宮城	4481	18419	829	2355321	525.624
秋田	2155	11096	539	1201072	557.342
山形	2307	10940	499	1253416	543.310
福島	3686	19430	747	2136618	579.658
茨城	4248	19034	810	2995691	705.200
栃木	3782	15354	554	2007582	530.825
群馬	3858	16544	725	2024818	524.836
埼玉	8447	36556	1161	6893833	816.128
千葉	8426	32874	1385	5887113	698.684
東京	32157	80520	2543	11829931	367.880
神奈川	14195	47159	1356	8391812	591.181
新潟	4270	20699	910	2493747	584.016
富山	2452	11116	457	1126406	459.383
石川	2809	12709	435	1185348	421.982
福井	1685	8229	336	830329	492.777
山梨	1679	6898	514	892374	531.491
長野	3948	18109	1096	2219884	562.281
岐阜	3476	16135	703	2115277	608.538
静岡	6223	25759	1074	3769784	605.782
愛知	12637	48443	1515	6974481	551.910
三重	3319	14274	471	1861102	560.742
滋賀	2498	9710	513	1323445	529.802
京都	7093	22777	818	2633553	371.289
大阪	20586	60954	1400	8804432	427.690
兵庫	10879	42588	1282	5460516	501.932
奈良	2706	9954	393	1446795	534.662
和歌山	2472	10251	341	1075988	435.270
鳥取	1615	6509	254	614766	380.660
島根	1807	8738	441	765866	423.833
岡山	4673	20676	756	1957880	418.977
広島	6588	29922	1014	2884178	437.793
山口	3488	17652	645	1542668	442.279
徳島	2222	10266	326	830988	373.982
香川	2482	11308	427	1028905	414.547
愛媛	3363	17741	564	1501613	446.510
高知	2128	10782	422	811987	381.573
福岡	12822	55372	1162	4988306	389.043
佐賀	1910	10934	356	884486	463.082
長崎	3637	188751	569	1529589	420.563
熊本	4585	24241	698	1864638	406.682
大分	2750	14416	487	1227561	446.386
宮崎	2440	15139	421	1175797	481.884
鹿児島	3818	23828	673	1790829	469.049
沖縄	2465	11961	455	1301079	527.821
全国	255792	1042468	36781	126486430	494.489

看護師1人当たりカバー人口(人)	保健婦1人当たりカバー人口(人)
95.990	2320.845
102.670	2431.150
101.738	2209.816
127.875	2841.159
108.244	2228.334
114.572	2511.856
109.965	2860.265
157.386	3698.384
130.753	3623.794
122.390	2792.852
188.583	5937.841
179.081	4250.623
146.919	4651.959
177.947	6188.652
120.477	2740.381
101.332	2464.783
93.268	2724.938
100.903	2471.217
129.367	1736.136
122.585	2025.442
131.099	3008.929
146.348	3510.041
143.973	4603.618
130.384	3951.384
136.297	2579.815
115.623	3219.502
144.444	6288.880
128.217	4259.373
145.348	3681.412
104.964	3155.390
94.449	2420.339
87.648	1736.658
94.693	2589.788
96.390	2844.357
87.393	2391.733
80.946	2549.043
90.989	2409.614
84.641	2662.434
75.309	1924.140
90.087	4292.862
80.893	2484.511
8.104	2688.206
76.921	2671.401
85.153	2520.659
77.667	2792.867
75.156	2660.964
108.777	2859.514
121.334	3438.907

	1人当たり県民所得(単位:千円)
北海道	2731
青森	2489
岩手	2619
宮城	2776
秋田	2574
山形	2629
福島	2737
茨城	3047
栃木	3181
群馬	3022
埼玉	3280
千葉	3243
東京	4230
神奈川	3326
新潟	2941
富山	2982
石川	2996
福井	2904
山梨	2885
長野	2969
岐阜	2931
静岡	3073
愛知	3598
三重	2874
滋賀	3271
京都	3015
大阪	3359
兵庫	3088
奈良	2827
和歌山	2436
鳥取	2604
島根	2485
岡山	2764
広島	3019
山口	2855
徳島	2716
香川	2881
愛媛	2456
高知	2357
福岡	2703
佐賀	2589
長崎	2426
熊本	2552
大分	2664
宮崎	2336
鹿児島	2311
沖縄	2183
全国	3104

研究協力者 水上 脩 (聖徳大学短期大学部教授)

**研究要旨** 前回まで、施設で生活している痴呆性高齢者に見られる問題行動、異常行動について分析してきた。その発生原因や表出する行動について調査した結果、それらの行動は、高齢者を囲む環境、とくに人的環境によって影響されていることが分かった。今回の調査では、問題行動や異常行動が生じた場合、職員がどのような対応をしているのか、また、その対応は適切であったかについて調査した。対応の仕方によって、行動が収まったり緩和するケースがあり、人的な環境が高齢者の生活を左右する大きな要因になっていると思われた。

#### A. 研究目的

前回、特別養護老人ホームで生活する痴呆性高齢者の問題行動や異常行動は、どうして発生するのかをまとめた。その結果、①体調不良によるもの、②痴呆であると自分自身認識できないから、③承認欲求が満たされないため、④失禁不安があるため、であった。発生原因では、4つの原因のうち、3つが心理的なものによるものであった。また、体調不良によるものについても、体調不良そのものに起因するのではなく、体調不良を理解してくれない苛立ち、あるいは、痴呆のため自分で体調不良の兆候を理解できないもどかしさから発生するのがほとんどであった。痴呆性高齢者の問題行動も、痴呆性高齢者の心理を理解し、いかに対応するかによって解消するのではないかと考えた。

そこで今回の研究では、特別養護老人ホームの職員が痴呆性高齢者に対してどのように対応しているか、その対応方法に問題がないかを調査した。心理的な問題が原因で発生するとすれば、痴呆性高齢者の介護に直接携わる職員の言動が、高齢者の問題

行動に影響していると考えたからである。問題行動が生じた場合、どう対応したら問題行動が収まったのか、どう対応した問題行動は収まらなかったのか、あるいはひどくなくなったのかを調査した。

#### B. 研究方法

今回の研究は前回と同様、特別養護老人ホームで発生した痴呆性高齢者の問題行動、異常行動33事例(関東地区)をとりあげた。高齢者の問題行動、異常行動に職員がどのように対応したか、そして痴呆性高齢者はその対応にどう反応したかを調査した。調査は、日本老年行動科学会のケースワーク研究会(ACS)で行っている事例研究フォーマットを活用している。

なお、発生した行動に何度も対応しているので、1事例必ずしも1回の対応ではない。また、33事例中、痴呆性高齢者の示す行動への対応について書かれていない事例が7事例あった。したがって実際の調査では、33事例ではなく、26事例が対象となった。

調査では、痴呆性高齢者の行動に対して、

どのような対応をしたらどう反応したかを、肯定的な反応、否定的反応に分類した。痴呆高齢者の反応では、重度、軽度の程度の差による特別な分類はしていない。

### C. 研究結果

問題行動は、痴呆性高齢者が他の入居者と諍いを起こしたとき、物盗られ妄想を抱いたとき、興奮して何かを訴えてきたとき、家族のことが気になったとき、徘徊が激しいとき、行動を抑制したとき、行為を禁止されたとき、自分の言いたいことが伝わらないとき、話を良く聞いてくれないとき、などに発生している。そうした言動に対して職員はどう関わっているのだろうか、また、高齢者はどのような関わり方に肯定的反応や否定的反応を示しているのだろうか。

肯定的反応は、次のような対応の仕方に多く見られた。

1、何か役に立つことをしたいという訴えに対して。

- ① 助かりますと感謝の言葉を述べる(2事例)。
- ② 役割を果たせるよう環境を整える(洗濯したい人には洗剤を渡し洗濯してもらい、車椅子を押したいという人には車椅子を押してもらい、おしぼりをたたみたいという人にはおしぼりをたたんでもらう、食後の後片付けをしたい人には食器を片付けてもらい、ごみを出したいという人にはごみを出してもらい。5事例)。

2、入居者と諍いを起こしたり、同室者とうまくいけなくなったとき。

- ① 声をかけ、他者とコミュニケーションできるよう橋渡しする(3事例)。

3、物を盗られたという妄想に対して。

- ① 一緒に探す。

② 警察に被害届けを出すという訴えに対し、一緒に警察に行く。

4、訴えを受容し要求に応える。

- ① 目薬をさす、買い物に行く(2事例)、リハビリをする(2事例)。

5、専門職が対応する。

- ① 体調が悪いという訴えに、看護婦が対応する。

6、問題行動を阻止せず、付き合ったり気晴らしをしたりする。

- ① 外出、徘徊に付き合う(5事例)。

- ② 気晴らしにドライブに行く(1事例)。

7、家族関係に配慮する(7事例)。

- ① 家族から手紙をもらう。

- ② 家に帰る(宿泊、外出)。

- ③ 先祖の位牌を置く。

- ④ 家族を施設に呼ぶ。

- ⑤ 電話をかける。

- ⑥ 家族と外出する。

- ⑦ 墓参する。

8、その他。

- ① 歌の好きな人に好きな歌を歌ってもらい。

- ② 問題行動を起こす前兆を察知し、前もって声かけして防ぐ。

- ③ 職員に対する苦情に対して職員がすなおに謝る(2事例)。

- ④ 落ち着かせるよう常に声かけを欠かさない(3事例)。

- ⑤ 長生きしてもしょうがないという言い方に対して、長生きしてねと励ます。

- ⑥ 行事に誘う。

ホームの行事に積極的に参加してもらい。

以上の対応では肯定的反応が見られ、問題行動が一時的なものも含めて収まっている。

否定的反応は、次のような対応の仕方に

見られた。

1、注意や制止をする。

- ① 車椅子からの転倒を注意し安全ベルトをかける（興奮は収まらない2事例）。
- ② 収集癖を注意する（花を摘んでしまう、トイレトペーパーを集める、など）。
- ③ 暴力行為を注意する。
- ④ 他者の車椅子を押すことを注意する（役立ちたい気持ちを認めない。2事例）。
- ⑤ 飲酒を注意する。
- ⑥ 喫煙を注意する。

2、妄想や拒否に対して説得する。

- ① 物やお金をとられたという訴えに盗られていないと説得（3事例）
- ② 入浴拒否する高齢者に入浴させようとして説得する。
- ③ 通帳に残高がないのにお金を下ろしてくれといわれたので、お金はないと説得した。
- ④ 発汗が激しいので衣類を脱ぐように説得した。
- ⑤ 医者に行きたくないのに医者に行くように説得した。
- ⑥ 妻を捜す。ここに妻はいないので、出かけないよう説得。

3、環境を変化させる

- ① 気が進まないのに気分転換になると思いい旅行に参加させた。
- ② 同室の入居者とうまくいかないの部屋を換えた（3事例）。

4、その他

- ① 要求が分からないので何度も聞き返した（言語障害があるため、職員に意思が伝わらない）。
- ② 話をしたいのに、職員は忙しくて話を聞いてくれない（2事例）。
- ③ 失敗（失禁）を見られた。
- ④ 将棋で高齢者を負かしてしまった。

⑦ 訴えにすばやく対応してくれない（食事の量が人と比べて少ない、おやつをくれない、便が出た、ティッシュペーパーを取ってくれ、などの訴えにすばやく対応しない）。

⑧ 何か役に立ちたいが、無理してしなくて良いとか、できないからと拒否された。

以上の対応では否定的な反応が見られ、問題行動は収まらず、むしろ悪化している。

#### D. 考察

以上の結果から、肯定的反応を表したのほどのように対応したときか、また、否定的反応を示したのほどのように対応したときかを考察してみる。

肯定的反応を示したとき。

最も多く肯定的反応を示した事例は、家族関係に配慮した事例と施設内で何かの役に立ちたいという訴えに応えた事例で、それぞれ7事例あった。高齢者本人からの要求に対して、何らかの形で家族との連絡を密にしているケースでは、家族関係が高齢者に与える影響がいかに大きいかを示している。また、何かの役に立ちたいでは、痴呆性高齢者といえども、まだ社会性は十分残っているということを示している。

次に多かったのは、問題行動が起こったとき、それを阻止しようとするのではなく、付き添う、あるいは見守る、気晴らしにドライブに行くという対応で、6事例あった。とくに徘徊では、徹底的に徘徊に付き合うこと、また、気晴らしにドライブに連れて行くことが良い結果を生んでいる。

次に多かったのは、訴えを受容し要求に応える（3事例）であった。職員が要求に対して、面倒くさがらずに買い物に付き合ったり、リハビリをしてあげたり、目薬を

さしてあげることが良い反応となっている。

次に、否定的反応を示したときはどのような対応をしたときだろう。

最も多く否定的反応を示した事例では、注意や制止をする（8事例）、妄想や拒否に対して説得する（8事例）であった。このような対応では、問題行動がいつそう激しくなったり、不安や混乱をさらに増幅させている。注意や制止は、自分がしようとしていることに制限が加えられることになるので、なぜ自分が注意されなければならないかを理解できない痴呆性高齢者にとっては理不尽な対応と考えられる。また、説得は、自分が正しいと思っしてしていることを間違いだと指摘されたり、嫌だということを無理やりさせられる対応であり、否定的反応となるのは当然である。

否定的対応については、肯定的対応よりかなりはっきりしたパターンが見られ、注意や制止、説得、環境を変化させるに多くの事例が該当していた。

## E. 結論

今回取り上げた33事例中26事例では、かなり一般的な傾向が表れている。どのような対応をしたら肯定的反応が表れ、どのような対応をしたら否定的反応が表れたかを、痴呆性高齢者の心理的側面から考えてみる。

肯定的反応の全事例を見、一般的な傾向を見てみると、肯定的反応がみられるのは、職員の対応が受容的である場合である。問題行動に対して、高齢者の側から問題を捉えようとしている。高齢者の行動をいったん受け入れ、発生原因を捉えようとしている。また、高齢者の気持ちをありのままに理解しようとしている。

痴呆性高齢者にとって、家族への思いが

いかに根深いものかがわかる。したがって、家族への思いに配慮し、家族と共に問題を解決していこうとする職員の対応には肯定的な反応を示している。

痴呆性高齢者の社会性に目を向けている点も重要である。痴呆性高齢者は、とかく病的に扱われ、何もできない人、すべての機能を失ってしまっている人と思われがちだが、痴呆性高齢者の社会的側面を大切にしようとする対応では、肯定的反応を示している。人の役に立ちたい、社会の中で何かをしたいという欲求は、痴呆になっても失われていない。社会的な人格を失わず、そこに自分の存在意義を見出そうとする欲求は残っているのである。それを否定するような対応や、プライドを傷つける対応、羞恥心に配慮しない対応では高齢者の行動を悪化させている。

次に否定的反応の特徴を見てみよう。

注意や制止は、痴呆性高齢者の自由に歯止めをかけることになる。自分では正しいと考えて起こす行動を注意されたり抑制されたりするわけである。痴呆性高齢者には、記憶の障害、見当識の障害がある。したがって、自分のとった行動を間違った行動などとは思ってもいない。対応する職員の見ればおかしい行動と思われるものでも、彼らには当たり前行動なのである。問題行動を当たり前行動として理解できないことが問題をこじらす結果となっている。

次に、説得も行動の正当性を信じている高齢者にとってあまり意味のない対応である。痴呆性高齢者にしてみれば、なぜ自分が説得されて行動を改めなければならないかが理解できないのである。

対応としては、痴呆性高齢者特有の障害や行動を正しく理解し、問題行動を止むに

止まれぬ切羽詰った行動としていかに受容していくかが、重要なポイントとなろう。

#### F. 痴呆性高齢者の介護予防の推進について

今まで、痴呆性高齢者の健康について考察してきた。その結果、施設で生活する痴呆性高齢者にとって、人的、とくに介護に携わる職員の対応がいかに高齢者の健康を左右するかがわかった。痴呆性高齢者の健康にとって、物理的環境を整えることも大事だが、それにも増してケアに当たる「人」の影響が大きい。痴呆性高齢者といえども、私たちと同じ人間であり、羞恥心もあればプライドもあり、承認欲求や達成欲求もある。痴呆性高齢者の社会的側面を重視した受容的対応が、その生活を安定したものにしている。

また、痴呆性高齢者に対応する職員の側からいえば、仕事に追われ一人一人に対応する時間がない現状を理解することも必要である。仕事の手順を整えたり、働きやすい職場環境を整備していくという課題である。痴呆性高齢者の健康には、施設全体のケアのありようだけを考慮すればよいというものではない。働きやすい職場環境をいかに作るかにまで配慮する必要がある。

## 5.生涯健康を目指した健康増進活動の推進

⑧健康な生活環境・居住空間づくりとしての健康増進活動の推進  
高齢者の健康維持を目的とした小規模高齢者通所施設  
の人的・社会文化的環境について

東京大学大学院 西野達也

### 1.研究の背景と目的

近年、日本の高齢者福祉政策は、高齢者本人の在宅生活の支援を重視する方針へ移行しつつある。そのような中で、デイサービスセンターは、介護する家族の負担の軽減のため、或いは高齢者本人の社会的接触の場として、その存在意義がますます大きくなると考えられる。しかしながら、現状においては、いまだに利用する高齢者の視点に立った施設づくりが行われていないという点で問題が少なくない。例えば、高齢者が介護の必要な状態になってから利用を開始しても集団に馴染みにくい、利用者が好むと好まざるとに関わらず参加を求める集団的プログラム、利用できる曜日があらかじめ指定される等である。

そのような状況の中で、制度の限界を超えるための自治体独自の試みも見られる。その一つである東京都M市での実験的ミニデイサービス施設（以下、ミニデイと略す）では、健康維持・予防という観点から要介護認定を受けていなくても希望すれば利用可能である施設もある。現行制度では、高齢者通所介護施設は、介護が必要になってから利用することになる、いわば対症療法的な位置づけにあることを考慮すると、通所施設を予防的な位置づけにした点で革新的である。従ってこれらの施設の実態を検証することは、今後の施策のあり方を問うためにも重要であるといえる。

本稿は、実験的な小規模高齢者通所施設における参加者と場の構造の把握によって、通所施設のあり方を考察する研究の一部である。高齢者の心身の健康を維持することを目的とするミニデイでは利用者の主体的な参加が前提となるため、各ミニデイが利用者の参加を促すような雰囲気構築できるかは重要な点であると考えられる。従って、本稿の目的は、ミニデイにおける現象を条件付けている、運営者と利用者らを含む

「人的環境」、制度的な事業内容、プログラム等の「社会文化的環境」の実態を明らかにすることである。

### 2.本研究の位置づけ

1979年に厚生省によってデイサービス事業が制度化されて以降、デイに関する研究には多くの先行事例があるが、いずれの場合にも研究の対象は制度内のデイである。本稿の対象とするミニデイは自治体の補助金事業であり介護保険制度の枠からはずれた高齢者の潜在的ニーズに答えているといえる。従って、その実態を明らかにすることは通所施設全体の枠組みやあり方を問い直すという点で重要である。

また本稿の対象とする各施設は補助金助成の規定により独自性を発揮しやすい仕組みとなっている（図・1）。これは介護保険制度のデイのもつ均一なサービスの提供の方針とは異なり、各施設が独自の方針をもち、地域の実情にあわせた運営を行うことを目的としている。従ってこれらの施設の差異の様態とその要因を明らかにすることは、地域に密着した施設計画に関する重要な知見をもたらすと考えられる。

#### 3-1.研究の方法

東京都M市で展開される4つのミニデイを対象として、2002年4月から12月まで、各施設における利用者の行動観察調査を断続的に行った。またM市高齢者福祉課担当者及び各施設運営者へのインタビュー調査・資料収集を適宜行った。2002年12月には各施設の利用者の属性調査を行った。

#### 3-2.調査対象施設の概要 [社会文化的環境その1]

表・1に各施設の主な概要を、図・2に平面図を示す。本事業では地域の資源を有効活用することも一つの目的であり、施設A・B・Cはそれぞれ、既存の住宅、被災者用住宅、倉庫を改修の上、転用して使用しており、施設Dのみ新築である。サービスに関しては4施設ともミニデイサービスを基本としているが、施設Cのみ同時にショートステイサービスも提供している。運営団体は、施設A・Dが地域住民グループ、施設B・

●T事業は「公助・自助・共助」のバランスの取れた役割分担による地域福祉の推進を進める上で、長い歴史と層の厚いボランティアなど、・・・地域福祉に対する市民の自主的な提案（共助）に対して、行政が場所と財源について支援を行うしくみです。

●私たちは、地域に生き、地域社会の中で多くの人たちと共に支え合って生きています。高齢者や障害者が住み慣れた地域で、障害をもったとしてもその人の個人としての尊厳を大切にしたい生活を送るためには、本人はもとより、家族や知人、ボランティア、NPO等による支えあいのしくみが必要です。

●本人の自立・自尊の精神を大切にしながら、その人にあった多様なサービスを柔軟・軽快に提供するために「近・小・軽の家」T事業を実施します。

#### 5つの挑戦

- 1.住民ニーズに応じた柔軟・軽快なサービスの提供
- 2.民間の力の活用（作る福祉から使う福祉へ）
- 3.介護保険の限界を乗り越える
- 4.利用者が当事者としての役割を担って参加できる福祉へ（自尊の尊重）
- 5.地域に活力を生み出しサラリーマンが地域に参加する場を創出

図・1.M市T事業概要（※文献1）



Cが地域介護や障害者施設運営のNPOである。開設曜日は、施設A・Dが平日のみ、施設Bが月～土、施設Cが年中無休である。

#### 4.調査の結果と考察

##### 4-1.利用者属性〔人的環境その1〕

表・2～表・5にそれぞれ各施設別の利用者の概要、ADL、痴呆の程度の割合、要介護度の割合、図・3に施設開設直後からの月別の平均利用者数を示す。男女別は、施設Cを除いてどの施設も利用者はほとんど全員が女性であった。利用者の平均年齢はどの施設もほぼ80代前半であった。表・2～表・5により施設Cの利用者の属性が他の施設の利用者とは傾向が異なることがわかる。つまり施設A・B・Dの利用者の傾向は、ほぼ全員が女性で、ADLもほぼ全員が自立であり、要介護度の認定もなく、痴呆の程度も軽い。一方、施設Cの利用者は、ADLが他施設に比べて低く、痴呆の程度も重い。（但し施設Cの利用者の要介護度は不明の場合が多いのためここでは判断できない。）従って施設A・B・Dは比較的健康な人を対象とする「予防型」、施設Cは痴呆性の高齢者を対象とする「痴呆特化型」と分類可

能である。施設A・B・Dは表・1に示す利用対象者の規定に沿ったものである一方、施設Cは特に利用者に制限を設けなかった結果、利用者層が痴呆性高齢者に特化した結果となった。これは痴呆性老人の受入れ先を求める潜在的ニーズが反映されたものといえる。

図・3は各施設の利用者の居住形態の割合を示す。施設A、B、Dでは、単身者が半数近くを占めており、特に「予防型」のミニデイが、独居者の社会的な接触の場としての役割を果たしていることを示している。

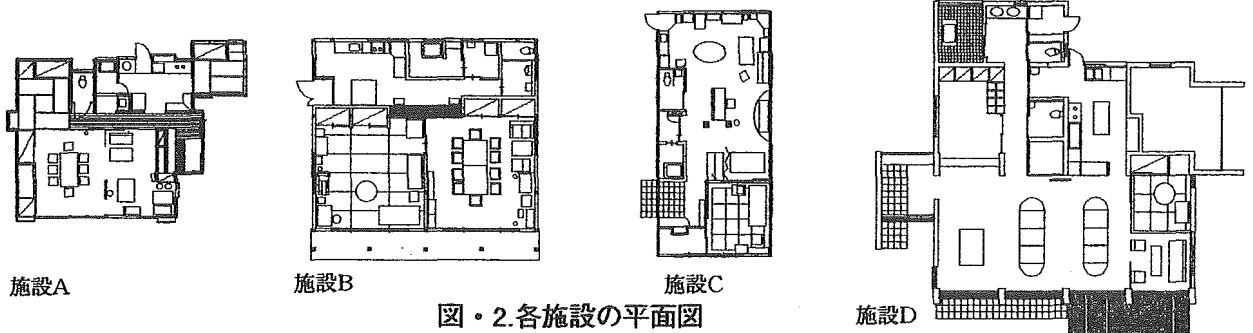
図・4は各施設の開設後からの月別の一日当たりの平均利用者数の推移を示す。施設Dの平均利用者数が9人から15人の間での変化が激しいが、施設A・B・Cは、開設1年をすぎた頃から、それぞれ8人、5人、2人程度で安定してきていた。

##### 4-2.プログラム〔社会文化的環境その2〕

図・5に各施設毎の曜日別プログラムを示す。施設Aでは火曜日の午後以外に特にプログラムはなく、専ら各人が手工芸等をして過ごす。基本的には内容は自由だが、手を動かすことが暗黙のルールとなっている。施設Bでは、月に4回のプログラムがあるもののそれ以外は、各人が好きなことをして過ごす。第2・4水曜の

表・1.各施設の概要（※文献2）

記号	A	B	C	D
開設日	平成11年11月1日	平成12年4月17日	平成12年5月11日	平成12年6月19日
敷地面積	369.28㎡	229.93㎡	210.00㎡	727.96㎡
延床面積	88.23㎡	100.58㎡	76.45㎡	159.31㎡
利用対象者	自立・要支援程度 (軽度の痴呆の受入れも可)	自立～要介護2程度 (軽度の痴呆の受入れも可)	特に制限なし (痴呆の受入れも可)	自立・要支援程度 (軽度の痴呆の受入れも可)
事業内容	・ミニデイサービス(会食・趣味活動)	・ミニデイサービス(会食・趣味活動) ・保健婦による健康相談(隔週1) ・送迎(徒歩) ・喫茶部(週1)	・ミニデイサービス(会食・趣味活動) ・緊急ショートステイ ・入浴 ・喫茶室(週1)	・ミニデイサービス(会食・趣味活動) ・入浴
開設日	月～金(祝日も開設)	月～土(祝休)	年中無休	月～金(祝日も開設)
基本開設時間	8:30～17:00	9:00～19:00	24時間	9:00～17:00
基本利用時間	10:00～16:00	10:00～16:00	10:00～16:00(デイ)	10:00～16:00
但し基本開設時間内でも利用希望があれば柔軟に対応				午前7～9時、午後5～8時は応相談
利用料金	昼食代500円(おやつ代含む) 趣味活動のみ参加、又はおやつのみの場合100円	デイ(基本料金300円、 昼食・おやつ代500円) 徒歩による送迎100円(片道) 喫茶のみ利用300円	デイ(基本料金300円、昼食代500円 おやつ代100円、入浴代200円) ショートステイ6,000円(食費込み) 喫茶のみ利用100円	デイ(基本料金300円、 昼食・おやつ代500円) 入浴代(終日200円、半日300円) 喫茶のみ利用100円
運営主体	グループ救の会	日本アビリティーズ協会	NPO法人パーソナルケア・K	グループ朝霞
組織	・運営委員会(代表・事務担当・チーフスタッフ2名の計4名)を月1回開催 ・3ヶ月に1回「救の会」全体会を開き、意見交換等をおこなう	・協会より常勤職員1名を派遣 ・地域住民で構成された運営委員会を月1回開催。喫茶部やイベント等の運営企画に参加している	・法人本部で代表、広報営業、経理を担当。運営打合せ会を月1回開催	・役員会(代表、副代表、会計、書記、監事の6名)とワーキングチームスタッフ21名により構成。両者とも月1回会合を開催。
スタッフ体制	曜日毎にチーフスタッフ1名、サポートスタッフ2～3名	非常勤スタッフ4名がローテーションを組む	日中は常勤スタッフ1名をおき、人手が必要な場合には適宜スタッフを増員	常勤1名(代表、副代表による交代)、通し2名、早番1名(ワーキングスタッフによるローテーション)を配置



図・2.各施設の平面図

表・2.各施設別の利用者の概要 表・3.各施設別の利用者のADL

ADLは下記の3段階で評価した  
3;自立、2;一部介助、1;全介助

	女性の割合 (%)	平均年齢 (歳)	平均利用期間 (か月)	開設からの期間 (か月)
A	95	81.2	33.4	37
B	94	80.3	18.5	32
C	79	84.7	不明	31
D	100	83.3	21.3	30

	ADL					
	食事	排泄コントロール	トイレ使用	移動	着脱衣	入浴
A	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
B	2.9	2.9	2.9	2.8	2.8	2.8
C	2.7	2.1	1.7	1.7	1.9	1.4
D	3.0	3.0	3.0	2.9	3.0	不明

痴呆スケール (BERGERの痴呆スケール)  
0;痴呆なし  
1;物忘れがあるが、日常環境ではほとんど理題なし  
2;既知の環境においては自立している  
3;既知の環境においては指導、助言を必要だが、指示のみで十分である  
4;指示だけでは不十分で、具体的な介助を必要とする  
5;日常行為全てに介助が必要であり、言語による会話が成立しない  
6;寝たきり、車いすに座ったままで言葉に無反応。身体接触のみに反応。

表・4.各施設別の利用者の要介護度別の割合

	なし	要支	1	2	3	4	5	不明
A	0.89	0.00	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
B	0.47	0.24	0.24	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00
C	0.00	0.00	0.00	0.05	0.21	0.00	0.05	0.68
D	0.73	0.06	0.09	0.03	0.00	0.00	0.00	0.09

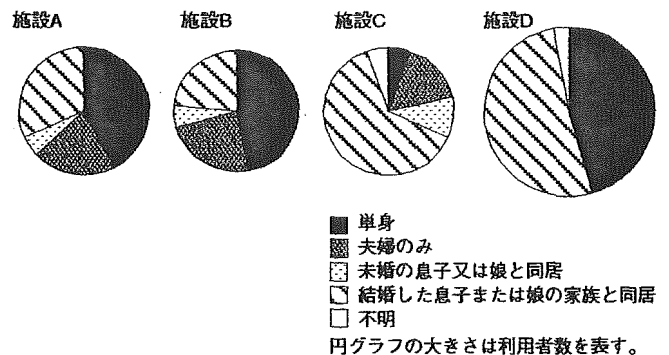
表・5.各施設別の利用者の痴呆の程度別の割合

	なし	1	2	3	4	5	6
A	0.68	0.21	0.05	0.05	0.00	0.00	0.00
B	0.76	0.06	0.06	0.06	0.06	0.00	0.00
C	0.05	0.37	0.00	0.21	0.21	0.16	0.00
D	0.82	0.09	0.00	0.09	0.00	0.00	0.00

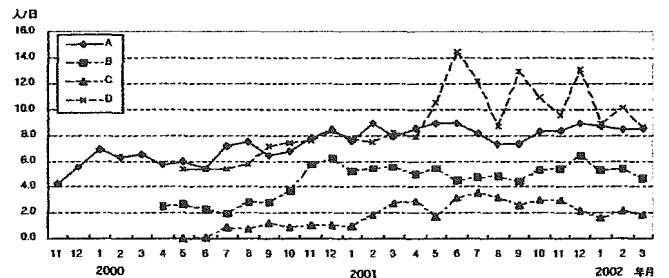
手工芸は、ある多芸なボランティアによるものであり、手工芸のためのボランティアが来ているというよりも、ボランティアの指導できることがプログラムとなっていると解釈した方がよい。つまり特定のボランティアの個人的な能力にプログラム内容左右されている。施設Cでは痴呆の程度が重い利用者が多いので、ほとんどプログラムはなく個別の対応である。施設Dでは日替わりで何らかのプログラムが提供される。図・5では各施設の差異が表れているが、プログラム提供の有無は、利用者の身体状況、運営方針等によるものと考えられる。

4-3.スタッフ [人的環境その2]

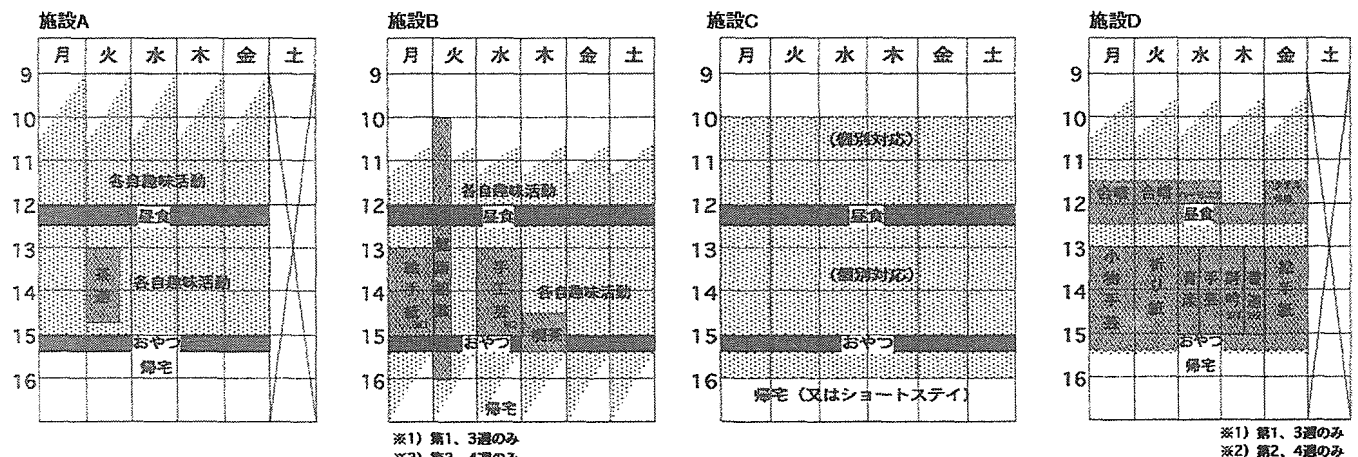
図・6に各施設のスタッフの主な仕事内容とシフトを示す。施設Aでは代表I氏が全体に気を配りサポートのスタッフが主に調理・配膳を担当している。施設BはNPO法人の非常勤スタッフのよるローテーション制である。施設Cでは主に訪問ケア主体のNPO法人のスタッフによるローテーションが組まれている。そのため痴呆の程度が重い利用者の対応も可能である。施設Dでは、チーフスタッフと調理スタッフとプログラムを



図・3.各施設の利用者の居住形態の割合



図・4.各施設の開設後の月別日平均利用者数の推移



図・5.各施設の曜日別プログラム

担うボランティアの分業によって運営されている。プログラムのボランティアは、運営者の知り合いのピアノの先生や元幼稚園の先生等18人が参加している。

表・1のとおり施設A・Dは地域住民の有志による運営であるのに対して、施設B・Cは他地域のNPO法人による運営である。特に前者の運営スタッフの属性を図・7に示す。施設Aの運営団体「グループ萩の会」は、代表を中心に彼女の所属する民生委員、日赤奉仕団分団での知り合いから構成されている。つまり「グループ萩の会」は代表を中心に構成された集団と言える。一方、施設Dの運営団体「グループ萌黄」は、主に副代表が所属する各団体における知り合いが多いが、その知り合いが所属する他団体での知り合いや全く新しいメンバーも所属しており、メンバーに広がりが見られる。つまり「グループ萌黄」は、施設Dの運営のために有志的に集結した集団と言える。両集団は異なる形成のされ方であるが、住民集団の集まり方として典型的な型であると考えられる。

図・8はプログラムの一つである絵手紙作り（はがきの裏に水彩絵具で季節の絵を描く）のボランティアのネットワークを示す。市の公会堂で月に2回開催される「絵手紙の会」の会員で指導資格を持った者が、市内のコミュニティセンターやデイサービスセンター、ミニデイ等でボランティアとして絵手紙の描き方を教えている。このようなボランティアと地域の運営者がうまく協働・分業していく方法は住民が特技を生かした関与が可能となるため有効である。

### 5.まとめ

本稿では4施設における異なる状況を生み出す人的・社会文化的な環境の側面を明らかにした（表・6）。

- ・施設A、B、Dは、利用者は自立した高齢者がほとんどの「予防型」と位置づけられた。これらは独居高齢者の社会的接触の場としての役割が大きい。うち施設A、Dはともに地域住民団体による運営であるが、スタッフ構成やプログラム提供において差異が見られた。施設Bはスタッフ構成においてはA、Dと異なるが、プログラム提供においては施設Aと似ている。
- ・施設Cは「痴呆特化型」と位置づけられた。運営団体は施設Bと似ているが、プログラム提供においては利用者の属性により個別対応であった。

また以上の状況を生み出す人的な背景をも合わせてケーススタディを行った。

また以上の状況を生み出す人的な背景をも合わせてケーススタディを行った。

施設	A	B	C	D
利用タイプ	予防	予防	痴呆特化	予防
運営者	地域住民	NPO	NPO	地域住民
プログラム提供	少	少	ナシ	アリ

表・6. 四施設の分類

施設A

	チーフ	サポート2~3名
主な仕事	全体統括・事務	調理・配膳
月	代表(女性) 又は事務担当(男性) (代表不在時)	日本赤十字奉仕団分団長+他1
火		日本赤十字奉仕団分団副団長+他1
水		民生委員+他1
木		ボランティア+他1
金		民生委員+他1

施設B

非常勤スタッフ×4名	
主な仕事	調理・配膳・工夫指導・話し相手・事務等
月	男性(71歳、ヘルパー2級) 男性(70歳) 女性(ヘルパー2級) 女性(ヘルパー1級、介護福祉士、ケアマネジャー)の4名によるローテーション
火	
水	
木	
金	
土	
日	

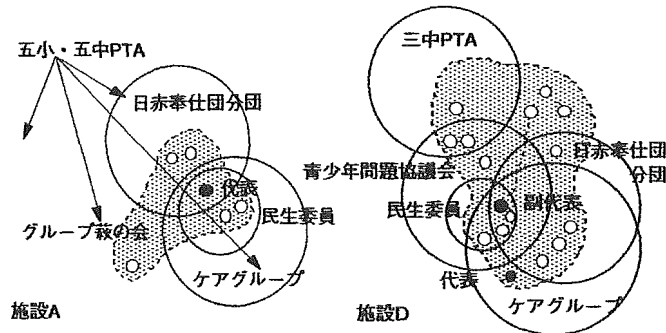
施設C

	常勤スタッフ×1名	非常勤スタッフ
主な仕事	介助・調理・配膳・話し相手等	
月	女性スタッフ (2級ヘルパー)	必要に応じて適宜スタッフを増員(2級ヘルパー)
火		
水		
木		
金		
土		
日		

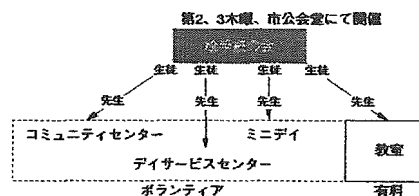
施設D

	チーフ×1	ワーキングスタッフ×3	プログラム担当
主な仕事	全体統括・事務	調理・配膳	プログラム指導
月	代表(女性)	運営グループスタッフによるローテーション制(女性)	地域のボランティアによるプログラム毎の当番制
火	副代表(女性)		
水			
木			
金			

図・6. 各施設の曜日別スタッフ構成



図・7. 施設A・Dのスタッフ属性



図・8. 絵手紙ボランティアの組織と活動範囲

### 参考文献

- 文1) テンミリオンハウス事業パンフレット、武蔵野市、2000
- 文2) 武蔵野市高齢者福祉課資料、2002

## 国際社会における保健・医療の普及化の推進 —タイの医療地域格差と政策課題—

国際医療福祉大学医療福祉学部 助教授  
福永 肇

### 1. はじめに

健康であることは人間の基本的権利と考えられており、豊かな国の豊かな人々のみの特権ではない。発展途上国にとっても医療保健は大切なものである。しかし発展途上国では先進諸国との医療水準格差のみならず国内における都市と地方との医療地域格差もまた大きな課題となっている。本研究では発展途上国の例としてタイを取り上げ、発展途上国に於ける医療地域間格差と医療政策の考察を行った。

タイは近年の経済成長により、所得水準及び医療サービス水準は格段に上昇している。しかしタイは一国内に実に多様な経済発展段階の地域を抱えており、所得水準及び医療サービスは首都バンコクと地方との間に大きな格差が存在している。しかもその格差は経済成長に伴って拡大していくという問題点がある。発展途上国に於ける医療政策を研究するにあたってタイを分析対象国に選んだ理由はここにある。

タイの医療制度に関する邦文先行研究は埼玉大学とチュラロンコン大学との共同研究<sup>1)</sup>が一件検出できたのみで、その他は調べる限りでは発

見出来なかった。また外国語文献も多くはなく研究は難航した。以上の事由からタイの医療制度、医療政策の研究を進めるにあたってはまずもってタイの医療事情を理解する基礎研究の必要とされた。以上から本研究はタイの医療制度に関する邦文での最初の基礎研究として位置付けられる。

研究手法は保健統計の解析を主としている。タイの公的機関発表の医療保健統計では経済分析に活用したい金額ベースでの統計は多くないが、死亡率や病院数、医師数などの指標、数量ベースの資料は入手可能で、これらのデータ分析によりタイの医療の現状把握を試みた。また2000年に *Thailand Health Profile 1997-1998* がタイ公衆保健省により刊行され、タイの医療行政の歴史、医療保険システムについての概要を知ることが出来た。本研究でも事実面の知識はこの書物に拠る処が大きい。しかし研究における最終的な視点座標軸の設定は現地タイにおける病院での観察を基にしている。

### 2. 研究の構成

本研究は、序言と三部構成の本文、それに図表集で構成されている。

序言では研究目的が医療サービス水準の地域格差の是正を基本視座とすることが述べられる。

本文の構成は以下の通りである。まず第1部では近隣アジア諸国との比較によりタイの社会・生活水準を検証、理解した後、人口構造、