

## ホームヘルパーの労働負担と健康確保対策

重 田 博 正

### はじめに

2000年にホームヘルプ事業が介護保険に移行する直前の時期、ある自治体A市の公務員ホームヘルパー（以下「ヘルパー」と略）の間で業務に起因する頸肩腕障害・腰痛症が多発し、長期休業する者が続出するという事態が数年間にわたって起こった。その背景には次のような事情があった。この自治体の労使間ではホームヘルプ事業における公的責任が確認され、「重介護」ケースの民間委託については慎重に行う旨の覚書が取り交わされ、その結果「重介護」を要する利用者の比率が累積的に高まり、しかもサービスの質を重視したヘルパー集団は、記録やケース検討会議、諸機関との連携、等にも手を抜くことをしなかった。そのため介護の直接的負担だけでなく、時間外労働も増加し昼休憩の取得も困難になっていったのである。

ところが介護保険体制の下では、ホームヘルプサービスは主として民間事業所に雇用される「登録」「パート」「非常勤」等の不安定雇用労働者によって担われているが、今のところヘルパーの健康障害は社会的問題にはなっていない。しかし「問題になっていない」ということが「問題がない」ことを意味するものでないことは言うまでもない。そこには問題が問題として表面化しにくい構造（労働時間の相対的短さ、雇用関係の不安定さ、労働組合の組織状況、労働力としての需給関係、等が関与していると考えられる）の存在を想定するのが自然であって、

A市で頸肩腕障害や腰痛症を多発させた危険要因そのものはホームヘルプ労働の現実の中に広く一般的に存在している。

労働者の健康はそれ自体かけがえのない基本的人権である。と同時に医療、福祉、教育など人を相手とするヒューマンサービス労働の場合、サービスの質は決定的に「人」に依存し、労働者が健康であることはより良いサービス提供の基本的条件をなす。今後ますます進展する高齢化社会を見通して在宅介護のマンパワーを長期的安定的に確保するためにも、ヘルパーが健康で働き続けることのできる環境を整備することが重要である。

以下、第一章でホームヘルプ労働に伴う健康障害の危険要因を労働衛生の視点から検討し、第二章では介護保険制度に導入されたケアマネジメントシステムの先行国である英国におけるヘルパーの労働負担軽減策を紹介し、そのうえで第三章でヘルパーの健康を確保するための課題を提起することとする。

## 第一章 ホームヘルプ労働と健康障害の危険要因

ここでは必要な対策を検討する前提作業として、ホームヘルプ労働に伴う健康障害の危険要因を明らかにする。A市のヘルパーに多発した頸肩腕障害と腰痛症はともに頸肩腕部及び腰部の筋疲労を中核とした筋骨格系障害であり、病像形成にあたってはストレスによる精神神経性の疲労も大きく関与する。したがって本章では筋骨格系の負担とストレス性の精神神経の負担に着目しながらホームヘルプ労働の中に潜む危険要因を分析する。なおこの分析はA市でヘルパーの職業病が問題となった時期に彼女たちの協力で作成した資料「実例一ホームヘルパーの仕事と心身への負荷」(以下「実例」と略)<sup>1)</sup>の検討によって得られたものである。

## 1. 筋骨格系の負担

### 不良姿勢

身体介護では入浴介助，排泄介助，食事介助，着替え，清拭，洗髪，体位交換，車椅子介助，歩行介助等，どのケアをとっても中腰，かがみ込み，上体のねじり，体幹から離れた位置での上肢作業など，不良姿勢を伴わないものはない。また家事援助についても掃除機かけや床の拭き掃除など不良姿勢を伴う作業が少なくない。これらは腰部の負担となるだけでなく，中腰や上体のねじりなど不良姿勢をとりながらの上肢作業は頸肩腕部にとっても大きな負担となる。

訪問介護における不良姿勢の問題は，施設内介護と異なり，訪問先の家屋や居室の構造・設備・家事用機器などの条件によって不良姿勢が生み出され，あるいは問題が拡大されるという点に特徴がある。「実例」からいくつか例示しよう。

「狭い居室での掃除機かけ：空間が狭く掃除機の移動がスムーズにいかず常に掃除機の方を変えながら，また足元の荷物を中腰でどけながら行う。」

「物干しに布団や大きなコタツ布団も干すが，竿の位置が高すぎて，腕の力だけではできず，腰をそらし体で支えながら行う。」

「洗濯機が使えず，風呂場で洗濯板を使って手洗いをする。」

「浴室が狭く，下肢を洗うときは背を斜めにかがめた状態で行う。」

「狭い浴室にシャワーチェアを置くため身動きする空間がほとんどない状態で，頭から足先までを窮屈な姿勢で洗う。またシャワーがないため，浴槽からお湯を汲み上げるのにも無理な姿勢が続く。」

「布団に寝たきりの方のおむつ交換。ベッドとは違い，床に膝をついての前かがみで，腰が不安定な姿勢での作業になる。」

「高さ調整ができないベッドでのおむつ交換や清拭は無理な姿勢になる。狭い部屋に置いてあるベッドは，片側が壁で向う側に回ることができず，手前から対象者に覆いかぶさる格好で介護する。」

なお以上の点に関連しては，介護保険から福祉用具のレンタル費用（1割負担）や購入費（限度額10万円，1割負担），住宅改修費（限度額20万円，1割負担）が支給される。特殊寝台や体位変換器，入浴補助具などの福祉用具の利用あるいはトイレ，浴室などの住宅改造は，それらが適切に行われた場合介護者の負

担を大いに軽減することができる。しかしそれには制約条件がある。利用者が希望しない場合もあるし、また先の事例にみられるようにせつかくの介護機器も居室や浴室の狭さなど住宅の基本的な貧困さのために有効活用できないことも多い。また住宅改修については20万円という限度額のため改修内容に限界があり、また借家のため改修に家主の了解が得られない場合も少なくない。

### 重量負荷

筋骨格系の第二の問題として重量負荷の問題がある。関連する労働衛生上の基準としては、労働基準法による「危険有害業務」への女性の就業制限規定と厚生労働省の「職場における腰痛予防対策指針（以下「指針」<sup>2)</sup>）」の二つがある。

労働基準法上「重量物を取り扱う業務」は「女性の妊娠又は出産に係る機能に有害である業務」として「妊産婦以外の女性」一般についてもその就業が禁止されている。ヘルパーが行う身体介護のように「断続作業」として行われる「重量物を取り扱う業務」については、「満18歳以上」の女性の場合「30kg」未満がその取り扱い限度となっている（法第64条の3、女性労働基準規則第2条及び第3条）。念のために言えば「重量物の取り扱い」が持ち上げ作業だけではなく「取り扱い」一般を指していることは言うまでもない。

また腰痛予防の「指針」では、「重量物の取り扱い作業」の項で「満18歳以上の男子労働者が人力のみにより取り扱う重量は、55Kg以下にすること」「（その）重量を超える重量物を取り扱わせる場合には、二人以上でおこなわせるように努め」ることが指示されている。女性についての規制数値は明示されていないが、「指針」の基礎になった研究委員会報告<sup>3)</sup>では、重量物の取り扱いについて「一般に女性の持ち上げ能力は男性の60%位である」と指摘しており、男性の基準値から女性の最大取り扱い重量を計算すれば33Kgということになる。さらに研究委員会報告では「体重の40%以上の重量物を取り扱う場合には、二人以上で行うことを原則とするように努める」必要性を指摘し、「指針」の「重症心身障害児施設等における介護作業」の項では利用者が子どもの場合でも「体重の重い入所児等の体位の変換、移動等は、複数の者で行わせること」を指示している。また腰痛予防「指針」では、重量物対策に関する原則的な考

え方が示されている。優先順位としてまず重量物を取り扱う作業工程そのものを（工場などでは）自動化によってなくすことを原則とし、それが困難な場合に助力装置の採用や設備の改善，続いて取り扱い重量と作業時間の制限，その上で作業姿勢の改善と腰部保護ベルトの装用，という考え方である。

以上の労働基準法における就労制限規定や腰痛予防「指針」に照らしてホームヘルプの身体介護場面を検討すると以下の諸点が問題点として指摘できる。

第一は，身体介護のほとんど全てがヘルパーの人力に頼らざるを得ないという点である。ホームヘルプの場合に作業の「自動化」は論外であり，リフトのような助力機器の導入も施設内労働と違って困難である。住宅改善や介護機器の活用もある程度の効果はあっても，基本的にはヘルパーの人力に頼らざるを得ない。

第二は，基本的にヘルパーの人力に頼るものとして，その取り扱い重量を30kg ないしは33kg という上記の基準に照らすと，多くの場合利用者の体重ははるかにその制限を上回っているということである。男性利用者の場合体重70kg 程度は珍しくない。物と人間との違いはあるが，全身のマヒや硬直，脱力，その他寝たきりの利用者の場合にはほぼ全体重が介護者にかかってくる。

第三は，そのように体重の重い利用者でも，多くの場合ヘルパー1人で対応せざるを得ないことである。介護保険でも「体重の重い利用者に対する入浴介助等の重介護のサービス」についてはヘルパーが二人で訪問することも可能ではあるが，その場合利用者負担が二倍になることを利用者側が同意していることが条件となる。<sup>4)</sup> そのことが障害となって現実には体重の重い利用者の身体介護でも単独派遣にならざるを得ない場合が多い。

第四は，前項で示したように不良姿勢にならざるを得ない状況下での抱き上げや抱きかかえが多く，腰部等への負担がさらに拡大されることである。腰部負担軽減のための作業姿勢の注意やボディメカニクスを考慮した介護方法の採用は一般的には有効であるが，現実の問題はそのような基本動作ができない状況下での介護が多い点にある。設備面の問題だけでなく，バルーンや人工呼吸器等を装着しているため，体を密着させての抱きかかえができない場合もある。

「実例」をしめしておく。

「布団に寝たきりの人の洗髪、清拭、おむつ交換、シーツ交換と前屈みの中腰姿勢が長時間続いた後、対象者を枕の位置まで水平移動した時腰に鈍い音がして腰痛が始まった。」

「車椅子からタクシーへの乗車は正面から介助できず、体をねじった状態で行う。その時ぎっくり腰になった。」

第五は、住宅内の段差や戸外の坂道、階段などバリアが多く、そのために無理な持ち上げや抱きかかえが多くなることである。

「体重70Kgの男性。入浴は居室から浴室までシャワーチェアで移動するが、通路が狭いうえ、敷居などの段差も多く、浴室の段差は20cm近くある。その度にチェアごと1人で持ち上げる。」

「車椅子で外出時歩道を通るが、段差が多い。その度に車椅子ごと持ち上げる。利用者の体は反り返り、また足はフットレストからずり落ちることがあり危険だ。」

以上身体介護の重量負荷について述べたが、掃除や片付け、買い物など家事援助の中にも、比較的軽量とは言え、無視できない重量負荷がある。

## 2. 心理的負担

筆者は、頸肩腕障害・腰痛症が多発したA市公務員ヘルパーの健康診断結果を分析した際、ヘルパーの自覚症状にメンタルな疲労症状の訴え率が高いことから、労働負担面でも心理的要素の大きさが示唆されることを指摘した<sup>5)</sup>。ここではその要因を二つに分けて考察する。第一は、ホームヘルプ労働の本来的な特徴から生まれるストレス要因であり、第二はそのストレスを拡大あるいは緩和する修飾要因である。

### 本来的にストレスフルなホームヘルプ労働

ホームヘルプ労働は、家事援助であれ身体介護であれ、利用者とヘルパーとの間のコミュニケーション<sup>6)</sup>を媒介として展開される「コミュニケーション労働」としての側面を持つ。コミュニケーションは双方向的で、二宮<sup>7)</sup>の言葉を援用すれば「共受関係」である。利用者の側から発せられた言葉や表情の中に、コミュニケーションの受け手としてのヘルパーは利用者の要求や感情を感じ取

る。その瞬間にヘルパーの位置はコミュニケーションの受け手から送りに転換し、利用者はヘルパーの言葉や表情、動作の中に自分がどのように受け止められたかを感じ取る。ヘルパーの仕事ぶり、たとえば身体介護におけるボディタッチの一つひとつも重要なコミュニケーションの媒体となる。

この相互作用に支えられながらホームヘルプ労働は展開されるのであるが、この「共受関係」にはマニュアルでは対応できない個性性と奥深さがある。利用者の性格や心身の状態の背景には現在のトータルな生活状況（経済状態、家族関係、近隣関係等）とそこに至る過去の生活史があるからである。ヘルパーが利用者を人格として尊重し共感的に受け入れようとするとき、そのコミュニケーションにはかなり大きな負荷のかかった心の働きが動員されていると考えられる。それゆえにそこに共感が成立したときヘルパーには労働のよろこび・働きがいが生まれる。逆にその共感関係が崩れたときにはヘルパーの働きがいはぐったりした疲れに転化する。この二面性を持つ「共受関係」のなかにこそ「コミュニケーション労働」におけるストレスの核心があると言える。

ヘルパーが利用者を共感的に受け止めるというこの「共受関係」をさらに分析的にみれば、そこからは二方向のストレスが生じやすいことがわかる。一つはヘルパーが献身的なボランティアマインドを強く持っているとき、共感した利用者の深刻な悩みをそのままヘルパー自身の悩みとして抱え込み、そのことがストレスになるという場合である。あと一つは、利用者の悩みや要求に共感しながらそれを受容し、同時に専門家として客観的な判断を行いながら援助を進めていくという場合の心理的負担である。田尾<sup>8)</sup>は、ヒューマンサービス労働に発生しやすいバーンアウトが「彼らサービス従事者に固有の仕事の構造によるところが大きい」とし、利用者に対する共感的・支持的態度と冷静で客観的な態度を一人の個人の中で両立させなければならない深刻な役割葛藤によるストレスを指摘し、「クライアントの生活に深く関与するほど、その機会が多くなるほど、強度の緊張にさらされるようになる」と述べている。ヘルパーの場合にも直面せざるを得ない矛盾である。

さらにヘルパーの仕事は絶えず神経緊張を伴っている。たとえば利用者の健

康状態がいつ急変するかわからない、予期せぬときに利用者が食べ物をのどに詰まらせるかも知れない、ヘルパーのちょっとした不注意で利用者が転倒しけがをするかも知れない、そしてその時誰が助けてくれるだろうか、そんないつ起こるかも知れない危険に対する心の構えが必要である。また利用者の居宅に入り込んでの仕事には、それをヘルパーが強く意識するか否かにかかわらず絶えざる神経緊張がある。それは他人の生活の場つまりプライバシーの真ん中に入り込んでいることの緊張感である。場合によっては閉ざされた空間のなかで利用者と二人でいることの緊張もある。「実例」には「精神疾患があり、会話が一方通行で成立しにくく、攻撃的な言葉が多い」、「精神的に不安定で突然暴力をふるう」等の事例も多くあり、異性の利用者から受けるセクシャルハラスメントの問題もある。この緊張感は、同じく家事や身体介護を行う主婦労働や家族介護にはないヘルパー独特のものである。

以上みてきたようにホームヘルプ労働は、他人の居宅内で働くことの緊張感、しかもいつ起こるかもしれない命の危険に対する神経緊張を伴いながら、人格と人格のコミュニケーションによる利用者との共感関係を軸に仕事を展開する仕事であり、本来的にストレスフルな労働である。

#### ストレスの修飾要因

職業ストレスを分析する際、業務課題の要求度と労働者の裁量の自由度及び周囲の支援度（ソーシャルサポート）、この三つの軸でとらえるモデルが多く採用される。ここではヘルパーのストレスを修飾する要因として裁量の自由度と支援度（ソーシャルサポート）の二つを検討する。

まず裁量の自由度についてみてみよう。例えば家事援助の調理の場合、訪問介護の前提条件として利用者の経済状態や好み、あるいは調味料や調理器具の有無などによって制約された上ではあるが、どのような食材でどんな献立にするか、それをどのように調理するかについては、ヘルパー側に大きな裁量の余地があるように見える。

しかしホームヘルプが介護保険制度で行われるようになって以降、仕事の大枠を決める制約条件が新たに加わった。ケアプランによる時間の制約と家事援

助内容の制約である。家事援助のなかで「直接本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為<sup>9)</sup>」は保険給付の対象外とされている。その解釈として「訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障がないと判断される行為」として「草むしり」や「花木の水やり」等が例示され、「日常的に行われる家事の範囲を越える行為」として「家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え」や「正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理」等が例示されている。しかし利用者の生活援助の課題は個別的であり、ここに例示された行為も仮に一般的には「不適正な利用」であったとしても、その人のその時の状態によっては援助のキープポイントになることもある。その場合ヘルパーは利用者の立場に立つ自分と、しかし制度上の決まりは守らなければならない自分との深刻な矛盾を抱え込むことになる。「できないことになっていますから」と簡単に断るだけでは済まない役割葛藤である。ケアプランで割り振られた時間の制約についても同様である。

次に支援度（ソーシャルサポート）の問題を検討する。この点に関する第一の問題は、ヘルパーの一般的労働形態である単独労働から生じる問題点である。利用者に複数で対応する場合に比べると、利用者とのコミュニケーションをとる上でも、援助課題を設定しその成果を評価する上でも困難を伴いやすい。また労働者間に直接の協働がある場合、利用者との関係だけでなく、労働者同士の共感の中に労働のよろこびや働きがいを感じることもできるが、その条件にも欠ける。つまり働く場における仲間同士のソーシャルサポートがないということである。集団で働く施設内介護労働とはこの点が決定的に異なる。

それでは仕事の愚痴や悩みをいつ誰に話せるかという問題である。どこの事業所でも責任者やベテランのチーフヘルパーに自由に相談できる建前にはなっている。しかしいわゆる直行直帰で働くことの多い非常勤のヘルパーの場合、改めて相談するとすればそれは特別の問題がある場合に限られるのではないか。訪問から帰った時その日にあったことを同僚との自然な会話の中で自由に話せること、あるいは問題が特別の問題になる以前に気軽に相談ができ、それに対して上司からの支持やアドバイスが得られる、これが職場におけるソーシャル

サポートとして重要である。介護保険制度の下で増大している非常勤ヘルパーの場合その条件に欠けることが多い。

以上検討したようにホームヘルプは本来的にストレスフルな労働であるが、そのストレスが介護保険制度の下での働き方の中でさらに拡大されるという構造が生まれている。その結果生じた心理的負担が、先に検討した筋骨格系の負担と共働して労働者の心身に軽視できぬ影響をもたらすであろうことは言うまでもない。

### 3. 労働負担要因の構造的特質

これまでの検討とは視点を変えて、ここではホームヘルプの労働を構成する諸要素を全体として俯瞰しながら労働負担要因の構造的特徴を検討する。

ヘルパーの労働はおおよそ次の七つの要素から構成されている。

1. 労働対象：利用者の年齢、性格、体格、健康状態、ADL、ヘルパーとのコミュニケーション、生活背景、ヘルパーへの要望、等。
2. 作業内容：大分類としては身体介護と家事援助
3. 労働手段：掃除機、洗濯機、台所用品等の家事用機器。介護機器。
4. 作業環境：利用者の住宅・居室・浴室・台所等の構造・設備などの条件。  
外出時の歩道や病院その他公共機関の建物の構造、特にバリアの状況。
5. 労働者の特性：性、年齢、体力、性格、経験・知識・技能、作業上の工夫、等。
6. 労働時間：作業量と必要時間の設定状況。担当件数。
7. 組織面：作業の指示と報告、作業組織、関連機関との連携、等。

これらの諸要素がどのような組み合わせで労働負担を規定しているかを総括的にみてみよう。

身体介助の場合の姿勢や動作などによる筋骨格系負担は、その大部分が「労働対象」「作業内容」「労働手段」「作業環境」、この四つの条件によって決まり、労働者の「作業上の工夫」は部分的な影響要因にとどまる。また調理や掃除などの家事援助による筋骨格系負担も、同じく「労働対象（ヘルパーへの要望）」

「作業内容」「労働手段」「作業環境」の四つの条件によって決まるが、労働者の「作業上の工夫」の余地も少なからずある。一方心理的負担の場合には「労働対象」「作業内容」と並んで、使用者及び労働者自身がコントロール可能な「労働者の特性（性格、経験・知識・技能）」や「組織面」の状況によっても大いに影響を受ける。

このことが妥当するとすれば、労働負担要因の構造的特徴として、筋骨格系負担の場合は「労働対象」「作業内容」「労働手段」「作業環境」が負担の大枠を決め、心理的負担の場合にはサービスを提供する側の「労働者」の条件や「組織面」の状況も重要な位置を占めると言うことができる。これが第一の特徴である。

続いて第二の特徴点を検討する。一般に労働者は、賃金や労働時間だけでなく働くことに係わるすべての条件について使用者と交渉することができ、使用者は「快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない（労働安全衛生法第3条）」と。ところがホームヘルプ労働の場合には、労働負担要因すなわち労働条件の重要な構成要素となっている「労働対象」「作業内容」「労働手段」「作業環境」等が事実上労使関係の枠外に置かれている。つまり「労働対象」と「作業内容」はサービス提供の契約が結ばれた時点で所与の前提となり、「労働手段」と「作業環境」は利用者の所有に属するものであり、そこに問題があったとしても使用者が改善できるものではない。この点がホームヘルプ労働の労働負担要因に関する最大の構造的特徴である。

ただし注意を要することは、使用者に「労働対象」「作業内容」「労働手段」「作業環境」等を改善する権限がないとしても、「職場における労働者の安全と健康を確保する」使用者としての責務は免責されず、厳に存在するということである。労働負担要因の重要な部分が使用者の手の届かないところにあるがゆえに、使用者の権限が及ぶことがらについては使用者のいっそうの改善努力が求められていると言える。

## 第二章 英国におけるヘルパーの労働負担軽減策

2001年に英国の労働安全衛生行政機関であるHSE（Health and Safety Executive）がホームヘルプ事業者を主な対象として『在宅介護における身体作業—ヘルパーと利用者にとって安全で、効果的、積極的な結果を実現するために』と題する手引書<sup>10)</sup>を出版した（以下『手引書』と略。引用文は筆者の訳による。）。この『手引書』の内容はわが国におけるヘルパーの健康対策を考える際に大いに参考となる。

### 1. 『手引書』の基本的な考え方

『手引書』が強調するヘルパーの労働負担軽減の方法は、利用者のケアプランを作成する最初の段階で利用者のニーズアセスメントを行う際、同時に「ニーズアセスメントの一環」として介護作業に伴うリスクについても評価を行い、その結果に基づいて介護方法等を改善しヘルパーの労働負担を軽減するという方法である。そこにはわが国の在宅介護の世界には全くと言ってよいほど欠けている点が二つある。

第一は「危険に曝される前に対処」することの重要性が強調されていることである。わが国では職業病が発生してもなかなか問題となりにくい職場風土の問題点が指摘できるが、『手引書』では病気になる前の段階で、というよりもヘルパーが実際の介護作業につく前の段階で、つまり利用者のニーズアセスメントの段階でヘルパーに対するリスクが確認できればその時点で対処しようとするものである。

第二はヘルパーの健康とより良い介護の実現、つまりヘルパーの権利と利用者の権利を統一的に保障しようとする観点である。この観点は「介護作業に伴うリスク」とは何かという点から出発している。

『手引書』が問題とするリスクとは、例えば身体介護の際の抱き上げや中腰

作業などヘルパーにとってのリスクだけではない。そのようなリスクな介護方法は同時に介護される側にとってもリスクになっているのではないかと考えるのである。利用者側のリスクとして介護中の事故などが含まれるのは当然のこととして、『手引書』ではさらに、利用者のニーズの基本である人としての尊厳や自立性、プライバシーなどをそこなう介護方法もリスクとしてとらえている。つまり一つの介護過程が一方でヘルパーの健康と安全を脅かし、他方で同時に利用者の安全や人格をも脅かしているのとらえるのである。したがって介護作業に伴うリスクの評価は利用者の「ニーズアセスメントの一環」として、さらには「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。したがってそのリスク評価に基づいて進められるリスクコントロールつまり介護方法の改善は、ヘルパーが健康で働く権利と利用者の人権、この二つの権利を統一的に保障しようとするものである。そして二つの権利は対等で独立したものとして追求されるものであり、「利用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。…利用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。」と強調されている。これが『手引書』の真髄である。

このような観点から『手引書』に収録されている27のケーススタディでは、すべての事例で「ヘルパーと利用者の双方にとってのリスク」が明らかにされ、それらを低減させるために行った改善に対しても「双方にとって」の「効果」がどうであったかが具体的に評価されている。

なお関連して追加しておく「ヘルパーの健康と安全の保証及び利用者に対するケアの質の両方に法的義務を負っている」のは第一義的にはサービス事業者であると指摘されている点も重要である。

## 2. リスクマネジメントの実効性を保証する条件

このようなリスクマネジメントの実効性を確保する条件として以下の三点に注目したい。

第一は、リスクアセスメントを実施し、具体的な改善提案を行う「人」の問題である。この課題の遂行には、老人や障害者のリハビリテーションや介護に対する理解と労働負担軽減のための人間工学的知識を兼ね備えた専門的力量が求められる。『手引書』に収録されているケーススタディでは、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担っている。この専門家の関与は最初のアセスメントだけでなく、実際の介護過程の中で不都合が生じたとき（介護スタッフに肩や腰の痛みが生じたときには直ちに報告することが奨励されている）、利用者の家に派遣されリスクの再評価を行うバックアップ体制がとられている。日本の現状では福祉や医療の現場ないしはその隣接領域にそのような専門家がないという問題がクローズアップされる。

第二は、リスクアセスメントの方法としてリスクの評価者、ヘルパー及び利用者の三者による「協同のアプローチ」が重視されている点である。利用者との協同という点については、利用者中心・ニーズ主導のアプローチという英国のケアマネジメント一般における枠組みが適用されているものではあるが、リスクマネジメントにおけるそのことの意義には特別のものがある。リスクマネジメントがヘルパーの健康を守る権利と利用者の人権、この二つの権利を統一的に保障しようとするものであることを先に述べたが、実際の場面では両者の利害の衝突も珍しくはない。「協同のアプローチ」はその利害の衝突を未然に防止あるいは緩和し、現実的な解決法を見出す方法として期待されている。

第三は、ヘルパーに対する安全衛生の教育・訓練が重視されていることである。『手引書』では「適切なリスクマネジメントを行う上で、ヘルパーに対する訓練は欠かすことのできない構成要素である。…この訓練では、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個々のヘルパーに与えられなければならない」と述べ、「行われる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の割り当てがなされるべきである」と指摘している。就労前訓練の重要性である。さらに「訓練は1回限りのイベントではない」と強調し「ヘルパーが常に最新の安全実践を身につけ（ておくためには）再訓練が定期的に必要になる」と指摘している。さらに注目すべきは、臨時的な訓練の必要

性や訓練内容についても事業者に対し細かな観察と判断を求めていることである。「ヘルパーの能力と経験を考慮して…例えば今困難に直面しているヘルパーがおれば…追加的な訓練を行い」、また「訓練の内容を、例えばその訓練がどの程度仕事に適用できるかを絶えず再検討すべきである」としている。

第四は、在宅介護最低基準（Domiciliary Care National Minimum Standards）の中でこのリスクマネジメントが義務付けられたことである。

先にも書いたようにこの『手引書』は労働安全衛生の行政機関（HSE）がリスクマネジメントの手法を今後在宅介護の現場に普及しようとするためのものである。ところがこの『手引書』の出版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、それにもとづく在宅介護最低基準が定められ、その中にHSEの『手引書』とほぼ同内容のリスクマネジメントが介護サービスの質を確保する要件として義務付けられたのである。ホームヘルプのリスクマネジメントが、強制力を伴わないHSEのガイダンスだけでなく、日本流に言えば厚生行政によって、介護基準法に基づく介護事業の登録要件として明確に規定されたことの意義は大きい。

### 第三章 ヘルパーの健康を守るための課題

ホームヘルプ事業における健康問題対策として重点をおくべきことは何か。先に述べた労働負担要因の検討をふまえて、ここではヘルパーの健康確保のための課題について述べる。

健康問題対策というとき、わが国では一般に健康診断をその中心において考える傾向がある。しかしそれでは職域における健康問題対策として不十分であるだけでなく、考え方として本末転倒であるとさえ言える。労働衛生の領域では、労働者の健康確保のためには作業環境管理、作業管理、そして健康診断を含む健康管理、この「三管理」に労働衛生教育を加えた総合的対策の重要性が

強調されている。しかもその「三管理」の中では、健康障害といういわば「結果」に対する対策である健康管理以前に、その「原因」に対する対策として作業環境管理と作業管理による労働負担の除去・軽減こそが優先事項として重視されなければならない。

## 1. 安全衛生管理体制の整備

ヘルパーの健康を守るために事業者がまずしなければならないことは事業所における安全衛生管理体制の整備である。

労働安全衛生法は、雇用形態やその名称、労働時間の長短、等にかかわらず労働者を「50人以上」雇う事業所については衛生委員会の設置と産業医及び衛生管理者の選任を義務付けており、「10人以上」の事業所についても安全衛生推進者の選任を義務付けている。零細規模の事業所が多いと考えられる訪問介護サービス事業所の場合でも、各種調査結果<sup>11)</sup>によると「10人未満」の零細事業所は2～3割程度で、事業所の多くが法律で何らかの安全衛生管理体制の整備を義務付けられていることがわかる。法律で義務付けられた体制整備を行うことは当然のことであるとして、「10人未満」の零細事業所においてもヘルパーの健康管理責任者を置くことが求められる。

衛生管理者や安全衛生推進者には法定の資格が必要であるが、特に訪問介護サービス事業所における担当者としては頸肩腕障害や腰痛症の予防とストレスマネジメントに習熟していることが必要である。またヘルパーの業務上の相談や後で述べるリスクアセスメントを実施する上では、健康問題の知識だけでなくホームヘルプの経験が豊かであることが必要である。

## 2. リスクアセスメントに基づく労働負担の軽減

英国におけるリスクマネジメントの手法をわが国でも、取り入れるべきである。リスクマネジメントの基礎になるリスク評価は二段階で行われるべきである。第一段階は、ケアマネージャーが利用者の状態把握と課題分析を行う際に介護労働者の作業負担を視野に入れたニーズアセスメントを行い、予想される

リスクと改善課題をケアプランに明記する必要がある。第二段階として、訪問介護サービス事業者が「訪問介護計画書」を作成し利用者と契約を結ぶにあたってリスクアセスメントを実施するのが特に重要である。この第二段階のアセスメントは、サービスが実際に行われる利用者宅で、派遣が予定されるヘルパーと事業所の安全衛生担当者（労働衛生教育を身に付けたベテランヘルパーが適任）の二人が利用者およびその家族の意見も聞きながら行うのが、リスク評価の専門家のいないわが国では当面現実的である。具体的には、提供されるサービスごとに実際の作業場面を想定しながら、頸肩腕部及び腰部への負荷と心理的な負荷の双方について評価を行う。その際利用可能な介護機器や腰部ベルトなど必要な保護具、作業姿勢や作業方法の留意点等の対策も合わせて考えることが重要である。

契約時に行うこのアセスメントはあくまでも初期評価であり、Check → Plan → Do → See と流れる継続的な一連のリスクマネジメントシステムの確立が必要である。ホームヘルプの継続的な展開の過程では、利用者の状態や利用者・ヘルパー間のコミュニケーション状況などの変化、ヘルパーの習熟、作業方法の工夫などがみられるわけであるから、それに応じて再評価するのが効果的である。また利用者やその家族との間で生じるストレスについては初期評価の段階で予測することは難しい。

このサービス事業者の段階で行うアセスメントの過程で明らかになった課題はケアマネージャーにフィードバックされる必要がある。

以上のようなわが国の介護分野へのリスクマネジメントの導入は、厚生労働行政がその必要性を明確に打ち出し必要な対策をとることなしに実現することはないであろう。その必要な対策とは、リスクアセスメントを行う専門家の養成、ケアプランの作成にリスクアセスメントを導入するための標準様式の見直し、専門家の援助を得ながらリスクアセスメントができるケアマネージャーの確保、改善事例の普及、等である。

### 3. 必要なケースには公費負担でヘルパーの二人派遣を

ヘルパーの二人派遣の問題は行政の課題である。先に述べたように「ア. 体重の重い利用者に対する入浴介助等の重介護サービス, イ. 暴力行為などが見られる利用者に対するサービス, ウ. その他利用者の状況等から適当と認められるサービス」についてはヘルパーを二人派遣することも可能ではあるが, その場合利用者負担が二倍になり, そのことを含めて「利用者又はその家族の同意を得」ることが要件となっている。その要件のために労働基準法違反になる体重の重い利用者の身体介護もヘルパー一人でやらざるを得ず, 急性腰痛を起こすことも珍しくない。

これは明らかに費用負担のあり方に問題がある。二人派遣が必要なのはヘルパーの危険回避のためであって決して利用者の利益のためではない。仮に利用者が経済的理由から二人派遣を断りそのためにヘルパーが重症の腰痛を起こした場合, その責任はどこにあるか。使用者の安全配慮義務違反が厳しく問われることは疑いない。

サービスに二倍の費用がかかれば利用者が二倍の負担をするという単純な市場原理・受益者負担主義が労働者保護の観点から修正されなければこの矛盾は解決しない。ヘルパーの危険防止のために行われる二人派遣には公費負担が必要である。

### 4. ストレスを緩和するマネジメント

先の検討で, ホームヘルプの労働負担は使用者がコントロールできない事柄によってその重要な部分が規定されており, そうであるがゆえに使用者の権限が及ぶことがらについてはいっそうの改善努力が求められていると述べた。特に心理的負担の場合には, 筋骨格系の負担と比べると使用者及び労働者自身のコントロール可能な要素が比較的大きい。しかし介護保険制度の下で一般化している非常勤ヘルパーの働き方にはソーシャルサポートに欠ける面が大きい。したがって以下のような改善が, ストレスを緩和するマネジメントとして求められている。

①いわゆる直行直帰の就労形態をやめ、少なくとも訪問が終わった時には事務所に立ち寄りフェイスツウフェイスで業務報告をしてから帰宅するという方式に改める必要がある。その時に交わされる会話や気軽な相談がストレスのコーピングとして重要である。

②担当事例の集团的検討の機会を重視すること。適切な助言者の下で行われる事例検討には、いわゆる研修・「受ける研修」にはない教育機能があり、スーパービジョンの重要な機会にもなる。そこでの支持的な助言が担当ヘルパーにとってはサポートとなり、仕事のやりがいを再確認する場ともなる。この事例検討が集团的に行われることによってヘルパー集団にホームヘルプに関する共通の理解が深まり、そのことが職場におけるソーシャルサポートの基礎を強化する。一方事業運営にとっても事例検討はサービスの品質管理になり、また検討会の積み重ねによってホームヘルプのノウハウを事業所として蓄積していくことの意義は大きい。

③日常業務の中でヘルパーがとらえた利用者のかかえる問題を、訪問介護事業のマネジメントの課題としてケアマネージャーや関連機関に伝える努力が重要である。利用者の生活の場に入って継続的に仕事をするヘルパーには、利用者の生活や健康状況が手に取るようにわかる。利用者の不満や苦痛をヘルパーの心の中にしまっておけばストレスになるだけである。その不満や苦痛はケアプランの不十分さに由来するものであるかもしれない。ヘルパーは情報把握のキーパーソンであり、利用者の生活の場でとらえた問題をケアマネージャーに伝えることができればケアプランもいっそう充実したものになる。あるいはヘルパーの情報が利用者の主治医に伝われば治療場面で役立つことも多い。利用者の生活と健康を支えるネットワークの中で自らの情報の役立ちが確認できればヘルパーのやりがいもいっそう大きくなる。

以上三点はいずれもストレス対策を直接的な目的とするものではないが、ヘルパーのストレスを緩和するマネジメントとして大きな意義をもつものである。

## 5. 安全衛生教育と健康管理

### ①安全衛生教育

労働安全衛生対策は労働者の自主的自覚的な工夫や努力が伴ってこそ成果があがる。諸対策の前提として労働者に対して作業に伴う有害要因やその対策に関する十分な教育が行われていなければならない。特に先に提起したりスクーマネジメントの実施には欠かせない条件である。

教育内容としてホームヘルパーの場合には疲労対策，ストレスコントロール，頸肩腕障害・腰痛症の原因と予防，作業動作・作業姿勢に関する知識と実技，介護作業中の事故防止と緊急時の対策，訪問先でのヘルパーに対する危険回避，等が必要である。また本論では触れなかった利用者からの感染症の予防対策も重要なテーマである。

この教育は計画的に実施されなければならないが，労働安全衛生法でも義務付けられている就労時の教育がヘルパーの場合には特に重要である。またこの教育内容は現場で働くヘルパーだけでなく，事業の管理者やチーフヘルパーこそしっかりと身に付けておかなければならない。さらにはケアマネージャーも学習しておくことが求められる。

なおこれは行政の課題であるが，ヘルパーの養成課程で労働と健康の教育がほとんどなされていないという大きな問題がある。例えば長寿社会開発センターが発行する『ホームヘルパー養成研修テキスト②級課程』の場合4冊の合計は1285頁と大部になっているが，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が無い。養成課程における安全衛生教育の欠落はヘルパーだけでなく福祉職全般に共通しているが，1998年に厚生省（当時）の通達<sup>13)</sup>で手話通訳者の養成カリキュラムに「手話通訳者の健康管理」という講義課目が設けられたことが特筆される。

### ②健康診断と事後措置

労働者を一人でも雇っている使用者には年1回の定期健康診断の実施が義務

付けられている。この定期健康診断の実施はもちろんのこととして、ヘルパーの労働負担の特徴から頸肩腕障害・腰痛症の特殊健康診断の実施も望まれる。

これらの健康診断で重要なことは、健康診断のやりっ放しではなく、労働安全衛生法が義務付けている「健康診断実施後の措置」<sup>14)</sup>を適切に講じることである。その趣旨について労働省（当時）は「労働者の健康状態を総合的に把握して、異常がみつかった場合には、必要に応じて保健指導を実施するとともに、作業管理あるいは作業環境管理にフィードバックすることにより、労働者が健康で働けるようにすることが職場における健康診断の主たる役割ということが<sup>15)</sup>できる」と明解に述べている。ヘルパーの場合例えば腰痛を訴える者がいるとすれば、その労働者に対して担当ケースを変えるなど適切な措置を講じると共に、その腰痛を起こした介護作業のリスクマネジメントにフィードバックし腰部負担の軽減を図らなければならないということである。

なお関連して確認しておかなければならないことは健康診断の結果が労働者の解雇や再契約の拒否に使われてはならないということである。事後措置に関する労働大臣（当時）の公示<sup>16)</sup>でも「当該労働者の健康の保持に必要な措置を超えた措置を講ずるべきではなく、…、安易に解雇等をすることは避けるべきである」と指摘されている。

## おわりに

本稿の終りにあたってヘルパーが健康で働けることの意味を再確認しておきたい。労働者が安全で健康に働けることは、言うまでもなく人間としての基本的な権利であり、労働者に対する使用者の「安全配慮義務」や「健康配慮義務」は労働契約に伴う労働基準法及び労働安全衛生法上の義務として確立している。

しかしヘルパーの安全と健康の確保は労働者の権利として要請されるだけではない。人を相手とするヒューマンサービス労働の場合、労働者が健康である

ことはより良いサービス提供の基本的条件をなす。なぜなら利用者と労働者との良好な人間関係の成立こそがより良いサービス提供の前提であり、その良好なサービス関係の成立には少なくとも労働者の側に生きいきとしたしかもゆとりある心が必要であり、そのためには心身ともに健康であることが求められるからである。

特にホームヘルプサービスの場合には、他のヒューマンサービス以上にそのことが強調されなければならない。サービスの質が決定的に「人」に依存するからである。例えば医療の場合、提供されるサービスの質は、医師や看護師など医療従事者が備える属人的な資質や技術だけではなく、その医療機関が所有する医療機器の技術水準や設備のアメニティ等によっても大きく規定される。これが福祉の領域になると医療に比べ「人」への依存の度合はより大きくなる。とは言え、保育所や老人ホームのような施設福祉の場合には施設設備の状況によってサービスの質が影響される度合も小さくはない。それらに対して利用者の居宅に出かけてマンツウマンで提供するホームヘルプサービスの質は、個々のヘルパーがどのようなサービスを提供できるかということに帰する。

しかもそのサービスの質を規定するホームヘルプの専門的技能という面からも、ヘルパーが健康で長期に働き続けることが求められている。つまりホームヘルプの専門性は、いわゆる学習だけで身につく知識体系ではなく、その知識が自らの労働体験と一体化しながら発展し蓄積されていく経験知としての側面が大きい。したがって専門性の獲得には長期間にわたる経験の蓄積が必須の条件になると言える。そのような意味でも労働者の健康はより良いサービスの基本的条件となり、サービスに対する利用者側からの評価を通じて事業の成否にも大きな影響を及ぼすものといえる。

また在宅介護におけるマンパワー政策というマクロなレベルからは、いっそうホームヘルパーの健康確保が必要となる。その教訓は医療分野における慢性的な「看護師不足」の問題に典型的に示されている。「看護師不足」とは、言うまでもなく看護師の有資格者不足のことではない。毎年毎年、大量の看護師が養成されているにもかかわらず、夜勤交代勤務に代表される看護労働の厳し

さのために早期退職が後を絶たず、残った看護師の労働は「看護師不足」の下でさらに過酷になる、という悪循環が形成されている。解決の基本が看護師の労働負担軽減にあることは誰の目にも明らかである。

今後ますます加速化される高齢化社会において、在宅介護のマンパワーを長期間安定的に確保するためには、ホームヘルパー養成研修修了者数の数値目標を追求するだけではまったく不十分と言わざるを得ない。ヘルパーが健康で働き続けることのできる環境を整備することこそ安定的なマンパワー政策の核心をなし、マクロ的には効率的な政策であると言える。

#### 注

- 1) 拙稿『『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』No.1250・1251合併号、1999年6月、旬報社。
- 2) 平成6年9月6日、基発第547号「職場における腰痛予防対策の推進について」。
- 3) 『腰痛の予防対策に関する調査研究委員会報告書』1994年3月、中央労働災害防止協会。
- 4) 「介護報酬に関する厚生省告示第19号」は、ヘルパー二人による訪問介護の費用を「所定単位数の100分の200」と定め、複数派遣を認める「要件」として「1利用者又はその家族の同意を得て行うものであること 2 次の各号のいずれかに該当するサービスであること ア体重の重い利用者に対する入浴介助等の重介護サービス イ暴力行為などが見られる利用者に対するサービス ウその他利用者の状況等から、適当と認められるサービス」をあげている。
- 5) 前掲拙稿。
- 6) 言語的コミュニケーションだけでなく、表情や声色、姿勢や身のこなし、利用者ヘルパーとの距離や位置関係、等々の非言語的コミュニケーションも含まれる。
- 7) 二宮厚美は教育・福祉・医療など対人社会サービス労働をその労働過程の特徴から「コミュニケーション労働」として概念化し、それをキー概念としてそれらの専門性を解く議論を展開している。近著では「現代福祉とコミュニケーション労働」『日本経済の危機と新福祉国家への道』新日本出版社、2002年、がある。
- 8) 田尾雅夫・久保真人著『バーンアウトの理論と実際』誠信書房、1996年、11～12頁。

- 9) 平成12年3月1日 厚生労働省老人保健福祉局企画課長通知 老企第36号
- 10) Health and Safety Executive (2001) Handling home care : Achieving safe, efficient and positive outcomes for workers and clients.
- 11) ◇東京都三鷹労政事務所「多摩地域で働くホームヘルパーの労働条件と就業意識に関する調査 (2000年10月, 130事業所)」の結果では「5人未満」12.5%, 「5~10人」25.0%, 「11~29人」31.3%, 「30~99人」25.0%, 「100人以上」4.7%。◇大阪労働局労働衛生課「介護保険指定事業者に対する調査 (2001年7~8月, 588事業所)」の結果では「10人未満」21.4%, 「10~29人」33.5%, 「30~49人」20.9%, 「50~99人」16.5%, 「100人以上」7.7%。
- 12) 同法第59条は事業者に対して「労働者を雇い入れたとき」「従事する業務に関する安全又は衛生のための教育」の実施を義務付け、その具体的な内容を規定した労働安全衛生規則第35条には「当該業務に関して発生する恐れのある疾病の原因及び予防に関すること」や「事故時等における応急措置及び退避に関すること」も掲げられている。
- 13) 平成10年7月24日, 障第63号「手話奉仕員及び手話通訳者の養成カリキュラム等について」。
- 14) 法第66条の3及びそれにもとづく「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」(平成8年10月1日労働大臣公示)
- 15) 労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課「労働安全衛生法の改正に伴う『健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針』に関する解説」『産業医学ジャーナル』1997 Vol. 20 No. 2 p. 4.
- 16) 前掲平成8年10月1日労働大臣公示「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」。