

【レポート】

社会福祉権の再構成と福祉立法の見直し

岡山大学教授 河野正輝

岡山大学の河野です。私に与えられたテーマは、「転換期の社会保障」のうち、社会福祉の分野について検討せよということですが、私は社会保障法を勉強していますので、法学の側から問題を考えてみたい。

法学の側からといっても、争点は多岐に分かれていて、公私の役割分担から、国と地方の責任分担、措置制度の見直し、費用負担の在り方等々にまで及ぶわけだが、きょうは社会福祉における要援護者の権利という論点に限定して、報告をしたい。

はじめに、法における要援護者像と社会福祉権の構成について私の問題意識みたいなものを簡単に話させていただいて、本論に入っていきたい。

社会福祉の権利と法理の前提には、法における要援護者像がある。どういう要援護者像がとらえられているか、あるいは要援護者が法上どのように位置づけられているかということが前提にあると思うが、その前提はしだいに変わっていかざるを得ないと思う。

つまり現行の措置制度を支えている要援護者像は、障害者、老人などの生活阻害者（発達障害者）であるとみられる。障害者や老人は生活阻害者（発達障害者）として措置を受けることができるという地位にたつわけである。一方、障害者、老人は一般市民と同じく消費者でもあるわけで、消費者としての障害者、老人は市民法上、市民的自由を享有する主体であるところはいままでもない。それは論ずるまでもなく明らかなことだが、しかし、措置制度においては障害者や老人は福祉の措置を受ける地位にあることによって、措置の実施機関である行政に従属し、その限りで福祉サービ

ス受給にかんする自己決定権等の市民的自由が制約されるものと考えられてきたのではないか。実際、福祉の措置の対象者とされてきた従来の障害者、老人は経済的には困窮者か低所得者であり、心身の機能においては主体的に意思決定する能力がないか、または能力の減退した者が多かったというのが現実であり、その事実がますます障害者や老人を独立の市民としてみるよりも、行政による一方的な保護を必要とする者とみる、一種のパターナリズムを強めてきたのではあるまいか。しかし、そのような人間像は変容を迫られてきていると思う。いまや福祉サービスのニーズを有する老人は、その社会階層、資力、所得水準からみて自己決定と選択の自由の意識と能力を有する階層に拡大しつつある。

処遇の実践においても、たとえば老人ホームは従来のパターナリスティックな「収容の場」という在り方に反省が加えられ、自立的な「生活の場」へ転換されつつある。処遇の理念においても「保護」から「ノーマライゼーション」への前進がみられている。一方、財政の面では、本人および扶養義務者からの費用徴収が強められている。それは行政サイドの財政政策上の必要から出たものだとしても、それでも受給者の側に消費者としての意識と要求の台頭をもたらしていることは否定できないと思う。

要するに、これらの変化はすべて従来の一方的な被保護者としての人間像の転換を迫るものである。そして、このような要援護者像の変化を受けて、法律上の、(1)サービス受給の手続き、(2)サービスの内容・基準、(3)処遇過程、および(4)紛争・苦情の解決方法も見直されずにはおかないだろうと思う。

そこで、いまこれらの変化をもとに社会福祉権の構成をたて直すとなれば、それは少なくともつぎの4つの権利からなるものと考えなければならない。すなわち、(1)福祉サービス請求権、(2)処遇過程における権利、(3)費用徴収の免除の権利、および(4)権利侵害に対して救済を求める権利、の4つである。このうち、従来から主として論ぜられてきたのは第1の請求権である。つまり要援護者に福祉の措置を請求する権利があるか否かという問題をめぐって論ぜられてきた。それは現行の社会福祉法の規定がいわゆる「できる規定」(権限付与)であるか、または「ねばならない規定」(義務付け)の形式をとっていて、まさに請求権の有無ということが問題の焦点であったからでもある。しかし今日では、先に述べたような要援護者像の変化、福祉の基本理念の発展、およびアメリカ、イギリス等の先例をもとに考慮すれば、社会福祉権は請求権だけでなく以上の4つの権利体系を含むと考えられる。とくに先進国では処遇過程における権利とその侵害に対する救済の方法が工夫され形成されつつあるように思う。

4つの権利のそれぞれの核心をなす要素は、福祉サービス請求権については文字どおり請求権としての権利(claim-right)である。福祉サービスの最低基準はこの請求権の実体的内容を保障するものである。処遇過程における権利は、自己決定権、プライバシー、危害からの保護等の主として自由権(liberty-right)の束からなる。費用徴収の免除は文字どおり免除としての権利(immunity-right)であり、そして権利侵害の救済は権限としての権利(power-right)ということになる。こうして、カール・ウェルマンの権利の複合構造にならって表現すれば、社会福祉権は福祉サービスに対する請求権としての権利を核として、処遇過程の自由、徴収の免除、および救済の権限という複合要素をもつものだということになる。この場合、処遇過程における権利はサービス請求権という核心に付随する要素に位置付けられるが、焦点を処遇過程における権利にあててみれば、それは自由権を核として、これに付随する請求、免除、権限の関連要素を伴うものであり、同様に徴収の免除

も免除としての権利を核として自由、請求、権限の関連要素をもつというわけである。

以上のような社会福祉権の構成をもとにして、つぎに本論に移っていきたい。まず最初の福祉サービスの請求権をめぐる問題から入っていきたい。現行法における法的構成は、措置方式と一般に呼ばれるものである。措置の方式の下においては、解釈上要援護者の側に措置を請求する権利はないと解釈されている。したがって要援護者の側に申請の手続き、あるいは調査の手続き、あるいは調査の結果、援護の要否を決定し、通知する手続き、そういうものも法上整備されていない。ここでの要援護者の法的な位置付けは、大変消極的な、被措置者という位置付けとっていいだろうと思う。

援護を要する者という表現は、客観的な表現にすぎないが、その客観的な援護を要する者の位置付けが、くりかえしていえば、自ら自己決定し、そして一定の選択の自由が法上認められるという位置付けではなくて、一方的な行政庁による措置決定によって、反射的な利益を受けるにとどまるという、そういう位置付けであるだろうと思う。その位置付けが変わっていかざるを得ないと考えて、その改善の方向を幾つか考えると、3つの法的な構成が考えられる。

1つは生活保護の決定方式と同じように、利用者の請求権を法認した上で、申請に対する行政庁の応答義務を定める、援護の要否の調査、決定に関する手続き保障を整備するという方向である。生活保護法の第2条に「保護を受けることができる」という、保護請求権の規定があり、それに続いて申請、調査、決定などの規定が置かれていることは、ご承知のとおりである。

2つ目は、法に定める客観的要件を充足しさえすれば行政庁の決定を待つことなく、受給権が発生して、その援護内容が決まるという方式である。社会保険法でとられている方式というようにいえるかと思う。

3つ目は、公権力の行使である行政処分によらないで、サービスの提供者と利用者の、当事者間の意思の合致によって、受給権が発生せしめるといふ、いわゆる契約方式である。

現行の措置方式を含めて、4つの方式が考えられるわけで、それぞれ福祉サービスを請求する権利があるとして、その権利のそもそもの根拠をどこに求めるか。法律上権利があると規定するには、それに相当する超実定法的な根拠、正当性というものがあるわけで、その正当性をどこに求めるか。あるいは実務上の、法技術的な制約もある。もちろん実際の社会資源上の整備状況の制約もあるし、財源構成の違いもあって、それらが微妙に反映して、このような法的構成の違いになって現れてきているということができる。

社会福祉サービスの場合に、これらの方式のうちどの方式が現実的に可能であるか。法技術的な可能性ということから考えると、まず第2の方式は大変難しい。所得を保障するような社会保険と違って、ニーズの測定、サービスの判定等は、専門従事者の判断によらざるを得ないというところがあるので、その判断を待たずに、客観的に法律上要件を規定し、その要件を満たしさえすれば、サービスを請求する権利が発生するという構成は、事実上社会福祉の場合には難しいだろう。ということになると、措置制度の改善として可能性があるのは第1の方式と、第3の方式ということになる。

第3の方式は、老人ホームの場合に、西ドイツですでに10年前から取り入れられて、注目され、わが国でも紹介されているが、福祉サービスのうち幾つかは、第3の方式で構成し直すことが可能であろうと思われる。しかしその再構成の場合には、慎重な配慮が必要だが、その問題はすでに、ここにおいで堀さんが『月刊福祉』誌上で詳しく検討されておられるので、触れることはおきたい。

基本的には第1の方式が、現在の制度の改善の方向ではないかと思う。

そのような、いわば福祉サービスの入り口での改善の上で、福祉サービスを受けるわけだが、つぎに、そのサービスの基準をどのように保障していったらいいだろうか。ここに1、2の例を挙げているように、かつて中央社会福祉審議会の老人福祉専門分科会は、今後の老人ホームの在り方について、老人ホームの基準を再検討しているし、

最近では団体委任事務化に伴って、国の施設基準の見直しも進められていると聞いているから、最低基準の再検討は、ともかく進められてきているが、私自身はつぎのような理由から、現行の基準の見直しが必要ではないかと考えている。

その1つは、現行の施設最低基準の水準は、生活困窮者対策としての救護施設基準と考え方において、分かれていない実態にあり、また制定された実際の基準の内容も、救護施設基準とほぼ同一基準にとどまっている。そもそも生活困窮者に対する救済の目的、役割と、社会福祉の目的、役割は違うはずだから、そこは当然基準に反映されてしかるべきものだろうと思うが、それが戦後の社会福祉の性格付けの中から、未分化であるという状態が続いてきている。

第2に、現行基準の立法形式は、児童福祉、老人福祉、障害者福祉の各部門において不統一である。省令形式のものもあれば、通達のものもあるし、児童福祉の分野では省令のほかに通達が加わるということで、同じ部門内でも省令、通達が複雑で、利用者側から見てわかりやすいとはいえない形式になっている。

あるいは老人ホームの基準についても、老人ホーム基準は省令で定められているが、実際には措置費の改善という行政を通じて、最低基準が引き上げられながら、基準そのものは動かないということが、長らく続いているという実情もある。

第3に、サービス方法の重点が、施設収容から在宅サービスへと移されてきている中で、最低基準そのものは施設の設備、職員の資格、配置基準に限られていて、施設でも人的ケアそれ自体の基準はほとんどないに等しい。さらに在宅サービスについては、いかなる最低基準も設定されていない。たとえば老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱という、要綱はあり、その要綱にしたがって、事業を地方自治体が行う場合には、補助金を付けるという意味で、それが一定の基準としての役割は果たしてきているが、それは最低基準ではもちろんない。在宅サービスにどのような最低基準の設定が可能であるか、あるいはそれがどのような効果をもたらすかということは、それは慎重に検討し

なければならない問題であるにしても、現状では設定されていないという事実を、まず指摘をしておきたい。

加えて、第4に、団体委任事務化に伴って、国の一般基準の在り方と、地方の個別基準というか、具体的基準との関係を改めて検討する必要性が生じたのではないだろうか。および営利的なシルバーサービスの急増に伴って、民間サービスの指導指針の在り方、あるいはそれと最低基準との関係ということも、法的には検討しなければならない問題になってきていると思う。

以上のような観点から、現行法に見られるもろもろの基準が対象とするニーズの違い、そしてまたその基準の法的な強制力の違いによって、類型化をした上で、それぞれの基準の目的、役割、法的性格を検討し、それとともにその水準、立法形式、立法事項などをうまく洗い出すことが必要であると思うが、その内容にいちいち立ち入ることは、ここでは差し控えたい。

特にいま求められているのは、国の基準の在り方と、地方の基準との関係、および営利的な民間サービスに関する、公的コントロールの在り方ではないか。

そこで参考までに、イギリスにおける基準の維持、確保の法制はどうなっているのだろうかということ調べてみた。イギリスの基準法制を見て、幾つかの特徴を指摘できると思う。第1点は、イギリスでは全国的な公的サービスと、民間サービスのいずれにも共通する、強制的な最低基準というのは、いわゆるパーソナル・ソーシャル・サービスという分野には設定されておらない。しかしそれに代わるものとして、DHSS よりそのつど発せられる行政通達、ガイドライン、および民間施設ケアに対する養護ホーム規則、the residential care homes regulations（ここであえて養護ホーム施設という訳を付けてみたが、一般には居住介護と訳されているのが多い）という、1984年に制定されたものであるが、そこに施設の細かな基準が出ている。ナーシング・ホームの場合には、別に1984年ナーシング・ホームおよび精神ナーシング・ホーム規則というのが制定されている。それに加え

てホーム・ライフ（施設ケアの運営要綱）というのが制定されている。これらが先ほどいった、すべての地方当局にわたる、あるいは公私にも及ぶ強制的最低基準に代わる基準の役割を果たすものと見ていいと思う。

このうち施設ケアの運営要綱というのを見てみると、これは直接的には民間部門の登録、検査のために策定されたものであるけれども、地方当局の老人ホームにおける公的ケアにも適用されるよう要望されている。その運営要綱の法的な性格については、直接的には法的な強制力をもつものではないが、運用上登録の際の認可条件、したがって検査の際の基準として用いられることによって、間接的に強制力を発揮するということが期待されている。そしてその要綱の基準内容を見ると、施設ケアの水準を決める基本的な考え方が、救済ということではなくて、プライバシー、自己決定、個別的処遇、尊厳性、選択、リスクといったキーワードが、しばしば出てくるが、そういうキーワードで表現されるような考え方でなければならないということを、明確に打ち出している。そういう基本的な考え方に基づいて、物的設備と、職員の資格、配置数、さらに人的ケアの基準まで、具体的に設定している。入所者のカテゴリー別にケアの必要な時間数を出し、その時間数に対して、従事者が提供し得る1年間の労働時間数を比較し、それを基に職員数を割り出すというところまで、細かく基準が設定されている。

イギリスの基準法制の第2の特徴は、国の地方に対する指導、監督の在り方に見ることができる。強制的な全国基準によらないで、しかも地方自治体の行政水準の維持向上をはかろうとすると、個々の地方自治体に対する国の指導、監督の在り方が、まさに実態に即して工夫されなければならないわけである。その工夫はイギリスの場合を見てみると、たとえば地方当局に対する補足給付委員会（the Supplementary Benefits Commission, SBC）の地方当局に対する施設供与の命令権限、あるいは地方当局に代わって、管轄大臣が福祉事業の要綱を制定する権限、および地方当局が法で定められた義務を履行しない場合に、地方当局に

代わって、管轄大臣が不履行救済手続き (default procedure) を取る権限などが見られる。

最後に第3の特徴として、民間の営利型と非営利型とを問わず、一部の民間団体を除くすべての民間施設に対して、強制的な登録、検査の制度が敷かれている。この点はもう少し内容に触れてみたいが、イギリスの登録制度の根拠法令は、1984年の施設登録法 the registered homes act それと1984年の養護ホーム規則、これが根拠法令になっている。その目的は急増する民間ホームにおける搾取の防止、ならびに最低基準の維持、確保にある。そして登録義務を負う施設は、法律上「老齢、身体障害、精神障害（この精神障害というのは精神薄弱のみを指さない）、それからアルコール中毒等の理由によって、人的ケアが必要である人々に、その人的ケアとともに、食事と居住設備を提供する施設で、4人以上の入所者がいる施設」というふうに規定されている。したがって登録の義務を負う施設は、人的ケアを提供すること、居住と食事付きであること、および4人以上の入所者がいることという、3つの要件を満たすすべての施設であることになる。ただ、地方当局設立のホームは除外されているし、法律およびロイヤル・チャーターによって設立された民間団体、つまりはもっとも有力な民間団体だが、そのホームは登録、検査から除外されている。

登録の実施に当たる機関は、養護ホームについては地方当局の地方社会サービス当局 (the local social service authority) で、ナーシング・ホームの場合は地区保健当局 (the district health authority) である。そしてこの実施機関が、登録の申請に対して認可をする。その認可の基準は規則に定められている。先ほども触れたように1984年養護ホーム規則、1984年ナーシング・ホームおよび精神ナーシング・ホーム規則、それにホーム・ライフ (施設ケア) の運営要綱という3つのものに列挙されている。その内容にいちいち立ち入る時間はないので、それははぶきたい。

そういう認可基準に伴って、検査が行われるのだが、養護ホームは定期的な検査を受ける。検査官は養護ホームにいつでも立ち入り検査をする権

限を有する。そして検査は12ヵ月に1度、ナーシング・ホームは2度実施しなければならないということになっている。登録義務違反、登録義務にしたがわない、あるいは登録の際の認可基準を遵守しないという者に対しては、登録の取り消しと罰則が用意されていて、現行では最高2000ポンドの罰金と規定されている。このようにかなり厳しいコントロールが加えられている。

この厳しいコントロールを、もう一度整理してみると、1つは入所者数4人以上のすべての営利的な団体まで含めて、そういう意味で包括的な適用範囲になっている。そして登録を義務付けして、義務違反に対しては罰則を設けている。さらに認可の際に認可条件を付けて、その条件違反には登録の取り消しと罰則で臨んでおり、ケアの質にまで踏み込んだホーム・ライフを策定して、それを基に積極的な行政指導が行われている。そして最後に定期的な検査というものを挙げることができる。

一方、アメリカはどうであるか。アメリカはご存じのように、ナーシング・ホームは3つのタイプに分類されていて、1つはいわゆる skilled nursing facilities, SNF であり、もう1つは intermediate care facilities, ICF であり、もう1つが custodial care facilities で、この3つのタイプがある。このうち SNF と ICF はメディケア、またはメディケイドによる償還を受ける施設であって、償還を受けるのに3つの基準を満たさなければいけないという基準が設定されている。

3つの基準というのは、1つは連邦政府の基準で、具体的には SNF については連邦政府規則 (42 Code of Federal Regulations § 405. 1101~1137) に、大変詳細な基準が設定されている。ICF については同じく 42 C.F.R. の第249条の12から13に規定されている。これが1つの基準である。2つ目に、火災の予防に関しては、the life safety code, LSC の基準の遵守義務が定められており、そして3つ目に、州の基準がそれに加わっている。たとえばニューヨーク州の場合には、1975年に全文83ヵ条に及ぶ詳しい基準を定めているようである。これが第1、第2のタイプに適用

される基準である。

第3のタイプの custodial care facilities というのは、通常は board and care homes とか、personal care homes とか、あるいは domiciliary homes などと呼ばれていて、この施設のベッド数も相当の規模になっているが、この第3タイプの施設はメディケア、またはメディケイドによる償還を受ける資格がない施設で、したがって連邦政府の基準の適用はない。しかしこの施設にも州法による最低基準が定められている。

こういったようなイギリス、アメリカなどの事例を見ていて気付いたことだが、アメリカの場合には連邦政府による全国的な基準に、物的な施設、設備、職員の種類、資格要件はもとより、医療、看護、食事、社会サービスなどのサービスの内容、水準の基準も設けており、それに加えて入所者の権利についての基準も定めている。ニューヨーク州の基準の場合には、その連邦政府の基準に加えて、入所者とナーシング・ホームの間で取り交わされる合意の内容についても、規則を加えている。たとえばその合意の内容には、提供されるサービスがすべて列挙されるべきこと、その費用もすべて明示されること、そして一定の最低基準が満たされるサービスが提供されるべきことが、盛り込まれなければならないとなっている。こうした州規則は、入所者と施設の間の契約関係を明確にし、そして入所者の処遇過程における権利違反も含めて、契約違反に対する民事訴訟の道を開くものであるということ、注目をされている。

こういう諸外国の事例が参考になるかもしれないと思って紹介してみたが、今後国の基準と地方の基準の在り方を考えていく場合には、やはり国の基準として少なくとも、最低基準の基本理念、それは自己決定、個別的処遇、あるいは尊厳性の保障という理念であるべきであろうが、そういう基本理念の規定が必要であるし、医療、看護、社会サービス等の内容水準の規定も必要であり、そして入所者の施設における権利が、地方の基準ではなくて、全国の基準として定式化されるべきではないだろうか。そしてこれらの基準は、その性質上、費用を払って受けるサービスであろうと、

公的サービスであろうと、異ならないものであるから、民間サービスにも当然それは及ぶべき最低基準だと、考えるわけである。

つぎに全国的な最低基準の中で、盛り込まれる必要があるのではないかと考える、処遇過程における権利に入ってみたいと思う。わが国の現行法で、この権利の根拠規定になるだろうと思われるものを探してみると、憲法13条、17条、25条、心身障害者対策基本法の3条などに認められると思うが、法律上、あるいは規則上以下に述べるようなことを、明文で定めたものではなく、具体的な訴訟事件も、法理論的な検討も、皆無に等しい状況にあるといっている。

アメリカにおいては、1960年代末から70年代はじめにかけて、消費者運動の側から、ナーシング・ホームにおける処遇の悲惨さが告発されて、それを受けて74年、および76年に連邦政府の保健教育福祉省が、メディケイド、メディケアに参加を認める条件として、最低基準を制定し、その最低基準の中に、入所者の権利に関する規則が導入されている。それが先ほど触れた連邦政府規則(42 C.F.R. § 405.1101~1137)の中の第405条の1121のKの第1号から第14号に列挙されている。

アメリカで判例上、クライアントの処遇過程における権利を保護するための論拠として、しばしば取り上げられるのは、合衆国憲法修正第1、5、8、13、14条等に基づいて、プライバシー、自己決定権、デュー・プロセス、危害からの保護(この場合危害というのは、リーズナブルな範囲を超えて、誤った処遇によって、かえって機能が後退した場合も含めて、危害ととらえられている)、それから本人の意に反する苦役の禁止(これには強制的な施設維持労働も、含まれると考えられている)、それから本人の自由をやむを得ず制限する場合の the least restrictive alternative の原則(これは直訳をすれば、「もっとも制限的でない他の手段」となるが、もう少し表現を変えれば、「必要最小限の規制手段」ということになろうかと思う)、そして最後に個別的処遇の原則というのが、根拠となる法理として、しばしば援用される。

こういった考え方を基にして HEW は、skilled

nursing facilities と、intermediate care facilities の処遇過程における権利を、つぎの14項目に定式化しているが、さらにその上に適用上のガイドラインを策定しているが、それはそこに掲げているとおりで、1から14までご覧になれば、おわかりいただけると思う。もう少し補足をしたと思ってはいたが、時間がないので、これでとどめます。

こういう処遇過程における権利を見てみると、多くは自由権的な側面の権利である。障害を負っていることによって、あるいは施設に入所していることによって、一般の市民に比して、自由権の行使が制約されやすい。その制約を、緩和、除去することによって、実質的に自由権の回復をはかろうとする。そのためには積極的な処遇が必要になる。その積極的な処遇に対する要求ということになると、それは社会権の側面になってくるわけで、自由権と社会権の両側面がここでは検討されなければならないということになる。

わが国でも人権侵害の実態が、老人ホームについて報告され、新聞報道もされているが、わが国で処遇過程における権利をどういうふうに定式化したらいいだろうか、あるいはどういう場で、どういう機関で審議し、どういう形式で定めるのがいいのだろうかということまで含めて検討の必要があるだろうと思っている。

さて、そのような最低基準なり、あるいは処遇過程の権利を仮に定式化しても、それが何らの強制力ももたない、単なる努力目標にとどまるならば、ほとんど意味はないから、現実になんか貫かれるための、侵害に対する救済方法が、4つの権

利のそれぞれの趣旨にそって、過度のリーガリズムを招かないように工夫される必要がある。

そこで幾つか、イギリスやアメリカで試みられているものを整理すると、処遇過程における権利の救済方法として差し当たり3つのレベルが試みられている。1つは施設内における苦情処理の委員会と、その手続きを整備することであり、それとともに常に入所者に権利を周知させ、職員には入所者の権利を尊重するよう教育訓練を行うということである。それに加えて2つ目に、施設内の苦情処理委員会で解決がつかない場合には、行政庁が苦情を受理し、救済をはかる手続き、権限を整備する。および行政当局が最低基準の遵守状況のみならず、先ほど挙げたような14項目に及ぶ処遇過程の権利の遵守状況も含めて、定期的にインスペクションを行う権限と、その機関を整備すること。そして最後に、民事訴訟または行政訴訟による救済の道を講ずるということである。

おわりに、以上のような社会福祉権の構成を実現するためには、現行法の行政解釈の変更で足りる場合もあるし、法改正を必要とする場合もある。法改正を必要とする場合が多いと思うが、それを具体的に、現行法の基本理念、福祉の措置の規定、施設の基準、報告徴収、改善命令等の規定、そして審査請求の規定に分けて、今後具体的に検討を加えていきたい。幾つかはすでに試論をまとめているものもあるが、時間もきたので、のちほどご質問があったら、そこでもう一度触れさせていたかどうかということで、これで私の報告を終わらせていただきます。

【レポート】

健康問題の変化と保健医療システム

東京大学教授 園田 恭一

東京大学の医学部で、保健学を教育、あるいは研究している園田です。私自身は社会学の出身な

ので、本日の報告も保健社会学の観点からということで、お聞きいただきたい。お手元の要旨に沿