

厚生科学研究研究費補助金

健康科学総合研究事業

大都市マイリティに対する保健医療サービスの
国際比較研究に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

平成14年3月

主任研究者 川口 雄次

目 次

I. 総括研究報告

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.....	1
川口 雄次	

II. 分担研究報告

1. 大阪都市圏におけるマイノリティの保健医療サービスの利用状況に関する研究.....	7
多田羅 浩三	
2. 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—特に生活習慣病対策 を中心として—に関する研究.....	13
馬場 茂明	
3. 保健公衆衛生対策対象としての「大都市マイノリティ」とは.....	75
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.....	85
前平 由紀	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表.....	91
--------------------------	----

I 総括研究報告

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)

総括研究報告書

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

主任研究者 川口雄次 WHO健康開発総合研究センター

研究要旨:

日本国内において、大阪・神戸を調査対象区域とし、経済面のみならず、社会福祉、公衆衛生対策上からも取り残された状況にあるにも関わらず、研究面からも実証的なデータとして把握されにくいまま社会構造の負の影響を潜在化する集団としてある、「大都市マイノリティ」と呼ばれる都市生活者の保健医療サービスの受給状況を明らかにし、その現状分析から緊急な対応を要する疾病種の認識等を目的として適正な健康指標を開発し、諸外国の実体と比較検討を試みた。生活基盤の変動・崩壊を原因としてその影響を最も反映しやすい大都市マイノリティの健康・疾病動態をその他一般社会層と比較考察し、検討を試みた。

分担研究者氏名:

多田羅 浩三 大阪大学大学院
医学研究科
馬場 茂明 特定非営利活動法人
国立糖尿病
教育研究所
前平 由紀 WHO健康開発総合
研究センター

に均等な社会的サービスが提供しきれないといった状況が、低開発国・地域のみならず、先進国の大都市圏においても起きている。しかもその都市化のひずみは、都市部における社会経済的弱者(あるいは社会的に脆弱な立場の人々;以下大都市マイノリティと称する)により重く押し掛かり、経済面のみならず、社会福祉、公衆衛生対策上からも取り残された状況にあるにも拘らず、研究面からも実証的なデータとして把握されにくいまま、社会の辺縁に追いやられ、社会構造が高度になるにつれてよりその負の影響を潜在化する集団となっている。

研究協力者氏名:

高鳥毛 敏雄 大阪大学大学院
医学研究科
吉田 寛 吉田アーデント病院
三好 泰平 神戸市保健所
片上 祐子 神戸市保健所
片山 俊郎 神戸総合医療
介護福祉専門学校
馬場 貞夫 杏林記念病院長

しかし、そのような大都市マイノリティに対する保健福祉サービスの供給は、必ずしも当該集団を対象とした特定の支援対策が確立されていると言い得ない状況にある。

本研究は、21世紀の健康問題が人口増加を吸収する都市の公衆衛生対策にあると考え、大都市が内包する健康増悪因子の明示と定量化、それを解消するための方策について、上述の大都市マイノリティを基準とした適正な保健政策を考察するものである。

A. 研究目的

集中する人口を効率よく機能させるのに貢献するはずの都市基幹整備が、あまりにも急速で無秩序な開発と多様な人口構成に対応しきれなくなり、結果として地域住民

B.研究方法

大都市マイノリティの定義・分類を試み、その健康指標として比較検討する疾病領域を設定し、その保健医療サービスの受給状況を比較検討することとした。

1) 国内調査対象区域(大阪・神戸)における大都市マイノリティの病態調査

パイロットサンプルとして、社会経済困窮者が大きく影響を受けるとされる特定の疾病を判断指標にとり、大阪、神戸の大都市マイノリティの健康問題について、当該都市圏の既存の統計調査資料、有識者への調査、インタビュー調査などによる現状把握を試みた。

(a) 大阪地区

大阪については、ホームレス人口が大きな社会問題になっているが、それらにアプローチする方策を検討する。そのためのベースラインデータ収集のためのサンプル調査を継続して行った。

具体的には、大阪市内で社会経済的困窮者を救急患者として多数取り扱っている特定病院における入院患者(平成13年10月15日～平成14年1月15日の救急患者)を対象とし、調査票を用いて医療サービス利用状況を調査した。これまでの2カ年の研究において、大都市マイノリティの保健サービスへのアクセスが、救急搬送に依存する傾向が強いと判断されたことに基づき、これまでの届出制による調査対象の把握に加えて、定点観測サーベイランスによる実態把握を試み、これまでの結果と比較することとした。(多田羅・高鳥毛・吉田・中澤)

(b) 神戸地区

都市部定住生活者と流動人口の保健医療サービス受給状況の比較を試み、都市における社会変革と健康問題を高齢者対策、および生活習慣病対策の視

点から、糖尿病等を指標とした疾病動態を比較検討し、都市住民の公衆衛生ニーズを調査した。研究課題を以下のように細分化し、多様な視点からの大都市マイノリティの現状把握とそのアプローチについて検討を継続し取りまとめた。

(b)-1, 社会変遷に伴うライフスタイルの変化と生活習慣病対策の開発と評価法の研究(平成11～13年度, 馬場、坪井ら)

(b)-2, 神戸市住民検診成績を中心とした未治療糖尿病患者の把握(神戸市保健所グループによる)(平成11～13年度, 馬場、坪井ら)

(b)-3, 「行旅病人」(行旅病人取扱法; 明治32年3月28日法律第93号)として対処されるマイノリティについてその医療サービスへのアクセス状況の調査(平成13年度, 多田羅、高鳥毛、吉田)

2) 大都市災害に伴う社会構造の変化と人口動態の推計疫学的研究および復興策の考察(馬場・坪井ら)(平成11～13年度)

特定の大都市マイノリティ集団として、神戸については、特に阪神大震災後5年を経過し、未だ震災後の仮設住宅棟に居住する住民について、これらの年復興過程を客観的に数量化し、その人口動態により検討を加え、復興施策に対するリスクとその改善策について考察を試みた。

3) 大都市マイノリティの定義/分類(前平)(平成13年度)

大都市マイノリティとして分類される特定社会集団と現行保健衛生対策の対象とされる特定集団を、対策支援上の対象として差別化される所以を明確にするための類別を試みた。

また、国際的な視座からマイノリティとして分類される特定社会集団との類別を検討した。

4) 国内で実施・計画される大都市マイノリティへの行政施策の検索・総覧（前平）

当該大都市マイノリティに対する公衆・保健衛生対策上の現行政策を検索・網羅することにより、今後拡充されるべき領域への認識を容易なものとするための情報整理を試みた。（平成13年度）

C. 研究結果

1) 国内調査対象区域（大阪・神戸）における大都市マイノリティの病態調査

(a) 大阪地区

組織化されていない不安定雇用者等マイノリティにおける改善傾向は乏しく、結核患者が社会階層別にみると偏在化する傾向を強めている。つまり、社会経済的弱者に対する保健医療対策は弱体化してきていると考えられた。

特定病院における医療サービス利用状況調査（大阪市）

一般外来・入院に加え、大阪圏におけるホームレス等のマイノリティが対象となる「要保護傷病者」のおよそ半数程度が救急医療搬送される実績を考慮し、特定の民間病院を基点に患者の保健医療サービス利用の実態を、2001年10～12月の3ヶ月間にわたり調査した。

その結果、救急搬送による来院件数は月平均約700件、そのうち入院治療を要する件数は200件であった。

近年の傾向として、高齢化による救急搬送母集団の総数増大から、当該マイノリティの全体に占める割合はやや減少傾向にある。しかしながら実数に大きな変動は見られないと思われ、あいりん地区以外の野宿生活者の搬送件数が若干伸びている傾向が示された。

大阪市内の「のべ救急搬送件数」は20,000件弱であるが、その「要保護傷病者」搬送件数の45%程度はあいりん地区を抱える

大阪西成区に集中している。

患者の内訳は、その殆どが男性であること、60代が最も多く、ついで50歳代の患者が多くなっている。入院期間は平均して20日前後であり、その後転院するものが半数以上、治癒したものが三割弱であった。

搬送理由となった疾患は多様であるが、おもに高血圧、肝臓障害、消化性潰瘍、低栄養・貧血・衰弱等の生活習慣関連疾患が目立った。アルコール依存症および結核既往歴は約2割弱の患者に認められた。

患者個々の保健意識については、必ずしも悲観的なものではない。しかし、その自己健康管理が不十分ではあるものの、社会関係性を予想以上にもとめる意識も強く（患者の半数以上が積極的）、年齢にも依存するが将来生活設計については、生活保護を求めたり、関係保健施設への保護を求める傾向が高い反面、就労意欲を持つ者も多かった。

保健サービス利用状況については、その検診（レントゲン、血圧・血液検査等いずれでも）に際しては、最近1年間に受診経験のある者が2割程度に留まり、その理由として、必要性を感じないことに加え、受診方法がわからない、機会が得られないなど、医療保険の有無に加えて、その関係支援サービスアクセスの不充分さを指摘する環境が示唆された。その結果が、現在の救急搬送への依存を裏付けている。

(b) 神戸地区

(b)-1, 社会変遷に伴うライフスタイルの変化と生活習慣病対策の開発と評価法の研究 (b)-2, 神戸市住民検診成績を中心とした未治療糖尿病患者の把握

人々の日常生活に潜む健康阻害因子は、免疫能の低下や環境により、徐々にではあるが確実にその体内を蝕んでいく。

蓄積された身体的アンバランスが多様な外的健康阻害因子への抵抗力を奪う結果となる。

このような側面から、日常の生活習慣と

その変遷、および生活習慣病の代表的疾患である糖尿病を指標とした病態への影響を考察した。

<住民基本健康調査とアンケート調査>

神戸市住民検診により抽出された、糖尿病患者、未治療患者、治療中断患者、独居住人の健康状態の実態把握とその対策について、これまでの研究をまとめた。そして、結核との関連性も考慮し、治療状況の改善と中断・脱落を招く社会背景の考察、予防プロジェクトの方向性を検討した。

<生活習慣病対策の推移>

生活習慣に関連する検査項目別統計結果により、1984年から2000年までは健康度の悪化が明らかである。すなわち、女性においては加齢とともに健康度の悪化が問題とされ、閉経の影響が関与することが示唆された。一方、男性においては若年層から肝機能異常、高コレステロール、高中性脂肪、肥満傾向が高く、40歳代で顕著であったことから、加齢現象よりも生活習慣の健康面への影響の大きさが強く反映されていた。しかしながら、関係する疾患は、加齢とともに増加、深刻化することは明らかなので、早期の治療介入、検診の実施が必要である。

従って、21世紀の健康問題は、女性の高齢化と糖尿病合併症、肥満などが増大することが予測され、生活習慣病の観察には、年齢差と性差を考慮する必要が示唆されている。

兵庫県および神戸市のがん罹患状況を観察した場合、肺がんが胃がんを上回り、最も高い死亡率を示している。乳がん、大腸がん、肝がんは上昇傾向にあり、全国的にも高い数値を示している。

年齢調整死亡率の推移をみると、男性および女性の両者において低下傾向を示しているが、性別、がん臓器別年次推移を比較すると、女性の高齢化とともに乳がんの増加傾向が顕著である。

特に壮年期(40~64歳)の死亡率(粗死亡率及び年齢調整死亡率)増大を考

慮し、総合的な生活習慣病とがん対策の展開が望まれる。

糖尿病は、高血圧患者について多く、その医療費も莫大である。また、その潜在患者が推定1300万人ともいわれることから、今後の多様な社会変容等により、爆発的に患者が増大する可能性を秘めている。その受診治療状況をみると、治療放置、中断患者が新たな健康弱者のマイノリティの形成につながる事が指摘されており、適切な医療情報の提供と治療へのアクセス、患者個々の意識改革の必要性は、これまでに述べた結核等感染症についての指摘と同様の社会資源の提供が望まれている。

その生活習慣管理不全の原因を調査する目的もあり、アンケート調査をおこなったところ、必要な医療情報の選別判断能力程度が大きく影響していることが示された。何らかの治療システムを利用している場合、例えば専門のカウンセラー、薬物治療等を通して必要な日常知識(食事運動療法、カウンセリング)を得ることは比較的促進されていた。しかし、合併症の予防等医療費削減に結びつくような指導は、薬物療法施用などより高度な医療を通しての副次的情報獲得に依存している傾向が観察された。

(b)-3, 「行旅病人」の実態調査(在神戸医療施設における医療サービス利用状況調査)

「行旅病人」とは、上記取り扱い法において、「歩行に耐えざる旅行中の病人にして療養の途を有せず、且つ救護者なき者、あるいはこれに準ずべき者」また、「行旅死亡人」とは、「住所、居所もしくは氏名知れず、且つ引き取り者なき死亡人あるいはこれに準ずべき者」という規定がなされている。今日の現状では、行き倒れ、ホームレス等をその母集団と認識されるものと考えられる。

平成6年1月1日より平成12年12月31日

までに診療を行った全行旅病人132人について、病院の診療記録資料、および自治体の福祉関係資料を調査分析した。また、予測される基礎疾患を調査することを目的として、入院時の血液検査結果を集計した。

行旅病人の殆どは男性患者であり、年齢は50歳台が多く、60歳代、40歳未満、70歳以上がそれに次いだ。

経年的に患者数を観察すると、阪神淡路大震災の翌平成8年には減少が見られ、地域においてこの分類に該当する対象者に対しても行き渡る視点で、支援サービス活動が行われた状況が反映されている。患者総数で見ると、年間のうち1,3,9月に外来患者の増加とともに増える傾向にあった。

その病態としては、栄養障害、挫傷打撲、気管支肺炎、肺疾患、アルコール中毒、急性胃腸炎、その他の消化器疾患が多く見られた。

入院時間聞き取り調査では、家族への帰属が不安定な者(連絡のつく家族をもたない者)が殆どで、共通してアルコール依存や肺結核既往歴、それに伴う入院歴があり、患者の復帰に際しては、自己退院、強制退院等の場合もあり、社会的な適応性に困難な性格要素が影響していることも推察された。

2) 大都市災害に伴う社会構造の変化と人口動態の推計易学的研究および復興策の考察

1995年の阪神淡路大震災は、大都市災害における疾病対策、予防に多大なる事例を残し、パイロットモデルとなるものである。そこで、神戸市を調査対象とし、その人口動態、世帯調査、年齢調整死亡率の変遷を観察し、これまでに述べたものとは異なるいわば、急性の健康弱者マイノリティ集団形成の調査を継続した。

特に高齢者の保健医療サービスの問題点として特徴的であったのは、震災後、復

興住宅が被災地に新設された際に、元の居住地への復帰割合が高かったのは、65歳以上の高齢者層であることが示され、また特に被害の大きかった地域(長田、灘区)での復帰割合が高かった。

その結果、都市部に高齢化集団が局在する環境を生み、その後の独居老人の増加、介護老人、孤独死への対応が課題となったこともうなづける。

また、労働能力をもつ若年家族の住居移動(復帰)が高齢者よりも低い点は特徴的である。

4) 大都市マイノリティの定義/分類

従来、一般に保健医療分野において「マイノリティ」と称される社会集団は、高齢者、女性、子供、そして人種・民族(俗)およびそれに基づく言語の相違による基本的帰属社会において構成人員数の少数派を指して分類したものであり、その社会福祉・保健医療サービス提供対象として、十分な情報やアクセス権を有しない不平等の是正が検討されてきたものである。しかし近年では、急速な都市化、情報・資源のグローバリゼーションなどに起因して、そういった帰属性を越えて、都市機能を担う混合社会構成員全てが都市経済機能に対して脆弱であると認識せざるを得ない。

5) 国内で実施・計画された大都市マイノリティへの行政施策の検索・総覧

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改めて認識された。

社会経済的疎外構造を是正するための公的扶助としての医療保険・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。

今後はさらに、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り、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。

D. 考察および結論

社会問題となっているホームレス等の社会経済的弱者に対する現状把握や対応は行政機関だけでは不十分である。例えば、結核等の新興再興感染症に対しては、一般的には福祉による対応がなされるが、感染症や、食中毒などに象徴的にみられるように、大都市マイノリティ自身による保健医療サービスが必要となる場合が多い。しかし、当該マイノリティにとっては経済的にも、公衆衛生知識の面においても、この必要性に十分応えることができない。

これまでに調査対象とした大都市マイノリティと認識される人々は、依然生産年齢人口の重要な地位を占めるべき男性40～60歳代にその殆どが集中している。長期化した社会経済の低迷による失職と不安定雇用従事による罹患、傷害がより継続的な雇用を困難なものとし、更なる経済的困窮状態に至る状況は容易に推察できる。

医療におけるマイノリティは、その名のとおり現状では把握されにくい高リスク集団であるといえる。しかしながら、公的扶助実践

のバロメーターとして如実にその関係施策の有用性を測りうるものであるがゆえに、その医療サービス受給状況調査において、重要且つ普遍的な問題を顕在化するに至った。

本研究を通じて、その要保護対象者の生活保護制度が、日本国国民においては、そのナショナルミニマムを補完するセーフティネットとして社会保障制度の土台をなしていると考えられるが、実際の医療の場での機能は、およそ十分な整備状況にあるとはいえない。

また、いかなる要保護対象においても、その情報格差とその理解度を補うための視点が、全ての関連支援政策において重要となってくる。

F. 研究発表

1. 発表論文

1) 高鳥毛敏雄、保健現場が着目すべき“マイノリティ”とは、保健婦雑誌、58巻6号、2002。(掲載予定)

2. 学会発表

- 1) 馬場茂明、糖尿病とヘルスプロモーションの展開、第6回日本糖尿病教育・看護学会学術集会(2001年9月)。
- 2) 片山祐子ら、糖尿病未治療ならびに治療中断患者の把握とその対策、第5回日本糖尿病学会学術集会(2002年5月)。
- 3) 高鳥毛敏雄、大都市住民特性の解明とその公衆衛生対策の推進、第60回日本公衆衛生学会総会(高松)(2001)。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得、実用新案登録 ともになし

II 分担研究報告

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

大阪都市圏におけるマイノリティの保健医療サービスの利用状況に関する研究

分担研究者 多田羅浩三 大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学

研究要旨:

わが国においては医療および保健体制の点では世界でも最も成熟した制度を有していると言われている。しかし、すべての患者を届け出ることが義務づけられている結核患者の調査からは、わが国においても保健医療サービスの点で残されている課題があることが明らかとなった。これまでの調査の結果、保健医療サービスが疎遠である人々の保健医療サービスの利用の接点となっているものとして救急医療が存在していた。本年度はこれらの救急搬送を契機に受療している患者を調査することによりマイノリティの人々の保健医療面の課題を明らかにすることをを行った。その中で、これらの人々は、職域および地域保健体制の狭間にあり健康診査等を受検できている者が少ないこと、発症時には医療保険を有さないために救急搬送でしか受療出来ない現状にある者が多いこと、主たる現病疾患は1か月弱の入院期間で治癒する疾患は肝疾患、高血圧、心疾患、消化器潰瘍、脳血管障害、糖尿病などの継続的な健康管理が必要であるものが多いこと、しかし外来通院を行うためには通院医療費を支払うために医療保険の加入または生活保護の受給が必要となり放置されている者が多いことが明らかとなった。わが国においても保健医療サービスの上でマイノリティと考えられる人々が存在していることを認識した公衆衛生対策の充実が必要であると考えられた。

A. 研究の目的

大都市のマイノリティの人々を調査対象とするのは困難である。しかし、保健医療サービスの利用手段の一つとして救急車を利用した受療が存在している。そこで、本研究では救急搬送を利用して入院医療サービスを利用した患者について調査を行い、日頃の健康管理の状況、受療医療内容、保健医療課題について検討を行った。

B. 研究方法

本研究は、高鳥毛敏雄(大阪大学大学院医学研究科社会環境医学)、吉田寛(吉田アーデント病院)、馬場貞夫(杏林記念病院)の研究協力によって行った。

病院における平成13年10月15日～平成14年1月23日の間に救急入院患者607人について、入院時に調査票(A4版8枚)を用いて、看護婦による面接聞き取り方式で調査を行った。診断病名についてカルテをもとに医師により転記を行った。

神戸市は大阪市に比べ救急搬送を利用する要保護傷病者数は少なく、これらの患者は輪番制で多くの病院に分散している。そこで、神戸市灘区A病院における平成6年1月1日より平成12年12月31日までに診療を行われた行旅病人132人について病院の診療を用いた調査を行った。

大阪市における調査は、大阪市西成区K

C. 研究結果

I. 大阪市における調査

大阪市の救急搬送の平成 11 年の現状は、救急出場件数 153,578 件、搬送人員 137,976 人であった。このうち要保護傷病者搬送人員数は 17,996 件(13.0%)である。大阪市救急搬送要保護傷病者は年平均搬送人員数約 2 万人である。このうち 45～50%を西成区の患者で占められている。

西成区にあるK病院はこの西成区の救急搬送要保護傷病者の約 60%を取り扱っている。このK病院は救急専門の医療機関であり、来院患者数は月平均 700 件、入院患者数は月平均200人、平均入院期間は 20 日である。

1. 分析対象者

調査を行った3か月間の入院患者の性別は男性 593 人、女性 16 人、年齢階級は「0-29 歳」1 人(0.2%)、「30-39 歳」14 人(2.3%)、「40-49 歳」56 人(9.2%)、「50-59 歳」206 人(33.8%)、「60-69 歳」226 人(37.1%)、「70-79 歳」72 人(11.8%)、「80 歳以上」19 人(3.1%)、「年齢不詳」15 人(2.5%)であった。

性別では男性が大部分の 97.4%であった。年齢階級では 50-69 歳の者が 70.9%を占めていた。単身の者が 96.9%であった。

2. 医療保険の種別

「国保」の者 6 人、「社保」の者 1 人、「保険がない」者 400 人(65.7%)、「生活保護」の者 142 人(23.3%)、「不明」の者 60 人であった。

3. 患者の最終学校

最終学校について聞き取りの出来た 497 人についてみた。「小・中」の者 67.6%、「高校」の者 21.3%、「職業高」3.8%、「専門学校」1.0%、「その他」6.2%であった。

4. 過去最も長く従事した仕事

過去の職業について聞き取りのできた 546 人についてみた。「土木・建設作業員」63.6%、「運送業・運転手」9.3%、「会社員(事務系)」8.2%、「工場労働者」7.9%、「自営業」5.9%、「飲食店員」5.3%、「農林漁業」3.3%、「船乗り(船員)」2.7%、「パチンコ・娯楽施設員」2.2%、「屋台・露店・行商」1.8%、「港湾労働」1.6%、「鉱山・トンネル工事」0.7%、「公務員」0.5%、「その他」35.7%であった。

5. 現在の無職の者の無職理由

無職理由について回答のあった 430 人について無職理由をみると、「仕事がない」45.3%、「病気のため働けない」26.0%、「高齢のため働けない」17.2%、「けが・障害のため働けない」7.4%、「働く気力・意志がない」1.4%、「その他」2.6%であった。

6. 搬送直前の生活の場所

生活場所について回答のあった 467 人について生活状況をみると、「簡易宿泊施設」34.3%、「アパート・文化住宅」33.4%、「路上」17.3%、「公園」8.6%、「シェルター」7.5%などであった。

7. 健康管理状況

1) 相談先・相手

回答のあった 205 人についてみると、「友人・知人」45.4%、「福祉」19.5%、「社会医療センター」13.7%、「ボランティア団体」8.3%、「救急車」7.3%、「かかりつけ医」7.3%、「市立更生相談所」6.8%、「薬局」2.4%、「警察」1.0%、「保健所センター」0.5%であった。

2) 体調不良時の対処方法

回答のあった 552 人についてみると、「救急車を呼ぶ」38.2%、「受診する」23.6%、「売薬を買う」17.9%、「何もしない」13.6%、「薬を貰う」1.1%、「その他」5.6%であった。

3) 過去1年以内の検診または検査の

受検歴

回答のあった477人についてみると受検歴を有した者は22.5%であった。受検歴のある者における受診場所は、「医療機関」65.7%、「職場検診」18.2%、「施設検診」3.6%、「街頭検診」3.6%、「あいりん検診」2.9%、「保健センター」0.7%であった。大部分の者は医療機関受診による検査による者であった。

4) 未受診者の未受診理由

回答のあった287人についてみると、「必要を感じない」37.3%、「機会がない」27.2%、「受け方がわからない」20.6%、「受けたくない」2.4%であった。

8. 入院時の現病歴

現病歴の明らかであった608人についてみると、「肝疾患」71.5%、「高血圧」22.0%、「心疾患」21.1%、「消化器潰瘍」20.1%、「低栄養」14.1%、「胃炎」13.3%、「脳血管障害」12.9%、「糖尿病」12.2%、「貧血」12.2%、「肺炎」11.5%などであった(重複あり)。

9. 結核の状況

過去に結核の既往歴を有した者は、回答のあった539人中92人(17.1%)であった。現在結核の有病者は10人であった。

10. 飲酒習慣の状況

飲酒状況が明らかであった518人については、「ほぼ毎日」46.5%、「時々」18.7%、「止めた」7.9%、「飲まない」26.8%であった。

入院時に過度の飲酒習慣を有すると看護婦により判断された者は96人(15.8%)であった。入院後アルコールの離脱症状を有すると判断された者は38人(6.2%)であった。アルコール依存症の入院治療歴を有した者は60人(9.9%)であった。

11. 患者の転帰

「転院」60.4%、「治癒」25.1%、「自己」

11.2%、「死亡」1.3%、「強制」1.0%であった。治癒した者は4人に1人であった。

12. 退院後に必要と考えられる援助・サービス

退院時に聞き取りが出来た466人についてみると、「経済支援」37.3%、「住居」35.4%、「就労援助」30.7%、「外来通院施設」22.3%、「ケースワーカー」20.4%、「食料支給」18.9%、「介護保険サービス」18.5%、「友人仲間づくり」15.7%、「入所施設」13.1%、「酒害対策」11.4%、「訪問看護」7.7%、「その他」7.3%、「入院施設」5.4%、「保健婦サービス」4.5%、「ボランティア活動」3.6%であった。

II. 神戸市における調査

神戸市灘区A病院にて、平成6年1月1日より平成12年12月31日までに診療を行った全行旅病人総数132人について分析した。

1. 性別年齢階級

行旅病人の性別はほとんど男性(99%)で、年齢は50歳代が多く(45%)次いで60歳代(24%)40歳代(19%)40歳未満(10%)70歳代以上(2%)であった。

2. 経年・月推移

経年的にみると阪神・淡路大震災後の平成8年に減少した。年間の月別推移をみると12月～3月の冬期と7月～9月の夏期に入院患者数が多く、1月・3月・9月・11月に外来患者数が多かった。総数で見ると、1月・3月・9月に多かった。この年間推移のパターンは一般患者数にはみられず、異なったパターンであった。

3. 現病疾患

平成10年、11年、12年の患者については、栄養障害、挫傷打撲、気管支肺炎、肝疾患、アルコール中毒、急性胃腸炎、その他の消化器疾患の者であった。平成8年～12年までの入院患者の聞き取

り調査からは、アルコール依存症の者 25%、肺結核既往歴ありの者 14%、頻回の入院歴を有する者が 31%であった。

4. 転帰

自己退院の者が 36%、強制退院となった者が 6%であり、社会適応困難な者が多かった。

D. 考察

保健医療サービスの点から着目すべきマイノリティとは、職域、地域の保健対策から抜け落ち、何らかの社会的支援が必要な人々と考えられる。生活基盤を有する土地を持つ零細農家と土地を持たない労働者はともに貧しいが、食べ物を購入しないといけない土地を持たない労働者との間には大きな違いがある。仕事に従事できているときには得た収入で、居住場所などの生活基盤を確保できているが、傷病等を有したり、経済状況が悪化して、失職、失業すると、生活基盤を失い、職業は「無職」、住宅形態は「居所不定」となるからである。つまり都市型社会の中で不安定な雇用関係、不安定な生活基盤の中で存在している人々を保健対策上の“マイノリティ”と考えるべきである。マイノリティであることはその人の職場の規模が小さいことだけにあるのではない。不安定な雇用関係と不安定な居住基盤の両者をあわせもっていることにある。具体的には、単身の日雇い労働者、露店商、臨時工、生活基盤をもたないパート労働者、不法滞在の外国人労働者などが該当する。これらのマイノリティの人々と保健医療サービスとの接点は応急的な対応である救急医療にある。大都市の中で不安定就労・生活者の比重が最も高い都市といわれる大阪都市圏ではこれらの救急患者を専門に受け入れている病院がいくつかある。その中でも最大の件数を取り扱っている民間のK病院の救急入院患者について調査を行った。生産年齢層である 40、50 歳代の者が大部分であり、従事していた職業は、土

木・建設作業員の者が過半数を占め、工場労働者、運送業・運転手、飲食店員などであり、生計を維持していたときでも安定就労者は少なかった。

これらの者の特徴は医療の受療形態が救急医療にあるだけでなく過去1年以内の検診受診者は 23%であり日頃の健康管理、保健サービスの利用者の割合も極めて少ないことにある。これらの者は多くの有病疾患を持っている。しかし、退院後も治療継続されることなく放置されている現状にあった。

これらの人々の問題は、福祉と保健医療のはざまに、また保健問題としても職域、地域保健のはざまに落ちこぼれている現状にある。マイノリティの人々の問題は福祉だけが担当する問題であると考えられがちであるがこれらの人々の中には糖尿病、高血圧を有する者が多く存在し、公衆衛生的な対応が必要な人々であると考えられた。

今後の課題としては

1) 健康実態の把握

マイノリティの人々の健康実態は通常の保健事業では把握できない状況にあり、野宿生活者の調査、救急の要保護傷病者の調査、監察医制度に基づく死亡者の調査などを行うことが必要である。結核登録患者や精神疾患患者調査、高齢者の調査などを詳細に事例検討をすすめることも一つの方法であると思われる。

2) 不特定多数の人々に対する公衆衛生対策の強化

母子保健対策、結核・感染症対策、精神保健対策をはじめ、保健予防対策の推進にあたって住民とは言えない人々も含む不特定多数の人々に対する公衆衛生活動が強化されなければならない。地域に身近な保健サービスの提供機関が保健所から保健センターとなるにつれ、住民以外の不特定の人々が保健サービスの対象者から洩れている傾向にある。このような不特定多数の人々に対してはこの面の

保健所機能強化が重要であると考えられる。

3) 消防・救急、警察、福祉の関係機関との協力連携体制の強化

マイノリティの人々の課題は、就労、生活、傷病など複合的なことが多い。救急、警察、福祉だけでは対応が難しい状況にある。これらの人々の保健医療対策の推進にあたっては保健所が関係機関の協力体制の強化に大きな役割があると思われる。

4) マイノリティの人々に対する国および地方自治体の公的責任の明確化

公園等の公共施設における生活者、不法滞在外国人、刑務所入所者、臨時施設入居者、などに対する保健医療サービスは地方自治体だけでは対応が難しい人々であり、これらの人々は複数の自治体にまたがって就労、生活をしている。この点から、自治体の範疇からはみ出る問題を有していることから、保健事業の実施主体として市町村の比重が高まるにつれマイノリティに対する保健サービスの主体が不在となる可能性も考えられる。そこで、国や都道府県などの広域行政を担当している立場の公衆衛生対策の役割と責任をあらためて明確にしていく必要がある。

E. 結論

わが国においては医療および保健体制の点では世界でも最も成熟した制度を有していると言われている。しかし、すべての患者を届け出ることが義務づけられている結核患者の調査からみると保健医療サービスの面で課題を有する人々が存在していることであった。また、保健医療サービスが疎遠である人々と保健医療サービスの接点となっているものとして救急医療が存在していることが明らかとなった。救急搬送を契機に受療している患者を調査することにより明らかとなったことは、これらの

人々は、職域および地域保健体制の狭間にあり健康診査等を受検できている者が少ないこと、発症時には医療保険を有さないために救急搬送でしか受療出来ない現状にある者が多いこと、主たる現病疾患は1か月弱の入院期間で治癒する疾患は肝疾患、高血圧、心疾患、消化器潰瘍、脳血管障害、糖尿病などの継続的な健康管理が必要であるものが多いこと、しかし外来通院を行うためには通院医療費を支払うために医療保険の加入または生活保護の受給が必要となり放置されている者が多いことが明らかとなった。

わが国においても保健医療サービスの上でマイノリティと考えられる人々が存在していること明らかであり、これらに対するにはすべての人々の健康管理と医療サービスを意識した公衆衛生体制の強化が必要と考えられた。

F. 研究発表

学会発表

1) 高鳥毛敏雄: 大都市住民特性の解明とその公衆衛生対策の推進、第60回日本公衆衛生学会総会(高松)、2001.

論文

1) 高鳥毛敏雄: 保健現場が着目すべき“マイノリティ”とは、保健婦雑誌、58巻6号、2002.掲載予定

G. 知的所有権の取得状況

なし

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

特に生活習慣病対策を中心として

分担研究者 代表 馬場 茂明（国際糖尿病教育学習研究所）
協同研究者 片上 祐子（神戸市保健所）
磯元 伸一（神戸市保健所）
三好 泰平（神戸市保健所）
神谷 利助（神戸市保健所）
坪井 修平（園田学園女子大学、元神戸市保健所）
片山 俊郎（神戸総合医療介護福祉専門学校）
南部 征喜（武庫川女子大学）
亀野 靖郎（国際糖尿病教育学習研究所）
三好 勝彦（神戸市保健所）

研究要旨

本研究は、21世紀に顕著になると予想される都市健康問題の中で、特にマイノリティの公衆衛生、保健、医療、福祉サービスに関する施策研究である。特にマイノリティに関しては、少数民族、少数市民という狭義の解釈でなく、都市健康問題における弱者すなわち小児、女性、高齢者、身障者を対象とした。従って、彼等に対する保健・医療・福祉サービスについて調査研究を行い、その結果をもとに施策の考察と提案を試みたものである。

社会変革の激しい大都市の抱える問題を、人口の集中、都市環境の変化、少子高齢化社会の抱える疾病問題、生活習慣に関連する疾患の増加、都市大災害にもとづく健康障害などについて検討を加え、とくに、社会変革と健康問題ならびに生活習慣病対策についての施策提案を行い、さらに保健・医療・福祉サービスへの具体施策としての知的クラスター環境づくりについて考察した。

生活習慣病に関する保健・医療サービスにとって基本的問題は、住民およびその地域を含めた健康知識の向上にある。とくに、健康管理、診療システムの改善、地域の防疫、予防を目的としたサービスネットワークシステムの構築が必要であり、この三者の連携、協働、迅速性に、住民意識の向上と具体的施策の実行、その評価を確立することである。そのために生活習慣病教育・学習システムの構築と行政的施策の改革を要することを強調したい。

A. 研究目的

本研究は、21世紀に顕著になると予想される都市健康問題の中で、特にマイノリティの公衆衛生、保健・福祉対策に関して新しい概念のもとに捉え、主として生活習慣病を中心とした健康阻害因子を明示し、その改善施策について考察することを目的とした。

B. 研究方法

1. 社会背景と対象

大都市人口の集中は、先進国、開発途上国を問わず、新しい展開を見せている。特にホームレス住民、外国人労働者の増加のほか、戦争、天災、さらにテロ紛争などによる難民など、ますます複雑化しているのが国際的背景である。

また、さらに世界的経済の変動、環境諸条件の悪化、生活習慣、価値観など社会構造の変革が住民の健康に対して悪影響を及ぼし、新しい社会弱者が急増している。これらを新しい概念としての都市健康マイノリティとしてみるができる。特に、これらのマイノリティに対して、現行政策あるいは公的制度からは受益困難な状況にあることも否めない。したがって、これら都市化に伴うマイノリティに対する公衆衛生、保健、医療、福祉サービスに対する施策の開発と検討を要するものと考えられる。

2. 対象地区

本研究では、上記の背景を示すモデルパイロット都市として神戸市を選定した。神戸市は人口約150万、国際港都として発展してきた大都市である。特に、第2次大戦後の経済発展と共に近代化がなされてきたが、1995年1月17日都市直下型大地震（M7.3）に遭遇し、

都市の壊滅的損害を受けた。

その後、都市復興にむけて、あらゆるまちづくりが実施されてきたが、都市部の持つ課題として、不健康社会の新しい施策が必要とされるに至った。

特に、ライフライン（上下水道の破壊、廃棄物の累積、公害など）の変化は、不健康社会、心因的障害の持続、生活習慣病の増加を来し、保健・医療・福祉サービスへの施策に多くの問題点を有していた。

これらの健康阻害因子の明確化と対策について考察した。

3. 対象疾患

近代都市における社会問題は、貧困スラムの拡大、失業者、独居者の増加、高齢者家族、高齢者独居社の増加、ねたきり老人の増加が顕著であり、特に、疾病構造の変化が見られる。

そこで、WHO地域別に見た疾病動態（2000）と比較し、特に西太平洋地域の特徴と日本のそれと対比し、特に生活習慣病（non-communicable diseases）が問題となることが明らかとなった。現行の保健政策のあり方、方向性について考察するために、糖尿病、がん、心脳血管障害の疾病動態を中心とした。

4. 高齢社会の保健医療サービス

高齢化社会における保健医療サービスについては、地域や先進国によって相異なることは明らかであるが、特にその代表的日米の高齢社会施策に比較検討を行い、近未来的施策について考察した。本研究では、アメリカの高齢社会としてフロリダを対象とした。

5. 都市災害を中心とした施策検討

以上のパイロット都市としての神戸市の都市災害後の都市復興過程を客観的に数量化し、人口動態の面より検討を加えることによって、復興施策に対するリスクとその改善策について考察を試みた。換言すれば、21世紀における大都市像として、成熟社会度の目標と具体的施策を示すことになる。

6. 住民基本健康診査とアンケート調査

40歳以上の神戸市基本健康審査により抽出された糖尿病患者、未治療患者、治療中断患者、独居市民の実態調査アンケート成績に基づき、糖尿病要医療者ならびに生活習慣病患者に対する保健医療サービスのあり方について検討した。

倫理面への配慮としては、神戸市民人権保護条例に従って実施した。

C. 研究結果（後出添付、P. 31-59）

1. 片山祐子、磯元伸一、三好泰平、神谷利助、三好勝彦、坪井修平、糖尿病未治療並びに治療中断患者の把握とその対策, 2002
2. Sandra Reynolds, Implication for Strategies for Social Welfare in the United State, 2001
3. Shigeaki Baba, Toshiro Katayama, Seiki Nambu, Yasuro Kamenno, Future Perspective: Strategies for Management of Life-style related Diseases, Diabetes in Japan, 2001
4. Shigeaki Baba, Seiki Nambu, Toshiro Katayama, Yasuro Kamenno, Estimation of the Degree of Registration and Measures Following on Urban Disaster Based on

Changes to Urban Structures and Population Movement, 2001

5. 馬場茂明, 片山俊郎, 亀野靖郎, 南部征喜, 大都市災害における社会構造の変化と

D. 考察と施策提案

I. 社会変革と健康問題

世界的に20世紀を概観すると、戦争、紛争、災害の時代とも言え、21世紀にまで及んでいる。

モデル事例として、阪神大震災、中近東、紛争、同時多発テロ事件による都市破壊である。

1995年の阪神大震災は大都市災害における疾病対策、予防に多大な事例を残し、パイロットモデルとなるものである。そこで、神戸市を対象都市として選び、神戸市の人口、世帯調査、年齢調査死亡率の歴史的経過を観察し、さらに現代（平成13年、2001年）の市民健康状態調査をもとに、都市マイノリティとしての生活習慣病の対策、施策提案を作成することを目的とした。

1. 神戸市民の年齢別人口、世帯調査

1) 年齢（3区分）別割合の推移

平成12年（2000）神戸市の年少（15歳未満）人口割合は13.8%、生産年齢（15～64歳）人口割合は69.2%、老年（65歳以上）人口割合は16.9%である。

昭和55年以降の推移を見ると、生産年齢人口割合は大きな変化はみられないが、年少人口割合では低下が続いており、20年間で8.7ポイント低下している。

逆に老年人口割合は増加しており、20年間で7.9ポイント上昇している。全国結果と同

様、平成12年の国勢調査で初めて老年人口割合が年少人口割合を上回った。

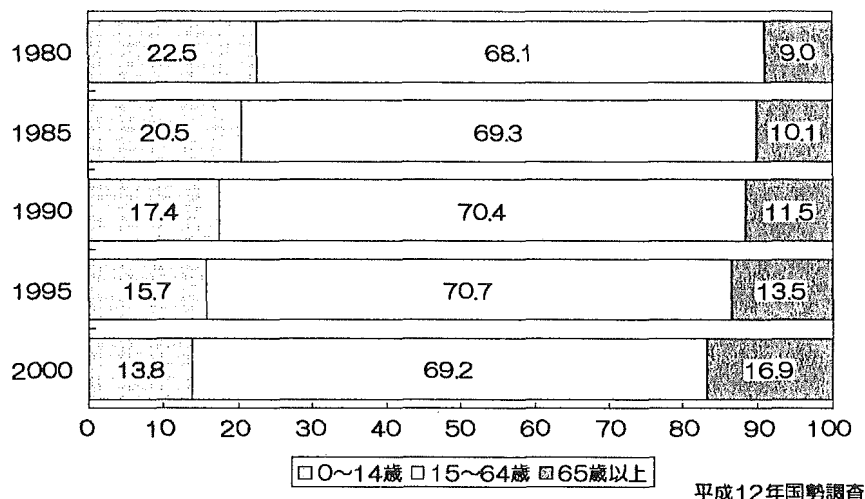


図1 年齢（3区分）別割合の推移

2) 一般世帯の世帯人員別割合の推移

神戸市では、1人世帯の割合が31.2%、2人世帯の割合が26.7%となっており、1~2人世帯だけで一般世帯全体の57.9%を占めて

いる。

昭和55年（1980）以降、3人以上の世帯の占める割合は縮小傾向にあり、世帯の小規模化が進んでいる。

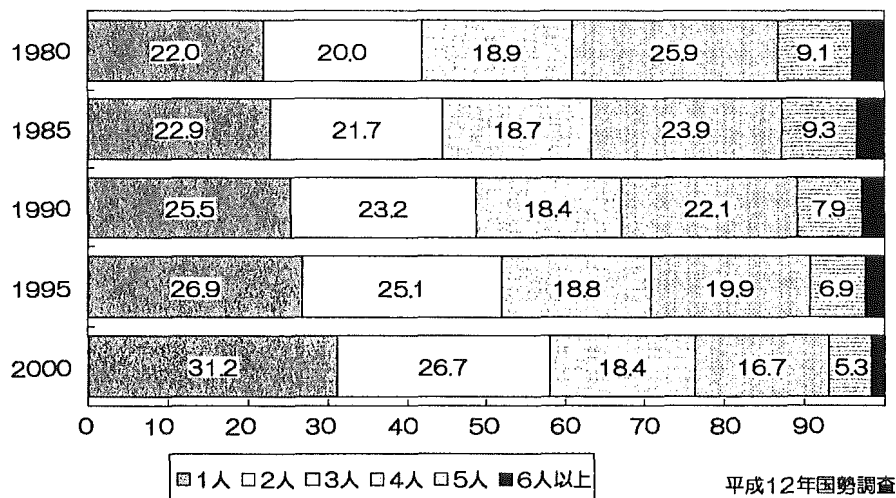


図2 一般世帯の世帯人員別割合の推移

3) 家族類型別高齢世帯総数に占める割合の推移

神戸市の一般世帯全体の内高齢世帯（65歳以上のいる一般世帯）の占める割合は29.9%であり、ほぼ3割を占めている。

高齢世帯の内、単独世帯の割合は30.3%、

夫婦のみの世帯の割合は31.6%となっており、神戸市の一般世帯10軒のうち3軒は高齢世帯であり、うち1軒は高齢単身世帯、1軒は高齢夫婦のみの世帯、残りはその他の高齢世帯という状況になっている。

高齢単身世帯は全国（20.2%）よりも10.1

ポイント高く、高齢夫婦のみの世帯も全国
(26.4%)より5.2ポイント高く、高齢世帯に

おいても世帯の小規模化が進んでいる。

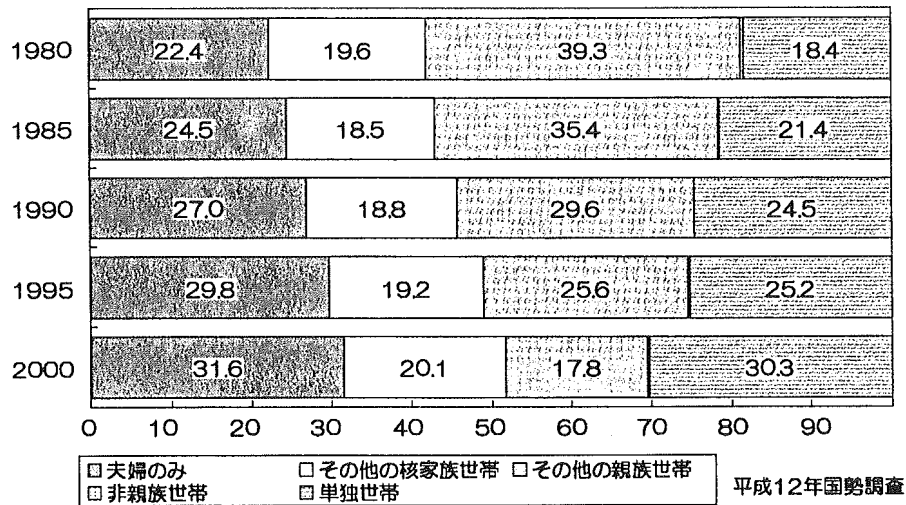


図3 家族類型別高齢世帯総数に占める割合の推移

2. 死因推移と都市比較

1) 主要死因順位 (表1)

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
死 因	がん	心疾患	脳血管疾患	肺炎	不慮の事故
死 亡 数	3,697人	1,575人	1,191人	955人	420人
死 亡 率	25.7	10.9	8.3	6.6	3.0
死 亡 割 合	33.6%	14.3%	10.8%	8.7%	3.8%

平成11年 (1999) 人口動態統計

※ 死亡率は人口1万対

※ 死亡割合は全死亡数に占める割合

神戸市では、死因の第1位はがん、第2位は心疾患、第3位は脳血管疾患となっており、この3つの疾患による死亡が全体の約6割を占めている。

2) 3大死因の状況 (13大都市比較)

死亡率は通常、人口に対する死亡数の比率であるが、他の地域と比較する場合、地域の人口構成を考慮したデータとは言えない。したがって、年齢調整死亡率は人口構成の差に

よる影響をなくした指標で比較した。

グラフでは、縦軸が女性の死亡率、横軸が男性の死亡率を示しており、各都市について縦軸と横軸が交わった位置に当該市の名前を入れて比較した。

太線は全国のラインで、そこよりも右よりの位置にあれば、全国よりも男性の死亡率が高く、上よりの位置にあれば、全国よりも女性の死亡率が高いことになる。

神戸市では心疾患、脳血管疾患による年齢