

いる公的機関・団体がすでにくつも存在している。また、炊き出し・相談活動・病院訪問活動などを続けて支援しているも民間グループ・団体が、あいりん地域はもとより、それ以外の地域においても数多くある。そのような公私の機関・グループ・団体と野宿生活者との間にすでに築かれている信頼関係は、結核対策を推進する上で貴重な社会資源である。そのようなグループ・団体・機関の協力なしには、結核検診に幅広く野宿生活者に受診してもらうことは不可能といっても過言ではない。さらに、今後は、結核治療を完了した野宿生活者や元野宿生活者をピア・サポーターとして育成することができれば、未受診者に対する検診受診勧奨や治療支援対策を効果的に進めることができるのではないかと考えている。このピア・サポーターとしての活動は、野宿生活者自身にとっても生きがい・働きがいの感じられる仕事づくりになりうる可能性がある。これまでホームレス者結核検診を研究事業として推進している中でこのことを試行している。

7. 発見から治療終了までの一環して関与する組織の必要性

多くの課題を有する野宿生活者の結核対策を成功させるためには、まずは保健医療福祉の行政の関連部局が結核対策を何としても解決しようとする強い政策的意志を持ち、統一的な対策の推進が不可欠であるが、それだけで十分であるとはいえない。野宿生活者や日雇い労働者の保健医療課題に対しては、これまで大阪社会医療センターや大阪府立労働福祉センターその他の公的機関、民間の様々な団体・グループが大きな役割を果たしてきており、このような団体や組織の参画なくして進んでいかない。しかし、これまで野宿生活者の結核問題が克服されてこなかったことも事実である。野宿生活者の結核対策は、検診受診への勧誘、検診による患者発見、精密検査実施、結核治療への説得と同意、入院・通院による結核治療終了まで、通常の結核対策以上に、連続的に、迅速的に、包括的にかつ柔軟に結核患者のニーズにあわせて対応することである。そのためには、検診の受診時から始まる患者の生活支援と受療支援から、治療支援、DOTSまでを統一的に関わる組織や体制が必要である。それがなければ患者との信頼関係を築くことはできないし、患者に関わる保健・医療・福祉の機関との連携や、関係団体との連携の確立もできないと思われる。このような、コーディネーション機能を持ち、臨機応変に活動できる組織が介在して、結核対策を推進させることができるかどうかには大阪市の野宿者に対する結核対策の成功の成否がかかっていると思われる。特に、法的に結核対策および結核患者管理の中心機関である保健所との強い連携をもって、2人3脚で検診から治療完了までに関与する組織・団体が必要である。

8. CR検診の今後の期待と課題

1) 未受診者対策

野宿生活者の自立支援のために、大阪市において野宿生活者の生活保護等の情報を一つのセンターに集約しているが、これらの人々の結核検診受診歴も確認できれば、効果的な

結核検診の実施につなげることができると考えられる。

2) 過剰診断、過小診断の対策

CR検診で撮影した胸部写真情報は、デジタル情報であり蓄積することが可能である。野宿生活者は、結核の治療歴を有する者、陳旧性の結核陰影を有する者、塵肺等の胸部疾患歴を有する者が多く、一枚の写真で要治療者と判定することは難しい。2年目以降の検診を効果的に行っていくためには、胸部写真を蓄積し、検診実施時に前回の写真を検索できるシステムを構築することも必要である。医療機関内部ではそのような活用が一般的に行われている。

9. さいごに

結核対策は、最初からこれでよいという完全な方式はないと考えるべきである。検診を実施しながら、問題点を整理し、次の実施に反映していくことが重要である。これまでの、黒田班のもとに行ってきた結核検診の結論である。結核対策の計画を策定し、実施し、その成果を評価し、次の対策の実施につなげていくには、中長期に責任をもって関わっている担当者ないし組織が必要である。中長期に関わっていく担当者ないし組織の確立が結核対策の発展の成否に関わっている。

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

大阪市における高齢者特別清掃事業従事者の健康と生活
—平成 15～17 年度の健診のまとめ—

主任研究者	黒田研二	（大阪府立大学人間社会学部教授）
分担研究者	逢坂隆子	（四天王寺国際仏教大学大学院教授）
同 上	高鳥毛敏雄	（大阪大学大学院医学系研究科助教授）
同 上	福田英輝	（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科口腔保健管理学）
同 上	中山 徹	（大阪府立大学人間社会学部教授）
研究協力者	西森 琢	（NPO ヘルス・サポート・大阪 事務局長）
同 上	名倉育子	（大阪樟蔭女子大学助教授）
同 上	山本 繁	（元尼崎市保健所長）
同 上	松繁逸夫	（NPO釜ヶ崎支援機構 事務局長）

研究要旨

目的：ホームレス者が多くを占める大阪市の高齢者特別清掃事業従事者を対象に平成 15 年度～17 年度の 3 年間、健康診査と健康相談活動を行った。そのデータを基にホームレス者の健康支援のあり方を考察した。

方法：3 年間の健診結果と平成 15 年度国民健康・栄養調査結果との比較、および 17 年度受診者を野宿群と簡宿群に区分し生活・健康状態の比較を行い、ホームレス者の健康実態を分析した。

結果：ホームレス者は国民一般と比べて、(1)身長、体重平均値からみて体格が小さく、やせの比率が高い、(2)重度高血圧の率は 4 倍程高い、(3)低栄養状態にある人の比率が高い。一方で、(4)血糖値については糖尿病のおそれのある 140mg/dl 以上の人の比率が 1 割を超えている、(5)肥満と区分される人もホームレス者の 2 割ほどにみられ、血中脂質の値が正常範囲より高い人も 1～2 割を占めている、といった課題が見いだされた。野宿群を簡宿群と比較すると、野宿群では不眠、ストレスなどの問題を訴える人の比率が高い、食事内容が貧困で低栄養状態の率が高い、歯の状態にも問題が多い、胸部 X 線判定で要医療者の率が高い、重症高血圧の率が高いなどが明らかになった。

考察と結論：3 年間、健診と健康相談の活動を継続することにより、ホームレス者において自分の健康状態、とくに血圧値に対する意識が高まって、高血圧治療を継続する人、血圧を自分で測定する人が増加した。高血圧や糖尿病などの生活習慣病管理や歯科治療のため、ホームレスであっても通院治療が保障される体制を作り出す必要がある。

無料低額診療事業のほか医療扶助の単独給付を認めるなどによって、柔軟に対応することが要請されている。また、食の改善が必要であり、経済的貧困からくる食の欠損に対する食事供給の事業、食への意識を高め生活習慣病の予防を図る活動が求められている。

A. 研究目的

大阪市西成区のあいりん地区にある西成労働福祉センターおよび NPO 釜ヶ崎支援機構を拠点として高齢者特別清掃事業が実施されている。高齢者特別清掃事業は、大阪府と大阪市が NPO 釜ヶ崎支援機構などに委託して営まれている就労対策事業である。日雇い仕事からも常時失業してしまった 55 歳以上のホームレス者のうち、西成労働福祉センターに登録した人を対象としている。平成 17 年度は約 3,000 人が登録し、登録すれば 9～10 日に 1 回位仕事が回ってきて、大阪市内・府下の公園・道路などの清掃事業に従事する。1 日の仕事に対して 5,700 円の日当が支払われる。ホームレス者にとっては貴重な収入源であるが、それだけでは生活できないので、多くの人は清掃事業に従事する日以外はアルミ缶回収などの仕事によって収入を加えている。

われわれは厚生労働科学研究の一環として平成 15 年度から 17 年度まで 3 年間、高齢者特別清掃事業従事者を対象に、健康診査および健康相談の活動を実施してきた。その結果、(1)要医療者・要精密検査者が健診受診者の 4 分の 3 を占めること、(2)特に重症・中等症高血圧の人の割合が多く、その背景に野宿からくるストレス、飲酒、医療受診からの疎外などがあること、(3)食事・栄養摂取に問題がある人が半数以上を占めること、(4)飲酒の問題は約 3 割の人に認められ、肝機能障害の頻度も高いこと、(4)結核の要医療者は受診者の 2 パーセント

ほどを占めることなどを明らかにし、ホームレス者への健康支援が緊急の課題であることを示してきた^{1) 2) 3) 4) 5)}。3 年目の本報告では、3 年間の健康診査結果と厚生労働省平成 15 年国民健康・栄養調査結果を比較し、特別清掃事業に従事しているホームレス者の健康状態の特徴を示すとともに、健康支援のあり方を考察する。

平成 14 年 8 月に施行された「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」に基づき、平成 15 年 1 月～2 月に実施されたホームレス生活者に対する全国規模の実態調査によって、全国のホームレス者は 25,296 人を数え、なかでも大阪市は 6,603 人と全国大都市の中で最も多いことが示されている。ホームレス自立支援法は、ホームレスを「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし、日常生活を営んでいる者」と定義している。しかし、不況のため日雇い労働に従事できなくなりホームレス化した人でも、路上で寝泊まりするだけでなく、シェルターに寝泊まりする、現金収入が入れば簡易宿泊所に投宿する、あるいは仮設住宅や福祉施設などに入所するなど、その居住形態は多様である。特別清掃事業従事者はこれらの不安定な居住を余儀なくされているさまざまな居住形態の人々を含んでいる。そこで本報告では、本年度の問診および健診データに基づいて、居住形態によって、生活や健康状態にどのような格差があるかについても分析を行った。

B. 研究方法

健康診査は、平成 15 年度は 9 月に、平成 16 年度は 7 月～8 月に実施した。平成 17 年度は 7 月 25 日から 8 月 3 日までの日曜を除く 9 日間を健診実施日とした。健診は、いずれの年度も午前 8 時 30 分から午前 10 時、特別清掃事業に出発するまでの時間を利用して実施した。なお、健診項目のうち血液検査および胸部レントゲン撮影は大阪予防医学サービスに委託して行った。検査項目と測定方法を表 1 に示す。

問診および健診の両方の受診者は、平成 15 年 917 名、平成 16 年 1,238 名、平成 17 年は 1,446 名であった。なお、問診票への回答、健診受診にあたって、問診と健康診査の意義を書いた説明書を配布し同意をえたうえで実施した。本報告では、これらの受診者のうち 50 歳代、60 歳代の男性について、厚生労働省平成 15 年国民健康・栄養調査で実施され比較可能な健診項目（身長、体重、BMI、血圧、赤血球、ヘモグロビン、総コレステロール、トリグリセリド、総たんぱく、血糖）について、各年度の結果および国民健康・栄養調査結果の比較を行った。

本年度の問診・健診データをもとに、居住形態によって、生活や健康状態にどのような差があるのかを分析するため、受診者を野宿群と簡宿群の 2 群に区分し、2 群間の比較を行った。群間のパーセント分布に統計学的有意差があるかどうかを検定するために、カイ二乗検定を行った。結果を示す表には、有意差（有意確率 0.05 未満、両側検定）が認められた場合に*を付けた。集計では当該項目に無回答の人は除いてパーセントを算出した。

C. 結果

1. 3 年間の健診結果および平成 15 年国民健康・栄養調査の比較

平成 15（2003）年度から平成 17（2005）年度の 3 年間の特別清掃事業従事者（以下ホームレス者）の各年の健診結果および国民健康・栄養調査結果（以下、国民一般）を、男性 50 歳代と同じく 60 歳代の 2 つの年齢層別に比較した。

身長平均値は、ホームレス者では国民一般より、50 歳代・60 歳代いずれも数センチ小さかった（表 1-1）。体重平均値も、2 つの年齢層とも、国民一般より 5 キロほど少なかった。身長と体重から計算される BMI（ボディ・マス・インデックス＝体重（kg）/身長（m）²）では、やせ（BMI < 18.5）の割合は、ホームレス者では 4%～5%ポイント、国民一般より多かった。

血圧区分では、重症高血圧（拡張期血圧 110 mm Hg 以上または収縮期血圧 180 mm Hg 以上）、と判定された人の割合は、両年齢層とも、国民一般よりも 4 倍程度多く、50 歳代の 1 割強、60 歳代の 15%程が該当した（表 1-2）。重症高血圧または中等症高血圧の割合は、初年度である平成 15 年度よりも 16 年度、17 年度は低下したが、国民一般と比べると依然として高かった。

赤血球数およびヘモグロビンは貧血の状態を調べるのに有効な検査項目であるが、赤血球数が 410 万個/mm³ 未満、ヘモグロビンが 13.0g/dl 未満といった貧血傾向のある人の割合は、ホームレス者では国民一般より多く、とくに 50 歳代でその差が大きかった（表 1-3、表 1-4）。

血液中の脂質（総コレステロール、トリグリセリド）の濃度は、高すぎることは循

表1 検査項目および測定方法

測定項目	測定方法	試薬メーカー	試薬名	標準メーカー	標準物質	基準値	分析機
赤血球	電気抵抗法	シスメックス				♂450～560万/ μ l ♀380～500万/ μ l	SE-9000
ヘモグロビン	SLSヘモグロビン法	シスメックス				♂13.8～17.5g/dl ♀12.0～15.5g/dl	SE-9000
ヘマトクリット	赤血球ハルス高値検出法	シスメックス				♂37～53% ♀35～45%	SE-9000
白血球	電気抵抗法	シスメックス				3,300～9,000/ μ l	SE-9000
GOT	JSCC準拠法	和光純薬	Lタイプワコ-GOT・J2	和光純薬	酵素キヤリブレーター	10～40IU/l	日立7600
GPT	JSCC準拠法	和光純薬	Lタイプワコ-GPT・J2	和光純薬	酵素キヤリブレーター	5～45IU/l	日立7600
γ -GTP	JSCC準拠法	和光純薬	Lタイプワコ γ -GTP・J	和光純薬	酵素キヤリブレーター	♂80IU/l以下 ♀30IU/l以下	日立7600 日立7600
総コレステロール	酵素法(COD)	和光純薬	Lタイプワコ-CHO-H	和光純薬	脂質キヤリブレーター	130～220mg/dl	日立7600
トリグリセリド	酵素比色法	和光純薬	Lタイプワコ-TG-H	和光純薬	脂質キヤリブレーター	40～150mg/dl	日立7600
HDLコレステロール	酵素法(直接法)	第一化学	コレステラスN・HDL	第一化学	コレステラスNキヤリブレーター	♂35～80mg/dl ♀40～90mg/dl	日立7600 日立7600
総たんぱく	ビュレット法	和光純薬	TP-HR11	和光純薬	蛋白標準血清	6.8～8.5g/dl	日立7600
アルブミン	BCG法	和光純薬	Alb-HR11	和光純薬	蛋白標準血清	3.8～5.4g/dl	日立7600
血糖	酵素法(H.K)	和光純薬	LタイプGlu L2	和光純薬	マルチキヤリブレーターB	60～110mg/dl	日立7180

表1-1 身長、体重、BMI、ホームレス調査と国民健康・栄養調査の比較

	50歳代				60歳代			
	平成15年度 (n=405)	平成16年度 (n=530)	平成17年度 (n=633)	国民栄養調査 (n=642)	平成15年度 (n=494)	平成16年度 (n=673)	平成17年度 (n=798)	国民栄養調査 (n=666)
身長								
平均値	164.8	163.5	163.8	166.2	162.9	161.5	161.6	163.5
標準偏差	5.9	6.0	5.8	6.0	5.8	5.8	6.0	5.9
体重								
平均値	59.3	60.2	60.4	65.9	58.4	58.7	58.8	63.3
標準偏差	8.8	9.6	9.4	9.9	9.3	9.0	9.3	9.3
BMI								
やせ	8.9	7.6	8.4	2.8	13.4	6.1	7.5	3.2
普通	76.8	72.2	70.6	66.3	70.4	76.1	72.7	66.2
肥満	14.3	20.2	21.0	30.9	16.2	17.8	19.8	30.7
平均値	21.8	22.5	22.5	23.8	22.0	22.5	22.5	23.7
標準偏差	2.9	3.1	3.1	3.1	3.1	3.0	3.1	3.0

表1-2 血圧、ホームレス調査と国民健康・栄養調査の比較

	50歳代				60歳代			
	平成15年度 (n=404)	平成16年度 (n=530)	平成17年度 (n=634)	国民栄養調査 (n=424)	平成15年度 (n=494)	平成16年度 (n=673)	平成17年度 (n=797)	国民栄養調査 (n=535)
血圧の状況								
至適血圧	12.9	15.1	13.1	14.4	9.5	13.4	14.3	10.7
正常血圧	11.1	13.0	13.2	15.6	10.9	11.6	11.7	12.0
正常高値血圧	14.1	18.3	15.1	27.1	13.2	14.4	14.4	22.1
軽症高血圧	29.7	27.9	31.9	27.4	27.5	33.3	31.6	37.6
中等症高血圧	18.1	14.7	15.6	12.0	21.7	15.3	12.9	13.5
重症高血圧	14.1	10.9	11.0	3.5	17.2	12.0	15.1	3.6
最低血圧								
80mmHg未満	32.7	25.9	33.0	30.3	27.5	29.9	39.8	37.1
80～89	23.3	33.8	27.3	38.4	25.3	29.0	25.0	36.6
90～99	21.5	22.9	24.0	21.0	23.9	22.9	18.2	20.0
100～109	12.4	9.5	8.8	8.3	13.2	9.4	8.5	4.5
110mmHg以上	10.1	7.9	6.9	2.1	10.1	8.9	8.5	1.7
平均値	88.0	87.3	85.9	85.3	89.2	87.2	84.7	83.5
標準偏差	14.8	13.5	13.9	11.0	16.0	14.2	15.1	10.7
最高血圧								
120mmHg未満	16.8	18.9	15.9	17.3	11.9	15.6	15.9	11.2
120～129	13.6	13.2	12.9	21.2	12.8	13.4	13.3	15.7
130～139	15.1	18.9	16.1	25.0	14.0	14.6	14.6	20.9
140～159	27.0	27.7	30.9	25.2	28.5	33.6	30.4	36.4
160～179	16.6	13.8	15.8	9.2	17.2	14.4	13.2	13.2
180mmHg以上	10.9	7.5	8.4	2.1	15.6	8.5	12.7	2.4
平均値	145.5	140.9	144.5	135.9	150.3	144.1	145.7	141.1
標準偏差	27.0	24.8	25.2	18.5	29.5	25.5	27.3	18.5

表1-3 赤血球、ホームレス調査と国民健康・栄養調査の比較

	50歳代				60歳代			
	平成15年度 (n=404)	平成16年度 (n=527)	平成17年度 (n=623)	国民栄養調査 (n=402)	平成15年度 (n=493)	平成16年度 (n=673)	平成17年度 (n=797)	国民栄養調査 (n=508)
410万個/mm ³ 未満	10.9	13.3	17.5	4.7	13.0	18.4	21.1	12.8
410～449	26.5	29.2	28.3	22.9	25.2	27.0	31.9	29.6
450～499	41.6	44.0	41.9	56.5	44.2	42.0	36.0	45.9
500万個/mm ³ 以上	21.0	13.5	12.4	15.9	17.6	12.6	11.1	11.8
平均値	463.2	456.4	451.3	467.2	460.0	451.0	444.3	454.5
標準偏差	45.4	42.1	42.9	35.5	48.0	45.2	47.2	40.8

表1-4 ヘモグロビン、ホームレス調査と国民健康・栄養調査の比較

	50歳代				60歳代			
	平成15年度 (n=404)	平成16年度 (n=527)	平成17年度 (n=623)	国民栄養調査 (n=402)	平成15年度 (n=493)	平成16年度 (n=667)	平成17年度 (n=787)	国民栄養調査 (n=508)
13.0g/dl未満	12.9	10.1	13.2	3.4	11.0	12.6	15.1	12.1
13.0～13.9	20.8	19.5	20.4	19.2	22.3	23.2	23.8	20.5
14.0～14.9	30.2	34.2	33.4	37.6	31.8	29.7	31.3	37.8
15.0～15.9	24.0	24.9	23.1	28.6	23.7	24.0	21.0	23.2
16.0g/dl以上	12.1	11.4	10.0	11.2	11.2	10.5	8.9	6.5
平均値	14.4	14.5	14.3	14.7	14.4	14.4	14.2	14.4
標準偏差	1.4	1.4	1.4	1.0	1.5	1.4	1.5	1.3

表1-5 総コレステロール、ホームレス調査と国民健康・栄養調査の比較

	50歳代				60歳代			
	平成15年度 (n=404)	平成16年度 (n=527)	平成17年度 (n=622)	国民栄養調査 (n=401)	平成15年度 (n=493)	平成16年度 (n=670)	平成17年度 (n=787)	国民栄養調査 (n=513)
140mg/dl未満	6.9	7.8	6.4	1.2	6.5	7.5	7.5	3.9
140～179	30.4	31.9	32.3	19.7	25.8	31.9	31.3	19.9
180～199	21.5	23.3	22.2	21.7	17.6	20.9	21.2	26.7
200～219	16.6	16.1	16.9	21.7	20.3	18.2	18.2	23.6
220～239	11.4	10.1	9.6	18.2	12.6	9.7	8.8	14.2
240mg/dl以上	13.1	10.8	12.5	17.5	17.2	11.8	13.1	11.7
平均値	194.6	190.1	192.2	207.8	200.5	191.3	192.6	200.5
標準偏差	38.2	37.8	38.1	34.9	42.9	38.2	39.4	34.2

表1-6 トリグリセリド、ホームレス調査と国民健康・栄養調査の比較

	50歳代				60歳代			
	平成15年度 (n=404)	平成16年度 (n=527)	平成17年度 (n=622)	国民栄養調査 (n=401)	平成15年度 (n=493)	平成16年度 (n=670)	平成17年度 (n=787)	国民栄養調査 (n=513)
50mg/dl未満	4.2	3.6	2.6	1.5	4.5	3.3	4.3	1.9
50～79	20.3	18.4	18.2	12.0	20.1	21.9	16.8	12.7
80～109	20.5	21.6	20.7	20.0	19.1	22.5	23.3	18.1
110～139	18.8	16.5	14.3	16.2	17.0	14.8	17.4	22.0
140～199	17.6	22.4	22.2	23.4	21.5	16.9	18.9	21.3
200mg/dl以上	18.6	17.5	22.0	26.9	17.8	20.6	19.3	24.0
平均値	140.8	146.6	154.6	176.2	141.3	144.6	147.5	164.6
標準偏差	90.9	105.0	105.2	130.9	92.3	113.7	101.8	113.1

表1-7 総たんぱく、ホームレス調査と国民健康・栄養調査の比較

	50歳代				60歳代			
	平成15年度 (n=404)	平成16年度 (n=527)	平成17年度 (n=622)	国民栄養調査 (n=401)	平成15年度 (n=493)	平成16年度 (n=670)	平成17年度 (n=787)	国民栄養調査 (n=513)
6.5g/dl未満	0.5	0.6	3.1	0.0	0.6	1.2	2.8	0.2
6.5～6.9	5.9	9.1	16.6	7.2	4.3	8.1	19.3	7.6
7.0～7.4	29.2	30.9	43.6	35.9	23.5	30.4	40.3	31.4
7.5～7.9	38.1	37.8	27.5	39.7	40.8	41.0	28.0	45.4
8.0g/dl以上	26.2	21.6	9.3	17.2	30.8	19.3	9.7	15.4
平均値	7.6	7.6	7.3	7.5	7.7	7.6	7.3	7.6
標準偏差	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	0.4

表1-8 血糖、ホームレス調査と国民健康・栄養調査の比較

	50歳代				60歳代			
	平成15年度 (n=404)	平成16年度 (n=528)	平成17年度 (n=622)	国民栄養調査 (n=307)	平成15年度 (n=493)	平成16年度 (n=669)	平成17年度 (n=787)	国民栄養調査 (n=393)
80mg/dl未満	7.7	6.3	5.1	6.5	5.7	6.6	5.5	4.3
80～99	52.0	52.3	40.4	50.8	44.4	47.1	38.0	38.9
100～109	15.8	12.1	13.3	22.8	18.7	16.7	17.8	24.7
110～119	8.7	10.0	10.5	6.2	8.3	7.9	13.0	10.2
120～139	6.4	7.8	12.9	7.8	10.5	10.0	10.5	10.2
140mg/dl以上	9.4	11.6	17.8	5.9	12.4	11.7	15.2	11.7
平均値	104.1	108.6	119.8	104.0	111.1	109.6	116.0	113.6
標準偏差	33.9	40.4	55.7	29.6	41.0	43.4	48.9	46.3

環器病のリスクを高めるが、低すぎても健康のリスクとなる。血中脂質および総たんぱくの値が低すぎることは栄養状態が低下していることを示す指標として注意を払わなければならない。これらの検査項目の値が最も低い階級の比率は、3年間にわたりホームレス者では国民一般より高い結果を示した（表 1-5、表 1-6、表 1-7）。ホームレス者には低栄養状態の者が一定の割合で含まれており、その状況は3年間であまり改善していないといえる。一方、BMIが25.0以上で肥満と区分される人はホームレス者でも2割ほど存在していたが（一般国民では3割）、血中脂質の値が最も高い階級の比率も両年齢層でそれぞれ1～2割を占めており、高脂血症の治療や管理を要する人もかなり含まれている。

血糖値については糖尿病のおそれのある140mg/dl以上の人の比率が両年齢層とも1割を超えており、一般国民より高い傾向がみられた（表 1-8）。平成15年度の報告に示しているが、血糖値は肝機能検査結果（GOT、GPT、 γ -GTP）と関連しており、肝機能障害と合併して糖尿病が生じている可能性が示唆されている。

2. 野宿群と簡宿群の生活・健康状態の比較

問診において「寝泊まりの場所」について回答した1,480名の回答結果（複数回答可）を表2に示した。あいりん地区内外で野宿している人が4分の1を占め、あいりん地区シェルターが4割弱、簡易宿泊所26%、あいりん地区内外のテントおよびアパートはそれぞれ1割程であった。

表2 特別清掃事業従事者の寝泊まりの場所

	人数	%
あいりん内野宿	182	12.5
あいりん外野宿	162	11.1
シェルター	551	37.8
あいりん内テント	72	4.9
あいりん外テント	100	6.9
映画館	16	1.1
簡易宿泊所	380	26.1
アパート	167	11.5
大阪城仮設	6	0.4
三徳寮	19	1.3
一時保護所	5	0.3
その他	79	5.4
総数	1480	100.0

以下の分析では、より不安定な居住形態であると考えられる「野宿」、「シェルター」、「テント」、「映画館」のいずれかを回答した人（948名。以下、野宿群）と、表2の「簡易宿泊所」以下のいずれかに回答したそれ以外の人（502名。以下、簡宿群）に2区分して、生活および健康状況を比較した（表 2-1 から表 2-12）。

まず、収入源であるが特別清掃事業に頼っている人は野宿群に多く、野宿群では、その他にカン集めを挙げた人が多い（表 2-1）。一方簡宿群では、他の現金仕事や年金を挙げた人の割合が野宿群より多い。両群はこのような収入の状況の違いを反映しており、野宿群はより経済的に困窮している人々であると考えられる。特別清掃事業の登録年数は、野宿群の方が4年目以上の長期の人の比率が高い（表 2-2）。ホームレス化してからの期間も野宿群に長い人が多

いことが窺われる。

野宿群では、簡宿群より「よく眠れる」と答えた人の比率は低く、「あまり眠れない」「ほとんど眠れない」と答えた人の比率が高かった（表 2-3）。また、ストレスの健康への影響に関して「かなり」「非常に強い」と答えた人の比率が高かった（表 2-3）。

飲酒状況や喫煙状況は、野宿群と比べて簡宿群において「飲まない」「吸わない」と答えた人の比率も、毎日飲酒、21 本以上喫煙の人の比率も高く、簡宿群では両極化する傾向がみられた（表 2-4）。

食事摂取状況を比較すると、卵・肉・魚を「週に 1～2 日」「ほとんど食べない」人、野菜果物を「週に 1～2 日」「ほとんど食べない」人は、いずれも野宿群では簡宿群より多かった。1 週間で食事を一食も食べられなかった日が 1 日以上ある人（野宿群 18.0%）も、簡宿群（9.7%）より多かった。

歯の状況については、野宿群は簡宿群より「なんでも噛める」の比率が低く、「ほとんど噛めない」の比率が高かった（表 2-6）。残存歯は「ほとんどない」「まったくない」が、あわせて 45.1%を占めた（簡宿群は 37.6%）。

問診で結核既往歴のある人の率は、野宿群（12.0%）で簡宿群（7.8%）より有意に高く、健診結果でも、胸部 X 線判定の要医療、要精密検査の割合が野宿群で高かった（表 2-9）。

血液検査結果では、ヘモグロビン、総コレステロール、トリグリセリドのいずれも、値が最も低い階級の比率は野宿群が簡宿群よりも高く、低栄養状態の人が野宿群に多いことが窺われた（表 2-8）。一方、血糖値が 140 mg/dl 以上の人の比率は、簡宿群の

方が高く（表 2-8）、高脂血症や痛風の既往があると答えた人の比率も簡宿群の方が高かった（表 2-9）。

野宿群と簡宿群で血圧値を比較すると、収縮期血圧が 180 mm Hg 以上の重症高血圧の比率が野宿群では 12.8%と高かった（簡宿群 7.4%）。拡張期血圧 110 mm Hg 以上の人も野宿では 8.6%と高かった（表 2-10）。一方、高血圧で服薬治療中の人は野宿群 17.1%に対して簡宿群は 24.6%を占めていた（表 2-11）。野宿群は服薬している比率は低かったが、特別清掃事業の事務所に置いている自動血圧計を用いて血圧の自己測定をしている人の割合は 69.3%と高かった（表 2-12）。

表2-1 居住形態別、収入源(重複回答)

	居住形態						χ ² 2乗検定
	総数		野宿等		簡易宿所等		
	人数	%	人数	%	人数	%	
特別清掃事業	1,341	92.7	898	94.7	443	89.0	**
カン集め	437	30.2	366	38.6	71	14.3	**
年金	79	5.5	20	2.1	59	11.8	**
他の現金仕事	478	33.1	221	23.3	257	51.6	**
ダンボール集め	43	3.0	25	2.6	18	3.6	n.s
合計	1,446	100.0	948	100.0	498	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-2 居住形態別、特別清掃事業登録年数

		居住形態						χ ² 2乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
特別清掃	1年目	271	18.8	172	18.2	99	19.8	
事業登録	2年目	371	25.7	241	25.5	130	26.1	
年数	3年目	341	23.6	208	22.0	133	26.7	*
	4年目以上	461	31.9	324	34.3	137	27.5	
	合計	1,444	100.0	945	100.0	499	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-3 居住形態別、睡眠およびストレスの健康への影響

		居住形態						χ ² 2乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
睡眠	よく眠れる	483	33.2	268	28.2	215	42.8	
	まあ眠れる	394	27.1	255	26.8	139	27.7	
	あまり眠れない	452	31.1	325	34.2	127	25.3	**
	ほとんど眠れない	124	8.5	103	10.8	21	4.2	
	合計	1,453	100.0	951	100.0	502	100.0	
ストレスの	影響なし	579	40.2	349	37.0	230	46.1	
健康への	少し	275	19.1	174	18.5	101	20.2	
影響	ある程度	347	24.1	246	26.1	101	20.2	**
	かなり	169	11.7	125	13.3	44	8.8	
	非常に強い	72	5.0	49	5.2	23	4.6	
	合計	1,442	100.0	943	100.0	499	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-4 居住形態別、飲酒および喫煙状況

		居住形態						χ ² 2乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
飲酒	飲まない	309	21.5	195	20.8	114	23.0	
	禁酒した	165	11.5	100	10.6	65	13.1	
	週1-2日	262	18.3	195	20.8	67	13.5	**
	週3-5日	213	14.8	150	16.0	63	12.7	
	毎日	486	33.9	299	31.8	187	37.7	
	合計	1,435	100.0	939	100.0	496	100.0	
喫煙	吸わない	233	16.0	130	13.7	103	20.5	
	禁煙した	163	11.2	102	10.7	61	12.1	
	10本以下	195	13.4	140	14.7	55	10.9	**
	11-20本	598	41.1	423	44.4	175	34.8	
	21本以上	266	18.3	157	16.5	109	21.7	
	合計	1,455	100.0	952	100.0	503	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-5 居住形態別、食事摂取の状況

		居住形態						χ ² 乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
卵・肉・魚 の摂取	毎日	308	21.4	153	16.2	155	31.2	**
	週5-6日	78	5.4	41	4.3	37	7.4	
	週3-4日	376	26.1	224	23.7	152	30.6	
	週1-2日	430	29.8	317	33.5	113	22.7	
	ほとんど食べない	250	17.3	210	22.2	40	8.0	
	合計	1,442	100.0	945	100.0	497	100.0	
野菜果物 の摂取	毎日	251	17.4	108	11.4	143	28.7	**
	週5-6日	65	4.5	45	4.8	20	4.0	
	週3-4日	267	18.5	163	17.2	104	20.9	
	週1-2日	414	28.7	289	30.6	125	25.1	
	ほとんど食べない	446	30.9	340	36.0	106	21.3	
	合計	1,443	100.0	945	100.0	498	100.0	
1週のうち 1日何も食 べなかった 日	なし	1,223	84.9	776	82.0	447	90.3	**
	1日	77	5.3	57	6.0	20	4.0	
	2日	90	6.2	71	7.5	19	3.8	
	3日	42	2.9	35	3.7	7	1.4	
	4日以上	9	0.6	7	0.7	2	0.4	
	合計	1,441	100.0	946	100.0	495	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-6 居住形態別、歯の状況

		居住形態						χ ² 乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
噛み具合	何でも噛める	594	41.2	357	37.7	237	47.9	**
	やわらかい物なら	741	51.4	507	53.5	234	47.3	
	ほとんど噛めない	108	7.5	84	8.9	24	4.8	
	合計	1,443	100.0	948	100.0	495	100.0	
歯の状態	ほとんど揃っている	389	26.8	226	23.8	163	32.6	**
	半分くらい	444	30.6	295	31.1	149	29.8	
	ほとんどない	484	33.4	347	36.5	137	27.4	
	まったくない	133	9.2	82	8.6	51	10.2	
	合計	1,450	100.0	950	100.0	500	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-7 居住形態別、結核既往歴および胸部X線判定

		居住形態						χ ² 乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
結核 既往歴	なし	1,266	89.5	816	88.0	450	92.2	*
	あり	149	10.5	111	12.0	38	7.8	
	合計	1,415	100.0	927	100.0	488	100.0	
胸部X線判 定	異常なし	876	64.5	555	61.7	321	70.1	**
	要観察	340	25.0	234	26.0	106	23.1	
	要精検	116	8.5	92	10.2	24	5.2	
	要医療	26	1.9	19	2.1	7	1.5	
	合計	1,358	100.0	900	100.0	458	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-8 居住形態別、血液検査値の分布

		居住形態						χ ² 乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
ヘモグロビン	13.0未満	207	14.5	151	16.1	56	11.5	**
	13.0~13.9	318	22.3	227	24.1	91	18.6	
	14.0~14.9	457	32.0	302	32.1	155	31.7	
	15.0~15.9	312	21.8	174	18.5	138	28.2	
	16.0以上	135	9.4	86	9.1	49	10.0	
	合計	1,429	100.0	940	100.0	489	100.0	
総コレステ ロール	140未満	100	7.0	68	7.2	32	6.5	**
	140~179	448	31.4	333	35.5	115	23.5	
	180~199	308	21.6	192	20.4	116	23.7	
	200~219	252	17.6	167	17.8	85	17.4	
	220~239	136	9.5	76	8.1	60	12.3	
	240以上	184	12.9	103	11.0	81	16.6	
合計	1,428	100.0	939	100.0	489	100.0		
トリグリセリド	50未満	49	3.4	38	4.0	11	2.2	**
	50~79	247	17.3	181	19.3	66	13.5	
	80~109	314	22.0	221	23.5	93	19.0	
	110~139	228	16.0	138	14.7	90	18.4	
	140~199	293	20.5	189	20.1	104	21.3	
	200以上	297	20.8	172	18.3	125	25.6	
合計	1,428	100.0	939	100.0	489	100.0		
血糖値	80未満	77	5.4	51	5.4	26	5.3	**
	80~99	548	38.4	393	41.9	155	31.7	
	100~109	221	15.5	152	16.2	69	14.1	
	110~119	171	12.0	97	10.3	74	15.1	
	120~139	172	12.0	103	11.0	69	14.1	
	140以上	239	16.7	143	15.2	96	19.6	
合計	1,428	100.0	939	100.0	489	100.0		

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-9 居住形態別、高脂血症および痛風既往歴

		居住形態						χ ² 乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
高脂血症既往歴	あり	67	4.7	36	3.9	31	6.4	*
痛風既往歴	あり	62	4.4	32	3.5	30	6.1	*
合計		1,415	100.0	927	100.0	488	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-10 居住形態別、血圧の状況

		居住形態						χ ² 乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
血圧分類	至適血圧	197	13.6	132	13.9	65	13.0	+
	正常血圧	177	12.2	108	11.4	69	13.8	
	正常高値血圧	213	14.7	140	14.7	73	14.6	
	軽症高血圧	467	32.2	291	30.6	176	35.1	
	中等症高血圧	204	14.1	137	14.4	67	13.4	
	重症高血圧	193	13.3	142	14.9	51	10.2	
	合計	1,451	100.0	950	100.0	501	100.0	
収縮期 血圧区分	120未満	227	15.6	151	15.9	76	15.2	**
	120～129	189	13.0	107	11.3	82	16.4	
	130～139	220	15.2	151	15.9	69	13.8	
	140～159	452	31.2	281	29.6	171	34.1	
	160～179	204	14.1	138	14.5	66	13.2	
	180以上	159	11.0	122	12.8	37	7.4	
	合計	1,451	100.0	950	100.0	501	100.0	
拡張期 血圧区分	80未満	536	36.9	351	36.9	185	36.9	+
	80～89	379	26.1	234	24.6	145	28.9	
	90～99	297	20.5	190	20.0	107	21.4	
	100～109	128	8.8	93	9.8	35	7.0	
	110以上	111	7.6	82	8.6	29	5.8	
	合計	1,451	100.0	950	100.0	501	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-11 居住形態別、高血圧治療状況

		居住形態						χ ² 乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
高血圧 治療	服薬中	234	19.7	133	17.1	101	24.6	*
	経過観察	48	4.0	32	4.1	16	3.9	
	治療中断	76	6.4	55	7.1	21	5.1	
	治療なし	832	69.9	560	71.8	272	66.3	
	合計	1,190	100.0	780	100.0	410	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

表2-12 居住形態別、血圧の自己測定状況

		居住形態						χ ² 乗検定
		総数		野宿等		簡易宿所等		
		人数	%	人数	%	人数	%	
血圧自己 測定	はい	964	66.8	657	69.3	307	61.9	**
	いいえ	480	33.2	291	30.7	189	38.1	
	合計	1,444	100.0	948	100.0	496	100.0	

+ p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 n.s not significant

D. 考察

特別清掃事業従事者の3年にわたる健診結果を国民健康・栄養調査結果と比較した。その結果、ホームレス者は国民一般と比べて、(1)身長、体重平均値からみて体格が小さく、BMIからはやせの比率が高いこと、(2)重症高血圧と判定された人の率は国民一般よりも4倍程度多いこと、(3)赤血球数、ヘモグロビン、血中脂質などの検査値より、低栄養状態にある人の比率が国民一般より高いことが明らかになった。一方で、(4)血糖値については糖尿病のおそれのある140mg/dl以上の人の比率が1割を超えていること、(5)BMIで肥満と区分される人がホームレス者の2割ほどにみられ、血中脂質の値が正常範囲より高い人も1～2割を占めていることも示された。

昨年度の報告で寝泊まりの場所を「野宿」と答えた人とその他の人を比較し、野宿者では、不眠、ストレスなどの問題を訴える人の比率が高いこと、食事内容が貧困で1週間に食事を一食も摂ることができない人の比率も高いこと、歯の噛み合わせが悪く残存している歯が少ない人が多いことなどを示した。本年度のデータをもとに、野宿群と簡宿群の比較を行ったところ同様の結果が得られるとともに、健診データを両群間で比較することにより、野宿群では、胸部X線判定で要医療・要精密検査の率が高いこと、低栄養状態の率が高いこと、重度高血圧の率が高いことが明らかになった。

本健診の対象である特別清掃事業従事者は、野宿者、シェルター利用者、公園等でのテント生活者、簡易宿泊所投宿者、福祉アパート居住者などさまざまな居住形態の者が含まれており、ホームレス自立支援法

で定義する範囲よりも広義のホームレス者である。その中でも、野宿群は、収入源からみて経済的困窮度が高い人々だと考えられた。問診と健診のデータを分析することによって、それらの人々では、健康状態にも問題を有する人がより多く含まれていることが明らかになった。健康上の問題として、(1)食事内容の貧困からくる低栄養状態、(2)食事摂取の問題を助長する歯の問題、(3)不眠やストレス、重症高血圧の率の高さ、(4)結核といった問題が浮き彫りになった。そのほか、ホームレス者においても、国民一般と同様に、糖尿病や高脂血症などの生活習慣病の管理が課題であることも示された。

3年間、健診と健康相談の活動を継続することにより、ホームレス者において自分の健康状態、とくに血圧値に対する意識が高まって、高血圧治療を継続する人、血圧を自分でも測定する人が増加した。このことは健康支援活動の成果だと考えられる。高血圧症の治療状況であるが、平成15年度は高血圧で治療を受けている人は回答総数の8.7%に過ぎなかったが、16年度には17.0%、17年度には19.8%の人が治療薬を服用していると回答した。また、特別清掃事業の受付事務所に置かれている自動血圧計を用いて血圧の自己測定をしていると答えた人は、15年度の53.5%から16年度は63.5%、17年度は66.8%に増加した。

高血圧や糖尿病などの生活習慣病を管理するためには、ホームレスであっても通院治療が保障される体制を作り出す必要がある。あいりん地区には無料低額診療事業を提供している大阪社会医療センターがあり、そこでの外来治療によって高血圧などへの

治療継続が可能となっている。しかし、あいりん地区から離れた場所に起居しているホームレス者では生活習慣病の通院治療体制が確保されていないことは問題だといえる。また、われわれの調査研究により、通院による歯科治療を必要とするホームレス者の多いことが明らかになったが、無料低額診療事業による歯科医療供給量は非常に限定されており、必要を満たすことができない状況にある。高血圧などの生活習慣病や歯科についての通院治療ニーズに対応するには、生活保護の医療扶助の単独給付を認めるなどによって、柔軟に対応する必要がある。

ホームレス者の健康を確保するために食の改善が必要である。健康相談を通じた食事指導はそのためのひとつの取り組みである。3年間の健診時の問診では、1週間のうち一食も食べなかった日が1日以上ある人の比率は、15年に32.8%認められたものが、16年度には20.8%、17年度は15.3%にまで減少した。たしかに17年度の健診でも低栄養状態の人は一定程度含まれており国民一般よりその率が高いことは問題であるが、一方で、糖尿病や高脂血症などに対する食事指導も必要である。経済的貧困からくる食事の欠損に対して食事を供給する事業が要請されているが、食事への意識を高め、生活習慣病の予防を図る活動も求められている。

受診者のうち結核で要医療の者が2%ほどを占めるという状況に対し、結核の治療と予防をどう展開するかは、別稿で論じることとする。

文献

- 1) 黒田研二、逢坂隆子、高鳥毛敏雄ほか：高齢者特別清掃事業従事者の生活の現状と健診結果—第1報：質問票にみる生活の現状—、厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業『ホームレス者の医療ニーズと医療保障システムのあり方に関する研究』平成15年度総括・分担研究報告書（主任研究者 黒田研二）、17-33、2004
- 2) 黒田研二、逢坂隆子、高鳥毛敏雄ほか：大阪市高齢者特別就労事業従事者の健康と生活の実態 その1—2004年度健診における問診票の分析—、厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業『ホームレス者の医療ニーズと医療保障システムのあり方に関する研究』平成16年度総括・分担研究報告書（主任研究者 黒田研二）、39-54、2005
- 3) 黒田研二、逢坂隆子、高鳥毛敏雄ほか：大阪市高齢者特別就労事業従事者の健康と生活の実態 その2—2004年度健診結果の分析—、厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業『ホームレス者の医療ニーズと医療保障システムのあり方に関する研究』平成16年度総括・分担研究報告書（主任研究者 黒田研二）、55-66、2005
- 4) 黒田研二：健康政策からみたホームレス問題、都市問題研究、57(11)、通巻657号、55-70、2005
- 5) 黒田研二：ホームレス生活者に対する健康支援、公衆衛生、70(2)、92-95、2006

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

結核検診の実践を通じた野宿生活者の結核対策推進方策に関する研究

分担研究者 高鳥毛敏雄（大阪大学大学院医学系研究科助教授）
同上 逢坂隆子（四天王寺国際仏教大学大学院人文社会学研究科教授）
研究協力者 山本繁（尼崎市嘱託医師）
同上 西森琢（NPOヘルス・サポート・大阪 事務局長）
同上 田村嘉孝（大阪府立呼吸器アレルギー疾患センター医師）
同上 藤川健弥（国立病院機構刀根山病院医師）
主任研究者 黒田研二（大阪府立大学人間社会学部教授）

研究要旨

野宿生活者に対する結核検診を3年間連続して実施した。各年とも野宿生活者の結核有所見者割合は約3割、要治療者は約2%であった。結核の問題が大きいことがあらためて明らかとなった。これらの野宿生活者の高有病状況を改善するために結核検診から始まる結核対策推進方策を実践的に明らかにすることを計画し実施した。

医療費については福祉事務所、精密検査および治療については医療機関と、あらかじめ連絡調整を行って連携した体制を準備して結核検診を徹底することにより結核問題は克服可能であることを示した。また、検診を連続して行うことにより過去の写真との比較判定が可能であり大量排菌状態になる前に患者を治療に結びつけることができることも明らかとなった。野宿生活者には結核有所見者が多いので、胸部レントゲン検査だけでは要治療と判定することが難しいことから、近年診断薬として承認された免疫学的診断法（QFT）を併用することにより早期治療が可能となると考えられる。

A. 研究目的

結核は原因菌が明らかになっている。診断方法、治療薬剤、治療方法も確立している。また、結核対策に必要な法制度も整備されている。しかし、わが国では大都市（東京、大阪）の結核蔓延地域の結核問題は解決されているとは言えない状況にある。結核対策の推進には基礎医学研究、検査・診断技術の臨床医学研究の進歩を取り入れる

だけでは解決はできず、罹患率の高い人々に対する保健医療福祉サービスの充実も必要である。

わが国の結核問題も欧米先進国のように大都市に偏在していくものと思われる。この背景には、日雇い労働、臨時雇用などの不安定就労者が多く存在していることがある。これらの人々は、地域保健、職域保健の狭間にあり、縦割り行政的な対応では対

処しきれていない現状にある。結核は、すでに強力な化学療法剤が存在することからDOTSを中心とする対策が世界的に進められている。しかし、これらの地域の結核患者は、大量排菌状態となつてから、救急搬送等で発見される者も多いため、DOTSだけではすでに多くの人々に感染させてしまい問題解決に時間がかかることになる。そのため、受診機会が乏しい人々に対し、NPOなどのボランティア団体、結核治療修了者などの支援の下に結核検診を徹底することが最も効果的な対策方策であると考えられたことから、平成15年から3年間に野宿者を対象に結核検診を実施し、その実践経験に基づき野宿生活者に対する結核対策方策について検討を行った。

B. 研究方法

対象は、大阪市高齢者特別就労事業登録者である。大阪市高齢者特別就労事業は国・大阪府・大阪市が財源を拠出し、NPO釜ヶ崎支援機構などに委託されて行われている公的就労対策事業である。50歳を超えると、日雇い仕事をしたいと思って毎朝5時に寄せ場に通っても仕事がもらえない者が多くなる。そのために野宿生活を強いられている人々が多くいることから、日雇い仕事からも失業している55歳以上のホームレス者で西成労働福祉センターに登録した者を対象として行われている。この事業には平成17年度は3,100人が登録し、大阪市内・府下の公園・道路などで清掃事業に就労した。登録すれば、8~9日に1回就労の仕事が回ってきて、5,700円の日当がもらえる。ホームレス者にとっては貴重な現金収入となる。結核検診は7月から8月にか

けての8日間（日曜日を除く）、午前8時30分から午前10時の間に胸部X線間接撮影を委託検診機関の検診車を用いて実施した。撮影した胸部X線間接フィルムは即検診機関に持ち帰り、即現像し、そのフィルムを昼までに検診実施場所に届けてもらい、待機医師により12時から13時の間に読影および判定を行った。判定は、「緊急要入院者」と「緊急性が低いと判断された要治療患者、要精密検査者」に分けて、以下のように対応した。以下の胸部レントゲン写真の読影、分類は、即判定の結果も踏まえて後日、研究者1名が最終的な判定を行った。

1. 緊急要入院者に対する対応

1) 読影終了後、異常陰影があり、緊急要医療と判断された者については、その名前、生年月日を、保健所に照会し、過去の登録歴、治療歴を確認した。

2) 午後3時までに胸部レントゲン写真で異常所見を有し、保健所の登録・治療歴がない者を緊急要入院者と判定した。過去の検診受診者については、その間接写真を取り出し、比較読影して治療の要否を判断した。

3) 緊急性を要しない要精検者、要医療者については、緊急要医療者に人手を集中するために、次回に特別清掃事業に来た時に対応した。

4) 緊急要医療者と判定された者については、保健所予防課感染症対策室、保健所あいりん分室、大阪市立更生相談所、入院先病院に「氏名（ふり仮名）・生年月日」をあらかじめ連絡した。特に、保健所で過去の登録歴、治療歴の照合をしてもらった。

5) 緊急性医療者が事業から集合場所に帰ってきた時に、本人に対して「入院治療が必要なこと」をレントゲン写真で説明し、入院にあたって障害となるものを取り除くようにした。たとえば、犬や猫を飼っている、公園やコインロッカーに荷物を預けている、洗濯物がたまっている、友達に入院する前に連絡したい、入院後に残された自分のテントの管理が気になる、簡易宿泊所に置いてある荷物が気になるなどである。

6) 緊急入院者が入院の同意をしてもらった上で入院予定病院の搬送車で市立更生相談所に同伴し、生活保護受給の面接調査を受けた後、病院へ搬送した。

7) 土曜日や時間外の要入院患者については、入院した後に市立更生相談所のケースワーカーが病院を訪問して面接調査を実施してもらった。

2. 緊急性が低いと判断された要治療患者、要精密検査者に対する対応

1) 排菌の恐れがなく、緊急性が低いと判定された患者および要精密検査者については、次の特別清掃事業に行き事務所に帰ってきた折りに本人に要精検となったことを伝え、精検受診を勧奨する。精検内容は、検痰と胸部レントゲン検査であり大阪社会

医療センター附属病院に委託して実施した。

2) 本人に面接にあたって結核の登録歴・治療歴を大阪市保健所に照会した。

3) 喀痰検査の結果、塗抹陽性であった者については本人の居場所を探し、入院治療を勧奨した。居場所が特定できない者には、次の特別清掃事業就労のために来所時に入院が必要なことを伝え、保健所のあいりん分室、市立更生相談所の面接を経て、病院に搬送し入院治療につなげた。

C. 研究成果

1. 3年間の結核の要治療者、有所見者

過去3年間の結核検診受診者の胸部写真の所見について、後日再読影して再分類した結果について、結核病学会病型および管理指導区分で分けた結果を表1に示す。治療の必要性の高いと判断される有空洞病型Ⅱ、および浸潤病型のⅢ型の者は、平成15,16,17年で2~3%であった。増減は少なかった。管理指導区分別では、入院治療が必要と考えられるA1の者は0.3~0.9%であった。通院治療が必要と考えられるC1の者は1.3~4.3%であった。結核の治癒型であるⅣ型、Ⅴ型の者はあわせるといずれの年も25.3~30%であった。