

資料

## CR 検診車導入による野宿生活者の結核対策強化策（提言）

### － 検診から治療終了までの一貫した対策の推進 －

平成 15 年から 3 年間野宿生活者を対象に結核検診を実施してきた経験から、撮影後その場で即判定できる胸部 CR 検診車導入による結核対策の強化の課題について、提言として以下にまとめた。

#### 1. 結核対策のポイントの確認

結核感染症の蔓延を少なくする要点は、結核患者の排菌期間を可能な限り短くすることにある。そのためには、発症してから診断がつくまでの結核患者の排菌期間を短くすることがまず必要である。その方法の一つが結核検診ないし有症状者の早期受診である。もう一つの課題は、診断された患者を出来るだけ迅速に確実に治癒させることである。その徹底のために世界的に重要視されてきたのが DOT S である。この両者のどちらがおろそかになっても、結核感染の鎖を断ち切ることができないし、社会から結核を根絶することができない。

#### 2. 野宿生活者の結核対策のこれまでの課題

野宿生活者に対する結核対策においては、最近までこの 2 つの対策が十分であったのか検討が必要である。発見患者に対する治療の徹底（DOT S）は結核予防法において法定化され、医療機関、保健部局が協力し、徹底されるようになってきている。しかし、野宿者の結核患者の早期発見は、徹底されている状況にはない。野宿生活者は、検診機会も少なく、経済的な理由から早期受診の障壁が大きい。そのため、野宿者の結核対策においては DOT S とともに、患者の早期発見のための検診は重要である。

野宿生活者の結核検診が効果をあげるには、以下の点に留意する必要がある。

#### 1) 検診受診の必要な者を受診させる。

特に長期未受診の者に受診させる。しかし、現実には、野宿生活者は組織化されている集団とは言えず、検診の受診勧奨にあたっては、野宿生活者の仲間、日頃から野宿生活者の支援にあたっているボランティア団体、NPO 団体の協力と連携が不可欠である。

#### 2) 要精密検査者を精密検査に結びつける。

野宿生活者は精密検査を身近に受ける機会も少ない。精密検査のための医療機関受診にあたっては、健康保険証や経済的な負担能力が要求される。これまでは生活保護の手続きを行い、精密検査は入院しないと受けることができなかった。しかし、入院を拒む者もいる。精密検査が必要な者すべてを精密検査に結びつけるためには、精密検査をいつでも、容易に実施できる拠点を設ける必要がある。

#### 3) 要医療となった者に対して必要な医療サービスに結びつける。

結核と判断された者で、排菌の可能性が高い者については入院治療を行う必要がある。また、感染性が低い結核治療が必要と判断された者については、外来受診できる医療機関が必要であり、服薬を支援するための DOT S の拠点が必要である。

さらに、胸部レントゲン写真をとることにより発見された結核以外の疾患も放置するわけにはいけない。たとえば、肺がん、

アスベスト関連疾患、じん肺、心疾患など。これらの疾患の精密検査、治療に対応してくれる医療機関を確保しておく必要がある。

野宿生活者に対する結核検診はこれまで行われてきたが、検診後の精密検査の受診率も高いとはいえ、さらに治療終了までの入院治療が原則となっていたこともあり、少なからずの者が自己退院していた。平成 15 年度から厚生労働科学研究費補助金による黒田研二班の研究の一環として、われわれは結核検診を行った。平成 15 年度は検診を行い後日結果通知する一般的な検診方式で結核検診を行った。その結果、受診者は 1246 人に対し、要医療者は 44 人、そのうち医療に結びついた者は 5 人のみであった。この反省を踏まえ、平成 16 年度は、検診結果を即日に判定し、精密検査が必要な人に対する説明をきちんとする人、入院検査のための障壁を解決するための人を配置した。事前に、医療費の対応のために、福祉（市立更生相談所）との十分な協議を行い、さらに受け入れ医療機関との協議を行った。検診機関、生活保護行政、医療機関と十分な連携体制づくりに時間をかけ、結核検診実施時にも、事後においても NPO 団体などの協力を得て、発見患者に対しマンツーマンのサポートを行った。この結果、平成 16 年度は受診者 1238 人のうち、即時の要医療者の 23 人全員を、即日に医療に結びつけることができた。平成 17 年度もほぼ同様な成果をあげることができた。

つまり、野宿生活者の結核検診は、単に検診を行うだけでは検診の効果を上げないことが明らかになった。しかし、これはあいりん地域の社会資源がある程度整っているところでの成果である。大阪市内の他の地域で野宿生活者の結核検診を行った場合に、このような連携を確保するのは、より多くの努力が必要であると考えられる。

### 3. 野宿生活者等の結核対策の組織の課題

結核は、原因菌は明らかであり、診断方法、治療薬剤、治療方法も確立し、必要な医学的な手段は開発されている。また、定期健康診断、定期予防接種、保健所における患者管理、医療費の公費負担制度の確立など国をあげて結核問題に対応する仕組みが作りあげられている。その結果、今日、野宿生活者などの従来の保健行政対策の及びにくい人々に偏在する疾患となってきた。これらの人々に対する結核対策の推進にあたっては、患者発見から治療までの一貫した対策を行えるように、生活保護行政、労働保健行政、地域保健行政などの諸制度間の調整が必要であり、対策の実施にあたっては保健所等の公的セクターだけではなく、民間セクター、ボランティア組織などの協力が不可欠である。また、結核対策の実施にあたっては、野宿生活者の生活実態を十分に理解した対応が必要である。そのため、結核対策を実施する者にとっては、治療に結びつけるために多大なる時間と努力を強いるものである。このために、従来の保健対策のように行政関係者だけで行っていくことが困難であり、公的な役割を果たす行政とは異なる柔軟性を備えた組織の関与が、その対策の推進のためには必要であると考えられる。

### 4. 発見患者に対する治療支援の課題

結核検診で発見された患者をうまく入院治療まで結びつけることができたとしても、引き続き病院訪問をするなどして患者のフォローをし、入院中の患者の生活ニーズを医療関係者にも伝えるとともに、患者の生活や治療支援を中心に据えて、支援者、更には臨床医師、医療ケースワーカー、看護師、病院職員、保健師、福祉部門ケースワーカーなどと協力体制をとり、治療支援を進めていくことが必要である。そのような支援体制がなければ患者が治療途中で中断

したり、自己退院したりするなど、治療が完了しない患者が出てくることになる。また、自己退院してきた者、治療中断した者に対する治療支援を行うことも必要である。このような患者の状況に合わせた対応を行うにあたっては、柔軟で、連続的な対応が必要となる。

しかし、現実には行政組織や枠組には、保健所などの保健部門、福祉部門との間にも定まった業務範囲があり、病院、診療所の間にも業務範囲があり、ややもするとバラバラな対応となりがちである。多様な野宿生活者の患者に対応した支援になっていなかったのがこれまでの実情であったと考えられる。その結果、治療完了まで結びつかず、度重なる再治療の結果として耐性菌患者となり、命を落とす不幸な事例も生じていた。この様な状態が改善されないと、結核蔓延の悪循環を断ち切ることが出来ず、結核問題解決のために長い時間と社会的なコスト（生活保護費）を投入し続けなければならないことになる。これまでの3年間の結核検診により発見された結核患者の治療支援の成功は、検診実施当初からの患者との信頼関係やつながりがあってはじめて可能となったと考えられる。

## 5. CR検診車を使った結核対策の長所と欠点

CR検診車を使うことにより、即判定して対応できるという長所がある。しかし、これは裏返して考えるならば、これまでとは異なり検診結果に対しスピードをもった対応が要求されるという点では欠点とも見ることができる。

要医療と判定がされた患者には、その場で即刻、結果の説明を行い、治療の必要性を納得してもらい、医療につなげる、いわば検診の場でワンストップサービスを行うことが求められる。当然、医療機関受診や、入院治療を拒否する者も出てくる。これに

も臨機応変に対応することが必要である。時には、入院医療につながるまでの間に、治療を開始しなければならない者も出てくるであろう。また、これまでの検診では、フィルムを現像して医師に読影してもらい判定して対応する形であったが、CR検診車を使った検診のメリットである即時判定、即時対応を行うためには、医師が検診の場にいる必要がある。しかも、患者への治療支援を適切に行うためには、患者支援のチームケアの一員となって検診に参加する資質をもった医師の確保が重要である。このような医師にCR車に同乗してもらうことが必要となる。検診実施にあたっては、レントゲンの即判定と平行して、要精検者と要医療者が医療機関受診できるように、経済的支援、生活支援を行う福祉行政部局との協議を事前に十分に行っておくことが必要である。

つまり、これまでの間接写真による検診車を使った検診以上に、大阪市保健所や保健所分室、市立更生相談所、社会医療センターなどの保健・医療・福祉の関連機関のより一層強い協力体制がなければ目的を達成することができないと考えられる。要精密検査の対応も、大阪市立北市民病院、その他の結核病院をはじめ社会医療センターや保健所分室などと連携するなど、即刻に行わなければならない。つまり、そのような体制が整えられないとCR検診車を導入した検診の意義は半減し、無駄な検診を実施することになる可能性がある。さらに、CR検診車のような移動式の検診方法は、受診する対象者に合わせて、場所を動かすことができるのが利点であるが、CR検診車が様々なところに移動して検診を行うために、検診で引っかけた者が、都合に合わせて、いつでも相談に応じる拠点を設けることも必要である。さらに、要治療となり折角入院した排菌患者が自己退院してくるかもしれないし、排菌患者や多剤耐性患

者で入院治療が必要な者でも入院拒否する患者もでてくることが考えられる。これらの者に対応できる外来治療、DOTSの拠点となる施設が存在する必要がある。

これらのことから、結核問題に対応するには、CR検診車の導入にあわせて、発見患者にどのような事態にもいつでも対応できる拠点の確立が不可欠である。そのためには、拠点病院である大阪市立北市民病院の後方支援機能の強化とあわせて、特にあいりん地区においては歴史的に存在している大阪市保健所あいりん分室機能を強化することが必要である。大阪市保健所分室が検診の精密検査に対応できる拠点施設となり、DOTS支援の拠点となることは、あいりん地域の結核対策のみならず、野宿生活者の結核対策の成功につながるものと考えられる。

## 6. 野宿生活者の結核検診支援の民間グループ、団体の役割と意義

野宿生活者の中には、日雇い労働者であるという誇りを持つものが多くいる。とくに、あいりん地域には多い。大阪市高齢者特別就労事業登録者は、大阪府立労働福祉センターから就労斡旋により、日雇い仕事として清掃事業に就労し収入を得ようとしている。仕事さえあれば、日雇い土木建設関連業務につくものも多い。労働行政との連携、具体的には、大阪府立労働福祉センターと十分な連携をもつことにより、失業中の野宿生活者、臨時雇用の労働者に対する結核検診を有効に進めていける可能性がある。野宿生活者に関わっている公的機関・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一貫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. 研究成果の刊行に関する一覧表

### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Kuroda, K	Health Conditions of Homeless People in Osaka City, Japan	Hu Qi	Papers of International Symposium on Population and Sustainable Development Strategy	上海社会科学院出版社	上海	2005	368-369

### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
黒田研二	ホームレス者の医療ニーズと医療保障—大阪市における高齢者特別清掃事業従事者健診結果より	大阪保険医雑誌	32(451)	36-40	2004
逢坂隆子	大阪社会医療センター入院患者から見える「野宿生活者の生活と健康」	大阪保険医雑誌	32(451)	41-48	2004
下内 昭	ホームレスと結核—DOTSの経験から	大阪保険医雑誌	32(451)	49-52	2004
黒川 渡	あおぞら医療健康相談」から見えてくるもの	大阪保険医雑誌	32(451)	60-65	2004
逢坂隆子、黒田研二、高鳥毛敏雄、黒川渡、西森琢、安田誠一郎、下内昭、針原重義、的場梁次	ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える—ホームレス者の生活習慣病対策からみた考察	社会医学研究	22	41-50	2005
黒川渡、黒田研二、逢坂隆子、高鳥毛敏雄、安田誠一郎、下内昭、西森琢、武田勝文	アウト・リーチ活動により認められた路上・公園・河川敷等野宿生活者の健康実態と医療・保健・福祉制度の課題	社会医学研究	22	51-61	2005
黒田研二	保健医療と社会福祉、およびその共通性—ホームレス健康調査から考える—	保健医療社会学論集	15(2)	26-33	2005
逢坂隆子	ホームレス者への健康支援—大阪市における結核患者の生と死—	都市問題研究	57(11)	18-42	2005
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)	55-70	2005
西森 琢	Health Support Osaka 設立に向けて	季刊 Shelterless	No.27	185-193	2005
黒川 渡	野宿生活者問題を再び考える	大阪保険医雑誌	34(459)	4-8	2006
逢坂隆子	不健康都市大阪の処方箋—釜ヶ崎の現場から—	大阪保険医雑誌	34(459)	9-15	2006
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

# 日本大阪市无家可归者健康状况

(摘要)

## Health Conditions of Homeless People in Osaka City, Japan (Abstract)

● 黑田研二

(日本大阪府立大学社会福利学院)

Kenji Kuroda

日本无家可归者的问题近来日益严重。本文将阐述大阪市无家可归者的死亡原因和健康问题。文章通过回顾大阪府医学检验办公室存放的非正常死亡纪录,研究了2000年大阪市无家可归者死亡人数。本研究中的无家可归者指露宿街头或住在廉价旅店的人。研究对象中死亡总数共294例,其中213例为露宿街头者,81例为廉价旅店房客。死者平均年龄56.2岁。死亡时身上有钱的,其中半数死者所携带的现金数量不超过1000日元。所有294例死亡案例中,172例(59%)的死因为疾病,47例(16%)为自杀,6例(2%)为他杀,43例(15%)为意外死亡,其中8例因饥饿死亡,12例因寒冷死亡。因营养不良、饥饿、寒冷而死亡的死者年龄均在40岁以上,死亡时随身携带的钱较其他死者少。因营养不良和饥饿的死亡全年都有发生,因寒冷死亡集中发生在冬季,尤其是2月。大阪市露宿街头无家可归男性标准死亡率(Standardized mortality ratios, SMRs)作为标准人群与日本男性一同计算。所有死亡的SMR为3.6,心脏疾病3.3,肺炎4.5,肿瘤

44.8,肝炎和肝硬化4.1,消化性溃疡8.6,自杀6.0,他杀78.9。以上数据高于标准人群。本研究结果发现,大部分无家可归者死于可以预防的原因。这一事实提示,这一人群没有得到必要的医疗保健。我们2003年在大阪市项目区的无家可归者中进行了一次调查问卷和体检,分析了参加体检的917名无家可归者的数据。调查对象基本均为男性,平均年龄60.5岁(SD 3.5)。研究结果如下:(1)根据17项医学检查项目内容,34%的研究对象需要必要的治疗,41%需要更详细的检查;(2)与2001年全国营养调查结果相比,研究对象低BMI(体重系数,低于18.5)、贫血和营养不良、严重高血压、糖尿病、肝功能不良现象更显著;(3)大部分人没有医疗保险,得不到需要的医疗服务。本文得出结论,与同龄人群相比,无家可归者中很多人健康状况很差。生活压力、缺少食物、营养不良、过量饮酒、缺乏医疗保健服务是造成恶劣健康状况的原因。需要出台新政策以减少危害无家可归者健康的因素。

Problems of homelessness have been worsening recently in Japan. The purpose of this paper was to clarify the nature of deaths and health con-

ditions of homeless people in Osaka City. All deaths of homeless people in 2000 in Osaka City were examined by reviewing the records of abnor-

mal deaths kept at the Osaka Prefecture Medical Examiner's Office. Homeless people in this study were defined as those who were living on the street or staying in flophouses. A total of 294 deaths of homeless were identified, 213 of those who lived on the street and 81 of those who stayed in flophouses. The average age at death was 56.2 years old. Of those who had money on them when they were found, half had only 1,000 yen or less. Of the total deaths, 172 (59%) died of disease, 47 (16%) of suicide, 6 (2%) of homicide, and 43 (15%) of accidents including 8 from starvation and 12 from cold. All those who died of malnutrition, starvation and cold were more than 40 years old and had less money on them at their death than the others. Malnutrition and starvation occurred throughout the year, while deaths from cold were concentrated in winter, especially in February. Standardized mortality ratios (SMRs) for homeless men living on the street in Osaka City were calculated with Japanese males as the standard population. The SMR for all causes of death was 3.6, for cardiac disease 3.3, for pneumonia 4.5, for tuberculosis 44.8, for hepatitis and cirrhosis 4.1, for peptic ulcer 8.6, for suicide 6.0, and for homicide 78.9. All these figures were statistically significantly higher than for the standard population. Our results show that most homeless people die untimely from preventable causes. This sug-

gests that these people were not provided with the necessary health care. Then, we conducted in 2003, a questionnaire survey and health check-ups with homeless people who engaged in special precinct-sweeping project in Osaka. The data of 917 homeless people who participated in the health check-ups were analyzed. Almost all of them were men. The average age was 60.5 years (SD 3.5). As results, the followings were obtained. (1) According to the 17 items of medical examination, 34% of subjects were considered to be in conditions necessary medical treatment, and 41% were in conditions necessary more precise medical examinations. (2) In comparison with the results of the National Nutrition Survey 2001, the subjects group showed more prevalence rates for low BMI (Body Mass Index less than 18.5), anemia and malnutrition, severe hypertension, diabetes, and liver dysfunction. (3) A greater part of them was excluded from health insurance system and could not receive medical care needed. In conclusion, homeless people consist of many persons with ill health conditions, compared with general population of the same age. Life stress, lack of meals and poor nutrition, excess of alcohol drinking and exclusion from health care system are considered to be factors which generate ill health conditions. New policies are required to reduce these factors which inhibit health of homeless people.

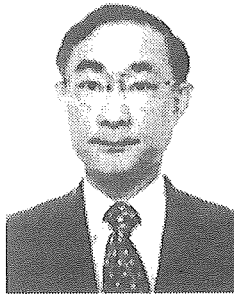


# ホームレス者の医療ニーズと医療保障

## —大阪市における高齢者特別清掃事業従事者健診結果より

大阪府立大学社会福祉学部教授

黒田 研二



くろだ けんじ

1975年、大阪大学医学部卒。精神神経科、老年内科などの臨床を経て、81年より大阪大学医学部公衆衛生学講座で研究と教育に携わる。助手、講師、助教授を経て、95年より現職。03年より社会福祉学部長。

地域保健、老人福祉、精神保健などの分野の疫学研究、制度研究に従事。大阪府精神保健福祉審議会委員、大阪市障害者ケアマネジメント推進協議会会長、大阪府社会福祉協議会・運営適正化委員会副委員長などを務める。著書は『地域で進める介護予防』（中央法規）、『学生のための医療概論』（医学書院）ほか。

### はじめに

2003年2月、国が実施した「ホームレスの実態に関する全国調査」によると、大阪市における野宿生活者の数は6,603人とされている。実人数として全国大都市中、最多であるだけでなく、人口当たりの数（人口1000人当たり2.52）もまた、他大都市と比して突出している。

筆者らは、大阪府監察医事務所等の資料を基に、2000年に大阪市内で発生したホームレス者の死亡例（294例、簡易宿泊所投宿中の者81例を含む）について、死亡前後の生活・社会経済的状況ならびに検死・解剖結果を分析し、

- ① 死亡時平均年齢は56歳と若い
- ② 死亡の種類は、病死172例、自殺47例、餓死・凍死を含む不慮の外因死43例、他殺6例
- ③ 病死の場合の死因は心疾患、肝炎・肝硬変、肺炎、肺結核、脳血管疾患、栄養失調症、悪性新生物、胃・十二指腸潰瘍の順
- ④ 全国男を基準とした野宿生活者（男）の標準化死亡比（全国男＝1）は、総死因3.6、心疾患3.3、肺炎4.5、結核44.8、肝炎・肝硬変4.1、胃・十二指腸潰瘍8.6、自殺6.0、他殺78.9などで、いずれも全国男よりも有意に高い

- ⑤ 一般住民との接点を多く持つ状況で、必要な治療を受けずに長期にわたる持続的排菌の後に死亡したであろうと思われる結核死亡例が多い

ことなどを明らかにしたり。

こうしたデータは、ホームレス者の置かれた状況の過酷さ、健康の阻害状況を示すものであるが、現に生活している人々の健康状態や医療ニーズを示す実証的データは乏しい。

本研究の目的は、野宿生活者が多くを占める大阪市の高齢者特別清掃事業登録者を対象に健康診査を実施するとともに、あわせて生活の現状を把握し、野宿生活が健康状態に具体的にどのような影響を与えているかを、健診結果をもとに明らかにすることである。

### 研究方法

本研究において健康診査を実施した特別清掃事業登録者は、対象となるのは55歳以上のホームレス者である。特別清掃事業は、大阪府・市が財源を拠出し、NPO釜ヶ崎支援機構が受託して営まれている。

健康診査の対象は、2003年度に特別清掃事業の登録をしている2,893名とした。健康診査に先立っ

てあらかじめ問診をとるため、2003年9月2日から9日までの間、清掃事業に従事した人に問診票を配布し、健康状態と生活の現状について記入してもらった。

質問票に回答した人は1,432名。2003年9月20日から29日までのうちの6日間行った健康診査を受診した人は1,249名であった。

今回分析の対象とするのは、質問票への回答と健康診査受診の両方をあわせて行った917名についてのデータである。917名のうち914名は男性で、分析対象者の平均年齢は60.5歳(SD 3.5歳)、55歳から65歳までが9割を占めていた。

## 研究結果

### 1) 問診票の分析結果

普段寝起きている場所を複数回答で答えてもらうと、「野宿」が31.3%、「シェルター」22.2%、「簡易宿泊所(ドヤ)」18.8%、「自前のテント」14.3%、などが多かった。野宿及びそれに近い状態である自前のテント、シェルター、中之島野営地のいずれかを答えた人を「野宿等」として一括りにまとめると、67.3%が該当した。

年齢層別に見ると、50代の若い層で野宿等の割合が多かった。50代の方は60歳以上の人より、1週間に欠食日がある人、食事内容に問題が大きい人、ストレスが健康に悪影響を与えていると認めている人の割合も多かった。さらに、喫煙者、飲酒頻度が多い人、飲酒に伴う社会行動面での問題ある人の割合も50代の方が多かった。

慢性疾患を有する人の多くが、必要な治療を受けていなかった。例えば、高血圧と指摘されたことのある人は21.3%ありながら、現在治療を受け

	総数 (n=728)	55～59歳 (n=356)	60歳以上 (n=372)
欠食日数(1週間)			
0日	489 (67.2)	218 (61.2)	271 (72.8)
1日	111 (15.2)	71 (19.9)	40 (10.8)
2日	65 (8.9)	35 (9.8)	30 (8.1)
3日	36 (4.9)	21 (5.9)	15 (4.0)
4日以上	27 (3.7)	11 (3.1)	16 (4.3)
肉・魚・卵の摂取頻度	(n=854)	(n=387)	(n=467)
毎日	65 (7.6)	30 (7.8)	35 (7.5)
1週間に5～6日	82 (9.6)	27 (7.0)	55 (11.8)
1週間に3～4日	280 (32.8)	114 (29.5)	166 (35.5)
1週間に1～2日	323 (37.8)	159 (41.1)	164 (35.1)
ほとんど食べない	104 (12.2)	57 (14.7)	47 (10.1)
野菜・果物の摂取頻度	(n=856)	(n=385)	(n=471)
毎日	54 (6.3)	24 (6.2)	30 (6.4)
1週間に5～6日	52 (6.1)	18 (4.7)	34 (7.2)
1週間に3～4日	189 (22.1)	68 (17.7)	121 (25.7)
1週間に1～2日	351 (41.0)	161 (41.8)	190 (40.3)
ほとんど食べない	210 (24.5)	114 (29.6)	96 (20.4)

表1 年齢層別食事摂取状況〔人数(%)〕

ている人は8.7%に過ぎなかった。

回答者の多くが食事摂取に事欠き、必要な栄養摂取ができていなかった。1週間に一食も食べられなかった日が1日以上ある人が32.8%認められた。卵・肉・魚といった動物性たんぱく源を摂る日が1週間に2日以下が45.2%を占め、野菜・果物の摂取が1週間2日以下の人は62.6%を占めた(表1)。食事摂取にも関連する歯の状態についても尋ねたところ、「歯がなくて不自由している」人が64.4%を占めていた。

喫煙状況をたずねると、「現在吸っている」人が総数で76.4%を占めた(50歳代83.2%、60歳以上70.7%)。飲酒状況については、週3日以上飲酒する人の割合は、総数の43.4%(50代47.9%、60歳以上39.8%)であった。

飲酒については、久里浜式アルコール依存症スクリーニングテスト(KAST)を参照して、飲酒に伴う問題(以下、問題飲酒)5項目について最近6カ月の間に該当するものがあるかどうかを尋ねた。

回答者総数のうち、「せめて今日だけは酒を飲みまいと思っても、つい飲んでしまうことが多い」に該当する人は21.2%、「酒を飲んだ翌朝に前夜の

	総数 (n=857)	野宿等 (n=597)	それ以外 (n=260)
睡眠状況			
よく眠れる	159 (18.6)	90 (15.1)	69 (26.5)
まあ眠れる	350 (40.8)	243 (40.7)	107 (41.2)
あまり眠れない	315 (36.8)	236 (39.5)	79 (30.4)
ほとんど眠れない	33 (3.9)	28 (4.7)	5 (1.9)
ストレスの健康影響			
影響なし	117 (14.3)	70 (12.3)	47 (19.0)
少しある	197 (24.1)	124 (21.8)	73 (29.4)
ある程度ある	280 (34.3)	197 (34.7)	83 (33.5)
かなりある	147 (18.0)	117 (20.6)	30 (12.1)
非常に強い	75 (9.2)	60 (10.6)	15 (6.0)

表2 寝起きの場所別にみたストレスの状況〔人数 (%)〕

ことをとところどころ思い出せないことがしばしばある」8.7%、「酒が原因で、たいせつな人(家族や友人)との人間関係にひびがはいたことがある」7.1%などとなっており、問題飲酒に1項目以上該当する人が30.7% (50歳代34.8%、60歳以上27.5%)を占めていた。

生活のストレスが健康に悪影響を及ぼしていると感じている人は、「ある程度」34.3%、「かなり・非常に強い」27.2%であった。

睡眠状態は、「あまり眠れない・ほとんど眠れない」が40.7%を占めた。野宿者ではそれ以外の人に比べ、ストレスの健康への悪影響や不眠を訴える人が多かった(表2)。

## 2) 健診所見の分析結果

実施した17項目の検査のうち、「要医療」と判定された人の割合は、多い順に、血圧の15.7%、血糖値11.0%、 $\gamma$ -GTP8.2%などで、1項目以上に「要医療」と判定された人は34.1%を占めた。

「要医療」「要精検」を合わせた割合は、血圧35.2%、尿検査20.2%、血糖値19.6%、トリグリセリド18.5%、総コレステロール15.7%、 $\gamma$ -GTP11.9%、胸部X線5.7%、ヘマトクリット5.0%などで、何らかの項目で「要医療」「要精検」と判定された人は74.8%を占めた。

健診結果を「平成13年度厚生労働省国民栄養調査結果」と比較すると、

本集団では、

- ① 「やせ」の割合が多い
  - ② 重症高血圧の人の割合は4倍以上多い
  - ③ 貧血傾向を示す人が多い
  - ④ 血清総コレステロール、トリグリセリドの分布も低い値の人の割合が多い
  - ⑤ 血糖値は140mg/dl以上の人の割合が多い
- などが明らかになった(表3)。

## 考察

本調査に協力した特別清掃事業従事者は、そのほとんどが広い意味でのホームレスである。「アパートに住んでいる」と答えた人がわずか含まれていたが、ほとんどは定住の家を持たず、野宿またはそれに近い状態の人が大半を占めている。

問診票から明らかになったことの一つは、50代の人の生活が60歳以上の人より、総体的に見て厳しい状況に置かれていることである。

喫煙者の割合(50代83.2%、60歳以上70.7%)を「国民栄養調査結果」(男性50代49.6%、60代35.9%)と比較すると、今回の回答者は、日本人の平均的喫煙率より、はるかに喫煙率が高い集団であることが判る。こうした情報は、今後、本調査に回答した清掃事業従事者に還元し、健康学習に利用していくことが必要だろう。

健診結果から指摘すべきは、「要医療」と「要精検」に該当する人々の割合が、健診を行ったわれわれの予想をはるかに上回って多かったことである。何らかの項目で「要医療」「要精検」と判定された人は7割を超え、「要医療者」に限っても34%を占めた。

慢性疾患を有する人が多いにもかかわらず、必要な継続治療を受けている人は少なかった。例えば、健診結果より本集団において高血圧のため治療が必要とされた人(収縮期血圧180mmHg以上、また

	ホームレス調査 総数	50歳代		60歳代	
		ホームレス調査	国民栄養調査	ホームレス調査	国民栄養調査
BMI (Body Mass Index)					
やせ(BMI < 18.5)	11.2	8.9	2.8	13.4	4.0
普通(18.5 ≤ BMI < 25.0)	73.1	76.8	65.3	70.4	64.8
肥満(25.0 ≤ BMI)	15.7	14.3	31.9	16.2	31.2
血圧の状況					
至適血圧	10.9	12.9	13.9	9.5	10.4
正常血圧	11.4	11.1	21.6	10.9	11.7
正常高値血圧	13.4	14.1	22.2	13.2	21.2
軽症高血圧	28.4	29.7	28.0	27.5	38.6
中等症高血圧	20.2	18.1	11.1	21.7	14.5
重症高血圧	15.7	14.1	3.3	17.2	3.6
ヘモグロビン					
13.0g/dl 未満	11.8	12.9	2.9	11.0	8.3
13.0 ~ 13.9g/dl	21.5	20.8	12.6	22.3	18.6
14.0 ~ 14.9g/dl	31.1	30.2	34.8	31.8	33.2
15.0 ~ 15.9g/dl	23.7	24.0	35.3	23.7	31.1
16.0g/dl 以上	11.8	12.1	14.4	11.2	9.0
総コレステロール					
140mg/dl 未満	6.6	6.9	1.0	6.5	2.7
140 ~ 179mg/dl	27.8	30.4	21.6	25.8	22.3
180 ~ 199mg/dl	19.2	21.5	21.2	17.6	22.8
200 ~ 219mg/dl	19.1	16.6	26.6	20.3	23.5
220 ~ 239mg/dl	12.0	11.4	16.7	12.6	15.0
240mg/dl 以上	15.3	13.1	12.7	17.2	13.6
血糖					
80mg/dl 未満	6.4	7.7	7.8	5.7	6.6
80 ~ 99mg/dl	48.1	52.0	54.9	44.4	48.7
100 ~ 109mg/dl	17.5	15.8	14.7	18.7	14.8
110 ~ 119mg/dl	8.3	8.7	9.1	8.3	8.2
120 ~ 139mg/dl	8.6	6.4	7.2	10.5	10.2
140mg/dl 以上	11.0	9.4	6.2	12.4	11.8

表3 BMI、血圧、ヘモグロビン、総コレステロール、血糖の「ホームレス調査」と「国民栄養調査の比較」(単位、%)

は拡張期血圧 110 mmHg 以上) は 15.7%、精密検査が必要とされた人(収縮期血圧 160mmHg 以上、または拡張期血圧 100 mmHg 以上) は 19.7% (「要治療」者を除く) であり、合わせると 35% に達していた(医療が必要であっても継続治療が困難なため、判定基準をかくも厳しくせざるを得なかったにもかかわらず)。しかし、実際に治療を受けている人は 8.7% に過ぎなかった。

「平成 13 年度厚生労働省国民栄養調査結果」では、血圧降下薬の服用者は、50 代で 15.7%、60 代では 29.6% である。本調査の対象者が、必要な治療を阻害されている集団であることは明らかであ

る。

なぜ、治療を要しながら医療を受けることができないのか。

受診を困難にしている理由は、多くの人が医療保険制度から排除されていること、また医療保険証があっても医療費の自己負担分を支払うことが困難なためである。

調査に回答したホームレス者が受診できる唯一の医療機関は、無料低額診療を行っている大阪社会医療センターである。しかし、今回、健診後のフォローアップを依頼していた大阪社会医療セン

ターの外来機能のキャパシティが限られているため、該当者すべての診察を依頼することは困難であった。

本調査によって、ホームレス者の多くが、食事摂取に事欠き、必要な栄養素の摂取ができていないという事実も明らかになった。健診結果と問診票を結びつけて分析すると、欠食日が多い人ほど、血液検査から示されるヘモグロビン(血色素)量、総コレステロール値、血清総たんぱく値、アルブミン値などが低いことが明らかになった。食生活の貧困は、身体的健康を蝕む要因となっていると考えられる。また今回、歯がなくて不自由を訴える人が多いことも明らかにされた。高齢野宿者における歯の欠損は、健康管理上注目すべき問題である。

野宿生活は、ストレス、不眠と強く関連していた。文字通りの野宿者及び自前のテントを張るなどそれに近い状態の人と、ドヤ(簡易宿泊所)やドヤが登録替えをした「福祉アパート」等に住む人を比較すると、前者に、ストレスの健康への悪影響や不眠を訴える人が多かった。野宿者ではそれ以外の人より、飲酒に絡む問題を有する人の割合も多く、またこの飲酒に絡む問題は、不眠の強さやストレスとも強く関連していた。

夜露をしのぐことができ、冬の寒さから身を守ることで必要な必要最小限の居住条件が満たされれば、こうした問題もある程度は解決されるであろう。

## 結論

ホームレス者は、一般の同年齢男性に比べて、健康が阻害された人々が多いことが明らかになった。生活のストレス、食事内容の貧困さ、飲酒、医療受診から排除されていることが、その要因と考えられた。本集団において一般の同年齢男性に比べて高血圧者が多い要因には、生活のストレス、飲酒者が多いこと、及び服薬によって血圧管理をしている人が少ないことが考えられる。本集団で

「やせ」、貧血、低栄養状態の人が多いのは、食事摂取が不十分だからである。

ホームレス者は、医療、食事、住居という健康を保持するための基本的ニーズが充足されていない人々である。ホームレス者に、医療扶助を認めるなどの対策を講じることによって、必要な医療を受けられるようにすること、健康を保持できる食事の確保、夜露をしのぎ冬の寒さから身を守ることで必要な必要最小限の居住条件の確保が要請される。

本研究は、平成15年度厚生労働科学研究・政策科学推進研究事業として実施したもので、共同研究者は、逢坂隆子(四天王寺国際仏教大学大学院)、高鳥毛敏雄(大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学)、下内昭(大阪市健康福祉局・大阪市保健所)、安田誠一郎(大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター)、黒川渡(四ツ橋診療所)、坂井芳夫(大阪府監察医事務所監察医)、西森琢(NPO釜ヶ崎支援機構公衆衛生部門)、松繁逸夫(NPO釜ヶ崎支援機構事務局長)である。

## 文献

- 1) 逢坂隆子・坂井芳夫・黒田研二・的場梁次「大阪市におけるホームレス者の死亡」『日本公衆衛生雑誌』第50巻第8号、686～696、2003

# 大阪社会医療センター入院患者調査から見える「野宿生活者の生活と健康」

四天王寺国際仏教大学大学院教授  
逢坂 隆子



おうさか たかこ

1967年 大阪大学医学部卒業

同公衆衛生学教室で「大都市住民の健康問題」を中心に研究・教育に従事後、1978年より大阪府保健所長を歴任。

1992年～ 花園大学社会福祉学部教授

2003年～ 四天王寺国際仏教大学大学院教授

趣味は、旅行、山登り（歩き?）、花や野菜づくりを少々。7人の孫たちと遊ぶこと。フィットネス・クラブで汗をかくこと。

現在、近くの小学校で小学生相手の手芸クラブ（かぎばりあみ）講師のボランティア。その他の時間はすべて「野宿生活者の健康問題研究」に費やしています。

## はじめに

野宿生活者にとって、健康問題は野宿生活に至った原因の一つであると同時に、長引く野宿により、さらに健康状態が深刻化していくといわれている。

昨年、大阪社会医療センター附属病院の協力を得て、入院患者に対する聞き取り調査と入院時医学的検査所見や医療相談内容に関する調査をおこなった。

本稿では、その結果から見えてきた野宿生活者の生活と健康について述べてみたい。

## 研究方法

調査対象は、2003年8月末から同年11月末までの間に入院した患者（調査期間中再入院は除く）156人中、調査協力に同意した141人である。そのうち、入院前1カ月の間に野宿を経験したか否かについて回答のあった139人を分析対象とした（有効回答率は89%）。

分析対象者総数139人（全て男）の平均年齢は56.6歳（SD8.8）、年齢レンジは33～80歳である。そのうち入院前1カ月の間に野宿経験を有するも

の（以下、野宿生活者）は58人（42%）である。野宿の有無による平均年齢には、有意な差は認められない。聞き取り調査に要した時間は、入院患者1人当たり約40～60分間であった。

## 研究結果および考察

### 1) 入院患者の特性

大阪社会医療センター附属病院は「無料低額診療施設」として、あいりん地域に居住する低所得者、要保護者、行路病人、住所不定などの生活困窮者に対して医療費の減免をおこなっており、野宿の有無にかかわらず、入院患者のほぼ95%は、入院中には生活保護を受給している。

生活保護以外の入院患者の場合は、野宿生活者では1人が日雇健康保険、1人が労災保険、非野宿生活者では1人が労災保険である以外は、国民健康保険・日雇健康保険があっても自己負担分減免を受けている。いわば、入院患者全てが、現在は野宿生活をしていないものも含めて、低所得者であると考えねばならない。

実際、入院前1カ月間の仕事による収入（生活保護受給中の者・入院あるいは施設入所であった者を除く）は、野宿の有無による顕著な差はなく、30,000円

以下のものが78%（うち5,000円以下のものは56%）を占めていた。

これから述べる「野宿生活者の生活と健康」は、共に低所得である、野宿生活者と非野宿生活者の間における生活・健康状態の格差を比較することにより検討を行なった結果である。

## 2) 入院患者の家族や生活の状況

### 家族との縁が薄い人たち

非野宿の2人を除いてすべて単身で暮らしていた。野宿生活者はすべて単身であった。入院患者の7割は「肉親（親・兄弟・子ども）がいる」と回答しているが、残りは「どこにもいない」（1割）か、「いるか、いないか不明」（2割）という状況にある。従兄弟まで含めても、肉親と連絡を取り合っているのは非野宿者では11人であり、野宿生活者では6人が「たまに連絡をとる」だけであった。

入院患者のほぼ6割は「未婚」であり、3割強は「離別」を経験していた。現在、6人だけが「配偶者がいる」と回答しているが、生活保護を受給して妻とアパートで暮らしている1人を除くと、「連絡が取れない」（2人）か「絶縁状態」（3人）にある。3割は子どもがいる。

### 教育との縁も薄い

中卒以下の人が多く、63%を占める。中退も多い。ある沖縄出身者の場合、両親が病弱のため敗戦前からあちこちの親類を回って暮らさねばならない状態となり、まもなく両親が死亡、敗戦のドサクサで気が付いたら小学校にも全く行っていなかったという。

なお、野宿生活者の中には大卒者が2人（40代1人、50代1人）含まれていた。

### アルミ缶回収

入院前1カ月間に、野宿生活者の6割強、非野宿生活者の4割強は何らかの仕事をしていた。土木建設関係日雇いの他、廃品回収、警備員、高齢

者特別清掃事業などが主なものである。

まだ体力が残っている人は、アルミ缶回収をしていることが多い。大阪市内のアルミ缶だけでは足りないので、早朝3時頃には自転車で郊外まで行き、アルミ缶回収に走り回っている。あいりん地域まで戻ってくる午後4時まで、自転車で走り回っているわけである。若い時からの肉体を酷使する労働のため、関節症を有する人が多く、アルミ缶回収はかなり厳しいのではないかと思われる人もいた。

一日走り回って300円から1000円位の現金を手に行っている人が多い。それでも「アルミ缶回収に走り回っている時が一番楽しい」と話す。

### シェルター暮らしはきつい

入院前1カ月間の生活場所を、重複回答で尋ねた。

野宿の有無にかかわらず、3割強は簡易宿泊所を利用していった。非野宿生活者の3割強は、文化住宅・アパート（福祉アパートも含む）に居住している。

最近1カ月間に野宿を経験している者の約半数は、野宿が中心になってからの期間が「6カ月未満」と答えている。最長は20年である。野宿の場所は公園14人、道路19人、その他9人、不定4人である。寝場所はテント2人、ダンボール小屋8人、毛布・寝袋5人、その他18人である。

野宿生活者については、半分（29人）が施設を利用していったが、そのほとんどは「生活ケアセンター」の利用である。入院ベッドが空くのを待つ間、病状の悪化した野宿生活者やアパートでの一人暮らしが無理な人などには、積極的に生活ケアセンターの利用がすすめられていた。

また、3人に1人は夜間緊急一時避難所（シェルター）を利用していった。しかし、「シェルターでは、早朝2時頃になるとアルミ缶回収に出かけようとビニール袋の音をさせながら起き出す人のために目を覚まさねばならず、4時半起床、5時には全員シェルターからでなければならない」という話を

何人かの入院患者から聞いた。虫に噛まれて「かゆくて寝られん」とも聞いた。そのシェルターを利用するために、大阪社会医療センター付属病院の周りをぐるりと取り囲むような長い行列ができているのを、調査期間中、毎日見かけた。

### 「炊き出し」で並び、「キリストのパン」で並び

野宿生活者の方が当然ながら、1日に食べる食事回数が少なく、23%は1日に1回、39%は1日2回の食事しかできていない。全く食べられない日もある。「金があれば食べられるし、金がなければ1日中全く食べられないこともあるし、決まっていない」状況である。

野宿生活者の食事の主な入手方法(重複回答)は、炊き出し(50%)、コンビニの廃棄食品利用(15%)、仲間・知人の差し入れ(16%)、残飯(7%)など、いずれも金のかからない方法である。

「その他」で多かったのは、「キリストのパン」と呼ばれているキリスト教関係者が配るパンや、ケアセンター・飯場での食事である。野宿生活者では、炊き出しを主な食事入手方法としている人が26%もいて、中には「炊き出しとキリストのパンだけが食事内容」という人もいた。いずれも、それを口にに入れるためには、また長蛇の列に並ばねばならない。炊き出しの整理券をもらうために、早朝5時から並ばないといけない日もある。

### 3) 野宿の有無にかかわらず、入院患者全体として見られる健康問題

前述のような生活状況の中で、多くの健康上の問題を抱える人がめだつ。

まず、野宿の有無による差はあまり認められなかったが、入院患者全体として、例えば、国民栄養調査結果における日本人男の平均値と比較すると、差が見られる健康問題について述べたい。

#### 痩せている人が多い

国民平均と比べると、痩せている人がきわめて

多い。入院患者全体としては、食事回数が3回/日の者は全体の4割にも満たない。非野宿生活者の52%、野宿生活者ではわずか16%しか、1日に3食食べることができていなかった。

さらに、肉・魚・卵などの動物性蛋白質の摂取不足(ほとんど食べていない者が野宿生活者では48%、非野宿生活者では20%)、野菜の摂取不足(ほとんど食べていない者が野宿生活者では43%、非野宿生活者では25%)など、食事摂取量の不足だけでなく、栄養バランスのとれた食事が取れない状況にある。殊に、テントを有さない野宿生活者にとっては、野菜の摂取は極めて困難である。

土木・建設日雇い仕事に長期間従事した経験をもつ人が多く、日雇い仕事からも日常的に失業している今なお、高塩分食を好む傾向がめだつ。

塩分量が多そうな弁当や炊き出しの雑炊にも醤油や塩をかけて食べている人をよく見かける。今回の調査でも、安価(70円)で簡易ではあるが、塩分量の多いカップラーメンを食べる回数が多かった。しかも、塩分の多い汁まで全部飲み干さないと、「腹が空いてたまらん」状態である。

しかし、野宿生活者にとっては、カップラーメンのための熱湯が、そんなに簡単にいつでも手に入るものではない。あいりん地域では、夜間はシェルターのみ、昼間は1カ所の施設のみである。

#### 歯の状況が極めて劣悪である

残存歯数がほとんどない者(9本以下)の割合が53%もあり、残存歯数10本以上の者についても極めて劣悪な状況にある。

極限に近い劣悪な栄養状態、歯磨きなど歯の衛生にまで気配りできない日常に加え、「生活保護受給者以外の者は、歯の治療を必要としても、『歯は命に影響しない』として、歯痛がひどい時に抜歯する以上の治療が通院では認められていない」(入院患者の話より)状況も影響していると思われる。

そのため、入院中は生活保護受給状態であることを利用して、少し病状が安定し始めると紹介状をもらって、こぞって歯科を受診し、義歯をつくつ





## 「ホームレス問題と開業医」

てもらっていた。「どこの歯医者がいいのか」などという入院患者間の情報交換も盛んであった。(同様に眼科への紹介状をもらって眼鏡を作ってもらった患者も見られた。)

### 入院患者の2割が結核の既往歴を有する

あいりん地域の結核罹患率、有病率は極めて高い<sup>1)2)</sup>。さらに、野宿生活者が日常的に利用しているいくつかの施設は換気が悪く、利用者が密集した状況下で使用しているところもあるなど、結核感染の機会が多いと考えられる。そのうえ栄養状態も劣悪であり、ストレスの高い状態にあるため、発病する者も多い。発病した場合には、低栄養状態におかれていることが予後をさらに悪くし<sup>3)</sup>、大阪市における野宿生活者の結核による標準化死亡比は45(2000年全国男=1)と、極めて高い値を示している<sup>4)</sup>。

### 全対象者の8割が整形外科疾患の既往を有する

土木・建設日雇いを中心として、長期に肉体労働を続けていたものが多く、関節症や外傷の既往を有する者が多い。

### 4) 野宿生活者により顕著に見られる健康問題

非野宿生活者においても厳しい社会経済的状況におかれてはいるが、さらに過酷な生活を余儀なくされている野宿生活者においては、次の項目で非野宿生活者との間に格差が認められた。

#### より早い時期から歯がほとんど役立たない状況になっている

表1に野宿の有無別残存歯の状況を示した。歯が10本以上残存している場合は「残存歯あり」、9本以下しか残存していない場合は「残存歯ほとんどなし」に分類している。野宿の有無で残存歯

残存歯の状況	野宿なし	野宿あり	合計
ほとんどなし	42 (53.2%)	30 (51.7%)	72 (52.6%)
あり	37 (46.8%)	28 (48.3%)	65 (47.4%)
合計	79 (100%)	58 (100%)	137 (100%)

表1 野宿の有無別「残存歯の状況」

年齢	野宿なし	野宿あり	合計
20代	1 (2.8%)	2 (6.9%)	3 (4.6%)
30代	3 (8.3%)	8 (27.6%)	11 (16.9%)
40代	12 (33.3%)	8 (27.6%)	20 (30.8%)
50代	16 (44.4%)	7 (24.1%)	23 (35.4%)
60代	4 (11.1%)	3 (10.3%)	7 (10.8%)
70歳以上	0 (-)	1 (3.4%)	1 (1.5%)
合計	36 (100%)	29 (100%)	65 (100%)

表2 野宿の有無別「歯がほとんど無くなった年齢」

の状況には有意差は見られない。

表2は歯がほとんど無くなった年齢を、野宿の有無別に示している。野宿生活者の方が、より若い年齢で歯を喪失している傾向が見られる(T検定による平均値の比較、P=0.14)。

野宿生活者のうち、歯がほとんど残存していない状態にある30人のうち、2人は20代から、8人は30代から「ほとんど歯がなくなった」と回答している。6割以上の方が、40代までに歯はほとんど実用に役立たないような状況(9本以下)になっていることが判る。

#### 必要なのに義歯のない人が多い

野宿生活者の7割は、必要とする義歯を有さない。すでに述べたように、歯科治療が必要でも充分に行なえない状況にあることが、経済的に一層厳しい条件下におかれている野宿生活者に、より大きく影響していると思わせる結果である。

「どこかに入れ歯が落ちていないかなあ。入れ歯が欲しくて、母親が死んだ時に形見に入れ歯をもらったが、自分には合わなかった」と真剣な顔で話す人もいた。役立つほどの歯はなく、しかも義歯がない状況は、ただでさえ手にすることのできる食事の量が限られているのに、実際の栄養吸収をさらに一層悪くしているに違いない。食べるこ

とのできる食事の種類も制限され、ラーメンや雑炊など、噛まなくても流し込めるようなものに限られてしまう。

### 強いストレス状態にある人が極めて多く、不眠状態にある人がより多い

入院患者全体のほぼ2割が、睡眠剤を入院前に常用している。野宿生活者は強いストレス状態にある人が極めて多く、GHQ12スコア<sup>5)6)</sup>では、野宿の有無により顕著な差が見られた ( $P = 0.001$ )。生活のストレスや負担感が健康に影響を及ぼしていると感じる者の割合も、野宿生活者の方がやや高い。胃・十二指腸潰瘍を有する人、既往を有する人も多い。

「夜は、中学生などの『しのぎ（襲撃などの被害にあうこと）』が周りでよくあり、怖くて寝てられない。夜は寒いし、怖いので、歩き回って、昼間に眠る」という人、「しのぎ」にあって身体に後遺症の残っている人、「お腹が減って、減って、辛くて、辛くて。空腹で眠れなくて。目が覚めたらまた腹がすいてたまらんのが辛くて。明日は死のうと思っていた」と語る人などがいた。

「リストラにあって、仕事を探し回っても見つからず、アパートの部屋代(月2万円)も払えなくなった。琵琶湖に飛び込んで死のうとしたが、近くにいた高校生が挙動不振に思ったのか、そばを離れず、死にそこなった。その後も何度も死のうと試みたが、果たせなかった。いよいよ金が底をつき、大阪駅近くで野宿を始め、体調を壊して入院した。退院後の目途が立たないし、今もまだ死にたいと思っている」と語る者(50歳代元会社員)など、強いストレス状態・抑うつ状態におかれている人が多い。

このような状況にあることを反映して、大阪市における野宿生活者(男)の自殺による標準化死亡比は、一般男と比して極めて高いものである<sup>4)</sup>。ホームレス自立支援法に基づき、大阪市や大阪府において「野宿生活者の自立の支援等に関する計画」が作成された。ストレスが極めて強く、抑鬱

状態に常時置かれやすい野宿生活者の心の健康問題に十分に配慮しつつ行なわれるのでなければ、野宿生活者にとっては、有効な支援とはなりえないだろうことを示している。

### 入院時診断疾患数は野宿生活者の方が多い

野宿生活者では、入院時に診断された疾患数は最大で9もあった。社会経済的により厳しい状況にあることからみて、健康を損なう機会がより多い上に、必要な医療を受けることにもより困難を伴うためである。

### 受療状況

最近1年間に通院したことのある者は、非野宿生活者の方が有意に多く、救急車で搬送される緊急要保護入院をした者は、野宿生活者の方が多い。

金もなく医療保険もない野宿生活者は、体調不良時や病気の時には、大阪社会医療センター付属病院に自分で通院する他は、救急車を呼んで野宿生活者を受け入れてくれる民間救急病院へ緊急要保護入院するか、仲間・知人から薬をもらったりするしかない。こらえられるだけ、ただただ我慢するという人も多い。

## 5) 野宿生活者の喫煙・飲酒習慣

### 喫煙習慣

入院前数週間の入院患者の喫煙率は、71%と極めて高い。野宿生活者では、前は吸っていたが禁煙した人や吸っていても本数が少なくなった人が、非野宿生活者に比して多かった。経済的な困窮が、タバコの本数を減らさざるをえないようにさせている。

### 飲酒習慣

喫煙習慣と同様、金がないから今は飲まないと回答した割合は野宿生活者の方が高い。今も飲んでいる人のうち、ほぼ半数は3合/日、1割強は6合/日の飲酒を続けている。野宿の有無にかか



ならず、ほとんど毎日飲んでいる者も2割程度いる。

調査の中で実施した久里浜式アルコール依存症スクリーニングテストでは、重篤問題飲

酒群9人、問題飲酒群4人、問題飲酒予備軍2人という判定が出ている。

あいりん地域では、早朝から飲み屋が開店し、24時間営業のアルコール自動販売機もあちこちに設置されている。食事をするというより、焼酎のあてに食べ物を少しずつつまんでいるというような姿をよく見かける。飲酒は健康や生活の問題解決を図るうえでの重要な課題の一つである。

## 6) 身長格差からのぞき見えるもの

### 身長における格差について (表3)

野宿の有無にかかわらず、入院患者全体と国民栄養調査結果とを比較すると、身長が低いものがめだち、40～49歳および50～59歳については、それぞれほぼ2～3cmの開きが見られる。60～69歳、あるいは70歳以上については有意な差はみられない。身長は成長期の栄養状況、特に動物性蛋白の摂取状況との関連が強い<sup>7)</sup>ことから推測すると、身長が有意に低い集団は、成長期から必要な栄養が十分に摂取できにくいような、何らかの困難を抱えていた可能性が考えられる。

60歳以上の者に差がないのは、成長期にあたる時期が、第2次世界大戦前後の国民全てが低栄養状態にあった時期に一致しているためと考える。40～49歳、50～59歳に差が見られるのは、経済成長に伴って、格差が大きくなってきたことによるのではないだろうか。

### 60代における野宿生活者と非野宿生活者の身長の格差

野宿の有無別に入院時に測定した身長 (平均値)

年齢	野宿なし	野宿あり	合計	国民栄養調査
40～49歳	165.5 (6.1)	168.6 (6.8)	166.9 (6.5)	169.0 (6.1)
50～59歳	162.7 (7.5)	164.6 (7.4)	163.7 (7.4)	166.2 (6.1)
60～69歳*	165.2 (5.6)	160.5 (4.3)	163.6 (5.6)	163.1 (5.9)
70歳以上	160.9 (5.3)	160.1 (7.7)	160.6 (5.6)	159.5 (6.3)

[\*: T検定にてP < 0.05]

表3 野宿の有無別「身長年齢10歳階級別平均値」[単位cm、( )内はSD]

を比較すると、60～69歳について有意差が認められる (T検定による、P = 0.012)。

前述したように、野宿生活者の方がより早い時期から残存歯がほとんどない状況になっていることもあわせて考えると、入院患者の中でも、野宿生活者の方が、早い時期から (あるいは出生後間もない時期から、幼少時から)、より一層社会的に困難を抱えた生活を余儀なくされてきた可能性を否定しきれない。

そのことが、本人が本来持って生まれたはずの能力を拓く機会を奪い、60代になった今なお、どん底の貧困から立ち上がり、野宿生活から脱出することを、より困難にしているように思えてならない。

## 7) 入院中になされた生活自立にむけた支援

入院中に医師や看護師により、適切な医療や看護が行なわれるのは当然のことであろう。しかし、金もなく、身寄りもない野宿生活者にとっては、当然のことにはなっていない。医療を受ける時にどんなに辛く、悔しい思いをしたかを語る人が多かった。

大阪社会医療センター付属病院では、医師や看護師だけでなく、多くの職種が患者と関わりをもって、退院後の生活の立て直しが行なわれていた。軽快退院した人については、相談員が全員に対して退院後の生活に関する面接相談を実施している。

表4に、野宿の有無別に見た面接相談結果を示す。野宿生活者では、44%が療養希望 (一時保護所またはケアセンターを利用)、13%が居宅保護に移る

退院時	野宿なし	野宿あり	合計
就職希望	0 (—)	1 (2.2%)	1 (1.0%)
療養後就職希望	1 (1.7%)	1 (2.2%)	2 (1.9%)
療養希望	10 (17.2%)	20 (43.5%)	30 (28.8%)
自分で働く	12 (20.7%)	11 (23.9%)	23 (22.1%)
アパートより通院	24 (41.4%)	2 (4.3%)	26 (25.0%)
居宅保護(敷金あり)	4 (6.9%)	5 (10.9%)	9 (8.7%)
居宅保護(敷金あり)	0 (—)	1 (2.2%)	1 (1.0%)
その他	7 (12.0%)	5 (10.9%)	12 (11.5%)
合計	58 (100%)	46 (100%)	104 (100%)

表4 野宿の有無別「退院調整による退院時の状況」

など、いわば退院後の生活についての援助がおこなわれていた。

相談員による相談援助以外にも、入院中にはさまざまな形で支援が行なわれていた。前述したように、例えば、病状が比較的安定している時期に歯科への紹介状をもらって受診し、義歯を作る例が多く見られたし、同様に眼科への紹介状をもらって受診し、必要な眼鏡を作る人もいた。

さらに糖尿病等については教育入院が実施されていて、野宿も含めた個々人の生活実態を配慮したうえで、指導時間を十分に取って実施されていた。

## おわりにかえて

入院患者におこなう聞き取り調査であるから、聞かれる方も入院前の病状や入院に至る経過などを尋ねられると予想したであろう。

入院中は暇だからと思っていても、家族のことや仕事や収入、野宿の寝場所や食べ物の入手方法、精神状態などまでを、1人当たり1時間もかけて“根ほり葉ほり”聞かせていただいたのである。私自身が初対面の人からそのようなことまで尋ねられたら、きつと怒り出すにちがいないと心配になるような内容である。

ところが、ほとんどの方は聞き取り調査を終えた時、「話を聞いてもらえて、胸のつかえがとれた」とか、「腹にあったかたまりがないようになった気がする」などとおっしゃってくださった。話を伺っ

ているだけでも辛くなってきて、思わず目頭が潤む経験を重ねてしまうような、苦しみ・悲しみ・寂しさ・無念さやあきらめを胸の中、腹の中に抱え込んだ人たちであった。

野宿生活とは、定住できる住まいがないということだけではない。健康を維持するに足る食にも不足し、時には餓

死するような事態にまで至る<sup>4)</sup>ことを意味するのである。健康保持には不可欠であるはずの健診受診機会や受療機会からも、排除されていることが多い。老人保健法による健康手帳さえもらうのが難しい。慢性疾患があっても、通院しづらいため、とことん悪くしてしまってから救急車で緊急入院することを繰り返し、路上死する場合も多い。<sup>4)</sup>

今回は、たまたま救急外来のない、無料低額診療施設である大阪社会医療センター入院患者の聞き取り調査結果を中心とする報告であるため、野宿していても、通院している人が多かった。しかし、不眠症などのために受診者数の多い精神科外来のある日は、外来開始の午前9時には、センター玄関前にこれまた長蛇の列ができています。極寒の2月のある日、そんな行列の先頭に並んでいる人に尋ねたところ、「朝の4時から並んでいた」という。長時間待たされた人たちの間では、診察の順番を一人でも違えるとけんかが起こりかねないので、入り口で診察の順番を書いた券を渡していた。それなりに元気で、根気がある人しか通院できないのではと思ってしまう。

そういう意味では、ここで述べた「大阪社会医療センター入院患者調査から見える『野宿生活者の生活と健康』」は、野宿生活者全体の生活と健康を必ずしも反映していないのではないかと考える。ひょっとすると、野宿生活者全体のありようからすれば、生活も健康もむしろ良好な集団に偏っている恐れがある。

野宿生活をする人々にとっては、大阪社会医療