

センター付属病院のような機能をもつ病院は貴重な命綱である。しかし、深刻な不況が長引く中で増加した野宿生活者の医療ニーズに対応するには、入院・外来の機能とも極めて不足している。

あいりん地域の野宿生活者の平均年齢は56歳を超える。外来だけで治療可能なことも多い生活習慣病や関節症などの慢性疾患を有する人が多い現状を考えると、「もっと手軽に通院できる外来機能を持つ医療機関が身近に増えてくれたら」と願う。あるいは、生活保護法による医療扶助が単給されるようになれば、野宿生活者が通院利用できる医療機関も身近なところにあるに違いない。

いま大阪で、最も深刻な生活・健康問題を抱える野宿生活者を支え、命を守る仕組みをつくれないければ、大阪は自らが長期間抱え続けてきた健康問題解決への手がかりすら、掴むことはできないだろう⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。

入院患者の聞かせてくれた辛い話は、現在は、いつ・だれが野宿生活を送るようになるか判らないことを、私たちに教えてくれている。野宿生活者だけの問題ではありえない。

野宿生活者の生活を支え、命を守る仕組みは、大阪市民が、大阪府民が、“安心して、健康に、大阪に住み続けるために、最低必要な、皆のためのセイフティ・ネット”なのである。

謝辞

本調査は、厚生労働科学研究・研究費補助金政策科学推進事業〔主任研究者:黒田研二〕による研究の一環であり、大阪社会医療センター付属病院院長針原重義氏ならびに同相談室長安部満枝氏との共同研究としておこなわれたものです。

調査にご協力いただいた入院患者や同病院職員、調査員の皆様に心より感謝いたします。

参考文献

1) 大阪社会医療センター社会医学研究会「あいりんの肺結核患者調査」『大阪社会医療センター社会医学研究会資料』No.59、2001

- 2) 下内昭「大阪市における効果的DOTSの確立の研究」、厚生労働省科学研究費補助金 新興・再興感染症研究事業「都市部における一般対策のおよびにくい特定集団の効果的な感染症対策に関する研究(平成14年度総括・分担研究報告書)」主任研究者石川信克、13-54、2003
- 3) 山中克己・酒井秀造・野村史郎ほか「住所不定結核患者の栄養学的評価」『結核』76、363-370、2001
- 4) 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調査」『日本公衆衛生雑誌』第50巻第8号686-696、2003
- 5) McDowell.Claire Newell,Measuring Health:A Guide to Rating Scales and Questionnaires,Oxford University Press,1987
- 6) 原著者Goldberg, D. P.、中川泰彬・大坊郁夫『日本版GHQ 精神健康調査票手引』、日本文化社、1985
- 7) 長嶺晋吉「栄養は日本人の身体をどう変えるか」『栄養と食糧』第24巻第3号、128、1971
- 8) 逢坂隆子、朝倉新太郎「大都市スプロール地帯の住民生活と健康」『社会医学研究』第1巻、67～88、1980
- 9) 逢坂隆子「『生命』から『暮らし』をみ、『暮らし』から『生命』をみる——大阪府の地域保健行政10年の経験から」『社会医学研究』第8号、79～89、1989
- 10) 逢坂隆子「大阪の中年期死亡」『大阪保険医雑誌』第27巻通巻392巻、6～8、1999

ホームレスと結核 —— DOTS の経験から

大阪市保健所保健主幹
下内 昭



しもうち あきら 1951年神戸生まれ
1977年 京都府立医科大学卒業

当時結核病棟のあった大阪鉄道病院で臨床研修。79年～厚生省公衆衛生局で保健所行政、感染症対策の方針作成に従事。その間、ロンドン大学公衆衛生熱帯医学校修士課程など修了。83年～環境庁で水俣病対策。85年～WHO西太平洋地域事務局急性呼吸器感染症担当医官。92年～京都府立医科大学公衆衛生学教室講師、93年～京都府園部保健所長、96～結核研究所国際協力部長、02年～大阪市感染症対策室、03年～現職（健康福祉局医務監兼務）。趣味は、音楽。

大阪市の 「STOP 結核」作戦の開始

ホームレスの結核罹患率が高いことは欧米でも問題になっており、各国とも保健、医療、福祉の連携の強化によって、課題を解決しようとしている。

大阪市では、戦後から1970年代まで結核罹患率は順調に低下してきたが、1980～90年代にかけては、残念ながらほとんど横ばいの状態であった。こうした状況を背景に、我が国の結核罹患率が43年ぶりに上昇に転じ、1999年には「結核緊急事態宣言」が出された。これまでの結核対策をそのまま続けるだけでは、現状を改善することは不可能で、新たな対策の推進が不可欠だと認識されたのである。

この宣言を受けて、大阪市においては2001年に「大阪市結核対策基本指針——『STOP 結核』作戦」を発表し、10年間で結核罹患率を半減させることを目標とした。この指針によって、市職員が共通の認識をもって結核対策に取り組むとともに、厚生労働省、大阪府をはじめとする近隣の自治体、結核予防会、大阪府医師会等の関係団体、保健医療福祉関係者などとの協力・連携のもと、

市民にも広く理解を得て、全市的に結核事情の改善に努力することとした。

これまでホームレスに対しては、患者の早期発見のために「あいりん検診」として、労働福祉センター前で結核検診を毎月実施し、1年に一回、各公園のシェルターでの検診、年末年始には南港臨時宿泊所での検診など、検診事業が中心であった。

しかし、実態は、結核で入院しても自己退院する者が2割以上おり、なかには悪化と再入院を繰り返し、5回、6回と入院を繰り返す者も決して珍しくなかった。このような状況では、再発、二次感染が継続し、その結果として、人口3万人と推定されるあいりん地域では、結核罹患率が人口10万対1000、全国平均の40倍という事態になっていたのも不思議ではない。

これに対して、ニューヨーク市で実施しているように「ホームレスであっても、治療完了まで毎日服薬確認を実施しよう」という決断がなされたのである。

ニューヨーク市での DOTS の経験

「直接監視下短期化学療法 (DOTS ; Directly



「ホームレス問題と開業医」

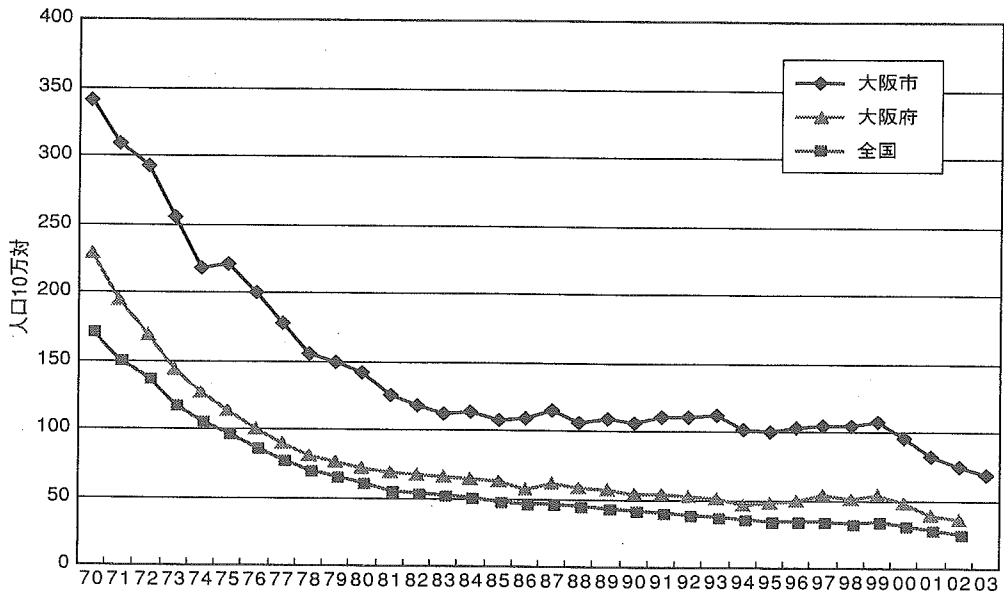


表 1 大阪市結核罹患率の推移

Observed Treatment, Short Course) という概念は、単純すぎて最初は誰にも受け入れられないものだ。「病気であれば、自分のために薬を飲み続けるのは当然だ」というのが、医療従事者の発想だからである。

8年ほど前、日米の医学者が京都に集まって結核に関するシンポジウムを開催した。そこで米国の学者が「大阪市の結核罹患率はなぜこれだけ高いのか」という質問をした時、ある医師がフロアから「私たち医師は結核と診断して治療を開始するが、患者が服薬を中断してしまうのだ」と答えた。おそらく、つい最近までは、ほとんどの医療従事者が同様に考えていたことであろう。

私自身も、1998年にニューヨーク市で結核担当者が患者の家を一軒ずつ回って説得する姿を見て、「これほど努力してまで飲ませる必要があるのか。その費用対効果は？」などと思ってしまった。なぜなら、担当者一人が10人の患者を受け持ち、毎日10人の家や職場をただ回っては、本人が持っている薬を目の前で飲んでもらって記録するだけなのだ。

しかし、そのDOTSを導入した効果が中心となって、患者数が最も多かった1992年の3,801人からDOTSを開始して以降どんどん減少し、2002

年には1,100人と何と4分の1にまで減少してしまったのである。「最も重要な成功の秘訣は何か」と聞いたところ、「担当者との信頼関係である」との返答が返ってきた。

いまや、“治療中断は患者の責任ではなく、保健医療提供者側の責任である”というのが、国際的な常識である。今後は「患者中心主義」で、どうすれば患者が服薬を続けられるかということ、提供者側が工夫しなければならない時代なのである。

「病院内DOTS」

数年前には、「院内DOTS」という言葉自体が憚られた。医療側から見れば、「入院中は薬を飲んでいるのに決まっている」という大前提があるからである。

しかし、特に結核患者については、治療が長期間になり、症状が良くなってからも飲み続けなければならないという状況から、患者同士の会話のなかで、「副作用が出るのはあの薬である」などいろんな情報が流れ、「退院してから捨てられてあった薬が見つかった」などという話も決してまれではない。また、現に全剤感受性であるのに、菌が

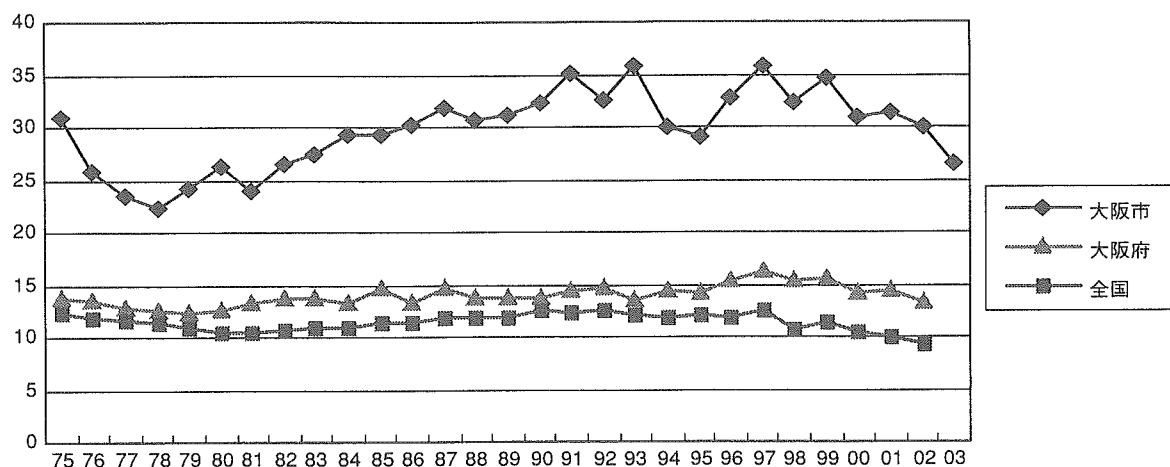


表 2 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率の推移 (人口 10 万対)

陰性化しない患者がいて、確認すると飲んでなかったことが判明した。これは米国で過去にあった話である。

日本では、喀痰塗抹陽性肺結核患者は少なくとも 2～3 カ月は入院するが、大阪市のホームレスが多く入院している 4 カ所の民間病院でも、院内 DOTS を開始していただいた。そして、現在では塗抹陽性患者に対しては毎月、保健所保健師が訪問している。

かつては、一般患者には見舞い客が多いのに、ホームレス患者には見舞い客がないので、「一般患者と同じ病棟にはいたくない」という声も聞かれたが、今では「また、来たのか」といわれる人が出るまで、よく訪問している。このように、抗結核薬は毎日服薬確認がされるものだという意識を持っていただければ、退院してからも外来 DOTS は継続しやすい。

「あいりん DOTS」

各結核病院を退院する前に、保健所医師、保健師、さらに結核担当の医務保健長(保健福祉センター医師)が毎月、結核病床のある病院を訪ねて「DOTS カンファレンス」を開催し、退院見込みの患者について、治療薬、治療期間、退院してからの処遇、生活保護を受けられるか、居住先、アパートか施

設かなどを確認する。

そのなかで、あいりん地域、またその周辺に居住できる人であれば、あいりん労働福祉センターと同じ建物の社会医療センターで、月曜から金曜まで午後には訪問し、2～3名の DOTS 看護師の目の前で服薬する。

その際に、さまざまな世間話や健康上の質問をして楽しみに DOTS を終了する方や、服薬継続がむずかしく、看護師が懸命に説得しなければならない場合もある。継続困難な事例については、天王寺にある大阪市保健所と、あいりん地域にある大阪市厚生相談所 3 階にある保健所「あいりん分室」とが連携して、さらに NGO であいりん地域で服薬確認を支援する人材も与えられ、治療中断を減らす努力をしている。また患者数は少ないが、施設に帰る場合には、施設内で DOTS を実施する場合もある。

あいりん DOTS 実施者数は、2000 年 9 月から 04 年 3 月までに 140 名が治療完了し、6 名が中断したが、中断率は 3% にしかすぎない。また、あいりん地域以外のホームレスは、委託された看護師が自宅を訪問する「ふれあい DOTS」を受ける場合もある。

いずれにせよ、このように全市的に DOTS を実施するようになり、2002 年登録ホームレス患者の中断率は 6% であり、DOTS 実施前には 2～3 割

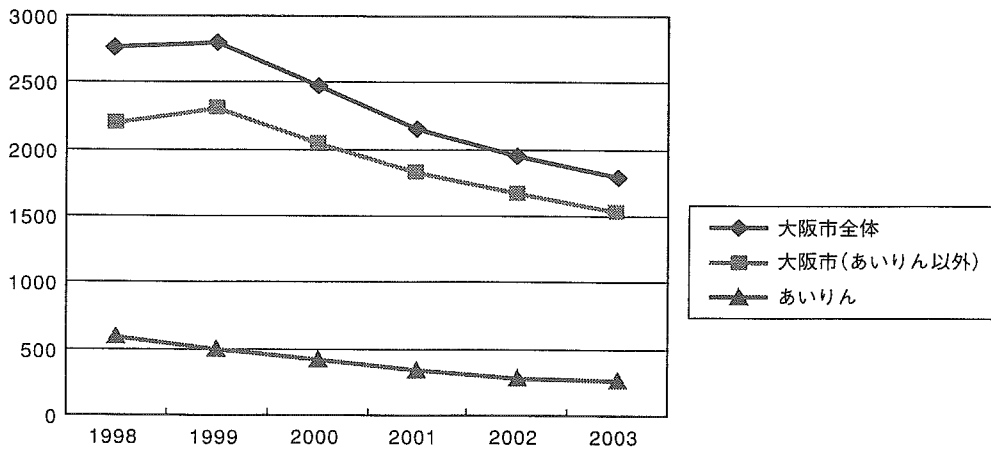


表3 大阪市とあいりん地域の結核患者の推移

が中断していたと見られるので、これは大きな改善である。

患者数の動向

基本指針実施後、大阪市の結核患者数は確実に減少してきているが、2003年にはホームレス、あるいはあいりん地域居住結核患者は大阪市全体の22%を占めており、全体に占める割合はまだ大きい。

ホームレスの中には、かつて重症の結核を患い、肺に大きな空洞が残ってしまって、絶えず細菌感染を起こして呼吸器症状を起こし、時に血痰、喀血する人もいる。従来は、症状があり、空洞があれば、再治療を繰り返していたが、いまや、ここ数年以内に院内DOTSを実施している病院でしっかり結核治療を受けておれば、いくら症状があっても、結核菌の培養陽性にさえならなければ、結核ではないと判断して、治療を開始する必要がなくなっている。これが、高齢者の塗抹陰性、培養陰性の肺結核患者が減少している一因であるかもしれない。

しかしそれだけでなく、昨年は塗抹陽性肺結核患者も10%減少したことから、DOTSの実施により、「中断」→「再発」→「二次感染」という悪循環が断たれ、実際に患者数が減少していると考えられる。

今後の方向性

結核診査協議会で胸部X線フィルムを見ただけで、診査会委員一同、一瞬声がつまって「これはひどい陰影だなあ」ということが珍しくない。なぜ、40～50代男性がここまでひどくなるまで医療機関にかからずに、入院して2週間もしないうちに亡くなっていかなければならないのか。時には、30代男性の死もある。なぜ、周りのものに訴えなかったのか……。

今の中老年はすでに結核に感染している者が多く、長くホームレス生活を続ければ、栄養失調などで発病しやすくなるのは当然である。

ホームレス法案が通り、『ビッグイシュー』が発刊されたりと、全体的にはホームレス問題に人々の関心が高まってくることは確かである。今後、さらにNGOなど新しい応援が増え、支援体制がより充実すれば、ホームレスの日頃からの健康管理、症状が出た場合の早期の保健医療機関の利用、結核と診断された場合の患者支援と一連の体制も整い、結核問題は解決に向かっていくであろう。

そのためには、私自身は行政の立場であるが、今後とも保健、医療、福祉の連携、そしてNGOと問題を共有し、協力ネットワークを強化していくことが重要だと考えている。

「あおぞら医療健康相談」から 見えてくるもの

——私に何が出来るか、生活の現場から考える

西区（四ツ橋診療所・内科勤務医）
大阪市立大学院創造都市研究科修士
課程

黒川 渡



くろかわ わたる

1985年 神戸大学医学部卒業

国立大阪病院にて内科研修

その後、聖マリア病院腎センター・集中治療部、
協和会病院内科、京都大学附属病院総合診療部、医
真会八尾総合病院総合診療部を経て

2002年 弘清会「四ツ橋診療所」内科勤務医
現在に至る

現在、大阪市社会福祉協議会の痴呆性高齢者医療
専門相談も担当している。

趣味 登山（ここ数年は行く暇なしで活動停滞中）

はじめに

2004年3月21日・淀川河川公園（淀川区）、6月13日・桜ノ宮公園（都島区）と、私たち大阪府保険医協会社会医療対策委員会は、野宿生活者に対する「あおぞら医療健康相談」（以下「あおぞら相談」）を実施した。それぞれ24名、48名の医療従事者、福祉関係者、学生、「国境なき医師団」などの協力が得られ、桜ノ宮公園では歯科医師3名、歯科衛生士も参加して「歯科検診・歯磨き指導」が行なわれた。

本特集には、野宿生活者に関する報告・体験・意見が多数掲載されている。本稿では重複を避け、主に問題解決を模索する視点からまとめてみる。「あおぞら相談」は、私たちが生活現場に直接出向き、問題発見から解決に向け当事者と共同作業を行う「アウトリーチ法」という方法を採用している。以下、相談活動から“見えてくるもの”を、私自身が活動で経験した事例を交え、報告したい。

“あおぞら医療健康相談”の発足

昨年9月、大阪府保険医協会第42回定期総会で、

「路上生活者の健康相談を実施する」との方針が打ち出され、03年11月、協会内に「社会医療対策委員会」が設置された。これに先行して、理事会内では、箕面市の武田勝文理事を中心にこの問題への取り組みが検討されていた。一方、私は昨年7月から大阪市立大学大学院で知り合った佐々木さん（本号座談会出席者）にお願いし、アウトリーチ活動と平行して、医師会、地区医師会、保険医協会に聞き取りを行っていた。この経過のなかで、武田先生や事務局・別所さんから協会の意向を聞かせていただいたのがご縁で、現在まで一緒にさせていただいている。

社会医療対策委員会では、支援活動を行なう団体・個人の会議への参加協力を含めたヒアリングが行なわれた。焦点は、野宿生活者の現状を知り、医療従事者に何が出来るかという点であった。2月の公開勉強会を経て、具体的活動の第一歩として、「あおぞら相談」が計画されるに至った。

内容は、公園内の一カ所に本部テントを設置し、生活保護施設連盟巡回相談室の相談員（ご好意による）を中心に班を組み、班ごとにそれぞれのテント・小屋その他の形で生活をしておられる人たちを訪問する。健康問題を中心に相談伺いをし、希望者に時間をかけた問診と血圧測定、簡単な身体

診察を行なう。そのうえで記録を作成し(必要な場合は医療意見書となるもの)、巡回相談室に渡して有効活用していただくという手順である。

なお、約2時間の巡回中、一人の医師につき2～3名、多くても5名以内の相談になるよう、時間をかけている。

医療相談や受診を拒否する理由 ——医療不信・社会不信

訪問の際に、頻繁に遭遇する現象がある。明らかに健康上に問題があると思われるにもかかわらず、「元気です」「もうええわ」など、相談そのものを拒否する反応である。

何とか相談が成立し、問診・診察をしてみると、収縮期血圧が200mmHgに及ぶ高血圧など著しい病的状態が確認されても、受診を進める段階に至ると、「もうええわ」となることも少なくない。理由の多くは、医療不信や医療受給に至る手続きで生じる不信感である。

根拠がないわけではない。以前、倒れた時に救急車で運ばれて、「説明もなく点滴だけで寒い夜中に外に放り出された」「馬鹿にした扱いを受けた」「ベッドがないからと体よく追い返された」など、例を挙げれば枚挙に暇がないほど具体的事例が出てくる。

一般に、野宿生活者が医療サービスを速やかに受けることができるのは、救急搬送された時だけである。「風邪症状がある」「血圧が高くてふらふらする」「食欲がない」「全身倦怠感」など通常の外来受診はできない。受診をしようにも保険証がない。「とりあえず受診だけでもできる」制度がない。(国保証を取り上げられた人たちも同様である)

そこで、生活保護の枠組みで受診できるよう、要請することになる。そこでは生活を丸がかえしてもらおうかどうかの二者択一を迫られる。しかし、就労したいために拒否する人も少なくない。

仮に生活保護を受けようとしても、たくさんの書類に記入し、申請し、審査まで待たねばならな

い。およそ2週間。この間の窓口の対応が“高圧的”という不満の声をよく聞く。生活保護法は、「とりあえず医療給付だけでもできる」ようには設計されていない。

大阪市内にもわずかに数カ所、このような手続きを簡便にし、受診できる無料低額診療機関があるが、あまり知られていない。6千人から1万人といわれる対象者の数には、及ぶべくもない。

例えば、高血圧の治療を円滑に開始し、円滑であることによる安心感を基礎に社会復帰への動機を高め、安全な状況へ上り詰めることを援助するのではなく、高血圧合併症である心不全、虚血性心疾患、不整脈で意識消失など“救急医療の対象”になって、初めて医療提供が可能となる。

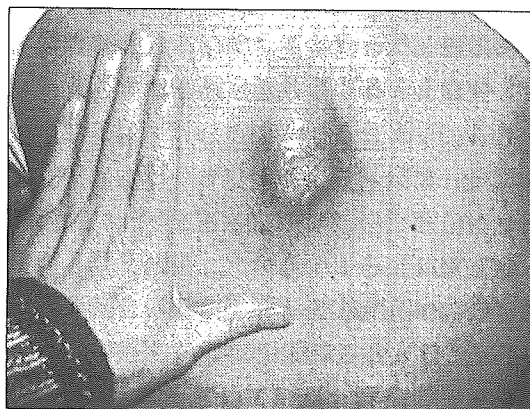
現在、医療の焦点は、治療から予防へとシフトしている。本人利益の観点からも、社会的コストの観点からも「合理的である」という理由からである。本年2月、私の住居から100メートルのところにある公園で、二人の野宿生活者が死亡状態で発見された。

【事例1】

Aさんは、野宿生活者を対象とする高齢者特別清掃事業に、輪番で月に約3日間、臨時雇用されている。一日約5000円強の収入と昼食の弁当が支給される。

そのAさんから「背中が痛い」と相談があった。写真1のようなアヒルの卵くらいの大きさの粉

写真1 Aさんの背中にできた粉瘤



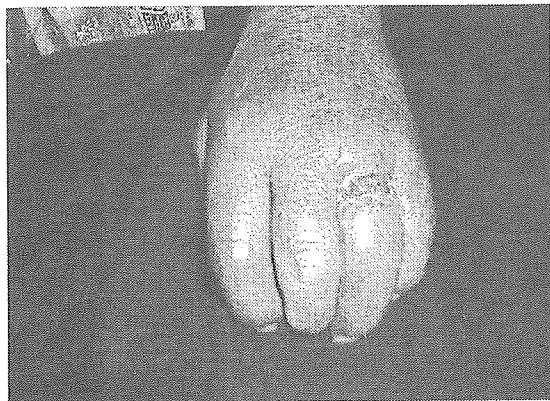


写真2 指輪が皮膚に深く食い込んだBさんの薬指

瘤は感染しており、著しい発赤腫脹を認め、一部は自壊し排膿していた。放置すれば、蜂窩織炎必発。規模から言えばショックへ進展する可能性もある。「また今度受診するわ」と断っていたが、説明の末、最後は翌日来ることを約束し、医療意見書を準備した。実際には担当者を訪ねることはなかった。

【事例2】

Bさんは、指輪が食い込んで皮膚の色調が変わっていたため、教会関係の人と看護師さんが受診を勧めた。BさんはN区のX病院を受診した。

しかし、「これは指を切断せなあかんぞ」という医師や看護師の笑いながらの発言に恐れをなして逃げ出してきたという。「もう絶対に病院には行きたくない」と拒否するようになったため、私に相談があった。本当に笑われたのか、そんなふうに感じる経験がそうさせたのかどうか定かではなかった。

とにかく、指の屈側の皮膚は、指をまたいで癒着していた。幸い癒着部を切開し、指輪自体を切断すれば何とかなりそう。近所の歯医者さんも、指輪切断に協力すると言ってくれた。両足は以前、山陰地方のある都市で切断手術を受けている。理由は判らない。糖尿病もない。最終的に、Bさんは説得に応じ、大阪社会医療センターで処置をしてもらった。指輪は取れたし、指も残った。

出血を見たことで怖くなって術後、病院を車椅

子で逃げ出し大騒ぎになったようだが、教会の人が見つけて問題はなかった。

“制度”と“個人”の狭間で できることは？

巡回相談や援助団体の人たちからの相談は、①救急車を呼ぶほどでもなさそうだが、健康状態が悪そうな場合、②救急車を呼ぶべきだと思うが、本人が拒否をしている場合、が多い。

①で最も問題になるのは、受診の必要性がある場合、それをどう実現できるかである。対象となる人の問診とその場でできる診察行為で、おおよそ受診が必要な状況は推測できる。そもそも外的環境に直接身体がさらされる屋外生活が、健康に良いわけがない。また、貧困な栄養状態は免疫状態とストレス耐性を低下させることも常識である。ほとんどの場合、受診と保護的環境への移動が求められる。それも迅速に！である。

問題は、先述したように、それを裏付ける明快な制度がないことである。

医療意見書——医師としての見解の明示

医師免許が社会の委託を受け、医学的意見を述べる責任と権限を付与されている限りにおいて、医師は対象となる個人に関する情報を発信し、問題解決に向けた社会資源の動員を要請することができる(本人同意は自明である)。私個人の経験でも、第一回目「あおぞら相談」でも、医療意見書で現生活地からの医療サービス受給が可能となるケースが増えている。

また、行政窓口は批判の矢面にさらされることが多い。しかし、医療意見書が存在することで、速やかな医療単給が実現することもある。放置すれば重大な生命の危険が存在することが医学的に裏づけされることで、判断はしやすくなる。これは先述の生活保護制度の限界と矛盾するように思われるかもしれないが、「すべての法・制度に憲法判断は優先する」という事情による。つまり基本

的人権と健康権を明記した憲法から“賢明な窓口担当者”が判断し、運用してくれたものと理解される。

焦点は、制度に個人を適応させる視点から、制度はガイドラインであり、基本ルールとし、個人に制度を変化させながら資源配分・適応する視点への転換である（医療保険制度や介護保険制度でも同じことが問われている）。そして、そのような柔軟な運用は、“利益を優先した制度の悪用”にならない自覚と責任を必須条件とする。

信頼回復と信頼形成の一つの方法

②の救急車を呼ぶべきだと思うが、本人が拒否をしている場合には、医師が生活現場に出向くことの意義と効果が期待されている。

精神疾患・知的障害の人を除けば（この問題は川澄医師の論考参照）、ほとんどの人は、医療をはじめとする諸関係への絶望、あるいはすでにそのような判断をする気力さえなくなっている。身体的・精神的には極限状態であり、たとえテントや小屋のような生活環境があっても、環境とは名ばかりの悲惨な状態になっていることが多い。湿気と臭気と代謝された皮膚は硬くこわばりついている。

本人が気にしていないわけではない。気になってもどうしようもなく、そのままにせざるを得ない。町で汚れた身体と着衣で歩いている人も同じである。当然、風呂やシャワーに対する希望は強い。人間の嗅覚神経や知覚神経の自然の性質は、彼らも私たちも構造的・機能的になんら異なるところはない。だから「相手にされない」という諦めが彼らの心を支配するようになる。

アウトリーチの意義

このような諦めに、理屈や説明では太刀打ちできない。巡回相談員や援助者の人たちは、こうした現実に毎日直面している。何かしなければならぬという気持ちと、できることの限界の中で、無力感に耐えながら悪戦苦闘している。悪戦苦闘

の末、協力を求めてくれる。一般の人と同様、いかに悪いかは知らないが、医療・医師の無料訪問が行われるということが、高嶺の花である現実がある。医師を連れてきたことは、巡回相談員や援助者の努力が口先だけではなく、真剣に心から自分のことを心配していくれていることを説得力をもって伝える一つの方法となる。そして、医師が本人自身さえ厭う身体に怯むことなく話を聞き、身体診察を行なうことでそれは完結される。

これらのことが、あたかも自己満足であるかのような空しい結果に終わることもあるが、医療受診につながることもある。その時、すぐには結果が出なくても、別の機会に受診につながることもある。一人の人の結果が、周囲の人たちに波及することもある。少しずつ問題を解決していくことの重要性を教えられる。

学んだことから医療を省みる

翻^{ひら}って、私たちの医療現場を眺めてみる。

医療事故・医療過誤・トラブルなどに関する記述で強調されていることは、医師は最も重要な薬であるということである。その意味するところは、「医師一患者」関係は表層的な接遇の問題ではなく、医療を通じた具体的な人間関係と社会関係を形づくるのが、医療にはとても重要なことであるということだ。

また、生活習慣病で問題になることは個人の判断と行動である。それを「個人責任」と割り切ってしまうならば、医療は自分の前提を見失うことになりかねない。粘り強く、行動変容を促す関わりを通じ、健康を守る自覚と知識と技術を手渡していくことが、私たちの職業的目標として毎日が繰り返されている。その努力によってのみ、結果は生み出され、また患者本人の真の個人責任に基づく判断が可能となる。同じことではないだろうか？

野宿生活に至る原因は、人により多様である。そこには、社会と個人のさまざま関係が介在している。場合によっては、放埒^{ほうらつ}な行動が大半を占め

る場合もある。しかし、そのことによって「路上に放り出されたままである」ことが許されてよい理由にはならないだろう。多数の路上での死を黙認している医療とは、一体何者なのだろうか？ あるいは何者だったのだろうか？ と、私自身も自戒を込めて問わざるを得ない。

社会医療対策委員会では、参加される先生方のそのような思いを感じる。

何ができるだろうか？

1) まずは問題認知——問題と課題の発見から

“患者は教科書である”と、医学教育は強調してきた。実際に現場（ベッドサイド・往診・生活の場）に足を運び、直接対面・対話することで初めて問題を知ることができることを、私たちは経験している。

野宿生活の現場で話してみれば、診察室で接する人たちとほとんど大差がないことを知る。「あおぞら相談」に参加された医師の感想の多くは、そうしたものであった。むしろ、通常の初診では聞くことができないような自己の生活史が語られることも多い。生活に行き詰まり、寝泊りする場所もなく、食べるものもなくなり、なお犯罪に走ることなく現状に至った彼らの内面の葛藤の深さと複雑さを語る言葉を見つけることはできない。

生活に窮し、なおかつ「生活保護だけは受けたくない」人たちの存在から何を理解することができるだろうか？ 日常診療の受診窓口で保険証でなく、生活保護医療券を出す心の内は、どのようなものだろうか？ 病いを体験し、病いを通じ自己と社会の関係を体験し、私たちの前に体を横たえる人たちの、私たちは決して十分に理解しえていないし、また理解する術を満足に持たない私たちが、受診できる人たちだけを通じて得た「全人的」という言葉は、危うく脆い。

その意味で「あおぞら相談」は、「野宿生活者のため」というより、おそらく“私のため”“私たち

のため”という意味合いの方が大きいのだと思う。

2) 制度適応における技術の応用について

① 医療単給と医療意見書

生活保護による諸給付のうち、医療受診のみを給付する“医療単給”は制度としてはない。救急医療対象者だけが、生命の危機に直面しているわけではない。野宿生活を続ける限り、いずれ健康状態の破綻が予測される人々の状況は、やはり緊急の対応が求められるのだ。

医療単給が可能となるまで問題を放置することなく、医療意見書など医療従事者の取り組みで、一人でも多くの人たちの状況を改善することが求められる。また、そのことが、医療単給の必要性を明らかにしていく臨床側の一つの手立てとなるだろう。

② 病診連携・病病連携・診診連携——社会的リスクの分散と継続的医療支援の努力

大阪市では、無料低額医療機関や、いわゆる「行旅病院」といわれる民間病院に問題が集積されている。その結果、当該機関スタッフが十分な時間を提供できない仕組みが現状をより悪化させている。

また、在院日数の短縮化に象徴される効率化により、医療機関には複雑な問題を抱える患者を選別・拒否する傾向が見られる。この点は、適切な後方施設や仕組みづくりがないままにスタートした高齢者医療・介護保険制度の問題と共通する。

他方、野宿生活を経験した人たちといえ、自立支援施設や居宅保護に移った後にもさまざまな身体的・精神的問題を後遺症として抱えている。社会復帰のすべての過程に、医療は必要とされているのである。また、継続的医療支援が多くの支援者から要望されている事実もある。残念なことに、不良な「医師—患者」関係が、受診意欲や自立意欲の低下をもたらしている弊害も報告されている。

いま一度、自施設生き残りの「戦略」のみの狭い視野が、制度全体の硬直化を生み出し、社会的リスクからの利己的逃避が制度の^{はこ}綻びをつくり、自分自身の首を絞めてきた医療の歴史を振り返り、医療機関の連携システムを有効に機能化させる工夫が要る。救急医療、入院医療、外来診療、各種診療科それぞれが秀でた力を活用する技術的努力が求められる。

問題と課題を共有する過程は、粘り強いお互いの努力を求めるが、今その道を歩み始めることしかないだらう。

③ 他分野との連携——一人ひとりの自立したつながり

「野宿者」という集団はいない。いるのは、野宿生活状態にある人々である。その原因も自立過程も多様である。

医療が給付され、就労の機会があるだけで自立していくこともある。また半就労・半保護（就労で得た収入でまかなえない部分だけ保護費を支給する）という形で自立をめざしている人もいる。福祉的援助や見守り、法的援助が決定的重要性を持つ場合もある（小久保弁護士の論考参照）。つまり問題の多様性は、当事者を中心に、生活支援をしている人々、就労支援者、医療、福祉、法律家、研究者、行政などさまざまな連携とシフトを求めているということである。

肝心な点は、制度や病院などのハコモノの連携ではなく、一人ひとりがつながり問題解決を積み重ねていくことである。経験と知識に裏打ちされた技術を柔軟に応用する専門性と、それを支える自立・独立した人間のつながりこそが、制度や仕組みを生きたものとする最大の道である。その意味で、私たち自身が虚構でない自立を求められているのかもしれない。

おわりに——思想信条を超えて

解決の道筋は、到底まだ見えない。わずかな経

験を持ち寄り、情報や意見を交換しながら、模索と試行を繰り返すことからしか始まらない。

野宿生活問題が多様であるのと同様、援助する団体や個人も多様である。しかし、健康問題に関する思いは共通であろう。大切なことは、「健康を守る」というプリミティブな原点を明確にし、思想信条を超えた立場からアプローチすることである。健康の問題を橋渡しとし、手を結びあうことは可能なのである。

「あおぞら相談」や巡回相談、その他の援助者と一緒にいる時の顔や、参加された先生方の「こんなことがあったよ」と語り合う姿に、臨床実習や研修時に初めて患者さんと接した後のグループ友人たちの顔が思い出された。このような取り組みは、苦役ではなく、私たち自身が学び、汲み取ることが多いものだと思う。

一人ではできない、医療だけでは解決できない問題であるからこそ、より多くの医師をはじめとした参加が求められる。そして、自分自身の課題として理解すればするほど、多くを学び、得るものが大きいと思う。

お願い

「協力」ではなく、自発的に“私”に何ができるかを考え行動する場として、ぜひ多くの先生方に

- ① 「あおぞら相談」への参加
- ② 各種施設への啓発活動・医療相談
- ③ 日常診療への積極的受け入れ

など、できることを考えていただければ幸いです。

たとえ「一年に一度、数時間」でも、私たちの力が一つの流れに合流することで、新しい光が見えてくると期待しています。

報告

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—

逢坂隆子¹, 黒田研二², 高鳥毛敏雄³, 黒川 渡⁴, 西森 琢⁵

安田誠一郎⁶, 下内 昭⁷, 針原重義⁸, 的場梁次⁹

1 四天王寺国際仏教大学大学院, 2大阪府立大学社会福祉学部

3大阪大学大学院社会医学専攻環境社会医学講座, 4四ツ橋診療所, 5 Health Support Osaka

6 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター, 7 大阪市保健所, 8 大阪社会医療センター付属病院

9 大阪大学大学院社会医学専攻法医学講座

Takako Ohsaka¹, Kenji Kuroda², Toshio Takatorike³, Wataru Kurokawa⁴, Taku Nishimori⁵

Seiichiro Yasuda⁶, Akira Shimouchi⁷, Shigeyoshi Harihara⁸, Ryoji Matoba⁹

¹International Buddhist University Graduate School, ²College of Social Welfare, Osaka Prefecture University

³Department of Environmental Social Medicine, Course of Social Medicine, Osaka University Graduate School

⁴Yotsubashi Clinic, ⁵Health Support Osaka

⁶Osaka Prefectural Medical Center for Respiratory and Allergic Diseases, ⁷Osaka City Public Health Center

⁸Osaka Socio Medical Center

⁹Department of Legal Medicine, Course of Social Medicine, Osaka University Graduate School

はじめに

近年、経済不況とともに大都市を中心に、全国的に、ホームレス者が急激に増加している。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。実数として全国大都市中、最多であるだけでなく、人口あたりの数（人口1000人あたり2.52）もまた、他大都市と比べて突出している。

筆者らは、大阪府監察医事務所などの資料をもとに、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もの81例を含む）について、死亡前後の生活・社会経済状況ならびに検死・解剖結果を分析した。その中で、ホームレス者の死亡平均年齢が56.2歳という若さであること、多くの死亡が肺炎・餓死・凍死をはじめとする総じて予防可能な死亡が極めて多く、必要な医療および生命を維持するための最低限の食や住さえ保障されない中での死亡であることを明らかにした¹⁾。

さらに、現に生活しているホームレス者の健康や生活の実態を明らかにするために、大阪市高齢者特別清掃事業従事者健康・生活調査²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾や大阪社会医療センター付属病院入院患者調査⁶⁾⁷⁾を実施した。

このような状況を間近に見つても、わが国を大きく

マクロ的にみると、その平均寿命は、生活環境の改善、医学の進歩などにより、世界最長を維持し、その他の健康指標も多くは世界有数のレベルにまで達し得た。しかし、大阪市内のホームレス者の健康や生活の実態をみるだけでも、国民すべてが、等しくその恩恵に浴し得たとは到底いえそうにもない。

平均寿命の伸びを背景に、国は、人口の急速な高齢化とともに、疾病全体に占めるがん、心臓病、脳卒中、糖尿病、歯周病など、“生活習慣が深く関与する”疾病の割合が増加してきたとして、それまでの「成人病」という言葉は「生活習慣病」へと呼び名を改め、生活習慣改善への個人の努力を社会全体が支援する体制を整備するため、様々な生活習慣病対策を推進している⁸⁾。

本論では、大阪市をはじめとする大都市を中心に増加するホームレス者たちが余儀なくされている“生活習慣”が彼らの健康にどのような影響をもたらしているのか、前述した調査結果を踏まえ、主として、食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康に焦点を合わせて、考察してみたい。

1. 方法

1) 大阪市におけるホームレス者の死亡調査

大阪府監察医事務所などの資料をもとに、大阪市内ホームレス者の生活と死亡の実態について分析を行った。2000年に大阪市内において異状死体またはその疑いのある死体として届け入れのあったもののうち、路上や公園、河川敷などにテントや段ボールなどで野宿生活する現場を確認できているか、発見時の状況から野宿生活者と推測されるものの死亡213例、野宿生活者予備軍として簡易宿泊所投宿中のものの死亡81例、計294例の死亡をホームレス者の死亡として分析対象とした。

2) 大阪市高齢者特別清掃事業従事者健康・生活調査 (以下、特掃健康調査という。)

大阪市高齢者特別清掃事業とは、国・大阪府・大阪府が財源を拠出し、NPO 釜が崎支援機構に委託して実施している55歳以上のホームレス者を対象とする事業である。2003年調査時点では、特別清掃事業に登録したホームレス者は7日毎に1回、公園や道路の清掃の仕事をする事ができた。1日あたりの日当は5,700円である。

健康調査は、2003年度に特別清掃事業に登録した2,893名を対象として、2003年9月20日から29日までのうちの6日間、胸部間接X線検査・血圧測定・検尿・血液検査を含む健康診査として実施した。受診者は1,249名である。生活調査は、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。問診票に回答した人は1,432人である。

分析対象としたのは、問診票への回答と健康診査受診の両方をあわせておこなった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(SD3.5歳)、55歳から65歳までが9割を占める。そのうち、野宿生活者は617名(67.3%)である。

3) 大阪社会医療センター付属病院入院患者調査(以下、入院患者調査という。)

大阪社会医療センター付属病院は「無料低額診療施設」として釜が崎地区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、生活保護を受給している。調査は2003年8月末から同年11月末までの間に入院した患者(再入院はのぞく)156人中、調査協力に同意した141人に対して聞き取りをおこなったもので

ある。分析対象としたのは、入院前1ヶ月の間に野宿の経験をしたか否かについて回答した139名についてのデータである。すべて男性であり、分析対象者の平均年齢は56.6歳(SD8.8歳)、年齢レンジは33~80歳である。そのうち入院前1ヶ月の間に野宿経験を有するもの(野宿生活者)は58名(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人あたり40~60分である。

なお、1)の研究のためのデータ収集・分析をおこなったのは、疫学倫理指針が施行された2002年7月以前であるが、同指針に規定されている匿名性の確保に配慮して実施したものである。大阪府監察医事務所などの資料については、著者の中の監察医は閲覧し転記した内容につき、個人情報保護に留意しつつ分析を行った。2)3)については、研究計画について、研究実施前に大阪府立大学社会福祉学部研究倫理委員会において倫理面からの審査を受けて実施したものであり、聞き取り調査および健康診査結果分析については、あらかじめ本人に十分な説明を行ない、本人の同意を得た上で実施し、個人情報保護に留意して分析を行ったものである。

2. 食生活

国が示している食生活指針(2000年3月)は次のとおりである⁹⁾。

- 食事を楽しみましょう
- 1日の食事のリズムから、健やかな生活リズムを。
- 主食、主菜、副菜を基本に、食事のバランスを。
- ご飯などの穀類をしっかりと。
- 野菜・果物、牛乳・乳製品、豆類、魚なども組み合わせる。
- 食塩や脂肪は控えめに。
- 適正体重を知り、日々の活動に見合った食事量を。など

ホームレス者の食事量と栄養バランスはどうなっているか

特掃健康調査結果によると、ホームレス者の多くが食事摂取に事欠き、1食も食べられなかった日が1週間に1日以上ある人が32.8%、卵・肉・魚といった動物性蛋白を摂る日が週に2日以下の人が45.2%、野菜・果物の摂取が1週間2日以下の人は62.6%を占める。テントを有さない野宿生活者にとっては、野菜の摂取

表1 BM ホームレス調査と国民栄養調査の比較

BMI判定	50代		60代	
	ホームレス調査 (n=405)	国民栄養調査 (n=744)	ホームレス調査 (n=497)	国民栄養調査 (n=694)
やせ	8.9	2.8	13.4	4.0
普通	76.8	65.3	70.4	64.8
肥満	14.3	31.9	16.2	31.2

注:2003年特別清掃事業従事者健康調査より

表2 赤血球数、ホームレス調査と国民栄養調査の比較

	50代		60代	
	ホームレス調査 (n=404)	国民栄養調査 (n=405)	ホームレス調査 (n=493)	国民栄養調査 (n=512)
410万個/mm ³	10.9	3.5	13.0	9.2
410~449	26.5	22.7	25.2	29.8
450~499	41.6	53.1	44.2	47.9
500万個/mm ³	21.0	20.7	17.6	13.1

注:2003年特別清掃事業従事者健康調査より

表3 ヘモグロビン、ホームレス調査と国民栄養調査の比較

	50代		60代	
	ホームレス調査 (n=404)	国民栄養調査 (n=405)	ホームレス調査 (n=493)	国民栄養調査 (n=512)
13.0g/dl未満	12.9	2.9	11.0	8.3
13.0~13.9	20.8	12.6	22.3	18.6
14.0~14.9	30.2	34.8	31.8	33.2
15.0~15.9	24.0	35.3	23.7	31.1
16.0g/dl以上	12.1	14.4	11.2	9.0

注:2003年特別清掃事業従事者健康調査より

表4 総コレステロールホームレス調査と国民栄養調査の比較

	50代		60代	
	ホームレス調査 (n=404)	国民栄養調査 (n=405)	ホームレス調査 (n=493)	国民栄養調査 (n=512)
140mg/dl未満	6.9	1.0	6.5	2.7
140~179	30.4	21.6	25.8	22.3
180~199	20.5	21.2	19.1	20.4
200~219	16.6	26.6	20.3	23.5
220~239	11.0	16.7	12.6	15.0
240mg/dl以上	13.1	12.7	17.2	13.6

注:2003年特別清掃事業従事者健康調査より

表5 トリグリセリド、ホームレス調査と国民栄養調査の比較

	50代		60代	
	ホームレス調査 (n=404)	国民栄養調査 (n=405)	ホームレス調査 (n=493)	国民栄養調査 (n=512)
50mg/dl未満	4.2	2.5	4.5	2.1
50~79	20.3	12.3	20.1	15.3
80~109	20.5	21.2	19.1	20.4
110~139	18.8	17.7	17.0	18.1
140~199	17.6	18.5	21.5	20.8
200mg/dl以上	18.6	27.8	17.8	23.3

注:2003年特別清掃事業従事者健康調査より

は極めて困難である。

入院患者調査でも、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、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。

このように、ホームレス者が口にすることのできる食

べ物はその量や種類が限られている上に、歯の状況が極めて劣悪である（入院患者調査では、残存歯数が9本以下のものが半数を占める。必要でも義歯のないものが多い。）ため、実際の栄養吸収はさらに悪いと予想される。

低体重・低栄養状態（表1～表5）

このような食生活を余儀なく続けている結果として、ホームレス者の多くが、低栄養状態に陥らざるを得ない。特撮健康調査結果を「平成13年度厚生労働省国民栄養調査結果」と比較すると、

- ①「やせ」の割合が多い。ホームレス者の集団では、BMI<18.5のやせのものが、50歳代では8.9%（国民栄養調査では2.8%）、60歳代では13.4%（国民栄養調査では4.0%）である。
- ②貧血傾向を示すものが多い。
- ③血清コレステロール、トリグリセリドの分布も低い値のものが多い。

餓死・栄養失調症による死亡

このような低栄養状態は、さらにはホームレス者を、以下の事例でみるような餓死や栄養失調症による死亡にまで追い込んでいく。

事例1：50歳代男。死亡発見日は2000年1月12日。死亡日は推定1月上旬。北区の公園で縦189cm、横95cm、高さ50cmの囲いを段ボールで作り、青シートをかけて野宿生活していた。この中で死んでいるのを顔見知りのホームレス（56歳男）が発見した。1999年12月末発見人が変死人と言葉を交わしたのが最終で、変死人の寝床（段ボール）に青シートがかかったままの状態であったことからどこかへ行っているものと思っていたが、あまりにも長いのでシートをめくってみてすでに死亡していた変死人を発見した。死亡時所持金は38円。家族との連絡はつかないままである。

行政解剖結果；心肥大（440gr）。軽度肝硬変。前交通静脈クリップ術後。諸臓器腐敗軟化融解傾向。身長163cm・体重48kg・BMI=18.0。

事例2：50歳代男。指紋照会で身元判明。死亡発見日は2000年5月16日。死亡日は5月11日。西成区釜が崎地区の簡易宿泊所に2月から投宿中であった。4月27日に宿代を5月16日分まで支払っていた。5月16日に管理人が扇風機を部屋に配りに行って死亡を発

見した。5月10日に本人がよたよた歩いているのを管理人が見ている。死亡時所持金は10円。家族とは連絡が取れないままである。

解剖；なし。

死体検案書より；高度るいそう。死因は餓死。

事例3：60歳代男 死亡発見日は2000年11月24日。死亡日は同年11月15日頃。指紋照会により身元判明。現住所は不定。浪速区内の川沿いの水防碑敷地内テントで、約1年前から生活していた。変死人は生存中、乳母車を押して空き缶拾いをしていた。隣に住む68歳のホームレスが、11月5日ころから変死人の姿を見かけなくなったことから病気でしているのかと気になり、テント内をのぞいて死亡を発見した。発見者の隣人は普段はあまり変死人と話をしないという。死亡時所持金は661円。兄が遺体を引き取る。

解剖；なし。

死体検案書より；栄養失調症。一部ミイラ化。

事例4：70歳代男。死亡発見日は2000年12月23日。死亡日は12月16日頃。指紋照会で身元判明。現住所不定。福島区の阪神高速高架下淀川河川敷で段ボールハウスに1999年春頃から住んでいた。2000年1月14日から3月1日まで行路病人扱いで西成区内の病院に入院していた。（建設省の職員が淀川堤防を見回りにきて淀川河川敷で倒れているのを発見して緊急入院させた。）4月8日から5月15日にも同じく行路病人扱いで同じ病院に入院している。病名は脳梗塞・高血圧・肺結核・C型肝炎・肺炎・全身衰弱など。死亡時所持金は2000円である。（12月15日、散歩中の近所の男性が弁当と現金2000円を与えているが、弁当は食べないままそのままであった。現金もそのままズボンポケット内に所持したままであった。）家族とは連絡がつかないままである。

解剖；なし。

死体検案書より；全身衰弱。 栄養失調症。

塩分摂取

土木・建設関連日雇い労働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。塩分量が多いと思われる弁当や炊き出しの雑炊にも醤油や塩を加えて食している人が多い。安価（70円）で簡易なカップラーメンを食べる回数も多く、塩分の多い汁まで全

部飲み干さないで「腹がすいてたまらん」状態である。テントのない野宿生活者にとっては、釜が崎地区内で、カップラーメンのための熱湯が手に入るのは、夜間はシェルター（夜間緊急一時避難所）のみ、昼間は1箇所の施設のみである。

3. ホームレス者の運動習慣

身体活動・運動には、生活習慣病の発生を予防する効果があり、日常の活動性および運動習慣を持つものの割合を増加させるとともに、これらの活動を行うことのできる環境づくりを行なう必要があるとされている¹¹⁾。ホームレス者の運動習慣はどのようなものであるかをその生活実態からみてみよう。

高齢者特別清掃事業に従事できるのは、2004年は9日間に1回（1日あたり5,700円）である。他の日には体力の残っている人は、早朝から自転車で郊外まで行き、アルミ缶回収に走り回っている。大阪市内では回収するほどのアルミ缶が残っていないので、かなり遠くまで自転車で走る。大抵は早朝3時頃から大阪市内を出発、車道を走り、再生資源ごみを出す日にあたっている地域に明け方5時頃に到着する。前夜から野外に出されているアルミ缶を大急ぎで回収し、その後次々と出されるアルミ缶をできるだけ早く見つけて、回収して回らねばならない。午前9時頃市役所のごみ収集車が来るまで続く。それからアルミ缶を小さくつぶして自転車で持って帰りやすくするが、往きと違って、車量が多くなっているため車道は走れないし、アルミ缶を積んでいるので、2倍以上の時間をかけて、大阪市内にたどりつく。大抵午後4時過ぎの到着になるという。

早朝3時頃から、釜ヶ崎地区まで戻ってくる午後4時頃まで自転車で走り回っている状態は十分すぎる運動量である。アルミ缶回収に行かない人は、早朝5時に炊き出しの食券をもらうために行列し、昼には炊き出しをもらうためにまた行列し、昼過ぎにはシェルターの宿泊券をもらうために行列しなければならない。夕方はキリストのパンのために行列している。

若いときからの肉体を酷使する労働のため、腰や膝の関節症を有する人が多く、アルミ缶回収も行列に並ぶのも、かなり厳しい状況にある。1日走り回って1,000円位の現金を手に入れている人が多い。自転車を持たないため、底が磨り減って穴が開いてしまった靴を履いて、自分の足で歩き回ってアルミ缶回収をしている野宿生活者は、両足にいくつもの大きな水泡ができ、水

泡が破れて血まで流しながら、日に100円か多くても200円を手に入れている。

「アルミ缶回収も最近は競争相手が多くなりすぎてたいへんだ。」とこぼしつつも、「それでもアルミ缶回収に回っている時が一番楽しい。」と話す。アルミ缶集めや炊き出しの列並びを運動習慣というか否かは議論の必要なところであろうが、ホームレス者が生きていくために余儀なく行なっている日常的な動きであり、傍目にはほとんど習慣化していると思えるほどである。

4. 休養と睡眠

健康づくりのための休養指針（1994年4月）は次のとおりである¹¹⁾。

1) 生活にリズムを

- ・早めに気付こう、自分のストレスに
- ・睡眠は気持ちよい目覚めがバロメーター
- ・入浴で、からだもこころもリフレッシュ
- ・旅に出かけて、心の切り替えを
- ・休養と仕事のバランスで能率アップと過労防止

2) ゆとりの時間でみのりある休養を

- ・1日30分自分の時間をみつけよう
- ・生かそう休養を、真の休養に
- ・ゆとりの中に、楽しみや生きがいを

3) 生活の中にオアシスを

- ・身近な中にもいこいの大切さ
- ・食事空間にもバラエティを
- ・自然とのふれあいで感じよう、健康のいぶきを

さらに、「健康づくりのための睡眠指針～快適な睡眠のための7ヶ条～」には、次のように述べられている¹¹⁾。

1) 快適な睡眠でいきいき健康生活

2) 睡眠は人それぞれ、日中元気はつらつが快適な睡眠のバロメーター

3) 快適な睡眠は自ら創り出す

4) 眠る前に自分なりのリラックス法、眠ろうとする意気込みが頭をさえさせる など

ホームレス者では「あまり眠れない・ほとんど眠れない」が4割以上、「あまり眠れない・ほとんど眠れない」が40.7%を占めた⁴⁾。野宿生活者は特に不眠を訴える人が多い。入院患者調査では、入院前睡眠剤常時服用が2割を占めている。夜間、中学生などに襲撃された経験の有する人が多く、「怖いし、冬は寒いし」

夜は眠らずに歩き回り、昼間に眠る人もいる。「しのぎ」にあつ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。」と語る人もいた。

シェルターでは、早朝 2 時ころになるとアルミ缶回収に出るため、ビニール袋の音をさせながら起きだ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出なければならぬ。衛生害虫に噛まれて「かゆみ」のため眠れないことも多い。シェルターでは、毎日、ベッドを使用する人が変わるために、誰かが衛生害虫を持ち込むと、容易に伝播してしまうのである。せめて、1 週間同じベッドの使用が約束され、寝具の頻繁な消毒が可能になればと思う。

2 月死亡の 3 割は凍死

人目に身をさらしながら、野外で寝なければならぬ生活は、必要な休養がとれず、不眠を訴える人が多いというだけではすまない。その過酷な状況は以下の事例に示すように命すら奪う。2 月に異状が発見された野宿生活者の死亡のうち 29%が凍死によるものである。

事例 5 : 50 歳代男。死亡発見日は 2000 年 1 月 21 日。死亡日も同日。2 年前から西成区の公園でテントを張って野宿生活していた。住所不定。古新聞の回収で得た収入で買ったりホームレス仲間からもらった酒(ワンカップ)ばかり飲んで、食べ物は食べていなかったらしい。発見日前日から当日未明にかけてがたがた震えたり、少し痙攣気味でふらふらしているので仲間で救急車を要請したが、本人が拒否して病院搬送できなかった。家族とは連絡がつかなかった。

行政解剖結果;1 月 2 1 日午前 11 時 30 分測定外気温 3 度 C。同測定直腸内温度 10 度 C。

心臓 280gr。血液暗褐色。左心室血液紅色調。心内血液を室温で放置すると凝固。肺剖面紅色調。胃粘膜出血斑散在。脂肪肝・肝硬変。身長 156cm・体重 49.6kg・BMI=20.4 アルコール濃度は血中 3.9mg/ml・尿中 5.4mg/ml。

事例 6 : 50 歳代女。死亡発見日・死亡日は 2 月 1 日。住所不定。身元は指紋照会で判明。難波駅近くの路上で臥せりの状態で死亡しているのをタクシー運転手が発見した。家族とは連絡がつかなかった。行政解剖あり。

事例 7 : 60 歳代男。死亡発見日・死亡日はともに 2000 年 2 月 1 日。身元は指紋照会で判明。住所不定。京阪電車北浜駅と淀屋橋駅間の地下通路で唸っているのを駅員が発見し、救急搬送されたが、4 時間後に死亡した。死亡時所持金は 43 円。他に茶色の小銭入れ・黒色ベルト・簡易ライター・ボールペン各 1 ヶ。北海道在住の兄が身元確認する。行政解剖あり。

事例 8 : 60 歳代男。死亡発見日・死亡日ともに 2000 年 2 月 8 日。身元不詳。浪速区の路上で様子がおかしくなり、西成区内病院に搬送されるも診察拒否し、道路に出て横になったので病院職員と警察官が病院内に入れ、診察するも死亡。行政解剖あり。

事例 9 : 60 歳くらいの男。身元不詳。死亡日・発見日ともに 2000 年 2 月 9 日。西成区釜ヶ崎地区のあいりんセンター南側路上で毛布を敷いて寝た状態で死亡しているのを通行人が発見した。行政解剖あり。

事例 10 : 50~60 歳代男。身元不詳。死亡発見日・死亡日ともに 2000 年 2 月 12 日。西成区三角公園内の布団上で死亡していた。「ここでよう寝ている人や。」の情報あるのみ。行政解剖あり。

事例 11 : 60 歳代男。死亡発見日は 2000 年 2 月 18 日。死亡日は同月 11 日。住所不定。本籍地は大阪府。浪速区で段ボールなども敷かず毛布も被らず寝た状態で死亡しているのを通行人が発見する。死亡時所持金は 10 円。1999 年 11 月 15 日から 12 月 15 日、12 月 18 日から 2000 年 2 月 14 日、ともに路上で倒れて入院している(慢性腎炎・慢性肝炎など)。家族とは連絡がつかなかった。行政解剖あり。身長 150cm・体重 35kg・BMI=15.6。

事例 12 : 50 歳くらい男。死亡発見日は 2000 年 2 月 23 日。死亡日は 1 月下旬ころ。身元不詳。1999 年秋頃から桜ノ宮公園にビニールテントを張って野宿生活していた。公園管理人が造幣局桜の通り抜けの準備のために立ち退き依頼に回っている途中で、テント内で死亡しているのを発見した。死亡時所持金は 1 円もなし。

行政解剖結果;凍死・栄養失調 高度るいそう。全身乾燥に傾く。諸臓器軟化。肺紅調。胃腸内空虚。

事例 13 : 50 歳代男。死亡発見日は 2000 年 4 月 4 日。

死亡日は3月中頃。1月5日に西成区の簡易宿泊所に宿泊申し込みをし、同日3万円、1月22日4万5千円、2月15日に6万円の宿代をいれて連泊していた。宿泊費の切れた4月4日に宿泊費の取り立てのため、経営者が部屋を訪れたところ、室内の電気がついたままで、布団のなかで胸まで布団を掛けた状態で死亡していた。死亡時所持金は5万円あまり。

行政解剖結果；凍死。栄養失調あり。高度るいそう(37kg)遷延死の所見あり。肺結核。胃腸内空虚。刺青あり。簡易宿泊所内で寒冷に暴露されたもの。

5. 野宿とストレス

ホームレス者、なかでも野宿生活者はきわめて強いストレス状態にある人が多く、GHQスコア¹²⁾¹³⁾では、野宿の有無により顕著な差が認められた(p=0.001)(表6)。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ている人も多い。胃・十二指腸潰瘍を有する者・既往を有する人も多い。

「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審に思ったのか、そばを離れず、死に損なかった。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。」と語る人(50歳代元会社員)など、強いストレス状態・抑うつ状態に置かれている人が多い。

お金も医療保険もなくとも外来受診できる大阪社会医療センター付属病院はホームレス者にとっては貴重な存在であるが、不眠症や鬱状態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

表6 野宿の有無別入院前数週間のGHQスコア

		野宿		合計
		なし	あり	
0~3	度数	33	7	40
	%	47.8	13.4	33.1
4~8	度数	18	22	40
	%	26	42.3	33.1
9~12	度数	18	23	41
	%	26	44.2	33.9
合計	度数	69	52	121
	%	100	100	100

注:2003年大阪社会医療センター付属病院入院患者調査より

る。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、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間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。

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、6.04(2000年全国男=1)であり、一般男子と比べて有意に高いものである(p<0.01)¹⁾。

6. 喫煙習慣

入院前数週間の入院患者の喫煙率は、81%と極めて高い。野宿生活者では、以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。

7. 飲酒習慣

入院患者のうち、「金がないから今は酒を飲まない。」と回答した人の割合は、野宿生活者では38.6%、非野宿生活者では18.5%であり、喫煙習慣同様、野宿生活者の方が高い。今も飲んでいるもの(野宿生活者のうち29.9%、非野宿生活者のうち38.3%)のほぼ半数は日に3合以上、1割強は日に6合以上の飲酒を続けている。野宿の有無にかかわらず、ほとんど毎日飲んでいるものも2割ほどいる。

入院患者調査のなか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。釜ヶ崎地区では、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も、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。アルコール依存症をふくめ、飲酒問題は健康や生活の問題を考える上での重要な課題のひとつである。

8. 歯の状況が極めて劣悪である

入院患者調査の結果、残存歯数がほとんどないもの(9本以下)の割合が53%もあり、残存歯数が10本以上のもの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を配れない日常に加え、「生活保護受給者以外のもものは、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ものと思われる。

そのため、入院中は生活保護受給状態に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、義歯を作ってもらっていた。「どこの歯科がいいのか。」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おう患者もみられた。）

表7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。野宿の有無別に残存歯数の状況には有意な差が認められなかったが、野宿生活者の方が、より早い年齢で歯を喪失している傾向がみられる（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況にある30人のうち、2人は20歳代から、8人は30歳代から「ほとんど歯がなくなった。」と回答している。6割以上のものが40歳代までに歯が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わかる。

ある特掃従事者（60歳代）も使える歯はほとんどない（上3本、下2本）。「小さいときは歯磨きをしたことがあるのか。」という質問に対して、「わしは子どものときからホームレスやった。小学2年のときに戦争がきつくなってきたので、滋賀県に集団疎開に行った。20年8月に終戦になって、10月に集団疎開から帰ってきたら、大阪市内の自分の家も焼けてなくなっていたし、両親も死んでしまっていた。そんなときに歯磨きなんかしてられへん。」という。必要なのに義歯のない人が多い。

野宿生活者の7割、非野宿生活者の6割は、必要なのに義歯を有さない。すでに述べたように、歯科治療が必要でも充分におこなえない状況にあることが、経済的により困難な状況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、母親が死んだとき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。役立つほどの歯がなく、しかも義歯がない状況は、ただでさえ口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。

表7 野宿の有無別・歯がほとんど無くなった年齢

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

注：2003年大阪社会医療センター付属病院入院患者調査より

表8 野宿の有無別身長10歳階級別平均値・()内はSD

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

*:T検定にて $P < 0.05$

注：2003年大阪社会医療センター付属病院入院患者調査より

9. 身長格差からのぞき見えるもの — 今も残る成長期の栄養状況の影響 —

表8は入院患者について野宿の有無別・身長の平均値を年齢10歳階級別に示したものである。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比較すると、身長が低いものが目立ち、40～49歳および50～59歳についてはそれぞれほぼ2～3cmの開きがみられる。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¹⁴⁾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、なん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。50歳代・40歳代に差がみられるのは、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。

60～69歳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）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、 $P = 0.012$ ）。一方、40歳代、50歳代では

有意差はみとめられないが、野宿生活者の方が、やや身長が高い傾向を認める。

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）、より一層社会経済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歳代になった今尚、どん底の貧困から立ち上がり、野宿生活からの脱出をより困難にしているように思えてならない。しかも、この傾向は第2次世界大戦前後の混乱期に幼少時代をすごしたものの方により強いといえるのではないか。

ある60歳代の入院患者は、沖縄県の出身である。戦争中から両親が病気になり、親類をたらいまわしされていたという。戦争が終わる前に両親とも亡くなり、気がついたら、小学校にも一度も行ったことのない状況だったという。字が全く読めず、身寄りもないものが戦後の混乱期をたった一人で生き延びるためにどのような困難な生活をすごしてきたことだろうか。

10. 今後のあいりん地域におけるホームレス者の生活習慣病対策の課題

- ・2004年度の健康・生活調査は食事・歯に重点を置いて実施した。
- ・野菜など、極めて不足している食品の供給システムの検討
- ・ホームレス者のたまり場となっている施設で「高血圧症予防」など生活習慣改善を促すビデオを継続的に上映したい。（「結核」関連ビデオも併せて）市販のビデオはホームレス者の生活実態にあわず、使用しづらい。健康・生活実態にあったビデオの作成が必要と思われる。
- ・自動血圧計を設置し、健康医療相談を継続的に実施できる場所を高齢者特別清掃事業集合同所以外にもあちこちで設定できないだろうか。（特別清掃事業集合同所のみでは同事業登録者に偏る）

その他、たとえば

- ・釜ヶ崎地区内で供給されている炊き出しや弁当その他の食品の塩分量、栄養バランス調査を実施できないだろうか。
- ・解りやすい「外食の栄養成分表示」の検討。
- ・減塩炊き出しの検討。

・公園や道端にホームレス者の健康や生活の実態にあった健康づくりポスターやパネル設置できないだろうか。

などが思いつかないではない。しかしながら、生命を維持するために必要な最低の医・食・住の保障さえないなかで、ここで述べたような生活習慣病対策だけでは何ほどの意味をもつだろうか。

おわりに

ホームレス者の健康や生活の実態をみる時、ホームレス者が余儀なく続けている生活習慣が深刻な“生活習慣病”を引き起こしていることは明らかである。しかし、一次予防としていかに重要であっても、本人の自覚により、個人の努力により、生活習慣を変える余地が、ホームレス者の暮らしの中にどれほど残されているのだろうか。しかも、一般国民に比して、極めて高率に、かつ重症の生活習慣病を持つ集団でありながら、二次予防としての健診受診機会や受療機会から排除されている。生活習慣改善への個人の努力を社会全体が支援する体制は、それを最も必要としている人々には、全く機能していないといわざるをえない。

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、時には凍死や餓死にまでいたることを意味するのである。

定住できる住まいがないということは、健康保持には不可欠なはずの健診受診機会がないだけでなく、老人保健法に基づく健康手帳さえもらうのが簡単ではない。生活習慣病をはじめとする慢性疾患があっても、通院しづらいために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。

野宿をせざるを得ない現在の生活状況が、ホームレス者たちの健康を破壊し、命を脅かしているだけではない。ホームレス者たちの身長を国民栄養調査結果と比較すると、低いものが目立ち、殊に40歳代、50歳代について顕著である事実は、成長期において、必要な栄養を充分にとることができないような困難を抱えていた可能性を示唆していると考えねばならない。60歳代以上のものに差がないのは、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と考える。40歳代・50歳代に差がみられるのは、日本の経済成長とともに、生活の格差が拡大し、社会経済的に困難を多くかかえざるを得なくなった生活環