

昨年から、ここで、なんとか、CR車が使えないものかと考えていた場所のひとつです。9月20日なら、兵庫県からCR車が来てくれるということです。

できるだけ、検診を受診したことがないような人に、たくさん受けてもらいたいのです。

当日は三角公園で12時から炊き出しがおこなわれています。炊き出しに並ぶ人たちにもチラシなどを作って宣伝しようと思っています。

ご参加くださる人数によって、血压測定や聞き取り調査内容など検診の流れを決定したいと思います。

恐れ入りますが、おいでくださることが可能でございましたら、9月3日までに逢坂までおしらせくださいますよう、重ねて、お願いいたします。

●下記のような、三角公園周辺の人たちには、すでに協力の了解を得ています。

①ふるさとの家の責任者のマー子さん・梅田看護師（ふるさとの家で月1～2回健康相談をしているヒューマン・ライツの看護師さん）が当日手伝ってくださいます。

②釜ヶ崎支援機構山田實理事長とシェルター管理者の了解を得ました。

結核と診断された患者に特掃でしているように、入院治療を奨める場所として、シェルター内の屋根の下を使わせていただくことの了解を得ました。そのときにシェルターの職員にも結核検診を受けさせて欲しいという申し出がシェルター管理者からありました。もちろん、OKです。シェルターの壁にポスターを貼ることも了解を得ました。

③「勝ち取る会」のハルさんから炊き出しに並んでいる人たちにチラシを配ることの了解を得ました。ハルさんから、炊き出し現場にいる上村さんにも声をかけておくように教えていただき、上村さんの了解も得ました。

④「山田衛生」事務所の人にあつて、ちらしを配る件や結核検診の件を社長に伝えてもらうようお願いいたしました。(社長留守。また、会いに行っておきます。) 三角公園の管理を山田衛生が担当していらっしゃるとうことを聞きましたので。

⑤三角公園横の缶買取屋さんにもチラシやポスターを頼もうかと思っています。(山田衛生がOKだったら、いいらしいです。)

⑥松本紀子保健師(元大阪府保健所保健婦長で昨年から毎週金曜日特掃の健康相談に来てくださっています。)、西島治子保健師(滋賀医大看護学部助教授)も来てくれます。何人くらい手伝ってくれる人がいるのかを来週中には確定したいと思っています。

手伝ってくださる人数が多ければ、血圧測定などをすることも可能かと思ひます。

⑦まだ夏休み中の人もいますので、学生にも聞き取り調査を手伝ってもらえればありがたいです。特掃検診を手伝ってくださった学生さんたちに声をかけてくださいませ。

⑧当日の讀影のために、阪大高鳥毛先生と刀根山病院藤川健哉先生も来てくださいます。

⑨大阪府労働福祉センターが当日の車を止めるための場所取りのために朝8時30分に”横からみれば三角、下から見れば丸の赤いプラスチック”を置いてくださるそうです。

⑩大阪市更生相談所・大阪市保健所感染症対策課には9月20日のことは伝えてあります。「患者が出たときには、特掃検診のときの要領でやりましょう。」という話になっています。

3 健康支援活動の課題と展望

大阪市高齢者特別就労事業従事者に対する健診はもう今年で3年目になる。結核以外の健診結果については健康相談をしながら受診者に返し必要

な医療・精密検査につなげつつ、年間を通じて看護師・保健師・医師などが医療相談・健康相談を継続するなかで、特別就労事業に従事するホームレス者たちの、自分自身の健康に対する意識や行動が徐々に変容してきていることを、研究者・NPO釜ヶ崎支援機構の指導員・職員など関係者が感じ取りはじめている。

「ほんまは、わしらが一番自分の体のことを心配してるんやで。」と自分の方から健診結果をもって相談にくる人の数が確実に増えてきた。特別就労事業集合場所に設置されている自動血圧計の利用頻度の増加も著しい。誰かが血圧を測定していると「その血圧は高いなー。」と周りでみている人たちの的確な声がにぎやかに飛び交っている。

最近では、結核についての関心も高くなり、結核検診結果が要精密検査になっているのに呼び出しが遅くなっている人は「まだ、相談してないんやけど、ええんかなー。」と自分の方から相談にくる人も出始めた。精密検査を受けることについてもすぐに納得する人が増えてきているように思う。

特別就労事業従事中に倒れて死亡する事故が「健診がはじまってからはゼロになった。」ということもうれしい。それまでは、毎年1人ずつ就労中の死亡事故が起こっていたという。最高血圧260以上最低血圧140以上というような恐ろしいほどの重症高血圧であることも知らずに放置している人が何人もいるような状況では、仕事に命を落とす人がいても不思議ではない。

このような、ホームレス者の健康意識・行動の変り様を間近にみることは、研究者やボランティアたち、あるいはNPO釜ヶ崎支援機構の職員や特別就労事業の指導員たちの、ホームレス者の健康問題あるいはホームレス者たちに対する認識・行動にも大きく影響をおよぼさないはずがない。

同時にまたホームレス者の生活の過酷な状況、健康問題の深刻さが、放置できないものであることもさらによく見えてきた。ことに、結核問題の

すさまじさには胸が痛む。すでに公表されている結核統計から予想されることとはいえ、結核検診を受けた約1,600人のなかから21人もの結核患者が次々とみつかるのを目の前で経験すると、思わずうなってしまう。結核検診で要治療になった人が100%医療につながり、100%医療を終了するための工夫を重ね、さらに要精密検査になった人々（保健所からの治療歴情報を考慮にいれても150人以上）にすべて精密検査をうけてもらう努力を結核検診終了の4ヶ月間、ほぼ毎日ホームレス者たちのなかで続けるうちに、さらに多くのことに気付かされた。

結核問題については結核予防法もあり、保健所など行政が果たさねばならない役割が大きい。しかし、ホームレス者の結核問題は行政だけで解決できるものではないことも見えてきた。ことに、大阪のように、問題が深刻な地域においてはなおさらである。

いま、そのための民間組織として特別就労事業従事者の健診に取り組んだものが中心となって、ホームレス者など保健・医療・福祉の手が届きにくい人々を対象として、健康支援活動を推進するとともに、このような活動をさらに推進していくために必要な、関係機関・団体の協議の場作り、研究ならびに研修・人材養成をおこなうために、特定非営利活動法人(NPO HEALTH SUPPORT OSAKA)の設立を準備中であり、当面は結核を中心とした健康支援活動に重点を置く予定である。

本論では、特に結核患者への健康支援のあり方に焦点をあてて検討を加えた。アルコール依存症を合併する結核患者の問題など、本論では十分に触れていない課題が多く残っている。また、本論で述べた高齢者特別就労事業にくることもできないような、さらに底辺にいるホームレス者の生活や健康実態も把握せねばならない。その上で、最も底辺におかれたホームレス者にも手が届くような健康支援・生活支援のあり方を考えていく必要がある。

ホームレス問題は、健康支援活動だけで解決できるものではないが、いのちにかかわる緊急の課題であり、これを放置することは人道的にも社会的にも許されない。保健所をはじめとする行政と、われわれが設立しようとしているようなNPOも含め、民間が一体となって、社会全体で取り組むときに、初めて、ホームレスの健康問題・生活問題解決への道筋、自立支援への道筋が見えてくるのではないだろうか。

<参考文献>

- ・ホームレスの健康支援活動に関する検討会報告書（平成16年度地域保健総合推進事業）、編集発行 ホームレスの健康支援活動に関する検討会・財団法人日本公衆衛生協会 平成17年3月発行

健康政策の視点からみたホームレス問題

くろ だ けん じ
黒 田 研 二

(大阪府立大学人間社会学部教授・学部長)

はじめに

ホームレスはなぜ生み出されるのか。ホームレスの人々に対し社会は何をなすべきか。経済成長のもとでこれまで潜在化していた貧困や失業という社会問題が、不況をきっかけに、新たな様相を帯びて出現してきた。そのひとつがホームレス問題である。市場原理と競争原理が強化される過程で階層の分極化が進み、産業構造の変化にともなって、中高年齢層の労働者が労働市場から閉め出されていく。ホームレス問題には、失業とそれにとまなう貧困という古典的な社会問題の様相が含まれている。ホームレスが生み出される機序を考えると、それは端的に雇用、所得保障、住宅といった領域の社会政策のほころびを示しているように思える。

日本の社会保障制度は、医療保障にせよ所得保障にせよ、社会保険制度を中心に職域および地域との関連のもとで発達してきた。野宿を余儀なくされ、定まった職場も持たず、定住する地域も持たない人々は、一般の社会保障施策の対象から漏れてしまう。ホームレスであるために医療保険制度から閉め出され、医療機関へのアクセスは制約され、適切な診断や治療を受けることができない。最後のセイフティネットである生活保護からも、居住地がないために、あるいは稼働年齢であるために閉め出される。ホームレス問題のこうした様相をみると、社会保障政策のほころびというだけでなく、「社会的排除 (Social exclusion)」の過程そのものであると私

の目には映る。

問題は、しかし社会制度の次元にあるだけではない。ホームレス者がこれだけ社会に顕在化した後でも、大多数の人は無関心を装っている。無関心どころかあからさまな排除の力も働いている。日本の各地で少年らによるホームレス襲撃事件が起きている。大阪市内に、「国境無き医師団」がホームレスの人々のための診療所を開設しようとしたとき、地域住民から激しい反対運動が巻き起こった。ホームレス者に負の徴^{しるし}付けをし、地域社会から排除しようとする心理的な力動も現存している。

こうした「社会的排除」の力に対して、いま問われているのは「社会的包摂 (Social inclusion)」をいかに政策化するかということである。ソーシャル・インクルージョンはEU諸国では政策理念として定着しているが、日本ではまだ明確なものとなっていない。社会的包摂の理念のもとで、本稿は、健康政策の視点からホームレス問題に接近することを試みる。健康はすべての人々に共通する課題である。健康という視点からホームレス問題に接近することは、社会的包摂を進めるためにも有効であるように思われる。

1 健康政策の視点

「健康の不平等 (Health inequalities) の縮小」という概念も「社会的包摂 (Social inclusion)」と同様、EUとくに英国では重要な政策目標となっている。「健康の不平等の縮小」は、社会的に不利な立場にある集団や地域と、それ以外の集団・地域との間にみられる健康格差を減少させ、社会全体の健康の水準を高めることを目標にしている。2003年7月に英国保健省は残り11省の協力のもとに「健康の不平等への取組：行動のための計画」を発表した。そこでは2010年までに乳児死亡率と平均寿命にみられる格差を、10パーセント減少させることを数値目標として掲げている。この行動計画は冒頭で次のように述べる。「健康の不平等への取り組みは、

政府にとって最も優先順位の高い課題である。なぜか。健康の不平等は避けることのできるものであるし、基本的に不公正なことだからである。]¹⁾

日本では2000年に10年間の健康政策の目標である「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が発表されている。ただし、残念なことに「健康の不平等の縮小」という理念は日本の健康政策には根付いていない。不利な立場におかれた社会集団や社会階層間の健康格差についての研究も活発だとはいえない。大阪市では健康日本21の地方版である「すこやか大阪21」を公表しているが、そこでは分煙対策などに力点がおかれているものの、国の政策と同様、大阪市内でみられる地域間あるいは社会階層間の健康水準の格差を縮小させていくという視点は盛り込まれていない。

一定の人間集団や地域の健康水準は、生活水準に密接に関連している。生活水準は経済水準に規定される部分が多い。健康の不平等は、一定程度、経済的不平等を反映しているといえよう。したがって経済的格差を縮小させることが、健康の不平等を縮小させる有力な手段となるであろう。ここで大阪市内の地域間にみられる健康水準の格差、経済水準の格差、および両者の相関を、結核罹患率を例にみてみよう。2001年の結核罹患率（人口10万対）は大阪市全体で82.6であった。これを区別にみると最低の鶴見区34.7と最高の西成区405.9の間には、なんと11.7倍もの開きがある²⁾。経済指標としては、生活保護の被保護人員率（人口千対）を取り上げる。2001年度末の大阪市全体の生活保護人員率を計算すると25.54である（市立更生相談所の措置事例は除いて計算した）。区別にみると、最低

1) 英国保健省のホームページを参照（2005年8月31日）。ウェブサイトは以下の通り。

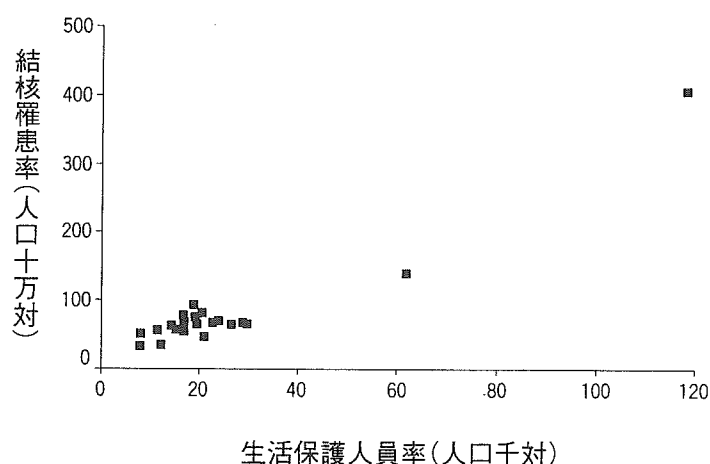
<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/HealthInequalities/fs/en>

2) 大阪市健康福祉局：健康福祉統計集（統計編），p.74,2003.

の西区8.02と最高の西成区118.13の間には14.7倍もの格差がある³⁾。取り上げた2つの指標の散布図を描くと図-1のようになる。生活保護人員率と結核罹患率の相関係数を単純に計算すると、0.95という高い値となり、24の区が示す各点がほとんど直線上に並ぶことを示している。ただし図をみて分かれるとおり、右上に2つの区（西成区と浪速区）が離れ値を示しており、この2つの区によって相関係数が異常に高い値となっていることがうかがわれる。そこで、この2区を除いて残り22区を対象に相関係数を計算しなおしてみた。それでも相関係数は0.45と比較的高い値を示し、生活保護率と結核罹患率とが強く相関していることが分かる。

しかし、健康の格差と経済的格差は、ひとつの現象の二つの側面というほどに一体化したものでもない。健康の不平等を縮小させるには経済的格差の是正といった政策以外にも、さまざまなアプローチを必要としている。健康教育、食生活の改善、生活習慣の変容、健康診断や医療の普及、安定した住宅の供給といった他の分野の政策も、健康の不平等を縮小させるために求められている。

図-1 大阪市24区の生活保護人員率と結核罹患率の相関（2001年）



3) 大阪市：第89回大阪市統計書平成13年版, 2003, 区別住民基本台帳人口および年度末被保護人員をもとに筆者が計算。

健康の不平等という視点からホームレス問題に接近するには、まず、ホームレスの人々の健康実態を明らかにする必要がある。そこでまず我々は、大阪府監察医事務所等の資料をもとに、2000年に大阪市内で発生したホームレス者の死亡例について、検死・解剖結果を分析した⁴⁾。分析対象は野宿生活者213例、簡易宿泊所投宿中の者81例、計294例である。調査の結果、以下のような点が明らかになった。総死亡のうち、病死は172例(59%)、自殺は47例(16%)、他殺6例(2%)、不慮の事故43例(15%)で、不慮の事故には8例の餓死と12例の凍死が含まれていた。栄養失調による死亡、餓死および凍死の事例は、すべて40歳以上で、死亡時の所持金もほとんどない人々であった。男性の野宿者について、日本全体の男性の死亡率を基準(=1)とする標準化死亡比(SMR)を算出した。総死亡についてのSMRは3.6、死因別のSMRでは、結核44.8、自殺6.0、他殺78.9などであった。多くの死亡は、予防可能な早すぎる死亡である。SMRが3.6というのは、野宿生活者の死亡率が同年齢男性の一般の死亡率より3.6倍高いことを意味している。野宿者では結核による死亡率が一般の人々より44.8倍も高いことが明らかになった。

2003年1月～2月には、ホームレスに対する全国規模の実態調査が行われた⁵⁾。調査では都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を起居の場所として日常生活を営んでいるホームレス者の人数の把握と同時に、約2,000人を対象に面接による生活実態調査が実施された。その結果、ホームレスの平均年齢は55.9歳、50歳以上64歳以下の年齢層が3分の2を占めていた。現在の身体の具合を尋ねた結果、具合の悪いところがあると回答した者は47.4%、そのうち、何も対応していない者が68.4%であった。身体不

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) 厚生労働省: ホームレスの実態調査に関する全国調査報告書, 2003年3月

調を訴える者は5割弱、そのうち治療を受けていない者は7割弱という数字は、ホームレス者に対する保健・医療の確保の必要性を強く示している。ホームレスに陥った理由に「病気・けが・高齢で仕事ができなくなった」を挙げる人が2割弱あり、健康状態の悪化はホームレスという状態を固定化させる要因のひとつとなっている。一方で、長期のホームレス状態のもとで健康がむしばまれていく人々が多数存在する。不健康状態とホームレス状態は、いわば悪循環を形成して、人々を螺旋状に降下させていく。そしてその果てには「早すぎる死」が待っている。

2 ホームレス者の健康実態—大阪市特別清掃事業従事者の健康診査

死亡調査や実態調査のデータは、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。しかし、現に生活しているホームレス者の健康状態や医療ニーズを示す実証的データは乏しい。そこで、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従事者を対象に健康診査を実施し、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調査した⁶⁾。特別清掃事業登録対象となるのは55歳以上のホームレス者であり、2003年度は2,893名が登録していた。2003年9月に行った健康診査の受診者のうち、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を分析した。917名のうち914名は男性で、平均年齢は60.5歳であった。以下、重要な所見をいくつか示す。

(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。

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15.7%、血糖値11.0%、 γ -GTP8.2%などで、1項目以上に要

6) 黒田研二（主任研究者）：「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」厚生労働科学研究費補助金・政策科学推進研究事業平成15年度総括・分担研究報告書，pp.17-52,2004.

医療と判定された人は34.1%を占めた。要医療・要精検をあわせた割合は、血圧35.9%、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%、 γ -GTP11.9%、胸部X線5.7%、ヘマトクリット5.0%などで、要医療・要精検と判定された人は74.8%を占めた。

(2) とくに高血圧の人の割合が多い。背景に、野宿からくるストレス、医療受診からの疎外などがある。

重症高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、又は拡張期血圧110mmHg以上）の人は15.7%を占め、中等症高血圧（収縮期血圧160mmHg以上、又は拡張期血圧100mmHg以上で、重症高血圧を除く）は20.2%、あわせると36%に達していた。この結果を「平成13年度厚生労働省国民栄養調査結果」と比較すると、ホームレス集団では、重症高血圧の割合は4倍以上多かった（表-1）。高血圧の頻度が高いこと背景には、野宿からくるストレスや飲酒といった問題が考えられる。同時に、継続的に医療受診を行うことが困難な状況に置かれていることが理由にあげられる。健診受診者のうち高血圧のため治療を受けていると答えた人は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歳代では15.7%、60歳代では29.6%である。本調査の対象者が、必要な医療受診から疎外されている集団であることが明らかである。

表-1 血圧の状況、ホームレス健診注と国民栄養調査の比較

(単位：%)

	ホームレス健診 総数	50歳代		60歳代	
		ホームレス 健診	国民栄養 調査	ホームレス 健診	国民栄養 調査
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

注 大阪市高齢者特別清掃事業従事者を対象とした健診（2003年9月）

(3) 食事・栄養摂取，歯の状態に問題がある人が半数以上を占める。

健診受診者のうち，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日以下の人が50.0%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。食事摂取にも関連する歯の状態について尋ねたところ，「歯がなくて不自由している」人が64.4%を占めていた。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，身体的健康をむしろむ要因となっていると考えられる。また，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。

(4) 飲酒の問題は3割の人に認められ，肝機能障害の頻度も高い。問題飲酒はストレスと関連している。

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か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むまいと思っても，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ことをとど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%，「適量で止めようと思っても，つい酔いつぶれるまで飲んでしまう」6.8%，「周囲の人（友人，家族など）から大酒飲みと非難されたことがある」2.9%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。飲酒と絡んで肝機能（ γ -GTP）に異常値（81IU/l以上）を示す人は24.3%認められた。

問題飲酒は，生活のストレスとの関連が強かった。普段寝起きしている場所が，野宿およびそれに近い状態である自前のテント，シェルターのい

ずれかである人（「野宿生活者」67.3%）と、それ以外に簡易宿泊所（ドヤ）やアパートにいる人を比較すると、野宿生活者では、問題飲酒2項目以上に該当する人、夜間不眠を訴える人、ストレスが健康に悪影響を及ぼしていると自覚している人の割合が、それ以外の人より有意に高かった（表-2）。また、問題飲酒、不眠、ストレスの健康への悪影響の3変数間にも、強い関連が認められた。

表-2 寝起きの場所別にみたストレスの状況

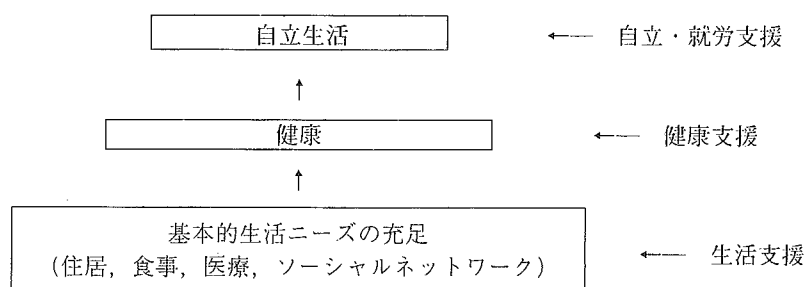
	総数	野宿生活者	それ以外の ホームレス者	χ ² 乗検定
				人数 (%)
問題飲酒	(n=917)	(n=617)	(n=300)	
問題飲酒なし	635(69.2)	421(68.2)	214(71.3)	
問題飲酒1項目	203(22.1)	126(20.4)	77(25.7)	**
問題飲酒2項目以上	79(8.6)	70(11.3)	9(3.0)	
睡眠状況	(n=857)	(n=597)	(n=260)	
よく眠れる	159(18.6)	90(15.1)	69(26.5)	
まあ眠れる	350(40.8)	243(40.7)	107(41.2)	**
あまり眠れない	315(36.8)	236(39.5)	79(30.4)	
ほとんど眠れない	33(3.9)	28(4.7)	5(1.9)	
ストレスの健康への影響	(n=816)	(n=568)	(n=248)	
影響なし	117(14.3)	70(12.3)	47(19.0)	
少し	197(24.1)	124(21.8)	73(29.4)	
ある程度	280(34.3)	197(34.7)	83(33.5)	**
かなり	147(18.0)	117(20.6)	30(12.1)	
非常に強い	75(9.2)	60(10.6)	15(6.0)	

** p<0.01

こうした健康診査結果をもとに、ホームレス者の支援のあり方について考察してみる。ホームレス者の自立生活にむけた支援において、健康の回復・保持はその前提となるものであるが、健康を保持するためには、住居、食事、医療、ソーシャルネットワークなどの基本的な生活ニーズが充足

されることが必要である。健康相談や健康診査などを通じた健康への支援は、基本的な生活ニーズ充足のための生活支援へと展開されることが求められる。また、そのような支援が前提にあって、はじめて自立生活にむけた支援が可能になる。つまり、健康支援は生活支援、自立・就労支援を含む包括的支援に向かう入り口としての意義をもっており、包括的支援の中に位置づけられる必要がある。こうした考えを図式化すると図-2のようになる。

図-2 包括的支援施策の一環としての健康支援



3 包括的支援施策の課題

健康支援から包括的支援へと展開していく過程で浮かび上がる課題を、「ホームレスの健康支援活動に関する検討会」⁷⁾における議論をもとに、以下3点にまとめて考察する。

(1) 「基本方針」にみる健康施策と必要な医療の確保

「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」は、第3条に施策の目標として、ホームレス者の自立のために「安定した雇用の場の確保」「安定した居住の場所の確保」と並んで「健康診断、医療の提供等による保健及び医療の確保」および「生活に関する相談及び指導」を実施することを

7) ホームレスの健康支援活動に関する検討会（座長：黒田研二）：平成16年度地域保健総合推進事業 ホームレスの健康支援活動に関する検討会報告書。財団法人日本公衆衛生協会，pp.153-165,2005年3月

定めている。この法律に基づき、国が2003年7月に策定した「ホームレスの自立の支援等に関する基本方針」の中の「保健及び医療の確保について」の項には、保健所等による「健康相談」と「保健指導」、医療の必要がある人への「受診勧奨」と「継続的相談支援」、および結核患者に対する訪問等による「服薬対面指導」が取り上げられている。また、ホームレス者に対する医療の確保の対策として、「無料低額診療施設の活用」と「医療機関に緊急搬送された場合の医療扶助の適用」に触れている。

「基本方針」に取り上げられた各種の健康支援施策の実施主体は「都道府県と市町村が連携し」と書かれているが、必ずしも明確ではない。この「基本指針」をもとに、厚生労働省では、平成16年度より、「ホームレス保健サービス支援事業実施要綱」を定め、国庫補助を開始した。この「ホームレス保健サービス支援事業」の実施主体は、「都道府県、指定都市、中核市、保健所設置市及び特別区」とあり、保健所設置自治体である。ホームレス者が多く生活する地域は大都市であり、多くは「指定都市、中核市、保健所設置市及び特別区」に該当する。しかし、市町村では、老人保健法の健康診査事業や訪問指導事業を活用して、ホームレス生活者への健康支援の施策を展開することも可能である。また、ホームレス者に対する結核検診は、結核予防法に基づき市町村が行う住民検診の一環として取り組む必要がある。

ホームレス者の健康診査や健康相談の活動を行えば、通常より高頻度で要医療者等が出現する。要医療、要精密検査と判定される人々に対し、どのような手順で医療を確保するか、健康支援の実施主体は、福祉事務所、医療機関などと事前に打ち合わせておくことが必要である。入院治療が必要な場合は生活保護（医療扶助）を適用することになる。外来治療で対応が可能な場合には、無料低額診療施設の活用、生活保護の適用（場合によっては医療扶助のみの適用）といった選択肢が考えられる。いずれにせよ、福祉事務所等の協力が必要となる。また、各種の病態に対応できる医

療機関を確保しておくことが重要である。

ホームレス者に必要な医療を確保する手段として、「基本方針」は、(1) 無料低額診療事業を行う施設の積極的な活用と、(2) 病気等により急迫した状態にある者が医療機関に緊急搬送された場合について生活保護を適用することを述べている。しかしそこには、野宿生活をしている者で、高血圧や糖尿病などの慢性疾患や歯科治療などで継続した外来治療が必要な場合についての一般医療機関における対応には触れていない。多くのホームレスは医療保険証をもっておらず、また医療費の自己負担分を支払う余裕がないため、一般の医療機関受診から排除されている。ホームレスに対する生活保護の適用について、基本方針は「居住の場所がないことや稼働能力があることのみをもって保護の要件に欠けるということはない」と述べ、「資産、稼働能力や他の諸施策等あらゆるものを活用してもなお最低限度の生活が維持できない者について、最低限度の生活を保障するとともに、自立に向けて必要な保護を実施する」としている。しかし、生活保護の適用には地方自治体間での格差が大きい。ホームレスに対する生活保護適用は、原則として救急車による搬送を行った者に対する急迫保護に限っている自治体もある。そこでは入院治療終了、就労可能と判定されると医療扶助はうち切られ、外来治療を継続することができなくなる。こうしたホームレスは自費診療を受ける経済的余裕もなく、再び症状悪化を繰り返すこととなる。地方自治体によっては、野宿生活者に対して医療扶助単給を認めている。名古屋市の自立支援健康相談員の支援する野宿者の事例では、医療扶助を支給されて高血圧治療を開業医から受けている。東京都新宿区でも、公園等に起居する野宿生活者に対して、必要に応じて医療扶助単給を行っている。

結核の治療については、結核予防法に基づいた対応が行われる。検診によって発見された結核患者の医療を確保するには、生活保護支給を決定する福祉事務所、および受け入れ先の専門病院との連携が重要となる。東京

都や横浜市では、即時に結核等の診断が可能となるCR車を活用した検診が普及してきており、屋外での検診で患者を発見し、即日入院ができる体制が整備されてきている。大阪市ではまだCR車は導入されていないが平成17年度中に購入する予定である。生活保護支給や専門病院の入院の体制が整えられていても、本人が結核治療の必要性を認めて、自ら治療を受ける姿勢にならないければ、継続治療は難しい。本人に治療の必要性を受け入れてもらうための説得に、手間と時間を要する場合がある。アルコール依存症の合併、入院になじめない性格上の問題などが入院治療の障壁になることもしばしばある。そうした場合の選択肢として、外来や訪問による服薬対面指導事業（DOTS）の普及を図ることは重要な課題となっている。

(2) 個別継続支援

健康支援活動として健診あるいは相談事業を行い、そこで健康上の問題（例えば高血圧、糖尿病など）が見出されたら、次にそれを解決するための継続的支援が要請される。もし高血圧が持続しているのであれば、本人と一緒にその問題の解決方法を考える。高血圧を助長する生活要因（ストレス、飲酒、塩分過剰摂取など）を改善する方法や、降圧剤の服薬を考えることになる。そのためには医療のみならず、住居、食事などの生活条件や生活様式を見直す必要もでてくる。生活環境を改善しながらこうしたニーズを充足する方法を一緒に考えていくには、一定の時間も必要である。個々のニーズに沿いながら、その解決の方法を考え、さまざまな社会資源を利用したり環境を改善していく支援は、ケースマネジメント（またはケアマネジメント）とよばれている。健康支援活動には、こうした継続的な個別支援が付随していなければならない。このような個別支援では、どのような課題の解決をめざすか、どのような目標を設定するかは、本人と支援者が共同で設定することになる。そのような支援が効果を発揮すれば、健康支援は、生活支援あるいは自立支援へと発展することになる。札幌市や広島市、民間の団体によって取り組まれているホームレス支援活動

は、健康支援に限定したものではなく、生活相談、就労や住居の支援などを含んだ、総合的な視点に立つものである。健康支援は、こうした包括的支援のひとつに位置づけられて実施されるときに効果的な支援となる。

こうした総合的な支援を進めるには、いくつかの条件を満たす必要がある。第1に、支援する側と本人との関係のあり方である。本人が継続して接触するには信頼関係が重要となるであろう。第2に、支援者が医療や生活支援に関する社会資源に精通していることである。支援者がひとりですうした支援の知識や技術をもつことが難しい場合が多いので、しばしば支援は、保健・福祉関係のチームワークの中で提供されることになる。第3に、問題を解決するための社会資源を開発することである。問題を解決するための選択肢は多い方がよい。複数の選択肢があれば、利用者の好みによって選ぶことができる。たとえば医療を受けるにしても、救急車で入院するしか選択肢がないという状況では、慢性疾患の治療や管理は困難である。

(3) 公民連携，分野間政策連携

各地で展開されているホームレスの支援活動をみると、民間団体の活動が先行しているところが多い。ホームレスの人々を対象とした地方自治体による保健サービスは、これまでも結核予防法に基づく対策等は取り組まれていたものの、一般的な健康支援の事業は最近まで着手されていなかった。「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」と「基本方針」の策定が引き金となって、新たな行政対応がはじまったところが多い。しかし本来、ホームレスの健康支援の施策は、行政が担うべき公衆衛生施策のひとつである。そのために保健所などの行政機関には、保健師や医師などの専門家が配置されている。行政にはホームレス生活者の実態を調査し、その問題を解決する責務がある。

民間団体の活動には、行政の事業にはない柔軟な姿勢や工夫をしばしば見出すことができる。民間団体は、次のような点で、行政施策に比べて優

れた実績を示すことがある。まず第1に、当事者の生活に寄り添う姿勢が強いことである。日曜・祭日の健康相談の実施、夜間の巡回など、活動時間が柔軟で、ホームレス生活者との接触頻度や相互に交わすコミュニケーションの量が多く、それだけに信頼関係を形成しやすいことがあげられる。また、活動を通じたニーズの把握がより具体的である。行政施策では保護する側とされる側といった一方向的関係が形成されることが多いが、民間団体の活動にはボランティアや学生などさまざまな人が参加し、当事者とも多様な人間関係を形成することが可能となる。第2に、民間団体は、社会的ミッションや宗教的信念をもっていることが多いが、それが原動力となって活動の持続性を生み出している。そして持続した取り組みの中から経験が蓄積されている。しかし、民間団体の大きな弱点はその財政基盤が脆弱なことである。そのため、従事する人のボランタリーな活動に依存する部分が大きくならざるを得ない。

民間団体のもつ弱点を補い、優れた点を活かす役割は、地方自治体が担う必要がある。ホームレス自立支援法の第6条に地方公共団体の責務が書かれているのは、行政でなければ出来ないことがあるからである。それは、事業を施策化し、予算を投入し、人材を確保することである。行政側がこうした明確な姿勢を打ち出せば、民間団体と連携し協働事業を展開していく接点も広がるであろう。行政および民間団体には、それぞれの役割や優れた点がある。両者の協力関係が作られ相乗作用を発揮するとき、ホームレス支援の活動は効果を発揮するであろう。

地方自治体と民間団体との協働の事例を札幌市にみることができる。札幌市は、「自立支援法」施行以来、行政として対策の方向を探るため、民間支援団体との懇談会をもっている。2003年度には、札幌市保健福祉局保護指導課と支援団体が2回の懇談会を開催した。支援団体側からは、札幌市内で活動する民間3団体が出席した。懇談の内容は、生活保護支給、住居、就労、活動協力などについての民間団体からの要望、市と合同で開催