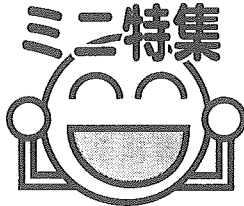


を予定している「総合相談会」の実施計画などであった。2004年10月に札幌市民会館で開催された、「炊き出し・総合相談会」は、「北海道の労働と福祉を考える会」「NPOハンド・イン・ハンド」および札幌市の共催であった。それに札幌弁護士会と市内ハローワークが協力し実施された。内容は、①健康診断（問診，血圧測定，検尿，血液検査，胸部X線検査），②炊き出し（おにぎり，豚汁），③日用品配布（風呂券など），④精神保健相談（札幌こころのセンター），⑤就労相談（ハローワーク），⑥法律相談（札幌弁護士会人権擁護委員会），および⑦生活・福祉相談（区役所保護課）を含む総合相談である。

地方自治体と民間団体の協働についてみてきたが，同様に必要なのが，異なる行政部門間あるいは行政主体間の連携である。上記の札幌市の例では，市の保健と福祉部門のほか，ハローワーク，こころのセンターが連携をとることで総合相談を実現させている。包括的支援には保健，福祉，労働，住宅といった行政分野間の連携が要請されている。

おわりに

ホームレス問題は，さまざまな社会問題が凝集している領域である。この問題に取り組むには，複合的な視点による総合的施策が求められている。本稿では健康政策という視点からこの問題に接近した。健康支援というアプローチは，単独で閉じた範囲にとどまることなく，生活支援，自立支援，就労支援とあわせて包括的視野のもとに取り組まれる必要がある。換言すれば，包括的支援の中に健康支援を位置づけることが求められている。同時に，国および地方自治体は，健康政策の中にホームレス問題を明確に位置づけることも求められている。



「医療中心の支援」から
「健康と生活を取り戻す支援」へ

Health Support Osaka 設立に向けて

西森 琢 (Health Support Osaka)

◆はじめにと若干の個人的歴史

結核罹患率1923 (1998年；人口10万に対する患者の数) この計算が横浜から来て初めて公衆衛生的な数字を扱ったものでした。この何度計算しても4桁になる罹患率にきっと自分はどこかで間違っただろうと思っていましたが、数字が正しいこと確認した時、これは第一世界じゃないと正直私は思いました。(もっともこの様に高い罹患率はここだけでなく山谷・寿町などでは共通しています)

公衆衛生の専門家として1962年から1980年まで日本キリスト教海外医療協力会 (JOCS) の医療宣教師としてネパールに遣わされた岩村昇医師が作った NGO・国際人材開発機構の2期生として2月革命が終わったフィリピンに私はいて、マニラで生活しながらWHO (世界保健機構) のオフィサーとして世界中を飛び回っていた、下内医師と知り合いました。ここで初めてPrimary Health Care (公衆衛生) を観ましたが、この時点で医療一本やりのアプローチはすでに限界で包括的なアプローチこそが有効な手段であることを学べたのは幸運でした。後に将来自分が公衆衛生の分野でしかも大阪で働くことになるとはこの時は夢にも思ってみませんでした。

大阪市保健所の下内医師より、大阪市西成区にあるあいりん地区で結核対策を手伝ってほしい依頼があり、JRの夜行バスで朝、大阪駅の桜橋口に着き、そこからはじめてあいりん地区にバックパック1個で到着。2002年の12月でした。

◆特定非営利活動法人・釜ヶ崎支援機構

寿町で日雇い労働をしていたので寄せ場は知っていましたが、大阪は横浜よりはるかに活気があり、大きいです。ここにホームレス者の支援活動している特定非営利活動法人釜ヶ崎支援機構があります。私は全く新しい働きをゼロから立ち上げるにあたって、自分の部署を公衆衛生部門とし、活動の準備を始めました。寄せ場を経験しているとは言っても横浜と大阪では若干違いましたし、釜ヶ崎支援機構の働きや大阪の仕組みを理解するにも慣れが必要でした。幸運にも事務局長の松繁さんや福祉相談部門の本間さん、須江さん（現シカゴ）を始めとして、当時は西成保健センターの分室の保健師や事務官などに丁寧に指導を受けることができたのは幸いでした。

ここでは主に就労支援と寝る場所の提供そして生活保護等の相談業務がすでに存在していました。就労支援は（当時は国の予算で）仕事を作り、55歳以上で路上での生活を余儀なくされている人に登録してもらって、その登録番号順に仕事に参加でき、午後3時にはその日の仕事の賃金を受け取ります。私の契約上の主たる役目はデータ収集とその解析、その結果を受診率の向上につなげる事です。また患者の早期発見、早期治療、患者管理のあり方について検討することでしたが、日常の活動の上では、むしろこの登録制度で働く人々の健康管理、とりわけ結核に対する最新で正しい知識の伝達・啓蒙、早期の患者発見と確実な治療の完了（脱落者を無くす）ための指導及びサポートが主でした。又それ以外に越年対策で行われる大阪南港臨時宿泊所での検診の手伝いもありました。

感染症対策という仕事の役目がらもあつたのですが、その後地域社会における結核症の総合窓口になり、統合的な健康管理及びよろず相談場所に変化していくことになりました。

◆自動血圧計

私の任期中にエポックメイキング的なことがいくつか起こりました。そのうちの一つは自動血圧計です。

私はみんなが血圧を積極的に確認したがる姿を見て、これはブレイク・スルーになると直感しました。しかしこれを現実的に可能になさしめたのは、事務局長の松繁さんでした。私の必要を見て取ったのかどうかわかりませんが、自動血圧計と身長体重計を購入してくれました。はたせるかな仕事現場に置かれた自動血圧計はみんながかってに使える便利さからか、よく使われ始めました。(身長体重計は健診時に大活躍しました)しかし困った問題もでてきました。重症高血圧のオンパレードだったのです。事態を重く見たのは私だけではなく、就労指導をする職員(指導員と呼ばれる)も同じでした。意識の高い指導員と私は健康班を結成し血圧の勉強をしてそれらを壁に張り出しました。この時期血圧の勉強を助けてくれたのは安田医師で医学部の図書館から血圧に関する数冊の産業医向けの本をコピーしてくれると共に助言も与えてくれ、具体的な現場の仕事の流れにそったフローチャートを作ることができました。この時間診が持つ力を初めて思い知りました。

その後それは血圧だけにとどまらず、糖尿病、アルコール、タバコ等にも広がっていきそれらはパンフレットとして吊り下げられ、自由に配られました。その後この活動は臨床医や保健師、救命救急隊を招いた勉強会にも発展しレベルアップしました。この様な健康教育の形に発展を可能にさせたもう一つの事件がありました。就労していた労働者が倒れ救急搬送先で入院を拒否され、結果的に死亡した事件が起きました。実は私が来る前に連続して登録労働者が就労中に死亡する事態が発生していたのです。ホームレス者だからといって入院ができないなんてあってはならないことですが、その一方であまりにも当事者の健康の実態に無知だった我々の問題をも浮かびあがらせたのです。

◆大阪府立大黒田チームによるホームレス者健康調査プロジェクト

ほんの少し遅れて、大阪府立大黒田教授・四天王寺国際仏教大学逢坂教授・大阪大学公衆衛生高鳥毛助教授らのチーム(もちろん下内医師も加わっています)が健康診断のプロジェクトを厚生労働省から持ってきました。これはとても大変な仕事でしたが(肉体的にも、精神的にも)ものすごいインパクトと成果をもたらしました。

まず客観的なデータとして、当事者の生活・健康状態を把握することに成功しました。このデータによって現場の管理を委ねられている私は、彼らが体のどこに問題を抱えているのかという概略が把握できたため、自分の仕事の優先順位とみんなの体のどの部位に対応の必要性があるのかわかったのです。

またこの事業は膨大な人的資源を必要とされたため急遽、臨床医・公衆衛生医・看護師・保健師・医学部生などかき集められました。これがいつの間にか有機的なネットワークとなりました。その成果のひとつが黒川医師で毎週1回手弁当で来てくれて要医療者の対応を担当してくれました。結局私たちは黒川医師を1年間ただ働きさせてしまいました。また当初はあまり予想していなかったのですが、前述の安田医師が健診後のフォローアップの不備を発見し、医師・保健師・看護師などによる健康相談を定例化したのもこれ以降です。というのも全健診者の内の2/3が要医療・要精検に該当してしまうのがあったため、年間を通しての活動が必要になったのです。このあたりから大川記代子保健師（元JOCSの台湾派遣宣教師）も加わり、彼女は後に下内医師と契約を結び文字どおり足を使って地区内の人々を訪問するアウトリーチを展開、わずか1年ながら多くの人から慕われました。緊急性を要する重症患者はこちらから呼び出し説得を重ねて医療に繋がるようにしました。これを期に就労中の死亡者がゼロになりました。（そうは言っても登録者全員が受診したわけでもなく、かなり際いのもありました）またこの様な健診の結果をどの様にリターンすればいいのかを教えてくれたのは何よりも当事者一人一人でした。事業の原資が研究事業であることはわかっていたので、自分の体をモルモット代わりにされると言う人が多く（実際それに近い扱いを受けてきたことも事実でしょう）データを取ることは昔から根強い抵抗があるようでした。自分たちが他者から愛される対象ではなく、嫌われ搾取される対象であったなら当然だと思います。しかしそのような悪循環を断ち切り、医療の早期介入により疾病を重症化させずに治癒させることが当事者の利益に繋がるということがわかってもらえるには、大川保健師、黒川医師、安田医師、梅田看護師、社会医療センター、指導員健康班など多くの人と機関を通してやっと実現可能になるのです。

又何よりも、最終的に国に報告する際や、施策の提言としてや他の関係機関

に対する説得力としても重要です。が、そうであったとしても当事者が具体的に感じなければメリット足り得ないでしょう。

◆Health Support Osaka

データを通して事実がつかめるにつれ、もっと状態の悪いホームレス者がいるはずだというものが見方ができるようになり、さらには我々が直面している事態はホームレス者だけの問題ではないというのが見えてきてきました。ホームレス予備軍と言えるような人口層は氷山と同じようにまだ我々の視界に十分顔を出してはいませんし、ホームレス者ではないけど、満足できる地域保健・医療サービスからこぼれている人たちの存在も十分推し量ることができました。おそらくそれらの人々の健康状態も今回のこれらの健診の結果からうかがい知ることができるようでした。

これは一つの団体の一部門でする仕事の範疇をすでに超えて、新たにこの問題に専門に取り組める団体の創設の必要を促していました。それにほぼ時を同じくして、逢坂先生が2回にわたる健診事業とその後の年間の地域保健活動を見てNPOを作ろうと言い出します。「名前はHESOよ！」と（おへそが体の中心で大事だからだそうです）。この先生はエネルギーの塊みたいな先生で、思い立ったら吉日とばかりに、あれよあれよという間に今の健診チームのコアメンバーを中心に昔の先輩同僚を含め、医師・保健師・看護師・MSWたちを理事にすえてしまいました。そして私は2年間の活動で成長した公衆衛生部門を後任者に引継ぎ公衆衛生そのものが活動主体であるHealth Support Osakaという団体設立のために釜ヶ崎支援機構を離れました。

我々はHESO（Health Support Osaka）の目的を――

大阪をはじめとする大都市には、ホームレス者をはじめとする保健・医療・福祉の手が届きにくい人々が数多く居住する。このような人々の健康問題は、本人自身はもとより、社会全体としても大きな問題であり、これらの人々を放置することは、社会的にも人道的にも極めて重大な問題である。しかし、その健康問題は、行政だけで、あるいは民間だけで解決できるものではない。社会全体として取り組んでいくことが欠かせない。このための民間団体として、本

NPOを組織するものである。

としました。(法人化はこれからですが)

今後我々は、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・団体の協議の場づくり、研究ならびに研修・人材養成をおこなう予定ですが、現時点で保持している資源の関係上からは当面結核対策を中心に動く形になると思います。

また当初から海外との繋がりもあったので、同様の問題を抱える国の関係者とも色々分かち合いながら、仕事をしていくことも考えられています。

◆これまでの活動内容と成果

大阪市内で初めてCR (Computed Radiography ; デジカメのレントゲン版みたいなもの) レントゲン検診車を運用して検診を行いました。現像する必要なくその場で専門医の判断ができるので、常に移動しながら生活している人々にとっては有効な検診方法。これは兵庫県健康財団から借りてきました。あいりん地区内で1度とそれ以外の地域で3箇所用いました。データは現在処理中ですが、要精密検査で喀痰検査の必要性がある場合痰が出なかったり、あるいは痰がでて検査は専門の研究所でなされるため結果が出たときのリターンの問題が残っています。同様に画像所見から要医療と診断され入院治療を医師から告げられても、本人の諸事情から治療に入れないケースもあります。(我々は検診前に結核専門病院を訪問し、お互いの治療・支援体制を確認してから検診に入ります。たとえ日曜の夜でも救急車を出す準備もしていました) 私たちは結核専門医とDots支援部門があるので、かなりの精度で本人の状況を判断でき、必要に応じて柔軟な治療体制を組めますが、若干のハードルが残っています。

これらとは別に現時点まで2例のDots患者治療に係わっています。1例は私がまだ前任のポジションだった時下内医師から私に相談してきた患者さんでした。彼はまだ若く、抗結核薬も十分効いていましたので、今度こそ一回で治療を決めないと彼自身の今後の人生にも係わります。この時期を前後するあたりから、私はすでに仕事量が一人で出来る量を超えていてどうしようかと考えていまし

た。そして以前から考えていた当事者同士による患者支援を試験的に始めていました。というのもDotsによる治療が完了した人で、結核患者を発見して報告する人がいたのです。(素行には難がありました)他にも(結核の経験はない人でしたが)患者支援の働きに係わりたいと申し出があり、私はその人他達に結核症の講義と実際の注意点を教え私がスーパーバイズする形で患者管理をお願いしました。するとそれはうまく動き出したのです。その後彼のほかの働きが急がしくなり後任を必要としたとき、Dotsを通しての患者管理にぴったりの人を見つけその後は彼に委ねることになります。彼は私がよく病院を訪問したり、退院後も施設で面会していて連絡先を私に残してくれました。治療終了当事者による患者支援には本人の適性や周りの環境、私たちのバックアップシステムなど勘案しなければならないことがあります。それらをクリアできれば有効であることがわかりました。結果的に2困難事例(この場合通常の入院治療は困難ではありましたが、多剤耐性ではありませんでした)は無事私の元でのDotsを終え大阪市のあいりんDotsに移り一人は治療を終え、もう一人も主治医の判断で少し伸びた治療を終える所までできています。患者の治療が終わって社会生活に復帰するのを見届けるまではなかなか気が抜けません。

これからの患者さんは難しい患者さんになると思われます。アルコール依存症や他の精神的な問題を抱えていて尚且つ発症している人々は現在の入院治療システムには乗りにくいいためこぼれ落ちて、菌が耐性化し最悪の場合後はただ死を待つのみとなります。この様な状態は個人にとっても、社会にとっても不幸だと思います。新しい薬剤の開発もぜひお願いしたいですが同時にそれらを有効に働かせる仕組みづくりも必要に感じられます。私たちの挑戦は始まったばかりです。皆さんの支援も仰ぎながら目の前にある壁を突き崩していきたいです。

野宿生活者問題を再び考える

——自律生活を営む力と手段が乏しい人々の究極の生活形態

西成区・くろかわ診療所

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 弘済会「四ツ橋診療所」内科勤務医
 2005年 西成区に「くろかわ診療所」を開業
 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

社会医療対策委員会の活動

2003年9月、大阪府保険医協会は年次総会で路上生活者問題への取り組みを方針化した。その2ヶ月後には社会医療対策委員会が設置され、その下にあおぞら医療健康相談、ほしぞら医療健康相談、そして昨年10月30日には「10・30野宿生活者支援統一行動」（以下、「統一行動」）がもたれた（別途掲載記事を参照）。医学・医療・医師の分野では、昨年、一昨年と兩年にわたり大阪府医師会医学会学術総会にその取り組みを報告し、マスメディアの取材や支援活動団体の文献には「統一行動」に関連して協会事務局渡辺征二氏がコメント・投稿を依頼され、すでに新聞記事および冊子となっている。

社会医療対策委員会は、取り扱う問題の性格上、すでに臨床医学関係者にとどまらず公衆衛生、社会福祉、民間・個人の研究者や支援活動に従事する人たちの協働議論の場となっている。「統一行動」の広範囲の専門・非専門の人びとの参加は、この広いネットワークがもたらした一つの結果である。11月以降には法曹関係者との連携もさらに発展し、12月3日には弁護士団体の全国統一行動に合流している。

保険医協会・保団連と社会医療対策委員会の活動

医療保険制度、社会保障制度の周辺では、受益者負担原則から自己責任論へと装いを変えつつ、制度改悪にむけた政策的・政治的動向が強まっている。こうした動きに保険医協会と保団連は、待ったをかける取り組みを行ってきた。このような中で、社会医療対策委員会の活動は展開された。制度的枠組みとしての社会保障制度・医療保険制度は、個人への適応時に適応給付する担当者とそれを受ける当事者との日々の関わりを大きく規定する。生活のための仕事が見つからない者やこのような給付を受けられなかった者の内の一部は、駅や路上を点々とするうちに野宿生活を送るようになる。そして、いったん野宿生活を送るようになれば、住所がないために保護給付や医療の^{らちがい}域外に放置されたままになり、息が絶え絶えになるか、意識がない状態でようやく救急搬送の対象となるのである。

私たち医師は、行政窓口のケースワーカーが生活保護受給の適応を行うのと同じく、適応判断の結果、治療とケアを提供する担当者である。今、制度とその現実を二つながら視野にいれ、こうした現実に対してどのような態度をとるかが、私たち一人ひとりに問われている。とくに、社会に委

託されたライセンスを持つ私たち医師や医療従事者は、この時代を生きる健康に関わる責任者の一人として口をつぐむことはできないであろう。

大阪の医療の一側面

2004年初頭から国境なき医師団（以下、MSF）は、野宿生活者への医療支援活動を大阪で展開するための準備を始めた。巨大病院が林立する大都市大阪でこの出来事は始まった。大阪の医療は、野宿生活者の健康問題に適切な対応ができないでいたからである。これは現実であった。

行路専門病院へ運ばれた事例

私の住居のすぐそばの公園で一人の男性が横たわっていた。マンションのゴミ収集所をあさり、彼の言葉によれば「拾い食い」をしたとのことであった。荒れ果てたゴミ収集所の散乱したゴミ袋とその中身を私は整理しながら、彼の姿を見ると仰向けに寝転んだまま全く動こうとしない。季節は2月下旬であった。酒の臭いは全くせず、入浴も着替えもしない姿であった。病院から病院へ「渡され」、最後に病院の車で新今宮前の労働福祉センター前まで連れてこられておろされてから、食事をずっとしていないと言う。下半身の下にあるコンクリート製の地面は濡れていた。おそらく失禁をしていたものと思われた。本人に確認をし、救急搬送を依頼し、名刺に状況を書き救急隊に手渡した。大阪市の救急搬送システムでは、患者を収容した地域に最も近い救急施設に搬送することになっている。しかし、この男性は区としての接点もない遠方の病院に搬送されることとなった。「〇〇病院へ搬送します」とだけ告げて救急隊はサイレンを鳴らした。いわゆる行路病院として知られている病院に搬送された。

翌日、その病院に行き、顛末を尋ねた。ようやく出てきてくれた院長は、外来カルテを提示しながら「急性アルコール中毒で点滴をして帰りました」と言った。私は搬送まで本人に立ち会いアルコール臭はしなかったことを告げたが、「当直医が

書いたことで、私は知らない」と言われた。食事でも満足にとらず、横たわっていた彼がその後元気になったとは、どうしても思えなかった。また、どこで寒さをしのぐことができるのであろうかと疑問を残したままだった。大阪の医療の周辺ではこのような事例は日常茶飯事のようなものである。

MSFと医師が関わった事例（2004年）を中心に

MSFが大阪で活動することは、こうした現実を踏まえてのことのようであった（これらのことは、『大阪保険医雑誌』2004年7月号を参照されたい）。2004年7月に大阪市内某区（仮にA区とする）にMSFは診療所を建設するために建物を借りた。もちろん保健所にも届け、地区医師会にも挨拶に行ったそうだ。8月にかけて、地元市議員、町内会の責任者といわれる人たちに呼び出され、脅しまがいの追及がなされたそうだ。当時のMSFスタッフは、女医以下すべて女性であった。

MSFは8月後半の日曜日に、住民説明会を開催した。私と逢坂隆子先生、黒田研二先生、大淀寮山本氏、そして複数の社会科学系研究者や実務家が、当時の大阪のホームレス問題の実状説明のために参加要請され、出席していた。結論から言えば、住民であるという弁護士と医師が中心に、ホームレスの大半は覚せい剤中毒者か犯罪歴を持ったものであると主張し、MSFが無料診療をしたら自分たちはどうしたらいいのか（無料低額診療機関や保護行政、救急医療のイロハさえご存じなかったようだ）、「紛争地で命が惜しいから大阪にきてんのや、帰れ帰れ」、「今MSFと戦ってんのや、他の奴はしゃべるな」と私たちは意見を述べることもできなかった。聞くに堪えない発言の多くは医師の発言だった。これも、大阪の医療のごく一部かもしれないが、事実であった。

野宿生活者の医療サービスに関わるそれぞれの排除行為

MSFがこのような障害を乗り越え移動診療所という形で活動を展開し始めた後、大阪市の委託

事業である野宿生活者巡回相談事業からは数多くの野宿生活を送る人々が移動診療所に紹介され、診察・検査・投薬を受け続け、施設や居宅また年金をもらい自活する人なども出るようになったそうだ。人件費を含めこれらの費用は、すべてMSFの資金から提供されたものである。

MSFが、新たな拠点をA区からB区に移そうとした昨秋、診療所の届出を保健所は受理しようとしなかった。理由は住民の理解が得られていないとのことであった。申請業務ではない届出に関する保健所の行動としては前代未聞の行動であった。また、保健所主導で開催された住民説明会では、移動診療所に多くを依存していたにもかかわらずその説明は十分になかったように聞く。大阪市の取り組みはたかだか巡回相談の月2回の医師同伴だけであった。MSFに多くの野宿生活者の医療支援を依存した結果が、一人ひとりの自立に向けた信頼関係を築く重要なきっかけとなっていた事実は十分に周知されなかったようである。

こういう陰陽の妨害の結果、現在、MSFは活動停滞に追い込まれている。保健所は移動診療所の届出さえ受理しようとしていないそうである。昨秋まで移動診療を受けていた野宿生活者の困り果てた発言は随所で聞かれる。そして、代わりうる方策は今彼らにはない。だれも提示しない。

このようにして、責任は回避され、さまざまな救済の道からの排除の構造が助長される。公的施策と医療への不信はますます深まり、いったん近づきかけた問題解決へのきっかけと道のりはふたたび遠のくであろう。

遠い自律的な生活への道 ——「俺なんか……」

公園、路上、河川敷などから施設、居宅などへの移行、そして決まった住居への定着と地域の中での自律的な生活への移行の過程にはさまざまな困難がある。先の例に見るように、野宿生活から医療や住宅などのサービスを受けること自体も困難である。しかし、よりいっそう困難な課題が、

いわゆる畳の上の生活が始まってからの大きな壁として待ち受けている。果たして、その壁はどのようなものであり、どこに存在する、どのようなものなのだろうか。考えてみたい。

2つの事例

〔事例1〕男性A

「仕事があるときはねえ……。もっとしっかりしてましたわ。あきませんねえ。あはは」

「毎日ですか？そうですねえ。一日テレビを見て、あんまり外に出ませんねえ。あんまり人と会ったりするのん好きやないですね」

〔事例2〕男性B

「仕事をやとった時はですね、楽しかったですよ。仲の良い人もありましたもんね。自分のことを気にかけてくれとったし……」

「朝は近くの喫茶店でトーストとコーヒーを飲んで、少し散歩をしています。毎日ではないですが、シルバー人材センターに行き、この間、仕事をいくつか紹介してもらいました。行ってみようかと思っています」

2つの事例を提示した。

男性Aは、認知症と思われる近時記憶が急速に障害され、日常生活のいろいろな場面で同居者である妻が困る状況が出てきた。こういう理由で娘が相談に連れてきた事例である。Aは、現在、頻繁に娘が散歩に連れ出し、ようやくデイサービスにも出かけるようになり、記憶障害にもかかわらずそれほど日常生活に障害をきたすことなく毎日を送っている。すでに80歳を超え、家族に見守られた男性であり、野宿生活の経験はない。

一方、Bは、自立支援センターから仕事を得てアパート暮らしをして3年目、自室への侵入者がいるという妄想が出て、最終的に仕事場とアパートに帰らずお金がなくなり万引きのため逮捕され、身元引き受けされた男性である。3年間、遅刻はしたことがなかったそうだ。60歳代後半である。Bは、その後、生活保護を受け別の住居で暮らしている。もう一度、仕事を見つけて自分の力で生活をしたと、規則的な生活を送るよう心がけ、仕

事探しをしていた。結局、仕事は見つからず毎日を送っていた。

逮捕後身元引き受けされた時の面接では、仕事に行っている時の楽しさと、家に帰るときのわびしさを部屋の戸を開けるときの「砂漠のような」寂寥感としてしみじみと語った。新しい住居に入ってから、同じ建物の入居者に勧められるままにお酒を飲みすぎた頃、住居のフロントで勤める若い女性から飲酒の制限を繰り返し説得された。それがうれしかったようで飲酒制限をしていた。

ある時、診察室で涙を流しながら、自分が捨ててきてしまった家族、とくに娘のことを語っていた。自分の過去を悔恨しながら、「会いたいけど会えない」と語っていた。父親としての責任を自覚すれば、当然といえば当然の悔恨であろうし、合わせる顔がないというのも自然の感情であろう。Bには、引き続き以下のようなエピソードがある。

「俺なんか……」

前立腺肥大で入院することとなった。病状を心配しないように主治医は毎日回診をしてくれ、丁寧に優しくしてもらえたそうだ。その感想をBは、「俺なんかにはもったいない」という言葉で語った。一般的によく聞かれる感想には、「ありがたかった」、「うれしかった」、「感謝」、「安心」などの用語に関連する表現が聞かれることが多い。「もったいない」という表現がないわけではないが、「もったいないくらい」の後に『……』と感情表現が続くか、逆に『……』の後、「もったいないくらい」と程度を表現する目的で使われることが多い。「〇〇には“もったいない”」という表現は、このような場合には、「病院での診療」が、〇〇にはあり余るほどの量や質、価値を持っているということを示し、〇〇には「余分な部分を差し引いた控えめなもので足りる」という謙譲の意味を込めたものである。前立腺肥大の診療経過で行なわれたことは医療者側の立場からあえて言えば当然のことであるが、Bの中にあつた医療サービスの水準はもっと低いものと考えただけの経験があつたのだろう。まして、他の人はいざ知らず、「俺な

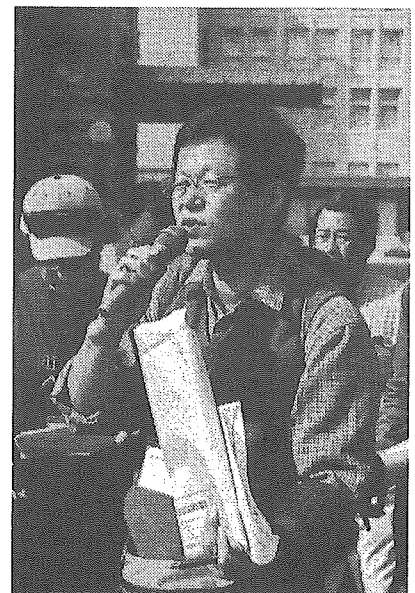
んか」には、とても高嶺の花という実感がこめられていたのだろう。

謙虚と自己卑下の境目は不明確である。しかし、具体的な医療サービスを通して語られた個人と医療の関係は、社会における自分の位置をどのように理解しているかを明確に示している。「このサービスが他の圧倒的多数の人にとっては普通のことかもしれないが、『一等下』の俺なんかには『もったいない』」のである。この発言で注目すべき核心は、社会における自己認識がいかに低く、あたかも見えない身分階層があり、その「下位にいる自分」という認識が見て取れることである。家族を捨てたという悔恨が自己評価を下げることはありえるが、社会における自分の位置の低下にまで至るとは考えにくい。

精神的な奴隷状態

野宿生活・ホームレスという生活とは、豊かさあふれる街中で、空腹と暑さ寒さを汚れた衣服で過ごし、好奇と侮蔑の視野にさらされ、時には小・中学生に殴りかかれ、医療福祉サービスからははるかに遠い存在であるという一つの状態である。言うなれば、究極的な体系となった貧困生活のひとつの形である。

古い身分制度は、生まれながらにして不平等であるため、生後の個人の行動はよほどのことがなければその身分に影響を与えない。生まれながら平等であるとされ、



集まった参加者に概要を説明する筆者
(05年10月、「10・30野宿生活者支援統一行動」)

不平等の中を生き抜いたさまざまな個人の行動の結果、体系化された貧困生活としての野宿生活に「転落」してしまえば、そのようにしか「値しない自己」を確認せざるをえなくなるのだろう。その内面における自己評価の変化をもたらす「作業」は、毎日の耐え難い心身の苦境を通じ、その理由を自分と自分の過去に問い返し、爆発して犯罪に走るわけでもなく、苦しみの時がじっと過ぎていくことを願いながら、自分の中に沸き起こる悔恨と「どうしてこんなことになってしまったのだろう」という自己への問いかけと付き合い続ける中で行われるのであろう。時には、その原因を社会に求めながら、しかし、自分のふがいなさを嘆く気持ちとの葛藤の渦に引き込まれていくのであろう。そして、ようやく「俺なんか」という言葉が高ぶる葛藤を沈めることで安息をえることができるのかもしれない。

このような自己評価の低下に転換させる心理的活動は、この生活を送る上でのある種の適応行動であるのかもしれない。そして、それは寒さのように骨の髄までしみこんでいく。

支援の手が届いたときでさえ、「俺なんか」はなかなか消えない。支援があり、ありがたい言葉があり、それなりに「普通の生活」ができていれば、しかも仕事などあれば、表面的には問題にさえならない。しかし、「俺なんか」の当事者にとっては、ある時には支援は「俺なんか」を意識させ続ける疎ましい存在であるか、「俺なんか」からいつまでも離れることができない自分自身が重荷になり、継続的な精神的ストレス状態になる。当人にも他人にも誰にも気づかれずに、蓄積して表面化する。今、Bは、突然「自分の居場所がない」と言い、彷徨を続けながら悩みの中にある。

日常生活のさまざまな問題を解決するための方法を持たない貧困生活を受け入れるために、自分の境遇を自分の属性によるものと解釈しなおし自分を納得させる。これは生まれながら不平等の中に生まれ、自分自身の境遇を「身分」という言葉で「学習」していく過程と本質的には変わらない。

ただし問題は、当世流行の「自己責任」と「自

立」というトリッキーなレトリックが、自分の中にあたかも境遇(=身分)を分けるすべての原因があるかのような精神的奴隷状態に落ち込んでいくことこそが問題なのではないのだろうか。

最後に

そして、このような「俺なんか」「私なんか」類似現象は、高齢者問題(『廃物のように扱われる』高齢者)、パラサイト・シングル(寄生虫の独身者?では、子どもは親に対する寄生虫か!?)からNEETへの当たり障りのない表現への転換と学歴・職歴・社会関係の親密さの格差による属性への原因の転換、児童虐待、都市単身・単独生活者におこる様々な問題などに見られる。自律的に生活を送る力やその術(もっぱら能力に関わる部分)、また手段としての財、公的サービス、家族、人間関係など(対人関係は手段でもあり目的でもあるが)に脆弱性のある人びとが、その時々自己評価をいたずらに低めることのないような関わりや支援が求められるという共通の問題をはらんでいるのだろう。従ってこの問題の解決は、一方的に外部から支援が行なわれるだけでは実現は困難なことだろう。

健康保険の掛け金が払えない人や、生活保護による医療券を持ちながらも、受診することへの抵抗はせめてもの自尊心を維持しようという戦いなのかもしれない。このような現実直面した私たち自身、「〇〇なんか」に「何もできない」という免罪符を持ち、眼をそらす行動とはその質の高さにおいて格段の差があることを知る必要があるように思われる。何ができるか、何からはじめるか、そしてそれは何のためか、これらのことはそれぞれの個人が立つところから考えざるを得ないだろう。私が提示するべくもない。

不健康都市大阪の処方せん

——釜ヶ崎の現場から

四天王寺国際仏教大学大学院
人文社会学研究科教授

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。

はじめに

皆さまは大阪の平均寿命が男も女もほぼ最下位にあることをご存知だろうか。昔からそうだったわけではない。ご承知のとおり、都道府県別平均寿命は5年毎に発表される。表1に示すように、大阪府全体としてみても、1965年には男12位、女13位であり、上から数えた方が早いような結構いい順位だったのが、男も女も年次を追うごとに下方移動し、男は1985年、女は1980年から、最下位付近低迷中である。大阪市だけをみれば、1975年以降、男女とも最下位を独占している（阪神・淡路大震災の年を除く）。

これは、一体どうしたことだろう。いわば、大

阪府全体がかなり重病人であるかのような健康水準であることを、平均寿命というマクロな健康指標が示していることに他ならない。大阪市にいたっては、個人でたとえれば、瀕死の状態とでもいわねばならない。

大阪の医師が皆やぶ医者だという話は聞かないし、医療レベルが日本一低いなんて話も聞かない。入院するための病床数も国が示す基準から見るとはるかに多い。大阪の、平均寿命を初めとする健康指標が悪いのはどうしてだろうか。

著者自身、医学部で公衆衛生学を学び、大阪府保健所医師として13年間従事した経験をもつ。そして、今、釜ヶ崎を中心とした、大阪のホームレス者の生活と健康支援の研究と実践に明け暮れている。ここでは、そのような自分自身の軌跡をた

どりつつ、不健康都市・大阪の処方せんについて、みなさまと一緒に考えていきたい。

表1 平均寿命の推移

	1965年	1970年	1975年	1980年	1985年	1990年	1995年	2000年
男 大阪府 平均寿命	68.02	70.16	71.6	72.96	74.01	75.02	75.9	76.97
47都道府県別順位	12	13	20	33	46	46	45**	43
大阪市 平均寿命	—	69.49	70.63	72	72.91	73.97	74.69	75.74
10指定都市別順位*	—	9	10	10	10	10	9***	10
女 大阪府 平均寿命	73.3	75.21	76.57	78.36	79.84	81.16	82.52	84.01
47都道府県別順位	13	20	32	45	47	47	45**	46
大阪市 平均寿命	—	74.79	76.08	77.7	79.38	80.6	81.95	83.38
10指定都市別順位*	—	10	10	10	10	10	9***	10

* 指定都市のうち仙台市・広島市を除く ** 神戸市の阪神・淡路大震災による死亡者を除くと46位

*** 神戸市の阪神・淡路大震災による死亡者を除くと10位

公衆衛生医としての最初の一步

私に公衆衛生とは何かを教えてくださいましたのは、当時の阪大公衆衛生学教授朝倉新太郎先生である。医療（臨床）が目の前に来た人（患者）について、どこが「しんどい」のかを診断して治療を始めるのと同じように、公衆衛生の現場でも、診断してから治療していかなければならないと教えられた。どのような対象・集団・地域が「しんどい」といっているのかを診断し、その診断結果に基づいて、個人的努力だけでは守れない健康問題に対して対策をたてていかねばならないという、いわば、教科書にも載っている基本をきっちりと現場でやらねばならないことを学んだのである。

大阪府に入って最初に赴任したのは、豊中保健所であった。当時豊中市はすでに人口40万、しかし、全市の端から端まで、自転車で走り回れるくらいの面積しかない。にもかかわらず、地域によって極めて大きな格差があった。たとえば、豊中の千里ニュータウンに住む住民と大阪市に近い豊中市南部の庄内付近に住む住民とは、結核罹患率・有病率、自然死産率、周産期死亡率など、通常保健所にあるような健康指標だけみても、大きな差があった。たとえば結核罹患率では、庄内地域は千里ニュータウンのほぼ3倍という高さである。死亡率にも大きな差があった。しかも、死ななくてもいいような、死んだら家族も社会も最も困るような働きざかりの年齢層において大きな差がみられた。

一体、どうしたことか。どのような人が、どのような状況で亡くなっているのだろうか。どうすれば、予防できるのだろうか。

そこで、最も地域間格差の大きい40歳代で亡くなられた遺族の方を1軒1軒訪ねて、死亡するまでの生活や医療の状況、労働の状況を聞いて歩いた。聞いていくほどに、どの死亡者も「なるほど、こんなことをしていたら死んでもおかしくない」と思うような暮らしぶりであった。働きすぎ（働かされすぎ）だし、病気になっていることにも気がつか

なかつたり、気づいても仕事を休むと生活できなくなるため必要な療養ができずに、結局、手遅れになって死んでしまっている。これでは、いくら立派な病院がそばにあったとしても役にたたない。訪問した100人以上の死亡者の中で、生前に保健所がかかわっていたのは、残念ながら、1人だけしかいなかった。会社の寮の1室に夫婦で住みこんで、まかないの仕事をしていた男性である。検便を一度保健所で受けたという。

男性死亡者は、ほとんどが、商業・工業などの自営業者（酒屋、パン屋、花屋、下請け孫請け製造業の事業主など）、技能者（小零細企業単純労働者、鋳物工、溶接工、運転手、大工、左官など）、労務作業（土方、土木手伝いなど）、個人サービス（バーテン、寿司板前、クリーニング業）、保安職（警備員など）や無職の人たちであった。ホワイトカラーが住む街という印象がある豊中市であるにもかかわらず、である。

豊中市、医師会、労働基準監督署、商工会議所、その他関係がありそうな機関・団体すべてに集まっていたいで「さあ、この問題をどうしよう」と出した。「なんとかせな、あかんあ」ということになり、まずは前述したような人たちが受けやすい場所・受けやすい時間に健診の出前をしよう、健診料金も格安になるようにしたいと工夫した。医師会も大きな力を発揮していただいた。健診実施前には、労働基準監督署が普段はいかないような零細な事業所にまで「健診を受けないとあかんよ」といって回り、すぐその後から、商工会議所が健診受診を希望する事業所を募集するという具合である。健診場所も商工会議所が、仕事を止めなくても受診できるような場所を用意していただいた。

保健所内の健診事業もできるだけ、いままでに健診を一度も受けたことがない人たちが受診できるような場所・時間を選んで実施するようになった。地域との調整は保健師さんたちの出番である。パートタイマーの主婦たちが昼休みに一時帰宅して、昼食をとる時間も、検診実施には絶好の時間帯となった。阪急庄内駅付近の文化住宅の1階にある美容院が「月曜日は休みやから、店を使っても

ええよ」と申し出てくださった。その店で、問診や血圧測定、検尿ができる。細い路地を挟んだ向かいに住む北新地のママさんは、アパートの2間しかない自分の部屋のうち、玄関に近い4畳半の間を心電図検査のために使わせてくださった。文化住宅の立て込んだ地域などで夜の健診も計画された。

こんな工夫を続けていくと、確かに、「今まで一度も健診なんか受けたことがない」人たちが受診するようになってきた。検尿で糖(++)であることが初めてわかった人、血圧が200以上をはるかにこえているのに知らなかった人、などが次々と見つかる。保健所の結核検診車「はと号」は、先人の知恵により、狭い路地にも入っていきやすいようにと小さめに作られた検診車である。こんな時にはとても重宝であり、大活躍する。

健康上の問題を一番多く持っている人々や集団に対して、集中的に、人・物を使っていくようにしないと、健康指標を改善できない(個人の患者に対して臨床医が治療をおこなっていく方法も同じであろう)。健診や健康教育に自ら来る意識の高い人よりも、来ない・来れない人の中にこそ、むしろ、本来対象としなければいけない人たちがいるということを学ばせていただいた。同時に、自分たちだけでは解決できないように思えることも、多くの関係者が力をひとつにあわせることで、道が拓けてくることも仕事の中から学ばせていただいた気がする。実施する側の都合を優先するのではなく、利用するものの立場に立った事業運営をすることの意味も、だんだんわかってきた。「保健所が地域保健の予算・マンパワー・施設を活用する目的は、自分たちの事業をうまく運用することではない。地域全体の保健・医療・福祉関連の様々な事業が、地域でくらす人々の健康を守り、命を守ることができるようにするために保健所を活用しなければならない」と学んだことは、実行できたであろうか。

しかし、健康を守る基盤となっている生活問題を放置したままでは、健康など守れそうにないことは、地域住民の暮らしぶりを知れば知るほど、

はっきりとしてくる。保健・医療分野の力だけでできることなどは、ほんの一部でしかない。どうすればいいかを手探りする方法として、社会福祉学の通信教育を受け始めたりもした(スクーリングにいけなくて、結局中退)。

今、大阪では

今、深刻な経済不況のあおりをくって、大阪市内にはホームレス者が1万人近くもいる。

大阪で健康問題・生活問題を最も多くかかえているのは、野宿生活者であろう。われわれが実施した「大阪市のホームレス者死亡調査」では、餓死・凍死をはじめとして、予防可能な死因によって、多くのホームレス者が死ななくてもすむ年齢でなくなっていた。ホームレス者の死亡時平均年齢は56.2歳という若さである。大阪市内の死亡であるのに、高度腐敗や白骨化、ミイラ化してから発見されている例も少なくない。「犬や猫でもこのような死に方はしない」と思うようなすさまじい死に様もある(資料1)。このような「死」は氷山の一角であり、その水面下には、同じような状況下で

資料1 大阪府監察医事務所の記録による2000年大阪市内で発生したホームレス者の変死の全数調査

- ・野宿者の死亡213例、簡易宿泊所投宿者の死亡81例。死亡時の平均年齢は56.2歳。
- ・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%)
(餓死8例、凍死12例含む)
※病死の死因は、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。
- ・男性野宿者、日本男性の死亡率を基準とする標準化死亡比(SMR)を算出。(全国=1)
※総死亡のSMRは3.6。死因別では、心疾患3.3、肺炎4.5、結核44.8、肝炎・肝硬変4.1、消化性潰瘍8.6、自殺6.0、他殺78.9。

今も死に至りそうな人たちがたくさんいることを、死者たちが自らの死をもって教えてくれている。

なんとかしなければと、ホームレス者の健康問題に関心を寄せる研究者・医師などが集まって話し合い、国から科学研究費をもらって、釜ヶ崎を初めとする大阪市内のホームレス者の生活と健康調査について実践的研究を始めている。

今、釜ヶ崎では

釜ヶ崎は日雇い労働者の町である。面積わずか0.62km²の地域に、2万人とも3万人ともいわれる日雇い労働者が暮らしている。釜ヶ崎の日雇い労働者の平均年齢は54.5歳、年々高齢化が進んでいるという。この不況下では、50歳をすぎると日雇い仕事はまずない。日雇いからも失業してしまうと、食べ物を買う金すらなくなり、ドヤ（簡易宿泊所）にも泊まれず、野宿せざるを得ない。

大阪市高齢者特別就労事業（主たる就労内容が公園・道路の掃除であるために通称「特掃」といわれている）登録者を対象に、まず生活と健康についての実態調査をおこなうことになった。結果の一部を資料2、3に示す。特別就労事業は大阪市・大阪府が財源を出して、NPO釜ヶ崎支援機構が受託して営ま

資料2 要医療者、要精検者

- ・17項目の検査のうち1項目以上で要医療と判定された人の割合：全体で34.1%
 - ※血圧15.7%、血糖値11.0%、 γ -GTP8.2%、など
- ・要医療・要精検をあわせた割合：全体で74.8%
 - ※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%、 γ -GTP11.9%、胸部X線5.7%、ヘマトクリット5.0%、など
- ・血圧は、収縮期血圧180mmHg以上・拡張期血圧110mmHg以上で要医療。収縮期血圧160mmHg以上・拡張期血圧100mmHg以上で要精検。

資料3 健診結果と国民栄養調査結果との比較

- ①「やせ」の割合が多い
- ②重症高血圧の人の場合は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

れている失業対策事業であり、55歳以上のホームレス者が対象になっている。

特掃で仕事をする、1日5700円もらえるが、月に2～3回しか順番がまわってこない。就労希望者に対して予算が少なすぎるからである。それだけでは暮らせないので、他の日にはアルミ缶回収をしているホームレス者が多い。大阪市内は競争が激しく、アルミ缶はほとんど落ちていないため、朝2～3時ころから大阪市内を出発し、府下北から南までを自転車で走り回っている。アルミ缶は1個1円くらいで買い取ってもらえるらしいが、1000個集めてもやっと1000円にしかならない。ドヤは安くても1泊1000円はするから、泊まれば食べる金も残らず、炊き出しなどにたよるしかない。シェルター（夜間緊急避難宿泊施設）は無料であるが、プレハブの中に2段ベットがぎっしりと並んでいるので、全くプライバシーは守れない。しかも、毎夕5時過ぎに宿泊券が配られて、宿泊するベットがそのたびに変わる。だれか一人がシラミ・ダニなどをもちこめば、たちまちうつってしまう。特に夏場は「シェルターは痒いからいやや」といって利用しない者が増える。こんな環境では、衛生害虫だけではなく、結核・インフルエンザなどの呼吸器疾患をはじめ、あらゆる感染症がうつるにちがいない。

自転車を持たないホームレス者はまったく悲惨である。ある夏の夜に、夜回りをしている支援グループの中にいていただいて釜ヶ崎周辺を回った。その時にあった男性を今でも忘れることがで

きない。日本橋の電気屋さんの軒下で段ボールを敷いて野宿していたその人の両足は血だらけである。水泡（いわゆるマメ）ができて破れ、その中にさらに水泡ができたのがまた破れて出血している。しかも両下肢はかきむしった痕だらけで赤くはれ上がっている。ひどい状況である。自転車がなかったために、1日中歩き回ってアルミ缶を回収しても、300円にもならないという。歩き回るので、今まで使っていた運動靴も底に穴があいてしまったらしい。足だけでなく、靴まで血だらけになっている。その上、数日前、シェルターに泊まったら、「虫にやられて、痒くてたまらん」という。

うれしい報告

【その1】

特掃登録者健康診断やその後につづく健康相談をはじめ3年経つ。その中でうれしい報告がいくつかある。

あいりん地区を中心とするホームレス者の結核罹患率は極めて高い。特掃結核検診では、ほぼ50人に一人の割合で治療を必要とする患者が見つかっている。結核検診をはじめにあって、30年以上前から大阪市保健所あいりん分室で結核専門相談を続けていらっしゃる山口巨先生から言われた言葉が印象に残る。

「胸部X線検査をするなら、みつかった患者を全部医療に結び付けて、治療を終了させなければいけない。それができないような検診なら、初めからやめときなさい。」

全くそのとおりである。恥ずかしい話しながら、2003年度厚生労働科研による特掃結核検診では、治療や精密検査が必要な多くのホームレス者を医療に結び付けられないままに終わってしまった。そのため、2004年度は、事前に関係機関（大阪市保健所感染症対策課・保健所あいりん分室・大阪市更生相談所・大阪社会医療センター附属病院・結核専門病院）との調整も十分におこなった。さらに、健診実施も、結核検診とその他の健診項目を別の日に実施した。結核検診については、輪番が回ってきたホー

ムレス者が掃除に出発する午前10時までに検診を終え、即フィルムの現像をしてもらい、昼には専門医による読影をすませた。午後1時すぎには、異常陰影の見つかったものについての治療歴有無を保健所から教えてもらい、あらかじめお願いした結核専門病院、大阪市更生相談所にも連絡をすませた状態で、結核治療が必要なホームレス者が特掃集合場所に帰ってくるのを待つ方式をとった。掃除から帰ってきた人に、「今朝検査した胸の写真に影がみつかったから、入院が必要です」なんて、突然言っても通じるものではない。飼っているペット（犬や猫）、自転車、ロッカーの荷物、友人や仕事の約束、治療後の生活の不安などの条件で治療を拒否する人が多い。そのため、なんらかの形で最低治療を開始できるように十分な人材と準備を整え、ホームレス者の生活や価値観の理解に基づく励まし、奨め、説得を行い、当事者のニーズに柔軟に対応した。その結果、2004年度は要医療者をすべて医療に結び付けることができた。それだけでなく、入院後も訪問を継続して当事者のニーズを臨床医や看護師・ケースワーカーに伝える努力をした結果、すべての結核要医療者について治療終了までこぎつけることができた。

時には、ひとりの方の結核治療開始の説得に数時間費やすこともあった。初めは「ほっといてくれ。家族もみんな死んでしまったし、わしも早く死にたいんや」といって治療を頑固に拒否したが、丁寧に、根気強く、説得し、励まし、やっと治療開始の承諾を得た。その方は結核が治っただけでなく、社会復帰して生活も安定し、同時にわれわれとの人間関係も豊かに回復し、人間的にも大きく成長していられる過程をみせてくださった。

このような、健康支援を通してホームレス者とのかかわる中で、「病気が直ったらボランティアしたるで」という人も増えつつある。ホームレス者自身が、受診勧奨やDOTSなどにPEER SUPPORTERとして活躍する日も遠くないだろう。

表2 血圧、ホームレス調査と国民栄養調査の比較

	50歳代			60歳代		
	2003年 (n=404)	2004年 (n=530)	国民栄養調査 (n=352)	2003年 (n=494)	2004年 (n=673)	国民栄養調査 (n=394)
血圧の状況						
至適血圧	12.9	15.1	13.1	9.5	13.4	9.1
正常血圧	11.1	13.0	20.5	10.9	11.6	14.5
正常高値血圧	14.1	18.3	25.3	13.2	14.4	21.3
軽症高血圧	29.7	27.9	28.1	27.5	33.3	38.1
中等症高血圧	18.1	14.7	9.9	21.7	15.3	13.5
重症高血圧	14.1	10.9	3.1	17.2	12.0	3.6
最低血圧	(n=404)	(n=529)	(n=352)	(n=494)	(n=673)	(n=394)
80mmHg未満	32.7	25.9	30.2	27.5	29.9	33.5
80~89	23.3	33.8	40.6	25.3	29.0	36.5
90~99	21.5	22.9	21.0	23.9	22.9	22.6
100~109	12.4	9.5	6.3	13.2	9.4	6.3
110mmHg以上	10.1	7.9	2.0	10.1	8.9	1.1
平均値	88.0	87.3	84.7	89.2	87.2	84.2
標準偏差	14.8	13.5	11.0	16.0	14.2	10.6
最高血圧	(n=404)	(n=530)	(n=352)	(n=494)	(n=673)	(n=394)
120mmHg未満	16.8	18.9	18.5	11.9	15.6	11.6
120~129	13.6	13.2	20.5	12.8	13.4	15.5
130~139	15.1	18.9	25.9	14.0	14.6	24.9
140~159	27.0	27.7	27.3	28.5	33.6	33.0
160~179	16.6	13.8	6.5	17.2	14.4	11.4
180mmHg以上	10.9	7.5	1.4	15.6	8.5	3.6
平均値	145.5	140.9	135.1	150.3	144.1	140.6
標準偏差	27.0	24.8	17.3	29.5	25.5	18.8

【その2】

表2は2003年度と2004年度の特掃健診で実施した血圧測定結果を年齢別に比較したものである。なんと、なんと、特掃健診のホームレス者の血圧値が2003年に比べて、2004年は改善しているではないか。50歳代でも。60歳代でも。平均値も改善している。ノーベル賞をもらったよりもうれしい。

2003年の特掃健診後、1ヶ月間にわたり3~5人の医師・看護師・保健師などが健康相談をしながら健診結果を本人に返し、必要な医療に結びつける努力をした。その後も年間を通じて、医療・健康相談を続ける中で、初めは「わしらをまた、モルモットにするつもりか」と言っていたホームレス者たちとの間に信頼関係が生まれはじめた。特別就労事業に従事するホームレス者たちの、自らの健康に対する意識・行動が徐々に変容してきているのが感じとれた。

「ホンマは、わしらが一番自分の体のことを心配

しているんやで」と自分の方から、健診結果を持って相談にくる人の数が確実に増えた。集合場所においてある自動血圧計の使用頻度増加も著しい。誰かが、血圧を測っていると、「その血圧は高いなあ」と周りで見ているホームレス者からの確かな声にぎやかに飛び交う。「お前、酒飲んでるのと違うか。わしは酒やめたで」「朝来たときに測った血圧と、掃除から帰ってから測った血圧違うんやけど、ホンマはどっちや」などと話す声が聞こえる。

特別就労事業従事中に倒れて死亡する事故が「健診が始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おこっていたという。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不思議ではない。

大抵のホームレス者が、前年度の健診結果をキッチンと折りたたんで大切にポケットの奥にしまっているのを見るのも、またうれしいものである。

【その3】

前述したような、特別就労事業従事者に対する健診は厚生労働科学研究費によっておこなったものであるが、なにぶんにも対象人数が多い(受診者数1400人以上)ので、健診業者に対する委託料だけでほとんどがなくなってしまう。医師・保健師・看護師その他の人件費はまったく用意できない状況であり、全部ボランティアに頼るしかない(遠くから来るひとも多いので、学生にだけは、交通費の一部として、1000円/日の図書券を用意した)。ボランティアとして参加してくださる専門職・学生の数が増

え続け、その職種も多様となってきている。普段は中高年男性ばかり目立つ釜ヶ崎に、健診期間だけは、まるで春がきたように、若い学生たちがあふれかえる。

ボランティア学生を受け入れたホームレス者の感想

「息子や娘を思い出してつらいなあ。」

「若い学生がごく普通に話を聞いてくれた。」

「外からさわやかな風が入ってきたなあ」

ボランティア学生の感想

「初めは緊張したが、隣のおじさんとちょっと変わらなかった」

「来年もまた参加したい」

不健康都市大阪への処方せん

ホームレス者たちとかかわれば、かかわるほどに、ホームレス者たちの抱えている問題は、すでに野宿を余儀なくされている人々だけの問題ではないと気付く。大阪にたくさんいる小零細事業者・零細な自営業者など今の不況で大打撃を受けているような労働者とその家族の生活と健康問題でもあると思わざるを得ない。ホームレス者たちが野宿生活に入る前、あるいは釜ヶ崎にくる前の職業を聞けば、かつて豊中市において、死ななくてもいい年齢で亡くなっていった人たちとなんと共通性の高いことか。いわば、大阪府民・市民の多くが、ホームレス者たちと紙一重の状況でくらししているといわねばならない。

ホームレス者が、健康で文化的な最低限度の生活を保障されないようなところでは、われわれもまた安心してくらしはしない。

現に野宿を余儀なくされているホームレス者たちも安心して健康にくらせるような大阪にする道筋を見つけることが、われわれみんなが安心して健康にくらせる“健康都市大阪”への道に通じる気がしてならない。

ホームレス者の健診や健康相談にご協力下さいました学生はじめ多くのボランティアの皆様

面をお借りして心より感謝致します。ありがとうございました。

参考文献

- 1) 逢坂 隆子、坂井 芳夫、黒田 研二他「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』、2003：第50巻第8号、P 686～696
- 2) 朝倉 新太郎「現代大都市の保健問題」『社会医学研究』、1980：第1号、7～18号
- 3) 逢坂 隆子、朝倉 新太郎「大都市の社会医学的分析 大都市スプロール地帯の住民と健康——大阪市外縁・庄内地区住民の生と死——」『社会医学研究』、1980：第1号、P 67～88
- 4) 逢坂 隆子「健康問題の社会医学的把握 「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』、1989：第8号、P 79～89
- 5) 逢坂 隆子「ホームレス者の健康支援——大阪市における結核患者の生と死——」『都市問題研究』、2005：第57巻第11号、P 18～42
- 6) 黒田 研二「健康政策の視点からみたホームレス問題」『都市問題研究』、2005：第57巻第11号、P 55～70
- 7) 厚生労働科学研究・研究費補助金政策科学推進事業「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』平成17年3月、主任研究者 黒田 研二

註：7) の報告書はまだ少し予備があります。ご希望の方は下記までご連絡くださいませ。

E-MAILアドレス：t-ohsaka2002@hcn.zaq.ne.jp

逢坂自宅FAX：072-724-0388（郵送料込みで一部1000円です）