

ホームレス生活者に対する健康支援

黒田 研二

2002(平成14)年8月に施行された「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」に基づき、2003年1~2月にホームレスに対する全国規模の実態調査¹⁾が行われた。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を把握すると同時に、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2/3を占めていた。生活している場所が定まっている者が84.1%で、生活場所としては、「公園」が48.9%、「河川敷」が17.5%。直近のホームレスになってからの期間は、「1年未満」が30.7%、「1年以上3年未満」が25.6%、「3年以上5年未満」が19.7%。5年未満の者を合計すると、全体で76.0%であった。

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%で、そのうち、何も対応していない者が68.4%であった。訴えの中では「腰痛」(23.6%)が最も多く、疾患としては「高血圧」(12.0%)が最も多かった。身体不調を訴える者は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

に陥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蝕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いると考えられる。ホームレス者の自立支援では、まず、こうした貧困と不健康の悪循環を断ち切らなければならない。

ホームレス者の死亡の実態

まず、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結果を紹介しよう。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例であった。調査の結果、以下のような点が明らかになった²⁾。

- ・死亡時の平均年齢は56.2歳であった。死亡時の所持金が確認された人のうち、半数の人は1,000円以下であった。
- ・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。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・十二指腸潰瘍の順であった。
- ・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

くろだ けんじ：大阪府立大学人間社会学部教授 連絡先：☎ 599-8531 大阪府堺市学園町1-1

とんどない人々であった。栄養失調死と餓死は1年を通じて生じているのに対し、凍死は冬、特に2月に集中していた。

- ・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、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で、これらの数字はいずれも統計学的に有意に高かった。

この調査結果は、多くの死亡が、予防可能な早すぎる死亡であり、ホームレス者が必要な医療を受けていないことを示唆している。

SMR 3.6という数字は、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。死因別に見た場合、結核についてSMRが44.8と、著しく高いことが示された。また、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見い出された。

その他にも他殺や自殺のSMRが高率であることも明らかとなった。

ホームレス者の健康診査から明らかになったこと

死亡調査のデータは、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³⁾。

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月上旬、特別清掃事業登録者を対象に問診票を配布し、健康状態と生活の現状について記入してもらった。分析対象は、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、平均年齢は60.5歳(SD 3.5歳)であった。以下、重要な所見を示す。

1. 要医療者・要精密検査者が健診受診者の3/4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、血圧の15.7%、血糖値11.0%、 γ -GTP 8.2%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・要精検をあわせた割合は、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%、 γ -GTP 11.9%、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. 特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、飲酒、医療受診からの疎外などがある

重症高血圧(収縮期血圧180 mmHg以上、または拡張期血圧110 mmHg以上)の人は15.7%を占め、中等症高血圧(収縮期血圧160 mmHg以上、または拡張期血圧100 mmHg以上で、重症高血圧を除く)は19.7%、あわせると35%に達していた。「平成13年度厚生労働省国民栄養調査結果」では、重症高血圧の割合は、50歳代男性で3.3%、60歳代男性では3.6%である。本グループでは、重症高血圧の割合は4倍以上多かった。

高血圧の頻度が高いことの背景には、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挙げられる。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。

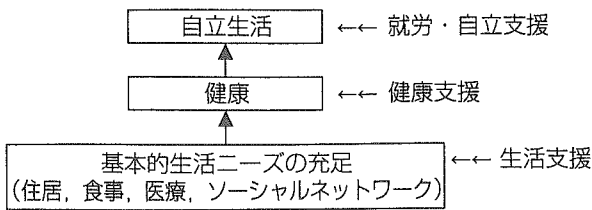


図 包括的支援の一環としての健康支援

3. 食事・栄養摂取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1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、身体的健康を蝕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、大切な人(家族や友人)との人間関係にひびが入ったことがある」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%を占めていた。飲酒と絡んで肝機能(γ -GTP)に異常値(81 IU/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。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。

夜露をしのぐことができ、冬の寒さから身を守ることでできる必要最低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。

包括的支援の一環(入り口)としての健康支援

ホームレス生活者の自立生活に向けた支援において、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生計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、基本的生計ニーズの充足という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初めて、自立生活に向けた支援が可能になる。こうした考えを図式化すると図のようになる。ホームレス生活者の健康支援に従事する人々は、身体的な健康状態に注目するだけでなく、基本的生計ニーズの充足状況や、本人の意欲などへの配慮が不可欠である。

健康支援は、ホームレス生活者の生きる意欲、自らの健康管理の力を高めるものであることが求められる。健康支援は、医学的検査をもとにスクリーニングを行い、要医療者を病院に紹介するといった流れ作業的な活動ではなく、検査結果の意

味を受診者にていねいに説明し、改善の方向性を一緒に考え、受診者がより良く生きていこうとする意欲を支えるものである。そのため、健康支援活動に、ホームレス者の身近なところで支援をしているボランティアグループの協力を得る、ホームレス者同士のピアサポート的活動を組み入れる、健康学習活動や血圧の自己測定など当事者が能動的に参加する要素を組み入れる、といった工夫がなされている。

ホームレス者の健康診査や健康相談の活動を行えば、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が、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。

厚生労働省では2004(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」、すなわち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、そこでは、この「ホームレス保健サービス支援事業」を活用して健康支援施策を展開することが可能である。

一般の市町村においても、老人保健法のヘルス事業、特にそのうち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ができる。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ことができる。

おわりに

ホームレス者の自立支援とは、単に就労による経済的自立を意味するのではなく、安定した日常生活や社会生活を営む環境を整備しつつ、日常生活、社会生活への対処能力を高めていく過程を支援することである。その基礎となるのが健康支援だと位置づけられる。一人ひとりの個別課題に注目し、健康支援への取り組みを、生活支援・自立支援へと発展させていくには、福祉事務所、ボランティア団体、その他の関係機関との密接な連携が重要になる。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みされる必要がある。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。

謝辞：本論文は、厚生労働省健康局総務課が所管する「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』報告書にもとづいている。共同研究者である逢坂隆子、高鳥毛敏雄、黒川渡、山本繁、中山徹の各氏に感謝する。

文 献

- 1) 厚生労働省：ホームレスの実態に関する全国調査報告書。2003
- 2) 逢坂隆子・他：大阪市におけるホームレス者の死亡調査。日本公衛誌 50(8)：686-696, 2003
- 3) 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