

設され、生活保護費補助金による補助制度（補助率 1/2）として、新たに 20 億円程度の予算が計上された。従前から実施されていた生活保護適正化事業（補助率 10/10）とあわせて、2004 年度における生活保護費補助金は全部で 81 億 7853 万円となっている。

その後 2005 年度に、この制度は形を変えることとなった。三位一体の改革により補助金の整理統合が課題とされ、生活保護費補助金についても、他の補助金と統合が進められた。厚生労働省資料によれば、「既存の生活保護費補助金、在宅福祉事業費補助金のうち地域福祉推進等事業費、及び地方改善事業費補助金のうちホームレス対策事業費を統合し、地方自治体が生活保護受給者のほか、地域社会の支えを必要とする要援護者に対する自立支援プログラムの策定や自立・就労に向けた様々な支援サービスを総合的、一体的に実施できるよう、「セーフティネット支援対策等補助金」を新たに創設」と説明されている。

こうして、自立支援を含めた地域福祉推進事業等に関する統合補助金として新たに「セーフティネット支援対策等補助金」が創設され、自立支援事業に関する補助制度もこの中に組み込まれた。

「セーフティネット支援対策等補助金」の予算をみると、2005 年度には 135 億 9747 万円、2006 年度に 150 億円、2007 年度には 180 億円となっている。

セーフティネット支援対策補助金は統合補助金とされているが、実際には、従前の補助金の各メニューを集め、それらを一つの補助金として予算化したものである。したがって、大まかな使途目的さえ主旨に合致していれば、詳細は自治体が自由に決められるブロック・グラントとして再編されたわけではない。従来の補助金と異なるのは、主旨にあった申請内容の案件が多数出て、申請総額が補助金総額を上回った場合には、箇所付けを行うのではなく、査定率をかけて割り落とす方式が採られる点である。補助事業の申請に当たっては自治体が協議書を提出し、事業の趣旨にあうものに対して補助金を交付するという手順になっている。また、補助金総額の各事業に対する配分額については、申請額などを参考にして毎年度調整が行われている。

3. セーフティネット補助金とその活用

表 4 は、セーフティネット支援対策等補助金の交付自治体数を示している。ただし、補助対象となる全ての事業について掲載したわけではなく、従来、生活保護補助金で実施していた事業に相当するものだけを載せている。

自立支援プログラム策定実施推進事業には、①実施体制整備事業（補助率 10/10）〔就労支援プログラム策定、就労支援相談員や精神保健福祉士の雇用等を行うためのもの〕と、②自立支援サービス整備事業（補助率 1/2）〔事業者の協力によるトライアル雇用の実施等〕の 2 つがある。表 4 をみると、2005 年度以降、就労支援事業を中心に、これらの補助を活用する自治体は年々増加している。しかしながら、表 3 にある自立支援プログラムの策定自治体数とこの値とを比較すると、補助制度を活用して、プログラムを実施する自治体の数は必ずしも多いとはいえない。また就労支援は 10 割補助であるが、日常生活支援や社会参加支援に関わる事業については補助率が 2 分の 1 とされていることもあり、補助を活用して事業を実施する自治体は、更に限られている。

これに対し、表 4 に示した生活保護適正化事業（補助率 10/10）をみると、レセプト点検、収入資産状況の把握、扶養家族調査、そして関係職員の普及・啓発（警察 OB、医師などの嘱託等）

などの事業について、多くの自治体がこの補助金を活用している。これらの事業は、不正受給の防止に繋がるという点で、行財政改革の動きにも連動でき、また専門家を100%国の補助で雇用できるという点でも、多くの自治体を取り組みやすい事業になっているものと考えられる。

表4：セーフティネット支援対策等補助金の交付を受けた自治体数

(「自立支援プログラム策定実施推進事業」分)

実施体制整備事業	補助率	自治体数		
		2005年度	2006年度	2007年度
就労支援事業	10/10	140	253	298
健康管理支援事業	〃	5	30	50
精神障害者等退院促進事業	〃	9	21	83
稼働能力判定会議設置事業	〃			14
先駆的・試行的事業	〃		6	3
その他の自立支援プログラム実施体制整備事業	〃	84	8	14
自立支援サービス整備事業	1/2			
日常生活自立支援事業	〃	1	5	6
社会参加活動活用事業	〃	0	1	1
職場適応訓練事業	〃	15	16	16
退院者等居宅生活支援事業	〃	1	0	2
救護施設居宅生活者ショートステイ事業	〃	0	1	1
その他の自立支援サービス整備事業	〃	8	3	2

(「生活保護適正実施推進事業」分)

	補助率	自治体数		
		2005年度	2006年度	2007年度
生活保護法施行事務監査等事業	1/2	89	76	77
生活保護適正化事業	10/10			
生活保護特別指導監査事業	〃	57	49	51
診療報酬明細書点検等充実事業	〃	687	704	716
長期入院患者退院促進事業	〃	164	107	
その他医療扶助適正化事業	〃	191	112	
居宅介護支援計画点検等強化事業	〃	16	20	27
収入資産状況把握、扶養義務調査等充実事業	〃	625	588	564
体制整備強化事業	〃	218	213	212
関係職員等研修・啓発事業	〃	667	647	665
先駆的・試行的事業	〃		6	2
業務効率化事業	〃			422
その他適正化事業	〃	455	322	7

資料：厚生労働省資料より作成

4. 自立支援プログラムをめぐる自治体の対応

セーフティネット支援対策等補助金の活用について、自治体へのヒヤリングから以下のようなことが浮かび上がってきた。

第1に、就労支援プログラムの対象とされる稼働年齢層の被保護者が集まる地域では、積極的にこれらの補助金を活用して、様々なプログラムを構築する動きが見られる。しかしながら、反対に被保護者の多くが高齢や傷病を理由に就労困難で、就労支援の対象者数が限られてしまう地域では、独自のプログラムについて検討・導入を図ってはいても、補助金を活用して、事業を大

大きく展開するまでは至っていない。

第2に、日常生活自立や社会生活自立に向けた取り組みについては、一人ひとりのケースワーカーが個々のケースについて、現場で様々な対応を実施してはいるものの、それらのノウハウを集約して独自のプログラムをシステム化できている自治体は少ないという点である。その理由として、日々の業務で手一杯で、システム化するまでの余裕がないという声が聞かれた。また日常生活支援や社会参加支援に関する事業費の場合には補助率が2分の1であり、一般財源で事業費の半分を負担しながら事業を展開するだけの余裕がもてないという意見も聞かれた。

更に、地域の様々な関係者と連携を図りながら、支援の仕組みを構築していくには、こうした金銭面での補助に加えて、マンパワーの確保が必要であり、こうした人材の確保が先決という意見も聞かれた。

就労支援の対象となる被保護者の多い大都市自治体のなかには、積極的にこれらの補助金を活用しながら、民間事業者に就職先の開拓や、マッチング業務を委託する方式により、幅広い支援プログラムを構築しているところもみられる。

横浜市では、民間事業者への委託により、被保護者の就職先を市が独自に開拓する取組みを実施している。就職先企業と被保護者との間のマッチングでは、行政と民間事業者とが連携しながら対応を図っているとのことである。

また大阪市では、民間事業者に対する成功報酬方式で、就職にかかる支援・決定・定着までを総合的に委託する方式を導入しているという。向井(2007)によれば、大阪市では、「就職支援パッケージ(案)」という名前に象徴されるように、多様な被保護者の事情を踏まえながら、一人ひとりの状況に対応した支援プログラムの構築を推進している。具体的には①被保護者就職支援事業、②区における就労支援強化事業、③被保護者就労支援事業、④キャリアカウンセラー派遣事業、⑤被保護者自立意欲喚起事業の5つを順次立ち上げ、自立阻害要因の相対的に低い被保護者を対象とした支援を実施してきた。また、これらの事業を推進するために、10区に適正化担当課長代理を配置、また全ての区に自立支援担当係長を配置し、相互に情報の共有や交換を行えるよう定期的に会議を開催している。

なかでも①被保護者就職支援事業は、民間の再就職支援事業者への委託方式により、就職支援を行うという制度である。意欲も高く、阻害要因の少ない被保護者に対して、受け入れ、支援、就職決定、就職定着までを一体的に支援するというもので、業者に対して成功報酬方式で委託料が支払われる。事業実施のプロセスでは、民間事業者に全て丸投げするのではなく、ケースワーカーと事業者とが常に情報を共有しながら、二人三脚で取り組みを行っているとのことである。

このほかの就労支援事業においても、キャリアカウンセラー派遣事業や、精神保健福祉士・臨床心理士等による専門相談員制度の導入など、専門家の協力と参加を依頼しながら支援体制を構築している点が特徴である。専門相談員は、被保護者の相談ばかりではなく、ケースワーカーを始めとする職員への助言なども行っているとのことであり、非常勤の精神保健福祉士が間接的に職員の精神面でのケアにつながることも期待されているとのことである。

一連のプログラムを推進するにあたり、非常勤職員や嘱託職員の雇用や、民間事業者への委託など、マンパワーの確保には経費が必要となる。大阪市ではセーフティネット支援対策等補助金のうち補助率10割の「実施体制整備事業」を活用するなど、マンパワーの確保に要する財源の

多くを国庫補助によって調達している。

こうした対応が可能となるのは、稼働年齢層に属する被保護者の存在と同時に、就職支援の委託事業者がおり、かつ多様な就職先自体の確保も可能であるという大都市特有の状況がある。地方都市や町村部の場合、稼働年齢層の被保護者の絶対数が比較的少ないことに加え、就職先に限りのあることを考えるなら、他の対応を考える必要が生じるだろう。

IV. 残された課題

大沢（1999）では「年金制度と児童関連の諸給付を再構築して高齢者・障害者・児童に公的扶助の外側で普遍的に最低生活を保障するような改革」の必要性を提起している。そこでは「社会政策システムを補足性（subsidiarity）から脱却」させ、「諸個人が公共空間を創出し、充実させていくことを可能とする社会政策システムを展望」⁶している。

家族や地域、企業による「安心」の確保を前提とし、そこから零れ落ちる層に対応するのが公共部門による福祉であるとする考え方は、少しずつ変化している。なかでも、生活を営む際の様々な困難な課題に対して、普遍的サービスを生活圏において提供することが求められ、自治体の役割は高まっている。

自立支援プログラムのように、被保護者が社会と繋がり、生活していくことを手助けする支援が必要であり、個々のケースに決め細かく、速やかに対応することが求められているといえる。しかしながら、行財政改革の中で人員削減や財政支出の抑制が求められる自治体において、増大する被保護者数に対する指導・助言に加えて、自立支援に向けた取組みを実施することは容易ではない。

本章では、自治体のおかれた状況について整理を行った。2000年以降の状況をみると、被保護者の増加に伴い、職員数の増員を図る自治体が多く、保護課の人員配置には全庁的な基準が必ずしも適用されていないことが明らかになった。それは委託などを推進することが難しいという保護行政の性質によるものと考えられる。そうであれば、保護行政をめぐる行政体制にかかる費用負担および財源保障のあり方について、自治体の創意工夫による効率化が可能か否かという課題とあわせて検討する必要がある。

現実には、1人当たりケースワーカーの担当ケース数は増加傾向にあり、自治体のなかには、非常勤職員や嘱託職員の導入により対応しているところもある。一連の職員配置の推移について、さらなる考察が必要である。

また、自立支援制度の充実を考えるにあたり、以下の点が課題になると考えられる。第1に自立支援プログラムに対する需要（ニーズ）の地域格差と、供給体制の地域格差についての考察である。第2に、地域における支援体制の構築を行う場合、行政と民間（事業者やNPOなど）との役割分担や連携をどのように行うかという点である。そして第3に、セーフティネット補助金の活用状況を踏まえつつ、自立支援のような地域密着型サービスの実施にあたり、自治体が直面する困難はどこにあり、財源や人員の確保をどのように行うかという問題である。またこの課題は国と地方の役割分担や財源配分の問題にも結びつく。これらの課題については、更なる事例研

⁶ 大沢（1999）pp.188-189。

究を進めながら考えていくこととしたい。

<主要参考文献>

大沢真理(1999)「公共空間を支える社会政策 ーを張り替える」神野直彦・金子勝編『福祉政府への提言』岩波書店、第5章。

厚生労働省社会・援護局保護課(2007)『第58回被保護者全国一斉調査結果報告書』

厚生労働省社会・援護局保護課(2007)『社会・援護局関係主管課長会議資料(平成19年3月5日)』。

芝田文男(2007)「ハローワークとの連携による生活保護受給者の自立支援プログラムの状況と課題」北海道大学公共政策大学院『年報公共政策学』第1号 pp.58-78。

東京都(2007)『生活保護を変える東京提言 ー自立を支える安心の仕組み(試案)』東京都

東京都板橋区/首都大学東京編(2007)『生活保護自立支援プログラムの構築ー官民連携による個別支援プログラムのPlan・Do・See』ぎょうせい。

林正義(2008)「地方財政と生活保護」阿部彩・國枝繁樹・鈴木亘・林正義編『生活保護の経済分析』東京大学出版会、第8章。

布川日佐史編(2007)『生活保護自立支援プログラムの活用』山吹書店。

向井順子(2007)「大阪市の就業支援の取り組み」『賃金と社会保障』1436号 pp18-25。

第8章 ホームレス自立支援の結果と今後の課題

—S市における取組みの実践からみえてくるもの—

道 中 隆

(大阪府 堺市健康福祉局福祉推進部、大阪府立大学 大学院)

I. はじめに

1990年代半ばから後半以降、ホームレスの増加が社会問題化され、2002(H14)年8月「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」(以下、「自立支援法」という。)が10年の時限法として公布、施行された。2007(H19)年は自立支援法の施行後、その中間年として見直され2008年度自立支援法の改正が予定されている。

厚生労働省は、2007年(H19年)1月から2月にかけて自立支援法に基づき公園などで野宿するホームレスに関する実態調査(以下、「全国実態調査」という。)を行いその結果の概要を公表した。全国のホームレスは表1のとおり、2007年1月時点で1万8千564人(2万5千296人:2003年調査)となり、4年前の調査から約27%減少したことが明らかとなった。特に自立支援センターが設置されている東京・名古屋・大阪の3都市部での減少が著しい。減少の理由は、景気の回復により雇用環境が改善したことや2002年から自治体の自立支援への積極的な取組みなどが考えられるとしている。「安定した雇用の場」、「安定した居住の場」の確保を謳った自立支援法が制定されてから、この間、自立支援施設¹(以下、「自立支援センター」という。)も各地に設置され、公園等公共施設・空間からホームレスの姿が減少するなど限定的ながらその効果が認められている。

しかしながら、なお多くのホームレスが都市公園、駅舎等公共施設を起居の場とし就労自立を目指す支援方策に適さないいわゆる「取り残されたホームレス」やネットカフェなどで起居する「みえないホームレス」の潜在化といった現実の姿がある。これらの実態を踏まえると、ホームレス数の減少は、単純にホームレスの自立支援に関する政策が成果を挙げた結果であるとは必ずしも言い切れないものがある。各種調査による先行研究や行政資料によると施設入所者の就労による退所は約21%に過ぎず、就労以外の事由による「入院」、「施設入所」、「その他」の事由による途中退所率が約63%となっている。さらに就労者のうち継続就労している人については約47%という報告もある。S市における自立支援事業についても就労したとはいえ就労者の就労実態は不安定な厳しい就労状況となっている。就労自立者のアフターケアも不完全なことから十分な成果を挙げているとは言い難い。

そこで本稿では、ホームレスを対象とした自立支援センター入所者の実態調査を行い、

¹ 自立支援施設は、「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」に基づく施設で各地に設置され、現在、全国で「自立支援センター」16カ所、「緊急一時宿泊所」(シェルター)12ヶ所が設置されている。

その上で現在のホームレス支援のあり方や問題点、課題を明らかにし、自立支援法改正に向けての政策誘導への示唆及び今後の社会政策上の知見を得ようとするものである。

表1 都市部のホームレス数

都 市 名	2003 年全国実態調査	2007 年全国実態調査	差引き増減数
東京都 23 区	5,927	4,213	△1,714
札幌市	88	132	44
仙台市	203	132	△71
さいたま市	221	179	△42
千葉市	126	103	△23
横浜市	470	661	191
川崎市	829	848	19
静岡市	134	87	△47
名古屋市	1,788	741	△1,047
京都市	624	387	△237
大阪市	6,603	4,069	△2,534
堺市	280	133	△147
神戸市	323	135	△188
広島市	156	115	△41
北九州市	421	249	△172
福岡市	607	784	177
合 計	18,800	12,968	△5,832

出所:厚生労働省「全国ホームレス実態調査」

II. 研究の視点及び方法

1.1 調査の着眼点

厚生労働省は、2003年の全国実態調査の結果を踏まえ、「自立の意思がありながらホームレスになることを余儀なくされた者」に対して国の責任において、「安定した雇用の確保」や「職業能力の開発による就業機会の確保」、「住居への入居支援」等により生活全般にわたる支援を行い、社会復帰を目指すことを目標として掲げた。即ち、ホームレス支援策の基本方針は、ホームレスの就労率は金額の多寡は別として60%を超える求職率など就労意欲は高いとされることから就労の機会や雇用に向けた支援があればかなりの割合のホームレスが自立できるという考え方に基づき政策立案されてきた。このような背景のもとに自立支援法施行以降のホームレス支援策は、法の目的性から専ら就労支援に重点をおいたものであり、この間、設置されてきた各自治体のホームレス自立支援センターも就労支援を中心とするものである。

本稿では、自立支援法施行後の中間年度の見直しが迫り同法の改正が予定されていることから、ホームレスを対象とした自立支援センター入所者に対するアンケート及び支援業務に携わっている関係職員への聞き取りによる生活実態の調査を行いその結果を分析した。特に入所者の属性に着眼して、低位学歴、健康問題、就労支援の困難性、住居の問題、払拭し難いスティグマなどに焦点を絞り調査し、その上で何が問題で、どのような支援を必要とし、どのような課題を抱えているのかについて把握しようとするものである。

また、ホームレスのなかには高齢者や深刻な健康問題を抱えている者、労働市場から排除されている者など必ずしも自立支援センターの就労支援の対象として適さない者など政

策から「取り残されたホームレス」の現状がある。そのため今後、自立支援センターに入所しても自立が困難な者が増加することが考えられる。こういった背景を踏まえた上で現在の自立支援センターの機能やホームレス支援の効果的なあり方、問題点及び課題を明らかにする。

1.2 調査の方法

S市の自立支援センター入所者延べ総数 289 人のホームレスを対象にその自立支援の取り組み状況、実績を個票データ、各種の行政資料並びに先行研究を通じ調査を行った。また、入所者の健康意識、食生活等に限定したアンケートを実施するとともに、直接処遇にかかわる「生活指導員」や自立支援事業の「巡回相談員」等関係職員から入所者の生活実態等の聞き取りを行い、以下の仮説の検証及び自立支援事業の効果について評価を行う。

- ①入所者の多くは最終学歴が中卒等の低位学歴でありもともと貧困リスクの高い Group を構成する。
- ②入所者は年金の保険料未納・未加入者の割合が高く近い将来、年金を受け取ることできない無年金者予備軍を構成する。
- ③入所者は何らかの疾病を有し、深刻な健康問題を抱えている。
- ④入所者の有病率は高くその疾病構造には基本的な特徴がある。
- ⑤低位学歴、ホームレス歴から強いスティグマ等により社会的排除を受けやすく、就労自立は限定的効果にとどまり支援に困難性が伴う。
- ⑥入所者の就労は、低技能、未熟練な仕事内容で専ら臨時的、不規則的労働形態となっており低賃金かつ不安定で就労継続が困難な場合が多い。

※「実態調査」では、情報管理者に十分、調査研究の目的及び主旨を説明した上で、インフォームド・コンセントをとる。職場内でのコンセンサスが得られるよう直接指導職員にも情報管理者から説明し、得られたデータ、「調査票」、「運営状況報告書」の個票、集計表の基礎資料は S 市及び自立支援センターの調査場所から持ち出さないこととし持ち出すのは得られたデジタルデータのみとした。また、入所者のアンケート調査の実施についても同様の手順で同意を得たうえで行った。以上により、本調査研究における個人情報及びプライバシー保護には細心の注意をはらい倫理上の配慮、人権尊重、権利擁護に万全を期した。

1.3 入所者の状況

1) 概要

S市の自立支援センターでは、2005(H17)年3月から2007(H19)年10月までの間、延べ総数 289 人のホームレスを対象に自立支援に取り組んでいる。そのうち現入所者数は 50 人で、同センターの開所から現在までの退所者 239 人のうち 92 人の 38.5%が就労による退所となっている。入所前の野宿場所は、ほぼ半数が都市公園(47.4%)で、道路(16.6%)駅舎(10.7%)、河川敷(8.7%)、その他施設(16.6%)となっている。性別では都市公園及び道路の路肩に起居していた女性 3 名を除いて全員が男性である。

表 2 入所者の内訳

	開所から現在までの状況		
	実人数	うち就労者	構成
入所者総数	289	158	54.7%
退所者総数	239	92	38.5%
現入所者数	50	38	76.0%

入所者総数は、平成 17 年 3 月 12 日～平成 19 年 11 月 1 日現在の累計である。

表 3 野宿の形態

	合計		常設テント		テントなし		その他	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
中卒	155	100%	37	23.87%	117	75.48%	1	0.65%
高卒以上	132	100%	25	18.94%	104	78.79%	3	2.27%
不明	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
合計	289	100%	62	21.45%	221	76.47%	6	2.08%

- 1) 「常設テント」はテント、小屋、廃屋、車上、ネットカフェ難民等定住型を含み、「テントなし」は寝袋、ダンボール、軒下、布団・毛布等で非定住、移動型とし、「その他」は知人宅、病院等として区分した。
- 2) 本表の数値は、平成 19 年 11 月 1 日現在の累計である。

ホームレスの野宿の形態と最終学歴の関係では、最終学歴の中卒で「常設テント」23.87%、「テントなし」75.48%となっており、高卒以上では「常設テント」18.94%、「テントなし」78.79%となっている。

野宿の主な理由については、表 4 及び図 1 のとおり、第 1 位失業 51.46%、第 2 位病気 14.86%、第 3 位借金等 12.97%で全体の約 80%を占めている。野宿の主な理由の合計は、複数回答のため入所者総数とは一致しない。複数回答の多い項目は、失業、病気、借金の理由に加えて、家賃滞納により居宅を失った者が多い。また、その他（犯罪等）については殆どがもとと住居を持っていない者で刑務所を出所後間もない期間に野宿を余儀なくされている。

表 4 野宿の主な理由

野宿の主な理由	実数	構成比
失業	246	51.46%
病気	71	14.86%
借金等	62	12.97%
家賃滞納等	41	8.58%
家出、離婚等	37	7.74%
その他（犯罪等）	21	4.39%
合計	478	100%

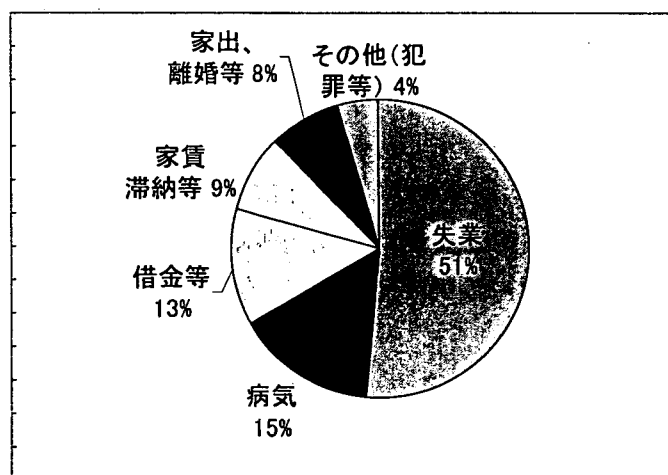


図 1 野宿理由の構成割合

入所者の平均年齢は、表 5 のとおり、51.8 歳で、年齢階層別では 50~54 歳(18.0%)、55~59 歳(21.4%)、60~64 歳(14.9%)、65 歳以上(12.8%)となっており、55 歳以上では 49.1%とな

っている。ホームレスは長期に野宿生活、路上生活を続けている場合も多く、年齢も殆どが中高年齢者で構成されている。厚生労働省の2007年の全国実態調査によると平均年齢は57.5歳で、前回の2003年全国実態調査より1.6歳上昇しているがS市の場合の平均年齢が全国調査に比べて5.7歳も若い。その理由は、まず、S市の調査が自立支援センターの入所者を対象としていることに対して、全国調査では現ホームレスを対象としていることやS市の場合、入所者を主として「就労意欲」があり、「稼働能力」を有するという2点に着眼して選定しているものの緊急避難を要する急迫状況にある者も対象とするなど入所時の対象者の選別方法や柔軟な運営による結果であると考えられる。

表5 入所者の年齢構成

29歳以下	30-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65歳以上	合計(人)	平均
8	25	29	33	52	62	43	37	289	51.8歳
2.8	8.7	10.0	11.4	18.0	21.4	14.9	12.8	100%	

このようにS市の自立支援センター入所に際しての基準は、本人の「就労意欲」、「稼働能力」という点に着眼しつつ、テント生活者以外のネットカフェ、車上からの入所や刑務所からの出所間もない者等急迫性のある者や比較的自立の可能性の高い者を入所させ支援を行っている。それにもかかわらず、結果は表6のとおり、就労自立による退所者は38.49%で就労に限定した視点からは十分な自立支援事業の効果があつたとは言いがたい。

藤田(2005)²は、名古屋市が実施する自立支援事業を紹介しているが、そのなかで自立達成率は30%台であり、成功率は高くないことを指摘している。いずれにしてもS市の自立支援センター入所者の半数以上は、福祉的援護等による退所(30.13%)や無断退去等のその他(31.38%)の事由で占められており、学歴や職歴、年齢、体力、病弱、生活問題などから就労による自立は容易でないことが窺われる。

表6 退所理由別の入所期間の状況

退所理由	就労自立	福祉的援護等による退所者			その他			合計
		居宅保護	施設入所	入院	期限満了	無断退去	その他	
理由別退所者数	92	16	20	36	5	30	40	239
退所者総数に占める割合	38.49	6.69	8.37	15.07	2.09	12.55	16.74	100%
		30.13			31.38			
理由別入所期間								
1ヶ月未満	5	3	2	15	0	12	11	48
1～3ヶ月	9	2	4	12	2	8	4	41
3～6ヶ月	40	6	11	8	2	9	17	93
6ヶ月超	38	5	3	1	1	1	8	57

² 藤田博仁(2005)「ホームレス施策の現状と課題—地方自治体における自立支援事業の展開」、『社会保障法』21号

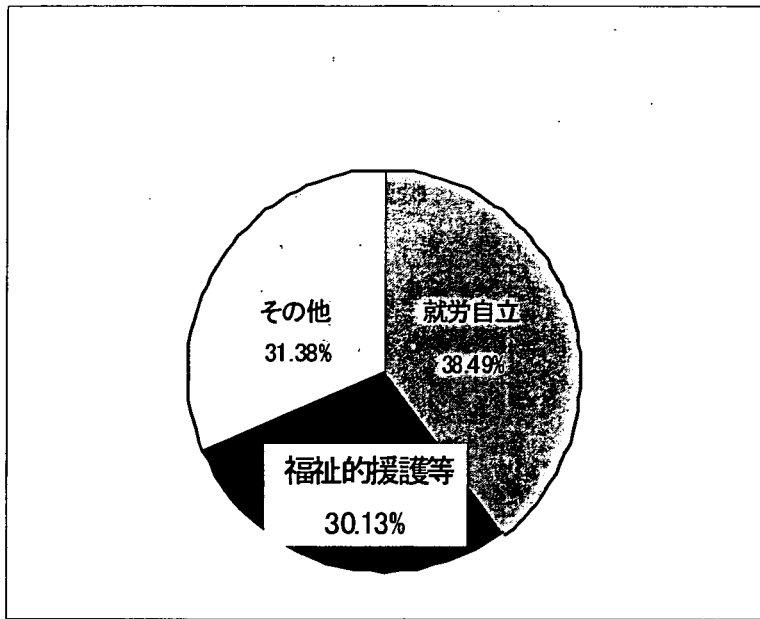


図2 退所理由別の構成割合

表7 就労支援の状況

(単位:人)

項目		区分等	受講日数	実施回	受講者数	うち就労者数
ホームレス 就労支援 事業	運転免許	原付免許	12	6	6	5
		普通自動車免許	47	2	2	1
		大型自動車免許	32	3	5	3
		大型特殊免許	10	2	2	1
		普通ペーパーD	5	1	1	1
	機械操作	フォークリフト	18	3	4	4
		車両系建設機械	6	1	3	2
		玉掛け	3	1	1	1
		クレーン	3	1	1	1
	パソコン	初心者	18	3	3	2
		中級者	49	2	2	2
	その他	ビルクリーニング	49	5	29	16
		ホームヘルパー2級	20	2	2	2
石綿		2	1	1	1	
小計			274	33	62	42
アウトプレースメント事業※1)			—	—	31	19
就労支援センター事業※2)			—	—	39	29
合計			274	33	132	90

1)アウトプレースメント事業は、入所者を対象に専任アドバイザーによる個人別のモチベーションアップ、職歴・適性・ニーズ等の把握、これに応じた就職アドバイスを行うキャリアカウンセリングから求人開拓、就職支援、アフターケアまでの一貫した支援を行うもので、職安法第30条に規定する有料職業紹介事業の許可を受けている等の条件をクリアした民間再就職支援会社に委託して行われる。

2)就労支援センター事業は、自治体から委託を受けたNPO等の就業開拓推進員が仕事及び求人の開拓、求人情報の収集、職場体験講習の受入事業所の開拓を行い、臨時的、軽易な仕事の提供等を通じて利用者の就業意欲・能力等の把握・見極めにより基礎的な労働習慣の体得を促進し適切な就業につなげるである。

2) アンケート調査結果の概要

入所者に対する嗜好、食生活、病気等健康意識に関する簡単なアンケートによる意識調査を実施した。調査結果は表 8 及び表 9 のとおりである。

表 8 嗜好、食生活等の状況(入所前)

①タバコ	吸う	吸わない	計	止めたい	どちらでもない	思わない	計
	82.22	17.78	100%	10.81	2.70	86.49	100%
②お酒等	飲酒あり	飲酒なし	計	止めたい	どちらでもない	思わない	計
	46.67	17.78	100%	9.52	0	90.48	100%
③食事	ほぼ3食	2食程度	1食のみ	計			
	31.11	42.22	26.67	100%			
④野菜摂取	摂っている	少し摂っている(弁当)		殆ど摂っていない	摂っていない		計
	A・B	C		D	E・F		
	31.11	31.11		11.11	26.67		100%
⑤どんなものを食べていたか	A	B	C	D	E	F	計
	米・肉・魚を購入自炊	入院(病院食)	外食	ご飯と缶詰	うどん等種類	ゴミ箱の残飯	100%
	ご飯・味噌汁・おかずを自炊	精神外来(病院食)	コンビニ賞味期限切弁当	パックご飯スーパーで購入	インスタントラーメン	捨てられたぶたまん等脂っこいもの	
	購入して炒め物	拘置所		何でも食べた	殆どパン	殆ど水とパン	
	17.78	13.33	31.11	11.11	15.56	11.11	

表 9 医療アクセスの状況(入所前)

	A	B	C	D	E	F	計
⑤病気のときの対応	入院した	通院(精神)していた	救急車を呼んだ	薬局で薬を買う	そのままにしていた	カゼ以外病気はなかった	
	入院後福祉で保護	病院へ行く	救急と福祉	福祉で相談	金が無くじっとしていた	大きな病気はしなかった	
		国保・社保に加入していた	社会医療センターへ行った	福祉で保護	横になっていた		
		拘置所内病院	無料低額診療所		我慢していた		
構成比	6.67	10.49	11.11	16.17	28.89	26.67	100%

III. 結果

3.1 実績からみた入所者の特徴

1) 最終学歴が中卒という厳しい低位学歴の現実

S市の自立支援センター入所者における調査結果は、入所者の特徴として自立支援センター入所者の289人のうち177人(61.3%)が中卒若しくは高校中退であり、彼等の最終学歴がもっとも厳しい低位学歴であるということが明らかになった。

低位学歴について岩田(2006)³は、東京の緊急一時保護センターの利用者と路上レベル

³ 岩田(2006)は職業歴と住居歴によるクラスター分析の結果ホームレスの類型を①安定型(住居も職業

のホームレス調査を実施し、ホームレス類型により低学歴率の差異があることを確認し、最終学歴、婚姻歴が貧困にかかわる影響についていくつかの示唆を与えている。岩田によると S 市の調査結果と同様、低学歴比率が、①安定型:40.9～52.3%、②労働住宅型:60.0～62.2%、③不安定型:57.8～79.4%となっており、①安定型(住居も職業も安定していた人々)の低学歴率は低いと指摘する。

表 10 婚姻関係、学歴ホームレスと類型

	ホームレス類型	東京路上(%)		大田寮(%)	
		婚姻歴なし比率	低学歴比率	婚姻歴なし比率	低学歴比率
①	安定型	43.2	52.3	40.9	40.9
②	労働住宅型	52.5	62.2	66.5	60.0
③	不安定型	63.3	74.9	74.1	57.8

出所:岩田(2006)「福祉政策の中の就労支援—貧困への福祉対応をめぐって」『社会政策における福祉と就労』社会政策学会誌第 16 号,法律文化社, p27 を引用(筆者が一部を変更)

S 市における調査結果は、図表 11 のとおり、自立支援センター入所者の約 61%(中卒 52.25%+中退 9.00%)が A group(中卒若しくは高校中退)に区分され、仮説①「入所者の多くは最終学歴が中卒等の低位学歴でありもともと貧困リスクの高い Group を構成する」については実証された。入所者の生活上の様々な困難が予測されるより厳しい現実が浮かび上がった。

この点については数少ない先行研究のなかでも生活保護母子世帯のサンプル調査の青木(2003)、釧路公立大学地域経済研究センター(2006)、道中(2007b)⁴が重要な指摘をしている。特に道中(2007b)の生活保護の受給層の生活実態調査結果から分析した最終学歴の低位性や 10 代出産のハイリスク母子の貧困誘因等学歴が貧困に及ぼす影響としての貧困の固定化と世代的連鎖に関する実証研究があり、重要な示唆を与えている。本稿の「自立支援センター入所者調査」による最終学歴は A group61.25%、B group34.60%、C・D group4.15%となっている。一部の高等教育の学歴者(C・D group)を除いて最終学歴の顕著な低位性が明らかとなった。

2) 入所者と受給層の最終学歴(中卒)の類似性

表 4 のとおり「自立支援センター入所者調査」と「受給層の生活実態調査」との最終学歴を比較すると A group の中卒が入所者 52.25%、受給層 53.51%でほぼ一致している。中卒という低位学歴が貧困誘因に強く関与している実態が浮かび上がった。

一方、入所者の A group 以外の group が 38.75%であるのに対し受給層では 29.43%と 9.3 ポイント少ないことが特徴として挙げられる。つまり、この差異は、学歴要因の影響によるものではなく、受給層が家族という世帯を構成していることに対して、自立支援施

も安定していた人々)、②労働住宅型(職業は安定していたが寮など労働型住宅に住んでいた人々)、③不安定型(最初から不安定な職に就いていた人々)の 3 つに分類した上で学歴、婚姻歴をクロスした貧困の実証研究をまとめている。

4)道中隆(2007b)「保護受給層の貧困の様相—保護受給世帯における貧困の固定化と世代的連鎖」『政策経済政策』No.127,生活経済政策研究所,2007,pp14-20.

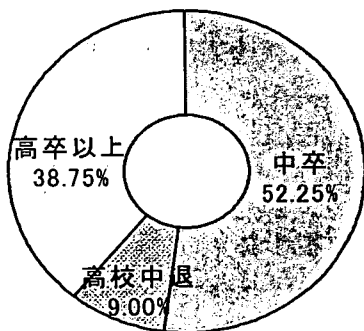
設入所者のホームレスは基本的に単身者であることから生活困窮事態への耐性度及び対処や回避方法の相違に起因するものと考えられる。ホームレスという状態は、単に住居を失っているということだけではなく、通常、居住地において日常的に営まれる「食事、入浴、買い物、結婚、出産、学校教育、地域活動など」すべての社会生活の喪失と社会関係が切断された孤立状態という意味を持つ。それ故にホームレスという厳しい極貧状態は家族という形態の存在を許さないのであろう。しかし、それでも夫の暴力や酒乱から逃げ出しホームレスとなった母子や家賃滞納で住居を追いだされ浮浪する夫婦など「家族のホームレス」が散見されることも事実である。家族という単位でのホームレスは、存在が可視的に大きく捉えられ、保健福祉制度をはじめとする他法他施策も多岐にわたることや行政庁、福祉関係機関のかかわりも深化することから「家族のホームレス」状態が長期に及ぶことは少ない。「自立支援センター入所者調査」においては、総じて高い低位学歴となっており、「保護の受給層の生活実態調査」(69.57%)と同様、最終学歴の低位性が生活保護やホームレスへの落層など貧困の誘因と考えられ、高い貧困リスクであることが確認された。

表 11 自立支援センター入所者と保護受給層の最終学歴

	最終学歴		自立支センター入所者		受給層の生活実態調査		
			入退所者数	構成比(%)	世帯総数	世帯実数	構成比(%)
A group	中学卒	中学卒	151	52.25	—	160	53.51
		高校中退	26	9.00	—	51	16.06
B group	高校卒	高校卒	91	31.49	—	88	29.43
		大学中退	9	3.11	—	0	0
C group	短大卒		2	0.69	—	0	0
D group	大学卒以上		10	3.46	—	0	0
合計			N= 289	100%	N= 299	299	100%

- 1)入所者の最終学歴と生活保護の「受給層の生活保護実態調査」の最終学歴とを比較すると、入退所者の61.25%と同様、受給者層69.57%と低位学歴率は著しく高い。
- 2)受給層の生活実態調査の「世帯総数」欄の数値は、高齢者91世帯(107人)を除いた実数である。

自立支援センター入所者構成比



生活保護受給層の最終学歴の構成比

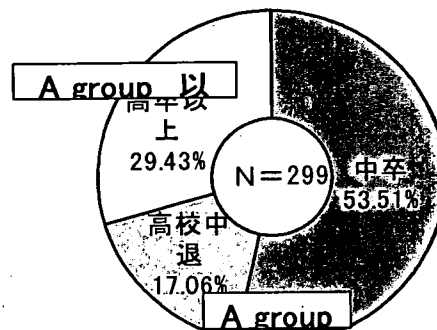


図 3 自立支援センター入所者と保護受給層の最終学歴

3) 最終学歴と野宿の形態

最終学歴と野宿の形態との関係では、最終学歴が低位な中卒の場合が「移動型ホームレス」に多く傾向し、高校卒業以上では「常設テント」の定住型が多くなるという言説がある。しかしながら、結果は、表 3 のとおり、中卒「テントなし」75.48%、高卒以上 78.79%で最終学歴による差異はわずか 3.31 ポイントであった。中卒の場合は、「常設テント」23.87%、移動型ホームレスの「テントなし」75.48%であり、高卒以上では「常設テント」18.94%、「テントなし」78.79%となった。したがって、「移動型ホームレスは低位学歴の構成割合が高く、常設テントの定住型は高校以上の構成割合が高い」といった通説は覆された。このことは、現在のホームレスの野宿形態は学歴による影響を受けることは少ないと考えられ、「常設テント」を持たない多様なホームレスのスタイルとして顕れていることを物語っている。

4) 年金未加入者の割合が高く無年金者予備軍を構成

年金制度は将来の防貧的機能として保険原理に基づく重要な社会保障のひとつである。S市の自立支援センター入退所者の平均年齢は既に 51.8 歳(全国 57.5 歳)であるが、2007 年全国実態調査の全国平均に比べて 5.7 歳ほど若いといった特徴がある。しかしながら、S市の自立支援センター入所者の平均年齢も全国実態調査と同様、増加しつつある状況が窺われている中、年金加入状況は表 12 のとおり、被保険者資格(加入履歴)を有している者 44.29%、現在年金受給中の者 7.27%、年金未加入者 8.30%と不明者 40.14%をあわせると 48.44%の者が近い将来、着実に無年金者となる可能性が高いことが判る。

加えて被保険者としての加入履歴を有する者の多くはその加入期間が数年程度といったものであり、将来、年金裁定請求の可能となるケースはせいぜい 10%程度と少なく受給できたとしても低年金額となる。指導員からの聞き取りでは、「この人らの経歴を丁寧にしっかりと調べれば、カラ期間や免除期間が見つかることも結構ありますよ。」「もうちょっとで受給資格ができるのになあ、という残念でやりきれないケースもあります。」という事例は一部に見受けられるものの、総じて今後、被保険者資格を取得し年金加入期間を増やし通算したとしても年金の裁定請求に必要な期間を満たすケースは限定的と考えられる。

年金加入状況を最終学歴別に A~D に Grouping してみると、A group(中学卒)の年金未加入者(不明を含む)の割合が 51.98%であるのに対して、高校卒以上の B group(高校卒)、C group(短大卒)、D group(大学卒)では 42.86%となっており、高校卒以上が A group の中卒より約 11 ポイント低い。即ち、低位学歴の場合は年金未加入率が高く、無年金者として貧困へのリスクがより高くなることが明らかとなった。これらのことから低位学歴と年金未加入の項目とは高い相関関係にあることが確認されよう。

今回、年金加入履歴を有する者の年金の被保険者期間について詳細な調査は実施していないものの、団塊の世代の高齢化に伴いホームレスの多くは将来、保護受給層に参入し、高齢者世帯の無年金率⁵の増加に寄与することが推測される。したがって、仮説②「入所

⁵ 保護受給層の高齢者世帯の無年金率は 49.6%で最終学歴別では低位学歴の方が高率である。

者は年金未加入者の割合が高く、近い将来、年金を受け取ることのできない無年金者予備軍を構成する。」は実証された。

表 12 最終学歴と年金加入歴とのクロス集計

	最終学歴	入所者数	構成比(%)	年金加入歴の有無		
				区分	実数(人)	構成比(%)
A group	中学卒	177	61.25	受給中	17	9.60
				有	68	38.42
				無	18	10.17
				不明	74	41.81
				小計	177	100%
B group	高校卒	100	34.60	受給中	3	3.00
				有	54	54.00
				無	5	5.00
				不明	38	38.00
				小計	100	100%
C group	短大卒	2	0.69	受給中	0	0
				有	2	100.00
				無	0	0
				不明	0	0
				小計	2	100%
D group	大学卒以上	10	3.46	受給中	1	10.00
				有	4	40.00
				無	1	10.00
				不明	4	40.00
				小計	10	100%
合計		N=289	100%	受給中	21	7.27
				有	128	44.29
				無	24	8.30
				不明	116	40.14
				合計	289	100%

1) 自立支援センター入所対象者は、原則として生活保護は適用されないが、疾病など止むを得ない場合には医療扶助単給として保護が適用される。

2) 年金加入歴の有無欄の「有」は脱退一時金等の受給済みを含み、「受給中」は年金裁定請求中のものを含む。

5) 入所者は何らかの疾病を有し深刻な健康問題を抱える

入所者は一見健康を維持しているように見えるが、殆どの者が何らかの疾病を有し深刻な健康問題を抱えている実態にあった。彼等のこれまで置かれてきた状況から医療へのアクセスの困難性、長年のライフスタイルの問題性から当然ながら、不健康さは想定できる。調査結果では、表 13 のとおり、入所者の相談件数 3,025 のうち、医療相談は 845 件で 27.93% を占めている。また、医療機関への受診した入所者は表 14 のとおり、203 人で有病率 70.24%(歯科のみの受診を除くと有病率 65.40%)にも及んでいる。彼等の職歴の多くが建築土木や作業員等の日雇いの肉体労働であったことや最終学歴などから職種選択の厳しさなどを踏まえると、入所者の有病者率の高さと後述する疾病構造から適切に必要な治療を

道中(2007a) 「生活保護と日本型 Working Poor—生活保護の稼働世帯における就労インセンティブ・ディバイド」 社会政策学会第 114 回(東京大学)報告。

継続しながら就労自立することや自立後の居宅生活において就労を継続することの困難さは容易に想像できる。

表 13 自立支援センターの各種相談の状況

	合計	就職相談			法律相談			住宅相談	医療相談
		就職相談	会社紹介	会社面接	自己破産	借財整理	その他		
2005年	966	398	184	177	11	6	6	30	154
2006年	1,269	461	169	159	9	26	7	26	412
2007.10	790	273	106	86	4	23	4	15	279
合計	3,025	1,132	459	422	24	55	17	71	845
構成	100%	37.42	15.17	14.00	0.79	1.82	0.56	2.34	27.90

表 14 入所者の医療受診の状況

区分	入所者総数	有病者の状況(人)			
		全診療科目		歯科のみを除く	
		要治療者	有病率(%)	要治療者	有病率(%)
合計	289	203	70.24	189	65.40

6) 有病率が高く疾病構造に基本的な特徴

調査結果は表 15 のとおり、入所者の多くは治療を要する何らかの疾病を有し深刻な健康問題を抱えていることが明らかとなった。入所者の疾病は深刻な疾病構造となっており、以下のような基本的な特徴が見出された。診療科目別では①内科(154)、②歯科(86)、③整形外科(42)、④精神科(29)、⑤眼科(27)の順位となっており、これらの診療科目を複数受診(1.27)している実態にある。

表 15 入所者の疾病状況

	診療科目	診療科別受療者数	構成(%)	主な病名
1	内科	154	42.00	高血圧(46), 糖尿病(25), 肺炎等肺疾患(18), 肝炎・肝硬変(16), 胃・十二指腸潰瘍(15), 脳・心筋梗塞・心肥大(6), 悪性新生物(6), 結核(5), 貧血、胃炎等
2	歯科	86	23.40	むし歯, 歯槽膿漏, 義歯等
3	整形外科	42	11.40	ヘルニア・腰痛(20), 脱臼、骨折, 足指切断等
4	外科	2	0.50	外傷, 打撲等
5	泌尿器科	7	1.90	尿管結石, 尿路感染等
6	皮膚科	12	3.30	感染性皮膚炎, 紅皮症, 白癬, 尋常性乾癬等
7	耳鼻科	8	2.20	難聴等
8	眼科	27	7.40	糖尿病・高血圧関連起因(12), 白内障(4), 老眼(2)他
9	精神科	29	7.90	うつ病(9), アルコール依存症(4), てんかん(2), 見当識障害(2), 統合失調(1), 知的障害(1)等
	合計	N=367	100%	
	有病率	70.24%	—	受療総数 203 人
		65.40%	—	受療者総数 189 人(歯科のみ 14 を除く)

- 1) 本表の「診療科別受療者数」は、診療科目の複数受診により受療者総数(179人)とは一致しない。
- 2) 入所者は原則として生活保護法は適用されないが、疾病など止むを得ない場合には医療扶助単給として保護が適用される。

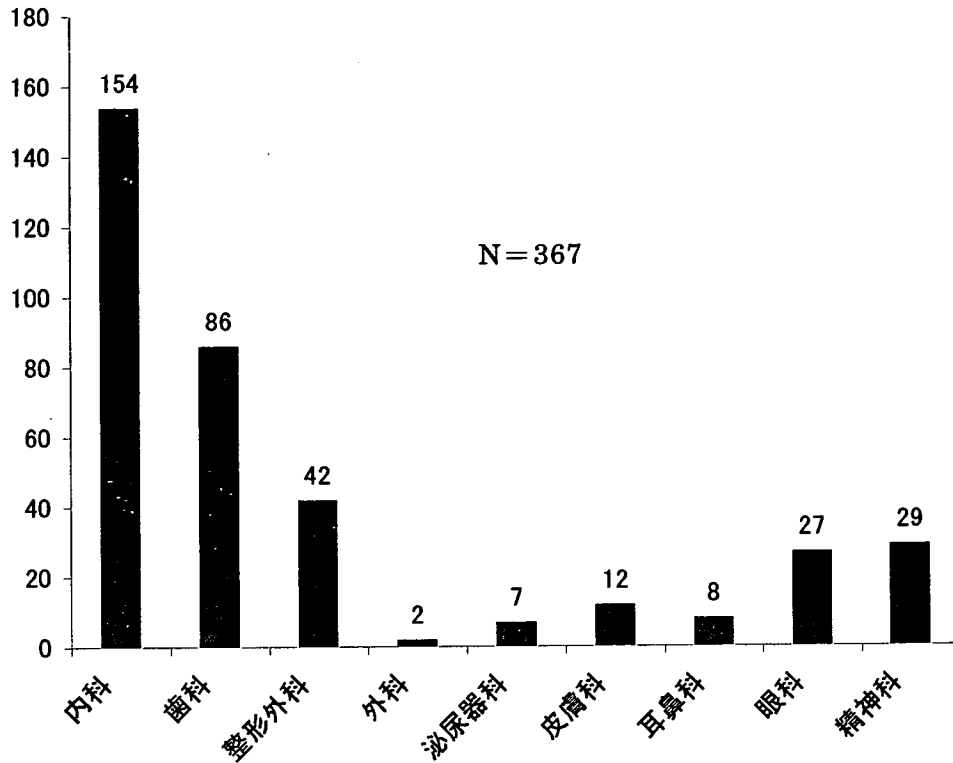


図4 入所者の疾病状況(N=367)

疾病内容については、主な病名として内科では、高血圧(46)、糖尿病(25)、肺炎等肺疾患(18)、肝炎・肝硬変(16)、胃・十二指腸潰瘍(15)、脳・心筋梗塞⁶・心肥大(6)、結核(5)、悪性新生物(6)、貧血(2)、結核(5)等、歯科ではむし歯、歯槽膿漏、義歯、整形外科ではヘルニア・腰痛症、眼科では糖尿病・高血圧関連起因(12)、白内障(4)、精神科ではうつ病(9)、アルコール依存症(4)、てんかん(2)、見当識障害(2)等があげられる。疾病構造の特徴として注目されるのは、以下4点に示された。

まず、1点目に、入所者の多くが、心筋梗塞・狭心症等の虚血性心疾患の発症リスク⁷である「高血圧」、「糖尿病」等の慢性疾患を抱えていることである。したがって、重症高血圧となっていることも知らずに放置している人が、就労中の死亡事故がおこっても不思議はない。既に心筋梗塞等発症ケースや合併症としての糖尿病性の眼科疾患が多数見受けられ

⁶ 心筋梗塞や脳梗塞、狭心症の虚血性心疾患は、血液中にコレステロールが増えることで血管の内壁に脂質が蓄積した塊(プラーク)ができこのプラークが破れて血栓が生るなど血液の流れが悪くなり発症する。心筋梗塞は冠動脈が詰まり、心臓の筋肉に必要な酸素や栄養が届かなくなって心筋が壊死してしまう病気。激しい胸の痛みや呼吸困難などの症状が出る。突然死で多い急性心臓死は、大半が虚血性心疾患が原因とされる。

⁷ 心筋梗塞、狭心症等その発症リスクは、生活習慣病である「高血圧」、「糖尿病」を誘因とするもので食事や運動などライフスタイルと密接な関連がある。そのため予防的には早期発見と生活習慣の改善が重要とされる。

ている。心筋梗塞と狭心症の誘因は、「高血圧」、「糖尿病」等による生活習慣病であり、日本人の三大死因の一つで「健康日本 21」において健康政策として取上げられている。また、消化器管の潰瘍、肝炎などの疾患も多い。しかしながら、これまでの路上の生活では適切な治療や必要な食事療法、生活習慣の改善など望むべくもない。

2点目は、口腔の不健康である。入所者の多くはむし歯を治療することなく長年放置した結果、年齢の割に歯の欠損が多い。同様に歯槽膿漏等の歯周病を長期に放置したことから前歯、臼歯を問わず欠損状態となっている人が殆どである。生活習慣の中で歯磨き、ブラッシングもしていないことから歯周病の進行に任せたまま放置してきたことが考えられ、口腔内の清潔の保持は困難であったことが確認される。殆どの場合、痛みを我慢し治療せず放置している。指導員の話によるとむし歯や歯槽膿漏などでも進行に任せ歯がグラグラになってから、「糸で引っ張って抜いた」、「歯がないんで硬いもんは飲み込んでいいる。」といった人が多いという。入所者の歯科受診は全診療科目のうち 23.40%を占め、口腔の健康状態は壊滅的である。前歯、臼歯の欠損は、単に就職の面接に不利といった外面的なことに留まらず、咀嚼に相当な困難をきたしていることが考えられる。これらのことから健康を保つ上で最も大切な食物摂取にも影響を与え、前者の内科疾患等不健康へ傾斜していることが考えられる。

3点目は、ヘルニア・腰痛といった整形外科の疾患である。これらの疾患については、かつて建築・土木作業で働いていた頃、解体現場の階段で足を踏み外し肩や腰を痛めたり、建築現場の足場からの転落、ケガ等で失職しているケースも多く、いわば“古傷”によるものが散見される。また、入所者のアンケート調査結果では、表 8 のとおり、野菜類を摂取していない者が約 70%となっており、劣悪な食生活となっている。確証はないものの食物摂取との関係において歯が悪いことで野菜、栄養のある固形物などの咀嚼が困難なこと、とりわけカルシウム等栄養状態の不良、昼夜の逆転生活からビタミン D の不足、劣悪な環境条件などが考えられる。

最後の 4 点目の特徴としては、うつ病、アルコール依存症、てんかん等の精神疾患が挙げられる。受診者数こそ 29 件(7.90%)とやや少ないが、既往や心因反応があるものの病識が欠如し精神科受診を忌避している者などを算入すると実際はもっと多くなる。長年の路上生活から排除、差別、襲撃等の経験を有するものも多く日常的恐怖と不安により精神的健康度を保てない状況が指摘される。特に「野宿者襲撃事件」に象徴されるように根底にはいじめの構造があり、攻撃は弱者に向けられる。こういった中学生や高校生からの夜間の襲撃を避けるため転々と移動し、昼間に寝ていたという者もいた。問題は健康問題にとどまらない。精神疾患のなかには人格の崩壊過程をたどるものもあり、適切な受診、服薬等医療ケアが必要とされる。貧困の誘因という視点から保護受給層の精神疾患について、厚生労働省による医療扶助実態調査「病類別医療扶助受給件数の構成比」でみると、表 16 のとおり、精神疾患の入院外で 5.6%(2007)であり、自立支援センター入所者の調査結果 7.9%とほぼ近い構成比となっており、保護受給層との類似性が認められる。このことは行動障害、心因反応等精神疾患を端緒として生活破綻をきたしその結果、ホームレスになっ

ているという可能性や、逆にホームレスという厳しい生活環境のなかで心身ともに疲弊し精神疾患を患ったという可能性も考えられる。

表 16 病類別医療扶助受給件数の構成比

	構成比	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環系の疾患	呼吸系の疾患	消化系疾患	筋骨格系及び結合組織疾患	その他
2005	100.0%	5.0	2.8	20.9	10.2	7.7	13.2	40.1
2006	100.0%	5.2	2.9	21.0	9.6	7.6	13.5	40.1
2007	100.0%	5.6	2.5	20.7	10.2	7.1	13.0	40.9

資料:厚生労働省「医療扶助実態調査」各年度

7) 健康に対する「情報弱者」の位置付け

一般的には、高い医療費、平均寿命、有病率、死亡率などの健康指標の知識レベルとか、健康に対する関心や、意識は非常に高い半面、日常のライフスタイルの変容⁸に繋がる行動化レベルでの実践は低調で意識レベルと行動化レベルとの格差が大きいとされている。表 8 のとおり、入所者の嗜好についてアンケート調査したところ、喫煙率 82.22%、常習飲酒 46.67%であり、禁煙したい等抑制意識は低く約 90%が「止めたいと思わない」と回答している。また、入所時の配布物品の「日用品及び衣類等の受領書」に記載された選択項目を殆どの入所者がコーヒー等よりも「タバコ」として選択している。一部、「タバコ」を選択していない入所者も見受けられるがその理由は支給される「タバコ」の銘柄(わかば)が好みではないといったものであり、殆どの入所者が喫煙者である。加えて高血圧症や糖尿病等の疾病があるにもかかわらず食事面では「漬物とか、塩魚など何でも醤油をかける。」「夜食でラーメンの汁も全部飲み干す。」と指導員の説明もありライフスタイルの問題が指摘される。健康意識レベルの低調さとともに健康への具体的な実践レベルにおいても最悪であると言ってよい。行動変容に繋がる基本的な健康情報の欠落、情報弱者としての立場が明らかとなっており、Risk Assessment を必要とする情報弱者としての立場を踏まえた健康政策の展開が急がれる。

3.2 医療へのアクセス

アンケート調査結果では表 9 のとおり、約 56%は保健福祉の制度若しくは医療アクセスの方法を知らないと思われる人である。また、病気、体調不良時の対応では約 30%は「お金が無くじっとしていた、横になってガマンした」としている。入所者の約 44%の人は自ら救急車を呼んだり、福祉事務所等へ相談するなど何とかアクセスができています。これまで病気があっても受診せず進行にまかせて放置している場合が半数を占めている。直ちに加療を要するまでもないが常時不全感を訴える半健康人⁹や病人が多い。高血圧、糖尿

⁸ 道中(1992)「心理臨床プラクティス—高血圧症者の運動指導への動機づけ」第6巻, 星和書店, pp. 77-79.

⁹ 半健康人とは日常生活には支障はないが、放置しておくとも高率に生活習慣病を発病する可能性のある人でいわゆる High risk group として位置づけられている。