

原 著

救急搬送要保護傷病入院患者調査からみた保健医療システムの課題の検討

Analysis of medical care system and health problems to homeless people
by the survey at an emergency hospital in Osaka City

高鳥毛敏雄¹, 多田羅浩三², 黒田研二³, 逢坂隆子⁴

1 大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座、

2 放送大学, 3 大阪府立大学人間社会学部

4 四天王寺国際仏教大学大学院

Toshio Takatorige¹, Kozo Tataru², Takako Ohsaka³, Kenji Kuroda⁴

¹Department of Social and Environmental Health, Osaka University Graduate School of Medicine、

²University of the Air, ³International Buddhist University

⁴School of Life and Environmental Sciences, Osaka Prefecture University

大阪市の要保護救急搬送者の半数以上が搬入されている救急病院の入院患者の調査を行い、要保護傷病者の保健医療課題について検討を行った。性別では、ほとんどが男性であった。疾病内容は3つに分けられた。やせなどの栄養不良、貧血、胃腸疾患、肺炎などの生活環境に起因するもの、高血圧、糖尿病などの長期にわたる生活習慣に起因するもの、肝臓病などの飲酒習慣に起因するものである。健康習慣については喫煙者、飲酒習慣を有する者の割合が一般人口集団と比し高かく、アルコール依存症の入院歴を有する者は約1割いた。飲酒者の中では過度の飲酒者が約3割、入院時禁断症状を呈する者が約1割いた。結核の既往歴を有する者も多く、入院後結核治療を要するようになり転院した者が1.8%いた。これらの人々は日頃、健診を受ける機会が少なく、結核および生活習慣病の対策が大きな課題であると考えられた。最大の健康課題は、高血圧や糖尿病などの生活習慣病であった。救急搬送による入院は、栄養の補給、体調の回復などの点からは大きな役割を果たしているように思われたが、生活習慣病の有病者にとっては受療の継続が必要であっても、退院後は放置せざるを得ない状況にあった。歯については、すべてなくしている者が多かった。生活保護受給者でも、生活リズムが保てずに救急搬送され入院で治療を受ける状況の者が多くいた。要保護傷病者の保健医療課題に対応して行くには、これまでつくり上がられている救急隊、救急病院、福祉事務所だけの対応では根本的な問題解決にはつながっていないとはいえず、これらの関係機関に加えて、官公民私に関係機関が絡み合って、要保護傷病者が健康診断の受診機会をもうけることや外来診療の場を構築するなど新たな保健医療制度の構築が必要であると考えられた。

To clarify the health status and medical problems of homeless people, we investigated the inpatients to an emergency hospital at Nishinari-ku in Osaka city. Medical cost of emergency patients who have no health insurance card and no money is paid from welfare office by the Livelihood Protection Law. More than half of homeless emergency patients in Osaka City were carried to K hospital at Nishinari-ku. These patients are dealt as the cases under the Livelihood Protection Law. Almost patients were men. Their diseases were divided into three groups, first is disease related to life conditions such as undernourishment, anemia, a gastro-enteric disease and pneumonia, second is disease related to lifestyle disease such as high

blood pressure and diabetes mellitus, and third is disease related to drinking habits such as liver functional failure. They had several bad health habits. Smoker and drinker are more popular than general population. About 10% patient had experience of admission because of the alcohol dependence. About 30% patient had an excessive drinking habit. About 10% patients had a withdrawal symptom for alcohol dependency. About 15% person had the past history of tuberculosis. 1.8% patient diagnosed as active tuberculosis after admission and transferred tuberculosis hospital. As these people has little opportunity for health check-ups and outpatient service, the early detection of disease such as tuberculosis, high blood pressure and diabetes is important for these people but medical service for these people was limited to emergency care under the existing medical system. By admission of emergency hospital, they can recover their general conditions and nourishment and get a rest for the life difficulties. The medical control about high blood pressure and high blood glucose to inpatients were left along after the discharge from the hospital. As for the state of tooth, almost people lost their tooth because of little opportunity of consulting a dentist. Recently, many patients already had gone on welfare service before the emergency admission. But it couldn't be said that it was a fundamental solution of a health control problem that people was on welfare. In the present situation, medical care for homeless people was supplied as combined services among the emergency care system, an emergency hospital and a welfare office. From now on, adding these services, health checkups service and outpatient medical service should be supplied for these people. Coordination among public sector, private sector and the related organizations is very important to health maintenance and support for these people. We should construct a fully worked-out plan concerned about medical care system for homeless people because the present care system is very expensive and is not fitted to their medical need.

キーワード： ホームレス患者、健康状態、救急搬送、救急病院、生活保護法

Key words: homeless patients, health status, ambulance, emergency hospital, Livelihood Protection Law

はじめに

わが国は世界の中でも最も平均寿命が長く、G N P 世界第 2 位の豊かな社会を実現している。しかし、一方で、大都市の公共空間、たとえば公園や河川敷にはブルーテントが目立つ状況にある。わが国は昭和 36 年に国民皆保険体制を確立しているはずであるが、大都市には不安定雇用者が多く存在し、医療保険を有さず、しかも経済的に困窮しているために医療サービスにつながっていない多くの人々が存在している。これらの人々が利用できる医療サービスは緊急保護的な救急医療¹⁾²⁾³⁾⁴⁾と数少ない無料低額診療施設における医療に限られている。これらの人々は要保護傷病者として扱われている。要保護傷病者とは、(1)責任のある家族、知人等の引取者がなく、かつ、治療費の支弁能力がない者、(2)生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)に規定する被保護者又は要保護者、(3)行旅病人及行旅死亡人取扱法(明治 32 年法律第 93 号)に規定する行旅病人若しくは行旅死亡人又はこれらに準ずべき者であり、これらの者を搬送した場合、担当した救急隊は搬送後、要保護傷病者送院通知書を救急現場の管轄福祉事務所長に通知することにより、入院中の医療費が福祉事務所から支払われ

ることになっている。大阪市の要保護傷病者数は過去 30 年の間に大幅に増加している(図 1)。野宿生活者が高齢化してきたために生活保護受給者に移行する者が多くなったため、ようやく近年要保護救急患者数は減少傾向となった。しかし、社会的な保護者数の形態が変わっただけであって要保護者の絶対数は減っていないと考えられる⁵⁾。本研究では野宿生活者の救急患者を主とした診療活動を行っている救急医療施設に入院した患者の実態調査を行い、野宿生活者等の人々の保健医療課題を明らかにしようとした。

方法と対象

大阪市の要保護傷病者の約半数は西成区で発生している(図 2)。調査を行った K 病院は西成区に立地し、要保護傷病救急患者の救急診療のみを行うベッド数 200 床の病院である。病院に搬入される患者は月平均 700 件、入院患者数は月平均 200 人である。今回の調査対象者の中には生活保護受給している者もいたが、これらの者はかつて要保護傷病者であったと考えられることから、含めて分析した。救急搬送されている要保護傷病者の約 7 ~ 8 割は、脳外科、整形外科、交通

図1 要保護傷病者搬送状況の推移

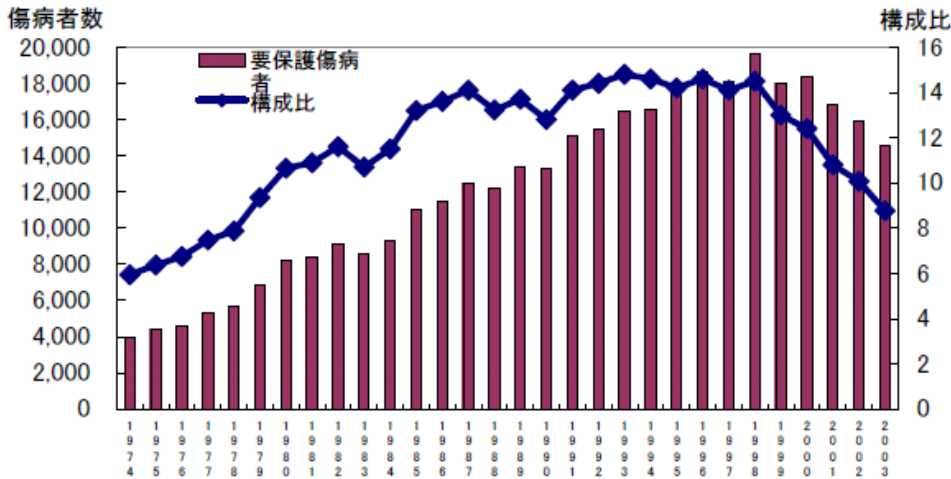
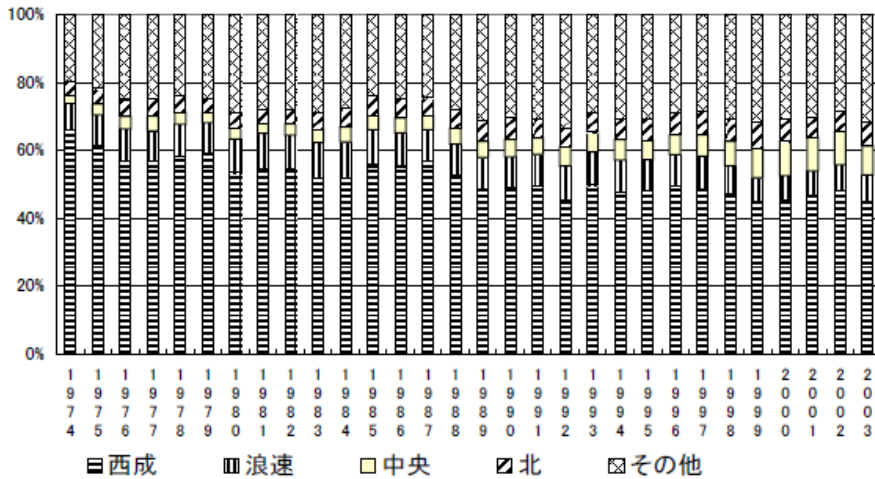


図2 大阪市の要保護傷病者搬送者の区別構成比の推移



外傷関連傷病者以外の患者であり⁶⁾、K病院は大阪市の外科系以外の患者の半数程度を扱っている。そのため、この入院患者調査は大阪市の要保護傷病の内科系救急入院患者の特性を代表する集団であると考えられる。調査は平成13年10月15日からの3か月間に救急入院した患者を対象とした。ただし、短時間で自己退院した者、意識障害があり聞き取りのできなかった一部の患者は除外した。調査を行った延べ患者数607人、実人数は569人である。調査の実施にあたっては、調査病院の院長、看護部長、事務長からなる倫理委員会を開催し、承認を得た。また、調査にあたっては、診療録の直接の閲覧は行わず、病院の事務職員、医師、看護師により、研究者が作成した調査票に転記してもらう形式で行った。調査票には、個人を特定できる氏名、住所、患者番号はなく、個人情報保護には十分配慮して行った。生活歴については担当看護師が入院中に患者から直接面接聞き取る方法で行った。分析対象

者の救急搬送時の発見場所は「西成区」の者が全体の59.9%であり、ついで「浪速区」8.8%であった。搬送理由は「疾病」81.5%、「外傷」5.1%であった。

調査の結果

1. 分析対象者の属性 (表1)

「男性」の割合が97.2%であった。年齢階級別には「50歳未満」の者は12.3%、「50-59歳」34.3%、「60-69歳」37.1%、「70歳以上」15.1%であった。本籍地については、「近畿」の者が最も割合が高く23.6%、次いで「九州・沖縄」であった。50歳未満の者では「近畿」の割合が高く、50-59歳の者では「九州・沖縄」の割合が最も高かった。

最終学校については、「小・中」の者の割合が55.7%、高年齢階級の者で「小・中」の割合が高かった。直近の収入を得ていた仕事は、の割合が56.9%、ついで「運送業・運転手」、「会社員(事務系)」、「工場労働

表1 分析対象者の属性

		50歳未満		50-59歳		60-69歳		70歳以上		不詳		総数		
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
性別	男性	69	(98.6)	189	(96.9)	210	(99.5)	79	(91.9)	6	(85.7)	553	(97.2)	
	女性	1	(1.4)	6	(3.1)	1	(0.5)	7	(8.1)	1	(14.3)	16	(2.8)	
本籍地	北海道・東北	6	(8.6)	17	(8.7)	10	(4.7)	3	(3.5)	1	(14.3)	37	(6.5)	
	関東	2	(2.9)	11	(5.6)	13	(6.2)	1	(1.2)	0	(0.0)	27	(4.7)	
	北陸・中部	8	(11.4)	24	(12.3)	16	(7.6)	2	(2.3)	0	(0.0)	50	(8.8)	
	近畿	22	(31.4)	38	(19.5)	51	(24.2)	22	(25.6)	1	(14.3)	134	(23.6)	
	中国・四国	8	(11.4)	34	(17.4)	24	(11.4)	7	(8.1)	0	(0.0)	73	(12.8)	
	九州・沖縄	12	(17.1)	55	(28.2)	39	(18.5)	10	(11.6)	2	(28.6)	118	(20.7)	
	その他不明	12	(17.1)	16	(8.2)	58	(27.5)	41	(47.7)	3	(42.9)	130	(22.8)	
最終学校	小・中	25	(35.7)	107	(54.9)	129	(61.1)	51	(59.3)	5	(71.4)	317	(55.7)	
	職業高	3	(4.3)	6	(3.1)	3	(1.4)	5	(5.8)	0	(0.0)	17	(3.0)	
	高校	21	(30.0)	47	(24.1)	27	(12.8)	5	(5.8)	0	(0.0)	100	(17.6)	
	専門	2	(2.9)	2	(1.0)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(0.9)	
	その他	4	(5.7)	7	(3.6)	14	(6.6)	5	(5.8)	0	(0.0)	30	(5.3)	
	不明	15	(21.4)	26	(13.3)	37	(17.5)	20	(23.3)	2	(28.6)	100	(17.6)	
直近仕事	日雇い	43	(61.4)	115	(59.0)	116	(55.0)	34	(39.5)	4	(57.1)	312	(54.8)	
	特別清掃	0	(0.0)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)	
	廃品回収	1	(1.4)	7	(3.6)	3	(1.4)	3	(3.5)	0	(0.0)	14	(2.5)	
	その他	8	(11.4)	32	(16.4)	36	(17.1)	14	(16.3)	1	(14.3)	91	(16.0)	
	無職・不詳	18	(25.7)	40	(20.5)	56	(26.5)	35	(40.7)	2	(28.6)	151	(26.5)	
生活場所	簡易宿泊施設	29	(41.4)	71	(36.4)	44	(20.9)	8	(9.3)	1	(14.3)	153	(26.9)	
	アパート・文化住 ¹	9	(12.9)	26	(13.3)	65	(30.8)	43	(50.0)	0	(0.0)	143	(25.1)	
	住み込み	0	(0.0)	3	(1.5)	1	(0.5)	3	(3.5)	0	(0.0)	7	(1.2)	
	寄宿	0	(0.0)	6	(3.1)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(1.2)	
	飯場	6	(8.6)	9	(4.6)	6	(2.8)	2	(2.3)	1	(14.3)	24	(4.2)	
	福祉施設	3	(4.3)	6	(3.1)	12	(5.7)	3	(3.5)	0	(0.0)	24	(4.2)	
	シェルター	6	(8.6)	20	(10.3)	8	(3.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	34	(6.0)	
	テント・公園	5	(7.1)	22	(11.3)	10	(4.7)	1	(1.2)	0	(0.0)	38	(6.7)	
	テント・河川敷	0	(0.0)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)	
	テント・その他	5	(7.1)	8	(4.1)	12	(5.7)	2	(2.3)	0	(0.0)	27	(4.7)	
	路上	12	(17.1)	38	(19.5)	22	(10.4)	6	(7.0)	0	(0.0)	78	(13.7)	
	河川敷	0	(0.0)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)	
	高架下	2	(2.9)	4	(2.1)	2	(0.9)	1	(1.2)	0	(0.0)	9	(1.6)	
	地下街	1	(1.4)	3	(1.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(0.7)	
	屋外・建物	1	(1.4)	7	(3.6)	5	(2.4)	1	(1.2)	1	(14.3)	15	(2.6)	
	屋外・その他	1	(1.4)	6	(3.1)	6	(2.8)	2	(2.3)	1	(14.3)	16	(2.8)	
	不明	16	(22.9)	35	(17.9)	54	(25.6)	18	(20.9)	3	(42.9)	126	(22.1)	
	健康保険	国保	0	(0.0)	1	(0.5)	3	(1.4)	2	(2.3)	0	(0.0)	6	(1.1)
		社保	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)
ない		57	(81.4)	164	(84.1)	127	(60.2)	31	(36.0)	5	(71.4)	384	(67.5)	
その他		5	(7.1)	16	(8.2)	60	(28.4)	44	(51.2)	1	(14.3)	126	(22.1)	
不明		8	(11.4)	14	(7.2)	20	(9.5)	9	(10.5)	1	(14.3)	52	(9.1)	
生活保護	受給していない	55	(78.6)	165	(84.6)	124	(58.8)	28	(32.6)	5	(71.4)	377	(66.3)	
	入院前より受給	6	(8.6)	9	(4.6)	60	(28.4)	42	(48.8)	0	(0.0)	117	(20.6)	
	入院後受給	0	(0.0)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)	
	未記入	9	(12.9)	20	(10.3)	27	(12.8)	16	(18.6)	2	(28.6)	74	(13.0)	
総数		70	(100)	195	(100)	211	(100)	86	(100)	7	(100)	569	(100)	

者」、「自営業」であった。無職の者の無職である理由については、「仕事がない」の者が41.1%で最も高く、ついで「病気のため」、「高齢のため」、「けが・障害のため」であった。50歳未満、50-59歳、60-69歳の者では、「仕事がない」の者が最も高かった。無職になってからの年数については、「1-4年」の者が21.1%で最も高かった。

住居の種別・生活状況については、「簡易宿泊施設」の者が26.9%で最も高く、ついで「アパート・文化住宅」、「路上」、「テント・公園」、「シェルター」の者であった。50歳未満、50-59歳の者では、「簡易宿泊施設」の者が41.4%で最も高かったが、60-69歳、

70歳以上の者では、「アパート・文化住宅」の者が最も高かった。医療保険の種別については、医療保険が「ない」者の割合が67.5%であった。特に50歳未満、50-59歳の者では「ない」者の割合が高かった。70歳以上の者では「その他」の者の割合が高かった。生活保護の受給状況については、「受給していない」者の割合が66.3%であった。ついで、「入院前より受給」、「入院後受給」であった。「入院後受給」となった者は1人のみであった。50歳未満、50-59歳の年齢階級の者では「受給していない」者の割合が高かった。60-69歳の者で「入院前より受給」の者の割合が高かった。70歳以上の者では、「入院前より受給」の者の割合が

半数を占めていた。退院後の生活保護については、「なし」の者の割合が52.5%、「継続」の者が18.5%であった。

肥満度については、「やせ」の者36.4%、「普通」37.3%、「過体重」5.1%、「肥満」4.0%であった。50歳未満の者では、「普通」の者の割合が41.4%で最も高かったが、過体重の者の割合が他の年齢階級の者に比べて高かった。50-59歳の者では、「やせ」の者が

2. 身体および疾病の状況(表2)

表2 身体および疾病の状況

		50歳未満		50-59歳		60-69歳		70歳以上		不詳		総数	
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
肥満度	やせ	20	(28.6)	89	(45.6)	64	(30.3)	31	(36.0)	3	(42.9)	207	(36.4)
	普通	29	(41.4)	70	(35.9)	83	(39.3)	29	(33.7)	1	(14.3)	212	(37.3)
	過体重	8	(11.4)	5	(2.6)	12	(5.7)	3	(3.5)	1	(14.3)	29	(5.1)
	肥満	4	(5.7)	4	(2.1)	11	(5.2)	3	(3.5)	1	(14.3)	23	(4.0)
	不明	9	(12.9)	27	(13.8)	41	(19.4)	20	(23.3)	1	(14.3)	98	(17.2)
最高血圧	-90			1	(0.5)	4	(1.9)	1	(1.2)			6	(1.1)
	90-140	33	(47.1)	75	(38.5)	78	(37.0)	28	(32.6)	2	(28.6)	216	(38.0)
	140-160	19	(27.1)	47	(24.1)	51	(24.2)	17	(19.8)			134	(23.6)
	160-180	7	(10.0)	37	(19.0)	49	(23.2)	21	(24.4)	2	(28.6)	116	(20.4)
	180-200	5	(7.1)	17	(8.7)	14	(6.6)	9	(10.5)			45	(7.9)
	200-	1	(1.4)	12	(6.2)	8	(3.8)	9	(10.5)	3	(42.9)	33	(5.8)
不明	5	(7.1)	6	(3.1)	7	(3.3)	1	(1.2)			19	(3.3)	
最小血圧	-90	43	(61.4)	106	(54.4)	111	(52.6)	45	(52.3)	2	(28.6)	307	(54.0)
	90-95	6	(8.6)	15	(7.7)	24	(11.4)	11	(12.8)			56	(9.8)
	95-110	13	(18.6)	49	(25.1)	53	(25.1)	21	(24.4)	3	(42.9)	139	(24.4)
	110-130	2	(2.9)	16	(8.2)	11	(5.2)	6	(7.0)	1	(14.3)	36	(6.3)
	130-	1	(1.4)	3	(1.5)	5	(2.4)	1	(1.2)	1	(14.3)	11	(1.9)
	不明	5	(7.1)	6	(3.1)	7	(3.3)	2	(2.3)			20	(3.5)
現病歴	高血圧	4	(5.7)	43	(22.1)	47	(22.3)	27	(31.4)	4	(57.1)	125	(22.0)
	高脂血症	7	(10.0)	10	(5.1)	7	(3.3)	2	(2.3)	1	(14.3)	27	(4.7)
	糖尿病	5	(7.1)	29	(14.9)	26	(12.3)	8	(9.3)	0	(0.0)	68	(12.0)
	貧血	4	(5.7)	31	(15.9)	25	(11.8)	8	(9.3)	0	(0.0)	68	(12.0)
	低栄養	3	(4.3)	29	(14.9)	29	(13.7)	19	(22.1)	0	(0.0)	80	(14.1)
	悪性新生物			4	(2.1)	10	(4.7)	8	(9.3)	0	(0.0)	22	(3.9)
	精神疾患	6	(8.6)	5	(2.6)	6	(2.8)	2	(2.3)	0	(0.0)	19	(3.3)
	脳血管疾患	4	(5.7)	22	(11.3)	30	(14.2)	19	(22.1)	1	(14.3)	76	(13.4)
	心疾患	5	(7.1)	31	(15.9)	51	(24.2)	28	(32.6)	2	(28.6)	117	(20.6)
	呼吸器疾患	13	(18.6)	43	(22.1)	55	(26.1)	21	(24.4)	4	(57.1)	136	(23.9)
	胃腸疾患	42	(60.0)	104	(53.3)	99	(46.9)	31	(36.0)	2	(28.6)	278	(48.9)
	肝疾患	50	(71.4)	152	(77.9)	157	(74.4)	58	(67.4)	3	(42.9)	420	(73.8)
	腎疾患	2	(2.9)	9	(4.6)	13	(6.2)	7	(8.1)	0	(0.0)	31	(5.4)
	中毒	5	(7.1)	10	(5.1)	9	(4.3)	2	(2.3)	0	(0.0)	26	(4.6)
	皮膚疾患	1	(1.4)	6	(3.1)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(1.4)
	その他	54	(77.1)	137	(70.3)	151	(71.6)	54	(62.8)	5	(71.4)	401	(70.5)
既往歴	高血圧	2	(2.9)	15	(7.7)	24	(11.4)	14	(16.3)	3	(42.9)	58	(10.2)
	高脂血症	0	(0.0)	2	(1.0)	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(14.3)	4	(0.7)
	糖尿病	7	(10.0)	21	(10.8)	20	(9.5)	6	(7.0)	0	(0.0)	54	(9.5)
	貧血	3	(4.3)	1	(0.5)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(0.9)
	低栄養	1	(1.4)	4	(2.1)	7	(3.3)	3	(3.5)	0	(0.0)	15	(2.6)
	悪性新生物			1	(0.5)	5	(2.4)	3	(3.5)	0	(0.0)	9	(1.6)
	精神疾患	6	(8.6)	4	(2.1)	6	(2.8)	1	(1.2)	0	(0.0)	17	(3.0)
	脳血管疾患	2	(2.9)	16	(8.2)	18	(8.5)	10	(11.6)	0	(0.0)	46	(8.1)
	心疾患			9	(4.6)	13	(6.2)	6	(7.0)	0	(0.0)	28	(4.9)
	呼吸器疾患	7	(10.0)	28	(14.4)	30	(14.2)	10	(11.6)	1	(14.3)	76	(13.4)
	胃腸疾患	18	(25.7)	57	(29.2)	52	(24.6)	13	(15.1)	1	(14.3)	141	(24.8)
	肝疾患	19	(27.1)	48	(24.6)	65	(30.8)	28	(32.6)	0	(0.0)	160	(28.1)
	腎疾患	0	(0.0)	5	(2.6)	2	(0.9)	1	(1.2)	0	(0.0)	8	(1.4)
	中毒	3	(4.3)	8	(4.1)	12	(5.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	23	(4.0)
	皮膚疾患	0	(0.0)	1	(0.5)	1	(0.5)	1	(1.2)	0	(0.0)	3	(0.5)
	その他	26	(37.1)	62	(31.8)	57	(27.0)	34	(39.5)	1	(14.3)	180	(31.6)
未記入	13	(18.6)	30	(15.4)	36	(17.1)	17	(19.8)	3	(42.9)	99	(17.4)	
結核既往	ない	55	(78.6)	147	(75.4)	150	(71.1)	67	(77.9)	4	(57.1)	423	(74.3)
	ある	9	(12.9)	34	(17.4)	36	(17.1)	7	(8.1)	1	(14.3)	87	(15.3)
	不明	6	(8.6)	14	(7.2)	25	(11.8)	12	(14.0)	2	(28.6)	59	(10.4)
アルコール依存症治療入院歴	ない	51	(72.9)	155	(79.5)	177	(83.9)	76	(88.4)	4	(57.1)	463	(81.4)
	ある	12	(17.1)	30	(15.4)	15	(7.1)	1	(1.2)	1	(14.3)	59	(10.4)
不明	7	(10.0)	10	(5.1)	19	(9.0)	9	(10.5)	2	(28.6)	47	(8.3)	
総数		70	(100)	195	(100)	211	(100)	86	(100)	7	(100)	569	(100)

45.6%で最も高かった。60-69歳の者では、「やせ」の者が30.3%、70歳以上の者では、「やせ」の者が36.0%であった。「やせ」の者の割合は、50歳代の者で最も高く、「過体重・肥満」の者は50歳未満の者に最も高かった。

最高血圧については、「90-140」の者が38.0%であったが、「140-160」が23.6%、「160-180」が20.4%、「180-200」が7.9%であった。「200以上」の者の割合は5.8%であった。最小血圧については、「95-110」の者24.4%、「90-95」が9.8%、「110-130」が6.3%であった。「130以上」の者の割合は1.9%であった。現病歴については今回の入院の主たる疾患名を3つ以内を選び出した。現病として多かったものは、「肝疾患」の者が73.8%、「胃腸疾患」が48.9%、「呼吸器疾患」23.9%、「高血圧」22.0%、「心疾患」20.6%、「低栄養」14.1%、「脳血管疾患」13.4%、「糖尿病」12.0%、「貧血」12.0%であった。いずれの年齢階級の者でも「肝疾患」の者の割合が著しく高かった。「胃腸疾患」は年齢階級が若い者においてその割合が高かった。「高血圧」「心疾患」「脳血管疾患」は年齢階級が高い者においてその割合が高かった。「精神疾患」は若い者においてその割合が高かった。

既往歴については多い順に、「肝疾患」28.1%、「胃腸疾患」24.8%、「呼吸器疾患」13.4%、「高血圧」10.2%、「糖尿病」9.5%、「脳血管疾患」8.1%であった。結核既往歴がある者の割合が15.3%であった。50歳未満の者でも高く12.9%であった。アルコール依存症の入院歴がある者の割合は10.4%であり、若い年齢階級の者でその割合が高かった。入院歴のある者の入院回数は「1回」の者の割合が最も高く49.2%であった。

3. 健康習慣について(表3、表4)

睡眠状況については、「あまり眠れない」の者の割合が29.9%と最も多く、50-59歳の者では「あまり眠れない」の者の割合が高く34.4%であった。睡眠時間については、「4-6時間」の者の割合が最も高く29.7%、ついで「7-9時間」、「1-3時間」であった。若い年齢階級の者に「1-3時間」の者の割合が高かった。喫煙習慣については、「吸う」の者の割合は70.8%であった。50歳未満、50-59歳の者で、「吸う」者の割合が高かった。喫煙者の喫煙本数は、「20-29本」の者の割合が39.7%で最も高かった。ついで「10-19本」、「0-9

本」、「40本以上」、「30-39本」であった。50歳未満の者では、他の年齢階級に比し「40本以上」の者の割合17.0%で高かった。飲酒習慣については、「ほぼ毎日」の者の割合は39.2%、「飲まない」22.8%、「時々」16.2%、「止めた」6.7%であった。「ほぼ毎日」の者の割合は、50歳未満の者で高く47.1%であった。「ほぼ毎日飲む」の者における過度の飲酒傾向が「あり」の者の割合は33.6%であった。50歳未満の者で最も高く48.5%であった。「ほぼ毎日飲む」の者の中の入院後の禁断症状の「あり」の者の割合は13.5%であった。飲酒場所については、「居所」の者の割合が27.6%、「酒屋」22.2%、「路上」21.6%などであった。毎日飲酒者の飲酒量の分布については、「5合以上」の者の割合32.3%と最も高く、ついで「3合」22.0%であった。「5合以上」の者の割合は50歳未満の者では42.4%であり、若い年齢階級の者に「5合以上」の飲酒者の割合が高かった。

4. 心身の状態について(表5、表6)

身体上の障害については、「視力障害」がある者が18.8%、「運動障害」がある者10.7%、「聴力障害」がある者9.3%、「身体可動性の障害」がある者が7.9%であった。年齢階級が上がるにつれ、「視力障害」、「運動障害」、「聴力障害」がある者の割合が高かった。日常生活動作能力については、「ほぼ自立」の者が82.1%、「一部介助」7.4%、「全面介助」1.8%であった。年齢階級が上がるにつれて「ほぼ自立」の者の割合が低かった。残存歯数については、「ほとんどない」の者が43.6%であった。「ほとんどない」の者の割合は、50歳未満の者では28.6%、50-59歳の者37.4%、60-69歳の者45.5%、70歳以上の者65.1%であった。60歳以上の者ではほとんど歯がない者が半数を超えていた。残存歯がほとんどない者の中で義歯がない者が60.3%であった。この割合は50歳未満の者では65.7%、50-59歳の者71.8%、60-69歳の者54.5%、70歳以上の者45.3%であった。歯がない人の中で義歯がない者の割合は若い年齢階級の者が高かった。

5. 体調不良時の対応状況(表7)

体調不良時の対応については、「救急車を呼ぶ」とした者の割合が34.4%、「受診する」が20.4%であった。年齢階級別には「救急車を呼ぶ」とした者の割合は50歳未満の者では35.9%、50-59歳の者35.9%、

表3 健康習慣について

	50歳未満		50-59歳		60-69歳		70歳以上		不詳		総数		
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
睡眠状況	よく眠れる	16	(22.9)	46	(23.6)	53	(25.1)	20	(23.3)	1	(14.3)	136	(23.9)
	まあ眠れる	20	(28.6)	46	(23.6)	44	(20.9)	23	(26.7)	2	(28.6)	135	(23.7)
	あまり眠れない	15	(21.4)	67	(34.4)	67	(31.8)	20	(23.3)	1	(14.3)	170	(29.9)
	ほとんど	5	(7.1)	12	(6.2)	6	(2.8)	1	(1.2)	0	(0.0)	24	(4.2)
	未記入	14	(20.0)	24	(12.3)	41	(19.4)	22	(25.6)	3	(42.9)	104	(18.3)
睡眠時間	1-3時間	9	(12.9)	26	(13.3)	22	(10.4)	5	(5.8)	0	(0.0)	62	(10.9)
	4-6時間	23	(32.9)	59	(30.3)	68	(32.2)	18	(20.9)	1	(14.3)	169	(29.7)
	7-9時間	16	(22.9)	53	(27.2)	45	(21.3)	26	(30.2)	2	(28.6)	142	(25.0)
	10時間以上	1	(1.4)	2	(1.0)	3	(1.4)	2	(2.3)	0	(0.0)	8	(1.4)
	未記入	21	(30.0)	55	(28.2)	73	(34.6)	35	(40.7)	4	(57.1)	188	(33.0)
喫煙習慣	吸う	53	(75.7)	150	(76.9)	144	(68.2)	52	(60.5)	4	(57.1)	403	(70.8)
	止めた	1	(1.4)	8	(4.1)	17	(8.1)	7	(8.1)	0	(0.0)	33	(5.8)
	吸わない	5	(7.1)	22	(11.3)	30	(14.2)	17	(19.8)	1	(14.3)	75	(13.2)
	その他	1	(1.4)	3	(1.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(0.7)
	未記入	10	(14.3)	12	(6.2)	20	(9.5)	10	(11.6)	2	(28.6)	54	(9.5)
飲酒習慣	ほぼ毎日	33	(47.1)	90	(46.2)	83	(39.3)	15	(17.4)	2	(28.6)	223	(39.2)
	時々	10	(14.3)	37	(19.0)	29	(13.7)	15	(17.4)	1	(14.3)	92	(16.2)
	止めた	2	(2.9)	10	(5.1)	17	(8.1)	9	(10.5)	0	(0.0)	38	(6.7)
	飲まない	9	(12.9)	33	(16.9)	51	(24.2)	35	(40.7)	2	(28.6)	130	(22.8)
	未記入	16	(22.9)	25	(12.8)	31	(14.7)	12	(14.0)	2	(28.6)	86	(15.1)
	総数	70	(100)	195	(100)	211	(100)	86	(100)	7	(100)	569	(100)

表4 毎日飲酒者における、過度の飲酒傾向、入院後禁断症状ありの割合について

過度の飲酒傾向	あり	16	(48.5)	34	(37.8)	22	(26.5)	2	(13.3)	1	(50.0)	75	(33.6)
	なし	15	(45.5)	51	(56.7)	52	(62.7)	11	(73.3)	1	(50.0)	130	(58.3)
	不明	1	(3.0)	2	(2.2)	1	(1.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(1.8)
	未記入	1	(3.0)	3	(3.3)	8	(9.6)	2	(13.3)	0	(0.0)	14	(6.3)
入院後の禁断症状	あり	7	(21.2)	16	(17.8)	6	(7.2)	0	(0.0)	1	(50.0)	30	(13.5)
	なし	24	(72.7)	65	(72.2)	66	(79.5)	13	(86.7)	1	(50.0)	169	(75.8)
	不明	1	(3.0)	3	(3.3)	2	(2.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(2.7)
	未記入	1	(3.0)	6	(6.7)	9	(10.8)	2	(13.3)	0	(0.0)	18	(8.1)
飲酒量	5合以上	14	(42.4)	34	(37.8)	22	(26.5)	1	(6.7)	1	(50.0)	72	(32.3)
	4合	3	(9.1)	5	(5.6)	2	(2.4)	1	(6.7)	0	(0.0)	11	(4.9)
	3合	2	(6.1)	20	(22.2)	21	(25.3)	5	(33.3)	1	(50.0)	49	(22.0)
	2合	2	(6.1)	11	(12.2)	19	(22.9)	3	(20.0)	0	(0.0)	35	(15.7)
	1合	1	(3.0)	7	(7.8)	10	(12.0)	4	(26.7)	0	(0.0)	22	(9.9)
	不明	11	(33.3)	13	(14.4)	9	(10.8)	1	(6.7)	0	(0.0)	34	(15.2)
	総数	33	(100)	90	(100)	83	(100)	15	(100)	2	(100)	223	(100)

表5 身体上の障害、日常生活動作能力、残存歯の状況

	50歳未満		50-59歳		60-69歳		70歳以上		不詳		総数		
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
身体上の障害について	視力障害	8	(11.4)	31	(15.9)	39	(18.5)	26	(30.2)	3	(42.9)	107	(18.8)
	聴力障害	2	(2.9)	11	(5.6)	21	(10.0)	17	(19.8)	2	(28.6)	53	(9.3)
	運動障害	6	(8.6)	20	(10.3)	21	(10.0)	14	(16.3)	0	(0.0)	61	(10.7)
	言語障害	0	(0.0)	4	(2.1)	8	(3.8)	5	(5.8)	0	(0.0)	17	(3.0)
	痴呆症状	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(0.4)
	麻痺	4	(5.7)	11	(5.6)	10	(4.7)	4	(4.7)	0	(0.0)	29	(5.1)
	身体欠損	0	(0.0)	4	(2.1)	3	(1.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(1.2)
	身体可動性の障害	7	(10.0)	13	(6.7)	18	(8.5)	7	(8.1)	0	(0.0)	45	(7.9)
	特になし	43	(61.4)	129	(66.2)	125	(59.2)	37	(43.0)	3	(42.9)	337	(59.2)
	未記入	8	(11.4)	11	(5.6)	13	(6.2)	7	(8.1)	1	(14.3)	40	(7.0)
日常生活動作能力	ほぼ自立	59	(84.3)	170	(87.2)	177	(83.9)	56	(65.1)	5	(71.4)	467	(82.1)
	一部介助	2	(2.9)	8	(4.1)	16	(7.6)	16	(18.6)	0	(0.0)	42	(7.4)
	全面介助	1	(1.4)	1	(0.5)	4	(1.9)	4	(4.7)	0	(0.0)	10	(1.8)
	不明	8	(11.4)	16	(8.2)	14	(6.6)	10	(11.6)	2	(28.6)	50	(8.8)
残存歯の状況	ほとんど無い	20	(28.6)	73	(37.4)	96	(45.5)	56	(65.1)	3	(42.9)	248	(43.6)
	ある	37	(52.9)	83	(42.6)	58	(27.5)	9	(10.5)	2	(28.6)	189	(33.2)
	無記入	13	(18.6)	39	(20.0)	57	(27.0)	21	(24.4)	2	(28.6)	132	(23.2)
総数	70	(100)	195	(100)	211	(100)	86	(100)	7	(100)	569	(100)	

表6 残存歯がないとした者の義歯の有無

義歯	なし	46 (65.7)	140 (71.8)	115 (54.5)	39 (45.3)	3 (42.9)	343 (60.3)
	あり	11 (15.7)	29 (14.9)	54 (25.6)	31 (36.0)	2 (28.6)	127 (22.3)
	無記入	13 (18.6)	26 (13.3)	42 (19.9)	16 (18.6)	2 (28.6)	99 (17.4)
	総数	20 (100)	73 (100)	96 (100)	56 (100)	3 (100)	248 (100)

表7 体調不良時の対応、検診の状況

		50歳未満		50-59歳		60-69歳		70歳以上		不詳		総数	
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
病気・体調不良時(健康問題が生じたとき)対処の仕方・方法	何もしない	8	(11.4)	27	(13.8)	24	(11.4)	13	(15.1)	1	(14.3)	73	(12.8)
	受診する	11	(15.7)	32	(16.4)	46	(21.8)	27	(31.4)	0	(0.0)	116	(20.4)
	売薬を買う	16	(22.9)	36	(18.5)	33	(15.6)	12	(14.0)	0	(0.0)	97	(17.0)
	薬を貰う	2	(2.9)	2	(1.0)	2	(0.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(1.1)
	救急車を呼ぶ	25	(35.7)	70	(35.9)	78	(37.0)	19	(22.1)	4	(57.1)	196	(34.4)
過去1年以内の受検歴	受けた	15	(21.4)	52	(26.7)	49	(23.2)	12	(14.0)	1	(14.3)	129	(22.7)
	受けていない	43	(61.4)	109	(55.9)	118	(55.9)	55	(64.0)	4	(57.1)	329	(57.8)
	未記入	12	(17.1)	34	(17.4)	44	(20.9)	19	(22.1)	2	(28.6)	111	(19.5)
受診した人について、過去の受診場所	職場	5	(33.3)	11	(21.2)	6	(12.2)	0	(0.0)	1	(100.0)	23	(17.8)
	保健所・保健センター	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.8)
	臨時宿泊所	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	あいりん検診	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(8.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(3.1)
	施設内検診	0	(0.0)	4	(7.7)	1	(2.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(3.9)
	街頭検診	0	(0.0)	3	(5.8)	2	(4.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(3.9)
	医療機関検診	10	(66.7)	33	(63.5)	31	(63.3)	11	(91.7)	0	(0.0)	85	(65.9)
	その他	0	(0.0)	1	(1.9)	4	(8.2)	1	(8.3)	0	(0.0)	6	(4.7)
	未記入	1	(6.7)	1	(1.9)	4	(8.2)	2	(16.7)	0	(0.0)	8	(6.2)
	未受診者について、未受診の理由	受け方がわからない	2	(4.7)	15	(13.8)	24	(20.3)	14	(25.5)	0	(0.0)	55
機会がない		13	(30.2)	31	(28.4)	24	(20.3)	6	(10.9)	1	(25.0)	75	(22.8)
必要を感じない		15	(34.9)	32	(29.4)	36	(30.5)	19	(34.5)	1	(25.0)	103	(31.3)
受けたくない		3	(7.0)	1	(0.9)	1	(0.8)	2	(3.6)	0	(0.0)	7	(2.1)
その他		3	(7.0)	16	(14.7)	14	(11.9)	3	(5.5)	0	(0.0)	36	(10.9)
未記入		7	(16.3)	14	(12.8)	19	(16.1)	11	(20.0)	2	(50.0)	53	(16.1)
	総数	70	(100)	195	(100)	211	(100)	86	(100)	7	(100)	569	(100)

表8 転帰、入院日数区分、今後の予定

		50歳未満		50-59歳		60-69歳		70歳以上		不詳		総数	
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
退院後転帰	治癒	13	(18.6)	32	(16.4)	53	(25.1)	31	(36.0)	2	(28.6)	131	(23.0)
	自己強制	4	(5.7)	20	(10.3)	27	(12.8)	8	(9.3)	1	(14.3)	60	(10.5)
	転院	4	(5.7)	0	(0.0)	1	(0.5)	1	(1.2)	0	(0.0)	6	(1.1)
	死亡	48	(68.6)	142	(72.8)	124	(58.8)	42	(48.8)	4	(57.1)	360	(63.3)
	入院中	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(1.9)	3	(3.5)	0	(0.0)	7	(1.2)
	不明	1	(1.4)	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(1.2)	0	(0.0)	3	(0.5)
		0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.4)
入院日数	1週間未満	12	(17.1)	35	(17.9)	42	(19.9)	16	(18.6)	2	(28.6)	107	(18.8)
	1~2週間	9	(12.9)	13	(6.7)	25	(11.8)	11	(12.8)	1	(14.3)	59	(10.4)
	2~3週間	19	(27.1)	54	(27.7)	53	(25.1)	25	(29.1)	0	(0.0)	151	(26.5)
	3~4週間	19	(27.1)	59	(30.3)	49	(23.2)	21	(24.4)	3	(42.9)	151	(26.5)
	4週間以上	9	(12.9)	30	(15.4)	34	(16.1)	11	(12.8)	1	(14.3)	85	(14.9)
	不明	2	(2.9)	4	(2.1)	8	(3.8)	2	(2.3)	0	(0.0)	16	(2.8)
今後の予定	生保受給する	14	(20.0)	57	(29.2)	79	(37.4)	25	(29.1)	1	(14.3)	176	(30.9)
	施設に入所する	1	(1.4)	6	(3.1)	8	(3.8)	5	(5.8)	0	(0.0)	20	(3.5)
	故郷に帰る	1	(1.4)	3	(1.5)	7	(3.3)	1	(1.2)	0	(0.0)	12	(2.1)
	肉親と生活する	1	(1.4)	2	(1.0)	0	(0.0)	1	(1.2)	0	(0.0)	4	(0.7)
	仕事をさがす	27	(38.6)	51	(26.2)	14	(6.6)	2	(2.3)	2	(28.6)	96	(16.9)
	気ままにやりたい	2	(2.9)	6	(3.1)	8	(3.8)	4	(4.7)	0	(0.0)	20	(3.5)
	ボランティア	1	(1.4)	3	(1.5)	4	(1.9)	2	(2.3)	0	(0.0)	10	(1.8)
	特にない	3	(4.3)	14	(7.2)	15	(7.1)	7	(8.1)	1	(14.3)	40	(7.0)
	その他	5	(7.1)	17	(8.7)	29	(13.7)	15	(17.4)	1	(14.3)	67	(11.8)
	未記入	15	(21.4)	36	(18.5)	47	(22.3)	24	(27.9)	2	(28.6)	124	(21.8)
	総数	70	(100)	195	(100)	211	(100)	86	(100)	7	(100)	569	(100)

60-69歳の者 37.0%、70歳以上の者 22.1%であった。年齢階級が高い者ほど「受診する」者の割合が高かった。過去1年以内の検診または検査の受検歴については、「受けた」の者の割合が22.7%であった。「受けた」とした者の割合は、50歳未満の者では21.4%、50-59歳の者 26.7%、60-69歳の者 23.2%、70歳以上の者 14.0%であった。「受けた」者における受検場所として最も割合が高かったのは「医療機関」の65.9%であった。ついで「職場」の17.8%であった。50歳未満、50-59歳の者では「職場」検診の者が各々33.3%、21.2%であった。70歳以上の者では「医療機関検診」が91.7%であった。未受診者について、その理由については、「必要を感じない」とした者が31.3%で最も高かった。ついで「機会がない」、「受け方がわからない」、「受けたくない」であった。「機会がない」の者の割合は、50歳未満の者では30.2%、50-59歳の者 28.4%、60-69歳の者 20.3%、70歳以上の者 10.9%であった。いずれの年齢階級においても「受けたくない」者はわずかで、「受け方がわからない」の者の割合が高かった。

6. 転帰と今後について（表8）

退院後の転帰については、「転院」の者の割合が最も高く63.3%であった。「治癒」の者は23.0%、「自己退院」の者10.5%、「死亡」の者1.2%であった。「転院」の者の割合は、いずれの年齢階級の者でも高かった。入院期間については、「1週間未満」の者が18.8%、「1-2週間」の者10.4%、「2-3週間」の者26.5%、「3-4週間」の者26.5%、「4週間以上」の者14.9%であった。1か月以内の者がほとんどであった。今後の希望・計画については、「生活保護を受給して生活する」の者の割合が最も高く30.9%、「仕事をさがす」の者16.9%、「特にない」の者7.0%、「施設に入所する」の者3.5%、「気ままにやりたい」の者3.5%、「故郷に帰る」の者2.1%であった。50歳未満の者は、「仕事をさがす」の者の割合が38.6%で最も高かった。「生活保護を受給して生活する」の者の割合は、50歳未満の者で20.0%、50-59歳の者29.2%、60-69歳の者37.4%、70歳以上の者29.1%であった。

考察

大阪市の要保護傷病者数は、昭和40年代の後半から急速に増加してきている。これは、万国博覧会など、高度経済成長期以後に大量に流入してきた不安定就労者が、高齢化、失業するなど、経済的に困窮者する者が多くなり、傷病等を有した場合これまでの社会福祉

資源だけで対応しきれなくなり、救急隊、救急病院をゲートキーパーとする保健医療の受け皿ができてきたものと考えられる。このシステムは、憲法25条の生存権、生活保護法と関係し、健康保険証がない者でも、傷病者が救急車を呼び、病院に搬送した患者が要保護傷病者であった場合、救急隊は搬送後、要保護傷病者送院通知書を救急現場の管轄福祉事務所長に通知することにより、入院中の医療費が福祉事務所から支払われることによって成り立っている。このために、救急隊を呼ぶだけで、患者の方で手続きしなくとも、救急隊と救急病院とが連携して対応してくれることになる。この制度の運用は地域の事情によって多少の違いがあるが、大阪のように健康保険制度でカバーされていない人々が多くなると要保護傷病搬送者が増えていくことになる⁷⁾⁸⁾⁹⁾。欧米においてもホームレス者と救急医療の関係が深い¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。K病院に搬送された患者では医療保険をもっていない者が大半を占めていた。しかし、70歳以上の者では生活保護受給者の割合が高かった。今回調査に協力を得た病院は、要保護傷病者を専門に扱っている病院であったが近年搬入患者の中には生活保護受給者が増えてきていた。生活保護受給者の医療費は生活保護費から支払われるために、普通に受診できるはずであるが、救急搬送される者が多く含まれていたことは、生活保護の適応になっただけではこれらの人々の健康管理課題が解決されたとは言えないことを示していると考えられる。

身体および疾病の状況について

肥満度については「やせ」の者の割合が50-59歳の者では半数を占めていた。血圧値については、高血圧者の管理が必要な者の割合が高かった。野宿生活者はその生活形態から「やせ」、「貧血」、「肺炎」などの低栄養状態、呼吸器疾患、感染症の者が多いことは知られている¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾。一方で、高血圧、糖尿病、脳卒中、肝疾患、骨関節疾患など健康習慣に起因し長期的管理が必要な慢性疾患の者の割合が高い状況にあることもこれまで示されている¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾²²⁾。これらの生活習慣疾患の管理は日常的な管理が必要であり救急病院の入院治療だけで解決するものではない。これらの疾病構造に対応した新たな保健医療システムの構築が必要である²³⁾。結核既往歴ありの者が15%であり、50歳未満の者でも高かった。調査期間中に入院後結核の治療が必要になった者も約2%いた。救急搬送のホームレス者に結核有病者が多く、救急病院における結核対策が課題である²⁴⁾²⁵⁾。ホームレス者の結核対策は、

DOTS等の治療支援などの対策とともに、結核検診などの早期発見対策も必要であると考えられる^{26) 27)28) 29)30)31)32)33)34)35)}。

健康習慣について

睡眠状況については、「ほとんど眠れない」「あまり眠れない」の者の割合が高かった。喫煙習慣のある者は7割を超えていた。飲酒習慣については、「ほぼ毎日」の者の割合は4割であった。過度の飲酒傾向が有する者の割合は若い年齢階級の者で高かった。入院後の禁断症状のありの者も若い年齢階級の者において高かった。アルコール依存症の入院歴があった者もあり、若い年齢階級の者においては複数回の入院歴を有する者も半数を占めていた。ホームレス者における過度な飲酒習慣が大きな健康課題であることについてはこれまで多くの報告がある³⁶⁾³⁷⁾。過度の飲酒者がなぜ多いのかについては、震災時の仮設住宅入居者の調査から、都市住民には潜在的に飲酒者が多いことが背景にあり、これらの人々が失業、独居生活などの生活の変化があると、飲酒量が増加し、アルコール依存症者として顕在化してくることが示されている³⁸⁾。

身体の状態、健康管理状況について

日常生活動作能力については、一部介助、全面介助の者をあわせて1割であった。残存歯数については、ほとんどない者が半数を占めていた。50歳未満の者でも29%であった³⁹⁾。一般の人口集団の者と比べて歯のない者の割合が極めて高かった。体調不良時の対応については、「救急車を呼ぶ」とした者の割合が34%であり⁴⁰⁾⁴¹⁾⁴²⁾、救急医療が唯一の受療方法となっていた⁴³⁾。これには、今回の調査対象者が救急搬送車であったバイアスも考えられる。70歳以上の者では受診する者とした者の割合が高かったが、これは生活保護をすでに受給状況している者が含まれていること関係していると考えられる。過去1年以内の検診または検査の受検歴がある者の割合は23%であった。未受診者の理由は、機会がないとした者の割合が高く、これらの人々に対し検診機会を設けることが必要であると考えられる。

転帰について

退院後の転帰については、最も高い割合であったのは転院の者であった。転院の者の割合は、どの年齢階級の者でも高かった。入院期間については1月以内の者が85%であった。救急病院では入院期間をはじめか

ら決めている状況にあった。そのために、救急病院が要保護傷病者のゲートキーパーとなり、後方にある多くの中小病院に患者が流されていくシステムがつけられていた。この流れがあることにより、増え続けている要保護傷病者に対して、社会福祉施設の不足を補完する役割を担えてきたと推測された⁴⁴⁾⁴⁵⁾。しかし、患者の高齢化、および疾病構造の変化などの状況から、このシステムだけでは対象者の保健医療問題に対する根本解決につながらなくなってきている。このような入院処遇だけの保障体制から転換していくには、現行の医療機関や行政組織・制度だけでなく、医療費単給を認めるなど生活保護制度の見直しや、NPO団体、地域の中に自助組織を育成するなどの多様な社会支援体制を構築していくことが必要となつてきていると考えられる。患者の今後の希望・計画については、生活保護を受給して生活する者とした者の割合が約3割であり、ついで仕事をさがすとした者も約2割いた。その割合は若い者で高かった。大阪市の救急統計では要保護傷病者の人数、割合は急速に減ってきている。これは、搬送前から生活保護を受給している者の割合が増えつつあるためである。これを反映してK病院における搬入患者でも生活保護受給者の割合が2割を占めていた。救急搬送患者の中に生活保護受給者が多く含まれている結果から判断すると、生活保護を受給するようになつても、健康習慣、健康管理、疾病管理の点では何らかの社会的支援が必要であるものが少なからず存在し続けていることが推測された。要保護傷病者の保健医療問題の対応は、救急隊、救急病院、福祉事務所だけにまかせられている体制になっていたが⁴⁶⁾⁴⁷⁾、今後はこれらの関係機関に加えて、外来機能を有する地域医療機関の整備を行い、官公民私各分野の人々が力をあわせて創意工夫を行い現実的な保健医療制度を生み出していくべき時期にいたっていると考えられる。

本研究は、平成13年度厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）大都市マイノリティに対する保健医療サービスの国際比較研究（主任研究者川口雄次）の分担研究（分担研究者多田羅浩三）として行ったものである⁴⁸⁾。

文献

- 1) Amore J, Hung O, Chiang W, et al. The epidemiology of the homeless population and its impact on an urban emergency department. *Acad Emerg Med.* 2001; 8(11): 1051-1055
- 2) Little GF., Watson DP. The homeless in the emergency department: a patient profile. *J Accid Emerg Med.* 1996; 13(6):415-417
- 3) Padgett DK, Struening EL, Andrews H, Pittman J. Predictors of emergency room use by homeless adults in New York City: the influence of predisposing, enabling and need factors. *Soc Sci Med.* 1995; 41(4): 547-56
- 4) 安部嘉男、吉岡敏治．救命後の対応をめぐる諸問題 社会的入院 ひとり暮らし、ホームレス、不法滞在外国人など．救急医学、2001；25巻：937-942
- 5) 大阪市消防局、救急年報、大阪市消防局、1974-2003
- 6) 大阪市消防局、平成15年救急年報、大阪市消防局、2003
- 7) 木所昭夫、本邦における救急医療の現況．順天堂医学、2001；47：302-312
- 8) 吉田寛、高鳥毛敏雄、中西範幸、他．大都市部救急告知病院に搬送された行旅病人の健康状態とその特性．病院管理、2003;40(2):143-150
- 9) Kreider B., Nicholson S. Health insurance and the homeless. *Health-Econ.* 1997; 6(1): 31-41
- 10) Moss JE, Flower CL, Houghton LM, et al. A multidisciplinary care coordination Team improves emergency department discharge planning practice. *Med J Aust.* 2002; 177(8): 435-439
- 11) Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emerg Med J.* 2001; 18(6): 430-434
- 12) Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med.* 2000; 7(6): 637-46
- 13) 谷本佐理名、簗輪眞澄、渋谷駅周辺の路上生活者の生活と健康．日本公衆衛生雑誌、1999;46(9):838-846
- 14) 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；50：686-696
- 15) 関なおみ、矢口昇、東京都の路上生活者におけるコロナモジラム症の再興．衛生動物、2003；54：81-87
- 16) Raoult D., Foucault C., Brouqui P. Infections in the homeless. *Lancet Infect Dis.* 2001;1(2): 77-84
- 17) 樫山鉄矢、武市朗子、木村仁、他、ホームレスに発症した市中肺炎についての検討．感染症学雑誌、1999;73:717-721
- 18) Szerlip MI., Szerlip HM. Identification of cardiovascular risk factors in homeless adults. *Am J Med Sci.* 2002; 324(5): 243-246
- 19) 小橋元、太田薫里、長野俊輔、他、札幌市におけるホームレス者の健康問題と生活習慣の実態 平成12年の健康相談会の実践から．日本公衆衛生雑誌、2001；48：785-793
- 20) Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ.* 2001; 164(2): 229-33
- 21) Hwang SW; Bugeja AL. Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in Toronto. *CMAJ.* 2000; 163(2): 161-165
- 22) Takano T, Nakamura K, Takeuchi S, et al. Disease patterns of the homeless in Tokyo. *J Urban Health.* 1999; 76(1): 73-84
- 23) 稲垣絹代、野宿生活者の健康の実態 釜ヶ崎の健康相談活動より．日本地域看護学会誌、1999；1：75-80
- 24) Okin RL., Boccellari A., Azocar F., et al. The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *Am J Emerg Med.* 2000; 18(5): 603-608
- 25) Wolf L. A tuberculosis control plan for ambulatory care centers. *Nurse Pract.* 1995; 20(6): 34-36, 39-40
- 26) 高鳥毛敏雄: 分担研究「大都市の特定地域における結核の実態と対策の在り方に関する研究」報告書．(平成8年度厚生科学研究費補助金(健康地球計画研究事業)地球環境の変化に伴う感染症としての結核の対策に関する研究(主任研究者 森亨)), 大阪大学医学部公衆衛生学教室, 1997:1-94
- 27) Moran GJ., Fuchs MA., Jarvis WR., et al. Tuberculosis infection-control practices in United States emergency departments. *Ann Emerg Med.* 1995; 26(3): 283-289
- 28) 黒木美弥、都市部の結核対策 ホームレス対策．地域保健、2004；35：48-54
- 29) Rayner D. Reducing the spread of tuberculosis in the homeless population. *Br J Nurs.* 2000; 9(13): 871-875
- 30) 木戸宜子、住所不定の結核患者に対するソーシャルワークの課題．日本公衆衛生雑誌、2000；47：894-899
- 31) Rendleman NJ. Mandated tuberculosis screening in a community of homeless people. *Am J Prev Med.* 1999; 17(2): 108-113
- 32) 山中克己、明石都美、宮尾克、他、住所不定者の結

- 核及び生活状況に関する調査 .結核、1999;74:99-105
- 33) Asch S., Leake B., Knowles L., et al. Tuberculosis in homeless patients: potential for case finding in public emergency departments. *Ann Emerg Med.* 1998; 32(2): 144-147
- 34) Kumar D, Citron KM, Leese J, Watson JM., Tuberculosis among the homeless at a temporary shelter in London: report of a chest x ray screening programme. *J Epidemiol Community Health.* 1995; 49(6): 629-33
- 35) Brudney K. Homelessness and TB: a study in failure. *J Law Med Ethics.* 1993; 21(3-4): 360-367
- 36) 久場川哲二、久江洋企、都市の社会病理と精神医学 川崎市におけるホームレス(野宿者)の社会精神医学的検討 単身生活者とホームレス . 日本社会精神医学会雑誌、2000 ; 9 : 91-96
- 37) 谷本佐理名、簗輪眞澄、渋谷駅周辺の野宿者と飲酒 . 日本アルコール・薬物医学会雑誌、1998 ; 33 : 718-726
- 38) 高鳥毛敏雄、都市住民男性の飲酒習慣ならびに飲酒量増加に関連する要因 - 大震災後の応急仮設住宅入居者における分析 - . 日本公衛誌、2001 ; 48(5) : 344-355
- 39) McGuire J, Mares A . Hoptel equalizes length of stay for homeless and domiciled inpatients. *Med Care.* 2000; 38(10): 1003-1010
- 40) Riley AJ, Harding G, Underwood MR, et al. Homelessness: a problem for primary care?. *Br J Gen Pract.* 2003; 53(491): 473-479
- 41) Weinreb L, Goldberg R, Perloff J. Health characteristics and medical service use patterns of sheltered homeless and low-income housed mothers. *J Gen Intern Med.* 1998; 13(6): 389-397
- 42) Marks SM, Taylor Z, Burrows NR, et al. Hospitalization of homeless persons with tuberculosis in the United States. *Am J Public Health.* 2000; 90(3): 435-438
- 43) Gillis LM, Singer J. Breaking through the barriers: healthcare for the homeless. *J Nurs Adm.* 1997; 27(6): 30-34
- 44) 吉岡初枝、大阪市「あいりん」地域の健康問題についての報告、社会医学研究、2002 ; 20 : 67-71
- 45) Macnee CL, Hemphill JC, Letran J. Screening clinics for the homeless: evaluating outcomes. *J-Community-Health-Nurs.* 1996; 13(3): 167-177
- 46) Tompkins CN, Wright NM, Sheard L, et al. Associations between migrancy, health and homelessness: a cross-sectional study. *Health Soc Care Community.* 2003; 11(5): 446-52
- 47) Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res.* 2000; 34(6): 1273-1302
- 48) 高鳥毛敏雄、多田羅浩三、分担研究「大阪都市圏におけるマイノリティの保健医療サービスの利用状況」報告書() - 要保護傷病救急入院患者の分析 - . (平成 13 年度厚生労働科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)大都市マイノリティに対する保健医療サービスの国際比較研究(主任研究者川口雄次)、大阪大学医学部公衆衛生学教室、2002 ; 1-139