

アウト・リーチ活動により認められた路上・公園・河川敷等野宿生活者の健康実態と医療・保健・福祉制度の課題

黒川 渡¹ 黒田研二² 逢坂隆子³ 高鳥毛敏雄⁴
安田誠一郎⁵ 下内昭⁶ 西森 琢⁷ 武田勝文⁸

- 1 四ツ橋診療所・大阪市立大学大学院創造都市研究科修士
2 大阪府立大学社会福祉学部 3 四天王寺国際仏教大学大学院
4 大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学
5 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター 6 大阪市健康福祉局・大阪市保健所
7 NPO 釜ヶ崎支援機構公衆衛生部門 8 武田クリニック・大阪府保険医協会

1. はじめに

平成 12 年全国調査によれば野宿生活者^{注 1}は全国に約 2 万 5000 人いると報告された。うち大阪府では 7757 名が数えられ(表 1)、大阪市(24 区)では 6603 名と東京を抜いて全国で最も多数の野宿生活者を抱えている。国によるホームレス自立支援法の成立以降、自立支援センターの設置、各自治体での実施計画の策定の促進など諸策がとられているにもかかわらず、未だに多くの人々が路上・公園・河川敷等での生活を選択することを余儀なくされている。

野宿生活を余儀なくされた人々の大阪市域での分布は、2000 年調査による実数を大阪市内を各区割りで整理すると表 2 のごとくである。また、2003 年全国調査結果による各区割り実数は大阪市が公表していないために詳細を明らかにすることができないが、その全体数にかかわるデータは表 1 のごとくである。

2003 年ホームレス自立支援法(国)が明らかにされ、都市部を中心に各自治体ではホームレスの自立支援のための実施計画が策定されている。(自立支援のための施策の流れおよび概要は図 1 参考資料に掲載する。)

大阪市では、国に先駆けて実態調査が 1998 年に始まり、その後、自立支援のための施設、巡回相談などが開始されている(表 3)。また、あいりん対策として、西成区保健所が管轄してきた結核対策、精神保健対策などもこれに当たっている^{注 2}。

しかし、多くの場合、必要な健康に関わるサポートや都市部における発達した医療保険制度の枠組みに十全に組み入れられることなく、医療保健サービスシステムを十分に受け入れることができない状態にあり、

野宿生活から路上死に至る人数は少なくない¹⁾。

注 1 ホームレスという用語と本稿での用語利用について⁵⁾

欧米でホームレスといわれる一群の人たちは、いわゆる自宅・貸家を持たない人たちを指し、シェルターや友人の家などに同居しているものを含んでいる。日本でホームレスといわれる人々は路上・公園・河川敷等いわゆる屋外で生活を余儀なくされている人々を指し、これらは欧米ではストリート・ピープルなどと呼ばれており、英国では 500 人程度であると言われている。日本での呼び方としては、ホームレス、ホームレス生活者、ホームレス、野宿生活者、野宿者、路上生活者、露宿者、不定住居者などさまざまな表現があり、用語使用者ごとにそこに含意する意味は違うようであるが、その詳細はここでは割愛する。

本稿では、現象として日常の主な居住場所が法的な裏づけのない路上・公園・河川敷などにあるものに対して、野宿生活者あるいはホームレスという用語を使用し、用語上の含意の間に特別の区別を意識しないこととする。

注 2 名称“あいりん地域”について⁴⁾

西成区萩之茶屋を中心とした地区で、明治 36 年第 5 回内国勸業博覧会をきっかけに形成された。あいりん地域の名称は、昭和 41 年(1966 年)6 月に行われた第 1 回愛隣対策三者協議会(大阪府、大阪市、大阪府警)によりそれまで釜ヶ崎と呼ばれていた約 0.62 平方キロメートルの地域を「愛隣地区」と呼称することに始まる。釜ヶ崎、あいりんともに通称である。

現在のこの地区を平成 12 年(2000 年)国勢調査から概観すると、人口 27,335 人、世帯数 22,405 男性 22,185 人、女性 5150 人と単身男性世帯が中心であることがうかがえる。また、若干古い資料によるが平成 2 年推計人口による 30,000 人の人

口のうち、簡易宿所（57%）、月・日払いアパート（9.3%）、旅館（0.3%）、マンション（3.3%）など夜間人口の7割が日雇労働者であると推定されている。平成13年雇用保険日雇労働被保険者手帳所持者年齢構成から、所持者数14,098人の平均年齢は54.5歳で、男性14,062名・女性36名であった。年齢幅19歳以下から75歳以上、最頻年齢域は50歳から59歳3297人（男女含む）。

2. 目的

以上のようなホームレスと呼ばれる人々の健康実態を次項に示す方法により明らかにしえる範囲で明らかにし、今後の問題解決に資することを目的とする。また、報告者が臨床医であることにも関わりますが、今後このような医療保険制度を速やかに利用できない人々の健康問題の解決に向けて、日常臨床実践活動における課題の一端を検討する。

3. フィールドおよび対象、方法（期間とフィールド）

報告者は2003年7月より、個人責任においてホームレスの健康問題への相談を中心に据え、自立過程における実践的介入を開始した。検討対象期間は2003年7月より2004年12月にかけて行ったフィールドでのアウ

トリーチ活動（注3参照）期間とする。主なフィールドは、1）黒田研二らが主管する健診研究活動にボランティアとして参加し、健診後の継続的相談活動（以下、“特掃健診”）⁶⁾。2）2004年度年間方針として路上生活者支援を方針化した大阪府保険医協会が実施している公園・河川敷での通称“あおぞら医療健康相談活動”（以下、“あおぞら相談”）⁷⁾。3）2003年秋冬季節ボランティアとして開始し、2004年度より正式な事業となった野宿生活者巡回相談への内科医の同伴巡回（以下、“巡回医療相談”）。4）就労支援活動、自立支援のための各種施設、団体からの要請に基づく医療健康相談活動などである（以下、“その他の医療相談”）。それぞれを以下に説明する。

1）特別清掃事業は、国・大阪府・市が行う55歳以上の野宿生活者を対象とした地域雇用創出事業である。特掃健診はその登録者に対し健診と引き続く医療相談活動を対象とした研究活動である。2003年9月より開始された。健康診断は質問表による健康調査と身長・体重・血圧測定、血液検査、胸部レントゲン撮影を含むいわゆる健診の2部に別れ、それぞれ1437名、1246名に実施され、両方を行ったもの917名（うち女性3

表1 2003年全国調査による大阪府下におけるホームレスの分布

地域	人数/人	主な生活地
大阪市(24区)	6,603	公園、繁華街、河川・道路敷、地下通路等
豊能・三島	257	河川敷、公園等
北河内	243	河川敷、高速道路高架下、公園等
中河内・南河内	227	公園、河川、道路敷等
泉北・泉南	427	公園、河川敷、道路橋下、高架橋下、港湾地区等
大阪府下概数	7,757	

大阪府ホームレス自立支援実施計画より

表2 大阪市平成12年各区人口と平成10年調査によるホームレス数概数

区名	人口人	ホームレス人	区名	人口人	ホームレス人
北区	91 952	1 079	東淀川区	183 888	95
都島区	97 253	134	東成区	78 580	30
福島区	55 733	26	生野区	142 743	41
此花区	65 037	26	旭区	99 231	53
中央区	55 324	1 117	城東区	157 936	26
西区	63 402	157	鶴見区	101 971	27
港区	87 262	30	阿倍野区	103 973	421
大正区	75 042	19	住之江区	135 437	174
天王寺区	58 812	1 084	住吉区	161 047	30
浪速区	50 188	1 585	東住吉区	139 593	358
西淀川区	92 465	64	平野区	201 722	31
淀川区	163 370	143	西成区	136 813	1 910
			総数	2 598 774	8 660

*各区人口：平成12年国勢調査より

*ホームレス数：平成10年大阪市内における野宿生活者（ホームレス）の概数・概況調査 大阪市立大学都市環境問題研究会発行・野宿生活者（ホームレス）に関する総合的調査研究報告書より

(参考)

ホームレスに対する自立支援の流れ

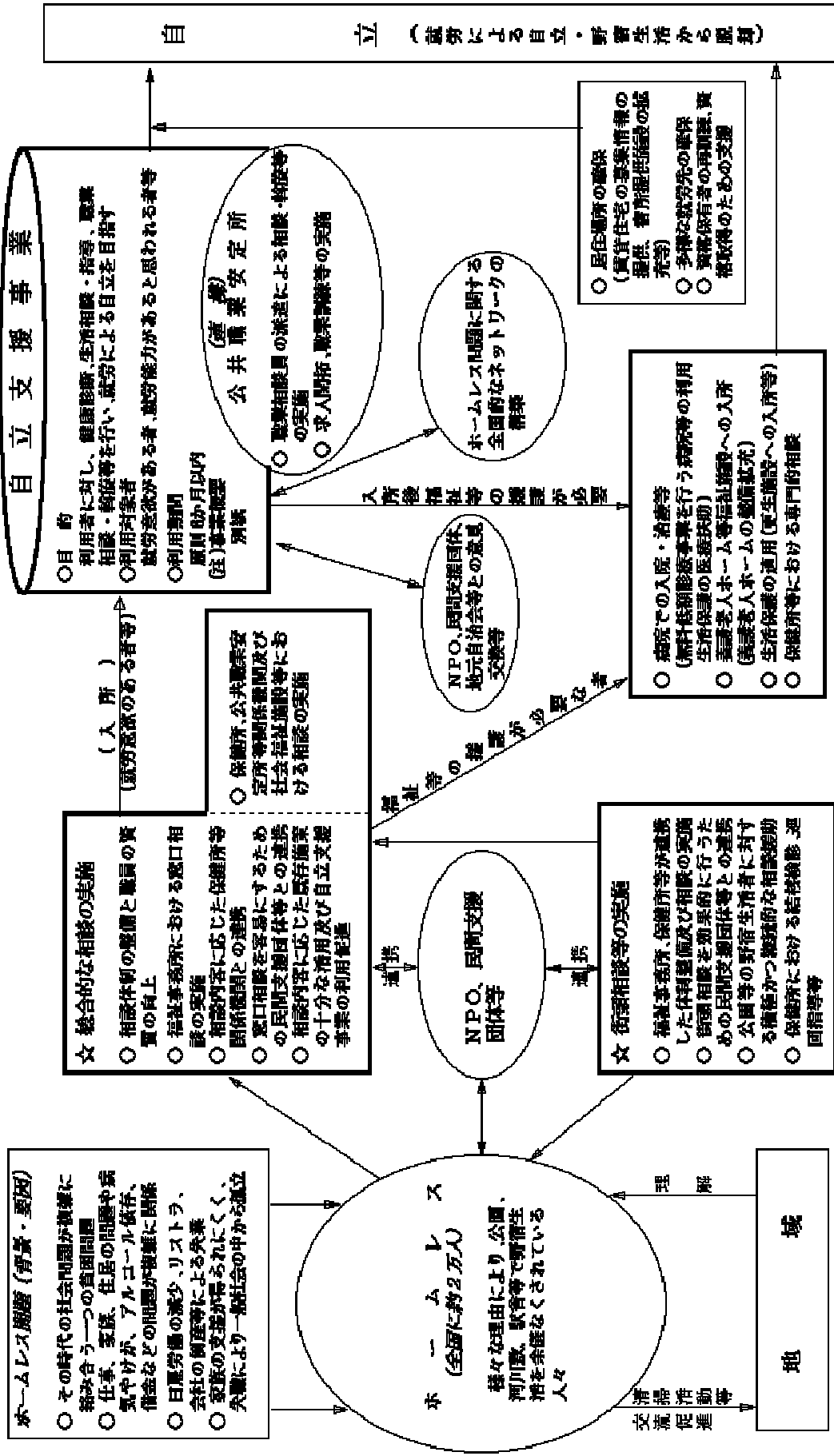


表3 国および大阪市ホームレス対策年表（あいりん対策を含む）^{2) 3)}

年号（西暦）年	対策内容
昭和 36（1961）	（市）西成保健所あいりん分室開設
昭和 45（1970）	（市）社会福祉法人大阪社会医療センター付属病院開院
昭和 47（1972）	（市）あいりん地域精神保健相談
昭和 49（1974）	（市）保健所分室（あいりん地域）における結核療養相談指導事業 （民）医療連絡会議
平成 10（1998）	（市）磯村大阪市長 小淵首相に陳情 （市）大阪市立大学都市環境問題研究会による実態調査（～1999年 2001年報告）
平成 11（1999）	（国）ホームレス問題連絡会議発足 （市）野宿生活者巡回相談事業開始
平成 12（2000）	（国）“ホームレスの自立の支援方策について”公表 （市）南港臨時宿泊施設入所者検診 （市）あいりん臨時夜間緊急避難所 （市）公園等野宿生活者に対する結核検診 （市）自立支援センター3施設開設（大淀 100人、西成 80人、淀川 100人） （市）長居仮設一時避難所開設（250人：平成 15年閉鎖）
平成 13（2001）	（府）大阪府野宿生活者実態調査（2002年報告） （市）西成仮設一時避難所（200人：開所後3年以内閉鎖）
平成 14（2002）	（国）ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法公布・施行 （市）大阪城仮設一時避難所（300人：開所後3年以内閉鎖）
平成 15（2003）	（国）ホームレスの全国実態調査 （国）ホームレスの自立支援等に関する基本方針 （市）野宿生活者巡回精神保健相談事業開始 （民）高齢者特別清掃事業健診活動とその後の継続医療健康相談 （民）野宿生活者巡回相談へのボランティア医師の協力
平成 16（2004）	（市）大阪市ホームレスの自立支援に関する実施計画公表 （市）野宿生活者巡回健康相談事業（内科医同伴）開始 （民）大阪府保険医協会あおぞら医療健康相談開始 （民）国境なき医師団移動診療所開始 （民）更生施設・グループホームでの医療相談ボランティア活動

表4 野宿生活者巡回事業

<p>事業：野宿生活者巡回事業 実施主体：大阪市 委託先：生活保護施設連盟野宿生活者巡回相談室 従事者：巡回相談員 30名、保健相談員（看護師）3名 平成 11年開始（平成 15年度より精神科医同伴、平成 16年度より内科医同伴） 注：医師の同伴はそれぞれ巡回精神保健相談事業、巡回健康相談事業として実施</p>	
目的	相談員が巡回、面接相談を行い、野宿生活者と社会の関係を維持し、安否確認、医療支援、自立支援を行う
体制	巡回相談員 3班体制とし大阪市を 3ブロックに分け巡回 知的障害者・精神障害者に対し精神専任担当者 2名を特設
活動	巡回相談：月曜から金曜 班体制に基づき日中巡回相談と必要な対応を行う 医師同伴：相談員が医療従事者の専門的判断や相談による介入が必要であると判断した当事者を挙げ、担当相談員、保健相談員と医療相談を行う。 必要に応じ、医療意見書あるいは紹介状を作成し、入院を含む医療受診、ケアセンター、自立支援センター、更生施設などへの入所を促進する。生活保護適応を求めることもある。

名)を年齢階級別に分け(50歳代、60歳代)、それぞれ国民生活白書と比較分析を行っている。健診結果の説明を継続的に行い、健診を受けなかったものを含めた医療健康相談を継続している。健診項目は健康診断17項目(BMI、血圧、尿検査、赤血球、Hb、Ht、白血球、GOT、GPT、 γ GTP、T-chol、TG、HDL-chol血糖、TP、Alb、胸部X線)

2)あおぞら相談は、2004年3月から12月までの期間にのべ4箇所(河川敷1、公園2)で実施され、135名ののべ参加者数と、84名ののべ相談件数を得ている。

3)巡回相談の概要は表4のとおりであり、ボランティアの期間(2003年8月~2004年3月)に7名、2004年4月より12月まで43名に対し医療健康相談を行っている。(表4)

4)その他の医療相談では、野宿生活から施設入所あるいは居宅保護になった者のうち生活保護法に基づく通常の医療保険制度下での受診で問題解決が困難な例や就労自立しているが受診不可能となっている者など、当該支援者が臨床的な医療相談が必要と判断し、協力要請をしてきた者で、期間中の総数は34名である。そのうち、10名は報告者の勤める診療所で医療保険制度に基づく治療を行った。

方法

特掃健診における健診調査部分は、917名の健診結果資料の統計的分析を実施したものである。その後の相談活動は、以下の方法と同様である。すなわち、医療保険制度に基づく通常の診療行為対象者10名以外に対して、それぞれのフィールドに直接出向き面接および必要に応じ身体診察を行った。携行品は、聴診器およ

び血圧計、ペンライトのみである。面接・診察後に解決すべき健康上の問題の解釈と解決方法を説明し合意を得た上で、問題解決に適切と思われる医療機関・福祉行政機関・施設などに対し、医療意見書(資料1、2)を作成し、当事者および相談員、指導員、支援者に医療意見書を渡し、それぞれの機関への提出および相談・交渉が行われた。

特掃健診による結果の統計分析以外は、相談が依頼される時点で多くはなんらかの人為的な選別がなされているために統計分析が困難であると考えられた。むしろ、それぞれのフィールドで、正規の医療保険制度や福祉制度で解決し得ない困難事例として、上記のようなボランティアなアウトリーチ活動を行う者に要請が行われたものと理解された。したがって、結果は事例検討のまとめと一部事例の提示として行い、その基準はそれぞれの項で明らかにすることとした。結果の記載は、以上特掃健診で統計的処理がなされたものと、特掃健診の継続的医療健康相談とそれ以外のフィールドの2)3)4)によるものと大きく二つに分ける。(後者を個別的医療健康相談として報告する。)また、特掃健診統計分析結果には、すでに閉鎖されたシェルター記録分析結果を参照した。

注3 用語“アウトリーチ”の利用について⁵⁾

以上のような活動形態と方法を、報告者は以下にアウトリーチと表現する。一般に、アメリカの社会福祉分野で使われ始めたこの用語の原意と完全に一致するものとは言いがたいが、医学的介入を伴うこのような活動をいわゆるフィールドワーク活動とも表現しがたく、上記の内容を表現することに限定して利用することとした。

表5 特掃健診結果1

医療不要	65.9%	要医療(+)	34.1%
要医療・要精検項目いずれか1項目以上	74.8%		
要医療・要精検項目	割合		
血圧	35.2%		
尿検査	20.2		
血糖値	19.6		
中性脂肪	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		
結核(有所見健康)	39.0(33.0)		

表6 重症高血圧の割合

	[収縮期血圧 180以上]	[拡張期血圧 110以上]
50歳代	10.9% (2.2%)	10.1% (2.2%)
60歳代	15.6 (3.1)	10.1 (1.5)

注 カッコ内は国民栄養調査結果

表7 歯科治療実施例と消化器症状・消化器疾患

	歯科治療実施例	歯科治療未実施例	総数
消化器症状・疾患あり	23名	32名	55名
消化器症状・疾患なし	32	119	151
総数	55	151	206

既閉鎖シェルター記録より

結果と考察

・特掃健診

分析対象となった 914 名の内訳は平均年齢 60.5 歳 (55-76 ; SD3.5) で 50 代 44.2%、60 代 53.9%、70 代 2.0%であった。要医療・要精検と判定されたものは 556 名で 74.8%であった。要医療・要精検となった項目の割合は血圧がもっとも高く、その他を表 5 に示す。

[高血圧] 血圧は、国民栄養調査と比較して、明らかに高値のものが多く、その程度は表 6 に見るように重症高血圧のものが多かった。

[低栄養] また、BMI は平均値が年代ごとに 50 歳代 21.9 (SD3.0)、60 歳代 22.0 (SD3.1) と国民栄養調査一両年代ともに 23.7 (SD3.0) よりも低く、痩せている。ヘモグロビン濃度が平均値 50 歳代 14.4g/dl (14.9g/dl) 60 歳代 14.4g/dl (14.5g/dl) で国民栄養調査 (カッコ内) と比較して一見同じレベルのように見えるが、ヘモグロビン濃度 13.0g/dl 未満の割合がそれぞれの年代で 12.9% (2.9%) 11.0% (8.3%) と著しく低いものが多かった。

[歯科] 以上のことは食事回数の少なさや内容の貧困さに加えて、歯牙の脱落したものが多くことと関連があるようである。すでに閉鎖されたシェルターの記録分析の、歯牙と消化器症状、歯牙と高血圧に関するデータでは、歯科治療実施例総数における消化器症状の割合と高血圧またはその疑いのある者の割合が高かった。食事内容にとどまらず、咀嚼に関わる歯牙の問題が健康状態に対し強い影響を与えることが示唆される。(2004 年特掃健診では集中的に調査検討される予定である。)

[結核] 結核は、野宿生活者の健康実態を示す象徴的な問題であった。特掃健診では、有所見健康者 33%を含む 39%に要医療・要精検者が存在した。大阪市における結核患者新規登録者数および罹患率の異常な多さ、高さをもたらしめている原因の重要な一つがあいりん地域があることとあわせて検討すれば、野宿生活者の健康状態や衛生環境に著しい関連があると思われる。

表 8 歯科治療実施例と高血圧

	歯科治療実施例	歯科治療未実施例	総数
高血圧	18 名	24 名	42 名
高血圧疑い	11	33	44
いずれもなし	27	34	120
総数	55	151	206

既閉鎖シェルター記録より

た。また、大阪市 24 区に分散化している野宿生活者の分布にもかかわらず、特掃への従事登録者が各野宿生活地から特掃集合地であるあいりん地区に往来することと、低栄養・低免疫状態であることを考慮するならば、極めて深刻な状況にあるといわざるを得ない。また、結核罹患率の低下をもたらしたものが、化学療法の進歩によるものよりも衛生環境の改善と栄養状態の改善がおもな要因であるという確定した事実から⁸⁾、ホームレスの結核問題はかれらの生活環境の劣悪さを示しているといえよう。(表 9)

[受診行動] 健診とその後の医療健康相談の継続の過程で、あいりん地域にある大阪社会医療センター健診結果票を持って社会医療センターを受診した 116 名を追跡した結果からは、終了判定まで継続した者 14 名、継続受診をしている者 39 名、間に受診しない時期もあるが明らかに継続とみなされるもの 11 名と 55%のものが何らかの形で健康に対する自覚をもった受診行動をとったとみなされた。比較する対象がなく推測の域を出ないが、深刻な生活状況と不安定な住居環境のものにとって決してその割合は低くないと考えられたので一つの事実として提示しておく。(ちなみに明らかな中断者は 49 名 (42%) であった。)

・個別的医療健康相談

医療健康相談は、特掃健診の経過では健診結果説明後、継続的に医師、看護師、保健師などが相談にあたっており、相談日には必ず朝礼でそのことが全体化される環境にあった。あおぞら相談では総当りで公園・河川敷に住まいを持っている人に声をかける形で、巡回相談では相談員が受診が必要ではないかと推定したもののうち、受診勧奨に拒否的なものあるいは躊躇するもの、受診の必要性に確信が持てないものなどが紹介された。その他の相談では、施設職員や支援者がすでに医療受給が可能であるにもかかわらず、受診に消極的なものや、受診したにもかかわらず問題解決にいたり得ない事例が紹介された。

以上の事例に関わる問題は、制度が受診の障害になっている、当事者本人の意識が受診の障害になっている、受診したにもかかわらず問題解決に至らないものに大別できた。このようなまとめ方は、現在存在する医療保健サービスシステムにいかにか受診という形で当事者をつなげていくかという視点から整理した。アウトリーチ活動で検査および治療処置、投薬という形は原則としてとらなかつたことにもよる。した

がって、これらの過程に関わる臨床医は原則として、その技量と知識に応じて、面接・身体診察とその結果、判断された内容を元に、既存の医療・福祉関連機関に対して医療意見書をまとめ、個々の当事者に応じた問題解決策を勧告として整理する形をとった。医療意見書の実例を資料1、2とする。医療意見書は医学的判断に基づくアドボカシー（代理・代弁）のための道具であると理解された。

制度上の障壁

[無料低額診療機関] 貧困のために医療保健サービス受給が困難なものには、無料低額診療機関が設けられている。あいりん地域に存在する大阪社会医療センターもその一例である。大阪市内には14に上る無料低額診療機関が存在するが医療・福祉関係者でも知るものは少ない(表10)。また、各区に分散しているために交通の利便性にも課題が残る。しかも、野宿生活者にとっては多くても一日1000円程度の収入で利用できない事例が少なくなかった。また、専門領域がミスマッチした場合、これらの診療機関で医療上の問題解決が困難な場合も存在した。外来受診や入院が可能となる場合、医師の判断により医療継続のための保護申請が行われるが、受診可能となるまでの期間の問題があった。

[救急医療体制] 大阪市内には3次救急医療を行う高度医療機関の複数の存在をはじめ、救急告示機関は多

い。しかし、路上や野宿地で収容された患者はいわゆる行旅病院（または行路病院）に搬送されることが多い。救急搬送においても、西成区では他の大阪市区の5倍に上るとの報告もある。当事者により一日に何度も救急搬送を受けるという例もあるが、夜間・休日の搬送先は極めて限定される。生活上の困難や社会心理的にさまざまな問題を抱え相対的に長期入院になりうる可能性の高い患者を多数収容するためには病床の運営やスタッフの能力を超えている。

以上のような貧困な救急医療体制の結果、医療の質あるいは健康回復のためのしくみにつながりえないという現象が、当事者に不満感と「点滴だけして寒い中、追い返された」、「ちゃんとした説明もしてもらえなかった」という被害感情を強く与えている。また、点滴後に病院から帰されて、病院の前で死亡し、訴訟となった事例も存在する。

[説明と合意]救急搬送される場合、重篤な病状であるために集中治療を余儀なくされる場合があるが、このような場合、説明や合意に関する行為の透明性が確保されないために、死亡例に関する多数の疑義が当事者間、支援者の間で語られ続けている。また、後見についての明確な規定がないままに放置されているために、支援者などが病状説明を希望しても、個人情報の守秘義務規定の中で病院側から拒否されるという事態が問題をさらに複雑にしている。

表9 新登録患者数・罹患率（人口10万対）年次別推移

区分	大阪市		あいりん		全国	
	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率
1975	6,120	220.2			108,088	96.5
1985	2,860	108.0			58,567	48.8
1987	3,029	114.3	470	1,236.8	56,496	46.2
1990	2,773	105.7	472	1,533.3	51,821	41.9
1998	2,769	106.7	580	1,933.3	44,016	34.8
*1998	2,705	104.2	577	1,923.3	41,033	32.4
2000	2,666	102.6	423	1,410.0	44,379	35.0
*2000	2,468	95.0	420	1,400.0	39,384	31.0
*2001	2,155	82.6	336	1,120.0	35,489	27.9
*2002	1,949	74.4	286	953.3	32,828	25.8
*2003	1,789	68.1	261	870.0	31,638	24.8

注 あいりんは西成警察人口推計を使用 *非定形抗酸菌陽性を含まない数 結核発生動向調査年俵より

表10 大阪市内無料・低額診療施設

愛染橋病院	大阪府済生会野江病院
大阪掖済会病院	大阪社会医療センター付属病院
大阪警察病院	四天王寺病院
大阪暁明館病院	四恩学園診療所
大阪府済生会泉尾病院	すみれ病院
大阪府済生会泉尾第二病院	津守病院
大阪府済生会中津病院	日生病院
社会福祉施設一覧 平成16年1月1日現在	
大阪市健康福祉局より	

[後見制度]後見制度との関係では、救急搬送が必要と思われる知的障害者・精神障害者の搬送が本人合意が取れないとの理由で搬送が見送られる事例が後を絶たない。報告フィールドの中でも、このような結果、数日後死亡した事例が1例存在した。住民サービスとして提供されている成年後見制度（大阪市では安心サポート）をホームレス支援に積極的に活用するという体制は現在のところとられていない。

総じて、以上のようなことから生み出される事例が、医療不信を深刻にさせ、受診動機を抑制する結果をもたらす重要な要因の一つになっていると考えられた。

[生活保護における医療単独給付（単給）] 現在、国および大阪市では生活保護給付のうち、医療のみを単独給付することは原則として方針化されていない。

報告者が関わった事例では、医療意見書を提出し交渉することで医療券が発行される状況も出てきつつある。大阪市巡回相談員が医療受給が必要と判断した場合は医療意見書がなくても、速やかに医療券を発行することを某区保護課として明らかにしたという事例もある。

特掃健診の受診行動調査によるように決して健康に関する意識や自覚が低いことを支持する事実もあった。すぐに施設入所や居宅保護などに至らない理由の一つには、空き缶収集などの既得権益やテント・小屋などが廃棄され、「もし、あかんようになって、戻ってしまうときがたいへん」という自律プロセスへの不安が根底にあるように思われた。また、自立支援センターなどに入所しても、現在就労自立者の割合は50%に満たないこと、野宿生活地に戻った人たちからの口コミ情報が、自立への展望の阻害要因になっていることも否定できない。

野宿生活から居宅保護や施設入所に踏み切れないが、医療給付によって、支援者との関係が良好となり入院にいたった30代の精神障害者の例は医療単給がもたらす効果を示すよい事例であった。

当事者の意識や内面に关わる障壁

[生活自立への展望につながる医療支援の必要性]

更生施設での医療健康相談の事例6例のうちすべてに強い不眠があり、1例の診断し得ない適応上の心理的課題以外のほか5例に抑うつ、パニック障害、被害妄想が存在した。これらのうち、被害妄想例以外は長期間のカウンセリング、生活上の対人関係の外部からの修正の試み、必要に応じた投薬などにより改善する

可能性が認められた。現在、6例中4例が治療を継続し、症状は改善してきている。

さらに、居宅支援グループの事例4例のうち、1例は自殺未遂、1例は就労自立者の過剰適応による腰痛であったが、それぞれ債務に関連する問題、自己評価の低さ、周囲への過剰配慮などが認められた。債務問題に対する具体的な支援と投薬、カウンセリングにより治療を終了し、現在通常生活に復帰している。

「病院へ行って体だけ治してどないなるんや」という意識に表現されている内容は、必ずしも上記事例のような種類のものであると断定し得ないが、少なくとも個人の生活上、精神心理的問題に応じた適切な支援と当事者が内面的葛藤を乗り越え問題解決にいたる包括的・継続的援助が必要であることを示唆している。

[生活支援のための各種支援が連携することの必要性]

住宅、医療、生活、仕事などの諸条件が整っていても再び野宿生活にもどる事例や、アルコール依存になる事例が現在支援活動を行うものの中で課題となっている。上記の制度上の障壁とその結果に関わる情報が、当事者に否定的な意識を生み出している可能性はすでに指摘した。2003年に行われた全国調査による聞き取り調査では、直近の就労形態が正規雇用者が倒産やリストラなどによる失業が野宿生活の直接の契機となっている人の割合が増加していることが明らかにされている。また、多重債務のためにあえて住所を持たず野宿生活をしている者もいる。このような債務問題に対しては、自立支援センターに大阪府弁護士会から定期的に相談活動が行われており、問題解決に当たっている。京都では京都バックアップセンターが野宿生活状態に現にある人たちの相談に当たっている。

以上、野宿生活者あるいはホームレスという用語で一括して論じられている人々の現状生活にいたる理由、生活様式のあり方、対人関係行動、あるいは価値観などは極めて多様であった。同時に、野宿生活状況から自立への障壁をもたらす共通性のある問題に応じた支援グループの形成や活動が認められた。

第3回あおぞら相談以降、大阪府保険医協会社会対策委員会内部では医療健康相談の繰り返しのみでは問題解決の限界性が議論されるようになった。また、生活を再生するためのさまざまな専門的な支援活動者の協働の取り組みの重要性が認識されるようになってきた。諸支援活動者の間では、生活支援に向けたそれぞれの長所を生かしながら連携を模索することの重要性が語られている。実際には、大阪市における実態形成

は未だ不十分であり、個別分散的といわざるを得ない。

受診しても問題解決に至らないこと

その他の相談事例は、生活保護受給や就労にあるものが、医療機関を受診したが問題解決に至らなかったものがほとんどであった。施設での相談事例から考えられる原因は、1) 身体化した症状の背景にある精神心理的問題が深刻である場合が多いこと、2) 症状を説明するための表現力に乏しさがあるために問診の時間がかかるなどがあげられる。これらの事例相談では、30分から1時間に及ぶ面接時間を要し、通常の保険診療で身体疾患を中心に扱う専門診療では困難であった事例と考えられた。同時に、生物医学モデルによる検査—診断—治療というモデルの枠組みで問題を取り扱う限り個人の健康問題の生活状況とのかかわりを見出すことは困難であると考えられた。

現行の全人的医療を試みる取り組みが“受診できる人”たちを中心に対象としている限り、全人的医療は限定された問題解決能力しか持ち得ないものとなりえると思われた。“受診できない人”としてのホームレス問題が臨床医学や診療の現場で十分に認知されていない現状に対する啓発と、医療を必要としながら受診できない高齢者やさまざまな弱者との共通性を知ることの必要性を伝える必要があると考えられた。

結論

[事例] “元野宿生活をし、自立支援センターを経て警備会社に勤める50代の男性は高血圧があり、脈の不整を自覚し、頭痛や手足の痺れを感じていた。食欲不振と体重減少も見られた。国民健康保険料を納めていたが、低賃金のために受診をすると生活ができなくなると相談があった。本人は仕事を続け、医療費の部分的援助を期待していた。医療意見書を作成し保護課の窓

参考文献

- 1) 大阪市におけるホームレス者の死亡調査、日公衛誌 2003; 50(8): 686-96.
- 2) 大阪府野宿生活者実態調査報告書 大阪府立大学 社会福祉学部 都市福祉研究会 2002年3月
- 3) 野宿生活者(ホームレス)に関する総合的調査研究報告書 大阪市立大学都市環境問題研究会 2001年1月
- 4) 西成保健センターあいりん分室40年の活動記録 平成15年3月 大阪市西成保健センター

口に支援者が同伴したが、生活保護を受ける(=就労を断念する)かどうかという選択を迫られた。この事例は、生活保護の硬直性と自立をしても低賃金構造が受診の障害となり、夜勤から帰宅しても昼間から大きな音で音楽をかけている隣人のために睡眠がとれず、自覚症状が増幅されていると考えられた。”この事例は元野宿生活をしていたことを除けば、日常診療の現場で遭遇する可能性のある事例である。

総じて、野宿生活状態からの脱却と社会生活への自律的参加と営みのすべての過程に医療健康に関わる問題が横たわり、支援が必要であることが理解された。また、それぞれの段階で、健康上の問題とその解決における課題が多様性と変化に富むものである可能性があると考えられた。

医療が扱う課題は、疾病・健康という個人の生活のごく一部を切り取って取り扱うに過ぎない。社会の一員として健康に暮らすためには、必要な医療サービスによる援助にとどまらず、それぞれの個人の身体・精神活動・生活状況・経済的環境などに応じた具体的な自律的関わりが必要となる。同時に、健康であるということはその個人の中に動機付けられた積極的・能動的な対人関係行動や社会的営みを含んでいる。そのためには問題に応じた各種専門的知識や技術は、日常生活の営みの中で、それぞれの人が利用可能な形で提供されるように設計され、提供される必要がある。また、医療者自らが治療に関わった人が健康に暮らすことができるために、保健・福祉にとどまらない幅広い協力関係を地域に築いていく努力が求められている。制度に個人の適応を強いるのではなく、個人への制度の柔軟な適応と具体的なデザインを可能にするために、医療・保健・福祉サービス制度の建設的な運用とそのため課題を個々に具体的に明らかにする努力と提案をし続けていくことが重要であると思われた。

- 5) Encyclopedia of HOMELESSNESS, David Levinson et al. SAGE Publication, Thousand Oaks, USA. 2004
- 6) 黒田研二ら・ホームレス者の医療ニーズと医療保険システムのあり方に関する研究 平成15年度総括・分担研究報告書
- 7) 大阪府保険医雑誌 ホームレスと開業医 2004年7月特別号
- 8) 臨床情報のチェックポイント ベッドサイドの医療評価学 久繁哲徳著 医歯薬出版 1994

資料 1 (医療意見書の実例 1)

担当者各位 さま

報告とご依頼

本年、8月、野宿者の方々を対象とされる巡回メンバーよりご依頼を受け、8月28日、以下の方の問診などに当たらせていただきました。既往歴、現在の身体状況および生活環境などを総合的に考慮し、医療提供の必要性和治療環境を確保するために入院による援助が必要と判断しましたのでご報告およびご依頼申し上げます。

対象者氏名ほか：

K さん 194X年X月X日生 男性

(既往歴)

12年前、皮膚に乾癬が出現し、膝関節他に痛みを伴うようになり、関西医大皮膚科を受診された。乾癬性関節炎と診断され、約4ヶ月間、入院治療を受けた。行われた処置は、皮膚に対しては内服薬と塗り薬、関節症状に対してはステロイドを含む内服治療と関節腔内注射を受けておられるようである。その後、退院され外来治療を4~5年間受けておられたようである。

(現病歴)

本年春期、仕事上の困難が著しくなるのと平行し、左上肢を中心に乾癬が著しくなると同時に、手関節・肘関節の痛みと熱感が強くなりだした。膝関節にも痛みがある。モーニング・スティッフネスに悩まされている。その後、無職となり仕事を探しているが現在のところ見つからず、20日前より止む無く野宿生活となった。巡回相談の支援が届くことにより、医療給付による治療の早期開始による再就職をはじめとする社会復帰を希望され、今回相談に至った。

注意深い問診によれば、労作時の息切れも自覚しており、心肺などの多臓器障害が並存する可能性がある。

(身体状況)

日常生活動作 (ADL) は自立している。機能的には、特に上肢に変化が激しく、両手関節・肘関節は腫脹し変形も存在する。ともに可動域の制限がある。手指は関節リウマチの終末期ほどの変形はないが、いずれも慢性炎症による変化を伴い、握りこぶしを作ることはできない。握力も低下しているために、かばんなどは肘関節に引っ掛けて持ち運びしている。

乾癬は左前腕を中心に、左上肢のほぼ全域に著しい炎症局面と落屑を伴い易感染性があると思われる。

結論：

- 1 . 病状は、治療中断以降の状況は不明であるが、今春より急性化している。
- 2 . したがって、早期に治療介入が必要である。
- 3 . 放置されるならば、一般的には予後良好とされる疾患であるにもかかわらず、身体機能に著しい機能障害をもたらすことにより、社会復帰のための選択肢は極端に制限せざるを得ない。
- 4 . 現状の生活環境では外来通院で治療は困難を予測されることは明らかである。
- 5 . 以上より、現状評価・治療方針の確立・治療の早期開始を中心に医療提供を行うことを主とし、それを支える療養環境を提供することが必要であると考えられる。
- 6 . ご本人の社会復帰に対する意欲が十分に存在する現状において、早期に、福祉・医療一体となった援助を行うことが、長期的に考慮すればもっとも社会資源を有効かつ効率的に提供しうることになると考えられる。(時期を逸することにより、より悪化した状況からのスタートは、ご本人にとっての負担も、社会にとっての費用・コストは明確に割高になると考えられます。)

2003年8月28日

黒川 渡

付記 私、黒川 渡は現在、四ツ橋診療所および大阪市社会福祉協議会の痴呆相談に従事している内科医ですが、今回の文書は私個人の責任において提出させていただいております。以上、添付いたします。

資料 2 (医療意見書の事例 2)
医療相談記録 (内科系)

担当医	黒川 渡		
対象者氏名	男	生年月日	19XX年X月X日 XX 歳
生活場所	区 河川横路上	場所状況	自動車内で野宿
本人の訴え	倦怠感		
既往歴	<p>14 歳 虫垂炎 手術 輸血あり (輸血後 C 型肝炎)</p> <p>胃十二指腸潰瘍 手術</p> <p>44 歳 肝炎発症</p> <p>その後 肝硬変続発・食道静脈瘤</p> <p>3 年前 肝細胞癌と診断され継続治療中</p> <p>顔面神経麻痺 後遺障害強度</p>		
現病歴	<p>肝細胞癌は、経皮的エタノール注入 (PEIT)、経動脈的塞栓術 (TAE) などを繰り返し、これまで 1 年に 3~4 回入院加療を続けながら働いていた。食道静脈瘤による吐血は何度か経験しており、その都度、Ligation、注入などの処置をしており、最近一年以上は吐血なく経過している。入院が重なるために職場に居づらくなり自己退職した。(2003 年 11 月)</p> <p>その後、就職活動を続けたが上手くいかず (履歴書は 70 通以上作成したとのこと)。2 月ころ入院加療を受け、3 月 19 日に退院。退院後野宿生活を始めた。</p> <p>現在は失業保険を受け取りながら自動車の中で生活をしているが、体調は悪く次第に倦怠感が強くなり、巡回相談員と遭遇して就労自立の道を知り、なんとか自分の条件にあう形で自立を望んでいる。</p>		
身体所見	<p>眼球結膜 黄疸なし</p> <p>左顔面麻痺後遺症 左眼瞼 閉鎖不全; 左口角 下垂著明</p> <p>口腔 歯 上顎 全歯なし、下顎 前歯 3 本のみ</p> <p>上肢 振戦なし</p> <p>下肢 浮腫なし</p>		
総合評価 コメント	<ol style="list-style-type: none"> 肝硬変を母地とした肝細胞癌で経過は 3 年。現在、問診時も病識はしっかりしており、健康保険で治療を継続しており、闘病意欲もはっきりしている。ただし、現在の生活環境でのストレスは本人の意思に反し状況を悪化させる可能性が極めて高い。現実には、本人はなんらかの安全と安心ができる環境を求めている。現在の状況は医療機関への即日入院を勧告するほどではなく、今まで通り外来通院と入院加療を組み合わせたかたちが可能な状態である。 以上からも明らかなように、疾患状況からは重労働あるいは 1 日 8 時間、週 5 日というフルタイムの就労は困難であると考えられる。しかし、本人の意欲や希望を考慮すると、一日数時間、週数日の就労は可能であり、このような形態での生活により闘病意欲、生活意欲ともに促進される可能性が最大化すると考えられる。 したがって、自立支援センターへの入所、内科外来通院、歯科治療を推奨する。 さらに、現時点での身体状況は自覚症状から推測すれば、早急な保護を必要とする。自立支援センターへの入所待ちの期間、ケアセンターなどへの緊急保護を求める次第である。 加えて、現状から考えうる長期目標としては、自立は半就労・半保護を目標化することが可能な状態であると判断できる。 		