

越年活動における医療相談会と シェルター利用者概要からの一考察

池袋周辺地区におけるホームレス支援活動から見えてきたこと

高桑郁子

1. はじめに

高度経済成長の終焉に伴い、失業者は増加し、日本においてもホームレス¹⁾の数は急激に増加をした。これに対して国は「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」を2002年8月に制定し、ホームレスの就労支援を積極的に推進するようになった。2003年に初めて実施した「ホームレスの実態に関する全国調査」では、25,296人と報告されたホームレスの数は2015年には、6,541人と数の上では減少していることが分かる。しかしながら、今なお路上で生活をする人々は、高齢化・長期化をしており、また、緊急一時保護センターや自立支援センターへの入所、生活保護の受給に至ったとしても、再度、路上生活に戻る確率が高いといわれている。同様に近年ではネットカフェに寝泊りする人も増加し、ホームレスの若年化も指摘されている（厚生労働省2012）。

筆者は2013年より、池袋においてホームレス支援活動をする民間団体²⁾のボランティア看護師として、月に2度実施される医療相談会に参加をしている。その活動の一環として、2013年～2014年と2014年～2015年にかけて2回の越年活動に参加した。

2013年～2014年にかけての越年活動は、閉庁期間が9日間と長かったため、有志のボランティア医療者や福祉相談員などが集まり、他地域団体とも連携して、医療相談会、個室シェルターの確保と運営を実施した³⁾。そ

の活動を通して筆者は、医療相談会を利用した人々と、シェルターを利用した人々の様相の違いに気付き、それは翌年の2014年～2015年にかけて実施された同活動においても、同様の傾向があることが見えてきた。

本研究の目的は、医療相談会とシェルター利用者のデータと概要を分析することにより、現在のホームレスの特徴を明らかにし、彼らを取り巻く社会の課題を考察することである。そして今後の研究への方向性の指針とすることとする。

研究期間は、2013年12月28日から2014年1月5日の10日間と2014年12月27日から2015年1月5日の10日間であった。越年活動終了後に、「ふとんで年越しプロジェクト」の報告会を実施するため各担当者が医療相談会とシェルター利用者の年齢と疾患・特徴などを分類し累計した。よって本稿のデータの一部は、「ふとんで年越しプロジェクト報告会」で報告されたものを使用する。なお使用するデータや情報は、個人情報が入らないように記載し、倫理的配慮に基づいたものである。またホームレスの定義は、「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」に基づいた「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所として日常生活を営んでいる者」に加えて、ネットカフェやカプセルホテル、飯場、友人宅に寝泊まりしている人も含めて「ホームレス」と捉えることとする。理由として、「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」に基づいた定義に沿う人物像だけでは、現在の貧困問題を表象するのに限界があるからである。

2. ふとんで年越しプロジェクト

ふとんで年越しプロジェクトチームは、池袋周辺地区において計8回の医療相談会を実施した。筆者は看護師として診察の介助に入りつつ、調査者として参与観察を続けた。また炊き出し会場にいるホームレスに積極的に声をかけ、体調がおもわしくないなどと判断した時には、本人の意向を尊重しつつ、医療相談会の利用や病院受診、シェルターの案内を行った。

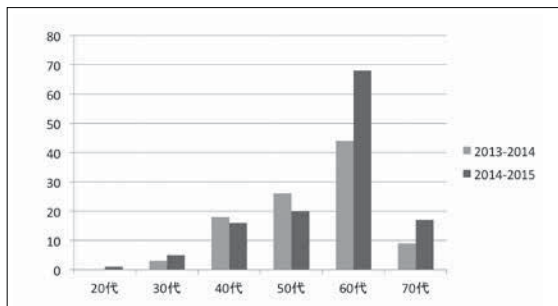
シェルターは、体調が悪い人などを中心に、年始の開庁後に適切な支援機関へ繋ぐことを目的に、池袋駅周辺にあるビジネスホテルを数部屋借り

た。利用をする人には、同意書にサインを頂き、また情報を整理するために、現在までの生活背景や家族関係、主訴や既往歴等を個人相談者シートに記載し、メンバー間での情報共有のために利用した。このシェルター活動に携わった人は、内科医師、精神科医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、生活困窮者支援のNPO法人団体職員などであった。越年期間中は、一日に一度はシェルター訪問をし、心身の状態を確認すると共に日常生活の援助を行った。このメンバーの中に筆者も入って訪問活動を行い、看護ケアの提供と共に観察を継続した。年明け後は、本人の希望を尊重し、役所や施設、病院などの機関へと繋がった者もいれば、自力で仕事を探すと行って去っていった者もいた。

3. 医療相談会

2013年12月28日から2014年1月3日における医療相談会の相談者は延べ115名おり、全員が男性であった。炊き出し会場には女性の姿も見られたが、医療相談を受けるケースはなかった。相談に来た人を年齢で分類すると、20代は0名、30代は3名、40代は18名、50代は26名、60代は44名、70代は9名と、60代の相談者が一番多く、次いで50代、40代、70代と相談者数が多かった（図表1参照）。相談者を疾患別に分類すると、呼吸器疾患（風邪症候群なども含む）が全体の45％と一番多く、その他胃腸炎、高血圧症、腰痛、歯痛、下痢、皮膚疾患、糖尿病、頻尿、眼科疾患を患っている人が多いことが分かった。

翌年の2014年12月27日から2015年1月2日の医療相談会では、相談者は延べ150名おり、そのうち男性相談者は125名、女性相談者2名、性別の記載がない相談事例は23件あった。平均年齢は59.5歳であり、年齢で分類すると20代は1名、30代は5名、40代は16名、50代は20名、60代は68名、70代は17名と、前年と同じように60代の相談者が一番多く、次いで50代、70代、40代という年齢順となった（図表1参照）。相談者数を疾患別で見ると、昨年と同様に呼吸器疾患の罹患率が32.7％と一番多く、次に胃腸炎などの消化器疾患（15.8％）、腰椎症などの整形外科的疾患（14.4％）、高血圧症などの循環器疾患（13.9％）皮膚疾患（3.8％）と診断されている



図表1 医療相談会相談者年齢別累計表

ことが分かった（ふとんで年越しプロジェクト報告書2014）。

ふとんで年越しプロジェクトチームによる2年間の医療相談会より見えてきたことは、60代の相談者が一番多く、次いで50代が多いということである。2003年の森川らの池袋の調査では平均年齢は56.7歳であった（森川2003）。また大脇らが新宿で実施した健康調査では、平均年齢は53.2歳であった（大脇2003）。今回の医療相談会に訪れた人の平均年齢は59.5歳であったことより、ホームレスの高齢化が池袋周辺地区においても明らかであるといつて良いだろう。

また主な相談理由（疾患）は、風邪などの呼吸器疾患や胃腸炎、高血圧症、腰痛、皮膚疾患と、先行研究とほぼ同じ結果であることが分かった（稲垣1999、大村2003、大脇2003、黒田2005、森川2003）。

今回の越年期間中での医療相談会の中で特徴的だったことは、診察の場面で医療従事者だけではなく福祉相談員も共に相談に立ち会ったことである。このことより、より生活に密着した質問ができ、彼らの生活での心配事を引き出すことができたと考える。そしてそれがより重篤な疾患の発見につながったのである。

例えば、肩の怪我で相談に来たA氏は、看護師や福祉相談員の問診時の介入により、下肢深部静脈血栓症の疑いが分かり、病院への緊急受診に至った。胃腸薬をもらいに来たB氏は、相談中の会話の中で大動脈乖離手術をした既往があることが分かり、しかも自己判断により治療を中断し、フォローをしていないことが分かった。C氏は風邪症状での受診であったが、生活の様子を聞くことで、呼吸困難を伴った心不全の疑いが見えてきた。

これらの例の様に、当初の受診理由は風邪や胃腸炎、痛みなどの軽症な様子であったにもかかわらず、福祉相談員などによる問診時の介入により、上記のような疾患を見逃していたことに気付くことができたと考ええる。

しかしながら、このような治療が必要な状態であっても、医療機関への受診を拒む者がいた。先に挙げたC氏は、努力呼吸が認められ、直ちに受診の必要性はあったが、「明日は、初もうでのバイトがあり、自分が行かなければ仲間に迷惑をかける。」と頑なに拒み、再三の説得にも応じず、病院受診へはつなげられなかった。

4. シェルター利用者

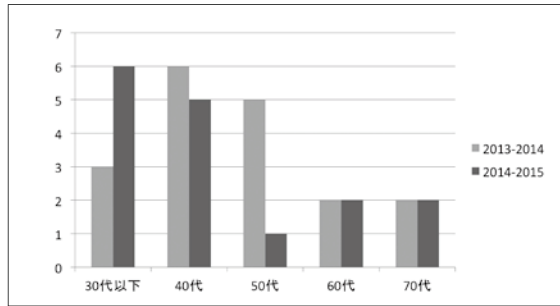
2013年12月28日から2014年1月6日までのシェルター利用者は合計20名おり、性別は男性のみで平均年齢は46.2歳であった。

年齢を分類すると、30代以下3名、40代6名、50代5名、60代2名、70代2名と40代が一番多く、次いで50代の利用者が多かった。

2014年12月27日から2015年1月6日までのシェルター利用者は18名おり、うち男性が13名、女性が5名と、女性の利用者が大きく増加した。平均年齢は47.7歳であり、年齢別で分類すると、30代以下6名、40代5名、50代1名、60代2名、70代2名であり、30代が一番多く次いで40代となっている。(図表2参照)

シェルター利用者の平均年齢に関しては、厚生労働省(2012)が発表をしたホームレスの平均年齢(59.3歳)や医療相談会に来た人の平均年齢(59.5歳)と比較しても、10歳弱若いことが明らかになった。またシェルター利用者の一部は、精神疾患や知的障がいを持っている人、もしくは疑わしい人である傾向がみられた。

炊き出し会場にいるホームレスは、50代から70代が多く、若年層のホームレスに出会うことは少ない。今回シェルターを利用した若年層のホームレスは、非正規雇用のために年末に仕事を解雇され、途方に暮れた状態でこの炊き出し会場に辿り着いたように見えた。炊き出し会場で出会った30代のD氏は、2日間食事を取っていないと訴えた。憔悴しきった様子で相談会場に現れたD氏は、暖かいココアを手にした時、「あったかい…」



図表2 シェルター利用者年齢別累計表

と聞こえないような声を発するのが精一杯なようであった。D氏にはスト
 ープの前で身体を暖めてもらい少し落ち着いた後にここに来た経緯を尋ね
 ると、年末に仕事を解雇され寮も追い出され、路上生活に至ったことがわ
 かった。その日はそのままシェルター入居となった。筆者にはD氏に精神
 障がいや発達障がいがあったかどうかは分からない。しかし、D氏には突
 然の解雇に対処ができないという「生きることへの不器用さ」を感じずに
 はいられなかった。そんな状態のD氏であったが、年明け後は自分で仕事
 を探すと言い、役所に行くことは断った。

シェルター利用者には若年者だけではなく高齢者もいたが、医療相談会
 の利用者の割合から考えても、高齢者のシェルター利用は決して多いとは
 いえない。高齢者は、医療相談会には気軽に来るようだが、いざシェルタ
 ーや支援者との密接な関わりが生じる場面になると、「いいよ」と拒む傾
 向があるように思えた。

2011年の池袋で実施された、森川らの調査の協力者平均年齢が50.5歳で
 あった(森川2011)ことは非常に興味深い。彼らは調査をする数週間前
 に2回程、池袋駅周辺にいるホームレスに、調査目的と方法を書いたチラ
 シを配って協力者を募り、定められた日時に指定の場所に来ることを伝え
 た。そして調査日に来た調査協力者の平均年齢を調べると50.5歳だったの
 である。この年齢は、厚生労働省が発表する、または医療相談会を利用す
 るホームレスの平均年齢より10歳弱若い。このことよりホームレス高齢
 者は、調査には協力的でなかったことが示唆される。以上のことより、ホ
 ームレス高齢者は、食事を貰うことや医療相談会で薬を貰うことには抵抗

は少ないが、支援者の積極的な介入や深い交流は避ける傾向があると筆者は考え今後の研究の中で掘り下げて調べていくこととした。

シェルター利用のホームレス高齢者は、高齢化に伴った身体や精神症状を持っているケースも見られた。シェルター利用中に、数日間観察を実施したことで、認知症の症状をより明確に認識できたり、排泄の処理が難しいことが分かった事例もあった。例えばE氏は71歳男性で、コミュニケーションに支障がないことより、認知症があるとは考えなかったが、シェルター入居後、便で汚染された部屋を発見したことで、便の処理が上手にできない状態であったことが分かった。排せつに関しては羞恥心を感じさせるため、当事者自身も隠す傾向が高く実態を掴むのは難しい。しかしながらホームレスの高齢化に伴い増加していくであろう認知症や失禁・失便の問題は、今後ホームレスの社会の中でも取り上げられていく必要があるであろう。

シェルターの女性利用者は、1年目はいなかったが、2年目には6名と大きく増加をした。これに関しては、他地域連携を推進した結果、他団体からの依頼が増え、それ故女性の利用者が増加したと考えられる。他団体から池袋のシェルター利用の依頼があったのは6件あり、そのうちの2件は女性のためであった。都内に、女性専用シェルターまたは個室シェルターなど、女性が安心して身体を休める場所はいまだ限られた状態であり、女性ホームレスのケアの困難さを改めて認識する結果となった。女性ホームレスに関しての研究は多くなく今後も増加するであろう女性ホームレスに関しての動向も追っていきたいと考える。

5. 考察

1) 高齢者の心身の状態

—重要な疾患が隠されている恐れと支援に結びつきにくい現状—

炊き出し会場を訪れるホームレスの多くは50代から70代であり、医療相談会を訪れる相談者と同様な年齢構成である。主な受診理由（疾患）は、風邪などの呼吸器疾患や胃腸炎、高血圧症、腰痛、皮膚疾患等であり、先行研究とほぼ同じ傾向で、重症状態であるとはいえない。しかしながら問

診時に時間を取り、相談者の生活の様子も含めて傾聴することは、彼らの話を引き出すことにつながり、「実は…」といったケースに遭遇することが多いことが分かった。医師の専門領域である身体的な側面のみでの問診だけでなく、看護師や福祉相談員が、精神的もしくは生活の側面へと会話を広げていくことで、主訴とは違った症状や、以前の病気の話へとつながり、重篤な疾患の発見ができるケースが増えることが分かった。問診時にさりげなく話を引き出し、相談者の想いを傾聴することが彼らに安心感を与え、話しても大丈夫と感じさせたと考える。

しかしながら、たとえ重篤な疾患の可能性が分かったとしても、彼らは介入を拒むことが多いのも事実である。食事を貰うことや医療相談会で薬を貰うことには抵抗は少ないが、支援者の積極的な介入や深い交流を避ける傾向がある。ではなぜ彼らは、深い介入を避けるのか、その想いの背景を知ることが重要であると筆者は考える。小宮は「拒絶という行動の裏側には、不安・逃避、怒り・甘えなど、さまざまな感情が渦巻いている。拒絶する患者にはそれぞれの理由が存在し、患者は他者から自分がおびやかされないように自分をまもろうと必死なのである。」(小宮, 2015: 43) というように、彼らが支援を拒む理由には、その背景に彼らが表現しきれない何かしらの想いがあると筆者は考える。医療相談会のような、支援の入口までは来るにも関わらず、その先の支援を拒む理由とは何か。この点は今後の重要な研究テーマの一つにしていきたいと考える。

2) 若年層と精神・知的障がい者 —援助技術と「精神障がい」に関する啓発活動—

森川らは池袋の調査にて、精神症状を有する人の割合は6割にあたりと発表した(森川2011)。筆者が参与観察や実際の当事者とのコミュニケーションを通して感じることは、6割以上の人が精神症状を有するであろうということである。会話がなんとなくかみ合わない、言っていることが時々意味不明であるなど、精神疾患とはっきりと診断・判断するのは難しいが、何かしらの障がい疑われる「グレーゾーン」の当事者は多いと考える。特に今回の調査を通して見えてきたことは、シェルターを利用した人の多くは、何かしらの障がいを抱えていたということだ。2014年の報告書の中にも、「(シェルター利用者の) 3人に1人が何らかの精神疾患を

わずらい、4人に1人が知的障がいの手帳を所持していた」ことが記載されている（ふとんで年越しプロジェクト2014）。そしてシェルター利用者は、図表2からの年齢構成を見ても若年層が多いことより、若年層でホームレスに至った人は、何かしらの精神障がいを抱えている可能性が高いことが示唆される。

越年活動の観察より、若年層は炊き出し会場には少数しかおらず、医療相談を利用することも少なく、彼らをアウトリーチすることは難しい。また支援に結び付いたとしても、その後の信頼関係の構築には時間を要するし、支援者側にも援助技術の知識が必要になってくると筆者は考える。小宮は「精神障害や疾患をかかえた人とかかわる際には、相手の領域をむやみに侵害しないことが重要である。（中略）互いの境界をまもることは、患者と自分の双方の安全をまもることでもあり、信頼の基礎となる。（中略）安全な距離を確かめながら、徐々に近づいていくことが必要である。」（小宮、2014:7）と指摘するように、彼らは傷つくことを恐れるあまりに、時に支援者に対して攻撃的になることもある。また会話が上手くかみ合わないケースも見られるであろう。このように彼らの特徴を知らないが故に、コミュニケーション齟齬が生じ、再路上化に陥らせる可能性は否めないと考える。支援者側の援助技術能力や、当事者に関わる時間なども含めて、丁寧な対応が問われるため、より専門的な知識を持った人材が必要になると考える。そのためにも今後は支援者に対しての援助技術の知識の普及や、このようなケースに対応ができる十分な人材確保が必要になると筆者は考える。

また「精神障がい」に関しての啓発活動が必要になると考えている。現在「精神障がい」の定義として使用されるのは、WHO（世界保健機構）やAmerican Psychiatric Association（アメリカ精神医学会）に基づくものであるが、一般的に考えると「精神障がい」のイメージは人によって様々である可能性が高く、実は誰にでも起こりうる問題として捉えるのは難しいのではないだろうか。うつ病や統合失調症などの疾患のみならず、発達障がい、パーソナリティ障がい、アルコールなどの依存症、認知症など、誰にでも起こりうる身近な問題としての「精神障がい」を、どのような形で一般の人々に啓発していくのかは、偏見や差別の減少のためにも今後の課題

の一つになると考える。

6. まとめ

医療相談会とシェルター利用者の概要を分析したことで、医療相談者の平均年齢が、シェルター利用者の平均年齢より10歳ほど高いことが明らかになった。そして高齢者においては、重篤な疾患や認知症などが隠されている可能性と、支援に結びつきにくい現状があることが分かり、若年層においては、シェルター利用の割合が高く、また利用者の多くが精神・知的障がいを持っていることが分かった。

今後の課題として、支援を拒否する要因や、認知症・排泄問題を抱えるホームレス高齢者への対応、精神障がいを抱える人への援助技術や「精神障がい」に関する啓発活動など、ホームレスを取り巻く社会の課題は多く残されていることを示唆した。今後はこのような視点を持った上で研究を継続していくこととする。

最後にこの研究ノートを執筆するにあたり、ご指導頂いた藤掛洋子教授始め、都市イノベーション学府の先生方と藤掛研究室のゼミ生の仲間たち、また越年活動でお世話になった支援団体の方々と、調査に協力してくれたホームレスの人たちに深く感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 稲垣絹代, 1999 「野宿生活者の健康の実態：釜が崎の健康相談活動より」『日本地域看護学会誌』1(1):75-80
- 大村令恵, 2003 「野宿している人のからだの状態-隅田川の路上医療相談会から（路上死をなくすために-全国の健康支援活動）」『shelter-less』(19):35-42
- 大脇甲哉, 2003 「野宿者の健康問題-加齢による影響（路上死をなくすために-全国の健康支援活動）」『shelter-less』(19):101-107
- 黒田研二, 2005 「保健医療と社会福祉，およびその共通性—ホームレス健康調査から考える—」『保健医療社会学論集』15(2):26-33
- 厚生労働省, 2015 「ホームレス実態に関する全国調査（概数調査）結果」
- 厚生労働省, 2012 「ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）結果」
- 厚生労働省, 2003 「ホームレスの自立の支援等に関する基本方針」
- 厚生労働省, 2002 「自立の支援等に関する特別措置法」
- www.mhlw.go.jp（最終閲覧2015.10.12）
- 小宮敬子, 2015 「ケアの人間関係」『精神看護の展開』医学書院
- 丸山里美, 2013 『女性ホームレスとして生きる—貧困と排除の社会学』世界思想社
- 箕浦康子, 1999 『フィールドワークの技法と実際マイクロ・エスノグラフィー入門』ミネルヴァ書房
- 森川すいめい, 2012 「ホームレス状態になった認知症高齢者：経済的理由による受診困難の実態と課題（特集受診できない：受診困難という問題）」『認知症医療の今を伝える専門誌』2(3):129-136
- 森川すいめい, 上原里程他, 2011 「東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率」『日本公衆衛生雑誌』58(5):331-339
- 森川すいめい, 中村あずさ他, 2003 「池袋野宿者の高血圧と生活習慣病-池袋医療班の試み（路上死をなくすために-全国の健康支援活動）」『shelter-less』(19):58-67
- ふとんで年越しプロジェクト, 2014 「ふとんで年越しプロジェクト2013報告書」
- ふとんで年越しプロジェクト, 2015 「ふとんで年越しプロジェクト2014報告書」
- WHO, 2007 「International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems IDS-10」www.who.int（閲覧最終日2015.10.12）

註

この「研究ノート」で使用するデータは、第56回日本社会医学学会において、口頭発表した一部を使用したものである。

1. 一般的に、ホームレス状態にある人を、路上生活者と表現することが多い。しかし本稿では、ホームレスという名詞を、一人の人物として捉えることとする。
2. TENOHASI www.tenohasi.co.jp 2003年より活動をするNPO団体
3. この一連の活動を「ふとんで年越しプロジェクト」として名づけ、ふとんで年越しプロジェクトチームとして、医療・福祉相談会とシェルター訪問に携わった。

(都市イノベーション学府博士前期課程・都市地域社会専攻)