

## 渋谷駅周辺の路上生活者の生活と健康

タニモト サリナ\* ミノワ マスミ<sup>2</sup>\*  
谷本佐理名\* 箕輪 眞澄<sup>2</sup>\*

東京23区内の路上生活の数は3,200~3,300人と集計されており、その中で健康状態の悪さや路上死などが報告されてきている。しかし、その多くは施設などを利用した者を対象としており、実際に路上生活を営んでいる者を対象とした場合、健康に関する調査はほとんどなされていない。そこで、実際に野宿をしている路上生活者を対象にその生活状況および健康状態を調査し明らかにすることを目的に本調査を行った。

対象は渋谷駅周辺および代々木公園で野宿生活をしている路上生活者とした。調査内容は質問票、血圧測定、および血液検査で、結果は野宿生活をしていない対照群と比較した。

路上生活者は男性49人、女性4人の計53人であった。平均年齢は52歳で、50代が約半数を占めたが、19歳から72歳と幅広い年齢分布であった。野宿歴は5年未満が49.1%で、5年以上10年未満および10年以上が共に24.5%であった。職業歴は建築関係が50.9%と半数以上を占め、職業が無かったと答えた者は1人であった。現在の職業は73.6%がないと答えた。食事の入手法については食品店の残りが最も多かった。1日の食事回数は2食以下が56.6%と半数以上であった。困った時に世話をしてくれる仲間がいると答えた者は64.2%を占めていた。喫煙率は88.6%で半数が1日20本以上吸っていると答えた。

路上生活者群は対照群に比べて一日の食事回数が「3回」より「2回以下」が多く、困ったときに世話をしてくれる仲間「あり」は約6割と比較的多かったものの、対照群に比べれば少なかった。一日の喫煙本数は路上生活者群で多かった。既往歴は胃十二指腸潰瘍と外傷が路上生活者群で多かった。SF36は身体的役割が路上生活者群で対照群より低く、精神的健康が路上生活者で高かった。また、拡張期血圧が路上生活者群で高く、白血球数、血小板数が多かった。

以上の結果より、社会環境の影響を受けて路上生活を始めた状況がうかがえた。また、路上生活者は経済的社会的障壁により、生活状況および健康に対する予防する機会等は制限を受けていることが考えられた。当事者の能動性、主体性をどのように重視していけばいいのかなどの具体的な援助方法は、当事者および彼らの身近にいるボランティアの意見を聞きながら考えていく必要がある。

**Key words** : 路上生活者, 生活, 健康, SF36, 血液検査

### I はじめに

路上生活者問題に関する都区検討会報告書によれば、東京23区内の路上生活の数は3,200~3,300人と集計されている<sup>1)</sup>。麦倉<sup>2)</sup>によると、台東区およびその周辺区を併せて2,000人、新宿区でも1,000人に及ぶことから23区全体でみると3,200人をかなり上まわると考えられる。不況、路上生活

の高齢化により、再就職口がないため、その人数が増えたことによるといわれる。新宿区によると、福祉事務所を訪れる住所不定者の相談件数は平成元年度1,289件から平成8年度97,421件と急増している。平成7年に東京都から出された調査報告書<sup>3)</sup>では、路上生活を続けることは、人間の生活の基盤である住居を欠いているということであり、健康な生活を送ることができないということである、と述べている。実際に、新宿区福祉部<sup>4)</sup>によると救急送院通知受理状況は年間1,000件前後、加藤ら<sup>5)</sup>の監察医務院の報告によると平成7年度の住所不定者および身元不詳者の検案数は

\* 日本医科大学医療管理学教室

<sup>2</sup>\* 国立公衆衛生院疫学部

連絡先: 〒113-8602 東京都文京区千駄木 1-1-5  
日本医科大学医療管理学教室 谷本佐理名

453件であった。また、大阪の愛隣地区において引き取り手がない遺体数は平成9年度167、平成10年度168に上っている<sup>6)</sup>。新聞記事にも、「ホームレスの男性が尼崎の公園で死亡 凍死の可能性も」<sup>7)</sup>、「ホームレス男性、ひっそりと死亡 小倉駅」<sup>8)</sup>、など路上死が取り上げられている。

一方海外ではホームレス（以下海外文献に関する内容の際、路上生活者ではなく、ホームレスという言葉を使う）の全般的な健康状態については、Gelbergら<sup>9)</sup>やBreakyら<sup>10)</sup>が報告し、飲酒や薬物依存を含めた精神的な健康についてはHolland<sup>11)</sup>、Fischerら<sup>12)</sup>、およびHamidら<sup>13)</sup>など数多く報告がある。その他にもGelbergら<sup>14)</sup>、Luderら<sup>15)</sup>およびWiechaら<sup>16)</sup>による栄養状態の調査、Robertsonら<sup>17)</sup>、Kinchenら<sup>18)</sup>、およびDoblinら<sup>19)</sup>のホームレスに対する医療機関受診に関するものなど、あげればきりがない。このように米国ではホームレスの健康状態に関する調査は積極的に行われている。

これに対して日本でも、愛隣地区のアルコール中毒に関する報告<sup>20-22)</sup>、清水ら<sup>9)</sup>の救護施設入所者に関する報告、長期低栄養下におかれショック状態で搬入されたといった症例報告例<sup>25)</sup>、コントロールされていない慢性疾患を持つことが多いこと、対処されないままに重症化した患者が多いこと<sup>26)</sup>、結核患者が増加している<sup>27)</sup>といった報告等がある。しかし、実際に路上生活を営んでいる者を対象とした場合、ボランティア団体<sup>2)</sup>や岩田ら<sup>27)</sup>による路上生活者の人数や属性の把握を主な目的とした調査はあるものの、健康に関する調査はほとんどなされていない。つまり、現在路上生活をしている人々が低栄養状態なのか、慢性疾患の罹患率が高いのか、また、多数発表されている米国での調査からみられるホームレスの健康問題と日本の路上生活者の健康問題がどのように異なるのかなどについては知られていない。東京都内だけで3,000人を超えると言われる野宿者だが、施設を利用するのはこの中の一部である。だが、彼らが路上で人知れず亡くなったり、重症化して搬送される例を無くすためには、実際の路上生活者のことを知る事が不可欠である。そこで、路上生活者の生活状況および健康状態を対照群と比較することにより明らかにすることを目的に本調査を行った。

## II 対象と方法

### 1. 調査対象

調査は渋谷駅周辺、渋谷駅周辺の公共施設、代々木公園を中心に行った。渋谷駅周辺、および周辺公共施設にはおよそ200-300人の路上生活者がいる。代々木公園には公園周辺に100-200人の路上生活者がおり、その多くはビニールなどでテントを作り定住している。平成9年10月31日から12月5日の毎週金曜日午前6時頃から、駅周辺や公共施設の路上生活者のいそうな場所や道で出会った路上生活者と思われる人に路上生活を営んでいるか確認し、調査を依頼した。検査結果などは医師のコメントをつけて本人に返した。データ収集は主たる調査員1人（医師）と助手1人の計2人で行った。この2人はボランティア活動を通じて路上生活者と関わりを持っていた。対照群は、国立公衆衛生院の職員で、同意の得られた人とした。

### 2. 調査方法

調査内容は質問票、血圧測定、および血液検査とした。

#### 1) 質問票

生活状況を調べるものとして性別、年齢、野宿歴、職業歴、現職業、寝る場所が決まっているか、寝る場所の形態、食事の入手方法、一日の食事回数、困ったときに世話をしてくれる仲間の有無、および一日の喫煙本数を尋ねた。寝る場所の形態は「段ボール・路上群」と「テント群」に分類した。「段ボール・路上群」とは冬の寒い中でも駅周辺や公園などに段ボールを敷いて寝ている人々である。「テント群」とはビニールシートによりテントのような囲いを作り生活している人々である。

健康状態を調べるものとして、既往歴の有無（高血圧、糖尿病、心臓病、胃・十二指腸潰瘍、結核・肺炎、気管支喘息、肝炎・肝硬変、外傷）、The Short-Form-36 Health Survey (SF36)<sup>29)</sup>を用いた。SF36は36の質問項目から構成されており、身体的機能、身体的役割、身体の痛み、一般的健康、活力、社会的機能、情緒的役割、精神的健康の8つのサブスケールに分け、それぞれが100点満点に換算してスコア化されるようになっている<sup>30)</sup>。日本語訳があり、標準化され、広く使われ

ているという理由で採用し、Rand group<sup>31)</sup>の方法に基づき集計した。スコアの値は大きいほど健康状態がよいことを示す。対照群に対しても路上生活に関わる質問を除いた同様の質問票を使用した。質問票には原則的に本人に答えてもらい、視力低下者や字が読めない者に対しては聞き取りを行った。

### 2) 血圧測定

水銀血圧計により、15から20分間安静の後、座位にて上腕より測定した。

### 3) 血液生化学検査

内容は白血球数、赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値、血小板数、総蛋白、アルブミン、GOT、GPT、 $\gamma$ GTP、総コレステロール値、尿素窒素、クレアチニン、随時血糖である。検査内容を説明し、同意を得た人からのみ採血し、結果は本人にも返した。検体は採血した日に測定した。

### 3. 統計解析

解析には計測値の検定にはt検定および一元配置分散分析を、計数値の検定には $\chi^2$ 検定を用いた。解析ソフトにはSPSS 7.5.1J for Windowsを用いた。

## III 結 果

### 1. 路上生活者の基本的属性 (表1)

男性49人、女性4人の計53人であった。平均年齢は52.3歳で、50代が45.3%と約半数を占めたが、19歳から72歳と幅広い年齢分布であった。野宿歴は5年未満が49.1%で、5年以上10年未満および10年以上がともに24.5%であった。職業歴は建築関係が50.9%と半数以上を占め、職業が無かったと答えた者は1人であった。職業歴のその他には印刷工、運転手、漁師、炭坑夫などがあがった。現在の職業は73.6%が「なし」であった。職を失った理由としては、「建築現場の仕事が減った」、「会社の機械化などでリストラされた」、などがあがっていた。90%が寝る場所は決まっていると答えた。寝るところの形態は段ボール・路上群が60.4%を占め、テント群よりやや多かった。食事の入手法については食品店の残りが最も多かった。1日の食事回数は2食以下が56.6%と半数以上であった。困った時に世話をしてくれる仲間がいると答えた者は64.2%を占めていた。喫煙率は

表1 路上生活者の基本的属性

		人数	%
性 別	男性	49	92.5
	女性	4	7.5
年 齢 分 布	～19	1	1.9
	20～29	2	3.8
	30～39	4	7.5
	40～49	7	13.2
	50～59	24	45.3
	60～69	14	26.4
野宿歴	70～	1	1.9
	1年未満	9	17.0
	1年以上5年未満	17	32.1
	5年以上10年未満	13	24.5
	10年以上	13	24.5
職業歴	無回答	1	1.9
	建築関係	27	50.9
	事務・サービス	11	20.8
	その他	12	22.6
	なし	1	1.9
現職業	無回答	2	3.8
	建築関係	8	15.1
	事務・サービス	0	0.0
	その他	6	11.3
寝るところ	なし	39	73.6
	決まっている	48	90.6
	決まっていない	5	9.4
寝る場所の形態	段ボール・路上	32	60.4
	テント	21	39.6
	食事の入手法	8	15.1
1日の食事回数	食品店の残り	43	81.1
	その他	2	3.8
	3食	23	43.4
仲間の有無	2食	27	50.9
	1食以下	3	5.7
	あり	34	64.2
一日の喫煙本数	なし	19	35.8
	0本	5	9.4
	1～19本	19	35.8
	20～39本	23	43.4
	40～49本	5	9.4
	無回答	1	1.9

88.6%で半数が1日20本以上吸っていると答えた。

### 2. 対象者および対照群との比較

質問票に答えた路上生活者は男性49人女性4人の計53人、対照群の回答者は男性27人、女性29人

表2 路上生活者群と対照者群の年齢比較

		人数	平均年齢	標準偏差	P
質問票回答者	路上生活者群	49	53.1	11.4	0.22
	対照者群	27	49.7	11.5	
血圧測定協力者	路上生活者群	31	54.3	10.4	0.388
	対照者群	19	51.6	11.0	
血液検査協力者	路上生活者群	33	53.5	11.4	0.56
	対照者群	19	51.5	11.4	

表3 路上生活者群と対照者群の生活状況に関する比較

		路上生活者群		対照者群		P
		人数	%	人数	%	
1日の食事回数	3回以上	22	44.9	25	92.6	0.000
	2回以下	27	55.1	2	7.4	
仲間の有無	あり	32	65.3	25	92.6	0.01
	なし	17	34.7	2	7.4	
1日の喫煙本数	0本	4	8.3	17	68.0	0.000
	1~19本	18	37.5	2	8.0	
	20本以上	26	54.2	6	24.0	

の計56人であった。路上生活者群の女性の数が4人と少なかったため、解析対象から路上生活者、対照群とも女性を除いた。質問票解答者の平均年齢は路上生活者群で53.1歳、対照群で平均年齢49.7歳であり、血圧測定協力者、血液検査協力者のいずれにおいても有意差は認めなかった(表2)。

### 3. 対照群との生活状態の比較(表3)

路上生活者群は対照群に比べて一日の食事回数が「3回」より「2回以下」が多かった( $p < 0.01$ )。困ったときに世話をしてくれる仲間「あり」は路上生活者群で約6割で、対照群に比べれば少なかった( $p < 0.05$ )。一日の喫煙本数は路上生活者群が多かった( $p < 0.01$ )。

### 4. 対照群との健康状態の比較(表4)

既往歴は胃十二指腸潰瘍および外傷が路上生活者群が多かった( $p < 0.05$ )。外傷は建築現場で受傷したというものが多かったが、中には見知らぬ人に暴行されたという例もあった。SF36は身体的役割が路上生活者群で対照群より低く、精神的

表4 路上生活者群と対照群との既往歴の有無の比較

既往歴	路上生活者		対照者		P	
	人数	%	人数	%		
高血圧	あり	7	14.9	5	19.2	0.632
糖尿病	あり	2	4.2	1	3.7	0.922
心臓病	あり	4	8.3	2	7.7	0.923
胃・十二指腸潰瘍	あり	11	23.4	1	3.7	0.027
結核・肺炎	あり	4	8.3	2	7.4	0.887
気管支喘息	あり	2	4.2	3	11.1	0.247
肝炎・肝硬変	あり	2	4.2	1	3.7	0.922
外傷	あり	14	29.2	2	7.7	0.032

表5 路上生活者と対照者のSF36の比較

	路上生活者 (n=49)		対照者 (n=27)		P
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
身体的機能	80.5	23.5	89.1	19.2	0.111
身体的役割	65.8	37.4	85.2	30.4	0.017
身体の痛み	73.6	26.4	78.3	29.3	0.476
一般的健康	50.6	17.3	53.3	16.5	0.503
活力	16.9	5.8	17.8	5.5	0.508
社会的機能	83.2	23.0	90.3	23.9	0.207
情緒的役割	50.2	11.9	53.8	14.0	0.241
精神的健康	38.8	16.9	29.3	12.4	0.013

表6 路上生活者と対照者の血圧値の比較

	路上生活者 (n=31)		対照者 (n=19)		P
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
収縮期血圧	148.3	27.7	139.5	19.0	0.19
拡張期血圧	94.5	15.7	86.9	9.3	0.038

健康が路上生活者で高かった( $p < 0.05$ )(表5)。血圧測定では、拡張期血圧が路上生活者群で高かった( $p < 0.05$ )(表6)。血液生化学検査では白血球数、血小板数が路上生活者群が多かった( $p < 0.01$ )(表7)。

## IV 考 察

路上生活者の調査で問題になるのは、代表性、妥当性、主観性に関するものである<sup>33)</sup>。こういった調査は、協力を得やすい人が対象となりやすい

表7 路上生活者と対照者の血液生化学検査の比較

	単位	路上生活者 (n=33)		対照者 (n=19)		P
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
白血球数	/mm <sup>3</sup>	7,139.4	1,666.6	5,957.9	1,245.1	0.001
赤血球数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	474.6	44.9	473.3	66.9	0.933
ヘモグロビン値	g/dl	14.3	1.9	14.9	1.4	0.236
ヘマトクリット値	%	43.7	5.1	45.1	4.8	0.312
血小板数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	27.9	6.4	21.1	6.4	0.001
総蛋白	g/dl	7.4	0.6	7.1	0.5	0.054
アルブミン	g/dl	4.4	0.4	4.4	0.3	0.979
GOT	IU/l	23.3	10.7	31.4	32.0	0.187
GPT	IU/l	19.0	16.6	29.7	27.1	0.132
γGTP	IU/l	27.9	35.7	45.5	61.6	0.196
総コレステロール値	mg/dl	189.9	49.4	184.9	35.7	0.699
尿素窒素	mg/dl	15.0	3.7	13.9	2.5	0.214
クレアチニン	mg/dl	0.8	0.2	0.8	0.1	0.347
血糖	mg/dl	107.2	29.1	122.4	48.3	0.164

ことや、調査地によっても路上生活者の生活状況が変わってくる。本調査では、我々は町を歩いて、身なり、持ち物等より路上生活者ではないかと思われた人にできる限りに協力をお願いするという形をとったが、協力してくれる人々には、すでにボランティア活動を通じて関係性を築いてきた人が多く含まれる結果となった。すなわち、所属集団によるバイアス、自己選択によるバイアス、および関心度によるバイアスといった選択バイアスや追従によるバイアス等が存在していることは否めない。識別が難しいこと、流動的に行動していること、関係性を作りにくいといったことから、代表性がとりにくい。Fischerら<sup>34)</sup>もホームレス集団の人数や性格は決めることができないため真の代表性を確立するのは難しいとしている。

ホームレス調査において、正確な情報収集に必要なことは、Shanks<sup>35)</sup>によれば、関係性が作られていることであり、Ropersら<sup>36)</sup>によれば、望ましくないような答えをしてもインタビューする者が害を加えないということをおわかってもらうという。Gelberg<sup>37)</sup>はホームレスはかなり正確な答えをしているが、複雑なことや時間が経ったものに関してはその限りではないと結論している。筆者の行った調査は、これらの条件は満たしていたと思われる。

調査は客観性を保つべきであるが、本調査はボランティア活動を行っている者が調査実施者ということから、中立的な立場を保っていたとは言えないかもしれない。一種の援助関係が調査関係に入り込んでくることによる相互の混乱がおこるといふ短所もあげられている<sup>28)</sup>。園部は<sup>33)</sup>ボランティア活動により調査が同情的な立場に立つことは否定でないが、だからこそ対象者の一部は調査に応じたとも言え、調査のプロセスで研究者の価値が影響せざるを得ないことを確認しておくことが重要であろうと述べている。

本調査における路上生活者の平均年齢は、52.3歳で、50歳代が最も多く45.3%を占めていた。岩田ら<sup>28)</sup>による新宿の路上生活者に対する聞き取り調査の約40%と同様であった。橋本<sup>38)</sup>による昭和27年から60年までの日本における保護施設の調査では50歳代は10~30%代であり、それと比較すると年齢は高かった。野宿歴は5年未満が49.1%であった。1992年頃のバブルの崩壊から路上生活に入った人は、路上生活歴5年以下の人々で全体の約半数ということになる。職業歴は日雇いなどを含めた建築関係が半数を占め、岩田<sup>28)</sup>の調査における建築等単純労働者と建築技能作業者を合わせた46.2%と同様であった。以前職業がなかったと答えた者が1人だったのに対し、現在無職と答えたのは39人で73.6%だった。職を失った理由とし

ては、建築現場の仕事が減った、会社の機械化などでリストラされた、などがあがっていたことから、社会構造の変化の影響を受けたものであった。

寝る場所の形態が「段ボール・路上」と答えた者が6割であるのに対し、寝るところが決まっているかという質問には、90%が「決まっている」と答えていた。「段ボール・路上」生活を送っているものは、テント生活のような定住型でないにもかかわらず、夜になると決まった場所に戻ってきて一夜を過ごしているということだ。麦倉<sup>2)</sup>による山谷の炊き出しアンケートではテントに当たるブルーシート小屋は10%であった。筆者の行った調査ではほとんどがテント生活を送っている代々木公園の人々を含んだため、6割と高率になったようである。なぜこのように寝る場所の形態が異なるのかはわからない。

食事の入手方法の多くは食品店の残りであった。通称「エサ取り」である。山谷や新宿では法外援護のサービスとして麺類などの配給が行われていたり、ボランティア団体が炊き出しを行っている。時にこういったサービスを利用している者もいる。だが、そういったサービスも地域によってまちまちであるため、多くは確保する場所まで行くことになる。

食事回数は路上生活者群が対照群と比べて少なかった。海外でも多くのホームレスがコントロールと比べて一日の食事量、回数ともに少なく1.4回という報告がある<sup>16)</sup>。食事の入手方法の多くが食品店の残りに頼っているということ、しかも最近では摂取が困難になってきていることより食事回数が少ないのかもしれない。

困ったときに世話をしてくれる仲間は路上生活者群の方が対照群より少なかった。しかしながら、約6割が困った時に世話をしてくれる仲間が「いる」と答えている。Fischerら<sup>12)</sup>によると、米国の教会を利用しているホームレスの調査では友達が一人以上と答えた人は54.7%であった。彼らが、医療機関や生活保護を受ける際、さまざまな施設に入る必要があるのだが、その過程で脱落する人が少なからずいる。その背景の一つとしてこのような仲間とのつき合いを持っている人が、その関係を絶たれてしまうことがあるという<sup>39)</sup>。

一日の喫煙本数は路上生活者群で多かった。

Heffronら<sup>40)</sup>もホームレスに飲酒問題と並んで喫煙問題があると報告している。1997年度の国民衛生の動向<sup>41)</sup>によるとわが国の20歳以上の男性の喫煙率は57.5%である。本調査における対照群である国立公衆衛生院の職員の喫煙率は27.5%と一般より低いことも、大きな差をもたらした要因であろう。いずれにしても、路上生活者の喫煙率の方が高い。喫煙はさまざまな疾患の危険因子となっており、最近では禁煙対策が徐々に進んできている。しかし、過酷な路上生活の中の少ない楽しみの一つだとすると止めるのは困難とも思われる。

既往歴は胃十二指腸潰瘍と外傷が路上生活者群で多かった。胃十二指腸潰瘍については、診断を受けているか否かはわからない。胃十二指腸潰瘍の主要原因の一つにストレスがあげられている<sup>42)</sup>が、この過酷な路上生活は当然のことながらストレスの原因となるであろう。一方、下痢などを訴えるものが少なくないところから、そういった消化器症状を含めて答えている可能性もあるかもしれない。そうだとすると、食事の影響もある。Wiechaら<sup>16)</sup>はホームレスの食事に関連した疾患で多くみられるものとして胃潰瘍や消化器症状もあげている。外傷に関しては、小林ら<sup>43)</sup>の野宿をしている日雇労働者を含めた生活と健康に関する調査においても、最も多く認められており、建築・土木などの仕事に起因するものが多かった。結核については、新宿保健所の住所不定者の結核が急増しているなどの報告もある<sup>27)</sup>。結核に罹患したことがある者は、実際には結核の既往歴の認識があったが、本調査を行う前に呼吸器疾患の一つであるところの肺炎との既往歴の区別が困難と思われたため、肺炎と結核を同時に聞いた。その結果、対照群とは差が認められなかった。これは、選択バイアス以外に、テント生活をしている者が多く含まれていたなど、新宿ほど密集していない場所に生活していることとも関連しているのかもしれない。

今回の調査では、「身体的役割」が路上生活者で低かった。この「身体的役割」は、身体機能の変化に起因して、仕事や普段の活動における役割機能に制限があるかを測定するサブスケールである。SF36の身体的健康のスコアが低いとき、関節炎、狭心症、背部痛、慢性肺・心疾患、糖尿病、高血圧、といった疾患がある割合が高い<sup>44)</sup>こ

とから、本調査にて明らかにならなかった疾患による影響があるのかもしれない。また、仕事を持っていない者や普段の活動がもともと少ない者の「身体的役割」を測定することは困難なのかもしれない。

ホームレスの精神面に関する報告は多数ある<sup>10-13)</sup>。Fischerら<sup>12)</sup>の教会を使用しているホームレスの調査では、精神的障害の可能性が高いといわれるThe General Health Questionnaire (GHQ) スコア4以上が35%と高率にみられたという。他にもBreakyら<sup>10)</sup>によるDSM-IIIのAxis I (精神疾患、薬物使用に関連する疾患など)が80%にみられた、Holland<sup>11)</sup>のGHQ5以上が72%に認められたなどの報告がある。しかし、筆者の調査ではSF36の精神的面に関するスコアのうち「精神的健康」が路上生活者で高かった。これは、調査に応じてくれたという選択バイアスの影響により、良い結果に傾いたともみることができらる。冬の寒い中、野宿生活を続けるには、環境に耐えうる体力、生活力、精神力が必要である。その中で生きていくために、「こういう生活しているんだから、悪いこと考えるときがないから、いいことだけ考えるようにしているんだよ」という前向きな考え方が身についた、または身につけた人々がこの生活に耐えうるということも言えるかもしれない。

血圧は路上生活者群が高かった。ホームレスには高血圧罹患者が多いという指摘があり<sup>18,45)</sup>、Kinchen<sup>18)</sup>によると14~25%の有病率があるという。その理由としては、食べ物の中に塩分が多いこと、路上は外界の冷気の影響を受けることなどが考えられる。今回の調査では路上生活者群には路上で、対照群は室内で血圧測定を行った。血圧は冬に高く<sup>46)</sup>、急激な冷刺激で上昇するため<sup>47)</sup>、寒い外気による影響が出た可能性は否定できない。しかし、常にそのような刺激にさらされていることから実際の有病率も高いとも推察されよう。医療機関を受診し治療を受ける際にも、このような環境で暮らしているという理解が必要だ。

血液検査では、白血球数、血小板数が路上生活者群で高かったが、いずれも正常範囲内である。あえて考察するならば、路上生活者に急性・慢性の感染症が多く認められる<sup>7,13)</sup>ことによるのかもしれない。Luderら<sup>15)</sup>およびWiechaら<sup>13)</sup>は、鉄

欠乏、蛋白不足、高コレステロール血症を報告しているが、対照群と比べたわれわれの調査では認めなかった。

健康に関する予防をとっても路上生活をしながら塩分制限、禁煙、どの指導をしても実行が難しい。すなわち、食事も十分に得ることの出来ない状況で塩分制限ができるわけではなく、喫煙が過酷な路上生活の中の少ない楽しみの一つだとすると止めるのは困難と思われるからである。また、経済的社会的障壁により、予防する機会は制限を受けてしまう。こういったことから、Hibbisら<sup>48)</sup>は、医学上の問題より、“ホームレスであること”が死亡率を下げるために取り去る必要があるリスクであると述べている。

米国では、治療も含めた医療機関へのアクセスの問題もさまざまに取り上げられている。ホームレスの入院率が高いのはより早期に病状が分かっていたら、予防または治療し得たはずのものが多いからだと言う指摘がある<sup>49)</sup>。それにもかかわらず受診しないのは、それ以前の問題、すなわち食事、仕事、服の確保、風呂が十分でないことがある<sup>50)</sup>。同様に筆者の調査でも、医療機関を受診しない理由として、「仕事があるから」、「福祉の世話になりたくない」、「どうせ邪険に扱われる」、「こんな格好では行きたくない」といった理由があがっていた。これらは理解可能な理由である。今後健康問題を含めた路上生活者対策に、不可欠な視点であろう。

さらに、Kinchenら<sup>18)</sup>はホームレスの高血圧の治療を継続する際のバリアの一つとして支援ネットワークの不足をあげている。仲間がいると答えた人は6割いたが、実際に横のつながりで支え合っている人々が少なからずいる。そういった仲間同士を含んだ支援グループとのネットワークを持ち、うまく役割分担することも効果的であろう。

本調査は、実際に野宿生活をしている路上生活者を対象としたことは大いに評価される点である。しかし、対象者数が少ないこと、ボランティア活動を基盤としたこと、調査地が限られていることなどから、本調査の結果を路上生活者の健康状態として一般化することはできない。また、定量的な調査のため、路上生活者に対して、今後具体的にどのようなサポートが必要なのか等の提言をするまでにはいたっていない。当事者の能動

性、主体性をどのように重視していけばいいのかななどの具体的な援助方法は、当事者および彼らの身近にいるボランティアの意見を聞きながら考えていく必要があるだろう。

本調査を進めるにあたりご協力いただきました東京大学大学院医学系研究科の福原俊一先生、渋谷駅周辺および代々木公園の路上生活者の皆様、渋谷・原宿生命と権利をかちとる会の皆様、国立公衆衛生院の職員の皆様に深謝申し上げます。

(受付 '98. 5. 6)  
採用 '99. 6.29)

## 文 献

- 路上生活者に関する都区検討会，路上生活者に関する都区検討会 報告書，1996: 1.
- 麦倉 哲，ホームレスの生活と行政ニーズ，都市問題，1997; 88(10): 15-26.
- 東京都企画審議室，「新たな都市問題と対応の方向—路上生活をめぐって—」，平成7年7月
- 新宿区福祉部，平成9年度版 所管事業の概況，1997: 117.
- 加藤幸久，千葉正志，殿谷孝敬，他，監察医務の現場の現場から—住所不定者の過去5年間の死因分類—，東京都衛生局学会誌，1997; 98: 34-35.
- 西友愛隣会，「あいりん物故者慰霊祭」資料，1999.
- 磯崎由美．新宿ホームレス問われる日本社会の「器」，ここの事情把握して．毎日新聞 1996. 3. 1; 4.
- 倉沢 進．ホームレス問題を直視しよう．朝日新聞 1996. 2. 9; 4.
- Gelberg L. Linn LS. Assessing the physical health of homeless adults. JAMA. 1989; 262: 1973-9.
- Breakey W., Fischer PJ., Kramer M., et al. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. JAMA 1989; 262: 1352-1357.
- Holland AC., The mental health of single homeless people in Northampton hostels. Public Health 1996; 110: 299-303.
- Fischer PJ., Shapiro S., Breakey WR., et al. Mental health and characteristics of the homeless: A survey of mission users. AJPH 1986; 76: 519-524.
- Hamid AW., Wykes T., Stansfeld S. The homeless mentally ill: myths and realities. International Journal of Social Psychiatry 1993; 39(4): 237-54.
- Gelberg L., Judith A., Neumann CG. Determinants of undernutrition among homeless adults. Public Health Reports 1995; 110: 448-454.
- Luder E., Boey E., Buchalter B., et al. Assessment of the nutritional status of urban homeless adults. Public Health Reports 1989; 104: 451-7.
- Wiecha JL., Dwyer JT., Dunn-Strohecker M. Nutrition and health services needs among the homeless. Public Health Reports 1991; 106: 364-74.
- Robertson MJ., Cousineau MR., Health status and access to health services among the urban homeless. Am J Public Health 1986; 76: 561-563.
- Kinchen K., Wright JD., Hypertension management in health care for the homeless clinics: Results from a survey. Am J Public Health 1991; 81: 1163-1165.
- Doblin BH., Gelberg L., Freeman HE., Patient care and professional staffing patterns in McKinney Act Clinics providing primary care to the homeless. JAMA 1992; 267: 598-701.
- 小杉好弘，今道裕之，和気隆三，他．愛隣地区単身アルコール中毒者について そのⅠ．家持ちアルコール中毒者との比較．アルコール研究，8: 87-94, 1974.
- 小杉好弘，今道裕之，和気隆三，他．愛隣地区単身アルコール中毒者について そのⅡ．単身一般病者との比較．アルコール研究，9: 95-100, 1974.
- 小杉好弘．アルコール中毒と地域社会—大阪愛隣地区の調査から—．臨床精神医学，4: 297-308, 1975.
- 門奈丈之，河 正訓．大阪愛隣地区におけるアルコール多飲と肝障害．Pharma Medica，8: 29-33, 1987.
- 清水新二，斧出節子．愛隣地区単身高齢ホームレスと飲酒問題，老年精神医学雑誌，1990; 1: 574-579.
- 後藤美穂子，湯本正人，杉本健治，他．長期低栄養化におかれショック状態で搬入されたホームレスの一例，救急医学会誌，1995; 6: 585.
- 湯浅教子，石川雅健，今 真人，他，住所不定者救急医療の実情と問題点，日救急医学会誌，1995; 6: 493.
- 中西好子，都築和子，神楽岡澄，他，新宿駅周辺のホームレス結核について，日本公衆衛生雑誌，1996; 431(0)特別附録Ⅲ 539.
- 岩田正美，路上の人々—新宿1995-96，東京都立大学人文学報，1997; 281: 72-99.
- Ware JE. SF-36 Physical and Mental Summary Scales: A User's Manual, The Health Institute, New England medical Center Boston, Massachusetts December, 1994 4th printing.
- Ware, JE, Sherbourne, CD. The MOS 36 item—short form health survey (SF-36). Med. Care. 1992; 30: 473-483.
- Rand Corporation, Ware JE. The short-form-36 health survey. General Health Status and Quality of

Life. 1990; 446-457.

- 32) 稲葉 剛, 新宿ダンボールハウスの人々—路上死のない21世紀を!—, 東京: ピースネット企画, 1997; 57-58.
  - 33) 園部雅久. ホームレス調査をめぐる方法とデータ 日本都市社会学年報 14 1996 53-63.
  - 34) Fischer P.J., Breakey W.R., The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist* 1991; 46: 1115-28.
  - 35) Shanks N.J. Consistency of data collected from inmates of a common lodging house. *J Epidemiol Community Health* 1981; 35: 133.
  - 36) Ropers R., Robertson M. Basic shelter research project. Los Angeles: UCLA School of Public Health, 1984.
  - 37) Gelberg L., Siecke N. Accuracy of Homeless Adults' Self-Reports. *Medical Care*. 1997; 35: 287-290.
  - 38) 橋本 明, 東京都下—生活保護施設における「ホームレス」精神障害者の研究, 日本公衆衛生誌, 1992; 39: 467-477.
  - 39) 宮下忠子. ホームレスと行政の対話. 都市問題 1997; 88: 27-38.
  - 40) Heffron W.A., Skipper B.J., Lambert L. Health and lifestyle issues as risk factors for homelessness. *Journal of the American Board of Family Practice*. 1997; 10(1): 6-12.
  - 41) 厚生統計協会, 国民衛生の動向, 東京, 1997; 44: 101-102.
  - 42) 新臨床内科学 6 版. 高久史麿, 尾形悦郎, 監修. 東京: 医学書院, 1995; 464-472.
  - 43) 小林章雄, 渡辺丈真. 日雇労働者の生活と健康について—5年間の健診記録の分析—. 日本公衛誌 1986; 33: 761-767.
  - 44) Ware J.E. SF-36 Physical and Mental Summary Scales: A User's Manual, The Health Institute, New England medical Center Boston, Massachusetts December, 1994 4th printing; p 10. 10
  - 45) Kleinman L.C., Freeman H., Perlman J. et al. Homing in on the homeless: assessing the physical health of homeless adults in Los Angeles County using an original method to obtain physical examination data in a survey. *Health Services Research*. 1996; 31: 533-49.
  - 46) Imai Y., Munakata M., Tsuji I. et al. Seasonal variation in blood pressure in normotensive women studied by home measurements. *Clinical Science*. 1996; 90: 55-60.
  - 47) Postolache T., Gautier S., Laloux B. et al. Positive correlation between the blood pressure and heart rate response to the cold pressor test and the environmental temperature in older hypertensives. *American Journal of Hypertension*. 1993; 6 (5 Pt 1): 376-81.
  - 48) Hibbis J., Benner L., Klunman L., Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *New England Journal of Medicine*. 1994; 331: 304-327.
  - 49) Martell J.V. Hospitalization in an urban homeless population: the Honolulu Urban Homeless Project. *Ann Intern Med* 1992; 116: 299-303.
  - 50) Gelberg L., Gallagher T.C., Andersen R.M. et al. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *Am J Public Health*. 1997; 87: 217-220.
-

## LIFESTYLE AND HEALTH STATUS OF HOMELESS PEOPLE AROUND SHIBUYA STATION, TOKYO

Sarina TANIMOTO\*, Masumi MINOWA<sup>2\*</sup>

**Key words:** Homeless, Lifestyle, Health status, SF36, Blood testing

The number of homeless people in Tokyo is estimated to be 3,200–3,300. While studies on the health status of homeless people, including illness, injury and deaths have been previously reported, most of these reports concern the homeless who resided in housing facilities for the homeless or who admitted to hospitals. We undertook a comparison of lifestyle and health status between homeless people and people who live in houses (as a control group). Health status was also analyzed for differences among homeless people. Subjects were asked by questionnaire regarding their age, the length of being homeless, former and present employment, sleeping condition, food, whether they have friends or not, the amount of smoking per day, and Short-Form-36 Health Survey (SF36). As objective findings, measurement of blood pressure and blood testing were also performed.

Fifty-three homeless people, 49 male, 4 female, average age 52, from the areas around Shibuya station and Yoyogi park, were enrolled. While 98% of the homeless people had previous employment, 73% were not working when the study was performed. Compared with control group, the homeless had fewer meals per day, fewer friends, excessive smoking, greater history of gastro-duodenal ulcer and injury, greater limitation due to physical problems, and higher general mental health as measured by SF36. The diastolic blood pressure of the homeless was higher than that of the control. The blood testing showed higher white blood cell counts and platelet counts.

It was suggested that changes in the social structures were largely influential in causing life, and that access to health care was limited because of financial and social barriers. Further studies with more samples, survey of social volunteers involved in care of homeless and qualitative data would be necessary to find and develop better support system for the homeless.

---

\* Department of Health Services Administration, Nippon Medical School, Tokyo, Japan

<sup>2\*</sup> Department of Epidemiology, National Institute of Public Health, Tokyo, Japan