

## 住所不定の結核患者に対するソーシャルワークの課題

キト 宜子\*

**目的** 結核病院において、住所不定の患者に対する療養環境整備の援助はソーシャルワークの重要課題である。今回住所不定の結核患者の生活状況について調査を行い、結核病院におけるソーシャルワークの課題および社会的援助対策の課題を検討した。

**方法** 路上生活者、住居を設定していない日雇い労働者、入院の為に住居を引き払った者を含め、住所不定の結核患者の生活問題状況を診療録調査および事例調査から捉え、ソーシャル・サポート・システムの状況を明らかにした。診療録調査では、平成7年4月1日から平成8年3月31日までの某結核病院の一病棟（55床）の診療録から住所不定の患者を抽出し、性別、年齢、入院前の職業・住居援助者の有無、経済状況、入院生活・退院準備への適応状況、退院先を調査した。事例調査では、14事例を行動および生活上の特徴から3群に分類し、特徴を把握した。

**成績** 1年間の調査期間に結核あるいは疑いという診断で同病院に救急搬送された患者は214人、うち住所不定は22人であった。調査対象病棟では、単身・住所不定患者は14人あり、全員男性、平均年齢50歳である。職種は、路上生活で無職の他、建設労務、配管工、トラック運転手など、肉体労働が主で、社会保障制度非加入であった。ほとんどの人が家族とのつながりが薄く、入院後の経済的援助を生活保護に頼らざるを得ない状況にあった。

**結論** 事例調査の結果、住所不定の結核患者には、親族などのインフォーマル・サポートの弱さ、本人のサポート活用能力の弱さがみられた。また行政による援助などのフォーマル・サポートは緊急的、補完的、事後対処の対応が中心になっているという特徴が明らかになった。援助対策としては、予防—治療—フォローアップのプロセスを強調し、各援助関係者の住所不定の結核患者の療養生活に関する認識や理解、関係機関間の十分な連携協力の援助体制をつくっていくことが必要である。

**Key words** : 住所不定, 結核患者, ソーシャルワーク, ソーシャル・サポート・システム

### I はじめに

結核罹患率が再び増加傾向にあると言われる中、住所不定の患者は結核ハイリスク・グループとして捉えられている<sup>1)</sup>。結核病院においても住所不定の患者に対する療養環境整備の援助は重要課題であり、生活保護申請援助や退院時の住居設定援助などがソーシャルワークの中心業務になってきている。

彼らの病前生活をみると、自活能力はそれなりにあるものの健康的な生活への配慮が少なかった

り、必要な制度・資源を活用して生活を組み立てるということをしていなかったり、また家族とのつながりが薄く必要な時にサポートが得られないということがみられる。これらが入院という事態になると、収入停止や住居引き払いという生活問題に直結する。そのため生活不安が高まって安定した療養ができなかったり、療養が中断したり、また健康に配慮した生活設計・退院準備ができないう問題につながる。これらの諸問題は患者の健康的な生活を損なうものであるとともに、治療効果を減じるものでもあり、さらには結核感染の危険性を拡大するものでもあるため、効果的な治療・援助方法の確立が求められている。そこで今回住所不定の結核患者の生活状況について事例調査を行い、結核病院におけるソーシャルワークの

\* 国立療養所東京病院  
連絡先：〒204-8585 東京都清瀬市竹丘3-1-1  
国立療養所東京病院 木戸宜子

課題および社会的援助対策の課題を検討した。

## II 背景

いわゆるホームレスの問題が取り上げられ、論議される機会が増えてきている。ホームレスの人々には抱えている病気の多さが目立つ。精神障害や高血圧、糖尿病は特徴的な病気であるが、加えて感染症である結核の問題を見逃すことはできない<sup>2,3)</sup>。結核は生活環境の劣悪さに起因する。また入院治療が終了したあとも確実に服薬が継続できなければ再発し、周囲に感染を拡大させることにもなる。感染症のリスクを考慮すれば、他の疾患以上に確かつ専門的なケア、フォローアップが必要である。しかしホームレスの人々が健康を維持するには、社会的サポートが少ないという状況がある。

金子によれば、ホームレスの人々は一般に家族などとの人間関係を喪失しているという<sup>4)</sup>。また米国でもホームレスの特徴として、家族との接触を失っていること、職業はパートタイムや単発の仕事であることがあげられている<sup>5)</sup>。これは日本では休業補償がないなど社会的サポートを得にくい、不安定な職業についていることが多いということになる。

この点ではホームレスの人々ばかりではなく、住居を設定せずに日雇い労働をしている者、あるいは収入がなくなれば住居を引き払わざるを得なくなってしまう者なども生活不安定層であり、状況によってはホームレスになりうる人々とみることが出来る。実際このような状況で入院してきた住所不定の結核患者は単身の者が多く、また生活上必要なサポートを十分に活用できていないために生活に支障をきたしていると見受けられる。つまり結核という病気を持つ住所不定者の生活問題は、ソーシャル・サポートのあり方およびその活用の問題に関係があると考えられる。

ホームレスという用語については一般的に路上生活者を意味することが多いが、簡易宿泊所やサウナに寝泊まりする者を含めることもあり、一致した概念がない。現状をふまえ、問題状況を幅広く捉える必要がある<sup>6)</sup>。そこで本論ではいわゆるホームレスから、住居を設定せずに日雇い労働をしていた者、あるいは入院の為にアパートを引き払い住居がなくなった者などを含めて、住所不定

の結核患者の生活問題状況を捉えてみたい。

## III 対象と方法

調査対象は、結核病床220床を有する東京郊外の病院に入院した住所不定の結核患者である。対象患者を集団的に把握し特徴を捉えるため、入院患者を対象とする。当病院は結核の専門病院であり、住所不定患者の入院が増加する傾向にある。

調査時期は平成7年4月1日から平成8年3月31日までの1年間である。調査方法は診療録調査と事例調査であった。まず診療録から一結核病棟に調査期間中に入院した患者のうち、住所不定の患者14人を抽出した。調査項目は、1)対象患者の性別 2)年齢 3)入院前の職業 4)入院前の住居 5)援助者の有無 6)経済状況 7)入院生活への適応状況 8)退院準備への適応状況 9)退院先である。次にこの14例について事例調査を行った。

考察には社会環境におけるさまざまなサポートの相互作用に視点をむける、ソーシャル・サポート・システムの観点を応用した<sup>7)</sup>。背景に示したように、住所不定者の問題は那人自身の問題と社会情勢による問題とが複雑に絡み合っている。このような集団に対する結核対策を検討するには、彼らの社会とのつながりのもち方の特徴および社会の援助体制の特徴を把握し、これらの効果的な相互作用のあり方を求めていく必要がある。これは公衆衛生学研究において個人の要素と社会の要素、またその関連性に視点を当てていく際に有用な視点であると考えられる。このような視点からソーシャル・サポート・システムの状況を明らかにし、援助対策の課題を提示した。

## IV 調査結果

### 1. 住所不定の結核患者の特徴（診療録調査の結果）

平成7年4月1日から平成8年3月31日までに、結核もしくはその疑いという診断で同病院に救急搬送された患者総数は214人、うち住所不定の者は22人、約1割であった。病院内の病棟編成上、新たに結核病棟としてオープンした病棟（55床）について調査を行ったところ、救急搬送された住所不定患者は8人、それ以外の住居がないかもしくは失った生活保護受給者6人であった。この14人の特徴は、全員男性、単身、平均年齢50歳

で働き盛りの人々であった。明らかになった職種は、路上生活で無職の他、建設労務、配管工、トラック運転手であり、肉体労働が主で、社会保障制度に加入していなかった。またほとんどの人が家族とのつながりが薄く、入院後の経済的援助を生活保護に頼らざるを得ない状況にあった。(表1参照)

## 2. 事例

調査対象の14例は、療養環境整備として生活保護申請や退院後の生活場所設定等のソーシャルワーク援助が行われた。この援助過程において把握された事例の病前の生活状況および入院の経過の特徴をみた時、次の3群に分類された。

- a群：入院後間もなく死亡に至ったケース  
(事例1, 2, 3, 4)
- b群：入院前路上生活をしてきたケース  
(事例5, 6, 7, 8)
- c群：入院により住居もしくは収入を失ったケース  
(事例9, 10, 11, 12, 13, 14)

これらの各グループについて考察していく。

1) a群：入院後間もなく死亡に至ったケース  
彼らは路上生活から結核を発症、救急搬送によって入院、病状が重篤で入院後間もなく死亡した。多くは家族の援助を得ることが不可能であり、連絡をとることも困難であった。家族が本人の所在を探し求めているという場合もあるが、本人側からは長い間何らかの事情により家族の援助を求めることはできなかったようである。彼らは病気が悪化して初めて救急搬送され、入院治療、生活保護受給につながったが、それ以前は住所は不定、健康保険も未加入と、病気が悪化する前の段階で医療につながるために援助を得ることは困難な状況にあった。

2) b群：入院前路上生活をしてきたケース  
彼らもa群同様、路上生活中に結核を発症したが、彼らは入院治療によって回復に向かった。やはり入院前路上生活をしてきた時点で家族との連絡は途切れており、療養生活の援助も得られなかった。友人などはいたにしても、生活費援助などの生活手段に関するサポートを期待することは困難である。彼らの話によれば、仕事などがうまくいかなくなって周囲との関係も途切れ、転落するように路上生活に至ったということである。やは

り入院前には住居も健康保険もなく、医療にもつながらない状態であった。病状悪化により救急車で運ばれ、入院によって緊急的に病院や福祉事務所、その関係職員による援助が開始された。病気の治療、療養環境整備としての生活保護受給などである。また退院準備期には、服薬や療養の指導の他、退院後の生活方針についての話し合いが行われた。生活手段を失い、家族との連絡も途切れている彼らには専門機関による援助が必要である。福祉事務所から提示された退院後の生活方針は、病院での療養継続や施設入所などであり、ソーシャルワーク面接では、これらについて患者との検討がなされた。その結果、他に手だてがないので福祉事務所から示された方針に従順である者や、反対に活用意欲のない者とがみうけられた。これは生活方針の選択肢や援助の方向性が専門機関の援助をすすめるものに限られてくるため、患者にとってはサポートの積極的活用もしくは主体的活用の意思が持ちにくいようであった。

3) c群：入院により住居もしくは収入を失ったケース

このグループは入院により住居もしくは収入を失ったケースである。病前就労していた人が多いが、就労先は社会保障体制がないところが多く、病気によって働けなくなると同時に職、収入、住居を失うことになった。雇用者が好意的に病気が治れば戻ってきてもよいと言ってくれる場合はあったが、家族との連絡は不通もしくは疎遠であったり、家族に援助体制が整っていないことが多く、全面的なサポートは期待できなかった。そのため生活保護を申請し、福祉事務所の援助を活用せざるを得なくなった。しかし病前は自活して暮らしていた人々であるので、退院後の生活条件の整備には、生活場所さえ整えば生活自体は可能な人々であり、b群のように生活方針の選択肢が限られることはあまりなかった。ただし患者の理解力や退院準備の能力には差異があり、それによって退院準備のためにみずから必要な情報を求めて行動できる人と、具体的に生活条件を整えるまで継続的に段取りや手順の確認および援助を要する人とがあった。

## V 考 察

調査結果をソーシャル・サポート・システムの

表1 診療録調査の結果

事例	年齢	入院前の職業	入院前の住居	援助者の有無	経済状況	入院生活への適応状況	退院準備への適応状況	退院先
1	48	不明	なし/路上生活	なし	生活保護	危篤状態	—	死亡退院
2	51	不明	なし/路上生活	姉は援助不可	生活保護	危篤状態	—	死亡退院
3	48	不明	なし/路上生活	兄弟が面会	生活保護	危篤状態	—	死亡退院
4	58	専職	なし/路上生活	なし	生活保護	危篤状態	—	死亡退院
5	55	不明	なし/公園生活	なし	生活保護	良好 (全介助状態)	—	転院 (療養目的)
6	52	不明	なし/路上生活	なし	生活保護(保認歴数回)	良好, 従順	福祉事務所の方針に従順	身体障害者授産施設
7	48	不明	なし/路上生活	なし	生活保護	良好	—	自己退院 (行先不明)
8	61	なし	なし/路上生活	なし	障害年金/ 生活保護(保認歴数回)	良好, 自らサポートを 求めることができる	自らサポートを求める力, ホームレスとしての生活能 力, 自己決定能力はある が, 療養環境には問題あり	路上生活
9	40	トラック運転手	アパート (引き払い)	途中まで姉の援助あり	生活保護 (初回)	良好, 自ら問題提示が できる	資源活用へのオリエンテーシ ョンが必要	アパート生活
10	57	設備士	会社寮 (引き払い)	甥との連絡多少あり	生活保護 (初回)	従順, 理解力が低い	読み書きができず, 資源活 用援助が必要	アパート生活
11	42	建築作業	会社寮	会社社長のサポートあり	生活保護 (初回)	良好	会社との連絡はよく, 自己 で準備可能	会社寮
12	45	建築作業	会社寮 (引き払い)	姉は援助不可	生活保護 (初回)	良好	退院後即就労の希望が強 く, 療養生活についての現 実検討が必要	都営住宅
13	46	建築作業	会社寮 (引き払い)	会社社長のサポートあり 妹は援助不可	傷病手当受給	理解力が低い	理解力が低く, 自己判断に よる行動で退院先設定でき ず	自己退院→ 他院へ入院
14	55	建築作業	簡易宿泊所	子供は援助不可	労災補償/ 生活保護(保認歴数回)	不安, 訴え多い	ストレスが多く, 退院準備 援助が必要	簡易宿泊所

視点から考察する。

ソーシャル・サポート・システムは、家族や知人などのインフォーマルなサポート・システムと、医師など専門家のフォーマルなサポート・システムの相互作用から成り立つとされている。そこで住所不定の結核患者のソーシャル・サポート・システムの要素として、インフォーマル・サポート・システム、フォーマル・サポート・システムと、また特徴としてみられた退院準備における患者のサポート活用能力を考察し、対策を検討する。

### 1. ソーシャル・サポート・システムの要素の考察

#### 1) インフォーマル・サポート・システム

患者にとってのインフォーマル・サポートとは、家族や知人、会社関係者などと捉えられる。路上生活者の多くは、家族との連絡がとぎれており、家族からのサポートは期待できない。病前は就労をしていたが入院によって生活基盤を失ったという人々は、家族との連絡は多少あっても、すでに別世帯となっている兄弟などであり、経済面などの具体的援助を期待することは難しい。また勤めていた会社も社会保障体制は弱く、病気が治れば復職してもよいとはいわれるものの、病気療養のための援助はほとんど期待できない。さらに援助の上で直接には出てこない友人や入院中に知り合った患者同士のインフォーマル・サポートを本人は持っているかもしれないが、いずれも経済面、生活手段のための援助には限界がある。

#### 2) フォーマル・サポート・システム

患者にとってフォーマル・サポートとは、病院、福祉事務所、保健所などの関係機関およびその職員と捉えられる。患者の入院に至った経緯、退院準備過程をみるとフォーマル・サポート・システムは緊急的、補完的、事後処理的な対応状況になっている。

まず入院に至った経緯では、路上生活者は病気が悪くなってから救急車で運ばれた者が多い。フォーマル・サポート・システムとして、東京都では路上生活者が病院に救急搬送されると、消防署から福祉事務所へ搬送通知が届き、福祉事務所が本人の生活状況を確認後、生活保護が開始される。このシステム自体は医療および療養環境整備上、効果的であるが、これは病気が悪化したとき

に、緊急的、事後処理的に発動するシステムといえる。フォーマル・サポート・システムが緊急的、補完的、事後処理的な対応にならざるを得ない理由としては、多くの社会的援助対策が住所地を基本としたものであり、住所不定者は住所（住居）がないために、社会的援助対策の対象として制度化されにくいということがある。

次に退院準備段階でのフォーマル・サポートの様相をみってみる。福祉事務所は退院後の生活場所の相談、設定をする。病院は患者に対して療養指導や生活場所設定の段取りの援助を行う。また保健所は退院後の療養のフォローを行う。このようにそれぞれ各専門機関の援助体制はあるが、それにとどまっているようである。また現在の医療情勢は結核病床の減少、入院治療の短期化の方向へと動いており、病院が彼らの長期的な療養場所にはなりえない。彼らの生活援助を担う社会福祉施設では、施設内感染を警戒し、受け入れに消極的になっている。結核の療養継続と住所不定という複合的、複雑化した問題への対策が求められる。

3) 退院準備における患者のサポート活用能力  
退院準備におけるソーシャルワーク援助の上で、インフォーマル・サポートの少ない住所不定の患者には、フォーマル・サポート活用がすすめられた。退院にむけて新たに生活場所を設定するためには、福祉事務所との相談をすすめたり、生活準備の細かな段取りをとることが必要である。しかしサポート活用能力が低い人や、フォーマル・サポートの活用には消極的な人が目立つ。そのような人には継続的な現実的検討、具体的な段取りについての援助が必要である。

## 2. 対策

ソーシャル・サポート・システムの要素分析からみると、住所不定の結核患者に対する援助対策としては、患者の療養生活援助という側面と社会的公衆衛生的対策という、2つの側面からの総合的な援助対策が必要であると考えられる。

まず生活環境の劣悪さが発症の契機とも言える住所不定の結核患者個人には、フォーマル・サポートを有効的に活用して生活環境の改善を図る援助が必要である。特に住所不定者は、援助がなければ安定した居住場所を得、退院後の外来治療を継続しながら療養生活を送っていくことが難しい。住所不定者の結核療養の問題は病院退院後に

顕著に表れるので、患者の生活能力をも考慮した、個別的な退院準備の援助が必要である。

一方結核が感染症であり、多発する住所不定の結核患者がその感染源となりうることから、彼らの結核に対する対策は公衆衛生上急務の課題である。すなわち、住所不定者間の感染の防止、退院後外来治療を指示されている患者の治療中断の防止などが重要である。地域によっては路上生活者の集団検診や、DOTS（面接による服薬指導）の取り組みもなされているが、部分的な対応ではなく総合的な対策として確立する必要がある。すなわち補完的、事後処理的な対応よりも、結核の予防から治療、フォローアップという一連のプロセスでかかわる援助体制である。結核患者が再び増加傾向にあり、また不景気が長引き路上生活者も増加しつつある中で、多くの患者援助および感染予防に効率的・効果的に対応するには、住所不定の結核患者向けのサポート・システムを確立することが重要であろう。

## VI 結 論

診療録調査および事例調査から、住所不定の結核患者の問題状況、ソーシャルワークおよび社会的援助対策の課題を考察した。その結果、住所不定の結核患者には、インフォーマル・サポートの弱さ、本人のサポート活用能力の弱さが指摘できる。またフォーマル・サポートは緊急的、補完的、事後処理的対応が中心になっているという特徴が明らかになった。

援助対策としては、予防から治療、フォローアップまでのプロセスを強調し、システムとして援助体制をつくっていくことが必要である。しかしこの取り組みにも、各援助関係者の住所不定の結核患者の療養生活に関する認識や理解、関係機関

間の十分な連携協力がなければ、援助は中断し、問題はより一層拡大するという状況がある。今後はこのような関係者・機関間の連携協力を強化する形での、総合的サポート・システムの形成、拡大および強化をはかっていくことが課題であると考える。

本研究にあたって、国立療養所東京病院 大島・實前医療社会事業専門官、東京医科歯科大学 中村桂子先生には貴重なご示唆をいただきました。深く感謝いたします。

本研究の一部は平成10年度文部省科学研究費補助金（奨励研究（B））課題番号10922041の助成を受けて行った。

（受付 1999.09.01）  
（採用 2000.08.23）

## 文 献

- 1) 豊田恵美子, 大谷直史, 松田美彦. 過去3年間のいわゆる「住所不定」の結核症例の検討. 結核 1990; 65(3): 223-226.
- 2) 豊田恵美子, 吉澤篤人, 高原 誠, 他. ホームレスの結核における薬剤耐性の検討. 結核 1996; 71(1): 13-17.
- 3) Takano T, Nakamura K, Takeuchi S, et al. Disease Patterns of the Homeless in Tokyo. Journal of Urban Health, 1999; 76(1): 73-84.
- 4) 金子雅臣. ホームレスと社会保障の課題. 都市問題 1995; 86(3): 55-64.
- 5) Caton Carol LM. Homeless in America. New York: Oxford University Press, 1990; 76-109.
- 6) 中西好子, 大山泰雄, 高橋光良, 他. サウナでの結核多発の分子疫学的解明. 日本公衆衛生雑誌 1997; 44(10): 769-777.
- 7) L. マグワアニア. (小松源助・稲沢公一訳). 対人援助のためのソーシャルサポートシステム. 東京: 川島書店, 1994; 14-15.