

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

コバシ ゲン オオタ カオリ ナガノ シュンスケ キサ ケンゴ*
 小橋 元* 太田 薫里* 長野 俊輔* 木佐 健悟*
 カサイ セツ ヨ ハガ コウジ タマシロ ヒデヒコ フクチ ヤスマ4*
 笠井世津子2* 芳賀 光治3* 玉城 英彦* 福地 保馬4*

目的 札幌市におけるホームレス者の健康問題，生活習慣などの実態を明らかにするために，「炊き出し」と「血圧測定と健康相談会」を行った。

方法 平成11年12月から1年間，1～2か月に1度，休日の午後に計7回，札幌市の主なホームレス集落の1つ，通称「テント村」近くの公園にテントを設営し，おにぎり，豚汁，缶詰，入浴券，衣類などを提供，同時に希望者に対して既往・現病歴，自覚症状，生活習慣などの問診，医師による健康相談，血圧測定，福祉関係者による面談を行った。

成績 7回の健康相談会の受診者数は60人（のべ61人：同一人物で2回問診を受けた者は1人として数えた）で，年齢は50歳以上が57%を占め，ホームレス歴は，6か月未満が30%であった。自覚症状では，「歯が悪い」が40%，「肩こり・筋肉痛」が28%，「背中・腰の痛み」が27%と多かった。検査結果では，高血圧が53%，尿糖+以上が26%であった。1日の食事回数は，2回が42%であったが，肉や魚，野菜の摂取頻度は，ともに一週間に1-2回が最も多く，それぞれ37%，30%であった。1日の合計睡眠時間は，2時間以上5時間未満が42%，日中の飲酒をよくする者は13%，喫煙者は83%であった。

結論 今回の結果から，今のところ札幌市のホームレス者においては，結核，赤痢などの感染症よりも生活習慣病が重要な問題であることが示唆された。これには札幌の寒冷な気候条件と同時にいまだ100～200人というホームレス者数が大きく関連している可能性がある。したがって，今後はホームレス者の検診・健康相談体制の確立と同時に，ホームレス者人口を増やさないための経済，雇用政策を，市民の受容度などに配慮して行うことが重要と考えられる。

Key words : ホームレス，健康状態，生活習慣，生活習慣病

I はじめに

いわゆる「ホームレス者」，すなわち，失業，家庭崩壊，社会生活からの逃避など様々な要因により，特定の住居を持たずに道路，公園，河川敷，駅舎等で野宿生活を送っている人々の概数は，平成11年5月には全国で約1万6千人，それから約半年後の平成11年10月には約2万人とされている¹⁾。しかしながら，その分布は東京都，横

浜市，川崎市，名古屋市および大阪市の5都市に9割以上が集中しており，従来，北海道においては，ホームレス者問題は他の地域ほど大きく取り沙汰されてこなかった。冬の寒さが厳しい北海道では，ホームレス者の人数は少ないと考えられてきたのである。しかしここ数年，経済・雇用情勢の悪化などを背景にして，北海道においてもホームレス者の数は増加していると思われる。我々が札幌市中心部を中心に行った調査では，平成11年11月には50人以上^{2,3)}，平成12年11月には100人以上のホームレスの人々が確認されている。

ホームレス者問題の対策の方向は，その社会的自立であり，その実現にはホームレスの人々の生活状況とそのニーズを把握することは不可欠である¹⁾。なかでも，これらの人々の社会的，経済的背景の中での健康問題の把握と解決は最も重要な

* 北海道大学大学院医学研究科社会医学専攻予防医学講座老年保健医学分野

2* 同 公衆衛生学分野

3* 同 社会医療管理学講座法医学分野

4* 同 教育学研究科健康スポーツ科学講座

連絡先：〒060-8638 札幌市北区北15条西7丁目
 北海道大学大学院医学研究科社会医学専攻予防医学講座老年保健医学分野 小橋 元

課題の一つである。今までに、国内外のホームレス集団において、アルコール依存症⁴⁻⁶⁾、結核⁷⁻⁹⁾、赤痢¹⁰⁾、精神疾患^{11,12)}、生活習慣病^{13,14)}、高齢者¹⁵⁾などの健康問題が指摘されている。ホームレス問題連絡会議¹⁶⁾においても、これらの健康問題を抱える人達を、医療、福祉等の援護が必要な者として別途分類している。

我々は、札幌市において、ホームレス者の健康問題、生活習慣などの実態を明らかにするために、1~2か月に1回のペースで「炊き出し」と「血圧測定と健康相談会」を行っている。本稿では、平成11年12月から1年間の活動において得られた問診および血圧、尿検査の結果をまとめて報告する。

II 対象と方法

平成11年12月から平成12年10月まで、1~2か月に1回、休日の午後計7回、炊き出しと健康相談会を行った。札幌市の主なホームレス集落の1つである通称「テント村」(JR札幌駅から約300メートル西側の高架下)の近くの公園にテントを設営し、おにぎり、豚汁、缶詰、入浴券、衣類などを無償提供し、同時に希望者を募り、問診、医師による健康相談、血圧測定、福祉関係者による面談を行った。また、公園近くの施設(近所のビル)内においても問診、健康相談、面談、血圧測定、尿検査を行った。これらの活動については、健康相談会の数日前に札幌駅周辺、大通公園、狸小路方面のホームレス者や、周辺の住民に案内のビラを配布し、周知を図った。7回の健康相談会において問診が得られた者は60人(2度目以降の受診者には原則として問診を行わなかったため、のべ受診者数の詳細は把握できていない)であった。問診票の内容は、氏名(通称)、性・年齢、身長・体重、主訴、自覚症状、既往歴、食生活、飲酒、喫煙、睡眠、過去と現在の仕事などであり、医師あるいは看護婦が聞き取り、記入した。血圧は、室内もしくは冬季はストーブを置いたテント内で座位にて測定し、日本循環器管理研究協議会の予防対策用高血圧判定基準¹⁷⁾に従い、表1のように分類した。問診の得られた60人のうち、血圧測定、尿検査を受けた者はそれぞれ51人、43人であった。当初、検診よりもむしろ健康相談を主に誘ったためと、炊き出し会場にはトイレが

表1 高血圧の分類基準

正常:	SBP<140かつ	DBP<90
境界域:	140≤SBP<159または	90≤DBP<94
高血圧:	160≤SBP	または95≤DBP

SBP:収縮期血圧, DBP:拡張期血圧, 血圧の単位はmmHg
日本循環器管理研究協議会予防対策用高血圧判定基準¹⁷⁾による

なく、尿検査を行うには採尿可能な施設(近所のビル)まで相談者を誘導する必要があったためである。

III 結果

1. 健康相談を受診したホームレス者の基本的属性

表2に、健康相談受診時におけるホームレス者の基本的属性を示した。健康相談会の受診者60人(男性59人,女性1人)の年齢レンジは29~67歳,平均年齢は50.3±1.1歳(Mean±SE)で,中~老年の方がほとんどであった。

ホームレス歴は,6か月未満が18人(30%)を占め,直前の職業は,土木作業員11人(18%),建設・美装作業員14人(23%)で,自営業・会社員・公務員であった者も7人(12%)いた。最も長く勤めた職業は,土木作業員6人(10%),建設・美装作業員13人(22%),営業・会社員・公務員が6人(10%)であった。最も長く勤めた職業の勤続年数は,10年以上20年未満が25人(42%)と最も多かった。現在の職業は,なしが33人(55%)であった。

健康・生活相談の主訴は,血圧,肩・腰・足の痛みを含む健康問題が35人と最も多く,次いで就職問題が12人,住居問題が5人であった(表3)。既往歴は,高血圧8人,糖尿病6人,高脂血症,脳血管障害,肺炎,胃潰瘍,腎結石,肝機能障害が各1人,けがが9人であった。

2. 受診者の自覚症状

問診において,受診者(n=60)が「ある」と答えた自覚症状を表4に示した。「歯が悪い」,「肩こり・筋肉痛」,「背中・腰の痛み」が,それぞれ24, 17, 16人と多かった。「手足のしびれ」は14人,「眠れない」,「目がかすむ」,「めまい,耳鳴り」は,それぞれ12人が「ある」と答えた。

表2 受診時におけるホームレス者 (n=60) の基本的属性

		人数	%
性別	男性	59	98
	女性	1	2
年齢 (歳)	20~29	2	3
	30~39	2	3
	40~49	22	37
	50~59	25	42
	60~69	9	15
	無回答	1	2
ホームレス歴	6か月未満	18	30
	6か月以上1年未満	9	15
	1年以上2年未満	13	22
	2年以上5年未満	10	17
	5年以上	9	15
直前の職業	無回答	1	2
	土木作業員	11	18
	建設・美装作業員	14	23
	自営業・会社員・公務員	7	12
	パート・店員	4	7
	警備員・ガードマン	4	7
	その他*	5	8
最も長く勤めた職業	無回答	15	25
	土木作業員	6	10
	建設・美装作業員	13	22
	自営業・会社員・公務員	6	10
	パート・店員	5	8
	警備員・ガードマン	3	5
	その他**	9	15
最も長く勤めた職業の勤続年数	無回答	18	30
	3年未満	3	5
	3年以上10年未満	6	10
	10年以上20年未満	25	42
	20年以上	17	28
現在の職業	無回答	9	15
	あり***	13	22
	なし	33	55
	無回答	14	23

* 運送2, 調理師1, 炭坑坑内作業員1, 漁業1

** 運送2, 調理師2, 炭坑坑内作業員2, 医療関係2, 漁業1

*** 日雇い4, 廃品回収3, 大工・解体業3, 商品管理1, 広報業1, 大道芸人各1

表3 受診者 (n=60) の主訴

健康・生活相談の主訴	人数
健康問題	35
(内訳) 健康全般	17
血圧	9
肩・腰・足の痛み	4
息苦しさ	2
イライラ感	2
胃潰瘍	1
就職問題	12
住居問題	5
金銭問題	4
その他	19

表4 受診者 (n=60) の自覚症状

症 状	人数	%
歯が悪い	24	40
肩こり・筋肉痛	17	28
背中・腰の痛み	16	27
手足のしびれ	14	23
便秘・下痢	14	23
咳・痰	13	22
めまい, 耳鳴り	12	20
目がかすむ	12	20
眠れない	12	20
胃腸の調子が悪い	11	18
憂うつな気分	10	17
動悸・息切れ	9	15
神経過敏・イライラ感	8	13
トイレが近い	8	13
長く歩けない	8	13
頭痛	7	12
意欲の低下	7	12
むくみ・体重増加	7	12
関節の腫れや痛み	6	10
不安な感じ	6	10
食欲がない	4	7
便に血が混じる	4	7
胸の痛み	4	7
熱・ふるえ	3	5
夜目が見えない	2	3

また、「便秘・下痢」, 「胃腸の調子が悪い」といった消化器に関連した症状はそれぞれ14, 11人, 「咳・痰」, 「動悸・息切れ」といった呼吸器, 循環器関連症状はそれぞれ13, 9人, 「憂うつな気分」, 「神経過敏・イライラ感」, 「意欲の低下」と

いった精神神経関連症状はそれぞれ10, 8, 7人であった。さらに, 「トイレが近い」, 「むくみ・体重増加」があった者もそれぞれ8, 7人いた。

3. 受診者の血圧, 尿検査所見

表5に, 受診者の血圧, 尿検査所見を示した。

表5 受診者の検査所見の分布

検査	所見	人数
血圧 (n=51)	正常*	16
	境界域	8
	高血圧	27
尿糖 (n=43)	-	27
	±	5
	+	4
	2+	2
	3+以上	5
尿蛋白 (n=43)	-	29
	±	6
	+	7
	2+以上	1

* 正常140/90未満, 境界域140~159/90~94, 高血圧160/95以上

血圧測定 (n=51) の結果は, 正常が16人, 境界域が8人, 高血圧が27人であった。尿糖 (n=43) は-が27人, ±が5人, +以上があわせて11人であった。尿蛋白 (n=43) は-が29人, ±が6人, +以上があわせて8人であった。「高血圧」と「尿糖+以上」の両方を同時に持っていた者は8人いた。

4. 受診者の生活習慣

表6に, 受診者の生活習慣の分布を示した。1日の食事回数は, 2回が25人(42%)と最も多く, 次いで1回が15人(25%)であった。肉や魚の摂取頻度は, 1週間に1-2回が22人(37%)と最も多かった。ほとんど食べていない者も11人(18%)いた。野菜の摂取頻度も1週間に1-2回が18人(30%)と最も多かった。ほとんど食べていない者も16人(27%)と多かった。日中の飲酒については, よくする者は, 8人(13%), たまにする者は20人(33%)であった。1日の合計睡眠時間は, 2時間以上5時間未満が25人(42%)で, 眠る時間帯は, 夜間が25人(42%), 昼間が10人(17%)であった。喫煙者は50人(83%)にのぼった。

IV 考 察

近年のわが国における, 経済・雇用情勢の悪化などを背景に急増したホームレス者の健康問題に関しては, 病院や生活保護施設を基盤としたも

表6 受診者の生活習慣の分布

項目	回答	人数	%
1日の食事回数	3回	9	15
	2回	25	42
	1回	15	25
	無回答	11	18
	肉や魚の摂取頻度	1週間に5回以上	7
	3-4回	11	18
	1-2回	22	37
	ほとんど食べていない	11	18
	無回答	9	15
野菜の摂取頻度	1週間に5回以上	8	13
	3-4回	9	15
	1-2回	18	30
	ほとんど食べていない	16	27
	無回答	9	15
日中の飲酒頻度	よくある	8	13
	たまにある	20	33
	ない	27	45
	無回答	5	8
1日の合計睡眠時間	2時間以上5時間未満	25	42
	5時間以上8時間未満	14	23
	8時間以上	9	15
	不定	1	2
	無回答	11	18
眠る時間帯	夜間	25	42
	昼間	10	17
	決まっていない	6	10
	無回答	19	32
喫煙	吸わない	4	7
	吸う	50	83
	以前吸っていた	2	3
	無回答	4	7
1日の喫煙本数 (n=50)	10本以下	18	36
	11本以上20本以下	23	46
	21本以上	9	18

の^{4,7-11)}やボランティア活動を基盤としたインタビューによるもの¹⁸⁻²⁰⁾など, いくつかの報告がある。しかし, 海外に比べてわが国ではまだまだ少ない。本報は, 日本の寒冷地域におけるホームレス者の健康問題についての初めての報告である。

日本の大都市のホームレス者人口は, 平成10~11年の段階では, 大阪市8,660人, 東京23区5,800人とされているが, それに対して札幌市にはわずか43人と推定されている¹⁶⁾。年平均気温が8.2°Cと低く, 12~3月の4か月間にわたって月平均気

温が0°C以下になる札幌市²¹⁾(人口約180万人、日本第5番目の都市)には、従来、ホームレスとして定住する者が少ないと考えられてきた。しかし、我々の平成12年11月の札幌における調査では、札幌駅周辺、大通、すすきの方面をあわせて約100人が確認された。分布をみると、夏季は多くのホームレス者が野宿しているといわれている中島公園、豊平川河川敷は少なく、JR札幌駅周辺や都心地下街に多かった。JR札幌駅周辺には、テント、ダンボールハウスなどが集まるいわゆる「テント村」が形成されている。テント村には人数は時期によって増減すると考えられるが、平均20人前後が生活している²⁾。地下街入り口の階段下などには寝袋あるいは毛布のみで野宿をしている人もみられる。またテント村においても、一時はテントやダンボールがなく布団のみで暮らしている者も見うけられた。公園の雪の吹き込まないところ、24時間営業のゲームセンターやコンビニ等が夜間の居場所である可能性もある。これらの人々には、「縄張り」的に定まった居場所があるが、冬季は気温が下がり生活環境が大きく変化するため、札幌市郊外から都心部へ、あるいは札幌から本州へ移動する者もいると思われる²⁾。

札幌市のホームレス者数は季節により変動している可能性もあるが、平均すると100人以上は間違いなくいるものと推測される。本報は、これらの人達の中で平成12年の一年間の炊き出し活動に訪れ、健康相談・検査を受けた方々のデータをまとめたものである。一般的にホームレス者調査においては、その代表性、妥当性、客観性が問題となる²²⁾が、真の代表性、客観性を得るのは非常に困難であるといわれている^{18,22,23)}。本調査においては、その対象者が医療へのニーズもしくは良好な関係を背景とする方々であり、調査者はボランティアの医師等であるため、その代表性、客観性の確立は困難であったと考えられる。しかしながら、医療関係者が「問診」として聞き取ったデータの妥当性は決して低いものではないと思われる^{24,25)}。

今回の対象者の年齢は50歳代が42%と最も多く、平均年齢は50.3歳であった。これは近年の東京都における調査(平成8年新宿、平成8年渋谷)^{18,20)}とほぼ同様である。それに対して、ホームレス歴は1年未満が45%、5年未満が84%であ

った。これは、新宿のそれぞれ32%、68%¹⁸⁾、渋谷のそれぞれ17%、49%²⁰⁾に比べて高い。現在の職業は、なしが55%であったが、渋谷の74%²⁰⁾に比べて低い。これらは近年の札幌におけるホームレス者人口の急激な増加を反映している可能性もある。ホームレス問題連絡会議¹⁾では、ホームレス者を、(1)就労する意欲はあるが仕事がなく失業状態にある者、(2)医療、福祉等の援護が必要な者、(3)社会生活を拒否する者、の3種類に分類している。今回の対象者では、最長勤続年数10年以上の者が70%を占めていたことから、(3)に属する者が少なかったと考えられる。冬季には真冬日が続く札幌においては、他地域に比べて、ホームレス生活を続けていくことが気力、体力的により困難を伴うため、(3)に属する者が定着しづらいのかもしれない。

今回の調査では、受診者の約40%が「歯の悪さ」を訴えていた。日本人の一般集団45~64歳における「歯」の有訴者率の合計は約1% (歯の痛み、歯ぐきの腫れ・出血、噛みにくいがそれぞれ0.3~0.4%)である(平成10年厚生省国民生活基礎調査)²⁶⁾。イギリスにおける調査では、ホームレス者の31%は歯を失っており、歯が残っている者においてもその50%が、歯がぐらぐらであったり何らかの問題を抱えているとの結果がある²⁷⁾。日本のホームレス者においても、歯の健康についてのニーズは高いと考えられる。その他の自覚症状では、肩こり・筋肉痛、背中・腰の痛みをそれぞれ約30%、下痢・便秘、めまい・耳鳴りをそれぞれ約20%が訴えていた。日本人の一般集団45~64歳における有訴者率は、肩こり、腰痛がそれぞれ10~15%、下痢、便秘、めまいはそれぞれ5%以下である(平成10年厚生省国民生活基礎調査)²⁶⁾。今回の対象は健康相談希望者であるため、有訴者率を一般集団のそれと直接比較することはできない。しかし、今回の結果は、昭和54~58年の名古屋駅周辺におけるホームレス者を含む日雇労働者の健康診断時の問診結果²⁸⁾ともほぼ同様の割合であり、ホームレス生活の身体負担の大きさを少なからず反映したものである可能性は高い。咳・痰に関しては、名古屋では約50%が訴えていたのに対して、今回は約20%と低かった。近年、東京や名古屋のホームレス者の結核^{7~9)}、大阪のホームレス者の赤痢¹⁰⁾が報告され、大きな問題となって

いる。昭和54～58年の名古屋の対象においても、結核の既往は8.5%に認められている。しかし、今回我々が把握しえた札幌市のホームレス者には、赤痢、結核の既往を持つ者はまったくいなかった。平成10年の結核による人口10万対の年齢調整死亡率をみると、大阪府が3.8、東京都が2.7、愛知県が2.2であるのに対して北海道は1.6と低い傾向にある²⁹⁾。また、赤痢患者の報告数では、東京都202、神奈川県97、大阪府87、愛知県28に対して、北海道は12と少ない³⁰⁾。一般人口における死亡・罹患率の差のみからホームレスの有病・罹患率の差を短絡的に推定することはできないが、札幌のホームレスにおいては、本州等の他地域と比べて赤痢、結核が少ない可能性があり、今後も継続的な観察と対策が必要と考えられる。また、海外ではホームレス者における薬物中毒が多数報告されている^{31,32)}が、今回は、明らかにそれとわかる者はみられなかった。これらの理由としては、(1)ホームレス者数が現在札幌にはまだ少ないため、食事や排泄などに関する衛生環境の悪化や、薬物の蔓延が比較的少ない、(2)札幌の気温が低いことや空気が比較的清浄であることが感染症発症の減少に働いている³³⁾、(3)赤痢、結核、薬物中毒などを患った人達は、かえって健康相談を受診しなかった、などが推測される。

一方、今回の対象者においては高血圧、糖尿病の既往を持つ者がそれぞれ13%、10%と、渋谷調査²⁰⁾の15%、4%とほぼ同様であった。血圧、尿検査の結果では、高血圧者が27人(53%)、随時尿糖陽性が11人(26%)であった。日本人男性の一般集団において、高血圧者は40～49歳で約20%、50～59歳で約30%と推測されている(平成2年厚生省循環器疾患基礎調査)。また、糖尿病が強く疑われる人は40～49歳で約5%、50～59歳で約13%と推測されている(平成9年厚生省糖尿病実態調査)³⁴⁾。海外のホームレス者においては、高血圧の有病率が14～25%と推測され¹³⁾、またホームレス者で糖尿病にかかっている者は、とくに食事コントロールが難しいことから重症化しやすい³⁵⁾との報告がある。今回の対象は、健康相談の希望者であったため、札幌市のホームレス者集団全体に比べても、おそらく高血圧、耐糖能異常の頻度が高かったと考えられる。また、血圧値は寒冷曝露により上昇するといわれている^{36,37)}。血圧

測定は、室内もしくは冬季はストーブを焚いたテント内で行ったが、寒冷対策が必ずしも万全ではなく、一部は寒冷による影響を受けた可能性もある。重症の高血圧(収縮期血圧が200以上または拡張期血圧が110以上¹⁷⁾)は9人に認められた。また、「高血圧」と「尿糖+以上」を合併した者は8人いたが、そのうちの7人は重症の高血圧であった。重症高血圧および高血圧、糖尿病の合併症例に対しては福祉事務所などを通じて緊急の対応がなされた。

受診者の1日の食事回数は、2回が42%、1回が25%であった。これは、ホームレス者の食事回数が1日平均1.4回という海外の報告³⁸⁾とほぼ一致する。肉や魚、野菜の摂取頻度は、1週間に1～2回以下があわせて50～60%を占めていた。ホームレス者の食事は、栄養の面で不十分であり、高塩分、高飽和脂肪酸、高コレステロールになりやすいという海外の報告³⁹⁾がある。今回は詳細な食事内容の調査は行っていないが、その結果からは栄養面の不十分さや偏りが示唆される。

日中の飲酒については、よくする者が13%であった。今回はアルコール依存症の有無をみていないが、一般人口におけるアルコール依存症の割合は2～3%と推定される⁵⁾ことから、ホームレス者においては一般市民に比べてアルコール依存症の割合が高いと思われる。ホームレスとアルコール依存症との因果関係については、ホームレス生活の淋しさや現実逃避から飲酒している可能性⁴⁾と、逆に問題飲酒行動がホームレス化の原因となった可能性²⁴⁾の両方が考えられはつきりしない。また、喫煙者は83%であったことから、札幌市のホームレス者全体の喫煙率も相当高いものと推測される。飲酒、喫煙は、ホームレス者の健康に大きく関わる問題¹⁴⁾であり、今後、より詳細な調査と対策が重要であろう。

睡眠は、対象者の約半数が1日5時間未満であった。海外においてはホームレス者の約半数が1日6時間未満睡眠であり⁴⁰⁾、よく眠れていないことから昼間に疲れが残っている⁴¹⁾との報告があるが、今回の結果もほぼ同様のものではあったと考えられる。眠れないことがときどき～よくあると答えた者は17人(28%)いたが、その理由としては「昔の事、家族の事、将来の事などを考えてしまう」を9人、「特定の寝場所がない」、「人通りな

どの音がうるさい」をそれぞれ4人が挙げている。山谷の調査¹⁹⁾でも、「不安」が30%、「寒さ、暑さ」を26%が睡眠不足の理由に挙げており、物理的のみならず精神的な要因の重要性が示唆される。

上記のような生活習慣が高血圧や糖尿病などの発症原因であると断言することはできない。健康問題が原因で働けなくなり、その結果ホームレス生活を余儀なくされている者も数人いるからである。しかし、偏った食事、飲酒・喫煙、睡眠不足、そして札幌の冬の寒さは、どれもが相互作用、共同作用しながら生活習慣病を発症・増悪させる危険要因⁴²⁾であることは間違いない。

今回の結果から、今のところ札幌市のホームレス者においては、結核、赤痢などの感染症よりも、むしろ生活習慣病が重要な問題である可能性が示唆された。したがって今後は、(1)北海道の経済・雇用対策を行い、ホームレス者をこれ以上増やさないこと、(2)市民の意識、受容度、安全対策などに配慮し、ホームレス者における感染症、薬物中毒、暴力⁴³⁻⁴⁵⁾などを予防すること、(3)ホームレス者の生活環境や背景に配慮した望ましい検診・健康相談体制の確立などが重要な課題と考えられる。今回報告した「健康相談会」においては、1)特に初期はホームレス者の同定が難しかったこと、2)たとえば血圧測定だけを希望して複数回受診した者などには原則的に問診を行わなかったことにより、1年間ののべ受診者数の詳細は把握できていない。今後は、これらの反省点を取り入れ、同一人物を継続的に検査・相談・フォローアップしていける検診・健康相談体制の確立を目指していきたいと考えている。

本調査を進めるにあたりご協力いただきました札幌駅周辺のホームレス者の皆様、北海道の労働と福祉を考える会（代表 椎名 恒）の皆様には深謝申し上げます。

（受付 2001. 2.14）
（採用 2001. 7.19）

文 献

- 1) ホームレス問題に対する当面の対応策について。労務安全資料室ホームページ, 1999.
- 2) 杉村 宏, 佐々木宏. 調査報告：札幌における「ホームレス」(1). 教育福祉研究, 2000; 6: 73-96.

- 3) 佐々木宏. 札幌における「ホームレス」(2)—野宿者の自立支援をめぐる一—. 教育福祉研究, 2001; 7: 73-80.
- 4) 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.
- 5) 谷本佐理名, 箕輪眞澄. 渋谷駅周辺の野宿者と飲酒. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence, 1998; 33: 718-726.
- 6) Fichter M, Quadflieg N. Alcoholism in homeless men in the mid-nineties: results from the Bavarian Public Health Study on homelessness. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1999; 249: 34-44.
- 7) 都筑和子, 大沼潤子, 佐藤ひで子, 他. 新宿駅周辺の路上生活者の結核検診について. 東京都衛生局学会誌, 1996; 96: 176-177.
- 8) 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—大都市のホームレスの結核問題に関連して—. 日本公衆衛生誌, 1997; 44: 769-778.
- 9) 山中克巳, 明石都美, 宮尾 克, 他. 住所不定者の結核および生活状況に関する調査. 結核, 1999; 74: 99-105.
- 10) 金 玉礼, 稲垣絹代. 野宿生活者の集団赤痢発生に関連する地域看護の現状と課題 —病院内の外来看護の機能と役割—. 第30回地域看護, 1999: 137-139.
- 11) 橋本 明. 東京都下一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: 467-478.
- 12) Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, et al. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. JAMA, 1989; 262: 1352-1357.
- 13) 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.
- 14) Heffron WA, Skipper BJ, Lambert L. Health and lifestyle issues as risk factors for homelessness. J Am Board Fam Pract, 1997; 10: 6-12.
- 15) Cohen CI, Teresi JA, Holmes D. The physical well-being of old homeless men. J Gerontol, 1988; 43: S121-128.
- 16) 全国のホームレスの状況について（概数調査結果）. 厚生労働省報道発表資料ホームページ. 1999
- 17) 日本循環器管理研究協議会ホームページ. 2000
- 18) 岩田正美. 路上の人々—新宿1995-96年. 人文学報, 1997; 281: 73-99.
- 19) 麦倉 哲. ホームレスの生活と行政ニーズ. 都市問題, 1997; 88: 15-26.
- 20) 谷本佐理名, 箕輪眞澄. 渋谷駅周辺の路上生活者の生活と健康. 日本公衆衛生誌, 1999; 46: 838-847.

- 21) 阿部貴世英, 編. 日本国勢図会2000/2001年版. 東京: 国勢社, 2000; 28-40.
 - 22) 園部雅久. ホームレス調査をめぐる方法とデータ. 日本都市社会学会年報. 1996; 14: 53-63.
 - 23) Fischer PJ, Breaky WR. The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist* 1991; 46: 1115-1128.
 - 24) Shanks NJ. Consistency of data collected from inmates of a common lodging house. *J Epidemiol Community Health*, 1981; 35: 133.
 - 25) Ropers R, Robertson M. Basic shelter research project. Los Angeles: UCLA School of Public Health, 1984.
 - 26) 厚生統計協会, 編. 国民衛生の動向2000年版. 東京: 厚生統計協会, 2000; 445.
 - 27) Waplington J, Morris J, Bradnock G. The dental needs, demands and attitudes of a group of homeless people with mental health problems. *Community Dent Health*, 2000; 17: 134-137.
 - 28) 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—. *日本公衆衛生誌*, 1986; 33: 761-768.
 - 29) 厚生統計協会, 編. 国民衛生の動向2000年版. 東京: 厚生統計協会, 2000; 410.
 - 30) 厚生統計協会, 編. 国民衛生の動向2000年版. 東京: 厚生統計協会, 2000; 439.
 - 31) Milby JB, Schumacher JE, McNamara C, et al. Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons. *Drug Alcohol Depend*, 2000; 60: 55-67.
 - 32) Bauman A, Phongsavan P. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug Alcohol Depend*, 1999; 55: 187-207.
 - 33) Rios M, Garcia JM, Sanchez JA, Perez D. A statistical analysis of the seasonality in pulmonary tuberculosis. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 483-488.
 - 34) 厚生統計協会, 編. 国民衛生の動向2000年版. 東京: 厚生統計協会, 2000; 96-97.
 - 35) Hwang SW, Bugeja AL. Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in Toronto. *CMAJ*, 2000; 163: 161-165.
 - 36) Imai Y, Munakata M, Tsuji I, et al. Seasonal variation in blood pressure in normotensive women studied by home measurements. *Clin Science*, 1996; 90: 55-60.
 - 37) Postlache 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. *Am J Hypertens*, 1993; 6: 376-381.
 - 38) Wiecha JL, Dwyer JT, Dunn-Strohecker M. Nutrition and health services among the urban homeless. *Public Health Reports*, 1991; 106: 364-374.
 - 39) Luder E, Boey E, Buchalter B, et al. Assessment of the nutritional status of urban homeless adults. *Public Health Reports*, 1989; 104(5): 451-457.
 - 40) Davis JE, Shuler PA. A biobehavioral framework for examining altered sleep-wake patterns in homeless women. *Issues Ment Health Nurs*, 2000; 21: 171-183.
 - 41) Humphreys JC, Lee KA, Neylan TC, Marmar CR. Sleep patterns of sheltered battered women. *Image J Nurs Sch*, 1999; 31: 139-143.
 - 42) 志渡晃一, 小橋元. 病気の予防と健康. 東京: 三共出版, 1998; 83-94.
 - 43) Greene JM, Ennett ST, Ringwalt CL. Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. *Am J Public Health*, 1999; 89: 1406-1409.
 - 44) Hien D, Bukszpan C. Interpersonal violence in a "normal" low-income control group. *Women Health*, 1999; 29: 1-16.
 - 45) Inciardi JA, Surratt HL. Children in the streets of Brazil: drug use, crime, violence, and HIV risks. *Subst Use Misuse*, 1998; 33: 1461-1480.
-

HEALTH STATUS AND LIFESTYLE ISSUES OF HOMELESS PEOPLE IN SAPPORO CITY, 2000

Gen KOBASHI*, Kaori OHTA*, Shunsuke NAGANO*, Kengo KISA*,
Setsuko KASAI^{2*}, Koji HAGA^{3*}, Hiko TAMASHIRO*, Yasuma FUKUCHI^{4*}

Key words : Homeless, Health status, Lifestyle, Lifestyle-related diseases

Objective To clarify the health status and lifestyle issues of homeless people in Sapporo city, voluntary “health consultations and medical examinations” were carried out near an emergency kitchen.

Methods The voluntary activities were held in a park near the shelter tents of homeless people seven times from December 1999 to December 2000. The homeless people who consulted us, medical doctors, were asked detailed questions about past history, present illness, subjective symptoms, lifestyles and so on, and were examined for their blood pressure and urinary parameter.

Results A total of 60 homeless people, including 59 men and 1 woman, were consulted and examined, Fifty-seven percent of them were 50 years old or older, and 30% had been homeless for less than half a year. Forty percent had some dental problems, 28% suffered neck stiffness, and 27% back pain. The medical examination found 53% of them to be hypertensive and 26% to be diabetic. Twenty-five percent had meals only once a day, 55% had meat or fish in their diet not more than twice a week and 57% had vegetables in their diet not more than twice a week. Forty-two percent slept not more than 5 hours a day, 13% often drank alcohol in the daytime, and 83% were smokers.

Conclusion The present results suggest that lifestyle-related chronic diseases are more significant problems among homeless people in Sapporo city than common infectious diseases such as tuberculosis or dysentery, probably because it is colder and therefore there are fewer homeless people in Sapporo city than in other major cities in Japan such as Tokyo and Osaka. Further studies of the homeless people living in such a cold environment are warranted to develop better health policies for them in the context of their social and economical determinants. In addition, it is important to establish a more reliable registration system for these people in order to plan and provide a comprehensive social and health support network as needed.

* Department of Health for Senior Citizens

^{2*} Department of Public Health

^{3*} Department Forensic Medicine, Hokkaido University Graduate School of Medicine

^{4*} Chair of Health and Sports Science, Hokkaido University Graduate School of Education