

新宿連絡会医療班報告集

1996年度～2005年度



新宿連絡会医療班

新宿連絡会医療班報告集

1996年度～2005年度

新宿連絡会医療班

目次

巻頭の辞

第1章 新宿の野宿者と医療班

- 医療班の活動のおこりと変遷 8
- 東京および新宿の特徴と野宿者の現状 11
- 新宿区における野宿生活の人たちの現状 13
- 炊き出しについて 22
- 救急医療への働きかけ 24

第2章 医療相談の概要

- 活動スケジュール 28
- 医療相談会 30
- 新宿区戸山公園における訪問医療相談 35
- 歯科相談 38
- 路上生活における血圧の推移と対応薬剤からみる疾患の傾向 43
- 鍼灸：「あいだ」にたちながら 46
- パトロール報告 48

第3章 病院受診への支援

- 新宿福祉行動の12年 54
- 病院訪問報告 57
- 新宿区内の医療機関に対するはがきアンケート調査から 59
- 野宿者との関わり～それぞれの立場から～ 64
- 福祉の患者様（ホームレス）の歯科診療 67

第4章 自立への支援

- 自立支援事業と地域生活移行事業 74
- 福祉事務所現場の思いと課題について 77
- ケースワーカーの声 80
- 宿泊所利用者からとらえた「ホームレス」の人たちの
社会保障・住環境・健康をめぐる現状と課題 83

第5章 健康と生活を取り戻す支援へ

- 歯科プロジェクトから健康生活相談会へ 94
- 路上生活者の食生活と栄養充足率 98
- フリースペース BaBa でのシャワーサービスと健康・生活相談会 105
- 路上生活者における口腔保健 109

第6章 資金、助成

- 医療活動に係る“お金”的こと 114
- ファイザープログラム「心とからだのヘルスケアに関する市民活動支援」 115
- 路上での保健医療活動を支える多くの支援 116
- 共生舎なづな薬局から 119

第7章 人材、参加

- ボランティアについて 122
- 学生の参加について 124
- カトリック医師会・有志による参加 125
- 地域の歯科医師・有志の参加 127

第8章 行政への働きかけ、連携

- 福祉一閉じかけた窓口へ 130
- 新宿区における野宿生活状況の人たちへの
保健医療活動から見えた現状と課題 132
- 新宿区におけるホームレスの人たちの結核検診に関する提案 139

第9章 一般への働きかけ、広報

- 講義・講演 144
- 講義・講演一覧／学会発表一覧 145

第10章 課題

- 課題 148

第11章 関連団体より

- 池袋医療班発足と今まで 152
- もやいと医療相談 155

第12章 その他

- 養老孟司さんの頭の中の「バカの壁」 158
- 路上生活者（ホームレス）に対する市民の意識調査 163
- 医療班座談会「路上死のない社会をめざして」 170
- 石を投げる者・花を手向ける者 6・15 野宿者連続襲撃事件 177
- 仮面～615 連続襲撃事件から一年を経て 182

第13章 資料

- 関連年表 188
- 文献一覧 192

編集後記

2006年～夏～

巻末の辞のような巻頭の辞

新宿連絡会 笠井和明

雨の日の炊き出し。一心不乱に働いているボランティア諸氏を遠目に見ながら都庁の壁に凭れ、煙草を燻らせていると、まだ20代の青年だろうか、すたすたと近寄って来て、「おじさん、炊き出しあはもう食べられましたか？」。

およよ、であったが、怒鳴るのも何だと思い、「はい、頂きました。ありがとうございます」と応えると、満足そうな顔をして青年はボランティア諸氏の輪の中に帰って行った。

炊き出しの後片づけグループの隣では医療班の姉ちゃん達が机の回りを華々しく開み、あまり深刻そうもなく、薬を配ったり、相談記録を書いたり、おっちゃんとお喋りしたりしている。よくもまあこんな喧騒の中で問診が出来るものと思うのであるが、机を挟んで相談に来たおっちゃんと医師が何やらひそひそ話を続けている。炊き出しを食い終ったおっちゃん達がひきりなしに訪れ、山のように積まれた医薬品が瞬く間に少なくなる。

そうこうしててる間に、パトロール隊が別の机のまわりを取り開み、出発前のミーティング。とは云っても、集まったボランティア諸氏やおっちゃん等は責任者の話を真剣に聞くでもなく、あーでもない、こーでもないのお喋りをまた続けている。ほとほと困った顔の責任者が「んじゃ、出発」とでも言ったのか、そうすると不思議な事にすぐさま班編成が始まり、「行って来ま～す」と、その集団は夜の新宿に消えて行った。

いつから、こんなにおおらかになったのであろうか。

昔の医療班やパトロール班は、それこそ目をつんあげて活動をしていたものである。医療活動を通して、救急車の中で暴れ、病院の中で暴れ、福祉事務所の中で暴れと、そんな壮絶な時代を知る者にとって、なんともどかな光景である。

情の厚い運動は一部の急進的な人々をぎゅっと凝縮させるが、情の薄い（？）運動はより広範囲な人々を「なんとなく」結集させるのかも知れない。もちろん、どちらが良いとか悪いとかではなく、その時々の情況によるものであろう。

他方で、路上生活者の存在に世間が慣れすぎてしまった、と云う情況も、長い運動の負の側面としてはあるのかも知れない。

「野宿の侷で病気が良くなる訳がない」

治療費が制度の中で払われたとしても、治療する環境を自ら作り出す事には自ずと限界がある。「自宅で療養してください」「栄養をつけて下さい」の言葉がこんなに虚しい世界もないだろう。路上においては、路上脱却が、最善の、そして最初に試されるべき治療法なのである。

けれども実際は、「死なぬ程度の治療は出来るが、生きる事への支えをしてくれない」のが現実であり、病苦の仲間達を多く路上に縛りつけている。そして、そんな現実に慣れ過ぎてしまった行政と世間。はたまたなにかと路上生活者を固定させたがる運動体。そん

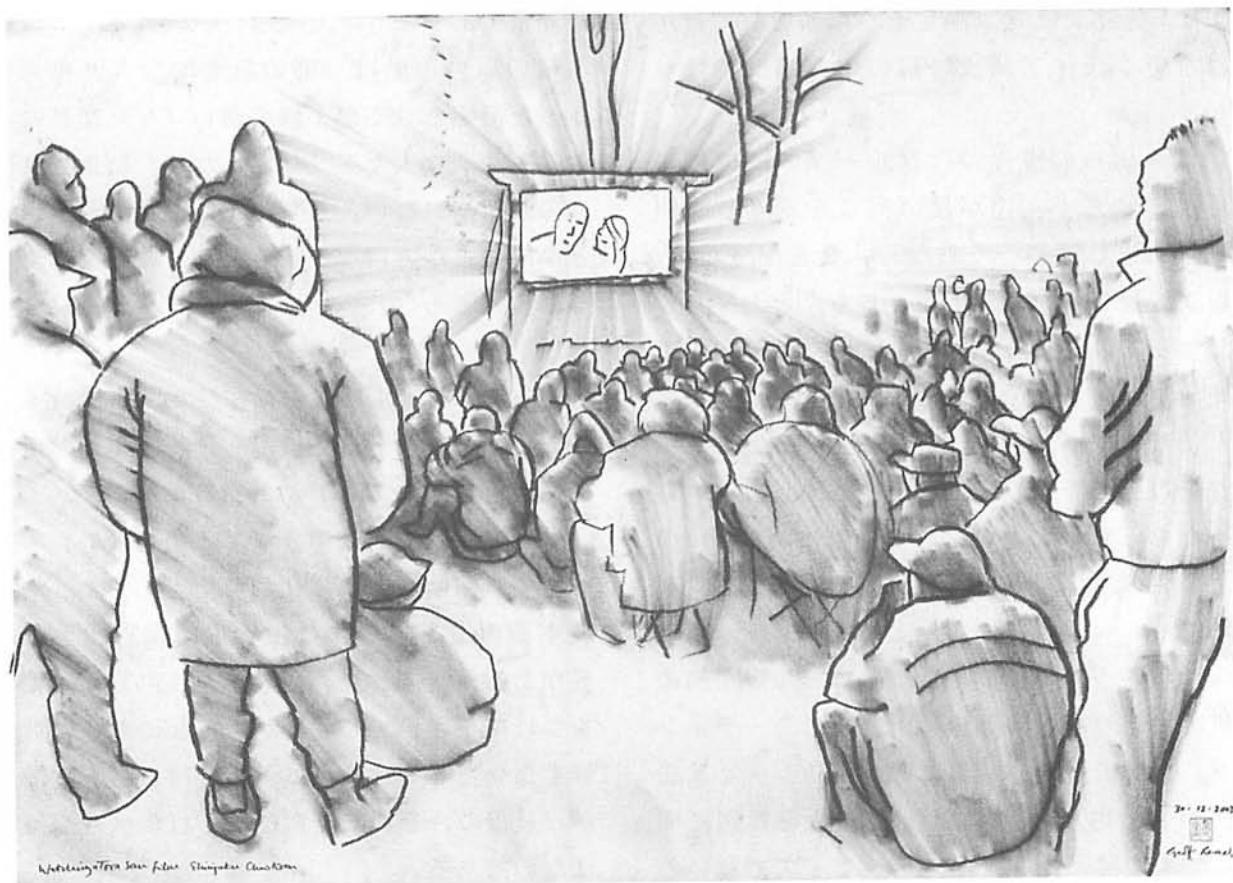
な共犯関係が長い歴史の中で既に出来上がってしまっているのかも知れない。

おおらかでも決して悪くはないが、若い人には、そこにある矛盾を感じとつもらいたいのである。個人のせいにしても良いが、その個人に何が足りないのか？社会のせいにしても良いが、この社会になにが欠けているのか？資質や政治で一刀両断するのではなく、それこそ、おっちゃん達との無限なお喋

りの中で深く考えてもらいたいのである。

何やら遺言めいた結論になってしまったが、長くこんなことをやればやる程、膿が出る。マキュロン塗っても膿は止まらない。壊死しても、骨が出ようとも、痛みに耐え、足を引きづり、前かがみで走ろうとする。必要なのは、もはや医者ではなく、坊主だけのかも知れない。

(了)



第1章

新宿の野宿者と医療班

- ◆ 医療班の活動のおこりと変遷
- ◆ 東京および新宿の特徴と野宿者の現状
- ◆ 新宿区における野宿生活の人たちの現状
- ◆ 炊き出しについて
- ◆ 救急医療への働きかけ

医療班活動のおこりと変遷

福祉行政の窓口改善を求めて

新宿連絡会（新宿野宿労働者の生活・就労保障を求める連絡会議）の活動は、1994年、新宿駅西口地下通路（4号街路）の追い出し問題をきっかけに始まった。当時、東京都建設局は、4号街路のダンボールハウスに居住する人々を「不法占拠者」と規定し、「不法占拠者とは話し合う余地がない」として一方的に排除するという姿勢を崩さないでいた。そのため、新宿連絡会の初期の活動においては、「撤去反対」「追い出し反対」の活動に力を集中せざるをえない状況が続いていた。

ただ、新宿の野宿の当事者と話し合う中で、追い出しの問題と共に、医療や福祉をめぐる状況も深刻であることがわかつてき。野宿者が医療を受ける場合、救急搬送を除いては、福祉事務所で手続きをとらなくてはならないが、新宿区の福祉事務所には「ひどい目にあったので、2度と行きたくない」と言う当事者が少なくなかった。具体的には、「病気で病院に行きたいと言ったら、『自分で稼いで病院に行け』と言われた」、「風邪がひどいので受診したいと言ったら、『風邪くらい自分で治せ』と言われた」、「仕事を探しているのか」としつこくたずねられ、「えり好みしなければ仕事なんていいくらでもあるはずだ」と言われた」等、という声をよく聞いた。また特定の福祉事務所職員の対応が問題だという声もよく聞き、「あいつがいる限り、絶対に福祉の窓口に行かない」という人もたくさんいた。

こうした福祉行政の差別的な対応は、野宿者の間にあきらめと厭世感を生み出すもとになっていた。「俺たちが医療にかかるには、悪くなるまで悪くなって、ぶつ倒れてから救急車に運ばれるしないんだ。それでも良くてモルモット扱いされるだけだ」と自虐的に話し、実際、病状が悪化

するまで放置して、救急搬送されるのを待つという人も珍しくなかった。

福祉行政の野宿者に対する差別的な対応は新宿だけに限らず、それを改善させる取り組みは、山谷争議団が台東区すでに始めていた。それは集団で福祉の窓口に行き、高齢で生活保護を求める仲間や病気で受診したい仲間を全体で支える行動で、「福祉行動」と呼ばれていた。1994年春、台東区への「福祉行動」を参考にして、新宿でも新宿区福祉事務所に対する「福祉行動」を始めた。初期の「福祉行動」は、福祉行政に圧力をかける大衆行動として企画され、数十人の当事者が朝から集まり、福祉の窓口へと押しかけていった。

私は1995年春から「福祉行動」の担当になったが、この頃から日曜日の炊き出し、パトロール、月曜日の福祉行動、という流れができていった。ただ新宿連絡会のメンバーで付き添っている時でさえ、福祉事務所の職員の中には差別的な対応を繰り返す者や新宿連絡会の活動自体に敵意をむき出しにする者もあり、しばしばカウンターをはさんだ口論が展開された。

1995年から1996年にかけて、こうした職員の差別的対応の改善を求めて、新宿区福祉事務所に対して申し入れと交渉を繰り返しおこなった。その結果、前述のような差別的対応は次第に少なくなり、新宿連絡会の活動についても一定の理解が示されるようになったが、それでも医療を求めているのに生活保護で医療を提供することを拒絶する、というケースが散見された。

「医療班」の成立と初期の活動目的

医療相談活動は当初、越年期（年末年始）の集中活動におこなっていただけであったが、4号街路の「ダンボール村」が排除され、西口地下広場に新たな「ダンボール村」が形成された1996年

春から継続的に開催するようになったただ、1996年の秋までは山谷地域などで活動している知り合いの医師に毎回声をかけるという形でおこなっており、「医療班」というチームにはまだなっていなかった。

1996年9月に、名古屋・笹島地域で医療相談活動を続けてきた大脇医師が上京して、新宿の活動に参加するようになった。それがきっかけとなり、海外協力のN G Oに関わってきた医療従事者が次々と新宿の医療相談活動に参加するようになり、徐々に「医療班」というチームが形成されるようになった。

初期の医療相談会の目的は、何よりも医師による「紹介状」を武器にして、福祉の窓口において医療へのアクセスを改善させることにあったと言つてよい。「紹介状」は本来、受診する医療機関向けのものであるが、内容的には福祉事務所の相談員に対して、「医師が受診必要だと言っているのだから必ず医療機関につなげるよう」いう無言の圧力を与えるものとして機能していた。相談員の中には「紹介状」を嫌がる者もあり、「詐病を訴える者も多いのであてにならない」等と言う者もいたが、担当課長や係長あてに医療相談活動の趣旨を繰り返し説明し、本当に受診が必要な場合にのみ「紹介状」を出していることを納得してもらったことにより、徐々に「紹介状を持ってくれば、医療機関につなげる」という対応になってきた。

また越年間に福祉の窓口が閉鎖する問題についても、福祉事務所の自宅待機職員と連絡がとれる態勢を作り、期間中であっても高齢者や病弱者、女性については施設入所を可能にするルートを作るなど、医療班と福祉事務所との意志疎通は次第に改善されてくるようになった。

福祉行政との関係が改善するに伴い、医療相談会の目的も、福祉行政への圧力から、疾病の早期発見や疾病を抱える野宿者本人に受診に向けた心理的な促しをするものへと変わっていった。ただ、一度脳裏に刻まれた福祉の窓口へのマイナス

イメージは、なかなか拭えるものではない。現在では、医療相談会やパトロールの場において、「福祉の窓口も以前に比べれば良くなつたので、病気があれば、早めに受診をしよう」という呼びかけを日常的におこなっているが、以前のイメージを引きずったまま、「あんな目に遭うなら窓口に行きたくない」と訴える野宿者は依然として存在する。

「ダンボール村」から中央公園へ

1998年2月までの医療班の活動は、「ダンボール村」コミュニティに依存する形で展開されていた。医療相談会で使う机やイスなどは、普段、「ダンボール村」の倉庫スペースに保管されていた。また越冬期などは、「ダンボール村」の中に「医療用」のハウスがあり、医療相談会やパトロールで衰弱した人を見つけ、救急搬送をしても入院にならなかつた場合など、福祉の窓口につなげるまでの間、そのハウスで「一時保護」してもらうということも行われていた。

そのため、1998年2月の大火災で「ダンボール村」が焼失してしまつたことは医療班にとっても大きな打撃となつた。その後、新宿西口地下広場で行われていた新宿連絡会の炊き出しが新宿中央公園ポケットパークに場所を移したのに伴い、医療相談会も同じ場所で再開されることになる。

この頃から、それまで新宿駅周辺に一極集中していた都内西部圏の野宿者の状況が変化し、各地に分散するようになつた。医療班の活動もそれと共に変化し、都立戸山公園での医療相談会の実施、池袋での医療相談活動への側面支援など、地域を拡大していくことになる。

また、新宿区福祉事務所への継続的な働きかけにより、それまでほとんど認められてこなかつた歯科診療も可能になつた。これは歯科医師が活動に定期的に参加するようになり、相談会の場での歯科調査データをもとに新宿区福祉事務所と話し合いを重ねた成果であると言える。このように

歯科に限らず、医療班のボランティアスタッフが徐々に増え、充実してきたことにより、結核予防や清潔の機会提供など様々なテーマで都区に提言をおこなう機会も増えてきた。

2003年からは医療班の活動に対して、ファイザーの助成金が授与されるようになり、医療班の活動は財政的にも安定してきたと言える(助成金は2005年末まで)。

今後に向けて

2005年6月、医療班は新たな試みとして、関連団体のNPO法人新宿ホームレス支援機構の「フリースペース BaBa」を利用して、新たな健康生活相談会を開始した。これは、2004年6月から開始された地域生活移行支援事業を利用して、新宿地域から約430名の野宿者がアパート生活に移行したのを受けて、野宿者のみならず、そうした人々をも対象とした相談会として企画されたものである。また、この相談会では、医科や歯科の相談、福祉に関する相談だけではなく、シャワ

ーサービスや下着の提供も実施しており、「清潔の機会提供」を都区に求めてきた団体として、自前のサービスを提供できるようになった意義は大きいと言える。

医療班の活動の経緯を振り返ってみて、その活動の特徴と言えることは3つある。約10年にわたり、野宿の当事者と直接接する相談会を月1回と言えども、継続的に行い、新宿地域の野宿者との信頼関係を構築してきたこと、継続的な活動によって蓄積したデータを福祉行政に提示することにより、具体的にその対応を改善させてきたこと、野宿者側の状況の変化に応じて柔軟に活動を変容させ、新たなボランティアを受け入れながら活動を展開してきたこと、の3つである。今後とも、「いのちを守る」ための基礎的な活動を軸にしながら、状況の変化に応じた柔軟な健康支援活動をおこなっていきたい。

(稻葉剛)



東京および新宿の特徴と野宿者の現状

抄録

東京都の野宿者は1997年以降急増し、1999年をピークに漸減傾向にある。その特徴は50歳から64歳の人が多く、20歳代で昭和30年後半から40年前半の高度成長期に上京した人たちが多い、寄せ場経験のある人は少ない。東京都の野宿者対策は、1960年頃暴動が頻発した山谷地域での日雇い労働者対策として始まり、現在の財団法人城北労働・福祉センターの活動に引き継がれている。また1990年代後半の野宿者急増対策として、2001年から緊急一時保護センター・自立支援センターを中心とした自立支援システムが、2004年からは地域生活移行支援事業が始まり現在も継続されている。

新宿区の野宿者は、新宿中央公園・戸山公園・新宿駅周辺に集住しており、2004年8月まではおよそ1000人以上が生活していた。地域生活移行支援事業により野宿者417人がアパートに移り住み現在は約半数に減少している。新宿の野宿者の特徴は23区東部地域の野宿者より年齢が若く、移動型の寝場所が多い。直前職ではサービス業に従事していた人の割合が高く、寄せ場経験のある人がより少ない。

1) 東京の特徴

東京都全体の野宿者数は、2005年8月現在5571人¹⁾であり、23区内の野宿者数は5082人¹⁾である。東京都による概数調査は1995年以降継続して行われている。1995年には3300人あり、1997年(3700人)まで漸増傾向を示した。その後急激に増加し1999年に最大(5800人)となって以来漸減しつつ現在に至っている。

東京における野宿者の特徴²⁾は、6割以上が50歳から64歳の男性で、多くは現在単身で家族との連絡を絶やしている。東京出身者は2割弱だが、それ以外の人の7割が20歳代までに東京に出てきており、上京年代は東京オリンピックをはさんだ高度成長期が多い。常勤社員から日雇い労働者を経て野宿に至るケースが多い。寄せ場経験のない人が多いなどである。

東京都の野宿者対策は、1960年頃山谷地域で連続して発生した暴動が契機になり、国・都が山谷対策として1962年に東京都山谷福祉センターを開設し、日雇い労働者の生活相談を行ったことに始まる。その後労働相談も行うようになり、現在の財団法人城北労働・福祉センターの活動に継続されている。しかし1990年代後

半の野宿者の急増には対応できなかったため、東京都は新たな野宿者対策として2000年3月調査対象者1000名を超える「路上生活者実態調査」を実施し、2001年3月野宿者の自立支援システムを発表した。すなわち緊急一時保護センター、自立支援センターを経由することにより生活の自立を目指すシステムである。自立支援センターは2000年10月から、緊急一時保護センターは2001年12月から稼働開始した。現在では5か所の緊急一時保護センターと5か所の自立支援センターが設置されている。また2004年9月から低額家賃の住居を提供し、かつ臨時就労の形で入居後半年間仕事を提供することにより、野宿生活からの脱却をはかる地域生活移行支援事業が始まった。

2) 新宿の特徴

新宿区には2005年9月現在500~600人の野宿者が生活していると考えられる。集住地域は新宿中央公園、戸山公園、新宿駅周辺である。

1996年1月以前にはJR新宿駅西口から都庁に通じる地下通路に集住し、その数はおよそ200人、新宿駅地下・地上をあわせて640人で

あった 3)。1996 年地下通路のダンボールハウスが強制撤去された後は西口地下ロータリー周囲に移動した。地下には 450 人、全体では 610 人が新宿駅周辺に生活していた 4)。1998 年 2 月西口地下ロータリー南側のダンボール村の火災による 100 軒焼失・死亡 4 名という痛ましい事故の後、都庁西隣の新宿中央公園に集住するようになった。1999-2000 年越年期には平均 680 人が新宿駅・新宿中央公園を中心に一時的に夜を過ごし、常時約 200 人が新宿中央公園で生活していた 5)。また戸山公園にもおよそ 200 人の定住野宿者がいた。その後はほぼ同じ規模で推移し、2004 年 8 月の東京都による概数調査では新宿区内の野宿者数は 1102 人であった。この調査は日中に調査員が目視で野宿者数を確認するため、夜間のみ新宿駅などで寝て日中は仕事や公共施設で過ごす人々はカウントされておらず、実際にはおよそ 2 ~ 3 割増の野宿者がいたと考えられる。

2004 年 9 月から 2005 年 2 月までに地域生活移行支援事業により、新宿中央公園および戸山公園の野宿者 417 名が民間アパートや都営住宅に移り住んだ 6)ため、新宿区の野宿者数は減少傾向にあり、2005 年 8 月の概数調査では新宿区内の野宿者数は 463 人である。新宿連絡会による新宿中央公園の焼き出し実数は、地域生活移行支援事業施行以前には約 700 人であったが、2005 年 9 月現在では約 400 人程である。

都市生活研究会調査 7)によると東京 23 区のうち池袋・新宿・渋谷など西部に生活する野宿者の特徴は、30 歳から 55 歳が 6 割、移動型の寝場所が 7 割以上、直前職ではサービス業に従事していた人の割合が高く、寄せ場経験のない人が 7 割、野宿する直前の住居が社宅・寮・住み込み・飯場など仕事と結びついた人の割合が高いなどである。新宿の野宿者の特徴も同様な傾向があると考えられる。

(大脇甲哉)

参考文献

- 1) 東京都福祉局概数調査. 2005 年
- 2) 東京都福祉局編. 東京のホームレス. 2001. p.6-17
- 3) 新宿連絡会編. 新宿 HOMELESS ; 1995 年 新宿野宿労働者の現状と運動の記録 1995. p.55-56
- 4) 新宿連絡会編. 風は大樹をつくる ; '96-'97 新宿越年越冬闘争の記録. 1997. p.11
- 5) 新宿連絡会. 1999-2000 新宿連絡会医療班越年活動報告. 2000
- 6) 新宿連絡会. 新宿連絡会 NEWS. vol.40. 2005. p.1
- 7) 都市生活研究会編. 平成 11 年度路上生活者実態調査. 2000.

新宿区における野宿生活の人たちの現状 －健康問題の視点から－

「野宿生活」状況と健康問題との関係は、これまで様々な地域で行われた行政や研究者たちによる聞き取り調査の中で触れられてきたⁱ。また最近では、平成15年3月「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」が当事者から健康状態を聞き取ることによって「主観的健康度」や「持病の数」として報告された。結果を多い順に並べると「高血圧」「胃・十二指腸潰瘍」「糖尿病」「肝炎」「ヘルニア」「皮膚の病気」「アルコール依存」「結核」となっているⁱⁱ。

本論は、2002年に執筆した論文、「ホームレスの人たちへの生活保障の現状と課題」としてまとめた中から、「新宿区における野宿生活状況にある人たちの現状」を抜粋し加筆修正したものである。新宿野宿労働者の生活・就労保障を求める連絡会議（以下、新宿連絡会と称す）・医療班が行っている健康相談活動の中で蓄積してきた資料に、都内新宿区の「死亡による生活保護廃止一覧ⁱⁱⁱ」を新たに加え分析した。収集したデーターはすでに数年を経ており、行政サービスの変化に伴いホームレスの人たちの状況も変化していることを踏まえた上で、2002年時点の彼らの様子が見えてくれれば幸いである。3年が経過した2006年現在でも、ホームレスの人たちが抱える困難の重さは変わっていないのである。

1. 新宿連絡会・医療班の健康相談会のとりくみ

新宿連絡会・医療班の健康相談会は、医師・歯科医師・鍼灸師・保健師・看護師・医療ソーシャルワーカー、医療関係者以外の人や学生などで組織されている。「野宿生活」状況の人たちを対象に毎月定期的な健康相談会を行い、医師による健康相談の他に、血圧測定、希望者には簡単な市販薬の提供を行っている。その際に、相談者の相談記録を作成し、医師との相談後、医療機関受診が必要な人には病状報告書（紹介状）を提供し、福祉事務所を通じて医療機関への受診を勧めている。「新宿連絡会・医療班」は、健康相談会記録を1996年3月から2000年12月まで、5年間の報告書としてまとめていることから、以下その内容を中心に述べる^{iv}。

2. 健康相談会記録分析

表-1 「新宿連絡会健康相談記録」（1996年3月～2000年12月）は、夜間の相談会という場で、訴えのあった主訴と客観的に知り

得た状態、そして、相談者が福祉事務所を通じて受診したことで知り得た情報を集計したものである。大まかな集計のために、やや正確さに欠ける面もあるが、「野宿生活」状況にある人たちの健康を知る上でひとつの傾向が分かり、手がかりになると考える。

相談記録によると、圧倒的に男性が多く、平均年齢は52.4歳と働き盛りの中高年齢の人たちである。年齢分布は20歳代から70歳代までと幅広い。65歳以上の人のが7.7%おり、現行の生活保護の運用のされ方に即しても、充分に対象となる人が多く含まれていることがわかる。

健康相談会場で受診が必要と思われ、紹介状を提供した人が必ずしも受診につながるとは限らない。相談時に受診を勧めて病状報告書（紹介状）を渡した人は696人、その内、医療機関に受診した人は409人の58%であった。

「新宿連絡会」は2002年5月26日から6月23日までの期間に新宿区内の野宿生活の人たち218名を対象にアンケート調査を行った。

調査報告によると、「区役所で窓口相談をしたことがあるかどうか」という質問に、「有る」と答えた人は 47.6%、「無い」と答えた人は 52.4% であった。約 50% の人は福祉にアクセスしていない。

表-1 新宿連絡会健康相談記録(1996年3月
～2000年12月)

1. 受診者数(のべ)	1644人	5. 相談時に医者が受診を勧め、紹介状を渡し実際に医療機関を受診した人の主訴と、医師の診察時に症状によって類推した病名および
2. 男女比		
男性	1284人 96.5%	高血圧 17.4%
女性	47人 3.5%	腰痛 6.3%
3. 年齢分布		胃潰瘍 5.9%
平均年齢	52.4歳	歯痛・虫歯 5.9%
20～29歳	2.1%	結核疑い 5.0%
30～39歳	7.7%	気管支炎・肺炎 4.8%
40～44歳	8.2%	湿疹・皮膚炎 3.9%
45～49歳	15.2%	糖尿病(疑い含む) 3.5%
50～54歳	20.3%	化膿創・蜂巣炎 3.3%
55～59歳	19.8%	下痢・全身衰弱 3.0%
60～64歳	19.2%	関節痛 3.0%
65～69歳	5.6%	打撲・外傷 2.6%
70歳以上	2.1%	浮腫 2.0%
4. 相談者の「野宿生活」期間		腹痛 2.0%
1ヶ月未満	10.5%	肝疾患(疑い含む) 1.7%
1～3ヶ月未満	19.7%	四肢痛 1.7%
4～6ヶ月未満	15.5%	麻痺・筋力低下 1.7%
6～1年未満	14.8%	アルコール依存症 1.7%
1～3年未満	21.5%	骨折 1.5%
3～5年未満	7.3%	視力障害 1.5%
5～10年未満	7.5%	その他 21.6%
6. 入院した人の主要病名(べ68人)		
		胃潰瘍 13.2%
		結核 10.3%
		高血圧 10.3%
		心不全 8.8%
		骨折 8.8%
		骨・軟部腫瘍 5.9%
		アルコール依存症 5.9%
		肝硬変 4.4%
		肺炎 4.4%
		全身衰弱 4.4%
		その他 23.6%

この結果は、健康相談会後の受診率との数値が比較的近いことから、福祉・医療制度の利用しづらさ(アクセシビリティの低さ)に原因があると考える。

表-1の「5. 相談時に医者が受診を勧め、紹介状を渡し実際に医療機関を受診した人の

主訴と、医師の診察時に症状によって類推した病名および症状」の上位 5 疾患を見ると、高血圧 17.4%・腰痛 6.3%・胃潰瘍 5.9%・歯痛虫歯 5.9%・結核の疑い 5.0% とつづく。そして受診後、診断が確定し入院した人の上位 3 疾患では胃潰瘍 13.2%・結核 10.3%・高血圧 10.3% である。

そこで、健康相談会という機会を利用し身体の不調を相談した結果、外来受診・入院となつた経過は、症状を自覚し、医療機関に受診したという経過と一致するのではないかと仮定した。表-1の「5. 相談時に医者が受診を勧め、紹介状を渡し実際に医療機関を受診した人の主訴と、医師の診察時に症状によって類推した病名および症状」と「6. 入院した人の主要病名」を、厚生労働省の入院・外来・傷病大分類別にみた受療傷病率と比較した(表-2 参照)。母集団の量や質がまったく異なるため、統計的な比較は困難なことを押さえた上で、単純に比較してみようと思う。

「厚生労働省統計受療傷病率」(以下「受療傷病率」という)では、人口 10 万人対で外来の上位 5 疾患は、高血圧・虫歯・糖尿病・胃・十二指腸潰瘍・肝疾患の順であり、入院の上位 5 疾患は、循環器疾患・脳梗塞・高血圧・糖尿病・肝疾患である。その後に胃・十二指腸潰瘍・結核とつづく。

表-2 厚生労働省受療傷病率入院・外来・傷病大分類別と健康相談会の相談時の病名及び症状の比較

	健康相談会	受療傷病率(人口10万対)
外来受診	1. 高血圧 17.40%	高血圧 714
	2. 腰痛 6.30%	虫歯 304
	3. 胃潰瘍 5.90%	糖尿病 220
	4. 歯痛虫歯 5.90%	胃・十二指腸潰瘍 131
	5. 結核の疑 5.00%	肝疾患 109
入院	1. 胃潰瘍 13.20%	循環器疾患 412
	2. 結核 10.30%	脳梗塞 148
	3. 高血圧 10.30%	高血圧 78
		糖尿病 70
		肝疾患 39
		胃・十二指腸潰瘍 23
		結核 11

資料) 大脇甲哉「新宿における野宿者の健康問題」-5年間の相談記録から-(『Shelter-less』No. 11) 115。

厚生労働省統計表「患者調査の概況 主要な傷病の総患者数 受療傷病率入院・外来・傷病人分類別」
平成8年度厚生労働省ホームページより。

健康相談会では、高血圧に次いで筋骨格系の腰痛がつづく。東京都福祉局平成11年度「路上生活者実態調査」においても、「路上で現金収入がある人では月平均で1万円未満。仕事の内容は本集め、チケット並びなど都市雑業層が多い」と特徴を述べている^{vii}。他には、雑誌集めや空き缶拾い、チケット購入の行列並びや工事現場の雑役などで働いている人たちも多い。また、長年の肉体労働からくる身体疲労と労災や外傷の後遺症もある。加えて、「野宿生活」では、食べ物を調達するため、あるいは冬季に寒さから身を守るために夜通し歩き、寝場所としては不自然なコンクリートの地面やベンチというように、日々、筋・骨格系にダメージを与えるため、様々な症状となって表れる。

健康相談会から外来受診に至る最も多い症状は、高血圧である。入院でも上位3番目となっている。他の病名が主要疾患になっている人の多くも、副症状に高血圧があり、測定値も収縮期で200mmHg以上、拡張期で110mmHg以上という高い値を示す人が経験的に少なくない。工事現場などでは、労働災害の発生を防止するために、仕事開始前に血圧測定を義務づけているところが多い。血圧が高ければその場で帰され仕事に就けないため、高血圧は仕事を失う大きな原因となる。

健康相談会から外来受診では3番目、入院では1番目に胃潰瘍が多いことも特徴のひとつである。野宿生活の人たちでは、入院するほど重篤な、吐血・下血・全身衰弱を伴う胃潰瘍の発症は珍しくない。これは、寒冷や酷暑といった自然に無防備にさらされ、満足な睡眠をとれず、時には飢餓感を伴うような不規則な食事等の生活ストレスが大きく影響している。これらの生活ストレスは、次に述べる高血圧や糖尿病が悪化する因子としても

考えられる。

「受療傷病率」の外来、上位3番目、入院では、4番目と高い率を占めている糖尿病は、健康相談会では比較的低い比率であり、健康相談会から医療機関への受診病名では7番目である。入院では特に明らかになっていない。しかし、糖尿病は無症状で経過するために、極度に悪化するまで放置されていると予想できる。健康相談会から外来受診、入院にいたる最も多い疾患の高血圧・結核は、糖尿病の合併を、また、他に自覚的な症状で受診している人の中では、四肢痛・麻痺・筋力低下・視力障害などは、糖尿病が潜んでいる可能性を充分に残している。

3. 野宿生活の人たちと結核問題

結核は、経済発展や都市化の過程で蔓延することを繰り返して、現在でもその罹患率、発病率の上昇は衰えることなく深刻な社会問題となっている感染症である。経済発展や都市化は、経済格差による貧富の差を広げる。劣悪な労働条件や、不衛生な住まい・乏しい栄養は、感染の機会を大きくし、発病のリスクを広げてゆく。これらの感染リスクの条件を持つ野宿生活の人たちには、関連性が高い。

新宿区では、1996年から1999年の結核罹患率は人口10万人対で82.7、東京都および全国が35.4および33.7である。新宿区保健所が野宿生活の人たちを対象に毎年「ホームレス結核健診」を行っている。平成12年度の健診では、152人の健診者から5人の結核患者が発見されているように、常に数名の結核患者の発見が報告される^{viii}。厚生労働省の「受療傷病率」調査では、人口10万人対で上位から7番目である。すでに述べたが、健康相談会から入院に至った人では、68人の入院者中約7人が結核による入院であった。一般では、推測しえないほどの高さと言える。結核がこのように高い傷病率をもたらす理由として、以下のことが考えられる。

- 1) 「野宿生活」による低栄養やストレスによる抵抗力の低下。
- 2) 飯場やサウナ、駅や公園に、集団で高い密度で寝起きしなくてはならない環境。
- 3) 体調が悪くてもすぐに医療機関にアクセスできないために、発見が遅れて重症化する。
- 4) 重篤化し、結核菌の感染性も強まることで、他の「野宿生活」状況の人たちに感染が広まる。

以上のように野宿生活の人たちが抱える健康問題の主なものは、「腰痛」「高血圧」「胃潰瘍」「糖尿病」そして「結核」が挙げられる。これらの健康問題は、人が生きる時に必要な基本的な居住環境や生活環境が満たされていれば、多くは発病せずに、または悪化せずにすむものである。しかし、現在のところ、生活保護制度を利用し、外来通院や入院をしても、制度利用は短期的であり、多くの人々は再び「野宿生活」状況となり健康問題の本質的な解決にはなっていない。その結果、彼等の生活環境は変わらず、同じリスクと疾患を抱えて「野宿生活」をつづけ、悪化すると救急車で搬送されるという悪循環に陥る。

4. 野宿生活の人たちと医療

表-3 は、平成 13 年度の新宿区福祉事務所

表-3 平成 13 年度新宿区路上生活者相談状況

(単位:人)

月別	来所者	措置状況			入院			施設・その他			緊急宿泊施設利用泊人	特別診療券人	
		相談のみ	継続相談	申請受理	合計	一般	精神	結核	合計	施設	その他		
4月	6335	5672	511	152	29	25	4	0	123	1	122	230	4
5月	8125	7297	663	165	36	28	4	4	129	1	128	255	11
6月	8068	7114	748	206	32	23	2	7	174	2	172	317	9
7月	6730	5670	838	222	29	26	3	0	193	1	192	244	8
8月	7887	6900	782	205	28	24	1	3	177	0	177	247	9
9月	6538	5758	632	148	18	15	3	0	130	1	129	189	8
10月	7022	6093	730	199	26	19	2	5	173	4	169	206	5
11月	6693	5693	768	232	30	24	2	4	202	2	200	337	4
12月	5286	4434	645	207	26	21	3	2	181	0	181	265	4
1月	6022	4948	801	273	38	31	1	6	235	1	234	230	7
*2月	5596	4425	916	255	42	32	3	7	213	1	212	224	7
3月	5981	4865	838	278	43	34	1	8	235	4	231	319	3
合計	80283	68860	8872	2542	377	307	29	46	2165	18	2147	3063	79

資料) 新宿区福祉事務所行政統計資料より作成

に「路上生活者」と言われる野宿生活状況の人たちが相談に来所した際に、どのような対応が行われたかを表わしたものである。年間で、のべ 80,283 人の人が来所している。その中で相談窓口から生活保護の申請を受理された人は 2,542 人、3.1% である。この値は、入院と医療扶助単給というカテゴリー別扶助による、「野宿生活を継続したままの通院（青空通院）」も含まれているため、ほとんどの人は、その後の生活改善に至っていないと言える。

「住所不定」とみなされる野宿生活の人たちの医療費は「都費」と呼ばれる支出のされ方をしている。費用は、東京都が 4 分の 1、国が 4 分の 3 を負担し、特別区の負担はない。医療扶助の都費負担分のみ合計額は、平成 11 年度・12 年度は約 34 億円、平成 13 年度は約 36 億円となっている。

前述したように、「野宿生活」という要保護状態の相談者のうち、わずか 3.1% の人に生活保護制度が実施され、その他の大多数の人は、医療扶助単給の利用のみのと考えると、このように高額な医療費を使っても利用者の生活環境は野宿生活に変わりなく、健康悪化の根本的な改善にはつながっていない。むしろ、問題を循環させ、いっそう悪化させているのではないかと思われる。

- * 申請受理数 = (入院) + (施設・その他) であり、生活保護制度医療単給のみも申請受理数に含まれる。
- * 「施設」は生活保護施設の一時保護所等。
- * 「緊急宿泊施設」は生活保護法に基づかない宿泊援護で区内に 8 ベッド確保されている。
- * 「その他」合計 2147 人+「緊急宿泊施設」合計 3063 人は生活保護制度医療単給のみの利用者とほぼ同数。

5. 「新宿区路上生活者死亡者集計」から

表-4 は、新宿区福祉事務所が毎年集計している「新宿区路上生活者死亡者数」である。これを見ると、新宿区内では、平成 12 年度で 49 人、平成 13 年度では 45 人が亡くなっている。「生活保護」とは、生活保護が実施され 1 ヶ月以内に亡くなった人であり、「行旅死亡者」とは、路上の行き倒れ死亡者という意味である。平成 12 年度、平成 13 年度のそれぞれの最年少は 28 歳、31 歳、最高年齢は 83 歳、79 歳となっている。男性の死亡平均年齢は、平成 12 年度、13 年度それぞれ「生保」は、52.5 歳、59.6 歳、「行旅」は 55.6 歳、53.7 歳である。これは、健康相談会記録の平均年齢 52.4 歳と同様に 50 歳代を中心になっている。

表-4 新宿区路上生活者死亡者リスト

	平成12年度				平成13年度			
	生活保護		行旅死亡		生活保護		行旅死亡	
	性別	年齢	性別	年齢	性別	年齢	性別	年齢
平均死亡年齢	男	52.8	男	55.6	男	59.6	男	53.7
	女	62.0	女	50.7	女	60.0	女	50.8

資料) 新宿区福祉事務所行政統計資料「路上生活者死亡者リスト」より作成

以下、死亡者リストよりも、もう少し詳細な部分を知るために「死亡による生活保護廃止一覧」を手掛かりに見ることにする。

6-1. 新宿区の「死亡による生活保護廃止一覧」より

新宿区福祉事務所では、毎年、行き倒れで亡くなった「行旅死亡者」と「生活保護実施後 1 ヶ月以内で亡くなった人」を「死亡による生活保護廃止一覧」として記録・集計している^{viii}。

「行旅死亡者」は「行き倒れ」と区分され死体検査後に警察によって身元の照会が行わ

れ、尚不明な場合は官報に掲載される。それでも身元が判明しない場合、もしくは見つからても引き取り手のない遺体は「葬祭扶助」が実施され埋葬されることになる。

「死亡による生活保護廃止一覧」は長期の生活保護利用者も含まれており、「行旅死亡者」が必ずしも野宿生活をしていた人と言えないが、後に述べるように、生活保護開始から短期で死亡廃止となった人のほとんどは金品を持たず、外見や死因などから不安定な生活環境に身を置いていた人が多かった。よって、「野宿生活」状況の人たちの健康状況を反映するひとつと捉える。

「死亡による生活保護廃止一覧」から、平成 13 年度では、男 80 人、女 2 人。最小年齢 37 歳、最高年齢 88 歳、平均年齢は男 62.8 歳、女 74.5 歳である。そのうち身元不明もしくは遺体の引き取り手がないために「葬祭扶助」が実施された人は 50 人、全体の約 61 部となる。平成 14 年度では、男 88 人、女 1 人である。最少年齢 28 歳、最高年齢 88 歳、平均年齢男は男 61.6 歳、女 36 歳である。「葬祭扶助」が実施された人は 53 人、全体の約 60 部となる。

表-5 は、平成 13 年度と 14 年度における「死亡による生活保護廃止一覧」から生活保護期間を表した。各年度共 50 部以上が生活保護開始 1 年未満で亡くなっている。保護開始 1 ヶ月以内に死亡した人は、平成 13 年度では 18 人、平成 14 年度では 23 人であり、緊急的に重篤な状況で生活保護が実施され、その後亡くなったと思われる。

表-5 死亡による生活保護廃止者の生活保護期間 (単位:人)

	1日～ 7日以下	8日～ 1ヶ月未満	1ヶ月～ 6ヶ月未満	6ヶ月～ 1年未満	1年～ 2年未満	2年～ 3年未満	3年～ 5年未満	5年以上	合計
平成13年度	16 (内女1)	2	18	7	7	12 (内女1)	13	7	82
平成14年度	16	7	18	10 (内女1)	7	11	13	7	89

表-6、7、8では、年齢構成を中心に集計した。これを見ると、生活保護期間5年以上の70才台を除けば全て50才代から60才代である。生活保護制度の現場での運用の際の就労可能年齢とされている65歳前半までの人々は、平成13年度では45人、全体では約55歳で

あり、平成14年度は54人で、全体の約61歳となる。このように、生活保護利用開始から1年未満で亡くなった人々は全て生活保護制度実施の際に、年齢を理由に排除されている人たちである。

表-6 死亡による生活保護廃止者の生活保護期間と平均年齢(単位:歳 端数四捨五入)

	1日～ 7日以下	8日～ 1ヶ月未満	1ヶ月～ 6ヶ月未満	6ヶ月～ 1年未満	1年～ 2年未満	2年～ 3年未満	3年～ 5年未満	5年以上
平成13年度	59	51	61	61	58	67	67	72
平成14年度	59 1名は不明	59	62	58	61	64	62	71

表-7 死亡による生活保護廃止者の年齢構成(予測を含む)の内訳(単位:人)

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代		70歳代	80歳代	不明	合計
					前半	後半				
平成13年度	0	1	10	19	15	16 (内女1)	17	4 (内女1)	0	82
平成14年度	1	2 (内女1)	6	24	22	15	15	3	1	89

表-8 死亡による生活保護廃止者の年齢(予測を含む)の40歳代から60歳代の年齢内訳を抜粋(単位:人)

40歳代	50歳代	60歳代	
		前半	後半
10	19	15	16 (内女1)
6	24	22	15

6-2. 行旅死亡者の個別記録より

次に、もう少し詳細に「死亡による生活保護廃止一覧」から「葬祭扶助が実施された人」の個別記録の一部を具体例として紹介する。

具体例の人数は、平成10年度から14年度で48人である。内女性は4人。年齢は推定を多く含むため明確ではないが、女性では年齢不明が1名。51才～60才が3名。男性では年齢不明が1名。30才～40才1人。41才

～50才では5人。51才～60才は19人。61才～70才15人。71～80才3人であった。特に30才～60才までは男女合わせて28人で全体の58歳強と全体の半数以上に上る。

葬祭扶助が実施された人の48人中、外見では明らかに痩せた人は9人であり、ほとんどが所持金を持たず、持っていても3円・15円・237円・460円・954円・1000円であった。他に2934円、6934円は例外的に多い方であった。死因のうち、明らかな外因死では、凍死3人、縊死1人、脳挫傷を含む外因性頭蓋内損傷3人。内因死で多いものは悪性新生物9人、脳梗塞などの内因性頭蓋内損傷8人、肺炎7人、心不全4人そして結核2人、敗血症2人・栄養失調・衰弱2人。つづいて食道

静脈瘤破裂や出血性胃潰瘍・狭心症など様々な疾患で亡くなっている。

6-3.先行研究を加えて

これまでに、不安定な生活をしている人の健康状況を明らかにした先行研究では、東京都監察医務院の殿岡英行氏らの研究グループや大阪ホームレス健康問題研究会・四天王寺国際仏教大学国際仏教文化研究所の逢坂隆子氏ら研究グループがデーター分析を行っている。

東京都監察医務院の殿岡氏らは、行旅死亡者の「検案解剖」を行っている中で把握された内容を「行旅死亡者の死亡の実態」として発表した。殿岡氏はその論文の中で、「一般的の統計では 60 歳以上の死亡が多く、比べて行旅死亡者では 10~20 歳くらい低くなっている」と述べている。新宿区の行旅死亡者は、平均年齢 54.8 歳で、殿岡氏らの調査とほぼ一致する。殿岡氏らは、死因にもふれており、「内因死で多いのは肺炎、虚血性心疾患、結核、脳循環障害などで、外因死では、溺死、凍死、縊死などが多く、主要死因以外に、肝疾患、感染症、栄養失調などの合併が多い」とまとめている。^{ix}

また、逢坂氏らの研究グループは、大阪市内で発生する「不自然死」の死因解明にあたる大阪府監察医事務所の「死体検案記録」を精査し報告している。逢坂氏らのグループは、「野宿者」(推定を含む) 213 人に、簡易宿泊所滞在者 81 人、家賃滞納で追い立て中だった人 6 人、救護施設入所者 6 人を加えた合計 306 人(うち女性 6 人)を、「野宿者」とその予備軍、広い意味で「ホームレス」状態の人と捉え、死因を分析している。死因の分析の結果、大阪市内の路上や公園などで遺体で発見されるか、病院へ運ばれた直後に死亡した「野宿生活者」は、2000 年で 213 人、餓死が 18 人、凍死が 19 人であり、救急搬送された人は 27%だけ、残りは死後の発見であった。

死亡場所は路上 90 人、公園 45 人、河川敷 17 人、水中 7 人などで、簡易宿泊所は 71 人。発見の遅れも目立ち、高度腐敗や白骨化、ミイラ化が計 33 例あった。平均年齢は 56.1 歳で、最も多い人は 50 歳代で全体の約 40% を占めるという。最年少は 20 歳、最高齢は 83 歳。死因は、病死が 167 人で 55%。そのうち、心筋梗塞などの心疾患が 62 人で最も多く、次いで肝疾患と肺炎が各 22 人、肺結核も 19 人を数えた。凍死、栄養失調による餓死を含む不慮の外因死は 53 人。餓死の 18 人は全員と、凍死の 19 人のうちの半数が明らかな低体重、つまりガリガリの状態だった。自殺は 52 人、他殺は少年グループの暴行を含めて 6 人だった。^x

表-11 は、東京都監察医務院の殿岡氏らの調査と逢坂氏らのグループの調査を参考に新宿区の平成 12 年度の「新宿区路上生活者死亡者」のリストと年齢に、新宿区で「葬祭扶助が実施された人」(平成 10 年度から 14 年度) の個別の死因を挙げて比較したものである。死亡平均年齢は、新宿区の行旅死亡者は 54.8 歳、殿岡氏らのレポートでは 54.8 歳、逢坂氏のグループのレポートでは 56.1 歳と平均年齢はどれも近い値である。死因の多くは心疾患・肺炎・肺結核・餓死・栄養失調である。

このように各調査で示された平均死亡年齢 50 歳代の中高年層は、高齢でもなく、加齢による体力低下も考えられない。感染症の悪化、飢餓や栄養失調、衰弱を理由にして亡くなるような年齢層ではない。死因の心疾患、肝疾患、肺炎そして最も深刻な「結核死」も、本来は必ずしも死に至る病気ではなく、特に結核等の感染症は治療すれば治る疾患である。なぜ彼等が、長寿国日本で、50 歳代という若さで餓死や凍死や感染症で死に至るのか、これは社会的にとっても異常なことといわねばならない。

表-9 新宿区・東京都・大阪府調査の行旅死亡の平均年齢比較

	新宿区（平成12年度）	東京都監察医務院	大阪府監察医事務所
例数（男性比）	49人（88%）	1780人（96.9%）	306人（98.1%）
死亡平均年齢	54.8歳	50歳代（推定含む）	56.1歳
死因	悪性新生物、脳梗塞、肺炎、心不全、結核、敗血症、栄養失調、衰弱	肺炎、虚血性心疾患、結核、脳循環障害	心筋梗塞、肝疾患肺炎、肺結核
1) 内因死			
2) 外因死	凍死、縊死、脳挫傷	溺死、凍死、縊死・栄養失調・餓死	凍死、餓死、自殺暴行による他殺

資料) 東京都新宿区福祉事務所行政統計調査「新宿区路上生活者死亡者リスト」、殿岡英行他「行旅死亡者の死亡の実態」(『日本公衆衛生学会誌 1995年』) 196~197頁。

逢坂隆子他「ホームレスの不自然死から何を見るか」(『地域保健』2002年9月) 72~77頁。以上の文献より作成。
*東京都監察医務院調査によると肝疾患では食道静脈瘤破裂が205例中19例に、胃・十二指腸潰瘍では65例中15例に穿孔性腹膜炎、16例に消化管内出血死が見られる。

*大阪府監察医事務所によると、餓死18人（路上11人、公園4人）、凍死19人（路上9人、公園5人）。所持金は記載のあった144人のうち13人がまったく現金をもっておらず、100円未満が41人、100円～1000円未満26人であった。

中高年齢層が、仕事を失い、生計を支えられなくなり、住居を失う。重ねて、困窮した状況でも「稼働能力」を理由に生活保護制度の支援が受けられず、安定した生活からさらに引き離される。寒冷や酷暑に晒され、満足に眠ることができず、時に飢餓状態を経験するような生活が慢性的になる。不自然な食生活や自然のストレスに日常的に耐えなければならぬ身体は、高血圧や糖尿病、胃潰瘍を悪化させ、抵抗力を低下させる。慢性的な飢餓や寒さ、肉体の疲弊に対して身体は本能的に、苦痛の閾値を高めて感度を鈍くすることによって防御する。刺激に鈍くなつた身体は、本人も気づかないうちに徐々に体力や気力が消耗してゆく。こうした悪循環の中で、本来は健康に生活できる人たちが、社会復帰の希望も見えない状況になる。

7.おわりに

この論文の加筆作業をしていた2006年の年明け、1月7日の早朝、新宿駅西口ではひとりの野宿している人が凍死した。ほとんどの人が屋根の下で、あたりまえに生活をしている国で、外で凍死するほどの貧困を抱えることが「仕方のない事」とは思えない。貧しいにも程がある。

根本嘉明氏は、その執筆の中で、故今井一男氏が根本氏に語られた言葉を、「あえて誤

解をおそれずに」という但し書きで次のように引用している。「どのような生物の類でも集団でもそうだと思うのだが、例えば国を例にとってみると、その一割程度はどうしようもない、さらにその一割はほんとうに難しい、国が面倒をみなくてはならない人々がいるのが正常な国姿といえるのではないか。また、そのような人たちを内包することによって國に柔軟さやしなやかさが生まれ、むしろ強い国家となるのだと思う。逆に、その人達を排除してしまうと社会不安が起り国の存在が脅かされかねないことにもつながっていく」。^{xi}

今井氏の言葉を私なりに解釈すると、人が集まり生活を営む国や社会の中で、私たちにもたらされる機会や環境は決して均等ではない。幸運な人もいれば不運な人もいて現実的な能力の違いもある。誰もが自分の努力だけで「うまく生きられる」のではない。「どうしようもない」「本当に難しい」人々がいるのは、むしろあたりまえのことである。

社会は、人間という「生体の集まり」である。私たちの身体を社会に置き換えてみることもできる。心と肉体をもつ身体に、非の打ち所のない「健康」を持ち合わせている人はいない。外見では健康を装っていても、その心・肉体のどこかに不協和音を鳴らす弱い部分を持つことを、身体の所有者である自分だ

けは知っている。弱い部分に目隠しをし、無理に排除しようとしても何も変わらない。見過ごしにすればより悪化し不健康な状態になるだろう。それが「社会」という「私」の心や肉体にある「どうしようもない」「本当に難しい」「弱い」部分なのだ。「私」は、「私」に与えられた条件と機会の中で、精一杯生きて、自分を培ってきた。そんな「私」を直視し、「どうしようもない」「本当に難しい」「弱い」部分を受け入れることによって、「私」の身体は、困難を抱えながらも、生きることができる。あるいは、人の困難な部分にも共鳴できるような、しなやかさと強さを持つ「社会」となるのではないだろうか。

東京 23 区内 4600 名^{xii}といわれる野宿生活の人たちは、経済的な基盤や住居といった、人が生きる最低限のよりどころを失っている。これは、社会が受け止めなくてはならない困難な状況と言える。

しかし、その解決の道筋は、複雑ではない。彼等は特別な人ではない。住居、生活や労働、医療の支援という不足な部分を後押しすれば自分らしく生きてゆけるのである。人は生きていかなくてはならないのだ。

(金沢さだこ)

ⁱ『新宿 HOMELESS』新宿連絡会 1995 年、『大阪における野宿生活問題に関する研究』大阪市立大学文学部社会学研究室 1995 年、『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 1999 年『平成 11 年度路上生活者実態調査』都市生活研究会 2000 年

他に 2001 年には神奈川県、広島市、大阪府、名古屋市・さいたま市、2002 年には川崎市、2003 年は厚生労働省社会援護局地域福祉課というように調査が重ねられている。（資料提供は新宿支援機構資料室）

ⁱⁱ 「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」平成 15 年 3 月

ⁱⁱⁱ 「死亡による生活保護廃止一覧」は新宿区福祉事務所作成によるものである。

^{iv} 大脇甲哉「新宿における野宿者の健康問題」

-5 年間の相談記録から-（『Shelter-less』No. 11）11 ヶ月

^v 新宿連絡会ホームページ 2003 年情報(1)「新宿路上生活者アンケート（02 年 5-6 月）」<http://www.tokyohomeless.com>

^{vi} 都市生活研究会「路上生活者実態調査」平成 11 年度

^{vii} 新宿区保健所『新宿の結核統計』 平成 13 年度版

^{viii} 新宿区では、「行旅死者」として取り扱う際には行き倒れ状態で亡くなった場合である。他方、生活保護実施一ヶ月以内で亡くなった場合は「生活保護」として取り扱い、双方を合わせて「路上死亡者リスト」として報告している。

^{ix} 殿岡英行他「行旅死者の死亡の実態」（『第 94 回東京都衛生局学会誌』1995 年）196～197 ヶ月参照。

^x 逢坂隆子「ホームレスの不自然死から何を見るか」（『地域保健』2002 年 9 月）72～77 ヶ月参照。

-野宿者「路上死」年 213 人大阪市内 18・凍死 19 人府立大教授ら初の実態調査-2002 年 10 月 12 日読売新聞夕刊（大阪）参照。

^{xii} 根本嘉明「生活保護制度の『見直し』に関する」（『社会福祉研究』第 83 号）43 ヶ月参照。

^{xiii} 2005 年 2 月の東京都の概数調査によると 23 区で 4600 名、新宿区内では 590 名と発表されている。

炊き出しについて

はじめに

食べることもままならぬ野宿当事者にどんぶり茶碗1杯分の食事を提供する。ある意味「炊き出し」というのは、お腹が空けばどんなお金持ちでも必ず必要となる「食」の部分を介しているので、その他のどの活動と比べても、誰にでも非常に解りやすいものではないだろうか。他の支援団体を見ても炊き出しに関係する活動は比較的多く行われている。ある団体ではパトロールの時におにぎりと暖かい汁物を配り、またあるところでは区民センターの調理室を借り、当事者と共に調理を行い、その料理をその場に来ることの出来なかった仲間に配るなど、その方法は実に様々である。新宿連絡会では「仲間の飯は仲間で作る」を信条に掲げており、発足当時から当事者あるいは野宿経験者、そして支援者で行っている。

全体の流れ

炊き出しは毎週日曜日に行っているが、大まかな流れを紹介しよう。よく質問される点は、「このご飯はどこで用意するのですか」ということだ。まずはその点から。

約800食分の米飯となると、量も多くてどうやっているのとよく聞かれるのではあるが、実は山谷（東京都内で代表的な寄せ場とされている地域）にある（財）城北労働・福祉センター（山谷の日雇労働者の生活や仕事に関する支援施設）前の道路にて、ドラム缶を利用したカマドを用意し、パレットを分解した薪で火を熾し、大きな鍋にて炊いている。参加しているのは新宿から来た仲間や山谷で野宿している仲間、支援者などでおおよそ20名ほどであろうか。ここでは新宿分の他に山谷の分、上野公園での分と総計1000～1200食分強の米を炊く。この毎週つかうお米にかかる費用は、すべてカンパのみで賄われている。薪で火を熾すと大量

の煙が出るので、立ち位置を気をつけないと目に沁みて大変だ。この大鍋1つで約50人分のご飯が出来上がる。

この炊き上がった米飯を車にて新宿中央公園に運ぶのはおよそ4時過ぎ。そして2週間に1度の割合で通称「ファミリー」と呼ばれるキリスト系の団体が暖かい汁物を主としたオカズを作ってくださり、器によそったご飯に直接かけて提供している。過去の、もう少し当事者の数が少なかった頃には生玉子が付いたそうだ。先日偶然「ファミリー」でオカズが作れなかつたこともあり、その時は急遽生玉子が登場したが、かなり好評であった。

5時すぎからは当事者が列をつくりだし、そして6時前になる辺りから本格的に手伝ってくれる当事者や支援者が集まりだす。そしてよいよ配膳の準備が始まる。大抵の支援者はまず、この配膳の準備作業が「新宿連絡会のボランティアデビュー」だったりする。器によそい飯の量などの指導を先輩から受けながら、ここで初めて当事者と言葉を交わす支援者も多数居たであろう。もっとも今では「どの人が当事者？」と迷うくらい、見掛けでは区別が付かなくなっているが。

6時45分辺りから新宿連絡会の等井氏の最近の状況や、注意事項等々に関する話があり、7時より配食が始まる。以前は今のような並ぶ形式ではなく、比較的思い思いの場所に座って、その場に器の入ったトレイを運んだが怪我をするものが多く、今は、来た順に列をつくってもらい、順番に受け取ってもらう形式になっている。大体必ず1杯は手にすることができ、早く並んだものは2杯、3杯と手にすることが出来る。そして20分程で配食は終了し、先ほどの支援者、当事者、もしくはこの時間から来ているものが後片付けをして、一応の終了となる。

特徴として

新宿連絡会の炊き出しで、おそらく他と違う点があるとしたらどこだろうか。何分作る食数が多いので、ある程度の出来の差があったり、あるいは冬場だと暖かかった汁物が冷めてしまいがちになったりと、なかなか充分満足のいく仕事とはならない部分もあったりするだろうが、おそらく寄り場的な役割のほうが、より強く現れているのではないだろうか。それを求めているのは当事者であったり、かつての当事者であったり、そして支援者であったり。場所を何度も変えども必ず日曜日には炊き出しを行う。そこにはおそらく知っている顔が幾つかはある。決してそれは必ずしも優しい顔ばかりではないかもしれない。ひょっとして会いたくない顔もあるやもしれぬ。聞きたくもない自慢話や、福祉に失敗した話ばかり聞くかもしれない。けれども失敗してもこれる場所というのをそうそうはない。もちろん、皆がうまくいかな

いというのではなく、順調に生活されてる話を聞くことももちろんある。何がともあれ当事者にとってもあるいは支援者にとっても、たとえ1回分の食事だけの関わりで終わったとしても、いざという時は思い出して欲しいし、思い出してもらえる場所であり続けることが大事なのではないかと思う。

おわりに

おそらく今の経済状況だと、「今日はまだ何も食べてなくて、夜になってしまって明日もあてがない」という苦しい思いを味わう者もそうそうは減らないだろう。とりあえずは「炊き出し」という活動なら、「する側される側」という方向性ではなく、当事者と共に歩くことを考え易いのではないだろうかと私は思う。

(中村円)



救急医療への働きかけ

新宿の野宿者の救急医療をめぐる状況は、この10年間において大きく変化した。以下の文章は、私が1996年に発表したものであるが、当時の状況を知っていただくために全文を転載する。

「こんな夜中に病院がやっていると思うんですか！」

・瞬、我が耳を疑った。こんな夜中に急病人が出たからこそ、あなたたち、救急隊を呼んだのだ。自分たちの仕事を知らないのですか？

救急隊員たちの暴言は続いた。

「なんであなたたちは夜にばかり見回りをするのか。昼に回ればいいのではないか。」

昼にどうやって、「ホームレス」の人には会うことができるのか。仕事をしている人もいるのに。あふれ出てくる反論の言葉をぐっと抑えて、私は言った。

「病人がいるんです。人命優先でお願いします。」

1995年12月29日午後11時半、新宿西口で「越年越冬闘争」を続ける私たちの前に、一人の男性が連れられてきた。一見、衰弱していて具合が悪いなのだが、受け答えがはっきりしないため病状がわからない。用意していた生姜湯を飲んでもらい、様子を見ようということになった。長い間、野宿をしている人の間には、人とのコミュニケーションをとるのが難しくなっている人がいるので、この人もそうではないかと思ったが、腕をとって触ってみると、妙に冷たい上、脈が弱くて計れない。これはまずい、と思って救急隊を要請した。冒頭のやりとりはその時のものだ。

普通、誰でも夜中に急病人が出れば、119を回す。そうすれば救急車が来て病人を病院に運んでくれる。それはこの社会の常識であり、そうした制度が根本にあるから私たちは安心して生活を送れるのだ。だが救急搬送の無差別平等の原則というのは、新宿では崩れてしまっているらしい。呼び出されて文句を言う救急隊というのが、この世に存在するということに私は改めてガクゼン

とした。そう、これが新宿のセンパイたち（「ホームレス」と呼ばれる人びと）を取り巻く現実なのだ。

ぐだぐだ言っていた救急隊がその人を救急車に運び込んでからも、救急車はなかなか出発しなかった。受け入れる病院がないのだ（救急隊が文句を言う理由はここにある）。車は西口ロータリーの一角に停まり続け、50分が経過してやっと動きはじめた。支援者の救急車への添乗はいつものように拒否されたので、搬送先を教えさせてこちらの車で追跡をした（添乗拒否は「トラブル回避」が目的だそうだ。ボランティアがついてくると面倒くさいということらしい）。

私自身は病院には行っていないので、それから先のことは目撃していない。だからこれは聞いた話なのだが、やっと病院に運ばれたものの、着いた病院ではベッドの上に何時間も放置されたまま何の治療も施されず、結局その病院では対処できないということで早朝には別の病院に移送され、次の日（31日）の朝、その人は亡くなった。肝臓疾患が原因で全身が衰弱していたらしいが、直接の死因は「吐しゃ物を喉につまらせて窒息した」ことだと言う。ご遺体は実の兄弟が引き取りに来られた。

私は医療の専門家ではないので詳しいことはいえない。だが、その人が最善の治療を受けて、それでも亡くなったというわけではないことくらいは、この経緯を見ればわかるだろう。センパイたちに言わせれば、こんなことは「いつものこと」なのだが…。

野宿者が病院に受け入れられない現状を改善するため、東京とは1995年度、救急で野宿者を受け入れてくれた病院に1万円を支給する制度

を創設した。この制度を作った都の担当者は人道的措置に胸を張り、新聞等も好意的に報道した。しかし考えてみてほしい。救命医療に差別をもちこまないことは医療機関として最低のモラルではないのか。その最低のモラルを守って、「ホームレス」を受け入れて「あげる」ことはそんなにえらいことなのか。平等のルールを犯した者は罰せられず、平等にして「あげた」者が表彰される。なんといびつな制度なことか。そうした中、病院はますます「ホームレス」を「やっかい者」扱いし（行政だってそのことを認めているのである！）、救急隊はますます「ホームレス」の搬送をいやがるのである。その矛先は「やたらと救急車を呼ぶ」支援者にも向いてくるというわけだ。

新宿区福祉事務所の調べによれば、1995年度1年間に新宿の路上で亡くなった人（入院後1ヶ月以内に亡くなった人を含む）は、35人。ただ、この調査には漏れがあることがわかつており、正確な数は誰にもわからない。この12月に亡くなつたある方は、午後7時に発見されたのだが、検視の結果、午後1時には死亡していたことがわかつた。現場は新宿でも最も人通りの多い通路。1日数千人、数万人が行き交う新宿の路上に白昼6時間、遺体が放置されていたわけである。これが残念ながら我々のTOKYOの現状だ。

青島幸男東京都知事はじめ、「ホームレス問題」に雄弁な人は不思議なほど多い。しかし、この問題は何よりも人のいのちに関わる問題であるというところが、忘れられているような気がしてなら

ない。新宿での支援活動を通しての経験から、このいのちの問題を伝えていきたい。

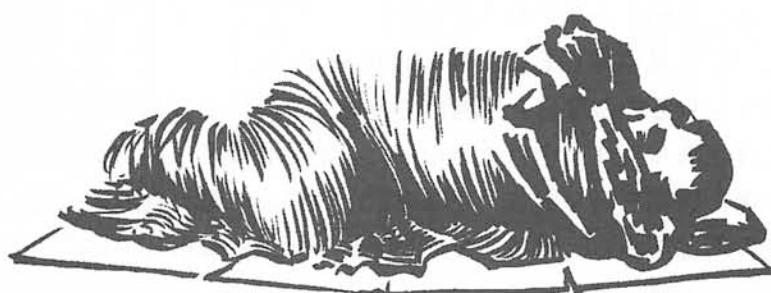
（ピースネット企画発行『新宿ダンボールハウスの人々』より）

*

こうした状況を受けて、1996年から1997年にかけて、新宿連絡会からの申し出により、救急隊員との話し合いが継続しておこなわれた。救急隊員との話し合いで、隊員側から病院の受け入れ体制や福祉事務所の対応などについて不満も語られ、「いのちを守る」という一点においてボランティアとも協力していくということが確認された。その後、新宿ではボランティアの救急車への添乗が原則として認められるようになり、この文章で描かれたような差別的な言動はなくなつていった。

現在、医療班の活動の中で、救急要請をおこなうことは以前より少なくなった。これは新宿地域で暮らす野宿者にとって、医療へのアクセスが改善し、重症化する前に医療機関につながるケースが増えているからであろうと思われる。ただ、救急医療における野宿者への差別的な対応が皆無になったかと言うと、そうとも言えないケースも時折耳にすることがある。今後もこうした問題に目を光させていきたい。

（稻葉 剛）



☆☆☆コラム☆☆☆ 「Sさんと見た風景」

2002年1月、年末年始の集中行動をやり終え、ほっと一息ついていた私たちに、そのニュースは飛び込んできた。

新宿中央公園で爆弾事件が発生、公園の植え込みの中に置いてあった木箱を開けたホームレスの男性が重体。

負傷したのは、新宿連絡会との付き合いも深いSさんだということが仲間の証言でわかった。彼は新宿西口地下にダンボール村があった時代、ボス的な存在だった人で、一見、コワモテながら愛嬌のある人柄でみんなに好かれていた。新宿連絡会が西口地下広場からの自主退去を決め、中央公園に拠点を移した際、先頭になって仲間を先導したのもSさんだった。そのSさんが重傷を負って、公園のすぐそばにある大学病院の集中治療室に運ばれたという。

それまでの経験からして、そのまま病院に駆けつけても病院側がプライバシーを盾にSさんの状況を教えてくれないということが予想された。Sさんと私たちの関係を証明できる書類はないか、と考えた私は、当時使っていた事務所に行き、Sさんが連絡会の医療相談会に相談に来た時のカルテを探した。

医療相談会の常連だったSさんのカルテはすぐに見つかった。私はそのカルテを持って病院に向かい、それは病院で彼の身元を証明する最初の書類になった。

Sさんは片腕と片足を吹き飛ばされ、長時間にわたる手術を受けた。当初、瀕死の重体と言われたが、驚異的な生命力で持ちこたえ、数日後には徐々に話せるようになった。お見舞いに行った私に、かつて自分がしていたテキヤの仕事の話をしてくれたのをよく覚えている。

数ヶ月後、病状が落ち着いたSさんは療養型の病院に転院した。その病院で彼は車イス生活をするようになり、初夏のある日、私は外出許可を取って彼の車イスを押して外に出かけた。

晴れた気持ちのいい日だった。病院の近くには池と風車のある広い公園があり、池のほとりには色とりどりの花が咲き乱れていた。眺めているこちらまで穏やかな気分になれるような美しく平和な光景が目の前に広がっていた。私はSさんに言って車イスを止め、その美しさを体に吸い込むように深呼吸をした。あまり外に出る機会のなかったSさんも風景を満喫しているようだった。

その時、ふとある考えが私の脳裏によぎった。

まだ逮捕されていない爆弾事件の犯人（愉快犯だと言われていた）は、こうした美しい風景を味わう心の余裕があるのだろうか？

無いに違いない、と私は確信した。何の根拠もない空想だったが、「ざまあみろ」と私は思った。逃げられるものなら一生逃げてみろ、その代わりお前はこの風景のような穏やかな心を二度と取り戻すことはできない、と心の中で犯人に宣告した。

Sさんはその後、病院を転々とし、今は東京からは遠く離れた障害者施設で暮らしているという。彼のことだから、車イスを乗り回して元気で暮らしていることだろう。爆弾を仕掛けた犯人は未だに捕まっていない。（稻葉）

第2章

医療相談の概要

- ◇ 活動スケジュール
- ◇ 医療相談会
- ◇ 新宿区戸山公園における訪問医療相談
- ◇ 歯科相談
- ◇ 路上生活における血圧の推移と対応薬剤からみる疾患の傾向
- ◇ 鍼灸：「あいだ」にたちながら
- ◇ パトロール報告

活動スケジュール

新宿連絡会（新宿野宿労働者の生活・就労保障を求める連絡会議）は、野宿当事者・野宿経験者・支援ボランティアによる合同組織で、1994年8月に発足した。野宿当事者が中心となった炊き出し（毎週日曜日、約900食）、パトロール（夜回り）などの「仲間の命を仲間の力で守る」活動を日常的に展開すると同時に、「野宿から脱せられる対策の拡大」を求めて東京都・新宿区など行政機関との交渉や提言活動を行なっている。新宿連絡会・医療班は、こうした当事者主体の活動を医療の側面から専門家が支えるチームとして1996年3月に発足し、毎月第2日曜日の健康相談会開催、第4日曜日の医療パトロール、越年期の集中医療活動等を担っている。主な活動日程は以下の通り（2005年11月現在）。

日 程	内 容
毎月第2日曜日	<p>■定期健康相談会：健康相談、血圧測定、市販薬の提供等を行う他、必要に応じて紹介状を作成・配布し、医療機関の受診・治療を促進する。</p> <p>・都立戸山公園定期健康相談会^{(*)1}: 10~12時 ・新宿中央公園定期健康相談会^{(*)2}: 18~21時</p>
毎月第2日曜日	<p>■健康生活相談会：定期健康相談会の内容に加え、福祉や生活面での相談も行う相談会。屋内で実施し、シャワーや着替えも利用できることが特長。</p> <p>・フリースペース Baba(高田馬場)健康生活相談会^{(*)3}: 13~15時まで</p>
健康相談会の翌日を含む毎週月曜日	<p>■ 福祉行動(新宿福祉事務所): 8~14時頃まで</p> <p>生活保護申請時の支援活動を行う。また、当事者が医療機関受診のために生活保護制度申請を行う際に、福祉事務所相談員に対し情報提供と意見提示および連携を行い、円滑な申請を支援する。</p>
毎月第4日曜日	<p>■ 医療パトロール：新宿駅周辺を中心とした広域医療パトロール。新宿連絡会のパトロール活動に同行し、路上を訪問し健康相談やリーフレットなどによる健康啓発活動と共に緊急事態の早期発見を行う。</p> <p>・新宿中央公園: 19時30分頃出発</p>
毎月1,2回程度	<p>■ 病院訪問：新宿福祉事務所経由で入院した人たちのお見舞い、必要物資や相談活動</p>
	<p>■宿泊所訪問：ドヤに入っている人たちへの面会交流、相談活動</p>
年1回(2月頃)	<p>■健康生活相談会：新宿区の施設(中央公園区民ギャラリー等)を会場として屋内で開催する医科相談・歯科相談・血圧測定・食事(栄養)相談・福祉、自立支援施設の相談・清潔の機会の提供などをあわせた総合的な相談会。歯科医療や保健衛生のレベルアップを目的とした「歯科健康活動推進プロジェクト」として2003年から開催していた屋内の歯科健康相談会を、3回目にあたる2005年2月から総合相談会に展開した。</p>

年末年始	■ 越年期の集中医療活動 : 公的機関が休みとなる12月28日午後から1月4日まで、新宿中央公園に「医療テント」を設置し、医療スタッフによる24時間体制の緊急対応、衰弱者の保護、健康相談、市販薬の提供などを行う。また、戸山公園における健康相談、池袋地区の支援活動への協力も行う。
夏期(年1回)	■ 結核健診対応 : 新宿区保健所と新宿区福祉事務所の行う野宿者対象の街頭結核検診への協力。情報を広報し、広く受診をすすめるなどの保健活動を行う。また、検診日前に結核問題に関するビデオ映像等による青空上映会など、啓発活動も行う。
8月	■ 新宿・夏祭りへの参加 : 新宿連絡会主催の夏祭りにおいて、血圧測定などの健康相談活動を併催する。着替え・タオル等の配布等の衛生支援を行う。
通年(不定期)	■ 広報・啓発活動 : 野宿生活状況をより身近に感じ考えてもらえるよう、学生や社会人等の活動現場の見学やインターンシップを受け入れる。そして、参加後、興味を持った人たちのために「野宿生活状況の人たちが抱える健康や制度の問題」に関するフォローアップの機会もつ。また、大学、関連学界や関連団体等での講演活動等にも対応している。
通年(不定期)	■ 東京都、新宿福祉事務所等との交渉、情報交換等

(注釈)

*1: 2001年6月より開始。

*2: 1996年3月より1998年2月までは新宿駅西口インフォメーション広場にて開催していた。1998年4月より新宿中央公園（雨天時は都庁前）にて実施。

*3: 2005年5月より、NPO法人新宿ホームレス支援機構事務所内<フリースペース Baba>にて実施。

(五十嵐真紀)

☆☆☆コラム☆☆☆

「学生だ」といったら、「こんなとこ来てないで勉強しろ！」といわれたことがあります。「どうにかなっても俺らは責任とらんぞ」、と。

でも、少し間があいてしまったら、「何やってた！」といわれました。“覚えていてくれたんだな”、とちょっと嬉しく思った出来事でした。（小室）

医療相談会

野宿者は生活習慣病の発症年齢である 50 歳代が多数を占める。彼らは健康保険を持たず、経済的にも困窮しているため、もともと罹っていた慢性疾患に対し、継続治療することが出来ず重症化させることが多い。野宿者の平均死亡年齢は 50 歳後半であり、非常に若い年齢で亡くなる。

新宿連絡会医療班は 1996 年 3 月に発足し月 1 回定期的に現在まで野宿者の健康相談活動を継続している。また越年期には 24 時間の相談体制を組んでいる。医療班の目標は疾患を重症化させず継続的な医療を受け、治療終了後も野宿生活に戻らずに済むような支援を行うことである。

1996 年から 2005 年の間に 3840 件の医師による相談を行い、相談後 1095 名が医療機関受診につながり、そのうち 152 名が入院治療となった。受診時の疾患は高血圧・胃潰瘍・糖尿病・心疾患などの生活習慣病と運動器疾患・外傷、湿疹・蜂か織炎などの皮膚疾患、結核・肺炎などの呼吸器感染症が多かった。

はじめに—野宿者支援活動における医療相談の位置づけ—

野宿者は劣悪な生活環境や栄養摂取不良などが原因で、一般の人々と比べ健康を害している人が多い。健康保険がなく、診療費が払えないため、医療機関で継続治療を受けることが出来ない。野宿者の年齢層は生活習慣病の発症年齢である 50 歳代が多数を占めるため、もともと高血圧・糖尿病・胃潰瘍などの慢性疾患有っている人が多く、野宿生活をするようになってから持病を重症化させることが多い。最高血圧が 200mmHg 以上の高血圧症、末梢神経障害で足部皮膚潰瘍や網膜症で失明に至った糖尿病、吐血による意識障害に至った胃潰瘍、著明な腹水や下肢浮腫に至った肝硬変など、一般病院ではめったにない末期症状を呈する慢性疾患有遭遇することは珍しくない。またシラミ・ダニなどによる皮膚疾患、活動性肺結核罹患者が多いことも野宿者の健康問題上の特徴である。

2002 年に新宿区内で死亡した野宿者 41 人の平均年齢は 59 歳 1)、2000 年に大阪市監察医事務所で検案・解剖された野宿者 213 例の平均年齢は 56 歳 2)、2000 年から 2004 年までの 5 年

間に大阪府で死亡した野宿者 769 名の平均年齢も 58 歳 3) であり、野宿者の平均死亡年齢は 50 歳後半であると考えられる。また新宿連絡会医療班が行った医療相談会受診者の相談記録によると、胃潰瘍・高血圧・肝疾患・糖尿病などの既往歴を持つ野宿者の割合は 50 歳代よりも 60 歳以上の方が低い傾向 4) を示した。すなわち慢性疾患有を持つ野宿者は 50 歳代で疾患が重篤になり死亡するために、より高齢な野宿者の方が既往歴にそれらの疾患が相対的に少なくなると考えられる。

野宿者支援活動における医療相談の目標は、病気を早期発見し重症化する前に継続的な医療につなげることで「路上死（野垂れ死に）」をなくすことである。かつ野宿生活自体が病気の改善に悪影響を及ぼしているのであれば、福祉制度を利用して生活環境の改善をするために、生活保護を受給できるように支援することも重要である。支援組織の援助がなくても、体調を崩した野宿者が救急車を自分で呼び、医療対応をうけることは可能であり、重症であれば入院治療を受けることもできる。そしてその医療費は生活保護の枠で医療機関に支払われるため、本人負担は原則的に無料である。しかしたとえ入院になってしまっても退院後は福祉につなが

る人はわずかであり、退院後即野宿となる場合が多い。入院にならない場合は、一時的な治療を受けるのみか野宿生活をしながらの通院治療となる。野宿生活と治療を繰り返しても慢性の生活習慣病が改善することはあり得ず、次第に重症化することは明らかである。我々は原則として、まず福祉事務所を通して医療機関を受診し、継続的な医療を受けられ、病気が軽快した後も野宿生活に戻らずに済むように支援することを考えている。そのため緊急時以外は翌朝まで待ってもらい、福祉事務所で相談後受診することを勧めている。また翌日まで野宿で過ごすのがつらい場合は、一時保護としてカプセルホテルなどの利用を行っている。

疾患を重症化させず、生活環境を改善することで健康を取り戻すように福祉行政に対して提言を行っていく上で、医療相談で得られた野宿者の健康に関するデータは重要な役割を担っている。

医療班の活動経過

新宿連絡会は1994以前から活動を行っており、野宿者同士の自主的な互助組織をサポートする形で、通年活動としてパトロール・救急対応、越年期活動として簡易シェルターを設置し衰弱者の介護を行ってきた。この活動に医療関係者が次第にボランティアとして参加するようになり、新宿連絡会医療班が1996年3月に発足した。1998年1月までは、ダンボール村のあった新宿西口ロータリー横の地下通路において、連絡会の炊き出しと同時に机を出して、医療者による健康相談を毎月1回第2日曜日に行い血圧測定・市販薬提供を行った。1998年2月ダンボール村の火災事件により医療相談は一時中断したが、野宿者が移住した新宿中央公園で連絡会の定期炊き出しが開始された1998年4月から医療班も活動を再開した。その後現在まで毎月第2日曜日の医療相談活動を継続している。越年期には集中支援活動として医療テ

ントを設置して24時間の相談・介護体制を組んでいる。

医療相談会の内容

日程：毎月第2日曜日（12月は第4日曜日も）

場所：新宿中央公園北東角ポケットパーク（雨天は東京都庁下歩道）

スケジュール

16:00-17:30 医療班事務所でミーティングおよび医療相談物品準備

17:30-18:00 事務所から新宿中央公園相談会会場への移動

18:00-19:00 血圧測定、市販薬（感冒薬、鎮痛薬、湿布、軟膏）提供

19:00-21:00 医療相談、歯科相談、福祉・生活相談

従事者および役割

医師2～4名：血圧測定、医療相談、医療機関につなぐための情報提供所記載

歯科医師1名：歯科相談、医療機関につなぐための情報提供所記載

看護師4～7名：血圧測定、市販薬管理、創傷処置、聞き取り

ソーシャルワーカー2名：相談会のコーディネーション、生活・福祉相談

医療系学生3～5名：医療・歯科相談受診者の聞き取り

一般3～5名：医療・歯科相談受診者の聞き取り

越年期集中支援活動

日程：12月29日から1月4日まで（4日が休日の場合は福祉事務所の始業日まで）

場所：新宿中央公園北東角ポケットパーク 医療テント

医師・看護師2人体制での1日2交代24時間の医療テント活動

医療相談：24時間体制で医療対応を行う。血圧

測定・市販薬提供、外傷・靴擦れなどの処置、重傷者の医療機関受診、救急搬送時の添乗

12月30日、1月3日に定期医療相談と同規模の集中医療相談を行う

宿泊保護：テント内に最大5名収容可能なスペースを設け、医療機関を受診したが入院にならなかった人、衰弱し現在野宿生活に耐えられないひとをテント内で保護し健康管理を

行う

従事者および役割（2004-2005越年活動時）

医師：9人

歯科医：1人

看護師：14人

ソーシャルワーカー：2人

医療系学生：6人

一般：5人

活動実績（4月-3月年度別集計）

	年間受診者数			年間 実数	平均 年齢	最低 年齢	最高 年齢	女性 割合	受診 人数	入院 人数
	延数	定期	越年							
1996年	343	296	47	248	53.1	30	73	4.5	91	15
1997年	273	250	23	199	52.5	23	78	3.5	55	14
1998年	481	327	154	378	52.9	21	84	4.1	126	19
1999年	492	401	91	381	53.1	22	82	4.1	136	29
2000年	404	308	96	345	53.1	25	84	3.5	132	15
2001年	406	285	121	357	53.7	20	80	3.3	131	22
2002年	406	271	135	340	52.9	20	79	4.2	119	20
2003年	474	320	154	397	53.1	23	78	2.4	117	8
2004年	309	252	57	280	54.4	23	80	2.6	106	2
2005年	252	176	76	217	53.5	24	80	2.4	82	8
96-05合計	3840	2886	954	3142	53.2	20	84	3.5	1095	152

1996年4月から2006年3月までの10年間に、定期医療相談と越年期医療相談で医師が相談記録を作成した受診者は、延べ3840人であり、複数回受診した人を除いた受診者実数は3142人であった。延べ受診者の内2886人が定期医療相談を、954人が越年期医療相談を受診した。受診者の平均年齢は53.2歳、最も若い受診者は20歳、最も高齢の受診者は84歳、女性の割合は3.5%であった。また医療相談受診者の内1095人が医療機関を受診し、そのうち152人が入院治療を行った。

1997年12月は定期医療相談を行ったが相談記録を紛失したため統計から欠落している。また西口地下火災により1998年2月と3月は定期医療相談が行われなかった。そのため1997年度の定期医療相談受診者数は他の年度に比べて減少している。

2000年度から受診者の増加に対応するため、

すべての受診者の相談を医師が行い記録を残す従来の方式から、血圧測定は別記録とし、症状が軽度で風邪薬や湿布・軟膏類で対応できる受診者には看護師が口頭で問診を行い市販薬を提供し、重症者を医師が相談するシステムに変更した。血圧計測のみは平均40人程、薬の提供のみは70から110人程である。そのため1999年度に比べ2000年以降は総受診者数が90人程、受診者実数が30人程減少した。しかし医療機関を受診した人数の減少は見られず、重症例に集中して医師の相談を行う方式に変更した効果が見られた。

地域生活移行支援事業開始後、2004年12月以降の医療相談受診者数が減少傾向にある。新宿区では2004年9月から2005年2月の間に421人が野宿生活からアパートに移行した。2003年度の相談者数及び医療機関受診者数はそれぞれ474人と117人であるが、2005年度には252

人と 82 人に減少している。

受診者の年齢層は 45 歳から 64 歳の層が 73% を占める。1996 年から 2005 年まで受診者の平均年齢は 53 歳前後でほぼ一定しており、新宿では若年層野宿者の新規流入が続いていることが示唆された。

受診を要した疾患

医療機関を受診した 1095 人の受診の原因となつた疾患名は、高血圧が最も多く 198 件、ついで胃炎・胃潰瘍 95 件、腰痛・頸部痛 69 件、結核疑い 62 件、湿疹・皮膚炎 53 件、打撲・挫創 43 件、糖尿病 43 件、蜂か織炎 43 件、心疾患 40 件、関節炎 36 などが主なものであった。疾患を器官別に分類すると高血圧・心疾患・静脈血栓などの循環器疾患が 249、腰痛・頸部痛・打撲・挫創・関節炎・骨折などの外傷・運動器疾患 190、胃潰瘍・腸炎・痔・ソケイヘルニアなどの消化器疾患 138、湿疹・皮膚炎・蜂か織炎・化膿創・白癬などの皮膚疾患 136、結核・肺炎・気管支炎・感冒・喘息などの呼吸器疾患 116、糖尿病・甲状腺疾患などの代謝性疾患 46、アルコール依存・てんかんなどの精神疾患 36、肝硬変・肝炎などの肝疾患 31、難聴・中耳炎などの耳鼻科疾患 18、白内障などの眼科疾患 18、前立腺肥大などの泌尿器疾患 7 であった。高血圧・胃潰瘍・糖尿病・心疾患などの生活習慣病といわれる疾患群が大多数を占め、腰痛・打撲・挫創・関節炎・骨折などの外傷および運動器疾患、湿疹・皮膚炎・蜂か織炎などの皮膚疾患、結核・肺炎などの呼吸器感染症が多いことが特徴である。

既往歴

既往歴を回答した 1731 人中、胃潰瘍が最も多く 297、ついで高血圧 264、結核 202、骨折 143、糖尿病 140、脳血管障害 80、アルコール依存 69、肝炎 66、虫垂炎 60、肝機能障害 55

などが主なものであった。既往疾患を器官別に分類すると、胃潰瘍・虫垂炎・痔・ソケイヘルニア・ポリープ・イレウスなどの消化器疾患 489、高血圧・虚血性心疾患・不整脈・下肢静脈瘤などの循環器疾患 365、結核・喘息・肺炎などの呼吸器疾患 308、骨折・椎間板ヘルニア・関節炎・脊椎症などの外傷・運動器疾患 253、肝炎・肝硬変・胆石・脾炎などの肝胆道疾患 228、糖尿病・痛風・甲状腺などの代謝性疾患 176、アルコール依存・てんかん・統合失調・うつなどの精神疾患 119、脳血管障害・脳挫傷・小児麻痺などの脳神経疾患 96、尿路結石・前立腺肥大・腎炎などの泌尿器疾患 68、白内障・失明・緑内障などの眼疾患 63、難聴・副鼻腔炎・中耳炎などの耳鼻科疾患 47、蜂か織炎・熱傷などの皮膚疾患 21、子宮筋腫などの婦人科疾患 4 であった。胃潰瘍・高血圧・糖尿病・脳血管障害・肝疾患などの生活習慣病が大多数を占め、結核などの呼吸器感染症、骨折などの外傷、アルコール依存症が多いことが特徴である。

まとめ

現代日本社会に 2 万人を超える「野宿者」という集団が生活している。彼らは継続的な医療サービスをうけることが出来ず、平均死亡年齢が 50 歳代であり、結核罹患率も一般人口の 100 倍に達すると考えられる。野宿者の健康状態は、最貧困上位と同様のレベルであると言える。野宿者の死亡原因は大阪市監察医事務所死体検査・解剖結果によると、心筋梗塞などの心疾患、肝炎・肝硬変、肺炎、結核、脳血管障害、胃潰瘍などの疾患と、凍死、栄養失調・餓死が主なものである²⁾。新宿連絡会・医療班健康相談における既往歴の分析と比較すると、胃潰瘍、肝疾患、結核、脳血管障害、心疾患、肺炎が多く、高血圧・糖尿病は前述の疾患の増悪因子であり、既往疾患と死亡原因疾患はほぼ重なると考えられる。

彼らの健康を改善するために最も必要なも

のは、薬ではなく衣食住の環境を整えることである。生活保護を中心とした社会保障と就労支援による生活の自立が最も重要な課題である。野宿者の健康にとって医療相談活動は、路上死に至らないようにするために最終的な支援であると考えている。

参考文献

- 1) 新宿区福祉事務所、新宿区住所不定者死亡者リスト
- 2) 大阪市における野宿者および簡易宿泊施設投宿者の死亡の実態：黒田研二、逢坂隆子、他, *Shelter-less*, 15, 3-9, 2002 年冬, 新宿ホームレス支援機構

3) 過去 5 年間(2000-2004)の大阪府におけるホームレス死亡者の疫学調査：的場梁次、黒木尚長、他, 厚生労働科学研究・研究費補助金（政策科学推進研究事業）ホームレス者の医療ニーズと医療保障システムのあり方に関する研究
平成 16 年度 総括・分担研究報告書
139-149, 2005

4) 野宿者の健康問題（加齢による影響）：大脇甲哉, 新宿野宿労働者の生活・就労保障を求める連絡会議； *Shelter-less*, 19:101-107, 2003 年冬, 新宿ホームレス支援機構

(大脇甲哉)



新宿区戸山公園における訪問医療相談

1. はじめに

「まるで難民キャンプだ。しかも国連が介入していないだけ、いっそう悲惨で非人間的な扱いを受けている難民だ。」東京都庁や高層ホテルのビル風がまともにあたる冷たい冬の新宿区中央公園。新宿連絡会医療班で長年活動している一人の医者が、炊きだしに並ぶ約700人の野宿者を見て思わずつぶやいた。彼は、アフリカでの難民救援活動の経験をもつ。

今年も、豊かな国の貧しい難民にとって、飢えと寒さの辛い冬がやってこようとしている。

新宿連絡会の医療班は、毎月第2日曜日に、この中央公園で午後19時の炊きだしに合わせ医療相談会を行っている。相談者は毎回平均30~40人、相談内容のほとんどは、野宿生活が影響していると思われる症状である。低栄養や睡眠不足から、いつまでも治りきらず悪化する感冒、高血圧・腰痛・筋肉の強い疲労、改善しない下痢、そして栄養不良による足のむくみ等である。野宿生活状況にある彼らの健康問題に関わっていてつくづく思う。安定した住居と充分な栄養が満たされれば、すぐにでも解決可能なこれらの健康上の問題が、路上においては、しばしば死に至るような重篤な状況をひきおこす。これらを開拓する何か解決の道はないものかと。

2. 中央公園の北に位置する東京都立戸山公園

開園面積約18万m²という広大な面積。大久保地区と箱根山地区という隣接されたふたつの地区を総合した都立戸山公園は前述の中央公園の北に位置している。この公園にも多くの野宿状況の人々が生活している。2001年9月の概算ではテントだけでも約170基。ダンボール生活者は約250人。他にも、夜間になると芝生やベンチには200人以上が寝場所を求めて集まってくるという。

この公園に住む野宿人々の特徴として、働いている人が非常に多いことが挙げられる。早朝に現場に出勤し夜

帰ってくる。仕事は、もちろん負担の重い肉体労働である。少しくらい体調が悪くても仕事は休まない、いや休めない。休めば次に仕事はまわってこない。死活問題である。だから、体調不良を押しても仕事をしている人が多い。

「福祉のやっかいになるのは恥だ」。テント村に住む人々には、そんな風潮もまかりとおっている。そのせいか、この公園では、重症患者の救急搬送が時々ある。具合が悪いのに無理をして仕事を続け、突然吐血、あるいは意識不明で発見される。重い結核を発症した人もいる。ベンチで亡くなっていた人を司法解剖すると胃の中はカラッポだった。餓死である。

こうした戸山公園の問題を知り、気になりながらも、現実の医療班の体制は手いっぱいな状況で、どうすることもできずにいたが、やはり見過ごしにはできない。継続可能な形でなんとか医療相談会を始めることにした。

3. 戸山公園医療相談会プロジェクト

医療相談会は、2001年6月7日から開始した。現在では、中央公園の夜の医療相談会に合わせ、午前中の相談会として継続している。これを支えるスタッフとしては、4人の医科の医師が毎月ローテーションで参加し、他に歯科医師、看護師と鍼灸師、そして、毎日この公園を見回っている地域住民や、遠くに住みながら欠かさず参加している人によりチームができている。

4. 相談会の方法

広大敷地にある戸山公園では、相談会の存在を皆に周知するにも限界がある。相談を希望していても、情報が伝わらないばかりに相談に手が届かないこともある。当事者に相談会の機会を最大限に利用していただくための対応策を以下のようにいくつかとった。

- 1) 公園入り口に机を出し医師と看護師による定点での相談活動。

2) 歯科医師や鍼灸師が市販薬やおにぎりを持ち、公園内をくまなく廻り安否確認を行い、食事が摂れていない人におにぎりを渡すアウトリーチ活動。

3) この時に歯科医師や鍼灸師で対応可能なことは対応し、困難であれば医科医師につなぐ。

軽い症状の人には相談・助言そして市販薬を渡す。医療機関への受診が必要と思われる人には、医師が紹介状を書き、新宿連絡会が毎週行っている翌日の福祉事務所での生活保護申請支援の福祉行動につなげる。

4) 定点の相談場所では、おにぎりやコーヒー・紅茶・日本茶などを用意しゆっくりとした雰囲気の中で相談を受ける。

5) 役所が閉庁する年末年始の越年期には、医療班が主体となり、トン汁や甘酒で相談者をもてなしつつ健康相談会を行う「あったか健康相談会」を一日設ける。

5. 生活保護申請支援の福祉行動に至る意外な問題

戸山公園相談会後はじめての福祉行動は2001年6月8日だった。その前日、医療機関への受診が必要なために紹介状を提供した人は4人。そのうち福祉事務所に来所した人は1人。前日の診察で肝硬変が疑われた人も来所していない。また、9月は紹介状4人のうち来所者2人。10月では紹介状7人のうち来所者2人。中央公園での相談会に比べ、明らかに福祉事務所へ相談に来る人の割合が低い。福祉事務所までの距離の問題も大きいと思うが、来所するに不可能な距離ではない。そこにはどういう理由があるのだろうか。戸山公園に住む2人の当事者の方と話をした。中央公園とはまた少し違った事情を知ることができた。

5-1 2人の当事者の思い

Aさん（56歳）野宿歴2年

1ヶ月に1回、お医者さんやみんなが来てくれて相談にのってくれる。嬉しいよ。紹介状も書いてくれてさ、心強いよ。でもさ、福祉も病院も普通の日しか開いてないだろ？行きたくても行けないよ。仕事休まなきゃなんないからさ。自由気ままに生きていたんじやメシ食えないよ。それに、よっぽど悪けりや（福祉に）頼るけどね、

身体が動くうちは頑張らなきゃな。こんな野宿になったのは自分が悪いんだからさ。出来ることは自分でなどかしなきゃな。

Bさん（49歳）野宿歴3年¹⁾

福祉行こうとは思って建物の前まで行ったんだ。でもおっくうになってさ。帰ってきた。身体は、もうちょっと我慢できるんじゃないかと思うよ。どうしても悪くなったらその時は福祉の世話になるよ。それに、もし入院ってことにでもなったらテントは撤去だろ？身体よくなつて退院してもダンボールじゃ暮らせないよ。身体こわすよ。ありやあ、つらすぎるよ。でも、俺達は住んじやいけないと（公園）に住まわせてもらっているんだ。わかっているからさ。これ以上は、福祉の世話になりたくないよ。アパート生活？昔はやってたよ。もっと年取って身体がきかなくなったら、したほうがいいね。ここにいれば、メシがなかったり、カネが無かったりしても、まわりが食わせてくれるんだよ。困ってるヤツがいればオレも食わせてやるよ。そうやってなんとかなるんだよ。

5-2 当事者にとっての福祉窓口

仕事をしている者にとって、ウィークデーの昼間に時間をとるということは容易ではない。不安定な低賃金の野宿の人にとっては、更にきびしい現実かもしれない。休めば翌日は仕事がない。具合が悪かったということが雇い主に知れば更に不利な失職が待っている。その日から即食べられなくなる。中央公園の医療相談会でも、「雑誌集めがある」や「チケット並びがある」など仕事が理由で「月曜日に福祉事務所には行くことができない」と言う人にしばしば出会う。治療が必要な身体をおしても尚、仕事をつづける。もう少し我慢できると言う。そこまで我慢しなくともと思う。しかし、大切な仕事を休んで生活保護の申請に行っても、保護の内容が医療費のみを保障する医療単給で、野宿生活から通院する「青空通院」では、身体を休めることができないうえに、日々の糧を得る術は閉ざされることになる。身体を治してから仕事をするという悠長なことを言ってはいられない。「福祉事務所に行かない」、その言葉には、生活困窮という理由のみでは、生活保護制度の利用対象にはならない現実を知っている彼らのあきらめがある。

幸いにして、生活保護制度利用の入り口のひとつ、入

院ということになっても、住人のいなくなったテントは撤去され、退院後に生活保護が打ち切られれば、その人をかろうじて支えている生活基盤は失われる。また、退院後に生活保護が継続しても、待っているのは、劣悪な環境の簡易宿泊所や宿泊所での雑居生活であり、宿泊所の生活から先は、アパートで暮らして仕事をするという、あたりまえの生活の道筋は無く将来は見通せない。いつまで続くかわからない雑居生活に耐えられない人は、野宿に戻らざるを得ないという厳しい二者択一である。生きる選択肢があまりに少ない。しかし、その選択は「好きで野宿をしている」というにはほど遠い。

6. 連絡会医療班の路上における医療活動とは

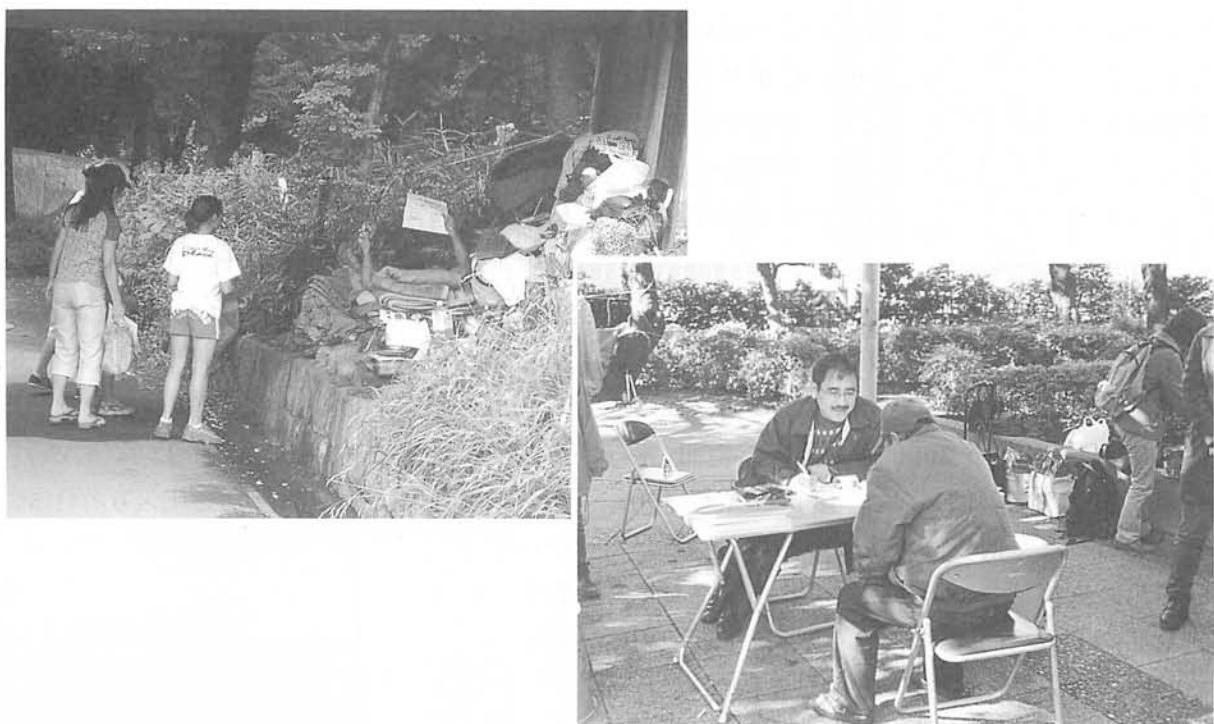
ボランティアベースによる医療活動としては、毎月の医療相談会や医療関係者が同行する医療パトロールによって、必要と思われる人には医師が紹介状を提供する。福祉事務所での生活保護申請には後方から応援する。今回2人の方から話を伺ったが、これからも健康に障害を受けている多くの人たちの思いを具体的に聞いて、野宿生活状態から福祉制度・医療につなげる際に発生する問題をひとつひとつ明らかにしてゆこうと思う。路上からこそ見える多くのことを、行政や福祉事務所職員、医療機関に対し具体的な提言として行ってゆく。近い将来に

は、すべての当事者の人たちが不利益をうけることなく、野宿生活状態から脱して、地域に住み健康を獲得する機会を享受できる社会になることを目指し、医療を通しての働きかける。これが、私たちの目指す「路上における医療活動」と考えている。

(金沢さだこ)

脚注1)

Bさん、まだ50歳のあなたは2003年4月、公園のテントで亡くなられた。死因は肝硬変。2001年にはすでに診断はついていたのに「福祉の世話になりたくない」と、受診になかなかつながらなかった。2003年になってようやく治療が始まったが間に合わなかった。あなたのように不安定で低賃金の労働者がホームレスの状態にならずに屋根の下で暮らし、まちがっても路上で死ぬことがない制度の広がりを望んでやまない。あなたはテント集落の中で亡くなられた。亡くなった環境を「死ぬときは仲間と一緒に死んだ」や「コミュニティーの中で守られて死んだ」など、人それぞれの感慨や表現があるだろう。しかし、それはホームレスの生活を経験していない者たちの勝手な夢物語だ。あなたは「路上死」をしたのだ。誰でも死ぬ時は孤独だが、路上での孤独死はそれ以上に過酷だ。毎年、あなたのように多くのホームレスの人たちが路上で亡くなっている。これは、同じ社会に住む者として許し難い現実と受け止めて、「路上死を出さない社会」を求めて私は活動を続けます。あなたに会えたのですから。



歯科相談

一般に、歯科の受診は嫌がられる傾向にあり、疼痛の少ない場合は受診が遅れる場合が多く見受けられる。特に野宿生活者など健康保険証を持たない者においては、補綴物の脱離や歯の動搖、歯石沈着など、早期に受診すれば簡便な処置で済む場合でも、金銭的な負担は大きく、また、公的援助も手続きがわざらわしいために、痛くても我慢してしまうなどという傾向があると考えられる。

相談を受ける野宿生活者の多くは、多数歯の抜歯や義歯の作製を必要とし、治療が長期間に渡るもののが完全な機能回復を見込めない状態にある。更に、咀嚼障害から消化器疾患や内分泌疾患へ影響を及ぼしていると考えられる場合もみられる。

2000年9月以降、新宿区福祉部や地域歯科医療機関と協力し、そのような方々が相談・受診しやすい窓口を設定しサービスを提供すべく体制を整えてきた。今後は更に、疾病の予防という意味での口腔衛生の向上を目指したい。

歯科相談のはじまり

歯科に関しては、1998年末の越年より歯科医師が医療相談に参加するようになったものの、不定期であった。2000年に入り、紹介状を書いて福祉事務所での手続きへすすんだものの、義歯の作製は「緊急性がないため生活保護法を適応できない」と認められないことが続いたため、2000年9月より歯科相談を毎月設けるようにし、野宿生活者における歯科口腔疾患の傾向や口腔衛生状態などの報告を通じて、歯科治療の必要性を訴えてきた。

野宿生活者の口腔内の状況

2000年9月から2006年3月までの間、歯科相談を受けたのは、のべ433名（実400名）であった（池袋医療班での相談34名、隅田川医療相談会での相談10名、四谷おにぎり仲間での相談6名を含む）。各年度の相談者数は46名～88名で、平均72.2名だった。

このうちの初回相談400名のみをまとめると、内訳は、男性391名、女性9名であり、男性が97.8%を占めた。平均年齢は53.5歳（24歳～82歳）、居住形態は野宿298名（78.4%）、テント60名（15.8%）であり、その他喫茶店やサウナ、ドヤなどが22名（5.8%）だった。野宿期間は平均2.9年（3日～20年）であり、健康保険に加入していたのは1名のみであった。46.5%が過去になんらかの福祉制度を利用したことがあり、14.5%は福祉制度により歯科を受診した経験があった。

主訴は、歯の疼痛126名（31.5%）、歯の欠損による咀嚼障害91名（22.8%）、義歯の作成72名（18.0%）、歯の動搖による疼痛50名（12.5%）、脱離32名（8.0%）、歯肉腫脹を伴う疼痛23名（5.8%）、破折22名（5.5%）、義歯不適合16名（4.0%）、食査圧入6名（1.5%）、その他28名であった。その他には良性腫瘍、囊胞、頸関節症、口臭、口内炎、誤咬傷、歯石除去希望などがあった。

① う蝕（虫歯）

う蝕罹患率は 77.8%、一人平均う歯数は 4.3、一人平均処置歯数は 3.0 本であった。平成 11 年歯科疾患実態調査（以下実態調査）の 50 代、60 代の結果と比べると、う蝕罹患率は高く（実態調査 46.9～51.7）、一人平均う歯数は多く（実態調査 1.1～1.5）、処置歯数は少なかった（実態調査 8.9～11.0）。

② 歯周病

歯周病罹患率（Gingival Index ≥ 1 ）は 92.5% と高率であり、実態調査における 45～64 歳の歯肉の有所見率（85.8～88.4%）を上回っていた。同様に、歯肉の所見による保存処置困難歯（激しい骨吸収を伴う歯牙）は 37 人（13.3%）にみられ、これは平成 5 年歯科疾患実態調査における 55～64 歳の 5.2% を大きく上回るものであった。また、除石がすぐに必要と思われる程の歯石の沈着は 135 名（47.0%）に認められた。

③ 歯の欠損

一人平均喪失歯数（抜歯した歯の数）は 10.8 本であり、実態調査の 50 代、60 代の結果（4.4～11.6）と比べても大きな開きはなかった。しかし一人平均 10 本の歯牙が喪失しているにかかわらず、義歯を使用しているものは 39 名（12.2%）に留まり、202 名（64.3%）

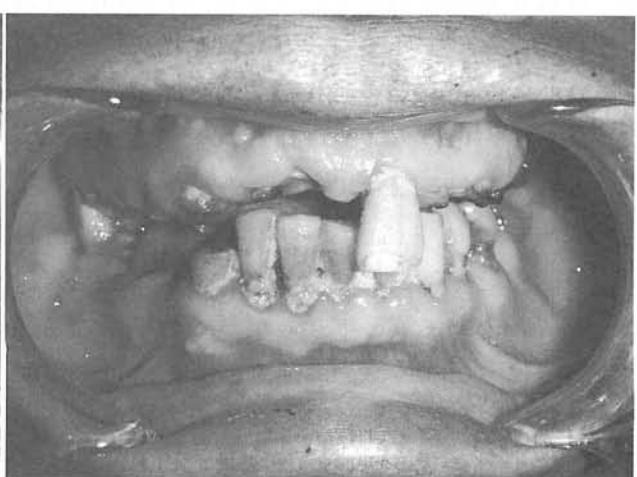
に義歯の作製が必要と判断された。現在、何でも食べられるものは 110 名（31.3%）のみで、132 名（37.5%）は軟らかいものだけ、107 名（30.4%）は全て丸飲みの状態であった。

④ その他の疾患

その他の口腔外科疾患としては、口内炎、外傷性潰瘍、義歯性潰瘍、歯肉ポリープ、舌線維腫、頬粘膜血管腫、智歯周囲炎、インプラント周囲炎、顎骨周囲炎、歯性上顎洞炎、残留囊胞、萌出位置異常、不正咬合、下顎前突、顎関節症、三叉神経痛、などが散見された。

なお、歯磨きはしない者が 134 名（40.5%）、1 日 1 回未満が 149 名（45.0%）と、殆どの方が 1 日 2 回磨いていなかった。また、喫煙者は 80.2% と多かった。

以上、新宿周辺の野宿生活者においては、う蝕や歯周病などに起因した多数歯の欠損を生じて咀嚼が困難である者が多くみられた。多数歯の欠損は咀嚼障害だけでなく、残存歯への負担を増して咬合性外傷による歯周病や歯根破折を引き起こすため、早急に義歯などの補綴処置を施す必要があると考えられた。



要治療者に対する対応

医療相談会において診察し病状を説明した上で、治療が必要な人には福祉事務所への相談を勧め、紹介状を書いて渡している。仕事や公園の清掃など、特別な用事がない限り翌日の福祉行動に参加を予定する人が多いが、「自分で相談に行く」「我慢しきれなくなつてから行く」という人もいる。歯科疾患は器質的な原因が多いため相談者の73.9%に紹介状を書いており、医科の相談と比較するとかなり多い。

福祉事務所での相談がはじめての人には特に、どのような順番でどのような内容の相談がなされたうえで通院となるのかを、あらかじめ説明しておくようにしている。一般に、役所での手続きというのは分かりにくく、思っている以上にストレスがたまるものである。

また、歯科通院後の治療中断などを避けるため、治療内容や回数についても、一般的な範疇で説明している。特に、義歯の作製や歯内療法にあたっては、その技工や貼薬の関係で毎週の通院が1~2ヶ月間必要なこと、また、義歯は作製後も数回の調整が必要なことなどは、知らないと歯科医療への不信感につながりやすいため注意している。

新宿連絡会で確認できた、紹介状を持って福祉事務所で相談した人のうち、85.6%は歯科を受診している。一方、紹介状を持って相談しても歯科を受診できなかった人もおり、最も多いのは「義歯の作製は緊急性がない」と判断される場合であった。しかしこの6年度間の福祉事務所での相談を通じての歯科受診率を1年ごとにみると、66.7%、92.3%、95.7%、94.6%と年々あがっており、ここ2年度は100.0%と、福祉事務所も歯科の重要性を理解してくださり、多くの人が歯科への通院ができるようになってきている。

歯科相談の限界と対応

福祉事務所から病院へ行けない人や、行かない人もいる。前者は、痛みをあまり伴わないこと、必要とされているのが義歯などの補綴治療であること、また、年齢が若いことなどを理由に、福祉事務所で相談しても受診の認められなかつた人である。

後者は、福祉事務所で相談すれば病院に行けるということを知っても、相談しない人である。「福祉や国の世話にはなりたくない」「他人の税金で生きるようになったら終わりだ」という昔気質の人がそのほとんどである。また、「平日は仕事が入るかもしれない通院（予約）ができない」という律儀な人もいる。「働いて金が入ったら行く」などと言う人もいるが、生活がままならない状況で歯科治療費を全額負担することは、無理に近い。

このような、困難な生活の中でも自己の健康を回復する意志があるにもかかわらず既存の制度を利用できない人々に対し、疾病の存在や治療の必要性を認めながらも放置しておくことは許容されるべきことではない。このため、更にアクセスしやすいサービスの場を設定することを目的として「歯科プロジェクト」を2003年より2005年まで、年に1回開催し、健診・応急処置の機会とした。新宿区福祉部に協力いただき、野宿生活者の多い公園の公共施設において応急処置もできる体制を整えたものの、応急処置では対応できないケースや義歯の作製が必要なケースも多く、紹介状を書くこととなる場合も少くなかった。2005年度からは更に、「健康・生活相談会」として毎月のサービスとしているが、この詳細は別稿を参照いただきたい。

地元歯科医療機関との協力

一般に路上生活者の歯科疾患の訴えは5%以下と報告されており、我々の医療相談においても1999年までは主訴の2%~5%程度であったが、2003年には20%近くと、多くの相談が寄せられるようになった。これは歯科相談が、身近な窓口として機能していることを示しており、これまでの活動を通じて野宿の方々の歯科治療への希望が増し、多少なりとも口腔衛生への意識が向上してきているとも考えられる。また前述のように、福祉事務所も歯科の重要性を理解してくださり、多くが歯科医院への通院ができるようになってきていることも、影響していると思われる。

皮肉にもこれにより、受け入れ歯科医院が少ないと問題点が浮き彫りになった。医療相談翌日には福祉事務所に数名の相談者が訪れることとなり、受け入れ可能な歯科医院よりも受診者が多くなることもある。一般歯科治療は主に個人診療所にて行われおり、一度に複数人の受け入れは困難である。しかしながら、野宿者を積極的に受け入れている歯科医院は限られており、受診日を翌日以降とされてしまうことも少なくない。

このため2003年5月に、新宿区の一般歯科医院224施設に対し、郵送によるアンケートを行った（別稿参照）。25施設（11.2%）から回答をいただき、「積極的に受け入れたい」「要請があれば受け入れたい」とした歯科医院は、過去に受け入れ経験がない5施設を含む10施設あった。これらの歯科医院を中心とした地元歯科医療機関には、今後とも積極的な情報提供を通じて我々の活動や野宿者の直面している現状へのご理解をいただき、新宿区福祉部と連携しながら、治療に協力いただける歯科医院を増やしていくたく考えている。また、受け入れにあたっては衛生面の問題が多く指摘され、受診にあたってはなるべく清潔な状態にできるように、今

後も対応、配慮が必要とされている。

最近では、福祉事務所に近く多くの方を受け入れている2歯科医院とは密な連絡をとっており、受診前に患者の情報を提供したりすることもできるようになってきている。

また、大阪や福岡においても歯科医師らによる支援が開始され、各地域における活動の情報交換により、歯科という側面からも、全国規模のネットワークが形成されてきている。

現在の問題点

ここに述べたような相談活動や歯科治療の全ては、片手で数えられる程の歯科医師、および歯科医療機関にて全てを請け負っており、各々の負担をこれ以上増やすことはできないため、更なる活動やサービスの充実は難しい。医療相談会へ歯科医師が輪番制で参加し、必要があれば紹介状を書いて福祉事務所での手続きを経て、受け入れ協力歯科医院のリストから順番に受診するようなスムーズな流れができれば負担も軽減して望ましくも感じるが、本質的には、このような相談会がなくとも福祉事務所を経由して受診できるようになるべきであろう。

一方、個人診療所で全てを受け入れるには衛生面の配慮などの負担が大きく、「歯科プロジェクト」で対象としたような方々への対応もとれない。しかし「歯科プロジェクト」は恒常的な医療機関ではないため継続した治療ができず、最もニーズの多い義歯の作製などには対応できない。このため、公共の施設において定期的に受け入れられる診療所を設定して、受診の敷居を低くすることにより、う蝕の早期治療や歯周病の除石処置、といった予防的処置への対応も可能となると好ましいが、具体的な検討にさえ至っていない。

近年、新たな問題として、自立支援センターを経由して就職し自活している、または地域生活移行事業によりアパートに居住しているが、健康保険には加入していない場合に、歯科治療が必要でも生活費が切迫しており治療費を負担できない、というケースが出てきた。この状態では生活保護の申請もできず、自費診療となるが、義歯の作成などではかなりの高額となる。このため、少し遠いがかねてよりお世話になっている江東区の先生に、なるべく通院回数を少なく、かつ材料費のみに近い治療費の請求で、特別に治療していただいた。その後新宿区の先生にお願いできるようにはなったが、本来望ましい形ではないと考えている。

今後の課題

歯科疾患の殆どを占めるう蝕や歯周病は、進行すると歯質や骨の器質的欠損を伴うため、歯科医院へ通院しての治療が必要となる。しかし同時に、比較的予防が可能な疾患であり、セルフケアとしての毎日の歯磨きは重要である。

野宿者においては歯科治療の必要な者が多く、これまで主に治療への対応をしてきたが、徐々にではあるが、必要な治療が受けら

れる筋道が確立されつつある。となると次に必要とされるのは管理や予防であり、その基本は毎日の歯磨きと定期健診であるが、野宿者においては、「食事が不安定である」「寝場所が一定しない」「水道が近くにない」などの環境のため、歯ブラシや歯磨剤が手元にあったとしてもなかなか難しい面も多く、歯磨きさえ定着していない。

野宿者の口腔衛生の向上を目指すのであれば、まずその実態を明らかにすることが必要であり、2005年には口腔保健に関する聞き取り調査を行った（別稿参照）。今回の対象者は少なかったが、歯科の相談にいらっしゃる方ではなくとも、口腔内の状態が悪く、改善の意欲はあるけれども、経済的理由や社会通念のために、受診できていないことが明らかとなった。

衣食住という基本的な生活が安定せず、雇用問題解決の糸口も見えない中で、当面の問題ではない、先を見据えた予防的な口腔衛生指導をどのように展開すれば受け入れられるのか、また、う蝕の早期治療や歯周病の除石処置、といった予防的処置にどのように対応していくのかは、今後の課題として残されている。

（中久木康一）



路上生活における血圧の推移と対応薬剤からみる疾患の傾向

はじめに

新宿連絡会医療班においては 1996 年より路上生活者に対する医療相談会を毎月実施しており、詳細は大脇が報告しているとおりである。そのなかで高血圧は、主訴の 15.1% (2 位)、既往歴の 13.3% (2 位)、医療機関受診の 18.6% (1 位) を占めており、最も注目すべき疾患のひとつである。

医療相談会においては、日常の臨床において経験しないほどに高い値を示していたり、症状を伴い病識があるにもかかわらず病院に行っていなかったり、服薬を中断してしまっていたり、更には他人が処方された薬をもらって自己判断にて頓服してしたりする方々と、比較的頻繁に出会うことができる。しかしながら、福祉事務所を通じて医療機関を受診しても、一ヶ月分もの大量の降圧剤を処方されることはあっても、血圧コントロールに対する細やかなケアを受けられることは少なく、特に路上生活のままでは、受診の継続や生活習慣の改善は困難である。

今回、路上生活という状況におかれられた方々の血圧測定記録および市販薬提供記録を、年齢別、季節別に検討したので報告する。

(季刊 *Shelter-less* No. 23, 2004 Winter に掲載したものを作成して掲載)

方法

新宿連絡会医療班では、毎月第 2 日曜日に医療相談会を開催している。19 時からの炊き出しに集まつてくる人々に対し、18 時から看護師らが血圧測定、市販薬対応を行っている。血圧測定は炊き出しを待っている人々に呼びかけ、測定後必要な方は 19 時からの医師の診察につなげ、定期的なフォローの必要な方には血圧カードを配布して記載し、次月の再来を促している。また同時に、それぞれの症状を問診しての市販薬の提供も行っており、こちらも必要な方や心配な方には、医師の診察を受けていただいている。

この 2003 年 4 月から 2006 年 3 までの記録を、若干の考察とともに報告する。

なお、血圧重症度分類は、1999 年 WHO により発表されたガイドラインを使用し、正常 139/89mmhg 以下、軽度 159/99mmhg 以下、中等度 179/109mmhg 以下、重度 180/110mmhg 以

上とした。

結果

期間中の血圧測定者数は、のべ 1340 名（男性 1237 名 (94%)、女性 80 名 (6%)、不明 23 名）であり、血圧重症度分類はそれぞれ、正常 451 名 (33.7%)、軽度 340 名 (25.4%)、中等度 281 名 (21.0%)、重度 268 名 (20.0%) であった。

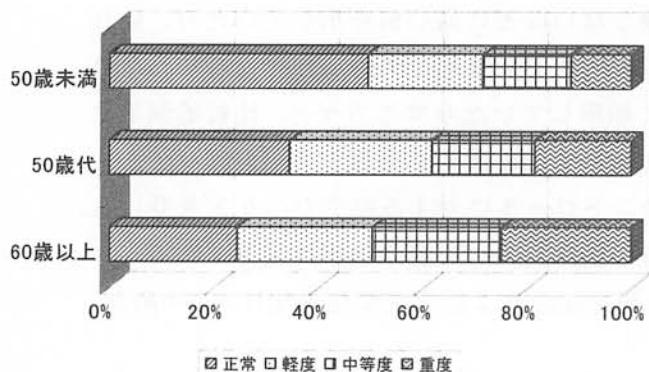
隣接する池袋地域においての報告（正常 33.7%、軽度 27.6%、中等度 21.9%、重症 16.8%）よりもやや高い値を示しているが、これらの地域の路上生活者は相互の炊き出しを利用していたりして流動的であり、地域性は否定される。むしろ、われわれの活動が夜 6 時以降であり、特に冬期は寒く冷えることなどが影響しているのではないかと考えられる。

1) 年齢別の血圧重症度 (図 1)

このうち、年齢が不明であった 145 名をのぞく 1195 名（平均 56.9 歳）について、年代別に血圧重症度に分類した。

年齢が上がるにつれて、重症化している傾向が認められ、特に 60 歳以上では測定者の 25.0 % が重度の高血圧であることがあきらかとなった。

図 1 : 年齢別高血圧重症度



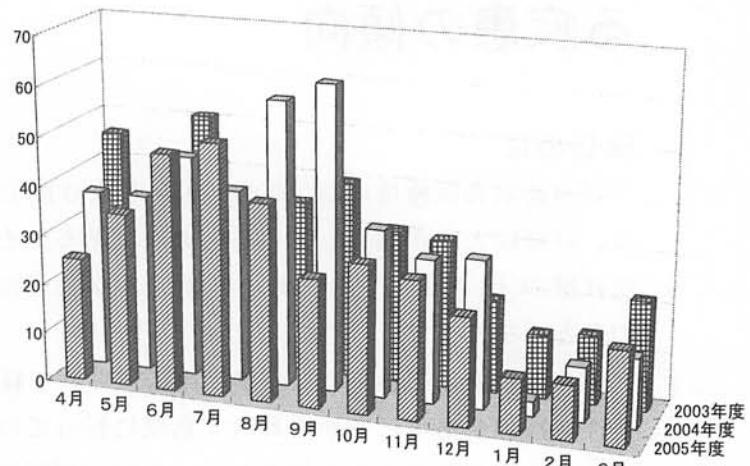
2) 月別の血圧測定者数 (図 2)

12 月、1 月は越年期間の常駐医療テントにおいての血圧相談や、臨時開催する 3 回の医療相談会のために、また、8 月は夏祭りにおける血圧測定のために、実際の測定者数は増える。

毎月の医療相談会で測定した 1090 名に絞ってみると、暖かくなる 4 月頃より測定希望者が増えはじめ、寒くなる 12 月より希望者が減ってくる傾向があることがわかる。われわれの医療相談会は、炊き出しの行われる公園の一角に机を出しただけで行っており、冬の寒空の下で厚着している服を脱いでまで血圧を測ろう、という人は限られているのではないかと考えられる。

通常雨天時には、炊き出しとともに都庁脇の橋の下に移動して行っているが、こちらは場所も狭く測定者数が減る。また、途中から雨が降ったときなども測定者数は減り、気温とともに天候も測定者数に影響すると考えられる。

図 2 : 月別血圧測定者数 (2003 年度～2005 年度)

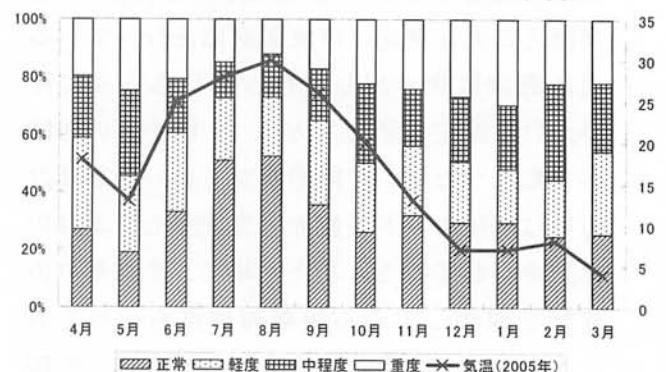


3) 月別の血圧重症度 (図 3)

毎月の医療相談会のみにおける血圧測定値を、重症度分類にしたがって月別にまとめた。

全体として、暖かい夏期よりも寒い冬期の方が血圧の高い人が多い傾向がみられる。原因としては単に寒さにより血管が収縮するという作用の他に、寒さで夜眠れずに睡眠不足になっていることなども影響しているかもしれないが、これらに関しての記録はなく因果関係の検討はできない。

図 3 : 月別血圧重症度 (2003 年度～2005 年度)



4) 対応した市販薬の内訳 (図 4)

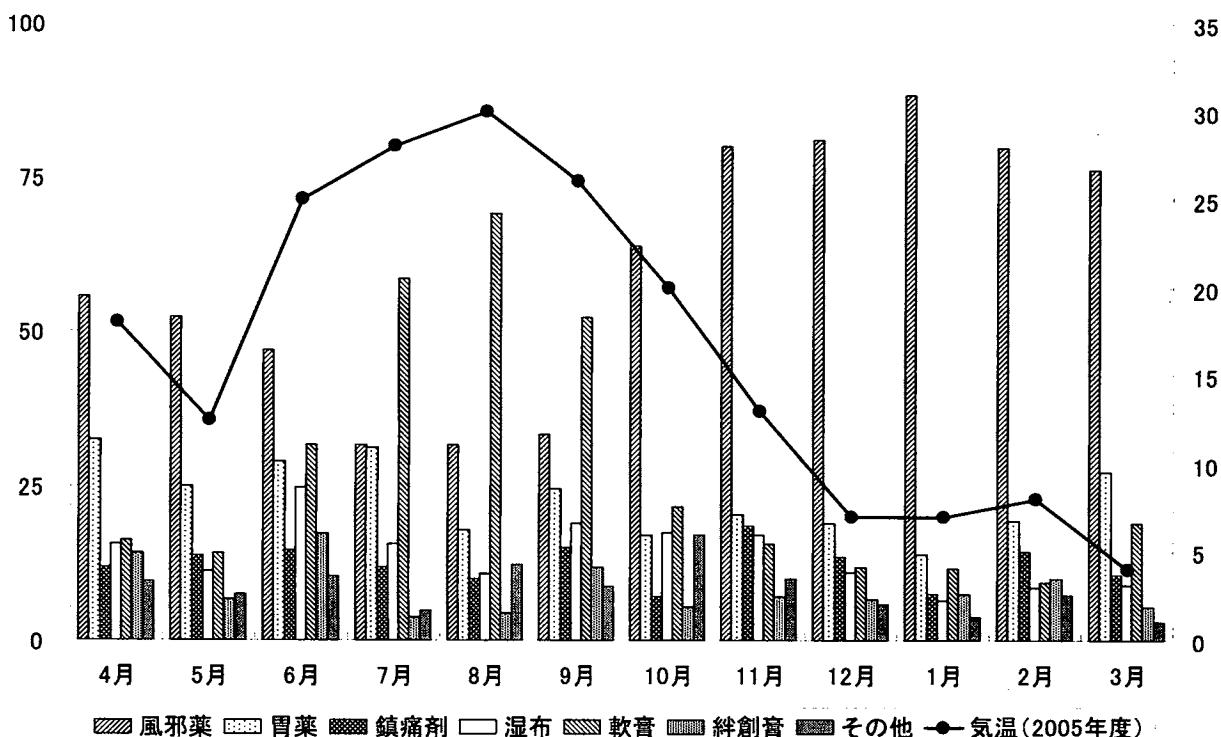
市販薬の内訳では、寒くなり始める 10 月ころより風邪薬の提供が増加しており、5 月頃まで続いている。逆に暖かくなってくるとともに、ダニやシラミ、蚊などの虫さされや、汗をかいてもなかなか入浴できないために

スキントラブルを生じやすく、軟膏の提供数が増加していく。

また、胃腸薬は夏期に提供数が多く、夏期

は特に食物が傷みやすいため、弁当などを保存しておいて食べた時に胃腸症状が出現しやすいためかとも考えられる。

図4：市販薬の内訳（2004年度～2005年度）



まとめ

新宿連絡会医療班の活動において、高血圧は最も注目すべき疾患のひとつであり、医療相談会時の血圧測定値、および、同時に提供している市販薬について、検討した。結果、冬期の年齢が高い層の血圧は非常に高い傾向にあり、重篤な疾患へ発展するリスクが最も高いことが明らかとなった。

高血圧の要因としては、塩分、ストレス、睡眠不足、過労、喫煙や飲酒などがあげられる。食事を炊き出しやコンビニ弁当などに頼っている路上生活者は、塩分の過剰摂取や野菜不足に陥らざるを得ない。ストレスや睡眠不足は慢性的であり、タバコや酒の量も自然と増える。生きるためにには体調が思わしくなくとも、効率悪い仕事であろうと無理して働くを得ない。また、不安定な生活による潜在的な糖尿病の増悪も考えられ、動脈硬化

性の高血圧の存在も無視できない。大脳の報告においては 8.4% に糖尿病の既往があり、医療機関受診の 3.6% を占めている。このような要因を検討することも、今後必要かもしれない。

また、医療相談会における血圧測定は夜 6 時より行っており、超高層ビルに囲まれた公園の一角での冬期の体感温度はかなり低い。ここで厚着の服を少なからず脱いだ直後に測定していることは、必ずしもこの測定値が正確であるとは言い切れない。

更なる検討が必要ではあるが、今回明らかとなった年齢別、季節別の特徴もふまえ、今後とも医療相談会などの機会を通じて自己の健康状態を把握する働きかけを継続していく必要があると考えられた。

(中久木康一、武笠亜企子)

鍼灸：「あいだ」に立ちながら

日本の現代医療や保険制度の観点から見ると、あんま・マッサージ師や鍼灸師といった人々は、その制度の「上」でなく、「あいだ」に存在しているようなところがある。実際そうした立場は路上においても変わらず、できることも変わらないと言ってよい。

新宿中央公園での健康相談会の傍ら、細々と徒手による治療を試みたのは、1998年から2002年春までのことだった。初めのうちは興味本位で覗きに来る人のほうが多いが、回を重ねる毎、ぽつぽつと「医者にかかるほどじゃないんだ」けれども「ずっと気になっているんだ」といった語り口で、腰痛や頭痛など、自身の症状について相談をもちかけてくる人が増えていった。最初はひやかしを含めて利用者は3人ほどだったが、後には毎回5~8人くらいの人が相談に来てくれるようになった。話を聞き、医療機関を受診すべきと思われる人には相談会の医師に診てもらい、紹介状を書いてもらうようにした。また、明日医療機関を受診する予定の人でも、希望に応じて応急的に処置を施すこともあった。

路上という「外」から社会システムの「中」へ再び入っていくルートは少しずつ確立されてきたとはいえ、医療のシステムにおいて「外」から「中」に入るには、ある一定の重さの病状が必要になる。病に至る以前の「不調」という状態で「中」に入ろうとする人は少ない。路上から医者にかかるには福祉事務所という門をくぐらなければならないが、大事をとることもままならない路上において、その大きな門の前に躊躇と我慢を繰り返し、当事者が「悪化するま

で待つ」ケースはめずらしくなく、それが手遅れになったことも数え切れない。

腰痛や肩こり、所謂自律神経失調症といった病名のつかない症状については、痛みや不快を抱えながらもなれば治療を諦め、日常生活を営むことは一般的にも多い。また、病院で検査しても、数値に異常は出ないが、頭痛が続く、めまいがする、食欲がない、といった経験を持っている人は少なくないだろう。こうした状態を、東洋医学にふれたことのある人間は「未病」という言葉で表現する。これは中国最古の医学書に出てくる言葉で「病気に向かう状態」のことを指す。病気と健康のあいだの状態とも言えるかもしれない。

東洋医学の特徴のひとつに、患部だけでなく、からだ全体を診ることがあげられる。まずはその人の置かれている状態やからだの歴史を知ることから始まる。そして、からだの内部のバランスを調整し、健康の閾値をあげること。それがここでいう「治療」であり、言い換えれば、その人が本来持っているからだの力を引き出すためのお手伝いだと私は認識している。

自らを「医療界の最下層」と揶揄していた同業者もいるが、それが民間療法と呼ぶに留まるものであっても、身体や病気というものを見つめる角度を変えることで生み出される方途がある。不調をかかえる人の選択肢のひとつになることもある。

むやみに薬を出すことを好まない医者は言うものだ。「風邪なんか、栄養とて、あったかくして寝ていれば治るんだよ」と。私もそれを否定するものではない。けれども、路上の活動に

関わるようになり、最初にぶつかったのはそのセリフだった。

路上における取組みで、全てを「外」で解決するシステムが必要だとは思わない。様々な団体や個人が、様々な分野の様々な現場で、制度と制度の隙間を埋めるべく活動しているが、医療班も、路上と社会の間を縫いながら活動を開拓している。

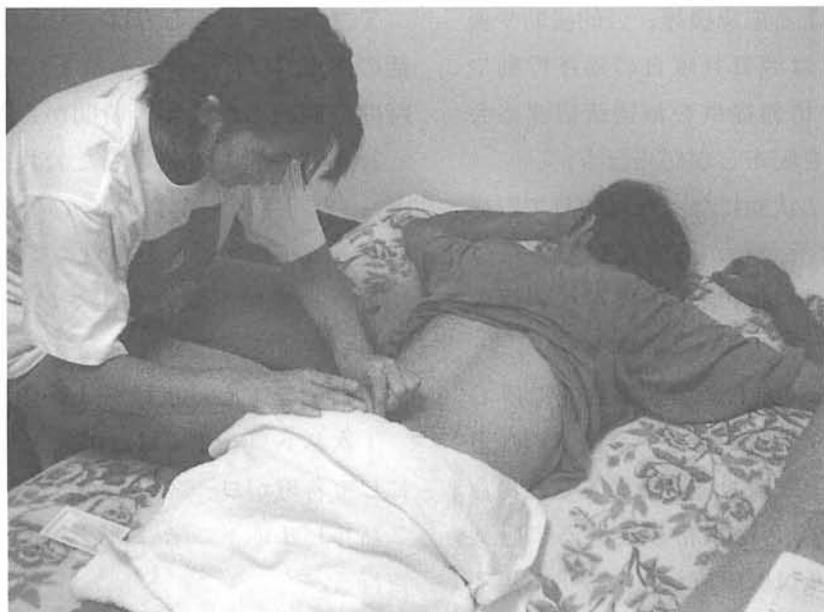
医療班という名前には、専門家チームという印象を持たれることがあるが、路上に医療従事者がいくら集まつたところで、そこが「あたたかくして休んでください」とすら言える場所でないことに変わりはない。そんな場所でできることには限界があるが、だからこそ様々な発想を持ち寄れる場でもある。その結果として、細くても「信頼」と呼べる類のものがひとつでも増えるなら、そこからまた次につなげていく。そうした地道な作業に資格など必要でないし、実

際、様々な立場の人が健康相談会を始めとする医療班の様々な取組みに参画している。大切なのは、続けていくことだ。

* * * * *

とは言うものの、諸事情により2002年5月以降中央公園での相談会には残念ながら参加できていない。月1回という不便な開催日程の中、何度も相談に顔を見せてくれたみなさん、不安ながらもご自身のことをお話くださり、身体を預けてくださったみなさんに、この場をお借りしてお礼とお詫びを申し上げたい。

(五十嵐 真紀)



パトロール報告

1. パトロール活動の役割

新宿連絡会は毎週日曜日 19 時からの炊き出しの後、20 時頃からパトロールを行っている。新宿中央公園ポケットパーク（以下「ポケットパーク」とする）を拠点に炊き出し班が食事、医療班が医療を提供する定點的な活動が中心である一方パトロール班はアウトリーチ活動が中心である。通年的な活動から顔見知りになっている方のみならずホームレス状態になつたばかりで駅周辺の繁華街などで文字通り路頭に迷っている方に対しても広くアプローチを行い、民間団体による応急援護が行われる中央公園や公的援助の行われる福祉事務所等の「拠点」に繋ぐ役割を担う。

2. パトロール活動の内容

パトロール活動の内容は情報提供と安否確認に大別される。

情報提供の内容は、毎週日曜日の新宿連絡会による炊き出しや定例の医療相談会、法律相談会等の支援団体による応急援護。公的援助や機関を知らない方には翌日月曜日の福祉行動や自立支援事業等の情報提供を毎週新宿連絡会が作成するチラシを配布しながら行う。

また、ホームレス状態になったばかりで野宿で一夜を過ごす場所がわからずにいる方には雨風の凌げる新宿駅西口地下広場等への誘導を行う。

安否確認は「こんばんわ新宿連絡会です」「お体の調子はいかがですか」という基本的な声掛けから始まり、要医療対応者を発見した場合、症状がごく軽度な場合は携帯している市販薬を配布する。市販薬は医療班からの提供で風邪薬、胃薬、整腸剤、鎮痛薬、かゆみ止め、シップ、バンドエイド、市販薬ではないが保温効果のあるレスキューシートを携帯している。

専門的な対応が必要と思われた場合は、翌日

の福祉行動に呼びかけたり、医療相談会が行われている時は中央公園にいる医療従事者に電話で連絡を取り、専門家からの指示を仰ぐ。

また、緊急性の高い場合はその場で救急車を呼び同乗等も行う。

なお、毎月第 4 日曜日には主に看護師がパトロールに同行して医学的に人体に触りなれていないパトロール班に代わり脈をとったり、専門的な質問に対応する医療パトロールを定例で行っている。

3. パトロールの構成

パトロールの構成は、ホームレス状態の方の属性によって異なる就寝する時間帯と就寝する場所に対応して 2 部構成で行っている。

以下に各パトロールの時間帯とアプローチできるホームレス状態の方の就寝する場所の概要等を述べる。

■ 1 次パトロール（20 時～22 時過ぎの間）

アプローチできる方は、大きな公園などに生活の拠点（ブルーテントなど）を持ち、比較的時間の制約もなく早い時間から就寝できる方。

20 時以降営業を終了した公共施設（図書館など）、専門学校や企業のビルの軒下でダンボールなどで小屋掛けをして就寝する方。

地下街や地下鉄の地上への連絡口の内側で営業が終了するまで暖をとっている方。

新宿駅を中心に広域を 4 班体制で対応する。

1 次パトロールでは、ポケットパークを始点にして各班がコースを巡回後、新宿西口にあるスバルビル地下 1 階「新宿の目」に集まり集約を行う。

■ 2 次パトロール（22 時半～23 時半過ぎの間）

アプローチできる方は、1 次パトロールの地域に安定した就寝場所を持たず、22 時以降順次

営業を終了していく4号街路の飲食店等の前にダンボール等で小屋掛けをして就寝する方。

23時以降新宿駅西口の地下広場とメトロプロムナードを連絡するA15番連絡口のシャッターが閉鎖した後に新宿駅西口の地下広場にダンボール等で小屋掛けをして就寝する方。

4号街路と新宿駅西口の地下広場を集中的に1班体制で対応する。

2次パトロールでは、「新宿の目」を始点にコースを巡回後、新宿駅西口の地下広場にある交番付近で集約を行う。

4. パトロールのコース

各コースの作り方は、新宿駅を中心に各方面でホームレス状態の方が集中している地点を挙げ、それを線で結んだ。

ホームレス状態の方が集中している地点の発見と選定はホームレス状態の方からの口コミや地域住民からのメールや電話による情報提供、支援者の足を使った情報収集に基づく。

以下に1次パトロールの各コースのホームレス状態の方の集中している地点を述べる。また、2次パトロールのコースは「3. パトロールの構成」で述べているので省略する。

●中央公園コース

ポケットパーク（北東の角）出発。ポケットパーク南側および西側のテント。熊野神社わきのテント。区民ギャラリーわきのテント集住地（時期により芝生広場に移動させられる）、芝生広場、「白糸の滝」向かいのベンチ。

水の広場（ナイアガラの滝）、「虹の橋」たもとのトイレ、「緑の橋」の下。

ふれあい通り（都庁第一本庁舎と第二本庁舎の間）両側。

中央公園ジャブジャブ池周辺、ちびっこ広場のベンチ、多目的運動広場。

南通りの下（首都高速入り口付近）、甲州街道沿い、代々木2丁目小公園、葵通り両側。

●西口コース

主に都庁第一本庁舎と第二本庁舎の地下の軒下。新宿NSビル内の休憩スペース、東京都議会棟地下のバス乗り場周辺。新宿駅西口自転車駐車場（高架下）。

小田急線新宿駅構内、小田急百貨店本店と小田急別館ハルクを連絡するカリヨン橋周辺。閉店後的小田急別館ハルクの新宿西口ロータリ一側の軒下と地下連絡口。

京王新線新宿駅の改札周辺と地上連絡口。

新宿駅東南口駅前広場と甲州街道の高架下、JR新宿駅新南口向かいにある閉店後の店舗の軒下。

西新宿1丁目周辺の企業のビルの軒下。

エステック情報ビル内の休憩スペース。

●東口コース

丸の内線で西新宿駅から新宿御苑前駅まで移動後、主に四谷区民ホールの軒下。新宿御苑の大木戸門から新宿御苑インフォメーションセンターまでの道路沿いにあるマンションや閉店後の店舗の軒下。旧さくら寮跡地の資材置き場周辺。

新宿2丁目周辺の企業のビルの軒下。

歌舞伎町1丁目の四季の道、モア4番街のサブナード地下街への連絡口。

新宿3丁目周辺と同地区内の新宿通り沿いにある閉店後の店舗の軒下およびメトロプロムナードへの連絡口。

新宿駅東口構内とMYCITY周辺のロータリー。

●北口コース

主に西新宿7丁目周辺の閉店後の飲食店等の軒下と柏木公園。同地区および百人町1丁目周辺の専門学校の軒下。

大久保2丁目周辺の公共施設や企業のビルの軒下と西大久保児童遊園。

都営地下鉄東新宿駅周辺のマンションの軒下や職安通り沿いの企業のビルの軒下。

コマ広場を中心とした歌舞伎町1丁目周辺の営業終了後の劇場の軒下。

西武新宿駅の構内や地下街への連絡口。

靖国通りと小滝橋通りの交差点付近に架かるJR線の大ガード下。

5. 人数の推移

人数のカウント方法は目視で行い（不明な場合は直接声をかけて確認をとる）、各パトロールの時間帯に就寝体制を取っている方（地下街に通じる階段などで座って休んでいる方、横になっている方も含む）を対象とする。同じ時間帯のパトロールでのカウントの重複を予防するため歩行中の方は原則対象としないが、通年的なパトロールで顔と寝場所の一致している方の場合は、荷物のみの場合や寝場所へ歩行中である場合（カートを寝場所に置いて、ダンボールなどを探しに行っている場合など）もカウントの対象としている。

なお、1次パトロールの時間帯に地下街や連絡口で暖をとり、営業が終了した2次パトロールの時間帯に西口地下広場で就寝する方もいるため、1次と2次ではカウントした人数に若干重複がでている。

以下の統計の04年度に関するものは04年4月4日（日）から同年12月26日（日）および05年1月9日（日）から同年3月27日（日）まで。

05年度に関するものは05年4月3日（日）から同年12月25日（日）および06年1月8日（日）から同年3月26日（日）までの毎週日曜日に行われたパトロールの記録に基づいている。

また、05年2月は1次パトロールで1度も東口コースを回っていないため統計から外している。

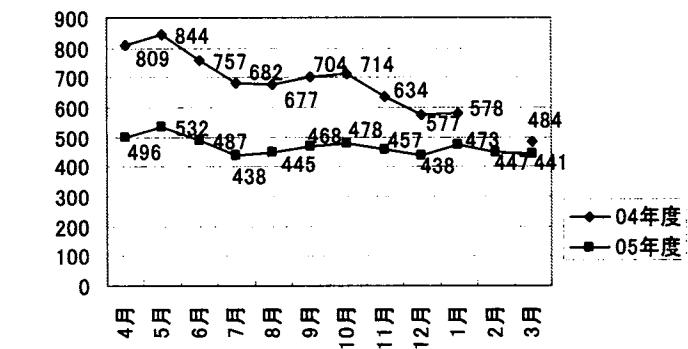
なお、新宿連絡会は年末年始に「越年闘争」と称してポケットパークにテントを張って泊り込み、連日炊き出しやパトロール、医療相談会を行うが、越年闘争期間の情報については今

回の統計から外している。04年度の越年期間について「新宿連絡会NEWS VOL 40」、05年度については「同誌 VOL 43」に譲る。

■04年度と05年度の比較から

04年度と05年度の月別平均人数の推移は以下の通りである。

04年度、05年度パトロールの月別平均人数の比較
（人）



いずれも正月休みの影響で増加したホームレス状態の方の人数が仕事が始まるにつれて減少し、5月の端境期に向けてまた増加する傾向があることが読み取れる。

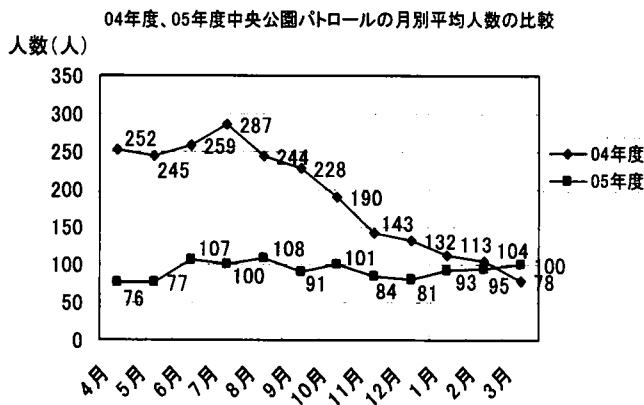
また、12月になり若干減少傾向になるのは、厳冬期大田寮宿泊の影響が強いと思われる。05年度は05年12月15日から06年3月9日まで毎週木曜日に抽選が行われ、40人ずつ1週間～3週間（12月の入所者のみ3週間）の宿泊ができる。05年12月は他地域からの流入層も含め15日、22日の抽選で計80人が大田寮に入所していることになる。

次に年度間平均人数を比較すると、04年度が678人、05年度が467人で211人減少している。

これは、04年6月から開始した新宿地区の地域生活移行支援事業の影響が強いと思われる。事業の詳細は後者に譲るが、実際にアパートへの入居が開始された04年9月から05年2月まで減少が続いている。

また、その減少ぶりは事業の対象地域である中央公園コースの人数の推移に顕著に現れて

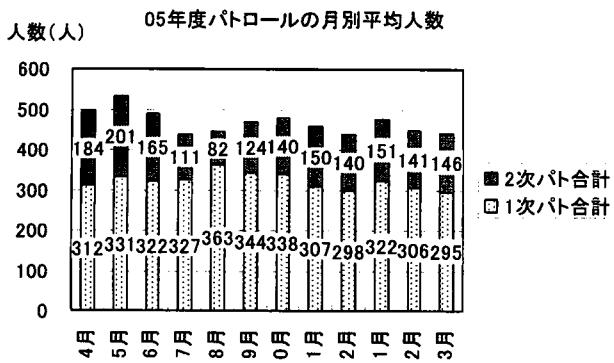
いる。



04年度と05年度の中央公園パトロールの年度間平均人數を比較すると04年度が190人、05年度が93人で97人の減少である。

注) 中央公園コースは05年6月26日(日)より中央公園付近の甲州街道周辺もパトロールの対象としているが、上記の統計は甲州街道周辺の人數を除いたものにしている。

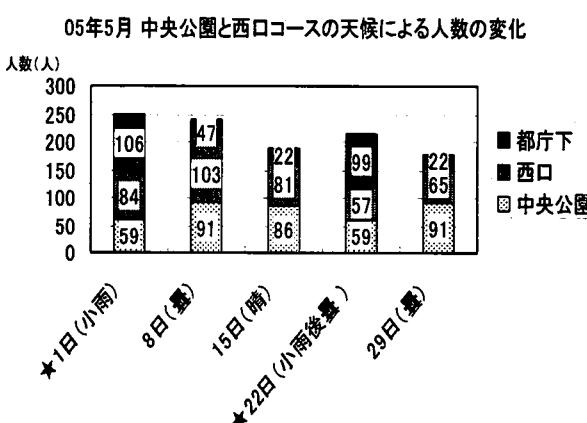
■05年度の年間の比較から



05年度の月別平均人數から1次と2次のパトロールの人数を比較すると春から夏にかけて気温の高い時期は1次(地上・屋外)で就寝する方の人数が増加し、それに反比例して2次(地下・屋内)で就寝する方の人数が減少している。

また、秋から冬にかけて気温の低い時期はその関係が逆転する傾向がある。

次に天候によるコース間の人数の変化を05年5月の中央公園と西口コース(西口、都庁下)の記録から以下のグラフに表した。



★印のついているパトロール中雨の降った日(1日、22日)は中央公園の人數が減少し、中央公園のそぐそばにある都庁下(都庁第一本庁舎と第二本庁舎の軒下)の人數が大きく増加している。

中央公園でブルーテント以外のダンボールハウス等比較的簡易な様式で就寝している方が雨風を凌ぐために都庁下へ寝場所を移している(避難している)ことが読み取れる。

上記のことから気温や天候の変化がホームレス状態の方の就寝場所(居場所)に与える影響が大きいことがわかる。

6. アウトリーチの意義

「われわれは足が弱ると終わりだ。働けないどころか、身動きが取れなくなる。炊き出しにも行けないから食べることができなくなる。後は死ぬのを待つだけだよ。」

上記はパトロールで話しをした高齢のホームレス状態の方の発言である。

炊き出しの配食をしているポケットパークまで通常なら徒歩5分もかからない4号街路の中ほどでその男性は毛布に包まりうすくまっていた。

通常、声掛けしても寝ていて応答の無い方にはチラシのみ置いて立ち去るが、この場合は周囲で心配するホームレス状態の方がパトロール班に「何とか福祉に行くよう説得してくれないか」と相談を持ちかけてきたことによって二

ーズが顕在化した。

話を聞くと 65 歳以上の高齢者だが以前自分の不始末から保護廃止になった経験があり「自分はもう生活保護は受けられないのではないか」と思い込んでいる様子だった。

一度失敗したからといって要保護状態であれば保護は受けられること、歩いて福祉事務所まで行けないのならば翌朝支援者と待ち合わせてタクシーで福祉事務所まで行けること、生活保護制度や待ち合わせの時間や場所（翌朝までの当事者の動きと折り合いをつける）について納得がいくまで話し合って動機付けを行い、「もう一度宿（宿泊所）に入って通院しやり直したい」という本人の意思確認を行った。

結果、翌朝待ち合わせの時間と場所に本人が現われ、タクシーで支援者と移動して保護申請し、現在は宿泊所から通院している。

上記のケースは当事者間における相互扶助の実践と通年的な活動からパトロール班と当事者で築き上げた信頼関係及びそれによって構築した支援網がうまく機能したケースである。

収入の多寡にかかわらず炊き出しに来なくても食料の調達が出来る方や、生活の拠点から中央公園や福祉事務所まで距離がある方、行きたくても傷病のため辿り着けない方、日中は日雇建築や都市型雑業に従事し公的機関と関係を持てない（情報から阻害されている）方等、ホームレス状態の方の属性や抱えている課題によって物理的に「拠点」との距離が縮まらない方がいる。

また、過去に福祉事務所の相談員と口論になったり、自分の不始末から保護廃止になった経験による気まずさや負い目から心理的に距離が縮まらない方がいる。

ホームレス状態の方に路上脱却もしくは抱える課題解決のニーズがありながらも解決する機能を持つ「拠点」との物理的、心理的距離がある場合に直接現地に赴き相談活動を行うアウトリーチという手法は意義があると考え

る。

また、03 年に発表された厚生労働省による「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」でホームレス状態の方の 64.7%が仕事をしているという調査結果から、ホームレス状態の方が仕事を終えて就寝する場所に戻る夜間（夜間に廃品回収等行う方もいるが）にアウトリーチを行うことは、対象地域に生活の本拠地を置いているより多くのホームレス状態の方にアプローチできるという点で効果的であると思われる。

7. 最後に支援者として

パトロール活動は炊き出し活動に次いで新しい支援者がホームレス状態の方と直に接すことのできる活動である。・

初めて「本当にダンボールで野宿している方」と話をするという経験が少なからずの衝撃をボランティア初心者に与えていると思われる。

新宿という街の性格上、近県あるいは全国各地から上京し、「でも仕事が見つからない」といったことや様々な家庭的事情で実家に帰ることが出来ない等、常に新しいホームレス状態の方との出会いがある。そのような方々にいかに上手く公的援助の情報提供を行うか、あるいはいつも見る顔でも、どこか身体的な変化はないか等、毎週緊張感が必要となる。

おそらく今日この日も、ホームレス状態から脱却し新しくアパートに入ることのできた方もいれば、その一方で新しくホームレス状態を余儀なくされる方もいるだろう。

週に 1 度なのでうまく会えるかどうかわからないが、それでも彼・彼女らの一助になれる事を期待しつつ、今日もパトロールをするのだと思う。

以上

参考：ホームレスの実態に関する全国調査報告書：
厚生労働省 2003 年 3 月

（上釜一郎・中村円）

第3章

病院受診への支援

- ◇ 新宿福祉行動の12年
- ◇ 病院訪問報告
- ◇ 新宿区内の医療機関に対するはがき
アンケート調査から
- ◇ 野宿者との関わり～それぞれの立場から～
- ◇ 福祉の患者様（ホームレス）の歯科診療

新宿福祉行動の12年

初期の新宿福祉行動

福祉行動とは、炊き出しやパトロール（夜回り）と並ぶ活動の軸として、全国各地の野宿者支援団体が取り組んでいる活動である。一言で言うと、医療や福祉を求めて福祉事務所に一緒に付き添って行く活動、ということになるが、相手方の福祉事務所の対応が自治体によって大きく違うので、福祉行動のあり方も当然、それに規定されることになる。

新宿では1994年から新宿区福祉事務所に対する福祉行動が取り組まれてきたが、当初は福祉事務所側の対応が頑なだったため、団体行動的なスタイルであった。

窓口対応の統一化

野宿者が福祉事務所で相談をする場合、最初に対応するのは相談員である（現在は生活福祉課自立支援係の相談員になる）。しかし、施設に入つて生活保護が開始されない限り、担当が決まっているわけではないので、どの相談員が出てくるかはその時になってみないとわからない。当初、窓口で対応する相談員の対応はバラバラで、「明日、病院に行けるように手続きするから」と言われ、翌日来所したら、別の相談員が出てきて「あんたはダメ」と門前払いされる、というようなこともあった。

路上では一般に、「悪貨は良貨を駆逐する」ではないが、役所に対する悪い噂が広まりやすい傾向にある。良い対応を受けて施設に入った人は路上に戻らないが、門前払いされた人は路上で仲間に福祉への不満をぶちまけるからである。これが積み重なると「あそこ（福祉事務所）に行っても何もしてくれない」という「定評」がたち、病気になっても路上でそのまま放置するという結果になりかねない。窓口対応を統一させることとは、路上のいのちを守っていくために必要不可

欠なことであった。

数回の団体交渉を繰り返す中で、明文化はされないものの、窓口での対応にある程度の統一性が見られるようになった。「医療機関受診が必要な者には、とりあえず受診を優先させる」、「高齢者や疾病で働けない者は施設・ドヤに入所して生活保護を開始する」、「相談時に連絡会メンバーの付き添いを排除しない」というようなものである。この結果、医療機関受診を希望するのに、過去の生活歴や職歴をねちねちと聞かれ、嫌な思いをする、というようなことは減ってきた。

「医療単給」という手法

ただ、これは諸刃の刃であった。新宿区の場合、医療機関受診は主として、生活保護法に定められる諸扶助のうち、「医療扶助」のみを適用するという形で行なっている。生活保護法上は、本来、生活扶助と住宅扶助を支給し、「最低限度の生活」を保障した上で、医療扶助を適用するのが本筋であろうが、新宿区の場合、野宿者に対しては「まずは医療扶助のみ適用する（医療単給という）」というのが主流になってしまった。

相談者がダンボールハウスやテントで、比較的安定した生活を維持しており、「とりあえず病院にかかりればよい」と希望している場合、この医療単給は当事者のニーズにマッチしており、「とにかく言われずに病院にかかる」という評判を生む。新宿区福祉事務所がこの方式をとったことで、新宿周辺に暮らす野宿者にとって、福祉事務所窓口の敷居が低くなり、医療機関へのアクセスが改善した、という評価もできるであろう。

ただ一方で、医療単給は、「青空通院」（野宿しながらの通院を強いる）という悪弊をもたらした。医療機関に受診して、医療機関が福祉から来た「病状報告書」に「就労不可」との記載をすれば、施設での生活保護が開始される。だが大抵の場合

は、「軽労働可」とされるので、その場合は「青空通院」を強いられることになる。高血圧や糖尿病など長期の治療を必要とする慢性疾患がある場合、野宿しながらの通院継続は難しいため、治療が中断して病状が悪化する傾向がある。

この「青空通院」問題についても、連絡会は福祉事務所と交渉を続けた。その結果、新宿区が独自に借り上げているベッドでの一時宿泊（「法外宿泊」という）が拡大するなどの成果はあったが、根本的な解決には至らなかった。個別のケースについては、生活保護をその場で申請することもあるが、全体としては「青空通院」問題は解決していない。

新宿連絡会としては、対行政要求のスタンスとして、生活保護行政に全てを担わせるのではなく、生活保護以外の自立支援システムを早急に構築させることに力を注いできた。自立支援事業に加え、地域生活移行支援事業が開始されたことにより、新宿区内の野宿者数は最盛期の半分程度に減少してきている。福祉事務所内部には、「一度、生活保護をかけ出すと新宿区に殺到するのではないか」という恐怖心が沁みついていると推測できるが、「青空通院」という緊急避難的な対応を固定化するのではなく、生活保護制度をもっと柔軟に活用すべきであると考えている。

「相談室」としての性格

新宿連絡会の福祉行動も12年になり、「月曜日に行けば連絡会のスタッフがいる」という情報は広く浸透している。そのため、すでに路上を抜け出して施設やアパートに入った仲間も含めて、「月曜の新宿福祉」に相談に訪れる、という現象も見られるようになった。福祉行動が一種の「相談室」、「サロン」としての役割を果たしている面もあるのである。新宿区内にいる人だけでなく、他区で生活保護を受けている人が、かつての仲間や連絡会スタッフに会いに来る、ということもあるほどである。

そうした相談の中で、アパート入居にあたって

の保証人問題や借金問題などについては、「自立生活サポートセンター・もやい」が引き継いで相談にのっている。年金についての相談も増えており、福祉事務所を全く介さずに年金の受給手続きを「もやい」で支援して、アパートに入った人も数人いる。

新宿区は2006年4月から野宿者を対象とする「拠点相談」事業を開始して、シャワーサービスやカンパン・衣類の提供など「応急援護」部分を民間団体に委託することが決まっている。それを受け、新宿福祉行動のあり方も変わっていくかもしれないが、今後も仲間が気軽に病気や福祉の相談に来ることのできる場として、福祉行動を続けていきたいと考えている。

＜過去3年間の福祉行動記録＞

2003年度 計377人

内訳：入院23、施設保護47、法外宿泊25、通院のみ225、その他57

2004年度 計329人

内訳：入院10、施設保護39、法外宿泊6、通院のみ253、その他21

2005年度 計274人

内訳：入院9、施設保護34、法外宿泊14、通院のみ168、その他49

「入院」は福祉事務所で医療機関を紹介され、入院になった人数、「施設保護」は宿泊所や簡易旅館で生活保護が開始された人数（女性を含む）、「法外宿泊」は生活保護の医療扶助による通院に加え、新宿区が借り上げている宿泊所・簡易旅館で一週間の宿泊が認められた人数、「通院のみ」は生活保護の医療扶助のみが適用され、医療機関受診が認められたものの宿泊援助は受けられなかった人数を指す。「その他」は、他区での相談が適当と判断されたケースやシャワー等のサービスや生活相談のみで終わってしまったケース等、その日のうちに医療機関受診をしなかったケースを総称している。

（稻葉剛）

=====福祉行動資料=====

I. 2004年 全福祉行動数 369件

369人内訳：医療単給 262人（71%）、法外 28人（7.6%）、生保 66人（17.9%）。

うち女性は6人、男性のみの生保は60人、総相談件数の16.3%。

- ※ 繁泊方式の現物給付の6施設（新大久保ハウス10人、新光館8人、新宿荘2人、あさぎり荘2人、山手寮2人、マリンクラブ1人）で計25人、男性生保全体の42.4%。
- ※ 一部現物給付の1施設（やまぶき舎1人）の利用者を入れると26人、男性生保全体の44.1%
- ※ 入院は17人（うち女性1人）、生保全体の26.2%。最低年齢42歳、最高年齢67歳、平均年齢55歳（年齢不明1人を除く）
- ※ 生保のうち、繁泊方式宿泊所と入院、地域事業および不明者以外の施設の利用者は17人、男性生保の28.3%。詳細は、山手レストハウス3人、戸山荘3人、池一3人、銀扇閣3人、喜多野旅館1人、宝来荘1人、ニューホテルたから1人、地域生活移行支援事業アパート1人、不明1人。
- ※ 男性の一般宿泊所入所者（生保、入院（16人）、地域事業アパート居住者（1人）、年齢不明者（3人）を除いたもの）は40人。最低年齢37歳、最高年齢74歳、平均年齢は64.57歳。
- ※ 女性の保護は、ヘルプ3人、けやき荘1人、女性施設1人、以上3施設。最低年齢34歳、最高年齢68歳、平均年齢53歳。不明1人。

II. 2005年 全福祉行動数 301件

301件内訳：医療単給 214人（71.1%）、法外 26人（8.6%）、生保 48人（15.9%）。

うち女性は8人、男性のみの生保は40人、総相談件数の12.9%。

- ※ 繁泊方式の現物給付の4施設（新大久保寮7人、新宿荘3人、あさぎり荘1人、新光館1人）で計12人、男性生保全体の30%。最低年齢27歳、最高年齢80歳、年齢不明1人、平均年齢59.4歳。
- ※ 一部現物給付の2施設（やまぶき舎（一部現物）1人、さくら善光寺（食事が現物）1人）利用者を入れると14人、男性生保全体の35%。平均年齢60.4歳。
- ※ 入院は17人（うち女性1人）は、生保全体の35.4%。最低年齢43歳、最高年齢80歳、年齢不明1人、平均年齢61.6歳。
- ※ 生保のうち、繁泊および一部現物宿泊所と入院以外の施設の利用者は10人、男性生保の25%。山手レストハウス4人、ウェルハウス大久保1人、戸山荘1人、淀橋館1人、黎明館1人小豆沢荘1人、南千住荘1人。最低年齢47歳、最高年齢75歳、平均年齢63歳。
- ※ 女性の入所は4施設。ヘルプ2人、けやき荘2人、小豆沢荘2人、南千住荘2人。最高年齢29歳、最低年齢74歳、平均年齢50歳。

（金沢さだこ）

病院訪問報告

1.はじめに

新宿連絡会医療班（以下、「医療班」という）では入院した野宿者に病院訪問を行っている。

野宿者が入院に至る経緯は、路上からの救急搬送や青空通院からの入院、毎週月曜日の福祉行動からの入院などである。

病院訪問対象者の把握は福祉行動によるものと、それ以外の経緯で入院した者については入院先の病院から直接本人が毎週日曜日に配布している新宿連絡会のチラシや医療相談会時に配布している医療班のリーフレットに載せてある連絡先、また稀に福祉事務所へ「連絡会に相談したいことがある。○○病院まで来るよう言ってくれ」など電話をかけてくることで把握している。

2.入院生活

通常野宿者が生活保護で入院になった際は入院セット（下着など）や入院患者日用品費（日割りにして約800円未満の生活費）が福祉事務所から支給される。

しかし、CWが多忙で訪問が遅れることやそもそも保護が決定して保護費が支給されるまでに時間がかかるため、入院した野宿者はその間手持ちの現金もなく病院から支給された（後払いということで）一着の寝巻きで過ごさざるをえず、「着替えか洗濯代が欲しい」という相談を訪問時によく受ける。また、稀なケースだと思うが路上から救急搬送された場合に搬送先の病院や救急隊から福祉事務所への連絡がスムーズに行われずCWの初回訪問までに一週間以上かかったこともあった。その野宿者はその間以前入院していた患者の使っていた寝巻きと歯磨きセットを借りてしのいでいた。

病院訪問では、ファイザー製薬からの助成後は上記の経緯から初回訪問時に入院セットを

持参している。内容は、タオル、Tシャツ、パンツ、靴下、スリッパ、歯磨きセット、コップ、髭剃り、石鹼、石鹼ケースである。CWの訪問よりも早く訪問することもあり、その場合は特に喜ばれるが、そうでなくても下着類の着替えが増えることは素直に喜んでもらっている。

3.退院後の不安

退院後の野宿者の処遇は保護継続の場合は生活保護施設や宿泊所などへの入所。保護廃止の場合は法外援護で緊急一時保護センターもしくは簡易宿所へ入所となる。緊急一時保護センターは原則一ヶ月間の入所で場合によっては自立支援センター経由での就労自立もある。簡易宿所（旅館）は原則一週間の入所で場合によっては一週間ごとの延長を受けることもある。最悪のケースは退院後即野宿である。

「退院後は保護廃止だと言われた」という声を訪問時に聞くことがある。「自分は入院が必要だったから生活保護を受けることができて、入院の必要がなくなれば（=退院）保護は終わりなんだってさ」「65歳以下でまだ若いし、これ以上保護なんか受けられないから後は自分で何とかしてくださいだって」「前に俺の知ってる奴が同じこと言われたって。しょーがないよな...」と本来の法の運用とは異なる自治体による運用方法のほうが野宿者に浸透していることを知る。微力ではあるが、生活保護法の正しい運用方法や本来保障されている権利を知ってもらう、気付いてもらう・助になればと病院訪問のしおりを作成し、訪問時に説明しながら配布している。また、何か相談したいことなどがあった場合に連絡がとりやすいようにとテレホンカードも渡している。

4. 人間のいる場所

野宿者が生活保護を利用し退院した後は退院即保護廃止による再野宿の場合を除き、施設収容を前提とした施策が適用されている。生活保護は他法他施策優先であるし、野宿者が路上脱却のために活用できる施策が充実されることは望ましいと私は思っている。

しかし、なかには退院後に簡易宿所（旅館）に入ったが居住環境への不満（「二段ベッドの雑居部屋で夜トイレに行きたくても階段の音をたてないよう気遣っていると行きづらいし、肩身が狭い」「夜中になんでもタバコをモンモンとふかして延々と大声で話している奴らがいて空気が悪いし疲れやしない」「かえって体が悪くなる」）から数日後に自己退所する者もいた。その後 CW の配慮で緊急一時保護センターへ入所したがこちらも数日後に自己退所してしまいその後所在不明となった。

数ヵ月後、炊き出しの場にひょっこり本人が現れると出会い頭に「久しぶりだね、気付かなかつたよ。元気？顔色悪いんじゃない」と言わ

れた。それはこっちのセリフだよと思ったが、「お世話になったね。だけどやっぱりあそこは人間のいる場所じゃないよ」とまだ言っている。聞けばあれから（新宿）西口で野宿しているとのこと。

退院後に福祉事務所の処遇方針に従い収容先から見事自立を果した者も一定数いると思う。しかし、彼のようにそこから漏れてしまう者も一定数いて、退院後の路上脱却のチャンスを掴み損ねていることを私は残念に感じる。本人にとっては路上のほうがよっぽど良いらしいが、それはあくまでも入所したところと比べてのことだろう。

退院後に療養しながらこれからの生活を立て直す基盤となる、彼の言う「人間のいる場所～」が路上ではないところで確保されるようになればと思う。

以上

（上釜一郎）

☆☆☆コラム☆☆

ペンネーム弓削鴻介。彼は、路上文芸雑誌「露宿」ではお馴染みの投稿者だった。彼の投稿の詩は「ルルル♪」「ラララ♪」といつも歌っていた。

弓削鴻介が戸山公園のテントでやせ細って寝ている、頑固な 69 歳の男性と同じ人だと分かったのは最近のことだった。「病院に行こう・・福祉に行こう」と誘っても首を立てに振らなかった彼が、ある日、自分で福祉事務所に申請に行き、入院した。酸素をつけた苦しい息の中で彼が笑って言ったのは「この病院には歯医者があるよ。歯を治してもらうんだ。歯を入れるんだ」。

その後、退院し、年の開けた 2006 年 1 月 20 日、雑居部屋の宿泊所に居た彼は、息を引き取っていた。死を予感した人が「歯を入れる」ことを楽しみにはしないだろう。弓削鴻介は、新しい歯で生活することを期待していた。そうだ、あなたには、もっともっと歌いながら生きて欲しかった。（金沢さだこ）

新宿区内の医療機関に対するはがきアンケート調査から

～「清潔の機会の提供」の実践はここから始まった～

はじめに

野宿する人々をとりまく問題は複雑であり、幾重にも連なっている場合が少なくないことは改めて述べるまでもない。例えば医療班では「健康」に関わる支援活動を行い、新宿中央公園などでの健康相談会を定期的に行っているが、路上での支援活動をいくら強化ところで、そこが路上である限り、健康の維持そして病気の治療には限界がある。実際に彼らが患った病気を治療するために関係を持たねばならないのは、我々のようなボランティア以上に、社会システム上にある彼らが実際に診療にかかる医療機関である。

路上でのパトロールや健康相談会で出会った野宿当事者が、福祉事務所を介して「どの医療機関を受診したか」を把握するのは難しくないが、新宿区内に生活保護指定病院は数多くあれ、実際に利用している医療機関は限定されている印象を受ける。特に、歯科治療には複数回の受診が必要なものも多く、できるだけ生活拠点に近い医療機関が望ましいが、実際2000年6月から2001年10月の間に新宿福祉経由で歯科受診となった15名について確認したところ、区内に生活保護指定歯科医院は200以上あるにもかかわらず、通院先として利用されたのは8施設（病院3、医院5）のみであった。区側としては、福祉事務所からの交通の便が比較的よく、地理的にわかりやすい医療機関を選択している面もあるようだが、トラブル回避のためか、新しい受け入れ先の開拓には消極的という点も否めないようである。

では医療機関側の認識はどうなのか。野宿者の受診受け入れは本当に困難なのだろうか。だとすれば理由は何なのか。

2003年、医療班では、新宿区内の医療機関299施設（医科診療所・国公立病院74施設、歯科：225施設）に対し往復ハガキによる「野宿状況にある方々の受診受け入れ状況に関するアンケート」を行った。調査は、地理的に新宿福祉事務所より通院可能と思われる医科と、区内すべての生活保護指定となっている歯科医療機関を対象とした。

1. 調査概要

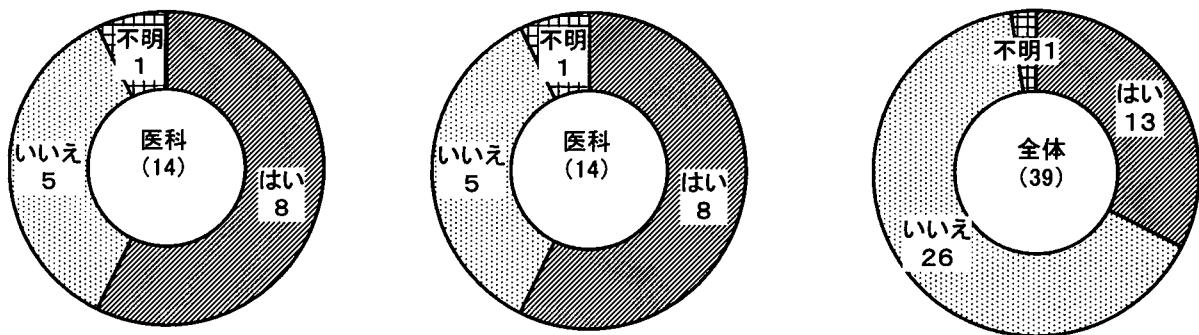
- 1) 実施時期：2003年5月～6月
- 2) 調査方法：往復ハガキによる
- 3) 調査対象：新宿区内の生活保護指定病院299施設（医科診療所・国公立病院：74、歯科：225）
- 4) 回収率：医科18.9% (14/74施設)、歯科11.6% (26/225施設)*、全体13.4% (40/299施設)

*歯科の1施設は障害児専門医療機関のため対象外とした

2. 設問と回答

Q1 過去において貴医療機関ではホームレスの方の受診を受け入れたことはありますか？

医科については57.1% (8/14施設)が受け入れたことがあると回答しているが、歯科については80.0% (20/25施設)の施設において、受け入れたことがないと回答している。

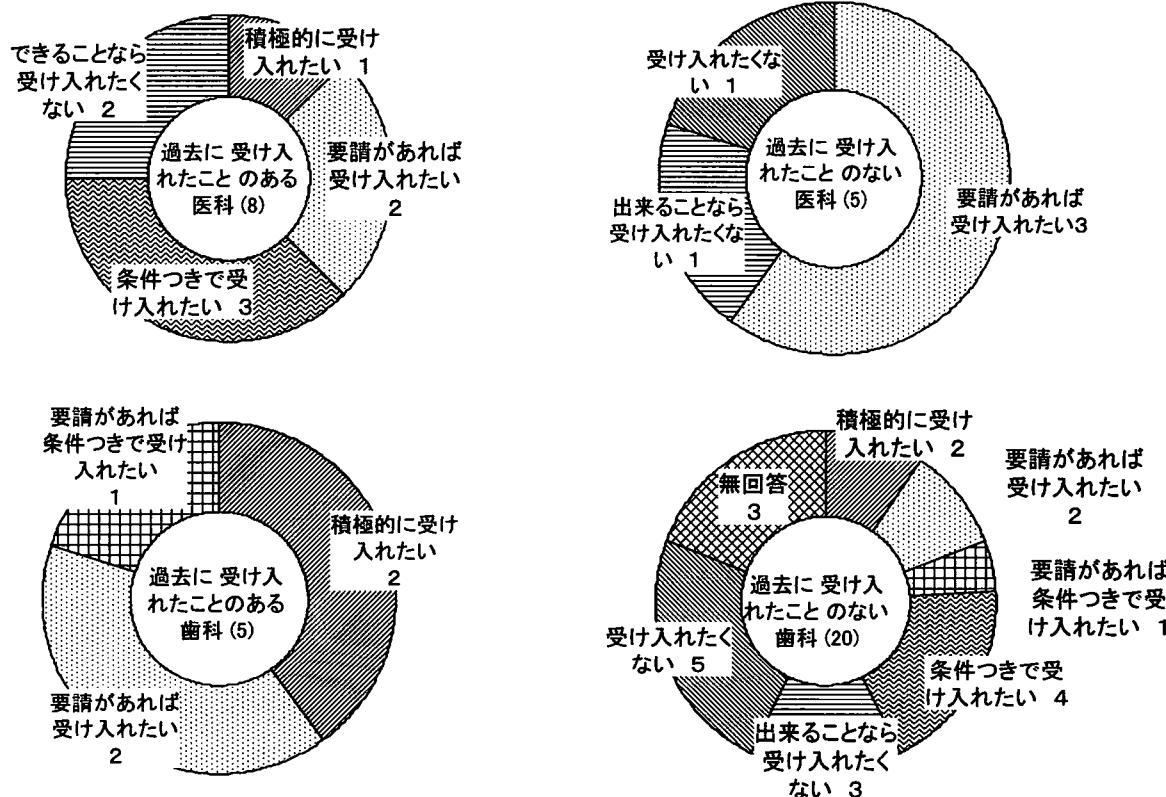


Q2 貴医療機関は、福祉事務所からの医療券による診療要請に対して、受診を受け入れたいと思いますか？

過去に受け入れたことのある医科 8 施設のうち、75%にあたる 6 施設からは、「条件つきで」または「要請があれば」という前置きはあるものの、今後も「受け入れたい」という回答があった。ま

た、過去に受け入れたことのない医科では、5 施設中 3 施設 (60%) が「要請があれば受け入れたい」と回答している。

一方、歯科では、過去に受診を受け入れたことのある 5 施設のうち「受け入れたくない」と回答した施設はなかったが、過去に受け入れたことのない施設では、20 施設中 8 施設 (40%) が受け入れに否定的な回答を示した。

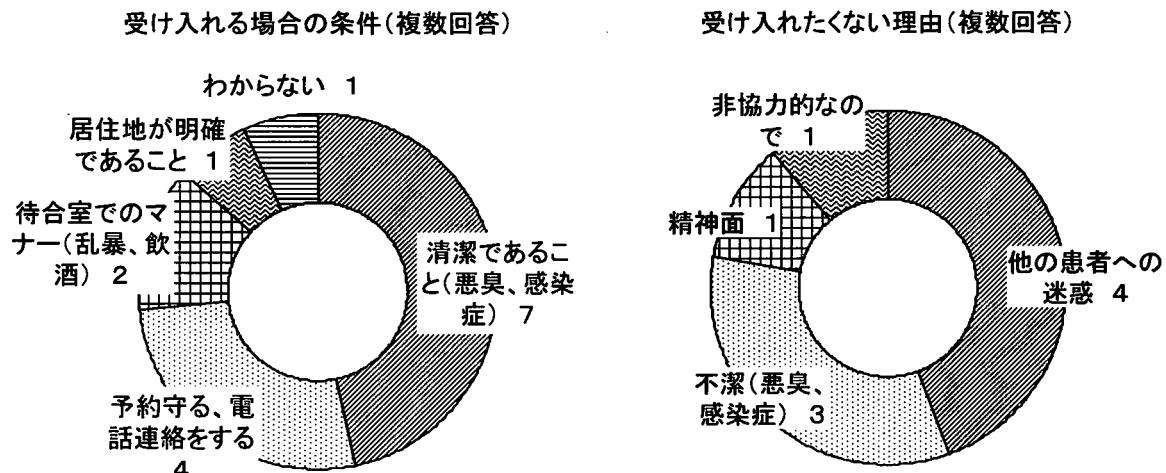


受診を受け入れる際の条件としては、15 施設中 7 施設 (46.7%) が「清潔であること」をあげ

ていた。次いで「予約を守ること、電話連絡をすること」といった意見があげられている。

また、受け入れたくない理由としては、「他の患者への迷惑」をあげた施設が最も多く、次いで衛

生面を気にする意見が多くあげられた。



受け入れ上の課題としては、第一に衛生面の問題があげられた。待合室などで同席する他の患者さんへの配慮もあり、においや服装等を気にする意見が多くあげられている。個人医院の場合、待合室が狭く、歯科医院などでは医師1人で開業しているケースもあり、人員不足のため受け入れが困難という回答もあった。他には「過去に飲酒などのトラブルがあった」「予約時間を守ってほしい

い」「病歴をきちんと報告することをしっかり指導してほしい」「住居が明確であること」「電話連絡をする」「受け入れているが、(スペース、人手の問題等あり)これ以上は困難」等のコメントがあげられた。また、現在受け入れ中の施設の中には、曜日や時間帯で受け入れ枠を設けて診療にあたっている個人医院もある。

表1：受け入れに関する条件、理由など

条件つきで受け入れたい	医科	待合室が狭く、以前来院されたホームレスの方の悪臭に、他の患者さんも我々も困り果てましたので、土曜日(第1,3,5)のAM10-11までの予約制なら受け入れさせていただきます。
	医科	1)病歴をしっかりと報告する。2)アポイントを守る(連絡なしでキャンセルの人が過去非常に多く困っている)ということをしっかり指導してほしい。
	医科	住居地が明確、清潔なこと、感染症がないこと。
	歯科	待合室の椅子に座つたら跡がつく様では困ります。他人の靴をはいて行く等。TEL予約すること。他の患者に不快感を与えないこと。(例)悪臭を放つ。不潔感を与えないこと。
	歯科	清潔な方ならOKです。
	歯科	診療日、時を守れる事。
	歯科	どういう条件をつければ良いのかわかりません、役に立ちたいと思いますがどこまでできるかわからないので。
	歯科	身体をなるべく清潔にし、他の一般の患者さんに不快感を与えないよう来院してほしい。
	歯科	衛生面だけ気にしていただければ。
要請があれば受け入れたい	歯科	ニオイだけは気をつけてほしい。
	歯科	木曜日の午後(要TEL) 清潔な身なりで、来院して欲しい。
出来ることなら受け入れたくない	医科	受け入れのスペースが足りない。飲酒、乱暴で他の人に迷惑がかかつた経験などで。
	歯科	他の患者、スタッフに対して迷惑となる言動やかっこが心配です。

受け入れたくない	医科	他患者の迷惑になると思われる。
	歯科	生保の方は、毎月数人の受診がありますが、うつ病等、精神科受診の方も多く、服装、臭い等、他の患者さんに迷惑な事も多く、医療券が届かなかったりし、個人の診療室はなかなかむずかしいと思います。
	歯科	ドクター1人ユニット一台で診療しておりますので消毒等考えて無理です。
	歯科	現在生活保護の患者さんを受け入れてますが非協力的な方が多く当医院はこれ以上の方は手いっぱいです。
	歯科	ホームレスの人は体臭がきつくないですか？
	歯科	他の患者様のご迷惑になりますのでお断り申し上げます。
	歯科	悪臭、細菌感染、他の患者様への不快。改善されるか、専用の診療スペースの出張診療は考えられる。

3. アンケート結果を受けて

回収率は10%台と低かったものの、医療機関側の生の声を聞けた意義は大きい。

今回「積極的に受け入れたい」と回答した歯科医院とは、その後協力関係を結ぶことができた。医療班主催（新宿福祉事務所共催）の屋内での歯科相談会にボランティアとして参加していただいたり、中央公園での定期健康相談会にも数名の方に協力していただいている。

そして、本来協力医療機関の開拓を目的として始めた調査であったが、私たちの取り組みは清潔の機会の提供へ注力していくことになる。

雨の降る中、1時間でも外で過ごせば、たとえ傘を持っていたとしても身体が濡れるのは防ぎきれない。風のある日に一日屋外で過ごせば誰でもほこりまみれになる。猛暑の日に一日外で過ごせば着ている物は汗で濡れてしまう。それが日々のこととなる路上生活という形態は、本来受けなくて済む不利益を生んでしまうことを、今回の調査で改めて認識させられた。

受け入れる場合の条件としても、受け入れたくない理由としても衛生面の課題が最も多くあげられることから、医療班では、このアンケート結果をもとに早速福祉事務所と話し合いをもち、着替えや区役所内に設置されているシャワールームの充実を要望した。折しも新宿福祉事務所が本庁舎から分庁舎に移転することが決まっていた時期であった。本庁舎時代のシャワールームは、

福祉事務所のフロアとは別の場所にあり、清掃職員が使用しているものを福祉事務所来訪者も使用していたが、2004年2月の分庁舎への移転以降は、福祉事務所内の同じフロアに野宿者専用シャワールームが設置され、使い勝手がよくなった。着替えについては、当初医療班に届いたカンパ衣料の一部を福祉事務所内に常備させてもらうことを希望したが、スペース上の問題から実現できていない。

医療機関受診時は、福祉事務所のシャワールームを活用できるとしても、恒常的な清潔の機会は皮膚病等の予防の観点からも必要なことである。風呂券の大量配布も検討したが、銭湯に一度に入浴者が殺到した場合、新たな差別が生まれる懸念もあり、躊躇せざるを得なかった。東京都が所有する現在使用されていないシャワールームを開放してもらうことも提案したが、壁が厚く、早期の実現は見込めなかった。

試行錯誤の末実行に移したのが、2003年8月の「1日シャワーサービス」である。新宿連絡会主催の「新宿・夏祭り」の際、会場となっている新宿中央公園に入浴車を一日レンタルし、シャワーサービスを行うというものである。この方式はコスト面の他、夏場でないと実行できない等課題も多く残ったが、シャワー利用者の声は概ね好評であった。シャワー入浴の機会はまず当事者が求めているものであり、恒常的な清潔の機会はやはり必要であると認識させられた。

冒頭で述べたように、野宿を余儀なくされる人

の健康の維持そして病気の治療は、そこが路上である限り、依然厳しい。けれどもひとつひとつの障害を解決していく努力を続けていくことは可能である。医療班では、今後も関係各所と連携を

とりながら、一步ずつ活動を展開していく所存である。(了)

(五十嵐真紀)

☆☆☆コラム☆☆☆ 「テント村の村長さんたち」

新宿連絡会医療班の活動は、いつも野宿の仲間たちによって支えられてきた。というより野宿の当事者による日常的な「仲間の力で仲間のいのちを守る」取り組みが先にあり、その基盤の上に医療班の活動が成り立ってきたと言って過言ではない。

1998年2月、新宿駅西口地下広場の大火災により、4人の仲間のいのちとダンボール村コミュニティを失った新宿連絡会は、活動の拠点を新宿中央公園に移した。炊き出しと同様、医療相談会の場所も地下広場から中央公園ポケットパークに移転したが、曲りなりにも「屋根」があった地下広場と違い、寒空のもとでの医療相談会には当初、慣れないことも多く、活動を継続するのがやっとの状態であった。

その医療班に手を差し伸べてくれたのが、中央公園のテント村の仲間であった。特にポケットパークに近くにテントを構えたKさんを中心とするグループ（当時、K村と呼ばれていた）は、机などの物資を保管してくれたり、医療相談会に集まるスタッフにお茶や食べ物をふるまってくれたりと惜しみない援助を注いでくれた。ムードメーカーのKさんは、越年や夏まつりのコンサートでは、奇抜な格好をして仲間を盛り上げ、奥さんのMさんと共に新宿連絡会のイベントには欠かせない存在であった。

戸山公園で相談会を始める時も、戸山テント村のMさんにお世話になった。2002年2月に鳩山由紀夫代表（当時）を中心とする民主党の議員団が戸山公園を視察した際も、Mさんがテント村を代表して仲間の声を伝えてくれた。それは同年の8月、「ホームレス自立支援法」の成立という形で結実した。

そのKさん夫妻も、Mさんもみな今は故人となった。時期も死因も別々だったが、病に倒れたという点では共通している。人のことには一生懸命になるのに、自分は最後まで病院にかかるない…そんな仲間たちに私たちの活動は支えられてきた。

Kさん夫妻やMさんと一緒に「村」を作っていた仲間の多くは、いま東京都の事業を利用して都内各地のアパートで地域生活を営んでいる。私はそのアパートのいくつかを訪問する機会があるのだが、訪問した先で、彼ら村長さんたちの思い出話に花が咲くことがある。「あいつはのん兵衛でしようがない奴だったよ」…精いっぱいの悪口を言うことで、生き抜いた仲間たちは亡くなつた仲間を今も偲んでいる。（稻葉）

野宿者との関わり～それぞれの立場から～

医者になって東京に来て7回目の春を迎える。そして多分最後の春だ。この間、何度か病院を移り自分を取り巻く人や場所も変化したが、変わらずに続いた関係もあった。それが新宿だ。始めて医療相談に参加した時、僕らはまだ医師免許が交付される前で、診察どころか血圧を測ることさえままならない状態だった。おまけに卒業旅行から帰国したばかりの僕は、とんでもなくふざけた髪型と服装と飾り物をしていた。炊き出しに並ぶ何百人のおっちゃん達が醸し出す雰囲気にとにかく圧倒された。その後の恒例の反省会で、粋がっていた僕は“アジアだ！アフリカだ！国際協力だ！！”など随分生意気な事を口走っていたと思う。そんな僕に大脇先生は“若い時は熱いまま飛び出して行けばいい。ただし、その前に自分の国の現実を見てから行きなさい”と語った。野宿医療の師との出会いだった。その他にも素晴らしい仲間と知り合った。なによりも実際の現場で活躍する人達の言葉は心に響いた。もっとこの人達のことを知りたいと思った。それが続けるきっかけだった。

その後は研修医という修行の身ではあったが、出来るだけ顔を出した。最初はあまりに頼りないので、せっかく並んで待っていたのに僕だと分かると、改めて隣の大脇先生の列に並び直す人もいた。糖尿病の研修中は、おっちゃん達の血糖ばかりが気になったし、循環器のローテーション中は“胸は痛くないですか？”ばかり聞いていた気もする。皮膚科や整形外科的な対応はすべて新宿で学んだ。その内“いつもこの先生だから”と僕を指名してくれる固定客みたいな人も出てきた。また野宿医療ならではの格言も教わった。

“寒い日に公園で測った血圧は200以上なら病院へ”、“路上で聴こえる雑音は結構な肺炎で、絶対病院へ”、“腰痛の人はとりあえず和式の便所で用が足せるか聞け”等など。

うへんと思いつながら、根拠は見出せないまま6年が過ぎたが、今では全く同じ事を後輩に伝承している。そういえば1年前、西口の伝言黒板に「タカミ君、俺はまだ生きてるよ 西口の住人より」とあるのを見た。誰が書いたかわからない。ただ新宿だけが僕の6年間の成長を継続して見守ってくれてきたり、今後は後

輩の成長を見守り続けてくれると思う。

野宿者との関わりは新宿よりも、日常の勤務先の方が多かった。僕が研修した中野区の病院は、基本的に救急車は断らない方針だった。そのため豊島区や渋谷区から、何十もの病院を断られ、数時間もかけ来院する野宿の人達を沢山診た。

一人での当直が始まったばかりのある夜、高齢男性が渋谷から90分かけ遙々到着した。全身雨にぬれ、唸るばかりで意識も混迷し、脈は浅く、息も絶え絶えで瀕死の状態だった。酸素と点滴をしつつ、まずは体を温めようと濡れた衣類を剥ぐと、無数の羽虫が舞い、皮膚にはこれまで無数のうじ虫が覆っていた。さすがのベテランナースも腰を抜かすほどだった。そのままリハビリ室に運び、デイケア患者用の浴槽で温めた。何とか意識は戻ってきた。しかしどうしよう、ウチは満床で入院させるベッドがない。散々断られ続けここに辿り着いたのに、こんな状態で引き受けてくれる病院なんて見つかるだろうか。案の定、病院探しは難航し、1時間電話しまくっても見つからない。最後にダメ元で、一度救急搬入を断られたという新宿近くの都立病院に問い合わせた。そこで信じられない

言葉を耳にした。“ああさっきの人ね、きれいになったんですか、じゃあいいですよ。送ってください。”

あまりの衝撃に言葉が出ず、なんとか震えた声で“お願ひします”とだけ言って電話を切った。その時僕の心を満たしたのは、その医者に対する怒りだけだった。自分だけはこんな風にはならないと決心した。

その後の当直でも野宿の人の依頼は必ず受け入れ、何人も入院させ自分で担当した。ほとんど意地になってやっていた。

それから当直にも少し自信がついてきたある夜、泥酔し大声で怒鳴り散らす男性が運ばれてきた。よく知った顔だ。“また青カンになったから、何とかしてくれ”という。彼は数ヶ月前に僕が当直中に入院させ担当し、生活保護を取りアパート自立、外来通院へとつなげた患者だった。その後は犯罪まがいを繰り返した末にいなくなり、福祉の担当者も困り果てた所だった。あまりの身勝手さに頭に来たし、裏切られたと悲しくなった。

似たような事は続き、中途半端な正義感だけで、最初の決意を支えるのも限界になってきた。“ホームレスはダメなやつばかりだ”と平氣でいう医療関係者の多くがこういった経験をしていると思うが、本当に自分自身が野宿のおっちゃん達を嫌いになってきていた。今まで怒ってきた筈の医者達と自分も何ら変わらない状態だった。そんな時新宿のおっちゃん達が僕を救ってくれた。僕自身の短く少ない Series (シリーズ) によると、救急室で出会う人達に比べ、公園で出会う人たちは全般的に真面目で、正義感が強く、自立心が高い。(そもそも野宿という選択が個人の誇りと自立心のなせる事だけは思う) そんなにまで我慢しなくとも、こちらが心配になるくらい、自分で何とかしようと頑張る人が多い。そんな人達には、その場の紹介状一枚が何か大きな意味を持つ気がしてしまう。新宿で何とか崩れそうになったモチベーションを保つ日々だった。

実際救急室で、酔っ払って暴言を吐き、暴力を振るう野宿者は少なくない。そんな一部の人たちのために、野宿者全体の評価が下がってしまっているのも事実だ。一方で、彼らにしてみれば、追い込まれた状態で救急車を呼び余裕なんてない訳だし、以前何度も救急室で嫌な想いもしているだろう。診断されず、未治療の精神疾患を抱えた人も多いと思う。“好きとか嫌い”とか“良いとかダメ”とかそんな安直な感情は、各々が偶然に関わった事情によることが分かってきた。その内、僕自身のつまらない正義感も過剰な思い入れも消えていった。

かつて新宿でボランティア中の僕は、野宿からとりあえず医療に繋がる事に満足し、“よかった”いやもっと“いい事したな”と自己満足を大いに満たした。そしてその後の病院の対応を聞いては不誠実だと腹を立てた。公園でボランティアしている自分達の方が、高尚な医療者のような錯覚に陥っていたのかもしれない。実際は受け入れる病院の苦労やそういう対応にならざるを得ない事情も分かっていたはずなのに。

野宿者への対応は個人の良心や経験だけでなく、病院の方針や行政のシステムによるものが大きい。救急室の当直医とボランティアの相談医とでは立場が全く違う。今では正直言って、当直中に“住所不定の〇〇歳男性で・・”と連絡を受けると断りたくなる。スタッフからの非難も浴びるし、はっきりいって当直医ではどうしようもないのだ。結局、命に別状がない事だけを確認し、また寒く過酷な野宿へと追い返すしかないのだ。そんな度に、粹がっていた研修医の頃を思い出しながら、自分への無力感に包まれる。そんな形で貯め込んだ、自己愛からの良心の呵責みたいなものを時々新宿で捨てて、Displace (置き換え) して心のバランスを保っていただけかもしれない。

東京を離れることになった今、何だかんだで続いた先でぶつかっているのは、自分の勝手な想いと現実とのジレンマだった。“全生活を掛けて関わる気概がなければ資格さえないので”、“自己満足を満たすのは醜いことか”、“そもそもこれまで、野宿者を取り巻く健康や生活は少しでも改善したのか”。考え出すと逃げ出しあくなるほどだ。

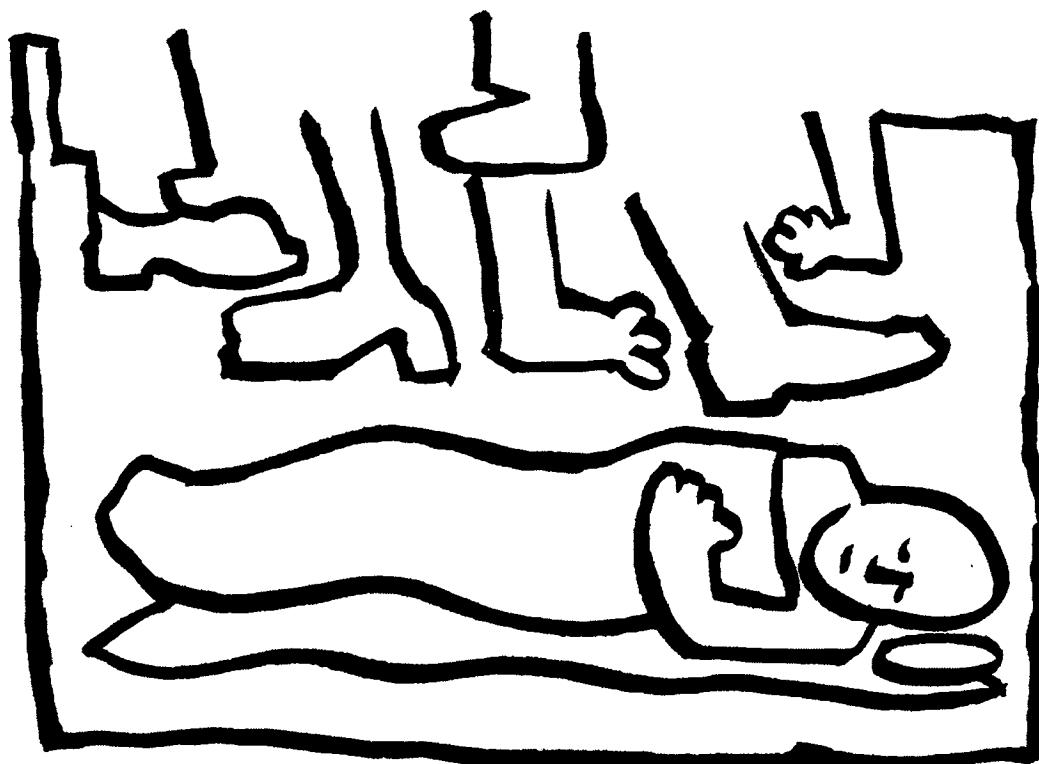
自分では何の答えも見出せない状態の僕を救うのは、三度新宿で、大先輩からの毎回入れ替わり立ち代わりやってくる新しいボランティアへの言葉だ。“自分の出来る範囲で協力してください。まずはこの現実を知ることから始めましょう”。今更に？今だからこそ？！

自分に向けられたわけではない、そんな言葉が僕の胸に染み渡る。

結局僕にはよくわからないので、“何処に行っても何らかの形で関わり続ける”それだけを心に決める事とした。

新宿の皆さんお世話になりました。
また会いましょう。

(高見 勇一郎)



福祉の患者様（ホームレス）の歯科診療

2003年に行なったはがきアンケート（別稿）以降、歯科に関しては地域開業医を中心に連絡をとれるようになってきている。地域開業医において野宿者の治療を受け入れるにあたり、どのような苦労があるのかを伺うと、こちらが予想していた以外にもさまざまな問題を聞くことができ、これはぜひ皆で共有したいと、無理を言って原稿にしていただいた。感謝。（中久木康一）

私は歯科大学卒業後、一般の開業医で、勤務医として約2年勤務した後、平成元年に、生まれ故郷（地元）である、新宿区百人町にて開業いたしました。

早いもので既に開業17年目を迎え、社団法人新宿歯科医師会の会員として、日々、地域医療に切磋琢磨している次第であります。

私の診療所は、JR山手線の新大久保駅のすぐ目の前に有る、大久保通りという通りに面した、駅前にあります。この町は毎日生活していると慢性化してあまり感じなくなりますが、ある意味、非常に特殊な町ではないかと思います。何故かと言いますと…

大久保通りは、東は千代田区より新宿を横断して西は中野区までを東西に横断する通りで、私の診療所はその丁度真ん中ぐらいに、約400メートル程の百人町商店街が有り、その中のビルにあります。

この大久保通りの北側は住宅街が広がり、その一部には早稲田大学理工学部のキャンパス、都内でも有数の有名私立中、高校、区立中学校、都立高校などの文教地区、国家公務員の官舎、また有名企業の社宅など住環境の良い地域が広がっています。その一部に後に話題にしますが、早稲田大学キャンパスに隣接して”都立戸山公園”が有ります。この中には子供が遊べる遊園施設、プール、スポーツセンターなどの施設を完備した、都会としてはかなり広い、とても立派な公園です。

一方南側に300メートル程行きますと、そこは日本の最大の歓楽街“新宿歌舞伎町”的“裏

の玄関”が有ります。山手線の、隣駅の新宿駅側からは“表の玄関”が有り、表側は主に飲食店、物販店など多数の店舗が存在します。裏側は風俗店、ラブホテルが多数存在しています。

またいわゆる“新宿”は日本最大のターミナル駅の一つである新宿駅を中心に…、東口に日本最大の歓楽街“歌舞伎町”、新興地域として約10年前から再開発されている“新宿南口”（高島屋など）、それと約40年前まえから再開発が進み完成した、代表的なものとして東京都庁が存在する“日本の摩天楼”西口地域と、大きく3個のブロックに分かれています。日本全国広しと言えど、一つのターミナル駅を境に様相の異なる、かつそれぞれが巨大な“町”を形成している地域は「新宿だけ」と言ってもよいのではないでしょうか。

その3個のブロックの中の西口地域の摩天楼のはざまに、また後に話題にする新宿中央公園が存在します。

私の診療所にはこのような地域を生活の場、または職場とする方々が来院されるわけですので、患者様は、男女問わず、幼児、子供、成人、お年寄りすべての年代の方々、また職種としては、官舎にお住まいのお役人、ビジネスマン、OL、商店などの自営の方、水商売関係、ホスト、風俗嬢、アジア系外国人（主に韓国人、中国人）それとまた後に話題にしますが生活保護（福祉）生活の方など、非常に多岐にわたっているのが現状であります。

先に述べたよう、私が開業した平成元年から

17年の月日が経過するなかで、当然の事ながら、町は日に日に変化していきます。誰でも記憶にあると、思いますですが…、平成元年と言えば、日本が過去に例をみない程、経済成長した“バブル”のほぼ頂点の時期がありました。そんな時代でありましたので、私の診療所の周辺には、社員数、数名と小規模な会社（事務所？）から200～300名位の中規模の会社が点在していました。従って、社会保険の保険証を有する患者様（特に本人）の割合が、最も多かったです。

その後徐々に“バブル崩壊”的波が打ち寄せてきて、周辺の会社や店舗が縮小、移転、または倒産を繰り返し、結果いわゆる”櫛の歯が欠けた”ように空地ができたり、不良債権化したのか、ガラ空きになった”幽霊ビル”も点在するような時代もありました。

そしてこの大久保、百人町地域のおおきな変化をもたらすきっかけとなったのは…。約12年前、歌舞伎町の“裏の玄関”に面する通称“職安通り”（昔から職業安定所＝ハローワークがあるため）に、時々世間を賑わすかなり大型の“ドンキホーテ”が開店し、開店当初より、ほぼ終夜営業を始めました。“ドンキ”ができる以前のこの通りは、道路幅員約30メートル（車道片側2車線の広い道路）もあるわりに、店舗もあまり無く、人も交通量も少なく、特にバブル期には歌舞伎町で宴をあげた人々の帰りの足となる、タクシーの列を形成するには恰好の通りでした。（週末にはタクシーの二重駐車？二列での客待ちなど当たり前でした。）

ドンキホーテ開店に伴い徐々に人、車が増えしていくと共に、周辺には韓国人が飲食店を競うように開店させ、今では一つの町が形成されました。特に数年前、日韓共催で開催された、サッカーワールドカップで韓国人サポーターが“職安通り”に集結し、応援したことで全国的に認知度を高めたと思います。そして今ではこ

の町を“リトルコリア”または“コリアンタウン”、また職安通りのことは“国際通り”と呼ばれるようになりました。

話題は随分と外れましたが、そろそろ本題に戻していきたいと思います。

私は勤務医時代（東京のビジネス街、虎ノ門にて勤務していたからかも？）、一度も福祉での医療（生活保護者）の治療にたずさわった経験はありませんでした。治療どころか、今思えば恥ずかしい話しですが、福祉での医療の制度も全く知りませんでした。

自分で開業する運びとなった時、開業をサポートしてくれるディーラーの担当者から、福祉の制度が有ることを初めて教えてもらい、社会保険事務所にて開業の申請とともに、生活保護指定医の申請も同時に行いました。

しかしながら、私の記憶によると、開業後3年間ぐらいは福祉での医療の患者様は一人も来院したことは無かったので、せっかく申請したもの、「いったい、いつ、どこから福祉の患者様が訪れてくれるのか？」と思っていました。開業後4年目ぐらいに初めての福祉の患者様が、福祉課が発行した、当時は患者様の“名前”が最初から記載された”手書きの、専用のレセプト用紙”を持参して来院しました。

初めての福祉の患者様だったので、いろいろな意味で取り扱いが解らず、福祉事務所に問い合わせた記憶もあります。その後は“忘れかけた頃1人、2人”というペースで来院する方がいましたが、年間で6～7人ぐらいだったと思います。そのような状況が数年続きました。

そして今から7年ぐらい前（平成11年頃）、何がきっかけなのかは、今もって解りませんが、突然、福祉の患者様が増えだし、3ヶ月ぐらい経過したら、月に10人ぐらいの患者様が来院するようになりました。

私の診療所の近隣に3つの公的総合病院がある事は、もちろん知っていましたが、その後に聞いて知ったのですが、日々変化していく町の中で、またこれも近隣に以前から存在していた、比較的老朽化した簡易旅館、同伴旅館などをある企業が買収して宿泊施設としていて、これを役所が、主に単身で何らかの疾患を抱え、通院をしている生活保護利用の人たちの宿泊所として利用しているそうです。

またその“宿泊所”的住人の方々は、今お話ししたように近隣の病院に通院する事を主な理由としているためか、新宿区福祉事務所管轄の方々だけではなく、例えば中野区、渋谷区、台東区など東京の中のあらゆる地域の福祉事務所管轄の方々が、住人となっており、歯科治療が必要な場合は、私の所に来院されるようになったようです。

福祉の方々は様々な理由があると思いますが、保険証を持参して来院される、一般の患者様に比べると、やはり口腔内の状況は悪い方が多く、かなり濃厚に診療しないと、相当長期間かかるケースが多いのですが、福祉の患者様は「病院に通院することが仕事？」のような方が大半なので、予約の時間は当院にとって“都合の良い時間”に来院してくれるので大変助かっていました。ですからその都度、次回の予約を取り、診療を行っていました。しかし 福祉の患者様が増えた事で、問題が発生しました……。

ある時、前回と同じ顔ぶれで、福祉の患者様と一般の患者様の治療を前後して行った時、一般の患者様が、福祉の患者様が“受付で次回来院の予約だけ取り、治療の負担金を支払わずに帰る姿”を見て一言、「前回もそうだったけど、あの患者さんなんで治療費払わないの？先生のお知り合い？」（この患者さんは私が開業した当時からの長い方なので、いつも治療に来ると、お互いあまり遠慮もなく？よく話しをする方なのです。）。

私は「福祉での医療の方だから、治療費は本

人から頂かないのです」と答えると、「福祉の人はどこで治療しても“タダ”なの？」と切り替えされ、次に「世の中ある意味不公ネ？私たちは毎月、保険を使用しなくても、高い保険料を払ったあげく、どこの病院に行っても、その都度、お金払わなければいけないのに。」と、私は考えもしなかったような事を、言われたので、いくら制度が有るとはいえ、心情的にはこの患者様の言うことも最もだし、正直“マイッタ”と思いました。

さらには、福祉の患者様が増えていくなかで、3~4人連続して治療した後に、一般の患者様の治療が終わると、受付嬢がこの患者様から“負担金の徴収を忘れてしまう”ということが、時折起るようになりました……。

福祉の患者様が増えてきて2年目ぐらいの時、福祉事務所より連絡が有り「先生に相談があるので、替わってほしい。」私が電話に出ると、福祉事務所の方が「今、歯に激痛がある人がいるので、診てもらえませんか？」と言うので、私は「では、すぐ来て下さい。」と答えると、「先生のところは、福祉の患者さんをいつでも受け入れてくれているのは解っているのですが、この人実はホームレスなんですよ？」と言われた瞬間、私の頭の中でグルグルと“汚いのかな？臭いかな？他の患者様嫌がるよな？オレは我慢したにしても、スタッフ嫌がるよな？”と考え「申し訳有りませんが、来て頂くわけにまいりません。」（私の世代の感覚だとホームレス=乞食と言う概念のため）、と答えると、「多分断られると思ったので、先に連絡してみたのですが？でも先生が“想像”しているような感じではないし、これからシャワーを浴びて、着替えてから行かせますので、お願ひします。行ってから不都合があれば連絡して下さい。」とまで言われたので来院してもらう運びになりました。

1時間後その方が来院してきたのですが、受付嬢も“一般の患者さんと勘違いしたのか”い

つも通りの対応で、主訴を聞いてから、「保険証お持ちですね?」という声が受け付けから聞こえてきました。すると「さっき福祉事務所から連絡してもらったはずなのですが?」というやりとりがあり、私が受け付けに行ってみたら、よく見ると少しくたびれた感じはするものの“普通のおじさん”で想像していたのとは全然違っていて、拍子抜けしました。これを機に“ホームレス”的受け入れがはじまりました……。

しかしここでもまた問題が発生してきました。これは想像ですが一言に“ホームレス”と言っても、生活習慣、衛生観念、そのような生活形態になってからの年数など、様々であるため、10数人に一人ぐらいの割合で“薄汚れた人”、“臭い人”来院することがあるようになりました。特に“臭い人”は困ります。私の診療所も20坪程度の“箱”ですから、治療が終わり帰った後でも、30分ぐらい“臭い”が残り窓を全開にして換気したり、消臭剤をまいたり、とくに真夏、真冬はたいへんです。また当院は院内はスリッパを使用していますが、スリッパが臭くなるため、時間が空いたらスタッフが洗剤で拭いたり、“後始末”が大変な事もでてきました。

また冒頭でも触れましたが、近隣の“戸山公園”、“新宿中央公園”という大きな公園には“ホームレス”が集まっており、それぞれ数百人いたこともあるようです。小綺麗にしていて“本当にホームレスなの?”と思うような人もいますが、中には“臭い人”もいるようで…。

ある時、“薄汚れて、臭い方”が待合室にいた時、当院に時々仕事で訪問される方が、たまたまいいらした時、「先生あの人患者ですか?待合室臭いますよ」と言われ、事情を話すと、「患者さんということは定期的に来院するわけですよね?もし私が今日ここに治療で來たら、正直言ってイヤですね。だって口の中に手をいれて治療するわけですからね。何か対

策を考えないと、他の患者さんに対してイメージ悪いですよ。」と言われてハッとするとともに、同時に困ったなと思いました。

先にお話したよう、負担金の徴収が無いことで他の患者様からクレームがあったこと、スタッフが受付で負担金の徴収を忘れてしまうこと、中には臭い人もいることなど問題が山積みになってしまいました。どうにかしなくては……。

私の診療所に来院される患者様は、予約時間を午前中の早い時間帯を希望される方の割合がすくないので、そこに目を付け、また診療開始時間を30分繰り下げ、水曜日、金曜日の午前中を“福祉の方”的診療の時間帯としました。一時的には好転していました。

しかし、時がたつにつれまたまた問題が……。福祉の患者様がどんどん増えて、多い月には福祉の患者様だけで40数件程になり、水、金曜の午前中の予約が20数名ぐらいにまで膨れ上がり、“野戦病院”化してきてしまい、一人一人の時間を充分に取れない、結果、治療の進行が遅くなり、時々「先生、オレの歯の治療いつまでかかるのかな?」という声もたびたび…。当然“一般の患者様”がこの時間帯の予約を希望されても、受け入れが出来ない、一番困ったのは、我々スタッフ一同が午前中の診療で“疲労”てしまい午後の診療の中で小さなミスをしたり、イライラしながら診療をしたりという日も時折でてきてしました。そんな中、本人は、はっきり明言しませんでしたが、延べにして4人のスタッフが辞めてしまいました。

今思えば、年齢の若い女性スタッフから見た場合、決して“好ましいタイプ”でない患者様が大勢、押し寄せてきて、疲労困憊すれば辞めたくなるのも理解できます。

その後、欠員したスタッフを募集する際の面接時に、まず私から話す事は当院での“福祉の患者様”的診療の実態を話し、それに対応できるか?ということが採用の大きなポイントと

なってしまいました。それでも「やっぱり私はできな~い」的に辞めた人も3名いました。まだまだ問題は続き……。

まず疲労困憊を改善して気持ちに余裕をもつには?水、金曜だけでなく更に火、木曜の午前中にも時間を設け、分散させました。これでスタッフの“疲労困憊”はかなり解消出来ました。しかしここで問題として残ったのは、“一般患者様”が午前中に予約を取りづらい、また“負担金の徴収の事”や、一部ですが“臭い人”的問題があるので、完全には問題解決は出来ていない。さあ～どうする?

そして行き着いた結果は(これが現在のスタイルですが)……

月～土曜日(当院は日、祭日のみ休診)の診療開始時間から約1時間程度に予約を入れる“寮”や“在宅”的福祉の方で仕事をしている人も一部いらっしゃることを知り、お互い(患者様と当院)に都合の良い時間に予約をいれ、予約が集中する事を避ける。

失礼ではあるが“臭い方”は水曜日の一番早い時間の予約にする、と同時に福祉事務所にて

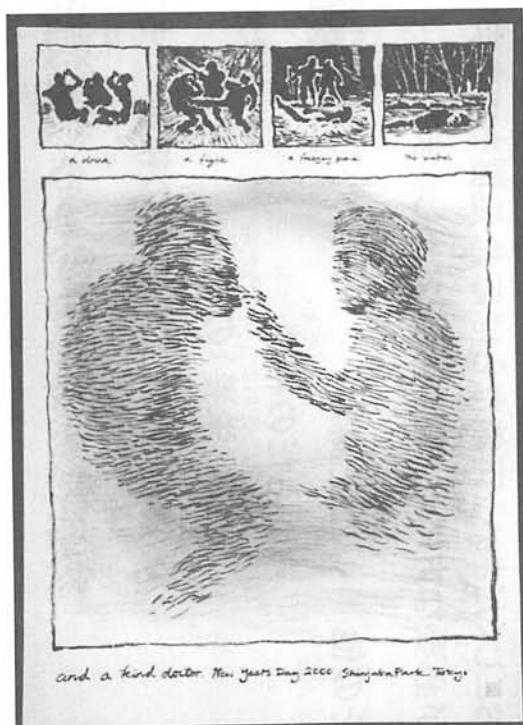
シャワーを浴びてから来院するように促す(ある意味スタッフを保護するため)。

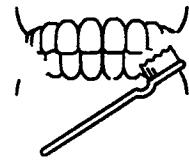
このスタイルになり、100%問題が解消したとは思ってはいませんが、私にとってはいろいろな問題に直面して(特に困ったのはスタッフが辞めてしまうこと)、数年間かかり行き着いた結果です。この先もまた新たな問題に直面する事もあると思いますが、その時は“ない頭”を振り絞り、逞しく、問題を解決していきたいと思います。

なんか今まで“苦労話し”ばかりになりましたが、何人かの患者様とは“仲良く”なりいろいろな話しをしたり、1、2度食事も一緒にしました。私の想像し得ないような体験談なども聞けて、とても楽しかったです。

最後に、私はこの土地で生まれ、現在開業17年目になりますが、福祉での医療を通して“地域の特性”を再認識できたと思います。これからも医療人の一人として、地域の人々と共に存共栄し、貢献していきたいと思います。

(開業歯科医師)





は むりょう そうだんかい

歯の無料相談会のおしらせ

新宿連絡会・医療班では、歯の無料相談会を行います。
 虫歯が気になっている方、歯がぐらぐらしたり、歯ぐきから血が
 出る方、入れ歯や噛み合わせの相談がある方など、お気軽に
 おこしください。可能ならば応急処置もできます。継続した治療
 が必要な方には、紹介状をお出しします。

その他 • 血圧測定

• からだの相談

• 食事(栄養)の相談

• 福祉・自立支援施設の相談 もできます

お茶を飲みながらゆっくりお話ししましょ!

相談者にもれなく粗品あり!

(タオル・せっけん・下着など)

日時：2月6日（日）午後2時～4時

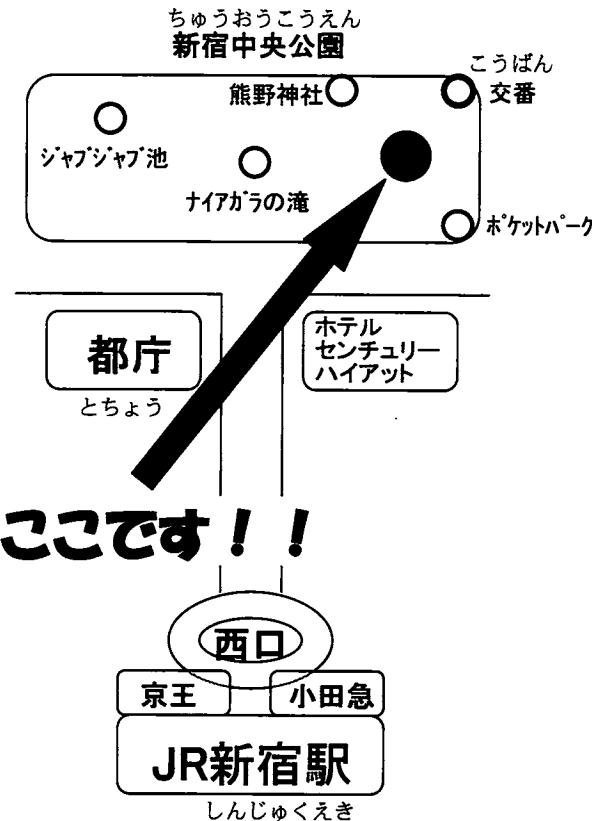
場所：区民ギャラリー2階の環境学習情報センター

(新宿中央公園内、炊き出しのポケットパークそば)

主催：新宿連絡会医療班

協力：新宿区福祉部生活福祉課

あんないす
【案内図】



第4章

自立への支援

- ◇ 自立支援事業と地域生活移行事業
- ◇ 福祉事務所現場の思いと課題について
- ◇ ケースワーカーの声
- ◇ 宿泊所利用者からとらえた「ホームレス」の人たちの社会保障・住環境・健康をめぐる現状と課題

自立支援事業と地域生活移行支援事業＜資料＞

東京都と特別区（23 区）は、野宿者の自立を支援するため、2000 年から自立支援センター事業、2001 年から緊急一時保護センター事業を開始した。2 種類のセンターは、路上→「第 1 ステップ 緊急一時保護センター」→「第 2 ステップ 自立支援センター」→「就労自立」という、段階的な自立支援システムとして構築されたが、「第 3 ステップ」として構想された「グループホーム」が実施に至らないなど、さまざまな問題点を抱えており、都内の野宿者数を減少させるまでに至らなかった（野宿者数の増加を抑制する効果はあったと言える）。

2004 年に入り、従来の事業の限界を踏まえて、公園及びその周辺の野宿者を対象にした「地域生活移行支援事業」（月 3000 円の低家賃で借り上げアパートを提供し、就労支援・生活相談を行なっていく事業）が開始された。新宿地域からは中央公園・戸山公園から約 430 名がアパート生活に移行し、新宿の野宿者の状況は大きく変化した。

以下にこれらの事業概要について、東京都の資料を掲載する。

（稻葉剛）

<<<<<<<<< 東京都福祉保健局ホームページから抜粋 >>>>>>>>>

《 路上生活者緊急一時保護センターについて 》

1 緊急一時保護センターの事業概要

（1）目的 路上生活からの早期の社会復帰を促進するため、ホームレスを一時的に保護し、心身の健康回復を図るとともに、自立支援センターへの入所など以後の処遇方針を明らかにする。（アセスメント）

（2）実施 東京都及び特別区

（3）運営 特別区人事・厚生事務組合が社会福祉法人等に運営委託をする。

（4）対象 特別区内のホームレス

（5）利用決定 特別区の福祉事務所長が利用承諾する。

（6）利用期間 原則として 1 カ月以内（必要に応じて 1 カ月以内の延長可能）

（7）事業内容 宿所・食事の提供、生活相談・指導、健康診断・相談、意欲・能力の把握による処遇方針の策定など

2 緊急一時保護センター利用実績（平成 17 年 6 月末実績）

入所者累計 10,869 名

退所者累計 10,533 名（うち自立支援センター入所 4,448 名）

《 路上生活者自立支援センターについて 》

1 自立支援センターの事業概要

(1) 目的 緊急一時保護センター入所者のうち、就労意欲があり、心身の状態が就労に問題がないと認められる人を対象に、原則2か月間の入所期間で、食事の提供、職業、住宅等についての相談を行い、ホームレスの就労による自立を促進します。

(2) 実施 東京都及び特別区

(3) 運営 特別区人事・厚生事務組合が社会福祉法人等に運営委託をする。

(4) 対象及び利用決定 緊急一時保護センター入所者のうち、アセスメント（評価）を参考に各区の福祉事務所長が利用を決定する。

(5) 利用期間 原則として2か月以内（必要に応じて4か月以内の延長可能）

(6) 事業内容 宿所・食事の提供、生活指導、就労指導、住宅相談など

2 自立支援センター利用実績（平成18年2月末実績）

入所者累計 6,315名

退所者累計 6,039名（うち就労自立者 3,084名 就労自立率 51%）

3 施設の設置状況（杉並寮開設後の定員）

施設	設置箇所等				定員
緊急一時保護センター	13年度	大田寮	14年度	板橋寮	計5ヶ所 654人
	15年度	江戸川寮	16年度	荒川寮	
	17年度	千代田寮			
自立支援センター	12年度	台東寮	→ 17年度	北寮	計5ヶ所 342人
	12年度	新宿寮	→ 17年度	中央寮	
	13年度	豊島寮	→ 18年度	杉並寮	
	13年度	墨田寮			
	15年度	渋谷寮			

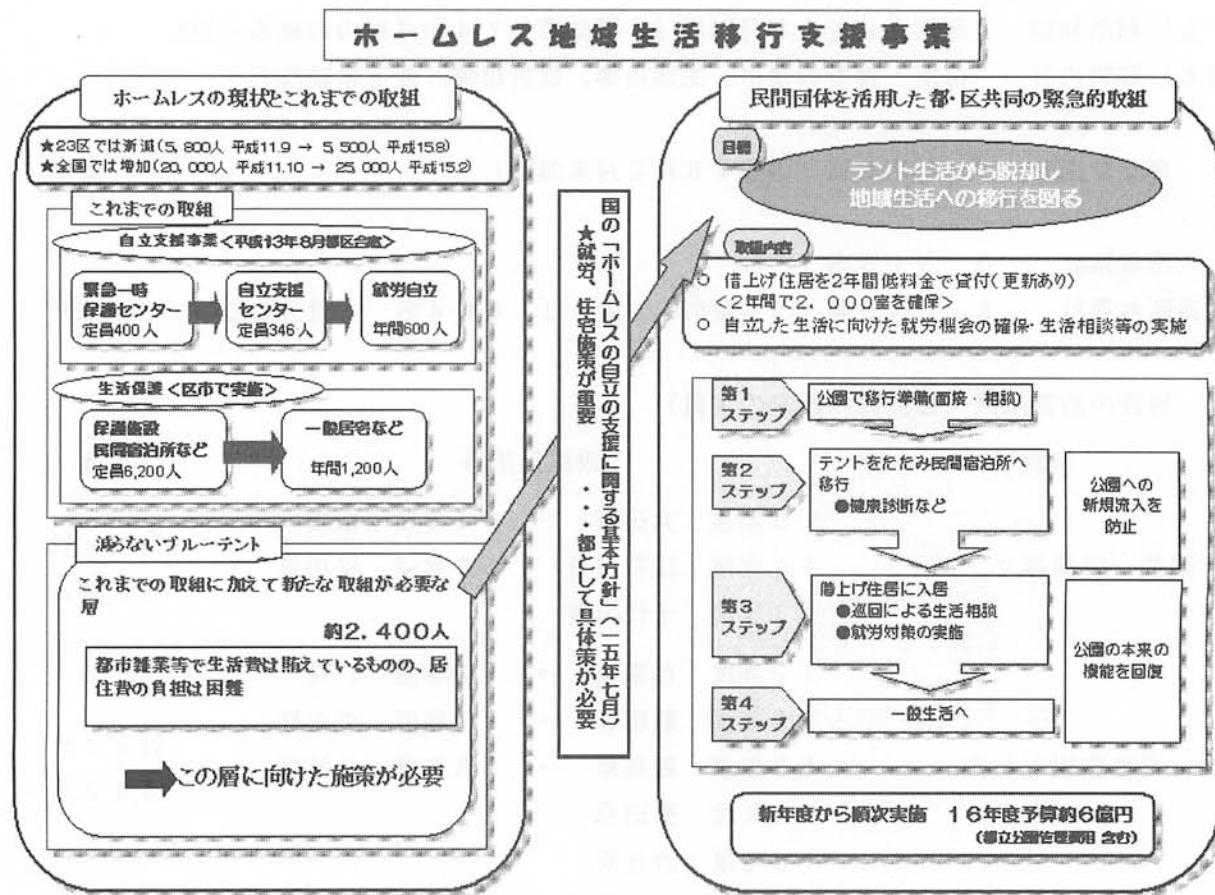
《 地域生活移行支援事業について 》

1、事業の目的

ホームレスに低家賃の借上げ住居（都営住宅、民間アパート）を貸し付け、自立した生活に向けて支援します。あわせて、公園の本来の機能を回復します。

2、事業の内容

- ・借上げ住居を2年間（更新あり）低家賃での貸付けを行います。
- ・自立した生活に向け、就労機会の確保や生活相談等を行います。
- ・これらは図のステップを経て、行われます。
- ・事業は、ノウハウのある民間団体（社会福祉法人、NPO法人等）に委託して行います。



現在までの進捗状況は、以下のとおりです(18年3月13日現在)。

※公園から借上げ住居への入居は終了しましたが、入居した人に対しては、引き続き就労支援や巡回による生活相談等を行っていきます。

公園名	移行人数
都立戸山公園	228人 (平成16年9月～平成17年2月)
区立新宿中央公園	193人 (平成16年9月～平成17年2月)
区立隅田公園	194人 (平成17年2月～平成17年5月)
都立代々木公園	274人 (平成17年7月～平成18年2月)
都立上野恩賜公園	301人 (平成17年9月～平成18年2月)
合計	1,190人

福祉事務所現場の思いと課題について

新宿区福祉事務所 嘉山隆司

1. はじめに

私は1977年新宿区役所に入って以来、他部署に異動した2年間を除き、福祉事務所で生活保護業務に関わり、主にホームレス援護担当として仕事をしてきた。医療班と新宿区福祉事務所のカウンターを挟んでの付き合いが始まってからどれくらいになるか。「相談窓口で申請を受け付ける中での様々な思いを率直に語ってくれ」との要請に対して、様々なことが脳裏をよぎる。

率直に言うならば、本来、行政がやるべきことを（夜間パトロールや医療相談会等の活動）を地道に今日までやってこられた医療班のメンバーに頭が下がる思いだ。医療班の活動によりニーズが顕在化し、私たちの職場状況は厳しさを増してきているが、新宿連絡会、そして医療班の活動があったからこそ、不十分だが、新宿の今日的ホームレス援護の仕組みができた一つのきっかけになったことは確かだと、カウンターの向こう側からそう思っている。

2. 医療班の活動で何が変わってきたか

(1) 強い味方になる紹介状

いつの頃かはっきりとした記憶はないが、毎週月曜日の「福祉行動（新宿連絡会がホームレスの人たちを生活保護等の援助に結びつけるため、福祉事務所に来て当事者たちを援助する取り組み）」に医療班のメンバーが相談者とともに来所するようになった。最初は医療班の立場、取り組みもわからないまま、窓口での押し問答も相当あったが、今では医療班とのやりとりも穏やかな窓口の風景になってきている。相談に来るホームレスの人から医療班医師の紹介状が提出され、私たちは一通り目を通し、生活保護申請を受理したうえ、簡単な聞き取りの

後、指定医療機関（区内の総合病院、大学病院等）への診療依頼書と病状報告書を発行する。これが医療機関へ通院させる時のパターンだ。私たちは医療班の出した紹介状から、「外来」だけでいいのか、「入院」の可能性はあるのか、診療科目は、注意すべきこと（結核等感染性の可能性など）はあるのかなどを読み取り、受診先を判断することができ、的確な対応ができる。日常の相談場面でも体の不具合を訴える人には速やかに受診先を確保するようにしているが、医療班からの紹介状があると、受診先の医師もより患者の状況に見合った診察ができるのではないかと思われる。あるときは事前に紹介状をFAX送信したことにより、入院をより確かなものにしたことであった。何よりも口下手な人が多い相談者にとって、紹介状は強い味方ではないかと思われる。

(2) 多くなつた歯科受診

相談者の中には継続的に通院している人も多い。糖尿病、高血圧、肝機能障害、胃潰瘍等抱えている病気は様々だ。ここ数年増えているのは歯科受診を希望する人だ。医療班が始めた歯科相談によりニーズが掘り起こされているのは確かだ。歯科の場合、指定医療機関が少ないため、通常は近場の個人医院に予約したうえ受診させる仕組みだ。当初は、手狭な待合室に多くの荷物を持ち込んだり、汚れた服装で行く人がいたため苦情がきた。以来、受診に際してはシャワー、着替え、歯磨きのうえ受診してもらうようにし、いまではそれが定着しつつある。苦情もなくなってきていている。トラブルになりそうな人については、対応に慣れている総合病院歯科に振り向けている。歯科医院は貴重な社会資源であると痛感している。

(3) 窓口で困ることは入院先探し

窓口でいつも困るのは入院先の確保である。過去にトラブルを何度も起こし病院のブラックリストにのっている人はなおさらだ。かつてのように、電話一本で入院を引き受けてくれる病院も少なくなり、私たちが望む病院とのネットワークも以前より希薄になってきている。半日、もしくは1日がかかりで病院を探すこともざらだ。特に困るのは、医療的には入院の必要性はないが一定の介護なり生活援助が必要な人、障害や疾病等によりドヤでの生活が困難な人、要入院状態でも度重なる指示違反等で入院を断られる、といった場合だ。

本来、生活保護法上の更生施設が受け皿となつてもいいと思うが、常時定員一杯のため、申し込んでも入所は数ヶ月先になり、即時対応を求められる私たちの味方にはならない。結果として、施設等の社会資源がないため路上に戻つてもらうことも時にある。いい表現ではないが、「自己責任」といってもいいケースを除けば、やらせない気持ちになる。

運良く入院先が決まった場合でも、私たちが同行しないと受けってくれない病院もあり、救急車を要請するほどでない場合、一日かかりの仕事になる場合もある。また、救急車を要請する際も、救急隊からは入院が必要と想定される場合は、あらかじめ入院先を確保しておくよう依頼されることもあり、大変困ることもある。過去に、要保護者を福祉事務所の敷地内に停車した救急車に収容しても1時間近く動かない時があった。何かと思い駆けつけてみると、搬送先が見つからないので福祉事務所の方でも探してくれ、という話しになった。不思議なことに、救急隊が探し、医療費を確実に支払う福祉事務所が依頼すると受け入れてくれる場合もあるのである。

(4) 医療班との連携から見えてくるもの

医療班の福祉行動で来る相談者も例外ではない。そんな時、医療班が関わってくれ、医療班に所属する医師の関係病院に入院できた事例もあった。以下、紹介する。

①元教師のAさん（50代男性）。

アルコール依存症、肝機能障害。専門病院も含め入院させるほどでなく、また就労の可否についても判断できず、対応に苦慮していた時に、医療班メンバーとのやりとりで医療班医師の関係病院へ連絡をとつてもらい、何とか入院させてもらい、「やり直し」へのきっかけを作ることができた。短期間で退院、ドヤに入所、区内のクリニックのデイケアに通所するようになった。医療班により、「やり直し」の機会を得た事例だ。

②Bさん（60代男性）。

障害者で区内を車イスで徘徊し、区民から「福祉で何とかしろ」という指摘がある人だ。自己退院、自己退所を繰り返す、現状の社会資源の中では対応が困難な人である。私たちは身体が汚れてくれればシャワーに入ってもらい衣類を提供したり、通院を保障したりする以外やりようがほとんどなかった。たまたま、医療班メンバーからの強い働きかけがあり、補装具が定着し一定の自力歩行ができるまでとの条件つきで医療班医師の関係先病院に入院させてもらうことができた。退院後も車イスでの生活が可能な区内のNPOの地域生活支援ホームに入所でき、やれやれと思っていたところ、間もなく自己退所してしまった。この間、私たちの代りにずっと付き添って支援してくれたのも医療班のメンバーだった。結果的には路上に戻ってしまったが、医療班の協力もあり、一步踏み込んだ対応ができたと思っている。個人的には、Bさんのような「援助のしようがない人」が適応できるような施設もあってもいいのではないかと思う。

日常業務の中で入院先探しは最も困難な仕事の一つだ。こんな期待は本末転倒かもしれないが、医療班の病院ネットワークがもっと活用できれば、現場としては大いに力になると思っている。

3. 福祉事務所現場で思うこと

新宿区の「ホームレスの自立支援等に関する推進計画策定委員会」での議論の中で、「福祉事務所ではないサロンのような相談場所が必要である」「アフターフォロー、メンタルフォローが重要、そのための拠点を確保する必要がある」等の意見が出されている。新宿区の路上生活者実態調査事業報告書（2003年3月）にも「福祉事務所に関わりの無い理由」として、一部ではあるが「敷居が高い」「嫌な思いをした」があげられている。

相談者の意向に沿えない制度の仕組みの中で私たちは仕事をしており、結果として、相談者が望まない対応をせざるを得ない事情もわかつてほしいと思っている。そして「敷居」を少しでも低くしたいという気持ちを持ちながら毎日カウンターに出るようにしている。

いつだったか、新宿連絡会の機関紙に「新宿区福祉は他区の福祉に比べ、通院は簡単に認めてくれるから大いに利用しよう」という趣旨のことが書いてあった。他の自治体との相対的評価において誤りではないが、自治体の取り組み姿勢に温度差がある中、川の流れではないが、「敷居」の低い方へどんどん来るのではないかという問題意識も少なからずもっている。

4. 終わりに

先日、福祉事務所近くの道端で、数年前にドヤ保護した人に会った。半身麻痺があったが、努力の甲斐あり、ドヤからアパートへ移り、今、保護を受けながらも自立した生活をしている。もともと涙もろい人だったが、「あんたのお陰でここまで来られた」と言って涙を流していた。制度の枠内でごく普通に対応したに過ぎない事例だったが、その日は1日うれしかったことを覚えている。

今日も窓口に、ありとあらゆる社会との関係を絶たれ、利用する社会資源もなく、制度の枠組みの向こう側にいる人たちが大勢来る。仕事に対価を求めてはいけないが、何らかの達成感のようなものがあればと思うのも事実だ。私た

ちの仕事だけではないだろうが、なかなか成果が形になって現れない。もちろん現状の中で精一杯の援護を行いそれなりに自立した人もいる。しかし、制度を変え、仕事の仕組みを変え、「何もやってあげられない」「ただ断るだけ」の部分を減らしていくかなければ、人間としての感性がしだいに鈍っていくような気がする。難しいことだが、できることから頑張っていきたい、今そう思っている。

特集◇生活保護法のゆくえ、生活困窮者との共生は可能か ケースワーカーの声①「在り方検討会」に期待するもの

川村幸子（福祉事務所勤務（当時））

前項では新宿区生活福祉課の嘉山氏に、福祉事務所と新宿連絡会医療班の関係を中心に紹介いただいた。ここで、当時生活福祉課にいた川村氏が、福祉事務所のありかたとともに、「もし自分が福祉にかかるのならこうしてほしい」という当事者目線で書いた文章があるので、紹介したい。（季刊 *Shelter-less*, (7)17-20, 2000）

平成12年7月、厚生労働省社会・援護局は、近年社会福祉制度の網の目から落ちてくる層が目立つようになってきているとして、社会福祉関係者や学術経験者等からなる「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」を設置した。その年の12月の報告では、現代の社会問題の特徴を「社会的排除」の視点から捉え、地域における新たな「つながり」の構築—ソーシャル・インクルージョンを、地域福祉の課題として提起した。

厚生省社会援護局長の諮問機関として「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」が設置され、年内に検討会をまとめることになりました。生活保護制度が正面から見直されることになったわけです。この見直しについて、生活保護の現場にいる者にとっては感慨深いものがあります。しかし、一方ではこの「検討」が社会保障費の引き締めのための制度「改正」に繋がっていないかと、不安な思いも拭えません。だからこそ、多くの人が声を出し、「援護を要する人々」のためとなる社会福祉していく必要があります。

検討会では、「個人の尊厳」「自立支援」「人権擁護」「ソーシャル・インクルージョン」を加えた4つの理念に基づき、実態面からアプローチを加えるとしています。そこで、この機会に是非、検討してもらいたいことがあります。理念が単なるスローガンで終わらないためにも。

(1) 受給者の意見を聞く

現在の制度について、生活保護を受給している人がどのように考えているのか、この点

こそ、法改正の出発点でなければならないでしょう。「援護を要する人」の具体的な生活擁護になっているのかどうか、この機会にヒアリング、アンケートなどの「実態調査」を実施してほしいと思います。現に受給している人の声は、改正の視点や内容をより明確にしてくれるのではないかと思うからです。私自身、生活保護を受けている人々と日々、接しているなかで、彼等が言えないでいる思いがいかに多いか、を感じています。職員が考える制度の問題や疑問に対しても「ずれ」や「温度差」があると感じています。問題をオープンにするためにも、受給者の意見を聞くことから出発してほしいと願っています。

* 東京都では、平成10年まで「東京都被保護世帯生活実態調査」を行い、結果報告書を作成しています。(11年、12年は未実施) 調査結果を制度改革に生かす目的で改めて調査を行う必要があると思います。

(2) 苦情がいえる制度へ

「苦情が多く寄せられる程、制度も人も成長する」くらいの気持ちが必要です。現在、

生活保護には、審査請求の制度がありますが、利用者にとって身近なものとは言い難い。制度改善にかかる苦情も多いわけですが、生活保護法50年の歴史の中で、ひとつの意見を出すこと自体、生活と命をかけるような戦いが必要になっている現実があります。苦情をしっかりと受け止め、直ちに、問題解決を探る機関はどうしても必要であると思います。「福祉オンブズマン制度」ができている自治体は増えつつありますが、生活保護世帯がどれだけ利用されているのか、工夫が必要であると思います。

(3) 「支配」や「コントロール」を排して

生活保護制度は、いうまでもなく、社会保障制度です。そこに困窮する現実があって訪ねてくるわけですから、ほっとした気持ちになれるように支援すべきです。「受給要件の確認調査」は不可避だとしても、「受けることにあたっては福祉事務所の方針に従ってください」といった支配的な対応やコントロールがあつてはならないはずです。定期的な現況届けとそれに基づいた調査以外、個人の生活の仕方や生き方への支援はあっても介入は必要ないでしょう。受給開始時点でのどのような援助が必要が確認し、それに沿った援助を開拓するというようなソーシャルワーカー的な位置づけが必要だと思います。

(4) 生活保護制度を利用する立場について

もし、自分が制度を利用しようとした場合、どう思うか、いくつかの点を挙げてみました。

◆ 申請に行ったとき、まず、制度や手続きをきちんと説明してほしい。

ここに至る過程や生き方にいて、職員個人の価値観を押しつけたり、各自治体の事情をくどくど言うのではなく、制度の内容を利用

者の状況に応じて説明し、要件にかなうなら、すぐに手続きを開始してほしいと思います。実際に「自分が受けられるのかどうかわからない」という人が多くいます。「改正法」の受給条件は職員の恣意で左右されることのない公正・公平・明確であって、平易で、利用し易いものでなくてはならないでしょう。現在の制度の在り方で、それを阻んでいるとしたら、その原因の分析が必要ではないかと思います。

◆ 「調査」の目的と方法は利用者個人の尊厳を踏まえてほしい。

生活保護の申請する際やその受給後にも各種調査があるが、調査の目的や方法を検討するべきであると思います。一例として、調査権の行使とともに、自立助長への援助ということで「家庭訪問」というものがあります。勝手に自宅訪問されるのは絶対いやです。調査で必要だとしたら、まずは目的をはっきり伝えて、了解を得てから来るべきであると思います。社会常識に適う方法が用いられなければなりません。

「自立」云々にしても、強制されるものではありません。どのような生活を営むのか、どのようにして「自立」的に人生を歩むのかはまずは本人の選択の問題です。その営みや歩みを踏み出せる支援として援助があるはずです。その人がどんな立場や状況に陥ったとしてもその人個人の尊厳を損なうやり方は、福祉社会の理念にそぐわないものです。自立は実際のところは、稼動を目的としていますが決して「働かせる」ためのものではありません。その人が働く（あるいは働くことができなくても）ために、経済的、精神的な支援をどのようにすべきなのか、個人の尊厳を基盤に考えていくことだと思います。

◆ 扶養義務者には、負担をかけたくない。

親や兄弟にしても、一緒に生活している時

より、離れて生活をしている時間が長くなっているときに、仮に、そこそこの経済力があったとしても、それぞれの生活スタイルができているものです。一時的援助ならいざ知らず、長く続く生活に対しての援助は求めにくいものです。また、肉親とはいえないなか応えることもままなりません。これは、多くの人の心情ではないでしょうか。今の時代にあっては実際上、「扶養義務者の調査」の実効性は少なくなっています。しかも、扶養照会をされるのがいやで、申請をためらう人が多いのも事実です。もはや「扶養義務者の調査」は申請抑制の役割を果たしていると言っても過言ではありません。

◆ 具体的に生活をサポートする人や相談する人が必要だ。

誰しも生きていくとき、生活をサポートしたり、相談に乗ってくれたりする人が必要です。これは、生活保護世帯に限定すべきものとは思いません。社会福祉制度として、人々が各種社会生活を送るうえでの支援機能として解決を求めればよいことです。現在、様々な相談機関や制度ができていますが、現在の社会・経済の変動の中にあって、人々の生活にどれだけ機能を果たしているのかという疑問もあります。「帯に短し、櫛にもまだ短し」の現状ではないでしょうか。成年後見制度や地域福祉権利擁護制度では、東京都は金銭管理を行わない方向です。また、利用者は7月25日現在、8人といった状況です。

* 社会福祉制度全体の枠組みを時代の流れと人々の思いを踏まえて再構築し、関係の各機関が弹力的に連携を図っていく必要があるように思います。書き出すところがない程ありますが、今思い浮かぶこととしてまとめてみました。

現場にいる者としては、このようなことを

書くこと自体うしろめたい気分がぬぐえません。「ケースワーカーがきちんとやれば、問題ないのではないか。」「今の制度でやっていけるはずだ。」という声が聞こえるからです。しかし、私は、それだけではないように感じています。仕組み自体が孕む問題を、自分が利用する立場に立って見直すことが必要ではないかと感じています。そして、その感はますます強くなっています。

宿泊所利用者からとらえた「ホームレス」の人たちの 社会保障・住環境・健康をめぐる現状と課題¹

住まいのないホームレスの人にはまず必要なものは、住居である。論文は、新宿区内にある旅館業法にもとづく簡易宿泊所と第2種社会福祉法に基づく無料低額宿所提供的事業の民間宿泊所利用者を対象に行ったインタビュー調査をもとにまとめた。同論文は、季刊誌 *Shelter-less* No. 18 2003年秋号に掲載され、本稿はその抜粋である。

当時と現在とでは、民間宿泊所の状況も少しずつ変化しており、厳密には修正が必要であるが、あえて行わなかったのは、当時の宿泊施設を利用している人たちの生の声を載せることを目的にしたからである。宿泊所利用者は生活保護制度を利用し、宿所に暮らしながらも本当の意味で「ホームレス」の状態を脱していなかった。

本来、生活保護制度による宿泊所の利用は、居所のない人の緊急一時的な居住の確保のためであり、その出口は、アパートなど地域で安定的に暮らすことがある。

しかし現実には、宿泊所からアパートなど地域生活に移る出口は非常にせばめられており、生活の安定度は低かった。ひとつには、新宿区など首都圏には低家賃のアパートが少ないと、次には、福祉事務所のケースワーク的な志向による「金銭管理ができない人や酒を飲む人を宿泊所の中でよく見極めた上で、アパート生活ができる人を選別する」ことが理由と思われる。

こうした中で、2004年7月から東京都と23区共同事業として生活保護法外の「地域生活移行支援事業²」が開始された。これにより、新宿区内では、421名のホームレスの人が地域のアパート生活を得た。事業は、「住宅サポート」「生活サポート」「就労支援」サービスが付帯され、これを利用しつつホームレスの人が地域の生活を取り戻していく。そして、この事業は、先に述べたように、居所のない人たちの地域生活を阻む「低家賃アパートがない」「すぐに地域生活は困難」という何十年にもわたる『常識』を覆した。つまり、事業は、多くのホームレスの人には、不安定な宿泊所での長期の滞留期間はほとんど無意味であり、必要なサービスのもとで個人の生活を築くことができることを証明することになった。これらを踏まえ、2002年当時の宿泊所居住者の生活状況を概観していただければ幸いである。

1. はじめに

本稿は、宿泊所の利用者が安定した居住を失っていることから、「広義のホームレス」の状況にあるととらえ、利用者を対象に行ったインタビュー調査をもとにまとめたものである。利用者の社会保障・住環境そして健康をめぐる現状を報告すると共に、劣悪な生活環境の改善に向けての解決策の提示を目的とする。

「宿泊所」とは、旅館である簡易宿泊所および第2種社会福祉事業である民間宿泊所である。宿泊所には、生活保護制度利用者が9割近い比

率で住んでおり（残り1割はそこを住まいとしながら就労している日雇い労働者や、年金生活者など）生活保護制度の「住宅扶助」としての役割を果たしている。現在、「ホームレス」状況の人に対し福祉事務所で生活保護制度が実施される場合、「就労不可能な何らかの健康上の障害があること」「高齢であること」という、内規のような運用規定がある。そのため、宿泊所には、このいずれかに該当する人が居住していると考えられる。

2. 調査の対象となった「宿泊所」とは

2-1 新宿区内の簡易宿泊所について

戦後の高度経済成長から、都市基盤の急速な整備が求められ日雇い労働者の需要が高まつた。そして、建設現場を移動しながら働く日雇い労働者が寝泊まりをする簡易的な旅館、いわゆる「ドヤ」と呼ばれる簡易宿泊所が、寄せ場を中心に各地にできた。

新宿区内の簡易宿泊所は新宿駅と大久保駅の周辺に集中している。簡易宿泊所は、かつて、出稼ぎ労働者の一時的宿泊所として利用され、昭和30年代半ばの高度経済成長期には、約80カ所存在し、その後、年々減少し、1994（平成6）年のバブル経済崩壊に伴い、土木・建設職の減少と共に利用者数も激減したために40カ所となった。簡易宿泊所の居住環境は、個室のみの宿泊所も中にはあるが、多くは、ひと部屋6畳程度の広さで、いわゆる「蚕棚」と言われる2段あるいは3段ベッド式であり、ひと部屋に4人～8人、またはそれ以上の人人が居住するようになっている。近年の経済不況を背景にして「野宿生活」状況の人たちが急増したことから、新宿区では、1995（平成7）年10月から「ホームレス対策」として簡易宿泊所を生活保護法内の「住宅扶助」として、また、「法外の臨時宿泊所」として利用するようになった。

2-2 民間宿泊所と生活保護制度について

第2種社会福祉事業の届出による民間宿泊所は、簡易宿泊所と同様に、住まいのない多くの生活保護制度利用者の一時的な居住の役割を果たしている。

1999年以前の民間宿泊所は、現在ほど乱立してはいなかった。福祉事務所は、居所のない生活保護制度利用者に対して、アパートなど個人の生活の場を確保する可能性を求めるに極めて消極的だった。その結果、生活保護施設は飽和状態となり、民間の届け出のある宿泊所が、簡易宿泊所と同様に生活保護制度利用者の受け皿となった。民間宿泊所の急激な増加量を

以下に簡単に示す。特に「sss」といわれる民間宿泊所の急増が特徴的である。

〈sss宿泊所の量的変化〉³

年	都内宿泊所数	sss数
1996	28	0
1997	28	0
1998	27	0
1999	27	0
2000	53	17
2001	91	52
2002	117	85

2003（平成15年）年4月1日現在、sssは95ヶ所である。

民間宿泊所の中には、問題意識を持って運営しているグループホームや利用者の自立支援のサポートをおこなっているところから、利潤を目的として遊休不動産を活用した経営体まで様々であり、中には劣悪な環境の民間宿泊所も急増している。

民間宿泊所の開設届け出には、施設の設置基準はなく、「5人以上の入居ができること」と、「設置者を置くこと」が義務づけられているにすぎず、東京都にはそれらを含めたガイドラインがあるだけである⁴。

宿泊所の住環境や設備に関して法的な拘束はなく、住宅扶助費は世帯単位支給のため、一部屋に何人も雑居するような劣悪な居室であっても、入居人数分の宿泊費が発生する⁵。このように宿泊所本来の目的である「生活困窮者のための無料・低額な居所の提供」（社会福祉事業法第2条第3項第4号にもとづく）は、民間宿泊所の利潤追求とは相容れないことは明らかである。

3. 調査の概要

本稿で用いるデーターは、2002（平成14年）年2月から8月にかけて新宿区内2ヶ所の簡易宿泊所および民間宿泊所を利用する42人を対象に筆者が実施したインタビュー調査によつ

て収集されている。42人のうち、A簡易宿泊所は、居住者72人中回答者35人（回答率47%）、B民間宿泊所は、居住者10人中回答者7人（回答率70%）である。A簡易宿泊所は、1965年（昭和40年）から宿泊所としてスタートしたのに対し、B宿泊所は、民間事業団体の経営による第二種社会福祉事業の届出により、2001（平成13年）年から開設された新しい宿泊所である。民家や会社の寮を改装し宿泊所として利用し、他にも同様の形でいくつかの地域に開設している。

現在就労中の人は、A簡易宿泊所4人、B宿泊所は1人、年金生活者はAのみ1人。生活保護制度利用者はそれぞれ30人と6人であった⁶。

以下では、まず基礎データーを提示し、次いで生活の実状と健康上の困難を明らかにするために、「就労と社会保障」「食事と疾患・生活習慣」を表によってまとめ、最後に調査対象者

の自由回答に分析の力点をおいたケーススタディをおこなった。

4. 調査結果の提示と考察

4-1 基礎的データーの提示

表-1「宿泊所居住年数」では、A簡易宿泊所では1~3年以内の居住者が11人、5年以上が10人と過半数を占めるのにくらべてB宿泊所は、2001（平成13年）年開設ということから、6ヶ月から1年以内の人がほとんどである。

A簡易宿泊所の就労者中4人の居住年数は、20年が2人、年齢は49歳と57歳である。24年が1人で61歳、30年以上が1人で59歳、全員が20年以上居住している。インタビューの際に、その理由を尋ねると、転々と変わらなくてはならない仕事場へのアクセスが良いこと、アパート等に住んだ時に必要となる様々な雑事を避けるために、簡易宿泊所生活をしているという回答だった。

表-1 宿泊所ごとの居住年数

期間	1ヶ月以内	1~3ヶ月以内	3~4ヶ月以内	6ヶ月~1年以内	1~3年以内	3~5年以内	5年以上	合計
人数 (A簡易宿泊所)	5	1	2	4	11	2	10	35
人数 (B宿泊所)	0	1	0	6	0	0	0	7

表-2「年齢構成」は、50歳代後半から70歳以上の年齢層が居住者のほとんどを占めている。これまで行われてきた数々の「路上生活者実態調査」は50歳代が多いことと比べると簡易宿泊所調査の年齢の方がより高

齢だった⁷。現在、生活保護制度が実施される際に「高齢者」あるいは「稼働能力が認められない疾患を持つ人」といった「内部規定」による影響から年齢構成に差が出たと思われる。

表-2 年齢構成

年齢（歳）	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70才以上	合計
人数	1	3	5	9	8	7	9	42

表-3および表-4で「野宿生活の経験」を中心にきいた。野宿経験の無い人は18人で全体の45%だった。表-4の野宿経験のある人の「野宿期間1ヶ月以内」の5人を加えると

23人で全体の53%と全体の半数を越える。食事や寝場所の確保もままならない野宿生活経験の長い人ほど、健康障害のリスクは高く、生活保護実施の際の「高齢」、「就労すること

が不可能な疾患を持っている」という福祉事務所の「内部規定」条件に当てはまると予想

していたが、実際は半数以上が野宿経験がないか、あっても 1 ヶ月以内の短期間だった。

表-3 野宿経験の有無

野宿歴	ある	なし	不明	合計
人数	22	18	2	42

表-4 野宿期間

期間	1 ヶ月以内	1~3 ヶ月以内	3~4 ヶ月以内	6 ヶ月~1 年以内	1~3 年以内	3~5 年以内	5 年以上	不明	合計
人数	5	4	4	1	5	1	2	2	24

表-5 の簡易宿泊所利用前の「直前居所」では、「病院」と「野宿生活」が同数だった。「病院」は、健康を害し、多くは救急搬送され、入院から福祉利用に至った人たちである。直前居所が「野宿生活」は、「野宿生活」の中で体調をくずし、福祉事務所から医療機関に受診したことが生活保護制度利用のきっかけ

になった。それ以外の人たちでは、住み込み寮や建設作業場宿舎、サウナ、そしてアパート・持ち家等を合わせた 22 人であるが、帰るべき安定した住居をもたない「ホームレス」の状況から制度利用に至った人たちと思われる。

表-5 直前居所

	病院	住み込みの寮	作業場宿舎	サウナ・カプセルホテル	簡易宿泊所	野宿生活	アパート	持ち家	その他	合計
人数	10	5	3	3	3	10	6	1	1	42

制度利用のきっかけを見ると、自分の持っている情報からは福祉制度の利用に至らないという実状が表-6 の「生活保護申請方法」

から明らかである。病院の入院をきっかけにして福祉事務所にアクセスした人は 18 人、ボランティアの支援が 12 人であった。

表-6 生活保護申請方法

	本人が直接	職場の助言	野宿仲間の助言	ボランティアの支援	病院入院から福祉へ	その他	合計
人数	2	3	4	12	18	3	42

4-2. 宿泊所利用者の生活の現状 一職業・社会保障および食生活・健康一

考察は、以下の目的と方法で行った。

- 1) 「ホームレス」に至る過程の検証を「職業」と「社会保障」の視点から考察するため回答者 42 人のうち社会保障に関して不明な 1 人をはずし、41 人の聞き取りデーターから整理した。
- 2) A 簡易宿泊所の利用者は、食事を外食によって

調達しなくてはならない。現在の生活

環境と健康との関係を考察するために、A 簡易宿泊所回答者 35 人のデーターから、「食事と疾患・生活習慣」の視点で聞き取り整理した。

<就労と社会保障の給付の有無について>

最長職は、とび・左官 13 人、土工・雑役は 15 人と最も多く、次に、風俗・水商売といったサー

ビス業 6 人とつづいている。これらの職業は、大きな繁華街を持つ新宿という地域性を反映していると思われる。この結果から、予想以上に建設業以外の仕事に就いていた人が含まれていることがわかる。現状としては、建設業以外の仕事も含めて、社会保障から排除され、生活基盤が相対的に弱い状況におかれることが「ホームレス状況がつくられる過程」として存在しているように思われる。つまり特定の職種の問題ではなく「社会保障の欠如」が構造的にあり、それゆえに「ホームレス」状況が生み出されやすくなっているのである。最長職の雇用形態では、「常勤」と答えていた人の中に雇用保険・社会保険を持たない人が多かった。常勤あるいは常用という意識で働いていても、実際には、雇用保険や健康保険といった社会保障の権利が付加されない労働状況がうかがえる。最長職の就労年数を「最終職年」から「初職年」を単純に引いたものを「就労行動期間」と見るならばその期間は非常に長い。40 年から 50 年という人が多く、仕事は常に連続的ではないが、仕事がある限り高齢になっても働いていることがわかる。年金の権利は、ほとんどの人が「無い」か「わからない」と答えており、「年数が不足している」と答えた人も 4 人いた。以下、詳細は 4-3 項「社会保障について」で述べる。

＜食事と疾患・生活習慣について＞

聞き取りは、食事がつかず自炊機能のない A 簡易宿泊所利用者 35 人全員を対象におこなった。内訳は、生活保護制度利用者 29 人、就労中 5 人、1 人の年金生活である。

A 簡易宿泊所の利用者は 3 食とも外食をせざるを得ない。食費にいくらかけるかということは、個人によって違うが、限られた保護費の中から捻出できる食費は多くはない。調査では、「昨日から今日まで何を食べたか？」をたずねた。「定食」と答えている人々は、近くの牛丼チェーン店の 200 円から 400 円程度の食事を食べている（塩分が比較的多いと感じられる食事だった）。

他には、3 食とも牛丼・天丼、パンやおにぎりといった安価な食べ物を工夫しているようだった。表を見る限りは、食事の全体は塩分が多く、炭水化物に偏り野菜の少ない食生活と言える。回答者の中には、「1 日 2 食」と答えた人や、「3 食ともカップ麺」という人も少なくない。以前からの生活習慣が続いている人もいるが、金銭の節約のために 1 日 2 食にしている人もいる。カップ麺を多く食べている人のほとんどは節約のためだった⁸。

3 食とも酒と、酒のつまみという人が 3 人、3 食ともカップ麺という人が 2 人いた。中には、激しい痩せ方と皮膚のたるみや色つやから明かに栄養失調状態と思われる人が数人いた。その内のひとりは調査期間を過ぎた頃に衰弱し亡くなった。

健康上の困難からは、歯牙の状況と現在の主な疾患の中で 1) 歯が全く無い、あるいは一部無い人が多く、欠損歯のまま義歯を持たない人も多い。2) 糖尿病、高血圧、甲状腺機能障害など食事と関係の深い疾患がありながら、外食をしなくてはならないため自己コントロールが難しいという悩みを抱える人が少くない。

1) では、口腔環境の悪い人が多かった。「歯が全く無い」人は 15 人。そのうち「義歯が無い人」は 7 人だった。「歯が全く無い人」について詳しく見ると、年齢の内訳は、40 歳代 1 人、50 歳代 3 人、60 歳代 6 人、70 歳代 5 人で、野宿経験をもつ人は 8 人と約半数だった。40 歳代から 50 歳代という若年で歯が全く無い人が 4 人いる。若年での歯牙の欠損は、栄養不足や口腔内のセルフケアの不足により、歯とその支持組織が破壊されるといった環境的要因から生じると推測される。また、糖尿病も大きな要因の一つと考えられる。歯牙の欠損は、「野宿生活を含めたホームレスの状況」による栄養不足に生活の不安定さが重なり、生活習慣病のリスクを伴った結果である。働いていても医療保険に加入している人は少ない。不安定な収入では、日々の糧を得るのが精一杯で歯の

治療費にお金をかけることは難しい。加えて、歯科のように比較的長い治療期間が必要な場合、安定した住居が持てない人には、早期からの治療は困難となる。

2)については、痛風や肝臓障害がある人の1日の食事が弁当とおにぎり、膠原病の人が、朝は定食、昼は食べずに夜は回転寿司の寿司を数個つまむ、高血圧・糖尿病・肝硬変の人が3食カップ麺という状況だった。この食生活は、「自分の好みで選んで食べている」と言えるかもしれないが、彼等は、限られた生活費と選択肢の中で外食生活をせざるを得ないとも言える。

4-3. 自由回答からみた社会保障・健康そして現在の生活と将来の希望について

本調査は、調査票に基づく聞き取り調査であるが、聞き取りをしている間にも自由に話をしていくだけようにした。これらは217項目あった。本稿ではそのうちのいくつかを提示し考察を加える。

1) 社会保障について

すでに「就労と社会保障給付の有無についての」でも取り上げたが、ここでは、回答者の声を中心に考察する。

一健康保険一

- 国保も仕事があって金のある時はいいが、食うのがいっぱい払えなくなった。(49歳)
- 左官職人だった。仕事先は転々としていたので保険は入っていない。(60歳)
- 個人の工場だったので常勤でも保険はなかった。(63歳)
- 仕事先の名前は株式会社だが、実際は個人経営なので保険なんてない。(63歳)

「健康保険制度」は、仕事のある所を短期間で移動する人たちには、手続きが煩雑で身近なものではない。社会保険に加入する前提には、規則的な収入や安定した住所という生活基盤が必要となる。彼等の収入は、就労が不安定のために年間

に換算すると極めて低所得であり、貧しい収入の中から保険料を一定に支払うことは困難である。また、仕事を求めて移動する都度、住民票の移動や保険の手続きなどを行わなくてはならないため利用されにくい。

一労災一

- 仕事で、足をケガして辞めた。会社は労災に入っていたなかった。(65歳)
- 仕事でケガをしたが「自分でケガをしたんだから」と労災にならなかった。(65歳)
- 仕事で手の指をみんな吹っ飛ばしたが、仕事は休まなかった。親方が治療費を払ってくれて通院だけで治した。現場は約束までに仕上げる仕事だ。責任があるから休めない。(70歳)
- 手とか足のケガくらいなら労災は使わないよ。使うと所長が格下げになる。(72歳)

「労働災害保険」に関するインタビューでは、仕事中に怪我をしても労災の適用を受けていない人たちの体験が語られている。「小さな会社だったので労災が使えなかった」「会社のために労災を使わなかった」「労災を使うと所長が格下げになるから使わなかった」「親方が治療費を出してくれた」など、労働災害の権利行使することが現実的ではない労働環境が語られた。労働災害は、労働安全衛生法によって「各事業所の事業者の責任において労働災害は防止されねばならない」と規定されている。規定は、労働者を守るものではなく、現場の末端で働く人たちから労働災害時の保障の機会を遠ざける一因になっている。下田平裕身氏は、本誌No9で建設業の構造を分析し、以下のように述べている。「建設業は何重にも重なり合う下請けシステムによって出来上がっている。一中略一この結果、誰が責任を持って雇用しているのかがはっきりしないという無責任な事態も生まれてくる。市場の不安定さ、不規則さからくる危険負担は順々に下に押しつけられていき、一番最後に、仕事にあぶれるという形

で、最末端の労働者がかぶることになる⁹」。

下請けとしての小さなグループから成る建設現場では、事故を公にしないために労災を使わず「親方」や労働者自身が治療費を支払うことになる。

一雇用保険—

- 職安仕事をしていれば手帳を持てといわれるけど、口コミや手配師の仕事をやってたら白手帳には縁がない。(49歳)
- 白手帳は持ったことがない。必ず仕事があるとは限らないから手帳を持っていてもしょうがない(58歳)
- 仕事あるときはいいが、無いときも多い。保険に入るなんて無理だね。白手帳のために1ヶ月で13日もつづけられる仕事なんてどこにもないよ。(61歳)
- 今は白手帳をとるのも難しい。前は住民票がなくても良かったが今はないとダメだし、住民票があってもなかなか入れないらしい。(就労中62歳)

「雇用保険」は、彼らにとって実態が無いに近い。日雇い労働者には、「日雇い労働者雇用保険被保険者手帳」(通称白手帳)と言われる雇用保険がある。しかし、2ヶ月に26日以上の継続した就労を確保しなくてはならないことや、1988年からは、手帳取得に住民票の提示が義務化されるなど、不安定な仕事をしている人にとっては利用しにくいものである。

一年金—

- 厚生年金は4年くらい不足している。仕事を辞めてから土方の仕事しかできなかつたから払えなかつた。(58歳)
- トビの仕事をしている時に、年金を19年かけていたが、その後ずっと仕事がないので払う金がなかつた。(59歳)
- 年金は途中で払えなくなつて年数が不足しているからもらえない。(61歳)

- 年金は7~8年かけていたが、途中で払えなくなったのでやめた。(64歳)
- 年金を24年かけていたが、払えなくなつてバーになった。(70歳)
- 生活が苦しかったが、年金をなんとか24年かけていた。それなのに、年金もらうには年数が不足だと言われた。まるで詐欺だよ。(70歳)

年金保険に加入していた人の中には、これまで貧しい中で、なんとか年金保険料を払い、あるいは安定した収入を得ていた頃に保険料を払っていたが、生活過程の中で払えなくなり満期に至らなかつたという人がいる。「年金保険制度」は、長期にわたる継続的な積み立てが必要なため、不安定な収入では続けることができない。日本の年金制度について唐鎌直義氏は指摘する。「日本では、国民年金は25年間、厚生年金は20年間、保険料を納めつけないと、受給資格が得られない。これは先進国では異例の長さである。ドイツの年金は、5年間保険料を納めると最低額の年金が保障される。イギリスの場合、その人が加入できたであろう期間の1/4の期間、保険料を納めていれば、最低額の年金がもらえる。つまり、職業生活期間を40年と想定すると10年間、年金保険料を納めれば、年金は保障される¹⁰」。貧しい生活の中で、なんとか支払ってきて満額に満たない人たちの数年・10年・15年間の保険料は国に吸い取られ、年金として戻ってこないという日本の「社会保障制度」の薄弱な部分が現れている。

一般の企業中心の雇用労働者は、労働災害保険・雇用保険・健康保険・年金は雇用関係とセットになっていると認識されている。一定の社会的諸権利によって就労の機会と所得そして生活のほとんどが有利に守られているといってよい。しかし、これまで臨時雇用として採用されている人は、保険料の事業主負担が望めないため、実質的に、「社会保障」から排除される。以下に示すように社会保障制度は、不安定な生活をしている貧しい人たちの存在は想定されていないため労働

や経済実態に合わないものとなっている。

2) 簡易宿泊所の生活について

—A 簡易宿泊所—

- ここは、冷房が無いので、夏は部屋にいられない。朝、部屋を出て、1日フラフラして夜8:00から9:00頃に帰ってくる。(51歳)
- 廊下は火鉢が置いてあるが、日中は日がほとんどあたらない。(55歳)
- 冬は寒くて夏は暑い、心臓が悪いから特につらい。(58歳)
- 糖尿病なのでご飯は3回に分けて出来るだけ規則正しくしている。しかし、自炊できないからコントロールが難しい。(63歳)
- 夏はほとんど眠れない。朝になるとシャツが絞れるほど汗が出る。眠れない日がつづくと身体がもたないので、時々サウナに行って寝る。(64歳)

昭和40年から簡易旅館業としてスタートしたA 簡易宿泊所の居住環境は次のようにになっている¹¹。居住可能人数は72人。部屋数は一階が6部屋・二階は8部屋。門限・消灯は23時。洗濯は、近くのコインランドリーを利用する。居室に物干し場はない。テレビと冷蔵庫は一般家庭用のものが各階にひとつずつある。個人の収納スペースはベッド周りのみである。6畳に満たない居室の両サイドに3段ベッドが2つある。最上段は荷物置き場として使われている。片側のベッドの一階に2人、片側で合計4人、一部屋に8人が雑居している。ベッドの3段目は、荷物が置いてあるので、天井との空間はほとんどなく空気の対流がさまたげられる。大人が立って頭の位置がベッドの二段目の寝る位置になる。カーテンのみで仕切られた長さ約165cm・幅85cm・高さ100cmの狭い空間が、寝る・食べる・くつろぐというプライベートスペースの全てである。利用者は、ここで数ヶ月から数年、人によっては数十年と長期にわたる雑居生活を過ごしている。

—宿泊所の人間関係と日常の思い—

- 8人部屋だけど、誰とも話をしない。誰からも話かけられない。狭苦しくてイヤなので昼間は外を歩き回って夜になつたら寝に帰る。(51歳)・・・(同様の内容は複数の人から得られている)。
- 同室者とはあまりしゃべらない。昼間は外に出て公園や図書館で休んでいる。(53歳)
- 朝起きると、今日一日どうやって潰そうかと思う。町の中をあるいは目的が無いし、部屋に帰って昼飯の時間だなと思っても腹は空いてない。たまには洗濯したほうがいいと思うが力が出ない。何もする事が無いからゴロンと横になる。そうすると夜になる。(63歳)

A 簡易宿泊所とB 民間宿泊所では程度の違いはあるが、一部屋に数人で寝泊まりする雑居を強いられている。生活習慣や生活スタイルが確立されている人が、狭い生活空間を複数の人と共有しなくてはならない。彼等はトラブルをおこさないように気を使い、人と深く知り合はず、出来る限り孤立し関わらないようにする。交流を持つことは、トラブルがおこる可能性も増す。だから「夜まで外を歩き回る」「あまり人とは話さない」「関わらないようにする」。宿泊所で人と関わることは、その人を支えるものではなく、喧嘩などのトラブルによって、生活保護が廃止されるかもしれないという危機感を孕んでいる。この環境は自分で選んだものではない。彼等は、福祉事務所相談員から「与えられた環境」に対して、拒否や苦情は言えない。「嫌ならば路上にもどる」という二者択一に近い選択肢だからである。宿泊所は、普通に生活している者にとっては耐えられない環境であり、より不安定で過酷な「ホームレス」状況を経験してきた人たちだからこそ耐えられているのかもしれない。

生活保護という生活保障の屋根のもとにいる今の生活は安定しているのだろうか。それ以前の

「ホームレス」状況とどれほど大きな違いがあるだろうか。生活保護制度は、生活保護基準算定方法による「住宅扶助費」としての基準額を宿泊所に支払っている。その意味では、「生活」と「住宅」の「貨幣的基準を満たしている」といえるかもしれないが、インタビューからうかがえるように、「生活者として許容できる生活環境の基準」は不在である。

3) 健康について

- 仕事をしながら野宿していた。胃潰瘍とヘルニアで何度も救急車で運ばれた。(50歳)
- 野宿していた時に胃潰瘍で救急車で2回運ばれたことがある。(55歳)
- 糖尿病だから「宿所でも食事に気を付けないとダメだ」と医者に言われるが、ここは自炊ができないので無理だ。(53歳)
- 糖尿病なので3食外食しながら食事のバランスを考えるのが難しい。(57歳)
- 糖尿病で甲状腺が悪くて肝硬変なんだ。肝硬変だから栄養とれと言われてとったら糖尿病が悪くなつた。(コンビニで)買ったものでこれ以上どうしたらいいんだ?(58歳)
- 飯場生活が長かつたし、生活が不規則だったから、歯がみんなぐらぐらだ。(53歳)

路上から救急搬送された経験を話す人がいた。調査では、通院中の疾患に糖尿病と高血圧症・循環器疾患を挙げた人が32人中18人いた。

糖尿病は、カロリーコントロールと栄養バランスと運動によって生涯にわたるセルフケアが必要な疾患である。高血圧症も塩分や食事に気をつけることは必要だが、環境が整えば健康な生活をすることは可能である。しかし、3食を外食に頼る栄養面のリスクは大きく、「個別の生活」を営めない宿泊所の環境自体が、病気を癒し健康を維持するものではない。歯牙の無い人は、聞き取り調査の場でも、年齢が比較的若い人に多かった。歯が無いと実年齢よりも老けて見える。対面調査でも5~10歳年長に見えた。越智祥太氏は長年

「野宿生活」状況の人の健康問題に関する医師として次のように述べている。「有病率は一般に比べ心疾患で約3.8倍、肝疾患で約18倍、筋骨格系疾患では約3.6倍である。これらの慢性疾患を抱える率を見ても、野宿者は一般より10歳以上、先行シフトしていることがわかる¹²」。というように、年齢の割に、肉体が疲弊し歯牙も欠損し老けて見えるのである。彼等が、仮に仕事に就こうとする際には、歯牙の欠損ばかりでなく、肉体の疲弊や生活習慣病など健康面での問題は不利な条件としてはたらくだらう。

5.おわりに

いくつかの方向から宿泊所利用者の過去と現在の生活を中心に検討をしてきたが、生活の実状と健康上の困難を明らかにするには母数の少なさがデーター上の限界となっている。しかし、不完全ではあるが利用者の声から多くの実態が示された。それは、宿泊所の利用者から見た「生活保障」とは、生活保護制度利用者でありながら、その立場は不安定で、住居も安定性・永続性がないために、本当の意味では「ホームレス」から脱していなかったことである。

【謝辞】

調査にご協力をいただいた簡易宿泊所ご利用者42名の皆様、ありがとうございました。調査終了後、60歳代の若さで亡くなられたご利用者のAさん、「野宿はもう二度と嫌だ」とおっしゃられながら、「野宿生活」に戻らざるを得なかつたBさんとCさん。そして、現在、「ホームレス」の状況にある皆様に心から感謝を申し上げます。皆様は、私に言葉に尽くせない程に多くのことを教えて下さいました。しかし、私の力量不足で、皆様の声をこの論文に充分に反映させることができなかつたことを痛感しています。私はこれからも皆様に会って、学んで、そして皆様といつしょに「最低生活の保障」について考えていきたいと願っています。これからも、どうぞよろしく

お願ひいたします。

(金沢さだこ)

【注】

¹ 本稿は、修士論文「ホームレスの人たちへの生活保障の現状と課題」第3章「簡易宿泊所を利用する居住者からとらえた『ホームレス』の人たちの実状」を加筆修正したものである。

金沢貞子「ホームレスの人たちへの生活保障の現状と課題」～簡易宿泊所の利用者を中心に～大正大学大学院人間学研究科修士課程社会福祉学専攻 2003年

² 「地域生活移行支援事業」とは、東京都と特別区が共同し平成16年度から公園でテント生活をする「ホームレス」が地域の生活に戻ることを支援する。低家賃の借り上げ住居（2年間で2000室確保）を2年間貸付け、就労支援や生活サポートによって、地域で生活することを目的としている。2005年11月現在、東京都内で約900人程度の人がアパート生活をしている。

³ 東京都福祉局総務部総務課『社会福祉の手引き』東京都生活文化局広報広聴部情報公開課 1997年～2002年より。

⁴ 平成11年11月1日制定。平成15年4月1日新・宿泊所ガイドラインとして「宿泊所設置運営指導指針」を策定した。（『シェルタレス』No.17 2003年106頁参照）新ガイドラインによると「1人当たりの居室面積最低限度の基準を3.3m²以上」としたことは画期的である。しかし、あくまでもガイドラインであって、法的な拘束力はない。

なお現在、東京都では「宿泊所」の在り方について様々に議論検討がされている。先に紹介した『シェルタレス』No.17のインタビューに応じた東京都福祉局生活福祉部指導援護課指導係長稻生氏が筆者に語ったところによると「現在の宿泊所は、設置主体の考え方や福祉事務所の利用状況から幾つかの類型が考えられる」という。この類型について稻生氏は更に「大きくは、1.本来の無料又は低額の宿泊事業 2.『路上生活者』に対する就労支援及び生活上のケアを行うという二つの類型、そして後者は更に3類型に分類できる。1.緊急一時的シェルター型、2.住まいとしてのグループホーム型、3.ソーシャルサービスを伴った、いわばケア付き型。特に1および3に関しては、生活保護の住宅扶助によって運営することなく、生活保護法第30条第1項にいう『その他適当な施設』として展開することが必要と考えられる。ただし、1については運営形態から更生施設に近く、3は、地域に開かれたいわばケアを提供する生活の場としての施設展開を目指すことになる。今後は、どの類型に属する宿泊所に関しても、利用者にとって的確な住宅保障ということから、また「人の居住の場」ということから質を求め、居住基準の生活保護費が施設運営経費に転用されないための運営費の補助を行うことなどを検討してゆく必要がある」と述べている。

⁵ 2003(平成15年)年7月31日、「全ての無料低額宿泊所を対象として」厚生労働省社会・援護局長通知「無料低額宿泊所の設備、運営等に関する指針」、厚生労働省社会・援護局保護課長通知「生活保護法による住宅扶助の認定について」が定められた。いずれも2003(平成15年)年11月実施。通知の主な内容は「居室は原

則として2以上の世帯に利用させないこと」「居室を共有する者の間で生計の同一が認められない場合、別世帯として認定し、1居室につき1世帯分の（住宅扶助）基準学の範囲内とする」具体的に言えば、1部屋に何人が住んでも住宅扶助費は同額となる。これは「ホームレス」の人たちへの劣悪な環境の宿泊所を個室単位に改善するという動きとして捉えることができる。これは、注Ⅲで述べた東京都の宿泊所新ガイドラインと同様に利用者の「生活する場の質の保障」という意味では評価できる。しかし、雑居状態の居室を個室に移行するには、現在入居している人たちの行き先の確保が大きな問題である。早急な居宅への移行などの受け皿がないまま通知を実行することによって、多くの人たちが再び野宿生活状況におかれることを深く危惧する。

⁶ 生活保護制度が実施され、福祉事務所が利用者のために宿泊所を選定する場合、何らかの判断が働く可能性を考えられるが本調査ではその条件や背景は明らかにならなかった。

⁷ 新宿連絡会『新宿 HOMELESS』1995(平成8年)年によると「路上生活」状況の人たちの平均年齢は52.5歳、厚生労働省『ホームレスの実態に関する全国調査報告書』2003(平成15年)年によると平均年齢は55.9歳である。調査年は8年の開きがあるが、平均年齢の開きは単純に計算しても3.3歳。「ホームレス」状況をつくり出す社会構造は、解決されないまま放置されていることが分かる。

⁸ 節約の目的は、飲酒や他の嗜好のために使っていることが推測できた。聞き取りの中でも、数人の人が飲酒・パチンコ等のギャンブルについて話してくれた。彼等は「ここじゃ他に何もやることがないんだ。ダメだとは思っているんだけど手を出しちゃうんだよ」と言っていた。自分の生活でありながら主体性をもてず「与えられた」と感じる生活で、地域とのつながりがない毎日を過ごすには「時間を忘れるもの」が必要である。また、利用者のほとんどが、きびしい肉体労働をしてきている。酒やギャンブルは、仕事を終えての唯一の楽しみであり、人とのコミュニケーションであり、野宿経験のある人ならば、厳しい寒さや眠れぬ夜の野宿をしのぐために欠かせない酒が習慣化に至ったかもしれない。

⁹ 下田平裕身「建設業と不安定雇用の労働者」(『シェルタレス』No.9 2001年)12頁参照。

¹⁰ 唐鎌直義『日本の高齢者は本当に豊か』萌文社 2002年、55頁参照。

¹¹ 7名の調査を行ったB民間宿泊所は、民間の事業団体の経営により、第2種社会福祉事業の届け出に宿泊所として2001年から開設された。民家や会社の寮を改装し、宿泊所として利用し、他にもいくつかの地域に開設されている。居室は、4畳半で3人、6畳では5～6人が居住している。食事は1食500円で出されている。これは、食事が出ないA簡易宿泊所との最も大きな違いである。3食の食事の時に居なくてはならないため、利用者の1日の生活は食事時間を中心に行っている。この宿泊所に居住する人は、宿泊費と食費が生活保護費から引かれるために、利用者の自由になるお金は1ヶ月で4万円に満たない。

¹² 越智祥太「野宿者が直面している医療福祉の現状」(『医療ソーシャルワーク』48号)4頁参照。

第5章

健康と生活を取り戻す支援へ

- ◇ 歯科プロジェクトから健康生活相談会へ
- ◇ 路上生活者の食生活と栄養充足率
- ◇ フリースペースBaBaでのシャワーサービスと健康・生活相談会
- ◇ 路上生活者における口腔保健

歯科プロジェクトから健康生活相談会へ

歯科プロジェクトのはじまり、目的

新宿野宿者労働者の生活・就労保証を求める連絡会議（以下、新宿連絡会）では、毎月第2日曜日に炊き出しにあわせて医療相談会を行っている。歯科に関しても相談を通じ、野宿者における歯科口腔疾患の傾向や口腔衛生状態などの報告を通じて、歯科治療の必要性を訴えてきた経緯およびその改善点については、昨年本誌に報告した通りである（21号、2004年夏）。

しかし、何らかの理由でこの流れに乗れない人は通院が難しく、疾病の存在や治療の必要性を認めながらも放置されている状態である。このような、様々な理由で既存のサービスを利用できない人も対象とした、アクセスしやすい歯科相談の場として、2002年より年に1回、日曜日の日中に歯科プロジェクトと題した相談会をはじめた。

歯科相談の内容としては、口腔内の検診、疾患の説明とともに、要治療者への紹介状提供と福祉制度案内を行った。福祉制度を利用したい人には、申請・受診サポートを行えるよう、福祉事務所での手続きをスタッフと同行するように勧めた。必要があれば応急処置や、歯石除去などの予防的処置を、地域から有志で参加してくださった歯科医師らにより提供した。また、歯ブラシ、歯磨き粉を提供し、歯磨き指導などの健康教育も歯科衛生士により行った。

歯科プロジェクトの実績（2002年度～2004年度）

2002年度は3月に新宿中央公園向かいの区民センターにおいて、2003、2004年度は2月に新宿中央公園内の区民ギャラリーにて、ともに日曜日の午後に開催した。時期的には、夏は夏祭り、冬は越年越冬において日中に公園で健康相談を受けることもできるため、この時期は外した。

2003年には7名が来場し、全員が路上生活であった。歯科医院での治療を要した2名に紹介状を書き、応急処置を6名行った。来場者が少なかったのは、公園に面しているといえども、通りを隔てたガードマンのいる多くの方々も使用している施設に入っていくことが、少しはばかられたためかとも考えられた。また、パーキンソン病疑いの1名に紹介状を、結核疑いの1名はスタッフが付き添って救急搬送した。

2004年には新宿区福祉部の協力のもと、公園内の施設をお借りし、敷居を低くすることができます

た。来場者は21名と増え、うち19名が路上生活だった。応急処置を5名行ったが、16名には歯科医院での治療のための紹介状を書いた。主に義歯の作製であり、そのうち10名は翌日福祉事務所にて相談し歯科を受診したが、1名は以前に施設を退所した経験を指摘され、受診を認められなかった。紹介状を書いて渡した人に対しては、石鹼や着替えなどを提供し、清潔な状態で受診するように勧めた。昨年の経験より医師にも参加いただいており、内科疾患の疑われた2名は医師が相談を受け紹介状を書いた。

健康生活相談会へ

2004年度には過去2年の実績をふまえ、それまで歯科相談とともにを行っていた、血圧測定・医療相談・結核教育ビデオ放映・下着衛生用品提供に加え、栄養相談と福祉相談を組み込み、健康生活相談会と題して行った。

来場者は25名と若干増え、うち23名が路上

生活だった。そのうち歯科相談を受けたのは 17 名で、12 名に紹介状を書いた。傾向としては昨年よりも、保存治療の必要率が高く、補綴治療の必要率は低かった。5 名は応急処置をうけ、1 名は口腔衛生指導のみであった。

なお、はがきアンケート（別稿参照）をきっかけに連絡をとりあうようになった地域の 3 歯科

医院からも、ボランティアとして歯科医師にご参加いただいた。

また、医科相談は 7 名が（紹介状 3 名、処方 3 名）、栄養相談は 13 名が、福祉相談は 14 名が受け、全員に必要としている着替えや石鹼などを提供した。

歯科プロジェクト3回のまとめ

		1年目	2年目	3年目
受診者総数	総数	8	21	25
	うち路上生活者数	7 88%	19 90%	23 92%
歯科相談	総数	7 88%	19 90%	17 68%
	女性数	0 0%	1 5%	0 0%
	平均年齢	52.0	54.7	54.9
	平均野宿歴(月)	34.8	33.3	65.3
口腔内主訴	健康保険あり	0 0%	0 0%	0 0%
	義歯・咬合不全	0 0%	11 58%	7 41%
	疼痛	4 57%	6 32%	4 24%
	脱離・破折	2 29%	2 11%	3 18%
	その他	1 14%	3 16%	2 12%
口腔内所見	なし・健診目的	0 0%	0 0%	1 6%
	DT(平均う歯本数)	5.0	3.1	6.7
	MT(平均喪失歯本数)	4.1	14.4	9.9
	FT(平均処置歯本数)	7.1	4.2	4.0
その他	平均食事回数/日	2.2	2.1	2.3
	平均摂食満足度(VAS)	6.1	4.3	5.0
	平均歯磨き回数/日	1.0	0.6	0.9
歯科対応	応急処置	6 86%	5 26%	5 29%
	歯科紹介状	2 29%	16 84%	12 71%
医科相談	総数	2 25%	2 10%	7 28%
	医科紹介状	1 50%	2 100%	3 43%
	医科救急対応	1 50%	0 0%	0 0%
栄養相談	総数	—	—	13 52%
福祉相談	総数	—	—	14 56%

歯科既往歴、福祉経験

3 回を通じた来場者より再診者 1 名をのぞき、そのうち路上生活をしていた 49 名の記録から、歯科に関する既往歴、受診行動、福祉の経験をまとめた。41 名中 35 名（85.4%）が、野宿になつてから歯や口腔の症状があったが、そのうち通院したのは 15 名のみで、20 名は受診していなかつた。

通院経験のあった 15 名は全員健康保険に加入

しておらず、7 名は全額自費負担であった。10 名は通院に問題なく治療を完了していたが、5 名は問題を抱え、うち 4 名は「仕事のため時間がない」「お金が払えなくなった」などの理由から通院を中断していた。

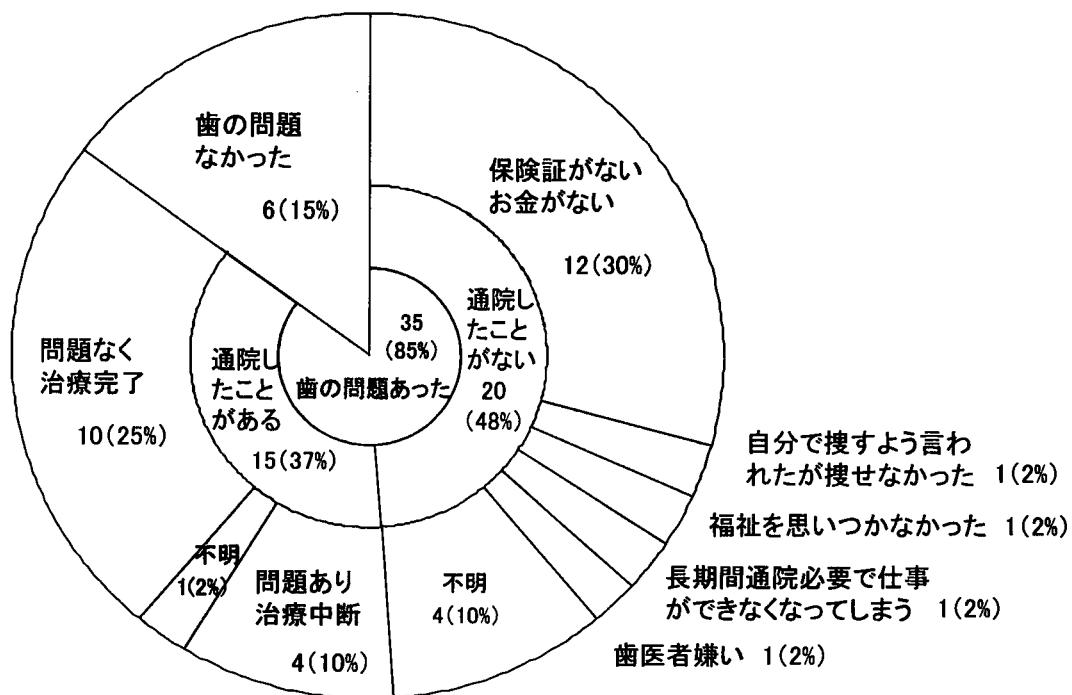
症状が出現したにもかかわらず受診しなかつた 20 名の理由としては、「保険証がない、お金がない」を 12 名がほとんどで、他に、「治療に長期間かかるため仕事ができなくなるから」「福祉に自分で探すよう言われたが探せなかった」な

どがあげられた。

また、35人中32人（91.4%）が、福祉事務所で相談して病院に行くことができることを知っていたにもかかわらず、回答27名中9名（33.3%）のみが自分の歯科医院受診に関して福祉事務所に相談していた。しかし相談したうちの3名は「歯科疾患、特に義歯の作製に関しては拒否された」としており、1名は「1度行って痛み

止めもらっただけ」であった。福祉事務所に相談しなかった18名の理由は、「歯科はダメだと聞いた」3名、「過去に嫌な思いをした」2名、「行きにくい、行きたくない」2名、「なんとか我慢できた」2名、「本籍を聞かれたため辞めた」1名、「滅多にもらえない仕事が入ったため仕事を優先せざるを得なかった」1名、などがあげられた。

野宿期間における歯科既往歴



福祉相談

上記のように、福祉事務所での手続きをすれば通院が可能なことは殆どの方が知っているにもかかわらず、実際に相談したのは少数であり、その中には歯科通院、特に義歯作製に関しては拒否されたというものもいた。

しかしながら歯科疾患のほとんどは硬組織欠損であり、歯科医院における外科的処置が治療には不可欠である。様々な野宿者支援サービスがてきた現在においても、なんらかの形で福祉制度を適切に利用する以外に公的サポートへの道はなく、福祉事務所の仕事や野宿者支援システム

を説明し理解を促進し、今後につなぐために、2004年度には福祉相談を行った。

路上生活の23名中12名、52.2%がなんらかの生活支援の相談を必要としていた。多かったのは自立支援システムの説明であり、他に、「生活に困って福祉事務所に相談にいったがのってくれなかった」、「65歳になったため生活保護を受けたいが家族に知られたくないで相談に行けない」、「テントをはつてある程度の収入もあるが、歯さえあれば仕事が続けられる」などというものがあった。中には、「なかなか緊急一時保護所の抽選にあたらない」というものまであった。

健康生活相談会のこれから

歯科の相談が夜間の屋外では難しいという理由ではじめた歯科プロジェクトだが、徐々に医科相談や清潔の機会の提供、栄養相談（別稿参照）、福祉相談、と拡大し、総合的な健康生活相談会として発展してきた。

過去3年間の来場者数は年々増えてはいるが、年に1回受付2時間という枠内では、これ以上の人数に対応することは難しい。しかしながら、現行の公園での医療相談会は、もともとが「昼間に」「暖かいところで」「ゆっくりと」相談する機会の提供を目的としており趣が異なる。このため、2005年度からはフリースペースBaBaで毎月の健康生活相談会をはじめている（別稿参照）。

今後も試行錯誤しながらではあるが、今後も新宿区福祉部や地元医療関係者と協力し、路上生活であろうとも、健康に問題がある場合は相談・受診しやすい窓口を設定しサービスを提供していくと共に、定期健診や予防啓蒙を通じて口腔保健を含む健康に関する意識の向上を目指した活動を続けていきたいと考えている。

謝辞

この場をお借りして、日頃より私達の活動にご協力いただいておりますボランティアの医療関係者や支援者の方々、新宿連絡会の仲間たち、そして、新宿区福祉部の方々に感謝し、御礼申し上げます。



（中久木康一）

路上生活者の食生活と栄養充足率

背景：

Shelter·Less No. 19¹⁾で、本田徹氏が養老孟司氏の『バカの壁』(新潮新書)について書いている。その中に、「路上生活者は、働かなくても食べていける、というのが、戦後の究極の姿であった。」また、「路上生活者はぴんぴんしていて、下手をすれば糖尿病になる人もいる。」という養老氏の意見に反論しているくだりがある。その文章は、当時、新宿連絡会の活動に参加して間もない私にとって、とても衝撃的であり、共感せずにはいられないものであった。

「ホームレスは働かないでも食える典型的な存在」なのであれば、これ程いろいろな面で彼らを支援している団体はないと思う。また「糖尿病は、贅沢病である」と簡単に言える病気ではなく、食事の偏りに寄るところが大きい。つまり、不規則な食事回数や食事時間、量の如何に関わらず、特定の栄養素の過不足が続いた結果招いてしまう病気であり、栄養士として、糖尿病に対する世間の偏見の波に流されたくないと強く思った。

目的：

新宿連絡会では、2003年より年に1回歯科プロジェクト（別述）を開催しており、2005年は「健康生活相談会」のひとつとして、栄養相談を行った。相談は個別にゆったりと行い、食生活改善についてのチラシを渡して説明し、手作りの軽食も提供した。

この際に露呈した、路上生活者の食生活の実態をまとめ、栄養学的に問題点を明らかにすることにより、今後の取り組みの方向性を探った。

対象：

平成17年2月6日(日)に行われた「健康生活相談会」(総来場者数25名)で栄養相談を受けた13名のうち、現在も路上生活をしている12名を対象とした。

方法：

栄養相談で聞き取った食事回数、食事内容、生活パターン等についてまとめ、更に、推測した一週間の平均的な食事量から摂取している栄養素量を計算し、「日本人の食事摂取基準(2005年版)」(資料1参照)と「平成15年度国民栄養調査」から得られる値と、比較検討した。



結果：

対象者は全員が男性で、平均54歳(30~49歳2名、50~69歳9名、70歳代1名)だった。また、路上生活は平均5年(6ヶ月から20年)であった。

図1：食事回数

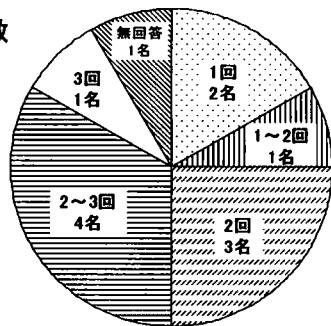
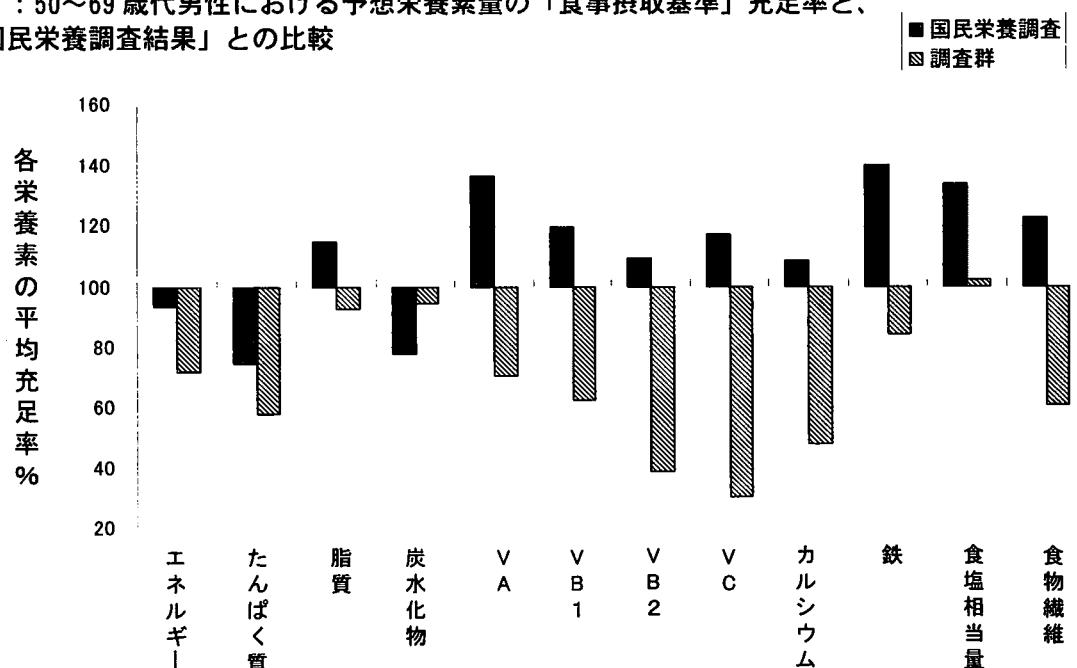


表1：自炊の有無

		n=12	
自炊する		2	
自炊しない	買う	2	9
	炊き出し等でもらう	5	
	買う/もらう	2	
無回答		1	

図2：50～69歳代男性における予想栄養素量の「食事摂取基準」充足率と、「国民栄養調査結果」との比較



○代表例

12名のうち栄養学的に特に気になった3名について紹介する。

症例1（65歳男性、野宿歴1年）：

心臓病のため降圧剤を内服しているが、今回測定した血圧は158/92mmHg/dlと軽症高血圧（資料2）であった。BMI（資料3）は20.6%と基準値内である。

50～69歳における予想栄養素量の、日本人の食事摂取基準（2005年度版）での充足率と、平成15年度国民栄養調査結果との比較

日本人の食事摂取基準（2005年度版）の基準値を100%とし、調査群と国民栄養調査における50～69歳（食事摂取基準では20歳間隔）男性の栄養素充足率を表した。今回は、30～49歳と70歳以上の数が少なかったため、50～69歳のみを対象とした。

ここで示した個人の摂取栄養素量は、聞き取った内容から一週間の平均を予測したもので、あくまでも食生活の問題点を探る指標のひとつとしての推測である。

食事は炊き出しでもらうものを1日1回しか食べられないことが多いが、何も食べられない日もある。野菜、肉、卵類は不足し、代わりに甘い菓子でお腹を満たすこともある。

栄養量を見ると、総エネルギーは基準量の49.5%しか摂れておらず、多くは糖質由来である。ビタミン類、カルシウム、食物繊維はかなり少ない。塩分については、食事量が少ないので基準値より低い値となっているが、濃い味付

けのものが好みであるので、路上生活前の食事は塩分過剰であったと推測される。

この方は、心臓病の為にも、減塩だけでなく、

カリウム、食物繊維を多く含む野菜や果物、海草類やカルシウムやたんぱく質が摂れる大豆、乳製品などの摂取が必要である。

表2：50～69歳における予想栄養素量と「食事摂取基準」

年 齢	エ ネ ル ギ ー (kcal)	エ ネ ル ギ ー く 質 比 (%)	エ ネ ル ギ ー 質 一 比 (%)	エ ネ ル ギ ー 炭 水 化 物 一 比 (%)	ビ タ ミ ン A (mg)	ビ タ ミ ン B 1 (mg)	ビ タ ミ ン B 2 (mg)	ビ タ ミ ン C (mg)	カ ル シ ウ ム (mg)	鉄 (mg)	食 塩 相 當 量 (g)	食 物 繊 維 (g)
52才	△1828	△10.2	23.0	64.3	△366	△0.4	△0.6	△11	△251	△5.6	▲12	△7
53才	△1757	△11.0	▲25.8	61.5	△127	△0.5	△0.4	△19	△412	△5.4	▲12	△7
54才	△2123	△14.5	▲34.3	△49.7	992	1.5	△1.2	△46	△557	△5.2	8	△7
55才	△1658	△12.0	▲29.1	69.5	746	△0.8	△0.6	△30	△202	△5.7	7	△5
55才	△1597	△11.5	△14.8	▲77.3	△356	△0.6	△0.4	△9	△216	△4.6	▲13	△7
56才	△1926	△ 9.1	△ 4.5	△48.3	△ 32	△0.8	△0.2	△ 8	△211	7.3	▲15	△13
56才	△1651	△12.8	△12.1	▲73.5	1158	1.3	△0.8	△40	△436	△6.4	▲14	△11
59才	△1821	△13.1	△ 6.5	▲77.0	△388	△1.0	△0.5	△75	△181	△6.1	▲12	△5
65才	△1188	△ 9.8	△17.0	▲75.3	△290	△0.4	△0.2	△35	△137	△3.0	3	△6
基準値(50～69歳)	2400	20	20～25	50～70	700	1.3	1.4	100	600	6.5	10	20

▲基準値より高値

△基準値より低値

症例2（52歳男性、野宿歴不明）：

血圧は160/102mmHgと中等度高血圧で、BMIも25.7%と多めである。

食事は、主食となるものが中心で、肉・魚・卵・野菜、いも類はあまり食べていない。また、食物繊維の多いものが極端に少なく、甘いものは良く食べる。

摂取総エネルギー量は基準値の76.2%ほどで、その多くは糖質由来である。脂質は基準値には達しているが、カップ麺や菓子パンに含まれる油が中心ではないかと思われる。塩分についても、約12gと過剰である。

この方は、すでに体重も多めで高血圧という危険因子を持っている。従って、糖質中心、塩分過剰、食物繊維不足という食生活をこのまま続けていくと、糖尿病や高脂血症ばかりではなく、脳卒中、心疾患などの病気を招く恐れがある。

症例3（56歳男性、野宿歴5年）：

血圧は138/86mmHgと正常高値血圧である。体重は路上生活前より減少しているという。

食事は、安価で手軽な麺類が多い。自炊すると言っているが、インスタントラーメンが主である。野菜は毎日摂っているが、肉・魚・卵類はあまり食べない。牛肉は時々食べるとしているが、安い牛丼屋の牛肉だった。

栄養素で見ると、炭水化物の充足率は97%で、それ以外のエネルギー源となるたんぱく質、脂質は低い。その他、ビタミンAは4.6%、B1 58.5%、C 7.5%、カルシウム35.2%となっている。

このように、ビタミンAやCが極端に継続的に不足すると、免疫力が弱くなりやすいが、この方は6年前に胃潰瘍の既往があり、再発に気をつけたい。また、今のままの食生活の偏りと塩分過多では、脳梗塞や心筋梗塞、肺炎などに

かかる危険性が高いと思われる。

考察：

食事回数と自炊の有無（図1、表1）

今回の対象者においては、1日2~3回食事を摂れる方が多かった（図1）。2003年の全国統計²⁾においては2回（46%）、3回（29%）、1回（17%）の順であり、今回の結果は、全国統計よりも食事回数が多い傾向にあった。これは、今回は「健康生活相談会」に来場し、栄養相談を受けた方のみを対象としており、路上生活者全般と比較して少なからず健康や食事に対する意識が高い方々であったためと考えられる。

路上生活でありながらも自炊すると答えた方もいたが、これは家の台所での調理とは異なり、カップラーメンをも自炊の一つと考えての回答である。また、食事として購入するものは主に、コンビニの味の濃い弁当や牛丼、パン、おにぎり等であった。

食事内容の聞き取りからは、ほぼ全員が主食（炭水化物）に偏った食生活であり、栄養も足りていなかつた。これより、自炊の有無や食事回数および摂取量と、栄養の摂取内容との相関はみられないことがわかった。

生活保護を利用して宿泊所に生活している人においても、「1日2食」「3食ともカップ麺」という人も少なくなく^⑩、限られた生活費と選択肢の中で食事を摂る状況では、すでに何らかの疾患を患っていても食事をコントロールすることは難しい。今回の対象者は多少なりとも意

識の高い集団であった可能性があり、路上生活者全般としては、「カンパンを3回に分けて食べていたり、一週間何も食べていない人もいる」^⑪のように、更に状況が悪い方も多いと推測された。

食事摂取基準、国民栄養調査との比較（図2、表2）

今回の結果では、食事摂取基準の基準値と比べると、塩分が多少過剰で、他の栄養素は低値である。国民栄養調査の場合、基準値を満たしているか、それに近い値のものが多い。

国民栄養調査では、炭水化物は調査群よりも下回っている。これは、一般に現在の日本では、おかずの種類が豊富になり、ごはん（米）よりもおかずを多く食べる傾向があるためである。路上生活では全く逆であり、比較的安価であり、炊き出しや「エサとり」などで手に入りやすい主食となるもの、つまり炭水化物の摂取が多く、食事の選択は難しいことを意味している。

注目すべきは、ビタミン、微量元素が、国民栄養調査では、ほぼ基準値を満たしているにも関わらず、調査群は、全て基準値以下である。この差はかなり大きいと思われる。

ビタミン、微量元素摂取の重要性（表3）

前述の通り、微量栄養素の多くは、基準値を満たしていない。近年、これら微量栄養素は、体の機能を高めるのに非常に重要な役割を果たしているとして、重要視されている。

表3：ビタミン、微量元素摂取の重要性

ビタミンA	視覚に関する色素たんぱく質を形成する。また、免疫力を高めたり、皮膚、粘膜の機能保全、β-カロテンはがんや動脈硬化を予防するとされている。
ビタミンB1	糖がエネルギーに変わるとときに必要な栄養素で、不足すると脳が活性化されず、体がだるく、疲労感を感じやすくなる。疲労を感じたときは、糖分が有効であるが、糖分だけ摂っていたのでは、体内的ビタミンB1が消費され、かえって疲労感が増すこともある。
ビタミンB2	特に脂質の代謝に必要であり、不足すると口内炎ができやすくなったり、皮膚や髪、つめにつやがなくなる。
ビタミンC	免疫力を高めたり、皮膚や骨を作る大切なたんぱく質である。
鉄	赤血球の主成分。不足すると、貧血状態になり、代謝異常を招き、疲れやすくなったり、動悸、耳鳴りなど体のバランスが崩れる。
カルシウム	骨や歯を形成する重要な成分。不足すると、体の土台がぐらつくばかりではなく、イライラやストレスが起こりやすくなる。

その他、今回、表には表していないが、亜鉛についても、不足していると思われる。亜鉛は、不足すると、味覚に異常が起こるだけでなく、精力が減退し、肌がかさついたり、傷の治りが遅くなったりする。また、風邪も引きやすくなる。

生活習慣病などへのリスク

今回、10名が血圧を測定したが、6名が高血圧であり、うち1名は心疾患の治療中であった。路上生活者における高血圧は、主訴の15.1%（2位）を占めており⁵⁾、冬場には重度に分類される人が測定者の5割にも及び、寒さによる血管収縮や睡眠不足、ストレスとともに、塩分の過剰摂取や野菜不足もその要因として考えられる⁴⁾。

また、12名の中では糖尿病の既往がある方はいなかったが、路上生活者においては8.3%が糖尿病であると報告されており⁵⁾、自覚はないが罹患している可能性も大いにある。路上生活者が糖尿病に罹患している理由として、「もともと糖尿病を患っていた」「糖尿病の発症年齢と路上生活者の平均年齢(56歳)が相関している」「食事内容が不規則で栄養バランスが偏っている」「精神的、肉体的ストレス」などがあげられており³⁾、今回の12名でも当てはまるものが多く、リスクは高いと言える。

栄養不足が続くと、医学的には低蛋白血症や貧血などが引き起こされると考えられるが、これらは、路上でよく遭遇する症状である、頻回な下痢、胃酸産生の減少による胃潰瘍、免疫力の低下、そして、作業能力の低下、意欲の減退などを、説明してくれるものもある。また炊き出しなどで、数日ぶりに食べるのにかかわらず、入る限り詰め込む人もよく見かけるが、このような食生活は消化器系に負担をかけるだけでなく、生理的には特に糖質を蓄え、更に低蛋白、高脂肪、高コレステロール状態が悪化する。本田徹氏も「豊かさとはおよそ無縁な、驚くべき非人間的な労働条件下で、たべられるときま

とめてジャンクフードを食べて凌ぐという、貧困な食環境を築かざるをえず、いわば、『貧者の病』として糖尿病になっている人。」がいると述べている¹⁾。



まとめると、以下のような病態が引き起こされる可能性がある。

- 1) 炭水化物に偏った食事、塩分の強いものの摂取により、高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病にかかり、さらに、脳梗塞・心疾患などの重篤な病気をまねく恐れがある。
- 2) 腸の働きが悪くなり、大腸がんなど消化器系疾患にかかる確率が高くなる。
- 3) 低栄養状態に陥り、風邪や肺炎、また結核にかかり易くなる。
- 4) 慢性的な疲労感があり、生活に対する意欲が減退する。

既にこのような症状が出ていたり、疾患を患ったりしている場合は、その状態がますます悪化してしまうことは容易に推察できる。



まとめ：

私自身、路上生活者への支援関わって長いわけではなく、まだまだ路上の生活について知らないことが多い。しかし路上で生活をしている方は、贅沢をしているわけではないということだけは言える。生きていくために、その日手に入るものを食べ、遠くから歩いて炊き出しをもらいに来ている方も多い。また、少しお金が入っても、収入が不安定なため、安価でお腹にたまりやすいものを買っており、食事を選択できるような状況ではないという話を複数聞いた。「手料理が食べたい」「バランスの良い食事を摂りたい」と言う一方、「今の生活では、食事は仕がない（あるものを食べるしかない）」とあきらめている声も聞かされた。

今回は、対象者数が12名と少ないため、今回の結果が路上生活者の状態を代表しているとはいえないが、食事に対する何らかの対策は急務であることは明らかであり、食生活に対する継続的なアドバイスや支援が必要である。

具体的には、まず、今回の健康生活相談会のような時だけではなく、炊き出しや、新宿連絡会医療班が毎月一回行っている医療相談会の時に、栄養相談を行うことができたらよいかと思う。また、炭水化物が主体となっている炊き出

しを、改善できないか考えてみたい。今回、ほとんどの方が食事の中心とした炊き出しは、ごはんに煮物などをかけたどんぶりなどが主流である。夏祭りでは、見た目も、栄養バランスも普段の炊き出しより比較的良いお弁当を提供したが、こういったものを定期的に出せるようにしていく努力も必要だろう。

その他、公共の調理室などを借りて皆で料理を作る機会も、作ってみたい。現在、「（特活）自立生活サポートセンターもやい」では、不定期で利用者とともに料理会を開いている。ここでは、アパートに移った方々が主ではあるが、皆で料理を作り食べ、お互いの状況を話している。普段、なかなか作らないものを食べるだけではなく、協力して作りあげる達成感が得られ、また、情報交換の場にもなっている。不足している栄養を補い、楽しくおいしく食べることで消化吸収は何倍も良くなると考えられ、このような機会を路上生活の方とも持つて行きたいと考えている。

ここにあげたような案を実践していくには時間がかかるかもしれないが、これからも微力ながら路上での生活を強いられている方々の力になれるよう努力していきたい。



謝辞 :

今回の栄養相談にご協力いただきました、吉永加那、川奈部エミの両栄養士をはじめ、ご協力くださった新宿連絡会スタッフの方々に感謝申し上げます。

(青野真奈美)

参考文献 :

- 1) 本田徹 : 養老孟司さんの頭の中の「バカの壁」. *Shelter-Less* 2003 Winter; 19: 3-10
- 2) 「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」(厚生労働省、2003年3月)
http://homepage3.nifty.com/shelter-less/research/research_idx.html
- 3) 森川すいめいほか: 池袋野宿者の高血圧と生活習慣病. *Shelter-Less* 2003 Winter; 19: 85 - 100
- 4) 武笠亜企子ほか : 路上生活と高血圧. *Shelter-Less* 2004 Winter; 23: 38-43
- 5) 大脇甲哉 : 野宿者の健康問題. *Shelter-Less* 2003 Winter; 19: 101-107
- 6) 金沢さだ子: 宿泊所利用者からとらえた「ホームレス」の人たちの社会保障・住環境・健康をめぐる現状と課題. *Shelter-Less* 2003 Autumn; 18:136 - 157
- 7) 『厚生労働省策定 日本人の食事摂取基準(2005年度版)』第一出版
- 8) 山下亀次郎ら : 『栄養代謝テキスト』2002年第1版第5刷 文光堂
- 9) 『臨床栄養 Vol.107 NO.2 2005』医歯薬出版株式会社

資料 :

- 1) 「日本人の食事摂取基準(2005年版)」基準値

基準量の指標は各栄養素で異なり、今回使用した基準値は以下のとおりである。

●エネルギー

推定エネルギー必要量 (kcal/日) : 身体活動レベルをⅡとした。(レベルⅡ: 座位中心の仕事だが、職場内の移動や立位での作業、接客等、あるいは通勤・買物・家事・軽いスポーツ等のいずれかを含む場合)

●たんぱく質、脂肪、炭水化物

目標量 : 生活習慣病の一次予防のために現在の日本人が当面の目標とすべき摂取量(または、その範囲)。

●カルシウム、ナトリウム、食物繊維

目標量 : 同上。

●ビタミンA、ビタミンB1、ビタミンB2、ビタミンC

推奨量 : ある性・年齢階級に属する人々のほとんど(97%~98%)が1日の必要量を満たすと推定される1日の摂取量。

●鉄

推定平均必要量 : 特定の集団を対象として推定された必要量から、性・年齢階級別に日本人の必要量の平均値を推定したもの。当該性・年齢階級に属する人々の50%が必要量を満たすと推定される一日の摂取量。

2) 「高血圧治療ガイドライン(2004)」による血圧分類

分類	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)
正常高値血圧	130~139	85~89
軽症高血圧	140~159	または 90~99
中等度高血圧	160~179	または 100~109
重症高血圧	>=180	または >=110
収縮期高血圧	>=140	または <90

3) BMI(Body Mass Index)

「体重(kg)/身長(m)の二乗」で表され、18.5未満を「やせ」、25.0以上を「肥満」と判定する。

フリースペースBaBaでのシャワーサービスと 健康・生活相談会

1. はじめに

2005年4月、「野宿者・人権資料センター」と「新宿野宿労働者の生活・就労保障を求める連絡会議（新宿連絡会）」の就労支援部門が合併した組織である「NPO法人新宿ホームレス支援機構」は、新宿区高田馬場に誰でも集えるフリースペースBaBaを開設した。新宿連絡会・医療班では、フリースペースBaBaのシャワー室を利用し、ホームレスの人たちが着替えやシャワーを利用でき、健康や生活の相談も可能な場の提供を行った。

2. フリースペースBaBa以前、清潔の機会を提供するサービスのはじまり

2003年、医療班の活動は、それまでの医療相談活動に加え、入浴・着替えといった「清潔の機会の提供」に視点をおいた活動を開始した。これは、夏場に増加する疥癬や皮膚疾患、白癬症の悪化からおこる蜂窓織炎への対応と、区内医療機関が受診を受け入れる際に課題となるものに身なりや身体の衛生面があることがアンケート調査で明らかになったことが始まりだった。（別稿 新宿区内の医療機関に対するはがきアンケート調査から）

当初は、銭湯入浴券を大量に購入し提供することを検討したが、2000年（平成12年）の「新宿区ふれあい入浴デー」のように、大勢の当事者が銭湯を利用した場合の銭湯側の混乱が想像された¹⁾。また、用意した入浴券以上の人に入浴を希望した場合、選別する基準を定めるのは困難であるという問題があった。

そこで、「できるだけ多くの人に清潔の機会を

提供する」ことを目標に2003年と2004年の2回、新宿区立中央公園にレンタル入浴車を横付けし「一日入浴サービス」を試みた。利用者は、2003年は男性68人、女性の希望者1人には銭湯入浴券を提供、2004年は男性のみ60人であった。実施には、公園管理事務所の協力によつて水道や電気配線等を利用することができた。「入浴サービス」は画期的な取り組みではあつたものの、単発的イベントであった。

次の取り組みとして、2005年2月、新宿区民ギャラリーにおいて、健康・生活相談会を開催した。相談会は、別稿の歯科プロジェクトで報告したように、年に一回開催していた歯科相談会をベースに、「明るくあたたかいところで、ゆっくりと相談する場の提供」を目的に、医科相談・血圧測定・結核ビデオ放映・下着類や銭湯入浴券の提供に加え、食事（栄養）相談、福祉・自立支援事業施設の紹介をする総合的な「健康と生活相談会」の場とした。（別稿 歯科プロジェクト報告）

3. フリースペースBaBaにおける健康・生活相談会と恒常的な清潔の機会の提供

3-1 開催前「ホームレス他区からの呼び寄せ」論
 高田馬場にあるビルの一室のフリースペース²⁾を利用し、2005年5月8日からは、毎月第2日曜日の13時から15時、シャワーと着替えの提供に加えて医科・歯科医師と看護師による健康相談と市販薬の提供、受診が必要な人には紹介状の提供、そして生活相談員による生活保護制度や自立支援施設の情報提供を含めた「健康と生活の総合相談会」を始めた。そして、2005年6月20日から毎週2回、スタッフが常駐し、13時から16時の間シャワーと着替えの提供が

できる体制を整えた。

健康・生活相談会の実施に向けては、新宿区福祉部生活福祉課と話し合いを持った。しかし、新宿区福祉部生活福祉課では「一定の場所でのシャワーの提供と制度の紹介は必要なこと」と、認めながらも、「新宿区が他の区よりも多くのサービスをすることによってホームレス呼び寄せにつながる」という意見であった。同課が恐れる「他の区からの呼び寄せ」は、ほとんど現実味のない思い込みに近いことは、以下、フリースペース BaBa の 5 ヶ月強の実績によっても明らかとなる。

3-2 フリースペース BaBa の健康・生活相談会実績

実績集計期間：

2005 年 5 月 8 日～10 月 9 日 全 6 回

13 時～15 時フリースペース BaBa のシャワーを開放しつつ健康・生活相談会を行う。

利用者総数：

医科 15 人（血圧測定含む）利用者平均年齢：
53 歳

医科相談者 15 人の内 6 人は地域生活移行支援事業^③を利用し、地域のアパートで生活をしている人たちである。8 人には呼吸器疾患、腫瘍、精神疾患の疑いなどのため紹介状を提供した。その内 3 人が受診につながっている。

歯科 8 人 利用者平均年齢：56.6 歳

歯科相談者 8 人の内、2 人はその場で義歯の調整や痛み止めを提供し、6 人は抜歯と義歯作成、う歯そして歯周病のために紹介状を提供した。紹介状を提供した内 3 人は、前述の地域生活移行支援事業を利用し、地域のアパートで生活をしている。

紹介状を提供した人には、生活保護制度や福祉事務所での手続きの流れや、自立支援施設について医療班が独自に作成した図^④を使って説明をした。また、健康の相談では、医療機関で

治療中の人が、主治医の病状説明を理解できず相談にきた。主治医への不審からこのままでは治療中断が生じる。そこで、セカンドオピニオン^⑤として病状と治療について分かりやすく説明をした。他にはアパートでの対人トラブルから不眠症や強度の不安状態におちいった人への対応や、治療開始が遅れた陰嚢腫瘍、経済的な逼迫からの肺炎の治療中断などがあった。生活の相談では、ホームレス状態を抜けて生活を立て直すために緊急一時保護センターの利用を希望している人からは、センターでは就労してはいけない規則^⑥があるが、週に 1 回の仕事を捨てることができない悩みの相談などを受けた。

このようにシャワーサービスの提供に加え、健康と生活両面においてゆっくり相談をすることができるの、仕事をしている人も来ることができる日曜日、しかも室内ならではのことであり、フリースペース BaBa での相談は、当事者の人たちが次の生活に向かう足がかりになっている。

3-3 フリースペース BaBa のシャワー利用実績

実績集計期間：

2005 年 6 月 20 日～9 月 29 日 全 18 回

（健康生活相談会 3 回含む）

13 時～16 時フリースペース BaBa のシャワーを開放。

利用者総数：53 人（全員男性）

一日平均利用人数：2.9 人

利用者平均年齢：53.4 歳

[表 1] 年齢構成

年齢（歳）	人数（人）
40 歳以下	1
40 歳～49 歳	9
50 歳～59 歳	38
60 歳～69 歳	5
合計	53

[表2] 主な寝場所

	人数(人)
アパート	5
新宿駅西口	14
新宿駅東口	2
新宿中央公園	16
新宿戸山公園	3
池袋	10
不明	3
合計	53

[表2]の「おもな寝場所」で「アパート」と答えている人は、2004年7月から開始された東京都と23区共同事業「地域生活移行支援事業」を利用し、ほとんどが新宿区内のアパートに転居した人であり、新宿区住民である。シャワーサービスは、彼らの経済的な困窮を早期に知つて、事業の生活サポート員につなぐ役割を果たした。「新宿区以外の他の区」から来ている人は「池袋10人」であるが、新宿と池袋はほぼ隣り合い、多くの人は日常的に行き来をしていることを考え合わせると、新宿区福祉部生活福祉課がいうところの「シャワーサービスによって他の区からホームレスを呼び寄せた」には当たらない。

[表3] 野宿期間

期間	人数(人)
1年未満	12
1年以上2年未満	11
2年以上3年未満	14
3年以上4年未満	5
4年以上5年未満	1
5年以上	5
不明	5
合計	53

[表3]の「野宿期間」では、野宿開始1年未満から2年未満の人を合わせると、23人で全体の

40%以上となる。ホームレスを脱する支援は、ホームレスの期間が短く心身ともに疲れが少ない時期の方がより有効である。フリースペースBaBaでの生活相談によって制度について情報を提供した人の中には、緊急一時保護センターに入所した人や、その日シャワーを使い、髪をそり、着替えをして、翌日仕事の面接を行った人もいた。

4.フリースペースBaBaのこれから “最大の不健康はホームレス状態そのもの”

フリースペースBaBaのシャワー開設や着替えの提供をチラシにして、新宿区内を広く呼びかけたが、思ったほど多くの人には利用されてない。前述した2004年の新宿区民ギャラリーの「健康・生活相談会」も広報をした割に利用者は多くはなく、公園での炊き出しの際に開く通常の医療相談会の利用者数に比べると、その差は歴然としている。加えて、相談者の減少ということでは、新宿区保健所が実施する結核検診も年々少なくなってきた。これは、開催場所のアクセスや開催時間が悪いとか、ホームレスの人が減少してきたという安易な受け止め方では説明できない要素がある。

つまり、ひとときシャワーを利用できたとしても、着替えが手に入っても、医者の紹介状を持って病院に行けても、結核検診で結核ではないと分かっても、彼ら自身の生活に大きな変化が生じるわけではない。ホームレス状態は変わらず、先行きが不安定であることも変わりはない。このような中でホームレスの人たちが「健康」「清潔」「栄養」に積極的な関心を持つことは難しい。

確かに、身なりや身体を清潔に保つことは、社会で違和感なく生きる上で必要とされる。清潔でない状態は、疥癬など寄生虫のみならず、水虫や簡単な皮膚病の傷からでもおこる化膿症の悪化を招く。ホームレスという過酷な貧困状態からくる様々な病気の重篤化や結核などの感

染症は、見過ごしにできないことであり、早期発見には精一杯力を注ぐ必要がある。しかし、医療・保健の支援活動は、ホームレスの人たちへの健康活動それ自体を単に目的とするのではなく、「最大の不健康はホームレス状態そのもの」であることを心に留める必要がある。彼らが不健康なホームレス状態から抜け、家と仕事を得て地域生活に向かう入り口を提示できることが、本来の健康活動と捉え、今後、フリースペースB a B aの活動を継続発展させてゆこうと思う。

(金沢さだこ)

脚注

1) 平成12年(2000年)新宿区では「ふれあい入浴事業」として月2回、区内22箇所の公衆浴場を全区民に開放した。その結果、ホームレスの人たちも利用するようになったことから、翌、平成13年(2001年)からは、60歳以上もしくは身体障害者手帳・愛の手帳を持っていること、児童育成手当を受給者などに「ふれあい入浴証」を発行する方法に切り替え、実質、ホームレスの人たちは利用できなくなった。

2) NPO法人新宿ホームレス支援機構が2005年4月からフリースペースB a B aを開設した。新宿連絡会・医療班は、2005年6月から、ホームレスの人たちや生活に困窮している人たちを対象に、シャワー・着替えの提供と医科・歯科そして福祉制度を含めた健康生活相談会を開始した。

3) 地域生活移行支援事業は、平成16年から都区共同事業として開始した。公園で生活するホームレスの人たちを対象に、低家賃の借り上げ住居・就労機会の提供や生活サポートをしながら地域での生活を支援する事業。最初に開始した新宿区地域2公園から最終的に地域に移行した人は、戸山公園228名(221世帯)、中央公園193名(184世帯)の計421名世帯数計405世帯。(新宿連絡会ホームページより
<http://www.tokyohomeless.com/>)

4) 資料参照。2005年2月に作成。「福祉事務所では、路上生活をしている人の自立の手助けをしていま

す」と生活保護制度から自立支援事業の流れと施設内のサービス内容を分かりやすい図で表した。

5) 路上での健康活動はセカンドオピニオンとしての役割が大きい。ホームレスの状態から医療機関を受診している人でも、受診背景は生活保護の内医療扶助のみの単独給付による「青空通院」がほとんどである。例えば高血圧症で受診しその日に40日分の降圧剤が処方されると、ホームレスの生活のまま内服しなくてはならず治療中断の比率は非常に高い。そこで、治療の必要性や定期的な血圧測定などでチェックし、高血圧が改善されなければ医師から病院の主治医に「紹介状」という形で意見を書き再受診をすすめる。

6) 緊急一時保護センターとは、都と特別区協同事業の自立支援システムの最初のステップとなる施設。ホームレスの状態から福祉事務所で相談のうえ、入所し、原則1ヵ月の入所期間を過ごす。ここでは食事の提供や健康相談を受けながら、心身の健康回復を図り次のステップの自立支援センターや生活保護制度利用など、今後の方針をアセスメントという形で相談する。ただし、緊急一時保護センターは心身を休ませアセスメントをする場という原則から、施設から仕事に行くことはできない。

路上生活者における口腔保健

従前より、路上生活者に対する歯科相談を通じて歯科疾患の傾向は明らかとしてきているが、実際に彼らの口腔衛生や、歯科的受療行動に関しては明らかではない。歯科疾患のほとんどは予防可能であり、毎日のケアが重要であるが、そのバックグラウンドを明らかにしなければ、効果的な介入は難しい。

このため、2005年9月から11月にかけて、「歯科疾患実態調査」、「保健福祉動向調査」らに準じた聞き取り調査を行った。

対象と方法

対象は、新宿連絡会医療班および池袋医療班の活動に際し、公園などでお会いした方に声をかけ、調査への同意をいただけた方々とした。歯科疾患を訴えて医療相談にいらした方は除外した。

方法は、日常生活や、口腔衛生に対する意識及び習慣を、質問用紙を用いて半構成的に聞き取った。訴えがあれば、歯科医師が診察し、歯科治療を希望された方には、紹介状を作成して福祉事務所での相談へとつないだ。

結果と考察

1) 協力者の概要

計17名にご協力いただいたが、2名は都区共同事業のアパートに住んでいたため除外し、対象とした15名は、40歳から74才、平均57歳の男性であった。「ホームレスの実態に関する全国調査」(平成15年、厚生労働省)によると、路上生活者は50~60歳代が多く、平均55.9歳である。今回の対象者は60代が多かったが、ほぼ同様であった。

6名は新宿区にて、9名は隣接する豊島区にて聞き取った。就寝形態は、テントが2名、ドヤが1名いたが、他12名は野宿だった。路上生活歴は2ヶ月から20年、平均5年2

ヶ月だった。7名は全くの無職であり、他も週に1、2回建築の仕事をようやくもらっている程度だった。全国調査では現在収入のある仕事をしていると回答した者は64.7%であり、今回の対象者の方が少なかった。

現在の健康状態は4名が良好、特になしそうだが、残り11名は何らかの不調を訴えており、循環器疾患が多かった。全国調査において身体の不調を訴えている者は47.4%であり、今回の対象者の方が多かった。

福祉事務所の利用経験は9名にあり、その殆どが病院通院に際しての生活保護受給だった。

喫煙しないものは1名のみだった。一般に喫煙は健康状態に様々な悪影響を与えるとされているが、歯周病においても悪性化因子として知られている。40~60代の成人における喫煙習慣と口腔状況との関連に関して田村(2005)は、喫煙者は非喫煙者と比較してMT(喪失歯数)が優位に高く、喫煙の有無によるMTの差は年齢とともに大きくなつた、また、DT(う歯数)や現在歯数においても有意な差が認められており、路上生活者においては喫煙率が高いことも歯科疾患のリスクとなっていると考えられた。

2) 歯と口腔の健康状態

2-1) 残存歯数

保健福祉動向調査に基づいて、残存する歯の自己評価を聞いた。全国調査では 37% が

「全部ある」、40% が「ほとんどある」としているのに対し、路上生活者においては 47% もが「ほとんどない」としていた。

	年齢階級	35~44	45~54	55~64	65~74	男性計
総数	自験(人)	2	4	6	3	15
全部ある	自験(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	全国調査	39.2	23.6	16.6	6.5	36.5
ほとんどある	自験(%)	0.0	0.0	50.0	33.3	26.7
	全国調査	52.8	57.5	45.9	29.7	39.7
半分くらいある	自験(%)	0.0	50.0	16.7	0.0	20.0
	全国調査	6.5	14.5	21.7	25.7	11.6
ほとんどある	自験(%)	100.0	50.0	16.7	66.7	46.7
	全国調査	1.1	3.5	11.7	22.2	7.3
まったくない	自験(%)	0.0	0.0	16.7	0.0	6.7
	全国調査	0.2	0.8	3.8	15.4	4.7

2-2) 口腔内の問題

保健福祉動向調査に基づき、歯や口の中の悩みを聞いたところ、13名(87%)が何らかの問題を抱えていた。

大阪における調査(福田ら、2004)においても 69.2% が改善意欲を有しており、路上生活者といえども同様に、歯科保健事業を受け入れる準備があるといえよう。

	35~44	45~54	55~64	65~74	男性計
ある	自験(%)	100.0	100.0	83.3	66.6
	全国調査	74.6	78.4	77.6	71.4
ない	自験(%)	0.0	0.0	16.7	33.3
	全国調査	24.2	20.7	20.5	25.7

悩みや気になることの詳細(複数回答あり)では、40% が「歯がない」と答え、全国調査の 6% より明らかに高かった。「その他」は、義歯がゆるくなつて使えない、歯ぐきに食べ物があたつて痛い、などであった。

	自験人 数	自験 (%)	全国調 査(%)
歯が痛んだり、しみたりする	4	26.7	23.6
歯がべらつく	2	13.3	11.0
歯ぐきから血が出たり、はれたりする	1	6.7	18.0
ものがはさまる	1	6.7	31.8
口臭がある	2	13.3	15.8
粘るような不快感がある	0	0.0	4.0
歯並びが気になる	0	0.0	11.7
かみあわせがよくない	0	0.0	11.9
口を開けるとあごがゴリゴリ音がする	0	0.0	5.0
歯がない	6	40.0	6.3
その他	3	20.0	2.4

2-3) 口腔状態改善の意思

悩みがあった 13 名のうち、10 名 (77%) は「改善したい」と考えていたが、1 名 (8%) は「諦めている」と答えた。

3) 食事と咀嚼能力

1 日に食べられる食事は、3 食が 5 名、2 食が 7 名、1 食が 3 名で、6 名は「なんでも食べられる」としたが、6 名は「硬いものは食べられない」、それぞれ 1 名が「丸のみ」、「残っている歯のところだけで食べる」とした。

山本の硬度分類から抜粋した 4 食品について聞いたところ、極端に噛まないと食べられないもの以外は、おおむね食べている様子だった。しかし、実際「食べられる」といつても、「りんごは舌と口蓋でつぶして飲み込んでいる」という状態の人もあり、食後の胃も

	するめ	ピーナツ	りんご	煮肉	バナ
食べられる	5	10	10	14	15
食べられない	10	5	5	1	0

たれや下痢を訴える者も多かった。

4) 口腔内清掃

歯ブラシは、炊き出しや区役所で貰った、という者が過半数だった。歯ブラシを持って

いない 1名を除く全員が歯を磨いていたが、全国調査と比較して、磨く頻度は少なかった。

毎日磨かない理由としては、「歯がないから」、「水がないから」などがあげられた。

		35～44	45～54	55～64	65～74	男性計
毎日みがく	自験(%)	0.0	100.0	50.0	66.6	60.0
	全国調査(%)	97.8	97.2	96.1	92.6	93.8
ときどきみがく	自験(%)	50.0	0.0	33.3	33.3	26.7
	全国調査(%)	1.9	2.3	2.7	4.4	4.6
みがかない	自験(%)	50.0	0.0	16.7	0.0	13.3
	全国調査(%)	0.2	0.3	0.7	2.2	1.2

5) 歯科保健と受療行動

5-1) 過去1年間の歯科経験

保健福祉動向調査に基づき、過去1年間に歯磨き指導や、歯科健康診査、歯科治療を受けた経験について聞いたところ、全てにおいて全国調査より低かった。歯科治療を受けた

(受けている)とした2名の治療は義歯の作成で、う歯や歯周病の治療ではなかった。また、「義歯を作りたい」という希望が2名から聞かれ、「歯がない」ために「硬いものは食べられない」ので、「義歯を作りたい」と考えていると思われた。

			35～44	45～54	55～64	65～74	男性計
歯磨き指導	受けたことがある	自験(%)	0.0	6.7	0.0	0.0	6.7
		全国調査(%)	19.8	22.2	24.7	19	18.2
検診	受けたことがない	自験(%)	13.3	20.0	40.0	20.0	93.3
		全国調査(%)	65.8	61.7	54.9	59.4	65.3
治療	受けたことがある	自験(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		全国調査(%)	17.5	18	18.6	15.8	16.7
治療	受けたことがない	自験(%)	13.3	26.7	40.0	20.0	100.0
		全国調査(%)	64.6	61.3	54.8	58.5	62.8
	受けたことがある	自験(%)	0.0	0.0	0.0	6.7	6.7
		全国調査(%)	33.9	37.6	42.1	40.6	33.2
	治療中	自験(%)	0.0	6.7	0.0	0.0	6.7
		全国調査(%)	6.3	5.9	7.4	6.3	5.3
	受けたことがない	自験(%)	13.3	20.0	40.0	13.3	86.7
		全国調査(%)	58.9	55.7	49.1	50.4	60.2

5-2) 歯科治療を受けずに我慢した経験

15名中10名は「いつも」、4名は「時々」歯科治療を受けずに我慢していると答えた。その理由は、「忙しくて通院できない」「痛くなればほおっておく」「治療がいやだ」など全国調査でも多くあげられるものが中心だったが、「信頼できる歯科医院がない」「治療費が高い」などとともに、「生活保護で病院にかかると差別される」という意見もあった。

5-3) 歯科治療を中断あるいは転医した経験

40%は「あり」と回答し、「予約をしても待たされる」「治療内容に不満がある」「消毒

のにおいが嫌い」「歯肉がやせすぎてうまく治療できない」「健康保険が使えなくなった」などが理由としてあげられた。実際の状況はわからないが、待たされたり説明なからしたりしたときに、野宿がゆえに差別されていると感じた者もいた。なお、健康保険は、全員が保持していなかった。

6) 歯科医療に対する要望

4名が歯科に関する要望を述べ、1名が意見を述べたが、要望がないとしたものは、1名のみであった。

- ・ 福祉事務所が選ぶ病院は路上生活者に対

- して見方が違い、差別的な扱いを受ける。治療の説明もしてもらえない。
- ・歯が悪いときは、体の具合の悪い時と比べ、福祉事務所に行きづらい。また、めんどうくさい
 - ・悪くなる前に歯科治療を受けられるようになって欲しい。
 - ・福祉事務所から病院にかかると、安い薬しか使ってもらえない等の差別的な扱いを受けるため、病院には高くて自費でかかりたいと思う。そういった差別や不公平がなくなれば、歯科にもかかりやすくなると思う。
 - ・仕事があったら、歯科にも行ける

まとめ

これまでの絲瓜相談活動から、路上生活者における口腔内の環境が悪いことは明らかとなっていたが、その口腔衛生状態や、歯科的受療行動に関して、実際に野宿している路上生活者に聞き取ったものはなかった。今回の調査は、15名と少人数ではあったが、貴重なものであろうと考えている。

口腔内状態は悪いが、歯科の受診率が低い理由は、主に2つ考えられた。ひとつは、路上生活者にとって歯の健康に対する重要性が低いこと。「ホームレスの実態に関する全国調査」によると野宿生活で最も困ったり辛かったりするものは、「食物(40%)」「入浴・洗濯(39%)」であり、まずもって衣食住が整ってはじめて、出てくるニーズであるとは考えられる。このため歯科疾患は、野宿生活においては他の身体疾患と比べて後回しにされてしまう傾向があるが、骨や歯という硬組織を欠損してしまう疾患なだけに、早期治療は大切である。路上生活であろうとも、口腔内に問題があり、歯科治療を受けたいと思っている人に対しては、何らかのサービスにおいて治療を受けられるようにするべきであろうと考える。

必要とされている歯科治療は、義歯作成が多かった。義歯を使用することにより咀嚼効率が上がり、消化器への負担も減らすことができる。この事は、食事が不安定な路上生活者にとっては、更に大切な事だろう。しかし義歯作成を希望して支援団体の歯科医師の診察を受け、紹介状を持って福祉事務所に相談しても、「義歯の作成は緊急性がない」と判断されて通院させてもらえない場合もある。痛みや困ったことがある時には我慢せず、気軽に福祉事務所に相談し、病院を受診できる環境を整える必要があると考えられる。

歯科に限らず、路上生活者が病院を嫌うもうひとつの理由は「差別的な扱い」であった。たとえ意図的でなくとも、路上生活者は日々人の視線や差別的な態度にさらされて生活しており、病院において医療者の些細な言動に過敏になることがあるだろう。医療者はこういった事情を理解し、路上生活者が誤解を招くような言動がないように配慮しなければならないと共に、特別な対応をせずにすむような公的サービス（シャワーや着替えなど）の整備も必要であろう。

今回、路上生活者の話を聞かせて頂いたが、いくら受診しやすく環境が整えられても、偏見や差別的な接し方がなくならなければ、受診せずに我慢してしまう人は減らないだろうと感じた。



(齋藤智美、中久木康一)

第6章

資金、助成

- ◆ 医療活動に係る“お金”的こと
- ◆ ファイザープログラム「心とからだのヘルスケアに関する市民活動支援」
- ◆ 路上での保健医療活動を支える多くの支援
- ◆ 共生舎なずな薬局から

医療活動に係る“お金”的こと

正直なところ、私自身はファイザープログラムによる助成金（以降、「助成金」とする）以後の医療班より関わっている都合上、助成金以前の会計状況に関しては、新宿連絡会本体の会計担当から伝え聞いた内容と現場で関わってきた者から直接聞いた内容でしか把握できない。それによると、助成金以前では、新宿連絡会本体の会計上で「医療相談活動費」として毎年約10万～12万程の計上がされている。その中身は、主にパトロール時の薬代と（聞くところによると、当時は少なめに配っていたらしい）、救急対応時のタクシー代、入院時の下着代などだったようだ。医療班では98年から「屋外に机を用意しての本格的な定期的医療相談活動」が始まっているわけだが、そこで必要な物品備品などは購入者自身で負担したり、あるいは薬などは現物の寄付などで賄っていたということだ。

そして2003年より3年に亘り、助成金を受けることが出来たわけだが、このことにより以下のことが出来るようになった。

1. 薬代（30万～40万／年）に始まり、連絡に使うテレホンカード代（5万強／年）や、紹介状を入れる封筒代やあるいは救急時のタクシー代（10万～／年、書類のコピー、印刷代に至るまで、少額ながらも必ず活動に付随する費用類を、それぞれの自己負担なく行えるようになった。
2. 相談時のプライバシー確保を考えたメントの購入や、特に越年期に使用する発電機、大量になる荷物を運ぶカバンや老朽化した机いすなどを購入、修繕することができた。
3. 薬や機材の置き場所としての場所代（36万／年）を負担できるようになった。

この他、はがきアンケート（6万弱）～入浴プロジェクト（入浴車レンタル料含め30万程）や、歯科プロジェクト（7万強）などを行うことができ、その結果より新たな展開に結び付けることが出来たわけだが、この部分はむしろ使用金額よりそれぞれのプロジェクトによる結果が重要となるので、ここでは割愛させていただく。

3年間の助成金が終了し、来年度からは資金面からも、新たに模索をしつつ進めていかなければならない。当事者に安定したレベルでの支援を、支援者側にあっても無理なく続けるためにも、もはや再び“個人頼み”に戻るのは出来るだけ避けたいものである。資金面、人材面での支援者の開拓や、行政への更なる積極的な働きかけなど、出来ることは探せば幾らでもあるだろう。

（中村 円）

企業の助成を得て、医療班の活動は大きく前進した ファイザープログラム「心とからだのヘルスケア に関する市民活動支援」

2003年度～2005年度、ファイザープログラム「心とからだのヘルスケアに関する市民活動支援」の助成によって、活動は大きく前進した。それまで公園での医療相談会活動を中心にしていました医療班にとって、資金的な理由から実現できずにいた活動内容が大きく前進し広がる転機となった。以下がファイザープログラム初めての「申請の目的と概要」である。

「プライマリ・ヘルスケアによる路上死のない街へ」

近年、増加の一途をたどるホームレス状況の人たちをとりまく路上の現実は極めて深刻である。極度の栄養失調や感染症、凍死や脱水、入院を拒否されたことによる「路上死」等。彼等の健康や精神をむしばむ要因は、環境・社会的偏見・社会システム上の問題等から生み出される複雑なものである。彼等の医療や福祉への道筋を求めるには、当事者と共に使う地域に根ざした活動と、行政へのロビー活動が必要である。WHOが推奨してきたP H C 戦略は、都会の医療活動からは縁遠いものに感じられがちであるが、この支援活動においては、単なる概念ではなく保健医療活動の実践目標となる。

「路上死のない街へ」は、申請目的というよりも「誰も路上で死ぬことのない社会を」という、医療班にとっての祈りにも似た信念である。

新宿区内には、約1000人のホームレス状態の人たちが存在している。このことは、新宿区地域が「プライマリ」と言われる「最初の」「最も重要な」「根本的な」健康を維持する力に欠け、貧しく不健康な状態にあることを象徴している。医療班は「ホームレスの人たちが、路上死をすることなくホームレスを脱し健康を取り戻す」ための働きかけを行っている。

ホームレスの人たちへの健康支援活動には、

医薬品をはじめとする多くの物品が必要となる。およそ年間で50万円以上が、これまでボランティアの持ち出しや個人の寄付でまかなわれていた。しかし、助成金を受けることによって、私たちは医療班としての自立的な運営が可能になった。

具体的には、行政との連携による屋内での健 康相談会を実施することができたし、ホームレスの人たちが医療機関で診療を受ける際にどのような障壁があるかについての、医療機関アンケート調査を実施することもできた。

こうした活動により、つながりを持った医療機関との連携の強化を図ることができたし、当事者への恒常的な清潔の機会の提供を可能にしてきた。

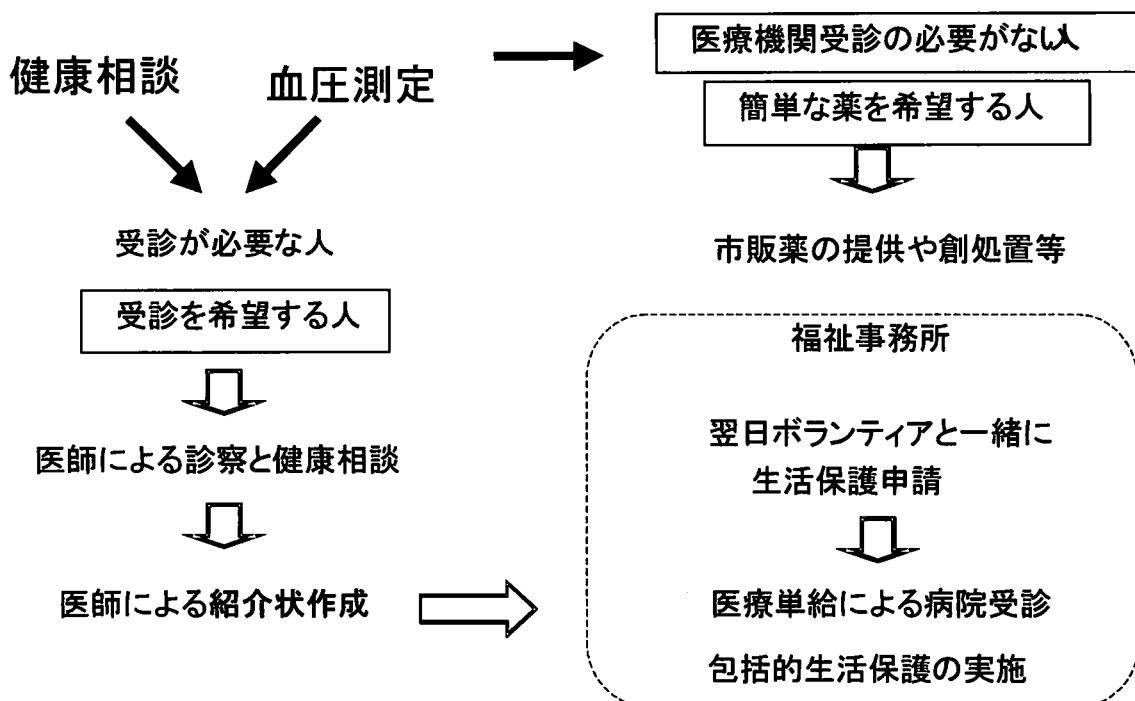
そして、さらには、助成以前の活動、つまり目の前にある心身の健康支援、医療中心の関わりから、助成後は、ホームレスを脱することを視野に入れた生活の関わりというように、多角的な視点から、当事者のニーズを柱にして行政・医療機関・福祉機関へ働きかけやネットワークの開発へと活動を前進させてきた。

(金沢さだこ)

路上での保健医療活動を支える多くの支援

1 医療班の健康支援の流れ

私たちは、路上での健康支援を以下のような流れでおこなっています。



2 医療班の活動を支える多くの支援

医療班を最も古くから支えているのは、なづな薬局という民間の薬局です。なづな薬局は、市販薬の寄付や身近な知り合いなどにも支援を呼びかけるなど、様々な形で関わってくれています。また、2001年12月には、医薬品会社から市販漢方薬の風邪薬の提供がありました。

ホームレスの人は、一年中剥き出しの自然の路上生活に加え、栄養不足から、風邪などにかかりやすく、治りにくいという特徴があ

ります。特に冬場において悪寒が伴う風邪は過酷のひと言につきます。風邪薬は最も需要が高く、その中でも、身体を温める作用を持つ葛根湯などの漢方薬は人気があります。または、人材の支援ネットワークも必要です。

私たちの健康相談会活動には、医師や看護師など医療関係者が参加しています。2002年11月24日、カトリック医師会東京支部から招待され、医療班は「路上での健康活動」について講演をしました。これをきっかけに2003年1月からは、カトリック医師会東京支部所属の医師達が公園の相談会に定期的に参加してくれることになりました。他には、2002

年2月、都内の病院から抗生物質の軟膏などが寄付されています。

3 あなたの支援が必要です。～医療従事者として出来ること～

人々の健康を目標にする保健医療に関わる医療従事者として見過ごしにはできない「ホームレス」という不健康な状況に置かれている人たちを支援する方法のいくつかを紹介します。

1) あなたの時間、スキルや経験を提供してくれることによってできること

医療班の相談会活動に直接参加すること。また、新宿だけでなく各地にホームレスの人たちのための支援団体があり、医療従事者の

参加を待っています。あなたがアクセスしやすい場所で支援活動に参加して下さい。

2) 時間が無くてもできること。

○ 風邪薬、頭痛薬、胃腸薬など市販薬の寄付をお願いします。

前述したように、ホームレスの人たちの中には、風邪や下痢や様々な症状に苦しむ人がいて、医療につながる前段階では市販薬による症状の改善が必要です。

○ 医療機関に勤務している方たちは、「ホームレスの人と医療受診について」以下のことを記憶に留めて、あなたの医療職の現場で積極的に彼らを受け入れて下さることを願っています。

ホームレスの人と生活保護制度、医療との関係

現在、野宿している人が健康を害して医療機関を受診するためには以下のようないくつかの道があります。

- 1) 救急車で病院に搬送される。
- 2) 福祉事務所に行って相談してから生活保護の申請をして医療機関を受診する。
- 3) 東京都と特別区共同の自立支援事業の施設、緊急一時保護センターに入寮し受診する。

1)の「救急車で病院に搬送されること」を、多くの人たちがためらいます。その結果、重症になることも少なくありません。また、救急車が来ても、身なりや汚れから医療機関受け入れを拒否することもあります。

2)の場合、福祉事務所では、受診先の医師に対して「病状報告書」の作成を依頼することになります。報告書は簡単なもので、病状に関する情報を記載する欄に加えて、受診し

た人が就労できるかどうかを記載する「就労の可否」という欄があります。これが「可」もしくは「軽労働可」であれば、体調が悪くても「就労は可能」ということであり、医療以外の生活保護は利用できません。つまり受診後も野宿をしながら通院することになります。

一方、「否」であれば、「就労は困難」で「生計が維持できな」という判断から、生活保護

制度を総合的に利用することができます。つまりホームレス状態ではなくなります。

このように、ホームレス状態の人が医療機関を受診することについては、単に医療を受けるということだけではなく、当事者の方のこれから的人生を左右するといって良いほど重要な事柄が含まれています。

3)の「緊急一時保護センターに入寮し、治療を受ける」ことは可能です。しかし、現在の新宿区では、入寮の抽選日は一ヶ月に一回で、利用枠を新宿区が独自で20人と決めていたため、利用したい時にすぐに利用できる制度とはなっていません。

4. おわりに

最近では、ホームレスの人たちに対する行政の支援事業や制度は、以前よりも広がりを見せてはいるものの、彼らをとりまく現実は深刻です。彼らのほとんどは、長期の失業状態であり、極度の栄養失調や感染症、慢性疾患などによる症状の重症化というように、年

齢を重ねるごとに健康も悪化してゆきます。新宿区内だけでも年間50人前後の「路上死」の多くは野宿生活から引き起こされるのです。

現在、医療班の活動は、企業の助成金や個人の寄付、そして、多くのボランティアの人たちに支えられながら、公園の医療相談会をはじめとして、路上にいる人たちを訪問する医療パトロール（夜回り）、ビルの一室を利用したシャワーサービスと着替えの提供、そして福祉制度の案内と医科と歯科の健康相談会を合わせた屋内での健康・生活相談会を定期的に開催しています。また、寒さに加えて仕事がなくなり、食べ物を得ることのできない人が急増する年末年始、福祉事務所相談窓口も閉鎖するため彼らは困窮を極めます。医療班では医療テントを設け、医療従事者による24時間体制の医療相談活動を行っています。

以上、このような私たちの活動に少しでも興味をもち支援してくれる人が増えることを心から期待しています。

（金沢さだこ）



共生舎なずな薬局から

（「なずな」とはひとりひとりかけがえのない存在を大切にして支えあい、ともに暮らしてゆきましょう。雑草のようにね・・・と願って名づけました）

仕事柄「眠れますか」「睡眠時間はどれでいますか」「食事はおいしく召し上がっていますか」と話すことが多い。大変大雑把だが「睡眠」と「食事」とが安定してとれていればおおむねよしと思っているからだ。

しかし、それは安心して暮らせる「場」があり健康保険制度の中で保険料の支払い、窓口負担できる収入や資産がある人という前提がなければとても成り立たない。通勤途中、新宿駅西口や公園で暮らす人々に同じ事を問うことができるだろうか、いつも気になっていた。

長期不安定な雇用状況におかれている上、工事現場・工場でも危険な場所に配置されるなど大きなリスクは一番弱い立場の人が負う仕組みだ。倒産やリストラ、病気で仕事を辞めさせられたり辞めたりすればすぐ生活費に事欠くだろう。

路上生活を余儀なくさせられるのは特別なことではない。さらにこのところ「自己責任」「自立」といった言葉が多く聞かれる。あたかも個人の努力が足りなかったとか資質に問題があるかのような評価さえ耳にする。

そこでは不斷に様々な暴力（行き交う人や行政からのものもすべて含める）に晒されているだろうし、侮蔑的眼差しや態度を感じ、気分が不安定になったり、絶望的な気持ちにもなるだろう。

夏のむし暑さ、暴風雨。冬の厳しい寒さや雪など過酷な条件。あの人たちはどうしているだろうか？私だったら・・・。生きられないだろうなあとつくづく思う時がある。こんな事があっていいのか、不安と怒りで一杯になる。

そして「何ができるの」「どうしたらよいの」

と頭の中で思いだけがグルグル回り続けていた。それでもとにかく一歩踏み出したかった。突然新宿西口に暮らしている一人に声をかけた。月一回医療相談があるとの事だった。本当によかった。そういう人たちがいたんだと感激した。もっと早く踏み出していたらよかった。

それから8年、医薬品を届けることで小さな薬局のささやかな利益還元をさせてもらっているのだが、その医薬品がお役に立っているのがとてもうれしい。

私はなかなか具体的な行動ができずにいますが、うちの薬局を利用されているSさんは、月一回新宿連絡会のメンバーと一緒に公園を巡り、そこで暮らす人に声をかけ医療相談活動に参加してくれるようになった。公園で暮らす人々について暖かい眼差しで語るSさんに私たち薬局スタッフの方が励まされる。

わたしたちの薬局もひとりひとりの暮らしを繋げる場となっていこうと思う。

以上

（村尾知恵子）

Q: 病院にかかりたいときはどうすればいいの?

A: 福祉事務所を訪ねましょう。

(ただし緊急のときは救急車を呼びましょう)

福祉事務所では、カンパンの支給や、病院にかかるときの相談、生活保護に関する相談などを行っているほか、緊急一時保護センターや自立支援センターなどへの入所の相談・抽選なども行っています。また、仕事や病院に行くときなど、シャワーを借りることもできます。毎週月曜日の午前中は、新宿連絡会のスタッフが福祉事務所につめてるので、職員には話しづらいことなどがあったら事前に気軽に相談してみてください。

★新宿連絡会(笠井):090-3818-3450

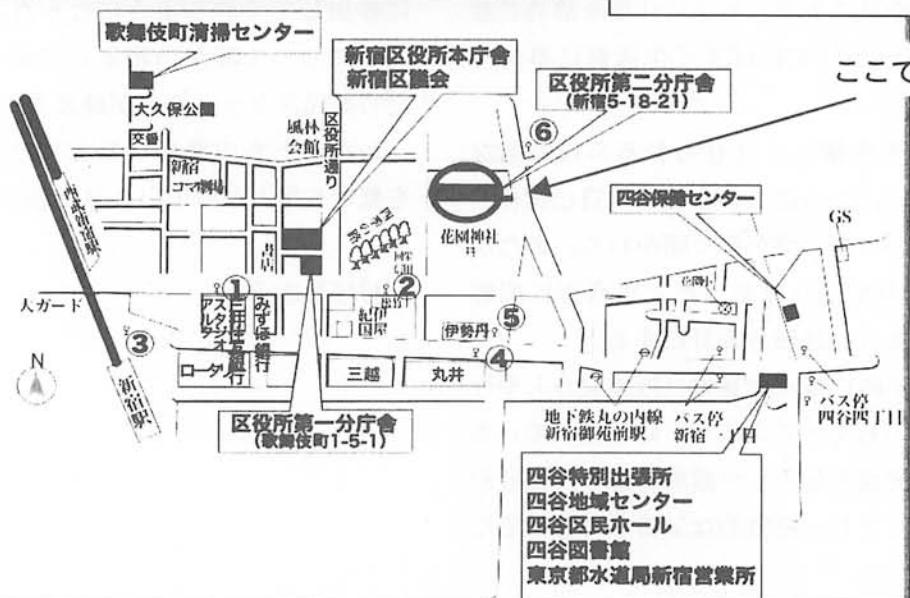
新宿区役所 新宿区議会

歌舞伎町1-4-1 電話 (3209)1111

- JR新宿駅、宮園丸ノ内線新宿駅、西武新宿駅の各駅から徒歩約5分
- 最寄りのバス停は ①歌舞伎町 ②新宿五丁目
③新宿駅東口 ④新宿追分 ⑤伊勢丹前 ⑥日清食品

新宿福祉事務所は
第二分庁舎1階です。

Tel: 5273-4552(直通)



★連絡会の薬は公園管理事務所に常備されています。

ふだん、かぜ薬などが必要な方は、気軽に事務所のおじさんに
たずねてみてください。

第7章

人材、参加

- ◇ ボランティアについて
- ◇ 学生の参加について
- ◇ カトリック医師会有志による参加
- ◇ 地域の歯科医師有志の参加

ボランティアについて

ボランティアの構成

新宿連絡会医療班の健康相談活動に対するボランティアは、主に医療関係者および医療系学生が占めているが、学生については大脇が別項に詳細を述べる。

主に参加している医療系ボランティアは、医師、看護師・保健師・助産師が多く、他にソーシャルワーカー（社会福祉士）、歯科医師、歯科衛生士、鍼灸師、栄養士など多岐に渡る。

医療系ではない人は少ないが、「普段新宿を通勤の乗換えで通っていて気になって」と参加してきたOLや、「家の近くに具合の悪そうなおじいさんがいるのだがどうしたらよいのかわからず」と参加してきた主婦もいた。

ボランティアの入口

かつてはイベント的活動や他団体からの紹介が入口となる場合が殆どであった。ある意味、不特定多数にその存在を知られる機会は、夜回りのパトロールに偶然遭遇する周辺住民以外には少なく、自分からその情報を足で探し求めた人、もしくは関連団体でボランティア参加している人でなければ、なかなか参加してくるわけではなかった。

しかしインターネットの普及により、2000年頃からは「ホームページを見て」という人が増えてきた。事実、「新宿連絡会医療班」という存在を知らずとも、ひとたび野宿者について検索すればおびただしい数のホームページがひっかかるし、更に「新宿」というキーワードを加えさえすれば新宿連絡会の存在は嫌でも知ることができる。今では、関係団体において勧誘した以外では、こうしてその存在を知り、メールで問い合わせて参加される方が多くなった。

ボランティアへの連絡

一度参加された方で希望された方には、Eメールで予定などを連絡している。

越年や、別のイベントの時には、各担当者から直接メールや電話で連絡をとり、募集することもある。

ボランティアの傾向

野宿者問題に興味のある人

これは従来よりいたタイプのボランティアで、実際の野宿の人や野宿生活に対する社会的興味のある人がボランティアに来た時に、医療者であつたために医療班として活動することになったというような場合である。このような人の活動は、むしろ医療以外のところまで広がって、どんな形であろうとも継続されている。

体験ボランティア

もうひとつは、体験や経験のためにボランティアに来る人、いわゆる、阪神大震災以降に日本に広がり根付いたといわれる“ボランティア”である。医療班の“ボランティア”は、医療系学生である場合が多く、緊急医療、災害医療といった病院外での医療支援活動に関する興味の一環として参加してきた人が多く思える。

こういう人々の中には、一度来たきりもう来ない人もおり、長続きしない場合も少なくない。当然、学生であれば卒後の就職や研修など、地理的時間的に参加が困難となる場合もあり、その理由は様々であるが、野宿している公園や路上では、医療というよりは、プライマリーヘルスケアと呼ばれる公衆衛生的活動にとどまるため、緊急医療や難民医療とのイメージが異なることもあるのかもしれない。

一見さん歓迎

しかし現場において、野宿せざるを得ない人たちと、それを支援している人たちがいることを認識していただくだけでも、普段の生活の中で何かの折に周囲に与える影響は大きく、野宿者問題に関する理解を広げるためにも重要であると考えている。

一般的には初対面であろうとも医療者を信頼し、問診時には生活歴や社会的背景について素直に話してくれるため、初参加であれどもいろいろな話を聞くことができる。ぜひ、一度でも構わないので、ご参加いただきたい。

課題

現在のホームページは、新宿連絡会が医療班の活動を軽く説明したものののみであり、ホームページにおける広報が絶対的に不足していることは否めない。できれば、医療班独自のページを作成しリンクを貼って更に細かい内容の紹介などできたほうがいいと考えているが、人材不足のため未だ実現できていない。

(中久木康一)



学生の参加について

新宿連絡会医療班の健康相談活動に対する
医療系学生の参加は、1996年医療班発足当時か
らあったと考えられるが、記録が無く関係者の
記憶も曖昧ではっきりしない。

私の記憶に間違いがなければ、学生が継続的
に参加するようになったのは、1998年中央公園
に活動の場所を移してからではないかと考え
る。シェア=国際保健協力市民の会が主催する
在日外国人健康相談会に参加した学生や、港町
診療所の外国人医療を見学に来た学生に野宿
者の話をし、興味を持った者が集まりだした。
医学生が個人的に参加し後に友人を連れてく
るようになった。特に越年期集中活動時、帰省
を利用して医療テントを訪れる学生が目立つ
ていた。

1998年から高橋亮太（医学部2年生）が個人
として継続参加し、1999年九州大学医学部熱帯
医学研究会の学生達がサークルの研修として
訪れた。1999年には順天堂大医学部学生の斎藤
学が公衆衛生学実習として1ヶ月野宿者に対
しアンケート調査を行い、Shelter-less No3に
その報告書を寄稿している。2002年から医学生
でありながら鍼灸師の資格を持つ森川すいめ
いが鍼灸相談を兼ねて参加するようになり、彼
のネットワークで学生の参加が急に増加した。
同年8月には九州大学医学部熱帯医学研究会
の研修が行われた。2003年に大脇が日本大学医
学部と獨協医大で講演し、夏休みを利用した新
宿連絡会・シェア・港町診療所共催の合同研修
会には日本大学、獨協医大、愛知医大、琉球大
医学部、群馬大医学部、杏林大医学部の学生12
人が参加した。この研修会の後萩原奏が継続的
に参加している。2004年には愛知医大の学生3
名が研修を行った。その他新宿連絡会医療班を
訪れ、こちらが把握している大学は佐賀医大、

産業医大、岡山大医学部、山梨医大、奈良県立
医大、横浜市大、神戸大医学部などである。

看護学生は個人参加するものと、継続参加し
ている教師が学生を引率したり、正式な学生実
習と位置づけ参加するものもある。東邦大看護
学部、三重県立看護大学、長野県看護大学、日本
赤十字武藏野短期大学などから多くの学生
が参加した。

学生時代から継続的に医療班活動に参加し、
医師や看護師になった後も健康相談に協力す
るボランティアも少なくない。

大学や専門学校で社会福祉を学ぶ学生の参
加もあり、文教大学の学生は毎年越年活動を支
援している。

最近では野宿者に興味を持ちホームページ
を見て参加してくる学生も多い。実際の支援現
場で野宿者と語り合い、いっしょに炊き出し作
業を行うことで、彼らの背景にある複雑な事情
や、社会的弱者として阻害・排除されている現
状などを肌で感じ取ってもらえればうれしい。

（大脇甲哉）

カトリック医師会有志による新宿医療相談活動への 参加

カトリック医師会 西山綾子

はじめに

99年頃より個人的に年に数回新宿医療相談に参加しておりましたが、03年からは私が所属しているカトリック医師会の有志でローテイションを組んで医療相談に参加させていただくようになりました。この医療相談会のもっともよいところは、個人で時間の取れる時に誰もがボランティアで参加することが出来る、この医療班の懐の深さにあると思います。受け入れ側の苦労は何かとあると思いますが、今後ともボランティアにオープンであり続けて欲しいと思っています。今回の報告集が野宿者医療相談に興味のある方たちへの情報提供という目的を持って編集されているとのことなので、有志グループとして参加して2年を経過した現状と、現在抱えている課題について述べたいと思います。

メンバー募集と派遣の開始

カトリック医師会会員同士が集まって話を聞くだけではなく、直接外に出て奉仕活動をしていくという目的で、私が個人的に縁のあった新宿医療相談に参加させてもらうことになりました。何度か視察を重ねた上で、日本カトリック医師会東京支部のMLで新宿野宿者医療相談参加に対する希望者を募り、03年度に13名が登録されました。参加方法は、初回は見学、その次から活動に参加してもらい、毎月2名ずつ派遣する、という形でスタートしました。

池袋へも支援拡大

新宿へ何度か行くうちに、そこのメンバーの1

人が池袋でも同じような医療相談を行なっており、そちらの人手が足りないと窮状を訴えているのを知りました。新宿からあふれた人たちが新たに池袋駅周辺で野宿をはじめて、最近では結構な数になってきているのだそうです。池袋はどうなっているのだろうと、やはり数名で池袋の視察に出かけると、新宿と比較して池袋は医師の数が1人と少なく、その医師が行かない時には、看護対応のみ行なっている、ということがわかり、新宿に来ていたメンバーが数名池袋に移ることになりました。池袋に専念する、ということで新宿のメンバーが抜けたりして、現在は9名が新宿医療相談に登録されています。2005年度からは、少なくとも各自一回は医療相談を経験したことや、登録人数が減ってきたこともあり、派遣人数を毎月1人に減らし現在に至っています。

医療相談に己の限界を感じる時

新宿医療相談を行なってきて、個人的に困難を感じことがあります。それは、専門外の相談についてどのように対応したらよいかということです。私の臨床バックグラウンドが小児科なので余計にそう感じてしまうのかもしれませんのが、例えば、ひざの痛みを訴えて相談に来られる方がいるとします。せっかく相談に来てくれたのだから、しっかり相談に乗ってあげたいのですが、どうも、普段ひざの痛みの診療をした経験がないと、予後や日常のケア方法などがわからず相手への説明ができないのです。紹介状を書くほどではなく、当人もそれを期待しているわけではなく、自己ケアの仕方が知りたくて相談に来ても、それに対する十分な回答ができないわけで、こういうときに自分の相談を受ける側としての専門性の限界を

感じてしまいます。幸いいつも専門が整形外科のドクターが参加されておられるので、申し訳ないと思いつつ、そちらで相談してもらうようお願いして、事なきを得ております。

今まで相談を受けていて、紹介状は書かないでも、主訴・所見として多い印象を受けたのが、1.膝、背中などの関節の痛み。2.全身、特に足の皮膚炎。3.高血圧やそれによる随伴症状、などでした。そのほか、冬季には下痢症、流感症状などが増えてきますが、これらの場合は、一時的な体調不良でわざわざ医療相談までされる方はあまりなく、薬だけもらって帰る人が多いようです。医療相談に訪れる野宿者の方たちが納得して

くれただろうか、といつも気になりつつの診療しているのが現状です。

より良い支援にするために

カトリック医師会として、今後も主体性を持って医療相談に参加させていただきたいと考えております。まずは現場に行って医療相談活動を見てみること。次は、自分で医療相談を受けてみること、そして、継続していくことにより、より現実に即した対応が取れるようになっていくのだと思っています。今後ともよろしくお願ひいたします。

☆☆☆コラム☆☆☆

2005年6月、新宿中央公園で医療班のお手伝いをした時のことです。私の場合医療資格を持たないので、事前に体調を伺って記録するようなお手伝いしかできませんが、その時も調査用紙を持って並んでいる一人の50歳代の方に声をかけました。「最近眠れなくて・・・」ということで語り出した話は、すぐに「家賃2万5千円のアパートに住んでいるが、取り壊しのため1か月以内に引き払わなければならない。・・・不眠と背中の痛みもあるが、おそらくこのことが頭を離れないからだろう」と医療相談とは関係のない話になりました。医療相談のために並んでいる他の多くの方々、医療班の皆さんとの迅速な動きを背後に感じながら、私の質問を制してまで続く彼の話をストップさせることはできませんでした。仕事の話しから会えない家族のことまで。最後は、「10年前に妻に死なれてから久しく同年代の女性と話しをすることがなかったので、それだけで今日は来て良かった」と言ってくれました。何度も何度も、「折角医療相談に来たのだからお医者さんに診て貰って、お薬だけでも出して貰ったら」と申しましたが、「これで満足したから」と言って帰られました。「また会いましょう」と言って別れましたが、翌月、同じ場所で会うことはできませんでした。その後、忙しさにかまけて新宿中央公園から足が遠のいていますが、仕事はあるか、アパートは見つかったか、Aさんのことはいつも頭のどこかで気っています。Aさん、元気でいてください。（清瀬市 大森まさこ）

地域の歯科医師有志の参加

緒言

2000年半ばよりはじめた歯科相談であったが、かつて2001年に歯科衛生士、2002年に歯科医師の参加があったが定着せず、事実上歯科相談は歯科医師ひとりによっておこなわれてきた。実際、毎回の歯科の相談数が多いわけでもなく、歯科医師の人数が揃っても相談する場所（机といす）が充分あるわけでもなく、公園における相談の至適人数としては悪くはなかったのかもしれない。

しかし、一般にどのような医療相談であっても、特に差別的な待遇を受けるのではないかと不安をかかえた患者は、その場で診察してくれて信頼した人のところに通院したいと考えるのが自然であり、一番安心する。

野宿者の医療問題といえば、それは地域の医療へのアクセスの遠い人々の医療問題の一部であり、本来的には地域での助け合いによってのみ、解決の糸口が見出せるものであると考えている。

経過

一般に路上生活者の歯科疾患の訴えは5%以下と報告されており、我々の医療相談においても1999年までは主訴の2%～5%程度であったが、2003年には20%近くと、多くの相談が寄せられるようになった。これは我々の公園における歯科相談が、身近な窓口として機能していることを示しており、これまでの活動を通じて野宿の方々の歯科治療への希望が増し、多少なりとも口腔衛生への意識が向上してきているとも考えた。同時に、福祉事務所も歯科の重要性を理解してくださり、多くが歯科医院への通院ができるようになってきていることも、影響していると思われる。

しかし、同時に、受け入れ歯科医院が少ないという問題点も露呈されてきた。当時、福祉事務所と連絡がとれている、積極的に野宿者の治療を受け入れていた歯科医療機関は数えるほどだった。歯科医療機関は一般的に個人開業医が多く、一度に複数人を受け入れることは困難であるが、医療相談翌日に福祉事務所に訪れた歯科治療の必要な方が相対的に多すぎて、当日受診はできない状態が生じることもあった。

呼びかけ

2003年5月に、新宿区の生活保護指定登録をしている一般歯科医院224施設に対し、郵送によるアンケートを行った。25施設（11.2%）から回答をいただき、「積極的に受け入れたい」「要請があれば受け入れたい」とした歯科医院は、過去に受け入れ経験がない5施設を含む10施設あった（別稿参照）。

これらの歯科医院、およびかねてより福祉事務所を通じて野宿者を受け入れている地元歯科医療機関に対し、これまでの経過をまとめた資料とともに、歯科プロジェクトへの協力を申し入れた。これに対し、新宿歯科医師会に所属する蒲原歯科医師より連絡をいただき、歯科プロジェクトにおける急患の、休日診療への受け入れにご協力いただいて以来、地域歯科医師との窓口となってください、連携がはかられてきた。

連携の実際

- ・ 2004年、2005年の歯科プロジェクトにおける急患受け入れ協力
- ・ 2005年の歯科プロジェクトにおける歯科診察ボランティア

- ・ 2004年6月に、生活保護指定医の中で野宿者の受け入れに積極的な歯科医院のリストを作成し、福祉事務所に提出
- ・ 新宿中央公園における屋外に机だしでの医療相談への参加（不定期）
- ・ 相談者の中で、特別に問題のあるケースの個別紹介（通常、我々が書く紹介状の宛名は科別のみで医療機関名は明記しておらず、福祉事務所が受診先を決めている）
- ・ また、我々は直接関与していないが、2004年の公園における野宿者の結核検診から、新宿歯科医師会の歯科医師が歯科検診を行い、意見書をもって福祉を通しての通院へとつなげている

実績

2004年、2005年において、新宿中央公園での相談に、記録に残っているだけで実6人、のべ14人の地域歯科医師の参加があった。他に歯科衛生士が定期的に参加するようになり、歯科衛生士実2名のべ16名、や、歯科学生の参加もあるようになった。

年に1回のイベントとして2003年から2005年にかけて開催した歯科プロジェクトにおいては、地域の歯科医師3名の他にも5名、合計8名のべ12名の歯科医師に参加いただいたほか、5名の歯科衛生士、2名の歯科学生、4名の歯科衛生士学生にもお手伝いいただいた。

その他、2004年半ばからはじめた池袋医療班での相談や、2005年度からのフリースペースBaBaでの相談にも、歯科医師、歯科衛生士や歯科系の学生が関わってくれている。

発展

今後とも、地域の歯科医療者および、新宿区福祉部と連携しながら、治療が必要な方がスムーズにサービスを受けられるような体制を確立していきたいと考えている。

しかし、受け入れにあたっては衛生面の問題が多く指摘され、受診時にはなるべく清潔な状態にできるように、対応や配慮を少なからずしているが、その他全ての問題点を解決することは不可能であり、残された問題の負担を個人診療所に求めることは理にかなわない。このため、新宿区福祉部と協同しての「歯科プロジェクト」を継続してきたが、年に1回では患者の訴えに対応しているとは言いがたく、2005年度からはフリースペース BaBa での室内での相談会に移行し、応急処置を含めた相談が毎月受けられるようになった（別稿参照）。

それでもなお、恒常的な医療機関ではなければ継続した治療はできず、最もニーズの多い抜歯や、義歯の作製などには対応できない。また、公的な意味合いを持つ病院歯科においては、その診療の主体は一次医療機関においての処置が困難な患者の治療であり、技術的に何の困難も伴わない虫歯の治療や義歯の作製を拒否するところもある。

このため、公共の施設において、定期的に受け入れられる診療所があるのが望ましいと考えるが、新宿歯科医師会においては診療室を備えた歯科医師会館のようなものは持っていない、休日診療の受け入れも各個人歯科医院が輪番制で行っているため、現状では利用できるリソースは見つけられていない。

（中久木康一）

第8章

行政への働きかけ、連携

- ◇ 福祉一閉じかけた窓口へ
- ◇ 新宿区における野宿生活状況の人たちへの保健医療活動から見えた現状と課題
- ◇ 新宿区におけるホームレスの人たちの結核検診に関する提案

福祉一閉じかけた窓口へ

ソーシャルワーク実践の一場面から

「閉じかけた窓口へ」は、シェルタレス 2003 年冬号に掲載された。

これは、福祉行動（医療相談会の翌日、医療班が提供した紹介状を持った人たちの福祉事務所での生活保護の申請を後方から支援する活動）に参加し始めた頃に書いたものである。その頃は、疑問の連続だった。「なぜ、ホームレスの人たちがいるのだろう。」「なぜ、貧しい人たちが生活保護の支援をフツウに受けることができないのだろう。」「なぜ、福祉の窓口には優しい人と厳しい人がいるのだろう。」そんな中でのある一場面を切り取ったものが「閉じかけた窓口へ」であった。

今から読み返すと、拙い表現に加えて、制度の内容など疎な知識もない中で書かれた相談員への呼びかけであり、少し的外れな印象も受け、読んでいただくのは恥ずかしく、できるならば、大幅に手直ししたい気がする。

しかし、当時、難しいことなど何も分からぬひとりの支援の初心者は、福祉行動の場面で、単純に怒りや困惑を感じた。そして、相談員に期待と願いを込めて文章を書いた。

そんな当時の自分に親しみを感じたので、以下の文章は、できる限り修正せず、当時のままの表現で載せることにした。

1. はじめに

ある日、私は自分自身について語っている。聞き手は初対面の 3 人。Aさんは目を閉じて腕組みをして聞いている。口をへの字にした Bさんは、片手で頬杖をつき、時々、彼の目は私を見上げて見下げる、そして、そっぽを向く。Cさんは、身を乗り出して聞いている。優しい目で、時にうなずいて時に笑顔で応えてくれる。

Aさんと Bさんに私はドキドキしてしまう。何故か思っていることの半分も話せない。彼らは全身でもって私を拒絶しているようだ。思いついた言葉が一瞬にして遠くに逃げてゆく。私は救いを求めるように Cさんに向かって話す。Cさんには何でも話せると思う。分かってくれていると感じ、Cさんの親しい態度は、受け入れられているという安心を私に与える。

以上を心理学では「対人コミュニケーションにおける同調」というのだそうだ。

乏しい知識なので、正確ではないかも知れないが、一方のコミュニケーションパターンが相手の

心理や行動に影響を与える。受け入れてもらえない感じれば、言葉は自然としどろもどろになってゆくし、その逆もある。

もちろん、男女の性の違いや社会・文化によって心理や行動に影響される度合いに差はあるが、一般的に、人は相手の「無言のメッセージ」を動物的に察知することで、自分の行動を変えてゆく、とてもデリケートで弱い存在なのだと思う。

2. 福祉行動の中で

新宿連絡会のある日の福祉行動での出来事を紹介したい。

野宿の男性が福祉事務所の窓口をおとずれた。昨夜、ベンチで寝ていたところを、2人組みの男達から暴行を受けたという。男性の顔面は腫れ上がっていた。僅かのお金も盗られ、彼にとって絶望的な状態だった。男性の相談担当だった S 氏は、口をへの字にして、彼とは視線を合わせることなく話を聞いていた。

そして、彼はやっと状況を話し終わった。S 氏

の視線は、彼の頭の先から下に向かって見下げて見上げて「…で、どうしたいの？」「…」相談者である男性は何と言ってよいかわからぬ。小さな声で「病院に行きたいんです」と、答えた。S氏の横目は、彼の姿を上下に睨み流してから、数枚の書類を出してきて、無言で示した。

このとき、側に付き添っていた私は、「どうか、この男性が怒って席を立ちませんように」と、祈るような気持ちだった。

その後、彼が医療機関を受診した結果、脳出血とわかった。もしも、彼が、S氏の態度に怒って席を立ってしまったなら、明日には路上で亡くなっていたかもしれない。

3. 福祉事務所相談員のSさんへ

生活保護制度実施機関の相談窓口に立つあなたの仕事は、社会にとって無くてはならない対人サービスなのだ。人の命を左右する場面も往々にしてある。

相談者が福祉事務所の窓口をおとずれ、限られた時間の中で、自分の困難な状況を訴え、援助の希望を伝えることは、とても難しく、大きな不安も伴う。不安だからうまく話せないし、中には切り出しつらい内容もある。そんなとき、相談員が拒否的な姿勢を見せれば、相談者は怯えるか沈黙するしかない。相談者の生き方は、あなたの感じ方や生活信条とは違っているかもしれない。どうしても受け入れ難く、不愉快で共感できないと感じることもあるだろう。その気持ちを否定する必要はない。

けれども、彼らの立場を理解してほしい。

これまでのあなたの人生には、色々なことがあったんだろう。これからも、病気や家庭内の困難、あるいは、失業や心身の障害と向き合わなくてはならないかもしれない。

幸いにして、これらの困難を回避できたとしても、年をとり、身体や心が思いどおりにならず、社会的支援を必要とするときが必ずやってくるだろう。

その時、全ての人が健康で幸せに生きる権利の

もとで、人としてのあなたの尊厳が損なわれるこなく、生きてほしい。

困窮し、社会的に弱い立場に立ったとき、「私は価値のない人間として扱われたくない」という誰もがもつ切実な人間観の中で、社会福祉は発展してきた。

そして、「差別されることなく、健康で文化的な生活を、仮に、自助努力を要請されても、それに応えるには困難な状況にある者には、即座に必要な支援を行う」と、いう理念を持つ生活保護制度の実施機関にあなたはいる。

しかし、その窓口は、中に迎え入れられる明るいイメージには遠い。窓口の先にある社会復帰へのハードルは見上げるほど高く、困窮した人がやっとの思いで手を触れても、相談員との感情の行き違いや、最後に残った自尊心を守るために力つき、あきらめてしまうこともある。

社会の中で最貧困の「野宿している人」に接しているあなたにこそ期待したい。あなたの前に不安を抱え、最後のよりどころとして、相談に来ていることを受け止めてほしい。あなたの個人的な感情や道徳的な判断で、その窓を閉じることなく、どうか、あなた自身の手で開け放し、日々におとずれる相談者の声に耳を傾けてもらいたい。

(金沢さだこ)

新宿区における野宿生活状況の人たちへの保健医療活動から見えた現状と課題（2003年12月）

2002年8月7日、「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」（ホームレス自立支援法）が公布、施行された。法の施行後、国の基本方針が出され、いくつかの自治体からは実施計画が発表された。（ホームレス自立支援法に関しては、シェルタレス No.14 笹沼弘志氏による「ホームレス自立支援法概説」一問題点と活用可能性一の詳細なまとめと分析が参考になる。）

そして2004年7月、東京都から「ホームレスの自立支援等に関する東京都実施計画」、かなり遅れてではあるが、2005年12月、新宿区は「ホームレスの自立支援等に関する推進計画（案）」を発表した。

このような「ホームレス支援」をめぐる動きの中、医療班は、野宿している人たちの健康に関わる現状を行政に伝えるために、以下のようないくつかの提言を行った。提案を施策に取り上げて欲しいという思いの他に、このような変化の時だからこそ、「最大の不健康はホームレスの生活」「まずは、ホームレス状況から脱する支援」という健康支援の目指す方向を、私たちの言葉で行政に呼びかけ、再確認をする必要を感じたことも大きな理由だった。

1. はじめに

本論の目的は、新宿連絡会・医療班が新宿中央公園および戸山公園で行っている野宿生活状況の人たちへの健康相談会活動を踏まえ、新宿区における彼等の健康問題の現状と課題を整理し、支援のあり方を具体的に提示することにある。その視点は、住まうところもなく食事も満足にとれない極貧の状況にはあるが、彼らも「新宿の地域に生活する一人である」という視点から、生活と健康の支援を考えるものである。

2. 新宿連絡会・医療班の保健医療活動

新宿連絡会・医療班は、1996年3月から午後7時の炊きだしに合わせ新宿中央公園で、そして2001年6月からは、午前中、戸山公園において区内2ヶ所で毎月第2日曜日に健康相談会を行っている。

メンバーは、整形外科医・内科医・歯科医そして看護師等が参加している。他、鍼灸師による東洋医学に基づいた健康相談も行われている。相談者は毎回平均30~40人。他に風邪や胃痛・下痢といった軽い症状で薬の提供のみを希望する人もおり、多い時で100

人前後にもなる。（資料1 「健康相談の流れ図」参照）加えて、毎月1回、重症者の早期発見を目的に、医療関係者も加わり新宿駅を中心に東西南北に分かれ、広域のパトロール（夜回り）および概数のカウントを行っている。

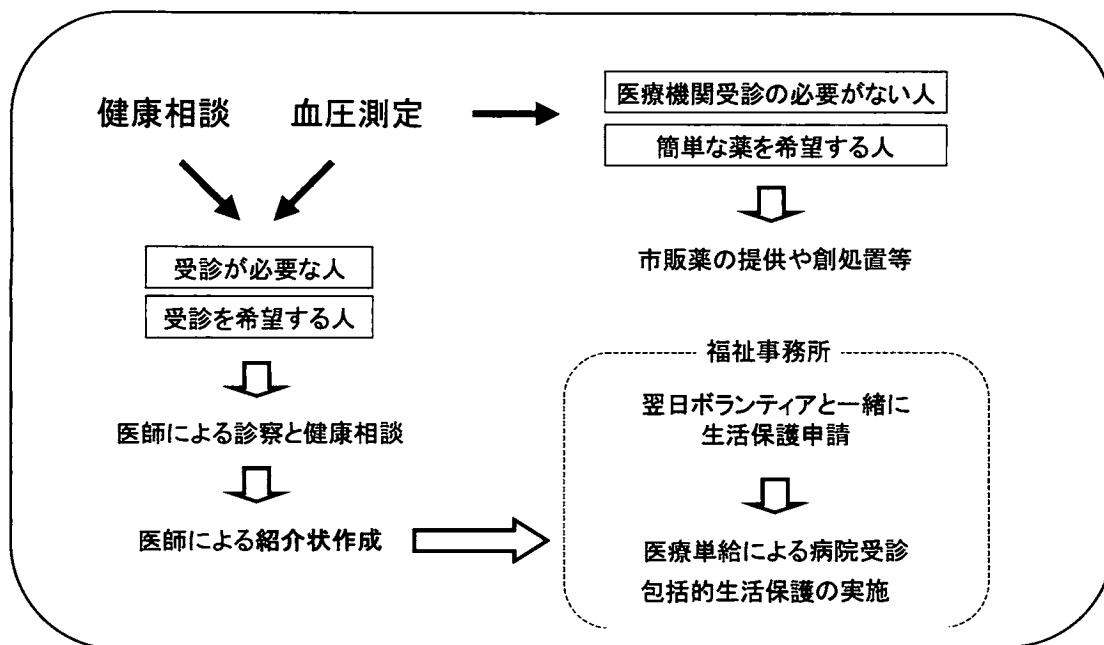
3. 新宿中央公園の健康相談会からみた特徴

3-1. 新宿中央公園健康相談会を通して見た野宿生活状況の人たちの健康状態の特徴

新宿連絡会・医療班は1996年3月から新宿駅西口地下広場において月1回の定期健康相談を開始した。

1998年2月以降は新宿中央公園に移動し現在まで相談活動を継続している。毎月1回の定期健康相談と越年期の集中的な健康相談を行っており、内容は医師による健康相談と、重症者には福祉を通して医療機関に受診する事を勧め紹介状を渡している。また、野宿者自身に血圧記録カードを渡し定期的な血圧計測、軽症の感冒や腹痛・白癡などに対して市販薬の提供も行っている。現在のところ、市販薬にかかる経費は年間約30万円となっている

資料1「健康相談会の流れ図」



1998年から2002年までの5年間で1486名に対して医師による定期相談を行った。相談時の主訴は感冒が最も多く20%を占め、次いで高血圧が15%腹痛・腰痛がそれぞれ7%であった。その他多いものは腰痛・腹痛・湿疹・関節炎・四肢痛・知覚障害・外傷・白癡などであった。重症のため医療機関で治療した疾患は、高血圧が最も多く18%を占めた。その他多いものは湿疹・胃潰瘍・腰痛・結核・蜂窓織炎・糖尿病であった。相談者の既往歴で多いものは胃潰瘍17%、高血圧13%、結核11%であり、骨折・肝疾患・糖尿病などが次いで多かった。

受診者を50歳未満・50歳代・60歳以上の3つの年齢階層に分類してみると次のような特徴が見られる。高血圧は主訴・受診病名・既往歴のすべてにおいて、50歳代・60歳以上の年齢階層に非常に多く見られ、かつ50歳代より60歳以上の階層の方が高率である。医療機関で治療した疾患のうち高血圧・胃潰瘍・糖尿病・結核が50歳代に最も高率に認められる。既往歴でも胃潰瘍・糖尿病が50歳代で最も高率に認められ、60歳以上では低い。50歳代の野宿者は重篤な生活習慣病

や結核に罹患している割合が高く、この年代の健康状態の悪さを示唆している。

生活習慣病といわれる高血圧・胃潰瘍・糖尿病はもともと40歳以降に増加する慢性疾患であるが、野宿生活を続けることによる塩分・炭水化物の多い不規則な食事、栄養不良、ストレスにより症状の悪化を来すことは明らかである。また寒冷な環境が原因の慢性的な呼吸器疾患を抱え、過去の結核が再発する事も少なくない。生活保護や医療扶助の敷居の高さのため慢性疾患に対する継続的な治療をすることは困難である。たとえ治療が可能となっても、いわゆる「青空通院」では寒冷環境から身を守ることはできず、栄養摂取も充分ではないため健康状態の改善は期待できない。実際我々が支援の現場で出会う野宿者の中には、最高血圧が200mmHg以上の高血圧、白内障・網膜症などの合併症で失明状態になった糖尿病、著明な腹水が現れた肝硬変、毛根から浸出液ができるほど重篤な浮腫を呈する心不全、吐血をして意識不明となつた胃潰瘍など危機的な状況にあることもまれではない。

生活保護を比較的受けやすい60歳以上の

野宿者に比べ、50歳代では社会保障の網の目からこぼれ落ち、もともと年齢的に就労は困難である。社会環境・健康状態両方の面でこの世代の野宿者は最も厳しい環境にあるといえる。生活習慣病は継続治療ができないと、その病状が悪化し最終的には死に至ることもある。大阪市監察医事務所で検査された野宿者の死亡平均年齢は56歳、新宿区で2002年1年間に路上死した41名の平均年齢も59歳である。現代の日本において50代後半で死亡する集団があるということは驚くべき事である。60歳以上の野宿者の健康が相対的によく見えるのは、重篤な疾患を抱える野宿者は60歳まで生存できないためではないかと考える。

今後、行政が50歳代の野宿者に対しより積極的に社会保障を運用することで、路上死を少なくすることができると考える。

＜引用文献＞

- ・大脇甲哉：野宿者の健康問題 一加齢による影響一；Shelter-less, No.19, 101-107, 2003
- ・黒田研二：大阪市における野宿者および簡易宿泊投宿者の死亡の実態；Shelter-less, No.15, 3-9, 2002

3-2 主に新宿中央公園での歯科相談を通じてみた、口腔内の特徴

歯科としての相談は2000年度より健康相談時を中心に受けている。この3年間で200名余の相談があり、相談者の傾向を探ってみた。

★ 訴えの半数以上は痛みだった。

歯の痛みや歯が動いて痛いというものが多いが、腫れて痛い、入れ歯が痛いというものもある。また、3人に1人くらいは、歯がなくて食事が噛めないために困っている。

★ 8割の人に平均4.6本の虫歯があった。

同年代の統計では「5割弱に1本強の虫

歯」なので、虫歯は明らかに多い。一方、治療されている場合は極端に少ない。

★ 95%以上が歯周病（歯槽膿漏）で、19%には残すことが困難な歯があった。

同年代の統計では罹患率は85%程度、保存困難歯は5%程度であり、歯周病（歯槽膿漏）も多い病気である。二人にひとりは歯石の沈着がひどく、歯のクリーニングがすぐにでも必要である。放置しておいたら動搖がひどくなり、自然脱落したという話も多く聞かれる。

★ 平均10.8本の歯を失っており、噛むことが困難である人が多くいた。

37%の人が、上下で噛み合う歯が全くなかった。入れ歯がある人は14%のみで、67%の人は入れ歯を作る必要があった。17%は頸関節症であり、咬合位の変化による影響も考えられた。

★ 前癌病変、腫瘍も白板症、血管腫、線維腫などの前癌病変や腫瘍、また、上顎洞炎や下顎前突症も、それぞれ1名ずついた。

★ 48%は歯磨きをせず、11%は1日1回未満だった。

1日1回以上磨く人が29%、2回以上磨く人が12%と少ない傾向にあった。歯を磨かない理由は、「歯磨きする場所がない」「歯ブラシや歯みがき粉がない」「歯がない」「磨くと痛い」等であった。

★ 73%は喫煙者だった。

喫煙は歯周病（歯槽膿漏）の悪性化因子として知られており、口腔粘膜病変の原因ともなる。

★ 歯科医療機関への紹介

治療が早急に必要であったり、病状を説明し治療を希望した、全体の71%の人に紹介状を書いた。また、医療機関受診までの緊急対応として、痛み止めを13%に、うがい薬を4%に渡した。

歯周病（歯槽膿漏）は生活習慣病に数えられ、口の中を清潔に保つことが必要である。進行すると歯がぐらついてきて腫れたり抜けたりし、噛むことが困難になる。95%以上が歯周病（歯槽膿漏）に罹患していたが、糖尿病（11%）や喫煙(73%)など悪性化因子として知られているものの率も高く、野宿という食事も安定せず口腔清掃も充分に保てない環境では、改善はかなり難しいと思われる。

虫歯や歯周病（歯槽膿漏）で平均 10.8 本の歯が失われており、このままでは残った歯への負担を増して更に歯周病（歯槽膿漏）や歯根破折を引き起こす。頸の関節へ影響することも容易に考えられることである。また、食事を噛まないまま飲み込むことや、偏食にならざるを得ないことにより、胃腸障害などの全身疾患への影響もある。入れ歯などの補綴処置が 67% の人に必用だったが、それでも天然歯の半分の力しか引き出せないので、なによりも歯を失わないための治療、つまり虫歯であれば痛みがひどくならない段階での保存治療が、歯周病（歯槽膿漏）であれば歯科医院での除石処置や基礎疾患である糖尿病の治療などが必要である。

歯科で多い病気は虫歯と歯周病（歯槽膿漏）だが、これは歯や骨が痛んだ状態である。歯や骨といった硬い組織は、放っておいて自然に治るものではない。そのため、歯科医療機関へ通院し、原因を除去したり、失った歯を人工物で補ったりすることが必要となる。虫歯や歯周病（歯槽膿漏）は痛みがなくてもどんどん進行して行き取り返しのつかないこととなるので、問題があるのであれば、痛みが少くとも、早めに治療することが何より重要である。

このため歯科相談では、相談者の多くに紹介状を書いており、福祉事務所の方々にもお世話になっている。手続きの煩雑さなどあると思われるが、今後ともご支援ご協力お願いたいしたい。

4. 戸山公園の健康相談会から見た野宿生活状況の人の特徴

高田馬場駅から徒歩数分のところに都立戸山公園がある。この公園にも多くの人々が野宿生活している。2003 年最新の概算によると、テントだけでも約 157 基（加えて箱根山 29 基）。ダンボール生活者は約 250 人。他にも、夜間になると芝生やベンチには 200 人以上の人が寝場所を求めて集まっている。戸山公園では毎月 1 回、以下の方法で健康相談会を行っている。

4-1 相談会の方法

当該地域の健康相談会の特徴は「地域住民を対象とした健康相談会」ということにある。「地域住民」とは、公園を中心とした地域に住む人たち及び公園を生活の場としている人たちである。公園内には、仕事がなく何日も食べることが出来ない人もいることから、おにぎりやみそ汁、お汁粉などを用意し提供している。同時に相談会の場を馴染みやすくするためにコーヒーなどのティーサービスも行っている。

広大な戸山公園では相談会の存在を皆に周知するには限界がある。相談事があっても、情報が伝わらないばかりに、相談会の存在を知らないということもある。最近では、テント生活をしている人にはかなり周知できているが、それ以外の多くの流動層の中ではまだ知られていない。出来る限り、相談会の機会を最大限に利用してもらうために以下の方法で行っている。

- 1) 公園入り口に管理事務所の協力で借りた机を出し医師と看護師によって 10 時～12 時定點で相談を行う。
- 2) チラシの配布による相談会開催の案内、及び、安否確認のため、相談会開始時にテントや芝生にいる人たちへアウトリーチによる声かけを行う。その際に食事が摂れていない人にはおにぎりを提供する。

- 3) アウトリーチの時に重症者や対応困難な人がいれば定点にいる医師につなぐ。
- 4) 医療機関への受診が必要と思われる人や希望する人には、医師が紹介状を書き、新宿連絡会が毎週月曜日に行っている福祉事務所での生活保護申請支援行動につなげる。

(資料：1「医療相談会の流れ図」参照)

4-2 戸山公園に住む人々の特徴は以下のようなものである

★ 働きながら野宿をしている人が非常に多い

戸山公園には野宿労働者と言える野宿環境で働いている人が多い。戸山公園から程近い高田馬場は、手配師が労働者を集めにくる“寄せ場”、労働者側からは“寄り場”がある。彼等は、早朝現場に出勤し、夜帰ってくる。仕事は、建設現場等の負担の重い肉体労働。日当は平均して約7千円。仕事は不安定であり、月収にすると多い人でも10万円に満たない。彼等の仕事の多くは「顔付け手配」によって得られる何の保障もない日雇いの仕事である。不安定で低賃金の労働者は、受診のために休めば翌日はもう仕事がない。また、体調が悪かったことが雇い主に知れれば、立場は更に不利になり失職が待っており、その日から食べられなくなる。死活問題である。そのため、少しくらい体調が悪くても受診を引き延ばし、苦痛を押しても仕事をしている人がとても多く、結果的に重症患者の発生につながる。以上の理由から、彼等が福祉事務所の開いているウィークデーの昼間に生活保護制度申請のために時間をとることは容易ではない。

★ 現役の労働者として「自活している」人々には「福祉のやっかいになるのは恥だ」という風潮がある。

その中で、重症患者の救急搬送が時々ある。突然の吐血。重症の肝臓障害。（飲酒

率も高く依存傾向にある人が少なくないため、障害はアルコールが要因になることが多い）重い結核を発症する人や時には餓死で発見されたこと也有った。また、2002年暮れから2003年新春にかけて3人の凍死者が出ている。

5. パトロールから見た駅周辺を寝場所とする人たちの特徴

新宿連絡会では、毎週日曜日夜にパトロール（夜回り）をおこなっている。パトロールでは、路上や公園で野宿している一人ひとりに声をかけ、健康状態等の聞き取りをおこなっている。その場で医療機関受診の希望があった場合は、翌日の新宿区福祉事務所における生活保護申請行動につなげている。

パトロールは時間帯により、以下の二次にわたる。それぞれのコースと各コースで出会う人数（概数）は以下のとおりである。

◆第一次パトロール（19時30分～22時）4班体制

- ・ 中央公園コース 170～240人
- ・ 新宿駅西口周辺コース（都庁下と南口を含む）120～190人
- ・ 新宿駅東口周辺コース（新宿御苑周辺を含む）40～70人
- ・ 大久保コース（柏木公園とその周辺を含む）50～80人

◆第二次パトロール（22時30分～23時30分）1班体制

- ・ 新宿4号街路（地下通路）40～80人
- ・ 新宿駅西口地下広場（西口交番裏）70～150人

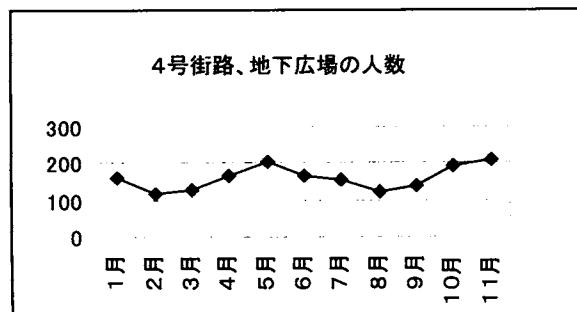
時間帯を分けているのは、4号街路及び西口地下広場ではガードマンによる退去指導のため、遅い時間にならないと滞留することが許されないという事情によるものである。

野宿をしている人の中には時間により移動している人もいるので、第一次と第二次で重複して出会う人もいる。

各コースで出会う人数は季節や天候に大きく左右される。気温が下がれば、比較的寒風から体を防ぐことができる4号街路や西口地下広場で出会う人が増え、雨天時には都庁の下に避難する人が増える。気温が上がった晴天時には、中央公園や西口などで出会う人が増える傾向にある。

パトロールでは市販薬も携帯し、症状が見られる場合に手渡ししているが、冬の寒い時期は風邪薬、夏の暑い時期にはかゆみ止めを求める声が圧倒的に多い（特に4号街路や西口地下広場で出会う人にその傾向が強いようと思われる）。また一年を通して胃薬を求める声も一定数ある。

西口地下広場でのパトロールでは、「野宿して一週間」「まだ3日目」というような野宿経験の浅い人と出会うことが多く、緊急時保護センターなどの行政支援を求める声も多い。炊き出しなど食物の調達方法にまだ熟知していない人もいるため、栄養状態の悪い人に会うこともある。そのため、このエリアでは特に対行政や民間団体の情報を詳しく提供することに努めている。（地下広場における人数の月別推移は下図参照）



資料2：4号街路、地下広場の人数の月別推移（2003年1月～11月データー）

6. 課題と提案

6-1 保健活動から見えること

健康相談会における相談内容のほとんど

は、これまでの不安定な生活や野宿生活が影響している症状である（資料3：「相談会の疾患分類表」参照）。

資料3 新宿連絡会医療相談記録

（1996年3月～2000年12月）

1. 受診者数（のべ）	1644人	5. 相談時に医者が受診を勧め、紹介状を渡し実際に医療機関を受診した人の主訴と、医師の診察時に症状によって類推した病名および
2. 男女比		
男性	1284人 96.5%	高血圧 17.4%
女性	47人 3.5%	腰痛 6.3%
3. 年齢分布		胃潰瘍 5.9%
平均年齢	52.4歳	歯痛・虫歯 5.9%
20～29歳	2.1%	結核疑い 5.0%
30～39歳	7.7%	気管支炎・肺炎 4.8%
40～44歳	8.2%	湿疹・皮膚炎 3.9%
45～49歳	15.2%	糖尿病（疑い含 3.5%
50～54歳	20.3%	化膿創・蜂巣炎 3.3%
55～59歳	19.8%	下痢・全身衰弱 3.0%
60～64歳	19.2%	関節痛 3.0%
65～69歳	5.6%	打撲・外傷 2.6%
70歳以上	2.1%	浮腫 2.0%
4. 相談者の「野宿生活」期間		腹痛 2.0%
1ヶ月未満	10.5%	肝疾患（疑い含 1.7%
1～3ヶ月未満	19.7%	四肢痛 1.7%
4～6ヶ月未満	15.5%	麻痺・筋力低下 1.7%
6～1年未満	14.8%	アルコール依存症 1.7%
1～3年未満	21.5%	骨折 1.5%
3～5年未満	7.3%	視力障害 1.5%
5～10年未満	7.5%	その他 21.6%
6. 入院した人の主要病名（のべ68人）		
		胃潰瘍 13.2%
		結核 10.3%
		高血圧 10.3%
		心不全 8.8%
		骨折 8.8%
		骨・軟部腫瘍 5.9%
		アルコール依存症 5.9%
		肝硬変 4.4%
		肺炎 4.4%
		全身衰弱 4.4%
		その他 23.6%

結核では、全世界で毎日5000人が亡くなっていると言われている。結核と貧困は切っても切れない関係にあるが、野宿状況下の人々にとっても例外ではない。日本では、罹患率は人口10万対指数で全国平均は32.4、東京34.3。そして新宿は77.8と高率である（『東京都における結核の概況より』平成10年度統計）。新宿の野宿生活状況にある人たちの結核罹患率の代表値は、冬季臨時宿泊所などの施設健診では平成6年度～8年度で、1261名中、要治療の結核患者は33名。発見率2.62%と異常に高い値として出ている。以上のことから野宿生活状況というハイリスクの人たちへの結核のケアは重要課題と考える。

える。

低栄養や睡眠不足から治りきらず悪化し長引く風邪、収縮期 200mmg 以上拡張期 110mmg 以上の強度の高血圧は、不安定で苦痛の多い寝場所や常態化している睡眠不足と食事が影響していると思われる。腰痛や四肢痛・筋肉の強い疲労は、公園のベンチや駅・ビルの軒下など硬い寝場所や僅かな食べ物を得るために長い距離を歩かなくてはならない状況も考えられる。また、低タンパクや空腹を押さえるための過度な飲水が引き起こす改善しない下痢。そして栄養不良や疲労による足のむくみ。皮膚疾患では、清潔が保てないことが引き起こす疥癬や白癬症が特徴的であり、抵抗力の低下も伴い白癬からひどい蜂窩織炎を合併することも珍しくない。これら全ての症状は糖尿病の悪化と合併症も連想させる。不衛生は保健上の困難を引き起こすばかりではなく、地域からの嫌悪を始めとする社会参入への大きな阻害要因となり、就労の機会も遠のく。野宿生活状況にある彼らの健康問題と悪化リスクは、清潔と安全が保たれる安定した住居と充分な栄養が満たされれば、すぐにでも改善されるものであるが、路上においてはしばしば、死に至るような重篤な状態をひきおこす。

相談会の受診から治療につながった人が、相談会の受診を経て治療につながったとしても、野宿生活を送りながらの青空通院や、退院後、就労可能年齢等を理由に生活保護利用の廃止となり、野宿生活に戻ることを余儀なくされた場合など、再び健康を害し、救急搬送を繰り返すことも少なくない。

また、一時的な宿泊が得られても、先行き不安定な法外宿泊の利用に頼らざるを得ない場合の多くは、近い将来、再び野宿生活に陥りやすく、野宿生活と健康を害する悪循環がつづくことになる。野宿から脱した人には、二度とその生活に戻らないための方策が必要である。

6-2 提案

以上のことから、健康問題リスク回避のためにいくつかのことを提案したい。

1. 清潔支援（優先課題）

公園内など身近な場所にシャワー・風呂・替え可能なスペースを置く

2. 退院後の保護廃止をなくす

医療保護の始まりは、利用者にとって医療ばかりではなく生活支援の始まりであり、路上ではない生活の足がかりである。この機会を健康回復・就労・地域生活につなげる必要がある。

3. 法外宿泊は症状が軽微および短期の人間に限ったほうが良い。

4. 連絡会および医療班が行っている定期健診相談・症状が軽微なうちに提供する市販薬（年間約 30 万円）、パトロール（夜回り）による訪問と相談、そして制度にアクセスするための支援活動は今後も継続的に行う必要がある。

5. シャワー・着替え・食事および利用できる制度に関する情報提供等のサービスが受けられるセンター（ドロップイン・センター）の開設。

7.おわりに

野宿生活状況にある人たちへの継続的な保健・医療活動を行ってきた新宿連絡会・医療班の提案は、野宿生活がいかに健康を害するものであるかを報告し、彼等の状況を早期に改善することを期待するためのものである。これは、行政としても黙認できない状況を解決する必要性からその目的は同じであり、今後は、より深い協力関係のもとで活動を行ってゆくことが必要だと考える。

（金沢さだこ）

新宿区におけるホームレスの人たちの結核検診に関する提案 (2004年11月15日)

1. はじめに

ホームレスの人たちの結核罹患率の高さは様々な場で報告されているので、彼等を対象とした結核検診の必要性をあらためて述べる必要はない。しかし最近では、生活保護利用者が宿泊する区内簡易宿泊所でも、就労自活している利用者に結核患者が出ていることから、不安定な就労と生活環境の人も対象に加えた結核検診が有効に行われる必要性を訴え、その方法と共に提案したい。

2. 新宿区における結核検診者数の推移と現状

		受診者 (人)	要精密検査 者(人)	結核要治療 者(人)	結核入院者 (人)	受診者中の 要精検者発 見率(%)	受診者中の 患者発見率 (%)
2000年	新宿区立 新宿中央公園	98	12	3	2 (34条)	12	3
	都立戸山公園	54	4	2	2	7	4
2001年	新宿区立 新宿中央公園	80	16	4	3 (34条)	20	5
	都立戸山公園	52	3	1	1	6	2
2002年	新宿区立 新宿中央公園	105	13	5	3	12	5
	都立戸山公園	63	7	4	2	11	6
2003年	新宿区立 新宿中央公園	87	2	0	2	2	2*
	都立戸山公園	40	5	1	1	13	3
2004年	新宿区立 新宿中央公園	107	8	1	1	7	1
	都立戸山公園	34	3	0	0	9	0
合 計		720	73	21	17	平均 10	平均 3

注) 1) (34条) は結核予防法34条での入院

2) 2003年中央公園は要精密検査後結核入院患者が出ているが、結核要治療者は0人となっていたため患者発見率には*を付加した。

5年間の戸山・中央両公園の結核検診では、総受診者数中の平均患者発見率は3%である。検診者数は、その年によってばらつきがあり患者発見率も同様である。結核検診にあたっては、毎年、新宿連絡会が事前にチラシでの広報と、パトロールや医療相談会で東京都健康局作成等の結核リーフレットを渡しつつ直接声掛けを行うなど協力しているが、最近では特に戸山公園の検診者数は減少傾向にある。

3. 現在の問題点

結核検診者数が減少してきている要因を考えるために、ホームレスの人たちの1日を見直す必要がある。彼等は、寒い夜は凍えを防ぐために一晩中疲れた足を引きずりながら歩き回り、幸いにして寒くない日も朝、店やビルのシャッターが開く時間、通勤者の動きと共に駅や道路から移動せざるを得ない。1日中一定の場にいることはほとんどない。少しでも空腹を満たすため、遠く離れた焼きだし場への徒歩移動などに長い時間が費やされる。また、不安定ながらも現金を得るための雑誌集めや土工仕事をしている。そのため

め、検診の希望があっても食べ物を得たり、数少ない現金収入の機会を逃す訳にはいかない。結果として、毎年、平日の日中に行われる結核検診を実際に利用できる人は少ない。

4. 改善案

結核検診は、平日ではなく土曜日もしくは日曜日を選択することと、人が多く集まる機会と場で行う必要がある。その際には、以下の新宿連絡会が行っている日曜日中心の定期的な行事や宿泊所訪問活動と協同することが最も有効であり、医療相談会の場では連絡会医療班も協力できる。また、医療班が行っている定期的宿泊所訪問活動は、宿泊所に住む人たちに対して結核検診実施の情報提供を行うことができ、広報の広がりとして役立つ。

- 1) 毎週日曜日 18 時からの中央公園ポケットパークでの炊きだし。集まる人数は平均 500 人から 700 人。

炊きだしは、宿泊所や深夜喫茶・サウナ宿泊者等様々な人たちが利用している。

第 2 日曜日の夜は、医療班が定期医療相談会を行っているため、結核検診を第 2 日曜日の夜に行えば医療班の定期医療相談会と共同できる。

- 2) 每年 8 月の土曜日・日曜日に行っている中央公園での夏祭り。集まる人数は約 700 人から 800 人。
- 3) 年末年始区役所が閉庁する間行われている越年越冬の中央公園ポケットパークでの炊きだしと、救急医療テントで行う医療相談会。この間、ポケットパークに集まる人数は毎日約 700 人から 800 人。
- 4) 福祉事務所での乾パン提供場所。集まる人数は約 300 人。

平成 13 年 10 月に行った新宿区福祉事務所の乾パン配布場所におけるアンケート調査では、211 人のアンケート回収から 1 年

以内に胸部レントゲン検査を受けた人は 113 人、受けていない人は 95 人という結果が出ていることから、乾パン提供の場もある程度有効と考える。

1)～4)案に加え、検診を受けるにあたって希望者の動機づけをより大きくするために軽食・下着・着替え・靴・入浴の機会の提供、そして生活相談と自立支援事業等に関する相談や緊急一時保護センター入寮受付等を付加することも重要である。

5. 期待できる結果

- 1) 結核検診の受診者の大幅な増加・結核患者発見数増加は患者自身の利益に加え、結核早期発見効果により地域全体が大きな利益を得る。
- 2) 結核検診そのものが福祉利用のためのアウトリーチ活動となり、生活相談と自立支援事業に関する情報を持たない多くの人達が制度を利用する機会を得られる。

6. 上記提案における問題点

- 1) 日曜日や年末年始に行う場合のマンパワーの確保等および受け入れ医療機関や生活施設の確保。
- 2) 検診希望者が多い場合の検診車の受容能力。
- 3) 乾パン提供場所での結核検診は、課題となる平日の実施となることと、区役所に行くことを躊躇する人は検診を受けることができない。

(おわりに)

大阪の高鳥らの研究によると、結核患者の平均入院期間は 4 ヶ月以上であり費用も少なくとも 200 万円を超えるという。また、大阪市保健所の下内の仮説によれば「喀痰塗抹陽性の排菌患者が発見されるまで 6 ヶ月程度かかった場合、10 人を感染させ、そのうちの 1

人が2年以内に発病する。従って、無症状、あるいは軽症のうちに検診で見つかれば2年以内の1人の発病者を予防できる」とある。下内は次のようにも述べている。「患者発見率0.5%（200人検診を実施し1人見つかる）であっても、検診にかかる費用、間接的人件費も含めて、1人当たり1万円を支出する価値がある」。野宿生活により近く、宿泊所やサウナ・カプセルホテル・深夜喫茶等で寝泊まりする人たちも結核感染の危険が高い。結核検診は費用効果の視点からも出来るだけ多くの人たちに検診の機会を提供し、早期発見・早期治療に結びつけることが必要である。

以上のような費用効果の側面以上に重視すべきは、私たちの社会には、感染症のハイリスクを抱える人たちがこれ程に存在していることである。彼等が劣悪な生活環境と栄養不足の物理的要因から結核に感染してい

るという根本的な問題が改善されないまま残っている。健康障害は、生活環境がつくる2次的問題であることを公衆衛生の立場から無視するべきではない。これらを踏まえ、利用しやすい結核検診と疾患の早期発見の努力に加え、感染症予防の最大効果を得るには、当事者がホームレスを脱し生活を建て直すことである。保健・福祉行政双方は、保健活動と生活相談から結核検診を見直し改善する必要がある。

参考引用文献：

黒田研二編「ホームレス者の医療ニーズと医療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、厚生労働省科学研究・研究費補助金政策科学推進研究事業

（金沢さだこ・稻葉剛）

☆☆☆コラム☆☆☆ 「アルコール」

彼はいつも酔っていた。道端に居ると、街を歩く人が突然バズーカ砲を持って追いかけてくるのだそうだ。ヘリコプターも彼を追ってバラバラと空中を旋回する。怖くて怖くてたまらない。恐怖を紛らすために酒を飲み、彼はもっと深い沼に入り込む。何度も入院して酒を断つ道を探したが、まだ見つかっていない。彼は言う。「もう頑張れないよ。頑張っても何もない。酒をやめて誰が喜ぶ？誰のために頑張ればいいんだ？」

彼の言葉にいくらでも反論できるし、その場だけなら納得させ、黙らせることもできる。でも、彼のいうのは理屈じゃない。もっと、人の根っここのことを彼は言つてる。ひとりでは頑張れない、こんな孤独は酒無しでは耐えられない。でも、誰かのためなら、自分ではない誰かのためなら、無い力も振り絞ることができるかもしれない。

それでもね・・なんとか生きろよ。路上で死んだらだめだよ。どうせ苦しむなら、せめて屋根の下がいいよ。そうして生きるんだよ。（金沢さだこ）

戸山公園に来てみませんか？

あなたは野宿をしている人と話をしたことがありますか？

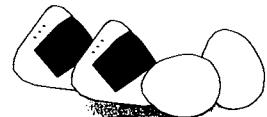
近年、野宿者は増加の一途を辿っていますが、現在新宿区には1,000人を超える人たちが路上での生活を余儀なくされています。高田馬場から程近い戸山公園には、約200人の人達が野宿をしています。

新宿連絡会・医療班では、ボランティアの医師や看護師の参加のもと、2001年から月1回のペースで戸山公園内で野宿をする人たち向けの無料健康相談会を行っていますが、一緒に相談会を手伝ってくれる人を募集しています。「野宿の人たちと話をしてみたい」という気持ちさえあれば、特別な医療や福祉の知識や資格は一切不要です。

相談会は、家のある人、ない人、子どもからお年寄りまで、さまざまな人との協力と連携があって成り立っています。あなたもいっしょに活動をもりあげてください。

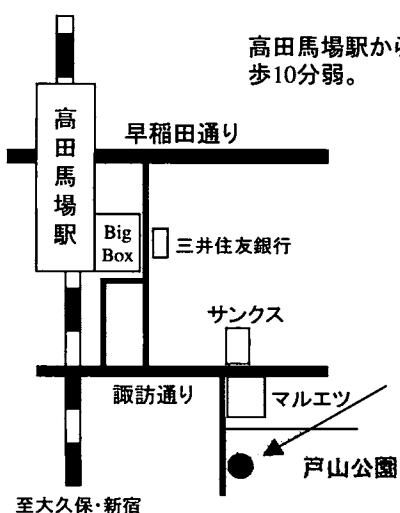
どんなことをするの？

- ★ 相談会の案内のチラシと、おにぎりやたまごを持って、公園内の野宿の人たちの元を訪ねて歩きます。
- ★ その他、相談会に来た人への聞き取り・応対、参加者同士での話し合い、公園内のごみ拾い、救急対応、子守り、いろいろ、なんでもあります。



**★日時：毎月第2日曜日午前10時～11時頃まで
(集合・準備は9時半より)**

至目白・池袋 【案内図】



さしいれ大歓迎！

おにぎり、ゆでたまご(塩味つけてね)
使い捨てカイロなど、
個数は問いません。

公園敷地内に入ってすぐ右手の
東屋の下に、机を出して集まっている
人たちが関係者ですので、
声をかけてください。

連絡先：新宿連絡会・医療班（担当：五十嵐）

〒160-0032 東京都新宿区西新宿4-32-4-603

phone :

e-mail :

第9章

一般への働きかけ、広報

- ◇ 講義・講演
- ◇ 講義・講演一覧／学会発表一覧

講義・講演

1997年から毎年愛知医大医学部3年生に対し、新宿連絡会医療班の活動をもとに「野宿者の健康問題」に関して90分の講義を継続している。

2000年から医学部学生、NPO会員、医師などに対して10回講演を行った。その内医療関係の集まりが6回、国際協力に関する集まりが5回であった。ビデオやスライドの映像を用いたり、医療相談の集計から数的にあらわしたりして、野宿者の健康状態を出来るだけわかりやすく話をしている。

医学生に対しては、将来医師として臨床に携わるものとして、野宿者に対し「人間」として接し、その生活実態や健康状態を少しでも理解することで、彼らの健康を継続的に改善するように考えてもらいたい。またより「人間的な」医師になってもらいたい。また、海外協力に関

係する人々には、紛争で難民キャンプに避難した人々より栄養・居住・衛生・安全の面で援助を受けられず、最貧困の人々と同じレベルの健康状態である日本人野宿者の実態を伝えている。医療単独では健康問題は解決できず、就労・住居などの生活保障を含めて支援しなければならない。このように野宿者健康支援活動は、国際協力活動と同じ視点、同じ手法で活動が出来る。そのようなフィールドが身近な国内に存在することをわかってもらいたい。と考え講義や講演を行っている。そして、話を聞くだけではなく出来る限り実際の活動現場に来て、野宿問題を肌で感じ取ってもらう様に働きかけている。

(大脇甲哉)

☆☆☆映画紹介『あしがらさん』☆☆☆

新宿で長年、野宿者支援活動を続けていると、活動に参加するボランティアにもいろいろなタイプの人がいることに気づく。野宿の当事者との関わりという点から見ても、私のように自らの役割を決めて、なるべく多くの人と平等に関わろうとする人がいるかと思えば、特定の当事者と「個対個」の濃密な関わりを築く人もいる。

その意味で、本作品の飯田監督は私の対極にいるタイプのボランティアである。彼は「支援する者」／「される者」、「取材する者」／「される者」という枠をこえて、「あしがらさん」という一個人に関わろうとした。これは3年にわたる彼の個人記録である。

「人と人との関わるとは一体どういうことなのか?」ということを考えさせられる作品。新宿連絡会医療班も登場するので、未見の方はぜひご覧いただきたい。(稻葉)

2002年制作／ビデオ／73分

監督・制作：飯田基晴

ホームページ：<http://www5f.biglobe.ne.jp/~ashigara/>

【講義・講演一覧】

- 国際医療協力ー国内避難民である野宿者の健康ー：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、1998年4月16日
- 国際医療協力ー国内避難民である野宿者の健康ー：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、1999年4月26日
- 国際医療協力ー国内避難民である野宿者の健康ー：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、2000年4月24日
- 日本社会における外国人労働者、野宿日雇い労働者の健康問題：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；PHAに向けての第3回準備学習会、東京YMCA国際奉仕センター、2000年9月2日
- 野宿状況の方達が自立生活につながるための支援活動：稻葉剛、金沢さだこ、中久木康一、新宿連絡会・医療班；日本カトリック医師会東京支部勉強会、カトリック目黒教会、2002年4月21日
- 国際医療協力ー国内避難民である野宿者の健康ー：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、2001年4月23日
- 国際医療協力ー国内避難民である野宿者の健康ー：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、2002年4月22日
- 医療におけるマイナリティ：中久木康一、新宿連絡会・医療班；東京民歯科部医連歯系夏期ゼミナー、東京労働会館7Fラパスホール、2002年7月13日
- 東京における野宿者健康支援活動：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；日本カトリック医師会東京支部月例会、カトリック目黒教会アンセルモホール、2002年11月24日
- 人権を守る医療：中久木康一、勝邦宏、木田健一、新宿連絡会・医療班；第5回東京民医連医療活動・運動交流集会第3分科会、あいおい損保新宿ビル、2003年3月15日
- 国際医療協力ー国内避難民である野宿者の健康ー：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、2003年4月21日
- 医療におけるマイナリティ～野宿者について～：中久木康一、新宿連絡会・医療班；東京民医連 第20回歯科衛生士部会学習会、東京労働会館7Fラパスホール、2003年6月1日
- アフリカ難民キャンプと日本国内避難民の健康：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；日本大学医学部（板橋）、2003年6月10日
- アフリカの難民キャンプから、新宿の野宿者にたどり着くまで：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；シェア（国際保健協力市民の会）第4回国際協力実践講座、文京区シビックホール、2003年6月11日
- 難民救援活動と野宿者健康支援活動：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；栃木県下都賀郡獨協医科大学学園祭、獨協医大講義室、2003年6月14日
- 東京における最近のホームレスの人たちの現状：金沢さだこ、新宿連絡会・医療班；専修大学経済学部唐鎌直義教授ゼミ、2003年11月5日
- 国際医療協力ー国内避難民である野宿者の健康ー：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、2004年4月26日
- 野宿者の医療と人権：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；「医療と人権」勉強会、IFMSA（国

際医学生連盟) 日本、新宿区東京女子医大中央校舎小講義室、2004年5月9日

- ・ 野宿高齢者の健康問題：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；TENOHASI・池袋連絡会勉強会、豊島区立東池袋第4区民集会室、2004年11月14日
- ・ 新宿における野宿者健康相談報告：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；第41回全国出稼者大会、全国出稼ぎ連合会、千代田区社会文化会館、2005年4月24日
- ・ 國際医療協力一国内避難民である野宿者の健康一：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、2005年4月25日
- ・ 日本国内避難民-野宿者-の健康問題：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；愛知医科大学医学部3年生寄生虫講座、2005年5月8日
- ・ 難民救援活動と野宿者健康支援活動：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；地球人カレッジ 地球市民教育公開セミナー、NPO法人 TICO 徳島で国際協力を考える会、徳島県吉野川市さくら診療所、2005年6月18日
- ・ 新宿連絡会医療班歯科相談活動より：中久木康一、新宿連絡会・医療班；野宿生活者の歯科健康支援活動交流会、ホームレス者の医療ニーズと医療保障システムのあり方に関する研究・歯科班、大阪社会医療センター歯科調査班、大阪コロナホテル、2005年10月23日
- ・ 野宿者の健康：大脇甲哉、新宿連絡会・医療班；AMSA Japan (アジア医学生連絡協議会) 国内交流会 自治医科大学地域医療セミナー、自治医科大学、2005年12月11日

【学会発表一覧】

- ・ PHC 戦略は国内でどう生きるか～東京都新宿区・野宿者医療の現場から～：大脇甲哉 1, 2、金沢さだ子 1、中久木康一 1、武笠（阿部）亜企子 1、稻葉剛 1、1) 新宿連絡会・医療班、2) 港町診療所；第16回日本国際保健医療学会総会、慶應義塾大学医学部（東京），抄録集 P135, 2001年10月7, 8日
- ・ 日本における国内難民の口腔健康状態～東京都新宿区・野宿者医療の現場から～：中久木康一 1, 2、大脇甲哉 1、稻葉剛 1、1) 新宿連絡会・医療班、2) 東京医科歯科大学顎顔面外科；第16回日本国際保健医療学会総会、慶應義塾大学医学部（東京），抄録集 P160, 2001年10月7, 8日
- ・ 野宿者の健康状態～新宿駅周辺の野宿者健康相談記録より～：大脇甲哉 1, 2、金沢さだこ 1、中久木康一 1、武笠（阿部）亜企子 1、稻葉剛 1、1) 新宿連絡会・医療班、2) 港町診療所；第18回日本国際保健医療学会総会、北九州国際会議場（小倉），抄録集 P278, 2003年10月10～12日

第10章

課題

課題

1) マンパワーの不足・不安定性

連絡会・医療班のメンバーはすべて個人有志のボランティアであり、仕事などの都合で毎回参加出来ないことが多い。必ず毎回参加するコアメンバーが4名いるが、その他の参加者は不確定であり、多いときには20名以上の参加者がいる。また少ないとときは医師・看護師・ソーシャルワーカーの3名だけで相談会を行ったこともある。毎回何人参加するか、当日にならなければ分からないうことが課題である。

2) 財源の不足

活動の財源は主に寄付に依存している。2003年から3年間は民間団体からの助成を受け現在は活動費は不足していないが、2006年以降の財源確保が課題である。

3) 受け入れ医療機関の野宿者に対する理解

東京都23区西部では、野宿者に対する露骨な診療拒否をする医療機関は少なくなった。救急搬送時支援者が救急車に添乗することも一般的になった。しかし今でも夜間救急受診時の当直医師や看護師の対応は必ずしもよくない。低栄養・脱水で歩行不能な人や喘息・肺気腫で呼吸困難な状態の人を、1本の点滴の後入院させず路上に追い返す医療機関がある。また最初の医療機関で入院の必要なしと判断された当日に、他の医療機関に救急入院し数日の間に死亡するという事態も発生している。そのため夜間具合の悪い野宿者がいても、翌日まで急変がなさそうだと判断した場合は敢えて救急搬送せず、当日はシェルターで保護し、翌日福祉事務所を通して病院のソーシャルワーカーにつなぎ、初めから医療扶助として確実に治療できるように考えている。

4) 生活保護受給年齢制限問題と50歳代野宿者

の重篤な疾病罹患

50歳代と60歳以上の野宿者を比較すると、50歳代の野宿者の方が胃潰瘍・高血圧・肝疾患・糖尿病など生活習慣病の既往症を持つ割合が高く、平均死亡年齢が50歳代後半である。野宿者の死亡原因が生活習慣病と肺炎・結核などの感染症であることを考えると、野宿者に対する医療支援は50歳代の生活習慣病に罹患した人に重点的に行われなければならない。しかし生活保護受給は65歳未満の野宿者には、就労自立優先という高いハードルがあり、容易に生活保護により継続医療につながることは少ない。野宿者の死亡を減らすことを考えれば、生活保護の運用をより低年齢層に広げ、住居・就労の支援など健康を回復するための行政施策が必要である。

5) 行政施策との連携

緊急一時保護センター・自立支援センターを経由して就労自立を目指すという、2001年に開始した東京都の野宿者自立支援システムでは、緊急一時保護センター入所中は疾患に対する治療が行われたが、退所後治療中断するケースが目立つ。就労自立が困難であり自立支援センターに入所せず、年齢制限などで生活保護が運用されなかったケースや、自立支援センターに入所しても就労できなかったり、解雇・退職となったりした人は治療中断してしまい、野宿生活に戻り更に健康状態が悪化することが少なくなかった。

2004年から始まった地域生活移行支援事業では、新宿区から400名を超す野宿者が低額アパートに移った。新宿連絡会は戸山公園におけるこの事業の生活相談部門を受け持った。登録窓口業務、アパート移行後の生活相談活動を行っており、医療が必要な人に対する医療機関への付添活動や、就労困難な人に対する生活保護

獲得のサポートなどを行っている。医療班では、慣れないアパート生活で精神や身体の健康に不安のある人に対する医療相談や、虫歯・歯周病などの歯科疾患に対する歯科相談活動を行っている。

今後更に行政と連携をはかり活動を深めることが課題である。

(大脇甲哉)

☆☆☆コラム☆☆☆ 「やめる人、もどる人、ゆく人」

昨年の年末、<もやい>主催のクリスマス会で、Kさんがギターの弾き語りをしてくれた。アルコール依存症のKさんは、7年間断酒を続けた結果、ようやく手の震えがなくなったと言う。そして学生時代に趣味で弾いていたギターを再開し、その話を聞きつけた私がパーティでの演奏をお願いしたのだった。そのKさんの『空に星があるように』を聞きながら、私はこれまで関わったアルコール依存症の仲間たちのことを思い出していた。

Kさんはかつて、お酒を飲むとからみに来る人だった。彼は私たちが行なう炊き出しに来ては、「俺は乞食じゃねえから、そんなものは食わねえ」とよく叫んでいたが、私はそんな彼の姿に、そう叫ばずにはいられないものが彼の中にあるのだろうと感じていた。その彼が数年前からお酒をやめてアパートに入り、毎年、楽しい年賀状をくれるようになったのは、本当に嬉しい出来事だった。

だがKさんのようにお酒を止められる人ばかりではない。Jさんはつい最近、何度目の「路上」に戻ってきた。彼は連絡会が活動を始めた当初から関わっており、この12年の間に、数度断酒して施設に入り、同じ回数だけ再飲酒して路上に戻ってきた。肝臓はかなり悪くなっているようだが、若い頃ボクサーをしていましたというだけあって、基礎体力がかなりある。私は彼のために救急車を呼んだことが何回かあるが、今度またそうなる前に彼が自分の力で立ち上がることを願っている。

止める人、戻る人もいれば、路上でそのまま逝く人もいる。私が知り合ったTさんも、アルコールで寿命を縮め、路上で命を落とした一人だ。彼はアルコールで内臓がボロボロになり、路上で会うたび私に「救急車を呼んでくれ」と言っていた。救急車を呼ぶと、数日間入院するが、ある程度体力が回復すると、路上に戻って、また酒を飲む。アルコール依存症についての本をいくつか読んだ私は、次第に自分が救急車を呼ぶことが彼の飲酒を手助けしているのではないか、と感じるようになり、少し彼とは距離を置くことにした。

Tさんは次第に衰弱し、「そろそろやばいかも」と思った私が救急車を呼んで緊急入院した翌日、病院であっけなく亡くなった。まだ60歳にもなっていなかった。私は彼とどのように接していたらよかったですのか、最後までわからなかった。

私たち支援者は、路上で人と関わる中で無意識のうちに「私が関わったから、この人は良くなった」というストーリーを思い描くことが多い。ところが私はアルコール依存症の仲間たちと出会い、つきあう中でそのようなストーリーを木つ端微塵にされてきた。回復した人もそうでない人も、私が関わったこととは無関係に回復したり、スリップ(再飲酒)したりした。彼らがアルコールに対して無力であるのと同様に、私も依存症者に対して無力なのである。それでもなお関わり続ける回路を確保し、「あなたが大切だ」というメッセージを伝え続けること。私は未だにその「さじ加減」に悩み続けている。(稻葉)

新宿連絡会・医療班

＜既往歴・ほか＞

けつあつ

血圧カード



おなまえ

生年月日

新宿連絡会・医療班 連絡先
いなば 090-6159-8787
うえかま 090-****-****
かなざわ 080-****-****

第11章

関連団体より

- ◇ 池袋医療班発足と今まで
- ◇ もやいと医療相談

池袋医療班発足と今日まで

NGO TENOHASI、池袋医療班

森川すいめい

【概要】

池袋医療班は、新宿連絡会医療班と池袋支援団体「池袋連絡会」「池袋野宿と共に歩む会」の協力下、2003年3月に誕生した。現在は、2003年12月に発足した池袋市民団体 NGO TENOHASI (The Earth and Neighbor Of Happy Space Ikebukuro : 地球と隣のはっぴい空間池袋. URL : <http://www16.plala.or.jp/tenohasi/>) の中の1グループとして位置づけられ、新宿連絡会医療班とカトリック医師会、カトリック看護師会の協力下、TENOHASI 福祉チームと協力しながら活動している。今まで相談会等参加医師数8名、看護師数17名、医療系スタッフ・学生ボランティア約50名。相談者数毎月約50名、医師紹介状者数毎月約12名。

【発足までの経緯】

池袋では、路上生活者が中心となって、支援者がサポートする形で炊き出しや夜のパトロールが99年より開始されていた。医療に関しては、2001年頃から、別地域で活動していた現在の池袋医療班代表医師花田氏と看護師佐藤氏が、当時の池袋連絡会の方々とつながり、夜のパトロールを中心に参加したり数度健康相談会も開催したりしながらよい形を模索するようになっていったが、諸事情によりしばらく休止となっていた。今日の池袋医療班基礎はこのとき作られている。

池袋医療班発足の2年前より、新宿連絡会医療班から鍼灸師、医学生を中心に池袋の活動に参加するようになった。

新宿では「病人は病院に掛かることができる」という流れがすでに出来上がっていたが、池袋では「重病人であっても病院に掛かることができない」状態であった。福祉事務所では、体調不良で相談を行った路上生活の方に対し、罵声を浴びせたり、虫除けスプレーを座った椅子にあからさまに吹き付ける、付き添いのボランティアを無視し、相談者を個室に連れ、戻ってきたら「福祉は頼りませんという誓約書」を書かされる有様であった。

夜回りの時は、ぐったりなさっている方、心臓病の既往のある方、さまざまなレベルの障がい者、数日間食事を取っていないと訴える方、70歳を越える高齢の方々が、少なくなく、支援者としては「福祉に相談に行きましょう」と言うしかなかったが、返ってくる言葉は「豊島の福祉はダメだ」という言葉のみであった。

当時の豊島の福祉が「ダメ」であったので、重病な方を発見すると、月1度、新宿中央公園にて行われている新宿連絡会医療班無料健康相談に「行ってください」と言うしかなかった。医師の紹介状があれば、新宿からは新宿区福祉を通して病院に行くことができるからである。新宿では、体調を壊し野宿の生活となった方が新宿医療班のサポートにより健康を取り戻し、仕事を再開するなどして社会復帰する人々が少なくなかったが、池袋では重病な人を発見しても月1度待たねばならなかつたし、電車の切符を買うことができないだけでなく歩行もままならない重病な方ほど、新宿中央公園までたどり着くことが不可能であった。そうした方々のいくらかの人から「もういいんだよ…」とあきらめの声を聞き、あるときいつもの場所からいなくなる所在不明になるということが何度もあった。

「数日間食事をしていないのに…」という方を助けたい、という思いから、2003年の10月ごろから、新宿連絡会医療班に参加していた森川（日本大学医学生）は、血圧測定を開始し、高血圧という数値を出すことで病気である証明をしようと試みた。収縮期血圧180mmHgを越える方もいらしため、即入院でもおかしくないこの数値をもって行けば豊島の福祉でも病院に行くことができるだろうと考えたわけだったが、返ってきた結果は、「行ってみたけどだめだった」と力なく答える方ばかりで、終には、取り返しのつかなくなったところで救急車で運ばれそのまま病院で亡くなるという状況が続いた。

「まともな生活にもどりたい…」「全部俺が悪いんだ、何でこんなことになっちゃったんだ…」「頑張ってきた人生、僕の人生、このカバンだけになってしまいました…」。

こうして、新宿連絡会医療班は、池袋医療班立ち上げに尽力下さり、精神科医花田医師を中心と立ち上がった。

【発足から今日まで】

2003年4月から、池袋の炊き出しの場で、月1度健康相談会が始まった。はじめの数ヶ月は相談者も少なかったが、徐々に増えていった。

しかし、発足後まもない頃、医師の紹介状を持って豊島区の福祉に行った方が、門前払いを受けたという事例が続いた。本件は、人命に関わることであり、医師の判断を、福祉のケースワーカーが門前で判断し却下するという事態は、当人がそれで亡くなつた場合、刑事事件にまで発展しかねない問題であったため、豊島区の福祉事務所内でも問題となり、豊島区の福祉事務所と池袋医療班代表団による話し合いが持たれた。話し合いは成立し、これ以後、医師の紹介状は尊重されるようになった。

一方で、池袋医療班は、路上生活者の健康問題について、医療相談後も福祉に相談に行きたくないという方、路上生活から福祉を通さずに

自力で脱したいと考える方が多いことを経験するようになっていた。そこで、路上生活であっても、何とか健康を考える方法がないかと模索するため、さまざまな調査を開始した。その調査結果（以下URLにより参照可：<http://www16.plala.or.jp/tenohasi/>）からは、路上生活の状態で健康を維持することは不可能であるという当然の結果を得たわけではあるが、調査副産物として、精神発達遅滞、認知症、統合失調症、重度のうつ病、アルコール依存症など、精神科医領域の疾患を持つゆえに路上生活となり、しかもより脱しにくいという状況に陥っている方が少なくないことが分かつてきただ。最近の調査結果からは、実に40%近くの方が、精神科領域において、医師の相談が必要とスクリーニングすることができた。

こうした状況から、2004年6月より、カトリック医師会・看護師会の協力をいただき、月2回医療相談会を開催することができるようになった。月2回となったために、毎回相談に来るという方が増え、身体面だけでなく、精神的なつながりを大切にできるようになっていった。

ところで、この時期、福祉との間で新たな問題が浮かび上がってきていた。紹介状を持って行った方が、病院にかかる前に、または一度診察を受けた後結果を待つ前に「わたしは福祉にかかりません」と誓約書を書かされて戻つてこられたのである。福祉事務所の言い分としては、例えば「かつて保護したことがあるが、勝手に抜け出した」とか、「保護中に酒を飲んだ」ということで、福祉を一度切られたいわゆる「前科」があるという理由であった。そうした方々の中には、医療者の視点で見ると、認知症のために帰り道が分からず迷子になつて戻ることができなかつた、アルコール依存症であったが治療を受けることなく飲んでしまつた、精神発達遅滞であったためにルールが理解できなかつたといった方たちが含まれていた。

我々は本問題解決のため、福祉事務所と再度話

し合いを持つこととなった。現在は、TENOHASI のサポーターの尽力、福祉事務所内でも真実がしっかり見えている方も増えたことなどにより、誓約書を書かせることもなく、また、ボランティアが相談者に付き添いケースワーカーとの話し合いに参加できるようになり、さまざまな問題が解決してきた。とはいえ、それでも、豊島区では受け入れができないという方、例えば路上生活ではあっても現在仕事をしている方で、いずれは自力で路上生活から脱したいが医療だけは何とかしてほしいというような路上生活から通院したいという方に関しては、豊島区では受け入れがないため他区に相談に行くことも行なっている。また、豊島区から紹介で行く N 病院では、面前で「乞食」と呼んだり、診察もしないで薬だけ出すような内科医が時々いるため、そうした医師に不幸にも出会ってしまった場合は、担当医とならないように別の病院に行くための別の手段を選択している。

【池袋の新たな試み】

池袋医療班では、精神的に抑うつ状態の方が少なくないという調査結果に基づき、臨床心理士が中心となって「お茶会」という場を作った。月 1 度、公園で、手作りのお菓子とコーヒーを飲みながら、自由参加で路上生活の方と輪になりおしゃべりをしたり歌をうたったり、ゲームをするという企画である。抑うつ状態の方は、たとえ身体的病気を持っていても、健康相談に来る、福祉に相談に行く、病院にかかるという、膨大なエネルギーを維持することができないため、何とか健康相談会にいらしたとしても、その後が続かない、否、健康相談会にさえ来ることができない。この問題を解決すべく、とりあえず、コーヒーを大量に出し、コーヒーをもらいにいらした方を、輪に入れてしまうという作戦を取った。コーヒーはもらいに来るが、抑うつ状態であれば、輪に誘ったときに、逆に断る気力もないと参加してくれるかもしれません

いという作戦である。この輪にさえ入ってもらえば、あとは心理のプロが上手に活力を癒してくれる。

「お茶会」は 12 月で 1 年を向かえ、お茶会後に健康相談にいらっしゃる方もチラホラ見られるようになり、成果を挙げているように思われる。

【今後の課題】

調査結果からも明らかなように、路上生活者の多くは、決して福祉を頼りたいというわけではない。できれば仕事を見つけ、自力で路上から脱したいと考えている。ところが、社会の目は厳しく、年齢や住所不定という理由で雇用されることは極めて難しい。また、様々な障がいを抱えることが理由で、ノーマライゼーションの社会的未熟さゆえに社会参加が困難な方が路上生活となってしまう現状もあることが分かった。両者に関しての抜本的な解決を医療班のみで行なうことは不可能ではあるが、医療という特徴を生かして何か解決策を模索していくねばならないと考えている。

【結び】

池袋医療班は、新宿連絡会医療班を含め、現在さまざまな団体の支援を受けている。こうした方々の思いをしっかりと受け止め、精神を含めた人命を助けるため、池袋医療班は活動を続けていく覚悟である。



もやいと医療相談

自立生活サポートセンター・もやい

宇鉄昭子

私が新宿の医療相談に参加し始めたのは、<自立生活サポートセンター・もやい>で活動を始めてしばらくたったころでした。<もやい>はアパート入居時の連帯保証人提供をはじめとして、「ホームレス状況」にある方々が地域で新たな生活を始められる際の手伝いをしているNPO法人です。先日2年前の越年の医療相談で出会った仲間が、アパートの保証人提供の相談に来ました。<もやい>で保証人を提供することにより、無事アパートを借りての一人暮らしを実現させたとのこと。「あのときはお世話になりました。やっとアパートを借りられることになりました。」と、これから的一人暮らしへの希望に満ち溢れた笑顔で話されていました。それを見て私も「あー、あのときの！」とその当時を思い出しつつ、感無量な気持ちにならなかったのでした。寒さが一段と厳しくなる年末の路上で、病を抱えながら医療相談に来ていた彼は、いま目の前にいる彼とは別人のように憔悴しきって疲れ果てていたのを覚えています。これから病を抱えながらの一人暮らしは大変だろうと思いつつ、医療相談で出会ったときは、路上生活であったことを考えると、感慨深いものがありました。さらにうれしいことには、彼の友達の一人が<もやい>で連帯保証人を提供している仲間であることが後に判明し、その仲間から「今度、彼を<もやい>のサロンに連れてくるよ！」といううれしい話もありました。彼がサロンにきてくれれば、またそこで様々な人と出会い、人と人とのつながりが生まれていくでしょう（サロンとは、<もやい>が毎週土曜に開催している「サロン・ド・カフェ こもれび」という交流サロンです。アパートでひとり暮らしをしている人たちが気軽に寄り集ま

れる場所として、2004年6月に立ち上げられたものです。）2年前の越年の医療相談のときは、おそらく孤独でまったくゼロに近かった人間関係が少しずつ少しずつつながっていく。こうやって、人と人とのつながりが紡がれ、再生していくのだなあと実感しています。

逆に<もやい>の仲間ですでにアパートで安定した生活を送っている仲間も、医療相談のときは顔を出してくれて、血圧を測ったり体で具合が悪いところがあれば相談していってくれます。何より親身に相談に乗ってくれる医療職がそろっていますし、顔なじみだから話もしやすいようです。時には「主治医からはこんなふうに言われたんだけど・・よくわからないから説明して欲しい」とか「○○ってどんな症状がでるの？」など、セカンドオピニオン的に相談をしてくれる仲間もいます。それらひとつひとつの言葉に耳を傾けながら、路上生活を強いられている仲間にとっても、アパートでひとり暮らしをしている仲間にとっても、月1回の医療相談は体のことについて気軽に相談できる大切な場所なのだなあと実感する今日この頃です。



ボランティア急募!

第2回 お風呂プロジェクト

(略称: フロフロ)



新宿連絡会では、今年も<新宿・夏祭り>を開催します。
<新宿・夏祭り>は、路上で暮らす仲間、今では施設やアパートで暮らす仲間の手による、仲間のための、そして、無念にも逝ってしまった仲間を慰靈するためのお祭りで、今年で11回目となります。

医療班では、今年も血圧測定・健康相談と入浴車レンタルによるシャワーサービスを行います。利用者の誘導・案内、ドリンクサービス、健康相談などを手伝ってくださるボランティアを募集しています。

お盆の一日、新宿の空の下でいっしょに汗を流しませんか。
難しいことは何もありませんので、気軽にご参加ください。

●日時： 2004年8月15日(日)
朝9時～5時頃までの、都合のつく時間帯

に参加してください1時間でも結構です。

【現地案内図】



第12章

その他

- ◇ 養老孟司さんの頭の中の「バカの壁」
- ◇ 路上生活者（ホームレス）に対する市民の意識調査
- ◇ 医療班座談会 「路上死のない社会をめざして」
- ◇ 石を投げる者・花を手向ける者
6・15野宿者連續襲撃事件
- ◇ 仮面～615連續襲撃事件から一年を経て

養老孟司さんの頭の中の「バカの壁」

ホームレスは働くなくても食える存在という神話を問う

シェア=国際保健協力市民の会 本田 徹

1. はじめに—「バカの壁」の警抜さとくだらなさ

養老孟司さんの「バカの壁」（新潮新書）には、独特の社会批判・文明批評の＜毒＞がちりばめられています。だれもが反論しにくい立言（たとえば、「複数の解を認める社会が私の考える住みよい社会です」というまえがきの言葉）と、さほど根拠（エビデンス）のない決め付け（あとで詳しく述べます）とが、奇妙に混ぜ合わされ、飛躍した論理の糸で綴られていくので、読者はところどころではほとほと感心しつつ、この本の内容を全体としてどう消化し、生きていく上での「処世訓」とすればよいのか途方にくれる態（てい）です。ある意味ではこれは仕方のことなのかもしれません。本書が、養老さんの＜語り＞（モノローグ）を、編集者が聞き書きしてまとめたものであるという、どちらかと言えば珍しい、「書物生成の方式」をもっているため、長所も限界も含めて、読者は受け入れるしかないからです。

養老さんが本の中で提示しているいちばん基本的な教えは、「知りたくないことに耳をかさない人間には話が通じない」(p30)という、入力・出力系としての自分の（つまり人間の）脳のもつ限界を、私たちはもっと自覚すべきだということです。それをすばり、「バカの壁」という警抜な隠喩にまとめ切った養老さんの表現力には感心します。一方でこうした認識は、宿命論なのか、それとも自分の中の「バカの壁」に気づいて、より智慧に満ちた考え方・生き方ができるよう勧める、一種の警醒の書なのか、必ずしも明確でないところがあります。この本の中では、「しょせんバカは度し難し」と犬儒

学派的に切り捨てているように聞こえるところも多いからです。それが、私の言う＜毒＞です。高踏派的な嫌味、たとえばホームレスといった境遇への、温かさや共感的理解を欠いた表現も気になるところでした。

申し遅れましたが、かく言う私自身は、30年近く内科系の臨床医として働き、同時に、開発途上国への医療・保健協力を専門とするNGOの仕事を1980年代はじめから続けてきました。また、NGO活動との関連で、野宿者や在日の外国人労働者の医療問題に関心をもち、時間の許す限りボランティアとしても働いてきました。そうした立場・経歴をもつ人間として、このたび養老さんの「バカの壁」を読み、非常に啓発されるところが多くあったとともに、医学者の発言としては、誤解や偏見が勝って、良識を逸脱しているのではないかと思われる点も感じたので、ここに筆を取らせていただくことにしました。

以下に述べることは、この本の中で私がとくに違和感を覚え、どうしても同意できなかつた点を明らかにし、養老さん自身の「バカの壁」に迫ろうとする試みです。養老さんが「まえがき」で寛大に書かれた、「皆さんの答えがまた私の答えとは違ったものであることを期待しているのです」という言葉に、私は個人的に励まされたことを、あらかじめ感謝しておきます。

2. 働かないでも食べられるようになることが、戦後日本人の理想だったのか？

本書で養老さんは、戦後日本人が必死で働いた理由は、「働くなくても食えるという状態になりたかったからです」(p123) と語っています。

す。果たしてそうでしょうか？

私は東京の神田川沿いの下町で育ちましたので、昭和20年代後半にはまだ、目立てや表具や豆腐作りの職人、メッキ工場や染物工場や印刷工場の職工、小会社の勤め人や復員軍人一家など、それこそゴッチャな社会階層が、小さな長屋や陋屋で、身を寄せ合って暮らしている現実を、よく目にしていました。何十人というガキどもが群れて、ベーゴマやメンコやビーダマや少年探偵団に、日の暮れるまで打ち興じ、一種の擬似的機会均等社会を作っていました。

(腕っ節の強い子は、たとえ家が貧乏でも、裕福な家の子より偉いし、ガキ仲間の人望がある、など。)

当時進駐軍がまだ東京の街角をジープで我が物顔に疾駆していたころで、私自身、節操もなく、ガムやチョコレートを米兵からせびっていた記憶があります。養老さんがあまりお好きでないらしい団塊世代の私が、そこで見てきた、自分たちの親や近所のおじさん・おばさんたちの働く姿は、「働くなくても食べられるようになる」ことを目指す、といった、養老流生活願望とはかけ離れたものでした。戦後、灰燼に帰した日本を立て直してきた人たちには（立て直すなどという大それた意識は、庶民の心には去来していなかったでしょうが）、いくぶんか、自分たちが生き残ってしまった「運のいい側の組」だったことについての、死者たちへの疚（やま）しさ・申し訳なさがあったと思います。日本の復興を急ぐことで、戦争の惨禍の中で犠牲になった人たちへの贖罪を果たしたいという気持ちも、社会集団的「無意識」としては働いていたことでしょう。もうひとつ、個々の勤労生活者レベルでは、別に楽をしたいとは思わないが、地道に働いて、満足に三度の飯を妻子に食わせられ、子どもたちを小中学校くらいまでは送り出せるようになりたい。要するに、家族が揃ってつましく生活できるようになることを目指して、皆必死で働いていたように思います。そのことは、働くでも食べられるよう

になりたい、と願っていたこととは大違いでしょう。第一、どんな世の中になんでもそんな現実が訪れることなど、庶民が期待できるはずもなかつたし、彼らは自分の仕事に職人的な誇りさえもち、もとより一生働き続ける覚悟だったと思うのです。

3. ホームレスは、働くかないでも食っていいけるという、戦後社会の理想の究極の姿か？

養老さんの、戦後日本社会の究極の理想（つまり働くかないでも食っていいける）が、ホームレスという存在の中に実現しているといった認識は、この、汲むべき点も多い書物の、全体的な価値を台無しにするほどひどいものだと思いました。ホームレスを素封家に喻える軽さと粗暴さ（p124）に至っては、文字通り開いた口がふさがりません。素封家の定義は「封土（領地）はないが、財産をもっている」ということです。ホームレスにどのような＜財＞があるというのでしょうか？

最近の日本公衆衛生雑誌という学会誌に、大阪のホームレスの死亡原因等について、すぐれた調査研究が載っています。（逢坂隆子ほか：大阪市におけるホームレス者の死亡調査。2003年第8号 p686-696）

大阪府監察医事務所や大阪大学法医学講座の一次資料に基づく報告ですので、エビデンスとしての信頼性は十分にあると思います。この論文によると、2000年の1年間で、大阪市内だけで294名（男289、女5）のホームレス者（ドヤ暮らしの人に含む）の死亡が確認されています。この人たちの平均の享年は56.2歳。死亡時に所持金の確認できた143名のうち1000円以下の人が47%（なんという素封家ぶり！）。死因も病死の172名以外に、自殺47名（16%）、餓死・凍死などの不慮の外因死43名（15%）、他殺6名（2%）と、すさまじい数字が並んでいます。全国の男を1としたときの、「標準化

死亡比」（全国平均の何倍かを示す数字）は、結核死亡で 44.8、胃・十二指腸潰瘍 8.57、自殺 6.04、他殺 78.94 と、これも劣悪な生存環境を窺わせる数字でした。この調査を読んでも明らかに、なにを根拠に養老さんが、ホームレスの人たちを素封家に喩えるほど、気楽な境遇の人々と見做しているのか、まったく理解できることです。

2003 年（平成 15 年）1～2 月には、厚生労働省も、全国のホームレス人口に対する大規模な実態調査をしています。全体で 25296 人が確認され、うち大阪府が最大で 7757 人を数えます。

（東京が次いで、6361 人）。このうち 2000 人に対して直接対面調査が実施されていますが、面接されたホームレスの人たちのうち 64.7% が、廃品回収などの仕事を続けてなんとか自活していたのです。「働かないでも食える」というのが、虚像に過ぎないことが分かります。路上生活に至った原因については、仕事が減ったため 35.6%、倒産や失業 32.9%、病気やけがで仕事のできない体になった 18.8% など、本人には働き続ける意志があったが、やむをえない事情で仕事を失い、野宿者となったケースが圧倒的であることが分かります。

このほか、新宿連絡会（新宿地域で野宿者の人権・医療・福祉改善、就労・自立のために活動しているボランティア団体）が 1999 年 5 月にまとめた「<路上生活者問題>に関する私たちの見解と政策提言」というすぐれた報告書にも、都内のホームレス状況についての詳しい実態がまとめられており、ホームページでも閲覧することができます。

（<http://www.tokyohomeless.com>）

「つまり、それまでは働かなきや食えないという状態が前提だったのに、働かなくても食えるという状態が発生してきた。

ホームレスというのは典型的なそういう存在です。ホームレスを生み出すのは必ず都会です。ホームレスは否定的に見られるし、蔑まれ

たりもします。

しかし、よく考えると、実は、それは私たちが子供だった頃には理想の状態だったはずなのです。何せ彼らは「働かなくても食える」身分なわけですから。」（p122-123）

養老さんの上記の言葉の中で、首肯できるのは、ホームレスが主として、都市化に起因する「問題」だということだけでしょう。大きな影響力のある文筆家＝医学者が、「ホームレスは働かないでも食える典型的な存在」と堂々と発言し、それでまかり通るなら、日本の知的・精神的荒廃も相当ひどいものだと言えないでしょうか。

4. 「貧者の病」としての糖尿病

「失業した人が飢え死にしているというなら問題です。でもホームレスはピンピンして生きている。下手をすれば糖尿病になっている人もいると聞きました。」（p123）

この文章も相当な「思い込み」に基づくものとしか言いようがありません。先の大坂市の調査をまた援用することになりますが、ホームレス死亡のうち、栄養失調死 9、餓死 8、凍死 19 を合わせた 36 名は、全体の 16% というかなりの割合を占めていることを、養老さんに知りたいただきたいと思います。この一節を引用した理由は、しかし別のところにあります。「下手をすれば糖尿病」という下世話な言い方、その響きがなんとしても、私には不快に覚えたのでした。

たとえば、養老さんの中にある、糖尿病患者のイメージは、戦後の都市化や「働かなくても飢え死にしない豊かな社会」と重なっていますが、臨床に携わる者の印象は、もちろんそうした<多数派患者>が存在する一方で、ちがう形で糖尿病を背負い込まざるを得なくなっている、少数派かもしれないけれど、けっして無視できない数の人たちがいるという冷厳な事実

です。たとえば、深夜業専門になっていて、規則正しい食生活など望むべくもない人。豊かさとはおよそ無縁な、驚くべき非人間的な労働条件下で、食べられるときまとめてジャンクフードを食べて凌ぐという、貧困な食環境を築かざるをえず、いわば「貧者の病」として糖尿病になっている人。ホームレスの人たちがかかる糖尿病は、長年のアルコール依存状態で、すい臓や肝臓が疲弊しきって発症することも多いのですが、「この次いつ、まともな食い物にありつけるか分からぬから、食べられるときにまとめて食いをしておくんだ」、といった切羽詰った食習慣が、耐糖能を低下させてきた面もあると思います。これをしも豊かさの象徴の病と言えるのでしょうか？ 私が外来で見ていたある中年のサラリーマン患者も、会社で厳しいノルマを課され、営業成績を上げないと家族を養うだけの給料をもらえないし、明日には職そのものを失うかもしれないという恐怖の中でがんばらざるを得ず、衝動食いと深酒の習慣に陥り、糖尿病になった人もいます。養老流の＜病＞に対する差別的で十把一絡げの見方が、どんなに剣呑で、眉唾の論理に陥るか、私は心配です。

5. 結びとして

「戦後の進歩的知識人」の無惨な退出の後（それはそれとして自業自得のことだったとしても）、日本の知的・文化的な見取り図や進路が描きづらい状況下で、しっかり自分の目と足と汗で稼いだ上で構築したのではない、飛躍した、性急な論理が大向こうをうならせることができます。近年とても多くなったように思います。すばり、冷笑と、思いやりの不在です。著者である養老さんの意図は別として、「バカの壁」の受け入れられ方には、そうした風潮を煽るようなところがないか、懸念を払拭できないのです。

私たちは、ホームレスであれ、糖尿病患者であれ、団塊の世代であれ、ステレオタイプ化し

て人間を見てはならないでしょう。少なくとも、養老さんのような立派な医学者が、いかなる病気についてあれ、否定的な隠喩を用いて、「患者に罪を着せる方向」（スザン・ソンダク「エイズとその隠喩」）に平氣で、あるいは無自覚で進んでいることを、同業者として、情けなく思います。

乗り越えなければならない「バカの壁」は、もちろん私にもあるし、失礼ながら養老さんの頭にもあるのではないか。

よろしかったら、お互いの「バカの壁」を破るために、養老さんも、新宿連絡会の活動や山谷の医療活動などを見学にいらっしゃいませんか。ホームレスの実情をご覧いただいた上で、養老さんの壁がバカのものではなく、なかなか乗り越えがたい「賢者の壁」であったことを、私たちの方が思い知られ、「逆説伏」されることを祈りつつ……。

あとがき：

この文章はもともと、雑誌「Shelter-less」の2003年冬号（No 19）に掲載された記事でした。久しぶりに読み直してみて、2年間の時を経ても、内容にさほどの変更・修正の必要を認めなかつたので、そのまま転載していただくこととしました。「小泉劇場政治」を特徴づける、温かさや惻隱の対極にある酷薄さ、中身のなさを俗耳に入りやすいスローガンで声高に押し通していくやり方が、「バカの壁」を日本人の心にいっそう高く張り巡らし、アジアをはじめ、世界の人々から疎まれ、敵視される存在に私たちがなろうとしていることに、深刻な危機感を覚えます。ひとりよがりと冷笑の勝った社会に明日はありません。その意味で、「バカの壁」は、養老さんの賢者の面を示すとともに、彼をすら取り込み病膏肓に陥らせている、日本人全体の問題や欠陥を映し出す鏡としての価値を失っていない本なのでしょう。養老さんが、「ホームレス問題」に対して、みずからの見解を撤回したり、人間觀察の未熟さを悔いたりされた

という話を、残念ながら私は聞けません。しょせんお互いに縁なき衆生なのでしょう。

最近、四天王寺国際佛教大学教授の逢坂隆子さんから、「都市におけるホームレス問題」を特集した、学術雑誌「都市問題研究」の最新号

(平成 17 年 11 月号) を恵贈いただきました。上記の文章でも引かせていただいた、日本公衆衛生雑誌収載の論文の著者です。いただいたこの号には、逢坂さんのほか、大阪府立大学教授の黒田研二さん、大阪市立大学教授の福原宏幸さん、大阪市健康福祉局の西崎浩二さんなど、主として関西で活躍する方々が多く寄稿しており、実証的で息の長い研究・調査を通じて、

ホームレス問題への科学的かつ人間的（共感的）視座を築くとともに、アカデミズムと行政が連携・協力しつつ、政策的な転換を追求・実現していくこうとする、彼らのまっとうな姿勢に、脱帽する思いでした。

ホームレス問題をめぐる「バカの壁」を溶かし、ほんとうに'Inclusive'な（包摂的、つまり排除や差別をしない）、21世紀の日本社会を築いていくためには、実践（運動）・学問（研究）・行政の三位一体的な働きが欠かせないことを改めて学んだ次第です。

（2005年12月27日）



路上生活者（ホームレス）に対する市民の意識調査

2000年ごろから、ようやく野宿者に関する法整備もされてきた。その根拠となっているデータの殆どは野宿者の概数調査や聞き取り調査であったが、逆に、野宿者以外の地域住民が野宿者をどのようにとらえているか、を明らかにしたものはなかった。

地域住民がどのように考えているかを知らずして、法整備を進めていくのは本末転倒であるともいえ、それを明らかにするために、我々が普段活動の拠点としている新宿中央公園にて聞き取り調査を行った。

この研究には、自分が思っていたよりも関心が寄せられ、全国の地域での同様な聞き取り調査にあたり、水戸の常磐大学の被害者学の研究員や、滋賀県大津市役所の生活福祉課からお問い合わせいただいた。

野宿者に対する条例や法案は毎年のように変化しており、それに伴い公園や路上において普段見かける野宿者も変わっている。そもそも、我々も新たに新宿周辺の地域住民の考え方がどのように変化してきているのかを、再度聞いてみて、今後の活動の方向性を検討する必要があるだろうと考えている。

Iはじめに

平成13年に東京都が発表したホームレス白書をはじめとして、路上生活者に関するさまざまな情報が整いつつある。このような情報を元に、当事者や支援者の意見を反映させながら行政の方針が決定されていくということだと思われるが、果たしてこれらは、他の地域住民の声を代表しているものとなっているのだろうか。市民が路上生活者に対してどのように感じているかを明らかにしたものは少なく、また、その対象となった市民も、路上生活者の現状を見ているものとは限らない。

新宿野宿者労働者生活・就労保証を求める連絡会議（新宿連絡会）医療班においては、新宿周辺の路上生活者らに対して医療面からの支援を行っているが、行政や市民の理解不足に悩まされることも少なくない。このため、市民が野宿者らに対してどのように考え、また、どの程度現状を把握しているのかを調査した。

なお、アンケート用紙には全て「路上生活者（ホームレス）」と表記したが、個々では便宜上、「路上生活者」に統一して記す。

II方法と対象

路上生活者に対するイメージや意識、または知

識などについて、15項目からなる質問表を用意し、対面聞き取り方式にて行った。3問のみ記述式で、12問は選択式とした。

調査は、2001年11月23日（祝）～25日（日）の3日間の日中に、新宿中央公園にて行い、対象は公園内にいた市民とした。

全ての対象者に対し、3名の調査員が直接調査票に基づいて聞き取り、終了後にホームレス自立支援法案や東京都の野宿者対策事業といった最新の情報を交えて路上生活者の現状について説明をし、新宿連絡会医療班の活動などに関するリーフレットを提供した。

IV結果と考察

1)回答者数

アンケート調査に協力いただき、回答くださった人数は、55名（男性23名、女性32名）であった。声かけは93名を行い、38名（男性17名、女性21名）にはご協力いただけなかった。回答率は59.1%（男性62.2%、女性57.1%）であった。

2)基本属性

年齢は主に20代から70代であった。20代が15名と最も多かったが、30代から70代まではそ

それぞれ6人から9人であり、その他に10代2名、80代1名であった。中央値は40歳だった。

現住所は、東京都が38名(69.1%)と最も多く、ついで埼玉県4名、神奈川県4名、千葉県3名と、1都3県で89.1%を占めた。他には、福井県が2名、そして、北海道、山梨県、愛知県、福岡県がそれぞれ1名ずつであった。出身地は、東京都22名(40.0%)、1都3県で31名(56.4%)であり、他16道府県であった。

職業は会社員が21名(38.2%)と最も多く、公務員などが3名、教員2名、自営4名、パート4名、学生4名、そして無職(主婦含む)17名であった。

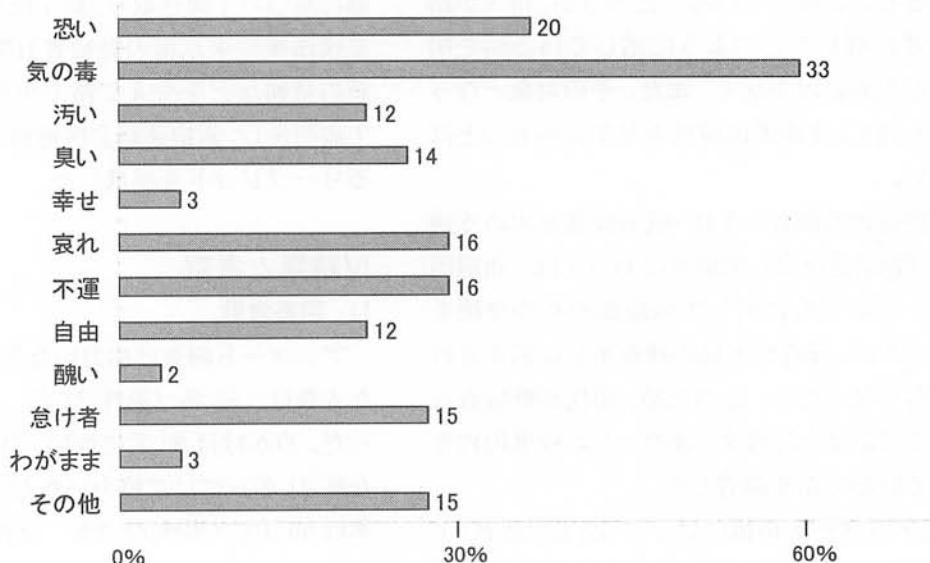
37名(67.3%)が「週に1回以上」路上生活者を見かけるとし、9名(16.4%)ずつが「月に1回以上」「月に1回以下」とした。

3) 路上生活者に対するイメージや意識

①路上生活者に対するイメージ(図1)

選択式で路上生活者に対するイメージを答え

図1：路上生活者に対するイメージ



②路上生活者に対する希望(図2)

路上生活者のうち、公園・路上・ベンチなどといった公共の場所に長く居座っている人に対し、

ていただいたところ、最も多かったのは「気の毒」の33名(60.0%)であり、次いで「恐い」(20名、36.4%)、「哀れ」および「不運」(16名、29.1%)、「怠け者」(15名、27.3%)、「臭い」(14名、25.5%)、「汚い」および「自由」(12名、21.8%)であった。「幸せ」(3名)、「醜い」(2名)、「わがまま」(3名)としたものは少なかった。

その他としては、「邪魔」、「不気味」、「大変そう」、「一生懸命やれ」、「生まれついた」、「甘えている」、「自業自得」、「プライドが高い」、「生きがいを見つけて欲しい」などがあげられた。また、「特に今まで気にしたことがなかった」という意見も聞かれた。

6割の人が同情的な見方をしている一方、同時に3割近くは批判的な見方をしていた。

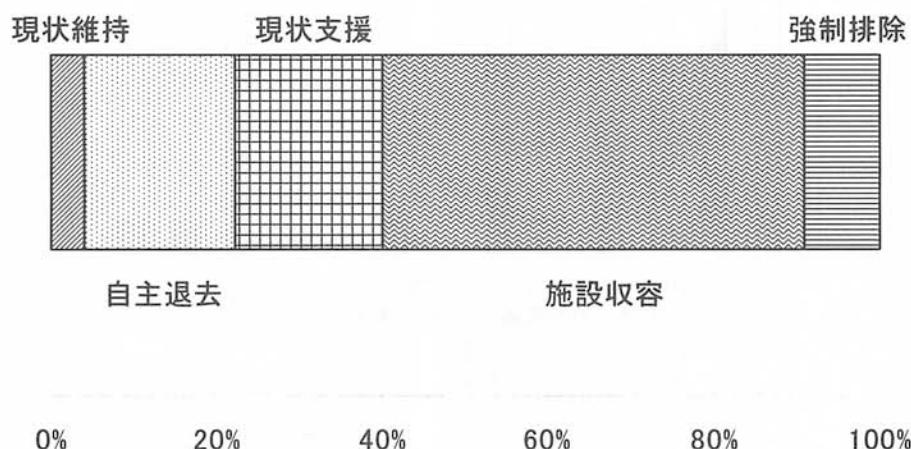
どのようなことを望んでいるか、5つの選択肢から一番近いものを一つのみ選んでもらった。特別の施設を設置し、その施設に収容するべきだとす

る「施設収容」を選んだものが28名(50.9%)と最も多く、次いで、他の場所に行って欲しいが、行くところは自分で探すべきだとする「自主退去」と、現在の路上での生活のまま、個別に支援するべきだとする「現状支援」が10名(18.2%)ずつだった。特に何も望んでおらず、このままで仕方ないとする「現状維持」は2名(3.6%)、い

ますぐ現在占拠している場所から追い出すべきだとする「強制排除」は5名(9.1%)と少なかった。

半数以上の市民が、まず屋内の生活できる場所を与えるべきだと考えている一方、2割弱は自助努力にて解決すべきだと考えていることがわかった。

図2：路上生活者に対する希望



③路上生活者に対する意識

昨今急増している、路上生活者に対する少年らの襲いのの、その実数についての情報はあまり得てない事件については、知っている人が51名(92.7%)ことがわかった。

と多く、知らないとしたのは4名のみだった。知って その後、12月5日に発表された厚生労働省調いた人のうち、40名(78.4%)はこの事件を大きな査の結果によると、路上生活者は2年間で18%問題であると捉え、「二度とあってはならず、再発防 増え24,090人となり、東京23区で5600人とさ止に早急な対策を練るべきである」としたが、11名れている。

(21.6%)は「問題ではあるが、現代社会ではある程 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0112/h1205-1> 度起こってしまうのは避けられない」と答えた。「特に [html](#) に気にならなかった」としたものはいなかった。

なお、路上生活者の39%が「野宿をしていて襲撃・追い出し・差別をされたことがある」と答えており（野宿者・人権資料センター全都調査：98年5月）

4) 路上生活者に関する情報

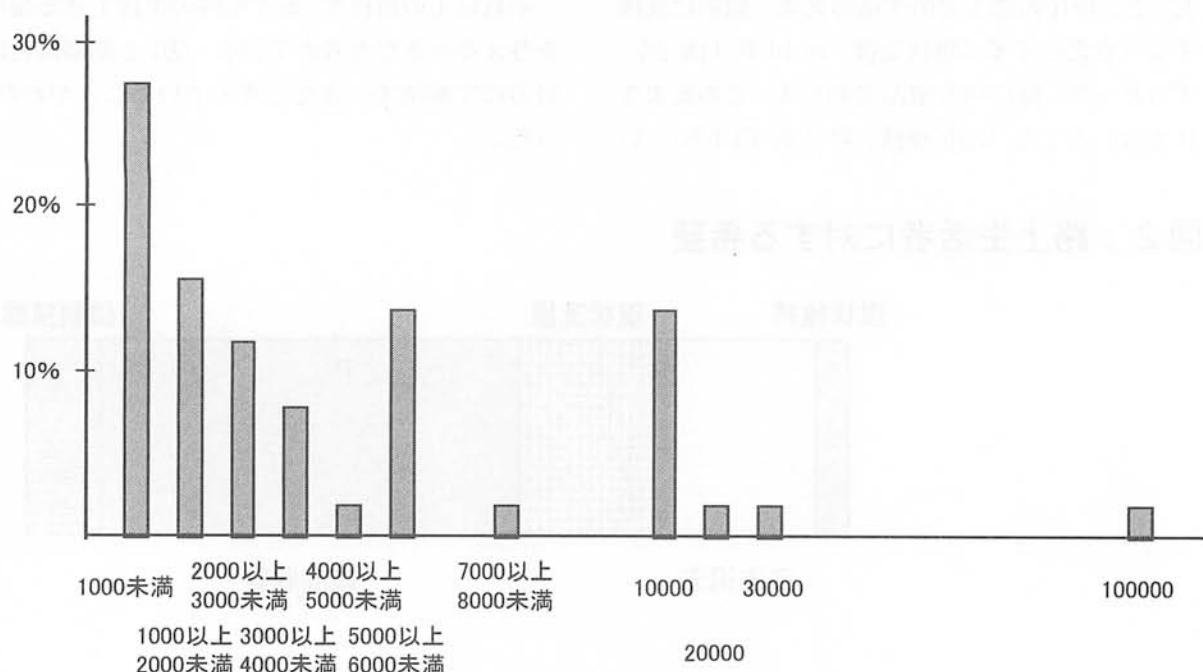
① 路上生活者の概数

路上生活者は現在、増えていると思うとしたものは50名(92.6%)であったが、東京都内の概数の予想は図3のようになり、中央値は2000人であった。全体的に少なく考えている人が多いが

ばらつきが大きく、増えていると感じてはいるも



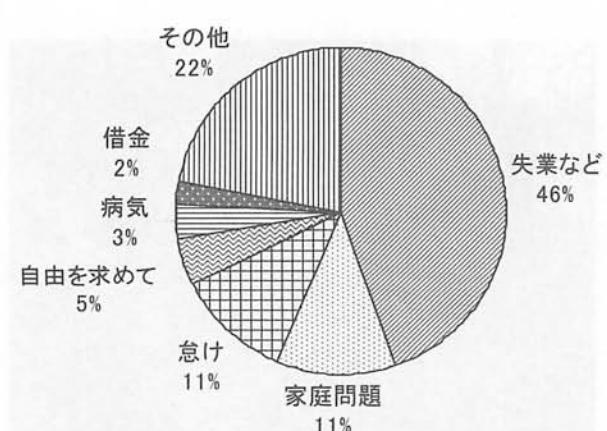
図3：東京都内の路上生活者数の予想



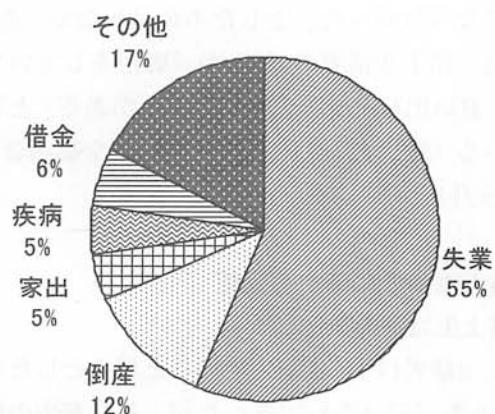
② 路上生活に至った原因

路上生活に至った原因には、どのようなものが多い職がない」「ギャンブル」「夜逃げ」といったものから、と思うかに関しては、「失業など」で39（「失職」21、「社会がドロップアウトした人を排除するから」「政「就職難」11、「不景気」7）と44.8%を占め、続い治の貧困などといった回答がある一方、「甘え」「ブ「家庭問題」「怠け」が10（11.5%）と多かった。ライドが高い」「責任放棄」「近親婚」などという回答他の複数回答としては「自由を求めて」4、「病気」3、まであった。

図4：路上生活に陥る原因



今回の調査における原因の予想



新宿連絡会アンケート：99年3月

野宿に至った要因は、「失業」56.4%、「倒産」11.8%、「疾病」4.5%、「家出」4.5%、「借金」5.5%、「その他」17.2%（新宿連絡会アンケート：99年3月）と発表されており、「失業」と「倒産」とで68%となる。その他の項目もあわせて、おおまかには市民がその理由を把握していることがわかった。

続いて日本の完全失業率を聞いたところ、34名（65.4%）が5%台と答えた。続いて23.1%が10%以上、5.8%が2%台、3.8%が6%台、1.9%が7%台とした。10%以上のものは、多分に昨今の報道にある失業率を見聞きしていない、または、失業率の定義を理解していないものと考えられるが、65.4%をもが完全失業率のおおよその値を記憶していた。

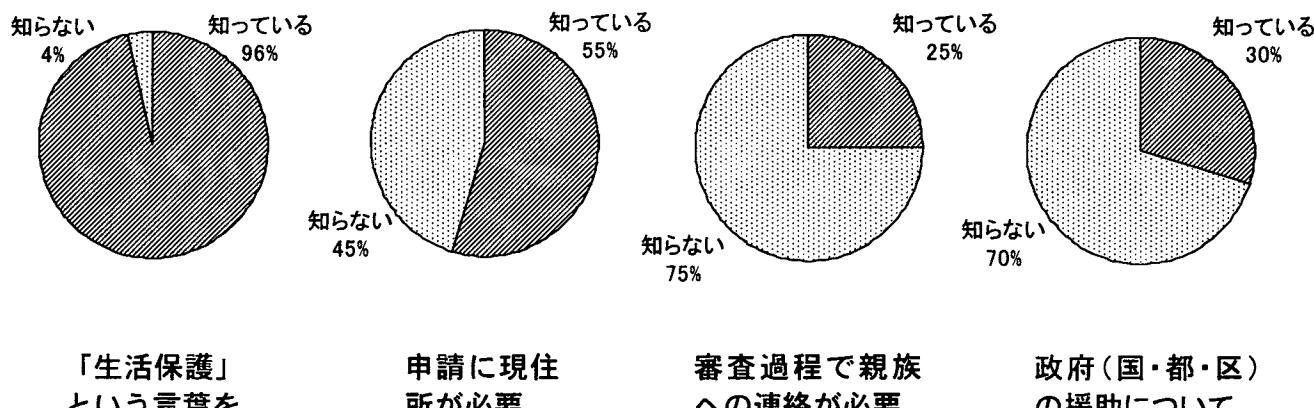
しかしながら、もともと建設・土木・作業職であった人が73.1%と多く、路上生活となる直前には44.9%が日雇いで61.1%が仕事場やホテル住まいであったことや、何の保険にも加入していなかった者が22.5%もいること（東京都：平成11年度路上生活者実態調査報告書）は知られておらず、失業がすぐ路上生活に直結するというイメージは少ないようだった。

このアンケート実施後、10月の完全失業率は過去最悪の5.4%となり、完全失業者は352万人と報道された。なお、倒産・解雇などによる非自発的失業者は114万人であり、世帯主の完全失業率は3.7%となったとされ、完全失業率は来年中に6%台に乗るであろうと予測されている。（日本経済新聞夕刊：11月30日）これに対し総務省では、労働力調査の回数や分類区分を増やし、失業者の動向をより細かく把握することにより、今後の雇用対策に結び付けたいとしている。（日本経済新聞：12月23日）

③ 路上生活者に対する支援

次に、路上生活者に対する公的支援の最たるものとして、「生活保護」について聞いた。「生活保護」という言葉を聞いたことがあるとしたものは53名（96.4%）で、2名は聞いたことがないと答えた。聞いたことがあるものに対しては、更に手続きについて聞いた。「申請に現住所が必要なことを知っている」としたものはそのうちの29名（54.7%）であったが、「支給に際し、家族兄弟に連絡をとらなければならないことを知っている」としたものは13名（25.0%）のみであった。

図5：公的援助



生活保護受給者は、2000年度には前年度に比べて68,000人増えて107万人になったと厚生労働省は発表している。これは63年度の7万人増に次ぐ過去2番目の増加数であったが、95年度

と比較して一番増えた受給理由は「その他」で36.5%の増加を示しており、これは急増した路上生活者を受給対象に加えだしたからとされており、次いで失業などが原因の「稼動収入減」とさ

れている。（日本経済新聞：12月11日）しかしながら、この制度の詳細や、手続きなどについては、殆ど知られていないことが明らかとなり、これは路上生活者当人にとっても同様で、失職した状態、もしくは路上生活に陥ってしまった時に福祉事務所で相談した人は20%（新宿連絡会アンケート：99年3月）のみしかいなかつた。

また、「政府（国、都、区）の路上生活者に対する援助について何かしら知っている」とした者は、16名（29.6%）にとどまった。その内容は、住居提供と食費補助に関してが多かったが、行政ではなくボランティアによる支援を勘違いしている場合も多いように感じられた。

最近では「ホームレス自立支援法案」が自民、民主両党より国会への提案に向けて調整されているというニュースがあったが（朝日新聞：11月6日）、このニュースも一般にはあまり話題とならなかったようで、今回誰一人として知らなかつた。残念ながらこの法案は今回の臨時国会での提案は見送られ、来年1月の通常国会での提案・成立が目指されている。（朝日新聞：12月5日）

このような公的支援に関しては、「税金を払ってないのだから、支援を受ける資格はない」「不正受給が多いと聞いた」「実態をあばいてほしい」などといった意見も聞かれた。これらはマスコミに報道されたような、ごく一部の情報を全体に適応したものと思われ、路上生活者や生活保護について見聞きしていても、その情報が極端に偏っていることがうかがえた。

実際、東京都の路上生活者には東京圏出身者が4割と最も多く、出生地が東京圏以外の人でも全体として若い時期に東京にきており、上京者の滞在年数は平均27.3年である（東京都：平成11年度路上生活者実態調査報告書）ことも明らかとなっており、日本の高度成長を支え、長く東京に税金を納めていたと思われる、地元出身者が多いという現状は、認識されていないようであった。

5) その他

「自分の友達が路上生活をしているのを知つたら、どうしますか？」の問いには、28名（51.9%）が「助ける」（「声をかけてみる」など

を含める）とし、「助けない」としたものは10名（18.5%）だったが、「わからない」としたものも16名（29.6%）いた。

「あなたは将来、路上生活者になるかもしれません（可能性がある）と思いますか？」の問いには、13名（23.6%）が「なるかもしれないと思う」としたが、31名（56.4%）は「なることはないと思う」とし、12名（21.8%）は「わからない」とした。「なるくらいなら死ぬ」といった意見もいくつか聞かれた。

また、「路上生活者に対する支援に関わっている」と答えた者は4名（7.4%）で、うち2名からは詳細を聞くことができた。

Vまとめ

1) 「路上生活者になるくらいなら死ぬ」

アンケート協力者のみの意見であり、母数の問題は残されたままだが、路上生活者に対して同情する意見が6割と多かった。少年らによる襲撃事件に対しても、殆どが大きな問題として取り上げていた。

しかし一方で3割は批判的であり、「路上生活者になるくらいなら死ぬ」という極論も聞かれた。個人の意見に対してどうこう言うものではないが、先だって目にした文章を引用させていただくので、皆さんそれぞれの答えを見つけていただければ幸いかと思う。

先日、新宿中央公園で会社員風の方が自殺をするという事件がありました。「何か仕事がないか？」などと公園で暮す仲間に聞いていたらしいので、失業中の方だと思いますが、彼は野宿にもなれず自らの命を断ってしまいました。「何もこんな所で死ぬことないのに」と、騒動に巻き込まれた仲間がそう言っていました。「ここにいる誰もが人生に失敗してんだよ」「それでもこうやって必死に生きてるのに…」。亡くなった方への哀悼の気持よりも先に「ふざけるな」という思いが先に出ていました。

それは、野宿になるよりもならない方がマシです。けれど、野宿になるからと言って死ぬよりは、野宿になってしまった方がよほどマシです。どん

な絶望があったとしても、どんなに気の弱い人であったとしても、立派に生き抜いている人は路上に多くいます。

(東京路上生活情報メールマガジン TOKYO HOMELESS NEWS 第18号(2001.12.18))

2) 「失業」と「路上生活」

ニュースとして取り上げられる情報に関しては、比較的知っている人が多かった。実際、少年による襲撃事件に関しては、実に92.7%が知っていた。しかし、路上生活者の概数や、彼らに対する支援となるとそうではなく、現在の自分とは遠い世界の話だと感じているのではないかと考えられた。その一方で、半数以上が路上生活に至る主な要因であると推察した失業に関しては、65.4%をもが興味を持っていたことがわかった。

実際には、「路上生活」とは、「だれしもが、いくつかの不幸が重なり合えば、いつでもなってしまう状態」だという認識は少なく、半数以上は自分が路上生活になることはないと回答した。景気の先行きに関しては94%の国民が悲観視しており、雇用に不安を感じている国民も87%と過去最悪を更新しており(日本経済新聞:11月27日)、路上生活に至る最大の窓口である「失業」に対する危機感を感じている人が多いに関らず、それと紙一重の「路上生活」に対する危機感は実感ではなく、自分とは違う遠い世界のものだと認識しているようだった。

3) 「私に何ができる?」

今回のアンケートは自己記入式ではなく対面聞き取り式で行ったため、個々人の考え方などを深く聞くこともできた。聞き取り中の回答には批判的なものも多かったが、終了後の話し込みの中で初めて情報を得て、意見を変える人も多く見られ、「さっきの回答もう変えられないよね?」などと言う人もいた。男性では、「自分は努力してここまでやってきているのだ」という自負から路上生活者を認められないとする人もいたが、中には本人が失業中でただならぬ雰囲気の人もあり、この人とはかれこれ1時間近く話し込んでしまった。特に女性では、話し込みの後には「何ができる?」

「人にも話してみる」「今日、家族に言ってみる」と言ってくれる人もおり、理解や支援に積極的に変わるもの多かった。

4) 情報の不足、偏り

全体として理解が不足していたり、誤解や偏見が見られたりするのは、情報の不足や偏りが原因であろうと考えられた。

日常の生活の中で路上生活者の実態について入ってくる情報が少ないので、生活保護の不正受給に関してなど、マスコミが面白おかしくとりあげる一部の情報があたかも全体であるかのように解釈されてしまっている。話し込みの中でも、おまかせイメージはあっても、色々な情報を正確に得ている人がとても少ないことを実感した。

また、生活保護制度についての情報の不足は、路上生活者ばかりではなく、現在は路上生活ではなくとも、今後急に路上生活に陥る人も、制度を適切に利用し、援助を受けることができないということを示しており、このような情報は、国民全體が周知していることが望ましいと考えられた。

前述のように、聞き取り後の話し込みの中で情報を得ると考え方を変える人も多く、これからも当事者・支援者の枠にとどまらず、市民に向けて情報を発信していくことは非常に重要だと感じた。

VI感想

話し掛けた4割の人には回答を拒否された。その多くに「何も知らないから」という理由で断られたが、この人々は、情報もないし興味もない人だったのだろう。一方、回答してくださった6割は、少なくとも興味はある人たちだったと考えてもよいだろう。そのような方々と今回個別にお話しし、情報を交換することによって、お互いの理解が促進できたことが、今回の調査における一番の収穫であったと思われた。

この結果が、路上生活者、支援者、そして少しでも興味のある市民にとって何らかの参考となり、現状が改善される一助となれば幸いである。

(中久木康一)

新宿連絡会医療班 座談会

「路上死のない社会をめざして--新宿・池袋 医療相談活動のこれまでとこれから」

進行：

稻葉剛（新宿連絡会医療班：コーディネーター：ソーシャルワーカー）

参加者：

大脇甲哉（新宿連絡会医療班：代表：医師）
金沢さだこ（新宿連絡会医療班：看護師）
関屋光泰（新宿連絡会医療班：社会福祉士）
中村円（新宿連絡会医療班：NPO職員）
中久木康一（新宿連絡会医療班：歯科医師）
森川すいめい（新宿連絡会医療班、池袋医療班：鍼灸師、日本大学医学部学生）
萩原奏（獨協医科大学医学部学生）
宮園麻里（臨床心理士）

1、医療班発足からダンボール村火災まで～医療にかかる権利を求めて

稻葉： 本日は、新宿・池袋の医療相談活動をふりかえり、今後を展望していくために座談会を企画しました。

新宿連絡会医療班の母体となっている新宿連絡会が発足したのが1994年の8月で、もともとは新宿駅西口の地下通路にいる人たちを東京都が排除したのに対して、抗議しようとことではじまった活動です。そのなかで実際、西新宿に野宿している人たちに健康問題を抱えている方が多い、ということで、パトロールや福祉行動（福祉事務所に当事者に付き添って、生活保護を申請するという活動）が行われるようになりました。

設立当初、医療従事者ではなく、年末年始だけ知り合いの医師にお願いして来ていただいて正月に1回医療相談会をやるとか、そう

いう形でしたが、96年の1月に西口地下通路の強制排除があって、みなさんが西口地下広場にうつってきたということがあって、96年3月に医療班を発足して毎月医療相談をやるようになりました。

大脇： 僕が新宿にきたのは96年9月、発足半年後からで、西口地下広場で机だし医療相談会が行われていました。

僕は、東京に来る前は名古屋にいまして、93年からアフリカの難民キャンプの支援活動に関わりました。93年はソマリア、94年はルワンダ、95年がアンゴラです。95年には、阪神大震災の支援活動にも入っています。そういう形で、難民・避難民に対する健康支援活動をしてきた中で、94年の4月から名古屋の笹島診療所で野宿者に対する健康相談活動をしてきました。そこで2年半やって、東京に出てきてからは新宿で継続して活動をしています。

新宿の活動ですが、地下広場の机だし医療相談は96年3月からずっと続いています、大きな変化があったのは98年2月のダンボール村火災事件です。この火災後地下広場にはいられなくなり、今やっている中央公園での医療相談ということになり、現在まで継続されています。

稻葉： 現在は医療相談をやり、翌日の福祉行動につなげるというパターンが確立していますが、当時は福祉事務所との関係は今とはだいぶ違っていました。例えば、病気で福祉事務所に行って病院にかかりたいといつても、「治療費がないなら自分で働いて稼ぎなさい」と言われて追い返されることが非常

に多かったんですね。そういうことをなくしていくという意味でも、医療相談で医師が診察し判断して紹介状を書いてもらうことができるよう、医療相談を定例化しました。そして、福祉事務所の係長とか課長とかと大脇さんも交えて交渉していき、年々信頼関係も徐々にできてきて、現在では差別的な対応を受けることも少なくなりました。また、救急隊の対応も大きく変わり、最近ではむしろ救急隊のほうから「添乗してもらえますか?」とお願いされるようになりました。

医療相談の目的はもう一つあります。「病院でいやな思いをしたことがある」「病院にかかるには福祉事務所での生活保護の手続きの敷居が高い」とかで、なかなか医療につながらない人も多くいますが、このような方に「お医者さんがこういうふうに言っているだから、一緒に病院にいきましょう、福祉事務所にいきましょう」と説得するというものです。むしろ、最近ではこちらの面が大きくなっています。

そうこうしているうちに98年2月にダンボール村で火災があり、それから中央公園に移りました。移ってすぐには落ち着かず、4月から医療相談を再開したところ、相談に来る人が増えました。以前はダンボール村という限られたエリアの人のみが対象となっていたのが、この時期は野宿の人が増えた時期もあり、もっと広範囲からくるようになりました。西口地下でやっていたころは炊き出しも300~400だったのが、98年以降は700~800くらいになりました。98年、99年はどんどん数が増えてきて、こちらの体制が追いつかず、どうしようと焦っていたのですが、中央公園に移ってきてしばらくしてから、だんだんとあちこちからボランティアが集まるようになりました。

2. 新宿の活動の魅力とは? ~野宿の当事者との関わりの中で~

関屋: 僕が新宿にきたのは、98年からです。名古屋から東京に越してきて、仕事もなく周囲の目が気になって、1ヶ月以上ひきこもりのような状態になっていました。そんなときに、新宿に炊き出しの支援活動に行ってみようと思いつたって来てみたところ、「おかえり」と言ってくれている雰囲気があったんです

(注: 関屋氏は名古屋でも野宿者の支援活動に関わっていた)。引越しを契機に野宿者支援の世界からは遠ざかろうかと思っていたのですが、きてみたら新宿の医療支援活動に自分自身の居場所をみつけてしまい、本日に至っています。

印象としては、その当時から新宿は笹島に比べると日雇いでない人が割合として多い気がしました。また名古屋に比べると、炊き出しを支援してくれる団体も人数も少なかったですが、明るさがありました。

金沢: 私は98年の夏から関わっています。その前は「シェア=国際保健協力市民の会」で在日外国人の医療支援活動をしていましたが、そこで大脇さんに誘われて参加するようになりました。最初は、「必要な人がいるから来た看護師」という専門職としてのかかわりでした。ところがある日、『路上からの提言』(98年5月に新宿連絡会がまとめた提言集)を読みました。路上生活の人の背景や状況を、行政に対して客観的なデータをもとに「自分たちが何をすべきか」そして「路上にいる人も何をすべきか」まで書いてありました。それを読んで、自分の関わっていた人たちについてはじめて知り、その後、実際に福祉行動などに関わるようになりました。

もう一つのきっかけは、かかわり始めた最初の頃に、足が水が出るほどむくんだ栄養失調の人がいたことです。腎臓が悪い、高血圧がひどい、などという看護師としての知識はあてはまらなかったのね。豊かな日本で、東京の新宿で、栄養失調でこんなに足がむくん

で歩けなくなる大人が、なんているのだろう、という疑問が、今まで関わっているおおもとです。

大脇： 僕が、海外の医療活動から野宿の支援活動に何の抵抗もなく入って来れたのは、さっきの話にあったように、栄養失調とか普通の生活にはありえないような健康状態が、野宿の人たちにはある、ということだと思います。ほんとうに、海外で難民キャンプをみてきて思うのだけど、難民キャンプよりも栄養状態の悪い人たちが日本にいる、っていうことが僕はすごいショックで、この活動に入ってきたました。僕たちのやっている活動は難民支援活動以外のなものでもない、と僕は今でも思って、同じ気持ちで活動しています。

中久木： 最終的にきっかけとなったのは、大脇さんに新宿の越年で人が足りないから来ないか、と誘われたことです。正直、それまでは寿に行っていたのだけど、新宿なら近いからいいな、と思ったのが本音で。寿も山谷も行ってみたけれども、どうも馴染まなかつたのですが、新宿はやたらと居心地がよかつたので、そのまま居ついてしまいました。

ひとつは新宿が、寄せ場やドヤ街のように、「野宿の人達がいる街」と「家に住んでいる人たちの街」が分かれているのではなく、ふつうの人が遊びに来るような地域に野宿の人がいて、その人々がお互いに一緒に歩いているのに、まるで透明人間かのようにすれ違っていくっていう状態、同じ地域でふたつの社会が重なっているというのに興味があったからだと思います。

僕が最初に来たのはパトロールです。12月の末に、Tシャツとジャケットだけで素足に便所スリッパみたいなのをはいでいるSさん（野宿の当事者）と、高田馬場まで山手線に乗ったわけです。電車の中では、Sさんと話している僕には視線が集まるものの、Sさんのことはみんな素通りで、まるで半分透けるくらいに見ている。それから、Sさんの家の

庭を案内してもらうかの如く戸山公園とかを連れまわしてもらって、新宿にきてはじめて、「野宿の人の街」を外の人間が支援するのではなく、町内会のおじさんが隣の人が困ったから手伝ってあげるくらいの、すごく当たり前な感覚で支援していて、外から来た僕を連れまわしてくれたのが、妙にいい雰囲気だなと思いました。

大脇： 僕は今まであちこちの野宿の支援現場、たとえば新宿、横浜、山谷、名古屋など見てきたのですけど、新宿だけは特別なんですね。何がというと、本当に当事者が中心になって、真ん中で仕切っている。誰かひとりがリーダーとしているわけではないのに、それがずっと続いている。ほんとに文化として残っているんだよね。最初から「中心は俺たち」だっていうのが。

中久木： 感覚的に言うと、田舎のおじいちゃん家に遊びにきたような感覚があります。それこそ関屋さんが言った「ただいま」が何となくわかります。普段のごちゃごちゃした嫌な人たちがいる社会から、えらいストレートな素直な人達の社会にとぼとぼと浸かって、少しきれいにしてもらって帰る、っていう感じです。

中村： 私も、新宿に来始めた頃、普段の生活でも心がトゲトゲすることが多かったのだけれども、新宿の炊き出しに来て、「そんなかっこうだから汚れるんだよ」とか語気は荒いのだけど、心がこもっていて、乾いたところに染みわたるおじさんたちの優しさに触れました。しばらくは、日曜日に炊き出しにきておじさんたちから栄養をもらって、また一週間もたせるっていう感じで生活していました。

もともと他人と話すのは得意じゃなく、おじさんたちと話すのもどきどきしていたけれど、1年半くらいでやっと自然に話せるようになりました。するとおじさんたちもやつと話してくれるようになって、そうなると聞

く余裕もだんだん出てきて、いまはちょっと面白いです。おじさんたちの話をききながら、この人は他には何をいいたいのかな?と考えたりして。パトロールに関して言えば、この人、医者に行かせるには、どういう口説き文句を言えばいいのかな?とかそういうのを考えるのが楽しくなってきました。やっと、3年目になります。

萩原：はじめは、ニーズのある所に出て行く医療に興味があり、どういう診察しているのかが見たくてきました。義足の方の足が膿んで包交していたのが、インパクトがありました。その後もずっと気になっていて、また来られるようになったのですが、すごく面白く、居心地がいいです。

その後周りの学生も、「勉強にもなるし診察もみられるよ」という言い方で誘っています。すると、じゃあ1回いってみようかな、という感じにもなります。栃木から來るのもけっこう大変なのですが、1回來るだけでも充分じゃないかなとも思っています。将来医者になって、そういう患者さんを診たときに、その経験は生きてくると思います。

3. 支援ネットワークの拡大～歯科相談の開始、戸山公園・池袋へ

稻葉：中久木さんが歯科相談を始めたのはいつからですか。

中久木：歯科相談は2000年の9月からです。ちょうど歯科について大脇さんが紹介状を書いていたら、はねられたというのが何例か続き、それをどうにかしよう、ということでお話し合ったのですが、福祉事務所と話しあうにしても何もデータがないと話が進まないので、最初は症状のある人もない人も、医療相談が終わった人全員に協力をお願いして検診をし、歯の問題について数字で出していきました。50人を過ぎてからは、相談のある人だけ診るようになりました。

そうやって定着てきて、相談の人数も増え、今では毎月数名の相談があるようになりました。役所の人に検診結果をまとめた『季刊 Shelter-less』(No9.2001年春号)を渡したりして、福祉行動をしてくれている人々のおかげで、歯科に関しても治療を受けられるようになってきました。

金沢：戸山公園の医療相談は2001年6月7日からです。きっかけはその数ヶ月前に戸山公園のベンチで座って餓死した方がいたことでした。戸山公園を見にいったら、二層の人、野宿の人とそうじゃない近隣住民や学生らがいました。公園の近くには住宅街があり、そうかと思うとテントが並び、明らかに野宿の人たちがベンチに座っています。そんなところで、餓死したのか、というのがショックでした。戸山公園にいる人の多くは働いているのですが、仕事がなかったら食べられません。でも、困ったからといって、「福祉なんて行かない」というのです。そうはいつても具合の悪い人はいるので、医師や、保健師、毎日戸山公園を散歩して歩いているAさんが手伝ってくれて、健康相談会をはじめました。

最初は、紹介状を渡しても福祉行動になかなかきてくれなかったのですが、だんだん状況が変わってきて、福祉事務所にもきてくれるようになりました。相談会にも多くの人が集まってきて、参加した主婦の方がおにぎりやお茶を持ってくれたのがきっかけとなり、「お茶とおにぎりのおもてなし健康相談」というかたちでやっています。(『季刊 Shelter-less』No11.2001年冬号)

森川：池袋は一時期、精神科医の花田照久先生が池袋の代表と出会ってから夜回りに参加されていましたが、うまくいかなくなつて来られなくなっていました。その後に、僕が池袋に行きはじめました。しかし、最初は意味のわからない怖い世界でした。勇気を出して「大丈夫ですか?」と声をかけてみた

ら、「全部俺が悪いんだ、もう死ぬ」とか言われてショックを受けました。

その時は身体の悪い人はどこか病院が受け入れてくれるはずだと信じていたので、「福祉にいってください」と言えばいいと思っていた。しかし相談に行ったら、「お前なんか診ない」とか「来るな」とか言われたという話を何度も聞きまして、信じられませんでした。そんな中、路上で亡くなる方もいらして、池袋でも医療相談をやりたいという話をして、2003年3月からまた花田先生が来てくださるようになりますて、自然とはじまりました。今は、カトリック医師会の方がご協力くださり、月に2回医療相談会が開催できています。経過観察ができることや健康相談ができるようになって、よりみなさんの状態が悪いことが分かるようになったと思います。

4、「心の健康」という課題～人と人のつながりをつくる

稻葉： 地域的な拡大と共に、時系列的な流れというのを最近よく考えるのだけれど、私が関わっている「もやい」（NPO法人自立生活サポートセンター・もやい）では、医療相談会をきっかけに生活保護を受け始めた、という人がたくさんいて、お互い協力しながらアパートに入った後の居場所作りをしています。

関屋： 新宿の野宿の人達はつながりをもつていて、支援活動をしている人達もそのつながりに支えられたり支えあったりしているわけですよね。そういう野宿の人達が地域に戻ると、今までもっていたつながりを失ってしまう。では、違うつながりが地域にあるのかというと、あまり期待できないと思います。だから本当の問題解決には、地域のつながりをもう一度つくっていくという、気の遠くなるような活動が必要で、実際野宿の人達が本

当の意味で地域に戻る、ふつうの暮らしに戻るというときには、外せないものだと思います。どう働きかけていたらいいかは難しいですが、大きな意味での健康というときに、やはり心の健康含めて人とのつながりというものは重要な要素だと思います。

宮園： わたしも人とのつながりは大事だと思います。人は食事だけでは生きていけないというか、食事はもちろんだけれど、人とのあったかいつながりっていうのが本当に大切だと思います。

最初寿に行ったときにオリエンテーションがあり、野宿している方の中には精神的な疾患をもっている人とか、知的な遅れがある人とかがけっこういるという話を聞いて、ショックを受けました。私は仕事で知的な遅れや発達障害をもつ子どもたちをみているので、その子たちが大きくなったときにこういう生活をしなきゃいけないとしたらひどい、あってはいけない、と思いました。

しかし実際に参加してみたら、ボランティアが野宿者に対して何かするというではなく、みんなと一緒に野菜を切ってごはんをつくったり、パトロールしたりして、一緒に支えあって生きていこう！というあたたかい場所でした。そういう人とのつながりとか関係性のなかで、人は生きていけるんじやないかと感じます。私自身も居心地がいいし、一緒に生きて行こうとしている人たちの輪の中に居続けたい、という気持ちで、今は支援活動に来ています。

関屋： 人とのつながりというのは、野宿の人が地域に戻ったときだけに問題になるわけではなく、独居老人など、亡くなってしまってしばらくして発見されたり、災害時に助からなかったりとか、高齢者の被害は目立っています。これは野宿の人が地域に戻るときの課題、というだけでなく、世の中のいろんな社会的に弱い人たちが、より健康に生きていくための課題なんじゃないでしょうか。

大脇： 野宿者に限らず、全体の問題だね。
 金沢： 居場所を単に人工的につくってもうまくいくわけではなくて、たとえば「もやい」のように野宿をしていたこと、その辛さを知っている人間や当事者が居場所づくりをするっていうことに意味があると思います。

大脇： 路上からアパートに入った人が支援の現場に出てくることもあるしね。

稻葉： 炊き出しも一つの場所だし、居場所はいくつもあったほうがいい。例えば、アルコール依存の人がアパートを借りたとしたら、AA（自助グループ）がひとつの居場所になるわけだし、そういう人がまた「もやい」に来たりとか、炊き出しに来たりとか、『露宿』（野宿者や野宿経験者による投稿で作る文芸誌）に原稿を書いたりとかいうのがあるわけで。居場所はたくさんあったほうがいい。

5、今後に向けて～社会や制度に働きかけながら

稻葉： 最近では、ファイザーの助成金を2003年度から3年連続でいただけたのは活動の基盤づくりに大きな役割を果たし、入浴の支援や積極的な行政提言なども含めてやれるようになってきました。人的にもいろんなネットワークもあり、充実してきていると思います。

大脇： 池袋と新宿で、ちゃんと並立した活動ができるようになったというのはすごく大きいよね。

金沢： ファイザー関係で大きかったことは、病院へのアンケート調査をやったことね。これにより、いろいろな情報をつかんだし、これまでと違う展開にもつていきました。

中久木： 今まででは、野宿の人たちと、僕らと、地域行政というつながりがありました。現段階では、普段新宿を歩いている人達とか、この地域に住んでいる人たちとかとつなげていくような活動が、少し足りないのかなと

も思います。そこをアンケートを通して、地域の医療関係者にこちらからアプローチするということが、少しできたと思います。野宿の人を受ける病院として、医科の場合は大きな病院が一般的ですが、歯科の場合は個人診療所が基本です。そうなると歯科医師会がまとめ役であったりして、そういうところと連携するような方向性に進展していくばとも考えています。

最終的には、医療相談という窓口を開かなくても、いつなんどきでも、福祉でも病院でも相談を受けられる、という形が理想的だと思います。野宿の人たちの特徴を伝え、認識を持ってもらい、究極的には、越年越冬ぐらいしか僕らが直接的に関わらなくていいようにならなければ、本来いけないのだろうと思います。もしそうなれば、全国に先駆けたすごく画期的なことでしょう。医療相談があること自体が、野宿の人たちを区別していることになっていると思います。今存在する、同じ地域の二つの社会を一つに変えていくようなこと、これを僕らは医療のことやっていけばいいのだと思っています。

金沢： 実は、医療関係者は、路上にいる人たちにたいしたことは出来ないです。専門知識なんてそれほど役には立たない。必要なのは、「私たちは、みんなが健康でいるっていうことがあたりまえの社会を求めている」と伝えていくことだと思います。そのためには、社会や制度を巻き込んでいく必要があります。野宿の人たちを見慣れすぎてしまったかもしれない。路上での生活のままで健康を論じてもはじまりません。路上で健康を害した人たちの病気を見つけて福祉につないでも、再び路上に戻ってきていることが少なくない。そして、新宿区内で年間30～40人が亡くなっています。路上死をなくすためには、制度を今より少しでもよくしていくしかない。私たちは、健康を求める立場で社会や行政そして医療関係者たちに話をしていくこ

とができる。

また、今回のアンケート調査で客観的な数値を行政に提示できたことはとても大事だったと思います。例えば、歯医者さんは「来るのは拒みたくないけれど、不潔な人が来ると診療所自体のイメージが悪くなる」と思っていることがわかったので、「地域で普通に医療にかかるためには、清潔であることが必要だ」という意見を行政に提出しました。また、清潔な機会を提供する場として、夏まつりで入浴サービスをした。サービスモデルを行政にフィードバックしていくことで、必要な支援を求めていきたいと思っています。

大脇： 僕が野宿者の医療相談にかかわったきっかけは、最低限の健康を守るという、野

垂れ死にだけはさせない、というところからスタートしています。新宿で活動をはじめて、だんだん今みたいなことがステップアップしてきたけれども、たとえどんな人間であっても、必要最低限の健康を守る権利はあるはずで、それが守られていない現実があるから、僕たちが関わっています。それが社会制度として守られているのだったら、僕たちがここで活動する必要はないわけですが、まだ達成されていないから、活動しています。

(2004年11月6日新宿ホームレス支援機構資料室にて)

(中久木康一)

☆☆☆コラム☆☆☆

Mさん、まだ50歳のあなたは2003年4月、戸山公園のテントで亡くなった。死因は肝硬変。2001年にはすでに診断はついていたのに「福祉の世話になりたくない」と、受診になかなかつながらなかった。2003年になってようやく治療が始まったが間に合わなかった。

あなたのように不安定で低賃金の労働者がホームレスの状態にならずに屋根の下で暮らし、まちがっても路上で死ぬことがない制度の広がりを望んでやまない。あなたはテント集落の中で亡くなった。亡くなった環境を「死ぬときは仲間と一緒にだった」とか「コミュニティーの中で守られて亡くなった」など、人それぞれの感慨や表現はあるだろう。しかし、それはホームレスの生活を経験していない者たちの勝手な夢物語だ。あなたは「路上死」をしたのだ。誰でも死ぬ時は孤独だが、路上での孤独死はそれ以上に過酷だ。毎年、あなたのように多くのホームレスの人たちが路上で亡くなっている。

これは、同じ社会に住む者として許し難い現実です。私は、これからも「路上死を出さない社会」を求めて活動を続けます。あなたに出会えたのですから。

(金沢さだこ)

石を投げる者・花を手向ける者

6・15 野宿者連続襲撃事件

ここ数年、改善すべき点はあれ、野宿から脱するための施策は進展した。けれども少年らによるホームレス襲撃事件は一向に減少しない。なぜ暴力の矛先が野宿者に向かうのか。事件は何を示唆するのか。2000年6月に東京都墨田区で起こったホームレス連続襲撃事件に関する報告2編を紹介する。

(出典:シェルタレスNo.8、報告集すみだ(山谷労働者福祉会館・野宿者襲撃事件を考える会他まとめ)2001年7月発行)

正直言って、私も今回の事件を耳にした時、「またか」と思ってしまった者のひとりだ。小茂出清太郎さん(68)の死は、活動者のはしぐれの私にとって、またしても非道な暴力によって葬られた「見知らぬホームレスの死」だった。彼が20年近く暮らしてきた亀沢に赴くまでは。

事件概要—亀沢の現場にて

墨田区亀沢はJR総武線の両国駅一錦糸町駅のちょうど中間に位置する。道路が碁盤の目になり、中小企業が立ち並ぶ殺風景な街だ。夜になると人通りはほとんどない。総武線の高架沿いを歩いていくと、廃品回収を生業としている野宿労働者が仕事に励む姿がぽつぽつと見えてくる。小茂出さんは区立図書館に近い、ガード下にあるスーパーの隣の一角で18年間暮らしてきた。

2000年6月15日午前1時ごろのことだった。その一角で小茂出さんと10メートル程離れたところに寝ていたKさん(58)は、いきなり少年二人に顔にスプレーを吹き付けられ、殴る蹴るの暴行を受けた。Kさんは大声で助けを求めたが、リヤカーの中で寝ていた小茂出さんは騒ぎに気づかなかったらしい。一旦立ち去った二人組が再び襲いかかってきた時、今度は小茂出さんも飛び起きた。Kさんといっしょに三丁目のガード下で寝ているAさんのところに逃げ込ん

だが、Aさんはリヤカーの中で眠っていたので起こさずそこを通り過ぎ、二手に分かれた。Kさんは近くのコンビニエンスストアに逃げ込み、夜明けを待って寝床に戻ったが、小茂出さんは朝になっても戻らなかった。頭から血を流して倒れている小茂出さんが発見されたのは、午前3時40分頃、ガード下の寝床から100メートル程離れた路上だった。病院に運ばれたが手遅れだった。また、三丁目のAさんも、少年らの暴行を受け、頭を縫う大けがをしていた。

そして、この事件の直後、亀沢から数キロ離れた中央区内の首都高速道路ガード下でも同様の襲撃事件が発生していた。同日午前2時20分頃、中央区日本橋中洲のガード下で寝ていた3人の男性が、突然何者かに蹴飛ばされ、そのうちのひとり、Tさん(62)は、襟首をつかまれ、約30メートル引きずられた上金属バットのようなもので頭や胸を殴られ肋骨を折り入院。約3週間のけがを負った。彼がこのかん受けた襲撃はこれで4度目だった。

いずれの現場でも、近くに白っぽい旧型の乗用車が停められているのが目撃されており、亀沢ではその車が日本橋方面に走り去るのを近くの住民が見ていた。

事件後、小茂出さんの暮らしていたその場所には発泡スチロールの箱でつくられた祭壇が置かれ、たくさんの花が手向けられていた。花の

中にスーパーの従業員が描いてくれたという遺影代わりの似顔絵が埋もれている。持参した花を供え、手を合わせていると「どうもわざわざごくろうさんです」と近くで一緒に襲われたKさんと話をしていた近所のおばさんが声をかけてくれた。

Kさんは、幸い廃品回収業者の宿舎に空きができるので、夜は宿舎で寝られるようになったというが、今回の襲撃で受けた心身の傷と、連日の警察の取り調べなどに相当参っているようだった。頭に受けた傷が痛々しい。人目を避け、邪魔にならないような場所に少人数で野宿することは、襲撃する側にはうってつけの環境を与えることになる。その危険性を改めて思い知らされた気がした。

「いつも4時頃、本集めに出るのにここを通っておやっさんに声をかけていくんだよ。でもその日に限ってこの前を通らなかつたんだ」無念そうに語るのは、亀沢から2キロ程離れた隅田川で野宿をしているMさん。

小茂出さんは「やまちゃん」という名で親しまれていた。名前を尋ねられると「山口」と答えていたという。北海道出身で、昔は上野あたりでテキ屋をしていたこともあったそうだ。亀沢ではダンボール回収の仕事で生計を立てていた。

「小学生や若いOLなんかがみんな花を持ってくるんだよ。『おじさん、おはよう』って毎日挨拶してたから。糖尿で入院してたこともあったんだよ。よくなる前に出てきちゃったみたいだけど。あと10年は生きる人だったね。こんなことになるなんて。足が悪かったから逃げきれなかったんだね」小茂出さんと親しかった近所の男性が話をしてくれた。「2年前くらいからかなあ。子どもが嫌がらせをしてくるようなことがあって、気が強い人だったから、何か奴らに注意したことがあったのかもしれないね。それからはリヤカーの中で金属バットを抱いて寝るようになったって言ってたよ。護身用に」

花はすぐくたびれてしまう酷暑の折にもかかわらず、小茂出さんの死後1週間経っても、2週間経っても、鉛筆で描かれた温和な似顔絵の前には新しい花が手向けられ続けていた。

そして、事件から1月半になろうとする7月26日、亀沢での傷害の疑いで3人の容疑者が逮捕された。アルバイトを通じて知り合ったという、墨田区在住、18歳（当時）の大学生、江戸川区の19歳のアルバイト店員、千葉県流山市の20歳の会社員だった。「毎日の生活にイライラしていた。ホームレスをやるとスカッとする」などと供述しているという報道がされた。

失われた路上のいのち 一小茂出さんを偲ぶ

その3日後の7月29日、亀沢で開催された「失われた路上のいのち—6.15 野宿者連續襲撃事件を考えるー」と題した集会には、東京各地の野宿の当事者、支援者その他、墨田区などの教職員、亀沢の地域住民など約120人が集まった。今回の一連の襲撃をまとめたビデオを上映した後、ルポライターの北村年子さんに「少年たちはなぜ野宿者を襲うのか？一人と人として出会えるために」と題し講演いただいた。北村さんは、釜ヶ崎<子どもの里>での夜回りの話、95年大阪道頓堀でのホームレス水死事件、98年西宮事件などをふまえて、自己を肯定できないでいる子どもたちが野宿者を襲っている構図を指摘する一方、野宿者に石を投げていた子どもたちも、ひとりの人として野宿者と出逢い、彼らの仕事のことや、野宿に至る背景を知っていくことによって、大きく変わっていける可能性をもっていることも語られた。

会場からは、亀沢に住む4人が発言してくれた。

亀沢在住のアメリカ人ジョンさんは「小茂出さんは私の友達です」と、こみ上げてくる感情

をおさえながら話してくれた。「私は彼のことを『ガード下のおじさん』と呼んでいました。図書館に行くときなどいつも挨拶をしていたし、銭湯でもよく会いました。銭湯で、マッサージ椅子のコインをどこに入れるのか私がわからなかつた時、彼は『ここから入れるんだよ』と教えてくれました。彼はいつもラジオで競馬を聞いていて、競馬の話もした。日本でこんなことが起るなんて信じられない。どうして殺しますか。ひどい。許せないよ」彼は今回の事件について、英字新聞“Daily Mainichi”にも投稿し、深い怒りと悲しみを訴えていた。7月26日には、インターネットから打ち出した容疑者逮捕の記事を朝早く小茂出さんのいた場所に届けたという。

集会の最後には、小茂出さんを慕っていた犬の飼い主という女性が話してくれた。

「私は彼のことをえらい人なのかなと思っていました。あそこのスーパーの脇で応接の椅子にいつも座っていて、それがとても、えらい人のようで。どこから通ってきているのかなと思っていました。おじさんは犬が好きで、私の犬もすごくかわいがってくれました。ある日、おじさんの飼っていた犬がいなくなってしまったことがあります。その犬を偶然荒川で見つけたんですけど、(自分の)犬がないと接点がつかめなかったので、おじさんの犬が『荒川で見つかったよ』と言ってあげられなかったのが心残りです」

「きっと小茂出さんも見ててくれると思います」北村さんの言葉で、集会の最後には小茂出さんの冥福を祈り全員で黙祷した。

そして8月中旬、容疑者再逮捕のニュースがマスコミでも大きく取り上げられ、静かに小茂出さんを偲んでいた私たちの胸は、再び激しく搔きむしされることになる。

8月15日、墨田区の私立大学1年の男子学生(18)が傷害致死容疑(小茂出さんの件)で再逮捕。8月22日には傷害と傷害致死の疑いで千葉

県流山市の会社員(20)(=傷害罪で基礎)とアルバイト店員の少年(19)が再逮捕となつた。

6月15日、亀沢での襲撃は7回にも及んだ。彼らは最初にKさんを2度襲った後、車で移動しAさんの寝ているリヤカーを発見。Aさんを落とそうとして揺すりつけ、起きたところをトンファー(沖縄空手の道具)で殴打。通行人がいたので車に逃げ込み、三度Kさんらの元に戻るがふたりとも留守だった。再びAさんの元へ移動。Aさんが「おまえらこんなことしておもしろいのか」と言うと「おもしろくなきややらない」と答え、Aさんをトンファーと金属バットで殴打。その後またKさんらのいた場所へ移動。小茂出さんが椅子に座っていた。「ダンボールは金になるか」と話しかけ、オレンジ色のマジックで小茂出さんの頭にいたずら書きをし、トンファーで殴りつける。三度Aさんの元へ向かう。Aさんが大通りの方へ行こうとしていたので、捕まえて蹴り倒し、バットで殴る。そしてまた元の場所に戻り、小茂出さんを殴打。

小茂出さんが襲撃現場から離れたところで発見されたのは、Kさんを探しに出て力尽きたためだったのだろうか。

また、日本橋中洲でTさんらを再三襲っていたのも彼らだったことがわかった。「私生活や仕事でイライラが募り、ストレス発散のためにやつた」「自分より劣っているやつがいると優越感を感じた」「練習をしていた格闘技の練習台と思ってやつた」そんな供述内容が報道され、週刊誌やスポーツ紙には「やまさんのかたきをとつてやりたい」と無念と怒りを表すKさんの言葉が掲載された。

**あの人はホームレスじゃなかった。
だってあそこがホームだもの**

「ホームレスをスカッとする」と野宿者を狙った暴力を繰り返す輩がいる一方で、亀沢の人たちは、無念にも逝ってしまった小茂出さんの

死を悼み、花を手向けた。

「あの人はホームレスじゃなかった。だって、あそこがホームだもの」亀沢の人たちは日々にそう言った。小茂出さんは、ガード下のスーパー脇で生活する、地域の隣人のひとりだった。

「やまちゃん」であり、「ガード下のおじさん」として、人々の日常のほんのささやかな一部分を確実に形成していた。

小茂出さんはリウマチの身体を従えながら、日々廃品回収の仕事に励んでいた。周りの野宿の仲間への気遣いを忘れず、道行く人たちとは挨拶を交わしながら、その日まで生き抜いてきた。ガード下の路上に彼の営みがあり、そこが彼の“ホーム”であることを、人々は認めていた。生前彼に出逢った人ならもちろん、彼の死後であれ、亀沢のガード下を訪れ、彼の生き様が残したものと向き合った人なら誰でも気づくに違いない。小茂出さんは、断じて許すことのできない暴力によってではあったけれど、ひとつのコミュニティの中で傷害を終えたことを。そして、今でも人々の心の中で生き続けていることを。小茂出さんの魂は、「ホームレス」としての死を強要しようとする非道な暴力にも、容易く葬り去られるものではなかった。

人として向き合うために

青島都政時代、東京都が動く歩道設置を名目として、野宿の当事者との話し合いの一切を拒否し、新宿西口4号街路の強制排除を行ったことは記憶に新しい。人として人と向き合うことをせず、膨大な血税を投入してまで、力尽くで人間の営みを破壊する。最近では現都知事石原の「三国人発言」があり、大阪府知事・太田房江も「浮浪者や外国人が増える中で快適な町をつくっていかないと」と発現している。「街」をつくっていくために必要なのは、第一に底辺にある者との「対話」ではなく、「排除」である点が共通している。

少年の自殺や、少年が加害者になる事件が毎

日のように報じられている。多感なはずの子どもたちが感じたものを表現する術を身につけぬままに、それどころか、感じることすら奪われ、感受性が育たぬまま、壊れていっているのではないか。

今回の集会で、区内のある高校教諭は「現在、小中学校で心を傷めている子どもがたくさんいる。子どもがバラバラにされている」青島時代の強制排除などもあげ、「都知事のありようは学校教育にも影響する。なんとかして学校の枠を超えた取組みを作っていていかないと」と発言された。

今回の事件を受け、新宿連絡会や山谷労働者福祉会館のメンバーが中心となり、東京都と墨田区の教育委員会に申し入れを行ったが、墨田区に至っては、「今回の事件は新聞等でも知っているが、文部省からも東京都からも（この事件が）人権問題であるという通達は来ていないので、何も取り組んでいない」と言い放つ有様であった。誰もまともに向き合おうとしていない。そんな行政の影響を学校は直接受けることになる。子どもが人と出逢えずに喘いでいるのも無理はない。

2000年夏、この東京での事件を皮切りに、若者による殺人にまで至るような襲撃事件が全国で連続して起こっている。そうでなくとも花火・爆竹の投げ入れ、投石、エアガン襲撃、ダンボールハウスの放火などを耳にしない年はない。そして8月末、私たちのもとには、またしても暴力によって逝ってしまった野宿の仲間の訃報が届いた。

8月27日午後7時半頃、練馬区栄町環七通りの陸橋下の小さな公園で野宿をしていた木村房雄さん(52)が亡くなった。普段から若者や暴走族が集まり、遊び場にしているというその公園では、その日も一組の若い男女が花火をしていた。木村さんが彼らに「うるさい」と注意したところ、男が逆上し、木村さんを激しく殴りつ

け、逃走した。木村さんは病院に運ばれたが間もなく死亡した。いわゆる「襲撃」とは異なる類の事件ではあったが、現場に残された白チョークや血痕は、あまりにも度を超えた暴行を物語っていた。

陸橋が屋根になっているため、花火などの反響音もうるさく、公園は日頃から目に余る有様だったらしい。若者たちに注意をして車のガラスを割られたという近所の人もいたが、木村さんは彼らへの注意を怠らず、散らかった花火の後始末をしたり、公園の掃除や水撒きをするのも木村さんだった。彼のことを公園の管理人と思いこんでいた人もいたというほどだった。

この場所にもまた、花を手向ける人々の姿があった。木村さんが本を売りに通っていた古本屋のアルバイトの女性は「金曜日来るって言つてたのに」と涙を流しながら花を手向けていた。「とてもいい人だったんですよ」と生前の彼を語りながら、理不尽な死を惜しむ地域の人たちがいた。

こんなことは絶対に繰り返されてはならない。人の営みは断じて暴力によって破壊されなければならないのだ。路上にも生がある。大人たちが子どもに「ホームレスには怖いから近づくな」と言うのは、役人がまず「排除」を打ち出すことと等しく、易い。役人は判っていて煽っている

のだろうが、子どもにとって身近な大人が投げる言葉も相当の毒を持つに違いない。その毒を飲むのは誰なのか。

野宿を余儀なくされる者が、「ホームレス」という名のもとに、社会から落ちこぼれた劣った者であるという定義がはびこり続ける限り、未熟な子どもたちと成熟しない大人たちは排斥してもよい対象としてのホームレスに、その憤懣を発散させる矛先を向け続けるに違いない。他者との比較でしか自分のしあわせを量ることができない者たちは、石を投げ続けるに違いない。

残された私たちに何ができるのか。まずは、人として出逢うという術から始められないだろうか。挨拶を交わすことで、そして、目の高さを同じくして対話することで、知らないから「怖い」存在から、たとえ「やっぱり怖かった」であっても、その他者は営みを持つひとりの人間に変わっていくのではないだろうか。ひとりの人として人と向き合える、そんな場をひとつでもつくり出していくことで、彼らから受けた魂を昇華させてはいけないだろうか。

小茂出さんと亀沢の人たちの間にあったつながりを思う時、問われているのは人としての心根であるような気がしてならないのだ。（了）

（五十嵐真紀）

仮面

～615 連続襲撃事件から一年を経て

615 連続襲撃事件は最悪の事件だった。

事件発覚後、教育委員会等を訪れ、事件を重く受け止めようとしている公僕に怒りと虚しさを覚えながらも、共に集い、小茂出さんを追悼した人たちの想いを糧に公判傍聴に臨んだ。「襲撃を許さない」と多くの仲間と共に至る所で声をあげてきた。その怒りを最もぶつけるべき相手が、政治でも行政でもなく、誰よりも目の前にいる三人の顔と名前を持つ男だということを私は当初、認めたくなかった。

2000 年 6 月、三様の親を持つ三様の若者が、ストレス発散の為だけに野宿者をおもしろ半分に襲い続け、4人の被害者のうち小茂出清太郎さん(68)が殺害された。彼らは殺そうと思って襲撃したのではない。どれだけのことをしたら人が死ぬかも知らず、度を超えた暴行を加え続け、たまたま死者が出た。死亡者が出なければ、彼らは間違いなく襲撃を繰り返し続けただろうし、警察も動くことはなかったと確信する。

小茂出さんはそこで野宿をしていたためだけに、おもしろ半分に殴られ、踏みつけられ、頭に落書きをされ、ダンボール回収で得たわずかな金まで奪われ、何があろうと生き抜いてきたその命をも奪われた。亀沢の人たちは 18 年間朝夕挨拶を交わしてきた彼のいるガード下の風景を破壊された。亀沢での最初の被害者 Kさんは、面倒見がよく、野宿の仲間によく自分の食べ物をわけてくれたという小茂出さんを振り返って言う。「どんなに食う物がないときでも、俺にだけはわけてくれた。」Kさんが亀沢のガード下で仕事し寝起きするようになったのも、そこに小茂出さん

がいたからだ。足掛け 7 年、過酷な路上生活を共に支え合ってきたかけがえのない仲間を、Kさんはこんな形で惨殺され、心身に消えることのない傷を受けた。

それでも働かなければ生きていけない。Kさんは事件の 2 日後から 1 日も休まず、電車のうるさいガード下でキロ 1 円のダンボールと空き缶を集め、働き続けている。もうひとりの被害者、65 歳になる言葉少なな A さんも、働くことが誇りだと、働くために体があると、雨が降ろうと雪が降ろうと西へ東へリヤカーを引きながらダンボールを集め続ける。

そんな被害者の彼らを、法廷は「ホームレス」「弱い人たち」で片付ける。

私は裁判には慣れていない。けれども、情状酌量により被告の 3 人がそれ程卑劣になつた理由を述べる機会があるのなら、どうして被害者の受けた、そして小茂出さんを慕っていた人たちの悲しみの深さを訴える機会がないのだろう。「ホームレス」「弱い人たち」の名の元に、被害者の顔や営みが、どうやって罪を犯した彼らに届くのか。どうして死んでも尚「ホームレス」でありつづけなければならないのか。被害者の声を代弁する者は法廷にはいなかった。そんな中放たれる加害者の「申し訳ないと思う」というセリフほど空々しく響くものはない。

昨秋始まった公判で初めて被告 X(当時 20 歳)を見た時、検察や判事の質問によどみなくはきはきと答える彼の姿は、権力には媚びる卑劣な男に映った。傍聴席を埋める人は少なく、彼の両親の姿もなかつたが、唯一彼の妹だけが毎回傍聴に駆けつけた。

情状酌量の証言にはこの妹が出廷した。

Xがいたずらをしたり、言うことをきかないことがあると、親は暴力を振るった。大理石の灰皿で殴られたり、裸でフェンスに縛られたこともある。包丁の柄で頭を殴られたこともあった。Xが学校でいじめられ、不登校になったことを打ち明けると、父親は彼を壁に叩きつけた。Xは父に仕返しがしたくなっていた。それが武術を習うきっかけとなつた。「自分がバカだったんで母も手を焼いたんだと思うが、当時は自分が死ぬか親を殺すかのどっちかだった」とXは言う。妹も母から暴力を受けていたが、そのときは兄がかばってくれた。でも、兄がやられているときは怖くて何もできなかつた。兄には自分を判ってくれる人がいなかつた。今回の事件について、母は「なんでそんなことを? 小さい頃から弱い者をいじめるなと言つていたのに」と、父親は「いつかやると思っていた」と言つてゐる。無性にイライラして人を殴りたくなる衝動に、おかしいと思い、精神科を受診したこともある。「多重人格障害有り」とカルテに書いてあり、薬を処方された。今回の襲撃はXがYとZを誘い、計画的に行つたものだつた。ふたりを巻き込んでしまつたことを、Xは悔いていた。

Xは中学生の頃から、隅田川などで野宿者への襲撃を何度も繰り返してきた。「そんなにやって、顔が割れると思わなかつたのか」という検察の質問にXは言ってのける。「ホームレスの人にはばれてたかもしれないが、警察にはばれないと思ってました。警察が何もしないのを知つていましたから。」

大学生だったY(当時18歳)は、主にドライバー兼監視を担当した。計画面ではYが、攻撃面ではXが積極的だった。彼らは亀沢ではAさんに3回、Kさんに2回、小茂出さんに2回の暴行を加えているが、Yは自分は見張り番だったのでこれらの襲撃には一切手を

出してないと述べている。しかし、Aさんの3回目と小茂出さんの2回目の襲撃にはYも加わっているという被告XとZの証言とは食い違があるため裁判が長引いてゐる。6月末現在まだ判決に至っていない。

きょろきょろと落ち着きなく法廷を見回すYとは毎回目が合つた。Xとは対照的なその様に、こいつはこの期に及んで一体何を守つてゐるんだろうと思う。証言台に立つたYの父親は、「無抵抗の者を殴って楽しむことをどう思うか」という検察の問に、「今の子は事なき主義というか、私の時代には考えられない」と答えた。「ホームレスというだけで人間扱いしていないのはどう思うか」「異常、おかしいと思う」「ホームレスに対してゆがんだ見方があるとは思わないか」「弱い者には手を出すなどといつづけてきたのだが」と答えを曖昧にさせる。

知恵遅れで小中学校時代いじめを受けていたという被告Z(当時19歳)は終始俯いていた。傍聴席の両親も顔を伏せたままだつた。いじめのわだかまりは今も残つてゐる。「ストレスの解消が理由で殴ったというが、どういうストレス?」という検察の問には、「ちょっといじめられていた」と小さく答え「子供の頃いじめられていたのに、なんで今回したの?」と問われると下を向いて口ごもる。

6月1日の日本橋中州の襲撃で、警察も動き出したようだし、もうやめようと思ったが、殺虫スプレーや金属バットを持って、その日もZは集合場所の浅草橋に向かつた。「なんで行つたの」と訊かれると「引き返そうと思ったが、トイレに行きたくて(以前使用したことのあるトイレのある)浅草橋まで行つてしまつた」襲撃は「やつてゐる時からつらかった。XとYの攻撃が激しかつたので、やめようと思つた」が、Xに「根性ないな」と言わながら次の日本橋中州に向かい、やはりTさんへの暴行にも加わつた。

「強さ弱さを真剣に考えなければダメですよ」と裁判長が被告を諭す場面もあった。

完璧な人間関係など存在しない。それでも今回の事件は、被告らの親が最も向き合うべき自分の子供と、それぞれの形で向き合ってこなかった結果であるように映る。こんなことを言えば、あのYの親は「私は向き合ってきた」と怒るかもしれない。けれども私には、Yが自分の親の前では今も尚、仮面をかぶり続けているような気がしてならない。親の前ではいい子でいる仮面を。憶測で言うのだが、Y自身が父親を自分で乗り越えない限り、彼の仮面は碎けることはないようと思える。

Zは、他人に抗う以前に、自分の想いを発することさえなかつたのかもしれない。いいとも嫌だとも言えぬまま、ここまで来てしまった。そんな息子をひたすら庇い続けてきたZの両親は顔を伏せ続けるしかなかつたのか。

Xにはこれまで憎しみしかなかつた。自分に大切なものがなく、他人の築いた営みの重さなどわかるわけがない。Xが法廷で問われる胸のうちを躊躇なく語っていたのは媚びではない。この男には何ひとつ守るものも、失うものもないのだと私は思うようになる。

垂れ流され続ける毒を飲みつづけながら、子は親になり、私たちは皆米を買うために忙しい。社会が悪い。行政が悪い。教育が悪い。学校が悪い。責任をとらせるべき矛先を、私たちは必死になって探している。もしかしたら私たちは、シュプレヒコールをあげることには慣れていても、顔と名前のある個人に怒りをぶつけることは苦手なのかもしれない。襲う側にも顔がある。被害者が「ホームレス」「弱い人たち」ではないように、彼らも皆人の肚から生まれた顔と名前を持つ人なのだ。

「社会が悪い」から子供たちが犠牲になり、その憤懣をぶつける標的として野宿を余儀なくされる人々が容易に選択され、人とも見な

されず闇に葬られる。殺されても尚「ホームレス」でありつづける。そんな構図は、断じて認めるわけにいかない。

この国には3万人の人々が路上生活を強いられている。昨年6月15日小茂出さんと共に襲われた被害者の営みは今も路上にあり、ゲーム感覚の執拗な襲撃は同じ墨田区内だけでも今も尚繰り返されている。苛立ちの発散の構図はきっとこの事件と寸分違わない。たまたま死者がでないだけなのだ。

どれだけ途方もなく気の遠くなる作業であっても、ひとりの人と人して顔の見える関係を築き、捨て去つていい命などひとつもないことを、ひとりひとりの胸に訴えていくことを、私たちは諦めるわけにはいかない。人の表情と息吹を消し去つてしまつた社会という化け物に、隣人の顔の見える社会を創り出していくことで、抗つていかねばならない。「ホームレス」などという抽象的な生き物など存在しない。地域の隣人として花を手向け続けた亀沢の人たちの心根を想う度、小茂出さんの生き様を偲ぶ度、Kさんらの働く姿を想う度、逃げてはならないと思うのだ。

Xには6年6ヶ月、Zには5年の実刑判決が下つておらず、ふたりともすでに服役中である。

裁判所が、若年の3被告が刑を受け入れ、その後まつとうに仕事をして生きていくことが更生だと言おうと、彼らが己の弱さと向き合うことから逃げたまま、小茂出さんをはじめとする被害者の築いた営みが目に入らない今まで時を過ごすなら、罪は一生かけても償われることはないとだろう。

判決の席でXは、今回の事件を機に「自分のまわりが動き出した」と感じていると語った。息子の法廷へも、被害者への謝罪にも向かわなかつた親が、漸く彼の面会に訪れたという。「人を理解しようと思うようになった。その前に自分の事を理解しようと思います。」

判決の日、最後にそう言い切ったXを私は信じたい。今年6月、Yの公判の証言台に立ったZも、以前のおどおどした表情はなく、自信のある口調で、Yも小茂出さんとAさんへの暴行に加わった事実を証言していた。Zについても8月上旬には判決が出る見通しだ。

やりきれない事件である。何をもってしてもとりかえしのつかないことである。それで

も5年、6年という懲役の年月が、彼らが仮面を脱ぎ捨て己の弱さと向き合い、親と子として向き合い、生きて罪を償う覚悟を決するに足りる期間になるのであれば、それらの刑期は長くも短くもない、私は思っている。

(了)

(五十嵐真紀)

☆☆☆コラム☆☆☆ 「思い出したこと。。。」

「最近来てなかったなあ」と声をかけてくれたおじさんがいた。新宿に久しぶりに参加したときだった。その時、私は覚えていてくれたんだと嬉しく感じた。多いときは、毎月ではないけれど医療班の活動に参加していた。しかし、日々の忙しさに徐々に足が遠のいていた。

この活動に参加したきっかけは、海外でみる難民と同じような状況だと聞き、興味半分で、それから看護師だし、何かの役にはたつのかと思い参加した。

最初に中央公園へ来たときには、おじさんたちの長い行列にただ驚いた。何故か黒いようなグレーな洋服を身にまとい、うなだれています。何故か直視してはいけないような感じがした。そこには、本当に今まで見たことのない風景がそこにあったからだ。

それから、参加するようになって日がたつくると、少しづつ色々なものが見えてきた。中央公園にあるブルーテントにはお洒落なステンドグラスの窓、洗濯物を干すひもが木々につられていた。暗くなると、そこから光がもれていた。おじさんたちの中には、毎回、顔をみせに来るひと、そして、揚げたパンのみみや少し傷んだ果物を配って、私達の活動をねぎらってくれるひと。一度だけだが、夜回りに参加したときに、ビルのシャッターの前で、人の大きさよりも少し大きくダンボールを組み、その中で寝ているひと。

ここで今、生活し生きているんだって感じた。直視できないものではなく個々に生きている人間がそこにいる。そして、そこに私がいるんだってこと。

そのことを、声をかけてくれたひとが思い出させてくれた。(貴堂理恵)

シャワーが使えます！

フリースペースBaBa(うら面参照)にて、火曜日と木曜日に、シャワーが使えるようになりました。いらした順番に、ひとりずつ浴びられます。

タオルや下着、ひげそりなども、用意してあります。



月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
	シャワー 1~4時		シャワー 1~4時			第2は 相談会！

日曜日には健康・生活相談も！

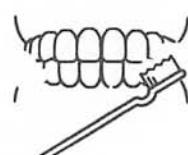


血圧測定 医科相談 歯科相談 福祉相談

第2日曜日 ごご1時～3時

1月15日、2月12日、3月12日

体や病院、福祉の相談もできます。継続した治療が必要な方には、紹介状をお出しします。



歯が痛い、入れ歯が欲しいなどの歯の相談がある方も、お気軽におこしください。可能ならば応急処置もできます。

第13章

資料

- ◇ 関連年表
- ◇ 文献一覧

【関連年表】

1991年 いわゆる「バブル経済」が崩壊し、日本経済が長期不況に突入する。

1991年3月 東京都本庁舎が竣工。

1993年～ 不況の影響で仕事にあぶれた日雇い建設労働者や失業者が新宿西口地下通路（4号街路）等に流入し、野宿者が急増。

1994年

2月14日 東京都建設局が4号街路の一部を封鎖。野宿者を追い出す。その脇で新宿区福祉事務所が「街頭相談」を実施。希望者を2週間（後に批判を受け、4週間まで延長）、「なぎさ寮」に入れる。

2月～ 山谷争議団、いのけん（渋谷・原宿生命と権利をかちとる会）が追い出しに抗議する活動を開始。4号街路の封鎖されなかった側（B通路）を中心に「ダンボール村」が形成される。

7月 山谷争議団、いのけん、「新宿闘う仲間の会」の三者による追い出し抗議デモ。

8月 上記三団体が母体となり、新宿連絡会（新宿野宿労働者の生活就労保障を求める連絡会議）結成。

9月 新宿連絡会が新宿区と初の団体交渉。

11月 新宿区が「環境浄化対策」から「浄化」の文字を削る。

12月 第1回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。炊き出しを開始。年末年始の「越年闘争」では初めて医療相談会を実施。

1995年

8月～ 4号街路「動く歩道」計画が発覚。新宿連絡会が反対キャンペーンを開始。

10月 青島都知事（当時）が「あの人たち（野宿者）は独特的哲学を持っている」などと差別発言を行い、反発される。

12月 第2回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」で医療相談会を実施。

1996年

1月24日 東京都が4号街路の「ダンボール村」を強制排除。

2月～ 追い出された野宿者を中心[new]新宿駅西口地下広場インフォメーションセンター前（インフォメ前）に新たな「ダンボール村」が形成される。

3月 インフォメ前にて月1回（第2日曜日）、炊き出しにあわせて定例医療相談会を始める。

6月～7月 4号街路に「オブジェ」（突起物）と「動く歩道」が完成。

7月 東京都と23区による「路上生活者対策・都区検討会」の「最終報告」が発表される。都内5ヶ所に自立支援センターを設置することを決める。

9月 大脳医師が新宿連絡会・医療班に加入。

10月～12月 新宿連絡会・医療班として連続学習会を実施。

12月 第3回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」で医療相談会を実施。

1997年

- 3月 東京地裁が強制排除時に「威力業務妨害」で起訴された新宿連絡会メンバーに無罪判決。ダンボールハウスを「廃材」として撤去した都の姿勢を批判。
- 4月～ 東京都建設局がガードマンを雇い、西口地下広場の「ダンボール村」に排除圧力をかける。排除の受け皿として「暫定自立支援センター・北新宿寮」を建設する計画は、野宿者・地域住民双方の反発を浴び、暗礁に乗り上げる。
- 10月 東京都福祉局が新宿連絡会を初めて当事者団体と認めて、既存施設を用いた「自立支援事業暫定実施」の説明会を実施。排除と施設入所を切り離し、対立から対話への第一歩となる。
- 12月 第4回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」で医療相談会を実施。

1998年

- 2月7日 西口地下広場「ダンボール村」で大火災、4名が死亡。
- 2月14日 新宿連絡会が自主撤去して「ダンボール村」は消滅。居住者のうち希望者は、暫定施設に入所。一部が新宿中央公園、都立戸山公園に移動。炊き出しは中央公園ポケットパークで継続。
- 3月～ 西口地下広場からの移動組に新たに野宿に至った人々が加わり、新宿中央公園および都立戸山公園にテント村が形成される。この頃から「スーツホームレス」、「ネクタイホームレス」がマスコミ等で注目され始める。
- 4月 「ダンボール村」火災に伴い、一時休止していた定例医療相談会を中央公園ポケットパークに場所を移して再開。
- 5月～ 全都的な自立支援センターの早期開設を求める「全都野宿労働者統一行動」が開始される（2001年まで）。
- 12月 第5回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」では、中央公園ポケットパークに医療テントを設営して、医療相談会を実施。歯科医師が参加するようになり、歯科相談も可能となる。

1999年

- 4月 生活保護受給者交流会「新宿・くぬぎの会」が始まる。月1回程度のレクリエーション、交流会を実施（2001年5月に「もやい」の活動に発展解消）。
- 5月 新宿連絡会が『路上からの提言』を発表。この時期、23区内の「総論賛成・各論反対」により、自立支援センターの設置が遅れる。
- 6月 路上総合文芸雑誌『露宿』創刊（隔月刊。2004年に休刊）
- 12月 第6回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」では、中央公園ポケットパークに医療テントを設営して、医療相談会を実施。

2000年

- 9月 新宿連絡会が『路上からの提言・2000』を発表。野宿者支援のための法整備の必要性を訴える。
- 9月 義歯の作製に関して歯科通院が認められない人が続き、実態把握のために医療相談において歯科検診を開始。以降、医療相談には毎回歯科相談を併設。
- 11月 自立支援センター「台東寮」「新宿寮」開設。
- 12月 第7回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」では、中央公園ポケットパークに医療テントを設営して、医療相談会を実施。

2001年

- 3月 東京都が『ホームレス白書』を発表。緊急一時保護センター→自立支援センター→グループホームという3ステップの「自立支援システム」を打ち出す。ただ、「グループホーム」については23区内の調整がつかず、現在に至るまで未設置。
- 4月 自立支援センター「豊島寮」開設。その後、「墨田寮」「渋谷寮」も開設される。
- 5月 自立生活サポートセンター・もやい設立（2003年4月にNPO法人化）。
- 6月 都立戸山公園にて、月1回（第2日曜日午前）の定例健康相談会が始まる。新宿連絡会などが「ホームレス自立支援法」早期制定を求める運動を開始。
- 11月 緊急一時保護センター「大田寮」開設。その後、2005年までに「板橋寮」「江戸川寮」「荒川寮」「千代田寮」も開設される。
- 11月 「路上生活者（ホームレス）に対する市民の意識調査調査」を中央公園にて実施。
- 12月 第8回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」では、中央公園ポケットパークに医療テントを設営して、医療相談会を実施。

2002年

- 8月 ホームレス自立支援法施行。
- 10月 法制定を受けて、新宿連絡会が中心となり、NPO法人新宿ホームレス支援機構を設立。
- 12月 第9回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」では、中央公園ポケットパークに医療テントを設営して、医療相談会を実施。

2003年

- 1月～ 新宿連絡会・医療班が「ファイザープログラムー心とからだのヘルスケアに関する市民活動支援」において、「プライマリヘルスケアによる路上死のない街へ」への市民活動助成金を授与される（2005年末まで）。
- 1月～2月 厚生労働省が「ホームレスの実態に関する全国調査」を実施。
- 3月 第1回歯科健康推進プロジェクトとして、新宿区角筈地域センターで歯科相談会を実施。
- 5月～6月 医療機関における受入れについて明らかにするため「はがきアンケート」を実施。
- 7月 厚生労働省が、支援法に基づく「ホームレスの自立の支援等に関する基本方針」を策定。
- 8月 新宿夏まつりにて、新宿連絡会・医療班が入浴カーを使った「風呂プロジェクト」を実施。
- 12月 新宿連絡会・医療班が「新宿区における野宿生活状況の人たちへの保健医療活動から見えた現状と課題」を新宿区に提出。

12月 第10回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」では、中央公園ポケットパークに医療テントを設営して、医療相談会を実施。

2004年

- 2月 第2回歯科健康推進プロジェクトとして、新宿中央公園内区民ギャラリーにて歯科相談会を実施。
- 6月 地域生活移行支援事業が新宿中央公園、都立戸山公園で開始される（約430名が移行）。その後、墨田公園、上野公園、代々木公園でも実施される。
自立生活サポートセンター・もやいが飯田橋に交流サロン「サロン・ド・カフェもれび」を開店（毎週土曜日開催）。
- 7月 東京都が「ホームレスの自立支援等に関する東京都実施計画」を発表。素案に対するパブリックコメントを「ホームレスの自立支援等に関する東京都実施計画（素案）に関するパブリックコメント」として東京都に提出。
- 7月 都区共同の地域生活移行支援事業が新宿区立中央公園と都立戸山公園で始まる。
- 8月 新宿夏まつりにて、新宿連絡会・医療班が入浴カーを使った「風呂プロジェクト」を実施。
- 11月 新宿連絡会・医療班が「新宿区におけるホームレスの人たちの結核検診に関する提案」を新宿区に提出。
- 12月 第11回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」では、中央公園ポケットパークに医療テントを設営して、医療相談会を実施。

2005年

- 2月 第3回歯科健康推進プロジェクトとして健康生活相談会を新宿中央公園内区民ギャラリーにて実施。歯科のみに限定しない総合相談会として実施する。
- 3月 新宿区福祉事務所へ「フリースペース BaBa」でのシャワーサービスを加えた健康生活相談会を新宿区との共同事業として提案する。企画書「低所得者及び健康リスクを抱える人のための定期的な健康と生活相談会の実施」（案）を提出する。
- 6月 新宿ホームレス支援機構の「フリースペース BaBa」にて、月1回（第2日曜日）午後、健康生活相談会を始める。
- 9月 緊急・時保護センター「千代田寮」が開設される。これにより、「ホームレス白書」でうたわれた10施設（緊急5、自立5）が出揃う。
- 12月 第12回「新宿越年越冬闘争」開始（翌年3月まで）。年末年始の「越年闘争」では、中央公園ポケットパークに医療テントを設営して、医療相談会を実施。

2006年

- 2月 新宿区「ホームレスの自立支援等に関する推進計画」が発表される。

（稻葉剛）

【文献一覧】

- 新宿 HOMELESS 新宿野宿労働者の現状と運動の記録:新宿連絡会, 1995 年 5 月
- 新宿ダンボールハウスの人々～路上死のない 21 世紀を！: 稲葉剛, ピースネット企画, 1997 年 12 月
- 野宿者が直面している医療福祉の現状: 越智祥太, 新宿連絡会・医療班; 医療ソーシャルワーク 第 48 号 13-17, 東京都医療社会事業協会, 1999 年
- 路上からの提言 「路上生活者問題」に関する私たちの見解と政策提言: 新宿連絡会, 1999 年 5 月
- 新宿ホームレス奮闘記立ち退けど消え去らず: 笠井和明, 新宿連絡会; 現代企画室, 1999 年 7 月 30 日
- 新宿駅周辺に居住する野宿生活者に対する医療相談記録(1998 年 1 月～12 月): 大脇甲哉, 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.3 1999 Autumn: P23-32, 野宿者・人権資料センター
- 座談会「新宿・山谷の医療活動に関わって」: 平野敏夫, 大脇甲哉, 越智祥太, 寺田文子, 五十嵐真紀, 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.3 1999 Autumn: P74-92, 野宿者・人権資料センター
- 新宿連絡会・医療班 医療相談記録(1999 年 1 月～12 月): 大脇甲哉, 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.8 2000 Winter: P63-70, 野宿者・人権資料センター
- 医療・福祉の現場から 新宿連絡会医療班・歯科相談記録・報告(2000 年 9 月～2001 年 1 月): 中久木康一, 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.9 2001 Spring: P60-68, 野宿者・人権資料センター
- 医療・福祉の現場から 福祉-閉じかけた窓口へ: 金沢さだこ, 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.9 2001 Spring: P74-76, 野宿者・人権資料センター
- 現代社会の「もやい直し」へ！: 稲葉剛, 自立生活サポートセンター・もやい; 季刊 *Shelter-less* No.10 2001 Summer: P101-105, 野宿者・人権資料センター
- スリランカの国内難民視察報告: 中久木康一, 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.10 2001 Summer: P133-137, 野宿者・人権資料センター
- 新宿における野宿者の健康問題—5 年間の健康相談記録から: 大脇 甲哉, 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.11 2001 Winter: P11-19, 野宿者・人権資料センター
- ホームレス問題と DOT—新宿での経験を通して: 梶原聰子; 季刊 *Shelter-less* No.11 2001 Winter: P38-43, 野宿者・人権資料センター
- 新宿区戸山公園における訪問医療相談プロジェクト報告: 金沢さだこ, 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.11 2001 Winter: P68-73, 野宿者・人権資料センター
- 路上で医療支援を考える新宿区戸山公園での聞き取り調査報告: 鈴木理保子, 国境なき医師団日本; 季刊 *Shelter-less* No.11 2001 Winter: P74-85, 野宿者・人権資料センター
- スリランカ・キャンディ市における物乞いの生活実態と市民の意識: 嶋根卓也, 中久木康一 1, 1) 新宿連絡会・医療班; 季刊 *Shelter-less* No.11 2001 Winter: P86-96, 野宿者・人権資料センター
- 「医療相談」から見える野宿者の健康問題: 大脇甲哉, 新宿野宿労働者の生活・就労保障を求める

- る連絡会議；月刊ばんぶう 249:64-66, 2002年2月号, 日本医療企画
- 野宿者に対する健康支援「専門家の「目」「サポート」を現場に生かす」：大村令恵 1, 中久木康一 2, 1)国境なき医師団、2)新宿連絡会・医療班；あぼろにあ 21: 2002年5月号 P130-135, 日本歯科新聞社(インタビュー)
 - 希望を託せる支援システムの構築を！-東京における自立支援事業の現状と課題：稻葉剛, 自立生活サポートセンター・もやい; 季刊 Shelter-less No.13 2002 Summer: P56-63, 野宿者・人権資料センター
 - 路上生活者に対する市民の意識調査：中久木康一, 金沢さだこ1, 鳴根卓也, 1)新宿連絡会・医療班; 季刊 Shelter-less No.13 2002 Summer: P121-130, 野宿者・人権資料センター
 - 水平線 医療におけるマイナリティ：中久木康一, 新宿連絡会・医療班; 部落解放 501号: P14-15, 2002年, 解放出版社
 - 新宿越冬景色 医療班から：大脇甲哉, 新宿連絡会・医療班; 季刊 Shelter-less No.16 2003 Spring: P74-76, 新宿ホームレス支援機構
 - 宿泊所利用者からとられた「ホームレス」の人たちの社会保障・住環境・健康をめぐる現状と課題：金沢さだこ, 新宿連絡会・医療班; 季刊 Shelter-less No.18 2003 Autumn: P136-157, 新宿ホームレス支援機構
 - 野宿者の健康問題-加齢による影響：大脇甲哉, 新宿連絡会・医療班, 季刊 Shelter-less No.19 2003 Winter: P101-107, 新宿ホームレス支援機構
 - 新宿連絡会・医療班歯科相談まとめ(2000年9月～2003年10月)：中久木康一 1,2, 金沢さだこ 1,2, 大脇甲哉 1, 岩田鉄夫 2, 稲葉剛 1, 新宿連絡会・医療班, 四谷おにぎり仲間; 季刊 Shelter-less No.19 2003 Winter: P108-112, 新宿ホームレス支援機構
 - 特集「ホームレス問題と開業医」 野宿生活者と口腔衛生：中久木康一, 新宿連絡会・医療班; 大阪保険医雑誌 No.451: P56-59, 大阪府保険医協会、2004年7月
 - ペアーレ新宿の強制排除：上釜一郎, 新宿連絡会; 季刊 Shelter-less No.21 2004 Summer: P75-80, 新宿ホームレス支援機構
 - 新宿連絡会・医療班歯科の現状と展望：中久木康一, 新宿連絡会・医療班; 季刊 Shelter-less No.21 2004 Summer: P91-96, 新宿ホームレス支援機構
 - 〈座談会〉路上死のない社会をめざして：稻葉剛, 大脇甲哉, 金沢さだこ, 関屋光泰, 中村円, 中久木康一, 森川すいめい, 萩原奏, 宮園麻里, 新宿連絡会・医療班, ほか; 季刊 Shelter-less No.23 2004 Winter: P27-37, 新宿ホームレス支援機構
 - 路上生活と高血圧：武笠亜企子, 中久木康一, 金沢さだこ, 大脇甲哉, 稲葉剛, 新宿連絡会・医療班; 季刊 Shelter-less No.23 2004 Winter: P38-43, 新宿ホームレス支援機構
 - 活動の成果に過信することなく～医療班活動報告：稻葉剛; 新宿連絡会 News41、5、2005.3.1.
 - 第11回越年報告「残されたものと落ちてくるもの」：上釜一郎; 新宿連絡会 News41、6-7、2005.3.1.
 - 健康支援活動への取り組み(東京都新宿区)：大脇甲哉, 新宿連絡会・医療班; ホームレスの健康支援活動に関する検討会報告書(分担執筆), 42-53, 2005年3月15日, 平成16年度地域保健総合推進事業 ホームレスの健康支援活動に関する検討会, 厚生労働省
 - フリースペース BaBa でのシャワーサービスと健康・生活相談会：金沢さだこ, 中久木康一, 大脇甲哉, 新宿連絡会・医療班; 季刊 Shelter-less No. 27 2005 Winter: P194-199, 新宿ホームレ

ス支援機構

- ・ 歯科プロジェクトから健康生活相談会へ：中久木康一，金沢さだこ，大脇甲哉，稻葉剛，新宿連絡会・医療班；季刊 *Shelter-less* No. 27 2005 Winter: P200-204, 新宿ホームレス支援機構
- ・ 路上生活者の食生活と栄養充足率：青野真奈美，中久木康一，大脇甲哉，稻葉剛，新宿連絡会・医療班；季刊 *Shelter-less* No. 27 2005 Winter: P205-214, 新宿ホームレス支援機構
- ・ 新宿区内の医療機関に対するはがきアンケート調査から：五十嵐真紀，中村円，金沢さだこ，中久木康一，大脇甲哉，稻葉剛，新宿連絡会・医療班；季刊 *Shelter-less* No. 27 2005 Winter: P215-221, 新宿ホームレス支援機構
- ・ 路上生活者の健康管理について、口腔衛生面から援助できること：齋藤智美，小長谷百絵，東京女子医科大学看護学部卒業論文抄録集第5回生，2006年2月

☆☆☆コラム☆☆☆ 「いまふりかえって思うこと」

私が新宿の医療相談に参加して、早いもので5年近くが経ちますが、その中には様々な出会いがありました。医学生だった仲間は医者になり、看護学生だった私は看護師になって今もこの活動を続けていられることに本当に感謝しています。

様々な理由でこの新宿に集まってきた方たちですが、一人一人かけがえのない人であり、命であることは変わりません。なかなか病院にかかり辛い方々に医療者の視点でなるべく早い段階で関わっていれば、救命できたことも、悪化を防げたことも多々あるかと思います。

そして人としてただ話を聞くことで、心の隙間が少しでも埋まることがあるかもしれません。薬をもらいに来てもらえることで、今までの長い道のりや辛かった経験を心の痛みを教えてくださる方もいます。この人が今ここに在る、ただそのことが、何にも変えることができない証なのかもしれません。

毎回毎回、その日を楽しみに、会いにきてくれる方々がいます。

今日あったことを、明日の予定を、伝えてくれる方々がいます。

久しぶりの参加になることもありながら、今日もその人に会えたことが、その人が元気でいてくれたことが嬉しかったりもします。

一人の人間として誰かに触れ、寄り添えること。

誰かのために何かをしているようでいて、実は自分自身、得られていることが多い。そんなささやかな繋がりが、出会いが、その人に、自分に、必要なのだと思います。

忙しい日常の中で、ゆったりと、温かく流れるこの場所を、この時間を、これからもずっと大切にできたらと。素敵な出会いに感謝して。（西田まどか）



けんこう・せいかつ・そだんかい

健康・生活相談会のおしらせ

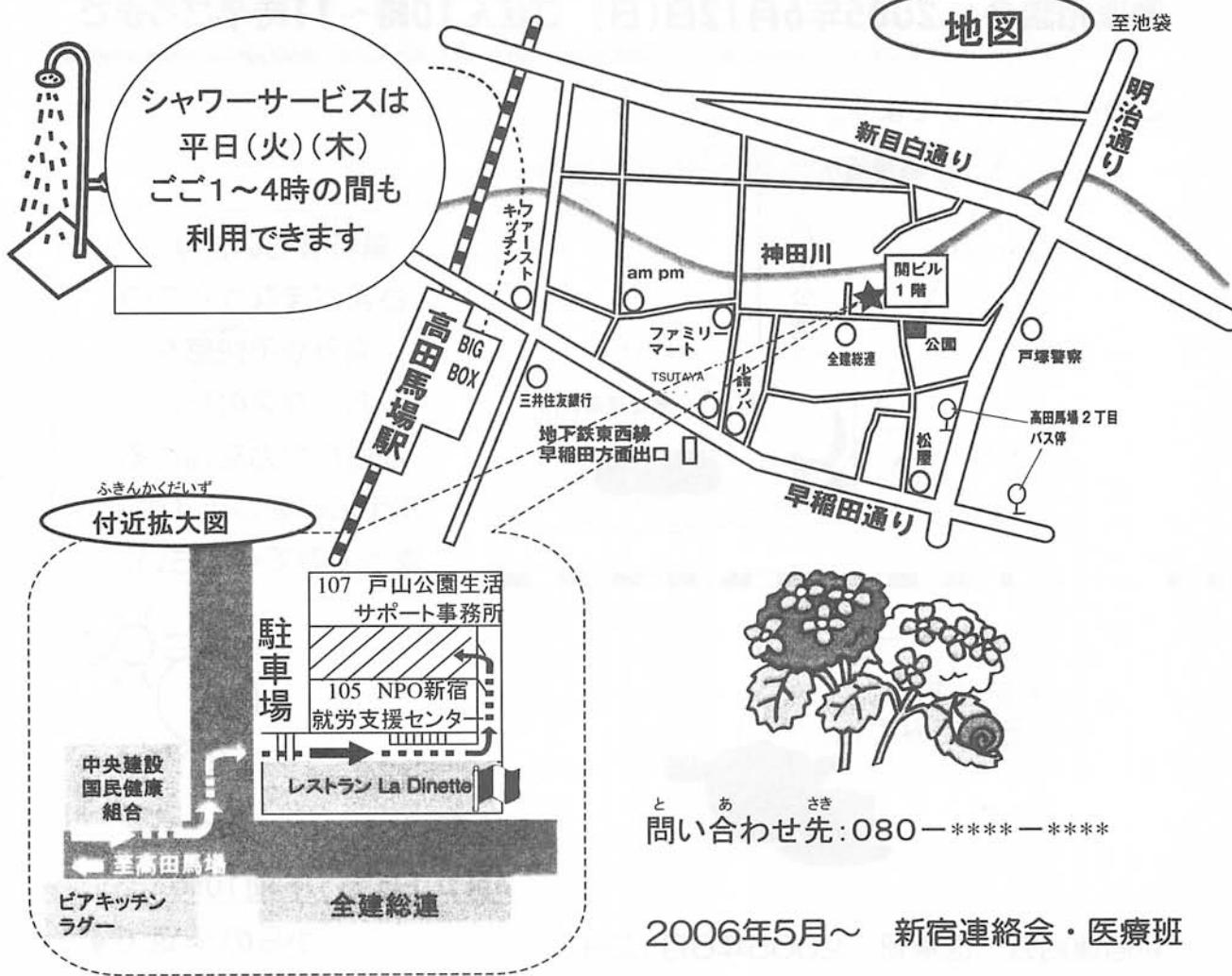
まいづきだいににちようび 毎月第2日曜日に高田馬場にて屋内での健康・生活相談会を実施しています。
たかだのばば おくない けんこう せいかつ そだんかい じっし
からだや病気の相談、歯の相談、福祉や生活などの相談に加え、
はりきゅう治療、シャワーと着替えのサービスも行っています。
ぱしょ たかだのばば とつかしょ ちか おこな きがる りょう
場所は高田馬場（戸塚署近く）になります。お気軽にご利用ください。

まいづきだいににちようび ○ とき：毎月第2日曜日 ごぜん11～ごご1時まで

○ ばしょ：フリースペースBaba(NPO新宿本部事務所)

たかだのばば せき かい
(高田馬場2-6-10関ビル1階)

ないよう びょうき そだん は そだん けつあつそくてい
○ 内容：からだ・病気の相談、歯の相談、血圧測定、
はりきゅう治療、シャワー、着替え、福祉の相談、
せいかつそだん 生活相談など



2006年5月～ 新宿連絡会・医療班

けんこうそうだんかい

健康相談会やっています。



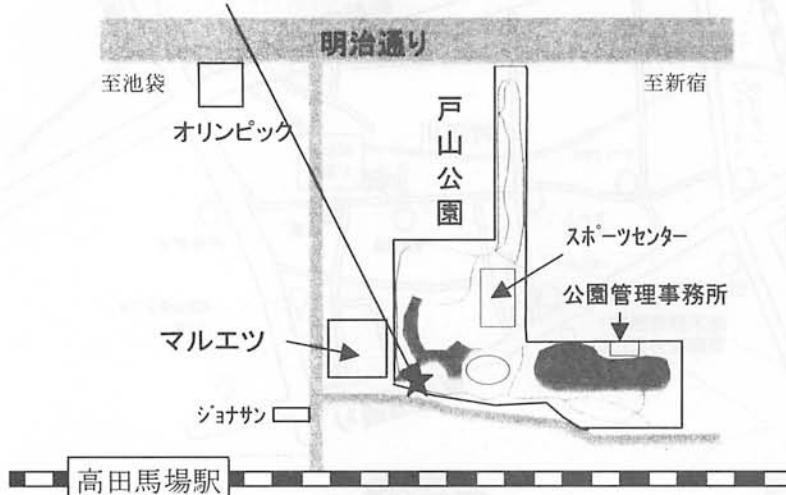
みなさん、こんにちは。

今日は、内科の医者と看護師がきて、戸山公園の高田馬場寄りの入口付近で恒例の無料健康相談会を開催しています。病気の相談を行うほか、簡単な薬も用意しています。血圧をはかりたい方も、お気軽にいらしてください。病院にかかる方には、医者が必要に応じて病院あてに紹介状を書きます。

【解説】
「すこしやすい初夏もつかのま、そろそろ入梅です。じめじめするこの時期は、皮膚のトラブルが増えます。清潔をこころかけましょう。また、かゆみなどでお困りの方はお気軽にご相談ください。」

健康相談会：2005年6月12日(日) ごせん10時～11時半ごろまで

このへんでやります。



お茶もあるよ。
のぞいてみてね。



しんきゅうし
鍼灸師もいます。

さまざまながらだの
いた ふかいかん
痛みや不快感を
おかかえの方、
からだの力を高める
ちから たか
てつだ
お手伝いをしますので
よ
書いてみてください。



次回は

7月10日(日)午前10時

までの予定です

★お茶も用意しています。一服しに来てください。

今度は汗ばむ季節です。

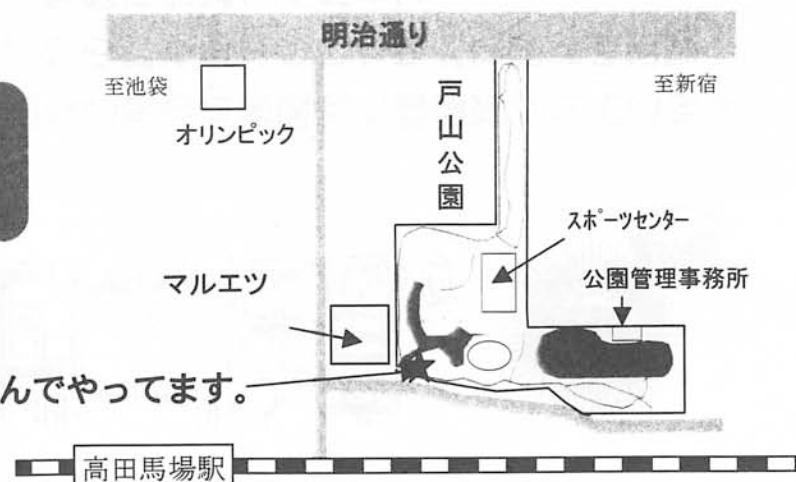
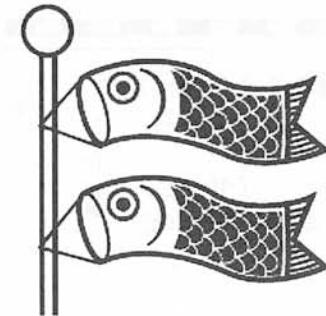
おはようございます。

今日は新宿連絡会からボランティアのスタッフ、内科の医者と看護師がきています。
戸山公園内で無料健康相談会をおこなっています。からだや福祉のことなどに関する相談を行っている他、簡単な薬も用意していますので、気軽にお越しください。
病院にかかる方には、医者が福祉事務所と病院にあてて紹介状をだします。
すごしやすい季節もつかのま、湿気の多い日も増えてきました。肌のかゆみが気になるときは、虫の場合もあるので、念のため、相談会に来てみてください。軟膏もあります。



(次回は6月8日(日)10:00-12:00の予定です)

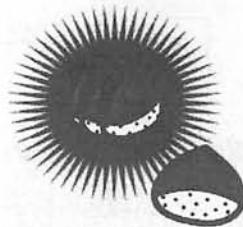
2003.5.11 新宿連絡会・医療班



このへんでやってます。

★お茶も用意しています。一服しに来てください。

季節のかわり日...かぜにご注意。



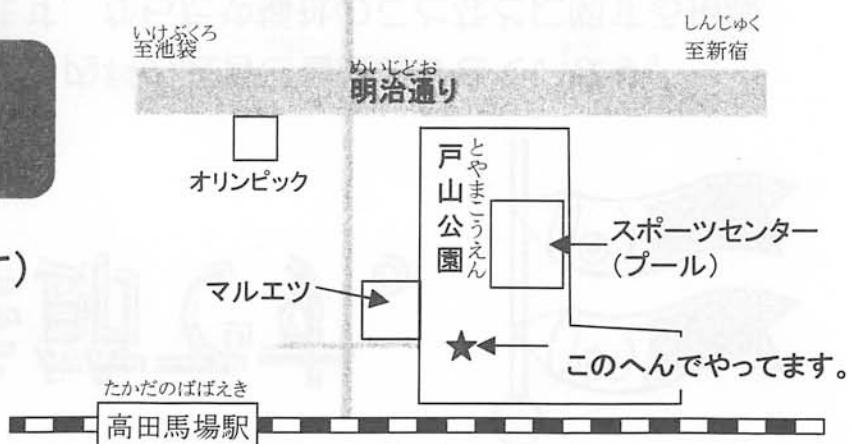
おはようございます。

今日は新宿連絡会からボランティアのスタッフ、内科の医者と歯医者と看護婦がきています。
戸山公園内で無料健康相談会をおこなっています。からだや福祉のことなどに関する相談
を行っている他、簡単な薬も用意していますので、気軽にお越しください。
病院にかかる方には、医者が福祉事務所と病院にあてて紹介状をだします。
猛暑もひと段落ですが、季節の変わり目、朝夕の冷え込みにはくれぐれもご注意ください。



(次回は10月13日(日)10:00-12:00の予定です)

2002.9.8 新宿連絡会医療班



★お茶も用意しています。一服しに来てください。

つ ゆ 梅雨ですが、 かゆくないですか？



おはようございます。

今日は新宿連絡会からボランティアのスタッフ、内科の医者と看護婦と歯医者がきています。
とやまこうえんない むりょうけんこうそうだんかい

戸山公園内で無料健康相談会をおこなっています。

うっとうしい季節となりますが、皮膚のトラブルが増える時期でもあります。

みなさん、調子はどうですか？ 簡単な薬も用意しています。

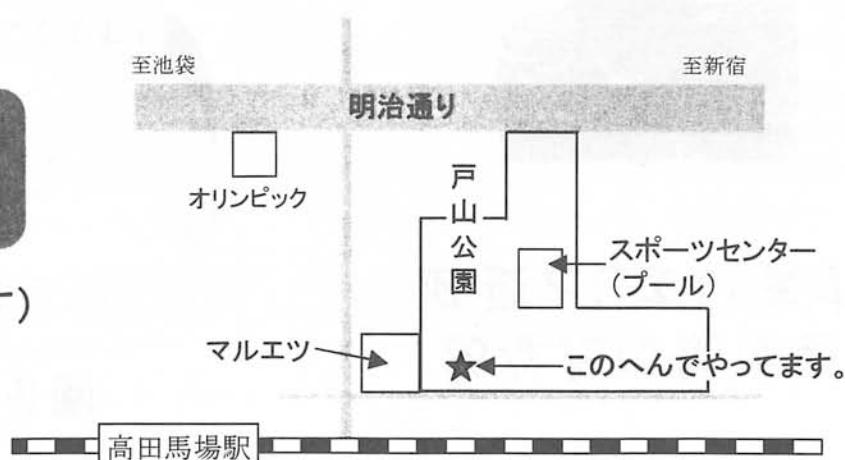
病院にかかる必要がある方には、医師が福祉事務所と病院にあてて紹介状をだします。

お気軽に顔をだしてください。



(次回は7月14日(日)10:00-12:00の予定です)

2002.6.9 新宿連絡会医療班



新宿連絡会 医療班とは

新宿連絡会は、新宿駅周辺などで「路上生活者」に対しての、共同炊事やバトロール、労働相談などといった日常的な支援活動を、当事者、支援者が合同で行っている団体です。

医療班はこの一端として、医療相談会や医療バトロールを行い、「路上生活」を強いられている方々の命と健康を守るために活動しています。年末年始には、24時間体制で医療テントを設置し、医療相談を受け付けたり、緊急収容を行います。また、健康を得る権利を確保するため、医療機関や行政への交渉も行っています。

路上や公園という劣悪な環境で生活し、食事や睡眠も満足にとれない状況で、体調を崩さないわけがありません。そのような状態で亡くなる方々は、新宿区だけで毎年50人ものぼっています。

今、あなたの助けを必要としています。



新宿中央公園

ポケットパーク

都庁

雨の時は
ここ！！

ホテル
センチュリー
ハイアット

ここです！
西口より歩15分

西口

京王 小田急

JR新宿駅

あなたの助けを
必要としています



新宿連絡会 医療班 あなたの助けを必要としています

160-0023 東京都新宿区西新宿4-32-4-603

090-6159-8787 (稻葉)、080-***** (金沢)

<http://www.tokyohomeless.com/>

新宿連絡会
医療班

もう路上では死なせない

090-6159-8787
080-*****

あなたの助けを 必要としています

「路上生活者」



長引く不況の中、失業などの理由で住む場所を失い、野宿を余儀なくされる人々が、各地で増えています。平成15年3月の厚生労働省の調査でも、全国で25,296人、東京23区内で5,927人とされ、一貫して増加傾向をみせています。

いたん住所を失って「路上生活」になってしまふと、再び安定した住まいや仕事を手に入れるのは極めて難しいです。建築土木の日雇い仕事も、年齢制限の壁に阻まれて（路上生活者の平均年齢は55歳）、ほとんど仕事を確保できません。一方で生活に困って福祉事務所を訪れても、「働けるのなら自分で仕事を探しなさい」などと言われ、援助を受けられる人は少ないのが現状です。

新宿連絡会とは

新宿連絡会は、新宿駅周辺などで「路上生活者」の支援活動を行っていた支援団体、生活向上を求めて奮闘していた当事者団体など

3団体や諸個人が合流し、「路上生活者」の権利獲得を目的として1994年に結成された団体です。

共同炊事(焼き出し)、パトロール(夜回り)、医療相談会、福祉行動、生活相談などといった日常的な支援活動の他にも、越年・越冬の取り組み、夏祭り、ビデオ上映などの娯楽活動、調査・宣伝活動、都区行政に対する要望行動などを、当事者・支援者が合同で行っています。

「路上生活者」の健康問題

「路上生活者」は、劣悪な生活環境・栄養状態などの理由から、一般の人々と比べ疾病を持つ人が多いのですが、健康保険を持たない人がほとんどであり、経済的にも困窮しているため、医療機関で継続的に治療を続けることができません。そのため慢性疾患が重症化することが多く、高血圧や糖尿病性網膜症や潰瘍、肝硬変による腹水、心不全による浮腫や、吐血、全身衰弱、肺炎・結核などがしばしば見られます。野宿をしながらの通院では、症状の改善はなかなか見られません。



医療相談会での風景

新宿連絡会医療班の活動

いつでも、気軽にご連絡、ご参加ください。

医療相談

毎月第2日曜日に机を出して相談活動を行っています。内容は血圧測定、市販薬配布と、医療相談です。医師・歯科医師・保健師・看護師・薬剤師・針灸師・医療ソーシャルワーカー・その他ボランティアらが参加します。中央公園では18時より焼き出しに合わせて行っており、毎回およそ150人が受診し、うち20人に医療相談を、100人に市販薬の提供を、30人に定期的な血圧測定を行います。戸山公園では10時からで、およそ20人が受診します。医療機関での治療が必要と思われる方には、紹介状をお渡しし、翌日福祉事務所を通じての受診、重症で緊急性のある方には、救急搬送を要請しスタッフが病院まで付き添います。場所は、中央公園はポケットパーク、戸山公園は高田馬場口そばです。

医療パトロール(夜回り)

毎週日曜日のパトロールでは「路上生活者」一人ひとりを訪問し、声をかけながら健康を確認したり、ニュースレターを配布して情報提供を行ったりしています。第4日曜日には医療関係者が同行して、特に医療面に留意したパトロールを行っています。19時30分から(23時位まで)で、集合場所は医療相談と同じです。

福祉行動(生活保護申請支援活動)

毎週月曜日には、新宿区福祉事務所での生活保護申請・医療機関受診などの手続きに同行して、福祉事務所相談員との面談にあたり、お手伝いをしたり、医療機関受診結果などを確認したりします。時間は朝9時からで、集合は新宿区役所第2分庁舎1階福祉事務所です。

編集後記

もともとは 2005 年冬の発刊を目指していた本誌ですが、なんだかんだと 1 年近く遅れました。しかしその分、内容は濃くできたと思います。編集の不手際から、読みにくい面も多々あるでしょうし、かつ、だいぶ厚くなってしまいましたが、このあたりはご勘弁いただいて、今後ともご指導いただければ嬉しく思います。

原稿を執筆いただいたみなさまをはじめ、多くの方のご支援をいただきありがとうございました。特に、新宿ホームレス支援機構の安江鈴子さんには、季刊シェルタレスからの転載を快諾いただき助かりました。挿絵は Joeff Read さんより提供いただいたものを使用しました。また、ベーテルフォト印刷の宮方繁さんには、1 年もの遅れにお付き合いいただきながらも、細かいことまでお教えいただき、お世話になりました。この場をお借りして、みなさまに御礼申し上げます。

人類の、平和と健康を祈って。

平成 18 年（2006 年）10 月

中久木 康一

nakakuki@tokyo.com

新宿連絡会 医療班 報告書 1996年度～2005年度 頒価1000円

発行日：2006年10月10日

発行者：新宿連絡会 医療班

〒160-0023 東京都新宿区西新宿4-32-4-603

090-6159-8787(稻葉)

<http://www.tokyohomeless.com/>

E-mail:inaba@moyai.net

印刷所：ベーテルフォト印刷株式会社

