

# 貧困地域の健康問題

——格差の少ない社会を構築することが文明的な健康問題解決策——

田淵貴大

大阪大学大学院医学系研究科

はじめに——社会環境と健康

健康であることがあたり前であるかのように感じている者がいるが、決してそうではない。劣悪な生活習慣が続いたりただ高齢になるだけでも、しだいに健康に異常をきたしてくるものであり、加えて、失業や不安定な雇用状態、定まった住居がないなど社会的環境が悪ければ、身体的ダメージだけでなく精神的ストレスも大きくなる。

世界保健機関(WHO)は、憲章の前文で、「健康とは、身体的、精神的ならびに社会的に完全に良好な状態であり、単に病気や虚弱でないことではない」としており、W

H Oヨーロッパ支局では「健康の社会的決定要因」(Social Determinants of Health)として、社会階層・ストレス・人生初期の経験・社会的疎外・仕事・失業・社会的サポート・依存・食物・移送手段を挙げている。  
個人を取り巻く社会環境とその健康は決して切り離して考えることはできない。

社会制度からの排除——医療にアクセスできない者たち

日本には「国民皆保険制度」があり、文字どおり国民全員が健康保険に加入していると考えられているが、実際に

は保険料を支払うことができずに保険証をもてない者が多くいる。厚生労働省によると二〇〇八年度の国民健康保険料の未納率が金額ベースで一〇%を超える見通しとなっており、日本中に無保険者の問題が広がっている。

国の制度で保険料の減免があり、病院・診療所の窓口負担の減免は市町村が独自に導入する制度となっているが、住民登録ができていないホームレス者は制度の申請ができない。結果として、保険証をもてない、医療費が払えないホームレス者は、通常の保険医療から排除されて医療にアクセスできなくなっている。

一方、生活保護制度の医療扶助受給者は福祉事務所などでの手続きを経て病院や診療所を無料で受診できるが、情報伝達が不十分である、手続きが面倒などの理由で医療へのアクセスが悪く、健康状態を悪化させやすい。

釜ヶ崎の健康問題——貧困と不健康の悪循環

貧困地域として知られる釜ヶ崎の多くの日雇労働者は、昨今の経済不況による雇用不安定化や建設業の合理化等とその高齢化があいまって、失業・貧困に陥り、野宿・ホームレス状態を強いられるようになった。

生活習慣の改善や健康診断受診などの健康行動をとおし

て自身の健康に目をむける機会(余裕)がなければ、知らず知らずのうちに人の健康は蝕まれてくる。釜ヶ崎の労働者・野宿者の多くはそういった健康行動に関心が低いと考えられているが、容易に関心をむけることができない社会環境にいる。また、病気を患い、貧困状態に陥ってから釜ヶ崎に流入してくる者もいる。

健康を害すると失業して貧困に陥り、貧困になると医療へのアクセスが阻害されて健康を損なう悪循環となっている。

以下では、貧困との関連が顕著な結核の問題を中心として、釜ヶ崎の健康問題と今後の対策についてのべる。

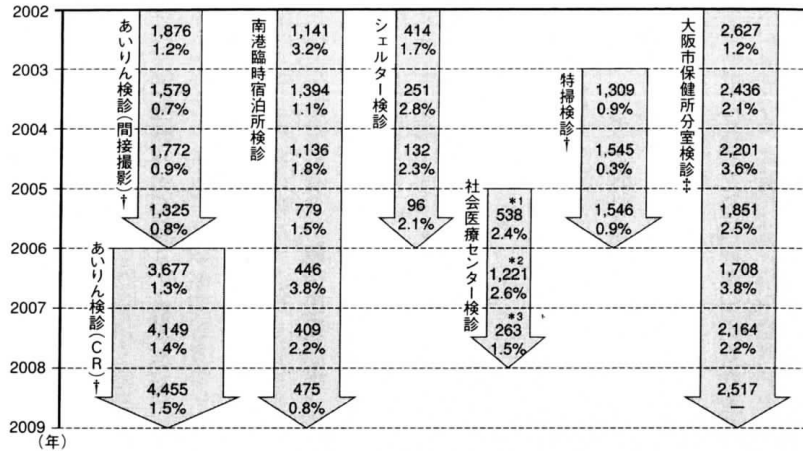
結核からみえてくる釜ヶ崎の健康問題

(1) 結核とは？ 結核と貧困

結核は結核菌によって起こる感染症であり、結核菌は結核患者のだす咳やくしゃみの飛沫に乗り、別の人の肺に吸い込まれて感染する。感染者の約一〇人に一人が一生のうち結核を発病すると考えられており、発病者は肺炎の兆候をとることが多い。また、感染から何年も経ってから発病することも多い。

結核は古くから貧困との関連が強く指摘されてきた疾病

図2 あいりん地区における結核検診の受診状況 (2002~2008年)



(注) 数字は受診者延べ数、%は患者発見率。†は要入院率、‡は要医療率。

表1 あいりん地区における結核検診の実施の詳細

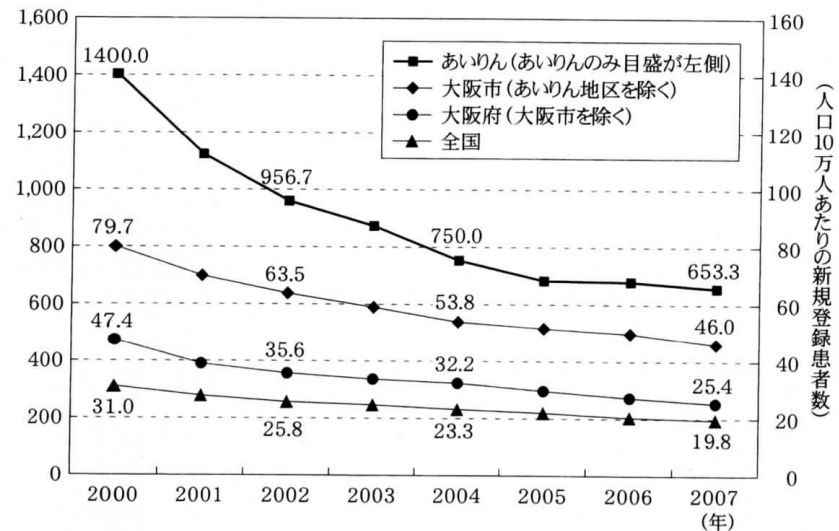
あいりん検診(間接撮影)	あいりん総合センター前で、1973年から毎月1回第1火曜日に検診車において胸部エックス線間接撮影による検診が実施された。金曜日に結果が掲示され、要医療者に対して受診勧奨が行われた。結果をその場で判定できず後日通知をしていたため、対象者の3分の1が医療につながらないという問題があった。2006年4月から下記C-R検診に移行した。
あいりん検診(C-R)	毎月3回第1~3火曜日に拡大された。胸部エックス線所見を即時判定できるデジタルエックス線画像装置(C-R)搭載の検診車が導入され、その場ですぐに精密検査対象者に受診勧奨が行えるようになった。2008年からは特別清掃事業の登録に際して検診受診が義務づけられるようになり、受診者数も増えてきている。
南港臨時宿泊所検診	夜宿生活者のための越年事業にあわせて検診が実施された。2006年からは南港臨時宿泊者全員に対して検診を義務づける政策がとられた。
夜間臨時避難所検診(シェルター検診)	年1回シェルター前で検診が実施された。任意であったため受診者が少なかったうえ、夜間に実施していたこともあり医療につなげることが難しいという問題があったため、現在は実施されていない。
社会医療センター検診	大阪社会医療センターで1年以上胸部エックス線検査をうけていない者に対して実施された。研究費により実施されたため、制度上確立した検診となっていない。対象者はそれぞれ*1; 整形外科外来初診患者、*2; 内科・外科外来受診患者、*3; NPO・病院を通じて参加を呼びかけた釜ヶ崎で仕事もしくは生活する者であった。
特掃検診(特別清掃事業)従事者検診	ホームレス者に対する就労支援事業である高齢者特別清掃事業(特掃)従事者を対象として実施された(特掃に関する説明は沖野論文を参照)。かつて保険証や住民票をもたない場合が多い特掃従事者は事務局を通じて自己申請した場合のみ検診が実施されていたため、検診受診者は少なかった。研究費により2003年からの3年間、申請なしで特掃就労当日に同意を得て検診が実施された。2008年に特掃登録者に検診が義務づけられるまではふたたび自己申請による検診となっており、受診者数は10分の1以下になっていた。
大阪市保健所分室検診	大阪市保健所分室で1973年から結核相談が開始され、90年から結核専門医による診察が週5日行われている。結核の疑いがある患者の初回判定をして入院医療へつなげる役割を担っている。定期通院患者などの外来診療は実施されていない。

であり、貧困・社会動乱・都会のスラム化など社会環境の悪化、HIV感染あるいは高齢化などにもなう免疫力の低下などが、結核の蔓延を促進する要因である。現在、日本は世界のなかで中等度の結核蔓延国とされており、結核は決して過去の病気ではない。

(2) あいりん地区(釜ヶ崎)の結核——結核検診を中心に結核発生動向調査によると、二〇〇七年のあいりん地区の結核罹患率は人口一〇万人あたり六五三人であり、全国の約三〇倍の高率である(図1)。ただし、この調査データの解釈には注意を要する。結核罹患率計算に使用するあいりん地区の人口を三万人としているが、正確な人口が不確かである点、あいりん地区での結核の診断治療判断が他の地域と異なっている可能性がある点、あいりん地区内外を流動的に生活している者が発病した場合に登録地が偏る可能性のある点などによって、過小評価と過大評価が入り混じり、真実を把握することは難しい。

かつて国民病であった日本の結核は戦後順調に減少したが、一九八〇年頃から減少率が鈍化し九七年から上昇に転じたため、九九年に結核緊急事態宣言が発令され、これを契機に従来の結核対策では対応してこなかった社会の実態に沿った対策(ハイリスク集団にねらいを定めた対策)へ

図1 結核罹患率の推移



(出所) 結核発生動向調査年報。

と転換がはかられた。<sup>(4)</sup>

この流れをうけ、日本一の高蔓延地域であるあいりん地区では地域独自の結核対策が強化され、結核検診(胸部エックス線検査を実施して肺結核患者を発見し、治療へとつなげる)が実施された(図2・表1)。あいりん地区の労働者・野宿者・シェルター宿泊者などのホームレス者や高齢者、病院受診者という結核のハイリスク集団を対象とした検診で、それぞれの検診における結核患者発見の割合はおよそ一〜三%であり、一般住民検診の一〇〇倍以上の高い割合となっている。

図1に示すように、二〇〇七年のあいりん地区結核罹患率は二〇〇〇年に比べると約半分まで低下しており、これらの検診も改善に寄与した要因のひとつと評価できるであろう。

(3) あいりん地区の結核医療体制

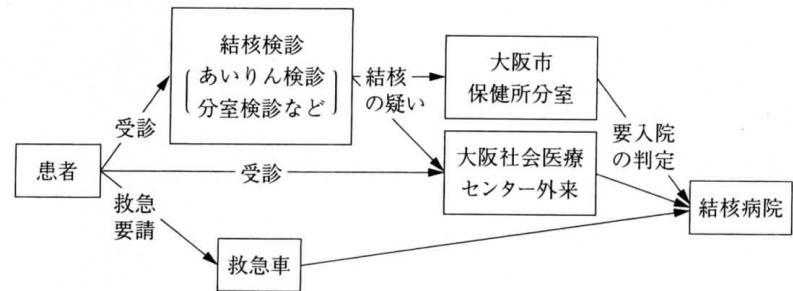
これまであいりん地区には、結核患者の外来診療を専門的に実施する医療機関がなかったが、あいりん地区の結核対策の一環として二〇〇六年一〇月から大阪社会医療センターで結核外来(週一回)が開始された。

大阪社会医療センターは、大阪市立更生相談所・西成労

働福祉センター・保健

福祉センターやNPOからの依頼に応じて多くの医療費を払えない者を受け入れる、無料低額診療事業を行っている。医療費は借付書を徴して原則「貸し付け」のかたちをとる「ある時払い」制度で、お金がなくても受診できる。かつては多くの日雇健康保険などを所持した労働者が怪我や労働災害などで受診したが、近年は労働者の高齢化が顕著であり、経済不況や就労形態の変容にともない生活習慣病や精神疾患などで受診する者が増えている。このような免疫力

図3 あいりん地区の結核患者入院までの流れ



の低下した高齢患者は結核を発症しやすい。

図3にありりん地区での結核患者の入院までの流れを示す。現在、大阪社会医療センターでの結核外来は週三回に拡大されており、ありりん地区の結核診療の中心的役割を担ってきているが、結核外来の体制整備など残された課題も多い。

(4) あいりん地区の結核対策における課題

—手の届きにくいハイリスク集団

図1では、近年のあいりん地区結核罹患率はほぼ横ばいで低下していないとみることもできよう。近年、あいりん地区における結核対策は行き詰まっているのかもしれない。

定期的に結核検診を受診する者が増えてきた反面、重症化するまで検診や病院での受診をしない(できない)者がいる。要入院であってもパーソナリテイ障がいやアルコール依存のために自己退院を繰り返す者、覚醒剤精神病のために入院する病院がない者、入院に抵抗して逃げ出す者、職場の理解が得られない等で通院できない者、他の患者や病院職員とトラブルを起こして来院しなくなる者や処方した薬を内服しない者などがある。

このような多種多様なより手の届きにくいハイリスク集

団(社会的に排除されやすく、医療にアクセスしにくいグループ)にうまく対応できていないことが大きな課題となっている。

(5) あいりん地区の結核対策①—検診機能強化

図2および表1に示したように、研究費による実施体制で行われた検診や夜間に実施されたシェルター検診は、継続的に実施できていない。また、それぞれの検診の結果はその場かぎりの情報となつて、過去や未来のデータと比較できず、適切な対処が難しくなっている。

また、これまでの結核患者調査や筆者らが実施した調査では、ホームレス状態でありりん地区に長期間(五年以上)関与することで結核のリスクが高まることが示唆されており、シェルターや喫茶ルーム・映画館で感染が連鎖し、結核患者が増加している可能性があるが、その連鎖を断ち切る具体策は現在のところ講じられていない。

今後、ハイリスク集団に対して継続的・効率的に結核検診を実施活用していけるように、検診実施場所の調整・ハイリスク者の受診勧奨のための方策・制度に則った実施体制の確立・検診データの共有方法の工夫などを要する。

(6) あいりん地区の結核対策②

——患者を医療につなげる支援活動

前述のように、生活基盤が不安定な患者は計画的に医療にアクセスすることが難しく、病院だけで患者をつなぎ止めておくことはできない。入院を要するあいりん地区の結核患者は、遠く離れた民間病院に入院しており、結核で入院できる病院があいりん地区にないことも結核患者が医療にアクセスしにくい原因となっている。実際に病院で受診したのか、どのような診断でどのような転帰となったのか把握することは困難であるが、とくにハイリスク集団では患者一人ひとりの診療の流れについてしっかりと把握する必要がある。

釜ヶ崎支援機構やヘルスサポート大阪などのNPO、大阪市の野宿生活者巡回相談事業では、咳・痰などの症状がある者への病院受診奨励、野宿生活者の健康状態フォローアップ、薬剤の自己管理困難者の服薬支援や、検診で要医療と判定された者との同行受診、治療中断中の患者に治療の必要性を説明するなど医療につなげる支援活動が行われている。今後、さらにこういった活動を強化していくべきである。

(7) あいりん地区の結核対策③——医療体制整備

医療は普段はとくに必要とされなくても、緊急時などにはその重要性が認識されるものであり、まさに社会保障制度の基盤となるべきものである。

保険証をもたない者のほとんどは医療費を全額自己負担できる経済状況がなく、現実的に無料低額診療施設以外に受診できる病院がないため、大阪社会医療センターが医療費を払えない者の医療において担う役割は大きい。「病気を診るのではなく、人を診る」ことが重要であり、処置や薬の処方などの医療行為だけでなく、宿泊の手配・生活相談・就労支援・お金の使い方や禁煙勧奨など生活全般にわたるコミットメントが求められており、あいりん地区の実情に沿った医療体制を整備していかなければならない。

あいりん地区でこそ結核患者を早期発見・治療するために、診断検査体制の強化とともに継続的な結核診療体制の維持推進（外来の充実・専門職の関与・医療レベルの向上・入院病床整備など）が必要とされている。

(8) あいりん地区の結核対策④——社会的政策

欧米諸国で結核対策に用いる化学療法やワクチン等の開発がなされるかなり前から結核が減りはじめたことから、結核は社会環境や生活水準を向上させることで減らし得る

と考えられている。ヨーロッパでは政府によって無料の医療サービス等のさまざまな社会保障制度が設けられているが、それに比べて日本の社会保障制度は脆弱であり、結核問題を悪化させている可能性がある。あいりん地区の労働者には、定まった住居をもたず生活保護水準以下の貧困状態で生活する者が多く存在しており、社会政策により社会環境や生活水準を向上させることが効果的な結核対策になると考えられる。

また、順調に減少していた日本全体の結核罹患率が上昇に転じたことで九九年に結核緊急事態宣言が発せられ日本全体でハイリスク集団への結核対策に重点を置くようになったのと同様、今後、あいりん地区のなかでもよりハイリスクな集団に重点を置いた結核対策を推進するべきではないだろうか。

釜ヶ崎における健康課題の対策

——貧困地域の「貧困」対策

前述の結核対策として挙げた内容は、結核にかぎらず健康課題全般の対策に共通するものである。釜ヶ崎の健康問題として、結核に加えてアルコール依存症・覚醒剤精神病・うつ病などの精神疾患、ウイルス性肝炎、喫煙による慢

性閉塞性肺疾患、高血圧や栄養失調などの貧困との関連が示唆される疾病のほか、ぜいたく病とされることもある糖尿病や痛風も決して稀ではない。

健康を害する要因はさまざまあるが、釜ヶ崎の健康問題において第一に考えられるのはいうまでもなく「貧困」である。貧困には、経済的貧困だけではなく関係の貧困（社会的孤立）、情報の貧困（情報格差）、教育の貧困（教育格差）、さらに社会制度の貧困（社会保障体制の不備）がふくまれる。

これまでのさまざまな研究から、絶対的な貧困状態（低所得階層）にある者ほど健康状態が悪く、同時に、相対的な貧困状態すなわち所得格差が健康状態の悪化に強く関連していると判明している。

貧富の差が激しい地域では、富める者と貧しい者の関心がくい違い、社会全体の教育や人材育成への投資がなされにくく、人びとの間に衝突を生み、犯罪・暴力・社会不安などを介して地域全体の健康度が低下していく。貧困地域に住む者の不健康は、その地域内での不平等だけではなく、もつと広い社会のなかで相対的に貧しいこと、すなわち、社会格差に起因すると考えられる。

釜ヶ崎の健康課題を解決するためには、地域の病院の強化や環境の改善だけではなく、日本全体の社会保障体制を

再構築し、社会的弱者を包摂するシステムづくりによって貧困や格差を解消することが必要である。

最後に——貧困地域の格差解消は

社会全体の健康を改善する

かつて、貧困は個人の怠慢によるものであり怠惰な個人が貧困に陥るのは当然であると考えられていたが、現在では多くの国において、貧困は社会の問題であり国家や社会によって対処されるべき課題と考えられている。にもかかわらず、日本では個人の怠慢に責任を帰するにとどまっているとの指摘がある。

ガンジーは「貧困は最悪の暴力である」と発言しており、所得格差が大きいほど、暴力問題が発生していることも明らかにされている。貧困地域ではしばしば暴力問題も生じているが、「目にも見えない社会的不平等（社会格差）という制度的暴力」に対する反応であると理解することができ

る。開発途上国だけでなく先進国においても、所得格差が大きければ大きいほどその社会の健康度は低くなり、平等な所得配分や貧困削減を進めることで、貧困地域だけではなく社会全体の健康改善に大きな効果をおよぼすことがわ

かっている。

貧困地域の健康問題解決をめざして社会全体の理解を得るためには、格差解消が社会全体におよぼす利益についてアピールしていくことが効果的であると考えられる。格差の少ない社会を構築することこそが根本的・文明的な健康問題解決策なのである。

(注および参考文献)

- (1) 落合裕隆・岩宮祐一「ホームレスを対象とした結核対策活動」科研費石川班報告、二〇〇五年。
- (2) 大阪市結核統計ではあいりん地区(釜ヶ崎)の範囲を萩ノ茶屋一〜三丁目・太子一〜二丁目・山王一〜三丁目・花園北一〜二丁目・天下茶屋北一丁目としている。これは統計のための便宜上のもので、歴史的なあいりん地区(釜ヶ崎)の範囲とは異なる。本稿では結核に関する場合にはおもに「あいりん地区」の名称を使用した。
- (3) 結核は現在、感染症法のもと全例発症登録が実施されており、人口一〇万人あたりの新規登録患者数を年間の結核罹患率として計算する。
- (4) 高島毛敏雄「わが国の貧困と医療の課題」『貧困研究』Vol. 2、明石書店、二〇〇九年。
- (5) 無料低額診療事業は、社会福祉法第二条第三項および

- (6) 法人税法施行規則第六条第四号の規定に基づき、医療費支払いが困難な者に医療費減免を行う事業である。都道府県などの認可をうけた医療機関が実施するもので、低所得者やホームレス者・生活保護受給者など生活が困難な者の医療費が無料になるか減額されるが、どのようなケースを受け入れて診療するのかが各施設の考えに委ねられている。延べ患者総数のうち無料・減額の患者が一〇%以上など、一定の条件を満たせば認可される。患者は、医療機関や社会福祉協議会などと相談し、診療券が発行されると窓口負担が免除または減額される。
- (7) 現在、筆者が毎週火曜日の結核外来を担当している。
- (8) 井上隆智・山口昇「大阪社会医療センター外来結核患者の社会医学的調査」一九七三年。
- (9) 田淵貴大・高島毛敏雄・井戸武實他「あいりん地区における潜在性結核感染の実態と関連要因」『結核』Vol. 84、五月号、日本結核病学会、二〇〇九年。
- (10) あいりん地区の結核患者の多くは結核病院までの交通費を払うことができないため、無料送迎してくれる遠く離れた一部の民間結核病院にしか入院できない。その一部の病院以外に入院することは難しく、それらの病院でトラブルを起こしたり、対応困難な合併症があると、入院できる病院がなくなってしまう。
- (11) 鳥尾忠男「わが国の結核対策」(JATAボックス)、(財)結核予防会、東京、一九九六年。

- (11) イチロー・カワチ・ブルース・P・ケネディ「不平等が健康を損なう」日本評論社、二〇〇四年。
- (12) 近藤尚己・イチロー・カワチ「貧困・所得格差と健康」『貧困研究』Vol. 2、明石書店、二〇〇九年。
- (13) 川上憲人・小林廉毅・橋本英樹「社会格差と健康」東京大学出版会、二〇〇六年。
- (14) 湯浅誠「反貧困—すべり台社会からの脱出」岩波書店、二〇〇八年。
- (15) リチャード・G・ウィルキンソン「格差社会の衝撃」書籍工房早山、二〇〇九年。
- (16) Wilkinson, R.G., Pickett, K.E. "Income inequality and health: a review and explanation of the evidence." *Social Science and Medicine*, 62: 1768-84, 2006.