

## <教育報告>

# ホームレス地域生活移行支援事業における健康に焦点を当てた 生活支援に関する取り組み

平成 17 年度合同臨地訓練第 1 チーム

境道子, 白神美津子, 成澤弘美, 肥田有紀子, 藤原千秋

## Health Care and Self-Reliance Support Services in "Housing First Project" for Homeless People

Michiko SAKAI, Mitsuko SHIRAGA, Hiromi NARISAWA, Yukiko HIDA, Chiaki FUJIWARA

キーワード：ホームレス 自立 連携 生活支援 健康サポート 高血圧

ホームレス対策事業の一つの委託を受けている NPO 法人をフィールドとし、自立支援のための生活支援の課題を明らかにし、その対応に取り組んだ過程を報告する。

### I 課題設定に至る経緯

#### 1. フィールドの紹介

##### 1) 地域生活支援センター「すみだ」

取り組みの拠点となったのは、地域生活支援センター「すみだ」(以下「すみだ」とする)である。「すみだ」は、東京都から「ホームレス地域生活移行支援事業」(以下、本事業とする)を委託されている NPO 法人自立支援センター「ふるさとの会」(以下「ふるさとの会」とする)の一事業所である。「ふるさとの会」は 1990 年より炊き出しや高齢路上生活者を対象とした給食、相談、娯楽など、山谷地域を中心に活動してきた。本事業では、就労支援事業、地域生活支援事業を担っている。「すみだ」は墨田区向島にあり、平成 17 年 8 月より、3 人の生活支援担当者で墨田区を中心に、墨田区隅田公園でテント生活をしてきた本事業対象者 105 人の生活支援を行っている。

##### 2) 周辺地域

墨田区の地勢は、面積 13.75km<sup>2</sup>、東西 5 km、南北 7 km に広がっている。なお、平成 17 年 10 月現在の人口は 226,152 人(男 113,321 人、女 112,831 人)で 111,099 世帯である。

##### 3) 墨田区におけるホームレスの人数

東京都の平成 16 年 8 月の調査によると、東京 23 区内のホームレスの人数は 5,497 人、墨田区には、886 人であった。「ふるさとの会」が墨田区に委託されて行った実態調査によると、墨田区内でも隅田公園には 181 人のホームレスが確認されたが、本事業に参加した者はそのうちの 105 人で、墨田区隅田公園に起居するホームレスの 58.0% である。墨田区隅田公園でテント生活をしてきた 105 人は、本事業の利用により現在は、墨田区、荒川区、台東区、足立区、葛飾区、江東区、江戸川区に居住している。

### 2. ホームレス地域生活移行支援事業の概要

東京都は、平成 16 年 6 月に『ホームレスの自立支援などに関する東京都実施計画(素案)』を立て、都内 5 つの公園(都立の戸山公園・代々木公園・上野恩賜公園、区立の新宿中央公園・隅田公園)を対象に、公園でのテント生活者に借り上げ住居を 2 年間低家賃(月 3,000 円)で提供し、就労機会の提供に努めながら自立を促す「ホームレス地域生活移行支援事業」をスタートさせた。東京都福祉保健局がホームレス対策に実績のある民間団体に委託し実施している。本事業は 4 つのステップがあり、第 1 ステップではテントを訪問し、この事業への参加の意向を聞き、相談に応じる。続く第 2 ステップでは、民間の宿泊所に移って健康診断を受けて一般の生活に慣れるとともに、アパート物件の希望の確認、下見、契約補助等を行なう。さらに第 3 ステップでは、一般就労の開拓と紹介、臨時就労の紹介、技能講習の実施といった支援(就労支援)と、巡回訪問による生活相談や生活保護の相談などの支援(生活支援)を行う。最後の第 4 ステップでは、事業対象者が一般生活に復帰することを目指している。墨田区隅田公園では、平成 17 年 10 月現在、第 3

指導教官： 阪東美智子 (建築衛生部)  
米澤洋美 (公衆衛生看護部)  
鈴木晃 (建築衛生部)

ステップまで進んでいる。

### 3. 経緯

#### 1) フィールドの現状

平成 17 年 10 月、「すみだ」の 105 人に対する生活支援は、仕事や経済的困窮に関することで奔走し、健康の視点を含めた支援が不足している状況がうかがえた。背景には、生活支援担当者が保健医療の専門家ではないこと、保健医療関係機関との十分な連携が行えていないことがあげられる。担当者も健康面のサポートが十分でないことは感じていたが、取り組みに対する具体的な要望が明確に出されなかったため、我々の取り組みは課題を発見することから始まった。

#### 2) フィールドの課題発見までの過程

7 月に現地訪問で得た就労支援担当者の話をもとに、KJ 法により問題点を整理し、事業対象者の自立した生活に必要な要素として「住む場所」「基本的な生活」「就労」「健康」「人間関係」の 5 つをあげ、その関連を考えた (図 1)。

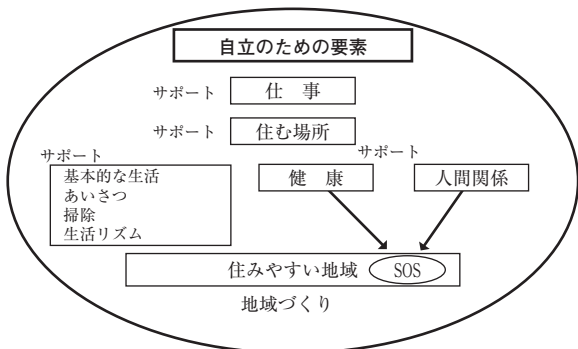


図 1 ホームレスが自立のために必要な要素

「ふるさとのかい」の現在行っている活動は、「住む場所」「基本的な生活」「就労」への支援が中心で、「健康」「人間関係」についての支援は難しい現状にあることがうかがえた。また、多忙のため支援の記録が追いつかず、個人記録が作成されていない状態だった。そこで記録を整備し、関係機関との連携方法が担当者間で共有できれば、生活全般の支援が可能になるのではないかと考え、9 月中旬に取り組み内容を検討した段階では、担当者の生活支援に役立つツール (①記録フォーマットの作成 ②機関活用の便利帳) を開発することを計画した。9 月下旬に「すみだ」を訪れ担当者から話を聞き、「健康面の視点を持つ医療従事者との同行訪問に期待している」「生活支援での相談内容は、食べること、食費、お金の相談、仕事の紹介などが多い。食べることについては、食事のパフレットなどがあると助かる」「イベントを行なっているが工夫が必要で、集まる機会があるとよい」「支援記録の統一した様式がないため、あれば利用したい」という意見が出された。これらの意見をふまえ 5 つのテーマを提案した (表 1)。

表 1 5 つの提案の具体的内容

番号	テーマ	内容
①	食生活指導パンフレット作成	担当者が生活支援に活用できる生活習慣病予防の食事パンフレット
②	生活実態の調査	担当者が今後の生活支援に生かすため、事業対象者の生活実態を把握する
③	社会資源活用の手引き作成	事業対象者支援を行ううえで必要な連携をスムーズに行うための担当者向け手引き
④	フェイスシートの作成	事業対象者の支援目標が担当者間で共有できる個人別記録様式
⑤	地域生活支援センター「すみだ」でのイベントの開催	事業対象者に「すみだ」を生活支援拠点として活用してもらえるよう生活習慣病予防等の題材でのイベント

#### 3) 取り組み内容の決定

担当者の要望から、最終的に「フェイスシートの作成」と「生活習慣病関連のイベント開催」に組み込むことに決定した。具体的には 2 つの取り組みに対して自立に必要な要素として重要な「健康」のサポートを担当者が行えるための方法を提示することを考えた。限られた期間内に最も効果的でかつ、実施可能な計画となるよう検討を重ねた結果、事業対象者のフェイスシートを作成し、第 2 ステップの健康診断で紹介状が出ていた 29 名を対象とした家庭訪問、イベント開催の各過程を担当者と一緒に行うことに決定した (図 2)。

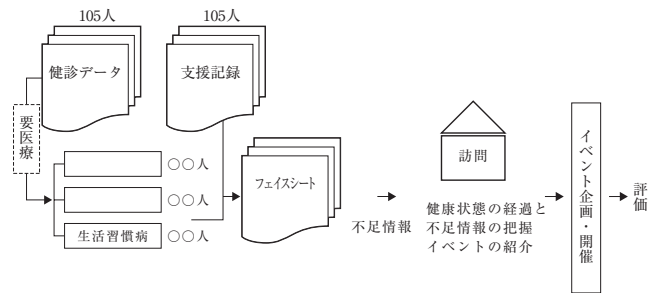


図 2 取り組みの手順

紹介状の閲覧に当たっては、NPO 法人訪問看護ステーション「コスモス」(以下、「コスモス」とする) の協力を得る必要があったため、東京都及び「コスモス」を訪問し、取り組みの趣旨を説明し、必要資料の提供の了解を得た。「コスモス」は、台東区、荒川区にまたがる山谷地域、横浜市の寿地域で訪問看護を中心に活動し、本事業の第 2 ステップで行われる健康診断を委託されている。

#### 4) 倫理的配慮

個別の健診データや支援記録の閲覧・分析・家庭訪問に当たっては、事業実施者である東京都福祉保健局の承諾を得て行った。

データの扱いについては個人情報保護に配慮し、個人が特定できるような利用の仕方はしないこと、収集したデータは合同臨地訓練の資料としてのみ利用し、訓練終了後は安全に速やかに廃棄すること、などを約束して厳重に取り扱った。

## II 課題の取り組み

図 3 のような流れで取り組んだ。

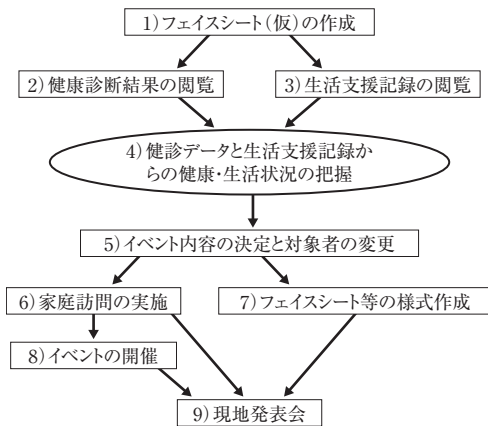


図 3 取り組みの流れ

### 1) フェイスシート(仮)の作成

フェイスシート(仮)を作成し、予め事業の中で決められている都への報告事項の他、我々が活動に取り組む上で留意して観察すべきと思われた項目を追加した。

### 2) 健康診断結果の閲覧

「コスモス」が実施した第 2 ステップの健康診断の結果を分析した。

### 3) 生活支援記録の閲覧

生活支援記録の閲覧により、「すみだ」が事業対象者 105 人に対して行っている生活支援状況を、フェイスシート(仮)に転記した。

### 4) 健診データと生活支援記録からの健康・生活状況の把握

健診結果で最も注目すべきは、高血圧が 65 人 (63.0%) にみられることだった。特に重症高血圧の割合は 17 人 (16.5%) と高く、中等症高血圧も 14 人 (13.5%)、軽症高血圧も 34 人 (33.0%) であった。事業対象者には高血圧に罹患する者が多く、特に重症高血圧の割合が多いことが問題と考えた(表 2)。

生活支援記録から、事業対象者の生活や健康課題には年代別や結核といった疾患の他に、診断治療歴はないもののアディクション、パーソナリティなどの問題の感じられる事例があることがうかがえた。

### 5) イベント内容の決定と対象者の変更

高血圧が 6 割以上にみられ、特に重症高血圧の割合が多いにもかかわらず、管理が行なわれていないことを問題ととらえ、高血圧に焦点を当てたイベントを開催することに決定した。また、紹介状の有無にかかわらず血圧の管理が必要な者が多いことと、イベントへの参加しやすさを考慮

表 2 健診結果

健診で指摘できた疾患名		割合 (n=103)
高血圧*	軽症	33.0%
	中等症	13.5%
	重症	16.5%
血中脂質検査	高コレステロール血症要医療 (> 240mg/dl)	21.4%
	低コレステロール血症 (< 150mg/dl)	11.7%
	高中性脂肪血症 (300mg/dl 以上)	8.7%
糖尿病 (要医療区分・血糖 200mg/dl 以上)		5.8%
肝機能障害 (GOT > 40 または GPT > 35)		12.6%
貧血 (< Hb13.5g/dl)		38.9%
rGTP 高値 (rGTP > 60)		18.4%
肥満度	肥満 (BMI25 以上)	28.2%
	やせ (BMI18.5 未満)	4.9%
尿検査	蛋白陽性	9.7%
	潜血陽性	4.9%
胸部レントゲン写真浸潤影 (結核)		3.9%
胸部レントゲン腫瘍影		1.0%

\*軽症高血圧…140mmHg ≤ 最高血圧 < 160 または 90 ≤ 最低血圧 < 100  
 中等症高血圧…160mmHg ≤ 最高血圧 < 180 または 100 ≤ 最低血圧 < 110  
 重症高血圧…180mmHg ≤ 最高血圧 または 110 ≤ 最低血圧

し、墨田区居住の 39 人および台東区居住の要医療者 3 人を対象とすることに変更した。また家庭訪問により現在の健康、生活状況を把握し、イベント内容に反映させることにした。

### 6) 家庭訪問の実施

「すみだ」担当者とともに血圧計持参で 1 件の予備訪問と 5 日間で延べ 61 件の家庭訪問をし、22 人に面接できた。食事内容や健康面に重点を置いて聞き取りし、チラシでイベントの案内を行った。

面接できた 22 人から、自炊をしている人が多く、高血圧を指摘されている人の多くは放置されていることが分かった。さらに、家庭訪問を実施する中で、健康面への個別対応を要する対象者と遭遇したため、対象者の課題を整理し、今後の支援等について関係機関を訪問し、相談・情報収集を行った。

### 7) フェイスシート等の様式作成

事業対象者の生活支援を円滑にする上で、支援経過を整理する以外に、対象の課題および支援目標・内容が評価しやすい記録様式の必要性を再検討した。その結果「フェイスシート」「モニタリングシート」「支援記録用紙」の 3 種の記録様式を作成した。

### 8) イベントの開催

10 月 27 日 (木) 17 時から 19 時に「すみだの夕食会～減塩と適正エネルギーの摂取～」を実施し、24 人 (事業対象者 7 人を含む「すみだ」利用者とスタッフ) が参加した。イベントは、1. 血圧測定 2. 食事の提供 3. 健康教育で構成した。メニューの決定に際し以下の点に留意した。

(1) 主食・主菜・副菜をそろえること

- (2) 減塩で適正なエネルギー量かつ野菜の摂取を多くすること
- (3) 簡単に作れる料理であること
- (4) 価格が安価であること

健康教育では、風船と水銀血圧計を用いるなど教育方法を工夫したり、「すみだ」担当者の協力により運動後の血圧上昇を観察するなど、わかりやすい説明に努めた。

### 9) 現地発表会

10月31日(月)、「すみだ」生活支援担当者に対し、これまでの取り組みについて報告し、プロセス全体に関する意見交換を行った。

## Ⅲ 考察

この取り組みで、「すみだ」が有効な生活支援を継続的に行うために、健康の視点を含めた生活支援が必要であるという課題が明らかになった。我々は、フェイスシートの作成、家庭訪問、イベント企画・開催の過程を「すみだ」担当者と一緒にすることを通して、生活支援における事業対象者の健康サポートに役立ててもらおうと考えていた。しかし、短い期間内での「すみだ」スタッフとの目的共有と共同作業には限界があったように思われる。

以上のことを踏まえて、取り組みから見えてきた課題を考察する。

### 1 健康の視点を含めた生活支援

健診データと支援記録をフェイスシートへ記入したことや家庭訪問から、健康面以外の課題解決に奔走し、紹介状の発行の有無にかかわらず、健康の視点を含めた生活支援が不足していることがわかった。健康サポートの1つの手段として、家庭訪問時に血圧を測定することは、事業対象者にとって受診のきっかけや自分の血圧の状態を知るよい機会になると考える。また「すみだ」担当者が事業対象者の血圧が高いと実感したことは、今後の健康サポートを含めた生活支援への第1歩となったと感じている。また、健康サポートの手段として行った「イベント（集団アプローチ）」

と「家庭訪問（個人アプローチ）」は、互いに関連しあいながら活動の両輪となることが重要と考える。つまり、同じような課題をもつ個人を集団として働きかけ解決につなげることと、集団では解決につながりそうにない個人特有の課題を、個人に働きかけ解決につなげるということである。そして本事業でも、集団と個人へのアプローチの両方を活用することが効果的と考えた。また健康面の課題は、保健医療従事者と連携し実践することで、より質の高い生活支援となる。今後、健康サポートを含めた生活支援を行うためには、①「すみだ」担当者間で情報を共有し、事業対象者への支援方針を明確にすること ②委託機関間の連携や地域にある関係機関と連携することが必要であると考えた。

### 2 情報の共有と方針の明確化

支援記録を閲覧する中で、記録者ごとに視点が異なり、事業対象者への支援方針が分かりにくい印象が強かった。今回作成したフェイスシートは、生活支援スタッフの間で問題点を共有しやすいよう、仕事、収入、人間関係、健康、住居、その他飲酒や金銭面などの問題点の記載欄を設けた。これらの問題点を記載すれば、訪問記録を読み込まなくても、事業利用者の問題点が容易に把握でき、支援方針を組み立てやすくなる。またモニタリングシートにより、時間とともに変化する問題点を定期的に整理することで、効果的な支援を行うことができると考えた。さらに支援記録用紙に統一した様式を用い、訪問日時、電話や訪問などの接触方法を記載する欄を作ったことで、普段の生活ぶりを把握でき、効率的な訪問が可能になることを期待している。また、問題点ごとの支援内容、次回の支援に向けた課題も書くようにしたことで、担当者の支援計画が整理でき、異なる担当者でも統一された方針で支援ができるように工夫した。現在のような、担当制をとらずに3人のスタッフで生活支援をする体制では、問題点・方針が明確にできる様式の統一や工夫は、支援の質に影響すると考える。記録様式を活用することをきっかけに、記録するだけでなく、対象者の支援に関して、日常的に職員間で話し合う雰囲気が生まれたり、定

表3 健康サポートの切り口からみた課題（下線部分は、委託に入らない内容）

	第1ステップ	第2ステップ	第3ステップ	
すみだ	テントを訪問し面接・相談	住居下見の同行・契約の補助 健診結果説明会場に同席 受診の必要な場合は保護課へ同行	家庭訪問、来所による生活相談 <u>健診結果を取りに来なかった人に紹介状を渡す</u> 紹介状が発行された者には受診勧奨する	健診結果についての詳細な情報は持っていない
コスモス		健診（問診・計測・採血：看護師、X線撮影：健診車） 診断：医師 結果説明：看護師 健診結果の区分は、異常なし/要経過観察/要再検査/要精密検査（独自の基準）	健診後の受診の有無について心配だが確認できず	結果説明は、全て看護師でよいか 委託事業所に医師が常勤でないことのデメリット
対象者	事業参加の意思表示あり	健診の受診、未受診者がいた 結果説明に行かなかった人がある 紹介状が出た人29人	紹介状があるのに受診しなかった人がある お金がなくて受診できない人がある	疾病を理解する機会がない 受診する動機が持てない
課題		本事業における健診の目的が不明確（健診と今後の健康管理との関連性） 紹介状を取りに来ない人への対応が想定されていない 健診担当者と生活支援担当者が連携しながら支援継続できる仕組みになっていない 要再検等今後のフォローの基準がない		

期的な事例検討の場を設定し、支援の振り返りと改善が図られることも期待される。

### 3 委託機関内での連携

表3は、本事業を健康サポートの切り口からみた課題である。「すみだ」、「コスモス」、事業対象者の各々に課題があり、同時に、第2ステップから第3ステップにかけて、健診を行う目的が不明確で①紹介状を取りに来ない人への対応が想定されていないこと、②健診担当者と生活支援担当者が連携しながら支援継続できる仕組みがないこと、③要再検等今後のフォロー体制が整備されていないこと、という早急に解決すべきシステム上の課題があることが分かった。これは、本事業が複数の団体に委託されたことによる狭間でおこったことであり、委託元である東京都のコーディネートによって改善可能であると考え。ここで鍵となるのは、単なる連絡ではなく、各対象者への支援目標を共有し、各機関の専門性を発揮した連携である。「すみだ」が、健康面のサポートに関しては専門家である「コスモス」等に相談していくことと、東京都が、「コスモス」の委託内容を、健康診断だけでなくその後のフォローにまで拡大していくことが望まれる。

### 4 地域にある関係機関との連携

我々は取り組みの中で、今後の連携のきっかけになればという思いから、血圧計や自転車の借用、健康手帳の交付について、向島保健センターに相談し、協力を得た。また家庭訪問で心配される事例について、関係機関に相談し、情報収集を行った。今後、健康問題に関して「すみだ」と関係機関との連携がよりスムーズになることを期待する。生活支援を充実させるためには、地域に存在する多くの社会資源を「すみだ」が積極的に活用することが求められる。

## IV 提案

以上のことから本事業で健康の視点を含めた生活支援を行うにあたり、次の提案をしたい。

- 1 「すみだ」が健康サポートを視点に入れた生活支援を行うためには、以下の方法が有効であると思われる。
  - 1) 血圧測定のための提供のため、家庭訪問時の血圧計の携帯
  - 2) 血圧測定や健康情報を入手できるような健康コーナーの設置
  - 3) フェイスシート・モニタリングシート・支援記録の活用による担当者間での支援方針の確認と共有
  - 4) 生活支援担当者から就労支援担当者への生活状況の情報提供

- 5) 健康状態の気になる事業対象者について、関係機関への迅速な相談
- 2 東京都は、本事業を委託されている関係機関が連携しやすいよう、話し合える場を設ける。
- 3 東京都は、健診で、紹介状が発行された人、再検査や経過観察が必要と判断された人に対して今後の対応の取り決めをして、各関係機関の役割分担等を事業の中に組み込み、保健医療体制を整備していく。
- 4 各関係機関が持つ事業対象者の支援状況を集約し、支援目標・方針の決定を共有し、明確な役割分担をする場を設ける。
- 5 各関係機関が活動上、改善すべきと感じた事柄について東京都に報告し、それを受け東京都は改善策を講じ、より有効な事業へ発展させる。

注：「ホームレス」という用語の使用方法をめぐっては多くの議論があるが、本稿では便宜的に「ホームレス」を路上や公園などで野宿生活を送っている人を指す用語として使用した。

## 謝辞

今回の取り組みを実施するにあたりまして、お忙しい中ご協力いただきました、事業対象者、地域生活支援センター「すみだ」、NPO 法人訪問看護ステーション「コスモス」、及び東京都福祉保健局の皆様は厚く御礼申し上げます。

## 参考文献

- 1) 黒田研二．厚生労働科学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」 2005.3.
- 2) 小橋元，ほか．札幌市におけるホームレス者の健康問題と生活習慣の実態 平成 12 年の健康相談会の実践から．日本公衆衛生雑誌 2001；48：785-793
- 3) 墨田区．墨田区ホームレス実態調査．2005.3
- 4) 知覧俊郎．日雇い労働者・ホームレスたちの今 その生活と健康．Nursing Today：2004.4；19(4):71-73.
- 5) 東京都．ホームレスの自立支援等に関する東京都実施計画（素案）．2004.6
- 6) 東京都福祉保健局ホームページ (<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp>) ホームレスの自立支援等に関する東京都実施計画．2005.10 月現在
- 7) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会．事業概要．
- 8) 特定非営利活動法人訪問看護ステーションコスモス．紹介パンフレット．