

2013 年度研究助成報告

名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告

調査責任者
石川勤労者医療協会 城北病院 精神科
松浦健伸

(報告内容)

I、調査実施の概要

II、調査結果

I、調査実施の概要

1) 調査開始の背景及び経過

厚労省調査によると 2012 年 1 月現在のホームレス数は 9576 人であり、1999 年の調査開始以来、初めて一万人を下回った。公的支援も不十分ながら広がったということもあるが、実際は調査方法の限界（目視）、公共施設からの追い出しなど路上生活者の実態が見えなくなっているという指摘もある。またホームレスの支援団体からは、より支援の困難な人びとが増えているという声もある。障害を抱えている人も少なくないのではないかと経験的に感じられる指摘もある。より一人ひとりに寄り添った支援のために、2013 年春、その背景を医学的にも把握したいという支援者団体の思いと、もともと貧困・格差と精神疾患の関連に関心をいただいていた民医連精神医療委員会、さらに岐阜大学の研究者が支援活動を通じて意思一致が進み、共同で調査を実施することになった。さらに愛知民医連の協力を得て、話し合いを繰り返し今回の調査実施に至った。

2) 事前準備

WA I S（知能検査）を全施行すること、当事者の感覚過敏、注意集中を担保できる場所を確保することを念頭において個室形態の会場確保を意識した。調査実施の準備期間が短かったこともあり、公共施設予約は困難なため、全日本民医連と協議の上で予算化し、ダイテック栄を確保した。

対象者の参加呼びかけについては笹島共生会、ささしまサポートセンター S S C の協力をいただきながら、木曜医療相談と月 1 回の健康診断の際に当事者への呼びかけを行った。パイロットスタディであり、参加募集人数が限定されることもあって、宣伝を大々的に行うことを躊躇する反面、一定の対象者の確保を必要とするため、ある程度確約して参加していただいけそうな当事者を取捨選択する形となった。また、呼びかけの際に「こころの健康調査」であることに対して反応し、当事者からは「自分たちを病気扱いにしないでほしい」と忌避される方もみえたため、当日の調査についてはバイアスが生じている。当日に向けては 24 名の方の参加約束を得て 18 名の方に参加をしていただくことができた。本来ならば事前に様々な調整等を行い、情報共有をした上で調査に臨むことが必要ではあったが、距離的な制約、当日開場の時間などの課題のため、数回の話し合いとメーリングリスト上でのマニュアル共有に留めたため若干の調整課題を残したまま調査を迎えることとなった。

3) 調査日時および場所

- ・2013年10月27日(日)午前8時半～午後5時
- ・調査会場：ダイテック栄ビル(名古屋市栄駅近く)

4) 調査参加者

- ・岐阜大(精神科医1名、臨床心理士2名)、愛知医科大(看護師1名)、名古屋大学(内科医1名)
- ・民医連(16名)一北海道、愛知、岐阜、石川、奈良、大阪、岡山の各県連、全日本民医連より
- ・地元のホームレス支援団体(2名)一ささしま共生会、ささしまサポートセンター(全23名) <精神科医5名、内科医1名、研修医1名、心理士5名、精神科看護師3名、PSW2名、事務4名、支援団体2名であった。>

5) 実施内容

- ・事前の調査計画書に従い、あらかじめ今回の調査への協力者を登録し、1日の時間帯を3つにわけてあらかじめきていただく時間帯を指定し、会場に集まっていた。
- ・調査は最初の面接者が、参加者に調査主旨の説明を丁寧に行い、同意書のサインを得る。1)精神科医による面接、2)臨床心理士による検査、3)PSW・Nrによる聞き取りの3つに分かれ、一人2～3時間要した。1)では、M.I.N.I(精神科半構造化面接)、ASRS(成人用ADHDスクリーニングテスト)、JART-25(病前知能推定テスト)を行い主に診断面、2)ではWAIS-III(成人知能検査)で知能測定あるいはWAIS簡易版大六式(絵画完成・符合・数唱・知識)で知能評価、3)ではあらかじめ作成した「基礎情報聞き取り票」を用い、「路上生活に陥った理由や経過」「路上生活にとどまり続けるあるいは抜け出せない理由」をナラティブに聞きだし、ICレコーダーで記録した。
- ・調査用の部屋は6部屋。部屋の大きさによって、「聞き取り」と精神科面接は共用し、心理検査は単独として優先した。
- ・参加者(被験者)には待合室を設定しそこでは飲み物、お菓子など用意し、各パートで空きを待ってもらい。空いたブースに入ってもらい。調査終了後謝礼(クオカード3000円分)をお渡し、順に帰っていただく。
- ・調査終了後は全員で振り返りを行い、感想、次回本調査実施に向け検討課題などを出し合う。

6) 実施結果

- ・事前登録者24名中18名の方が来所。特にトラブルなく終了。参加の方々では「疲れた」「こんな頭使ったことなかった」「あんまりできないので落ち込んだ」などの感想が聞かれたが(立ち話)、不満や怒りなどはなくむしろ検査に協力的で心理士によれば臨床で実施しているよりもずっとやりやすかったという意見が複数聞かれた。
- ・WAIS全項目実施は16名で2名は簡易版での施行となった。一人あたりの調査時間は2～3時間を要した。一番時間を要したのはやはり知能検査で1時間半程度かかり、次に「聞き取り」に30～40分、精神科医面接は20分～30分程度であった。
- ・精神科医5名のうち、1名が受付及び参加者に上記3つのパートのどこに向かうか指

示し全体を調整する役割を担った。

- ・空いているスタッフ（研修医含む）は、参加者への案内（会場は5階と7階に分かれ6部屋の使用）、待っている参加者への配慮や対応など行った。

- ・参加者が18名だったこともあって、予定よりも早く終了できた。また精神科医面接が予想よりもスムーズで早く終了した印象であった。

7) 振り返りでの発言のいくつか

- ・昼をまたいで実施になった人は負担だったのでは？お昼の用意なども検討

- ・4人「聞き取り」行ったが、3人はすらすらと話が出来たが、一人の方は難しかった。名古屋市の上生活から脱するための施設や制度については、あらかじめ、ささしまサポートセンターで用意していただいたが、さらに名古屋市の地名や地域が分かる地図などあれば良いと思われた。

- ・路上生活がその人の生活になっていて、そこから抜け出したい意思が見えない印象の人がいた。

- ・自立の意思がないように見える方でも本当にそうなのか、自立の意思をどう確認するのか、環境によって出てくるのではないかなどの視点が大切でないか。

- ・あきらかに知的障害があると分かる人がいた。そうした人をすぐに支援につなげられたらいいと思われた。

- ・「基礎調査項目」で過ごしている場所や収入源については選択項目になっていたらよかった。「聞き取り」では、情報を聴く順番について工夫が必要と思われた。検討を。

- ・話に感情移入してこちらが泣いてしまった。大変な生き立ちや生活をしてこられていると思った。

- ・心理検査施行は楽しくできた。良い経験、勉強になった。

- ・心理検査を真面目に受けてくれた。気持ちよく楽しく検査できた。

- ・かなり精神障害や知的障害を抱えている方が多い印象であった。MINIの診断ではすぐにひっかかってしまう印象があり、精神科医の臨床診断が大切と思われた。

⇒全体に調査スタッフも、多くの学びが出来、路上生活者の問題への理解や共感が広がり、また振り返りで支援団体の方の意見も伺い、双方にとって協力関係を高める良い機会となった。参加した岡山からの研修医も対応や案内、見学と積極的にブースを回っており、満足されていたようである。

II、調査結果

II-1、名古屋の一地域に暮らすホームレスにおける精神疾患、知的障害、発達障害の有病率について

【はじめに】

ホームレス*状態にある人は、そうでない人に比べると、精神疾患の有病率が高いことが、欧米諸国における調査で報告されている。例えば、1996年1月から2007年12月までのあいだに、ホームレスの精神疾患有病率について発表された論文をメタ解析した Fazel S.らの報告では、ホームレスの精神病性障害の有病率は12.7%、大うつ病11.4%、人格障害23.1%、アルコール依存症37.9%、薬物依存症24.4%と推計されている。本邦における

ホームレスの精神疾患有病率調査は、森川らの、2009年に行った池袋駅周辺における調査が唯一である。池袋駅周囲半径1km圏内で路上生活をしている人を対象としており、実際に調査対象となったのは80人であった。彼らの報告では、16.3%に精神病性障害、41.3%にうつ病、16.3%にアルコール依存症があり、62.5%の人が何らかの精神疾患を有していた。この調査は首都圏の中でも非常に限定的な場所における調査であり、ホームレスにおける精神疾患の有病率の実態が明らかにされたとは言えない。さらに他の活動地域において、広範囲かつ包括的な調査を実施する必要がある。

ところで、我々は、「笹島診療所」(名古屋におけるホームレスへの無料診療サービスを行う団体)において、定期的に、ホームレスを対象とした診療業務を行っている。そこから受ける印象は、前述の報告と異なり、うつ病や精神病性障害の割合はむしろ少なく、精神遅滞や、発達障害(特に成人のAD/HD(Attention Deficit / Hyperactivity Disorder))などが多くみられるというものであった。したがって、ホームレス支援のための方策を検討するためには、一般的な精神疾患の有病率調査だけでなく、知的障害や発達障害の有病率も測定することが必要であると強く感じられた。

*「ホームレス」とは都市公園、河川、道路、駅舎その他を故なく起居の場所とし、日常生活を営んでいる者をいう(ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法第二条)。

<対象、実施方法、精神疾患、知的障害の診断や判定は、上記調査報告参照>

【結果】

表1が、対象者の基本情報である。年齢、今回の路上歴、初めて路上生活をはじめた年齢、手帳の有無、年金の有無、生活保護受給歴、精神科受診歴、主な収入について聴取した。対象者の年齢は42歳から65歳までで、平均年齢は 56.8 ± 6.3 歳であった。全員が男性である。今回の路上生活期間は、バラツキが大きく、1年未満から30年にも及ぶものがあり、平均は 6.7 ± 7.0 年であった。はじめて路上生活をはじめた年齢は 47.1 ± 9.4 歳であった。精神科受診歴がある者は、精神疾患罹患率と比して非常に低く、わずか3人であった。何らかのかたちで現金収入を得る手段を持っている者が14人(78%)であり、最も多い手段は缶収集であった。

	年齢	今回の路上歴 ^a	初路上年齢 ^b	手帳	年金	生活保護歴	精神科受診歴	主な収入
No.1	55	8	47	-	-	-	-	草取り
No.2	63	10	50	-	-	-	-	缶収集
No.3	59	3	56	-	-	-	-	缶収集
No.4	50	4	46	-	-	-	-	缶収集
No.5	51	4	48	-	-	-	-	日雇い
No.6	64	1	60	-	-	6回	-	日雇い
No.7	54	4	46	-	-	-	-	なし
No.8	63	13	50	-	障害年金	1回、現在申請中	+	障害年金
No.9	54	6	48	-	-	-	-	缶収集
No.10	62	4	52	-	-	-	-	缶収集+日雇い
No.11	61	1	55	-	老齢年金	-	-	缶収集+日雇い
No.12	42	5	27	-	-	1回	-	日雇い
No.13	53	5	48	-	-	-	-	なし
No.14	48	17	28	-	-	-	+	日雇い
No.15	63	1	58	-	-	-	-	なし
No.16	61	30	30	-	-	数回	+	なし
No.17	65	4	54	敬老手帳	老齢年金	1回	-	老齢年金
No.18	55	1	45	-	-	2回	-	缶収集
平均	56.8	6.7	47.1					

^a単位は年。1年未満は切り上げ

^b単位は年齢。最初に路上生活をした年齢

表1 対象者の基本情報

表2は、今回の調査で明らかになった対象者の精神科診断名と自殺危険度、AD/HD診断の結果である。対象者18人のうち、精神疾患を有する者は11人(61%)であり、気分障害圏が7人(39%) (軽躁エピソードのみは除く)、精神病性障害が2人(11%)、アルコール依存症・乱用が6人(33%)であった。自殺危険度は、MINIによる構造化面接の中で定型的な質問によって判定されている。なお、1-5点は低リスク、6-9点が中リスク、10点以上が高リスクを意味するが、高リスクと判断される者が3人であった。AD/HDはASRSによるスクリーニングで3人が抽出されたが、いずれもAD/HDとは診断されなかった。

	精神科診断名	自殺危険度	AD/HDスクリーニング
No1	大うつ病、PTSD	12	9項目該当も除外
No2	大うつ病	16	非該当
No3	なし	0	非該当
No4	なし	0	非該当
No5	アルコール依存症	0	6項目該当も除外
No6	精神病像をともなう気分障害現在	7	非該当
No7	大うつ病、アルコール依存症	1	非該当
No8	精神病性障害	0	9項目該当も除外
No9	アルコール乱用	0	非該当
No10	精神病性障害、軽躁病エピソード、アルコール依存症	4	非該当
No11	なし	0	非該当
No12	なし	13	非該当
No13	なし	0	非該当
No14	大うつ病(メランコリー型)、PTSD	0	非該当
No15	アルコール乱用	4	非該当
No16	精神病像をともなう気分障害、アルコール依存症	9	非該当
No17	なし	1	非該当
No18	なし	0	非該当

表2 対象者の精神科診断名

	言語性	動作性	全知能	言語理解	知覚統合	作動記憶	処理速度	備考	知的障害*	発達バラスキ**	JART予測IQ
No1	66	65	63	78	57	65	86		軽度精神遅滞		85
No2	62	52	54	59	55	56	54		中等度精神遅滞		71
No3	123	103	116	129	97	105	118		なし		120
No4	55	52	49	50	55	58	72		中等度精神遅滞		77
No5	99	94	96	100	91	88	100		なし		94
No6	71	64	65	78	57	65	66		軽度精神遅滞		108
No7	110	103	108	40	31	29	21		なし	あり	112
No8	82	74	76	86	77	83	75		なし		98
No9	68	67	65	69	72	69	75		軽度精神遅滞		75
No10	100	78	89	99	95	102	72		なし	あり	114
No11	77	92	83	78	108				なし		75
No12			34					簡易版	重度精神遅滞	不明	69
No13			138					簡易版	なし	不明	120
No14	94	90	91	86	97	105	81		なし	あり	104
No15	101	103	102	99	97	107	124		なし		118
No16	61	52	53	59	57	62	52		中等度精神遅滞		71
No17	107	102	106	100	106	111	86		なし		96
No18	100	101	100	97	110	100	94		なし		106

* IQ 70-56を軽度精神遅滞、55-40を中等度精神遅滞、39以下を重度精神遅滞とした。

**「発達のバラスキあり」は、小項目の点数差が10点以上で判断した。

表3 対象者の知的能力

表3は、対象者の知的能力を測定した結果である。16人に対してWAIS-III完全版を、2人に対してWAIS-III簡易版(大六式)を施行した。対象者の平均知能指数(IQ)は、83.4±27.4であった。今回の調査では、およそ4割が知的障害圏の知能であることがわかった。

次に、対象者のIQ低下が先天的か、後天的かを判断するために、WAIS-IIIとJART-25によるIQ値を比較した。ただし、JARTではIQ69点以下を測定できないため、先天的にIQが一定以上低かった者は、見かけ上、WAIS-IIIとJARTのIQ値の間に解離ができてしまう。これらの者を除外するために、WAISで中・重度の知的障害があり、JARTによるIQ推定値が精神遅滞圏、あるいは境界域に入る者(推定IQ<80)(No.2,4,12,16)を取り除いたところ、基準を満たした者は6人で、いずれも精神疾患を有していた。

	言語	類似	知識	理解	算数	数唱	語音	配列	完成	積木	行列	符号	記号
No1	4	8	6	4	4	3	7	8	1	4	4	7	8
No2	2	4	4	5	4	5	1	2	3	3	2	2	2
No3	16	14	15	14	12	11	10	11	13	7	9	13	14
No4	6	2	6	3	7	5	2	1	1	5	2	3	7
No5	10	9	9	11	9	9	6	9	6	9	11	11	9
No6	4	7	7	4	6	6	2	7	2	2	5	7	1
No7	12	16	12	19	12	8	9	13	10	10	11	9	12
No8	7	8	7	5	8	8	6	8	9	5	5	4	7
No9	5	4	5	6	3	8	5	6	5	4	8	4	7
No10	10	7	12	11	9	11	11	2	9	9	10	4	6
No11	6	7	5		9			10	11	13	8		
No12			3			2			1				1
No13			15			19			13				12
No14	7	7	8	7	10	15	8	9	7	9	13	5	8
No15	9	10	10	10	12	10	12	9	10	8	11	15	14
No16	3	3	4	2	4	7	2	1	1	3	5	2	1
No17	10	9	11	13	9	15	12	12	14	8	11	7	8
No18	7	11	10	10	12	10	8	7	11	13	11	9	9

表4 対象者のWAIS-III下位検査の評価点

表4は、対象者のWAIS-IIIの下位検査の評価点を示したものである。表3で「発達のバラツキあり」(下位検査項目の点数差10点以上)の基準を満たした者は、3人であり、いずれも精神疾患を有し、大うつ病2人、精神病性障害が1人であった。

	精神疾患なし	精神疾患あり
知的障害 中～重度 IQ<55	No.4 No.12	No.2 大うつ病 No.16 精神病像を伴う気分障害、アルコール依存症
軽度 IQ<70		☆ No.1 大うつ病、PTSD ☆ No.6 精神病像を伴う気分障害 No.9 アルコール乱用
なし	No.3 No.11 No.13 No.17 No.18	No.5 アルコール依存症 △ No.7 大うつ病、アルコール依存症 ☆ No.8 精神病性障害 ☆△ No.10 精神病性障害、軽躁エピソード、アルコール依存症 ☆△ No.14 大うつ病(メランコリー型)、PTSD ☆ No.15 アルコール乱用

△発達のバラツキあり(小項目の点数差が10点以上)
☆JARTとWAISの解離あり(IQ値の差が11点以上 (JARTの推定IQ<80の対象者は除く))

図1 対象者の精神障害・知的障害のマッピング

次に、対象者の精神疾患と知的障害をマッピングしたものを示す(図1)。対象者18人のうち、精神疾患のみを有する者は6人(33%)、知的障害のみを有する者が2人(11%)、両方の障害を有する者が5人(28%)であり、いずれの障害も有しない者は5人(28%)であった。これら4群について、年齢、今回の路上歴、はじめて路上に出た年齢の平均値を比較したものが表5である。検定にはStudent-T検定を用いて、各群の比較をそれぞれ行った。

	年齢	今回の路上歴	はじめて路上に出た年齢
精神疾患+知的障害	58.0±2.3	9.8±4.2	47.2±4.0
精神疾患のみ	58.0±2.5	7.8±3.1	46.8±5.1
知的障害のみ	46.0±4.0*	4.5±0.5	36.5±9.5
診断名なし	58.0±2.5	2.8±0.8	51.6±2.2

平均値±標準誤差
* p<0.05

表5 4群間の年齢、路上歴、路上生活開始年齢の比較

知的障害のみを有するものは、他の 3 群と比較して有意に年齢が低かった。有意ではなかったが、知的障害のみを有する者は、はじめて路上に出た年齢が低く、診断名を持たない者は、はじめて路上に出た年齢が高く、路上歴も短い傾向が見られた。また、精神疾患を有しているものは、有していない者よりも現在までの路上生活期間が長い傾向が認められ、知的障害と合併している者は、最も路上生活期間が長かった。

【考察】

本研究では、WAIS-III 完全版を施行することで、知的障害の有無と発達のバラツキを測定することができた。本邦では、これらについて調査を行った報告がなく、貴重な報告であると考えられる。

精神疾患についての検討では、精神疾患の有病率は、精神病性障害が 2/18(11%)、気分障害が 6/18(33%)、アルコール関連障害が 4/18(22%)であり、人格障害、薬物依存症と診断された者はいなかった。精神疾患全体の有病率は 11/18(61%)であった。おおむね、森川の報告と似た数字を示していた。Fazel S.らの報告¹⁾と比べると、本対象者の方が、うつ病の罹患率が高く、アルコール依存症、薬物依存症、人格障害の罹患率が低かった。この結果は、調査した我々自身にとって意外なものであった。というのは、調査の協力を得た 18 人は、サポートセンターと繋がっている比較的社会性の高い人たちであり、診断名のつかない人たちがほとんどであろうと考えていたためである。支援に繋がっている人の方が、障害を抱える率が低いだろうというのは思い込みに過ぎないが、それでも、支援が届き難い人たちの精神疾患の有病率がいかなるものであるかと憂慮せざるを得ない。

次に知的障害についての検討では、18 人の対象者のうち WAIS-III で知的障害圏にあった者は 7 人(39%)で、内訳は軽度知的障害圏が 3 人(17%)、中等度以上の知的障害圏に 4 人(22%)であった。ただし、軽度知的障害圏に入る 3 人のうち WAIS-III と JART の IQ 値に解離を認める者 2 人が精神疾患のため IQ が低下したと考えれば、先天的な知的障害を有している者は、5 人(28%)であると推定された。言語性 IQ 優位であるため、言葉で取り繕うことが可能であり、発見されづらいのではないかと考えられる。先行研究については、大人のホームレスの IQ を測定した報告は非常に少なく、我々が検索しえた限り二つだけであった。一つは、アメリカにおける 16 歳から 21 歳のホームレスの若者を対象に行われ、そのうち 6%が、知的障害圏か境界域の知能(IQ<80)であったと報告されている。もう一つは、イギリスで 50 人のホームレス(平均年齢 33.6±10.5) に対して行われた調査で、知的障害圏の知能(IQ<70)を示していたのは 10%であったと報告されている。しかし、我々の調査対象に限らず、本邦におけるホームレスの平均年齢は 60 歳前後が中心であり、名古屋市が行った「ホームレス生活実態調査」の報告²⁾でも、平均年齢は 58.8 歳(平成 24 年度)であった。我々の調査対象も平均年齢 56.8±6.3 歳で、名古屋市の調査を良く反映している。対象年齢が大きく違う上に、アメリカやイギリスとは社会状況が異なるため、これらの報告と単純に比較して、本邦では知的障害を有するホームレスが多いと言うことは当然できない。ただ、本邦において、今回の調査の結果から、ホームレスの中に知的障害圏に入る者が 40% (先天的な知的障害は 28%と推定) もいるという事実は、彼らへの支援のかたちを大きく変える必要があるという警鐘である。つまり、知的障害者が路上にこぼれ落ちないように

予防的な支援と、路上から脱出するための「わかりやすい支援」である。本調査で示唆された重要なことは、会話においては一見したところ正常に見えるホームレスが、実は知的障害圏の知能であったという事態が多く見られることである。本人が路上から脱出する支援に乗らず、好んで路上にいるように見える場合でも、実は、(認知症患者のように)面倒くさがる素振りや、自らの理解力の低さを隠すことが習慣化しているかもしれないという、支援者の視点が必要である。

一方、ホームレスに対して発達障害という視点からアプローチをした研究は、我々の知る限りでは、我々の調査がはじめてである。発達のバラツキを有する者を調べるために設定した「WAIS-III の下位検査の評価点の差が 10 点以上あるもの」という基準を満たした者は 3 人であった。基準を満たした 3 人は、いずれも知的障害を有さない者であったが、その理由として、発達のバラツキが基準を満たすためには、それなりに高い IQ が必要とされることがあったのかもしれない。基準を満たした 3 人は、いずれも精神科病名が付く人たちであり、当初われわれが想定した、「知的障害も精神疾患も有しないが、発達のバラツキがあるため社会的不適応を起こしている人たち」は発見できなかった。また AD/HD が多いのではないかと考えたが、予想に反して、AD/HD と診断されたものは一人もいなかった。

以上の検討を統合して、障害の有無を「精神障害のみ」、「知的障害のみ」、「精神障害と知的障害を併発」「いずれの疾患もなし」の 4 群にわけ、対象者の年齢、路上生活歴、はじめて路上に出た年齢の関係を分析した。今回の対象数が少ない中でも、平均年齢の差に有意差を認めた。知的障害のみを有する者は、他の 3 群に比べて年齢が低かった。有意ではなかったが、今回の調査から「いずれの疾患も持たない者は、路上生活の開始が遅く、路上生活歴も短い。また、知的障害のみを有する者は路上の開始が早い。精神疾患を有する者は、路上生活歴が長い」という明らかな傾向が示された。

今回の調査・解析をまとめると、知的障害を有することは、早期の路上生活開始の誘因となり、精神障害を有することは路上生活の長期化に影響を与えることがわかった。この結果は、路上生活者の支援を行う上で重要な知見となる。つまり、知的障害を持つものには、路上にこぼれ落ちない支援が必要であり、精神障害を持つものには、路上生活から抜け出す支援が必要であると考えられた。

II-2、名古屋市におけるホームレスのメンタルヘルス実態調査—精神・知的障害がホームレスに至った原因や抜け出せない理由にあたる影響

ホームレスにおいて、精神疾患・知的障害が路上生活に与えた影響に関する研究はほとんどない。そのためにホームレスにおけるメンタルの問題に焦点をあてた研究が求められる。本研究では、名古屋市のホームレスにけるメンタル問題と路上生活との関係を分析した。既報調査の第 2 報である。

【方法】対象者 18 名の男性ホームレスを、1、障害無し、2、知的障害が基盤にある者、3、精神障害が基盤にある者の 3 群に分けた。そして上記の理由を対面調査によって自由に語ってもらい質問者が記録。内容を K J 法でカテゴリー化して、障害との親和性を分析するために、対応分析を行った。対象、実施方法、精神疾患の診断、知的障害の測定と判断は第一報と同様である。

対象者のグループ化は、18人のうち、精神疾患を有する者は11人、知的障害が有する者は7人であったが、そのうち精神疾患と知的障害の両方を有するものが5人であった。その5人のうち、JARTとWAIS-Ⅲの両スコアの間に基準値（11点）以上解離しているものが2人あり、この2人は精神障害が基盤にあって知的障害を後天的に併発したと判断し精神疾患が基盤にあるグループに含めた。残り3人は、知的障害がもともと基盤にあって精神疾患を合併したと考え、知的障害が基盤にあるグループに含めた。

聞き取り調査では、看護師あるいは精神保健福祉士が、「どうして路上生活に陥ってしまったのですか」と、「どうして路上生活から抜け出せないのでしょうか」という二つの定型的な質問を対面で行い、自由に語ってもらい筆記記録した。その結果をカードに記載し、グループにまとめ(KJ法)、研究者2人の合意によってカテゴリーとして整理した。(表6、表7)

KJ法によるカテゴリー分類	知的障害が基盤にある者(5人)	精神疾患が基盤にある者(8人)	障害なし(5人)
自分の能力や資格の問題	0(人)	1(人)	1(人)
社会の問題	3	3	2
家族関係	3	3	2
家族以外の人間関係	1	2	3
病気	0	5	1
アクシデント	0	2	0
借金	0	0	3
自分自身の気持ちの問題	0	2	2

表6 路上生活に陥った原因と障害の関係

KJ法によるカテゴリー分類	知的障害が基盤にある者(5人)	精神疾患が基盤にある者(8人)	障害なし(5人)
住所身元保証がない	0(人)	3(人)	0(人)
仕事がない	1	3	1
お金がない	0	3	0
人間関係が苦手	2	0	1
生活保護を受けたくない	2	4	2
かつて生活保護でトラブルになり使えない	1	1	1
施設・シェルターを使いたくない	1	0	0
生活に困ってない	1	1	2
今の方が楽だから	2	0	0

表7 路上から抜け出せない理由と障害との関係

【結果】上記3グループはそれぞれ5、5、8人であった。対応分析による位置づけからは、「路上生活に陥った原因」について、知的障害が基盤にある者は、「家族関係」や「社会の問題」のためにホームレスに陥ったと考え、「自分の能力」や「自分の気持ち」の問題とは考えないことが示唆された。精神障害が基盤にある者は、いずれのカテゴリーとも親和性が高いが、「家族関係」よりも「家族以外との人間関係」「病気」「アクシデント」の影響を受けやすい。障害を持たないものは「借金」や「家族以外の人間関係」が大きな要因になっていることが示唆された(図2)。さらに「路上生活から抜け出せない理由」については、

知的障害が基盤にある者は、「施設やシェルターを使いたくない」、「今の方が楽」との理由の親和性が高く、精神障害が基盤にあるものでは、「住所・身分保障がない」「仕事がない」「お金がない」といった現状をそのまま理由と語る傾向があった。障害を持たないものは「生活に困っていない」に親和性が高かった（図3）。以上から、第1群は、借金など経済的な問題を持ち、路上生活から抜け出したいと思わない傾向があった。第2群は、人間関係の困難さを訴える傾向があった。第3群は、現状を理解できておらず、その結果、路上生活から抜け出せないようであった。（図2、図3）

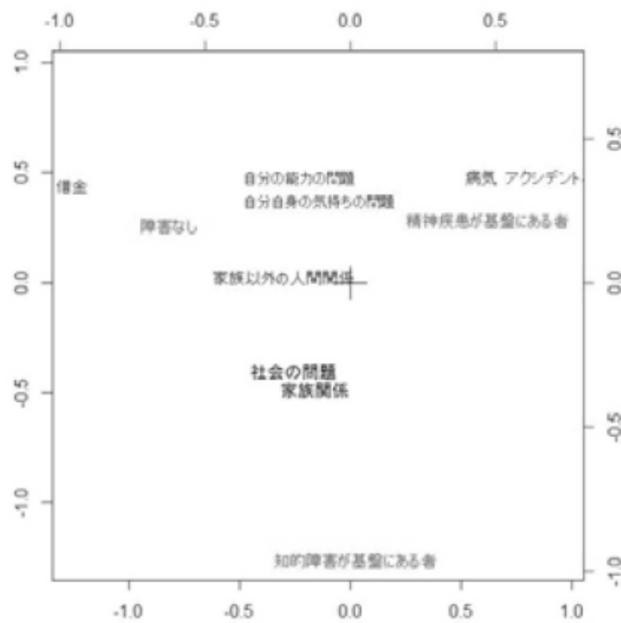


図2 路上に陥った原因と3群の対応分析（文字の重なりは手作業でずらしている）

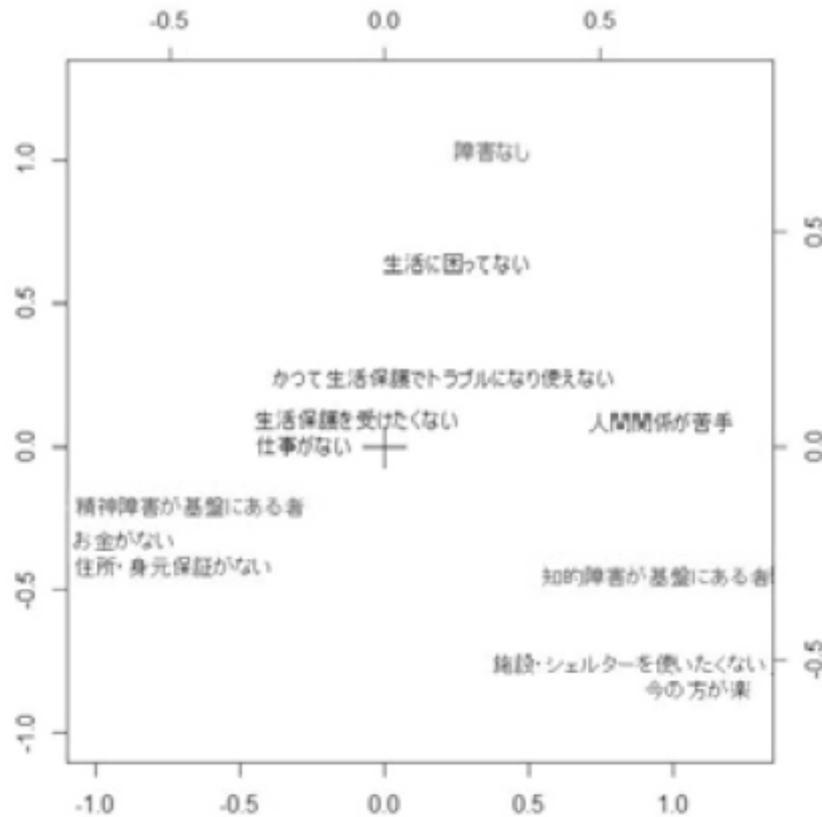


図3 路上から抜け出せない理由と障害との対応分析（文字の重なりは手作業ですらしている）

【結論及び考察】精神疾患や知的障害と、路上生活に陥った原因、抜け出せない理由の関係についての研究報告は本邦はじめてのものである。本研究では、「障害無し」、「知的障害が基盤にある群」「精神障害が基盤にある群」の3群に分けて、路上生活に陥った原因と抜け出せない理由について検討した。結果からそれぞれ典型的なライフヒストリーを想定することができる考えた。すなわち知的障害を基盤に持つ者は、他人との人間関係に困難を抱えており、それを理由に路上生活に陥り、抜け出すことができない。精神障害を基盤にもつ者は、病気やアクシデントといった偶発的な出来事を契機に路上生活に陥り、そこからどうやって脱出すれば良いのか具体的な方法を考えることができないでいる。障害を持たない者は、借金などもろもろの理由で路上生活にいたったのち、生活保護を受給するための努力をしたが、なんらかの理由で受給に至らず路上生活を続けている。すべての事例に当てはまるものではないが、支援者はこうしたイメージを持つことが現場でも有用であると考えられる。本研究の結果は、ホームレスに必要な支援が、障害によって異なることを示している。適切な支援を提供するためには、精神疾患、知的障害の有無を考慮すべきである。

*調査結果Ⅱ-1、Ⅱ-2 は、以下のように投稿されている。詳しくはそれぞれの文献を参照

1、Nishio A, Yamamoto M, Ueki H, Watanabe T, Matsuura K, Tamura O, Uehara R, Shioiri T. Prevalence of mental illness, intellectual disability, and developmental disability among homeless people in Nagoya, Japan: A case series study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Dec 18. doi:10.1111/pcn.12265. [Epub ahead of print]

2、西尾彰泰、堀田亮、佐渡忠洋、水谷聖子、渡邊貴博、松浦健伸、田村修、植原亮介、山本眞由美、名古屋におけるホームレスのメンタルヘルス実態調査—精神・知的障害がホームレスに至った原因や抜け出せない理由に与える影響—、*社会医学研究*。第 32 卷 2 号、2015