

9 「帰るべき地域を失った患者の支援と考察」

菰野厚生病院 山浦康孝

1 問題意識

派遣切りによる退寮、家賃滞納での退去など、入院をきっかけに『住む場所』を失う患者が増えてきている。この現状から、病院における退院援助の困難性も表出している。帰る先がないという社会的理由による在院日数の増加、障害を抱えた状態で新たに退院先を探すこと等、現在の社会状況が病院における問題に変化をもたらしている。

この現実をどのようにとらえるか。

健康に影響する社会的心理的な因子の分布や因子間の関連などを疫学的手法で明らかにする研究が社会疫学と呼ばれ、新しい疫学の分野として注目を集めている。これは、簡単に言えば、社会的因子が心理的因子や生活状態を経て、あるいは直接的に、生活習慣に反映し、最終的に主観的健康感、抑うつ、そして健康寿命に影響する*、といったものである。

つまり、社会的因子*²の格差が健康格差につながっているという理論であり、実際、日本福祉大学の近藤克則教授をはじめ、日本国内でもこの理論を実証する為の研究が行われている。

入院中に住居を失う患者の多くは、この社会的因子が他者に比べて脆弱であるし、退院時に帰る家がないということは、退院後、健康を維持する為の社会的因子が根本から無いとも言える。

このため援助の過程で、「住む場所」を決定するために病院がどこまで援助をするべきか、地域と連携するにも「帰るべき地域がない」方たちへの援助を通して考えたい。

(1) 地域ケアを受ける為には

退院後も医療や介護が必要な方が地域の支援を受ける為には、最低でもその患者に帰るべき地域があることが条件となる。逆に言えば、帰るべき地域、帰る家がなければ、退院の際に、地域の支援を受けることはできない。

そこで、帰る家がない方に対しては、どこかの地域に属することができるような支援が必要になる。再度、地域との繋がりを持ち、患者の生活を再生する為に行う支援も、地域ケアを行う前段階の援助として重要であると考えている。

(2) 対象患者数と分析

ここ数年来の不況で、生活保護申請数が増加しているように、貧困問題を抱える患者は増加傾向にある。当然、その結果、家を失い、帰るべき地域を失った患者数は徐々に増えてきており、決して一部の特殊なケースとは言えなくなっている。

そこで、帰るべき地域がない方、つまり、住居のない、及び、住居を失った方がどの程度いて、どのような傾向にあるのか、当院での入院患者状況を見ながら考察したい。

①調査期間 平成 17 年 8 月 1 日～21 年 3 月 31 日

②対象病棟 回復期リハビリ病棟(41 床)

③入院患者延人数 709 名

④住居を失った患者の延べ数 15 名 (実人数は 13 名)

*1 近藤克則編『検証「健康格差社会」』より引用

*2 地域レベルの因子と個人レベルの因子がある。地域レベルの因子は、都市的地域か農村地域か、ソーシャルキャピタル(社会関係資本)などを、個人レベルの因子は、経済的地位(所得、教育年数)、社会的サポートネットワーク(配偶状態や人間関係)などを指す。

対象患者は、わずか2%程度ではある。しかし、約3年半の間に15名であると考えた場合、決して少ない数ではない。年度別では表1の通りである。

表1 年度別

年度	延べ人数
平成17年度	1名
平成18年度	3名
平成19年度	8名
平成20年度	3名

平成20年度は、数としては大きく減っている。この年度は、後期高齢者医療制度の影響もあってか、病院全体の入院患者数も減っており、社会状況が良くなったから、とは考えにくい（むしろ、住居以外の経済問題を抱えた患者は多かった）。

また、年度ごとの傾向をみる中で、興味深い発見があった。下記の表2を見て頂きたい。

表2 住居を失った理由

会社退職で寮を退寮	5名
入院をきっかけにアパート解約	3名
その他	5名

平成17～19年度は、住居を失った理由も様々であったが、平成20年度は、3名全員、住居を失った理由は『退職による退寮』だった。

もうひとつ『退職による退寮』のうち、派遣会社勤務の患者は、5名中4名となり、入院をきっかけに『派遣切り』が行われているとも考えられる。

『その他』理由を見ると、

- ・ 家が居住に耐えられない上、未登記物件であり、公費・制度を使った改修・改築ができない。
- ・ 借金の為、家が裁判所に差し押さえられた。
- ・ 住んでいた公営住宅が老朽化で取り壊された。

等であり、生活困難が浮かび上がる。

表3 収入源

入院から生活保護	6名
以前から生活保護	2名
傷病手当金	2名
年金	2名
生命保険入院給付金	1名

表4 住民登録

居住地と住民登録地が一致	7名
居住地と住民登録地が不一致	4名
住民登録が職権消除	2名

表5 キーパーソン

不在	7名
兄弟	3名
子	1名
福祉関係者	2名

表6 年齢別

30代	1名
40代	2名
50代	4名
60代	4名
70代	2名

表3を見ての通り、入院をきっかけに生活保護となった方が約半数である。また、入院中は傷病手当金や生命保険の入院給付金を受給できていた方も、それらの給付が終了した時点で生活保護を申請せざるを得ない状況だった。

表4の住民登録の状況からは、定住をせず、いわゆる『住所不定』の状態になっている方が約半数である。その中には、逃亡生活に近い状態だった方や、転居・転職・結婚・離婚を繰り返し、住民登録だけでなく、本籍地も本人が把握できなくなっていた方もいた。

また、表5のキーパーソンに『配偶者』の項目が無いように、家を失った方のすべてが単身者であった。単身となった理由は様々ではあるが、その上で、関わってくれる親類縁者もいない方が半数以上になる。子や兄弟に連絡が取れた方も、そのほとんどが数十年ぶりであるとか、病院の保証人程度にはなるとか、最小限のかかわりに限定されるのが現実であった。表6の年齢比を見ると、30代～50代の働き盛りの方が過半数を占めていることがわかる。

表7 病名別

脳卒中(脳梗塞・脳出血)	10名
その他	3名

表7の病名をみると、多くの方が脳卒中を原因とし、リハビリが必要な状況となっている。そこで、患者の既往歴に注目した。すると、糖尿病や高血圧といった生活習慣病があるにもかかわらず、継続的な治療を受けていないことが分かった。

以上から考察すると、入院をきっかけに住居を失った方の多くは単身者で身寄りもなく、職業や住所も転々とし、慢性疾患の治療も受けず、『不安定な生活』を送っていたと言える。

(3) 入院までの想定される生活状況

繰り返しになるが、入院をきっかけに住居を失う方は不安定な生活を送っている方がほとんどである。

何らかの事情で単身者となり、親類縁者との関係も希薄になる。折からの不況で定職に就くこともできない。派遣などで仕事をするも、社会保険への加入もできない。給与所得も乏しく、また、仕事も長続きしない。仕事を変える度に住居を転々とし、いずれ転入・転出の届けが面倒になり、住所不定となる。住所不定では国民健康保険にも加入できない。無保険で収入も乏しく、国民年金も払えない。さらには、病院に行くお金もなく、慢性疾患の治療もできない。倒れても発見してくれる家族がなく、病院搬送が遅れ、重篤な後遺症が残ることになる…。まさに悪循環である。

(4) 入院に際してのリスク

このような状況は、患者だけでなく、病院にも負担をかけることになる。

まず、これまでの生活で抱えたさまざまな問題が入院をきっかけに表面化し、入院生活に悪影響を及ぼすこともある。たとえば、入院後に重篤な精神疾患が発見されたり、無保険で治療費が払えなかったり等。

さらに、退院後の生活が想定できないため、リハスタッフも病棟スタッフも目標が設定し

難しい。また、リハビリの目標に到達しても、帰る場所がなく、なかなか退院できない。

表8 平均在院日数

菰野厚生回復期病棟平均	60.3 日
住居を失った方平均	145.6 日

平均在院日数は、回復期リハビリ病棟平均のおよそ 2.4 倍である。住居を失った方は脳卒中の患者が多いため、平均より多少長くなることはやむを得ないが、単純にリハビリの為に入院が長引いた訳ではない。

たとえば、A 氏（60 歳・脳卒中・退職による退寮）の場合、入院時は車いすレベルだったが、入院 3～4 か月後には杖歩行完全自立で認知レベルも全く問題がない程度まで回復していた。しかし、退院先を探すことに日数を要してしまい、在院日数は 148 日に及び、脳卒中の回復期リハビリ病棟上限（150 日）ぎりぎりまで入院することとなった。もし、上限日数を超えてしまった場合、診療報酬は大きく下がり、病院にとっては経営上のリスクとなってしまう。

（5）住居を失った方の退院援助の困難性

A 氏のように、リハビリの効果が得られ、ADL が回復した方には、新たな生活の場所を探す援助が必要である。

また、不幸にして効果が得られず、寝たきりで退院される方の場合は、介護・療養を継続できる場所を提供する援助が必要になる。

その際に問題になるのが、『保証人・連絡先』の不在や金銭問題から、入所できる施設が限られてくることである。

表9 退院先

新しいアパート等	4 名
身体障害者施設	2 名
介護保険施設	3 名
救護施設	2 名
転院(精神科等)	2 名

入院前から生活保護を受けていたり、生活保護受給者ではなくとも住民登録地が明確な方は、退院援助の際に行政や包括支援センターの支援を受けることが可能である。

問題は住所不定の方の支援である。新しい住所地を設定し、障害や介護の制度を申請できる状況にするまでは、MSW を中心に病院単独で支援を行うことになる。安心できる住居の確保のために必要な援助過程であるが、そのことが在院日数の増加を招き、業務は煩雑を極める。

（6）地域に帰る為に行う援助事例

地域ケアに乗せられるようにするため、家や住所を確保し支援した具体的な事例をいくつか紹介する。

ケース 1 住民登録が職権消除されていた患者

性別：男性 年齢：60 歳 家族：一人暮らし 疾患名：脳梗塞

A 県出身。借金問題を抱え、三重県に転居。取り立てから逃げる為に意図的に転入届を出さず、住民登録が職権消除されていた。

2 度の離婚歴があり、本籍地さえもあいまいな状態であった。そのため除籍を郵送で取り

寄せることで本籍地を確定。確定した本籍地に戸籍の附票を請求し、職権消除が発覚する。まずは住んでいた三重県 B 市に住民登録を済ませた。退院時、元のアパートに戻れなくなったことから、C 町でアパート探しを行う。退院することが決まり、転入届も提出。

転居にかかわる雑務も本人の承諾を得ながら病院側で行う。

その後、C 町社協と連携し、退院後のことを相談。C 町社協居宅、同ヘルパー・デイサービス、C 町地域福祉担当者、C 町社協権利擁護担当者、病院で退院時カンファレンスを開催した。

ケース2 退院後のフォローが必要だった患者

性別：男性 年齢：62歳 家族：一人暮らし 疾患名：脳梗塞

三重県 B 市出身。入院直前まで会社の寮（三重県 D 市）に住んでいた。妻とは離婚、娘2人いるが、いずれも疎遠な状態。入院と同時に会社を解雇となり、寮も引き払った。

退院時、収入がなく、本人をつれて社会保険事務所を訪問。老齢厚生年金を受給できることとなったため、それを見越してアパート探しを行う。

保証人不在、年金支給決定まで時間がかかる。年金額が少ない為、いずれは生活保護になる。脳梗塞後の身体状況にある等々、さまざまな悪条件が重なり、住む場所が見つからない状態だった。

そのため、E 社会福祉事務所に相談。保護受給者でも入居可能な物件を多く持っている不動産会社を紹介して貰う。その後、不動産会社担当者と協議を重ね、B 市内の物件が見つかる。

B 市地域包括支援センターと相談。「今後、相談支援が継続して必要であるリスクの高い患者」であることを説明し、退院後の支援を確約してもらう。

退院時、MSW、包括相談員、在介相談員が同席。家に送り届けた後、B 市包括支援センターにて今後の援助についてカンファレンスを行う。

結果として、いずれも地域ケアに乗せることができた事例ではあるが、そこに至るまでにかなりの時間をと労力を要している。

(7) まとめ

困難なケースでも、地域によるフォローさえしっかりしていれば、在宅での援助は可能である。しかし、地域に戻れない患者がいることも忘れてはいけない。

今回、紹介したように、住居を失う、帰るべき地域をもたない患者は、特殊なケースではなくなりつつある。退院をきっかけに、全ての関係機関との連携手段を失ってしまう彼らに対して、病院（の MSW）が単独で地域社会に復帰させることは容易なことではない。

地域ケアを充実させるために、社会資源を質・量ともに充実させることや、病院と地域がうまく連携をしていく手段としてのケアカンファレンスを浸透させていくことは大切なことである。しかし、それと同様に、帰る地域をもたない患者への支援策も検討する必要があると考えている。

この問題は、患者の自己責任として放置して良い問題ではない。また、病院単独での支援にも限界がある。このような患者は、居住地不明であることが多く、市町村に支援を求めることもできない。それであれば、県を中心に病院と連携し、この問題（住居と帰るべき地域）に取り組む窓口ができることを望んでいる。

そして、このような患者が、地域で孤立することの無いように、前記ケース2のように退院後も地域がフォローを続けることが大切である。それが出来れば、不安定な生活の悪循環から抜け出し、地域の見守りのもと、自立した生活を送ることができ、再度、同じような過ちを犯し、ホームレス状態になってしまうことを防ぐこともできる。そのための、地域で受

け入れる為の基盤整備も必要であると考えている。

2 課題・提言

退院援助をする場合、要介護状態にある人も含めて、再度「健康」を取り戻し、リスクを持ちながらも再度生活を再建していくことが求められる。その時に、「住む所がない」ことは、前記の社会的因子が欠如した状況にあるといえる。

さらには、追い詰められた状況から来る心理的因子も脆弱な状態に追い込まれている。病院では、安心と身体状況の改善、職員との信頼関係を築く中で、少しずつ社会的な力を取り戻していく。

しかし、病院という治療の場だけでは、社会関係から切り離された人々の援助は困難である。そのため、行政の理解や支援が不可欠である。

(1) 行政に望むこと

①「健康」を取り戻すためには、社会的因子を正常化する…つまり、その患者の社会関係を再構築する必要がある。その基本が「住む所」であり、居住の保障である。在宅介護を進めるためには、今後増える単身高齢者の住居の保障があって、はじめて成立する。政策の中に位置づけていただきたい。

②三重県で、「住居を失くした患者」の相談窓口、各関係機関や市町を結ぶ経験のある相談員を配置していただきたい。病院のソーシャルワーカーだけで、新しい居住地を探すことは、負担が大きすぎる。

③行政窓口を明確にすることで、民間アパートの斡旋や行政の指導を行うことができ、低所得者や生活保護受給者のアパートを確保し保証人問題を含めて解決の方向性が出てくると考える。

④障害や高齢とハンディを抱える単身者には、必要な在宅ケアや福祉制度を組み合わせる事業が構築できる体制を目指す。

実践事例があって、はじめて、行政も理解がすすむと考えられる。何よりも、現場を知り、共に考える行政マンの姿勢を求めていきたい。この事例と分析から明らかなように「住居をなくす」ことが、特殊な事例でなくなっている現在、政策に位置づけられた対応を望みたい。

(参考文献)

- ・近藤克則編『検証「健康格差社会」』医学書院、2007年
- ・近藤克則編『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか』医学書院、2005年
- ・日本福祉大学 健康社会研究センター 資料集「健康社会づくりに向けて：介護予防のエビデンスと政策のゆくえ」（日本福祉大学 健康社会研究センター開設記念フォーラム）、2009年
- ・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、2004年