

資 料

都市部の生活支援付きの民間宿泊施設に入所した生活困窮者の健康状態と生活支援ニーズの特徴：新規入所者の年代別検討

マ ト バ ユ キ サイトウ エ ミ コ
的場 由木*,2* 斉藤恵美子3*

目的 本研究の目的は、都市部の生活支援付き民間宿泊施設に新規入所した生活困窮者の健康状態の特徴を年代別に明らかにすることである。

方法 対象者は、都市部の生活困窮者に居住・生活支援を提供している NPO 法人の宿泊所・自立援助ホームの新規入所者（2012年4月1日～2015年3月31日）341人とした。調査項目は、入所時の記録から、性別、年齢、障害支援区分、要介護度、利用開始時の健康状態、施設利用に至る経緯等とした。利用開始時の健康状態の特徴について、年代別に検討した。

結果 対象者の9割以上は40歳以上の中高齢層であり、生活保護を受給している単身男性が多く、病院や施設からの退所後に帰住先がないことや身体機能の低下や認知症状の悪化を理由に宿泊施設利用に至っていた対象者が多かった。また、40歳未満の対象者は依存症や統合失調症、知的障害・発達障害の割合が高く、40歳代から50歳代は、精神疾患に加え、生活習慣病の割合が高かった。さらに、60歳以上の対象者は、認知症や視聴覚系の疾患等の老化に伴う疾患の割合が高かったが、利用開始時の疾病が不明の割合も高かった。

結論 本調査の結果から、民間宿泊施設に新規入所した生活困窮者の多くが、利用開始時にすでに精神的・身体的な疾患や障害を有していることが明らかとなった。年代別に異なった生活支援ニーズを有していることが示唆されたことから、今後、民間の宿泊施設入所者の年代別の課題に応じた生活支援を提供する仕組みを検討する必要がある。

Key words：生活困窮，貧困，生活保護，無料低額宿泊所，健康状態，高齢者評価

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(12): 767-777. doi:10.11236/jph.66.12_767

I 緒 言

日本の生活保護受給世帯数は2017年4月時点で約164万世帯¹⁾、その約半数は高齢者世帯（約86万世帯）である²⁾。生活保護受給者数は、2015年3月をピークに減少に転じているものの、社会全体の高齢化や高齢単身世帯の増加を背景として、高齢者世帯のみは増加し続けている¹⁾。

「健康日本21（第二次）」では、健康寿命の延伸とともに健康格差の縮小が掲げられ³⁾、今後も増加することが予測される生活困窮者への生活や健康への

支援は、地域の重要な課題である。生活保護受給者は、適切な健康管理が必要な重症化するリスクのある糖尿病や肝炎等の慢性疾患を抱えている人が多い一方で、健康診断の未受診者が多く、野菜摂取量が少ない等、望ましくない栄養状態にあると指摘されている⁴⁾。そのため、福祉事務所では、健康診査後の保健指導や、生活保護受給者への助言指導等を行う専門職の配置を検討するとともに、自立支援プログラムを活用した健康増進プログラムや健康管理支援プログラム、後発医薬品使用促進プログラム等の取り組みが始まっている^{5,6)}。

一方、居所が不安定なために継続した生活や健康への支援が届きにくい生活困窮者も存在している。地域社会で自立した生活の継続が困難になった単身の高齢者⁷⁾、失業にともなって住居を喪失した若年困窮者⁸⁾等である。住居のない生活困窮者を保護するための公的な施設には、救護施設、更生施設、宿所提供施設、婦人保護施設、母子生活支援施設等が

* すまい・まちづくり支援機構

2* 首都大学東京大学院人間健康科学研究科看護科学域博士後期課程

3* 首都大学東京大学院人間健康科学研究科看護科学域責任著者連絡先：〒111-0031 台東区千束4-39-6-4F

NPO 法人すまい・まちづくり支援機構 的場由木

ある。これらの施設の在り者数を合計すると、約3万5千人であり⁹⁾、その中でも救護施設、更生施設の在り率は100%を超えている状況にある¹⁰⁾。さらに、2015年の調査では、合計で32,178人の困窮者が、民間の宿泊施設（無料低額宿泊所、およびこれに準じた法的位置づけのない施設）を利用していると公表され、5年間で2千人弱の増加となっている^{11~13)}。

無料低額宿泊所は、第二種社会福祉事業に位置づけられた宿泊施設である。その数は2000年以降に急増し、一時的な宿泊場所を提供すること以外に法律上の定めがないことから、地域特性や事業所の運営方針等によって利用者像や支援内容等が異なり、実態評価の困難さが指摘されている¹⁴⁾。都市部の地域では、民間宿泊施設を利用する高齢者の増加が問題提起¹⁵⁾されている一方で、全国的には無料低額宿泊所入所者の多くが高齢や障害等により居宅生活が困難な人であるとは言えないとする指摘もある¹⁴⁾。このような状況の中、都市部の一部の自治体では、生活保護受給者の日常生活自立や社会生活自立を促すための生活支援を提供している宿泊施設である「自立援助ホーム」の活用¹⁶⁾や、低所得高齢者等のうち、居宅生活困難者（認知症や精神疾患等）または住居喪失者（長期入院等）を対象として、本来的な居場所（介護保険施設、ケア付住まい等）を利用できるようになるまでの間、不安なく居住できるよう、一定の設備基準を有し、生活支援（日常生活の相談・支援、24時間の見守りを含む健康管理、通院支援、介護サービス事業所や福祉事務所等関係機関との連絡調整等の支援、退所先の施設・住宅の確保や環境調整等に向けた支援）を提供している無料低額宿泊所に対し、環境整備や運営のための助成をすることによる機能強化を図る取り組み¹⁷⁾が進められてきた。さらに今後、住居を喪失し、かつ日常的な支援が必要な生活困窮者を一定の居住環境と生活支援の体制を整えて支援している民間の宿泊施設は、「日常生活支援住居施設」として整備されていく可能性がある¹⁸⁾。

しかし、国内の公的な保護施設や生活支援を提供している民間の宿泊施設を対象とした研究は少なく、健康面に焦点をあてた研究はほとんどない。東京都内の一生活保護施設の入所者記録（1952年～1985年）の分析では、精神疾患を有する利用者の割合が増加している¹⁹⁾と述べられている。しかし、それ以後、公的な保護施設を対象とした研究は報告されていない。近年の一部の民間宿泊施設利用者を対象とした研究では、対象者のおよそ3人に1人が精神疾患を有していたこと²⁰⁾や、路上生活者を含む生

活困窮者の半数以上が精神的・健康状態にあったこと²¹⁾が報告されている。しかし、身体的・精神的な健康状態の実態や特徴等についての研究は報告されていない。

これらのことから、生活支援を提供している民間の宿泊施設へ入所する生活困窮者の健康状態や、宿泊施設を利用するに至った理由等の実態は、十分に明らかになっているとは言えない状況である。また、就労や自立生活が目指されることの多い若年者や中年者と健康保持や介護予防等が中心となる高齢者では、利用できる制度や支援の方向性が異なる可能性があるが、年代別の健康状態の特徴も明らかにされていない。

そこで、本研究の目的を都市部の生活支援付きの民間宿泊施設へ入所した生活困窮者の健康状態の特徴を年齢層別に比較し、明らかにすることとした。

II 研究方法

1. 研究対象・データ収集方法

調査対象施設は、都市部の生活困窮者に居住・生活支援を提供しているNPO法人の無料低額宿泊所・自立援助ホーム（以下、施設）とした。このNPO法人の施設数は12施設、定員数は合計276人（無料低額宿泊所：64人、自立援助ホーム：212人）である。なお、調査対象とした施設は、いずれも24時間体制で生活支援員が常駐し、食事が提供されている。また、無料低額宿泊所と自立援助ホームに人員体制や連携体制上の違いはない。

研究対象者は、この施設に2012年4月1日～2015年3月31日の3年間に新規に入所した341人とした。

本研究のデータは、研究協力機関の承諾を得て、居住支援の利用状況に関する記録資料から、本研究に必要な調査項目に該当するデータを、研究協力機関の担当者が調査票に転記することにより収集した。なお、居住支援の利用状況に関する記録資料は、調査対象施設の生活支援員が、福祉事務所のケースワーカーが記載した入所申込書、医師が記載した診断書（利用者本人が持っていた場合のみ）や看護師が記載した退院時看護サマリー（利用者本人が持っていた場合のみ）、入所時の面談の情報をもとに研究協力機関のデータベースに入力したものである。

2. 調査項目

1) 基本属性

対象者の基本属性として、性別、利用開始時の年齢、生活保護・年金受給の有無、連絡のとれる家族の有無、障害支援区分、要介護度、前居所、利用開始理由、福祉事務所の処遇方針を設定した。

前居所は、自宅（家族等と同居，独居），社会福祉施設（高齢者施設，障害者施設），住み込み・社員寮，病院，刑事関連施設（刑事施設，更生保護施設・自立準備ホーム），公的な保護施設（緊急一時保護・自立支援センター，生活保護施設，婦人保護施設・女性センター），宿泊所，簡易宿泊所・ゲストハウス，ネットカフェ等，路上，知人宅，その他，不明の18項目とした。

利用開始理由は，退所後・退院後の帰住先なし，Activities of Daily Living（以下 ADL）の低下・認知症状の悪化，前居所でのトラブル，住所不定，前居所の老朽化・施設閉鎖，Domestic Violence（以下，DV）等による避難，介護者の入院・死亡，その他，不明の9項目とした。

福祉事務所の処遇方針は，生活の安定，福祉施設待機，医療や福祉の導入・調整，状態を見た上で判断，一時的な保護，療養・治療に専念，就労・生活訓練，なし・不明の8項目とした。

2) 入所時の健康状態

対象者の入所時の健康状態として，利用開始時に把握された健康問題と入所時のアセスメントを設定した。なお，各項目について，記載がなかった場合は「不明」，「健康上の問題がない」等の記載があった場合には「健康問題なし」とした。

利用開始時に把握された健康問題は，依存症，認知症，統合失調症，知的障害・発達障害，気分障害，不安障害，循環器疾患，脳血管障害，糖尿病，筋骨格系の疾患，がん，視聴覚系の疾患，呼吸器疾患，肝炎，皮膚疾患，HIV/AIDS，アレルギー性疾患，歯疾患の18項目（複数選択）を設定した。

入所時のアセスメントは，認知症の疑い，不眠，独語・幻覚妄想等の疑い，知的・発達障害の疑い，希死念慮・自傷・自殺企図の既往，移動の困難，失禁等の排泄の障害，麻痺等による日常生活動作の困難，痛み・呼吸苦，保清の困難，意思疎通の困難の11項目（複数選択）を設定した。

なお，利用開始時に把握された健康問題は，主に福祉事務所が作成する入所申込書等に記載されていた疾病に関する情報であり，入所時のアセスメントは，宿泊施設の生活支援員によるアセスメントである。

3. 分析方法

はじめに，対象者の基本属性，利用に至る経緯，入所時の健康状態の項目について全体の分布を示した。次に，利用開始時の健康問題について対象者を年代ごとに層別化して分析した。

4. 倫理的配慮

本研究は，平成27年度首都大学東京荒川キャンパ

ス研究安全倫理委員会の承認（承認日：2016年3月28日，承認番号：15092），および研究協力機関の倫理審査委員会の承認（承認日：2016年2月11日，承認番号：16-1）を経て実施した。データ収集に際し，研究者は研究協力機関から必要な調査項目かつ匿名化されたデータのみを受け取った。

Ⅲ 研究結果

1. 基本属性

調査対象施設に新規入所となった341人の基本属性を表1に示す。男性は325人（95.3%），平均年齢は64.4歳であり，年齢の範囲は17歳～98歳，65歳以上の高齢者の数は180人（52.8%）であった。入所時点で生活保護を受給していた対象者は318人（93.3%），身体障害者手帳，療育手帳，精神障害者保健福祉手帳のいずれかの手帳を有していた対象者は93人（27.3%），障害支援区分の認定を受けていた対象者は5人（1.5%）であった。

2. 対象施設の利用に至る経緯

対象施設の利用に至る経緯を表2に示す。前居所（宿泊所・自立援助ホームに入所する直前の居所）では，「病院」が最も多く90人（26.4%）であった。利用開始理由（宿泊所・自立援助ホームを利用するに至った理由）で最も多かった理由は，「退所後・退院後の帰住先なし」146人（42.8%），次いで「ADL低下・認知症状の悪化」131人（38.4%）であった。

3. 利用開始時の健康状態・アセスメント

利用開始時の健康状態，およびアセスメントの内容を表3に示す。利用開始時の健康状態では，精神疾患は依存症48人（14.1%），認知症47人（13.8%），統合失調症39人（11.4%）の順に多かった。加えて，入所時のアセスメントで，認知症の診断はないが入所時に認知症が疑われる状態にあった対象者は33人（9.7%），統合失調症の診断はないが独語や幻覚/妄想等が疑われる状態にあった対象者は12人（3.5%）であった。また，身体疾患は，循環器疾患87人（25.5%），脳血管障害61人（17.9%），糖尿病52人（15.2%）の順に多く，20.5%の対象者に移動の困難，15.2%の対象者に失禁等の排泄の障害がみられた。

精神疾患の重複は，依存症と統合失調症との重複が7人，依存症と知的障害・発達障害との重複が5人，統合失調症と知的障害・発達障害との重複が3人であった。

「認知症」の記載のあった対象者（47人）のうち，入所前に要介護認定を受けていた対象者は22人（46.8%），申請中は10人（21.3%）であった。さら

表1 対象者の基本属性 (N=341)

	n ないし値 (%ないし SD)
性別	
男性	325 (95.3)
女性	16 (4.7)
利用開始時年齢	
20歳未満	2 (0.6)
20-29歳	2 (0.6)
30-39歳	15 (4.4)
40-49歳	26 (7.6)
50-59歳	56 (16.4)
60-69歳	115 (33.7)
70-79歳	93 (27.3)
80-89歳	29 (8.5)
90-99歳	3 (0.9)
平均年齢	64.4[範囲: 17-98](13.3)
生活保護受給あり	318 (93.3)
連絡のとれる家族	
あり	37 (10.9)
なし・不明	304 (89.1)
障害者手帳の有無	
身体障害者手帳	46 (13.5)
精神保健福祉手帳	40 (11.7)
療育手帳	13 (3.8)
いずれかの手帳	93 (27.3)
障害支援区分	
なし	336 (98.5)
区分 1	1 (0.3)
区分 2	2 (0.6)
区分 3	2 (0.6)
要介護度 ^a (n=322)	
なし	214 (66.5)
申請中	24 (7.5)
要支援 1	17 (5.3)
要支援 2	10 (3.1)
要介護 1	24 (7.5)
要介護 2	16 (5.0)
要介護 3	6 (1.9)
要介護 4	10 (3.1)
要介護 5	1 (0.3)

注. SD=標準偏差。a 要介護度は40歳以上のみ集計

に、入所直前までアパートで独居生活をしていた対象者は14人 (29.8%) であった。

4. 年代別の健康状態と宿泊施設の利用の経緯

年代別の利用開始時の健康状態を表4、入所時のアセスメント内容を表5に示す。

40歳未満の対象者(19人)の健康状態は、依存症、統合失調症、知的障害・発達障害が最も多く、それぞれ26.3%の割合であった。また、入所時のアセス

表2 対象施設の利用に至る経緯 (N=341)

	n (%)
前居所	
病院	90 (26.4)
宿泊所	68 (19.9)
自宅	57 (16.7)
公的な保護施設 ^a	31 (9.1)
社会福祉施設 ^b	30 (8.8)
刑事関連施設 ^c	25 (7.3)
簡易宿泊所・ゲストハウス	23 (6.7)
路上	10 (2.9)
その他	7 (2.1)
利用開始理由 (複数回答)	
退所後・退院後の帰住先なし	146 (42.8)
ADL 低下・認知症状の悪化	131 (38.4)
前居所でのトラブル	58 (17.0)
住所不定	16 (4.7)
前居所の老朽化・施設閉鎖	6 (1.8)
DV 等による避難	6 (1.8)
介護者の入院・死亡	2 (0.6)
その他	18 (5.3)
不明	11 (3.2)
福祉事務所の方針 (複数回答)	
生活の安定	149 (43.7)
福祉施設待機	75 (22.0)
医療や福祉の導入・調整	66 (19.4)
状態を見た上で判断	35 (10.3)
一時的な保護	33 (9.7)
療養・治療に専念	29 (8.5)
就労・生活訓練	27 (7.9)
なし・不明	43 (12.6)

注

^a 公的な保護施設：緊急一時保護・自立支援センター、生活保護施設、女性センター・婦人保護施設

^b 社会福祉施設：高齢者・障害者を対象とした入所施設

^c 刑事関連施設：刑事施設、更生保護施設・自立準備ホーム

メントで違法薬物使用の既往があると記載されていた対象者の割合は21.1%であった。前居所は、社会福祉施設が6人 (31.6%) と最も多かった。

40-49歳の対象者 (26人) の健康状態は、精神疾患では、統合失調症 (34.6%)、依存症 (23.1%)、知的障害・発達障害 (23.1%) が多く、身体疾患では、循環器疾患 (23.1%)、糖尿病 (19.2%)、脳血管障害 (15.4%) の順に多かった。前居所は病院 (8人, 30.8%) が最も多かった。

50-59歳の対象者 (56人) の健康状態は、精神疾患では依存症 (26.8%)、統合失調症 (14.3%) の順に多く、身体疾患では、脳血管障害 (25.0%)、

表3 利用開始時の健康状態・アセスメント (N=341)

	n (%)
精神疾患	
依存症	48(14.1)
認知症	47(13.8)
統合失調症	39(11.4)
知的障害・発達障害	18(5.3)
気分障害	9(2.6)
不安障害	4(1.2)
身体疾患	
循環器疾患	87(25.5)
脳血管障害	61(17.9)
糖尿病	52(15.2)
筋骨格系の疾患	41(12.0)
がん	34(10.0)
視聴覚系の疾患	34(10.0)
呼吸器疾患	23(6.7)
肝炎	10(2.9)
皮膚疾患	9(2.6)
HIV・AIDS	5(1.5)
アレルギー性疾患	5(1.5)
歯疾患	1(0.3)
疾病なし	8(2.3)
疾病不明	30(8.8)
精神面のアセスメント	
認知症の疑い	33(9.7)
不眠	14(4.1)
独語・幻覚/妄想等の疑い	12(3.5)
知的・発達障害の疑い	9(2.6)
違法薬物使用の既往	9(2.6)
希死念慮・自傷・自殺企図	3(0.9)
身体面のアセスメント	
移動の困難	70(20.5)
失禁等の排泄の障害	52(15.2)
意思疎通の困難	40(11.7)
麻痺等によるADLの困難	19(5.6)
痛み・呼吸苦	10(2.9)
保清の困難	4(1.2)

注. 複数回答

循環器疾患 (19.6%), 糖尿病 (16.1%) の順に多かった。前居所は病院が最も多く25人 (44.6%) であった。

60-69歳の対象者 (115人) の健康状態は、循環器疾患 (29.6%), 脳血管障害 (22.6%), 糖尿病 (20.0%) の順に多かった。また、認知症 (15.7%), がん (14.8%), 筋骨格系の疾患 (13.9%) の割合が高く、入所時のアセスメントの項目では24.3%の

対象者に移動の困難があると記載されていた。前居所は、病院が32人 (27.8%) と最も多く、次いで宿泊所が27人 (23.5%) であった。

70-79歳の対象者 (93人) の健康状態では、循環器疾患 (25.8%) が最も多く、次いで認知症 (19.4%) が多かった。また、入所時の疾病が不明の対象者の割合は15.1%であった。前居所は宿泊所が最も多く21人 (22.6%), 次いで病院が18人 (19.4%), 自宅が17人 (18.3%) であった。

80歳以上の対象者 (32人) の健康状態は、循環器疾患 (37.5%) が最も多く、次いで認知症 (31.3%) が多かった。また、入所時の疾病が不明の対象者の割合は15.6%であった。前居所は、自宅が13人 (40.6%) で最も多く、次いで宿泊所が8人 (25.0%) であった。

福祉事務所の方針 (表6) では、全年齢層を通して、生活の安定が最も多かった (30.8%-52.7%)。また、40歳未満の対象者は、就労・生活訓練 (31.6%), 80歳以上の対象者は一時的な保護 (31.3%) の割合が、他の年齢層と比較して高かった。また、療養・治療に専念するという方針の割合は、若年になるほど高くなる傾向であった。

IV 考 察

1. 研究対象者の特徴

本研究では、都市部の生活支援付きの民間の宿泊施設を新規に利用する生活困窮者を対象として、利用開始時の健康状態や施設利用に至る経緯を調査した結果、9割以上が40歳以上の中高齢層で、生活保護を受給する単身男性が多く、病院や施設からの退所後に帰住先がないことやADLの低下や認知症状の悪化を理由に施設利用に至っていた対象者が多い結果であった。

本研究対象者の65歳以上の割合 (52.8%) は、厚生労働省が2015年に全国調査として実施した「無料低額宿泊事業を行う施設に関する調査¹²⁾ (以下、無低施設調査)」(38.6%) よりも多かった。また、本研究対象者の入所直前の居所は病院が最も多く (26.4%), 無低施設調査の結果 (8.9%) よりも高い結果であった。

無料低額宿泊所を含めて、安定した住居のない生活困窮者を受け入れている民間の宿泊施設にはさまざまな運営形態があるが、本研究の調査対象機関である宿泊施設は、24時間体制で生活支援員が配置されており、1日3食の食事提供、服薬のサポート、居室の環境整備や水分補給の促し、通院同行、訪問介護のサービスでは対応しきれない時間帯の排泄介助等を提供している施設であった。また、往診、訪

表4 年代別の利用開始時の健康状態 (N=341)

	40歳未満 n=19	40-49歳 n=26	50-59歳 n=56	60-69歳 n=115	70-79歳 n=93	80歳以上 n=32
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
精神疾患						
依存症	5(26.3)	6(23.1)	15(26.8)	14(12.2)	8(8.6)	0(0.0)
認知症	0(0.0)	0(0.0)	1(1.8)	18(15.7)	18(19.4)	10(31.3)
統合失調症	5(26.3)	9(34.6)	8(14.3)	12(10.4)	3(3.2)	2(6.3)
知的障害・発達障害	5(26.3)	6(23.1)	4(7.1)	2(1.7)	1(1.1)	0(0.0)
気分障害	4(21.1)	0(0.0)	2(3.6)	2(1.7)	1(1.1)	0(0.0)
不安障害	3(15.8)	0(0.0)	1(1.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
身体疾患						
循環器疾患	0(0.0)	6(23.1)	11(19.6)	34(29.6)	24(25.8)	12(37.5)
脳血管障害	1(5.3)	4(15.4)	14(25.0)	26(22.6)	14(15.1)	2(6.3)
糖尿病	0(0.0)	5(19.2)	9(16.1)	23(20.0)	11(11.8)	4(12.5)
筋骨格系の疾患	1(5.3)	2(7.7)	7(12.5)	16(13.9)	10(10.8)	5(15.6)
がん	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	17(14.8)	12(12.9)	3(9.4)
視聴覚系の疾患	0(0.0)	3(11.5)	5(8.9)	11(9.6)	10(10.8)	5(15.6)
呼吸器疾患	0(0.0)	1(3.8)	5(8.9)	6(5.2)	7(7.5)	4(12.5)
肝炎	1(5.3)	0(0.0)	4(7.1)	0(0.0)	3(3.2)	2(6.3)
皮膚疾患	0(0.0)	1(3.8)	1(1.8)	4(3.5)	3(3.2)	0(0.0)
HIV・AIDS	2(10.5)	0(0.0)	1(1.8)	1(0.9)	1(1.1)	0(0.0)
アレルギー性疾患	0(0.0)	1(3.8)	1(1.8)	1(0.9)	2(2.2)	0(0.0)
歯疾患	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.1)	0(0.0)
疾病なし	1(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.7)	3(3.2)	2(6.3)
疾病不明	0(0.0)	0(0.0)	2(3.6)	9(7.8)	14(15.1)	5(15.6)

注．複数回答

問看護、通所介護、デイケア等、必要に応じて医療や介護等の在宅サービスの利用が可能な施設であった。その他、本人の希望と福祉事務所のケースワーカーの方針に基づき、安定的な居住の確保のための支援や、後見人、保健師、保護観察官や保護司との連携、法律相談の利用や権利擁護事業による金銭管理等、多くの支援機関と連携している特徴があった。このような生活支援員による支援体制や地域の支援機関との連携体制をとっている特徴があることによって、毎日の食事の準備や服薬が難しいために一人暮らしが困難な対象者や、認知症や精神疾患等によって24時間の見守りが必要な対象者の利用が多くなっていた可能性がある。

全国の救護施設利用者を対象とした調査²²⁾では、入所時年齢が65歳以上の利用者が11.1%と報告されていることから、本研究の対象者よりも救護施設の入所者の方が低い年齢層が多いと考えられるが、入所者のほとんどが生活保護受給者であり、病院からの入所が最も多いという点では、本研究の結果と類似していた。救護施設は、心身の障害により日常生

活の継続が困難な人たちを支援するための生活保護施設であり、さまざまな事情で家族のサポートや福祉施設の利用が困難な生活困窮者を受け入れ、セーフティーネットとしての役割を果たしている²³⁾。本研究の対象施設は生活保護施設ではないが、24時間体制で生活支援員が支援をしている環境であったことから、救護施設と同様の健康問題を抱えた生活困窮者が入所している可能性がある。

今回の調査の対象者は、退院後の帰住先がないことやADL低下、認知症状の悪化を理由に宿泊施設の利用に至っている割合が高かった。加えて、連絡のとれる家族がいる対象者が1割程度であったこと等を考慮すると、身寄りがなく、一人暮らしが困難で、病院退院後に在宅生活に移行することが難しい対象者が多い特徴であったと考えられる。

2. 生活支援付きの宿泊施設入所者の健康状態の特徴

本研究では、生活支援付きの宿泊施設入所者の健康状態の特徴として、利用開始時に把握された健康問題を調査し、精神疾患では依存症、認知症、統合

表5 年代別の入所時のアセスメント (N=341)

	40歳未満 n=19	40-49歳 n=26	50-59歳 n=56	60-69歳 n=115	70-79歳 n=93	80歳以上 n=32
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
精神面						
認知症の疑い	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (5.4)	12 (10.4)	13 (14.0)	5 (15.6)
不眠	1 (5.3)	2 (7.7)	3 (5.4)	4 (3.5)	4 (4.3)	0 (0.0)
独語・幻覚/妄想等の疑い	1 (5.3)	1 (3.8)	4 (7.1)	2 (1.7)	3 (3.2)	1 (3.1)
知的・発達障害の疑い	1 (5.3)	1 (3.8)	3 (5.4)	4 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
違法薬物使用の既往	4 (21.1)	0 (0.0)	2 (3.6)	2 (1.7)	1 (1.1)	0 (0.0)
希死念慮・自傷・自殺企図	2 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
身体面						
移動の困難	4 (21.1)	3 (11.5)	10 (17.9)	28 (24.3)	17 (18.3)	8 (25.0)
失禁等の排泄の障害	2 (10.5)	4 (15.4)	4 (7.1)	22 (19.1)	14 (15.1)	6 (18.8)
意思疎通の困難	5 (26.3)	2 (7.7)	7 (12.5)	14 (12.2)	7 (7.5)	5 (15.6)
麻痺等によるADLの困難	1 (5.3)	1 (3.8)	6 (10.7)	7 (6.1)	3 (3.2)	1 (3.1)
痛み・呼吸苦	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.8)	5 (4.3)	4 (4.3)	0 (0.0)
保清の困難	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.6)	1 (0.9)	1 (1.1)	0 (0.0)

注: 複数回答

表6 福祉事務所の方針 (N=341)

	40歳未満 n=19	40-49歳 n=26	50-59歳 n=56	60-69歳 n=115	70-79歳 n=93	80歳以上 n=32
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
生活の安定	8 (42.1)	8 (30.8)	24 (42.9)	50 (43.5)	49 (52.7)	10 (31.3)
福祉施設待機	5 (26.3)	8 (30.8)	7 (12.5)	23 (20.0)	26 (28.0)	6 (18.8)
医療や福祉の導入・調整	2 (10.5)	4 (15.4)	6 (10.7)	30 (26.1)	16 (17.2)	8 (25.0)
状態を見た上で判断	2 (10.5)	4 (15.4)	3 (5.4)	7 (6.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
一時的な保護	0 (0.0)	2 (7.7)	2 (3.6)	9 (7.8)	10 (10.8)	10 (31.3)
療養・治療に専念	4 (21.1)	4 (15.4)	6 (10.7)	11 (9.6)	3 (3.2)	1 (3.1)
就労・生活訓練	6 (31.6)	3 (11.5)	10 (17.9)	6 (5.2)	2 (2.2)	0 (0.0)
なし・不明	1 (5.3)	1 (3.8)	4 (7.1)	5 (4.3)	6 (6.5)	1 (3.1)

注: 複数回答

失調症の順に多く、身体疾患では循環器疾患、脳血管障害、糖尿病の順に多い結果であった。また、生活支援員による入所時のアセスメントの結果から、精神疾患の診断がない場合であっても、入所時の様子から認知症や統合失調症が疑われる場合や、移動や排泄、意思疎通等、生活上のさまざまな困難のある対象者が入所していた。

また、健康状態、および施設利用に至る経緯を年代別にみると、40歳未満の対象者は社会福祉施設からの入所が多く、依存症や統合失調症、知的障害・発達障害、違法薬物使用の既往が多いことから、メンタルヘルスの課題が中心的な健康問題であると考えられた。また、40歳代から50歳代にかけては、病院からの入所が多く、依存症や統合失調症等の精神

疾患に加え、循環器疾患や脳血管障害、糖尿病等の生活習慣病の割合が高くなっていた。さらに、60歳以上では、病院のみならず宿泊所や自宅からの入所が多くなり、認知症や視聴覚系の疾患等の老年期の疾患の割合が高くなると同時に、入所時の疾病が不明の割合も高くなっていた。

40歳未満の対象者については、限られた数の傾向でしかないが、社会福祉施設からの入所が多かったことから、障害者を対象とした施設の利用につながっていたにも関わらず、何らかの事情で生活を継続できなかった課題があると考えられる。今後、福祉施設の利用が困難な状態にある若年者の支援ニーズの詳細を明らかにしていく必要がある。また、病院からの入所が多い40歳代から50歳代の対象者は、

稼働年齢層であることから、一般的には就労やアパート生活への自立が目標となることが多いが、体調や生活自体の不安定さ、近隣とのトラブル等によって、独居での生活や就労の継続が繰り返し困難となってしまう場合がある。本研究の結果では、40歳代から50歳代の対象者については、福祉事務所の方針が、就労や生活の訓練だけではなく、生活の安定や福祉施設への入所、療養・治療に専念することが目指されている対象者の割合も高かった。これらのことから、本研究の対象施設では、独居で生活を安定させることが困難な生活困窮者が、一定の支援を受けながら、体調や生活の安定を図る場所として利用されていた可能性がある。

Okamura et al.²⁰⁾は、精神疾患を有する生活困窮者について、宿泊施設を利用している者と宿泊施設を利用せずに居宅生活をしている者の特徴を比較し、宿泊施設を利用している対象者は居宅生活をしている対象者よりも、高齢でアルコール等の問題を抱えている人の割合が高かったと報告している。アルコールや薬物、ギャンブル等の依存症を抱えている人の地域生活を支える社会資源には、当事者団体や医療機関等が運営する回復施設等があり、統合失調症や知的障害・発達障害を抱えている場合には、障害者を対象とした入所施設やグループホーム等の利用が可能である。これらの社会資源は、いずれも障害者総合支援法に基づいて運営されているところが多い²⁴⁾と考えられるが、本研究の結果では、宿泊施設に入所する時点で障害者総合支援法に基づく障害支援区分の認定を受けていた対象者は、ほとんどいなかった。また、精神疾患と知的障害を重複して持っている対象者もみられたことから、複数の疾病や障害が重複していることにより、利用可能な福祉施設を見つけづらい可能性がある。さらに、医療につながり、依存症や統合失調症等の診断を受けていても、戸籍や住民票がない等の問題や本人が障害者サービスの利用を希望しない等の事情によって、障害福祉サービスを受けるための手続きが進みづらいことも考えられる。

本研究の結果では、60歳以上の対象者は、自宅や宿泊所から入所した対象者が多かったが、ADLの低下や認知症状の進行に伴い、自宅や生活サポートの少ない宿泊所での生活が困難となった高齢の生活困窮者が、より手厚い支援のある環境を求めて、24時間の生活支援のある宿泊所・自立援助ホームへの入所に至っている可能性がある。

高齢で、手厚い医療や生活支援が必要な生活困窮者が、特別養護老人ホーム等の介護施設ではなく、民間の宿泊施設への入所となっている社会背景とし

て、低所得高齢者が利用できる介護施設や住宅が限られていることや医療機関の在院日数の短縮が進められていること等が考えられる。小磯²⁵⁾は、高齢者の医療費の適正化のための長期入院の是正や施設から在宅への移行が進められていく方向へと政策転換しているにも関わらず、住宅が社会保障として位置づけられていないと指摘している。また、病院退院後に行き場を見つけづらい高齢者のとりあえずの退院先として介護老人保健施設、介護療養型医療施設、医療療養病床、有料老人ホーム、認知症グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護、宿泊デイ等の社会資源が利用されているとの報告もある⁷⁾。

本研究の結果では、60歳以上の対象者への福祉事務所の方針として、「生活の安定」や「医療や福祉の導入・調整」の記載が多かった。とくに認知症を有する対象者の多くは直前まで自宅で一人暮らしをしており、入所時に介護保険を申請した対象者が少なくなかった。単身で家族からのサポートが得られにくい状況では、認知機能の低下により、必要な医療や福祉サービスに自力でアクセスできないまま重篤化してしまうことも考えられる。認知症やアルコールの問題を抱え、地域での一人暮らしが困難となった低所得の単身高齢者の在宅生活を継続するための居所、あるいは介護保険の申請等、必要な手続きを進める居所のひとつとして、生活支援付きの無料低額宿泊所・自立援助ホームが利用されている可能性がある。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、第一に、健康状態に関するデータに、医師の診断以外の情報が含まれていることが挙げられる。病院や社会福祉施設から入所した対象者は、退院時の看護サマリーや医師の診断書に基づく情報が入所申込書を通して記録されることが多い一方、簡易宿泊所や路上で生活していた対象者の健康状態に関する情報は本人から聞き取った内容が中心となっている。

第二に、緊急に保護された場合等は、福祉事務所でも把握が困難な情報があるため、入所時の健康状態が過小評価されている可能性がある。

第三に、本研究では、都市部の一団体の調査であるため、都市部の生活支援付きの民間宿泊施設の入所者全体を代表しているとは言えない。また、宿泊施設に入所した生活困窮者のみを対象とした調査であるため、居宅で生活している利用者との比較や宿泊施設以外の居所で生活している生活困窮者との特徴の違いを明らかにすることができていない。海外の研究では、シェルターを利用する高齢者は、一般

の高齢者と比較して機能障害やフレイルの状態が多いとする報告²⁶⁾や居所を喪失した高齢者の老年性疾患の状態は、シェルターと他の生活環境とでは違いはなかったとする報告²⁷⁾があるが、国内では生活困窮者の健康状態の特徴の違いを居住環境別に明らかにした研究は少ない。今後、日本の民間の宿泊施設の入所者の健康状態をさらに明らかにしていくためには、居宅で生活している生活困窮者や、他の施設での調査データとの比較や検証を積み重ねていく必要がある。

V 結 語

本研究では、都市部の生活支援付きの民間の宿泊施設を新規に利用する生活困窮者を対象として、利用開始時の健康状態や施設利用に至る経緯を調査した。その結果、身寄りがなく、一人暮らしが困難で、病院退院後に在宅生活に移行することが難しい対象者が多い特徴がみられた。単身の低所得高齢者の増加や低所得者が入所可能な介護施設等の不足を背景として、家族のサポートを得ることが難しい生活困窮者の在宅生活を継続するための居所、または制度利用に必要な手続きを進める居所のひとつとして、生活支援付きの民間の宿泊施設が利用されている可能性がある。

救護施設等の公的な施設には、看護師等の医療職の配置が定められている一方で、民間の宿泊施設には医療職の配置は定められていない。そのため、民間の宿泊施設を利用する生活困窮者は、継続的な健康支援が届きにくい。また、認知症等により自ら医療機関にアクセスできず、疾病が不明の状態で保護されている対象者もいることから、健康問題が把握されにくい集団であると言える。

本調査の結果では、多くの対象者が何らかの健康問題を抱え、年代別に異なったニーズを有していることが示唆されたことから、今後、民間の宿泊施設へ入所している生活困窮者の年代別の課題に応じた健康支援を提供する仕組みを検討する必要がある。

本研究にご協力くださいました、NPO 法人の事業所の利用者の皆様、職員の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、首都大学東京大学院人間健康科学研究科博士前期課程修士学位论文の研究の一部である。本研究に関して開示すべき COI はない。

(受付 2019. 2.15)
(採用 2019. 8.29)

文 献

- 1) 厚生労働省 編. 厚生労働白書 平成29年版—社会保障と経済成長—. 東京：日経印刷. 2017; 270-273.
- 2) 厚生労働省. 生活保護の被保護者調査（平成29年4月分概数）の結果. 2017. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogosya/m2017/dl/04-01.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 2012. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf (2018年4月15日アクセス可能).
- 4) 櫻井琢磨. 生活困窮者の健康課題および社会保障財政から見た保健師への期待. 保健師ジャーナル 2016; 72: 100-104.
- 5) 浅沼奈美. 生活保護受給者の健康管理支援と保健師の役割. 保健師ジャーナル 2016; 72: 94-99.
- 6) 藤田恭子. 福祉事務所の保健師の立場から. 保健師ジャーナル 2016; 72: 113-119.
- 7) 東京都社会福祉協議会. 退院後、行き場を見つづらぬ高齢者 社会資源実態白書. 東京：東京都社会福祉協議会. 2013; 5-19.
- 8) 厚生労働省職業安定局. 住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書. 2007. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/08/dl/h0828-1n.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 9) 厚生労働省. 平成27年社会福祉施設等調査の概況総括表. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/15/dl/soukatsu.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 10) 厚生労働省. 平成27年社会福祉施設等調査の概況第2表 施設の種別別在所率（詳細票）. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/15/dl/sankou02.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 11) 厚生労働省社会・援護局保護課. 住居のない生活保護受給者が入居する無料低額宿泊施設及びこれに準じた法的位置づけのない施設に関する調査結果について. 2011. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001i7kb-att/2r9852000001i7m1.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 12) 厚生労働省社会・援護局保護課. 無料低額宿泊事業を行う施設に関する調査について（平成27年調査）. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12002000-Shakaiengokyoku-Shakai-Hogoka/0000134574.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 13) 厚生労働省社会・援護局保護課. 社会福祉各法に法的位置付けのない施設に関する調査について（平成27年調査）. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12002000-Shakaiengokyoku-Shakai-Hogoka/0000134575.pdf> (2018年4月15日アクセス可能).
- 14) 山田壮志郎. 無料低額宿泊所の研究. 東京：明石書店. 2016; 46-55.
- 15) 滝脇 憲. 大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える. こころの科学 2012; 161: 86-91.
- 16) 東京都福祉保健局生活福祉部保護課保護係. 第2実施責任. 生活保護運用事例集. 東京：東京都福祉保健局生活福祉部保護課保護係. 2006; 34-35.

- 17) 東京都福祉保健局. 寄りそい型宿泊所事業実施要項. 2014. <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/shisetsu/shukuhaku/yorisoigatasuyukuhakusyojigyou.html> (2019年4月14日アクセス可能).
 - 18) 厚生労働省社会援護局保護課. 社会福祉住居施設及び生活保護受給者の日常生活支援の在り方に関する検討会第1回資料. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000377963.pdf> (2019年4月14日アクセス可能).
 - 19) 橋本 明. 東京都下一生活保護施設における「ホームレス」精神障害者の研究. 日本公衆衛生雑誌 1992; 39: 467-477.
 - 20) Okamura T, Takeshima T, Tachimori H, et al. Characteristics of individuals with mental illness in Tokyo homeless shelters. *Psychiatric Services* 2015; 66: 1290-1295.
 - 21) Ito K, Morikawa S, Okamura T, et al. Factors associated with mental well-being of homeless people in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2014; 68: 145-153.
 - 22) 全国救護施設協議会. 平成25年度全国救護施設実態調査報告書. 2014. https://www.murayamaen.or.jp/murayamaen/about_me/kyugo/ (2018年4月15日アクセス可能).
 - 23) 江口恵子. 救護施設の社会的性格—利用者の変遷を通じて—. 人間文化研究 1. 2003; 33-46.
 - 24) 大嶋栄子. 特集アルコール依存症治療の変遷 5 地域の回復施設の変遷. *Frontiers in Alcoholism* 2016; 4: 120-125.
 - 25) 小磯 明. 高齢者医療と介護看護 住まいと地域ケア. 東京: 御茶ノ水書房. 2016; 217-221.
 - 26) Brown RT, Kiely DK, Bharel M, et al. Geriatric syndromes in older homeless adults. *Journal of General Internal Medicine* 2012; 27: 16-22.
 - 27) Brown RT, Hemati K, Riley ED, et al. Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. *Gerontologist* 2017; 57: 757-766.
-

Health status and support needs of low-income people admitted to supportive housing in urban areas of Japan: Research on new residents across several age groups

Yuki MATOBA^{*,2*} and Emiko SAITO^{3*}

Key words : homelessness, supportive housing, residential facilities, public assistance, health status, age group

Objectives The aim of this study is to report on the health status of residents in supportive housing in urban areas of Japan, and to explore the differences in health conditions across different age groups within this population.

Methods The participants were 341 residents who had newly been admitted to supportive housing managed by a nonprofit organization. We examined their admission records and documented their health conditions. Differences in health conditions across age groups were also explored.

Results More than 90 percent of the participants were single men, aged 40 or older, and living on welfare. The main reasons for their utilization of supportive housing were the lack of accommodation after leaving a hospital or facility, decrease in physical function, and progression of dementia. A high proportion of participants under 40 years had an addiction problem, schizophrenia, intellectual disorders, or developmental disorders. Participants aged 40–59 years had high rates of lifestyle-related diseases in addition to mental illnesses. Furthermore, for those aged 60 years and older, the prevalence of geriatric syndromes such as dementia, hearing impairment, and visual impairment was high. Additionally, there was a high proportion of elderly participants whose health status was unknown when they were admitted to supportive housing.

Conclusion Most residents who had been admitted to supportive housing in the urban areas of Japan had physical or mental illnesses, and their life and support needs varied by age group. These findings suggest that it may be necessary for residents living in urban supportive housing in Japan to receive not only increased medical and psychological care but also age group-specific care.

* NPO Sumai Machizukuri Shien Kiko (Non-profit Organization for Housing & Community Services)

^{2*} Doctor's program in Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

^{3*} Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University