

このように施設系サービスに対する需要は根強く、一定水準の整備は不可欠と思われる。同時に、本稿の分析結果から明らかになったことは現行制度の維持は困難であるということである。したがって、検討すべきは給付水準を含めた給付範囲の見直しではないだろうか。端的な例としては介護老人福祉施設の個室化の推進が挙げられる。厚生労働省は、個室割合が15%である介護老人福祉施設について、ユニット型個室の割合を2012年度までに70%に引き上げる目標を掲げている<sup>20</sup>。介護老人福祉施設の利用が低所得者中心であり、保険財源によって食費・居住費の補助が行われていることを考慮すると、公的保険で保障するサービス水準として妥当かどうか、再度検討する必要があるのではないだろうか。公的保険を補完する民間保険の活用なども含めて、公的保険が果たすべき役割について再検討が望まれる。

## 参考文献

- Fukui, T. and Y. Iwamoto (2006) "Policy Options for Financing the Future Health and Long-Term Care Costs in Japan," *NBER Working Paper*, No. 12427.
- 岩本康志・福井唯嗣(2007)「医療・介護保険への積立方式の導入」『フィナンシャル・レビュー』通巻第87号、pp. 44-73.
- 川越雅弘(2008)「利用者特性からみた施設サービスの機能分化の実態」『季刊社会保障研究』第43巻第4号
- 菊池 潤・田近栄治・油井雄二(2005)「介護保険の現状と持続可能性」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差』第7章、東洋経済新報社
- 鈴木 亘(2002)「介護サービス需要増加の要因分析—介護サービス需要と介護マンパワーの長期推計に向けて—」『日本労働研究雑誌』第502号、pp. 6-17.
- 清水谷論・野口晴子(2004)「介護サービス需要の将来予測と財政負担」『介護保育サービス市場の経済分析』第7章、東洋経済新報社
- 田近栄治・菊池 潤(2003)「介護保険財政の展開—居宅介護給付増大の要因—」『季刊社会保障研究』第39巻第2号、pp. 174-88.
- 田近栄治・菊池 潤(2004)「介護保険の総費用と生年別給付・負担比率の推計」『フィナンシャル・レビュー』通巻第74号、pp. 147-163.
- 田近栄治・菊池 潤(2006)「介護保険の何が問題か—制度創設過程と要介護状態改善効果の検討—」『フィナンシャル・レビュー』通巻第80号、pp. 157-186.
- 田近栄治・油井雄二(2004)「介護保険：4年間の経験で何がわかったか」『フィナンシャル・レビュー』通巻第72号、pp. 78-104.

---

<sup>1</sup> 介護労働者の雇用環境については、例えば「介護労働者や介護事業者についての参考資料」(第45回社会保障審議会介護給付費分科会資料、2007年12月10日)を参照。

<sup>2</sup> 認定率は制度発足以降、一貫して上昇してきたが、2006年7月の16.9%をピークとして

下落に転じている（厚生労働省「介護保険事業状況報告」より）。

<sup>3</sup> 後述するように、介護療養型医療施設に関しては、介護保険適用病床から医療保険適用病床への転換などにより、施設数・病床数自体が減少しており、このことが施設受給者の伸びを一層低いものとしている。

<sup>4</sup> 居住系サービスを含む各施設間の利用者属性の相違については、川越(2008)を参照されたい。

<sup>5</sup> 2001年10月から2005年10月にかけて、介護3施設の受給率は要支援が0.63%から0.00%、要介護1が8.32%から4.55%までそれぞれ低下している。一方で、居住系サービスの受給率は、要支援が0.28%から0.73%へ、要介護1が0.89%から3.16%にまでそれぞれ上昇している（国保中央会「認定者・受給者の状況」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より筆者計算）。

<sup>6</sup> ただし、居宅受給者一人当たり給付費はこの間上昇しており、その理由としては、①個別サービスの受給者一人当たり給付費の増加と、②個別サービスの利用率（サービス別受給者数／居宅受給者数）の上昇、の2つが考えられる。前者の例としては通所介護サービスが該当し、要支援を除く全ての要介護度で受給者一人当たり給付費が上昇している（厚生労働省「介護給付費実態調査」より筆者計算）。後者の例としては、居住系サービスが該当する。

<sup>7</sup> 「介護保険料の現状等」（第1回介護保険料検討会資料、2007年3月19日）より。

<sup>8</sup> 介護保険財政の問題に関しては、田近・油井(2004)、菊池・田近・油井(2005)、田近・菊池(2006)などを参照されたい。

<sup>9</sup> 療養病床は、2004年10月から2005年10月にかけて、病院で349,450床から359,230床に、一般診療所で24,373床から24,681床に、それぞれ増加している（厚生労働省「医療施設調査」（2005年）より）。

<sup>10</sup> 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」はほぼ2年ごとに公表されており、論文執筆時における最新の推計は2006年5月推計となっている。また、厚生労働省以外のものとしては、鈴木(2002)、清水谷・野口(2004)、田近・菊池(2004)、Fukui and Iwamoto (2006)、および、岩本・福井(2007)などがある。

<sup>11</sup> 2005年度介護保険制度改革により、2006年4月以降要介護度区分の変更が行われている。本稿では2005年10月を基点として推計を行っており、制度改革前の要介護度区分を用いている。なお、制度改革後の要介護度区分では、従来の要支援を要支援1、従来の要介護1の一部を要支援2とし、要支援認定者の給付は予防を目的とした新予防給付に限定されている。この点を考慮すると、本稿の推計は過大となる可能性がある。

<sup>12</sup> 厚生労働省推計（2004年以前）や田近・菊池(2004)では居宅受給者を一括して推計しており、本稿の計算方法とは若干異なる。本稿では、居住系サービスに関心があるため、サービス別の受給率を用いた計算を行った。厚生労働省推計の計算方法については田近・菊池(2004)を参照されたい。

<sup>13</sup> 実質賃金成長率は厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」（2006年5月推計）で仮定されている経済前提（Aケース）と同じ値を用いている。

<sup>14</sup> 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の第73回資料（2005年11月25日）、および、第74回資料（2005年11月30日）による。

<sup>15</sup> 本稿の推計結果（基準ケース）は厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」2006年5月推計と比較して小さくなっている。同推計の方法は明らかにされていないが、2004年推計と同様の手法で推計を行っているとすると、①初期値の設定、②認定率の設定、および、③居宅受給率の設定、の3点が影響している可能性がある。

<sup>16</sup> 当然のことではあるが、ここで考えているのは介護保険給付に与える影響のみであり、療養病床再編の財政効果を測るためには、医療保険給付に与える影響も同時に検討する必要がある。厚生労働省の試算では、再編完了時点において医療給付費が4,000億円減（名

---

目)、介護給付費が1,000億円増(同)とされている(「療養病床の再編成」(療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備に関するブロック別意見交換会資料、2006年8月)より)。

17 本稿の推計期間は2055年度までとなっているため、出生仮定は65歳以上の介護給付に影響を与えない。

18 2006年7月時点の福祉施設で働く介護職員の平均年齢、きまって支給する現金給与額は男性が33.2歳で227.1千円、女性が37.2歳で206.4千円となっている。同じ年齢階級で、全産業平均と比較すると、男性331.2千円(35歳以上40歳未満)、女性262.7(35歳以上40歳未満)となっている(厚生労働省「賃金構造基本統計調査」(2006年)より)。

19 財団法人高齢者専用住宅財団HP(<http://www.koujuuzai.or.jp/index.html>)によると、高齢者専用賃貸住宅の総登録件数は696件、総登録戸数は16,531戸となっている(2008年1月17日現在)。

20 厚生労働省「介護保険制度改革の概要」

# 大都市インナーエリアにおける病院退院者および施設退所者の地域移行支援の展開 —NPO 法人による宿泊所事業を事例に—

国立社会保障・人口問題研究所客員研究員 稲田七海

## I. はじめに

本研究は、医療・介護に関する制度改革が進められる中で、精神病院退院者や生活保護施設等退所者の地域移行支援がどのように展開されているかを、大都市インナーエリアに位置する「寄せ場」<sup>1</sup>を対象に調査・分析するものである。本研究が「寄せ場」に着目する理由は、近年「寄せ場」の機能の変容が進み、労働者を再生産する空間から居住支援と地域ケアを中心とした福祉資源が集中する空間へと急激に変容しているためである。

そもそも「寄せ場」には、日雇い労働力を集中的に再生産する場としての機能だけでなく、都市における貧困・低所得者や、社会的マイノリティなどに対する残余としての福祉を担ってきた歴史がある。そのため、民間による支援のネットワークが充実し、居住支援を行う上での地域資源が豊富に存在している。こうした理由から、地域の居住福祉資源を求めて、多くの退院・退所者一要介護、精神障害の問題を抱えた単身高齢の生活保護受給者一が地域に数多く流入するようになった。

しかし、「寄せ場」が退院・退所者の地域移行の受け皿としての機能を担いつつある実態については実践の現場からの報告によるものに限られ、第三者による調査や、客観的データをもとにした分析などは実施されていない。したがって、本研究では、「寄せ場」における民間の宿泊所事業における自立支援の取り組みに着目し、制度改革による諸問題が地域の枠組みでどのように対応されているのか明らかにしていく。

## II. 制度改革と「社会的入院」<sup>2</sup>の解消

2003年5月、社会保障審議会障害者部会精神障害分会による精神保健福祉対策本部中間報告において、「受け入れ体制が整えば退院可能」である約7万2000人<sup>3</sup>の精神障害者

<sup>1</sup> 寄せ場とは、日雇い労働者と日雇い労働力を求める求人業者が集中的に集まる場所を意味する。労働力のやり取りだけでなく、労働者向けの宿所、飲食店、銭湯、コインロッカーなどが集中し、労働者の生活の場にもなっている。東京・山谷、大阪・釜ヶ崎、横浜・寿町が日本の三大寄せ場と呼ばれている。かつては日雇い労働者の支援活動が行われていたが、近年は日雇い労働者のホームレス化により、生活保護受給の支援や保護受給後の自立支援が活発に行われている。

<sup>2</sup> 「社会的入院」の定義は統一されていない。例えば、東京都においては、東京都地方精神保健福祉審議会において、社会的入院患者を『都内の精神科病院における長期入院患者のうち、「受入れ条件が整えば退院可能な患者』と定義している。また、医療経済学の視点から府川（1995）が「年間平均の1日当たり医療費が一定額（入院基本料）以下の入院を「社会的入院」と定義している。

<sup>3</sup> 退院可能な7万2000人という数値に対しては、推計手法の根拠が不明瞭であるとの批判も多い。日本精神科病院協会は2003年に会員病院における調査を実施し、退院可能な患者は4万3000人であると発表した。一方で、全国精神障害者家族会連合会による推計は約10万人となっている。このように、各種調査によって、推計値が異なるのは、「社会

数（1999年患者調査より推計）に対し、2011年までに患者の早期退院と社会復帰を促進することが目標として掲げられた。具体策として「退院促進支援事業」<sup>4</sup>の全国での拡充が明記された。患者の退院後の受け皿として、グループホーム、福祉ホーム、生活訓練施設を確保するとともに、在宅生活者についてはホームヘルプサービス等の充実による支援を行うことが明記され、入院患者の減少の促進と精神病床の機能強化が推進された。しかし、2006年までの退院者数は約8000人にとどまり目標値への到達へは困難を極めている。

こうした中で、2006年に厚生労働省は精神障害者の退院支援施設の計画を自治体に示した。退院支援施設とは、精神科病院の一部の病床を、「生活能力の低下した患者が段階的に地域生活へ移行するための入所施設」<sup>5</sup>として転換するものである。しかし、「病棟の看板を掛け替えただけの新たな入院形態を作ることになる」といった障害者団体からの批判や、施設内の職員配置の手薄さなど、多くの問題点が指摘された。とはいえ、仮に新たな社会復帰施設を計画するにしても、地域住民の反対などによって、設置が進みにくいという問題もある。このように、精神障害者のいわゆる「社会的入院」の解消については、退院後の受け皿—どこで、誰が支援するか—といった、場所と人員の問題が最大の課題となっている。

また、「社会的入院」の解消については、療養病床の再編によってさらに促進されることが予測される。療養病床においては、1973年の老人医療費の無料化によって、介護サービスを必要とする高齢者が家庭や福祉施設に受け皿がないために病院への入院を余儀なくされる状況を生み出したことや、福祉施設との費用負担の格差や手続きの容易さから入院を選択するという理由で、「社会的入院」を助長しているとの指摘がなされるようになった。そこで、2006年6月に「健康保険法等の一部を改定する法律」「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、療養病床が大幅に再編されることが決定した。2011年までに、医療保険給付対象の療養病床を現在の25万床から15万床に削減、介護保険給付対象の療養病床13万床を廃止し、医療給付対象の10万床と介護給付対象の13万床分の入院患者は、老人保健施設、ケアハウス、有料老人ホームなどの介護施設や、在宅などへと移行することが想定されている。

しかし、介護難民を生み出す可能性や、行き場のない患者の問題など、精神障害者の問題と同様、ケアと居場所についての問題が深刻な課題となっている。特に、高齢者向けケア付きの住宅の整備率（高齢者人口に対する定員比）は、欧米の先進諸国が平均6%であるのに対し日本ではわずか0.9%と低く、受け皿としての高齢者向けの住宅ストックが十分ではないことがわかる。

以上のことから、「社会的入院」患者の退院と地域移行に関しては、どこに移行するか、という行き先の問題と、誰がケアを行うのかという地域ケアの問題について十分な準備が

---

的入院」についての定義が不明確であることの表れともいえる。

<sup>4</sup> 退院促進事業は2006年に正式に事業化されたが、初年度の実施は26都道府県にとどまったため、2007年からはすべての都道府県において義務化されることになった。

<sup>5</sup> 転換に際しては、運営財源は、医療から障害者福祉法によるものに移される。また、病床の削減を条件に1件につき1億程度の整備費が補助される。精神科の病棟を改装する方式（4人部屋で可）と、病院敷地外に建てる方式（個室のみ）が認められている。標準利用期間は2～3年とされているが、更新も認められている。

なされないまま進められている印象は否めない。今後大量に退院してくる患者に対する受け皿の問題について早急に議論されるべきであろう。そこで、本研究では、退院・退所者の地域の受け皿となって支援を実施しているNPO法人の宿泊所事業と自立支援プログラムについて調査を実施し、退院者支援の実態について考察を行う。

### Ⅲ. 東京都における宿泊所事業の展開

#### 1. 第二種宿泊所の概要と認定基準の変遷

本研究で指す宿泊所事業とは、第二種社会福祉事業に基づく「宿泊所」と、東京都において民間のNPO法人が展開している「自立援助ホーム」の2つを指す。

第二種社会福祉事業に基づく「宿泊所」とは、社会福祉法第2条第3項に定める「第二種社会福祉事業」8号の「生計困難者のために、無料又は低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他の施設を利用させる事業」に基づき設置される施設である。全国に224施設、収容定員数は7765人である。そのうちの約8割の167施設が東京都に集中している。

2003年に東京都が実施した「宿泊所実態調査」によると、宿泊所利用の理由として、他施設からの移管、夫の暴力からの逃避等、社会生活困難など、多様な理由が約半数を占めるが、残りの半数は路上生活を理由としている。利用者の半数が路上生活経験者となっている理由は、1998年以降にホームレスを対象とした宿泊所が急増し、ホームレスを宿泊所に受け入れるキャパシティが増大したことによる。東京都が2007年に公表した「生活保護を変える東京提言」によると、宿泊所の数は、1998年の約30施設から、ピーク時の2003年には172施設に急増している。

#### i) 第二種宿泊所の問題点と東京都の対応

ホームレスを対象とした宿泊所が急増し、さらに宿泊所利用者の8割が生活保護受給者となる中で、宿泊所の運営や居住環境についての問題が数多く浮上してきた<sup>6</sup>。そこで東京都は、2003年4月に第二種宿泊所における居住環境の向上と経営面の透明性を確保するために、宿泊所に関する新たなガイドライン「宿泊所設置運営指導指針」を策定し、さらに2004年1月には、「住宅扶助認定基準額」を設け、家賃を一人あたりの居室面積に応じて加減する方式に転換した。

2003年に定められた国の基準では、一つの居室を複数人で使用する場合の住宅扶助費は1世帯分の基準額を人数で除した数になっている（例：一部屋に4人の場合、53700円÷4＝13,425円）。これにあわせて東京都においても宿泊所設置のガイドラインが定められた。しかし、東京都の宿泊所は、路上生活者などの生活困窮者、病院退院者、DV被害者の受け皿になるなど、全国の平均的な宿泊所と比較すると大都市特有の貧困・福祉問題に対応している点で特徴的である。また、こうした設置の特性のみならず、土地建物の賃借

<sup>6</sup> 具体的には、宿泊所の劣悪な居住環境が問題とされていた。一部の宿泊所では、狭小な居室に複数人を住まわせているにも関わらず、家賃を住宅扶助の限度額に近い額を徴収していた。（例えば、6畳の居室に3人入居させても、一人あたりの家賃は53700円ずつ徴収することが可能であった。）つまり、個室の広さに見合わない高額な家賃を徴収していることへの批判が集まった。また、家賃以外にも、施設利用料、食費、雑費と称して、保護費のほぼ全額を徴収するような宿泊所も確認され、運営面での不透明性も批判された。

料が他地域と比較すると高額であることから、東京都において宿泊所を運営することは、コストが割高となる。東京都ではこうした東京の特性をふまえつつ、かつ、今後、宿泊所を利用者の自立や地域移行支援の場として活用していくことを見込んで、独自の認定基準のルール（東京ルール）を設置した。

具体的には、これまで一律 53,700 円だった住宅扶助費に対し、基準面積（4.95 m<sup>2</sup>）と基準単価 39,000 円を新たに設け、基準面積以上のスペースには加算、以下には減算し、一人あたりの居住面積に応じて住宅扶助費を加減する方式「面閔調整方式（A 方式）」に変更し、運営の適正化と居住環境の向上を誘導した。しかし、宿泊所の中には単なる居室の提供のみならず、職員を配置して利用者の自立支援に向けたケアを丁寧に行っている施設もある。こうした宿泊所では、土地建物の賃貸料だけでなくケアに要する人件費などがかさむため、A 方式のように基準面積による加減算方式によりがたい。したがって、宿泊所の賃借料や人件費などの管理経費を考慮した「経費算定方式（B 方式）」が設置された。

以上のように、ガイドラインが定められることによって、一部の宿泊所における劣悪な居住環境と不透明な経営状態はある程度改善された。また、住宅扶助の認定基準の設置によって、一時的に居室のみを提供する空間提供型の宿泊所と、居住環境に多少の問題はあるものの、人員を配置し利用者の生活の安定と自立支援を積極的に行っている自立支援型の宿泊所が明確に差異化されることになった。

## ii) ガイドライン設置への対応

東京都における宿泊所設置のガイドラインが示され、宿泊所に特化機能が求められる中で A 方式の宿泊所においてもケア専門のスタッフを常駐させ、社会的自立と就労自立を目標とした支援プログラムを実施する動きが高まっている。

NPO 法人エスエスエス（以下、エスエスエス）は、首都圏に 127 施設、定員 4,138 人の宿泊所を運営している。2000 年から路上に生活するホームレスを対象とした宿泊所事業を展開し、ホームレスの中でも主に稼働年齢層の生活困窮者の中心に宿所の提供と就労自立に向けた支援を実施している。2006 年度の年間類型利用者数は 7,296 人、うち、就労可能な稼働年齢層は 5,601 人である。このうち、就労によって 2,175 人が自立している。これまでは、稼働層を対象とした短期間の滞在で就労による自立を目指す支援プログラムを中心に展開してきたが、近年、利用者に変化が見られるようになり、従来の就労支援を中心とした支援だけでは十分に対応しきれない問題が拡大しているという。エスエスエスによって提供を受けた利用者データによると、利用者 6,863 人のうち、持病・障害のある利用者は 3,185 人（46.4%）であり、定期的に診察を受けている利用者は、2,968 人（43.2%）を占めることが明らかになっている。また、平均の在籍日数は 595 日、平均年齢は 58.3 才となっており、稼働年齢層の中でも、持病や障害を持った利用者や、通院の必要のある利用者が増加している。また、宿泊所を利用している間に ADL が低下し、要介護状態になる利用者も少なくない。しかし、第二種宿泊所は短期滞在を前提とした一時滞在型の宿所であるため、「居宅」としては認められていない。ゆえに、エスエスエスの宿泊所では、介護保険サービスを適用できない<sup>7</sup>。そのため、訪問介護事業者など地域の有料の社会サー

<sup>7</sup> そもそも、宿泊所は一時的な滞在先であって、住居として認められていない。それゆえ、原則宿泊所利用者は介護保険サービスを受けることはできないことになっている。第二種

ビスとの連携をはかりながら、稼働年齢層以上の利用者や、持病・障害を持った利用者へのケアの充実を目指している<sup>8</sup>。また、高齢者特化型施設を設置し、利用者の高齢化とADLの低下に対応した支援プログラムの展開が進められている。しかし、エスエスエスが展開する宿泊所は、施設管理費、人件費などが住宅扶助額に考慮されないため、経営的には厳しい状態にある。また、介護保険サービスが適用されないことも、利用者のケアを行う上で大きな障害になっている。第二種宿泊所において介護保険の適用が認められる施設とそうでない施設が存在することは、利用者の利益に反する可能性もあり、東京都および厚生労働省はいち早く基準を明確化すべきであろう<sup>9</sup>。

一方で、B方式はガイドライン設定後3年(2007年4月)に見直しが予定されている<sup>10</sup>。そのため、人員を手厚く配置しケアを実施している宿泊所の運営主体は、2007年以降の宿泊所の認定基準の変更等への対応としてB方式の宿泊所を自立支援型の宿泊所として特化機能を持たせるとともに、第二種宿泊所での経験をもとに自立支援のノウハウを明確にプログラム化した「自立援助ホーム」が新たに設置されることになった。次節では、機能特化型の宿泊所事業の展開について詳しく検証する。

## 2. 「自立支援型宿泊所」と「自立援助ホーム」の展開

「自立支援型宿泊所」と「自立援助ホーム」<sup>11</sup>は、東京山谷でホームレスや生活保護受給者の支援を実施している「友愛会」と「ふるさとの会」の二つのNPO法人が協働して展開している自立支援型の宿泊所事業である。現在、この二つのNPO法人によって、合計8施設が展開されており、年間348名が利用している。

この2つのNPO法人による、第二種宿泊所(B方式)から自立支援型の宿泊所事業への移行にあたっては、宿泊所のガイドライン変更への対応以外にも、宿泊所の入所者の属性が変化への対応が大きな動機となっている。これまで、この2団体が山谷を中心にホームレス支援を行っていた関係から、宿泊所の利用者は路上で生活するホームレスが大部分を占めていた。しかし、近年、精神疾患を持った病院退院者、生活保護施設等退所者、元受刑者などの、単身かつ高齢で他に身よりのない人たちへと、利用者層が変化してきた。ところが、先も述べたように、一時的な宿所提供を原則としている第二種宿泊所においては、本来、要介護高齢者の受け入れや特別なケアを要する人たちに対し、長期にわたり集

---

宿泊所の法的な位置づけにおいても、要介護高齢者は宿泊所の利用者として想定されていない。しかし、B方式の宿泊所においては例外的に介護保険サービスが適用されている宿泊所も複数ある。これらの事業体は、行政との強いパートナーシップと支援実績に基づく信頼関係を持っていたので、例外的に介護保険サービスの適用が認められた。

<sup>8</sup> 施設内における有料の介護サービスの利用にあたっては、宿泊所の利用料に「サービス料」を設定し利用者に支給される生活扶助費から徴収している。

<sup>9</sup> 宿泊所での介護保険制度の適用については、首相官邸が実施している構造改革特区の提案募集において「訪問介護サービスにかかる規制の緩和」について申請を行うなどして、現状の打開を目指している。

<sup>10</sup> B方式は、ガイドライン設置後3年(2007年4月)での見直しが予定されていたが、現在もB方式の認定基準は継続・延長されている。

<sup>11</sup> ここでの自立援助ホームとは、児童福祉法で定められている「児童自立生活援助事業」によって設置されている「自立援助ホーム」とは異なる。



中的な支援を行うことは想定されていない。にもかかわらず、新規の受け入れが疾病・障害を持った利用者へと移行していく中で、効率的な支援を行うことへの限界があった。それゆえ、自立援助ホームという形態をとって、第二種宿泊所よりも利用対象者を限定し、明確なプログラムを組み自立援助機能を高めることで、宿泊所としての機能を分化させた。

こうして設置された「自立援助ホーム」は、利用対象者を要介護高齢者および社会的入院患者に限定し、居住福祉サービスを提供しているケア付の住宅である。第二種宿泊所のように設置についての法的な位置づけはないが、生活保護受給者のうち身体的・精神的なケアを必要としている人が福祉事務所を經由し入所している。現在は、NPO 法人ふるさとの会が「ふるさと東駒形荘」（定員 12 名）と「ふるさとホテル三晃」（定員 78 名）の 2 施設を展開し、要介護高齢者と社会的入院患者の地域移行に向けた自立支援を行っている。

このように、近年宿泊所をめぐるのは、大都市において多様化する貧困・福祉の問題に対応する中で、短期間のうちに機能分化が進んできた。しかし、機能分化が進み自立支援が強調される中において、宿泊所にどのような利用者がいて、どのような自立支援のプログラムが展開されているかということについては、施設運営者の実践報告以外明確になってこない。そこで、本研究では NPO ふるさとの会の運営する「自立援助ホームホテル三晃」において、入所者の属性調査を実施するとともにタイムスタディ調査を実施し、宿泊所のもつ自立支援の機能についての実態把握を行った。

#### IV. 自立援助ホームにおけるケアの測定

「自立援助ホームホテル三晃」（以下、三晃）は、「社会的入院患者」の地域移行の受け皿として運営を開始した。三晃は山谷の簡易宿泊所を改修し、3 畳の客室を居室（個室）として利用している。定員は 78 名である。2005 年 10 月の開設以来、見守りが必要な要介護者と、服薬チェック等が必要な病院退院者などを対象として地域移行に向けた自立支援を行っている。三晃には、4 名の正規職員と日勤ヘルパー<sup>12</sup> 2 名、ケア付就労<sup>13</sup> 10 名、夜間警備 2 名の 18 名の職員が在籍し、2 名から 7 名の職員が常駐しながら 24 時間体制のケアを行っている。

調査は 2007 年 9 月 5 日から 9 月 27 日にかけて、①利用者属性調査と②タイムスタディ調査の二つの調査を行った。

①利用者属性調査については、三晃より、以下の項目についての利用者データの提供を受けた。調査時点での利用者数は 75 名である。

②タイムスタディ調査については、三晃の職員 18 人（正職員、日勤ヘルパー、ケア付就労、夜間警備）に調査を配布し、任意の 1 日の労働内容を、5～15 分刻みで記録してもらった。（資料参照）

---

<sup>12</sup> 日勤ヘルパーとは、ふるさとの会が運営する訪問介護事業所から派遣されるヘルパーである。日勤ヘルパーは、介護保険認定を受けた利用者への介護保険サービスを提供しているが、空き時間を利用して、介護保険認定者以外のケアも行っている。

<sup>13</sup> ケア付就労とは、東京都が実施している路上生活者を対象とした「地域生活移行支援事業」の参加者や修了者など、路上生活の経験を持つ人々を対象とした日常生活のケアと労働を組み合わせた見守り型の就労形態のことを意味する。

### 1. 利用者の属性把握

三晃の利用者は男性のみとなっており、平均年齢は 64.4 才である。入所者の年齢層は 35 歳から 88 才までと幅広い（図 1）。

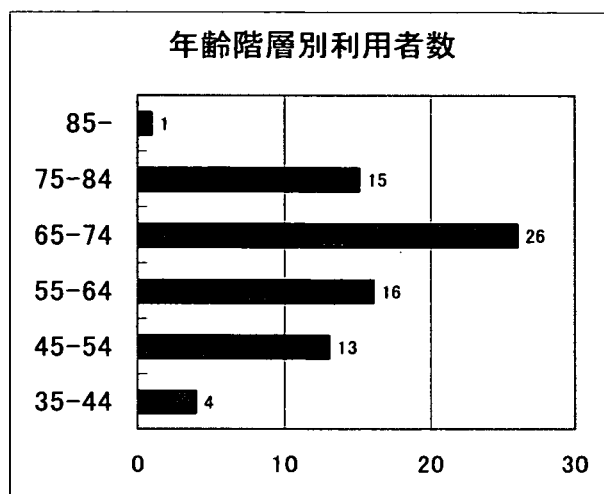


図 1 年齢階層別利用者数

次に、利用者の入所直前の所在地は、病院が 50%、宿泊所（ふるさとの会法人以外の宿泊所も含む）が 28%となっている。また、更生施設などの生活保護施設や老人ホームなどの福祉施設からの入所も見られる。一方で、従来宿泊所事業において対象とされてきた路上生活者の利用は 3%にとどまる（図 2）。

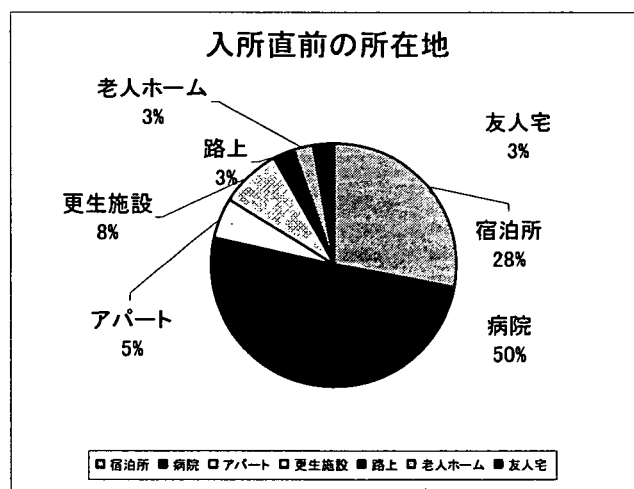


図 2 入所直前の所在地

また、入所者の生活保護実施機関は、東京都か 16 の福祉事務所となっており、地理的に広範なエリアから利用者が集まっている（図 3）。

千代田区	1
中央区	6
新宿区	31
台東区	1
墨田区	9
大田区	2
世田谷区	2
渋谷区	3
中野区	4
杉並区	1
豊島区	5
練馬区	1
足立区	3
江戸川区	3
清瀬市	1
八王子市	1
不明	1
合計	75

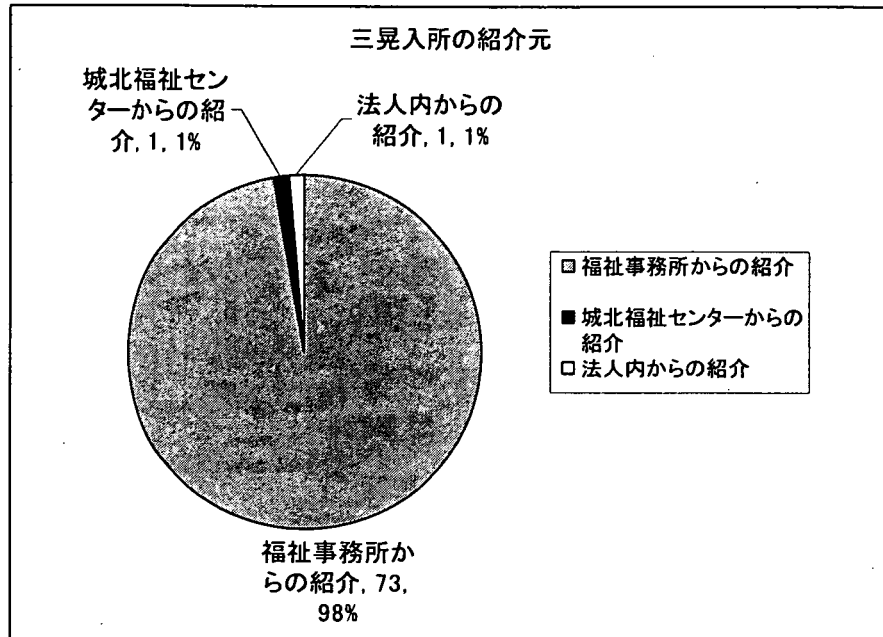


図3 三晃入所の紹介元

家族との連絡がある利用者は43%、ない人は57%であり、単身で身寄りがなく頼れる家族・親族のない人たちが大部分を占めている。

健康状態については、利用者のほとんどが何らかの持病を抱えている。利用者調査の結果、持病として42種類の病気が上げられていたが、そのうちの上位5項目は、脳梗塞後遺症、統合失調症、糖尿病、認知症、アルコール依存症である。循環器系および精神神経系の病気と糖尿病が多い傾向にある(図4)。

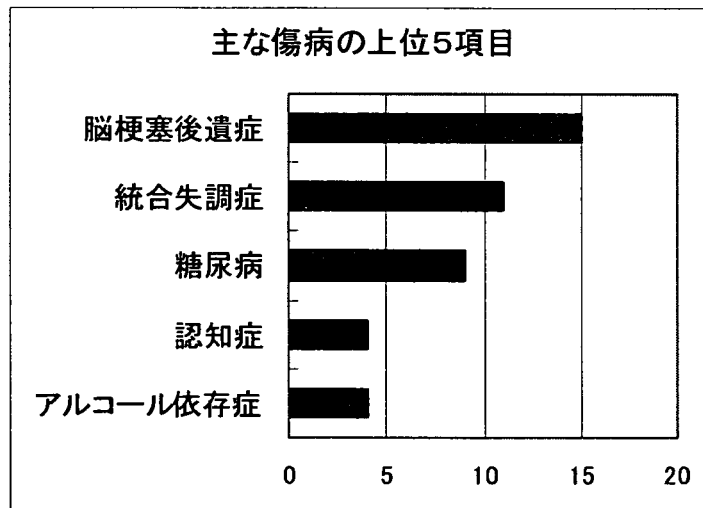


図4 主な傷病の上位5項目

要介護度をみると、利用者の約40%が要介護認定者であり、自立は半分以上の55%を占める(図5)。

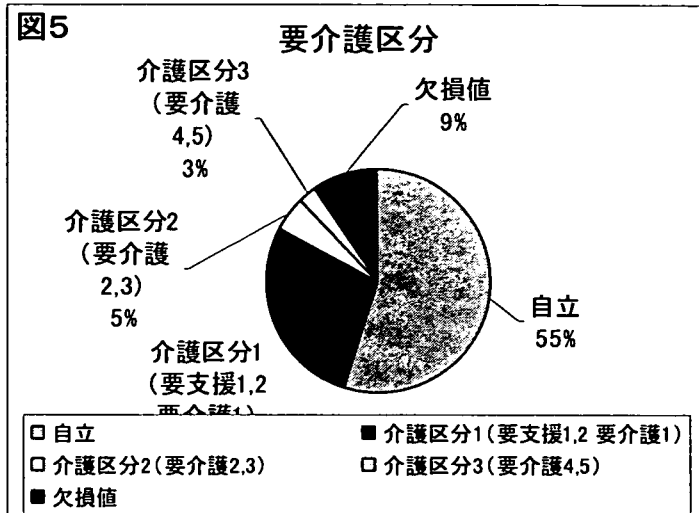


図5 要介護区分

何らかの障害を持っている利用者は、40%程度である。身体障害と精神障害はそれぞれ20%ずつ確認できる（図6）。

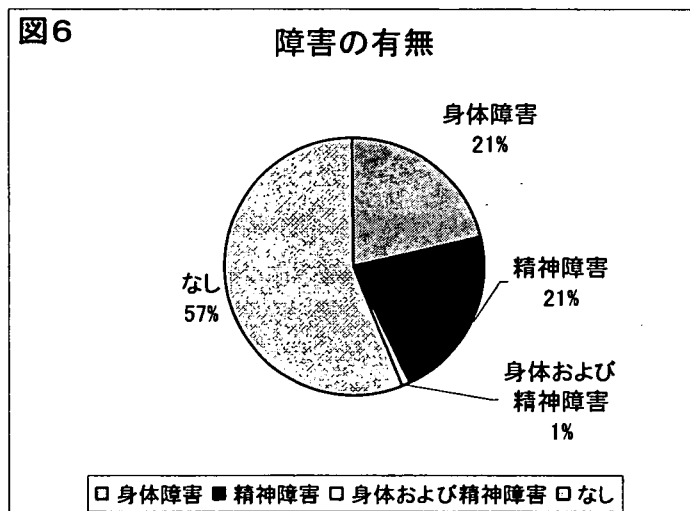


図6 障害の有無

次に、利用者の行動障害について見ると、主に、精神疾患に起因する行動障害が多いことがわかる（図7）。

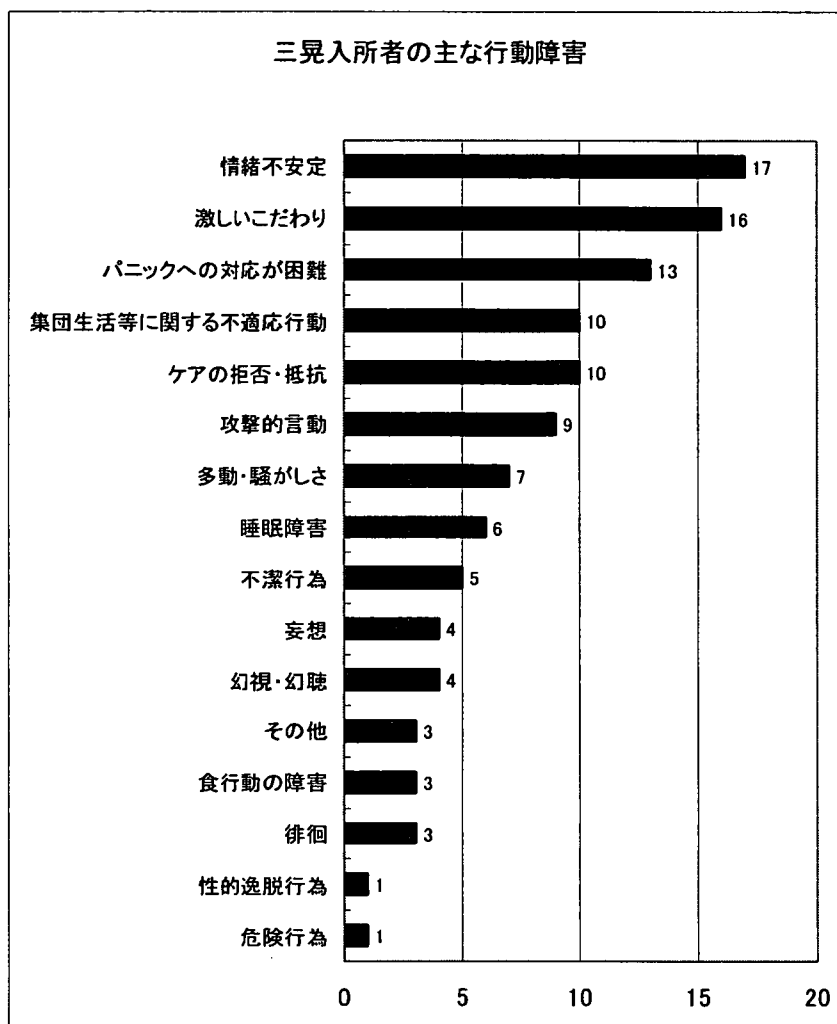


図7 三晃入所者の主な行動障害

表1は、主傷病と要介護度・障害を立体的に把握させるため、クロス表に示したものである。

主傷病に関しては、ひとつの病気ではなく、複数の持病を同時に抱えている傾向にある。

表1 主傷病のクロス

	精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他	合計
精神疾患		2	1	0	2	24
循環器系	2		2	2	2	25
筋骨系	1	2		0	1	13
糖尿病	0	2	0		3	9
その他	2	2	1	3		16

自立と判断されても、何らかの疾病を抱えている場合が多く、中でも、精神疾患を持つ場合が多い（表2）。

表2 介護度と主傷病の関係

	精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他
自立	14	9	6	6	14
介護区分1	6	10	4	3	1
介護区分2	2	2	1	0	0
介護区分3	0	2	0	0	0

障害と傷病を複合的に抱えている傾向にある（表3）。

表3 障害と主傷病の関係

	精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他
身体障害	2	8	7	0	2
精神障害	13	3	1	2	3

以上、自立援助ホームホテル三晃における入所者の属性についてまとめると、以下のよう  
に要約できる。

- ・ 平均年齢は64歳、男性のみ
- ・ 利用者の50%が病院を経由しての入所
- ・ 幅広い市区から入所
- ・ 主傷病は、循環器系、精神疾患系、糖尿病などの病気に集中
- ・ 軽度の介護を必要とする人が多い
- ・ 介護を必要としない人たちでも、精神・身体の疾病を複合的に抱えている傾向にある

次節では、こうした属性をもつ利用者に対し、どのようなケアがどの程度実施されているかをタイムスタディによって明らかにする。

## 2. タイムスタディ調査によるケア業務の測定

タイムスタディ調査とは、各種福祉施設や病院などにおける職員の業務内容とそれに要する時間について測定する調査方法である。これまで、介護報酬や診療報酬の改正を実施する際に、試験的に行われてきた。近年では、厚労省の「高齢者介護実態調査」における介護時間調査（1分間タイムスタディ調査）（H18年度）、「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（H18年度）、全国身体障害者施設協議会実施の「身体障害者療護施設介護サービス提供実態調査」（H16年度）などが実施されている。また、タイムスタディ調査は看護や介護の現場における業務管理に用いられており、作業の改善や効率化のために試験的に実施されることも多い。本研究におけるタイムスタディ調査本研究では、これらのタイムスタディ調査を参考に、三晃職員が入所者に対して、どのようなケアをどれだけの時

間提供したかを測定する。さらに、利用者属性調査の結果とタイムスタディの調査から、三晃における施設内ケア業務のコストについても検証し、宿泊所事業におけるケアの実態について総合的に把握することを目的とする。

#### 1) 方法

- ①三晃の職員 18 名に調査票を配布し、1 日のケア労働を 5～15 分刻みで記入してもらう。
- ②調査票に記入してもらった労働内容のうちケア労働に要した時間を抜粋して集計し、1 ヶ月のケアに要した合計の時間を測定する<sup>14</sup>。

$$\{ (\text{職員 1 名の 1 日のケア労働時間}) \times (\text{調査した月の労働日数}) \}$$

= 職員 1 名による 1 ヶ月のケア労働…18 人分を足した合計が 1 ヶ月のケア時間となる

- ③調査票から明らかになったケア内容をもとにケアコードを作成し、ケアコード別のサービス提供時間を測定する。

#### 2) 結果

以上の方法によって、タイムスタディ調査を実施した結果、以下のことが明らかになった。

三晃における 1 日あたりの平均ケア業務を職員のカテゴリ一別に見ると、3.4 時間から 8.2 時間ケア労働に要していることがわかる。ケア時間のうち、直接ケアは利用者との接触・コミュニケーションをはかりながら直接的に行われるケアを意味し、間接ケアとは、利用者の主治医や介護事業所との連絡、ケース記録の記入、施設の管理運営などに関わる業務を意味している（表 4）。

表 4 職種別のケア労働時間

職種	ケア時間	ケアの種類	
		直接ケア	間接ケア
正職員(日勤)	8.2	5.8	2.4
正職員(夜勤)	14.3	9.2	5.2
ケア付き就労(日勤)	3.4	3.3	0.1
ケア付き就労(夜勤)	3.4	3.3	0.1
日勤ヘルパー	3.6	3.6	0.0

<sup>14</sup> ここでは、調査票に記入してもらった 1 日の労働をその月の平均的な働き方として仮定する。

さらに、ケアの内容を詳細にコード化すると以下のように分類できる。直接ケア（100系）は、101から106までが身体的ケア、107から116までが家事援助的なケアに分けられる（表5）。

表5 ケアコード一覧

	ケア内容	ケアコード
直接ケア	食事・配膳	101
	排泄ケア	102
	口腔ケア	103
	入浴ケア	104
	服薬サポート	105
	水分補給	106
	移動・誘導	107
	声かけ・見守り・安否確認	108
	清潔理容・着替え	109
	洗濯	110
	買い物	111
	相談・コミュニケーション・傾聴	112
	環境(清掃・整理)	113
	安全(戸締まり、夜間の警備、修繕など)	114
	往診の対応・通院同行	115
	その他の日常生活への直接ケア	116
間接ケア	外部機関との調整	201
	記録	202
	引き継ぎ・打ち合わせ	203
	管理・運営	204



さらに、ケアコードごとの職種別1日のケア時間をみると、食事・配膳、服薬サポート、声かけ・安否確認などのケアが多く提供されていることがわかる（図8）。

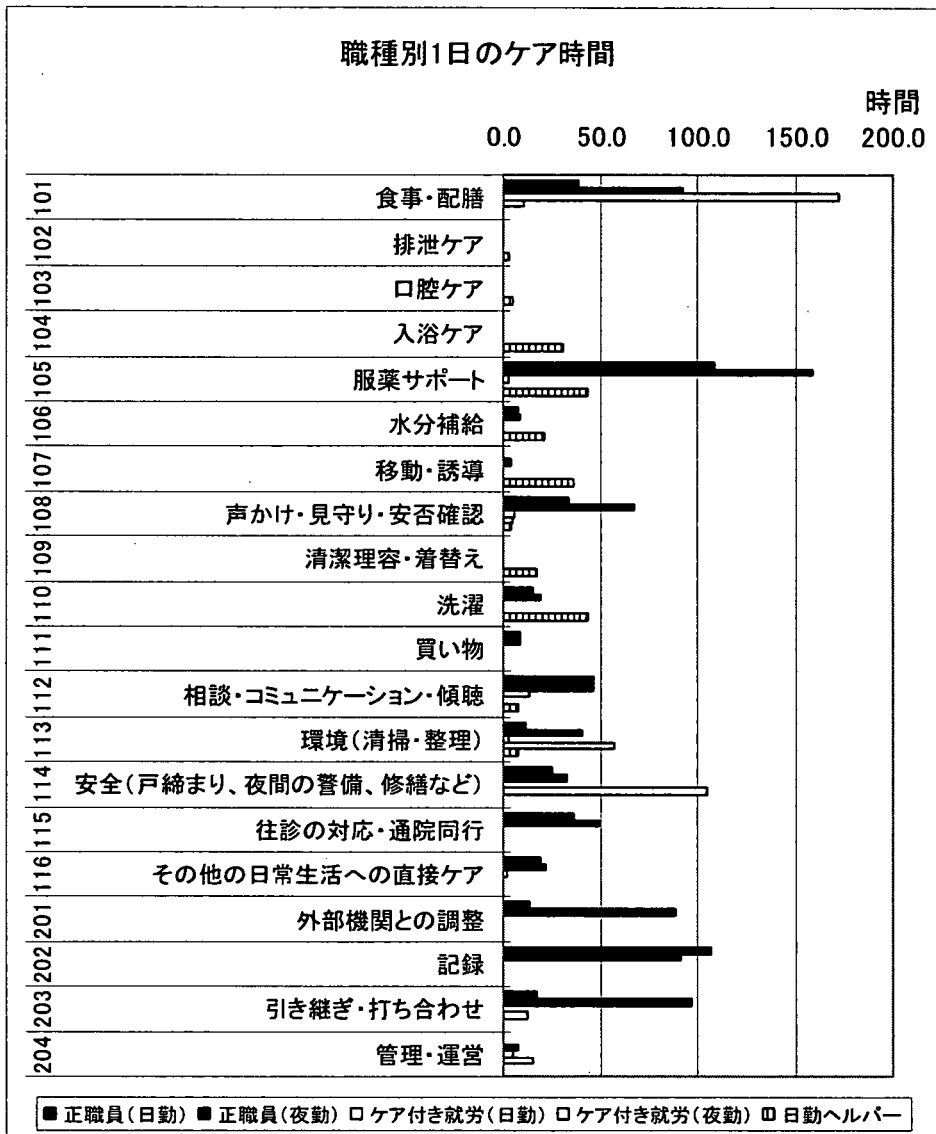


図8 職種別1日のケア時間

職員が担っているケアには、職種ごとに持ち場がきまっており、正職員は、食事の見守り・配膳、服薬サポート、相談・傾聴、見守り・安否確認など、生活全般に関するケアとともに、外部との連絡調整、記録作業、引き継ぎ・打ち合わせなど、ケアサービスをコーディネートする業務も担っている。一方で、ケア付就労者の業務は、食事の用意・配膳、夜間警備・見回りが主となっている。

### 3. 自立援助ホームにおけるケアコスト

ここでは、利用者属性調査とタイムスタディ調査の結果と、三晃より提供をうけた自立援助ホームの収支報告書から、三晃におけるケアコストを測定する。

ケアコストの測定にあたっては、以下の方法を採用する。

## 1) 方法

- ① 利用者属性調査とタイムスタディ調査の結果から、利用者の要介護の段階とケアの関係、障害の状態とケアの関係について把握する。
- ② 収支決算報告書から、三晃における収入と人員配置にかかるコストについて把握する。
- ③ ケアコストの原価額と評価額をもとめる。原価額とは、人件費にしめるケア労働分の対価を指し、評価額は介護報酬の算定基準を用いて算定されたケアサービスの対価を指す。

## 2) 結果

利用者属性調査によって把握した介護区分（介護区分1：要支援1～要介護1、介護区分2：要介護2～3、介護区分3：要介護4～要介護5）とタイムスタディ調査によって集計した個別ケア時間の関係を年齢階層別にみると、自立・要介護度の低い層にケアが多く提供されていることがわかる。要介護度の高い層は介護保険サービスを利用するため、三晃独自の施設内サービスの利用が抑えられる。一方で、要介護度が低い利用者は、介護保険サービスの範囲内で日常生活を送ることが難しいので、介護保険サービスの補完する形で日勤ヘルパーによるケアを多く利用している。また、高齢になるほど提供するケア時間は増加していることがわかる（表6）。

表6 介護区分と年齢階層の関係

	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	合計
自立	0.0	19.5	17.5	15.5	29.0	81.5
介護区分1	5.2	0.0	7.8	6.8	22.7	42.5
介護区分2	-	0.0	-	18.1	4.6	22.7
介護区分3	-	-	-	8.0	13.0	21.0
合計	5.2	19.5	25.3	48.4	69.3	167.7

さらに、ケアコード別のケア提供時間をみると、自立・要介護の低いグループが、服薬サポートや往診への対応についてのケアを多く受けていることがわかる（図9）。

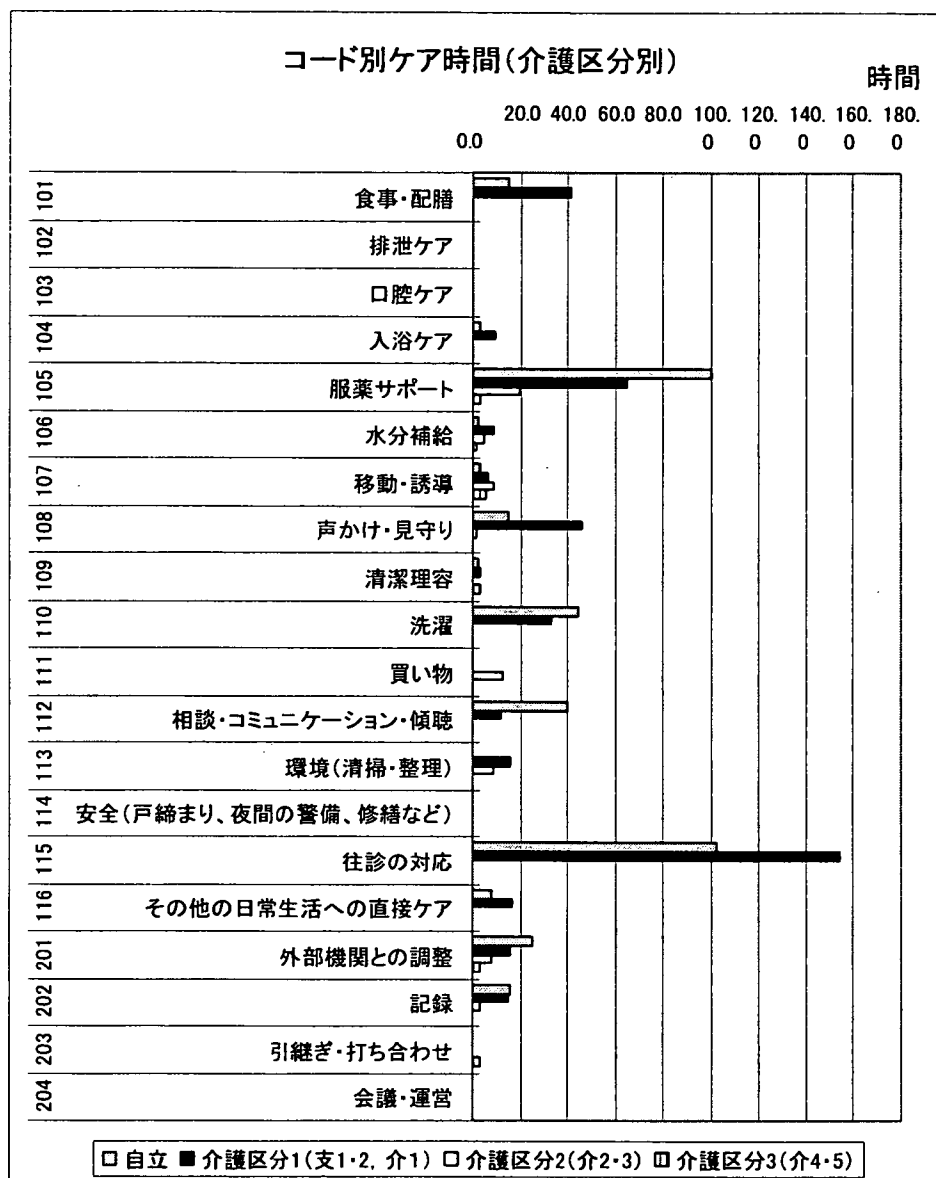


図9 コード別ケア時間 (介護区分別)

介護区分別の個別ケアの時間について年齢階層別に見たものを、さらに、身体障害、精神障害を持つグループにわけてみると(表7、表8)、身体障害をもち、かつ軽度な介護ケアを必要とする後期高齢者と、精神障害を持つ中高年層に多くのケアを提供していることがわかる。つまり、入所者の人間像としては、若くて精神紹介を持ったグループ、高齢で軽度の介護を要する人グループが三晃の主要な利用者像といえる。

表7 介護区分と年齢階層の関係（身体障害）

身体障害	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	合計
自立	-	12.4	5.8	-	4.1	22.2
介護区分1	-	-	0.0	43.6	75.1	118.7
介護区分2	-	-	-	-	-	-
介護区分3	-	-	-	-	-	-
合計	0	12.4	5.8	43.6	79.1	140.9

表8 介護区分と年齢階層の関係（精神障害）

精神障害	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	合計
自立	0.0	9.6	14.2	4.2	-	28.0
介護区分1	5.2	-	-	-	-	5.2
介護区分2	-	-	-	-	-	0.0
介護区分3	-	-	-	-	-	0.0
合計	5.2	9.6	14.2	4.2	0.0	33.2

さらに、ケアコード別のケア提供時間（障害別）をみると、精神障害を持つグループにかんしては、相談・コミュニケーション、服薬サポートなどのケアが際立って高い。身体障害をもつグループについては、服薬サポート、声かけ・見守り、往診の対応などのケアを多く提供している（図10）。