

得ないため、政策医療として徐々に歴史的に構築されてきたものであり、私たちの社会の重要な資産である。大きくみると、当初外傷患者に対応するために整備されたものが、時代の変化に伴う人口動態や受診行動の変化により、社会的役割が徐々に変容しているという過程にある。わが国では高度経済成長期の急激な経済発展に伴い交通事故が急増し、1970年に死者が年間17,000人とピークに達し「交通戦争」と呼ばれた。そうしたなか、各科救急では頭部外傷、骨折、腹部損傷の合併などの重症多発外傷に対応できる施設が少なく「たらい回し」と呼ばれる状況が生じたことが社会問題となり、1967年以降「救急医療センター」が整備された。その後現在に至る初期・二次・三次救急体制が整備されていった。さらには1986年の消防法改正に際して、人口の高齢化に伴う疾病構造の変化に対応して、事故以外の急病人を救急搬送の対象とする法的根拠が整備された。

このようにして確立された救急医療制度であるが、三次救急に限定してみると救命救急センター搬送患者の疾病区分は外傷、熱傷、中毒などの外因性疾患の割合が低下傾向にあり、代わって脳血管・脳神経疾患や心・循環器疾患などの内因性疾患が増加していることが見て取れる。また搬送者の平均年齢は62歳である(2008年)¹⁹⁾。

2. 認知症医療

認知症に対する医療は、近年社会の要請が急速に増大しているが、目指すべき方向性に関しても何度か劇的な方向転換をしているように思われる。認知症医療は神経内科、老年内科、精神科に横断的に存在し、鑑別診断にあたっては放射線科などの高度な診断機器が必要とされることが多く、患者本人は重篤かつ複数の身体疾患を有することが多いため多くの科との連携が必要である。さらに対象者の日常生活においては、医療もさることながら地域の介護体制との協働が重要であり、保健・医療・福祉・介護・住居・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアの重要性が指摘されてい

る。今後は財産管理や相続などに関係する法的問題も増えていくだろう。

机上の連携は容易であるが、臨床現場においてはたいへんな難問である。1989年に老人性認知症疾患センターが創設され連携を推進することが期待されたが、創成期でもありすべてのセンターが十分に機能したとはいえない。2000年の介護保険法施行、2006年の地域包括支援センターの創設は、個人・家族だけに依存する介護から地域でも支える介護への大きな方針転換であった。また1992年に認知症療養病棟が創設されたが、2006年にそれが廃止されたことは、認知症患者を長期入院させることが適切あるいは現実的ではないという大きな方針転換であった。2008年より認知症疾患医療センターが開始され、認知症医療の柱として機能することが期待されている。とくに①診断、②BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia: 行動・心理症状)への対応、③身体合併症への対応が主な役割とされている。BPSDの重篤な者を入院させることができる精神科病床を有することが条件であるが、ない場合は連携できる医療機関があればよい。身体合併症の急性期医療を行える一般病床を有することももう1つの条件であるが、ない場合は連携できる医療機関があればよい。最高次のセンターは精神科病床と一般病床、さらには救命救急センターを備えていることになるが、実際の医療資源は限られているので精神科病床のみ、あるいは一般病床のみのセンターもある。

3. 認知症患者に対する救急医療

救急医療が診断と初期治療に資源の集中投下を行う短期決戦であるのに対して、認知症医療は長期戦であり対照的な面がある。認知症医療においては初期の診断も重要ではあるが、継続的なかわりや介護体制の構築、家族教育など息の長いかわりが求められる。場合によっては介護者に内発的な行動を促すことや、介護者の疾病認知を徐々に適正化すること、家族内の長い経過をもつ力動に配慮して診察を組み立てていくことなど精

□特集

神療法的な介入も要求される。救急から認知症医療へという流れをつなぎ目なく一貫して提供することには困難が多いことは明らかである。現在の制度下においては救命救急センターをもつ認知症患者医療センターが、認知症患者の身体救急の最後の砦といえよう。しかし院内の連携が機能しなければかなりの混乱が予想される。たとえば居住地の決定、利用する社会資源（デイサービスやヘルパーなど）の調整、それを担保する介護保険の新規申請・区分変更（それらの結果が出るのは1か月後である）、介護者の意思統一などのいわゆるケースワークはたいへん時間がかかり、ケア会議や家族会議や病状説明など多くの機会を要するので、後方病棟へ移動してから始めるのでは入院期間が非常に延びてしまう可能性がある。院内横断的な協働が必要であるが、現在の医療体制ではそれを実現するには多くが個人の献身性に委ねられている面が大きいように思われる。また認知症患者の身体救急受診が結局は地域社会からの永久的な退場、すなわち長期入院の入り口になってしまっただけで制度の意図に反してしまう。

2 超高齢社会と高度救命救急医療

すでに2003（平成15）年に後藤ら⁹⁾は高度救命救急センターを受診した患者の23.6%が65歳以上の高齢者であったことを示し、高齢者の増加が高次救命救急に与える影響について論じている。しかしこのときにはまだ認知症に関する言及はなかった。2007（平成19）年に久保田ら¹⁰⁾は高度救命救急センターを有する基幹病院を受診した認知症高齢者の問題を論じている。彼らの報告によると、65歳以上の高齢者は全受診患者の27.9%を占めた。そのうち認知症と診断されたあるいは疑われた者が28.7%に上った。また認知症があるあるいは疑われた群は多くの医療資源を必要とすること、すなわち認知症がない者に比べて身体疾患が重篤であり、転帰は「死亡」と「社会的入院」が多く、外来滞在時間が長いことが示されている。これらの結果は認知症高齢者が高度救命救

急の現場の大きな負担になっている可能性を示している。東京大学医学部附属病院のデータでも、2012年4月における救急受診患者のうち救急病棟に入院した者は182症例、56.8 ± 21.3歳（平均 ± 標準偏差、以下同じ）であるのに対して、集中治療室（ICU）に入院した者は70症例、64.8 ± 17.8歳と高齢である（*t*検定、*p* < 0.01）ことから、高齢者では重篤なものが多いことが示唆される。

最近の報告でも、社会の高齢化が高度救命救急センターの負担を高めている可能性が論じられているので2点指摘したい。まずは高齢者の心肺停止の増加である。救命救急センターのいわゆるホットラインには、多くの心肺停止が含まれるが、2009年12月の全国の心肺機能停止傷病者を対象とした調査¹⁰⁾では、平均年齢が73.6歳であり、年齢階級別にみると60歳以上が実に83.8%を占めている。2005年のデータでは78.4%であるので単純に比較すると増加傾向である。心原性で目撃者がいる場合の救命可能性と必要性は強調されるべきであるが、終末期の認知症高齢者、つまり蘇生による救命可能性が少なく蘇生による有害事象が大きいと思われる高齢者が一律に救命救急センターに搬送され蘇生を受けることが、救急現場と本人双方にとってよいことなのかどうか議論すべき時である。心肺蘇生には通常はすべて含めると1時間弱はかかるので、1つか2つある初療室が心肺停止患者で埋まってしまうと、救命可能性のある患者を最寄りのセンターで受け入れられず、「たらい回し」と批判されかねない。そもそも、そのような状況での自らの、あるいは家族の1時間弱にもわたる蘇生を望む医療者はほとんどいないのではないのか。

次に高齢者介護施設からの救急要請に関連する問題である。介護施設からの搬送に関して、杉村ら¹¹⁾は福岡大学病院救命救急センターに1年間に搬送された852症例のうち22症例を占め、施設において急変時の対応に関する意思確認がなされていたのが5例（1例は蘇生希望、4例は蘇生希

望しない) しかいなかったことを報告している。施設患者においても、心肺停止時の意思を明確にし、家族とスタッフが共有することが重要である。

救命救急センターの現場からは、中田ら⁸⁾が基礎疾患を有し重篤化が予想される患者は本来救命救急センター適応外であるにもかかわらず、情報不足や家族の理解力不足などにより救命救急センターが収容せざるを得ない事例があることを踏まえて、認知症患者の救命医療における体制づくりが必要であることを述べている。また、救急救命士に許可された電氣的除細動や気管内挿管、エピネフリン投与に関しても患者背景を考慮すべきであると述べており、「認知症患者に対して救命救急センターが行うべきことの第1は、初期治療から収容までの望ましい体制を確立すること」とまとめている。

3 超高齢社会と一般救急医療

救急医療とは高度救命救急センターだけではなく、地域の病院や、一般のクリニックの夜間外来なども含めた医療であるが、ここでも当然高齢化の影響がみられる。戸塚ら⁹⁾は九州・沖縄地方の300床以上の救急告示病院の救急外来受診者(65歳以上9,639人、65歳未満50,012人)を対象とした調査を行い、65歳以上では53%が入院に至っており、65歳未満の15%と比べて多いことを報告している。東京大学医学部附属病院においても、小児科を除き救急外来を受診した20歳以上の患者の平均年齢は2009年4月には47.3±20.7歳であったものが2012年4月には55.6±21.1歳に増加($p < 0.001$)している。調べ得た限りでは救急医療全体に関する高齢者の包括的な問題はわが国ではあまり論じられていないようであったので、以下、海外の文献も含めた文献調査の結果を報告したい。

救急医療と認知症医療は密接に関連する。認知機能の低下により内服管理能力の喪失、身体的安全管理能力の喪失(冷暖房の機器が使えなくなる、暑い日の水分補給の必要性がわからないなど)に

より血管障害などを発症する等の身体疾患の悪化を経路に、認知機能の低下が加速度的に悪化することがある。アルツハイマー型認知症においては、一般高齢者に比べて入院回数が増加し、併存身体疾患も多く、病状の進展とともに身体疾患が増えていくという報告¹⁰⁾がある。

しかし、認知症高齢者が救急入院した場合の死亡率が高いことがすでに示されている。Sampsonら¹¹⁾は、イギリスの救急入院患者を対象に前向視調査を行い、認知症患者は対照患者に比べて死亡リスクが4.02倍であること、死因が異なること(認知症がある者は肺炎や尿路感染が多く、ない者は心血管障害などが多い)、施設から入院した者は全体の30%であったが死亡率が高いことを報告している。Morrisonら¹²⁾も重度認知症患者の救急入院に際して、認知症のある肺炎患者の死亡率は53%であったのに対して認知症のない者は13%と大きな差があること、骨折でも同様の結果が得られること(55%対12%)を報告している。

地域のプライマリ・ケアにおける認知症に関しては、アメリカのSchubertら¹³⁾は認知症患者が平均2.4個の慢性疾患をもち、5.1種類の薬を処方されていると報告している。同時に彼らは、認知症患者の半数以上が抗コリン作用を有する薬を処方されていること、同薬は転倒、認知機能低下、便秘、尿閉などの有害事象を起こしうるため今後の検討課題であると指摘している。こうした有害事象は救急医療へとつながるのできわめて重要である。認知症高齢者に対する一般医の処方の標準化はなされていないので、今後の重要なテーマとなりうる。

高齢者・認知症患者は重篤な病態の見落としのリスクが高いため、訴訟リスクなどを考慮すると入院という判断になりやすいが、一方で安易な入院には有害な側面もあり、臨床的にはジレンマがある。Sagerら¹⁴⁾は救急入院した高齢者のADL(activities of daily living)の低下を予測するための尺度としてHospital Admission Risk Profile(HARP)を作成し妥当性を検証した。これによると、高齢、

□特集

認知機能低下, IADL (instrumental ADL) の低下があると加点されるが, 退院時のADLや施設入所を予測し得たという. あるいは高齢者において「避けることができた入院 (potentially preventable hospitalization)」とはどのようなものかという研究²⁹⁾もあるが, 保険などの制度の違いが大きいためわが国の参考になるかどうかは不明であるし, 個別のケースが本当に避けることができた入院だったのかという問題もある. このような研究はわが国では調べた限りではなされていない.

4. 今後の課題

すでにみてきたように, 身体救急と高齢者の問題は本質的であると同時に, 人口動態からは今後数十年の重要課題になると思われ, 根本的解決案の提供はこの小論の射程を超えている.

しかしここではまず実地医療の観点から2点指摘したい. まずは情報の統合の必要性である. そもそも救急医療ではまったく情報がない患者が時間的余裕のないなかで次々と運ばれてくるが, 認知症高齢者においては背景情報がとくにわかりにくい. たしかに薬手帳には多くの情報があるが, 認知症高齢者の薬手帳はだれかが整理しないと非常に混乱していることは臨床家ならだれしもが経験しているであろう. 認知症の診断があるのかわからないのか, あるとすればどの精度のいかなる診断であり, いつからなのか, 進行の速さはどの程度か, といった情報が得られにくい. 高齢者は身体疾患の悪化や環境変化 (緊急入院) により容易にせん妄をきたすので, 入院後は認知機能の低下が評価困難なことが多く, 急激な進行なのか, もともとのレベルなのかの判断も困難であることが多い. 家族がいる高齢者は, 家族が患者の現在の状態 (医学的情報や, 患者が蘇生についてどう思っているのかなど) について十分に把握し, 緊急時に代理人として機能できるように情報を共有することは有用である. しかし, 独居単身の高齢者については, だれが本人を正当に代理するのか, むずかしい問題である.

もう1点は情報の活用能力 (最近の言葉でいうとリテラシー) である. 医療の発展は長寿をもたらしたが, 認知症の撲滅は現在のところ困難であるため, 結果的に認知症患者の激増をもたらしている. 多くの市民が認知症の知識をもち, 自分になった場合にどのようにしてほしいか考えることが望ましい. 身体の危機においてどのような生活環境と医療を望むのか, 自らの判断を行ったうえで介護者とも意思を共有するためには, 双方が正確な認知症の知識をもつことが必要だからである. またすでに認知症に罹患している場合, その意思能力を評価するということはきわめて困難であるが, その場合も周囲の人間が十分な知識をもったうえで本人とともに専門外来を受診して評価を受けておくことが望ましい. 緊急時に本人を代理する者らが真摯に思考する際の判断材料になるだろう. 救急医療の知識, たとえば心肺蘇生についても, どのような文脈で行われることに意味があるか, あるいは行わないという選択肢が本人の安らかな死のために必要な場合もあることを知っておくべきであろう.

予想もしない状況で発生し, 周囲の人間に衝撃を与え, 一定の混乱のなかで経過することは救急医療の宿命であり不可避な面もある. とくに認知症という要素が絡むと, 混乱が大きくなるように思われる. しかし少しでも備えておくことは必要であろう.

よりよい人生を送るには, 最期の時も健やかで尊重されているに越したことはない. わが国の救急患者のためにまさに体を張って尽力している救急医療専門家たちに報いるためにも, 高齢者の身体救急医療のよりよい体制を構築していくことが, 老年精神医学領域に課せられた使命のひとつである.

文 献

- 1) Albert SM, Costa R, Merchant C, Small S, et al.: Hospitalization and Alzheimer's disease ; Results from a community-based study. *J Gerontol A Biol*

Sci Med Sci, **54** (5) : M267-271 (1999).

- 2) Culler SD, Parchman ML, Przybylski M : Factors related to potentially preventable hospitalizations among the elderly. *Med Care*, **36** (6) : 804-817 (1998).
- 3) Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, Marin D, et al.: Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, **57** (3) : M173-177 (2002).
- 4) Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, Haneuse SJ, et al.: Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA*, **303** (8) : 763-770 (2010).
- 5) 後藤由和, 村田義治, 村本信吾, 稲葉英夫 : 一地方の救命救急センターにおける高齢者救急搬送例の現状. *日本臨床救急医学会雑誌*, **6** (5) : 457-463 (2003).
- 6) 久保田洋介, 亀山元信, 村田祐二, 庄子賢ほか : 救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療. *老年精神医学雑誌*, **18** (11) : 1204-1209 (2007).
- 7) Morrison RS, Siu AL : Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA*, **284** (1) : 47-52 (2000).
- 8) 中田一之, 山口充, 熊井戸那佳, 堤晴彦 : 認知症医療における救命救急センターの役割と今後の方向性. *老年精神医学雑誌*, **21** (11) : 1219-1224 (2010).
- 9) Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, et al.: Association of incident dementia with hospitalizations. *JAMA*, **307** (2) : 165-172 (2012).
- 10) Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, et al.: Hospital admission risk profile (HARP) ; Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc*, **44** (3) : 251-257 (1996).
- 11) Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, Tookman A, et al.: Dementia in the acute hospital ; Prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry*, **195** (1) : 61-66 (2009).
- 12) Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins AJ, et al.: Comorbidity profile of dementia patients in primary care ; Are they sicker? *J Am Geriatr Soc*, **54** (1) : 104-109 (2006).
- 13) 島津岳上 : 救急医療の現状と課題. *生産と技術*, **63** (2) : 113-118 (2011).
- 14) 総務省消防庁 : 平成 21 年度 救急業務高度化推進検討会報告書. (2010). http://www.fdma.go.jp/html/intro/form/pdf/kikaku_kyukyusuishin_kento/h21_houkokusyo.pdf
- 15) 杉村朋子, 喜多村泰輔, 田中潤一, 梅村武寛ほか : 高齢者施設などから救命救急センターへの搬送例の現状. *日本臨床救急医学会雑誌*, **14** (3) : 471-475 (2011).
- 16) 戸塚和敏, 加藤博之, 大串和久, 伊藤榮近ほか : 九州・沖縄地区における高齢者救急患者の実態調査. *日本臨床救急医学会雑誌*, **4** (5) : 520-523 (2001).

「单身生活者の実態と支援ニーズを 把握するための調査」報告

滝脇 憲¹・竹島 正²・立森 久照³・岡村 毅⁴・的場 由木⁵

はじめに

生活困窮者・生活保護受給者の自立支援には、生活困窮・孤立者の早期把握、個々のニーズに応じた伴走型支援と多様な就労機会の確保、安定した居住の場の確保等が必要である。これらを実現するには、国や自治体の施策と、NPO等民間の活動が連携し、生活困窮者を地域で包括的に支援する体制を構築することが求められる。

NPO法人ふるさとの会（本部・東京都台東区）は、住所不定の失業者、就労阻害要因を抱える生活困窮者・生活保護受給者の自立支援、高齢困窮者の介護や看取りなど、多様な支援ニーズを抱える生活困窮者を地域で包括的に支援する体制づくりにとって重要な、さまざまな課題を経験してきた。

そこでふるさとの会は、「生活困窮者・生活保護受給者の自立支援のための地域における包括的な支援体制の研究」（研究委員長・高橋絃士国際医療福祉大学大学院教授）を立ち上げ、ふるさとの会の利用者および活動を対象に、地域における生活困窮者の実態と支援ニーズを調査し、居住確保のあり方とともに、普遍的で有効な支援体制のモデル及び生活困窮者・生活保護受給者を地域で包括的に支援する制度的枠組みを提言することを目的に研究を行った。

その中で、本調査は地域における生活困窮者の実態と支援ニーズを調査し、居住確保のあり方、有効な支援体制モデルの検討、地域で包括的に支援する制度的枠組みの提言の基礎資料と

することを目的に実施したものである（作業部会座長・竹島正）。なお、以下の報告は調査結果の概要であり、報告書の全文はふるさとの会ホームページ⁷からダウンロードすることができる。

【調査の方法】

NPO自立支援センター「ふるさとの会」の提供するサービスを利用する利用者のうち、生活支援サービスを受けている利用者全数（1,056人）を対象に、職員記入シートと利用者記入シートによる個別質問紙調査を行った。職員記入シートの内容は、利用者の基本属性、健康状態、ふるさとの会とのかかわりや支援内容等であった。利用者記入シートは、健康状態、住環境、地域や友人とのかかわり、行事等への参加状況、重い病気等になったときのこと、仕事、防災、生活の困り事、要望等で構成され、職員による面接聞き取りによる調査を基本とした。調査は平成24年12月～平成25年3月に行われた。

【調査の結果】

有効回答は684人（64.8%）であった。

1 職員記入シート

(1) 回答者基本属性

684人の性別は男性が87.7%を占めており、女性は9.9%である。年齢は60歳代が最も多く38.5%を占めているが、年齢の幅は最年少18歳から最年長91歳までと非常に幅広い。

現在の居所別にみると、自宅（アパートなど）居住者の年齢構成は対象者全体の傾向に近いが、自立援助ホーム等で暮らしている対象者は60歳代が40.9%、70歳以上も43.9%を占めており、高齢者が中心となっている。一方、就労支援ホーム等利用者は60歳未満が71.3%を占めており、比較的若い層であることがわかる。

また、調査対象者の最終学歴（卒業）は、高齢者が多いこともあり「中学校」が45.6%を占めている。

家族との関係については、「家族とのつながりが全くない」利用者が60.8%を占めており、「職員又は本人が連絡を取り合っている家族がいる」利用者は21.6%にとどまった。

基本属性別にみると、「家族とのつながりが全くない」割合は、男性（63.8%）や65歳以上の高齢者層（66～68%）で高い割合を占めているが、40～65歳未満の利用者でも57.9%を占めている。

調査対象者の89.0%が生活保護受給者である。

基本属性別にみると、就労支援ホーム等を利用している利用者に対しては生活保護受給前の支援が行われていることもあり、受給者割合が低くなっている（68.1%）。

(2) 健康状態

1) 疾病既往

調査対象者の疾病既往をみると、「生活習慣病」（28.2%）や「何らかの精神疾患」（22.4%）などに罹患している割合が高い。

年代別にみると、年齢が高くなるに従って「生活習慣病」や「筋骨格系疾患」「脳出血等」「循環器系疾患」などの割合が高くなるが、精神疾患に関しては40歳未満では半数以上が何らかの精神疾患を抱えている。

2) 要介護認定の状況（65歳以上）

65歳以上の対象者（309人）の中で、介護保険制度の要介護認定を受けている割合は40.5%にのぼる。要介護度は「要介護1」「要介護2」など軽～中程度の利用者が多いが、要介護4・5の重度要介護者も6.6%ほどみられる。

3) 認知症（65歳以上）

65歳以上の対象者の中で認知症と診断されている利用者は8.7%、認知症の疑いがある利用者は10.7%であった。

居所別にみると、認知症と診断されている割合は「自立援助ホーム等」では17.9%、自宅（アパートなど）では0.7%であった。認知症の疑いがある割合も「自立援助ホーム等」では

表1 年齢（基本属性別）

		年 齢							
		合計	40歳未満	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	無回答
合計		684	4.5	9.9	17.8	38.5	23.1	3.8	2.3
性別	男性	600	4.5	9.5	18.0	39.8	23.5	3.2	1.5
	女性	68	5.9	14.7	17.6	30.9	20.6	10.3	0.0
年齢区分	40歳未満	31	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	40～64歳	328	0.0	20.7	37.2	42.1	0.0	0.0	0.0
	65～74歳	217	0.0	0.0	0.0	57.6	42.4	0.0	0.0
	75歳以上	92	0.0	0.0	0.0	0.0	71.7	28.3	0.0
現在の居所 (統合)	自宅（アパートなど）	344	2.6	8.7	23.0	43.0	17.2	2.6	2.9
	自立支援ホーム等	230	1.3	4.8	7.8	40.9	37.8	6.1	1.3
	就労支援ホーム等	94	20.2	27.7	23.4	17.0	7.4	3.2	1.1
	旅館等	15	0.0	6.7	20.0	33.3	33.3	0.0	6.7

注：自立援助ホーム等：宿泊所、自立援助ホーム、旅館、都市型軽費老人ホーム、ルミエールふるさと入居者

就労支援ホーム等：就労支援ホーム、精神グループホーム・ケアホーム、自立準備ホーム、ゲストハウス、シェルター利用者

17.2%と高く、「自宅（アパートなど）」でも4.3%みられる。

4) 障害者手帳

対象者の中で、障害者手帳を所持している割合をみると、「身体障害者手帳」は9.6%、「愛の手帳（療育手帳）」は1.5%、「精神保健福祉手帳」は8.0%であった。

年齢別にみると、「身体障害者手帳」所持者は40歳以上の中高齢者に多く、「愛の手帳（療育手帳）」や「精神保健福祉手帳」所持者は40歳未満の若年層に多くなっている。

5) 自立支援法の障害程度区分認定

自立支援法の障害程度区分認定を受けている対象者は6.3%であった。

(3) 社会生活をおくる上での困難さ

読み書きに苦労していることがある対象者は15.4%、視力（ものが見えにくい）は10.4%、聴力（聞こえにくい）は7.2%であった。年齢が高くなるほど困難を抱える割合が高くなる傾向がみられた。ただし、40歳未満の若年層でも読み書きに苦労している対象者は6.5%であった。

(4) 生活習慣

1) 金銭管理サポートの必要性

金銭管理サポートが必要な割合は、対象者全体では16.7%であった。金銭管理が必要な理由は「浪費」が約半数を占めているが、「アルコール」や「ギャンブル」なども一定割合を占めている。

2) 飲酒によるトラブルや健康問題の経験

過去に飲酒によりトラブルや健康上の問題があった経験のある利用者は7.5%であった。

(5) 日常生活自立度

1) 日常生活動作ADL（最近1ヶ月の平均的な状態）

食事、移動、整容、用便動作、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、排便コントロール、排尿

コントロールの10項目について介助が必要な利用者の割合をみると、入浴に一部介助または全介助が必要な利用者は17.0%を占めているが、その他の項目に関しては概ね10%程度の割合で介助が必要な状態にあることがわかった。

2) 手段的日常生活動作IADL（最近1ヶ月の平均的な状態）

手段的日常生活動作として、食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用状況を把握した。その結果、電話の利用と買い物以外の項目については20~25%程度が「いくらか困難」または「非常に困難」な状態にあった。

年代別の傾向では、高齢になるほど困難である割合が高くなっているが、40歳未満の若年層でも家事一般、金銭管理、薬の管理については困難さを伴う割合が15~20%程度みられた。

(6) 認知症評価結果（65歳以上）

65歳以上利用者を対象に、1) 記憶、2) 見当識、3) 判断・問題解決、4) 家庭外のIADL、5) 家庭内のIADL、6) 身体的ADLの認知症スクリーニング項目の結果をもとに認知症の評価を行ったところ、中等度以上の認知症の疑いがある利用者は16.5%、軽度の認知症の疑いがある利用者は8.7%であった。

年齢別にみると、65~74歳の前期高齢者では認知症の疑いがある割合（軽度・中等度以上の合計）は17.6%であったが、75歳以上の後期高齢者では43.4%を占める。

また、居所別にみると自立援助ホーム等の利用者では46.2%は軽度または中等度以上の認知症の疑いである。一方、自宅（アパートなど）でも4.9%に認知症の疑いがある利用者がみられた。

(7) ふるさとの会との関わり

1) 利用期間

ふるさとの会の利用期間は「1~3年未満」が31%で最も多いが、「6ヶ月未満」~「5年以上」

まで幅広く分布している。

2) 最初に利用した理由、利用時に抱えていた問題等

ふるさとの会を最初に利用した理由あるいは利用時に抱えていた問題等では、「住まいのない生活をしていた」が40.9%、「住まいを失った」が20.5%、「住まいはあるが、生活支援や就労支援が必要になった」が29.5%である。

「住まいを失った」理由は、「福祉施設や宿泊所等からの退去」(37.1%)が最も多く、「失業と共に居所を喪失(社員寮・住み込み等)」17.1%、「アパート解体等による立ち退き」9.3%、「本人の病状悪化」7.1%の順となっている。

また、「生活支援や就労支援が必要になった」利用者のうち、約半数は「生活上の見守りや相談(訪問支援)が必要」な利用者であり、その他に家賃保証や転宅支援、行政委託による支援などが含まれている。

3) 生活場所

ふるさとの会利用前の生活場所は、「自宅(アパートなど)」(23.1%)が最も多いが、2番目には「路上(都市公園、河川、駅舎、道路、その他)」14.9%、3番目には「病院」13.7%、4番目に「他団体宿泊所」12.7%の順となっている。

現在の住まいは、「自宅(アパートなど)」が

50.3%、ふるさとの会が運営する「宿泊所・自立援助ホーム・旅館」が30.7%を占める。

ふるさとの会利用前の居所別に現在の住まいをみると、「路上」や「他団体宿泊所」、「その他(簡易宿泊所や更生施設等)」などで生活していた利用者の半数以上は自宅(アパートなど)で生活しており、路上生活者の移行支援やアパート転宅支援が行われていることがわかる。また、以前に「病院」に入院していた利用者の約65%は「宿泊所・自立援助ホーム・旅館等」を利用しており、利用者の身体状態等をふまえて共同居住による住まいの確保が行われている。

4) 支援状況

① 住まいに関する支援(最近1ヶ月間)

図1 生活支援

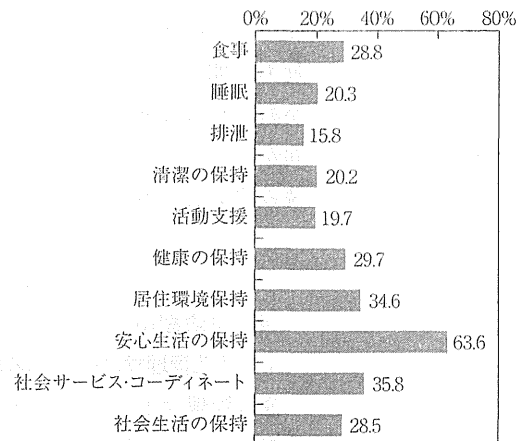
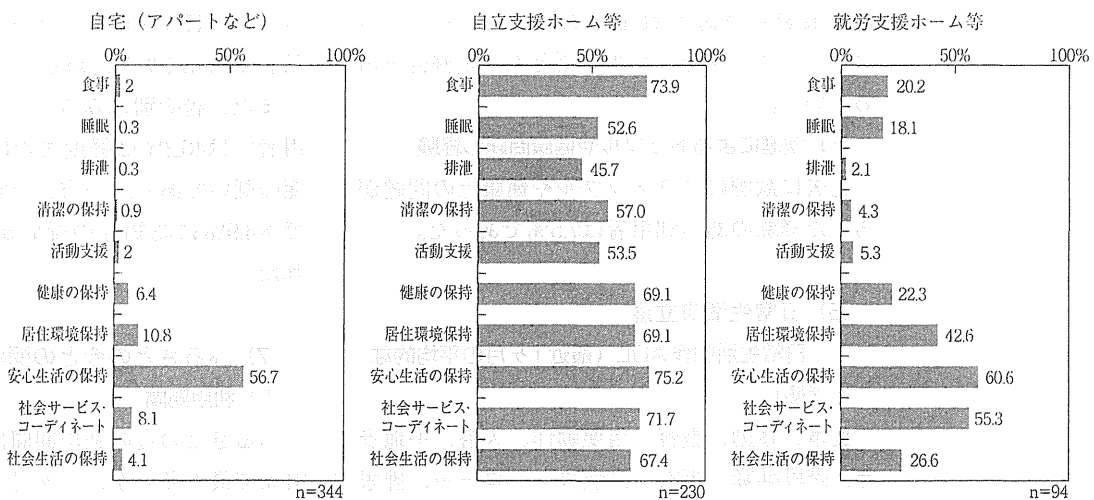


図2 生活支援(居所別)



住まいに関する支援として、「共同居住」「家賃保証」ともに30%弱の利用者が利用している。また、「アパート管理」も一部で実施されている。過半数の利用者が住まいに関する支援を受けている。

②生活支援（最近1ヶ月間）

最近1ヶ月間における生活支援の実施状況を見ると、概ね20~30%の利用者に対して「食事」や「睡眠」「排泄」「清潔の保持」「活動支援」「健康の保持」「社会生活の保持」などの支援が行われている。また、「安心生活の保持」については約64%の利用者に対して行われている。

居所別にみると、「自宅（アパートなど）」で生活する利用者の半数以上に対して「安心生活の保持」（＝訪問支援活動等）が行われている。また、「自立援助ホーム等」利用者に対しては、「睡眠」「排泄」「清潔の保持」「活動支援」については概ね50~60%程度の利用者に、それ以外の支援については70%以上の利用者に対して行われている。比較的若い年代の利用者が多い「就労支援ホーム等」においても、「安心生活の保持」や「社会サービス・コーディネート」などの支援は半数以上の利用者に対して行われている。

③地域リハビリ（イベントや各種教室・講習会等への参加状況）

ふるさとの会が主催する各種イベントや教室・講習会等への参加状況を見ると、「よく参加している（月に1回以上）」「ときどき参加している」（年に数回程度）を合わせて約30%であり、「あまり参加していない」利用者が半数以上を占めている。

(8) 就労状況

現在の就労状況では、「仕事に就いている」利用者は16.5%、「未就労（求職中）」の利用者は10.5%、「未就労（求職中以外）」が61.0%であった。

「仕事に就いている」利用者の就労期間は、1

年未満が約40%、1~3年未満が約20%であり、比較的就労期間が短い利用者が多い。

就労先は、「ふるさとの会」が約42%、「ふるさとの会以外」が約50%であった。

2 利用者記入シート

(1) 通院

1) 通院状況

現在、「通院している」利用者は74.0%を占める。

通院回数は「月1回」が36.4%で最も多いが、「月4回以上」通院している利用者も約26%を占める。

通院方法は、「ひとりで（徒歩・自転車・バス・電車など）」が72.3%を占めているが、「病院の送迎・往診（訪問看護）」を利用している利用者は15.4%、「友人・ヘルパーやケアマネジャー、ケースワーカーなど同行」して通院している利用者も約9%みられる。

2) 通院時に困ること、負担感

通院手段で困ることでは、「ひとりで通院するのが不安」8.9%、「バスや電車を利用するのが不安」6.1%、「病院への行き方がわからない」2.6%、「同行する人がいない、予定が合わない」2.4%など、各項目に該当する利用者が一定数みられた。

また、通院による負担に関しては、「病院が遠く疲れてしまう」が13.0%、「交通費や診察代などにお金がかかる」3.6%などのほか、「医師等からの病状説明が難しい」といった同行支援が必要な割合も6.3%を占める。

3) 通院していない理由

現在通院していない利用者に通院していない理由を尋ねたところ、58.8%は「特に悪いところがない」という理由であるが、「通院するほどではないから」が約20%、「お金がかかるから」や「病院に行きたくないから」も3~6%みられた。

図3 精神的QOL (WHO-5) 評価項目

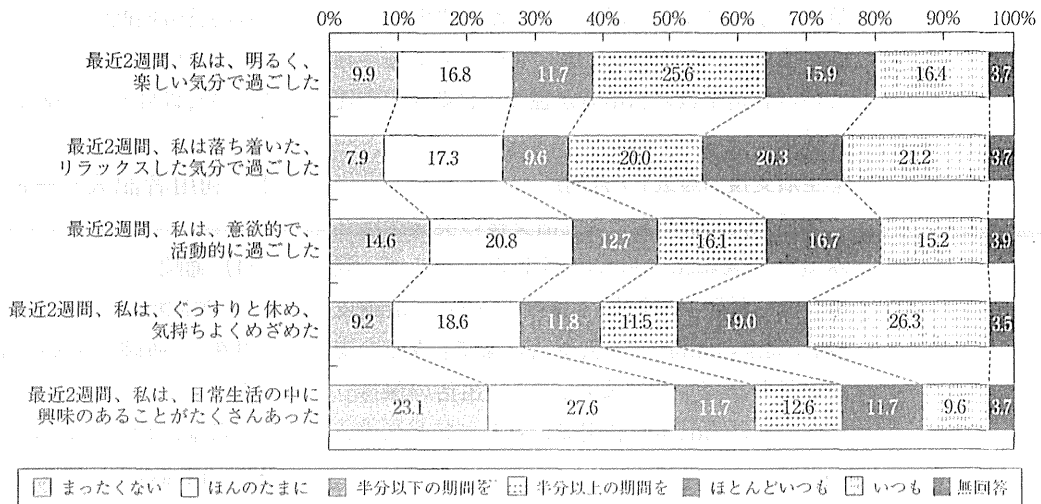
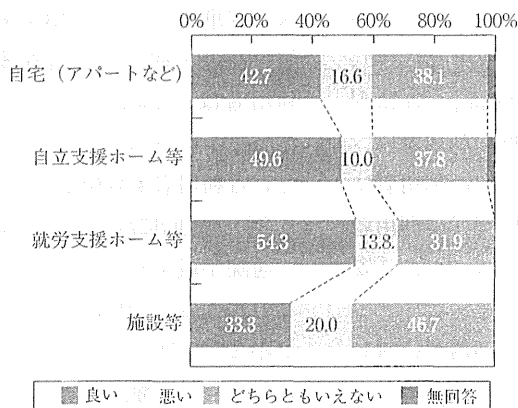


図4 現在の住まいの住み心地 (居所別)



(2) 健康面でのQOL (WHO-5)

健康面でのQOLを測定するため、WHO-5指標を利用して最近2週間の健康状態の測定を行った。その結果、得点が13点未満の精神的健康状態が低い利用者は43.9%を占めた。

年齢別にみると、精神的健康状態が低い割合は40歳未満や40～64歳の利用者では約半数程度を占めている。また、自宅 (アパートなど) 居住者でも約半数が精神的健康状態が低い結果となっている。

(3) 住まいの環境や地域のこと

1) 現在の住まいについて

現在の住まいでの居住年数は、「1～3年未満」

が32.0%で最も多いが、「6ヶ月未満」から「5年以上」まで多様に分布している。

現在の住まいの築年数を尋ねたところ、3分の1程度の利用者は「わからない」と回答しているが、約20%は築年数が30年以上と回答している。

トイレや風呂の設置状況では、約半数がトイレ・風呂ともに共同であり、風呂がない住居も17.3%ほどみられる。

現在の家の住み心地については、「良い」が46.5%、「悪い」が14.0%、「どちらともいえない」が37.3%であった。

現在の家で気になること、住み心地が悪いことでは、「狭い」「日当たり」「騒音」を指摘する割合が高い。

2) 居住地域について

現在住んでいる地域 (町内など) に対する思いを尋ねたところ、「いま住んでいる地域が好きだ」「今後もこの地域にずっと住み続けたい」「この地域に馴染んでいる、馴染めそうだ」などでは「そう思う」「とてもそう思う」と回答した割合が60%程度を占めており、地域に対して愛着を抱いている利用者が多いことが明らかになった。

また、「この地域のために何か役に立ちたい」と考えている利用者も約3分の1を占めている。

図5 気になること等（居所別）

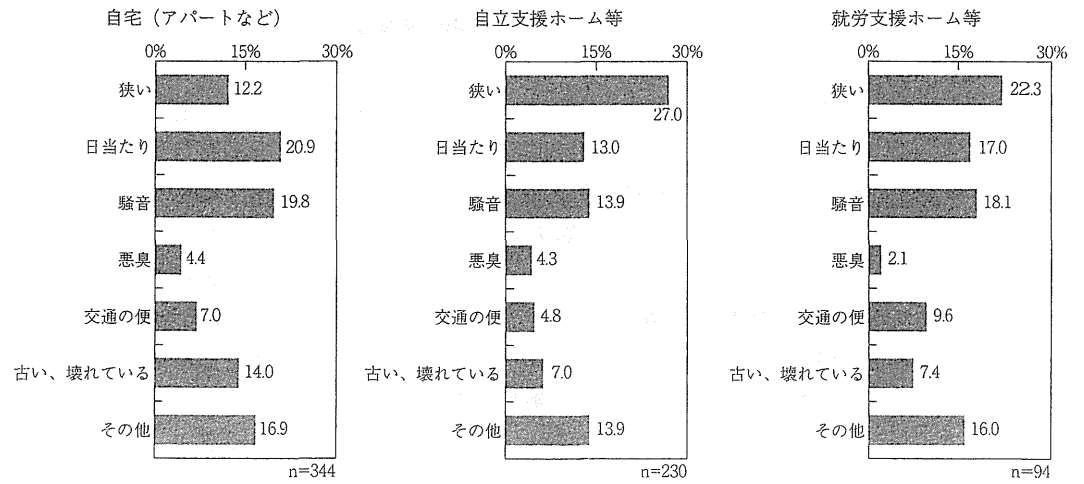
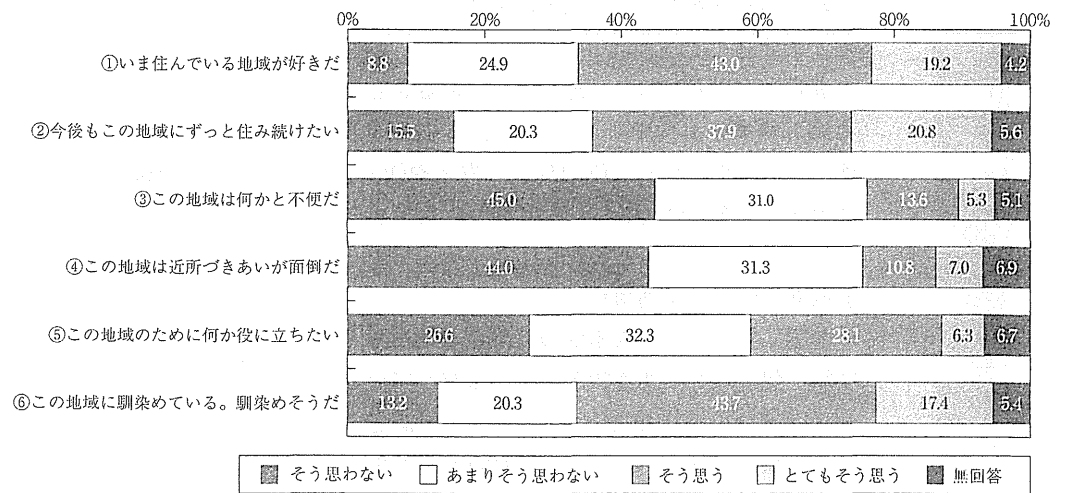


図6 現在住んでいる地域に対する思い



3) 地域行事等への参加経験（最近1年間）

最近1年間に、地域の行事等に参加した経験がある利用者は19.3%であった。参加した行事等は「お祭り」が最も多く、次いで「バザー・ガレージセール等イベント」「防災訓練、避難訓練」の順である。

また、「ボランティア活動等」の地域活動に参加している利用者もみられた。

(4) 友人や知人、近隣の人との関わり

1) 大家さんや近隣の人とのつきあい

大家さんや近隣住民とのつきあいについて尋

ねたところ、「つきあいはない」が44.6%、「あいさつする程度の人がいる」が38.0%であり、世間話や個人的な話をする人がある利用者は16%程度にとどまった。

2) 相談等の相手

①家の設備や契約のこと等で相談できる人

家の設備や契約のこと等で相談できる人が「いる」と回答した割合は76.6%であった。

相談できる相手は、「支援団体（ふるさとの会等）職員」（65.6%）が最も多く、次いで「福祉事務所のケースワーカー」（31.5%）や「大家・アパート管理会社・不動産会社」（22.5

%)、友人や知人(11.6%)の順となっている。

②普段、話をしたり、ちょっとした相談をする人

普段話をしたり、ちょっとした相談をする人が「いる」と回答した割合は76.0%であった。相談相手は、「支援団体(ふるさとの会等)職員」(58.7%)や「友人や知人」(48.3%)が多い。

③趣味・娯楽を一緒にする人

趣味や娯楽を一緒にする人が「いる」と回答した割合は35.1%であった。趣味や娯楽を一緒にする相手は、「友人や知人」が76.3%を占めている。

④身体の具合が悪いときに連絡できる人

身体の具合が悪いときに連絡できる人が「いる」と回答した割合は78.2%であった。

連絡できる相手は、「支援団体(ふるさとの会等)職員」(60.9%)が最も多く、「福祉事務所のケースワーカー」(32.1%)、「友人や知人」(22.8%)、「家族や親族」(20.0%)の順となっている。

⑤孤立状態にある利用者

前記、①～④の相談相手の有無及び後述する家族・親戚等との連絡状況から、孤立している利用者割合の推計を行ったところ、「相談者なし、家族との連絡なし」(=社会的孤立状態)の利用者は全体の5.8%、相談者がふるさとの会職員のみ利用者が11.5%いることがわかった。

居所別にみると、「自宅(アパートなど)」で生活する利用者では「相談者なし、家族との連絡なし」の孤立状態にある割合が7.3%を占めている。

3) 家族・親戚等との関わり

①連絡の有無と頻度(過去1年間)

過去1年間に家族や親戚等と連絡を取った利用者は27.6%であった。その内、連絡頻度は「年1～2回」が約35%で最も多いが、「年24回以上」(=月2回以上)連絡を取っている利用者も26.5%いる。

②幼少時に暮らした場所

家族との関係や生育歴を把握するため、幼少時に暮らした場所について尋ねたところ、約78%は「自宅で、両親や兄弟姉妹と暮らしていた」と回答している。「自宅で、片親や兄弟姉妹と」は9.2%、「祖父母(親戚)の家で(両親とは別居)」は4.7%、「児童養護施設など」は1.0%であった。

4) 他者との関わりの実績と意向

他者との関わりについて、実態や意向を把握することを目的として以下の2つの項目について尋ねた。

○誰かと話をしたり、娯楽を楽しむこと

○誰かのために、自分の技術や経験を生かして手伝いをする

最近1ヶ月以内に「誰かと話をしたり、娯楽を楽しむこと」を「している」と回答した利用者は68.0%、また最近1年以内に「誰かのために、自分の技術や経験を生かして手伝いをしたこと」が「ある」利用者は21.3%であった。

一方で、これらの項目に関する意向をみると、「機会があれば、誰かと一緒に話をしたり、娯楽を楽しみたい」利用者は52.0%、「機会があれば、誰かのために、自分の技術や経験を生かして手伝いをしたい」利用者は35.2%であり、他者や地域・社会に対する貢献意欲を持つ利用者は少なくないことが明らかになった。

(5) ふるさとの会で行っている行事等への関わり

ふるさとの会の行事に「参加したことがある」利用者は44.9%、「参加したことはない」利用者は53.8%であった。

参加経験者では、今後も「参加したい」と回答した利用者が73.9%を占めている。

一方、参加経験のない利用者に参加していない理由を尋ねたところ、「参加したいと思わない」「日程があわない」などの他、集団の場への苦手意識や健康不安による理由等があげられている。

(6) 重い病気にかかったり、寝たきりになったときのこと

1) 自分が重い病気にかかったり、寝たきり状態等になる心配

自分が重い病気にかかったり、寝たきり状態等になる心配について尋ねたところ、「とても心配である」が22.4%、「少し心配である」が35.1%を占めた。

特に、自宅（アパートなど）で暮らしている利用者では「とても心配」「少し心配」と回答

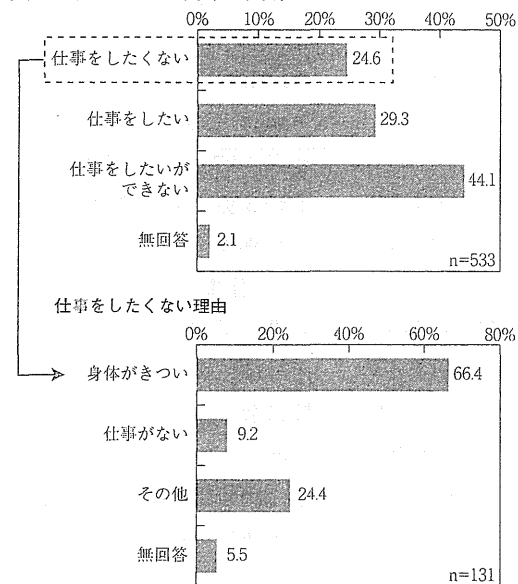
した割合が63.3%を占めている。

2) 重い病気にかかったり、寝たきり状態等になったときの心配ごと

仮に、自分が重い病気にかかったり、寝たきり状態等になった場合に心配ごとがあるかを尋ねたところ、半数以上の利用者が「ある」と回答している（53.9%）。

心配ごとの内容は、「介護のこと」（54.5%）や「医療のこと」（44.2%）、「住まいのこと」（37.9%）などが上位を占めたが、自宅（アパートなど）で暮らしている利用者では「孤独死の不安」を訴える割合が35.9%を占めた。

図7 就労意向（未就労者）



(7) 仕事について

1) 現在の就労状況と過去の就労経験

現在の就労状況では、「仕事をしている」利用者が17.1%、「仕事をしていない」利用者は77.9%を占めた。

過去の就労経験を尋ねたところ、正規職員の経験が「10年以上」の利用者は41.5%、「5～9年」が8.5%、「5年未満」が12.1%、「経験なし」は10.2%であった。また、「非正規・アルバイト」経験が「10年以上」の利用者は14.5%、「日雇いなど」経験が「10年以上」の利用者は17.0%を占める。

表2 就労意向（未就労者）基本属性別

		19-1（未就労者）就労意欲				
		合計	仕事をしたくない	仕事をしたい	仕事をしたいができない	無回答
合計		533	24.6	28.1	43.5	3.8
性別	男性	472	23.1	29.4	43.9	3.6
	女性	47	34.0	14.9	46.8	4.3
年齢区分	40歳未満	18	16.7	66.7	16.7	0.0
	40～64歳	247	17.0	30.8	49.4	2.8
	65～74歳	183	31.1	24.0	40.4	4.4
	75歳以上	72	36.1	16.7	40.3	6.9
現在の居所（統合）	自宅（アパートなど）	270	18.1	24.8	52.6	4.4
	自立援助ホーム等	191	37.7	24.6	34.0	3.7
	就労支援ホーム等	59	15.3	50.8	32.2	1.7
	旅館等	12	8.3	41.7	50.0	0.0

図8 就労形態（就労者）

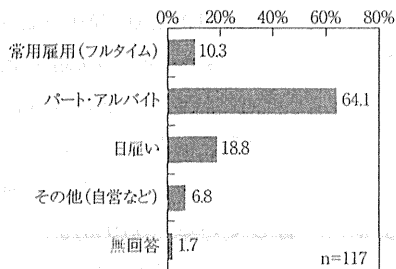


図9 収入月額

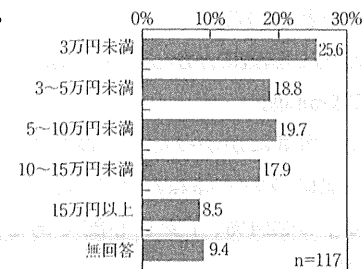
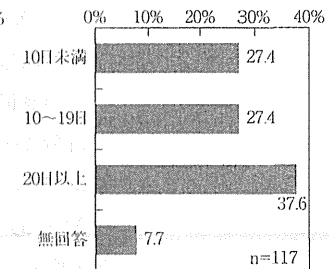


図10 就労日数／月



2) (未就労者) 就労意向と求める支援内容

未就労者に対して今後の就労意向を尋ねたところ、「仕事をしたい」と回答した割合は29.3%、「仕事をしたくない」割合は24.6%、「仕事をしたいができない」割合は44.1%を占めた。

「仕事をしたくない」理由としては、「身体がきつい」を挙げる利用者が66.4%を占めている。

一方で、「仕事をしたい」利用者が望む就労形態は、「常勤雇用（フルタイム）」が31.4%、「パート・アルバイト」が35.9%であった。

また、就労活動を行うにあたって望んでいる支援内容をみると、「ハローワークで相談したい」や「求人情報が欲しい」などのほか、「何でもいいから相談できる人が欲しい」が21.8%、「職業訓練を受けたい」14.7%、「ハローワークに同行して欲しい」5.1%となっている。

未就労者全体に求職活動を行う上での課題を尋ねたところ、「年齢があわない」が25.5%、「職歴・技能が不十分」7.3%、「希望する労働時間や就労日数にあう仕事がない」6.6%であった。

求職活動をするうえでの問題として「その他」に記載された内容は、身体面や健康不安面での理由（体調や病気、年齢など）がほとんどであるが、それ以外にも「失敗がこわい、職種がない」「履歴書が書けない」「口がきけないから」などの記載もみられた。

3) (就労者) 仕事の状況と今後の継続意向

①就労状況

現在就労している利用者117人の就労状況を見ると、雇用形態は「常用雇用（フルタイム）」

が10.3%、「パート・アルバイト」が64.1%、「日雇い」が18.8%であった。

収入月額は「3万円未満」が25.6%を占める一方で、「15万円以上」の収入がある利用者も8.5%ほどいる。

就労日数は、「10日未満」及び「10~19日」が各々27%、「20日以上」が37.6%を占めた。

②仕事先の人とのつきあい

仕事先の人とのつきあいの程度を尋ねたところ、「仕事だけの付き合い」が40.2%、「仕事の合間に世間話をする」が27.4%であり、「仕事の合間に個人的な話をする」や「仕事以外の時間に会ったり話をしたりする」割合は各々16%であった。

③労働継続意向

現在の仕事を続けたいと思うかを尋ねたところ、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した利用者は80%近くを占めた。その理由は、「やっている仕事楽しい」（35.9%）、「仕事が自分にあっている」（35.9%）、「職場の人が楽しい」（29.3%）など積極的な理由が上位を占めている。

(8) 防災について

1) 現在の家で被災したときに連絡する相手

現在の住まいで地震や火事等の災害が発生した際に連絡をする相手を尋ねたところ、「支援団体（ふるさとの会）職員」（52.0%）がもっと多く、次いで「福祉事務所のケースワーカー」（29.2%）、「家族や親族」（23.4%）、「友人や知人」（20.8%）、「大家・アパート管理会

図11 健康関連QOL尺度患者回答状況

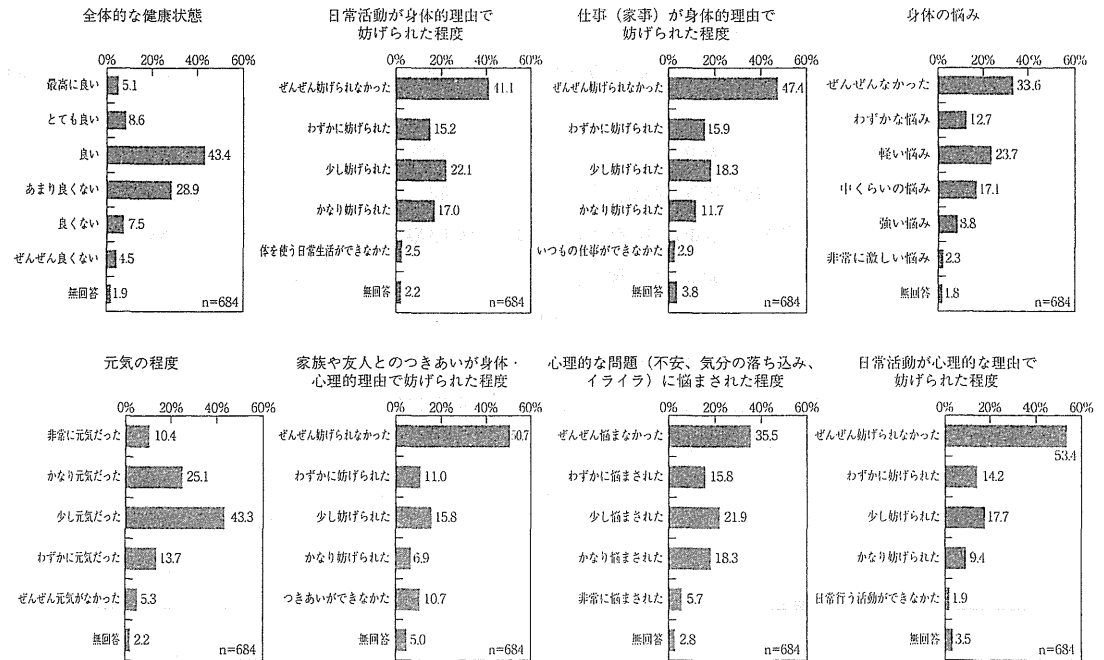
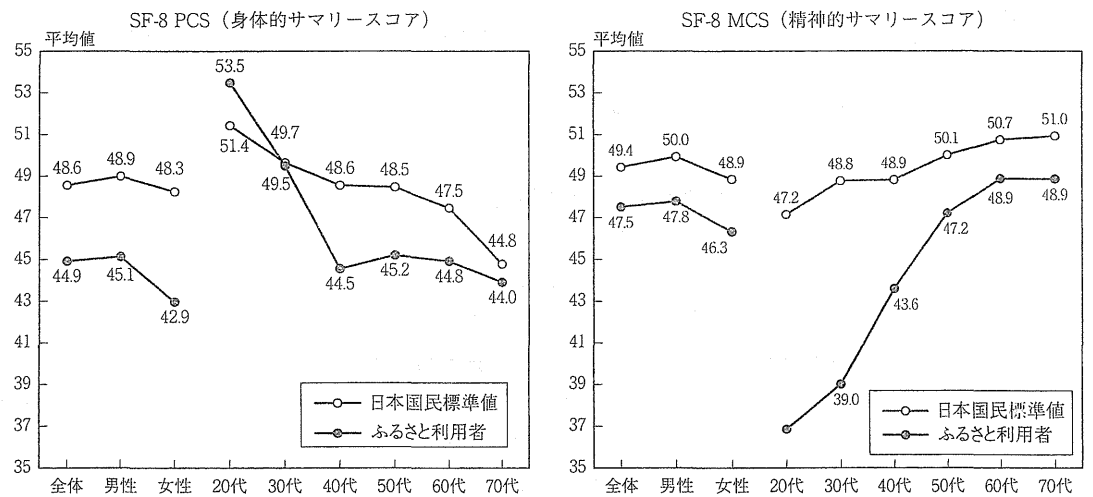


図12 健康関連QOL総合評価結果



社・不動産会社」(11.7%)の順となった。

2) 災害発生時の避難場所

災害発生時の避難場所について「知っている」と回答した利用者は59.5%、「知らない」は37.0%であった。

避難場所を「知っている」利用者に対して、避難場所を知った方法を尋ねたところ、「他の人に教えてもらった」が半数以上を占めてい

る。避難場所を教えてくれた相手としては、「支援団体(ふるさとの会等)職員」が76%を占めるが、「民生委員さんや近所の住民」(5.7%)、「大家さん・アパート管理会社・不動産会社」(5.3%)、「友人や知人」(4.8%)など、地域の住民から情報を得ている利用者も一定割合みられた。

(9) 健康関連QOL尺度 (SF-8)

健康関連QOL尺度 (SF-8) を利用し、ふるさとの会利用者の心身の健康状態の計測を行った (図11)。

その結果、身体的サマリースコア (PCS) は男女とも2007年国民標準値を大きく下回っており、年代別では40～50代の利用者で国民標準値からの乖離が大きい (図12)。

精神的サマリースコア (MCS) は、身体的サマリースコアほどではないが男女ともに国民標準値を下回っている。また、年代別では20～30代の回答数が31名と少ないものの、20～40代の利用者のスコアが国民標準値を著しく下回る結果となった。

3 考察

本調査は、地域における生活困窮者の実態と支援ニーズを調査し、居住確保のあり方、有効な支援体制モデルの検討、地域で包括的に支援する制度的枠組みの提言の基礎資料とすることを目的に実施された。調査対象者が「ふるさとの会」の利用者に限定されていることから、地域での支援を必要とする生活困窮者・生活保護受給者の総体を反映するものではないが、生活支援を必要としている生活困窮者の実態について、保健・医療・福祉・介護および生活支援という多角的な視点から把握する貴重な調査になったと考えられる。ここでは、今回の調査結果データから読み取ることのできる生活困窮者・生活保護受給者の実態と生活支援ニーズについて、(1) 住まいの喪失の背景と居住支援ニーズ、(2) 社会的ネットワークの状況と生活支援ニーズ、(3) 健康状態の特徴と保健・医療・福祉ニーズ、(4) 今後発展させるべき支援の四つの視点から考察する。

(1) 住まいの喪失の背景と居住支援ニーズ

ふるさとの会を最初に利用した理由あるいは利用時に抱えていた問題等によると、住まいの

喪失 (住まいのない状態を含む) を理由に利用に至った者は約6割である。「住まいを失った理由」の内訳をみると、「福祉施設や宿泊所等からの退去」が37.1%と最も多い。「福祉施設」には、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等の高齢者施設や障害者施設など、長期的な居住の場としての機能を備えた施設も含まれるが、緊急的な利用や、施設内でのトラブルがあった場合は退去となり、住まいのない状態になることが考えられる。「宿泊所」の場合、ADLの低下や認知症の発症などによって介護ニーズが発生したために退去となり、住まいのない状態になることが考えられる。その他の理由では、割合の多い順に「失業と共に居所を喪失 (社員寮・住み込み等)」17.1%、「アパート解体等による立ち退き」9.3%、「本人の病状悪化」7.1%となっている。また、生活保護を受給している場合、入院が長期化するか、刑事施設に収容された場合はアパートを引き払う必要があるため、退院時 (退所時) にあらためて住まいの確保が必要になる。これらのことから、生活困窮者・生活保護受給者は、預貯金を持っておらず、一時的に頼ることのできる家族や親族がいらないために、通常であれば住まいの喪失にまで至らずに済むようなライフイベント (失業、ADLの低下、長期入院など) によって、住まいを喪失しやすい状況にあると考えられる。

(2) 社会的ネットワークの状況と生活支援ニーズ

職員記入シートの家族状況の結果をみると、同居家族がいる利用者は1.3%のみで、ほとんどの利用者が単身世帯である。さらに家族とのつながりをみると、「家族とのつながりが全くない」と「危篤状態など特別な状況のみ連絡のとれる家族がいる」を合わせて69.1%となっている。利用者記入シートでは、家族・親族との連絡が「ない」と回答した割合が69.7%であり、職員記入の結果とほぼ一致している。このように約7割の利用者は家族や親族とのつなが

りのない状態である。

生活支援の実施状況（最近1ヶ月間）の結果（図1）をみると、これらは、何か困った時に一緒に考えたり、寂しい時に気持ちが落ち着くまで付き合ったりするような安心した人間関係を基盤とした支援であって、居所別（自宅（アパートなど）、自立援助ホーム等、就労支援ホーム等）で比較した場合においても、共通して実施されている支援となっている。

以上のことから、家族とのつながりのない単身の生活困窮者・生活保護受給者の生活支援においては、日常的に相談できるような人間関係を基盤とした「安心生活のための支援」が求められていると考えられる。また、相談者がいないと感じている利用者や相談相手がふるさとの会職員のみである利用者も利用期間の長短にかかわらず少なくないことや自宅（アパートなど）で暮らしている利用者の約2割が孤独死の心配があると回答していることから、今後の互助づくり（仲間づくり）の取り組みの中で、友人や近隣とのつながりが広がるような工夫をすることが求められる。

(3) 健康状態の特徴と保健・医療・福祉 ニーズ

「ふるさとの会」では、高齢の利用者の割合が高いものの、幅広い年齢層の生活困窮者・生活保護受給者が利用している。このため、40歳未満、40歳以上65歳未満、65歳以上に分けて検討する。

40歳未満の利用者の健康状態をみると、精神的な健康度が他の年齢層に比べて低いという特徴がある。健康関連QOL尺度（SF-8）では精神的サマリースコアが20歳代~40歳代で国民標準値を大きく下回っている。また、疾病既往の内容では「何らかの精神疾患」に罹患した割合が最も高く51.6%であった。障害者手帳の所持の状況をみると、精神保健福祉手帳が35.5%と最も高く、次いで愛の手帳（療育手帳）が6.5%となっており、22.6%が精神障害者グルー

プホーム・ケアホームを利用している。就労状況をみると45.2%が就労しており、そのうち、「ふるさとの会」が就労先となっている利用者は50%である。今回の悉皆調査での40歳未満の回答数は31名と少ないことから若年の生活困窮者のごく一部の実態をとらえたに過ぎないが、地域の精神保健医療サービスと連携した支援が求められていると考えられる。

40歳以上65歳未満の利用者の健康状態では、それ以上の年齢層同様に「生活習慣病」に罹患している者の割合が約3割と高かった。また、「何らかの精神疾患」に罹患している者は約2割であった。健康関連QOL尺度（SF-8）の結果では、40歳代と50歳代の身体的サマリースコア及び精神的サマリースコアが共に国民標準値より大きく下回っている。長期にわたって生活習慣病などの慢性疾患を抱えて生活する利用者が少なくないことから、医療機関との連携による健康管理や健康保持のための取り組みが重要と思われる。

65歳以上の利用者の健康状態をみると、健康関連QOL尺度（SF-8）の結果では、身体的サマリースコアは国民標準値とほぼ同レベルであり、精神的サマリースコアは国民標準値をやや下回る結果となっている。また、今回の悉皆調査では、65歳以上の対象者すべてに認知症スクリーニング項目を加えているが、その結果においては、認知症が疑われる者の割合が実際に認知症の診断を受けている者よりも多い結果となっている。このことは生活困窮者・生活保護受給者において、潜在的認知症患者が多い可能性があることを示唆するものであり、認知症以外の精神疾患に罹患している者も少なくないと考えられることから、本調査の結果に基づく詳細な二次調査の必要性を示すものである。生活困窮者における認知症調査の必要性については、研究報告書の岡村の報告を参照されたい。

(4) 今後発展させるべき支援

以上のことから生活困窮者・生活保護受給者

が様々なライフイベント（失業、ADLの低下、病気の発症など）に遭遇した場合に、日常生活の基盤となっている「住まい」や「顔なじみの関係」を喪失することのない（一時的に居所を喪失してしまった場合であってもスムーズにあらたな居住確保のできる）支援体制を構築していく必要がある。また、居住支援と職員による訪問活動だけでは孤立の防止に限界があることから、仲間づくりのための支援と一体に居住支援や生活支援のあり方を模索していくことが重要であると考えられる。

さらに、全ての年齢層に共通して、重い病気にかかったり、寝たきりなどの状態になってしまった時に心配なことが「ある」と回答している利用者は約半数であり、その内訳で多かった心配ごとの内容は「介護のこと」54.5%、「医療のこと」44.2%、「住まいのこと」37.9%で

あった。65歳以上75歳未満の利用者の4.6%、75歳以上の利用者の10.9%が「がん（既往を含む）」であることから、がんや難病等の重篤な病気になった場合に備えて、医療、介護も含めて、地域で包括的に支援する体制をつくっていくことが求められている。

注

- 1 NPO 法人自立支援センターふるさとの会常務理事
- 2 (独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部長
- 3 (独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部統計解析研究室長
- 4 東京都健康長寿医療センター自立促進と介護予防研究チーム研究員
- 5 保健師/保護司/NPO法人すまい・まちづくり支援機構理事
- 6 調査結果の分析は一般財団法人日本総合研究所に委託した。記して感謝したい。
- 7 <http://www.hurusatonokai.jp/>

ホームレスと社会

『ホームレスと社会』編集委員会 編
定価1680円(本体1600円+税) B5判/並製

不安定就労層も巻き込み社会的に広がってきている現代日本のホームレス問題に対し、支援・福祉・研究の3本の柱で社会に問いかける。

Vol. 7 (2012年12月刊行)

- ◎特別対談1 生活支援戦略(中間まとめ)をめぐって (宮本太郎 鈴木 亘)
- ◎特別対談2 日本のホームレスの最新動向と今後の支援のあり方 (岩田正実、水内俊雄)
- ◎特集1 パーソナルサポートモデル事業
パーソナルサポートサービスについて (湯浅 誠)
パーソナルサポートモデル事業の現状と課題 (吉田拓野)
釧路・地域主権と当事者参画がカギ (日置真世)
横浜「生活しごと わかもの相談室」の取組み (鈴木晶子) /ほか
- ◎特集2 「西成特区構想」への提言
「西成特区構想」方法論序説 (鈴木 亘)
生活保護下の住宅市場の実態と住宅供給の社会化への可能性 (水内俊雄)
日光域振と賑わい創出であいりん地域を再生する (松村嘉久)
日雇労働市場の将来と西成労働福祉センターの今後のあり方 (福原宏幸) /ほか
- ◎研究 台北における狭小廉価住宅居住者の生活支援の系譜と現状 (中山、金、山田、水内、黒木)
社会的困窮者の効果的な自立支援のあり方と専門職の役割に関する調査事業 (齋本 大)
ホームレス就労支援がもたらす社会的ネットワークの変容 (ヨハネス・キーナー)
- ◎援助技術 福祉居宅構想 ホームレスからの脱出 そこにある住まいの活用 (斎藤安直)
イギリスにおける失業者・就労困難者向け公的扶助の現状 (樋口英夫)

漫画 ホームレスじいさんの物語
震災・ガレキを越えて カマヤんの夢畑
ありむら遊浩 ◎定価1680円(本体1600円+税) A5判 並製/160頁
大阪・釜ヶ崎を主な舞台に強々と生きるホームレスのカマヤんを主人公にした、ありむら浩の4コマ漫画・最新作。東日本大震災の被災地支援を描く新作を含め、日本の貧困問題が劇的に変化した2000年代半ばからの作品を集めた会心作。

ホームレス自立支援(オンデマンド版)

NPO・市民・行政協働による「ホーム」の回復
山崎克明、奥田知志、稲月 正、藤村 修、森松長生浩
◎定価4725円(本体4500円+税) 四六判/並製/424頁
「ホームレス自立支援の北九州方式」のシステム構築に関わってきた研究者、NPO活動者、行政実務者が成立にいたる背景・過程・実態、それらの諸問題と今後の課題を多角的に分析・紹介。わが国におけるホームレス問題の解決に多くのヒントを提供する。第5回「日本NPO学会林雄二郎賞」受賞。

ホームレス支援における就労と福祉

山田壮志郎著
◎定価5040円(本体4800円+税) A5判/上製/320頁
著者自身のホームレス支援活動・実態調査と先行研究の検討に基づき、ホームレス問題の現状と問題点を分析、これからの施策として「就労自立アプローチ」ばかりでなく、「福祉的アプローチ」も重視した複線的施策を提言する。気鋭の著者による初の刊行書。

ホームレス/現代社会/福祉国家

「生きていく場所」をめぐって 【明石ライブラリー19】
岩田正実著
◎定価3675円(本体3500円+税) 四六判/上製/336頁
現代市民社会という「生きていく場所」からはじき出されたホームレスの人たちの調査を通じ、「家の喪失」とは何か、福祉国家としてわれわれ市民社会は何をしななければいけないのかを問いかけるロングセラー。

明石書店
<http://www.akashi.co.jp>

〒101-0021 東京都千代田区外神田6-9-6
TEL 03-5618-1171 FAX 03-5618-1174
〒100-0001 東京都千代田区千代田7-24508 * 図書目録送付

第108回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

生活困窮者の自殺とその予防

粟田 圭一¹⁾，井藤 佳恵¹⁾，岡村 毅¹⁾，
森川すいめい²⁾，的場 由木³⁾，竹島 正⁴⁾1) 東京都健康長寿医療センター研究所，2) 特定非営利活動法人 TENOHASI，
3) 特定非営利活動法人ふるさと会，4) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

路上生活者および簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を含む東京都内の生活困窮者423人（男392人，女31人，平均年齢±標準偏差=60.6±11.9歳）を対象に，(1)自殺関連行動の出現頻度と関連要因，(2)精神的健康度低下の出現頻度と関連要因，(3)実際に求められている生活支援の内容を可視化させることを目的に面接聞き取り調査を行った。(1)最近2週間の自殺関連行動については，反復する自殺念慮が29人（有効回答者の6.9%），自殺の計画が22人（5.3%），自殺企図が11人（2.7%）に認められ，多変量ロジスティック回帰モデルで，「精神的健康度が低下していること」「痛みがあること」「視覚障害があること」「主観的健康感が不良であること」「生活の場が路上であること」「困ったときに相談できる人がいないこと」が反復する自殺念慮の有意な関連要因であることが示された。(2)精神的健康度低下（日本語版WHO-5で13点未満）が57.1%に認められ，重中分析で，「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如と収入の不足」「情緒的ソーシャルサポートの欠如」が精神的健康度低下の有意な関連要因であることが示された。(3)求められる生活支援としては，①社会サービスの利用調整（例：生活保護，介護保険，住民票，障害者手帳などの手続き），②健康の保持（例：体調が悪い時の相談と対応，診療所や看護師などの関係機関との連絡調整，服薬管理），③安心生活（例：寂しい時や困った時の相談）に関わる支援が高頻度に認められた。特定非営利活動法人ふるさと会はこれらの支援を「日常生活支援」と呼んでいるが，それは情緒的・情動的・手段的ソーシャルサポートの統合的・継続的な提供という特性をもつものである。同団体は，生活困窮者を対象に，「住宅支援」と「日常生活支援」を結合させたサービスを提供しているが，こうした活動は，生活困窮者の精神的・身体的・社会的健康の改善と自殺予防に寄与する可能性がある。

<索引用語：ホームレス，自殺予防，精神的健康，住宅支援，日常生活支援>

はじめに

1998年以降高止まりの状態が続いているわが国の自殺率と，長引く不況，高い失業率，生活困窮者の増大，公的・私的セーフティネットの不足

が深く関連している可能性は，これまでも繰り返し指摘されてきたところである^{7,10)}。

厚生労働省の調査⁸⁾によれば，2010年の生活保護受給者における自殺率は人口10万対55.7，同

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 生活困窮者の支援とメンタルヘルス コーディネーター：竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）