

生活困窮者居住支援・生活支援の取組み（研究協力者：滝脇憲，的場由木）

—2019年度 研究報告—

1. 背景

日本で生活保護を受給している世帯は、約164万世帯あり、54%が高齢者世帯である（厚生労働省社会援護局保護課，2020）。被保護高齢者世帯数は、過去20年の推移で3倍以上増加しており、約9割が単身世帯となっている（国立社会保障・人口問題研究所，2017；厚生労働省，2017）。

東京都の65歳以上単身世帯では、持ち家の割合が全国よりも低く、約5割が借家で、そのうち民営の借家が約3割を占めている（東京都福祉保健局高齢社会対策部，2018）。2017年7月末時点の東京の被保護高齢者世帯（約12万世帯）のうち、住居が持ち家の世帯は1.2%、公営住宅の世帯は17.0%、借家・借間の世帯は67.8%、その他の住居の世帯は14.0%である（厚生労働省，2019）。民間の借家では、経済的困窮による家賃滞納、ADLの低下や認知症、アルコール依存、精神疾患、身体障害（難聴・視覚障害等）を背景とした近隣トラブル、保証人の不在等が、貸主が高齢者の入居や賃貸借契約の更新を拒む理由となっている（高齢者住宅財団，2012）。

日本では1990年代後半より、生活保護受給者の社会的入院や頻回な転院が問題となり、医療の適正化に伴う在院日数の短縮が進められた。一方で、身寄りのない低所得高齢者が入居可能な介護施設や保護施設の定員は限られ、民間の宿泊所やサポートティブハウス、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等で暮らす生活困窮者が増加している（東京都福祉保健局，2014；白波瀬，2017）。東京都では、生活保護受給者の遠方の介護施設の利用が増加し、有料老人ホーム等の利用実態調査結果では、5,140人の有料老人ホーム等利用者のうち、74%が都外施設の利用となっている（東京都福祉保健局，2014）。遠方施設利用が増加している背景には、利用料金が安く、生活保護費の範囲内で支払うことができること等があげられる。一方、福祉事務所のケースワーカーや家族、友人の面会が困難であることや、住み慣れた地域での社会関係・つながりが切れてしまう等の課題もある。

これらのことから、今後増加することが見込まれる単身の低所得高齢者の住まい、そして特に認知症を抱えて生活する高齢者の安定した暮らしと尊厳を守る支援体制の構築は、重要なテーマである。

2. 目的

本研究の目的は、経済的に困窮し、家族による生活支援が得られない独居の認知症高齢者の暮らしを支える「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルを可視化させ、事業化の必要性、普及の可能性について検討することである。

3. 方法

経済的に困窮し、家族による生活支援が得られない独居の認知症高齢者の暮らしを支える「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルを可視化させるため、2019年度は、以下の方法で支援事例の分析を行った。

方法1) 一人暮らしの生活困窮者の居住支援と生活支援の実際、一人暮らしが困難な生活困窮者に住まいと生活支援を提供する共同居住の取り組みの概要を記述する。

方法2) 実際にどのような人が住まいを含めた生活基盤を喪失しているのかを明らかにするために、24時間体制での居住支援・生活支援を利用している生活困窮者の全体像、認知症高齢者の実数や割合等について記述する。

方法3) 単身の認知症高齢者の支援事例（複数の事例を組み合わせた典型事例）を記述する。

4. 結果

結果1) 一人暮らしの生活困窮者の居住支援と生活支援の実際、一人暮らしが困難な生活困窮者に住まいと生活支援を提供する共同居住の取り組みの概要

～NPO 法人自立支援センターふるさとの会の取り組みから～

NPO 法人自立支援センターふるさとの会は、約20年前に高齢の路上生活者の支援をするためのNPO 団体として設立された。設立当初は、山谷地域の元日雇い労働者の人たちの支援が中心であったが、身寄りのない生活困窮者が24時間体制の生活支援を受けながら地域生活を継続する「共同居住」を開設して以降、住まいと生活支援を必要とするさまざまな地域の高齢者・障がい者が利用するようになり、現在に至っている。表1は、2019年現在のNPO 法人自立支援センターふるさとの会で取り組んでいる居住支援・生活支援の概要である。支援形態は、大きく分けて、単身生活が可能な場合と、単身生活が困難な場合の2パターンの形態がある。いずれの場合も、「安定した住まいを確保、維持するための居住支援」と「孤立することなく安心した生活を継続するための生活支援」の2つの支援が、認知症を抱えて暮らす高齢者に提供されている支援であり、生活基盤を支えるための支援と言える。生活基盤が安定することで、必要な地域医療サービス、各種の居宅サービス、地域権利擁護事業などのサービスにアクセスすることが可能となる。また、何よりも地域生活の中で孤立しないこと、尊厳のある生活を実現することが、居住支援と生活支援の目的であり、地域のさまざまな機関と連携することにより可能となっている支援である。

単身生活が可能だが、保証人がいないためにアパートへの入居や賃貸借契約の更新が難しい場合には、(株)ふるさとの社会的不動産事業の中で提供しているアパート保証の利用、または互助ハウスに入居することによって、安定的な居住が確保できるような仕組みとなっている。また、家賃滞納やゴミ出しのトラブル、必要な通院が安定してできないなど、何からの生活支援が必要な場合には、NPO 法人自立支援センターふるさとの会が提供する「共同リビング」、定期訪問による安否確認と相談、各種の手続きや制度利用のためのコー

ディネートが、生活支援として提供されている。

単身生活が困難で日常的な生活支援が必要な場合には、NPO 法人が提供する「共同居住」や「軽費老人ホーム」に入居することによって、居住が確保できる仕組みとなっている。また、「共同居住」、「軽費老人ホーム」では、24 時間体制での日常生活の支援と食事が提供され、必要な医療、居宅サービス等が利用できるためのコーディネーターや、生活の中での困りごとをお互いに助け合い、役割を担うことで、「生活をつくる主体」になることを目指した「互助づくり」のための支援が、生活支援として提供されている。

表 1. ニーズ別の居住支援・生活支援

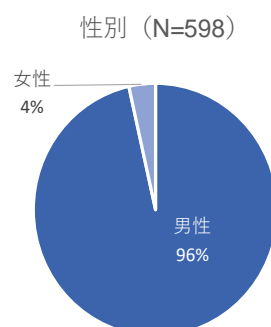
利用者のニーズ	居住支援	生活支援
単身生活が可能だが保証人がいない	1) アパート保証 2) 互助ハウス ※上記は（株）ふるさとの社会的不動産事業として提供されている。	1) 地域生活で孤立しないための「共同リビング」・互助づくり 2) 生活支援員の定期訪問による安否確認と相談 3) 各種手続き、制度利用のためのコーディネーター
単身生活が困難で日常的な生活支援が必要	1) 共同居住 2) 軽費老人ホーム	1) 24 時間体制での日常生活支援・食事の提供 2) 必要な医療、居宅サービス等を利用するためのコーディネーター 3) 生活をつくる主体になることを目指した互助づくり

結果 2) 24 時間体制での居住支援・生活支援を利用している高齢者の特徴

2009 年 1 月～2018 年 12 月までの 10 年間に、24 時間体制で生活支援員が常駐している共同居住に入所した 65 歳以上（入所時点の年齢）の入所の延べ数を調査した。延べ利用者数は全体で 598 人であった。

1) 性別

男性	577	96.5%
女性	21	3.5%
合計	598	100.0%



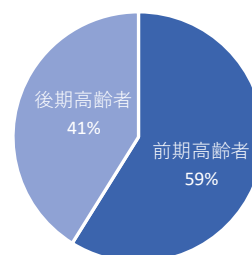
・性別はほとんどが男性であった。

2) 年代

前期高齢者	352	58.9%
後期高齢者	246	41.1%
合計	598	100.0%

- ・年代は前期高齢者が約 6 割，後期高齢者が約 4 割であった。

年齢 (N=598)

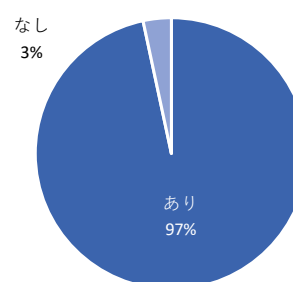


3) 生活保護受給

あり	578	96.7%
なし	20	3.3%
合計	598	100.0%

- ・ほとんどの入所者が入所時に生活保護を受給していた。

生活保護受給 (N=598)

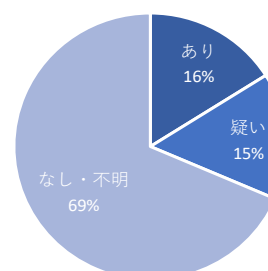


4) 認知症の診断(入所時)

あり	96	16.1%
疑い	92	15.4%
なし・不明	410	68.6%
合計	598	100.0%

- ・入所時に認知症の診断を受けていた人は約 16%であった。

入所時の認知症の診断 (N=598)



5) 認知症有無別の前居所(入所時)

N=598

	認知症あり		疑い		なし・不明	
	n	%	n	%	n	%
病院	25	26.0%	12	13.3%	101	24.5%
自宅	20	20.8%	12	13.3%	49	11.9%
保護・宿泊施設	15	15.6%	24	26.7%	82	19.9%
簡宿・路上	12	12.5%	22	24.4%	101	24.5%
刑事関連施設	9	9.4%	9	10.0%	28	6.8%
高齢者施設	12	12.5%	6	6.7%	31	7.5%
その他	3	3.1%	5	5.6%	20	4.9%
合計	96	100.0%	90	100.0%	412	100.0%

6) 認知症有無別の介護度(入所時)

N=598

	認知症あり		疑い		なし・不明	
	n	%	n	%	n	%
要介護3～5	9	9.4%	3	3.3%	18	4.4%
要介護1～2	26	27.1%	10	11.1%	57	13.8%
要支援1～2	8	8.3%	6	6.7%	36	8.7%
申請中	15	15.6%	11	12.2%	30	7.3%
なし・不明	38	39.6%	60	66.7%	271	65.8%
合計	96	100.0%	90	100.0%	412	100.0%

7) 認知症有無別の入所理由(複数回答)

N=598

	認知症あり		疑い		なし・不明	
	n	%	n	%	n	%
ADL 低下・認知症状の悪化	58	60.4%	59	64.1%	186	45.1%
退所後・退院後の帰住先なし	39	40.6%	23	25.0%	164	39.8%
前居所でのトラブル	13	13.5%	10	10.9%	44	10.7%
住所不定	7	7.3%	6	6.5%	66	16.0%
DV 等による避難	1	1.0%	1	1.1%	8	1.9%
前居所の老朽化・施設閉鎖	0	0.0%	3	3.3%	10	2.4%

8) 認知症有無別の入所時の生活困難(複数回答)

N=598

	認知症あり		疑い		なし・不明	
	n	%	n	%	n	%
意思疎通の困難	26	27.1%	27	29.3%	49	11.9%
移動の困難	25	26.0%	21	22.8%	122	29.6%
日常生活動作の困難	11	11.5%	5	5.4%	50	12.1%
排泄の障害(失禁等)	24	25.0%	19	20.7%	80	19.4%
保清の困難	7	7.3%	10	10.9%	33	8.0%
医療拒否	1	1.0%	2	2.2%	4	1.0%
服薬のサポートが必要	47	49.0%	29	31.5%	109	26.5%
金銭管理のサポートが必要	45	46.9%	29	31.5%	110	26.7%

結果3) 単身の認知症高齢者の支援事例(複数の事例を組み合わせた典型事例)

独居認知症ケース(1)

A氏: 60代後半の女性。糖尿病, 認知症の診断あり。

利用経緯 学校卒業後, 20歳頃までは繊維工場へ勤め, 仕事を転々としながら子育てをした。60歳頃に倒れて入院した際に生活保護開始となる。退院後は女性支援施設へ入所した。施設からアパートへ転宅をするにあたり, 保証人が必要だったが, 頼れる親族や家族がなく, アパート保証事業と生活サポートを利用することになった。

支援形態 アパート保証事業+生活サポート(200X年~)

地域連携

- ・経済: 生活保護受給
- ・生活: 訪問相談, アパート更新手続き, 通院同行, 互助づくりイベントの開催等
- ・医療: 糖尿病治療のための通院
- ・介護: 地域包括支援センター, 居宅介護支援事業所, 訪問介護, デイサービス

支援経過

- ・X+2~3年

認知機能の低下により, アパートの更新手続きや定期的な通院が困難になった。訪問介護サービスを利用して生活を継続。イベントには場所がわからずに参加できないことがたびたびある。

- ・X+4~5年

要支援から要介護1に変化。ごみ捨てができなかったり, 食べ物を腐らせてしまったりことが増えた。孤独死の心配から, 施設入所を検討するが本人望まず, 緊急通報システムを導入。通院同行の院内の付き添いを生活支援の職員とケアマネで対応した。宅配弁当を手配するようになり, 下肢筋力低下, 判断能力の低下, 薬の飲み忘れ, 腐った食品を食べてしまうリスク, 電気ストーブでの火災リスク, 糖尿病の悪化等, 一人暮らしが厳しくなっている。

- ・X+6~9年

要介護2となり入浴はデイサービスを利用し, 服薬は訪問介護で対応した。調理の際, ガスの消し忘れが稀にある。自転車での転倒, 呂律が回らないことによる救急搬送が増える。生活保護を受給していることを忘れ, 保護申請に行くエピソードがあった。

- ・X+10~11年

居室で倒れているところを発見され, 救急搬送となった。医療者がいる施設が望ましいと話し合われ, サービス付き高齢者住宅に入所することになった。

独居の認知症の高齢者の地域生活が安定するためには, 上記事例のような介護保険の居宅サービスや医療などの社会サービスの関わりがとても重要であるが, 毎日の生活の中で, 行きつけのお店, 友人, 大家さんなどの日常的なつながりがあることで, 訪問以外の時間を安心して過ごせたり, SOSを伝えて助けてもらえたりする場や関係があることが, とても重要である。

独居認知症ケース（２）

B氏：50代後半の男性。統合失調症でグループホームに入所したが、軽度の脳の委縮があることもわかり、アルツハイマー型、脳血管性双方の認知症と診断された。

利用経緯 学校卒業後、両親が経営していた町工場を手伝っていた。20年ほど勤めていたが、倒産し、家族でA区に引っ越した。転居後は、運送の仕事をしていたが、体調不良のため数年で退職。その後両親の死去により一人暮らしを始め、アパートで生活するも、経済的に困窮し、生活保護申請に至る。その後、体調を崩して精神病院に50歳頃から7～8年入院していた。長期入院により退院後の居所がなく、障害者のグループホームに入所することになった。

支援形態 精神障害者のグループホーム（200X年～）

地域連携

- ・経済：生活保護受給
- ・生活：グループホーム職員による生活支援（毎日訪問）
- ・医療：メンタルクリニック通院、訪問看護、保健センター保健師
- ・金銭管理：権利擁護事業の利用も検討したが、親族が行うことになった

支援経過

- ・X年～X+1年
アパート転宅を目標にグループホームにて支援を開始。毎日世話人が訪問し、掃除、着替えなど保清のサポートを実施。入所後1年を過ぎてから、身体のふらつきがみられるようになり、MRI検査をしたところ、脳の軽度の萎縮が認められ、アルツハイマー型、脳血管性双方の認知症の初期との診断を受ける。
- ・X+2年
通過型のグループホームであるため、卒業後の居所の希望をきいたところ、本人はアパートには行きたくない意思表示があった。入浴が自力では難しいなど、一人暮らしも困難であると思われ、共同居住を見学した。共同居住の生活を本人が希望し、転居することになった。

精神障がい者のグループホームは、世話人の関わりが毎日あり、他の利用者との交流もあるため、さまざまな日常的なサポートを受けながらの生活が可能である。通常、通過型のグループホームでは、アパートへの転宅が目指されることが多いが、上記の事例のように、ADLの低下や認知症の発症などにより、アパート生活への不安や負担感が強く、本人が望まない場合もある。高齢者施設への入所も選択肢として考えられるが、まったく新しい環境へ転居するよりも、それまで積み重ねてきた関係性（友人や医療機関、通所先など）を保ったまま、住み慣れた地域での生活を継続したいという本人の希望をもとに退所先が検討され、結果として、共同居住が利用された事例である。

独居認知症ケース（3）

C氏：70代前半の女性。良性の脳腫瘍，アルツハイマー型認知症の診断あり。

利用経緯 学校卒業後すぐに家を出て，温泉の女中として20年以上勤務。その後，姉が暮らしていたA市に移り，知人の家に滞在していた。60歳頃に上京し，4～5年ほど，都内の神社やお寺の境内等を転々としながら路上生活をしていた。70歳頃に知り合った男性と小屋で同居をはじめ，ホテルの清掃のパートをしており，平均月収は2万円程度あった。地域移行の支援事業プログラムに参加し，アパートへ転宅をして，内縁の夫とともに年金と生活保護費で生活している。

支援形態 アパート保証事業＋生活サポート（200X年～）

地域連携

- ・経済：生活保護受給
- ・生活：訪問相談，アパート更新手続き，通院同行，互助づくりイベントの開催等
- ・医療：精神科の通院
- ・介護：地域包括支援センター

支援経過

- ・X+4～7年
耳が遠く，アパート更新の手続きなどは筆談をしながらサポートしていた。入居して6～7年が経過し，同居していた内縁の夫が入院した。夫が全介助の状態となり，2人での生活が困難なため，夫はサービス付き高齢者住宅に入居し，本人は転居して一人暮らしとなった。
- ・X+8年
迷子になって帰宅できなくなったり，幻聴が聞こえている様子が夜間に不穏になったりすることが増える。精神科への通院同行を行う。地域包括支援センターに相談し，介護認定を行う。夜間の不穏状態が悪化し，医療保護入院となった際，アルツハイマー型認知症であることがわかる。
- ・X+9年
今後の居所についてカンファレンスで話し合わせ，他の人と一緒に過ごす環境の方が，アパート生活よりも安心であるとの結論になり，内縁の夫と同じサービス付き高齢者住宅に入所することになった。

上記の事例のように，同居家族を喪失してから生活状態が不安定になってしまう人は少なくない。居場所に来ることを日課にして安定できる人もいるが，夜間帯のSOSとしての頻回な救急搬送や，転倒による怪我などが多くなることは，アパート生活への不安が高まっているバロメータのひとつであり，より安心した生活への移行を検討するきっかけとなっている。

独居認知症ケース（４）

D氏：50代後半の男性。アレルギー，腰痛。認知症の疑いあり。

利用経緯 学校卒業後，塗装業に従事した。30代後半頃から仕事がなくなり，日雇いで路上生活やドヤ生活を20年ほど続ける。地域移行の支援プログラムの参加をきっかけにアパート転宅し，生活保護は60歳頃から受給しているが，ビル清掃の収入もある。アパートの保証人が必要なため，生活サポートを利用することになった。

支援形態 アパート保証事業＋生活サポート（200X年～）

地域連携

- ・経済：生活保護受給
- ・生活：訪問相談，アパート更新手続き，通院同行，互助づくりイベントの開催等
- ・医療：通院（腰痛）
- ・介護；地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，訪問介護，デイサービス

支援経過

- ・X+3年
住んでいるアパートが取り壊しになるため，別のアパートへ転居。食事会などのイベントに参加するようになる。
- ・X+4年
腰痛で仕事ができなくなり，飲酒することが増え，栄養不良により入院となる。退院後は安定して生活していた。
- ・X+8年
足が動かなくなり，入院。65歳になったことから，介護保険申請を行う。要支援2の判定が出る。配食サービス，デイサービスを利用する。
- ・X+9年
外出時に転倒して入院。一人暮らしが困難になってきた場合は，共同居住に移ることが検討されていたが，病院入院中に亡くなった。

上記のように，一人暮らしで飲酒により栄養状態が悪化してしまう事例は多いと考えられる。特に，肉体労働を中心に生活してきた人にとって，加齢により腰痛などで身体が動かなくなることの喪失感は計り知れず，自暴自棄になってしまう気持ちだが，飲酒が続いてしまう背景があると推察される。加齢による心身の変化を感じながらも，安心と誇りをもって生活を継続できるようにするためには，居場所や働く場での役割や仲間による情緒的サポートがあることが重要である。

独居認知症ケース（５）

E氏：70代後半の男性。高血圧，糖尿病。認知症の疑いあり。

利用経緯 幼少時の頃，親に駅に置き去りにされ，知らないおじさんに連れられて育てられた。中学卒業後，様々な職を経験。寄せ場で日雇いの仕事をしたり，風呂屋の番頭や，飲食店で仕事をしたりした。50代から約10年は室内清掃の仕事をし，60歳頃から生活保護受給。13年ほど生活したアパートが老朽化したことにより，アパート保証事業を利用し，転居となった。高齢で認知症の傾向もあるが，介護保険の利用希望が無いため，必要なサービスを少しずつ導入していく支援が必要であることから，生活サポートの利用につながった。

支援形態 アパート保証事業＋生活サポート（200X年～）

地域連携

- ・経済：生活保護受給
- ・生活：訪問相談，アパート更新手続き，通院同行，互助づくりイベントの開催等
- ・医療：通院（糖尿病）
- ・介護：地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，デイサービス
- ・その他：権利擁護センター（金銭管理）

支援経過

- ・X+1年
通院先から認知症の疑いや，衣類の汚れが気になると相談がある。介護認定の結果，要支援1の判定が出た。支援者が伝えたことを忘れてしまうため，メモを残す必要がある。
- ・X+2年
認知症が進んできている様子だが，やることリストをメモにして持参している。要介護1となり，デイサービスに継続して通っている。
- ・X+3年
家賃滞納があり，水光熱費の滞納により，電気が停止された。貯金は家賃以上の残高があるが，銀行口座から家賃を払うことが難しくなっていたため，権利擁護センターの利用を開始した。その後も在宅生活を継続している。

上記の事例では，アパートの老朽化にともなう転居をきっかけに，居住支援と生活支援を開始している。低家賃の賃貸住宅は，築年数が古いものが多く，老朽化による立ち退きが必要になる場合がある。また，家賃や水光熱費の滞納によって，退去要請となったり，ライフラインがストップしてしまったりすることもあるため，サポートが必要である。

5. 考察・次年度以降の研究の方向性

2019年度は、NPO 法人自立支援センターふるさとの会の取組みとしての生活困窮者への居住支援と生活支援の概要、24 時間体制の生活支援のある共同居住を利用する高齢者の特徴、地域で独居生活をしている認知症高齢者の典型事例を中心に分析を行った。

一団体のみの分析であるため、一般化に限界があるが、地価が高い都市部で生活困窮者が入居可能な住宅や介護施設の選択肢が限られていることなどを背景に、共同居住への利用に至っている高齢者が少なくないと考えられる。本研究の結果では、前期高齢者の男性が多い特徴があった。先行研究 (Gass, Mahan & Balfour, 2018) では、居所が不安定な状態にある高齢者は、一般の高齢と比較して、15~20 歳を加えた年齢であると報告されている。本研究の結果には、若年の頃から生活困窮の状態にあり、比較的早い段階から身体状況が悪化し、一人暮らしが困難な状態となって共同居住に入所した人が少なくなかったことが反映されている可能性がある。

次年度以降の研究では、共同居住と独居の単身認知症高齢者の事例の詳細について、生活の支えとなっている互助の人間関係などを含めて分析し、単身の認知症高齢者の暮らしを支える「生活困窮者居住支援・生活支援」のモデルの可視化、事業化の必要性、普及可能性を提示する予定である。

【引用文献】

- Gass, A. P., Mahan, Z., & Balfour, M. (2018). Definition, Background, and Case Studies of Geriatric Homelessness. In D. Chau. & A. P. Gass (Eds.), *Homeless older populations: a practical guide for the interdisciplinary care team* (pp.1-22). New York, NY: Springer Publishing Company.
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2017). 「生活保護」に関する公的統計データ一覧 シート No.3 世帯類型別被保護世帯数及び世帯保護率の年次推移. Retrieved from <http://www.ipss.go.jp/s-info/j/seiho/seiho.asp>
- 高齢者住宅財団. (2012). 低所得高齢者の住宅確保と介護施設の将来像に関する調査報告書. 東京: 高齢者住宅財団.
- 厚生労働省. (2017). 平成 28 年 国民生活基礎調査の概況. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/03.pdf>
- 厚生労働省. (2019). 平成 29 年度被保護者調査 年次調査 (個別調査) 住居の状況 表 9-2. Retrieved from https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450312&tstat=000001125455&cycle=7&tclass1=000001125458&stat_infid=000031855357&result_page=1
- 厚生労働省社会援護局保護課. (2020). 生活保護の被保護者調査 (平成 30 年度確定値) の結果. Retrieved from

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogosya/m2019/dl/h30gaiyo.pdf>

白波瀬達也. (2017). 貧困と地域 あいりん地区から見る高齢化と孤立死. 中央公論新社 : 東京.

東京都福祉保健局. (2014). 生活保護受給者の有料老人ホーム等の利用実態調査結果 (平成 26 年度調査) . Retrieved from

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/shisetsu/tyousakekka/260901.html>

東京都福祉保健局高齢社会対策部. (2018). 第 5 回東京都高齢者保健福祉計画策定委員会別冊資料東京の高齢者と介護保険 データ集 (平成 30 年 1 月版) . Retrieved from

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisaku/koureisakeikaku/07keikaku3032/07sakutei/iinkai05.files/99.pdf>