51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ51

特集

国の調査を受けて

NPOによる 自立支援型居住福祉のあり方について

滝脇 憲（ふるさとの会）

本誌27号（2005年12月）に掲載された拙稿「二種施設宿泊所の総括と自立支援型居住福祉の展望」では、「自立支援型宿泊所の実績を踏まえ、その支援ソフトを活かしながら、居住福祉に柔軟な制度的保障を与えることが必要」であり、「そのために行政と民間とが連携し、社会的な課題に見合った制度を構築していくこと」を主張した。この二年前の主張は大枠において変わりはないが、基本方針の見直しを迎えた昨今の状況を踏まえ、改めて特定機能タイプの無料低額宿泊所等、NPOによる居住福祉の制度的な方向性を提案することが本稿の主題である。

1．2003年の基本方針とふるさとの会の主張

今回見直しをされる基本方針は2003年の7月31日に公表されたもの（以下「基本方針2003」と記す）であるが、無料低額宿泊所については、第3「ホームレス対策の推進方策」の2「各課題に対する取組方針」のなかでいくつかの論点が示されており、ふるさとの会ではこれに対応する提言を行っている[1]。中でも強くアクセントをおいているのが、「医療や福祉等の援助が必要な者について」述べている(5)のイの(イ)に対する提言である。ここで私たちは宿泊所を「稼働能力層を対象とし、日常生活支援や介護などを必要としない宿所提供型の宿泊所」と「非稼働能力層を対象とし、高齢、疾病、障害を持った方々の受入を積極的に行い、宿所提供よりも日常生活支援、社会サービス提供をメインとする準救護施設の役割を果たす宿泊所」に二分したうえで、当会運営宿泊所は「中間通過施設を基本とし、今後の処遇を決めていくにあたってのアセスメント、生活訓練、アフターケアプログラムに繋がって地域生活を円滑に開始するための退所援助も行っている」ことを主張。後者のタイプの宿泊所に対し、(1)施設事務費等の

51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ52

計上、(2)生活支援への対価、(3)補助金メニューの早期実施等を要求している。すなわち、(1)日常生活支援型宿泊所は生活保護関連施設の更生、救護に次ぐ「その他施設」と位置づけ、施設事務費等の計上が検討されるべき事、(2)高齢・疾病・障害等により、日常的な生活支援を必要とする非稼動層を利用対象とする宿泊所では、宿所提供にとどまらず、様々な生活支援を行っており、このような生活支援を充実させ、高まる利用ニーズに応じていくためには、宿泊所における不断の日常生活支援、それ自体を何らかの扶助、もしくは補助金メニューとして加え、制度化される必要があることを提案するものであった。なお、(3)でいう補助金メニューとは、「宿泊所入所者相談援助事業」を指している。

一方、基本方針2003が無料低額宿泊所に言及しているのは、(7)のアの(ｲ)、「居所が緊急に必要なホームレスに対して」であり、「宿泊所の入居を図ることにする」と述べるにとどまっている。また、(7)のイの(ｳ)では、「ホームレスの状況（日常生活管理能力、金銭管理能力等）からみて、直ちに居宅生活を送ることが困難な者について、保護施設や無料低額宿泊事業を行う施設等において保護を行う。この場合、関係機関と連携を図り、居宅生活へ円滑に移行するための支援体制を十分に確保し、就業の機会の確保、療養指導、金銭管理等の必要な支援を行う」としている。これは当会運営宿泊所の利用実態を表してはいるが、先に示した宿泊所の二類型を踏まえた方針ではない。現実には「保護施設や無料低額宿泊事業」と並記されるような支援機能を有する宿泊所は少数であり、この少数の宿泊所をどのように制度的に支えるかの視点がないため、方法論としては具体性を欠いていると言わざるを得ない。

また、「日常生活管理能力、金銭管理能力」が低下するには、疾病や障害が背景にある場合がある。当会運営宿泊所では日常生活支援や金銭管理のサポートを利用している利用者が多いが、利用者の疾病や障害をみると、要介護認定を受けていたり、認知症を含む精神障害を有している者が多い。ここに一定の因果関係があることは論を待たないだろうが、基本方針2003は「痴呆（ママ）性高齢者、知的障害者、精神障害者等」に触れている箇所においても、「福祉サービスの利用支援や日常的金銭管理等の援助を行う地域福祉権利擁護事業の利用の推進を図る」と述べるにとどまっており、《生活》の視点に立った考察はされていな

51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ53

い。疾病や傷害が背景にある場合には、24時間の生活支援と、介護やメンタルケアを提供するシステムを整備している宿泊所でなければ、日常生活管理能力、金銭管理能力が低下した利用者を居宅生活に送り出すどころか、宿泊所での生活を支えることもできない。これは重要な点である。

これら具体的な問題に踏み込んで方針が立てられなかった帰結として、残念ながら、2003年に当会が示した提言は一つも実現していない。かわりに行われたのは宿泊所のガイドライン見直しであり、それは宿泊所の居住環境を向上させる効果はあるかもしれないが、元ホームレスや被保護者の自立を促進する方向には誘導しないものである。

2．ホームレス実態調査と東京ホームレス白書Ⅱ

2008年の新基本方針に向け、ふるさとの会も提言を見直していくことになるが、そのためには今年１月の全国実態調査及びこれを踏まえて東京都が出した「東京ホームレス白書Ⅱ」（以下「白書Ⅱ」と略す）に目を配っておかなければならない。まず実態調査のポイントを宿泊所の視点から拾っておこう。

①ホームレスの属性：平均年齢はやや高くなり59歳、60歳以上が47%を占めている。また路上生活の期間は、5年以上が46%となり、長くなっている。

②路上生活までのいきさつ：30%が「山谷で仕事をしたり、仕事を探した」経験がある。

③福祉制度の利用：「生活保護を利用したことがある」は増加し、2003年の26.5%から31%になった。

④自立について：「今のままでいい」が増加し、2003年の16%から21%になった。

これらの調査結果を受けて、白書Ⅱは次のように分析している。

⑤「比較的、年齢が若く、路上生活歴が短い層が、ホームレス対策を利用し、自立していると想定されます。一方、路上生活歴が長くなればなるほど、現状を変える意欲が弱くなっていると考えられ、今後ホームレスの自立支援が困難になってくると想定されます。」

⑥「３割が山谷にいた経験があり、ホームレス対策と山谷対策の連携強化が、ますます必要になってきます。」

51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ54

⑦（生活保護についてはコメントなし）
⑧「路上生活が長くなるにつれ、「今のままでいい」の割合が高くなっています。（路上生活10年以上の人では38%）。今後は、「今のままでいい」と考えている、路上歴の長いホームレスの自立支援が課題となってきます。」

この白書Ⅱの分析を更に掘り下げると、次のように言うことができるだろう。まずホームレスが高齢化し、路上生活の期間が長期化していることから、就労中心の自立支援には限界があること。白書Ⅱの「今後ホームレスの自立支援が困難になってくる」という考察は、自立支援のプログラムを多様化する必要性を示していると解釈できる。2005年度より生活保護制度において「自立支援プログラム」が導入され、「就労自立」のみならず、「日常生活自立」や「社会生活自立」などそれぞれの能力やニーズに応じた「多様な自立」を図るとされたことも後押しするだろう。これは従来の「山谷対策」についても当てはまることである。また、生活保護を利用したことがある人と「今のままでいい」人がともに増加していることを綜合すると、最後のセーフティネットである生活保護を利用したものの、何らかの理由で再び路上生活になり、「今のままでいい」と言うほかなくなってしまった層がある、という推測が成り立つ。とすれば、再び路上生活になった人が辿ったプロセスを考えなければならない。

そこで問われるのが「中間施設」のあり方である。ただし、実態調査では中間施設についての分析がほとんどされていないため、ここでは虹の連合発行の「もう一つの全国ホームレス調査」[ii]（以下「虹連調査」と略す）を援用する。

虹連調査が参照している「緊急一時保護センターアセスメント結果と退所の傾向（概数）」[iii]によると、緊急一時保護センター入所者の３人に１人が「類型１（＝生活、医療等の援助が必要）」と判断されており、さらに類型２として、「更生施設が適当」と判断された者が約20%ある。ところが、調査分析によると、「更生施設利用が適当と判断された者のほとんどは、更生施設自体が不足しているために、結果として、民間宿泊所や病院、その他施設に吸収されて」いる。とりわけ宿泊所は平成17年10月１日時点で全国224カ所、定員7765人にのぼり、更生施設の20カ所、2097人と比較すれば、間違いなく大きな受け皿になっている。しかしながら、そのサービス内容は「実施主体の裁量により、提供される

51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ55

対人サービスには幅があ」り、特に「余暇活動や退所後のアフターケアに取り組んでいるところは少数」（各21.0%、15.4%）である。こうした状況を踏まえて、この調査分析は「民間宿泊所や病院、その他施設などは、これらのニーズに応じる必要があり、実際にいくつかの無料低額宿泊所やNPO等の借り上げ住宅などでは、利用者全員をカバーするような包括的なサービス提供や、利用者を限定することによって特化したサービスの提供を実施しています。しかし、それぞれの独自性に任せているだけでは、ニーズをカバーすることは困難であり、バランスも良くありません。対象者のニーズに応じたより多様な中間施設のメニューを用意することが必要であり、そのための行政サポートが求められます」と纏めている。これは2003年のふるさとの会提言と強く共鳴する内容である。

これら二つの調査と白書Ⅱが示す課題は、しかし、決して難しいものではない。むしろやるべきことは単純である。大枠として中間施設の再編整備が求められており、そのなかで具体的には高齢化への対応や山谷対策の見直し等、生活保護を支えに多様な自立をサポートしていけばよいのであって、これから示すように、その実践はすでに行われてきたものでもある。

3．宿泊所再編に向けた取組

「1」で触れたとおり、ふるさとの会運営宿泊所は高齢化への対応や居宅生活へ円滑に移行するための支援体制を組んできた。こうした取組は今年３月に公表された「生活保護を変える東京提言～自立を支える安心の仕組み～」（以下「東京提言」と略記）においても積極的に評価されている。同提言は「自立支援策の状況」において、「機能強化が進まない宿泊所」の問題を挙げ、宿泊所をタイプ別に分類しているが、都内167カ所の内131カ所が一般宿泊タイプであるのに対し、特定機能タイプは27カ所にとどまり、「入所者の多様なニーズに応えうる支援機能の充実が今後の課題である」と述べている。

当会運営宿泊所は、その中の「グループホーム型（６カ所）」というカテゴリーに括られている。基本方針の見直しに向けて、宿泊所の立場から考えるべきは、このカテゴリーを明確にしていくことだろう。そこでわたしたちは、同様に「グループホーム型」に括られたNPO法人友愛会と共同で、「自立支援型宿泊

51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ56

所・自立援助ホーム」の事業概要[iii]を作成した。その前文を引用する。

自立支援型宿泊所は、平成4年度以降、東京都のホームレスが急増し、また保護世帯においても高齢者世帯や介護扶助の受給世帯が増加するのに対応して、単身の要介護高齢者や、病院で療養生活を送ってきた方々が福祉事務所の紹介を受けて入所される中間施設です。

施設には生活指導員が24時間常駐し、入居者の生活を見守りつつ、一人一人の疾病や障害に合わせ医療や介護等の専門的社会サービスを導入することで、地域の中で安心して日常生活を送れるようサポートしています。

このような事業は東京都によって「宿泊所は、東京都においては、路上生活者等生活困窮者の一時的住まいの他、病院退院者やDV被害者の受け皿となるなど、さまざまな利用がされて」[*1]いる、「宿泊サービスのほか、複数職員を配置し、特定の対象者（女性、要介護者、要就労支援者等）に対する支援サービスを実施している特定機能タイプ」[*2]などと紹介されています。こうした自立支援のノウハウを明確にプログラム化したものが「自立援助ホーム」です。

自立支援型宿泊所・自立援助ホームは「コストパフォーマンス」にも優れています。入居者の過半数は病院退院者ですが、東京都の生活保護費全体の47%を占める医療扶助（1781億4千万円）の半分強が入院費と考えられ、これを「適正化」するためには「いわゆる社会的入院の解消が重要な課題となっている」、「入院を長期化させない取り組みが重要な課題である」と言われています[*3]。患者一人当たり40万超かかる入院費が、退院すれば生活扶助費、住宅扶助費に介護扶助と外来受診費を加える程度に抑制できるわけですから、「退院後の服薬管理、見守り事業」や「介護サービス」を提供する自立支援型宿泊所・自立援助ホームは、NPOによる「安くて良いサービス」を提供する仕組みでもあります。

*1 東京都福祉保健局ホームページ／宿泊所の「適正運営と居住環境の向上」へ「東京ルール策定」（2004年1月7日）
*2「生活保護を変える東京提言～自立を支える安心の仕組み～」（東京都、2007年3月、以下「東京提言」と略記）14頁
*3「東京提言」19頁、15頁

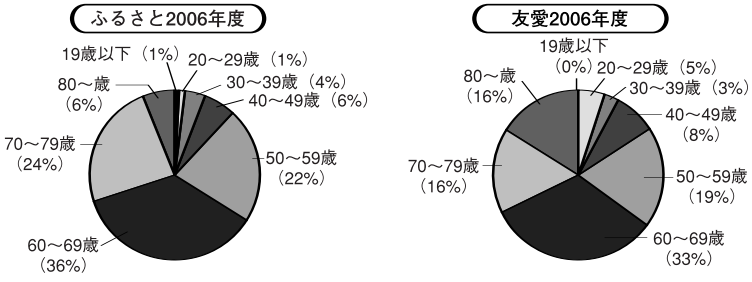
51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ57

この前文の根拠となる実績を以下に示す。なおここでの実績は、「事業概要」の宿泊所（ふるさと4施設、友愛2施設）に加え、24時間職員常駐型ではないため事業概要から除外した「就労支援ホームなずな」（ふるさとの会）を含む。

①利用者の属性

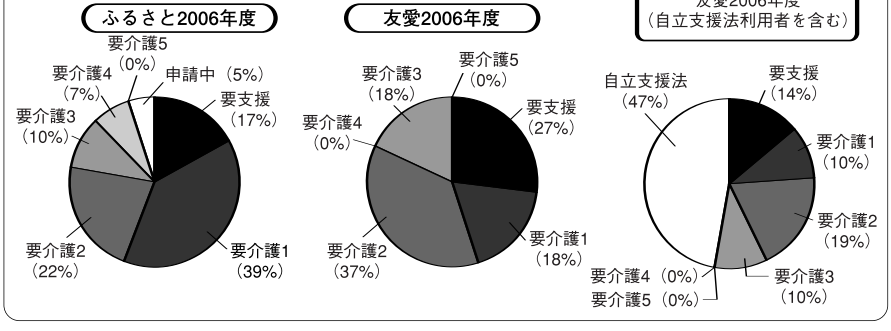
(1) 年齢：ふるさと、友愛ともに全利用者の約三分の二が60歳以上の高齢である。

図1 年齢構成



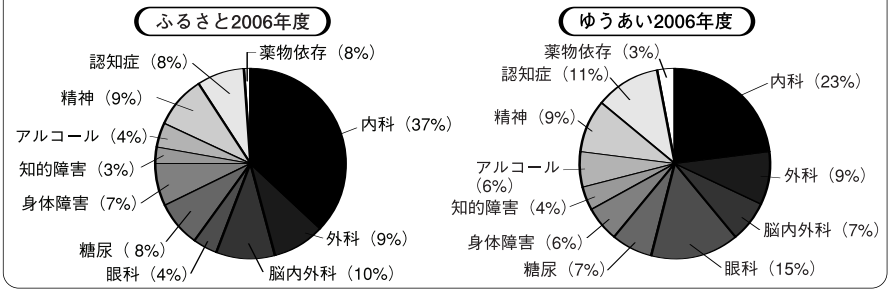
(2) 介護度：ふるさとは2006年度延べ利用者299名の内105名（約35%）が要介護認定を受けており（申請中を含む。そのうち要支援～要介護２が78%を占めている（東駒形荘・三晃を含まず)、特養・養護等の高齢者施設に受け入れ先がない入居者が多い。友愛会は全体の30%が要介護認定を受けている。要支援～要介護2はやはり82%と大部分を占めている。また友愛会利用者は難病及び精神疾患の人が多く、自立支援法利用者が全体の47%と約半数に達している。

図2 介護度



51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ58

図3 主な疾病



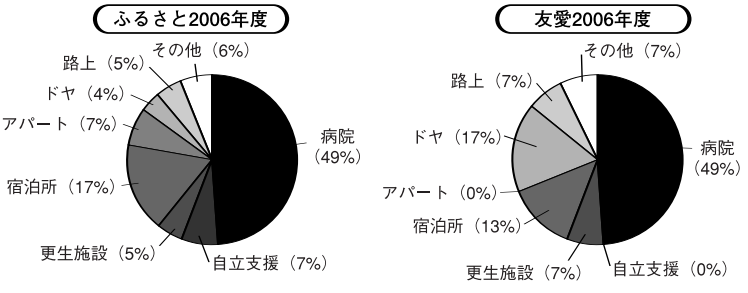
(3) 疾病：ふるさとは糖尿病を含む内科系疾患が延216名（45%）を占め突出している。生活習慣との関連が強い。またアルコール・薬物依存症、統合失調症等の精神疾患、認知症を合わせた精神障害者103名（22%）が続く。一方の友愛会は精神障害者の合計が延29名（29%）であり内科系よりも高い比率になっている。

要するに、「グループホーム型宿泊所」の利用者は、循環器系疾患を有する要介護高齢者、生活習慣の問題や生活スキルの低下により日常的なサポートが必要な高齢者、認知症を含む精神障害者などに大別される。

②入所前のいきさつ

ふるさと、友愛ともに病院の退院者が50%程度と際立って多い点に特徴がある。ちなみに実態調査では48%が身体の具合が悪いと感じており、自覚症状で多いものは、歯が悪い、腰痛、よく眠れない、身体の節々が痛い、しびれ・麻痺などである。また虹連調査によると、野宿状態を脱した後も「事実

図4 入所前の居所

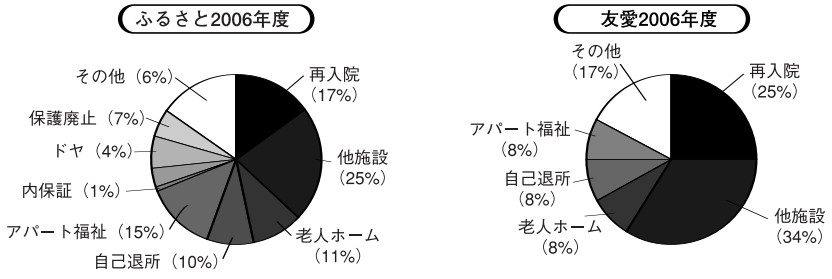


51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ59

として入院を要した持病」を保有している割合は55パーセント（非生保を含む全体）と高く、長期の路上生活から入院を経て宿泊所に入所する構造があると解釈しうる 。

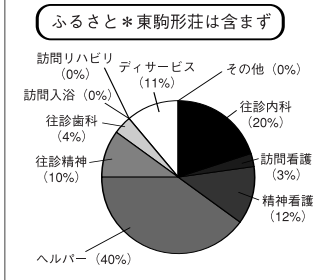
③自立について： 2006年度はふるさとの会宿泊所の利用者299名内123名が退所。アパート等の単身生活への移行や、更生・救護、老人ホームへの入所等、過半数が援助方針に沿って退所していった。退所後も地域で孤立しないよう、地域生活支援センターがアフターケアを提供しており、また入所中から地域の行事に積極的に参加する機会を設けている。なおネガティブな側面としての保護廃止は7%である。他施設はグループホームや老健の他、宿泊所間の移動（たとえば要介護対応型への移動）などを指している。友愛はさらに他施設（他の宿泊所）が多い（34%）が、これはDV被害者を積極的に受け入れており、たとえば配偶者に施設の場所を知られてしまうなど急遽の退所が多かったためである。

図5　退所後進路



これらの属性をもつ利用者を宿泊所で支えるために、医療・保健・福祉サービスのコーディネートが欠かせないのであるが、ふるさとの場合過半数をヘルパーが占めており、要介護高齢者の受け皿となっていることを示している。内科医の往診、

図6　社会サービスの実績



連携事業者（ふるさと）
【内科系】
堀切中央病院（葛飾区）
亀戸中央通りクリニック（江東区）
かとう医院（台東区）
川崎メンタルクリニック（台東区）
【歯科】
入谷歯科（台東区）
デンタルサポート（江戸川区）
【薬局】
コスモ薬局亀戸店（江東区）
いちご薬局（台東区）
【訪問看護】
訪問看護ステーションコスモス（台東区）
すみれ訪問看護ステーション（墨田区）
【介護他】
ヘルパーステーションふるさと（台東区）
コムスン町屋基幹ケアプランセンター（荒川区）
コムスン荒川東
森田ケアーズ蔵前（台東区）
春日通りデイサービスセンター（台東区）
デイサービスセンター健遊館七福湯（荒川区）
デイサービスセンターなごやか墨田
スズキ整骨はりきゅうマッサージ院（江東区）
他

51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ60

訪問看護などは主に循環器系疾患への対応であり合わせて22%、精神科の往診、訪問看護も合わせて10%を占める。その他で多いのは歯科往診であり、口腔ケアの充実による生活習慣の改善に努めている。

こうした実績を踏まえ、最後に問題となるのは、自立支援型宿泊所をどのような制度へと整備するかである。ここで押さえておきたいのは、自立支援型宿泊所が提供している生活支援や社会サービスのコーディネートは、東京提言が「自立を推進する体制の整備」の(1)効果的・効率的な実施体制の整備で述べている「ケースワーク業務の役割分担」と重複していることである。東京提言によれば、「ケースワーカーの主たる業務は『コーディネーター』」であり、具体的には「被保護者の生活状況の把握」「被保護者の自立阻害要因の把握」「阻害要因を取り除き自立を援助するために、各種社会資源や他法・他施策に適切に結びつけること」を指している。

さらに、ここで言われる「効果的・効率的」という言葉を掘り下げておきたい。先の「事業概要」の引用でも示したように、東京提言によると、医療扶助は2005年度で生活保護費全体の約47%を占めており、金額は1781億4千万円に及んでいる。ちなみに翌2006年度の国の予算ベースが1兆3940億円であるから、東京都だけで全国の医療扶助の12.8%を占める計算になる。このうち約半分が入院費と考えられるので（全国の2004年度ベースで52.5%[vi]）、患者一人あたり40万円超の入院費をいかにして合理化するか、とりわけ「社会的入院」の解消は当然重要な関心事とならざるを得ない[vii]。

これを受けて東京提言は、社会的入院患者の退院を促進するために「中間施設」を設置し、「退院後の服薬管理、見守り事業」や「介護サービス」が提供される仕組みを構築することが必要であると述べている。この「中間施設」の具体は示されていないが、後論で「自立支援に積極的に取り組んでいる」宿泊所を活用して、「地域生活に必要な就労支援、生活サポート、医療相談等の支援サービス」を備えた「自立支援ホーム」（仮称）へと再編していく必要があるとされていることから、それに包摂される可能性はあると言えよう。

白書Ⅱが生活保護について踏み込んだ記述をしないのは、生活保護費の「財政負担」が過重であるからかもしれない。だが、東京提言を見れば、否応なく生活保護費が増大しているのが現実である。「路上歴の長いホームレスの自立支援が課題」（白書Ⅱ）であるならば、高齢や疾病、傷害を伴う被保護者等の《自立》支援はもとより、医療費を非効率的に引き上げる「社会的入院患者」を生

51_61 瀧脇 07.7.21 3:28 PM ページ61

み出さないよう地域受け皿を確保し、医療費を「適正化」するものとして、自立支援型宿泊所を「自立支援ホーム」のような制度に再編することは喫緊の課題である。これは「最後のセーフティネット」だけでは住居と生活の安定を享受しない（できなかった）人、基本方針2003では支えられない「自立支援が困難」なケースに対し、安定した住居と安心した生活を供給しうる「セーフティネットのセーフティネット」であり、それを担保するのが社会サービスのネットワーク（多様な自立を推進する体制）である。私たちが特定機能タイプの無料低額宿泊所等、自立支援型居住福祉の再編を提案する方向性は「安くて良いサービス」であるが、それは生活保護を変える東京提言の方向性ばかりでなく、国の新基本方針とも必ず交差するはずである。

追記　NPO法人友愛会の吐師秀典理事長よりデータ提供等の便宜を図っていただいた。記して感謝したい。

i　http://www.d5.dion.ne.jp/~hurusato/npo_kihon3.html

ii　大阪就労福祉居住問題調査研究会「もう一つの全国ホームレス調査〈ホームレス「自立支援法」中間年見直しをきっかけに〉」、虹の連合、2007年

iii「厚生関係施設再編整備計画」特別区厚生部長会、2005年5月、p.10

iv　自立支援型宿泊所・自立援助ホーム事業概要～年間348名が利用

施設名（50温順）	運営者	種別	特徴	定員	"2006年度 延利用者"
ステップアップハウス	友愛会	宿泊所	要介護対応。精神疾患対応。 その他女性フロアあり。	12	20
ふるさとあさひ館	ふるさとの会	宿泊所	要介護対応。１Fは車椅子も可。	26	36
ふるさとせせらぎ館	ふるさとの会	宿泊所	要介護対応。１Fは車椅子も可。	38	68
ふるさと千束館	ふるさとの会	宿泊所	中間施設ながら、軽度の介護や 精神疾患にも対応。	20	45
ふるさと東駒形荘	ヘルパーステーション ふるさと	自立援助	ヘルパーステーション運営の要介護対応 グループホーム型。	12	19
ふるさと日の出館	ふるさとの会	宿泊所	単身女性専用施設。精神疾患や 高齢者が多い。	18	37
ふるさとホテル三晃	ふるさとの会	自立援助	社会的入院患者が社会復帰の訓練等 を行うための民間の施設(運用事例集)。	78	106
友愛ホーム	友愛会	宿泊所	要介護対応。精神疾患対応。長期入所可能。	15	17

v　虹連調査が野宿歴と健康状態に影響している要素を探るところによると、「年齢や生活保護の有無のほかに、野宿歴（野宿生活の期間）が非常に影響していることがわかりました。つまり、過去の野宿期間の長さが健康状態の悪化に影響しており、野宿を脱した後もその影響が残っていることになります。推定結果から計算すると、野宿歴が1年増えるごとに「体調がよくない」確率が6.0%、「気になる症状がある」確率が7.7%増加することが分かりました」。

vi　社会保険診療報酬支払基金、基金年報より（鈴木亘「医療扶助の適正化と改革のあり方に関する一試論」Shelter-less30号、2006年12月、126頁）

vii「社会的入院」の定義として、東京提言は「精神科病院等から地域生活への移行が可能であるにもかかわらず、居住の場などの生活基盤や、支援システムが不十分なため、やむを得ず入院を継続せざるを得ない状態」と述べているが（「東京提言」15頁脚注）、他方で同35頁では「精神疾患以外の疾患による退院促進」についても触れており、かつ17頁の図表が示す医科入院の医療費構成比において「循環器系の疾患」（28.0%）は「精神及び行動の障害」（33.9%）に次いでいることから、心疾患及び脳血管疾患による「社会的入院」は「精神及び行動の障害」によるそれと比較して軽視される問題ではないと推察される。