

更生施設の利用者の実態と支援課題に関する考察 ～全国更生施設実態調査結果を通して～

Characteristics and Needs of Homeless Men and Women in Japan; From Results of a Nationwide Survey on Rehabilitation Facilities Under Public Assistance Act

川原 恵子
Keiko KAWAHARA

1. はじめに ～研究目的と研究方法～

生活保護利用者の単身化 (80.0% ⁱ⁾、高齢化 (47.4% ⁱⁱ⁾ の傾向は、一般人口のそれ (各々27.7% ⁱⁱⁱ⁾、28.1% ^{iv)}) をはるかに凌ぐ勢いで進展している。そのような状況を背景に、日常生活上の支援や見守りを要する単身の被保護者の居住の場の確保の問題が近年提起されてきている^{v)}。独居生活に困難があると実施機関に判断された単身の被保護者の中には、無料低額宿泊所 (第二種社会福祉事業) を利用する者が少なくない^{vi)}。無料低額宿泊所の中には、劣悪な住環境に住まわせ、粗末な食事の提供で高額な食事代を徴収したり、生活支援費の名目で不当に生活保護費を搾取したりする、いわゆる「貧困ビジネス」と呼ばれる不適切な事業運営が行われているところもある^{vii)}。このため、住宅市場で安定的な居所を確保することが困難な社会的弱者を保護するため、無料低額宿泊所の規制強化に向けて議論が継続されている (厚生労働省2017) ^{viii)}。

他方で、生活保護法 (以下、生保法と略) では、被保護者が入所又は利用して保護を受ける保護施設が規定されている (生保法、第38条)。保護施設には5種類あり、救護施設と更生施設は日常生活において支援を要する要保護者を入所させ、生活扶助の現物給付を行う施設とされている。救護施設は、在宅での単身生活が困難な生活障害を抱える者や専門的施設では対応が困難な重複障害者等が利用している (生活保護制度の在り方に関する専門委員会2004)。更生施設は、救護施設ほど程度の重い障害ではないものの「生活指導を必要とする要保護者」、例えば都市部の「ホームレス」や疾病やケガなどにより一時的に日常生活が困難になった日雇労働者、養護老人ホーム待機等の高齢者を保護してきた (岩田1995; 岩田2005; 北川2005)。しかし、保護施設総数の3分の2近くを占め、全国に設置されている救護施設に比べて、更生施設は都市部に偏在し、かつ数も少ないことから、特定の施設利用者やある地域・ある時期の更生施設の利用状況をとらえた研究 (岩田1995; 山田2009; 堀江

2009；加美2016；北川2012) はあるものの、更生施設全体の実態を明らかにするような研究はこれまでにほとんど存在していない。

そこで、本研究においては全国の更生施設の利用実態を明らかにし、更生施設全体の課題を探ることを目的とする。具体的には以下の3つの研究課題を設定する。第一に、全国更生施設連絡協議会(以下、更生連と略)が行った「全国更生施設実態調査」の「利用者個別調査」データを用いて、現在の更生施設利用者の特徴を明らかにする。第二に、その利用者の特徴やニーズに合わせてどのような支援が現場で行われているのかを「基礎調査」の一部を使って明らかにする。第三に、上記二つの課題から更生施設が直面している課題を検討するとともに、若干の政策的インプリケーションを提示する。

本論文の研究対象は、全国の更生施設とその利用者である。ここでは、更生連に加盟する更生施設20施設を対象とした「全国更生施設実態調査」のデータを用いる^{ix}。基礎調査は、施設設備や運営状況、職員配置、支援内容、調査時点の利用者の状況等について調査票に基づき、施設ごとに回答を依頼した(N=20、有効回答率100%)。利用者個別調査は2016年度中に退所した施設利用者を母集団とし、各施設の退所者数10%(小数点以下切上げ)の無作為抽出の標本調査とした。退所者本人に対する質問紙調査ではなく、施設が保管するケース記録から質問箇所該当する部分を施設職員に判断してもらい記入する方式をとった。個別調査の調査実施時に更生連加盟の更生施設は19であり、閉鎖された1施設についてのケースは回収不能となった(N=155、有効回答率97.5%)。なお、本研究の調査実施に際し、東洋大学大学院社会学研究科研究倫理委員会の倫理審査を受審している。

2. 更生施設の法的位置づけと利用状況

1) 法的位置づけ

更生施設は、「身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させ(生保法第38条第3項)」支援を行う施設であり、救護施設は「身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させ(第38条第2項)」支援を行う施設である。いずれも居宅での生活が困難な要保護者を保護する施設であるが、更生施設と救護施設との違いは、救護施設の対象が「著しい障害」のために日常生活を“単独で”営むことが困難な要保護者であるのに対して、更生施設の対象は施設において生活指導等を行うことにより「勤労意欲を助長する」とともに、「退所後健全な社会生活を営むことができる」と想定される要保護者である(「救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設の設備及び運営に関する基準(昭和41年7月1日厚生省令第十八号)」、第20条)。

2種類の施設の支援内容の相違点の一つとして「生活指導」を例にあげる。救護施設においては、「著しい障害」のある入所者に対し、「その精神的及び身体的な条件に応じて、機能を回復し、又は機

能の減退を防止するための訓練又は作業に参加する機会を与えなければならない（同上、第16条第2項）」とされているが、このような機能回復・減退防止の訓練規定は更生施設には存在しない。更生施設での生活指導は、「入所者の勤労意欲を助長するとともに、入所者が退所後健全な社会生活を営むことができるよう入所者各人の精神及び身体 の条件に適合する更生計画を作成し、これに基づく指導をしなければならない（同上、第20条第1項）」とされており、「作業指導」においても「更生計画に従って、入所者が退所後自立するのに必要な程度の技能の修得をさせなければならない」（同第21条第1項）と、退所後の自立生活に向けて入所中の支援が行われるものとされている。このような違いは職員配置にも表れており、救護施設には「生活指導員」の他に「介護職員」が置かれているが、更生施設には「介護職員」に代わって「作業指導員」が配置されている。

また、生活扶助の現物給付を行う施設であるため、居室の他、利用者が共同で利用する、食堂や浴室、洗面所、便所、洗濯室等が設置されている。更生施設の利用者は ADL 自立が前提であり、移動（階段昇降）、配膳、入浴、着替え、排泄、買い物等は原則として自らで行うものとされている。

2) 利用状況

新生活保護法制定当時（1950年12月末現在）、保護施設は6種類（養老・救護・更生・宿所提供・医療保護・授産）、774施設あり、このうち更生施設は保護施設全体の8%（64施設）、救護施設は2%（13施設）、最も多い授産施設は33%（257施設）であった（小山1975：469-472）。その後、保護施設数は新法制定時の4割にまで減少、更生施設も徐々に減少してきた（図1）。2017年10月1日現在、保護施設は合計291施設あり、更生施設は7%（21施設）、救護施設64%（186施設）である^{*}。更生施設は大都市に偏在し、東京都（特別区）11、愛知県1、名古屋市2、横浜市3、京都市1、大阪市2、神戸市1に設置されている（2017年度）。

更生施設の近年の利用状況（1997～2017年度の20年間）を行政統計を用いて確認する。図2は、更

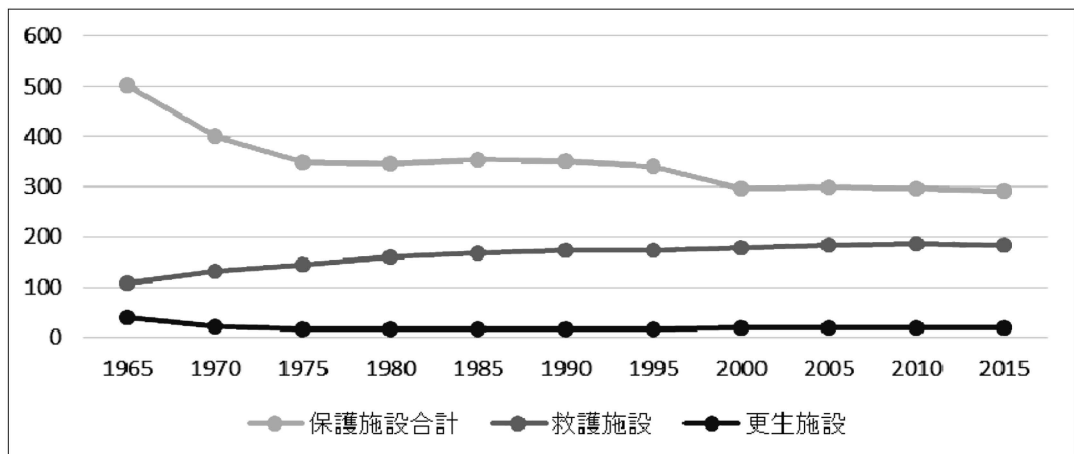


図1 保護施設合計、更生施設、救護施設の施設数の推移（1965-2010）

出所）厚生省『社会福祉施設調査報告』、厚生労働省『社会福祉施設等調査』各年版

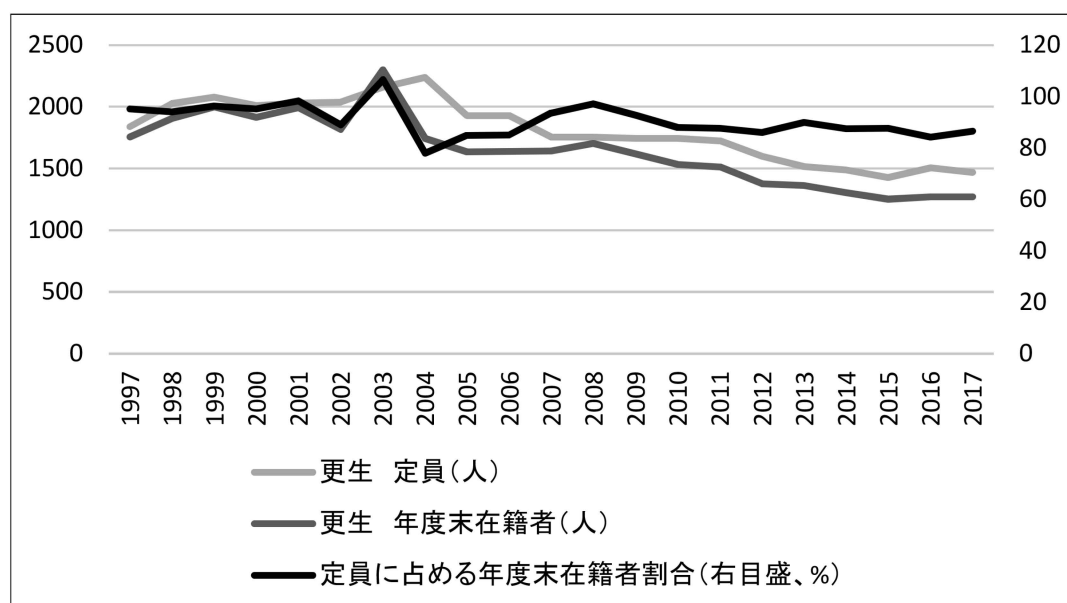


図2 更生施設利用状況 (1997-2017)

出所) 厚生省『福祉行政報告例』、厚生労働省『被保護者調査』各年版

生施設定員（総数）、年度末在籍者及び在籍率の推移を示したものである。定員は、2004年の2238人（施設数25）がピーク、年度末在籍者では2003年の2300人がピークであり、その後いずれもなだらかに漸減傾向にある。定員に占める年度末在籍者の割合（いわゆる在籍率）は20年間の平均で90.7%である。在籍率は2002年のホームレス自立支援法制定以前はほぼ95%を占めていたが、ホームレス法以後いったん低下したものの再び上昇し、現在は80台半ばを推移している（2017年度末86.5%）。

続いて、更生施設の入所者総数・退所者総数、1施設当たりの平均入所者数の推移を確認する（図3）。これによれば、1997年度以降、入退所者総数の減少傾向が確認できる。入退所者総数はいずれも世界同時金融危機に見舞われた2008年にわずかな上昇がみられるものの、それ以降は急速に減少している。年間入所者合計を施設数で除した「平均入所者数」を見ると、1997年度は1施設あたり300人を超えているが、こちらも2008年から急速に減少し、2014年以降は100人を割り込んでいる。20年前（1997年）の更生施設においては、1年間に定員の約3倍の入所者を受入れ、退所させていたが、現在ではほぼ定員と同数程度の受入及び退所となっている。つまり、以前よりも入所から退所までの利用期間が延び、施設の回転率が「低下」したともいえる。

また、図1で示した通り、現在の更生施設は救護施設の約10分の1の数しか設置されていないが、施設の回転率が救護施設よりも高いため、年間の入所者合計では、2009年度まで救護施設の入所者合計を上回ってきた。近年、更生施設の回転率（入所者合計に対する定員の割合）が低下し、入所者総数が減少しているため、絶対数が多い救護施設の入所者合計が更生施設の入所者合計を上回っている。とはいえ、年間の平均入所者数でみると、なおも更生施設の方が多く、2017年度75人（1施設あたり平均入所者数）であるのに対し、救護施設は19人（同）であった（図4）。ちなみに、20年間の

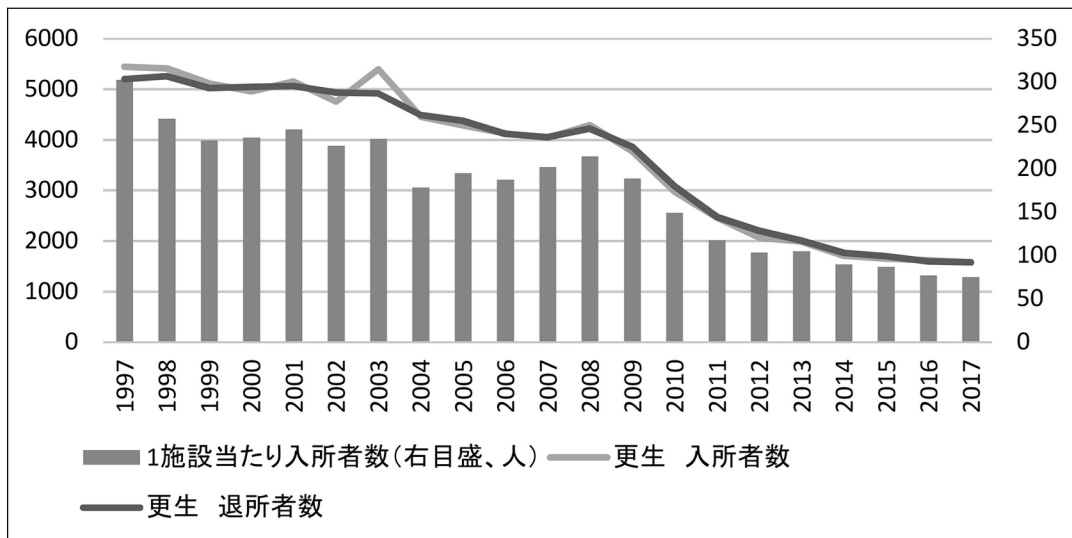


図3 更生施設入所者／退所者推移（1997-2017）

出所）図2に同じ

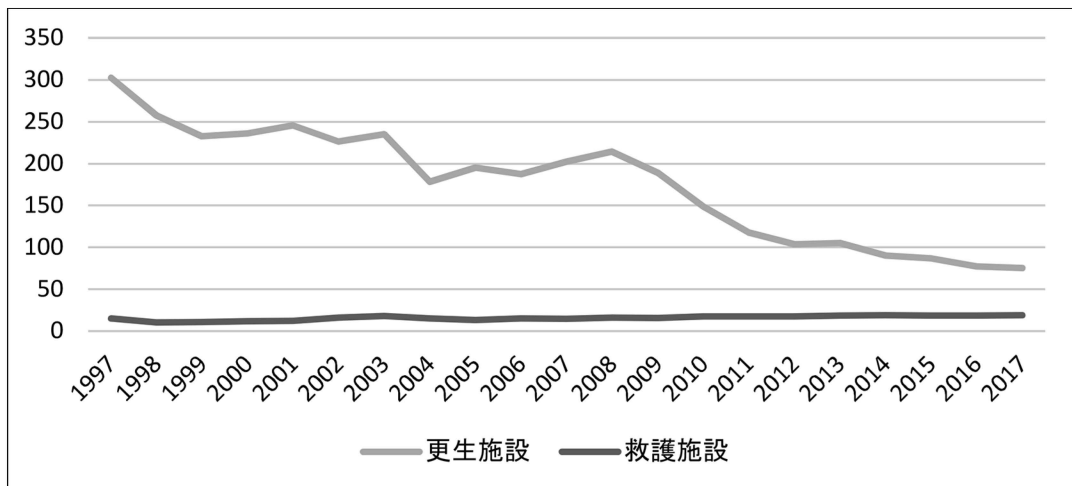


図4 1施設当たり平均入所者数（年間）

出所）図2に同じ

スパンでみると平均176.4人（更生施設）と救護施設の平均15.5人を大幅に上回り、更生施設が生活施設というよりも地域への「移行施設（中間施設）」として機能してきたことがわかる。

在籍率では、更生施設は85%程度で推移している。退所者が出なければ新しく入所することができないため、近年の入所者数の減少傾向は、単純にニーズの減少であるのか、それとも退所までに長い入所期間を要する利用者の増加なのかは、これだけでは判断できない。

3. 更生施設の利用者の特徴

ここでは、平成28年度の全退所者（1486人）を母集団とする無作為抽出の調査データ（N=155）を用いて、更生施設の利用者の特徴を確認する。このデータは退所者本人への直接聞き取りではなく、ケース記録を基として当該職員が質問項目に該当するものを読み取り転記したものであり、「不明」が一定程度存在する。ケースによっては実施機関から申し送りのあった情報と施設利用中に集められる情報に齟齬がある場合もあり、利用者がごく短期間で退所した場合ほど「不明」が多くなる傾向があった。また、支援の中で必ずしも重視されない情報の場合も「不明」が多くなっている。

サンプルの人口統計学的・社会経済的変数の単純集計を表1に示した。ここでは性別ごとの集計も表示し、 χ^2 二乗検定で有意差が確認できた場合には*で表した（ $p<.05$ =*, $p<.01$ =**, $p<.001$ =***）。男女比は85:15であり、男性は全体の65%が東京所在の施設退所者であるが、女性はほぼ東京の施設退所者である。退所時の年齢は、平均51歳（男性平均52歳、女性平均47歳）であり、女性の方が5歳程度若い。入所期間は平均343日であり、11か月程度である（中央値231日、SD 440.1）。施設所在地別（「東京／東京以外」）に入所期間を見ると、「東京」の平均入所期間は279日（中央値258日、SD 235.5）、「東京以外」の平均が496日（中央値179日、SD 706.2）であり、「東京以外」では短期利用と長期利用のばらつきが大きい。なお、施設所在地を制御すると、入所期間と性別との間に有意な関連は確認できない。学歴ではほぼ半数（46%）が義務教育終了レベルであり、全体的に低学歴の傾向がうかがえる。国勢調査の結果と比較すると、特に男性に低学歴の傾向が強く、更生施設の男性利用者では過半が義務教育終了であるのに対し、国勢調査（2010）では17.5%（15歳以上男性）であった^{xi}。生育家族に関しては、小学校卒業時点での家族類型を尋ねた。それによれば「両親と子（ステップファミリーを含む）」は64%、「不明」が17%、「母子」10%、「父子」5%であった。小卒時点で児童養護施設の利用が明記されていたケースは4であったが、過去に児童養護施設の利用経験のある者は8人（全体の5%）である。創設家族に関しては、婚姻関係（内縁関係を含む）の有無として尋ねた。婚姻関係「あり」は全体で4割にとどまり、特に男性では「あり」が35%と3分の1程度にとどまった。この数値を2015年の国勢調査と比較すると、更生施設の女性利用者では71%が「あり」、国勢調査の女性も「あり」77%とそれほど差は大きくない。それに対して、男性については、国勢調査の男性は「あり」が68%であり、更生施設利用者の2倍近くの数値であった。過去の生活保護受給はほぼ半数（46%）が「あり」であり、更生施設利用者には生活保護を利用したことがある者の割合がかなり多い。

障害に関しては、各種障害手帳の有無で捉えた。精神障害の手帳所持者が2割を超えるが、身体・知的障害に関しては1割以下であり、更生施設の利用者に占める「障害者」の割合は高くない。ただし精神障害に関しては、女性に有意に多く、女性全体の4割近くを占めた。また、手帳は所持していないものの、「受診中」「未受診だが疑いあり」も精神障害に関しては合計2割見られ、「精神障害な

表1 利用者のプロフィール

		総数	男性	女性	備考
N		155	131	24	
性別	男性	84.5	100.0	0.0	
	女性	15.5	0.0	100.0	
国籍	日本	97.4	96.9	100.0	
	その他	2.6	3.1	0.0	
施設所在地	東京	69.7	64.9	95.8	**
	それ以外	30.3	35.1	4.2	
退所時年齢	40歳未満	16.9	16.2	20.8	
	40-49歳	27.3	23.8	45.8	
	50-59歳	26.0	28.5	12.5	
	60-69歳	25.3	26.9	16.7	
	70歳以上	4.5	4.6	4.2	
	*平均年齢	51.21	52.03	46.75	
	*標準偏差	12.511	12.443	12.18	
入所期間	3ヶ月未満	24.8	24.0	29.2	
	3ヶ月～半年未満	16.8	19.2	4.2	
	半年～1年未満	27.5	27.2	29.2	
	1年～2年未満	20.8	17.6	37.5	
	2年以上	10.1	12.0	0.0	
	*平均入所期間	343.26	357.64	268.38	
	*標準偏差	440.092	471.625	200.329	
最終学歴	小学校・中学校卒	47.0	51.6	21.7	** 不明4を除く
	高校・旧制中学卒	40.4	36.7	60.9	
	短大・高専・専門卒	6.0	3.9	17.4	
	大学・大学院卒	6.6	7.8	0.0	
家族類型（小学校卒業時点）	両親と子（本人含む）	64.3	66.2	54.2	不明27を除く
	母子	9.7	8.5	16.7	
	父子	4.5	3.8	8.3	
	不明	16.9	18.5	8.3	
	その他	4.5	3.1	12.5	
婚姻関係（内縁含む）の有無	あり	40.3	34.6	70.8	**
	なし	59.7	65.4	29.2	
子どもの有無	あり	30.7	26.2	56.5	**
	なし	69.3	73.8	43.5	
過去の生活保護受給歴	あり	45.5	45.4	45.8	
	なし	47.4	46.9	50.0	
	不明	7.1	7.7	4.2	
身体障害者	手帳あり	7.3	7.1	8.3	
知的障害者	手帳あり	2.7	1.6	8.3	
精神障害者	手帳あり	21.1	18.0	37.5	*

発達障害	診断あり	1.3	1.6	0.0	
アルコール依存症	あり	16.1	16.0	16.7	
薬物依存症	あり	8.4	4.6	29.2	***
その他依存症	あり	3.2	3.1	4.2	
在所時の通院	あり	87.7	86.3	95.8	
	通院理由_身体的疾病	66.2	68.1	56.5	
	通院理由_精神的疾病	51.5	43.4	91.3	***
過去の虐待暴力被害経験の有無	あり	13.0	5.4	54.2	
	なし	44.2	48.5	20.8	
	不明	42.9	46.2	25.0	

し」は全体の6割にとどまった。複数の障害手帳所持者はゼロであったが、「障害手帳所持+（別の障害疑い・受診中）」の組み合わせは3.9%（8人）、発達障害を含む4種の障害がすべて「なし」の者は45%であった。物質依存に関しては、「アルコール依存症」が16%、「薬物依存症」が8%であった。更生施設はもとよりADL自立の利用者を前提とした通過施設であり、要介護の利用者は想定されていない。しかし、通院状況に関しては、約9割の人が在所中通院しており、疾病と施設利用の親和性の高さが伺える。男性では身体的疾病、女性は精神的疾病を理由とするものが多い。また、通院理由と退所時年齢との間には、性差の影響をコントロールしてもそれぞれ有意に正の相関（年齢が高まるにつれて「通院理由_身体的疾病」がありが高くなる）、負の相関（年齢が若くなるにつれて「通院理由_精神的疾病」がありが高くなる）がみられた。

次に、入所理由と退所時の状況について確認する（表2）。入所理由は、「路上生活・住居なし」が43%で最も多く、「病院退院後帰来先なし」が26%で、この二つで7割を占める。入所理由は性差が確認され、男性は「路上生活・住居なし」が約半数を占めるのに対し、女性は「病院退院後帰来先なし」が約4割で最も多く、「路上生活・住居なし」は13%程度である。なお、入所前に他の福祉施設を経由している場合は、その前の施設利用に至った理由を尋ねたが、前施設よりさらにその前にも施設等を経由している人も少なくなく（例えば、「ホームレス自立支援センター→民間宿泊所→更生施設」）、入所理由が特定できないケースも見られた。また、「自立生活困難」とは異なる、「グループホーム入所を目指しての利用」「地域での生活自立を目指しての利用」といった、更生施設において提供するサービスの積極的利用を目的とする、ポジティブな入所理由もあった。退所種別では、民間アパートなどに転出する「居宅移管」が36%、「任意・無断・命令退所」が約3割、「入院除籍・他施設移管」が約2割である。退所時に就労している「自活・半福祉半就労」は、全体のわずか15%にとどまった。性別では、男性は「居宅移管」での退所が多いが、女性は「入院除籍・他施設移管」が多い。また「任意・無断・命令退所」は男女ともに同程度（3割弱）であった。

更生施設においては、利用者の不安定化した居住環境を再び安定させ、就労や地域の福祉サービス等を活用して日常生活を安定的に継続することができるよう、単独での「地域生活」に向けて主に支援を行う。しかしながら、施設の利用目的を果たすことなく、支援の途中で「任意退所」・「無断退

表2 入所理由と退所種別

	総数	男性	女性	
N	155	131	24	
入所理由				***
路上生活・住居なし	43.4	48.8	13.0	
病院退院後帰来先なし	26.3	24.0	39.1	
DV避難	2.6	0.0	17.4	
家賃滞納立退き	8.6	9.3	4.3	
自立生活困難	3.9	3.1	8.7	
その他	15.1	14.7	17.4	
退所種別				*
自活・半福祉半就労	14.9	15.4	12.5	
居宅移管	36.4	39.2	20.8	
入院除籍・他施設移管	18.8	14.6	41.7	
任意・無断・命令退所	27.9	28.5	25.0	
その他（勾留等）	1.9	2.3	0.0	

所」・「命令退所」といった、いわば「非正規」に退所する利用者が一定割合存在する。非正規退所は必ずしも再度の不安定生活に直結しているわけではないものの、居所の不安定に繋がりがやすい要素を抱えたままでの退所は、再度の施設利用に繋がる可能性を否定できない。ホームレス研究においては、このような不安定な居住状態が長期間継続する人（シェルターや一時住居等を繰り返し利用したり、それらを長期間利用している人）を「慢性」ホームレス状態（chronic homelessness）として捉え、一度だけ一時的に居所の不安定を経験する人々（transitional homelessness）と区別する（Kuhn and Culhane, 1998）。今回の調査データは、パネル調査ではないため状況変化を動的に把握することはできないが、今回とは別の更生施設や救護施設、ホームレス自立支援センター、無料低額宿泊所、児童養護施設、婦人保護施設、母子生活支援施設、少年院、刑務所等矯正施設等の過去の施設利用経験を尋ねることで居所不安定な状況が繰り返されたかどうかを把握した。

表3は、それらの「過去の社会施設利用」の有無と各項目とのクロス集計である。上記したような社会施設を1つでも経験した場合は「社会施設利用経験あり」、1つもない場合を「社会施設利用経験なし」とし、社会施設利用経験の有無が不明の9名を除く146名で集計した。なお、「社会施設利用経験なし」34%、利用経験あり「1種類」38%、「2種類」21%、「3種類」6%であり、最大は「6種類」であった。性別、退所種別、退所時就労状況、退所時年齢、入所理由では有意差は確認できなかった。家族類型（小卒時点での生育家族）に関しては、施設経験なしに「両親と子」が多く、経験ありに「ひとり親」「その他」が有意に多かった。各種障害についても、有意差は確認できなかったが、経験なしにやや精神障害者が多い。逆に「アルコール」「薬物」等の依存症に関して、経験ありにやや高い傾向が見られた。在所時の通院状況はいずれも高く、通院理由も身体的疾病・精神的疾病いずれも同じような傾向であった。ただし、通院理由の精神的疾病に関して細かい違いが確認できた。経験なしには「通院理由_統合失調症」が多く見られた。経験ありは「通院理由_アルコール」「通院理由_薬物」等の物質依存と「通院理由_躁鬱」がやや高めに出来ていた。また、過去の生活保護の利用に関して、経験ありは経験なしの2倍の生活保護の利用が見られた。

表3 過去の社会施設経験の有無と各項目

		過去の社会施設経験の有無		
		あり	なし	
N		97	49	
性別	男性	82.5	85.7	
	女性	17.5	14.3	
退所種別	自活・半福祉半就労	17.5	10.4	
	居宅移管	29.9	47.9	
	入院除籍・他施設移管	18.6	18.8	
	任意・無断・命令退所	32.0	20.8	
	その他（勾留等）	2.1	2.1	
退所時就労状況	未就労	66.0	79.2	
	福祉作業所等	6.2	8.3	
	その他一般就労	27.8	12.5	
退所時年齢	40歳未満	19.8	12.2	
	40-49歳	31.3	20.4	
	50-59歳	25.0	28.6	
	60-69歳	20.8	32.7	
	70歳以上	3.1	6.1	
	*平均年齢	49.4	53.9	
	*標準偏差	12.5	12.2	
家族類型	両親と子	70.4	95.2	**
	ひとり親	22.2	4.8	
	その他	7.4	0.0	
身体障害者	手帳あり	7.4	4.3	
知的障害者	手帳あり	4.2	0.0	
精神障害者	手帳あり	16.8	29.2	
発達障害	診断あり	1.1	2.1	
アルコール依存症	あり	20.6	8.2	
薬物依存症	あり	11.3	4.1	
在所時の通院	あり	85.6	91.8	
	通院理由_身体的疾病	67.5	62.2	
	通院理由_精神的疾病	51.8	53.3	
	通院理由_統合失調症	23.3	50.0	*
	通院理由_躁鬱	30.2	12.5	
	通院理由_アルコール	20.9	4.2	
	通院理由_薬物	18.6	4.2	
過去の生活保護受給歴	あり	61.5	27.3	***
入所理由	路上生活・住居なし	51.0	31.9	
	病院退院後帰来先なし	20.8	38.3	
	DV 避難	3.1	2.1	
	その他	25.0	27.7	

4. 更生施設での支援について

上記で見てきたように、更生施設の利用者の特徴は、平均年齢50歳前後であり、身体的な疾病やメンタルヘルス上の課題を抱えている人が多く、約1年間の入所支援を受けて退所時に一般就労に繋がっている人は1割程度（全体の12.3%）である。3割近くの非正規退所があるが、半数近くの人はアパートに転出し、そのほとんどが生活保護を継続している。では、更生施設での支援はどのようなものであろうか？

表4は、施設で実施している支援内容（複数回答）である。ほとんどの施設で多様な支援が複数行われているが、「健康管理（服薬指導・管理、通院同行等）」、「日常生活支援（金銭管理等）」、「関係機関調整（障害手帳取得・介護認定支援等）」、「法律相談（債務整理・戸籍・住民票等に関する支援）」は全施設で実施、「対人関係支援」、「就労支援（就労準備等）」、「地域移行支援（生活訓練等の実施）」が95%の施設で実施されていた。また、通所事業を実施している施設は80%であり、その他にも保護施設一時入所事業（25%）、生活困窮者自立支援事業（15%）を実施しているところも見られた。職員配置では、利用者の支援に直接あたる生活指導員で社会福祉士の有資格者が1名以上配置されている施設が85%、同じく精神保健福祉士が1名以上配置されている施設は60%であった。なお、作業指導員が配置されている施設は10%であるが、所内作業を行っている施設は90%であった。

表4 施設で実施している支援内容（複数回答）（N=20）

	n	%
健康管理（服薬指導・管理、通院同行等）	20	100.0
作業支援（生産活動）	18	90.0
日常生活支援（金銭管理、マナー、衛生管理等）	20	100.0
対人関係支援（利用者間／家族・親族間調整等）	19	95.0
余暇活動支援（レクリエーション、旅行等）	18	90.0
就労支援（就労準備、意欲喚起、就労体験等）	19	95.0
就労継続支援（協力企業との連携、再就職支援等）	17	85.0
地域移行支援（生活訓練等の実施、アパート転宅支援等）	19	95.0
関係機関調整（障害手帳取得・介護認定支援、年金保険事務所・保健所との調整等）	20	100.0
法律相談（債務整理・戸籍・住民票・離婚手続き等に関する支援）	20	100.0
その他	2	10.0

5. 考 察

（1）ジェンダー

更生施設利用者の男女差は、学歴、婚姻関係、精神障害手帳所持、薬物依存、入所理由、退所種別において χ^2 二乗検定で有意差が確認できた。更生施設利用者数の男女比は、回答のあった19施設

中、男性単身者の施設が15、女性単身者の施設が3、混合施設が1となっており、そもそも入所できる枠（施設数・定員）が男女で異なることを反映している。また、女性の場合、ほぼ全員が東京にある施設の利用者であるが、女性の更生施設に求められるニーズが東京に限定的に発生しているというのではなく、東京以外では種別の異なる施設（更生施設以外の福祉施設）がこれらのニーズの受け皿となっていると予想される^{xii}。入所理由では、女性は「退院後帰来先なし」での利用が高く、精神障害者比率や精神的疾病に関わる疾病率が高いこと、ひとり親等「両親と子」以外の生育家族が多く、婚姻関係「あり」が高いことなど、男性利用者とは異なる居所不安定化の経路があると想定される（丸山2013；川原2006；川原2011）。

男性に関しては、国勢調査と比べて未婚・低学歴の割合がかなり高く、国勢調査とさほど差がない女性利用者とはやや異なる社会経済的背景を持つと考えられる。男性利用者のこのような特徴は、過去の研究結果とも整合的であり、一貫した特徴といえるかもしれない（岩田1995；岩田2000；加美2016）。男性においても精神的疾病の高さが確認できるものの、身体的疾病の方がより高い。これらのことから、居所の不安定化した「路上生活」や「住所なし」の稼働年齢層の男性にとって、現在においても「傷病」は、生活保護や更生施設利用に繋がる主要な要因であるといえる（岩田1995；北川2005；山田2009）。

（2）各種障害・依存症と健康問題

更生施設利用者における各種障害手帳所持者は精神障害が2割程度で最も高いものの、身体・知的障害は1割未満である。これは、全体の9割以上に何らかの障害のある利用者が入所する救護施設（全国救護施設協議会2014：49）に比べて、かなり低い数値といえる。その一方で「（障害の）疑いあり」「受診中」のものが一定割合確認され、施設利用を通じて生きづらさ、生活困難の背後にある障害が「発見」されたり、適切な受診に繋ぐなどの支援が行われていることも示している。

また、「アルコール」「薬物」等の依存症に関しては、更生施設においては各々16.1%、8.4%と、救護施設の「アルコール依存症」2.4%（全利用者16,950人に占める割合）、「中毒性精神病」0.7%（同左）に比べてかなり高い割合を示した^{xiii}。アルコール依存症や薬物依存症に関しては、一般人口に比べてホームレスの罹患率がかなり高いという海外でのエビデンス（Fazel et al. 2008; Edens et al. 2011; Fazel et al. 2014）があり、本調査結果においても一般人口（各々4.9%、0.3%）^{xiv}に比べて高い数値を示しており、海外の研究結果と整合的であった。さらに、このような成人期のメンタルヘルスの問題との関連を示す、過去の虐待や暴力の被害経験（Bassuk et al. 1997; Roos et al. 2013; Herman et al. 1997）についても、今回の実態調査で尋ねた。だが、特に男性利用者に「不明」が多く、支援現場では、過去の虐待暴力経験の影響がさほど意識されていないことが読み取れた。とはいえ、若年層については、加美（2014）の分析した京都市のシェルター利用者と同様に「通院理由_精神的疾病」の割合が高く、今後は支援においても精神的疾病と関連する要因にも注目していく必要がある^{xv}。

現場においては、利用者の支援にあたる生活指導員に社会福祉士や精神保健福祉士の有資格者も多く、精神障害やその疑い、メンタルヘルス上の課題を持つ利用者が多いという現在の更生施設利用者の実態に対応していることが読み取れる。支援内容としても障害者手帳の取得や服薬管理、病識のない方を適切な保健医療サービスに繋いだり、退所後適切なサービスの利用ができるように支援を行うといったことがほとんどの施設で実施されている。

（３）過去の社会施設利用経験と「慢性」ホームレス状態

更生施設の任意退所等の非正規退所は以前より少なくない（岩田1995；岩田2000；堀江2009）が、今回の調査でも３割弱と男女ともに高い数値であった。更生施設に限らず、入所型の社会施設の繰り返し利用は、「慢性」ホームレス状態の特徴の一つとされており、社会施設利用経験の有無で異なる点が見られるかどうかを確認した。結果としては、この二つのグループに大きな違いは見られなかったが、家族類型、生活保護受給歴、通院理由_統合失調症で有意差がみられた。施設経験ありのグループに、家族類型「ひとり親」や「その他」が有意に高く、生活保護の利用経験も多かった。このことは、困った時に頼ることができる家族や親族等の私的ネットワークの脆弱さを示しているとも考えられ、そのような点が社会施設や公的扶助への繋がりやすさに関連しているとも解釈できよう。また、精神的疾病に関しては、経験ありグループに「アルコール依存症」「薬物依存症」「躁鬱」がやや多い傾向が見られ、経験なしグループに「統合失調症」が有意に多かった。慢性ホームレス状態の人びとの特徴としては、一時的にホームレス状態に陥る人々よりも複合的なニーズを持ち、より手厚い支援を必要としている（アルコールや薬物乱用、重い精神疾患、軽犯罪や収監歴、施設利用歴等の特徴を複数持っている）人が多いという調査結果がある（OECD 2015：121）。たとえば、ホームレス状態が「長期化」することなく退出できる人々の特徴として、「より若い（50歳未満）」「心理社会的適応が良好」「就労中あるいはごく最近まで就労していた」「収入がある」「適切な家族からの支援がある」「薬物依存の治療歴がない」「逮捕収監歴がない」が、「長期化」する人の特徴として「高齢（50歳以上）」「逮捕収監歴あり」が独立して影響していることが確認されている（Edens et al. 2005）。

今回のデータは、記録から把握できる範囲での「利用経験」であるため、データの正確性等に限界があること、また更生施設は居所不安定な人びとがだれでも利用できる施設ではなく、「“養護及び生活指導”を必要とする」人というスクリーニングが行われていることなどからサンプルの偏りが分析結果に影響を与えていると考えられる。

6. 終わりに ～本研究の限界と今後の課題

本論文では、「全国更生施設実態調査」のデータをもとに、現在の更生施設利用者の全体的な特徴

を明らかにしてきた。更生施設が制度創設時に想定していた利用者像とその支援のあり様は、社会経済状況の変化とともに変容してきた^{xvi}。特に、2002年のホームレス自立支援法制定以降、居所不安定層に対する支援体系の再編とそこでの更生施設の位置づけの変化により、更生施設の支援対象の変容はより明確になったといえるかもしれない。具体的には、以前の更生施設における支援目標は「就労自活」等の「経済的自立」が主に設定されていた。そのような就労メインの目標は、今や「ホームレス自立支援センター」に移行し、その後方施設としての更生施設では、病気やケガにより直ちに就労自活を目指すことが困難な人や、「日常生活自立」や「社会生活自立」を目標に地域の中で生活保護や福祉保健サービスを利用しながら、安定的な生活を再び送ることを目指す人が多く利用するようになっている。特に後者の人びとにとって就労は、地域生活を送る上での社会参加の一つであり、「生きがい」や「生活リズムづくり」としての役割を持つものへと変化している。こうした点は、アフターケアを重視する施設が多いこととも関連するかもしれない。障害と判断されるレベルではないものの、生きづらさや生活上の困難を抱える利用者の多くは、退所後地域生活を安定的に継続していくうえで、見守りやちょっとした支援を継続的に必要とする。それらの方々への継続支援としての通所事業や地域移行支援等は、利用者のニーズに合わせて展開してきたとも考えられる。しかし人員配置基準は昭和56年以降変更されておらず、現在の利用者のニーズや課題に対して適切であるのか、今一度検討が必要であろう。

また、更生施設は通過施設として、いったん居所の不安定化した方々が再び地域での安定的な生活を可能とするよう支援を行っている。つまり、施設での支援の適切性や有効性は、利用者が退所後に安定した生活をどのくらい継続できているか、どの程度安定できているかを見ることなしに把握したり評価することはできない。今回のデータは施設の在所中のデータにとどまり、退所後の地域生活がどれだけ安定したか等については把握していない。更生施設での支援の適切性や妥当性を検討・評価するためには、退所後のデータを継続的に収集し分析することが必要であり、更生施設を論じる際に欠かせない視点になるはずである。縦断的なデータの収集及び分析は今後の課題としたい。

最後に、更生施設等の社会施設を繰り返し利用している人たちの中には、疾病や障害、メンタルヘルス上の問題、過去の虐待・暴力経験等の影響からくる課題を抱え、集団生活を基底とする施設型の支援に馴染めず、既存のサービスとは異なる形態での支援を必要としている人がいることも予想される^{xvii}。これらの人びとのニーズの把握は困難さを伴うが、ホームレス研究においても「施設サーキット (Hopper et al. 1997)」と呼ばれるように、支援施設、精神科病院、刑務所等の社会施設を行き来している実態が明らかになっている (Daly et al. 2018)。「非正規退所」していく人々に更生施設での支援が適合しないとするのであれば、どのような支援がより適切であるか、海外での取り組みも含めて検証していくことが、社会的コストという観点からも重要な課題となるであろう。

*本論は JSPS 科研費 JP16K04191の助成を受けて実施した研究成果を一部含む。

<参考文献>

- 岩田正美（1995）『戦後社会福祉の展開と大都市最底辺』ミネルヴァ書房
- 岩田正美（2000）『ホームレス／現代社会／福祉国家 「生きていく場所」をめぐる』明石書店
- 岩田正美（2005）『政策と貧困』岩田正美・西澤晃彦編著『貧困と社会的排除 福祉社会を蝕むもの』ミネルヴァ書房、15-41頁
- 大阪府／大阪府社会福祉審議会（2018）「資料」『大阪府における保護を必要とする女性への支援のあり方について 提言』http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/30587/00000000/02_shiryou.pdf
- 加美嘉史（2014）「京都市における緊急一時宿泊事業利用者の実態」、貧困研究会編『貧困研究』12、94-108頁
- 加美嘉史（2016）「戦後京都市における『住所不定者』対策と更生施設 ―昭和30年代の『浮浪者』と『京都市中央保護所』を中心に」『福祉教育開発センター紀要』13、117-131頁
- 川原恵子（2011）「福祉施設利用にみる女性の貧困」『貧困研究』6、67-78頁
- 川原恵子（2006）「居住状態の不安定層の住居変動～女性施設利用者聞き取り調査より」研究代表岩田正美『女性の「生活基盤」の形成・変動と福祉課題―「生活基盤不安定層」の類型化を中心に―』（平成15～17年度科研費補助金（基盤研究（B））研究成果報告書、課題15330123）、101-132頁
- 北川由紀彦（2005）「単身男性の貧困と排除―野宿者と福祉行政の關係に着目して」岩田・西澤編『貧困と社会的排除 福祉社会を蝕むもの』ミネルヴァ書房、223-242頁
- 北川由紀彦（2012）「〈ホームレス対策〉の展開過程―東京（区部）における「厚生関係施設」と「路上生活者対策」に注目して―」『放送大学研究年報』30、41-53頁
- 小山進次郎（1975）『改訂増補 生活保護法の解釋と運用（復刻版）』全国社会福祉協議会
- 堀江尚子（2009）「生活保護施設の利用者の変容と近隣地域との關係形成―アフターケアの基礎となる大阪市更生施設の取組み」『ホームレスと社会』、1、66-75頁
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課依存症対策推進室（2019）「依存症対策について」、<https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document12.pdf>
- 厚生労働省（2017）「生活保護受給者の宿泊施設及び生活支援の在り方に関する意見交換会（議論の整理）」、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000164648.pdf>
- 特別区人事・厚生事務組合、同事業団 更生施設利用者等処遇のあり方検討委員会（1996）「更生施設の利用者等の処遇のあり方に関する報告」（平成8年8月30日）
- 全国救護施設協議会（2014）『平成25年度全国救護施設実態調査報告書』、http://www.zenkyukyo.gr.jp/institut/file/2014_aug_houkoku.pdf
- 全国更宿施設連絡協議会（2019）『全国更生施設実態調査報告書』
- 生活保護制度の在り方に関する専門委員会（2004）「生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書」
- 丸山里美（2013）『女性ホームレスとして生きる 貧困と排除の社会学』世界思想社
- 山田壮志郎（2009）『ホームレス支援における就労と福祉』明石書店
- Bassuk, E.L., Buckner, J. C., Browne, A., Bassuk, S. S., Dowson, R., and Perloff, J. N. (1997) *Homelessness in Female-Headed Families: Childhood and Adult Risk and Protective Factors.*, American Journal of Public Health, 87 (2), 241-248
- Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E. and Please, N. (2010) *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research*, FEANTSA, European Consensus Conference on Homelessness, 9-10 December 2010, Brussels
- Daly, A., Craig, S. and O'Sullivan, E. (2018) *The institutional circuit: single homelessness in Ireland*, European Journal of Homelessness, 12 (2), 79-94
- Edens, E.L., Mares, A.S. and Rosenheck, R.A. (2011) *Chronically homeless women report high rates of substance use problems equivalent to chronically homeless men*, Women's health issues, 21-5, 383-389
- Fazel, S., Geddes, J.R. and Kushel, M. (2014) *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations*, Lancet, 384, 1529-40
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. and Geddes, J. (2008) *The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis*, PLoS Medicine, Vol.5, Issue 12, 1670-1681

- Herman, D.B., Susser, E.S., Struening, E.L. and Link, B.L. (1997) *Adverse childhood experiences: Are they risk factors for adult homelessness?*, American Journal of Public Health, 87-2, 249-255
- Hopper, K. Jost, J. Welber, S. and Haugland, G. (1997) *Homelessness, severe mental illness, and the institutional circuit*, Psychiatric Services, 48 (5), 659-664
- Kuhn, R., and Culhane, D. P. (1998). *Applying Cluster Analysis to Test a Typology of Homelessness by Pattern of Shelter Utilization: Results from the Analysis of Administrative Data.*, American Journal of Community Psychology, 26 (2), 207-231
- OECD (2015) *Integrating Social Services for Vulnerable Groups, Bridging Sectors for Better Service Delivery*, OECD publishing
- Roos, L.E., Mota, N., Afifi, T.O., Katz, L.Y., Distasio, J. and Sareen, J. (2013) *Relationship between adverse childhood experiences and homelessness and the impact of Axis I and II Disorders*, Research and Practice, American Journal of Public Health, 103-s2, s275-s281

注

- i 被保護世帯総数に占める単身世帯の割合。厚生労働省「平成29年度被保護者調査」より筆者推計。
- ii 被保護実人員に占める65歳以上の者の割合。厚生労働省「平成28年度被保護者調査（個別調査）」より筆者推計。
- iii 厚生労働省「平成30年国民生活基礎調査」、「単身世帯」割合。
- iv 総務省「人口推計（2018年）」、65歳以上の総人口割合。
- v 住宅確保要配慮者等に対する居住支援施策（新たな住宅セーフティネット制度、平成29年10月25日施行）、生活困窮者自立支援制度における居住支援（平成30年度）のスタート。また平成30（2018）年11月には厚生労働省社会援護局に「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あり方に関する検討会」が設置され、議論されている。
- vi 国の調査によれば、無料低額宿泊所は全国に537か所設置され、15,600人が利用しており、90.7%（14,143人）は生活保護利用者である（厚生労働省社会・援護局保護課（2016）「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〕」、
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12002000-Shakaiengokyoku-Shakai-Hogoka/0000134574.pdf>
- vii 朝日新聞（2014）『『貧困ビジネス』元入所者ら非難 脱税事件の宿泊施設』（2014年10月3日朝刊）、毎日新聞（2017）「困窮者向け住居：安住の場、ほど遠く 1日1食、月9万円」（2017年12月5日東京朝刊）、「特集 無料低額宿泊所と貧困ビジネス」『賃金と社会保障』No.1681（2017年5月上旬）等。
- viii 厚生労働省「無料低額宿泊施設等のあり方に関する検討チーム（2009年10月30日～2010年3月16日）」、厚生労働省「生活保護受給者の宿泊施設及び生活支援の在り方に関する意見交換会（2016年10月21日～2017年5月11日）」、厚生労働省「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あり方に関する検討会（2018年11月5日～現在に至る）」等で議論中
- ix 全国更生施設実態調査は、更宿連より委託を受け平成29年度から2か年にわたって実施した研究である（研究代表東洋大学川原恵子）。更生施設の実態を把握するため施設運営・支援内容等に係る「基礎調査」と利用者の特徴に関する「利用者個別調査」をそれぞれ実施した。詳細は全国更生施設連絡協議会（2019）『全国更生施設実態調査報告書』を参照されたい。
- x 厚生労働省「社会福祉施設等調査結果」（平成29年）
- xi 「平成22年国勢調査産業等基本集計第10-1表」を用いて15歳以上の最終学校卒業者を集計（不詳を除く）。
- xii 例えば、大阪では居所不安定な女性の保護先として、婦人保護事業（婦人相談所一時保護所、婦人保護施設）、児童福祉法の母子生活支援施設の他、救護施設が受入先となっている（大阪府2018）が、丸山によれば、保護を要する「単身女性の場合には、大阪市内に居住する女性は生活保護法で、それ以外（筆者註一大阪市以外の大阪府）の女性は売春防止法で主に施設保護が行われる（丸山2013：92）」と述べている。
- xiii 同報告書（54頁）より筆者算出。
- xiv 一般人口の数値は、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課依存症対策推進室（2019：19）を参照。患者調査平成26年度
- xv 女性に関しては、精神疾患の罹患率が高く、過去の暴力被害や虐待被害との関連性について、支援現場では

高い意識をもって捉えられている。

- xvi 特別区人事・厚生事務組合、同事業団（1996）「更生施設の利用者等の処遇のあり方に関する報告」においては、『更生』を、従来の就労による経済的な自立として位置付けた場合には、施設における処遇は、就労指導と労働能力の回復を視点においた療養指導に、ほぼ収斂されていたと考えて差し支えないだろう。今日においては、施設利用者の高齢化をはじめ、経済的な自立を図ることが極めて困難な者が、多くを占めるに至った。」と記し、「更生」概念を広く弾力的にとらえるべきであると主張している。
- xvii 欧米においては、日常生活上の課題や困難を抱え、個別の手厚い支援を要する「慢性」ホームレスに対しては、既存の緊急対応型のシェルターでは彼らのニーズに合致しないため、Housing Firstとケアマネジメントや支援付き住宅での支援が行われるようになってきている（OECD 2015；Busch-Geertsema, V. et al.2010）。

【Abstract】

Characteristics and Needs of Homeless
Men and Women in Japan;
From Results of a Nationwide Survey on Rehabilitation
Facilities Under Public Assistance Act

Keiko KAWAHARA

The objectives of this research are to shed light on actual use of rehabilitation facilities and to explore these facilities' challenges and where they could improve, based on results of a nationwide survey on rehabilitation facilities among public assistance facilities. The nationwide rehabilitation facility survey conducted on rehabilitation facilities is comprised of two parts; this paper studied a random sample of 10% of the population of the people who left the facilities in FY 2016 (N=155). The sample average age was 51, while the average duration of use of the facilities was a little over 11 months. Males in particular tended to have poorer academic backgrounds and also tended to have never been married. About half had received social welfare benefits in the past. People with mental disorders accounted for about 20% of the total. The proportion of people addicted to alcohol or drugs was slightly larger than that of the general population. About 90% had been admitted to hospitals while staying at the facilities, and the percentage of those admitted due to physical disease was larger the higher the age, while the same due to mental diseases was larger the lower the age. The reason for many of the males' use of the facilities was "no housing/living on the streets," while for females it was "no place to return to after hospital discharge." In addition, only a little over 10% were employed at the time of leaving the facilities, and almost all left unemployed. "Voluntary, unauthorized, and ordered (irregular) discharge" comprised about 30% for both males and females. Socioeconomic backgrounds differed between males and females, suggesting differences in the processes by which their housing situations destabilized. The rehabilitation facilities presuppose ADL autonomy, which means there are not many persons with disabilities here. However, the facilities provide support in cases where disabilities are discovered during the individual's stay, including guidance on how to receive appropriate checkups or use of appropriate healthcare services. In accordance with the above-mentioned attributes of the people who use these facilities, the objectives of the rehabilitation facilities' support are shifting from the concept of achieving employed, independent livelihood towards independent, everyday living independent social living. To this end, these facilities are

providing various types of support to help affected individuals maintain stable, communal living after discharge. Meanwhile, staffing standards have not been revised for many years, yet require revision in accordance with current circumstances. It is also necessary to keep track of how well people maintain a stable lifestyle subsequent to discharge, in order to assess the adequacy and effectiveness of the support provided at the facilities. In addition, if the facility-format support does not meet the needs of those who were irregular discharge, in the future we need to better understand said needs and to consider better methods of support.