

超高齢社会における住まい喪失の研究

—社会的に脆弱な集団における共生の実現—

岡村毅 ・ 的場由木
(東京都健康長寿医療センター研究所) (NPO 法人ふるさとの会)

<要 旨>

【目的】

高齢期にはじめてホームレスになるひが増えているのではないかという臨床疑問を調査をした。

【方法】

NPO 法人ふるさとの会は1990年から活動をしている日本を代表するホームレス支援団体の一つである。対象者の多くは元路上生活者であるが、施設や自宅という人が稀にいる。2003年から現在までのふるさとの会の利用者のデータベース（約 1500 ケース）から、1）高齢者施設、2）自宅、からサービス提供に至った 65 歳以上のケースを同定して、住まい喪失の要因を調べた。また一部にインタビューを行った。本研究は都立大学およびふるさとの会の倫理委員会の承認を受けた。

【結果】

施設から来た人は全部で 48 ケース（男性 44 女性 4）であった。その経路は、①都外の施設に一旦は入ったものの孤独やトラブル等により都内に戻ってきた群、②都内養護老人ホームに措置入所となったもののトラブルでいられなくなった群、③老人保健施設に入ったものの退所時期が来たか介護度が改善したためいられなくなったが戻る住まいがない群、の 3 類型であった。自宅から来た人は家族と同居していた人が 17 ケース、独居が 131 ケース（男性 115 女性 16）であった。後者の理由はその経路は、生活能力が低下して住み続けられなくなった（31 ケース）、建て替え等のため立ち退きを求められたが次の契約はできない（9 ケース）、近所トラブル（7 ケース）、家賃滞納（9 ケース）、火の不始末（9 ケース）、いわゆるゴミ屋敷（6 ケース）であった。いずれも認知機能の問題か人間関係の問題で現住所に住めなくなり、身体的、経済的、認知的理由により他の場所で賃貸契約を結べないために住まいを喪失したものであった。

【考察】

健康長寿社会すなわち超高齢社会において住まい喪失の問題が再び社会の重要な課題になる可能性が示唆された。定型発達、就労、家族形成、自宅購入、というこれまでは「ホームレス」とは無縁のライフコースを歩んだ人々も、長い高齢期において住まい喪失に至る可能性があるのかもしれない。家族や会社といった中間集団が無力化し、個人化が進んでいるからである。この新しい課題にはこれまでの福祉では十分に対応できない可能性があり、学際研究が求められる

<キーワード>

高齢者、ホームレス、住まい喪失、超高齢社会

【はじめに】

我が国は世界に類を見ない健康長寿社会を実現した。一方で、低出生率と人口減少により、人口に占める高齢者の割合は増加している。21世紀半ばには高齢化率は40%で定常化する。超高齢社会にあって、単身・独居・無縁・低所得高齢者が増えている。今や高齢者のいる世帯の半数以上は、独居（単独世帯）か、高齢夫婦（夫婦のみ世帯）である。さらに都市部においては地縁・血縁が弱体化し、社会的孤立状態にあるものも多い。高齢白書によると単身高齢者では外出頻度が低く、誰とも話さない日があるものが半数近くいることが示されている。経済的な状況も厳しく、高齢者世帯の所得は低く、その他世帯のおよそ半分（ただし母子世帯は除く）である。また生活保護の被保護者の45%は65歳以上のものである。都市における単身・独居・無縁・低所得高齢者は今後の日本の大きな課題になるだろう。

高齢期のまだ語られていないリスクとして、我々は住まい喪失リスクを発信してきた。従来のホームレス支援の文脈では路上生活者や（海外では）退役軍人に支援が集中し、高齢者が見過ごされていることはすでに米国のホームレス支援学を代表する学者であるペンシルバニア大学のCulhaneら¹⁾が指摘している。近年、高齢のホームレス者は、(1)長年のホームレス歴を有し、物資依存なども合併し、受療せず、一所に安定しないものと、(2)長年安定した仕事や住まいがあったものが離婚、失職、精神疾患を契機に高齢期にはじめてホームレスになるものに大きく二分されるとして整理されつつある。しかし後者についてはまだ十分な知見が得られていない。オーストラリアの高齢ホームレス者の大規模な調査からは、70%が安定した仕事や住まいを持っていた

人々であったと報告されている²⁾。そして家を失って契機として「立ち退きを迫られた」「家族と住めなくなった」「家賃が払えなくなった」「階段が登れないなどで住めなくなった」を挙げている。

東京で単身・独居・無縁・低所得などの課題をもち、そして住まいを喪失した高齢者を支援する組織として、NPO法人ふるさとのある会がある。ふるさとの会は東京都のいわゆる山谷で路上生活者に対する炊き出しを行うサークルとして1990年に活動を開始し、1999年に法人格を取得した。「生活困窮者が地域の中で、安定した居住を確保し、安定した生活を実現し社会のなかで再び役割や人としての尊厳・居場所を回復するための支援」という社会的使命を掲げている。現在はおおよそ20の共同居住の場を運営しているほかに、地域に単身独居する高齢者や障害者の支援をしていて、その支援対象者は約1200名である。他にもヘルパーステーションや刑事施設からの出所者の地域定着支援も手掛けている大きな事業体である。詳細はホームページ等参照頂きたい(<http://www.hurusatonokai.jp/>)。

ふるさとのある会の支援では、独特の優れた支援論を開発してきた³⁾。ホームレス状態の方を共同居住で受け入れ、まずは安心できる環境を提供し、スタッフや同じ境遇の方々との基本的信頼関係をつくる。次にそこで役割や居場所を地域生活の中で獲得し、自己の存在を肯定できるように支援する。これらは「安心と誇り」として支援の柱になっている。支援する対象者は、決して支援しやすい人々だけではない。幼少期から虐待や貧困を経験してきたため、人に援助を求めることが苦手なものも多い。支援がうまくいくこともあれば、失敗することもある。被支援者が思うように変わ

ってくれないときに、支援する・されるという関係性は支配や虐待を生み出してしまふかもしれない。ふるさとの会では、支援が独りよがりにならないように熟議の中から支援論を開発してきた。それは精神科医である筆者らが合流するだいぶ前に出来上がったものであるが、精神医学の視点をも包摂するものであった。

ふるさとの会は、支援が密室にならないように（独りよがりや排他性や虐待を避けるために）、筆者のような研究者が関わることを許し、関心を持つ行政の方の視察等も積極的に受け入れてきた。ここで本研究に至る背景として先行研究を振り返る。まず、支援対象者の実態把握である。滝脇ら 4)によれば男性が 9 割を占め、50 代以降のものが 8 割以上で、最終学歴が中卒であるものが半数弱であった。家族とつながりがまったくないと答えたものが 6 割に上った。相談相手がいるものが 7 割であるが、多くはふるさとの会のスタッフをあげた。住まいを失った原因は住み込み等の仕事をしており失業とともに住まいを喪失したものが多かった。もともと関係資本・学歴資本の乏しい中高年男性が、職住一体となった生活をしていて、失職と共にホームレスになる。これは山谷で支援に関わるものから見れば一見当たり前に思えるかもしれないがエビデンスはなかった。さらに山谷と池袋で行った調査からは生活困窮者のウェルビーイングは極めて低い。Ito ら 5)が WH05 精神的健康状態表を用いて困窮者のウェルビーイングを評価したところ、半数以上がうつ状態に相当するカットオフ値以下であった。また「路上生活」「情緒的ソーシャルサポートの欠如」「疼痛」が独立して関連を示した。精神疾患を持つものも多く、とりわけ困難に直面している。

そこでふるさとの会の共同居住にすむものに

たいして横断調査 6)をしたところ、およそ 3 人に 1 人は何らかの精神疾患を持ち、ウェルビーイングは精神疾患があると低くなった。また病院を退院後に支援に至るものがあることが明らかになった。加えて精神疾患を持つもののうち、高齢のもの、家族の支援がないもの、アルコール関連のトラブルがあるものが地域在住困難となることも示された。

近年は支援対象の高齢者が迷子になってしまふ、金銭管理が困難になってしまうなどの問題も生じている。そこで共同居住施設にて生活する高齢者に、老年精神学会の指導医が面接調査を行なったところ 7)、およそ 8 割は認知機能スクリーニング尺度である MMSE でカットオフ値以下であった。もちろん画像検査がないことや、知的能力が一旦発達しそして低下したことの客観的な確認が難しいといった限界は有するものの、認知機能の低下した単身・独居・無縁・低所得高齢者が東京の困窮者施設にいることは間違いないと思われる。また多くが幼少期の貧困や虐待の経験を有していた事も報告されている。バースコホート研究等ではないために印象の域を出ないのかもしれないが、幼少期の貧困は人生最終段階においても影響を及ぼしている可能性がある。

住まいを失う人々の動態には特定の経路があることも報告されている。Matoba ら 8)によると、精神疾患を持つものにおいては、病院を退院した後に精神障害者グループホームに入所する者は統合失調症を持つものが多く、支援する家族がいて、若い。一方でホームレス等を支援する共同居住施設に入所するものは、器質性精神障害や依存症が多く、家族がおらず、高齢である。統合失調症をもつ人への支援は、地域移行などの枠で徐々に整備されているが、器質性精神障害や依存症を

もつひとの支援には課題があることが示唆された。刑事施設から出所したものの支援においても、2割程度が精神疾患を持つこと、依存症や器質性精神疾患を持ち、累犯であるものが多いことが示されている9)。

【目的】

本研究の目的は65歳以上の高齢者で、1)高齢者施設、2)自宅、からふるさとの会の支援に至った人について要因を探索的に調べることである。

【対象と方法】

対象はNPO法人ふるさとの会の利用者で、支援開始時に65歳以上であったものである。NPO法人ふるさとの会の詳細は前述した。

2003年から現在までのふるさとの会の利用者のデータベース(全部で1500ケース)から、1)高齢者施設、2)自宅からサービス提供に至った65歳以上のケースを同定して、住まい喪失の要因を調べた。また一部のものにインタビューを行い、深掘りした。本研究は都立大学およびふるさとの会の倫理委員会の承認を受けた。

【結果】

まず施設から来た人であるが一旦高齢者施設に入所したものの、ホームレス支援団体の運営する場所に移ることは極めてまれであり、全部で48ケース(男性44女性4)であった。施設からふるさとの会に至った人のまとめを表1に示す。その経路を分析したところ、①都外の有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者住宅に一旦は入ったものの孤独等から都内に戻りたくなった、あるいはトラブルでいられなくなった群、②措置による入所を受け入れているカテゴリーである養護老人ホーム(現代では措置は好まれず契約が主体になっている、つまりかなり難しいケースが入る

カテゴリーである)に入所となったもののトラブルでいられなくなった群、③老人保健施設に入ったものの退所時期が来たが住まいがない、あるいは重い介護のもとで入所したが回復によりいられなくなった群、の3類型にまとめられた。

家族と同居していた人は全部で17ケース(男性14ケース、女性3ケース)であり、家族関係の事情から入所に至っている人が多かった。詳細の記載があった11ケースのうち、DV5ケース、離婚2ケース、他には「世話をしていた兄の死(本人は統合失調症)」「孫と住んでいたが、孫の生活能力が著しく欠損」、「娘と住んでいたが親子関係の悪化」、「実家の庭の物置で生活していたが破綻」であった。このカテゴリーは精神神経疾患の関与するケースが多く、詳細の記載があった9ケースでは、脳梗塞2ケース、認知症2ケース、統合失調症2ケース、てんかん、アルコール依存症、知的障害が1ケースずつであった。

次に自宅で独居していた人は131ケース(男性115女性16)であり、このうち詳細な退去理由がわかるものは90ケースであった。内訳は、5ケース以上のものに限ると生活能力が低下して住み続けられなくなったもの(31ケース)、建て替え等のため立ち退きを求められたが次の契約はできない(9ケース)、近所トラブル(7ケース)、家賃滞納(9ケース)、火の不始末(9ケース)、いわゆるゴミ屋敷(6ケース)であった。いずれも現住所で住めなくなり、身体的、経済的、認知的理由により他の場所で賃貸契約を結べないために住まいを喪失したものであった。

以上の3つの類型を比較したものが表2である。

【考察】

都市において孤独に生きる高齢者が増える可能性がさまざまに報告されている。ふるさとの会

では、以前より、貧困は経済的貧困もさることながら関係の貧困であって、単に生活の支援をするのではなく、そもそも人を信用して助けを得ることの準備、ケアを受ける準備のケア（「ケア前ケア」と彼らは呼んでいる）が重要であると指摘してきた。

本研究の結果は、健康長寿社会すなわち超高齢社会において住まい喪失の問題が再び社会の重要な課題になる可能性を示唆した。定型発達、就労、家族、自宅購入、というこれまでは「ホームレス」とは多くの場合無縁のライフコースを歩んだ人々も、長い高齢期において住まい喪失に至る可能性があるのかもしれない。家族や会社といった中間集団も無力化し、個人化が進んでいるからである。この新しい課題にはこれまでの福祉では十分に対応できない可能性があり、学際研究が求められる。

【社会政策に関して】

すでに我々はふるさとの会で行った縦断研究において、住まいと生活支援のパッケージにより高齢者の精神的健康は回復傾向が見られ、社会的関係は大きく回復することを報告している 10)。しかしフレイルで代用した身体健康に関しては不変であった。いか下に優れた支援であっても、住まいを無くした高齢者の身体健康は傷んでおり、容易に回復しないことが示唆される。高齢社会のホームレス支援の難しさであろう。

ここで生活に困窮する中高年の人の社会的状況について概観しておく。彼らの事実上のセーフティネットとして、「無料低額宿泊施設」がある。平成 27 年の厚生労働省の調査によれば、社会福祉法第 2 種宿泊提供施設として届出のなされている施設は 537 あり、入所者数 15,600 人（うち生活保護受給者が 91.4%）であり、利用者の年齢構

成は 40 歳未満が 9.0%、40 歳から 64 歳が 52.0%、65 歳以上 39.0%である 11)。さらに、法に位置づけのない施設（いわゆる無届け施設）については 1,236 あり、入所者数 16,578 人としている 12)。後者については、実態はほとんど不明である。無料低額宿泊所に入所している生活保護受給者の多くが福祉事務所等行政職員のあつせん、紹介により入所していることから 13)我が国における事実上の生活困窮者の住まいとして機能していることがわかる。的場 14)によると、無料低額宿泊所等にいるもののうち、40 歳未満の者は精神疾患や知的障害が多いのに対して、40 代から 50 代は精神疾患に加えて生活習慣病をもつものが多く、60 代以降は認知症や感覚器官の疾患が多いことを示している。

これに対して近年大きな改革がなされた。すなわち、無料低額宿泊施設が住まいを失った生活に困窮する中高年の人の事実上の「居住支援」と「日常生活」を担っているという現実を受けて、令和 2 年に日常生活上の支援を行うために必要な人員を配置するなど、認定にあたり一定の要件を満たしたものを日常生活支援住居施設として認定し、費用（委託費）を支出する仕組みが創設された。端的に言うとは、きちんと整備されて運営されているところには、手厚いケアを要する人を受け入れてもらい、同時に公が支援をするということである。本研究の対象者の多くは、平成 29 年～30 年の当時は、（届け出のなされている）無料低額宿泊施設において生活支援を受けたものであったが、ふるさとの会においても多くの施設が日常生活支援住居施設の認定を受けたことを付記する。

本研究の結果からは以下のように導き出されるだろう。

1) これまで住まいを喪失してホームレスにな

ることがなかった層が高齢社会において高齢期に住まいを喪失する可能性がある。独居していた人の場合は、認知機能低下等で契約更新ができない場合がその契機である。しかし火の不始末やごみの問題があるケースが多く、大家を一概に責めることは問題解決にならない。多くは様々な身体疾患を抱えており「日常生活支援住居施設」の一層の拡大が必要になるのではない。

2) 都外の施設に移ったものの適応できずに戻ってくるケースは、もはや都内には住まいはなく「ホームレス」としての経路をたどる可能性がある。物価の勾配等を考慮して都外に移ることも一つの方法ではあるが、戻ってきてしまうケースが多いことは広く知られるべきであろう。

3) 家族と住んでいても、住まいを失う（あるいは追い出されてしまう）ケースが少ないものがあることがわかる。精神疾患や知的障害が関わるケースが多い。

西欧では「福祉は住居に始まり、住居に終わる」と言われている。共生社会の実現のためには、今後も私有財産を認めるのであれば（それが自然だと思うが）、それを失ったときの住まいの支援を拡充することが必然である。申請者の分析能力を超えるが、ふるさとの会が元ホームレスの人などを雇用し、既存の古い設備を転用して運営していることを考えると、新しい高齢者施設を建設して専門職を雇用するよりも経済的にも合理的な選択になるかもしれない。

参考文献

1. Culhane D, Metraux S, Byrne T, Stino M, Bainbridge J. The age structure of contemporary homelessness: Evidence and implications for public policy, *Analyses of*

Social Issues and Public Policy 13; 228- 244: 2013

2. Petersen M and Parsell C. Homeless for the first time in later life: An Australian study. *Housing Studies* 30; 368- 391: 2015

3. 岡村毅、的場由木: ホームレス支援における当事者中心の支援論 *精神療法* 2016; 6: 818-823

4. 瀧脇憲、竹島正、立森久照、岡村毅、的場由木: 「単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. *貧困研究* 2013; 11: 93-106

5. Ito K, Morikawa S, Okamura T, Shimokado K, Awata S. Factors associated with mental well-being of homeless people in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 68; 145-153: 2014

6. Okamura T, Takeshima T, Tachimori H, Takiwaki K, Matoba Y, Awata S. Characteristics of individuals with mental illness in Tokyo homeless shelters. *Psychiatric Services* 66; 1290-1295: 2015

7. Okamura T, Awata S, Ito K, Takiwaki K, Matoba Y, Niikawa H, Tachimori H, Takeshima T. Elderly men in Tokyo homeless shelters who are suspected of having cognitive impairment. *Psychogeriatrics* 17: 206-207; 2017

8. Matoba Y, Okamura T, Funaki Y, Ishigami T, Awata S, Takeshima T. Socially isolated older people with mental illness in the Tokyo shelters. *Psychogeriatrics* In Press

9. 岡村毅, 船木友里恵, 的場由木, 石神朋敏, 栗田主一, 竹島正. 刑事施設等出所後に困窮者支援NPO法人の支援を受けたものの精神医学的検討. 第34回日本社会精神医学会. 2015年

11. Okamura T, Matoba Y, Sato M, Mizuta M,

Awata S. Characteristics of older people who experience homelessness for the first time in later life in Tokyo, Japan: A descriptive study. *J Social Distress & Homelessness*

10. 厚生労働省. 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/content/000798382.pdf>

11. 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 (第1回資料)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000>

377963.pdf

12. 全国社会福祉協議会. 地域におけるセーフティネット機能の強化のために.
https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyoku/teigen/pdf/20181221_safetynet.pdf

13. 的場由木: 社会的に孤立し, 生活困窮状態にある認知症高齢者の生活支援 老年精神医学雑誌 2020;31: 481-486

施設(制度名)	ケース	施設名	都外	経緯サマリー	経過類型	問題事象	
軽費老人ホーム	1			性的暴行あり追い出された	トラブル	性的暴行	
	2			酒を飲む	トラブル	アルコール	
サ高住	3			介護度が改善	回復	認知症	
	4		●		都内に戻りたい		
	5			すぐに追い出された	トラブル	認知症、失禁、攻撃的	
	6		●	脱走した	トラブル	覚せい剤	
	7			勝手に出てきてしまう	トラブル		
	8			介護度が改善	回復		
	9		●		都内に戻りたい		
	10		●		都内に戻りたい		
	11		●		中立	若年性認知症	
	12			介護度が改善	回復		
	特別養護老人ホーム等	13			介護度が改善	回復	認知症、徘徊、
		14			勝手に出てきてしまった	トラブル	両足切断、易怒性
15				対応できない	中立	認知症	
16			●	逃げ出す	トラブル		
17			●	馴染めなかった、トラブル多い	トラブル	認知症、易怒性	
養護老人ホーム	18			息子からの避難	トラブル	息子からの虐待	
	19			施設が提案	中立		
	20			首を絞めて追い出される	トラブル	傷害、窃盗、路上生活	
	21			トラブルの多いひと	トラブル	殺傷	
	22			追い出された	トラブル	詐欺	
	23			暴言暴力で追い出された	トラブル	暴言暴力	
	24			医療拒否で追い出された	トラブル	医療拒否	
	25			不穏になり出てくる	トラブル		
	26			不穏になり追い出された	トラブル	暴言	
	老健	27		●	介護が必要	中立	認知症
28				詳細不明のトラブル	トラブル		
29			●	介護度が改善	回復	路上生活	
30				介護度が改善	回復	アルコール	
31				介護度が改善	回復	軽度知的障害	
32			●	期間終了	中立	認知症	
33				期間終了	中立	脳梗塞、認知症	
34			●	期間終了	中立	路上生活、眠剤依存	
35				介護度が改善	回復		
36				詳細不明			
37			●	期間終了	中立	希死念慮	
38				生活困窮	中立		
介護付き有料老人ホーム あるいは住宅型有料老人ホーム	39			期間終了	行き先がない	認知症	
	40		●	介護度が改善	回復		
	41			病院のそばに移動したいと	中立	路上生活、病院とトラブル	
	42		●	追い出される	トラブル	刑事施設、暴力	
	43		●	回復傾向で都内にも戻りたい	都内に戻りたい		
	44		●		都内に戻りたい	路上生活	
	45					路上生活	
	46		●	クレームをつけて追い出された	トラブル	暴力	
	47		●	介護度が改善	回復		
	48		●	すぐに出てきた	トラブル	傷害、住居侵入、わいせつ略取、窃盗	

表1 施設からふるさとの会に至った人のまとめ

前居所	施設	家族と同居	独居
該当数	48	17	131
性差	男性 44 : 女性 4 (ただし女性は全員 養護老人ホーム)	男性 14 : 女性 3	男性 115 : 女性 16
年齢	72 歳	74 歳	69 歳
ふるさとの 会に至った 理由	詳細の記載のあったのは 46 ケース : トラブル 20 ケース (例 性的暴行を した) 回復 10 ケース (例 介護度が下がっ たのでいられなくなった) 中立 10 ケース (例 当初の入所期間 が終わった) 都内に戻りたい 5 ケース 他に行き場がない 1 ケース	詳細の記載があったものは 11 ケース : DV5 ケース、 離婚 2 ケース、 他には「世話をしていた兄の死 (本人 は統合失調症)」「孫と住んでいたが、 孫の生活能力が著しく欠損」、「娘と住 んでいたが親子関係の悪化」、「実家の 庭の物置で生活していたが破綻」	住まい喪失の詳細な理由がわかるもの は 90 ケース : 生活能力低下 31 ケース、 建て替え等の立ち退き 9 ケース、 近所トラブル 7 ケース、 家賃滞納 9 ケース、 火の不始末 9 ケース、 いわゆるゴミ屋敷 6 ケース、 ゴミ屋敷兼火の不始末 1 ケース、 入院長期化 4 ケース、 ADL 低下 3 ケース、 DV などからの被害 3 ケース、 逆に加害 1 ケース、 契約更新を拒否された 1 ケース、 退去要請 1 ケース、 保証人がいないため再契約できなかつ た 1 ケース、 自殺企図 1 ケース、 逮捕仮釈放後に行き場がない 1 ケース、 ひきこもり 1 ケース、 入院先がないためつなぎ 1 ケース であった。
疾患	詳細の記載は 43 ケース : 認知症 13 ケース 脳梗塞 (血管性認知症を含む) 12 ケ ース 糖尿病 5 ケース アルコール依存症 4 ケース 統合失調症 2 ケース 他は不整脈、脳腫瘍、リウマチ、外 傷による歩行障害、難聴、心不全、 蜂窩織炎	詳細の記載があったものは 9 ケース : 脳梗塞 2 ケース、認知症 2 ケース、統 合失調症 2 ケース、てんかん、アルコ ール依存症、知的障害が 1 ケースずつ	詳細の記載があったものは 81 ケース : 認知症 32 ケース、アルコール依存症 8 ケース、認知症兼アルコール依存症 1 ケース、脳梗塞及び血管性認知症 14 ケ ース (うち 1 ケースは進行性格上性麻痺 も合併)、統合失調症 6 ケース、糖尿病 4 ケース (網膜症 2 ケース、壊疽 1 ケ ース含む)、難聴 2 ケース、脳挫傷 2 ケ ース、それ以外に 1 ケースであったものは 心不全、肝硬変、透析、セルフネグレク ト、肺気腫、大腸がん、腹水 (原疾患不 明)、胃がん、結腸癌、多発転移がん、 頭部外傷系 11 ケース
平均滞在日 数	624 日	135 日	531 日
死亡	3 ケース (6%)	1 ケース (6%)	15 ケース (11%)
長期入院	8 ケース (17%)	1 ケース (6%)	36 ケース (27%)

表 2 3 つの類型の比較