

ホームレスの精神的健康と ソーシャルサポートの関連

吉 住 隆 弘*

要 約

本研究では、わが国のホームレスの精神的健康を調査し、ソーシャルサポートとの関連を検討することを目的とした。ホームレスの支援団体が行う食事配給サービスを受けていた男性のホームレス 30 名（平均 56.1 歳）を対象に、年齢や路上生活期間等の個人の属性や日常生活の困難事項の聞き取りを行い、ソーシャルサポート測定尺度と General Health Questionnaire-28 を実施した。その結果、ホームレスの精神的健康は一般の人と比較して低く、さらに臨床上の注意を要する割合が約 77% となることが示された。また精神的健康度の高さは、道具的サポートと関連したが、情緒的サポートとは関連しなかった。以上より、ホームレスの支援を考える際、彼らの精神的健康を考慮することが必要であり、その促進のためには、生活に密着した具体的なサポートを提供することが重要であることが示された。

キーワード：ホームレス 精神的健康 ソーシャルサポート

Abstract

The purpose of this study was to investigate the mental health of homeless people and its relationship to perceived social support. Thirty homeless males (M=56.1 years) were interviewed and asked to complete a battery of measures: a questionnaire about demographic data and the stressors in their daily lives; a questionnaire about social support; and the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). The main findings were as follows: (1) the GHQ-28 scores of the participants were higher than those of the general public, as 77% of them scored above the recommended cutoff point; (2) the GHQ-28 scores correlated negatively with perceived instrumental support but not with perceived emotional support. The results suggest that professionals should focus on the mental health of homeless people to ensure that the provision of material goods, services, advice, or information is indeed designed to promote and maintain their mental health.

Key words: Homeless people, Mental health, Social support

問題と目的

ホームレスとは、「都市公園，河川，道路，駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし、

* 人文学部准教授—臨床心理学

日常生活を営んでいる者」と定義される（ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法第二条）。1990年代後半に起きたバブル崩壊以降、大都市圏を中心に公園や図書館等の公共の施設でホームレスの姿が多く目にされるようになり、社会問題として特にとりあげられるようになった。厚生労働省による全国調査によれば、平成19年に18,564名だったホームレスの数は、平成23年に10,890名と減少傾向にあるが（厚生労働省、2011）、派遣社員の雇用問題や、ネットカフェ難民と呼ばれる住所喪失不安定就労者の問題とあわせて、再びクロージアアップされている（湯浅、2008）。

ホームレスの生活スタイルは、公園の片隅や河川敷にテント小屋を建てる等固定した起居の場を持っている人から、居場所を定めず転々としながら生活している人まで様々である。その生活環境の苛酷さは想像に難くなく、ホームレスの全国調査によれば、路上生活で困ることとして、清潔に保つこと、十分な食事の確保、寝所の確保、そして雨や寒さをしのぐことが多くあげられている（厚生労働省、2007）。ホームレスの生活環境の問題は、彼らの健康面に多大なる影響を与えていると考えられ、例えば小橋・太田・長野・木佐・笠井・芳賀・玉城・福地（2001）は、札幌市のホームレスの健康相談を行い、自覚症状として、歯の痛み、肩こり・筋肉痛、背中・腰の痛みを訴える人が多く、高血圧、高い尿糖値を示す割合が多かったと報告している。また逢坂・坂井・黒田・的場（2003）は、大阪市にてホームレスとして亡くなった人の調査を行い、当事者の平均寿命が56.2歳と非常に若いこと、死因の上位は心疾患、肝炎・肝硬変、肺炎、肺結核、脳血管疾患であること、そしてその死亡比率は一般と比較して高かったことを報告している。

一方、身体的な健康と比してその数は少ないものの、ホームレスの精神的な健康に着目した調査研究が増えつつある。森川・上原・奥田・清水・中村（2011）は、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision（American Psychiatric Association, 2000）を用いて、関東地域の都心付近に寝泊まりするホームレスを診察し、うつ病が41%、アルコール依存症が16%、精神病性障害が16%であったと報告した。また下平・岡部・飯田・峯川（2007）は、the General Health Questionnaire-28（GHQ-28）（Goldberg & Hillier, 1979；中川・大坊、1985）を用いて、臨床上注意を要する割合が、一般群の14%に対して（中川・大坊、1985）、ホームレスにおいては64%であったと報告した。これらの知見は、当事者の健康問題およびその支援を検討する際、身体的側面のみでなく精神的側面を考慮することの必要性を示している。

ところで、精神的健康と関係する要因について検討することは、具体的な支援のあり方を考える上で有用な情報を与えると考える。下平他（2007）は、路上生活に困難を感じている者や、身体的な疾患に罹患し自覚症状を訴える者ほど精神的な健康度が低かったと報告した。しかし、他者との関係性に注目し、精神的な健康との関係を扱った研究は知られていない。奥田（2009）は、ホームレスの本質的な問題は、単なる物理的な家の喪失ではなく、家族やそれを基礎とする他者との関係性の喪失であるとし、山田（2005）は、ホームレス生活から

の脱却を支援する際、他者との関係性回復の視点が必要であると指摘している。ホームレスの中には、孤立感を強く感じている割合が多いとの報告もあり（厚生労働省, 2007）、それゆえ、彼らの社会的ネットワークや他者との関わりと精神的健康の関連を検討する必要があると考えた。

そこで本研究では、わが国のホームレスの精神的健康を調査し、それと関連する心理社会的要因、とりわけソーシャルサポートとの関連を検討することを目的とした。ソーシャルサポートとは、他者との間の社会的支援関係において、ある個人が他者からどのような、そしてどの程度の支援を受けているかに関する認知のことを指し、その種類として、個人が抱えている問題を直接ないし間接的に解決することに役立つ道具的サポートと、個人の心理的な不快感を軽減し、自尊心の維持・回復を促す情緒的サポートの二つに大別される（橋本, 2005）。その効果としては、例えば大原（1996）は、単身生活を送る精神障害者を調査し、道具的サポートは生活技術を向上させ、情緒的サポートは社会参加を促進したと報告している。ソーシャルサポートは、元々は地域精神衛生分野において注目されるようになった概念であり、本研究でも、ソーシャルサポートにはホームレスの精神的健康を維持し保護する効果があると考えた。

最近のわが国のホームレス問題に対する施策においては、ホームレスを社会的に包摂していくあり方が検討され、Nonprofit Organization（NPO）を中心とした、他者との関係性構築を目的とした支援の試みがなされ始めている（後藤, 2010）。精神的健康とソーシャルサポートとの関連を検討することは、対人関係に着目したホームレス支援のあり方を考える上で重要な示唆を与えると予想された。

方法

調査対象者

A 市内にて、路上生活をしている男性を調査対象とした。A 市は人口 200 万人を超える、わが国を代表する都市であり、ホームレスに関する全国調査（厚生労働省, 2011）によれば、446 名とその数は全国でも上位に位置している。具体的な調査対象者の選定としては、まず NPO が行う食事の配給サービスの現場に参加し、サービスを利用している人に個別に調査を依頼した。その際、「健康調査および受けている支援に関する調査」と説明し、同意した人に対し、以下の質問項目を記述した質問紙を提示した。全体で 52 名のホームレスに調査の依頼を行い、30 名（平均年齢 56.1 歳、標準偏差 8.6 歳）が同意した。なお実際の調査時は、調査対象者の識字の問題を考慮して（山田, 2009）、調査者が質問項目および選択肢を調査対象者の前で読み上げ、それに対する回答を調査者が質問紙に記入した。1 人当たりに費や

した調査時間は30分程度であった。

調査項目

個人の属性 調査対象者の特性を検討するために、「年齢」、「路上生活期間」、「居住形態」、「収入源」、「デイケアサービスの利用経験」について尋ねた。年齢および路上生活期間はその年数について回答を求めた。居住形態については、居住場所が固定しているか移動しているかを尋ね、収入源については、定期的に収入を得ている手段があるかどうかを尋ねた。またNPOが行っているデイケアサービスの利用経験の有無について尋ねた。このサービスは、週1回、シャワーおよび洗濯、茶菓や昼食といった食事、そしてテレビを視聴しながら団らんする場所が原則無料で提供されるものであった。

日常生活の困難事項 日常の困難事項は、精神的健康に対し負の影響を与えていることが予想されたため、「食事」、「金銭」、「仕事」、「人間関係」、「体調」、「寂しさ」、「退屈」、「気分転換」に関する困りごとの有無について尋ねた。困っていると答えた場合を1点と評定した。

精神的健康調査票 GHQ-28(Goldberg & Hillier, 1979; 中川・大坊, 1985)を用いた。GHQは、神経症患者の症状把握やその評価に有効とされる自己筆記式の検査法である(中川・大坊, 1985)。本研究では、調査対象者の負担を考慮し28項目の短縮版を使用することにした。「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」の4側面の各質問項目について、4件法で評価を求め、全項目を合算したGHQ得点と4つの下位尺度得点を算出した。得点が高い方が、精神的健康度が低いことを意味する。なお中川・大坊(1985)を参考に、先行研究の知見と比較する際には、あてはまらない側から、0点、0点、1点、1点とするGHQ法を用い、相関分析を行う際には、あてはまらない側から、0点、1点、2点、3点とするLikert法を用いた。なお臨床上注意が必要な人を識別するカットオフ得点として、GHQ得点における6点を採用した(中川・大坊, 1985)。

ソーシャルサポート 大原(1996)のソーシャルサポート測定尺度を一部改変して用いた。調査対象者に対して、道具的サポート4項目(お金を貸してくれる、病気になった時に世話をしてくれる、重い物を運ぶ時に手伝ってくれる、分からないことを教えてくれる)と、情緒的サポート4項目(気持ちを分かってくれる、寂しい時に話をする、自分のこれからを相談する、会うとホッと安心して安心する)が期待できる他者がいるかどうかについて回答を求めた。サポートが期待できると回答した場合に、知覚されたサポートとして1点と評定した。なお先行研究では、サポートをリソース別に測定することの重要性が指摘されている(福岡, 2000)。従って本研究でも、サポートが期待できる他者として、「家族・親族」、「友人」、「NPO」、「行政」の4種類をリソースとして設定することにした。全リソースを合計したソーシャルサポート全体得点(得点範囲0-32点)、道具的サポート得点(得点範囲0-16点)、情緒的サポー

ト得点（得点範囲 0-16 点）を求めた。加えて 4 種類のリソース個別のソーシャルサポート得点（得点範囲 0-8 点）、道具的サポート得点（得点範囲 0-4 点）、および情緒的サポート得点（得点範囲 0-4 点）についても求めた。

結果

調査対象者の特徴について

個人の属性と日常生活の困難事項について、該当する人数を示した（Table 1）。

Table 1 調査対象者の特徴

項目		<i>n</i>
年齢	30 代	1
	40 代	7
	50 代	11
	60 代	9
	70 代以上	2
路上生活期間	6 ヶ月未満	6
	6 ヶ月以上 1 年未満	6
	1 年以上 5 年未満	5
	5 年以上 10 年未満	6
	10 年以上	6
居住形態	移動	7
	固定	18
収入源有		15
デイケアサービスの利用有		18
日常生活の困難事項		
食事		13
金銭		23
仕事		23
人間関係		8
体調		14
寂しさ		19
退屈		18
気分転換		6

精神的健康度について

全項目を合算した GHQ 得点の他、4つの下位尺度得点について、平均値と標準偏差を算出した（Table 2）。調査対象者の精神的健康の特徴を調べるため、中川・大坊（1985）の一般人 50 名（男性 19 名、女性 31 名）の GHQ-28 のデータを用いて、調査対象者と一般人の精神的な健康度の比較を行った。対応のない t 検定を行ったところ、GHQ 得点および全ての下位尺度得点において群間の有意差が認められ、全般的に調査対象者の精神的健康度が一般人よりも低いことが示された。また、カットオフ得点を用いて臨床上注意を要する人の割合を算出したところ、調査対象者の 76.7% が該当した。

ソーシャルサポートについて

ソーシャルサポート全体について、合計得点、道具的サポート得点、および情緒的サポート得点を算出し、家族・親族、友人、NPO、行政からのサポートについても、リソースごとに、合計得点、道具および情緒的サポート得点を算出した（Table 3）。知覚されたサポートに、リソース間で差があるかどうかを調べるために、リソースの種別を被検者内要因とした、1 要因の分散分析を行った。その結果、サポート合計得点に、リソース間で知覚されたサポー

Table 2 GHQ-28 の平均値および標準偏差

	ホームレス (N=30)		一般群 (N=50) ¹⁾		t (78)
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
GHQ 得点	11.23	5.64	2.76	2.31	7.85**
身体的症状	2.67	1.92	1.02	1.09	4.30**
不安と不眠	3.17	1.74	1.24	1.40	5.14**
社会的活動障害	2.60	1.83	0.28	0.53	6.77**
うつ傾向	2.80	2.07	0.28	0.28	6.62**

1) 中川・大坊（1985）

** $p < .01$

Table 3 ソーシャルサポート尺度の平均値および標準偏差 (N=30)

	合計	道具的サポート	情緒的サポート
	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)
サポート全体	4.07 (3.08)	1.73 (1.26)	2.33 (2.25)
家族・親族からのサポート	0.50 (1.08)	0.27 (0.58)	0.23 (0.57)
友人からのサポート	2.23 (1.92)	0.93 (0.87)	1.30 (1.32)
NPO からのサポート	1.20 (1.92)	0.43 (0.77)	0.77 (1.28)
行政からのサポート	0.13 (0.43)	0.10 (0.40)	0.03 (0.18)

トに統計的有意な差がみられ ($F(3, 87) = 12.1, p < .01$), 多重比較の結果, 友人からのサポートが, 家族・親族と行政からのサポートよりも多く, また NPO からのサポートが行政からのサポートよりも多く知覚されていた。道具的サポート得点についても統計的有意な差がみられ ($F(3, 87) = 7.99, p < .01$), 多重比較の結果, 友人からのサポートが, 家族・親族と行政からのサポート得点よりも多く知覚されていた。情緒的サポートにおいても統計的有意な差がみられ ($F(3, 87) = 11.9, p < .01$), 多重比較の結果, 友人からのサポートが, 家族・親族と行政よりも多く知覚され, また NPO からのサポートが行政よりも多く知覚されていた。

精神的健康度とソーシャルサポートの関連

個人の属性, 日常生活の困難事項, 知覚されたソーシャルサポートと, 精神的健康度との関連を検討するために, 各変数間の Pearson の積率相関係数を算出した (Table 4)。

その結果, サポート全体得点は, GHQ 得点, 社会的活動障害, うつ傾向と有意な負の相関を示した。また道具的サポートは, 不安と不眠以外の全ての精神的健康に関する指標と有意な負の相関を示した。サポートのリソースごとでは, 友人からのサポートでのみ関連がみられ, 友人からの道具的サポートは, GHQ 得点およびうつ傾向と有意な負の相関を示した。情緒的サポートは, リソースに関係なく, 精神的健康度との有意な関連を示さなかった。その他, 体調の困りごとは, 全ての精神的健康に関する指標と有意な正の相関を示し, 人間関係の困りごとは, 不安と不眠の間に有意な正の相関を示した。またデイケアサービスの利用は, GHQ 得点, 社会的活動障害, うつ傾向の間に有意な負の相関がみられた。

Table 4 GHQ-28 と心理社会的変数の相関係数 (N=30)

	GHQ 得点	身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
個人の属性					
年齢	-.20	-.03	-.29	-.29	-.08
路上生活期間	-.23	-.03	-.09	-.28	-.33
居住形態	.10	-.04	.38	.09	-.07
収入源有	.05	.10	.14	-.13	.01
デイケアサービスの利用	-.37*	-.26	-.14	-.46*	-.37*
日常生活の困難事項					
食事	.30	.14	.19	.36	.30
金銭	.01	-.17	-.03	.16	.09
仕事	.21	.19	-.05	.35	.23
人間関係	.14	.17	.41*	-.02	-.12
体調	.56**	.44*	.51**	.41*	.43*
寂しさ	.22	.20	.26	.00	.20
退屈	-.13	-.23	-.16	.01	-.01
気分転換	.09	-.03	-.04	.23	.16
サポート全体					
道具的サポート	-.45*	-.27	-.31	-.39*	-.47**
情緒的サポート	-.56**	-.46*	-.35	-.46*	-.53**
家族からのサポート					
道具的サポート	-.15	-.08	-.02	-.22	-.17
情緒的サポート	-.20	-.16	-.05	-.25	-.21
友人からのサポート					
道具的サポート	-.35	-.20	-.26	-.18	-.42*
情緒的サポート	-.41*	-.29	-.26	-.25	-.47**
NPO からのサポート					
道具的サポート	-.23	-.12	-.21	-.28	-.24
情緒的サポート	-.25	-.05	-.19	-.33	-.26
行政からのサポート					
道具的サポート	-.15	-.26	-.06	-.20	.01
情緒的サポート	-.14	-.17	-.04	-.26	-.02
情緒的サポート	-.05	-.24	-.05	.09	.06

* $p < .05$, ** $p < .01$

考察

調査対象者の特徴について

今回の調査対象者の特徴は、50代から60代の人が多く、平均年齢は56.1歳であった。これはホームレスの全国調査による結果の57.5歳（厚生労働省、2007）と同程度であり、よって調査対象者の年齢は、わが国の代表的なホームレスを抽出していたといえる。次に路上生活期間は、6ヶ月未満の人と6ヶ月以上1年未満の人の割合がともに20%ずつと、全国調査と比較し高い割合を示していた（全国調査結果では、順に6.3%、5.7%、厚生労働省、2007）。仕事および住居を喪失して間もない人が多かったといえる。生活形態については、公園等に決まった起居の場を持つ固定型が60%と移動型よりも多数を占め、収入源については、約半数が空き缶等の廃品回収といった定期的な仕事に従事していた。NPOが行っているデイケアサービスを利用している割合は60%であった。

日常生活の困難事項として最も多くあげられたのは、金銭および仕事に関することであった。これらは路上生活から脱却できない主要因と想定できるため、困難事項として多くあげられたのも当然の結果といえる。一方、食事について困っている割合は、金銭や仕事で困っている割合と比べて少なかった。調査を実施した地域では、複数のNPOがホームレスのための食事の配給サービスを実施しており、食事に関してはサービスがある程度行き届いている状況を示しているものと思われた。次に多かったのが、寂しさや退屈といった心理的側面に関する困難事項であった。寂しさに関しては、「炊き出しの仲間と会うとホッとする。」や「炊き出しの場で、仲間という時はいいが、一人になると考えたくないことで涙することもある。」と答える調査対象者もあり、食事の配給サービスに集うことが、単に食事のためだけでなく、知人と会うことも目的の一つとされていると推察された。

ホームレスの精神的健康と関連する心理社会的要因について

ホームレスの精神的健康は、GHQ-28の下位領域によらず一般の人より低いことが示された。また臨床上の注意を必要とする割合は76.7%であり、一般人の14%（中川・大坊、1985）と比べて高い結果となった。ホームレス問題とその支援を考える際、精神的健康を考慮することの重要性が改めて示された結果といえよう。一方ソーシャルサポートに関して、単身の精神障害者では、サポートのリソースとして家族が多くあげられたのに対し（大原、1996）、ホームレスにおいては、友人がリソースとして最も多くあげられた。調査対象者からは「親はすでに亡くなっている。」「家族とは関係性が切れているため、今さら連絡はできない。」「生きているのか死んでいるのかさえ分からない。」と話す人もおり、家族・親族

との関係が、非常に疎遠となっている状況がうかがえた。社会から孤立しがちな路上生活の中にあって、友人関係が数少ない社会との接点となっていることが示唆された。

本研究の目的は、精神的健康とソーシャルサポートの関連を検討することであった。分析の結果、サポート全体得点の高い人は精神的健康度が高いことが示され、とりわけ道具的サポート得点の高い人は精神的健康度が高いことが示された。ソーシャルサポートのマッチングモデルによれば、コントロール不可能なストレスに対しては情緒的サポートが、コントロール可能なストレスに対しては道具的サポートが有効とされている（Cutrona, 1990）。路上生活は、自身の力だけでは簡単には変えがたいコントロール不可能な側面と、生活環境への適応といった、コントロール可能な側面が存在すると考えられる。道具的サポートは、その人の生活技術の高さと関連することが示されており（大原, 1996）、ホームレスにとって、生活に密着したサポートが得られるネットワークが築けていることは、過酷な生活環境に適応する上での生活技術の向上につながると考えられる。道具的サポートは、路上生活を送る上でのストレスの低減、さらには精神的健康の低下を防ぐ役割を担っていることが示唆された。

一方情緒的サポートは、リソースの種別に関わらず、精神的健康と関連しなかった。この背景には、ホームレスの否定的な他者観が影響していたためではないかと考える。先行研究によれば、他者に対して否定的な見方をする人は、受け取っているサポートを実際よりも過小評価する傾向があるとされており（Vinokur, Schul, & Caplan, 1987）、実際ホームレスにおいては、他者への不信を根強く持っていたり、他者からのサービスを受けることに強い抵抗感を持っていたりする人がいることが報告されている（水谷・谷口, 2004）。今回の調査対象者からは、「友達は欲しいけど、以前信頼していた人にお金を盗まれたから、本当の友達は作らない。」や「仲間とは深い関わりはやめた方がよい。友人はあくまでも友人。」と、他者との深い関係を築くことを拒否する人がいた。野上（2002）は、ホームレスへのインタビュー調査から、ホームレスが個人的な体験や真剣な悩みを話せるような関係性を築くことは難しいとしている。以上のことから、彼らが、情緒的な関係性を構築することの難しさを抱えていることが推察された。

日常の困難事項として、体調に関する困りごとをあげる人は、精神的健康度が全般的に低下しやすいことが示された。この結果は身体の自覚症状が多い人ほど GHQ 得点が高いと報告した下平他（2007）の結果と一致するものであり、メンタルヘルスの視点からも、ホームレスの身体的健康に目を向けることの重要性が示された。さらに人間関係に困りごとを抱えている人は不安と不眠を訴える傾向にあった。当事者が抱える対人的トラブルにも留意し、その対応を支援することは、ホームレスの精神的健康を考える上で重要な側面であることが示された。

最後に、NPO が行うデイケアサービスを利用している人は、していない人と比較し、精神的健康が高い結果となった。NPO のソーシャルサポートと精神的健康度とに関連がみられなかったことを考慮すると、デイケアサービスという場そのものが、精神的健康に影響し

ていたと考えられる。調査対象者が利用していたデイケアサービスでは、衣食に関するサービスに加え、当事者同士が団らんする場が提供され、ホームレス自身が清掃やバザーのボランティア活動を行うといった双方向性のサービスが行われていた。当事者自身が何らかの社会参加をしたことが、ホームレスの精神的健康を促進したと推察された。

まとめおよび今後の課題

本研究では、これまであまり顧みられなかったホームレスの精神的健康に注目し、それと心理社会的要因、とりわけソーシャルサポートを中心に関連性を検討した。その結果、ホームレスの精神的健康は一般の人と比較し低く、臨床上の注意を要する割合が約 77% であること、そして道具的サポートを知覚できている人ほど、精神的健康度が高いことが示された。このことは、ホームレスの支援を考える際、彼らの精神的健康を考慮することと、その促進においては、生活に密着した具体的なサポートを提供することの重要性を示しているといえよう。一方、本研究には以下の課題が残されている。ホームレス研究においては、一般にその調査実施の難しさが指摘されており、結果の代表性、妥当性、信頼性が課題とされている(園部, 1996)。本研究においても、調査場所が屋外であることや、ホームレスの方の識字の問題が予想されたことから、集団調査を実施することが難しく、調査対象者を一度に多く集めることができなかった。それゆえ今回の結果は予備的なものと捉えておく必要があるだろう。今後、信頼性および妥当性のある結果を得るためには、調査対象者を増やしての追加および再調査の実施が必要である。また本研究は横断研究ゆえ、精神的健康と関連した心理社会的要因の因果関係の方向を確定することは難しい。結果については、双方向性の因果関係を念頭に置いて、解釈をする必要があると考える。

付記

本研究は、平成 22-23 年度科学研究費補助金「ホームレス支援における効果的なソーシャルサポートの研究」(研究代表者・吉住隆弘) による助成を受けて行われた。

引用文献

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed, text revision) (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cutrona, C. E. (1990). Stress and social support: In search of optimal matching. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 3-14.

- 福岡欣治（2000）. ソーシャル・サポート内容およびサポート源の分類について 日本心理学会第64回大会発表論文集, 144.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- 後藤広史（2010）. 「ホームレス状態を脱却した人々」に対する支援に関する研究—民間支援団体（NPO）によるソーシャルサポートネットワークの構築— ソーシャルワーク学会誌 19, 1-13.
- 橋本剛（2005）. ストレスと対人関係 ナカニシヤ出版
- 小橋元・太田薫里・長野俊輔・木佐健悟・笠井世津子・芳賀光治・玉城英彦・福地保馬（2001）. 札幌市におけるホームレス者の健康問題と生活習慣の実態—平成12年の健康相談会の実践から— 日本公衆衛生雑誌 48, 785-793.
- 厚生労働省（2007）. ホームレスの実態に関する全国調査報告書
- 厚生労働省（2011）. ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）結果
- 水谷聖子・谷口茂（2004）. 中高年男性ホームレスがそこで野宿をする意味—当事者に対する聞き取り調査とその分析— 愛知淑徳大学現代社会学部論集 9, 149-161.
- 森川すいめい・上原里程・奥田浩二・清水裕子・中村好一（2011）. 東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率 日本公衆衛生雑誌 58, 331-339.
- 中川泰彬・大坊郁夫（1985）. 日本版 GHQ 精神健康調査票手引 日本文化科学社
- 野上亜希子（2002）. 路上生活者における喪失体験と悲哀の心理 心理臨床学研究 20, 133-144.
- 大原美知子（1996）. 精神障害者の生活適応とソーシャルサポート—単身生活者の場合— 社会福祉学 37, 88-99.
- 奥田知志（2009）. ホームレス問題とは何か 山崎克明・奥田知志・稲月正・藤村修・森永長生編 ホームレス自立支援—NPO・市民・行政協働による「ホームの回復」 明石書店
- 逢坂隆子・坂井芳夫・黒田研二・的場梁次（2003）. 大阪市におけるホームレス者の死亡調査 日本公衆衛生雑誌 50, 686-696.
- 下平唯子・岡部聡子・飯田恭子・峯川美弥子（2007）. 男性路上生活者の健康と生活の動向 民族衛生 73, 87-98.
- 園部雅久（1996）. ホームレス調査をめぐる方法とデータ 日本都市社会学年報 14, 53-63.
- Vinokur, A., Schul, Y., & Caplan, R. D. (1987). Determinants of perceived social support: Interpersonal transactions, personal outlook, and transient affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1137-1145.
- 山田耕司（2009）. ホームレス状態となった知的障がい者支援の現場から見てきたもの—北九州における取組みについて— ホームレスと社会 1, 92-101.
- 山田壮志郎（2005）. ホームレス状態を「脱却」した人々の生活状況とホームレス対策の課題 社会福祉学 46, 51-62.
- 湯浅誠（2008）. 痛めつけられた人たちにとっての「自立」とは—生活困窮者支援の現場から— 社会福祉研究 102, 75-82.

（2013年4月17日 受理）