

救護施設における障害をもつ人の 地域移行を促進する取り組み

——精神障害をもつ人の地域移行の取り組みに着目して——

社会学部 4年 坂 下 槇 梧

<目次>

問題の所在

I. 救護施設とは

II. 救護施設の現状

III. 事例研究

～救護施設「A施設」の地域移行に関
する取り組み～

IV. 救護施設における地域移行を促進す る取り組み

おわりに

参考文献

問題の所在

筆者は社会福祉士の実習で救護施設に行った際、ソーシャルワーカーとして必要な価値や傾聴技術や利用者を1人の人間として尊重する姿勢を学ぶことができた。

救護施設は生活保護法第1条に基づき、最低生活の保障と自立助長を目的とした施設であり、自立生活の実現に向けた通過点にしか過ぎないと規定されているにもかかわらず、その目的と利用者の言葉のギャップを感じるがあった。例えば、ある利用者は「ここで一生を終えてもいいと思っている」と暗い表情をしながら低い声で話された。また、「ここが良い」と笑顔で話す利用者の方もおられた。これらのことから、利用者には救護施設を退所し、地域で生活するという自立を促すことが必要ではないかという問題意識が生じた。

そこで、本論文の目的は、救護施設の実態を把握し、先駆的に精神障害者

の地域移行を支援している実践から地域移行を促進する要因を明らかにすることにある。

I. 救護施設とは

(1) 歴史

現在の救護施設は生活保護法で規定されている保護施設として、1951（昭和26）年の18施設から始まった。1993（平成5）年に全国救護施設協議会が行った「救護施設実態調査報告書」によると、明治時代が2施設、大正時代が2施設、昭和の初めから戦前までが6施設、戦後25年までが6施設と生活保護法ができるまでに16施設が設立されている¹⁾。

東京養育院は1872（明治5）年にロシア皇太子が来日する折、明治維新の犠牲で浮浪化している人を、「帝都の恥かくし」として浮浪者を捕まえて収容した。これは福祉的な要素はなく、治安対策的あるいは社会防衛的なものとして始まっている。東京養育院の初期段階では、生活困窮を理由として集められたさまざまな人々（男女、高齢者から幼児まで、身体、知的、精神障害者、結核、ハンセン病患者など）が「混合収容」されていた。その後も収容保護の対象が拡大し、行旅病人、棄児も生活困窮者として収容された。そこでの処遇は「補導、更生」であり、労働能力のあるものは「工場、日雇い会社」での力役や、授産部門での強制労働が、この種の施設では行われていた。東京養育院以外でも、1887（明治20）年までに、窮民収容施設は15箇所設立されているが、この時期の窮民救済は治安対策的な要素が高く、収容し労役する点が問題視されていた。

1929（昭和4）年に公布された救護法によって初めて「救護施設」という名称が使われるが、この時期の被救護者は貧困のために生活ができない者であり、何らかの疾病や障害があるために労務を行うことに支障があるものであった。救護法による施設保護は、あくまでも居宅保護の「補完的役割」を担い、設置についても実施主体である市町村自体の任意として、地方長官（県知事）

の許可を受けるとしている。

敗戦後、戦災者、引揚者、浮浪児・浮浪者が増加する中で「旧生活保護法」の施設が、収容者に対して一種の懲戒的な傾向があると占領軍からの指摘があり、「新生活保護法」が成立した。救護施設は新生活保護法の中に規定され、保護施設の1つとして、この後存在していく。

このような歴史の流れの中で、救護施設と精神障害者の歴史は古くからある。1929（昭和4）年の救護法時代には、約3万人もの収容者のうち10%の人々が「精神耗弱者又ハ身体虚弱者」であった²⁾。それから1958（昭和33）年、一般の救護施設とは別に緊急救護施設が設置され、病状が安定して入院治療の必要がない精神障害者のうち、家族の受け入れがない人々を受け入れる施設として稼働する³⁾。その後の施設整備により、精神病院への隣接、精神科医の配置、更生期間（2年）の設定、社会生活に適応できるようにすること、社会復帰者のための宿所提供施設、就労機会を提供するための授産施設を併設していること等の条件が付加された⁴⁾。これは、精神病院から緊急救護施設へ、緊急救護施設から宿所提供施設や授産施設へという流れを促進しようとする政策意図がうかがえる。1966（昭和41）年に緊急救護施設が一般の救護施設や精神薄弱者施設に移行する施設が目立つことを理由に緊急救護施設が廃止される⁵⁾。その後も、精神障害者数は増加を続け、2002（平成14）年には50.3%が精神障害者によって占められている⁶⁾。それは、歴史的に救護施設はその時代、地域の未解決な福祉課題に取り組むという機能があったからである。

(2) 定義

救護施設は、生活保護法に基づく保護施設であり、社会福祉法における第一種社会福祉事業である。生活保護法第38条において、次のように規定されている。

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て、生活扶助を行うことを目的とする施設とする。

救護施設は、日本国憲法 25 条の「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」を保障するために、生活保護法第 3 条の「この法律により保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならない」を根拠法とする施設で、障害の種類等に関わらず、身体障害者、知的障害者、精神障害者又はそれらの障害を重複してもつ者と必要な人に必要なサービスを提供できる総合的な福祉施設としての機能を持つ施設である。

(3) 実践的目標

全国救護施設協議会では、救護施設の理念やサービス実践的目標を、2001（平成 13）年 7 月に策定した「救護施設サービス評価基準」の中で、次のように規定している⁷⁾。

基本理念として、救護施設は、障害の種類を問わず支援を要する者がともに生きる場として、利用者を地域で生活する市民として尊重し、その基本的人権と健康で文化的な生活を保障する。と同時に、利用者の幸福の追求と、その人らしい豊かな生活の実現の支援に最大限に努める、が掲げられている。

次に、実践的目標として三つある。一つ目は、利用者の基本的人権を保障し、主体性を尊重した自己実現の支援を図ることで、利用者を独立した人格として、人権の擁護に最大限努めることと、利用者が主体的に自己実現を図れるようにできる限り支援するということである。二つ目は、多様な障害や課題を持つ利用者のニーズに応じたサービスを提供することとして、利用者個々の生活の困難さに対応したサービスを提供することと、ノーマライゼーションの考え方を踏まえ「ともに生きる」ための生活を構築することである。三つ目は、地域の社会資源におけるネットワークを構築し地域に根ざした施設を目指すということで、他機関を含めた地域の社会資源とのネッ

トワークを活用し、利用者のニーズに応じた支援を提供することと、救護施設自身が地域の社会資源として機能することを目指すこととしている。そして、救護施設のサービスとして、日常生活支援の介護サービス、健康管理、相談援助がある。また、リハビリテーションプログラムとしては、身体機能回復訓練、日常生活動作・生活習慣等の訓練がある。他にも、自己実現の支援として、就労支援、作業活動、趣味・学習活動、レクリエーション等がある。さらに、地域生活の支援として、通所事業、居宅生活訓練事業、グループホームの運営、配食サービス等がある。

Ⅱ. 救護施設の現状

(1) 設置数

厚生労働省の調査によると設置数は、以下の表1のようになっている⁸⁾。

救護施設は、1951（昭和26）年に初めて設立され、1970（昭和45）から1980（昭和55）年をピークとしており、このことは戦後の急激な社会情勢の変化、恤救対象の急増に対応したことに寄因すると考えられる。

表1 年度別救護施設数

年度	1951年	1955年	1960年	1965年	1970年
施設数	18	51	81	108	131
年度	1975年	1980年	1985年	1990年	1995年
施設数	145	160	169	173	81
年度	2000年	2005年	2009年	2010年	2011年
施設数	178	183	186	188	184

平成22年度 厚生労働省による社会福祉施設等調査結果より

(2) 利用者の現状

1. 障害状況

2007（平成 19）年度全国救護施設協議会が行った全国救護施設実態調査によれば、入所している障害の種類と割合は、表 2 のようになっている⁹⁾。

障害別入所者数の割合は、「身体障害のみ」は 9.3%、「知的障害のみ」18.2% に比べ、「精神障害のみ」は 30.4% と高い。重複障害の割合も含めると精神障害をもっている人は全体の 51.9% となり、入所者の半数を占める。

表 2 障害別入所者数の割合

障害状況	人数(人)	割合(%)	障害状況	人数(人)	割合(%)
身体障害のみ	1,560	9.3	知的障害+精神障害	2,285	13.6
知的障害のみ	3,055	18.2	生活障害	968	5.8
精神障害のみ	5,095	30.4	障害なし	1,167	0.9
身体障害+知的障害	1,112	6.6	その他	145	7.0
身体障害+精神障害	814	4.9	無回答	73	0.4
身体障害+知的障害+精神障害	504	3.0	合計	16,778	100.0

平成 19 年度全国救護施設実態調査より：一部筆者修正

2. 年齢別性別の割合

2007（平成 19）年度全国救護施設協議会が行った全国救護施設実態調査によれば、年齢層、性別の人数の割合は以下の表 3 のようになっている¹⁰⁾。全体の中で、「60 歳～70 歳」が 40.2% と最も高く、60 歳以上は全体の 65.6% となり、救護施設入所者の高齢化が見られる。一方、性別では 80 歳以上では女性が多いが、その他は男性が多い傾向がみられる。

表3 年齢別性別の割合

年齢	人数（人）				割合（％）
	男性	女性	性別無回答	合計	
20歳以上～40歳未満	198	130	0	328	2.0
40歳以上～50歳未満	619	357	0	976	5.8
50歳以上～60歳未満	2,962	1,474	1	4,437	26.4
60歳以上～70歳未満	4,268	2,473	3	6,744	40.2
70歳以上～80歳未満	1,865	1,584	1	3,450	20.6
80歳以上～	334	478	0	812	4.8
不明～	2	0	29	31	0.2
合計	10,248	6,496	34	16,778	100.0

全国救護施設ホームページより 平成19年10月1日現在：一部筆者修正

3. 入所期間

2007（平成19）年度全国救護施設協議会が行った全国救護施設実態調査によれば、入所期間は以下の表4のようになっている¹¹⁾。

「1年未満」「1年」という短期間で退所する人と「5年～9年」「10年～14年」と中・長期間かけて退所する人が多い傾向にある。平均入所期間は14年である。

表4 入所期間の割合

入所期間	1年未満	1年	2年	3年	4年	5～9年	10～14年
人数(人)	1818	1659	1084	793	714	2333	1087
割合(%)	10.8	9.9	6.5	4.7	4.3	13.9	10.8
入所期間	15～19年	20～24年	25～29年	30～34年	35～39年	40～44年	45年以上
人数(人)	1298	1086	1118	970	1060	655	330
割合(%)	7.7	6.5	6.7	5.8	6.3	3.9	1.9

平成19年度全国救護施設実態調査より：一部筆者修正

(3) 現在の課題

現在の課題としては、以下の3つ挙げられる。

1つ目は、入所者の高齢化である。年齢別性別の割合によると、全体の中で、60歳以上の人の数は65.6%と高齢者の割合が多い。2つ目は、入所者の障害状況である。障害別入所の割合によると、重複障害の割合も含めると、精神障害をもっている人は全体の51.9%であり、入所者の半数を占める。そのうち28.1%が重複障害をもっている。重複障害をもつことで、身体障害者福祉法や老人福祉法などの他福祉法に基づいた施設等の社会資源への移行ができず、地域移行を阻害する要因になると考えられる。最後は、入所期間の長期化である。入所期間の割合によると「1年未満」「1年」と短期で退所する人が多いが、また「5年～9年」「10年～14年」の割合も多く、入所期間の二極化の傾向がみられる。平均入所期間は14年となっており、入所期間の長期化が明らかといえる。

Ⅲ. 事例研究～救護施設「A施設」の地域移行に関する取り組み～¹²⁾

(1) 調査目的

本調査目的は全国にある救護施設の中でも、地域移行の取り組みを先駆的に行っているA施設に着目し、実際に地域移行に至った事例をもとに地域移行を促進する要因について明らかにすることにある。

(2) 方法

調査方法は、A施設の職員により地域移行に至った利用者の援助過程の内容を提供してもらい事例分析を行った。調査期間は、2012年3月から7月までの間に3回（各2時間）聞き取りを行った。

倫理的配慮として、A施設の職員から事例研究の対象となる本人に同意をもらった。本論文でも、事例から特定されないように配慮した。

(3) 結果

1. A施設の概要

a) 歴史

B法人では、成人男性で身体や精神に障害や疾病があるために日常生活を送ることが困難な者の生活全般について援助を行っている¹³⁾。B法人には診療所の他複数の救護施設がある。「A施設」では精神障害者の社会生活適応及び社会復帰の相談援助を行うために、1951（昭和26）年12月21日に認可を受けて開設した。

b) 現状

A施設では支援方針として、「自主・自立」をサービスの基本とし、利用者の人格を尊重しつつ、社会生活適応及び社会復帰が実現できるよう、1人ひとりのニーズに応じた援助を行うことを掲げている。定員は成人男性110名である。入所している人の疾病はさまざまで、統合失調症、非定型精神病、そううつ病（双極性感情障害）、てんかん精神病、中毒精神病、神経症、うつ病、器質性精神病などの疾患をもつ人々がおり、精神保健福祉手帳所持者は74人で全体の67%を占める。さらには、平均年齢は59歳であり、平均入所期間は5年3ヶ月と全国平均より短い。

c) 地域移行への取り組み

A施設では入所時の支援として利用者に対し、以下のアセスメント表に基づき、ニーズ整理表をまとめ、個別支援計画を作成している。

表5 アセスメント表

1.生活基盤に関する領域	経済環境, 住環境
2.健康に関する領域	服薬管理状況, 精神科通院状況
3.日常生活に関する領域	生活リズム, ADLの個人衛生
4.コミュニケーションに関する領域	対人関係, 意思疎通, 相談等
5.社会生活状況に関する領域	就労, 教育, 社会資源の活用
6.緊急時の対応に関する領域	自分の状態悪化時の対応
7.支援上配慮が必要な社会行動に関する領域	問題, 迷惑行為, 認知能力
8.家族支援に関する領域	家族との交流

筆者作成

A施設では、地域移行（退所）に向けての支援として、利用者に対して3本柱として服薬管理の訓練、金銭管理の訓練、日中活動の提供を重視している。また、地域移行後（退所後）の支援として、保護施設通所事業があり、通所事業と訪問事業を主な柱としている。

通所事業は利用者がクラブ活動や行事などの日中活動へ参加することで、生活リズムができたり、人との関わりをもつことができたりすることから、ひきこもり防止や症状の悪化の予防に寄与している。また、地域移行後（退所後）も服薬管理や金銭管理の支援も行っている。訪問事業は、地域移行（退所）した利用者のアパートに月に1回程度訪問し、服薬の確認や健康状態の確認、また相談等を行っている。さらに、地域移行後（退所後）の支援の一環として、地域移行（退所）したOBの人と入所者の交流会である「E会」がある。現在50人程度の利用者が参加している。

2. 事例の概要

Fさん（男性、60代）はG県で、4人兄弟の第3子として出生。中学校を卒業後、集団就職で来阪し鉄工所で勤務するが、1年で退職となる。その後他県で日雇いの仕事を15年間していた。1980（昭和55）年に結婚するが1年で離

婚している。1988（昭和 63）年に頭に水が溜まり入院。1996（平成 8）年頃から精神科病院で入退院を繰り返す。2007（平成 19）年に交通事故に遭い、福祉事務所に保護され、その後A施設に入所となる。

家族構成は、兄が 2 人、妹 1 人。長兄と両親は他界しており、次兄（H 県に在住）は本人と関わりを拒否している。妹（I 県在住）は、本人と電話で対応する程度である。

3. A 施設の地域移行への取り組み

a) 入所時の様子

2007（平成 19）年に入所した F さんの入所時の臨床心理士によるアセスメントでは、情緒的には安定しているが、気分が変わりやすく、内的なエネルギーにより、活発に活動する。熟慮性は乏しく、思いのまま行動し、自己中心的で周囲に迷惑をかけることが多い。また、病名は「統合失調症」であり、喘息を併発している。IQ 55 と推定されている。

b) 入所時の課題

入所時の F さんと作成した個別支援は、以下の 4 点である（表 6）。

c) 退所に至るアセスメント内容

入所当初から居宅生活の希望が強かったが、金銭の問題や対人関係、衝動性を抑えることができないといった課題があり、退所へ至らなかった。しかし、入所当初の目標として、服薬管理と金銭管理、日中活動に加え、身体疾患に対する支援と F さんの生活課題を支援していく中で、F さんは自分の抱えている課題と向き合うようになり、課題の達成の経験の積み重ねの中で、自立への気持ちが芽生えてきた。そして、日中活動へ意欲的に参加したり、「居宅生活を送りたい」や「貯金したい」という希望があり、2012 年 2 月に退所に向けた支援を開始する。

d) 退所に向けての支援

F さんとともに作成した退所に向けての支援は、以下の 6 点である。（表 7）

表6 入所時のFさんの個別支援計画

生活領域	生活のしづらさ	目標の設定	支援方法
1. 服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・病識がなく、薬を飲む必要性を感じていない。 ・薬の処方統一されおらず、服薬に嫌気を感じている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬することの必要性を理解してもらう。 ・服薬の習慣をつける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医と連携を図り、適切な服薬の指導や処方された薬の説明等による服薬の必要性の理解を促す。 ・毎食後及び眠前時に事務所において対面服薬をしてもらう。
2. 金銭管理	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭感覚がない。 ・借金を返済したい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・計画的に金銭を使用できるようにする。 ・借金を返済する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭を事務所で管理し、1日に必要な分だけ金銭を渡す。 ・生活費の一部を借金の返済に充てる。
3. 日中活動 (対人関係)	<ul style="list-style-type: none"> ・生活リズムを崩しやすい。 ・日中の過ごし方がわからない。 ・衝動性が強く、自己中心的なために友人がおらず、孤立している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・規則正しい生活スタイルを構築する。 ・良好な対人関係を構築し、本人の居場所を作る。 ・対人関係等の生活場面に応じた状況を作る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・日中活動の参加を促すことによって生活リズムを構築する。 ・他の参加者との関係調整を図り、本人の居場所作りをする。 ・良好な対人関係の構築を指導及び行動の認知を図る。
4. 身体疾患 (喘息)に対する支援	<ul style="list-style-type: none"> ・焦燥感が強く、その解消法がタバコを吸うことになっている。 ・タバコを吸うこと以外にすることがない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・タバコによる持病の喘息に対する影響を理解してもらう。 ・喫煙の量を減らす。 ・日中活動への参加を促し、喫煙以外の楽しみを見つける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師と協力し、タバコによる喘息への影響の理解を図る。 ・タバコを事務所で管理し、1日10本渡す。 ・日中活動の紹介、参加への促しによる喫煙の機会を減らす。

表7 退所に向けての個別支援計画

支援内容	本人の希望	目標	支援方法
1. 服薬管理	・病状を安定させたい。	・服薬の習慣をつける。 ・服薬の自己管理を目指す。	・毎食後及び眠前時に声掛けを実施し、服薬を確認する。 ・薬の自己管理を目指し、段階を踏んで、最終的に全面的自己管理を目指す。
2. 金銭管理	・貯金をしたい。 ・計画的に金銭を使いたい。	・金銭の自己管理を目指す。 ・計画的に金銭を使用できるようにする。 ・貯金額の設定及び生活費の一部を貯金する。	・自己管理ができるように金銭を管理する訓練をする。 ・金銭を事務所で管理し、1日に必要な分だけ金銭を渡す。 ・貯金額の設定を行い、生活費の一部を貯金に充てる。
3. 日中活動 (対人関係)	・楽しみを見つきたい。 ・良好な対人関係を作りたい。	・規則正しい生活スタイルを構築する。 ・日中活動への参加を促す。 ・良好な対人関係を構築及び本人の居場所を作る。	・日中活動の参加を促すことにより生活リズムを構築する。 ・さまざまなプログラムを紹介し、Fさんの楽しみになるように日中活動の参加への声掛けを実施する。 ・良好な対人関係を構築するために、助言または指導及び他の利用者との調整を図る。
4. 身体疾患 (喘息) に対する支援	・健康でいたい。	・体調の自己管理を目指す。 ・タバコの自己管理及び1日の喫煙量を調整する。	・アセスメントによる体調確認及び指導または助言を行う。 ・喫煙の本数を把握し、声掛けや指導を行う。
5. 自活訓練 (居宅生活訓練事業)	・居宅において単独生活を送りたい。 ・継続した居宅生活を送りたい。	・居宅による単独生活を目指す。 ・継続した居宅生活を送れるようにする。 ・生活技術を身につける。	・自活訓練によるアパートでの宿泊訓練を短期間から長期間と段階を踏んで実施する。 ・自活訓練によって明らかになった課題に対し、助言や指導をする。
6. 退所に向けての準備	・A施設の近くに住みたい。 ・A施設の職員や友人との関係を継続したい。	・A施設近くのアパートを探す。 ・保護施設通所事業の利用手続きをする。またOB会(E会)へつなげる。	・物件探しへ同行し、助言や指導をする。 ・保護施設通所事業を説明し、利用を促す。OB会と交流をし、仲間作りを目指す。

上記のような支援を経て、Fさんのコミュニケーション能力や生活技術の向上によって友人ができ、その友人や施設の職員に対して気遣いをする優しさなど、Fさんの本来持っている人間性を見ることができるようになってきた。このような変化を踏まえ、Fさんが地域で暮らすことができると職員とFさん自身も確信し、2012（平成24）年3月に退所となり、地域移行（アパートでの1人暮らし）を果たすことになった。

e) 退所後の支援

Fさんは、A施設の近くのアパートで単身生活を送りながら、日中活動へ意欲的に参加している。また、Fさんの希望で金銭管理とB法人内の食堂において食事提供をしている。さらに、保護施設通所事業の訪問事業により、生活上の相談及び助言、指導とともに、環境整備にも取り組んでいる。その一方で、自助グループのOB会（E会）には、継続して参加することにしている。当事者同士の交流により、日常生活の経験知や感情がわかちあわれ、再発防止や再入所防止になると考えられる。そしてFさんの今後の目標は、保護施設通所事業を終了し、金銭サポートセンターのような地域の市民が利用できる社会資源へ移行することである。

IV. 救護施設における地域移行を促進する取り組み

本論文では救護施設の現状や課題に着目し、「利用者の高齢化」「利用者の入所期間の長期化」「重複障害による社会資源移行の困難」が明らかとなった。特に「利用者の入所期間の長期化」「救護施設における精神障害をもつ利用者の増加」は喫緊の課題であり、地域移行を促進することが必要となっている。そこで、全国よりはるかに入所期間の短い「A施設」の事例の取り組みを踏まえて、地域移行を促進する要因について考察することにした。

(1) 入所時における退所に向けた個別支援

救護施設は自立への通過点であり、終末施設ではない。そのため、入所早

期から退所に向けて利用者の意識づけを行い、ニーズに応じた計画が必要といえる。事例のFさんでは、入所時から生活課題を明らかにし、退所に向けた個別支援計画を作成していた。例えば、Fさんには生活のしづらさとして対人関係が苦手なことや衝動性を抑えることができないなどがあった。これらの生活のしづらさに対してFさんに日中活動への参加を促すことによって、良好な対人関係の構築や本人の居場所ができていた。そして、本人の自立への意欲が向上し、退所への動機が高まっていった。このことから入所早期から退所に向けた個別支援計画は不可欠といえる。また、長期間の入院や施設生活の中で依存的な生活を続けていると、彼らの過去の社会生活経験は希釈されるといわれている¹⁴⁾。つまり、救護施設における生活が長期化することで、本来、利用者が持つ日常生活技術や社会生活技能等の能力が低下し、地域移行や地域定着が阻害されるとも考えられる。このことから、早期から退所に向けた個別支援計画によるさまざまなプログラムを通して、日常生活能力や生活技術能力、社会生活技能の低下を予防することも地域移行・地域定着を促進する重要な取り組みであるといえる。

(2) 地域定着に向けた社会資源の開発

全国救護施設協議会が2006（平成18）年8月に行った全国の救護施設の調査結果から、居宅生活訓練事業と保護施設通所事業を実施している救護施設が少ないことが明らかにされている¹⁵⁾。事例のFさんにみられたように、この2つの事業は地域定着を促進する要因として重要な取り組みであることが明らかだった。居宅生活訓練事業は、1人暮らしの模擬訓練ができ、地域生活に必要な生活能力の向上や模擬訓練を通して見えてきた新たな課題の発見及びその訓練をすることができる。一方、保護施設通所事業は、施設に通所することで規則正しい生活リズムの構築による病状の安定を図り、またひきこもり等による病状の再発予防や専門職のアセスメントによる早期介入及び再入所を予防することができる。また、通所事業の主な活動である作業活動の日課を利用しながら、1日単位の生活サイクルを作り上げていく¹⁶⁾。このように病

状の安定や再発及び再入所の予防だけでなく、生活サイクルの確立と維持が可能となり、地域定着を促進することができると考えられる。このことから居宅生活訓練事業や保護施設通所事業は地域定着を促進するのに重要な取り組みであり、そのような事業を新たに展開し実践することが地域定着を促進するのに必要である。

また今日では、救護施設は社会的入院患者の退院促進に伴う受け皿としても期待されている¹⁷⁾。事例のFさんは、金銭管理や服薬管理をA施設が行うことによって地域移行・地域定着を実現していた。このことからFさんの金銭管理については救護施設におけるアウトリーチ支援から地域における金銭管理やその訓練を担う資源の開発が必要といえる。A施設のある地域では金銭管理の支援機関として安心サポートセンターがあり、このような社会資源を開発することが地域定着を促進するのに重要であるといえる。加えて、地域移行した人々が地域で継続して生活するには、地域啓発による偏見の是正が必要不可欠である¹⁸⁾。地域住民への精神障害に対する理解を促したり、また精神障害をもつ人との交流を図るなどして、偏見の是正をしていくことが地域定着を促進する1つの要因であるといえる。

(3) ケアマネジメントシステムの構築

今日では従来の施設・病院内ケアから地域ケアが重要視されるようになってきている。それは救護施設も例外ではないため、地域移行から地域定着に向けた支援ではケアマネジメントの重要性が言われている¹⁹⁾。ケアマネジメントにはフォーマルサービスだけでなく、自助グループなどのインフォーマルサービス（資源）を含めた多種多様な機関や人々との連携が必要である。事例のFさんでは、保護施設通所事業において金銭管理や服薬管理の支援をしていることやB法人内には精神科の医療機関があり、主治医や看護師との連携が取りやすいこと、金銭サポートセンターのような生活支援に関する社会資源や事例のFさんに対しチームで支援していることが地域移行・地域定着に至った要因と考えられる。また「E会」のようなセルフヘルプグループは、環境に

よって再発しやすい精神障害者にとって情緒的な安定を得るためにも不可欠な社会資源だった。このような多種多様なサービスを組み合わせることでより適切な支援を受けることができるといえる。こうして、専門家や非専門家、社会資源や他機関が1つのチームとして支援することが地域移行・地域定着を促進する要因であると考えられる。

今日では個々のニーズが多様で複雑化しており、そのニーズに応じたサービスをパッケージ化して提供することが求められる。救護施設には、利用者の高齢化や精神障害者の利用率が増加傾向にあるなどの現状があり、生活保護法による支援に限らず、老人福祉法や精神障害者福祉法による支援、その他の福祉サービスの支援なども必要となってくる。そういった生活保護法とその他の福祉法、福祉サービスをマネジメントし、よりクライアントのニーズに応じた支援を実施することが必要と考えられる。そうすることで、法律の狭間で適切な支援を受けることができない人が少なくないといった問題を減少させることにつながる。このような理由から、ケアマネジメントによるチーム支援が不可欠と言える。

おわりに

本論文を振り返り、いくつかの学びがあった。第1に「利用者の高齢化」「利用者の入所期間の長期化」「重複障害による社会資源移行の困難」という救護施設の現状や課題を知ることができた。第2に「最後の砦」「セーフティネット」と呼ばれているように、今後の社会において救護施設は社会的入院者の受け皿の1つとしての機能が期待されているが、そういった人たちの地域移行を目指した自立支援への中間施設として重要な役割があることを知ることができた。現在、精神科病院に入院している人々のうち、約7万2千人は「受け入条件が整えば退院可能な者」であると推計されていることや生活保護受給者には精神疾患を有する割合が高いこと、自殺者の割合も全国平均より高いなどの現状がある。このような問題を解消しようと厚生労働省は2011

(平成 23) 年に救護施設において居宅生活に向けた訓練の充実強化, 精神障害を抱える生活保護受給者の居宅生活移行及び孤立防止・自殺予防対策を含めた居宅継続支援等を行うことを目的とした「救護施設の機能を活用した精神障害者等の地域生活対策について」が掲げられた。今後も精神障害者の利用者が增多することが予想され, 地域生活支援が求められる中においては様々な困難なケースが考えられることから精神障害者の人々への対応は重要な役割となり, 専門的なサービス提供が必要不可欠と考える²⁰⁾。このように時代のニーズに柔軟に対応する救護施設は今後の社会において重要な役割を担っていることを知ることができた。また, この論文では精神障害をもつ人に焦点を当てたことで, 精神障害をもつ人の地域移行・地域定着を促進する要因についても学ぶことができた。このことは私が目指すソーシャルワーカー像の構築にもなった。日本では退院後も頻回の入退院や再発を繰り返す悪循環に苦しむ精神障害者が多く存在する²¹⁾。救護施設に限らず, 病院や施設においてこのような現状に苦しむ人が少なくない。私はこのような人たちが安心して継続的に地域生活を送ることができる支援体制の整備に携わったり, 支援できるようなソーシャルワーカーを目指したいと思っている。

末筆ではありますが, 本論文ではB法人「A施設」のL職員の方に多大なる情報や協力を頂き, 心から感謝申し上げます。

注

- 1) 江口恵子「救護施設の社会的性格—利用者の変遷を通じて—」人間文化研究 1, 2003年, 33-46 ページ。
- 2) 一番ヶ瀬康子「救護施設の昨日, 今日, そして明日」一番ヶ瀬康子, 太田貞司, 緒方力, 田中寿美子『救護施設』ミネルヴァ書房, 1988年, 9 ページ。
- 3) 上原久「救護施設における地域生活支援の視点」『ファシリティーズネット』6(3), 2003年, 63 ページ。
- 4) 厚生省社会局施設課長通知社施発第 215 号『緊急救護施設の整備及び運営について』1965年 11月 1日。

- 5) 厚生省社会局長通知社発第 335 号『救護施設・更生施設・授産施設及び宿所提供施設の整備及び運営に関する最低基準の施行について』1966 年 12 月 15 日。
- 6) 全国救護施設協議会『平成 13 年度全国救護施設実態調査』, 2002 年。
- 7) 全国救護施設協議会ホームページ www.zenkyukyo.gr.jp, 『救護施設の基本理念と実践的目標』, 2012 年 7 月参照。
- 8) 全国救護施設協議会『改訂新版 救護施設職員ハンドブック』, 2010 年, 9 ページ。
- 9) 『救護施設職員ハンドブック』, 前掲書, 10 ページ。
- 10) 全国救護施設協議会ホームページ www.zenkyukyo.gr.jp, 「年齢別入所者数」, 2012 年 7 月参照。
- 11) 『救護施設職員ハンドブック』, 前掲書, 11 ページ。
- 12) 『救護施設 A 施設』(2011) のパンフレット引用。甲子寮のパンフレットでは「精神障がい者」と表記しているが、ここでは法律上の表記を用いた。
- 13) 『B 法人』のパンフレット引用。
- 14) 上原, 前掲書, 65 ページ。
- 15) 全国救護施設協議会『特集 保護施設通所事業, 居宅生活訓練事業の現状とこれから』No.121, 2006 年。
- 16) 上原, 前掲書, 66 ページ。
- 17) 救護部会 www.tcsw.tvac.or.jp, 99 ページ, 2012 年 7 月参照。
- 18) 小野田咲 長江美代子「精神障がい者が継続して地域で生活するための支援活動の現状と課題」『日本赤十字豊田看護大学紀要』6 巻, 1 号, 2011 年, 21-30 ページ。
- 19) 齋藤敏靖「精神障害者の地域ケアとケアマネジメント—連携手段としてのケア会議の重要性」『新潟青陵女子短期大学研究報告』第 30 号, 2000 年, 69-75 ページ。
- 20) 救護部会 www.tcsw.tvac.or.jp, 100 ページ, 2012 年 7 月参照。
- 21) 田中美恵子『やさしく学ぶ看護学シリーズ精神看護学』日総研, 2009 年。

参考文献

- ・ 一番ヶ瀬康子「救護施設の昨日, 今日, そして明日」一番ヶ瀬康子, 太田貞司, 緒方力, 田中寿美子『救護施設』ミネルヴァ書房, 1988 年。
- ・ 上原久「救護施設における地域生活支援の視点」『ファシリティーズネット』6 (3), 2003 年。
- ・ 江口恵子「救護施設の社会的性格—利用者の変遷を通じて—」人間文化研究 1, 2003 年。
- ・ 小野田咲 長江美代子「精神障がい者が継続して地域で生活するための支援活動の

- 現状と課題」『日本赤十字豊田看護大学紀要』6巻, 1号, 2011年。
- ・ 救護部会 www.tcsw.tvac.or.jp, 2012年7月。
 - ・ 厚生省社会局施設課長通知社発第215号『緊急救護施設の整備及び運営について』1965年11月1日。
 - ・ 厚生省社会局長通知社発第335号『救護施設・更生施設・授産施設及び宿所提供施設の整備及び運営に関する最低基準の施行について』1966年12月15日。
 - ・ 齋藤敏靖「精神障害者の地域ケアとケアマネジメント—連携手段としてのケア会議の重要性」『新潟青陵女子短期大学研究報告』第30号, 2000年。
 - ・ 全国救護施設協議会『平成13年度全国救護施設実態調査』, 2002年。
 - ・ 全国救護施設協議会ホームページ www.zenkyukyo.gr.jp, 2012年7月。
 - ・ 全国救護施設協議会『改訂新版 救護施設職員ハンドブック』, 2010年。
 - ・ 全国救護施設協議会『特集 保護施設通所事業, 居宅生活訓練事業の現状とこれから』No.121, 2006年。
 - ・ 田中美恵子『やさしく学ぶ看護学シリーズ精神看護学』日総研, 2009年。