

救護施設の精神障害者における地域移行の課題と展望

Issues and View of the Community Transition for the Persons with Mental Disorders in the Relief Facilities

熊谷 和史*¹

抄 録

本論は救護施設の精神障害者が地域移行する際、どのようなサービスや課題があるのか、そして施設が取り組む意味とは何かを考察した。

サービスについては救護施設、精神科病院(精神医療)、生活保護行政、障害者福祉分野でのサービス・事業を総合的に整理した。また、病院と救護施設は退院の受け皿として、障害者福祉分野と救護施設は施設退所後のフォローなどで連携していることを連関図として提示した。

課題について、社会的排除論における「制度からの排除」の分類を援用し、例えば居住確保においてアパートに空きがあっても精神障害者には貸してもらえないなど「サービス提供組織優先」による排除があることなど、他「サービス不足」「アクセス困難」といった分類に基づいて整理した。

その上で、地域移行に取り組むことで入所後、生活の選択肢が増えること。そして、自己決定を尊重しながら支援を展開していくことが可能になることを考察した。

キーワード

救護施設, 精神障害者, 地域移行

*1 NAME KUMAGAI Kazufumi
会員番号 6256
所 属 玉葉荘

I. 研究目的

救護施設は生活困窮者を障害の種別関係なく入所させ生活を支援する保護施設、あるいは措置施設である。平成 28 年全国救護施設実態調査の利用者の障害状況において「精神障害のみ」の利用者は 41.1%であり、「知的障害のみ」13.5%、「身体障害のみ」7.6%に比べ最も多い。また、入所経路も精神科病院からが最多である(全救協 2017)。現在は廃止されたが、精神障害者を専門に入所させる緊急救護施設がかつて設立されたことがあった(風間 2014, 岡部 2013)¹⁾。そして、現在もほとんどの利用者が精神障害者で占める特化型の施設が存在する(松本 2011, 岡部 2013)²⁾。こうした精神障害者は長期入院を経て、さらに施設で長期にわたって生活をしていることが多く、救護施設は精神科病院同様、精神障害者を社会的に隔離してきたと言える(熊谷 2019)。また、措置施設であるため利用者が入りたいとする選択と自己決定の結果入所しているわけではないといった根本的な問題がある。その上、保護施設は最低生活の保障という名の下で利用者は他の施設に比べ低い基準で設定された生活を余儀なくされる(熊谷 2019:16)。そして、救護施設は社会防衛的な役割を持ち主要社会や地域から隔絶された場所にあることが多い(熊谷 2020:8)。

しかし、昨今、精神科病院は退院支援に取り組んでいるように(横倉 2017:146-148)、全国救護施設協議会(以下、全救協)は行動指針を提示し、救護施設を通過型施設として位置づけ地域移行の推進を要請している(全救協 2015)。それはこれまでの救護施設の終身施設として役割の価値観を大幅に変えることであるが、では実際、救護施設はどのように地域移行が行えるのか他の制度や機関との関連で総体的に把握する必要がある。また実際に地域移行を進めるにしてもどこに課題があり、どのような価値観を持って行うべきかといった視点の措定が重要である。ところが、救護施設の精神障害者における地域移行の取り組みが学說的に取り上げられることはほとんどなかった。

社会との関係性の中で個人がパワーレスに陥ることで社会的に孤立し、隔離され生活が困窮していくプロセスを分析する概念として社会的排除論がある。この概念は狭義の経済的貧困では捉えてこなかった人たち、ネットカフェ難民などの新たなホームレスや高齢者の孤立やひきこもりの社会問題など、これまで不可視化されていた生活困窮者(新たな貧困)を可視化してきた(熊谷 2019:8)。全救協の行動指針は長期入所が社会的排除の状態(社会的隔離)であったとする視点で、地域移行できる者は積極的に行うこと。そして今後は退所者を含め、広く地域の生活困窮者への包括的かつ伴走型の支援体制の構築を行い新たな貧困への対応を求めている(熊谷 2019:14)。つまり、救護施設は地域移行や新たな貧困に対応する上で説明概念である社会的排除を活用することが必要となると言える。

本論はこの概念から特に「制度からの排除」に着目し、救護施設の地域移行に関する課題を整理する。その上で、この制度からの排除を解消するために必要な視点について考察を行う。このことによって救護施設における精神障害者の地域移行のあり方を提示する。

かつて、救護施設は最底辺の社会福祉施設と言われ、食わせて寝かせるだけの施設と言われていた(松本 2013)。つまり、救護施設に入所するとは社会的排除の状態に置かれることを意味していた。その救護施設から地域へ移行する上での課題と展望を考察することは、施設から地域への可能性を象徴的に示すことになると言える。

II. 研究方法

本研究は文献研究である。文献収集は、国立国会図書館検索システムにより、2000年以降の「救護施設」「地域移行」「精神障害者」等を組み合わせ検索する。その中から、特に出版名が「紀要」「研究」「研究誌」に絞り込み抽出した。文献入手は、国立情報学研究所論文検索システム、東北福祉大学図書館、秋田大学図書館、秋田県立公文書館より2017年から2019年の間収集した。また、救護施設については学術的先行研究の他、全救協が発信している実態調査や行動指針、発行紙を参照した。

制度からの排除とは社会的排除論における一つの排除の形態であり、I. 研究方法でも論じたに救護施設における制度からの排除は、措置施設であるが故に利用者の自己選択の余地があまりないこと。生活保護法の諸原則により他分野の福祉施設よりも低いサービス基準が適用され、十分な援助ができないことが特徴付けられる(熊谷 2019)。本論では、さらに制度からの排除を細かく分類した高良(2010, 2012, 2017)の先行研究を援用し、救護施設における精神障害者の地域移行などを含む支援の課題を整理する。また本論では障害者福祉と救護施設の連携や地域移行を主眼に論じるため、65歳以上の高齢の精神障害者の施設移行や介護保険制度との連携については今後の課題とする。

倫理的配慮として、本論は文献研究であり日本社会福祉学会の定める倫理規程、特に引用に関する事柄を遵守している。

III. 研究結果

1. 1. 制度からの排除について

表1 制度からの排除の分類

分類	定義	例
サービス給付要件外	専門的支援が必要だと考えられるが、サービスの給付要件に該当していない人々。	急激な社会の変容に伴う新たなニーズに対して、従来の制度が対応しきれず、支援が必要であるがサービス給付要件に該当していない人。サービスの空白、未整備。例えば、暴力加害者、知的障害のボーダーの人、不法滞在者など。あるいは同じような生活問題を体験している難病患者でも障害者総合支援法の対象となる人とならない人がある。
サービス給付要件内	サービス不足	必要時にサービスの空きが無く、利用できない人々
	サービス利用制限	地方公共団体による利用制限によってサービスを利用できない人々
	サービス提供組織優先	組織の利益を優先することにより、利用者主体のサービス利用ができない人々。
	アクセス困難	サービスへのアクセスが困難なことによりサービス利用できない人々
		介護老人福祉施設への入所の待機問題、生活保護受給者の後見人不足、発達障害の相談窓口が足りない。あるいは、雇用がなく一般就労がしたくても、福祉的就労にとどまらざるを得ない障害者。年齢で見えた場合、児童福祉法で児童と規定された18歳以降、20~60歳の福祉サービスが希薄。制度運用者による公的サービスの整備により制度があれども、サービス無しの状況になる場合もある。
		制度で定められたサービスの最低限の提供を目指し、サービスを必要としている人の利益を無視した予算内の運用や省力化による事務的なサービス提供。例えば、適正化、およびケースワーカーの労働力の防止予防などによる生活保護の請求権の侵害など。ほか利用支援事業が任意事業であり予算化されていないからもう止めてほしいなど、行政による事業以外への積極的な取り組み意欲が阻まれているなど。
		利用者を抱え込むことによる単一の事業者提供に限定されたサービスの選択などで利用者本位からの乖離。リスクマネジメントが重視される中守りに入り、援助困難と考えられる対象者の受け入れを拒否する。デイサービスで早く帰りたいと思った利用者に対し、規定時間いっぱい留めるなど柔軟な運用ができないことなど。
		サービスに関する情報が届いていない。知識が不足している、経済的に利用できないなどの理由によって福祉政策に基づくサービスを活用できない。利用する意思を持っていても行政の責任回避や縦割りにより「たらい回し」にあうことで、サービスに行き着かない。サービスの存在を知っていても家族や社会的圧力により制度につながるとうとしない。当事者が問題を認識していなければ、それに関わる人も問題に気づけない。ライフサイクルとともに次に関連する人に伝達がされずにサービス提供が途切れるなど。

(資料 高良(2010, 2012, 2017)より作成)

「制度からの排除」は社会的排除の概念に基づくと、「ある特定の人々が制度から排除されてしまう」と「制度それ自体が排除を生み出す」がある(岩田 2008:30-31)。前者が制度の要件に合わないなどであり、後者は制度がある特定層に集中することで他の対象を隔離・排除する場合がある。制度はこれまでさまざまな生活困難を捕捉するために拡大してきたが(岡部 2017)、制度はどこまで救済すべきかの捕捉の選別があり、隙間を必然的に生み出すシステムを内包している(平野 2015)。

高良(2010)は、独立型社会福祉士が実践する際に直面したさまざまな制度からの排除を聞き取り調査によって明らかにし、表1の通り「サービス給付要件外」と「サービス給付要件内」と大別し、要件給付内では〈サービス不足〉〈サービス利用制限〉などとさらに細かく分類している。なお、制度からの排除は一つの事例において複数の要素が含まれる場合がある。例えば、生活保護受給を申請する際、申請の仕方が分からない知識不足による〈アクセス困難〉と相談しに行くものの行政窓口による請求権の侵害による〈サービス利用制限〉が重複することがあるといった具合である。

また、ソーシャルワーカーや機関などの「制度の社会資源」が組織間の連携が十分に機能しないことでサービスがあってもそのサービスが届かない「支援の狭間」(平野 2015)に着目した先行研究がある。この「支援の狭間」は、個人(専門職)、組織自体、組織と組織の連携に分けられて論じられている(川向 2014, 2017, 岡村 2013, 栄 2010, 渡邊 2016, 高良 2010)。表1は排除のさまざまな要因と結果を分類しているが、支援の狭間はサービスを提供する側の排除に焦点を当てており、例えば利用者の抱え込みといった〈サービス提供組織優先〉となる組織内の課題や支援が途切れるといった〈アクセス困難〉になる組織や個人のあり方が支援の狭間を生み出すとする視点に立っている。例えば、個人については制度の枠組みだけで「業務」をこなし内省的思考をせず、利用者の生活課題を矮小化した支援をする(川向 2014:39)。あるいは制度に対して無知であるなど力量として不十分である場合、または、支援そのものに対して士気が低く、諦めているなどで本来提供できるはずのサービスが利用者に届けられないという専門職の自律性の問題(岡村 2013:11)。また組織の求める役割とソーシャルワーカー本来の支援との齟齬(ロイヤリティのジレンマ)が挙げられる(川向 2017)。組織自体については、組織内の序列や階層、各専門職の価値観が違ふ、役割が硬直し動きにくい、あるいは組織内での方向性が定まらないなどである(栄 2010)。組織と組織の連携に関しては縦割りや機関ごとに棲み分けによってニーズの無責任なキャッチボールを行う(川内 2017:13)。退院促進などの目標に対して機関ごとで不一致になり方向性が定まらない、あるいは機関間の相互尊重や理解が欠如して、価値観が違ふことで温度差が生まれる(栄 2010)があることが明らかにされている。

1. 2. 制度からの排除への対処として

制度からの排除や支援の狭間への解消や対処について、ソーシャルアクションによる社会資源の創出や連携のあり方などさまざま論じられている(高良 2017, 川向 2014, 2017, 平野 2015)。例えば、個人であれば制度からの排除に挑戦する志(こころざし)の高さ(高良 2010:12, 栄 2010:59)、視野の広さや経験知の豊かさなど専門職としての力量形成が論じられている。組織内では日頃から話し合える、信頼関係があるなど風通しの良さ、目標を一致させた情報の共有がしっかりできる(栄 2010)などである。組織間では、機関間

の相互尊重や解決に向けたモチベーションの高さや価値観のすり合わせがある(栄 2010)。

また支機関と機関の「つなぎ」が線形的であり、時間的な隙間が支援の隙間を生み出すことがあるとする意見がある(平野 2015: 24, 川向 2017: 20)。支援(時間)の隙間があるため対象者が再び生活困難に陥ることがある。そのため、お互いの責任とか支援の主体を重ね合わせてのりしろを作る支援の越境・協働を提案している。いずれにしる制度からの排除への対処について、個人、組織内レベルから組織間の連携に共通するのは、制度からの排除を解消することへの志や熱意が原動力になり、情報の共有や価値観の統一が図られること。そして、途切れない支援をするためには当事者主体の下、組織の連携が柔軟であることが重要と言える。

地域移行についても、同様に施設自体が集団ケアや集団生活に関して制限があると感じられる場合は、地域移行について肯定的に捉えられること(小澤 2015: 34)。または地域移行が推奨される場合、職員と利用者は勉強会を行い、地域生活のための具体的な行動を取るようになる。逆に、取り立てて地域移行を行っていない場合は、医療面の不安ばかりが強くなり、自立は無理と職員も利用者も諦めていることが明らかになっている(麦倉 2019: 178)。つまり制度からの排除を解消することと同様に、地域移行に挑戦する熱意があるのか、ないのかによってまったく違う結果になるとことが示されているといえる。

2. 1. 救護施設の利用者を取り巻く現状

I. 研究目的で論じたように平成 28 年度の全国実態調査での利用者の障害状況において「精神障害のみ」の利用者は 41.1%であるが、知的障害や身体障害との重複障害を含めると 57.4%(9453 人)となる。つまり、6 割近くの利用者に精神疾患があると言える。また入所経路は全利用者の 37%(6039 人)が精神科病院を経由している。さらに長期化、高齢化も顕著であり全利用者の内 65 歳以上が 52.8%、入所期間も 1 年未満は 13.3%のみであり、10 年以上の入所が 39.5%である(全救協 2017)。このことから、救護施設は中間施設と言うよりも終身施設としての意味合いがいまだに強いと言わざるを得ない(酒本 2019)。

一年間の退所者の内、精神障害者の割合は全体の 42%(1374 人)である。そして、退所者が入所する前にいた場所は精神科病院が最も多く全体の 27%(880 人)である。また、全退所者の退所先は在宅復帰(848 人)、死亡(478 人)、精神科病院(371 人)、グループホーム(117 人)、別の救護施設への移動(301 人)等である(全救協 2017)。実際にどの程度の精神障害者が地域移行しているかについて全救協の別調査では、調査対象施設 181 施設のうち 164 施設から回答があり、平成 26 年～28 年の 3 年間で家族と同居が 36 名、アパートでの居宅生活が 445 名、グループホームが 196 名となっている(全救協 2019a)。平成 26 年～28 年の退所者数がほぼ 1/3 ずつであることを考えると毎年 220 名強が在宅復帰や地域移行していることが推測される。しかし、それ以外の精神障害者の退所者は精神科病院への再入院や死亡が多く含まれることが推測される(熊谷 2020, 酒本 2019)。

現在、精神科病院での長期入院者への退院促進は 2004 年の精神保健医療福祉の改革ビジョンによって方向付けられている。32 万人いる入院患者のうち 7 万人は退院の受け皿があれば退院できるとされ、地域生活支援体制が推進されている(厚生労働統計協会 2018: 135)。根本的には、長期入院による高齢化と病院内での死亡が毎年 2 万人いるともいわれ、人権上の大きな問題がある(熊澤 2015: 82-83)。また障害者総合支援法では精神科病院と

同様に救護施設に入所する精神障害者も地域移行の対象となっている。そして全救協は行動指針の中で地域移行や施設移行を積極的に進めていく方向性を打ち出している。

救護施設における地域移行の主な事業は次で論じていくが、実際に先進的な取り組みをしている施設では地域生活支援センターを設立し、退所後のアフターフォローを含み地域での居場所の確保などを行っている(中川 2003)。また制度外での独自事業として利用者の居宅生活への移行や通所事業を行っている施設がある(全救協 2011:2)。さらに救護施設を設立している法人の9割は介護保険、障害者総合支援法など他分野の福祉サービスを展開しており、地域移行は法人内でのサービス連携で行っている施設もある(全救協 2013:9)。あるいは他機関との連携を積極的に働きかけ、社会資源マップを作成している施設もある(全救協 2019a)。このように救護施設単独で何かをしようとするよりも、法人でサービスを創設・拡大、他と連携することで対応していることが伺える。

現状としては救護施設における精神障害者は入院や死亡による退所者が多く、一握りの利用者が地域移行していると言わざるを得ない。そして、地域移行は一部の熱心な施設の取り組みが紹介されているに過ぎないが、次に見るように地域移行への制度や社会資源の整備はされてきているとみるべきである。

2.2. 救護施設における精神障害者施策

表2 救護施設における精神障害者施策および地域移行事業

事業名	支援内容
居宅生活訓練事業	救護施設の入所利用者が、円滑に居宅生活に移行できるよう、施設において居宅生活に向けた生活訓練を行うとともに、施設外に訓練用住居(アパート、借家等)を確保し、居宅生活に近い環境で実体験的に生活訓練を行う移行支援事業である。
一時入所事業	精神障害等を抱える生活保護受給者が、症状等の悪化により不安定な状態になった際、再入院を防止し居宅生活を継続できるよう支援を行うため、救護施設が一時的保護入所を行い、健康回復と生活の安定継続を支援する。また、長期入院者など救護施設入所を希望する者が、施設集団生活を体験するための一時利用や措置機関が特に必要と認めた場合も利用可能。
保護施設通所事業	救護施設から地域生活移行した利用者が引き続き通所事業所に通い、日中の生活支援、就労支援等に参加するとともに、職員が居宅等を訪問して生活指導や相談支援を実施し、居宅での自立生活の安定継続を図る。事業期間は原則1年以内で、救護施設の退所者支援が目的だが、地域の生活保護受給者についても通所事業定員の30%まで利用が認められている。
精神保健福祉士の配置	入所者(精神障害者)の地域移行の強化を図る。精神障害者等の居宅生活訓練事業での移行支援や退所後の保護施設通所事業における地域生活定着支援の他、相談支援のネットワークの中で地域の精神障害者への支援対応が期待されている。
精神科医雇上加算	精神科医が入所人数に応じた回数、検診をすることで算定される加算。

(資料 厚労省(1988)(2015)、全救協(2015)を元に作成する。)

救護施設で制度化されている地域移行事業などは表2のとおりである。救護施設は生活困窮者や精神科病院の長期入院患者を受け入れ、地域移行や施設移行を促す循環型セーフティネット施設(あるいは中間施設)として位置づけた行動指針によって、これらの事業を活用することが求められている(熊谷 2019)。この他、サテライト型救護施設は通所事業や相談機能を併設することが可能となっている(全救協 2015)。

なお、精神保健福祉士の配置加算は2011年に創設され、地域移行事業の中で最も新しい。それまで生活指導員(社会福祉主事)が相談業務を担ってきたが、国家資格者が地域移行の推進に定められたところに期待の大きさが伺える。また、精神保健福祉士は施設利用者の地域移行だけではなく、退所者へのアフターフォローや地域の精神障害者へのアウトリーチや生活困窮自立支援事業との積極的な連携が求められている。

2.3. 生活保護と障害者福祉制度，医療との連携

表3 生活保護受給の精神障害者への地域移行施策

1 地域移行に向けた支援制度		
A 障害保健福祉施策障害福祉サービス事業者等による地域移行に向けた支援		
事業名	担当者	支援内容
地域移行支援	指定一般相談支援事業者	障害者支援施設や救護施設，矯正施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者に対し，住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談や外出の際の同行等の支援を行う。
宿所型自立訓練	指定障害福祉サービス事業者	障害者支援施設又はサービス事業所の居室その他の設備において，食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や，日常生活上の相談等の支援を行う。
B 精神科医療施策精神科病院による地域移行に向けた支援		
事業名	担当者	支援内容
退院後生活環境相談員による支援	退院後生活環境相談員	医療保護入院者が可能な限り早期治療・早期退院できるよう，退院に向けた相談支援業務等を行う。
退院支援相談員による支援	退院支援相談員	平成26年4月1日以降に精神療養病棟へ入院となった入院患者1人につき1人以上が指定され，当該患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う。
C 生活保護制度		
(1) 福祉事務所による地域移行に向けた支援		
事業名	担当者	支援内容
医療扶助適正化等事業	福祉事務所に配置された生活保護精神障害者退院推進員	生活保護精神障害者退院推進員が自立支援プログラムを策定し，退院までの課題分析，患者・家族との相談，退院先の確保・調整等を行い地域移行を円滑に推進する。 (生活困窮者就労準備支援事業費等補助金関係)
長期入院患者の実態把握及び退院指導等	福祉事務所の地区担当員	医療扶助による入院患者であって，その入院期間が180日を超える者を対象として主治医等の意見を聞く等した上で，入院の継続を要しないことが明らかになった者について，地区担当員が退院に向けた指導等を行う。
(2) 救護施設等による地域移行に向けた支援 上記の表2参照		
2 地域生活の継続に係る支援制度		
A 居住の場の確保		
事業名	担当者	支援内容
共同生活援助(グループホーム)	指定障害福祉サービス事業者	障害者に，主に夜間，共同生活を営むべき住居において相談，入浴，排せつ又は食事の介護その他の日常生活上の援助を行う。
福祉ホーム	社会福祉法人等	現に住居を求めている障害者に，低額な料金で，居室その他の設備を利用させるとともに，日常生活に必要な便宜を供与する施設。
自立生活援助	指定障害福祉サービス事業者	施設やグループホームなどを利用する障害者がひとり暮らしに移行するにあたり定期的に訪問し助言を行う。その他，現にひとり暮らしをしている者への助言も含まれる。
住宅入居等支援事業	指定一般相談支援事業者	賃貸契約による一般住宅への入居を希望しているが，保証人がいない等の理由で入居が困難な障害者に，入居に必要な調整等の支援を行い，家主等への相談を通じて障害者の地域生活を支援する。
居住安定確保支援事業	福祉事務所地区担当員 NPOなどへの委託可	居住支援協議会等と連携しながら，不動産業者への同行や現地確認等による民間賃貸住宅への入居支援を行い，生活保護受給者が地域生活の継続を図る。救護施設居宅生活訓練終了後の円滑な居住移行に積極的活用が求められている。
B 地域生活の見守り等の支援		
事業名	担当者	支援内容
地域定着支援	指定一般相談支援事業者	居宅にて単身生活する障害者等が地域生活を継続していくため常時の連絡体制の確保や緊急時等の各種支援を行う。
アウトリーチ(多職種)による訪問支援	保健所，精神科病院	保健医療と福祉スタッフ等から構成する多職種による支援体制を病院等に設置し，退院した精神障害者やその家族に対して訪問等を行い保健・医療・福祉サービスを包括的に提供する。
訪問看護，精神科外来，精神科デイ・ケア	精神科病院	退院した精神障害者に対して，訪問看護，精神科外来，精神科デイ・ケア等による支援を行う。
C 障害福祉サービス事業者によるサービスの提供		
事業名	担当者	支援内容
障害福祉サービス	指定障害福祉サービス事業者	(居宅介護)(行動援護)(生活介護)(自立訓練)(就労移行支援)(就労継続支援)(就労定着支援)(地域生活支援事業)

(資料 厚労省(2015)，杉本(2018)を元に作成する。)

医療扶助の大きな割合を占める精神科病院の長期入院患者の退院促進³⁾について、生活保護行政と精神保健福祉行政との連携強化が通知されている(厚労省 2015)。通知ではそれぞれの分野の地域移行(退院促進)にかかる制度を俯瞰して、その中でも救護施設の事業等(表 2)がはめ込まれる中での運用が求められている。

施策として、まずは精神科病院や入所施設にいる障害者を退院・退所できるように支援する制度や事業がある。そして、退院・退所後の地域移行に際しての居住の確保、確保後の見守りと就労継続支援や居宅介護などの障害者福祉サービスへの連携となっている。ひとりの障害者が地域移行するには多様な機関が連携し、さまざまなサービスを必要とするが事業・機関等の連携は考察において論じるため、ここでは一覧としてのみ提示する。

なおこの通知において救護施設は、直ちに賃貸住宅や共同生活援助への移行が困難な支援対象者について、段階的に地域生活へ移行する観点から活用すべき社会資源として位置づけられている。また、救護施設の精神保健福祉士による地域移行に向けた相談や居宅生活訓練事業の活用が求められている。その一方で、救護施設から地域生活に移行する際には、指定一般相談支援事業者による地域移行支援の活用が検討されることとなっている。

2.4. 現状と課題

- (1). 実態調査では全救護施設 183 施設のうち本体以外の事業を行っているのは 144 施設。居宅生活訓練事業は 104 件、一時入所事業は 119 件と高い一方、保護施設通所事業は 55 件、サテライト型は 1 件となっている(全救協 2017)。また、精神保健福祉士の配置は 91 施設であり全体の約半数となっている(全救協 2017)。このことは事業展開に積極的かどうか、対象者がいるかどうかの地域差が顕著である(熊谷 2019, 酒本 2019:17)。つまり、一つの施設が多く事業を展開しているところもあれば、本体のみ事業しか行っていない施設があることを示している。
- (2). 運営について、居宅生活訓練事業は退所実績を上げなければ次期の補助金が下りない。しかし、地域生活可能な人たちが訓練を経てほとんど出てしまうと次なる対象者が出ずに継続が危ぶまれる(田中 2008:113)。退所者が増えると施設本体に欠員が出て経営を圧迫するため対象者の選別がある。あるいは通所事業の利用は 2 年が上限であるが、地域移行後つないだ手をどのように離すのかという難しい議論がある(田中 2008:112)。このように運営としては、事業としてあるいは対象者とどう継続していくかがもっとも大きな課題になっている。
- (3). 障害者総合支援法と救護施設の連携には制限があり、例えば入所中は障害支援区分の認定を受けることができず、就労支援は体験利用にとどまる(全救協 2015)。また、他の日中活動の利用は救護施設を退所しないとできないといった制約がある(熊谷 2019:16)。あるいは、地域移行を検討する中で就労支援事業所の利用を想定したが地域移行後で無いと利用できないため実際の移行後、就労支援事業所にうまくつながらないケースがあったという報告がある(全救協 2019a:49)。これは同じ障害があっても生活保護制度の施設にいるが故に同じようなサービスを受けることができないことを示している。
- (4). 利用者が長期入院、長期入所によって受け身の生活が身についてしまい自分の意見や要望を伝えることが難しく、行政への不信感がある(松本 2011:186, 全救協 20

19a:49) . その他, 救護施設に入所する上で家族との軋轢から退所に対して家族が拒否的である. あるいは精神障害者への地域の偏見や地域移行後も孤立しがちになることが指摘されている(熊谷 2019) . また施設職員側でも利用者の高齢化・重度化により施設内の支援に手一杯であり, 地域移行へと展開する必要性と指向性を持ち得ていない場合がある(田中 2008 : 108, 松本 2011) . あるいは障害支援区分認定が受けられないボーダー層の場合, 福祉サービスの利用や活用が難しい(全救協 2013:9) , 精神保健福祉手帳を所有していない方を社会資源につなぐことが難しい(全救協 2019a : 49) といった課題もある.

- (5). 生活保護受給の長期入院者の退院への最初の出口として生活保護行政による長期入院者の実態把握がある. しかし, 実際には十分に調査がされていないことが指摘されている(会計検査院 2011) . また生活保護退院促進員を実施したのは 65 自治体と低調である(厚労省 2019) . そして, そもそも地域移行の福祉サービスや社会資源が十分ではないことが指摘されている. あるいは地域移行をしてくれる相談支援事業者が無いと言われることが多々あるとの報告がある(渡邊ら 2016) . 救護施設に限っても地域生活支援に対して福祉事務所関係者の理解が乏しく, 特に予算面での協力が得られず事業が実施できない(全救協 2011) . あるいは一時入所を行おうとしたが指定管理施設の認可が下りず事業が実施できなかった(全救協 2013:7) ことが報告されている.
- (6). 居住確保について, データベース化や法人でアパートを借り上げ確保している事例が報告されている(荻山 2011) . しかし, 特に救護施設へ入所した前提の多くが家族との同居は困難である以上, 民間賃貸へのアプローチは重要な取り組みであるが生活保護受給者であることや精神障害者であるためにオーナーが貸してくれない, 保証人の確保が難しいことが報告されている(酒本 2019, 全救協 2019a) .

IV. 考察

1. 救護施設における精神障害者への支援

先行文献(栄 2010, 國重 2019, 渡邊ら 2016)では, 精神科病院から障害者福祉サービスの地域移行へとダイレクトに行っているケースが多く, 救護施設を間に挟むことはほとんど取り上げられていない. 本論ではあえて救護施設を真ん中に据えた場合, どのようなことができるのかを図 1 にとおり図式化した.

図式化することによって救護施設の精神障害者が地域移行する際に, 必要な社会資源や事業, 施策は何なのか, そして各機関の役割を俯瞰することができると言える. そして, 退所した利用者も救護施設が地域の社会資源として利用できること. そのために施設側がどのようなことができるのかを確認できるといえる.

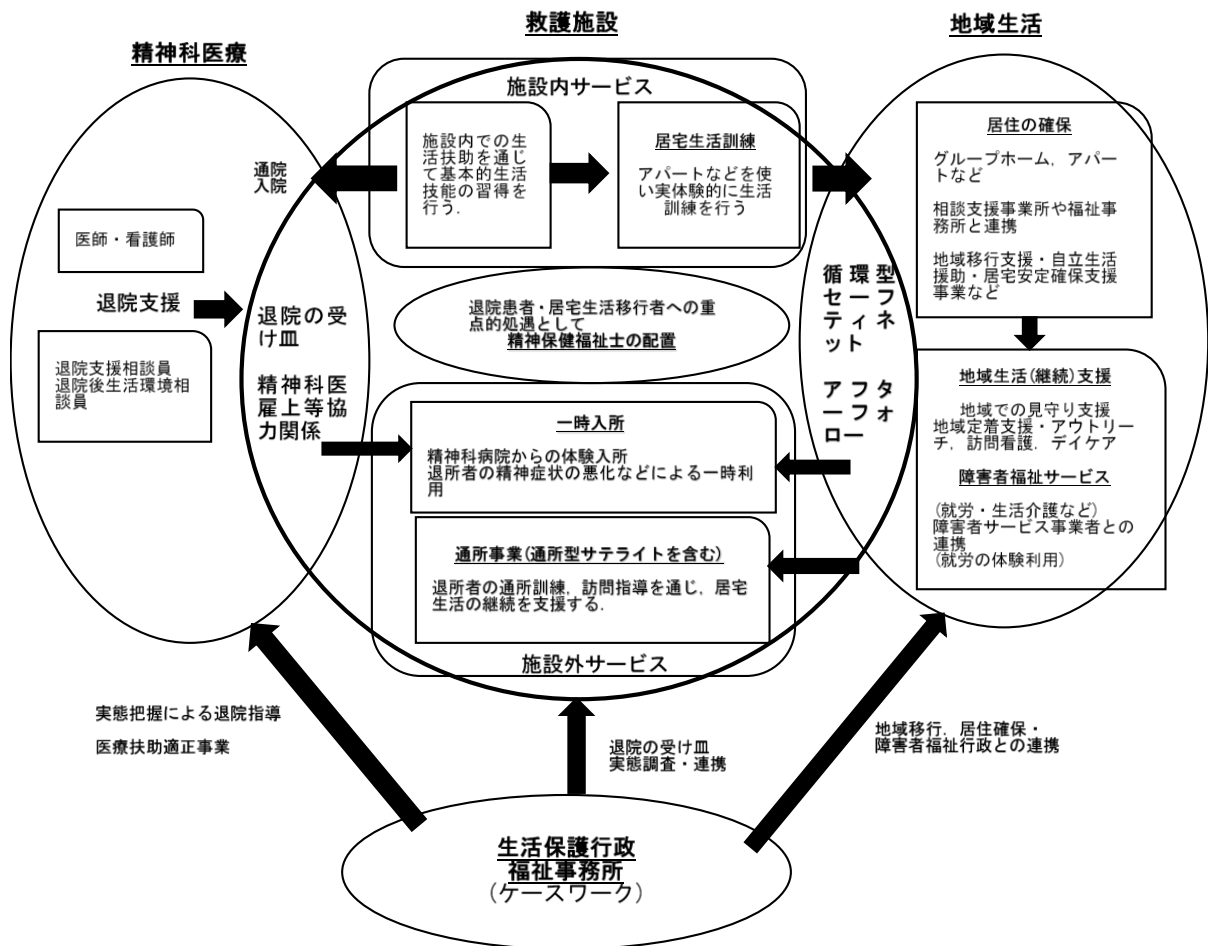


図1 救護施設の精神障害者における地域移行にかかる事業の連関

(資料 表2, 3を元に筆者作成)

精神科病院との関係は、入退院や精神科医を雇い上げることで加算がつくなど密接な関係にある。特に、一時入所での入院患者の施設体験利用や精神保健福祉士と精神科病院の退院支援相談員との連携によって入所の受け入れが行われ、退院の受け皿となっている。

循環型セーフティネットとアフターフォローについて、例えば居宅生活訓練事業を介して居住の確保を行う。退所後、保護施設通所事業を利用して社会生活技能訓練 (SST) などを行うことで、地域における自立生活を継続支援する(全救協 2019a)。また通所事業を利用してもらいながら精神保健福祉士などがアパートに訪問するなどのフォローを行う。そして精神症状が出現した場合は一時入所事業を活用し、良くなれば住居に戻るという循環として施設を利用する。あるいは地域で暮らす精神障害者が、具合が悪くなり精神症状が出現した場合は一時入所事業を利用して、医療と連携しながら状態が良くなればまた地域生活へと戻る(全救協 2019b)などが考えられる。

これらの施策・事業が十分に機能し社会資源が豊富にあり、かつ有機的に運用されればかなりの効果が期待できる。そのためには生活保護行政、障害福祉行政、相談支援事業所、

障害者サービス事業者との関係構築は欠かせない。逆に言えば、こうした制度やサービスを俯瞰するだけでは効果は無い。必要なのは自分達の地域や施設には何があって、何がないのか。それはどこにあって、それはどのように機能できるのかを見定めることである。

2. 救護施設の精神障害者における地域移行にかかる制度からの排除

表 4 救護施設における制度からの排除の分類

サービス給付要件外		障害者総合支援法の適用外にあり、同じような障害であっても救護施設に入所すると低位なサービスを受けざるを得ない。障害認定を受けられないボーダー層は福祉サービスの活用が難しい。
サービス給付要件内	サービス不足	地域移行を行う事業者が少ない。退院促進のための自治体の取り組みが少ない。救護施設自体に地域移行への取り組みに差があり、地域移行を行っていないとか地域に十分な社会資源がない場合がある。
	サービス制限	通所事業は最長 2 年、居宅生活訓練の継続条件など、サービスそのものに内包する制限。身元保証人の非協力的な姿勢により、地域移行ができないなどの制限。就労支援においては障害支援区分の判定ができず体験利用にとどまる。新規事業に際し、自治体から指定管理施設の許可が下りなかったケースがある。
	サービス提供組織優先	居住確保においてアパートに空きがあっても精神障害者には貸してくれないなど、オーナーの都合によって地域移行ができない。地域移行を推進することで退所者が増えると、施設本体に欠員が出て経営を圧迫するため対象者の選別がある。
	アクセス困難	利用者の地域移行への意欲低下、受け身の生活による意見が出ない。施設自体、地域移行への指向性がない。情報不足。

(資料 III. 研究結果より筆者作成)

これまで一度救護施設には入所すれば、入院や死亡しない限り退所できないと見なされてきた。現状、地域移行业務を行っていない施設もあるが、III. 2.4. (1)にあるように一時入所事業や居宅生活訓練事業は多くの施設で行われており、半数の施設では精神保健福祉士の配置が行われている。少ないながらIII. 2.1. では地域移行の先進地的な取り組みを論じた。今後は、行動指針に基づき施設による保護のみならず、地域移行の取り組みはより拡大していくと考える。しかし、地域移行を行う上でも課題はまだ多い。その課題を制度からの排除の視点でまとめると表 4 のとおりになる。あくまでもこれは一例であるが、さまざまな文献でそれぞれ言われていることを一つのカテゴリーに分類して整理すると同じ課題として可視化することができる。そのことで対策が見えてくると言える。例えば〈サービス不足〉解消のために施設が行うべきこと。地域移行を行っている事業者の発掘と連携、自治体への働きかけをどうするかを俯瞰することができる。

支援の狭間として捉えた場合、救護施設自体が地域移行への指向性があるかどうか。自治体や障害者サービス事業者や相談支援事業所が救護施設の精神障害者を地域移行させるための組織間のモチベーションがあるかどうか。そして、どの程度社会資源があり、どのように運営されているかの検討が必要である。つまり、制度からの排除として整理をした上で、何が連携上課題となっているかの分析が重要となる。そして、実施するにあたり、利用者の個別性に配慮しながら一つずつ積み上げていくことが求められる。

3. 地域移行を取り組む意味

現在、救護施設は中間施設としての役割が期待されているが、本来、保護施設は「経済的・身体的困窮への対応のみならず、関係困窮を補う安心の拠点であり、多様な他者との関係性の中で「気づき」を得て、能動的に他者とつながる事ができる場を提供すること」

(小川 2019 : 98) である。ことに精神科病院の長期入院患者は、「国策のミスや病院の経

営という他者の都合により、大切な人との関係や時間、経験するはずであった機会などを奪い取られてきた」（國重 2019：38）人たちである。救護施設は精神科病院の退院促進の受け皿と権利擁護の役割がある。そうであればこそ、地域に出たい利用者に対してどのようなことが現状においてできるのか、関係困窮を補い、奪い取られてきた時間を取り戻す取り組みが救護施設には求められる。

救護施設の精神保健福祉士は、施設の都合による移行対象者の選別などロイヤリティーのジレンマがある一方で、組織に属しているからこそできることがある。それが新規事業への提案や組織同士での連携によるシステム作りである。例えば精神保健福祉士の求められる能力としては現状、地域移行の社会資源がなければ、まず何が必要かを考える発想力である。あるいはこれまで関係を持っていなかった社会資源と連携していく行動力である。それには制度や地域にある社会資源などを網羅して、その限界点と可能性を把握すること。その上で何ができるのかを知ることである。また、熱心に地域移行に取り組んでいる施設は法人内で障害者福祉サービス事業を立ち上げ移行のルートを確保している。または、病院や他の機関と有機的につながりながら地域移行を進めている。そうした先進的な施設の実践から学ぶこと。精神保健福祉士は社会福祉の専門職として、その専門性を示すことが求められる（酒本 2019）。

精神保健福祉士がいない施設であっても、いまや救護施設は、地域移行と施設生活を両輪とした循環型セーフティネット施設の役割が求められている。救護施設は精神科病院において生活保護を受給している長期入院患者を受け入れる社会資源として機能すること。そして、一旦受け入れた後そこから地域生活へのルートを確保すること。精神科病院、救護施設（生活保護行政）、精神保健福祉の包括的なネットワークに支えられることにより、長期入院患者の退院後の地域生活を支える体制が整えられること。そうしたネットワークが機能していれば、救護施設における精神障害者の施設生活は幾分風通しが良くなると考える。いずれにしろ地域移行に取り組むことで「選択肢が増えることは、精神障害者の自己決定を尊重しながら支援を展開していくことが可能になると言える。そのためには、支援者がそれぞれの制度を理解し、地域で暮らすことを希望する人や今後その対象になる人たちに説明していく必要がある」（酒本 2019：18）といえる。

V. 今後の課題

歴史的に救護施設は終身施設としての役割を担ってきた。しかし、時代とともに救護施設もまた地域移行の取り組みが求められ、数は少ないながらも施設から在宅や地域へと移行する利用者が存在する。そして地域移行は今後も推進されていくため、諸制度などに目配せし、他分野や多機関との連携はより重要になってくると考える。

本論は、救護施設の利用者でも最も多い精神障害者に焦点を当て、その利用者たちが地域移行する上でどのような制度と各機関の連関があるのかを総合的に提示した。なぜなら支援者（個人・組織）の情報不足が地域移行する上で一番、制度からの排除でいうところの〈アクセス困難〉を生み出すと考えたためである。本論が地域移行の取り組みの一つの手がかりになればと考える。しかし、本論の限界として運用の具体的なことについては論じられなかった。今後は地域移行の実際やその実態などを明らかにしていきたい。

さらには、地域移行「後」の生活のあり方を論じることができなかった。地域移行後、精神障害者がどのように社会参加(包摂)していくことがのぞましいのか。あるいは移行後の課題はどこにあるのか。この包摂のあり方を含めて検討されないと利用者は地域移行後に社会的に孤立するなどのリスクが生じ、結局病院に戻るといった結果になりかねない(樋口 2016, 関根 2011)。このことと関連して、地域社会には周縁化し、社会的に排除されている生活困窮者が多数存在する。救護施設はこうした周縁化されている人々と常に接している。引き続き、救護施設の内と外の排除と包摂の外延について問題提起をしていく。

注

- 1) 緊急救護施設は1958年から1973年まで、生活保護受給者であり、かつ寛解状態にある精神障害者を専門に受け入れる福祉施設として設立される。廃止後も一般の救護施設として運営は継続され、岡部(2013)の2006年時における全救護施設への調査によると、かつて緊急救護施設だったのは16施設となっている。
- 2) 松本(2011)は精神障害特化型のほか、ホームレスなどを中心に入所する生活困窮者型、障害者と生活困窮者が混在する混合型に分類している。岡部(2013)の調査では、精神障害者が90~100%入所している所は11施設。精神科病院が設立法人、精神障害者の退院後の受け皿を目的とした所は13施設となっている。
- 3) 平成28年の厚労省の調査から生活保護の各扶助の中でも医療扶助は全体の48%と大きな割合を占めており(厚生労働統計協会2018:202)、さらにその中でも精神科病院の入院費が件数で35.5%と高い割合である(厚生労働省2018)。また、精神科病院の入院患者の全体の2割以上が医療扶助であり(厚生労働統計協会2018:201)、その患者が5年以上医療扶助が給付されている割合は、42%以上と長期化もしている(厚生労働省2018)。

文献

- 樋口麻里(2016)「社会的包摂概念の理論的境界」『大阪大学大学院人間科学研究科紀要』42, 163-187.
- 平野方紹「支援の『狭間』をめぐる社会福祉の課題と論点」『社会福祉研究』122, 鉄道弘済会, 19-28.
- 岩田正美(2008)『社会的排除』有斐閣.
- 会計検査院(2011)「生活保護の実施における長期入院患者に係る医療扶助の支給について」(<http://report.jbaudit.go.jp/org/h22/2010-h22-0321-0.htm>. 2020. 2. 25).
- 蒔山和生・檜谷美恵子(2011)「長期在院精神障害者の退院後の居住条件と住居確保の取り組みに関する研究」『都市住宅学』75, 38-43.
- 川向雅弘(2014)「ソーシャルワーカーは『どこに』一歩踏み出すのか」『ソーシャルワーク研究』39(4), 37-43.
- 川向雅弘(2017)「『狭間』に取り組むソーシャルワーカーの『越境』の課題」『ソーシャルワーク実践研究』5, 12-21.
- 風間朋子(2014)「緊急救護施設の歴史的展開」『人間の福祉』28, 67-80.

- 高良麻子(2010)「福祉政策に基づく制度から排除された人々への支援」『社会福祉学』51(1), 3-16.
- 高良麻子(2012)「福祉政策に基づく制度から排除された人々への有効な支援の検討」『東京学芸大学紀要人文社会学系Ⅱ』63, 315-325.
- 高良麻子(2017)『日本におけるソーシャルアクションの実践モデル-「制度からの排除」への対処』中央法規.
- 厚生労働省(1988)「生活保護法による保護施設事務費及び委託事務費の取扱いについて」(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta8454&dataType=1&pageNo=1. 2020. 2. 25).
- 厚生労働省(2015)「生活保護を受給する長期入院精神障害者の地域生活への移行に向けた.生活保護担当部局と障害保健福祉担当部局の連携強化について」(<https://www.rakuraku.or.jp/shienhi/liblary/FileDir/CT63N880.pdf>. 2020. 2. 25).
- 厚生労働省(2018)「医療扶助実態調査」(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/67-16.html>. 2020. 2. 25).
- 厚生労働省(2019)「第2回精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築担当者会議資料3」(http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201802data/m201802_ref3.pdf. 2020. 2. 25).
- 厚生労働統計協会(2016)『国民の福祉と介護の動向 2018/2019』65(10).
- 熊谷和史(2019)「救護施設における社会的排除と包摂」『東北の社会福祉研究』14, 7-21.
- 熊谷和史(2020)「救護施設における支援のあり方の視座」『東北の社会福祉研究』15, 7-18.
- 熊澤利和(2015)「精神障害者の地域移行・地域生活支援の課題と政策(その1)」『地域政策研究』17(4), 81-91.
- 國重智宏(2019)「長期入院精神障害者の退院支援における相談支援事業所に勤務する精神保健福祉士の『かわり』のプロセス」『社会福祉学』59(4), 30-40.
- 松木宏史(2013)「第10章『食わせて寝かせる』から四〇年」埋橋孝文編『福祉+α4生活保護』ミネルヴァ書房, 136-146.
- 松木宏史(2011)「第7章地域に根ざした施設発のソーシャルワーク-救護施設の実践からみるトータルな生活保障の構築」中川清編『講座現代の政策2生活保障と支援の社会政策』明石書店, 173-196.
- 麦倉泰子(2019)『施設とは何か』生活書院.
- 中川健太郎監修(2003)『救護施設との出会い』クリエイツかもがわ.
- 小川裕子(2019)「住居喪失型貧困状態にあった女性の〈生き直し〉の経験から考える施設の役割」『社会問題研究』68(147), 93-105.
- 岡部卓(2013)「救護施設の動態-全国救護施設調査(開設から2006年まで)」『人文学報社会福祉学』29, 53-276.
- 岡部卓ほか(2017)『生活保護ソーシャルワークはいま』ミネルヴァ書房.
- 岡村ゆかり(2013)「ソーシャルワーカーによるアドボカシー実践の正当化の可能性」『社会福祉研究所報』41, 1-14.
- 小澤温(2015)「あらためて『地域移行』を考える」『社会福祉研究』124, 32-38.
- 栄セツコ(2010)「『連携』の関連要因に関する一考察-精神障害者退院促進支援事業を元に」『桃山学院大学総合研究所紀要』35(3), 53-74.
- 酒本知美(2019)「救護施設における精神障害者支援」『日本社会事業大学研究紀要』65, 5-20.

- 関根正(2011)「精神障害者の地域生活過程に関する研究」『群馬県立県民健康科学大学紀要』6, 41-53.
- 杉本豊和ほか(2018)『精神障害のある人と家族のための生活・医療・福祉制度のすべて Q&A 第11版』萌文社.
- 渡邊宣子・井上智洋(2016)「精神障害者の地域移行について-生活保護受給者の地域移行を阻害するもの」『ソーシャルワーク研究』42(1), 44-52.
- 横倉聡「わが国の精神保健医療福祉施策, 100年の歴史から学ぶこと」『人文社会科学論集』35, 137-157, 東洋英和女学院大学.
- 全国救護施設協議会(2011)『広報誌全救協』137.
- 全国救護施設協議会(2013)『広報誌全救協』140.
- 全国救護施設協議会(2015)『行動指針の手引き』(http://www.zenkyukyo.gr.jp/file/kodo_shishin_tebiki.pdf. 2020. 2. 25).
- 全国救護施設協議会(2017)『平成28年度全国救護施設実態調査報告書』.
- 全国救護施設協議会(2019a)『救護施設における精神障害者の地域移行と自立生活の継続支援に向けた実践《報告書》』(平成30年度赤い羽根福祉基金助成対象事業).
- 全国救護施設協議会(2019b)『救護施設を活用した自立支援の手引き』(<http://www.zenkyukyo.gr.jp/download/file/h31mar.pdf>. 2020. 2. 25).