

救護施設における居宅生活訓練事業の実践からの考察

—22 の事例を通して

酒 本 知 美

Discussion of implement community-life-shift training programs for rescue facilities-from 22 cases

Tomomi Sakamoto

Abstract: BIn this study, I conducted an interview about community-life-shift training programs at rescue facilities. I analyzed from 10 successful cases and 12 difficult cases.

In this survey, three categories were generated in the community-life-shift training programs. At the first was [1. support according to users' needs]. It was generated by <highly individualized support>, <continue to support after leaving >and < support by focusing on family relationships >. The second was [2. fostering the elements required for individuals], which was generated by <forge a trusting relationship with other people>, <see myself from the third person> and <determination of going to community>. At last was [3. points to consider in support]. It was generated by <the program timing >, <repeat assessment> and <overlap of mental disorders and other diseases>.

要旨: 本研究では、救護施設で実施されている居宅生活訓練事業についてインタビュー調査を実施し、10の成功事例と12の困難事例から分析を行った。

今回の調査では、居宅生活訓練事業における支援において、3つのカテゴリーが生成された。〈個別性の高い支援〉、〈退所後支援の必要性〉、〈家族関係を評価した支援〉の3つの概念から [1. 利用者の希望に沿った支援] が生成された。〈関係を構築する力〉、〈現在の自分を認める力〉、〈地域移行の決意〉の概念から、[2. 個人が習得する要素]、そして、〈居宅生活訓練事業とタイミング〉、〈繰り返し実施するアセスメント〉、〈精神障害と他の疾病の重複〉から [3. 支援において配慮すべき点] である。これらのカテゴリーや概念が揃う事で支援が継続されることが望ましいが、不足した部分を他の概念等で補い、個別性の高い支援を展開することが求められることが明らかになった。

キーワード: 救護施設、精神障害者、居宅生活訓練事業、希望に沿った支援、個別性のある支援

はじめに

全国救護施設協議会は、2013(平成25)年に『救護施設が取り組む生活困窮者支援の行動指針』(以下、行動指針)を示した。その中で「すべての救護施設が必ず取り組む事業」として、循環型の施設を目指し、利用者や地域の特性により、アパート等地域での暮らしや、他の種別の施設への移行を推進する事業を、すべての救護施設が必ず取り組む事業として示している。こうした移行を実施するための具体的な方法の一つとして制度化されているのが、救護施設居宅生活訓練事業(以下、居宅訓練)であるⁱ。行動指針において、2015(平成27)年までに居宅訓練の実施率を100%とすることを目標として掲げている。救護施設は全体の方針として、循環型の施設運営を目指し始めたのである。

居宅訓練とは、それぞれの救護施設がアパート等を借り上げ(2室～5室程度)、ひとり暮らしの体験を通し、地域移行を具体的に進める1年～2年間のプログラムである。2004年に開始された居宅訓練の実施率は、2006年にはわずか2%(4ヶ所)ⁱⁱ、2013年には52.4%(65ヶ所)ⁱⁱⁱ、2017年に71.8%(130施設)と取り組みが本格化してきている^{iv}。この、居宅訓練の特徴は、①個々の地域の実情に合わせ、利用者の地域移行を目指すものであり、②救護施設単独で事業を展開し、③救護施設に籍を置いたまま訓練を受けることができるため、失敗が保証されているところにある。

一部の自治体では、居宅訓練と同時に障害福祉サービスを活用できる所もあるが、多くの場合救護施設独自で事業を考え、外勤や不動産会社など地域の福祉領域ではない社会資源を活用しながら支援を展開している。これは、救護施設の長い歴史の中で、一般就労に結びつけるため、福祉領域ではない社会資源を活用するという経済的自立支援を中心に実施してきた頃に培ったノウハウを生かしたものである。身体や知的などの障害福祉サービスと比較して、法の整備が遅く、さらにはその数も少ない精神障害者の支援を救護施設では展開してきたことが背景にある。しかし、一方で「終の棲家」としての役割を主としてきた一部の救護施設では、方針転換が求められることになった。

これまで、精神障害者の地域移行支援について研究を進める中で、ダイレクトに医療機関からアパート等での一人暮らしに移行することできない人たちの中に、救護施設での支援を経ることで地域移行が可能になる人たちがいることがわかってきた。このことから、救護施設で実施されている支援の中に、医療機関では実施できていない要素があるのではないかと考え、2018年1月から2月に全国の救護施設を対象とした「救護施設における地域移行支援に関するアンケート」を実施した。今回のインタビュー調査はこのアンケート調査を受け、居宅訓練の成功事例と困難事例を中心に、救護施設における実践から、救護施設におけるどのような支援が有効に作用しているのかということをも明らかにしたいと考えた。

I. 研究の目的

本研究では、救護施設における精神障害者の地域移行支援について、居宅訓練を中心に成功事例と困難事例から、支援において必要とされる要素を抽出し、示すことを目的とする。

II. 研究の方法と倫理的配慮

1. 研究の対象

本研究は、2019年7月3日から10月23日までの間に実施した救護施設のインタビュー調査である。このインタビュー調査の実施先の選出については、2018年1月から2月に実施したアンケート調査「救護施設における精神障害者地域移行支援に関するアンケート」に①返送のあった施設のうち、②退所理由にかかわらず、退所者数が多かった施設の上位20ヶ所を抽出^v、③依頼を行い、インタビュー調査に応じていただいた16ヶ所（うち、1ヶ所はインタビュー調査項目を送付し、記入していただいた形で回答のみを回収）と上位21位であり、女性のみが利用しているという救護施設1ヶ所での調査を追加した計17ヶ所で実施した^{vi}。

2. 研究の方法

インタビュー調査は、救護施設職員に対し、半構造化面接により実施した。インタビューは筆者のみが行ったが、施設の職員は施設側の規模や実践されてきた年数等により、居宅訓練の担当者数にばらつきがある。そこで、先方でインタビューに回答していただく人数を決めていただいたことから、それぞれの施設において、回答者が1名もしくは、2、3名となっていた。インタビューはおよそ2時間から2時間半をかけて実施している。事例の収集にあたっては、事前に質問票を送付して、それぞれの施設において、退所したり、居宅訓練を実施した入所者のうちから、成功事例と困難事例を1つ以上選出していただいた。成功事例は、居宅訓練を実施して、安定して地域での生活を継続されている方と継続が見込まれる方、困難事例は、居宅訓練が中止になったり、地域での生活が不安定で再入所や再入院された方やその可能性が高い方を基準としている。

3. 倫理的配慮

事例の対象とさせていただいた方たちには、事前に「個人情報提供の同意書」と「同意書撤回要望書」を渡し、同意を得た上で事例を提供していただいている^{vii}。インタビューは内容を録音し、分析に用いるために逐語として書き起こしている。

また、今回のインタビュー調査は、日本社会事業大学社会事業研究所の研究倫理審査（課題番号：18-0902、2019年3月28日）の承認を経て実施した。

Ⅲ. 分析方法

今回のインタビュー調査においては、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)を活用し、分析を行う。M-GTAによる分析を行うのは、①「社会相互作用に関係し人間行動の説明と予測に優れた理論であることが期待される」こと、②「ヒューマンサービス領域が適している」こと、そして③「研究対象とする現象がプロセスの性格をもっていること」ⁱⁱⁱという三つのポイントに、今回のインタビュー調査の目的が合致していることにある。

今回の調査においては、質的研究で使用される量的内容分析やテキストマイニングのようにキーワードの出現頻度による分析や相関関係を見ること、発想を目的としたKJ法による分析は向かない。分析において、M-GTAによるコーディングを行うのは、①のように、これまでの居宅訓練の実践において、どのような支援が具体的に効果を持ち、逆に効果を発揮できなかったのかということの説明できるという社会相互関係（地域移行）と人間行動（支援の実際）に沿った分析結果を得られること、②のポイントで挙げている「ヒューマンサービス領域が適している」ことのうち、一番の目的を救護施設の居宅支援の実践を返していくことを目的としていること、③居宅訓練を活用し、地域に移行した上で、その後の生活の安定という現象のプロセスを示すことができるためである。

救護施設における地域移行支援による事例の分析においては、①長期に渡り、終の棲家として機能していた救護施設が新たな方針を示したことから、精神科病院で停滞している長期間に及ぶ入院者への支援では行えていない支援を明らかにすること、②救護施設は、社会的枠組みの中でも、最後のセーフティネットとして存在し、「特定目的的文脈で関係づけられている」^{iv}究極の施設である。繰り返しになるが、画一的なサービスを提供することを目的としない救護施設における居宅訓練において、研究結果を実践現場に戻していくことが、本研究において第一の目的であること、③そのために、居宅訓練において、実際に何が行われていたか、もしくは行われていないかという「支援」を示すことが可能であるという点による。

Ⅳ. 結果と考察

本研究では、17のインタビュー調査を実施した救護施設から、28の事例が提出された。17の施設のうち、①居宅訓練を実施していない施設1ヶ所、②居宅訓練を開始したばかりで事例を提出することができなかった施設3ヶ所、③事例の同意書を得ることができなかった施設2ヶ所を除いた計11ヶ所の救護施設の事例（1つの救護施設は2事例を提出）のうち、精神障害者を対象としない事例2つを抜いた、10の成功事例と12の困難事例の計22の事例から分析を行った。個々の事例の属性について示した上で、M-GTAによる分析結果を示していく。

1. 事例の属性

今回の調査では、救護施設に成功事例と困難事例をそれぞれ挙げていただいている。成功事例は、10事例のうち1事例以外は、すべて地域移行後に地域での生活を継続している。事例9は現在、居宅訓練を実施している最中で、地域移行が決定しているものである（表1）。困難事例は、12事例で地域移行をしたが生活が安定せずに救護施設に再入所していたり、居宅訓練を実施したが、何らかの理由があり中止となったものがある。しかし、困難ながらも5事例（事例13、15、19、20、21）は地域での生活を継続している（表2）。

地域生活を継続しているにも関わらず、施設の職員が困難事例と考えるものは、地域生活を継続していても、途中で入院を経験するなど地域生活の継続が困難になったり、退所後の支援に拒否的だったり、退所した後も見守り以上の介入が必要なものと捉えているもので、地域定着に困難があるものも含め「困難事例」として捉えていて、退所という地域移行をもって「成功事例」とは考えていないことがわかる。救護施設の最大の特徴である、年齢や性別、障害の多様性ということが事例の属性では示されている。このように、多様性のある事例をコーディネートすることから導き出される概念やカテゴリーは汎用性が高く、居宅訓練の実践を重ねている救護施設にとっては、見直しの機会となる一方で、実践数が少ない救護施設においては、個々の支援を実施する際に、活用する指標となると考えられる。

表1 【成功事例】

No.	施設	年齢	性別	入所期間	障害など	手帳	家族	居宅訓練の実施	退所先	退所後の救護施設との関係
1	A	50代前半	女	5年	高次脳機能障害	精神2級	あり、交あり	なし	アパート	あり
2	B	60代	男	11年	アルコール依存症 身体疾患	精神2旧 身体2種 4級	あり、交あり	あり	アパート	あり 通所を利用
3	C	50代後半	男	6年8ヶ月	統合失調症	精神2級	あり、交あり	あり	グループホーム	あり OB会参加
4	D	70代	男	8年7ヶ月	アルコール依存症	精神3級 身体3級	あり、良好	あり	アパート (子どもの家の近く)	あり
5	E	60代後半	男	8年1ヶ月	統合失調症	精神2級	あり、音信不通	あり	アパート	あり 救護施設の主治医 (精神科)を受診
6	F	40代前半	女	2年6ヶ月	統合失調症	精神1級 (のち2級)	あり、交あり	あり	アパート	あり 居場所として活用
7	F	40代後半	男	4年4ヶ月	アルコール依存症	精神3級	あり、疎遠	あり	アパート	あり 金銭管理のため
8	G	60代後半	女	2年5ヶ月	アルコール依存症	なし	あり、良好	あり	アパート	あり 子どもからの連絡もある
9	H	30代前半	男	1年	全生活史健忘症	なし	不明	あり	アパート (予定)	現在居宅訓練の最中
10	I	40代後半	女	4年7ヶ月	統合失調症	精神2級	あり、交あり	あり	GHからアパート	あり 通所事業

表2 【困難事例】

No.	施設	年齢	性別	入所期間	障害など	手帳	家族	居宅訓練の実施	結果	現在
11	A	60代前半	男	4年6ヶ月	躁うつ	精神2級	あり	あり	訓練中止	同救護施設
12	B	60代	男	8年	てんかん 心性心身障害 統合失調症 知的障害	精神2級	あり	あり	中止	同救護施設
13	C	40代前半	男	3年9ヶ月	統合失調症	精神3級	あり、疎遠	あり	アパートに退所したが、精神状態の悪化で入院	当初は救護施設との関係は拒否的、のち再構築、地域生活継続中
14	D	60代	男	2年11ヶ月	アルコール依存症	精神3級	あり、交流なし	あり	アパート	同救護施設に再入所
15	E	50代前半	男	2年4ヶ月	躁うつ	精神3級	なし	あり	アパート	地域生活継続のため見守り継続・通所事業利用 地域生活継続中
16	F	60代前半	女	8年	うつ依存性人格障害	精神2級	あり、交流あり	あり	中止	死亡退所
17	F	50代後半	男	4年4ヶ月	躁うつ アルコール依存症 腹部動脈瘤	精神2級	あり	あり	中断	同救護施設
18	G	50代後半	男	6年6ヶ月	統合失調症	精神2級	あり	あり	アパート	同救護施設に再入所
19	H	30代前半	男	5ヶ月	発達障害 社会的不安障害 うつ アルコール依存症	精神2級	あり、家族から逃げる	あり	GH	GHでの生活を継続中
20	I	40代後半	女	1年10ヶ月	統合失調症	精神2級	あり、交流なし	なし	アパート	支援は拒否的で通所も停止中だが、地域生活は継続中
21	J	60代後半	女	7年4ヶ月	高次脳機能障害	なし	不明	あり	アパートに退所	通所と訪問を利用、身体疾病により入院したが地域生活は継続中
22	K	60代前半	男	3年	統合失調症 糖尿病	精神2級	あり、疎遠	あり	失踪	同救護施設

2. カテゴリー及び概念

本研究では、M-GTAの分析結果から9個の地域移行支援とその後の生活の継続を可能にする概念が生成された。9個の概念の関係性から、3つのカテゴリーとしてまとめている(表3)。以下、分析結果の記述と考察を行っていく。カテゴリーは[]に、概念は〈 〉で示していく。また、一つの施設から、複数の職員がインタビューに回答していることから、11の施設にアルファベットと番号を振っている。成功事例と困難事例のすみわけをするため、成功事例

は、大文字のアルファベット、困難事例は小文字を使い、それぞれ回答者を枝番号の1～3で表していく^x。

表3 M-GTA 分析の概念

カテゴリー	概 念	定 義
[1. 利用者の希望に沿った支援の提供]	〈個別性の高い支援〉	属性が幅広い利用者の希望に沿った支援を提供するため、型にはまった支援にならない
	〈退所後支援の必要性〉	退所後の安定した生活のためには、救護施設やその他関係機関による見守りや支援が継続される必要がある
	〈家族関係を評価した支援〉	成功事例では多く家族との関係が語られる。しかし、すでに家族関係が破綻したり家族から逃げたりしている利用者は家族と別離する選択をしている。本人の希望に沿って、無理な家族統合を行わない
[2. 個人が習得する要素]	〈関係を構築する力〉	退所後の安定した生活のためには、救護施設など支援を提供する施設や機関に対して利用者が他者と関係を構築する力が求められる
	〈現在の自分を認める力〉	居宅訓練を実施していく中で、自分のできること、苦手なことに気づいていくことが必要であり、職員は気づきを促す役割を担う
	〈地域移行の決意〉	本人が地域で暮らしたいと思うきっかけは様々であるが、その理由がポジティブであっても、ネガティブであってもよい
[3. 支援において配慮すべき点]	〈居宅生活訓練事業とタイミング〉	居宅生活を行う中で、始めるタイミングや地域で生活するタイミングなど、支援が大きく動く時期を的確に捉えることは重要である
	〈繰り返し実施するアセスメント〉	利用者に対し、常にアセスメントを行う。とくに、居宅生活訓練事業の中で細やかなアセスメントを行うことで、地域で生活するために必要な支援を組み立てる期間としている
	〈精神障害と他の疾病の重複〉	困難事例になる原因の一つは身体疾病である。精神障害だけではなく、身体疾病など重複した課題（この場合は、利用者の環境を除く）を持っていることは支援において注意すべき点である

救護施設の居宅訓練では、[1. 利用者の希望に沿った支援の提供]、[2. 個人が習得する要素]、[3. 支援において配慮すべき点] のカテゴリーが形成され、それぞれ3つの概念から成り立っている。

[1. 利用者の希望に沿った支援提供] は、〈個別性の高い支援〉、〈退所後支援の必要性〉、〈家族関係を評価した支援〉 から成り立っているカテゴリーである。

[2. 個人が習得する要素] を構成するのは、〈関係を構築する力〉、〈現在の自分を認める力〉、そして 〈地域移行の決意〉 である。

[3. 支援において配慮すべき点] は、〈居宅訓練とタイミング〉、〈繰り返し行うアセスメン

ト)、〈精神障害と他の疾病の重複〉である。

(1) 【利用者の希望に沿った支援の提供】

社会福祉の領域において、「希望に沿った支援」というのは、当たり前の概念であろう。しかし、救護施設は、他のどの施設と比較しても、利用者の年齢や障害の有無などその幅が広い^{xi}。つまり、個々の利用者の「希望」の幅が広く、必要とされる支援も介護から、就労までと幅広く、一つのパッケージ化された支援を提供することが難しいのである。

さらに、全国救護施設協議会は、2002年度に「救護施設における個別支援計画に関する検討会」を設置し、救護施設における個別支援計画の導入を図っていく。これは、生活困窮者の支援を行っている無料低額宿泊所との差別化を図ること^{xii}に加え、『行動指針』において、救護施設が循環型の施設として機能するために、個別支援計画を活用することを示したためである。この個別支援計画の特徴は、基本情報の次に「利用者の希望・要望」を記入するフォーマットになっていることである。課題ではなく、意識して「利用者の希望・要望」から作成する個別支援計画を活用することで「希望に沿った支援」が実践されることになる。

そしてこのカテゴリーは、個別支援計画を活用した〈個別性の高い支援〉と〈退所後の支援の必要性〉という連続性の中で支援を捉えること、そして既存の家族という枠に当てはめない支援を行う〈家族関係を評価した支援〉から成り立っている。

① 〈個別性の高い支援〉

これまで述べてきたように、救護施設の利用者は、年齢も障害の有無など多様である。そのため、居宅訓練においては、個々の課題に対して、救護施設入所中から働きかけ、居宅訓練に移行してからは、より具体的に地域での生活力をアセスメントしていく。

「C-2：すぐには本人が希望してるけど、在宅は難しいと。作業所とか、そういうところまず通って、皆さんの信頼を得たりとか、そういうふうにやっていきましょうというところで、近くの作業所のほうに。就労Bが使えないんですけども、通わせてもらって。(中略)それが3年ぐらい続いて、居宅訓練のほうに行きまして」(事例3)

「F-1：学校みたいな所に行きはったんですね、しばらく。すごく頑張って。だから施設入所中に行きはったということやね、居宅訓練やってる最中とか」(事例6)

事例3のように、本人に、周囲から信頼されるような行動ができるような働きかけを行うと同時に、本人の希望を叶えるために、周囲に支援者のネットワークを構築するため、救護施設では提供できないサービスを障害福祉サービスと独自に結びつけ^{xiii}、地域移行後の支援の土台を作った上で、居宅訓練を開始している。また、事例6では、救護施設に入所している時から、資格取得のために学校への通学を開始し、退所した後も勉強するための場(スペース)を提供していた。そして、来所した際に職員に国家試験の勉強でわからない部分について質問するなど、

利用者と支援者以上の関係を築いている。救護施設の利用者が、地域で生活を継続していくことを意識した個々の希望に添った支援を実施している。障害福祉サービスのように、同じ法律の中のサービスを組み合わせるのではなく、本来であれば使用することができない他法のサービスを組み込んだり、職員の持つ力を退所後も活用しているなど救護施設の中だけで閉じられた支援を行っていないことから、〈個別性の高い支援〉が概念化された。

② 〈退所後の支援の必要性〉

成功事例「E-3：最初の1年間はここに通ってもらって作業をしてもらいまして」（事例5）や「F-1：この方も今も通所、1週間にいっぺん土曜日だけ来てます、この人も。あとは月2回ぐらいはこちらが訪問で様子を見ているという人ですね」（事例7）のように通所や訪問による救護施設通所事業を活用して、退所後の支援を継続している。困難事例でも、救護施設では「i-1：支援やかかわりが減っていることで、救護施設は見守りを継続している」（事例20）と語られるように救護施設とのかかわりに拒絶的な利用者に対しても、見守りを継続することで、その動向を把握している。こうした語りから〈退所後支援の必要性〉という概念が生成された。

③ 〈家族関係を評価した支援〉

三つ目の概念として、〈家族関係を評価した支援〉がある。「A-2：ご家族との関係は元旦那さんも含めてそんなに悪いわけではないですね、結構協力的で」（事例1）と元々家族関係が悪くない事例もあるが、

「D-2：いろんなことアルコール依存でもうひどい目に遭って奥さんとは離婚して長男も長女もとてもじゃないけど関わってくれるなという事で、病院を経て救護施設Dに入ってきて、（中略）何年か経ってる時に僕らのほうからご家族にね、お父さんががんばってるからたまにはちょっと見に来てくださいと。そしたら最初のうちは頑なだったんだけど、そのうち顔も出すようになってくれて、（中略）長男が親父俺のところ来るかと」（事例4）

このように、悪化した家族関係を救護施設が調整し、また本人の努力もあり関係が改善し、家族の近くでの地域生活を開始できた例もある。このように、居宅訓練を実施中にその様子を見て、関係が改善するということがある^{xiv}。

家族関係について、もう一つ着目すべきは、利用者自身の家族への距離の取り方の変化である。「F-1 希望としては一緒に住みたいとずーっとその時は話されてたんです。将来的にはね、でも今のままでやったら私が潰れてしまうみたいなことでまだ自信がなかったですね」（事例6）や「I-1：訓練を実施する中で、地域での生活を希望するが娘と暮らす自信がないと本人からの表出があり、グループホームへの退所を希望するようになった」（事例10）という語りからも、家族との関係を見つめ直し、「家族と一緒に住みたい」という漠然とした「希望」から、「自信のなさ」を表出し、地域での生活のために、家族との関係を考え直すことができるようになった

ていく。施設だけでは無く、本人が家族との関係を考えることができるような変化が生まれていく。

成功事例の中には、家族との関係がよくなく、「F-1：そうですね、多分ね、お父さんお母さんと仲が悪かったんです。一緒におったけども、だからそういう意味からもアルコールに走ってたということもあったと思うんです。（中略）だから結局は家に帰るんじゃなくて、自分で生活したいということで、アパートを借りてます」というように、無理な家族介入や家族統合をせずに、ひとり暮らしの地域生活を支えるという事例があった（事例7）。

また、「G-1：娘さんから時々電話があったりとか金融機関の手続きとかそういう方には電話があるので付き添ったりはしてるんですけど、やられてるということです」（事例8）という語りからは、利用者だけではなく、家族とも関係が構築でき、家族にとっての相談相手として救護施設が機能していることがわかる。家族関係を評価し、家族の持つ力を活用することができている事例であると言える。

成功事例、困難事例で上がった事例やその他の語りからも、家族による虐待や不健全な家族関係の影響は生活破綻のきっかけになる。また、救護施設の利用者の多くは、家族との関係が希薄であることも多く、「調整はするが、本人の希望が優先される」という関りが多い。家族がいる場合も、地域での生活を開始した後も、主たる支援者として家族を登場させるのではなく、家族が可能な範囲でのみ、社会資源の一つと捉えて活用するべきである。そのために関係性を評価して、家族がかかわるべきなのかどうかや、関わる場合に家族のできること・できないことをアセスメントした上で、家族の関りの枠組みを作ることが不可欠であることから、〈家族関係を評価した支援〉が概念化された。

（2）【個人が習得する要素】

【個人が習得する要素】とは、本人がその「要素」が無ければならないという、自己責任論としてではなく、支援の中で本人が育んでいったり、意識していくことが可能になる支援が求められるという意味である。社会生活を送る上で、最低限必要とされる他者との関係であったり、自分自身の可能なことや限界を知っていることや、不安にさいなまれたときにどのように対応するかといった本人が地域で生きていくために必要なことを支援者と共有すること、さらには、地域で暮らしたいと思うことなど、精神科病院からの退院と大きな違いはないかもしれない。【個人が習得する要素】はアセスメントを入所中に開始し、その後の居宅訓練の実施される1年から2年の間も繰り返し行い、担当職員と確認していく。社会資源を活用するだけでなく、個々の入所者が自分自身を活用することで、地域移行後の生活も安定したものとなる。こうした要素は、支援する側からすると困難な事例となった際に、個人の要素として還元されてしまう可能性があるため注意が必要である。つまり、このカテゴリーにおける概念が本人に無いと困難事例になるという訳ではなく、これらの概念が利用者に十分に習得されていない場合、支援者は不足する可能性のある部分に配慮をしながら、柔軟に利用者に対応する必要があるということである。

① 〈関係を構築する力〉

困難事例になったもののうち、「b-2:実際はそんなに訴えとか、不満の訴えとかは少ない方。やっぱり慣れない生活が続いたことで」や「b-3:これやってる時に自分からこれどうなんだろうとかって言ってくれる人だったら、発見ももうちょっと早く、なかなか自分の問題言えないっていう人が」というような利用者の様子が度々語られている（事例12）。

このように自分から発信することが苦手な利用者は多い。また、「j-2:施設の中でちょっと適応が難しかった」（事例21）とあるように、他者と一緒に生活することが難しい利用者も多い。集団生活になじむことができないことを理由に、地域での生活を希望する利用者もいる。しかし、ここに課題が潜んでいる。

「c-1:ここで生活できてからいくんだよっていう話は必ず指導員するので。この生活って何かなって思った時に、やっぱり人とのコミュニケーションとか人間関係をうまく作っていけるとか、多分そこが何だろうな、自信にもなるのかもしれないし、移行した時の適用にもなるのかもしれない。でもそういう人ばかりじゃない。この人いけるって言った人が失敗してます」（事例13）

集団生活になじむことができなくても、困ったときに職員にはSOSを発信できれば問題はないのだが、そもそもコミュニケーションを取ることができず、地域での生活が行きづまることがある。初めは職員に発信ができなかった利用者で困難事例となっているものの中に、職員の働きかけで「j-3:言葉が出てこなくて多分少しこうあわてちゃってどうにもなんなくなって、それで苛立っちゃってとかいろいろあったと思うんですけど。今はその辺がすごい電話も穏やかになって、まあ慣れてるのもあるんでしょうけど」（事例21）から、困ったときに救護施設に相談するという力を経験や失敗を繰り返す中で養っていく利用者もいる。事例1のように、「A-2:レクとかがあるとやっぱりいらしてますね。A-1:泊まりがけで」など、積極的に施設とのかかわりを継続したり、事例2のように「B-1:半年ぐらい経って、OB会とかにも出席して」というように、救護施設の職員だけではなく、レクリエーションやOB会という利用者や元利用者との友人関係を構築することができるようになっていく。

このように、他者との関係を分断した状態から、利用者と担当の支援者や、利用者利用者という個と個の関りは、支援という専門的な関わりだけでは無く、たわいのない会話を通して社会性を身につけるという経験を経て、個から施設の利用者たちという集団に交流をもつという段階を踏んでいく。職員との支援関係はもちろんだが、他者との友人関係を作ることができることも地域で生活することには欠かせないことから、〈関係を構築する力〉は概念化された。

② 〈現在の自分を認める力〉

救護施設での生活が長くなると、地域での生活の感覚を取り戻すことが難しくなる。困難事例の中には、

「b-2：ここで生活されてると、自分のお小遣いの中だけ好きなものを買える。あと3食はB（救護施設）の食事ができるっていう考えの中で長く11年間いたんで、それに慣れてしまっ、いざ居宅復帰した時に全部自分でお金が管理することになって、よくわからないっていうか、その比率がわからないっていう」（事例12）

というものがあつた。自分がお金を管理するということが難しいという気づきがあり、職員に相談したことで、地域での暮らしを継続するために「金銭管理」という支援が追加される。しかし、この利用者は、施設内では、トラブルもなく、服薬管理、決まった金額の中での金銭管理はできていた。施設の中では職員からの評価も高く、本人も「できる」というイメージを持っていても、生活する力が十分ではなかつたことが地域生活の中で明らかになっている。一方で、「b-1：プライドが高いわな、俺ちょっと他とは違うぜみたいな」（事例12）と評価もされているように、できないことを「できない」と認めることができなかつたり、「できない」ことを隠蔽したり、「できない」ことを自覚できない、自分から「できない」ことを表出できないなどいくつかの可能性がある。

また、「h-1：今飲んでないから大丈夫みたいに」というのは、アルコール依存症の利用者が、救護施設という管理され、アルコールを入手しにくい環境が影響してアルコールを飲酒していないと言うことに気づかずに、「今飲んでないから大丈夫」と思ってしまった場合もある（事例17）。

一方で、「C-2：作業所があるところのグループホームの方向の話をした理由は、やっぱり金銭管理もそこはしてくれるっていうところで、本人も金銭管理もお願いしたいところがあつて」（事例3）や、「H-1：この方も今も通所、1週間にいっぺん土曜日だけ来てます、この人も、あとは月2回ぐらいはこちらが訪問で様子を見ているという人ですね。お金の管理は本人がほとんどしているけど、違うか、こっちでお金の管理はしています。自分がね、お金持ったら使っちゃってしまいそうやうて」（事例7）というように、自分の苦手を自覚し、支援を受けながら地域での生活を継続している。

このように、困難事例では居宅訓練を開始するまで、自分が入所時に起こしていた課題を克服できていないことを知ることができなかつたり、実際に問題を起こした後もその問題を隠蔽したり、自分から発信することが困難であつたり、自分の課題を認めることができないということでもつまづいてしまつている。しかし、訓練を中止したり、地域での生活を継続できなかった理由を救護施設で職員と一緒に課題について振り返り、自分の課題と向き合うことできるという変化が生まれていくこともある。また、苦手を補完する支援を受けること、受け入れることで、地域での生活が安定していくことも多く、〈現在の自分を認める力〉は成功事例になるか困難事例になるかということに影響することから、概念化された。

③ 〈地域移行の決意〉

居宅訓練を実施する前に、利用者が地域移行の希望を表出すること大きな決断である。多少

の窮屈さはあっても、安定した生活を選択したいという利用者は一定数いる。ここで着目したのは、地域移行を望む理由が必ずしも前向きなものではないこともある。

居宅訓練においては、施設側の促しもあるが、本人の地域で暮らしたいという思いを尊重している。地域生活ができると施設側が判断しても、その入所者が興味を示さなかったり、拒否したりする場合には、無理な働きかけを行わず、施設に入所しながら、地域に少しでも目が向くような他の支援のあり方－例えば買い物や趣味の活動、外勤など外出の機会を増やすことでゆっくりと働きかけを行っていく。そもそも、「終の棲家」としての機能を持つ救護施設は、施設側から無理な地域移行を進める事はせず、定期的に居宅訓練の説明会を実施したり、自然な退所者との交流の中から入所者の変化を促していくことが多い。また、近年では、入所したときからすでに退所を希望している人も多いことから、〈地域移行の決意〉は本人の意思に委ねられている。

「D-2: そう、それで居宅やりたいって言い出したの。あいつのいるここにはいたくないって」(事例4) や、「I-1: グループホーム内の人間関係などがあり、現在はアパートにて一人暮らし」(事例10) のように、救護施設やその後に生活していたグループホーム内での人間関係の摩擦から、本人のタイミングで退所の希望を表出することもある。他の入所者との関係を取り持ち、本人の感情に反して施設に適応する促しをするのではなく、「居心地の悪さ」というネガティブと捉えられる感情も地域での暮らしに目を向けるきっかけと捉え、地域での生活をイメージできるような働きかけをしながら、居宅訓練の対象としていくことも必要であることから〈地域移行の決意〉が概念化されている。

(3) [支援において配慮すべき点]

このカテゴリーは、居宅訓練を行う際に特に注意を払う必要があり、〈居宅訓練の対象者の選出〉、〈繰り返し実施するアセスメント〉、〈精神障害者と他の疾病の重複〉がその概念である。

① 〈居宅訓練とタイミング〉

複数の救護施設で居宅訓練を開始するタイミングが重要であるという認識を持っていた。居宅訓練は、施設が民間のアパートなどを借りていることや、個別支援のための職員の業務量も増すことなどから、一度に実施できる数が限られている。希望者がいても空きがないと訓練を開始することができず、最長で2年待つ可能性もあるため、その間に地域移行に対するモチベーションが下がってしまう可能性がある。

「g-1: 自立するためには、そこが必要やという話をしたんだと思うんですけど、本人さんもするしかないと思ったんですかね。そのタイミングとか大事ですよ、話をするタイミングとか。それ逃すとね、うまくいくこともいかなかったりとかする。」(事例18)

また、居宅訓練から次の移行先が見つからず、利用者が体調を崩すこともある。

「h-1：精神障害者を受け入れてくれるグループホームなかなかなくて、それでグループホームの選定のほうに難航したこともありますね。ここもあかん、ここもあかんってなったら、〇〇さん、だいぶ不安がってなりまして外出されたんですよ、気分転換にね、ほんなら、帰ってきはったらアルコールだいぶ飲んでやって」（事例19）

このように、居宅訓練の一連の流れを止めないためにも、全体を把握しつつ、支援を継続する〈居宅訓練とタイミング〉という概念が生成された。

② 繰り返し実施するアセスメント

救護施設に入所する際は、診断名が無いため他の施設に入所できずに救護施設で受け入れることもある。救護施設で支援を続ける中でアセスメントを繰り返し、本人の希望に近づくための支援を構築していく。

「c-2：自分たちに来る入所者さんっていうのは、結構それをやってきて、たとえば病院からグループホーム、在宅行ってきて、結構そこでちょっと駄目になってまた再入院して、それでちょっと年齢が50代でちょっと自分も金銭管理も心配だし、食事も1人で作るのが心配で、っていうパターンの人が多いですね。だからいきなり初めて入院してからダイレクトでうちに来るっていう人はほんとうにあまりほとんどいない。いる人がこの人、居宅訓練やった今日話した。その近い精神科の病院はうちのこともわかってくれてるんで、大体そこがちょっと心配でっていう人が来るパターンが多いですね。」（事例13）

このように、精神科病院とグループホームや地域のアパートなどを行き来するため、地域での生活が安定しないことで救護施設に結びつく利用者については「なぜ、地域での生活が続かないのか？」という問いを立てて、救護施設の中でその生活をアセスメントしていく。

「f-1：この人は子どもさんが3人ぐらいおられてアパートで1人暮らしをされてたんです。ただ娘さんの援助が結構あって、あとは親戚の従兄弟の人たちがサポートしたりして、居宅生活が続いて継続はできてたようですね」（事例16）

この語りでは、地域で子育てをしてきたことが、社会経験が豊富であると判断され、「地域で生活が可能である」となり、居宅訓練を開始した。しかし、実際には生活を営む力が乏しいことが明らかになった。救護施設の中での生活のように、食事の提供や清掃など生活支援が行われている場面とは違い、一人暮らしを経験する居宅訓練では、日々の生活の中で「施設の中ではできていたこと」が「一人ではできない」「苦手」として個々の生活の営みの中で発見されることが多い。また、1年から2年という長期に渡る生活を営むことで、それまで見えなかった本人のストレングスが見つかることもある一方で、危機的な状況に直面したり、課題が発見されることもある。そうした際に、担当の職員が介入できるように、生活の様子を日々、様々

な方法で見守り、アセスメントを繰り返していく必要がある。

また、地域移行を目指す精神障害者が利用する生活訓練の宿泊施設やグループホームのように「より小さな集団」での生活を目指すのではなく、それぞれが一人暮らしを実施するため、集団になじむことが求められない。しかし、近所とのトラブルを起こさないというより広い集団への帰属は求められるため、社会で生活するための「社会ルール」を取得する支援は求められる。さらに居宅訓練では、職員の介入も少ないことから、職員は個々の利用者が地域で生活を始めたときに、どのようなサービスが必要になるかというより細かなアセスメントを実施することが求められていることから、〈繰り返し実施するアセスメント〉という概念が生成された。

③ 〈精神障害と他の疾病の重複〉

この概念は、困難事例から導き出されたものである。「a-1：半年は入院をしていました。それは精神科ではなく、足の裏の傷がですね、ひどくなって」（事例 11）や「f-1：アルコールからくる肝炎ですね、これがかなり悪化をして、訓練を中断せざるを得なかったです」（事例 17）など、精神病が安定していても、身体的な病気が引き金となり、居宅訓練を中止したり、地域生活が継続できなくなることが語られた。

事例 17 では、アルコール依存症に対する対応が本人はしっかりとできていたことから、身体疾患を要因とした中止という決断は本人はもちろん支援者側も残念と感じる事例であったという。支援の中で、主たる障害である「精神障害」にのみ着目をした支援ではなく、高齢化により変化していくことや、身体的な疾病についても注視しながら支援を展開していかなければならない。こうした語りから〈精神障害と他の疾病の重複〉が概念化された。

V. 結論

これまで、救護施設で実践されている利用者の地域移行支援について、居宅訓練の成功事例と困難事例から分析と考察を行った。対象となる利用者の属性の幅が広いこと、個別性の高い実践が行われている。これは、救護施設がこれまでの実践で築き上げてきた実践の成果であり、居宅訓練を実施した際に活用できた強みであるといえる。つまり、既存の福祉サービスだけを組み合わせるものではなく、また、精神科病院や大きな社会福祉法人にありがちな自分たちの抱える社会資源の中だけで支援を完結するのではなく、個別支援計画を活用し、個々の希望に沿った支援を展開するために、その利用者が必要とする福祉領域以外の社会資源を有効に活用したり、様々なサービスを作り上げてきている。他の福祉サービスと併用することが基本的にできない生活保護法による「救護施設」という枠組みの中で、様々な支援を創り上げてきたことが大きな特徴であり、一人の利用者に対し、本人の希望に添った多種多様な社会資源を組み合わせることで支援を作ることが可能な障害者福祉や高齢者福祉との差は大きい。

その一方で多様性の高さから、個々の職員の力量に左右されてしまう可能性も否めない。こうしたことから、事例を通してどのような状況で地域移行をし、地域生活を維持できるのかと

いうことを概念化し、カテゴリー化して示すことで、最低限必要とされる点を意識した支援が展開されると考える。

今回、カテゴリー化された〔1. 利用者の希望に沿った支援〕と〔2. 個人が習得する要素〕、〔3. 支援において配慮すべき点〕はどれか一つが実践されていけばよいというものではなく、それぞれが相互に補い合い、成功事例となりやすくなるものである。〔3. 支援において配慮すべき点〕を土台に、〔1. 利用者の希望に沿った支援〕と〔2. 個人が習得する要素〕が展開される。カテゴリー1と2は支援の過程において、その量が経時的に変化していく。今回の概念図で示したように、必ずしも一直線に進むものではなく、困難事例にあっては、時間が進むことでカテゴリー1と2の量が逆転することも想定される。

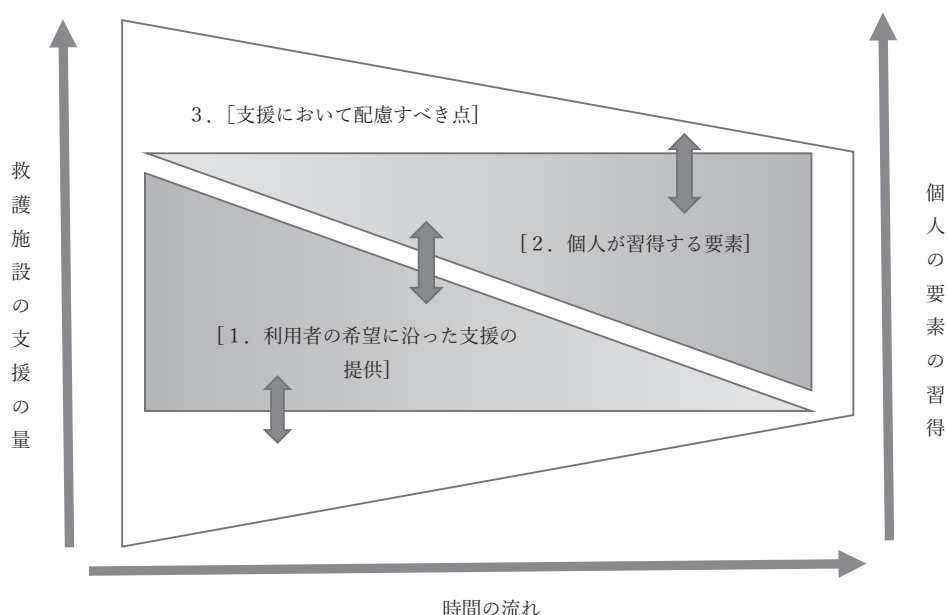


図1 カテゴリーの相互関係に関する概念図

〔1. 利用者の希望に沿った支援〕には、〈個別性の高い支援〉が含まれるが、救護施設では、利用者が多様であることや、地域移行先が生活保護実施主体の行政機関となるため、社会資源の量や質にも大きな差がある。こうした中で、着実に地域移行支援を行うということは、必然的に個別性が高くなるということであり、多くの救護施設では「当たり前のこと」としてとらえている側面があった。〈退所後支援の必要性〉では、退所をゴールとして捉えず、通過地点として考えていること、地域での生活を継続するために、様々な形で救護施設から利用者へ働きかけを行っていることがわかった。また〈家族を評価した支援〉では、「家族を社会資源」として捉えるが、「家族を利用する」ことを目的としない支援が展開されていた。困難事例では、家族との関係が崩壊していたり、交流がないなど、家族を社会資源として活用することが見込

めないことが多い。着目すべきは、成功事例に家族からの支援を受けることを想定せず、支援を実施しているものがいくつか見られたことである。型にはまった古い「家族依存型」を押しよくれた支援が実施されていると言える。

〔2. 個人が習得する要素〕では、利用者が苦手とする〈関係を構築する力〉や〈現在の自分を認める力〉を支援の過程の中で育てることが求められる。とくにこの二つの概念は、「苦手だと支援が難しい」と本人にその要因を求めるのではなく、支援者側が「苦手なのでより注意して支援を実施する」と捉えるべきである。〈現在の自分を認める力〉は、様々なことができる利用者ほど「できること」を表出し、「できない」ことを隠すことも多いため、支援者は「できない」可能性を想定しておく必要がある。〈地域移行の決意〉では、前向きな決意と同時に、居心地の悪さなどネガティブな表出も拾い、吟味する必要がある。ただし、その場合はより〈関係を構築する力〉や〈現在の自分を認める力〉が醸成されているか考慮して、ネガティブな表出も活用していく必要がある。

〔3. 支援において配慮すべき点〕は、とくに支援者が「意識的に」注意しながら支援を行う必要があるカテゴリーである。〈居宅訓練とタイミング〉は、確保されている部屋数や職員のキャパシティなど限りのある面があるが、そうした「限度」に対して柔軟に対応していくことが求められる。〈繰り返し実施するアセスメント〉では、居宅訓練の最中はもちろん、救護施設の中でもアセスメントを繰り返していくことで、本人により必要な支援を実施し、不必要な支援を削減していくことが可能になる。身体的な疾病から困難事例になることが多く、〈精神障害と他の疾病との重複〉ということでは、身体的な疾病について利用者情報と共有し、治療の継続を支持しながら支援する必要がある。

3つのカテゴリーは、時期の濃淡はあるものの、継続しながら実施されるものである。例えば、〔2. 個人に求められる要素〕のうち〈関係を構築する力〉が弱い利用者の場合、〔1. 利用者の希望に沿った支援の提供〕のうち、〈個性の高い支援〉として、関係を構築できるような支援を加えていく。また、常にアセスメントを行うことで、その進捗状況を測ることが可能になる。今回示したカテゴリーと概念が揃った状態で支援できることが望ましいが、不足した部分を他の概念を厚くすることで補うという支援の組み合わせを展開していくことが重要である。

VI. 本研究の意義と限界

本研究では、救護施設の支援のあり方の「強み」である既存のサービスに当てはめない支援について示した。医療機関や障害福祉サービスによる地域移行サービスのように、地域移行支援の最中に「連携」しながら、地域へと生活の場を移していくものと違い、救護施設では、職員たちも不自由さを感じている「救護施設」という枠組みの中で地域移行支援を行わなければならない。地域で生活を始めれば、障害福祉サービスを利用することになるが、支援を徐々に移していくという障害者総合支援法では当たり前となっている地域移行・地域定着支援とは違

う取り組みが求められるのである。まだ、障害者福祉の領域が措置制度の時代のように、一つの施設の中で支援が完結してしまっていることは、決してよい状態であるとは言えないが、救護施設全体として、決まった枠の中で無いものを創り上げるソーシャルワークの意識が根づいているのは大きな違いである。本研究では、そうした窮屈な制度の中で、救護施設の職員が居宅訓練を実施するに当たり、最低限必要とする概念とカテゴリーを示すことができたと考えられる。

本研究の限界として、今回の事例は職員が「成功事例」「困難事例」と判断し、職員の語りによって示された内容となっていて、居宅訓練を実際に実施した利用者の声を拾うことはできていない。また、Ⅲ. の分析方法ですでに述べているように、救護施設の数が少ないこと（2019年1月で187ヶ所）に加え、施設としての実施率もようやく70%を超えたところである。居宅訓練は、それぞれの救護施設が一度に実施できる数が少ないこと、一人のプログラムに1年から2年を要すること、さらにその後の生活が安定しているかということが判断されるまでに時間を要することから、収集できる事例数が限られている。また、今回は、事例を提出していただくに当たり、本人からの同意書を得ることができたものもあり、非常に限られた中で事例を抽出したため、理論的なサンプリングとしては不十分さが残ってしまっている。しかし、居宅訓練後に退所者と施設との関係が継続されていることから、今後の経過を追うことも可能である事例となっていて、今後の追跡調査を実施することで、再検証を行うことも可能であると言える。

利用者からみた場合、必要とする概念やカテゴリーが違う可能性もあることから、次のステップとして、実際に居宅訓練を実施した利用者へのインタビューなど掘り下げていく必要があると考える。

謝辞

本研究のために、多忙な業務の中インタビューに応じてくださった救護施設のみなさん、そして貴重な経験を提供してくださった皆さんには心からお礼を申し上げたい。

注

- ⁱ 全国救護施設協議会（2013）救護施設が取り組む生活困窮者支援の行動指針
- ⁱⁱ 全国救護施設協議会（2006）全救協 .p.6. <http://www.zenkyukyo.gr.jp/report/pdf/121.pdf>
- ⁱⁱⁱ 全国救護施設協議会（2015）平成 25 年度全国救護施設実態調査報告書 .p.7.
- ^{iv} 全国社会福祉協議会（2018）Action report 第 128 号 .p.3.
https://www.shakyo.or.jp/news/2018/actionreport_180914.pdf (2020年10月19日アクセス)
- ^v 退所先の第一位が精神科病院、第二位が死亡、第三位がアパート等居宅となっていたことから、精神科病院の再入院や死亡による退所の実態について知ることが目的とした。とくに、成功事例を示すだけでは、実践が十分に行えていない施設にとって「あの施設は先駆的な取り組みをしているから可能なのだ」という後ろ向きな捉え方をする可能性もあるこ

とから、あえて成功事例のない施設も調査対象とすることで、実践がうまくいかない理由を明らかにすることも目的の一つとした。

- vi この調査は、2018年1月15日～2月16日の1か月間に、全国の救護施設187か所（2018年1月現在、全国救護施設協議会の会員リストを使用）のうち、2018年1月に入所を開始した1ヶ所を除く186ヶ所の救護施設に郵送により調査票に記入、返送する方法を取った。うち、80ヶ所から回収され、回収率は43%であった。
- vii 同意書を事前に施設に送付し、施設職員より事例を提出していただく方たちに、情報提供についての説明をしていただいた上で同意書の提出をしていただいている。
- viii 木下康仁（2003）グランデット・セオリー・アプローチの実践.弘文堂.p.89
- ix 木下（2003）前掲書.p.90
- x 例えば、Aの施設の一人目の方の回答はA-1、二人目はA-2と表記している。
- xi 全国救護施設協議会ホームページの「利用者の状況」によると、30歳未満から65歳という幅広い利用者があること、また障害の状況も様々であることがわかる。<http://www.zenkyukyo.gr.jp/institut/institut.htm>（2020年10月12日アクセス）
- xii 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国救護施設協議（2019）全国救護施設協議会（全救協）版 『救護施設個別支援計画書』作成ガイドブック・様式集 Ver.0.p.1
<https://www.maejimahirosi.com/wp-content/uploads/2019/06/bc45375807a7d576fdd952b3831ce9dd.pdf>（2020年8月21日アクセス）
- xiii 自治体により異なるが、救護施設を利用していると、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律のサービスを受けることができないことがある。施設Dでは、障害福祉サービスの事業所に依頼し、連携を行うことである利用者にはサービスをするという個別性の高い支援を行っている。
- xiv 今回の事例4は、親が救護施設を利用して子どもが親のよい変化を受け入れるというものであった。他に事例8も職員の介入により、親子関係が改善されている。

（本研究は、2018年度日本社会事業大学共同研究「生活保護制度を活用した精神障害者支援—救護施設によるソーシャルワーク」(研究代表者:酒本知美)による助成を一部受けて実施した。)