

第8章

緩慢な自殺 —— 支援の現場の声

特定非営利活動法人 釜ヶ崎支援機構
生活・福祉相談業務統括
尾松 郷子

特定非営利活動法人釜ヶ崎支援機構（以下「NPO 釜ヶ崎」）が業務をはじめたのが1999年11月、福祉相談業務をはじめたのが2000年9月、そして福祉相談部門ができたのが2001年4月、今年NPO 釜ヶ崎は10年目、福祉相談部門は8年目を迎える。NPO 釜ヶ崎は、野宿生活者と野宿に至るおそれのある人々の社会的処遇の改善活動及びその自立支援が図られるような地域の形成に関する事業を行うことにより、社会福祉の向上を図ることを目的とし設立されたが、この10年、NPO 釜ヶ崎のような「団体」が必要とされることのない社会に少しも近づくことはなかった。私は、NPO 釜ヶ崎は営利目的の組織ではないが、「人の不幸」の上に成り立っている「貧困ビジネス」であり、社会の中の「必要悪」だと考えているので、社会が変わることにより、その必要性を失うことを期待して毎日の業務に望んでいる。ただ、福祉相談部門だけをとっても、当初は特別清掃に登録している釜ヶ崎の日雇労働者やシェルターを利用している高齢者を対象としていたにもかかわらず、年々その相談者数は増加し、相談者層は多様化する一方で、業務拡大の一途をたどっている。また、特にこの一年（2008年度）は、いろいろなところから相談者を紹介され、連携を図る機会が増えていく中で、社会資源の一つとして「ある範囲」の人たちの中では定着しつつあると思われる。「どうせなくなるできないのであれば」、有効に活用できる一社会資源として、この「腐った」社会の中で存在意義はどこにあるのか。NPO 釜ヶ崎全体もそうであるが、とくに福祉相談部門をはじめとする相談業務は、この社会の中でどのような役割を担うべきなのか、社会の変化の中で考えざるを得ない時期にきているのではないだろうか。

今回実習に参加させてもらい、受講生のみんなといろいろな話しをしていくなかで、2002年11月から2008年3月までNPO 釜ヶ崎福祉相談部門で、2008年4月からは、新しく始まった2つの相談業務を加えた3つの相談部門（福祉相談部門、市内対策部門（ネットカフェ対策）、生活改善事業（夜間シェルターと禁酒の館での相談業務））で所属しながら、日々の相談業務の中での葛藤を振り返る機会を提供していただいたことに感謝している。

野宿から抜け出す支援の場面である相談業務とは、誰かを助けたいという「清い心」があるだけでは到底できない、逆に「清い心」があることによって思い込みで判断し、相談者が抱えている問題を見過してしまい、再び野宿にもどるような支援をしてしまうのではないかと考えている。支援者の中には、相談者が希望することをそのまま希望どおり支援することが「支援」だと勘違いしている人もいる。それは決

して支援ではない。再び野宿にもどらないためには、今後どのような生活をおくるのか、相談者と支援者が話しをして一緒に形づくっていくのが支援の形であると思っている。

本章では、相談業務での経験を通し、NPO 釜ヶ崎福祉相談部門をはじめとする相談業務の社会の中の役割、位置づけ、そして支援の内容の変化をみていきたい。

2002年11月、私は福祉相談部門で働くことになった。まず新人がする仕事というのは、大きくわけて二つある。まず一つ目として、物忘れがありお金を落としてしまう、お金をもったらアルコールやギャンブルに使い切ってしまう人たちに対してお金をあずかり（金銭管理）、その人たちと一緒に食事などの買物をするのである。そして二つ目として、複数の医療機関から薬を処方されており薬をあずかり1回ずつ袋に整理することと眼前での抗酒剤などの服薬確認（服薬管理）である。金銭管理にしても服薬管理にしても、毎日NPO 釜ヶ崎の事務所まで来てもらうことによって、一日一回話しをすることにより体調（安否）確認を行うことが目的であり、最も基本的で一番大事な仕事である。必ず来なければならない人たちが夕方になっても来ていない場合は、部屋まで訪問して状況を確認することになる。私は働きだしたのが11月とすでに寒い時期であったが、最初の2ヶ月の間に、来ないから部屋の様子を見に行ったら亡くなっていたという人が4人いた。いずれもその前日に顔をみており、なおかつ病院も受診していた。一般に親族以外の人たちが亡くなった場面に遭遇する機会は少ないと思うが、ひとり暮らしの高齢者の日常生活支援を行っているとは言え、2ヶ月で4人という現状に驚いた。今でも、はじめて部屋の中で人が亡くなっている場面に遭遇したときの光景をはっきりと覚えている。鍵は開いていたがすでに死後硬直がはじまっていたため体がぶつかり扉を少ししかあけることができず、その隙間から亡くなっているのを確認したときのショックと何をどうしたらいいのかかわからず、事務所に電話をして対応を先輩スタッフにおしえてもらったものの、気が動転してしまい結局先輩スタッフに来てもらわなければならなかったこと。またアルコール依存症という病気のことについてほとんど知らなかった頃、アルコール依存症の専門治療に繋がったが通院が途絶え、再度の介入をすることができないまま、顔を見ないので部屋に行ったら、部屋中にワンカップの空き瓶が転がっており、その中心で吐血して喉をかきむしり非常に苦しんだ形相で亡くなっているのを発見したこともあった。その後も、薬をとりに来ないので心配になって部屋を見に行ったら、すでに亡くなっていたというケースは後を絶たない。部屋で亡くなった人たちの顔を忘れることはできない。その度に、何かできることはなかったのかと頭を抱え、他の人たちがそうならないための何らかの工夫はないのかと悩むが、結局できないことだらけで、一民間団体の限界を痛感することになる。

2003年1月、私がこの仕事に就き、相談業務をはじめてまだ半年も経たない頃、はじめて一人の人間に対してじっくりかかわることになったのだが、今振り返ると、先のことを考えて支援するのではなく、その場その場で泥縄式の支援を行ってしまい、課題が山積するケースとなった。その一方で、無知であったからこそ、いろいろな場面で無茶なことを試みることができたのではないかと思う。

仲間と三人連れで「施設から出てきたが何とかしてくれないか」とNPO 釜ヶ崎福祉相談部門に来たのがAさんとかかわるきっかけだった。第一印象は、まだ50代であるにもかかわらず年齢よりも老けてみえる表情と年齢のわりに話している内容の稚拙さを感じた。これは、今までの仕事のこと生活のことなどを聞き取りしていくうちに、耳鼻科の癌が再発していることで年齢よりも老けてみえ、精神の疾患（「発達遅滞」）を抱えていることの結果、話している内容が幼いことがわかった。

「長生きできるかどうかかわからないけれども、何とかしたい」と思った。ただ「何とかしたい」だけでは

物事は動かない。Aさんの状況から、耳鼻科の医師は「仕事をするのは難しい」と病状照会用紙に書いてくれるのではないかと見切り発車し、敷金なしでも入居できる3畳程度の台所がある部屋を契約した。その当時は敷金なし、保証人なしで入居できる月極のアパートはドヤ（簡易宿所）形式の物件がほとんどであったので、部屋の中に流しがあるだけでも「まし」な物件であった。福祉事務所に一緒に生活保護相談に行ったところ、精神科と耳鼻科の医師に病状照会用紙を書いてもらってくるように言われた。

精神科の医師は、精神保健福祉手帳を持っていたが軽い仕事ならできる（軽労働可）と書類を書いた。そして耳鼻科の受診に同行して書類記入をお願いしたところ、まず受診拒否を一方向的に通告された。なぜそのようなことになっているのか説明してほしいと言うと、耳鼻科の看護師が出てきて、この間継続して通院していないことまた精神疾患を抱えていることを理由としてあげた。さらには今後Aさんの状態が悪化したとしても入院させることができないので、他の病院で治療をした方がいいのではないかとまで言われた。

なぜこの間継続的な治療ができなかったのか。施設入所をしてからも集団生活になじめず、すぐ施設を飛び出してしまう。飛び出してしまうということは、生活保護が廃止になり、病院受診するための医療券をもらうことができなくなってしまう。そうなれば通院は途絶えてしまう。またAさんは、精神疾患（発達遅滞）のために、耳鼻科の癌が再発していることがどういうことか、今後病状がすすむとどのようになっていくかを理解することは難しかった。そう考えれば、病状を説明する場面でも、今後抗がん剤の治療などが必要になったときの説明をする場面でも、一緒に誰かが同行、病状を確認、継続的な治療の確保をする必要があるのではないかと思った。結局、耳鼻科の医師と話をした結果、NPO 釜ヶ崎スタッフが必ず同行するのであれば、治療契約を結ぶが、入院せざるを得ない状況になったときはNPO 釜ヶ崎のスタッフが入院先を探すという内容であった。その後、病状照会用紙を書いてもらうことはできたが、「片目が見えなくても、末期の癌であっても、働いている人はいるので仕事はできますと書きます」と言われた。結局病状照会用紙の内容は「軽労働可」であった。

二つの病状照会用紙を持って、福祉事務所に再び生活保護の相談に行った。書類を見て受付担当者は頭を抱えた。社会的な状況から判断すると明らかに仕事をするのは難しいように感じられるが、医療的な判断である病状照会用紙の内容はそうっていない。当時はまだ、稼働能力を問われない65歳以上、もしくは病気や障害などで仕事が全くできない（就労不能）と医師から診断されないことには、居宅保護になることはなかなか難しい時期であった。当然、50代の「軽労働可」だったら、絶対稼働能力を活用した証明として求職活動は必要になってくる。しかし求職活動するのも難しいのではないかとAさん本人をみると思われる。頭を下げ続けて頼み込み、福祉事務所の受付面接の担当者の裁量に訴えて、稼働能力の活用を行ってそれでも生活が困窮しているという証明として行わなければならない求職活動を一切することなく、何とか生活保護申請受理されることとなった。

当初の支援としては、耳鼻科受診の同行、計画的にお金を使うための金銭管理だけで、片眼は見えなかったが、何とか一人で生活することができた。この頃、まだ体が動けるうちにしたいことを聞いたら、娘に会いたいということだったので、娘のいる愛知方面までJRの快速に乗って一緒に行ったこともあった。休みの日に朝から自分の交通費は持ち出しをして出かけた。一緒に出かけることについて、「どこまでが仕事の範囲なのか」「どこまでの支援をするつもりなのか」とNPO 釜ヶ崎の他のスタッフからいろいろ意見を受けることもあったが、残り限られた時間を考えてできるだけことはしたいと思い、その思いだけで突っ走りどこまで支援をするのか考えてはいなかった。

その後、2004年10月、耳鼻科の癌が進行してきて急に眼が見えなくなった。もともと左眼が見えていなかったが日常生活に困ることはなかったが、右眼が見えなくなってしまい、突然両眼が見えないような

状況になった。急に眼が見えなくなるという想定をしていなかったため、その状況になってはじめて何か使える社会資源はないかと焦った。

まず、福祉事務所の担当ケースワーカーに在宅で使える社会資源はないのかと相談したところ、簡単に「入院先を探したらどうですか」と言われた。耳鼻科の末期の癌と精神科の病気を診てくれる病院は、まずほとんどなく、その中でも精神科を中心に可能性のありそうなところをあたってはいた。ターミナルケアをしていると聞いて A さんと一緒にタクシーで 1 時間以上かけて入院のお願いをするが、「(発達遅滞のある A さんにとって) ターミナル治療の意味をどこまで理解できるか…。家族もいないし…」と断られたこともあり、すべて受け入れ拒否の状態であったので、何もしてくれていないケースワーカーに対し腹が立ち「わあわあ」言ったのを覚えている。今考えれば、ケースワーカーともう少し連携をとり情報提供をしておくべきだったと思うが、当時の私は一人で A さんを抱え込んでいた。

ただ何もできないというわけにはいかず、まず精神科の服薬は必要だったので精神科の医師に「往診」してもらうことになった。その医師から「訪問看護」を考えてはどうかと提案された。さらに当時ボランティアとして NPO 釜ヶ崎福祉相談部門に来ていた看護師からも同内容の提案があった。そこで看護師協会に「末期の癌で」とお願いし「訪問看護」に入ってもらうことになった。さらに精神科の医師から、耳鼻科の往診は難しいので内科的に診てもらえる、フットワークの軽い若い医師を紹介してもらい定期的に「往診」してもらうことをした。また、精神障害者保健福祉手帳を持っていたが、精神疾患により日常生活が困難になったわけではないという理由で、在宅でのヘルパーを利用することはできなかった。そのため、NPO 釜ヶ崎福祉相談部門に当時来ていたボランティアの人たちをお願いして、毎日誰かが訪問することにより毎日安否確認、買物に行ってもらえるような体制を組み立てた。

そのような生活が 5 ヶ月続いたが、耳鼻科の腫瘍が脳に転移、痙攣発作を起こしているところを訪問した看護師が発見、救急車を呼び入院、3 ヶ月もせずに病院で最期を迎えた。入院中も寂しい思いをさせたくないという思いで、ボランティアの人がきたら必ずと言っていいくらい訪問してもらっていた。葬儀のとき、A さんにかかわったボランティア全員が参列し、A さんの思い出を一緒に話しすることができたことに感謝している。このことをきっかけにボランティアの一人が NPO 釜ヶ崎福祉相談部門の非常勤スタッフとして働くことになった。

A さんについては亡くなるまでかかわったが、基本的に亡くなるまで支援することは難しい。相談者が来て、聞き取りをして、再び野宿にもどらないような支援の形を模索し、居宅保護などで生活が安定したら、できるだけ早い時期に使える社会資源につなげなければ、支援者もいつまでも抱え込んでしまい、次につなぐことができない状態に陥ってしまう。結果、社会の抱える問題、社会資源の貧困さを訴える機会をなくしてしまうことになる。

相談業務に携わっている女性スタッフは現在一人しかいない。過去にもう一人女性のスタッフがいたがすでに 3 年半も前の話である。女性の相談者が来た場合、どうしても女性でないとかかわりにくい部分もでてきて、ほとんどかかわることになる。そのような中でも、この仕事を始めて 2 年目に、「支援するということはどういうことか」を考えさせられるケースと会うことになる。

2003 年 7 月、野宿しながら全国を転々として、釜ヶ崎ではない他の地域のホームレス支援団体から過去に支援を受けたことがある視覚障害を持った女性が C 病院のソーシャルワーカーの紹介で相談に来た。NPO 釜ヶ崎福祉相談部門に来た時は、それ以前にかかった病院から肺癌があることを B さんは聞いていた。それ以外にも転移性脳腫瘍、転移性副腎腫瘍、心房細動、心不全があることも知っていた。B さんは

積極的な癌に対する治療を行わないと強く訴えていた。支援をする場合、可能性がゼロでないのであれば、苦痛を伴ったとしても積極的な治療を強いる（説得する）ことが多いのではないだろうか。当事者のことを考えていないわけではないだろうが、治療する以外の選択肢を提示することができない結果だと思う。Bさんの場合は「ほぼ」自力で積極的な治療以外の選択肢を勝ち取ることとなった。

居宅保護を受給する支援をしてから、自力でC病院に受診、信頼できるD医師に積極的な治療をしないという方針を何度も伝え、終末期治療の援助をしてくれないかと相談していた。その結果、D医師はターミナルケアが可能であるE病院のF医師を紹介した。外来で一緒にE病院を受診した。その後D医師に呼ばれて一緒にC病院に行ったところ、今後の治療方針として、定期的にE病院に通院しなければならなかったが、毎日の点滴などは近所のC病院に外来で来て、D医師とF医師で連携をとりながら治療することを約束した。C病院は日本で一番野宿を余儀なくされている人が多い釜ヶ崎の無料低額診療所であり、当時内科部長をしていたD医師は「この街」の現状をよく理解しており地域の病院としての役割を考え、一人暮らしのBさんの不安も理解し、「生活保護にかかっているから差別されるべきではない」という考えのもと、そのとき出来る最善の策をとってくれた。Aさんのときにターミナル治療を受ける権利までないかのような言われ方をすることがあったので、「夢のような」配慮であった。しかし、積極的な治療をしないということは、医師から余命が何ヶ月であることを一緒に聞き、癌の進行により激しい痛みをともなう日々を一緒に送るといふ壮絶なものだった。

BさんはNPO釜ヶ崎の事務所の近所にある、もともと簡易宿泊所であったところに常駐のスタッフをおき福祉的な支援を行うサポートハウスに入居し、毎日のように事務所にきて話をして帰る日々を送っていた。徐々に食欲が落ちてきて、起きあがるのがしんどくなり救急車で一緒にE病院に行き、点滴して体調が少しもどき痛みが和らいだら部屋にもどるといふことを4回繰り返した。2回目の入院のときは頭部CTの結果、脳の転移した部位から出血していて何時亡くなくてもおかしくないで親族に連絡先をと言われたが、2週間ほどで退院してきた。そして、葬式用の写真（遺影）を撮影、持ってきて「田舎の弟に郵送してほしい」と言われ郵送した。

体調が落ちてきたとき、点滴をするために「訪問看護」を早い段階から利用しようと提案したが、車イスでもいいからC病院に行き外来で点滴をするというのが彼女の希望であった。D医師に会って説得してもらったまで、「訪問看護」の利用を頑なに拒否した。また買い物や洗濯物が大変になってきてヘルパーを利用しようと提案するも、それは却下され手伝いながらBさんは最後まで自分でしていた。

体力が落ちてきてとてもではないが在宅では無理ではないかというぎりぎり状態で、何度も救急車を呼ぼうとしたがBさんは頑なに拒んだ。そして歩くこともできない車いすでしか動けない状態になってようやく救急車で入院、毎日見舞いに行っていたが1ヶ月もしないで亡くなることとなった。Bさんの意識は亡くなる前日まであり、身体を動かさない状態ではあったが、いつ行っても看護師が身体をきれいに拭いて着替えをさせてくれていたのを覚えている。

当時、Bさんが期待するような社会資源はあったのだろうか。D医師とF医師の支援があり「ターミナルケア」を受けることができたが、それ以外の支援はどうだろうかと思う。まだ彼女は「ターミナルケア」を受けることができただけ「まし」だったのかもしれない。現在の社会資源の貧しさの中では、生活保護受給者に対して限られた選択肢しか提供することができず、野宿して路上で亡くなることはなくても、「緩慢な自殺」を待っているとしか言えない場合の方が多いのではないだろうか。

2004年春、支援を行っている中で、民間団体ではどうすることもできない、行政にしか責任をとれない

場面というのは多々ある。例えば、精神症状をきたしている人が相談に来たとき、とれる方法は何があるのだろうかと考えてみる。適切な治療に繋げ、命の安全を確保することが第一になってくるのではないだろうか。つまりそれは入院を必要とする場合が多いと思われるが、精神科の入院について、実は、私も勉強不足極まりないわけではあるが、Gさんが入院をするこの時はじめて、任意入院以外に家族同意の医療保護入院、市長同意の医療保護入院があるということを知った。しかしながら、本人の意思とは別に行政の責任で相談者の安全を確保すべきではないかということは思っていた。もし行政がその責任を果たさないのであれば、何のための社会なのだろうかと思う。次ぎに、行政（社会）の責任はどこにあるのかと思った事例を紹介する。

野宿して生活する女性の中には、売春をして生活費を稼ぐ人もいる。そのような女性の相談役になっているおばあちゃんがGさんをNPO 釜ヶ崎福祉相談部門まで連れてきた。しかしそのときGさんは、全身にはアザがあり、何か見えない者から追われて怯えていてゆっくり話をきけるような状態ではなかった。全身のアザのこともあり外科受診をすすめるも、1回は納得するが、見えない者に追われているためか病院の近所まで行ったら急に走り出して、姿を見失い走り回って周辺を探さなければならなかった。見つけ出して事務所に連れ帰り、救急車を呼んだ方がいいというも、車には乗りたくないと怯えて大きな声をだして暴れた。どうしてもすぐの病院受診は嫌だということだったので、それならば生活が困らないように役所に相談に行こうと説得し一緒に歩いていたら、車が行き交う交差点で急に走り出し、すぐ信号がかわったので事故になることはなかったが、腕を抱えて相談に行かなければならなかった。なんらかの精神症状があるように見え、このまま放置しておいたら「確実に」死んでしまうのではないかという強い不安を覚えた。

何とか役所に連れて行くも疎通が悪く話をできる状態ではなかったが、保健所に来る精神科の専門医に診てもらふ必要があることは誰にでも判断できた。専門医による診断は「自傷他害の恐れがあるので入院が必要」ということであった。Gさんの周りにいた全員が入院の必要があることを説得するも、理解できるような状態ではなかった。しかしこのままでは彼女を「殺してしまう」可能性がある。何とかして入院してもらいたいがどうしたらいいのか、H医師と保健所の職員と支援者で話しをした。保健所の職員は、「本人が了承して入院してくれないことには何もできない」の一点張りであった。彼女にはすぐ連絡をとれるような家族はいないだろうし、もしいたとしてもこの状態の彼女から連絡先を聞き出すことは無理である。そのため家族同意で入院をさせることはできない。それならば市長同意で入院させる方法はないのかという話しになった。H医師が勤務する入院設備の整った病院まで連れてきたら再度診察をして、自傷他害の恐れがあるので市長同意で措置入院をさせることはできるが、誰が彼女を連れて病院まで行くのかという話しになった。当然、彼女の命を守るために行政が動くものだと思って話しをして、保健所の職員に対して「連れてくることができるか」という医師の声かけに、返事は「過去にしたことがない」という返事で、それは「できない」という意味のものであった。精神症状をきたして死ぬ可能性があるのに、本人が入院を拒否し、家族と連絡をとることができなかつたら、行政が責任をとる以外、他に方法がないにもかかわらず、その責任を放棄してしまったら誰が責任をとるのかとイライラして言った。H医師から「連れて来られるか？」と言われ、「連れて行けるか？」悩んだすえに支援者が連れて行くことになった。H医師と連絡をとり日時を確認、救急車では本人拒否をするので、タクシーで連れて行くことになった。いざGさんを病院に連れて行くという話しが決まったら、保健所の職員は一緒に車に乗って行くと言い出した。それなら行政の責任で連れて行くべきではないかと強く言った。

一日はドヤ（簡易宿泊所）にNPO 釜ヶ崎に連れてきてくれたおばあちゃんと一緒に泊まり、翌日Gさんに「追いかけて来る人から逃げるために一緒に行こう」と声をかけて、保健所の職員と3人で一緒に夕

クシーに乗って病院まで行き、結局入院することとなった。タクシーの中で、Gさんの腕を強く掴みながら、料金メーターをみて早く病院に着いてくれと祈るような気持ちでいたのを思い出す。その後、約1年入院し援護寮での生活訓練を経て、現在地域で生活、外来でH医師のいる精神科に通院している。2週間に一度病院で会い話しをするが元気そうである。「だまして」病院に連れて行って入院させたときの話しも、今では「お互い」笑って話せるような状態にまでなった。

相談業務を行っているなかで選択肢の少なさを痛感する場面は多い。もちろん住宅探しをするときでもそうである。相談業務を始めた頃は、敷金なし・保証人なしで入れるアパートは簡易宿泊所転用のサポートタイプハウスしかなかった。確かに常駐で福祉のことに詳しいスタッフがいて、その日に入居しても困らないように布団とテレビと小さい冷蔵庫があるものの、部屋の広さは3畳、トイレ・台所・風呂場は共同で、居宅保護を受給しながら一日部屋で生活することを考えると非常に狭く、住環境としては恵まれているとはお世辞にもいえないものであった。その問題に気づいていたものの敷金なしで入居できる住居は他になかったのだ。

部屋を借りるにあたって敷金支給されるようになったのは、つぎのとおりである。まず、1998年に病院退院時に、つぎに2000年に施設退所時に敷金支給がされるようになった。そして、「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法（平成14年8月7日公布・施行；法律第105号）」と「ホームレスに対する生活保護の適用について（平成15年7月31日；社援保発第0731001号）」に基づき、反失連（釜ヶ崎就労・生活保障制度を実現をめざす連絡会）の中之島野営地で2003年9月から野宿状態からの敷金支給生活保護申請がはじまった。これ以降、野宿から抜け出す選択肢が「劇的に」と言えばいいすぎかもしれないが、幅がひろがった*1。

また、この間、NPO釜ヶ崎福祉相談部門は相談者のことで生活保護担当部署に電話することはあったが、そもそもNPO釜ヶ崎がどのような支援を行っているのか説明する機会もなく、説明する努力もしてこなかったため、行政から突然困ったからといって「何でも屋」のようにケースを振られることがなかったわけではない。それでは行政の責任を放棄しているのではないかと思うことが多く、無責任な態度をとることに對して一方的にクレームをつける（交渉する）のではなく、お互いが社会の中の一部として責任を担いながら連携して支援していく体制をとるために、まずお互いのことを理解するために、研修会を開かせてもらった。さらに支援について模索しなければならないケースについて、頻繁にケース検討会議を行うことが増えた。これは頻繁にケース検討会議を行い総合的な支援を行わなければ再び野宿にもどる可能性の高い人たちが相談に来ているということを示している。その中で支援の限界を感じる機会は増えてきた。

NPO釜ヶ崎福祉相談部門に来る相談者のほとんどは居宅保護を希望している。実際、野宿から抜け出すための選択肢は広がったものの、居宅保護を受給してから再び野宿にならないためには、居宅保護を受給したために寿命を縮めてしまったということがないような生活をどのように支援していくか「アフターフォロー」を考えたとき、使える社会資源は限られている。実際、居宅保護になったときに活用できる現在の社会資源の量・質では、たとえ居宅保護になったとしてもその生活は「緩慢な自殺」でしかない。

*1 ある社会福祉学部の教員に野宿から抜け出す選択肢は何かと聞いたところ、「居宅保護しかない」と明言された。それは間違いであり、現在野宿から抜け出す方法として、仕事を自力でみつけて就労自立、大阪市内にある自立支援センター入所（ただし期間3ヶ月、最長6ヶ月）、仕事を探すための施設（更生施設）入所、体を静養することを目的とする施設（救護施設）入所、敷金支給の居宅保護、敷金なしの居宅保護、サポートタイプハウスに入居しての居宅保護、入院、などを少なくともあげることができる。この順番は体調がよくて就労自立できる状態から体調が悪いもしくは必要とする支援が多い順に並んでいる。

2008年3月。Iさんは30代後半で糖尿病を患っている知的障がいのある女性である。5年以上前から、区役所の療育手帳の担当部署に野宿している状態で相談をし、その後生活保護を担当する部署で継続相談、大阪市内を巡回して野宿している人たちに声をかけ相談を行っている巡回相談のスタッフにも相談と、彼女が当時関わることのできる公的機関と民間機関がかかわってきた。施設入所しては金銭の貸し借りや他の入所者とのトラブルで退所、入院しては保護費を受け取ったら退院してしまう、他の地域で居宅保護を受けていたがうまくいかなかったことがある、という状態を繰り返して続けた。

このようなかかわりがこの間あったのだが、Iさんが一時居候させてもらっていた男性が生活保護を受けたときに相談していた、ホームレスの支援を行っている弁護士から突然区役所の保健福祉センターに生活保護申請の書類が届いた。確かに野宿しているのはおかしい。ただ「すぐ居宅保護？」当時Iさんは糖尿病の状態が悪く教育入院が必要な状態であった。さらに療育手帳の期限がきれていたため障害者自立支援法の活用ができない状態で、どこまで計画的にお金を使い、なおかつ食事（カロリー）コントロールしながら一人で生活することができるのか疑問であった。区役所の生活保護担当者からは、一度入院するかもしくは、施設入所をして生活訓練をしてから将来的に居宅保護をしてはどうかという提案があった。弁護士に保健福祉センターの職員は支援の方向性を説明、Iさんを説得してくださいとお願いしたが、Iさんが拒否したことをもって、「本人の意思」と異なるということで、弁護士は頑なに「居宅保護」をすすめ、今後の生活が決まるまで野宿ではなく生活することができる社会資源があるにもかかわらず、敷金が必要な物件に不動産屋の好意で入居させてもらうことになった。

その後Iさんから話をきくために区役所のケースワーカーが訪問するも不在だった。部屋には帰っていない。そのような状態で弁護士は不動産屋に電話をして、Iさんの部屋の様子を見に行ってくださいとお願いするが、女性の部屋に男性が夜遅い時間に行けないので一緒に行ってもらえないだろうかということでIさんの部屋に訪問することとなった。最初の訪問では会うことはできなかった。その時、知的障がいがあることも含め女性なので何らかの援助をしてもらうことはできないかと不動産屋から言われた。

その後Iさんは血糖値をコントロールするため2週間教育入院した。その間、生活保護の担当者のもとに行き、不動産屋から相談を受けており、もし一社会資源として使ってもらえるのであれば、再び野宿にもどらないために協力したいとお願いした。Iさんが退院する前に、退院後当座の支援内容の確認をするためにケース検討会議が開かれ、参加させてもらうことになった。その会議には、この間長年の関わりがあった区役所と巡回相談、そして生活保護の申請を行った弁護士、今後かかわっていく訪問看護とNPO釜ヶ崎が参加した。この会議の段階で、Iさんの療育手帳は期限がきれた状態であった。その中で毎日区役所にお金を取りに来て、訪問看護を週3回利用して、NPO釜ヶ崎はどうしても手薄になる日曜日の夕方の訪問、買物同行、夕食を一緒に食べることで、精神科の病院の受診同行、その他、休日の援助を担うこととなった。当初の目標は、毎日必ず家に帰ること、金銭管理、服薬管理の三本柱であった。

その後、療育手帳の交付を受けて、障害者自立支援法による在宅でのヘルパー利用をすることにより、食事（カロリー）コントロール、作業指導所通所を段階的に開始していった。最後にお金を計画的に使うために、大阪社会福祉協議会が行っているあんしんサポートに契約を行った。

そして一週間のスケジュールとして、月曜日から金曜日までは午前9時から午後4時まで作業指導所に通所、夕方に週3回（月・水・土）ヘルパーが本人宅を訪問し、食事を作ったり、部屋の掃除を一緒にする、訪問看護が週3回（火・木・土）来て服薬の管理と糖尿病の病気に対する知識を伝え、週1回（月の夕方）あんしんサポートが本人宅に1週間分の生活費を渡し、週1回（日の夕方）NPO釜ヶ崎のスタッフが食材と一緒に購入、食事をする時間を作る、というような体制をとることになった。この体制ができるまでケース検討会議は5ヶ月に3回開かれた。それだけいろいろな人たちがかかわり、共有しなければ

ならないIさんの情報が多く、その情報も変化していたことを示している。

居宅保護になって8ヶ月たった頃、これだけの体制をとっていたのだが、風邪をひいたら2回に一回は高熱を発し、血糖値もHbA1cの値も非常に悪い状態が続き、作業指導所を長期欠勤したときがあった。ただ欠勤している間もIさんは熱があっても外出し、間食をする生活を送っていた。結局1ヶ月弱入院することになったのだが、この入院期間中にも、計画的にお金を使うことができず病棟の他の患者からお金を借りる、近所のコンビニに買い物に行き間食する、入院中に外出して部屋に見ず知らずの男性をあげるなど今までもあった問題がひんぱつする結果となった。

同じ頃、支援している人たちの、支援内容に対して手詰まり感があった。ヘルパーが訪問して食事を作るのが食事量が少なかったら怒る、味付けが薄かったらカロリーのいマヨネーズを大量にかける。訪問看護が訪問しても4割服薬できていたらましという服薬状況。あんしんサポートが金銭管理をしているが、1週間計画的にお金を使うことができず、週末になるとお金がなく、ヘルパーは食事を作ることができない、NPO釜ヶ崎スタッフが食材費を全額支払わなければならない。週末約束している時間に訪問するも不在で、遅い時間に再度行くも家に帰っていない。約束を守ることができず、生活全般が乱れた結果、血糖値の値は300以上、HbA1cが15以上という、いつ合併症になってもおかしくないような体調になっていた。

これを受け、どのようにしたらいいのかケース検討会議が催された。まずしなければいけないことは、糖尿病のコントロールである。そのためには、「管理」するのではなく、かかわっているみんなが同じように声かけをすることが必要ではないかということになった。つまり、訪問看護だけが服薬管理をするのではなく、食事を食べる場面にかかわる支援者は食中でも食後でも眼前で服薬するように声かけをしていく。また、何を食べたかノートに記入していくことで、食事のカロリーを考えることができ糖尿病のことについて情報を提供することができる。レシートを貼っていくことにより、食事にどのくらいのお金を使ったかわかり、他のことにどれくらい使ったか想定でき、何にお金を使ったか確認する機会ができる。糖尿病の状態が非常に悪く、このままで行けば入院しなければならない状態であることを自覚するための取り組みが始まった。

Iさんの場合、現在活用できる社会資源をフルに活用している。しかし今後、確実に入院して、在宅を継続できるのか考えなければならないときは来ると思う。現在の在宅で活用できる社会資源だけでは「緩慢な自殺」の手伝いをしているだけで、在宅での生活は限界ではないかと思われる。一度入院し退院後施設入所をして生活訓練をしなければ、Iさんは確実に死ぬことになる。「すぐ居宅保護」という選択肢をなぜ選んだのか、やはり疑問は残る。

さいごに、この一年の相談業務の変化として、相談の窓口の拡大をあげることができるのではないかと。まず、今まで懸案事項であった緊急夜間宿所（シェルター）の相談業務がはじまった。シェルター開設当初は、福祉相談部門のスタッフが夜シェルターに赴き相談業務をするかという話もあったが、人手の足りなさから諦めざるを得ない状況であった。しかし、今回シェルターで健康相談・生活相談を行う目的は、結核の罹患率の高い釜ヶ崎（あいりん地区）において、何とか結核患者を少なくするために検診車（CR車）が来る前日に広報活動をしようということで予算がついていたのだ。ただ、行政（大阪市や保健所）はそう考えているかもしれないが、日々シェルターの利用者を目の当たりにしているNPO釜ヶ崎のスタッフとしては、血圧を測り、結核検診を受けましようという声かけをすることだけでは不十分と思ひ、何らかの形で野宿から抜け出すきっかけを提供できないか、釜ヶ崎で活用できる社会資源の情報提供だけでもできないかと2008年4月から始まった。健康相談は三徳寮横にある萩之茶屋シェルターと禁酒の

館といわれる NPO 釜ヶ崎が運営している低額で食事を提供している施設で各週に行われている。シェルターでは平均 20 人、禁酒の館では平均 5 人の相談者が来ている。シェルター相談日必ず相談業務に参加しているのだが、その中で釜ヶ崎にあるシェルターを利用しながら、この街の活用できる社会資源、例えば、市立更生相談所、大阪社会医療センター、三徳寮ケアセンター、特別清掃などを知らない人たちがあまりにも多くいることに気づかされた。また相談を始めて 2 ヶ月もたない 6 月に相談を受けた人が翌日病院に入院、2 週間もせずになくなる「事件」があった。シェルターを利用している人たちの中には、一時身体を休めて日雇仕事ができたら仕事に就くのではなく、要保護状態の人がおり、支援を必要としている人たちがいることを再認識させられた。

また、去年度行われた「若年不安定就労・不安定住居喪失者聞き取り調査」を受けて、NPO 釜ヶ崎では市内対策部門ができ、実際ネットカフェや深夜営業の店舗にビラをまきに行き声かけをおこなう、チャレンジネットから支援困難者の連絡を受け、継続的な支援を行ってきている。ただ、今までの釜ヶ崎内で行っていた日雇高齢者と異なり、対象者が若年であることで、若年であるにもかかわらず困窮状態にあるということは、抱えている問題が複雑になっている場合が多い。まず家族との関係（両親、夫婦など）、学校を卒業してから無保険・無年金の不安定な仕事しか就いたことがない職歴、借金の問題など、「ため」のない生活があぶりだされる。そして既存の社会資源は若者を対象として考えていないので、活用できる社会資源の貧しさに加え、実際活用したとしても継続できないことが多い。結局、一人について困窮状態から抜け出すまで長期の支援期間を要し、困窮状態から抜け出したとしても継続的な支援が必要な割合が高くなっている。それだけ現在の社会は若者には生きにくい社会構造なのである。彼らの支援については、もちろん行政主導型であると思うが、行政だけではなく様々な民間団体も含めての多角的で総合的な支援が必要であろう。

NPO 釜ヶ崎の役割は、社会制度から排除された人たちを支援するという側面をもっている。たとえば、わずかでも収入を得るための特別清掃事業の実施や吹き曝しの路上での就寝をさけるための夜間シェルターの運用、そして生活・福祉相談という側面である。統治する側にとってみればこれは「治安対策」として野宿を余儀なくされている人たちが、釜ヶ崎から拡散しないための役割・機能となるが、もう少し距離をとって社会を眺めてみた場合、釜ヶ崎という街をはじめとする社会の下層（「すり鉢の底」）に置かれた人びとの「どぶざらい」という側面もあると思う。ただ、行政がいつもあてにしている、釜ヶ崎の「それなり」の社会資源をもってしても、足りない状態がうまれつつある。もしこのままパンクしてしまうことになると、「ホームレス」に対する対応は総崩れになってしまう。

現在、「ネットカフェ難民」や「派遣切り」ということばが新聞をにぎわすことがあるが、社会の中で「すり鉢の底」が広がり、支援を必要とする人たちは増えていると思われる。2002 年、ホームレス自立支援法ができた頃に比べて、「ホームレス」問題の裾野が広がり、「ホームレス」状態におかれている人たちの多様化に制度的枠組みが付いていけない状況がある。今まさに「ホームレス」問題に対する制度設計を考え直す時期にきている。今後、社会資源の貧しさを少しでも改善し、有効な支援を考えていく中で、市民団体の支援を社会資源の一つとして必要としているのであれば、「市民団体のボランティア」を都合よく安くこき使おうと思うのではなく、市民活動をしっかり支援するような仕組みを行政は考えるべきではないだろうか。それは、支援が「緩慢な自殺」から抜け出すための第一歩につながるのではないだろうか。