

福祉相談部門事業報告＜平成 20 年度＞

－社会資源の活用と連携を行う中で痛感する、制度の枠組み内ではあること限界－

平成 20 年度の福祉相談部門は、いろいろな社会資源と「連携」していかなければ、支援をしていくことができない場面が増えた。ずっとそうだとはいえそうなのだが、さらに感じる 1 年ではあった。そしてたとえ「連携」したとしても、現在の制度の枠組みだけでは支援できない場面が増えたというのも実感ではある。

NPO 釜ヶ崎内部でも、従来からあった相談窓口（福祉相談部門／市内対策／お仕事支援部）に加え、今年度から始まった相談業務（生活改善事業）においても、各部門での相互の連携強化が必要とされた。お仕事支援部に仕事を探しに来ているが 60 歳をこえており、すぐ就職に結びつくのが難しい場合は、福祉相談部門で相談しながら求職活動の手伝いをお仕事支援部で行い、居宅保護をというケースは多々ある。それ以外にも、アルコールの問題があると疑われるケースなどはお仕事支援部から福祉相談部門へ、また 20 代の若い相談者などは、福祉相談部門から市内対策部へお願いし、自立支援センター入所するまでの期間、作業を提供し支援を行うなど、各部門の特性を活かして支援を工夫しているところではある。

その一方で、「ネットカフェ難民」、「派遣村」とマスコミが取り上げるように、日本全体が様々な意味で不安定化していくなか、困窮している人が増えたにもかかわらず、それに対応することができない制度の上に成り立った「相談窓口」から、「たらいまわし」「不法投棄」され、ぼろぼろになった状態で NPO 釜ヶ崎にたどり着いた相談者もいた。NPO 釜ヶ崎支援機構福祉相談部門をはじめとする相談部門では、制度にのせるだけの支援を行っているだけでは、野宿にもどる可能性の高い人たちの支援をすることが多く、社会資源を活用してどう支援して行こうか四苦八苦している。ただ、他の部門との連携の中で、他の部門が持っている社会資源を活用させてもらうこともでき、「選択肢」がわずかばかりひろがった。具体的には、今まで福祉相談部門は泊まる場所に関しては、シェルターか三徳ケアかだったが、民間のシェルター（ドヤタイプとワンルームタイプ）を活かし、腰を据えて相談することができるようになった。

このような状況の中で、行政と NPO の関係は、下請関係だけでも、対立関係だけでもない、新たな協力体制をつくる必要があり、お互いのこと（一方的かもしれませんが）を知ってもらうため、「上手に」NPO を活用してもらうために、今年度から市立更生相談所と西成福祉で研修を行った。それも、NPO 釜ヶ崎福祉相談部門単独ではなく、地域の社会資源の一端を担っている NPO 釜ヶ崎お仕事支援部、あいりん相談室も一緒に参加してもらった。

さらに公的機関だけが連携の対象になるわけではなく、民間機関との連携も必要となってくる。例えば、医師、看護師、ソーシャルワーカー、「弁護士」、施設職員、介護事業所職員、作業所職員、あんしんサポート職員、巡回相談員、職安職員、チャレンジネット相

談員など、あげたらきりがない。彼らと一緒にケース検討会議をひらき、問題の共有化を行い、役割分担を確認することが多くなった。ケース検討会議の号令をかけるのは、問題を発見した人であり、かかわっている人間すべてが、ケースを中心にコマであり、責任を担うことになる。具体的な事例を 4.行政と民間の連携（試み）で紹介しておくが、I さんのような事例はめずらしい。

2008 年暮れには「派遣村」が注目され、炊き出しや生活・職業相談がなされ、その現場がマスコミを通し、年末であるにもかかわらず「不幸な人たち」を映し出した。その中でも、生活保護の集団申請がされ、水際作戦と言われ生活保護申請することが難しいと思っていた「一般市民」にとって、思っていた以上に「簡単に」生活保護を受給することができるという印象をもったと思う。

「派遣村」の風は、反貧困を訴えるグループによって各地で生活保護申請を支援する流れにつながった。大阪でもご多分に漏れず、平成 21 年 2 月、釜ヶ崎地域内で市立更生相談所に生活保護の集団申請がなされた。集団申請をした人たちの中には、就労指導を受けて求職活動の支援をしてほしいと NPO 釜ヶ崎支援機構のお仕事支援部に相談に来るケースもいた。お仕事支援部のスタッフが聞き取りをしていくなかで、アルコール臭をさせて度々来るケース、一桁の計算をするのも難しいケース、ギャンブルで債務をつくってしまったケースなど、何らかの形で福祉的な支援を必要とするケース、一人暮らしをしていくのは難しいのではないかと思われるケースが浮き彫りになってきた。結局、再び野宿に至らないための支援を福祉相談部門で行うこととなった。アルコール依存症の介入、精神科と一緒に受診して居宅保護受給してから療育手帳を取得の支援、金銭管理、服薬管理、すぐ一人暮らしが難しいと思われるケースに関しては敷金支給の生活保護申請を施設入所へと方向転換、市立更生相談所の職員とケース検討会議も頻繁に行った。支援していくなかで、「**本人の意思**」とは何かを考えることになった。

そして、集団申請以降は、新規相談窓口には「申請の書類を書いてくれ」「物件だけを紹介してくれ」「いろいろ言わないで生活保護の申請だけ手伝ってくれ」という相談者が来るようになった。NPO 釜ヶ崎支援機構としては、再び野宿にもどらないための支援を目指しているので、平成 21 年 3 月 16 日、福祉相談部門の新規相談窓口を閉めざるをえなくなった。

1. 新規相談者数—昨年度より 3 割増加して 598 人

平成 19 年度新規相談者数が 412 人と比べると、3 割増加して 598 人という結果になった。新規相談者数の推移についてみると、平成 14 年度（811 人）、平成 15 年度（1,109 人）、平成 16 年度（866 人）、平成 17 年度（543 人）、平成 18 年度（553 人）、平成 19 年度（412 人）、平成 20 年度（598 人）となっている。昨年度より増加している背景には、今年度から相談業務を開始した、生活改善事業（夜間宿所、禁酒の館における健康・生活相談）から福祉相談部門につながるケースが増えたためと考えられる。生活改善事業の相談で声をかけさ

せてもらって、福祉相談部門に来られた方はのべで 150 人いた。

2. 新規相談者の属性

新規相談者の年齢分布をみると、最年少 22 歳、最高齢 80 歳、平均年齢 56.2 歳だった。平成 19 年度の平均年齢が 57.1 歳であることを考えると若年化が進んだ結果となっている。年齢分布についてみてみると、40 歳未満は 46 人 (8.3%)、40 歳以上 55 歳未満は 144 人 (26.1%)、55 歳以上 65 歳未満は 256 人 (46.4%)、65 歳以上は 106 人 (19.2%) となっている。

性別は大半が男性で、女性の割合は 2.7% (16 人) にとどまった。

3. 相談者のその後

居宅保護になった人が 195 人 (32.6%) (うちアルコール依存症の専門治療を受けている 56 人、覚醒剤後遺症 10 人)、入院 24 人 (4.0%) (うち精神科 13 人)、施設入所は 16 人となった。

4. 行政と民間の連携 (試み)

次に紹介するケースは、行政が主導して使える社会資源を組み立てて支援している事例である。現在彼女が使える社会資源をもってしても、すべてをカバーすることができず、NPO 釜ヶ崎が一役割を担っている。

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が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続けてきた。

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れない、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かった。そのような状態で弁護士は不動産屋に電話をして、I さんの部屋に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ところに行き、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、参加し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、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を一緒に購入、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わり、共有しなければならぬ 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生し、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高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。

5. 民間でつくりあげる新たな支援のネットワーク

行政にももちろんがんばってもらい、制度の改正を行うことは必要なことであるが、それ以上に、現場の民間レベルで新たなネットワークを構築、行政がおっかけてくるという動きがないことには、これだけ広範囲に拡がって、無尽蔵に生み出されてくる困窮状態に陥った人たちの支援をするのは難しいのではないだろうか。