

<平成 19 年度> 福祉相談部門事業報告

野宿から抜け出すための、再び野宿に戻らないための
有効な社会資源はありませんか？ いく場所がなくて…

平成 19 年度の福祉相談部門は、野宿から抜け出す際にどうしたらいいのか、野宿から抜け出してからもどうしたらいいのか、使える社会資源を探しまわって、それでもみつからず頭を抱える「継続的な支援が必要な相談者」が非常に増えた。そのため、福祉相談部門がありとあらゆる面で容量オーバーでパンクしてしまいそう、実際のところほぼパンク状態だった。

毎年総会の原稿を書くとき、昨年度相談に来た人たちの名簿をみるが、平成 19 年度ほど覚えている名前が多かった年はないように思う。これは、現在ある社会資源があまりにも貧困でなおかつ社会資源が不足しているがために、なかなか野宿から抜け出すことができない、たとえ野宿から抜け出したとしても再び野宿にならないように、一民間団体である NPO 釜ヶ崎支援機構がボランティアで全面的に支援を行わなければならないケースが増え、現在も「継続支援中」であるため覚えている名前が多いのだろう。

どのようなケースが増え、本人の生活が立ち行かなくなり、どんな制度や社会資源の不備があり、野宿を余儀なくされるにいたったのかは、また、生活保護開始後も安心できる生活を保障するためのどんな社会資源が必要とされているかについては後述する。

それはさておき、今年はずらいことがあった。ボランティアからはじまり、非常勤職員をしていた渡辺が本業に専念するため NPO 釜ヶ崎福祉相談部門から卒業した。別れがあれば出会いはあって、新しく 2 名のスタッフが入った。スタッフの入れ替わりはあるが、野宿状態から抜け出すため、再び野宿

にもどらないための支援を行うと同時に、他の機関と連携をはかるためにケース検討会議を開いたり、社会資源の貧しさを訴えるために外に動き始めなければと思う 1 年であった。

その結果、平成 20 年度から福祉相談部門で常勤スタッフだった尾松は非常勤スタッフになり、調査・研究・連絡調整・広報活動を中心に活動することになった。

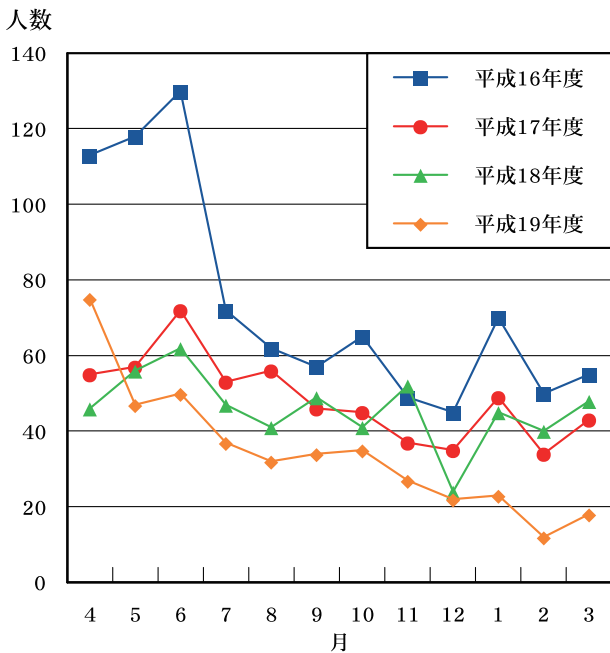
1. 新規相談者数は昨年度より 2.5 割減少して 412 人

平成 18 年度新規相談者が 553 人と比べると 2.5 割減少して 412 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)となっており、これだけを見ると新規の相談者が著しく減少し、「ホームレスが減少したのではないか？」と思われる方もいるかもしれない。しかしそれは「全くちがう」と言い切ることができる。

この変化の背景には、毎年言っているが福祉相談部門の受け入れ体制(スタッフの数)の変化、社会的な要因(具体的には「生活保護法の運用の変化」で平成 15 年度から敷金支給されるようになった)、それに加え、相談者の層的な変化があげられるのではないだろうか。

相談者の層的な変化とは何か。今年度は特に、①年齢分布で若年者の割合が増えたこと、②アルコールや知的障害、何らかの精神疾患を抱えて困窮状態になった人たちが増えたこと、③釜ヶ崎での就労経

図1：新規相談者数（月別）



験がほとんどない人たちが増えたことなどをあげることができる。

月別の新規相談者数(図1:新規相談者数(月別))をみると、平成19年度は4月の相談者が多かったものの、そのほかの月では平成17年度、18年度より少なくなっている。また今までみられていた釜ヶ崎の求人の変化によって相談者数も増減するという季節変動がみられない結果が得られた。

2. のべ相談者数は7,611人

新規の相談者数は2.5割減少したが、のべ相談者数は1割の減少にとどまっている。この結果は、新規の相談者一人あたりに野宿から抜け出すまでに必要とする時間(相談回数)が増加していること、野宿から抜け出してから活用できる社会資源を探すが見つからなくて、結局NPO釜ヶ崎支援機構が継続的に生活面を含め全般的に支援せざるを得ず必要な時間が増加していることなどを理由としてあげることができる。

3. 性別は大半が男性

平成19年度女性の割合は3.6%(15人)にとどまった。今年の特徴として、①70歳以上の高齢の女性からの相談が4名、②ネットカフェで

寝泊りしていた、エル大阪から紹介された30代後半の女性が2名、③知的障害もしくは認知症その他、何らかの精神疾患を抱えている人が5名、以上3点をあげることができる。

以下2例、簡単ではあるが紹介しておく。

1) Mさん 80代後半 女性 ドヤの管理人からドヤのオーナーの妹さん(管理人)が連れてくる。もう数年で90歳になる高齢の女性で耳がととく、足腰もよわっており、あまり眠れず頭の中で砂の「ざっ」という音がする。もともと紹介したドヤで働いていた女性で、20年近く前に解雇、それからドヤのオーナーの父親(T氏)のところに入りして家事をしていたという。生活はわずかばかりの年金とT氏からの援助。住むところもなく困っていたので、見るに見かねた娘さんがT氏の家の近所のガレージを改装してそこに住んでいた。しかしT氏の認知症もひどくなり、Mさんの認知症もすすみ二人一緒に生活するのも難しく、だからといってほっておくわけにも行かず相談にきた。Mさんの一人暮らしは不安なので、NPO釜ヶ崎福祉相談部門のスタッフからも、ドヤのオーナーの妹さん(T氏の娘)からも、福祉事務所の担当者からも、全員で病院受診と施設入所を勧奨した。しかし、Mさんは、施設はおろか、病院受診さえ拒否する。結局、ガレージの生活環境のまま、Mさんの生活保護申請は受理された。現住所にケースワーカーが見に行き、普通の住宅へ転居した。その後も継続的に病院受診と介護度の認定申請を勧奨しているが、相変わらず拒否している。すぐ近所に住んでいるMさんの元同僚が安否確認をしているが、病院受診拒否の姿勢は変わらない。

2) Kさん 30代後半 女性 エルおおさかから

エルおおさかから電話。求職活動に来ている30代後半の女性がいるのだが、すぐに仕事を探すのは難しく、まず生活が困らないよう、アパートが大阪市内にあるので、管轄の区役所に相談に行ったらというも心配なので支援してくれないかという内容だった。Kさんは面接に行くようなスーツ姿で、履

履歴書と職務経歴書を持ってNPO 釜ヶ崎福祉相談部門に来た。仕事をしたいという思いが強く、しかし求職活動をしていると過食になってしまう。過去に精神科の病院に受診したが、うまく治療がいかず、処方薬の副作用もあったので、病院には行きたくないとの訴え。しかしこのままでは生活が困窮してしまうので、まず一緒に病院の精神科受診、前もって担当医師に「当面、処方は一切しないで話を聞いて」と連絡をした上で、診察を受けてもらった。

薬を処方せずに治療を行うほうが良い場合もあるのだが、診療報酬の点数が低くなるため、勤務医は病院経営者側からあまりいい顔をされることがある。この場合もそうだった。もちろん、保険適用外のクリニックのカウンセリングもあるが、そこにける経済的裏づけはない。

最初に行った病院では、とりあえず「現状では就労はしないほうが良い」旨の病状照会の回答をいただいて保護申請は受理された。が、待合室の雰囲気も本人に合わないこともあり、彼女とより相性の良いと思われる医院を探した。

それと並行して、NPO 釜ヶ崎福祉相談部門スタッフが聞き取りを行い、家族のこと、学校でのこと、仕事のことをきくなかで、Kさんが抱えている「生きにくさ」が浮き彫りになってきた。単に摂食障害のみではなさそうだった。生活保護申請し、保護開始された後、Kさんに合うと思われる精神科のクリニックに転医した。そこでは「発達障害」と診断された。診断名は本人には知らされてはいないものの、「自分は仕事を探したかったのになぜ病人にしたのか」という内容のメールが届き、一緒に受診することを拒否した。支援者側としては、「非労働力」というラベルをはることで生活の安定を確保する（生活保護受給）支援の手立てはみつからなかった。また、今のKさんの状態で、「仕事に就きたい」という訴えに対応できる仕事もなかったし、仕事に代わる社会資源もなかった。

Kさんは、現在もクリニックへ通院しながら、継続して求職活動を行っている。

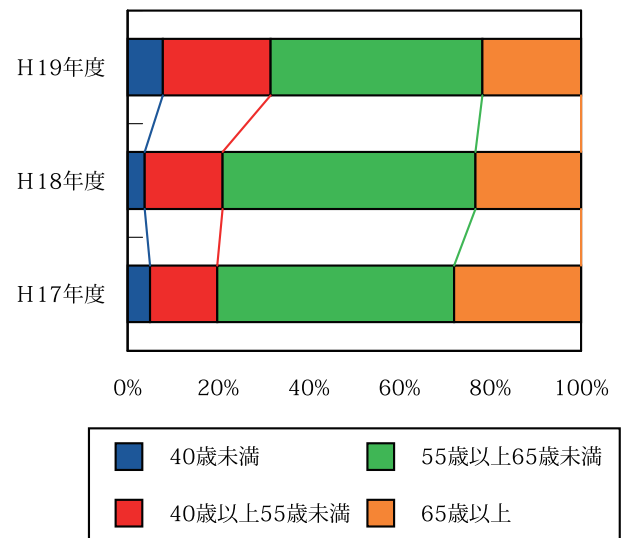
4. 年齢分布—特別清掃に登録できない55歳未満の相談者の増加

最年少は19歳、最高齢は88歳、平均年齢は57.1歳となった。

平成17年度からの年齢分布の傾向をみても60-64歳が中心層であることに違いはないが、40歳未満、40歳以上55歳未満の年齢層、つまりは特別清掃に登録できない年齢層からの相談が著しく増加していることが、図2：年齢分布（年度別）をみてもわかる。

実際、40歳未満の相談者数は平成17年度で27人、平成18年度で21人、平成19年度で32人、40歳以上55歳未満では、平成17年度で80人、平成18年度で94人、平成19年度で98人と増加している。

図2：年齢分布（年度別）



5. 特別清掃の登録率—横ばい状態

特別清掃に登録している割合を新規相談者全体で見ると29.6%（122人）にとどまった。また特別清掃は基本的に55歳以上が登録することができるので、55歳以上についてみる（表1：特別清掃登録状況）と、42.9%が登録していた。

表1：特別清掃登録状況

	人数	(比率)
特掃登録者	121	42.9%
特掃未登録者	161	57.1%
計	282	100.0%

*55歳未満の特別清掃登録者が1名いたので除く

平成 18 年度が 38.7%、平成 17 年度が 43.3% となっているので、ほぼ横ばい状態といえるのではないだろうか。

6. 相談の結果－居宅保護の割合が高くなった。その原因は…

新規相談者のうち居宅保護になった人は 197 人 (47.8%) であった。平成 17 年度は 140 人 (28.8%)、平成 18 年度 169 人 (30.6%) から考えると割合は高くなっている。

次にどのような部屋を借りているのか (表 2: 居宅保護受給者の居住実態) をみると、平成 18 年度と大差はなく、敷金なしのアパートの割合が一番高く、53.8%、敷金ありと福祉アパートがそれぞれ 18.8% となっている。

表 2: 居宅保護受給者の居住実態

	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度
敷金あり	209 70.8%	52 37.1%	35 20.7%	37 18.8%
敷金なし	69 23.4%	51 36.4%	94 55.6%	106 53.8%
福祉アパート	17 5.8%	26 18.6%	25 14.8%	37 18.8%
その他	- -	11 7.9%	15 8.9%	17 8.6%
計	295	140	169	197

居宅保護の割合が高くなった原因はなんだろう？ 考えられることはいくつかある。それぞれのケースが抱えている問題は、アルコール依存症であったり (70 人が何らかのアルコールの問題を抱え、小杉クリニックに通院治療しているケース、集団療法でのプログラムには参加していないが抗酒剤で治療しているケースなど)、それ以外の精神疾患 (覚醒剤後遺症・シンナー後遺症など) を抱えている人 (30 人)、療育手帳をすでに取得しているもしくは医師が知的障害・発達障害ではないかと言われたケースもあった (13 人)。これらが複合しているケースもみられた。

これらは、精神症状や障害のために施設的环境に適応しにくいと考えられた人だ。個別的な支援を必要としているのだが大所帯である施設では、スタッ

フがどんなに良心的であっても、本人のニーズに応えられないまま、問題がこじれ、他の入居者やスタッフとの間で摩擦・軋轢を生み、結果的に退寮して再び野宿にもどるおそれが大きい。アルコール依存症の人の場合、「禁酒」の規則の遵守を求められる施設でスリップ (再飲酒) が度々かさなれば、退寮せざるを得ない。支援者や本人は、居宅保護を積極的に選択しているというよりは、消去法で残った選択肢として居宅保護になったのである。

とはいえ、居宅を確保したからといって、生活上の困難を抱えていて、何らかの支援がなければ、再び野宿に戻ってしまうおそれが大きいことには変わりはない。アパートに入居し、保護申請しても、すぐに公的なサービス (介護保険・障害者自立支援法・あんしんさぽーとなど) が使えるようにならないので、釜ヶ崎支援機構が、当面それらをカバーすることになる。それは、買い物同行であったり、服薬管理・金銭管理であったり、掃除・洗濯や料理の手伝いであったり、その他、話し相手になったり等さまざま。

しかし、いつまでもそれぞれのケースを NPO 釜ヶ崎福祉相談部門が抱えているわけにはいかない。生活保護というのは福祉の分野の一部門で、主に経済的な給付がなされるが、金銭以外の福祉的ニーズがあり、それを満たす社会資源＝介護保険の申請、自立支援法 (精神・知的) のヘルパー、デイ・サービス、作業所、授産所、地域活動支援センターなどへ、つなげる方向で動いているのだが、NPO 釜ヶ崎に相談に来た人たちを受け入れてくれて活用できる社会資源がなかなかない。そのため本来、野宿を余儀なくされている人たちが相談に来る場所としての福祉部門の事務所が、居宅保護が開始された後も行き場のない人たち、つまり知的な障害を持つ人のデイ・サービスの様相を呈する結果になっている日も少なくなかった。

7. 事例の紹介－社会資源の問題

刑期を終えた人で、帰ることができる家や家族やらを持っていない人は、更生保護施設に行くことになる。H19 年度は、山陽地方のある更生保護施

設に入所していた人の何人かが、立て続けにNPO 釜ヶ崎に来談しにきたことがあった。

3) Xさん 40代前半 男性

Xさんは、刑期を終え、更生保護施設に入所、かねてから建築土木の仕事が長かったものだから、ある工務店に就職先を見つけてありついた。親方も刑余者に理解があり、すぐにワンルームを借り上げ、Xさんを住ませた。本人も一生懸命に働いた。しかし、給料日の翌日から本人は行方不明。親方はすぐに更生施設長に連絡、Xさんを探し回る。

そのころ、Xさんは、大阪・釜ヶ崎の路上にいた。昔、若い頃、新世界に遊びにきた程度。なぜ大阪にいるのか、自分でもわからなかった。給料日に酒を飲んだことは覚えている。2～3軒、スナックをハシゴしたことも覚えている。しかし、その後は記憶がない。大量飲酒・酩酊の後の記憶の欠落という障害を「ブラックアウト」と呼ぶ。これは、アルコール依存症の徴候の一つである。それだろうと思ったが、詳しいことは聞かなかった。

本人の財布から、更生保護施設長の名刺が出てきたので、NPO 釜ヶ崎は連絡をとる。更生保護施設長と工務店の親方で連絡してもらい、広島に帰ることになった。旅費は市更相から借り受けた。NPOのスタッフと切符を購入、さらに食費としていくらかのお金を持ってもらった。しかし、到着駅で誰も迎えにいく体制を組めなかったので、一抹の不安は残ったが――

結局、本人再び行方不明。数日後、釜ヶ崎の路上で歩いている本人を見かける。びっくりする。話を聞く。結局、列車に乗ってその後、有り金でワンカップ数本飲酒。そこで記憶が飛び、いつの間にか目的地を過ぎて気が付いたら九州の終着駅に来ていた。更生保護施設の所長の名刺も紛失、どうすることもできず、交番・福祉事務所やりに相談、「直前まで釜ヶ崎にいたならそこまでの切符だすから」といわれ、再び釜ヶ崎へ来たという。

今回は彼のこれまでのことを詳しく聞いた。やはり、これまでの人生での「つまづきの石」はアルコールの問題だった。懲役になった事件はすべてが無銭

飲食だった。連続飲酒発作と思われる酩酊の中でおきたことだった。累犯を重ね、最後の事件ではそれなりに重い量刑だった。公判の過程では、無論、比較的軽微な犯罪だから、精神鑑定を受けることもなく、また、服役中に酒の害についての講習を受けることもなく、出所後、何度かお世話になった更生保護施設でも、アルコール依存症の治療の勧奨は受けたことがない。

NPO 釜ヶ崎では、本人にアルコール依存症がどんな病気なのかを説明する。更生保護施設長に再度の連絡をして、再び広島に帰る段取りをお願いする。その際に、Xさんをアルコール依存症の治療につなげることができないかとお願ひする。「できる限りのことはしてきたし、これからもするつもりだが、彼の場合、もう施設を出ているので施設として積極的にできることは少ないなあ」と歯切れの悪い返事しか返って来なかった。しかし、せめて今度は、所長に到着駅まで向かえに来てもらうよう要請し確約を得た。Xさんに切符と弁当とお茶のペットボトルを現物で渡して、Xさんを送り出した。きちんと治療が受けられるようになればいいのだが。

4) Yさん 50代前半 覚醒剤後遺症・アルコール依存症

Yさんは、これまでに窃盗や覚醒剤使用で数回逮捕されている。最後は、H市で生活保護受給中に「悪い友人に騙され」窃盗の共犯をしてしまい、逮捕、保護が切れる。2回目の懲役刑だった。

刑期を終えたが身元を引き取る誰か――多くの場合、一番に「家族・親族」が召請されるのだろうが――がいなかったために、更生保護施設に入所。施設のスタッフは、Yさんは、簡単な加減算もおぼつかないことから、知的な障害をもっていることは入所当初から承知していただろう。しかし、更生保護施設が社会から与えられた権能からすれば、Yさんを福祉処遇につなげる、ということができないらしい。現状では、「更生」とは、一義的に「就職自立」であり、それ以外のものは想定されてないらしい。

ただ、更生保護施設は何もしなかったわけではなく、国民健康保険の取得を支援し、精神科の受診を

させた。Yさんはかねてより幻聴・幻覚・不眠があったが、これは、拘禁反応というよりは、覚醒剤やアルコールの後遺症と思われる。しかも、結構重篤だったにもかかわらず、本人も「就職自立」に向かって焦る気持ちがあり、「病気がひどいと診断されると、就職できなくなる」と考えて、自分の症状を主治医に十分に伝えていなかった。「神経症」という診断で、軽い安定剤と睡眠導入剤が処方されていただけだった。支援する側・医療側、双方とも、本人の知的な障害のこともわかってはいたのだろうが、療育手帳を取得する、という考えはもとより、もう一度、生活保護にかかってまず治療を優先させる、という方針は、施設の「目的」の建前上、立てることができなかつたようだ。

結局、Yさんは就職先を見つけられないまま、退所の期限の日が近づくことで、いっそうの焦りを感じる。刑務所で知り合った人間から連絡、「いい仕事があるから東京にいこう」と。更生保護施設側は心配して、「もう少しここにおいて、確実な仕事を探したら」と慰留したが、本人は「東京でがんばる」と。

東京では、色んなことがあった。仕事はなかった。うさん臭い生活保護の勧誘にもあったりした。「戸籍貸してくれたら、お金をやろう」とそそのかさされ、偽装結婚の片棒を担がされる。しかし、最初に提示された金額は、Yさんに満額支払われることはなく、数千円握らされただけだった。不安になって仕事を求め、かつて生活したことのある釜ヶ崎に来る。しかし、現金の求人も少なく、小柄でしかも精神症状のあるYさんは職に有りつくことできないまま、シェルターと炊き出しを利用する。その後、NPO 釜ヶ崎に相談に来る。

「覚醒剤後遺症」と診断され、居宅保護が開始される。「お金は自己管理したい」と本人の希望。当初は、1週間に1回にして渡していた。その後、平穏な日々がしばらく続いたが、冬ころから、彼の周りには、お金のことでいろんな人がまとわりつくようになる。保護費を一緒にとりに行くと、その帰りには借金取りが彼の後をつけてくる。どんな貸し借りなのか、使途も金額も不確かだ。その他、Yさんは、いつの間にかヤミ金融から融資を受ける。時々、

スリッパ（再使用）もあったようだ。今は、借金を整理して、NPO 釜ヶ崎での日ごとに生活費をもらっている。がそれで解決したわけではない。彼自身も支援者（NPO 釜ヶ崎）もまた、Yさんの覚醒剤やアルコールにとって代わる、生きがい・居場所を見つけない。

5) Pさん 30代後半 男性 療育手帳B1 精神保健手帳1級

Pさんは平成19年8月自力でNPO 釜ヶ崎支援機構の福祉相談部門に相談に来た。釜ヶ崎には昭和60年代後半に来たと言う。よく見かけた顔ではあった。

幼少時に父親からの過酷な虐待を受け、家出を繰り返し児童養護施設に入所するも、シンナーを濫用、中学校からは教護院に入所する。もともと知的障害があったのに加え、シンナーの後遺症だろうか、20代後半から幻聴・幻覚がひどくなる。統合失調症と診断される。精神科の病院に11回の入院。入院歴の中には大和川病院のようなひどい処遇の病院もあった。それ以外の病院でも他の入院患者とのトラブルで強制退院させられることがほとんど。精神症状が落ち着いたときには生活保護の施設に入所もしたが、同室者とのトラブルで出てきてしまう。

集団での生活は難しいと考え、サポータティブハウスでの居宅保護をすすめる。当初、服薬管理はサポータティブハウスで、金銭管理はNPO 釜ヶ崎でという体制をとっていた。そして最初の2か月は本人自身新しい生活に慣れていないこともあり、緊張してとまどっている場面が多く見られた。

生活に慣れてきた頃から、頻繁に「センターの下でケンカした」という訴えが多くなり、実際に打撲・擦過傷などのケガをする。アパートでも「相手からケンカを売られ」そのケンカを買って出て、結果、殴られたり蹴られたり。「あそこ（自分が住んでいるサポータティブハウス）にいるとイジメられるんですっ。」と帰ろうとしない。野宿をさせるわけにも行かず、ドヤを紹介した。そこで約2週間。トラブルが頻出してきたのと同時に、約束をした以上のお金を持ちたいとの訴えが多くなり、「無駄遣いす

ると後で困るから」とそのつど説得するのだが、「(予定外のお金をもらうのは) 今日限りにしますっ。明日から約束を守りますからっ、お願いしますからっ、お願いしますっ。」と執拗に訴える。大きな声を出して、支援者がお金を渡すまでわあわあ、自分の要求が満たされず、興奮状態が極みに達したある土曜日の午後には、「もう、死んでやるっ。」とハサミをもって自分の胸に突きつけようとしたり、「2階から飛び降りてやるっ。」というような一種の自傷行為もみられ、それを止めようとするスタッフと取っ組み合いになった。

一連のPさんの挙動は、お金を持ちたいという欲求というだけではない、「誰かにかまってもらいたい」というような強い気持ちの表現だと考えられる。あるいは、自分の欲求が満たされること=それを満たす他者がいることが自分の存在の承認である、欲求の承認が自分の実存の承認と取り違えられたまま、実存を掛け金とした闘争・かけ引きとして行われる。のどに突き立てられるハサミや二階の窓枠に掛けられる脚という「自傷行為」に対して、支援者は事故・自殺という最悪の事態をもたらさないようにする慎重さだけでなく、「かけ引き」のゲームに巻き込まれない冷静さも必要だと自戒する——多分、Pさんは、これまで、彼にとって重要な場面で「自傷行為」をしてきただろうし、今までのPさんにとって、唯一の自分の切実さを表現する方法だったかも知れない。

けれども、Pさんには、Pさんなりの「別の表現」もあり得るし、彼の「別の表現」を受け取る人もいるのだと、示せるだろうし、示したい。でも、それはNPO 釜ヶ崎単独では無理だ。社会的な、公的な、つまり継続性があり、安定した、しかもPさんの個別性を尊重できる障害者介護が必要とされているのだ。それは、そもそも、「障害者解放運動」「障害者の自立生活運動」という文脈では、本来、障害者にとって権利であるはずのことだった。しかし、現状ではそうではない。

Pさんは、精神的な状態も悪化し、生活リズムも乱れ、食事もとれない状態になった。精神科の医師と相談しながら薬の変更、服薬管理をNPO 釜ヶ崎

できっちり朝・昼・夕の眼前服を行って少し落ち着いた(眠前薬の眼前服薬はさすがに出来ない)。彼の状態は、よくなってきている。

当初、NPOは精神科医院のデイケア・ナイトケアへの参加を考えていた。デイケアやナイトケアは、集団の中で社会性を回復するのを目的とする。主治医から「彼の個別のニーズは、デイケアでは満たされないだろう、彼の障害に見合った個別的な援助が有効だろう」との助言を頂いた。

現在、NPOでは障害者自立支援でヘルパーを入れるための支援を行っている。集団では難しいので一対一対応でゆっくり話をきいてくれる、なおかつ掃除・入浴・保清が、全く独りでは出来ていないので、生活面全般を援助してくれるサービス内容考えた。後は、事業所選びだ。

しかし、障害者自立支援の居宅サービスの事業所の選択ほど、骨の折れる仕事はない——役所からもらったリストやWEBや電話帳・口コミで事業所を探す。候補が上がる——選択肢は僅かだけれど。何度コールしても連絡が取れない。電話がつながった場合でも、「責任者が現場に出かけていて、具体的な話は出来ない」との返事、後日に再三再四、電話を入れるが誰も電話に出ない。別の業者にアプローチすると「・・・ただ今おかけになった電話番号は、現在使われておりません・・・」——廃業したのだとわかる。では、別のところ、と電話をかけるが、とにかく、障害者自立支援法の居宅サービスの事業所は、不在と廃業が多い。

一向にPさんのヘルパー探しが進まない。「措置から契約へ」「市場原理の導入」は、特に、障害者の介護という仕事とそぐわないか、期待されたような「良い」結果をもたらしてはいない。Pさんの事業所選びに電話のテンキーを押しまくる、口コミ情報を収集している毎日であるが、事業所の絶対数が介護保険事業所に比べて少ないにもかかわらず、難航している。悩ましい毎日である。

6) Qさん 50代後半 男性 身体障害者手帳あり 療育手帳は所持していないが軽度の知的障害あり 社会医療センターから

社会医療センターから紹介を受ける。家族構成が複雑で、異母兄弟がいる。両親が存命中は大事にされていた。叔父が住んでいるところで仕事をしてきたが両親が亡くなってからは叔父と関係が悪くなり、家出、山谷や寿などの寄せ場で仕事をする。仕事のない時期は野宿を余儀なくされることも頻繁にあった。平成19年になって大阪に来る。当初S区で生活保護受給していたが2ヶ月でお金を散財、アパートを出奔する。その後、西成に来て建築日雇の求人を探すがほとんど仕事に就けず、今年の1月に唯一の収入である障害年金を担保に、ヤミ金からお金を借りて生活していたが、「むしゃくしゃしてついつい」衝動的・刹那的にパチンコで散財し、困窮きわまって社会医療センターや市更相に。そうこうしてNPOへ来る。

QさんはNPOとの間で金銭管理、服薬管理に同意、生活保護の申請が受理される。しかし、生活が落ち着いてからも不満はあふれ出す。彼の言い分。

①自分の生い立ちは不遇だ ②しかし、それを誰も分かってくれない ③不遇であったがゆえに、自分は誰よりも優先され優遇されなければならない ④自分が蔑ろにされたり、ケンカを売られたら、自分は物理的な暴力に訴える。メンツを潰されたままで泣き寝入りとか、売られたケンカを買わないでいるなら、「男が立たない」等。悪く言えば「自己中心的」で「マッチョ」・「攻撃的」な言動が目立ち、それで周囲との摩擦を引き起こす。事務所で、些細なことから他の利用者と取っ組み合いのケンカ沙汰を起こすなど、看過できない程の騒ぎを展開することもあった。相手の気持ちや周囲の状況を、想像したり把握したりすることが難しい。それがQさんの障害であり、それが原因で摩擦や軋轢を生む。

上記のような障害という素因に加え、彼の生活歴、「幸福」な幼少期から親の死を機に一変した人生、その心的外傷をどう受け止め、解釈し、これまでとこれからの生にどう織り込んでいったらいいのだろうか、という問いは彼を捉え、否定的な答えが

彼がこの先に進む道を遮る。

——過去を書き換えることは出来るのか？ 出来ない。時間の不可逆性。

——「不幸」な体験は、自分が体験したのと同じ強度で他の誰かが体験することはあり得るのか？ あり得ない。痛みの共有の不可能性。

それら一連の課題をQさんは抱えていて、出口のない円環に囚われている。問い自体は普遍的であり、否定的な答えに陥りがちなのも、Qさんに限ったことではないだろう。これらの問いは、根本的な解決とか解消はあり得ない問いだ。軽減や再解釈・再構築（あるいは価値の反転とか脱構築）の可能性は有るし、あるいは痛みの共感はあり得るのだが、独りの思弁のみでは、軽減・再解釈・再構築・他者の共感は、あり得ない。軽減や再解釈・再構築には、〈話〉を〈聴く相手〉が必要とされるのだ。

〈話〉の主題は心的外傷の原因の出来事に限らないし、限るべきではない。むしろ、他愛もない会話とか挨拶とか、安定を担保する、ありふれた日常的なもの。それが擬制や欺瞞や偽善に見えたとしても、感情の起伏・爆発・失禁ゆえに多少の摩擦や軋轢や混乱があったとしても、日常性や関係性が崩壊しないということが実感できること。それには時間がかかる。

「腹がたったら殺ってしまうぞ」と、常に肩肘張って虚勢を張らざるを得ないQさんのマチズモや攻撃性は決して支持できないにせよ、上記のような彼の心の裡をスタッフは理解しているつもりだ。それにしても、彼とわたしたちは、Qさんとどう付き合えばよいのか、どう距離をとり、どう寄り添えばよいのか、そもそも、私たちには、時間がない。新しい来談者が次から次へと来るのだ。Qさんのニーズには応えられない。では、どんな居場所・マンパワーを投入すれば彼の実存の悩みや苦しみ、そこからくる苛立ち、怒りなどを軽減できるのか、悩むことしばしば。

使うことのできる社会的な「サービス」を期待して、Qさんに療育手帳取得を説得する。予想していたほどの拒絶はなく、「はは、いいですよ、判定を受けますよ、以前、東京にいた時もとれって言われ

たから。」と彼は言う。いやいやながらの感は否めないが、とりあえずQさんは同意をしてくれた。ほっとした。リハビリセンターの判定の予約を取る。けれども、当日になって彼は「やっぱり、絶対、(判定に)行かないからね」と言う

療育手帳を取得することは、彼の自尊感情をひどく傷つけることでもあるのは重々承知している。しかし、彼という個性を尊重し、彼固有のニーズを満たす社会的な「サービス」を(十全にはないにせよ)受けるためには、現状では、療育手帳を取得する他はない。

彼の昼間の居場所はなく、NPO 釜ヶ崎支援機構福祉相談部門に頻繁に出入りする毎日が続いている。

7) Zさん 50代後半 男性 アルコール依存症 不動産屋から

Zさんは、年に1度行っているホームレス支援の「統一行動」で相談に行き、とある弁護士さんの支援を受けて、すでに敷金支給の居宅保護申請をして部屋を借りていた。野宿からはとりあえず脱出した。

しかし、弁護士さんからZさんの住宅探しを依頼された不動産屋さんは、とても心配していた。「Zさんは、このまま放っておいたら体を壊したり、命の危険さえあるのでは・・・」というのも、部屋を見に行くときも、役所に書類を出しに行くときもZさんから酒臭がしていたからだ。Zさんは、いつもお酒が切れない様子だったのだ。

NPOは、不動産屋さんからZさんのことを聞き、弁護士さんに連絡、今後の支援——アルコール依存症の治療——も含めて関わる必要があると考え、Zさん、弁護士、NPO 釜ヶ崎支援機構福祉相談部門スタッフみんなで会う約束をする。不動産屋さんの心配は、不幸にも現実のものになってしまった。

当日本人が約束の時間に来ないので、弁護士が連絡をすると、受話器からは飲酒酩酊したZさんの頼りない声。「迷子になってしまったんだ、誰か迎えに来て欲しい」あわてて探し回って弁護士事務所にまで連れてきて、再度、素面でみんなと会うことを

約束する。その後弁護士事務所で会ったZさん、酒臭はしなかったものの、衣服から尿臭が立ち上がり、顔色は悪く、単なる飲み疲れ以上のレベルで体調が悪そうだった。ひどい全身倦怠感を訴えていたので病院受診をすすめ、採血をしてもらった。その結果をみると、肝障害で、それも過剰な飲酒に対応して上がる値(γ -GTP)が非常に高かった。

「就職が決まって仕事に行っている」とZさんは言うのだが、コントロールを喪失した飲酒が仕事に支障をきたしていることが明らかに見て取れた。しかし本人の否認が強くどうすることもできなかった——後に、既に失職していたこともわかった。

数日後、Zさんは「お金を落としてしまった」とNPO 釜ヶ崎に相談に来る。原因をきくと紛失したのではなくギャンブルで使い過ぎたと、言うことが二転三転、あやふやだ。「こんな事を繰り返さないように、NPOで保護費を預るので1週間に1度取りに来て欲しい」と金銭管理を提案、Zさんの同意を得る。しかし、その後、生活費を渡す予定の日に姿を現さなかったので、担当のケースワーカーに居宅訪問をお願いしたところ、飲酒して転倒、足を骨折をしていたとのこと。

ケガの回復を待って、改めてZさんと面談しようと思っていた矢先、飲酒してケンカ、頬を数針縫う裂傷。顔面の傷が癒えないままのZさんではあったが、ここでようやく、話しができるようになった。NPO 釜ヶ崎は、Zさんにアルコール依存症がどのような病気であるのか説明し、典型的な徴候を挙げる。Zさんも当てはまることが多いという。専門の治療を受けてみようケースワーカーや保健師からも説得、専門病院の予約をとってもらおう。初回の病院受診はNPOが同行、通院が途絶えるようなことがあれば病院のソーシャルワーカーからこちらへ連絡もらうようお願いする。

ケガの回復を待って、改めてZさんと面談しようと思っていた矢先、飲酒してケンカ、頬を数針縫う裂傷。顔面の傷が癒えないままのZさんではあったが、ここでようやく、話しができるようになった。NPO 釜ヶ崎は、Zさんにアルコール依存症がどのような病気であるのか説明し、典型的な徴候を挙げ

る。Zさんも当てはまることが多いという。専門の治療を受けてみようとするケースワーカーや保健師からも説得、専門病院の予約をとってもらおう。初回の病院受診はNPOが同行、通院が途絶えるようなことがあれば病院のソーシャルワーカーからこちらへ連絡もらうようお願いする。

すっかり酒が抜けて、現在も通院、病院であうと挨拶をしてくれる。順調なようだ。アルコールだけでなく、ギャンブル嗜癖も懸念されたので、社会福祉協議会が行っている「あんしんさぽーと」（権利擁護事業）にもつなぎ、家賃の振込、金銭管理をお願いした。

このZさんのケースをきっかけに、弁護士をはじめ、医師、保健師など、ホームレスから抜け出すための支援を行っている団体で現在、野宿から抜け出してからの支援をどのように行うのか研究会が開催されるようになった。

8. 今年度(H20)年度の目標

A. 相談の流れをスムーズにすること。

生活改善事業、「チャレンジネット」事業など、相談口の増加にともなって、福祉相談部門へと繋がるケースが増加することが予想されることから、釜ヶ崎支援機構各部門／他の社会資源間の情報インフラ整備が必要だ。それは具体的には、

- ①連絡の迅速化・緻密化・合理化
- ②スケジュール管理の徹底
- ③関係者が集まったのケース会議
というだけのものだが。

これらは、釜ヶ崎支援機構内部のお仕事支援部～福祉相談部門だけでなく、他の部門・機関・外部の社会資源とのあいだでも必要だ。

来談者は、複数の社会資源を行き来せざるを得ない場合が多い。一つの窓口から他の窓口へのスムーズで迅速な連絡、情報が正確かつ迅速に伝えられるようにしたい。「当然なことを、何を今さら」と思われるかもしれないが、釜ヶ崎をめぐる社会資源は、いつも来談者の多さ＝「規模」に圧倒される。社会医療センターでも、市更相でも、西成保健福祉

センター（福祉事務所）でも、その他民間の社会福祉法人でも、相談者の多さに対応できないか、丁寧なことができない場合が多かった。

「平等」は悪平等なのかどうなのか、しかし、ある「平等」が建前にあり、建前にはずれないあり方を選んでいくと、「広く薄く、平等に」、という結論に結びつく。それが従来のあり方だった。

規模と個別の事情の両方に応えられるかどうか、という問題。大勢の来談者が来る、しかし、スタッフの力量や何より、時間には限りがある、という問題。それは釜ヶ崎支援機構でも同じだ（毎年、福祉相談に来談したひとの約2割しか野宿脱出を果たせてない）。規模に対応して、なおかつ個人々の事情に即した野宿脱出の支援を可能にするのは、上記のような情報インフラが整ってこそ、有効な支援になりうる。

また、困難な事例ほど、ひとつの部署・分門が抱え込まないためにも、支援者側が足並みをそろえ、役割分担を明確にする必要がある。そのため③ケース検討会議が重要だ。「ぼやき—1・2」で述べた問題だ。

B. 社会資源の開拓

すでに、サポーターハウスは空きが少ない状態になっている。敷金なしの物件も条件のいい所から埋まってしまっている。敷金なしの物件でも、敷金ありの物件でも、それは同じだ。

介護保険や障害者自立支援法の双方とも、在宅サービス・通所施設など、多様で個別のニーズを充足できる事業所を開拓すると同時に、ネットワークを強化することによって、別の共同性を担保するようなネットワークの構築と、わたしたちを含め、現場に携わる人たちの力量を育てあうことにつながるだろう。

福祉相談を通して考えること

福祉相談部門 本間 全

その1

毎回の報告でアルコール依存症やその他薬物依存のケースや、様々な障害をもった人のケースを上げるが、書くときにはいつも不安がつきまとう。これらは、どう読まれるのだろうか、どう受けとめられるのだろうか——とても心配だ。ケースの報告は、「ダメ人間」の目録ではない。近代以降に生きる人すべてにとって、普遍的な問題を孕んでいると思う。「アディクションは再帰的近代の必然である」とかなんとかいったイギリスの学者もいるらしい。

アルコール依存症者の多さに目を見張るかもしれないが、〈病気に罹患すること〉は、どの程度「自己責任」なのだろうか。アルコール依存症という病気に関する、多少の正確な疫学的な知識——発症率は出自の社会階層や学歴や職歴との明確な対応は見られないこと——をあげれば事足りるだろう。さらに、安価なアルコール飲料が大量に生産され市場に出回って消費されている社会は、いまだかつて無かったことを考えてみればよい。

アルコール依存症者を、「自分と異なる何者か」として、切り離すことができるだろうか。以上の文章、「アルコール」を「覚醒剤」に置き換えてもよい。あるいは、他の「何か」、例えば、「仕事」とか重大な「ミッション」とか熱烈な「パッション」とかを代入可能とする考えは、アディクションという視座において、いまや特別ではないだろう。少なくとも、依存症者の「自己責任」を追及することは何の解決ももたらさないし、「自己責任」を唱える人自身の首を自ら絞めることになるだろう。

しかし、確かに、アルコール依存症者と付き合うのは難しい。その困難を実地に体験していながらも、言いたいことはある。軽症のアルコール依存症者が、無視されてきたこと、治療の対象であるのに、

そうとはみなされなかったこと。その代わりに、施設や病院での禁酒の禁を守れない、「道徳的な墮落」者＝「ダメ人間」とみなされてきたこと——そのような、まなざしと名指しが、いざ治療につなげる際に、「おれはダメ人間ではない」「お酒の問題はない」という否認の防衛機制を強固にする結果をもたらし、当事者自身が適切な治療を遠ざけてしまうという、悪い循環に陥る。

かつての市更相 - 市保健所分室では、一般に、幻聴・幻覚などの精神症状が顕現している場合には入院治療がすすめられたが、入院するほどの症状ではない場合のアルコール依存症の治療の方図は示されなかった。救護施設からの小杉クリニック通院ということはあるが、そういったケースでも、一足とびにそうなったわけではない。まずは一定期間の入院治療を満了してから、入寮して外来治療、という形だ。入院治療とはいっても、専門のアルコール依存症を治療する病院ではなく、一般の精神科病院、しかも、釜ヶ崎の人を受け入れてくれるのは限られた病院のみであり、そこでの入院生活に耐えられなければ「自己退院」するほかなく、それが次回来談した時に、「治療の意思なし」とみなされ、入院できなくなる。

もちろん、この悪循環を、福祉行政だけのせいにするのは、間違っている。病院側も、「行旅病人」を受け入れたがらないし、あるいは生活保護法で医療費をまかなえることを知らない病院すらある。いわゆる「ケタオチ病院」は、行旅病院を積極的に受け入れはするが、治療の内容はお粗末、しかし、それを告発し得るのが本人だけで、家族がいない、支援者がいないので、なかなか社会問題化されない。一方で要保護者に行き場を確保しなければならない責務を持つ福祉行政側も、ケタオチ病院は「行旅病人を受け入れてくれる」ので、「ありがたい」部分

もあるだろう。——そういった状況は、30年前と今とでは、どう変わったのだろう。わたしたちは、この数年間に、釜ヶ崎をめぐるアルコール依存症の治療の選択肢を、ほんの幾ばくか押し広げてきた。これまで、釜ヶ崎の患者を受け入れてくれるアルコール依存症の病院は浜寺病院など、ごくごく限られていたが、NPO 釜ヶ崎やその他の支援団体などの働きかけで、新生会病院やその他のいくつかの病院へ入院が可能になった。また、小杉クリニック本院からも厚い理解と協力を得て、三徳ケアセンター入寮中から外来通院をはじめられるようになった——

まだ課題は残されている。回復は、息の長いプロセスで、治療の端緒につなげて、それだけではとどまらない、継続的な支援が必要となる。脱・野宿後の支援にも目を配るなら、初期介入だけでなく、その後の断酒の支援にも目配りは欠かせない。断酒とは、過去と現在と未来を不断に解釈しなおす、自己再帰的な過程である。それを担保する重要なものの一つは、安定した共同性である。

従来では、小杉クリニックや新生会病院の初期のプログラムを修了すれば、断酒会やAAといった自助グループへと、つながるのが通常の道筋だった。支配的な共同性（いわゆる「社会」一般）からはじかれた者に対して、もうひとつ別の共同性を対置する——自助グループである。その中で、依存症者は、〈回復者〉のロールモデルを発見し、回復のイメージを現に見ることが出来る。〈体験談〉の交換によって、更新され続けるナラティブの生産とアイデンティティの再帰的な構築がなされ、それで断酒の継続的な「意思」が可能となる

——そうだとすると、そもそも、釜ヶ崎で働いてきた人たちは、アルコール依存症の治療を受ける以前から、社会一般や医療や福祉や法律・制度が想定した共同性を前提とした「生活形態」・「就労形態」の「規格」から外れていたし、今もそうだ。予期せぬ変動に常に身を曝さざるを得ない状況にあり続けている。その中で、共同性や同質性を見出そうとするなら、それは「釜ヶ崎」（や、その他の寄せ場の）労働者という自意識に拠るしかなく、けれどもいま

や、「釜ヶ崎の労働者」というアイデンティファイさえも危機にさらされる、寄せ場の現実がある。

かれらが、帰属すべき共同性を「すでに失ってしまつて」いたり、もともと「持ち得なかった」のであるならば、自助グループ型の「もう一つの共同性」を対置しても、当事者がそれを選好・選択するかどうか——あるいは、「もう一つの共同性」に対する、釜ヶ崎という、「さらにもう一つの共同性」が必要だったり、あるいは、個別の事情に適った個別的な支援が必要だったりしたのだ。だからこそ「喜望の家」や「のぞみ作業所」といった、釜ヶ崎の労働者の「固有性」や、それぞれの「個別性」に配慮がなされたプログラム・支援のメソッドの構想と実践遂行能力を備えた社会資源が要請されたのだろう。

きちんとした数字を出すことできないているのだが、NPO 釜ヶ崎にやって来て、小杉クリニックや新生会病院を通過した後、断酒会やAAといった自助グループにつながり断酒の継続をしている人は、確かにいるのだが、少なく感じられる。のぞみ作業所に通所している人は結構いるが、全体からすれば、少数派だろう。その他おおぜいの人たちは、どうしているのかが、把握されなければならないだろう。そのことは独自のプログラムや施設をもたないまま、不可避に、アルコール依存症者の支援にコミットしてきたNPO 釜ヶ崎福祉相談部門の、脱・野宿後のアルコール依存症者への支援のあり方を考えることにつながるはずだ。

そういった共同性に包摂しきれない、個別化された、アルコール依存症の患者——かれらを、とりあえず「ポスト・フォーディズムのアルコール依存症者」と呼ぼう——は、決して新しい人々ではなく、昔から釜ヶ崎にいたのだろう。これからも新規参入する人の中にも、この「タイプ」は少なくないだろう——共同性の引力より、斥力に敏感である人たち、例えば、他の精神障害を合併して持っている人、知的な障害を持つ人、あるいは、「発達障害」を持つ人（「発達障害」に関しては、あまりに沢山の「呼び名」があるが、多分〈自閉症スペクトラム〉の考えが一番しっくりくるだろうと考えている）。あるいはその他。

ポスト・フォーディズムのアルコール依存症者が、どういった回復の道筋を辿ればいいのか、どんな回復のイメージが提示されるべきなのか。彼らにとって、支援者が考えるべきことは、個人の事情に即した、個別的なニーズに対応した支援と、(それと相克を孕むのだが) 帰属すべき共同性のあり方である。その共同性は、幻想でしかない「(郊外型の) 核家族」ではなく、〈擬似家族〉としての断酒会であったり、AA であったりするのかもしれない。また、それらとは全く別の形の共同性が構想されてもいいのかもしれない。

個別性と共同性をどんな風に〈ネットワーク〉するか。単なる「社会資源のパッチワーク」ではない、継ぎ目が有機的に絡み合う〈ネットワーク〉をどうつむぎ出す作業が、課題なのだ。さらに、かれらは、少数ではない。相当の「数」としてある。その「数」=規模に対応しつつも、なおかつ多様で個別的な必要に即した支援のあり方の創出と構築、という課題。

その2

一方で、野宿状態で、知的な障害を持つ人の来談が、目立ってきている。これをどう考えたらいいのか。

知的障害や自閉症・発達障害概念の発展・細分化、かれらに対する社会の処遇の歴史を振り返ってみる余裕は無いので、とりあえず、そっとクイズを出す。

Q. 以下の事実をどう考えるか？

- ①日本において、「療育手帳」の制度が実施されたのは昭和48年であり、その歴史はとても浅いこと。
- ②療育手帳の等級の区分が市町村単位で異なること。ある地域はA・B1・B2の3つの等級があり、ある地域ではA・Bの2つのみであること。

「野宿を強いられている人の中に、こんなにも知的障害者がいた！」「累犯で刑務所に入っている人の中にこんなにもたくさんの障害者がいた！」というようなことは、センセーショナルに取り上げられ

たりする。何に驚くのか。ナイーブすぎないだろうか。その問題提起は、①②を踏まえたものなのかどうか。

少し、愚痴を言う。

——知的障害者への処遇は酷薄なものだったし、いまでも手厚いとは言いがたい。かつては、かれらは非-労働力として、病院や施設に隔離・収容されてきた。地域で暮らすといっても、親が生きている間は、家族の中に囲い込まれていたに過ぎない。カナーというアメリカの小児精神医学者に始まる自閉症の発見と、その後の自閉症概念の細分化が、主に富裕層の子弟の臨床から生れてきたことは、高岡健の『やさしい発達障害論』(批評社)やその他一連の著作に詳しい。貧困層では、そもそも、専門家の診察を受けることなど出来なかったし、「その子の障害に合った」教育を受けることはできなかった。多くは、はやばや隔離・収容されるか、労働力として駆り出された。生産工程や寄せ場などで、居場所と職を得られた者は幸いである。そうでなければ、「生きるがまま」「死ぬがまま」、路上に打ち棄てられていたのだろう。一部は「累犯」を重ねて、何度も服役する生を余儀なくされてきた人も少なくないと想像する。適切な処遇という考えはなかったのだ。

ノーマリゼーションの理念が外国からやってきて、またそれとは別に障害者自身の〈自立生活運動〉(これは脳性マヒなどの身体の障害を持つ人たちが主だった)などもあり、脱-施設化ということは、唱えられるようになった。しかし、地域での受け皿が十全に用意されたわけではなかった。

近年になって、個別的な支援が必要だという認識は定着つつあるが、それは、主流として幼年期・学童期・青年期の人々に重点が置かれており、中年から高齢の障害者支援に関して、現場の実践はあるにせよ、それほど多く文献があるわけでもなく、言説の蓄積は若年層に比べて薄く浅い。

また、障害者自立支援法にかんしても、その制度設計には、家族の存在や家族による介護・ケアが、前提とされている。しかし家族は、もはや、戦後のある時期までのように、期待された機能を果たすことはできない。知的障害・発達障害を持つ人の多く

は、個別のニーズを持つ。多様で個別的な対応が必要ということ。それには時間が必要ということ。

多様性や個別性に焦点があてられるということは、ある程度、社会が成熟し、「豊か」になったともいえるが、そのニーズに応えることは、現状では、不十分でしかなく、がゆえに野宿を強いられる障害者も多く、かれらが来談にきても、脱・野宿後の十分な支援の見通しが立たず、行き場がない。

私たちは、適切な処遇が、どう可能かということを考えて、実践をするだろう。

ご支援のお願い

野宿を余儀なくされている人々が、路上からアパートへ、あるいは施設・病院へ、路上死から遠ざかるためのお手伝いをしています。

日々の活動へのボランティア参加、福祉活動を支える寄付、何卒よろしくお願いします。

福祉部門専用寄付受け入れ口座

三菱東京 UFJ 銀行 萩之茶屋支店

普通預金口座 1114951 番

特定非営利活動法人 釜ヶ崎支援機構