

西成区で「生活支援」を 続けることの意味と課題

尾松郷子

一般社団法人 困窮者総合相談支援室 H i p p o .

はじめに

大阪市立大学が中心になって行ったホームレス概数・概況調査に参加して、西成、とくに、あいりん地区（以下、釜ヶ崎）に頻繁にくるようになって二三年、調査が終わってから釜ヶ崎に入り込んで「何ふらふら遊んでんねん」といわれ西成で働くようになって一八年、これだけ長い期間全力疾走で仕事を続けているとは、働きたした当初はまったく思っていなかった。ただ、長い年月が、当初はまったく思っていなかったことを「あたり前」にしてしまふことに対し、「おそろしい」と老眼鏡をかけるように

なつてようやく気づいた。

現在も毎日、利用者の「生活支援」に追われているが、支援の現場では、周りがいうほど西成が変わったという実感はない。強いて挙げるなら、西成区の北の端を通る国道四三号線付近は、ホテルが増えた、外国人が増えた、ごみが増えた、カラスが増えた、そして、先日、西成労働福祉センターのシャッターが閉まったことくらいだ。

今回、原稿を書くにあたって、付け焼刃であるが、西成特区構想の資料を読んだり、二〇一八年に報告された有識者会議の提言をみたりした。筆者自身、周りを気にしないキャラクターであることを理解していただき感想をのべる

「生活支援」とは

「生活支援」と聞いて、どのような内容を想像するだろうか。一般的には、介護保険の制度の見直しから、厚生労働省が定義している、生活支援等サービス（総合事業として提供されるサービスのほか、総合事業には位置づけられない住民主体の地域の助け合い、民間企業による市場のサービス、市町村の単独事業等をふくむ）をイメージするかもしれない。本稿で用いられる「生活支援」はそれとはまったく異なり、「家族的な支援」をイメージしてもらえればよいと思う。以下、具体的な事例を三つ紹介しながら、「生活支援」が何かということのべていく。

今回、紹介する三つのケースは、

- ① 生活保護受給中「引きこもり」生活をしている五〇代男性——「サービスハブ」の対象
- ② 高齢両親と同居する「引きこもり」の四〇代息子——「八〇五〇問題」
- ③ 生活保護受給中の独居高齢男性——最期の迎え方

と、西成区だけにとどまらない課題に対して、「生活支援」をとおして、いかに地域生活を維持するために取り組んでいるかを注目してもらいたい。

はじめに、今回の「サービスハブ」が対象としているイ

なら、有識者会議の提言は、プレゼン重視で、カタカナいっぱい、あまりにも意識高い系で、勉強不足の筆者には、わかりにくいものになっていた。あと「再チャレンジ」という言葉を見て、安っぽくて気に入らねえな、と思ったり。

そんななかで、筆者に割り当てられた原稿のテーマ、「西成特区構想 まちづくりビジョン 二〇一八～二〇二二 有識者提言」の六つの提言の【「サービスハブ」で仕事・住まい・福祉を結びつけて多分野が横断した再チャレンジ可能なまちづくりを推進する】の部分を、現場の目線でどう考えるかと思ひ、さらに資料を読み込んだ。

仕事・住まい・福祉をつなぐ「サービスハブ」（コミュニティ・ニテイ事業）を構築すると書いてあるが、すでに筆者の周りの現場では、「サービスハブ」的な内容の支援は実践されている。その過程で、課題を多く抱えていることを自覚しており、「事業」として成立するのだろうかと素朴に思った。

本稿では、筆者が、長年、西成で困窮状態の人たちと日々かかわるなかで行ってきた、「サービスハブ」的な支援（以下、「生活支援」）について、具体的なケースを紹介して、その課題についてのべていく。

イメージ像に一番当てはまる、生活保護受給中で部屋に引きこもっていたケースを紹介する。

【Aさん 五〇代後半 男性

生活保護 「引きこもり」

—きっかけ—

二年前の初夏に担当ケースワーカーから相談をうける。相談内容は、五〇代の男性が、電気の通っていない暑い部屋で生活しており、非常に心配なので一緒に訪問してもらいたい、そして、どう支援したらいいのか一緒に考えてほしいというものであった。

保護費をもらうも、月の中頃にはお金がなくなり部屋にいたというので、月半ばにケースワーカーと一緒に「生活支援」をしている困窮者総合相談支援室Hippo。(以下、生活支援ひば)スタッフが訪問した。ドアをノックすると返事があり、ケースワーカーと一緒に室内に入ると、蒸し暑い、異臭を発し、食べ物からウジがわき、小バエだらけの部屋のなかにAさんは寝ていた。ガリガリに痩せており、髪の毛はベトベト、顔や指は真っ黒で、ヒゲも伸びたい放題だった。

—「生活支援」開始—

ケースワーカーから紹介してもらい、困っていること

浴び、サポータータイプハウスに引っ越した。

—治療開始—

Aさんは、生活支援スタッフと一緒に近隣病院の精神科を受診し、精神科医の勧めで入院することになった。入院の際は、担当ケースワーカーも、Aさんが不安にならないように一緒に同行してくれた。Aさんが入院中に、退院後の生活が困らないように、さまざまな社会資源を活用できるよう準備した。まず、Aさんの許可をもらい、ウジ虫と小バエだらけの部屋の荷物の片づけと掃除を、生活支援スタッフが一カ月半かけて行った。そして、帰ってから部屋の片づけや入浴介助など、ヘルパーを利用できるように障害程度区分の申請をした。また、入院中のAさんのところに、生活支援スタッフは、一、二週間に一度はお見舞いに行き、退院後の生活のことなどの話をした。

—フォーマルな社会資源と

インフォーマルな社会資源の連携—

三カ月入院して退院するときには、Aさんには、フォーマルな社会資源【ヘルパー（入浴、掃除・洗濯、通院）と訪問看護ひば】と「生活支援」を担うインフォーマルな社会資源【サポータータイプハウス（服薬管理 一日三回）、生活支援ひば（金銭管理 週二回）】で支援をスタートし



写真1 Aさんの以前の部屋

をAさんに聞くと、お金がなくてタバコが吸えないことを一番にいう。ほかに困っていることはないかと聞くと、隣人からの物音や嫌がらせをうけているといい、幻聴や被害妄想がみられた。

ケースワーカーと生活支援スタッフで相談、①エアコンのある部屋（サポータータイプハウスの一室を生活支援ひばでシェルターとして活用）に引っ越し【住居】、②内科と精神科の受診をする【医療】、③金銭管理と服薬管理をはじめ「生活支援」ことをAさんに提案した。すぐに了解、車と一緒に乗って新しい部屋に行く前に、生活支援ひばが運営している訪問看護ステーションHippo。(以下、訪問看護ひば) 事務所でシャワーを

た。退院してからしばらくは、支援している周りの社会資源も手探りで、ために連絡をとり合い精神科医に連絡をとった。この間、精神科の薬の微調整が必要な時期が続いた。

—生活の安定—

さまざまな人たちにかかわってもらうなかで、生活が少しずつ落ち着き、Aさんと支援している社会資源が一カ月ごとに集まり振り返りを行った。話し合いの場面では、したいことなど話をして実現化できるように支援、ヘルパーと少しずつ出かけ、遠くの一〇〇円均一やカラオケに行き楽しめるようになった。

さらに調子がよくなり、主治医（精神科医）の勧めも



写真2 現在のAさんの居室

あり、地域での生活をはじめて一〇カ月で作業所に通所、午前中週二回、最近では週三回、作業所の行事にも参加できるくらいまで回復した。ヘルパーからいままでも声かけが必要だった、洗顔、ごみ捨て、着替えなど、ヘルパー訪問時にはできていたことが増えたと聞き、みんな嬉ぶ場面があり、それに対してAさんは恥ずかしそうに笑い、照れ隠しのためにダジャレを連呼していた。今年の夏は、昔小さい頃に釣りに行った海に行きたいという話がでて、みんなで行けるようにスケジュールを調整している。

「生活支援」についてみると、Aさんの場合、さまざまな社会資源が導入される以前から、生活支援スタッフが動き、社会資源が導入されて以降も継続的に支援にかかわっている。また、精神科の薬剤をふくめ、午後八時に寝る前の服薬ができるサポーターティブハウスも、Aさんが地域で安定して過ごすためには、必要な社会資源となっている。

つぎに挙げるケースは、世間でも問題にされている、高齢の両親と働かないで家にいるその子ども、いわゆる「八〇五〇問題」である。家族に対して、「生活支援」がどのように作用しているかみてもらえたらと思う。

―母親に対する支援開始―

生活保護申請が一段落して金銭的に不安がなくなり、今後の生活を、家族と病院ワーカー、生活支援スタッフで考えた。母親の脳出血後遺症があるため介護保険の申請を病院のワーカーが行ってくれており、介護度がでて、知り合いのケアマネジャーと一緒に家にお邪魔したところ、入口から荷物がいっぱい、横向き歩きでやっと通れるくらいの隙間しかなく、どうやって生活しているのだろうと思ってしまう状況が広がっていた。家の荷物を片づけることに對して母親の了解が得られず、家でヘルパーサービスを導入することを断念、入浴のためのデイサービスのみ利用することにした。

―Bさん(息子)に対する「生活支援」開始―

Bさんについて、対人面で緊張感が強いことを長年お世話になってくる精神科医に相談、毎週決まった時間に通院がはじまり、一週間に一度確実に出出して、家族と違う人と話をする生活がはじまった。「生活支援」がはじまってから一年経った頃、今後のことを考えて、手帳取得を主治医と相談、軽度の知的障害で療育手帳B2を取得することができた。手帳がとれたことで、障害者受給者証の申請を一緒に行い、仕事に就くための訓練をするために、生活支援スタッフが長年お世話になって

【Bさん 四〇代前半 男性

―きつかけ―
七〇代前半両親同居「引きこもり」

母親が職場で脳出血のため倒れ救急搬送された病院の、生活支援スタッフが以前から知り合いだったワーカーから、生活困窮者相談窓口に連絡したが対応してもらえないため、相談のつてほしいと四年前の年末に連絡があった。七〇代前半の両親と猫一匹と四〇代の息子(Bさん)が、両親の年金と母親の就労収入で生活していた。Bさんは、中学校卒業後、短期間アルバイトをし、その後両親が経営していた飲食店の手伝いをしてだけで、二〇年近く働かず、いわゆる「引きこもり」状態だった。周りから見ると、「健全な」家族とはいえないが、それなりのバランスを維持しながら関係は成り立っていた。ただ、想定していなかった母親の入院でバランスが崩れ、「生活支援」がはじまった。

母親が倒れて、生活保護の手続きを、病院のワーカーとBさんと生活支援スタッフの三人で行った。いままでは家族以外のひととほとんど話をするのがなかったBさんは、初対面のひとと話することは難しかった。それでも、こちらがお願いしたものを持ってきてくれたり、一緒に書類を書いたりすることはしてくれた。

就労移行支援事業所に通所することになった。この事業所は家から自転車一〇分+電車二〇分くらいかかるところにあり、最初はラッシュの時間帯に電車に乗るのがしんどく、相談して行く時間を遅らせてもらった。電車に慣れて、朝から通勤できるようになった。

―Bさんの自立にむけての支援開始―

支援をはじめて二年半経った頃、いざ求職活動をしようとなった際に、Bさん家族にかかわっているフォーマルな社会資源(生活保護ケースワーカー、母親のケアマネジャー、Bさんが通所する就労移行支援事業所スタッフ)とインフォーマルな社会資源(生活支援ひばり)の間で、Bさんが一人暮らしをすすめる話をするので方向性の確認がとれた。Bさんには、一人暮らしの話を、生活支援スタッフとケースワーカーから話をした。Bさん自身、一人暮らしをすることに納得はしてくれなかった。ただ、両親に話をしたとき、母親はBさんが独立することに強く反対した。

―両親に対する支援開始―

ちょうど同じ頃、家の風呂釜が壊れた。両親が銭湯に行った際、父親が別の人の衣類を着て帰ることが何度かあり、銭湯出入り禁止となる。父親は、毎日飲酒しており、物忘れと徘徊、さらには奇異な行動が目立つように

なっていた。困った生活支援スタッフは、日頃お世話になつてゐるヘルパー事業所社長に相談、サービステキ外で入浴介助をお願いした。入浴介助している際の様子を聞き、想像をはるかにこえて父親の状態が大変であることを母親に何度も話した。Bさん自身、両親の様子をみて、一人暮らしは難しいと発言するようになった。そこで生活支援スタッフは、Bさんの主治医（精神科）に相談した。主治医から父親も精神的な治療が必要だろうから、母親と一緒に、まず外来でくるようにいわれた。

Bさんの父親は、母親と母親のケアマネージャー、生活支援スタッフ同席で、Bさんの主治医（精神科）の診察をうけ、アルコール性精神病で入院が必要だといわれた。そこから、父親の入院に反対している母親に対して説得がはじまった。アルコールの問題がある父親であったが、そんな父親にも依存的な母親に対して、母親のケアマネージャー、生活支援スタッフが時間をかけて説得、ようやく入院までたどり着いた。

―世帯分離―

父親が入院している間に、母親のケアマネージャーに頼み父親の介護保険申請、両親が一緒に入れる介護保険利用可能な施設を、何カ所か探してもらった。母親は、いままですべてにおいて自由気ままに生活していたの

で、ケアマネージャーと生活支援スタッフが施設入所を説得した。それでもなかなか納得してくれないので、生活保護のケースワーカーからも、息子が独立することの必要性と、年輩いた二人が生活できる方法を考えるように説得してもらった。両親は介護保険を利用して入居できるサービステキ付高齢者マンションに入居、ようやくBさんは親から独立することになった。生活支援スタッフは、現在も両親の金銭管理をしており、二週に一度の訪問、何かあったときも訪問して関係は続いている。

―Bさんの就労支援―

両親がいなくなつてから部屋の片づけがはじまり、Bさん、Bさんが通っている就労移行支援事業所のスタッフ、母親のケアマネージャー、生活支援スタッフで、終わるまで二カ月近くかかった。生活支援スタッフがBさんと一緒に新居も探し、階段四階の部屋まで、みんなで荷物を運び、ようやく引越しが完了した。

一人暮らしをして、ハローワークに就労移行支援事業所のスタッフ同行で求職活動をした。結局、就労移行支援事業所に直接連絡のあった求人に応募、面接をうけ、一週間試用期間を経て就職が決まった。現在は生活保護が停止になるくらいの収入を得ている。就職が決まつても、毎月一回、給与明細をもって、就労移行支援事

業所に休みの日には顔をだしている。

一人暮らしをしてからも、変わらず生活支援スタッフと毎週精神科を受診して、主治医（精神科）の前で、一人暮らしの生活の様子、仕事の様子、将来のことなど、いろいろ話をしている。

「生活支援」は制度にのっとっていないので、困つたとき、そのタイミングで導入することができ、制限がなくさまざまな「支援」をすることができる。ただ、「生活支援」で協力してくれる社会資源は、「生活支援」をするスタッフがみずからつくり上げた既存のネットワークによる部分が多い。

つぎで紹介する事例は、必ず誰もが迎える最期をどう過ごすかに焦点をあて、「生活支援」がどうかかわるかを紹介している。

【Cさん 七〇代後半 男性 要介護5

在宅酸素 生活保護 独居】

―きつかけ―

生活支援スタッフが西成で働くようになった一八年前、Cさんは、日雇い労働者の服装（ニッカポッカに地下足袋）に紫のベストとねじりはちまきという特徴的な

格好で、タバコを吸いながら、小柄ながら釜ヶ崎のまちを闊歩し、知らない人はいないくらい有名な人であった。かかわるようになったのは、仕事がなくなり野宿を余儀なくされ、大きな声を上げて歩いているすがたをみた、一一年前の夏だった。生活支援スタッフが、生活保護申請、精神科受診を一緒に行った。元氣だったCさんにとって管理される面をふくむ「生活支援」は面倒くさいもので、当初はうまくいかなかった。

―社会資源の導入―

ただ、長年タバコを吸いすぎて呼吸苦が出現するようになり、内科受診、「生活支援」だけでは生活が難しくなり、ヘルパーを導入した。在宅酸素が必要になり、ほかの訪問看護ステーションを利用しながら、そのステーションに併設しているデイサービスを利用して入浴する生活が七年続いた。七年の間も、徐々に認知症が進み、エアコンを自分で切つたら入れられない、一人で玄関をでると戻れない、酸素をしていないため呼吸苦で動けなくなつていくすがたをヘルパーが見つけて部屋につれて帰ってくれることが頻繁になった。Cさんにかかわっている社会資源（訪問看護、ヘルパー、生活支援スタッフ）で相談して、生活支援を行っている事業所の上のマンシオンに引越すことになった。

以上、三ケースを紹介した。すべてのケースについていえることは、「生活支援」が支援のはじまりであるということだ。そして「生活支援」が支援の礎になり、そのうえに既存の制度が成り立ち、活用できる社会資源が導入されていく。ただ、その内容は、可能性と限界の両側面をふくんでいる。「生活支援」される人の生活を中心に支援内容を組み立てたとき、既存の制度にとられることなく、「自発」的に出てくる支援は、生活支援スタッフによって幅は広がるだろう。その一方で、時間的にも、その内容も、どこまで「支援」をするのか際限なく、既存の制度の隙間を埋めるといふ意味合いもあり、画一化して規定すること（制度化）は難しく、管理できない問題を孕んでいる。可能性と限界のどこで折り合いをつけたらいいのかわからない。

「生活支援」の可能性と限界

最期を迎えるための「生活支援」は、非常に「家族的」で、フォーマルな社会資源、ここではヘルパーであって、Cさんのためにサービス時間外でも訪問してくれ、「生活支援」を担ってくれている。「生活支援」とは、「自発」的に出てくる「支援」なのかもしれない。

筆者自身、「サービスハブ」（＝多分野横断型支援）を実現するために、「生活支援」が必要不可欠であると確信している。ただ、「生活支援」はこれだけのエネルギーを要するため、「支援」できるケースの数（量）に限界を感じるし、金銭的な問題もふくめて、長期的に「生活支援」に携わるスタッフの確保に大きな課題を抱えている。理想といわれるかもしれないが、「生活支援」される人の生活を中心に考えることをあきらめたくないと思っている。西成区で「生活支援」を続けることの意味は、この「生活支援」が大事になると思う人たちを一人でも見つけ、「生活支援」を継続的に行えるか、その一人に逢うためにあるのかもしれない。

「見守りを厚くするための引越し」

引越した当初は、酸素をしないで出かけたところを、同じフロアにあるグループホームのスタッフから連絡をもらうこともあり、部屋にまで一緒に帰った。引越して半年もすると、一人で外出が困難になった。それでも部屋のなかを動いて、ベッドサイドにあるポータブルトイレを使用している。喘息発作がでるので、空気清浄機も購入した。Cさんの好きなものを、生活支援スタッフが日曜日百貨店に行つて購入することもした。デイサービスは週二回、ヘルパーサービスは、デイに行かない日は三回、ある日は二回、介護保険で足りない部分は、精神科医の指示で週二回訪問看護が補うサービスを組み立てた。調子が悪いときに、生活支援スタッフも部屋を訪問するようにした。それでも、喘息発作が起きて吸入が必要であったりすることが多くなり、救急搬送した。

「最期を迎えるための「生活支援」」

搬送先の病院から帰ってくる前に、フォーマルな社会資源（ケアマネージャー、ヘルパー、訪問看護、デイサービス）とインフォーマルな社会資源（生活支援ひば）がみんなで相談した結果、いまでできる範囲のことをしようと、サービスの間も見に行くことになった。ヘルパー

が一日三回訪問、間で少なくとも二回、また、朝六時台、夜二時台に、生活支援スタッフが見に行くことになった。みんなが同じ方向をむいて、Cさんが一人暮らしても満足した最期を迎えてもらうための「生活支援」がはじまった。



写真3 夜のCさん

頻回に訪問することで、喘息発作が起きていても早く吸入でき、酸素が外れていてもつけ直せて、部屋の温度や湿度もまめにコントロールできている。状況も細かく把握、往診してくれる内科主治医にも状況を伝え、細かく薬剤調整をしてもらっており、救急車を呼ぶような大きな発作は現在ない。夜、生活支援スタッフが部屋に行くと満面の笑みで、「ここで寝て行きいゃ」とベッドの端を空けてくれる。