



コロナ禍における 支援現場の 対応

川崎ネット縁 活動報告書

E N I S H I

編●川崎ネット縁

K a w a s a k i N e t E N I S H I

.....
3

川崎ネット縁とは 発足とその歩み

.....
4

報告 1.....**島田珠美**さん「小児の訪問看護」

.....
12

報告 2.....**大田大輔**さん「川崎ネット縁での事例報告」

.....
16

報告 3.....**三浦知人**さん「桜本の地からの報告 多文化が共生する地域社会への歩み（地域を考える）」

.....
22

報告 4.....**江良泰成**さん「川崎区 相談支援を通して見えてきた現状と取り組み」

.....
28

報告 5.....**仁科淳子**さん「『伴走型支援』を心がけているが……日々の実践から見えること」

.....
36

川崎ネット縁準備会規約

.....
37

川崎ネット縁参加者

.....
38

川崎ネット縁活動年表

はじめに

2020年に始まった新型コロナウイルスの感染拡大は、私たちの生命や健康を脅かすだけでなく、社会生活にも大きな影響を与えています。それまでの仕事や生活が上手くいかなくなり、居場所や楽しみを失った人もいます。特に社会的に弱い立場にいる人や、「助けて」というサインを出すことができない人は、社会の中で孤立してしまうリスクが高まっています。

支援の現場の支え手も同様です。医療や福祉の最前線で働く方々も、身を削りながら業務を遂行する一方で、錯綜する情報や物資の不足など、多くの混乱がありました。

そこで私たちは、2020年3月に、川崎区内の福祉・医療・まちづくり等の地域の現場支援者、行政関係者、研究者の三者による有志のネットワーク「川崎ネット^{えにし}縁」を立ち上げ、情報交換や課題解決のためのオンライン会合を、2022年1月30日までに70回ほど行ってきました。しかし、この形は当初意図したものとは違っていました。詳しくは後述しますが、本会発足当初の目的は、専門支援機関と潜在的な地域資源との具体的な連携の実施でした。しかし、コロナ禍の拡大、長期化により、分断されつつあった支援現場間の状況確認や現場で不足しがちな情報を共有するため、オンライン会議へと切り替え、今日まで継続してきました。いわば、私たち自身もコロナ禍の影響を大きく受けたのです。

コロナ禍を通して、私たちは発足当時とは異なる課題に直面しましたが、プラットフォームを継続してきたからこそ、見えてきたこともたくさんありました。特に現場支援者が直面している切実な状況と取り組みの実態は、現在だけでなく、今後も参照されるべき貴重な記録であると感じます。

本書には、その川崎ネット縁の中で話していただいた、現場支援者からの報告の内、2021年4月から6月にかけての5本を収録しています。それぞれ、訪問看護、相談支援、外国人支援、障害者支援、高齢者支援と領域は異なりますが、いずれも、川崎区内での支援現場の現状と、コロナ禍での課題をうかがい知ることができるものです。なお、本書は2022年2月に編集しましたが、それぞれの報告当時のものに若干の加筆修正を加えたものを収録しております。

本書を通じ、コロナ禍における川崎区内での支援現場の取り組みを知っていただくだけでなく、それぞれの支援者が向き合っている社会的に弱い立場に置かれた人々たちへの想いを寄せていただければ幸いです。

2022年2月5日

川崎ネット縁代表

高瀬頭功

川崎ネット縁とは

発足とその歩み

川崎ネット縁^{えにし}の発足の契機となったのは、科学技術振興機構（JST）の社会技術研究開発センター（RISTEX）の「安全な暮らしをつくる新しい公／私空間の構築」領域で実施された研究プロジェクト、「都市における援助希求の多様性に対応する公私連携ケアモデルの研究開発」（2016年10月～2020年3月）の成果です。

同プロジェクトでは、都市型コミュニティにおける公と私の領域をまたぐ複雑で多様な援助希求について、当事者から発することが困難であることを指摘しました。その背景には、当事者のメンタルヘルスや当事者家族の抱える課題など、制度（高齢・障害・貧困・その他）を横断する複合的要素によって支援機関が介入しづらい状況があります。さらに、そもそも援助希求を発することができない／しない状況に置かれた人々もいることが分かりました。

同プロジェクトでは、援助希求を早期発見のため、「生活課題を抱えた市民がその援助希求を負担なく発することのできる場所」としての「集いの場」が必要だと提案しました。「集いの場」の要件としては、①安心・安全な場（無条件の承認）、②あげた声が支援につながる場（専門機関との連携）、③支援の受け手・支え手に二分されない関係性（役割の付与）、④地域に開かれ、社会と

接続していることへの実感（地域との共生）の4つが挙げられています。

同プロジェクトの成果を社会実装させるため、研究者、川崎市内を中心とする現場支援者、行政関係者とが集まり、会議体「とことんミーティング」（2018年11月～2019年6月）を発足し、協議を行いました。そして、同会議体での議論と、そこで培われた川崎区を中心とするつながり（縁）を核として、川崎ネット縁がスタートしたのです。

本会の目的は、(1) 地域住民が抱える多様で複雑な援助希求に柔軟に対応できる、新しい地域支援の可能性を、地域のニーズに即して考え、(2) 川崎区内の専門支援機関や、地域の専門支援機関と寺社・教会、その他支援機関・支援者等のサポートを行う、プラットフォームの構築を目指すと同時に、(3) 川崎区の地域生活支援拠点施設等が持つ理念・ミッションを共有し、それらの向上・展開に寄与する情報収集や活動を行うことの3点です。

当初は、上記の目的のうち、特に(2)に該当する専門支援機関と潜在的な地域資源との地域連携の具体化を実現するための会議を対面で行っていましたが、コロナ禍の拡大、長期化により、分断されつつあった支援現場間の状況確認や現場で不足しがちな情報を共有するためのオンライン会議（隔週土曜夕方1時間程度）へと切り替え、今日まで継続してきました。

2021年3月27日には、川崎区機関連携会議との合同主催で、オンラインシンポジウム「コロナ禍の孤立」も行いました。また、コロナ禍での活動を基に、「地域社会を支える新しいネットワーク構築の取組み—川崎ネット縁を事例に一」を『地域構想』3号（大正大学地域構想研究所紀要、2021年）も報告しています。そして、発足から約2年、これから私たちに何ができるのか、それを考えるためにも本書を作成することにしました。

訪問看護 小児の

島田珠美さん 川崎大師訪問看護ステーション・療養通所介護まこと

1

2021年4月17日報告

施設概要

医療法人誠医会の施設で、母体は内科・外科・整形外科を中心とした一般病院。小児科はなく、緩和と地域包括はあり。現在、訪問看護の利用者の4分の1が小児と若年の重度障害者（医療保険が全訪問件数の約4割を占めている）。小児の新規依頼が定期的になり、医療依存度の高いケースが多い。また、訪問看護全体では癌末期や高齢で臓器不全の利用者も多い。療養通所は若年の障害児者が中心の通所サービスである。

小児訪問看護の特徴

川崎大師訪問看護ステーションならびに療養通所介護まことの島田珠美と申します。

初めに、川崎大師訪問看護ステーションの小児・若年利用者の状況を説明します。利用者の主疾患は、てんかん（重複あり）がもっとも多く、次いで脳性麻痺で、遺伝子疾患、ダウン症候群などがあります。利用者の主治医がいる医療機関は、大学病院、公立病院、クリニック、子ども病院などです。また、療育センター、医療機関、その他の支援機関といった紹介経路からさまざまな疾患の子が繋がってきています。医療的ケアの子は退院後につながるケースが一般的ですが、何かしら問題のある場合は、その後、成長の過程で関わるようになることもあります。

川崎市が他と少し違うのは、保健師さんから来るケースがほとんどないということです。昔は療育センターからつながってくるケースなどがありましたが、今はほとんど医療機関からです。他の地域が、保健所の保健師さんと連絡をとっている点と比較すると、川崎は、連携ができていないのかなという印象があります。何度か小児を対象としている保健師さんたちとの話し合いをもったことがあるのですが、連携が続いていかない現状があります。

一般に、子どもの訪問看護のほうが大人より滞在時間が長いという特徴があります。ここではこうした障害児を取り巻く現状のことは細かくは語りませんが、意外と知られていないのが、障害新生児の治療をめぐるクラス分けガイドラインについてです。いわゆる障害のある新生児をどこまで治療するかというものですが、ほとんど使われていません。日本というのは、医療水準が高く、おそらく子どもの死亡率が世界一少ない国であり、全力で多くの人たちの命を助けています。反面、障害をもつ

た子どもが多く、数が増えているというのも実態です。

イギリスでチャーリー・ガードちゃんの事件というのがありました。難病で呼吸器を付けていた子に親は治療を望みましたが、最終的に医師は「この子にとって、呼吸器を付けて生活していくこと自体が苦痛だから、呼吸器を外して死なせてあげるべきだ」と提案しました。これに対して両親は納得できずに裁判になりました。この論争は世界中を巻き込みました。トランプ大統領は「すべての医療費を持つからアメリカで診てあげよう」と言い、ローマ法王は「みなさん、チャーリーちゃんのために祈りましょう」と言いました。いわゆる自分で意思決定権を持たない子の生涯・生死を誰が決めるのか。倫理的な課題も含めて、非常に大きな議論を巻き起こしましたが、日本ではほとんど話題にならないまま終わりました。その治療に関わっていたのは日本人の医師だったにもかかわらずです。

10年ほど前に国立成育医療センターの先生たちが、朝日新聞と読売新聞にこんな告発文を載せたことがありました。「治療をすれば十分生きていくことができる子どもたちを、親が呼吸器を付けては看られないという理由で、自分たちは治療をせずに見送っているが、果たしてこれはどうなのだろう」というものです。これもほとんど目に留まらないまま消えました。高齢者介護のことは、明日はわが身、いずれ行く道と多くの人が考えていますが、障害児のことは遠い世界の話で終わっていると感じます。

医療ケアが必要な子どもたちの増加

そのような中で、日本の重度障害児者数は少しずつ増えている現状にあります。人口は減る一方、精神・知的・身体など、どの障害も増えています。

在宅で過ごしている子どもたちは、入院や施設に入っ

ている子どもたちに比べて、決して障害の程度が軽いわけではありません。それでも、家族の技術が高いので、在宅で生活できています。ただし、学校が終わると、行く場所がなくなるという課題をかかえています。

家族には比較的若い親が多く、教科書が何冊かあるのは当たり前のように、しっかりと勉強していますし、さまざまなことをよく知っています。ただ、親が歳をとるにつれて、その後をどうするかが問題です。兄弟姉妹は多くないですし、それぞれが社会的に自立していきます。そして、親なき後に大きな不安を感じています。

医療の発達とともに超重症児、準超重症児とよばれる子どもが増えてきています。何年か前に小児科病棟の閉鎖が相次いだ時期がありました。小児科というのは不採算なのです。たとえば2歳児は自立していないので、かなり手はかかる一方、検査や投薬は多くありません。そこで、人手に見合った費用をまかなうため、呼吸器を付けているなど障害の重い子どもたちの報酬加算というのが設けられています。これが在宅でも応用でき、川崎市の場合ですと、20点以上のスコアでおおむね3時間の長時間の訪問看護に利用されたりしています。

医療的ケア児のスコアも同様です。特に児童発達支援など放課後等デイサービスなどで、看護師の配置の加算を取るためのスコアに一部変換されて、転用されています。それが2020年にさらに改定されたのですが、スコアの付け方も少し変わり、何点以上の子どもが何人いればよいという形だったものが、トータルの点数で算定するという形に変わったりしています。

医療的ケア児の数ですが、この10年で約2倍に増加したといわれています。中でも呼吸器を付けた子どもは、実数が10倍になったとされています。特に年齢が低く、なおかつ生涯呼吸器から離脱しない子どもが多いようです。

呼吸器については、大人だとマスク型などが少なくあ

りませんが、子どもは気管切開が圧倒的に多い現状もあり、より医療依存度が高くなっています。医療ケアに占める呼吸器の割合も高いといえます。

日本の新生児医療は多様な療法が発展していることもあって、死亡率は下がってきています。そのような中で問題なのは、行き場のない障害のある子どもたちが、長い間、NICUにいます。事故などで交通外傷、脳挫傷などで救命された子どもや溺水などの子どもたちが重度の障害をかかえて家に戻るケースや、進行性疾患や脳性麻痺の子どもが、思春期を過ぎ、身体の変化に伴って重症化していくケースなどもあります。医療的なケアを必要とする人たちが増えているのです。

また、最近よくあるのが、歩いて話せて、時には走れるものの気管切開をしているなど、知的にもまったくノーマルなケア児の例です。その他、「手術の合併症で挿管したときに肉芽ができてしまって抜管困難になってしまった」「これからまだ複雑な脳の形成術を行わなければいけないので、その都度、呼吸管理をするために気管カニューレを入れっ放しにしておく」など、さまざまな理由で、医療ケアを必要とする子どもたちが制度のはざまにいて、不十分な環境に置かれている現状があったりします。

これまでの分類（昔で言う大島分類）の重症心身障害児には当てはまらない超重症児というものも見られるようになってきています。さらに、それにも該当しない医療的ケア児、医療的ケアしかない子どももいます。そのため、既存の障害福祉制度の枠組みではまかなえず、過去2回の報酬改定では、医療的ケア児について取り上げられ、こうした子どもたちもケアが受けられるよう提案が行われています。

小児訪問看護の現状

訪問看護においても子どもの利用者は増えています。退院後の生活では、さまざまな場面で医療ケアが求められます。重症心身障害児以外にも神経難病あるいは重度の心疾患で呼吸器を使っていたり、子どもの末期がんやターミナルなども時々あります。また、複合的な心奇形では、重度のため手術の成功率自体が低いので、手術を希望せずに看取りで帰ってくるなどといったケースもあります。

横浜や川崎、東京は問題がありませんが、地方では子どもを対象にした訪問看護や往診は少なく、親だけで世話をしている現状もあると聞いています。ところが、先日、横浜の医療的ケア児のコーディネーターの人と話をしていたら、「横浜でも見つからない」という話をしていました。

訪問看護ステーションに勤務する看護師がどのくらいいるかということ、全就業看護師の約4%だそうです。国の後押しもあって、これでも5年間で約2倍に増加したとのこと。この数で看取りから障害のある子どもなど、すべてケアしていくのは難しいのではないのでしょうか。

2007年、日本小児科学会倫理委員会が、宮城県、千葉県、神奈川県、滋賀県、奈良県、大阪府、兵庫県、鳥取県の8府県でのアンケート調査を行った結果では、超重症児で呼吸器を付けているのが3割、気管切開をしているのが半数、経管栄養が9割以上でした。そして、こういった子どもたちが訪問診療を受けている率は7%で、訪問看護ステーションも18%しか使っていませんでした。

訪問看護ステーションを利用している都道府県のトップは滋賀県です(29%)。びわこ学園があり、広域に回っている「ちょこれーと」という訪問看護ステーションも

あります。サービスのあるところはそれなりに使われていますが、低いところは10%を切っています。日本では、父親がケアに参加できずに、母親が丸抱えしている現状があるようです。こうした背景から、最近では、実態調査などをもとに医療的ケア児の施策が動きつつあります。

2019年の川崎市を例にとると、訪問看護ステーションは74施設あり、そのうち小児を対応可能としているのは48施設です。ただし、48施設のうち12施設は応相談としていて、定期的に受けているのは半数以下となっています。実際、訪問看護ステーションなどの調査では、「断っているわけではないが依頼がない」というものも含めて、関わっていない訪問看護ステーションがかなり多いようです。

小児へのサービスは限定的で、しかも問題があったときに関わる機関はまったく変わってきます。そのため、たとえば高齢者の施設ですと、どこと連携してよいのかわからない、子どもの発達の特徴がわからないなど、必要なアドバイスを得られていないという現状もあります。小児に関する研修などを増やす必要があると思います。

職種間の遠い距離

自立支援協議会に行った際にこんなことがありました。自分がただ1人の医療職だったのです。高齢部会などでは、医師会や看護協会などから参加者がいるのが当たり前でしたので、そこに医療職がまったくいないというのは驚きでした。

私が川崎区で仕事をしているときは、いつも顔の見える間柄の人たちがいて相談できていましたが、今は研修などに行くと、関係が遠いことを実感して帰ってくるようになりました。

相談支援も不足していて、川崎、東京も横浜もそうです。難しいかもしれませんが、料金設定について国ももう少し考えてほしいと思います。そして、障害のある人の相談にのれるぐらい、力のある人が必要です。私の話の前に「地域相談支援センターさらん」の武居さんのお話を聞いて非常に心強いと思いましたが、彼のような人が増えることを願っています。

また、訪問看護にしか関わった経験がなく、相談支援が何か知らない人もいます。「相談支援を使ったらいかがですか」とアドバイスをすると、「そんなものはいらなないでしょ」といった返事が返ってきたことがあり、課題があると思います。

私は最近、看護師は連携が苦手だと感じています。かつて、ケアマネジャーの連絡会で、「訪問看護を使おう」というような研修をした際、「看護師さんや医師と話すのは大変」「コミュニケーションが取りづらい」「あなたたちは怖い」などと言われたことがあります。そのときは、「そんなことはないのに……」と思っていました。でも、看護師の中には本当に連携が苦手な人がいます。そうしたことから、福祉職の人たちと医療職との距離が開いてしまうのかもしれません。

これから大切なのは「スキルミクス」です。役割分担が必要です。たとえば、介護職のたんの吸引などもそうですし、看護師特定行為もそうですが、法律を変えてでも協働・役割分担をしていかないと、今後働き手が足りなくなっていく中で、多くの人に必要なサービスを届けられません。でも、そこが難しいのです。

吸引に関しては、東大和市の裁判（詳細は「痰吸引必要な女児の保育園入園、東大和市に拒否認めず」（2006年1月26日、朝日新聞）を参照）というのがありました。それ以降、少し広がったかと思っていましたが、川崎市では呼吸器を付けた重度の子どもは一般校に通えず、学校との連携においてもまだ課題があります。知的にまっ

たく障害のない子どもが、一般の子どもたちと触れ合えることがどれだけ大切なのかを考えると、悔しい思いです。

以前、相談支援の研修に行った時のことです。知的に少し遅れている自閉症スペクトラムの子どもの地域支援がテーマでしたが、予後の予測やこの子どもの疾患特性などを考える展開にはならず、今現在の話だけが中心になっていました。また、驚いたのは、地域に出る機会を増やすという点について、「毎日100円を持って近くのコンビニに行く」という案が出されていました。私は「将来、何か問題が起こるかもしれないのに、毎日お菓子を買に行かせるのですか」と尋ねました。すると、スーパーバイザーに、「あなたは地域の中で子どもたちを知ってもらうことの大切さがわかっていない」と叱られました。私は、コンビニに通うのが地域に知ってもらうことにつながるとは思えず、カルチャーショックを受けて帰ってきました。

さらに驚いたのは、グループワークにおいて、看護師役に指名された人が行わなければいけないのが、「理屈を唱えながらみんなの意見に反対する」ことだったのです。研修の最後に、スーパーバイザーの一人が、「みなさんが看護師さんたちと一生懸命、担当者会議の中で話をしている姿を見て、僕もうちのあの厳しい看護師ときちんと向き合えないといけないと思いました」と言いました。どれほど医療職との距離が遠いのでしょうか。まだリハビリ職のほうが近いのでしょうか。医師は話にも出てきませんでした。

なお、児童や若年者を受け取るための要件として、児童のサービスには児童発達支援責任管理者が、障害サービスにはサービス管理責任者がそれぞれ必要になりました。これは、そのための研修でしたが、研修内容自体も含めて衝撃的でした。

療養通所介護まことでは

そもそも私は、箱物を作る気も、デイサービスなどを運営するつもりもありませんでした。ところが、何年経っても、うちの子どもたちが通える場所ができないままでした。そうした中、訪問看護ステーションが多機能型として障害のサービスも併せて設置できる制度ができたことを機に、療養通所介護まこと（以下、まこと）を開設しました。

子どもたちの居場所として、子どもたちは日常の楽しい時間を過ごせています。また、自宅でお風呂に入れるのは大変なので、できるだけここで入浴ができるように努めています。なお、多くの人の手を借りながら、先々は、外国人なども一緒にいられる場にしていきたいと考えています。

まことでは、保育士、介護福祉士、臨床心理士、介護職員など、医療以外の専門職が多くいます。看護師はブランクがあったり、小児科の経験があったりなかったりとさまざまです。いずれにしても、多職種によってケアが提供され、すべての力が発揮されればと思っています。

私自身、「親が大変だから通所を」という考えには賛成できません。子どもは成長していくにつれて自分の場を作ることが大人になっていく一つの過程だと思うからです。家の外に自らの居場所があって、そこが楽しく有意義な時間を過ごせる場所であってほしいのです。決して、親が「あんなところに行かせてごめんなさい」と思うような場所にはしたくありません。きちんとしたスタッフをそろえ、リハを提供し、楽しいプログラムを用意したいと考えています。

しかし、気が緩むと楽なほうに流れてしまいます。施設では、「それは本当にこの子に必要なこと?」「これはこの子が望んでいることではないよね……」など、常に自問することを心がけています。最近ですと、ボールプー

ルがしまわられていて、私たちが言うに出てくるのですが、気づくと再びしまわられていたりします。

施設では、PT・OTと保育士さんが協力しながら子どもと遊びます。遊びというのは大切です。ベテランの保育士さんは、遊びの中で動きを引き出すのが上手で、「この手のこういう動きを引き出したい」という要望に対して、動きに合わせた遊びをきちんと見つけ出してくれます。こうしたことが協働なのだろうと思います。

保育士さんも、最初は子どもたちとどう接していいか悩みます。でも、子どもたちは保育士さんが好きです。来るとうれしいのです。処置やケアではなくて、自分と向き合ってくれてくれる人が、子どもたちにとって本当に大切なのだと思います。子どもが親や家から離れて成長でき、そして楽しめる場所を提供できればと考えています。

介護福祉士さんも力を持っています。私たちの中では

唯一のデイサービス経験者だったので、いわゆる“回し方”を知っていて、業務に何が必要かといったことを含めて、一緒に頑張ってくれています。現在、主任は、看護師さんではなくて、この介護福祉士さんに担ってもらっています。

ところで、川崎ネット縁では参加者を「〇〇さん」と呼んでいて、私はこれがとてもよいことだと思います。誰かが偉いわけではありません。みんなで協働して、子どもたち、利用者さんに視線を向けてやっていくことが大切です。

スタッフとして医療的ケア児の母親にも来てもらっています。母親たちの目が常に入ることで、ケアが私たち本意に流れていかないようにするためです。母親の方たちには、遠慮なしに発言してほしいです。時にはそれが重くなることもありますが、とても必要なことだと考えています。

保育士さんと子ども



お風呂については、時々スタッフから負担感を訴えられることがありますが、私の意地で続けています。湯船に入るという点に関しては、必要かどうか検討する余地があると思っています。湯船に入る習慣のない国もありますので、入浴サービスというのが他の国にもあるのか知りたいところです。

吸引については、事業所として指定を取って、職員を研修に参加させています。看護師さんには全員行かせるようにしています。ただ、指導や協働が難しいのがこの吸引です。

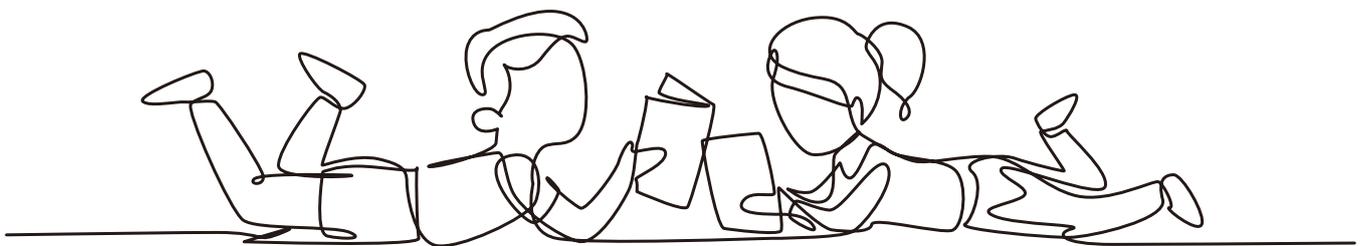
一般に、多職種で協働する意義は、各職種の強みが生かされて、一職種ではできないことができたり、視野が広

がったり、切磋琢磨してお互いに成長ができて、よりよいケアが提供できることだと言われています。しかしながら、実際は容易ではありません。気がつくと、「えっ？そういう態度でものを言う？」と感じざるをえない看護師さんがいます。特にスタッフが少し入れ替わったりすると、それが難しくなります。どうしてみんな、もっと利用者さんのほうを向けないのだろうかと思うことがあります。

最後になりますが、ネットワークづくりは本当に大切です。今後も多種多様なネットワークの中で活動していきたいと思っています。

療養通所介護まことのお風呂





事例報告

縁での川崎ネット

大田大輔さん かわさき基幹相談支援センター（現・川崎市南部基幹相談支援センター）

2021年4月17日報告

施設概要

川崎市の委託を受けた公的な相談機関。個別支援と地域づくりを両輪で行う。障害や病気で暮らし全般（家族関係、人間関係、就労、お金、子育て、介護、心のこと、人権に関することなど）に生活のしづらさを抱えている人々の相談に対応。必要に応じ、通院同行、サービス利用の調整、行政への申請などを行う。支援機関や地域のネットワークづくりのサポートも業務の一つ。

事例の概要

かわさき基幹相談支援センターの大田大輔です。本日は、事例報告と問題提起をさせていただきます。

まずは事例概要です。50代後半の女性（以下、本人と表記）で、統合失調症、糖尿病のⅡ型の疾患があり、精神手帳1級の認定を受けています。夫は60代前半で、南米出身の日本人です。夫は20歳前後のときに日本に移住し、会話はできますが、読み書きはほとんどできません。そのため、暮らし全般に関わる書面での手続き関係はすべて本人が担います。夫は国内外のプラントで働いているため、本人が一人のときもあります。

家族は他に30代前半の長女がおり、結婚後、別居しています。「同居中に母(本人)のことでも苦勞した。両親と距離を置きたい」と話しています。本人とは孫と会う程度の関わりです。長女をキーパーソンとして、支援者も関わっていたのですが、現在は極力連絡を控えているのが現状です。50代前半の弟は、親の介護や仕事が多忙であるため、なかなか協力が得られません。一番下の弟とは連絡がとれず、私たちも情報は把握していません。

区役所の精神担当とかわさき基幹相談支援センターは2010年から支援をしています。ヘルパーも同時期から関わるようになり、週2回、調理や買物などの家事支援を行っています。精神科訪問看護については2018年から紹介し、週2回、服薬・食事などの健康管理を行っています。病院には夫が車で連れて行っています。

本人の生活歴ですが、19歳で高校卒業後に就職をしますが、3～4か月で退職しています。退職後、母親に幻聴症状を訴えましたが、受診することはありませんでした。この頃、統合失調症を発症していたと思われます。職を転々としますが、長続きせず、引きこもったようです。27歳で結婚するまでの間の詳細は不明ですが、結

婚後の翌年、28歳で長女を出産しています。通院をしていましたが、30歳で中断しています。その後、病院を転々としながら不定期に通院していましたが、本人が自身で良くなったという判断をし、中断しています。

しばらく経ちまして、41歳のときに再び独語、妄想、幻聴症状が進行し、このときにすでに中学生だった長女が警察に通報しています。24条通報で措置入院となっています。薬物調整によって安定して、転院後に退院しています。通院はしていたのですが、幻覚、妄想が顕著になりました。

また、42歳から56歳まで一つの病院に9回入院歴がありました。過剰服薬の記録もありました。48歳のときに退院を機に初めてヘルパーが介入します。56歳のときに再度入院後、転院し、修正型電気けいれん療法を施行されます。詳細はわかりませんが、夫より、「『生きていくのが疲れる、死にたい』と毎日言っていた口癖がなくなった」という話がありました。自殺企図は一度も

ありませんでした。8か月後に退院し、精神科訪問看護が介入します。その後、入院することなく、在宅生活を継続しています。記録上ですが、精神科入院回数は15回とありますが、時期は不明です。

以上が事例の概要です。

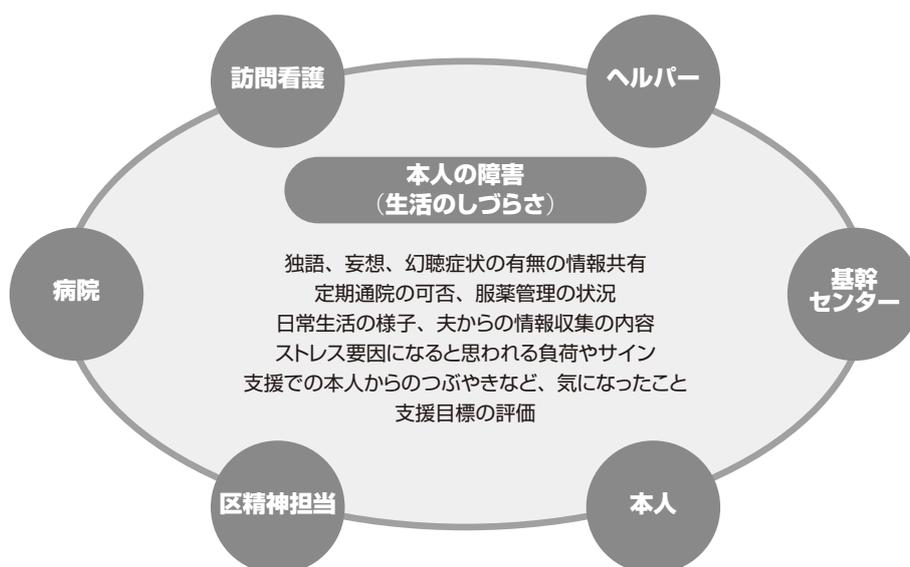
発展途上のケアマネジメント

私は、川崎区で11年ほど、高齢者分野（介護保険）で高齢者の相談支援に携わってきました。その経験をふまえて、私見を述べさせていただきますと、障害者分野（障害者総合支援法）においては、「多職種・他機関との協働・連携に至らない実状」と「システムが構築されていない背景」があると思っています。

先ほどの事例で言えば、図1のように、本来、人の支援は線でつながり、面で支援するという形になっていると考えます。本人の障害、生活のしづらさを中心に置いて

図1.....本来のチーム支援

線でつながり、面で支援する



て、チームの中で、連携を図るための情報共有や、協働で行うアセスメント、支援目標の評価などをチームで行うものと認識しています。

しかし図2のとおり、本人の障害、生活のしづらさに対し、支援者が点で支援していたのが今回のケースです。2回目の退院後に精神科訪問看護が介入を開始し、その後の2年間、カンファレンスの開催はなかったようです（経過的セルフプランとは、障害者のケアプラン作成の担い手である相談支援専門員が不足しているため、行政機関である障害担当がケアプランを立てることをいいます）。

私がケースを担当するにあたり、前述の目的でカンファレンスを開催しました。訪問看護より、日々の健康・服薬・食事管理の支援を行っているが、糖尿病のため、

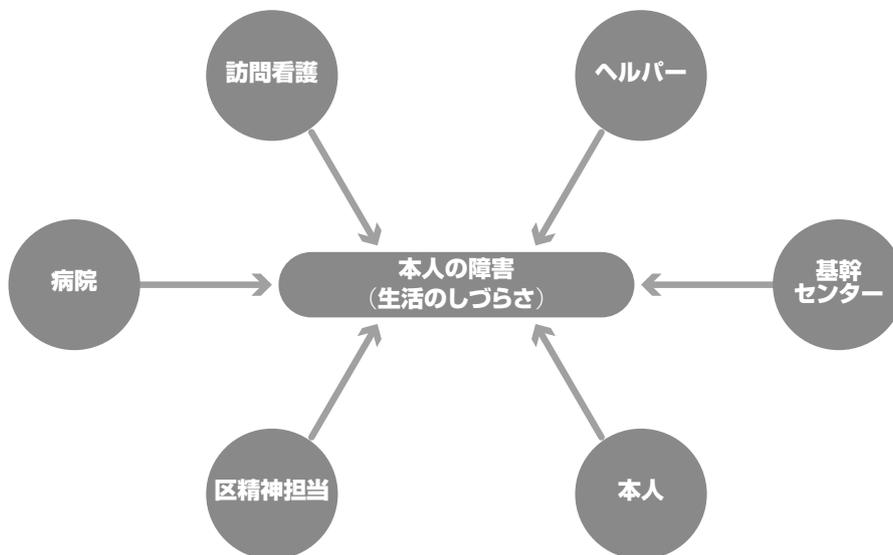
好きな甘いものを控える必要性があるものの改善が見られないという話がありました。

一方、ヘルパーからは、料理が苦手で困っているという訴えから主に調理の支援を行っているが、コーラ、アイスクリーム、和菓子などの甘いものの買物を要望されているということでした。また、夫がアルコールの購入を優先するために、毎月の食費が少なく、わずかな食材しかない買えない月もあるとの話がありました。

基幹センターは、暮らし全般に関わる書面での手続き関係の支援を行い、ストレス増による、独語や幻聴などの症状の軽減につなげていました。たとえば、「国民年金の特別催告状が届きましたが、何のことなのかかわからない。なぜ届いたのか教えてほしい」という要望があった際には代行の支援をしました。このカンファレンスに

図2.....事例で見えてきた「点」の支援

それぞれが「点」で支援していた……



区役所精神担当による経過的セルフプラン
2回目の退院後に精神科訪問看護が介入開始
その後の2年間、カンファレンスの開催はなかった

よって、基幹センターとして担っていた支援の内容をチーム内に周知できました。

区役所精神担当は、自立支援医療更新などの手続き支援を行っており、その際に本人確認をしていたことがわかりました。その効果として、お互いの支援内容の確認、情報共有、支援方針の統一が図られ、点が線になったことを実感しました。このように本来、線で行うべき支援システムが構築されていない障害者分野の背景の一つとして、利用者支援のチームの要であるケアマネジメントの担い手が少ないことだと、私はとらえています。

2000年に開始された介護保険によって、高齢者分野では、約20年の歴史に伴い、ケアマネジャーに情報が集約されるシステムが確立されてきたという事実があります。一方、障害者分野では、コーディネーションを担う相談支援専門員が少なく、ケアマネジメントをシステム化する土壌が整備されていないのではないかと考えています。

たとえば、2021年4月の時点で、高齢者分野の地域包括支援センターは、川崎区（9か所）、高津区・宮前区・多摩区・麻生区（7か所）、幸区・中原区（6か所）の計49か所あります。居宅介護支援事業所数は、もっとも多いのが川崎区（64か所）で、中原区（54か所）、高津区（52か所）、多摩区・麻生区（45か所）、幸区（42か所）、宮前区（41か所）と続き、計343か所です。一方、障害者分野の障害者相談支援センター（基幹型・地域型）は、川崎市7区に4か所ずつ、計28施設です。また、計画相談支援事業所数は、もっとも多いのが多摩区（13か所）で、川崎区・高津区・宮前区（10か所）、麻生区（9か所）、幸区（8か所）、中原区（7か所）と続き、計67か所となっています。

実態としては、行政機関である障害担当が、各区数千人という利用者の経過的セルフプランを行っており、現実に細やかな個別支援までは行き届いていないという

現状があります。私が介護保険システムの中で当たり前のように行っていた、お互いの役割、チームという形が、システム化されるまでの発展途上にあると思われま

す。ありがとうございました。

相談支援の様子



三浦知人さん 社会福祉法人青丘社・ふれあい館

桜本の地からの報告

多文化が共生する

地域社会への歩み

(地域を考える)

2021年5月1日報告

施設概要

在日大韓基督教会川崎教会を基盤に保育園の開設からスタートした社会福祉法人。行政と連携し、保育、児童館、社会教育、高齢者福祉、障害者福祉など、生活者の立場に立った包括的な事業実践を担う地域福祉ネットワークの構築を実施。その他、様々な生活課題に寄り添い、翻訳通訳バンク、学習サポート、子ども食堂、フードパントリーなどの市民事業を実施、応援。

三浦知人と申します。私は、桜本という在日韓国朝鮮人の集住地域で、在日韓国朝鮮人の民族差別をなくすということをライフワークにしています。現在、66歳ですが、学生時代からこれに関わってきました。私には社会的少数者の活動をずっと続けてきたという思いがあります。

社会福祉法人青丘社という法人は、桜本の本当に小さな地域を対象にしてきました。川崎区レベルまで活動を広げようになったのはここ10年ぐらいのことです。

ここでは、この小さな地域の活動に長らく関わりをもってきた立場から報告をさせていただきたいと思います。とりわけ韓国朝鮮人、それから新しく国境を越えてきた人たちにおける地域社会での課題などを皆さんと一緒に考えられればと思います。

下の写真は、桜本商店街の年1回のお祭りで、韓国朝鮮の踊りです。長い積み重ねの中で、韓国朝鮮人の文化が地域社会のそれとして根付いてきたというのが、この

桜本商店街のお祭り



間の成果かと思えます。

活動の始まり

川崎市の出発点は、川崎南部、特に川崎区です。富国強兵政策を下支えした町としてできあがってきた歴史があります。その中でもとりわけ額に汗して働く、重労働を担う人たちが全国各地から集まってきた町が川崎区です。中でも桜本というのは、関東では有数の在日韓国朝鮮人の集住地域を形成しています。朝鮮人だけではなく、沖縄の人たちや東北・北関東の人たち、炭鉱を離職した北海道・九州の人たちなど、現代史の中でそれぞれの地域から弾き飛ばされた人たちが仕事を求めてこの地に夢や希望を持ちながらやって来ました。その意味で、多文化という面が町の財産といえます。

地域をフィールドにした私たちの活動が始まったのは1970年代になります。植民地支配されていた韓国朝鮮が1945年に解放され、在日韓国朝鮮人も在外邦人となっていきます。その後、地域社会の中で民族差別や生きづらさなどの問題について、日本の社会に改善を求めるといった動きは1970年代にならないと起こってきませんでした。戦後は、多くの在日韓国朝鮮人が敵視政策の中でそれを払いのける果敢な活動をしたり、生活圏を守ることや統一問題などに取り組んできましたが、就職差別や生きづらさ、あるいは社会保障制度などを問題とするようになったのは1970年代です。戦後30年経たないと、こういうことが起こってこなかったという点を、まず私たちはとらえていないといけないうら思います。

この70年代といえば、在日の2世、つまり日本で生まれた人たちが親の世代になる時期でした。「独立だ」「民主化だ」と、家の外で格好つけている活動家の男たちがいたのに対して、女性たちは子育てをする中で、子ども

にだけは自分のような辛い思いをさせたくない、素朴で力強い歩みを進めてきました。それを地域の中で支えていこうというのが、私たちの基本的な活動のベースになったと思います。

具体的には、本名を呼び、名乗るという活動になっていくわけですが、当時は社会保障制度のすべてに国籍による排除があった時代です。朝鮮人なのだから、外国人なのだから仕方がないという諦めや絶望、自暴自棄というのが、地域社会の当事者の中に当たり前にありました。それをはねのけて、おかしいと声を上げていったのが70年代です。

私たちの活動は、差別をやめてほしい、差別に負けない子どもを育てようという母親の運動から始まったといえます。ただ、子どもたちに「本名を名乗れ」「差別に負けるな」と言いながら、実は大人たちが差別に向き合っていませんでした。そのため、悪いことは悪いと言おう、差別から逃げずにきちんと地域社会の中で不当なことは不当だと言っていこうと、地域の大人たちの差別をなくす活動が並行して取り組まれたのです。

大韓基督教会川崎教会を舞台に保育園の設立をして社会福祉法人格を得て、そこを活動の基盤として、地域活動、市民運動に取り組みました。ボランティアという言葉もない中で、関東の学生たちが、在日の当事者も日本人も「この指止まれ」のように集められて、子ども会活動や中学生の勉強会などが始まったのは70年代後半でした。

ふれあい館の設立と行政交渉

私たちは、児童手当の支給に関する国籍条項をなくす活動を始めました。また、市営住宅、県営住宅、奨学金、住宅ローンなどの国籍条項をなくそうと、一つひとつの不条理に対して交渉していきました。こうしたこと

を一つずつ実現させてきた時期というのが最初の10年ぐらいです。しかし、地域社会での活動というのはそれほどうまくいったわけではありません。子どもたちから「もうしんどい」「日本名にしてくれ」などと言われたりしましたし、親たちも円形脱毛症になるなど、差別をなくす、本名で生きることを小さな地域活動の中で保障できるような状況にはまったくありませんでした。

藁をもすがる思いで、行政に対して根本的な働きかけをしました。「いくら地域社会の中で差別をなくそうと言っても、行政が差別をしていたらあかんやろう」ということです。行政に求めていくことなくして、子どもたちを支えきれない。活動をこう総括し取り組んだのが、ふれあい館の設立と外国人教育基本方針の成立です。話し合いの形式はまったく違いますが、この二つについて、当時の民生局と教育委員会と行政交渉を行いました。後者の外国人教育基本方針においては、私たち市民が100人くらい集まるとともに、教育委員会の人たちも20人ぐらいが出席し、毎月のように交渉を行いました。

民生行政は健全育成事業だと言うものの、日本名を名乗らされて、健全育成も何もあったものではありません。学校教育の中でも、「日本人として扱うことが差別をしないことだ」と言われていましたが、在日の子どもたちは心に大きな傷を負っていました。こうした差別の実態や保障の問題について学習形式で積み重ね、交渉していったのです。

4～5年をかけて、ふれあい館の設立と外国人教育基本方針の成立という2つが結実したのが1988年頃です。私たちとしては、やっと差別をなくす地域活動の市民権が得られたと思いました。

その頃、在日韓国朝鮮人における指紋押捺拒否の活動が全国的に広がり、私たちの地域の中でも大きく取り上げられるようになります。子どもたちが高校生になると指紋を取られるということに対して、地域の人たちが

20人も30人も国家に異議申し立てをしました。その中で、私たちの仲間の李相鎬^{イサンホ}さんという人が警察に逮捕されるという大きな出来事もありました。逮捕者を出すというのは非常にセンセーショナルなことで、韓国朝鮮人が地域社会、日本社会で暮らすことについての問題提起が広がりました。

私たちの運動の中では、これを日本社会へのラブコールだと言っていました。自治体職員のあり方が問われることで、自治体職員ならびに労働組合とつながりながら、この問題を考えるという広がりが生まれます。「差別はやめてくれ」という当事者の叫びから少し広げて、社会連帯を求めるスローガンとともに、多種多様な人たちと共通の言語を獲得しながら、社会を変えていこうという動きが進んだと思っています。

ふれあい館ができて、学校での取り組みが始まると、地域社会に与える影響は格段に違ってきました。地域社会の雰囲気を変えていく力になっていきました。かつて小さな教会、保育園という見えにくい場だったものが、ふれあい館や学校という開かれた場所になることで、悪いことをしているわけではなく、当たり前のことが当たり前のこととして「見える化」されたのです。こうした取り組みが地域社会を大きく変え、さらには商店街や焼き肉屋さんたちが、自分たちも地域社会に責任をもって参画していこうという機運をつくっていきます。

コリアタウンの焼き肉屋さんたちは、「焼肉料飲業者の会」をつくりました。それは、商売と生きることに必死だった在日の中で、一定の財力を持った人たちによるものでしたが、地域社会に目を向けて根づいていこうとする動きでした。商店街の活性化が課題となる中、在日コリアンもお客さんであり、しかも多くいることをマイナスからプラスにできないかと考える人たちも、商店街の中から現れてきました。

弱い立場の子どもたちは、育っていく中で民族差別の

影響をたくさん受けます。その結果が、非行や低学力につながっていきます。行政はその事実を把握し、差別をなくすということに取り組まなければ、当事者が市民社会の一員として生きていくのは難しいだろうと思います。

ふれあい館ができた当初は、川崎市は在日を川崎市民として応えてくれようとはしませんでした。行政と私たちとは互いに不信感がありました。ふれあい館の設立と同時に協力関係、社会環境というのは大きく進んだと思われま

三つの変化と私たちの活動

三つの社会状況の変化に伴って、私たちの考え方も実践も大きく変わっていくことになりました。

当時、私たちの学童保育に通っていた在日の子どものほぼ半数以上が日本国籍のコリアンでした。当然ですが、男女のどちらかが日本人であれば、結婚によって日本国籍に入るので、どんどん日本国籍が増えていきます。すると学校は、日本国籍の子を韓国朝鮮人の教育基本方針の対象者から外していくということを平気で行うようになりました。日本国籍コリアンのダブルの子どものことが、大きな課題になってきたのです。これが一つ目です。

二つ目は、在日1世の高齢化という問題が大きく現れたことです。もっとも苦勞した人たちです。戦争政策で日本に来ざるをえなかった彼らは、名実ともにリタイアする時期と重なって行って、ふれあい館で開設された識字学級に参画するようになります。そこには、出会いと実践がありました。

こうして、ダブルの子どもの課題や在日1世の高齢化問題とともに、1990年代になると、新しく国境を越えてきた外国人との出会いというのが見られるようになり

ます。これが三つ目の変化です。日本人と韓国朝鮮人が向き合って、新しい関係づくりや差別をなくしていこうとしていたところにフィリピン人の子どもが入ってきました。フィリピン人にとってみれば、日本人も韓国朝鮮人も日本社会の一員でしかありません。

日本の学校に行ったこともない母親が、一人で日本国籍の子どもを育てることが増えていきます。そして、フィリピン人の子どもたちは、地域社会や学校の中で課題をたくさん抱えるわけです。たとえば、臨時休校の知らせや弁当を持って来るようにという通知が伝わらなかったりということが起こります。当時は学校による対策というのがまったくなかった時代です。ですから、何か学校であると、あの人が困っているに違いないと考えて、私たちが動き出すという具合でした。

外国人といっても、母国に帰ればハイクラスな生活を保障されている人もたくさんいます。けれども、私たちの周辺に住む外国人というのは、かつて韓国朝鮮人がそうであったように、コンビナート地帯の三交代の業務や駅前の飲食店の皿洗いの仕事など、日本語の読み書きができなくても働けるところを求めてやって来ました。そうした人たちが定住外国人として、日本の地域社会の一員になっていったわけです。この人たちはたくさん生活課題を抱えています。在日韓国人がかつてそうであったように、定住外国人の人たちは同じ道を歩んでいます。

以前は、在日韓国朝鮮人の中学生の子どもたちが高校を諦めざるをえませんでした。その中で私たちは、勉強を見ながら中学生の子どもたちと話をしたり、あるいは高校に行くことを後押ししてきました。差別に負けない生き方のようなものを伝える活動でした。それが今度は、高校を諦めていく状況にあるフィリピンの子どもたちに対して、自然発生的に同様の活動を始めました。

こういう形で、在日コリアンの差別をなくすという活動が、新しく国境を越える定住外国人たちの活動へと広

がりを持っていきます。新しく国境を越えてきた人たちとつながることによって、地域社会を本当の意味での多文化な社会状況にしていこうというのが、今、私たちの基本的な考え方になっています。

ふれあい館を中心に、確実に地域活動は進展していましたが、2000年代前後から、措置から契約へと、社会福祉も大きく変わっていきます。市民参加・市民的合意という手法が高まっていくことで、行政と市民との関係性も変化していきました。在日韓国朝鮮人1世の待たなしの状況の中で、私たちは行政の責任とリーダーシップを求め、在日高齢者の課題を提起しましたが、「言っていることはわかるが、行政にはお金がない」と、公的責任は後退していきました。

一方で、公的事業への民間参入の環境が整ってきたこともあって、補助金を得たり、介護保険事業や障害者の施策を利用したりして、地域の中で生じる課題について一歩ずつ取り組んでいきました。

行政がいつの間にかジャッジする側に回っていき、いつの間にかこうなってしまったのかという印象をもたざるをえません。一方で、福祉業界は「地域包括ケア」など、地域を掲げてさまざまなことに関わり始めました。私たちは、民族差別というのは地域社会での暮らしの中にあるということはずっと言い続けてきました。福祉業界のほうから私たちの活動に目を留めてくれる人たちもいますし、私たちも地域包括ケアや福祉の人たちとつながるようになりました。そのことによって、共通言語が成立し、私たちの活動にも大きな理解を得られるようになったと思います。

21頁の図は、現在の私たちの組織と活動を示したものです。取り組まなければいけない課題をどんどん形にしつつ、枝分かれしていったので、会計当局泣かせのさまざまな補助事業などがあります。

ヘイトスピーチという課題

最後に、福祉に携わる人たちが考えるべき大きな課題として、ヘイトスピーチについて話したいと思います。世の中はどんどん良くなっていくものだと思っていましたが、2000年前後からあれよあれよという間に社会はおかしくなっています。孤立や貧困、格差がまん延し、差別が可視化されていっています。そして、昔は陰でソコソコされていた差別発言が、今や「殺せ、死ね」と、路上で扇動されています。ヘイトスピーチです。いつからこんな社会になってしまったのでしょうか。

2015年、諦めの生活を強いられていた在日高齢者たちが、戦争と自らの差別体験を振り返り、子や孫が生きる地域社会の平和を願って戦争反対デモを呼びかけました。画期的な自己表現・社会参加だと、私たちはうれしく思いましたが、それを見て、「ここは日本だ。嫌なら出ていけ」とヘイトスピーチが始まりました。皮肉な結果です。

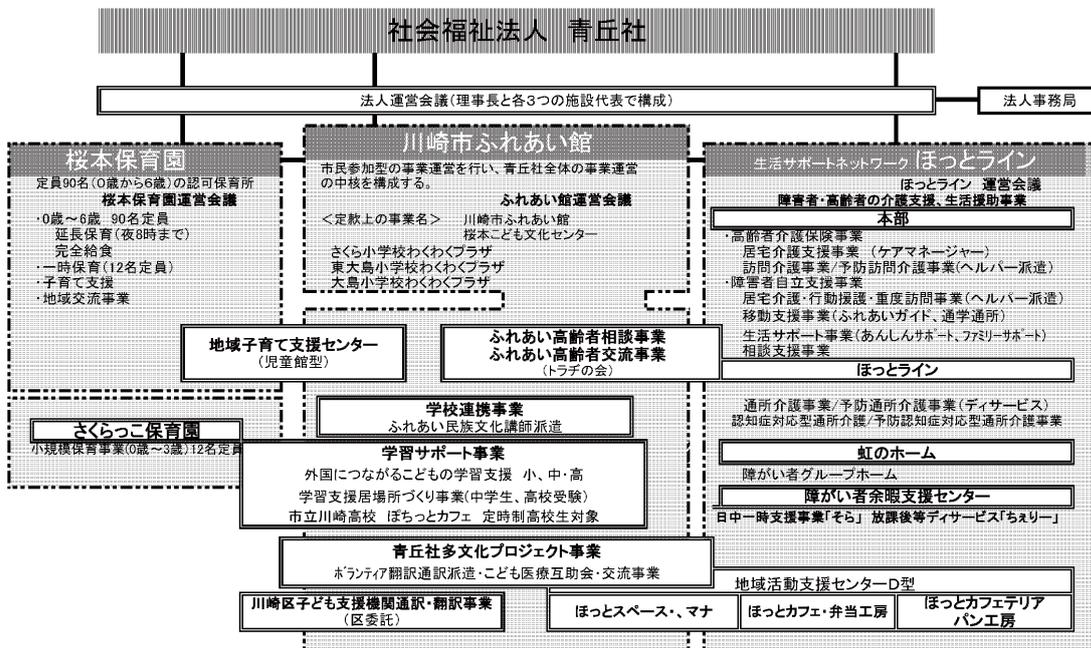
反ヘイトスピーチの活動の中で、「差別のない人権尊重のまちづくり条例」が成立しました。川崎市は「多様性のある街」を掲げていますが、多様性というのであれば、わが地域だろという思いがあります。

ヘイトスピーチと闘う以前に、周りを見渡せば、在日韓国朝鮮人というのは、かつて本当に助け合わなければ生きてこられなかった生活史を抱えてきました。地域社会が劣化し、人とのつながりが乏しくなっていく中で、こうした歴史をきちんと振り返りながら、分断や孤立を解消する働きかけが、私たちの活動の延長線上でつくり上げることができないかと考えているところです。

ハルモニの発表会——高齢者・障がい者が街づくりの主人公



2020年の青丘社の組織と活動



川崎区 相談支援を通して 見えてきた 現状と取り組み

江良泰成さん かわさき地域生活支援拠点たじま・たじま家庭支援センター

4

2021年5月15日報告

施設概要

社会福祉法人川崎聖風福祉会の施設。生活介護・短期入所・日中一時預かり・生活相談・地域交流の五つの事業により、多機能的に総合支援を実施。川崎区の障がい支援の活動拠点として、地域生活に必要な多機能性を持つとともに、地域を中心とした住民活動の場やボランティア活動の支援も行う。

みなさま、江良泰成と申します。今日は、たじま家庭支援センターで相談支援をしている中で、特に要保護児童虐待、ネグレクト児童の発見・関わりについてお話しします。また、今回、制度改正・報酬改定があり、新聞などでも話題になっています。それに関連して、子どもが普段よく使っているサービスで不正請求があったり、虐待があったりということで、実際に指定を取り消しになった際、影響を受ける子どもや家庭の問題について触れていきたいと思っています。また、食料支援の部分についても現状と課題についてお話ができればと思います。

川崎区について

川崎区の中で、私たちがいる田島地区は、京浜工場地帯の中心として、そこに働く人々の住宅地として形成された地区です。川崎区の中でもっとも高齢化率が高く、外国人登録者の割合も一番多い地域です。近隣には、コリアンタウンがあります。田島地区には、田島町を含めて5町会あり、2021年に3分の2ぐらいの町会長さんが替わりました。少し年齢が若くなりましたが、まだ地域の役職を占める人の年齢層は非常に高いと思われます。地域を下支えする中堅層である30代、40代の人々の参画率が低いのが地域の大きな課題です。川崎区には大師支所と田島支所という二つの支所があり、これも再編に向けての動きがあります。

「川崎市による第5回川崎市地域福祉実態調査」を基に作成した、「川崎区に100人いたら」というものがあります。それによれば、22人は65歳以上の高齢者で、そのうち10人は75歳以上となります。また、9人は14歳以下の子どもで、5人は5歳以下の子ども（そのうち保育園に入所しているのは1人）です。なお、7人は外国籍住民です。高齢化率が高い地域で、外国籍の人が

非常に多い地域ということがわかります。

二つの支所と区役所とで三つありますが、サービスを必要とするときに気楽に使えないという課題をあげる人も多くいます。これについて、支所の再編は大きな課題があると思います。子どもから高齢者、障害者を含めて集まれる場所、居場所になるようなものがない中、行政機関での提供は難しいのが現状です。再編によって、大師と田島の支所がそのようなコミュニティーの役割を担うということも期待されています。

虐待の状況

相談支援の中では虐待に関するものがありますが、川崎区に関していうと、虐待（通告件数）が多い地域になっています。令和元年度の資料によると、川崎市全体では4,506件で、前年比で比べると10.9%増えています。川崎区だけを見ても、1,031件で、7区ある中でもっとも多く、23%を占めている状況です。

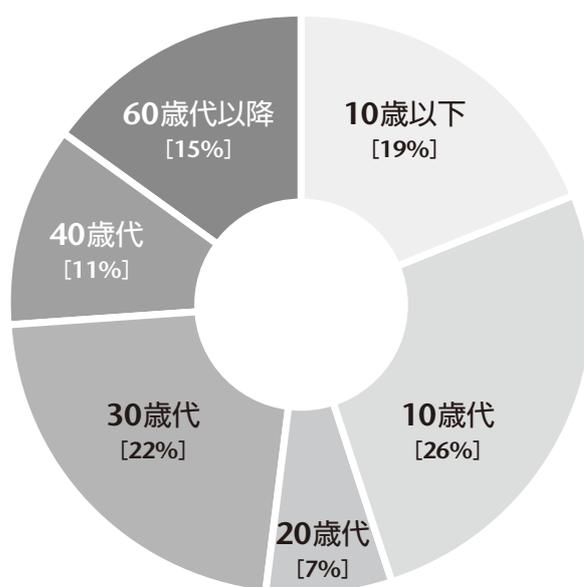
虐待の種別は、心理的な虐待が56%を占め、次にネグレクトが25%を占めています。性的な虐待は0.5%ですが、実際の数はずっと多いと想像されます。これは通告件数なので、通告に至らない虐待も非常に多いという課題があります。実際に虐待を受けている子どもたちの年齢層を見ても、0歳から3歳未満が29%、小学生がおおよそ28%ですので、0歳から小学生までの虐待を受けている子どもの数が多いといえます。0歳から18歳までの虐待を受けている比率は、100人中3人です。これも全市的に見て、非常に多い比率といえます。

加害者側はというと、実母からの虐待が6割近くで、実父からは約4割で、両親が虐待の加害者になっている状況にあります。なお、川崎区の特徴として依存症が多いといわれていますが、特に薬物依存の保護者が多いと聞き、私自身も驚きました。

続いて、たじま家庭支援センター相談対象者の疾患などと虐待・ネグレクトの件数（令和2年度）を見ますと、知的障害が全体で占める割合が非常に多く、次に精神障害、身体障害、認知症と続きます。これらの紹介を受けた先として一番多いのは、地元の見守り支援センターです。特に保健師さんからの相談がもっとも多く、次に仁科さんのいる地域包括支援センター、3番目にケアマネジャー、4番目に障害の支援センターという順になっています。

下の図は、相談者の年齢構成を示しています。20代は少なくなっていますが、あとは同じぐらいの割合です。10歳未満から10代のケースに関していうと、中学で相談を受けて高校に進学したりというように、学齢期では相談に関わる年数が非常に長くなる傾向にあります。開所当時から6年経過して、支援が継続している子どももいるのが現状です。これが高齢者などになると、1～2年ぐらいで関わりが終了してしまうケースも多くなります。

たじま家庭支援センター相談対象者の年齢層



放課後等デイサービスの今

4月末の新聞報道によって川崎区内の放課後等デイサービスの虐待の事案が明らかになりました。考えられないことですが、管理者による虐待（口腔内にホースで放水）があり、それが発覚し、半年近く業務停止になっています。

放課後等デイサービスは、2012年、児童福祉法に位置づけられて以来、大幅に数が増えています。しかし、利潤追求を優先しているせいか、支援の質がとても低い事業所が多いのも確かです。一方、保護者からは障害児の居場所としての施設として期待されるとともに、利用者の増加があります。「学校のわくわくを使えばいいのではないか」と言われますが、送迎の問題があって使えなかったり、両親が共働きで、わくわくへ5時、6時にお迎えに行けないというケースが少なくありません。放課後等デイサービスは、多くの事業所で送迎サービスを提供しています。学校から放課後デイサービスの事業所へ、そして帰りは事業所から家庭までお送りしているところが多くあります。

課題として、“雨後の筍状態”になっていて、サービスの質の担保を含め、サービス管理責任者が非常に不足していると感じます。特に新規事業所においては、昨年度、サービス提供事業者の研修が実施されていません。そのため、新規事業ではサービス管理者がいない例があります。本来であれば、一つの事業所にサービス管理者が必ず一人常勤でいて、掛け持ちは許されません。しかしながら、育成が追いついていないこともあり、それに伴って不正請求が見られたりしています。

サービス管理者の役割・業務として求められているのは、子どもの計画相談、個別支援計画を作成することです。また、放課後等デイサービスの提供内容として、一つは、いわゆる日常の生活訓練があります。「SST」「創

作活動の提供」「地域との交流の機会の提供」「余暇の提供」の四つを、ある程度自由に組み合わせてサービスを提供していたりします。

実際にたじまで関わっているケースでは、次のような課題がありました。これは、両親と支援学校の高等部2年生の子どもがいるケースです。父親が発達性課題があるとともに、母親にも知的に課題がありました。子どもも知的と身体に課題があります。特に両親の育児・生活能力が十分ではありません。子どもには皮膚疾患があり、低栄養状態のため、1日に2回軟膏を塗布しないと、皮膚が乾燥して掻痒感が増し、爛れてしまいます。こうした塗薬は、支援学校と放課後等デイサービスで担っていました。母親は精神的な混乱をきたして、泣きながら訪問してきたりという状況です。業務停止になってしまうと、子どもの塗薬（医療的なケア）がストップしてしまうので、対応策として、緊急的に当施設のショートステイサービスでお受けして、保清と塗薬を確実にしました。次週月曜日から放課後等デイサービス捜しを役所のワーカーと一緒にやるような状況になりました。

田島管内では放課後等デイサービスを使っている利用者が多く、保護者の混乱があると思われます。これに代わるサービスもない状態です。また、サービスの質の担保が問われているといえます。

報酬改定の概要

今年度、障害福祉等サービスの報酬改定がありました。その概要について話したいと思います。

1番目として、障害児通所支援における共通事項で、医療的ケア児に加算が付いたことです。いわゆる「動ける医ケア児」とよばれる、気管切開をしていても走り回ったりできる子どもがいます。そういう子どもたちは今までどうなっていたかという、一般的な発達に課題にあ

る子どもと同等の報酬しか得られていませんでした。こうした子どもについても加算が設けられ、報酬がアップされたわけです。

また、障害児の通所系サービスで、医療的なケア児の受け入れが十分でなかったことから、少人数の受け入れであっても加算が付くようになりました。医療連携体制の加算の単価も大幅に拡充しています。これまで特に乳児期の子どもが在宅に復帰してくる場合、行政の相談を通らずに在宅復帰をし、在宅と病院との関わりでしかないケースが少なくありませんでした。そこで、新たな判定を用いたスコアをドクターが活用することで、障害の乳幼児が福祉サービスの支給が得られやすくなるように運用の改定が行われています。

2番目は、利用する子どもに関してです。保護者の就労の有無は問われませんが、簡単に言うと、通常学校に付帯されているわくわくでは利用が難しかった子どもが利用できます。事業所は2区分に分けられますが、一定の課題がある子どもが5割以上いる場合については区分が1になります。5割未満の事業所では区分が2になります。時間については、極端な事業所ですと、45分未満という事業所もあります。あるいは、時間数が多いと、8時間以上お預かりしているような事業所も存在します。その意味で、時間だけで区分が違うのかは一概に言えず、45分であっても専門的な支援を提供していることもあります。たとえば、理学療法士が在籍していて、45分間きっちりサービスをしている事業所もあります。また、作業療法士や言語療法士、心理の担当を配置している事業所もあり、時間だけでは加算内容にはならず、一応区分の1から2と分ける形になっています。

3番目は、児童発達支援というケアニーズの高い子どもの支援です。簡単に言いますと、児童発達支援事業所は地域の療育センター以外の事業所と考えてもらえれば結構です。児童指導員等の加配を決めたり、利用者数か

ら指導員の割合を増やしているところは加算を増やしています。専門的な加算ということで、川崎区内の事業所で、理学療法士や作業療法士、臨床心理士が来たりという事業所も多くあります。その他、児童発達支援事業所を利用した後に放課後等デイサービスを使うといった、いわゆるエスカレーター式を取り入れている事業所もかなり見られます。

以上、子どもの事業の加算の部分と現況について簡単にお話ししました。子どもを抱える家庭にとっては、子どもの通所や通学支援に対応してくれる事業所が少ないということなのです。たとえば、親が仕事をされていて、支援学級を利用している子どもを学校に送って行けない場合、通所・通学支援事業を使いたくても対応してくれる事業所がほとんどありません。また、放課後等デイサービスでは、学校に子どもを迎えにきて、帰りは事業所から家庭へという対応ができていますが、朝、学校へ送るのが難しいという課題があります。

さらに、家庭内における見守り支援がないことがあげられます。「ファミリーサポート」や「ふれあいの子育てサポート」はあるものの、必要なときにすぐ使えるサービスではなかったりします。たとえば、親が急きよ医者にかかりたいが子どもを連れて行けない場合や、ヘルパー的な支援に来てほしいという場合などに利用できないため、保護者からは見守り支援を求める声が多く聞かれます。その他に、手帳を持たない、取得できないグレーゾーンの子どもの多くいます。発達に課題があり、自閉傾向がしばしばありますが、こうした子どもが使えるサービスが少ないことです。

ファミリーサポートなどについてですが、これは相互扶助なのです。使いたい人と提供者がつながる会員制度であり、月曜日から金曜日まで、通常8時から夕方6時までだと1時間でだいたい700円ぐらいです。それ以外の時間ですと、900円お支払いすることになるので、

家族の負担が少し増えます。

こども食堂と支援

さて、田島支所管内のお話をしたいと思います。田島支所管内での取り組みですが、子どもの居場所支援と支所の再編に伴って、来年度から田島地区の課題を協議する場が立ち上がりました。2021年1月22日の「令和2年田島地区地域づくり意見交換会」では、貧困家庭を中心とした子ども家庭の支援について、フードパントリーの開始から1年経過した状況をお話ししました。こども食堂もそうですが、一概に貧困の家庭だけがターゲットではありません。たとえば、保護者が仕事をしていて夕食を作ることができないものの、ブランド物で装っている親子なども参加しています。

こども食堂や学習支援に参加する子どもの中には、朝食を食べてこないのではなく、食べられない子どもがかなりいます。長期休みの期間中、こども食堂や学習支援に参加している子どものうち、5割ぐらいが朝食を食べません。父親・母親が寝坊して起きられなかったり、朝食を作らず早くに出かけてしまったりが要因のようです。そのため、午前中からお腹が減ってしまって、授業に集中できず、給食を食べると元気になる子どもが多く見られます。

フードパントリーをやってみて良いと気づいたことは、私どもの情報を確認して来ていただいた人にはお配りができ、行政のように公平や公正な配分などを考えなくても済むことです。貧困世帯には食料支援を警戒されたりすることもあります。受け入れに関していうと、回数を重ねることで警戒心などのハードルが下がってきます。栄養面の問題などから一度始めてしまうとやめることができないので、細く長く提供していくことが必要かと思います。こども食堂を含めてわかったのですが、

本当に必要な家庭、子どもにサービスが届いているかといえは疑問符がつきます。数打てば当たるわけではありませんが、新たな家庭や子どもの発掘が課題になってきています。

最後に、こども食堂を含む相談支援の課題について述べます。まず、貧困など関係なく、親の支援力や介護力が十分ではない家庭（裕福な家庭も含めて）、家庭全体に対して支援を行う必要があります。

余談ですが、高層マンションに住む子どもが、コンビニでクレジットカードを使って買い物をしているケースがありました。尋ねると、「お父さん、お母さんが使っている高額なカードだよ」とのことでした。親が子どもに高額なカードを持たせるのはどうかと思います。

こんなこともありました。夕方になって低学年の子どもを自宅マンションに送っていきました。けれども、自分で部屋番号のボタンを押すことができません。押すのを手伝って一緒に階に上がると、廊下にポツンと立ったままです。「どうしてお部屋に入らないの？」と聞くと、「中が真っ暗で、誰もいないから」と言うのです。そのため、親が帰ってくるまで一緒に待つことにしました。このケースのように、自宅は立派なマンションだったりするのですが、親御さんの仕事の都合で、子どもが孤独になっていたりします。わくわくなどの居場所のない子どもにとって、親がいない時間を過ごす場所がとても足りないと感じます。

先ほどお話ししましたが、仕事に追われて、食事を作る余裕がなく、こども食堂に来たりするケースでも、ブランドのバッグを持っていたりします。それでも、子どもと食事をしているときの母親は、とてもホッとした表情をしています。その意味では、参加してもらう価値があると思います。

核家族化が進み、共働きが増え、親とコミュニケーションをはかる時間がもてない子どもたちがいます。本来で

あれば、信頼できる相手が両親であってほしいのですが、両親がそれには選ばれる優先順位というのは低く、親以外の信頼できる大人を欲しているような状況が見られます。

こども食堂の運営を通じて、貧困対策というイメージを払拭するとともに、さまざまな子ども・家庭を支援できるよう、門戸を開いていきたいと思います。また、朝食を食べていない子どもに対して、毎日朝食を提供できたらよいと考えています。これには知恵とマンパワーが必要になってきますので、今後の課題になってくると思います。

こども食堂の様子



こども食堂で提供している食事



「伴走型支援」を 心がけているが…… 日々の実践から 見えること

仁科淳子さん 桜寿園地域包括支援センター

5

2021年6月5日報告

施設概要

社会福祉法人セイワが運営する特別養護老人ホームに併設。介護保険制度に位置づけられた「保健・福祉・介護などの高齢者の総合相談窓口」として、川崎市からの委託を受けて運営。川崎区内にある9か所の地域包括支援センターの一つで、桜本などの10地区を担当。

支援の現場では

川崎区の臨海部に位置する桜本というところにあります桜寿園地域包括支援センターの仁科です。今回は、日々業務を通じて感じていることをお話しできればと思っています。

私は、相談援助業務を通じて知った出来事や出会った人のことには最後まで責任を持たなければいけないということをもっとに相談者に向き合ってきました。今も「高齢者ではないから関係ない」といったたらい回しをせずに、ワンストップサービスを心がけて相談業務に従事しています。その中で、「伴走型支援」を目指していますが、多くの葛藤もあります。

桜寿園が担当している地区は、男性高齢者が非常に多い地域です。労働者の街として栄えてきた川崎区は、京浜工業地帯がある臨海部に位置し、かつて仕事を求めて地方から人が集まってきました。そうした人の多くが高齢化し、ひとり暮らしをしています。生活保護の受給をしている人も少なくありません。

以前は、段ボールを敷いて駅の構内で寝ている人や、多摩川の河川敷や公園などに、たくさんのホームレスの人たちがいる街でした。その後、それは川崎市の施策によって一掃されます。「ハウジング・ファースト」とよくいわれますが、行政は、安心できる住まいを提供することに懸命に取り組んできたと思います。6年前に起きた簡易宿泊所の火災が契機となり、ドヤ街の住民の地域移行も積極的に支援してきました。しかし、劣悪な生活状況にいる人や、支援が必要な人から次々と地域包括支援センターに相談が寄せられます。生活困窮者の課題もずっと残ったままです。

支援が必要な人の中には、部屋も身なりもとても汚れているケースが多くあります。汚いだけでなく、部屋にはうず高くゴミが積まれ、近隣とトラブルとなり、そ

れがもとで不動産屋さんから退去通告されている人もいます。また、保護費をもらっていないながらギャンブルや飲酒などでお金を使ってしまい、月末に食べるものもない人たちから、何とかしてくれという相談が寄せられたりもします。結果、福祉事務所に行って、災害非常食を分けてもらったりすることになります。また、さまざまな生活習慣病を抱えている人も少なくありません。薬をきちんと飲めていなかったり、治療を中断しているような人もいます。その他に、暴言を吐いたり、サービス事業者さんたちに威圧的な態度をとる人がいたり、必要だから支援しているのにサービスを一切拒否する人もいます。逆に何でもかんでもやってくれと要求し、依存的な人もいます。いずれにしても、生活保護を受給している男性独居高齢者と向き合うことが多い日々です。

そうした中で、私たちは主に介護保険サービスから関わり始めることが多くなります。生保ワーカーさんなどから「介護保険を申請をして、その人の生活を何とかしてください」という相談がきますが、介護保険サービスだけで根本的な改善をはかるというのはなかなか難しいところがあります。本人のことを十分に理解し、課題と向き合い、生活状況の改善を目標に頑張っているサービス事業者の方やケアマネジャーさん、医療機関の人などもあります。そういった支援者チームからも、私たちのところに相談が寄せられます。支援者からは、支援の限界や虚しさなどを吐露されることもあります。

住まいが確保できても、根本的な解決にはなっていないことが多々あります。お金さえあれば生活に困窮していないのかというと、そうではありません。生活環境全体に困難が生じていれば支援が必要であり、単に保護費が出ればいいという問題ではないのです。自身の生活能力がとても不足していたり、社会から孤立していたり、劣悪な状況の中で埋もれてしまっている生活者が多数いるわけです。

さまざまな事情を抱えてホームレスにならざるをえなかった人というのは、何らかの縁やきっかけによって役所にたどり着き、生活保護を受給できるようになります。住居を設定する際などには、必ず支援者がいます。本人の力で勝ち取れたというよりは、そのときに寄り添ってくれた人、関わってくれた人がいるのです。しかし、生活保護費による収入の保障とアパートの確保ができたといっても、不足している生活能力をカバーし、人の縁をつくるなどの根本的な支援には至らず、放り出されてしまいます。そしてトラブルがあって、病院に担ぎ込まれ、退院時に生活支援をしてほしいと頼まれ、再び新たな支援チームをつくっていくことになります。この例のように、継続的・包括的な伴走者が存在していないケースが多く見られます。最初の段階から丁寧に継続的な支援が行われていれば、劣悪な状況に至るのは避けることができたはずで

ゴミを捨てたり、きれいにしたりするという感覚を持ち合わせていない人も多くいます。周囲の者は何とかしなければと思う一方、本人にはまったく困り感がないので、いたちごっこのようになってしまいます。ヘルパーさんたちが臭いのを我慢し、懸命に手伝っても全然状況が変わらないのです。こうしたケースでは、支援者が「自分が役に立っているのか立っていないのかわからない」と感じてしまいます。

軽犯罪を繰り返して、刑務所を出入りしている人たちと同様に、ホームレスの人たちは、複雑な課題や困難な背景を抱えた人たちばかりです。知的障害があったり、精神疾患があったり、発達障害でいろいろな苦しさを抱えていたり、お酒が原因で早々と認知症になる人もいます。本人だけの問題ではないこともあります。借金を抱えていたり、ギャンブル依存だったり、過去に犯罪歴があったり、家族関係が破綻していたりとさまざまです。

私たちがいくら普通の暮らしを求めても、その物差し

は異なるようです。他者との関係を構築するのが苦手ですし、自分の困り感というのなかなか分析・自覚できていないため、SOSの発信が難しいといえます。結果的に、支援としては経済的困窮に対してだけで終わっていて、根本的な対策が不十分になります。

生保ワーカーは、生活保護で住居設定をした際、その人の生育歴や家族背景などをまとめているので、ある程度の情報は持っているはずですが、しかし、地域包括ケアセンターやケアマネジャーに相談が寄せられるときには、それらの情報がまったくなかったりします。ですから、本人がどういう人が把握できず、アセスメントが十分ではありません。そして、「汚い部屋に住んでいる」「薬をきちんと飲んでくれない」「お金の管理ができない」などの表面的な課題だけに目が向いてしまいます。支援者たちは懸命に動くものの、本人の価値観や希望とは食い違ってしまうのです。ですから私は、生保ワーカーにも呼びかけ、カンファレンスなどに参加してもらい、その人が生活保護に至った経緯などを十分に聞くようにしています。

桜寿園は田島支所の管轄になりますが、川崎駅前のドヤにいた人が、川崎福祉事務所の手続きによって、いつの間にか田島支所のエリアのアパートに移ってきていたりします。いわゆる移管ケースです。すると、生活保護の担当は、川崎福祉事務所から田島福祉事務所へ変わります。でも、移管されただけで、田島福祉事務所のワーカーさんは最初から本人に関わってきたわけではなく、背景なども書類上でしか理解できていません。そのため、こちらが聞き出して、初めてその人の今までの生活歴などを確認してくれます。そして、サービス事業者のみなさんやケアマネジャーさんたちの間では、その人の背景やいきさつが話題になり、支援を行う上で葛藤が生じてくるのが少なくありません。

貧困ビジネスという問題

住宅弱者のために住宅の提供が行われるようになってきましたが、一般のアパートなどではなく、俗にいう貧困ビジネスというのが存在します。田島地区にも、ホームページで住宅型有料老人ホームと紹介されているものの、貧困ビジネスに該当するような施設があり、問題が生じています。

住宅型有料老人ホームは、基本的には生活支援などのサービスが付いた高齢者向けの住まいという理解になります。川崎の生活保護基準の家賃は、ひとり暮らしで5万3,700円です。つまり、どんな部屋であろうと生活保護費から5万3,700円が支給されます。そして、名目上の管理費や食費、共益費と併せ、その住宅には合計12万円以上が渡ることになります。生活保護基準では、ひとり暮らしの男性で障害加算などがなければ、本人の手元にはほとんどお金が残りません。

田島地区にある住宅の例では、1週間に500円しかもらえないようなところがあり、すべて住宅側が金銭の管理をしています。本人が手元にお金を持っていて払うということはまったくなく、本人としては、500円玉が1週間に一度もらえればよいといった様子です。

たばこもお酒も禁止されているので、室内でこっそりとたばこを吸ったり、飲酒をしたりすれば、すぐに退去の話になります。一番ひどいと思うのは夕食です。4時頃に出てくるようで、パンと牛乳だけ、あるいはワンプレートに白飯とひじきの煮物、漬物がのっけていて、味噌汁がついているだけの食事です（右イメージ図）。味噌汁には具が入っていますが、豆腐やワカメが少しだけ浮いているようなものでした。夕方からは一切外出が禁じられていて、時間になるとスタッフは施錠して帰ってしまいます。こうしたところに生活保護受給の人たちがたくさん住んでいるのです。

外部サービスの利用も制限されているので、ケアマネジャーも住人の生活支援に入れず、住宅と裏でつながっているケアマネジャーが丸抱えしていたりします。必然的に外部のチェックの目が届かず、実態は不透明なままです。

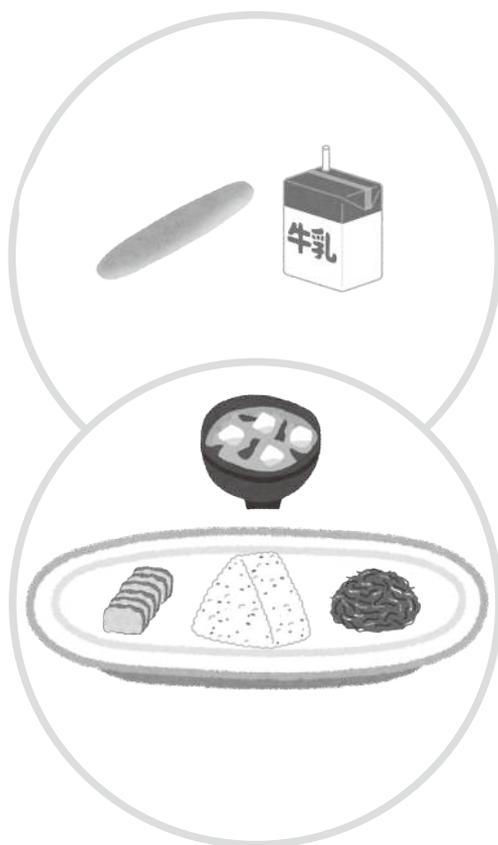
私が生実態を把握できたのは、そこに入居している人が若い身体障害者で、昼間は作業所のようなところに通っていたからです。「作業所のお昼ご飯が楽しみ」と言うので訳を聞くと、住宅の内情を全部話してくださいました。作業所の夜の行事に誘ったところ、「16時以降は施設から出られない」と話され、自由もないようでした。その後、彼はここの生活が嫌で退去したそうですが、住宅は現存しています。また、実態もそれほど変わっ

ていないと思われます。

有料老人ホームやシェアハウスなど、それが制度的にどう位置づけられているものなのかよくわからないのが実態です。シェアハウスという形であっても、3畳程度の個室ですと、広さは駅前のドヤと変わりません。ドヤと異なるところは、食事がついている点です。自由に外出できるものもありますが、3畳の環境でその人らしい暮らしが実現できるでしょうか。

田島地区には、共同トイレ、共同流しといった古いアパートが残っています。最近ですと、ワンルームマンションでも生活保護家賃基準になっていて、受給者ばかりが住んでいるようなところもあります。外観はとてもきれいですが、中高年の住人で占められており、地域の人た

貧困ビジネス住宅の食事（イメージ）



ちとの交流はまったくありません。ゴミの捨て方などでトラブルになることもあります。

近くで起こったコロナ感染

桜寿園のすぐそばの住宅で、コロナのクラスター感染が発生した事例についてお話しします。

定員は70人ほどで、1階と2階に部屋があります。どれも4畳あるかないかの広さで、窓のない部屋もあります。部屋に水道はなく、手を洗うには共用流しに行かなければいけません。トイレも共用です。

生保受給者が半数以上いて、中には保証人のいない住人もいます。ほとんど飯場のような様子で、昼間は仕事に行き、寝るためだけに帰ってくるような若い人たちもいます。

住人の入れ替わりが激しく、全員の実態把握ができておらず、そうした中でコロナの陽性者が発生しました。また、介護保険サービスを利用している人がいたので、関わりのあるヘルパースタッフからも複数名感染者が出ました。当然、行政の衛生課が動くことになりましたが、誰がどの部屋にどう住んでいるのかわからず、私たちが「ケアマネジャーさんが付いている人がいる」「訪問診療を受けている人もいる」「あの人はデイサービスに通っている」といった程度で、全員を把握できていたわけはありません。

そこは外部の人たちが多く出入りするところで、隣には大きなスーパーもありました。コロナのため外出してはいけないうこと、検査を受けることなど、細かく住人たちに周知するのも難しい状況でした。私としては、さまざまなことが気になって、まず生保ワーカーさんを訪ねて、住人の中から現在ケアマネジャーが付いている人を洗い出してもらいました。それがわかれば、利用しているサービス事業所もわかるので、急いで役所へ行きました。

た。役所もこのクラスター発生については把握していて、衛生課さんからの問い合わせなどでドタバタしていました。

隣のスーパーなどに感染が広がってしまうと、ここの住人たちは地域にはいられなくなるのではないかという思いが私にはありました。そのため、さまざまなことを整理して、早くに収束できるようにお手伝いしなければいけないと思っていました。その後、私の働きは衛生課さんから感謝されることになりましたが、正直言って、「いや、これは行政がすることでしょう」と思わざるをえません。

確かに衛生課さんからすれば、個人情報ですので、私がいくら問い合わせても、それに応えるのは難しかったことと思います。人数などは教えてくれても、感染者の名前などは明らかにしてくれませんでした。入院した人の情報ももらえないので、結局はっきりとしたことがわからずじまいで、噂話のようなものばかりでした。けれども、私としては、これがもっと大ごとになったら、地域の人にどうやって説明するのだろうと心配で仕方ありませんでした。

私は、火災や去年のような台風の際、ここの住人たちがどうやったら避難できるかをいつも気にしていました。まさかコロナでこうした事態になるとは想像していませんでした。それでも、部屋でじっとしているよう周知したり、食事の支援などもできない中、甚大な影響に至らず、本当によかったと思っています。

最終的に、住人たちは全員、PCR検査を3回受けました。1回目で再び陽性者が出てしまったり、2回目の際にヘルパーさんが陽性になったりということもありましたが、今ではとりあえず普通の生活に戻っていると思います。なお、住人の中に一人、たまたま桜寿園のデイサービスを利用している人がいましたが、入院していたため、コロナが収束するまで退院ができず、長い病院生活を余

儀なくされてしまいました。

人の縁について言えば、生活状況を同じくする人同士では、自然発生的につながりができるものです。競馬などのギャンブル場や、立ち飲み屋さん、居酒屋などで顔なじみになります。公園で缶ビール片手におしゃべりしている男性陣はいつも同じ顔触れです。それを見ると、何となく縁がつくられている感じがします。ただ、コロナ禍においては、そうした縁も途絶え、孤立感が高まっているのではないかと考えられます。結果として、生活実態も見えづらくなっています。これから独居高齢者はますます増加していき、課題が山積していくことでしょう。

生活保護と不安を抱える人たち

生保ワーカーから介護サービスに関して多くの相談があります。介護サービスを入れるということは、生活保護の介護扶助の支給が増えることであり、それをいくら増やしても、結局、個の支援だけで終わってしまい、人の縁は育めません。実際、テレビも冷蔵庫も電子レンジもなく、寝床だけがあるようなところで、保護費によって暮らしている人もいます。とても孤独です。結果的に、ゴミ屋敷化したり借金のトラブルになったりして相談が寄せられるので、トータルな視点から支援を行うことはできないものかと思えます。

生活保護が多いということは、生活保護を受けることはできないが、ぎりぎりの生活をしている高齢者もたくさんいる地域だということです。仕事を転々としながら社会保険をかけたたりする機会があるものの、12万円から15万円ぐらいの年金で暮らしている人は少なくありません。

15万円の年金をもらっていても、家賃があるので、年金暮らしではやっていけない人もいます。そのため、

家賃分ぐらいは働きたいと、ハローワークや川崎のだいJOBセンターへ相談して来たりします。「月5～6万の稼ぎができれば、何とか自分の生活が成り立つ」「蓄えを崩していけるほど持っていないので、不安でしょうがない」などの声が聞かれます。70歳ぐらいまでは何とか仕事にありつきたとしても、体を壊すなどして働けなくなると、先々の生活に大きな不安を抱くこととなります。そうした人がこれからもっと増えていくのではないかと考えています。

10万円程度の年金を得ていて、50万円ぐらいの預金があったりすると、タイミングが難しく、今だと手持ちが数万円ぐらいになるまでは生保の申請ができません。そこに至るまで生活をぎりぎりに落としていくというのは、ひとり暮らしの人にとってはかなりの不安材料になってきます。その意味では、100万円ほどの蓄えを持っていたとしても、「あなたの年金額ですと、このぐらいの状態になったら生活保護を受けられますよ」といった確約でもあると、ある程度、安心して暮らせるのかもできません。

先ほど、生活保護では5万3,700円が家賃の基準になっていると言いましたが、7～8万円の賃貸アパートでひとり暮らしをしていたような人は、生活保護になる際は新たな家を探さなければいけなくなります。長らく暮らしてきた家と地域を離れることになり、転居費用にさらなるお金が必要になったりもします。

親族の支援が得られないケースも多数あります。私たちのところに相談としてくるのは、「入院や救急車を呼んだりする際、誰が支援をしてくれるのか」「自分がない間の金銭管理は誰がしてくれるのか」「家の片付けやペットの世話はどうすればいいのか」といったものです。医療機関からも、「本人が家のことを気にして困っているが、関わって欲しくないか」と頼まれたりします。生活保護を受けておらず、背景も家族状況もわから

ない人の場合、とても気にかかります。

こうした不安感からか、ちょっとしたことですぐに電話をかけてくる人もいます。老人性のうつのような症状をきたす場合もあります。これまで自分で解決できていたことができなくなり、支援を必要とする人、あるいは話し相手になってさしあげなければいけない人がこれからどんどん増えるのではないかと感じています。

生活保護は受けていませんが、生活に少し不安のあるひとり暮らしの人がいました。これから関わろうとしていたところ、体調を崩し、救急搬送となりました。しかし、その人の家族背景も何も知らないのです。オートロックのマンションに住んでいて、親族などがわかるようなものはないかと室内を探すと、たまたま手帳があって、そこに北海道にいるお兄さんと九州の妹さんの連絡先が書かれてありました。病院にそれを伝え、連絡がとれる親族がいるということで、入院をさせてもらうことができたのです。もし見つかっていなければ、役所で親族捜しをしなければいけなかったと思います。

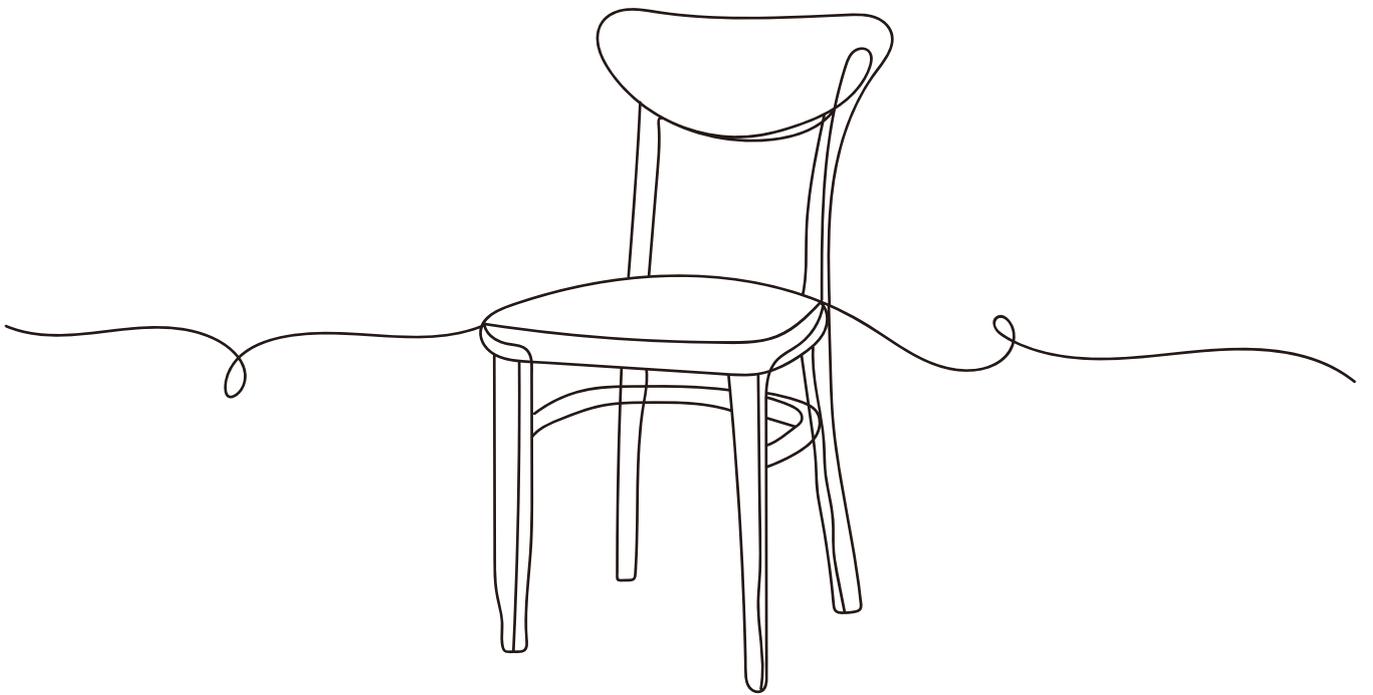
これからも伴走支援を

今年の目標ですが、気になっている貧困ビジネス住宅が多数あるので、ある程度、実態把握をしたいと思っています。住宅には、それぞれ担当の生保ワーカーさんがいます。ですので、そこに住んでいる本人を保護するだけではなくて、生保ワーカーさんと一緒になって、住宅全体の実態把握が行えるよう、働きかけをしたいと考えています。

また、ケアマネジャーさんやサービス事業者さんたちから桜寿園が相談を受けて一緒に関わるケース以外に、自分だけで抱えて苦労している人が多くいます。こうした人たちの状況把握も、連携をはかりながら進めていきたいと思っています。

精神障害者が相談できる専門職が多くいる相談機関もできています。したがって、ここを巻き込んで、相談ケースのカンファレンスなどを開催しながら、課題提起と本来目的としている伴走支援を継続していきたいと思っています。

日々、個々のケースに向き合うので精いっぱいですが、目の前の支援を繰り返していてもあまり解決にはなりません。もっと課題の本質に向き合えるよう、仕組みづくりや地域づくりをしていけたらと考えています。私は研究者ではないので、データや根拠などをお示しできるわけではなく、主観的なお話になってしまったかもしれませんが、日々さまざまなことを感じながら頑張っています。少し課題提起もさせていただきました。ありがとうございました。



.....

川崎ネット縁 準備会 規約

第1章 総則

(名称)

第1条

本会の名称を「川崎ネット縁準備会」（以下、「準備会」という）と称する。

(目的)

第2条

準備会は、川崎区内の、保健・福祉・医療等の支援機関・支援者、市・区行政関係者、地域の寺社・教会、地域住民、研究者等が、顔の見える関係を構築し、地域の実情に即した支援に役立てていく、川崎ネット縁^{えにし}を、令和2年度内に設立することを目的とする。

(活動)

第3条

準備会は、前条の目的を達成するために、次の活動を行う。

- ①川崎区内の支援現場に従事する人々による意見交換会（川崎ネット縁会議）
- ②準備会の目的に賛同する人々との意見交換会（サポーターズ会議）
- ③準備会の運営と、川崎ネット縁の設立を推進していく為の事務連絡会
- ④その他、準備会の目標を達成するために必要と認められる活動

(事務局)

第4条

準備会を運営する事務局は、以下の代表及び構成員で組織する。

代表	高瀬顕功	大正大学
構成員	江良泰成	たじま家庭支援センター
構成員	佐藤隆一	金澤山福泉寺圓能院
構成員	竹島正	川崎市総合リハビリテーション推進センター
構成員	中澤伸	川崎聖風福祉会
構成員	長島三四郎	大正大学
構成員	仁科淳子	桜寿園地域包括支援センター

川崎ネット縁 参加者

2020年3月6日～2022年1月15日

お名前 (五十音順)	ご所属
赤川学	東京大学
穴澤幸子	桜寿園地域包括支援センター
飯嶋礼子	かわさき基幹相談支援センター
井口高志	東京大学
江良泰成 *	たじま家庭支援センター
大田大輔	かわさき基幹相談支援センター
大塚俊弘	長崎県精神医療センター
大塚尚	東京大学
岡田太造	兵庫県立大学大学院
岡村毅	東京都健康長寿医療センター研究所
勝又陽太郎	東京都立大学
日下部笑美	株式会社オープンシティー研究所
日下部元雄	株式会社オープンシティー研究所
熊倉陽介	東京大学
河野稔明	川崎市総合リハビリテーション推進センター
佐々木炎	中原キリスト教会
佐藤隆一 *	金澤山福泉寺圓能院
島蘭進	上智大学グリーンケア研究所
島田珠美	療養通所介護まこと
高瀬顕功 *	大正大学
高橋大洋	子どもたちのインターネット利用について考える研究会
高橋靖明	川崎協同病院
竹島正 *	川崎市総合リハビリテーション推進センター
立森久照	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
種川望美	桜寿園地域包括支援センター
月館彩子	朝日新聞社
土屋昌庸	川崎区役所
水流聡子	東京大学
中澤伸 *	川崎聖風福祉会
長島三四郎 *	大正大学
仁科淳子 *	桜寿園地域包括支援センター
根本隆洋	東邦大学
能城一矢	川崎協同病院
廣川聖子	東京都立大学
的場由木	ふるさとの会
三浦知人	青丘社ふれあい館
山口英理子	東邦大学

* 事務局

川崎ネット縁 活動年表

回	年月日	活動内容	人数
1	2020/3/6	かわさき地域生活支援拠点たじまで開催	9
2	3/30	川崎区の寺院、円能院で開催	6
3	4/24	初のzoom会議を開催。「新型コロナウイルスによる影響に関するアンケート調査」を報告	6
4	5/1	各施設からの現場報告	7
5	5/8	各施設からの現場報告	6
6	5/15	各施設からの現場報告	8
7	5/23	各施設からの現場報告	18
8	5/30	各施設からの現場報告	17
9	6/6	新たにサポーターズ会議を開始を決定	13
10	6/20	各施設からの現場報告	10
11	6/27	テーマトーク：日下部元雄「CCS調査から見た川崎市南部の課題」	16
12	7/4	各施設からの現場報告	10
13	7/11	意見交換会	10
14	7/18	各施設からの現場報告	7
15	7/25	意見交換会	9
16	8/1	各施設からの現場報告	8
17	8/15	川崎ネット縁準備会として規約を策定	7
18	8/22	テーマトーク：土屋昌庸「川崎市の現況に関して」	9
19	8/29	テーマトーク：的場由木「ふるさとへの会の活動と新型コロナウイルス感染症対応の現状」	9
20	9/5	意見交換会	9
21	9/12	各施設からの現場報告	6
22	9/19	意見交換会	9
23	9/26	各施設からの現場報告	8
24	10/3	意見交換会	8
25	10/10	各施設からの現場報告	7
26	10/12	会の活動について協議	6
27	10/17	意見交換会	8
28	10/24	各施設からの現場報告	8
29	10/31	テーマトーク：高瀬顕功「食糧支援の実践と情報発信の課題」	8
30	11/7	各施設からの現場報告	8
31	11/14	テーマトーク：山口英理子「在日ブラジル人コミュニティの居場所」	11
32	11/21	各施設からの現場報告	5
33	11/28	テーマトーク：高橋大洋「SNSによる情報発信」	10
34	12/5	各施設からの現場報告	7
35	12/12	テーマトーク：赤川学「『川崎市の地域包括ケアシステムに関する市民意識・実態調査』の新展開？」	12
36	12/19	各施設からの現場報告	7

.....

回	年月日	活動内容	人数
37	2021/1/8	各施設からの現場報告	7
38	1/16	テーマトーク：竹島正「川崎市こころの健康に関する意識調査」	12
39	1/23	各施設からの現場報告	9
40	1/30	意見交換会	12
41	2/6	各施設からの現場報告	6
42	2/13	意見交換会	7
43	2/20	各施設からの現場報告	6
44	2/27	テーマトーク：高瀬顕功「コロナ禍における葬送儀礼の変化」	10
45	3/6	各施設からの現場報告	8
46	3/13	テーマトーク：島藺進「悲嘆をともしする共同性と地域社会」	11
47	3/20	各施設からの現場報告	6
48	3/27	川崎機関連携会議と共催で、オンラインシンポジウム「コロナ禍と孤立」を開催	33
49	4/3	新年度の体制、サポーターズ会議を終了し、基本月に2回開催	14
50	4/17	テーマトーク：島田珠美「小児の訪問看護」／大田大輔「川崎ネット縁」	13
51	5/1	テーマトーク：三浦知人「桜本からの報告 多文化が共生する地域社会への歩み」	15
52	5/15	テーマトーク：江良泰成「川崎区 相談支援を通して見えてきた現状と取り組み」	12
53	6/5	テーマトーク：仁科淳子「『伴走型支援』を心がけているが……日々の実践から見ること」	14
54	6/19	テーマトーク：竹島正「地域精神保健医療の共創戦略の開発」	13
55	7/3	テーマトーク：岡村毅「ホームレス化する高齢者」	17
56	7/15	会の活動について協議	5
57	7/17	テーマトーク：井口高志「東京大学文学部社会学研究室の社会調査実習（2021年）の報告」	14
58	8/7	テーマトーク：佐藤隆一「コロナ禍で感じていること」	14
59	8/21	テーマトーク：高橋靖明「医療機関からみた川崎区の現状～生きづらさ～」	18
60	9/4	テーマトーク：廣川聖子「ネット縁 今後の取り組みについて」	9
61	9/15	会の活動について協議	6
62	9/18	テーマトーク：中澤伸「地域包括と国の制度」／飯島礼子「川崎市障害者相談支援センターの再編について」	14
63	10/2	テーマトーク：長島三四郎「川崎ネット縁で見えてきたもの」	13
64	10/23	テーマトーク：井口高志「川崎での調査に関して」	15
65	11/6	意見交換会	9
66	11/20	意見交換会	11
67	12/4	テーマトーク：江良泰成「川崎区 たじま家庭支援センターの相談の機能について」	12
68	12/14	会の活動について協議	6
69	12/18	意見交換会	7
70	2022/1/15	意見交換会	9

注1.....2020年6月から2021年3月まで本会と別にサポーターズ会議を別開催。2021年4月から合同開催。

注2.....人名は敬称略。

.....

謝辞

本研究は、第51回三菱財団社会福祉事業・研究助成「潜在的地域資源を活用した地域包括ケアシステムの強靱化」の助成を受けたものです。また、本書の作成にあたり、ご協力いただきました関係者・協力者の皆さまへ厚く御礼申し上げます。

.....

.....

コロナ禍における支援現場の対応 ——川崎ネット縁活動報告書——

2022年3月20日発行

編集・発行

川崎ネット縁

デザイン

株式会社harunosora

©川崎ネット縁

©第51回三菱財団社会福祉事業・研究助成
「潜在的地域資源を活用した地域包括ケアシステムの強靱化」

©大正大学地域構想研究所BSR推進センター

.....



K a w a s a k i N e t E N I S H I

