

垣間見た、福祉市場化の実態 蔓延化する現代の姥捨て山

小島俊樹（会員・社会福祉士）

はじめに

定年退職を機に、再任用を辞して、未経験の福祉職に転じた。よくある話である。定年前は、30年以上教員を続け、生徒たちを通じて、貧困世帯の実態に触れてきた。そこで、定年間際に社会福祉士の資格を取得し、貧困問題に対して微力ながら役に立てればと思い転職したのである。それから2年、覚悟はしていたが、貧困の実態は根が深く、毎力なさを嘆いている。ただ、それ以上に嘆いているのは、福祉市場化の実態である。

「福祉市場化」の弊害というテーマは以前から研究対象となっているのであろうが、私には、まだ落ち着いて先行研究を検討する余裕はない。よって、この「論文？」は、とても研究論文とはいえるものではない。ただ、このテーマの中でも、「住宅型有料老人ホーム」（以下、ホーム）は最近登場してきた題材ではないかと思われる。それも、贅沢な建物や食事により、高額な自己負担を強いることが中心と思われるが、私が目にするものは、そうしたのではない。ホームは、施設の玄関はもちろん、各階ごとに施錠されており、スタッフしか操作できないように、暗証番号で管理されており、まさに「現代の姥捨て山」である。どのような実態なのか、私が実際に見たものを紹介する。

障害福祉サービスを提供するための認定調査が急増—介護保険制度の上乗せ利用

私の仕事は、障害者に対する相談支援であ

る。あらゆる種類の障害をもつ、あらゆる年齢層の障害者を相談の対象とするのが原則である。また、ただ相談するだけではなく、相談相手の障害者が、実際に福祉サービスを受けることができるようにしていかなければならない。その際、介護保険制度と同じように、相談相手の障害者が、どの段階（6区分）のサービスを受けることができるのか、認定調査が行われることになる。この調査結果と医者意見書が、役所で開催される審査会で検討され、区分が決定される。決定された区分が、受給者証とよばれるものに印刷され、申請した障害者に郵送されていく。この受給者証を手にして、はじめて障害者は、障害福祉サービスを提供する事業者と、区分に応じたサービス提供の契約を結ぶことができる。そして、この認定調査も、私の仕事の一つである。

就職した2年前には、認定調査は月に5～6件実施していたが、最近では倍増している。この原因は、介護保険制度の適用が厳しくなったため、障害福祉サービスを上乗せ利用するためである。つまり、「手足が麻痺したり、筋力の低下でうまく動かない」なら、身体障害者手帳を申請、「認知症で物忘れがひどい」なら、精神障害者手帳を申請して、不足する介護サービスの時間数を補うのである。

特に、M区からの認定調査の依頼が多く、そのほとんどがホームである。M区は土地改良によって広大な宅地が新たに造成されているため、さまざまな福祉施設が建設されており、ホームもその一つである。その結果、毎

週何件かホームをはしごして、認定調査をして過ごしている。そこで、この論文を書く契機となったホームの現場を垣間見ることになった。

なぜか、住宅型有料老人ホームに多くの若者や中年が入居している！

では、そもそも急増する住宅型有料老人ホームとは何であろうか。厚生労働省のホームページから、その定義について引用する。

- ①生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設
- ②介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら、ホームでの生活を継続することが可能

実際に訪問すると、50歳代から30歳代の人もおり、①の定義の高齢者には該当しないので、違法ではないかとはじめ考えた。しかし、調べてみると、特に法律で義務付けられていないことを知って驚いた。では、なぜホームの名称に「老人」という語句が挿入されているのであろうか、今も謎である。そして、「若い」50歳代や40歳代の人ほとんどが、統合失調症などの精神障害者か、軽度の知的障害者であった。なぜ、彼らは、病院ではなく、ホームに入居しているのであろうか。ここには、医師はもちろん、看護師も、精神福祉士など専門家も一人もいなかった。施設職員から聞き取ると。入居者のほとんどは、病院を転々として、「施設から地域での生活へ」（以下、地域移行と呼ぶ）と退院を迫られ、自宅にはもどれず、また、単身で地域にアパートを借りることもできず、最後にはホームへ流れ込んで来ているとのことである。

国策として進められた精神障害者の地域移行 — その目的は、本当に人権保障？

このように、ホームに高齢者とともに多数の若い精神障害者が入居していることは、国がこの間進めてきた、精神障害者の地域移行政策と関係あると考えられる。地域移行政策は、1970年代から欧米ではじまった「脱施設

「精神科病院廃止」の動きが、日本でも、10数年前の2000年代半ばから導入されたことが背景に存在している。このことは、精神障害者の人権を保障するため、閉じ込めていた病院から解放して、地域で生活できるようにする取り組みという大義名分があり、誰も反対できない。私自身も賛成である。しかし、現実の地域移行の実態を見るに、本当に以前より精神障害者の人権保障が進んでいるのか疑わしく思われる。

確かに、欧米では国や自治体が予算も人も増やして何十年も、精神障害者が地域で生活できる仕組みを構築してきた。しかし、日本ではこの10数年どうであろうか。小泉元首相の構造改革路線で、社会保障費が削減されてきたが、まさに、精神科病院への財政的支出の削減が本当の目的で、「人権保障」などは真の目的を隠すためのカモフラージュに過ぎないのではないかと思われる。実際、精神障害者が地域で生活する受け皿を作るには、予算も人も増やして、長期的な取り組みが必要であるはずだが、当時の「自助・共助」路線では、ただ、「地域の共同体が支えあう」という実体のない掛け声しかないのが現実である。

そのため、地域における精神障害者を受け入れる目は、以前と同様冷たく、精神障害者が地域でアパートを借りることは、本当に難しい。また、たとえアパートを借りることができたとしても、精神障害者は様々なトラブルを地域で起こしてしまっており、新聞やテレビなどでよく報道されている。精神障害者が地域で生活するための受け皿が十分確立されないため、むしろ、地域移行は、新たな人権侵害を生み出している。

進まない地域移行に助け船

— ホームを受け皿にすれば、地域移行としてカウントできる

地域移行の実態が新たな人権侵害を生むようなものなら、いくら掛け声が大きくても、なかなか精神障害者の地域移行は進まない。そのため、国は自治体に、自治体は病院や事業所に、数値目標を設定し、その達成をできない病院に対して財政的な揺さぶりをかけている。すると、病院経営者は、ともかく退院させるとワーカーたちに圧力をかけ、無理に退院を進めてしまうため、受け皿の不十分な地域では、ますますトラブルが増えていくことになる。そこで、ホームならば地域移行の受け皿になるのではないかと誰かが考え出したのである。なぜなら、ホームは「入所施設」ではなく、「入居施設」なので、形式的には、ホームの利用者は地域で生活している人数にカウントすることができるからである。

こうしたことを考え出した誰かとは、決して国や自治体が考えだし、推進したわけではない。精神障害者の地域移行が進まないことに着目し、ホームをその受け皿にすれば儲かるのではないかと考えたのは、福祉市場化に参入している投資家たちである。このような法律の解釈ができるのは、法律にくわしい専門家でないといけない。そう、まさにM区のホームは、ある弁護士グループが経営しているのである。

しかし、ホームへの「地域移行」は、人権保障とほど遠い

私は、1年間でM区のホームで50件を超す認定調査を行い、そのうち30件以上が精神障害者であった。彼らの多くが、20歳代か30歳代で統合失調症などの精神疾患を発症し、精神科病院を2～30年間転々として、入院生活をしてきている。ある60歳はじめの男性は、いつも何も映っていないテレビの画面をじっと

一言もしゃべらず眺めていたと思うと、突然廊下に飛び出し、入り口のドアに向けて突進して体当たりをするとのことである。同じ年齢の別の男性は、アルコール依存症でウエルニッケ脳症がひどく、自分の考えを言葉にできなくなり、意味の通じないことを怒鳴り散らしている。70歳近い統合失調症の女性は、「夜になると誰か私を犯しにくる」と言って、夜裸になり徘徊している。ホームの職員は、「私たちは高齢者の介護は学んできたけれど、精神障害者のケアなどまったく学んでいない。どうしたらいいかなんて、まったくわからない。ただ、事故が起きないように、建物の施錠はしっかりして、利用者さんには部屋から出ないように促すようするしかない」と、親しくなった若い職員が私に「本音」を言ったことが、とても印象深く記憶に残っている。これでは、ホームは精神科病院の閉鎖病棟と同じ、否、専門的なケアができるスタッフがいないので、それ以下ではないのか。しかし、前述したように、ホームは「入所施設」ではなく、「入居施設」であるため、日常生活のことは自分でできることが前提となっている。そのため、介護が必要となったら、定義の②にあるように、外部の介護サービスを利用して生活していくのである。そのため、ホーム内に専門的なケアができるスタッフを配置していなくても、違法には当たらないのである。

このように、精神障害者がホームに入居することで、地域移行していることにするのは、地域移行の本来の目的である精神障害者の人権保障の視点からいえば、不当なことと言わざるを得ない。それでも、今でもホームは次々と増設されており、事態は放置されている。もし、厚労省がこうした事実を知りつつ、放置しているとすれば、地域移行の本当の目的が別にあるのではないかと疑わざるを得ない。

高齢者は寝たきりで、筋力・意欲低下がますます進んでいく

では、本来のホームの目的である高齢者は

居ないのかといえば、そんなことはない。精神障害者も含めれば、6～7割、つまり3分の2は高齢者である。そして、大半の人は、関節拘縮や筋力低下が進み、寝たきりの状態である。しかし、たとえ高齢者でも、リハビリやマッサージをしていけば、身体機能の維持はしていくことが可能であり、寝たきりになるのを防ぐことや、遅らせることはできる。しかし、ホームはあくまで自立して日常生活ができる人が入居することを建前としているため、入居者一人ひとりにきちんとしたケアの計画を立て、関わっていくような体制は確立していない。もし、計画的で手厚いケアによる身体機能の維持を目指すなら、ホームの職員が手配する介護保険制度を利用したサービスではまったく足りないため、費用を自己負担してサービスの追加をホームに求める必要がある。

確かに、こうしたオプションサービスを売り物にする住宅型有料老人ホームもよく見かけ、とても高額な費用を入居者が追加負担することになる。しかし、私が訪問するようなホームでは、生活保護費か障害年金で生活している人が多く、そのような費用負担の追加には耐えることはできないので、そのようなオプションサービスを提供するようなことはない。私が認定調査をして聞き取りをしても、ほとんどの入居者が、援助してくれる家族や親せきは居ないか、居ても絶縁されている。つまり、家族等の連絡先が空欄であり、面会に来る人はおらず、孤立無援な人が多い。そうした人には、民間の身元保証人がついている場合が多い。もっとも、この民間の身元保証人には、成年後見人ではできないことをしてもらおうとして、毎月一定額の費用を支払う必要があるが、どの様な法的根拠があるのか不明であり、各方面から問題視されているが、ここでは指摘に留めておく。

介護保険制度や障害福祉制度で最低限の介護サービスを受けている入居者は、寝たきりで、孤独なまま、生きる意欲を徐々に失い、静かに亡くなっていく。実際、毎月死亡を理

由とした認定調査のキャンセルが数件ある。こうした貧困で孤独な高齢者が、特別養護老人ホームに入所できていけば、もう少しまともなケアを受けることができたのではないかと残念である。しかし、特別養護老人ホームは多くの待機者が存在し、病院や老健施設などからの退院者を十分受け入れることはできていない。なぜなら、高齢者についても、「施設から地域での生活へ」を理由に掲げているが、実際には、福祉予算を抑制したいという財政的な理由のため、特別養護老人ホームの増設がとても需要に追いついていないからである。

結局、利益を増やすには、人件費削減しかない — 福祉市場化のいつもの結論

確かに、精神障害者であれ、高齢者であれ、地域移行は厚労省が推進しており、その受け皿となって利用者が増えていくのであれば、福祉市場化を投資の契機として参入してくる経営者は、利益も増えていくように思われる。もっとも、いくら福祉の市場化と言っても、福祉事業所の収入は、自治体へ利用状況を申請して支払われるお金が、そのほとんどを占めるのであり、結局その財源は税金か保険料、そして少しばかりの利用者負担金と言った公的なものである。そして、厚労省や自治体は、地域移行で福祉予算を抑制したいのであるから、どれも厳しく規制や監査が入ることになる。もし、利益を増やそうとするなら、規制や監査の外のあるオプションが手っ取り早い。例えば、ぜいたくな食事や家具、あるいは介護保険適用外の介護サービスなどのオプションである。確かに、入居者がオプションを利用してくれる富裕層なら、利益も増えるであろうが、前述したようにこの論文のようなホームに入居するような人々は、生活保護費や障害年金しか収入がなく、オプションに費やすお金など持ってはいない。

利益を増やすのに、収入では工夫が難しければ、支出を減らすしかない。支出を減ら

す方法は、いくつもあると思われるが、一番手取り早いのは人件費を削減することである。これは、どの分野の仕事にも共通することかもしれないが、特に、教育や福祉の分野は、支出における人件費の割合が大きいと言われている。やはり、対人サービスが中心の仕事なので当然なのかもしれない。

人件費を削減するには、人員を減らすか、賃金を安くするかのどちらかである。いや、両方を行えば、なお削減することができると思われる。実は、住宅型有料老人ホームは、この両方を行うことがやり易いのである。なぜなら、このホームは、本来、日常生活のことは自分でできる自立した人を入居者としているため、ホームには、建物を管理する人しか置く必要はないからである。つまり、放置しては何をするか心配な精神障害者や寝たきりで衰弱する高齢者をケアする専門家を、定員という形で人数も確保して配置していなくても違法でなく、自治体からお金が支払われないということもない。もし、介護が必要ならば、入居者は自分で介護保険制度等を利用して、外部から専門家に来てもらえばいいのであり、ホームがそのための職員を配置する必要はないのである。そして、実際、ホームには配置されていない。

しかし、すでに紹介したように、現実の実態は、入居者が大声をだして突然走りだしたり、ブツブツと徘徊し、尿や便を通路で垂れ流している。これに対して、建物の管理を仕事とし、福祉の資格も知識・技術もなく、人数も少ない職員に、何ができるであろうか。必然的に、ドアやエレベーターに施錠して、入居者に対して、「部屋で静かに過ごして下さい」という威圧的で、管理的な態度をとることになる。入居者は、職員から怒られないように、個室のベッドで、あるいは、寝たきりの高齢者は4人部屋のベッドで、一日の大半を過ごすことになる。

認定調査で訪問すると、たいてい若い20代か30代の男性職員が対応する。彼ら自身、自分たちの置かれている状況はよくわかってい

ないようで、調査員である私たちに、「精神障害者なんて聞いていない。学んだこともなく、どう対応したらいいかわらない。」「夜は、ともかく怖い。」と素直に話してくる。若く、資格も経験もない、ただの管理人なのだから、当然彼らへの賃金も安くてすむ。このように、専門的スキルのない、若い職員を安い賃金で雇い、しかも、建物管理に必要な少ない人数を雇うなら、住宅型有料老人ホームの経営は、投資家にとって、利益の増えるおいしい金儲けの対象といえるのであろう。

おわりに

— それでも人権保障のために地域移行なのか？

福祉の市場化が、障害者福祉において人権保障とセットで登場することは、これまでもよくあることであった。

そもそも、「措置から契約」へと移行する過程でも、「障害者が福祉サービスを選択する主体者」として、つまり契約者として供給者を選択する権利を保障するという人権保障が強調された。そして、選択先の供給者を増やすことを口実として、「供給者の多元化」つまり民間委託等の名称で福祉の市場化がすすめられた。ちょうど、バブル経済崩壊後、従来の投資先を失った投資家は、教育や福祉という公的分野が政府により次々と市場化されていくのに飛びついていった。いわゆる「小さな政府」を目指す構造改革路線である。

そして、前述したように、福祉の市場化といっても、結局福祉サービスの費用は、税金や保険料という公的な財源によるもので、参入した民間産業はその財源に依存している。一方で、政府はその財源である福祉予算を抑制することこそが、福祉市場化の本来の目的であるため、公的財源の縮小をすすめてくる。そのため、利益を増やしたい民間産業は、人件費削減こそ有効な手段となり、そのしわ寄せは、職員の賃金低下と障害者へのサービス低下に反映されていくことになった。

それから20年間、同じような構図が続いて

きた。最近でも、待機児童問題における保育園の民営化や、ホームレス対策としての無料宿泊所における貧困ビジネスなどが有名である。今回指摘した精神障害者の地域移行も、人権保障を口実として、精神障害者が病院や施設から地域の生活へ移行を半ば「強制」され、地域にその受け皿がないため、ホームがその代用として登場し、悲惨な非人権的な「姥捨て山」の実態をさらけ出している。

では、もとの病院や施設に戻すよう運動をすべきであろうか。そのほうが、今のホームよりはましであるように思われる。しかし、欧米では、1970年代から、人的資源の開発とそのため予算をつぎ込み、精神障害者が地域で安心して生活できるようなシステムを築いている。特に、最近の精神障害の研究はすすんでおり、子どものころから適切な早期治療とその後のケアが保障されれば、病院や薬への依存がこれまでより大幅に少なく、地域で生活できるようになってきていると言われている。つまり、地域に精神科医や訪問看護師、ケースワーカーや介護ヘルパーなどがチームを組んで日常的な公的サービスを提供しつつ、啓発を受けた地域住民のインフォーマルな組織が見守り活動で隙間を埋めていくシステムと、そのシステムを支える専門家や地域住民を育てるための資格や研修制度、そして専門家を雇用するための労働条件が整備されていれば、本来の地域移行は可能である。

本当に精神障害者の人権を保障する地域移行は、高度な専門家チームと啓発された地域住民で支えられるシステムであり、ホームが代用できるものではない。そして、実現可能であることは、欧米諸国での先進例で実証済みである。