

行政改革・地方分権の推進と社会保障の変質

浜岡 政好

はじめに

「地方分権一括法」の成立によって、「分権新時代」の開始が喧伝されている。国の説明によれば、地方分権の推進は「中央集権型行政システム」が制度疲労を起こし、「変動する国際社会への対応」や「東京一極集中の是正」、「個性豊かな地域社会の形成」、「高齢社会への対応」などといった今日的な状況や課題に対応できなくなったために、要請されたのだといわれている。もし分権化によって住民が自分たちの身近な地方自治体において、「自主的にまちづくりなどの仕事を決めることができるようになる」とすれば、大いに歓迎すべき改革ということになる。

しかし、現在進められている、新自由主義的な行政改革・規制緩和とセットになった地方分権は、中央による新たな統制システムを構築するとともに、「ナショナルミニマムを超える行政サービス」を「地域住民の自主的な選択に委ねる」という言い方で、生活保障としての社会保障や社会福祉の縮減に道を開いている。このことは今年2月の経済戦略会議最終答申「日本経済再生への戦略」のなかの社会保障の位置づけと重ねてみれば、その政策意図がいつそうはつきりする。そこでは「小さな政府」のために地方分権が志向され、セーフティ・ネットとしての社会保障も「自己責任」を前提として低いミニマムを設定し、また公的部門による一律的制度にせず、競争原理を導入した制度を構想している。

加えて、現在、地方財政は極めて厳しい危機

の下にある。財源移譲を伴わない分権化の推進によって、福祉、医療、教育などの行政サービスを削減する自治体リストラに拍車がかかっている。現下における地方分権の推進は、住民の要望にそって地域の実情に見合った社会保障を拡充させるのではなく、むしろ逆に低位に設定されたナショナルミニマムに限りなく一元化させる機能を果たしているかに見える。また財政危機を口実にした国の社会保障に対するミニマム水準の切り下げにも歯止めがかかっておらず、地方自治体も財政困難ななかでそうした社会保障の切り下げに追従している状況がある。

こうした行政改革・地方分権が推進されるなかでの、社会保障や社会福祉の後退と変質に対して、現在進行中の公的介護保険がその先導役を果たしている。他方、失業や生活困窮の深刻化に逆行して強行されている社会保障・社会福祉の後退をくい止めようと、今、地域のなかでは、住民の社会保障運動が未曾有の高まりをみせている。上からの「分権」を掲げた新たな統制と生活破壊に抗して、文字通り地方自治を地域に根付かせ、発展させる住民や自治体労働者の活動が起こっている。介護保険をめぐる状況は、他方でこのような視点からも注視する必要がある。

1. 社会保障「構造改革」と社会保障のリストラ戦略

社会保障「構造改革」と称して遂行されている1990年代以降の社会保障のリストラは、単なる社会保障財政の危機への対応ではなく、戦

後日本における社会保障制度の根本的転換を迫るものであった。93年の社会保障制度審議会「社会保障将来像委員会第1次報告—社会保障の理念等の見直しについて—」から、94年の「21世紀福祉ビジョン」(高齢社会福祉ビジョン懇談会；厚生大臣の私的諮問機関)、そして95年の社会保障制度審議会「勧告」などに示された21世紀の社会保障に関するグランドビジョンは、いずれも慎重な表現をとりながらも社会保障を憲法に規定された生存権から切り離し、社会保障における国家責任を限定したり、あいまい化しようとするものであった。それは国民が社会保障に依存しない、自助型・自己責任型社会システムへの転換がもくろまれていたからである。

社会保障を生存権や国民の生活実態から切り離し、多国籍企業化した経済システムとの整合性を重視した制度への全面的な再編成が、急ピッチで展開されてきた。具体的には、多国籍企業の地球規模での熾烈な市場競争を支援するために、規制緩和による「経済の高コスト構造の是正」が国是となり、社会保障分野においても公的役割の縮小、大企業の負担軽減と勤労国民への負担転嫁、公的サービスの民間ビジネスとの代替などが「構造改革」として進められた。

日本の生活保障システムは、①国家・企業・勤労者の保険料によって運営される医療、年金などの社会保険、②措置制度(公費負担方式)による保健・福祉サービス、③生命保険、有料老人ホームなどの民間ビジネス、④住民の互助活動から成り立っている。社会保障「構造改革」が企図しているのは、①における国家の財政負担や企業負担の軽減であり、②における措置制度の解体による社会保険システムへの転換、③における医療・保健・福祉ビジネスの本格的育成、そして公的な生活保障の縮小を補うものとしての④互助活動の奨励・拡大である。こうしたシナリオの下に、90年代の半ば以降、医療保険、公的年金などの制度の改悪、児童福祉を含む福祉サービス制度の改悪、公的介護保険の新

設などを矢継ぎ早に行ってきた。その結果、社会福祉分野の措置制度をほぼ解体し、社会保障システムの社会保険への一元化を実現しつつある。

福祉サービスを契約にもとづく市場型サービスへと転換させるためには、単にこの福祉分野への民間ビジネス等の参入規制をはずすだけでは十分ではない。措置制度下での福祉サービス提供システムをそのまま残していたのでは、市場型システムは機能しにくい。そこで、現在進められているのが、社会福祉事業法改訂などの「社会福祉基礎構造改革」である。この「基礎構造改革」は社会福祉サービスの提供システムを、措置制度型から市場型へと抜本的に組み替えようとするものである。98年12月に出された「社会福祉基礎構造改革の全体像について」(厚生省)によれば、改革の方向として①利用者の立場に立った社会福祉制度の構築、②サービスの質の向上、③社会福祉事業の多様化・活性化、④地域福祉の充実があげられている。

①では措置制度の原則廃止にともなう利用者保護制度の創設(地域福祉権利擁護制度、苦情処理制度)、②では良質なサービスを支える人材の養成・育成、第三者によるサービスの評価システム、サービス選択の前提となる情報の開示・提供、③では社会福祉事業範囲の拡充、社会福祉法人の設立緩和や運営の弾力化、多様な事業主体の参入促進、また④では地域福祉計画の策定や社会福祉協議会の見直しなど住民参加や互助活動をいっそう促す政策が構想されている。これらはいずれも社会福祉を市場型のシステムになじませるための制度の改変である。

2. 市場型福祉システムの導入と社会保障の変質

社会福祉を市場型システムに転換させるこの間の「構造改革」は、最低限の所得保障さえあれば、医療・保健・福祉等の諸サービスは市場機能によって自動的に調整されるという仮構の

特集・公的サービスと民主的行政改革

うえに進められている。その上で公的セクターによるサービス提供機能には否定的な位置づけが与えられ、限定・縮小が打ち出されている。他方、期待されているのは民間企業による経済活動としての社会保障ビジネスの発展である。しかし、医療・保健・福祉などのサービスを市場機能によってのみ供給することの困難は、「無医村」の存在や介護サービス供給力の地域格差などからも明らかである。加えて、雇用・失業情勢の悪化、公的年金制度の後退など所得をめぐる状況も厳しさを増し、さらに生活保護受給の「狭き門」も依然として改善されていない。社会保障・社会福祉の市場化はこのように二重、三重に前提を欠いたまま強行されようとしている。

その結果、社会保障・社会福祉は大きく変質しようとしている。1つは公的責任による健康で文化的な国民生活の最低限保障の後退である。ミニマム保障の水準は健康で文化的な最低限ではなく、社会保障ビジネスの障害にならない範囲で設定されることになる。社会保障分野が「巨大マーケット」になるには、ミニマム保障の水準を低くすることが前提となるのである。2つは公平性の歪みである。医療・保健・福祉サービスの地域格差は市場型システムへの転換でいっそう拡大する。公的サービスの縮小によっては、地域において最低限保障さえ確保できない事態も予測される。

3つは社会保障制度のもつ所得再配分機能の大きな減退である。一連の「構造改革」では医療・保健・福祉サービスが応能負担から応益負担へと切り替えられようとしているだけでなく、介護サービスのように措置制度から保険制度へと転換されることによって、新たに保険料を負担することになる。中低所得層の社会保障負担が強化され、所得再配分機能は弱められる。4つは低所得層への負担強化ともあいまって、国民皆年金・皆保険という社会保障制度の普遍性が大きく揺らぐことが懸念される。既に国民年

金で起こっている低所得層の社会保障制度からの脱落は、介護保険が付加されることで、医療保険においても増大するおそれがある。

5つは医療・保健・福祉など社会保障にかかわる労働の変質である。これまでそれらの社会保障労働は広義の公務労働とみなされ、その処遇については一定の公的助成も行われてきた。しかし、民間のビジネスとなればその根拠を失う。市場競争による低価格のサービス提供が社会保障労働者の低労働条件とセットになる可能性は低くない。現に進み始めている福祉現場におけるパートや登録型労働者の急増は市場システム下での社会保障労働者の未来を占うものである。

3. 行政改革によるローカル・ミニマムの引き下げ

国レベルでの多国籍企業型の社会経済への「構造改革」政策においては、国の役割を「国際調整課題」や「国家の存立にかかわる課題」に重点化し、そのことによって国の財政的責任を軽減させ、「経済の高コスト構造の是正」を図る方向がとられた。このような「小さな政府」への転換は、行政改革による公的セクターの全般的な縮減と地方分権を不可欠にした。しかし、「高コスト構造」是正のために、社会保障に対する国の財政責任を縮小させる一方で、財政移譲を伴わない分権化が行われるならば、地方自治体は本来の「住民の福祉の増進」という役割を十分に果たせなくなる。

地方分権の推進によって、国と地方自治体の役割分担が変更されることになるが、社会保障に関する事務の多くは、「全国的規模・視点で行われなければならない施策及び事業」(ナショナルミニマムの維持・達成)ということで国の事務とされ、機関委任事務制度が廃止されても「法定受託事務」として継続されるものがほとんどである。しかし、自治体が行っている機関委任事務のうち約半数程度が自治事務へ移管される

ことになるが、この経費は基本的に自治体負担になる。機関委任事務の超過負担に加えて、自治事務への転換に伴う新たな負担増が生じる。

財政危機への対応はいつそう切迫したものになり、各自治体が低いナショナルミニマムを補うものとして行ってきた各種の独自の社会福祉施策は地方行革の格好のターゲットとなり大幅にそぎ落とされてきている。しかも、特徴的なことは、地域における行政サービスの縮減が、「地域住民の自主的な選択」の結果ではなく、自治省によって上から推進されていることである。分権も行革もまさに中央集権的に行われているのである。例えば、国が示している地方行政改革の内容は、①事務事業の見直し（事務事業の廃止・縮小・統合・簡素化、補助金の整理合理化、市町村への権限移譲、民間委託の推進、許認可事務の見直し）、②組織・機構の見直し（簡素で効率的な行政組織：福祉・保健行政の総合的展開のための組織再編など）、③定員・給与の適正化（定員の削減、給与の抑制など）、④政策形成機能の充実・強化、職員の能力開発・意識改革などとなっている。

こうした行政改革に取り組むための基本計画（行政改革大綱）をもっている自治体は、98年6月末時点で、都道府県・政令指定都市の全て、市町村の99%となっている。地方財政の危機、行政改革のなかで自治体の社会保障・社会福祉がどのように扱われるかを、大阪府の「財政再建プログラム（案）」（98年9月）や「大阪府行政改革推進計画（案）」（99年度版）によって瞥見しておこう。大阪府では「準用再建団体」への転落を避けるということで、府の事業の大規模な見直しが行われている。その際、不断の事務事業の見直しの中心に据えられているのは、「個人給付事業については、その創設時との社会経済環境の変化や今日の事業効果、意義をふまえつつ、その自立促進や処遇向上につながる施策への転換が求められる」という、ナショナルミニマムに対する上乗せ施策の見直しである。

こうして「財政再建プログラム（案）」においては、医療・福祉分野で、老人医療費公費負担事業費、重度障害者（児）医療費公費負担事業費、母子家庭医療費公費負担事業費、乳幼児入院医療費助成事業費、民間社会福祉施設従事職員給与改善費補助金、国民健康保険高額医療費共同事業補助金、社会福祉施設機能強化推進費、民間社会福祉施設整備促進費、老人保健施設整備事業費、府立病院への補助などの見直しが打ち出されている。また所期の目的が達成済みなどとして、これまでに社会福祉施設法外援助事業、福祉見舞金給付事業、被保護者緊急援護事業、国民健康保険事業などの廃止・縮小が実施され、保健所運営事業、妊婦・乳児一般（後期）健康診査委託事業、乳幼児健診保健指導事業などの吸収・統合が行われている。

これらの諸施策の多くは地域の住民生活の実情にあわせて、自治体が独自にナショナルミニマムに対して「上乗せ」、「横出し」をしてきたものである。財政移譲抜きの分権化は財政危機の深刻化のなかで社会保障関連の独自施策の放棄という方向を強めており、分権による「個性豊かな地域社会の形成」とは逆の動きを示している。その結果、全国一律の画一的な、低位のナショナルミニマムに限りなく収斂することになる。このことは社会福祉における「分権新時代」の象徴とされた公的介護保険制度が、出来上がってみれば分権とはほど遠い中央による統制的な制度になっていることにも示されている。

4. 分権化による必置規制の弾力化と社会保障供給体制のレベル・ダウン

社会保障・社会福祉と分権化との関連では必置規制の廃止・縮小がある。必置規制の緩和は地方自治体が職員や行政機関等を地域の実情にあわせてより適切に配置できるようにすることで「機動的で充実したサービスの提供」を可能にするとされるものであるが、財政上の困難をかかえる地方自治体にとっては、専門職や専任

特集・公的サービスと民主的行政改革

職の配置や配置基準、そして専門機関等の設置の規制緩和は行政改革推進の道具として活用されることになる。

社会保障関係の必置規制の見直しで具体的事項としてあがっているのは、「法律又はこれに基づく政令」に拠らないものでは、「職員の設置」に関する生活保護指導職員、家庭相談員、精神薄弱者更正相談所の所長等、身体障害者更正相談所の所長等、児童厚生施設の児童厚生員、精神保健福祉センターの医師（所長）等、保育所の調理員、精神薄弱者通園施設の運転士などである。そして「配置基準」では国民健康保険指導職員、「行政機関・組織・施設」の設置規定では家庭児童相談室などが見直しの対象となっている。

また「法律又はこれに基づく政令」による必置規定の見直しでは、福祉事務所の指導監督所員及び現業所員の専任規制の緩和や福祉事務所の現業所員の配置基準のガイドライン化などが出されている。さらに母子相談員や婦人相談員などの民間人への委嘱の容易化などもあげられている。そして児童相談所、精神薄弱者更正相談所、身体障害者更正相談所、保健所などは他の行政機関との統合ができるように弾力的な名称や設置形態が可能になるようにしており、福祉事務所は配置基準を廃止し、標準を示すものになっている。これらの動きは福祉事務所の所員の専任規制の緩和や配置基準のガイドライン化に示されるように、福祉職員の職務の流動性を高め、専門性の希薄化と他方での一人あたり仕事量の増大という結果をもたらすことになる。こうした専門職員の削減はやがて住民に社会保障サービスの低下としてはねかえってくる。

5. 広域行政・市町村合併と福祉サービスの後退

必置規制の廃止と並んで、自治体の社会保障行政の点から見過ごせない分権化は、広域行政や市町村合併の推進強化の動きである。99年5

月に発表された「市町村合併研究会報告書」（自治省・行政局長の私的研究会）によると、市町村行政の広域的対応等の必要性や分権化の推進、少子・高齢化、市町村財政の危機などによって、市町村合併は「もはや猶予の許されない喫緊の課題となっている」と言う。分権化によって市町村の「自立」が求められているだけでなく、高齢化や住民ニーズの多様化等によって市町村の仕事は質量ともに拡大しているが、小規模自治体では行財政基盤が脆弱でこうした課題に 대응することができない。そのためには市町村合併しかないというのが、研究会のご託宣なのである。

この報告書では市町村が現在抱えている諸困難が合併によって一気に解決するかのように語られている。また、合併しないと、「中山間地等に多くみられる小規模町村においては、今後とも少子・高齢化が進展する中で人口が更に減少していけば」、差し迫った課題となっている行財政基盤の強化という課題に「適切に対応できないといった事態も想定される」という言い方など恫喝ともとれる表現もみられる。果たして市町村合併は財政危機をはじめとする自治体が抱えている困難を解決する救世主となりうるのだろうか。結論は否である。何故なら、市町村の抱えている困難は人口規模が小さいことによってもたらされたというより、主として地方が疲弊するような経済政策や財政政策がとられたことに起因するからである。もし合併が万能薬であるとするなら、大都市圏の大規模自治体の困難は説明できない。

市町村合併が「行政サービスのレベルの維持、向上」に寄与するどころか、逆にサービスレベルを低下させかねないことを、報告書の「合併後の人口規模に着目した市町村合併の類型」と現実の市町村の行政サービス実態を比較しながら検討してみよう。報告書では5段階の合併の類型が示されているが、「保健福祉、学校教育といった基幹的な行政サービスを適切・効率的に

提供するためには、少なくとも」類型Vの「人口1万人～2万人程度」の規模が期待されるとされている。

この類型Vは中山間地や離島などが典型的地域として想定されているが、合併によって実現される「適切かつ効率的な基幹的サービスの提供」の目標は、中学校の設置（標準法による基準での最小：13,200人程度で1校）、デイ・サービス、デイ・ケアの設置（7,300人程度に1カ所。2万人ではデイ・サービス3カ所）、在宅介護支援センターの設置（12,500人程度に1カ所）、特別養護老人ホーム（最小規模50床：2万人程度に1カ所）、ホームヘルパー30人弱などとなっている。表1は、島根県の中山間地である邑智郡の高齢者介護サービスの基盤整備状況である。郡内の7町村は過疎化、高齢化の進行で高齢化率が30%～40%台になっており、そのためにサービス基盤の整備が図られてきた地域である。

郡人口3万人弱は前期の合併類型では「人口5万人前後」の類型と類型Vの中間的な地域になるが、既に介護施設では「人口5万人前後」の自治体のサービス提供目標を上回る基盤整備が行われている。デイ・サービスセンターでも「人口5万人前後」の目標の7カ所の2倍以上が設置されている。こうした介護施設を中心とした基盤整備は、町村域が広域で、かつ小さな谷

筋や山中に集落が散在しているような地理的条件を反映したものであるが、この整備水準でも在宅介護サービスについては地域の必要を十分に充たしているとは言い難い。デイ・サービスセンターは長距離移送になっている所も少なく、ホームヘルプサービスもエリア面積の広さや交通事情の悪さ、24時間対応などを想定すれば現状の整備水準ではとても対応できず、いっそうの拡充が必要であると思われる。

このように現在既に合併を通じて実現すべき基幹的なサービスの提供目標を大きく上回っている市町村においては、合併によって現在の水準を「適切かつ効率的な」サービス目標を超える過剰なサービスとして切り捨てることになるのであろうか。もちろん自主的な財源が小さく行財政基盤の弱いこの地域において、交付金や補助金など国や県の財政的支援がなければ、現在の行政サービス水準を維持することが困難であることは確かである。合併の促進が、現在の国と地方の財政配分を固定化したままで、自己決定・自己責任による自治体の自立を強要するものであるなら、合併したとしても税財政基盤の弱いこの地域では自らの選択で標準以上のサービスを放棄することにならざるを得なくなるであろう。行財政基盤の充実は合併によって自治体の人口規模を拡大したからといって解決できる問題ではないからである。

表1 島根県邑智郡の高齢者介護サービス基盤整備状況

1998年10月現在

町村名	人口 99年7 月現在	特養老人 ホーム(床)	療養型 病床群 (床)	老人保 健施設 (床)	デイサ ービス (箇所)	高齢者生 活福祉セ ンター (箇所)	介護支 援セン ター (箇所)	ヘルパ ー数 (人)	訪問看護 ステー ション (箇所)	養護老人 ホーム (箇所)	ケアハ ウス (箇所)	老人福祉 センター (箇所)
川本	4749	30		30	2		1	6	1	1		2
邑智	4683	50			2		1	9	1			1
大和	2116	30			1		1	5		1		1
羽須美	2147	30			2	1	1	7				1
瑞穂	5263	30	100	90	3		1	13	1		1	
石見	6534	100			3		1	19	1	1		1
桜江	3604				2	1	1	6	1			
合計	29096	270	100	120	15	2	7	65	5	3	1	6

特集・公的サービスと民主的行政改革

99年8月現在、全国の市町村合併にむけての法定協議会設置は8（21市町村）、任意協議会は5（11市町村）となっており、まだ大きな動きとはなっていない。しかし、介護保険の実施に向けて急テンポで広域連合がつくられてきており、全国で49広域連合が発足している。現在の介護保険行政の広域化は介護保険事務の広域化や介護認定事務の広域化が中心となっている。福岡県の介護保険広域連合は4市、59町、8村が保険事務と介護認定を共同するという巨大なものである。やがて広域化は経営上の要請もあって、介護サービス提供の広域化へと進むと思われる。こうした広域化は市町村の行財政能力を考えればやむを得ない一面をもっているが、しかし、住民の行政への参加やコントロールが利きにくくなるだけでなく、サービス提供の広域化などは移動の負担が増えるなどによってサービス利用の制約となるため、望ましいことではない。分権化の先導役と言われた介護保険が分権とは逆行する事態を生み出しているのは皮肉なことである。

6. 介護保険による社会保障の変質と集権化

1) ミニマム保障の変質

介護保険は99年10月から開始される要介護認定を直前にひかえて、準備が急ピッチで進められている。そして具体像が明らかになるにもなつて、あらためてこの新制度がもっている危険な側面についての不安や危惧が国民のなかに広がっている。

介護保険は家族介護から「社会的介護」への一步であるとされてきた。そして、その「社会的介護」の方式は、措置制度による保健・福祉サービスの提供方式ではなく、利用者が「選択」によって、保健・医療・福祉の介護サービスを総合的に利用できる社会保険方式が採用された。この保険方式の採用によって、高齢者はサービスを選択でき、措置制度より「利用者の権利」

が保障された制度になることや、応能負担から応益負担へと転換することで、利用者負担も中間所得層を中心に軽減されるメリットが謳われた。また市場を通じた多様な福祉サービスの提供が可能になることで、「サービスの質の向上と地域の実情に応じた介護サービス基盤の拡充」がはかれると言われてきた。

しかし、新制度の具体化が進むなかで、この制度が目指す「措置から契約へ」の方向が、国民の期待する社会保障のあり方と大きくズレていることが明らかになりつつある。また謳われていたメリットが実際には逆に作用する問題も出てきている。そのことがこの時期においてなお実施延期論が多方面から噴出する所以である。社会保障の変質とかかわる介護保険の問題点のいくつかをみておこう。

まず最大の問題は、社会保障におけるミニマム保障の変質である。この新制度は高齢者のすべてが経済的に「自立」し、各種サービスを市場において自由に選択できる主体であり、かつ望むサービスを入手できるという架空の前提から組み立てられている。しかし、資本主義社会においては、この「自立」という前提が無条件には前提にならず、むしろその前提を社会的につくりだす必要があった。その社会的努力が社会保障のミニマム保障として形成されてきたのである。介護保険が先陣を切る一連の社会保障「構造改革」は、このミニマム保障を既に達成された課題として等閑視している。このために「応能負担から応益負担」への転換やサービス提供機能の公的セクターから民間セクターへの転換が強調されるのである。

介護保険においてこの問題は低所得層の保険料、利用料問題として大きな争点になっているが、1号被保険者に対する低年金からの保険料の天引きの問題や、低所得層への負担の減免制度などはこの介護保険の根幹を揺るがすとして依然として取り上げられていない。その結果、少なくとも低所得層が介護保険制度から脱落す

るか、またはサービスを利用できなくなると予測される。例えば、99年4月時における近畿A市の特養老人ホーム入居者の費用負担状況は、入所者本人分で無料7.2%、1万円未満1.4%、2万円未満4.8%、3万円未満21.3%、4万円未満7.6%、5万円未満5.2%、5万円以上52.4%となっている。扶養義務者でも5万円未満が49.8%となっている。特養老人ホームの一割負担は平均で約2.7万円、食費の標準負担額は2.3万円であわせて約5万円の負担が見込まれている。したがって、所得の低い約半数の入居者は負担増となる。

もちろん高額介護サービス費の支給制度は用意されているが、特養老人ホームの場合は、老齢福祉年金受給者等で負担が2.4万円以上、市町村民税世帯非課税者等で4万円以上、一般世帯で5万円以上に支給される。このことは生活保護の受給者を除けば、老齢福祉年金受給者のような低所得層でも2.4万円までは自己負担することになることを意味している。一般世帯の場合には、通常は高額介護サービス費の対象にはならない。ちなみに、A市における1号被保険者のうち老齢福祉年金受給者等は7%、市町村民税世帯非課税者等は34%、残り約6割が一般世帯に区分されている。

2) 前提条件を欠く「選択」と「契約」型システム

2つ目の問題は、サービス基盤整備の遅れである。現在、各自治体で介護保険事業計画が作成されつつあるが、住民のサービス利用意向に見合う供給体制を整えている自治体はほとんどないものと思われる。介護保険のサービス供給体制整備の前提とされたのは、高齢者保健福祉計画の基盤整備の目標数値であったが、この目標値そのものは介護の実態からすると低いものであった。しかし、その目標値さえクリアできていない自治体が多いにもかかわらず、利用者の選択を掲げた介護保険を強行的にスタートさせるのである。そのために2000年4月時点で、

各種のサービス必要量に対して供給率が100%という自治体は少ないし、5年後の供給率も国の指導で供給率が100%となる計画にしているが、予算措置をとるなど確実な基盤整備の見通しがあつての数値ではない。つまり、サービスを選択する余地がない状況は依然として解消されていないのである。

特に在宅サービスの基盤整備が遅れており、高齢者の住み慣れた地域で暮らし続けたいという選択が実現できるよう、「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」(厚生事務次官通達、97.12.26付)という法の基本理念とは逆に施設介護にシフトする可能性が高くなっている。また介護施設では特養老人ホーム、老健施設、療養型病床群の間の差異性がほとんどなくなり、そのことによって待機者まで生み出している生活施設としての特養老人ホームに対する基盤整備のインセンティブが薄れることが危惧される。

3つ目の問題は、サービスの選択を最大の売りにする介護保険のスタート直前にもかかわらず、選択の前提となる制度の周知、保健福祉サービスの内容、サービス提供者、ケアプランを作成する介護支援専門員などに関する情報は全く住民に示されていない。もちろん制度の根幹の保険料や介護報酬なども確定できていないなかで準備作業を進めている自治体はまだそこまで手がまわらないという事情もあろう。また選択や自己責任ということで困難を抱えている虚弱の高齢単身者や痴呆の高齢者などへの支援体制もまだできあがっていない。さらに契約に基づく利用の場合、消費者保護の視点からの被害や苦情対策も不可欠となるが、こうした体制もできていない。このように選択や自己決定の前提である情報環境の整備、利用者保護なども手つかずのままで、「選択」や「自己決定」を迫られることになるのである。

4つに、介護保険における対象者の逆選別性

特集・公的サービスと民主的行政改革

の問題をあげておく。介護保険は当初、措置制度と異なることを強調するために、医療保険と同じように介護が必要な高齢者がいつでもどこでも必要なサービスを自由に選択できるものと思わせ、国民の間に一定の期待を呼び起こした。しかし、具体化したのは要介護認定というADLを基準にした要介護高齢者の選別システムである。昨年までに行われたモデル要介護認定において現在介護サービスを受けている高齢者も「自立」の判定がでたり、「要支援」の判定で施設介護の対象から外れるケースが出てくることが明らかになった。しかし、介護保険事業計画の作成過程では、もっと大規模な介護保険サービス対象者の絞り込みが行われている。

例えば、施設サービスの対象者は、国の参酌標準によって65歳以上人口の3.4%とはじめから決められている。在宅サービスの対象者も、予め施設を含めた介護保険の対象者が65歳以上人口の13%程度として示され、各自治体はこの国が示す要介護高齢者の出現率に近づけようと努力をしている。これは介護保険の対象となる要介護高齢者の比率を高くすれば保険料の高騰につながり、新制度への反発が強まることをおそれての政治的措置であろう。各自治体は昨年からの要介護高齢者を把握するために、大規模な実態調査を実施してきたが、介護保険事業計画におけるサービス見込み量の算出は、調査結果を直接には反映させず、国の出現率にあわせる形で行われている。その結果、自治体によっては調査結果において50%近くになっているJランク以上の要介護高齢者の比率を、介護保険対象者比率では1割強に絞るということになっている。

このことは何らかの援助が必要と考えている高齢者と介護保険が認定を通じてサービスの給付対象とする高齢者の間には大きなギャップがあることを示している。介護保険対象者を限定するということは、特に、要介護状態の予防や悪化防止との関係で重要な虚弱高齢者（「要支

援」）を限定することになり、これまで行われてきた健康維持や家事援助、孤立防止などの活動は限定されたり、弱められたりすることになる。またデイサービスセンターなどでは、介護保険によって対象者が絞り込まれることを予測して、既に利用者の制限などを行っている所もある。希望するサービスを選ぶのではなく、逆に希望とは無関係に制度に選別されるという事態を迎えつつある。

3) 介護保険と参酌標準行政

最後に、介護保険を「介護に関する権限と財源を市町村に移譲する仕組み」（池田省三、『朝日新聞』、99.6.12）とか、「地方自治の新しい挑戦」という視点でとらえて、介護保険制度の上に何か地域独自の介護システムの構築が可能であるかの主張に対して一言コメントしておく。確かに介護保険の事業主体は市町村である。しかし、全国一律の社会保険制度である。これまでの在宅サービスは市町村が実施主体で、直接サービスを提供したり、委託したりしながら地域の実情に応じて仕組みをつくってきた。しかし、介護保険は多様な地域の保健福祉の取り組みを、保険制度に馴染む画一的な対応に強ちに転換させようとしているのである。

全国一律の制度として中央のコントロールのままに運営する仕組みをつくりつつ、他方で、サービス基盤整備の遅れや新たな負担に対する住民の批判を回避するために、市町村の役割や住民参加を強調しているだけである。今回の介護保険制度具体化のプロセスをみれば分かるように、1から10まで全て国のお仕着せである。もちろん、自治体ごとに住民参加の介護保険事業計画策定委員会をつくって、自主的に計画をつくることにはなっているが、市町村や住民が事業内容にかかわることで独自に判断をして決定できることはゼロといってもよい。こうした制度であるにもかかわらず、「やる気のある自治体とやる気のない自治体が見事にあぶり出されてきた」（前出、池田氏の発言）などという言い

方は国の無責任なやり方を免責するものである。

全国市長会社会文教分科会委員長の喜多洋三氏(守口市長)は、雑誌のインタビューで介護給付費の国負担の25%のうち5%は調整財源で、国が確実に負担するのは20%となっていること、全国市長会や全国町村会が改善を要望している財政安定化基金、低所得者対策、高額介護サービス費などの財源はすべて保険料に跳ね返る仕組みになっていること、そして「介護保険が導入されて、はっきりするのは、老人福祉制度や生活保護制度における国の負担が少なくなるということだけである」と言い切っている。(『月刊 介護保険』、99年4月、法研)

財政負担は縮小させつつ、国の統制の下に全国一律の画一的な介護サービスシステムを市町村に作り上げていく。その際に用いられるのが省令・告示等を通じて示されるさまざまな基準、標準などである。これらの基準等によって要介護認定からケアプラン作成にかかわる要介護度別の居宅サービス参酌標準、介護保険事業計画の保険料算定のワークシートまで、がんじがらめになっている。しかも、自治体独自の上乗せ、横だしサービスを実施しようとすれば、高齢者の保険料に跳ね返ったり、減免制度を実施するにも制度的な枠がしっかりとかぶせられて独自の対応をし難くしている。このように介護保険は分権や自治とはほど遠い仕組みになっている。

さらに、介護保険が市町村の保健福祉行政のあり方を変え、加えて介護報酬とも関連して福祉労働を変質させるおそれのあることにも注視しておく必要がある。行政の役割を「地域保健福祉の総合調整」に限定して、サービスの供給からは基本的に撤退するという動きである。市民のサービス需要に対して供給量が対応できなかったときに地方自治の本旨に照らして行政責任は発生しないのか。また介護保険によって総合的な生活支援としての福祉労働が細分化され、個別行為レベルの介助に矮小化されることが指摘されている。見守りや相談といった福祉労働

のなかでの重要な機能が切り捨てられることになる。

おわりに

以上のように戦後の憲法に規定された生存権保障を理念としてつくられてきた社会保障制度は大きく変えられようとしている。社会保障制度が現在のように問題を抱えながらも改善されてきた背景には生存権を暮らしのなかに具体化し、豊かにしようとしてきた勤労国民の粘り強い社会保障運動があった。介護保険をめぐるこの間の地方や中央の動向の特徴は、社会保障制度リストラの動きの強まりとともに、他方での、地域における従来にはみられなかった住民の社会保障への関心の高まり、社会保障運動の高揚である。この背後には、高齢化による介護不安の増大とともに、高齢期生活保障を次々と後退させる国の社会保障政策への批判がある。

また自治体への政策批判や政策提言とともに、住民自身が独自に運動によって地域における高齢期生活保障の具体的事例を創り出しつつある。このように社会保障の変質に対して、地域から反撃の動きが具体的に、かつこれまでにない大規模で生み出されてきているのである。介護保険に功があるとすれば、高齢期介護保障の貧しさを全国にあまねく浮き彫りにしたことにより、地域住民の燎原の火のような社会保障運動に点火したことであろう。全国の3分の1を超える1200以上の地方議会が採択した介護保険の改善を求める意見書の多さがそのことを物語っている。

(常任理事・佛教大学教授)