

老人介護の老人保健への統合

—老人福祉の専門性から保健医療の地域性へ—

星野 信也

はじめに

社会福祉行政は、1980年代から1990年代初頭にかけて形式的にはいくつかの大きな改革を経験した。それは、第1に、1986年に行われた社会福祉5法関係措置事務の機関委任事務から団体事務への転換であり、第2に、1990年の福祉8法改正による同じ社会福祉措置事務の市町村への一元化である。それによって、社会福祉措置事務は、コミュニティ・ケアと施設ケアを併せて地方分権化され、市町村の団体事務として一元化された。第3には、福祉8法改正において在宅福祉サービスが法定化され、これまで民間社会福祉事業とは峻別されてきた私営民間サービスの大部分が、事実上、社会福祉事業化された。

筆者は、これまでこれらの改革について何度か論評を加えてきた。そこで指摘してきたのは、1980年代の改革が決して目標通りのものではなく、むしろ「地方分権化を掲げた中央集権」と「民間活用を掲げた規制強化」の性格を持つ点であった。本稿では、新たに老人保健法の成立と改正を視野に加え、これまでの論評を総括しつつ、一定の建設的な提言を行いたい。

ここでの視点は、第1に、社会保障と社会福祉の整合性の回復、第2に、社会福祉の専門性対地域性における地域性の選択、第3に、供給者援助から需要者援助への転換、である。

第1の整合性の視点は、老人福祉法したがって税財源による医療費無料化から老人保健法による医療保険を通じた世代間の分担への転換が新たに生み出した、社会保障と社会福祉のグレーゾーンの拡大を問うものであり、第2の地域性の選択は、社会福祉行政の市町村への団体事務化、一元化の背後にあったはずの基本的選択を問い直すものである。そして第3は、いわゆる民間活用をむしろ肯定的、積極的に捉え直そうとするもので、社会福祉の求める社会権保障が、サービス利用者の自由権すなわち自由な選択を高めるべきものであるとす

る考えに立脚している。

1. 改革の経緯

(1) 改革の背景：行政改革

1980年代からの一連の社会福祉行政改革を検討する場合、それが第2次臨時行政調査会第3部会の「国と地方の機能分担等のあり方について」の答申に端を発していることを確認しなければならない。そこでは次のように提言されていた。

- ①住民に身近な行政はできる限り地域住民に身近な地方公共団体において処理されるよう、事務の再編成を行うことである。このことが、地方の自主性、自律性を高める上で重要である。
- ②市町村の行政機能の強化に重点が置かれるべきである。それは、市町村の行政において、最も地域住民の意思が反映され、それによって、地方自治がもっとも実現されやすいからである。
- ③国の地方公共団体に対する規制や関与をできる限り緩和することである。地方公共団体が処理する事務について、地方公共団体の自主的処理が可能となるよう、種々の国の規制や関与をできる限り緩和する必要がある。
- ④「選択と負担」のシステムを地方行政の場に明確に位置づけることである。今後は、地方の個性や独自性に基づく行政サービスについては、基本的に地域住民の選択と負担において行われることとすべきである。また、その前提として、現在確保されてる財源について、地方公共団体間の均てん化を一層強化する必要がある。

こうした考え方に立って、第2臨調は、「国と地方公共団体の機能分担の在り方」において次のように勧告していた。

①地域性

地域住民の日常生活に直接関係する行政など主として地域的な利害や実情を踏まえて意思決定することが適当な事務は、地方公共団体の事務とすべきである。

②効率性

国民の側にとっても行政の側にとっても良質な行政サービスを最も効率的に供給しうる行政主体において、当該事務を処理することとすべきである。

③総合性

相互に密接に関連する地域性の高い行政事務については、地方行政の総合性を確保する観点から、極力、地方公共団体において処理することとすべきである。

別に、第2臨調は「機関委任事務の整理合理化」および「国の関与及び必置規制の整理合理化」の項を設け、次のように提言していた。

「現在の機関委任事務についても、次のような観点から見直しを行うべきである。

- ①地方公共団体の事務として既に同化、定着しており、地方公共団体の自主的な判断のみによって処理することとしても支障が生じることがないと認められる事務は、地方公共団体の事務とする。
- ②都道府県から市町村への委譲を適当とするものについては、積極的にこれを推進する。既に一部の都道府県の自主的判断により実施されている事務委譲については、的確な実施を前提として、その定着、拡大を図る。
- ③全国的統一性、公平性の確保を理由とする（国の）関与についても、事後的な関与で目的が達せられるものについては、極力、事前の関与から事後的な関与に改める。
- ④（必置規制は）類似の機関、職等により代替しうるものは統廃合する。必置義務を課する場合にも、その構成、運用等については、地方公共団体の自主性を反映しうるよう配慮する。」

さらに、「第3. 地方財政制度の在り方」においても、次のように勧告していた。

- ①補助金等の対象事業のうち、地方公共団体の自主性、自律性にゆだねてもよいものは、原則として地方公共団体の一般財源措置への移行を図る必要がある。その場合の地方財源の問題については、地方財源全体の過不足を図る土俵となる地方財政計画の上で、総体的に検討すべきである。

②手数料，使用料等の公共料金は，受益と負担の直結が容易であり，住民に対する負担の公平を期するためにも，その見直しを図るべきである。

③地方財政に対する住民の監視を強化するためには，住民の理解しやすい形での財政内容の公開を行うべきである。そのためには，費目別の財源内容の公表等，地方自治法に定める現行の公開制度をさらに強化すべきである。

ここで勧告されていたことを端的に要約すれば，第1に，既に地方公共団体の事務として同化・定着した事務の地方公共団体への団体事務化，第2に，住民に身近な行政の市町村への一元化，総合化，第3に，個別縦割補助金の地方公共団体の一般財源への移行，である。

(2) 改革の経緯：団体事務化

こうした行政改革の課題に対して，厚生省は，臨調答申の前後を通じて，徹底的に改革を回避しようとした。だが，第2臨調の勧告実施に向けて行政改革審議会が設けられ，改革の着実な実施を求めたから，厚生省が次にとった手段は，改革の地方分権志向を骨抜きにし，むしろ逆に実質的には中央集権化を図ることであった。

1983年のいわゆる第1次整理法，すなわち社会福祉行政を含まない「行政事務の簡素合理化及び整理に関する法律」においては，①それまで「省令の定めるところにより」となっていた規定を，「条例の定め」に置き換え，②国の省庁に再審査請求できるとなっていた規定を削除し，相当程度地方分権的な改正が成立した。

ところが，社会福祉関連行政の団体事務化を行った1986年の第2次整理法，「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律」においては，団体事務化した社会福祉サービスについて，①ほとんどすべてに「政令の定める基準に従い」や「厚生省令の定め」という制約を加え，かつ，②再審査請求の規定を存置した。

そればかりか，団体事務化に便乗して，それまで地方公共団体の固有事務であった在宅サービスのうち通所によるサービス，デイサービスを団体事務化し，そこでも「政令の定める基準」「厚生省令の定め」を設定した。それによって，従来は単に通達，通知による「要綱」等によっていたものが，政令，省令に根

拠をおいた「ガイドライン」に置き換えられ、その置換された分、国、都道府県、市町村の縦割りはいっそう細目化、細分化された。

機関委任事務の団体事務化は、理論的には、国の事務から地方公共団体の事務への画期的転換であり、本来は社会福祉行政に多大の変化をもたらすはずであった。しかし、社会福祉行政の実態はおよそ何の変化もなかったように続けられている。それは、第1に、厚生省には本当に行政改革を行おうとす意欲がもともと欠落していたからであり、第2に、市町村自治体の側にも積極的に自治行政を展開するより国の行政指導に安住しようとする保守性が根強かったからに外ならない。

(3) 改革の経緯Ⅱ：補助率の削減

1986年「国の補助金等の臨時特例等に関する法律」という3年間の時限立法によって、国の財政の窮迫に較べて地方財源の方が相対的に余裕があるという考え方から、社会福祉関連国庫負担金の補助率は、従来の8/10からおしなべて5/10に引き下げられた。

それと時を同じくして上述の機関委任事務の団体事務化が行われることになるが、3年間の時限立法の期限切れに当たって、1989年「国の補助金等の整理及び合理化並びに臨時特例に関する法律」が制定され、従前通り機関委任事務に据え置かれた生活保護について補助率を7.5/10に引き戻した外は、団体事務化された個別福祉サービスの補助率はすべて5/10のまま固定化された。

団体事務について5/10の補助率ということであったから、固有事務から逆に団体事務化された通所によるデイサービス等の在宅サービスについても、従来の要綱や予算措置による1/3国庫補助から5/10国庫補助に統一された。

(4) 改革の経緯Ⅲ：市町村一元化と老人保健福祉計画

1990年「老人福祉法等8法の改正に関する法律」は、それまで町村部について都道府県福祉事務所に留保されてきた24時間ケア施設への入所措置事務を市町村に委譲し、それによってコミュニティ・ケアと施設ケアの措置権限を市町村に一元化した。

しかし、ここでも、最後まで市町村の固有事務として残されてきたホームヘルプなどの在宅訪問サービスを団体事務化するという中央集権策がとられた。

だが、さすがに必置規制をさらに強化することははばかられたから、町村は老人福祉担当社会福祉主事を任意設置できるとした。この点は、もともと1951年の社会福祉事業法制定当時、福祉事務所を都道府県、市に必置とする代わりに、むしろ社会福祉主事を市町村に必置しようしたことを想起させるものである。

機関委任事務の団体事務化の半面で、国は、国、都道府県、市町村の3層の指揮監督関係の維持強化に腐心したが、それは次の2点でほぼ達成された。それは、①連絡調整と専門的、技術的助言を名目とした都道府県ないし都道府県福祉事務所の市町村への関与の温存と、②都道府県、市町村に対する老人保健福祉計画の義務化である。

老人福祉法等8法の改正による市町村一元化によって、本来なら、国や都道府県の市町村への関与は大きく後退するはずであった。コミュニティ・ケアと施設ケアを併せて考えれば、都道府県福祉事務所は、老人福祉、身体障害者福祉を除く福祉4法、市町村福祉事務所は引き続き福祉6法、町村は老人福祉と身体障害者福祉の2法担当、となるはずである。ところが広域調整と専門的、技術的助言の名目で、福祉6法すべてについて、国、都道府県の関与がかえって強化されたといってよい、それは、市町村一元化というより、むしろ、国、都道府県、市町村への三元化と表現すべきである。

その関与をいっそう強化する手段となるものが、都道府県、市町村に対する老人保健福祉計画の義務化である。平成3年版厚生白書は市町村保健福祉計画について次のように述べる。

「市町村老人保健福祉計画は、住民に最も身近な市町村が高齢者の需要をきめ細かく把握し、これに基づいてサービスの事業量の目標を定めるものであることから、新規の調査や既存のデータに基づき、要介護老人数の将来推計や各種サービスに対する需要の把握を行う必要がある。これに基づいて、ホームヘルパーを何人確保するか、あるいは特別養護老人ホームの入所定員を何人分確保するかといった事業量の目標を定めることとなる。」

同じく厚生省が示している市町村老人保健福祉計画の骨子によれば、①老人の現状を把握し、②老人保健福祉サービスの実施の現況を把握し、それらに基づいて③サービスの実施の目標を設定し、④サービスの提供体制の確保を図る、

となっている。だが、これではおよそ行政計画に必要な資源配分の最適化と優先順位の評価の2点が見事に欠落しているといわなければならない。もちろんこれら2点は、まさに市町村住民と行政の主体的、政治的判断によるべきものだが、そのための基本的選択肢を示すのでなければ、国が計画の標準を設定する意義はないに均しい。

実際、市町村にはこれまであまりにも多くの基本構想や計画が義務づけられてきたから、社会福祉行政を計画化していない市町村の方がむしろ希であるといつてよい。また、多くの町村が、法律上の義務づけのないまま、実態として施設措置事務の実質部分を担い、そのため、ある場合には周辺市町村と協同で一部事務組合を作り、ある場合には周辺市町村との自主的な話し合いを通じて民営入所施設の設置助成に参画してきた例は余りにも多い。

そもそも行政計画は、市町村全体の行政需要をその財源と対照させるなかで、優先順位を判断しながら総合的、全体的に決めていくのでなければ、およそ計画としての意義に欠ける。その点は、老人福祉法の老人福祉計画義務づけ規定自体が、「市町村は、地方自治法第2条第5項の基本構想に即して、この法律に基づく福祉の措置の実施に関する計画を定めるものとする。(老人福祉法第20条の8)」としていることから明かである。その意味では、老人保健福祉計画の義務化は、大多数の市町村にとっては、新たなセクショナリズム計画の作成を義務づけ、国、都道府県、市町村間の縦割り行政をいっそう強化する以外のなにものでもない。

この老人福祉計画義務化の背景には、1989年12月に、消費税の導入を契機に同年夏の参議院選挙に破れた自由民主党が、1990年春の衆議院選挙を意識して消費税の使い道として公表したいわゆるゴールド・プラン、「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」がある。本来なら自由民主党の政策綱領として位置づけられるべきものが、わが国特有の政官癒着構造の故に、いつのまにか政府の行政計画として取り込まれ、それを頂点とした都道府県、市町村計画が求められているということがある。

老人保健福祉計画に関わる最大の問題点は、それが供給制約の手段化する恐れである。国、都道府県、市町村は老人保健療養費や老人福祉措置費を予算制

約で絞ることは許されないが、これまで国が用いてきた予算コントロール手段は、むしろ供給資源すなわち施設とマンパワーを制約することであった。それは、1985年に義務化された都道府県医療計画を通じて国が病院病床のチェックを行っている例、あるいは大学の医師養成学部定員削減によって医師供給のチェックを行っている例が端的に示している。それらは、供給が需要を生みだしやすい医療分野において、医療保険の自由診療契約と第三者払い方式のなかで確実な医療費抑制手段を持たない国に残された有力な供給制約手段である。

これまで国が法的規制と社会福祉施設整備費予算を通じてたとえば特別養護老人ホームの供給を制約し続けてきたことが、今日の老人ホームの絶対的不足をもたらしている事実を直視すれば、老人保健福祉計画が医療計画と同じ性格を帯びないという保障はない。そもそも計画が供給を促進する保障はないことは、社会主義経済の失敗が如実に示している。

(5) 改革の経緯Ⅳ：在宅サービスの法定化と民間サービス

1990年改正法は、同時に、国の市町村に対する不信と自らの権限欲を露にし、在宅サービスについて社会福祉協議会等厚生省系列民間団体への委託を推進しようとした。それには、第1に、サービスを社会福祉事業法に法定して公の支配下に置くこと、第2に、それを基礎に、各福祉法に在宅サービスに関わる市町村の措置権を規定すること、そして第3に、各福祉法にその措置を民間委託できる旨の規定をおくことが必要である。

改正法は、上述の通り、これまで市町村の固有事務として着々と整備されてきていたホームヘルプ事業を改めて団体事務化するとともに、前回改正で既に団体事務化されたサービスを含むほとんどの在宅サービスを第2種社会福祉事業として新たに社会福祉事業法に法定し、それを基に、各福祉法に市町村の措置とそのためサービス民間委託を法定化した。

だが、この法定化は、半面でこれまで弾力的に行われてきていた在宅サービスを法定カテゴリー化することで、かえってサービスを硬直化させ、「対象者の福祉ニーズに合わせて適切なサービスを提供する」姿勢から、逆に、「カテゴリー化された法定サービスに対象者を合わせようとする」傾向を導く恐れがあるといわなければならない。

法定化は、民間社会福祉事業ではないいわゆる民間サービスにも及び、老人福祉法は有料老人ホームも事前届出と調査に従うこととしたほか、民法上の公益法人でありながら厚生省への協力義務とその検査に従う有料老人ホーム協会を設け、協会加入を推奨している。社会福祉事業法においては、第1種社会福祉事業施設は認可を要し検査に従うが、施設を要しない第1種社会福祉事業および第2種社会福祉事業は事業開始1カ月以内の届出で足り、検査を受けるとどまる。したがって、民間社会福祉事業と民間サービスの差異は、もはや「検査」を受けるか「調査」を受けるかの形式的違いでしかない。

在宅サービスの法定化によって、それ以前ならば民間サービスに過ぎなかったものも、法律上、措置委託の有無にかかわらずすべて民間社会福祉事業とみなされるはずである。にもかかわらず平成3年版厚生白書は、民間社会福祉事業と民間サービスを、ほぼ従前通り措置委託対象か否かの区分で用いているように読み取れる。だが、その区分は、もはや措置委託の有無から届済「法定」社会福祉事業対未届「法定」社会福祉事業に転換したはずである。すなわち、有料老人ホームのように法文上明確に社会福祉施設でないとされない限り、すべての民間在宅サービスが法定第2種社会福祉事業としての意義を持っている。届出を怠ったとしても、認可と異なって、行為の有効性を制約されないからである。

(6) 老人保健法成立と改正Ⅰ（1980年代）：国民健康保険の財政問題

わが国の社会保険は、所得保障と医療保障を通じて、職域保険と地域保険とから組み立てられており、農林漁業、商工業の自営業者等所得の把握の困難な人々、そして退職者等の相対的に所得の低い層の人々もっぱら後者に含まれる仕組みになっている。医療保険の場合、職域に健康保険、地域に国民健康保険が設定されており、後者は約3,200の市町村を保険者として成立している。したがって、財政基盤の乏しい市町村の場合、同時に国民健康保険税ないし保険料収入額も低くなりがちであり、国民健康保険特別会計の赤字問題に苦しむことになりやすい。1961年国民皆保険が成立した当時と比較して、その後、著しい産業構造、就業構造の変化が生じ、就労者に占める雇用者の比率が顕著に増大したことも、地域保険である国民健康保険の財政基盤を弱めるものであっ

た。

もともと国民健康保険財政赤字の最大要因として、職域保険よりも地域保険に高齢者比率が高く、高齢者一人あたり医療費は若者のおよそ5倍に達するということがあった。若い間職域保険の健康保険に加入していたサラリーマンが、定年退職すると職域保険を離れて地域保険の国民健康保険に新規加入するから、国民健康保険の高齢者比率はいわば構造的要因によって高くなる。加えて、1973年から全国的に、医療保険自己負担分を老人福祉法から公費負担し、老人医療費無料化を押し進めてきたことが、当然のことながら高齢者の医療へのアクセシビリティを高め、老人医療費をいっそう増大させ、国民健康保険の赤字体質をいよいよ深めることになった。

この国民健康保険あるいは医療保険そのものの構造的危機状況に一つの解決をもたらそうとしたのが、1982年の老人保健法である。それは、第1に、70歳以上の高齢者（寝たきり老人は65歳以上）の医療費保障を健康保険および国民健康保険から一応分離し、将来に向けて、各種医療保険が高齢者医療費を平等にシェアするよう、被保険者に占める高齢者比率を次第に人為的に平均化させ、それまで主として国民健康保険にかかっていた高齢者医療費を、勤労者世代の若者を中心とした健康保険、共済組合等から所得分配的に分担する仕組みを作り上げた。いわば若者が高齢者の医療費を世代間で分担するメカニズムを構築したことになる。このメカニズムは1984年健康保険法改正による退職者医療制度によってさらに70歳未満の退職者にまで拡充され、70歳未満の健康保険制度OBの医療費についても被用者健康保険が共同で分担することとなった。

第2に、それまで老人福祉サービスとして医療保険の自己負担分を公費負担していた分、原則30%を、老人保健制度のなかで引き続き公費負担するが、高齢者医療費抑制を意図して、老人医療費無料化を撤廃し、小額ながら定額負担を導入した。

第3には、中高年齢者への予防的地域保健医療を目標として、老人医療給付の市町村長への機関委任とは別に、予防を含む保健施策を市町村に団体委任した。

しかし、老人医療費は依然増大を続けているから、各医療保険とも今日では

老人保健拠出金負担の増大に悩んでいる。そこで政府は、

- ①医療費特に老人医療費の抑制、と
- ②財政基盤の弱い国民健康保険に対するさまざまな助成策の導入、を図っている。

①に関わる最も大きな改正は、1986年健康保険法改正による被用者本人給付率の10割から9割への改訂である。初診料という形の定額負担から10%という定率負担への転換は、明らかに医療費抑制を狙ったものである。それは、一部の関係者が主張してきた将来の医療保障はユニバーサルにすべて医療保険10割給付で賄われるという考え方を否定するものであった。次に、老人医療費にターゲットを絞った改正が続いた。とくに1986年の老人保健法改正による中間施設、老人保健施設の導入、平行して進められた老人病院制度の創設などが、医療の内側ないし医療と福祉の接点に介護という区分を作り、老人医療費の削減を図った。老人の入院時医学管理料について、3カ月を目途に著しい逡減措置を取ったのも同じ趣旨からである。

②の国民健康保険に対する助成策は、老人保険制度における加入者案分率引き上げによる老人医療費負担の軽減に始まって、1988年国民健康保険法改正による高医療費市町村安定化対策の創設、1990年同法改正による保険基盤安定制度を通じた保険料軽減分に対する公費補填策などが、次々と制度化されてきた。今日では、国民健康保険に対する助成は実に医療給付費の50%および保険料（税）軽減分の同じく50%に及んでいる。それは政府管掌健康保険に対する国庫負担が医療給付費の16.4%にとどまっていることと対比されるものであり、国民健康保険はもはや保険料を主財源とすべき医療保険としてぎりぎりのところまで財政的行き詰まりに逢着しているといわなければならない。

このことと関わって、1980年代を通じて生活保護が厚生省の厳しい行政指導によっていちじるしく引き締められてきたことも見逃せない事実である。生活保護の医療扶助は、低所得者にとって最後の医療確保策であったが、その運用が引き締められた分だけ、相対的に医療扶助が縮小し、国民健康保険の収入と支出の財政バランスをさらにいっそう悪化させてきたということがある。

国民健康保険の医療給付費の50%を超えてさらに国庫負担率をアップするこ

とは社会保険としての性格を損なうことになるから、逆に、国民健康保険からの老人保健拠出金負担の軽減を図って、老人保健制度の原則30%の老人医療費公費負担に加えて、さまざまな公費負担率アップ策が模索されてきた。次項に述べる1992年度からの「介護」相当分に対する公費負担率の30%から50%への引き上げは、その方向に沿った国民健康保険救済策である。

(7) 老人保険法改正Ⅱ：訪問看護

欧米の老人保健福祉の重要な柱として訪問看護があることは周知の通りだが、わが国ではそれがはるかに遅れを取っていた。しかし、欧米のコミュニティ・ケア推進に広くみられる老人福祉と保険医療の連携、協同の問題がわが国でもいわれるようになって、ようやく老人保健制度に「老人訪問看護制度」がつけ加えられた。

1991年の老人保健法改正は、上述の①老人医療費抑制策と②国民健康保険に対する助成策の両面を備えている。まず、老人訪問看護制度の創設は、それまでもっぱら老人福祉に依存してきたコミュニティ・ケアに、老人保健サービスの公式参加を明らかにしたものであるが、角度を変えてみれば、それは重要な老人医療費抑制策といえる。制度的には、新たに地域に設置される老人訪問看護ステーションから、看護婦等がかかりつけの医師の診断に基づき、在宅の寝たきりまたはそれに準ずる状態にある老人等を訪問し、必要な看護サービスを行うものとされる。その費用は老人保健制度から支払われるが、新たに「介護」の要素に着目し、通常の老人医療費とは区別して、老人保健施設療養費、老人病院の入院医療費等と併せて、老人保健制度からの公費負担割合をとくに30%から50%に引き上げる措置が取られた。これは、既に国民健康保険医療給付費の実に50%を助成している国が、むしろ老人保健拠出金の増大を抑制することで国民健康保険財政を援助しようとした施策である。

2. 改革の評価

一言でいえば、1980年代の改革は形式的な地方分権化の半面で実質的にはまさにその逆の中央集権化を図った「改革意欲なき改革」であった。

(1) 中央集権の強化：地方財源の動員と形式的責任の転嫁

社会福祉行政は、第2次世界大戦後長い間、①権限について機関委任、②財政において縦割り補助金、そして③行政組織について必置規制という、強い中央集権体制の下に置かれてきた。今回の一連の改革は、この3点セットのうち財政の縦割り補助金と組織の必置規制はそのままにしてただ形式的に機関委任事務を団体事務化、市町村一元化しただけのものに終わった。しかも、団体事務化を背景に、国庫補助金の負担率はおしなべて8/10から5/10に引き下げられたから、中央政府は紐付きで地方公共団体財源の動員に成功したことになる。

それでも、社会福祉行政の責任はたしかに国から地方公共団体へ移されたのであるから、今後、社会福祉行政に関わる批判はすべて地方公共団体とくに市町村に向けられる恐れがあり、とりわけ国自らが縦割りに地方公共団体批判を強める可能性が強い、その絶好の材料とされるであろうものが、まさに国が新たに都道府県、市町村に義務化した老人保健福祉計画である。

(2) 区分と分類の累積：老人保健制度の矛盾

老人保健法は、成立当初から、若者が高齢者の医療費を分担するという老人保健、老人福祉の視点の半面で、時にそれと相反する医療費抑制の目標を与えられていた。老人福祉法による老人医療費無料化から一転して低額ながら定額負担を導入したことに、それは端的に現れていた。老人保健制度が原則70%まで各種医療保険の費用負担による以上、たえず医療費抑制の側面が表面化することは、当然といえば当然のことかもしれない。

しかし、老人保健法の問題点は、それが医療面からの医療費抑制手段に窮して、次々と新しいサービス区分を作り出していることにある。①老人病院、②老人保健施設、③訪問看護などの区分にさらに包括的な④介護という区分が創設された。①老人病院は看護婦の配置基準の緩和や入院時医学管理料の通減制などで入院医療費の軽減を図り、②老人保健施設は、看護婦の配置基準を引き下げた上、ホテルないし旅館相当分を患者家族の自己負担として、医療費抑制を図っている。③訪問看護は、ようやく保健医療面からも本格的にコミュニティ・ケアを志向する姿勢を鮮明にした点で評価されるが、そこに入院の予防、抑制の意義が込められていることも事実であろう。また、新たに④「介護」と

いう区分を設け、老人福祉とのアナロジーで、公費負担割合が30%から50%に引き上げられた。

このように、老人医療ではなく老人「保健」になり、そこにまた新たに「介護」という概念がつけ加えられたのは、第1に、医療費抑制、第2に、国民健康保険財政支援、を正当化するためのものである。老人保健が40歳からの予防、健康面への積極的対応を制度化した点や、最近の寝たきり老人ゼロ作戦などへの貢献を軽視するものではないが、それが老人医療とは区別された老人保健という区分で行われることに、ある不自然さを感じざるを得ない。

「介護」は、老人福祉の特別養護老人ホームや居宅生活支援事業として行われれば措置委託費の対象になるが、それが老人保健施設で行われれば、老人保健制度から療養費の名目で老人保健医療費が支払われる。また、1991年の医療法改正では、一般病院がまず特定機能病院と一般病院に分化され、一般病院がさらに療養型病床群と一般病床に分類された。

このような分類の上に分類を重ねるやり方は、利用者にサービスを合わせるのではなく、利用者をサービス分類に合わせる傾向に陥りやすいことは先にも指摘した通りである。しかも、長期入所型の施設は、どのように分類してみても結局は入所者がほとんど類似してくることは、欧米の先例が示している。わが国の老人向け施設種別、一般病院、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（A、B、およびケアハウス）、有料老人ホームは、たとえばアメリカにおける病院、ナーシングホーム（SKilled Nursing Home）、中間施設（Intermediate Care Facility）、老人向けシェルター住宅、あるいはイギリスにおける病院、ナーシングホーム、老人ホーム、シェルター住宅といった区分と対比して、あまりにも分類し過ぎているというべきである。

(3) 旧態已然の民間サービス区分

社会福祉事業法が在宅福祉サービスを第2種社会福祉事業として法定化したから、これまで社会福祉事業ではなく民間サービスにとどまっていたサービスも、老人福祉法に社会福祉施設でないと明記れたまま残された有料老人ホームを除き民間社会福祉事業に転換したはずである。厚生省は、依然として、措置

の有無によって社会福祉事業と民間サービスを区別する姿勢を続けているが、それはもはや届済法定社会福祉事業対未届法定社会福祉事業の差異でしかない。

有料老人ホームは私立、私営のシルバーサービスの代表格であったが、注目すべきことに、最近、郵政省の簡易保険や住宅都市整備公団、住宅供給公社さらには地方公共団体で有料老人ホームを自らないし委託経営しようとするところが現れており、もはや民間サービスは、公営か私営かの区分では律しきれなくなっている。それは1992年4月厚生省老人保健福祉部が打ち出したモデル事業、特別養護老人ホームへの契約入所制にも現れている。

こうした公共団体の民間サービスへの参入は、私立私営のシルバーサービス経営を圧迫する恐れがあるというべきであり、むしろ積極的に有料老人ホームを含む民間サービスを少なくとも社会福祉施設への契約入所方式に組み込んでいく必要がある。それには、初めに経営形態から施設カテゴリーを分類するのではなく、サービス内容によって施設、サービスを分類していく方式に転換しなければならない。

3. 問題点と課題

(1) 実態における多元化、多層化と制度の乖離

今回の改正は、半面で、これまで都道府県と市が福祉事務所において福祉六法を統一的、一元的に行政してきたいわゆる福祉事務所六法体制を解体するものである。それによって、今後、都道府県福祉事務所は福祉4法、市の福祉事務所は福祉6法、町村は主として福祉2法をそれぞれ担当することとなる。福祉事務所体制からいえば、従来、総合的、一元的に行われてきた福祉六法が、都道府県、市、および町村によってばらばらに担当されることとなり、一元化というよりむしろ多元化というべきである。

にもかかわらず、国は、都道府県とくにその福祉事務所に、連絡調整の名の下に、市町村を専門的、技術的に行政指導する位置づけを与えようとしている（老人福祉法第6条の3）。それは、これまで国と都道府県、市の福祉事務所との二層の関係であったものをかえって国、都道府県・福祉事務所および保健

所ならびに市町村に三層化するもので、従来の二層と比較していっそうの多元化といわなければならない。

多元化、多層化は民間社会福祉事業と民間サービスの間にも見られるが、ボランティアと有償ボランティアの関係とともに、そこには顕著な二層化の半面で、限りない近接、連続化が見いだされる。

こうした多元化、多層化のなかで、国がいう市町村一元化は、なお措置委託にこだわった場合の一元化にとどまるが、そうだとすれば、今回の改革にいったいどれだけの意義があるというべきなのであろうか？

(2) アカウンタビリティの問題

今回の改革においては、老人保健医療と老人福祉の縦割体制がかえって維持強化されたといわなければならない。老人福祉法第10条の2には老人福祉と老人保健との連携と調整が唱われ、第20条の8「市町村老人福祉計画」および第20条の9「都道府県福祉計画」では、老人福祉計画を老人保健計画と一体のものとして作成されなければならないとしている。しかし、それほどまで一体性を説くのであれば、なぜはじめから老人福祉と老人保健の一本化を図らなかったのでしょうか？

もともと保健医療と福祉の協同は、イギリスやスカンジナビアでは *intergovernmental* すなわち異なったレベルの政府間の連携・協同問題であるが、中央集権と縦割の強い日本では単なる *intragovernmental*、すなわち同一政府内の内部調整問題にとどまるという基本的な差異がある。にもかかわらず政府は、欧米流に～チーム、～センター、～ステーション等やその民間委託制度を乱造し、むしろ不必要に組織の複雑化を押し進めてきた。その結果もたらされるのは、アカウンタビリティの不明確化であるといわなければならない。

(3) 一元化されなかったもの

市町村一元化といいながら、実は一元化されなかったものがあることを強調しなければならない。それは被保護老人である。被保護老人はまず国民健康保険から排除されるが、国民健康保険からの排除は、同時に、老人保健制度からの排除を意味する。

老人福祉が絶えず老人保健と協同すべきものとすれば、そこからは被保護老

人は抜け落ちることになる。訪問看護が老人保健によって提供されるものとするれば、被保護老人はその対象外となる。医療扶助で入院していた老人が中間施設、老人保健施設を利用することも、老人保健制度では許されない。現実には、そうした場合、被保護老人は、社会福祉法人立の老人保健施設に医療扶助で入所し、自己負担金を生活扶助の範囲内に減免されるという扱いを受けている。しかし、そうした扱いは町村に一元化された老人保健福祉の領域を超えているといわなければならない。

それは、わが国における社会保障と社会福祉の整合性の欠如を端的に物語るものである。

(4) 課題

以上に見たとおり、これまでの改革が本当に市町村自治体を地域福祉の担い手として期待した改革であるか大いに疑問といわなければならない。そこで、以下に住民に身近な自治体を地域福祉の真の担い手とするための諸条件を検討したい。

①専門性から地域性へ

市町村一元化の背景には、都道府県および市の福祉事務所体制という社会福祉の専門性重視の視点から、むしろ住民に身近な市町村体制という地域性を尊重する視点への転換があったはずである。そのことは、先に見た第2臨調の方向性に明確に示唆されている。

繰り返しになるが、そこでは「地域住民の日常生活に直接関係する行政など主として地域的な利害や実情を踏まえて意思決定することが適当な事務は、地方公共団体の事務とすべきである。」「相互に密接に関連する地域性の高い行政事務については、地方行政の総合性を確保する観点から、極力、地方公共団体において処理することとすべきである。」と述べられていた。

地域的な実情を踏まえて意思決定する、相互に密接に関連する地域性の高い行政事務について地方行政の総合性を確保する、などということは、まさに狭い縦割りの専門性、すなわち市町村職員がサービス実践できないような専門性よりも、広く、密接した地域性、日常性においてサービスを展開することの重要性を認めたものというべきである。そして、今回の改正のこの地域性、日常

性の選択は、いくら強調してもし過ぎることはないであろう。

それは、今回の老人福祉法等8法の改正をめぐる一部の論調が、少なからぬ町村職員の間には、老人福祉はなにか専門的なもので、町村職員の能力を超えたものであるかのような誤解と錯覚を生み出しているからである。それら職員も、地域への密接性、住民との接触の日常性において誰にもひけを取らないことに自信と熱意を持って貫うのでなければ、老人保健福祉の市町村一元化の成果は得られないに違いない。そして国がいうように、今後、誰でも、いつでも、どこでも、気軽に、安心してサービスを受けられる姿を想定するのであれば、それは資源配分の優先順位を問う専門的ソーシャルワークの埒外であり、まさに地域性、密着性、日常性の範囲で十分というべきである。

マンパワー問題も、まさに地域性、日常性選択の意義に即して考えられるべきであって、都道府県、市の福祉事務所体制の延長上に考えられるべきものではない。欧米でコミュニティ・ケアがいわれてから、老人福祉の専門職化が声高に説かれたことはなく、むしろイギリスの1971年シーボム改革は明らかにゼネラリゼーションの選択であった。それはコミュニティ・ケアに必要なのはむしろ専門知識の社会化(socialisation)であるという認識が高まったからである。

②市町村一元化の実質化

今回の市町村一元化は、ただ形式的に責任を市町村に下ろしただけに終わり、縦割補助金も、機関委任事務体制の指揮命令系統を明確化するためにこそ存在理由のあった福祉事務所の必置規制も、いずれも温存された。

3点セット(団体事務化、財源委譲—包括交付金化、必置規制廃止)を実現するのでなければ、真の意味で市町村自治体に老人福祉を一元化したことにはならないというべきであろう。さらにいえば、市町村のアカウントビリティを確立するには、権限の明確な配分(Allocation)と財源の譲与(Revenue Sharing)が不可欠の要件である。それには、スエーデンの1982年ソーシャルサービス法がいわゆるフレーム法であるように、わが国の福祉五法も地方自治体の権限規定のみに止め、財源問題はすべて地方交付税交付金に転換すれば、はじめて配分と分与のあり方に近づくことができよう。真の市町村一元化は、国、都道府県の二重の関与からも自由でなければならない。

市町村は、たとえば保育行政が機関委任事務であった間にもどれほど大きな地域差が生じていたかを確認し（第1表参照）、県内市町村の横並びなど意識せず、地域に密着して行政を行うことが期待される。

今日の高齢者問題そしてその重要な側面であるマンパワー問題が一面で東京一極集中の産物であるとすれば、国は個別福祉サービスというミクロの中央統制を離れて、むしろこれまで一極集中を容認してきたマクロの中央無責任体制を脱却し、積極的な地方分権政策を実行すべきである。

③ゆがんだ公私関係の改革

わが国の公私関係にはいくつかの歪みが生じている。第1に、社会福祉事業が社会福祉事業法に制限列举され、そこに含まれないものはすべて社会福祉事業とはみなされない。近年の厚生白書が「民間サービス」と表現しているものがまさに社会福祉事業とは認められないサービスを指すもののようである。だが、今回の老人福祉法等8法改正における社会福祉事業法改正で、在宅福祉サービスは一斉に法定され、現行のほとんどの個別福祉サービスが社会福祉事業化されたはずであり、なお強いて区分するとすれば、老人福祉法が社会福祉事業法を超えて事前届出を要求しているから、届出の有無によって区分することができるかもしれない。しかし、届出の有無は行為の有効性を左右するものではない。

イギリスに法定、非法定の区分があり、わが国の公私社会福祉事業と民間サービスの区分はほぼそれに相当していたが、例外として老人福祉法が有料老人ホームを法定しながらそれを老人福祉施設でないとしていることがあり、普遍性に欠ける。また、公的措置による場合と措置によらない場合という区分が用いられることがあるが、1992年4月に厚生省が打ちだした老人福祉施設モデル事業に特別養護老人ホームにおける「契約入所」が認められたことを考え合わせると、そうした区分もはや妥当性を欠いている。

第2に、公私社会福祉事業と民間サービスの関係、すなわちイギリス流に言えばパブリックとヴォランタリーおよびプライベートの関係、アメリカ流に言えばパブリックとノンプロフィット、フォアプロフィットの関係が、両国とは異なっており、硬直的だということがある。そこでは民間サービスには一切

の公費が支払われない。したがって、初め民間サービスに自費で入所していても、次第に資産を使い果たした場合、同じ施設で引き続き公費負担で居住を継続することはまったく不可能である。同じことは、程度の差はあれ、在宅サービスについても当てはまる。費用負担に行き詰まった場合、供給主体を公私社会福祉事業に転換しなければサービスが継続されない。

こうした硬直性は、欧米のようにソーシャルマーケットとプライベートマーケットが流動的で相互交流性を備えている場合と異なって、わが国では両者がまったく排他的に組み立てられているからである。それは社会福祉事業の需要と供給を、措置権者が事実上独占するからであり、供給主体を多元化、多様化してある程度の競争を導入しようとする欧米の動向とはかけ離れたものとなっている。

いわゆるゴールドプラン、老人保健福祉10ヶ年戦略で「誰でも、いつでも、どこでも、安心して、気軽に」と個別福祉サービスの普遍化を唱いながら、他方で、民間活用やボタントリーサービス、フィランソロピイの高揚を説くことは矛盾というべきである。二つの主張が矛盾なく両立するには、国は社会福祉事業と民間サービスの区分を欧米に習って弾力化、流動化すべきである。

④老人福祉の老人保健への一元化

以上の課題解決を実現する最短の近道は、老人福祉サービスの大部分を老人保健に統合し、本来普遍的な医療保険からの給付に転換することである。その際、前述の問題を解決するためにも、高齢者に対する生活保護も統合することが望ましい。国民健康保険に対する一つの援助策は、被保護者を医療保険、老人保健から排除するのではなく、生活保護から医療保険料を支払う方式を導入することである。

もともと老人福祉という概念自体が老人福祉法を持たない欧米にあまりなじみのない概念であり、ほとんどの国でむしろ保健医療が主体となってそれに個別福祉サービスと住宅がミックスされてソーシャルサービスと捉えられている。特別養護老人ホームはナーシングホームと訳される場合が多いが、それは欧米では老人福祉の主体がむしろ保健医療の範疇に含めて考えられているからである。

わが国では保健医療は治療の場であり、老人福祉が生活の場を保障するものとみる俗説があるが、それは老人福祉を強いて保健医療から分類するためにする議論であって、無用の論理である。それは、イギリスや北欧のように、保健医療もソーシャルサービスに含めて捉える考え方からすれば自明のことである。問題は、むしろ病院や施設ケアそのものをどこまで、どのように予防し、コミュニティ・ケアを展開するかにある。

老人福祉の老人保健への転換は、第1に、措置委託方式から契約方式への転換を意味する。それは利用者本人や家族の自由な選択を意味するから、そこで利用者が老人保健施設と特別養護老人ホーム、訪問看護とホームヘルプなどをそれぞれの地域でどのように選択するかを見極めて各自治体が政策を展開すべきである。契約方式への転換は、また、民間社会福祉事業と民間サービスという無用の区分の撤廃を意味する。老人保健は医療保険の延長上にあるから、憲法第89条のいう「公の支配」の形式、したがって社会福祉事業法の制約から自由である。

第2に、それは保健医療と福祉の統合というかけ声倒れのスローガンを無用のものとする。そして、保健医療と社会福祉の間でマンパワー確保を競い合うという、非生産的な課題からも開放される。筆者は、マンパワー問題解決の最前の方法は、外国人にできるだけ短期間に日本語を学習して貰うメソッドを確立することだと考えている。たとえば米語学習におけるミシガン・メソッドを考えれば、それは決して不可能ではないであろう。

最後に、老人保健福祉計画が、医療計画の場合のように、供給制約の手段化されることのないよう注目したい。

第1表 保育行政における地域格差（トップと最下位の差）

1990年

項目	トップ県	百分比	2位	3位	4位	5位	
	最下位県	百分比	2位	3位	4位	5位	
1. 幼保の互換性（保育児の百分比）	高知県	78.5%	石川	長野	新潟	福井	
	神奈川県	16.3	宮城	埼玉	大阪	福島	
2. 公私比率（公の百分比）	長野県	83.3	宮城	川崎	富山	愛知	
	京都市	8.2	福岡	札幌	北九州	長崎	
3. 年齢構成 ①4歳以上	長野県	65.7	秋田	山形	愛知	新潟	
	沖縄県	31.4	香川	徳島	北九州	川崎	
	②0歳児	北九州市	8.5	川崎	京都	福岡	広島
		岐阜県	0.9	新潟	長野	高知	和歌山
4. 所得階層別第6階層までの累積	鹿児島県	89.4	沖縄	宮崎	青森	大分	
	平均	56.3					
	川崎市	31.2	横浜	東京	富山	神奈川	
5. 徴収率（援護率）	愛知県	69.6	富山	川崎	長野	岐阜	
	沖縄県	18.5	鹿児島	青森	宮崎	長崎	

資料：保育年報