

# 社会福祉基礎構造改革と地域福祉の課題

安 井 喜 行

社会福祉基礎構造改革 Social Welfare Basic Structural Reform

地域福祉 Community Welfare

社会保障 Social Security

介護保険制度 Care Insurance System

社会福祉協議会 Social Welfare Council

## はじめに

地域福祉は、いま新しい局面を迎えている。90年代半ばから厚生省が推進してきた社会保障構造改革・社会福祉基礎構造改革の具体化である介護保険法と社会福祉法が住民のくらしや地域にさまざまな矛盾をもたらしているからである。「社会保障構造改革の第一歩」に位置づけられている介護保険法については、多くの論者から要介護認定や1割の利用料負担、ケアプランの作成、介護報酬、民間企業の撤退、サービスの基盤整備の立ち遅れなど問題点が指摘されている。この10月から始まった保険料の徴収によって介護保険制度に対する住民の不安や疑問は高まり、制度そのものの見直しや改善を求める意見も広がっている。厚生省は「構造改革」の第一歩でつまづいているのである。

地域福祉との関連で見逃せない問題は、介護サービスの利用をめぐる住民のあいだに分断が持ち込まれ、くらしの面での階層間格差が拡大していることである。その結果、くらしや介護の問題を住民に共通する課題として取り組むことが困難になる状況が作り出されているのである。そうしたなかで、介護サービスを利用できない住民に対する個別的な「生活支援」やネットワークをどう形成していくかが地域福祉の課題であり、社会福祉協議会（社協）の役割であるかのような理解も一部に生まれている。介護保険法の問題点や矛盾・限界を補完する事業・活動に取り組むことは必要ではあるが、個別的な「生活支援」の積み重ねによって地域福祉は実現するのであろうか。あらためて地域福祉とは何かを問い直すことがいま求められているのである。

そもそも現在の介護保険制度は、住民がかかえている介護問題の極めて限られた一部分にしか対応していないところに基本的な矛盾がある。したがって、介護保険制度を前提にして、

その枠内でくらしに役立つ事業として発展させようとしても限界がある。介護問題の構造に対応した総合的で体系的な「介護保障」制度の実現に向けた活動を発展させることが大切である。そのためには、住民のくらしや介護の現実を地域の共通課題としてとらえ、その現実から地域福祉活動として切り返していく基盤や条件を明らかにしていことが重要である。

介護保険法の成立・実施を先駆けとした社会福祉法は、1985年頃から本格化した「臨調・行革」路線による「制度改革」の延長線上にあり、その集大成と位置づけられる。社会福祉基礎構造改革を検討するにあたって重要なことは、「制度改革」や介護保険制度が地域や住民のくらしにどのような影響をもたらしているか、具体的に明らかにしていくことである。本稿では、介護保険制度の具体的な矛盾や限界に焦点をあてながら、それを地域福祉に問われている課題としてとらえ返し、住民のくらしと自治に根ざした地域福祉活動としてどう切り返していくか、について考察したい。

## 1. 社会福祉基礎構造改革の基本方向とその特徴

### (1) 「民活型の在宅福祉」政策の一環としての基礎構造改革

社会福祉基礎構造改革は、1990年代半ばから政府が推進している「財政構造改革」に組み込まれた社会保障構造改革の一環である。現在、1997年の児童福祉法「改正」と介護保険法および社会福祉事業法を「改正」した社会福祉法（2000年6月7日公布）として具体化されている。その基本的な柱は、①行政の責任と財政負担による措置制度の利用者とサービス事業者との「契約制度」への転換、②市町村は自ら必要な事業を設置・運営せず事業者にサービス支援費を支給する支援費支給制度、③民間事業者の参入と「市場化」、④「利用者保護制度（権利擁護）」である<sup>(1)</sup>。

こうした考え方は、すでに「臨調・行革」のもとで福祉関係三審議会合同企画分科会（86年設置）が「社会福祉制度の中長期的観点からの見直しと改革」の課題として取り上げてきたものである。全社協・社会福祉基本構想懇談会「提言・社会福祉改革の基本構想」（86年）も同様の論点を提起している。今回の社会福祉基礎構造改革は、その延長線上<sup>(2)</sup>にある。すなわち、国・自治体の責任と財政負担による生存権保障を家族の自助努力と地域の相互扶助に転嫁する路線の一環であり、「民活型の在宅福祉」政策<sup>(3)</sup>と特徴づけることができるものである。

ここでいう「在宅福祉」とは、個別的なホームヘルプ事業やデイサービス事業をいうのではない。「臨調・行革」下の社会保障・社会福祉政策は、「自助・自立」を理念に掲げて「在宅福祉の推進」を基調にすえてきた。「在宅福祉」は、保健・医療、年金や医療保険など社会保障の前提や基本となる制度における国の責任と財政負担を後退させる政策であるところに本質がある。制度改革が本格化する1985年頃の政策動向をみると、たとえば病院のベッド数を抑制する「地域医療計画」の策定（85年）、老人医療費を有料化した老人保健法の制定（83

年）や健康保険本人の当面 1 割負担の導入（84 年）、国民健康保険料の滞納者に対する被保険者証の返還と保険給付の支払い差止め措置（86 年）、老人保健施設創設（86 年）、基礎年金制度創設（85 年）などが相次いでいる。

年金・医療保険などの「制度改革」がもたらす生活困難や不安に最終的に対応せざるをえない社会福祉の分野では、生活保護や社会福祉施設に対する国庫負担率が切り下げられている（86 年）。他方、「在宅福祉」を推進するためには、貧困・低所得者に限定しない「多様なニーズ」に対応した「多元的なサービス供給システム」の確立が必要であるとして、89 年にはホームヘルプ事業の委託先を民間事業者にも拡大<sup>(4)</sup>しているのである。

「在宅福祉」事業には、生存権保障あるいは社会保障制度の一環という視点はまったくと言っていいほど乏しい。ここに介護保険制度や社会福祉基礎構造改革が住民生活との矛盾を拡大せざるをえない理由があるのである。

## (2) 「民活型の在宅福祉」政策の特徴

「民活型の在宅福祉」政策がどのように推進されてきたか、その特徴について概観しておきたい。

「民活型の在宅福祉」政策は、第一に市町村行政を通じて推進されているところに特徴がある。1990 年の「社会福祉関係八法改正」により、社会福祉施設・サービスの利用を決定する権限が町村に移譲された。これにより、生活保護制度を除く社会福祉施設・サービスに対する市町村の責任と範囲は拡大した。「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」（「ゴールドプラン」）にもとづく「老人保健福祉計画」や「エンゼルプラン」（94 年）、「障害者プラン」（95 年）の策定など、いずれも自治体の責任が基本になっている。住民にとって身近な市町村がくらしと福祉に直接かかわる施設・サービスの具体的な整備目標をかかげて「住民福祉」の増進に努めるようになったことは大きな前進であり、地域福祉活動をすすめる手がかりになるものである。

しかし、一部の市町村を除いて財政的基盤は脆弱である。老人保健福祉計画の実態から明らかなように、市町村は、自らの責任と財政負担で直接事業を実施するのではなく、ホームヘルプやデイサービス、ショートステイなどの事業を既存の民間施設や社協に委託してきた。介護保険制度では、さらに一歩すすめて介護サービスの基盤整備を民間事業者に「丸投げ」する状況が広がっているのである。「市町村の役割重視」は、現実には国の責任と財政負担を市町村に肩代わりさせ、最終的には家族の自助努力や地域の相互扶助に転嫁するメカニズムとして機能しているのである。

第二の特徴は、ボランティアや NPO など民間非営利団体による「住民参加型在宅福祉サービス」の強調である。社協や NPO を通じた、「住民参加」の名による住民の労働力とカネの動員である。全国社会福祉協議会（全社協）は、85 年に「福祉ボランティアのまちづくり事業」（ボラントピア事業）を始めている。また、生活協同組合や農業協同組合による福祉活動<sup>(5)</sup>

が85年以降各地に広がっていく。90年には「住民参加型在宅サービス団体全国連絡会」が発足し、全国的な広がりを示している。

行政がボランティア活動や「住民参加型在宅福祉サービス」を積極的に推進するようになって活動に参加する人も増えるのであるが、基本的には「臨調・行革」によって生活破壊が深刻化し、くらしやいのちを守るためには自主的な活動に取り組まざるをえない客観的基盤が広がっているのである。ボランティアは、「安上がりの労働力」にとどまりえない、まちづくりの担い手としての役割があらためて問われることになるのである。

第三は、前述した「民間活力」の名で営利を目的とした民間事業者を福祉分野に参入させる条件づくりである。措置制度による民間委託や利用者負担の強化は、その誘導策として機能したのである。

### (3) 90年代半ば以降の特徴

90年半ば以降、「民活型の在宅福祉」政策は部分的な手直しを余儀なくされる。94年を例にあげると、「21世紀福祉ビジョン」や「新ゴールドプラン」「エンゼルプラン」「緊急保育対策等5カ年事業」、さらには「公的介護保険」構想などが相次いで登場している。その背景には、厚生省自身も認めざるをえなかった「家族はまさに『介護疲れ』の状態」にあり「家族のみの介護には限界がある」（高齢者介護・自立支援システム研究会「新たな高齢者介護支援システムの構築を目指して」）という介護問題の深刻な現実がある。これまでの「在宅福祉」一辺倒では限界があることが明らかになって見直さざるをえなくなったのである。

90年代半ば以降における政策の第一の特徴は、個人や家族による自助努力には限界があると言いながら、「利用者本位」や「自立支援」という理念を掲げて生存権保障である社会保障制度の一環として性格を曖昧にし、住民にいつそうの自助努力を強要している点にある。利用者とサービス事業者との「契約制度」は「自立した個人」が前提であり、生存権保障という考え方は乏しい。支援費支給制度は、市町村が事業を直接実施運営する義務を回避したものであり、住民は生存権保障の主体ではなく福祉サービス商品の買い手にされる。「権利擁護事業」における権利とは生存権ではない。

第二の特徴は、サービスを担う常勤・専任職員の慢性的な不足が明らかになるなかで、ボランティアへの依存を強めていることである<sup>(6)</sup>。とくに「在宅福祉」の要であるホームヘルパーは、頭数は増えているが常勤で専任の職員は著しく少ない。大多数は「登録ヘルパー」である。常勤・専任職員の不足をボランティアや「住民参加型在宅福祉サービス」が補っているのである。「福祉人材確保法」(92年)や「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」(93年・厚生省告示116号)とあわせてボランティア活動の振興を図っているところに、そのねらいを読みとることができる。

第三は、「社会サービス」「対人サービス」あるいは「介護の社会化」の名で「福祉サービスの商品化」(=「買う福祉」)を露骨に推進している点にある。介護保険制度は、法人であ

れば営利か非営利かを問わずに介護サービスの供給主体に組み込んでいる。従来の社会福祉については、措置から契約への制度「改正」に対応した「新会計基準」を策定し、社会福祉法人制度に対する国の財政負担を民間事業者として経営努力にすり替える方向を強めている。厚生省が生存権保障である社会福祉の概念や範囲を全面的に「転換」する実態をつくりだしているのである。

社会福祉基礎構造改革は厚生省が考えているようにすすむわけではない。とくに、介護保険法の実施を通じて「民活型の在宅福祉」政策の行きづまりや矛盾が露呈している。そうした矛盾を手がかりに、地域福祉に問われている課題は何かを明らかにしていくことが求められているのである。

### 3. いま、なぜ、地域福祉活動が求められているのか —「民活型の在宅福祉」政策の行きづまりと矛盾の拡大—

#### (1) 家族介護の困難さと限界性

「民活型の在宅福祉」政策の矛盾は、家族介護の困難さと限界性として表面化している。

90年代に入って「老々介護」や「介護地獄」「介護心中」などいのかにかかわる悲惨な事件が各地で発生し、家族介護の困難さと限界性は誰の目にも見えるようになっていく。

介護保険法がスタートした4月1日、新潟県で78歳と72歳の老夫婦の無理心中があった。利用者負担を苦にしての心中ではないかとみられている<sup>(7)</sup>。神奈川県藤沢市では、介護していた夫が急死、残された妻が3日後、ひっそり息を引き取ったという悲劇があった。同市の高齢福祉課長は「ご夫婦が介護保険を知らなかったとは思えない。『介護保険はいかがですか』と訪ねて歩くわけにもいかず、手を挙げてもらわない限り、こちらから押し掛けるのは困難」とコメントをしている（毎日新聞5月3日）。

共通しているのは、実際に介護している家族が「心身ともに疲れきっている」<sup>(8)</sup>という事実である。これらは「氷山の一角」にすぎない。水面下では、より深刻な実態が広がっているとみなければならない。

介護保険制度の問題点については多くの指摘があるが、基本的な矛盾は住民のくらしや介護の実態からかけ離れていることにある。それは、

- 1) 高齢者本人の身体的状況を主にした要介護認定は、介護者の健康状態や家族の構成、就業状況、所得や住宅の状況、地域との結びつき、制度の利用状況など、くらしや介護の実態を総合的に判断する仕組みになっていない。
- 2) 保険料や1割の利用料負担は、高齢者とその家族の負担能力の違いを無視しているため、実際に介護サービスを必要としている割合が高い低所得層ほど利用できない。という問題がある<sup>(9)</sup>。

介護保険制度は、もともと介護問題のごく一部に対応しているに過ぎない。サービスの種

類・内容も、これまでの細切れな「在宅福祉サービス」事業が中心である。地域福祉の視点からみて見逃せない問題は、貧困・低所得層を中心に、利用料を負担できないために介護サービスの利用を減らす、あきらめるという事態が広がっていることである。家族を介護地獄から解放するといいいながら、現実には家族に過大な負担と犠牲を強いているのである。

65歳以上の8割近くは住民税非課税であり、年金受給者のなかでもっとも多数を占めている国民年金の場合、月平均4万6千円程度である。また、国民健康保険料の軽減措置を受けている世帯は毎年増加する傾向にあり、97年度は対象世帯の27.9%を占めている。これまでホームヘルパーを利用してきた人や特別養護老人ホーム入所者の場合には特別措置があるが、10月から始まる保険料徴収を考えると深刻な事態が広がると予想される。家族介護の困難さや限界性というかたちで表面化した介護問題の基盤には、以上のような貧困・低所得問題が横たわっているのである。

## (2) 地域における分断と格差の拡大

いま地域では、費用負担やサービスの利用をめぐる住民の間に分断が持ち込まれ、くらしの面での格差が拡大している。

相対的に生活水準が安定している階層では、利用料が安くなり、介護保険による給付部分に上乗せた自己負担によるサービスを利用できることになり選択の幅が広がる。他方、低所得者の場合、生活保護による介護扶助を受けるか、必要な介護サービスの削って利用をガマンせざるをえないことになる。介護サービスを利用できないために、「孤独死」や「介護心中」「介護殺人」など、いのちにかかわる問題を引き起こしかねない。そして、「誰のための

高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略（ゴールドプラン）の進捗状況

		ゴールドプラン (1989年)	新ゴールドプラン A (1994年)	1990年度 (実績)	1991年度 (実績)	1992年度 (実績)	1993年度 (実績)	1994年度 (実績)
在宅福祉事業	ホームヘルパー (人)	100,000	170,000	38,945	48,591	56,543	69,543	79,687
	ショートステイ (床)	50,000	60,000	9,676	13,371	17,797	22,054	27,127
	デイサービスセンター (か所)	10,000	17,000	1,615	2,224	2,743	3,453	3,993
	在宅介護支援センター (か所)	10,000	10,000	163	400	791	1,238	1,777
	訪問看護ステーション (か所)	—	5,000	—	—	—	—	—
施設	特別養護老人ホーム (床)	240,000	290,000	174,815	186,267	196,279	207,235	217,417
	老人保健施設 (床)	280,000	280,000	44,743	56,238	71,336	88,828	93,994
	痴呆性老人グループホーム (か所)	—	—	—	—	—	—	—
	ケアハウス (人)	100,000	100,000	750	2,520	3,760	6,853	9,889
	高齢者生活福祉センター (か所)	400	400	33	71	101	135	158

何のための介護保険か」という怒りの声が強まらざるをえない。

「階層化された介護システム」<sup>(10)</sup> は、負担能力の違いにより、住民のあいだに分断を持ち込み、くらしや介護の問題を地域の共通課題として取り組むことが困難になる状況をつくりだす。地域でもっとも生活上の困難や不安をかかえている貧困・低所得者から切り捨てて利用者の範囲をさらに限定し、必要な施設・サービスの整備を抑制することによって住民全体の生活水準を切り下げ、くらしにくい地域をつくりだすのである。ここに、「民活型の在宅福祉」政策の本質がある。

厚生省は、高齢者の医療費定率 1 割負担の導入や年金制度「改革」をすすめているが、介護サービスを利用できなくなる高齢者世帯が増加することはまちがいない。低所得者に対する保険料の減額・免除、助成などの措置を講ずる予定の自治体は、朝日新聞の調べ（9 月 29 日現在）によると、36 市 22 町 3 村と 1 広域連合（1 市 5 町）にすぎない。低所得者に対する特別措置で改善できる性格の問題ではない。生存権保障の視点から制度全体の見直していく必要がある。そのためには、介護問題の階層性に焦点を当てながら、くらしや介護の問題は住民に共通する課題であることを明らかにし、地域福祉活動として切り返していくことが求められている。

(3) 「民間活力」や広域行政では、必要な施設・サービスの整備はすすまない。

厚生省は「介護サービス量等の見込みについて」（99 年 11 月）において、在宅の特別養護老人ホーム入所待機者は全国で約 4 万 7 千人と推計している。特別養護老人ホーム以外の病院在院者等を含めると、約 10 万人とも言われている。ゴールドプランがスタートした 90 年度の 17 万床から 99 年度（予算）30 万床まで 13 万床増えるのに 10 年かかっていることを考

えれば、基盤整備の立ち遅れは重大である。（表参照）

1995年度 （実績）	1996年度 （実績）	1997年度 （実績）	1998年度 （実績）	1999年度 （実績）	新 GP の達成率 B/A（％）	ゴールドプラン 21 （2000 年～2004 年）
95,578	118,779	136,661	157,711	178,500	92.8	350,000
33,034	38,619	43,566	49,242	63,000	82.1	96,000
6,401	7,922	9,616	11,458	17,150	67.4	26,000
2,651	3,347	4,155	5,262	10,000		
1,235	1,863	2,559	3,384	5,000	67.7	9,900
233,560	249,017	262,961	279,147	300,000	96.3	360,000
120,298	147,243	180,855	207,595	280,000	74.1	297,000
—	—	—	—	—		3,200
16,893	23,326	29,529	37,492	83,400	37.5	105,000
186	204	227	243	600	60.8	1,800

また、2000 年 4 月における在宅サービスの充足率は、全国平均で、①訪問介護 84%、②訪問看護 65%、③通所介護・通所リハビリテーション 72%、④短期入所サービス 76%、と見込んでいる。利用希望量の半分以下という自治体は、訪問介護 12%、訪問看護 30%と予想している。市町村によって施設・サービスの整備状況に違いがあり、自治体間の格差が今まで以上に拡大する可能性が高い。

民間事業者の参入はどうであろうか。農山村地域では期待できない。「無医村」と同じ事態が予想される。カネにならないところでは、すでに民間企業の撤退が始まっている。大手のコムスンが6月に1208カ所の拠点を統廃合して731カ所にするると発表し、異動・希望退職1,600人に対して1,400人が応募したといわれている。統廃合は、農村部や過疎地をかかえている北海道(79%)や東北(66%)、四国(57%)に多い。「朝日新聞」は、「客単価の平均が6万4800円で、予想の9万7000円を大きく下回った。同じ訪問介護サービスでも、単価の高い身体介護よりも、単価の安い家事援助を選ぶ利用者が多かったため」と報じているが、利用料を負担できないことによる介護サービスの利用抑制が大きく影響していると考えられる。介護問題の階層性を考えれば、営利企業による介護サービスが成り立つ条件は極めて限られたものでしかない。「負担あって介護なし」といわれた状況がいつそう深刻化することになるのである。<sup>(11)</sup>

こうした状況は、必要な施設・サービスは実施主体である市町村の責任によって整備しない限り、すすまないことを意味している。広域連合や市町村合併など広域行政によって対応する地域・市町村も増えているが、それでは「住み慣れた地域」で施設・サービスを利用することはいつそう困難になる。住民の参加と自治という視点からも問題が多い。

介護保険の実施に際して、多くの市町村から財源措置を求める決議や意見書<sup>(12)</sup>が提出されていることからあきらかなように、市町村に肩代わりさせてきた国の責任と財政負担を働きかける取り組みを地域から展開することが求められているのである。

#### (4) 経営の論理が優先し、くらしに役立つ活動の展開が妨げられる。

介護サービスの指定事業者には、民間施設や社協をはじめ、農協、生協、ワーカーズコープ、労働者協同組合・高齢者協同組合、民間非営利団体なども参入している。営利企業とは異なる事業、介護サービスの質を高める役割をめざしているが、低い介護報酬のもとでは常勤・転職の配置などの必要な条件を整備するためには資金の持ち出しにならざるをえない。また、負担能力の乏しい階層に対して、必要なサービスを提供することは制度の枠内では限界がある。一定の生活条件のある安定層に限られた事業に狭められることになりかねない。

社協や生協の福祉活動は、サービスを提供することが目的ではない。人間らしく生きるために不可欠なくらしの面での協力・共同を発展させてきたところに重要な役割がある。協力・協同(=運動)を発展させるより所として、事業・サービスに取りくんできたのである。ところが、介護保険制度の枠内では、事業者として相互に競争に駆り立てられ事業経営を優先せざるをえない。その結果、事業と運動が切り離され、事業を通じて運動を発展させる、あるいは運動のより所として事業を発展させることが困難になる<sup>(13)</sup>。地域や住民のくらしと介護の現実をとらえて、住民が必要としている事業・活動は何か、どこに依拠して事業・活動に取り組むのか、改めて問い直さなければならないのではないだろうか。

(5) 矛盾は、サービスの担い手である職員に鋭くあらわれている。

①市町村や社協の常勤ヘルパーの首切りや配置転換

くらしの現場に出向いて仕事をしているホームヘルパーは、高齢者とその家族のくらしと介護の実態をもっともよく知りうる立場にある。くらしに根ざした対話・交流と相談を通して築いてきた信頼関係を基礎に、さまざまな生活上の世話をを行うのがホームヘルパーの役割である。ところが介護保険制度は、時間を利用料精算の単位にしているので、サービス提供に追われ、もっとも基本的な相談活動や話し相手になることが困難になっているのである。ホームヘルプ・サービスの仕事を身体介護、家事援助、複合型に細分化し、さらに家事援助は「直接、本人の日常生活の援助」に属する行為に限られるとして、直接、本人の援助にならない洗車や来客への食事手配、家族の分の洗濯や調理、日常生活の援助にならない草むしりや水やり、ペットの世話、大掃除を不適正事例として指導を強化する方向を打ち出している。介護の中身を身体的な状況にかかわる援助に限定して、家族が自助努力によって対応しなければならない範囲を拡大しているのである。

ホームヘルプ・サービスにおける対話・相談活動の後援や仕事の中身の細分化は、サービスを担うヘルパーの「非常勤職員化」と結びついている。介護保険法の実施にともなって、行政や社協の常勤ヘルパーの首切りも各地で起こっている。たとえば、大阪市は市社協委託のヘルパー 920 名の職種転用と早期退職勧奨を打ち出し、今年の 6 月末には 300 人近い職員が退職している。常勤ヘルパーの確保や研修に対する市町村の責任の後退が仕事の中身を「変質」させているのである。ヘルパーの大多数は雇用関係が曖昧な登録ヘルパーに依存している。直行直帰型の登録ヘルパーでは、ヘルパー同士や他職種の職員との交流や学習活動への参加は著しく困難である。ケアマネージャーとホームヘルパーとの協力関係も妨げられることになる。

また、介護報酬における訪問介護と訪問看護の単価の格差は、職員の賃金・労働条件という視点からみて問題がある。30 分～1 時間未満の単価を比べると、訪問介護の場合、身体介護 4,020 円、複合型 2,780 円、家事援助 1,530 円であるのに対して、訪問看護は訪問看護ステーションからの派遣 8,300 円、医療機関の派遣 5,500 円となっている。事業者の経営を考慮して訪問介護の単価は若干改善されているが、これまでの介護職と看護職の賃金格差を改善する条件はない。むしろ、介護職の賃金を低い水準に固定化し、看護職の賃金を下げる手段になる可能性がある。

そして、支払い能力の乏しい世帯にとっては、訪問看護が必要であるにもかかわらず、利用料負担が安くてすむ訪問介護を選択することになるため、ホームヘルパーが違法を承知で医療行為をせざるを得ない状況が生まれているのである。訪問看護で対応すべきことを訪問介護で代替していると言うことができるであろう。

介護保険制度は、住民同士や専門職員同士、あるいは住民と専門職員に間に分析と対立をもちこみ、住民自治の基礎になる対話・交流と協力・連携の発展を妨げる役割を果たしてい

るのである。いまホームヘルパーに求められている課題は、訪問している利用者のくらしや介護の問題を現実を地域の共通課題にしていく活動と結びつけて、その課題を実現していくために必要な労働条件の改善に取り組むことである。「現場から声を上げていきたい」と仕事の実態や利用者の生活実態を綴った文集『その笑顔をかみたくらい』を発行した福祉保育労大阪市社協分会の取り組みは、貴重な教訓を与えている。

## ②ケアマネージメントの限界とケアマネージャーの矛盾

ケアマネージャーの仕事は「マネーマネジメント」と揶揄されているが、生活保護のケースワーカーが生活扶助基準にもとづいて実施する資産調査と同様な矛盾をかかえている。くらしのや介護の実態を科学的に分析（アセスメント）し、利用者にとって必要なサービスを組み立てようとする、「カネのない者は利用できない」「利用できる施設・サービスが限られている」という介護保険制度の限界に直面する。ここに、ケアマネージャーの基本的な矛盾と悩みがある。

もともとケアマネージメントは、限られた既存資源の「効率的な有効活用」のための管理技術であり、介護保険制度においてはサービスの利用を限定し保険給付を抑制する手段である<sup>(15)</sup>。アセスメントも利用者の生活実態の把握ではなく、「身体的自立」の管理でしかない。ケアマネージメントという技術によって介護保険制度の問題点が解決できるわけではない。

また、ケアマネージャーの「中立性」が強調されているが、所属している機関・団体の性格や経営状況に制約されて「サービス事業者本位」の逆選択や利用者の囲い込みの実態は改善されていない。ケアマネージャーの思いとは別に利用者に対立する関係も生じているのである。

ケアマネージャーとして実際に仕事に就いているのは51,432人、資格を取得している16万人の約3割である（4月1日現在）。介護報酬の請求などの事務に追われて、ケアマネージャーが実際にケアプランを作成できるのは月平均25ケース程度といわれている。サービス提供にかかわる連絡調整などの個別的な対応や給付管理業務に追われて、相談業務にも取り組めない。地域や住民のくらしの現実を目を向けること自体が著しく困難<sup>(14)</sup>になっているのである。

今年2月に全国老人福祉施設協議会が母体となって「日本介護支援協会」が発足している。徳島県や千葉県、大阪府では職能団体が発足した。厚生省は7月26日、介護支援専門員支援会議を発足させ、「ケアマネージャーの育成と質の向上」を目的に掲げている。しかし、介護保険を円滑に運営していくための「上からの組織化」でケアマネージャーがかかえている悩みを解決することは困難である。

介護保険制度はどのような矛盾をかかえているのか、地域や利用者・住民のくらしの現実が提起している課題を広くとらえ、どのような対策が求められているのか、具体的に明らかにしていくことが重要である。そのためには、ケアマネージャー同士、実際にサービスを担っ

ている医療機関、福祉施設、社協などの職員との協力・連携をつくり、地域福祉活動を担う専門職員としての活動をすすめることが求められているのではないだろうか。

(6) あらためて地域福祉活動における社協の役割が問われている。

全社協は、これからの社協は、1)「地域福祉活動計画の策定や地域福祉活動、ボランティア活動推進等福祉のまちづくりの推進者」、2)「地域福祉権利擁護事業や情報提供、苦情処理や基幹型在宅介護支援センター等福祉サービス利用保護の事業者」、3)「介護保険事業者や在宅福祉サービスの推進者」という性格の異なる事業を併せて行う組織になる<sup>(16)</sup>、としている。

実際には、市町村行政が介護保険事業にどのように対応しているかによって、市町村社協の対応にも違いが生じている。大きく分けて、①指定事業者として介護保険を中心に取り組むタイプ、②介護保険は実施しないタイプ、③両者とも取り組むタイプ<sup>(17)</sup>がある。指定事業者になると、行政からの補助金はなくなり、行政との関係も変わらざるをえない。「経営型社協」といわれる状況も広がっている。事業を通じて築いてきた住民との協力関係は、サービスの売り手と買い手という関係に変化し、住民にとって社協はサービス事業者の一つにすぎなくなる。

介護保険制度に広域行政で対応する動きに対して、「市町村社協の広域ネットワークによる地域福祉・在宅福祉推進事業」があらたに模索されている。社会福祉法により、2以上の市区町村区域を範囲とした社協や事業対応が明文化されたことによる。関西では滋賀県湖西地域（高島郡・5町1村）で、「湖西社会福祉協議会」を設立することを最終目標にして、当面、ホームヘルパーの業務標準マニュアルづくりや登録ヘルパーの処遇条件の統一化をすすめている。しかし、これらの広域化は事業の「効率的効果的な展開」がねらいであり、住民のくらしからかけ離れた社協経営になるという点で大きな問題がある。

介護保険制度とは別に、市町村社協は、要介護認定で「自立」と認定された人や利用料を負担できないためにサービスの利用を制限している人に対する「生活支援」事業に取り組み始めている。国が「介護予防・生活援助事業」を予算化したことによる。しかし、社協が個別的な「生活支援」やそのネットワークづくりを積み重ねても、介護保険制度の問題点や矛盾を解決できるわけではない。社協にその条件はない。介護サービスを利用できない人に対する個別的な「救済」「生活支援」という対応をどう乗り越えるか、住民のくらしと介護の実態に対応した体系的な介護保障制度に作り替えていく地域福祉活動として発展させていく視点<sup>(18)</sup>が求められているのである。

これまで市町村社協が在宅サービスに取り組んできたことの値打ちは、事業を通じて住民と結びついて、くらしや健康を守る活動の基礎になるヨコの結びつきを強めてきたことにある。また、それを基盤に、必要な条件整備を自治体行政に働きかけてきたことである。地域福祉権利擁護事業やオンブズマンの取り組みも、そうした活動に結びつけて取り組む必要がある。住民が必要としている事業・活動を地域福祉活動として発展させることができるかど

うか、社協の存在意義が問われているのである。

#### 4. 住民が主人公となって切りひらく地域福祉活動をどうすすめるか

##### (1) 地域福祉活動とは何か

地域福祉は、社会福祉の一分野であり、制度的には社会保障制度の一環である。社会生活上の困難や不安に対する「最終的な対応」であり、住民にとってくらしの守る最後のより所である。今日の社会では、社会保障・社会福祉制度の整備は「自助・自立」が成り立つ前提条件である。ところが、「自立支援」の考え方は、個人や家族の自己責任の追及を前提しており、逆立ちした考え方になっている。「在宅福祉」と地域福祉の決定的な違いは、ここにある。

地域福祉は、社会保障制度の一環であると同時に、住民が主人公となって「誰もが健康で人間らしく安心して暮らせるまちづくり」の一環<sup>(19)</sup>であるという軸をもっている。

地域では、くらしや介護の問題が深刻化している。しかし、必ずしも住民に共通する課題として受けとめられているわけではない。社会生活上の困難や不安をかかえている世帯が放置される地域は、暮らしにくい地域である。「くらしの最低限を確立する」という福祉の視点をすすめることによって、誰もが健康で人間らしく暮らせるまちを実現することができるのである。ここに、住民の参加と自治に根ざした地域福祉活動が必要とされる根拠がある。

##### (2) 住んでいる「くらしの場」を基盤に、まちづくりとして取り組む

地域福祉活動をすすめる上で、まず明らかにしておかなければならない点は、住んでいる身近な「くらしの場」で取り組むという原則である。地域福祉における「地域」とは、市町村とか小学校区という行政が線引きした区画を指すのではない。また、サービスが提供される場を意味しているのではない。住民が力を合わせて、くらしや健康を守り向上させる「くらしの場」が地域<sup>(20)</sup>である。

具体的には、農村地域では集落、都市部では自治組織（自治会・町内会）が実際の基礎的な単位になる。しかし、自治会・町内会の活動は、多くの場合、伝統的な行事が中心になっている。自治会・町内会を基礎にした活動を発展させるためには、住民にとって身近なくらしや安全・健康や介護、福祉の問題についての懇談会や学習会などを活動に組み込んでいくことが必要<sup>(21)</sup>である。

各地で会食会や食事サービス、ふれあい・いきいきサロン、ミニデイサービス、宅老所・グループホームづくりなどの取り組みが広がっている。なかでも会食会は、活動のなかでの重要な柱になっており、地域福祉活動をすすめる組織的な基盤になっている。ふれあいサロンやミニデイサービス、宅老所などの活動は、いずれも「会食会」を重要な内容として組み込んでいる。くらしと健康にかかわるもっとも身近な「食」を通した活動なので、対話・交流が広がりやすく発展しているのである。

これらの取り組みは、住民の主体的な参加を基盤とした活動であり、住民自治の基礎であるくらしの面での対話・交流と協力関係を発展させることを基本にすえている。そして、会食会をはじめとする地域福祉活動の第一線の担い手として活動している住民のなかでは、民生委員が多いことが特徴である。今回の法改正によって、民生委員の役割は「常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行うこと」と明記された。民生委員がくらしや福祉の課題で自治会・町内会活動との協力関係を発展・強化していくことが重要である。

同時に、民生委員だけでは限界がある。住んでいる地域で活動するボランティアを増やすことが課題である。ボランティア活動の現状をみると、施設ボランティアや点字、手話、舞踊、スポーツなど個人的な特技や趣味を生かしたボランティア活動が多い。住んでいる地域の課題に取り組むボランティアは少ない<sup>(19)</sup>。地域でボランティア活動に参加している人の多くは、保育所・学童保育所・共同作業所づくりや公民館活動、生協、環境保護運動などの自主的な地域活動にも参加している。ボランティア活動だけに参加しているという人は少ない。自主的な地域活動の発展に依拠しながら、住んでいる地域でまちづくりの担い手として活動するボランティアを増やしていくことが重要である。

そのためには、常勤・専任のボランティア・コーディネーターを複数配置することが不可欠の条件である。ボランティア・コーディネーターの養成が立ち遅れているために、地域で日常的継続的に取り組むボランティアが増えないのである。

### (3) 地域福祉活動にかかわる職員の役割と課題

くらしの現場である地域に出向いて、住民とともに活動する。これは、地域福祉活動のもっとも基本的な原則である。地域や住民のくらしの現実を目を向けることが、政策側の動きや理念に振り回されないようにする大切な活動原則であろう。

くらしの現場に出向いて、住民との直接的な対話を通してくらしの声を聞き取り、住民とともに力を合わせて取り組む共通の課題を明らかにしていく。そして、課題を実現していくために何が必要かを一緒に考える。そうした活動に取り組むことによって、住民が職員に何を期待しているかがわかり、地域福祉活動においてどのような役割を果たすことが求められているか、はっきりするのである。

「くらしの現場に出向く大切さはわかるが、出向く余裕や時間がない」というのが現場の実態である。とくに社会福祉の現場は、常勤・専任職員の慢性的な不足に悩まされている。「在宅福祉」事業の委託が増えるなかで、ますます忙しくなっている。こうした悪循環の現状を開くことは簡単ではないが、地域や住民のくらしの現実から出発しなければ、現状を変えることはできない。地域に出向いて、住民との信頼関係づくりに取り組むことによって住民の期待や要求に応えられる職場づくりや、賃金・労働条件の改善もすすむという関係にある。

したがって、地域に出向いてつかんだ住民のくらしの実態や仕事上の悩みや問題点を出し

合いながら、住民の期待や要求に応えるためには何が必要かを話し合う場や学習会を継続的に積み重ねていくことが必要になる。そうした職場づくり、職員集団づくりをすすめる条件として労働組合が大きな役割を担っているといえるであろう。

地域や住民のくらしの課題は、保健・医療・福祉の分野で個別的に対応していたのでは実現できない。「制度の谷間」におかれる人が生み出され、在宅に放置されることになる。介護保険制度はそのことを端的に示している。地域や住民のくらしの問題を共通基盤にして、課題を実現していくため必要な職員相互の協力・連携を発展させていくことが重要である。

それは、政策の矛盾がもっとも集中的にあらわれており、他分野の職員との関係を考えざるをえない立場にある社会福祉の現場から起こしていくことなしにはすすまないのである。社会福祉の枠のなかの事業にとどまることなく、前提になる保健・医療や年金・医療保険など前提になる制度・施策の改善・拡充に結びつけた活動が社会福祉職員には求められているのである。

#### (4) 住民に頼りにされ地域に支えられる社協づくり

地域福祉活動を推進する中核的な組織として期待されているのが市町村社協である。厚生省によって「上から」組織されてきたが、住民の自主的な活動やボランティア活動が広がるなかで、地域福祉活動における市町村社協の役割が注目されてきているのである。

住民に頼りにされる社協の第一条件は、住民の切実なくらしの要求・願いに深く関わることである。地域に出向いて、住民とともに考えることが出発点になる。

「在宅福祉」事業は、社協にとって住民と結びつく手がかりになった面がある。しかし、事業の供給が目的化し、何のための事業に取り組むのか課題と目的がわからなくなっていることが多い。住民から期待され求められている事業・活動とは何かという視点から社協の事業と活動のあり方を問い直すことが重要である。

第二に、市町村社協は、誰に依拠して、どのような事業・活動に取り組むのか、明らかにする必要がある。

これまで社協が依拠してきた基盤は、自治会・町内会や民生委員協議会、婦人会、老人クラブなどの団体の役員層である。伝統的な行事や広報誌の配布などの活動が多いが、それだけでなく、ボランティア活動やくらしと健康を守る自主的な地域活動に参加している住民とのつながりを発展させることが重要である。すでに、会食会やボランティア活動を通して生協などとの協力関係も生まれている。自主的な地域活動に参加している住民との話し合いや交流する場を設けて、活動をすすめるためにはどのような条件が必要かを確かめることが大切である。

第三に、まちづくりの一環として取り組むことである。まちづくりとして取り組むとは、住民の参加と自治の発展を基本にすすめることである。これまでの社協の事業活動は、厚生省や全社協から委託された事業が多く、住民の参加と自治を基盤とした活動は乏しい。市町村

との関係では、下請け機関として組み込まれてきた。地域の特性と課題に対応した活動の手がかりになる事業に組み替えていく必要がある。

そして、住民に頼りにされ地域に支えられる社協づくりの最大のポイントは、地域福祉活動に取り組む専門員をどう増やすかにある。1999年度社会福祉協議会基本調査によると、市区町村社協の職員総数は75,590人で、そのうち在宅福祉サービス事業を担う経営職員が76%を占めている。福祉活動専門員は3,079人、ほとんど増えていない。複数の業務を兼務することが一般的になっている。地域に出向いていくことはますます困難になっているのである。地域に出向いていく職員を増やしていくことが、地域福祉活動を推進する役割を担っていく上でもっとも重要な条件である。

#### (5) 自治体行政に必要な条件整備を働きかける。

社会福祉法によって自治体は「地域福祉計画」を策定することになった。自治事務であり義務づけられたわけではないが、策定する必要性がうたわれたことは画期的なことである。しかし、老人保健福祉計画や介護保険計画、障害者プランなどで明らかになったように、計画策定そのものを民間に丸投げするようなことがあってはならない。自治体関係者が地域福祉をどう考えているか問われるところである。

社会福祉法では、市町村地域福祉計画の内容として、1)「地域における福祉サービスの適切な利用の促進」、2)「地域における社会福祉を目的とする事業の健全な発達」、3)「地域福祉に関する活動への住民の参加の促進」に関する事項をあげている。

高齢者、障害者、児童に関わるプランを寄せ集めても地域福祉計画になるわけではない。住民の参加と自治に根ざした地域福祉活動を推進するためには、地域や住民のくらしの現実が提起している課題をトータルにとらえることを出発点にすえなければならない。単に実態を把握するというだけではなく、地域福祉活動の基盤や担い手づくりの条件はどこにあるかを明らかにできるような科学的な実態調査が不可欠であることを強調しておきたい。

また、地域福祉活動をすすめるために必要な条件を市町村の責任と費用負担で整備することが地域福祉計画に盛り込まれているかどうか大きな論点である。市町村社協は、行政による条件整備の現状とこれからの課題を点検することが重要な活動になってくる。その点では、社協が先に地域福祉活動計画をつくり、自治体行政の責務と課題を提起しておく必要がある<sup>(23)</sup>。

まちづくりをすすめていく条件として、「身近な地域にいつでも気軽に利用できる施設をふやす」「地域福祉活動やボランティア活動の拠点になる施設を設置する」<sup>(24)</sup>ことが不可欠である。子どもや高齢者でも歩いていける範囲に設け、住民の参加と自治に根ざす活動が発展するよう運営することが大切である。

施設には、地域に出向いて住民とともに活動に取り組み、地域福祉活動の課題や発展方向を提起することができる力量を備えた常勤の専任職員を配置する必要がある。現在、社協の

ボランティアセンターに配置されているボランティア・コーディネーターの場合、わずか2,307人にすぎない(1997年10月1日現在)。配置されていない市町村社協もある。しかも、非常勤や兼務という場合が多い。阪神淡路大震災におけるボランティア活動の重要な教訓は、常勤専任のボランティア・コーディネーターを配置しなければ、ボランティア活動も発展しないことを明らかにしたことである。こうした施設の整備や職員配置は、自治体行政の責務である。

地域福祉計画は、「住民の参加の促進」をかかげているが、その内容は市町村が社協をどう位置づけているかによってみるができる。地域福祉活動を推進する民間組織として必要な条件、とくに専門員をどう増やすかにかかっているといっても過言ではない。

自治体が策定することになった地域福祉計画を手がかりにしながら、必要な条件整備を市町村行政や議会に働きかける活動を発展させることが、地域福祉活動のもっとも基本的な課題である。

## おわりに

90年代半ば以降の特徴は、「民活型の在宅福祉」政策の行きづまりと矛盾が明らかになってきたことである。介護保険制度や社会福祉基礎構造改革は、そうした「民活型の在宅福祉」政策をいっそう強めるものであり、住民生活との矛盾を拡大せざるをえないことは明らかである。介護保険制度の改善や見直しを求める声は高まっているものの、介護保険制度に対峙した総合的体系的な介護保障制度を提起する運動には発展していない。

その要因の一つは、住民のくらしや介護の現実をトータルにとらえ、社会福祉・地域福祉に問われている課題を明らかにする研究が立ち遅れていることによる。介護保険制度や社会福祉基礎構造改革の理念・イデオロギー批判や制度の個別的な問題点の指摘にとどまっているのが現状である。住民のくらしや介護の実態を社会的な対応を迫られている生活問題としてとらえ、生活問題の構造に対応した活動の発展方向を明らかにすることがいま求められているのである。

本稿では、地域福祉の視点から「民活型の在宅福祉」政策の行きづまりと矛盾を明らかにし、地域福祉活動として切り返していく方向を検討しようとした。家族介護の限界やその基盤にある貧困・低所得問題、社会福祉施設・サービスを担う職員問題という政策の矛盾と破綻についてふれたにすぎない。市町村の責務と課題については、ほとんどふれることができなかった。今後の研究課題として深めていきたいと考えている。

注

- (1) その基本的な考え方と内容は、1997年11月の社会福祉事業法等の在り方に関する検討会「社会福祉の基礎構造改革について（主な論点）」やその後の中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会の「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」と「社会福祉基礎構造改革を進めるにあたって（追加意見）」に示されている。  
社会福祉基礎構造改革の考え方や理念の批判的検討は、浅井春男『社会福祉基礎構造改革でどうなる日本の福祉』日本評論社、1999年5月、藤井伸生「社会福祉はどこへ行くのか」『華頂短期大学紀要』第44号、1999年12月など参照。
- (2) 三浦文夫・橋本正明『社会福祉の新次元』中央法規出版、1999年12月。
- (3) 地域福祉は施設福祉と在宅福祉から構成されるといった考え方があるが、それは「在宅福祉」に対する本質的理解が欠けている。地域福祉と在宅福祉は、成り立つ原理や考え方が根本的に異なっている。三塚武男『生活問題と地域福祉』ミネルヴァ書房、P7、P31～32。
- (4) 社会保障制度審議会の建議「老人福祉の在り方について」（85年）などを受けて、厚生省内に「シルバーサービス振興室」設置し、87年には社団法人「シルバーサービス振興会」を発足させている。
- (5) 生協の福祉活動や政府の動向については、拙稿「生協の福祉活動と地域福祉」愛知学泉大学コミュニティ政策学部『コミュニティ政策学部紀要』第1号、1999年3月参照。
- (6) 1993年に厚生省「国民の社会福祉に関する活動への参加の促進を図るための措置に関する基本的な指針」（厚生省告示117号）や中央社会福祉審議会地域福祉専門分科会「ボランティア活動の中長期的な進行方策について」などにみることができる。
- (7) 相野谷安孝「介護保険実施でわき起こる悲鳴」（中央社会保障推進協議会『隔月刊・社会保障』2000年初夏号・No. 370、あけび書房、P11～12、）
- (8) 「障害児者の家族の健康・生活調査」大阪実行委員会『障害者・家族のくらしと介護者の健康調査』、1996年12月。同調査によると、「まったく健康」と答えた介護者は4％にすぎない。約3割が治療を受けている。
- (9) 三塚武男「介護保険法の問題点と課題」全解連『解放の道（兵庫版）』、2000年2月～4月号参照。介護保険制度の問題点と課題は、三塚「地域福祉活動として介護問題にどう取り組むか」『第18回地域福祉問題研究全国交流会報告集』2000年7月、伊藤周平『介護保険と社会福祉』ミネルヴァ書房、2000年7月、同『検証介護保険』青木書店、2000年10月、大阪自治体問題研究所編『介護保険』文理閣、2000年7月、高林秀明「介護問題の構造と介護保障制度のあり方」『広島女子大学生活科学部紀要』第5号、1999年が具体的に分析している。
- (10) 伊藤周平『検証介護保険』青木書店、2000年10月、P246～247。
- (11) コムスンは大幅なリストラを実行したが、2001年6月期決算の業績予想は49億円の経常赤字、ニチイ学館は2001年3月期決算の介護事業は41億円の営業赤字を見込みんでいる。（「毎日新聞」11月2日付）。
- (12) 介護保険が実質的にスタートした99年10月以降、全国市長会・全国町村会「介護保険に関する緊急意見」（99年10月27日）、全国市長会「介護保険に関する決議」（99年11月11日）、全国市長会議「介護保険制度に関する決議」（2000年6月7日）などが提出されている。
- (13) 前掲、拙稿「生協の福祉活動と地域福祉」参照。
- (14) 山本みどり「ソーシャルワーカーからみた介護支援専門員の現状」『社会福祉研究』第79号、鉄道弘済会、2000年10月、P69～76。
- (15) 伊藤周平『介護保険と社会福祉』ミネルヴァ書房、2000年7月、P59～84。
- (16) 全国社会福祉協会『NORMIA』2000年3月号、p5。
- (17) 「座談会・地域福祉の新時代と社会福祉協議会」『地域福祉研究』No. 28、日本生命済生会福祉事業部、2000年5月、P48～58。
- (18) 沢田清方「介護保険体制と社会福祉協議会」『地域福祉研究』No. 28、日本生命済生会福祉事業部、2000年5月、P5～6。
- (19) 「地域福祉とは何か」については、三塚武男『住民自治と地域福祉』法律文化社、1992年9月および前掲書3参照。

- (20) 彦根市社会福祉協議会『地域福祉活動指針』1999年3月。
- (21) 前掲, 彦根市社協参照。本書では, 地域福祉活動の基本原則が実態調査をふまえて明らかにされている。
- (22) 栗東町社会福祉協議会『栗東町における福祉の町づくりの課題と条件』1998年4月, 彦根市社会福祉協議会, 前掲18。
- (23) 前掲, 三塚『住民自治と地域福祉』, 地域福祉計画と地域福祉活動計画との関連の項を参照。自治体が策定する地域福祉計画は, 地域福祉活動を推進するために必要な条件整備の計画である。社協が策定する地域福祉活動計画は, 活動の指針を提起するものである。
- (24) 前掲19, 20 および大津市社会福祉協議会『大津市における第2次地域福祉活動指針』1998年12月参照。

(本稿は, 第19回地域福祉問題研究全国交流会における基調提案をもとに大幅に加筆修正を加えてまとめたものである。)