

### (3) 自治体における福祉政策の動向

——老人保健福祉計画策定を中心に——

土岐 寛

#### 高齢化社会と地域福祉政策の再編成

地方自治体の福祉政策は八〇年代に入り、大きな転機を迎えることになった。周知のように、六〇年代から七〇年代にかけては、革新自治体を中心に住民サイドに立った地域福祉政策が次々に展開された。高度成長政策で全国的に進行した都市化、工業化の陰で疎外され、矛盾を深めていた地域福祉の充実が、参加や分権、教育と並んで多くの革新首長の公約とされた。そして、高度成長下の財政的好況で、東京都などを先導役として老人医療無料化や無認可保育所助成、生活保護世帯の上下水道料金の無料化、盲導犬無料貸与、自閉症専門病院の設立、心身障害者扶養年金制度、児童手当制度、交通遺児手当制度などが創設、実施され、「福祉行政の空白地帯」が埋められていった。

しかし、一九七三年のオイルショックを契機に低成長時代に突入し、状況が一変する。地方財政の窮乏化、地方行革の流れに沿って、「福祉見直し論」が唱えられ、それまでの自治体福祉政策の多くが後退した。他方、福祉の有料化や民間委託、「シルバー産業」の隆盛など民活利用のサービス提供方式が進んだ。こうして、自治体の福祉政策は曲がり角に遭遇したが、八〇年代になって、本格的な高齢化社会の進行に伴い、量的質的に新たな福祉需要が発

生ないし予測され、福祉制度全般の再編成が要請されるようになった。

一九九〇年六月の第一一八国会における老人福祉法など福祉関係八法の一部改正はこうした状況変化にある程度対応したものであるが、その骨格は一九八九年三月の福祉関係三審議会（中央社会福祉審議会、身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会）の合同企画分科会意見具申「今後の社会福祉のあり方について」と、それを受けて策定された同年一二月の厚生・大蔵・自治三大臣了解事項「高齢者保健福祉十か年戦略」（通称ゴールドプラン）にあった。これは、高齢化社会を目前にして、保健医療サービスと福祉サービスの統合化をはかり、その実施主体として基礎的自治体である市町村を新たに位置づけようとしたものである。

地域福祉の制度改編は国主導で進められている。制度改編の主な内容は、介護の総合的实施、在宅福祉サービスの位置づけの明確化、在宅福祉サービスと施設福祉サービスの一元的实施、特別養護老人ホーム等への入所決定の都道府県から町村への移譲、在宅福祉サービスの補助規定の整備、施設福祉サービスについて町村負担の導入、老人保健福祉計画の策定などであり、戦後日本の社会福祉制度の基本的枠組に関わっている。しかし、国主導の「改革」に市町村がどれだけ主体的に対応できるかは問題と課題が多い。以下、九三年度中には計画策定を終え、九四年度より実施しなければならぬとされている老人健康福祉計画を中心に検討してみたい。

#### 行政計画としての老人保健福祉計画

前記ゴールドプランでは、整備目標として十年間にホームヘルパー一〇万人、ショートステイ五万か所、デイサービスセンター一万か所等を掲げた「市町村における在宅福祉対策の緊急整備」、特別養護老人ホーム二四万床、老人保健施設二八万床、ケアハウス一〇万床等を掲げた「施設の緊急整備」、在宅福祉事業等のための七千億円等の

「長寿社会福祉基金」の設置などが盛り込まれており（表一）、事業費総額は六兆円にも達する。これらの整備について、国だけでなく、「地方公共団体が地域の特性に応じて自主的に実施する高齢者保健福祉施策を支援する」とされており、地方が一定の役割分担をすることが期待されている。

老人保健福祉計画はそうした施設整備、事業推進の計画を地域のニーズに応じて策定するもので、老人福祉法と老人保健法により法定化された行政計画である。つまり老人保健福祉計画は、老人福祉法による老人福祉計画と、老人保健法による老人保健計画を一体化した計画であり、同じ行政計画である地方自治法による基本構想に即して策定することとされている。

まず、各市区町村（以下、市町村）は、地域における高齢者人口や住民ニーズの現状と動向を把握し、福祉サービスと保健サービスの現況を踏まえ、整備目標を立案し、そのための計画的実施のスケジュールを作る。計画策定は住民に対して包括的なサービスの供給計画を明示する情報提供にもなる。また、この老人保健福祉計画は市町村レベルが基本であるが、それと都道府県の二段構えになっている。各市町村の計画の積み上げが都道府県レベルに集積されるほか、都道府県は広域市町村圏のような区域設定によって調整的役割を果たすことが想定されている。

現状把握と動向調査の内容は、高齢者の疾病構造と受信状況、高齢者の住居や就業の状況など広範にわたる。次いでそれらからの確にニーズを把握し、公的な保健福祉サービス実施の現況やボランティアなど住民参加型サービス、民間のシルバースerviceの状況も十分に調査、把握しなければならない。そのうえに立って、在宅福祉サービス、施設福祉サービス、高齢者保健サービス（ヘルスケア）に関わる実施目標（量と水準）を設定することとなる。同時にこの目標達成に必要な諸資源の活用・調達についても見通しを立てておかなければならない。

また、計画自体が自治体の保健行政の一体化を前提としているから、計画策定過程における調査、分析、目標設

定、実施体制の原案作成などは、保健・福祉両部門だけでなく、企画、財政、統計、国民健康保険、建設・住宅、労働行政など庁内関連部門との連携、協力が必要とならざるを得ない。高齢者とその家族自身の意向や現場のホームヘルパーや保健婦の知見や判断の吸収、懇談会、協議会等を通じた地域住民の意見の聴取、プライバシー保護の徹底も不可欠になってこよう。厚生省サイドによる市町村老人保健福祉計画の骨子（案）は、表二のようになっている。

### 国の負担の地方転嫁

一九九三年度の厚生省予算は一三兆一七五二億円で前年度当初予算比三・二%、四〇八二億円の増加だが、年金受給者増などによる当然増経費約六千億円の内、三分の一近くが削減された実質マイナス予算となっている。そのため、医療・保健分野の国の負担を地方自治体に一般財源化という形で転嫁しようとしている。国民健康保険は低所得者の保険料軽減分を「保険基盤安定制度」として、国が二分の一、都道府県・市町村が各四分の一を負担していたが、この国庫負担を定額百億円にする制度改定がなされ、四六〇億円が削減された。国民健康保険の事務費負担金も一〇四億円減らし、合計で五六四億円が削減されることになった。

また、政府管掌健康保険への国庫負担繰り入れは一三〇〇億円カットされた。生活保護費も四年連続の削減で、前年度比一・七%、一七九億円減っている。地方交付税が国の財政状況が厳しいことを理由に、法定額より四千億円減らされており、福祉関係の地方負担増を補う財源の保障はなくなっている。

こうした状況下で、ゴールドプランの予算枠もホームヘルパー六千人増、特別養護老人ホーム一万床増などにとどまっている。老人保健福祉計画策定に関して、一九九二年九月に全国一八八市町村と島しょ部を除いた東京の全

区市町村を対象に行った調査によると、区市町村の三割弱が国の指針により計画の目標達成は「実現困難」と答え、「わからない」と答えている自治体を含めると、全体の約八割の自治体が実現は不確実とみている。目標量達成のために必要な条件として約八割の自治体があげているのは「国や県の財政的援助」で、計画作成が期限付きで厚生省から上意下達式に下ろされ、計画は作っても予算の裏付けがなく、画餅に終わるおそれがあるという認識が広がっている。

結局、抜本的な福祉財源の移譲が伴わない限り、「老人保健福祉計画」は実体のない単なる計画になってしまいう可能性が大きい。現在でも、福祉施設や在宅福祉事業への国庫補助率の多くは二分の一と低く、しかも実情に合わない単価や職員配置基準のため、ほとんどの自治体が多額の超過負担を余儀なくされている。東京文京区では、特別養護老人ホーム一カ所（六〇床）だけで、年間運営費が一億八千万円の超過負担となっている（九〇年決算）。

北欧諸国は高福祉社会を実現しているといわれるが、たとえば、デンマークでは七〇年代後半に国庫補助率を五〇％から七五％に引き上げたことが、市町村の在宅福祉を飛躍的に充実させる牽引力になったといわれる。マンパワー対策とあわせ、福祉補助金を従来の八〇％に戻すなど、福祉をめぐる財政改革がまず前提条件といえる。

### 計画策定プロセスの民主化

同時に問題とされるべきことは、老人健康福祉計画の策定が民間のコンサルタント会社など外部に委託されている例が多いことである。後述の参考引用文献②の著者が、一九九二年一月に福岡県内九七市町村を対象に行った調査によると、九七市町村の内、五〇市町村が「西日本新聞社システム開発部」に委託しており、他にも、（株）第一法規、（株）ぎょうせい、日本統計センターに多く委託されていることが分かったという。

厚生省が指導している計画策定プロセスは図一のとおりだが、職員と市民の参加と、議会の関与が保障されていない点が問題である。もちろん、市民・職員参加体制の下に計画づくりを進めている自治体もある。たとえば、東京・三鷹市では、一九九二年四月、計画づくりを前に、パネルディスカッションを開催、市民など一四〇人が参加して、同市の福祉の現状や課題を論議している。市はそれを受けて、担当の事務職員やケースワーカー、ホームヘルパー、保健婦など現場職員参加のプロジェクトチームをつくり、数か月かけて計画の素案を作成した。

その素案では、ホームヘルパーの派遣は国の基準では不十分であり、毎日二四時間対応できる体制に向けて、順次派遣時間を拡大することとし、現在六八人のホームヘルパーを二〇〇〇年には二六一人（市職員一六、社会福祉協議会委託の常勤ヘルパー九〇人、同パートヘルパー一五五人）に増やす目標を掲げている。さらに、九二年一月末には公募で選ばれた市民も参加する市民会議が開かれ、計画素案の検討が進められた。

三鷹市は市民参加に関して先進的な実績があり、老人保健福祉計画にもそれが反映されているが、福祉財源の問題では他の自治体と共通している。計画が地域の実情に沿い、住民サイドに立ち、作成過程の公開、策定委員の公募、議会のチェックなどプロセスの民主化が求められている。自治体の福祉政策自体が大きな転換期にあると同時に、今日の自治体行政、地域政治の縮図となっていることがうかがわれる。

〔参考引用文献〕

- ① 「特集・老人保健福祉計画策定への視点」『晨』一九九一年八月号
- ② 芝田英昭 「老人保健福祉計画づくりをめぐる動向」『住民と自治』一九九三年一月号。
- ③ 高橋紘士 「地域福祉と保健医療の組織化」『都市問題』一九九一年三月号。

- ④米澤健 「平成三年度地域福祉推進特別対策事業の指定について」『地方財務』一九九一年九月号。
- ⑤堀井巖 「平成四年度地域福祉推進特別対策事業及び看護系大学・短大の整備事業の指定について」『地方財務』一九九二年九月号。
- ⑥松戸市福祉部 『松戸市福祉事業の概要』（平成三年度版）
- ⑦新聞各紙。

表一 ゴールドプランと「指針」の目標水準

	事業名	ゴールドプラン 1999年	「指針」の目標水準の内容
在宅福祉	ホームヘルパー（家庭を訪問し介護する）	10万人	要介護老人 週3～6回 虚弱老人 週1～2回
	ショートステイ（特養ホーム等で一時預かる）	5万人	要介護老人 年6回 虚弱老人 年1～2回
	デイサービス（日中、デイサービスセンターで介護サービスを受ける）	1万カ所	要介護老人 週2～3回 虚弱老人 週1～2回
	機能訓練		週2回おおむね6カ月限度
	老人訪問看護		1～2回
	訪問指導		年6～12回
	在宅介護支援センター	1万カ所	中学校区に1カ所
施設福祉	特別養護老人ホーム	24万床	高齢人口の1%強
	老人保健施設	28万床	高齢人口の1%強
	ケアハウス	10万床	高齢人口の0.5%強



表二 市町村老人保健福祉計画の骨子(案)

[策定内容]

<p>1 現状把握</p>	<p>①人口構成（総数、65歳以上人口、75歳以上人口）                  ②高齢者のいる世帯の状況（単独世帯、夫婦世帯、同居世帯）                  ③ねたきり、痴呆等の要介護老人の人数、障害の程度、介護の実態（在宅、特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院等）                  ④住居の状況                  ⑤高齢者の受診状況・疾病構造                  ⑥就業構造等</p>																					
<p>2 サービスの実施の現状</p>	<p>①ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ等の実施状況                  ②機能訓練、訪問指導及び健康教育の実施状況                  ③特別養護老人ホーム等への入所措置の実施状況                  ④老人福祉施設の整備状況                  ⑤老人保健施設、市町村保健センター等の整備状況                  ⑥マンパワーの確保の状況                  ⑦住民参加型サービス、シルバーサービス等の実施状況</p>																					
<p>3 サービスの実施の目標</p>	<p>①目標年次                  ②目標年次における65歳以上人口等の経済・社会状況（1の現状把握に対応するもの）の推計                  ③サービスの実施の目標                  各種サービスを考慮し、国の定める標準を参酌して、対象者の状況に応じた必要なサービス量を設定</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">ア ホームヘルプサービス</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">総 量</td> <td style="width: 40%;">〇〇人・時間分</td> </tr> <tr> <td>イ デイサービス</td> <td></td> <td>〇〇人・日分日</td> </tr> <tr> <td>ウ ショートステイ</td> <td></td> <td>〇〇人・日分</td> </tr> <tr> <td>エ 機能訓練</td> <td></td> <td>〇〇人・日分</td> </tr> <tr> <td>オ 訪問指導</td> <td></td> <td>〇〇人・時間分</td> </tr> <tr> <td>カ ねたきり予防、健康教育等</td> <td style="text-align: center;">開催回数</td> <td>〇〇回</td> </tr> <tr> <td>キ 特別養護老人ホーム等への入所措置</td> <td style="text-align: center;">総 量</td> <td>〇〇人</td> </tr> </table>	ア ホームヘルプサービス	総 量	〇〇人・時間分	イ デイサービス		〇〇人・日分日	ウ ショートステイ		〇〇人・日分	エ 機能訓練		〇〇人・日分	オ 訪問指導		〇〇人・時間分	カ ねたきり予防、健康教育等	開催回数	〇〇回	キ 特別養護老人ホーム等への入所措置	総 量	〇〇人
ア ホームヘルプサービス	総 量	〇〇人・時間分																				
イ デイサービス		〇〇人・日分日																				
ウ ショートステイ		〇〇人・日分																				
エ 機能訓練		〇〇人・日分																				
オ 訪問指導		〇〇人・時間分																				
カ ねたきり予防、健康教育等	開催回数	〇〇回																				
キ 特別養護老人ホーム等への入所措置	総 量	〇〇人																				
<p>4 サービスの提供体制の確保</p>	<p>①特別養護老人ホーム、デイサービスセンター等の整備及び体制の確保方法                  ②老人保健施設、保健事業の実施施設等の整備                  ③マンパワーの確保                  （・ホームヘルパー、ソーシャルワーカー、寮母等）                  （・看護婦、保健婦等）</p>																					
<p>5 その他</p>	<p>①医療施設、医療サービスとの連携に関する事項                  老人訪問看護サービス（訪問看護ステーション）との連携に関する事項（老人保健法改正事項）                  ②住民参加型サービス、シルバーサービス等との連携に関する事項                  ③社会参加活動等の生きがい対策に関する事項                  ④地域福祉活動推進に関する事項</p>																					

図1 都市における老人保健福祉計画策定のプロセス

