

## 「公共サービス」の拡大と老人福祉

佐藤 拓也

### I はじめに

1990年代の日本経済の長期不況は、大規模な財政投入と「IT ブーム」、一時的な輸出の伸長によって、途中若干の弱い回復が見られたものの、とりわけ1997年の「橋本不況」以来2000年代に入ってもなおその停滞基調を脱していない。もとより、資本主義における産業循環は、「独立した投資関数」を持つ資本家の投資決定態度がそれを主導するが、消費の拡大を伴わない生産力増大は、いずれ、過剰生産の局面を迎えることになり、経済成長は頓挫する。また、投資、消費、政府支出、輸出を需要項目として合算する国民経済計算ベースでは、そのいずれの項目の伸び悩みでも経済成長の停滞を意味する。そういったことから、総需要の約6割を占める消費の伸び悩みが、現在の停滞の原因であることは、少なくともこの2、3年については、おおよそ衆目の一致するところであろう。

そのようななかであって、数少ない成長業種として、「老人福祉事業」「病院」「児童福祉事業」といった生活関連の「公共サービス」を、「情報サービス業」「警備業」などの「対事業所サービス」とともに取り上げることができる（貝塚、2001、109ページ）。このことについて、たとえば、飯盛信男氏は、一方の「公共サービスのうち医療保健、社会福祉、さらに産業廃棄物処理は1990年代末に至るまで順調な成長を続けている」（飯盛、2001a、94ページ）というこれまでの実績と、他

方の「アメリカでは最大の成長分野は医療健康福祉部門であり、GDPと就業人口に占めるそのウェイトはわが国の二倍である」（同上、25ページ）という日米比較に鑑み、アメリカ並みの医療、福祉サービスの拡大を目指すことを通じて、「今後の雇用吸収の受け皿として期待できるのは医療、老人福祉、環境保全という公共性が強い分野となっている」（同上、94ページ）として、「我が国経済の再生のためには公共サービス部門の拡充が不可欠であることを強調」（同上、iページ）している。さらに、先進諸国の「公共サービス・対個人サービス・公共行政」のウェイトを比較して、「アメリカと北欧諸国、デンマーク、オランダの高さが顕著であり、わが国はイタリアと同じレベルである」ことを確認しつつ、「私は、公共サービスのウェイトは社会進歩の重要な指標であると考える」としている（飯盛、2001b、16～17ページ）。

現代資本主義における「サービス経済化」は、労働者の消費過程を資本が包摂し、家庭内の労働が社会化することによって「サービス労働」によって担われてくること、企業内諸業務が外部化することにより「対事業所サービス」が発達してくること<sup>1)</sup>、これらと並んで、戦後の社会保障制

1) これは、同時に、最近では大手電機メーカーの「サービス化」戦略に見られるように、コンピューターなどを単体のハードとして生産・販売するのではなく、ネットワークを構築・販売し、「保守サービス」（これは理論的には機械の消費過程に延長された使用価値維持労働であ

度の確立を大きな画期としつつ、「福祉国家」的政策の一定の前進に伴って医療・福祉などの「公共サービス」が拡充してくることといった、おおよそ3つの面において進行していると把握して良い。なかでも近年においては、「対事業所サービス」と「公共サービス」が「サービス化」の大きなウェイトを占めていることはその通りである。

また、あるべき経済構造の型として、とりわけ1980年代の輸出主導型経済から、内需主導型経済への転換が求められており、その際の内需を、近年、その浪費性が指摘されている大型公共事業に象徴されるような大規模投資ではなく、社会保障支出の対国民所得比率が欧米にくらべて極めて低い現状を転換することを通じて<sup>2)</sup>、福祉や医療といった「公共サービス」の拡充に求めていくことは、望ましい姿であると言える。

しかしながら、「公共サービス」の拡大に雇用吸収や経済再生を期待するという場合、量としての雇用拡大それ自体でさえ、飯盛氏も指摘するように、低賃金を背景にした雇用増大にすぎないという問題があるだけでなく(飯盛, 2001a, 第5

る)も請け負うといった形で、「対事業所サービス」が展開されるようになってきたという、供給側の事情もある。

- 2) 日本の社会保障給付費は、1997年で69.4兆円、対国民所得比17.8%にすぎず、スウェーデン(1993年, 同53.4%)、フランス(37.7%)、ドイツ(33.3%)、イギリス(27.2%)、アメリカ(1992年, 18.7%)と、先進諸国に及ばない。これは、国民の経済水準に比べた社会保障水準の低さを示していると言える。また、費用負担の面においても、社会保障財源における「社会的扶養」を意味する「事業主負担」「国庫負担」の割合は(この意味については、工藤, 1995cを参照)1997年で50.7%にすぎず、市場原理が貫徹し、より一層「自己責任」が貫かれていると言われるアメリカの54.8%(1992年)よりも、低い水準となっている。また、租税負担と社会保障負担の対国民所得比であるいわゆる「国民負担率」は、社会保障給付の抑制の口実として、近年、政府によって盛んに持ち出されているものにすぎず、労働者だけでなく事業主(資本家)も含めた「国民」の負担であり、しかも社会保障以外への支出も予定された「負担」でもあるが、そういう「口実」としての「国民負担率」でさえも、日本のそれは36.4%(1996年)と、欧州各国が軒並み40%台から70%台であることに比べれば極めて低いものである。以上、『厚生白書』2000年(平成12年)版, 351~352ページ参照。

章)、そういった公共的性格の強いサービスをいかなる「経営主体」が運営していくのかといった、質的な問題も問われなければならない。たしかに、1990年代、老人福祉事業や児童福祉事業などの福祉部門が拡大してきたが、その場合、たとえば事業所ベースで見ると、民間営利企業の福祉部門への参入が顕著である。

本稿では、こうした民間営利企業による「公共」サービスの拡大が、もちろん一面では雇用吸収や福祉部門の一定の「拡充」といったプラスの面を持っていることは踏まえつつも、むしろその持つ問題に焦点をあてて考察していきたい。

そこで、IIでは、「公共サービス」のなかからとくに老人福祉事業を取り上げて、民間営利企業を中心とするその拡大の実態と背景とを概観していく。IIIでは、介護保険制度の下で進んでいる民間営利企業の参入について、それが、老人福祉に及ぼしている諸影響も念頭に置きつつ、その理論的本質にまで掘り下げて検討する。そしてIVでは、こうした動きを老人福祉制度の歴史的変遷に位置づけたうえで、老人福祉やそれを包含する社会保障の理念と照らし合わせた場合にどのような評価を与えることができるかということを、明らかにしておくことにする。

以上を通じて、経済再生や雇用吸収の主導的役割が期待されるどころの「公共サービスの拡大」の実態について、その持つ問題の一端でも明らかにすることができるかと、考えている。

## II 1990年代不況と福祉の「サービス産業化」

### (1) 近年における「公共サービス」の増大 —老人福祉事業を例として—

はじめに、「公共サービス」の増大のうち、老人福祉事業の実態を概観しておきたい。『平成11年サービス業基本調査』(表1)によれば、1999年(平成11年)で、老人福祉事業の事業所総数は8,100であり、そのうち、会社以外の法人6,952(総数に占める割合は85.8%)、会社664(同8.2%)、うち株式会社457(同5.6%)と、圧倒的

「公共サービス」の拡大と老人福祉（佐藤）

表 1 老人福祉事業の開設時期、経営組織別事業所数（左列：実数、右列：総数に占める割合；％）

1999年（平成11年）11月15日現在

	総数	経営組織											
		個人		会社		会社以外の法人				会社以外の法人		法人以外の団体	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
老人福祉事業	8,100	104	1.3	664	8.2	457	5.6	208	2.6	6,952	85.8	379	4.7
開設時期別													
1954年以前	120	—	—	8	6.7	8	6.7	—	—	112	93.3	—	—
1955～1959年	50	—	—	—	—	—	—	—	—	50	100.0	—	—
1960～1964年	77	—	—	—	—	—	—	—	—	68	88.3	9	11.7
1965～1969年	207	—	—	16	7.7	16	7.7	—	—	191	92.3	—	—
1970～1974年	574	—	—	5	0.9	5	0.9	—	—	529	92.2	40	7.0
1975～1979年	764	—	—	11	1.4	11	1.4	—	—	743	97.3	11	1.4
1980～1984年	1,066	3	0.3	31	2.9	27	2.5	4	0.4	985	92.4	47	4.4
1985～1989年	1,141	7	0.6	96	8.4	86	7.5	10	0.9	988	86.6	50	4.4
1990～1994年	1,953	7	0.4	117	6.0	98	5.0	19	1.0	1,735	88.8	93	4.8
1995年以降	2,146	87	4.1	380	17.7	205	9.6	175	8.2	1,551	72.3	129	6.0
経営組織別													
単独事業所	5,348	104	1.9	250	4.7	119	2.2	131	2.4	4,648	86.9	346	6.5
本所・本社・本店	750	—	—	153	20.4	121	16.1	32	4.3	588	78.4	9	1.2
支所・支社・支店	2,002	—	—	262	13.1	217	10.8	45	2.2	1,716	85.7	24	1.2

出所：総務庁統計局『平成11年サービス業基本調査』総務省ホームページ（<http://www.stat.go.jp/data/service/index.htm>）より作成。

に会社以外の法人の占める割合が高い。ただし、これを、開設時期別に見ると、途中の増減はあるものの、趨勢としては、会社以外の法人の占める割合が低下傾向にあるのに対して、会社の割合が増大している。特に、1995年以降の開設にいたっては、会社が17.7%と、総開設数の2割に迫る勢いであるとともに、会社以外の法人が、実数において前の5年間に1,735であったのに比べ、ここでは1,551と、その開設数を減じていることは注目に値する<sup>3)</sup>。これは、特に1990年代後半以降、「公共サービス」の重要な部分を占める老人福祉事業の新規の担い手として、これまで中心的な役割を果たしてきた社会福祉法人などの「会社以

外の法人」ではなく、営利法人である株式会社や有限会社が台頭してきたことを表している。

同時に、事業所の経営組織に注目すれば、支所や支店を持たない単独事業としては、会社は全体の4.7%でしかないのに対し、本所・本社・本店としての事業所のうち会社形態をとるものは20.4%、支所・支社・支店については13.1%と、その割合は急増する。これは、これまで老人福祉事業の主要な部分を担ってきた社会福祉法人などは、多くが単独事業として経営されてきたのに対して、会社の場合では、1つの法人が複数の事業所を展開しているということを意味する。前者が「地域密着型」になることは「単独事業」であることからほとんど同義反復的に言えるであろうが、後者については、地域の枠を越えた事業展開も可能だということで、周知の通り、大手介護サービ

3) ただし、この調査は1999年11月15日現在のものであるから、「開設時期」の「1995年以降」は、厳密には5年間の期間を有していない。

表2 福祉関連サービス提供事業所数, 経営組織・サービスの種類別

(左列:実数, 右列:総数に占める割合;%)

1996年(平成8年)9月1日現在

	総数	営利組織計						合名・合資・相互会社		非営利組織計		社会福祉法人		社団・財団法人		その他		不詳	
		2410	70.2	1867	54.4	532	15.5	11	0.3	206	6.0	19	0.6	187	5.5	811	23.6	4	0.1
在宅福祉サービス	3431	2410	70.2	1867	54.4	532	15.5	11	0.3	206	6.0	19	0.6	187	5.5	811	23.6	4	0.1
訪問介護(ホームヘルプサービス)	638	152	23.8	110	17.2	42	6.6	-	-	146	22.9	5	0.8	141	22.1	340	53.3	-	-
訪問入浴サービス	143	132	92.3	113	79.0	19	13.3	-	-	6	4.2	1	0.7	5	3.5	5	3.5	-	-
在宅配食サービス	241	119	49.4	81	33.6	38	15.8	-	-	22	9.1	6	2.5	16	6.6	100	41.5	-	-
福祉用具の賃貸・販売サービス	1652	1487	90.0	1176	71.2	306	18.5	5	0.3	10	0.6	3	0.2	7	0.4	151	9.1	4	0.2
緊急通報サービス	95	83	87.4	80	84.2	3	3.2	-	-	5	5.3	-	-	5	5.3	7	7.4	-	-
移送サービス	346	279	80.6	224	64.7	54	15.6	1	0.3	7	2.0	1	0.3	6	1.7	60	17.3	-	-
日帰り介護(デイサービス)	68	13	19.1	7	10.3	6	8.8	-	-	9	13.2	3	4.4	6	8.8	46	67.6	-	-
短期入所生活介護(ショートステイサービス)	29	12	41.4	7	24.1	5	17.2	-	-	-	-	-	-	-	-	17	58.6	-	-
寝具乾燥消毒サービス	219	133	60.7	69	31.5	59	26.9	5	2.3	1	0.5	-	-	1	0.5	85	38.8	-	-

出所:厚生省『平成8年健康・福祉関連サービス産業統計調査』厚生労働省ホームページ。(http://www1.mhlw.go.jp/toukei/kenkou97/index.html)

ス会社のなかには全国で事業所を展開する法人もある。

以上のことから, 近年の老人福祉事業では, 民間営利法人が台頭し, しかもそれが複数の事業所をもって展開するという特徴を, 読みとることができる。

次に, 老人福祉事業における民間福祉法人の動向を, 具体的な事業内容別に見ておく。

『平成8年健康・福祉関連サービス産業統計調査』(表2)によれば, 1996年(平成8年)9月1日現在, 「訪問介護(ホームヘルプサービス)」の事業所数638のうち営利組織は152で, 事業所数に占めるその割合は23.8%であった。これが, 2001年(平成13年)5月現在の「居宅サービス種類別指定件数の内訳」(表3)では, 「訪問介護」の指定事業所合計13,489のうち営利法人は5,447で, その割合は40.4%まで増大しており, 訪問介護サービスにおける営利法人の急増を示している。これに対し, 「訪問入浴介護(訪問入浴サービス)」は, 1996年の総数143のうち営利組織132(総数に占める割合92.3%)から2001年

の総数2,813のうち営利組織885(同31.5%)へ, 「日帰り介護」(表3では通所介護)における営利組織は, 1996年の13(同19.1%)から2001年の711(同8.0%), 「短期入所生活介護」では, 1996年の12(同41.4%)から2001年の29(同0.6%)と, 実数では増大しながらも, その割合は大きく減少している。これは, 「訪問介護」以外では, 営利法人ではなく, 地方公共団体や社会福祉法人など非営利の経営主体が, 再びその中心的な担い手になってきたということを示しているであろうか。

このことを考えるにあたっては, 次のような資料の制約性を踏まえておく必要がある。これら2つの資料は, もとより別の調査でありそこに連続性は認めにくい。本節での考察それ自体も理論的推定に留まるものであるが, なによりも, 調査対象の違いが重要な意味をもっている。すなわち表2は, ①社会福祉協議会, ②訪問看護ステーション, ③医療施設, ④社会福祉施設, ⑤老人保健施設, ⑥有料老人ホーム, ⑦地方公共団体などをあらかじめ対象外にしているということであ

「公共サービス」の拡大と老人福祉（佐藤）

表 3 居宅サービス種類別指定件数の内訳（上段：実数，下段：構成比；％）

2001年（平成13年）5月現在

	社会福祉法人(社協以外)	社会福祉法人(社協)	医療法人	民法法人(社団・財団)	営利法人 (②に対する割合)	非営利法人NPO	農協	生協	左記以外の法人	地方公共団体			非法人	①	合計	②
										都道府県	市町村	広域連合・一組等				
訪問介護	2634 19.5	2338 17.3	1359 10.1	253 1.9	5447 40.4 (57.3)	414 3.1	367 2.7	290 2.1	96 0.7	0 0.0	282 2.1	9 0.1	0 0.0	0 0.0	13489	9501
訪問入浴介護	765 27.2	940 33.4	77 2.7	31 1.1	885 31.4 (51.1)	24 0.9	19 0.7	7 0.2	2 0.1	0 0.0	63 2.2	4 0.1	0 0.0	0 0.0	2817	1733
訪問看護	587 1.0	58 0.1	11919 20.5	1140 2.0	511 0.9 (1.1)	19 0.0	137 0.2	386 0.7	266 0.5	101 0.2	1031 1.8	102 0.2	11290 19.4	30707 52.7	58254	45043
訪問リハビリテーション	126 0.3	0 0.0	7103 15.8	262 0.6	73 0.2 (0.2)	1 0.0	68 0.2	145 0.3	164 0.4	87 0.2	538 1.2	51 0.1	9540 21.3	26717 59.5	44875	37096
居宅療養管理指導	149 0.1	0 0.0	12676 9.5	432 0.3	9231 6.9 (7.7)	1 0.0	97 0.1	220 0.2	286 0.2	118 0.1	1137 0.8	83 0.1	27537 20.6	82032 61.2	133999	119985
通所介護	5113 57.7	1350 15.2	456 5.1	90 1.0	711 8.0 (11.5)	145 1.6	70 0.8	58 0.7	17 0.2	6 0.1	797 9.0	54 0.6	0 0.0	0 0.0	8867	6204
通所リハビリテーション	454 8.1	0 0.0	4035 71.8	205 3.6	4 0.1 (0.3)	0 0.0	30 0.5	209 3.7	25 0.4	5 0.1	139 2.5	29 0.5	432 7.7	51 0.9	5618	1410
短期入所生活介護	4314 89.3	23 0.5	22 0.5	1 0.0	29 0.6 (0.7)	0 0.0	1 0.0	1 0.0	10 0.2	23 0.5	268 5.5	140 2.9	0 0.0	0 0.0	4832	4356
短期入所療養介護	454 6.9	0 0.0	4804 72.7	211 3.2	6 0.1 (0.4)	0 0.0	34 0.5	33 0.5	42 0.6	6 0.1	246 3.7	36 0.5	656 9.9	81 1.2	6609	1517
痴呆対応型共同生活介護	390 35.7	15 1.4	343 31.4	5 0.5	257 23.5 (35.8)	62 5.7	0 0.0	2 0.2	2 0.2	0 0.0	16 1.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1092	718
特定施設入所者生活介護	48 15.1	0 0.0	1 0.3	17 5.3	229 72.0 (72.2)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	23 7.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	318	317
福祉用具貸与	100 2.0	160 3.1	112 2.2	19 0.4	4499 88.0 (93.2)	16 0.3	129 2.5	50 1.0	14 0.3	0 0.0	10 0.2	3 0.1	0 0.0	0 0.0	5112	4827
合計	15134 5.3	4884 1.7	42907 15.0	2666 0.9	21882 7.7 (9.4)	682 0.2	952 0.3	1401 0.5	947 0.3	346 0.1	4527 1.6	511 0.2	49455 17.3	139588 48.8	285882	232707

①：「みなし指定」により申請行為がないため、法人種別が把握できない事業者。

②：合計－（社協＋医療法人＋地方公共団体）

出所：厚生労働省「介護保険制度の実施状況－平成13年5月28日 厚生労働省全国担当課長会議資料より－」『賃金と社会保障』No. 1302, 2001年7月下旬号, 旬報社, より作成。

る。①は表3からもわかるように、社会福祉法人のうちの重要な部分を占める。また、④は具体的には養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなど、民間営利法人による経営が現在までのところ認められていない老人福祉施設も含まれる。したがって、こうした老人福祉施設が訪問入浴や通所介護、短期入所生活介護といった「在宅福祉サービス」または「居宅サービス」を併設の事業として行っているケースは、表2では含まれない。さらには、③は医療法、⑤は介護保険法以前は老人保健法を根拠とする医療・保健機関であって、これもまた民間営利企業による経営は認められていない。すなわち、表2においては、⑦が除外されていることも含めて、そもそも、非営利のかなりの部分が対象外とされ、それゆえ、表3に比べて、営利組織の「総数」に占める割合が高く出ることには注意が必要である。仮に表3の「合計」から、社会福祉協議会、医療法人、地方公共団体を除外した数に対する営利法人の割合を算出すれば、訪問介護57.3%、訪問入浴介護51.1%、通所介護11.5%、短期入所生活介護0.7%となる。

こうした点を加味すると、訪問介護だけでなく訪問入浴介護でも高い割合で営利法人が参入しているということがわかる。さらに訪問介護にいたっては、資料の上では表2においては営利法人が高めに出るにもかかわらず、そうした調整をなくとも、表3の方がより高い割合で表れている。

このように、訪問介護、訪問入浴介護など、文字どおり「居宅」での「福祉」サービスにおいて、営利法人の参入が活発であることがわかる。これは、一つは、訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、通所リハビリ、短期入所療養介護などは、介護保険制度創設前は、もともとは「福祉」ではなく「医療」や「保健」の分野に属していたものであり、こうした分野では、その性質上、現段階では医療法人の占める割合が高いという背景があると言えよう。また、通所介護や短期入所生

活介護は、介護保険制度のもとでは、「居宅」サービスとして分類されており、したがって営利法人の参入が認められてはいるが、これらのサービスは、「居宅」とはいえ実際は「施設」を利用して行われる。この「施設」には、たとえば、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人福祉センターも含まれる。それゆえ、これらの「居宅」サービスでは、これまでこういった「施設」を中心的に担ってきた社会福祉法人や社会福祉協議会の割合が依然として高く出ているものと推測できる<sup>4)</sup>。

以上のことから、在宅で行う文字どおりの「居宅」サービスであって、かつ「保健」「医療」ではない、「福祉」の側面が強い訪問介護や訪問入浴といった分野は、営利法人にとって参入障壁が低いと言え、それがこうした数値として表れているということが言えよう。つまり、訪問介護や訪問入浴などは、「居宅」の「福祉」サービスであるがゆえに、多大な設備投資や多数の医療の専門職を必要とせず<sup>5)</sup>、そのため、新規参入が容易だということである。これは固定資本の費用回収負担が、居宅サービスにおいては相対的に低いということでもあり、それゆえ撤退の容易さにもつながろう。

ただし、まだ割合は小さいとはいえ医療の分野にも確実に営利企業の参入が進んでいる。とりわけ訪問看護については、1999年(平成11年)に営利企業の参入が認められている。これまでのところ表4に見られるように、「その他の団体」であつても生協、社団・財団法人が圧倒的多数を占

4) 実際、『訪問介護サービス事業の現状—訪問介護サービス事業状況調査』結果中間報告—(日本労働研究機構、2001年10月)によれば、「訪問介護」を行っている事業所のうち、「施設」を使って行われる「施設サービス」や「通所サービス」を併せて行っている事業所の割合は、社会福祉法人で84.1%、医療法人で65.0%、社会福祉協議会で46.4%と高いのに対し、株式会社では9.4%、有限会社で6.6%と、低い割合になっている。

5) ただし、介護保険適用の老人保健施設、療養型施設は、「保健」「医療」施設であるにもかかわらず、一般病院に比べれば、医療の専門家である医師、看護職員の配置基準は極めて低い。

「公共サービス」の拡大と老人福祉（佐藤）

表 4 訪問看護ステーションの開設者別事業所数の年次推移<sup>1)</sup>

	1993	1995	1997	1998	1999	2000
総数	277	822	2048	2756	3570	4354
地方公共団体	31	68	125	151	180	211
医療法人	143	422	1137	1541	2041	2468
社会福祉法人	31	81	180	258	350	445
公的・社会保険関係団体 <sup>2)</sup>	4	20	63	91	124	152
医師会	40	113	216	263	294	318
看護協会	13	36	65	83	113	140
その他の団体 <sup>3)</sup>	15	82	262	369	468	620
財団法人	14	38	89	131	160	
社団法人	1	35	88	106	133	
消費生活協同組合	—	8	80	127	165	
その他	—	1	5	5	10	

注 1) 1993 年は 10 月 1 日調査、1995 年～1999 年は 7 月 1 日調査、2000 年は 3 月概数。

2) 「公的・社会保険関係団体」とは、日本赤十字社、厚生（医療）農業協同組合連合会、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合及びその連合会をいう。

3) 『老人訪問看護・訪問看護報告』では、「その他の団体」ではなく「認定法人」。その内訳は不明。

出所：1999 年までは、厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課「平成 11 年訪問看護統計調査の概況」厚生統計協会『厚生指標』第 47 巻第 8 号、2000 年 8 月、2000 年は、厚生労働省『老人訪問看護・訪問看護報告（平成 12 年 3 月分概数）』厚生労働省ホームページ。（[http://www1.mhlw.go.jp/toukei/r-kango/rk1203\\_8.html](http://www1.mhlw.go.jp/toukei/r-kango/rk1203_8.html)）

めているが、2001 年に至って、表 3 のように営利法人が 511 となっている。この場合も、2 つの表の間に調査の連続性は認めにくい。介護保険制度が民間営利企業の医療分野参入の契機になっていることは確実に言えるであろうし、訪問看護への営利企業の参入は、医療制度改革に絡んで議論されつつある医療分野全般への営利企業（株式会社）参入の先鞭をつけるという意味が込められている。

こうしたことから、近年の老人福祉事業の拡大は、もちろん、公的セクターや社会福祉法人などの民間非営利法人や医療法人の拡大を一方で伴いながらも、営利企業の参入・拡大が特徴的な流れであると言ってよい。

老人福祉への営利企業参入を見たところで、現在進行しているその背景を考察したい。

この場合、営利企業の参入を、さしあたりは、不況を原因にした二側面において捉えることが必要である<sup>6)</sup>。すなわち、1990 年代の不況は、一方で度重なる景気対策によって国・地方合わせた負債残高は目下 600 兆円を超える状況であるが、このことは、社会福祉財源における公費負担の軽減の必要性をもたらした。他方、こうした景気刺激策にもかかわらず、失業率は 5% 台にのせ、雇用対策としても、また、新たな成長産業としても、福祉の「サービス産業化」が求められている。この財政負担の軽減と、新規雇用、新規産業の創出という 2 つの課題を同時に解決しようとするも

(2) 規制緩和政策と福祉の「サービス産業化」

6) この点については、横山（1999）も参照。

表 5 規制改革主要経過

1994年(平成6年)12月19日	「行政改革委員会」発足(平成7年4月19日「規制緩和小委員会」発足)
1995年(平成7年)3月31日	『規制緩和推進計画』閣議決定
1996年(平成8年)3月29日	『規制緩和推進計画(改訂)』閣議決定
1997年(平成9年)3月28日	『規制緩和推進計画(再改訂)』閣議決定
1998年(平成10年)2月5日	「行政改革推進本部規制緩和委員会」発足(平成11年4月6日より「規制改革委員会」に改称)
1998年(平成10年)3月31日	『規制緩和推進3か年計画』閣議決定
1999年(平成11年)3月30日	『規制緩和推進3か年計画(改訂)』閣議決定
2000年(平成12年)3月31日	『規制緩和推進3か年計画(再改訂)』閣議決定
2001年(平成13年)3月30日	『規制改革推進3か年計画』閣議決定
2001年(平成13年)3月30日	『社会保障改革大綱』政府・与党社会保障改革協議会
2001年(平成13年)4月1日	「総合規制改革会議」を内閣府に設置
2001年(平成13年)5月11日	『サービス部門における雇用拡大を戦略とする経済の活性化に関する専門調査会緊急報告』経済財政諮問会議
2001年(平成13年)6月26日	『今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針』閣議決定
2001年(平成13年)7月24日	『重点6分野に関する中間とりまとめ』総合規制改革会議
2001年(平成13年)9月26日	『改革工程表』
2001年(平成13年)10月26日	『改革先行プログラム』経済対策閣僚会議

出所：内閣府ホームページ (<http://www8.cao.go.jp/>)、総務省行政管理局ホームページ ([http://www.soumu.go.jp/gyoukan/kanri/kanri\\_f.htm](http://www.soumu.go.jp/gyoukan/kanri/kanri_f.htm)) などより作成。

のが、介護保険制度の発足とそれに伴うに民間営利企業の福祉分野への参入である。そしてこれは「社会保障構造改革」だけでなく、経済全般にわたる一連の「規制緩和」の流れを背景に進行していることは、言うを待たない。

1990年代以降の規制改革に関する主要な経過は、表5に見るように、1994年(平成6年)12月発足の「行政改革委員会」、および1998年(平成10年)2月発足の「行政改革推進本部規制緩和委員会」が中心的役割を担い、毎年度末に「推進計画」「推進3か年計画」が閣議決定される(改訂、再改訂を含む)という形で進められてきた。そこから、1990年代末以降の民間企業の福祉分野参入に関連があるうちで本稿にとくに関連のある部分を拾ったものが表6-1、表6-2である。これらの表やその検討にあたった会議録、あるいは2001年度に公表された諸報告などから、現在ま

で続く特徴を、おおよそ以下のようにまとめることができる。

第1の特徴は、当初の「経済的分野」だけでなく、「生活者向けサービス(いわゆる「社会的分野」)の場面でも、「新規産業・雇用創出」および「財政削減」を目的に、国家によって民間企業の参入を促すという傾向が、ますます強まっているということである。たとえば、経済財政諮問会議『サービス部門における雇用拡大を戦略とする経済の活性化に関する専門調査会緊急報告』(2001年5月11日)では、総論としては「不要な規制を撤廃することなどによって、各論的には、「厳しい財政制約」という条件下では民間企業が運営する「公設民営型のケアハウスを拡充」することなどによって、「高齢者ケアサービス」の分野で「現在の50万人から100万人へと50万人の雇用増加が期待される」としている。



「公共サービス」の拡大と老人福祉（佐藤）

表 6-1 「規制緩和推進3か年計画（再改訂）のフォローアップ結果」（平成13年3月31日現在）より関連項目抜粋

「規制緩和推進3か年計画（再改訂）」（平成12年3月31日閣議決定）における決定内容		講ぜられた措置の概要等
事項名	措置内容（実施予定時期等）	

13 医療・福祉関係

(1)保健・医療

①指定訪問看護事業への民間企業の参入	民間企業の指定訪問看護事業への参入について、審議会への諮問等所要の手続を経て実現する。参入要件の設定に当たっては、民間企業に対してのみ特別の参入条件等が設けられたり、地元の事業者が優先されることがないようにする。（措置済11年3月31日）	「指定老人訪問看護事業者又は指定訪問看護事業者の指定を受けることができる者についての一部改正について」（平成11年3月31日付け老人保健福祉局長・保険局長連名通知）により民間企業が指定訪問看護事業に参入できることとしたところ。
--------------------	---	---

(2)福祉

②介護事業への民間企業の新規参入	介護事業への民間企業の新規参入等の支援を促進する。（11年度・12年度 逐次実施）	「社会福祉・医療事業団法施行令の一部を改正する政令」（平成12年政令第91号）により、社会福祉・医療事業団の融資対象に痴呆性高齢者グループホームを追加するとともに（平成12年4月1日施行）、都道府県・市町村が行う、介護サービスへの新規参入希望者に対する支援等の事業に対する国庫補助を実施。
④特別養護老人ホームへの民間企業の参入	民間企業による特別養護老人ホームの経営参入については、介護保険法施行後の施設介護サービスの提供状況等の効果を踏まえつつ、事業の継続性や安定性を確保する仕組みの検討や社会福祉法人制度の見直しを含めて、その推進に向けて早急に検討する。（11年度以降 検討）	・民間企業による特別養護老人ホームの経営参入については、介護保険法施行後の介護保険サービスの提供状況等の効果を踏まえ、事業の継続性や安全性の確保の可能性などを見ていく必要があるが、特別養護老人ホームと同様の要介護者に対応できるようなケアハウスについて、十分な経済的基盤と人的資源を有する民間法人等が都道府県知事の許可を受けて運営できるよう検討する。 ・社会福祉法人制度の見直しについては、「社会福祉法人の認可について」（平成12年12月1日付け障第890号・社援第2618号・老発第794号・児発第908号厚生省大臣官房障害保健福祉部長・社会・援護局長・老人保健福祉局長・児童家庭局長連名通知）等の通知により、資産要件、役員執行体制等、設立・運営要件の緩和を行ったところ。
⑥児童の保育に係る福祉サービスへの民間企業の参入	適切な保育サービスを提供する企業等の民間法人にも認可保育所への道を幅広く開くため、社会福祉法人以外の民間法人も認可保育所の設置主体として認めるための所要の措置を講ずる。なお、都道府県が保育所を設置認可する際の基準を示すに当たっては、民間事業者の事業の継	平成12年3月、民間企業等の参入を認める措置を講じたところ。（「保育所の設置認可等について」平成12年3月30日付け児発第295号）

	<p>続性・安全性の確保等に留意しつつも、その他の面においては民間事業者がその他の主体と差別的な取り扱いを受けないような指針とする。 (措置済 12年3月)</p>	
⑨社会福祉法人の設立、運営の要件の緩和	<p>社会福祉法人の設立、運営の要件について、非営利性、公共性といったその基本的性格に配慮しつつも、規制の見直しを進める。(法改正案施行時)</p>	<p>・社会福祉制度全般の見直しについては、社会福祉事業の追加、収益事業による収益の用途の拡大等の措置が講じられたところ。 ・社会福祉法人に係る資産要件、役員執行体制設立・運営の要件緩和については、上記法改正等を踏まえて措置を講じたところ。(前出「社会福祉法人の認可について」)</p>

◇その他措置済事項

⑥ホームヘルパー養成研修について実習の簡素化、実習対象施設の拡大	<p>(a)ホームヘルパー養成研修について、介護サービスに従事した実績を有する者に対する実習の簡素化を図った。また、実習の方法を弾力化する観点から、見学の一部をビデオ学習に、実習の一部を模擬実習にそれぞれ振り替えることを可能とした(措置済 11年9月3日)</p>
	<p>(b)ホームヘルパー養成研修における実習対象可能施設を拡大し、痴呆性老人グループホームや現に介護サービスを提供している有料老人ホームを追加した。(措置済 11年9月3日)</p>

出所：総務省行政管理局ホームページ ([http://www.soumu.go.jp/gyoukan/kanri/kanri\\_f.htm](http://www.soumu.go.jp/gyoukan/kanri/kanri_f.htm)) より作成。  
項目番号は原資料のまま。

表 6-2 「規制改革推進3か年計画」(平成13年3月30日閣議決定)より関連項目抜粋

5 福祉等関係 ア 介護

事項名	措置内容(実施予定時期)
④特別養護老人ホーム等のホテルコストの在り方	<p>施設サービスと在宅サービスの負担の均衡を図り、競争の促進により介護サービスの質を向上させるために、特別養護老人ホーム等のホテルコストについて、入所者の居住性や低所得者への対応に配慮しつつ、見直しを検討する。(14年度検討)</p>
⑤訪問介護の介護報酬における3種類の在り方等	<p>利用者ととの契約内容を明確化するとともにヘルパーのサービス水準を確保するため、標準的なサービス行為の内容や手順のパッケージを示したガイドライン(平成12年3月17日厚生労働省通知老計第10号)の周知や、必要に応じた充実を図るとともに、利用者ごとにサービス事業者が作成する訪問介護計画について、例えば、こうしたサービス行為のパッケージの記載の奨励など、その内容の一層の明確化を検討する。(逐次実施)</p>
⑩施設介護サービスへの民間企業の参入	<p>民間企業による特別養護老人ホームの経営参入については、介護保険施行後の介護保健サービスの提供状況等の効果を踏まえ、事業の継続性や安定性の確保の可能性などを見ていく必要があるが、特別養護老人ホームと同様の要介護者に対応できるようなケアハウスについて、十分な経済的基盤と人的資源を有する民間法人等が都道府県知事の許可を受けて運営できるよう検討する。(13年度検討)</p>

出所：表 6-1 に同じ。

第2に、上の第1点目を実現するために、一方では、福祉関連事業所の設置基準の「見直し」などさまざまな規制緩和による参入障壁の除去を行うとともに、他方で、資本への直接・間接の助成と社会福祉法人などへの助成の事実上のカットにより、両者の競争条件を揃えるという政策が進められている。たとえば、総合規制改革会議『重点6分野に関する中間とりまとめ』（2001年7月24日）では、「既存の社会福祉法人を含めた多様な経営主体の間で、公的助成の面について、対等な立場での競争を促していく」として、民間企業にも「公的助成」「公的補助」を注入する一方で、「社会福祉法人への施設設備補助費を削減する」、あるいは、社会福祉協議会における「在宅福祉サービスの実施に当たっては、公的助成のみに依存することなく」等々と述べ、公的セクターや非営利法人への補助を削減する方向が打ち出されている。また、上述のケアハウスへの民間企業参入に合わせて活用が予定されている「PFI（Private Finance Initiative）制度」も、民間企業への新たな形態での補助金であるといえる。民間企業が建設した施設を市町村などが買い取ることで、事実上、建設費を保証（補填）するだけでなく、買い取り費用自体、国庫補助の対象にもなるからである（厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」2001年9月28日）。

第3に、こうした動きは、経団連などの経済界の意向を反映して「規制改革会議」（現行）が策定し、厚生労働省など関係各省庁での個別分野の改革を促進するという一連の流れで行われていることを、確認しておく必要がある。現在、取りざたされている特別養護老人ホームへの民間企業の参入にしても、ここ数年来、経団連によって重点項目として要求され続けており、内閣府＝「規制改革会議」は、それを相当程度意識している。すなわち、「経団連の3か年計画についての再要望（経済団体連合会『新たな規制改革推進3か年計画の策定に望む』2001年2月16日。——佐藤注）は、中間公表に対する再意見であるが、この

取り扱いについてはできる限り3か年計画に盛り込むつもりである」（「第21回規制改革委員会議事概要」2001年2月20日開催）としつつ、「福祉に関しては、特別養護老人ホームのホテルコストについての見直し、これについては、在宅介護は自由参入だが施設介護は社会福祉法人の独占であるが、最大のポイントはホテルコストにある。これを見直すことについてイコールフットイングを図る」（第23回同議事概要、2001年3月21日開催）と述べられている。たしかに今後予定されている特別養護老人ホームの個室化は、それ自体としては利用者のプライバシー保護など人権保障の観点からは推進されてしかるべきである。しかしながら、その個室化は、ここに見られるようにホテルコストの受益者負担での徴収と一体となっているだけでなく、それは、将来の介護老人福祉施設（特養）に参入してくる民間企業にとって、社会福祉法人と同等の競争条件の下で採算が合うものになることを狙った施策であると言える。これに対し厚生労働省は、現時点では民間企業の参入についてはそこまで踏み込まずに、個室化を伴う「新型特養の入居者は、居住環境が抜本的に改善されることから、従来の介護・食事に係る利用者負担のほか、ホテルコストに係る費用を負担することを基本とする」（厚生労働省「全国担当課長会議資料」2001年9月28日）というロジックに留まっている。とはいえ、これまでの議論が、「規制緩和委員会」などの方針に沿う形で、厚生労働省でも順次具体化されてきたという経緯に鑑みれば、厚生労働省も、事実上、特養の企業経営解禁を念頭においていると考えてよい。もともと、福祉分野への企業参入自体、介護保険制度の導入には否定的な見解を示していた『社会保障制度改革の必要性和高齢者介護に関するわれわれの考え方』（経済団体連合会、1996年10月15日）でも、すでに述べられており、その後、介護保険を機に実現したのであった。

これらのことから、第4に、福祉をめぐるキーワードとしては、「競争」「市場原理」「多様な提供

主体」,あるいは「自助」「自己責任」「共助」が出てくることになる。また,思想的には,社会福祉法人が行ってきた福祉は,「慈善・博愛事業という恩恵的なもの」(前出『重点6分野に関する中間とりまとめ』)であって,民間企業の参入によって利用者に契約の意識が芽生え,利用者の権利として福祉を捉えることができる,という考え方となる。これは,社会福祉法人が中心に担ってきたこれまでの福祉を,社会権的権利あるいは基本的人権としての権利と捉えない議論であるが<sup>7)</sup>,この点についてはIVで触れる。

ところで,これら一連の規制緩和とその具体的政策は,「小さな政府」を志向しているにもかかわらず,単なる財政の縮小ではない。なぜなら,これまで見たように,資本の活動には,むしろ新たに様々な形態での助成を行うことで,それを支えることになるからである。こういった政策が国家による資本への直接・間接的介入(補助)に加え,同時に,それを通じた国家による新規産業,雇用創出の政策でもあるということを,ここでは,第5の特徴として指摘しておく。

第6に,こうした福祉の民営化の流れは,今に始まったことではないとはいえ,1980年代の福祉を成長の足かせとみなす社会保障政策からは<sup>8)</sup>,一定の変化があるということである。理論的に言えば,資本主義における政府の活動は,資本主義的生産によって生み出された付加価値を消費する不生産的活動である。すなわち,福祉サービスも,政府部門ないしは準公的な部門において租税(広い意味での租税であって,社会保険のための拠出金,いわゆる社会保険料も含む)で賄われている限り,それは,たとえ国民経済計算上では付加価値として計上されたとしても,資本蓄積元本からの控除であることに変わりはない。この限りにおいて,「福祉は成長の足かせ」という見方

は,むしろ当を得ている。しかし,この同じ具体的内容を持つ活動が,民営化され,資本主義的企業によって担われれば,それは資本が自己増殖する活動の対象となり,生産的部門へと転化する。かつて,生産的労働を論じたEdward N. Wolffは,経済的福祉の観点からは不生産的サービスの消費が増大していないことがむしろ問題であると述べ,政府部門(公的セクター)による不生産的活動の福祉にとっての必要性を示唆していたが<sup>9)</sup>,今や,そういったかつての不生産的な福祉サービスが,企業による生産的活動へと転化されつつあるのである。

そして最後に,福祉への民営企業参入の動きは,介護保険制度の不備によって,かえってその志向が強まっている。IIIで詳述するが,周知のとおり,介護保険制度は,当初の予想に反して民営企業にとっては,赤字や撤退を余儀なくされるという厳しいスタートになった。経営の厳しさについては,営利企業だけでなく,社会福祉協議会など非営利法人にとっても同様であるが,このことを背景にして,これまで居宅サービスにしか認められていなかった営利企業の活動範囲を,一気に施設サービスにまで拡大しようという経済界からの要望が一層強まってきており,とりわけ介護保険スタート後の「経済財政諮問会議」「総合規制改革会議」などの政策提言は,これを反映している。これに沿って,まずは2002年度から先述のケアハウスへの参入が解禁された。ケアハウスは,「介護保険施設」ではないが,老人福祉法に基づく老人福祉施設への参入という意味では,同じく老人福祉法に基づく特別養護老人ホーム(指定介護老人福祉施設)への参入の途を開くものであるという評価は,極めて自然であろう。

### III 非物質的生産としての福祉サービスと介護保険

#### (1) 介護サービス事業者の現状

7) 鈴木(1997),142ページも参照。

8) この点については,柴田(1998)の,とくに454~470ページを参照。

9) 拙稿(佐藤,2000a),79ページ。

「公共サービス」の拡大と老人福祉（佐藤）

表 7 事業類型別訪問介護サービス事業の収支（事業所数の構成比；％）

（参考）経営法人の事業類型別事業所

	黒字である	収支トントン	赤字である	不明		
事業所全体	9.8	32.4	55.8	2.0	施設・通所・看護型	304
施設・通所・看護型	10.5	29.3	58.6	1.6	施設・通所型	398
施設・通所型	10.1	32.7	56.0	1.3	通所・看護型	397
通所・看護型	13.1	32.2	53.1	1.5	通所型	426
通所型	8.0	32.6	58.9	0.5	看護型	516
看護型	11.6	35.1	52.3	1.0	周辺型	603
周辺型	9.8	31.2	58.5	0.5	専業型	918
専業型	8.2	32.9	57.2	1.7	その他・不明	109
					合 計	3671

注：施設・通所・看護型：訪問介護に加えて施設サービス、通所系サービス（デイサービス、デイケア及び短期入所サービス）及び看護系訪問サービス（訪問入浴介護、訪問看護及び訪問リハビリテーション）を行っている法人のタイプ。

施設・通所型：訪問介護に加えて施設サービス及び通所系サービスを行っている法人のタイプ。

通所・看護型：訪問介護に加えて通所系サービス及び看護系訪問サービスを行っている法人のタイプ。

通所型：訪問介護に加えて通所系サービスを行っている法人のタイプ。

看護型：訪問介護に加えて看護系訪問サービス及び周辺のサービス（福祉用具貸与・販売・住宅改修、配食サービス、外出介助・移送サービス、痴呆性老人グループホームおよびホームヘルパー養成講座）を行っている法人のタイプ。

周辺型：訪問介護に加えて周辺のサービスを行っている法人のタイプ。

専業型：訪問介護サービスのみを行っている法人のタイプ。但し、居宅介護支援事業を行っている法人も含む。（なお、居宅介護支援事業は、多種多様な法人が行っているため、事業類型の分類基準としていない。）

出所：日本労働研究機構『訪問介護サービス事業の現状－「訪問介護サービス事業状況調査」結果中間報告－』2001年10月。日本労働研究機構ホームページ（<http://www.jil.go.jp/mm/siryoy/20011019.html>）より。ただし注は、同報告の本文による。

介護保険制度を背景にした営利企業の福祉分野への参入であるが、それは、介護サービス事業者にとっては予想外に厳しいものとなった。

日本経済新聞社の2001年「介護事業調査」によれば、介護関連企業277社のうち「採算がとれていない」企業が48.4%、「とれている」は19.1%であった。2000年10月の同調査では、245社中「とれていない」が57.1%、「とれている」が10.2%であったから、介護保険スタートから1年でやや経営は改善してきたと言えるが、それでも約半数の企業が採算割れという厳しい事態は続いている（『日本経済新聞』2001年7月4日付）。

こうした状況について、民間営利法人は、社会福祉協議会などとの条件格差（補助金の有無、これまでの実績など）を原因の1つにあげることが多いが（『日経産業新聞』2001年7月5日付）、こ

のこの妥当性は措くとしても、経営の厳しさは民間企業だけに限ったことではない。『訪問介護サービス事業の現状』（日本労働研究機構）によれば、社会福祉協議会やその他の社会福祉法人などを含めた場合でも、事業所全体の55.8%が訪問介護事業の収支について「赤字である」と回答しており、「黒字」は9.8%にすぎず（表7）、上の、民間企業だけを対象とした「介護事業調査」の傾向と変わりはない<sup>10)</sup>。

こういった経営の厳しさは、事業者が受け取る介護報酬が費用に見合っていないということを意味するが、この制度上の原因の1つに、介護報酬単価が事業者にとって安いということがあげられ

10) 新潟県内の市町村社会福祉協議会が実施する介護保険サービス事業の収支決算によっても、収入総額から支出総額を差し引いた場合には、74.4%の社会福祉協議会がプラス（黒字）であるのに対し、収入を介護報酬だけに

表 9-1 定点市町村 (全国 108 保険者) の 1,263 人に対する平成 12 年 3 月と 7 月とのサービス量の変化の状況

(左列：人，右列：構成比；%)

	サービス量が増加		ほぼ同じ		サービス量が減少	
要支援	111	52.9	42	20.0	57	27.1
要介護 1	145	67.8	30	14.0	39	18.2
要介護 2	148	70.1	38	18.0	25	11.8
要介護 3	143	68.8	24	11.5	41	19.7
要介護 4	156	73.9	30	14.2	25	11.8
要介護 5	149	71.3	23	11.0	37	17.7
合計	852	67.5	187	14.8	224	17.7

表 9-2 「サービス量が減少」と回答した 224 人についての調査 (複数回答あり。単位：人)

	人数	割合	全体割合
これまで受けていたサービスが現在の利用限度額を超えていたため	25	11.2%	2.0%
短期入所を緊急時のために取っておくため	11	4.9%	0.9%
サービス事業者が予約でいっぱいだったため	2	0.9%	0.2%
家族との同居等により、これまでほどはサービスが必要でないため	10	4.5%	0.8%
利用者負担を支払うのが困難だったため	32	14.3%	2.5%
利用者負担は支払えるが、従来受けていたサービスが必ずしもすべて真に必要なサービスではないと考えたため	35	15.6%	2.8%
その他 (本人の状態の回復、入院のためなど)	40	17.9%	3.2%
回答なし	81	36.2%	6.4%

出所：厚生労働省老人保健福祉局「全国厚生労働関係部局長会議資料」2000年12月24日，厚生労働省ホームページ。  
(<http://www.mhlw.go.jp/pics/0101/bukyoku/rouken/tp0119-1.html>)

る。ところが、そうした事業者にとっての安い介護報酬が、利用者にとっては利用料の 1 割負担と

限ると、68.9%の社協で収支がマイナスに転落する。介護報酬だけでの介護事業の運営が、極めて厳しいことの証左であると言える (表 8)。

表 8 平成 12 年度新潟県内市町村社会福祉協議会が実施する介護保険サービス事業の事業別採算状況 (事業所数の構成比；%)

	収入総額 - 支出総額			介護報酬 - 事業経費		
	マイナス	同額	プラス	マイナス	同額	プラス
総括	5.6	20.0	74.4	68.9	2.2	28.9
居宅介護支援事業	18.3	18.3	63.3	55.0	3.3	41.7
訪問介護事業	16.4	26.0	57.5	72.6	1.4	26.0
通所介護事業	11.7	31.7	56.7	41.7	28.3	30.0
訪問入浴介護事業	23.1	23.1	53.8	46.2	0.0	53.8
短期入所生活介護事業	0.0	25.0	75.0	50.0	0.0	50.0
福祉用具貸与事業	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0

出所：新潟県社会福祉協議会「市町村社協における平成 12 年度介護保険事業の経営状況」社会福祉法人新潟県社会福祉協議会「福祉にいがた」第 586 号，2001 年 6 月号。

いう経路を通じることで「高い」ものとなっているという矛盾がある。利用者にとって利用料が高い限りサービスの利用は手控えられ、結果として、サービスの売り上げは低下し、事業者が受け取る介護報酬総額を少なくすることは当然である。

介護保険制度に導入された利用料の 1 割負担について、厚生労働省は、一貫して、それが介護サービスの利用抑制にはほとんどつながっていないと主張している。この点は、制度が抱える問題として重要であるので、若干立ち入っておきたい。

表 9-1, 9-2 は、厚生労働省が調査した、定点市町村 (全国 108 保険者) の 1,263 人に対する

2000年3月と7月とのサービス量の変化の状況である（厚生労働省老人保健福祉局「全国厚生労働関係部局長会議資料」2000年12月24日による）。表9-1によれば、介護保険実施によってサービス量を減少させたのは224人で、そのうち「利用者負担を支払うのが困難だったため」と回答したのは32人である（表9-2）。これについて、厚生労働省は、「調査対象（1,263人）のうち、『利用料負担を支払うのが困難だったため』と回答した方は32人（2.5%）と少なくなっている」（同上資料）と解説し、利用者負担が利用料抑制につながったケースは、全体のうち極めて少ないという印象を与えている。しかし、サービス量を減らした人の中だけで見れば、「利用者負担を支払うのが困難だったため」は14.3%と、理由としては上位に入っている。しかも、「利用者負担は支払えるが、従来受けていたサービスが必ずしもすべて真に必要なサービスではないと考えたため」（35人、15.6%）ということから、かつての措置対象者が、介護保険導入を機に利用料負担と照らし合わせて「従来受けていたサービス」を「必要なサービスではない」と「考えた」可能性は十分に考えられる。こうして、厚生労働省の調査からさえも、利用料負担が利用抑制につながっているケースは「少なくなっている」とは言えない。

また、『全日本民医連「2000年介護実態調査」報告』（全日本民主医療機関連合会・介護実態調査推進チーム、2001年6月5日）によれば、介護保険実施前後でサービスの利用量が減ったのは585人で全体の12.8%、そのうち、サービス量が減ったうえで、かつ介護費用が増えた人は483人となっている（表10）。これは、サービス量が減った中で占める割合としては実に82.6%にのぼる（全体に対する割合としても10.6%である）。もちろん、「サービス量が減った」かつ「介護費用が増えた」という項目に該当する人が、そのまま、「利用者負担を支払うのが困難だったためにサービス利用量を減らした」という、先の表9-2で取上げた内容に合致するわけではないが、それに

しても、サービス量を減らしたうちの8割以上が同時に介護費用負担が増大していることから、利用料1割負担が利用抑制につながっていると推測することは十分に可能である。表11では、利用料の負担を「とても負担」「やや負担」と回答している人は合わせて48.7%、表12では、サービス利用回数や時間が「減った」理由として、複数回答ではあるが48.7%が「自己負担が増えた」（から）と答えている。また、表13でも、サービスを支給限度額まで使えていない理由として、14.5%の人が「利用料を負担しきれない」として、利用料の負担の重さをあげている<sup>11)</sup>。

以上から、利用料負担とサービス利用抑制は相当強い因果関係があると見てよい。

そこで、事業者の経営改善のために制度上の考えられる解決策としては、利用者の負担を軽減してサービス利用量を増大させるか、あるいは、介護報酬単価を引き上げるかのいずれかによって、事業者が受け取る介護報酬総額を増大させるということである。しかしながら、言うまでもなく、介護報酬単価を経営に見合うものへと今以上に引き上げれば、利用料1割負担の原則を維持する限り、より一層の利用者負担増となり、ますますの利用抑制を招く恐れがある。他方、その利用者負担を引き下げるべく介護報酬単価を引き下げるとは、単価の引き下げを補って余りある利用増大がない限り、一層の経営の困難に直面することになる。したがって、この問題に関する限り、利用料1割負担を、無料化も視野に入れて引き下げることが、当面の制度上の解決策となる。ただ、実際、平成13年4月1日現在で、全国市町村3249のうち19.5%にあたる635の市町村が独自の利用者負担の軽減措置を行っているが（「介護保険事務調査の結果」2001年4月1日現在、

11) この他に、介護保険制度では、保険料負担が被保険者にとって重いものになっているという重大な問題があるが、このことは利用料1割負担とは別の問題である。なお、社会保険方式を採用したことが制度の根本的な性質を決めていることについては、IVで触れる。

表 10 費用負担の変化×介護負担の増減×介護サービスの増減

(上段：人，中段：合計に対する割合；%，下段：各小計にする割合；%)

サービス	介護負担				
	費用	増えた	変わらない	減った	
増えた	増えた	349	634	313	1296
		7.6%	13.9%	6.9%	28.4%
		22.0%	40.0%	19.7%	81.8%
	変わらない	23	134	36	193
0.5%		2.9%	0.8%	4.2%	
減った	9	41	46	96	
	0.2%	0.9%	1.0%	2.1%	
小計	381	809	395	1585	
	8.3%	17.7%	8.6%	34.7%	
		24.0%	51.1%	24.9%	100.0%
	変わらない	増えた	416	1426	67
9.1%			31.2%	1.5%	41.8%
17.3%			59.5%	2.8%	79.6%
変わらない		36	343	8	387
	0.8%	7.5%	0.2%	8.5%	
減った	7	68	27	102	
	0.2%	1.5%	0.6%	2.2%	
小計	459	1837	102	2398	
	10.0%	40.2%	2.2%	52.5%	
		19.1%	76.6%	4.3%	100.0%
	減った	増えた	213	257	13
4.7%			5.6%	0.3%	10.6%
36.4%			43.9%	2.2%	82.6%
変わらない		16	40	2	58
	0.4%	0.9%	0.0%	1.3%	
減った	16	23	5	44	
	0.4%	0.5%	0.1%	1.0%	
小計	245	320	20	585	
	5.4%	7.0%	0.4%	12.8%	
		41.9%	54.7%	3.4%	100.0%
	合計	1085	2966	517	4568
		23.8%	64.9%	11.3%	100.0%

注：介護保険実施前後で、自立度・痴呆自立度が変化していない人のみの集計。

出所：全日本民主医療機関連合会・介護実態調査推進チーム『全日本民医連「2000年介護実態調査」報告』2001年6月5日，全日本民医連ホームページ。（<http://www.min-iren.co.jp/>）



「公共サービス」の拡大と老人福祉（佐藤）

表 11 利用料の負担感

(単位：人)

	とても負担	やや負担	それほど負担ではない	負担ではない	どちらとも いえない	合 計
N	2825	3526	3852	1631	1204	13038
構成比	21.7%	27.0%	29.5%	12.5%	9.2%	100.0%

出所：表 10 に同じ。

表 12 介護保険施行後のサービスの利用回数や時間が「減った」理由

(複数回答，単位：人)

	サービスが 不足	サービスが 使いにくい	自己負担が 増えた	介護度が軽 くなった	家族介護が 可能になった	支給限度額 が低い	そ の 他
N (1,758)	95	153	856	136	72	312	435
構成比	5.4%	8.7%	48.7%	7.7%	4.1%	17.7%	24.7%

出所：表 10 に同じ。

表 13 サービスを支給限度額まで使えていない理由

(複数回答，単位：人)

	サービス利用 の必要がない	家族で間に 合う	利用料を負担 しきれない	利用したい サービスがない	必要あるが 本人拒否	そ の 他
N (19,483)	7420	5011	2818	1031	1826	2217
構成比	38.1%	25.7%	14.5%	5.3%	9.4%	11.4%

出所：表 10 に同じ。

「介護保険制度の実施状況—平成 13 年 5 月 28 日厚生労働省全国担当課長会議資料より—」による)、それは、上述のサービス事業者の経営状況から判断して、それを十分改善させるほどの利用量増大をもたらすような軽減策にはなっていないと、判断せざるをえない。

そこで、このような現状において、事業者はどのような対応を行い、また今後も行っていくであろうか。このことについて、福祉サービス労働の本質的性格や介護保険制度の制度原則に係わらせながら、節を改めて検討していくこととする。

## (2) 福祉労働の性質

### ① 福祉労働と「契約」制度

介護保険制度に至る日本の老人福祉制度の変遷についてはIVに譲るが、介護保険とそれ以前の老人福祉制度との決定的な相違は、それまでの原則

「措置」制度から原則「契約」制度へと転換したことにある。これは、福祉が行政責任によるものから利用者と事業者との個別契約によるものへと変化したという理念、概念の変化だけでなく、確実に、福祉の現場に大きな転換をもたらしている<sup>12)</sup>。それは、一言で言えば「契約」制度の導入によって、民間営利企業の参入を待たずとも、したがって、居宅サービスだけでなく現時点では民間営利企業の参入が認められていない施設サービスにも、競争原理、経営原理が導入されたことである。すなわち、現在のところ施設サービスの不足から利用者が「自由」に選べる状況には程

12) 社会福祉全般にわたる「措置」制度から「契約」制度への移行は、社会福祉事業法の社会福祉法への改定によって既定路線となっており、この法律の全面実施は2003年4月となっている。なお、社会福祉法とその問題性については、浅井(2000)、柴田(2000)を参照。

遠いという矛盾を一方に抱えながらも、他方では、「選ばれるための経営努力」が、居宅サービスはもとより、施設サービスにも否応無しに求められてくるのである。これは、前節で概観したような経営状況が仮に改善してきたとしても、「契約」制度＝市場原理が貫く限り継続的に求められる、その意味で制度の本質に根ざす必然事である。逆に、現在は、民間営利・非営利ともに経営が厳しいことが、こうした経営努力の必要性を一層強めているとも言える。

この場合、一方では、利用者に「契約」してもらうために、商品の使用価値的な質を改善させつつ、他方で、一定量の同質の使用価値を提供するための費用を他の生産者よりも低下させて利潤を拡大するという、資本主義的商品生産一般に見られる競争が必然化する。とりわけ、商品（＝介護サービス）単位あたりの市場価格（＝介護報酬単価）が原則として固定されている条件の下では、価格競争以外の競争によって商品販売量を増大させるか、商品単位あたりの費用（あるいは個別生産価格）を低下させるかのいずれかによって、獲得できる利潤総量を拡大するしか、前節で概観したような経営の困難な状況を打開する方法はない。

商品の個別生産価格を低下させる場合、物質的生産であれば、単位時間あたり生産量を増大させるという労働生産性の上昇がまず考えられることであるが、これは一般的に言って、資本の有機的構成の高度化を伴うものである。すなわち、物質的生産の特徴は、協業、マニファクチュア、機械制大工業という資本による生産過程の実質的包摂の進展を通じて、生産過程それ自体の内部において労働の投入と生産物の産出との間に一定の比例的関係を生み出しながら、それを基盤に、資本が生産過程を管理・掌握していくということにある。これは、一方では、個別の労働を単純化・平均化していくとともに、他方では、そうした単純化・平均化を促すべく、生産過程を機械に置き換えていくことで有機的構成を高度化させ、生産性

を一層増大させていくということにつながっている。原理論的に言えば、物質的生産においては、単純労働・平均的労働による使用価値生産という性質が、社会的平均的労働を実体とする価値生産（剰余価値生産）を支えているのであり、これを基盤に労働生産性の増大、個別商品の価値低下を追求することができるのである<sup>13)</sup>。

ところが、福祉サービスは、そもそも日々の生活全般にわたるものであり、本来的に非物質的生産の領域にあり、それゆえ労働集約的なものとして表れる<sup>14)</sup>。言い換えれば有機的構成の高度化には大きな限界を伴う。非物質的生産においては、本来的に、労働投入と成果の産出との間に平均的・標準的な比例関係を確定しにくく、その労働過程を単純化、平均化することがそもそも困難なのである。言い換えれば労働過程の単純化、平均化を支える機械化に本来的な限界があり、それゆえ、資本による包摂にも、形式的包摂はともかく、とりわけ実質的なそれにおいて限界がある。

こうして、労働過程そのものの改良に依拠した生産性増大には本来的な限界がある福祉サービスの分野に、競争原理を強制するところの「契約」制度を導入したことによって、結果として、費用の低下のためには、より安価な労働力、より少ない労働力を利用するか、あるいは「労働生産性の上昇」を追求するにしても、その多くを「現場の

13) この点についての、理論的な考察は拙稿（佐藤、2000）を参照されたい。

14) 「福祉は労働集約的であるがゆえに採算が取りにくい」といった議論があるが、福祉が労働集約的であることを含め、この議論自体は妥当である。ただし、福祉が労働集約的な産業として現出するのは、それが、そもそも労働過程の細分化と機械化を困難とする非物質的生産領域に属するからである。「労働集約的」ということで言えば、繊維や電機産業なども一定程度そう言える。しかしながら、同じ「労働集約的」産業といえども、そこには、物質的生産か非物質的生産かという本質的区別が存在している。このことは、同じ「サービス産業」とはいえ、前者に属する「運輸サービス」や「ネットワーク構築サービス」「保守サービス」と、後者に属する「福祉サービス」とでは、その経済的な本質が全く異なるということでもある。この点については、前掲拙稿、ならびに、拙稿（佐藤、2001b）を参照されたい。

「公共サービス」の拡大と老人福祉（佐藤）

工夫」「職員の資質の向上」に委ねるしかないという事態が生じる。たとえば、表 14 は、厚生労働省『介護労働実態調査中間報告』によるものであるが、調査対象の労働者のうち、非正社員と登録ヘルパーは約 4 割弱を占めるが、その圧倒的な部分が、時間給労働者であり、賃金は、月収換算で 7 万円から 15 万円弱にすぎない。

また、こうしたコスト削減努力と同時に、利用者に選ばれるために「消費者のニーズに合わせたサービス」「きめ細かいサービス」「質の高いサービス」を提供しようとしても、これを、「安価な労働力の利用」、「より少ない労働力の利用」という条件下で行うには、この面でも、必然的に「現場の工夫」「職員の資質の向上」がその方策として求められることになる。もとより、現場の工夫や職員の資質の向上は、利用者の権利擁護の観点からは必要不可欠であるが、現実には、資質の向上につなげるための研修の時間も、満足にとれないのが実態である。同上の調査によれば、社内研修と社外研修の双方を行っている事業所は全体の約 75%であるが、逆にそれらを行わない事業所の「従業員に対する社内研修の実施や社外研修への

参加を行っていない理由」としては、「時間的な余裕がない」が 72.2%、「費用が高額である」25.0%、「参加させたいものがない」13.9%、「必要がないと考える」8.3%、「その他」8.3%（複数回答）となっており、とりわけ時間不足が、費用負担以上に大きな理由となっている。時間がない中での研修の実施は、たとえそれが行えている場合であっても、労働時間や労働密度の面で大きな負担になっていることが推測できる。

以上のような事業者の対応に加え、現在、検討または実行されているのが、具体的には、1 つは、より「資本集約的」と言える施設サービスへの民間事業者の参入であり、特別養護老人ホームやケアハウスへの参入については、Ⅱで触れた。また、介護保険適用外の「上乘せ・横出し」サービスも、一面では介護保険の範囲だけでは十分な福祉サービスが提供できないことを制度自ら証明しているようなものであるが、他面でいえば、この分野で、介護報酬単価に縛られずに自由に介護サービスが売買されるということも意味する。こういった部分は、言うまでもなく、利用限度額を超える利用料負担（上乘せサービス）や、介護保険対象外の

表 14 雇用形態別所定賃金、就労日数、労働時間

	雇用形態別労働者数		賃金支払形態別割合(%)			平均所定賃金額(円)			平均就労日数(日)			平均労働時間(時間)			月収換算(円)		
	労働者数	割合(%)	月給	日給	時間給	月給	日給	時間給	月給	日給	時間給	月給	日給	時間給	日給	時間給	
全 体	39,261	100	70.9	4.8	24.3	224,726	8,183	1,203	21	18	16	7.8	7.4	5.2	147,294	100,090	
正 社 員	24,287	61.9	98.5	0.5	1.0	227,966	8,264	1,145	21	21	19	7.8	7.7	5.8	173,544	126,179	
非正社員	10,198	26.0	17.1	16.6	66.3	174,486	8,235	1,131	19	17	17	7.3	7.5	5.8	139,995	111,517	
	常勤労働者	4,378	11.2	30.0	23.4	46.6	170,484	7,068	1,021	20	20	20	7.7	7.9	7.2	141,360	147,024
	短時間労働者	2,608	6.6	3.8	9.7	87.4	166,349	7,207	1,022	16	14	17	6.1	6.7	5.5	100,898	95,557
	非常勤労働者	3,212	8.2	7.6	12.3	80.1	202,979	12,336	1,329	11	10	14	5.2	7.1	4.8	123,360	89,309
登録ヘルパー	3,993	10.2	0.4	3.0	96.6	176,100	7,385	1,353	17	17	14	5.7	5.5	3.8	125,545	71,980	
無 回 答	783	2.0															

注：常勤労働者は、週所定労働時間が 30 時間以上の労働者、短時間労働者は、同 20 時間以上 30 時間未満の労働者、非常勤労働者は同 20 時間未満の労働者。平均就労日数は 1 ヶ月あたり、平均労働時間は 1 日あたりの数値をしめしている。

月収換算は、平均所定賃金×平均就労日数（日給制）、または、平均所定賃金×平均労働時間×平均就労日数（時間給制）によって求めた。

出所：厚生労働省『介護労働実態調査中間報告』2001年7月31日、厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0107/h0731-5.html>）より作成。

付加的なサービス利用料負担（横出しサービス）に耐えうる利用者と、それを提供しうる事業者との間の文字通り自由な商品売買であり、こういった分野での事業展開が、とりわけ民間企業の経営改善に寄与することは、十分に予想できることである。

## ② 福祉労働と介護報酬制度

ところで、介護保険制度は、制度の仕組みそれ自体が、福祉労働が非物質的生産であるがゆえに持つ限界を、すなわち労働過程の細分化・定形化・平均化が本来的に困難であるという限界を、過程の外から言わば強制的に打開させようとする性質を備えている。

介護保険制度では、各サービス毎に費用額の算定基準となる単位数が決められており、これに1単位あたりの単価を乗じて費用が算定される。たとえば、身体介護では、所要時間30分未満の場合で210単位、30分以上1時間未満の場合402単位、指定訪問看護ステーションの行う訪問看護では、30分未満なら425単位、30分以上1時間未満で830単位といった具合である（「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」厚生省告示第19号、平成12年2月10日）。これに1単位の標準的な単価10円を掛ければ（「厚生労働大臣が定める1単位の単価」厚生省告示第22号、平成12年2月10日）、それぞれ、訪問介護で順に2,100円、4,020円、訪問看護で4,250円、8,300円といったように決まる。この場合、なかでも訪問介護、訪問看護については30分毎に単位が決められており、介護報酬もその30分を単位に支払われることになる。

同時に、利用者の側にも、要介護度に応じて利用限度額（単位）が決められており、この範囲内で各サービス毎の単位を勘案して利用量が決められることになる。たとえば、「要介護度1」と認定された場合、訪問介護、訪問看護などの「通所サービス区分」の居宅介護サービスの支給限度基準額は、1月あたり16,580単位である（「居宅介護サービス費区分支給限度基準額及び居宅支援

サービス費区分支給限度基準額」厚生省告示第33号、平成12年2月10日）。仮に、30分未満の身体介護なら1月に78回程度（1日2.5回程度）、同じ時間の訪問看護なら39回程度となる（1日1回程度）。

こうして、サービス毎の単位数に基づく介護報酬の決定と要介護認定制度に基づく利用限度単位数の決定というシステムによって、本来は生活全般にわたるはずの介護サービスの労働過程が、時間を基準に個々バラバラな部分に細分化され、その個々の部分の単純化・平均化が強制される。介護報酬が30分という時間単位で支払われる限り、どの労働者も、その区切られた時間内で行えるサービスだけを提供せざるを得なくなるからである<sup>15)</sup>。これを、現場の介護労働者が忠実に遂行すれば、サービスが余裕のないものとなり<sup>16)</sup>、他方、介護労働者がこれまでとおり、利用者のその日その日の実情に合わせた臨機応変の質の高いサービスを行えば、その部分を介護報酬ではカバーできずに事業者の経営が悪化するか、あるいは介護労働者の「ボランティア」に頼らざるをえないかという、二律背反的な事態をもたらす。介護保険制度スタート時に生じた、利用者がより高

15) また、介護報酬の決定と要介護認定制度の仕組みは、介護保険で目指されている「福祉・保健・医療の総合化」と合わさったとき、きわめて重大な問題を抱えることになる。それは、「保健・医療」に属する訪問看護などの利用回数までもが、要介護認定と利用限度額によって制限されるということである。利用限度額との兼ね合いで、たとえば、単価の高い訪問看護を減らし、その代わりに単価の安い訪問介護の回数を増やすといったような利用者側での「対応」は、医療行為を行える看護職員の訪問を、その行えないホームヘルパーの訪問で代替することによってあって、これは、生存権どころか、その基礎にある生命そのものにまで関わる重大事である。

16) 「介護保険のもとでのホームヘルパーサービスは、これまでの滞在型を主流とし、コミュニケーションを中心とする総合的な生活援助サービスから、こま切れ型の商品的・機械的なサービスへと変質している。」（伊藤周平、2000、148ページ）。「介護保険のもとでは、福祉労働者の自主性は失われ、福祉労働の中身も人間的な触れ合いから機械的で、無内容なものに変質し、マニュアル化と定形化が進んでいる。」（同、149ページ）。

い自己負担を敬遠して家事援助サービスを利用しながらも、現場では利用者の実情に応じて報酬の範囲外の身体介護に近いサービスを提供せざる得なかったという問題は、まさにこのことの現れである。

こうした単純化、定型化、平均化を促す制度・政策は、しかしながら、一方では、サービス量に応じた料金体系を確立することによって、福祉への財政負担を節約させると共に、他方では、必然的に効率的なサービス事業者を創出するという意味では、かえって「効率的な」経営を行う資本にはその参入を容易にさせ、また競争を有利にさせるという側面を合わせ持つことになる。サービスを個々バラバラの単位に細分することは、利用者一人あたりの介護労働投入を減らすことを後押しするが、これは、より少ない介護労働者でより多くの利用者へサービス提供を行うということであり、形を変えた労働生産性の増大である<sup>17)</sup>。実際、売り上げ規模の大きい介護企業のほうが、ヘルパーの空き時間を少なくしたり、事務作業を効率化したりといった方法を用いることで、売り上げの小さい企業よりも採算割れが少なくなっているという（『日経産業新聞』2001年7月4日付）。

以上のように、「契約」制度の導入と「要介護認定」および「介護報酬」のシステムは、採算確保のために介護労働者の労働条件を低位に抑えながら、時間で区切られた労働過程を基盤にして、より少ない労働者がより多くの利用者へのサービスを提供するという事態を招いている。仮に、老人福祉の分野が新たな「サービス産業」として拡大したとしても、それは「雇用の受け皿」とは言いがたく、単なる不安定就労を抱えるだけということとは十分に予想され、このことは、飯盛氏も指摘する通りである（飯盛、2001a）。また、こうした低い労働条件は、結局は利用者にとってのサービス低下となって現れるか、事業者間の競争圧力の

下でこうしたサービス低下を防ごうとすれば、それは現場労働者への一層の負担増大となって表れてこよう。

今や、物質的生産ではなく、これまで「非採算部門」として資本の活動に馴染まなかった福祉という非物質的生産の領域で、国家の政策が労働過程の平均化・標準化を促し、また市場化を促すことによって、福祉の「サービス産業化」を本質とする「公共サービスの拡大」が進んでいるのである。「規制緩和」の下で、この流れは一層強まるものと思われる。

#### IV 老人福祉の変遷と介護保険の歴史的位置

##### (1) 老人福祉制度の変遷

介護保険制度とそれと並行して進められている一連の規制緩和を背景にした老人福祉サービスへの民間企業参入の実態、および、それがもつ意味を明らかにしてきたので、本章では、この動きを日本の老人福祉制度の歴史的変遷に位置づけ、また社会保障の理念に照らしあわせて、検討しておきたい。

そこで、老人福祉法以来の老人福祉の変遷を、その理念、制度および財源（費用負担の方法）の変化を軸に、概観しておく<sup>18)</sup>。

1963年に公布、施行された老人福祉法は、まず、第2条「基本的理念」として、「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」とされ、「健全で安らかな生活の保障」が明確に規定されている。加えて、第4条において、「老人福祉推進の責務」の最初に、「国及び地方公共団体は、老人の福祉を増進する責務を有する」と述べている。

17) このことは、既にケアマネージャーが極めて多くの利用者を対象にせざるを得ないといった形でも、現れている。

18) 本節における老人福祉制度の歴史的概説は、とりわけ、工藤恒夫氏の一連の社会保障に関する研究（工藤、1995 a, b, c, 1997, 2000）から汲み取った内容を、私なりに老人福祉の分野に敷衍しようとした面が強い。もちろん、予想される誤謬は、すべて私の責任に帰するものである。

資本主義の発展と社会運動の末に到達した社会保障の特徴が、国家の責任による最低生活の保障、国家の政策としての生存権保障にあるとすれば、ここでの老人福祉の「基本的理念」と「責務」は、基本的に、そういった社会保障の考え方に合致していると言える。したがって、老人福祉法の制定は、社会保障制度の歴史的発達に位置づけることのできる、極めて重要な施策であったと言える。そして、国家責任（社会責任）の明確化という理念を具体化するものとして、老人福祉法下での制度は、既述のように行政責任を明確にした「措置」制度によっている。同時に、その財源（費用負担）も、公的責任が明らかな公費負担を原則とし、自己負担は、例えば特別養護老人ホームや養護老人ホームといった「措置」対象の施設については、入所者およびその扶養義務者の応能負担を原則としている。老人福祉法においては、理念、制度、費用負担の各面において、国家および地方公共団体の社会責任、公的責任が明確であったと言える。

このような、資本主義の社会保障制度の理念に合致する老人福祉の理念は、1973年の老人医療費支給制度（いわゆる老人医療費の本人負担の無料化）において、高齢者本人の医療費を公費で負担するという形で一層強められたと言えるが、その転機は、それからわずか10年後の1983年に施行された老人保健法において訪れる。老人保健法では、「基本的理念」第2条第1項において「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする」と明記された。たしかに、第3条には「国の責務」も書かれてはいるが、老人福祉（老人保健<sup>19)</sup>の分野に、「自助と連帯」、つまり、社会責任の反対物である自己責任が明記されたことが、重大な画期をなす。費用

についても、「国民が……、公平に負担」という表現で、高齢者医療を、新たに各医療保険者の老人保健拠出金を中心にして賄う制度となった。同時に、この「公平」の中には、高齢者自身の「公平」な負担も含まれているのであって、高齢者医療に再び自己負担が導入されただけでなく、その自己負担は現在に至るまで拡大し続けている。2001年からは、介護保険制度での「1割負担」に呼応するかのようになり、これまでの定額負担ではなく応益負担が導入された。応益負担とは、購入する商品（サービス）の量に応じた貨幣支払いということであって、商品の等価交換の原則、自助の原則を意味するものである。

そして、「自助と連帯」の理念は、2000年4月から施行された介護保険法<sup>20)</sup>でも踏襲されるだけでなく、介護保険制度は、制度それ自体が、これまでの老人福祉法、老人保健法以上に、「自助」を貫くものとなっている。つまり、「この法律は、……、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ることを目的とする」（第1条）として、「国民の共同連帯」をまず第一にうたうとともに、第4条「国民の努力及び義務」の第2項では、「国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする」と述べられている。

この場合、「国民の共同連帯」とは、国家責任や社会責任ではなく、自助の延長、いわばかつての労働者の自主共済の制度を貫いていた「自助の集団的形態」に極めて近いものでしかないことは、今回の介護保険制度が、なによりも、あえて社会保障制度に基づく制度として発足し、公的責任の明確な租税方式に基づく介護保障制度として発足

19) 「老人の心身の健康の保持に関する措置については、この法律の定めるもののほか、老人保健法の定めるところによる。」（老人福祉法第10条第1項）。

20) 「身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障がある老人の介護等に関する措置については、この法律に定めるもののほか、介護保険法の定めるところによる。」（老人福祉法第10条第2項）。

しなかったことによって、明らかである。

もちろん、社会保険制度とは、歴史的には、「自助の集団的形態」である労働者の自主共済（私的保険）に、自助原則の反対物である社会責任（社会的扶養）を接合させたものであり、社会福祉の歴史上きわめて重要な進歩的内容をもつ。しかしながら、そもそも今回、これまで措置として行われていた老人福祉を、わざわざ保険原理によるものに転換したところに、自助の一層の貫徹という本質を見なければならぬ。なぜなら、社会保険といえども保険原理を採用する限り、それは、保険料納付という義務を果たした場合に給付の権利を得られるという「権利と義務の双務関係」、すなわち、商品経済における貨幣の支出に基づく商品の取得という双務関係と同軸にあるのであって、この関係こそ、まさに生活における自己責任原則＝自助を意味するからである。

同時に、介護保険制度は、先述のように、措置から契約への一大転換を図るものである。これは、福祉サービスの利用について、利用者と事業者との個別の自由契約に委ねるということであり、行政責任を廃するだけでなく、「1割負担」という応益原則にもとづく利用料負担に耐えうる者だけが、あるいはその範囲内でのみ、サービス利用の契約が可能になるということである。ここにも商品の売買関係そのものが入りこんでいるのである。

こうして、介護保険制度に到り、その理念（国民の共同連帯）、制度（契約制度、社会保険方式）、財源（社会保険料拠出および1割応益負担）のいずれの面においても、自助の原則が極めて強く貫徹することになったと言わざるをえない。

## （2）社会保障の理念と老人福祉制度

こうした日本の老人福祉制度の変遷を、社会保障の発達史に照らせば、後者が自助の縮小・社会責任の拡大であったのに対し、前者は自助の拡大・社会責任の縮小の歴史である。社会保障制度の発達史は、資本主義の初期から産業資本主義段階

においては、貧困を個人の責任に帰する救貧法と、それへの対応として、熟練労働者を中心とした自主共済が展開したのであるが、これは商品交換（資本主義的経済システム）の原則である自己責任が貫く制度であった。独占資本主義段階への移行にともない、自主共済が機能しなくなったことによって社会保険制度が確立し、ここに初めて自助の反対物である社会的扶養（社会責任）が接合される。すなわち、国家による強制保険という側面と、同時に、拠出を被保険者本人だけでなく使用者（資本家）が行うということであり、その意味で「社会」の責任が導入された。しかしながら、こうした社会保険も、あくまでも被保険者の拠出を前提条件とした給付という双務関係を基礎に置く限り、拠出の不可能はそのまま生活の困難を意味する。ここに、国家責任による生存権の直接的な保障を目的とする社会保障が確立する。

これに対して日本の老人福祉の変遷は、社会責任による生活保障が明記され、制度としても行政責任が明らかな措置制度と公費負担を原則とする老人福祉法から、老人保健法で自助と連帯が明記されるに至り、公費を原則とする制度から保険者拠出金を原則とし、自己負担の導入・拡大という形を伴って、自助が拡大してきた。さらに、介護保険法では、措置制度を事実上放棄し、利用者の経済力に左右されるという意味でこれまででもっとも自己責任が貫徹する契約制度が老人福祉に導入され、同時に、高齢者自身までもが拠出する保険制度が導入されるに至った。

以上のように、老人福祉への介護保険制度の導入とは、自助、すなわち自由契約、商品の等価交換関係の導入がその本質であるとするれば、ここに資本による商品生産（サービス提供）が参入してくることは極めて自然なことであり、これにより、競争原理が働き、福祉の市場化が進むことは、必然的である。これまでの福祉を「慈善」「恩恵」としか見ず、利用者と事業者との「対等な契約」によって、初めて「利用者の権利」が確立されるとする考え方における「権利」とは、貨幣支払い

という「義務」を果たした者だけが商品取得の「権利」を得ることができるという意味での商品交換における「権利」でしかないのであって、それは、社会保障で確立された社会権の権利とは言えないのである。

すでに触れたように、厚生労働省は、営利企業による特別養護老人ホームへの参入も視野に入れつつ、特別養護老人ホームの個室化によって「より良いサービス」の提供を事業者に促すとともに、それに伴う「ホテルコスト」の自己負担化という方法で、参入した企業の採算を確保していくような方策を、検討し始めている。これは、これまでの2倍程度の自己負担になるとも言われており、貨幣を有するものだけがサービス利用の権利を得られるという関係が一層強められていくであろう。

## V むすびにかえて

以上、近年の「公共サービス」の拡大を、老人福祉事業をとりあげて、介護保険制度とそれと同軸にある規制緩和路線という背景とともに考察し、その問題を明らかにしてきた。これは、福祉の利用者や労働者に与える影響や福祉労働が持つ本質的性格、あるいは、社会保障の発達史に照らしても、大きな問題をかかえていると言わざるをえない。とりわけもはや「公共」とは言えないほど、制度の上でも（「契約」制度、「保険」主義）、経営主体の上でも（株式会社の参入）、市場原理が貫徹し、また「経営」「営利」という利潤原理が強まっている。

最後に、こうした「福祉の民営化」「規制緩和」「小さな政府」という流れを、現代資本主義論として把握し直した場合、それを資本主義の新しい段階と見るべきであるかどうか、という点について私見を述べて、本稿のまとめにかえたい。

現代の資本主義、とりわけ第二次世界大戦後の資本主義を把握するタームである「福祉国家」を、ここでは大まかに、ベヴァリッジ流の社会保障政策とそれを支えるケインズ政策と捉えれば、上の

ような1980年代以降の現在まで続く流れは福祉国家の後退であり、政府の社会保障に対する責任を縮小する方向であると言える。すなわち、新自由主義国家への転換である。こうした面が進行していることを把握することは、極めて重要であり、本稿の力点もそこに置かれた。

しかしながら、同時に、現代を国家独占資本主義という視角から見た場合、これを仮に、独占資本の運動に適合的な政策を国家が行うものと捉えれば、様相は変わってくることも、確認しておかなければならない。すなわち、たとえ政府がその役割を縮小していくとはいえ、資本が福祉分野に参入するための制度や法令体系を整備し、また価格設定や補助金を通じてその活動領域を保障していくということは、まさに国家独占資本主義的な政策体系である。

こうした福祉のような分野は、Ⅲで見たように、その技術的特性から資本が実質的に労働過程を包摂することには本来的な困難を有している。それにもかかわらず、さまざまな制度体系を国家が整備することによって資本の参入（形式的包摂）とその実質的包摂までも促進しているのである。具体的には、民間営利企業でも労働過程を包摂しやすくするような労働過程の細分化＝介護保険制度における単位制度、報酬制度を通じた介護労働の細分化、社会的平均化の促進、介護サービス商品の販売によって利益が確保できるような介護報酬単価の見直しなどであった。また、国家の政策による安価な労働力の創出も、こういった福祉の「サービス産業化」に貢献していると言えよう。たとえば、前出の表6-1に見られるように、ホームヘルパー養成研修の「簡素化」とは、それだけ低コストで養成が可能になるということであって、これは、安価な労働力を制度的に創出するものである<sup>21)</sup>。

さらに、施設建設負担を軽減するためのPFIの利用は、一方では、在宅サービスだけでなく施設

21) 「ホームヘルプサービスの入門課程として位置付けられ



サービスにも資本を参入させると同時に、施設建設の負担を国家によって軽減し、補助金をも投入して、一層の利益確保を保障するという意味がある。農業資本が、自ら生産手段としての土地を所有するよりも、地主による土地所有を維持したまま利潤から地代を支払う方が効率的であったという近代的土地所有に基づく資本主義的農業になぞらえることが許されるならば、ここでは介護サービスの「生産」手段としての土地・建物を、一個人としての地主ではなく市町村など公的セクターが所有したまま、それをういて資本が活動を行い、利潤の一部を「賃貸料」という形で公的セクターへ支払うという構図である。まさに、資本の運動のために国家が自ら介入するという国家独占資本主義の新たな展開であると言える。

しかも、こうした国家政策としての福祉の「サービス産業化」は、政府なりの「福祉の拡充」と同時に、既出の『サービス部門における雇用拡大を戦略とする経済の活性化に関する専門調査会緊急報告』に見られるように、国家独占資本主義の「柱」<sup>22)</sup>の1つである雇用政策の手段としても用いられている。このことは、これらの諸政策が、かつてのベヴァリッジ流社会保障とケインズの有効需要政策からは形態を変化させてはいるものの、国家独占資本主義の新たな政策であるということ、意味している。

（県立新潟女子短期大学専任講師）

#### 参考文献

- 浅井春夫「検証・成立した社会福祉法」『賃金と社会保障』旬報社、第1277・78号、2000年7月合併号。  
飯盛信男『経済再生とサービス産業』九州大学出版会、2001年（a）。  
飯盛信男「サービス論争の新たな段階——斎藤重雄編

ている『3級課程』に限って、研修時間（現行50時間）を大幅に短縮化し、資格を取りやすくして、ホームヘルパー数を増加させる」（経団連 新産業・新事業委員会 企画部会報告書『医療・福祉分野の市場創造・拡大へ向けて』2000年1月25日）という表現にその意図が見て取れる。

22) 北原・鶴田・本間（2001）、20ページ、198ページ。

- 『現代サービス経済論』によせて——』『佐賀大学経済論集』第34号第2号、2001年7月（b）。  
伊藤周平『検証 介護保険』青木書店、2000年。  
貝塚亨「日本におけるサービス経済の展開」斎藤重雄編『現代サービス経済論』創風社、2001年。  
北原勇・鶴田満彦・本間要一郎編『資本論体系10 現代資本主義』有斐閣、2001年。  
工藤恒夫「日本の社会保障プラン——1950年『勧告』の〈基本的考え方〉——」中央大学『経済学論纂』第35巻第5・6合併号、1995年2月（a）。  
工藤恒夫『『社会保障における社会保険』とは何か』『賃金と社会保障』労働旬報社、第1154号、1995年5月下旬号（b）。  
工藤恒夫「社会保障の財源問題に関する一考察——財源調達とその配分のあり方について——」中央大学、前掲誌、第36号第4号、1995年10月（c）。  
工藤恒夫「社会保障の政策目的としての“生存権”保障——その基本的性格と内容をめぐって——」中央大学経済研究所編『社会保障と生活最低限』中央大学出版部、1997年。  
工藤恒夫「社会保険から社会保障へ——政策展開の歴史的背景——」中央大学、前掲誌、第40号第5・6合併号、2000年3月。  
佐藤拓也「サービス労働の価値形成性」大石雄爾編『労働価値論の挑戦』大月書店、2000年。  
佐藤拓也「サービス経済論の系譜」斎藤重雄編、前掲書、（a）。  
佐藤拓也「サービス経済化と経済成長の基礎視角」斎藤重雄編、前掲書、（b）。  
芝田英明「福祉の市場化と社会福祉における公的責任再考——社会福祉法の成立を機に——」『賃金と社会保障』旬報社、第1284号、2000年10月下旬号。  
柴田義彦『日本の社会保障』新日本出版社、1998年。  
鈴木明「介護保険の問題点」政治経済研究所『政経研究』第69号、1997年11月。  
横山寿一「福祉型の地域社会をどう築いていくか」『経済』新日本出版社、1999年3月号。  
「規制改革委員会議事概要」第21回、2001年2月20日開催、第23回、2001年3月21日開催、首相官邸

- ホームページ. ([http:// www.kantei.go.jp/ jp/ gyo kaku- suishin/](http://www.kantei.go.jp/jp/gyo-kaku-suishin/))
- 経済財政諮問会議『サービス部門における雇用拡大を戦略とする経済の活性化に関する専門調査会緊急報告』2001年5月11日, 内閣府ホームページ. ([http:// www5.cao.go.jp/ shimon/ 2001/ 0511koyou- hou koku.html](http://www5.cao.go.jp/shimon/2001/0511koyou-houkoku.html))
- 経済団体連合会『社会保障制度改革の必要性和高齢者介護に関するわれわれの考え方』1996年10月15日, 経団連ホームページ. ([http:// www.keidanren.or.jp / japanese/ policy/ pol099/ pol099s.html](http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/pol099/pol099s.html))
- 経済団体連合会 新産業・新事業委員会 企画部会報告書『医療・福祉分野の市場創造・拡大へ向けて』2000年1月25日, 経団連ホームページ. ([http:// www. keidanren.or.jp/ japanese/ policy/ 2000/ 002/ index. html](http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2000/002/index.html))
- 経済団体連合会『新たな規制改革推進3か年計画の策定に望む』2001年2月16日, 経団連ホームページ. ([http:// www.keidanren.or.jp/ japanese/ policy / 2001/ 008/ index.html](http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2001/008/index.html))
- 厚生省『平成8年健康・福祉関連サービス産業統計調査』厚生労働省ホームページ. ([http:// www1.mhlw. go.jp/ toukei/ kenkou97/ index.html](http://www1.mhlw.go.jp/toukei/kenkou97/index.html))
- 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課「平成11年訪問看護統計調査の概況」厚生統計協会『厚生指標』第47巻第8号, 2000年8月.
- 厚生労働省『老人訪問看護・訪問看護報告(平成12年3月分概数)』厚生労働省ホームページ. ([http:// www 1. mhlw. go. jp/ toukei/ r- kango/ rk 1203\\_ 8. html](http://www1.mhlw.go.jp/toukei/r-kango/rk1203_8.html))
- 厚生省『厚生白書』2000年(平成12年)版.
- 厚生労働省老人保健福祉局「全国厚生労働関係部局長会議資料」2000年12月24日, 厚生労働省ホームページ. ([http:// www.mhlw.go.jp/pops/ 0101/ bukyoku / rouken/ tp0119-1.html](http://www.mhlw.go.jp/pops/0101/bukyoku/rouken/tp0119-1.html))
- 厚生労働省「介護保険制度の実施状況——平成13年5月28日 厚生労働省全国担当課長会議資料より——」『賃金と社会保障』No.1302, 2001年7月下旬号, 旬報社, 所収.
- 厚生労働省『介護労働実態調査中間報告』2001年7月31日, 厚生労働省ホームページ. ([http:// www. mhlw.go.jp/ houdou/ 0107/ h0731-5.html](http://www.mhlw.go.jp/houdou/0107/h0731-5.html))
- 厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」2001年9月28日, 厚生省ホームページ. ([http:// www. mhlw.go.jp/ topics/ kaigo/ kaigi/ 010928/ index. html](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/010928/index.html))
- 全日本民主医療機関連合会・介護実態調査推進チーム『全日本民医連「2000年介護実態調査」報告』2001年6月5日, 全日本民医連ホームページ. ([http:// www.min-iren.co.jp/](http://www.min-iren.co.jp/))
- 総合規制改革会議『重点6分野に関する中間とりまとめ』2001年7月24日, 内閣府ホームページ. ([http:// www8.cao.go.jp/ kisei/ siryo/ 010724/ honbun. html](http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/010724/honbun.html))
- 総務庁統計局『平成11年サービス業基本調査』総務省ホームページ. ([http:// www.stat.go.jp/ data/ serv ice/ index.htm](http://www.stat.go.jp/data/service/index.htm))
- 新潟県社会福祉協議会「市町村社協における平成12年度介護保険事業の経営状況」社会福祉法人新潟県社会福祉協議会『福祉にいがた』第586号, 2001年6月号.
- 日本経済新聞社「介護事業調査」2000年10月(『日本経済新聞』2000年11月20日付, 『賃金と社会保障』No.1287, 2001年12月号所収), 同2001年5~6月(同2001年7月2, 4, 5日付, 及び, 『日経産業新聞』2001年7月2~5日付).
- 日本労働研究機構『訪問介護サービス事業の現状——「訪問介護サービス事業状況調査」結果中間報告——』2001年10月, 日本労働研究機構ホームページ. ([http:// www.jil.go.jp/ mm/ siryo/ 20011019.html](http://www.jil.go.jp/mm/siryo/20011019.html))