

介護保険導入10年を検証する

—福祉の介護保険化のゆくえと課題—

伊藤周平 (鹿児島大学)

1 はじめに—民主党政権の成立と社会保障の再建

2009年8月30日の衆議院選挙において、民主党が300議席以上を獲得して圧勝、9月16日には、鳩山同代表を首班とする民主党政権が誕生することとなった。戦後初めての選挙を通じた政権交代であり、有権者の関心も高く、投票率(小選挙区)は、現在の小選挙区比例代表並列制度が導入された1996年以降で最も高い69.28%であった。

政権交代を現実のものとした主な原因が、自民・公明党政権(とりわけ2001年から5年間にわたる小泉政権)のもとで推進されてきた、市場主義にもとづく新自由主義的政策により、格差や貧困が拡大し、雇用保障や社会保障がズタズタにされ、生活困難や生活破壊が深刻化したことに対する有権者の反発にあったことは間違いない。1998年から11年連続で毎年3万人を超す自殺者、1000万人を超える年収200万円未満のワーキング・プア、失業者やホームレスの急増、相次ぐ要介護高齢者や障害のある子どもをめぐっての心中事件等々。今回の選挙結果は、当たり前前に働き人間らしく生活していくことがきわめて困難になってきたことに対する多くの人の怒りの意思表示であったといえる。

その意味で、民主党政権のもとで、社会保障制度の再建と拡充は急務といえる。しかし、日本の社会保障制度は、終身雇用や年功賃金といった日本型雇用を前提に組み立てられてきた側面が強く、日本型雇用が解体して失業者が増大し、労働者の賃金が大幅下落すると、多くの人の生活破壊が深刻化することとなる。現在、雇用情勢は悪化の一途をたどり、人員削減の対象は非正規労働者だけでなく、正社員にも拡大、2009年7月の完全失業率は5.7%(8月は5.5%と若干改善)、有効求人倍率も0.42倍(正社員に至っては0.24倍)とともに過去最悪を更新し続けている。こうした雇用破壊は、日本の社会保障制度の脆弱さを改めて浮き彫りにした。

社会保障のなかでも、とくに社会福祉法制については、社会福祉基礎構造改革と称して、2000年4月から施行されている介護保険法をモデルに、措置制度を契約制度に転換する改革が行われ、従来の仕組みが大きく変えられた。この間の高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉にわたる政府の社会福祉基礎構造改革の経緯をみると、当事者の声やそれを代弁する運動が脆弱な高齢者福祉の分野から、介護保険法の施行にみられるように、直接契約や応益負担、さらには社会保険方式へと劇的に転換する改革が行われてきたことがわかる。そして、2006年4月から施行されている障害者自立支援法は、障害者福祉を介護保険化するための布石の法律であった。一方で、児童福祉、とくに保育分野では、1997年に児童福祉法が改正され、「措置」の文言は「保育の実施」に変えられたものの、市町村に保育の実施(現物給付)義務は残されており、公的保育制度の仕組みは崩されていない。それは、保護者や保育者を主体とした保育運動が、高齢者などの運動に比べ、はるかに強力であり、保育所整備が進められるなど、運動の蓄積や実績があったからである。

とはいえ、政府の社会福祉基礎構造改革がめざしている社会福祉法制の再編のモデルが介護保険法であることは間違いない(以下、この構想を「福祉の介護保険化」という)。福祉の介護保険化は、福祉サービスを商品化し(だからこそ、利用者負担は応益負担となるのだが)、福祉給付(現物給付)についての公的責任を事実上消滅させ、財界からの要求にそって、福祉を必要とする高齢者や障害者、子どもを「儲け」の対象とする(しばしば「ビジネスチャンス」といわれる)、まさに社会福祉分野の新自由主義政策といってよい。今回の選挙で、そうした新自由主義政策は否定されたはずなのに、なぜか社会福祉の分野では、いまだに推進されようとしている。ここでは、社会福祉法再編のモデルとされている介護保険制度に焦点を当て、その現状と問題点を検討し、今後の課題を展望する。

2 介護保険の現状とそのジレンマ

(1) 介護保険の現状—2009年介護報酬改定と介護職員処遇改善交付金

介護保険法施行から10年目を迎えた現在(2009年)、マスコミなどでは「介護崩壊」という言葉がとびかうようになってきている。大幅な規制緩和によって、介護労働者の労働条件は急速に悪化し、人材難が顕著になってきたからである。介護労働者の劣悪な労働条件や過重労働は、人員配置基準の手薄さともあいまって、サービスの質の低下や介護事故の増大をもたらし、利用者である要介護者の安全と生命を脅かしつつある。

2009年3月には、群馬県渋川市の高齢者向け住宅「静養ホームたまゆら」で火災が起き、10人の入

居者の命を奪う大惨事となった。建て増しを重ねた、この施設は複雑なつくりになっており、スプリンクラーや自動警報装置もなく、失火当時、施設にいた職員は1人だけであった。これでは、体の不自由な高齢者は避難できるわけもなく「人災」といってもよい事件であった。施設を運営するNPO法人は、群馬県に有料老人ホームの届出をしておらず、こうした無届け施設は、全国で597か所にのぼるといふ（厚生労働省の調査）。しかも、同施設の入居者のうち15人が、東京都墨田区から生活保護を受給しており、行政が劣悪な施設に高齢者を送り込んでいる歪んだ構図が明らかになった。その背景には、特別養護老人ホームなど公的施設の増設を抑制し、低所得の要介護者の行き場がなくなっている現実があり、高齢者福祉の公的施策の後退と「ヤミ市場」の拡大という、介護保険法が生み出した深刻な問題がある。

こうした状況の中、2008年5月には、わずか1条の条文の法律ながら、介護労働者の待遇改善のために必要な措置を講ずることを定めた「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が成立した。そして、2009年度の介護報酬改定（以下「2009年改定」という）では、介護報酬が3%引き上げられ、初のプラス改定となったが、介護現場からの反応は冷やかで、政府内でも、2009年改定の効果を疑問視する声は大きく、そのため、総額約15兆円の過去最大の2009年度補正予算（2009年5月成立）に、介護労働者のさらなる待遇改善を図るべく、全額国負担による「介護職員処遇改善交付金」が総額約4000億円（執行期間は2009年10月から2.5年間）で盛り込まれた。

しかし、この間の政策対応で明らかになったのは、介護保険法のもとでの介護労働者の劣悪な労働条件と人材難の問題は、介護保険の構造的な問題であるにもかかわらず、そうした構造的問題には手をつけず小手先の報酬改定を繰り返す厚生労働省の無策と、膨大な公費（税金）を投入しなければ、制度を維持できない介護保険（つまり高齢者福祉を社会保険方式で行うこと）の限界ではなかったかと考える。

(2) 介護保険のジレンマと給付抑制策の展開

もともと、介護保険法は、その理念として掲げている「介護の社会化」が進んで、施設や高齢者のサービス利用が増え、また、介護労働者の待遇を改善し、人員配置基準を手厚くして、安心できる介護を保障するため介護報酬を引き上げると、介護保険の給付費が増大し、介護保険料の引き上げにつながる仕組みになっている。介護報酬単価の上げは、1割の利用者負担の引き上げにもつながり、利用者への負担にはねかえる。

しかし、現在の介護保険の第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の介護保険料は、低所得の高齢者ほど負担が重く逆進性が強い。月額1万5000円以上の年金受給者からは年金天引きで保険料を徴収する仕組みであり、保険料の引き上げには限界がある。しかも、2008年4月からは、後期高齢者医療制度が創設され、75歳以上の高齢者については、後期高齢者医療保険料も、介護保険料とあわせて年金から天引きされており、高齢者の保険料負担はもはや限界に達している（詳しくは、伊藤周平『後期高齢者医療制度—高齢者からはじまる社会保障の崩壊』平凡社新書、2008年、115頁参照）。後期高齢者医療保険料については、高齢者からの強い批判にさらされ、年金からの天引きではなく、銀行口座からの引き落としも選択できるようになったが、介護保険料の天引きは続いている。

いずれにせよ、介護労働者の賃金を上げ待遇をよくするには、介護報酬の引き上げが不可欠となるが、それは介護保険料の引き上げにつながる。2009年改定では、介護報酬の引き上げが、介護保険料の高騰につながるように、保険料値上げ分を公費で賄う財政措置が取られることになったが（約1200億円を補正予算で対応）、その措置も、あくまで暫定的なもので、2010年度は半分、2011年度にはゼロとなる。

結局、介護保険の財源構造のもとでは、介護保険料を抑えるための手段は、介護給付費の抑制（給付抑制）しかない。その意味で、介護保険には給付抑制の仕組みが構造的に組み込まれているといつてよい（これは、前述の後期高齢者医療制度の財源構造と給付抑制の仕組みと同じである。というより、後期高齢者医療制度が、介護保険の財政構造と給付抑制の仕組みをモデルに組み立てられたといつてよい）。

すでに、介護保険料の高騰を背景に、2005年には、給付抑制を目的とした介護保険法の大改正が行われ、この改正介護保険法は、2006年4月より施行されている。この改定は、まさに「介護の社会化」という理念を打ち捨て（もともと、介護保険の導入の目的は、高齢者医療費の増大の抑制と老人保健制度の立て直しにあったが）、給付抑制のみをめざした改定であった。以下、介護保険の諸問題を具体的に検討していく。

3 介護保険の諸問題

(1) 要支援者のサービス利用の制限

第1に、改正介護保険法では、従来の要支援・要介護1の軽度認定者を要支援1・2判定に再編し、

新予防給付の対象（以下「要支援者」という）としたうえで、要支援者のサービス利用を大幅に制限、事実上の給付カットが行われた。

要支援1の支給限度額は改正前の約2割引き下げられ、限度額をオーバーすると、全額自己負担となるため、サービスの利用回数を減らしたり、利用を断念する要支援者が続出した。また、要支援者については、同居の家族がいる場合には、生活援助の訪問介護（ホームヘルプサービス）の利用が制限され、車イスなど福祉用具貸与も、一定の例外となる者を除き利用できず（要介護1の判定者も含む）、通院等乗降介助（いわゆる介護タクシー）も、利用できなくなった。そのため、自費でヘルパーを利用したり、ボランティアに頼まざるをえない高齢者が増えている（『週刊東洋経済』2009年9月5日号）。

結果として、2006年度の介護保険サービスの利用者数は、要介護認定者数は、前年度より20万人増加したにもかかわらず、前年度を約10万人下回り、介護保険法施行後初の減少となり、給付費も約6000億円減少した（厚生労働省「介護給付費実態調査」による）。国や各市町村の介護保険特別会計にも余剰金が発生し、基金として積立てられた余剰金（介護給付費準備基金残高）は、2008年度末で、約3800億円にのぼっている（ただし、2009年度からの介護保険料の引上げを抑制するため、基金を取り崩した市町村が多い）。

そして、改正介護保険法で拍車がかかった要支援者のサービス利用の制限は、将来的には、要支援者を介護保険の保険給付から外すなどの改定へと向かう可能性が高い。実際、財務省の諮問機関である財政制度等審議会は、2008年6月の意見書の中に、介護保険制度の改革を盛り込み、「要介護2」以下の軽度の要介護者・要支援者（2007年3月末で、約274万人）について、①保険給付の対象外とした場合、②自己負担割合を現在の1割から2割に引き上げた場合などの、財政負担や1人当たり平均の保険料の軽減額を示し（給付費全体の軽減は、①で2兆900億円、②で2300億円、1人当たり保険料軽減額は、①で1万5000円、②で1700円）、利用者負担の引き上げや介護保険の給付対象を要介護3以上の要介護者に限定する方向での改定を示唆している。

しかし、これ以上の給付抑制は、介護保険を、ますます「介護の社会化」の理念からかけ離れた、老後の介護保障制度としての機能を喪失した制度へと変貌させていくこととなる。要支援者も含め、介護を必要とする要介護者は、前述のように、介護保険サービスが利用できない分（利用できても十分でない分）は、家族介護者やボランティアなどの無償労働に依存するか、自費によるサービス購入の形で調達するしかない。すでに、厚生労働省の「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」が、2008年3月にまとめた報告書「地域における『新たな支え合い』を求めて」でも、家事援助など、介護保険サービスの一部をボランティアに肩代わりさせようとする方向が打ち出されている（訪問介護の家事援助など生活援助部分を、将来的に保険給付から外すための布石とも読める）。とはいえ、地域社会の空洞化の中で、ボランティアを継続的に確保することはほとんど不可能に近いし、そもそも、自費によるサービスの購入などができない低所得の要介護者は、介護保険料だけ徴収され、必要なサービスが利用できず悲惨な状況に置かれている。

(2) 介護保険施設の抑制・削減と「介護難民」の発生

第2に、介護保険のもとでは、特別養護老人ホームなど介護保険施設の抑制・削減が進められ、行き場を失う「介護難民」が発生している。前述のように、要支援者が重度化したり、在宅介護が困難となり施設入所が必要な高齢者がどんなに増大したところで、入所できる施設が少なければ利用は限定され、給付費は抑制できるからである。

介護保険法施行後、介護保険法の「在宅重視」の理念とは裏腹に、施設志向が強まり、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の入所待機者が激増し、その数は、現在、全国で40万人近くにのぼっている。こうした施設志向の背景には、高齢化や核家族化の進展にともなう、ひとり暮らしの高齢者や、いわゆる「老老介護」世帯の増加、要介護者の重度化や1割の利用者負担など経済的負担増による在宅介護の困難さがある。そのため、施設を増設し、在宅介護の負担軽減や保険給付水準（支給限度額）の引き上げなどがなされないかぎり、低所得や要介護度の低い要介護者の施設入所が困難となり、それらの人の生活破壊が進み、介護心中などの悲惨な事件が増えるだけである（現に増大している）。同時に、介護保険施設の側も、入所者の負担金の未払いの増加などの問題に直面することとなり、良心的な施設ほど厳しい運営を迫られる。

しかし、特別養護老人ホームの建設費補助金の削減や介護報酬の引き下げなどが影響し、施設整備は進んでいない。同時に、施設の整備は介護保険料の引上げにもつながるので、抑制圧力がかかりやすく（前述した介護保険のジレンマの典型例！）、当該地域の施設数が、介護保険事業計画で定められた目標値に達している場合には、施設新設の申請があっても、都道府県知事は指定をしないことができる（総量規制）。実際、厚生労働省の調査でも、全国の自治体が2006年度から2008年度に、特別養護老人ホ

ームなど介護保険施設を、12万4104床新設する計画を立てていたのに対して、現実には、計画の45%の5万5717床分しか達成できていないことが明らかになっている。しかも、介護療養型医療施設の削減が進み（民主党政権は、介護療養型医療施設の廃止は凍結するとしているが、すでに大幅な療養病床の削減がなされており、今後は大幅な増設計画へ転換していくことが課題となる）、その受け皿とされている老人保健施設や居住系サービスの整備も進まず、家族もいない低所得の高齢者は行き場を失い「介護難民」と化している。これら的高齢者は「ヤミ市場」に流れ、前述の「静養ホームたまゆら」のような劣悪な施設での生活を余儀なくされ、ネグレクトや焼死など、生命の危険にさらされている。

(3) 担い手不足と介護事業者・施設の運営の不安定化

第3に、介護保険制度の実施とそれにもなう規制緩和により、介護事業者・施設の運営が不安定となり、それにもならない、前述のように、介護労働者の労働条件が急速に悪化し、介護の担い手不足が顕著となっている。

現在、在宅サービスの要であるホームヘルパー（以下「ヘルパー」という）の約8割がパートといわれており、その労働条件の劣悪さは社会問題化している。ヘルパーだけでなく、従来は、公務員に準じる待遇にあった社会福祉法人運営の施設の介護職員も、介護保険法のもとでの施設経営の不安定化による職員数の削減とパート化が進められ、残った職員も賃金カットや過密・過重労働にさらされている。介護労働者の離職に拍車がかかるとともに求人難が顕著となり、定員割れの福祉系大学や専門学校も増加している。

介護労働者の賃金を上げ待遇をよくするには、前述のように、介護報酬の引き上げが必要だが、介護報酬の引き上げは介護保険料の引き上げにつながる。そのため、給付抑制を方針とする厚生労働省のもとで、介護報酬は、過去2回の改定で引き下げられ続けてきた。しかも、現行の最低賃金すらも考慮されることなく、パート雇用を前提に、サービス提供量に応じて介護報酬単価が決められる体系のため、介護事業者・施設の事務量は膨大となり、運営が不安定化し、それが施設職員などの労働条件の引き下げにつながっている。

同時に、介護保険制度では人員配置基準の弾力化が進められたため、介護保険サービスの質の低下や介護事故が増大している。たとえば、認知症高齢者のグループホームでは、夜勤では、認知症の高齢者18人を1人の介護職員（しかも非正規雇用の労働者であってもよい）が担当する体制でも法令違反にならない。介護の現場では、介護労働者だけでなく、介護される側の高齢者の安全も危険にさらされているといえよう。

(4) 2009年改定の問題点と限界

こうした状況の中、前述のように、2009年改定では、3%の引上げが行われたわけだが、単純計算でも5%の報酬引き上げがないと、過去2回の報酬マイナス分（2003年改定でマイナス2.3%、2006年改定でマイナス2.4%）を取り戻すことはできず、この程度の引上げでは、介護労働者の待遇改善や人材難の解消はとうてい無理である。

2009年改定の問題点をみていくと、まず、3%の引き上げといっても、全体の底上げではなく、一定の要件をクリアしなければ算定できない加算による評価が中心となっている問題がある。複雑な加算請求のために、事務負担が増大する一方で、加算をとり報酬単価が引き上げられ増収になると、利用者負担（報酬単価の1割）も高くなるので、利用者の負担増を考慮して、あえて加算をとらない事業者も出てきている。

また、介護報酬の引き上げ分を介護労働者の賃金の上昇に反映させるか否かは、各事業者に委ねられている。これでは、とくに訪問介護事業者に多い営利企業（株式会社）では、引き上げ分は、株主への配当か役員報酬などに優先的に配分されるだろうから、ヘルパーの賃金上昇はまず期待できず、介護労働者の処遇改善は難しい。報酬引き上げが確実に介護労働者の賃金上昇などに結びつくように、かつての措置費のように、介護報酬に人件費分や事務費分などの区分を設け、用途を限定する体系に組みかえるという方策も考えられるが、介護保険サービス提供の対価（つまりは商品の売り上げ）という介護報酬の性格上、用途を限定する報酬体系とすることは不可能であろう。いずれにせよ、現行の最低賃金すらも考慮されることなく、パート雇用を前提に、サービス提供量に応じて介護報酬単価が決められる現在の介護報酬体系の抜本的な見直しが必要なのだが、2009年改定では、そうした見直しはなされず、介護労働者の処遇改善については事業所が情報公開し、介護報酬改定が処遇改善につながったかを検証することが盛り込まれたにとどまる。

さらに、療養病床の削減・廃止などの医療制度改革の結果、必要な医療やリハビリが受けられなくなった高齢者の受け皿として、介護保険の給付を再編していく方向がみられる。2009年改定では、すべて

の保険医療機関について、通所リハビリテーションの指定があったとみなす「みなし指定」が導入されたが、これは将来的に、維持期リハビリテーションを医療給付から外し介護保険の給付に移す布石とも考えられる。また、療養病床の削減により、経管栄養やたんの吸引が必要な医療依存度の高い高齢者が介護保険施設に殺到し、そのケアを、医療行為が行えない介護職が担わざるをえなくなっており、事故が増大するおそれがある。2009年改定では、夜勤などの手厚い人員配置に対する評価（加算）はあるものの、人員配置基準の引き上げはなされておらず、これでは介護労働者の過重・過密労働化は解消されず、離職者の増大に歯止めをかけることも難しい。介護療養型医療施設の受け皿とされている介護療養型老人保健施設（いわゆる転換型老健）の単価が引き上げられたとはいえ、この程度の引き上げでは、転換は進まないと予想される。

(5) 要介護認定の厳格化

第4に、2009年改定による報酬引上げと並行して、要介護認定の厳格化がはかられた。介護保険の要介護認定では、2009年度から新しい要介護認定基準により一次判定が行われたが、認定調査の項目が従来より14項目削除された（新たに6項目が追加され、82項目から74項目に）。要介護度は、要介護認定基準時間が長いほど高くなるが、削除された項目に反映されていた要介護認定基準時間が削られるわけだから、当然、要介護認定基準時間は短くなり、新認定制度では、後述のように、軽度で判定される人が続出している。

厚生労働省は、認定基準を変え、要介護認定を厳格化することで、介護保険の給付が受けられない「非該当（自立）」と判定される人や支給限度額が低い（つまりは給付費が低く抑えられる）要支援者を増やし、給付抑制をはかろうとしていると見てよい。介護報酬を引き上げても、軽度者や給付対象者を少なくすれば、全体として給付費は抑制できるからである。しかも、「介護報酬をプラス改定した場合には財源確保策が必要だ」とし、「非該当とされた一次判定が二次判定で重度に変更される割合を10%減らせば約84億円縮減できる」、「要支援2と要介護1の認定の割合を現在のおよそ5対5から7対3とする」など、具体的な数値が明記された厚生労働省の内部文書が明るみにでて（『しんぶん赤旗』2009年4月3日）、介護現場を中心に大きな批判が巻き起こった。

こうした批判を受けて、厚生労働省は、新認定制度実施直後の4月13日、省内に有識者からなる「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」を立ち上げて、自ら調査検証を行い、その結果が出るまでは、新認定制度によって、心身の状態が変わらないのに、認定結果が軽くなった場合、利用者から申請があれば従来どおりの認定にもとづくサービスを継続できる経過措置を設けた。しかし、再三の変更と新規の要介護認定を受ける人には適用がない経過措置のため、現場に大きな混乱をもたらした。そもそも、新認定基準設定の根拠となった、2007年度に行われたモデル事業も、調査対象者は、わずか86件にすぎず、しかも、厚生労働省はモデル事業の具体的な中身は明らかにしていない。

そして、2009年7月に、要介護認定基準改定の影響調査（全国1489自治体の4・5月の要介護認定を調査）の結果が公表されたが、懸念されたとおり、新基準で認定を受けた約28万人のうち、介護の必要なしとして「非該当」と認定された人の割合は、2.4%と、前年同期の0.9%から急増し、軽度認定（要支援1・2、要介護1）となった人を合わせた割合は53.6%と、これも前年同期より4.1%増えたことが判明した。そのため、認定基準が再度見直されることになり（2009年10月から実施）、半年足らずの間に基準が2度も変わる異例の事態となった。もっとも、厚生労働省には、もともと要介護認定の厳格化の意図があり、こうした調査結果は想定していたはずだが、余りの批判の大きさととまどい、認定基準の見直しに着手せざるをえなくなったのが現状だろう。しかし、批判が出るたびに、小手先の手直しを行う厚生労働省の朝令暮改的な政策変更は、現場に混乱を招き、制度をますます複雑なものとし、介護保険制度そのものの信頼を失墜させている。

4 介護保険のゆくえと運動の課題

(1) 望ましい介護保障のあり方

最後に、以上の考察を踏まえたうえで、介護保険のゆくえと今後の課題を展望する。

もともと、介護保険法の施行には、医療の給付から福祉的な部分を切り離すことで、医療費（とくに高齢者医療費）の抑制を図る目的があったが、それゆえに、前述のように、医療制度改革により、必要な医療やリハビリが受けられなくなった高齢者の受け皿として介護保険の給付を再編していく方向がみられる。しかし、こうした方向は望ましいとはいえず、介護保険の給付のうち、訪問看護などは医療の給付に戻し、福祉サービスの給付に特化したほうがよい。そして、そうなれば、年齢によって障害者と高齢者の福祉サービスに差異を設ける必然性はない。社会福祉法制再編の方向は、介護保険方式ではなく、公費方式で、公的責任により、サービスの質を確保する現物保障型の仕組みを再構築すべきであ

る（現行の公的保育制度こそがモデルとされるべきと考える）。私見では、社会福祉を「福祉」の名に値しない制度へと変えてしまった介護保険法と障害者自立支援法は廃止し、訪問看護や老人保健施設の給付などは医療保険の給付にもどしたうえで、高齢者・障害者への福祉サービスの提供は、全額公費負担により現物給付方式で行う高齢者・障害者総合福祉法を制定すべきと考える。社会保障運動としても、ここまで介護保険の限界が明らかになってきている以上、介護保険法は廃止し、新たな高齢者福祉の在り方を議論していくべきだと考える（これまで、社会保障運動は、後期高齢者医療制度や障害者自立支援法は廃止を要求してきたが、なぜか、そのモデルとなっている介護保険制度については、改善を唱えるだけにとどまっている）。

(2) 民主党政権は「福祉の介護保険化」に歯止めをかけるか？

問題は、民主党政権のもとで、民主党の政治家が、どこまで介護保険法の全体構造を理解し、同政権が、介護保険法の改革も含めた「福祉の介護保険化」の方向に歯止めをかけるかである。

これまでみてきたように、介護保険法や障害者自立支援法に代表される「福祉の介護保険化」は、わずかな年金だけで生活している高齢者・障害者に過酷な負担を強い、経済的理由によるサービスの利用抑制をもたらし、介護を必要とする高齢者・障害者に対して必要なサービスを打ち切り、生きる気力さえも奪い取っている。さらに言えば、福祉給付（現物給付）の公的責任を投げ捨て、福祉サービスを商品化し市場に委ねることで、前述の「静養ホームたまゆら」火災事件のように、行政も、誰も責任をとろうとしない「無責任体制」を生み出している。「静養ホームたまゆら」については、近隣の住民から、たびたび劣悪な施設環境や火災の場合の危険性が指摘されていたにもかかわらず、生活保護受給者を入所させている東京都墨田区も含め群馬県など自治体は何も動こうとしなかったという（公的責任を放棄し、市場に委ねるということは、そういうことであろう）。犠牲になった人は、親族からも、そして国・自治体からも見放された、お金のない、行き場のない高齢者や障害者であった。

「福祉の介護保険化」が生み出している、こうした諸問題は、高齢者や障害者の生存権侵害、さらには人権問題として捉えられる必要があり、人権問題化している諸問題にこそ、政治（家）の、また研究者や法律家の目が向けられるべきである。実際、障害者自立支援法の応益負担を憲法違反とする障害者自立支援法訴訟が各地で提訴されている。一方で、法律家の動きにくらべ、政治（家）や研究者の反応は鈍い。むしろ、現場で生じる問題を十分検証せず、介護保険の構造的な問題や限界を認識しないまま、厚生労働省の考え方を追認し、いまだに介護保険を「介護の社会化」を実現してきた（できる）制度と確信している研究者も多い。民主党の政治家の大半も同様ではないかと思われる。

その意味で、民主党政権のもとでも、「福祉の介護保険化」に歯止めがかかるどころか、逆に推進されていく可能性が高い。確かに、民主党は、マニフェストにおいて、障害者自立支援法の廃止と「障がい者総合福祉法」の制定を打ち出し、後期高齢者医療制度の廃止も掲げている（長妻厚生労働大臣も、主任早々、障害者自立支援法と後期高齢者医療制度の廃止を打ち出した）。しかし、「障がい者総合福祉法」の内容については、利用者負担を応益負担とすること、サービス支給決定制度を見直すこと以上のことは明らかでなく、しかも、民主党内には、当選した新人議員も含め障害者自立支援法に詳しい議員がほとんどおらず、廃止の公約が実現するか不透明な状況にあるという。後期高齢者医療制度についても、新制度を検討したうえで廃止するとしているが、新制度の内容は不透明である。

そもそも、民主党が、障害者自立支援法や後期高齢者医療制度の廃止を公約したのは、法制度を熟知して、福祉の介護保険化に反対したというより、障害者自立支援法や後期高齢者医療制度に対する世論の批判が強く、それに迎合したにすぎない。何より、障害者自立支援法や後期高齢者医療制度の廃止を言うのであれば、当然、そのモデルとなった介護保険法の廃止もいうべきなのに、介護保険については制度維持の立場である（もっとも、介護保険法の廃止を打ち出している政党は皆無で、日本共産党ですら、抜本見直しの立場である）。そのため、今後、財政規律の圧力や官僚からの民主党議員への説得攻勢が強まれば（すでに、廃止すれば、現場が大混乱となるなどと言われているだろう）、法制度を熟知している議員が少なく、また民主党議員の中にも少なからず市場主義者、新自由主義者がいることを考えるならば、障害者自立支援法や後期高齢者医療制度の廃止ではなく、微修正程度にとどまる可能性もある。

(3) 今後の課題

以上のことから、民主党政権のもとでも、「福祉の介護保険化」に反対する運動や世論への働きかけが、これまで以上に重要になってくると考えられる。そして、今後の試金石となるのは、市町村の保育の実施義務をなくそうとする（その意味で、まさに「福祉の介護保険化」の総仕上げともいえるべき）保育制度改革への民主党の対応であろう。保育制度改革については、民主党のマニフェストには言及がなく、唯一、日本共産党のみが、市町村の義務をなくし、「保育への公的責任を後退させ、負担増や格差を持

ち込む大改悪」と批判し、中止を公約している。おそらく、後期高齢者医療制度や障害者自立支援法のような反対運動の広がりがなければ、「脱官僚政治」を掲げる民主党政権のもとで、厚生労働省主導で保育制度改革が実現してしまう可能性が高い。

障害者自立支援法については違憲訴訟が各地で提起され（この点については、伊藤周平『障害者自立支援法と権利保障－高齢者・障害者総合福祉法に向けて』明石書店、2009年、4頁以下参照）、廃止の声が高まっていることを踏まえれば、社会保障運動の関係者、特に医療関係者から、介護保険法廃止の運動を打ち出す時期にきているのではなかろうか。来年（2010年）は、5年ごとの介護保険制度見直し時期である。来年に向けて、後期高齢者医療制度廃止法案とともに、介護保険法廃止法案と高齢者・障害者総合福祉法案を構想し、立法化させる運動を提起したい。