

研究紀要

第 10 号

特集 人口減少時代における社会福祉の変革

『「障害者自立支援法」と自治体における障害者福祉施策』

東洋大学ライフデザイン学部 教授 北野 誠一

『新しい地域福祉とコミュニティ活性化』

桃山学院大学社会学部社会福祉学科 助教授 松端 克文

『次世代育成支援の推進と市町村の課題～7つのポイント～』

大阪市立大学大学院生活科学研究科 教授 山縣 文治

『生活保護行政を考える』

首都大学東京都市教養学部 教授 岡部 卓

『2005年介護保険法改正の立法政策的評価』

大阪大学大学院人間科学研究科 教授 堤 修三

『福祉と自治体財政』

奈良女子大学 名誉教授 澤井 勝

『自治体病院だからこそ、変わる』

徳島県病院事業管理者・坂出市立病院 名誉院長 塩谷 泰一

◆平成18年度公募論文 最優秀賞授賞論文◆

『公益法人制度改革と市町村

～市町村出資財団法人と市町村の今後の関係構築するための課題整理～』

八尾市人権文化部文化振興課 朴井 晃

平成 19 年 3 月

財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター



刊行にあたって



財団法人 大阪府市町村振興協会では、平成7年10月に設置しました「おおさか市町村職員研修研究センター」（愛称：マッセOSAKA）において、大阪府内42市町村の人材育成のための研修と市町村に共通する政策課題についての研究事業を展開して行っております。

研究事業では、市町村職員が研究者の指導助言のもと、広域的な行政課題について研究する「共同研究」をはじめとする諸事業を実施しております。その一環として、各界でご活躍の学究、先達の方々にご協力をいただき、市町村行財政全般についてのご意見やご提言等を掲載した「マッセOSAKA研究紀要」を平成9年に創刊し、毎年、さまざまなテーマを取り上げ、特集しております。

地方分権がより深化したかたちで実践の段階に入り、自治体は自ら政策を立案し自らの責任で実行する「政策自治体」への変革が求められ、いろいろな行政分野においてその変革が必要となってきました。なかでも福祉分野においては、2005年の介護保険法の改正や2006年の障害者自立支援法の制定にみられるように、大きな変革期を迎えております。そのような状況の中で、基礎自治体である市町村が、身近な住民に、どれだけ地域に根ざした独自の福祉サービスを提供できるかが重要な課題となっており、創意工夫が求められます。

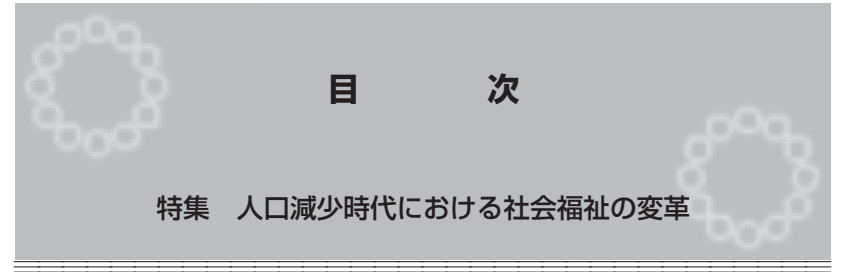
そこで、今回の研究紀要は、「人口減少時代における社会福祉の変革」と題し、障害福祉・児童福祉・生活及び地域福祉などの福祉に関するさまざまな視点から、最適な先生方にご執筆いただきました。ご多忙中にも関わらず、ご執筆いただきました先生方に、この場をお借りいたしまして厚くお礼申し上げます。

また、例年通り、本年度の府内市町村職員を対象とした公募論文中から最優秀に選ばれました論文につきましても併せて掲載いたします。

この研究紀要が、市町村のこれからの行政運営の参考となりますことを祈念いたしまして、第10号刊行にあたってのごあいさつといたします。

平成19年3月

財団法人大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター
所 長 齊 藤 慎



『「障害者自立支援法」と自治体における障害者福祉施策』……………	3
東洋大学ライフデザイン学部教授	北野 誠一
『新しい地域福祉とコミュニティの活性化』……………	23
桃山学院大学社会学部社会福祉学科助教授	松端 克文
『次世代育成支援の推進と市町村の課題～7つのポイント～』……………	39
大阪市立大学大学院生活科学研究科教授	山縣 文治
『生活保護行政を考える』……………	51
首都大学東京都市教養学部教授	岡部 卓
『2005年介護保険法改正の立法政策的評価』……………	63
大阪大学大学院人間科学研究科教授	堤 修三
『福祉と自治体財政』……………	79
奈良女子大学名誉教授	澤井 勝
『自治体病院だからこそ、変わる』……………	89
徳島県病院事業管理者・坂出市立病院名誉院長	塩谷 泰一
◆平成18年度公募論文 最優秀賞授賞論文◆	
『公益法人制度改革と市町村～市町村出資財団法人と市町村の 今後の関係を構築するための課題整理～』……………	109
八尾市人権文化部文化振興課	朴井 晃

研究紀要

特集

人口減少時代における社会福祉の変革

「障害者自立支援法」と自治体における障害者福祉施策

東洋大学ライフデザイン学部

教授 北野 誠

プロフィール [きたの・せいいち]

大阪市立大学大学院生活科学研究科社会福祉学後期博士課程、サンフランシスコ州立大学社会福祉学科客員研究員、桃山学院大学社会学部教授、カナダダグラスカレッジ客員研究員を経て、現在、東洋大学ライフデザイン学部教授（障害者福祉論と地域福祉論）。

主な著書

『障害者の機会平等と自立生活』（明石書店 1999年12月）、『自立生活の思想と展望』（ミネルヴァ書房 1993年10月）、『障害者福祉論』（ミネルヴァ書房 2002年3月）、『アメリカの発達障害者権利擁護法』（明石書店 2002年4月）、『障害者と地域生活』（中央法規出版 2002年9月）ほか。

I. 「介護保険法」と「障害者自立支援法」

2006年4月から費用負担が始まり、10月より全面実施された「障害者自立支援法」とはいかなる法律なのか、そして、自治体の障害者施策はこれからどのようなものになるのかを、見てみたいと思う。

この「障害者自立支援法」については、基本的に2つの見方が可能だと思われる。

1つは、これを、これまでの障害者運動と障害者支援が連綿と築き上げてきた進歩や成果に逆行するとんでもない法律だ、とする見解である。

もう1つは、介護保険以降の社会的介助保障の着実なる展開の方向を明確にした法律だ、とする見解である。

このいわば180度異なる見解や評価の相違は、どこから生まれてきたのか。それは、基本的に介護保険に対する評価と、支援費制度に対する評価の違いの問題である。

1960年代の高度経済成長を、1973年の第1次オイルショックがストップさせたあと、これまでの欧米に追いつけ追い越せだったわが国の社会福祉・社会保障は、いわゆる日本型福祉社会論のもとで、「個人の自助努力と家族・家庭や近隣・地域社会等の互助・共助を基礎としつつ、効率の良い政府が適正な公助を行う」こととなり、その結果、老人医療無料化制度の廃止、年金保険料負担の増大、医療保険の自己負担の増大等が行われた。

この日本型福祉社会の小さくて効率的な国家の考え方は、詰まるところ、福祉国家が障害者や高齢者を含めた全ての国民に、健康で文化的な一定程度の生活を保障するのではなく、個人や家族等の自己負担や相互扶助の結果一定程度以下の生活になるのは、本人や家族等の責任という考え方である。

問題は、「介護保険」を、社会的介助保障ではなく、自助・共助の一連の流れの中に位置づけるのか、それとも、その様な流れに一定抗して勝ち取られたものと見るかである。

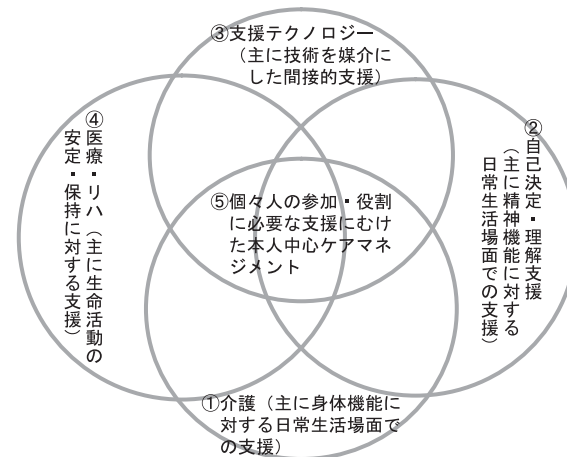
それを保険料の支払いや定率の利用料負担を伴う自助・共助の「保険制度」としてみれば、まさに、日本型福祉社会の流れそのもののように見える。ところが、この介護保険は、その財源の2分の1を税金でまかなっているだけで無く、全国一律の要介護認定の仕組みや、その認定に基づく区分の範囲内でのサービスを選択する権利等、極めてナショナル・ミニマム的な制度設計が施されている。これは、様々な保険制度を有する医療よりも、なおそうなのだ。勿論、保険料負担や利用料負担を前提とした保険制度をして、ナショナル・ミニマムの保障だなどと言えば、それは暴論だということにもなる。それは、ただただ、市町村ごとの大きな格差の中で、ほとんど家族に押しつけられていた介護が、ほぼ全国一律の条件のもとで、ある程度の社会的介護保障として展開されるようになったと言う意味での、ナショナル・ミニマムである。

今回の介護保険の見直しに対する旧介護保険推進派の一部による批判は、そもそもこの介護保険が、この2つの側面の極めて巧妙なバランスの下での、同床異夢的な制度設計であったことを示している。ではここで見直し後の介護保険が、どの程度の普遍的社会的介助保障であるのかを、いくつかの指標によって見てみよう。

まず高齢者・障害者に必要な支援を【図-1】のように5つに分類し、それぞれの支援類型に対して、見直し後の介護保険が持つ意味を見てみよう。

(ここでは成人を対象に考えているゆえに教育等は省略されているが、それが、いらないということではなく、一般の市民並みには当然必要だが、それらについては、ここでは省略されているに過ぎない。)

【図-1】地域自立生活支援の4つの構成要素



次に【図-1】のそれぞれの支援について指標化してみよう。[指標-1]は、本人が在宅での地域生活を希望(自己決定)し、社会的介護があればそれが可能な場合にどこまでの介護を、本人の可能な負担の範囲で行なうかである。

[指標-2]は、本人の自己決定・理解に支援が必要となった場合に、本人の一般的市民生活にみあったライフスタイル(参加と役割)を尊重するために、どのような形で、どこまでの支援を行なうかである。

[指標-3]は、本人のライフスタイル(参加と役割)を尊重するために、如何に支援テクノロジーが、本人の可能な負担の範囲で活用されているかである。

[指標-4]は、本人が在宅での地域生活を希望(自己決定)し、在宅医療・リハがあればそれが可能な場合に、どこまでの医療・リハを、本人の可能な負担の範囲で行なうかである。

[指標-5]は、如何に様々な支援が、本人のライフスタイル(参加と役割)を尊重するために、本人中心ケアマネに基づいて活用されているかである。

[指標-1]は、主に身体機能障害に対する介護支援であるが、要介護認定の中心が身体介護であったとしても、その上限である要介護5の36万円の居宅サービスでは、かなりの資産がなければ、1人暮らしの重度障害者には、上限を超えた負担は困難である。

〔指標－２〕は、主に知的・精神機能障害に対する自己決定・理解支援であるが、介護保険が身体機能障害中心の要介護度認定を変更しきれておらず、いまだ認知症高齢者とその家族への支援が十分ではない。

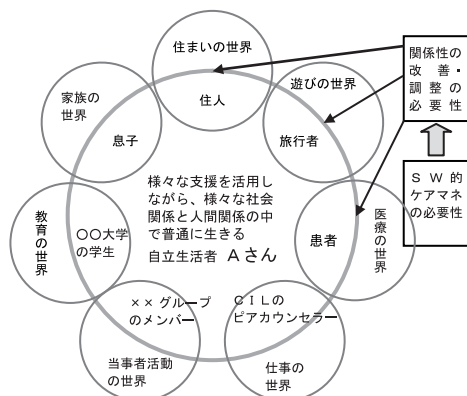
〔指標－３〕は、改定では、要支援１・要支援２および要介護１の場合、車いすや特殊寝台等の５種類のレンタル（貸与）は、反ってその能力を低下させるという理由でその使用を制限しようとしているが、それはまさにケースバイケースであり、一律の抑制策は、高齢者の生き方支援にはならない。

〔指標－４〕は、医療保険の見直しによるリハビリテーションの利用制限が、介護保険の利用を進める形になっているが、後で見るように、問題はわが国の支援システムにおける、Acute Care（急性期ケア）とLong Term Care（長期ケア）のあり方をどう展開・整備するかなのだ。

そして〔指標－５〕は、介護保険の最大の問題点を指している。要するに〔指標－５〕は、私たちの日常生活である、ウィークデイの教育や就労の世界と、ウィークエンドやアフター５の遊びや仲間活動の世界と、夜間の寝泊り・憩いの世界という３つの世界それぞれでの参加と役割を如何に支援できているかを問うているのだ。

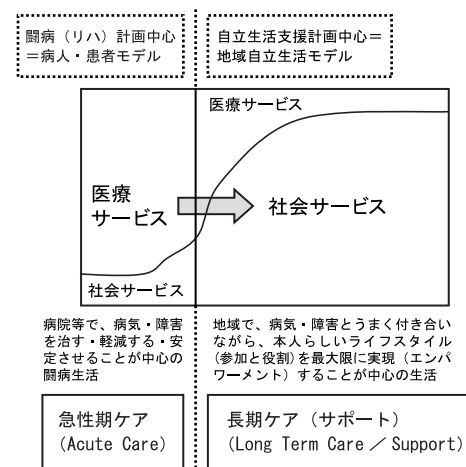
ここまで来れば、【図－１】の問題点も見えてくる。【図－１】は、支援する側のシステムを理解するには極めて分かりやすい図だが、高齢者や障害者の日常生活における参加や役割が見えてこない。私たちは、実際には【図－２】のような図を必要としているのだ。

【図－２】本人の地域生活における様々な参加や役割関係とその問題の改善・調整



これは後にも見るように、高齢者とそうではない人の一般的な生活スタイルの違いであると共に、急性期ケア（Acute Care）と長期ケア（Long Term Care）における一般的な生活スタイルの違いでもある。急性期ケアと長期ケアの関係については、【図－３】が分かりやすい。最大の問題は、わが国では、要介護高齢者においては、長期ケアの地域自立生活が急性期ケアの闘病生活と明確には分離できておらず、相変わらず病人・患者モデルに毒されていて、サービス提供側中心の支援スタイルのままだという点である。自己決定に基づくライフスタイル（参加と役割）は、決して、どこのホームヘルパーやデイサービスや特養を選択するかといった問題ではないのだ。それは、家庭生活や社会生活（生涯学習・社会的労働・余暇活動・政治的活動・宗教的活動・近隣地域活動等）の中身や、それに必要な支援について支援者と共に取り組み、本人の気力や体調に見合った形で実現されるものなのだ。そのことが理解されれば、介護保険の守備範囲の議論も明確になり、障害者と介護保険との関係も見えてこよう。^{〔注〕}

【図－３】日常生活に影響を及ぼす何らかの病気・障害に必要な支援の方向性



〔注〕急性期ケア（Acute Care）と長期ケア（Long Term Care）との概念の整理や、医療サービスと社会サービス、さらに障害者支援と高齢者支援との概念の整理等については拙稿『アメリカの長期ケア（Long Term Care）における障害者支援と高齢者支援』人口問題・社会保障研究所「海外社会保障研究」Spring 2006 №154を参照されたい。

Ⅱ. 障害者支援政策の展開と当事者論

ここで、障害者の支援に目を転じたいと思う。

ある意味で、障害者の支援政策は、高齢者ほど大きな変化は無かったとも言える。高齢者人口の増加と栄養・衛生・医療等による寿命の長期化のもたらした劇的な介護問題の爆発は、障害者にはなかったからである。つまりは、小さな悲慘と小さな爆発の連続、それが障害者問題だった。

障害者問題はささやかではあったが、重要な変化は、1981年の国際障害者年であった。それが、たとえ理念倒れで終わったのだとしても、その「完全参加と平等」という理念は、向かうべき目標として、多くの障害当事者や関係者の中に位置付いたといえる。

そして、確かに、きわめてゆっくりとはあったが、1981年の国際障害者年以降2003年の支援費にいたるプロセスは、就労の如何や障害の重度軽度を問わず全ての障害者が、地域で自立して生活することを可能とする社会的基盤の獲得・形成を目指すものであった。

厚労省は、その事について、それは唯の障害当事者や関係者の合意であって、国民的合意ではなかったというかも知れないが、障害者福祉といったマイナーな予算は、それ程目くじらを立てられることもなかったと言える。ところが現在のような超低空飛行の時代においては、社会的基盤形成には、国民的合意形成も含まれているというわけだ。なぜなら、予算を伴うことなら、国民の信託を受けていると見なされる国会議員の合意形成が必要ということになるからだ。しかし、経済優先以外に、未だ確固たる市民的論理を形成できずにいる我が国民や議員に対して、それをただちに求めるのは困難であって、障害者支援に関しては、基本的には障害当事者の意向や国際的動向を、大切にすべきではないのか。

このことで、このところ、当事者論に関して、様々な意見が飛び交っている。

一番混乱しているのは、税金が投入されている場合は、税の負担者も当事者であるとか、保険制度の場合は、保険者も、保険料を払う人も全て当事者であるという議論である。そんな議論をして、いったいどうしたいというのだ。当事者を税負担者や保険料を払う人全員に広げるとは、つまりは、障害者本人の意向や希望は二の次だと言うに等しい。なぜなら、彼らは、税負担者としても、保険料負担者としてもその時点においては絶対にマイノリ

ティだからである。

そのような議論をする人が、はたして、特定の病気の人の意向や希望ではなく、全ての保険料を払う人の意向や希望を基にして、治療計画を立てることを、本気で主張するのかどうか知りたいものである。

そのような議論や主張は、常に、幾ばくかの障害者に対する差別や偏見、あるいはそこまで言わなくても、彼らは、無知で無茶な要求をする奴だ、あるいは、正直に言えば、彼らにそこまで金を出したくないと言う意向が、意識的・無意識的に働いているように、私には思われる。

障害者本人の論理は、実に簡単明瞭であって、自分たち障害者のために、様々な障害者支援の法律や制度やサービスがあるのだとしたら、「それは自分達障害者のためになされるものなのだから、まず自分たち障害者に相談するべきだ」という、それはなんといっても、当事者間における優先順位の問題なのだ。

私は、それは間違っていないと思う。それは、私たちが、障害者支援の目標を、障害者一人ひとりのエンパワーメント、つまりは、「本人が自分自身の能力と可能性を最大限発揮して個性的に生きること」に置いているからである。

そのためには、障害者本人が、サービス提供者の言いなりになって、無気力で依存的な存在になることが、もっともよくないことである。施設や病院に入っている方が、安全で安上がりといった考えは、間違いも甚だしい。施設や病院にいる限りは、彼らは、無力で依存的な、サービスの浪費者にすぎないのだ。

本人が一番本人のことをよく知っているから、本人に訊くべきだという論理は、「よく知っている」とは、何を意味するのかによるという意見もあろう。私見では、そのことを、本人が一番よく知っているかどうかではなく、本人の人生のことはなんだかんだ言っても、「あなたの人生なんだから、結局はあなた自身の責任で決めなければならない」からである。誰も、他人の人生の中身も責任もとれはしない。だとすれば、本人がその中身も責任もとれるようにしてあげるのが、我々の精一杯の支援ということではないのか？ 本人に訊き、また本人がその社会的責任において自己決定・自己選択できるように支援し、そしてその決定をできる限り尊重して支援するほか無いではないか。ここでは、利害関係者（Stakeholder）と当事者を明確に区別する

ことによって、無用な混乱は回避できよう。

もちろん、障害者個人の自己決定をできる限り尊重することと、障害者政策の決定における参画とは、その次元を異にする。障害者支援を、児童や高齢者も含めた長期ケア・支援（Long Term Care／Support）として明確に捉える中で、その利害関係者（Stakeholder）のマジョリティー化を図り、社会的孤立から脱却すべきであることはいうまでもない。その際何度もいうように、長期ケア・サポート（地域自立生活支援）を、急性期ケア（病人・患者ケア）と明確に分離することが、大同団結の大前提である。

Ⅲ. 自立支援法の評価と問題点

さて、ここまで来れば、今回の「自立支援法」の評価と問題点も見えてくる。

彼らが、その社会的責任においてと書いたのは、彼らが地域社会の一員として存在するということと同義である。「自立支援法」が、障害者の就労に力点をおいていることは間違いではない。

しかし、これは、相手があつてのことである。つまりは、社会も企業も変わらなければならない。社会が変わらなければ、本人はどうすればいいのか？社会を変えればいいのか？自分を変えればいいのか？

おそらく、答えはその両者の間のどこかにあるのではなさそうだ。答えは、それぞれの人間にふさわしい働き方と働きぶりと働く場にあるのだ。人類の歴史の営みは、それを見つける途上にあるものと思われる。

間違つてはいけない。それぞれの人間にふさわしい働き方と働きぶりと働く場というものは、決して固定的なものではない。今、本人が本人らしく働くことが、本当にできているのだとすれば、その場こそが、現在の彼・彼女にとっての働く場なのだ。

そこで生みだされるものの単価が、たとえ、ジェイコム株の誤発注の僅かな時間の間に、火事場泥棒的に、しかし合法的に儲けた金額の何千万分の一であったとしても、それはこの国の市場万能・原理主義の為せる技なのだ。火事場泥棒的何十億に対して、どれだけの税金をどのようにかけるのかによって、その国の姿も違ってこよう。その税をして、必死のその人にふさわしい働き方と働きぶりと働く場で生きる低賃金や、超低賃金や無賃金の社会的労働者に、どのように再分配を行い、健康で文化的な尊厳のある生活を可

能とするのが、この国が問われている最大の課題だといえよう。

自立支援法についての批判のなかで、最も強いのが、障害程度区分に基づく介護給付の支給限度額設定と、サービス利用上の基本的1割負担である。

これは、つまりは、自立支援法の介護給付が、介護保険の給付と相似形であるということにほかならない。

そして、この問題は、支援費制度の評価に直結する問題でもある。厚労省は、このような仕組みを導入することによって、支援費の居宅支援部分の裁量的経費からの義務的経費化が可能になったのであって、このままでは、支援費制度は、財政破綻を免れなかったと主張する。

一方、批判側の当事者や関係者は、そもそもこれまで抑制されていた、地域生活に必要な、ホームヘルプやガイドヘルプやグループホーム等のサービスが、必要に応じて申請でき、市町村の裁量で決定できた支援費制度を、予算が追いつかないと言う理由で、たった3年で変えることは許し難いと主張する。

これは、確かに厚労省の側の制度的ミスであると言われても仕方がないと思われる。それでも、厚労省は、支援費が成し得た成果は、その裁量が有効に機能し得た一定の市町村だけであつて、自立支援法でより裾を広げて、多くの市町村で適切なサービス量を確保するためにも、義務的経費化が必至だったのだと力説した。

問題は障害者自立支援法が、障害者運動や障害者支援のこれまでのゆっくりではあるが着実に歩んできた地域生活支援の方向性と、現時点におけるわが国の政治の、小さくて効率的な国家財政・政策の方向性とのまじわらざる接点に位置することである。

国の一般歳出が、2001年度の48.6兆円から2006年度には46.3兆円と減少傾向が続き、しかも、社会保障関連費は、2001年度の17.5兆円（36.1%）から2006年度には20.5兆円（44.3%）と増加傾向が続くことになる。これは、税源の増加を抑えるなかでの、高齢者人口の増加にともなう年金・医療・介護の自然増を考えれば、当然の結果ともいえる。

OECDのデータによれば、わが国のGDPに占める障害者関連予算の割合は、欧米先進諸国の最低に位置する。それを見れば、支援費の方向は、ささやかだが、当然の流れといえる。しかし、わが国の国家予算の現状と、現政権の政策動向を見れば、厚労省が、ともかくも手堅く、居宅支援費の義務的経費

化を図ったことも頷けよう。

おそらく、自立支援法なるものは、これからの大きな改革の第1歩なのだと思います。

しかし次に来るものは、より大きな改革の方向性を決定づける可能性が高い。

「介護保険法」の第1条（目的）には、「これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な…給付を行うため…介護保険制度を設け…」とある。

一方、「障害者自立支援法」の同じく第1条（目的）には、「障害者が、その有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い…」とある。

障害者自立支援法には、介護保険法にはない社会生活等の表現が入っていると評価できるようなものではない。問題は2つある。

ひとつは、これらの法律には、「能力に応じた」という、能力主義的人間観が存在することである。戦後のわが国の障害者運動が戦ってきたのは、まさにこの能力主義的人間観であったと言ってもいい。その人間観に基づいて、働けないとみなされた重度の障害者は、本人が成人になっても、家族が介護をするか、それが困難となれば、普通の地域生活ではなく施設生活を強いられたからである。そのことを鑑みれば、当然法文は、以下のように改められるべきである。「この法律の対象者が、人間の尊厳にふさわしい、可能な限り独立しかつ自立性のある生活が可能となるよう…」

私たちは、それと同じ表現を「ドイツ介護保険法」に見いだして、おもわず、わが国もそれでいいんじゃないかと、思ってしまう。

もうひとつの問題は、障害者自立支援法は、介護保険の様な保険制度とは違うと言うことである。保険制度の場合には、制度の非該当の人や、制度のサービスを超えた人に対しては、他の一般法が用意されることになる。ところが、障害者自立支援法の場合は、それ自体が一般法なので、後は生活保護しか残されていないことになる。

その意味でも、障害者自立支援法が、介護保険の極めて限定的な「介護概念」と、保険料との関連におけるサービスの「上限規定」に対して、障害児・者の教育・就労・余暇という社会参加の諸サービスをどのように位置づ

けることができたのか、さらに、重度の障害者であっても施設以外の地域で暮らすのに必要なサービスはどのように位置づけられたのかが、とても重要である。

その意味で、知的障害者や視覚障害者等の社会参加に必要不可欠の移動支援（ガイドヘルプ）を、一人ひとりのニーズに応じた個別給付ではなく、一括補助金事業である「地域生活支援事業」に組み入れたのは、それをナショナル・ミニマムとしては認めなかったという点で、大きな問題である。それが、延いてはわが国の医療や福祉システムが、病人・患者ケアとしての急性期ケアと地域自立生活支援としての長期ケア・サポートを明確に分離し、そのことによって、高齢者を含むすべての障害者のエンパワーメント（自己・権利実現）に真に寄与できるかどうかに関係していることを、決して忘れてはならない。

Ⅳ. 自立支援法とその施行における7つの課題

1. 自立支援と介護・介助等の理解について

実は、介護保険法や自立支援法には、二種類の自立支援の概念が組み込まれている。

1つは、古典的な医療・リハビリテーションモデルに基づく、「自立支援」＝「残存能力の維持・改善」＝「できる限り支援を使わなくてもよくなること」という考え方である。

そしてもう1つが、自立生活支援モデルに基づく、「自立（生活）支援」＝「本人が希望する本人らしい地域生活に必要な支援」＝「支援を使って、地域社会で様々な活動する社会的自立」という考え方である。

特に介護保険の今回の改正で、介護予防の概念がクローズアップされたことや、自立支援法では、自立支援給付が訓練等給付とそのネーミングを変えられて、就労支援がその中心的メニューとなった事もあり、医療・リハ型の訓練中心・介助脱却型の自立支援にシフトしている観は否めない。財政状況がそうさせる面が強いが、無駄な介護や福祉用具の使用によって、反ってその能力を低下させているという見方は、まさにケースバイケースであり、そもそも、サービス事業者に付置したケアマネの仕組みを作った事が、そのような事態を生んだことに対する反省がない。

実は原理的には、「医療・リハモデル」と「自立生活支援モデル」は個人

の人生の支援において矛盾するものではない。【図－3】でみたように、「医療・リハモデル」は「急性期ケアモデル」として、「自立生活支援モデル」は「長期ケアモデル」として住み分けが可能である。最大の問題は、わが国では、要介助高齢者等において、地域自立生活に必要な長期ケア（Long Term Care）が、闘病生活に必要な急性期ケア（Acute Care＝Cure）と明確には分離できておらず、それが費用問題に矮小化されて、相変わらず病人・患者モデルに毒されたサービス提供側中心の支援スタイルのままだという点である。

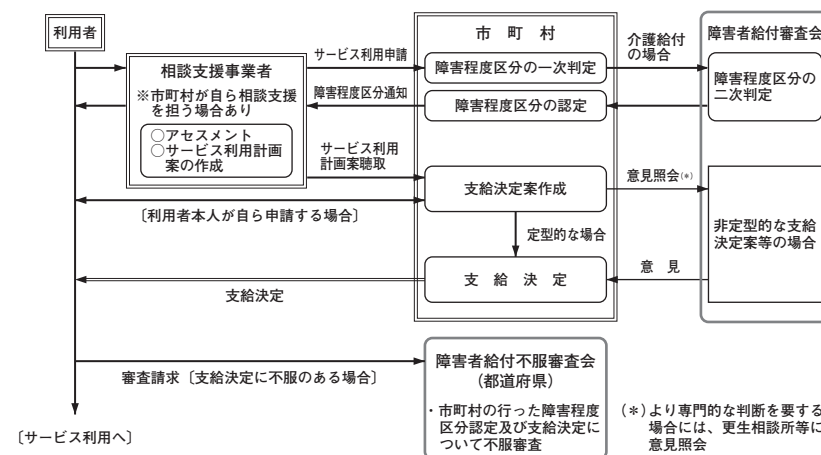
確かにアメリカにおいては、医療費の上昇を抑えるために「診断群別定額前払い制（DRG-PPS）」をメディケア（高齢者医療保険）に導入した結果、急性期ケアとしての病院入院期間が切り詰められ、亜急性期ケアが在宅に押し付けられている傾向が見られる。しかし、この急性期ケアと長期ケアの切り分けがシビアすぎる問題は、その区分がいらないということではない。わが国のように、急性期ケアが極めてインテンシブな医療・リハビリテーション体制を取らずに長期化してしまい、かつ長期ケアシステムの不足のゆえに、社会的入院等を抱え込んでしまうと、急性期ケアと長期ケアがガラガラと連続化してしまい、いつまでも、医療関係者によるパターンリスティックな抱え込みが続く事になる。（特に我が国の精神病院においては、その傾向がはなはだしい。）一方では、本人の地域自立生活に必要な介助やリハビリテーションに対する認識に欠ける恨みがある。

極めてインテンシブな医療中心の急性期ケアは、障害や病気とうまく付き合いながら、本人の自己決定・自己選択に基づくライフスタイル（参加と役割）を最大限実現（エンパワーメント）する長期ケアを擁する地域自立生活に、その席を譲らねばならないのだ。

2. サービス利用決定の手続きと給付審査会

まず、サービス利用決定の手続きを示した【図－4】を見てほしい。サービスの支給基準の明確化と決定プロセスの透明化に基づく義務的経費化という名目で、極めて介護保険に近い制度設計が為された。

【図－4】介護給付・訓練等給付の利用手続き



ところが問題は、介護保険との整合性が、障害程度区分と審査会のみで、認定調査項目もケアマネジメントも不整合のまま見切り発車してしまったことである。「訓練等給付」や「地域生活支援事業」の給付決定も不明確なままであり、さらに、非定型的な支給決定案等に対する給付審査会の意見照会には無理がある。

次に給付審査会の審査員の選定の問題だが、医師等の肩書きではなく、106のアセスメント項目と、訪問調査員の特記事項と医師の意見書と概況調査票を見て、その障害者の生活像と支援像が思い浮かぶ位の、地域での障害者支援の経験を十分有する人が、望ましい。

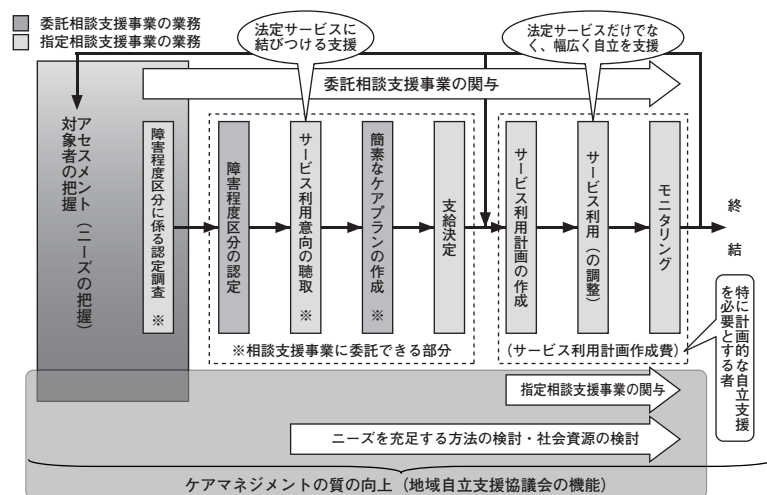
むしろ、重要なのは、訪問調査員の障害者理解と、障害程度区分の仕組みの理解である。特に知的障害者や精神障害者に付いては、その支援の必要に見合った障害程度区分が出にくいと、それなりの上げるコツや特記事項の書き方に習熟する必要がある。

さらに重要なのは、訪問調査員を迎え撃つ障害者の側への受け答え支援の仕組みである。アメリカのアドボカシーの中心活動の一つに、アセスメントを障害者の有利に持ち込むためのマニュアル作りとロールプレイがあることに注目すべきである。

また【図－5】を見れば分るように、介護保険の場合と違って、障害程度

区分認定とサービス支給決定の間に、サービス利用意向聴取と簡素なケアプラン（？）の策定というプロセスがある。そこでは、本人のライフスタイルや環境要因等をふまえて、介護給付のみならず、地域生活支援事業や訓練等給付を含めたトータルな支給決定が、それぞれの市町村ごとの「支給決定基準」に基づいて、決定されことになる。その際、厚労省が障害程度区分と支給限度額を、あまりリジットに関係付けると、市町村ごとの「支給決定基準」という裁量が名目倒れになる危険がある。

【図－5】障害者自立支援法でのケアマネジメント制度化と相談支援事業



ともかく、「自立支援法」では、障害程度区分が、サービス利用の上限を決定するのではなく、個々の障害者のサービス量を決めるのは、それぞれの市町村の「支給決定基準」であることに注意すべきである。この仕組みは、介護保険のように、上乘せ、横だしは、第1号保険者である高齢者の保険料負担となる仕組みより、分権的相互支援としてはベターな面もある。

3. 障害者ケアマネジメントと相談支援事業

まず、本人中心ケアマネジメント（障害者ケアマネジメント）を定義しておこう。

「本人の年齢や障害の種別や程度にかかわらず、本人の希望（への支援）

やニーズに基づいて、できる限り地域での自立生活が可能となるように、必要なサービス（支援）を本人が組み合わせること（エンパワーメント）を支援すると共に、不足するサービス等については、創出（開発）及び権利擁護（アドボカシー）を行う、一定の権限と方法と手続きに基づく活動の総体」

現状の介護保険のような、サービス提供機関と家族中心のケアマネではないことを明確にするために、ここでは本人中心ケアマネジメントと呼ぶ。一方、基本的に本人が必要なサービスを自分でマネジメントする場合を、セルフ（ケア）マネジメントと呼ぶ。エンパワーメント支援としての本人中心ケアマネジメントは、セルフマネジメントをめざす支援であることは、高齢者の場合を含めて当然である。

全国介護支援専門員連絡協議会の調査で、現在の介護保険のケアマネジャーは、給付管理等の業務に忙殺されて、利用者宅への訪問等の利用者中心の支援や、サービス担当者会議の重要性は分かっているが、実行できていないことが、明らかとなっている。また同じ調査で、中立・公正に仕事がしたいから、現在の事業所から独立した方がよいと思う人が、半数いる。さらに、独立しなくてもよいと考える人の多くは、現在の報酬単価のゆえであり、今のセールスマン（ウーマン）化が、利用者支援という本来業務と矛盾していることに、苦しんでいる。

現状の介護保険の問題のひとつである、サービス事業者に付置された介護支援（ケアマネ）事業が、障害者中心ケアマネにすり替わるのは、国家100年の愚策である。ここは、介護保険の地域包括支援センターの将来的展望のためにも、市町村から委託された指定相談支援事業者が、本人中心ケアマネとして、地域自立支援協議会を活かして全ケアマネをリードし、席卷できる力量と気概を持たねばならない。障害者ケアマネは、地域包括支援センターと指定相談支援事業との連携によるシステムのみで担うことが将来的には必要であって、万が一にもサービス事業者に付置された介護支援（ケアマネ）事業にその業務をまかせてはならない。

4. サービス体系の見直しについて

自立支援法は、日中活動の場と寝泊り・憩いの場を分ける、つまりは職住分離こそが市民生活の本質だという。しかしそれは、半分は虚偽である。実際には私たちの生活は、ウィークデイの教育や就労の場と、ウィークエンド

やアフター5の遊びや仲間活動の場と、夜間の寝泊り・憩いの場に3分化されている。その意味でも、障害者の移動支援が、各利用者の利用ニーズに基づく個別支援ではなく、地域生活支援事業に組みこまれてしまったことは、由々しき問題である。

さらに、障害程度区分によるサービス利用制限の問題がある。確かに、障害程度区分が低くても、その地域のサービスの現状では、入所施設からの地域移行が困難な人があることは分る。しかしそもそもの問題は、本人の意思や希望を無視して施設入所が行われた事である。欧米ではその反省に立って、入所施設（病院）からの地域移行が推し進められている。わが国においても、障害者が地域で自立生活ができるようにする事を、「障害者自立支援法」に基づく障害者政策の基本に掲げた限り、社会資源がないから地域移行が進まないといういい訳が許されてはならない。

そのためにも、まともに常勤職員の雇えないような単価設定の問題や、新規事業を立ち上げるにあたってのサポート等の問題がある。そして何よりも、地域移行にもっとも必要なグループホーム問題がある。

5. 地域生活支援とグループホーム・ケアホーム問題について

今回、障害者自立支援法が投げかけた問題の一つがこれまでのグループホームを、グループホームとケアホームを分けることなのだが、それは本当に必要だったのか？

もし、それが、介護が必要ない障害者は、訓練等給付だからと言うのであれば、それは、グループホームの日常生活上の世話なるものを、広義の介護支援概念（＝介助）から切り離してしまうという間違いをおかすことになる。世話人業務を、カナダのグループホームのようにスーパーバイザーとし、必要な支援を本人との話し合いのもとで導入する方向がベストであり、支援費制度が個別支援計画で個人にホームヘルプ・ガイドヘルプを組み入れた制度設計であったことを鑑みれば、今回の方向転換は、他制度との整合性もあったであろうが、いいものを失ったという気がしてならない。

さらに、支援費制度におけるグループホームの4～7人規模同一単価（つまりは、小規模に対する傾斜配分）は、それなりに工夫された設定だったのだが、今回の2～20（30）人規模の個人単価設定は、これまでのグループホームの個別支援・共同管理性と普通の市民的生活規模を破壊する危険性が

極めて大きい。

ここで、グループホームの定義を確認しておけば、「① 個別の時間・空間と、共有の時間・空間を併せ持つことによって、本人の自己決定に基づく個別支援と、憩い・団欒、および、自己選択や地域生活技術の相互支援・相互形成をはかり、② ①と矛盾しない規模（2～6人）で、介助・支援の共同的効率化・安定化を行い、③ 地域内で、地域住民としての認知（自覚と承認）をめざす地域自立生活の重要な社会資源」と言う事だ。

6. 利用者負担の問題

「障害者自立支援法」で、もっとも厳しく問われているのが、利用料の定率負担の問題であろう。これは、① 支援費制度で、成人障害者には本人負担を原則としたのに、また家族負担が登場したこと ② 介護保険との整合性を求めるあまり、税制度である自立支援法に応益負担を持ち込んだこと ③ 資産形成のできていない多くの障害者に、所得保障制度が不備のまま、応益負担を求めたこと ④ 重度の障害者ほどサービス利用も利用料負担も増えるのに、働くことが困難な現状ゆえに、その負担に耐えられないこと等がその問題点として指摘できる。

私は、わが国の憲法25条の健康的で文化的な市民生活への参加の機会平等の原則等を考えれば、原理的には、人生前半の資産形成前に、故意ではない障害があるがゆえに、一般的な市民生活を営むにおいて余分にかかる個別的支援は、基本的に、費用負担に馴染まないと考える。たとえば、デンマークの生活支援法では、そのことを法に明記している。

「重度の障害を有する者であって、自分で生活している者は、当該障害によって生ずる生計維持のために必要な増加支出の補填を受ける権利を有する。」（第48条）

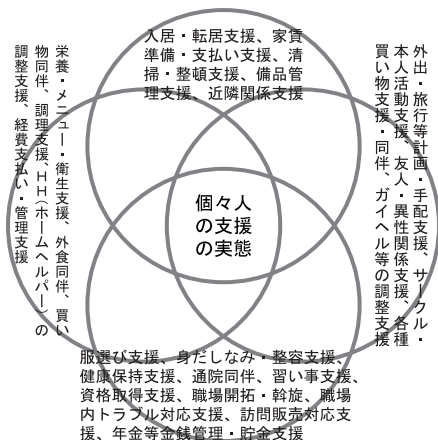
一方、アメリカ・イギリスでは、基本的に、全ての資産を自己負担した後に、公的支援がなされる。そのために、資産を無くすと、支援は、劣等処遇（最低限度生活）に近づく。ところが、スウェーデン・デンマークでは、基本的に、障害に係る費用について、公的支援がなされる。それは、その事によって、障害者にも、一般的な市民生活を保障しようとしているからである。

さて、私達の国家の保障する「健康的で文化的なミニマムな生活」とは、いかなる生活を意味するのか？

7. 障害程度区分の問題

例えばGH（グループホーム）等の地域で生活をする知的障害者の生活（参加・役割）場面に対応する支援を考えれば、【図－6】のようになる。そして地域生活（参加・役割）上の支援を類型化すれば最初の【図－1】のようになる。

【図－6】知的障害者地域支援の構成



つまりは介護保険や自立支援法の、主に身体機能に対する日常生活場面での支援を意味する「介護」を中心とするアセスメントに基づく障害程度区分は、地域生活（参加・役割）をする知的や精神障害者が必要とする、精神機能に対する日常生活場面での支援を意味する「自己決定・理解支援」をほとんど反映しないものとなる。

それは、新27項目といった付け足しでは、真の支援の必要度測定とはならない。そこで、厚労省は2009年に向けて、介護保険の1分間タイムスタディを障害者にも行なうことを、検討中と聞く。しかしながら、介護保険と同様に、劣悪な日本の施設の職員配置の下で、1分間タイムスタディを行なえば、知的や精神障害者が必要とする、見守り・傾聴・促し・励まし等の「自己決定・理解支援」は、ほとんど浮かび上がってこない。そこでせめて、各種の支援を使いながら、地域で生活する知的障害者等に対して、「自己決定・理解支援」の何たるかを知るスタッフによる調査が望まれる。

V. 自治体における障害福祉計画と障害者福祉政策について

「障害者自立支援法」が、「障害福祉計画」をすべての自治体に義務づけたことは、大きく評価されてよい。ところが様々な懸念が自治体や障害者団体から示されている。それらを列挙しておけば、

- ① 国の予算制約下で、かつての老人保健計画のような市町村による積み上げ方式ではない可能性があるとするれば、地域自立生活に必要な支援に必要な予算は確保できるのか？
- ② 低すぎる単価設定のもとで、方向性を見いだせない日中活動や居宅支援事業者はどう方向性を示すのか？
- ③ 都道府県や市町村ごとに大きな格差のある、施設と在宅支援に対する費用格差の実態をきちんと是正できる予算付けができるのか？
- ④ 障害程度区分による介護給付の割り出し方や、区分間活用の問題は、特に重度障害者の多い市町村では死活問題ではないのか？
- ⑤ 地域生活支援事業は、市町村の「障害福祉計画」をどの程度反映した一括補助金となりうるのか？
- ⑥ 入所施設・精神病院の地域移行（1割・7%・7万人の実態割り？）と福祉施設からの一般就労移行（移行実績の4倍）を、如何に計画に反映させるのか？

これらについて、それは所詮は地方自治の問題であって、国の問題ではないと、もし国が考えているのだとすれば、それは大きな間違いである。というのも、障害者支援の問題はまだまだとてもナショナルミニマムを超えた問題とは言いがたいからである。それは地方自治の問題というためには、今回の「自立支援法」の下で、まずは全国レベルで必要な基盤整備を図るべきであろう。

そのためにも、それを自治体や民間任せにしておいてよいはずが無い。「障害者地域生活基盤整備法」といった法のもとで、重度の障害者が地域で生活するのに必要な基盤を整備し、40代や50代の重度の障害者を70代や80代の親に面倒をいつまでも見させるような、そんな残酷で悲惨な三流福祉国の足を先ずは洗うべきである。

新しい地域福祉とコミュニティの活性化

桃山学院大学社会学部社会福祉学科

助教授 松 端 克 文

プロフィール [まつのはな・かつふみ]

1964年神戸市生まれ。九州大谷短期大学、桃山学院大学社会学部社会福祉学科専任講師を経て現職。専攻は社会福祉学、地域福祉論、社会福祉施設サービス論。堺市社会福祉審議会委員、東大阪市社会福祉審議会委員、岸和田市地域福祉計画・地域福祉活動推進計画策定委員会副委員長など。

主 な 著 書

『松江市の地域福祉計画ー住民の主体形成とコミュニティソーシャルワークの展開ー』（編著、ミネルヴァ書房、2006）、『よくわかる地域福祉（第3版）』（編著、ミネルヴァ書房、2007）、『障害者の個別支援計画の考え方・書き方』（単著、日総研出版、2004）、『地域福祉計画ーガバナンス時代の社会福祉計画ー』（共著、有斐閣、2005）ほか。

1. 危機のなかの社会福祉

2005年は介護保険法が改正され、また障害者自立支援法が成立した年であった。これらの改革は、これまでの社会福祉を大きく変質させるものである。たしかに、遡れば高度経済成長が終焉した1970年代中頃以降、社会福祉は常に改革され続けてきた。とりわけ、措置制度から利用契約制度への移行を図った介護保険法や支援費制度そのものが「危機」のはじまりであったとの見解もある。しかし、ともかくも介護保険制度と支援費制度のもとでは、サービス利用者は飛躍的に増加し、それに伴い介護や支援の経費も増大した。措置制度を縮小することにより利用者にもたされた弊害よりも、結果的には便益の方が上回ったのだとも解釈できる。

この間の社会福祉業界をリードしたのは、利用者の「自己決定」の尊重という理念であった。それは措置制度の職権的性格（福祉サービスの利用の決定を利用者ではなく行政が「決める」といったもの）を実態以上に過剰に問題視し（実際のところは「相談」にもとづく制度であり、本人や家族の意向を無視した強制的な「措置」がとられることはなかった）、利用者が自ら決めることこそが至上の価値のごとく利用契約制度を賛美するためのレトリックでもあった。

ところが、介護保険法の改正や障害者自立支援法をめぐる議論では、控えめにしか「自己決定」は語られなくなった。というよりは正確には「語れな

くなった」というべきだが…。なぜなら、介護保険制度でいえば、認定調査の結果次第で、本人の意思とは関係なく予防給付（要支援1、2）か介護給付（要介護1～5）かが決められてしまうためである。障害者自立支援法においても介護保険制度で用いられている介護認定の調査票に障害者関連の項目を加えて障害の程度区分が行われ、その結果次第で利用できるサービスメニューやサービス事業所の職員配置まで決められてしまうのだ。措置制度どころではない、強烈的な職権主義的性格の制度なのである。しかも、介護予防のための訓練を重視し、障害者サービスも「お世話」か「ADL訓練」、「就労訓練」しかサービスメニューが存在しないというように、地域での暮らしを総合的に支援するという観点を欠落させた訓練主義的な発想が「自立支援」の名のもとに復活しているのである。そして、いまや福祉業界では「自己決定」に換わって「自立支援」がキーワードになっているといえるのである。

2004～05年は日本の社会福祉の大きなターニングポイントとして位置づけられる。なぜなら、こうした介護保険法の改正や障害者自立支援法の議論が開始され、さらにはホームレス対策として「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」（いわゆる「ホームレス自立支援法」）も成立し、生活保護制度においても「自立支援プログラム」が導入され、フリーターやニート対策としても「若者自立塾」に代表されるように、就労訓練に力点をおいた「自立支援」が強調されるようになったためである。

たしかに社会福祉の実践においては、1990年代頃より「援助」を「支援」に呼び代えて、福祉サービス利用者の「自立」を「支援」することが目標とされるような言説が多くなった。しかし、政策的に「自立支援」が語られ、制度化されることには注意を有する。

なぜなら、そこでは「自立」が「自ら働き稼ぐこと」というような復古的な意味合いで用いられ、その対概念である「依存」が問題視されて、生活上のさまざまな困難を抱えた人が「自立支援」の対象者としてカテゴリー化されて位置づけられる。そしてもっぱら個人の能力や適性、あるいは労働意欲で分類され、脱社会問題化・脱政治化された文脈のもとで、各個人に自明視された「自立」が個人の責任として迫られるのである。その結果、社会の責任としての生活保障や所得保障の観点は抜け落ち、個々人には依存状態からぬけだすための努力が強いられ、そうすることができない生活上の困難を抱

えた人たちは依存的な社会の「お荷物」として非難の対象に位置づけられていくのである¹⁾。

このように、いま、日本の社会福祉は危機のなかにある。そしてそれは私たちの生活が危機的な状況のなかで置かれていることを示すものでもある。以下、自治体においてこうした危機を打開していく方策としての地域福祉の可能性を検討してみる。

2. 自治型地域福祉の理論

そもそも社会福祉は生活上の困難を有する人を護り（保護し）、救い（救済し）、助け（援助し）、そして支える（支援する）というような社会的な営みである。その際、主客が一方通行ではなく、「助け合い」や「支え合い」という表現に示されるように、相互に入れ替わる双方向の営みであるところにその特徴がある。「自己決定」を尊重することは援助関係のなかでの留意すべき観点ではあるが、社会福祉に固有の本質的な価値ではない。上述したような法制度改革が、まさに利用者・当事者不在のなかで行われている現実を直視すべきなのである。

個々バラバラに原子化された個人が自らの権利や利益に基づいて「自己決定」により福祉サービスを利用するというモデルは、個々人が自己の利益を追求し、市場のもとでの自由や競争を重視する新古典派経済学の主張と重なるものであり、福祉業界は無自覚のうちに福祉を追求する立場とは対極にある新自由主義（ネオリベラリズム）やリバタリアニズムのイデオロギーに絡めとられているのである²⁾。

1) こうした観点からの批判的な分析については、堅田香緒里・山森亮「分類の拒否―「自立支援」ではなく、ベーシックインカムを―」『現代思想』2006年12月号を参照のこと。また、障害者自立支援法に関する分析については、松端克文「障害者自立支援法の衝撃―障害者福祉はどうなるのか―」『桃山学院大学総合研究所紀要』同年1月を参照のこと。

2) こうした諸相を問い直すためには、稲葉振一郎『経済学という教養』東洋経済新報社、2004が参考となる。また、自治型地域福祉の理論とも密接に関連しているコミュニタリアニズムの観点からの整理としては、菊池理夫『日本を蘇らせる政治思想―現代コミュニタリアニズム入門―』講談社現代新書、2007を参照のこと。コミュニタリアニズムは1980年代のアメリカで、権利と平等を尊重するリベラル（左）派を批判する勢力として登場した。同時に市場自由化礼賛のネオリベラルないしはリバタリアニズム（右）派をも攻撃的とし、個人と国家の間にある人々との「つながり」の場である地域コミュニティを重視する立場である。日本の地域福祉論との関係についての厳密な分析はないが、極めて親和的な関係にあると考えられる。

そこで改めて確認しておくべきことは、本人と他者との関係性（＝共同性）や、「自己決定」ではなく「自治」の視点をもつことにこそ社会福祉の独自性があるということである。もはや法制度だけを前提にして社会福祉を語り、実践することには限界がある。いま、私たちは社会福祉が困難な時代状況のなかで、利用者の人生や生活に寄り添いながら地域に福祉を創ってきた実践であることを想起すべきなのである。

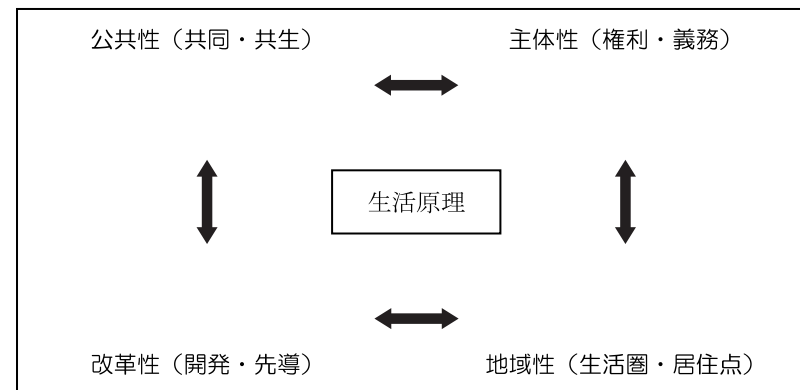
日本で地域福祉が研究や実践の観点から注目され始めたのは、1970年代まで遡るが、地域福祉が実体化してくるのは、1990年の福祉関係八法の改正により、在宅福祉サービスが法定化され、高齢者と身体障害者に関する施設サービスと在宅福祉サービスを市町村が一元的に供給できるような体制ができてからである。そして90年代末の社会福祉基礎構造改革の議論を経て、2000年に改正された社会福祉法では、第1条において「地域における社会福祉」を地域福祉として規定したうえで、その推進を図ることを同法の目的として明記し、同第4条では「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営業者及び社会福祉に関する活動を行う者が、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない」として、「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営業者及び社会福祉に関する活動を行う者」が地域福祉を推進していく主体であることが規定された。

このように日本の社会福祉は、地域福祉の概念ぬきには語れない状況にある。しかしその理論は多様である³⁾。そこで自治型地域福祉の理論の提唱者でもある右田紀久恵の理論を参考に、地域福祉を定義づけるとそれは「生活権と生活圏を基盤とする一定の地域社会」において「住民の主体力・自治能力を要件として新しい質の地域社会を構築しようとするもの」であり、「生活原則、権利原則、住民主体原則」にもとづいてなされる「社会的施策と方法の総体」であって、具体的には「地域福祉計画やコミュニティワークなどの専門技術」を用いて展開されるところの「公私の制度、サービス体系と地域組織化、住民運動を含む諸活動」であるといえる。すなわち「地域福祉は地域社会における住民の生活の場に着目し、生活の形成過程で住民の福祉へ

3) 地域福祉の理論の整理としては、松端克文「地域福祉の理論」上野谷加代子・松端克文・山縣文治『よく分かる地域福祉（第3版）』ミネルヴァ書房、2007を参照のこと。

の目を開き、地域における計画や運営への参加を通して、地域を基盤とする福祉と福祉力の形成、さらに、あらたな共同社会を創造」していくものであるといえる⁴⁾。

図1 地域福祉の原点的構造



（出所）右田紀久恵『自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房、2005、P12より。

右田⁵⁾は図1のように「地域福祉の原点的構造」を「生活原理」を中核に据えて、「主体性（権利・義務）」、「地域性（生活圏・居住点）」、「改革性（開発・先導）」、そして「公共性（共同・共生）」という4つの要素が相互に関連し合うものとして捉えている。たとえば、地域福祉は「地域性」にこだわるものであるとはいえ、社会福祉の地域版としての、あるいは地域を外から操作対象化し、施策化するといった「地域の福祉」ではなく、あらたな質の地域社会を形成していく地域の内発性（＝内発的な力の意味であり、地域社会形成力、主体力、さらに共同性、連帯性、自治性など）を基本要件とするところに地域福祉固有の意味があるとしている。

すなわち、「地域福祉」は一定の地域のなかで福祉ニーズの解決を図るた

4) 松端克文「岸和田型地域福祉の構築に向けて」『都市政策きしわだ』Vol.5、1999、P123より。なお、これは注5右田（2005）の第1章（初出、1993）より引用し、整理したものである。

5) 右田紀久恵『自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房、2005より。なお、あわせて松端克文「書評：『自治型地域福祉の理論』（ミネルヴァ書房、2005年9月刊）」『地域福祉研究』No34、日本生命済生会、2006も参照のこと。

めのサービス資源を整えていくといった「地域の福祉」（＝地域における社会福祉）とイコールなのではなく、「あらたな質の地域を形成していく内発性」（＝住民の主体性）を基本要件として、単なるニーズの解決にとどまらず、地域を舞台に（＝地域性）、そこで暮らす住民自身が私的な利害を超えて共同して（＝公共性）、より暮らしやすいような地域社会にしていくこと、あるいは変えていくこと（改革性）のなかに地域福祉の独自性があるのである。

このように地域福祉を自治の観点から捉え直す視点は、地方分権改革の捉え方とも関連する。たとえば、森田朗はガバナンスに関わらせて、それが「権利に基づく統治ではなく、構成員の主体的な参加と彼らの自己決定による共同体運営のあり方を意味する概念であるならば、その中核的な要素は、構成員が自らその共同体のあり方を決定しそれを実施するという意味における『自治』であるといつてよいだろう」として、「…『地方分権』は、住民を主体とする地域共同体であるところの自治体における自立と自己決定の範囲の拡充をめざす、まさに『ガバナンス』の実現を指向する改革ということができる」と述べている⁶⁾。また、武川正吾も「地方分権改革は、中央政府から地方政府への権限の委譲といった政府間関係だけでなく、ローカル・ガバナンス（地方の統治）といった観点から再考されなければならないところにきている」として、ガバナンスが「共（協）治」と訳されることがあるとした上で「地域福祉は、地域福祉活動の存在を前提としているという意味ではこのような『共治』の典型である」⁷⁾としている。

このように危機のなかにある社会福祉を切り拓く可能性としての自治型地域福祉の理論は、地方分権改革の文脈からも参考にすべきものであるといえるのである。

3. 地域福祉推進システムとしてのコミュニティソーシャルワーク

ところで自治体が地域福祉を推進していく場合、社会福祉法にも規定されているように地域福祉計画の策定を通じて取り組んでいくことが有効な方策

6) 森田朗「『自治体』のイメージとその変化」森田朗他編『分権と自治のデザインーガバナンスの公共空間ー』有斐閣、2003、P1より。

7) 武川正吾「地域福祉計画とは何か」武川正吾編『地域福祉計画ーガバナンス時代の社会福祉計画ー』有斐閣、2005、P8より。

のひとつであるといえる。しかし、地域福祉には固有のサービスが必ずしもあるわけではなく、また住民の自主的な福祉活動に委ねられる側面も多くあることなどの理由から、計画を実施していくための財政措置が十分でないことが多いのが現状である。また、地域福祉計画を実行力のあるものとしていくためには、各自治体において福祉分野の総合化はもちろんのこと、保健・医療や教育、労働、住宅、防犯・防災などの関連施策も含めて総合化させたり、住民のボランティア活動との協働を推進していくことで、より効果的な政策やサービス供給を図ることが求められる。このように行政計画としての地域福祉計画には、財政措置のみならず行政の責任において地域福祉を推進していくためのシステムづくりを進めていくことが求められているといえる。

そのようなシステムづくりとしては、各自治体において生活圏をふまえたエリア設定とそのなかでさまざまな政策やサービスを総合化させ、住民のボランティア活動とも協働することを要件として、各種専門職がチームを組んで実践する「コミュニティソーシャルワーク」が有効であると考えられる。

ここでいうコミュニティソーシャルワークとは、大橋謙策の見解にしたがうと「地域自立生活上サービスを必要としている人に対し、ケアマネジメントによる具体的援助を提供しつつ、その人に必要なソーシャル・サポート・ネットワークづくりを行い、かつその人が抱える生活問題が地域で今後同じように起きないように福祉コミュニティづくりとを統合的に展開する、地域を基盤としたソーシャルワーク実践である。それは地域自立生活支援のための個別援助を核として、歴史的に構築されてきたコミュニティ・オーガニゼーション（コミュニティワーク）の理論、考え方を包含したものである」⁸⁾とされている。

また、ここでいう地域自立生活の支援とは、「障害の有無や年齢にかかわらず、すべての人が家庭や地域の中で自立した生活を送れるような社会であることを目標として、そのような生活をしていくために支援が必要とされるのであれば、それに応じて支援していくこと、あるいはそのようなしくみを地域の中に整えていくこと」⁹⁾である。表現上紛らわしいが、ここでいう

8) 大橋謙策「新しい社会サービスのシステムとしての地域福祉」福祉士養成講座編集委員会『新版地域福祉論（第3版）』中央法規、2006、P29より。

9) 松端克文「地域自立生活の支援」上野谷加代子・松端克文・山縣文治編『よくわかる地域福祉』ミネルヴァ書房、P40より。

「地域自立生活支援」と先に確認した個人の問題に解消されてしまい社会的な文脈を欠落させた「自立支援」との考え方の違いをふまえておかねばならない。

このようなコミュニティソーシャルワークに関して、大阪府では大阪府社会福祉審議会の答申（2002年9月）などに基づき、府の単費事業として2004年度より、援護を要する高齢者や障害者などの見守り、課題の発見、専門的相談や必要なサービス・専門機関へのつなぎなどを行うことを業務としたコミュニティソーシャルワーカーを概ね中学校区において配置する「コミュニティソーシャルワーカー配置促進事業」が実施されており、2006年度予算では35市町村で122人が配置されることになっている。

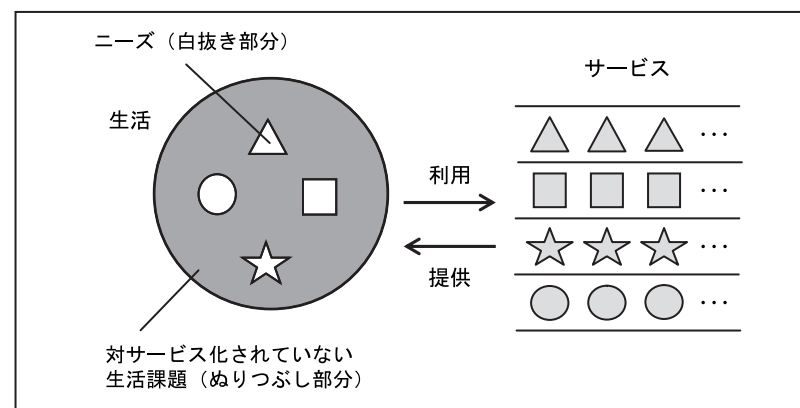
また、大阪府社会福祉協議会老人施設部会においても、大阪府社会福祉審議会の意見具申（2003年9月）をふまえ2004年度より既存の制度の狭間の問題や社会的な孤立の問題も含め、複合化した生活課題を抱えた社会的な援護を要する人たちの生活課題に対応するために、老人福祉施設の地域貢献活動の一環として、施設にコミュニティソーシャルワーカーを配置し、相談支援事業に加え、社会貢献基金を財源に独自の「経済的援助」を行うことなどを目的とした「老人福祉施設における社会貢献事業」を実施しており、2006年4月1日時点で高齢者福祉施設などを中心に273人（大阪市と堺市、高槻市を除く）のコミュニティソーシャルワーカーが配置されており、さらにこの事業をバックアップする府社協の社会貢献支援員（高齢者医療・健康・福祉サポート機能等支援員）が府内に46人配置されている。

このふたつの制度はコミュニティソーシャルワークを事業化したものであるとはいえ、導入の経緯や事業内容には相違があり、またそれぞれの事業の活動の実績が必ずしも体系的に整理されているわけではなく、方法論や推進システムも自治体や設置主体によりまちまちであるため、一律に論じることには注意を要する。しかし、大阪府内での実践や今日の社会福祉が内包している課題にかかわらせて、コミュニティソーシャルワークに期待されているものを整理すると次のようにいうことができる。

たとえば介護保険制度は利用者本人の自己決定に基づき、サービス事業者と契約を交わすことでサービスを利用する制度である。利用者は自らの要介護度に応じてサービスの支給上限額の範囲内でサービスを利用するが、その際、各サービスメニューごとに時間・日数単位で費用単価が決められており、

月単位でどの種類のサービスをどれだけ使ったかでその人の介護サービス費用が計算される。それに基づき各サービス事業者には介護報酬として費用が支払われる。居宅介護支援事業所に配置される居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）によるケアマネジメントは、利用者のニーズに応じて必要なサービスを調整しているのだが、そこで行われていることは（ケアマネジメントの本来の理論がそうでないにしても）現実には、個々に細分化・断片化され、単価設定のなされた細切れの「ニーズ」に報酬単価を伴う「サービス」を割り当ててような状況になっている（図2参照）。

図2 ニーズとサービスとの関係



出所：著者作成

そこでは単価－報酬設定がなされていない「対サービス化」されていない生活課題、あるいは金銭には換算できないような生活課題は捨象されてしまうことになる（図2の「生活」の円内のぬりつぶし部分）。そしてこうしたサービスの「利用－提供」関係に限定するのであれば、サービス供給主体の多元化のもとで民間企業などの参入が推進されたことをふまえ、税制改革の議論に関連させて社会福祉法人への税の優遇措置が非合理的なものであるとする「イコール・フットイング」論のもとで、社会福祉法人が攻撃にさらされることも致し方ない¹⁰⁾。社会福祉をこのようなサービスの「利用－提供」関係に矮小化して理解するのであれば、であるが。

しかし、近年急増している介護をめぐる殺害や心中事件、高齢者虐待や権利侵害、あるいは悪質商法による被害などは、私たちの生活が細切れのニーズの積算で捉えきれものではないことを示している。かつて岡村重夫が「社会福祉は個人の生活の全体が問題なのである。生活困難を貧困とか、病気とかに分析して把握するのは専門分業的制度の特徴であり、社会福祉はこれを個人の生活全体に関連させてとらえるのである」¹¹⁾と主張したことを想起せねばならない。社会福祉は個々人の「生活の全体性」をふまえ、包括的な支援を展開していかなければならないのである。

そこでコミュニティソーシャルワークは、相談内容を事業者の性格（たとえば、「ここは高齢者専門です!」というように）で峻別しない「総合相談」をひとつの特徴とし、住民からの相談がない場合でもアウト・リーチ方式で積極的に地域に出向き、また地域のさまざまなフォーマルおよびインフォーマルな機関・団体などと連携していくことで、生活課題を抱える住民を発見できるような仕組みを構築し、生活課題を解決するために制度的なサービスにとどまらず、地域のなかのさまざまなインフォーマルな活動とつなげたり、ソーシャル・サポート・ネットワークづくりや、さらには地域づくりにもまで展開していくような実践であるといえる¹²⁾。それは、地域コミュニティを生活の全体性を回復する場として捉え、個々の住民の抱えている生活上の困難・課題の解決（個別支援）を切り口に、専門職が中心になって地域福祉を推進していくためのアプローチであるといえる。

こうした実践には、福祉サービス利用者のかかえる個別のニーズに着目しつつ、上述したような介護保険制度に象徴される既存の社会福祉の限界を克服するという志向性をもっているといえる。

10) 「イコール・フッティング」論とは、総合規制改革会議などの議論において、福祉業界への民間企業の参入の状況をふまえ、社会福祉法人への税の優遇措置などを見直すことで同法人が運営する事業とNPO法人や民間企業が運営する事業との間の競争条件をそろえるべきであるといった見解のことである。社会福祉法人に関する見直しの議論については、社会福祉法人経営研究会『社会福祉法人経営の現状と課題—新たな時代における福祉経営の確立にむけての基礎作業—』（2006年8月）としてまとめられている。

11) 岡村重夫『全訂社会福祉学総論』柴田書店、1968、P162より。

12) コミュニティソーシャルワークに関するシステムづくりについては、松端克文「コミュニティソーシャルワーク実践の基盤づくり」上野谷加代子・松端克文・杉崎千洋編『松江市の地域福祉計画—住民の主体形成とコミュニティソーシャルワークの展開—』ミネルヴァ書房、2006を参照のこと。

4. 新しいコミュニティの創造に向けて

以上述べてきたように、個々の住民がサービスを利用することでニーズを解決するというアプローチを追求していくと総合相談と包括的な支援を中軸にすえたコミュニティソーシャルワーク実践のような方向に行き着く。

しかし、こうした個人モデルには限界もある。たとえば、その典型である原子化された個人が自己の最善の利益を求めることを前提にする経済学的なモデルは、個人の権利主張や利己的な行動を重んじるあまり、人間の社会的絆や連帯を弱め、ひいては社会や人間を荒廃させるものであるともいえる。その対極にある価値は、連帯（友愛）や相互扶助、政治参加、自治などである¹³⁾。住民の生活場面に着目してみても、個人によるサービス利用というモデルでは満たされない課題として、たとえば高齢者や子どものサロン活動や孤独死防止の取り組み、あるいは地域見守り隊の活動などのように、地域のなかで住民がお互いに協力し、共同して取り組まなければ解決を図れないような課題がある。つまり、住民間の共同モデルのようなものが現存しているし、そうした側面をぬきに私たちの豊かな生活は実現しないのである。

こうしたことに関して、地域福祉の方法論との関連で、加納恵子は「コミュニティワークの主体を論じる場合…（中略）…、個別化のベクトルをもつコミュニティソーシャルワークに（コミュニティワークを）自動的に移行させるわけにはいかない。むしろ『私の問題』を個別に解決するだけではなく、『私たちが住む地域社会の問題』として、『当事者住民としての私』や『近隣住民としての私』や『共感するボランティア住民としての私』が『地域変革』に挑戦していくコレクティブ・アプローチこそが地域支援の真骨頂であろう」—（ ）内著者—¹⁴⁾と述べている。たしかに、地域福祉には地域で生活している個々の住民の生活を支援していくという側面があるが、同時に「地域社会」そのものを対象としてはたらきかけていくという側面がある。これらは二律背反の関係というよりも密接不可分に重なり合う、地域福祉を推進していくための2つのアプローチであるといえる（図3参照）。

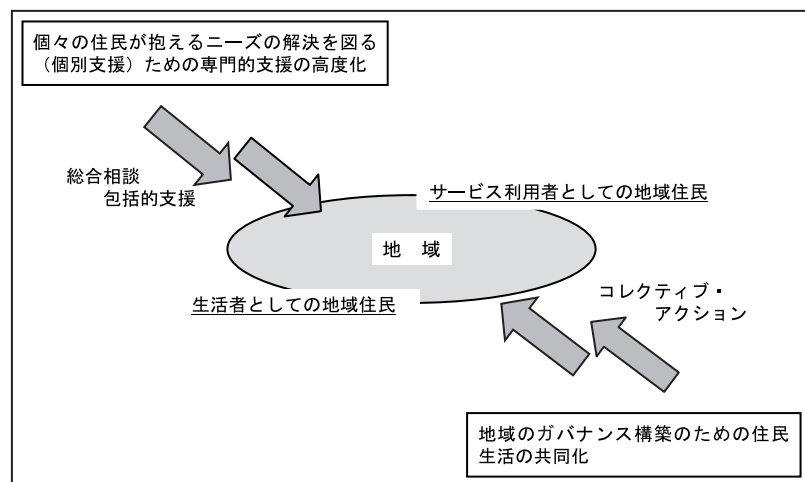
すなわち、地域福祉を推進していくためには、「個々の住民が抱えるニ

13) こうした主張は、コミュニタリアンの代表的な見解である。詳細については、前掲、菊池理夫（2007）を参照のこと。

14) 加納恵子「コミュニティワークの主体のとりえ方」高森敬久・高田眞治・加納恵子・平野隆之『地域福祉援助技術論』相川書房、2003、P83より。

ズの解決を図る（個別支援）ための専門的支援の高度化」というアプローチと同時に、「地域のガバナンス構築のための住民生活の共同化」というアプローチが必要であるということである。そして、右田の主張する自治型地域福祉は、こうしたアプローチを包含したものであるといえるが、とりわけ「地域のガバナンス構築のための住民生活の共同化」に力点を置いた理論であると解することができる。

図3 地域福祉推進のための2つのアプローチ



出所：著者作成。

ところで一般に「住民」という場合、「その地域に住んでいる人」といった意味で用いられるのに対して、「市民」という場合には人権思想をもち、個人的自由を重視するとともに政治的な関心が高く、民主主義をリードし、市民社会を形成していく主体として、理念的な地位が付与されることが多い。ある地域で生活している住民のある事態や状況をさして、「市民としては、まだ未成熟だ」といったことがいわれるのは、市民をこうした存在として捉えているためである。

しかし、著者はこのような普遍的かつ理想的な理念を体現している「市民」という用語よりは、いま・ここで、生活している個別・具体的で、過剰

な意味づけを伴わない「住民」という用語を用いている。仮に「市民」という場合でも、篠原一にならい「機会ごとの（オケーショナル）、断続的な、さらにはパートタイム的市民で…（中略）…、問題の発生したときに政治に参加し、またそれは継続して行うものでなくともよく、また参加するときもパートタイム的でよい」といった「それなりに良い市民（グット・イナフ・シティズン）」¹⁵⁾という程度の意味で用いている。

大切なことは、こうした住民が福祉課題への取り組みを通じて「自治」あるいは「ガバナンス」を構築していけるようなはたらきかけをいかにして展開していくかということである。住民自治とは、そこで生活する住民の参加と決定に基づいて自治体や地域の活動が行われることである。また、ガバナンス（governance）とは、先にも少しふれたが、法律や選挙制度で規定された厳格でフォーマルな統治の仕組みであるガバメント（government）に対して、より伸縮的で自発的で、地域の各種団体やNPO、ボランティアなどが行政や議会とも「協働」して統治していくような仕組み（＝共治）の意味として用いられる概念である。

しかし、「理想的な住民自治は、住民の間に共同体意識が存在し、共同体への意思決定への参加が有効であって、一般住民が他の多数の住民を説得し、政策をめぐる議論を喚起し、一部なりともその主張や要望を政策に反映させることのできるような規模の共同体のみで可能であろう」¹⁶⁾との指摘にみられるように、一定の人口やエリアの規模が重要となる。

そこで重視されるのは、「保育園や小学校に通う子どもを通じた地域の人たちの交流や共同作業、徒歩で移動するなかではじめて気づく近隣の庭先の四季の移り変わり、商店街の店主たちとの会話で得られるさまざまな情報、近隣の人たちとの商品の共同購入など」¹⁷⁾が行われている小学校区程度の範囲である。そしてちょうどそのような範囲の地域社会が「私」と「公」を連続的な連りのなかで捉えることのできる「共」とでもいえるべき空間であると考えられる。そこでは「家の前のでこぼこの道路が暗くなるととても危

15) 篠原一『市民の政治学－討議デモクラシーとは何か－』岩波新書、2004、P197－198より。

16) 前掲、森田朗（2003）、P4より。

17) 木原佳奈子「地域社会のメンバー」森田朗他編『分権と自治のデザイナー－ガバナンスの公共空間－』有斐閣、2003、P155より。

険になることや、公園にゴミが散乱していて美観が損なわれていることなど」が近隣の住民の間で日常的に話題になり、「公園掃除をきっかけにしながら住区の公園管理のあり方を考え、より快適な公園を維持していくこと、夜になると危険になる街路に街路灯をつけ、それを管理していくこと、通学に不慣れな新入小学生を交代で送り迎えすること」というように、こうした問題への取り組みは、「身近な『公的問題』の解決と同時に具体的な『自分の問題』の解決にもなるのである」といえる。このようにそこには、「ある程度の地域的な生活のまとまりが存在するのであり、…何らかの『生活の共同性』が存在する」¹⁸⁾のである。

しかし、こうした地域社会の共同性は崩壊しつつある。それだけに、地域の共同性を維持する、あるいは再構築していくためには、「地域」に対する意図的な関与が必要となる。たとえば、行政計画としての地域福祉計画や社会福祉協議会が地域の住民やNPO、ボランティアなどに呼びかけて策定する地域としての行動計画である地域福祉活動計画づくりなどに際して実施される「住民懇談会」などはそのための具体的な方策のひとつである。そこではこれからの地域づくりの方向や日々の課題、そしてその解決の方法などが話し合われ、計画に反映されたり、地域での住民の具体的な行動に結びつけることが重視される¹⁹⁾。

地域福祉と自治やガバナンスの構築との関連でいえば、住民がこうした福祉のことをテーマにした住民懇談会や福祉に関するボランティア活動などを通じて、福祉のことにこれまで以上に関心をもち、より積極的に参加していくような「主体」を形成しながら、その過程で私たちという「共同性」や私利私欲を超えた「公共性」を築き、さらには住民の主體的な参加により「自治」的に社会を変えていくことのできるような舞台なり仕組みを地域のなかにつくっていくことが重要となる。

「主体形成」とはといっても、それほど大げさなことではない。なぜなら、確固たる「主体」があるというよりは、それは日常生活における他者との具

18) 同上、木原佳奈子（2003）P157より。

19) 地域福祉の計画づくりに関する住民懇談会の取り組みについては、著者も策定委員会の副委員長を務めている岸和田市における実践が参考になる。岸和田市・岸和田市社会福祉協議会「未来（あした）のために住民（みんな）のためにー地域福祉のための住民懇談会結果報告書ー」2006、を参照のこと。

体的なかかわりのなかで、そのときどきの状況に応じて「浮上」してくるようなものだからである。このように考えれば、地域福祉の文脈でいう主体形成とは、住民が地域のなかの具体的な生活課題や社会の問題に気づいたり、具体的な福祉活動に参加することを通じて「福祉仕立て」に主体を「モデルチェンジ」といったほどの意味であり²⁰⁾、いかにしてそのような機会を地域のなかに準備できるかが問われてくることになるのである。そしてこうした小地域での取り組みや、本稿ではふれなかったがNPOなどのアソシエーション型の組織を中核にした取り組みなどを積み重ねながら、地方自治体としてガバナンスの構築を目指していく必要があるといえる。

以上のように、自治体が地域福祉を推進していくということは、「福祉」を切り口にして地方自治を確立していくことである。その推進のためのアプローチとしては、大きくは2つあるといえる。

ひとつは「個々の住民が抱えるニーズの解決を図る（個別支援）ための専門的支援の高度化」というアプローチであるが、それを自治体として、どのようにシステム化・制度化していくかということが問われることになる。先にふれた大阪府におけるコミュニティソーシャルワーカーの配置事業などを活用して、それぞれの自治体において地域福祉計画や地域福祉活動計画の策定・見直しなどの取り組みともからめながら地域福祉推進システムの構築を図っていく必要がある。

いまひとつは「地域のガバナンス構築のための住民生活の共同化」というアプローチであるが、これは地域福祉を住民自治、地方自治に関連づけて捉えることに、より力点をおいたものであり、それぞれの自治体において、その展開の仕組みをデザインしていく必要がある。

便宜上、2つに分けて論じてきたが、これらのアプローチは相互に関連している。こうしたアプローチをふまえながら、それぞれの自治体において地域福祉の充実を図っていくということは、住民主体で混迷の時代を切り拓き、新しいコミュニティ、あるいは社会を創造していくということであり、いま、その戦略的な展開が求められているといえる。

20) 前掲、松端克文（2006）P206-208を参照のこと。

次世代育成支援の推進と市町村の課題

～7つのポイント～

大阪市立大学 山 縣 文 治

プロフィール [やまがた・ふみはる]

大阪市立大学大学院前期博士課程修了。1982年同大学生生活科学部助手、日本子ども家庭福祉学会会長等を経て、現在、大阪市立大学大学院生活科学研究科・生活科学部教授(社会福祉 子ども家庭福祉)。

主 な 著 書

『よくわかる子ども家庭福祉』(ミネルヴァ書房、2002)、『現代保育論』(ミネルヴァ書房、2002)、『児童福祉論』(ミネルヴァ書房、2005)、『社会福祉用語辞典』(第5版)(ミネルヴァ書房、2006)ほか。

1. はじめに

2006年度は、久しぶりに出生数および合計特殊出生率が上昇することがほぼ確実となった。「少子化に歯止めがかかったのではないか」という声も一部にあるようであるが、前年度の急激な落ち込みの余波にすぎないという冷めた見方もある。

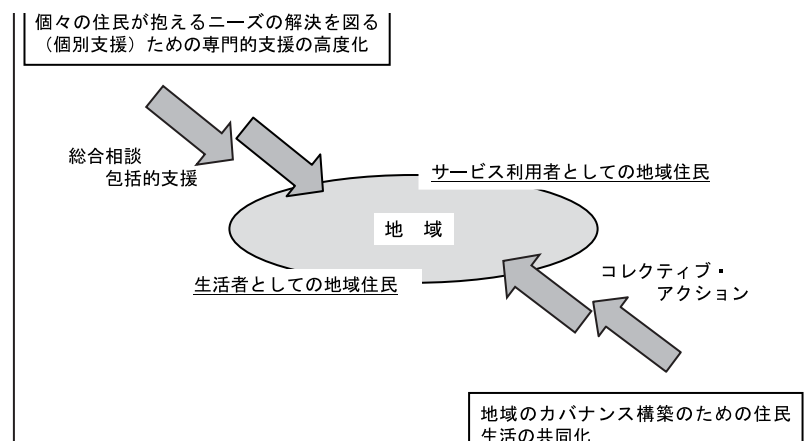
昨年12月に発表された人口推計では、中期的には合計特殊出生率は低下傾向となっている。近年の状況でいうと、人口が高位推計に従うことはないし、本来は予想値であるはずの中位推計に届くことさえない。低位推計のやや上を行くというのが実態であるが、この推計においても、5年前の中位推計が、今回の高位推計に近い期間が当面続く。低位推計はもはや1.0台となっている。出生数に至っては、50年後には50万人、100年後には30万人という推計値である。これは達成が危ぶまれる中位推計を基礎にしたものであるから、実態はさらにこれ以下で推移する可能性が極めて高い(図1)。

少子化の原因についてはさまざまな要因が指摘され、それを除去・軽減することを目的とした施策や取り組みが、この10年、国、地方をあげて行われてきた。これらの取り組みが、有効であること、それが単に少子化の直接的な歯止めとなるだけでなく、今ここにいる親子の暮らしを豊かにすることを通じて、間接的な少子化施策となることを信じて、市町村はさらなる取り組みに邁進する必要がある。

当然のことながら、市町村には多くの業務があり、子ども施策が必ずしも

中心にあるわけではない。しかしながら、子どもが生まれない社会は、継続不可能な社会であることは衆目の一致するところである。このことを意識の隅におき、持続可能な社会の大前提としての次世代育成支援への取り組みの実施、それを支える国民全体の意識環境作りを考えていく必要がある。

図1 合計特殊出生率の将来推計



資料：社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計（平成18年12月推計）』2006。

2. 次世代育成支援推進における市町村の課題

本項では、市町村の当面の課題を7つの視点から簡単に検討していきたい。

1) 子ども家庭福祉相談体制の整備と要保護児童対策地域協議会の実質化

2005年4月1日、子ども家庭福祉相談の第一義的窓口が児童相談所から市町村に変わった。この法改正は、相談への柔軟かつ迅速な対応、多くの地域子育て支援事業の実施主体を市町村に移管することによる総合的あるいは一元的対応の確保、などを期して行われたものである。また、これを支える仕組みとして、任意設置ではあるが、要保護児童対策地域協議会の設置も進められている¹⁾。このような状況に対して、厚生労働省では、「児童相談所運営指針」の改訂に加え、新たに「市町村児童家庭相談援助指針」を発表し、

1) 平成18年4月1日現在の設置数は、要保護児童対策地域協議会、児童虐待防止市町村ネットワークを合わせて442自治体（前年度327自治体）、設置率は69.0%（同51.0%）であり、設置はかなり進んでいる。

市町村の相談体制推進に関する指針を示した。

表は、一年半たった時点での評価であるが、担当者のなかでは悪い方向に向かっているという評価は少なく、よい変化があったと肯定的な評価をしているものが多くなっている（表1）。要保護児童対策地域協議会（児童虐待防止市町村ネットワークを含む）についても、機能しているという評価が高くなっている（表2）。

表1 児童福祉法改正後の自治体内の
児童家庭福祉相談体制の変化

	% (N=237)
よい変化があった	32.9
変化なし	54.4
悪い変化があった	3.4
その他	7.6
無回答	1.7
合 計	100.0

表2 要保護児童対策地域協議会および児童
虐待防止市町村ネットワークの評価

	% (N=123)
よく機能している	13.8
まあまあ機能している	46.3
あまり機能していない	14.6
ほとんど機能していない	4.9
無回答	20.3
合 計	100.0

資料：『子ども家庭福祉相談体制のあり方に関する研究』（平成16・17年度厚生労働科学研究）、大阪市立大学社会福祉学研究室、2005・2006。

相談は支援・援助の第1段階であり、この基本的な体制整備、さらには実際の担当者を、専門性を担保しつつどのように確保するかは、市町村にとって重要な課題である。市町村の相談従事職員のうち、児童福祉司任用資格を有するものの割合は11.4%（前年度7.8%）にすぎない。これを、何らかの資格を有するものとしても69.2%（前年度48.6%）にとどまっている。市町村には、保育士、保健師、幼稚園教諭など、児童福祉司任用の基礎資格を有する職員が多く存在しており²⁾、少なくとも研修の受講により、児童福祉司任用資格の取得と、取得者の職場配置が進められる必要がある。

2) 児童福祉司任用資格は、児童福祉法第13条に規定されている。同法第1項第5号では、省令で定めるものについて任用資格を規定しているが、これは「保健師、助産師、看護師、保育士、教員、児童指導員の資格をもつ者、指定施設における実務経験と所定の研修を受講した者」のことである。

2) 就労との両立を支える保育所の適切な整備量

生産は社会を支える基本である。保育所は、戦後の混乱期から脱して以降、家庭外で生産活動に従事する人（とりわけ、女性）および公務等労働に従事する人のための機関として機能してきた。その後、流通やサービス産業などの第3次産業従事者に展開し、今日では次項以降で示す、地域子育て支援や養育困難家庭への援助など、就労以外の多様なニーズへの対応へと展開している。

このように保育所が行っている事業は、非常に幅広いものとなっている。しかしながら、少なくとも当面は、あくまでもその基本が「保育に欠ける」子どもとその家庭にあることは疑いがない。当然のことながら、「保育に欠ける」代表的な状況は就労であり、これと子育ての両立を可能にする整備が市町村には求められることになる。

しかしながら、このことを単純に考えることができないというのが今日の国、あるいは市町村の置かれている状況である。「保育所整備は、保育ニーズの量」を基礎に勘案することになる。その背後には、保育ニーズの量が増えるという含みがある場合が多いが、このことさえ疑わしいのが現在の状況である。改めて指摘するほどの事ではないかも知れないが、保育所の適切な整備量を考える際の視点を3つだけ提示しておく³⁾。

第1は、保育ニーズの量を適切に推計することである。保育ニーズの出現率は多くの人が予想しているように上昇すると考えられるが、出現率が量の増加にどこまで結びつくかは、冒頭に示した出生率の動向をふまえると危ういし、10年先を考えると、むしろ量そのものは減少する地域の方が多くなる可能性は高い。現在待機児対策に迫られている市町村の多くにおいて、10年後もそのような状況が続いているかということ、おそらくそうではないであろう。ましてや現状において待機児のないあるいは定員割れが問題となっている市町村では、保育所縮小が議論されている可能性は高い。出生数の減少をどの程度と想定するかが、保育ニーズの出現率以上に重要な市町村が徐々に増えていくことは疑いがない。

3) ここでの検討の視点は、児童福祉法に基づく保育所の実施主体である市町村全体の量的側面のみ着眼するものである。当然のことながら、「適切な整備」という場合には、市町村内での適正配置、保育サービスメニュー、保育の質など、総合的に検討しなければならないことは認識しているが、議論の単純化のための提示であることをあらかじめ併せておく。

第2は、保育所利用に影響する既存の制度や事業の動向をどのように読み取るかということである。これにあたる代表的なものは育児休業と認定こども園である。育児休業は、制度的には市町村レベルの課題ではないが、次世代育成支援対策のなかでは重要な位置づけとなっている。就労している女性の40%が育児休業を取得すると、0歳児保育の利用者が伸びるとは考えられないし、1歳児の年度途中入所が今まで以上に課題となるであろう。認定こども園に至っては、それ以上に予想が困難である。とりわけ、公立を含む幼稚園業界の参入が予想されており、この保育ニーズ吸収量が保育所整備には大きく影響することになる。

第3は、さらなる改革をどのように読み込むかである。今日保育サービスに関連して浮沈している話題には、要保育認定、直接契約、財源問題（育児保険・一般財源化等）などがある。とりわけ要保育認定は、認定基準によっては、保育所の整備量に大きく影響を与えることになる。待機児がいない市町村が増えていくことと、「保育に欠ける」基準の柔軟な適用は事実上関連している。このような状況で、要保育認定が導入されると、「8時間以上型」の保育ニーズを基礎にした現行制度は揺さぶられ、現在の利用者のなかには、一時保育や地域子育て支援拠点事業の「ひろば型」のニーズにカウントされるものも少なくないと考えられる。介護保険や障害者自立支援制度などの動向を勘案すると、認定制度の実現可能性は高い。

3) 地域子育て支援

戦後の保育サービスの展開を、時代的意味をふまえながら整理すると、現在は第4期から第5期への移行期である⁴⁾。第4期の課題は、地域子育て支援サービスを、保育所を含め、多様な供給主体がいかに展開していくかということである。そのための制度的な取り組みとしては、地域子育て支援センター事業、つどいの広場事業、主任児童委員制度など、既存の供給主体の独自事業としては、社会福祉協議会の子育てサロン活動や児童館を活用した子育て支援事業など、さらには市民主体の自主活動として、子育てサークルや子育て支援サークルおよびそのネットワーク化など、さまざまな取り組みが行われた。2007年度予算では、新たに、こんにちは赤ちゃん事業、地域子育て

4) 詳細は拙著『現代保育論』（ミネルヴァ書房、2002）を参照いただきたい。

て支援拠点事業、教育委員会との連携による放課後子どもプランの推進などが予定されている。

多様な供給主体の協働による地域子育て支援への取り組みは、子育て不安の軽減、子ども虐待の予防、母親のリフレッシュなどにおいて、次第に効果を発揮しつつあると考えられるが、一方で、住民主体活動の有効性の検証が、第5期を開く一つの契機ともなりつつある。とりわけ、事業対象、事業内容・展開方法などにおいて比較的共通性が高く、市町村担当者からも利用者からも、ともに違いが分かりにくいという声のあった、地域子育て支援センター事業およびつどいの広場事業の再編成は、既存の供給主体へのアンチテーゼも含め、地域子育て支援を新たな段階に展開させる可能性を秘めていると考えられる。

2007年度から事業が予定されている地域子育て支援拠点事業は、地域子育て支援センター事業とつどいの広場事業を再編成した事業である⁵⁾。再編成の背景には、地域子育て支援センターには、保育士等の専門職員が専任で配置されているにもかかわらず、地域のセンター機能を十分果たしておらず、単なる事業所にとどまっているのではないかと、逆に、つどいの広場事業は、専門職を配置していないにもかかわらず、ネットワーク機能を果たしているものがあるのではないかと、などの評価があったものと考えられる。加えて、次世代育成支援行動計画において、両事業については目標値が設定されているが、市町村および現場レベルで、両者の関係が不明確であり、整備方針が立てづらいなどの声もあった。

新たな事業においては、① 子育て親子の交流の促進、② 子育て等に関する相談の実施、③ 子育てに関する情報の提供、④ 講習会等の実施、の4つの事業を基本必須事業に、活動拠点と活動日数によって、① ひろば型、② センター型、③ 児童館型の3つの形で展開されることが予定されている（表3）。また、いったんはソフト交付金に移行したつどいの広場事業が、再度補助事業の体系（補助率は、国、都道府県（指定都市・中核市）、市町村が各1）に戻されるとともに、ひろば型で選択事業を実施すると、ほぼセンター型と同額の予算規模になる。

5) この事業の実施によって、既存の2つの事業は廃止になるが、地域子育て支援センターのうち小規模型については、3年間の経過措置が設けられている。

表3 地域子育て支援拠点事業の案

類 型	ひろば 型	セ ン タ ー 型	児 童 館 型
機 能	常設のつどいの場を設け、地域の子育て支援機能の充実を図る取り組みを実施	専任保育士による専門的な相談支援、既存のネットワークを活用した専門的な相談指導体制の整備、地域活動の実施等	民営の児童館内で一定時間、つどいの場を設け、子育て支援活動従事者による地域の子育て支援のための取り組みを実施
実 施 主 体	市町村（特別区を含む） *NPO法人、社会福祉法人、民間事業者等への委託等も可	市町村（特別区を含む） *委託は、保育所等児童福祉施設を営業者、医療施設を営業者、NPO法人に限る	市町村（特別区を含む） *NPO法人、社会福祉法人、民間事業者等への委託等も可
基 本 事 業	① 子育て親子の交流の促進 ② 子育て等に関する相談の実施 ③ 子育てに関する情報の提供 ④ 講習会等の実施		
	①～④の事業を週3日、1日5時間以上開設する 常設のつどいの場を設けて実施	①～④の事業を園庭や専用のスペースにおいて実施するとともに、地域の既存施設や子育て支援活動を行う団体と連携して実施	①～④の事業を児童館の学齢児が来館する前の時間を活用し、子育て中の当事者や経験者をスタッフに交えて実施
加 算	①出張ひろばの実施（公設公営を除く） *すでにひろば事業を実施している主体が、翌年度の常設ひろば開設のステップとして、週1～2回出張ひろばを開設する場合 ②地域の子育て力を高めるための取り組みの実施 *学生等ボランティアの養成、受け入れ、世代間や異年齢児の交流等の事業を行う場合	なし	・地域の子育て力を高めるための取り組みの実施 *学生等ボランティアの養成、受け入れ、世代間や異年齢児の交流等の事業を行う場合
従 事 者	子育てに関し相当の知識・経験を有する者	保育士等（2名）	子育てに関し相当の知識・経験を有する者に児童館の職員が協力して実施
実 施 場 所	公共施設空きスペース、商店街空き店舗、マンション・アパートの一室などを活用	保育所、乳児院等で実施するほか、公共施設や民家等に専用施設を設置して実施	児童館
開設日数等	・週3～4日、週5日、週6～7日 ・一日5時間以上	・週5日以上 ・一日5時間以上	・週3日以上 ・一日3時間以上
予 算	基本：3～4日型：3,556千円 5日型：4,355千円 6日型：5,145千円 加算：① 1,343千円 ② 896千円	基本：5日型：7,413千円 6～7日型：7,853千円 加算：なし	基本：3日以上：1,687千円 加算：896千円

1. 児童館型は、民間児童館活動事業の中で実施
2. 小規模型地域子育て支援センターは、3年間の経過措置後に廃止され、ひろば型かセンター型に移行

この事業は、これから地域子育て支援の核になる可能性の高いものであり、市町村においては、行動計画の見直しのなかで、総合的な展開の検討を期待したいものである。

4) 子ども虐待への対応

児童福祉法および児童虐待の防止等に関する法律の改正、さらには、子ども虐待の予防や早期発見などを目的とした各種の地域子育て支援事業の実施にもかかわらず、虐待を受ける子どもは一向に減少しないし、残念ながら死に至るケースも少なくない。子どもの虐待への対応を検討する際には、①対応する際に活用する資源・事業、②対応のプロセス、③それを運営管理する人、の3つを視野に入れる必要がある。このうち、①については、すでに多くの情報や取り組みがあると考えられるので、ここでは②および③について簡単に触れる。

子どもの虐待への対応プロセスには、発生そのものの予防（第一次予防）、問題の重度化・深刻化の予防（第二次予防）、再び虐待が起こらないようにするため見守りや継続的な地域支援などの再発予防（第三次予防）、の3つの局面がある。第一次予防は、育児支援家庭訪問事業などの既存の地域子育て支援事業、新規事業であるこにちは赤ちゃん事業や地域子育て支援拠点事業などが主として対応する課題であり、一般に子ども虐待への対応という場合、第二次予防レベルのことを話題にしていることが多いと考えられる。

重度化・深刻化の予防は、さらに、①発見段階、認定段階（事実関係判断のための調査、援助の開始の判断）、②援助計画の策定段階（当事者に対する援助の開始の同意・通告、アセスメント、関係者による援助計画の策定）、③援助の実施段階（当事者に対する援助計画の提示と同意・修正・通告、援助の開始）、④実施された援助の評価（援助の効果測定・エバリュエーション）、⑤援助の終結段階（援助の終結の判断、再発予防・見守りシステムへの引き継ぎ）などの局面に展開することが可能である。従来このプロセスは、児童相談所（子ども家庭センター）が中心で担っていたが、児童福祉法の改正では立入調査、一時保護、児童福祉法第28条の申請、法第27条1項に関わる措置など、強い法的権限を伴うもの以外は、基本的に市町村で行うことが推奨される状況となっている。

このようなプロセスを推進するのが専門職であり、さらにそれを支える市民を含む事業遂行者や、要保護児童対策地域協議会である。とりあえず、市町村においては、子ども家庭福祉相談の体制整備を通じて、子ども虐待への対応体制の強化が望まれる。

5) 財源の有効活用とバランスのとれた配分

バブル崩壊以降、慢性的な財源不足が、国、都道府県、市町村において続いている。一方、高齢者施策や障害者施策における市町村の負担が増えており、保険制度の公費負担分を含む社会保障支出は上昇している。パイが少なくなるなかで社会保障負担が増えているわけであるから、社会保障の内費としての子ども家庭福祉予算の増額はなかなか困難であるというのが市町村の置かれている状況であろう。

最終的には、増額要求をする必要があるが、その第1段階として、現行の予算が有効に活用されているかどうかが問われることは必至である。国では次世代育成支援対策ソフト交付金や統合補助金制度により、地方行政における柔軟な予算執行の可能性を高めた。しかしながら、総予算の削減を狙うことを一方で目標にした制度であることに変わりはなく、状況は厳しい。

市町村においては、すでに公営保育所の民間移管や指定管理者制度の導入により、財源の有効活用に着手しているところも多いが、この推進をさらに図る必要がある。これについては、次項の就学前施策の再編成を含め、より広い視点で検討する必要がある。

また、子育て支援施策として期待の高い、地域子育て支援拠点事業が補助事業として位置づけられたため、都道府県の財政事情が許さなければ、現行のつどいのひろば事業の維持さえ困難な状況や、補助金額より少額でこれを事業化していた市町村でも同様の事態が生ずる可能性がある。さらに、ソフト交付金事業で行われる、こにちは赤ちゃん事業は、そのわかりやすさもあり、普及が予想されるが、それが他のソフト交付金事業の予算を圧迫する可能性もある。予算については、単なる有効活用だけでなく、バランスという問題も重要である。

巷間、話題となっていた育児保険制度については、その導入に最も積極的な姿勢を示し、かつ政府への影響力が大きいと考えられる規制改革・民間開放推進会議が「導入の可否について長期的視点で検討」⁶⁾という表現を用いたことで、やや沈静化した感じはあるが、これが今後浮上する可能性は捨てきれない。また、その結果、民間保育所運営費の一般財源化の議論が再度浮上する可能性は、逆に高まっているのかも知れない。

6) 規制改革・民間開放推進会議『規制改革・民間開放の推進に関する第3次答申』（2006）。

6) 就学前施策の再編成

就学前施策については、2005年度から総合施設がモデル的に実施され、2006年10月から「認定こども園」として本格実施となった。認定こども園は、施設ではなく機能あるいは事業として制度的には位置づけられているが、世間の一般的な認識は、幼稚園、保育所、認定こども園の3元化体制となるであろうし、場合によっては、前述の地域子育て支援拠点事業実施施設と合わせると4元化体制ということになるかも知れない。

表4 就学前の子どもの居場所

(就学前全体：0～5歳児)

	保育所	幼稚園	それ以外	計
1960年	7.0	7.6	85.4	100.0
1970年	10.7	15.9	73.4	100.0
1980年	19.0	22.9	58.2	100.0
1990年	21.6	25.1	53.3	100.0
2000年	26.8	25.0	48.3	100.0
2004年	30.7	25.8	43.5	100.0

(3歳未満児：0～2歳)

	保育所	幼稚園	それ以外	計
1960年	0.6	0.0	99.4	100.0
1970年	1.6	0.0	98.4	100.0
1980年	5.9	0.0	94.1	100.0
1990年	7.8	0.0	92.2	100.0
2000年	13.1	0.0	86.9	100.0
2004年	18.2	0.0	81.8	100.0

資料：『社会福祉施設等調査』『学校基本調査』『国勢調査』

筆者自身は、中期的には、独立した施設である認定子ども園に向けて収斂していくことが望ましいと考えているが、当面は固有の施設にはならないし、収斂の方向にもならない。しかしながら、既述の出生動向に加え、就学前の子どもの居場所の動向を見たとき（表4）、この方向は避けられないと考えられる。この4つの資源をどのように展開していくのかを、将来を見据えながら、私立幼稚園を含め、市町村は検討する必要がある。

また、全体に分権化が進む時代において、認定こども園の認定は、都道府県が行うこととなった。保育所は従来より市町村が実施主体となっているなかで、また政令指定都市や中核市においては、都道府県の関与がほとんどないなかで、このような事情となったのは、私立幼稚園と市町村の関係が非常に弱いことに起因しているものと考えられる。私立幼稚園行政にかかわる事務が都道府県にとどまっていることは、次世代育成支援市町村行動計画においても、私立幼稚園に関する計画がほとんどされなかったことにもみられるように、非常に大きな問題である。また、検討されている指針の中身をみても、結果的に私立幼稚園に非常に都合のいい内容の部分が一部見受けられ、事業者間の対等な競争の趣旨からもややバランスを欠いている面があり、できるだけ早い段階での市町村一元化が望まれる。

7) さらなる改革への対応

分権化の動きが激しい。これと、民営化・民間活力の活用、保険制度による財源調達、これらを支えるものの一つとしての利用者と事業者の直接契約制の導入などにより、この15年間ほどの間に、事の善し悪しは別として社会福祉事業の様相は大きく変化した。一方、子育て支援ニーズについても、保育ニーズなどの従来からのものの増大に加え、在宅子育て家庭において生じる新たな、かつ多様なニーズの顕在化などがあり、分権化や民営化とは無関係に、子育て支援施策の理念やメニューも、この15年間で大きく変化した。

以上の2つの変化は、それぞれ別の要因で生じてきているものであり、直接大きく関係するわけではないが、同時進行的に起こっていることで、地方自治体や実践現場ではますます大きな混乱を生じさせている。とりわけ前者の変化は、制度の根幹を揺るがすものであり、その影響力は大きい。市町村の関係者には、このような時代を読み込み、大局にたった判断ができる人材あるいはチームが必要である。

ちなみに、本稿でふれた状況についても、たとえば、育児保険、児童相談所にある措置権の市町村化あるいは措置制度の廃止、幼保一元化、要保育認定、直接契約（バウチャー制度はその一形態）など、福祉関係者以外からの提案も含め、さまざまな議論が行われている。これらの提案のなかでも、おそらく政府への影響力が最も高いと考えられる規制改革・民間開放推進会議の第3次答申は、子ども家庭福祉部門について、以下のようなとりまとめを

行っている⁷⁾。

- ① 保育所についての問題認識として、「保育に欠ける子」に利用を限定しており、公的扶助色が強いので、就学前の子どもすべてが利用できる仕組みに。
- ② 認定こども園については、活用促進、利用状況の公表、様式の統一などを図る（平成19年度以降適宜実施）。
- ③ 保育所における直接契約制度、応益負担、事業者による利用料設定、利用者に対する直接補助方式、育児保険、要保育認定の導入（認定こども園の実施状況等を踏まえ、保育所において一体的に導入することの可否について長期的に検討）。

3. おわりに

以上、次世代育成支援施策の推進における市町村の課題について、7つのポイントを抽出し、私的見解を述べてきた。もはやこれらの課題は、子ども家庭福祉施策担当者、ましてや保育所担当者だけで解決できる問題でなく、市町村行政全体にかかわる課題である。とりわけ財源問題や基本方針・基本方向は、住民を含む市町村関係者全体の合意のなかで検討しなければ実現性は低くなる。

一部補助金に戻ったものもあるが、全体としてはソフト交付金を含む一般財源化、柔軟性のある補助金である統合補助金化の方向が当面続くことは疑いが無い。一般財源化を積極的に受け止めると、市町村のアイデアがいかされるということでもある。住民、役所、議会が一緒になって、それぞれの地域にふさわしい事業展開が実現することを期待するものである。

生活保護行政を考える

首都大学東京都市教養学部

教授 岡部 卓

プロフィール【おかべ・たく】

明治学院大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻修士課程修了。日本社会事業大学・社会事業学校教員等を経て、現在、首都大学東京都市教養学部社会学コース教授（生活問題論・社会福祉制度論）。厚生労働省社会保障審議会福祉部会「生活保護制度に関する専門委員会」委員等歴任。

主な著書

『改訂福祉事務所ソーシャルワーカー必携・生活保護における社会福祉実践』（全国社会福祉協議会 2003）、『公的扶助論』（編著 中央法規出版 2007）、『福祉重要用語300の基礎知識』（編著 明治図書 2000）、『貧困問題とソーシャルワーク』（編著 有斐閣 2003）ほか。

はじめに

近年の雇用・失業問題は、国民・住民生活の経済的基盤を揺るがし、貧困と社会的格差の拡大・深化をもたらしている。このような事態に対して生活保護制度をはじめとする社会保障制度が、国民・住民が生活できる生活水準を保障しているのか。また十分なセーフティネットとしての機能を果たしているのかが問われている。

そこで、小稿では、はじめに、最初にわが国における社会保障の制度構造が、国民・住民生活に十分対応できない制度構造にあることを明らかにし、次いで、国民の最低限の生活保障（ナショナル・ミニマム）と最後のセーフティネットとして機能しなければならない生活保護制度および制度運営（行政）の諸課題に言及し、最後にその打開のための諸方策を提示していく。

1 社会保障制度の課題

(1) 社会保障制度の役割・機能

いうまでもなく社会保障制度は、国民・住民生活の回復・安定・向上を目的とする公的システムの一つである。それは、旧社会保障制度審議会の概念によれば、狭義の社会保障として位置づけられる社会保険、公的扶助、社会福祉、公衆衛生および医療、老人保健、そして恩給と戦争犠牲者援護を加えた広義の社会保障、さらに住宅対策と雇用対策の社会保障関連制度から構成されている。

7) 規制改革・民間開放推進会議『規制改革・民間開放の推進に関する第3次答申』（2006）。

また、同制度は、生活保障の領域を、大きくは、次の3つの分野に分けて整理されることがある。すなわち、健康の回復・維持に対応する医療保障、所得の喪失・中断・減少によってもたらされる生活困窮の予防と救済に対応する所得保障、所得保障や医療保障で対応できない個別の必要に対応する保健福祉サービス（対人サービス）である。

さらには、同制度を、国民・住民生活のセーフティネットの観点から見ていけば、次のように位置づけられる。

第1のセーフティネットは、国民・住民の大多数が給与生活者であることから雇用の確保としての雇用対策、居住の確保としての住宅対策が第一のセーフティネットとして張られている。これは、上記の社会保障関連制度に当たる。

第2のセーフティネットは、通常生活していく中で生活の困難が生じた場合に対応するものであり、それは、国民・住民が強制加入する社会保険制度であり、これには、失業・労災に対応する労働保険（雇用保険・労災保険）、障害・高齢・死亡に対応する年金保険、傷病・出産に対応する医療保険、介護に対応する介護保険の5つの社会保険が張られる。この第2のセーフティネットは、雇用されているか自営であるかを問わず、主として稼得者およびその家族を中心に組み立てられている制度であり、社会保障制度の中では貧困を予防する防貧的機能を持つものとして位置づけられる。

そして最後の第3のセーフティネットは低所得あるいは貧困であるかどうかという生活困窮の事実認定としての経済的要件が課せられるものであり、それは所得調査を課する低所得対策（社会手当制度、生活福祉資金貸付制度等）と資力調査を課す貧困対策（生活保護制度）に分かれる。

とりわけ生活保護制度は、第3のセーフティネットの中で最後に位置しているだけでなく、社会保障制度全体の中でも最後のセーフティネットとしての役割・機能を担っている。そのため、この生活保護制度の制度的枠組みが今後どのように設定されてくるかにより、国民・住民生活がどの範囲でどの程度保障されるかが決まってくる。生活保護制度は、セーフティネットとしての所得保障、医療保障、対人サービスとしての最終的施策として位置づけられており、この国民・住民生活を守るネットがどのように張るかによって国民の信頼と安心をもって生活していけるかどうかの分岐となる。

(2) 社会保障制度の課題

しかし、社会保障制度は、今日、以下の理由から国民・住民の十分な生活保障とはなりえていない。

わが国の社会保障制度は、夫が就労し妻が家事・育児・介護を行うという性別役割分業、フルタイムで雇用されている正規労働者、住民登録や安定した住居をもつ定住者、日本国籍を有する者等を前提に制度設計されている。そのため、家庭外で就労や社会的活動を行う女性、パートタイマー、フリーターなどの非正規労働者、安定した住居を持たないホームレスなどの非定住者、外国人登録や就労のため日本に来ている外国人等に対する生活保障が十分になされない制度構造となっている。

また、わが国における社会保障制度は、家族、企業が制度の前提としてあるいは代替・補完となっている。たとえば、家族扶養においては、対人サービスにおける養育・介護機能など、また企業においては扶養手当や保険料の事業主負担などがそれである。しかし、今日では、家族、企業がこれまで果たしてきた役割・機能を行えなくなっている。すなわち、家族、企業が変容する中で、依然として、家族扶養、企業の役割・機能を制度構造に組み入れているため国家として国民・住民の生活保障を担うだけの制度構造となっていない。さらには、わが国における社会保障制度は、大きくは職域、地域の二つのチャンネルを通して制度に加入し給付を受ける仕組みとなっている。公務員・一般被用者およびその家族という比較的安定した職域（特殊職域・一般職域）にいる者・家族に対しては給付水準が比較的高いが、不安定な雇用状態にある者や地域にて加入する者・家族については低位あるいは保障されない構造にある。

そして社会保険制度が十分機能しない場合には、国民・住民の生活保障は生活保護制度を中心とする公的扶助制度が対応することになる。生活保護制度は、国民最低限の生活を保障するナショナル・ミニマム機能と、本人の収入・資産・労働能力、家族・親族等のインフォーマルな社会資源や他法他施策等のフォーマルな社会資源を活用したとしても収入が最低生活以下となる場合、最後のセーフティネット（安全網）となるセーフティネット機能をもっている。このセーフティネット機能の例示として、生活保護受給世帯の構成割合からとらえると理解しやすい。現在、生活保護受給世帯は、約5割が「高齢者世帯」、約4割が「傷病・障害者世帯」、そして残りの1割が

「ひとり親世帯」と「その他世帯」となっている。その大半が老齢年金、障害年金、児童扶養手当等の対象世帯である。しかし、資格要件、給付水準の低位性から他法他施策は防貧機能を果たしていないと読みとることができる。

2 生活保護制度の課題

(1) 構造・運営・世論

しかし、その生活保護制度においても、制度構造および制度運営（行政）の障壁から「利用しにくく出にくい」制度となっており、国民・住民の最後のセーフティネットとなりえていない。制度設計（理念・目的、原理・原則、扶助の種類・方法、権利義務関係、権利救済等）が貧困に対応する構造になっているのか。また法制度に適った運用がされているのか。法制度を支える運営実施体制になっているのか等を考えてみる必要がある。

制度的制約から生活保護制度の対象となっている貧困層は「制度によって切り取られた」層であり、それ以外は制度から排除されている。生活保護制度では、特定の対象層を「生活保護受給層」とし、制度展開してきている。すなわち、本来の貧困層と制度対象としての貧困層＝「生活保護受給層」とは乖離している。これは、一般扶助主義に立つ生活保護制度が、制限扶助主義的傾向を強めているとも解釈できる。具体的には、稼働層等（外国人・ホームレス・稼働層）を排除し非稼働層の中の特定層（高齢・障害・ひとり親等）を被保護層として同定しているのである。すなわち、制度の外に制度対象とならない膨大な貧困層が存在していることを認識しなければならない。

上記のようないろいろな課題があるにせよ、社会保障制度の展開は、貧困・低所得層を中心とする救貧対策（公的扶助制度）から一般階層を中心に貧困を予防する防貧対策（社会保険制度・社会福祉制度等）へと政策の軸足を移している。

これは、被用者を中心として社会保険・社会福祉制度が一般階層対策として定着していくプロセスでもあり、そのなかで、上記のわが国の社会保障制度の課題（社会保障制度関連制度として位置づけている住宅対策や雇用対策の不備も含めて）について究明・解決することなく、貧困層＝「生活保護受給層」を「自立した市民」から脱落した特殊な層としての層という位置づけがされてくる。その結果、「生活保護受給層」はスティグマ（社会的恥辱

感）が付与され、一般市民には生活保護＝福祉依存という世論形成がされていくことにもなってくるのである。

(2) 具体的問題・課題

ここで、近年、注目されてきている生活保護をめぐる問題を挙げると、① 都市部に多く見られるホームレス問題、② 国際化の進展に伴う困窮外国人問題、③ 上級学校進学率の増加に伴う被保護世帯の教育問題、④ 経済停滞に伴う雇用・失業問題、等がある。

このことに関連してここ数年生活保護の受給者数が、増加傾向にあることを注目する必要がある。このことは、これまで生活を支えてきたか稼働者が、失業あるいは収入の低下（経済環境・雇用環境の変化、具体的には経済停滞・雇用悪化等によっている）によって十分な所得を得ることができない事態が生み出されていることで挙げられる。またそのことと関連して、世帯内・世帯外の扶養機能、すなわち、子どもの養育・老親扶養あるいは親族に対する経済的な支援がなかなか難しくなってきたことが、稼働世帯、非稼働世帯ともに受給世帯として増加していることになっているのではないかと考える。極端な例では、所得を得られないために住居を確保することができず、また親族・地域・職域などのネットワークも十分得ることができないような人が、ホームレス化しているのではないかと考える。

また、外国人については、社会保険に加入し給付を受けることはできる。しかし、それが十分機能しない場合になると、生活保護制度は国籍要件があり適用できない仕組みとなっている。すなわち、制度の中の問題としてのホームレス問題、制度の外の問題としての外国人問題として挙げることができる。さらに、生活保護を受給している有子世帯の教育問題は、貧困の再生産（世代間継承）につながるため、教育の機会をどのように保障していくかが問題化してくる。

このような状況のなか、生活保護制度においては、以下のような課題が表面化しているといつてよいであろう。

① 制度および制度運用上の課題として、形式と実態の乖離が問題となっている。それは、制度利用に伴うスティグマ、補捉率の低位性、一般生活水準と比較した保護水準の妥当性、保護の要件（失業・居住要件の有無、国籍条項の是非）、資産保有の範囲と程度、扶養意識と扶養範囲・程度など

の問題である。このことと関連して、手持金保有、ホームレス等をめぐる訴訟などが起きている。

- ② 実践的課題としては、被保護世帯の中には多様な生活課題を抱える利用者がおり、その対応に苦慮している現状がある。とりわけ、精神障害やアルコール・薬物等の依存症、あるいは多重債務を抱えた利用者であったり、地域の中で孤立しネットワークをもたない高齢者・障害者などが増えてきている。より有効な援助方法と社会資源の開発・活用が望まれる。

これらのことから、生活保護制度の理念、目的、制度の仕組み、それに関わるマンパワー・実施体制についてどのようにするかという生活保護制度それを支える運営実施体制に立ち入った改革が必要であると考ええる。

3 今後の展望

(1) 貧困・低所得対策めぐる政策動向

2000年7月には「ホームレスの自立の支援等に関する特例措置法」が10年の時限立法で成立（8月公布・施行）、さらには2003年8月には社会保障審議会福祉部に「生活保護制度の在り方に関する検討委員会」が設置され、1年余にわたり給付水準・制度の仕組み・運営実施体制など生活保護制度の在り方に関して検討が行われた。その結果、2004年度から老齢加算の段階的廃止、2005年度から生活扶助基準第1類年齢区分の簡素化、人工栄養費の廃止、母子加算の見直し、生業扶助による高等学校等就学費の対応、自立支援プログラムの導入等が実施された。

また三位一体改革における生活保護費の負担金の見直しについては、2004年11月の政府与党の合意を踏まえ、地方団体関係者が参加する協議機関を設置して制度の在り方についての幅広く検討を行い、2005年秋までに結論を得て、2006年度から実施することとされていた。しかし、国と地方との協議で、2005年12月、生活保護負担金の補助率削減は見送りとなった。

その他、2006年、国より要保護者のうち、自宅を保有しているものについてはリバースモーゲージを利用した貸付を優先させるとする要保護者向け長期生活支援資金制度の創設の提案・実施、2006年10月、「新たなセーフティネット検討会」（全国知事会・市長会）より稼働世帯に対する有期保護制度、高齢者のための新たな制度、ボーダーライン層の生活保護移行防止策を柱とする「新たなセーフティネットの提案」報告書が提出されている。

上記の政策動向の特徴としては、生活保護水準においては一般世帯の均衡の観点から抑制の方向へ、また給付においては稼働年齢層においては就労支援とセットで考えるワークフェアの方向へ、非稼働層（高齢者）においては資産活用と別制度で、国と自治体の財政負担は今後へ先送り等という形となっている。

(2) 今後の検討課題

このような状況のなかで、以下の諸点について確認していく必要がある。

- ① 社会保障制度は、国家責任、ナショナル・ミニマム、無差別平等という考え方のもと行われなければならないこと。
- ② わが国の社会保障制度を支える前提や条件が変容しているなかで、これまで通りの社会保障制度の維持・存続は困難であり、新たな制度構築をしていく必要があること。
- ③ 貧困・低所得問題の究明は経済的側面だけでなく非経済的（文化的）側面も検討していく必要があること。とりわけ、貧困低所得問題に関する認識を、制度利用者、一般市民という二つのチャンネルから考えていく必要があること。

その上で、次のような観点から、社会保障制度を根幹をなす生活保護制度の新たに制度構築のための問題提起を行う。

- ① 国民・住民にとって生活保護制度の理念となっている生存権保障、すなわち「健康で文化的な生活」とは何か（最低生活およびそのコストの問い直し）、生活保護制度の最低生活体系全体からの見直し、一般世帯との均衡だけに偏らず社会にとって容認できない最低限度の生活とは何か、さらには新たな生活再建の基盤となる生活とは何かについての検討。

この点に関しては、最低賃金制度や年金・手当制度の低位性を看過し生活保護制度が提供する給付水準に疑義を呈する意見もあり、福祉国家としてのナショナル・ミニマム機能をどの制度が担うのかを真剣に議論する必要がある。

- ② 国民にとって「利用しやすく」また「生活再建につながる」制度の仕組みを構築していくには、制度の資格要件の緩和、スティグマの軽減・払拭の方策、生活基盤確立を図るための生活扶助・住宅扶助をはじめとして能力開発・活用支援としての教育扶助・生業扶助等の各種扶助、在宅と並ぶ

重要な生活拠点である保護施設の在り方の検討。この点に関して「利用しにくく出にくい」制度構造となっている。国民・住民にとって「利用しやすい」「生活再建につながる」制度改革をしていく必要がある。

③ 利用者・国民が「安心」と「信頼」をもって相談でき「満足」が得られる給付・サービスが得られるような組織・業務・財政・人的各体制の確立と地域社会の生活課題の発見・相談・解決に貢献できるソーシャルワークの在り方の検討。この点に関して制度を担う行政において利用を抑制する制度運営が行われていることが問題となっている。また地域のなかで孤立した真に困窮している要保護者へアウトリーチ等の体制を組むことも求められている。

④ 利用者の自立支援（日常生活自立支援、社会生活自立支援、就労自立支援）の仕組み・運用・体制・方法の構築。この点に関しては、生活保護行政においては、「自立＝経済的自立」という考え方が支配的であった。そして、今日的に非常に強い、支配的な考え方ではないかと考える。では、今でもこういう考え方が妥当性を持つか。今日、自立の考え方は、大きく変わってきている。障害者や高齢者の自立をどう考えるかという議論の中で、自立の考え方の方向性として、「広く、自分の置かれた地域の中で様々な社会資源を活用して、自分が選び取って自分の生活を実現していく」という意味で使われるようになってきている。このように考えなければ、例えば、就職の可能性がない、身辺自立が図ることができない状態にある重度の障害者や高齢者の人たちにとっての「自立」について、答えが出ない。すなわち、経済的あるいは身体的支援を受けている彼ら・彼女たちは、経済的自立、身辺自立というゴールにたどりつけない存在としてとらえることになってしまう。そこで、地域の中で経済給付や対人サービスを受けながら自己決定・自己選択に基づき生活を営む「精神的自立」「援助（支援）付自立」という考え方で自立をとらえ返す必要があり、またその支援を行っていかねばならない。

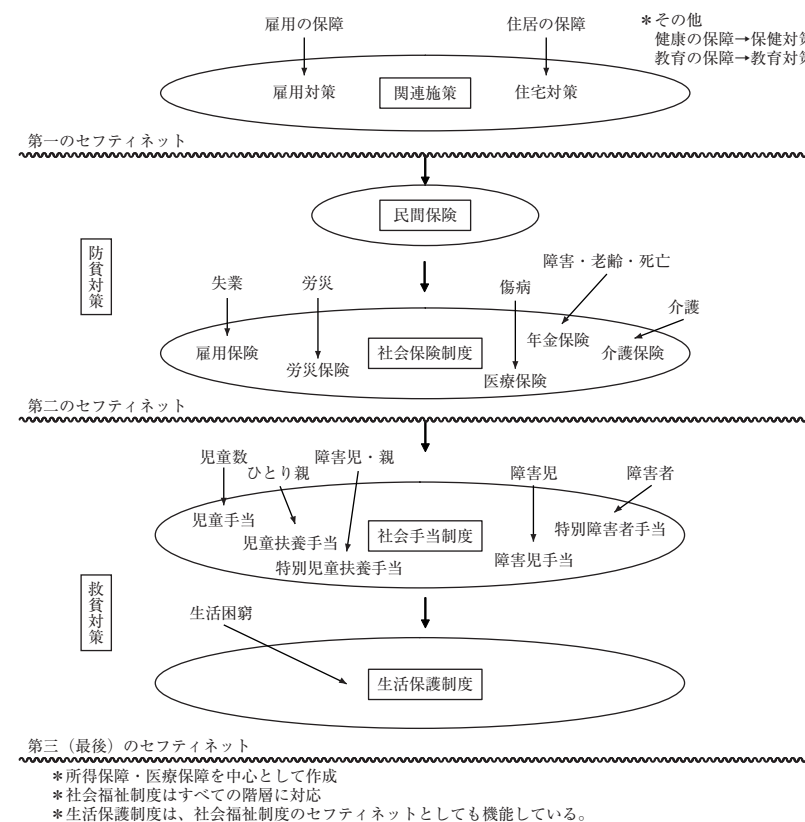
以上のように、公的扶助制度の中核に位置する生活保護制度が、国民・住民生活のナショナル・ミニマムを保障するとともに最後のセーフティネットとして機能していくことが必要であり、またそのような制度構造や運営実施体制を構築していかなければならない。生活保護の利用が、生活の回復・安定、そして新たな生活意欲と生活再建のステップとなるような制度設計にす

べきである。

参考文献

- ・岡部卓「貧困問題と社会保障－生活保護制度『再検証』－」『社会福祉研究』83号、鉄道弘済会、2002
- ・岡部卓「求められる新たな『セーフティネット』－生活保護制度を中心として－」『ガバナンス』66号、ぎょうせい、2006
- ・岩田正美・岡部卓・清水浩一編『貧困問題とソーシャルワーク』有斐閣、2003

図 生活保護制度・社会手当制度・社会保険制度とセーフティネット



生活保護制度に関する略年表

(筆者作成)

			生 活 保 護 関 連	社 会 保 障 ・ 社 会 福 祉 一 般	社 会 経 済 一 般	
前 史	1940年代 後 半	制度 形成 期	生活困窮者緊急生活援護要綱（1945） GHQ「社会救济」（SCAPIN775）－公的扶助3原則を提示（1946） 旧生活保護法（1946） 生活扶助基準算定方式－マーケット・バスケット方式採用（1948） 社会保障制度審議会勧告「生活保護制度の改善強化に関する件」（1949）	GHQ「救済福祉計画提出に関する覚書」（1945） 災害救助法（1947） 失業保険法（1947） 労働災害補償保険法（1947） 児童福祉法（1948） 民生委員法（1948） 身体障害者福祉法（1950） 社会福祉主事に関する法律（1950） 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」（1950） 精神衛生法（1950） 結核予防法（1951） 戦傷病者戦没者遺族等援護法（1952）	日本国憲法（1946） 第一次ベビーブーム（1947）	戦 後 復 興 期
			現行生活保護法（1950） 社会福祉事業法（1951）－生活保護担当職員配置基準・実施機関（福祉事務所） 「生活保護法実施における標準事務処理方式について」（通知）（1953）	世帯更生資金貸付制度（1955） 売春防止法（1957） 朝日訴訟提訴（1957） 国民健康保険法（国民皆保険）（1959） 国民年金法（国民皆年金）（1959） 朝日訴訟東京地裁判決（1960） 精神薄弱者福祉法（1960） 身体障害者雇用促進法（1960） 児童扶養手当法（1961） 社会保障制度審議会「社会保障制度の総合調整に関する基本方針について」の答申及び社会保障制度の推進に関する勧告」（1962） 朝日訴訟東京高裁判決（1963） 老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	朝鮮戦争（1950） 神武景気（1954－1957） 岩戸景気（1958－1960） 所得倍増計画（1960）	
確 立	1950年代 前 半	制度 確立 期	<第一次適正化>（1954－1956） 「結核性疾患及び精神病の入退院基準」（通知）（1954） 「生活に困窮する外国人に対する生活保護の措置について」（通知）（1954） 生活扶助基準の据え置き（1954－1956）	精神薄弱者福祉法（1960） 身体障害者雇用促進法（1960） 児童扶養手当法（1961） 社会保障制度審議会「社会保障制度の総合調整に関する基本方針について」の答申及び社会保障制度の推進に関する勧告」（1962） 朝日訴訟東京高裁判決（1963） 老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	神武景気（1954－1957） 岩戸景気（1958－1960） 所得倍増計画（1960）	高 度 経 済 成 長 期
			<第二次適正化>（1964－1966） 監査方針－能力活用・義務遵守・不正受給防止の徹底等 中央社会福祉審議会「生活保護水準の改善について」（中間報告）（1964）	心身障害者対策基本法（1970） 福祉施設緊急整備5ヶ年計画（1971） 児童手当法（1972） 老人福祉法改正（老人医療費無料化）（1973） 雇用保険法（1974）	オリンピック景気（1962－1964） いざなぎ景気（1965－1970）	
	1950年代 後 半	制 度 水 準 整 備 期	生活扶助基準算定方式－エンゲル方式を採用（1961） 「保護の実施要領」（1961）	老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	所得倍増計画（1960）	
			生活扶助基準算定方式－格差縮小方式を採用（1965） 中央社会福祉審議会生活保護専門分科会「生活保護基準の改善について」（提言）（1967） 行政管理局、生活保護に関する行政監査結果を厚相に勧告（1967） 監査方針－「要看護世帯の処遇充実」（1968） 中央社会福祉審議会生活保護専門分科会「国民生活の変化に対応した保護基準の引上げの方向及び被保護階層の質的変化に対応した処遇の充実改善について」（中間報告）（1970） 中央社会福祉審議会「国民生活の変化に対応した保護基準の引上げの方向及び被保護階層の質的変化に対応した処遇の充実、改善について」（答申）（1971）	老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	所得倍増計画（1960）	
	1960年代 前 半	制度 展 開 期	<第三次適正化>（1981.1現在） 「生活保護適正実施の推進について」（通知）（1981）123号通知 中央社会福祉審議会「生活扶助基準の男女差について」（意見具申）（1982） 中央社会福祉審議会「生活扶助基準及び加算のあり方について」（意見具申）（1983） 生活扶助基準改訂方式－水準均衡方式を採用（1984） 生活扶助基準額における男女差解消（1985） 中央社会福祉審議会「国民生活の変化に対応した生活保護制度のあり方について」（意見具申）（1985） 国庫負担率の変更（8/10→7/10）（1986－1988） 総務庁・生活保護に関する行政監察の結果に関する勧告（1986） 国庫負担率3/4へ恒久化（1989）	老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	所得倍増計画（1960）	
展	1960年代 後 半		中央社会福祉審議会生活保護専門分科会「生活保護制度における加算の取り扱いについて」(意見)（1975）	老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	所得倍増計画（1960）	
	1970年代 前 半		中央社会福祉審議会生活保護専門分科会「国民生活の変化に対応した保護基準の引上げの方向及び被保護階層の質的変化に対応した処遇の充実、改善について」（答申）（1971）	心身障害者対策基本法（1970） 福祉施設緊急整備5ヶ年計画（1971） 児童手当法（1972） 老人福祉法改正（老人医療費無料化）（1973） 雇用保険法（1974）	所得倍増計画（1960）	
	1970年代 後 半		中央社会福祉審議会生活保護専門分科会「生活保護制度における加算の取り扱いについて」(意見)（1975）	老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	所得倍増計画（1960）	
	1980年代 前 半		中央社会福祉審議会生活保護専門分科会「生活保護制度における加算の取り扱いについて」(意見)（1975）	老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	所得倍増計画（1960）	
	1980年代 後 半		中央社会福祉審議会生活保護専門分科会「生活保護制度における加算の取り扱いについて」(意見)（1975）	老人福祉法（1963） 母子福祉法（1964）→母子及び寡婦福祉法（1981） 重度精神薄弱児扶養手当法（1964）→特別児童扶養手当法（1966） 朝日訴訟最高裁判決（1967）	所得倍増計画（1960）	
開	1990年代 前 半	制度 変 容 期	機関委任事務→法定受託事務・自治事務（1999） 介護扶助の創設（2000）	老人保健法（1983）	第二臨調最終答申（1983）	安 定 成 長 期
	1990年代 後 半		社会保障審議会福祉部会生活保護制度の在り方に関する専門委員会「生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書」（2004）	年金制度改正（基礎年金制度・女性の年金権）（1986） 精神保健法（1987） 社会福祉士及び介護福祉士法（1987） 「今後の社会福祉のあり方」意見具申（1989） 「生活福祉資金貸付制度（世帯更生資金貸付制度を改称）（1990） 老人福祉法等八法改正（1990） 福祉人材確保法（1993） 精神保健福祉法（1994） 社会保障制度審議会「社会保障制度の再構築」（1995） 介護保険法（1997） 地方分権一括法（1999） 社会福祉法（社会福祉事業法改正）（2000） 公益質屋法の廃止（2000） 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（DV法）（2001） ホームレスの自立支援等に関する特別措置法（2002） 障害者自立支援法（2005）	世界一の長寿国に、人生80年時代へ（女性の平均寿命が80歳を超える）（1975） バブル景気（1987－1990） 消費税導入、平均株価ピーク（1989） 株価急落、バブル崩壊始まり（1989）	
	現 在	制 度 水 準 変 容 持	社会保障審議会福祉部会生活保護制度の在り方に関する専門委員会「生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書」（2004）	老人保健法（1983）	第二臨調最終答申（1983）	

* 『生活保護30年史』（厚生省社会局保護課編、社会福祉調査会、1981）、『生活保護行政回顧』（木村孔著、社会福祉調査会、1981）、『社会保障の展開と将来－社会保障審議会五十年の歴史』（社会保障制度審議会事務局編、法研、2000）、『生活と福祉』（全国社会福祉協議会）「保護の手引き」（厚生労働省社会・援護局保護課監修、第一法規）各年を参考。

2005年介護保険法改正の立法政策的評価

大阪大学大学院人間科学研究科

教授 堤 修 三

プロフィール [つつみ・しゅうぞう]

東京大学法学部卒業。1971年に旧厚生省入省。厚生省大臣官房審議官（老人保健福祉担当）兼介護保険制度実施推進本部事務局長、厚生労働省老健局長、社会保険庁長官を経て、2003年に退官。現在、大阪大学大学院人間科学研究科教授。

主な著書

『社会保障-その現在・将来』（社会保険研究所2000年）、『文化の業としての社会保障』（法研2002年）、『社会保障の構造転換』（社会保険研究所2004年）

はじめに

2005年に成立した改正介護保険法の本格施行から1年余が経過しようとしている。市町村や介護サービスの現場は、少しは落ち着いてきたのだろうか。施行の当初、多くの現場が手探りのような状態で突入せざるを得なかったようだが、その原因は何だろう。

その理由としては、介護保険法の改正が多岐にわたり、具体的な内容の全体像がなかなか明らかにされなかったということもあるが、本当は、改正の狙いが今ひとつ明確でない事項があったり、建前の説明とは別に本音の狙いがある改正内容があったりして、法改正の‘意味’を‘了解’することが難しかったということが、最も大きいのではないか。筆者は社会保険制度の企画立案や立法業務に携わった経験があるが、今回の改正介護保険法の内容を見ると、何のためにこのような改正したのか、もっと別のスマートな方法があったのではないか、こんなことまで法律にする必要はなかったのではないか…といった疑問を感じるところが少なくない。

本稿では、改正介護保険法の実施状況がほぼ明らかになってきた現段階において、改めて改正条文を読み直し、主として立法政策的観点から、いくつかのポイントに絞って、介護保険法2005年改正の評価を試みてみたい。

1. 実態のないサービスメニューの追加

改正法の眼目の第1は、介護予防重視型システムへの転換である。法律の構成上も、従来の介護サービスに「介護予防」の語を付した新しいメニュー

が合計16種類も追加され、給付体系自体から二本立ての構成となっている。だが、介護サービスと予防サービスとはメニューを別にするほど、その内容が截然と区別されるものであろうか。法2条が「前項の保険給付（注：介護給付・予防給付）は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう…行わなければならない」としているとおり、要介護状態であっても、予防に配慮したサービス提供は必要であり、両サービスは連続的と考えるべきではないのか。また、要介護状態・要支援状態という対象者の状態も、改正後の要介護認定と要支援認定において基本的には同一のロジックが使用されていることに示されるように、人間の状態のことであるから当然ではあるが、連続的である。

とすれば、わざわざ保険給付をダブル・メニューとしなければならない必然性があつたかどうか、大いに疑問である。具体的なサービスを見ても、例えば、訪問入浴介護と介護予防訪問入浴介護とはどこが違うのだろうか。後者については「介護予防を目的として」行われるとされているが、介護予防サービスの指定基準に示されている介護予防訪問入浴介護の「介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」を仔細に読んでみても、介護予防を目的として行うには具体的にどのようにすればいいか、一向に明確でない。通常の訪問入浴介護と異なるのは、要介護でない分、手間が掛からないからであろう、必要なサービス従事者の数が1名以上でいいとされており、それに伴い、報酬額も低く設定されているだけである。結局、要支援1・2の者に対する介護報酬を引き下げることが狙いだったと理解するしかないさうだが、それならば、介護報酬上、そういう手当てをすればいいだけの話であつて、実態もないのに介護予防訪問入浴介護という別のメニューを設ける必要はなかったのではないか。

今回の改正全体を通じていえることであるが、政策担当者は極めて機械的な人間観に立って、制度設計をしているように感じられる。対象者が要介護状態あるいは要支援状態にあるといっても、個別の状態は対象者によって千差万別である。したがって、それに必要なサービスの種類も多様であり、同じサービスであってもその提供内容や方法は対象者によって異なってくるであろう。介護というものがその対象者の生活全体をカバーするものである以上、そして、対象者の状態や環境が一つとして同じものがありえないという人間の個性・多様性を前提とせざるを得ない以上、制度内容をどんなに細

かくしても対象者のすべての状態に完全に対応することは不可能なのだ。とすれば、対象者の個別の多様な状態への対応は、基本的には現場のサービス提供者に任せるほかない。サービス提供の方法論において明確な違いがなく、また、市場にサービス提供の実態もないにもかかわらず、観念的にサービス類型を作って並べるのは、あたかも組立てられたもののように要介護者・要支援者のニーズを分解できるという、機械的な人間観に基づくもののように感じられる。

超高齢社会において大量に発生する要介護・要支援者のニーズに対応するため社会保険という大量処理の方法を採用しつつ、極めて多様で個別性の強い対象者の介護ニーズにどう対応するか、これは介護保険の制度化における最大の問題の一つであつた。介護保険は類型としては介護サービス費用のファイナンスをする制度¹⁾であり、現場にサービスを直接届けて管理するサービス給付の制度ではない。とはいっても、ファイナンスをする上でサービス提供に関する一定の枠組みは必要である。居宅サービス費の支給限度額を導くための要介護認定基準・ケアマネジメント・提供実態に合わせたサービスメニューの類型化などは、必要な止むを得ざる割切りとして導入されたのである。したがって、制度上の枠組みはできる限り少なくし、現場における対応のアロウワンスを残しておいた方がいいことは、要介護・要支援ニーズの多様性・個別性を考えればいうまでもない。このような意味でも、介護予防をダブル・メニューとしてサービス類型を細分化したことには疑問が残るのである。

2. 分かりにくい地域包括支援センター

今回の改正で市町村の担当者を一番泣かせたのは、地域包括支援センターであろう。スタートしてから1年近くたった現在でも、指定介護予防支援の

1) 医療保険における療養の給付と療養費の支給の場合も同様であるが、サービスの給付とサービス費の支給とは、理論的には、前者は市場におけるサービス提供の実態の有無に関わらず、保険者（あるいはその委託を受けた者）がサービスそのもの、すなわち現物を提供するという前提に立っているのに対し、後者は市場においてサービス提供の実態があることを前提として、そのうち一定の要件に合致するものの費用（現金）を支給するという違いがある。健康保険法において当初、療養の給付を担当する機関の筆頭に保険者が設置する医療機関が掲げられていたのは、その前提を明確に示すものであろう。このような意味で、介護保険法において介護サービス費の支給という方法が採られたのは、介護サービスの提供が市場において行われる実態があるという前提に立っているのである。

事務に迫られて他の事業に手がつけられないという市町村も多いようだ。地域包括支援センターは、地域における関係者の包括的なネットワークをベースに、予防給付に係る指定介護予防支援のほか、介護予防事業のマネジメント（以下、介護予防マネジメント）、虐待防止や権利擁護を含む総合相談・支援事業、包括的継続的ケアマネジメント事業を、保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーの3職種協働により行うものと説明されている。パソコンの作図機能を駆使した説明図もたくさん作られているが、しかし、それらの説明で地域包括支援センターが何たるかを明確に理解した人は少ないのではない。

地域包括支援センターが分かりにくいのは、指定介護予防支援という給付事務とそれ以外の介護予防マネジメントや総合相談・支援、包括的継続的ケアマネジメントの業務—いわば2種類の異質の業務がセンターの事業として同居させられていることが第1の理由であろう。しかし、より本質的には、これらの1つ1つの事業は何とか理解できるにしても、それらを統合するセンターの基本理念が明確に示されていないことが最大の問題であると思われる。

まず、給付事務とそれ以外の業務の並存については、指定介護予防支援と介護予防マネジメントを一体的に実施するというのは理解できるにしても、他の2つの事業と並存させる必然性はどこにあるのだろうか。介護予防を徹底するには予防給付より前に行う介護予防事業も大切であり、そのためには市町村に保健師を配置して、それを担わせることが必要である。総合相談・支援や包括的継続的ケアマネジメントも是非とも全国の市町村で実施させたい。これらは地域包括支援センターで包括的に行うべきである。しかし、介護予防マネジメントや総合相談・支援、包括的継続的マネジメントの業務は介護保険の給付を行う上で必須の事務ではないので、それだけでは法律上地域包括支援センターを全市町村に設置させることは難しい。他方、介護予防マネジメントは保健師が指定介護予防支援と一体的に行うのが望ましい。そこで、指定介護予防支援という給付事務（これは、いうまでもなく、保険制度にとって不可欠の事務である）を行わせることにすれば、地域包括支援センターを全国の市町村に設置させることができるのではないかと推測に過ぎないが、ざっとこんな議論を経て現在の姿にたどり着いたのではなかろうか。問題は、なぜ、そうまでして「地域包括支援センター」という機関を法律上

設けなければならないかであるが、その是非については後述する。いずれにせよ、地域包括支援センターの事業に給付事務を加えた以上、実務的にそれが優先されるのは当然であり、そのために、それ以外の業務が進められないという今日の状況は、予想されたところというべきであろう。

それでは、指定介護予防支援およびこれと一体的に行われる介護予防マネジメントは別として、総合相談・支援や包括的継続的ケアマネジメントを中心とした地域包括支援センターであったなら、その基本理念はどのようなものであったと考えることができるだろうか。それらの事業は、給付事務や保険料関係事務のように保険者として当然に行わなければならないものではない。だが、地域の介護問題に適切に対応するには、保険者は保険者として当然に行うべき事務を行うだけではなく、被保険者＝住民のために、後見的な立場に立って、彼らの苦情や相談に応じて必要なアドバイスをしたり、適切なケアマネジメントが行われるよう地域のケアマネジャーに指導助言を与えたりすることが必要であろう。すなわち、地域包括支援センターは介護保険の保険者として市町村が果たすべき「被保険者支援機能」を担うものと考え、そのイメージが明確になってくるのではないかと²⁾。医療保険の保険者においても同様であるが、とりわけ保険給付だけではすべてのニーズに対応し得ない介護保険においては、保険者たる市町村は狭義の保険者事務だけではなく、「護民官」として被保険者＝住民に対する支援機能を担うことが期待されているといえるだろう。

このように地域包括支援センターを市町村保険者としての被保険者支援機能を担うものと捉えれば、指定介護予防支援（これと一体的に行われる介護予防マネジメントも同様）についても、すべて保健師が作成するという建前にこだわる理由はない。一般のケアマネジャーが作った介護予防サービス計画を保健師が専門的な立場から指導助言するというだけで十分であろう。介護給付の居宅サービス計画について主任ケアマネジャーが指導助言する

2) 説明によっては、地域包括支援センターの最も重要な機能は、地域の保健医療福祉関係者のネットワーク（地域包括支援ネットワーク）を構築することであるといわれることがある。そういうネットワークの重要性自体は理解できるが、それは、関係者による不断の人間関係の構築・更新に基づくものであり、地域包括支援センターを作ればできるというものではないし、地域包括支援センターの事業実施の前提または結果であることはあっても、事業そのものではない。あえて言えば、「地域包括支援センター運営協議会」がそれに近いかもしれないが、運営協議会を作ることが地域包括支援センター設置の目的であるとは本末転倒である。

のと同じように考えればよいのである。現在の仕組みの下でも、地域包括支援センターは介護予防サービス計画の作成を一般のケアマネージャーに委託し、保健師がそれをチェックするというにすれば、指定介護予防支援の業務も実質的に保険者の被保険者支援業務とすることが可能である。それによって、利用者が要支援状態から要介護状態になっても、同じケアマネージャーが一貫してケアマネジメントに携わることができることとなろう。ケアマネジメントの本質からすれば、この継続性を確保することの方がよほど大事である。そういう観点からは、一般のケアマネージャーに対する介護予防サービス計画作成の委託を8件に限定する必要はない。そもそも、指定介護予防支援に限って地域包括支援センターの保健師が担当しなければならない理由もそれほど明らかとはいえない。ケアプランを給付化し、一般のケアマネージャーに委ねた精神とはあまりにも差がありすぎるのである。措置への逆行といわれてもやむをえないだろう。指定介護予防支援には専門知識が必要というのであれば、ケアマネージャーに一定の追加的な研修を受けさせ、その者を「予防支援専門員」とした上で、予防支援専門員のみが介護予防サービス計画を作成できることとしても良かったのではないかと。

以上、地域包括支援センターという制度を前提に、その基本理念を保険者の被保険者支援機能を担うものとして考察してきたが、翻って考えれば、重要なのは保険者がそういう機能を果たすことであって、「地域包括支援センター」という機関を設けること自体は本質的なことではない。保険者の被保険者支援機能に基づく事業という意味では、地域包括支援センターの事業とされているもの以外にも、現に地域包括支援センターとは関係なく市町村が行っている事業の中に、そのような事業と考えて差し支えないものがあるだろう。とすれば、法律上規定すべきだったのは、「保険者は被保険者支援機能を果たすべし」という趣旨であり、地域包括支援センターの設置ということではなかったのではないかと。法律上は、「市町村は、被保険者の適切なサービス利用を確保するため、被保険者からの介護に関する相談に応じること、居宅サービス計画および介護予防サービス計画の作成に関し介護（予防）支援専門員に必要な助言を与えること、その他必要な事業を行うことに努めるものとする。」といった内容の条文を書けば足りたのである。このような規定は、現在の地域支援事業の条文と一部重なるかもしれないが、保険給付を補完するため市町村が行うべき事業（介護予防事業）と被保険者支援

機能として市町村が行うように努めるべき事業とは、区別して規定することが望ましい。被保険者支援機能として考えられる事業は様々であるから条文に列挙する事業は例示に留め、それぞれの市町村が実情に応じ何が必要な事業であるかを考えて工夫しながら実施することが適当だからである。また、その方が自治事務としての介護保険に相応しいだろう。もちろん、このような規定を参考に、市町村が保険者の被保険者支援機能を踏まえた様々な事業を実施し、それらを担う機関を地域包括支援センターと称することは全く自由である。

このように指定介護予防支援の業務を担わせることによって市町村に地域包括支援センターの設置を実質的に義務付ける方法は、地方自治の観点からも問題が多いと思われるが、そもそも行政のスリム化が言われている今日、〇〇センターといった機関の設置でもないのではないかと。そんなことにも配慮したのか、地域包括支援センターは、直営でも委託でも良いこととされている。おそらく従来の在宅介護支援センター（老人福祉法上は老人介護支援センター）の規定に倣ったのであろう。これは、直営を主張する職員組織とそれを嫌う旧自治省との間に立った妥協の産物であったと記憶しているが、結果として、その制度上の位置づけが曖昧になったことは否めない。地域包括支援センターは、その機能面と制度的位置づけの両面で分かりにくいものになってしまったのである。

3. 制約される選択の自由

介護保険が大方の国民に比較的好感を持って迎えられたのは、それまでの措置制度では認められていなかった「サービスを選択する自由」が利用者に認められたということが最も大きな要因であろう。在宅サービスは言うまでもなく、「施設か在宅かも選べます」というのが謳い文句だったからである。だが、2005年改正で、この選択の自由はかなり制約を受けることとなった。

まず、予防給付のケアマネジメント（指定介護予防支援）については、前述のとおり、地域包括支援センターが担当することとなり、しかも、その設置は市町村の一定の圏域ごととされたことから、被保険者は必然的に自らの住所地を管轄する地域包括支援センターでそれを受けるしかない。介護給付のケアマネジメントにおいては、同一の居宅介護支援事業所であってもそこに所属するケアマネージャーの中から自分の担当者を選ぶことができたが、

地域包括支援センターの保健師では、それもできないだろう。加えて、介護予防マネジメントは指定介護予防支援と一体的に行うとされていることから、当然、そちらのマネジメントに関しても住所地の地域包括支援センターという以外の選択肢は用意されていない。さらに、介護予防事業のサービス提供事業者は市町村から委託を受けた事業者とされているが、介護予防事業のサービス提供と予防給付のサービス提供は一体的連続的に行われるべきだということになれば、被保険者が選べるはずの予防給付のサービス事業者についても選択の自由が実質的に制約されるおそれがある。このように、新しい予防給付については、介護予防事業との一体的連続的運用により選択の自由が狭まって措置的なものとなってしまったが、これを被保険者＝住民はどう受け止めるだろうか。介護予防事業においてハイリスクグループに該当すれば、自ら申請などしていないにもかかわらず、介護予防プログラムへの参加を勧められることなどと相俟って、介護保険は‘みんなで作る’ものから‘行政が行う’ものになってしまうような気配である。

地域密着型サービスについても、同様の制約がかかってくるおそれがある。地域密着型サービスについては、市町村がその区域をさらに細かく分けた圏域ごとに介護保険事業計画において必要整備量を定めるとされていることから、圏域ごとに限られた事業者しか参入できないこととなる可能性が大きい。そうなれば、利用者が事業者を選択できる余地は実質的に著しく狭まってしまいうだろう。また、市町村によっては、1つの圏域に所在する地域密着型サービスの利用を当該圏域の住民に限定するケースもあるかもしれない。これらの選択の自由の制限は、選択と競争によるサービスの質の確保向上という目的にも反する。住み慣れた地域でサービスを利用できるようにするというねらいを制度的に担保しようとするあまり、事業者の自由な参入を制限して未整備圏域へ参入を促すこのような仕組みが案出されるのだが、医療計画でも用いられているこの社会主義的方法は本当に所期の効果をあげることができるのだろうか。選択の自由を制限し、サービスの質の確保につながらないという副作用の方が全体としては大きいのではなかろうか。

地域密着型サービスの創設は、住み慣れた地域でのサービス利用ということのほか、当該サービス事業所の指定監督の権限を市町村に付与し、市町村の介護保険財政に関する自律性を高めるというもう1つのねらいもあったのだが³⁾、同じ趣旨の改正が、従来型の介護保険施設等の指定について「都

道府県は市町村の意見を求めるものとする」という改正であった。また、都道府県介護保険事業支援計画に定めるサービスの総量規制の対象に介護専用型特定施設入所者生活介護が加えられたのも、それが介護保険財政に与える影響を踏まえたものである。このように介護保険施設や施設系在宅サービス（グループホームや特定施設）についての量的規制が強化されるに伴い、都道府県や市町村によっては、制度上認められている範囲を超えて、例えば一般の有料老人ホームなどについても、事実上の参入規制を行っているところもあると聞く。これらの制度上・事実上の施設系サービスの参入規制がもたらすものは何だろうか。

在宅重視というのは確かに介護保険の基本原則の1つであるが、高齢単身者や高齢者のみ世帯の増加、家族介護力の低下が続いている状況では、施設系サービスのニーズはむしろ増え続けている。施設入所待機者が相変わらず増えていることはその端的な証左であろう。そういう状況であるにもかかわらず、施設系サービスは費用が嵩むからという理由で、そのニーズに正面から向かい合おうとしない姿勢を取り続けていいものだろうか。おそらくニーズがある以上、脱法的な施設まがいの在宅サービス（病室のような部屋しかないアパートの入居者にアパート設置者と提携するサービス事業者が在宅サービスを限度額いっぱい外付けで提供する形態）が横行するに違いない⁴⁾。

しかし、そういうことよりも深刻な問題は、介護保険料を納めているにもかかわらず施設系サービスを利用できない被保険者において、事実上の掛け捨て感やたまたま施設系サービスを利用できている人との不公平感が募り、介護保険制度自体への信頼を損ねるおそれがあるということである。保険である以上掛け捨てになることがあることは当然の前提であるし、常に必要な

3) 保険者の事業者に対する権限が強化され、サービスの供給量をコントロールすることができるようになって、介護保険財政の自律性が確保されること自体は悪いことではない。医療保険において保険者の給付費に対するコントロールの機能・権限が弱すぎることは夙に指摘されてきたところである。しかし、その場合に注意しなければならないことは、給付に関する権限を持った保険者が、保険財政の安定を考えるあまり給付費抑制一辺倒となって、サービス受給者の立場を二の次にしがちなことである。それを避けるには、保険運営に対する被保険者の関与において、保険料納付者とサービス受給者という被保険者の2つの立場を公平に扱うことが欠かせない。被保険者参加による保険運営といってもこのバランスが取れていなければ、真に当事者が参加する保険とはいえないからである。

4) この施設まがいの在宅サービスの場合は、あくまで住居であるから、訪問看護や訪問介護のサービス提供中以外の時間における事故については、アパート設置者もサービス事業者も責任を負うことはない。

サービスが受けられるとは限らないということも現実的には止むを得ないことであるが、介護保険の場合、それが深刻な問題となるのは、介護リスクには医療リスクと異なり交替可能性がないということによる。すなわち、傷病になるというリスクは、不治や難治の場合もあるが、基本的には治癒する可能性があるということであり、それが医療保険の前提となっているのである。ある年は健康で保険料は掛捨てになったが、翌年は病気になって保険料以上の給付を受けるかもしれないから保険料を納めようというのが、医療保険を支えている被保険者の素朴な心理であろう。だが、介護リスクの場合、いったん要介護状態となれば、普通は最後まで要介護状態のままであり、要介護者の立場とそうでない者の立場が交替するということはあるにない。その意味で、介護保険の場合は、医療保険のように毎年保険契約への加入をリセットしているといった説明は困難なのである。むしろ介護保険は、年金のように長期的に人生のリスクに備えるという側面を持っており、その限りで、医療保険のような‘掛捨てあり’で割り切るのは難しい。とすれば、介護保険に対する被保険者の参加（保険料の納付）を維持していくためには、少なくとも要介護状態になった場合には必要なサービスを受けることができるということが強く担保されなければならないのである⁵⁾。保険料を納め続けてきたにもかかわらず、要介護状態となって施設系サービスを受けるしかないという切実な状況になったときに、実際に受けられる施設系サービスがないということは、いわば詐欺に近いものというべきであり、それが一般的な事態ということになれば、被保険者＝国民の介護保険に対する信頼は一気に崩れてしまうおそれがある。とりわけ、介護保険では在宅サービスも施設サービスも選べますと説明してきたことからすれば、なおさらであろう。重度者優先ということは止むを得ないとしても、一定の要介護度以上で自宅での介護が困難な者に対する施設系サービスの保障については、今のような頑なな姿勢ではなく、以上のような介護保険の特性を踏まえて正面から取り組む

5) このような介護リスクの特性を考えた場合、サービス受給者があまりに限定されることは危険である。保険料が掛捨てになる可能性の大きいことを考慮すると、むしろ広く薄く給付が行われることが望ましいという面もある。また、同じことの裏返しとして、保険料はできるだけフラットである方が被保険者の理解を得やすく、保険料水準自体も高いと思われるようになっては好ましくないということになる。介護保険料が市町村国保の保険料と比べ比較的フラットな構造となっていること、給付費の半分は公費で、30%を超える割合で現役世代からの保険料が一律に投入されることにより、保険料が高くなり過ぎないようにしていることなどは、このような介護リスクを踏まえた工夫なのである。

必要がある。そのためには、施設系サービスと居宅系サービスの介護報酬のバランス（例えば、要介護度ごとに施設・在宅を問わず介護報酬を在宅の支給限度額で揃える、あるいは、施設系サービスの場合、効率的なサービス提供を考慮して在宅の支給限度額から一定割合の割引をするなど）を取ることも検討すべきであろう。‘選択の自由’という価値はそこまでしてでも守るべき価値なのである。

4. 地方の事務の国家事務化

介護保険法は地方分権の試金石といわれたとおり、市町村の保険者事務を中心として、すべての事務が自治事務として構成されている。しかし、実際の運用を見ると、要介護認定事務が典型であるが、「厚生労働省令で定めるところにより」、「厚生労働大臣が定める基準に従い」行うこととされているので、法定受託事務と変わらなくなっているものも多い。要介護認定に関しては、制度創設時において、他の市町村の認定と異なると不服申立の頻発を招くおそれがあるからという理由で、市町村長から全国統一的な基準の策定が強く求められたという経緯があり、そのようなことになっているのであるが、今回の改正では、本来は任意の事務まで事実上実施が義務付けられ、国家事務化する傾向が見受けられる。

第1が、介護支援専門員に関する改正である。今回の改正で、介護支援専門員の試験に合格し、研修を終了した者は「厚生労働省令の定めるところにより」都道府県知事の登録を受けることができ、登録を受けた者は都道府県知事に介護支援専門員証の交付を申請することができるという規定が設けられたが、これも「できる」と規定することにより、都道府県に事務の実施を義務付けるものではないという体裁を取りながら、都道府県知事に登録し介護支援専門員証の交付を受けた者でなければ介護支援専門員として活動できないこととして、事実上、都道府県に事務の実施を義務付けることとなっている。また、都道府県知事は介護支援専門員実務研修受講試験の問題作成・合格基準の設定の事務を厚生労働大臣の登録を受けた試験問題作成機関に行わせることができるとの規定も設けられたが、これも、現状追認とはいえ、本来は都道府県の事務であるものを事実上、国レベルに引き上げるものである。このような地方の事務の事実上の国への引き上げをどう理解すべきだろうか。従来の地方と国の事務配分に観念的に過ぎた部分があったと考えるべ

きか、それとも国の抜き難い地方不信により事務配分の骨抜きが行われていると捉えるべきか、見方は様々であろう。このケースは、介護支援専門員という介護保険の基本をなす制度に関する事務であるから、一定の現実的妥当性は認められるかもしれないが、次の「介護サービス情報の公表」制度に伴う都道府県事務の創設はどうであろうか。

今回の改正で創設された介護サービス情報の公表制度は、介護サービス事業者に都道府県知事に対する介護サービスに関する情報の報告を義務付け、それを受けた都道府県知事が行う調査・公表、介護サービス事業者の処分、市町村長への通知などからなっている。この都道府県知事の事務は介護サービス事業者の指定事務等と同様に自治事務のはずであるが、報告の対象となるサービスの種類、報告を行う時期・方法、報告すべき情報の内容については、政令や厚生労働省令で定められることとされており、要介護認定の事務と同様、国の関与が強いものとなっている。介護サービス情報の公表に関する都道府県の事務は、上記の介護支援専門員に係る事務と異なり、従来は制度上全くなかった事務を新たに創設するものであるが、果たして新たに創設するだけの必然性、それも国の関与が極めて強い事務として創設する合理性があったのだろうか。国の説明によれば、介護サービス情報の公表制度は、従来の介護サービスの自己評価・外部評価あるいは第三者評価とは異なり、利用者に介護サービス事業者を選択する上で必要な情報を提供し、その適切な選択を通じサービスの質の確保向上を図るものであるとされているが、自己評価・外部評価あるいは第三者評価の事業が省令や通知レベルで行われているのと比較して、より簡単な仕組みである情報の公表制度が法律に基づかなければならないとは考えにくい。現に、事業者から介護サービスに関する情報を集めて公開していた地方自治体も存在していたのであるから、法律の根拠がなくとも実施できなくはないのである。とすれば、法律の根拠を設け、その具体的な内容を国が詳細に定める必要性はさらに希薄であろう。どのような事業者にどんな内容の情報を公開させるかは、地域の実情に応じ、それぞれの地方自治体が決めることとしても差し支えはないはずである。要介護認定や介護支援専門員に関しては、その基本的な重要性にかんがみ、自治事務であっても国がある程度詳細なルールを作ろうとすることは理解できるが、介護サービス情報の公表制度の場合はそこまでする必要はないのではないか。あえて言えば、利用者のサービス選択に資するために事業者介護サービス

情報を公表させるのは、地域包括支援センターに関して述べた保険者の被保険者支援機能に基づく業務と考えるべきであり、その意味では、市町村（あるいはその意を受けた都道府県）が行うことが望ましい事業の1つとして例示する程度で十分だったのである。地方分権とは、法律上地方自治体が行う事務を自治事務にすれば済むということではない。地方自治体が、法の目的に照らし住民の福祉にとって必要なことは何か、何をすべきかを自ら考え、それを実行することにこそ、本質がある。そのためには、国は制度上必須のこと以外はできる限り関与しないことが大切である。法律上どうしても必要なこと以外は規定しないこと、仮に法律上規定する場合でも、例示するにとどめたり、大まかなルールのみを定めたりすることによって市町村の工夫の余地を残すことが望ましいことを、国の立法担当者は肝に銘ずべきであろう。「立法の過剰」は社会保障の通弊であり、その専門家支配に繋がるものであることを忘れてはならない。

5. 保険料で賄う限界

新たに市町村が行うこととなった地域支援事業は、実施が義務付けられている①介護予防事業および②包括的支援事業（介護予防マネジメント、総合相談・支援、包括的継続的ケアマネジメント）と、③任意実施とされている事業（介護給付費の適正化事業、虐待防止・権利擁護事業、介護方法の指導等介護者支援事業、その他介護保険運営の安定化・被保険者の日常生活支援事業）とからなり、①の事業については第2号保険料も含む保険給付費と同様の財源、②および③の事業については（第2号保険料を除く）国・地方の公費と第1号保険料からなる財源によって賄われることとなっている。なお、市町村が行うことができる保健福祉事業に関する規定も存置され、介護予防のために必要な事業や介護者支援事業などが地域支援事業と重複する形で例示されている。

これらの規定を見て第1に感じるのは、介護予防事業の財源は保険給付費と同じ構成とされているにもかかわらず、介護予防事業が介護予防サービス（予防給付）とは別に、「事業」として構成されたのは何故かという疑問である。給付と事業とは、前者は個人を名宛人とする個別の権利に基づくもの、後者は実施する主体が中心で個別の権利に基づかないものという違いがあるが、予防給付と介護予防事業の場合、給付と事業の違いは本当に明確にある

のだろうか。介護予防マネジメントと指定居宅介護支援は一体的に行われることが強調され、また、それらに基づく介護予防サービスと介護予防事業もおそらく一体的に行われるだろうことを考えれば、必ずしも明確ではないのではないか。しかも、市町村の現場から聞こえてくるように、介護予防事業の対象者が意外に少なく、多くの者は既に要支援の認定を受けているとなれば、なおさらである。

社会保険であることの基本に立ち返って考えれば、保険料財源を義務的な支出の費用に使う場合、それは給付として構成するのが原則である。言葉を補えば、給付として構成できる範囲で保険料を財源とすることが認められるのである。これは、強制加入の社会保険においては、被保険者は自分に給付が戻ってくるという前提に立って保険料を拠出しているからであり、例外的に給付以外の事業に保険料が使われるとしたら、被保険者自身が特別にそれを了承している場合に限られるべきなのである。すなわち、保険料を充てる「事業」の実施は保険者の任意とするのが筋である。とりわけ、事業を実施する市町村とは直接の関係のない被保険者が拠出する第2号保険料を財源とする場合は、この制約は格段に強くなるであろう。また、「事業」に対する支出は給付費と異なって支出範囲があいまいであり、無駄遣いに繋がりやすいことも忘れてはなるまい。にもかかわらず、このような財源構成による地域支援事業を制度化せざるを得なかったのは、国の財政再建に向けた予算制約の中で従来の老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業の補助金などを維持することが困難となり、それに変わる市町村向けの財源が必要であるという事情があったからであろうが、それにしても、まだ効果に関し議論が残っている介護予防事業のために第1号保険料はおろか、第2号保険料まで注ぎ込むことには首を傾げざるを得ない。

第2の問題は、介護予防事業以外の包括的支援事業についても実施が義務付けられ、第1号保険料と公費が充てられることである。第2号保険料を投入するのではないので、当該市町村だけの問題ではあるが、それでも、介護予防マネジメント・支援とそれに基づき行われる介護予防事業の財源が異なるのは何故か、総合相談・支援や包括的継続的ケアマネジメントに第1号保険料・支援が投入される理由は何かといった問題は残る。特に、前述のように総合相談・支援や包括的継続的ケアマネジメントを市町村保険者の被保険者支援機能に基づく事業と考えた場合、その費用に第1号保険料を当然のよ

うに投入することは疑問である。やはり任意実施として、保険者の判断という手続きを経るべきだったのではなかったか。

おわりに

2005年の介護保険法改正は、改正点が多岐にわたることもあり、極めて掴みどころのない改正であった。といっても、改正を貫いていた重要な契機が国の財政制約であったことは否定できないところであろう。保険料の長期的な見通しが示され、その負担の重さが強調されてはいたが、本当のところは将来の保険料負担よりも直近の国庫負担が問題であったことは間違いない。しかし、ストーリーとしては、長期的な負担の限界を論拠として介護予防の重要性を主張し、足元の国家財政の急迫を理由に施設のホテルコストの自己負担化や介護報酬の抑制を図るというものであった。ホテルコストの自己負担化が前倒しで実施されたことは、この間の事情を物語るものである。また、長期的な観点からの予防対策と当面の財政対策という組合せは、2006年の医療制度改革の構図とも共通するものであった⁶⁾。今回の改正は基本的にはこのような絵柄ではあったのだが、それを政策として見映えが良く前向きの改正であるかのように印象付けるため、本稿で述べてきたとおり、改正内容が徒らに複雑化し、かつ、技巧的になった側面があったように思われる。それは、法律レベルにとどまらず、介護報酬や指定基準レベルでも同様であり、一層、顕著であった。だが、ファイナンスの制度である介護保険制度をどれほど精緻に動かしても、現場のサービスや利用者の行動パターンが目論見どおりに変わるとは限らない。本当は、制度はできる限りシンプルにして、被保険者・住民が参加しやすい制度の基本構造を守ることが大切なのだ。財政的に厳しい状況にあるのであれば、技巧を凝らした政策に訴えるよりも、給付を抑制するか負担を増やすか、率直に訴えるべきではないだろうか。国の財政が苦しいことは国民誰しもよく分かっている。今回の介護保険法改正は、厳しい財政状況において採るべき政策の姿勢に反省を迫るものであったといえるだろう。

6) 介護保険の名誉のために付言すると、予防対策の重視のねらいが長期的な給付費の抑制というところにあることは事実であるとしても、法律構成の上では、あくまで「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資する」ことが目的であって、介護費用の適正化そのものがねらいとされているわけではない。この点、特定健診や保健指導が医療費適正化の手段の1つと位置づけられている2006年医療制度改革法とは異なる。

福祉と自治体財政

奈良女子大学

名誉教授 澤 井 勝

プロフィール [さわい・まさる]

東京外国語大学ロシア科卒業。東京大学大学院経済学研究科修了（経済学修士）。同大学院博士課程単位取得退学。産業材料調査研究所研究員、地方自治総合研究所研究員、法政大学法学部非常勤講師、北九州大学法学部教授等を経て、現在、奈良女子大学名誉教授（生活福祉論）。

主な著書

『自治体改革第2ステージ合併新市建設計画のつくり方』（共著・ぎょうせい2003年4月第1章、第2章、第7章）。『破綻する自治体、しない自治体』（公職研2003年4月）、「第3章 国による地方財政改革動向」。『地域福祉と自治体行政』大森彌編著（ぎょうせい2002年10月）。『分権改革と地方財政』（敬文堂2000年12月）ほか。

1. 介護保険以後

自治体財政から福祉のあり方を見るためには、まず普通会計の民生費の動向を見るのが普通だろう。そしてその中身である、社会福祉費、老人福祉費、児童福祉費、生活保護費の内訳と、その財源の構造（国庫支出金、使用料など利用者負担、充当された税の割合など）とその確保策が話題となる。しかし、2000年度の介護保険の導入と、2003年度からの「三位一体改革」によって、この状況は大きく変わったともいえる。

介護保険は、それまで国庫補助金の世界にあった介護サービスを、被保険者（第一号および第二号）の保険料と、国と都道府県、市町村が持ち寄る税金という財源ミックスの世界に引き出すことになった。そして、サービスの提供者・供給者として株式会社を含む民間事業者を大量に作り出し、そこに「準市場」が生まれ、その「準市場」での需要と供給は自治体財政から非常に見えにくくなった。

「準市場」とは、サービスの需要者である高齢者とその家族が、供給者である事業者と、ケアマネージャーの支援を受けつつ直接に介護サービスを買うことで、介護サービスの「市場」ができていることに着目した言い方である。なぜ「準」かと言うと、そこで取引される介護サービスの価格（介護報酬）は、市場によって直接に決まるものではなく、政府がさまざまな利害関係者（ステークホルダー）と協議して、政策的に決定するからである。

言い換えれば、サービス供給主体としての事業者の経済活動と自治体の財政運営との関係は、国民健康保険連合会を仲立ちとした間接的なものとなったからである。介護保険制度に移行する中で、多くの市町村の福祉部門はサービス供給の現場からやや離れた遠いところで、介護保険特別会計の管理に重点を移す傾向が強くなったようだ。

また、厚生労働省の毎年度のような介護報酬の改正によって、現場が振り回される傾向も強くなったように思われる。

2. 「準市場」と「福祉計画」、供給のコントロール

このような「準市場」は、わが国の場合、医療保険制度においてすでに長く経験してきたところだ。医療に関わる「診療報酬」もまた、政府による「公定価格」である。このような「診療報酬」や「介護報酬」による、サービス供給の政府によるコントロールは、医療や介護などの基礎的な公共サービスにおいては、必要なことである。しかしそれが、社会保険という仕組みと組み合わせて、うまく機能するかどうかは別の問題である。つまり、税によってサービス給付を支えるか、保険という相互扶助システムを活用するか、それを組み合わせた場合はどうか、という問題である。

わが国の場合、税と保険料という財源をミックスさせ、民間事業者（病院と診療所を中心とする民間の医療機関、および株式会社を含む介護保険事業者）のサービス供給に大きく依存するシステムは、他の先進国に比較しても、比較的に低い国民負担と医療サービスへのアクセスのしやすさを両立させるものとして機能してきたと評価しても良い。

自治体にとっての問題は次の点にある。介護保険など、サービス供給現場に立ち会わなくても済む状況において、サービス供給と需要を保険者としていかにコントロールするか、あるいはコントロールできるか、という問題である。

まず供給面では、事業者に対する許認可権の活用によって、必要な、または制限したい事業者の地域等における設置をコントロールすることができる。例えば、ベッド数の多さと住民一人当たりの医療費が強い相関関係にあることは良く知られている。つまり病院など医療機関が多いと、利用者一人当たり医療費が大きくなる傾向がある。

また、介護保険においても、65歳以上の第一号被保険者の保険料は、それ

ぞれの市町村にある施設のベッド数、特に医療関係施設のそれに強く規定されることは、介護報酬の定め（医療系サービスが高く設定されている。その基礎は医療系スタッフの人件費の高さである）からも当然のことである。このようにサービスの供給量（施設の数や種類、事業者数）は介護給付費の総額を規定し、その結果として保険料やそれに対応する自治体の一般財源負担を左右することにもなる。

ここにおいて、サービス量の目標値を定め、そのための供給力の見通しを定める「介護保険事業計画」や「障害者自立支援計画」は決定的に重要になる。この計画における設置施設数が、設置許可やそのための都道府県からのヒアリングへの意見具申の根拠となるからである。

3. 需要のコントロールと自治体の役割

他方、需要面におけるコントロールは、例えば、介護保険の場合、要介護認定者数の拡大をどのように考えるか、という問題ともなる。これもこれまでの経験から、要介護認定率（高齢者のうち要介護認定を受けている人の割合）が高いと、介護保険のサービス利用率も高まる傾向があることがわかっている。それが介護保険制度のよい点でもある。つまり利用者のサービスへのアクセスのしやすさの一部となっている。

しかし、最も良いのは「介護保険のお世話にならないこと」である。保険料を負担して、市民としての義務を果たし、相互扶助の一端を担うことを厭わない。「介護保険は損害保険と同じで、使い捨てがもっとも望ましい」のである。（そのためにも、介護保険料の高さにはおのずから限界がある。）

東京都品川区の場合、この認定率を上げないために工夫していることがある。それは、「訪問調査事業」による相談事業の充実によって、必要なサービスを考えて「認定申請するかどうか」を判断していることである。品川区の場合、高齢者の状況把握については、三つの窓口がある。一つは、医療機関や民生委員、保健所、まちづくり協議会と自治会役員など関係機関からの連絡やそれへの照会である。二つ目は、各家庭や当事者からの電話、来所などによる相談や、訪問指導などでの聞き取りである。第三には、要介護認定の新規の申請と更新申請のときである。

この三つの窓口で受けた相談については、必ず原則として「訪問調査と聞き取り」を行っている。品川区の特徴は、この段階で区のアセスメント表と

パソコン画面から検索できる相談者の過去の相談記録によって日常生活自立度を中心にチェックし、認定審査会にかけられる場合とかけない場合とを判断していることである。いわばここでフィルターに掛けているのである。

認定審査会にかけられる必要がないと判断できる人には、一般高齢者施策か特定高齢者施策を紹介し、そのサービス利用を働きかける。特定高齢者については、ケアマネジメントを実施しケアプランを作成する。一般高齢者施策は、区の高齢者保健福祉計画推進事業に豊富なメニューがある。

いずれにしても、「介護保険には限界がある」ということをよく理解している。高齢者が地域で不安なく暮らすためには、第一に行政の一般事業、民間のボランティアやNPOの事業、各施設や事業者が行っている地域との連携事業、など「社会的支援事業」をフルに活用しなければならない。その基盤は、相談事業の充実であり、そのためのデータベースの構築と関係機関や各ワーカーとの日常的な連携である。その司令塔として、市町村の社会福祉担当部局の目配りとネットワークの良さが求められる。

このようにして、介護を必要とする高齢者を減らし、健康寿命を延ばし、PPK（ピンピンコロリ）を実現することは、賢明な策である。

4. 縮小する地方財政規模、増大する民生費

ところで、2000年以降の地方財政を見ると、財政規模が縮小しつつあることがわかる。1999年度決算では地方財政（都道府県と市町村の普通会計の純計）の歳出規模は約101兆1,600億円。それが5年後の2004年度決算では、91兆2,500億円となり、99年度の89.8%の水準である（『地方財政白書』）。これは、バブル経済崩壊後の不況のもとで、歳出規模の圧縮が進められた結果である。国の歳出カットの圧力と各自治体の努力が合成されたものである。特に投資的経費の削減が大きい。普通建設事業費は99年度の26兆円強から04年度には16兆3千億円となり、99年度決算の63%の水準にまで切り下げられている。

一方で民生費は同じ時期に、介護保険制度の導入などでいったん縮小するものの、下の表のように04年度には99年度水準にまで戻っている。

これを市町村民生費の状況で見ると第1表と第1表の2のようになっている。この表から次のことが指摘できる。第一には、市町村の民生費の内訳では児童福祉費が最も大きい。04年度決算で4兆492億円。この3年間でも毎年

7%から5%伸びてきている。これは多くが保育所の設置と運営費（扶助費）の経費である。次いで障害者福祉費や地域福祉費などの社会福祉費が大きい。04年度で3兆3,455億円で、7%から3%程度の伸びである。その次に老人福祉費がくる。04年度決算では2兆6,222億円で毎年度の伸びは1%から3%。そして生活保護である。04年度には2兆4,266億円だが、この3年間では7.53%から5.76%と最も伸び率が高いことがわかる。

付表 民生費と歳出総額

(百万円)

	2004年度	2003年度	2002年度	2001年度	2000年度	1999年度
民生費純計額	15,132,254	14,540,192	14,303,211	14,054,411	13,392,030	15,063,969
歳出決算総額	91,247,914	92,581,841	94,839,418	97,431,688	97,616,360	101,629,110

第1表 市町村民生費の状況

(百万円)

	2004年度	2003年度	2002年度
社会福祉費	3,345,515	3,252,676	3,033,490
老人福祉費	2,622,404	2,549,765	2,522,800
児童福祉費	4,049,197	3,828,728	3,573,375
生活保護費	2,426,595	2,295,663	2,134,820
災害救助費	31,218	3,724	3,362
合 計	12,474,929	11,930,556	11,267,847
民生費純計額	15,132,254	14,540,192	14,303,211
歳出決算総額	91,247,914	92,581,841	94,839,418

『地方財政白書』各年度版から作成。

第1表の2 市町村民生費の対前年度伸び率

(%)

	2004年度	2003年度
社会福祉費	2.85	7.23
老人福祉費	2.85	1.07
児童福祉費	5.76	7.15
生活保護費	5.70	7.53
災害救助費	738.29	10.77
合 計	4.56	5.88
民生費純計額	4.07	1.66
歳出決算総額	△1.44	△2.38

『地方財政白書』各年度版から作成。

このうち、老人福祉費については、2000年度からの介護保険制度の導入によって、この老人福祉費の外に「介護保険特別会計」が設けられているので、それと連結して考えなければならない。第1表の市町村老人福祉費の最大の歳出科目は「繰り出し金」で、04年度の場合1兆6,958億円であるが、これは「介護保険特別会計」への繰り出し金6,962億円、および「老人保健医療事業特別会計」への繰り出し金7,291億円がその大部分である。

なお介護保険事業の状況は第2表のようになり、04年度で5兆8,475億円の規模となった。最初の年である2000年度より2兆2千億円拡大し、1.61倍となった。介護保険の全体の財政規模（国民医療費にあたる）はこれに概ね一割の利用者負担を加えてみる必要があるので、6兆4千億円程度と見積もられる。

第2表 介護保険給付費の推移 (百万円)

	介護特会歳出	対前年度比(%)
2000年度	3,623,429	皆 増
2001年度	4,581,264	26.43
2002年度	5,010,156	9.36
2003年度	5,439,572	8.57
2004年度	5,847,509	7.50

『地方財政白書』各年度版から作成。

5. これからは新しい福祉の時代

このような民生費の増加傾向はこれからも続くと見込まれる。第一には、高齢化の進行である。1947年生まれの団塊の世代が後期高齢者となる2022年以降に、高齢化のピークが来るわけであり、なお16年以上先まで高齢者と要介護者が増加していくと見なければならないのだ。第二は、家族と地域社会の相互扶助機能がなお低下していく可能性があるとする。第三には、少子化に対して、特にきめこまかな子育て支援など自治体の単独事業が拡大することは避けられない。第四には、介護保険の予防事業や医療制度改革による生活習慣病対策など、国庫補助金なしの自治体事業の推進が迫られることは必至である。加えて介護保険事業からは、予防事業全体が外されていくことも想定される。つまり自治体の一般財源で推進しなければならない事業が拡大することが予想される。

さらに分権改革という時代的要請がある。特に基礎的自治体としての市町村にはこれからもあらゆる権限が付与されてくることが予想される。そのなかで自治体の創意と工夫が、事業の展開とその財源確保の面でもより一層求められる。

ちなみに、福祉関係での2000年以降の主な制度改正を整理してみると以下のようなになる。いくつもの重要施策が議員立法で法律が作られ、それが自治体、特に市町村の仕事となってきたことがわかる。

2000(平成12)年3月	年金改正法成立(2000年改正) 1. 年金支給開始年齢の引き上げ 厚生年金は60歳を段階的に65歳に 2. 学生の保険料納付の特例 2000年4月から保険料免除制度導入 3. 育児休業休暇中の保険料免除 4. 厚生年金の総報酬制を2003年4月から導入 賞与等も賦課対象に 5. 年金水準の見直し 国民年金(基礎年金)据え置き、厚生年金5%引き下げ
2000年4月	介護保険制度施行。ケアマネジャーの発足。措置制度から契約の時代に。市町村が介護保険の保険者に。新成年後見制度施行。
2000年5月	地方分権一括法施行。機関委任事務制度は廃止。通達行政の終わり。国と自治体の間には指導、被指導という関係はなくなり、対等・平等に。 社会福祉法成立(社会福祉事業法等の一部を改正する法律)。住民を主体とする福祉を定める。住民が担う「地域福祉計画」の策定を規定した。
2001(平成13)年4月 2001年10月1日	議員立法により児童虐待防止法成立。12月施行。 議員立法でDV法(配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律)成立。10月施行。 第1号被保険者から介護保険料の全額徴収始まる。
2002(平成14)年 2003(平成15)年6月	ホームレス自立支援法成立。 職業安定法改正。無料職業紹介事業を市町村、都道府県に開放。施行は04年3月。

2004(平成16)年 6 月	改正児童虐待防止法成立、10月施行。通報義務の拡大、市町村が相談や通報の第一線機関に。児童相談所は専門機関。DV法改正法成立、12月施行。市町村に相談支援センター設置が可能に。配偶者の定義の拡大など。
2004年12月	04年度年金制度改正。1. 保険料水準の固定化、2017年度までに厚生年金は18.3%、国民年金は16,900円まで段階的に引き上げて固定。2. 給付水準の抑制、「マクロ経済スライド」を導入して、賃金上昇以下に抑える。3. 基礎年金の国庫負担を2009年度までに2分の1に、税制改正を前提。4. 積立金の活用。賦課方式を基本にしつつ、100年で均衡を図り、積立金は期間終了時には給付費の一年分程度までに圧縮。発達障害者自立支援法成立、05年 4 月施行。学習障害などを新しい障害として特別支援教育など。
2005(平成17)年 6 月	改正児童福祉法成立。児童虐待防止法の受け皿。05年 4 月施行。
2005年11月	改正介護保険法成立。予防事業重視と地域包括支援センター、ケアマネジャーへの支援など。06年 4 月施行。
12月	障害者自立支援法成立。2006年 4 月一部施行。10月本格施行。身体、知的、精神および児童福祉法の障害児を統合する方向。介護給付費の一律一割の利用者負担を導入。障害区分導入。高齢者虐待防止・介護者支援法成立。2006年 4 月施行。虐待を身体的、性的、心理的、ネグレクト、経済的虐待と定義。与党の医療制度改革案まとまる。06年 6 月医療法等改正。

6. 自治体財源確保と地域ファンドの形成

以上のような市町村権限の拡大と、一方での行財政改革のより一層の進行が強く求められる中で、これからの課題は以下になるであろう。

第一に、福祉がこれからの基礎的自治体の中心的な仕事なるということを明確にすること。「福祉自治体」がこれからの「わが町」の姿である。このことは市民にとって理解と賛同が得られやすい。市民はまず「安心と安全」を求めているからである。従来の思考パターンで地域活性化のための、開発あるいは投資という発想は、多くの市民の理解を得にくい。一方で「福祉自治体」のためには、市民は「それなりの」負担を厭わないことが各種の世論調査や意識調査でわかっている。増税や保険料の引き上げでも、それが福祉サービスとして生かされるとわかれば協力を惜しまない市民は多い。

第二は、その福祉自治体の実現のために、「自治体としての明瞭な理念」を市民参画と専門家、行政との協働で策定し、市民と職員が共有することが求められる。広島県尾道市の御調町が進めてきた「地域包括ケア」や、長野県諏訪中央病院のケアなどが良い例である。そのことによって、財政再建と法の建前の間で右往左往する国の施策の揺れに振り回されることを最大限避けることができる。

第三には、市民やNPOとの協働を積極的に進めること。特に、地域社会の再生を住民協議会（仮称）とともに図ると共に、行政内部の改革を行い、市民やNPOと対等に議論し、プランを作り、実践し、評価できる職員をつくる必要がある。民間事業者の事業内容をサービス利用者の視点から適切に評価でき、同時に、行政としての立場や権限を活用できる「専門職員」が必要である。それが「コミュニティ・ソーシャルワーカー」の形成の本来の意味である。わが国ではまだ未形成のソーシャルワーカーという専門職をつくることが求められる。

第四には、一般財源を効果的に投入し、それを呼び水にしながら、市民や事業者の寄付や出資による福祉基金（コミュニティ・ファンド）をつくる必要がある。それは地域に眠る資源を引き出し、活用することで、福祉サービスを永続的なものとするを目指す。長野県泰阜村の「ふるさと思いやり基金」は、全国からの名宛の寄付によって建設された基金を、在宅福祉に携わる家族のレスパイトケア（ケアする人をケアする）に活用するようである。

いずれにしても、財政面でもさまざまな資金や資源を動員することが必須である。

「自治体病院だからこそ、変わる」

徳島県病院事業管理者

坂出市立病院名誉院長 塩谷 泰一

プロフィール [しおたに・たいいち]

徳島大医学部大学院を卒業後、米国インディアナ州立大学医学部癌研究所準教授、香川医科大第一内科講師などを経て、1991年に坂出市立病院長に就任。現在、徳島県病院事業管理者・坂出市立病院名誉院長。

主な著書

『病院「変わらなきゃ」マニュアル』（共著・日総研1997年7月）、『もっと病院変わらなきゃマニュアル』（日総研2003年8月）

全国の地方自治体病院は、深刻化する勤務医不足と赤字経営によって、その存立基盤は激しく揺さぶられ、結果として、地域医療は崩壊の危機に瀕している。一方、「医療の質と透明性、そして効率性」という時代の要請は、病院やそこで働く職員に意識の覚醒と行動の変革を迫っている。自治体病院とて例外ではなく、古典的な価値観や旧態依然とした日常性に埋没しては、住民の期待に応えることはできない。

これらの問題を早急に解消し、地域医療の確保と病院経営の健全化を図るためには、いま一度、原点に返って、自治体病院のあり方を問い直す以外に方策はない。つまり、自らの足下をしっかりと見つめ直し、「行政の一機関としての自治体病院」の存在意義と「税の投入」に対するレスポンスビリティを、考えつづけることである。

本稿では、自治体病院が抱える構造的かつ精神的問題の本質を解説し、今後の方向性について述べてみる。

●なぜ、いま、自治体病院バッシングか

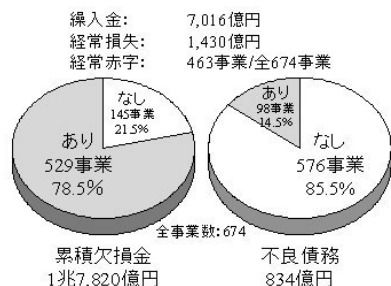
「税が投入されている自治体病院の医療と、税を払いながらの民間病院のその、どこがどう違うのか」に端を発した、自治体病院に対する逆風が吹いている。

本来、一般財源からの自治体病院への繰り入れは、決して赤字の埋め合わせではなく、地域の医療の公的部分を担わすためのものである。しかし、総

務省が発表した平成17年度地方公営企業決算概況によれば、全国約千の自治体病院では合計7,016億円の繰入金が入りながらも、1,430億円の経常損失が生じている。つまり、自治体病院の責務である政策医療としての高度・先進・小児・救急・へき地医療などを遂行するために、年間約8,400億円の税金を費やしていることになるのである。

経常収支では、全674事業のうち68.7%の463事業の病院が赤字決算となっている。しかも、平成17年度末での累積欠損金の総額は、前年度からさらに994億円も増加した1兆7,820億円。そして、全事業の78.5%である529事業が累積欠損金を有している。さらには、一般企業であれば倒産を余儀なくされる不良債務にしても、その総額は前年度に比べて73億円増加した834億円に膨らんでおり、全体の14.5%の98事業が存続の危機に瀕しているのである（図1）。

図1 平成17年度全国自治体病院決算概況



このような経済的損失と提供している政策医療の中味の妥当性に、各方面から一斉に「税金のムダ遣いだ！」と非難を浴びせられているのである。

言うまでもなく、繰入金の財源は税金であり、基本的には、公共性としての「住民の期待に応えうる医療を提供しているか」が問われるべきである。

この観点からすれば、累積欠損金約1兆7,820億円の大半は、地域にとって欠かすことのできない不採算医療を担っているがための、いわば“胸を張れる赤字”と言え、住民の理解が得られよう。しかし一方で、巨額な欠損金の少なからぬ部分が、病院の経営努力が不足したために生じたものであることは、坂出市立病院や徳島県立3病院の過去を振り返れば明らかである。坂出市立病院では自治体病院としての“意識を覚醒”させることにより、13年

連続の医業収支黒字決算を堅持し（図2）、約25億円の不良債務は7年間で解消。徳島県立3病院でも地方公営企業法を全部適用した平成17年度の経常収支は、対前年度に比べて実に約18億2千万円も改善したからである（図3）。

図2 坂出市立病院の医業収支

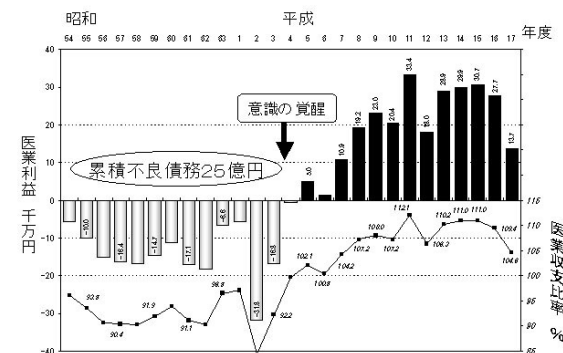
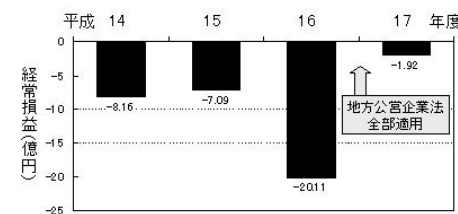


図3 徳島県立3病院の経常収支



全国の自治体病院の経営努力によって回収されるはずの数千億円を、子供たちのための校舎の耐震化や建て替え、図書館・公園の整備、道路の改修、駅前の再開発、あるいは下水道の整備など、さまざまな社会資本整備に投入すれば、地域がより豊かになることは明らかである。

つまり、自治体病院に対するバッシングは、決して不採算医療の妥当性ではなく、やって当たり前の自助努力の不足分に向けられたものと言え、我われはそれを謙虚に受け止め、“胸を張れない赤字”の解消に努めなければならない。

●議論の大前提が「赤字問題」でいいのか

赤字経営に苦しむ自治体病院を運営している地方自治体のほとんどが、いわゆる“病院あり方検討委員会”を設置し、さまざまな観点から病院の方向性を模索している。しかし、悲しいことに、そこでの議論の大前提は、「赤字」という財政問題であり、「無制限にカネは出せない!」、「ムダが多すぎる!」、「社会が許容できる範囲内での病院運営を!」、「すべてが公設公営である必要はない!」、「官から民へは時代の流れだ!」、「政策医療を担いうる民間病院もある!」などなど、経営コンサルタントや医療経済学者たちの声高な批判的意見が主流を占めている。その結果、いとも簡単に、自治体病院の“民間委譲”や“公設民営化”が決定されている例が少なくないのである。

たしかに、税を投入しての自治体病院の運営が、「すべての住民に、公平で良質な医療を提供するための、最も効率的な方法であるか否か」は議論されなければならないし、政策的に必要な医療機能は、地域の医療環境により異なり、また、時代とともに変化するものであり、それらの状況に応じた医療機能の明確化が常に求められている。

しかし、その一方で、黒字経営を堅持している自治体病院に“病院あり方検討委員会”が設置されたケースは、少なくとも筆者が知る限り存在しない。つまり、財政が硬直化している行政や批判的意見を述べる有識者たちは、病院が「黒字」であれば、存在意義には無関心で、それを問い直そうとはしない。逆に、赤字経営の病院に対しては、短絡的に「赤字は罪悪!」と烙印を押し、厳しく経営改善を求めているのである。

はたして、本当に、議論の大前提を、「赤字という経済性」においていいのだろうか。考えてみれば、政策として掲げられる自治体病院の事業目的は、本質的に収益と結びつかないものが多い。それゆえ、その経済性を論じるにあたっては、単に“投下資本の回収”という狭い意味ではなく、“投入された資本が、目的として掲げられた医療政策の実現に、いかに寄与したか”を評価することに重きをおかなければならない。つまり、本来の目的である「公共性の確保」と切り離れた形で、制約条件に過ぎない「経済性の発揮」のみを議論の主軸におくことは、行政の一環として存在する自治体病院には馴染まず、論理的にも経験的にも正しいものとは言えない。

ただし、このような主張が、住民に共感をもって受け入れられるためには、

自治体病院が、いままでの旧態依然とした病院運営を謙虚に反省し、積極的に改めていく努力が必要であることは言うまでもない。

たとえば、「無制限にカネは出せない!」という意見に対しては、繰入金のある方を行政と病院とがともに真剣に考え直すこと。「ムダが多すぎる!」という批判に対しては、闇雲にムダを省こうとするのではなく、“省かなければならないムダ”と“決して省いてはならないムダ”とを明確に区別すること。「社会が許容できる範囲内での病院運営を!」という意見に対しては、赤字の実態を住民にわかりやすく説明すること。「政策医療を担いうる民間病院もある!」という意見に対しては、民間病院との違いを明確に提示すること。そのような知的作業をすることによっては一挙に、「議論の大前提が赤字ではダメだ!」と、強く反論できるのである。

●地域特性を反映した繰入金を

自治体病院は、地方公営企業法第17条の2によって「独立採算の原則」を課せられてはいるものの、「その性質上、経営に伴う収入をもって充てることが適当ではない経費（1号経費）と、能率的な経営をおこなってもなお、その経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費（2号経費）」については、地方公共団体の一般会計又は特別会計において負担するという、“除外規定”が存在している。とはいっても、財政力は地方自治体によって異なっており、また、それぞれにおける医療施策の位置づけには違いがみられ、さらには、病院が提供する医療も地域の医療事情もさまざまであることから、全国一律に繰り出しがおこなわれているわけではない。

一方、民間病院は、医療制度改革の嵐に翻弄されながらも、生き残りをかけて懸命に経営努力を重ねている。それゆえ、巨額な累積欠損金を抱える自治体病院が、制度上認められていることだといって、漫然とその経営損失の補填を繰入金に依存しては、社会的共感が得られるはずがない。大切なことは、繰入金のあり方を誰もが納得できるような形に見直すことである。そのためには、高度医療にいくらか、救急医療にいくらか、不採算医療にいくらか、現在のような抽象的で画一的な繰り出し基準を、もっと具体的に柔軟性のあるものに改める必要がある。

たとえば、徳島県の国保医療費地域差指数は1.205と、全国標準に比べて

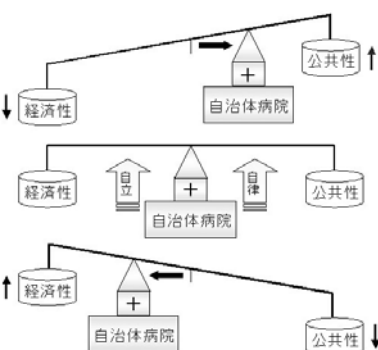
実に20.5%も高く、北海道に次いで第二位の高額医療費県である（平成15年度厚生労働省統計）。一方、人口千人対の死亡率10.3は全国第六位の高さであり、なかでも、糖尿病死亡率は13年連続で全国ワースト一位。心疾患・呼吸器疾患・肝疾患・腎不全の死亡率も、すべてワースト十位以内に入っている（平成16年度厚生労働省統計）。しかも、命に関わる疾患を有する患者の少なからぬ割合が、本四連絡橋を通して近畿圏の病院で治療を受けているという現実がある。

そこで、「本年度は、県立病院に1億円を繰り入れるから、医療費地域差指数1.205を1.1台に是正する医療を推進しろ！」「2億円を補助するから、糖尿病死亡率を全国平均並みに改善するような体制整備に努めろ！」。そういった具体的な施策実現のための繰入金であるべきではなかろうか。そのような、地域特性を反映した繰り入れをおこなってはじめて、地域全体の医療が最適化されるのであり、そこに税の投入の意義を見出すことができると言える。

●自治体病院のジレンマ

自治体病院が政策医療としての「公共性」に重点をおけば「経済性」が低下し、「経済性」に軸足を移せば「公共性」が疎かになる。つまり、「公共性の確保」と「経済性の発揮」という二つの重い責務を、天秤棒のようにその肩に背負っている自治体病院の苦悩には深いものがある。まさに、ここに“自治体病院のジレンマ”が存在するのである（図4）。

図4 自治体病院のジレンマ



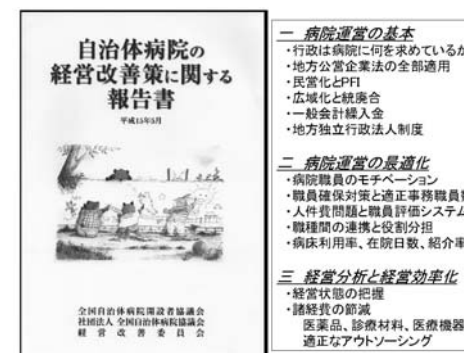
では、いかにして、「経済性」を発揮しつつ、本来の責務である「公共性」を時代のニーズにあった形で確保していけばよいのであろうか。この“ジレンマ”を解決し、住民の期待に応えるためには、水平思考から垂直思考に転換する以外に道はない。つまり、両者のバランスを取ることにエネルギーを注ぐのではなく、自らの足下をしっかりと見つめ、自ら立つ「自立」と自ら律する「自律」の気概をもちながら、背丈を伸ばすことである。自治体病院が成長すれば、その双肩に担っている「公共性」と「経済性」は、おのずと高まるはずである。すなわち、「自立と自律」こそが、これからの自治体病院改革のキーワードであると言える。

現在、盛んに議論され、かつ、すでに少なからぬ都道府県で実行に移されている病院経営形態の“地方公営企業法全部適用”・“地方独立行政法人化”・“PFI導入”・“広域化や統廃合”、あるいは“公設民営化”や“指定管理者制度”にしても、実は、自治体病院の「自立と自律」を促すための方策なのである。

●何のための全部適用か

自治体病院の経営体質を健全化する目的で、全国自治体病院協議会では、同開設者協議会と一体となって「経営改善委員会」を立ち上げた。そして、筆者もその一員として、平成15年5月に「自治体病院の経営改善策に関する報告書」を作成し、経営責任の明確化と院長への権限付与のために、地方公営企業法の『全部適用』を推進すべきであるとの提言をおこなった（図5）。

図5 自治体病院の経営改善策に関する報告書



その結果、表1に示すように、平成18年4月現在、全国の999の自治体病院のうち、地方公営企業法を『全部適用』している病院は247にまで増加し、特に、都道府県単位では、その半数以上の24団体144病院（一般病院122、精神科病院20）が全部適用病院となっている。平成13年度のその病院総数が107、都道府県団体が9事業であったことを考えると、もはや、地方公営企業法の『全部適用』による自治体病院運営は、時代の趨勢と言えよう。

表1 自治体病院の経営形態

経営形態	病院数
地方公営企業法：一部適用	752
地方公営企業法：全部適用	247
地方独立行政法人	7
公務員型	5
非公務員型	2
公設民営（指定管理者制度）	38
P F I	4（2病院開院）
統 合	4（1病院開院）
民間委譲	16

平成18年4月現在

しかし、このような経営形態の変更が、単に、「赤字解消」という財政再建のためにのみ実施されるのであれば、いずれ、すべての自治体病院はその存在意義を失い、“地方独立行政法人化”や“指定管理者制度”などの経営形態を経由して、最終的には“民間委譲”に行き着くことは明らかである。

『全部適用』への移行は、病院事業の経営改善のためではなく、あくまでも、自治体病院に「自立と自律」を促しながら、税が投入されている病院に相応しい医療を提供するためのものである。それゆえ、『全部適用』を検討する以前に、「自治体病院の責務としての政策医療を、十二分に実施してきたのか否か」、「これからの社会のニーズや地域の特性に対応する政策医療とは、何なのか」、そして、「今までの経営実態の、どこに問題が存在しているのか」など、さまざまな観点から病院運営に関わることがらを検証することが求められるのである。

●全部適用は、経営健全化の切り札ではない

たしかに、『全部適用』では、「組織・人事・定数・予算・給与・契約」等の広範な権限と、「任期4年以内に成果を生みださなければ、罷免されることもあり得る」という明確な経営責任をあわせもつ病院事業管理者を配置することによって、「一部適用」とは違う、独立性・弾力性・迅速性・企業性に富んだ病院運営が可能となるはずではある。

しかし、『全部適用』であっても、一般会計からの繰り入れがなされることから、組織の独立性は確保できても、経営の独立性には甘えが残ることは否めない。また、人事権や定数管理に関しても、制度上は病院事業管理者の権限において職員を採用することができるが、現実には「人事委員会の承認」という壁が存在する。さらには、平成18年5月に成立した「行政改革推進法」では、地方公務員数の削減目標が提示されており、公営企業である自治体病院も例外ではないようだ。しかし、7：1の看護師配置に象徴される診療報酬制度上の新たな施設基準などに対応するためには、弾力的な定数管理が必要であることは明らかで、医療職の定数削減と行政職のそれとを一律に論じるべきではない。また、現在、『全部適用』を実施している自治体病院で、首長部局と異なる独自の給与制度をもつところはなく、地方公営企業法でも給与は国や県の行政部局職員の状況等も考慮することとされており、現実には、経営状況に見合った給与制度の制定や運用が極めて難しいという問題も存在する。

事実、平成17年9月に長崎市で開催された全国病院事業管理者等協議会主催の第4回全国病院事業管理者・事務責任者会議での“病院事業管理者への権限委譲”に関するアンケート調査では、十分に権限委譲されていると答えた管理者は39%に過ぎない。また、権限委譲が十分でない項目として「人事管理67%、定数管理47%、給与運用47%」などが上位にランクされており（図6）、法律どおりの運用がなされていないことが明らかになっている。

一方、平成16年度地方公営企業年鑑において、経営指標を「全部適用病院」と「一部適用病院」とで比較してみると（表2）、「全部適用病院」は「一部適用病院」を黒字病院比率で3.1%、経常収支比率で1.0%上回っている。これは、繰入金対医業収益比率が1.5%も高いための、つまり、「全部適用病院」では繰り入れ金額が多いための結果であり、病院単独の経営努力を反映する医業収支比率では、逆に1.1%下回っている。また、『全部適用』では弾

力的な給与運用が可能であるにもかかわらず、給与費対医業収益比率は、「全部適用病院」では57.5%と、「一部適用病院」に比べて、実に2.9%も高くなっている。「全部適用病院」の半数以上がこの5年の間に経営形態を変更したものであるというバイアスがあるものの、これらの数値は、「全部適用は、経営健全化の切り札ではない！」ということを物語っている。

つまり、『全部適用』という制度の趣旨を、十分に活かすための院内外の環境は、まだまだ十分には整備されていないのである。そのため、その成否は唯一、病院事業管理者の「使命感と熱意、そして行動力」にかかっていると断言しても過言ではない。

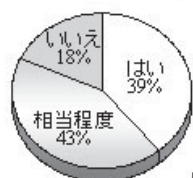
表2 全部適用と一部適用の経営指標

運営形態	全部適用	一部適用	差
病院数	180	819	
黒字病院比率	37.2%	34.1%	3.1%
経常収支比率	97.7%	96.7%	1.0%
繰入金対医業収益比率	15.4%	13.9%	1.5%
医業収支比率	89.5%	90.6%	△1.1%
給与費対医業収益比率	57.5%	54.6%	2.9%

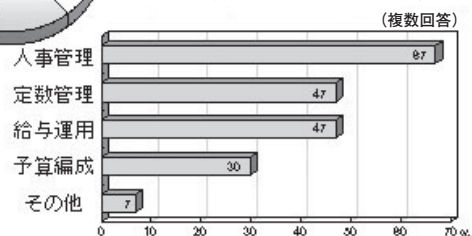
平成16年度 地方公営企業年鑑

図6 病院事業関係者へのアンケート調査

Q.権限委譲は十分か？



Q.権限委譲が十分でない項目は？



全国病院事業管理者等協議会 平成17年9月

●大切なのは、内因的モチベーションの高揚

では、いかにすれば、病院事業管理者の考えを職員に浸透させ、彼らをして、「税の投入」に見合うだけの仕事に、使命感と熱意をもって取り組ませることができるのでしょうか。つまり、“モチベーション”の問題である。

“モチベーション”とは「動機づけ」であり、行動を起こさせる直接の“きっかけ”でもある。それは、外因的なものと内因的なものの二つに分類される（表3）。

表3 二つのモチベーション

外因的モチベーション	内因的モチベーション
・アメとムチ	・興味と情熱
・定型の仕事	・創造の仕事
・短期的	・長期的
・利己的行動	・利他的行動
・恐怖と無関心	・挑戦と達成感

外因的モチベーションとは、人の行動様式に関して外部から与えられる“アメとムチ”的なものである。その典型は、自治体病院でも導入されつつある成果主義に基づく人事考課である。

これは、定型業務従事者に有効であり、短期的には効果的となる。しかし、恐怖としての“ムチ”的側面は否定しようがなく、創造性が高まることもなければ、仕事に対する興味がつることもない。その結果、人は利己的な行動に走るようになる。あるいは、餌をぶら下げられることによって、管理されているとの意識を強める職員や、“もう食べたくない”とまったく関心を示さない人も出現するはずである。したがって、このような手法は、長期的な観点からは、決して効果的な「動機づけ」にはならない。つまり、外因的モチベーションは、知的労働者が大部分を占める自治体病院職員にはなじまないのである。

ほとんどの病院職員は、内部的に動機づけられてはじめて、仕事への興味と情熱そして挑戦意欲をかきたてられ、それ自体を楽しみ、達成感や満足感を獲得することができる。つまり、人が何かをしたいと願う、内なる要求が内因的モチベーションと言える。それは、利己的ではない、他職種や病院組織全体を考慮した利他的な行動を起こさせてくれる。そしてその“感情エネルギー”

ギー”は、短時間で消耗されることはなく、長期的かつ継続的に蓄えられ、他へと伝染していく。その結果、生産性と創造性が高まり、組織としての一体感が醸成され、病院への帰属意識が強まっていく。

一方、自治体病院は、高額医療機器を数多く必要とする資本集約的組織であり、かつ、それらを使用する高給スタッフを必要とする労働集約的組織でもある。そのために医療コストは飛躍的に増加し、病院は経済的に成立し得なくなってきた。これは、すべての職員の“知的生産性の向上”でしか、食い止めることはできない。その唯一の方法は、「自分は何のために、医師や看護師あるいは地方公務員になったのか」、「自治体病院は何のために、設置・運営されているのか」、「自分は何のために、民間病院ではなく、自治体病院に勤務しているのか」など、“何のために？”という根源的な問いかけをすることである。

つまり、内なる動機づけを考えるうえで、もっとも重要なことは、「何のために、誰のために」という原理・原則を問いただす、“意識の覚醒”と考える。医療人としてはもちろんのこと、税が投入されている病院で働く地方公務員としての“意識の覚醒”である。それは、地方公務員法第30条で規定されている“全体の奉仕者”という「サービスの根本基準」の再確認であり、また、地方自治法第2条第14項に定められている“最小の費用で最大の効果”という「費用対効果の原則」の再認識である。

これらは、自治体病院で働くすべての職員にとっての共通の価値観であり、行動指針でもある。そしてそれは、誰もがもたなければならない、また、もっていて当然の、内因的モチベーションと言える。しかしこれは、日々繰り返される業務と長い勤務年月によって、いとも簡単に、消え失せてしまう。まさに、「日常性への埋没」である。

したがって、自治体病院が現在の閉塞感から抜け出すための突破口は、旧態依然とした日常性からの脱却と、地方公務員としての内因的モチベーションの高揚にあると言える。

●モチベーションの必要条件

自治体病院で働く職員に“やる気”としてのモチベーションをもたせるためには、いくつかの条件を満たさなければならない。

一つは、『地方自治体行政の医療政策の明確化』である。自治体病院の

設立母体が地方自治体であることを考えれば、その行政施策が病院職員のモチベーションに及ぼす影響には、計り知れないものがある。それゆえ、提示される医療政策はわかりやすく、かつ明確でなければならない。そして、その方向性は、地域特性に適応したローカリゼーション志向と国境を越えたグローバルゼーション進展という時流に沿ったものであることが必要となる。しかもそれは、住民はもちろんのこと、病院職員にも周知・徹底されなければならない。一方、自治体病院には、行政の医療政策に呼応した形での基本理念を定め、それをすべての職員に浸透させることが求められる。“ビジョン”の欠如が社会貢献を妨げるのは明らかである。それゆえ、行政には“ビジョン”を提示する責務があり、病院職員はそれを“ミッション”に昇華させる義務があると言える。

このような作業なくして、本質的なモチベーションの創出はあり得ない。

二つ目は、『病院組織としての目標の設定』である。設定される目標は、あくまでも、病院基本理念の実現に向けてのものであることを、まず、認識しなければならない。また、それは単に、病院だけの繁栄を目指すものではなく、行政の一機関として、地域医療全体の最適化を視野に入れたものでなければならない。さらにそれは、「医療の質と透明性、そして効率性」という時代の要請に応えるためのものであることも要求される。病院は病院のために存在するのではなく、その機能を果たすことによって、社会や地域のニーズを満たすために存在しているからである。

つまり、「病院は、目的ではなく手段である」ことを目標設定の根幹におくべきである。

三つ目は、『澁刺とした組織風土の醸成』であろう。

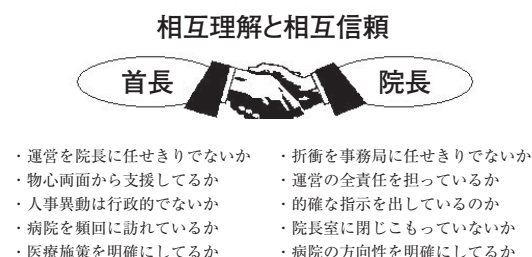
そのためには、まず、現在の価値観を否定し、患者・家族や住民から信頼され、“働きがい”と“生きがい”が実感できる世界の存在を知らしめることである。「仕事に心を込め、仕事で学び、仕事で感動し、仕事で自信をつける」ことができるような病院組織文化の醸成。坂出市立病院で取り組んだ全職員参加の病院運営を基軸にしたTQC活動やプロジェクトチームの結成などは、その実現のための有効な手段である。この場合、“全体の最適化”への貢献が第一義のものであり、“個の最適化”はそれに収斂するべきものであることを忘れてはならない。そしてそれは、日常業務のなかにシステムとして体系的に組み込まれることが必要となる。

このようにして形成される組織風土は澆刺としたものになり、「指示待ち体質」や「責任転嫁体質」、あるいは、「先送り主義」や「前例主義」など、行政や自治体病院に蔓延する、いわゆる負の特性を解消させてくれるはずである。

●首長と院長の相互理解と相互信頼

自治体病院の経営問題を考えるにあたってもっとも大切なことは、行政と病院、首長と院長・病院事業管理者の透明度の高い日頃のコミュニケーションから構築される「相互理解と相互信頼」であると確信している（図7）。

図7 首長と院長の相互理解と相互信頼



はたして、行政側や首長は、自らが設置・運営する自治体病院のことを十分に理解しているのであろうか。

自治体行政として、地域や時代のニーズに応じた医療施策を策定し、そのどの部分を自らの病院に担わせるのかを明確にしているのか。首長には地域住民の健康と命を守る責任があることを認識しているのか。病院の経営実態を正確に把握し、的確な指令を出しているのか。病院の運営を院長に任せきってはいないか。赤字経営の責任は、最終的には行政側にあることを認識しているのか。効率的かつ良質な医療が提供できるように、物心両面からの支援ができていないか。行政の一般職員と同じように、わずかの期間での人事異動を繰り返してはいないか。病院側の抱えている悩みや問題を十分に認識しているのか。病院を頻回に訪れ、職員を叱咤激励しているのか。赤字を生み出す病院を“お荷物”と考えてはいないか。病院を本当に大切に思っているのか。何のために病院を設置・運営しているのかを考えたことがあるのか。行政サイドや首長に反省すべき点は多い。

一方、病院側や院長も、行政や首長のことを本当に理解しているだろうか。筆者がかつて坂出市立病院長職にあるときに嘆いていたように、「市長が認めないから、脳外科を開設できない」、「繰入金金が極端に少ないから、設備投資ができない」、「医師や看護師の増員を、あるいは、MSWや診療録管理士の採用を、本庁が許可してくれない」、「割愛制度の導入を、地方公営企業法の全部適用を、市行政が渋っている」、「病院組織図を変えたいのに、先送りされてしまう」などなど、医療や病院のことばかり考えてはいないだろうか。自治体病院職員は地方公務員の一人として、行政全体のことをどれほど理解できているのか。首長の気持ちをわかれようとする謙虚さを忘れてはいないか。あるいは、院内の運営に関して、院長はすべての部署を掌握しながら的確な指示を出せているのか。病院の方向性を明確にしているのか。運営の全責任を担っているのか。院長室に閉じこもっていないか。病院職員の顔を一人ひとり思い浮かべることができるのか。行政側との折衝を事務局長に任せきってはいないか。病院側や院長が反省すべき点も少なくはない。

つまり、「公共性の確保」と「経済性の発揮」という両立しがたい命題を解決する“カギ”は、行政と病院あるいは首長と院長が、自らの果たすべき役割と責任をしっかりと認識し、お互いに無関心で任せきりではなく、お互いを批判しあうのでもなく、病院の運営方針について絶えず意見を交換し、基本的な部分において一致しておくことにある。

しかしながら、全国の自治体病院とそれを設置・運営している地方行政がすべて、このような「相互理解と相互信頼」の関係を十分に構築できているとは言えないのが現実ではなかろうか。激変する医療環境のなかにあって、“問題意識をもった院長とそうでない首長”、あるいは“問題意識をもった首長とそうではない院長”との組み合わせでは、いま求められている自治体病院の責務を果たすことはできない。いわんや、“ともに認識に乏しい首長と院長”によって運営されている自治体病院は、「最悪」という以外に言葉はない。

●自治体病院だからこそ、変わる

「私たちはそれなりに頑張ってきた。悪いのは医師だ」と責任を転嫁した看護師。「電子カルテは入力業務が煩わしく、診療に支障をきたす」とその導入を拒否した医師。「業務が正当に評価されていない」と他部門を非難し

つづけた臨床検査技師。「レセプト業務の外部委託やIT化は、絶対反対」と椅子を蹴飛ばして会議を退席した医事課管理職。「医師や看護師が何もかも頼んでくるから、本来の業務ができない」と嘆く庶務課職員。「赤字病院でなぜ悪い」と開き直す幹部職員。「行政や議会の理解がないから、人事権がないから、医師や看護師が不足しているから、労働組合が協力してくれないから、診療報酬体系に矛盾が多いから…」などと嘆いてばかりいる病院長。

このように、かつての坂出市立病院や徳島県立病院、そして全国の自治体病院では、ありとあらゆる職種の言い訳が渦巻き、“言い訳ばかりの病院”になっている。しかし、それらは決して自治体病院バッシングに対する“免罪符”にはならない。また、言い訳の先には、職員と住民がともに喜べる未来などあるはずがなく、たどり着くところは“絶望の世界”以外の何ものでもない。

たしかに、自治体病院には税立病院としての規制も数多い。しかし、それらを言い訳にして、「自治体病院だから、できない」と嘆いていては、時代の要請や住民の期待に応えることはできない。すでに社会は「ヒト・カネ・モノ」から「学習・知識・知恵」に重心を移し、限りある資源を有効に活用すべき時代となったのである。

であれば、言い訳をやめることだ。

筆者は「自治体病院だから、できない」ではなく、むしろ、「自治体病院だからこそ、変わる」という信念をもっている。民間病院はなかなか変わらない。それはなぜか。普遍的な価値観の問題である。

価値観が混乱し崩壊してしまった世の中であって、民間病院がすべての職員に“共通の価値観”をもたすことは難しい。しかし、自治体病院には可能なのである。すでに述べたように、地方公務員法第30条で規定されている、『すべて職員は、“全体の奉仕者”として公共の利益のために勤務し、且つ、職務の遂行に当たっては、全力を挙げてこれに専念しなければならない』という「サービスの根本基準」が存在するからである。職員に常々、「我われは、自治体病院の職員である前に、地方自治体の職員だ!」と論している理由は、“全体の奉仕者”として「住民にサービスする」という地方公務員にとっての基本的責務を認識してもらうためである。

すなわち、病院職員には、自治体病院という地方自治体機関において、医療を通して「住民に対するサービス」を、誠心誠意、遂行する責任があると

言える。これはまさに、地方公務員である自治体病院職員すべての“共通の価値観”であり、幾ら世の中が変わろうが、時代が変わろうが、その消滅はあり得ない。それを否定する人間は、自らの存在意義を放棄したことにほかならず、その職にとどまることはできない。つまり、自治体病院に勤務している限りは、必然的に、すべての職員は価値観を共有しているのである。

「自治体病院だからこそ、変わる」の理由はここにある。

すべての自治体病院が、「何のための、誰のための、病院か」を原点に返って問い直し、「共感と感動の医療」を実現したいものである。それが、「税の投入」に対するレスポンスビリティと言える。

“眠れる獅子”は、目を覚ますことができるのか。いままさに、自治体病院の真価が問われている。

平成18年度公募論文

最優秀賞授賞論文

公益法人制度改革と市町村

～市町村出資財団法人と市町村の今後の関係を構築するための課題整理～

八尾市人権文化部文化振興課 朴 井 晃

1. はじめに

民間の団体が自発的に行う公益を目的とする事業の実施を促進して、活力ある社会を実現するため、公益法人制度改革3法（以下、「3法」という。）が平成18年6月2日に公布された。

3法とは、「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下、「一般法」という。）」「公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律（以下、「認定法」という。）」「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（以下、「整備法」という。）」のことで、明治29年に民法に¹⁾公益法人の規定がされて以来、初めての改正である。

市町村も行政目的を達成するため、多くの公益法人を設立している。公益法人制度改革への実際の対応は公益法人自身が行うが、市町村も出資者としての側面から公益法人制度改革への検討が求められる。なぜなら、税金を原資に出資し、行政目的を達成する手段として設立した公益法人の行方の問題である。無関心な状態では済まない。しかし、公益法人制度改革を取り上げた報告や論文等に、市町村の視点から検討を行っているものはほとんどない現状にある。

そこで、本稿では市町村が出資し設立した²⁾財団法人について、今回の制度改革に市町村がどういった姿勢で対応を行う必要があるかを検討する。検討にあたっては、まず財団法人について整理を試みる。そして今回の公益法人改革の背景や改正点などを分析し、そのうえで課題の抽出を試みる。

なお、本稿の内容は全て個人的な見解であり、所属市及び所属部署の見解ではないことを申しそえた上で、論を進めて行きたい。

1) 広義の公益法人として、私立学校法、社会福祉事業法、宗教法人法、医療法などに基いて設立された法人を含む場合もある。本稿では、民法により設立された財団法人、社団法人を公益法人として狭義の意味で用いている。

2) 本稿では、市町村での検討を出資という点に焦点をあてる意味で、財団法人に限定して論を展開する。

2. 現行制度下での財団法人と市町村

民法第34条では、学術、技芸、慈善、祭祀、宗教その他³⁾ 公益に関する社団又は財団で営利を目的としないものは、主務官庁の許可を得て、法人とすることができると定められている。財団法人は民法の規定に基づき設立される公益法人である。公益法人の中でも、特に⁴⁾ 財団法人は、公益目的のために拠出された財産に法人格を与え設立される。この財団法人存立の基本となる財産を基本財産といい、その財産の運用益によって⁵⁾ 非営利で公益事業を行うことを財団法人は原則としている。

設立には、設立者による財産の拠出が必要であり、そのことを「出捐^{しゅつせん}」という。出捐はあくまでも「寄付」である。寄付とは、一般的には、「⁶⁾ 公共事業または社寺などに金銭・物品を贈ること」をいう。財団法人は、ある主体が一定の目的のため提供・寄付した財産に法律上の人格を与え、それが独立した権利義務の主体となるようにしたものである。

財団設立の目的で財産を寄付することを寄附行為というが、寄附行為という言葉は別の意味でも用いられる。それは、財団法人の組織及び運営を定めた根本規則又はその書面のことで、一般的にはこの書面としての寄附行為のことをいう場合が多く、社団法人の定款にあたるものである。

寄附行為に記載する内容は、民法第39条で「目的、名称、事務所の所在地、資産に関する規定、理事の任免に関する規定」の5項目が必要的記載事項となっている。このほかに寄附行為に記載するかしないかが、自由に任されている任意的記載事項として、監事、理事会、事務局、会計、寄附行為の変更、⁷⁾ 解散、⁸⁾ 残余財産の処分等に関する事項がある。

3) 公益とは、積極的に不特定多数のものの利益の実現を目的とするものでなくてはならない。営利を目的としないとは、法人関係者（役職員、会員、寄付者等）に法人の利益を分配したり、財産を還元しないということである。

4) 以下の財団法人の解説は、財団法人公益法人協会のホームページの用語解説を参考にしている。

5) 現行制度では、財団法人は全て公益目的を持って設立を主務官庁から許可される。しかし、許可後のチェックがないため、公益目的達成のミッションが薄らいでいる財団法人も存在している事実も指摘されている。また、収益事業の割合が大きくなっている財団法人が存在するといわれている。

6) 広辞苑より

7) 民法68条では財団解散事由として4つをあげている。① 寄附行為で定めた解散事由の発生 ② 法人の目的である事業の成功又はその成功の不能 ③ 破産手続開始の決定 ④ 設立の許可の取消しがそれである。

8) 残余財産の処分については、同種の事業を行う公益法人や市町村に寄付することによってのみ処分できるとされている。寄附行為に処分方法を明記している場合もある。

この寄附行為に基づいて理事が選任され、法人の目的の実現に必要な事業を行い、法人の財産の管理運営にあたる。出捐した寄付者の権限は、寄附行為を作成するところまでで、法人運営にまでは及ばないとされている。それは、寄付という行為の性質上、金品等を贈った後に実質的な権利を伴わないからである。設立後は、寄附行為により選任された理事に権限が与えられる。

財団法人の設立は、市町村だけに認められているものではなく、主務官庁の許可があれば、個人でも企業でも財団法人を設立できる。市町村が基本財産を出資し設立した財団法人を外郭団体と呼び、市町村と一体となり公益を支える。

ただし、元は税金とはいえ、市町村が基本財産として出捐した寄付についても、先に述べたように、設立時に定める寄附行為で目的や理事選任方法等を明確にするとところまでが意思の及ぶ範囲で、その後は寄附行為に基づいて選任された理事が出資者から独立して財産の管理運営、財団法人の設立目的の実現に向けた事業実施をすることになり、設立以降直接市町村の意思を及ぼすことができない。

では、出資した市町村と出資を受けた財団法人との間に、どのような関係が出てくるのであろうか。市町村が出捐するためには、地方自治法237条2項の規定により議会の議決が必要となる。さらに、議決を得て出資した出捐金は、⁹⁾ 地方自治法238条1項7号の規定により「出資による権利」として公有財産として管理することになる。ただし、出資による権利は、同施行規則16条の2により、財産台帳に記載し記録・保存するとされているだけであり、出捐により何ら個別具体的な財産的権利はないとされている。あくまで、市町村が出資する場合の原資は税であり、その出資状況を台帳上で管理するため地方自治法で定められている。

その他の項目も含め、地方自治法に出資法人との関係がある規定について、別表1で整理した。これらの規定は、財団法人だけでなく、市町村が出資している法人全てにあてはまる。原資が税であっても、市町村の意思を財団法人に対して及ぼすことはできないが、これら地方自治法の規定により、実質的には「出資による権利」以上の意思を働かせることができる。例えば、理事・監事等を財団法人に送り込むことや監査での指導、あるいは予算調査権

9) 出資による権利は、昭和38年6月8日に規定された。

等を通じ、間接的に法人運営上の発言権を持っているという側面もあり、個人あるいは法人が出資した場合以上の権利が認められている。

財団法人は設置目的を達成することをミッションとして設立された法人である。ミッションがなくなれば当然、解散することを前提としており、そのため自由裁量の範囲とはいえ、寄附行為で解散について定める場合が多い。ただし、解散についての決定を行うのは、財団法人側であり、市町村が強制できるものではない。また、出捐（寄付）という性質上、基本財産に出資した資金の返還を直接的に求めることもできない。

3. 公益法人改革の背景と概要

では、財団法人のおかれている現状はどのようなものか。今、公益法人は大きな転機にたっている。「公益法人ビックバン」といわれる3つの大改革が同時に進んでいるからである。3つの改革とは、¹⁰⁾ 約20年ぶりの改定になる公益法人会計基準の見直しと110年ぶりとなる民法の改正に伴う3法の公布と¹¹⁾ 約60年ぶりとなる非営利法人税制の見直しである。

公益法人改革が正式に議論の中に登場するのは、平成12年12月1日に閣議決定された行政改革大綱（以下、「12年大綱」という。）である。12年大綱は¹²⁾ KSD事件と時をほぼ同じくして出てきたことになる。KSD事件が発覚し公益法人等を含む特殊法人与政治家、あるいは主務官庁との癒着が取りざたされ、公益法人改革の必要性が強くいわれた。そのことを12年大綱は如実に反映している。

公益法人改革の流れと内容について別表2をもとに見ていくと、12年大綱の中で公益法人改革は、「¹³⁾ 5 公益法人に対する行政の関与の在り方の改革」として、その問題を提起されている。その後、別表2のとおり、12年大綱に基づき行政から公益法人への委託等に関する業務の総点検が行われている。3つの改革の入り口は、KSD事件等で失墜した公益法人への信頼回復であり、¹⁴⁾ 不祥事の撲滅といったことであった。

10) これまでの基準は昭和62年4月から実施されているものであった。

11) 公益法人の税法上の収益事業課税制度は、昭和25年から始まった。現在の税率は、普通法人30%に対し、公益法人22%である。

12) 旧ケーエスデー中小企業経営者福祉事業団による汚職事件。

13) 中身を見てみると、(1) 委託等、推薦等に係る事務・事業の見直し (2) 財政負担の縮減・合理化として取り上げられており、KSD事件への対応と考えられる。

しかし、このことだけで背景を片付けるのは充分ではない。ここで、公益法人改革が行政と公益法人との関係にとどまらず、3法の公布により、公益法人制度の抜本的な改革に結実した要因として、平成10年のNPO法（特定非営利活動推進法）の制定・施行は見逃せない。さらに、阪神大震災を契機としたボランティア活動や市民活動への関心の高まりが、平成13年4月の小泉内閣の登場で公共の担い手に対する考えを大きく変えることになる。官から民へという流れが公益法人制度改革も加速させることになり、別表2のとおり平成14年3月29日に「¹⁵⁾ 公益法人制度の抜本的改革に向けた取組み」が閣議決定され、政府においても抜本的な改革に着手することとなる。システムとして、積極的に民間非営利活動を位置づけ、諸制度の抜本的な見直しに言及し、単なる不祥事の撲滅といった視点から脱却し、公益法人制度そのものの議論が遡上にのぼることになった。

また、最近の行政出資法人の破綻による公的資金での補填などが続き、出資法人の経営状況を明らかにする必要性の高まりも背景にある。

以上のとおり、不祥事から始まった公益法人改革は、国会の付帯決議にもある「行政改革を進める上で、『民間が担う公益』の重要性がますます増大し、その担い手である非営利法人の役割が今後の我が国の社会を活力あるものとするには不可欠である」という¹⁶⁾ 背景で進んでいるという認識で、市町村としても捉えていく必要がある。

では、3つの大改革の具体的な内容について検証してみる。会計基準であるが、平成18年4月以降速やかに新会計基準への移行が求められている。今回の会計基準の改正の目的としては、国際的な調和を図ること、企業会計の考え方を大幅に入れることにより経営状況を把握すること、市民（納税者）に理解しやすい仕組みにすることにある。ここにも、不正の撲滅や透明性の

14) 平成14年3月29日閣議決定「公益法人に対する行政の関与の在り方の改革実施計画」によって、行政委託型法人についての見直しの議論は一旦結実した。別表2を参照いただきたい。

15) この中で、「最近の社会・経済情勢の進展を踏まえ、民間非営利活動を社会・経済システムの中で積極的に位置付けるとともに、公益法人について指摘される諸問題に適切に対処する観点から、公益法人制度について、関連制度（NPO、中間法人、公益信託、税制等）を含め抜本的かつ体系的な見直しを行う。」とされている。

16) 再度、別表2を参照いただきたい。検討の過程で、論点・課題を整理し、公表したうえで、公益法人関係者を含む有識者等のヒアリング・議論を経て、国民の意見も踏まえて制度改革は行われた。公益の担い手となる者の意見を取り入れながら制度改革がまとまっていった状況をご理解いただけるであろう。

確保、破綻を未然に防ぎたいとの背景に応じた対策が盛り込まれている。

民間非営利活動を活性化させたいとの思いは、もう一つの見直しが進められている¹⁷⁾ 税制改正の議論にも反映されている。それは、寄付金優遇制度が拡充の方向にあることだ。これまで基準が高く、ほとんどの公益法人が寄付税制の¹⁸⁾ 優遇を受けられなかったことを考えると大きな進歩である。また、現行税制上、収益事業と公益事業の分類が実際に即していないとの批判があり、その検討も行われることになっている。

さらに、民法改正による、民間が担う公益の実現を目指した、¹⁹⁾ 公益法人制度改革3法である。3法が施行されれば、各監督官庁の許可制が廃止され、剰余金の分配を目的としない法人であれば準拠主義（登記）で法人を設立できるようになる。ここで認められた法人を「一般社団法人」「一般財団法人」という。これら「一般」とつく法人は、公益性の有無を問われずに設立できる。逆にいうと、「一般」とつく名の法人は公益性がないということである。公益性があると認められた法人を、「一般」と区別するため、²⁰⁾ 「公益社団法人」「公益財団法人」と呼ぶこととし、「公益」を名乗るのは、認定を受けた公益法人のみに認められることになる。その認定機関として、内閣府に設置される²¹⁾ 第三者機関「公益認定等委員会」が、公益性の認定や取り消しの判断をする。

一般法は344条からなり、剰余金の分配を目的としない社団または財団を設立する場合の機関、定款等について定めている。今後、新たに一般社団・財団法人の認可を得る場合も、既存の社団・財団法人が5年の移行期間内に

17) 多くの識者も指摘しているが、公益法人制度改革と一体で議論をすべきであった。先延ばしされた税制についての税制調査会等の議論で、税制優遇の一方で、収益事業課税が強化される可能性が示されている。今後の議論の推移に、注目しておく必要がある。

18) 特定公益増進法人として指定された公益法人等に対する寄付金は、一般の寄付金とは別枠で、同額までの損金算入が認められる。しかし、実際指定されているのは、財務省の報告によると、平成18年4月1日現在891法人である。

19) 実際、3法を見るだけでは、詳細までは見えてこない。今後制定される政省令に委ねられた個々の取り決めが見えてきて、初めて制度の詳細が明らかになるため、国レベルでの検討が進められることになる。ただし、改正の大枠が見えたことは確かである。

20) 「公益」と名乗ることのできる公益法人が、先の寄付金税制等を受けることができることになる。

21) 平成19年中に発足するこの委員会の役割は大きい。監督官庁との癒着等、過去の負の遺産を継承することのないようしっかり役割を果たす必要がある。そのポイントは透明性の確保であろう。納得性の高い委員選定、情報の開示等が求められる。なお、都道府県にも同様の機関が設置される

一般社団・財団法人の認可を得る場合でも、この法の要件を満たすことが条件となる。認定法は66条からなり、一般社団・財団法人の認可を受けた法人のうち、公益性の有無を判定する²²⁾ 基準等を定めている。これまでは、社団法人や財団法人の設立の許可や監督を主務官庁の裁量により行うこととしていた制度を大幅に改めたものである。この法で認定された法人が、先ほど述べた「公益社団法人・公益財団法人」である。整備法は121条からなり、一般法および認定法の施行に伴う、民法その他の関連法の整備等に関するものである。既存の公益法人が、法施行までの準備期間と法施行から移行期間中の取り扱いについて定めている。整備法により、現行の民法34条に基づき設立された公益法人は、平成20年の新制度施行日から、「特例社団法人」または「特例財団法人」（総称して「特例民法法人」という）と呼び、そのまま存続することになる。特例民法法人は、移行期間と定められた5年後の平成25年までは「社団法人」「財団法人」という名称を引き続き使用でき、²³⁾ 平成25年までに、一般社団・財団の認可または公益社団・財団の認定を受けることになる。

4. これからの公益法人と市町村との課題

ここまで見てきたとおり、財団法人を含めた公益法人はいやがうえにも、公益法人制度改革への対応を行うことになる。最後に、市町村が対応を検討するにあたっての視点として、2つのポイントを指摘したい。1つは、出資という点に着目すること、もう1つは制度改革の意図に着目するということである。

まず、出資という点である。寄付者が財団運営に対して権限を有していない以上、公益法人制度改革への対応も、一義的には財団法人の意思決定に委ねるしかない。財団法人は、自らの意思で、公益財団法人に移行する申請をするか、一般財団法人に移行する申請をするかを選択することになる。仮に、一般財団法人に移行する選択をした場合にどう考えたらいいか。また、公益財団法人に認定されない場合、どのように考えたらいいか。筆者は、市町村にとっては、出資をして設立した財団法人が、公益財団法人でなければ

22) 基準については、認定法5条に18の要件が定められている。

23) 移行期間満了日が過ぎても公益性の認定や一般の認可を受けない場合は、解散することになる。

存在意義を失っているといえるのではないかと考えている。

仮に、一般財団法人への道を選ぶ、あるいは公益財団法人に認定をされない財団法人は、公益性が認められなくなった以上、民法に規定される解散事由である「法人の目的である事業の成功又はその成功の不能」ということをいえると思う。もちろん、現行法の適用を受けるわけではないが、今回の制度改革は²⁴⁾公益性を重視している。税金の出資の適否と考えあわせると、決して一般財団法人を認めることはできない。一般財団法人に認可された団体には、解散を勧告すべきである。もちろん、既存の財団法人には、公益事業・収益事業は別にして、事業を実施している。事業がある以上、組織の存続を否定するものではないので、公益性を失っているなら、²⁵⁾法人形態を変えて、新たな法人として再出発を目指すのもよい。いずれの選択でも、市町村としては、公益財団法人にならなかった出資財団法人に解散を求め、残余財産の処分にあたって、財団法人から市町村に寄付を求めるべきである。決して、強制できることではなく、財団法人が意思決定すべきことではあるが、出資の観点から市町村は、その時点で財団法人に対して、公益財団法人を目指すように働きかける、もしくは法人形態の転換を働きかけるなどの対応が必要である。

もし、一般財団法人になった場合、税で出資した基本財産が市町村の意思（設立時に定めた公益目的）に反した使い方がされるかもしれない。制度的に、3法の中でも、公益目的に出捐された財産は、公益目的以外に使うことを許さないための措置が講じられている。仮に一般財団に認可されれば、公益法人時点での財産、すなわち公益目的で取得した財産については、公益目的で使用する計画を作成し、使わなくてはならない規定になっている。この財産に含まれるものは、現時点では明確にされていないが、基本財産はその典型であり、基本財産を公益目的に使用することは義務付けられることになるだろう。この使用計画を作成するのも、事業を実施するのも財団法人である。ここでも市町村に使用方法を強制する権限はない。働きかけだけである。出資した出捐金が出資目的以外に使われることのないためにも、税に対する

24) これまでの民法下では法人設立と公益性の認定はセットでされていたが、今回の制度改革では法人設立を準拠主義で認め、公益性と切り離し別の基準（認定法）で認定するというやり方に変わる。これは、公益性を厳密に取り扱うための措置である。

25) この場合、財団法人としては解散し、株式会社やNPO法人になることである。

責任を果たすためにも、公益財団法人への移行を、財団法人とともに目指すべきである。

もう1つの制度改革の意図という点についてである。今回の公益法人制度改革の主目的は、非営利活動の活性化にある。法的には、3法とNPO法との整理は先延ばしされているとはいえ、市場開放の流れや外郭団体への批判についてもしっかりと目を向けた上で、市町村としては、どういったサービスをどういった体制で行っていくかという、あるべき姿をしっかりと見据えた上で、公益法人改革に臨まなくてはならない。

行政を取り巻く厳しい環境の中、市町村は外郭団体との関係見直しを図っていくことになる。国からは、行政改革大綱の見直しと集中改革プランの公表を求められているが、その中で第3セクターの抜本的な見直しを強く求められている。また、それ以上に現在の社会情勢を考えると、外郭団体の自立は時代の要請でもある。

また、市町村出資の財団法人は、そのほとんどが、行政補完型の法人であるといえる。それらを性質的に大別すると2つに分けることができる。一つは、²⁶⁾公の施設の管理を行うことを任務としている法人であり、もう一つは事業を実施する法人である。前者と後者では、少しおかれている現状は異なる。前者は、指定管理者制度の創設により、公共的団体でなくても、公の施設の管理をすることができるようになり、公の施設を管理運営することを目的に掲げている公益法人の存在意義が問われている。既に、指定管理者選定で民間企業に敗れ、²⁷⁾解散を余儀なくされた公益法人も存在している。後者でも、²⁸⁾外郭団体の見直しは各地で始まっている。これらの動きは、公共を担う主体の広がりや、官から民への流れにほかならない。

筆者は、これらの状況に財団法人が置かれていることは必然であると考えている。市町村には、まず財団法人の活動領域が今も存在するかを公益性の観点から²⁹⁾検証する必要がある。存在理由が財団法人で働く人達の雇用を守

26) 公の施設でも、文化施設のように施設の管理を行うだけではなく事業をセットで行う法人もあれば、駐車場のよう事業を実施しないで施設管理だけを行う法人もある。

27) 文化施設を管理運営し、財団改革の先駆者として注目を集めていた葛飾区文化国際振興財団も、指定管理者選定に敗れ、平成18年3月末をもって解散している。

28) 長野県をはじめ各地で、独自に外部の委員をいれた外郭団体の見直しを行っている。

29) 仮に、非営利での活動よりも収益事業の割合が大きくなっている財団法人も、別の法人（例えば、株式会社等）への転換を進めるべきである。

るという理論だけでは、決して住民の理解は得られない。しっかりと検証し、政策推進に必要なだと認めることのできる財団法人で、公益財団法人に認定された公益法人に対しては、市町村とともに公益を担うものとして³⁰⁾ 明確に位置づけをすべきである。もちろん、このことは外郭団体として、市町村の傘の下に安穩と過ごすことができる状態をつくることを意味しない。公益財団法人に認定されることで、これまでの単なる行政補完的な機能しかない財団法人ではなく、公益財団法人自身のミッションを主体的に達成させる市町村から自立した法人を目指すことで、大きな存在意義ある組織となる。市町村が出資し設立した公益財団法人であれば、市民サービス向上を市町村だけでなく、³¹⁾ 市民とのパートナーシップに基づき進めていくことが、設置時のミッションにも合致するはずである。市民に支持される公益財団法人となることを求めることが、公益財団法人の生き残りというだけではなく、非営利活動の活性化につながり、ひいては豊かな地域社会の充実につながるはずである。

公益認定委員会の認定の始まるのは、³²⁾ 平成20年からである。しかし、財団法人がどのような道を歩むかの検討は、すでに始まっている。市町村としても、どのようなスタンスで、外郭団体である財団法人が検討するかは重要な問題である。また、市町村の外郭団体の窓口担当だけではなく、様々な部署に関係してくる問題になると思われる。平成20年まで2年しかない。一刻も早い検討が求められる。

30) 例えば、文化施設について、市町村ごとのミッションに違いはあったとしても、筆者は政策推進上、公益性の重視が必要であると考えている。仮に、公益財団法人が指定管理者として管理代行を行っているような場合は、非公募で随意指定の選定をし、継続した文化振興を担当させるなどの方法で位置づけを明確にする必要があると考える。なお、文化施設の指定管理者制度の考え方については、小林真理編著『指定管理者制度－文化的公共性を支えるのは誰か－』時事通信出版局、平成18年7月を参照いただきたい。筆者は9章「指定管理者制度を利用した芸術文化政策の実現」を担当しており、その拙稿の中で、指定管理者の選定や評価についての見解を明らかにしている。

31) 寄付税制の改正により、市民に支持される財団法人は寄付を多く集めることも可能となるはずで、パブリックサポートテストという考え方もあり、公益を担うにふさわしい法人として認知されるはずである。

32) 平成18年9月をもって既存施設の指定管理者制度への移行は1つの区切りを迎えたが、多くの施設は指定期間を3年から5年としている。そういった施設は、一般または公益財団法人への移行期間と次の指定管理者選定が重なる。その初年度は平成20年、西暦2008年であり、団塊の世代の大量退職をむかえる2007年問題にあって「2008年問題」と名づけ、指定管理者選定と公益法人制度改革をあわせて検討するよう問題提起をしておきたい。なお、八尾市と財団法人八尾市文化振興事業団で公立文化施設を対象に指定管理者制度と公益法人制度改革の取り組み状況の調査を行った。結果は八尾市文化会館プリズムホールホームページ(<http://prismhall.jp/>)に掲載されているので参照されたい。

(追記)

公益法人制度改革は、日々検討が進められている旬のテーマであり、刻一刻、状況は動いている。しかし、本稿は平成18年7月末に記したものであるため、現時点で加筆すべき事項が多く発生している。

例えば、第三者機関である「公益認定等委員会」の検討状況などが刻々と情報として入ってきている。また、新聞各社の報道によると、滋賀県栗東市の栗東芸術文化会館「さくら」の指定管理者制度導入に伴う雇用問題で、滋賀県労働委員会は10月31日、国松正一栗東市長に対し、「元管理団体の財団法人栗東市文化体育振興事業団の労働組合との団体交渉を拒否したことは不当労働行為にあたる」として、労組に謝罪するよう命じた」とのことである。県労働委員会が、市と事業団職員との間に直接的な雇用関係は認められないとしながらも「市は事業団に大きな影響力を及ぼしている」との見解を示したことは、今後の市町村と出資公益法人との関係を考える上でも重要な判断である。

県労働委員会の下した判断の詳細は、現在のところ明らかでないが、この事例に代表されるような、日々変わっていく状況については、特に加筆修正を行っていない。市町村はこれらの動きを敏感にキャッチしなければならない旨を申しそえておきたい。

(参考文献等)

月刊公益法人 平成16年4月号から平成18年7月号 全国公益法人協会発行
非営利法人 平成16年4月号から平成18年7月号 全国公益法人協会発行
公益法人白書 公益法人に関する年次報告 平成17年版
総務省大臣官房管理室（公益法人行政推進室）／編集、セブンプランニング、
2005年8月発行
行政改革推進事務局ホームページ
総務省ホームページ
財団法人公益法人協会ホームページ
東京都葛飾区ホームページ
長野県ホームページ

別表 1 地方自治法に規定される出資法人との関係条文

項 目	地 方 自 治 法	地 方 自 治 法 施 行 令
出資による 権 利	第238条 この法律において「公有財産」とは、普通地方公共団体の所有する財産のうち次に掲げるもの（基金に属するものを除く。）をいう。 7 出資による権利	
理事・幹事 就 任	第142条 普通地方公共団体の長は、当該普通地方公共団体に対し請負をする者及びその支配人又は主として同一の行為をする法人（当該普通地方公共団体が出資している法人で政令で定めるものを除く。）の無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役若しくはこれらに準ずべき者、支配人及び決算人たることができない。	第122条 地方自治法第142条に規定する当該普通地方公共団体が出資している法人で政令で定めるものは、当該普通地方公共団体が資本金、基本金その他これらに準ずるものの二分の一以上を出資している法人とする。
予 算 調 査	（予算の執行に関する長の調査権等） 第221条 普通地方公共団体の長は、予算の執行の適正を期するため、委員会若しくは委員又はこれらの管理に属する機関で権限を有するものに対して、収入及び支出の実績若しくは見込みについて報告を徴し、予算の執行状況を実地について調査し、又はその結果に基づいて必要な措置を講ずべきことを求めることができる。 2 普通地方公共団体の長は、予算の執行の適正を期するため、工事の請負契約者、物品の納入者、補助金、交付金、貸付金等の交付若しくは貸付けを受けた者（補助金、交付金、貸付金等の終局の受領者を含む。）又は調査、試験、研究等の委託を受けた者に対して、その状況を調査し、又は報告を徴することができる。 3 前二項の規定は、普通地方公共団体が出資している法人で政令で定めるもの、普通地方公共団体が借入金の元金若しくは利子の支払を保証し、又は損失補償を行う等その者のために債務を負担している法人で政令で定めるもの及び普通地方公共団体が受益権を有する信託で政令で定めるものの受託者にこれを準用する。	（普通地方公共団体の長の調査等の対象となる法人等の範囲） 第152条 地方自治法第221条第3項に規定する普通地方公共団体が出資している法人で政令で定めるものは、次に掲げる法人とする。 1 当該普通地方公共団体が設立した地方住宅供給公社、地方道路公社、土地開発公社及び地方独立行政法人 2 当該普通地方公共団体が資本金、基本金その他これらに準ずるものの二分の一以上を出資している民法第34条の法人、株式会社及び有限会社
経 営 状 況 説 明 資 料	（財政状況の公表等） 第243条の3 普通地方公共団体の長は、条例の定めるところにより、毎年二回以上歳入歳出予算の執行状況並びに財産、地方債及び一時借入金の現在高その他財政に関する事項を住民に公表しなければならない。 2 普通地方公共団体の長は、第221条第3項の法人について、毎事業年度、政令で定めるその経営状況を説明する書類を作成し、これを次の議会に提出しなければならない。 3 普通地方公共団体の長は、第221条第3項の信託について、信託契約に定める計算期ごとに、当該信託に係る事務の処理状況を説明する政令で定める書類を作成し、これを次の議会に提出しなければならない。	（法人の経営状況等を説明する書類） 第173条 地方自治法第243条の3第2項に規定する政令で定めるその経営状況を説明する書類は、当該法人の毎事業年度の事業の計画及び決算に関する書類とする。 2 地方自治法第243条の3第3項に規定する政令で定める書類は、信託契約で定める計算期ごとの事業の計画及び実績に関する書類とする。
監 査 委 員 監 査	第199条 監査委員は、普通地方公共団体の財務に関する事務の執行及び普通地方公共団体の経営に係る事業の管理を監査する。 7 監査委員は、必要があると認めるとき、又は普通地方公共団体の長の要求があるときは、当該普通地方公共団体が補助金、交付金、負担金、貸付金、損失補償、利子補給その他の財政的援助を与えているものの出納その他の事務の執行で当該財政的援助に係るものを監査することができる。当該普通地方公共団体が出資しているもので政令で定めるもの、当該普通地方公共団体が借入金の元金又は利子の支払を保証しているもの、当該普通地方公共団体が受益権を有する信託で政令で定めるものの受託者及び当該普通地方公共団体が第244条の2第3項の規定に基づき公の施設の管理を行わせているものについても、また、同様とする。	第140条の7 地方自治法第199条第7項後段に規定する当該普通地方公共団体が出資しているもので政令で定めるものは、当該普通地方公共団体が資本金、基本金その他これに準ずるものの四分の一以上を出資している法人とする。
出 資	（財産の管理及び処分） 第237条 この法律において「財産」とは、公有財産、物品及び債権並びに基金をいう。 2 第238条の4第1項の規定の適用がある場合を除き、普通地方公共団体の財産は、条例又は議会の議決による場合でなければ、これを交換し、出資の目的とし、若しくは支払手段として使用し、又は適正な対価なくしてこれを譲渡し、若しくは貸し付けてはならない。 3 普通地方公共団体の財産は、第238条の5第2項の規定の適用がある場合で、議会の議決によるときでなければ、これを信託してはならない。	

別表2 公益法人制度改革の検討経過

平成12年 12月1日	行政改革大綱	閣議決定	行政運営に強力な影響力を持つ行政改革大綱が閣議決定される。 今後の行政改革の重要課題として、特殊法人等の改革、公務員制度改革など、新たな時代にふさわしい行政組織・制度への転換を目指すこと、国と地方の関係を見直し地方分権を進めること、規制改革の推進、電子政府の実現などを掲げている。 公益法人改革も柱の一つとして「Ⅰ 行政の組織・制度の抜本改革 5. 公益法人に対する行政の関与の在り方の改革」として取り上げられ、公益法人に対する行政の関与のあり方について改革を行う方向性を示したものである。
平成13年 4月13日	国所管の公益法人の総点検の結果について	公表	公益法人の不祥事が社会的に大きな問題となり、マスコミ等による批判を踏まえ、平成13年1月30日、閣議後の関係懇談会において、行政改革担当大臣から各閣僚に対し、それぞれの府省の権限に基づき、国が所管する約7,000の公益法人について総点検を行うよう要請が行われ、各府省が総点検を行い、行政改革推進事務局に結果を報告、公表した。
	行政委託型公益法人等改革の視点と課題	公表	行政改革大綱（平成12年12月1日閣議決定）に基づき、国所管の公益法人の総点検結果も踏まえ、各省庁が検査や認定、あるいは補助金などを委託している「行政委託型法人」を対象にした公益法人改革の事務的な指針となる「行政委託型公益法人等改革の視点と課題」を報告、公表した。 この事務指針に基づき、更ごころを目的に基本的な考え方を整理していくことになり、指針の中で委託・推薦などの事務・事業の見直しや「第三者分配型」補助金等、「補助金依存型」法人の見直しも示している。また、国との関係が密接な公益法人に対する新たなルールの検討の必要性にもふれ、公益法人制度の抜本的改革の必要性に言及している。
平成13年 7月23日	行政委託型公益法人等改革を具体化するための方針等について	公表	行政改革大綱（平成12年12月1日閣議決定）に基づき、国所管の「行政委託型法人」を対象にした抜本的改革についての問題点を整理し、制度の廃止や見直しなどを項目ごとに明らかにする今後の方針を決定し公表した。 この方針に基づき、個別具体の事務・事業等の見直しを行い、平成13年度中を目途に実施計画を決定する。その上で、平成17年度末までのできる限り早い時期に実施計画に沿った改革を実施することを目指した。
	公益法人制度についての問題意識 －抜本的改革に向けて－		平成13年4月13日「行政委託型公益法人等改革の視点と課題」の中で、事務局として、公益法人制度の抜本的改革の必要性を指摘したことに基づき、事務局の現時点の考え方を公表した。 約26,000法人ある公益法人の活動内容は多種多様で、政府にも営利法人にもない分野で、広く社会全般の利益に資する活動を展開していると公益法人の意識を認めつつ、一方で民法制定以来、100年以上にわたって基本的には変更されていない公益法人のあり方に対する批判や問題点を指摘した。その上で、NPO法人や中間法人などの非営利法人制度が制度化される中にあって、今後の公益法人の果たすべき姿を見据えた抜本的な制度改革の必要性を訴えた。
平成14年 3月29日	公益法人に対する行政の関与の在り方の改革実施計画	閣議決定	行政改革大綱（平成12年12月1日閣議決定）に基づき、行政委託型公益法人等改革を具体化するための方針等について（平成13年7月23日）で定めた実施計画を閣議決定した。 国から公益法人が委託・推薦等を受けて行っている検査・認定・資格付与等の事務・事業及び国からの公益法人への補助金・委託費等について、行政の一層の透明性、効率性、厳格性を確保するという観点から、平成17年度末までに改革を完了することを目指した計画となっており、府省ごとに具体的な措置内容を明らかにしている。 この計画による改革の進捗状況は、毎年度公表するものとして、閣議決定され、行政委託型法人についての見直しの議論は一旦結実した。
	公益法人制度の抜本的改革に向けた取組みについて		民間非営利活動を社会・経済システムの中で積極的に位置付けるとともに、公益法人について指摘される諸問題に適切に対処する観点から、公益法人制度について、関連制度（NPO、中間法人、公益信託、税制等）を含め抜本的かつ体系的な見直しを行うことを閣議決定した。 また、具体的な検討のため、平成14年度中を目途に「公益法人制度等改革大綱（仮称）」を策定し、改革の基本的枠組み、スケジュール等を明らかにし、平成17年度末を目途に、実施するために必要な法制上の措置などを行うことをあわせて決定した。
平成14年 4月13日	公益法人制度の抜本的改革の視点と課題について	公表	公益法人制度の抜本的改革に向けた取組みについて（平成14年3月29日閣議決定）に基づき、事務局として考えている改革目的、重要性、方向等につき整理し、公表した。
平成14年 4月～6月	公益法人制度に関する有識者からヒアリング	全6回	公益法人制度の抜本的改革に向けた取組みについて（平成14年3月29日閣議決定）では、公益法人制度の抜本的かつ体系的な見直しに当たっては民間有識者の協力のもと進めるとなっており、事務局で整理した公益法人制度の抜本的改革の視点と課題（平成14年4月13日）に基づく有識者のヒアリングを全6回、実施した。 公益法人の設立・公益性判断、公益法人の運営のあり方、公益法人の税制、公益法人から中間法人、営利法人への移行などに対する意見が、有識者から出された。
平成14年 8月～9月	公益法人制度の抜本的改革に向けて（論点整理）	公表	ヒアリング等を踏まえて、公益法人改革の論点を整理し8月2日から9月10日までの期間で、広く意見を公募した。 整理された論点として、公益法人制度の抜本的改革の必要性にふれ、非営利法人制度改革の方向を法人類型等を2種類の改革パターンとして示しただけでなく、適正運営の確保や税制上の措置や今後の予定を公表し、意見を求めた。
平成14年 10月17日	公益法人制度の抜本的改革に向けて（論点整理）に対する意見概要	公表	平成14年8月2日から平成14年9月10日までで行政改革推進事務局ホームページなどへの掲載により周知を図り、電子メール、FAX等により意見を募集した。寄せられた意見は161件（団体47件、個人114件）で、概要を公表した。
平成14年 11月～平成15年 1月	公益法人制度の抜本的改革に関する懇談会	全7回	公益法人制度の抜本的改革に向けた取組みについて（平成14年3月29日閣議決定）で平成14年度中に策定を目指した「公益法人制度等改革大綱（仮称）」を検討するため、10名の委員による懇談会を平成14年11月1日から平成15年1月30日の全7回、実施した。 公益法人制度の抜本的かつ体系的な見直しに当たっては民間有識者の協力のもと進めるとなっており、この懇談会もその一環である。 これまでヒアリング結果などを踏まえ事務局で進めてきたものや意見公募により寄せられた意見などをもとに、公益法人改革の内容につき、様々な立場からの意見交換を行う場である。
平成15年 6月27日	公益法人制度の抜本的改革に関する基本方針について	閣議決定	公益法人制度の抜本的改革に向けた取組みについて（平成14年3月29日閣議決定）で目指した抜本的な公益法人改革の議論が様々な議論やヒアリングなどの結果として結実したことを受け、その成果を基本方針として閣議決定した。 今後、平成16年度末までにさらに基本的枠組みを検討し、平成17年度末までに実施するために必要な法制上の措置などを行うことをあわせて決定した。 決定された内容としては、公益性の有無に関わらず準則（登記）で設立できる非営利法人制度を創設すること、税制上の取扱いなどの課題について方針が明らかにされた。
平成15年 11月～平成16年 11月	公益法人制度改革に関する有識者会議 全26回 非営利法人WG 全14回	有識者会議 全26回 非営利法人WG 全14回	公益法人制度の抜本的改革に関する基本方針（平成15年6月27日閣議決定）を踏まえ、公益法人制度改革に関する有識者会議を平成15年11月28日から平成16年11月16日までの全26回、非営利法人ワーキング・グループを平成15年12月8日から平成16年10月1日までの全14回開催し、平成16年度末を目指し、公益法人制度改革の基本的な枠組みを検討した。 基本方針において、「新たな制度の検討状況を適時に公表し、広く国民の理解を得つつ、改革を推進する」となっており、平成16年3月までの議論を公表し、一般の意見も参考にしながら議論を集約するため、平成16年3月31日に「議論の中間整理」を公表。 それらの経過を踏まえ、平成16年11月19日に公益法人制度改革に関する有識者会議報告書を公表し、公益法人改革の基本的な枠組みについての提言を行った。
平成16年 12月24日	今後の行政改革の方針	閣議決定	行政改革大綱（平成12年12月1日閣議決定）に基づき、特殊法人等改革、行政委託型公益法人等改革、政策評価制度の導入などを進めてきたが、引き続き、構造改革の重要な柱の一つとして、「民間にできることは民間に」、「地方にできることは地方に」等の観点から強力に推進していく必要があり、新行政改革大綱として、今後の行政改革の方針を閣議決定した。 この新行政改革大綱の中で公益法人制度の抜本的改革の基本的枠組みが、有識者会議報告書（平成16年11月29日）の提言を受けて、定められた。 基本的仕組みとは、現行の公益法人の設立の許可主義を改め、法人格の取得と公益性の判断を分離することとし、公益性の有無に関わらず、準則（登記）により簡便に設立できる一般的な非営利法人制度を創設すること、各官庁が裁量により公益法人の設立許可等を行う主務官庁制を抜本的に見直し、民間有識者からなる委員会の意見に基づき、一般的な非営利法人について目的、事業等の公益性を判断する仕組みを創設することなどである。 また、その法律案を平成18年の通常国会に提出することも決定された。

行政改革推進事務局ホームページ等を参考に、筆者作成

マッセOSAKA研究紀要 第10号

平成19年3月発行

編集・発行：財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター
〒540-0008

大阪府中央区大手前3-1-43
大阪府新別館南館6階

TEL 06-6920-4565

FAX 06-6920-4561

E-mail center-tr@masse.or.jp

協会HP <http://www.masse.or.jp/>