安田火災記念財団叢書No. 45

民間公益活動の社会的役割に関する研究

－福祉分野－

財団法人公益法人協会編

平成７年５月

財団法人安田火災記念財団

はしがき

高齢化が急速に進む中で、高齢者福祉分野の民間公益活動に対する期待が高まっていますが、民間部門がどのような役割を果たすべきかについては、これまであまりまとまった議論が行われてこなかったのが実情です。そこで、㈶公益法人協会では、福祉問題の研究者計６名からなる民間福祉研究会（座長＝西村周三京都大学教授）を組織し、平成４・５年度の２年度間研究として、同分野における民間部門の望ましいあり方、今後の課題等に関する研究を実施しました。

研究会は、綿密な準備期間を経て平成４年10月に発足、以降、平成５年12月に至るまで９回にわたって討議を重ねました。この間、民間部門の位置づけを明確にするために、行政担当者を対象にヒアリングを行うとともに、全国の市町村の中から地域や人口規模等のバランスを考慮しつつ抽出した５００市町村に対し、高齢者福祉の現状、将来計画、民間福祉事業等に関する詳細なアンケート調査を実施しました。

本報告書は、以上のような研究活動の成果をとりまとめたものです。詳細は本文を見ていただきたいと思いますが、主要な結論は、今後の高齢者福祉においては従来の「官主導」から「官民の相互乗り入れ」への転換の視点こそ重要というもので、これは、今後の高齢者福祉のみならず福祉全般に当てはまることではないかと思われます。本報告書が行政担当者にとどまることなく幅広く福祉関係者に活用されることを望んでやまないゆえんです。

西村教授を始め研究会メンバー各氏には、ご多忙の中、たび重なる討議の末本報告書をとりまとめていただき、衷心より感謝申し上げます。併せて、本研究を資金面で支えてくださった㈶サントリー文化財団、㈶車両競技公益資金記念財団、㈶トヨタ財団、㈶日本生命財団及び㈶安田火災記念財団の５財団に対し深く感謝申し上げますとともに、本報告書の刊行を企画された㈶安田火災記念財団のご高配に対し厚く御礼申し上げる次第です。

財団法人公益法人協会
理事長　瀧寺洋一

民間福祉研究会

西村周三（座長。京都大学教授）
山崎泰彦（上智大学教授）
滝上宗次郎（滝上産業研究所所長）
木村陽子（奈良女子大学助教授）
今田　忠（㈶日本生命財団企画調査部長。当時）
安川文朗（㈶医療科学研究所研究員）

目　次

総論　21世紀の福祉需要と福祉供給……西村　周三……1

第１章　社会保障と老人福祉……西村　周三……9

第２章　現行老人福祉行財政の問題点

第１節　財政学の立場から……木村　陽子……24

第２節　行政における民営化路線……滝上宗次郎……47

第３章　介護の社会化と介護保険構想……山崎　泰彦……62

第４章　民間非営利活動活性化の条件

第１節　民間非営利組織制度の整備……今田　忠……79

第２節　福祉経営のあるべき姿……滝上宗次郎……93

第３節　民間非営利活動の役割……西村　周三……126

－過剰経済社会と不足経済社会における配分メカニズム－

資料編　老人保健福祉計画市町村アンケート調査について……安川　文朗……133

－集計結果からさぐる老人保健福祉計画の問題と自治体福祉のゆくえ－

本報告書は、研究会メンバー６氏が分担執筆しましたが、執筆時点は一様ではありません。各原稿の執筆時点は、末尾に括弧書きで表示しました。

（財公益法人協会）

総論　21世紀の福祉需要と福祉供給

西村　周三

1．はじめに

最近の世論調査では、現状のように高齢者の介護の大部分を家族に委ねることから、これに社会資源を投入すべきであるという見解が、急速に多くなってきた。特に興味深いのは、高齢者の介護に主に関わる女性に、圧倒的に介護の社会化を望む声が大きいという点である。「経験したものでないと分からない」という声も多く聞く。現在女性が介護の主たる担い手であるから当然の反応であろう。

しかしこれに対応してなされる諸政策は、必ずしも順調に推移しているとは思われない。以下に示すように、これが順調に進まない原因は、根が深い。現行の行財政制度はいうまでもなく、現在の日本経済の構造的な問題から、家族制度のあり方、民主主義のあり方など各種の制度がこの問題に関わりあっており、また国民の中にある福祉についての数多くの誤解も一層この問題を複雑にしている。本研究の目的は、これらの複雑に絡み合う糸をときほぐし、どこに改革の重点を置くべきかを論ずることにしたいが、最初の総論では、これからの福祉のあり方をめぐってもっとも重点をおいて考えるべき点を、問題提起の形で指摘することにしたい。

今後の福祉のあり方をめぐって、われわれが過去の呪縛から解放されるべきであると思われる点は、「公」の持つ意味を、これまでの「お上」という発想から解き放ち、真の「公」とは何かを明確にすることである。第２章で示されるように、福祉の需給をめぐる現行の行財政制度は様々な問題がある。このため、第３章で示されるように、新たな枠組みが求められる訳であるが、そのさい、何もかも「公」に依存するという現在の意識が制度改革の妨げになる。また第４章で示されるように、今後の「民間・非営利」の果たす役割が次第に大きくなることは必至であるが、この場合にも「公」のイメージが明確でないと、「民間・非営利」の明確な姿は浮かび上がってこない。

そこでここでは、本研究全体の総括的意味を含めて、いま「公」の概念が、なぜ再考察を迫られているのか、またこれについての新しいイメージを構築するには、どうしたらよいのかを議論することにしたい。

2．なぜ「公」の再考察か

（1）公的部門の内実

これまで、福祉の提供は「公」の役割であることを誰もが疑ってこなかった。以下に述べるように、おそらくこの点は基本的には今後も変わることはないであろう。しかし少なくとも、これまでのような「公」のあり方では、時代が要求する「福祉サービス」の提供はおぼつかない。このことを二つの側面から議論する。

いま日本が直面しつつある急速な高齢化は、福祉のあり方を量的にも質的にも大きく変えることを要請している。まず量的な側面の要請は言うまでもなく、急速な高齢化とそれに伴う「介護ニーズ」の拡大である。第1章で説明するように、この介護サービスの提供という「狭義の福祉」に関しては、これまでの福祉提供を前提とする限り、高齢化は決して財源的、経済的に見て大きな負担をわれわれに要請するものではない。必要な介護サービスの提供に要する費用は、国民所得やＧＤＰの１～２％程度をこれに回すことで、十分最低限のニーズに応えうる。このこと自体が、国民に十分に知らされていないことが問題であるが、それよりもなぜこの種の対応が迅速に進まないのかの制度的事情に目をむける必要がある。

現在国の予算の歳出規模は約70兆円であり、また地方自治体の予算の歳出規模も約70兆円になるが、老人福祉に用いられている予算は、近年伸び率が大きいとはいえ、約７千億円（ただし一般会計以外の投資的支出は除く）と、国・地方自治体の予算の0.5%にしかならない。対国民所得比で見ると、わずか0.2%である。しかも1990年に厚生省がうちだした「ゴールドプラン」というかなり控えめな計画さえ、その達成率ははかばかしくない。

この理由は、本報告の随所で説明されるが、そのもっとも大きな要因は、国および地方の行財政制度の硬直化に求めることができる。国は、地方に期待し、地方は国に期待するという「もたれ合い」の構造が支配し、またいずれの行政も、道路予算など相対的に緊急度の低いものに資源が投入される一方で、福祉関連予算への配分にはなかなかシフトしないのが現状である。

現状の公的制度の硬直性は、単にこのような量的な意味での問題点だけでなく、質的変化への欲求にも十分に応えていない。

これまでの福祉は、国民の比較的少数を対象に提供されてきた。福祉関連従事者

の日頃の努力には頭の下がることが多いが、これが少数を対象としてきたがゆえに、「多数の意志を基礎とする民主主義」がこの少数の福祉対象者に、必ずしも十分な配慮を行ってきたとはいいがたい側面がある。高度成長の成果にともなって、福祉の対象となる障害者には、経済面ではある程度の保障が行われるようになったが、それは障害者と健常者との間の連帯の証しとしてではなく、「めぐみをたれる」という発想ではなかったかと思われる。障害者が障害の認定を受けるための手続きの繁雑さ、さまざまな障害者に対する人権の侵害、福祉教育の欠如など、福祉提供の閉鎖性を指摘する声は枚挙にいとまがない。以下に示すように、いまノーマライゼーションの考え方が次第に普及する中にあって、これまでの対応は、時代遅れになりつつある。

（2）家族制度との関わり

在宅介護の重要性が認識されることもあって、今後の福祉において家族がどのような役割を果たすべきかという問題が重要な課題となっている。現状の家族の負担は、度を超えるといえるほど過重となってきており、早急に対策が望まれる。たとえば在宅介護に関しては、現状の9.5対0.5という程度の比率での家族負担を少なくとも、5対5程度にまで持っていくことが必要であろう。その後に初めて、改めて家族の役割を論じて初めてまともな議論ができようというものである。

しかしなぜ、いまになって家族の負担がこのようにクローズアップされてきたのかについても、若干の考察を加えておくことが必要であると思われる。その原因は、おそらく大別して3つある。そのうち最後に述べる第3の点こそがもっとも重要な点であることを強調したい。第1、第2の点は、しばしば指摘される点である。まず高齢者が以前より長寿になり、また医療技術が進歩したために、人々が障害を持つようになってから死亡するまでの期間が長期化したことは無視できない。この点は昔からの現象ではなく、全く新しい事態を迎えているという認識が必要であろう。

第2に、家族の中での親子間の意識が急速に変わってきた、親、子のそれぞれの個が尊重されるべきという認識が高まり、親の介護のために子や嫁が自分の生活を犠牲にすべきではないという意識が生まれてきたことも、介護問題が社会問題となる原因のひとつではある。しかしこの点に関しては、次の二つを混同すべきではないだろう。子と同居する高齢者の数は減少しているとはいえ、主要先進諸国と比較

すると、わが国の同居率は圧倒的に高い（第１図参照）。また一人暮らし老人の全老人にたいする比率も上昇しているとはいえ、まだまだ主要先進諸国よりは圧倒的に低い。

子らは、あるいはまた嫁さえも、決して親不孝になっているとは思えないのである。それなのになぜ介護問題が社会問題化するのか。統計データに比較は難しいが、おそらくその要因は、やはり第１に述べたように、介護がかつてと比べてあまりにも家族にとって過重になっているからであろうと思われる。介護問題を「親不孝化」としてとらえる捉え方は、あまりにも現実を知らなさすぎるといわざるを得ない。

第３のもっとも重要と思われる点は、家族とこれを取り巻く近隣地域との関係の変化である。かつての村落共同体では、家族の構成規模が大きかった（大家族制）こともあって、地域との接触が頻繁であった。特に農漁村部では、高齢者の介護は、近隣が一体となってケアしてきたという実例が数多く見受けられる。

ところがわれわれは、核家族化にともなって、近隣との接触の度合いを極めて低下させた。これには、各人のプライバシーを守りたいといったさまざまな欲求なども作用している。しかしいずれにせよ、近隣間の相互扶助機能を著しく低下させてしまったことは間違いがない。いま求められているのはこの地域での相互扶助機能の回復である。そのことが必要な理由は特に次の点に求められる。2025年頃に、かりに要介護者をすべて個々の在宅でケアするとすると、きわめて多数の介護者を必要とする。

しかしだからといって、現状の病院のように、100人といった規模での大量の老人を一カ所に集めてケアするのは、いくら工夫をしても非人間的にならざるをえない。今後の進むべき方向は、住み慣れた地域で、10人程度の比較的少数の要介護者をケアしていくことではないかと思われる。この場合は、家族介護よりもはるかに少数の人手で、ある程度高質のケアを提供しうる可能性がある。

このためには、小学校単位程度の地域の連帯をいまから形成していくことが不可欠である。おそらく小子社会における今後の家族のあり方は、子どもたちに一定の社会性を身につけさせるためにも、家族内でのさまざまな工夫にとどまらず、地域社会にどのように適応するかという課題を設定することではないかと思われる。

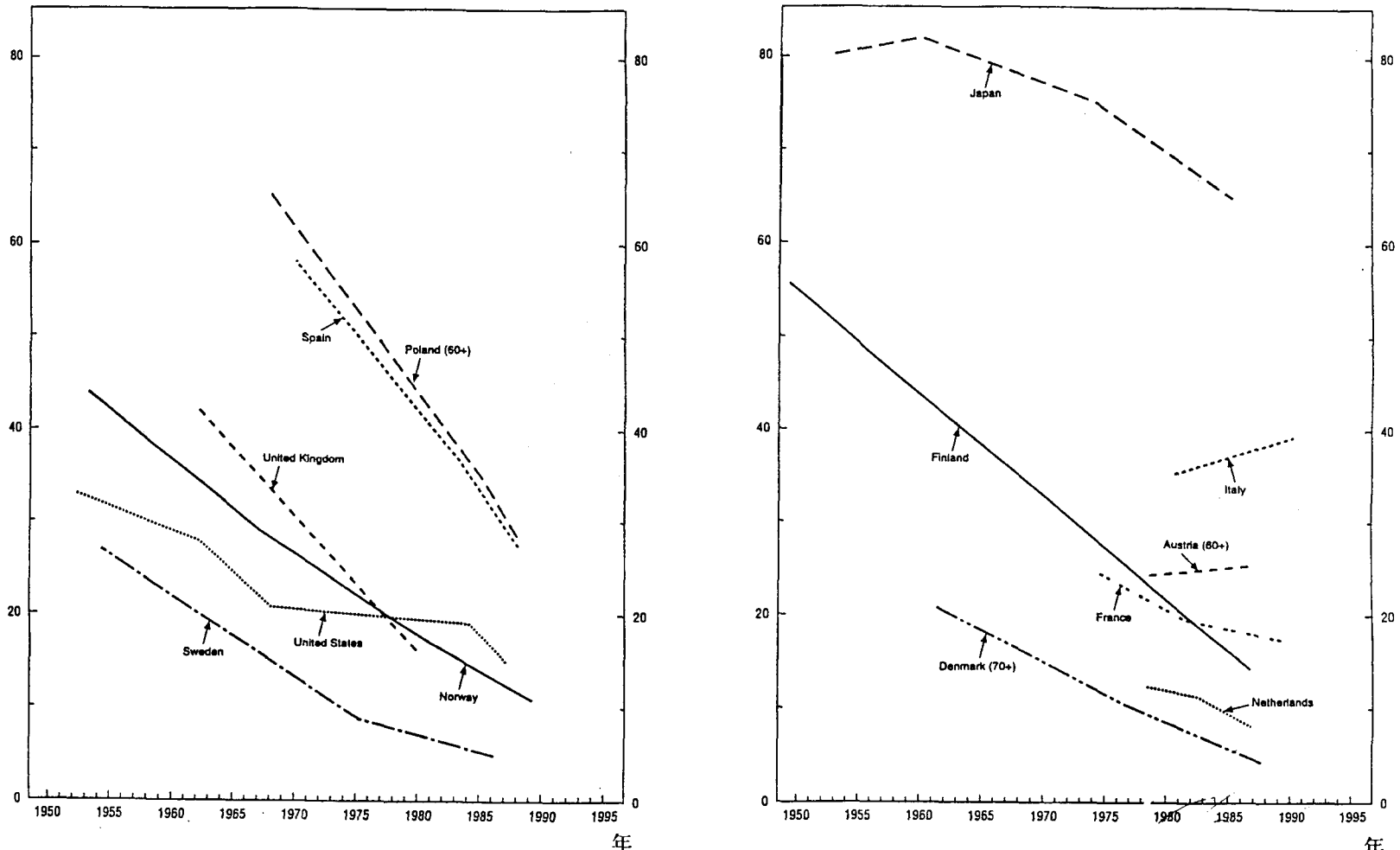
（３）生活の多様化とノーマライゼーション

健常者の生活水準が向上し、これに伴って、障害者のノーマライゼーションの必要性が漸くにして認識されるようになってきた。今後の高齢化は、多様なライフスタイルが展開するであろうから、これに対して、公的供給がある一定の人間的な水準を確保すべく保障すべきことはいうまでもないが、これとともに、多様なライフスタイルに合わせた、個別の欲求にも応えることが必要になってきている。たとえば障害があっても旅行に行きたいといった欲求にも応える必要性が増してきている。

こうした事態に応えるためには、供給主体が公的なものだけでは心許ない。民間供給による多様なサービスの提供を可能にする条件を整えるべきであろう。このためには、一方で提供されるサービスの質が一定水準に維持されるような種類の規制の強化が必要であるが、同時に、非営利団体に対するさまざまな規制を緩和することも必要となる。

（平成６年11月）

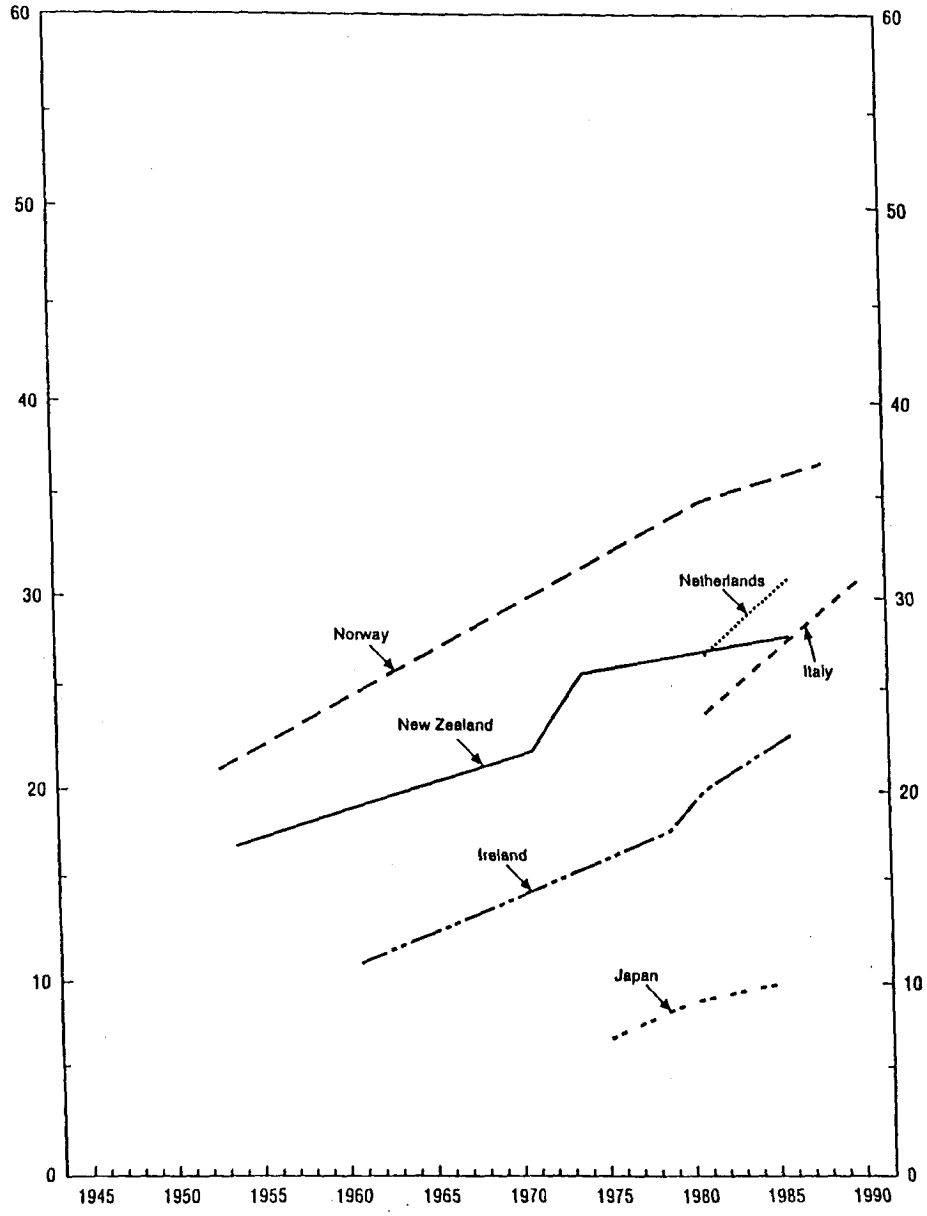
第１図　子供と同居する高齢者の全高齢者に占める割合：国際比較



（注）原則として６５才以上の高齢者

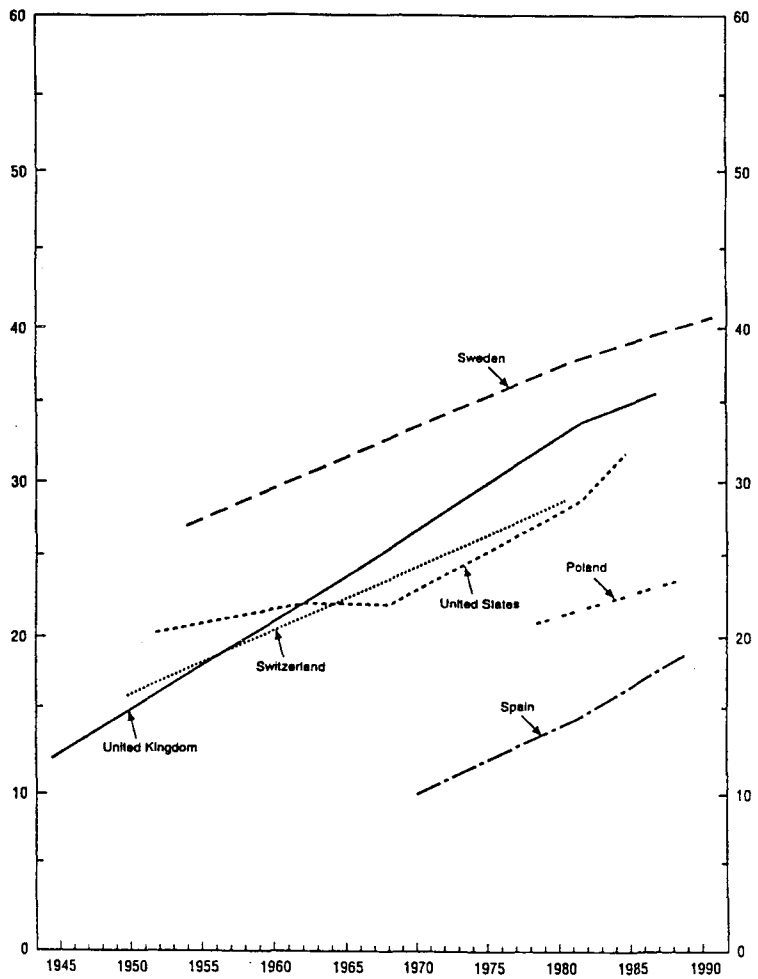
（出所）OECD, Caring for Frail Elderly People, (OECD Social Policy Studies, No.14), 1994

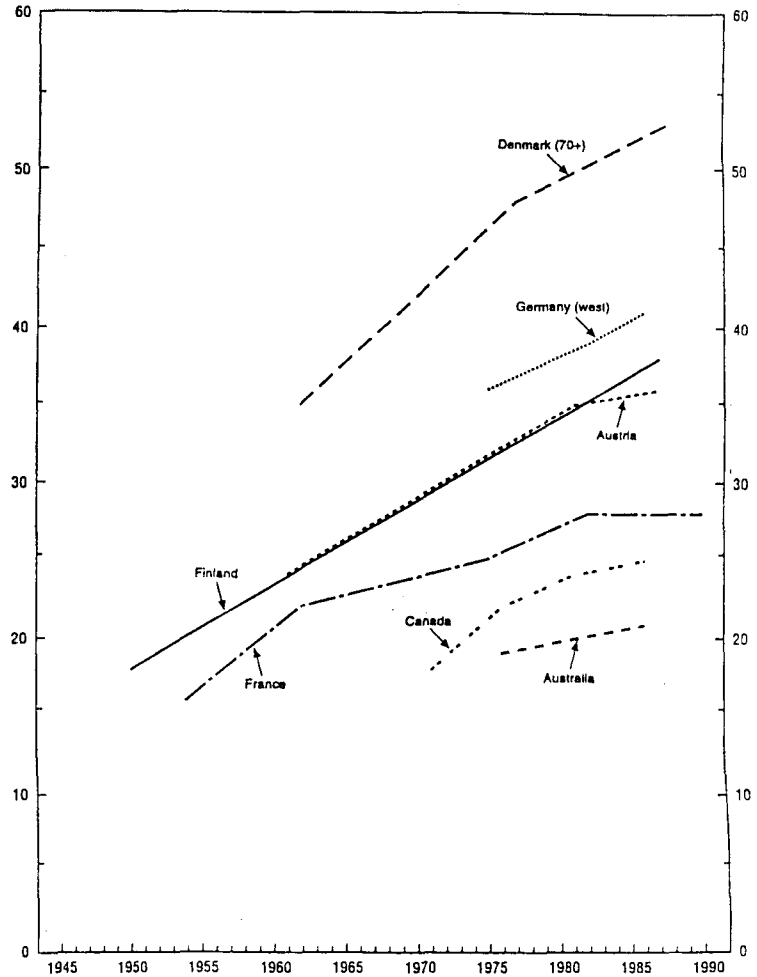
第２図　独居高齢者の全高齢者に対する割合



（注）原則として６５才以上の高齢者を対象とする。
（出所）第１図に同じ。

第２図（続き）　独居高齢者の全高齢者に対する割合－続き－





（注）原則として６５才以上の高齢者を対象とする。

第１章　社会保障と老人福祉

西村　周三

第１節　問題の捉え方と本章の結論

わが国の社会保障給付費の内訳は、第２章の表に示すように、年金、医療の給付を中心として発展してきた。近年の急速な高齢化に伴い、これらの給付額が拡大するのはある程度必然的なことであるが、この種の問題の捉え方については、以下の２点を分けて議論することが必要であるように思われる。まず第一は、年金・医療・福祉など全体としての社会保障の給付の規模の問題であり、いまひとつの論点は、これらの構成の適切さである。そしてこの後者の論点が、前者の論点を考えるさいに極めて重要であることを以下で示す。

前者の問題については、第２章で若干の言及がある。そこでは「有料老人ホーム」についての諸施策を例に、1980年代中頃以降、1990年初頭に至るまで、いわゆる「民営化路線」が政府によって進められてきたこと、またそれにともなって生じた問題点が述べられる。そこでも述べられるように、社会保障全体の規模の適切さを、国民負担率という概念で一括して議論することはあまりにも短絡的な発想である。

このことは第４章で説明されるが、年金、医療、福祉のあり方それ自体を個々に検討し、経済活力を阻害しないようにするには、どのようにしたらよいのかを考えることは重要な課題である。

この章で明らかにするように、現行の社会保障給付が、（高齢者）福祉と比べて年金に傾斜しすぎており、その現実が国民により正確に知らされれば、おそらく国民世論は大きく変わる可能性がある。近年介護問題に対して「公的な介護給付の拡大のためには、少々の負担増はやむをえない」という意見が増えてきたのは、以下に述べるような現実が、次第に国民に理解されてきたからであると思われる。

理解の容易のために、詳細の議論に先立って本章の主な結論を述べると次のようになる。

（１）社会保障給付費の全体の規模の大小については、別の機会に議論をゆずるとして、その構成に関していえば、現行では、あまりにも「介護」に対して給付される金額が少なすぎる。

（２）介護に要する費用は、かなりの奢侈的な支出を別にすれば、また家族の介護

を完全にゼロにするといった思い切った政策転換を行わない限りにおいて、2025年頃までに、対国民所得比にしてたかだか３％（10兆円）程度のきわめてわずかの負担増を伴うにすぎない。これは国民負担率をわずか３％しか引き上げないことを意味する。しかもこのうち約1.5%は家族介護を軽減するための費用である。

（３）むしろ今後の国民負担率の引き上げ要因として大きいのは、公的年金給付であり、これは2025年までに、制度を改正しないと、負担率は10%近く現行を上回ることになる。このことから明らかなように、介護と年金を同列において、社会保障の給付のあり方を議論することはナンセンスである。

（４）しかも年金と福祉を同列において議論することは、次のような誤った選択を国民に強いることになる。すなわち一方で年金給付を拡大して、介護福祉を自己負担とする政策と、他方で年金給付をある程度削減して、介護を公的に保障するという政策のどちらを選ぶか、という選択肢が、具体的な数値なしに与えられれば、多くの国民は第５章で説明するような根拠により、前者を選ぶ可能性がある。しかし家族介護がほとんど軽減されるという状態を想定し、このために将来の年金給付をいま約束している額から10%程度削減するという具体的な提案がなされ、しかもこれがかなり具体的な形で提起された場合には、おそらく国民の選択はかなり変わるに違いない。年金だけを切り離して、あるいは介護だけを切り離して議論すると、国民はいずれの場合も「負担は少なく、給付が多い方がよい」といった紋切り型の回答しかしないことが予想されるが、いま必要なのは、年金・医療・（介護）福祉をセットにして、選択肢を提示することであろう。

（５）老人医療費に関しては、今後の医療における費用拡大的技術進歩をどの程度導入するのかによって、負担の大きさは大きく変わる。過去20年の趨勢がこのまま続くとすれば、負担額は、国民負担率を５％程度引き上げる可能性がある。しかし逆に、たとえば現行の入院患者一人あたり費用を、一人あたり国民所得の伸び程度に抑制することができれば、医療費も決して、国民に大きな負担を強いるものではない。国民負担率でみて、せいぜい３％程度の引き上げにとどめることができる。しかもこれも介護（福祉）がかなりの程度充実すれば、さらに上昇率はこれ以下になるであろう。

（６）老人医療費との関連は別にした場合、介護費用を大きく左右する要因は、介

護マンパワーをどの程度確保するかという点である。現在提案されている21世紀福祉ビジョン程度の介護マンパワーの確保であれば、必要財源額は極めてわずかにとどまるが、かりに家族の負担を思い切ってゼロに近くするとすれば、2025年頃には、かなりの程度の財源の確保が必要となる。2010年以降には、若年労働力が激減するので、たとえば福祉関連従事者の人件費は、現行の賃金水準を維持することが難しくなる可能性がある。しかし同時に家族介護の供給も減少すると考えられるので、かなり高い人件費を覚悟しなければならない。

第2節　分析の手法

この節では、前節で述べた結論が引き出される根拠を説明する。以下の分析の前提として、きわめて重要な点は、予測の手法に関してである。以下の議論は、介護と医療に関して、その将来見通しを、一貫して「対国民所得比」で議論することにする。まずその理由を説明しておきたい。

従来この種の予測は、経済成長率の見通しに関して、５％、３％と想定すれば、それぞれどうなるかといった形で行われてきた。この手法は年金財政予測に関しては、ある程度説得力がある、今後の経済成長の推移によって、負担と給付の関係が大きく変わる可能性があるからである。

その理由をわかりやすくいえば、次のようになる。年金の負担と給付は、世代間の再分配問題であり、負担が勤労者の賃金に応じて決まり、経済成長率の推移に影響されるのに対し、退職者に対する給付は、経済成長率とは直接にはリンクすることなく、過去の保険料に応じて給付される仕組みなっているからである。もちろん超長期的には、これも経済成長率の影響をうけるので、負担と給付の関係が、経済成長率に関して「中立的に」なる可能性がないわけではない。

しかしほとんど「賦課方式」となりつつある現行の日本の年金制度では、世代間の再分配機能を果たしているので、５年、10年といった期間では、負担と給付の関係は、成長率に大きく影響を受けるわけである。

医療費や介護費用の予測を行うさいの以下の手法が妥当なものであることを示すために、年金負担・給付の予測との違いをいま一つの別の観点からの説明も加えておこう。これらの制度はいずれも政策変数のとり方によって、予測値は大きく変わ

るという点では共通している。しかしながら、政治的な事情を考えると、年金・医療・福祉のそれぞれが、異なる性格を有することに気がつく。

まず年金は、最近支給開始年齢に関して制度改正が行われたが、この改正には厚生省が当初、提案を行って以来、長期の経過を要した。よく考えてみると、これはある意味では当然のことである。あたりまえのことだが、年金というのは、若い世代に負担を求め、老後に給付を受ける制度であるから、負担と給付との間に長期のずれがある。とはいえ、これは政府と国民との間の一種の契約である。負担を求める時点において、あらかじめ将来の給付を約束している。

法的な詳細はつまびらかにしないが、約束した以上、これは政府が国民に債務を負ったと考えるのが適切であろう。（アメリカの企業年金法（ＥＲＩＳＡ）において、かつて「過去勤務債務」に対して企業が支払不履行をしても許されるのかという問題が大きな議論を呼んだ。政府が国民に負った債務を、法改正によって軽減できるのかに関しては、おそらく法理論的には、この企業の債務とは性格を異にするものと思われるが、少なくとも「約束」であることには変わらない。）法改正は、いったん約束したことを変えるのであるから、単年度に効力がおよぶような種類の法改正とは比べものにならない重みを持つものである。

他方で医療保険は、「短期保険」という言葉で象徴されるように、建て前としては、単年度ごとに負担と給付とがバランスするようになっており、単年度ごとに法改正をして、負担と給付の関係を変えることはそれほど抵抗はない。つまり法理論的に見ても、改正の容易さという点で性格が異なるのである。介護に関しては、近い将来実現する可能性のある「介護保険」に関しては、いわば長期保険という性格を持つ可能性があるが、現在のところ、やはり単年度ごとに負担と給付が決定される。したがって、おなじ政策変数によって左右されるといっても、年金と比べて、介護や福祉は、「政策のさじ加減次第」で大きく変わるということがいえるのである。

事実のちに示すように、医療費は70年代には、「自然増」といわれる政策変数の及ばない要因によって大きく左右されたが、80年代以降、別の要因がこの動向を大きく左右した。

それでは、医療や、介護に関しては、どのような予測手法をとればよいのだろう

か。まず注目すべきは、これらが現物給付であり、このサービス費用は、人件費の占める割合が極めて高いという点である。将来、介護が介護ロボットのような資本集約的な技術によって提供されるといった事態が生ずれば別であるが、ここ当分は、費用そのものが、人件費の動向によって大きく左右されるものと思われる。

これらの給付水準は、人々の支払能力によって大きく左右されると考えるのも適切であろう。これは公的供給であれ、民間供給であれ同じことである。人々の所得水準が上がれば、それだけ担税能力も上がり、また個人負担による介護需要も所得にかなりの程度連動する。他方で人々の所得水準が上がれば、福祉・医療関連従事者の所得もある程度上がらざるを得ず、結果として、負担と給付の関係は、経済成長に対して中立的になりがちである。

もちろん事態はそれほど単純ではない。主に負担をする者は、現役勤労者であり、給付を受ける者であるから、「高齢化」要因はこの負担と給付のバランスを大きく変える。したがってこの点を中心に負担と給付の関係を検討する訳であるが、その他の負担と給付の関係を変える要因は、対国民所得比でみるという単純な標準型をベースに考えることが適切であろう。

第３節　分析の結果

まず最初に介護費用にかんする将来予測を行う。これについては、いくつかの先行文献がある。まず予測を行った先駆的な研究に、城戸喜子［1993］（「高齢者介護サービスのニーズと費用の将来推計」『社会福祉研究』第57号、18－27ページ）がある。ついで宇野裕［1993］（「老人介護問題はなぜ社会的に解決しなければならないか」『週刊社会保障』No.1～7)および宇野裕［1994］（「老人介護の社会的費用」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』（東京大学出版会））が要介護者数の推計に関しては、もっとも丹念な検討を行っている。さらに（社）全国社会保険協会連合会［1994］『高齢化に対応した介護システムに関する調査研究』（平成５年度政府管掌健康保険事業の効率化に関する調査報告書）がある。

以下ではこの３つの予測について、対国民所得比で見た場合に、それぞれがどのような予測を行っているかを比較検討することにする。なお最初の二つについては、それぞれ城戸推計、宇野推計と呼ぶことにし、第３の報告に関しては、小椋正立氏

を主査として行われた研究であるので、小椋推計と呼ぶことにする。

結果は、2000年度の予測に関して、表1に示すとおりである。ここで先に述べたことに即して、この表の読みとり方を説明する。まず城戸推計は、対国民所得比そのものを予測しているので、そのままの数値を用いた。次いで宇野推計は、1990年度を基準年として推計しているので、1990年度の国民所得を分母にとって、2000年度の予測値を分子にとった。また小椋推計は1992年度を基準年としているので、1992年度の国民所得を分母にとった。ちなみに1990年度、1992年度の国民所得はそれぞれ、約300兆円、約343兆円である。

宇野推計と小椋推計とは、それぞれ1990年度、1992年度の各種サービスの単価が2000年度にも変わらないとして、金額を推計しているので、この表の値は次のように読みとるべきである。これらは、「もしこれらの年度から2000年度まで国民所得が全く伸びないとすれば」と想定したときの予測値であるが、経済成長があっても、値はあまり変わることはない。なぜならば、この間に経済成長があっても、これに応じて、各種サービス単価も、経済成長率程度に伸びざるを得ないと思われるからである。（どのような場合に、経済成長率と介護費用の一人あたり単価が連動しないかについてはのちに検討する。）

城戸推計については、先駆的な業績であるが、介護給付を含める一方で、家族ケアコストが推計されていないので、以下の議論を進めるうえでは、あくまで参考にとどめることとしたい。（城戸氏の結果が意味がないと言うわけではないが、後2者とやや性格を異にするという理由で、議論を割愛する。）

さて、宇野推計と小椋推計とは大きく異なる箇所がある。この点の詳細は、（社）全国社会保険連合会［1994］に比較されているので、詳しい議論は省略するが、重要と思われる点のみ抜粋して改めて議論したい。

ゴールドプランが実現すると想定し、しかしそれによる「要介護者の減少効果」があらわれないと想定する、宇野推計ＧＰＡ型と小椋推計とを比較すると、次の2点で大きな違いがある。まず第一に、宇野推計が、中度の障害をもつ痴呆性老人の介護費用も含み約290万人としているのに対して、小椋推計は要介護者数を約177万人としている。このため、経常費に関しては、ホームヘルパーと家族ケアコストを除くすべての項目について、宇野推計の方が高くなっている。

第二の大きな違いは、ホームヘルパーと家族ケアコストについて、格段の差で、小椋推計の方が大きい。これは一つはケア時間（介護時間）についての想定の違いから生じている。宇野推計は、たとえば家族のケア時間を１日当たりで、重度の要介護者について、７時間、中度の要介護者について３、５時間としたのに対して、小椋推計は一律に24時間としたこと、また家族介護者の時間当たりの評価額を宇野推計が740円、小椋推計が1200円としたからである。

小椋推計が家族が24時間介護をしていると想定した根拠は、老人福祉センター［1987］『在宅重度老人世帯の介護と家計に関する実証的研究報告書』（研究代表西三郎）が「比較的重度の要介護高齢者を看ている介護者の１日の生活時間調査によれば、おむつ交換や寝返り介助など、ほぼ１時間おきに１晩中老人の世話に関わっている」という点である。

なおこれ以外に、ホームヘルパーの費用の算定にも大きな差がある。宇野推計はホームヘルパー全体の５分の２について介護型とし、時給1120円、５分の３について家事援助型とし、時給740円、全員が年間1800時間労働、としているのに対し、小椋推計は、すべての時給1200円で、2000時間勤務としている。

さらに施設整備費に関して生じる違いは、単価の算定根拠にも若干の違いがあるが、差異が生じている最も大きな要因は、宇野推計が施設整備費をフロー化して、すなわち耐用期間を30年として、この30分の１を年間費用としているのに対し、小椋推計が土地購入費、建設費をそのまま計上しているからである。

以上大きな違いが生じているもっとも大きな点は、一つは目的の違いによるといえる。施設整備費をストック基準でとるかフロー基準でとるかは、一概にどちらが適切であるともいえない。読みとりに注意しさえすればよい。

しかし、いま一つの違いの要因は重要な議論をよぶであろう。家族によるケア（介護）時間をどの程度と見なすかという問題である。これに関しては、より詳細な実態調査がまたれるが、それだけでなく、政策的に重要な問題提起がなされていると考えるべきである。

北欧諸国では、より密度の濃い介護がなされればなされるほど、要介護者の回復率が高いことが明らかにされているので、真に老人の幸せを考えるならば、１日３、５～７時間程度の介護では不十分であろうという推測が一方でなりたつ。しかし欧

米と比べれば他人依存度の高い日本の要介護老人に対して、あまり「べったりと」24時間つきっきりで介護することが長い目で見て本当に本人のためになるかという疑問も生じる。

いずれにせよ、全体の費用の推計に大きな差異を生ぜしめている「介護時間」問題は、今後これにどのように政策的に対応すべきかという課題を提起したと読みとるべきであろう。これについての暫定的な政策提言はのちに行いたい。

ついで本稿の主題ではないが、老人医療費の将来予測についても若干ふれておきたい。1992年度現在老人医療費は対国民所得比で見て、約２％（約７兆円）となっている。この数値の今後の予測値は、西村周三［1993］「老人医療費の将来見通し」（医療科学研究所『医療と社会』第３号）を参照されたいが、これによると、2000年には、対国民所得比で、約2.86％（約10兆円）、2010年には4.26％、2020年には5.25％、2030年には6.05％となる。なお1994年時点では約２％である。

この予測値は、老人一人あたり医療費が1990年時点から一人あたり国民所得の伸びと同じ率で伸びるという想定の下での予測である。その後、1992～1994年には一人あたり老人医療費は、一人あたり国民所得の伸びをわずかに上回っているので、この予測の妥当性には、疑問を投げかけるむきもありうるが、これに関しては、第１図、第２図が示すように、興味深い特徴が見受けられる。第１図は、70年代、80年代を通して見た一人あたり国民所得の伸びと一人あたり老人医療費の伸びの関係を示している。

この図では、これらの間に明瞭な正の相関があり、支払い能力に応じて、医療費が決まるという関係が見られた。ところが第２図に示すように、80年代だけをとると、これらの間には負の明瞭な相関が見て取れる。経済成長率が高いときは、老人医療費はあまり上がらず、逆に低いときに、老人医療費が上がる傾向があるのである。これは何を示唆しているのであろうか。80年代以降に入ってから医療費抑制策が始まり、長期入院を抑制するために、診療報酬の改定が行われたが、好景気のさいには、これは効を奏したように思われる。ただ不況になったからといって、医療費はそれほど抑制することはできなかったからではないかと考えられる。

しかし80年代全体としては、少なくとも、一人あたり老人医療費は、一人あたり国民所得の伸び以下に抑制することができている。今後も一人あたり老人医療費は、

一人あたり国民所得の伸び以下に抑制することは可能なのではないかと思われるのである。

第4節　介護マンパワー問題

前節で見たように、基本的には介護政策の充実は、平均的な水準を考える限りにおいて、それほど国民に大きな負担を強いるものではない。しかしながらただ一つ、負担額を大きく左右するであろう要因は、介護マンパワーをどの程度充実するかという点である。24時間家族以外のマンパワーが介護にかかわることを想定すれば、ある程度の財政負担は覚悟しなければならない。

もちろんこのことは、家族の負担をそれだけ軽減することを意味するが、このことを一般世論がどの程度受け入れうるかを検討することは重要であろう。そして将来この介護マンパワーの供給がどのように推移するかに関しては不透明なことが多い。ある程度重度の介護を要する要介護者に対して、かなりの時間を割いて介護サービスを外部から提供するとすれば、必要とする介護マンパワーはかなりの量になる。

フルタイムベースで見た場合、宇野推計は2000年に10万人の労働力を要する。その後各市町村で作成された老人保健福祉計画の合計では、約12万人が雇用されることになっている。したがって宇野推計の1990年基準の単価に基づき、これが2000年までに国民所得の伸びと同じ比率で伸びるとすれば、1990年評価で約1600億円～1900億円の費用を要することになる。

この額は先に述べた対国民所得比ベースで見て、決して高いものではない。この宇野推計の想定では、約2兆5000万円に相当する家族介護がなされていることになっているが、かりに宇野推計の単価で、家族の介護をすべて社会的にまかなうとすれば、上記の10万人に加えて、さらに60万人程度のホームヘルパーを雇用することが必要になる。宇野推計に基づいて試算すれば、約70万人の要介護者がいれば、家族の介護は全くいらないことになっている。

しかし小椋推計では、2000年に10万人のヘルパーが派遣されても、なお家族介護に要する時間は総計で87億5000万時間あり、これを全部ヘルパーでまかなうとすれば、約100万人のヘルパーを増員する必要が生じてくる。（一人の介護者が一人の

要介護者を24時間見ることになっており、したがって年間8760時間の労働を要する、要介護者が約100万人いれば、総計では約87億時間の介護労働となるわけである。）

常識的に考えて、この24時間労働というのはいかにも非現実的であるので、考えがたいと一蹴するのは簡単だが、かりに本当に完璧ともいえる介護を用意するとすればこの程度の時間と人数を要すると考えられるという意味で、一方の極端な場合としての大まかな数値を把握する意味があるだろう。

この理想的な数値のために要する費用は10兆円である。対国民所得比では、これは1992年時点で0.3%となり、それでも国民負担率をわずかにしか引き上げないのであるが、金額的には現行のサービス提供量とはあまりにもかけ離れすぎているといえるであろう。現在５万人に満たないホームヘルパーが供給されているのだから、たとえ20年先のこととはいえ、５万人を100万人に増加するというのは、他の経済部門に及ぼす影響を考えると、きわめて難しいと考えざるを得ない。

この問題に対処するためには、少なくとも次の二点に配慮すべきであろう。まず第一に、家族の場合と外部労働力に頼る場合とのどちらが「介護の生産性」を高めるか、という点に注目して問題を考えることが望ましい。もちろんここで「生産性」というのは、質を考慮したうえでの生産性であるが、要介護者の生活様式に関しても何らかの工夫によって、質を向上する方途が考えられうる。たとえば現在のように「施設ケア」か「在宅ケア」かという二分法で問題を考えるのではなく、現在痴呆性老人のケアに対して試みられている「グループホーム」といった施設と在宅の中間的な施設を介護提供場所とすることなどがその工夫の一例である。この場合には、たとえば２、３人の介護者で（ただし昼夜それぞれ２、３人という意味である。）10人程度の要介護者をケアするということが「質の確保」という観点からも可能であれば、現在の在宅ケアよりも生産性が上がる可能性がある。

これに成功すれば、経済的負担は、予想されるよりかなり低減する。そしてこのためには、介護を受ける側にも、それなりの準備期間を要するので、かなり早い時期から、つまり健常者である時期から、ライフスタイルを変えるなどの対処が必要となるであろう。

くどいようだが、介護費用がかなり大きな規模になるのは、2020年以降であるから、それまで準備期は長いのでこのような体制を作るには十分な準備期間がある。

第二に、このような超高齢社会には、介護労働に高齢者を活用することが可能となるような準備も必要であろう。この点に関しても、いまから準備が必要であろうと思われる。

むすび―政策提言―

社会保障の給付額は、それ自体政策変数であることはいうまでもない。しかし、年金と医療・福祉とではかなり性格が異なることを説明してきた。介護費用に関しては、現在3兆円～10兆円に及ぶ市場に出てこない家族の介護をどこまで社会的に肩代わりするか、という形での問題提起がなされた。おそらく2000年時点で、このうち3兆円程度を公的に保障することは現在の経済力からいって、十分に可能ではないだろうか。そしてあわせて、足りない部分を民間保険の促進などによって補完するというのが現実的な解決法ではないだろうか。24時間ケアを社会的に保障することを望むほど現在は、敬老精神が十分ではないと思われるからである。

2000年以降に関しては、財源的な問題と同時に、介護マンパワーの確保という問題を並行的に考えることが重要となる。この場合、前節で述べたように、「介護の生産性」という視点が極めて重要になるであろう。

（平成6年11月）

表1

国民所得比で見　　た２０００年の　　介護費用の予測

（主な推計値の比較）

対国民所得比	２００年の予測	城戸推計	宇野推計	宇野推計	宇野推計	小椋推計
			トレンド型	ＧＰＡ型	ＧＰＢ型	
		%	%	%	%	%
介護費用総計		1.2140	1.6136	1.6373	1.5399	4.5782
経常費合計		1.1150	1.5978	1.5936	1.4962	3.2423
施設ケア合計		0.7630	0.6476	0.7243	0.7244	0.4792
	特養ホーム	0.2950	0.1488	0.1542	0.1542	0.0979
	養護ホーム	*	0.0321	0.0321	0.0321	0.0043
	ケア付き住宅	0.4680	*	*	*	*
	軽費ホームＡ型	*	0.0067	0.0046	0.0046	*
	ケアハウス	*	0.0000	0.0200	0.0200	*
	老人保健施設	*	0.0274	0.2136	0.2136	0.1893
	病院	*	0.4329	0.2999	0.2999	0.1877
在宅ケア合計		0.3520	0.9502	0.8693	0.7718	2.7632
	ショートステイ	0.0050	0.0019	0.0087	0.0087	0.0038
	デイセンター	0.0410	0.0144	0.0559	0.0559	0.0217
	ホームヘルパー	0.1010	0.0222	0.0468	0.0468	0.0612
	介護給付	0.2050	*	*	*	*
	給食サービス	*	0.0024	0.0046	0.0046	*
	入浴サービス	*	0.0037	0.0072	0.0072	*
	訪問看護		*	*		0.0015
	家族ケアコスト	*	0.9056	0.7507	0.6532	2.6755
施設整備費合計		0.0990	0.0158	0.0437	0.0437	0.7579
	特養ホーム	0.0530	0.0036	0.0046	0.0046	**
	養護ホーム	*	0.0012	0.0012	0.0012	**
	ケア付き住宅	0.0460	*	*	*	**
	軽費ホームＡ型	*	0.0003	0.0000	*	**
	ケアハウス	*	0.0000	0.0064	0.0064	**
	老人保健施設	*	0.0008	0.0315	0.0315	**
	病院	*	0.0099	0.0000	0.0000	**

（出所）本文中に記載

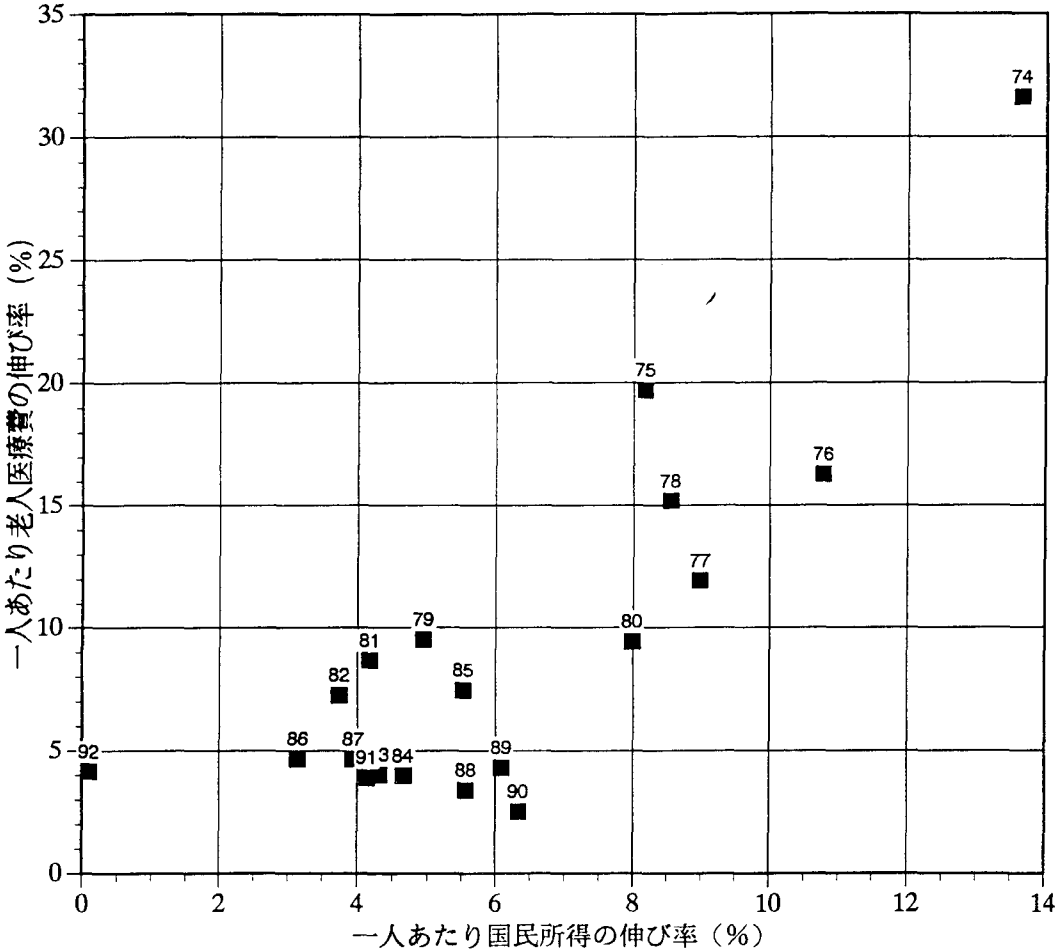
表２

対国民所得比で見た総介護費用額 （%）

	宇野推計	小椋推計
2000	1.6373	4.5782
2010	2.2929	7.0499
2020	3.0061	8.4055
2030	3.4629	9.6829

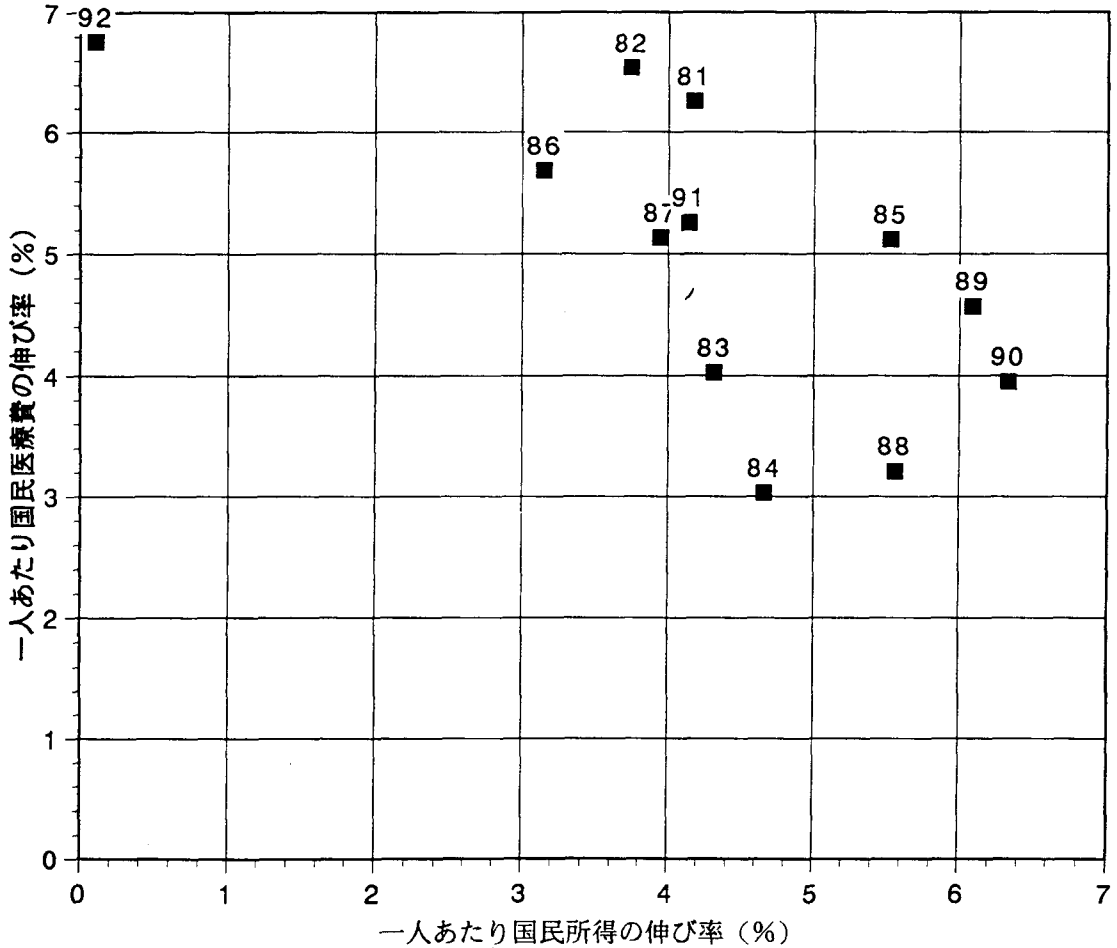
（注）宇野推計は、ＧＰＡ型を基礎とした。

第１図　一人あたりで見た老人医療費と国民所得の伸び率の比較



第２図

一人あたりで見た国民所得と国民医療費の伸び率の比較（’80年代以降）



第２章　現行老人福祉行財政の問題点

第１節　財政学の立場から

木村　陽子

１．はじめに

社会保障制度のなかで、今後整備すべき最も重要な施策はいうまでもなく虚弱老人や寝たきり・痴呆老人にたいする施策、すなわち、地域福祉の充実である。1990年には寝たきり老人は70万人、痴呆老人は100万人であったが、2000年には寝たきり老人が100万人、痴呆老人が1500万人になると予測され、要介護老人は急激に増加する。

しかし、これら要介護老人を支える福祉人材、たとえばホーム・ヘルパーは1990年で人口100万人あたり350人であり、すでに在宅福祉体制を確立したデンマークの5300人（1989年）と比較してもかなり低い。特別養護老人ホーム等の施設の数も少ないことは言うまでもない。

近年、国はふたつの大きな改革をして、老人福祉政策拡充のための体制を組んだ。ひとつは、1989年に発表された『高齢者保健福祉推進10ケ年戦略』（以下ゴールド・プランと呼ぶ）である。そこでは2000年までに市町村が達成すべき在宅福祉サービスと施設サービスの国全体の目標値が明示されたのである。あとのひとつは、1990年の老人福祉法の改正である。改正によって、老人福祉政策の実施責任は市町村とされ、各市町村と各都道府県は『老人保健福祉計画』[1]を1994年の３月までに作成することになったことである。『老人保健福祉計画』においてはゴールド・プランと関連して、2000年までに各市町村でどの程度福祉人材や施設を充実させるかを示さなければならない。

このような老人福祉政策における近年の改革は、地方分権の観点から注目に値する。『老人保健福祉計画』は住民のニーズを汲み取り、それにみあった公共サービスの内容と水準を自ら決定し供給するものであるが、これは支出における地方分権そのものだからだ。公共サービスにたいする住民のニーズや公共サービスの供給コストが地方により異なる時に、国の画一的な支出計画よりは、支出における地方分権が実施される方が資源配分において効率的である。1970年代後半から強まった地方分権の動きのなかで、その第１歩としての『老人保健福祉計画』の意味は大きい。

しかし、事業の進捗状況は芳しくない。ゴールド・プランの達成のために国は6兆円強の予算をつけている。スタートしてから数年がたつのに、まだ1兆円も消化されていないという。この数年来急速に、老人福祉対策における国庫補助金の補助単価が引き上げられたり、地方交付税に算入する老人福祉施策の内容が増加している。前章で示されたようにゴールド・プラン達成年においても老人福祉政策が整備されたところで、国民所得比は数%と年金等に比較してはるかに小さいというのにである。なぜ進捗状況は芳しくないのだろうか。本稿ではその財政的理由を考えよう。

本稿の構成は以下のとおりである。第2節では、老人福祉政策における近年の改革と『老人保健福祉計画』について、第3節では老人保健福祉財源について、第4節では近年どのような財源手当てがなされたかについて述べる。第5節では事業が進捗しない財政的理由を述べ、第6節を結びとしよう。

2．老人福祉における近年の改革と老人保健福祉計画

①老人福祉政策における近年の改革

前述のように他の分野に先がけて、老人福祉において支出における地方分権が実施され始めた。それは他ならぬ『老人保健福祉計画』の策定である。『老人保健福祉計画』は、93年度末までにすべての市町村および都道府県が策定することになっている。各市町村の老人保健福祉計画の調整を図り、広域的視点を提示するのが、都道府県の『老人保健福祉計画』である。

この老人保健福祉計画には、2つの特色がある。

そのひとつは89年に発表された6兆円の財政規模である『高齢者保健福祉推進10ケ年戦略』（以下でゴールドプランと呼ぶ）との関連においてである。図1にあるように、ゴールドプランでは21世紀までに、ホームヘルパー10万人、デイサービス1万ケ所、ショートステイ5万床を整備することになっている。また図2に示すように、老人福祉施設である特別養護老人ホームを24万人、老人保健施設を28万床と整備することになっている。たとえば、ホームヘルパー数は92年で4万人だが、この数を21世紀までに10万人にするという目標である。7年間に2.5倍に増やすという大変な仕事だが、目標値を具体的に示したことは、画期的なことでもあった。

『老人保健福祉計画』は地方公共団体の独自の計画でありながら、ゴールドプランで示された数値を各地方公共団体でどのように整備するかという側面ももっている。

もうひとつの特色は、90年の老人福祉法などの福祉八法の歴史的な改正のなかで、老人福祉計画の策定が法的に位置づけられたことである。老人福祉法等の改正は次の３つの特徴がある。

第１は、在宅福祉サービスと施設福祉サービスを一元的かつ総合的に提供できる体制を確立することとし、市町村は地域の実情に応じてこれらのサービスの積極的実施につとめることとされた。そのために、特別養護老人ホーム等への入所事務等が都道府県から町村に委譲された。それまでは、特別養護老人ホーム等への入所決定等については、福祉事務所を設置する市や町は入所事務を行っていたが、福祉事務所を設置しない町村については、県が行うことになっていた。

第２は、施設サービスについて町村の負担が導入されたこと、また在宅福祉サービスにかかる費用の負担について法律上明記されたことである。前者は入所事務の町村への委譲に伴う措置であり、福祉事務所を設置しない町村が入所事務に要した費用の２分の１を国が、４分の１を都道府県が負担することとした。後者については、市町村が支弁する居宅における介護等の措置に要する費用については、国はその２分の１以内を、都道府県はその４分の１以内を実施することができると、法律上明記されたことである。たとえばホーム・ヘルパー、デイ・サービス、ショート・ステイの財源配分は、国が２分の１、府県と市町村が各自４分の１となっている。

第３に、市町村と都道府県は『老人保健福祉計画』をつくり、実施することになったことである。この老人保健福祉計画は２１世紀までをにらんで93年度中に策定することになっているが、計画の見直しも期間中に行われることになっている。

老人保健福祉計画の正否は地方分権の試金石とも言える。なぜならば、地域住民のニーズをくみとり、公共サービスの内容と水準を地方公共団体が計画し、実施するという大きな試みだからである。これは今までの機関委任事務[2)]に慣れた地方公共団体にとっては180度回れ右をすることを意味する。ここではもう少し、『老人保健福祉計画』について説明しよう。

②『老人保健福祉計画』

『老人福祉計画』の策定は、1990年の老人福祉法の改正によって市町村と都道府県に義務づけられたものであり、老人保健計画と一体のものであることとされている。平成５年度末までに「老人福祉計画」を策定することになっており、その計画期間は平成５～11年度までとし、ゴールド・プランとリンクしてサービスの具体的目標水準等を設定することになっている。都道府県の老人保健福祉計画は、各市町村の老人保健福祉計画の広域的調整をはかるものとされ、国はガイドラインやマニュアル等の技術的および財政措置等において支援することとされている。この老人保健福祉計画は、保健、福祉等の「統合」、「調整」、「連携」をはかりつつ、地域の特性にあった保健福祉の向上に貢献するかという大きな課題を担っている。

たとえば、A県のB市の老人保健福祉計画をみると、サービス提供の現状を示した表1と、目標とするサービス水準を示した表2を比較すると明らかなように、現行水準よりもはるか、多くのサービス水準が必要とされるのである。高齢化率が全国平均の12%よりもはるかに低いB市においてこの程度の現状と目標値との乖離であるから、高齢化がよりすすんだ市町村にとっては、サービス提供水準の現状と目標値の乖離はより大きいであろう。表2は、老人保健福祉計画の中の特別養護老人ホームについて現在の状況と目標値を示してある。これによると目標を達成するためには、なんと現在の2.6倍の数の特別養護老人ホームが必要である。老人保健施設に至っては７倍が必要である。

３．地方公共団体の老人福祉財源

①老人福祉費の財源構成

国の老人福祉政策には、表３、表４、表５に示すように、在宅福祉対策と施設福祉対策および社会活動促進対策がある。在宅福祉対策には、ホーム・ヘルパーの派遣事業、デイ・サービス、ショート・ステイの在宅福祉３大事業があり、施設福祉対策には特別養護老人ホーム、養護老人ホームなどがあり、社会活動促進対策には老人クラブ助成費などいきがい対策にかかわるものである。老人福祉対策は地方財政のなかでどれほどのウエイトをしめているのだろうか。

地方財政の歳出を目的別にみると、老人福祉費は民生費に入る。民生費には老人福祉費の他に生活保護費，児童福祉費，社会福祉費，災害救助費がある。社会福祉

費には心身障害者福祉費等がふくまれる。老人福祉費には前述のさまざまなサービスに加えて，地方公共団体が65歳以上70歳未満の老人医療費の自己負担分を肩代わりする「上乗せ福祉」の費用も含まれる。ただ70歳以上（寝たきり老人は65歳以上）の医療費は昭和58年以降は地方財政の老人保健医療事業会計に入る。市町村の負担分は民正費この会計への繰出金となる。

民生費は、地方財政歳出のうち土木費，教育費，総務費についで大きく（構成比10.8%）、支出総額は９兆315億円にたっする（都道府県から市町村などへの補助金等を差し引いた地方の純計）。歳出全体にしめる民生費の割合はここ20年ほど変わらない。1975年には11.1%，1980年には11%，1991年には10.8%とそれほど大きな変化はなかった。他方、老人福祉費が民生費にしめる割合は、1975年には19.5%，1980年には21.8%，1991年には26.2%と年々上昇している。老人福祉費は都道府県で9076億円，市町村で１兆7640億円であり、民生費にしめる割合は、都道府県で33%，市町村で24%である。高齢社会で今後支出が増えることは確実である。

老人福祉費の財源構成をみると（図３を参照のこと）、都道府県，市町村ともに一般財源等が最も大きく（構成費は各74%，63%）、都道府県では国庫支出金（17%）が、市町村では国庫支出金（13%）と都道府県支出金（同10%）がそれに次いでいる。国庫支出金が都道府県全歳人にしめる割合は17%、市町村のそれにしめる割合が8.5%であることを考えると，市町村の老人福祉費にたいする国庫支出金がいかに多いかがわかる（いずれの数値も平成３年度決算）。

⑵国庫支出金

ここでは、老人福祉費の財源のうち、国庫支出金，都道府県支出金，一般財源のなかの地方交付税の３つの補助金に注目したい。

はじめに国庫支出金について述べよう。国庫支出金は、国の責任のありようによって、国庫負担金，国庫補助金，国庫委託金に分かれる[3]。国庫補助金は、国がみずからの自由意思で、地方団体を援助しようとして支出するものである。在宅老人福祉事業は国の補助事業となっている。

在宅老人福祉事業にかかる国庫支出金はどのような特性を備えた補助金なのだろうか。第１に、使途が特定された特定補助金であり、第２に経費の一定割合を補助する定率補助金である。もちろん家庭奉仕員講習会推進事業や老人保健施設の建設

などの例外的な定額補助金はあるが、圧倒的多数は定率補助金である。いうまでもなく特定補助金は、特定の公共サービスの供給水準を引き上げる意図がある。さて、国庫支出金の額は、補助単価，補助対象事務量，補助対象となった経費で決まる。これらによって計算された補助基本額にたいして補助率がかかることになる。在宅老人福祉施策にかんする国庫支出金の補助率は、ホーム・ヘルパー派遣事業にたいする補助率が変更されたことによって、平成元年度から国が２分の１，県が４分の１，市長村が４分の１以内とされた。国の補助率が引き上げられたわけである。

国庫支出金の問題点としてしばしば指摘されるのは、地方公共団体が負担する超過負担である。国の補助単価や補助対象事務量，補助対象となった経費が、地方公共団体が特定の事業を実施するにさいして充分でない場合に、超過負担がおこる（図４を参照のこと）。これは当然、一般財源にしわよせがいくことになる。

加えて、定率補助金は、当該地方公共団体も経費の一定割合を負担しなければならないため、どこまで負担できるのかを決めるのが一般財源の余裕度である。一般財源は、使途が特定されない財源であって、地方公共団体の収入の７割をしめる。地方譲与税，地方税および地方交付税が代表的なものである。

③地方交付税

地方交付税は、国庫支出金と同じく国からの補助金であるが、使途が特定化されない。地方交付税は、酒税，所得税，法人税の国税３税の32％に消費税の24％とたばこ消費税の25％よりなる一般補助金であり、地方公共団体間の財源の調整をはかり、ひいては行政水準の確保，公平性をはかるのが目的である。

地方交付税には普通交付税と特別交付税がある。うち94％は普通交付税であり、原則的に標準的な行政水準を満たすために、どれだけの一般財源が不足するかにおうじて交付される。つまり、基準財政需要額にたいして基準財政収入額が不足する額だけ交付される。一般財源とは、図５で示すように、市町村でいうと、地方税と消費譲与税の譲与額の各75％（都道府県では80％）に地方譲与税（消費譲与税を除く）を加えたものである。これを基準財政収入額とよぶ。

他方、個別の市町村の標準的な行政水準（低いと批判が多い）とされる基準財政需要額の算出方法は次のものである。学校や警察，福祉施設などの各項目について、測定単位の数値×補正係数×単位費用を積み上げていくのである。

社会福祉費の測定単位は人口であり、人口によって福祉にたいする財政需要額が決まるという計算である。単位費用とは、人口ひとりあたり老人福祉費あるいは在宅福祉費にどれだけ経費がかかるかということだ。単位費用をだす時には、国庫支出金や都道府県支出金などが交付される項目については、総額から特定財源を差し引く。しかし、原則的に人口におうじて経費が比例するが、部分的に、老齢化率などにおうじた補正がおこなわれる場合もある。

一般財源は、通常、都道府県や市町村が独自に行う単独事業に回るわけではなく、国の事業による超過負担分および地方交付税の社会福祉費の超過負担分に回る。また、新しい施策は地方交付税に算定されないことが多い。重要かつ普遍性の高いものだけしか、基準財政需要額のなかに参入されない。地方交付税のなかに算定されたからといって、それがそのまま福祉の財源にまわるのかどうかは、その地方公共団体の余裕度による。

④都道府県支出金

都道府県支出金は、国庫支出金と同じ性格をもち、市町村にたいして交付されるものである。国庫支出金のなかには、一度都道府県に交付され、それが再度都道府県支出金として市町村に交付されるものがある。これを国の間接的補助金と呼び国から市町村に直接交付される直接補助金とは区別する。近年在宅福祉事業は、直接補助金に変更された。

以上から、市町村が事業をする場合、おおきく５つにわけることができる。①国の補助事業であって、国庫支出金があり、補助基準にそって都道府県の支出金や市町村の負担金が地方交付税に参入されるもの、②国の補助事業であって、国庫支出金があるが、都道府県の支出金や市町村の負担金が地方交付税に参入されないもの、③県の単独事業であるが、都道府県支出金や市町村の負担金が地方交付税に参入されるもの、④県の単独事業であるが、都道府県支出金や市町村の負担金が地方交付税に参入されないもの、⑤市町村の単独事業、である。いずれの場合も市町村の超過負担が起きる（図６を参照のこと）。

４．在宅老人福祉事業のメニューが増えたが、国の財源保障は拡充したか？

問題は、在宅福祉や施設福祉事業の整備が緊急の行政課題となりつつある現在、

これらの補助金は拡充されたのか、そしてどのような問題点があるのかである。

①国庫支出金

在宅老人福祉事業（要援護老人）における国の補助事業は平成３年度において13である。このうち８つの事業は、昭和62年以降に創設された。国庫補助金総額（予算）は、昭和63年度では、８事業154億円であるのにたいし、平成３年度では、13事業589億円である。３年間で3.8倍の伸びである.

また、ホーム・ヘルパー派遣事業，ショート・ステイ事業，デイ・サービス事業，日常生活用具給付事業について補助金総額の近年の趨勢を示したものが表２である。これをみると３大事業については、補助金総額が平成元年度以後急激に伸びたことがわかる。ホーム・ヘルパー派遣事業の補助金総額は昭和63年度で90億円，平成３年度で253億円である。次に総額が大きいのはデイ・サービス事業で、補助金総額は昭和63年度で46億円，平成３年度で272億円である。ショート・ステイ事業の補助金総額は昭和63年度で６億円，平成３年度で36億円である。

補助率はどの程度上がったのだろうか。ホームヘルパー派遣事業の経費の負担割合は、昭和63年度まで、国，都道府県，市町村で1/3ずつであったが、平成元年度に国が1/2，都道府県が1/4，市町村が1/4へとひきあげられた。ショート・ステイ事業，デイ・サービス事業の経費の負担割合はホームヘルパー派遣事業のそれと同じであり、こちらはひとあしはやく、昭和61年度においてひきあげられた。なお、日常生活用具給付事業の経費の負担割合は、国が1/3，都道府県が1/3，市町村が1/3である。

補助基本額も、たとえばホームヘルパーをみると、1989年の年額238万円から1993年の年額324.5万円と、４年間で1.4倍に上昇した。

②地方交付税

次に地方交付税をみよう。平成３年度においては、国の在宅老人福祉事業（要援護老人）のほぼ全体が地方交付税の積算内容に含まれている。高齢者サービス総合調整推進事業は、昭和62年度にできた事業ではあるが、地方交付税の算定対象となったのは、平成元年度からである。

地方交付税の積算内容には、標準的な公共サービスとして、たとえば、在宅福祉関係調査旅費や老人訪問手当てなど数は多くはないが、国の補助事業でないものが

含まれている。積算内容に含まれる事業を実施するためにかかる経費（一般財源＋特定財源）を歳出という。そこでは、社会福祉にたいするニーズは、人口に比例すると想定されている。標準団体を人口10万人の市とすると、在宅老人福祉施策にふくまれる事業は、平成３年度で20事業，歳出額は１億360万円である。昭和63年度には、積算内容が６事業，歳出額は3,275万円であったから、３年間で金額にして４倍強にふえている。

ホーム・ヘルパー派遣事業，ショート・ステイ事業，デイ・サービス事業，日常生活用具給付事業について、ひとりあたり歳出の近年の趨勢をみよう。ホーム・ヘルパー派遣事業のひとりあたり歳出額は昭和63年度で230円，平成３年度で420円である。次に大きいのはデイ・サービス事業で、ひとりあたり歳出額は昭和63年度で68円，平成３年度で345円である。ショート・ステイ事業のひとりあたり歳出額は昭和63年度で９円，平成３年度で60円である。どの事業もひとりあたり歳出額は、この３年間で２倍から５倍になった。

次に単位費用をみよう。単位費用とは、在宅老人福祉事業ひとりあたり歳出額から、事業に充当できる国庫支出金や都道府県支出金の特定財源を差引いた、一般財源がひとりあたりどれだけ必要かを示すものである。在宅老人福祉事業の単位費用は、昭和63年度で105円，平成３年度で304円と，３年間で３倍になっている。土木費，教育費，産業経済費など他の区分と比較しても、在宅老人福祉事業の単位費用の伸びが最も大きい。

このように、国から市町村への補助金だけにしぼっても、この３年間で金額が大きく伸びている。この間物価はほとんど上昇していないから、補助金の実質的な大幅引き上げである。しかし、事業の進捗状況は芳しくない。はたして、財政的な理由はなにだろう。

５．なぜ事業の進捗状況は芳しくないのか

地域が自主的、自律的に活力ある経済社会を形成していくうえで現状では限界があり、権限を国から地方に大幅に委譲し地方分権をすすめることは、時の流れである。そして老人福祉の分野では『老人保健福祉計画』によってすでにそれがはじまったにもかかわらず、事業は思うようには進展していない。本節では、ネックとなる

理由を財政的側面に絞って整理したい。

①企画力のある官僚の不足

『老人保健福祉計画』の策定能力にばらつきがみられたこと、計画の策定において民間のシンクタンクに委託したところも少なくないこと、計画に地方独自の住民ニーズがもりこまれたかについては疑問があることは、次のことを示している。つまり、地方は今まで機関委任事務という国から委任された仕事に慣れてきた。第2次世界大戦後、機関委任事務は大幅に増えた。都道府県、市町村の機関委任事務の数は、1949年のシャウプ勧告直後の1952年で256件であったが、第2臨調の1986年には497件にも達している。『老人保健福祉計画』で要請されているような、自ら住民のニーズをくみとり、企画することには不慣れであり、地方公共団体においてはこの面で人材が非常に不足している。また、計画の策定において、地方公共団体内部の人材や外部からの委員の調達に困難を感じる市町村が少なくないのも事実である。地方自治体の自主性をいかに育み、計画策定能力をどう培い、支援すればよいか、また地方自ら変革するにはいかにすべきかという問題が提起されたのである。

②超過負担

国庫支出金の問題点としてしばしば指摘されるのは、地方公共団体が負担する超過負担である。国の補助単価や補助対象事務量，補助対象となった経費が、地方公共団体が特定の事業を実施するにさいして充分でない場合に、超過負担がおこる。これは当然、一般財源にしわよせがいくことになる。たとえば、ホーム・ヘルパーの人件費に関する国の補助基準額は、1992年度で身体介護中心の者がひとりあたり年額2,525,344円，家事援助中心の者が年額1,683,562円である。しかし、この程度の補助基準額で常勤職員を雇おうとすれば、大きな超過負担になることは否めない。また、デイサービスやショートステイのための施設建設の補助単価も実勢価格の半分であり、財政力の弱い市町村では、超過負担が可能でなければ、せっかくの国庫補助事業を利用できず、国庫支出金も受け取れない状況になる。また、厚生省関係の国庫支出金の基本額は、農林や建設等の他の省庁の基本額に比較すると実勢価格との差がかなり大きいといわれる。

③地方交付税

地方交付税そのものが近年大きく変化している。含まれる内容も基礎的公共サー

ビスという性格に加えて、地方自治体が主体的にどのような施策を選ぶのかという点に重点が移ってきている。したがって地方交付税のうち、たとえば在宅福祉という項目にふくまれる内容も多様化している。地方交付税では、社会福祉にたいするニーズは、人口に比例すると想定されている。標準団体を人口10万人の市とすると、在宅老人福祉施策の歳出額は1988年度で3,275万円であったが、1992年度でおよそ1億4,200万円と大きく伸びている。

一般財源は、通常、都道府県や市町村の単独事業に回るわけではなく、国の事業による超過負担分および地方交付税の社会福祉費の超過負担分に回る。社会福祉の分野では、新しい費目が地方交付税のなかに算定される項目が急速に増加し、その額も伸びているが、まだまだ市町村の超過負担が大きい。

そして、社会福祉について新しい項目が地方交付税に参入されたからといって、それがそのまま福祉の財源に回るのかどうかは、その地方団体の余裕度あるいは予算配分構造等によると考えられる。強いニーズがありながら、福祉サービスの受益者の連帯がほとんどないため、福祉サービスの受益者は地方団体の財源配分にかんして圧力をかけるほどには力がない。

社会福祉費の地方交付税算定は前述のように人口に比例し、高齢化を反映したものとはなっていないこと、また竹下税制改革では、地方交付税の財源として国税3税に加えてあらたに地方消費税などを加える一方で、住民税や事業税の減税を行った結果、地方にとっては結果として一般財源が減少したことも付記しよう。

④予算配分構造における問題点

政策領域別の方針と評価にかんする市長や議員を対象としたアンケート調査によると、サービスや積極的な支出の増額の必要性が高い領域は第1に、「道路・下水等の年基盤施設整備」、「公園やレクレーション関係」、「道路・駐車場」である。「社会福祉」、「保健・病院」、「学校教育」など社会サービスの分野がこれに続くが、現状維持かやや増額という程度である（表6を参照のこと）。そして、与野党の議員を問わず、まず公共投資など地域振興や地域開発に予算を配分したいと考えることが、小林等〔1987年〕によって指摘されている。

⑤医療と福祉の連携における問題点、たてわり行政

現行の補助金制度のもとでは、市町村が施設福祉や在宅福祉を率先して充実させ

るという財政的誘因が小さい。老人福祉事業を充実させる動機は、医療費の抑制という現実的な問題がある。老人にかかる１人あたり医療費は老人以外にかかる１人あたり医療費の５倍である。在宅福祉や施設福祉が充実していないために、すでに治療の必要のなくなった老人が入院を続けることが、医療費をおしあげる要因になっている。老人の入院費用は１ケ月31～50万円、特別養護老人ホームに入所すると１ケ月23万円ほどになる。社会的コストは明らかに施設に入所するほうが病院にいるよりは低い。

しかしながら、簡単な試算によると、市が負担する費用は、老人が一般病院に入院している場合は医療費のおよそ40%、老人が老人病院に入院している場合は医療費のおよそ33%、施設に入所する場合は入居費用の50%になる。そのため、施設を整備して老人を病院から移しても、市の負担する費用は社会的コストが削減される程には削減されず、その利益が市以外の他の保険者にまわるのである。また、それほど削減されない場合がある。老人病院から特別養護老人ホームに老人を移した場合、市が負担する費用が増える場合もあるのだ。これでは地方公共団体の努力がむくわれない（表７を参照のこと）。

また、老人医療の面で削減された額が、そのまま老人福祉にまわるかどうかは、たてわり行政のために必ずしも保障されない。今後は、スエーデンでの改革のように老人福祉と老人医療についてサイフをひとつにして、それを市町村が握る方法が考えられる。

⑥市町村単位の限界

全国に3200も市町村があり、そのなかで人口10万人以上の市は200弱である。過疎地もあれば人口集中地もある。このような人口、年齢構造、財政力もさまざまに異なる市町村で個々に自己完結的な施設体系、あるいは在宅福祉等にかんする施設やマンパワーを確保できるかという問題がある。

地方分権は、できるだけ住民のニーズにあう公共サービスを提供するために地域の細分化という面をもつと同時に、個々の地域の限界を超えてより効率的な公共サービスを提供するための広域化という側面を持つ。

対象者の散在や用地取得の困難さ等から、また効率性の観点から、市町村を越えた府県のような調整機関が必要ではないかということである。たとえば、保健婦の

なりてがいない過疎地のはなしを聞くのは珍しいことではない。いっぽうで、義務教育である小学校、中学校は各市町村にあるが、どのような過疎地にも先生はいる。その理由のひとつは、郡を単位とした転勤があることである。このような教育の分野で培われた人事における広域的ノウハウを、私達はもっと福祉の分野にとりいれる必要がある。

もっと長期的にはスエーデンやデンマークの経験のように、公共サービスを供給するための最適規模を求めて市町村の統廃合が生じる可能性がある。

⑦供給体制と財源調達法がいまだ確立されていない ── だれがサービスを提供し、サービスの提供者がだれから金を受け取るかが明確ではない

老人福祉政策をすでに整備していることは、ふたつのことを確立している。供給体制（ケア体制というソフトや施設というハード面も含む）と財源調達法である。デンマークでは国がサービスの供給主体である。たとえば、ホーム・ヘルパーはすべて公務員、したがって財源はすべて税金で賄われる。ドイツでは、老人福祉にかかるサービスの主な提供者は、民間非営利団体である。民間非営利団体は地方公共団体から補助金、利用者からの利用料金や医療保険、社会扶助費などによって費用を賄っている。介護保険導入にむけて議論が煮詰まっている。イギリスでは、ケア・マネジメントという方法をとり、地方公共団体が福祉サービスの購入者となり、公私をとわず一定の水準をみたすサービスを購入するシステムをとっている。

ひるがえってわが国はどうだろうか。わが国では、だれがサービスを提供し、サービスの提供者がだれから金を受け取るかが明確ではない。『老人保健福祉計画』には人材や施設確保の具体策や予算規模、実現のためのタイムテーブルを描くこともできなかったのは、この点にもよる。

労働組合との関係や公務員を抑制するという点から、デンマークのようにすべて公共部門が供給主体となるとは考えがたい。第３セクターや公社、民間非営利団体が供給主体として大きな役割を担う可能性が大きい。このように考えると、社会福祉協議会は委託先としての機能よりも、もっと積極的な供給主体となることを要請される日はとおくないかも知れない。社会福祉協議会の会長が地域の福祉に熱心な人というよりは、地域の名士がなる名誉職のようなものになっていること、官庁のあまくだり先になっていること、トップの能力に組織が左右されやすいことなど、

社会福祉協議会の近代化のためには変えねばならないことが多い。

6．まとめ

地方財政はたえず、地域住民のニーズにあった公共サービスの提供という「効率」の問題と地域格差の是正という「公平」の問題に直面する。地方分権をこころざすということは、かなりの程度の地域格差を受容する覚悟があることを意味する。

いずれの先進諸国においても、財やサービスの提供を中心とした老人福祉サービスは地方公共団体の責任である。そこでは、だれが供給主体であるか、どのように供給するかが明確であり、財源調達においても地方公共団体への特定補助金の強化、地方公共団体間の財政調整、独自財源の確保などさまざまな点から、地方公共団体の自己努力を損なわないような配慮がなされている。それはまた先進諸国がこれまでの2－30年間にわたる試行錯誤の結果、体得したものである。もっといえばかれらは現在も試行錯誤の段階にある。

わが国の改革ははじまったばかりだが、かれらの経験や市町村が実施主体である国民健康保健事業の歴史から学ぶことは多い。市町村が主体となって地域の実情にあった保健福祉計画を実行するために、保健や医療における経費の節約効果が福祉の財源に回せるような、保健福祉に限定された包括的補助金が将来的には望ましいのではないかと考える。

本稿では、老人福祉事業の進捗状況が思わしくない理由を財政的側面から述べた。たてわり行政によって施設の転用がきかないこと、施設サービスにかんして町村負担の導入により措置権の返上がでていることなど、ここでふれえなかった問題は多い。別の機会に記したい。

（平成６年２月）

注1)老人福祉法による『老人福祉計画』と老人保健法による『老人保健計画』は一体のものとして作成することになっている。

注2)国と地方の事務配分

ここでいう事務は単に公共サービスの提供を意味するだけではない。許認可にかんする仕事，規制，調査といった仕事も事務のなかに含まれ、ひとつの事務に国・都道府県・市町村という３段階の政府が関連しあう。事務には団体事務，団体委任事務，機関委任事務の３つがある。それぞれについて見よう。

⑴団体事務

団体事務とは地方公共団体の本来の仕事であり、責任を持つべき仕事である。しかし実態として国の指導・監督がある。地方公共団体が実施するかどうかを選択できるもの（随意事務）と実施が義務づけられているもの（不随意事務）がある。後者は義務教育施設の設置である。

⑵団体委任事務

団体委任事務は地方公共団体の本来の仕事ではないが、法律またはこれに基づく政令により国や他の地方公共団体から地方公共団体に委任された事務である。保護施設の設置など保育所の設置運営のように経費面においても一部援助を受けて行い、委任された地方公共団体の仕事として処理される。

⑶機関委任事務

機関委任事務も地方公共団体の本来の仕事ではないが、国または他の地方公共団体から地方公共団体の長や機関に委任された仕事である。団体委任事務との違いは、委任された地方公共団体の仕事としては処理されず、委任した側の仕事として処理されることである。したがって地方議会は委任を受けた機関に説明を求め意見を述べることができるだけであって、機関委任事務にたいして実質的な権限は何もない。たとえば外国人登録にかんする事務、生活保護，国の統計・調査にかんする事務がある。

注3)国庫支出金とは国からの補助金のひとつであり、一定の目的のために国から地方公共団体に交付されるものである。使途は具体的に特定され、国の責任のありようで、「国庫負担金」，「国庫補助金」，「国庫委託金」にわけられる。「国庫負担金」とは地方財政法10条にあるように「国と地方に相互に利害関係があり、

国がすすんで軽費を負担する必要がある」ものである。生活保護がよく例にあげられる。老人福祉の分野では地方財政法10条の７の２にある老人の養護委託，葬祭ならびに養護老人ホームおよび特別養護老人ホームに要する軽費、および10条の２にある社会福祉施設の建設である。

「国庫補助金」は地方財政法16条に示され，「デイ・サービス事業」「ショート・ステイ事業」のように政策的に実施を奨励するものにたいして財源を部分的に国が提供するものである。「国庫委託金」は地方財政法10条の４に記されるように国勢調査のように本来国の事務を地方公共団体が肩代わりするときに支払われるものである。

参考文献

1．岡本祐三『デンマークに学ぶ豊かな老後』朝日新聞社、1990年

2．北村彰「英国のコミュニテイ・ケア改革について」『週刊社会保障』No.1704～1708、1992年８月31日～９月28日

3．木村陽子「地域福祉のありかた」本間正明他編『地方の時代の財政』有斐閣、1991年

4．木村陽子「地方は在宅福祉を担えるか」『厚生福祉』1992年５月20日、27日、30日、６月３日号

5．木村陽子「市町村の福祉財政を考える」『月刊福祉』1993年６月

6．木村陽子「福祉の充実による医療費の削減－その市町村財政への効果に関する考察」『税務経理』1993年12月３日、12月７日号

7．H.Glennerster,Paying for Welfare: The 1990s, Hervester Wheatsheaf 1992

8．小林良彰・新川達郎・佐々木信夫・桑原英男『アンケート調査にみる地方政府の現実政策決定の主役達』学陽書房、1987年

9．斉藤慎『政府行動の経済分析』創文社、1989年

10．社会福祉・医療事業団『欧州における在宅福祉事業実態調査報告書』1993年12月

11．栃本一三郎・曽原利満「福祉供給システムと公的扶助制度」社会保障研究所編

『西ドイツの社会保障』東京大学出版会、1989年５月
12. 中井英雄『現代財政負担の数量分析』有斐閣、1988年
13. HMSO, Caring for People, 1989
14. 林宣嗣『現代財政の再分配構造』有斐閣、1987年
15. 橋本徹・牛嶋正・米原淳七郎・本間正明編『地方財政』有斐閣、1991年
16. 古瀬徹「老人福祉と介護問題」社会保障研究所編『西ドイツの社会保障』東京大学出版会、1989年５月
17. 炭谷茂「イギリスの地域福祉改革」『総合社会保障』1991年1 、2 、4 、5 号

図1

「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)の目標

〔在宅福祉対策〕

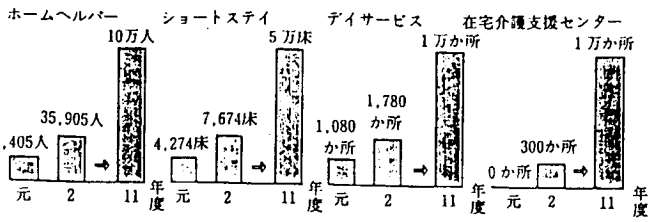


図2 「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)の目標

〔施設対策〕

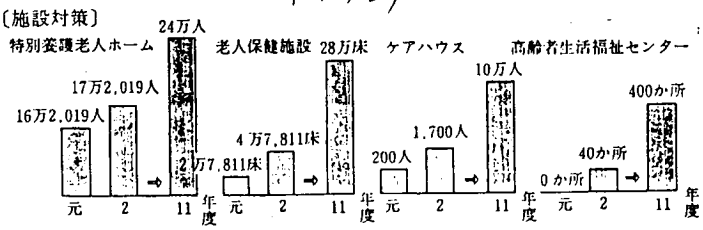


図3 民生費老人福祉費の財源内訳(単位:%)

(1) 都道府県

歳入合計 907,568(百万円)

一般財源等	国庫支出金	地方債	諸収入	その他
74.0%	17.3%	3.6%	2.2%	2.9%

分担金・負担金・寄附金

(2) 市町村

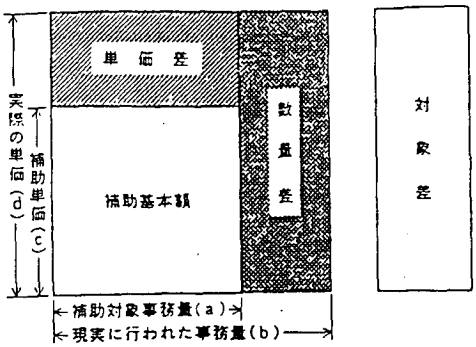
歳入合計 1,673,989(百万円)

一般財源等	国庫支出金	都道府県支出金	地方債	分担金・負担金・寄附金	諸収入	その他
62.9%	13.3%	10.2%	4.6%	4.5%	1.7%	2.8%

注:1991年度決算

出所:『地方財政統計年報』

〈図４〉超過負担の構成



出所：米原淳七郎「地方財政学」有斐閣1977年

図５　個別市町村に対する普通交付税の交付額

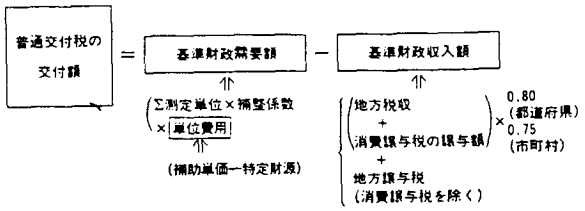
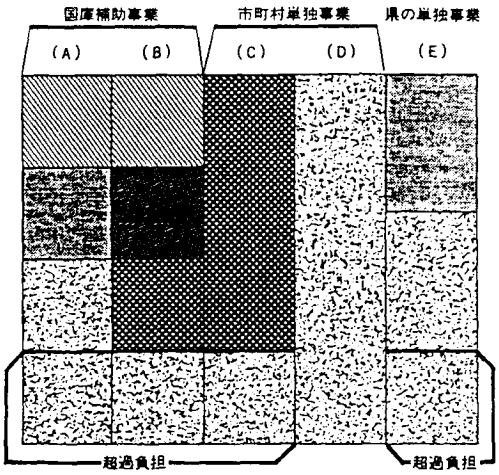
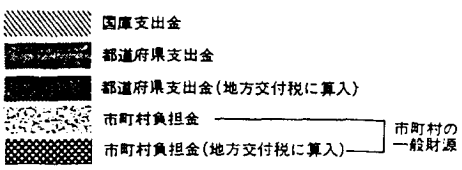


図６在宅福祉事業の財源別分類(市町村)



注：(B)(C)は地方交付税の算入対象となる事業



出典：木村陽子「地方は在宅福祉を担えるか」1992年

表1 ●対象者類型別サービスの供給量(1999年度)

		ホームヘルプサービス	デイサービス	ショートステイ
ねたきり高齢者	ランクC	・週に4回 ・ショートステイ8週をひき、年に44週	・週に1.5回 ・ショートステイ8週をひき、年に44週	・年に8回 ・7日間×8回
	ランクB	・週に3回 ・ショートステイ8週をひき、年に44週	・週に1.5回 ・ショートステイ8週をひき、年に44週	・年に8回 ・7日間×8回
要介護痴呆性高齢者		・週に5回 ・ショートステイ8週をひき、年に44週	・週に2回 ・ショートステイ8週をひき、年に44週	・年に8回 ・7日間×8回
虚弱高齢者		・週に2回 ・ショートステイ3週をひき、年に49週	・週に1回 ・ショートステイ3週をひき、年に49週	・年に3回 ・7日間×3回

表2 ●在宅福祉サービス目標水準

①ホームヘルプサービス

年間サービス量＝1999年推計人数×需要率×週当たり派遣回数×年間派遣週数

ランクC	93人×10.0%×4回／週×44週／年＝ 1,637人・回／年
ランクB	57人×29.6%×3回／週×44週／年＝ 2,227人・回／年
要介護痴呆性	124人×29.0%×5回／週×44週／年＝ 7,911人・回／年
虚　弱	1,046人×12.5%×2回／週×49週／年＝12,814人・回／年

年間サービス量合計	24,589人・回／年
×	×
1回当たり派遣時間	2時間／回
年間派遣延べ時間数	49,178人・時間／年
*1991年度派遣延べ時間数	3,947人・時間／年

②デイサービス

年間サービス量＝1999年推計人数×需要率×週当たり利用回数×年間利用週数

ランクC	93人×47.5%×1.5回／週×44週／年＝2,916人・回／年
ランクB	57人×57.6%×1.5回／週×44週／年＝2,167人・回／年
要介護痴呆性	124人×77.4%× 2回／週×44週／年＝8,446人・回／年
虚　弱	1,046人× 7.1%× 1回／週×49週／年＝3,639人・回／年

年間サービス量合計 （年間利用延べ回数）	17,168人・回／年
*1991年度利用延べ回数	3,153人・回／年

③ショートステイ

年間サービス量＝1999年推計人数×需要率×年間利用回数

ランクC	93人×45.0%×8回／年＝ 335人・回／年
ランクB	57人×40.7%×8回／年＝ 186人・回／年
要介護痴呆性	124人×61.3%×8回／年＝ 608人・回／年
虚　弱	1,046人× 7.3%×3回／年＝ 229人・回／年

年間サービス量合計	1,358人・回／年
×	×
1回当たり利用日数	7日／回
年間利用延べ日数	9,506人・日／年
*1991年度利用延べ日数	1,732人・日／年

表 3　在宅福祉対策

事業の名称	事業の概要	費用負担
ホーム・ヘルパー（訪問し介護を行う者）派遣事業	寝たきり老人等で日常生活に支障がある者に対し，家事，介護等を行うホーム・ヘルパーを派遣する。	国 1/2，都道府県 1/4，市町村 1/4 （国 1/2，指定都市 1/2） 負担能力に応じた利用者負担あり （1時間当り 0～650 円）
デイ・サービス事業（日帰りで介護サービスを受ける事業）	虚弱老人等をデイ・サービスセンターに通所させ，給食，入浴，日常動作訓練等のサービスを提供するとともに，寝たきり老人等の家庭に訪問して，給食，入浴等のサービスを提供する。	国 1/2，都道府県 1/4，市町村 1/4 （国 1/2，指定都市 1/2） 利用者負担…飲食材料費等の実費
ショート・ステイ事業（特別養護老人ホーム等に短期滞在する事業）	寝たきり老人等を介護する家族が疾病等によって一時的に介護が困難になった場合に，施設で短期間介護を行う。	国 1/2，都道府県 1/4，市町村 1/4 （国 1/2，指定都市 1/2） 利用者負担…飲食材料費等の実費 （特別養護老人ホームで 1 日当り 1,890 円）
日常生活用具の給付等事業	寝たきり老人等の日常生活を容易にするための日常生活用具を給付または貸与する。	国 1/3，都道府県 1/3，市町村 1/3 （国 1/3，指定都市 2/3） 負担能力に応じた利用者負担あり
高齢者サービス総合調整推進事業	保健・医療・福祉の各施策の調整と総合的推進を図る。	国 1/2，都道府県（市）1/2

出所：『厚生白書 1989 年度』。

表 4　施設福祉対策

	施設名	事業の概要	運営費補助 国	運営費補助 県または市	利用者負担
入所型	特別養護老人ホーム	65歳以上の者であって，身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし，かつ，居宅においてこれを受けることが困難な者を入所させて養護する。	1/2	1/2	・入所者本人または扶養義務者から，負担能力に応じて費用徴収
	養護老人ホーム	65歳以上の者であって，身体上もしくは精神上または環境上の理由および経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者を入所させて養護する。			
	軽費老人ホーム	一定の所得以下の60歳以上の者等であって，家庭環境，住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な者を入所させ，給食その他日常生活上必要な便宜を供与する（利用者は契約により入所する）。	A形，ケアハウスについて運営費のうち事務費のみ補助		・生活費は本人負担 （A形，ケアハウスの事務費については，所得に応じて減免あり）
	A型	生活相談，緊急時の対応，給食，介護等のサービスを提供する。	1/3	2/3	
	B型	生活相談，緊急時の対応等のサービスを提供する（食事については自炊）。	―	―	
	ケアハウス（1989年度創設）	生活相談，緊急時の対応，給食等のサービスを提供する（通いすでの生活が容易であるなど住宅としての機能を重視し，入所者の虚弱化には，在宅福祉サービスの導入により対応）。	1/3	2/3	
	有料老人ホーム	常時10人以上の老人を入所させ，給食その他日常生活上の便宜を供与する。	―		・本人が全額負担
	シルバーハウジング	高齢者の安全や利便に配慮した設備・設計の公営住宅等において，生活援助員が必要に応じ生活指導，相談，安否の確認，一時的な家事援助，緊急時対応等のサービスを行う。	（生活援助員に係る経費については，デイ・サービス事業に計上）		・家賃等一本人負担
利用型	老人福祉センター	地域の老人に対して各種の相談に応じるとともに，健康の増進，教養の向上およびレクリエーション等のための便宜を供与する。			
	老人憩の家	地域の老人に対して，教養の向上およびレクリエーション等のための場を与え，もって老人の心身の健康の増進を図ることを目的とする施設（老人福祉センターより小規模なもの）。			
	老人休養ホーム	景勝地，温泉地等の休養地において，老人に対して低廉で健全な保養休養の場を与え，もって心身の健康の増進を図る。			

出所：表8・1に同じ。

表 5　社会活動促進対策

事業の名称	事業の概要		費用負担
高齢者の生きがいと健康づくり推進事業（1989年度より）	高齢者の社会参加の促進を図り，生きがいと健康づくりを推進する。		
	・長寿社会開発センターの整備	・1989年11月発足	・国10/10
	・都道府県明るい長寿社会づくり推進機構の整備	・15都道府県	・国1/2，都道府県1/2
	・高齢者の生きがいと健康づくり推進モデル市町村事業	・152市町村	・国1/3，都道府県1/3，市町村1/3（国1/3，指定都市2/3）
老人クラブ助成費	老人クラブが行う各種の地域福祉活動事業等に対する助成。		国1/3，都道府県1/3，市町村1/3
全国老人クラブ連合会助成費	都道府県老人クラブ連合会，市町村老人クラブ連合会に対する指導等及び都道府県老人クラブ連合会に対する老人クラブ等活動推進員のための助成。		国10/10
都道府県高齢者総合相談センター（シルバー110番）運営事業	高齢者世帯の日常生活において直面する困りごと等に対応できる総合相談体制の確立を図る。		国1/2，都道府県1/2
高齢者能力開発情報センター運営助成	おおむね65歳以上の者に対し，その希望と能力に応じた適切な仕事の斡旋等を行う。		国1/2，都道府県1/2

出所：表8・1に同じ。

表6●政策領域別の方針と評価

	経費の削減・増額に関する見方								市長によるこれまでの政策実施の評価		議員による行政の対応度の評価	
	市長の方針		議員の方針		市長が見た市民の意向		議員が見た市民の意向					
	増減割合の加重値	順位	増減割合の加重値	順位	増減割合の加重値	順位	増減割合の加重値	順位	「成功した」評価の合計	順位	半分以上「応えている」評価の合計	順位
									%		%	
1. あらゆる政策領域	＋ 4.0	—	△ 0.4	—	＋27.6	—	＋ 0.5	—	77.2	—	37.0	—
2. 初・中等教育	＋39.6	④	＋23.0	⑤	＋63.3	⑤	＋42.1	⑤	70.3	③	40.6	②
3. 社会福祉	＋25.8	⑥	＋21.9	⑥	＋73.3	③	＋53.3	④	73.3	①	30.4	⑤
4. 道路交通・駐車場	＋44.5	③	＋38.8	②	＋71.3	④	＋60.9	②	58.4	⑧	30.0	⑥
5. 公営交通	△ 5.9	⑨	△ 8.8	⑨	＋ 2.0	⑨	＋ 8.4	⑨	(注)5.9	⑪	21.1	⑪
6. 保健・病院	＋39.5	⑤	＋30.5	③	＋61.4	⑥	＋58.7	③	63.4	⑦	33.9	④
7. 公園・レクリエーション	＋55.4	②	＋25.6	④	＋75.3	②	＋42.0	⑥	64.4	⑤	29.6	⑦
8. 公営住宅	△ 4.9	⑧	＋ 2.2	⑧	＋20.8	⑦	＋25.5	⑦	49.5	⑩	28.7	⑧
9. 消　　防	＋ 5.9	⑦	＋11.1	⑦	＋12.6	⑧	＋17.5	⑧	84.4	⑤	38.8	③
10. 下水等都市基盤整備	＋103.9	①	＋124.0	①	＋108.9	①	＋95.6	①	73.3	①	41.9	①
11. 自治体職員数	△69.3	⑪	△65.3	⑪	△105.0	⑪	△84.2	⑪	65.3	④	22.9	⑩
12. 自治体職員給与	△25.8	⑩	△25.3	⑩	△86.1	⑩	△82.6	⑩	58.4	⑥	26.5	⑨

(注)　公営交通については市長の管轄外とする回答が60.4%を占めていたが、「成功しなかった」という回答は、19.9%に上る。
出所：文献　小林良彰他〔1987〕

〈表7〉老人医療と施設福祉の代替効果

(1)　一般病院から特別養護老人ホームへ

		負担割合	一般病院 老人一人当たり年間経費(万円) 600万円 (1カ月50万円)	特別養護老人ホーム 老人一人当たり年間経費(万円) 276万円 (1カ月23万円)	負担増減額(万円)
負担額	国	0.2	120	138	＋18
	県	0.05	30		
	市	0.05	30 ＞ 240	138	−102
	国保	0.35	210 ／		
	その他保険者	0.35	210		

(2)　特例許可老人病院から特別養護老人ホームへ

		負担割合	特例許可老人病院 老人一人当たり年間経費(万円) 372万円 (1カ月31万円)	特別養護老人ホーム 老人一人当たり年間経費(万円) 276万円 (1カ月23万円)	負担増減額(万円)
負担額	国	4/12	124	138	＋14
	県	1/12	31		
	市	1/12	31 ＞ 124	138	＋14
	国保	3/12	93 ／		
	その他保険者	3/12	93		

出典：木村陽子「福祉の充実による医療費の削減その市町村財政への効果に関する考察」

第２節　行政における民営化路線

滝上宗次郎

１．高齢化の進展と社会保障給付費の拡大

表１　高齢者関係給付費の推移

年度	年金保険給付費	老人保健（医療分）給付費	老人福祉サービス給付費	計	対前年度伸び率	給付費に占める割合	社会保障給付費	対前年度伸び率	65才以上人口の構成割合	75才以上人口の構成割合
	億円	億円	億円	億円	%	%	億円	%	%	%
昭和48(1973)	10,769	4,289	596	15,654	……	25.60	61,152	……		
49(1974)	19,231	6,652	877	26,760	70.9	30.10	88,894	45.4		
50(1975)	29,045	8,666	1,164	38,875	45.3	33.30	116,726	31.3	7.9	2.5
51(1976)	40,820	10,780	1,489	53,089	36.6	36.66	144,828	24.1		
52(1977)	50,984	12,872	1,798	65,654	23.7	38.97	168,462	16.3		
53(1978)	61,392	15,948	2,060	79,400	20.9	40.26	197,213	17.1		
54(1979)	70,965	18,503	2,306	91,774	15.6	41.89	219,066	11.1		
55(1980)	83,766	21,269	2,560	107,595	17.2	43.73	246,044	12.3	9.1	3.1
56(1981)	98,011	24,280	2,822	125,113	16.3	45.73	273,578	11.2		
57(1982)	110,187	27,450	3,129	140,766	12.5	47.00	299,489	9.5		
58(1983)	120,905	32,660	3,306	156,871	11.4	49.17	319,016	6.5		
59(1984)	131,459	35,534	3,467	170,460	8.7	50.76	335,794	5.3		
60(1985)	145,729	40,070	3,668	189,467	11.2	53.16	356,440	6.1	10.3	3.9
61(1986)	164,008	43,584	4,075	211,667	11.7	54.85	385,886	8.3		
62(1987)	176,218	46,638	4,278	227,134	7.3	55.87	406,546	5.4		
63(1988)	187,219	49,824	4,569	241,612	6.4	57.15	422,777	4.0		
平成元(1989)	202,638	53,730	5,106	261,474	8.2	58.57	446,404	5.6		
2(1990)	217,947	57,331	5,749	281,027	7.5	59.65	471,122	5.5	12.0	4.8
3(1991)	233,800	61,976	6,552	302,328	7.6	60.35	500,922	6.3		

（注）人口比率は各年10月１日現在

（資料）社会保険研究所、厚生白書

1970年代までの年金制度や医療制度の充実に加えて、その後の高齢化の進展は、社会保障給付費を急拡大させた。

表１にみられる通り、1991年度の年金、医療、福祉などの社会保障給付費は総額50兆円の大台にのせた。1975年度に10兆円であったものが、1979年度に倍増し20兆円、1983年度に30兆円、1987年度に40兆円を超え、急ピッチで拡大している。

とりわけ目立つのが、社会保障給付費の総額に占める高齢者に係る給付費である。その比率は、1973年度の25%から1991年度は60%にまで高まっている。日本の人口高齢化の特徴は、欧米に比べて、

① 最も遅れて高齢化が始まった。

② ＷＨＯの定義する、65歳以上の人口比率が「高齢化社会」と呼ばれる７％（1970年）から、「高齢社会」と呼ばれる14%（1994年）に至るまで、僅か24年間である。すでに「高齢社会」に突入しているヨーロッパ諸国がいずれも100年前後を費やしたのに比べて、あまりに速い。

③ 福祉が遅れ女性がハンデを負っている日本では少子化が進み、2025年には、老人人口比率は27%を上回り、世界最高となる。

④ にもかかわらず、従来日本では福祉の遅れから親の介護を家族（女性）が担ってきただけに、ヨーロッパ諸国、とりわけ北欧のように、社会全体で老人を介護するシステムが出来ていない。今後は日本の家族意識もさらに欧米化が進むだろう。高齢者だけの世帯が、都会にも、地方にもすでに急増している。

こうしてみると、今後さらに年金、老人医療費は拡大し、加えて従来家族が介護していたものが家族構成の縮小によって社会化（公的介護への移行）し、老人福祉費は一気に膨張するとみられる。

２．臨調路線と福祉の民営化

（１）国民負担率の抑制

日本社会の高齢化を危惧する言葉として、すっかり有名になったのが「国民負担率」である。国民負担率は、国民所得に対する租税負担率と社会保障負担率とを合計したもので、現時点では40%弱である。その定義のように、国民負担率とは、租

税と社会保障を支払う側だけに着目した概念であり、年金や福祉を受け取る高齢者や、そのことで利益を得て介護負担を免除される家族の利益は除外されている。そのために、「高齢化は国民負担率を上昇させて、働く人々の勤労意欲を減退させ、社会の活力を弱める」といった具合に、負のイメージばかりを世論に与えている。

現に、略して「臨調」と呼ばれる第一次「臨時行政調査会」並びに第二次「臨時行政改革推進審議会」は、国民負担率の抑制を国是とする答申を出し、マスコミや国民の多数は答申内容を受け入れている。1983年（当時の国民負担率は35%）の第一次臨調の最終答申は、21世紀の国民負担率を50%よりかなり低めにとどめることとした。次いで、1990年の第二次臨調の答申は高齢化のピーク時においても、50%を上限とした。

国民負担率の上昇の中身は、高齢化による社会保障費の膨張であるから、その抑制手段としては、

年金・・・65歳への支給開始年齢の引き上げ、支給額の引き下げ

医療・・・老人医療費の抑制、受益者負担化、
実質老人医療の打ち切りを意味する在宅医療の推進

福祉・・・民営化の推進、ボランティア活動の推進、
施設ケアに比べて割安な在宅ケアの推進

があげられ、現在すでに強力に進められている。

（2）福祉の民営化

当初、臨調路線の目指す民営化とは、市場メカニズムのなかにある公的機関の民営化を指していた。そのために、経済的にも、産業的にも、民営化による混乱はほとんど生じなかったのである。唯一問題とされたのは、そこに働く人々の身分が変わることであった。鉄道や通信における、ＪＲやＮＴＴがその例である。というのも、公的機関時代には「親方日の丸」といわれ、合理化反対闘争が行われるなど、市場メカニズムの利点を国民は享受できなかったからである。

当時は、国鉄よりも私鉄の方が、運賃も安く、顧客サービスも良かった。公共料金が安易に値上げされることと同じで、国鉄の巨額の赤字は顧客に転嫁された。また、全国の観光地にある国民宿舎は、値段が安いにもかかわらず、顧客サービスの

悪さから利用度が低かった。郵便小包よりも、民間の宅配便の方が、スピードも極端に速く、確実で、集配サービスも比較にならぬほど優れていた。要するに、民間企業の有する、「顧客指向」「効率性」「創意工夫」が、旧態依然を是とする役所の論理に優っていたのである。

しかしながら、1980年代の後半に入ると、市場メカニズムによっては、逆に、「顧客間の不公平」「非効率」を生み出す福祉サービスの民営化が、国民負担率の抑制を錦の御旗の下に強行された。福祉サービスは「市場の失敗」と認識され、公的に供給されるべきものが、民営化を、その是非を問わずに要請されたのである。

民間企業の有する「顧客指向」「効率性」「創意工夫」を、福祉サービスに取り入れるためには、「公」が費用を出し質の確保と供給に責任をもって、事業を「民」に委託する「民間委託」の手段が本来適切である。しかし、「民間委託」では国民負担率は上昇してしまう。そこで国民負担率の抑制がその是非も問わずに要請されたから、受益者負担の純粋な民営化が強行されたのである。

3．有料老人ホーム

（1）その仕組み

福祉の民営化は、「シルバー産業」という名称を与えられて、高齢化による国民負担率の上昇を懸念するマスコミから認知された。シルバー産業の最大の柱が、有料老人ホームである。その建物は、10～15坪の各入居者の専用居室に付け加えて、共用スペースとして、食堂並びに厨房、大浴場、寝たきりや痴呆になった場合に移り住む介護室、買物代行・洗濯・掃除・介護を請け負う寮母室、看護婦の常勤する医務室、そして警備・営繕や高齢な入居者に代わって諸官庁に対応する事務室、さらには霊安室などで成り立っている。建物はマンションの体裁をもつが、マンションと異なるのは様々な共用スペースをもち、雨風や寒さから入居者を守るために廊下がすっぽりと建物の中に入っていることである。

利用者は、月々、ホームの運営費を負担する。さらに、巨大な建物の建設費、土地取得費を課されるが、それは、入居時に、終身の家賃の一括前払いであるという意味で“入居一時金”という名目で、数千万円から一億円前後支払う。この前払い

の入居一時金の存在、並びに多数の高齢者による終身のホームでの生活が、有料老人ホームの商品としての特徴である。

入居一時金は、リゾートマンションに似ているが、所有権ではなく、ホームを終身利用する権利の対価である。通常、10～15年以内に権利者が死亡などの理由でホームから退去すれば、その利用期間に応じて入居一時金の一部が遺族などに返還される。10～15年を超えた場合は、入居を続けても追加の入居金を支払う義務は生じないが、言い方を替えれば、ホームを生前に退去しても入居金は返還されない。

入居一時金の算定式は、一般には地価と建設費とを足したものを分子とし、入居者の住む部屋数を分母として除したものである。土地が30億円、建設費が30億円で、100室のホームであれば、入居一時金は6千万円となる。こうしてみると、経営者にとっては、有料老人ホーム事業は、応募者が定員に達すれば、初期の巨額の設備投資を早期に全額回収できる、妙味のある不動産賃貸事業といえよう。近年、有料老人ホームが建設ブームであったことが理解できる。

しかし、バブル崩壊後は入居一時金の相場は急落し、有料老人ホーム経営の魅力も薄れてきたといえる。

（2）民営化の歴史

シルバー産業には、有料老人ホーム事業ばかりでなく、在宅ケア事業、在宅ケアの一部を取り出した入浴サービスなどある。しかし、ここでは有料老人ホームに絞って話をすすめる。というのも、市場規模の点で他を大きく離していること、都市部では家族意識の変化から主婦の4割が関心をもつ（国民生活センターのアンケート調査）という将来性、また有料老人ホームと並んで期待された在宅ケアは「第4章第2節」で論じるように事業の採算性に見込みが立たないからである。

ア　1985年9月

（プラザ合意）

円は、一年後には、1ドル240円から150円に切り上がった。円高不況を恐れた政府は、低金利政策をとり、加えて急激な円高を阻止するためにドル買い円売りを続けたから、国内には巨額の過剰流動性が発生した。円高により消費者物価は安定していたが、大量の金の流れは土地と株式に向かい、騰貴した。ここに、自宅を売れ

ば高額な入居一時金を支払える大都市居住の高齢者が、有料老人ホームの有力な消費者として登場し、有料老人ホーム事業が一つの産業として離陸した。

イ　1985年11月

（厚生省「シルバーサービス振興指導室」を設置）

ウ　1986年６月

（「長寿社会対策大綱」閣議決定）

高齢化対策である。基本方針の一番目として「経済社会の活性化を図り、活力ある長寿社会を築くこと」を挙げ、その推進の一つの柱として、「個人の自助努力、家庭・地域社会の役割を重視し、民間活力の活用を図ることに留意する」とされた。その主要施策のうち、「健康・福祉面での、私的サービスの育成・活用」については、厚生省の所管となった。21世紀の超高齢化に対し、産業社会の活力を維持し、財政の逼迫を避けるために、日本は、社会保障の制度のなかに、受益者負担という民営部門を大きく位置づけるという根源的な決断を下したという訳である。

エ　1987年３月

（民間事業者約150社を会員とする社団法人シルバーサービス振興会が発足）

オ　1987年12月

（福祉関係三審議会合同企画分科会による「今後のシルバーサービスの在り方について」という意見具申）

民間による創意工夫を生かすことが重要であるという理由から、シルバーサービスに対する現在以上の規制（消費者保護など）は、必要ないとした。この意見具申を堅持する形で、これ以降、事業者の参入を促進するために、消費者保護を軽視したまま厚生省の有料老人ホーム行政は進められていく。

しかし、厚生官僚であった故荻島國男氏は、ペンネームで1989年に時事通信社『厚生福祉』に「新しい福祉のパラダイム」と題して、以下のように、福祉関係三審議会の意見具申を批判した（注１）。

（前略）意見具申でシルバーサービスのような民間事業者による福祉サービスについては、営利であるとないとを問わず、「社会福祉事業と同種の事業であっても、現時点においてこれ以上の法規制を行う必要はない」（中略）「シルバーサービス

は行政指導と民間事業者自身による自主規制で十分であり、公的な規制や補助は必要でない。政策融資は行う必要があるが、社会福祉事業としては認めない」という結論なのだが、次のような問題についてはどのように考えたのだろうか。

（一）提供される福祉サービスの質の確保

例えば入浴サービスのような在宅福祉サービスは、利用者にとってサービスの内容や品質についての情報がなく、一度利用すればサービスの選択替えも困難なので、放っておけば劣悪サービスもはびこりやすい。これを単に行政指導や業界の自主基準（マル適マーク）だけでサービスの質が確保できると考えるのは、やや楽観的にすぎるのではないか。（中略）

（二）サービスの価格

例えば在宅介護サービスなどは、コストの大部分が人件費で、専門スタッフが必要な1対1の対人サービスであるため、どうしても価格が高くなってしまうことは、病院の付添看護をみてもわかる。なんらかの価格維持ないし費用補填を講じなければ、一部の高額所得者しか利用できないものになってしまうおそれがあるが、意見具申はこの点について何も触れていない（病院の付添看護と同じサービスを在宅で購入しようとすれば、月何十万円も必要である）。（中略）

（三）政策融資と税制上の優遇措置

（前略）現在社会福祉法人が社会福祉事業を経営する場合には、国税、地方税はほとんど非課税（消費税のみ一部課税）であるのに対し、民間事業者の福祉事業に対する税制上の優遇措置はあまりに少ない。社団法人シルバーサービス振興会の調査によっても、シルバーサービスの約七割は収益なしか赤字であるとの結果が出ており、実施主体の四割が公的育成策の拡充を、二割が公的施策の民間委託を、そして三割が税制上の優遇措置を望んでいる。

このような実態を踏まえずに、一方で「民間福祉サービスの健全育成」を強調しながら、他方で「社会福祉事業になじまないから行政指導と自主規制で対応」などというのは、無責任な議論というそしりを受けてもやむを得ないのではないか。

カ　1988年2月

（昭和62年版厚生白書発行）

この白書は福祉民営化の正当化を目指したもので、執筆者は、前述した故荻島國男氏である。白書の記述は次の通り。「これまで、高齢者は所得水準が低く消費水準も低いという考え方が一般的であったと思われるが、以上のように、高齢者の生活は、極めて多様で、個性的なものになっており、一方で、二極分化の傾向もみられる。したがって、高齢化への対応は一律に行うことでは十分とは言えず、それぞれのニードに応じたきめ細かな対応が求められている。（中略）国民の生活水準の向上や価値観の変化、社会保障制度の拡充等により、国民の社会保障ニードは、全体として『給付の水準』から『サービスの質』へ移行しつつあると指摘できる。また、求められるサービスの内容についても、これまでの画一的なサービスから、個々人の生活形態や価値観に応じて選択しうる多様なサービスが要求されるようになりつつある。さらに、多少の費用負担をしてもより質の高いサービスを求めるという傾向も次第に高まってきている。（中略）今後、高齢化の進展に伴う介護ニードなどの増大、多様化に対しては、今後とも公的施策の一層の拡充が必要である。しかしながら、公的部門のみによってすべてのサービスを供給していくことは制度的にも財政的にも困難である」

しかしながら、市場機構に委ねては適切なサービス供給が講じられないものとして、「例えば、ねたきり老人や痴呆性老人、障害者その他のハンディキャップを持った者の切実なニードに対しては、公的部門が十分関与した形でサービスが供給されるべきであろう」として、有料ナーシングの在り方について言及している。

また、「有料老人ホームは高齢者の生活の基盤として、その果たす役割は今後ますます大きくなることが予想される。その機能についても、最近では単に高齢者の住まいというだけでなく、『終のすみか』として、寝たきり等になった場合の介護機能や病気になった場合の医療機関との連携などの機能が重要視されつつある」と述べ、経営側に対し「終身介護」を求めている。さらに、「ひとたび劣悪なサービスが提供される事態が生ずれば、サービスを信頼して購入した高齢者に看過し難い痛手を与えることはもとより、シルバーサービス全体に対する国民の不信を招き、シルバーサービスの健全な発展が阻害され、ひいては増大、多様化する高齢者のニードに的確に対応できなくなる」と、経営側に警鐘を鳴らしている。

以上が、白書からの引用であるが、福祉の民営化を正当化した記述部分は、実態と異なっている。というのも、白書によれば、「ニードはますます増大・多様化してきている。また、自分のニードに合ったサービスであれば自己負担であっても選択の幅のある自由契約に基づく民間サービスを求める意識も高まってきている」という。言い換えれば、高齢者の福祉は価格弾力性が高まってきた（よい商品ならば多くお金を払います）ということだから、消費者の利益を考えて民営化することは、理論的に正しいということである。しかしながら、現場は、少なくとも有料老人ホームの場合、そうではないからである。一般に有料老人ホームでは営利のため人手を省いて介護力が弱いから、長期介護を必要とする入居者は、社会保障の対象である特別養護老人ホームや老人保健施設に移して介護されているのが実態である。

キ　1988年5月

（社会福祉・医療事業団が改正され、株式会社等のシルバーサービスを融資対象に追加）

（社団法人シルバーサービス振興会が「倫理綱領」を発表）

前年12月に、福祉関係三審議会合同企画分科会による「今後のシルバーサービスの在り方について」の意見具申が出され、「シルバーサービスは行政指導と民間事業者自身による自主規制で十分であり、公的な規制や補助は必要でない」とした。それを補うために、次のような「倫理綱領」となっている。

（前文）

我国は、人口の急速な高齢化によって人類がかつて経験したことのない高齢社会への変貌を続ける。この変貌する高齢社会を常に活力あるものにすることが社会全体に課された大きな課題である。（中略）シルバーサービス振興会会員は、このような社会的責務を自覚し、高齢者本位のシルバーサービスの提供を行い、シルバーサービスに対する社会の信頼を確保し、その健全な発展を図るために会員が守るべき基本的事項について倫理綱領として以下の通り定める。

（社会の信頼の確保）

会員は、シルバーサービスが高齢者を対象として提供され、高齢者の生活の基幹に深いかかわりを持つものであることに鑑み、その果す重要な役割を自覚し、高い

倫理的自覚のもとに常に社会の信頼を得られるよう努めなければならない。

ク　1988年10月

（有料老人ホーム設置運営指導指針が改正）

介護専用型（有料ナーシング）が民間のシルバーサービスとして認知される。ただし、有料ナーシングに対するガイドライン作りは見送られた。

ケ　1990年夏

（首都圏にて、高騰を続けた地価が下がり始める）

証券市場は年末まで高騰を続けたが、土地は反落し、バブルの崩壊が始まった。バブルの時代は、若い時に、首都圏に約30坪の自宅を100万円前後で購入した高齢者は、自宅が一億円前後で飛ぶように売れた。しかし、バブルの崩壊で住宅地の地価は半値以下まで下落した。この結果、有料老人ホームへの入居一時金を支払える購買力のある消費者が、今や激減している。有料老人ホームという福祉色の濃い事業を、市場メカニズムの中で供給できていたかにみえたのは、バブルのお陰であったことが理解される。

コ　1991年４月１日

（改正老人福祉法の施行）

（有料老人ホーム設置運営指導指針の大改正）

消費者被害がマスコミで多数取り上げられるようになり、消費者保護を図るために、厚生省は、老人福祉法やガイドラインを改正した。

老人福祉法の改正によって、社団法人全国有料老人ホーム協会が老人福祉法で認定された。以後、法的に、消費者保護は事業者団体が行うこととなった。しかし、この点について、1993年12月27日の朝日新聞の社説は『有料ホームへの夢と誇大広告』と題して、「頼りになるのは表示や契約書だが、厚生省は、その指導や入居者の保護を経営者団体である全国有料老人ホーム協会にまかせるという、常識外れの方法をとってきた。その結果、入居案内には「やすらぎ」「ふれあい」といったムード的表現があふれ、介護の質を左右する職員数や介護の場所を記していないホームが実に多い。こうした行政の根拠となっている老人福祉法も問題をはらんでいる」と、批判した。

有料老人ホーム設置運営指導指針の大改正の趣旨として、厚生省老人福祉振興課長は、国会において「有料老人ホーム設置運営指導指針、この三月末に出しておりますが、我々がここの中でとりわけ力を入れた一つが入居者に対する情報開示の推進でございます。特に介護サービスについてその内容を明示するように指導しております」と、述べている。しかし、述べられた通りには、大改正の趣旨は生かされず、情報開示は行われていない（注２）。現に、この後も、国会で弁明が繰り返される。例えば、1992年３月12日には、厚生大臣が、「有料老人ホームについては、民間に対して今後適切な関与、規制が必要だということを私も痛感いたしております。今後その規制についてどうするかは、幅広く検討してまいりたいと思います」と述べ、同年４月22日には、厚生省老人保健福祉部長が、「有料老人ホームの広告の関係でございますが、（中略）ガイドラインに則するような格好で訂正をしてもらうということで、指導を徹底してまいりたいと思います」と述べ、1993年３月25日には、厚生省老人保健福祉局長が、「ご指摘の正確な情報の開示、提供ということは、高齢者の老後生活を支えるために欠かせないものと、私どもも認識しておりまして、御批判を受けないように指導の強化に努めてまいるつもりでございます。指導の徹底を図ります」と述べている。

サ　1991年５月

（厚生省担当官が「倫理綱領」を批判）

厚生省シルバーサービス振興指導室長（当時）は、ある座談会（1991年５月20日実施）で、「一番大きな問題は、これはプリペイドシステム（筆者注：将来に対する無担保）だということなんですね。（中略）終身利用権方式で、最初に入居金を払って、後にサービスを受けるというやり方ですから、介護需要が発生するというのは、65歳か70歳で入居していても10年先とか15年先というタイムラグがあるわけです。（中略）このプリペイドシステムは、お金を払った相手が聖人君子ならともかく、悪徳非道な人であれば、できる限り支出を減らそうというしくみだから、経営者の誠意とか倫理とか善意に期待する制度なんですよ。経営者の誠意とか倫理とか善意に期待し、依存する制度というのは、世の中のしくみとしては問題があると私は思ってまして、やはり普通の人がやっていけるシステムでなくてはならない」

と述べた（注３）。

シ　1992年３月

（平成３年版厚生白書発行）

この白書は、「広がりゆく福祉の担い手たち・・活発化する民間サービスと社会参加活動」という題名で、民営化を積極的に支持したものである。

これに対し、1992年３月19日の日本経済新聞の社説は「生活実感を欠く厚生白書」と題して、批判している。「民間サービスへの期待がやや安易にすぎないかとの感が否めないし、はたして高齢者の現状を実感的にとらえているのかとの不安もぬぐえない。たとえば今、有料老人ホームなど民間のシルバーサービスに頼る人々は公的施設に入ることが出来なくて、わらにもすがる思いで利用しているケースが多い。そんな人々の悩み、具体的なニーズの所在が白書からは伝わってこない」

ス　1993年12月

（公正取引委員会が不当表示で有料老人ホーム事業者を警告）

公正取引委員会の警告文書は次の通りである。「当該施設内において重度の介護まで実施できるかのように表示しているが、実際には、入居者に重度の介護までは提供できない」あるいは、「24時間体制の介護を実施しているかのように表示しているが、実際には、夜間の介護が必要になった場合には、入居者を当該施設に付属して設置されている診療所へ入院させて介護を実施している」

４．有料老人ホームの諸問題

介護に対しての苦情は多い。例えば、法学者であり、有料老人ホームの入居者でもある後藤清氏は、「何千万円、時には億単位の大金を払って手に入れる利用権の内容として、よるべの少ない入居者の期待しているのは、『終生、世話をしてもらえる権利』、『死ぬまで自室を利用できる権利』である。しかし、現実は、入居者が身の回りのことを自分でできなくなると、しばしば、老人病院や有料ナーシングホームに送られたり、介護専用室に移されたりすることがあるが、これらは、たいてい、狭い雑居部屋であって、『これでは、何のために住み慣れた土地を離れ、家を売り払って有料老人ホームに入ったのか分からない、という嘆きが絶えない』こ

とになる」と述べている（注４）。

有料老人ホームは、民営化の初期という最も肝心な場面で、「介護の質の確保」や「消費者への表示」といった不可欠の事項で法的規制が何らなされず、事業化は事後届けですみ、アウトサイダーが多数存在する事業者団体の自主規制に任された。具体的には、経営側が守るべき「倫理綱領」が1988年に厚生省の外郭団体であるシルバーサービス振興会において制定され、介護に対する唯一ともいえる規制は、1985年に厚生省内部に設置されたシルバーサービス振興指導室から行政指導の形で「特別介護室のベッド数の５％基準」が示されたのみである、といっても過言ではあるまい。

有料老人ホームに対し、行政は「民間企業の商品であるから、消費者は十分に注意して自己責任で選んでほしい」という。しかし有料老人ホームという商品は、入居して10年前後に必要とする介護サービスを入居一時金によって前払いするものであり、将来のサービスを正確かつ具体的に表示しなければ、消費者にとって、ホームの善し悪しが分かりにくく、自己責任で選ぶことは不可能である。

また、介護に対する唯一ともいえる規制である「特別介護室のベッド数の５％基準」も、近年、20～30％への大幅な見直しが迫られている。

この「５％基準」は、1992年３月12日、衆議院において、厚生省老人保健福祉部長により、次のように修正された。「この５％というのは、現在65歳以上の人たちの中に占める寝たきり老人の実際の割合から、大体５％程度になっておりますものですから、割り出したものでございます。そういう意味では一般的な数字を用いているわけでございます。繰り返しになりますけれども、終身介護型の有料老人ホームについては、定員の５％以上というこの縛りはきかないものだというふうに見ております」。

つまり、日本全体の65歳以上の人たち全員の平均年齢はほぼ一定で推移するから、厚生省が既存の統計から推計できる寝たきり老人の実際の割合は５％で安定的であるが、一方、個々の有料老人ホームのなかでは、入居者の入れ替わりは少ないから平均年齢は毎年確実に上昇し、それにつれて要介護者の比率も将来20～30％に達するというのである。「５％基準」は、そのへんの簡単な仕組みと数字を間違えた行

政指導であった。

しかし、行政から示された介護ルールを正しく守って、有料老人ホームを開設した経営者にとってみれば、今さら「数字が間違っていました」で済まされる問題ではない。まさに、死活問題である。将来、介護が不能になりそうだからといって、経営者に悪意があったわけではない。もっと悲惨なのは、それを信じて「終のすみか」であると安心して入居した高齢者である。

もう一つ、抜本的な見直しが迫られていることは、公的有料老人ホームの出現である。バブル崩壊後、民間の有料老人ホームが入居者の募集に苦心している一方で、県の住宅供給公社などが相次いでオープンし、その多くが大変な人気を博している。このことは、民営圧迫に外ならない。

しかし、その本質は、「倒産の不安がないという」公的ホームへの入居動機調査結果に典型的に現れている。「真面目なホームを信用力が低いというだけで締め出してはならない」という不明瞭で無責任な理由だけで、民間ホーム自体の信用問題を棚上げにしたまま民営化を進めてきたことの矛盾が、あまりにも当然に世間に露呈した、といっていい。

民営化は社会問題をはらみながらも拡大を続けている。このままでは近い将来、大きな揺れがあるのであろう。有料老人ホームの事業体そのものの中には、入居者に対する介護サービスの履行や永続性に対し、失敗すれば最終責任を負う能力が欠落していることは、関係者の間では周知の事実である。とすれば、民営化の最終責任を、いかに公が負うかの議論を始めるべきときはきている。

これら諸問題の解決手段については、第4章第2節で述べる。

（平成6年3月）

（第２章　第２節の注）

（注１）荻島國男、小山秀夫、山崎（立）泰彦著「年金・医療・福祉政策論」社会保険新報社、1992

（注２）山田雄三「『生活大国』は福祉と経済とのディレンマを考えよ」（『寒蝉』1992）「老人福祉の一部をいわゆる「シルバー産業」に移してビジネス化をはかるのはよいが、それには私的企業の営利主義をどこまで規制できるかが必要になる。（なお福祉を賄うという名目のもとに消費税が設定されたが、それはセルフヘルプの悪用であって、そのために景気浮揚力としての消費を抑えるという矛盾をもたらしている。）日本では西欧に比して民主化の遅れがあり、パブリックな精神が弱いから、ここでいうディレンマを素通りして、改善が簡単に行われると見るのは危険であろう」

（注３）樋口恵子編「われら有料老人ホーム探検隊」（亜紀書房）

（注４）後藤清「有料老人ホームに関する若干の考察」（有斐閣『民商法雑誌』1991）

第３章　介護の社会化と介護保険構想

山崎　泰彦

１．介護保険構想の経緯

厚生省は、平成５年11月25日、古川事務次官を長とする「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチーム」を設置し(1)、併せて関係５局長からなる介護問題関係局長会議を設置した。同チームは、介護に着目した社会保障制度全般にわたる再点検を行い、介護サービスの供給体制や費用負担を含めた総合的な介護システムのあり方を検討することとしているが、具体的な方向としては、社会保険システムによる介護保障（介護保険）制度の創設が有力視されていると伝えられている。

介護は、福祉、医療、年金等の各分野にまたがるが、これまでの施策は個別分野ごとに展開されてきたため、制度間の整合性の欠如等、様々な問題が指摘されてきた。そうした状況のもとで、総合的な施策の展開を求めて、政府レベルで初めて公式に検討したのは、平成元年12月14日に取りまとめられた『介護対策検討会(2)報告書』であった。報告書は、「どこでも、いつでも、的確で質の良いサービスを、安心して、気軽に受けることができる」介護サービス体制の構築を目指すという極めて意欲的なものであり、その直後に策定されたゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10か年戦略）の策定にも大きな影響を与えた。また、同報告書は、今日議論のメインテーマの一つになりつつある社会保険システムを含む独自の費用保障体系の構築についても、中長期的な観点に立つ検討の視点を示したうえで、国民的合意の形成に努めるべきだと指摘していたことが注目される。

このうち、社会保険システムによる介護保障制度の構築という方向については、介護対策検討会の設置に先立って、『厚生省若手有志による政策ビジョン』（昭和63年１月）、堀勝洋(3)、西川藤三(4)、沢村幸生(5)、筆者(6)らの政策提言があり、専門家の間での議論が次第に高まっていたという経緯があった(7)。

その後、平成３年の老人保健法改正では、介護対策の拡充が重点課題として位置づけられ、介護に重点をおいた老人訪問看護制度の創設、介護的要素の濃い部分(8)の公費負担割合を50％へ引き上げるなどの改正が行われた。また、国会審議の過程では、野党が共同修正要求のなかで、老齢基礎年金の受給権者が65歳以後に寝たきり、痴呆等の介護を要する状態になった時に、年金に上乗せ支給する高齢者障害加

算制度の創設を求めたのに対して、与党の自由民主党は、「今後の介護対策を考えるうえでの重要課題として認識しており、効果、実務上の対応、財源問題等も含め、速やかに検討を進める」と回答した。こうして、年金制度との関わりにおいても介護対策の推進が俎上に載せられることになったのである。

さらに、平成5年9月9日には、高齢者対策関係三審議会（老人保健審議会、公衆衛生審議会老人保健部会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会）委員による『高齢者施策の基本方向に関する懇談会[9]報告』が発表された。報告は、国民皆介護体制の構築を目指す施策の展開を求めるもので、言葉としては明示されていないが内容的には介護保険の創設を指向するものであった。

一方、年金審議会は、平成4年6月以降、年金改正の方向について審議を重ね、平成5年10月12日に意見書をまとめたが、そのなかで「介護の問題は、対応が急がれる今後の大きな課題であり、保健、医療、福祉等を含む総合的な取組みが必要である。効率的な資源配分、効果的な施策といった観点も併せて、社会保障制度全体の中で検討すべきである」とし、当面の平成6年改正での年金制度独自の対応については否定的な見解を示した。また、年金審議会の意見書を受けて、年金改正の方向を検討した連立与党の年金改正プロジェクトチームの報告（平成5年12月20日）は、改正にあたって政府で検討すべき事項として高齢障害加算の創設をあげたものの、最終的な改正法案には盛り込まれなかった。

以上のような議論の進展には、諸外国の動向も少なからず影響している。ロング・ターム・ケアへの取り組みは、社会保障のフロンティアとして、先進諸国共通の重点課題になっている。そうしたなかで、すでにイスラエル[10]やオーストリア[11]では社会保険システムによる介護保障制度を発足させているほか、ドイツでも1989年の医療改革法における在宅介護給付の導入を経て、1993年6月には介護保険法案[12]が国会に提出され、現在審議中である。

こうした経緯を経て、今回の厚生省プロジェクトチームが発足したわけである。1年以内に結論を得たいというのが事務当局の意向だと言われているから、本格的な介護保障制度の構築に向けて検討の最終段階にさしかかっていると言えよう。

以下、本章では、問題の所在を整理した上で、これまでの議論を踏まえ、介護の社会化の方向と具体的な対応策としての介護保険構想について私見を述べてみたい。

2．現状と問題の所在

総理府の『長寿社会に関する世論調査』（平成３年）によれば、長寿社会の問題点（複数回答）としては、「年金の給付と負担のバランス」が51.5%、「寝たきりなどの高齢者の介護」が50.3%となっており、この２つが群を抜いている。このうち介護は、前回の昭和61年調査では37.1%であったから、急速に不安感が高まっていることを示している。また、長寿社会の問題点のうち最も重要なものは、「寝たきりなどの高齢者の介護」が24.7%で最も多く、ついで「年金の給付と負担のバランス」が18.8%となっている。

また、総務庁の『長寿社会における男女別の意識の傾向に関する調査』（平成元年）では、「老後生活に不安を感じる」が79.9%となっているが、その内訳（複数回答）では、「寝たきりや、痴呆症になったとき」が49.3%で、「経済的なこと」29.5%、「配偶者に先立たれた後の生活のこと」26.2%を大きく上回っている。

このように今日、国民の不安と対策の遅れにおいて最も大きな社会問題は、寝たきり等の際の介護問題である。現状と問題の所在を列挙してみよう。

① 在宅ケアを望む人が多いにもかかわらず、施設ケアへの依存度が高まる傾向にある。また、施設のなかでも、病院への依存度が高く、いわゆる社会的入院が相当にある。本来は治療の場であり、病院が福祉施設で対応すべきケアを引き受けているという意味で、医療の福祉化だという問題の指摘も行われている（統計数値については表3-1 参照）。

② 施設間、施設・在宅間、制度間で費用負担の不均衡がある。施設については、特別養護老人ホーム（厚生年金の標準年金受給者であれば月額約15万円）＞老人保健施設（月額約５万円）＞病院（平成５年度月額２万1,000円）である。

但し、特別養護老人ホームの費用徴収は応能負担であるから、低所得者は他の施設よりも軽く、一般の所得階層であれば、他の施設よりも重い負担になる。現実には特別養護老人ホームの入所者の平均的負担額は月約３万円であるから、入所者が低所得者に偏っていることが分かる（図3-1 参照）。

一般階層の人が特別養護老人ホームを避けて病院等を選ぶのは、費用負担面からすれば、ごく当然の行動である。また、施設と在宅の比較では、家族介護の機会費

用も含めて考えると、在宅の方が著しく重い負担になっている(13)。

③　入院した場合、医療と年金の給付が重複支給され、過剰給付を生じている。入院時の給食費込みの老人医療費の一部負担金は1日700円（月額2万1,000円）であるから、高額の保険外負担がある場合を除けば、被用者年金の受給者であれば、年金収入の相当な部分が手元に残ることになる。給食等の生活費相当分については、在宅療養者や老人保健施設の入所者との均衡を図る観点から、自己負担を求めるべきではないかとの指摘がある(14)。

④　サービスの供給量が決定的に不足している。ゴールドプランによるサービスの拡充が期待されているが、たとえ目標値を達成したとしても、不足状態は解消しないのではないか、という危惧がある。

⑤　施設・在宅ともに、医療・福祉の双方から介護対策の拡充が行われているが、相互の連携が不十分である。また、医療の原理（保険による自由契約制度）と福祉の原理（公費負担による措置制度）という、まったく異質の原理によるサービスの提供と費用負担のシステムになっており、介護保障が一元化されていない。

なお、措置制度とは、行政がサービスの要否と供給内容を決め、利用者からの費用徴収は所得に応じて決める方式である。これは、社会資源の利用について、行政が優先順位をつけて重点的に配分するという、配給システムに他ならない。この場合、措置費から費用徴収額を控除した部分は公費によって賄われるから、国や地方財政の制約の範囲でしか供給が伸びないという問題がある。

⑥　市場への参入が期待される民間事業者のシルバーサービスについては、公的な費用保障がなく、料金が高額化せざるをえないため、利用は一部の高所得者に限られ、供給が伸びない。また、提供されるサービスの質に対する不安もある。

3．介護の社会化の理念と社会保険

（1）社会化の理念

前述した『高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告』は、21世紀に向けての高齢者施策の基本方向について、注目すべき提言を行っている。

報告の骨子は表 3―2 の通りであるが、報告が求めているのは「介護の社会化」に向かっての施策の展開である。社会化とは、高齢障害を所得階層にかかわりなく、

誰にも発生する個人的対応が困難な社会的リスクとしてとらえ、サービスの一般化・普遍化を図り、その費用を国民全体で支えることである。

ちなみに、わが国では、傷病や長寿を社会的リスクとして、皆保険・皆年金体制によりカバーし、その基礎的・標準的費用を国民全体で支え合う体制を構築している。医療・年金保障の社会化である。時には、高所得者には公的な医療・年金保障は必要ないのではないかという素朴な疑問が提示されることがあるが、たとえ高所得者であっても傷病や長寿による経済的不安から完全には自由であり得ないという認識のもとに、皆保険・皆年金体制を構築したのである。

それに対して、これまで介護等の福祉サービスは、救貧対策の延長として提供されてきた。建前上は、一般階層も含むすべての人にサービスの門戸を開いているとは言うが、実態は低所得者中心である。しかも、応能負担であるから、たとえば特別養護老人ホームに厚生年金受給者等が入所すると、扶養義務者の負担を含めると、ときには二十数万円の費用全額を負担しなければならない。これは、事実上、福祉サービスの体系が個人責任を原則として組み立てられ、負担能力の乏しい者について費用負担を軽減するという、救貧対策として提供されていることを意味している。

傷病や長寿と同様に、高齢障害を社会的リスクとしてとらえ、全国民を包括する同一原理・原則による給付と負担のルールの確立すること、すなわち介護保障の一元化を図る必要がある。懇談会報告が言う「国民全体で支える」国民皆介護体制の構築こそ、21世紀に向けての社会保障の最大の課題である。

（2）社会化の手段としての社会保険

介護の社会化のための本格的な政策手段として、筆者が従来から提案しているのは、社会保険システムを主体とする総合的介護保障制度の確立である[15]。

社会保障の手段としての社会保険システムの有効性については、もはや異論はあるまい。保険システムは、①自助と連帯の調和という福祉社会の理念に即応していること、②受給者の尊厳を確保できること、③高い拠出意欲に支えられた高い給付水準を確保しやすいこと、④国の財政に対して比較的中立で安定した運営が可能になること等において、国民の幅広いニーズに対応するうえで、公費を主体とする福祉システムと比較して、多くの優位点が認められるからである。このことは、多くの国において、社会保険が社会保障の主要な政策手段として位置づけられ、しかも

社会保障給付費に占める社会保険のウエイトが次第に高まる傾向にあることからも裏付けられる。救貧から防貧へというのが社会保障発達史の基調であるが、社会保険の普及は防貧のシステムとしての有効性の認識の広がりでもあった。

社会保険は、社会連帯の理念にもとづき、国民の幅広い共通のニーズを保険事故として組織化するものである。寝たきり・痴呆等の高齢障害は、今や国民の普遍的でかつ最も切実な不安である。「誰も好んで寝たきり、痴呆になるのではない」のであるから、発生の偶発性という点でも十分に保険事故としてカバーし得る。その意味では、高齢障害への対応は高齢化社会における社会保険のフロンティアなのである。

社会保険システムであっても、国庫負担等の公費負担を全面的に否定するものでない。現行制度でも、年金、医療保険および老人保健ともにすでに相当な公費負担が行われているが、社会保険システムの介護保障の導入にあたっては、平成3年の老人保健法改正で介護的色彩の濃い部分について公費負担割合を50%に高めたように、政策誘導的な配慮が必要になろう。

（3）介護保険と既存の社会保険システムの関係

社会保険システムによる介護保障には、既存の社会保険システムを活用する方法と独自の介護保険を創設する方法の二つの方法がある。さらに前者の場合、医療保険か年金保険か、これに関連して積立方式か賦課方式かということも論点になる。

これまで筆者は、可能な限り既存の年金保険や医療保険（老人保健を含む）等の社会保険のシステムを活用するほうが効果的ではないかと考えてきた。前述したオーストリアやドイツの例のほか、これまでの論者の提言も概ねそうであった。既存のシステムを活用することによって、行政の効率化を図ることができるほか、介護対策の総合化、サービスの連携の確保も容易になり、年金保険や老人保健等に対する国民の信頼を高めるという効果も期待できるからである。

だが、介護保障を医療保障や年金保障と並ぶ第三の保障分野として位置づけ、そのための自律的な財政構造を構築するほうが、長期的な発展の可能性が高いのではないかと今では考えている。例えば、医療保険は医療給付を、年金保険は老齢給付を主目的にした保険であり、これに新たに介護給付を付加するにしても補足的な給付に限定され、発展性が制約されてしまうのではないかという懸念がある。実際に、

独自財源を持たず、医療保険各制度の拠出金を主要財源としている老人保健制度において、利害調整の難しさもあって、安定した財政運営が困難になっているという苦い経験もある。それゆえ、本格的な介護給付を導入するには、むしろ独自の介護保険を創設し、これに対する個別の負担を求めるほうが国民的な理解を得やすいのではないかと思う。但し、その場合でも、保険料の徴収等については、既存のシステムを活用することによって、行政効率を高めるという努力は当然に必要であろう。

医療保険か年金保険かという点に関しては、平成2年11月16日の『老人保健制度研究会[16]報告書』は、いずれの考え方もあり得るとしている。すなわち、報告書は、現在は福祉サービスとして提供されている介護サービスの一部を老人保健を通じて提供するという考え方や、介護サービスに必要な費用の一部は現行の短期保険よりもむしろ長期保険によってカバーされることに馴染むのではないかという考え方があるとしている。実態としても、短期保険である医療保険サイドからは、老人保健施設、老人訪問看護制度、長期療養型病床群の創設等にみられるように、医療に密接に関連した分野ですでに相当踏み込んだ介護施策が展開されてきたのである。

だが、介護サービスの費用負担は長期保険のほうが馴染むという考え方についてはどうであろうか。ここで、短期保険とは、傷病・出産・失業など比較的短期の保険事故に対応するもので、医療保険や失業保険がこれに該当する。一方、長期保険とは、老齢・障害・死亡（遺族）など比較的長期に継続する保険事故に対応するもので、年金保険がこれに該当するとされている。また、そのような保険事故の性格により、財政収支は前者は短期（しばしば単年度）の賦課方式によって、後者は長期の財政計画にもとづき均衡を図ることとされている。これが教科書的な説明である。

だが、短期保険についてみれば、その性格は相当以前から変容を遂げていたのではないだろうか。一つは、結核等の感染症から成人病・慢性疾患への疾病構造の変化である。ちなみに成人病のうちの3大成人病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）のみをとってみても、その死因割合は、昭和25年には24.7%にすぎなかったが、昭和40年には50.7%となり、平成4年では61.4%となっている。つまり、皆保険の達成当時すでに長患いの時代に移行しつつあったのである。だがそれでも、給付期間に制限を設けていた限りにおいては、短期保険の性格をとどめていたとは言えよう

が、それも昭和38年の医療保険の給付期間制限（300日）の撤廃によって、変容は決定的になった。さらに、医療概念の変化をあげなければならない。感染症中心の時代には傷病の治療のみに保険給付を限定しても問題はなかったが、成人病・慢性疾患の時代になると、予防・治療・介護・リハビリ等の包括医療による対応が必要になる。老人保健制度の創設とその後の改正は、いずれもこうした医療概念の変化に対応して行われたものである。

財政収支の均衡についても、短期保険と長期保険とで従来のような区別をすることには問題があると言わなければならない。長期保険においても、すでに基礎年金は賦課方式となっているし、二階部分の被用者年金に関しても実際には賦課方式へ大きく傾斜しつつある。また、短期保険においても、平成４年度の健康保険法改正で、従来の単年度ごとの財政運営を、５年程度を見通した中期的財政運営に改め、安定的な保険料率を設定することとしたほか、健保組合や国保等においても将来的には同様な財政運営方式の採用が検討されている。

このようにみてくると、短期保険と長期保険という教科書的な従来の考え方にこだわる必要はないように思われる。そのような伝統的な短期・長期の区別よりも、既存のシステムを活用するとすれば、むしろ医療と一体的に提供されることが望ましい介護の現物給付については医療保険制度で、障害に伴う支出増に着目した現金給付であれば年金制度で対応するというのが、受入れ易い素直な対応策ではないだろうかとも考えられる。

但し、介護保障には長期保険で対応すべきだという考え方を積極的に受け止めるとすれば、高齢化の進展に備えて長期的な資金準備をするとか、介護給付の支給要件に一定の拠出期間の要件を求めることにあろう。この点に関しては、介護保険の設計にあたっても検討課題になろう。

４．介護保障の一元化と介護保険

（１）「老人保健福祉法」と介護保険

介護保障の本格的な発展を図るためには、社会保険システムによる介護給付の創設に止まらず、介護保障の一元化を図らなければならない。

対応の方向としては、介護の現物給付については、老人福祉法を老人保健法に吸

収する形で「老人保健福祉法」を制定し、医療と介護を総合的・一体的に提供する方向を目指すべきであろう。『高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告』は、「介護サービスを中心とした施策や制度の再構築」、「利用者が施設とサービス内容を選択できる契約型施設の整備」、「高齢者関係審議会の統合」等を提言しているが、これらの提言を突き詰めても、そのような方向にならざるをえない。

具体的には、老人保健福祉法により、医療給付と介護給付を社会保険システムの下に一元化し、医療と介護のそれぞれに対応した給付と費用（財源）負担の仕組みを構築する。老人保健福祉法が医療給付と介護給付の両部門から構成されると考えればよい。

実施主体は、現行の老人保健と同様に市町村になろう。現行の老人保健が市町村を実施主体としているほか、老人福祉サービスもそうである。医療・福祉には地域性があり、運営の効率性・弾力性を確保するうえでも市町村が実施主体になるべきであろう。但し、老人を抱える重みや財政力には市町村間で著しい不均衡があるから、従来の老人保健や国民健康保険と同様に、財政力格差の調整措置は当然に必要になる。

市町村を主体とすることには異論はあるまいが、老人保健と同様の単なる給付の実施主体に止まらず、保険料徴収の主体としても市町村の主体性を求めるとすれば、国民健康保険と同様に市町村が保険者ということになる。地域特性を反映した制度設計を許容し、かつ自律的な財政構造を構築するうえでは、市町村を保険者とする方向が望ましいのではないだろうか。

介護給付については、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、介護サービスを提供する民間事業者等の各種機関を指定介護機関とし、それらに共通する施設・在宅での介護サービスのうち、基礎的・標準的サービスについては、自由契約方式で提供し、介護料の相当部分を費用保障する。老人病院や老人保健施設等については、医療機関と介護機関の二重指定を受けることになり、介護サービスと医療サービスを併せて供給するという形になろう。

介護給付のうち入所サービスについては、どのような施設にあっても、在宅との均衡を図るうえで、少なくとも生活費相当分の共通の利用者負担は求めなければならないし、在宅サービスについても利用者間の公平性を確保するとか、コスト意識

を喚起するという観点からの適正な利用者負担は不可欠であろう。さらに、医療施設にあっては、医療部分についても利用者負担を求めるべきであろう。いずれにしても、利用者負担は、サービスの費用に比例し、医療施設＞医療・介護施設＞介護施設、あるいは施設＞在宅という形での傾斜がつくことが望まれる。

利用者負担を除く介護給付部分については、公費（国、都道府県、市町村）のほか、市町村を保険者とする場合には住民の介護保険料で賄うことになろう。公費負担の割合は、老人保健の医療給付のうち介護的要素の濃い部分が50%となっていることに合わせるべきであろう。また、介護保険料の算定や徴収方法については、既存の社会保険制度のシステムや徴収機構を活用して、効率化を図るべきであろう。

（2）介護保険をめぐるその他の論点

従来から大きな論点になってきたのは、介護給付を現物給付に限定するか、現金給付との併用にするかということであるが、筆者は公平性を確保するうえで併用制にならざるを得ないと考えている。

介護給付を仮に現物給付のみに限定した場合、給付の受益は、「家族介護力の乏しい世帯」＞「家族介護力のある世帯」となり、また「家族介護力のある世帯」の間でも「介護サービスの利用に積極的な世帯」＞「介護サービスの利用に消極的な世帯」となり、受益の不均衡が発生するばかりか、場合によれば現在の医療給付以上に不均衡が拡大する恐れさえもある。これは、外部サービスの必要度が必ずしも偶発的とは言い難い本人・家族関係に依存するからである。また、現実には、介護サービスの供給量には相当な地域格差が存在する。かつて医療保険では、皆保険の達成にもかかわらず医療機関の整備に著しい格差があり、「保険あって医療なし」と言われる時代があった。介護でも当分そのような状況が避けられない。

世帯間・地域間の均衡を図るためには、介護サービスの供給を伸ばすと同時に、家族介護世帯に対する現金給付による支援策を講ずる必要がある。この支援策を欠いた介護保障の拡充は、家族扶養・介護の減退を促進するばかりでなく、結果的にしろ家族扶養・介護にペナルティーを課すことにもなり、社会的にも容認されない。

その他、介護支援策としては介護休業制度の創設も不可欠であろう。さらに、それに併せて介護休業中の所得保障と社会保険料の免除も早急に検討すべきであろう。これらはいずれも、育児休業制度の場合と基本的に同一の仕組みになろう。

介護サービスの供給主体としては、民間事業者の積極的な参入を求めるべきであろう。『高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告』においても、「市場サービスの活用により、サービスの選択の拡大、質的向上、効率化を図るべき」としているが、これは画期的提言である。

民間事業者のサービスが公的機関のサービスに比べて劣るとか、公的機関のサービスのみで、拡大・多様化するニーズに対応できると考えるのは時代錯誤である。サービスの一定の質の確保を条件として、民間事業者の参入を認める方向で制度の見直しを行わなければ、量的にも質的にもニーズに十分対応できないのではないだろうか。要するに、営利法人を含む民間事業者のうち、一定の要件を備えた機関を介護機関として指定することによって、供給主体の拡大、利用者の選択の拡大、競争原理によるサービスの質的向上、効率化を図ることである。医療保障の分野において、民間医療機関が大きな役割を担っていることからしても、当然のことではないだろうか。

懸念される財源について、『高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告』は、「高齢者施策に必要な経費の増大は不可避。高齢者施策の具体的展望を明示し、国民の理解を高め、負担増について納得を得ることが必要」としているが、これも思い切った提言である。負担の抑制を目的にした改革では国民的合意は得られない。むしろ、国民の不安を解消する魅力ある将来ビジョンこそが求められているように思う。

但し、介護給付に要する費用の全部が追加費用になるわけではない。そのかなりの部分は、現在の老人保健による医療給付や福祉サービスの費用の振り替わりであるし、適切な利用者負担を求めるとすれば年金給付からの振り替わりにもなろう。しかし、当面はそうではあっても、将来的には高齢化に伴って、相当な追加財源を確保しなければならないことは確かである。

その場合、保険料財源の他に、地方負担を含む50%程度の租税負担は不可避であり、その際には、消費税率の引き上げや目的税化も併せて検討すべきであろう。また、そうであれば消費税論議の風向きもかなり変わったものになるはずである。

その他、入所サービスについては、少なくとも生活費相当分については、利用者負担を求めるべきだという「常識」的なことを述べたが、実際にはこの種の提案は

しばしば政治的問題にまで発展する。当然のことのように思われながら、スムーズな合意が得られないのは、政治的な事情だけでなく、年金制度の不備も起因している。

高齢者の基礎的生活費が年金制度によって普遍的に保障されているとすれば、食費等の生活費相当分の自己負担化には異論はないはずである。問題はそうなっていないことである。現状では、要介護老人の出現率の高まる後期老年層では、月額3～4万円程度の経過年金（老齢福祉年金や加入期間の短い拠出制国民年金など）の受給者が過半数を占める。また、将来的にもかなりの無年金者・低額年金者の発生が避けがたい。老齢基礎年金には資格期間25年の要件があり、満額の年金額（平成5年度で月額6万1,442 円）は、原則40年という全期間の加入を条件に支給されるものであることからしても、容易に理解できよう。

また、満額の老齢基礎年金にしても、老後生活の基礎的生活費（食料費、住居費、被服費、光熱費）を賄う水準として定められており、介護費用は考慮していないという問題もある。その一方で、65歳未満で発生した若齢障害には障害年金によって対応しており、1級であれば老齢給付の25%増の加算がつき、一定の介護費用を年金で考慮している。いずれにしても年齢によって年金制度の対応が異なるのは常識的にも問題である。

年金受給者が寝たきり、痴呆等の介護を要する障害になったとき、年金に上乗せ支給する高齢障害加算を支給することとすれば、施設入所者の適切な利用者負担を求めることが可能になり、在宅の障害老人であれば介護費用に対する支援にもなる。年金制度を通して、高齢障害者に安定した所得を確保し、それを通して医療・介護サービスの利用者負担の合理化を図るという、年金、医療、福祉の総合化の視点が求められるように思う。

（平成6年3月）

（注）

(1)検討チームは、阿部正俊大臣官房審議官が総括し、政策課企画官、関係５局（老人保健福祉、保険、年金、社会・援護、健康政策）の課長補佐など12人で構成され、全省的な取り組み体制になっている。

(2)厚生事務次官の私的諮問機関、座長・伊藤善市東京女子大学教授。

(3)堀勝洋「高齢者のケアの財源調達」（『週間社会保障』1446号、1987.8.17）

(4)西川藤三「介護問題を考える」（『厚生福祉』3639,3640,3641号、1987.12.19,23,26）。

(5)沢村幸生「介護費用をどう調達するか」（『厚生福祉』3689号、1988.6.29)。

(6)山崎泰彦「社会保険による介護への対応」（『社会保険旬報』1636号、1988.12.11）。その後、この論文を発展させたものとして、山崎泰彦「高齢社会における介護保障政策」（『季刊社会保障研究』26巻４号、1991.3）がある。

(7)当時の議論を包括するものとして、全国社会福祉協議会・社会福祉情報センター『介護費用のあり方』、中央法規出版、1989、参照。なお、上記の三者の論文は本書の資料編に収録されている。

(8)対象になるのは、老人医療費のうち、老人保健施設療養費、介護・看護体制の整った老人病院の入院医療費、老人訪問看護療養費、精神病院の老人性痴呆疾患療養病棟の入院医療費である。

(9)老人保健福祉局長の私的諮問機関、座長・宮崎勇大和総研理事長。

(10)長期ケア保険法として1986年に制定。詳しくは、堀勝洋「イスラエルの公的介護保険」（『週間社会保障』1546号、1989.7.31 号）を参照。

(11)連邦介護手当法として1993年に制定。詳しくは、本沢巳代子「オーストリアにおける介護手当保険制度の導入」（『週間社会保障』1746号、1993.6.28 号）を参照。

(12)詳しくは、土田武史「ドイツの長期ケアと介護保険」（『海外社会保障情報』104号、1993.9）を参照。

(13)長寿社会開発センター『高齢者在宅介護費用の研究』(1993)によれば、在宅介護の直接的費用は月約12万円である。また、介護のために仕事をやめる者の割合は約35％に達するとみられ、これにより失う収入（機会費用）は約15万円となっ

ている。

(14)平成６年の医療保険の改正案では、入院時食事療養費という新しい給付方式が導入され、１日800円の負担が予定されている。この改正が実現すれば、老人医療の対象者の場合、療養の給付の一部負担金１日700円と合わせると、１日1,500円（月額４万5,000円）の自己負担になるから、病院と老人保健施設の不均衡は大きく是正され、それらの医療施設と在宅との不均衡についても一定の是正が図られることになる。

(15)詳細は、山崎泰彦、前掲論文を参照されたい。

(16)平成３年の老人保健制度の改正に先立って、老人保健審議会の会長の委嘱によって設けられた研究会。座長・伊藤善市東京女子大学教授。

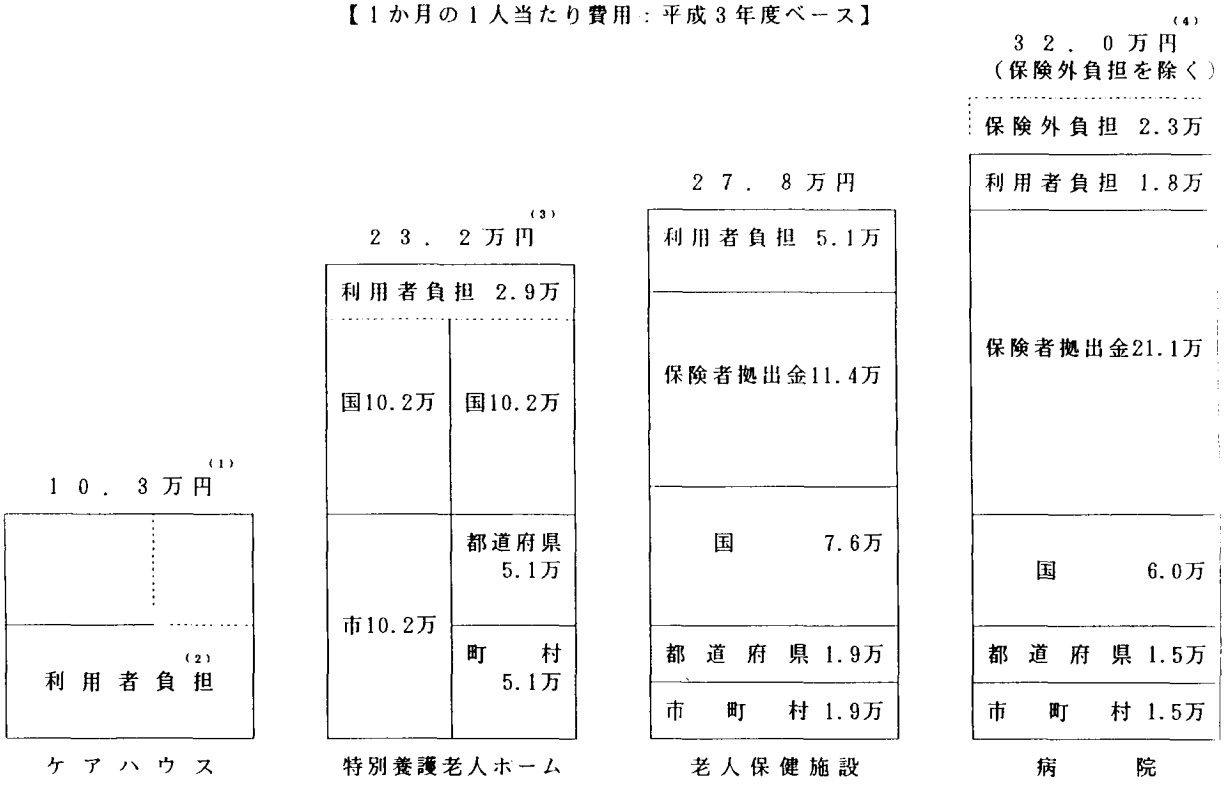
表3-1　高齢者の状況

<table>
<tr><td colspan="10">６５歳以上の高齢者　１４９０万人（男　５９９万人、女　８９１万人）</td></tr>
<tr><td colspan="6">在宅　１３９４万人（男　５６５万人、女　８２９万人）</td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">就業者　３６０万人</td><td colspan="4">非就業者１０３４万人（男 348万人、女 686万人）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">男
217 万人</td><td rowspan="2">女
143
万人</td><td colspan="3">介護を要さない者（９５０万人）</td><td rowspan="2">要介護
84万人</td><td rowspan="2">病院
69万人</td><td rowspan="2">老人保健施設</td><td colspan="3">老人福祉施設　24万人</td><td rowspan="2">有料老人ホーム</td></tr>
<tr><td colspan="2">男　３１４万人</td><td>女　６３６万人</td><td>短期</td><td>長期</td><td>特別養護老人ホーム</td><td>養護老人ホーム</td><td>その他</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>男
34
万
人</td><td>女
50
万
人</td><td>39
万
人</td><td>30
万
人</td><td>2
万
人</td><td>16
万
人</td><td>6
万
人</td><td>2
万
人</td><td>1
万
人</td></tr>
<tr><td colspan="8"></td><td colspan="3">48万人</td><td></td></tr>
</table>

（注）入院のうち、長期入院とは、６か月以上の入院患者をいう。
（資料）総務庁「国勢調査」（平成２年）、厚生省「患者調査」（平成２年）、同「社会福祉施設調査」、同「老人保健施設実態調査」（平成２年）、同「国民生活基礎調査」（平成４年）より作成。
厚生省調べ。

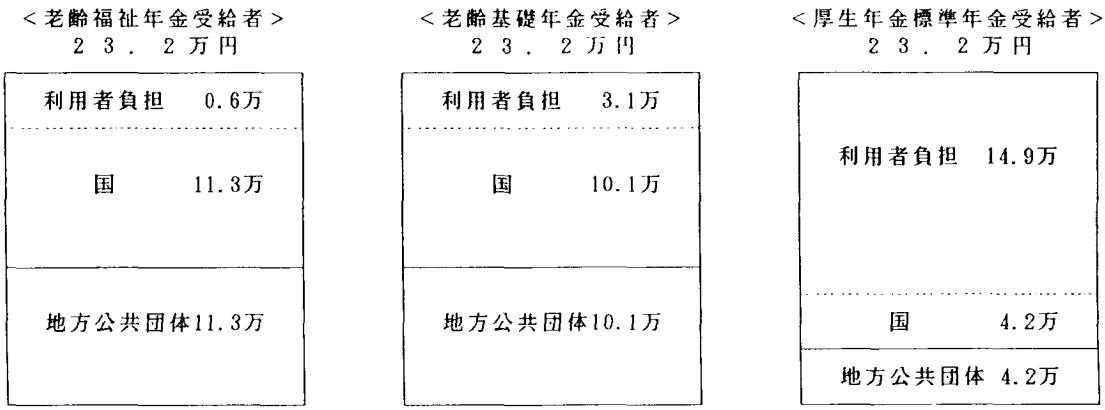
図3-1　老人関係施設の比較

【1か月の1人当たり費用：平成3年度ベース】



（注）(1)東京都鉄筋の場合。また、施設によって加算される経費がある。
(2)平成3年度における利用者負担は、老齢福祉年金（年金額29,050円）受給者 5.9万円、基礎年金（年金額58,500円）受給者 5.9万円、厚生年金標準年金（年金額206,050 円）受給者 9.9万円である。
(3)特甲地、定員80人の場合。
(4)老人医療受給対象者の全国平均入院医療費（平成3年度実績見込み）。なお、北海道においては55.3万円（全国平均の1.7 倍）である。

【年金受給者の特別養護老人ホーム利用者負担】



（資料）厚生省、『厚生省施策の基本方向に関する懇談会報告』、1993.9.9.

表3-2　高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告の骨子

新しい高齢者像

- 社会活動や心身の実態を考えると、従来の65歳以上を高齢者とする考え方を見直すことが必要。将来は、希望するものは70歳ぐらいまで働くことができるよう検討すべき。
- 今後の高齢者は、体力、見識、経済基盤などからみて多様な幅のある集団。高齢者はすべて低所得者であり社会的弱者であるという従来の考え方の転換が求められる。

加齢と健康

- 今後は、老人性痴呆、骨粗しょう症、失禁等が重要な問題。
- 死の問題も避けられない。死についての教育が重要。ターミナルケアの在り方等についても検討すべき。

保健・医療・福祉サービスの在り方

- 高齢者サービスは、個々の高齢者の個性を尊重し、自立を支援するという視点が重要。
- 利用者が施設とサービス内容を選択できる契約型施設の整備が必要。
- 都市部、過疎地等への対応強化が必要。
- 利用者にわかりやすい総合的なサービス情報の提供が重要。
- 質量の両面にわたるマンパワーの確保が不可欠。
- 痴呆性老人対策を本格的に検討すべき。
- 高齢者の住環境の整備、介護機器の利用、まちづくりの推進が重要。
- 市場サービスの活用によりサービスの選択の拡大、質的向上、効率化を図るべき。同時に、消費者保護対策の推進が不可欠。
- 今後は、介護サービスを中心とした施策や制度の再構築を検討すべき。

財源の確保と効率化

- 高齢者施策に必要な経費の増大は不可避。高齢者施策の具体的展望を明示し、国民の理解を高め、負担増について納得を得ることが必要。
- 財源調達のため、目的税を含む租税、医療保険、年金保険、地方財政、利用者負担等多面的に検討すべき。
- 個人負担は、在宅サービスと施設サービスの合理的な選択の確保、利用者負担の公平化という観点から食費の自己負担なども検討すべき。

地方自治体への期待と役割

- 地方自治体の主体性を尊重。支援策も必要。
- 老人保健福祉計画の実施のため、適切な財源措置が不可欠。

その他

- 高齢者サービスは、財源の面とともに意識の面でも国民全体で支えるべき。
- 高齢者の保健福祉施策を総合的に検討するため、高齢者関係審議会を統合することが必要。
- 高齢者施策は、政府全体の課題として総合的に取り組むべき。

第４章　民間非営利活動活性化の条件

第１節　民間非営利組織制度の整備

今田　忠

１．公的福祉と民間福祉

（１）戦後の民間福祉

第２次世界対戦により崩壊した日本経済は、1950年の朝鮮特需を契機に甦り1960年代の高度成長を経て、今や世界の経済大国と言われるまでに発展してきた。

戦後の窮乏期に生活保護を中心に救貧政策として細々と行われてきた社会福祉も、1960年の厚生白書が「福祉国家への道」をスローガンに掲げたように、次第に防貧政策としての社会福祉へと展開し、1963年には老人福祉法が成立するなど次第に充実されてきた。1970年代には経済的事由を問うことなく福祉サービスを提供するという社会福祉が考えられるようになり、福祉の普遍主義の時代へと移っていった。1973年には年金の大幅アップとスライド制が導入され、全般的に社会福祉の充実が図られ、又この年の１月には老人医療の無料化が実現し、1973年は福祉元年とも呼ばれた。ところが、この年８月には「石油ショック」に見舞われ高度成長は終わりを告げるに至り、日本の経済・社会も変質し始めた。このような状況にあって、1975年12月の社会保障制度審議会の建議「今後の老齢化社会に対応すべき社会保障のあり方について」では「高福祉」のためには経済全体としての「高負担」が伴うことは自明の理であるとして、なおも「高福祉・高負担」の道を提唱したが、財政サイドからは総花的なバラマキ福祉が厳しく批判され、福祉の見直しが議論されるようになってきた。

1980年代は世界的に福祉国家の見直しが進められた時代で、日本では中曽根内閣のもとで臨時行政調査会により福祉問題も取り上げられ、1982年７月の「行政改革に関する第３次答申」では、西欧型の高福祉、高負担による大きな政府は否定された。

社会保障制度審議会も1985年１月には、「老人福祉の在り方について」の建議を提出し、サービスの有料化と民間活力の導入を強調するに至り、それを受けた形で同年11月には厚生省にシルバーサービス振興指導室が設置された。

1987年に提出された中央社会福祉審議会の「今後のシルバーサービスの在り方に

ついて」では、公的に提供されるべきサービスについて、①国民の切実なニーズに対応するサービスであって、対象者が低所得などの理由により、基本的に民間のサービスが期待できないもの、及び、②国民の切実なニーズに対応するサービスであって、広い意味における市場機構を通じての民間サービスの供給が十分でないもの、をあげている。逆に言えば市場機構を通じて供給できるものは民間に期待するということである。

このように1980年代の後半から民間社会福祉事業への期待が高まってきており、とくに問題の深刻化が予想される高齢者福祉に関してシルバービジネスという形で営利企業の参入が見られるようになり、1987年にはシルバーサービス振興会が民間事業者により設立され、福祉の産業化という現象が目につくようになってきている。

（2）福祉の民間性とは何か

民間福祉事業についての期待が高まってきた背景は上記のとおりで、福祉の供給者側あるいは資金負担者側の論理として財政負担の問題がある一方、需要者側から見れば、所得水準の向上につれて福祉ニーズが低所得者対象の福祉から全国民を対象とする普遍的なものへと変化し、多様な選択肢を確保することが求められるようになってきたという状況もある。そこで多様な福祉ニーズに応えるものとして民間社会福祉が注目されているわけであるが、現代の社会福祉では公的福祉と民間福祉に明確な線が引けるわけではない。現在の日本では公的福祉サービスの多くは社会福祉法人という「民間」事業者により提供されているし、公的福祉サービスがすべて公費により提供されているわけではなく、利用者負担金制度が一部とりいれられている。

そこで改めて民間福祉とは何かが問われるわけであるが、公的福祉は基本的には法律・条例の範囲内で、税収を財源とし予算に基づき執行されるものであるのに対し、民間福祉はそのような制約から比較的自由であり、民間機関は一般的には効率性、先駆性、多様性、柔軟性に優れており、創意工夫に基づき多様なサービスを提供することが出来ると考えられる。

公的福祉では、福祉の需要者を措置によって施設に入所させるという現物給付によっている。措置とは需給バランスを権力によって調整することであり、需要者に選択の自由はない。民間福祉の利用者は選択の自由を認められ自己責任においてサ

ービスを購入することになる。需要者に負担能力がなく、しかも圧倒的に需要超過である場合には現物給付は有効な方法ではあるが、需要者に恩恵的に与えられているとの感覚を抱かせ望ましいものではなく、措置による現物給付は最低限に止めるべきものであろう。

それではどこまでが公的福祉の役割で、どこから民間が参入すべきかということになるが、憲法第25条の「健康で文化的な最低限度の生活」をナショナル・ミニマムととらえ公の責任とみることに異論はないであろう。さらに現在の日本においては最低限度を超えても国民としてふさわしい快適さも保障されてしかるべきであると考えられる。これをシビル・ミニマムと名付けるならば、シビル・ミニマムを超えるものについては公の責任ではないというのも異論はあるまい。シビル・ミニマムを超えるとの合意が形成された部分については市場メカニズムに委ねれば良いであろう。現在、日本で議論されなければならないのは、シビル・ミニマム部分のサービス供給とその費用負担をどのように役割分担するかということである。そこでシビル・ミニマムは何か、またシビル・ミニマムの公的責任はどこまでかが議論の分かれるところであろうが、それは結局国民の合意によるものであって、どうしても曖昧さが残るのはやむを得ない。

勿論公的福祉といえども多様なサービスを提供出来ないわけではないし、ナショナル・ミニマムの部分といえども選択の幅を広げるのが望ましいことは言うまでもないし、公の責任といっても公的機関が自ら提供しなければならないものでもない。ここで留意しなければならないのは、公的福祉を実際に執行・実施するのは官僚であるということである。官僚機構は本質的に無限に自己増殖するものであるし、とくに日本の官僚機構は自己保身を第一としており絶対に誤りを認めず、前例に従い革新性に乏しい。又、日本の官僚にはパブリック・サーバントとしての意識は殆ど無く極めて権威主義・権力主義的である。公的責任という言葉は美しいが、人間生活の基本である福祉を官僚機構に委ねるのは余程慎重でなければならない。その意味では現在の社会福祉法人制度は公的責任のもとでの民間のメリットを活かす制度として、運用によっては有効であるが実際には後述のように問題が多い。

シビル・ミニマムの部分についてはナショナル・ミニマム部分以上に需要側の選択の幅を広げ、供給側の競争を促進し、効率的な供給システムを構築していくこと

が望まれる。シビル・ミニマム部分のサービスの供給主体は、公的機関でも民間機関でも良いが資金的には利用者負担を原則とするのが望ましい。民間機関の場合も、全くのフリーというのではなく、福祉サービスである以上、一定の行政の関与は許されるし、求められる。民間には質の劣悪化、不安定性、選別性、無原則性といったデメリットが考えられるからである。

1993年2月に社会保障制度審議会の将来像委員会がまとめた第1次報告書でも「社会保障をめぐる公私の役割」の（4）に「政府事業と民間事業」の項を設け、「民間の活動がより国民ニーズに合ったサービスを提供し、より効率的に行うものであれば、積極的に民間サービスを活用し、国民の選択の幅を広げる必要がある」とし、「サービスの提供は国や地方公共団体が直接行わなくとも、必要な助成を行い、また、民間のサービスの質が確保されるよう規制を行う必要がある場合がある」としている。

シビル・ミニマムの部分についての行政の役割は、サービスの選択性を拡大するために開発や育成に力を注ぐこと（注1）、質の劣悪化を防ぐための基準をつくることといったインフラストラクチャーを整備すること、及び、公的機関が自ら供給する場合と民間機関が供給する場合のイコール・フッティングを確保することである。イコール・フッティングを確保するには民間機関に対し公的助成や税制優遇、低利融資などのシステムを整備することが求められるが、公的負担は当該サービスの過剰利用を招く恐れがあるし、効率的な経営を妨げる危険があるので、各論としては非常に困難な問題ではある。

2．民間における営利と非営利

行政改革路線で民間福祉の推進あるいは民間活力の導入が言われたとき、考えられたのは福祉産業、即ち福祉の営利企業化であった。とくに老人福祉の分野で民間福祉の必要性が論じられたために、シルバーサービス産業などという名称がつくられ、シルバーサービス振興会に多くの大企業が加盟するという状況が現れた。

しかし資本主義社会における政府の存在意義は、そもそも営利企業にまかせておくと市場の失敗が生じ、公共財が適切に供給されないということであった。民間活力が唱えられるのは、現在の日本において本来市場に委ねるのが望ましいサービス

まで政府が供給し、また政府による過度の介入が行われているためでもあるから、市場に戻すべき部分も少なくはない。しかし福祉や教育、文化などは本来的にフリーマーケットにはなじまない部分が多い準公共財である。福祉に関して民間活力の議論がなされるのは、準公共財の提供に関して政府の失敗が生じているためであるから（注2）、それを再び市場に戻すということは大いに疑問があるとしなければならない。民間活力という錦の御旗で営利企業に依存することは、短絡的であり安易に過ぎると言えよう。

勿論、福祉に関連したサービスも内容によっては営利企業が提供するのが望ましいものもあるし、福祉機器や住宅といったハード面では営利企業による技術の開発に期待するところが大きい。しかし、政府の失敗が生じた場合に市場にも戻せない場合のサービス提供組織として注目しなければならないのは実は民間非営利組織である。日本では欧米に比べ民間非営利活動の伝統が弱く、民間非営利組織というものがほとんど知られておらず制度的にも整備がされていないため、民間と言うと営利企業しか思い浮かべることが出来ないのであるが、福祉をより身近なものにし真に住民のものとしていくには、民間非営利組織が望ましいのである。

我々の研究会で実施した市町村老人保健福祉計画に関するアンケート調査で、福祉事業者としてどのような民間組織が望ましいかという設問に対して49.5%の市町村が「収益は認めるが配当は認めない非営利組織でサービス料金が規制される」組織が望ましいと答えている。「収益を上げ配当も認める株式会社組織でサービス料金の規制を受けない組織」が望ましいとするのは16.2%に過ぎず、非営利組織への期待は大きい。

非営利組織が発達しているアメリカにおいては非営利組織についての経営学的研究や（注3）、国民経済的機能についての研究が進んでおり、必ずしもアプリオリに非営利組織が望ましいとは言えないことが示されている。又アメリカでは非営利組織が営利企業（とくに中小企業）に比べて税制上有利過ぎるとの議論もなされており、日本における非営利組織のインフラストラクチャー整備にも参考になるが、日本では非営利組織があまりにも未成熟であり、格段の活性化のために制度の整備が望まれる段階にある。

3．非営利組織の課題

（1）組織

福祉のような社会サービスについては、民間非営利組織による提供が望ましいと述べたが、それでは日本で社会サービス提供のための民間非営利組織としてはどのような形態があり、どのような問題点があるであろうか。

非営利組織には様々な規模のものがある。これはアメリカのように非営利団体が発達しているところでも同様であるが、病院・大学・美術館といった大規模な経営体から、小規模な市民グループまでが存在する。老人福祉に限定して考えても、入居施設のようにある程度の規模を要するものから、ホームヘルプのように小規模でもきめの細かいサービスができる方が望ましいものもある。

福祉というものが誰のための誰によるものかということを考えると、コミュニティの中における住民のための住民による福祉というのも一つの選択肢として当然考えられる。

最近、住民「参加」の福祉ということが良く言われるようになり、優れた実例も多い（注４）。全国社会福祉協議会では、1987年以降住民参加型福祉サービスについての調査を行っている（注５）。これによると下表のように絶対数はまだまだ少ないものの、最近急速に増加しており、とくに社会福祉協議会運営型の伸びが大きく、プリミティブな形態である互助型を追い越すに至っている。なお、行政関与型には福祉公社等が含まれ、その他のうち23団体は地婦連による「ファミリー・サービス・クラブ」である。

この調査は、市民団体によるきめの細かいサービスが求められる時代になって来ていることを示しているが、このような小規模の市民団体が効果的な活動を行っていくには、日本の制度はあまりにも未整備である。例えば小規模な市民活動団体は法人格が取得できないという問題がある。小規模組織では不動産を所有するとか借り入れを行うというようなことはあまりないであろうから、法人格がなくてもそれほど支障はないとも考えられるが、後述するように税制の取扱で実質的な問題が生じて来る。しかし、この調査においては法人格の有無あるいは法人格の種類については問われていない。互助型および「その他」は恐らく法人格はないものと推察されるが、このような調査において団体の法的形態を問題にしていないこと自体に、

住民参加型在宅福祉サービス団体数（組織タイプ別）

組織類型	87.6	88.11	89.11	90.12	92.2	93.2
互助型	41	60	75	91	107	147
社会福祉協議会運営型	29	61	90	108	126	148
協同組合運営型	13	23	34	55	59	81
生協	—	—	—	31	32	40
ワーカーズコレクティブ	—	—	—	23	25	39
農協	—	—	—	1	2	2
行政関与型	6	14	18	27	27	31
施設運営型	1	7	13	14	3	4
その他	31	35	41	37	37	41
合計	121	200	271	332	359	452

日本ではまだ問題意識そのものが乏しいことを示している。

また、1993年７月の中央社会福祉審議会地域福祉専門分科会による意見具申「ボランティア活動の中長期的な振興方策について」「５．住民参加型サービスの振興」の項で「この活動は住民の福祉活動への参加を容易にする有力な選択肢であり、福祉コミュニティを育むものとして、また、住民の福祉ニーズを受け止める供給組織とし、一層の発展が期待されるところであり、その自発性を尊重しつつ支援に努める必要がある」として、具体的支援策として(１)地域福祉基金などの活用、(２)活動の担い手とコーディネーターの研修、(３)広報啓発、(４)全国的ネットワークの必要性、をかかげているが、より基本的な問題点である法人格の問題や税制上の取り扱いについては触れられていない。

言うまでもなく日本で社会福祉サービスを提供する非営利組織として社会福祉法人がある。先に述べた市町村へのアンケート調査で「非営利組織」と回答したのも、社会福祉法人を念頭においたものとも考えられる。しかし社会福祉法人は、制度がつくられた歴史的経緯からいって公的福祉の別動隊であって、実質的な民間性は薄い（注６）。しかも社会福祉法人の経営実態についてはまったく明らかではなく、社会福祉法人が営利企業より望ましいかどうかは検証できない。総務庁の行政監察結果によると、高額の繰越金を有する社会福祉法人が少なくなく、会計処理も適切

でない法人が少なくない。繰越金が生ずる主な原因は、入所者の処遇が十分に行われていないことや、職員の処遇が不十分であることであり、国が予定している業務が適切に遂行されていない実態が明らかにされている。このことから見ると、経営体としての社会福祉法人にはかなり問題が多いものと推察される（注７）。

それにも拘わらず社会福祉法人という民間福祉制度が厳然として存在するために、その範囲に収まらない社会サービスは不利な取り扱いをうけてきた。即ち民間が独自の社会サービスを展開すること自体は自由であるが、そのような民間組織は法人格を取得することが困難であるし、仮に法人格を取得したとしても税制上の取り扱いが社会福祉法人に比べて不利なのである（注８）。

勿論、社会福祉法人制度自体を見直し、ナショナル・ミニマム以上の社会福祉サービスについては大幅に自由化する、あるいはナショナル・ミニマムを超える部分については規定を削除する方法も考えられるが、現行の社会福祉法人制度を前提にする限りは、社会福祉法人の枠に収まらない活動を行うには別の形態をとらなくてはならない。

社会福祉法人以外で法人格を取得するオーソドックスな方法は民法による公益法人である。社会福祉法人制度ができる前の戦前の社会事業は財団法人によって運営されていた。しかし民法による公益法人は主務官庁による許可主義であり、自由な発想によるサービスの提供についてはなかなか許可が得られない。また、財団法人にしろ社団法人にしろ設立許可の基準が厳しく、草の根の市民公益活動団体には法人化は不可能である。

場合によっては生活協同組合で社会福祉サービスを行うのも一つの方法で、先の全国社会福祉協議会の調査でも、生活協同組合による社会福祉サービスは種々試みられているし福祉生活協同組合もいくつか実現しており、計画中のものも多い。

小規模団体の法人格の問題は福祉に限らず、多くの分野で問題になっており、研究や提案が行われているが、当面は困難であろう（注９）。むしろ実質的には税制の取り扱いが重要であるので、法人格と税制の取り扱いを分離することも一つの方法であろう（注10）。

（２）税制――収益事業、寄付金控除

非営利団体は基本的に利益をあげることを目的とするものではなく、むしろ利益

をあげるのが困難なサービスを提供するものであるから、多種多様な資金を調達して運営資金としなくてはならない。そこで問題になってくるのが収益事業に対する課税と寄付金控除である。

非営利団体が有料でサービスを提供したり、バザーなどで資金を集めたり、その他収益事業を行ったりする場合に、税制上の収益事業に該当する場合には法人税が課せられる。税法上の収益事業は法人税法施行例第５条に33種類の事業が特掲されている。この場合、同じ収益事業を行ったとしても、その団体の法的形態によって税率が異なる。即ち社会福祉法人、民法上の公益法人および協同組合であれば、27％の軽減税率であるのに対し、人格のない社団の場合は37.5％の普通税率が適用される（もっとも所得のうち年800万円以下の部分は28％である。小規模の市民団体が実際に普通税率を適用されることはあまりないであろう）。

収益事業で利益をあげても、その利益を公益事業に寄付をすれば収益事業の損金に算入することができるが、その場合社会福祉法人であれば税引前利益の50％か200万円のどちらか多い方まで損金算入できるのに対し、公益法人であれば30％までしか損金算入が認められない。又、協同組合や人格なき社団についてはこのようなみなし寄付金は認められていない。

欧米の公益団体に対する課税は、団体の設立目的である公益事業に関連する事業の所得は免税とし、非関連所得は一般税率で課税するのが一般的で、日本の収益事業課税制度は諸外国の制度とはかなり異質である。又、免税資格はアメリカであれば内国歳入庁が認定を行う制度であり、イギリスは独立の機関であるチャリティ・コミッションが認定を行う制度であるが、アメリカ、イギリスとも法人格のない任意団体であっても公益団体として認められる。公益性は団体の活動内容によって判定されるのであって、日本のように同じ活動を行っていても法的形態が異なると別の税率が適用されるというのは、合理的とは言えない。

公益団体にとっては民間の寄付金を集めることが重要である。これは勿論活動資金として必要なものであるが、それと同時に団体の活動を広く理解してもらい賛同を得るためにも大きな意味をもつ。個人が社会福祉サービスを提供する団体に寄付を行う場合、受け入れる側の団体が社会福祉法人であれば特定寄付金として寄付金控除が受けられるのに対し、たとえ法人化されていても、社会福祉法人以外の法人

では寄付金控除が受けられない。社会福祉法人は自動的に特定公益増進法人になるのに対し、財団法人等で福祉活動を行うものは特定公益増進法人になれないからである。まして草の根の社会福祉サービス団体に寄付を行っても個人には何の特典もない。

法人が一般枠で行う寄付金については寄付先が問われないから、法人格のない団体に対する寄付も損金算入が出来る。しかし企業の寄付担当者にとっては寄付先が特定公益増進法人であるかどうかが重要な判断基準であるから、特定公益増進法人以外の団体が企業から寄付を仰ぐのは極めて困難なのが現実である。

もっとも共同募金は特定寄付金であるし社会福祉法人である社会福祉協議会は特定公益増進法人であるから、社会福祉協議会の設置している善意銀行や奉仕銀行のようなものを経由して行う寄付金また地方自治体の設置している福祉基金やボランティア基金は特定寄付金として所得控除が受けられるので、これらの組織を通じて間接的に寄付金を受けるという方法もあるにはあるが、寄付者が特定の団体なり活動を支援したいと考える場合に所得控除が受けられるように、法人格のない草の根の小規模団体も特定公益増進法人として認定する道を開くことが望ましい（注11）。

この場合、公益とは何か、公益性の認定は誰が行うのか、公益性を担保するにはどのような方法があるかなど極めて複雑で微妙な問題が生じてくる。現在はその認定を主務官庁に委ねているわけであるが、新しい枠組を考えていかなくてはならず、論議を尽くさなければならない。また現在の公益法人行政では公益とは不特定多数の利益であるとされているが、具体的には曖昧である。例えば協同組合とかワーカーズコレクティブは基本的には構成員の利益を図る組織であるから、現在の考えからは不特定多数とは認められまい。しかしこれらの組織でも公共の福祉の向上に資するものとして公益性を認められなければならない。

（3）資金助成――公的資金、民間助成

福祉に限らず民間の公益活動を活発化していくためには、何等かの資金援助が必要とされる。勿論可能な限りサービス利用者による負担金を受け取るにしても、業務の性質上利益は望めない。利益が期待されるのであれば営利企業の分野になる。

現在の日本の福祉制度では憲法第89条およびそれに基づく社会福祉事業法の公私分離の原則により民間社会福祉団体に対しては公費を支出することが出来ない。そ

のため、公の支配に属する社会福祉法人が措置費の形でほぼ全面的に公的資金により経営が保証されていたのに対し、社会福祉法人以外の民間団体には公的資金が支出されて来なかった。公私分離の原則は民間の社会福祉事業に対して国家権力が介入するのを禁止する意味があったのであるが、このことが民間社会福祉の発展の阻害要因になったことも否めない。現在欧米では民間団体(Voluntary Organization)に公的資金を交付するのはごく一般的であり、公的福祉が遅れているアメリカでさえ民間福祉の公的資金への依存度は高い。

民間福祉充実の必要性が認識されてきている現在、民間福祉に対する公的資金の支出についての原則を考え直す必要がある。民間事業者に対して公的資金を支出するには様々な形態が有り得る。従来は措置という形の委託により公金が支出されると同時に、各種補助金が支出され、また税制優遇、低利融資などの施策も講じられて来た。これらの施策はすべて社会福祉法人を対象に行われ社会福祉法人は手厚く保護されて来たともいえるが、シビル・ミニマム部分については社会福祉法人を特別扱いする理由は乏しい。堀勝洋は「社会福祉事業が一定の形で定着をみた現在、89条が規定する原則が果たして妥当するのかを検討してみる必要がある」、として「民間社会福祉団体を公の支配に属せしめて公的助成を行うというよりも、民間社会福祉団体の自主性を認めつつ公的助成を行うことが望ましい」とし、憲法第89条の公金支出禁止原則は再検討すべきであるとしている。又、民間事業者に対する助成について、「助成はサービス供給者に対して行うというよりも、その利用者のうち負担能力のない者に行い、利用者が公的なサービスと私的なサービスのどちらかを選択できる形にするのが望ましい」(注12)としている。これは社会福祉サービスに競争原理を導入する方法として重要な視点であるが、実務的にかなり繁雑になり、コストアップを招くことになると考えられ、事業者に対する助成の方が現実的であろう。

事業者に対して公的助成を行う場合には、行政とは独立した何らかの公的審議会により助成適格団体を認定する制度をつくらなければならない。また審議経過を公表することも必要である。適格要件は全国一律ではなく、地方の実状を勘案した弾力的なものが望ましい。公的助成には現在の補助金同様、国レベルのものと地方自治体レベルのものが有り得るが、住民参加型の福祉を推進するにはとくに地方自治

体レベルの助成は小規模の市民団体、ボランティア・グループも対象にできるよう配慮が求められる。

公的助成を受けた団体は公的監査に服するのは勿論であるが、それよりも大切なことは、一般に対して経営内容を公開するディスクロージャーを義務付けることである。ディスクロージャーを行わないと補助金にまつわる不正や癒着を断ち切ることは困難であると考えられるからである。このように透明性を高める仕組みをつくっておけば、公的助成を営利企業に対して行うことも認めても良いであろう。

公的資金と並んで民間の寄付金・助成金も重要である。そのためには前述のように特定公益増進法人の範囲を拡大することも重要であるが、助成専門機関の充実も大切である。個人個人が活動団体の内容を把握することは困難な場合もあるし、ある程度まとまった金額を必要とするような場合には、助成専門機関の助成金が有効である。このような助成専門機関のプロフェッショナル・スタッフと協議しながら計画を進めることが活動団体にとっても効果的である。

日本で非営利組織が発達していない理由の一つに、このような助成専門機関が発達していないことがある。最近は社会福祉に対する助成を行う企業財団も増加してきてはいるが、社会福祉事業に助成を行う社会福祉法人は特定公益増進法人であるのに対し、社会福祉事業に助成を行う財団法人は特定公益増進法人には認められないために、社会福祉事業を対象にする助成財団の設立には消極的にならざるを得ない状況がある（注13）。

地域の社会福祉事業に対する助成機関としては共同募金会がある。共同募金は民間福祉事業に対して公的資金の支出が禁止されたために、民間福祉事業に対して民間資金による助成を行う仕組みとして制度化されたわけであるが、現在の共同募金が良く機能していないことは周知のとおりである。共同募金の活性化とともに地域の民間資金を効率的に活用する仕組みとしてコミュニティ財団や地域公益信託も有効である。コミュニティ財団は現在のところ大阪コミュニティ財団しか設立されていないが、特定公益増進法人としては認められていない。このような住民参加型の助成機関が活用できるように制度の整備が望まれる。

（平成６年１月）

注

1．「行政はシルバーサービスなどの振興について大きな責任がある。公的な責任を転嫁するとか、民間活力を利用するという意味でなく、サービスの選択性を拡大するために開発や育成に力を注がなくてはならない。」小国英夫「老人福祉サービスにおける公的責任と有料サービスの拡がり」（小室豊允編『明日の老人ホーム像を求めて』全国社会福祉協議会、1988）196ページ。

2．「社会的ニーズや、社会的な要求や、社会的な期待が急速に高まりつつある。しかも同時に、それらの社会的挑戦を満足させるための政治の能力は、ますます限界に達しつつある。現代の政府は、たとえそれが日本の政府のように有能なものであっても、ますます限界へと近づきつつある。」P．F．ドラッカー、上田惇生・田代正美訳『非営利組織の経営』ダイヤモンド社、1991、5ページ。

3．日本で翻訳出版されているものとしては、E．ジェイムズ、S．ローズエイカーマン、田中敬文訳『非営利団体の経済分析』多賀出版、1993がある。

4．もっとも「参加」というのは、本来は認められないものに特に「参加」させて頂くというニュアンスがある。そうではなく、住民「主導」がコミュニティにおける福祉の姿だと思う。「『公』（行政）ではなし得ない、あらたな「公共」の概念を創るという、創造的営為こそ民間性に該当する。」右田紀久恵「分権化時代と地域福祉」（右田紀久恵編『自治型地域福祉の展開』法律文化社、1993）11ページ。「自助的な協同活動への参加や、援助・サービス供給活動への参加も、参加の構成要件ではあるが、それらはあくまでも参加の一部に過ぎない。それらは政策決定・計画立案への参加を基礎として存在すべきであろう。」右田前掲書23ページ。実はこれは福祉の問題だけではなく、町づくりそのものに住民主導の手法が取り入れられ、真の民主主義が実現しなければ福祉の問題も解決しないのである。例えば、五十嵐敬喜・小川明雄『都市計画』岩波新書1993参照。

5．『月刊福祉』全国社会福祉協議会、1993、11月号。

6．「民間社会福祉のほとんどが国による経費の補助を受けており、戦前のような財政的な独立をふまえた民間社会福祉はみられない。財政を中心に見れば民間社会福祉は存在しないといってよい。」柴田善守『社会福祉の史的発展』光生館、1985、271ページ。

7．総務庁では1992年６月に「社会福祉法人の指導監督に関する行政監察結果に基づく勧告」を行った。

8．「社会福祉事業を行うのであれば、社会福祉法人にならなければならないということは、社会福祉法人の団結に役立つ反面、社会福祉法人以外を絶対参入させないという態度につながる。」豊山泰高「福祉モンロー主義への混流」『月刊福祉』全国社会福祉協議会、1992、２月号。

9．例えばＮＩＲＡの委託により、市民公益活動基盤整備調査研究委員会による調査研究が行われており、近く報告書が刊行される。

10．例えば本間正明編著『フィランソロピーの社会経済学』東洋経済、1993。

11．具体的提言は本間編前掲書参照。

12．堀勝洋「社会福祉における公私の役割」『月刊福祉』全国社会福祉協議会、1986年７月号、８月号。

13．厚生省は1994年の税制改正で「社会福祉を目的とする事業に対する助成を行うことを主たる目的とする公益法人を特定公益増進法人として指定すること」を要望している。

第２節　福祉経営のあるべき姿

滝上宗次郎

１．はじめに

（１）21世紀福祉ビジョン

2025年には、我が国の高齢化率（65歳以上人口比率）は27％を超えるであろう。日本経済の活性を維持したままで、高齢化を乗り切るには、たとえ公的福祉であっても厳しい経済合理性が意識され実践されねばならないことは論をまたない。

その点で、福祉サービスの民営化が、度重なる有料老人ホームの不祥事にかかわらず、真剣に模索されている。現に、1994年３月、厚生大臣の私的諮問委員会である「高齢社会福祉ビジョン懇談会」から発表された「21世紀福祉ビジョン－少子・高齢社会に向けて－」では、基本理念として、「目指すべき福祉社会像としては、高福祉・高負担型福祉社会（公的保障中心）でも、低福祉・低負担型福祉社会（自助努力中心）でもない、公民の適切な組合わせによる適正福祉・適正負担という我が国独自の福祉社会の実現を目指す」としている。

この場合、「公民の適切な組合わせ」の「民」とは、保険料や税金という公的資金を用いサービスの提供は効率のいいであろう民間企業を使うという、「民間委託」ではない。民間委託では国民負担率を高めてしまうから、高齢化が進んでも、国民負担率を50％以下に止めたいという方針のもとでの「自助努力」であり「受益者負担」のことである。概念的には、現在の消費者が入居一時金として数千万円支払う有料老人ホームといった民間営利のサービスを指している。

福祉サービスは本来市場メカニズムが機能しえない公共財である（注１）。したがって、先ず第一に、福祉サービスを市場機構を通じて消費者に提供できるか否かが問われなければならない。すなわち、価格や質に対していかなる社会的規制が必要であるかが、また、必要とされる社会的規制を設けることが、民間企業経営（採算）と両立するかが問われなければならない。

第２章第２節で述べた通り、臨調路線によって民間活力が要請されるという事情だけから、民営化の妨げになる社会的規制（消費者保護）は外す（あるいは、立法化せず行政指導に止める）というのでは、何ら豊田商事の事件と変わるところはな

２１世紀福祉ビジョン　―少子・高齢社会に向けて―（要旨）

（平6.3.28高齢社会福祉ビジョン懇談会）

１　基本理念

・　「高齢化が活力に結び付く明るい社会を構築する」という基本理念の下、社会経済全体のシステムを少子・高齢社会にふさわしいものにつくり替えていくことにより、21世紀に向けて国民誰もが安心できる明るい福祉社会を築く。

・　その際、目指すべき福祉社会像としては、高福祉・高負担型福祉社会（公的保障中心）でも、低福祉・低負担型福祉社会（自助努力中心）でもない、公民の適切な組合せによる適正給付・適正負担という我が国独自の福祉社会の実現を目指す。

２　社会保障の基本的在り方

(1) 国民生活の安定基盤たる社会保障の構築

・　少子・高齢社会においても社会保障制度が社会的なセーフティ・ネットとして機能していくためには、公平・公正・効率的な制度であることが必要であり、社会経済の構造変化に対応した再構築が必要。

(2) 年金、医療、福祉等のバランスのとれた給付構造の実現

・　年金、医療制度の長期的安定を図ると共に、高齢者介護や雇用、子育て等の需要に対応した対策の充実が必要。

・　21世紀に向けて、年金制度の安定化、医療制度の安定化・効率化を図るとともに福祉等の水準を思い切って引上げ、年金、医療、福祉等のバランスのとれた社会保障へと転換。（５：４：１ → ５：３：２）

(3) 自助、共助、公助の重層的な地域福祉システムの構築

・　「自立と相互扶助」を地域において具現するものとして、地域を基盤とし、個人や地域組織・非営利団体、企業、公共団体が重層的に支え合う地域福祉システムを構築。

21世紀福祉ビジョン
—少子・高齢社会に向けて—

国民誰もが安心できる活力ある福祉社会の建設

- ○ 少子化、高齢化の進行
- ○ 家族の小規模化
- ○ 共働き世帯の増加

⇒ ○ 構造変化に対応した社会保障制度の再構築が必要

⇒
- ○ 公正・公平・効率的な社会保障制度の確立
- ○ 介護・子育て等福祉対策の飛躍的充実
- ○ 自助・共助・公助による地域保健医療福祉システムの確立

豊かで楽しい老後の暮らし

- ○ 高齢者の雇用、社会参加活動の促進
- ○ 公的年金制度の長期的安定化・一元化等
- ○ 資産活用策等による豊かな老後生活の実現

一人一人の健康を守る

- ○ 市町村中心の保健医療サービス体制の整備
- ○ 高齢化に対応した医療施設機能の体系化、在宅医療の推進
- ○ 病院等の近代化、マンパワー確保など医療基盤の整備
- ○ 医療保険制度の安定化・効率化

いつでもどこでも受けられる介護サービス

- ○ 新ゴールドプランの策定（施設・在宅サービスの大幅改善）
- ○ 21世紀に向けた安心できる介護システムの構築
- ○ 介護マンパワーの養成
- ○ 介護休業制度の導入促進

安心して子育てのできる社会支援

- ○ 子どもの豊かさを育む環境づくり
- ○ 仕事と育児の両立ができる総合的対策の推進（乳児保育、延長保育の充実、育児休業給付、短時間勤務）
- ○ エンゼルプランの樹立（総合的計画）

雇用、住宅、教育など関連施策の充実

- ○ 高齢者、障害者、女性が能力を十分発揮できる雇用システムの確立
- ○ 高齢者、障害者、多子世帯の住宅確保・まちづくり
- ○ 自立と創造性を育む教育の推進

給付と負担の在り方

- ○ 公民の組合わせによる適正給付、適正負担（具体的には、国民選択）
- ○ 安定財源の確保のため、
  - ・ 基本的には社会保険料中心の枠組みを維持
  - ・ 租税財源については、国民的公平性が確保される財源構造の実現（当面、緊急課題である介護対策の充実）
  - ・ 受益者負担については、税、保険料負担者とのバランスのとれた負担ルールの確立

社会保障を取り巻く環境の変化

（単位：万人）

	現在（1993年 平成5年）		将来（2025年 平成37年）
○ 高齢者人口（65歳以上）	1,690	→	3,240（1.9倍）
うち後期高齢者（75歳以上）	670	→	1,820（2.7倍）
○ 要介護老人等（寝たきり老人 要介護痴呆性老人 虚弱老人）	200	→	520（2.6倍）
○ 若年人口（15歳未満）	2,090	→	1,830（0.9倍）

い。現実に、事業者の放漫経営による倒産や詐欺によって、有料老人ホームの消費者被害が生じているが、法的に救済手段は今のところない。

例えば、全国の都道府県のなかで初めて埼玉県は、1991年4月に消費者保護と質の確保を行政指導で規制した「埼玉県有料老人ホーム設置運営指導基準」を施行した（注2）。これに対し、有料老人ホーム業界からは、「埼玉県には指導基準施行後一つも有料老人ホームが建たず県の指導基準は間違っていた」という指摘がある。本質を極めない営利主義だけを前提にした悪質な指摘であり、その指摘の方が間違っている。1991年以降、バブルの崩壊により全国的に有料老人ホームは建設が難しくなったし、たとえ開設しても多くのホームで経営は成り立っていない。また埼玉県の周辺、とくに千葉県での規制が緩かったために、経営者が埼玉県を避け、千葉県での建設を優先させたのはごく自然であろう。日本企業が、海外進出する場合、規制の緩い、税金の安い国や州を選んで工場を建設することと、同じである。

それよりも何よりも、「消費者の権利を守るための埼玉県の指導は有料老人ホームの経営を成立させない」というのであれば、悪いのは埼玉県ではなくて「有料老人ホーム」事業そのものである。民営化して、消費者には販売してはいけない商品であることを、如実に示している。公害をたれ流す企業が許されないことと、同じである。有料老人ホーム業界側からの、埼玉県に対する批判は商道徳がマヒした恥ずべき言論である、と言い切っていい。

しかし一方で、すでに年金制度の改正にもみられる通り高齢化の高まりによって、働く世代と高齢者との間で、分配問題が世代間闘争として位置付けられ、日本社会の将来に暗い影を投げかけていることもまた事実である。いわゆる「老人一人を働く人2人で支える社会」である。したがって福祉サービスの費用負担をめぐる国民のコンセンサスが是非とも不可欠である。それは、前述した「21世紀福祉ビジョン」における基本理念にも示されているとおり、現在福祉における「公私の役割分担」というテーマで議論が始まっており、我が国の今後の福祉経営の在り方を考えるうえで最も重要な議論となるであろう。

（2）公民ミックスの3分類

そこで以下では、一定規模の産業にまで成長しその在り方をめぐって様々な見解

が述べられている有料老人ホームを具体例に用いて、「公私の役割分担」について、3分類に分けて、福祉経営のあるべき姿を展望してみる。

それぞれ完全に独立した議論であり、読者は、どこから読み始めても構わない。また、選んで読んでも構わない。

3分類の一つは、受益者負担100%の民営化路線である。公的施設とは別建てで、営利民間の有料老人ホームを容認し、従来欠けていた消費者保護のための社会的規制を付け加える。なお、ここでは在宅ケアは視野に入れない。続く次の節（3分類の二つめ）で、経営のほぼ不可能であることを示しているからである。

3分類の二つめは、民間の有料老人ホームへの公的助成である。有料老人ホームが数多く社会に根付いているドイツ（旧西ドイツ）では、建設資金の大半が公的助成によっており、入居金も1000万円以下である（注3）。すなわち公的助成のお陰で、価格が廉価になり多数の国民が利用できること、加えて、初期投資が少なくてすみ顧客が容易に集まるから経営リスクが小さくなる、という多大なる利点がある。また、民間事業への公的助成は、消費者保護のための厳しい社会的規制の下では民間福祉の経営は成立しない、という現実判断（市場の失敗）から容認されている。現在、厚生省は「公的介護保険制度」を計画中であり、その制度の規模が大きくなれば日本でも福祉の民営化は現実のものとなってこよう。

筆者は、1994年3月、厚生大臣の私的懇談会発表の「21世紀福祉ビジョン－少子・高齢社会に向けて－」で示された「目指すべき福祉社会像としては、公民の適切な組合わせによる適正福祉・適正負担という我が国独自の福祉社会の実現を目指す」を実行に移すには、この3分類の二つめが適切である、と考える。

3分類の三つめは、高福祉・高負担型福祉社会（公的保障中心）である。全て公的福祉で賄うことは非経済的である、という考え方はたしかに日本の世論にある。しかし、ここでは公的な社会保障（民間委託も含めて）の方が、むしろ国全体にとっては効率的だという考え方を述べる。

そもそも、「高負担高福祉」「中負担中福祉」「低負担低福祉」という負担に応じた福祉、という概念自体がそもそも間違っている。福祉を増やせばその分国民負担率は高まる、という試算は正しくない。例えば、農繁期になれば、北海道では多

数の高齢者が家族の農作業の邪魔にならないようにと、病院に引っ越している。社会保障は、高い経済効果を他の産業部門に与えている。農産物の収穫が増えれば、国の税収は増える。大蔵省が理解すべきは、厚生省は予算だけ費消しているのではないことである。福祉経済や医療経済の仕組みが理解されていないから、日本の社会保障はおかしな形になっている、といっていい。保育園がなければ公的負担は下がるが、同時に、共働き世帯の社会参加が難しくなり、ＧＮＰも低下する。逆に、公的福祉である保育園が充分にあれば国家経済の規模が大きくなり、分子も分母も同じ方向に増えるから、国民負担率はそれほど動かない。さらには、少子化も防げるから将来の年金問題も緩和する。

福祉はそれ自身経済的ではない。しかし、福祉があることで国全体の経済活動は滞りなく維持されているのである。社会保障の役割を「社会のセーフネット」として一面的に考えていては、根本から間違ってしまう。

（３）高齢化産業社会における福祉

この数年、筆者が見学した国々を見たままに語れば、北欧諸国は「超高負担、超高福祉」である。米国は「高負担にもかかわらず低福祉」である。日本は「中負担だが低福祉」、部分的には、家族犠牲の日本型福祉は「超高負担にもかかわらず中福祉」となっている。すでに家族が払っている犠牲や代償は、国民経済にとっては相当の負担になっている。おろかなのは米国で、その一歩手前が日本である。

高齢化が進むにつれて要介護者が増えれば、誰かが介護しているのだから、公であれ私であれ国民全体の負担は増えるに決まっている。だから、今後の日本は、「高負担ながら、非効率の低福祉」「高負担でも中福祉」、あるいは福祉の社会化が成功して「高負担、高福祉」、一層福祉を重視して「超高負担、超高福祉」のどれを選択するかだ。

高齢化産業社会では「高福祉」であっても、「中福祉」であっても、「低福祉」であっても、多数の要介護老人の存在で社会全体では「高負担」なのである。社会全体で効率的なシステムを組むことができなければ、「高負担」どころか「超高負担」となってしまう懸念もある。

世界の高齢化産業社会を見渡せば、北欧諸国は「高負担、高福祉」を通り越して

「超高負担、超高福祉」である。経済成長の果実として福祉を尊ぶお国柄であろう。米国は、公的医療保険作りに国家の将来をかけているように現状は「高負担だが低福祉」であり、さらに高齢化が進めば「超高負担にもかかわらず低福祉」に陥る懸念がある。どうも民間産業の効率化には秀でた米国だが、「市場の失敗」である福祉経済部門は、見た目に分かりやすい競争の優劣よりも組織のチームワークが効率性を醸し出してくるためにか、得手ではないようである。

産業社会を築き上げた先進諸国は、一様に高齢化が進んでいる。五人に一人が高齢者となれば、当然に個々人の介護負担は集まって社会全体のコストとなるから、民間産業の国際競争力を左右する。国民負担率を無理に抑えようとして公的福祉を軽視すれば、民間産業は、従業員に長期間の「介護休業制度」を認めざるを得ないなど、必ず割高な対価を支払うことになる。将来は、働き手二人で高齢者一人を支える社会になるから、「介護休業制度」という手段で対応すれば、高度の職場は職員の度重なる離脱によって機能しなくなる。したがって、国際競争力を計る一つのモノサシとして、各国間の福祉システムの効率性が問われよう。

今の日本にとっての関心は、戦後築き上げた産業社会が高齢化によってどのように変化していくかである。あるいは、どのように変化させていくべきかが最も国民にとっての利害であるという、大きな歴史の転換点に立っている。

2．消費者保護の立法化による民間活力の利用

（1）介護サービスについての表示

現在、消費者側からみた有料老人ホームに対する不満は何かというと、

① パンフレットなどの表示があいまいで、将来寝たきりや痴呆になったときの介護サービスの中身が分からない、

② 民間企業であるし、終身という長期契約のために、ホームが倒産する不安がある。さらに倒産した場合の入居者への救済手段がない、

③ 人件費や土地代といったコストのために、価格が高すぎて利用しにくい、

の３点に集約できよう。

そのなかで、③の問題については、公的介護保険制度の導入を述べた次の「３．

公費導入による民間活力の利用」に譲るとして、ここでは、①「表示」と②「倒産」について考えてみたい。

先ず、「表示」については、すでに厚生省は1991年4月に消費者保護に踏み込んだ内容の行政指導を発表している。その概要は、厚生省通達「有料老人ホーム設置運営指導指針の改正のポイントについて」において、介護サービスに係る記述は以下の通りである。

入居者に対する情報の開示

（特に介護サービスについてその内容を明示）

入居者の多くは有料老人ホームに対して介護面について大きな期待をもっている。

しかし、一方で、募集内容書等の内容と実際の介護サービスとは必ずしも一致せず、それがトラブルの原因となるといったことが、一部に認められるところである。

このため、入居しようとする有料老人ホームにおいて行われる介護サービスについて十分な情報開示を行い、消費者が十分納得の上で入居できるようにする必要がある。

①有料老人ホームの類型分け

消費者である高齢者が有料老人ホームを適切に選択できるよう、介護に着目して、次のような点が明確にわかるよう、有料老人ホームを六類型（注：ホーム内で介護する「終身利用（同一施設内介護）型」や、契約以上の介護はしない「限定介護型」など）に分け、入居契約書、パンフレット、募集広告等においてその表示を義務付ける。

・要介護状態になった場合の専用居室の権利
・要介護状態になった場合の介護を受ける場所
・その際の費用負担の有無

②介護サービスの明示

介護サービスについて、提供されるサービスの場所、サービスの内容、頻度、費用負担等を明示したサービスの一覧表を作成し、契約前に入居希望者に対して交付して、十分な説明を行うこととする。

以上の通り、見事なものではあるが、しかし実際は、この行政指導は全くといってよいほど事業者側から守られていない。守られていないことが、マスコミや国会でいくども取り上げられ、その都度、厚生省は行政指導の徹底を世間に対し約束しているが、事業者側には働きかけていない。というのも、「終身介護と消費者に思い込ませねば客はこないし、かといって終身介護を実践すれば赤字になるかも知れない」という経営の現実が、あまりに深刻なためである。とはいえ、厚生省が明らかに消費者利益よりも事業者利益を優先していることは、重大な過失である。

さらに、行政指導ではなく、老人福祉法ではその第29条4項において、「厚生大臣又は都道府県知事は、有料老人ホームの設置者が当該有料老人ホームに入所している者（以下「入所者」という。）の処遇に関し不当な行為をし、又はその運営に関し入所者の利益を害する行為をしたと認めるときは、入所者の保護のため必要な限度において、当該有料老人ホームの設置者に対して、その改善に必要な措置を採るべきことを命ずることができる」と定めている。このように、強い監督責任を課した法律がありながらも、あいまいな表示を原因とする消費者被害が広がるなかで、老人福祉法29条は発動されていない。

こうしたことが消費者の不信を呼び、シルバー産業の市場が拡大しない。言い換えれば、福祉において民間活力の利用を国が業界側に立って推進しているために、消費者に見捨てられマーケットが活発化しない理由ともなっている。

しかしながら、1994年に入って新しい動きがでてきている。例えば、前年末の公正取引委員会の警告（第2章第2節3を参照）の影響もあって、東京都は都独自の「消費者条例」によって、介護サービスの正確な中身など消費者が事前に知りたい項目について、パンフレットなどに表示する義務を課すことを決めた。つまり、入居者が将来寝たきりや痴呆になった時に、どのような場所で、どのような介護サービスを、どのような職員体制によって提供するかの表示義務である。

また、表示すべき項目や用語の定義について、公正取引委員会が認定する「公正競争規約」を作り、消費者を守ることも考えられる。

とはいえ、「終身介護と消費者に思い込ませねば客はこないし、かといって終身

介護を実践すれば赤字になるかも知れない」というように、正確な表示をすれば、有料老人ホームの事業自体が成り立ちにくい、という深刻な本質を抱えている。したがって、補助金の導入など、抜本的な方針を新たに打ち出さない限り、問題の解決には結び付くことはあるまい。

（2）倒産不安

そもそも民間事業であること、また有料老人ホーム事業が顧客募集並びにキャッシュフローにおいて不動産事業に似ていることから、バブル崩壊後、経営の安定度は揺らいでいる。経営面での梃入れは、公的介護保険制度の導入を述べた次の「3．公費導入による民間活力の利用」に譲る。

ここでは、法的な面で、消費者保護を考えてみたい。というのも、有料老人ホームとは、数千万円という入居一時金を払いながらも、持ち家のもつ「資産価値」と「利用価値」を切り離し、「利用価値」に着目したものである。それ自体、高齢者の住まいの在り方について、大変優れた発想であったのであるが、肝心の「利用価値」に法的な権利を与えなかったために、「利用価値」が経営者の契約不履行や倒産によって安易に侵害されることとなった。

「利用価値」に法的な権利を与えるために、近畿弁護士連合会消費者保護委員会が、1990年12月、「入居者に借家権類似の権利を認める」ことを提案している。

事実、有料老人ホームの入居契約書には、業界団体の発行したひな型によると、「入居者の専用居室」という言葉があり、専用居室の「部屋番号」を書き込むから、明らかに借家権である。しかも契約書の中に、「入居者は専用居室の利用権を第三者に転貸、譲渡することを禁ずる」とあり、転貸、譲渡禁止の条文からも、利用権とは借家権の概念を含んでいると考えるのが相当である。ただし、入居当初から四人部屋などであり契約内容の大きく異なる有料ナーシングには適用されないし、入居者側がホームの生活にあきた場合の住み替えを要望している点は、借家法の適用に矛盾がある。

さらに、入居者は月々管理費、食費、介護費（入居一時金に含まれる場合は、その旨明記されている）をホームに支払っているために、入居一時金は明らかに家賃であり、それも終身の一括前払いという巨額の家賃であるから、借家権があって当

然である。

したがって、入居者が、借家権類似の権利を有することで、ホームが倒産した場合などに第三者に対抗できる権利が与えられ、この面での入居者保護も格段に向上しよう。有料老人ホームに住む高齢者は自ら蓄えた財産を使って自助努力で老後を生活しているにもかかわらず、ホームが倒産した場合など、何も対抗手段が無いというのでは、入居契約の存在自体が社会的に疑われてしまうことであろう。

しかしながら、現状は、こうした法解釈を厚生省も業界団体も認めていない。また、判例もでていない。業界団体が借家権類似の権利を認めることが難しい理由は、認めてしまうと、入居者が要介護となったときに、第一にホーム外への退去を求めにくいこと、第二に個室である専用居室から雑居の介護専用室へ移すことが難しいこと、第三に移室に当たって入居者本人か身元保証人の同意が必須要件となってしまうからである。

このように、現状の有料老人ホームは、消費者保護と経営の両立を妨げる本質的な問題が幾重にも横たわっている。

3．公費導入による民間活力の利用

（1）公的介護保険制度の必要性

有料老人ホームや在宅ケアが有する介護サービスの合理性について考察し、有料老人ホームの際立った優位性を明らかする、その前段階として、事業化するには欠陥の多いものだけに、その手立てを考慮してみたい。というのも、現在の有料老人ホームでは入居者が元気であるうちは問題はないが（マンションと同じで、住人と管理人の関係）、一度入居者が介護を要するようになると、ホーム側（売り手）と入居者（買い手）との間で利害が対立し、とても民間企業としての「市場」が成立しないからである。

例えば、一般に消費者側には、「経営者が、真剣に入居者の介護に取り組めば赤字になり、一方手を抜くほどに儲かる」という懸念があり、この懸念は残念ながら正しい。有料老人ホームという事業は、介護すればするほど入居者は長生きしてホーム側の利益を減らすから、経営側と消費者側の利益が相反する。かといって経営

者に倫理や誠意を期待しなくてはならないようでは、とても民間事業には馴染まない、という全面否定する見解もある。

こうした難問を一気に解決するのが、ホーム内の介護費用を公費で賄うことである。

やはり、すべてのホームが経営者、消費者の双方に良くなるには、有力な方法として介護サービスについては、その費用を医療保険のように公的な負担で賄い、どのホームに住んでいても（当然、在宅で要介護の状態であっても）、等しく公的な介護サービスを受けられるようになるべきである。そうなれば、入居者が介護を必要になったら、ホームの利益を圧迫するからと、老人病院や特別養護老人ホームに移されたり、もっと重要なことは真面目に介護して赤字となり経営不安を招いた、という当事業の欠陥も解消される。

ただし、この場合の問題の第一は、民間事業に公費を導入することの是非である。しかし、全く問題はあるまい。よい例は、病院である。病院の雑居部屋に入院しても、一泊二万円の自己負担をして個室に入院しても、受ける治療内容に差がなく医療費は原則保険で賄われる。一泊二万円の個室を有料老人ホームの住居サービスと考え、治療を介護サービスと考えれば、同じ仕組みであることが理解できる。

しかも、治療サービスが保険で賄われているために病院の倒産が極めて稀であることと同じで、ホーム内介護に補助金がつくことで、有料老人ホームの倒産（あるいは介護サービスの質の低下）問題も容易に解決がつく。日本の有料老人ホーム事業は歴史が浅く、介護をホームの中で完結することの難しさは、いまだ経験されていないし、本質的にインフレを内在する貨幣経済の中で、元気な高齢者が入居して10～15年後に発生する介護のコストを入居時に計算できるものではない。こうした当事業の永続性に対する不安を、介護への公的資金の導入によって解決できるのである。

問題の第二は、介護サービスにも質の優劣があり、先ずは基礎的なサービスは「公」の義務であるが、しかし裕福な高齢者がそれ以上の質の高い介護サービスを求める場合は、民間事業者の提供するサービスを購入すべきであるという、基本理念に反しないかという疑問である。

この疑問は、本質的に重要である。そもそも、福祉の民営化が容認され、推進された理由となっているからである。昭和63年２月に出版された厚生白書によれば、シルバーサービス登場の背景として、二つの理由があげられている。「高齢者の福祉を中心とするニードはますます増大・多様化してきている。また、自分のニードに合ったサービスであれば自己負担であっても選択の幅のある自由契約に基づく民間サービスを求める意識も高まってきている」という記述である。代表例として有料老人ホームと在宅サービスをあげている。言い換えれば、高齢者の福祉は価格弾力性が高まってきた（よい商品ならば多くお金を払います）ということだから、公的福祉よりも質の高い介護サービスを求めている消費者の利益を考えれば、福祉サービスの民営化は、理論的に正しいということである。

しかし、現場の実態は、少なくとも有料老人ホームの場合、そうではない。一般に有料老人ホームでは運営コストの大半が人件費であるから、当然、経営側は人手を減らすことに熱心であり、その結果、米国の有料ナーシングホームにみられるように、職員の入居者への虐待まで含めて劣悪なサービスになってしまう。つまるところ、理論とは逆に、現実は公的福祉の方が質の高いサービスを供給することとなる。現に、日本でも、有料老人ホームの入居者が日常的に要介護の状態になれば人手不足から施設内で世話ができず、公的な資金で運営される特別養護老人ホームや老人保健施設や老人病院に移るケースが多い。要するに、高齢者福祉といえば「介護」であるが、その本質は画一的であり多様化していない。

結論を述べれば、有料老人ホームを民営化の推進のために社会保障の対象から外さなければならないとすれば、付加価値マンションという一般住居と定義し、福祉的な取り扱いを止めるべきである。そして、ホームの中で行われる介護をホーム自体からはっきりと切り離し、そこに社会保障の光を当てることである。それで議論の混乱を収拾できよう。したがって、有料老人ホームを理解し産業として育成するには、価格弾力性の高い住宅（病院で例えれば、個室か雑居部屋か）としての有料老人ホーム自体と、そこで行われる介護（同、治療）を峻別することが第一歩である。

介護とは画一的であり、価格弾力性が低い。しかも、所得の多少にもかかわらず

介護ニーズは高齢者の総てに普遍的に存在しているから、公共的に提供されねばならないのである。その延長線上に「公的介護保険制度」の基本理念がある。となれば、昭和63年の厚生白書に示された民営化路線と公的介護保険制度は相対立する概念である。例えば、国民全員を対象としている公的介護保険制度の下で、受益者100%負担と厚生省が定義した有料老人ホームは経営の前提が崩れる。

（2）公と民の境界線

介護とは画一的であり価格弾力性が低いのであるから、その一部を民営化し育成しようとするならば、政策課題は以下のように明確でなければならない。すなわち、人為的に、

① 公的部門と民間部門との境界線を決めないと、民間部門の存立基盤が保証されない。

② 受益者負担の少ない公的部門と互角に戦えるように、民間部門に補助金などを導入し競争力を強化する。その場合の大義名分とは、介護サービスへの補助金である。

③ 特別養護老人ホーム、老人保健施設、診療所で公費で介護する一部の有料老人ホームと、介護費用の全額を入居者が負担する大半の有料老人ホームとでは、コスト面（人件費）において多大なる差があるために、とても競争にならないから、民営化は破綻する。すなわち、同一市場において複数の企業が公平に競争できるように、介護サービスへ補助金をつけ条件を等しくする、

ことである。

ところが、対応は全く逆の動きを示している。現在、社会保険庁や、都道府県の住宅供給公社が、民間の有料老人ホームと全く同じものを公費を一部導入し割安に販売している。民営圧迫どころか、民間の有料老人ホームの経営不安まで生じさせている。有料老人ホームは老後の安心を売るものであるから、倒産の懸念を払拭できない民間のホームは、全く太刀打ちできないからである。すぐさま公的な有料老人ホームは全廃するか、あるいは福祉の民営化路線を中止するかの選択を迫られている、といっていい。

公的な費用で介護サービスを提供する場合、ホーム側は介護サービスに利潤を求

めるべきではない。介護に利潤を求めなくても、介護サービスというのは有料老人ホームの経営者にとって一番リスクが大きいから、赤字が出ないことがはっきりすれば、経営側は健全な長期運営が可能となる。家賃の部分で不動産事業として利益を上げていればいい。

要するに、有料老人ホームとは不動産事業と福祉事業が組み合わされたもので、福祉事業の中の介護費は公費を導入すべきである。そして、公費を導入するならば、行政はどんどん監査すべきである。

有料老人ホームの建設には民間のお金を使い、介護は公費を充てる。そうしないと今後高齢化がますます進んでいくのに、必要とされる充分な数の有料老人ホームは開設されない。現に、東京都では100床の特別養護老人ホームを一つ建てるのに50億円もかかる。これでは特養を増やすことはできない。特養も増えない、有料老人ホームも増えないとなると、家族意識が欧米化していく中では、高齢者は行く場所がなくなる。たしかに、今後はゴールドプランで在宅介護をしてくれるという建前はあるが、在宅に嫁や娘というメインの介護者がいることを前提にした20世紀型の在宅介護であって、日本の家族関係が全国的に欧米化してくる21世紀の独居老人のための在宅介護には通用しないから、有料老人ホームの重要性は高いといっていい。

（3）介護の生産性

21世紀の超高齢化社会を視野に入れれば、介護サービスの生産性の向上を考えざるを得ない。高齢者ケアは、もともと機械化が難しく労働集約的な分野であるので、様々な財・サービスの中では最も強いインフレ体質を有している。こうしたマーケットが肥大化し同じくインフレ的である医療市場や公的福祉市場も含めて、将来ＧＮＰの10％を大きく超えてくれば、日本経済全体の活力にマイナスの影響を行使し続けよう。この点は、我が国が貿易立国という国際競争場裏に立ち、競争に打ち勝って国民生活の豊かさを達成していることを考えれば、生産性の低い産業の巨大化は座視することは出来ない。

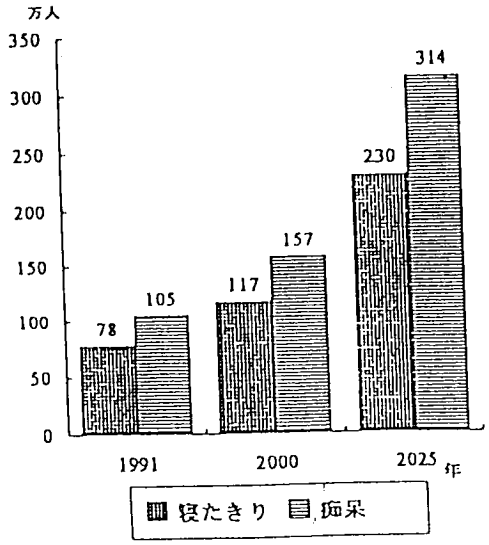
ただし、生身の病弱な人間を相手とする介護サービスを、人手から機械に代替することは技術的に難しい。介護ロボットは部分的にしか開発されまい。むしろ、介

護サービスとは、食事や入浴、衣服の着脱の介助を通しての心をこめた会話など、人間と人間の触れ合いの要素を強く有している。高齢な要介護者がかなりの頻度で精神疾患を有していることからみても、当然であろう。そもそも、介護ロボットの発想者は介護の目的の半分しか理解していない、といっていい。結論として、介護とは人件費の固まりであり、そもそも生産性を上げることは難しい。

難しいとはいえ、今後は高齢者が急増し、とりわけ要介護の対象となり得る後期高齢者（75歳以上を指す。65～74歳は前期高齢者）の人口比率が、現在の５％から21世紀初頭には10％を超えて年々高まっていく（図１）。我々は、日本経済の活力を維持するために、この分野に無関心ではいられない。是非とも介護行為における生産性の向上を目指さねばなるまい。

介護の生産性を調査分析するに当たり、まず介護に最も近似した業務を探すと、それは衣服の縫製業であろう。布地は伸び縮みし形が安定しないために、機械化に馴染まず、ハサミとミシン以外は人手に頼らざるをえない面が多かった。しかし、一人の縫製職人が一着の服を最初から最後まで、布地の寸法取りや裁断、裏地や芯

図１　寝たきり老人・痴呆性老人の将来推計



※男女年齢階級別将来推計人口に、男女年齢階級別寝たきり発現率・痴呆発現率を乗じて算出。
「寝たきりかつ痴呆」は両者に重複して計上されている。

厚生省大臣官房政策課推計

地の縫い込みまで行うのではなく、流れ作業という分業システムを導入しただけで、生産性は一気に数倍に上昇したという経験をもっている。機械に固定化できない布地の縫製と、生身の高齢者を介護することは近似性が高い。

となると、我々が高齢化社会を迎えるにあたり、まず成すべきは技術的に困難な機械化ではなく、人間味のある生産性の高いシステムを作って介護の現場に投入することである。

（4）在宅ケア

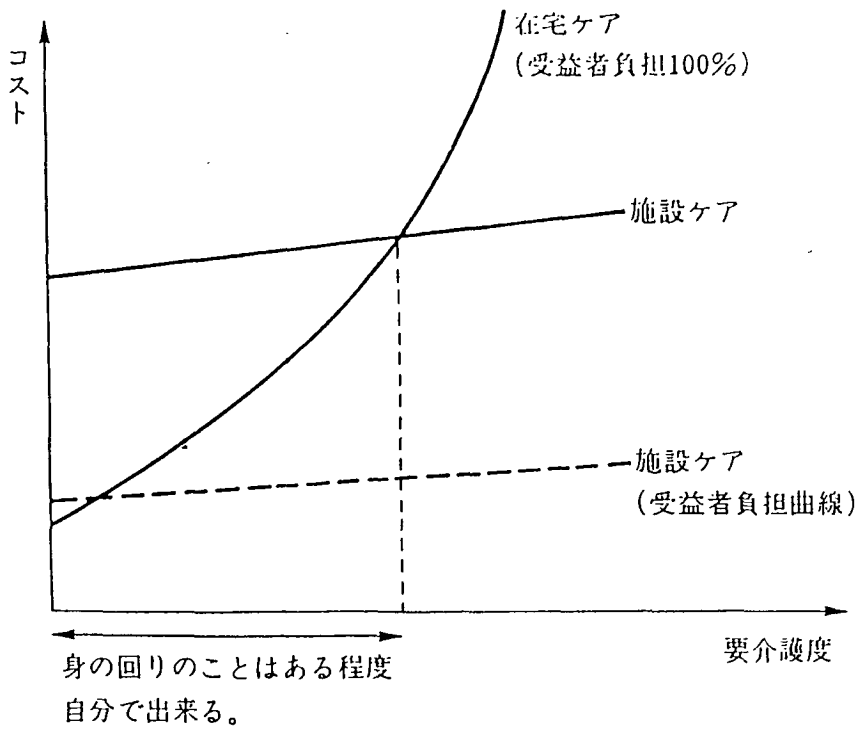
同じような理由から、家族が家族を介護するという従来のマンツーマンの「日本型福祉」ではなく、「介護の社会化」を行うことは、極めて生産性が高い、と言い切れる。厚生官僚である宇野裕氏の計算によれば（注4）、自分の親を介護すればマンツーマンとなるが、他人の親ならば四六時中みている必要はないから、2.5人みられる。10万人の主婦が社会的介護に従事すれば、25万人の主婦が家庭の外に仕事を持つことができ税金や社会保険を支払うようになり、それらを原資にしてもとの10万人の給料が賄える、という。こうした論理の展開によって、在宅ケアのためのホームヘルパーの経済性が証明できるのである。そこに、北欧型の高福祉高負担や、シルバー産業への期待や、社会的存在価値がある。

ただし、その経済性には限界もある。家族によらない介護の場合、在宅ケアが施設ケアよりもコストが低いのは、高齢者が身の回りのことをある程度自分で出来る状態に限られる。ＡＤＬ（日常生活動作）がそれ以下に落ち込むと、介護の頻度・緊急性が高まるため、施設ケアの方がコストは低く、在宅ケアのコストは急増していく（図2）。

ここで施設ケアに言及すれば、当然経済原則からして、要介護度が重く、施設でケアした方がコストが割安になる高齢者に限って、施設収容の対象とすべきであろう。というのも、現在の特別養護老人ホームにおいて措置費は入居者1人当たり定額であるし、職員の定員が低く抑えられているから、純粋に経営的な側面から判断すれば、特養ホーム側は、入居希望者のうちで手間のかからない要介護度の軽い高齢者から入所者を選ぶというインセンティブが働くのは当然である。したがって、入所の決定権限をもつ福祉事務所の運営如何で、我が国の寝たきり老人問題の解消

度合いが左右されるといっていい。こういう面を考慮して、特別養護老人ホームの定数も決定されなければならない。同様のことは、定額制を導入した老人病院でも弊害となっている。医療コストのかかる重度の患者が入院を拒まれるケースである。

図2　介護にかかるコスト



さて、図2に戻って考えれば、高齢者ケアにかかわる社会負担を低くするには、在宅ケアのコスト曲線を下方にシフトさせるシステムを作りだす努力をすることである。そのためには、

① 安価で質の高い労働力に頼ること、

② 一地域の中に多数のユーザー（要介護者）を獲得することで、複数の家庭を効率よく訪問して訪問員の介護の実働時間を高めることが出来るように、一日のスケジュールを組み易くすることである。

したがって、有償ボランティア（ボランティアは巨視的には非経済的であることは、後述する）を多数採用し、かつ電力会社のように地域独占を許可して地域での

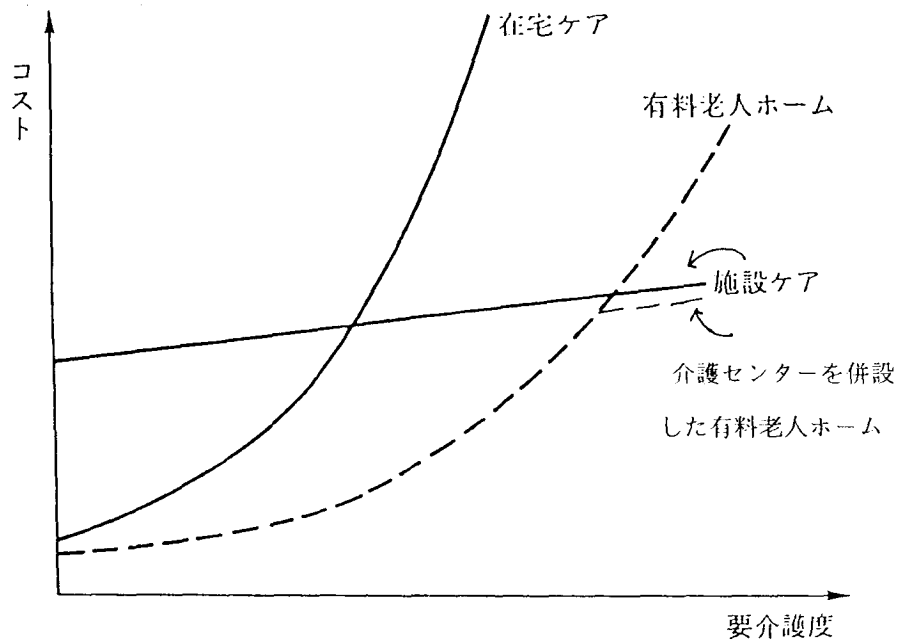
ユーザーを多く獲得できるようにすることが、在宅ケアのコスト曲線を下方にシフトさせることとなる。それを可能とするために、すでに実績のある武蔵野市福祉公社のような、公益法人に在宅ケアを担当させることも一つの方法であろう。あるいは、公益法人は組織として民間企業のような厳しさがなく無駄が多いというのであれば、人口密集地以外では地域独占を許可して、その価格と質を厳しく査定し、ニーズを有する地域全員への供給責任を負わせることで、民間企業に任せるという、電力会社に対するのと同じ方策を採用するのがよい。

しかし、こうした方策は現実的ではない。メーターで使用量が消費者にも分かる電力と異なり、介護サービスは客観的な評価は下せない。加えて、致命的なことに、ゴールドプランの在宅ケアと競合するために、民間企業の存立基盤は全くない。今後は、ごく一部の裕福な消費者を相手とし、質の高い個性豊かな医療、看護サービスを家庭まで届ける業務が、家業程度に成り立つだけであろう。

（5）有料老人ホーム

有料老人ホームの介護システムは極めて合理的である（図3）。有料老人ホームで生活する高齢者は個々人が専用の自宅を有しているから、受ける介護サービスは

図3　介護にかかるコスト



明らかに在宅ケアである。したがって、有料老人ホーム内における介護は在宅ケアの集合体であるという定義が可能である。一つのマンションの中に、同様な在宅ケアのニーズをもつ高齢者が100～300名一緒に住むことで、入浴、食事、介護などで大量の集中サービスが可能となる。訪問介護においては避けられない時間の無駄を徹底して省いているため、大幅な経費の節減が図れ、入居者の一人ひとりが支払う費用は相当割安になる。

加えて、緊急通報であるナースコールに対し、常に即座に入居者の居室にかけつけるというサービスに対し、ホーム側はコストをほとんどかけずに対応している点においても、有料老人ホームは優れて合理的なシステムである。

また、図3をみても明らかなように、有料老人ホームの介護コストは、街中に散在している個々の家庭を訪問して回る一般の在宅ケアサービスに比べて、おおよそ二分の一から三分の一である。このような点で、終身介護型の有料老人ホームが増えていくことは今後の高齢化社会において重要である。さらに、終身介護型の有料老人ホームでは、入院は治療を主目的とするものに限られ、老人医療費を削減する効果をもっている。現に、筆者が経営している有料老人ホームの入居者の実例では、医療費は一般の老人のおおよそ半分以下であろう。社会的入院がなぜ多く存在するのかというと、保険制度の助けで受益者負担が軽いということに加えて、入院を必要とする病気であるか否かにかかわらず、入院のような共同生活をしていないと不安だからである。そのように感じる高齢者にとって、有料老人ホームは、共同生活をしているうえに医療が非常に近いところにある。体調が崩れればいつでも早急に適格な病院へ入院でき、さらに有料老人ホームが受け皿となるためにいつでも退院できるし、日常はホームの中で顧問医や看護婦が健康をチェックしてくれるので、安心感から有料老人ホームの入居者には入院が相対的に少なくなり、医療費は軽減される。

また、有料老人ホームはスケールメリットが働く。例えば、有料老人ホームのコスト曲線を引いてみると、極めて素材産業、固定費産業の経費構造に似ている。1ホーム当たりの部屋数を多くしていけば、入居者一人当たりが負担する入居時の一時金や月々の管理費が大幅に低下していく。例えば、Aホームは50室を擁し一人月

10万円の管理費を徴収すると、月額500万円が総管理費となる。一方、Bホームは同200室、同5万円とすると、月額1000万円集まる。この場合、月々の管理費は2倍だが、個々の入居者が受けるサービスは同じと考えられる。というのは、例えば園長はAホーム、Bホームともに1名で足りる等の理由で、Bホームの方がスケールメリットが働くとみられるからである。

こうしたことに加えて、有料老人ホームは介護センターを併設すれば、図3のコストカーブを描き、さらに経済合理性を有する。多数の要介護者が広いマンションに散在して住むのに比べて、介護センターでは集中介護が可能となるからである。現に、有料老人ホームに隣接された特別養護老人ホームや診療所は同じ介護機能を有している。

4．高福祉高負担型福祉社会（公的保障中心）

（1）福祉サービスは市場の失敗

経済セクターには二つある。市場メカニズムの働くセクターと、社会的規制を付しても「市場の失敗」となるセクターである。臨調路線のいう民営化とは前者にのみ当てはまり、後者のうち国民生活に不可欠なものは公的機関（民間に委託したとしても）が質と量と価格について供給責任を担うべきで公正さが求められる。

福祉とはまさに後者であり、以下では、社会的入院と呼ばれるように、老人福祉を肩代わっている老人医療も含めて考えてみたい。

市場メカニズムが有効であるのは、競争が消費者利益に寄与し経営革新によって生産性が上がる部門であり、事業者間の優勝劣敗によってこそ消費者ニーズに応えることができる。したがって、そうではない福祉については、民営化は社会政策として適さない。例えば、競争によって劣後する有料老人ホームが淘汰（倒産）されれば、消費者（入居者）被害は甚大であるし、かといって事業者を一々救済していれば優勝劣敗は市場メカニズムとしての経済的意味を失うからである。

戦後の日本は、市場メカニズムの拡大によって成長を続け、経済大国となり、国民所得を世界のトップレベルまで押し上げた。したがって、日本では生産性上昇、合理化、効率化といった生産優位の思想が国民の間に根強い。

そのために、後者の典型である福祉は、生産資源を無駄食いし成長の邪魔とみなされたから、ほぼ救貧対策に留まり、それを越えるものは自己責任、すなわち家族の負担とされた。正確に言えば、女性の負担とされ、家制度と女性が結び付けられた「日本型福祉」である。公的福祉を軽視し、家族に負担させたから、経済成長を続けられたのでは決してない。福祉を軽視しても経済成長できる範囲内で推移しただけのことであり、それが証拠に、高齢化によって従来型の経済成長は、潜在的に専業主婦によって人手不足（現状は不況で表面化していないが）に陥り少子化が進んでいるから、一気に暗礁に乗り上げている。

それにもかかわらず、一般の国民の現実とは全く逆に、「公的福祉を増やしても女性の社会参加は増えず国民負担率が高まるだけで経済活力を殺ぐ」と、間違って思い込んでいるごく一部の上層部が公的福祉の在り方を決めてしまっている。それらは、自分の妻が家族の介護の有無にかかわらず専業主婦であり続ける人々である。家に妻が四六時中いることが普通の家庭と思い込んでいる人々である。

こうして、世界中みても、経済原則からみても、経済が成長すれば男女別姓にもみられる通り家制度は薄れるにもかかわらず、日本は流れに逆らっているから、当然に家族中心の「日本型福祉」は壊れるスピードが速まる。事実、現在の日本社会の特徴は、高齢化よりも、三世代同居率の低下（高齢者世帯の増加）の方がはるかに速い。高齢化率は、1970年の7.1%が1990年に12.0%に高まり（表１）、一方、高齢者世帯が全世帯に占める比率は、同期間に4.0%から10.4%へと急増した（表２）。また、すでに都市部では大きな変化が起こっている。国民生活審議会は、首都圏30キロ圏内に住む20歳以上の男女を対象にした、家族観の変化についての調査結果を1994年３月に発表した。「夫婦別姓」に抵抗のないものは36.3%。「未婚の母」に抵抗のないものは35.4%である。すでに価値観は急速に変化している。古い社会通念のままでは、高齢化が進み変化し続ける将来を対処することは難しい。「夫婦別姓」となれば、「嫁」の概念は消えるから、「日本型福祉」も存立しない。

従来に比べて画期的であるゴールドプランでも、その目玉であるホームヘルパー10万人計画は、英国や北欧諸国の実態から計算して、必要量の５分の１から８分の１にすぎないから、家族と同居している老人への介護支援はできても、独居してい

表1

年齢区分別人口の推移と将来推計

（各年10月1日現在）

年次	総数	0～14歳		15～64歳		65歳以上		75歳以上(再掲)		平均年齢
	実数	実数	構成割合	実数	構成割合	実数	構成割合	実数	構成割合	
	千人	千人	%	千人	%	千人	%	千人	%	歳
大正9年(1920)	55,963	20,416	36.5	32,605	58.3	2,941	5.3	732	1.3	26.7
14 (1925)	59,737	21,924	36.7	34,792	58.2	3,021	5.1	808	1.4	26.5
昭和5 (1930)	64,450	23,579	36.6	37,807	58.7	3,064	4.8	881	1.4	26.3
10 (1935)	69,254	25,545	36.9	40,484	58.5	3,225	4.7	924	1.3	26.3
15 (1940)	73,075	26,369	36.1	43,252	59.2	3,454	4.7	904	1.2	26.6
25 (1950)	84,115	29,786	35.4	50,168	59.6	4,155	4.9	1,069	1.3	26.6
30 (1955)	90,077	30,123	33.4	55,167	61.2	4,786	5.3	1,388	1.5	27.6
35 (1960)	94,302	28,434	30.2	60,469	64.1	5,398	5.7	1,642	1.7	29.0
40 (1965)	99,209	25,529	25.7	67,444	68.0	6,236	6.3	1,894	1.9	30.3
45 (1970)	104,665	25,153	24.0	72,119	68.9	7,393	7.1	2,237	2.1	31.5
50 (1975)	111,940	27,221	24.3	75,807	67.7	8,865	7.9	2,841	2.5	32.5
55 (1980)	117,060	27,507	23.5	78,835	67.3	10,647	9.1	3,660	3.1	33.9
60 (1985)	121,049	26,033	21.5	82,506	68.2	12,468	10.3	4,712	3.9	35.7
平成2 (1990)	123,611	22,486	18.2	85,904	69.5	14,895	12.0	5,973	4.8	37.6
7 (1995)	125,463	20,103	16.0	87,134	69.4	18,226	14.5	7,141	5.7	39.5
12 (2000)	127,385	19,336	15.2	86,350	67.8	21,699	17.0	8,742	6.9	41.0
17 (2005)	129,346	20,229	15.6	84,390	65.2	24,726	19.1	10,930	8.5	42.2
22 (2010)	130,397	21,348	16.4	81,304	62.4	27,746	21.3	13,021	10.0	43.1
27 (2015)	130,033	21,244	16.3	77,404	59.5	31,385	24.1	14,537	11.2	44.0
32 (2020)	128,345	19,833	15.5	75,774	59.0	32,738	25.5	16,049	12.5	44.9
37 (2025)	125,806	18,247	14.5	75,118	59.7	32,440	25.8	18,220	14.5	45.6

（注）昭和15～平成2年の総人口には年齢不詳を含む。

資料：平成2年以前は総務庁統計局「国勢調査」，平成7年以降は厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成4年9月推計）」

＜厚生白書＞

表2

総世帯数と高齢者世帯数の年次推移

年次	総世帯			高齢者世帯		(B)/(A)×100
	推計数 千世帯(A)	指数 40年＝100	平均世帯人員	推計数 千世帯(B)	指数 40年＝100	
昭和28年	17,180	66	5.00	431	54	2.5
30	18,963	73	4.68	425	53	2.2
35	22,476	87	4.13	500	63	2.2
40	25,940	100	3.75	799	100	3.1
45	29,887	115	3.45	1,196	150	4.0
50	32,877	127	3.35	1,619	203	4.9
55	35,338	136	3.28	2,424	303	6.9
60	37,226	144	3.22	3,110	389	8.4
平成2	40,273	155	3.05	4,195	525	10.4
3	40,506	156	3.04	4,711	590	11.6

(注) 高齢者世帯とは，男65歳以上，女60歳以上の者のみで構成するか，またはこれらに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

資料：昭和60年以前は厚生省大臣官房統計情報部「厚生行政基礎調査」，平成2年以降は同「国民生活基礎調査」

＜厚生白書＞

る中度や重度の要介護老人への支援は難しい。家族構成、人口構成が急速に変貌しているのに、福祉制度は家族介護を中心とする旧態依然のものといっていい。時代の要請に対応できないゴールドプランの低い目標設定こそが、経済成長を阻害している、といっていい。

（2）福祉に自己責任は該当しない

このように社会の変化を無視して、福祉が軽視され自己責任が主張される背景には、高齢化による要介護老人の急増が日本経済の活力をそぐという懸念が国民各層に強くある。福祉サービスは労働集約的、消費的、非経済的、非効率的であるため、日本の生産優位の思想と相容れないのである。加えて、介護負担を家族ではなく社会化するということは国民負担率を高めてしまうから、国民負担率50%という数字が独り歩きしている臨調路線とも相容れない。

しかし、ここに誤解がある。

第一に、国民負担率を高めると勤労意欲が失われるというが、それは日本の場合、税金の使われ方が見えない、あるいは利権の温床になっているからでもある。政治と行政の不正を国民負担率の問題とすり替えられては、福祉にとっていい迷惑である。

女性は子育てや介護の従事者となることで社会活動を妨げられるが、最近その女性のみを対象としたアンケート結果では、自分自身の問題解決手段として家庭と仕事を両立するために、北欧型の「高負担高福祉」を多数が受け入れるのである。「高負担高福祉」をいやがる日本は、あまりに歪んだ男性社会であることが分かる。

第二に、労働集約的、消費的、非経済的、非効率的であるのは何も福祉サービスばかりではない。スポーツや芸術、パチンコなどの趣味もまた同じで、市場メカニズムの中で巨額の産業となっている。福祉のような国民負担率に加算されるモノやサービスのみを嫌悪するようでは、生活の豊かさに対する日本人のモノサシが正しいとは言えまい。

第三に、市場メカニズムが働かず「市場の失敗」となる経済セクターを、経済原則に反して民営化することの方が、ずっと非効率的である。よい例が民営化された米国の医療である。ヒトの命の価値は無限大であるから、民営化によって販売価格

は上がるばかりで、日本の２倍を超えるＧＮＰの13%が医療費に費消され、それにもかかわらず裕福ではない３千７百万人の国民が民間の医療保険に加入できず医療の恩恵を受けられない。社会保障の分野で貧富の差が歴然としているのは、福祉国家の姿からはほど遠い。米国は民営化によって「高負担にもかかわらず低福祉」の国となってしまっている。

さらにまた、大企業では良質の労働力を求めて、民間保険料は雇い主が払うから、医療費が必要を越えて無駄に肥大化したことが製造コストに転嫁されて米国の国際競争力を低下させた主因の一つであることは、明白な事実である。たとえ従業員が支払っても、ＧＮＰの13%にあたる医療費を賄っているのは、給料を支払う企業側である。産業社会と福祉は表裏一体の関係にある、と言っていい。すなわち、市場メカニズムの働く経済セクターと「市場の失敗」となる経済セクターの違いを正しく把握してこそ、国家経済は二つのセクターのバランスよく成長するのである。

（３）臨調路線の福祉への適応は誤り

日本では、福祉を後向きのものと考えている国民世論を前提としているから、現在の福祉政策は後手を踏み、時代の流れに逆らい、問題の抜本的解決をより難しくしている。

繰り返すが、家族が介護する日本型福祉が急速に崩れている時に、日本型福祉を維持し、あるいは前提とする福祉政策を堅持している。例えば、自立、自助、自己負担、自己責任という言葉である。この場合の「自」とは、家族まで含めている。分業を前提として成り立っている高度産業社会において、ひとり福祉が分業体制から外され社会的解決手段となっていない。分業ではなく自給自足では、そこに効率の概念はありえない。

自助努力とは、貧富の差で老後の介護支援に格差をつけることであり、福祉国家から遠ざかる。それればかりか、老後への自助努力は「長生きした場合の生活費」への不安を高め、人生の最期に近づくまで高い貯蓄を維持させる。個人にとって、無駄で余分な貯蓄を強いて、老後の生活を困難にする。また、現状のように強力なリーディング産業が見当たらない低成長の下では強制的な過剰貯蓄をもたらし、（小宮隆太郎氏の見解をめぐって是非が論じられているが、いずれにせよ）貿易不均衡

は広がり、日本の国際関係は悪くなるばかりである。こうして、高齢化と国際関係という国家レベルの二つの課題に対して、自助努力は悪影響となる。

またボランティアの奨励や地域社会の新興は、受験戦争、企業戦士といった失われた人間性を取り戻すために効果はあるが、高齢化対策としては無理が多い。実際、国民全員が全労働時間をボランティアに当てたら、日本のＧＮＰはゼロになる。外貨がないから、輸入もストップする。ボランティアは、国民負担率を下げる働きをするが、経済規模もまた縮小させるから、日本の活力ある産業社会を維持するうえで最も経済的に害毒である。

たしかにボランティアは国民負担率の上昇を抑制するが、同時に国家経済の規模を縮小させるのである。崇高なボランティアを、経済的側面から邪道に利用しようとすれば、しっぺ返しをくらうのは当然である。

介護サービスは人件費の固まりだから、コストは極めて高い。しかし、だからといって介護サービスを無料のボランティアで賄い国家の経済活動から切り離そうという試みは、二重の意味で矛盾している。介護サービスを購入すると、個人であれ公的であれ多額の支出を強いられるという考え方は、サービスの授受の支払いの側面しかみていない。その相手方にとっては収入であり所得である。裏を返せば、もう一つの意味は、ボランティアの活動時間に対するオポチュニティ・コスト（機会費用）を無視している。勤務中のサラリーマンがボランティアをすれば、その間、自分の仕事ができなくなる。主婦がボランティアをすれば、外で働けなくなる。

したがって、自助努力であれボランティアであれ、現在の福祉の方向性は日本経済の将来を暗くするとしか言いようがない。

高齢化が進んでいけば、介護は社会化したほうが効率的であるに決まっている。厚生官僚である宇野裕氏の計算によれば（注４）、自分の親を介護すればマンツーマンとなるが、他人の親ならば四六時中みている必要はないから、2.5人みられる。10万人の主婦が社会的介護に従事すれば、25万人の主婦が家庭の外に仕事を持つことができ税金や社会保険を支払うようになり、それらを原資にしてもとの10万人の給料が賄える、という。

こうした論理の展開力こそすばらしい。動態的に福祉システムをとらえる力こそ、

今後の高齢社会が求めるものである。従来、福祉は静態的にみられてきた。例えば、高齢化によって毎年７千億円の社会保障の支出が増え、その財源確保に増税が避けられないという単年度の収支尻だけを懸念する短絡的な見方である。こうした見方は、高齢化を否定的に国民に訴えてしまう。短絡的な見方が高齢化の議論を主導しているのが、今の日本である。そして、社会保障の在り方が歪められている。

（４）社会保障の後退

人口構成の高齢化に伴い、年金について60歳支給開始を65歳に引き上げても今後加速度的に国民負担率は上昇する。臨調路線によって国民負担率は50％を上限とするから、そこから逆算して、国家経済（指標となっているのは国民所得）に占める医療費のシェアは固定（医療費の伸びは経済成長率の範囲内）するという政策が80年代以降とられてきた。

医療費の経費内訳は約７割が人件費で占められ、医療産業は労働集約的であるから、高齢化が進み医療ニーズが増えていけば、通常は国家経済の平均成長率を上回って市場を拡大することは当然である。

もっと簡略に語れば、患者数や医療従事者数に変化が全くなくても、労働集約的で生産性の上昇がない医療サービスは価格の上昇によって、国家経済に占めるシェアは少しずつ高まっていく。というのも、逆に、半導体などの先端技術産業では人件費比率は極端に低く、生産性が上昇を続けるから、ビット当たりの単価は年々急速に落ちていき、販売数量が前年比２割や３割増えても出荷額は横ばいとなるからである。各産業は、統一計算基準である「円」というお金に換算されて初めて比較が可能となり、国家経済に占める互いの比率が決定されるから、半導体などの先端技術産業は量的に急拡大しないとシェアを低下させてしまうのである。

80年代以降、日本の人口が増えるとともに患者も増え、しかも有病率の極端に高い高齢者（65歳以上は、それ以下に比べて医療費は４倍）が人口の９％から14％まで急増した。しかしながら、医療費の伸びを経済成長率の範囲内にとどめ、医療費の国家経済に占めるシェアは固定されたから、実質的には医療はマイナス成長であったということである。

マイナス成長の中身をみると、多くの病院は「老人病院」に格下げされる等によっ

て、医師、看護婦の定員が減らされ、患者一人当たりの医療費は削られ、医療の質が落ち続けた。とりわけ1994年は、医療保険から付き添い制度がほぼ外されるから、入院にあたり付き添いを必要とする体が弱かったり痴呆症状を呈する者は、自費で月間数十万円の家政婦を雇わねばならない。貧しい者に対する医療の打ち切りである。同じことが、医療よりさらに労働集約的な福祉により言えることでる。

こうした社会保障の後退に拍車をかけているのが、90年代前半の経済の停滞である。今後も、かつてのような高い経済成長は望めないなかで、高齢化が進むのである。このため、国民の支払う医療保険料の引き上げを防ぎ国民負担率の上昇をくい止めるためには、すでに質は限界にまで低下しているから、残された手段は受益者負担の増大しかあるまい。自己責任論は、貧しい者をますます医療、福祉から遠ざける。そもそも社会保障は救貧対策から始まり「市民化」へと発展していくものであるが、出発点の救貧までも否定してしまうことになる。

（5）経済活力を支える公的保障

同様に、国民負担率を上昇させない民営化とは、100%の受益者負担ということである。市場メカニズムの機能する分野でこそ民営化によって顧客へのサービスは高まるが、「市場の失敗」である社会保障の分野ではそうではない。1993年末、公正取引委員会は有料老人ホーム業界に対して、「ホーム内で重度の介護まで実施できるかのように表示しているが、実際には、入居者に重度の介護までは提供できない」と、警告した。まさに、買ってフタを開けたら中身がなかったということである。

一般の商品と異なり、福祉サービスの善し悪しは消費者に分かりにくいから、売り手と買い手が商品情報量で大差があり、かつ情報は流れにくいから、市場自体が成立しない。そうした認識が欠けていた。

さらに日本では、公的な福祉水準が低く、国が民営化の推進に力をいれるあまり法的に質の確保（消費者保護）を図らなかったから、よけい民営化は営利に傾いたのである。

また、経営上の要請からも質の確保は難しい。福祉サービスのコストは大半が人件費であるから、当然、経営側は低い賃金で職員を雇うか、人手を減らすかの対応

にでる。その結果、消費者からの告訴が相次ぐ米国の有料ナーシングホームにみられるように、職員の入居者への虐待まで含めて劣悪なサービスになってしまう。つまるところ、公的福祉の方が質の高いサービスを供給することとなる。現に、日本でも、有料老人ホームの入居者が日常的に要介護の状態になれば人手不足から施設内で世話ができず、公的な資金で運営される特別養護老人ホームや老人保健施設や老人病院に移るケースが多い。

高齢化に向かって福祉の役割とは何かが問われている。行政改革や民間企業の競争促進などの臨調路線は堅持しなければならないが、福祉までも対象にすることは誤った経済政策である。福祉の切り詰めは、生活大国への道を放棄するばかりか、社会不安へつながっていく。たしかに福祉はそれ自身効率的では決してないが、福祉があることで国全体の経済活動は効率化するのである。それが社会保障の歴史である。

社会保障の歴史とは何か。

例えば、教育と同じである。教育は、豊富で質のよい労働力を確保するために産業社会からの要請によって発展してきた。教育は高度化するに伴い、自習や家族の指導やボランティアでは成り立たない。

農林水産の第一次産業が主力で自営業主体かつ移動の少ない村落共同体には、互助会はあっても、社会保障はあまり必要とされない。産業が発展して都市化が進み、勤労者主体となり、住居と職場が離れ、転居がある社会では、地域社会が多くの困窮者の日常生活を救うには無理が多すぎる。

さらに経済が発展して、家族単位が小さくなり、女性が社会へ進出すると、家族による育児が難しくなり、障害を持つ家族への家族による介護も成り立たなくなる。

事実、北欧諸国の社会保障の今日あるのは、専業主婦に職業を持つことを望んだ経済界からの要請であった。それに反し、日本では深夜遅くまでのサービス残業や接待や談合による営業活動という尋常ではない原動力によって、経済成長を続けたから、働き手は男性優位となり、家庭に専業主婦が必要で、家族と女性への締め付けが強く残った。

しかし、その日本も子供と同居する高齢者世帯の比率が1970年代から目立って減

少し、最近でも1985年の46%から1992年の37%にまで落ち込み、日本型と呼ばれる家族構成は急速に崩れかけている。崩れたお陰で、女性の社会進出がある程度高まってきたが、福祉の支えが少なく、生んだ子は自己責任で育てなければならないから、少子化が進んでいる。結婚や出産を避けたり遅らせたりで、一生の間に一人の女性が生む子供の数は、人口を維持できる2.05人を大きく下回っている。今や全国平均で1.5人、東京都では1.2人と低い。東京都は日本社会の先行指標であるから、まだまだ少子化は進むのであろう。

この結果、僅か数年後には日本の労働力は減少に転じ、その後も回復しそうにはない。21世紀の前半は、不況と呼ばなくても経済規模は拡大しなくなる。そのことは、経済成長に対する日本人の価値観を転換すればよい、という試練をはるかに越える。というのも、前年度実績プラス・アルファという例年の国家予算にもみられるように、戦後の日本は、パイを大きくすることでしか、数多くの利益集団の間の分配問題を解決できてこなかったからである。

福祉を軽視しての経済成長は壁に突き当たっている、と言っていい。その事実を、財界や政界が認識していないようでは、日本の将来は危うい。最近よく言われ始めたように、子供は夫婦や家族の私的な財ではなく、日本の将来を託す公共財であるという視点が大切だ。福祉の分野では、自己責任論を転換し、救貧思想を捨て、人口構成、家族構成の変化に伴い国民全員が恩恵に浴せる普遍化、市民化、社会化が必要である。とりわけ、介護の社会化は緊急課題である。となれば、従来に比べて、救貧思想から脱した画期的な福祉政策であるゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）でさえも、その能力の範囲は家族による介護への公的支援の充実に止まるから、その達成年度の平成11年度を待たずして、すでに陳腐化してしまって一定以上の役割は果たせそうにない。それほど社会、家族の変化は急激であった。今や、産業構造の転換が迫られていると同時に、ゴールドプランの次の計画作りが必要である。新しく作るゴールドプランは、従前の数倍規模のものである。

福祉を正面からとらえ、産業社会のなかに位置付け発展させていくことこそ、正しい選択であり、緊急の課題である。

（平成６年４月）

４章２節　引用文献

（注１）地主重美「成熟社会における老人医療・福祉政策」（統計研究会『成熟化社会の国民医療経済分析』、1987）

（注２）香取照幸「埼玉県有料老人ホーム設置運営指導基準--その背景と狙い」埼玉県生活福祉部高齢者福祉課、1991

（注３）坂井洲二「ドイツ人の老後」法政大学出版局、1991

（注４）宇野裕「老人介護問題はなぜ社会的に解決しなければならないか」週間社会保障1993．９．13号

第３節　民間非営利活動の役割

―過剰経済社会と不足経済社会における配分メカニズム―

西村　周三

１．はじめに

この節では、福祉活動に関して、民間非営利活動はどのような役割を果たすべきか、を論じる。現在の日本の現状は、次のようになっている。まず福祉活動の資金の源泉は、基本的には公的部門によって調達されたものが大部分を占める。
他方で、供給形態は、公的供給（公立の施設）と民間非営利供給（社会福祉法人など）とが混在している。

今後の課題としては、おそらく次の２点が大きな争点となろう。まず第一に、資金の源泉であるが、公的資金の投入が大部分を占めざるを得ないことについては、かなり共通した合意があるものの、それでもなおかつこれに加えて、受益者負担を増加すべきかという問題と、寄付行為などによるいわゆるフィランソロピーに資金の源泉をこれまで以上に増加すべきかという問題がある。

第二の問題は、供給主体の構成に関して、民間非営利のウエイトを高めるべきか、それとも公的供給のウエイトを高めるべきかという問題と、営利を目的とする株式会社などの参入を認めるべきかという点である。

以下では、第一の問題のうち、受益者負担のあり方については論じない。この問題は、これ以外に関していま示した諸問題とは独立であると思われるからである。この問題は、極めて常識的な解決が求められると思われるから、あまり詳しく論じるに値しないのである。ここでいう常識的な解決とは、次のような原則である。受益者負担は、受益者のそれぞれの人間としての尊厳を守るために、次のような二つの原則のバランスを考えるべきである。すなわち、一方で結果としてあまり貧富の差を反映するような負担のあり方は望ましくない。豊かな層と貧しい層とが、たとえばそれぞれ別々の施設で福祉サービスを受けると言った、明確に棲み分けをすることになるような福祉の受け方は望ましくないという原則を維持する必要がある。

他方で、かといって社会の経済的富の配分を全く平等にするというのは、あまりにも非現実的な理想論なので、基本的なサービスの受給権が保障されたうえで、豊かな層が、受益者負担を増すことによって、より豊かなサービスを受けることは是

認されるべきである、という原則も必要であろう。

民主主義社会を前提とする限り、豊かな層による、より豊かなサービスの受給が、公的意志決定に影響を及ぼし、全体の水準を高めていくという法則に期待する方が、すべてを低水準に抑えるより、現実的で望ましい原則であろうと思われるからである。

さてこのような受益者負担の原則を前提として、現在の日本が抱えている二つの争点を以下で考えたい。一つは、フィランソロピーによる資金の源泉を拡大すべきか否か、であり、いま一つは、公的供給と民間非営利供給のバランスの問題である。なお株式会社形態を認めるべきか否かについては、この第二の問題のいわば「系」として議論できるので、本格的には検討しない。

ところで以下の説明から明らかなように、フィランソロピーによる資金の源泉を拡大すべきか否かという問題も、公的供給と民間非営利のどちらがより適切かという問題に帰着する。そこでこの問題に焦点を当てて、日本の現状を踏まえた議論を進めたい。

結論を先に述べると、日本の現状では、公的供給にはあまりにも問題が多い。むしろ後に述べる規制の強化と規制の緩和の組み合わせによって、民間非営利の活動をより推進することが望ましい。民間非営利活動が成熟して、それが最終的に公的部門による供給に落ちつくことを否定するものではないが、少なくとも現在の日本の民主主義の成熟度に見合った供給のあり方を考えるためには、民間非営利先行の形態の方が、日本の福祉の現状をよい方向に進めると思われるのである。

この結論は、人によっては、常識に反する見解かもしれない。しかしこれと反対の常識を持つ人々は、おそらく「お上と民衆」という図式で公的部門の機能を考えている人々か、あるいは余程、日本の民主主義の現状に「非現実的な夢」を抱いている人々ではないかと判断する。そこでこの点の理解を容易にするために、やや遠回りをして、そもそも「非営利」とは何か、「公」とは何か、の一般論を述べよう。

2．経済学における位置づけ

民間非営利活動のあり方を現代社会において位置づけるためには、「非営利」ということがどのような意味を持つのかを明らかにする必要がある。しかし非営利組

織の意義が本格的に検討されたのは、歴史的に見てそれほど古いものではない。非営利組織が本格的に学問的に研究の対象となったのは、1970年代の終わり頃である。この点は以下に説明するが、それ以前に「営利」の意義がどのように考えられてきたかを簡単にスケッチしておくと問題が明確になるであろう。

資本主義の成立以降、近年に至るまでは、さまざまな組織や活動のあり方は、営利組織である株式会社と、これの反対の極にある政府活動の意義を対比する形で問題が設定されてきた。

利益あるいは余剰という概念を歴史的に見ると、ある時は肯定的に、またあるときは否定的にとらえられてきた。まず否定的にとらえる見方は、マルクスに代表される。「剰余」という言葉に代表されるように、本来発生することが適切でないのに何らかの制度の不備によって発生するというとらえ方であった。

しかし歴史的に見て、利益や余剰の発生を否定的に見る見解ばかりがあったわけではない。利益や余剰を肯定的に見る見解は、代表的にはF.ナイトの説明のように「リスクや不確実性を負担することの対価」という見方である。またマックス・ウエーバーの読みとり方には、さまざまな解釈があるが、プロテスタンティズムの精神が資本主義の勃興の支えになったさいに、労働における勤勉と貯蓄を重んじたことが、結果として「剰余」を正当化したことがあげられよう。なぜなら勤勉に働き、商品を多く売り、他方で節約を旨とする、ということが結果として利益を生むことになったから、それは必然的に肯定的に受けとめられることになるからである。

もちろんこのような利益が正当化されるためには、A.スミスやA.マーシャル以来の近代経済学の研究が明らかにしてきたように、競争的な条件が整うという前提がなければならなかった。そうでない場合は、超過利潤という言葉に代表されるように、不当なものであるというニュアンスがこめられる。

その後の近代経済学の発展は、一方で理想像としての「完全競争」の成り立つ条件を明らかにするとともに、その条件が満たされないときには、「市場の失敗」が生じるとして、市場と政府の二つを併用するという「混合経済」の思想を成立させた。

非営利活動の意義づけが行われるのは、この「混合経済」論が成立してのち、相当期間を経過してからである。その代表的なものが、近年の「フィランソロピー論」

などの基礎づけを提示していると考えられる「契約の失敗(Contract Failure)」論である。この議論の代表的なものは、イエールの経済学者 ハンスマンである。
彼は、非営利組織の存在理由を次のように説明する。すなわち、非営利組織の存在価値を、それが提供するサービスの質が消費者に容易に観察できないという点に求める。そしてこのような現象を「契約の失敗（ Contract Failure ）説」と名づけた。いわゆる市場の失敗の一つの特殊ケースとして、「契約の失敗」という概念を導入したのである。この見解の具体的な例として、次のようなものがあげられている。

ある人がエティオピアで飢えている人に食糧や衣服を贈りたいと考えたとしよう。一般の企業を通してそれを送ったのでは、きわめて多くの費用がかかる。したがってこの場合、とりまとめをし、送ってくれる「非営利企業」がこの役割を果たすことになる。このような仲介作業を営利企業が行うとすれば、その企業の本来の目的と利害が反することになる。なぜなら、営利企業の目的は、できるだけ多くの余剰を出し、これを株主に提供することだからである。

このような考え方が「契約の失敗」説と呼ばれるのは、市場メカニズムが有効に機能する大前提として、そこに消費者と生産者との間に「情報の非対称性」がないことが重要であるのに対して、上記のようなサービスの提供には、情報の非対称性があり、このことが適切な市場における「契約」を成立させない、という考えに基づく。

もちろんこのような議論の展開は当然、次のような反論を生んだ。すなわちいま述べたような例に関しては、政府が十分その役割を果たしうるではないか、と。しかし、この反論に対しては、それ以前に政府に関して指摘されていたブキャナンなどによる「政府の現実」についての認識が、反批判を提供することになる。「あるべき姿」としての政府はたしかにそのような役割も担いうるであろうが、現実の政府は、各種利害団体のレント・シーキングの場、すなわち既得権益を守る場として利用されており、たとえばサムエルソンによる「公共財の最適供給」論の展開によって示されたような、あるべき適正な公共財供給量の決定は容易ではない、というのである。

他方で、あるべき論としての政府の姿は、サムエルソンによる公共財の最適供給

論によって飛躍的に発展した。かれの議論は、個々人の効用を基礎にして、その限界効用の総和がちょうど公共財の限界費用に等しくなる量までの供給をおこなうべきであるというものであった。

しかしブキャナンの議論とサムエルソンの議論とは、その後残念ながらかみ合わずにそれぞれ精緻化されてきた。おそらく非営利活動の理論の展開が遅れたのは、この政府についての「現実論」と「あるべき論」とがかみ合わずに発展したことに根拠を求められるように思われる。理想論としての政府論は、上記のハンスマンの例のような活動に対して、当然それを政府が供給しうると考えていたであろうし、したがってそこから非営利組織の存在意義は浮かび上がってこない。

しかし現実には、公共財の供給は、理想通りにはいかない。ときには政府を取り巻く圧力団体のロビー活動などによって、過大に供給され、またときには、そのような圧力団体がなかったり、弱かったりしたときには、過小に供給されるということがおきていると判断せざるを得ない。

この間、市場メカニズムに基づいて財・サービスを供給してきた営利部門は、次第に寡占化を進め、消費者主権を場合によっては侵害する形で、主要先進資本主義国では、過剰とも思われる「豊かな社会」を生み出した。これを可能にしたのは、理想とされる完全競争企業におけるゼロに近い利潤ではなく、長期的な存続を意図するあまりの再投資のための利潤が大きな役割を果たした。

このような事情から、現代社会では、一方で経済の発展の源泉としての利潤の意義も認めつつも、これに対し「企業の社会的責任論」などが提唱されるなどして、何らかの形で過大な利潤を規制する動きが生まれたと考えるのが適切ではないかと思われる。

近年、企業メセナの意義などが重視され、非営利組織、非営利活動などが注目される背景には、以上のような思想的背景があるのではないかと思われるが、ここで注意すべきことがある。それは「公」というものの果たす役割の現実に関してである。

3．公的部門の現実

2項で述べたように、われわれが「公」に対して抱くイメージは、きわめてアン

ビバレントなものである。一方でわれわれは、サムエルソンが示したような、社会の成員が望むだけの、ちょうどぴったりの公共的サービスの供給を期待しつつ、現実が、それを成し遂げていない現状を嘆くことがしばしばである。これは、さまざまな公共事業の例を考えれば分かる。たとえば道路供給について、ある人は、現状を過剰だと考える。もっと道路供給を削減してでもよいから、税負担を軽減してほしいと考えるし、別の人は、もっと税負担が増加してもよいから、道路投資を拡大してほしいと考える。現実は私的財と違って、個々人に異なる量の道路を供給することはできない。

このような例はなにも「純粋公共財」といわれるものに限らない。直接的には個々人へのサービスの提供となる医療という例をとっても、公的供給を旨とする限り、公平な供給制度を目指すわけだから、少なく税を支払った人には少ない医療を、多く税を支払った人には多くの医療をという訳にはいかない。

サムエルソンの示唆を現実のもとすることは極めて難しく、結果としては、ブキャナンらが指摘したように、さまざまな公的給付制度は、しばしばレント・シーキングの対象となる。公共事業をめぐってしばしばおきるスキャンダルがこれを如実に物語っている。

要するにわれわれは、公的部門の提供するサービスの量に関して、「最適供給」が可能であるという幻想を抱きすぎたのではないかといえるのである。むしろ現実を直視すると、次のようなさまざまな要因により、公的供給は、常にバランスを欠いたものとならざるを得ないのだということを認識すべきであるのである。

まず第一の問題点は、真の社会の「ニーズ」の把握がきわめて難しいという点である。福祉サービスは、何をどのように、どの程度提供することが望ましいのかを評価することが極めて難しい。

第二に、予算制度の持つ硬直性があげられる。日本の福祉は、必ずしもニーズの把握があって、これに応えるために予算が組まれ、量が決定されるという仕組みであったというより、あらかじめ予算制約が先にあって、予算の余裕の度合いに応じて供給量が決定されてきた。

第三に、また予算制度が単年度を基礎にしているために、供給主体には、年度ごとの剰余を発生させることができず、このため長期的な計画や、質の向上のための

工夫がなおざりにされたという側面も強い。

第四に、公務員制度の下では、必要労働力の算定に弾力的措置が取りにくく、さらに公務員全体としての「総定員」という枠に縛られて、弾力的な職員の配置が困難であるという現実も否定できない。

第五に、福祉サービスに関しては、それほど大きな障害とはならないとは思われるが、公的供給全体に関しては、民間と異なり「経費削減」のインセンティブが強く働かない。

このような公的供給制度の非効率性は枚挙にいとまがない。もちろん、民間非営利活動に関しても、それに公的介入を受ける限りにおいては、このような問題点が同じように生じるが、それでも、次のような規制が緩和されれば、少なくとも公的供給よりは弾力的な運営ができるであろう。

まず第一に一定限度の剰余金の発生を認めること、たとえば5年間で全体としての剰余が発生しないことを条件として、非営利行為の範囲とすること。

第二に、公的部門が非営利団体に委託をおこなうさいの契約を明確に定めること。現行制度では、右田紀久恵氏の調査などからも明らかなように、極めて「お上」的発想で、一方的な契約条項が定められている。たとえばあらかじめある種のサービスの提供を委託するさいに、剰余がでたら返済し、不足がでたら自己責任で別途資金調達を工夫することを要請するような契約は、片務的な契約であるといわざるを得ない。

第三に、公的部門からの天下りに関しては、現行以上に十分な配慮を払わないことには、民間の自発的な努力は生まれにくい。

（平成6年11月）

資料編

老人保健福祉計画市町村アンケート調査について

～集計結果からさぐる老人保健福祉計画の問題と自治体福祉のゆくえ～

民間福祉研究会研究補助者
（財）医療科学研究所研究員
安川　文朗

はじめに

いま、全国市区町村の老人福祉担当者は、厚生省が定めた「老人保健福祉計画」策定の最終調整に没頭しておられる頃であろう。周知のとおり「老人保健福祉十か年戦略（ゴールドプラン）」に示された事業目標を具体化するために、1990年6月の「老人福祉法等の一部を改正する法律」によって法的に規定されたこの計画の眼目は、ひとくちに言えば、医療と福祉の一体化，施設ケアから在宅ケアへのシフト，民間福祉サービスの役割拡大といった国の指針に沿いながら、各自治体が必要な保健福祉サービスの内容や量を”みずから”策定すること、つまり、一方で各自治体の福祉サービスに国が一定の基準と方向性を与えつつ、他方でより地域の実態に適合した福祉施策を独自に展開させようということである。

ところで、このような計画が規定された背景には、国の財政負担（特に老人医療費）の削減、国から地方への福祉責任の委譲，転嫁という意図があると言われているが、だからといってこの計画に単純な異議を唱えたり、政策的弱点の指摘に終始するのは賢明ではない。むしろ、われわれの目は、この計画によって本来実現されるべき「自治体福祉」のすがたとは何か、そのプロセスとしての本計画で、問題となり障害となっていることは何かを検討し、問題提起を行うことに向けられるべきであると思う。

ただ行政の常として、各自治体における計画策定の進捗状況や問題点は、なかなかわれわれには見えてこない。特に、計画策定を義務づけられた自治体　注）（担当者）が直面する問題意識や悩みについて、われわれはほとんどその実態を知ることができなかった。しかし、計画立案，実施の主体であるかれらの”生の声”を聞くことは、上記の問題提起に不可欠な作業である。

そこで、われわれ民間福祉研究会では、国などの先行調査を参考にしながら、研究会独自の視点を持った「市町村老人保健福祉計画に関するアンケート調査」（1993年6月）を実施し、本計画に対する自治体の率直な評価や直面している課題を捉えようと試みた。本稿では、そのアンケート調査を通して、本計画の持つ意味や問題性を指摘するとともに、自治体福祉にとって必要な基本的なコンセプトとは何かを考えてみたい。

本稿の前半（1、2節）ではアンケート調査の概要と集計結果が報告され、後半

（3、4節）は分析と問題提起に当てられる。なお第3節の分析では、先行調査の結果が大いに参考となり、第4節では英国コミュニテイケア計画が重要なヒントを与えてくれる。

注）本稿では、自治体，市区町村という用語を併用するが、特にアンケート調査の対象ということを意識する場合は市区町村を、いわゆる自治の単位として考える場合は自治体を、それぞれ使用することにする。

1．アンケート調査の概要

1）調査の目的

今回われわれがアンケート調査から得ようとした情報は、主に次の2点である。

ア）策定作業の担当者が自分の市区町村の状況を踏まえつつ、この計画や将来の福祉施策に対して、どのような問題意識や意見を持っているか

イ）公的福祉の対概念としての民間福祉事業は、現在および将来どのような役割を担い得るか、またそのためにはどのような課題が残されているか

そして、こうした点ができるだけ明快に、かつ地域的な偏りがなく把握できるように、調査対象やアンケートの質問内容，形式が決められた。

2）調査対象および調査方法

全国3264市区町村（平成3年現在）のなかから、都道府県間に偏りが生じないよう考慮しつつ、人口規模区分等により500市町を抽出し、当該市区町の老人福祉担当部門に直接調査票を送付して回答を依頼した。210市区町より回答が得られ、回収率は42%であった。回答に際しては記名とし、参考のため回答者の所属，役職等も記載してもらった（人口規模区分および調査票送付市区町村数と返送数は表1のとおり）。

3）質問事項およびアンケートの特徴

本アンケートの質問事項は次のとおりである。

Q1．基本事項

市区町村名，人口（総人口及び65歳以上人口），計画策定の状況

Q2．当該市区町村における老人福祉施策の現状

（実施主体，事業実施者，費用負担，利用者負担、サービス別）

Q３．実施主体と事業実施者が異なる場合の形態（サービス、財源）

Q４．事業委託のメリット，デメリット

Q５．民間福祉事業の望ましい組織のありかた

Q６．当該市区町村における老人福祉施策の将来計画（項目はQ２と同じ）

Q７．将来計画の実現（および施策充実）における問題点（システム，財源）

Q８．民間福祉事業の利用意向

Q９．老人保健福祉計画に対する担当者の意見（フリーアンサー）

＊Qの番号は集計結果表（資料３）に準じ、調査票の番号とは一致しない

なお、調査票の様式および各質問項目については、資料１．２を参照されたい。

また、本アンケートの特徴を整理しておくと、

ア）今回の老人保健福祉計画に関わっている市町村の担当者に直接、回答を求めていること

イ）当該市町村の老人福祉施策について、現状と（計画後の）将来構想とを、個々の福祉サービスごとに調査していること

ウ）現在福祉運営の常態となりつつある「業務委託」の実態について、サービス提供の形態と財源の問題とに分けて調査していること

エ）老人保健福祉計画策定における”直感的な”問題意識を、自由回答形式で尋ねていること

オ）自治体福祉への、民間福祉事業（シルバーサービス産業）の導入について、その意向と導入形態，導入に対する期待と不安などを問うていること

といった点が挙げられる。

もちろん、サンプルは210と少ないものの、全国各都道府県から抽出している点も大きな特徴である。

４）調査の問題点

また、あえて本調査の問題点を挙げれば、まず、福祉サービスの名称を最も一般的に用いられているもので代表したため、異なる名称を使用していたり、そこから

直接的に想起されるものとは異なる内容のサービスを実施している自治体にとって、回答に混乱を生じさせる可能性があること、また、人口１万人未満の町村を含んでいないために、小規模自治体の実態を反映しているとは言い切れないこと、さらに「民間事業者」の厳密な範囲規定を避けたため、回答者によって「民間」のイメージに若干差があるかもしれないことである。ただし最後の問題は、結果的に各自治体の「民間」意識について有益な情報をわれわれに与えてくれることとなった。

２．調査結果の分析

では、集計結果を見ていきたい。全質問項目の単純集計は資料３－ａ～ｃに、一部項目の二重クロス集計は同４－ａ，ｂにそれぞれ掲げた。

なお、紙幅の制約およびわれわれの調査主題がぼやけぬよう、すべての集計結果を同列に議論することは避け、ａ）事業委託の現状と形態、ｂ）老人福祉施策を充実させようとする場合の問題点、ｃ）民間福祉事業者の利用や事業委託に関する意向と意識、の３点に分析を集中させたい。また、事業委託形態の選択と財政問題との関連、および施策の充実における問題意識と民間事業者導入意向との関連については、クロス集計を交えて見ていくことにする。上記３点以外の項目については、資料３の集計結果を直接参照いただきたい。

１）事業委託の現状と形態

＊事業委託比率は82.4%

＊「基本は行政，運営は民間」のコンセプト

＊事業委託の経費抑制効果は過剰期待？

＊専門性，安定性に不安

福祉サービスの実施主体（設置者）と事業実施者（運営者）とが異なる、すなわちなんらかの事業委託を行っている市区町村は、回答数の82.4%に達している。全体的には、人口10～20万人の中規模都市での比率が比較的高く、事業別では、予想どおりホームヘルプサービス、入浴サービス、デイケア，ナイトケア、ショートステイなどが高い委託率を示している。一方介護相談，緊急通報システム，介護費助成などは、事業の性質上実施主体と事業実施者とが一致しているケースが多く、特養老人ホームの場合も、社会福祉法人の設置，運営というケースが多いことが確認

できる。

事業委託を行う際の基本的なコンセプト（Q３）は、「どのような施策をどう行うかという基本部分を、建物等のハード面を含めて行政がしっかり抑え、実際の運営や付加的サービスについては、柔軟性のある民間の力を発揮させる」と要約できそうである。これは、福祉の公的責任原則と、民間の効率性メリットとの両方を意識したものと思われ、ある意味でこれが地域福祉の典型的なスタイルと言えるのかも知れない。

では、事業委託そのものを自治体（の担当者）はどう評価しているのだろうか。Q４によれば、事業委託のメリットは、運営における柔軟性や独創性の発揮と、効率的な人材活用を含めた公務員の増員不要という点に集約される。後者は、もともと事業委託が行政の経費削減，組織効率化を目指している以上、当然出てくる評価であろう。ただ、業務委託に経費抑制の効果が実際どれほどあるかは、よくわからない。事実「必要経費の削減」をメリットとして挙げた自治体は予想外に少なかった（約1/4）。しかも、デメリットとして「必要経費がかえって増加」とした自治体が、特に中規模都市で２割近くあることは、業務委託によるコスト削減効果は、言われているほど大きくない（人的効率化にも限界がある）可能性を示唆している。ただその真偽の実証は、本調査の分析範囲を越えている。

一方委託のデメリットに関して興味深いのは、委託先の専門性や経営の安定性に対して、全体の1/4以上の自治体が懸念を表明していることと、委託先との委託契約内容が十分守られていないという指摘が、人口20万人以下の市区町村に比較的多いことである。前者は、事業委託による質の向上のメリットがそれほど高く評価されていないことに対応しており、自治体（担当者）が、現在の委託形態や委託先の事業者そのものに必ずしも満足しておらず、それでもなお事業委託を行わざるを得ない複雑な立場に置かれている現状が浮かび上がってくる。後者についてはおそらく、人口規模が小さければそれだけ、当該自治体の老人福祉事業全体に占める業務委託規模が相対的に大きくなり、契約上の問題点が広範囲に波及しやすいこと、地方の行政担当者が比較的こういった契約締結に不慣れなことが多いことなどが理由と思われるが、いずれも想像の域を出るものではない。

２）老人福祉施策を充実させようとする場合の問題点

＊マンパワー不足，用地不足は大都市ほど深刻

＊行政内の人材配置は大都市ほど容易

＊長期的な財政確保が最大のネック

Q７の設問および回答は、福祉政策の構造的問題を敏感に反映させる部分であろう。システム上の問題と財政上の問題とに分けてたずねたところ、システム上では圧倒的にマンパワーの問題が挙げられたが、財政上では複数の問題が指摘された。

福祉分野におけるマンパワー不足の深刻さが、本アンケートでも確認されたわけだが、集計結果はさらに、（サンプル数の差は考慮しても）人口規模が相対的に大きな自治体の方が、小さな自治体に比べより深刻である実態を示している。逆に、たとえば今計画策定に携わることのできる人材の確保という点になると、今度は人口規模の大きな自治体ほど比較的容易になると言えそうである。やや予想外だったのは、対象市区町村が住民ニーズの把握にはそれほど苦慮していないように見えることであるが、相対的に見れば、人口規模の大きな自治体ほど苦労があることが推察される。

一方財政上の問題では、通常指摘される”国庫支出単価（措置費等）の低さ”に対して、自治体からの問題提起が集中するのではないかと予想したが、その比率は50%前後であった。そのかわり、おそらくは国の財政構造全体を視野に入れた、永続的な費用負担の可能性に対する否定的な見解が多く出されている。これは、後述の自由意見中に、計画の実施における財政上の”裏付け”が見えないことに対する不安や疑問が多く寄せられていることとも符合している。もう一点は、（自治体内での）必要経費（予算）獲得が困難であると訴えている担当者が、特に人口20万人以下の市町村で多いことである。

わが国の福祉行政が、国の施策の自治体への委任という構造を持ちながら、支出される国庫基準の低さゆえに、一定の福祉サービス水準を維持するために自治体に相当の”持ちだし”を強いている現実がたびたび指摘されているが[1]、前者の結果が、わが国のこうした福祉政策の構造的問題を反映した総論的なものだとすれば、後者の結果は、個々の自治体行政における実情や意識の違いを反映させた、各論的な問題点と言えるかも知れない。

1．たとえば最近では武田（１９９３）等を参照。

もとより福祉サービスは、行政サービス全般のなかの一部門であり、行政施策実施の優先順位は、その自治体の状況に応じて異なってくる。たとえば、上下水道や道路などが未整備な自治体にとって、公共資本整備が老人福祉より優先されるということは十分考えられることである。また、自治体内各部門の力関係による"パイの奪い合い"が行われるような場合、福祉部門の重要性がどの程度認知されているかによっても、予算配分は大きく変わる可能性がある。

こうした現状に何等変化がなく、今計画によって福祉施策が定められるとすれば、各自治体の福祉整備目標に対して一定の国庫支出（交付金）が割り当てられても、「自治体の主体性」を基本とする今計画の性質上、長期的には自治体自身の捻出すべき経費が増大することは十分考えられるから、福祉部門は今以上に厳しい立場に置かれかねない。比較的小規模な自治体で、必要経費確保の困難さが挙げられている背景には、（現状の）国庫支出単価の低さへの不満とともに、上記のような自治体自身の状況を含めた将来への懸念があるのではなかろうか。

施策充実のための財源上の問題と、自治体の事業費用確保の実態との関連を、Q3とQ7との簡単なクロス集計で見ておきたい（資料4－a）。事業委託をしているものの、費用のほぼ全額を公費支出しているケースでは、国庫支出の低さおよび永続的費用負担の困難性を懸念する割合が、他と比べてやはり高く出ている。しかも、人口30万人以上の自治体の場合には、上で見たように必要経費獲得の困難性を訴える割合が低い。

利用者負担を積極的に導入している市区町村の場合はどうであろうか。人口30万人以上および10万人規模では、利用者からの費用徴収にさほどの困難を感じていないように見えるが、10万～20万人規模では、比較的高い比率で困難を感じている。仮にこれらの市の多くが、比較的大都市近郊から抽出されているとすれば、住民構成の特質といった地域特性が作用しているとも考えられるが、そのようなサンプル上のバイアスのみで説明可能かどうかは、残念ながら証明できない。

3）民間福祉事業者の利用意向と意識

＊民間事業者利用意向は、全体で80%近い

＊利用形態は分担，委託型

＊民間事業者の望ましい姿は「非営利，規制料金」

＊民間事業者のイメージにギャップ

次に、民間福祉事業者の活用問題について見ていこう。

まず、８割近い市区町村が民間福祉事業者を利用したいと考えているが、民間事業者をどのような形態で利用したいか（すべきか）という問いに対しては、先の公的責任原則を反映してか、福祉施策の全面移行は極めて少なく（大規模都市で若干存在）、従来からの一部業務委託やサービス別の分担といった発想が多く見られる。

一方、民間福祉事業の組織形態は、「非営利組織で、かつ提供されるサービスの購入価格は公的に規制を受けることが望ましい」という見解が多数を占め、いわゆる株式会社による運営形態には否定的であった（ただ、料金規制さえあればその組織形態は特に問わないという意見が若干見られたことは興味深い）。

民間事業者の組織形態に対する認識と、民間事業者利用のメリット，デメリットに関する認識との間には、どのような関係が見出せるだろうか。資料４－ｂのクロス集計によれば、純然たる株式会社が望ましいとする自治体の半数以上が、民間のメリットとして「住民本位の福祉の実現」を挙げているのが注目される。われわれとしてはここに、現在の福祉行政が住民にとって十分な質と量を提供していないという、担当者の率直な反省を読み取りたいが、では株式会社が供給する「住民本位の福祉」とはどんなものか、なぜ株式会社なら実現可能なのかは、さらに検討されるべき事柄だろう。一方で、非営利組織（料金規制）を望ましいとする自治体の比較的多くが、民間サービスの優越性への疑問を表明していることを考えると、民間事業者の質に対する自治体の評価は、期待と疑問とがあい半ばした、微妙なものであるようだ。ただ少なくとも、かつてのように営利組織＝もうけ主義＝反福祉的という感覚は、かなり払拭されていると言えそうである。

ところで、利用意向のある場合の利用形態やメリットにも、利用意向がない場合のデメリットにおいても、「不明」という回答がかなりあったが、これは、本アンケートで「民間」の定義を厳密に行わなかったこと、またＱ５をはじめいくつかの結果から、自治体の考える「民間」とは、現在の社協や社会福祉法人などの"準公的組織"であろうと思われるにも拘わらず、国が役割の拡大を謳っている「民間」の内容はもう少し広く、株式会社

組織の「シルバーサービス産業」をも範疇に入れたものであるために[2]、イメージのギャップが生じた可能性があることなどが、その理由と思われる。自治体にしてみれば、今の事業委託経験からだけでは、シルバービジネスの価値や利用可能性を判断しにくいということかもしれない。

4）自由回答に見る自治体（担当者）の問題意識

最後に、自由回答覧（調査票質問番号4）に吐露された、策定担当者の”声”を紹介しておこう。

有効回答210のうち、自由回答覧に記載があったのは53件（約25%）で、その半数以上が、人口10万人未満の小規模自治体であった。

具体的にどのような問題が提起されたかを見てみると、おおむね以下のような分類ができる（重複意見多数あり。なお回答実例は資料5を参照）。

＊計画に対する国の財政的裏付けを求めたり、自治体の財源不足を訴えるもの	約49%
＊人材確保など政策実施上の困難性を危惧するもの	約6%
＊計画策定に関する具体的説明不足を指摘するもの	〃
＊国の感覚と地域の実情とのギャップを訴えるもの	約22%
＊公的責任と自治体福祉の関連性を問うもの	約10%
＊その他	約7%

結果からは、計画の実施における自治体の財政負担の大きさを懸念し、国の財政的裏付けを強く求める声が大きいことがわかる。特に、国の設定した目標水準を満たそうとするならば、明らかな自治体の超過負担になるという指摘が多く、一歩進んで「国の計画水準は過剰だ」との意見や、計画指針の基準が当該地域の実情（労働力や福祉ニーズの大きさ）と乖離したところで設定されているために、無理をして国の基準に合わせることによるメリットは何もないという意見もかなり見られた。

こうした意見の背景には、国の財政的支援なしでは身動きのとれない自治体の現実とともに、自治体の主体的な福祉を推進するものとして打ち出された本計画において、実際には国の「基準」や「指針」が地域の「実情」に勝って強調され、自治

2．われわれ民間福祉研究会の「民間」についての認識も、これと同様である。

体もそれを受け入れざるを得ないという、従来の国－自治体の垂直的委任関係の残滓があるのだろうか。

3．集計結果から見た自治体福祉の直面する問題と課題

このように、アンケートの集計結果から、老人保健福祉計画策定中の自治体が抱く問題意識や直面する困難は、

ア）行政内の人材確保の困難さや、福祉サービスのマンパワー不足

イ）国の財政補助への不安および自治体自身の財政確保の困難さ

ウ）自治体の実情と国の計画指針とのギャップ

エ）民間委託志向と事業者の質への疑問

の４点に縮約できることがわかった。

また、自治体規模によって、その問題性に大きな差が見られたのは、

ア）Ｑ３の財源問題で、民間主導，行政補助という形態をとる自治体

イ）Ｑ４の事業委託のデメリットにおける、福祉の心の喪失に対する不安および受託契約非遵守の問題

ウ）Ｑ７の施策充実問題における施設用地および民間事業者の不在問題

で、それ以外のほとんどの質問項目においては、自治体規模（あるいはその財政規模）によらず、各自治体の問題意識はほぼ共通であった。

では、自治体のこのような問題意識の源泉はどこにあるのだろうか。たとえば福祉サービスに従事するマンパワー不足は、アンケート結果を待つまでもなく、３Ｋと言われる福祉労働の条件の悪さや労働市場の特性など、対人サービス職種にほぼ共通の社会経済的要因が指摘できるであろう。また、自治体財政、民間福祉事業の特性等に関しても、本書の第２～４章でその根本的な問題性が明らかにされてきたとおりである。さらに前節で指摘したとおり、担当者の声から推察されるのは、わが国の福祉制度における、国と自治体との基本的な関係性における問題であった。このように考えると、本アンケートの結果は、老人保健福祉計画それ自体の持つ固有な問題というより、わが国の福祉施策，福祉行政が内包する課題そのものに対する問題提起と見ることができよう。

本稿では、これらひとつひとつに明快な解決を与えることはできないが、そのか

わりに上記4つのうちで特に「行政内の福祉計画に携わるべき人材の不足」を取り上げ、その背後にあるより基本的な問題の所在と意味を考えてみたい。なおここでは、本計画に関して行われた先行調査の結果を、重要な分析材料として交えることにする。

1）他調査の概要と調査視点

1993年6月時点で、老人保健福祉計画に関するまとまった調査としては、厚生省老人福祉計画課による「老人保健福祉計画の策定状況について」（1993年2月、以下厚生省調査という）と、東京都目黒区高齢者生活課の津田光輝氏による「全国市町村老人保健福祉計画状況調査報告」（1992年12月、以下津田報告という）の2つがある。

厚生省調査は、計画原案を策定済みの市町村および都道府県数を把握することと同時に、計画作成について地域住民にどう周知されているか、住民がどの程度参画しているか、計画は自前で作成しているか他に作成依頼しているかなど、市町村の計画策定進行状況を捉えることに主眼が置かれている。一方津田報告では、計画のための（地域実態）調査の方法、ゴールドプランの目標量についての（自治体の）考え、計画作成上の問題点など、計画策定に関する自治体の問題意識の把握に焦点が向けられており、その点われわれの調査との類似性を持っている。

2）2調査にみる問題とその背景

まず厚生省調査から、計画の作成主体に関する項目をひろってみよう。厚生省調査によれば、計画作成の主体について、「市町村自身」が行っているのが約半数、残りは何等かのかたちで計画作成を外部に依頼，委託している。ただこの調査からは、何をどのように委託しているのか、委託した理由は何かといったことが分からないので、委託そのものを積極的に評価すべきか、消極的に評価すべきか難しい。そこで、今度は津田報告によって、ゴールドプラン目標量についての市町村の評価および計画作成上の問題点を見てみると、前者では市において「わからない」が圧倒的に多く、また後者ではサービス水準の決定（が困難）を一番に挙げたのが7割近い。つまり、多くの市町村では、必要な福祉サービスの水準を十分測定することができず、ゴールドプラン目標量との整合性のみならず、提供すべきサービスの量と質を決定することが困難なのである。そこで、自治体が外部に委託する内容とは、

まさにこの地域実態の調査分析に関することであろうと思われる。

こうした外部への委託は、当然多くのメリットがある。たとえば調査，分析のノウハウを高度に蓄積した専門プランナーに委せることで、自治体は効率性の高い調査，分析を期待できる。しかし、それら専門プランナーの多くは、当該地域とほとんど繋がりのない第三者であり、調査手法は機能化，画一化されている場合が多いと言われている。またアンケートに見られたように、自治体は事業委託ということに対して、依存的である半面必ずしも全幅の信頼を置いているわけではない。それらを考えると、専門的プランナーに”下駄を預ける”ことで、逆に地域実態が十分反映されないサービス水準が決定されはしないだろうかという懸念が起きる。ここでわれわれが考えたいのは、策定作業を委託すべきか否かということよりも、なぜ自治体は計画策定という、大変だが魅力的な仕事を、外部に委託するのか、という点である。

3）3調査による人材不足問題の所在

この問いに対して、アンケートは端的に、自治体における人材不足がその理由だと言う。つまり、地域の福祉ニーズを測定，評価し、国の指針と調整し、最終的に地域実態を反映した計画案を作り上げるという一連のプロセスをマネジメントできる人材がいないのである。その傍証として前2調査を再び見てみよう。「計画作成への住民参加の方法」（厚生省調査）では、住民意見を計画に反映させる方法として実態調査を実施した自治体は予想外に少ない。一方津田報告でも、計画作成上の問題として「高齢者の実態把握」を挙げたところは比較的低い（いずれも表2）。ここから予想されるのは、自治体がすでに当該地域の高齢者の状況を適切に把握し終えているか、実態調査を行う必要性がなかったか、あるいは”行えなかった”かのいずれかである。しかし、もし前2者だとすれば、津田報告で7割近い市町村が実態把握の困難性を訴えているのは不思議である。やはり自治体自身がそうしたノウハウを十分持っていないこと、またそのような人材を得られないことが、実態調査を行えない理由と考える他はない。

では、なぜこのような人材不足が起きるのだろうか。われわれは、わが国のこれまでの福祉行政のあり方そのものにその原因を求められるのではないかと考える。

先述のとおり、わが国の自治体福祉は、伝統的に国の福祉政策に基づく措置費，

補助金等の受領，消費という、”国政の肩代り業務”が中心であった。しかも国庫支出水準が必ずしも十分とは言えず、自治体はその財政的自己補填をも負いながら、なんとか地域福祉を維持してきたと言っても過言ではない。しかしそこでは、自治体の自主的、個別的な福祉施策は実質的にほとんど展開できないばかりか、肩代り福祉に馴らされてきたために、福祉に対する意識や実践力をいつのまにか弱めさせられたことも否定できない。たとえば、地域高齢者の生活実態や福祉ニーズについて自ら把握，分析するために、必要な人材を育成したり制度を整えたいと思っても、まず国庫基準等によって予算の大きさに限界があり、かつ基本的に可能な施策の範囲が（措置基準等により）決められているため、結局国からの予算の消化に専念せざるをえない状況に、いつのまにか”取り込まれて”しまうのである。別の見方をすれば、地域の実情を必ずしも斟酌しなくとも、国の基準に従って福祉行政が行われるということであり、そうした状況では、独創的で専門性を培われた、優れた人材の必要度が薄れていくことは、容易に想像できるだろう。このように”基礎体力の弱くなった”自治体が、本計画で今度は180度転換して、「自主性」「独自性」の発揮を要請されているのである。

4）人材不足の意味

今まで、地域実態とあまり関わりなく福祉行政をやってこれた自治体にとって、地域ニーズの把握、ましてや福祉計画策定は”未知”に近い仕事であり、必要なノウハウや人材が行政内に蓄積されていないという意味で、適当な人材が不足することは、うえの議論からは必然的な帰結である。しかし実は、このことは裏を返せば、そうしたノウハウについて十分な情報が得られ、それを活用する能力開発の機会が保障されれば、自治体は新たに人材を育成することができるということでもある。反対に、そのような情報と機会が保障されないまま、法的な策定義務のみが先行するならば、たとえ計画案は上梓できたにせよ、その後の自治体福祉の進展がおぼつかないことは想像に難くない。

ここで指摘したいのは、人材不足という、一見独立の問題とみえる事柄が、実は「老人保健福祉計画」が担うべき重要な役割、すなわち自治体の自立的福祉行政を財政的，人的に支援，保障するという国の役割に関わる問題性を映し出していること、言い換えれば、老人保健福祉計画の義務化とは、自治体の弱りかけた足腰を復

元させ、国レベルのアバウトな福祉ビジョンに対応した、自立的，個別的な福祉施策を実現させるための、国と自治体の役割分担の明確化であり、そこでの国の役割が、本当に果たされているかどうかということである。

自治体担当者が表明した「財政的裏付け」や「地域と国との意識のギャップ」とは、われわれが考える限り、単に措置費単価の増減やサービス目標の過少だけではなく、自治体の役割遂行を支えるべき、計画全体にかけられるお金の大きさを議論すべきだという指摘であり、まさにこの意味での国の指導，脈絡の希薄さに対する苛立ちと言えるのではなかろうか。そうだとすれば、本計画は、福祉サービスの目標量といった数量的評価で自治体を縛るものであってはならず、むしろ、自治体が自分たちの地域をどうしたいと思っているのか、そこで必要な人的，物的資源は何かを、自治体自身が発見し、調達することを可能にするような、財政的制度的保障を示すことでなければならないはずである。

4．福祉計画と自治体福祉のゆくえ　～克服すべき課題と方策～

1）国と自治体の望ましい関係は？

もっとも、以上のような問題提起に対して、そもそも国にそこまでの役割を求めることは、国家財政的に無理であるばかりか、自治体の”自治”を損ねるのではないかという反論が起こるかもしれない。あるいは、問題それ自体としては興味深いものの、では何をどう改善すればよいのか、という疑問も出てこよう。それらについて、残念ながら本稿で明確に解答することはできない。また、アンケートに析出された自治体担当者の声は声として問題性の指摘はできても、行政施策の常として、国の計画スケジュールは、われわれにその真意の全貌を見せないまま、粛々と進行して行くであろう。

しかし、ここで指摘された問題は、福祉システムそのものの否定ではないであろう。実はもっと本質的な、国と自治体とのコミュニケーションの問題なのである。というのも、確かに団体委任事務を柱としたわが国の垂直的な福祉システムが、自治体の独自性や自立性を少なからず阻害した可能性は高い。しかし他方では、福祉事業という極めて労働集約的で採算性のあまり望めない分野が、わが国において極端な地域格差を生まず、一定の水準を維持している理由のひとつは、まさにこの福

祉システムにあることも否定できない。したがって、そのようなシステムそのものが問題だと結論づけることは、必ずしも的を射た指摘ではないのである。むしろ、どのようなシステムであっても、基本的に両者の間で、福祉サービスの質や量に関する認識、また福祉ニーズに関する見解、さらに高齢者や高齢者の居住する地域の実情に対する評価などに食い違いが生じていては、上記の役割分担や保障はあまり意味のないものになる、という点こそが重要なのである。

たとえば、比較的小規模な自治体などでは、国のガイドラインによる福祉サービス量は、地域の福祉ニーズに比べて過剰となるかも知れない。事実、自由回答にはそのような意見が見られたし、また、寝たきり老人世帯へのホームヘルパー派遣について、農山村地域ではそのニーズが比較的小さく、ヘルパーの供給過剰が発生していることも周知の事実であろう。つまり、一方で自治体の独自性を確保し、他方で国と自治体とが福祉システムに関する所定の役割を担い合うためには、福祉計画というガイドラインとその達成目標が、両者にとってどういう意味があるのか、計画を実施する際には、両者の間でどのような関係を再構築すべきかといった事柄を、お互いに了解しあうという大前提が必要なのである。

2）財源問題と民間事業者

では、財源問題はどうなるのか？　たとえサービス目標について、十分な理解と合意ができたとしても、財政的裏付けがないならば、その実現は所詮"絵に描いた餅"ではないか。実際、本書で詳しく議論されているとおり、福祉政策における国庫支出金単価の低さや、地方交付税の配分問題は、依然未解決の課題である。自治体の財源を確保するためには、現行のシステムを維持する限り、基本的に国庫単価が大幅にアップされるか、自治体自身の（税収入増などによる）予算額の拡大が図られることが要求されるが、どちらもむしろ削減の方向にある。

実は、われわれがアンケート結果で注目したかったのは、そうした財源確保の方策としての民間福祉事業者の役割についてである。その役割とは主に3つある。一つは、民間事業者が競争原理に従ってサービスの質を高め、市場的に妥当な価格でそれらが供給される体制が整えば、自治体はその財政力に応じて、民間事業者と福祉サービス供給を分業しあうことが可能になること、二つには、自治体福祉サービスの一部を（さらに）民間事業者に委託することで、一定の財政的制約のもとで、

人的，物的福祉資源をより有効に利用することができる可能性がある（これは必ずしも、福祉費用が安上がりになるという意味だけではない）こと、そして最後は、民間事業的事業運営を、自治体の福祉運営に反映させること、あるいは地域的に民間事業者の確保が見込めないとしても、行政機構が宿命的に持つ組織の非効率性を改善することを通じて、ある程度「民間的」サービス供給原理に乗ることも不可能ではないことである。

しかし先の議論と同じく、特に前二つの役割に関連して、自治体と民間事業者との良好な関係を保つためには、双方のコミュニケーション、すなわちパートナーとしての相互信頼が維持されていることが重要であろう。その点、アンケートに見られたように、民間事業者の基本的な組織形態に「非営利性」を求め、委託契約の非遵守や経営破綻の問題を指摘する自治体の声は、まだ相互の信頼関係や（技術的）契約関係が未成熟な段階にあることを物語っている。ただ、民間事業者的な「効率性の追及」は、自治体がすぐにでも取り組めるものであろう。財源には制約があり、たとえどれほど大枠の予算を組もうと、非効率な予算執行を行えば必ず破綻する。福祉財源と福祉サービスの内容とは、通常比例的な関係にあると考えられるが、これとても、効率的な予算執行が行われることを前提としての議論だからである。

ところで、民間福祉事業の効果については、実は個々に議論すべきことではないかも知れない。なぜなら、（自治体の担当者自身は、きっと十分認識しているに違いないが）民間福祉事業の導入をめぐる昨今の議論に最も欠けていて、しかもおそらく最も肝心なのは、民間事業者をどう活用するかではなく、福祉サービスが地域住民からよろこんで購入されるような「環境」を、自治体自身が作れるかどうか、自治体自らが、サービス生産者として市場的な緊張関係のなかで、よりよい福祉サービスを創出することができるかどうかということだと思われるからである。民間福祉事業が自治体福祉のなかで有効に機能するかどうかは、まさにここにかかっているのではないか。なぜなら、自治体のありようとは無関係に、民間福祉事業者だけががんばることなど考えられないからである。

3）地域福祉の基本とは何か　～英国コミュニティケア計画の教えるもの～

以上の一連の分析，解釈は、老人保健福祉計画が、自治体福祉の確立という観点からは、必ずしも十分なインパクトを自治体に与えていないのではないかという可

能性を示唆している。それは、自由回答からも推測されるように、福祉サービスの目標水準や計画全体の指針と、自治体における地域実態とのギャップという点だけでなく、わが国の垂直的な福祉システムに内在する根本的な問題性の指摘をも含むものである。

もちろん、本計画の問題性を言うためには、計画の個々の内容を批判検討し、代替的な計画案を示すことが望ましいが、そうした計画細部の批判を目的としない本稿では、この計画の先にある「地域福祉」「自治体福祉」の真の発展を期するために必要な、自治体福祉の基本的なコンセプトとは何かを示すことで、われわれの問題提起に対する自らの応答としたい。

結論から言えば、それは”すべての福祉的資源が、当該老人保健福祉によって達成しようとする所定の水準の福祉環境を実現すべく、有効に投入されること”であろう。ここで「所定の水準の福祉環境」とは、地域老人が必要とするサービスを、一定の水準を保ちつつ「確実」に保障することであり、かつひとつのサービスを得ることで、他のサービスを放棄する必要のない環境のことである。

これは一見理想論的であるが、実は非現実的なコンセプトではない。なぜなら、わが国においてこれの意味することは、福祉，医療の統合のみならず、年金，住宅，雇用，建設土木そして交通のすべてが、ひとつの計画のなかに有機的に配置されることに他ならない。すなわち、縦割行政と批判され続けているわが国の行政システムを、目的オリエンテッドなシステムに変えること、だからである。

地域福祉計画の基礎として”現実に”このコンセプトが存在する例として、本計画のひな型とも言える「英国コミュニティケア計画」を見てみよう。

英国の福祉計画は、福祉先進国のイメージとは裏腹に、わが国に劣らないほど財政逼迫、マンパワー不足の嵐に曝され、かつ”民主的な”政治システムによって絶えず福祉ビジョンは翻弄されてきた。事実、英国ではかつて、地域福祉十か年計画が頓挫した苦い経験を持っており、現在実施されているコミュニティケア計画は、ある意味で英国福祉の存亡がかかっているとまで言われている。

そうした厳しい社会的、経済的状況にあって、英国のコミュニティケア計画では、地域の福祉ニーズ測定に関して非常に緻密なシステムが敷かれ、またマンパワーの養成や雇用についても、北欧諸国と同様制度確立が進んでいる。しかし、われわれ

が特に注目したいのは、福祉職員の賃金政策でも、地域ニーズ測定システムでもなく、「必要なサービスについては、行政のセクトを越えて共同戦線を敷く」その体制である。しかも、そのコンセプトは、州レベルでも、群市レベルでも、さらには町村コミュニティレベルでも徹底している。たとえば、ロンドン市の一区であるサウスワーク区の老人ケア計画では、高齢者在宅ケアの問題において、高齢者住宅の不足や家屋構造が問題となっている場合、自治体の住宅サービス部門Housing Dept.がリードエイジェンシーとして、保健福祉セクターと緊密に連動した政策的対応を図ることとなっている。また長期療養患者の在宅ケアに関するコーディネートは、当該患者のベッドを担当した一病院がリードエイジェンシーとして、行政当局と共同で患者の容態変化に対応した体制をつくるのである（資料6）。

もちろん、英国はこのケアシステムの運営のために、かなり厳しい予算制限を断行し、財源的な問題が依然焦眉の課題として残されているというが、基本的にはこのような徹底した「住民オリエンテッド」な地域福祉体制づくりから、国と自治体の担うべき福祉の役割の明確化や、民間事業者と公的福祉との望ましい分業体制といった、コミュニティケア計画の戦略目標が派生的に実現すると考えられる。財政的に厳しい環境に置かれているからこそ、英国および各自治体は、個々の問題をばらばらに考えるのではなく、トータルプロジェクトという発想のもとに、目標とする問題に対して、それぞれの部門の専門性をフルに活かした有機的システムを組むことで、財政や資源の不足を”相互補完”しようとしているのである。自治体は自分たちの地域に最も適合した”資源ユニット”を構成して、住民のニーズに応えるのである。

同様の発想がわが国にできないはずはない。しかもそれは、住民ニーズの大小にあまり左右されず、まず行政（国、自治体）みずからの決断で決るのである。アンケートに見た「必要経費の獲得における困難」「他部門の理解が得られない」などの問題は、まさにわが国の福祉システムが、行政機構オリエンテッドに機能していることの例証であろう。われわれは、人材確保や国庫単価引き上げと同時に、いやそれ以前に、真に住民オリエンテッドな「行政共同体」を構築する必要があるのではなかろうか。

おわりに

今回のわれわれのアンケート調査は、規模や質問項目、集計処理など多くの問題を持ちながらも、「老人保健福祉計画」に対する、自治体の意識と期待のエッセンスを汲み取ることを目的に実施した。

集計結果から、一般に言われるように、マンパワー確保の難しさ、自治体福祉財政の基盤の弱さが、多くの自治体で問題となっていること、そして民間福祉事業の導入に関しては、期待と不安が同居していることが明らかになった。

また、集計化された数値の背後に予想される、より基本的かつ重要な課題を、調査結果から得られる限りの情報をもとに探ってみた。特に、行政内の人材不足に関しては、いくつかの要因が考えられるなかで、わが国の福祉システムそのものから派生した問題が指摘され、実はそれがアンケートに示された問題意識すべてに共通する大きな課題である可能性が示唆された。

最後に、老人保健福祉計画が目指す「地域福祉」の確立には、基本的に地域住民オリエンテッドな体制づくりが不可欠であると考えられ、その例として、英国ロンドン　サウスワーク区の計画から、トータルプロジェクトのコンセプトを学んだ。

本稿の分析、解釈および問題提起に、異存を持たれる方もあるいはおられることであろう。極めて少ない情報から、時にはかなり大胆な仮説的検討を行っているところも少なくなく、全く別の視点から、より詳細な検討を行うべきところも多いであろう。少なくとも本計画の批判を主な目的とするならば、むしろ本稿の分析は”甘い”との批判を受けることであろう。いずれにせよ、僅かな集計結果をもって、本計画の優劣を唱えることはさし控えるべきであるが、またそれゆえに、問題提起は大胆にならざるを得ないのである。ご寛容を乞う。

（平成6年1月）

＜参考文献＞

1）河合克義「地域保健福祉計画の今日的意味」（河合克義編『住民主体の地域保健福祉計画』あけび書房、1993、11ページ以下）

2）武田　宏「地方分権化、地方財政と地域保健福祉計画」（同上書　47ページ以下）

3）全国老人福祉問題研究会編『老後保障最新情報資料集９』あけび書房、1992、5ページ以下

4）古瀬　徹編『老人介護マンパワー政策の国際比較』中央法規、1992、84ページ以下

5）London Social Services Department, Services for the Elderly, Community Care Plan 1992/93, Vol.2, Southwark, London, U.K. 1992, Page20～21

＜謝辞＞

老人保健福祉計画はじめ諸業務で多忙をきわめる中、当研究会のアンケート調査にご協力いただいた市区町の担当者の方々および関係者の方々に対して、この場をかりて厚く御礼を申し上げます。

また、貴重な Community Care Plan 1992/93, Southwark の閲覧を快諾くださった津崎哲雄先生（仏教大学社会学部）に対しても、感謝を申し上げます。

表１　人口区分別調査票発送市区町村数および回答数

	発送数	回答数	回収率（%）
県庁所在地	46	21	46
人口３０万人以上	45	19	42
人口１０～２０万人	102	48	47
人口４～７万人＊	230	98	43
人口４万人未満＊	77	24	31
合　計	500	210	42

＊＝集計時には人口１０万人未満として一括処理

自治体福祉の直面する問題と計画策定における困難との関連

表２　先行２調査の調査結果および比較（一部）

（民間福祉研究会アンケート）		（目黒区津田報告）		（厚生省調査）	
専門職員不足	70.5				
施設用地不足	28.6	職場体制の確立	9.2（25）	計画策定委員会	65.8
企画運営人材	24.3				
他行政部門理解	14.3	首長，職員の理解	8.7（2.1）	シンポジウム等	18.8
地域住民理解	5.2	議会，住民の理解	19.9（2.1）		
住民ニーズ把握	13.3	実態把握，サービス水準	59.2（60.4）	実態調査等	14.5

＊（　）内は東京都

「全国市町村老人保健福祉計画状況調査報告」47ページ

「老人保健福祉計画の作成状況について」２ページ　より作成

〈資料１・２〉

市町村老人保健福祉計画に関するアンケート調査

〔調査票〕

１９９３．６

財団法人公益法人協会　民間福祉研究会
代表　京都大学経済学部　西村　周三

＜調査のお願い＞

このたび、㈶公益法人協会「民間福祉研究会」（別紙をご参照ください）では、標記の老人保健福祉計画の策定に関する自治体の取組みについて、アンケート調査を実施することとなりました。

この調査は、各自治体の計画策定における諸問題を明らかにするとともに、今後の老人福祉政策における「民間セクター」の役割と可能性について、行政の福祉担当者の率直なお考えをおたずねするものです。なにとぞご協力のほどお願い申し上げます。

なお、回答はすべて統計的に処理し、原則として貴市町村の回答が他に洩れることはありません。万一集計処理上特に市町村名を挙げる必要が生じた場合、必ず事前に貴市町村の了承を得ることをお約束いたします。また、回答は特別の指定がない限り**６月１日現在**でご記入ください。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、**老人福祉の行政実務に責任を負っておられる方**にご記入をいただき、**６月30日（水）必着**で同封の封筒ご利用のうえご返送くださいますようお願い申し上げます。

※今回のアンケートは、全国約 500市町村を対象に実施いたします。対象市町村の選定は、全国市区町村データに基づき、全国道府県庁所在地、人口４万人以上７万人未満、10万人～20万人，30万人以上の各市町村（東京23区を含む）及び各地域の中核市町村より、電算処理で抽出したものです。

〔基本事項〕

市町村名	都道府県	市区町村

ご記入いただいた担当者の部署、氏名、役職等

部		課		役職		氏名	

貴市町村の総人口及び65歳以上人口

総人口	人	うち65歳以上人口	人

老人保健福祉計画策定の状況（どちらかに○）

策定済み　・　策定中

1. 老人福祉の現状に関する質問

はじめに貴市町村の老人福祉施策の現状についておたずねします。

現在実施中の施策について「事業実施の有無」欄に○をし、また実施形態の各項目（横列）の該当箇所に○をしてください。

（同一事業で複数の事業形態が存在する場合は、主たる施策と思われるほうの形態に○をし、異なる形態について「注」欄に概要をご記入ください）

事業実施形態 ＼ 事業名	事業実施の有無	実施主体						事業実施者							費用負担					利用者負担			
		国・県	市町村	社会福祉協議会	他の社会福祉法人	民間事業者	その他（例・ボランティア）	国・県	市町村単独	社協単独	社会福祉単独	民間単独	共同事業	その他	国・県	市町村	社協	社会福祉法人	その他	有（応益）	有（応能）	実費徴収	なし
ホームヘルパー																							
入浴サービス																							
デイケアサービス																							
ナイトケアサービス																							
ショートステイ																							
訪問看護サービス																							
介護支援センター																							
特別養護老人ホーム																							
養護老人ホーム																							
軽費老人ホーム																							
ケアハウス																							
有料老人ホーム																							
ケア付き住宅																							
高齢者アパート斡旋																							
老人保健施設																							
介護相談業務																							
緊急通報システム																							
介護費助成制度																							
介護機器補助制度																							
民間施設建設助成																							
その他																							

<注>

1.2　＜事業名＞に「その他」と答えられた場合は、その内容を具体的にお書きください。

1.3　＜事業形態＞に「その他」と答えられた場合は，その内容を具体的にお書きください。

＜実施主体＞	
＜事業実施者＞	
＜費用負担＞	
＜利用者負担＞	

1.4　1.で「実施主体」と「事業実施者」が異なる（例えば実施主体は市町村だが事業者は民間会社であるなど）市町村におたずねします。その場合の事業形態は，基本的にどのような考え方がとられていますか？「サービス提供」及び「事業の財源」に分けて、該当する項目に○をしてください（いくつでも）。

＜サービス提供＞

1）基本的サービスは行政、付加的サービスは社協や民間　（　）
2）基本的サービスは社協や民間、付加的サービスは行政　（　）
3）施設サービスは行政、在宅サービスは社協や民間　（　）
4）施設サービスは社協や民間、在宅サービスは行政　（　）
5）事業内容での区分けはせず、事業規模で分担しあう　（　）
6）サービスの立案は行政、実施は民間　（　）
7）立案は民間、実施は行政　（　）
8）サービスのハード面（建物等）は行政、ソフト面（事業、人材等）は民間　（　）
9）ハード面は民間、ソフト面は行政　（　）
10）その他（具体的に）　（　）

＜財　源＞

1）行政、民間はそれぞれ財源的にかかわりなく独立　（　）
2）事業（業務）委託であるが、費用は全額公費負担　（　）
3）事業（業務）委託であるが、費用は公費と利用者負担　（　）
4）事業（業務）委託であるが、費用は民間と利用者負担　（　）
5）基本的に民間主導で実施し、行政は補助金を拠出　（　）
6）その他（具体的に）　（　）

1.5　一般に、公的責任が期待されている福祉事業において「事業（業務）委託」を行うことのメリットは何ですか？またデメリットは何だと思われますか？それぞれ3つまで選び、○をしてください。

＜メリット＞

1）必要なところに，きめ細かいサービスを提供できる　（　）
2）民間の創意工夫を取り入れることができる　（　）
3）事業の予算執行が柔軟に行える　（　）
4）必要経費が抑制できる　（　）
5）有効な人材活用が可能になる　（　）
6）サービスの競争が促進され、質的向上が期待できる　（　）
7）委託契約を交わすことによって、事故補償等に関して責任の所在が明確になる　（　）
8）公務員の増員を必要としない　（　）
9）その他（具体的に）　（　）

＜デメリット＞

1）委託先の組織に期待していた専門性が欠ける　（　）
2）委託によって必要諸経費がかえってかさむ　（　）
3）委託契約で交わされた内容が守られないことが多い　（　）
4）民間委託をすると“福祉のこころ”が失われる　（　）
5）委託先の廃業、倒産など、不安定要素が大きい　（　）
6）その他（具体的に）　（　）

1.6　事業実施者として民間事業者に期待する場合、福祉サービスの性格上その組織の形態や規制のあり方が大きな問題となると思います。そこで、利益の配当のあり方とサービス料金規制の分類を例にとる場合、次のどのような組み合わせの民間組織が福祉事業者として望ましいと思いますか？担当者のお考えをお聞かせください。

＜望ましい組織＞

1）収益を上げ配当も認める株式会社組織で、サービス料金の規制を受けない　（　）
2）収益を上げ配当も認める株式会社組織で、サービス料金が規制される　（　）
3）収益は認めるが配当は認めない非営利組織で、サービス料金の規制を受けない　（　）
4）収益は認めるが配当は認めない非営利組織で、サービス料金が規制される　（　）
5）その他（具体的に）　（　）

2. 老人福祉の将来計画に関する質問

次に、貴市町村において今後充実させていきたいと考えている老人福祉施策についておたずねします。

すでに具体化しているものや、担当者ご自身の希望も含め、特に充実させたい事業を5つまで選び、またその形態に○をしてください。

事業実施形態 / 事業名	充実させたい事業	実施主体						事業実施者							費用負担					利用者負担			
		国・県	市町村	社会福祉協議会	他の社会福祉法人	民間事業者	その他（例・ボランティア）	国・県	市町村単独	社協単独	社会福祉単独	民間単独	共同事業	その他	国・県	市町村	社協	社会福祉法人	その他	有（応益）	有（応能）	実費徴収	なし
ホームヘルパー																							
入浴サービス																							
デイケアサービス																							
ナイトケアサービス																							
ショートステイ																							
訪問看護サービス																							
介護支援センター																							
特別養護老人ホーム																							
養護老人ホーム																							
軽費老人ホーム																							
ケアハウス																							
有料老人ホーム																							
ケア付き住宅																							
高齢者アパート斡旋																							
老人保健施設																							
介護相談業務																							
緊急通報システム																							
介護費助成制度																							
介護機器補助制度																							
民間施設建設助成																							
その他																							

2.2 ＜事業名＞に「その他」と答えられた場合は、その内容を具体的にお書き下さい。

2.3　＜事業形態＞に「その他」と答えられた場合は、その内容を具体的にお書きください。

＜実施主体＞	
＜事業実施者＞	
＜費用負担＞	
＜利用者負担＞	

2.4　上で回答された施策の実現を図る場合、貴市町村ではこれからどのような問題点が発生すると思われますか？サービスのシステム（実施主体、事業実施者）の問題と、財政（費用負担、利用者負担）の問題とに分けて、考えられる問題点と同じかそれに近いものがあれば○をしてください（いくつでも）。

＜システム上の問題＞

1）ヘルパー、医師、寮母、ソーシャルワーカー等の専門職員が不足している　（　）
2）施設用地に適した土地がない　（　）
3）老人福祉サービスの企画、運営に適当な人がさけない　（　）
4）他の行政部門の理解が得られない　（　）
5）地域住民の理解が得られない　（　）
6）地域住民のニーズが何かの把握が難しい　（　）
7）民間委託をしたいが、適当な事業者が見つからない　（　）
8）その他（具体的に）

＜財政上の問題＞

1）当該市町村の事業規模から考えて、当分野への必要な予算獲得は困難と考えられる　（　）
2）現行制度では、措置費等の国庫支出単価が低すぎて、サービスの質的向上など望めない　（　）
3）サービス利用者からの費用徴収が難しい　（　）
4）人件費、事務費等の上昇が考えられ、永続的にその負担を行えるかが心配である　（　）
5）その他（具体的に）　（　）

3. 民間福祉事業（シルバーサービス）についての質問

近年、民間事業者によるシルバーサービスが盛んになり、国の政策も民間事業者の活用を奨励しています。こうした状況のなかで、貴市町村では民間事業者を今後積極的に活用していこうと思われますか？あるいはそのような計画がありますか？該当する番号を（ ）にご記入ください。

1）思う（ある）
2）思わない（ない）
3）前向きに検討中
4）わからない （ ）

3.2 上で「思う（ある）」または「前向きに検討中」と答えられた市町村におたずねします。その場合どのような形態での活用の可能性が高いと思われますか？また、活用の最大のメリットは何だと思われますか？

＜形 態＞

1）老人福祉事業をすべて民間事業者の手に移行する
2）事業運営の責任は行政が負い、実質業務は民間事業者に委託する （ ）
3）行政の福祉事業に、民間からのスタッフ派遣などを積極的に導入する （ ）
4）事業運営の専門家を民間事業者から招聘し、民間ノウハウを導入する （ ）
5）行政直営事業と民間サービス事業とで、福祉施策を分担していく （ ）
6）家事サービス、有料ホーム等、周辺サービスでの民間事業者育成を図る （ ）
7）その他（具体的に） （ ）

＜メリット＞

1）人件費等の経費削減や行政機構の肥大化防止など、行政改革が図れる （ ）
2）民間活用によって福祉サービスがより住民本位となり、また民間事業者間の競争によりサービスの質的な向上も期待できる （ ）
3）民間活用によってより多様なニーズへの対応が可能となり、「権利としての福祉」の進展を促す （ ）
4）地域住民の行政依存の体質を改め、必要な福祉を自ら選択する自助の精神を促すことが期待される （ ）
5）その他（具体的に） （ ）

3.3 「思わない（ない）」あるいは「わからない」と答えられた市町村におたずねします。
その最大の理由は何ですか？

1）民間事業者の提供するサービスが、行政に比べて優れているとは思えないから （ ）

2）基本的に営利目的の民間事業者は、倒産等のリスクをはらんでいるので、福祉サービスの担い手としては馴染まないと思えるから （ ）

3）民間事業者に委託すると、事故の補償等事業に対する責任の所在がかえって不明確となり、住民の福祉を損ねる可能性があるから （ ）

4）その他（具体的に） （ ）

4. 老人保健福祉計画の策定及び貴市町村での位置付けに関して担当者として特にご意見がありましたら、なんでも結構ですのでお書きください。

ご協力ありがとうございました

〈資料３－ａ〉　アンケート調査集計（単純集計）

Ｑ１．老人保健福祉計画策定状況（単位　件数）

	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満	%
策定済み	26	8	5	14	12.4
策定中	184	28	47	108	87.6
合　計	210	36	52	122	100

Ｑ２．現在実施中の施策
資料３－ｂ参照

Ｑ３．実施主体と事業者が異なる場合の形態（単位　%）

<サービス>	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
基本：行政，付加：民間	30.0	36.1	30.8	27.9
基本：民間，付加：行政	4.8	2.8	5.8	4.9
施設：行政，在宅：民間	6.2	2.8	5.8	7.4
施設：民間，在宅：行政	9.5	2.8	13.5	9.8
事業規模別分担	8.6	8.3	7.7	9.0
立案：行政，実施：民間	49.0	55.6	51.9	45.9
立案：民間，実施：行政	1.4	0	1.9	1.6
ハード：行政，ソフト：民間	20.0	13.9	19.2	22.1
ハード：民間，ソフト：行政	5.2	2.8	7.7	4.9
その他	8.6	13.9	7.7	7.4
不　明	15.8	11.1	9.6	19.7
<財源>	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
行政，民間は独立	2.9	2.8	3.8	2.5
事業委託で全額公費負担	26.7	36.1	34.6	20.5
事業委託で公費と利用者負担	75.2	75.0	84.6	71.3
事業委託で民間と利用者負担	3.8	8.3	5.8	1.6
民間主導，行政は補助金	12.4	11.1	23.1	8.2
その他	1.4	2.8	0	1.6
不　明	11.9	8.3	2.8	15.6

Ｑ４．事業委託のメリット，デメリット（単位　%）

<メリット>	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
必要箇所に細かいサービス	65.2	61.1	63.5	67.2
創意工夫の導入	60.9	80.6	65.4	53.3
事業予算執行の柔軟性	27.6	16.7	28.8	30.3
必要経費の抑制	22.9	25.0	25.0	21.3
有効な人材活用が可能	41.9	47.2	44.2	39.3
競争促進による質の向上	19.0	22.2	21.2	17.2
事故補償責任の明確化	3.3	0	1.9	4.9
公務員の増員不要	40.9	33.3	36.5	45.1
その他	0.5	2.8	0	0
不　明	0.5	0	0	0.8
<デメリット>	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
委託先の専門性欠如	28.6	25.0	32.7	27.9
必要経費がかえって増加	13.8	11.1	19.2	12.3
委託契約内容の非遵守	20.9	8.3	21.2	24.6
福祉のこころの喪失	17.1	19.4	7.7	20.5
経営における不安定要素	24.3	30.6	23.0	23.0
その他	10.5	16.7	5.8	10.7
不　明	31.9	30.6	36.5	30.3

Ｑ５．民間福祉事業の望ましい組織のありかた（単位　%）

	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
株式会社組織で料金規制なし	6.7	11.1	0	8.2
株式会社組織で料金規制あり	16.2	2.8	26.9	15.6
非営利組織で料金規制なし	13.3	8.3	15.4	13.9
非営利組織で料金規制あり	49.5	63.9	48.1	45.9
その他	1.4	5.6	0	0.8
不　明	12.4	8.3	7.7	15.6

Q６．老人福祉の将来計画
資料３－ｃ参照

Q７．施策充実における問題点（単位　%）

<システム上>	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
専門職員の不足	70.5	77.8	75.0	66.4
施設用地の不足	28.6	52.8	34.6	18.9
企画運営に人材がさけない	24.3	11.1	21.2	29.5
他行政部門の無理解	14.3	8.3	15.4	15.6
地域住民の無理解	5.2	5.6	3.8	5.7
住民ニーズ把握の困難性	13.3	16.7	9.6	13.9
適当な委託事業者がいない	17.1	8.3	17.3	19.7
その他	2.4	5.6	1.9	1.6
不　明	16.2	11.1	15.4	18.0
<財政上>	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
必要経費獲得が困難	35.7	19.4	40.4	38.5
国庫支出単価の低さ	49.5	52.8	51.9	47.5
利用者からの費用徴収が困難	15.7	22.2	17.3	13.1
永続的な費用負担の困難性	58.6	66.7	67.3	52.5
その他	1.4	0	1.9	1.6
不　明	15.2	13.9	7.7	18.9

Q８．民間福祉事業の利用意向（単位　%）

	全体	人口30万以上	10～30万	10～20万
利用意向あり	39.0	36.1	53.8	33.6
前向き検討中	39.0	36.1	30.8	43.4
利用意向なし	4.3	0	1.9	6.6
わからない	17.6	27.8	13.4	16.4
*「利用意向あり（検討中）」の場合の形態とメリット				
<形態>	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
すべて民間事業者に移行	3.3	8.3	3.8	1.6
責任は行政，実質業務は民間	28.1	19.4	42.3	24.6
行政の事業に民間スタッフ派遣	5.2	5.6	3.8	5.7
運営に民間のノウハウ導入	5.7	11.1	3.8	4.9
行政と民間で福祉施策を分担	40.0	41.7	42.3	38.5
周辺サービスでの民間活用	17.6	13.9	15.4	19.7
その他	0.5	0	0	0.8
不　明	22.8	27.8	13.5	25.4
<メリット>	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
行政改革の促進	24.8	22.2	19.2	27.9
住民本位の福祉の実現	33.3	36.1	36.5	31.1
ニーズ対応による福祉権促進	26.2	25.0	32.7	23.8
自助の精神の助長	21.4	16.7	19.2	23.8
その他	0	0	0	0
不　明	22.9	27.8	15.4	24.6
*「利用意向なし（わからない）」場合の理由				
	全体	人口30万以上	10～20万	10万未満
民間サービスの優越性に疑問	2.4	0	1.9	3.3
営利目的事業のリスク性	8.6	13.9	3.8	9.0
責任所在の不明確化	4.3	8.3	1.9	4.1
その他	3.8	0	1.9	5.7
不　明	83.3	80.6	90.4	81.1

〈資料３－ｂ〉　老人福祉施策の現状

人口３０万人以上の市区■　（単位％）

	ヘルパー	入浴サービス	デイケア	ナイトケア	ショートステイ	訪問看護	特養ホーム	アパート斡旋	老健施設	介護相談	緊急通報	介護費助成	介護機器補助	その他
実施数	97.2	94.4	91.7	41.7	97.2	72.2	91.7	13.9	69.4	55.6	88.9	30.6	50.0	86.1
実施主体														
市町村	97.2	88.9	91.2	93.3	94.4	25.0	36.1	11.1	5.6	50.0	97.3	27.8	47.3	
社協	5.6	5.6	0	6.7	2.8	2.8	2.8	0	0	2.8	0	0	0	
福祉法人	2.8	2.8	2.9	0	0	2.8	55.6	0	25.0	2.8	0	0	0	
民間	0	0	8.8	0	0	33.3	2.8	0	33.3	0	0	0	0	
その他	0	2.8	0	0	2.8	36.1	5.6	88.9	36.1	44.4	5.6	72.2	52.8	
事業実施者														
市町村	61.1	22.2	22.2	5.6	22.2	22.2	13.9	8.3	0	38.9	69.4	30.6	44.4	
社協単独	25.0	19.4	5.6	0	0	0	0	0	0	2.8	8.3	0	0	
社福単独	19.4	33.3	69.4	38.9	83.3	2.8	83.3	0	22.2	11.1	2.8	0	0	
民間単独	2.8	13.9	5.6	0	2.8	30.6	5.6	2.8	36.1	0	2.8	0	2.8	
共同事業	5.6	2.8	0	0	0	5.6	0	0	0	0	0	0	0	
その他	13.9	16.7	5.6	58.3	2.8	38.9	11.1	88.9	41.6	50.0	16.7	69.4	52.8	
費用負担														
国県補助	66.7	44.4	52.8	30.6	63.9	27.8	63.9	2.8	33.3	13.9	47.2	2.8	27.8	
市町村	88.9	88.9	77.8	41.7	88.9	38.9	75.0	11.1	30.6	44.4	83.3	25.0	44.4	
社協	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.8	0	0	
社福	0	2.8	2.8	0	0	2.8	11.1	0	11.1	2.8	0	0	0	
その他	8.4	8.3	13.9	58.3	5.6	58.4	13.9	88.9	52.8	50.0	13.9	75.0	52.8	
利用者負担														
応能負担	86.1	11.1	27.8	19.4	44.4	33.3	5.6	0	25.0	0	0	0	2.8	
応益負担	8.3	16.7	2.8	11.1	22.2	0	86.1	5.6	8.3	2.8	38.9	2.8	36.1	
実費徴収	0	16.7	58.3	11.1	33.3	13.9	0	0	30.6	0	5.6	0	0	
なし	2.8	55.6	11.1	0	0	19.4	0	5.6	0	50.0	47.2	11.1	13.9	

人口１０～２０万人の市町

	ヘルパー	入浴サービス	デイケア	ナイトケア	ショートステイ	訪問看護	特養ホーム	アパート斡旋	老健施設	介護相談	緊急通報	介護費助成	介護機器補助	その他
実施数	96.2	90.4	86.5	26.9	96.2	44.2	86.5	1.9	40.4	44.2	92.3	32.7	57.7	88.4
実施主体														
市町村	100	90.4	86.9	100	90.4	23.1	34.6	1.9	1.9	44.2	94.3	34.6	59.6	
社協	0	3.8	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0	0	0	
福祉法人	0	0	10.9	0	5.8	3.8	48.1	0	11.5	1.9	0	0	0	
民間	0	0	2.2	0	0	17.3	3.8	0	23.1	0	0	0	0	
その他	0	5.8	0	0	3.8	57.7	13.5	98.1	59.6	53.8	7.7	65.4	40.4	
事業実施者														
市町村	26.9	13.5	7.7	7.7	17.3	15.4	5.8	1.9	0	26.9	73.0	32.6	51.9	
社協単独	50.0	21.2	3.8	0	0	0	1.9	0	0	5.8	1.9	0	1.9	
社福単独	23.1	34.6	63.5	15.4	75.0	3.8	76.9	0	13.5	7.7	5.8	0	0	
民間単独	5.8	21.2	7.7	1.9	5.8	17.3	7.7	0	21.2	1.9	11.5	0	1.9	
共同事業	11.5	3.8	1.9	0	0	0	0	0	0	3.8	1.9	1.9	1.9	
その他	7.7	9.6	19.3	73.1	7.6	65.3	11.5	98.1	67.3	55.7	7.7	65.4	42.3	
費用負担														
国県補助	59.6	42.3	55.8	15.4	63.5	7.7	59.6	0	17.3	3.8	40.4	15.4	40.4	
市町村	94.2	80.8	78.8	25.0	92.3	23.1	76.9	0	11.5	40.4	82.7	30.8	53.8	
社協	0	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0	0	
社福	0	0	3.8	0	1.9	1.9	7.7	0	5.8	1.9	0	0	0	
その他	1.9	11.5	13.5	73.1	1.9	73.1	13.5	100	78.9	57.7	9.6	63.5	42.3	
利用者負担														
応能負担	82.7	11.5	25.0	9.6	36.5	11.5	7.7	0	17.3	0	7.7	0	5.8	
応益負担	7.7	21.2	9.6	7.7	30.8	7.7	80.8	0	7.7	0	26.9	0	46.2	
実費徴収	11.9	5.8	48.1	9.6	32.7	7.7	3.8	0	11.5	0	3.8	0	0	
なし	3.8	53.8	5.8	0	1.9	19.2	0	100	0	40.4	51.9	23.1	5.8	

人口１０万人未満の市町

	ヘルパー	入浴サービス	デイケア	ナイトケア	ショートステイ	訪問看護	特養ホーム	アパート斡旋	老健施設	介護相談	緊急通報	介護貸助成	介護機器補助	その他
実施数	94.3	78.7	69.7	12.3	91.8	21.3	82.8	0	31.1	27.9	84.4	46.7	47.5	79.5
実施主体														
市町村	97.5	74.6	90.4	100	96.7	12.3	25.4	0.8	1.6	26.2	84.4	49.2	50.9	
社協	3.3	9.8	1.1	0	0	0	0	0	0	4.9	2.5	0	2.5	
福祉法人	0.8	0	4.3	0	0.8	1.63	58.2	0	7.4	1.6	0	0	0	
民間	0	0	3.2	0	0	10.7	3.3	0	23.8	0	0	0	0	
その他	1.6	18.0	0	0	3.3	77.0	15.6	99.2	68.0	69.7	14.8	52.5	50.8	
事業実施者														
市町村	37.7	19.7	14.7	2.4	22.2	10.6	9.0	0.8	1.6	21.3	66.4	50.0	48.3	
社協単独	35.2	33.6	8.2	0.8	0.8	0	0.8	0	0	4.1	4.9	0	2.5	
社福単独	7.4	15.6	40.2	9.0	61.5	2.5	63.9	0	8.2	4.9	3.3	0	0.8	
民間単独	0.8	11.5	10.7	0	7.4	10.7	9.0	0	20.5	1.6	6.6	0	0.8	
共同事業	4.1	3.3	2.5	0	4.9	0	1.6	0	0	0.8	2.5	0	1.6	
その他	5.0	20.5	28.7	88.5	6.5	78.5	18.1	99.2	70.5	71.3	18.0	53.3	52.5	
費用負担														
国県補助	54.9	24.6	35.2	5.7	54.1	4.1	48.4	0	8.2	4.1	32.8	13.9	26.2	
市町村	86.1	70.5	58.2	9.8	86.9	8.2	68.0	0.8	4.1	22.1	73.8	40.2	44.3	
社協	2.5	9.8	0	0	0	0	0	0	0	0	1.6	0	2.5	
社福	0	0	2.5	0	0	0.8	9.0	0	5.7	1.6	0	0	0	
その他	7.4	24.6	36.8	90.2	8.2	90.2	19.7	99.2	86.1	76.2	20.5	57.4	54.1	
利用者負担														
応能負担	67.2	8.2	23.0	5.7	41.0	6.6	14.8	0	17.2	0	9.8	0	5.7	
応益負担	19.7	20.5	11.5	4.1	29.5	0.8	65.6	0.8	4.1	0	23.0	0.8	33.6	
実費徴収	2.5	8.2	32.8	2.5	22.1	5.7	1.6	0	9.8	0	5.7	0.8	0.8	
なし	8.2	41.8	2.5	0	0	7.4	0.8	0	0	28.7	44.3	33.6	8.2	

＊集計では、調査票にある質問のうち主なもののみをあげてある

〈資料３－ｃ〉　老人福祉施策の将来計画

人口３０万人以上の市区町　（単位%）

事業名	ヘルパー	入浴サービス	デイケア	ナイトケア	ショートステイ	訪問看護	介護支援セ	特養ホーム	ケアハウス	ケア付き住宅	アパート斡旋	老健施設	介護相談	緊急通報	介護費助成	介護機器補助	その他
充実希望	91.7	13.9	69.4	2.8	58.3	36.1	36.1	52.8	19.4	22.2	2.8	22.2	2.8	5.6	0	0	13.9
実施主体																	
市町村	72.2	11.1	55.6	2.8	50.0	13.9	30.6	27.8	0	22.2	0	8.3	2.8	5.6	0	0	5.6
社協	8.3	0	2.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社福	5.6	0	0	0	0	2.8	0	19.4	16.7	0	0	5.6	0	0	0	0	0
民間	0	0	2.8	0	0	16.7	0	0	0	0	0	8.3	0	0	0	0	0
その他	16.7	88.9	38.9	97.2	50.0	66.7	69.4	55.6	83.3	77.8	100	77.8	97.2	94.4	100	100	94.4
事業実施者																	
市町村	19.4	5.6	16.7	0	11.1	11.1	8.3	8.3	0	16.7	0	5.6	2.8	2.8	0	0	2.8
社協単独	38.9	0	2.8	0	2.8	0	0	0	0	2.8	0	0	0	0	0	0	0
社福単独	27.8	2.8	44.4	2.8	38.9	2.8	22.2	41.7	16.7	0	0	8.3	0	0	0	0	0
民間単独	5.6	2.8	2.8	0	2.8	16.7	0	0	0	0	0	8.3	0	2.8	0	0	2.8
共同事業	13.9	2.8	2.8	0	2.8	0	0	0	0	2.8	0	0	0	0	0	0	0
その他	22.3	86.1	41.7	97.2	50.0	69.5	69.5	55.6	83.3	77.8	100	77.8	97.2	94.4	100	100	94.4
費用負担																	
国庫補助	50.0	11.1	44.4	2.8	38.9	19.4	22.2	33.3	11.1	8.3	0	8.3	0	0	0	0	5.6
市町村	72.2	11.1	58.3	2.8	50.0	16.7	27.8	27.8	2.8	19.4	0	11.1	2.8	5.6	0	0	2.8
社協	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社福	0	0	0	0	0	2.8	2.8	5.6	5.6	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	19.5	86.1	38.9	97.2	47.2	75.0	66.7	61.1	83.3	77.8	100	83.3	97.2	94.4	100	100	94.4
利用者負担																	
応能負担	72.2	5.6	13.9	0	22.2	16.7	2.8	0	8.3	2.8	0	0	0	0	0	0	0
応益負担	8.3	2.8	22.2	2.8	22.2	16.7	8.3	44.4	11.1	19.4	0	13.9	0	0	0	0	0
実費徴収	0	2.8	25.0	0	8.3	0	0	0	5.6	0	0	5.6	0	2.8	0	0	2.8
なし	2.8	2.8	5.6	0	0	0	22.2	0	0	0	0	2.8	2.8	2.8	0	0	0

人口10～20万人の市町

事業名	ヘルパー	入浴サービス	デイケア	ナイトケア	ショートステイ	訪問看護	介護支援セ	特養ホーム	ケアハウス	ケア付き住宅	アパート斡旋	老健施設	介護相談	緊急通報	介護資助成	介護機器補助	その他
元実希望	80.8	34.6	69.2	11.5	69.2	38.5	32.7	40.4	25.0	13.5	0	25.0	3.8	3.8	9.6	7.7	15.4
実施主体																	
市町村	63.5	25.0	59.6	11.5	51.9	19.2	26.9	15.4	7.7	11.5	0	5.7	1.9	3.8	9.6	5.8	11.5
社協	3.8	3.8	1.9	0	0	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社福	3.8	1.9	3.8	0	5.8	3.8	5.8	17.3	11.5	0	0	7.7	1.9	0	0	0	3.8
民間	1.9	0	0	0	1.9	13.5	0	1.9	3.8	0	0	5.8	0	0	0	0	0
その他	26.9	69.2	34.6	88.5	40.4	63.5	67.3	65.4	76.9	88.4	100	80.8	96.2	96.2	90.4	94.2	86.5
事業実施者																	
市町村	11.5	3.8	3.8	1.9	1.9	1.9	1.9	3.8	1.9	11.5	0	3.8	0	1.9	9.6	3.8	0
社協単独	28.8	1.9	7.7	1.9	0	0	1.9	0	0	0	0	0	0	1.9	0	0	1.9
社福単独	21.2	19.2	42.3	9.6	48.1	5.8	25.0	32.7	17.3	0	0	5.8	1.9	0	0	0	7.7
民間単独	5.8	5.8	3.8	0	3.8	19.2	1.9	1.9	3.8	1.9	0	9.6	0	0	0	3.8	3.8
共同事業	15.4	3.8	7.7	1.9	3.8	7.7	0	0	0	1.9	0	0	1.9	0	0	0	0
その他	32.7	69.2	38.4	86.5	42.3	69.4	69.2	63.5	76.9	84.6	100	76.9	96.2	96.2	90.4	92.3	86.5
費用負担																	
国県補助	44.2	19.2	30.8	7.7	38.5	21.2	13.5	21.2	9.6	7.7	0	13.5	1.9	1.9	5.8	3.8	5.8
市町村	65.4	28.8	59.6	11.5	55.8	26.9	26.9	28.8	5.8	11.5	0	13.5	1.9	3.8	9.6	7.7	9.6
社協	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社福	1.9	1.9	3.8	0	5.8	3.8	3.8	9.6	5.8	0	0	7.7	0	0	0	0	1.9
その他	30.7	69.2	36.5	86.5	40.4	71.2	67.3	63.5	82.7	86.5	100	78.8	98.1	96.2	90.4	92.3	86.5
利用者負担																	
応能負担	61.5	9.6	19.2	0	26.9	9.6	3.8	3.8	3.8	3.8	0	5.8	0	0	1.9	0	1.9
応益負担	7.7	17.3	25.0	7.7	23.1	15.4	5.8	34.6	9.6	9.6	0	9.6	0	0	0	5.8	1.9
実費徴収	1.9	3.8	19.2	5.8	7.7	5.8	0	0	5.8	1.9	0	7.7	0	1.9	0	1.9	1.9
なし	1.9	3.8	3.8	0	3.8	3.8	17.3	0	0	0	0	0	3.8	1.9	9.6	0	1.9

人口10万人未満の市町

事業名	ヘルパー	入浴サービス	デイケア	ナイトケア	ショートステイ	訪問看護	介護支援セ	特養ホーム	ケアハウス	ケア付き住宅	アパート斡旋	老健施設	介護相談	緊急通報	介護貸助成	介護機器補助	その他
充実希望	73.0	24.6	55.7	10.7	41.0	45.1	45.1	35.2	19.7	11.5	2.5	34.4	3.3	14.8	11.5	4.9	9.8
実施主体																	
市町村	62.3	23.8	50.0	8.2	32.8	25.4	37.7	11.5	5.7	9.1	1.6	6.6	3.3	13.9	12.3	4.9	7.4
社協	6.6	2.5	0	0	0	0.8	0	0	0	0	0	0	0	0.8	0	0	0
社福	4.9	2.5	4.1	1.6	4.9	4.9	6.6	22.1	9.8	1.6	0	11.5	0	0	0	0	2.5
民間	0.8	0.8	0.8	0	0	13.1	0	1.6	2.5	3.3	0.8	15.6	0	0	0	0	2.5
その他	31.9	73.8	45.1	90.2	62.3	60.7	55.7	64.8	82.0	86.9	97.5	67.2	96.7	85.2	87.7	95.1	88.5
事業実施者																	
市町村	18.1	8.2	16.4	0.8	9.0	16.4	10.6	5.0	5.0	9.1	0.8	3.3	1.6	12.3	10.6	4.9	4.1
社協単独	37.7	11.5	7.4	0	0.8	1.6	0.8	0.8	1.6	0	0	0	0	1.6	0.8	0.8	1.6
社福単独	11.5	7.4	27.9	8.2	23.8	6.6	23.0	26.2	11.5	0.8	0	11.5	0.8	0	0	0	3.3
民間単独	1.6	1.6	4.1	0.8	1.6	12.3	4.9	2.5	2.5	3.3	0.8	18.0	0	1.6	0	0	2.5
共同事業	9.8	0	3.3	0.8	4.9	5.7	4.9	3.3	0.8	0.8	0.8	0.8	0	0	0	0	2.5
その他	33.6	75.4	45.1	89.3	60.7	61.5	57.4	63.9	81.1	86.9	97.5	67.2	97.5	85.2	89.3	95.1	88.5
費用負担																	
国県補助	36.1	8.2	27.9	6.6	21.3	13.9	21.3	12.3	6.6	7.4	1.6	11.5	0	5.7	4.1	3.3	5.7
市町村	57.4	22.1	49.2	9.8	33.6	27.9	36.1	22.1	8.2	9.0	2.5	18.0	0.8	13.1	9.8	4.1	9.0
社協	4.1	3.3	0	0	0.8	1.6	0.8	0.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社福	3.3	0.8	0.8	0	2.5	2.5	4.1	9.0	6.6	0	0	4.9	0.8	0	0	0	0.8
その他	34.4	75.4	47.4	89.3	62.3	66.4	59.0	67.2	85.3	90.1	98.3	78.5	98.4	85.2	88.5	95.1	90.9
利用者負担																	
応能負担	49.2	5.7	20.5	6.6	18.9	16.4	4.1	6.6	5.7	2.5	0.8	13.9	0.8	3.3	0.8	0.8	2.5
応益負担	13.1	9.8	9.8	2.5	10.7	10.7	4.9	24.6	9.0	9.0	1.6	7.4	0	2.5	0.8	3.3	4.9
実費徴収	2.5	3.3	23.0	2.5	7.4	8.2	1.6	0.8	4.1	0.8	0	11.5	0	2.5	0.8	0	0.8
なし	3.3	4.9	1.6	0	2.5	5.7	28.7	2.5	0	0	0.8	0	1.6	5.7	6.6	0	3.3

〈資料４〉　クロス集計表

資料４－ａ　財源／費用負担実態クロス（％）

（人口３０万人以上）	必要経費獲得困難	国庫支出単価の低さ	利用者からの費用徴収困難	永続的費用負担の困難性	その他，不明
行政，民間は独立	0	50.0	0	50.0	0
事業委託で全額公費負担	5.0	25.0	15.0	45.0	10.0
事業委託で公費と利用者負担	10.9	34.8	13.0	41.3	0
事業委託で民間と利用者負担	0	25.0	0	50.0	25.0
民間主導，行政は補助金	0	33.3	0	50.0	16.7
その他	0	50.0	0	50.0	0
（人口１０万～２０万人）	必要経費獲得困難	国庫支出単価の低さ	利用者からの費用徴収困難	永続的費用負担の困難性	その他，不明
行政，民間は独立	16.7	33.3	33.3	16.7	0
事業委託で全額公費負担	16.7	23.3	13.3	33.3	13.3
事業委託で公費と利用者負担	23.2	29.3	7.3	36.6	3.6
事業委託で民間と利用者負担	14.2	28.6	28.6	28.6	0
民間主導，行政は補助金	22.6	32.2	16.1	29.0	0
その他	0	0	0	0	0
（人口１０万人未満）	必要経費獲得困難	国庫支出単価の低さ	利用者からの費用徴収困難	永続的費用負担の困難性	その他，不明
行政，民間は独立	0	66.7	0	0	33.3
事業委託で全額公費負担	21.4	33.3	2.4	31.0	11.9
事業委託で公費と利用者負担	24.0	26.0	7.8	31.8	10.4
事業委託で民間と利用者負担	25.0	50.0	0	25.0	0
民間主導，行政は補助金	31.6	26.3	10.5	26.3	5.3
その他	0	33.3	0	66.7	0

資料４－ｂ　民間メリット／民間組織クロス集計（％）

メリット 形態	行政改革の促進	住民本位の福祉の実現	ニーズ対応による福祉権	自助の精神の助長	その他，不明
株式会社で料金規制なし	7.7	53.8	15.4	23.1	0
株式会社で料金規制あり	26.3	29.0	23.7	18.4	2.6
非営利組織で料金規制なし	10.0	33.3	23.3	30.0	3.3
非営利組織で料金規制あり	24.4	30.2	26.9	16.0	2.5
その他	32.1	21.4	17.9	25.0	3.6
デメリット 形態	民間サービス優越性に疑問	営利事業のリスク性	責任所在の不明確化	その他，不明	
株式会社で料金規制なし	0	50.0	0	50.0	
株式会社で料金規制あり	40.0	20.0	20.0	20.0	
非営利組織で料金規制なし	0	0	0	100	
非営利組織で料金規制あり	44.4	11.1	30.0	18.5	
その他	0	16.7	16.7	66.6	

＊人口区分を一括して集計

＜資料５＞

自由回答に記された、主な意見

（原則として、記載された文章をそのまま転載した。なお市町村名、規模などはすべて伏せる）

＊市の最上位計画との整合性と、県あるいは圏域レベルの保健福祉計画との整合性の調整が問題である。

＊計画の実効を図っていく点が不明確であり、さらに財源的な裏付けも乏しい。国や県の指導性を期待したい。

＊厚生省指針の中で、保健福祉計画作成上の基本方針に対する具体的説明が乏しい。例えば、寝たきり老人、痴呆性老人対策の推進について、実際にどのような手法があるか、適時 情報を流すべきだ。

＊老人保健福祉計画の質量を考えると、策定及びその推進に当たっては、専任のプロジェクトチームが必要であると思います（本市未設定）。また、目標の算出については、国のガイドラインと県マニュアルが出されましたが、在宅サービスの算出基礎が異なり、市町村レベルでは目安とできるものの、これを以て拘束することは、地域の実情を組み入れず、非常に問題があると思います。

＊老人の保健福祉の推進のため、老人保健福祉計画の策定は大変重要であるが、実行に移すとなると、諸条件（財源、人材、土地の確保）の整備が必要となる。短期間（６年）での整備は非常に困難性が伴うので、国からの財源を含めた支援、援助が必要である。

＊財源問題。全市町村の最終的な計画のトータルが、ゴールドプランの目標水準をオーバーした場合、国はどのような対応をされるのか。

＊保健福祉サービスの企画，計画，実施が、市町村の主体性に委ねられることになり、本計画が作成されることとなったが、実施にあたって「公の責任」という観点から言えば、国はどういう役割をになっていくのかが不透明である。単に補助金を交付するだけが、国の役割であるのか？

〈資料6〉

PLANS 1992/93 Accommodation	Lead Agency
★ *Examine the boundaries between existing services and develop means of improving the relationships between those services to provide better for individuals with changing needs and reduce service gaps. Develop jointly agreed criteria and joint assessment procedures for residential accommodation for elderly people.*	*All*
★ *Seek to establish an information base about numbers of elderly people from Southwark who are based in private and voluntary nursing and residential homes and enable a more rigorous assessment of the adequacy of supply of accommodation. Commission research from London Reseach Centre financed by joint funding.*	*All*
★ *Seek to develop Sheltered Housing provision by establishing individual unit plans for different sheltered housing complexes reflecting the dependency of tenants. The aim will be to provide more support for increasingly dependent elderly people within sheltered housing. Review access to and use of facilities of, Sheltered Housing Units.*	*Social Services*
★ *Look for the means to extend the number of luncheon clubs based at Sheltered Housing Units and to make better use of day rooms in Sheltered Housing Units.*	*Social Services*
★ *Make local authority residential respite services more responsive to the needs of elderly people and their carers by:*	*Social Services*
* *making respite care available at more than one unit;*	
* *making access easier by enabling clients/ carers to apply directly for a place without referral through a social worker.*	
* *in the longer term, to improve assessment for respite care with the development of care management and assessment.*	*Social Services*

PLANS - ACCOMMODATION (cont:)	Lead Agency
★ *Improve care plans for residents of local authority homes aimed at providing fuller, more stimulating lives for residents and encouraging participation in a wider range of activities.*	*Social Services*
★ *Improve the physical fabric of some of the local authority residential homes, in particular aiming at "unitising" Braganza and Corbet homes (making them suitable for small group living in a less institutional setting).*	*Social Services*
★ *Continue to support Housing Association initiatives to provide a range of accommodation for elderly people. Work within the Council's Housing Association's strategy to develop mechanisms for prioritising housing developments for elderly people. Housing Association Schemes currently in development will result in 69 new units for elderly people. Other proposals are under discussion.*	*Housing Dept.*
★ *Continue to examine the provision of continuing care beds in the Lewisham and North Southwark Health Authority district and ensure an appropriate balance of beds in hospitals and community settings.*	*SELCA*
★ *Change the way that nursing input and training to residential homes is provided.*	*Camberwell Health Authority*
★ *Seek to improve the ease in which people can gain access to residential accommodation through encouraging more dual registrations of homes.*	*Health Authority/ Social Services*
★ *Develop and monitor services replacing the long-term care provision previously at Cane Hill To include:*	*Bethlem Royal & Maudsley Hospital.*
a 36 bed NHS nursing home resources to be opened in Knight's Hill, to provide approximately 17 long-term care/respite beds for Southwark residents plus some day care facilities. The remainder of the beds will be for Lambeth residents. To open early 1993, replacing the Juniper Unit.	*Special Health Authority*
★ *Facilitate access to general medical services for elderly homeless people through the newly-established primary health care team*	*FHSA/SELCA*

［安田火災記念財団叢書No. 45］

民間公益活動の社会的役割に関する研究
－福祉分野－

編者　財団法人公益法人協会
発行　財団法人安田火災記念財団
東京都新宿区西新宿1-26-1
電話（03)3349-3550