

## 福祉の公的責任と民間福祉の問題 高齢化社会への 展望

著者	一圓 光彌
雑誌名	月刊自治研
巻	30
号	11
ページ	35-42
発行年	1988-11
権利	(C) 全日本自治団体労働組合 このデータは全日本自治労働組合からの許諾を得て作成しています。
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10112/7057">http://hdl.handle.net/10112/7057</a>

特集◎福祉の責任は誰に

論文

# 福祉の公的責任と民間福祉の問題 高齢化社会への展望

## 一圓光彌

### 一、はじめに

社会福祉や医療の分野で、自助を強調し、サービスの利用料金を徴収したりそれを引き上げたり、サービスの供給を民間に委ねるなど、政府の果たすべき役割を縮小しようとする議論が強まっている。こうした議論は、日本だけでなく、アメリカやイギリスでも盛んである。これが、かけ声だけでなくどの程度実態のともなったものなのかは、さらに詳しく吟味する必要がある点であるが、ここではまずこうした議論が出るようになった背景を整理しておきたい。

まず第一に、社会保障をはじめとする公共支出の増加が、国民が許容できる負担の限度に達しつつあるという議論がある。社会保障の費用は、各国で上昇の一途をたどってきたし、それが税・保険料等の増加という形で国

民に重い負担感を与えるようになったということはどうなすける。

しかしこの点にはついては、公共支出が少ない国ほど小さな政府を支持する議論が盛んであるという、パラドックスも指摘できる。社会保障の給付水準が低位で、多くの国民を満足させることができな場合、かえって社会保障に対する国民の広い支持は得にくく、社会保障負担を高く感じさせる傾向があるのかも知れない。反対に、そのための税・保険料の負担は高くても、十分な給付が期待できる場合、かえって社会保障に対する支持が強くなる。

つまり、負担はそう高くななくても、政府に取られるともしや自分に戻ってこないと感じられるような状況では負担感は強くなるが、反対に、少々負担は高くても、それが自分にとっても大いに役に立ったり、政府や基金に

いちえん・みつや

一九四三年高知県生まれ。関西学院大学経済学部卒業。現在、関西大学教授。著書「イギリス社会保障論」(光生館)ほか多数。

対する帰属意識、参加意識が強い場合、国民負担の限度はかなり高くなりうる。自分の老後の不安に対して貯蓄をするのと同様の感覚で税・社会保障の負担をすれば、その負担はそれほど勤労意欲を妨げることもないであろう。従って国民負担が限度にきているから自助や民活に転換しなくてはならないと言う議論を、一般的に認めることには無理があるのである。

次に、社会保障の充実にあらずか、かつてのような貧困問題はなくなったという議論がある。この議論は同時に、福祉サービスに対するニーズが特定貧困層から国民一般に広がったことを認める。所得保障が、選別的な制度から普遍的な制度へと発展したのと同様、福祉サービスも、貧しい特別な困難をもつ状態の人だけを対象とするものから、同じニーズを持つより広い階層を対象とする制度に移行する。

こうした需要の増加に対しては、福祉サービスの供給量は大幅に増加しなくてはならず、これをすべて公共部門が担うことは不可能となる。民間市場の協力をなくしては、増大するニーズに対処できないということになる。

この議論は、積極的な面と消極的な面とを合わせてもっている。積極的な面とは、福祉サービスの供給量が大幅に増加し、例えばわれわれの老後に、選択可能な福祉サービスの豊富な世界が広がると期待させる面である。

消極的な面とは、ほとんどの人は福祉サービスの費用

を負担できるという前提に立って公的サービスを縮小したところが、実際には多くの低所得層は民間サービスを賈うことができず、公的な福祉サービスが必要に比べて少なすぎて、ステイグマの強い選別的な制度に逆戻りする場合である。民間福祉の発展で確かに選択の幅は広がるかも知れないが、それはすべて金次第で、金の無い者はステイグマ付きの公的福祉に頼らざるを得ないということになりかねない。

民間によるサービスの提供は、常に望ましいのであろうか、あるいは反対に民間サービスは常に問題なのであろうか。利用者による費用負担は、公平を達成するのに不可欠なのであろうか、あるいは逆に無料にすることが常に正しいといえるのであろうか。こうした問題を整理するためには、現在の福祉ニーズの性格を、さまざまな医療・福祉サービスを必要とする人びとの生活構造との関係で位置づける必要があるように思われる。

## 二、危機の管理から生活の管理へ

社会福祉サービスは、かつてのような施設中心の、特定所得階層向けの制度から、多様なコミュニティ・ケアをも含む国民一般の制度へと発展する過程にある。生活上の危機的な事態に対処する福祉サービスから、日常生活をさまざまな形で支援する福祉サービスへと発展する。こうしたニーズの多様化は、医療サービスについても認め

\*1 David R. Cameron, 'Public Expenditure and Economic Performance in International Perspective', in C. Phillips & A. Walker (eds), *Aging and Social Policy*, Gower, 1986

著者は次のような指摘をしている。両大戦間の時期には、国内総生産に占める公共支出の割合は、二五%が限度であろうと言われていた。これは戦後五〇%程度に修正されているが、スウェーデンやオランダではもう六〇%を超える状況となっている。

皮肉なことに、福祉支出や社会政策に対する政治的攻撃がとりわけ激しい国は、社会政策に対する支出がむしろ低い国でもある。

社会保障支出の増加が資本形成に（従って経済成長に）マイナスの影響を及ぼしている形跡が認められるが、その程度は小さい。

\*2 OECDの国民所得統計(OECD, *National Accounts*, OECD, 1987)によつて国民所得に占める、直接税、間接税、社会保障負担の割合を、主な先進諸国で比べると、一九八五年ではアメリカと日本は三二・三%と三二・九%、イギリスが四三・一%であったのに対し、スウェーデンは五八・三%、フランス五〇・四%、ドイツ

られる点で、私はこれを医療の日常化現象と捉えてきた。

医療を例にとれば、通常の生活が維持できなくなる形で、医療を受ける日々が続く。そしてその状態が終わればまた通常の生活に復帰する。だれも病気になると思わず、病気になるたら早く回復したいと思う。病気の間手厚い医療が公的な制度で与えられたとしても、だれもこれをうらやましがらる者はいない。医療はあくまでも危機的な状態に対処するものだからである。ところが、疾病の中心は成人病などの慢性疾患にと移ってきた。これらの病気で、人は日常生活を通して医学的な管理をすることが必要となる。生活をどう快適に送れるかは、病状の管理にとっても大いに関係してくる。生活のあり方と医療のあり方は相互に深く関係し合うようになる。療養生活が長くなればそれだけ、患者の残された能力をどれだけ生かし、どれだけ充実した生活を送れるようにするかが大切になる。生活と医療とが並行して進行するわけであるから、その組合せ方は非常に多様になる。一方では入院といえども、生活の部分を重視せざるを得なくなるであろうし、他方自宅での療養の場合でも、必要なさまざまなケアを提供していくことが不可欠になるであろう。

福祉サービスについても同じことが言えるであろう。福祉サービスを必要とするような事例は、家族も対処できなくなった危機的な場合で、数も少なく、ニードの度

合いからも直ちに施設への入所と結び付く形が自然であった。そして、施設での生活と通常の生活との間には、換言すれば、福祉サービスを受ける事態とそうでない通常の生活との間には、はっきりとした区別があった。ところが最近では、同じ様な病状、障害の老人が、また場合によつては同じ様な家族環境でありながら、ある者は老人病院で、ある者は特別養護老人ホームで、またある者は自宅で生活するといった事態が少なくなってきた。

こうした変化はどうして起こったのであろうか。さまざまな原因が考えられるであろうが、医療についてはすでに述べたような疾病構造の変化があるであろう。また病気や障害に陥りやすい、高齢人口の増加も大きな原因であろう。さらに重要なのは、核家族化の進行で、ニードの増加と比べれば家族のケア能力は大幅に低下してきている。そして年金などの「生活費」の保障制度の発展も、高齢世帯の自立を助けるとともに、他面では、「生活費」を超える福祉ニードの需要を高める結果になっている。

このような原因が、福祉サービスの多様化を要請し、福祉サービスの需要を高めているとすれば、こうした状況は今後一層加速されるものと予想される。公的責任の果たす分野と、民間に委ねる分野を整理して、人びとの合理的な選択が可能となる条件を整えることはますます重要となるであろう。

ツ四六・八％であった。いちばん国民負担率が高いスウェーデンでは、筆者は今年三月に、直接多くの人に高い負担についてどう思うか質問してみたが、一〇人中八人は、今の福祉水準を維持するために負担は削減できないと答えていた。スウェーデンの経済状態はすこぶる健全であることも付言しておこう。

また同じ資料で、家計の税・社会保障の負担割合を推計してみた。労使による社会保障負担の割合を勘案して推計したところ、家計収入中の直接税と社会保障負担の割合は、スウェーデンが二三・九％日本一二・一％であった。ところが各団の貯蓄割合を考慮に入れると、家計収入中消費支出の割合は逆にスウェーデンの七六・一％に、日本が七五・六％で、日本は先の六カ国中、七一・四％のドイツについて消費支出は低かったイギリス、フランス、アメリカは七九・八〇％である。

### 三、イギリスにおける民間福祉の展開

福祉ニードの多様化や、そのなかで最適な福祉・医療サービスのメニューをどのようにして老人等に提供していくかの問題は、日本だけで起こっているのではない。高齢化の程度が違ったり、家族の役割に違いがあったりするが、多くの西欧諸国も同様の問題を経験している。

例えばコミュニケイ・ケアという概念をとると、イギリスでもこれが一般化するようになったのは戦後のことである。とりわけ一九六二年の「病院計画」で病院の役割が明確化されるなかで地域社会でのケアのあり方が強調され、これを受ける形で一九六三年に「保健・福祉——コミュニケイ・ケア推進計画」が発表されるようになったのが、一つの画期であろう。以来コミュニケイ・ケアは医療・福祉の両部門にまたがる政策課題として意識されるようになった。

とはいえこれが直ちにコミュニケイ・ケアの拡大につながっていったのではない。政府は、明確な指針を提示してコミュニケイ・ケア重視の政策を実行に移したのではなかった。医療についても、福祉サービスについても、施設中心の体制は変わらなかった。一九七〇年代後半、オイルショック以降の厳しい財政事情の下で、保健医療予算の合理化が進められ、精神病院などの閉鎖、一般病

床の削減が計画的に推進されるようになった。しかし、その受け皿としてのコミュニケイ・ケアの充実はまだまだ不十分で、福祉サービスの予算も、八割以上は収容施設の子算で占められている。ホームヘルプを例にとると、六五歳以上老人人口一〇〇〇人につき一二名という達成目標に対して、現状はまだその半分ではない。

こうしたなかで、一九七九年に政権についたサッチャー政府は、福祉サービスの面でも、家族の役割を強調し、慈善活動を推奨し、民活化を推進してきた。一九八一年に発表された保健医療と福祉サービスに関する政府の白書 (Care in Action) では、以前の政府が民間部門の役割を十分に評価してこなかったことを批判し、私費診療の推進などとともに、社会福祉サービスの分野では、民間入所施設の一層の発展と、在宅老人等に対する民間によるサービスの新たな発展に期待をよせていた。

また政府は、公共支出抑制の方針を自治体行政にも徹底させるべく、自治体の社会福祉予算についても、厳しく規制するようになった。こうした政策がどのような結果を生んだか、話題を呼んだ地方自治監査委員会による「ミニニティ・ケアの実現」(Making a reality of community care) と題する報告書について紹介しておく。

#### 四、一九八六年監査委員会報告

一九八六年に発表された、地方自治体の監査委員会の

\* 3 詳しくは、田中 邦「ミニニティ・ケア論抄——日本とイギリス」、『レファレンス』三二七号（一九七八年四月）を参照のこと。

\* 4 DISS, *Health and Personal Social Services Statistics for England, 1987* edition, HMSO, 1987.

\* 5 Hazel Qurshi and Alan Walker, *Care for Elderly People: the Family and the State*, in Phillipson and Walker (eds), *op. cit.*, p. 121.

ただし、一九八六年のインクランドのホーム・ヘルパー数は常勤換算で、六五歳以上人口一〇〇〇人対比七・七人にまで改善していた。ちなみにこの比率は、日本で二・〇人、スウェーデンでは五三・二人、またデンマークでは三三人（一九八五年）であった。詳しくは布施 晶子「家族の変貌と社会福祉——日本・イギリス・スウェーデンの比較」、『資金と社会保障』九八八号（八八年六月下旬号）、岡本祐三「デンマークの社会保障」『更生福祉』昭和六三年八月一〇日、一三二—一七二頁（三二日号）を参照した。また。

\* 6 DISS, *Care in Action*, HMSO, 1981 pp. 41—43.

\* 7 「月刊自治研」一九八八年

コミュニティ・ケアに関する報告書は、コミュニティ・ケアをめぐる現在の問題点を指摘するとともに、改革のための提言を行なったものである。

コミュニティ・ケアは、政府が長年にわたって推奨してきた政策でありながら、実際にはそれが現実のものとなっていない。保健医療当局（NHS）と、社会福祉を担当する地方自治体と、民間の福祉団体との調整が十分でなく、老人や障害者に対する医療・福祉財源が正しく用いられていない。

このように述べて、ケア・グループごとに保健や福祉サービスの責任の所在を明確にするよう提言している。例えば老人のケアについて言えば、NHSと自治体が予算を出し合って、老人のケアのための単一の予算を設け、これに責任を負うマネージャーが、地域の老人のために、必要なサービスを公的機関や民間団体から購入するという案を提案している。

また、各地域で包括的なサービスの提供ができるような機構改革のためには、行政の枠を超えたサービス全般を見渡すことのできる、ハイレベルでの改革案作りの必要性を強調している。後にこの任務は、サッチャー首相が信頼するロイ・グリフィス卿に委ねられることになった。ここでこの報告書の内容を詳しく紹介することはできないが、民間福祉との関係で見れば次のような問題が指摘できる。

報告書のコミュニティ・ケア重視の立場は明白である。さまざまな老人ケアの費用を推計すると表1の通りである。ここでは、公的年金以外に収入がなく、たいして貯金もない単身の障害老人が例にあげられている。ここで多様であって、こうした選択肢の中で、本人にとって最適のケアが提供されなくてはならない。誤った選択は、不経済を導く。この点で、一般にコミュニティ・ケアの方が、ケアの受け手にとって望ましく、また同じ財源でより多くの効果をあげることができ、効率的である、と言うのである。

ところが実際にはこのような最適な選択がなされていない。同じく老人のケアを例にとると、イングランドとウェールズについて老人が利用できるようなケアの種類と利用量は表2のように推移している。まず入所型のケアとしては、病床数に減少は見られるものの、それ以上に私立の施設の入所者が増加している。これら私立の施設の中には、ケアの内容に問題のあるものも少なくない。また在宅型、通所型のサービスについては、自治体のデイケアで若干の増加が認められるものの、その他は老人人口の増加と同ペースの伸びてしかない。コミュニティ・ケアは進展していないのである。

さらに、私立の入所施設の飛躍的な発展は、適正なニーズの増加を反映したものではない。病院ベッドの削減

九月号には、「地方自治の母国はいま」と題する特集で、イギリスにおける最近の地方自治、地方財政の動向についての論文が寄せられている。参照いただきたい。

表1 ●さまざまな老人ケアのコスト 単身の障害老人の場合 1986年

自宅	在宅ケア	97.35	ポンド/週
	在宅ケア+デイケア	135.35	
自治体施設	シュルタード・ハウス	151.55	
	直営老人ホーム	133.25	
民間・私立施設	老人ホーム	138.55	
	ナーシング・ホーム	183.55	
NHS病院		294.75	

が私立施設の入所の増加につながり、それが補足給付(日本の生活保護に当たる公的扶助制度)費の増加をもたらす結果となっているのである。

今の補足給付制度には、ナーシング・ホーム入所者、福祉施設入所者、簡易宿泊施設滞在者、民宿利用者などのための特別規定が設けられ、施設の種類や地域、本人の健康状態、看護の内容、世帯構成などにより、扶助基準が設定されている。例えば障害の程度の重い単身のナーシング・ホームの入所者の基準額は、週二三〇ポンドである。実際にはこの上にさまざまな加算がなされる。そしてこれらの費用は、中央政府の負担になる。

すでに述べたように、自治体の福祉予算には中央政府からの枠がはめられている。他方民間施設の発展は政府の歓迎するところであり、これへの入所については中央政府から補足給付が支給される。施設経営者にとっても補足給付からの確実な収入は魅力となる。これが民間施設増加の背景なのである。

施設入所に対する補足給付による扶助総額の推移を見ると、一九八〇年から八六年にかけて、年一八〇〇万ポンドから四・六億ポンド(約一一〇〇億円)にと急増している。同年度の老人に対する補足給付総額は一一・六億ポンドであったことと比べても、この規模の大きさは想像できるであろう。

これらの点について、監査委員会の論点をまとめてみ

よう。

・現在の地方財政制度は、自治体がコミュニティ・ケアを強化するのを妨げている。

・補足給付による援助は、民間市場では十分開発されていないコミュニティ・ケアよりも、施設ケアの増加に寄与している。その結果、イングランド南部海岸地域で民間施設が急増するなど、アンバランスをきたしている。

・協調体制あるいは責任体制の欠如のため、予算の無駄が起り、例えば在宅ならば週一〇〇—一三〇ポンドで適切なケアが提供できるのに、二〇〇ポンドを超える施設ケアが提供されたり、反対に何のケアもなされない状態が生じている。

#### 五、ロイ・グリフィス卿の答申

ロイ・グリフィス卿はイギリスの大手スーパーマーケットの副会長である。一九八三年に、NHSの管理組織に企業経営者と同様のジェネラル・マネージャー制の導入を答申したことがある。NHSに企業経営の感覚を吹き込んで、財源の有効利用を徹底させるのがその目的で、最近のNHSの改革の中でも重要なもの一つであった。サッチャー首相の信任も厚い。またこうした功績で「卿」の称号を与えられている。

コミュニティ・ケアに関するロイ・グリフィス卿の今回の報告書は、<sup>45</sup>昨年三月に発表された。政府は、何の説明

表2 ●老人ケアの推移

年	1974	1984
病院老人科病入院患者	54.600	54.100
自治体直営老人ホーム入所者	98.600	109.200
私立ナーシング・ホーム入所者	11.900	24.100
民間団体老人ホーム入所者	23.300	26.900
私立老人ホーム入所者	19.300	55.000
病院外来患者(1日当り)	4.100	7.000
自治体デイセンター	13.800	34.400
ホーム・ヘルプ職員(人)	5.200	56.700
給食数(千人/年)	35.200	45.000

もコメントもなく、簡単に報告したと伝えられている。<sup>8</sup>  
先に紹介した監査委員会の結論を支持したこの報告書は、政府にとって都合が悪かったからである。

ここでは、福祉サービスについての公的責任にかかわる要点のみ、拾い集めておく。<sup>11</sup>

・補足給付による施設入所の補助は、必ずしも悪いとは言えない。国際比較でもまだイギリスの入所者は多いとは言えない。問題は、これまでの支給方法では、それが本人にとって良いかわからない場合でも、施設入所がなされることである。

・病院（とりわけ精神病院）の閉鎖が問題となっているが、退院する人には、必要な一連のケアが、ケア担当者の責任の下で、提供されることが重要である。

・コミュニティ・ケアに責任を負う担当大臣を任命することが、改革の前提条件となる。

・各地域のレベルで、社会サービス当局が果たすべき役割は、個人個人のニーズを確認し、ケアのパッケージを組み、必要とあれば、ケア・マネージャーを任命することである。また、適切な規模の総予算が、公私両部門を通じて、もっとも経済的かつ有効に支出されるようにすることである。

・公共部門の役割は、ケアの提供を確保することである。自治体はケアが効率的に提供されるようにしなければならない。

・入所施設については、入所が本人にとって最適な措置かどうかを、社会サービス当局は査定しなくてはならない。このためには、補足給付の補助を現行よりかなり低い水準に定め、残りを社会サービス当局が負担するようにするか、あるいは現行水準で支出をして、後に一部を社会保障当局が社会サービス当局から回収できるようにする。要するに、社会サービス当局が、財政的に中立の立場で個々人にもっとも良い方法を選択することが大切である。

・適切なケアが提供されるようにする真の責任の所在は、地方レベルの社会サービス当局と保健当局である。コミュニティ・ケアの責任は、個人やこれを世話する人に近いところになくなくてはならない。そして優先順位は、できる限り地域で決定し、各地で選ばれた人びとによって決められるべきである。

このようにこの報告書は、社会福祉サービスの運営に對する自治体の責任と権限の強化を訴えている。サービスの提供主体は、公的機関でも民間機関でもよいが、必要なサービスが確実に住民に提供されるようにするのは、自治体の社会サービス当局の責任で、ちょうど医療サービスで家庭医が果たしているような役割を、ケア・マネージャーに期待している。必要な財源もなしに、大胆な改革は望めないとも述べている。サッチャー政権がこの報告書を葬り去ることは、間違いなさそうである。

\* 8 The Audit Commission for Local Authorities, *Making a Reality of Community Care*, HMSO, 1986年参照の「1」。

\* 9 National Audit Office, *Community Care Developments*, HMSO, 1987, p.25.

次の注\* 10も参照のこと。

\* 10 'Not quite what we wanted to hear', *The Economist*, March 19 1988, pp.63-4.

なおこの記事では、民間老人ホームに對する補足給付の扶助額が、一九七八年の六〇〇万ポンドから一九八七年には一〇億ポンド（二四〇〇億円）に増加したと述べている。

\* 11 Sir Roy Griffiths, *Community Care: agenda for action*, HMSO, 1988.

## 六、むすび

はじめの問題提起に戻ろう。今日では、福祉も医療も、これに対するニードは種類においても程度においてもさまである。多種多様なニードを必要な人に提供するのには、公的当局の責任である。もちろん民間で豊富なサービスが提供され、だれもが利用できれば問題はない。しかしイギリスの例が示す通り、民間で提供されるサービスが常に効率的であるとは限らない。民間で提供できないところは、確実に公的に提供できるようにしなければならぬ。

ただれがどのように負担するかの問題がある。多くの国民に年金が支給されるようになったとはいえ、年金で保障できるのは「生活費」の部分に限られる。それ以上は、つまり医療や福祉に対するニードは、所得の保障とは別の制度体系を必要とする。われわれは同じ生活費を使っても、その活用の仕方、最終的に得られる満足度にはかなりの違いが生まれる。これを、広い意味で家計の持つ生産能力(生活能力)と言うことにする。ほんの僅かの収入でも、畑仕事のできる人は、かなりの食料の摂取を達成できるかも知れない。反対に、重い障害の人は、いくら収入が多くても、それだけでは一日としてまともな生活を送ることができないであろう。

医療や福祉サービスは、通常の生活能力に欠ける部分

を補う機能を果たす。そして医療や福祉サービスのうち、通常の生活を補うような費用部分は、原則として社会的に負担するのが合理的であろう。反対に医療や福祉サービスとして提供されているものでも、通常の生活を送っている人でも支出するような部分は、本人の消費を主催を發揮させるうえでも、本人が負担すべきであろう。またその場合には、本人の好みや支払い能力が反映されるように、工夫することもできるであろう。

サービスの利用者負担について、所得のあるものからは満額徴収し、負担能力のない者には利用者負担の減免措置を講ずる方法もある。サービスの供給量が十分でない過渡的な段階では、こうした方法もやむを得ないかも知れないが、その場合でも、さまざまなサービスごとに重複して所得調査を適用すると、ポバティ・トラップ(貧困のわな)の問題と同様、人びとの生活上努力を損なう結果となりかねない。ケア・マネージャーのような担当責任者が、特定の個人の受けるべきサービス全般との関係で負担すべき額を定めるべきであろう。

費用負担の問題については、検討すべき課題は多い。しかしながら、患者や障害者にとって最適でまた社会全体としても経済的な、医療・福祉サービスの提供を導くためには、基本的なサービスを公的に提供することを前提として、医療や福祉全般について費用負担の問題を整理することが不可欠の前提であると考えられる。