

ということ、これは地域でやっていく場合特にそうだが、学校の教育も含めてどういうふうにしていったらいいのかというのは、大きな課題だと思います。

う。

ということで、時間になりましたので、話のほうはこれで終わりたいと思う。(拍手)

コメント

東京大学教授 大 森 彌

個々の報告についてコメントをすることを差し控えさせていただき、全体にかかわることについて話をさせていただきます。

まず、私がなぜこの席にいるかということについて、簡単にお話し申し上げ、いくつかご報告をうかがいながら考え、私なりに補足したい点がありますので、それをお話し申し上げたいと思います。

私はある時期から中央社会福祉審議会の委員に任命され、福祉8法改正をお手伝いをし、そのあと今日のテーマである老人保健福祉計画の策定についての基本的考え方を検討する研究班の班長をおおせつかり、全国を行脚して、この計画がいかに重大であるかということ全国の市町村長などに説き続けてきました。

今日は厚生省の方はほとんどお見えではなさそうですが、私は一連の作業を通じて、厚生省のお役人と付き合ってみて、実によくできて、よくものを考える中央のお役人がいるものだということに感心しました。もちろん、それは一部のお役人であるけれども。当然のことですが、この老人保健福祉の行政分野については分権をやらなければ駄目だということを厚生省は決心しました。これは時代の大きな出来事であったのではないかと。おそらく今世紀最後の時期を迎えているときに、日本の中央行政の変化のなかで歴史に残る変化をつくり出したのではないかと私は思っています。

自分がお手伝いすると、どうしてもそのお手伝いしてきたことを弁護しようとするのが常で、そういう傾向があるかもしれませんが、この点はご

容赦いただきたいと思います。あとでご質問ないしご批判があれば、承りたいと思っています。

まず、今日のテーマについていろいろ検討する場合に、いくつか申し上げておかなければいけない点があるのではないかと思います。私自身は行政学や地方自治の勉強をしていますので、この保健福祉計画が策定され、これが実施に移されていって、これから10年、20年たっていく、このプロセスでいったい何が起こるかということは、研究者としても非常に重要だと考えています。小林さんのご報告をうかがっただけでも、これがいかに研究の宝庫であるかということがよくわかる。すでに小林さんの研究は、この宝庫としての素材について、これをたとえば比較研究という視座から見れば、何が見えてくるかということを示しているわけで、これをすべての自治体について、たとえばローリングの時期に合わせて研究をしていけば、たぶん日本における計画行政の姿、およびこれを実際に動かしている自治体の姿というものについて、壮大な比較研究が成り立つのではないかと。これがひとつあります。しかも、先ほどおっしゃっていましたが、実は具体的に確かめていくと、ユニークなことをやっている自治体もあって、この領域における個性というものの析出、およびこれについての意義づけもまた可能になってくるのではないかと思います。

私は身辺多忙になり、本格的にこの計画の研究ができるかどうかわかりませんが、およそ保健や福祉の専門の方々がもしこの研究をおやりにならないならば、それは壮大な損失になるのだろうと

いう気がします。ですから、せっかくできあがってくるこの計画書、および計画づくりについて、この素材を多くの方々が分析の対象にしてください、そのことが今回の一連の改革を研究者サイドから見た場合に、非常に大事なことではないかと思います。

さて、研究者風の視点はそれだけにしますが、このところ私は自分が研究をやっているのか、半分ぐらい実務をやっているのかわからないような感じがしますが、私が現在関係しているところでは、東京中野区の福祉審議会で、すでに計画をつくっている。それから私は埼玉県の所沢に暮らしていて、ここでもこの計画についての懇談会があって、ここもほぼ成案を得ている。もうひとつ千葉県の松戸市でお手伝いしていて、ここもほぼ成案ができあがっている。いずれもそういうところでお手伝いしてみて、この計画の難点、この計画が私どもが当初考えつかなかったことも起こっている、そういうこともだんだんわかってきました。最初からみんなわかって乗り出したわけではないし、それから私もそうでしたが、厚生省のお役人にしても本音のところは、内心おののきながら、計画の策定を待っているというのが実情ではないでしょうか。

そこで、この計画に関係して4点ほどお話し申し上げたいことがあります。本席の方々はご存じのことですけれども、念のために申し上げますと、国が基準を示していますが、この意味について私の理解をお話ししたい。

ご案内のとおり今回の法律改正のなかでは、市町村を中心にして保健福祉計画を立案・実施していく、具体的にはサービスの目標量を定め、目標水準を定め、これを計画的に達成していく。このような仕事について、行政用語でいえば事務ということになりますが、この事務の性格が法律上明定されたという点にまず留意すべきだと思います。

国が基準を示すということは、この事務の遂行に国も責任があるということの意味している。法律上は国がお金を半分もつということになっていますので、つまり協力的実施事務といった性質をもっているということになります。その意味で国

が基準を設け、市町村に向かってこれに関する通知を出すのは当たり前ではないかというふうに国の側からはいえる。それからはいじめの事柄なので、市町村の側からは、何にも手がかりなしでは計画ができないから、何か参考の基準を示せという声が非常に強い。少しマニュアルは細かくなりすぎたのではないかという反省はありますが、しかし、これは中央のお役人が干渉がましかったというよりも、市町村の側からの要望に応じなければすまないという、そういう国の責任感の発露の一部ではないかと思います。

国が半分お金をもっていることの趣旨は、この仕事がいわゆる機関事務ではないということとして、自治体の仕事になったのですから、首長さんの責任になる。このことの意味を市町村長がどのくらいわかっておられるかということが、この計画の成否を決めていくということになる。ということは半分もたなければならなくなった地方分の財政の措置は、一般財源としての地方交付税措置ということになりますので、従来とはずいぶん違って、しかもすっきりした形になったということができます。

この点でいえば、明らかに今回の改革は分権的な仕組みを取り入れたということになるし、市町村中心主義ということになった。先ほどお話が出たように、市町村を中心にして計画を立案・実施していくということになる。その点で都道府県との関係についても従来とは違った関係を築いていくということになります。私どもの言葉でいえば、政府間関係だけれども、中央と地方、地方と地方の関係に新しい姿が取り入れられたということに留意すべきではないかと考えます。

市町村中心主義で調査が行われ、計画がつくられ、そして実施の体制が組まれていけば、そこに差が出てくる、あるいは個性、さまざまな相違が出てくるということは必然で、これは厚生省も強調している点です。私どもが現場にいてお話しすると、こうやって市町村に委ねると格差が生まれるのではないかというご質問が必ず出てくる。私も厚生省の担当の課長さんも、それは当たり前ですと申し上げている。そのことを認めない限

り、この市町村計画の良さは発揮できないということになる。

ということは、市町村が計画をつくるときに、どうして差が出るかといえ、主な要因は2つで、ひとつは地域性が反映されるということになる。たとえば高齢者がどのくらいいるか、対象になる数の絶対数の多寡というのは大きな相違であるし、その高齢者がどんな家族形態で、どんな地域で、どんな暮らし方をしているかということ把握することなしに計画が立つはずはないので、たとえば農村部と都市部で、この計画のあり方が違ってくるというほうが当然ではないかということになります。

したがって、やはり自分たちの地域、高齢者だけではなく、高齢者というのは具体的な人と人の関係のなかで生きているわけだし、自然や、地域の条件のなかで生きているので、そういうことをきちんと捉えたうえで、そのニーズを把握していくということが何よりも重要となります。したがって地域性が反映して当然ではないかということになる。

それにしても、従来の仕事観、上から流れてくるものを実施するというように自分たちの役割を閉じ込めている自治体では、やはり地域性が反映しにくくなって、おぎなりの計画しかできない。いまこの領域においては、シンクタンクはほとんどない。保健福祉について計画策定の手伝いができるのは数社です。経験がないのですから専門のシンクタンクがあるはずはない。それにもかかわらず、民間機関へ、計画の調査、企画、立案をゆだねて計画をつくってもらっている。そういうだらしない市町村が多いということをどう見るかということが問題となる。

余談になりますが、私は市町村、都道府県で、もっとも大切な職員の能力というのは、調査し、計画をつくっていく能力だと思っています。与えられた仕事を、与えられたやり方でこなす能力はさしたる能力ではないと。今回の計画づくりを通じて、市町村職員がどういう形で鍛えられているかということが、この計画の成否さえも決めうると思います。私も研究班の書いた「基本的な考

え方」を読んでいただければと思います。国からの通知をしっかりと読まない市町村もある。実はそこが問題で、上から統制されているなどというけれど、文書をきちっと読まない。まっとうに読んでくれば、金太郎飴みたいな計画は出てこなかったはずではないかといいたい。そこが2番目の要因に関係して、市町村の間に差が生まれるのは、市町村の意欲と力量の相違ではないかということです。従来、たとえば基本構想、基本計画のように、自治体が独自でつくらなければいけない計画を、どういうふうにつくってきたか、そういう実績と重ね合わせていけば、今回の計画もちゃんとできたところと、そうではないところが分かれてくるわけです。

今回は出発点なので、あまり厳しくいうことはないかもしれません。これから高齢社会が続く限り、計画をやめない限り、この計画は永続するので、間違った、あるいは不十分なところは改めていけばよいと考えます。

あまり厳しいことを出発点でとやかくいってしまふと、結局みんな画一的な基準に合わせることになるから、おおらかでよい。たとえば平成5年度中に計画が出てこなくてもいいではないか。法律で全市町村と、全都道府県に計画策定を義務づけて、それがパッと出てきたらかえって恐ろしいくらいです。むしろバラバラになり、ずれちゃって、もしかしたら県からいけば計画らしい計画でなくて、できるだけ簡潔なビジョンを描いて、あとは予算でやっていくというようなところが出たって、それはそれでいいではないか。それを国が統制する権限はない。そこが今回の改革のもっとも大切な点のひとつでないかと考えています。

2点目は、これはあとで園田さんからコメントがありましようから、簡単に触れるにとどめますが、実はどこにいても財政措置についていろいろ聞かれる。今回の法改正と、この計画に先立って、一連の経緯があるわけで、唐突にこれが出てきたわけではない。長期的には保健福祉施策の充実の流れもあるし、短期的に言えば消費税問題もあったし、臨調行革もあったし、性質の異なった複数の要因が重なって、今回の計画が出てきたと

考えられます。しかし、何ととっても、先ほどいいましたように、いわゆる自治体の事務、これまでの用語でいうと団体委任事務ということになった、あまりいい区分けの仕方ではないが、そうするとどうしても地方分については地方交付税対応になる。一般財源対応になるので、したがって国の側から見ると、地方財政計画上、国が見積もりを立てるには基準を設定しなければならない。したがって市町村へ考え方を示すためにだけに基準をつくっているわけではない。国が財政上の責任を果たすためにも、計画策定のための基準をつくらざるをえない。標準提示ということになる。そして市町村に対しては地方交付税対応になる。

ここがなかなかわかりにくい。国は半分もつというが、本当に実額で半分もつのか。負担金的にもつものだから、国の予算編成上の変化が反映するので、実際に市町村が計画に基づいて仕事をやっていくときに必要な経費を、必ず国が半分もつのかというと、あやしいのではないということになる。

もうひとつは、地方交付税対応になっているので、すべての市町村にこれに必要な経費はきいているということになっていて、地方交付税交付金をもらったところはくる。しかし富裕団体といわれているところはこないで、したがっていままで配分していた分野からこの領域にお金を回さなければいけなくなるかもしれない。自治体においては、この計画と財政との擦り合わせということを、本格的に行わないといけない。とすると、計画がどの程度達成できるか、つまり計画の有効性は、財政的にどの程度裏付けられているかということになるので、したがって役所の力関係でいえば、保健福祉担当者と財政当局との予算要求・査定をめぐる力学ということになる。

もう少し単純化していえば、この領域にどんな人材を首長がつけるかということが、この領域の充実にとってある程度影響を与えるだろうと考えられる。おそらく、ちゃんとした首長はこの分野にしかるべき人材の職員をつけるだろうし、そのところをおろそかにするような自治体ではたぶん、なかなか保健福祉計画は進んでいかないだろうと

思う。したがって、人事のあり方と同時に、財政との関係を今後どういうふうと考えられていくか、どういうふうに進むかということを、私どもは注意深く見ていかなければいけない。そういう問題領域ではないかと考えることができます。

3番目に、いままでのご報告で3人からも出ましたように、計画のつくり方に非常に大きな意義があるので、これについて1, 2申し上げておきたい。計画のつくり方ということについても、私どもなりに厚生省で検討したときに、何よりも現地、現場主義でいってほしいというのが、私どもの考え方であった。机上でつくってはいけない、戸口に立ち、実際にサービスを受ける方々と対面しながら、実際に顔を見ながら、データを取るということを、計画のなかに入れてもらえないだろうかと考えました。とくに管理職の人たちが現場を離れて、デスクワークをしてはならない。もう少しいえば、実際にサービスに従事している職員の方々、あるいは民間でいろいろとサービス供給を受けもっている方々が、いったい現場でどういうことを感じとり、何が課題だと考え、どういう必要があると考えているかということを含めて、それらを計画のなかに入れていく、取り入れていくことが何よりも重要ではないかということです。これを広い意味で参加による計画づくりと申し上げたわけである。

これにはいろんな理由があって、今日はあまりたくさんのお話はできませんが、この保健福祉計画を実施していくためには、役所が直営だけでやれるなんてことはない。しかもそれは望ましくなくて、この計画の性質の一部には、広い意味で社会計画的な側面があると強調しているのもそういう点です。私どもの言葉でいえば広く地域の資源を、これは住民にはなかなかわかりにくいですが、さまざまな人と、さまざまなエネルギー、あるいはいろんなところの資金があるので、そういうものをどういうふうに組み合わせて、地域のニーズに応えていかれるかという、そういう仕組みづくりが重要なのです。その仕組みづくりがうまくいくかどうかということの出発点で重要なのは、この計画の策定過程のなかにはしかるべき方々がお

入りになっているかどうかということでした、それなしに、この計画の正当性は担保されないわけです。狭い範囲の担当者だけでつくってはいけないということも、ここに大きな理由があるのだと私どもは考えました。

それから、私が計画づくりと申し上げたことは、同時に4番目の計画実施体制の問題と連動することになります。これもご報告のなかでご指摘があったように、従来は計画をつくると、そのあとこれをどういうふうに進捗管理していくかという、その進捗管理の体制が比較的ずさんなのです。私の関与しているところでは、計画をつくった職員、および計画に参加した参加者グループというのが、同時にこの計画の実施過程の一種のモニターになって、少なくとも第1回目のローリングまでは付き合っ、実際にこの計画が当初見積もったように動くのか、どこに難点があるのか、どこが問題、どこが弱点で、どこを間違ったかということについて、つぶさに検討していくという、そういう計画の進捗管理の体制というのが、かなり重要だと思います。

計画づくりにタッチした担当者は、計画ができた、はいこれで終わりというのではなくて、計画をつくった人は、少なくとも数年間責任を取るような形で実施も担当していただいたらどうかと思います。これは役所の人事のあり方に関与することになるので難しいかもしれませんが、小さい町村にいくと、調査と計画を独自に行うような余力がないということがあります。ある程度自治体の規模が大きくなると、専門にこれを担当する人を

少なくとも1人2人は置けるので、結構、計画は充実した内容になりうるのですが、日常業務をやりながら計画をつくるということになると大変だと思います。それでもなお、私は次のように申し上げています。どんなに小さい町村でも、この計画の行方は地域のあり方と、その自治体の自治行政の質というものを決めていくのだから、日曜、祭日、夜もなく、役場全体をあげてこの計画づくりを行うかどうか、いちばん大事ではないか、この点についていえば職員組合とも折り合えるのだ、と。

そういうときに私が申し上げたのはこういうことです。市町村長さんは口を開けば人材が欲しいとおっしゃっている。市町村でどうやったら人材が育てられるか。人材は職場や仕事を通じてしか育たない。その場合どういうふう育てればいいのか。それは調査と企画をさせることである。そして現行法上のさまざまな壁を乗り越えて、自分たちで地域をつくっていくための計画ができるかどうか、自治体職員の質を決めていくのではないか。そのために首長さんが激励していただいたらどうですか、と。

ある町長さんがこういっているそうです。「自分はきみたちがやらなかったことには責任は取らないけれども、やりすぎたことには責任を取るから頑張ってもらいたい」と。私どもが願っているのはこのタイプの首長さんです。

あまり学問的な議論でなくて恐縮でしたが、1、2付け加えさせていただいて、私の感想とさせていただきます。

コメント

私は社会学の出身ですが、昨年3月まで25年間医学部の保健学科というところにおりまして、4月から今度は社会学部の社会福祉学科のほうに

移りました。そんなことで、今日は全体としては保健福祉における計画ということですが、若干どうしても保健のほうに偏った形でのコメントにな

東洋大学教授 園田 恭一