

多様な福祉サービス供給主体の特質と分担関係

城戸喜子

はじめに

社会福祉サービスの供給問題が近年頻繁に取り上げられる理由は、人々の中に福祉サービスが現時点で量的にも内容的にも不十分であり、何らかの方法で量を増やしながら、その種類と内容を充実させ、且つその費用を最小に抑えたいとの意識があるからだろう。また福祉サービスの公的費用抑制の主張も含まれている。あるいは福祉サービスへのニーズが大きく、それへの対応に乗り出した供給側に混乱が生じており、それらを整理し秩序立てる必要があると感じている向きもあろう。言い換えるとそれらの論議は全体の量的不足の解消、きめ細かで柔軟で即応的なサービスの普及、および合理的な単価での供給への欲求、すなわち手の届くところに安心できるサービスがあることへの要求だと推察される。

それらの要求は、現行の行政責任によるサービス実施（行政決定および公費に基づき地方公共団体および社会福祉法人が提供する）方式では、原理的にも実際にも達成され得ないし、多くの人はこのままの状態を望んでいないとの認識に基づいている。こうした供給方式は、確かに一方で規制によりサービスの質を一定水準以上に保ち、他方で費用の膨張を予算枠で抑制し、利用者を緊要度と公平性の視点から慎重に選んで割り当てるから、ニーズが少数の場合には有効である。しかし大量の多様なニーズ発生が予測される状況下では、弾力的で速やか且つ包括的な対応を不可能にする。今後における多数の要介護高齢者出現とニーズの

多様性を想定するならば、従来の供給方式に何らかの工夫が必要となる。

以下では、Ⅰ節で社会福祉サービスが行政による規制中心の限定的提供に留まってきた経緯、Ⅱ節でそうした狭い枠が揺らぎそれを越えた各種供給主体の活動が活発化している状況、Ⅲ節ではそれらの供給主体間の特質と、それらを踏まえた相互の代替・補完、あるいは分担関係について述べてみたい。

Ⅰ 社会福祉サービスの特性と供給の限定

もともと社会福祉サービスは、個人や家族員に心身のハンディキャップが生じ、日常生活上で自立して行動できず何らかの援助を必要とする場合に、それが家族・親族内でも市場からの購入によっても不可能な際に、家族・親族および市場外から提供される支援サービスと定義されている。この定義から、提供主体が行政あるいは民間非営利団体であるだろうことが読み取れる。またここでの心身のハンディキャップには、高齢期における心身の障害も年少・中年期の障害も、乳幼児・児童期における保育・養護の必要も、非行に基づく教護の必要等も含まれ、それぞれ老人・障害者福祉、児童福祉、更生福祉等と呼ばれている。

古い歴史を遡ると、これらの社会福祉サービスは貧困者救済の中で、主として施設収容の形で行われていた。すなわち貧困の原因は、心身健康な失業者を除けば傷病・障害等の労働不能にあったから、これらの労働不能貧困者は衣食住を一体的に受けるため特定の場所に隔離され、衣食住に加

えて看護・介護・養育・教育が施された。しかも当初その提供主体は各教区の宗教団体が中心であった。また後に提供責任が地方自治体に移されるに際し、多くの基礎自治体は統合され財政基盤の強化を図るのが通常の姿であった。

その後の工業化・経済発展とそれに伴う社会保障制度の展開は、貧困者の事後的救済の役割を縮小し、事前的予防を目指す社会保険（労働災害・職業病、失業、年金等）と公衆衛生・医療に重心を置くこととなった。またこれらの制度は国が法定し、国または州・県の責任となった。従って貧困・低所得者の事後的経済援助は最後の安全網として、地方政府の公的扶助あるいは社会扶助の形でしか残らない。このような社会保障制度の生成過程は雇用労働者の増大と、彼らの労働・生活条件改善の運動、経営者・資本側の生産効率増進の精神と技術、および国民経済と社会の安定を図る行政の施策の結果である。

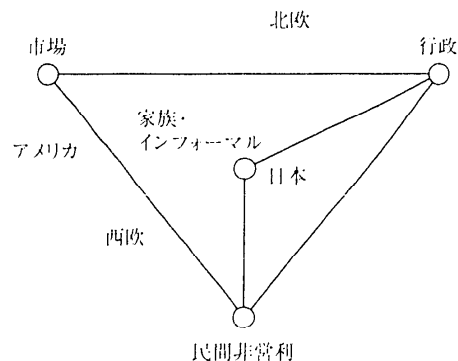
こうした経過の後も社会福祉サービスは長い間低所得層対策のままであった。それは多産多子社会から少産少子社会に至るまで時間がかかり、また障害者の出現率もあまり高くないため要援助状態の発生が稀だったからである。更に女性の就労率——とくに既婚女性の雇用率——が高まるにも時間を要する。経済水準の向上は食生活の改善、教育——とくに女性の教育——水準の上昇、衛生知識や上下水道の普及、医療技術の進展等を通じて、死亡率の低下と長寿化および出生率の低下をもたらす。また女性とくに既婚女性の社会参加を促進する。しかし平均寿命の伸長や教育効果はかなり遅れて出現するから、社会福祉サービスを必要とする者の割合は長い間ごく少数で、相対的に特別な人々だと見做され続けた。

漸く早い国では1960年代に、遅い国でも1980年代には高齢者の割合が1割近くに上り、高齢による障害が誰にでも起こり得る普遍的な事故であり、高齢者・障害者サービスは低所得階層のための特殊なものではないことが認められるようになった。また女性の就労率とくに既婚女性の雇用者割合も、1960～70年代の経済好調期から徐々に増加し、現在では保育サービスを必要とする人々

は一般化している。こうした展開の中で、隔離収容を中心とする貧困者向け社会福祉サービスは図1にあるように、現在の行政による一般向けサービス供給中心の北欧諸国と、民間非営利団体によるサービス供給中心の西欧諸国の類型とに分かれていく。

しかし財源はどちらの類型の国においてもごく近年まで租税中心であり、後者でも現金給付中心の低所得層援助と同じ制度内で社会扶助として、サービスが実施されていた¹⁾。なお現金給付中心の事後的経済援助は、どちらの類型の国でも基礎自治体・州の業務として残っており、このあたりが日本と決定的に異なっている。その理由は事後的経済救済の制度が、これらの国では最後の安全網として臨時的な役割を果たし、他の制度に円滑に繋げてゆけるよう、社会保障制度全体の中に組み込まれているからである。

日本も他の先進諸国に見られるような長い前史をもつが、第二次大戦後における社会保障制度の発展は急速であった。それだけ日本における工業化と経済の成熟化、およびそれに伴う社会的変化は急激であった。またそうした社会的変化に対応した制度整備に要する費用の財源も、急速に準備することができた。いま社会福祉サービスの展開過程に焦点を当てると、敗戦から1950年代半ばにかけては、戦後の経済・社会的混乱を乗り切るための貧困・低所得層対策であり、それ以降1960年代半ばまでは老人福祉、母子福祉、およ



資料：Evers & Wintersberger, *Shifts in the Welfare Mix*, Campus/Westview, 1990.

図1 福祉ミックスに関する各国の位置付け

び精神発達障害者福祉等利用者群別サービスの萌芽が見られ、その後1970年代に入り高齢化社会の到来が意識されるようになる。

この間における経済の側面を見ると、1950年代半ばには戦前の生産水準を超え、そのまま1960～70年代前半の高度経済成長の時期に向かい、そうした財政基盤に支えられ社会保障制度は1961年の皆保険・皆年金体制から、主として給付水準の改善を通ずる拡充の時期を経験する。しかし1970年代半ばから1980年代初めにかけ日本は経済面、社会面、および社会保障・福祉の面で大きな転換点を迎える。それは経済基調の変化、到達した豊かな社会における高齢化の傾向、および社会保障・福祉制度の成熟に伴う思想的転換であった。三者が同時に到来したこと、また高齢化の急速であった点が日本の特徴といえよう。

1970年代後半には上述の社会的変化や制度の展開と同時に、海外の福祉先進国から福祉サービスの普遍化や、一般社会からの隔離を導く施設収容に代わり、地域への統合と日常化を目指す理念あるいは在宅福祉の思想が頻繁に紹介され、日本でも福祉サービスを事後的経済援助から切り離し、量的・質的に強化しようとの主張が目立ち始めた。1980年代に入るとこうした考え方は費用面からの考慮も働き、在宅福祉政策に直結していった。また上述のように、1970年代半ばに始まる低成長化と高齢化進展の展望に基づき、国家財政との関わりの中で、1960年代～70年代前半に拡充された社会保障制度全般を見直し、とくに行政サービスへの依存から民間企業の活力利用を図るとの論調も並行していたのである。

いま老人福祉の領域に限定すると、1963年の老人福祉法は入居に経済的要件を付けない特別養護老人ホームの設置を決めた。これは従来の低所得層向けとは異なる新しい考えによっていたが、1970年代とくにその後半から1980年代まで設置数の急速な増大は見られなかった。しかも1980年代末でもその定員数は65歳以上人口対比で1%強にすぎず、また法制上は経済条件によらないにしても、極めて限定的な定員数、入居までの手続き、および利用料金の決定方式から、実際に

は多くの人が救済対策的だと見做してきた²⁾。従って普遍主義の思想に基づいていても、その思想やサービスが一般に浸透しないまま、在宅福祉中心の政策に転換してしまったと判断される。

他方、在宅福祉の柱ともいえる老人家庭奉仕員、すなわち老人世帯向けホームヘルパーも既に1963年の老人福祉法で制度化された。しかし顕著な増員は1970年代以降である³⁾。また経済状態が利用要件から外されたのは1980年代に入ってからで、経済社会全体の推移やそれに伴う福祉サービスの一般化と並行的といえる。ただこの場合にもサービス量すなわち奉仕員数は現在でも少なく、実際の利用者は低所得層あるいは高齢単身・高齢夫婦世帯優先である。なお1980年代末におけるヘルパーの対65歳以上人口比は0.24%に留まっており、国際比較によると桁違いの数値である。従ってこの場合にも思想的には普遍主義だが、実態は極めて限定的な割当あるいは配給といえよう。

以上の推移から、老人福祉サービスが国民の生活水準の上昇に伴い、低所得層向けから一般化・普遍化に向かおうとし、足踏み状態のままであることが理解できよう。結局、社会福祉とくに老人介護の領域を例にとると、日本の経済社会が成熟の段階に入り高齢化に伴うサービス拡充の必要を人々が認識したときには、既にニーズの増大が急速でまたそれを満たす公的財源の確保が困難な経済状況になっており、そのため一般の人々が普遍主義に基づくサービスとして認識し利用できるほどの量と種類を、行政責任で確保できなかったというのが実態である。

II 福祉サービス供給の各種組織・人材と財源

経済水準の上昇に伴う社会保障制度の基盤整備と、給付改善は殆ど1970年代前半までに一巡し、1980年代初頭以降の状況は後発の福祉サービスを普遍化する過程で、困難に遭遇しているというものであった。またこの頃までには、国民全体の生活水準も高齢層の生活もある程度ゆとりを含むものとなっていた。それは社会保障施策展開の中

で、皆年金発足から20年を経て制度が成熟化しつつあったこと、1980年には厚生年金の標準的給付額が標準的勤労者の所得に対し68%の水準に達したこと、更に皆保険体制の中で1973年に老人医療費公費負担制度が導入されたことによっても示される。

このような背景の下に登場し展開されてきたのが、福祉公社による契約制の有償福祉サービス、企業による医療・福祉事業、および市民の自発的組織による会員制福祉サービスである⁴⁾。これらが主として在宅福祉サービスであるのは、それだけ在宅福祉サービスの種類や性格が様々で、それらに応じた供給方式——供給組織、人材の確保と利用法、および財源構成——を取り得るということであろう。勿論、企業の中には居住と介護の機能を併せもつと標榜する老人ホーム事業に乗り出したところもあった⁵⁾。それを可能にしたのは、たとえ個人間・世帯間所得・資産格差が存在するにせよ、高齢者を含む国民全体の生活水準の上昇と高齢化が、従来からの行政責任に基づく福祉サービスだけでは、量・質両面で満たされないニーズを生じさせていたからである。

すなわち普遍主義を志向していても財源面で一般化が困難な状況下では、少数の特殊集団が伝統的な行政責任による福祉サービスを受ける一方、多数の一般階層が福祉ニーズを満たし得ないまま、他から福祉サービスを求める方向を探ることになる。ここでもしニーズをもつ者が十分な購買力を併せもつならば、当然のこととして市場を通じてサービスを入手する。問題はどのくらいの購買力ならばどの水準のサービスを入手できるかであろう。企業側から見れば、対処に個別性があり労働生産性が低く人件費の高くつくサービスに、どの程度の価格を人々が支払おうとするか、その結果どのくらいの費用をかけられどのくらいの利益を上げ得るかということになる。

従って福祉サービスの市場生産に関しては、その労働生産性や厳密な生産費用の分析が不可欠である。しかしいままでのところその種の調査研究はあまりない。ただおおよその見当として、サービス実施に要する用具——例えばベッド、歩行器、

車椅子、補装具・福祉機器、簡単なりハビリ用具、遊具、あるいは簡単な医療具等——に関してはモノの生産であり企業の採算に合うだろうし、食事サービスも家事援助も市場生産は可能だと思われる。逆に濃厚な人員配置と高い専門性を要求されるサービスは、人件費をカバーする価格を付けることにより、消費者を高所得・高資産者に限定することになるだろう。すなわち重介護に関しては企業の採算は合い難いと推察される。

従って重介護の場合には、入居・介護施設が企業活動として成立し得るかを、慎重に見極める必要がある。何故ならば特殊日本の事情により施設建設のための土地購入には莫大な費用がかかり、その回収が重介護に要する高い人件費に上乗せされ、高額の価格付けに傾かざるを得ない。元来良いサービスを保つためには高い費用がかかり、価格も高くならざるを得ない。そうした入居施設は、やはり限られた高所得・高資産層のみしか利用できないと思われる。

勿論この種施設の存在はそれなりに意義がある。問題は多くの普通の人々あるいは平均的な高齢者に対する入居・介護施設、および在宅の重介護サービスをどうするかである。他の側面はこれら中間層が、たとえ公的介護施設に行政決定により入居できるとしても、そこで提供されるサービスに満足せず入居を望まない可能性である。例えば現在の特別養護老人ホームでは個室は少数である。他方、個人差はあるにしても一人になる時間をもちたい人は多いだろう。これからの同ホームが個室化に向かうにしても現状では、そのような空間を望む人は他に介護施設を求めざるを得ない。

入居・介護施設は人件費と建設用地の購入価格の高さの両要因が、そこでのサービス費用を高騰させる。従って一般の中間所得層が入居し介護を受け得る価格とするには、これら費用の企業負担分を軽減する必要がある。一つの選択肢は公有地に住宅供給公社が建物を建て、管理運営は供給公社と民間企業との出資による財団が行うという制度である⁶⁾。入居時に終身利用権料を支払い、同時に生命保険会社の終身年金保険に加入しその保険料を一括払いする。生命保険会社から各入居者

に支払われる年金は公社が代わって受け取り、相互扶助の形で要介護者の介護費用に充てる。1994年時点で首都圏近くのある公社が建てた施設への入居時費用は、両種費用の合計で3000万円弱が標準とされていた。

筆者が最近、武蔵野市福祉公社方式で試算した単身女性の65歳以降、86歳まで21年間の在宅介護費用は、75歳になって初めてサービスを利用するとして11年間で約3000万円であった⁷⁾。また老人保健福祉計画によるモデル・メニューを最大限利用しても、この費用は1000万円程度しか削減できない⁸⁾。従ってもし本当に生涯にわたりこうした入居先で継続的に介護が受けられるならば、この水準の価格は仕方がないだろう。逆に2000万円前後の終身利用権と1000万円弱の介護費用のための保険料で、果たして90歳前後まで長生きし重介護状態に陥った場合、終末ケアを保障されるのだろうかという疑問もわく。この問題は、恐らく施設建設時における入居者の年齢構成とも関連しよう。

またこの種の大きな買物には、購入してから気に入らず解約する際の入居金返済の取り決め、入居後の個人負担額の問題も付いて回る。入居後の生活費は食費、光熱費、管理運営費、雑費、小遣い等に限られ高齢年金で賄い得る範囲とされているが、果たして20万円程度で足りるのだろうか⁹⁾。こうした未解決の課題は残るが、この種の第三セクター方式は可能性の一つといえよう。更にこの範囲から一歩踏み出して、民間企業の施設建設に対し補助や利子補給を行い、その代わり施設内容に基準を設ける方式も考えられる。これは西独の社会住宅の制度に似ている。但し社会住宅は一般世帯の居住水準を上げるためのもので、高齢者住宅を目指していたわけではない。

あるいはこの種施設は軽い援助付きの住宅と割り切り、重介護の場合は外部から人を派遣し、その費用を利用者の負担能力を勘案して補助する¹⁰⁾。但し介護者派遣の条件として居住施設の基準を厳しくし、介護を容易にする設備の設置やバリアー・フリー化を義務付けるという方法もあろう。より一般的な対策として健康保険組合、共済組合

および厚生年金保険加入者のための入居・介護施設、あるいは年金福祉事業団による同種施設の設置も考えられる¹¹⁾。これらの組織は多くの中間所得層を含み、また非営利団体にしては大規模な資金や用地をもっている。健康保険組合の豪華な大規模保養施設や共済組合、厚生年金の立派な宿泊施設は全国に存在する。人件費の部分については工夫を要するにしても一考の余地があろう。

次に在宅福祉サービスであるが、1980年代半ば頃から企業による事業も住民参加型供給組織も徐々に目立ち始めた¹²⁾。しかし基本的に著しい個別性と、状況変化への柔軟な対応を必要とするサービスであるため、短時間で多くの利用者へ供給できる事業ではない。また障害の程度が重くなるにつれ、一人のサービス供給者が対処できる利用者数は減少する。あるいは一人の利用者に対して配置されるサービス供給者の種類と人数は増加する。また在宅の場合には利用者が一箇所にまとまっているわけではないので、時間的にもロスが多い。このように入居・介護施設とは別の側面で生産費用が高くなり、良質のサービスにはそれなりの価格を付ける必要が生じる。

企業による介護サービスは種類の豊富さ、きめ細かさ、柔軟性、即応性、すなわち質の側面で公的責任のサービスより優れていても、販売価格の高さで事業を伸ばせないといわれている。そこには行政責任による介護サービスの利用者負担が低すぎて、企業は競争できないという主張も含まれる¹³⁾。確かに前者の販売価格は低すぎ、価格体系そのものも合理的でない。そうした面の改革は必要である。しかし公的サービスに関する周知度自体がかなり低く介護で苦闘している家族・世帯は多い。また存在を知っていても、手続きの煩雑さ、人間関係、世間体、あるいは自負心から利用しない市民も多数いる¹⁴⁾。更に利用しようとしてももともと量が限定されているから、申請が却下される場合もある。

こうした人々が企業サービスの利用をためらう理由は何だろうか。行政責任のサービス価格に依存的になっているからではないだろう。従って行政責任のサービスと競争できるよう、条件を全く

同じにするための補助は必要ない。ただ価格がもともと高くなる性質の商品であり、すべてを公費で賄い得ない以上、民間企業に何らかの公的助成を行い、公私両部門で費用節約をする工夫はあってよい。逆に企業サービス利用者に対して、利用者の支払い能力に応じ高い購入価格の一部を援助する方策も考えられる。これらの点は民間非営利組織の同種事業にも当てはまるといえよう。

そこでその種組織の活動をどう把握するかであるが、1987年から毎年公表されている全国社会福祉協議会編『住民参加型在宅福祉サービス組織調査報告』¹⁵⁾の組織について検討する。同報告書によると住民参加型組織は福祉公社のような行政関与型、社会福祉協議会運営型、社会福祉法人施設による運営型、住民互助型、協同組合型等に分けられるが、最初の三種組織は行政主導的で、後二者のみが住民の自発的活動と見做し得る。その理由は、組織類型別に見た事業開始の主たる理由に前者の多くが、「当該自治体から事業開始についての要請があった」を、また事業運営財源の確保手段として当該自治体の補助金、助成金を挙げていることから、明瞭に読み取れる¹⁶⁾。

従って三種の組織は行政が基礎的財源を保障しながら、行政決定とほぼ全額公費負担の伝統的な形態を、自由契約と利用しやすい料金に基づく柔軟な福祉サービス供給に転換しようとした結果であり、その中に有償ボランティアあるいは時間貯蓄等の形で、住民のエネルギーを上手に巻き込んだものと判断できる。利用者は家族・他の市民への遠慮や長い待機期間なしに、しかも比較的低廉な価格で柔軟なサービスを購入でき、行政は従来のような重い負担感なしにサービス供給を増やすことができ、双方にとって良い結果となるはずであった。その意図は評価できる部分もある。

問題は、サービスの主たる担い手・協力員が行政による研修を受けてはいても、それほど専門的に高度な技術をもっているわけではなくその結果、家事援助や軽介護には当たれても重介護には適さないという点、また今日の時点では設立当時のような人員確保ができなくなっていることである。後者の理由は主として給与水準にあるという。し

かし給与水準を上げるのであれば、入会金や利用料金を上げるか行政からの援助を増額するか、無駄な経費を削るかの三つの選択肢しかない。都下にある一自治体の公社を例にとると、同ヘルパーの1時間当たり利用料金は公的ヘルパー、家政婦協会、シルバー人材センターに比べ、また年間人件費も後二者に比べ最も高くなっている¹⁷⁾。

これは公社の運営方式に問題があるとは考えられない。なおサービスの内容は公的ヘルパーと家政婦協会だけが重介護を担い、人材センターも公社も家事援助・軽介護に留まっている。以上は家庭奉仕員に話を限定してきたが、同じ公社の食事サービス利用料金が街の出前サービスより高く、味もあまり良くないという評判も付け加えておきたい。しかもこれは民間委託によっているから、大変問題だといえよう。発足当初の献立や味付けはかなり評価されていた。第三セクター方式はアイディアとして優れていても、時間の経過とともに公的部門の欠陥と市場部門の欠陥が、重なって出現するということであろうか。そうであるならば、住宅供給公社による有料老人ホームの将来も明るくない。

それでは住民互助型と協同組合型はどうだろうか。両者は明らかに純粋な民間非営利団体であり、後者は必ず前者も多くの場合に会員制組織である。両者の相違は恐らく組織の規模と財政基盤であろう。前者は財政基盤も弱いだけでなくサービスの担い手を確保し続けることに困難がある。その結果、前記報告書が指摘しているようにこの種組織は消長が激しい。目的の明確な自発的組織であるから設立もしやすいが、安定した継続は難しい。もう一方は経営の安定した既存組織の中で、会員に必要な新しい事業として福祉サービスを開発するわけだから、人材は多数の会員を基盤に確保できる。しかし住民互助型の場合には、新しく呼び掛けることで組織を設立するため、当初から大規模なものは作り難い。

そうなれば常に規模の拡大や維持に努めなければならない。前記報告書によると、サービスの担い手登録者数に占める実稼働人員割合は35～36%であり、ニーズへの対応にはサービス希

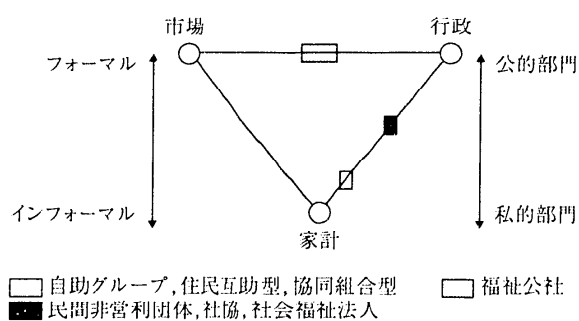
望者の3~4倍の人員を集めておく必要がある¹⁸⁾。従って組織としての成功は次々と新しい人材を開発し、その人々を引き留め有効に実働させることができるかどうかにかかっている。個人的関係や公的・準公的機関への案内等様々なルートを通じて、多くの人に関心を抱かせ参加意欲を刺激し引き付け、有意義な活動であることを実感し続けてもらえるような工夫をしなければ、人材は枯渇してしまう。そのためにはボランティア的要素を含むサービス団体とはいえ、財政基盤や事業内容の援助が重要になる。

ただこの種組織には、近年の福祉への関心の高まりもあって、子育て一段落後あるいは定年退職後、社会的に有用な労働に従事したいとの動機をもつ比較的良質な人材が集まってきている。その様子はあたかも、福祉ニーズの増大と公的責任下のサービス提供とのギャップに気付いた住民が、一方に自己防衛と助け合いの意識を、他方に柔軟で有用な働き方を求めて集まっているように見える。こうした動きは福祉社会成立の基盤として重要であり、今後の安定した発展・成長を支援する必要がある。サービス単価は市場価格に比べ必ずしも低廉ではないが、それは事務費、研修費や場所代等の間接的費用を含むからで、むしろ間接費への公的・半公的資金の投入や技術援助、連携・協力が望まれる。

III 各種供給主体の特質・役割と相互連携

前節では公的責任による限定的な福祉サービスでは、量的にも種類・内容の点でもニーズが満たされず、市場サービスや半官半民のおよび民間非営利サービスの出現してきた理由や現況を見た。本節では前節でも多少触れたこれら供給主体の特質に基づき、各種供給組織の役割と相互の分担・連携関係について述べ、まとめたい。

多少、繰り返しになるがまずサービス供給主体の種類を整理し、その特性を確認するところから始めたい。図2は福祉供給部門の位置付けを示したものである。家計はその内部で援助サービスを提供できない場合に、市場または行政からそれら



資料：Evers & Wintersberger, *Shifts in the Welfare Mix*, Campus/Westview, 1990, を参考に作成。

図2 福祉供給部門の位置関係

を得ようとする。民間非営利部門は家計と行政を結ぶ線路上に位置するが、社会福祉法人(施設)や社会福祉協議会は行政により近いところに、自助あるいは住民互助グループは家計により近いところにある。両者の相違は設立の動機と住民の自発性および、行政からの財政援助と制度化(フォーマル性)の程度にある。従って更に家計に近いところに、親族・近隣・友人といったいわゆるインフォーマル・グループを記すこともできよう。

これに対し(福祉)公社は市場と行政とを結ぶ線路上にある。それは勿論、営利団体ではないが事業運営の仕方から見て市場の方向に近いと判断される。例えば前節で取り上げた自治体の公社ヘルパーは家政婦協会委託部分を多く取り入れ、食事サービスも民間委託により、両者とも供給価格は市場並みである。また家計の資産を担保とする通常の経済計算による契約を前提としている。更に住宅供給公社が建設し民間銀行と組んで運営を行い、介護費用は入居者の民間生命保険との契約によっている有料老人ホームがある等、市場との結び付きが深い。従って公社として一括し行政から市場への線路上に位置付けた。

それでは家計から見て両極にある市場部門と行政部門の特性と役割を整理しよう。市場部門は、サービス供給事業により利潤を上げそれを出資者に分配する義務があるから、できるだけ供給費用と販売価格との差を広げ、且つ販売量を増やさねばならない。そのためには消費者のニーズに敏感になり品種を増やし、それらの内容を充実して供

給価格と生産費用を低く抑える必要がある。従って新しいサービスの開発や内容の改善、またより低廉な供給方法の工夫が継続的になされる。消費者の満足を求めてきめ細かな対応もなされ得る。問題はとくに重介護の場合に、利用者一人当たり配置される従事者の種類、専門性、数あるいは時間が増加し、人件費が嵩むことである。

結局、どうやって採算を取るかが企業にとって決定的な課題であり、逆にいえば市場部門は消費者ニーズに応じたサービスや技術の開発、および効率的な（消費者を満足させつつより少ない費用で賄い得る）供給方法を工夫し、あるいは贅沢ともいえるサービスを供給する等により、他の供給主体に刺激を与えることが大きな役割である。

次に福祉サービス供給主体としての行政部門の特性は、多人数からなる強固な組織と高度な専門性に支えられ、且つ大規模な施設・設備を備えていることである。同部門の行動目的は家計へのサービス提供にあるが、提供の決定に際して公平性を重んずるあまり、決定内容が一律あるいは画一的になりやすい。意思決定に時間もかかる。更にサービスの内容と量に見合った支払いがなされず、相互の意思疎通手段がなくサービス内容や生産費用の点検を欠く傾向にある。加えて多くの場合、家計との空間的距離は遠く、これらのことを合わせ行政サービスは硬直的で、とかく柔軟性を欠くといわれている。小回りが利かず新しいニーズや細かい要望には鈍感だともいえる。

最後に民間非営利組織は、行政が事後的経済援助とともに福祉サービスを引き受ける以前から、宗教団体を代表として活動していた。イギリスが福祉国家体制を第二次大戦後に確立したときにも、福祉サービスは所得保障や医療保障とは別に、民間非営利組織の活動に中心を置くとした。その後1960年代末には地方自治体が社会福祉に大きな責任をもつこととなったが、各種民間非営利組織が全国的規模で現在まで活動を続けているし、またヨーロッパ大陸諸国ではこの種組織が中心となって福祉サービスを供給している。こうした組織による活動の利点は、行政部門のように家計から遊離せず利用者のニーズを汲み上げて対処し、そ

れが不可能な場合には行政に対応を迫ることであろう。

この種組織を供給主体の中核とすることは、自由な市民社会の存続を狙い、各人の自発性をできるだけ尊重し、意見表明と行動による参加を通して直接民主主義への接近を目指す。この理念を日常生活上の側面に反映させると、同じ自治体内でも地区ごとに特性があり、居住地区により住民のニーズの種類や量も変化するから、市民はより近接した場所でニーズを表明し、サービスの配備の仕方に注文を付け、また供給に参加することができる。これは容易に即応的なサービスを入手することに繋がる。すなわち小規模でも多種多様な組織が存在し、独自の活動を展開することで政府に先駆けニーズを発見し、新しい対策に取り組み、市民にとって選択の機会を多く準備する。

これは自治体の中央への決定や供給の権限集中を排除し、地区別にそうした権限を配置することである。福祉国家が大規模な官僚機構を擁し市民生活を管理し中央に権限を集中させ、また資源利用に無駄を引き起こす傾向があることへの批判は続いている。インフォーマル・ケア論や多元的福祉供給論、また市民参加による福祉社会論は、そうした体制の改革を志向している。福祉国家からの対応としても、例えば政府間業務分担がもともと明確であったスウェーデンでは、地方分権を徹底し基礎自治体の中に更に小地区を設定して、福祉サービスに関する決定や供給の単位としている。これは福祉サービスのニーズを、できるだけ身近なところで処理するという考え方に基づいている。

結局、「身近なところでの福祉サービス」という考え方は、供給主体が中心であろうと民間非営利団体が中心であろうと共通している。恐らく市場部門中心であっても同様な方式が取られるであろう。例えば支店や出張所はその例である。従って行政部門による供給中心の国で小回りが利き難い場合には、行政と民間非営利組織の組み合わせで対応できるし、行政と市場の補完関係もあり得る。

民間非営利組織は上述のように家計と行政部門の線上にあり、その規模や財政事情や人材、専門

性等の点での安定性、すなわち制度化の程度に応じて複数の集団に分けられる。市民がこの種組織のどれを選択するかは、市場部門と同様にサービスの質と価格の関係にもよろうが、むしろ自分たちの意向を敏感に反映するかどうかにかかっているように思われる。行政は安定性があり制度化の進んだ組織を援助する傾向をもつし、それは公的資金の効率的利用という基準から見てやむを得ない面もある。従ってより制度化の進んだ組織は、より小規模で不安定な非営利組織を支援する、あるいは技術面で協力する役割ももつだろう。例えば社会福祉協議会や福祉施設が、住民互助組織を支援する等である。

このように地域に密着した非営利組織の活動はまた、インフォーマルな援助網の発見と援助に結び付き、自分たちの活動で対応し切れない場合には、より制度化された組織あるいは行政に繋げることを容易にする。行政は、自己の担当区域内のニーズの種類や所在、あるいはインフォーマルな援助について熟知し、必要な場合には支援の手を差し伸べねばならないが、民間非営利組織はそれを助け支える役割をもつ。インフォーマル部門は必ずしも、自ら行政にニーズや支援に関する情報を提供するとは限らないからである。民間非営利組織は両者の溝を埋め橋渡しをし、インフォーマル部門と頻繁に接触して心理的に支え続け、助言を行い緊急時に適切な対応をしたりする立場にあるといえよう。

以上それぞれの供給主体の特性と機能について整理した後に、それらを通して再び行政の役割についてまとめておきたい。第一に社会福祉の定義から導かれるものとして、家計に必要な福祉サービスを提供すること、とくに他の供給主体が実施できない場合に、個人・家計・世帯を守る義務がある。また行政は専門性の高いもの、および人件費等の側面で採算の取り難いものを供給すべきである。供給量あるいはサービスの種類に制約のあることは仕方がない。しかし供給価格を適正に設定することで財源を賄う工夫も凝らせば、利用者を低所得層だけに限定する必要はない。

サービスの質や供給方法に関する改善や改革も、

市場部門や民間非営利組織との競争の中で行い、標準的あるいは基本的サービスを提供するべきである。

第二に、多様な供給主体が存立し機能するための基盤を整備することである。すなわち内部に蓄積されたニーズやサービスに関する情報や専門知識・技術を、他の供給主体に提供する体制の整備、保健医療機関等との協力関係の調整、供給主体間関係の調整、人材育成や研修機会の設定、用地や大規模・中規模設備の低費用での貸付、および財政援助等である。これらは情報インフラの整備と提供、地域における連携・協力ネットワークの構築と調整、経営容易化への支援と言い換えてもいい。これらのことは必ずしも行政への集中、行政による独占、および行政への依存を奨励するものではないが、基本的には行政の責任と考えられる。

個人あるいは家族員に日常生活上の障害が生じ、他者からの援助が必要となったときに、通常は当事者に最も心理的・地理的に身近な者がニーズに気づき、手を差し伸べようとする。当事者に手を差し伸べる家族・親族、友人、近隣者に対し、あるいは要請のあった当事者に対し応え、その生活を守る義務が行政にはある。但しそれはすべてのサービスを行政が提供する義務を負うということではない。他の供給主体を紹介したりそれらに協力を求めることでもよい。行政が自らサービス供給に乗り出すかどうかは個々のケースによる。しかし他の供給主体に紹介する際には、必要な専門的技術やサービスを付加するか、保健医療機関等への協力を依頼する必要がある。

次に当事者あるいは家族のニーズをたまたま、民間非営利組織が知った場合にその組織は当然必要な対処をしようとするだろう。しかし供給能力がいっぱいの場合には、他の民間非営利組織あるいは行政に紹介することになる。その場合に他の主体の供給状況がわからなければ行動できない。従って地域に、その種情報を把握できるような情報システムのできていることが大切である。例えば在宅福祉の柱であるショートステイは、家族介護者の病気のような緊急時に、どの社会福祉施設に空床（短期滞在用）があるかという情報を、集

中管理するシステムである。

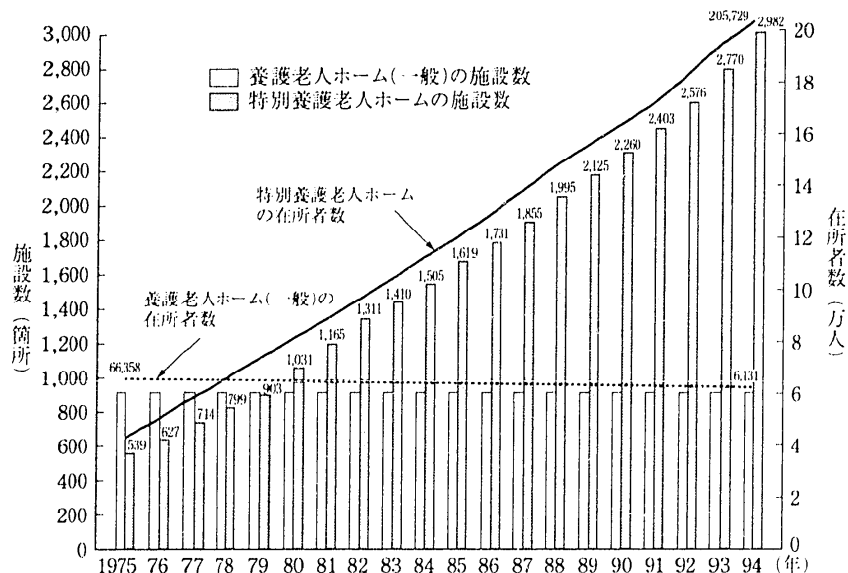
第三に用地や場所の提供については、タクシー業者のハンディ・キャブ・グループの事務連絡・集会所、民間非営利組織へのヘルパー派遣のための連絡・調整事務所、食事サービス・グループが調理材料、調理器具・調味料等を保管し、調理し集会・摂取する場所等、在宅サービスについても数多く考えられる。有料老人ホームについては既に述べた。最後に財政援助については、例えば民間非営利組織のヘルパー派遣調整者への報酬補助、家族介護者が休息を取る場合の外部サービス購入費用の代償等を挙げることができる。

注

- 1) 英・北欧では行政が福祉サービスを提供するから、一般財源によることは勿論だが、例えば旧西独では1995年に介護保険制度が実施されるまで、一部を除き介護サービスは州の事業である社会扶助制度の中にあり、経済援助とともに租税財源で賄われていた。
- 2) 付図1を参照のこと。
- 3) 付図2を参照のこと。
- 4) 例えば、資産担保付き融資と有償ボランティアの制度に基づく福祉公社が、東京都武蔵野市に日本で最初に設立されたのは1981年であった。また営利企業として独立して在宅サービスを行っている株式会社、ヘルシーライフサービス

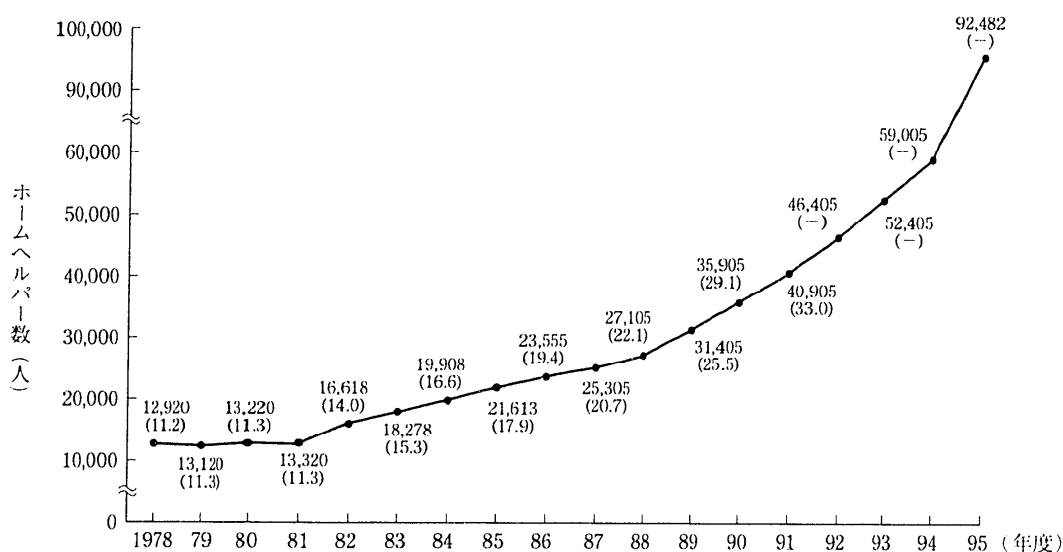
(HLS)は1984年に設立された。

- 5) 「有料老人ホーム設置運営指導指針」は1974年に出されているが、その定員数は1980年代半ばになって1万人近くに増大した。
- 6) ここでは茨城県住宅供給公社が土浦市に建設し、同公社と城陽銀行の設立した財団法人「茨城県ニューライフ振興財団」が管理運営しているケースを、例としている。それ以前にも神奈川県住宅供給公社が横浜市若葉台に建設し、財団法人「シニアライフ振興財団」が管理運営する、ヴィンテージ・ヴィラ横浜があった。
- 7) 社会経済生産性本部・福祉政策問題特別委員会報告『提言・持続可能な福祉政策の確立に向けて』、各論1.老人福祉・医療の課題と介護保険、資料1.生涯介護費用の推計を参照のこと。
- 8) 同資料を参照のこと。なおそこで用いられている老人保健福祉計画のサービス・モデルは、川崎市のものである。
- 9) 厚生年金受給者の1994年度における平均受給額。
- 10) 例えば介護保険の支給対象を有料老人ホーム入居者にまで拡大する等の方法もある。1994年の総務庁『全国消費実態調査報告』によると、世帯主が60～69歳の世帯で貯蓄現在高が約1500万円以下の世帯は全体の3割に上り、それらの世帯の年間収入は400万円以下である。夫婦世帯を想定すれば、年間世帯収入と貯蓄現在高がこの程度なければ、前記の第三セクターによる有料老人ホームには入れないだろう。世帯主の年齢が70歳以上になると、同様な条件を満たせない世帯は全体の48.9%に増大する。この場合



資料：厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」

付図1 特別養護老人ホームおよび養護老人ホーム(一般)の施設数と在所者数の推移



注: () 内は、人口10万対比。
資料: 厚生省老人保健福祉局調べ

付図2 ホームヘルパーの設置状況

付表1 世帯主の年間世帯収入と貯蓄現在高

世帯主年齢 70歳以上の世帯

年間世帯収入	～200万円	200万円～ 300万円	300万円～ 400万円	400万円～ 500万円	500万円～ 600万円	600万円～ 800万円	800万円～ 1,000万円	1,000万円～ 1,200万円	1,200万円～ 1,500万円	1,500万円 以上
世帯数割合	9.5%	16.9%	22.5%	13.7%	9.4%	10.1%	6.5%	4.1%	2.6%	4.1%
累積割合	9.5	26.4	48.9	62.6	72.0	82.1	88.6	92.7	95.3	99.4
貯蓄現在高	748	1,026	1,568	2,482	3,146	2,759	2,746	2,775	4,004	5,883

世帯主年齢 60～69歳の世帯

世帯数割合	3.6%	9.6%	16.6%	13.3%	10.9%	16.3%	10.8%	7.8%	4.1%	6.5%
累積割合	3.6	13.2	29.8	43.1	54.0	70.3	81.1	88.9	93.0	99.5
貯蓄現在高	788	1,036	1,534	1,840	2,087	2,200	2,516	2,666	3,197	4,937

資料: 総務庁統計局『全国消費実態調査報告』, 平成6年, 第3巻, 560, 562頁。

にもし単身世帯を想定して年間収入を300万円以下、現在貯蓄高を1000万円に下げても26.4%の世帯がこの条件を満たせない。なおこれらの世帯は8～9割が住宅を保有していることになっているので、有料老人ホームへの入居料は、その住宅を処分した代金によると想定している。付表1を参照のこと。

- 11) 1996年7月2日付『日本経済新聞』の記事は、健康保険組合が保険財政の悪化に対処する方策として、有料老人ホームの建設を決めた旨を報じていた。また年金福祉事業団は1992年当時、中・長期型、定住型、ナーシング・ホーム型、コテージ型等の有料老人ホーム建設を調査・検討していた。

- 12) 注4)にあるHLSはその例である。

- 13) 例えば『日本経済新聞』1996年7月2日付記事を参照のこと。

- 14) 塚原康博「人口の高齢化と地域福祉政策——在宅福祉サービスの実証研究」『季刊・社会保障研究』Vol. 32, No. 2。

- 15) 全国社会福祉協議会編『住民参加型在宅福祉サービス組織調査報告』, 1991年。

- 16) 同報告20-21頁。

- 17) 同自治体の派遣時間当たり平均単位は、家政婦紹介所1455円、シルバー人材センター938円、福祉公社ヘルパー1894円。常勤換算一人当たり人件費は、同じ順序でそれぞれ139万8000円、90万2000円、181万5000円であった。

- 18) 同報告48-52頁。

(きど・よしこ 慶応義塾大学教授)