

【戦後日本の福祉の形成から服し転換期の理解のためのメモ】

長谷 憲明

別表の解説

別表にそって、3つの分野について概説する。

I 制度の展開

1 戦後の日本の福祉の出発点はどこか

【はじまり】

戦後の日本の福祉の出発は、敗戦による大量の生活困窮者の発生とそれへの対策に始まる。敗戦と占領、そこから福祉はスタートする。

政府統計によれば、敗戦時の救済対象は約 800 万人、その内容は戦災罹災者、復員者、海外からの引揚者、戦争未亡人、浮浪児・者等である。これらの人たちに国家として、あるいは占領軍として何を行うべきかから出発した。800 万人に対して、まずはふるさとへの帰郷、農村共同体等による貧困者の吸収を進め、その一方で、GHQ の司令を踏まえ、昭和 20 年 12 月から「生活困窮者緊急生活援護要綱」による救済を開始した。

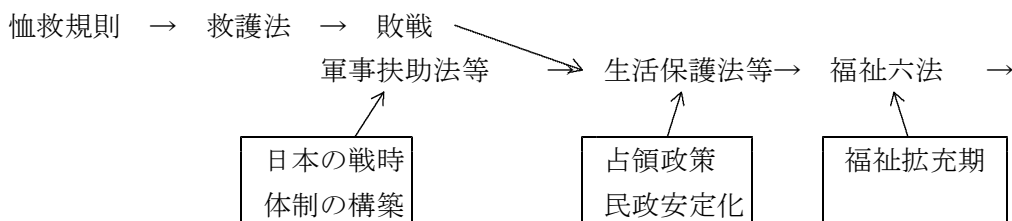
日米開戦と前後して「日本占領計画」に着手したアメリカの矢継ぎばやの改革が、いわゆる福祉分野でも始まった。

【余談】

日本の社会事業の歴史の理解として

- ・ 恤救規則 → 救護法 → 敗戦 → 生活保護法 → 福祉六法 という流れでの理解が定着しているが、これは「社会政策」の視点の欠如かあるのではと思字野だが。そのような思考パターンの発生要因については興味があるが省略

しかし、考えてみれば



と理解した方が流れとして分かりやすいのでは。各々の制度の利用対象者数を当てはめてみるとより明確になるのではないか。

ただし、占領下の日本の厚生官僚達 と GHQ の交渉ややりとり、GHQ を利用した日本官僚による必死の政策形成はあった。

- ・ これは今日の福祉の考え方に影響を与えている。戦後、日本憲法により初めて国民の「福祉」が実現した、福祉は「健康で文化的な生活、幸せ」を保証するものであるという考え方を安易に生み出したのではないか。

そういう観点からは、国民のセイフティネットは、あえて強調すれば、社会事業の流れというよりも、戦前の軍事国家の補完としての戦時厚生事業により、戦後は占領政策の結果としてその根幹がつくられたと思われる。このことはある種は耐えられないことかもしれない。

2 社会福祉事業法体制へ

昭和 21 年から昭和 26 年の間に日本の戦後福祉の原型は完成する。生活困窮者対策としての旧生活保護法（S21）の制定、これにより戦前の関係法律群（救護法、母子保護法、軍事扶助法、医療保護法等）は廃止となる。次に、戦災孤児対策としての児童福祉法（S22）が制定され、最後に傷痍軍人対策を含む身体障害者福祉法（S24）が制定された。そして GHQ の指摘を踏まえた生活保護法改正（S25）、それらの社会福祉各法の基本ルールを定めた「社会福祉事業法（S26）」の制定である。

この制定過程は、また世界史の問題に繋がる。昭和 24 年の共産中国の成立による冷戦構造と朝鮮半島による両者の接点と緊張。占領軍の日本民主化計画（占領政策）の転換とその影。そしてサンフランシスコ講和条約による日本の独立（S27）と、外国人問題の発生等である。と、同時に占領下における「混血児問題」が新たに生み出されている。

(1) 福祉三法体制

- ① 児童福祉法の制定
 - ② 身体障害者福祉法の制定
 - ③ 新生活保護法
 - ④ 社会福祉事業法
- } 福祉三法体制

上記の流れの中で、福祉三法体制が確立する。福祉サービス提供の組織・従事者・提供主体、サービス提供の考え方等がここで定まり、それが平成 12 年まで、約 50 年間の日本の福祉を規定することになる。

その特徴は以下のとおりである。

① サービス提供は政府（中央・地方）

国、都道府県、市（区）町村がサービス提供の主体として規定、ただし、その業務を特別法人である「社会福祉法人」に「措置の委託」をしてもよい。

※ここから「福祉サービス提供は国家の責任」という考え方が定着する。介護保険制度創設時に、サービス提供主体として、政府から、政府・社会福祉法人を含む福祉サービス事業者とされたことで、「公的責任の放棄」との批判がなされたが、これを根拠としている。

② 社会福祉事業の国家による管理

社会福祉事業法第 2 条で、社会福祉事業についての定義を行い、国家管理とした。これは社会福祉法と改正された今日も継続されている。ついでに言えば、1990 年の社会福祉事業法の改正までは、在宅サービスは「社会福祉事業」には分類されていなかった。

③ 政府からのサービス提供の受託者としての「社会福祉法人」制度の創設

民間事業者に対して、措置の委託費として政府補助金が交付できる道が開かれた。その経緯については、北場勉氏の著作に詳しく分析されている。

④ サービス対象者の選定装置としての「措置制度」

日本の福祉サービスの対象者は、2000 年 4 月の介護保険法施行までは、一部を除いて「所得が相対的に低い世帯」が対象となっていた。その選定の手法が、行政処分としての「措置制度」である。予算の範囲内で「対象者を選定」し、利用料は「所得

により徴収」するしくみとして機能した。この結果、例えばサービスに必要な財源（予算）の調製に際して、低所得者層のニーズを前提に行われることが常態化するとともに、低所得者対象の結果、ほとんどが利用料（自己負担）0円となり、一部を除き「福祉は無料」と「サービス提供は国家の責任」という考え方が、多くの人たちに定着することとなった。この制定過程についても北場勉氏の著作に分析されている。

では、利用できない人たちはどこにいったかとみると、制度的大きく補完機能の役割を果たしたのが、高度成長と終身雇用を基礎とした「企業の福利・厚生」ではないか。例えば、医療費の自己負担を企業の健康保険組合が補填する、年金積み立ての上乗せ、その他独自の運営により、従業員の「福祉の向上」を図ってきた。

実際の場面では、介護施設に変わる「老人病院」への入院や、10割自己負担での「有料老人ホーム」入所、また家政婦紹介所からのサービス購入+家族等の介護とうにより賄われていた。保育所であれば、無認可の保育所が公的サービスを下支えしていた。

しかし、これには一定のニーズがあり、負担能力があるという前提で組み立てられたサービスであり、訴える力が弱い「精神障害者」、「知的障害者」等の場合は、公的・私的施策が不十分なまま推移した。

★ 措置制度と生活保護制度

措置制度が主に低所得者を対象に予算の範囲内という考え方で運用されていたが、生活保護制度はその運用において異なる性質をもっていた。すなわち、生活保護の対象者は、生活困窮者であるが、その対象者の決定は、「当該世帯が生活保護受給要件」を満たすか否かであった。予算的制約は、しくみとしてない。要件に該当すれば、何人でも対象になるし、予算が不足すれば他からの流用や補正予算等が必要となる。

「権利としての生活保護」が実現されていた。この考え方は、介護保険も同様である。要件に該当すれば介護保険利用の対象者となる。障害者自立支援制度は、予算とか介護者の状況を踏まえ、サービス決定するので、考え方は措置時代の運用に近い。そこで、生活保護では何により調整したかということ「保護の適正実施」という名の引き締めである。濫給漏給の防止をテーマに戦後何回も行われてきた。その際問題となるのは、濫給であり漏給ではない。保護率の引き下げのための「申請受理の拒否」や「保護廃止」が行われる。能力が低い社会福祉主事がやると「切りやすい弱者」相手に刀を振るうことになる。

⑤ サービスを司る機関としての福祉事務所の創設

福祉サービスを調整・提供決定する機関として「福祉事務所」が市には必置となり、町村は任意設置となった。町村部で福祉事務所が設置されていない場合は、都道府県が福祉事務所を設置する。ここで福祉六法関係及び関連施策の実施を行う。従事職員として「社会福祉主事」制度が創設され、当初は積極的な社会福祉主事の養成研修が国や都道府県で実施された。ちなみに「福祉の東大」と在校生や卒業生の間で呼ばれている「日本社会福祉事業大学」のルーツはこの研修機関であった。

1990年に、高齢者等の相談機関として、設置主体市（区）町村（d 社会福祉法人への委託可）である「在宅介護支援センター」が創設され、高齢者本人や家族の介護相談等を行うこととなった。福祉事務所業務との重複が指摘されたが、創設の理由

のひとつには「官僚化して機能しない福祉事務所」の代替との考え方もあった。

福祉事務所の職員の意識改革を図るよりも、新組織を立ち上げた方が効果的・効率的という、現場実態を踏まえた考え方によるものである。

⑥ 社会福祉協議会の設置

占領下にアメリカモデルの影響を受け、日本の福祉が一貫して「公主導」であったにも関わらず、民間中心のアメリカの技法を導入したのが、ある意味で「社会福祉協議会」であるといえるのではないか。全国社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会、市（区）町村社会福祉協議会と数多く誕生し、今日ではそのほとんどが社会福祉法人人格を取得している。寄付文化がなく、サービスが公で提供されている日本で、財政基盤がない社協の生き残る道は、行政からの補助金に頼ることになる。その結果、役人達の天下り機関としての機能が最大の存在理由となっているものも少なくない。ある意味、日本の戦後福祉の縮図とも言えようか。

※ こんなことを書くと社協関係者の恨みを買うことになる。しかし、問題は提起しないと、業界のこの慣習は変わらないと思うので。

3 福祉三法から福祉六法へ、そして革新自治体

日本は昭和33年頃（1958）から高度経済成長へと進む。昭和36年からの所得倍增計画を経て、黄金の60年代、70年代へと続く。高度経済成長は、アラブとイスラエルの戦争などによる「石油危機」まで、約四半世紀続く。昨日よりも、今日、今日よりも明日が確実に良くなるという期待があふれていた。もっとも「・・・と昨日も思った（林静一）」という青春の挫折も確かにあった時代だった。

この時代は、措置をベースにした福祉法の拡充が行われる。知的障害者福祉法（S35）、老人福祉法（S38）、母子及び寡婦福祉法（S40）が成立し、先の福祉三法に加え福祉六法時代となる。

また、昭和〇〇年から社共共闘による「革新知事」が誕生し、経済成長と税財源の潤沢化を背景に、「進んだ福祉」を展開する。東京の中野区に発する「老人医療費の無料化」、障害者や要介護高齢者に対する地方単独の「手当の支給」、福祉施設職員に対する「給与上乘せ」等の施策が次々と地方から発信され、国の施策に影響を与えるようになる。例えば、老人医療費の無料化等は、中野区、東京都の実施を、昭和48年国が後追いする形で実現している。

この当時もしかしたら政権交代があるのかといった雰囲気は国の一部にもあったように思う。しかし、革新自治体は高度経済成長の終焉とともに次々と姿を消す。革新自治体とは何だったのかの検証はどこかで行われていると思うが、こと「進んだ福祉」について言えば、国の施策の上げ底の域を出なかったのではないか。低所得者中心の福祉サービスに+アルファを豊富な金銭給付で行う。それは自治体の豊かな財源を担保にして。後から「ばらまき福祉」と批判される手法は、手当の給付や医療保険の自己負担分の軽減・無料化といった「論理なき施策」であった。それは企業福祉の福利厚生の後追いとでも言われかねない内容である。この意味で、自治体に福祉政策の立案・形成といった意識があったのか疑わしい。福祉政策を国が独占している下でのささやかな補完に終わったのではないか。

4 見直し期・その1～国と地方の負担割合の見直し～

先にみたように戦後復興期を国の主導で行ってきた経緯もあり、福祉サービスの負担割合は、おおむね国8割対地方2割で推移してきた。また、地方負担の2割についても地方交付税の措置が講じられたりしていた。

しかし、石油ショック以降の税源落ち込みの補填として赤字国債の発行と財政再建の課題の中で、国より地方の方が財政的にゆとりがあるとの観点から、国と地方の補助率の見直しに着手した。最初は生活保護からで、それまでの国8/10負担を、7/10負担にして、地方に2割から3割と1.5倍の負担を求めるとともに、生活保護の適正実施を開始した。運用による総事業費の抑制である。

と同時に、他の福祉サービスの負担割合の変更の検討も行われ、国と地方の役割の考え方の整理や、施設サービスと在宅サービスのあり方の検討等が行われた。それらの結果、昭和61年(1986年)に補助金関係の整理が行われ、原則として国5/10で地方が都道府県と市(区)町村で5/10という形が決定される。ただし、生活保護費については国の責任が重いので、国3/4、地方1/4となった。このときの補助金整理の過程で、福祉サービスは地方にゆだねるという方向、在宅重視の方向、サービスの質の改善等の方向が合意され、それは1989年の「今後の社会福祉のあり方について」となって新しい福祉の方向性の原案となったものと思われる。また、その前提として、日本は「西欧型の福祉国家」を選択しないという決断が政府によりなされている。

また、1989年の消費税導入とバーターの形での「高齢者保健福祉十カ年戦略－ゴールドプランの策定－」を呑み込んでいく。1990年の福祉八法改正は、脱措置制度への第一歩として記憶されてもいい。在宅重視、市(区)町村重視、福祉計画によるサービス基盤整備、福祉事務所ではなく「在宅介護支援センター」という新たな機関の創設等現在につながる制度が、ここで法定されている。なぜ、福祉事務所ではなく、老人介護支援センターだったのか。また、それがなぜ地域包括支援センターとなっていったのかもそれぞれ意味を持っている。

5 見直し期・その2～措置制度から介護保険制度への転換～

福祉八法改正の意義は、措置制度から転換を意識化させたことにあるのではないか。法成立後、厚生省では多分連続した作業として「高齢者保険制度」の検討に着手し、1993年には、介護保険制度の基本設計案が固まってくる。

ドイツ介護保険は1995年からの在宅から施設への段階的实施となったが、日本の介護保険も、イギリス型のケアマネジメント手法やドイツの社会保険の手法を取り入れて、措置制度下のサービスを活用する検討が行われた。1995年には設計図が公表され、各種の国の委員会等で「新しい介護システム」構築の必要性が言及されるようになり、審議会の意見具申を受け、1997年に介護保険法が国会に提案され、1997年12月の成立をみることになった。

医療保険の一部を介護保険に移した5番目の社会保険としての「介護保険」が成立し、2000年4月から、在宅サービスと施設サービスの同時施行、家族介護手当は支給しないということでスタートした。家族手当の問題については、その後あまり議論の俎上に

あがらない。家族による支えが今後脚光を浴びると思うが、議論されないのはなぜなのか、考える価値はある。

6 見直し期・その3～介護保険法の改正と社会保障制度の構造改革～

社会保障制度の構造改革の第一歩として開始された介護保険は、老人保健法や医療保険の一部を制度の中に取り込み、社会保障制度改革の契機として変化している。平成18年度から、障害施策との統合を予定していたが、各種団体等の反対により流れ、障害施策は、身体、知的、児童お要介護び精神障害を含む「障害者自立支援法」として、介護保険のコピーの仕掛けをもった法律として急遽成立し、平成18年度から施行された。

同時に、介護保険制度の対象年齢の範囲についての検討が行われており、18年度中に結論が出される。それにより平成21年度から「新介護保険制度」としての高齢施策と障害施策の**統合と再編**が見込まれている。

これらの制度改革は、今後の改革の全体の日程からみれば、その中途にあり、今後「福祉の総合化」という名の、医療・年金制度との調整が進むものと思われる。

II 措置制度下のサービス供給

次に措置制度下のサービス供給の特徴とそこでの生活保護サービスの展開の異質性及び介護保険制度の持つ生活保護のサービス決定の仕組みと通じる仕組みについてみてみる。サービスを制御する仕組みの有無が、今後の改革の主要なテーマとなると思われる。

1 措置制度化の福祉サービスの供給と生活保護制度

(1) 生活保護制度

生活保護は国民の最後のセーフティネットとして、生活に困窮する全ての国民に対して、厚生大臣の定める基準に基づき要否の判定を行い**要件に該当する場合は、予算制約を受けずに給付決定する**。つまり、一定の生活水準以下であれば誰でも生活保護の受給ができるという制度の構造になっている。例えば、地域の産業が壊滅して失業者があふれた場合、かつての産炭地域では保護率は急増した。無年金高齢者が他に生活の手段がなければ対象となる。けが等で就労が困難な場合、子どもを抱えた母子世帯で稼働収入等が基準に満たない場合等すべて対象になる。社会の事象や経済の動向の影響を受ける制度であった。

制度の構造はそうであるが、一方財政サイドから見ると予算調製が必要であり、伸び率等その要因を含め課題となる。制度自体に生活保護費の**総事業費抑制のしかけが内包されていないしくみ**と言える。

(2) 措置による福祉サービス供給

措置によるサービス供給のしくみは、戦後の生活困窮者対策をルーツに戦後福祉が成立したことから、一定水準以上の所得がある者については自助原則による自力救済を原則として、その対象者を「生活困窮者・低所得世帯」に限定しサービス供給を予算の範囲内での展開となつ経緯がある。具体的には「入所施設」中心のサービス供給であり、「**入所定員**」によりサービスの**総事業費が管理**されていたと言ってもいい。

なお、施設入所に対する補助金は「負担金」に分類され、義務的経費として国等に財

源のいかんを問わず支払い義務が生じる。一方、入手施設の定員で管理できない在宅のサービス費の給付は「補助金」に分類され、予算補助、換言すると「予算の範囲での支払い義務」であり、予算超過分は支払わないという選択が可能であった。介護保険制度直前、高齢者の在宅サービス費が不足し、一部国が支払わないときがあった。市町村は在宅事業費の75%にあたる国と県の収入が未収となり肩代わりを余儀なくされた。これは強烈的なサービス抑制効果を生む。市町村はサービス提供に極めて慎重となった。

(3) 生活保護制度におけるサービス抑制装置

生活保護制度におけるサービス抑制装置としては、運用における制度の引き締めがある。厚生省内に「監査指導課」が設置され、生活保護の施行事務の監査を行う。また、戦後数字にわたって保護の適正実施という名の「抑制」指導が行われている。その行われる時期は、何らかの理由で保護率が上昇したときや国の財政事情が厳しいときである。

※ 主な保護の適正実施

- ① 結核入院患者の増加 →
- ② 精神等入院患者の増加 →
- ③ 稼働年齢層の保護世帯の増加 → 1967年頃
- ④ 赤字国債の増大下の保護率上昇 → 1981年頃

数次にわたる保護の適正実施を繰り返す中で、申請受付の拒否や要否判定によらない保護の廃止等生活保護の手続きを遵守しない手法が常態化している。このような運用の引き締めによる生活保護の総事業費の管理が試みられている。ある意味でこのような手法を採用しない限り、措置によるサービス給付のような総事業費の管理が困難な訳である。

筆者は1981年頃の適正実施で国の監査に立ち会ったが、「保護基準の2/3程度であれば保護費が高いのだから辞退させる」、「中国からの引き揚げ者の就労先としてラーメン屋はないのか」とまじめに言われた記憶がある。

また、昭和61年には会計検査院による生活保護の検査が入り、不適切な保護の実施とされた事例について「返還命令」が出されている。これらを通じて、生活保護の適用に対する「自粛ムード」が福祉事務所に拡がった。

その一方で、対応の未熟さから、本来受けるべきでない者への保護の適用も指摘され、生活保護実施への不信感の醸成に繋がってもいる。

追加すると、そのような生活保護制度の見直しが現在も保護率の上昇を背景に行われている。今後の課題として、ひとつは保護基準額の問題、次に国と地方の負担割合の問題、最後に制度設計の問題に繋がると思われる。制度設計に際してのモデルのひとつは「アメリカ型の有期間保護」である。

(4) 介護保険と障害者自立支援制度

以上のように措置制度における総事業費抑制のしかけと、生活保護における抑制困難な構造をみてきた。これを現在進行中の、介護保険制度と障害者自立支援制度に当てはめると、障害者自立支援制度は、最終的なサービス決定に際して「当該自治体の予算」や「介護者の状況」等を勘案して決定するしくみである。その意味でサービス抑制機能が内包されている。一方、介護保険は全国一律の要介護認定によりサービス給付が決定されるため、サービス抑制のメカニズムはない。むしろ予算を超えたときのために

「財政安定化基金」なる借り入れシステムを内包している。

(5)まとめ

この両制度の意味は大きい。今後予想される介護保険と障害者自立支援制度の統合に際して、サービス給付決定のしくみが、どちらを採用するのかは大きな問題である。平成18年度の介護保険改正は、総事業費の抑制と利用者負担の増により行われた。その趣旨から考えれば、客観的基準による給付決定という介護保険の要否判定よりも、障害者自立支援制度の方が、行政がサービス給付の裁量権をもつと言う意味では抑制が働く。従って、21年度の新介護保険の設計は、対象年齢の問題もさることながら、サービス総費用抑制のメカニズムを組み込めるかが大きな課題となると思われる。

しかし、制度の考え方として、保険料を徴収しながら、家族や予算といった制約条件を設けることのへ疑問、市（区）町村による格差が現にあるということからの疑問等が生じる。必要なサービスは提供する。その上でのサービスマネジメントが正攻法と思う。そうでないと、セーフティネットなき社会の選択になりかねない。

なお、サービスの質についての議論が色々盛んであるが、本質は従事者の確保、待遇にあると思う。その認識を避けた質の議論はいかがなものかと思われる。

Ⅲ 介護保険とサービスの市場化

(1)市場競争は発生したか

表にもあるように、介護保険制度は疑似市場を創出した。サービスの給付決定は保険者が行うが、サービスの購入はサービス事業者と利用者の自由な契約に基づく。ただし、価格は公定価格となっており、厚労大臣が定めた価格で統一されている。この結果、疑似市場でのサービス事業者間の競争が発生し、淘汰されることが期待された。

しかし、入所施設については、施設が不足するために、サービスをめぐる競争は発生していない。また、居宅サービスについても、利用者が自由に事業者を捜して契約するほど成熟してはなく、ケアマネジャーから提供される情報、さらに言えばケアマネジャーの所属する事業者からのサービス購入が体制を占めているのではないか。結論から言えば、市場での事業者間の競争は期待通りには起きていない。都市部でデイサービスについて定員割れを起こすという形でのネガティブな競争は発生しているが、サービスの質を問うた結果とは言い難い。行政は、同一事業体からのサービス購入について法的に制限を加える形で競争を喚起しようとしているが、制度設計直さずに権力的な規制で対抗するには限界があるし、制度の趣旨に則っているか疑わしい。

(2)市場化抑制の動き

これまでの都道府県の指定に加えて、地域密着型サービスの創設に伴いそれに該当するサービスは、市（区）町村長が指定・監督・取消を行うことになった。また、サービスの基盤整備に際して、地域を日常生活圏に区分し、その圏域ごとにサービス整備を図ることとなった。入所系のサービスについては、予定数に達した場合は、指定をしないこととなった。この発想には、競争による淘汰は入っていない。

競争によるサービスの改善はここでは放棄される結果となった。

(3)サービス事業者の戦略構築の障害

介護保険制度創設に際して、サービス事業者は大きな期待をもった。閉塞する市場の

中に新たな市場が、それも数兆円市場が誕生する。異業種を含め多くの事業者が参入してきた。介護保険制度の利用者が増加する中、総事業費は伸びていったが、それは行政からみるとゆゆしき事態となった。事業者が増加するから利用者を掘り起こし、事業費増大を招いているのでは、との考えが生じたのも事実であろう。そこで、サービス抑制を企図した。日常生活圏域設定と事業者の参入制限、介護報酬単価の引き下げによる従事者の参入制限、資格制度の厳格化による人材不足の創出等意図的に実施されているようにも見える。

Ⅱで述べたが、介護保険は需要を抑制する装置を内在させていない。そのため、需要抑制には、生活保護と同様に「運用」での対処が求められる。その結果としてこれらの事態が起きているように思える。

サービスの種類や要件・対象が数年で変わってしまうことは、事業者にとって中期戦略の構築が困難となる。じっくりとサービスを熟成させる間もなく、サービスが変化する。そのように管理された市場運営からは健全なサービス育成は難しいのではないか。

今後の社会保障制度改革は、保障内容というよりも「負担と給付」「利害関係者との調整」の影響を大きく受けながら進むことが想定される。そもそも日本の社会保障制度の役割は何かについての合意が必要である。

- 参考 ① 小山進次郎「生活保護法の解釈と運用」中央社会福祉協議会 1950
② 村上貴美子「占領期の福祉政策」勁草書房 1987
③ 北場勉「戦後社会保障の形成－社会福祉基礎構造の成立を巡って－」
中央法規 2000
④ 北場勉「戦後「措置制度」の成立と変容」法律文化社 2005
⑤ 阿部実「福祉改革研究」 第一法規 2003
他