

このように、現金給付選択が非常に多い理由は、在宅サービス整備の不足が大きな原因という。実際、サービス整備が進むにつれ、現物給付や組み合わせ受給の傾向は増加傾向にあり、「在宅介護給付における現金給付と現物給付の受給者の比率は、1997年の84:16から1999年には81:19となっている」（中村 2002 p.32）。また、特に過酷なケースの場合には、84%が現物給付を選択するなど、要介護者の状況によっても選択状況は変化している（田中 2000 p.32）。

表3 ドイツの介護保険の給付水準（在宅介護）

	要介護Ⅰ （相当の介護を必要とする者）	要介護Ⅱ （重度の介護を必要とする者）	要介護Ⅲ （最重度の介護を必要とする者）
現物給付（ホームヘルプ）	月額 384 ユーロ (750 マルク) まで	月額 921 ユーロ (1,800 マルク) まで	月額 1,432 ユーロ (2,800 マルク) まで (特に過酷なケースな 月額 1,918 ユーロ (3,750 マルク) まで
現金給付（介護手当）	月額 205 ユーロ (400 マルク)	月額 410 ユーロ (800 マルク)	月額 665 ユーロ (1,300 マルク)
代替介護 <sup>注</sup> ・ 家族等による代替 ・ その他の者による代替	205 ユーロ (400 マルク) まで 1,432 ユーロ (2,800 マルク) まで	410 ユーロ (800 マルク) まで 1,432 ユーロ (2,800 マルク) まで	665 ユーロ (1,300 マルク) まで 1,432 ユーロ (2,800 マルク) まで
ショートステイ（年間4週間まで）	1,432 ユーロ (2,800 マルク) まで	1,432 ユーロ (2,800 マルク) まで	1,432 ユーロ (2,800 マルク) まで
デイケア・ナイトケア	月額 384 ユーロ (750 マルク) まで	月額 921 ユーロ (1,800 マルク) まで	1,432 ユーロ (2,800 マルク) まで

注：代替介護は、介護者が休暇等で介護に従事できない場合に年間4週間まで取得可能。前提条件として、それまでに1年間以上介護に従事していることが必要である。

出所：中村（2002）p.32

## ② オランダ

世界にさきがけて介護保険を導入した国として知られるオランダであるが、独立した介護保険ではなく、医療保険が短期給付部分と、長期・介護部分に分離した仕組みとなっている<sup>11</sup>。「個人予算制度」と呼ばれる、1989年に利用者に一定の予算を保障し、家族、知人などと契約を結んでサービスを受ける制度が実験的に開始された<sup>12</sup>。サービスの費用は、提供者に AWBZ（特別医療非補償保険）から支払われる。

1996年1月から本格的に個人予算制度がスタートした。支給要件は、在宅で3ヶ月以上、要介護状態にあることであり、知的障害者も対象とされている。金額は、200ギルダー（60円換算で1万2000円）程度と少額である。これは、利用者に直接給付される部分と運営機関に支給される部分に分かれており、通常は利用者がサービス提供機関と契約を結び、運営機関が直接支給する形を採用しているからである。また、予算制がとられているので、財源不足の場合には、待機リストに名前を連ねて、現物給付サービスを利用するという（廣瀬 2000、池田 2002）。

自由裁量にまかされる部分が非常に低いため<sup>13</sup>、この現金給付の仕組みを過大に評価するには難がある。しかし、廣瀬によれば、「現金給付がそれまで無償であった介護に金銭による評価を与えたという点や、家族介護者などに対して、年金などの保険料を負担したり、教育・研修の機会を提供している点などから、概して肯定的な評価を得ているという」（廣瀬 2000 p.53）。しかし、サービスが整わない地域での、さらなる家族介護の負担の増加、民間団体と非営利団体との不公正な競争やサービスの質の確保なども課題として残されている。

## ③ フランス

フランスには成人障害者に対し、従来から補償手当（allocation

---

<sup>11</sup> オランダに居住するすべての住民が対象である。財源は、保険料（10.25%）（一部被用者は償還あり）と国庫負担、サービス利用時の自己負担である。利用者負担額は、利用サービス、所得、世帯構成、生活状況ですべて異なる。

<sup>12</sup> 詳細は、池田（2002）を参照のこと。結果は良好であり、利用者は自ら予定表をつくり、総費用も減少したという。

<sup>13</sup> 池田（2002）は、ドイツの現金給付より日本やドイツの在宅介護サービス給付の支給限度額方式と近似していると指摘する。

compensatrice pour tierce personne)があつたが、年齢が16歳以上という限定だけであり、高齢の要介護者に支給が認められるかは、県によって対応がまちまちで混乱と不平等があつたという(藤森 1994)。

1997年に税を財源とする要介護特別給付法が施行された。給付対象者は、低所得の要介護高齢者である。給付は、完全な現金給付ではなく、介護サービスの購入ないし介護者の雇用(あるいは組み合わせ)に限定されている。家族介護への支払いは、失業中の家族や親族は認められているが、配偶者(同棲含む)は認められていない。配偶者間で介護サービスに伴う雇用関係を認めないのは、配偶者間の介護サービスは協力義務の効果と考えているためである。

ドイツ、オランダとは異なり、税方式で運営する場合、所得制限(本人および本人所得が13000フラン以下)があること、家族法との関係で配偶者間で支払いが認められないのが特徴である。しかし、質の高い非営利団体のサービスを利用しないなどの問題点が指摘されている(伊奈川 2002)。

## (2) 介護者に現金給付を支給する例

### ①イギリス

イギリスは従来の障害者介護手当(Invalid Care Allowance)<sup>14</sup>を改正し、1996年に「介護者(認定およびサービス)法」Carers (Recognition and Services) Actを施行、2000年に「介護者および障害児法2000」が策定された。この法律では、休養のための休暇(レスパイトケア)にバウチャーで支払いをすることができること、そして現金給付が受けられることが特徴である。現金給付は、週38.7ポンド(月間約3万円)であり、国民年金の補償額の60%に設定するとされ、低額である。現金を受給したことによって、現物サービスが制限されることはなく、また対象者も家族に限定していない。

舟場(2003)によれば、問題も多いという。まず、支給対象者がコミュニティケア法の認定を受けている人へのケアラーに限定され、その数があまりにも少なく、ケアラー一般に対する有効な支援となっていない。1997、98年度の推計である受給者40万人という数字も、実際の35時間以上ケアを給付している人の半分しか対象となっていない。このように介護手当の受給率が低いことの原因は、

---

<sup>14</sup> イギリスの導入の経緯、家族介護者団体についての記述は、舟場(2003)に詳細に紹介されている。

ケアされる人が介護の認定を受けていないことになる。また、ケアラーの年金問題は、介護退職が多いため深刻であり、将来的には第二年金にケアの経歴を加える措置を検討中という（p.170）。

#### 4. 現金給付の推計（補論）

日本で現金給付を導入する場合、どの程度の追加費用が必要となるのであろうか。ごくあらい計算を行ってみた。

##### （1）計算方法

平成 14 年 4 月審査分で公表された、要介護度別の給付単位数階級別にみた受給者数（表 4）をもとに、在宅介護現物給付上限額から、各給付単位数の階級値を除いた額を、ドイツの介護保険にならって、現金給付を支給する方法で試算した。すなわち、現物給付の利用しなかった分を減額支給の形で、支給した場合の追加費用を試算した。

ただし、いくつかの前提条件を必要とした。①現金給付との組み合わせ受給が認められた場合、要介護者の組み合わせ選考が変化することが起こりうる。しかし、これを把握できないため、現行制度における現物給付選択の割合は変わらないものとして、計算を行った。②各自治体における上乗せ給付や個人が支給限度額の上限をこえて利用した場合の現金給付はないものと仮定した。③介護報酬の 1 単位にかける額は、一律 10 円とした。

④ドイツの組み合わせ受給を参考にする際に問題になるのは、要介護認定のくくりが日独で異なることである。ドイツは 3 段階、日本は 6 段階である。便宜上、要支援と要介護 1 を、ドイツの要介護 I、要介護 2 と 3 を要介護 II に、要介護 4 と 5 を要介護 III とみなし、それぞれの要介護度の現物給付と現金給付の額の比をとって計算した。

##### （2）計算結果

表 5 は、現在の現物給付受給状況に応じた、追加的な現金給付額（月額）をあらわした表である。これをみると、要介護 5 などで月額 2000 単位未満利用者（ここでは階級値の 1000 単位利用者）は、月額 16 万円以上の現金給付額を受給することになる。要介護 5 のようなケースの場合、極端に現金受給額が増えることに十分な注意が必要である。

さらに、表 5 の試算に表 4 の受給者分布を考慮して、1 ヶ月の支出額を求めた

のが表6である。表6をみると、総額1000億円以上の追加費用が必要となる。この額は現行制度の在宅サービス給付額とほぼ同等の額にまでなる。さらに、介護保険を申請しなかった層が現金給付を受給することを考慮すると、現在の在宅サービス費用よりも高額になることが避けられない。

## 5. 日本への示唆

現在の介護保険制度においては、先述した家族介護慰労金を除くと現金給付は認められていない。しかし、外部サービスの整備はいまだ遅れており、また2002年4月審査分の介護保険給付状況をもみても、介護保険利用者の利用率は平均で41.5%にとどまっており、家族介護は在宅介護に不可欠な状況には変わらない。

これまでの諸外国の家族支援方法などもふまえ、日本における追加の家族介護支援策として、①年金保険料、健康保険料等の優遇措置、②労災の適用、③介護者の休暇制度（レスパイクケア）をまず導入すべきであろう。また、ドイツの介護保険にならい、現物給付と現金給付の組み合わせ受給を認める方向も検討すべきと考えるが、以下の点に配慮し、慎重に考慮する必要がある。

- ① 現金給付の給付対象者は、要介護者とし、ドイツの介護保険にならい、組み合わせ受給は給付水準を下げる。これは、現物給付を促す経済的インセンティブを与える目的だけでなく、無資格の家族介護者に支給する給与水準や要介護時間の把握が困難なことも理由にあげられる。
- ② 介護保険導入時に現金給付を選択するか否かで、用途が不明確になりがちな点が指摘された。この懸念を払拭するためには、バウチャーの形態採用も1つの方法である。また、ドイツの介護保険にならい、専門家による定期的な助言および審査によって、在宅介護の質を確保する必要がある。
- ③ 現金給付を取り入れた場合、①で提言したように、仮に現金給付の給付水準を現物給付より相対的に引き下げたとしても、現金給付を強く志向する層ができる可能性が高い。介護保険の利用率が伸びなやんでいる理由の1つに、高齢者が1割の利用者負担に非常に敏感に反応し、あえて必要なサービスを削減している傾向もみられる。また、要介護4や5などの重度の場合、現物給付を極端に引き下げることによって、相当額の現金給付が得られることになる。このために、低所得者を中心にさらなる現物サービスを削減する方向になっては、介護保険の趣旨は本末転倒になる。
- ④ 現金給付が選択されると、かえって介護保険の財政支出額は減少するかもし

れない。もともと、要介護者の介護は重度化、長期化の傾向にあり、家族介護ができる範囲はより精神的なものに、身体介護などは専門性の高い人材にシフトする方向になるろう。

2003年度から改正介護保険がスタートし、介護報酬額も見直しされる。高齢者のサービス選択行動を実証分析し、現金給付支給の選択行動を分析する必要がある。また、現金給付を採用する際には、税制や各自治体の介護手当との整合性をはかる必要があるが、一考の価値はある。

表4 給付単位数階級別にみた要介護状態区分別受給者数の累積百分率

平成14年4月審査分

給付単位数階級	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
給付単位数合計(千単位) 1)	733 856	3 369 352	2 798 114	2 386 158	2 167 720	2 203 678
受給者数合計(千人) 2)	254.7	589.4	343.0	201.5	153.8	135.0
～2,000単位未満	37.7%	21.2%	13.9%	10.1%	8.3%	6.9%
2,000～ 4,000	72.9%	45.1%	30.3%	20.7%	17.1%	14.5%
4,000～ 6,000	95.3%	60.8%	43.4%	30.6%	25.6%	22.2%
6,000～ 8,000	99.7%	73.9%	55.8%	39.4%	33.5%	29.3%
8,000～10,000	99.9%	83.0%	66.1%	48.0%	40.9%	36.1%
10,000～12,000	100.0%	89.4%	74.7%	56.1%	48.2%	42.8%
12,000～14,000	100.0%	93.8%	81.5%	62.6%	54.5%	48.9%
14,000～16,000	100.0%	97.5%	87.2%	69.6%	60.8%	54.6%
16,000～18,000	100.0%	99.6%	92.4%	75.1%	66.3%	59.8%
18,000～20,000	100.0%	99.8%	98.7%	80.1%	71.3%	64.7%
20,000～22,000	100.0%	99.9%	99.3%	84.7%	75.9%	69.0%
22,000～24,000	100.0%	99.9%	99.6%	88.9%	80.1%	73.1%
24,000～26,000	100.0%	100.0%	99.8%	94.0%	84.1%	76.8%
26,000～28,000	100.0%	100.0%	99.8%	98.6%	88.2%	80.1%
28,000～30,000	100.0%	100.0%	99.9%	99.2%	93.4%	83.4%
30,000～32,000	100.0%	100.0%	100.0%	99.7%	98.4%	86.8%
32,000～34,000	100.0%	100.0%	100.0%	99.8%	99.3%	91.2%
34,000～36,000	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	99.6%	97.9%
36,000単位以上	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表5 現物給付の給付単位数階級別にみた現金給付試算額(月額)

給付単位数階級	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
給付単位数合計(千単位) 1)	733 856	3 369 352	2 798 114	2 386 158	2 167 720	2 203 678
受給者数合計(千人) 2)	254.7	589.4	343.0	201.5	153.8	135.0
～2,000単位未満	27,467	83,093	82,267	114,631	137,458	161,745
2,000～ 4,000	16,800	72,427	73,364	105,727	128,170	152,458
4,000～ 6,000	6,133	61,760	64,460	96,824	118,883	143,170
6,000～ 8,000	0	51,093	55,557	87,921	109,595	133,882
8,000～10,000		40,427	46,654	79,017	100,307	124,595
10,000～12,000		29,760	37,750	70,114	91,020	115,307
12,000～14,000		19,093	28,847	61,211	81,732	106,019
14,000～16,000		8,427	19,944	52,307	72,444	96,731
16,000～18,000		0	11,040	43,404	63,156	87,444
18,000～20,000			2,137	34,501	53,869	78,156
20,000～22,000			0	25,597	44,581	68,868
22,000～24,000				16,694	35,293	59,581
24,000～26,000				7,790	26,006	50,293
26,000～28,000				0	16,718	41,005
28,000～30,000					7,430	31,718
30,000～32,000					0	22,430
32,000～34,000						17,786
34,000～36,000						3,854
36,000単位以上						0

表6 現物給付利用単位別にみた現金給付支給総額

(単位:千円)

給付単位数階級	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
給付単位数合計(千単位) 1)	733856	3369352	2798114	2386158	2167720	2203678
受給者数合計(千人) 2)	254.7	589.4	343	201.5	153.8	135
～2,000単位未満	2,637,402	10,382,745	3,922,249	2,332,909	1,754,708	1,506,659
2,000～ 4,000	1,506,194	10,202,498	4,126,857	2,258,233	1,734,709	1,564,217
4,000～ 6,000	349,924	5,715,011	2,896,398	1,931,496	1,554,153	1,488,253
6,000～ 8,000		3,944,988	2,362,950	1,559,011	1,331,601	1,283,262
8,000～10,000		2,168,300	1,648,226	1,369,292	1,141,617	1,143,779
10,000～12,000		1,122,595	1,113,558	1,144,366	1,021,913	1,042,951
12,000～14,000		495,159	672,825	801,706	791,933	873,068
14,000～16,000		183,767	389,916	737,794	701,940	744,349
16,000～18,000			196,913	481,024	534,240	613,855
18,000～20,000			46,174	347,593	414,250	517,002
20,000～22,000				237,260	315,402	399,781
22,000～24,000				141,280	227,981	329,779
24,000～26,000				80,059	159,986	251,213
26,000～28,000					105,420	182,678
28,000～30,000					59,424	141,302
30,000～32,000						102,953
32,000～34,000						105,649
34,000～36,000						34,863
36,000単位以上						
合計	5,227,630	37,585,004	20,174,523	15,808,382	14,017,150	14,529,425
総合計						107,342,114

<参考文献>

- 居神浩 (2003) 「福祉国家動態論への展開—ジェンダーの視点から」 埋橋孝文編著『比較のなかの福祉国家』ミネルヴァ書房
- 池田省三 (2002) 「オランダ」 鬼塚信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著『世界の介護事情』中央法規
- 伊奈川秀和 (2002) 「フランス」 鬼塚信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著『世界の介護事情』中央法規
- 鬼塚信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著 (2002) 『世界の介護事情』中央法規
- 経済企画庁経済研究所国民経済研究部編 (1997) 『あなたの家事の値段はおいくらですか? (無償労働の貨幣評価についての報告)』大蔵省印刷局
- 小林良二 (2002) 「家族介護の政策的位置付けについて」『週間社会保障』No.2213
- 田中耕太郎 (2000) 「介護手当 (金銭給付) の意義、実施状況およびその評価」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No.131
- 所道彦 (2003) 「比較のなかの家族政策」 埋橋孝文編著『比較のなかの福祉国家』ミネルヴァ書房
- 中村博治 (2002) 「ドイツ」 鬼塚信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著『世界の介護事情』中央法規
- 比較家族史学会監修 (2001) 『介護と家族』早稲田大学出版部
- 廣瀬真理子 (2000) 「オランダの長期医療・介護保障制度」 国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No.131
- 深澤和子 (2002) 「福祉国家とジェンダーポリティックス」 宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』ミネルヴァ書房
- 藤森宮子 (1994) 「フランスの高齢者『介護手当』案にみる家族の責任」『月間福祉』1994年8月号
- 舟場正富 (2003) 「ブレア政権下での家族介護人の評価と改革」 舟場正富・斎藤香里編著『介護財政の国際的展開』ミネルヴァ書房
- 古橋エツ子 (1999) 『介護休業—家族の介護が必要になったとき』岩波ブックレット No.475
- 古橋エツ子 (2001) 「家族介護人への介護評価と社会保障」『週間社会保障』No.2142
- 増田雅暢 (2002) 「家族介護の評価と介護保険 (1) ~ (4)」『週間社会保障』No.2198~2201
- 丸山 桂 (2002) 「イギリスの公的年金制度における女性の取り扱い—保険料負



- 担と年金分割を中心にー」『恵泉女学園大学人文学部紀要』第14号
- 本沢巳代子 (2003) 「ドイツの介護保険制度と日本」埋橋孝文編著『比較のなかの福祉国家』ミネルヴァ書房
- 山脇貞司 (2001) 「家族介護問題と法政策」比較家族史学会監修 (2001) 『介護と家族』早稲田大学出版部
- Esping-Andersen ed.(2002) “Why we need a New Welfare State?” Oxford University press
- Beveridge(1942) “Social Insurance and Allied Services” HM Stationary Office  
(邦訳 山田雄三監訳 (1969) 『社会保険および関連サービス』至誠堂)
- ILO(2001) “Provisional Record 16, Sixth item on the agenda: Social Security: issues, challenges and prospects”
- OECD (1994) “New Orientation of Social Policy, OECD Social Policy Studies,no.12 Paris OECD
- Pascall (1997) “Social Policy: A New Feminist Analysis” Routledge
- Statistics Canada (1996) *Measuring and Valuing Households’ Unpaid Work*, “Canadian Social Trends”
- Statistics Canada (1994) “International Conference on the Measurement and Valuation of Unpaid Work: Proceedings”
- Sainsbury, Diane (1996) “Gender, Equality and Welfare States” Cambridge Press
- ノーマン・ジョンソン (2002) (青木郁夫・山本隆監訳・山本恵子・村上誠・永井真也訳) 『グローバリゼーションと福祉国家の変容』法律文化社

表2 インフォーマルケアラーへの主な支援制度

給付内容	デンマーク	スウェーデン	フィンランド	オランダ	イギリス	フランス	ドイツ
在宅ケアに対する手当	インフォーマルケアのための市民	インフォーマルケアのための市民	インフォーマルケアの給付	介護人の休業	病人への手当金	法定ではない	Pflegegeld
受益者の資格	被雇用者	介護者	介護者	被雇用者	就業年齢者(16~65歳)	-	全員
受益者の資格要件	病気の親族あるいは友人を一定期間介護し、ケア計画に同意した人。雇用者の承諾による。雇用者の承諾による	病気の家族あるいは友人を一定期間介護し、ケア計画に同意した人。医師がケアの必要性を立証しなければならぬ	日常の介護と支援のニーズ	週に12時間以上働いている被雇用者、または1年以上就業している人は休職中手当が支給される。休職期間は雇用者と取り決める	被介護者は付き添いはならない。介護者は16~65歳であること。週50ポンド以下の収入であること。フルタイムで教育を受けていないこと。週に35時間以上介護に携わること	-	専門家ではない介護者。週あたり14時間の介護。職場では最大30時間
アセスメント(判定)	市町村	ホームヘルプ管理者あるいはケアマネージャー	保健あるいは福祉専門家	-	市町村給付事務所	-	レベル1の場合は専門介護者が6ヶ月ごとに。レベル3の場合は3ヶ月ごとに行う。レベル2の場合は3ヶ月ごとに行う。レベル1の場合は専門介護者が6ヶ月ごとに。レベル3の場合は3ヶ月ごとに行う。レベル2の場合は3ヶ月ごとに行う。
期間	平均給付期間は10週間	60日、あるいはパートタイム休業であれば延長できる	介護者との契約	2~6ヶ月	最小・最大期間の規定なし	-	ニーズの判定による
金額	疾病給付金の1.5倍、週4,032クローネ	疾病手当金最大限度2,436クローナ(1996年)、平均給付金495クローナ	月平均手当金1,496マルカ(1994年)。地方自治体や高齢者のニーズによって変動する。	最大限度960ギルダー	週37.35ポンド。介護者が被扶養者の場合はその金額以上、他の給付金を受給している場合は以下となる	-	ニーズの判定によって、月に400マルク、800マルク、1200マルク
その他の条件/資格	公務員は年功序列制と年金控除を維持できる。またケア受益者が入院中は給与が支払われる。ケア計画の終了後、職場に戻るまで手当金の12.5%が支払われる。	高齢者が入院した場合の保証金	ケア受益者が入院し7日後、手当金を一時停止する市町村もある。月に2日間の有給休暇年金控除	障害者と遺族の控除が維持される。年金控除の権利がある場合がある。福祉給付金、障害者による受益者あるいは女性の再雇用として扱われる	被介護者が入院中、または休職中は保証金が支払われる。保険料は介護手配が終了後8週間まで支払われる	-	被介護者が入院または4週間までの休職中は保証金が支払われる
課税	収入として扱われる	収入として扱われる	収入として扱われる	収入として扱われる	収入として扱われる	-	なし
税金控除	なし	なし	なし	後任者が定技術者の場合雇用者に適応される	なし	-	なし
財源	国	健康保険事業	市町村ホームケア予算	失業基金と政府の補助金	社会保険料控除	-	介護保険

## 第6章 対人社会サービスの供給改善とIT化

### 研究協力報告書

#### 「対人社会サービスの供給改善とIT化」

和泉 徹彦（千葉商科大学商経学部非常勤講師）

#### 研究要旨

- 厚生労働省行政における生活者をベースにしたIT化

電子政府・電子自治体の推進は、ともすれば行政(G)と企業(B)との関係のみで議論されがちであり、e-Japan2002プログラムによって目指している目標も申請・入札関連が先行している。厚生労働省行政における対人社会サービスは、利用者言い換えれば生活者・コンシューマー(C)と密接に関係している。G to Bのみならず、G to C及びG to B to Cという各主体を巻き込んだIT化の方向性が存在する。

- 地域福祉計画に基づいた自治体によるニーズマイニング実施

公民パートナーシップで実施する地域福祉計画の策定過程において、地域コミュニティにおける福祉ニーズ及び福祉サービス資源の発掘を行う。そこでは、コミュニティの福祉情報共有手段としてITの活用が望まれ、自治体側では住民情報の分析による福祉ニーズのデータマイニングが期待される。発見されたニーズに基づき、対人社会サービス利用資格について市民に個別通知する仕組みを構築する。

- IT化により構築されるG to B to C & N関係

対人社会サービスとして利用される福祉サービス資源は行政(G)のみではなく企業(B)及び生活者のネットワーク(N)からも供給されうる。行政が責任を負うサービスだけではなく、地域コミュニティに存在する資源をフル活用することが対人社会サービスの改善となる。そこでは、行政(G)、企業(B)、生活者(C) & NPO (N)の関係がITによって相互連携を強められ、福祉ニーズの解決に生かされることになる。

## ○研究目的

研究課題「少子高齢化・知識経済社会に対応した社会保障システムの検討に関する研究」において、IT化と対人社会サービスの関係に係る方向性を明らかにすることを目的とする。

知識経済社会とはITを用いることで飛躍的な生産性の向上、効率性の改善を図ることができる社会であり、そこでは対人社会サービスの質を高めることが可能である。単に行政による福祉サービスにとどまらず、地域コミュニティに存在する福祉サービス資源をフル活用できる可能性を探る。

## ○研究方法

国内における研究蓄積をサーベイする文献調査とともに、城戸研究班主催の研究会における専門家へのヒアリング、個別設定のインタビュー等を通じて得られた知見を元に考察を行う。

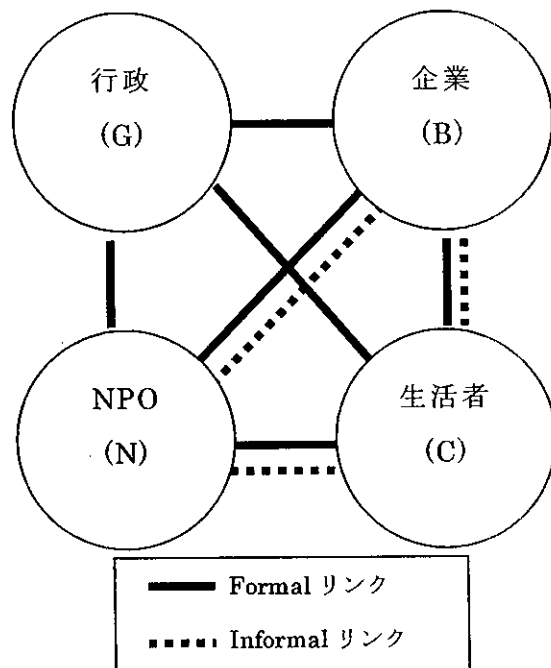
## ○電子政府構想と厚生労働省行政

電子政府・電子自治体の推進は、ともすれば行政(G)と企業(B)との関係のみで議論されがちであり、申請・入札関連が先行している。

2001年3月に決定された「e-Japan 重点計画」及び2002年度中の行動計画である「e-Japan2002プログラム」の策定に見られる電子政府・電子自治体の推進活動について、厚生労働省行政の主体的な関与が十分でないように思われる。

次期 e-Japan 計画が政府 IT 戦略推進本部によって検討されている段階において、電子カルテや保険証 IC カード化、そして一部の遠隔医療といった関係施策をプログラム上に記載することのみならず、従来からの施策における情報化アクションを加え、生活者を

ベースとした厚生労働省行政における新たな IT 化のビジョンを示すべき時期に



来ている。

新たな IT 化ビジョンとは、電子政府・電子自治体の大枠で未開拓のまま取り残されている地域福祉情報化である。厚生労働省行政における対人社会サービスは、利用者言い換えれば生活者・コンシューマー(C)と密接に関係している。地域コミュニティにおいて福祉資源と福祉ニーズをマッチングさせるための情報を福祉情報と位置付け、それらを行政のみが管理するのではなく、企業、生活者、NPO を巻き込んで地域福祉情報化の検討を行うことが求められる。

地域福祉情報化には、行政、企業、生活者、NPO という各主体を巻き込んだ IT 化の方向性が存在する。地域福祉における対人社会サービスは、行政のみが担う一方向のものではなく、各主体間での Formal 及び Informal な関係性のリンクが存在する。現時点では G to C, G to N, B to N といった Formal なリンクが弱く、その関係性の強化が地域福祉情報化の課題として認識される。

G to C の Formal リンクは、福祉ニーズをマイニングして行政が市民に個別通知することが一例として考えられる。G to N は、権利擁護を目的とした情報提供活動を行う NPO と行政との連携を例として検討している。B to N は本稿では触れないが、市場的サービスと自発的サービスとの総合的な供給を業務提携によって行う例を想定している。介護保険サービスとして適切でないと言われている犬の散歩や庭の除草といったことも福祉ニーズとして捉えたときに、いかにしてそれを解決できるかを検討する過程で想定されるケースである。

### ○地域福祉計画の策定過程

社会保障審議会福祉部会で取りまとめられた市町村地域福祉計画の策定指針には、新たな公民パートナーシップの構築を行うため、策定過程への住民等の主体的な参加が求められることを示している。

この指針の問題点は、地域社会において最も効率的で質・量ともに高い資源を供給する可能性を持っている企業を排除していることである。企業が担う介護保険サービスの領域が次第に拡大しているように、一定の財源規模でより多く質の高いサービスを求めるとき、企業の果たす役割は重要である。

地域福祉情報化を推進しようとしたときに、地域社会における企業を参画させた地域福祉計画をベースに、対人社会サービス及び地域コミュニケーションの支援手段として位置付けることが有効である。

丸尾直美(1993, 1998)を代表的な論者とする福祉ミックス論では、対人社会

サービスの供給を担う行政・市場・民間非営利といった主体が想定されている。介護保険サービスが既に市場的サービス供給に移行しているように、資源制約条件の下で最適な対人社会サービス供給を確保することが重要である。

地域福祉の担い手について、商店街と企業の役割についての議論がある<sup>1</sup>。商店街は地域社会において福祉・文化・雇用を支えてきた主体である。1980年代にGMS等との競争によって衰退したが、地域社会における活動に参加することが少ない企業構成員に比較して、地域社会に積極的に貢献してきたのが商店街である。現在でもまちづくりに対する意欲は衰えておらず、エコマネーなどのまちづくりを目指した地域通貨導入の主体として青年会議所が多いことなどがその証明となっている。

一方で、地域コミュニティにおける企業の役割については、事業としての対人社会サービス供給の面と、社会貢献活動（フィランソロピー）としての側面、企業の従業員一人一人の地域コミュニティへの貢献という側面に分けて検討する必要がある。国際的には、企業の社会的責任及び社会への関与がISO規格として議論され始めており、企業倫理・地域社会との関わりなどを含むCSR（Corporate Social Responsibility）に真剣に取り組まなくてはならない状況となってきた<sup>2</sup>。企業が地域コミュニティにいかなる貢献ができるかについて、地域福祉情報化と絡めて議論する良い時期に差し掛かっている。

公的ではない対人社会サービス供給の方法について検討するとき、加藤敏春（2002）が提案するコミュニティビジネスが参考になる。あたたかいお金エコマネーで生まれてくる地域の協働の関係をベースにして、今度は活動家が個人で事業を開始したり、グループでNPO・会社などを結成して事業を始めるものである。コミュニティビジネスの担い手は、高齢者、女性、障害者を含む生活者であり、地域の課題をビジネスチャンスとして捉える。地域の課題は従来、税金で行政が対応するというコストセンターであったものを、ある種のプロフィットセンター化を目指す。具体的には、介護福祉、教育、育児、家事支援、シニア向けコンテンツ、まちづくりなどが想定される。加藤の提案するコミュニティビジネスは、民間非営利と市場のニッチにおける対人社会サービス供給の方向性を示唆するものと言える。

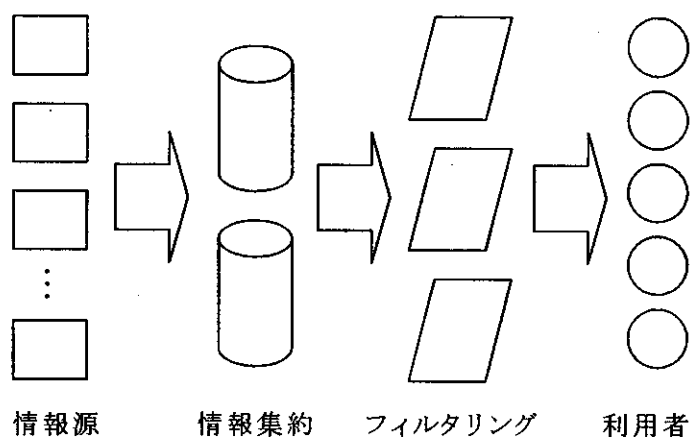
---

<sup>1</sup> 和田敏明（2002）第4章第4節，第5章

<sup>2</sup> 和田敏明（2002）p.244

総合的に地域に存在する福祉資源とは何かを確認し、それらを福祉ニーズにマッチングするための地域福祉情報化を推進することは、行政と従来の福祉関係者や住民のみでなし得るものではない。地域福祉計画の策定過程において、単に行政と住民の参画というのではなく、地域コミュニティにおいて新たな対人社会サービス供給源となりうる各主体にも参画を求めるべきである。

地域コミュニティにおいて福祉ニーズと福祉資源をマッチングを成功させるためには、権利擁護活動を行う仲介者の重要性が指摘できる。K.A.Duncan (1994) は、医療分野で医療従事者と患者との情報非対称性を改善するための提案を行っており、様々な情報源をカスタマイズして分析能力に乏しい利用者に対して提供



出所 :Duncan, K.A[1994] Health Information and Health Reform, Jossey-Bass Publishers ,p.150 (筆者加除修正)

する情報サービスの重要性を指摘している。

医療分野に限らず介護福祉分野に拡大して検討すれば、民間企業だけではなくNPOが権利擁護を目的とした情報サービスを提供することも想定される。消費者運動の一環として商品情報や環境保護情報等が流通しているのと同様に、生活ニーズに密着した医療・介護サービスの情報についても需要が高まると考えられるからである。この需要に応じて、地域と行政のかけはしとなるNPOの活動が注目されるようになるだろう。福祉サービスに関しては社会福祉事業法の改正(2000年)により、権利擁護そのものを目的とした社会福祉事業の範囲拡大が行われている。

情報集約・フィルタリング機能を持った組織が、医療・介護サービスの利用者に個別的対応を行うことは機能面や人的リソース不足によって困難である。最終的に利用者の個別的対応を行う役割は、医療従事者やケアマネジャーらの専門職に期待せざるを得ない。実際の利用者を知っている専門職が適切に編集された情

報を入手することで、利用者アドボカシーの最も重要な担い手となることができる<sup>3</sup>。

地域福祉情報化は公民パートナーシップで実現するべきものであるため、民間の自由意思による福祉情報の蓄積・公開については奨励していく必要がある。行政の過剰な介入は利用者の利益をつみ取ってしまう恐れがある。地域福祉情報化の方法は、宮崎市の事例が参考になる。福祉情報を収集し、そこにアクセスできるようにデジタルデバイドを解消していく。さらに地域内・異世代間のコミュニケーションの手段としても IT は活用される。「福祉情報ボランティア宮崎」は、宮崎公立大学の金子教授を代表として学生などをメンバーに加えながら、福祉情報の蓄積・公開及び高齢者・障害者向けの IT 講習会を開催している<sup>4</sup>。

地域福祉計画において地域内の福祉資源としての福祉サービス供給の多様性を探ることも重要であるが、それを福祉情報として IT にのせること、そしてニーズ把握の中から整備すべき福祉情報の優先順位について検討することが重要である。

地域情報化の推進は、地域住民の IT スキル向上とともにコンテンツの整備が両輪として機能しなければならない。IT スキル向上は、地方自治体主催の IT 講習会修了者が 500 万人を越えているように実績ができています。一方で地方自治体の多くがキラーコンテンツ探しに苦勞しているのが現状であり、地域福祉情報化の方向性は地域情報化コンテンツの課題を解決する可能性を持っている。

### ○福祉ニーズのマイニング

電子自治体実現に向けた提言において、榎並利博（2002）は「住民情報の共有と守秘義務」<sup>5</sup>を取り上げている。自治体職員の守秘義務として、地方公務員法と地方税法に規定されているものが 2 つある。特に地方税法上の徴税吏員としての守秘義務は、他部門の職員が税情報に直接アクセスすることを制限しており、公的業務遂行上の非効率として存在している。榎並は、地方分権一括法（2000 年 4 月）によって地方税法上の守秘義務の項目を規定していた通達が無効になったことを指摘し、市民の立場に立った業務プロセスの見直しを提言している。

住民基本台帳番号の導入と軌を一にして、地方自治体における住民情報のずさ

<sup>3</sup> 和泉徹彦（2002）

<sup>4</sup> 金子正光（2002）

<sup>5</sup> 榎並利博（2002）p.75



んな管理の事例が報道された。住民情報データベースにアクセスするための ID カードの管理を徹底していなかったために、業務と無関係な情報検索が行われたり、その実行者が特定できないといった事例である。

非効率をもたらすのみであった一部の守秘義務に則った業務プロセスが継続されている一方で、個人情報の流出が恒常的に存在した事例が存在したことは、市民に地方自治体の個人情報保護に不信を抱かせるに十分であった。

複並によれば、業務プロセス見直しの一環でより強固な個人情報保護のシステムを構築することが可能である。個人情報へのアクセス記録を必ず保存して、個人情報へのアクセス記録を本人から請求があれば速やかに通知するという仕組みである。当然のことながら、本人が不信を抱くアクセス記録があったときに申し立てを行い、審査する第三者機関の設置も求められる。

市民の立場に根ざした業務プロセスの見直しでは、市民一人一人の福祉ニーズをある程度把握することが可能になる。低所得者に資格がある福祉サービスであれば、税情報及び住民登録情報を活用することで有資格者に通知することができる。そもそも本人が当該サービスを知らず、有資格者であることも知らないケースでは、本人への通知が福祉の改善に役立つことは明白である。

福祉ニーズを持つ者イコール情報弱者では必ずしも無いが、権利擁護する者がいなければ本来受けられる福祉サービスさえも逃してしまうケースがあることは否定できない。地方自治体自らが市民の福祉ニーズに対する権利擁護者になるべく、業務プロセスを見直す必要がある。そこでは新たに条例を制定することも視野に入ってくる。

福祉ニーズを住民情報からデータマイニングする業務を実施するにあたり、昨今の厳しい地方財政の下では人材及び事業費の確保が難しいことは容易に理解される。そこでは新公共経営の概念を導入して、企業等の民間事業者に業務委託する方法が検討される。業務量に応じた委託費を確保することも難しいのであれば、成果主義に基づくインセンティブ報酬の仕組みを導入することが考えられる。マイニングできた福祉ニーズの件数もしくは、マイニングできた福祉ニーズが実際にサービス給付対象になった件数毎に報酬が支払われるものである。さらに応用を考えれば、アンチ福祉ニーズマイニングもあり得る。給付決定時には有資格であったが現時点では資格外となっているケースについて把握するものである。

データマイニングの業務委託に伴う個人情報保護について技術的に考慮すべき点がある。もちろん個人情報を含んだ住民情報データセットを民間事業者に丸投

げで渡すのでは、個人情報保護は機能しない。業務委託をする住民情報データセットは、住民基本台帳番号ではない別の一時的なキー項目に置き換えて、匿名性を保ったまま渡すのである。キー項目とは、分割されている各種の住民情報データを名寄せ統合するための項目である。また、住民情報データセットを暗号化した上で業務委託先でしか復号化できない仕組みを取り入れることが可能である。これは公開鍵暗号方式という公開鍵と秘密鍵がペアになった暗号の仕組みを利用し、公開鍵で暗号化すればペアの秘密鍵でしか復号化できないことを活用する。実務上はデータセット全体ではなく、データセットを暗号化する共通鍵をさらに暗号化・復号化する RSA 暗号方式などに代表される複合的な暗号方式である。

地方自治体に限らず、社会保障システムの根幹となっている年金制度についても業務プロセスを見直し、本人に通知する仕組みを整備することは世代間連帯を維持するためにも重要である。現行制度は再計算が実施される関係で、確定給付を標榜しながら給付直前にならなければ給付額が確定しないという問題を抱えている。年金給付額については個人貯蓄額とのバランスをどのように設計するかという点と関係しており、若年世代の年金制度不信、国民年金保険料滞納者の増加といった傾向とも関連づけることもできる。

スウェーデンでは 1998 年の年金制度改正によって、年金加入者に対して仮想 (Notional) 年金額が毎年通知される仕組みが導入されている。年金積み立ての個人勘定導入は議論が収束しない問題であるが、スウェーデンの本人通知はあくまでも仮想の年金額というのがポイントである。積み立て方式の割合が低い賦課方式に基づく世代間連帯は維持しつつも、個人の年金給付額が把握できる。

基礎年金番号及び住民基本台帳番号の取り扱い方法は常に注目される。公権力によるプライバシー侵害に対する懸念が大きいためである。地方自治体の業務プロセス見直しでも触れたが、個人情報保護のためにはアクセス記録を常に残す方法の採用が重要である。その上で、市民にメリットが得られる形での運用が望ましい。相続税と贈与税の通算に関する議論では、納税者番号制度の代替として基礎年金番号の流用が検討されたが、年金業務以外での使用を制限していたために実現はしなかった。市民自身がメリットを得るため、基礎年金番号及び住民基本台帳番号を積極的に使用するよう求めることまでも制限するのは、非合理的と言える。

## ○結論

### ポイント

- 電子政府構想における厚生労働省行政の新たな IT 化ビジョン＝地域福祉情報化
- 対人社会サービスの供給は、行政・市場・民間非営利の各主体によって担われるべきとする福祉ミックスの確認
- 地域福祉計画策定を通じたコミュニティに存在する福祉資源と福祉ニーズの確認
- 市民の立場からの地方自治体業務プロセス見直しによる福祉ニーズマイニングと民間業務委託
- 行政(G), 企業(B), 生活者(C) & NPO (N)の関係強化による積極的な福祉ニーズの解決

地域福祉の実現や地域福祉情報化は、地方自治体の独自性として発揮しなければならない部分が多くを占める。地域コミュニティにおける福祉資源を見つけだすために、地域福祉計画策定に様々な主体に参画を求めることや、住民の福祉ニーズを見つけだすための業務プロセス見直しは重要である。

厚生労働省行政から地域福祉情報化を促すためには、全国一律の福祉という縛りを地方自治体に課すのではなく、地方の独自性を積極的に認めて支援することにある。地域福祉計画策定に必ずしも積極的でない地方自治体に策定を促すために、策定事例を取りまとめて広報するなどの推進施策が求められる。電子政府構想に対して、地域福祉情報化こそが厚生労働省行政の新たな IT 化ビジョンであることを主張することも重要である。

参考文献

Duncan, K.A, Health Information and Health Reform, Jossey-Bass Publishers, 1994

丸尾直美『総合政策論』有斐閣, 1993.6

加藤寛・丸尾直美編著『福祉ミックス社会への挑戦』中央経済社, 1998.9

森本佳樹「社会福祉における情報化の意義と課題」(『社会福祉研究第78号』鉄道弘済会, 2000.7 所収)

金子正光「IT 時代におけるまちづくりに果たす地域情報化とボランティアの役割」(『宮崎公立大学人文学部紀要第10巻第1号』2002 所収)

社会保障審議会福祉部会報告「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針の在り方について」(2002年1月28日)

和泉徹彦「医療・介護におけるIT化」(加藤寛・丸尾直美編著『福祉ミックスの設計』有斐閣, 2002 所収)

榎並利博『電子自治体ーパブリック・ガバナンスのIT革命』東洋経済新報社, 2002.7

加藤敏春『エコマネーはマネーを駆逐する』勁草書房, 2002.8

栃本一三郎編著『地域福祉の広がり』ぎょうせい, 2002.7

和田敏明編著『地域福祉の担い手』ぎょうせい, 2002.7

以上。