



## 特集2

---

# 社会保障制度改革と福祉の市場化

—— 介護保険と保育制度の改革動向をふまえて

## I 問題の所在

——社会福祉基礎構造改革による社会福祉法制の変容と福祉の市場化

安倍晋三政権は、社会保障費の抑制や削減（以下「社会保障削減」という）を進めている。二〇一八年度予算では、医療・介護を中心とした社会保障費の自然増分は、概算要求段階の六三〇〇億円から五〇〇〇億円に抑えられた。安倍政権の六年間で、小泉政権時代を上回る一・六兆円もの削減である。二〇一九年度予算案でも、六〇〇〇億円と見込まれていた自然増が一二〇〇億円圧縮され、四八〇〇億円に抑えられた。七五歳以上の高齢者に適用されてきた後期高齢者医療保険料の軽減措置が廃止され、生活保護基準や年金給付の引き下げが断行されている（生活保護の生活扶助費は、二〇一八年一〇月から三年かけて、約一六〇億円が削減される）。

日本国憲法（以下「憲法」という）二五条一項は、国民の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を明記し、同条二項は「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定している。憲法二五条の規定をふまえ、社会保障を定義するならば、失業しても、高齢や病気になるっても、障害を負っていても、どのような状態にあっても、すべての国民に、国や自治体が「健康で文化的な最低限度の生活」を権利として保障する制度ということが出来る。そして、保障されるべき生活水準は、生きざりぎりの「最低限度の生活」（ヒトとしての生命体を維持できるぎりぎりの生活）ではなく、「健康

で文化的な」ものでなければならぬと解される。

しかし、日本は社会保障が脆弱で十分機能していない。生活保護世帯は過去最高を更新し、貧困率は国際的にみても高い水準にあり（国民の六人に一人が貧困線以下の生活）、ひとり親世帯の貧困率は先進諸国で最悪水準、子どもの虐待件数、高齢者の虐待件数も過去最多を更新し続け、高齢者の孤立死・孤独死も増大し、家族の介護疲れによる介護心中事件、親亡き後の将来を悲観した障害者の心中事件も後を絶たない。過労死・過労自殺の労災認定の申請も増加し、二〇一七年度は、長時間労働など仕事の原因でうつ病などの精神疾患を発症して労災認定を受けた人は五〇六人で（九八人が自殺・自殺未遂）、過去最多になっている（厚生労働省発表）。

脆弱な制度に加え、社会保障制度改革と称して、年金、医療、介護、子育て支援、生活保護といった社会保障全般にわたり、社会保障削減を意図した法改正が次々に行われ、生活保護基準、年金給付など社会保障の給付水準の引き下げ、給付の縮減・縮小（介護保険において特別養護老人ホームの入所資格を要介護三以上の人に限定するなど）、保険料や患者・利用者負担の増大といった改革が実施に移されている。その結果、多くの国民、とりわけ年金生活者や生活保護受給者の生活実態は「健康で文化的な最低限度の生活」には程遠い現実が生み出され、国民の生活困難や生活不安が増大している。その意味で、安倍政権の社会保障制度改革は、国民の生存権侵害をもたらす政策といえる。

社会保障制度改革のなかでも、とりわけ社会福祉分野の改革は、社会福祉基礎構造改革と称され、「措置から契約へ」の理念のもと、介護保険法、障害者総合支援法、子ども・子育て支援法など一

連の立法により、高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉の各分野において大きな変革がなされた。社会福祉給付の大半が直接的なサービス給付（現物給付）からサービス費用の助成（金銭給付）へ、利用者が施設・事業者と直接契約してサービスを利用する仕組みに変えられた（給付費支給・直接契約方式）。株式会社をはじめとする多様な供給主体の参入を促し、それらとの契約により、福祉サービスを商品のごとく購入し、その購入のための費用を公的な給付によって補助する給付費支給・直接契約方式（以下「個人給付方式」という）の導入は、まさに「福祉の市場化」ととらえることができる。

個人給付方式のもとでも、サービス利用が現実には困難な者に対して、サービスを直接提供する措置制度は残されたが、同制度の形骸化と市町村責任の後退が顕著となっている。また、個人給付方式の導入と企業参入により、とくに介護保険にみられるような供給量の増大をもたらしたものの、介護職や保育士などの労働条件の悪化と人材不足、サービスの質の低下をもたらしている。

本特集では、以上のような状況をふまえ、社会保障制度改革による福祉の市場化の動向と問題点を、介護保険と子ども・子育て支援新制度を中心に考察し、安心できる介護保障と保育制度の構築に向けての課題を展望する。

## II 社会福祉基礎構造改革に至るまでの

### 高齢者福祉措置制度と保育制度

#### 1 戦後の社会福祉法制と措置制度の確立

まず、介護保険および子ども・子育て支援新制度導入に至るまでの社会福祉政策の展開を高齢者福祉政策と保育政策を中心にたどり、福祉措置制度の特徴についてみていこう。

戦後の日本の社会福祉法制は、生活保護法から専門分化していくという過程をたどる。まず、一九四七年に児童福祉法が、一九四九年には身体障害者福祉法が制定され、これらは一九五〇年に全面改正された生活保護法とともに、福祉三法と称された。こうした社会福祉法制の特徴は、各法に定められた措置（福祉の提供という現物給付）を国・自治体の責任（公的責任）で実施するというもので、措置制度といわれた。

もともと、当時、施設をはじめ福祉供給体制は整備途上にあつたため、社会福祉事業法（現在の社会福祉法）によって、民間事業者を社会福祉法人として措置委託のかたちで公的補助を行う仕組みがとられた。同法によって、各都道府県に社会福祉事務所が設置され、福祉事務に従事する専門公務員が誕生する。実施体制は、機関委任事務（現在は法的受託事務）として、自治体が事務処理を行っていたが、サービス提供は施設入所が中心で、供給量が限られていたため、措置の対象とされたのは、緊急性の高い人や低所得者であ

った。

一九六〇年代の高度経済成長期に入ると、一九六〇年に精神薄弱者福祉法（一九九八年に知的障害者福祉法に名称変更）、一九六三年に老人福祉法、一九六四年に母子福祉法（一九八一年に母子及び寡婦福祉法、二〇一六年に母子及び父子ならびに寡婦福祉法に名称変更）が相次いで制定され、先の三法とあわせて、福祉六法体制が確立した。この時期、既婚女性の就業が進み、「ポストの数ほど保育所」をスローガンに、とくに保育所づくりの運動が広がり、当時、各地で成立した革新自治体がそれを後押しし、保育所などの施設整備も進んだ。一九七〇年代には、国も、保育所緊急整備計画を策定し、年平均で保育所八〇〇カ所程度の創設、入所児童約九万人の増大を実現、一九七〇年代末には、保育所二万三〇〇〇カ所弱、在籍児二〇〇万人弱の水準に達し、現在の保育所保育の基礎が築かれた。

一九七三年は「福祉元年」と称され、普遍的な福祉サービス供給体制が確立するかにみえたが、その年の秋の第一次石油危機により、高度経済成長が終わり、低成長期が到来すると、一転して福祉見直しが叫ばれ、福祉予算の削減の方向に舵が切られる。一九八一年には、第二次臨時行政調査会が発足、行財政改革の答申をだし、医療・年金・社会福祉抑制の方向が打ち出された（「臨調・行革路線」と称された）。一九八六年以降は、社会福祉の国庫負担割合を従来の八割から最終的には五割に引き下げる改革が断行され（生活保護の国庫負担は七五％）、福祉予算の削減が進んだ。

保育所についても、子どもが三歳になるまでは親のもとで育てた方がよいという、いわゆる「三歳神話」の影響のもと、「保育所の

役割は終わった」として、保育所抑制策がとられるようになる。保育所数は、一九七〇年代末から一転して減少傾向となり、一九九〇年代を通じて減少が続き、二〇〇〇年時点で二万二〇〇〇カ所にまで減少した（減少前の一九八〇年代初頭の水準を回復するのは二〇〇八年四月）。保育所不足は、保育所定員に空きがなく、保育が必要であるとされながら、保育所に入所できない「待機児童」を大量に生み出すこととなった。

## 2 措置制度の特徴

社会福祉法制のもとで確立した措置制度では、利用希望者の申し込みを契機として、措置権者（地方公共団体またはその長）が受給資格を認定して措置決定を行い、措置（保育や支援などの現物給付）がなされる。受給資格の認定は、受給要件に該当するか否かを認定するもので、必要度や緊急性に応じて優先順位が決定される。措置決定は行政処分と構成され（したがって、決定に不服がある場合は、取消訴訟など行政訴訟の提起が可能となる）、措置決定がなされれば、措置権者は、受給資格者に措置を実施する義務を負う。民間事業者に委託する場合にも、社会福祉各法により、民間事業者の受託義務および受託者に対する規制監督が規定されている。

こうした措置制度には、第一に、措置権者である市町村が、措置の実施という現物給付義務を負い、民間事業者に委託する場合にも、事業者に対して委託費を支給する方式をとっていること（現物給付・市町村委託方式）、第二に、市町村（行政）の責任により入所・利用が保障されること（市町村責任方式）、第三に、費用負担

は無償もしくは利用者の所得に応じた応能負担であること、第四に、財源は、国・自治体の公費負担であること、といった特徴がある。

しかし、行政解釈では、措置決定は行政処分であり、措置の実施は職権主義によるもので、利用者の申請権は否定され、同時に、サービスを受ける利益は、措置の実施の結果として生じる反射的利益であるとして、措置請求権も否定されてきた<sup>1)</sup>。判例も、同様の解釈を示していた(申請権を否定する大阪高判二〇〇一年六月二一日『判例時報』二二八号七二頁、措置請求権を否定する大阪地判一九九八年九月二九日『賃金と社会保障』一二四五号三〇頁。養護老人ホームの個室入所請求訴訟に対する最判一九九三年七月一九日判例集未掲載など)。

### 3 高齢者福祉政策の展開と介護保険法の成立

社会保障政策全般に関してみると、六五歳以上の総人口に占める割合(高齢化率)が一九九四年に一四%を超える高齢社会に突入して以降、高齢化の進展への対応が政策課題とされるようになる。二〇一三年には、高齢化率が二五%を突破、七五歳以上人口の割合も一二・三%に達し、人口の四人に一人が六五歳以上の高齢者という本格的な超高齢社会になった。

高齢者福祉政策のなかでも緊急の課題とされてきたのが、介護保障である。高齢化の進展とともに、介護を必要とする高齢者が増加してきたが、圧倒的な福祉施設の不足のなか、特別養護老人ホームなどの計画的な整備の必要性が認識され、一九九〇年の老人福祉法

および老人保健法(現在は高齢者の医療の確保に関する法律)の改正により、全国すべての地方公共団体は、老人福祉計画・老人保健計画(両者は一体のものと作成され、老人保健福祉計画といわれた)の策定が義務づけられた(老人福祉法、二〇条の八以下)。同時に、老人福祉法と身体障害者福祉法にもつく入所措置の権限を市町村に移譲し、市町村を在宅サービスの実施主体とすることなどを主な内容とする改正が行われた。また、民間活力の利用という政策動向に沿って、措置委託先の拡大と供給主体の多元化が図られた。すべての市町村が、サービスの種類ごとに目標数値を設定し施設の整備や人材確保に向けた計画を策定した意義は大きいとの指摘もあるが、計画の検証が十分なされてきたかは疑わしい<sup>2)</sup>。

そして、一九九〇年代に入ると、措置制度に対して、①措置決定は一方的・権力的で、利用者は従属的な立場におかれ、施設やサービスの選択ができない。②供給量の不足により、サービス提供を拒否する行政裁量が認められ、多数の待機者の存在を理由に、利用の申出を受け付けない運用もみられる。③施設最低基準や措置費の算定基準が低く設定されているため、処遇面での質の確保が十分できていない、などの問題点が指摘され、改革の必要性が主張されるようになった。もともと、これらの問題点の多くは、措置制度の仕組みを前提としながら、公費を投入し、施設などの供給量の増大を図り、施設最低基準や措置費の引き上げを行うことなどで解決しうる問題といえた<sup>3)</sup>(②③の問題)。また、法解釈論を通じて運用を改善する途もあつた。とくに、保育所入所については、多くの自治体で、保護者が特定の保育所を選択したうえで、入所希望先を明記し、市町村に申し込みを行う方式が常態化しており、申請権と措置

請求権を認めることは十分可能であった。

しかし、社会福祉基礎構造改革と称し、一九九七年に成立、二〇〇〇年に施行された介護保険法によって先鞭をつけられた改革は、措置制度の見直しというより解体であった。まず高齢者の介護保障が、老人福祉法にもとづく措置制度から社会保険方式である介護保険へと転換され、その後も障害者福祉において措置制度から個人給付方式への転換が行われた。その結果、主な社会福祉の給付は、サービスそのものの給付（現物給付）ではなく、サービス利用に必要な費用（給付費）の助成という金銭給付に変わり、高齢者や障害者などが事業者・施設と直接契約してサービスを利用する仕組みが導入された。

#### 4 保育制度改革の展開と子ども・子育て支援新制度の導入

##### (1) 一九九七年の児童福祉法改正と保育所方式

措置制度のなかでも、児童福祉法にもとづく保育所入所については、前述の保育所整備を背景に、一九九七年に児童福祉法の大幅な改正が行われ、同法二四条一項の「保育所への入所の措置」の文言が「保育の実施」に変更され、行政解釈では、措置制度から契約制度への転換がはかられたとされる。すなわち、法改正により、保護者が市町村に申込みを行い、市町村が、申込みをした保護者の子どもが保育を必要とするか（「保育に欠ける」という文言が使われた）を審査し、必要とする場合には入所決定を行い、市町村と保護者との間に利用契約が結ばれ、それにもとづき保育が提供される仕

組みに転換されたというわけである。<sup>(5)</sup>

この仕組みでは、市町村は、保護者からの申し込みを受けて、保育所の入所決定を行うが、入所決定は行政処分であり、その後の保育の実施について、市町村と保護者との間に公法上の契約関係が成立しているとみることができるといえる<sup>(6)</sup>。市町村には保育の実施義務があり、保育の実施は、公立保育所で行うのが基本となるが、私立認可保育所に委託することもでき、この場合、市町村と私立保育所との間に委託契約（準委任契約）が結ばれ、市町村から保育所に委託費（運営費補助金）が支払われ、保護者からの保育料の徴収は市町村が行う。

その意味で、保育所入所の場合は、市町村と保護者との契約という形式をとりつつも、市町村に保育を提供する義務があり（保育を必要とする子どもに保育の利用の権利があり）、措置制度の特徴である現物給付・市町村委託方式をとっているといえよう（以下「保育所方式」という）。

##### (2) 待機児童対策の展開

前述の保育所待機児童については、バブル崩壊後の一九九〇年代後半からその数が激増し、政策的対応が求められるようになる。

国が初めて待機児童数を公表したのは一九九五年からだが、目標数値を定め、本格的に待機児童解消に乗り出したのは、二〇〇一年の小泉政権のときの「待機児童ゼロ作戦」からであった。「待機児童ゼロ作戦」は、受け入れ児童数を二〇〇二年度中に五万人、二〇〇四年度までにさらに一〇万人、合計一五万人増やすという目標数値を定め、実際に、二〇〇二年には一九六万人だった保育所定員数

は二〇〇七年には二一万人まで増大した。しかし、保育所増設ではなく、規制緩和による既存保育所の定員を超えた詰め込み中心の施策であったため、待機児童ゼロには到底及ばず、「詰め込み保育」と揶揄されるなど、保育の質が低下した。

待機児童対策は、歴代政権に引き継がれ、安倍政権も「待機児童解消加速化プラン」を打ち出した。同プランでは、二〇一三年～二〇一四年度を「緊急集中期間」として約二〇〇万人分の保育施設を整備したうえで、二〇一五年～二〇一七年を「取組加速期間」として、新制度の導入とあわせさらに二〇〇万人分の受け皿を確保し、二〇一七年度末までに、待機児童解消を実現するという目標を掲げた。しかし、希望者が多い保育所の整備ではなく、後述する小規模保育事業など安上がりな保育施設の整備に偏ったこと、各自自治体の整備計画が過小な保育需要を前提としていたことなどから、二〇一八年三月末までの待機児童解消は実現できず、同プランは失敗に終わった。待機児童問題は二〇〇年以上にわたって解消されないまま今に至っている。

一方、合計特殊出生率（一人の女性が産む子どもの数の平均）が丙午だった一九六六年を下回った一九八九年（いわゆる「一・五七ショック」）を起点として、少子化が社会問題となり、少子化対策も進められる。安倍政権になってからは、少子化問題は、将来的な労働力の減少、社会保障の支え手の減少と現役世代の負担の増大の観点から論じられ、経済・財政政策の一環に位置づける傾向が強まり、待機児童問題の解消も少子化対策の一環として進められている点に特徴がある。

### (3) 社会保障・税一体改革と子ども・子育て支援新制度の導入

保育制度改革については、二〇〇〇年代から、地方分権改革の流れのなかで児童福祉財政の再編が進み、二〇〇四年度には、公立保育所運営費補助金および障害児保育補助金が廃止された。国の補助金廃止により生じる地方負担分については、地方交付税における基準財政事情の需要の算定に反映されたとはいえ、児童福祉の基幹的事務に対する国の財政責任が後退したことは否定できない。地方交付税は使途を限定しない一般財源のため（公立保育所運営費等の一般財源化といわれる）、増額分を保育所以外の別の用途に用いる自治体もあり、結果として、公立保育所の民営化が各自自治体で加速する事態を招いた。また、二〇〇六年に、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（以下「認定子ども園法」という）が制定され、所定の要件を満たした保育所または幼稚園を都道府県知事が認定することも園として認定する仕組みが導入された。幼稚園・保育所双方の機能をあわせもち、直接契約方式をとる認定子ども園の設立は、幼保一体化（当時は「幼保一元化」といわれていた）への機運を高めた。

この時期、待機児童解消を目的とした保育所定員の弾力化など保育分野の規制緩和が進められたが、それ自体は、市町村の保育実施義務を前提とした従来の保育制度の範疇を超える改革ではなかった。しかし、障害者自立支援法（現障害者総合支援法）の施行（二〇〇六年）など、高齢者福祉分野に続き障害者福祉分野でも個人給付方式への転換が実現するに至り、国（厚生労働省）の側で、市町村の保育実施義務を外し、契約方式への転換を指向する方向が鮮明

になってくる。

二〇一二年二月には、当時の民主党政権のもと、消費税率一〇％への段階的引き上げを内容とする「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、消費税込収（国税分）の用途を、高齢者三経費（基礎年金、高齢者の医療および介護保険にかかる公費負担の費用）に少子化に対処するための施策（子ども・子育て施策）に要する費用を加えた「社会保障四経費」に限定すること、同施策について〇・七兆円程度（それ以外の財源も含め一兆円程度）の財源を確保することが打ち出された。そして同年三月、子ども・子育て関連三法案（総合子ども園法案、子ども・子育て支援法案、関連法律の整備法案）が、社会保障・税一体改革関連法として国会に提出された。

同法案については、野党のみならず、保育・幼児教育関係の団体に強固な反対意見があり、二〇一二年六月、民主党と自民党・公明党の三党合意が成立し、法案は大幅に修正された。具体的には、総合子ども園法案は廃案とされ（これにより、保育所と幼稚園を総合子ども園に統合する幼保一体化案は頓挫した）、市町村の保育実施義務が、保育所保育について復活することとなった。この修正案がそのまま成案となり、同年八月、①子ども・子育て支援法、②認定こども園法の一部改正法、③児童福祉法の改正（以下「二〇一二年改正」という）など関係法律の整備に関する法律の子ども・子育て関連三法が成立した。子ども・子育て関連三法は、消費税率一〇％の引き上げが延期になったものの、二〇一五年四月より予定どおり施行され、子ども・子育て支援新制度がスタートした。

### Ⅲ 介護保険と制度改革の動向

#### 1 介護保険法の目的と基本理念

介護保険は、従来の高齢者福祉制度を個人給付方式に転換したのみならず、税方式による介護保障を社会保険方式に転換した点で、最もドラスティックな改革であった。そして、介護保険は、その後の社会福祉法制の改革のモデルとされている。

介護保険法は、要介護者等が自らの尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスにかかる給付を行うことを目的とする（介護保険法一条）。給付の内容・水準は、要介護状態になっても可能な限り居室において自立した生活を営むことができるよう配慮すべきものとされており、居室での生活が優先される（同二条四項）。同時に、給付は、要介護状態の軽減または悪化の防止に力点を置くこと、被保険者の選択にもとづくことが要求される（同条三項）。

一方で、介護保険法は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢にともなう心身の変化を自覚したうえで国民の健康保持増進義務、要介護状態になった場合の能力の維持向上義務を定める（介護保険法四条一項）。この規定が根拠となって、後述する介護予防事業等が実施されている。しかし、社会保障立法は、



憲法二五条に定める生存権規定を具体化する立法と考えられるが、介護保険法は、国民が要介護状態になった場合の介護給付等を受ける権利ではなく、要介護状態にならないための健康増進義務を強調する点で、特異な法律といえよう。同時に、国民は共同連帯の理念にもとづき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものと定める(同条二項)。憲法二五条の生存権の理念ではなく、この「共同連帯の理念」が介護保険法の基本原則とされ、低所得者への介護保険料賦課や保険料滞納者への給付制限を正当化する根拠理念として用いられている点に問題がある。

## 2 介護保険の特徴と問題点

### (1) 介護保険給付の特徴と利用抑制

介護保険の給付は「居宅介護サービス費」(介護保険法四一条一項)のように、費用支給の形態をとっており、医療保険の「療養の給付」のような現物給付ではなく、サービス費用の給付(現金給付)といえる。ただし、実際は、要介護者が介護事業者から介護保険サービスの提供を受けた場合に、代理受領の方式をとるため、要介護者にとっては、医療保険のような現物給付と同じにみえる(サービス費用の原則一割負担でサービスを利用できる)。もともと、この場合も、介護保険法上は、保険者である市町村がサービス費用(九割)を要介護者に支給し、本人が自己負担分(一割)と併せて、介護事業者に費用を支払う方式が基本とされており、保険給付それ自体は現金給付である。

医療保険の場合は、被保険者が保険医療機関に被保険者証を提示し、医師が治療の必要性を判断し、医師が必要として行った治療は、療養の給付として現物給付され、その治療については、薬の処方、投与も含めすべて保険がきく。ところが、介護保険では、要介護認定を受けなければならず、医療保険に比べて使いづらい制度であるうえに、在宅サービスを利用する場合には、要介護ごとに支給限度額が設定されており(つまり給付に上限が設定されており)、それを超えるサービスを利用した場合には、保険がきかず全額自己負担となる。また、原則一割の自己負担があるため、それが負担できなければ、サービスそのものが利用できない。支給限度額いっぱいにはサービスを利用している在宅高齢者はほとんどおらず、支給限度額に対する現実の利用割合は、要介護ごとに異なるが、平均で四割程度にとどまっている。逆に、介護扶助によりサービス利用に自己負担のない生活保護受給者の支給限度額に対する利用割合は八九割程度にのぼることを考えると、一割負担によるサービス利用の抑制があることは明らかである。

施設サービスの場合は、在宅サービスと異なり、要介護ごとに設定される支給限度額は施設に支払われる介護報酬額となり、入所者には、要介護度にかかわらず、二四時間三六五日の介護が保障される。この仕組みだと、要介護度の高い人(最重度の要介護五)の人の支給限度額は月三六万円)を多く入所させたほうが施設に入る収入は増えるため、施設の側としては重度の人をとりたがる(すでに、後述する介護保険法改正で、原則として要介護三以上の人しか特別養護老人ホームには入所できなくなった)。また、在宅サービスの給付水準では、重度の人が在宅で暮らすには、家族介護者の負担が

大きすぎる。家族介護者のいない独居の高齢者も増加しており、施設入所の希望者が増えるのも当然である。しかし、特別養護老人ホームなどの施設は不足しており、膨大な待機者が放置されている。

介護保険制度の導入時（二〇〇〇年）には、措置制度から個人給付方式への転換が、利用者の福祉サービス受給権（選択権）を認めるものとの積極的な評価がなされた。しかし、介護保険給付が現金給付であることを考えれば、法的には、要介護・要支援認定を経て、要介護度に応じた介護サービス費の償還給付を受ける権利（受給権）が生じるにとどまり、その受給権も、利用者負担がでず、サービスが利用できない場合には現実化しない。

## (2) 混合介護の承認とその問題点

医療保険の場合は、医師が行った治療等の医療行為は、療養の給付として現物給付され、保険給付部分と自由診療部分を組み合わせた「混合診療」は原則として禁止されている。これに対して、介護保険の場合は、前述のように、保険給付の支給限度額を超えた部分のサービス利用は全額自己負担となるが、介護保険サービスと自費によるサービスとの併用、いわゆる混合介護が認められている。保険給付で不足するサービスについては、自費で購入することが想定されているわけで（もともと、実際に支給限度額を超えるサービスを利用しているのは、利用者全体の一・五%にとどまる）、その意味で、介護保険の導入で実現されたのは「介護の社会化」ではなく、福祉の市場化の帰結である「介護の商品化」といったほうが適切である（法制度自体が、サービスを購入する費用の給付という仕組みである）。

もともと、混合介護といっても、保険給付サービスと保険外サービスとの「同時・一体的提供」は認められていない。この点について、二〇一六年に、公正取引委員会が「混合介護の弾力化」として「家族の食事や選択などの提供」「ヘルパーの指名（指名料の導入）」などを提言している（「介護分野に関する調査報告書」）。

しかし、こうした「混合診療の弾力化」による本格的な混合介護の解禁は、所得格差による介護格差を拡大する。低所得の高齢者にとって自費によるサービスの利用は不可能であり、保険外サービスの拡大によって、保険給付部分が切り下げられていくことになれば、さらに所得格差が介護格差に直結することとなる<sup>(12)</sup>。ただし、厚生労働省は現在までのところ、不明朗なかたちで利用料が徴取され、保険外の負担をしないとサービスを受けられなくなるおそれがあるとの理由で、「混合介護の弾力化」には慎重姿勢を崩していない。

## (3) 老人福祉法の措置による介護保障の機能不全

一方、老人福祉法は「福祉の措置」として、居室における介護および老人ホームへの入所を市町村責任で行うことを規定している。市町村によるこれら措置によるサービス提供は、六五歳以上で身体上または精神上の障害があるために日常生活や在宅生活が困難な高齢者が、やむを得ない事由により、介護保険サービスを利用することが著しく困難な場合とされている（老人福祉法一〇条の四、一一條）。法令上の規定の仕組みからみて、介護保険法施行後は、老人福祉法の措置は、申請を前提としない職権主義に一本化されたといえる<sup>(13)</sup>。

ただし、厚生労働省は、この「やむを得ない事由」を①本人が家族等の虐待・無視をうけている場合、②認知症等の理由で意思能力が乏しく、かつ本人を代理する家族等がいない場合、と限定的に解している。ただし、これらの場合でも特別養護老人ホームへの入所等で家族等の虐待・無視の状況から離脱し、または成年後見人制度等にもとづき、本人を代理する補助人等を活用することができる状態となり、利用の契約等が可能となった時点で措置が解消され、通常の契約による介護保険サービスの利用に移行している。

しかし、厚生労働省解釈は限定的すぎる。利用者負担がでずサービスを利用することが困難な場合も「やむを得ない事由」で介護保険サービスを利用することが著しく困難な場合に当たり、措置による給付が可能ではないかと考える。とくに、特別養護老人ホームへの入所の場合には、市町村が「措置を採らなければならない」と規定されており（老人福祉法二一条一項、当該要件に該当する場合には措置義務が市町村に生じると解される）。

また、介護保険の支給限度額（給付上限）を超える給付が必要な場合にも、介護サービスの提供という現物給付のかたちで「福祉の措置」による給付の余地がある。すでにホームヘルプ（訪問介護）サービスに関しては、より濃密なサービスが必要であると認められる。全身性障害者については、社会生活の継続性を確保する観点から、介護保険では対応できない部分は引き続き障害者施策から必要なサービスを提供することができるとされており（「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」二〇〇七年三月二四日通知）、実際に支給限度額を超えたサービス提供が行われている。この場合は、市町村は介護事業者に措置費を支払い、措置対象者（または扶

養義務者）から、その負担能力に応じて費用徴収するとされており、利用者負担は応能負担の原則が貫かれている（老人福祉法二八条）。

そして、最終的には、十分な介護保障がなされず「健康で文化的な最低限度の生活」が侵害される急迫性がある場合には、市町村の側に、老人福祉法にもとづき、特別養護老人ホーム入所などの措置義務が生じると考えられる。また、成年後見制度等の利用が必要な場合には、後見人等の選任まで、サービスの中断なしに、同制度につなげていくためにも、福祉の措置が積極的に活用される必要がある。福祉の措置の拡充は、判断能力が不十分な要介護者や虐待を受けている要介護者の権利擁護の仕組みとしても大きな意義をもつ。

しかし、現実には、老人福祉法による措置の事例はわずかで、措置の予算的裏づけをしていない市町村も多い。何より、介護保険法施行以後、高齢者担当の自治体ソーシャルワーカーが激減し、高齢者福祉行政における責任主体としての市町村の能力が低下したとの指摘があり、措置入所に大半の市町村が消極的な現状がある（いわゆる「措置控え」と呼ばれる）。老人福祉法による介護保障は、現状ではきわめて不十分といわざるをえない。市町村責任の強化と措置の対象範囲の拡大が課題となる。

#### (4) 介護保険料負担をめぐる問題

介護保険では介護給付費の半分は介護保険料で賄い、第一号被保険者（六五歳以上の被保険者）と第二号被保険者（四〇歳から六四歳の被保険者）の保険料負担割合は、それぞれの総人口で按分して算定し、三年ごとに政令で定める。第七期（二〇一八〜二〇二〇年

度)の負担割合は、第一号被保険者が二三%、第二号被保険者が二七%となっている。この方式は、高齢化が進行する度合いに応じて、第一号被保険者の負担割合が自動的に引き上げられる方式であり、年金しか収入のない人が大半を占める第二号被保険者の負担が重くなる方式である。<sup>15)</sup>

第一号被保険者の介護保険料は、市町村介護保険事業計画に定めるサービスの見込量にもとづく給付費の予想額などを参考に、三年を通じ財政の均衡を保つことができるよう算定され、政令の定める基準に従って、市町村の条例で定める。施設などサービスの量が増えたり、介護保険サービスの利用が増えたと(高齢者数の増大ともない、当然増えていく)、保険料が高くなる仕組みである。実際、介護保険料の全国平均は、第一期(二〇〇〇〜二〇〇二年度)は月額二九一一円であったが、第七期は月額五八六九円となり、八年間で二倍以上となり上昇し続けている。しかも、所得段階別の定額保険料のため、低所得者ほど負担が重く逆進性が強い<sup>16)</sup>うえに、月額一万五〇〇〇円以上の年金受給者の保険料は、年金給付から天引きされる(特別徴収)。一万五〇〇〇円未満の年金であっても、無年金で収入がなくても保険料は賦課され、この場合は市町村が個別に徴収する(普通徴収)。普通徴収では、世帯主および配偶者が連帯納付義務を負う。年金からの保険料の天引きは介護保険料から始まり、その後、国民健康保険料や後期高齢者医療保険料にも拡大された。

第二号被保険者の介護保険料は、被保険者が加入している医療保険の保険料が医療保険料とあわせて徴収する。ただし、特定疾病が原因で介護が必要な状態になったことが必要で、この要件に該当

し、介護保険の給付を受けている第二号被保険者は、被保険者全体(約四二〇〇万人)の〇・三%にすぎず、大半の被保険者にとって是对価性のない税と同じである。

年金以外に収入がなく、生活保護基準以下で住民税非課税の被保険者に対して介護保険料を免除する規定を設けていないことは、憲法一四条および二五条に違反しないかが争われた旭川市介護保険条例事件では、最高裁は憲法違反に当たらないと判示している(最判二〇〇六年三月二八日『判例時報』一九三〇号八〇頁)。同判決は、憲法の生存権理念ではなく、介護保険法の「共同連帯の理念」(同法一条)というあいまいな理念を根拠に、生存権侵害が疑われる立法(条例)の合理性を認めているにもかかわらず、合理性の認定の理由についてはほとんど何も説明していない<sup>17)</sup>。しかし、確実に「健康で文化的な最低限度の生活」水準を下回るといえる高齢者に対する保険料賦課については適用違憲となる余地がある<sup>18)</sup>と考えられる。また、公租公課が禁止されている遺族・障害年金(国民年金法、二五条など)からも特別徴収(年金天引き)が行われていることも違法の可能性が高い。

#### (5) 厳しい給付制限

被保険者が介護保険料を滞納している場合には、給付制限がなされる。具体的には、第一号被保険者に対して、①一年間滞納の場合には、保険給付が償還払いとなる(いったん、サービスの費用を全額立て替え、後で保険者に請求して九割分が戻ってくる支払方法の変更)。②一年六ヶ月滞納の場合は、保険給付の一時差止、一時差止をしている保険給付額からの滞納保険料額が差し引かれる(保険料

滞納額が多いと、償還払いすらなくなる。③二年間滞納し、保険料を徴収する権利が消滅時効となった場合でも、保険給付が七割または六割に減額され（利用者負担が三割または四割になる）、高額介護サービス費用等の不支給（月額の上限がなくなる）の措置がとられる。保険料滞納について「特別な事情」がある場合には償還払化などの給付制限は行われないが、この事情は、災害など突発的の事情により一時的に収入が減少した場合に限定され、恒常的な生活困窮の場合は含まれない。

第二号被保険者については、医療保険料を滞納している場合に、第一号被保険者と同様の給付制限が行われる。また、国民健康保険の加入者に対しては、一年間納付がない場合の国民健康保険の被保険者証の返還が義務的措置とされるなど、制裁措置が強化されている。

現在、介護保険料の引き上げが続き、第一号被保険者のうち、年金天引きとらない普通徴収者の保険料滞納が増加している。厚生労働省の調査では、介護保険の利用者約六〇五万人のうち、介護保険料を滞納し、給付制限を受けた人は延べ一万三五五六人にのぼり、市町村から差押処分（約三割の自治体の実施）を受けた高齢者も一万人を超えている（二〇一五年度）。

普通徴収の高齢者は、年金額が月額二万五〇〇〇円未満の高齢者や無年金の高齢者、年金を受給していない受給資格者、年度途中で六五歳になった人や転入者などが対象であり、二〇一四年度は、第一号被保険者の一・九%を占めている。保険料滞納割合（普通徴収総額に占める普通滞納額の割合）は二・九%にのぼり、介護保険導入時の二〇〇〇年の滞納割合は六・八%であったから、介護保

険料の滞納の増加は顕著である。そして、これらの保険料滞納者が、厳しい給付制限で、必要なサービスを利用できていない現状がある。とくに、前掲③の措置は、介護保険料の後納ができないため、設定された一定期間は、サービスの三割負担化と高額介護サービス費の支給停止が続き（給付制限が解除されるのは、災害で突発的に収入が激減した場合などに限定される）、サービス利用を断念せざるをえない事例が増えている。

現在の貧困高齢者の大幅な増大は、介護保険制度の従来の想定、すなわち生活保護受給者以外は介護保険料、介護サービスの利用料の支払いが可能という想定を大きくくつがえすものとなっている。利用料の支払困難が生み出す介護サービスの利用抑制とあわせて、「保険原理」を徹底した介護保険の制度設計に無理があり、介護保障を社会保険方式で行うことの破綻が露呈している。

### 3 介護保険制度改革の特徴と問題点

介護保険については、介護保険自体が社会福祉改革の先駆けと位置づけられ、それをモデルとして社会福祉法制の再編が行われてきた経緯があり、また、介護分野では、医療分野の日本医師会のような強力な圧力団体がなく、当事者団体も脆弱なことから、制度見直しのたびに、徹底した給付抑制と負担増が進められ、介護現場の疲弊が進んでいる。

介護保険法は、予防重視を標榜し、新予防給付を導入するなどの大幅改正となった二〇〇五年の法改正（以下「二〇〇五年改正法」という）以降も、三年ごとの介護報酬改定に合わせるかたちで頻繁

に改正が繰り返されてきた。とくに、近年の改革では、医療法の改正などとともに一括法案のかたちで国会に法案が提出され、重要な改正が断行されている点に特徴がある。

二〇一四年六月には、急性期病床を削減し、安上がりの医療・介護提供体制を構築することを目的とし、医療法など一九法律を一括して改正する「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立、介護保険法も改正され、二〇一五年四月から施行されている（以下「二〇一四年改正法」という）。二〇一七年五月には、一一の法律を一括で改正する「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、やはり介護保険法が改正され、二〇一八年四月から順次施行されている（以下「二〇一七年改正法」という）。

こうした一括法案による法改正は、国会に一挙に膨大な資料が提出されるため、国民にほとんど知られることがなく、仮に知られてもほとんど理解されず（国会議員も全体像を理解している議員はほとんどいないのではないかと）、わずかな審議時間で法案が成立し、しかも細かな内容は政省令に委ねられるかたちで、重要な改正が行われている点で問題が大きい。「法律による行政の原理」および国会審議の形骸化を招く結果をもたらしているからである。以下、具体的な改正法の内容と問題点について考察していく。

#### 4 二〇一四年の介護保険法改正と二〇一五年の介護報酬改定

##### (1) 要支援者の保険外しと市町村事業化

二〇一四年改正法では、第一に、要支援者（約一六〇万人）の訪問介護と通所介護を保険給付から外し、市町村の総合事業に移行する改革が行われた。二〇一七年四月までに、すべての市町村で総合事業への移行が完了した。総合事業には統一的な運営基準はなく、現行の介護報酬以下の単価で、利用者負担も一割負担を下回らない範囲で市町村が決め、ボランティアや無資格者などを活用して低廉なサービスを提供することが想定されている。サービスの質の低下は避けられず、無資格者でもできる仕事ということで、ただですら劣悪な介護職員の労働条件の引き下げにもつながる。

しかし、多くの市町村では、従来の事業者を総合事業の指定事業者として利用し続けているのが現状である。そして、将来にわたって現行の単価設定を維持できなければ、これらの事業者の撤退が懸念される。実際、二〇一八年四月以降も、これまでどおり指定事業者が「現行相当サービス」を提供するためには、指定事業者は同年三月末までに「みなし指定」を更新する必要があったが、厚生労働省の調査によると、一七〇八市町村（未回答三三）のうち、四割を超える六七六市町村で「みなし指定」を更新しない事業者があり、事業者の撤退で、八三市町村において六一〇人が利用継続のための調整が必要になったとされる（二〇一八年四月時点）。

また、保険給付の場合は、被保険者に対して受給権が発生するの

で、市町村（保険者）には給付義務が生じる。これに対して、市町村事業は、市町村には給付義務はなく、予算の範囲内で行うもので、予算が足りなくなったら、そこで事業は打ち切りになる。財政的には、きわめて不安定な仕組みといつてよい。さらに、総合事業の事業費には、事業開始の前年度の介護予防訪問介護と介護予防通所介護、介護予防支援の総額をベースとしつつ、その伸びは、各市町村の七五歳以上高齢者数の伸び以下とする上限が設定されている。予防給付では、全国平均で毎年五・六％の自然増が予測されていたが、総合事業では、七五歳以上高齢者の伸び（全国平均三・四％）以下に抑えられることとなり、総合事業の継続性と質の低下が懸念される。二〇一五年度と二〇一七年度に限って事業費の伸びが上限額を上回った場合には、事業開始前年度費用の一〇％を上乗せした額を上限とする経過措置があった。しかし、それもきれてしまいい、このままでは、事業の縮小を余儀なくされる市町村が出てくる<sup>21</sup>と考えられる。事業費の上限は撤廃し、必要な財源を確保すべきであろう。

もともと、総合事業に該当する予防事業などは、国や自治体が責任をもつ保健事業として行われてきたが、二〇〇五年改正法では、これを介護保険に一部取り込み、それ以降も、財政的にも介護保険に取り込む傾向が続き、事業の再編・縮小が行われ、保健事業に対する公的責任が縮小されてきた<sup>22</sup>。本来であれば、保健事業は介護保険とは別枠の公費で、国や自治体の責任で行うべきである。

## (2) 施設利用の制限

第二に、特別養護老人ホームの入所資格が、要介護三以上の認定

者に限定された。

厚生労働省の調査結果（二〇一三年一〇月一日時点で、都道府県が把握している入所申込状況。一四年三月に発表）では、特別養護老人ホームの入所待機者は五二万一六八八人となり、そのうち要介護一・二の認定者は一七万七五二六人（三四％）にのぼっていた。これらの人は、改正介護保険法の施行で、もはや待機者にすらカウントされなくなった（実際、後述する施設費用の負担増もあり、各地で、特別養護老人ホームの入所待機者が激減している）。

要介護一・二の認定者も、やむを得ない事情があれば、特例的に入所を可能とする「特列入所」が認められ、改正法では「その他居室において日常生活を営むことが困難な要介護者」と規定された。厚生労働省は、市町村の適切な関与のもと施設ごとの入所検討委員会を経て「特列入所」を認めると説明し、その要件として、①知的障害・精神障害等もともなって、地域での安定した生活を続けることが困難、②家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心が確保が不可欠、③認知高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要、④单身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である、という四要件を列挙している。しかし、これらは、②のように市町村の責任による措置入所（老人福祉法一一條）の必要な事例も含まれており、限定的すぎる。実際、毎日新聞社の特別養護老人ホーム全国アンケート調査では、二〇一五年四月から二〇一七年一月まで、特列入所を実施していない施設が七二・四％にのぼり、入所者数も二四九人と、有効回答施設の定員総数のわずか

○・九三％にすぎない。厚生労働省の特別養護老人ホームの調査でも、二〇一六年四月・九月の新規入所者のうち要介護一・二の人は合計で二・二％にとどまる。特例入所はほとんど機能していないといっても過言ではない。

これまで国は、特別養護老人ホーム建設への国庫補助を廃止して一般財源化し、介護保険の施設給付費への国の負担を減らし自治体の負担を増大させるなど、特別養護老人ホームの増設を抑制し、サービス付高齢者向け住宅などの有料老人ホームの整備を進めてきた。特別養護老人ホーム抑制の流れを受け、サービス付高齢者向け住宅は、登録制度発足の二〇一一年一月時点で、全国に三〇棟・九九四戸数だったものが、二〇一七年六月時点で、六六八棟・二万八一九五戸数に急増している。しかし、同住宅は、家賃、共益費、食費などに加え外付けサービスの利用料が必要で、自己負担は月二〇万円程度に及び、住民税非課税の低所得の高齢者が入所できる負担水準ではない。

低年金の高齢者が増えるなか、特別養護老人ホームの増設を抑制し、入所者を限定する政策では、それら的高齢者が行き場を失うだけである。

### (3) 二割負担化と補足給付の見直し

第三に、年金収入で年間二八〇万円（年間所得では一六〇万円）以上の第一号被保険者にかかる利用者負担の割合を二割に引き上げ、また補足給付（特定入所者介護サービス費）の支給要件について見直しが行われた。

このうち補足給付は、特別養護老人ホームなど介護保険施設入所

者や短期入所利用者に対して、食費や居住費を軽減するもので、特別養護老人ホームの入所者の約八割の人（住民税非課税の人）が受給していた。この補足給付の支給要件に資産なども勘案されることとなり（二〇一五年八月より）、補足給付の申請時に、預金通帳の写しなどの提出が求められる、市町村は必要に応じて預貯金額を金融機関に照会できることとされたため、補足給付の申請を断念する人が続出した。また、非課税年金（遺族年金や障害年金）も収入とみなされ（二〇一六年八月より）、世帯分離して施設入所しても、一方の配偶者に所得があり課税されている場合は、補足給付の対象外になるといって徹底ぶりである。実際、この要件に該当し、補足給付が打ち切られたため、入所費用が負担できなくなり、特別養護老人ホームに入所していた妻を自宅に引き取り「老老介護」を始めた高齢者もいる。補足給付の対象外となれば、月四万円程度の負担が一挙に一〇万円超の負担となり、高齢者の負担能力を超える。

### (4) 二〇一五年の介護報酬改定

さらに、介護保険施設や事業者を支払われる介護報酬も、二〇一五年の改定（以下「二〇一五年改定」という）で、全体二・二七％のマイナス改定となった。介護職員処遇改善加算の拡充などを除けば、基本報酬は四・四八％のマイナス改定で、過去最大の引き下げ幅である。

なかでも、小規模通所介護の基本報酬は最大で九・八％も引き下げられ、特別養護老人ホームも全体で約六％の引き下げとなった。

また、要支援者の新総合事業への移行を見越し、要支援者の通所介護サービスは二〇％以上のかつてない引き下げとなったほか、他の



サービスについても、要介護一、二が要介護三以上よりも引き下げ幅が大きく、軽度者の冷遇があらさまでである（そのため、露骨に軽度者はお断りという事業者も現れている）。

二〇一五年改定の影響は甚大で、職員が集まらないことによる事業者の開設断念や廃業等が増大しており、二〇一七年の老人福祉事業者の倒産は一一五件と過去最多を記録、従業員数五人未満の小規模事業者の倒産が目立ち全体の六割を占める（東京商工リサーチ調べ）。

## 5 二〇一七年の介護保険法改正

### (1) 三割負担の導入

二〇一七年改正法の内容についてみると、第一に、三割負担が導入された。

二〇一四年改正法により、介護保険の第一号被保険者のうち一定所得以上の高齢者について、介護保険サービスの利用者負担が二割に引き上げられていたが、二〇一七年改正法ではさらに、いわゆる「現役並み所得」の人について三割負担に引き上げることとされた（二〇一八年八月より）。三割負担の対象となるのは、年金収入等とその他の合計所得金額（給与や事業収入から諸控除や必要経費を差し引いた額）が単身世帯で三四〇万円以上、夫婦世帯で四六三万円以上の場合である。年金収入のみの単身世帯の場合で、年収三四四万円に相当し、全利用者のうち一二万人（三％）とされている。国（厚生労働省）は、高額介護サービス費があるので、月額の負担は

抑えられるとしているが、その負担限度額も、「一般区分」の人の外来に関しては、二〇一七年八月から月額四万四〇〇〇円に引き上げられている。

二割負担に続く三割負担の導入は、介護保険の利用者負担を、将来的に、すべての利用者について二割負担（現役並み所得者は三割負担）にするための布石といえる<sup>24</sup>。しかし、すでに二割負担の導入で、サービスの利用抑制が拡大している。社会保険における自己負担増が、受診・サービス利用抑制につながることは実証されており<sup>25</sup>、受診・サービス利用の抑制を目的とした負担増は、生存権侵害の疑いがある。

相次ぐ負担増の改革は、国会審議でも問題視され、参議院厚生労働委員会では、二割負担導入による影響に関する予測および評価を行うこと、影響についての実態調査を十分に行った上で、必要な措置を講ずることなどの附帯決議（二〇一七年五月二十五日）が付けられたが、結局、実態調査も行われなまま、三割負担が実施に移された。

### (2) 介護医療院の創設

第二に、介護医療院が創設された。

長期療養の患者のための介護療養病床（介護保険適用の療養病床）は、二〇一一年の介護保険法改正で、二〇一八年三月末で廃止されることになっていた。二〇一七年改正法では、この廃止をさらに六年間延長し二〇二四年末にする<sup>26</sup>とともに、その間に、新施設である介護医療院に転換させるとしている。転換の候補は、介護療養病床（約六万三〇〇〇床）と介護療養病床のうち看護師配置基準二

五対一の病床(約八万床)であり、介護医療院の区分として、①これまでの介護療養病床(療養機能強化型)相当のⅠ型(利用者四八人に医師一人)、②介護老人保健施設相当以上のⅡ型(利用者一〇〇人に医師一人以上)が設けられている。

現行の介護療養病床では、夜勤や認知症患者に対応するため、看護師や介護職員を国の基準より増員している医療機関が多いが、こうした実態があるにもかかわらず、新施設が医療機関に併設された場合には、人員配置基準の緩和がなされる。また、介護医療院は「生活施設としての機能重視」を掲げるものの、利用者一人あたりの床面積は、老人保健施設(八平方メートル)相当に過ぎない。全体として、こうした基準の緩和により安上がりの新施設への転換が志向されているといつてよい。しかし、基準の緩和は、現場の介護職員や看護師の労働強化を意味し、それらの職員の離職や人員不足を加速すると予想される。

### (3) 共生型サービスの創設

第三に、介護保険と障害者福祉制度に新たに共生型サービスが設けられた。

二〇一七年改正法では、児童福祉法上の指定事業者(居宅サービス等の種類に該当する障害児通所支援にかかると限定)、または障害者総合支援法上の指定事業者(居宅サービス等の種類に該当する障害福祉サービスにかかると限定)から市町村に介護保険法の訪問介護・通所介護等の居宅サービス事業に申請があった場合、自治体の基準を満たせば、介護事業者の指定を受けられることとなる。指定を受けたこれらの事業者が提供するサービスが「共生

型サービス」と呼ばれる。

障害者が六五歳になると、介護保険が優先適用され、介護保険の給付対象となるサービスと重複するサービス(訪問介護など)の利用に際して、これまで負担がなかった住民税非課税の人でも応益負担が発生し、しかも要介護認定により給付上限が設定されるため、六五歳以前より必要なサービスが十分利用できなくなるなどの問題が生じていた。これが、障害者の「六五歳問題」といわれるものである。共生型サービスの創設により、障害者が六五歳以上になっても、これまでと同じ事業所からのサービスが継続できると説明されているが、負担増によりサービス利用そのものを抑制せざるを得ないのであれば意味がなく、「六五歳問題」の解決には程遠い。共生型サービスの導入のねらいは、介護保険優先適用原則を固定化するものといえ、介護保険法と障害者総合支援法の統合の布石とみるべきであろう。

また、共生型サービスの土台になっているのが、安倍政権が二〇一六年七月に打ち出した「我が事・丸ごと」地域共生社会構想である。これは、障害者や高齢者の介護や子育て、生活困窮といった地域の様々な課題(地域生活課題)を住民一人ひとりが「我が事」としてとらえ、地域社会で「丸ごと」対応していく構想である。ここでいう「丸ごと」の本質は、社会保障を「公的支援」という表現に置き換えたうえで、共生型サービスの創設に見られるような、縦割り行政の是正という名目でのサービス事業や地域の相談支援体制、担い手の養成まで含めた「公的支援の効率化」と、本来、公的責任において対応すべきものを住民の支援(互助)に置き換えていく「公的支援の下請け化」にあるといつてよい。

## 6 二〇一八年介護報酬改定

### (1) 介護職員の処遇改善

続いて、医療保険の診療報酬との同時改定となった二〇一八年の介護報酬改定（以下「二〇一八年改定」という）についてみていく。

厚生労働省の「賃金構造基本統計調査」によると、二〇一六年の介護職員の所定内平均賃金（月給の者。施設長のうち事業所管理者を除く）は、二二万八三〇〇円（前年比四八〇〇円増）で、全産業平均の三三万三七〇〇円より約一〇万円低く、二〇〇四年度の二二万二二〇〇円（二〇〇五年発表の同調査結果 から一万円程度しか上がっていない。同省は、二〇〇九年度から二〇一五年度までの四回の介護報酬の改定により、合計四万三〇〇〇円（月額）引き上げ効果があったと説明し、二〇一七年には、介護職員の給与を月額平均一万円程度引き上げる処遇改善加算を新設した臨時の報酬改定が行われた。しかし、二〇一五年度の介護報酬実態調査では、手当や一時金を除くと、基本給の増額は月額二九五〇円にとどまり、過去四回の改定で、基本給は合計で月額一万三〇〇〇円増えたにとどまる。これは、特別の加算を設けても、加算を算定できる事業者は限られていること、介護報酬本体が削減されているため、介護職員の基本給の引き上げにまで回っていないことによる。二〇一八年改定では、改定率〇・五四％プラスの微々たる引き上げにとどまった。これでは、二〇一五年改定の引き下げ分の回復に到底及ばず、介護

職員の処遇改善と人材確保は絶望的といっている。

公益財団法人介護労働安定センターの「平成二九年度介護労働実態調査結果」（二〇一八年八月発表）によると、介護職員の離職率（二〇一六年一月一日～二〇一七年九月三〇日までの一年間）は一六・二％と、前年度の一六・七％とほぼ同じ割合であったが、採用率は一七・八％で、前年度の一九・四％を下回っている。離職率は、ここ数年は一六～一七％で推移しているが、採用率は減少傾向にあり、人材確保の厳しい現状が見取れる。また、離職者のうち勤務年数「一年未満の者」が三八・八％、「一年以上三年未満の者」が二六・四％と、離職者のうち実に六五％が、当該施設・事業所等に就職して三年未満の者である実態が明らかになっており、新規に職員を採用しても、定着する前に多くが辞めてしまうのが現状といえる。

介護の仕事は、ある程度の経験と技能の蓄積が必要だが、必要な経験を積む前に多くの職員が仕事を辞めてしまっており、介護の専門性の劣化が進んでいる。すでに学生が集まらずに廃校に至った介護福祉士養成学校もあり、養成の基盤の毀損も回復困難な程度に達している。経験を積んだ介護職員の減少は、要介護者の介護を受ける権利にも影響を及ぼし、介護の質の低下は避けられず、介護事故も増大している。

二〇一八年改定では、訪問介護の生活援助に特化した人員育成のため、介護職員初任者研修よりも研修時間を短くした簡易な研修を新設（その場合には、報酬単価はさらに引き下げられることによる）、また介護施設などで、夜間業務について見守り機器を導入した場合に介護職員の配置基準を緩和するなど、基準の緩和や介護職

の専門性を低下させた「安上がり」の人材（つまりは専門性が低く、給料が安い人材）を確保することで介護職の人材難を乗り切ろうとしている。しかし、こうした非現実的な政策では、介護現場の労働強化による離職や人員不足をさらに加速するだけである。

## (2) 訪問・通所サービス

訪問介護では、生活援助の基本報酬が引き下げられる一方で、身体介護は引き上げられ、身体介護重視の傾向が強まった。生活援助の引き下げ幅は二単位（一単位は原則一〇円）減（四五分以上で二・二五単位↓二・三三単位の一・一%減）の微々たるものだが、ケアマネージャー（介護支援専門員）が、生活援助の月利用回数が基準（要介護一で二七回以上、要介護二で三四回以上、要介護三で四三回以上、要介護四で三八回以上、要介護五で三一回以上）を超えるケアプランを作成する場合には、市町村への届出が義務づけられ、市町村の地域ケア会議で検証・是正を行うこととされた。市町村は、内容の是正（回数の削減など）を求められることができるため、ケアマネージャーの計画作成段階での自主的抑制による利用制限につながりかねない。訪問介護の生活援助は、要介護者の生活全体を支援し、状態維持や改善をはかり、とくに、独居の認知症高齢者の場合には見守りの役割を担っている。これらの人の利用回数が制限された場合には、重度化や認知症状の悪化が進む可能性がある。

通所介護では、二〇一五年改定で、小規模事業所の基本報酬を引き下げたのに続いて、大規模事業所（月利用延べ五七一人以上）の基本報酬を引き下げ、二時間ごとの算定だったサービス提供時間が一時間ごととされた。大規模型Ⅱでみると、改定前七〜九時間から

七〜八時間に移行した場合で、基本報酬が五・二〜五・三%減、八〜九時間への移行では二・七%減となる。

また、食事、入浴などの日常生活動作を点数化する評価指数を用いて、改善度合いが一定水準を超えた場合に加算するADL維持等加算が新設された。要介護度の改善というアウトカムを評価基準とするものだが、限定的なものにとどまっているほか、身体機能の回復実績のみに着目したアウトカム評価の導入が妥当なのかという問題がある。要介護度自体が、身体的自立度に偏重しており、とくに認知症の高齢者の回復を図る指標にはなりえない。そもそも、要介護者が介護保険サービスを利用しなくて済むまでに状態が改善することはまれで、現状維持が精一杯であり、介護の目的を改善に一面化することは、改善が見込めない利用者が選別され、制度から排除されることになりかねない。要介護度の改善の義務化や「自立支援」の強制は、高齢者への虐待といっても過言ではないとの指摘もあり、高齢者の「尊厳の保持」を定めた介護保険法の理念（一条）にも反するだろう。

## IV 子ども・子育て支援新制度と

### 保育制度改革の動向

#### 1 子ども・子育て支援新制度の本質

子ども・子育て支援新制度（以下「新制度」という）の導入は「戦後最大の保育制度改革<sup>(29)</sup>」といわれるように、従来の保育所方式

(自治体責任による入所・利用の仕組み)を解体し、介護保険のような個人給付方式(保護者の自己責任による入所・利用の仕組み)に転換することに目的があった。保護者個人への給付費の支給方式にすることで、これまでの補助金にあった使途制限をなくし、企業参入(保育の市場化)を促して保育供給量の拡大を図るとともに、市町村の保育実施義務(保育の公的責任)をなくすことを意図して構築された制度である。同時に、新制度では、保育所以外の地域型保育事業なども給付対象とすることで、多様な施設・事業が並存する仕組みとなった。保育所に比べ基準が緩やかな小規模保育事業などを増やし、現在の待機児童の九割近くを占める〇〜二歳児の受け皿とし、規制緩和による企業参入に依存し安上がりな待機児童の解消を図ろうというわけである。

こうした政策意図のもと、児童福祉法二四条一項に定められていた市町村の保育実施義務は、当初の児童福祉法改正案では削除されていたが、前述のように、国会の法案審議過程の修正により、復活することとなった。すなわち、二〇一二年改正後の児童福祉法二四条一項も、市町村が「保育を必要とする」児童を「保育所において保育しなければならぬ」と規定し、市町村の保育実施義務は、少なくとも保育所の利用(入所)児童について、新制度のもとでも維持されることとなった。

とはいえ、児童福祉法二四条一項には「子ども・子育て支援法の定めるところにより」との文言が新たに加えられた。子ども・子育て支援法は、認定こども園、幼稚園、保育所を「教育・保育施設」とし、支給認定を受けた子どもが、この教育・保育施設を利用した場合に、施設型給付費を支給する仕組みで、個人給付方式を基本と

している(給付費は、法律上は、認定を受けた子どもの保護者に支給されるのが基本だが、施設が代理受領する。子ども・子育て支援法二七条五項)。

保育所の入所・利用の場合のみ、市町村の保育実施義務が残されたことで、保護者と市町村との契約というかたちをとり、保育料も市町村が徴収し、私立保育所には委託費が支払われる保育所方式が維持された(ただし、委託費は、施設型給付費の算定方法で計算された額を支給する。子ども・子育て支援法附則六条一項)。このように新制度は、保育所については保育所方式を維持しつつも、認定こども園などについては個人給付方式という異なる仕組みを導入しており、法的な不整合が随所にみられる複雑な法制度となっている。

## 2 子ども・子育て支援法の構造と利用手続き

### (1) 子ども・子育て支援給付

子ども・子育て支援法は、児童手当を子どものための現金給付と位置づけたうえで、子どものための教育・保育給付を創設し、それを子ども・子育て支援給付と総称している。

子どものための教育・保育給付には施設型給付費と地域型保育給付費があり、前者は、市町村の行う支給認定を受けた子どもが、認定こども園など特定教育・保育施設を利用した場合に支給され、後者は、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育(以下、総称して「地域型保育事業」という)を利用した場合に支

給される（ただし、前述のように、認定こども園など施設・事業者が給付費を代理受領する）。

支給認定により、小学校就学前の子どもは①満三歳以上の子ども（子ども・子育て支援法一九条一項一号に該当するので「一号認定子ども」という。以下同じ）、②満三歳以上で家庭において必要な保育を受けることが困難である子ども（二号認定子ども）、③満三歳未満の子どもで家庭において必要な保育を受けることが困難である子ども（三号認定子ども）に区分され、地域型保育給付費の支給対象は、③の三号認定子どもに限定される。つまり、小規模保育などの利用は三歳までで、三歳になれば、保育所などを探して移らなければならなくなる。そのため、三歳児の待機児童という新たな問題が顕在化しつつある。

施設型給付費の対象は、保育所と認定こども園である。保育所は、保育を必要とする〇歳児から小学校就学前の乳幼児を受け入れるが、利用定員が二〇人以上であるものとされた（定員一九人以下は小規模保育事業とされ、地域型保育給付費の対象となる）。

認定こども園は大きく再編され、幼保連携型認定こども園が創設された。同園は、義務教育およびその後の教育の基礎を培うものとしての満三歳以上の子どもに対する教育ならびに保育を必要とする子どもに対する保育を一体的に行う施設として位置づけられた。学校であると同時に、児童福祉施設でもあり、設置者は、国や地方自治体、社会福祉法人、学校法人に限定され、国・地方自治体以外の法人が設置する場合には、都道府県知事による認可が必要となる。

幼保連携型認定こども園以外の認定こども園の類型については、認定こども園法に規定されているが、各類型名が明示されているわけ

ではなく、基盤となる施設名からの通称で、保育所型、幼稚園型、地方裁量型の三つがある。このうち、保育所型と幼稚園型は、すでに保育所や幼稚園として認可を受けている施設を認定こども園として認定するものだが、地方裁量型は、認可基準を満たしていない認可外保育施設を自治体が独自に認定する。<sup>3)</sup>

幼稚園も、新制度に移り施設型給付費の支給対象となれるが、選択制がとられ、学校法人立の幼稚園は、従来どおり私学助成を受けることができるため（私学助成型幼稚園）、実際に新制度に移行した幼稚園は、全体の二割程度にとどまっている。

## (2) 地域子ども・子育て支援事業と学童保育

一方、子ども・子育て支援法は、市町村事業である地域子ども・子育て支援事業として、①認定時間外保育の費用の全部または一部を助成する事業（延長保育事業）、②学用品購入や行事参加などに要する費用の全部または一部を助成する事業、③企業参入等を促進するための事業、④放課後児童健全育成事業（通称は学童保育。以下「学童保育」で統一）、⑤子育て短期支援事業、⑥乳児家庭全戸訪問事業、⑦養育支援訪問事業、⑧地域子育て支援拠点事業、⑨一時預かり事業、⑩病児保育事業、⑪子育て援助活動支援事業、⑫妊婦健診、⑬利用者支援事業の一三事業を法定している（子ども・子育て支援法五九条）。

このうち、市町村の必須事業とされているのが①④である。④の学童保育については、対象者がおおむね小学三年生までから小学校就学児に拡大され、市町村が、最低基準に当たる設備・運営基準を、国の定める基準を参考に条例で定めることとされた。国が定め

る基準のうち、学童保育に従事する者（放課後児童支援員）とその配置基準（原則二人以上配置）については「従うべき基準」とされ、その他の事項（開所日数・時間、施設規模など）は「参酌基準」とされている。学童保育の事業者に対する指導・監督権限は、市町村長にあり、利用手続きは市町村が定め、利用調整も行うこととなる。

その後、学童保育の待機児童が各地で増大するなか、放課後児童支援員という有資格者を原則一人以上配置するという「従うべき基準」のままでは職員を確保できないとして、自治体裁量に委ねるべきとの全国知事会、全国市長会、全国町村会が要求したことで、この配置基準の参酌基準化が検討されることとなった。そして、省令基準が定められてからわずか四年で、学童保育の「従うべき基準」が参酌基準（参考となる基準）とされた。全国一律で守るべきとされた配置基準「従うべき基準」は、子どもと命と安全、安心できる「生活の場」を保障するためには必要不可欠な基準であり、これが崩されれば、学童保育の安全と質の低下は避けられない。また、支援員の労働強化により確保がますます困難となり、学童保育の閉鎖も増える可能性がある。

### (3) 新制度のもとでの保育の利用手続き

新制度のもとでの保育所の利用の手続き・流れは次のようになる。①保護者は、まず、市町村に支給認定を申請する。②市町村が、当該申請にかかる保護者の子どもについて給付資格（保育の必要性）と保育必要量（時間区分）を認定し、認定証を交付する。③保護者が、保育所利用を希望する場合には、認定証をもって市町村

に利用の申込みを行う。④市町村が保育所利用を承諾、利用決定を行う。⑤市町村は、子どもに対して保育所で（もしくは私立の認可保育所に委託し）保育を提供する。

従来の保育制度では、保育所入所を希望する場合、保護者が入所を希望する保育所を書いて市町村に申込みをすれば、市町村が入所要件（「保育に欠ける」要件）に該当するかを審査して、該当する場合は、入所先の保育所を決め（入所決定、入所承諾書を交付していた。この場合、申込みから保育所入所までは一連の手続きでなされていた。

新制度では、従来一連の手続きで行われていた利用要件の審査と利用決定の手続きとを分離している。これは、新制度が個人給付方式を基本としているからである。したがって、保護者は、支給認定の申請↓保育所の利用の申込みという二段階の手続きを踏まなくてはならなくなった。ただし、実務上は、保護者は、支給認定の申請の際に、申請書に希望する保育所名を一緒に記入し、利用申込みも同時に市町村にできるかたちとなっている。

これに対して、保育所以外の認定こども園や小規模保育事業など（以下、これらの施設・事業を総称して「直接契約施設・事業」という）を利用する場合には、直接契約が基本となるので、利用決定を行う契約当事者は、その施設・事業者となる。したがって、本来であれば、保護者は、支給認定の申請は市町村に行い、利用の申込みは当該施設・事業者（所）に行わなければならない。しかし、新制度では、保育を必要とする子ども（二号・三号認定子ども）については、支給認定の申請書に「保育の利用」として、保育所の利用申込みを一括して、直接契約施設・事業の利用申込みまで市町村に

行わせる仕組みをとっている。そして、保育所のみならず直接契約施設・事業の利用についても、市町村が利用調整を行って、定員超過の場合は、市町村が利用者の選考をする仕組みを採用している。

### 3 子ども・子育て支援新制度の問題点

#### (1) 支給認定をめぐる問題

以上のような新制度については、いくつかの問題点が指摘でき  
る。

まず、支給認定の問題がある。支給認定では、子ども・子育て支援法施行規則一条に定める保護者の就労などの事由（利用要件）に該当していれば、市町村は、申請した保護者の子どもが「保育の必要」と認定することになる。しかし、保育の必要性が認定されたとしても、それにより、子どもの保育を受ける権利がただちに保障されるわけではない。保育所などの保育施設が不足していれば、保育の必要性が認定された子どもであっても、必要な保育を利用することができないことは自明のことだからである。

また、子ども・子育て支援法施行規則で列挙されている保育の必要性の事由（利用要件）は、いずれも保護者に関する事由で、子どもの事由は入っていない。たとえば、子どもに障害があり、集団保育が適切と考えられる場合でも、保護者が就労していなければ、保育を必要とする子どもには該当しないことになる。ただし、同施行規則一条一〇号の「前各号に類するものとして市町村が認める事由」のなかに、子どもに障害があり集団保育を必要とする事由を認

み込み、親が就労していなくても、障害児について保育の必要性ありと認定する自治体が多いようである。本来であれば、保育の必要性の事由に、子どもの障害などを明記すべきと考える。

#### (2) 市町村による利用調整の問題

次いで、市町村の行う利用調整の問題がある。

保育所の場合には、市町村が保育の実施義務を負い、市町村と保護者・子どもとの契約という利用方式がとられているため、市町村に利用の申込を行い、市町村が定員超過の場合には選考を行い、利用決定を行うことに問題はない。しかし、直接契約施設・事業を利用する場合には、利用契約は、あくまでも直接契約施設・事業者と保護者と間に結ばれるものであり、定員超過の場合の選考も、利用契約の締結（利用決定）も直接契約施設・事業者が行うべきものである。契約当事者ではなく利用契約の締結権限をもたない市町村が、利用の申込みについて、市町村窓口で一括して受け付けることはありうるにしても、定員超過の場合に選考まで実施し事実上の利用決定を行うことは、法的には説明ができない。

法的にみれば、市町村が行う利用調整は定員に空きがあり、利用可能な施設・事業者をあっせん・紹介するなどの行政指導と解され、直接契約施設・事業（者）に保護者との契約締結を要請するにとどまる。契約当事者でない市町村は、応諾義務の規定を根拠にしたとしても、施設・事業者に保護者との契約締結を強制することなどできないからである。市町村の利用調整が行政指導であれば、保護者の側も、市町村の行う利用調整に従う義務はない。とはいえ、このような解釈では、保育施設が不足している現状では、保育の必



要度の高い人が排除され公平性に欠ける事態が生じることとなる。そのため、政府（内閣府・厚生労働省）は、市町村は利用調整の過程において利用希望者の選考を行うこと、調整および要請に対する協力義務が直接契約施設・事業者に課されていることから、利用調整を強制力のある行政処分、審査請求の対象となる「処分」と解している。したがって、保護者が市町村の利用調整の結果に不服がある場合には、審査請求さらには行政訴訟を提起することができる。しかし、定員超過の場合の選考も、市町村が利用調整として行うとなれば、新制度が基本とする直接契約方式を逸脱しており、法律の明文の根拠が必要と考える<sup>33</sup>。

### (3) 子ども・子育て支援事業計画の問題点

子ども・子育て支援法では、各市町村に、市町村子ども・子育て支援事業計画の策定が、各都道府県に、都道府県子ども・子育て支援事業支援計画の策定が義務づけられている。これにより区域を設定したうえで、保育所など教育・保育施設の計画的な提供体制の確保、人材確保が進むかにも見えるが、市町村や都道府県には支援計画を策定する義務があるだけで、計画どおりに整備が進まなかったとしても何ら責任を問われない。

子ども・子育て支援事業計画を策定する地方版子ども・子育て会議に、積極的に保護者代表や保育関係者など当事者が参加し、子ども・子育て支援事業計画に現場の意見を反映させていくべきだともいわれる。しかし、新制度の内容が複雑で、十分な理解ができていない会議構成員が多く（国の子ども・子育て会議ですら新制度の内容をよく理解していない委員も散見される）、少なくとも市町村で

は、コンサルタント会社に依頼して事業計画案を策定し、地方版子ども・子育て会議は、その事務局案を単に追認する機関と化している。

しかも、新制度でも、介護保険の介護保険事業計画と同様に、提供区域において、都道府県支援計画の目標供給量を超えた場合には、都道府県知事の権限において新規の認可や更新を行わない需給調整の仕組みが導入されている。給付費の増大を抑制するため、あらかじめ、公費がかかる施設（とくに保育所）の増設を抑制する仕組みといえる。

### (4) 深刻化する保育士不足

一方で、新制度のもと、保育士の労働条件が悪化し、人材不足が深刻化している。

すでに、一九九〇年代からの公立保育所の民営化や指定管理者制度の導入で、保育士などの労働条件は悪化の一途を続けてきた。公立保育所が民営化された場合には、給与の高いベテラン保育士が採用されないなど、保育士の給与が安く抑えられる傾向にあり、公立保育所でも、人件費削減のため、いまだでは非正規雇用の保育士が半分以上となっている。部分的とはいえ、個人給付方式を導入した新制度において、保育士の労働条件の悪化、さらには、それに伴う保育の質の低下は加速している<sup>34</sup>。

保育士の劣悪な労働条件をもたらしている最大の原因は、国が公定価格（新制度以前は保育所運営費）に算定される保育士の給与基準額を増やしてこなかったことにある。しかも、国の基準では、保育士の義務となつている保育計画の作成や記録のまとめ、園だより

の作成、打ち合わせ会議などの時間は、カウントされていない。そもそも、子どもの保育時間が一日八時間を原則としている保育所において、労働基準法に沿って、保育士の労働時間を八時間とすれば、直接的な子どもへの対応ですべて終わってしまう。それ以外のこれらの労働は、残業代が払われないサービス残業とならざるをえない。同時に、国の人員配置基準もあまりに低すぎる。○歳児三人に対して保育士一人の配置(三対一)、一・二歳児六対一、三歳児二〇対一(新制度では、加算がついて一五対一)、四・五歳児は三〇対一と定められているが、この国基準では十分な保育ができず、認可保育所の場合には、平均で基準の約二倍の保育士を配置している(国基準を超えた保育士の配置部分の財源は自治体の持ち出しとなる)。国の基準は半世紀近くも改善されておらず、保育士の待遇悪化は、公費削減を進める国によって政策的に生み出されてきたといえる。

保育現場では、こうした低い基準や人員不足による過重な業務負担で、保育士の長時間・過密労働が常態化<sup>35)</sup>し、それがさらに離職につながり人員不足を招いている。そもそも、保育士登録者数は一五三万人にのぼるが(二〇一八年四月一日現在。厚生労働省集計)、保育所・児童福祉施設等に従事している保育士数は四三万九〇五六人(うち保育所等四二万三〇〇三人)で(二〇一七年一〇月一日現在)、登録者の三割弱にすぎない。保育士養成施設卒業者の約半数しか保育所に就職しておらず、保育士不足というより、劣悪な労働条件のため、多くの保育士資格者が保育現場に就職していないのが現状である。

安倍政権は二〇一七年に、七年以上の経験がある私立の認可保育

所の保育士を対象に、月四万円程度の処遇改善を行う加算制度(キヤリアップ処遇改善加算Ⅱ)を創設したが、経験の条件を満たす職員の数にかかわらず、全体の三分の一までしか加算の対象にならないうえに、対象者は二週間の研修を義務づけられるなど、現場への負担が重すぎる。研修期間に代替の保育士が確保できないため、加算を断念する保育所もでている。保育現場に混乱と断念をもたらす加算制度ではなく、国の給与基準・配置基準を大幅に引き上げ、保育士の賃金の底上げが必要である。

##### (5) 解消されない待機児童

新制度のもとでも、大半の保護者は、保育水準が高く、〇歳から小学校就学まで利用できる保育所での保育を希望しており、待機児童解消のためには、何よりも保育所の増設が必要だったはずである。しかし、前述のように新制度では、保育の供給量増大は企業参入に依存し、保育所ではなく認定こども園や小規模保育事業を増やすことに主眼が置かれたため、都市部を中心に、深刻な保育所不足は変わらず、待機児童は解消されていない。

二〇一八年四月一日時点で、保育所等に入所できなかった待機児童数は二万九千九百五十人で、前年から減少し一〇年ぶりに二万人を割り込んだものの(厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ」)。以下の数値も同じ)、保育所等の利用を申し込みながら、入所できず地方単独事業の認可外施設を利用したり、育児休業中や求職活動休止などの理由で入所できなかった、いわゆる「隠れ待機児童」は七万人近くにはなっており、増加し続けている。保育所や認定こども園など全体の施設・事業所数は三万四千七百三十三カ所、前年から一九

七〇カ所増えたが、増えたのは認定こども園や小規模保育事業所などで、保育所は横ばいであり、保育所の利用児童は二〇八万八四〇六人で、前年から三万人近くも減少している。

小規模保育事業などは事業開始が容易なため、株式会社が多く参入し、供給量は増えたかもしれないが、保育士資格者が半分程度しかいないなど保育の質の確保の観点からすれば問題が多い。しかも、小規模保育事業など地域型保育事業は、三号認定の児童を対象としているため、利用児童が三歳になると、保育所などに移らなければならなくなる。その際に、保育所等に入所できずに行き場を失う場合もあり、三歳児の待機児童問題が顕在化している。地域型保育事業者には、運営基準により、三歳以降の受け入れなど連携施設の適切な確保が義務づけられているものの、連携先となる保育所の定員に空きがないなどの理由で、受け入れに係る連携施設を確保している事業者は、小規模保育では六〜七割程度、家庭の保育事業では四割未満にとどまり、受け入れ人数もわずかになっている（厚生労働省「家庭の保育事業等の連携施設の設定状況について」）。

#### (6) 企業主導型保育事業の導入とその問題点

さらに、待機児童の受け皿として、子ども・子育て支援法が二〇一六年に改正され、仕事・子育て両立支援事業が創設された。これは、事業所内保育事業を行う認可外保育施設等の設置者に対して助成等を行う事業で、その中核をなすのが企業主導型保育事業である。同事業の企業主導型保育施設は、「待機児童解消加速化プラン」による整備目標にも含まれ、「子育て安心プラン」でも、地域枠を認可保育所に準じる受け皿と位置づけている。

同事業は認可外保育施設であるため、施設の設置や利用について市町村の関与がなく、利用は保護者と施設との直接契約となる。企業主導型保育事業の実施者の従業員の子どもが利用する場合には、支給認定を受ける必要はないが、保護者のいずれもが就業しているなどの要件を満たす必要がある。施設の利用定員の五〇％以内で、従業員以外の子どもを受け入れる地域枠を任意で設定することができるが、地域枠の利用の子どもは、原則として支給認定を受ける必要がある。企業主導型保育事業の実施者は、事業所内保育事業の設備および人員基準を遵守しなければならず、職員配置基準は小規模保育事業と同じである。設備および人員基準の遵守が助成の条件となっており、都道府県知事による指導監督を受け、認可外保育施設指導監督基準を遵守しなければならない。公益財団法人児童育成協会を通じて、整備費および運営費の助成金が支給され、整備費については認可保育所と同水準、運営費については小規模保育事業と同水準になっている。財源は、子ども・子育て支援法に定められた事業主拠出金で賄われる。

企業主導型保育事業は、審査が認可保育所に比べ各段に緩く、しかも認可保育所並みの整備補助金が出るという点で急速に広がり、二〇一八年三月末時点で二五九七施設、定員五万人を超えている。しかし、認可外施設であり保育士の配置基準が認可保育所より緩やかなため、保育の質の面で課題が残る。実際に、二〇一七年の公益法人の立ち入り調査結果では、必要な保育士が確保できていないなどの指導を受けた施設が対象施設の七割にのぼり、さまざまな経営実態も相次いで明らかとなっている。また、利用者数は定員の六割にとどまり（二〇一八年三月末時点、内閣府調査）、乱立の弊害

として定員割れが顕在化し、全国で撤退や閉鎖がでている。企業主導型保育事業は、あくまでも認可外保育施設であり、認可保育所に準じた待機児童の保育の受け皿として位置づけることには、質の面で大きな問題がある<sup>※</sup>。

#### 4 消費税増税と幼児教育・保育の無償化

新制度と関連して、二〇一九年一〇月の消費税率一〇％への引き上げとセットで幼児教育・保育の無償化が実施に移されることとなった。

具体的には、二〇一九年度予算において、①三〜五歳までのすべの子どもの幼稚園、保育所、認定こども園の費用（保育料）の無償化、②新制度に入っていない幼稚園と認可外保育施設に通う保育の必要性があると認められた子どもについて、同制度における利用者負担額（月額二万七〇〇〇円）を上限として無償化、③住民税非課税世帯の〇〜二歳の子どもの保育料等の無償化が決まり、消費税率一〇％の引き上げに応じて、二〇一九年一〇月から実施となった。①については、幼稚園の預かり保育、新制度の小規模保育事業、病児保育事業、企業主導型保育の利用者も無償化の対象となり、②の対象施設は認可外に対する国の指導監督基準（職員の三分の一以上が保育士か看護師など）を満たすことが条件となる。ただし、五年間は、経過措置として基準を満たさない施設の利用も補助の対象となる。

無償化の財源は、①二〇一九年度中の無償化に関わる経費は全額国費で対応、②新制度に入っていない私立幼稚園、認可外施設に関

わる無償化の費用についても、他の私立施設と同様に、国二分の一、都道府県四分の一、市町村四分の一とし（公立施設については市町村が全額負担）、③無償化に関わる事務費も二年間は国が拠出することとされた。

幼児教育・保育の無償化は、子育て世帯の負担軽減という点で評価できるものの、以下のような問題がある。第一に、無償化が消費税増税とセットで打ち出されていることである。無償化の対象となる保育料については、従来から低所得世帯や多子世帯、ひとり親世帯に対して軽減が図られてきており、国の基準に上乘せて、地方自治体がさらに軽減している例も多かった。こうした状況下での無償化は、これまで負担能力があるとして一定の負担をしてきた高所得世帯ほど恩恵を受けることになり、低所得世帯にとっては無償化の恩恵は少ないうえ、消費税増税による家計の負担が増える。また、保育料負担は低年齢児の保護者に重く、〇〜二歳児の無償化を住民税非課税世帯に限定することは、とくに住民税課税の境界層の負担軽減にならず、消費税増税の負担だけが加わることを意味する。

第二に、公立保育所などの無償化経費は全額市町村負担になるため、自治体が負担増を避けるべく、公立幼稚園・保育所の統廃合や民営化が加速するおそれがある。また、国レベルでも、幼児教育・保育の無償化により、待機児童の解消や保育士の処遇改善に十分な財源が回されなくなり、これらの施策の推進にブレーキがかかる可能性がある。

第三に、無償化の対象が保育料に限定され、保育所の三歳以上児（二号認定の子ども）の給食費（副食材費）が実費徴収とされた。

○(二歳児(三号認定)については無償化の対象が住民税非課税世帯に限定されていることから実費徴収は見送られ、低所得世帯の副食費の免除は継続されるが、保育所は制度発足以来、三歳以上児の副食材費、三歳未満児の主食・副食材費を公費負担の対象とし無償としてきた。給食は保育の一環という理念からであり、保育における食育の重要性や子どもの貧困状況などを考えれば、今回の実費徴収化は給食に関する公的責任の後退といえ、児童福祉法の理念に反するだろう。

以上の考察をふまえ、最後に、社会保障制度改革と福祉の市場化のゆくえ・課題について、介護保険制度改革のゆくえと課題、子ども・子育て支援新制度のゆくえと課題として展望する。

## V 社会保障制度改革と福祉の市場化の

### ゆくえと課題

#### 1 介護保険制度改革のゆくえと課題

##### (1) 危機的状況にある介護保険

介護保険では、安倍政権は「介護離職ゼロ」を掲げ、介護サービスの整備計画を二〇二〇年までに五〇万人分以上に拡大するとしている。しかし、五〇万人分といっても、すでにある三八万人分の計画に二二万人分を上積みしただけで、そのうち二万人分は、高額の自己負担がかかるサービス付き高齢者向け住宅であり、入所待機者

が多い特別養護老人ホームは、一五万人分の増設にとどまる。また、いくら施設などの「箱もの」を増やしたとしても、担い手が集まらないのでは要介護者の受け入れはできない。特別養護老人ホームのなかには、職員の不足で受け入れ人数を制限し、待機者が多数いるにもかかわらず、空きベッドが生じている施設も出てきている。厚生労働省の委託調査でも、特別養護老人ホームで職員不足など体制の不十分さを理由にベッドに空きがある施設が一割以上あることが明らかになっている。

もともと介護保険は、介護保険料と給付費が直接に結びつく仕組みであり、制度が理念として掲げている「介護の社会化」が進み、介護保険施設や高齢者のサービスの利用が増え、また介護職員の待遇を改善し、人員配置基準を手厚くして、安心できる介護を保障するため介護報酬を引き上げると、介護給付費が増大し、介護保険料の引き上げにつながる仕組みになっている。介護報酬単価の引き上げは、利用者負担の増大にもはねかえる。

しかし、現在の介護保険の第一号被保険者の保険料は、前述のように、定額保険料を基本とし、低所得の高齢者ほど負担が重いうえに、月額一万五〇〇〇円以上の年金受給者から年金天引きで保険料を徴収する仕組みで(特別徴収)、保険料の引き上げには限界がある。結果として、給付抑制が政策的にとられやすく、現にこれまでも見直しのたびにとられてきたことは前述したとおりである。給付抑制の連続の介護保険制度改革は、介護保険の矛盾や危機的状況をさらに深刻化している。このままの改革を進めていけば、許容可能な介護保険料の範囲まで給付水準を徹底して切り詰めることとなり(具体的には、「要介護1・2」の高齢者を保険給付から外す、利用

者負担を原則二割に引き上げるなど)、その結果、制度から排除され、必要な介護サービスが利用できない高齢者が大量に出現し、家族介護の負担が増大し、介護殺人など悲惨な事件が増大することとなる。

## (2) 介護保険の当面の抜本改革

以下、こうした危機的状況にある介護保険の当面の抜本改革案を提示する。

まず、社会保険方式を維持するのであれば、介護保険料を所得に応じた定率負担にし、賦課上限を撤廃するなどの抜本改革が不可欠となる。そのうえで、住民税非課税の被保険者については介護保険料を免除とすべきである(そもそも、住民税も課税されないような低所得の人から保険料を徴収すべきではない)。実際、ドイツの介護保険では、保険料は所得の2%程度の定率になっている。

同時に、コンピュータ判定と身体的自立度に偏向した現在の要介護認定を廃止し、医師や介護職を構成員とする判定会議による認定の仕組みに改める必要がある。ドイツでは、認知症高齢者の増大にともない、介護保険の要介護認定の抜本の見直しを行い、認知症高齢者の独自の基準を設定している。認知症高齢者の増大が続いている日本でも、要介護認定の見直しが検討されてしかるべきであろう。

また、人員配置基準を引き上げたいうで、介護報酬とは別枠で、公費で負担する処遇改善交付金を、介護職員だけでなく、看護職員や事務職員などにも対象を拡大して創設すべきである。さらに、施設建設費補助への国庫補助を復活させ、不足している特別養護老人

ホームの増設を進めるべきと考える。

加えて、家族介護者に対する現金給付を介護保険の給付として制度化すべきである。日本の介護保険は、サービスを利用したときの給付しかないが、ドイツでは現金給付が制度化されており、現金給付とサービス給付とは選択でき、あるいは併用することも可能である(ただし、現金給付を選択した場合には支給額はサービス給付よりも低くなる)。現金給付を選択した場合でも、保険者である介護金庫は、適切な介護がなされているかを調査するため、介護等級に応じて、定期的にソーシャルステーションの職員を、現金給付受給者の自宅に派遣することが義務づけられている。さらに、家族介護を介護労働として社会的に評価し、家族介護者と要介護者との間に就労関係を認め、自治体が介護者の労災保険料を全額負担することで、介護者が介護にもとづく傷病に遭遇した場合には、労災の給付対象とする仕組みが導入されている。日本では、家族などの介護者に対する支援は、地域支援事業のなかに位置づけられているが、任意事業のため、自治体によってばらつきがあり、内容も介護者交流会の開催や相談などにどまり、家族介護慰労金のように事業として存在しているも、要件が厳格なため、ほとんど利用者がいないなど、様々な問題点が指摘されている<sup>③</sup>。実効的な介護者支援は皆無といっても過言ではない。ドイツのような現金給付を導入すれば、家族介護者の労働の権利を保障することができるし、介護者の支援にもなる。それにもなう介護保険料の高騰については、定率保険料の導入、保険料免除の拡大といった抜本改革で対応すべきである。

(3) 社会保険方式の破綻と総合福祉法の構想

将来的には、社会保険方式で介護保障を行うことの破綻が明らかになっている以上、介護保険法は廃止し、訪問看護や老人保健施設の給付などは医療保険の給付にもどしたうえで、高齢者や障害者への福祉サービスの提供は、自治体の責任（現物給付）で公費負担方式により行う総合福祉法を制定すべきと考える<sup>40)</sup>。

介護保険の導入には、医療の給付から訪問看護や老人保健施設の給付を切り離すことで、医療費（とくに高齢者医療費）の抑制を図る目的があった。それゆえ、医療制度改革により、必要な医療やリハビリが受けられなくなった高齢者の受け皿として介護保険の給付を再編していく方向がみられる（「地域包括ケアシステム」の構想）。しかし、こうした方向は前述のように問題が多く、介護保険の給付のうち、訪問看護などは医療の給付に戻すべきである。そうすれば、特別養護老人ホームや老人保健施設の入所者への診療の制約もなくなり、福祉サービスと同時に必要な医療を受けることができるようになる。また、介護保険による医療の安上がり代替も防げる。ただし、医療保険の負担が増えることになるので、それについては、公費負担や事業主負担の増大により対応していくべきである。

また、個人給付方式を廃止し、保育所方式と同様、市町村と高齢者・障害者との契約というかたちで、市町村が直接的な福祉サービス提供の責任を負う方式とし、措置制度のような市町村委託方式を復活すべきと考える。これにより、社会福祉事業は、給付費を代理受領するのではなく、委託費を受けて運営することになり、運営の

安定性を確保することができるとなる。委託費の額を増額していけば、職員員の労働条件の改善も可能となる。

市町村責任方式への転換は、高齢者福祉行政における責任主体としての市町村の能力の向上、ひいては高齢者福祉の再構築にもつながる。この点は、新制度の導入に際して、前述のように、保育所について給付費・直接契約方式の導入を阻止し、市町村の保育実施義務を維持させることに成功した保育運動の経験に学ぶべきであろう。

2 子ども・子育て支援新制度のゆくと課題

(1) 当面の改善課題

新制度については「子ども・子育て支援新制度」といいつつ、子どもの権利保障の制度とはいいいがたく、その実態はきわめて複雑で、随所に法的整合性を欠く制度といえる。新制度の実施主体である市町村も、国（内閣府および厚生労働省）から通知などで示された新制度の形式を具体化する（整える）ことに追われ、法的不整合や違法の疑いがある条例・規則が散見される。法的不整合や違法状態が恒久化しており、早急な是正が必要である。

当面は、児童福祉法二四一条一項を基礎として、保育所における市町村の保育実施義務を明確にし、保育所以外の直接契約施設・事業についても、優先度の高い子どもが保育を確実に利用できるよう、<sup>41)</sup> 選考も含めて市町村に利用調整の責任を果たさせるべきである。そのうえで、法的整合性をとるため、児童福祉法二四一条二項を改正

し、直接契約施設・事業を利用する場合も、保育所利用の場合と同様に、市町村が直接的な保育の実施義務をもつかたちとすべきだろう。同時に、家庭的保育事業等についても、保育者はすべて保育士資格者とするなど、保育所保育と同様の基準を設定すべきと考えられる。どの施設・事業を利用して、保育士による保育を受ける権利を保障する必要がある。

## (2) 子どもの保育を受ける権利の保障

ドイツでは、一歳以上の小学校就学前の子どもに保育請求権を保障し、保育を受ける権利が社会法典の児童青少年援助法(KJHG)に規定されている。そして、こうした保育請求権を保障することで、保育施設の拡充を図るという手法が用いられている。同法は、連邦法(社会法典八編)であり、保育請求権を保障すること、仮に保育施設を整備することを怠り、子どもが保育施設に入れないような事態が生じた場合には、権利侵害として、各州政府が損害賠償責任を問われうる。実際に、日本の最高裁にあたるドイツ連邦通常裁判所は、子どもの預け先が見つからず、仕事に復帰できなかった夫婦に対して、州政府は、その所得喪失分を補填しなければならぬとの判決(二〇一六年一月二〇日)を出している。各州政府は、保育を希望する子どもに対して保育施設を提供できなければ損害賠償を請求されるおそれがあるため、保育施設を整備せざるをえなくなるわけである。

日本でも、子ども・子育て支援法は廃止して児童福祉法に一元化し、同法に、ドイツと同様、一歳以上の子どもの保育を受ける権利を明記するとともに、市町村が子どもに直接的な保育提供義務をも

つ仕組みを徹底すべきと考える。子どもの保育を受ける権利(保育請求権)が明記されれば、各自治体は、保育施設を整備をせざるを得なくなるだろうが、ドイツの裁判所判決とは対照的に、市町村の保育実施義務を訓示規定にとらえるような裁判所の判決(東京高裁二〇一七年一月二五日判決)がまかり通っていること、司法に訴える事例がドイツほど多くないことを考えると、市町村の保育施設整備義務および国・都道府県の整備にかかる財政支援を行う義務についても児童福祉法に明記する必要がある。

待機児童解消のための保育供給体制の整備は、認可保育所の増設を基本にするべきだが、当面は、保育所と同様の基準にすることを前提に、小規模保育事業などの整備も進めていくべきである。また、保育士の待遇改善については、公費を投入して、保育士や保育所職員の数を制度的裏づけによって増やしていくべきである。確実な財政保障と保育基準の改善による制度改革が必要である。

福祉の市場化に対抗し、公的責任による高齢者の介護保障、子どもへの保育を受ける権利の保障を第一義的とする制度への改革が求められる。

(伊藤 周平)

(1) 厚生省社会局老人福祉課監修『改訂・老人福祉法の解説』(中央法規、一九八七年) 八八―八九頁参照。

(2) 加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子『社会保障法(第六版)』(有斐閣、二〇一五年) 二五八頁(前田雅子執筆) 参照。

(3) 同様の指摘に、加藤ほか・前掲注(2) 二八三頁(前田雅子執筆) 参照。

(4) 一九九〇年代以降の社会福祉基礎構造改革については、伊藤周平『権



- 利・市場・社会保障——生存権の危機から再構築へ」(青木書店、二〇〇七年) 一八八頁以下参照。
- (5) 児童福祉法規研究会編『最新児童福祉法・母子及び寡婦福祉法・母子保健法の解説』(時事通信社、一九九九年) 一六七頁参照。
- (6) いわゆる「処分・契約並存説」といわれる解釈である。詳しくは、古畑淳「私立保育所の廃止・民営化」『賃金と社会保障』一五〇—一五〇—一九九九年) 七頁参照。
- (7) この間の政策的対応について詳しくは、猪熊弘子「待機児童問題二〇〇一年—解消される日は来るのか?」全国保育園団体連合会・保育研究所編『保育白書・二〇一七年版』(ちいさいなこま社、二〇一七年) 一七四—一七七頁参照。
- (8) 同様の指摘に、高端正幸「児童福祉財政」高端正幸・伊集守直編『福祉財政』(ミネルヴァ書房、二〇一八年) 一二三頁参照。
- (9) こうした厚生労働省の政策転換の背景には、様々な要因が考えられるが、最大の原因は、厚生労働省内部で、将来的な消費税増税を含め保育分野での財源確保のためには、公費負担の増大が予想される公的保育制度のままでは、国支出の増大は避けられず、介護保険のような仕組みへの転換が不可避との認識が主流になったためと考えられる。詳しくは背景については、伊藤周平「保育制度改革と児童福祉法のゆくえ」(かもがわ出版、二〇一〇年) 八八頁参照。
- (10) この間の経緯については、伊藤周平『子ども・子育て支援法と社会保障障・税一体改革』(山吹書店、二〇一二年) 七〇頁以下参照。
- (11) 詳しくは、伊藤周平「介護保険法と権利保障」法律文化社、二〇〇八年) 第二章参照。
- (12) 同様の指摘に、林泰則「新たな段階を迎えた介護保険制度改革」岡崎祐司・福祉国家構想研究会編『老後不安社会からの転換——介護保険から高齢者ケア保障へ』(天月書店、二〇一七年) 九五頁参照。
- (13) 前田雅子「社会保障の法関係」高木光・宇賀克也編『新・法律学の争点シリーズ8/行政法の争点』(有斐閣、二〇一四年) 二六六頁参照。
- (14) 豊島明子「高齢者福祉法制度の大転換と公的介護保障の課題」三橋良士明・村上博・榎原秀訓『自治体行政システムの転換と法』(日本評論社、二〇一四年) 八四頁参照。
- (15) 横山壽一「介護保険財政の仕組みと現状」岡崎ほか編・前掲注(12) 一四五頁参照。
- (16) 第一号被保険者の介護保険料の問題点については、伊藤・前掲注(11) 二四八頁参照。
- (17) 詳しくは、伊藤周平「介護保険料負担と生存権保障再考——介護保険料国家賠償最高裁判決を機に」『賃金と社会保障』一四六—一四六—二〇〇八年) 四頁以下参照。
- (18) 適用違憲の可能性については、伊藤・前掲注(11) 二六八頁参照。
- (19) 後藤道夫「介護における保険原理主義の破綻——低所得、無貯蓄高齢者の急増」岡崎ほか・前掲注(12) 一七七頁参照。
- (20) 二〇〇五年改正法については、伊藤・前掲注(11) 二二—三五頁参照。
- (21) 伊藤周平・日下部雅喜『新版・改定介護保険法と自治体の役割——新総合事業と地域包括ケアシステムへの課題』(自治体研究社、二〇一六年) 九五頁(日下部執筆) 参照。
- (22) 同様の指摘に、横山壽一「高齢者ケアの財政論」岡崎ほか・前掲注(12) 一七七頁参照。
- (23) 二〇一六年一月一四日の熊本県高齢者大会での当事者発言による。
- (24) 同様の指摘として、林・前掲注(12) 一七七頁参照。
- (25) 詳しくは、芝田英昭「我が事・丸ごと」がうたう『地域共生社会』に潜む社会保障解体のゆくえ』『賃金と社会保障』一六八—一六八—二〇一七年) 四七—四八頁参照。
- (26) 二〇一八年の介護報酬改定の動向については、伊藤周平「医療と介護の構造変化と課題」『月刊保険診療』二一五—二一五—二〇一七年一月号) 一九—二二頁参照。
- (27) 同様の指摘に、瀧澤仁唱「介護労働者をめぐる法的課題」林直子・林

- 民夫編著『介護労働の実態と課題』平原社、二〇一二年 六五頁参照。
- (28) 全国老人施設協議会の意見書(二〇一六年二月)による。
- (29) 田村和之・伊藤周平・木下秀雄・保育研究所「得機児童ゼロ——保育利用の権利」(信山社、二〇一八年) 三頁(田村執筆)。
- (30) 認定こども園について詳しくは、伊藤周平「子ども・子育てで支援法と保育のゆくえ」(かもがわ出版、二〇一三年) 二二頁参照。
- (31) 全国児童保育連絡協議会「児童保育の『従うべき基準』の参酌化に対する声明」(二〇一八年二月二日)も、同様の指摘をして、「従うべき基準」の参酌化に反対している。
- (32) 伊藤周平「社会保障のしくみと法」(自治体研究社、二〇一七年) 二二四頁参照。
- (33) 新田秀樹「二〇一二年の児童福祉法改正後の市町村の保育実施義務」『社会保障研究』二巻二二三号(二〇一八年) 三二五頁注四も、保育所と同様の利用者の選考を行うというのであれば、直接契約によるサービス利用に対する制約になるので、法令上の根拠が必要と指摘している。
- (34) OECD(経済開発協力機構)教育委員会の「幼児教育・保育政策に関する調査プロジェクト」の報告書 Starting Strong II: Early Childhood Education and Care (二〇一六年)によれば、欧米諸国における実証研究の結果から、利用者補助方式(子ども・子育てで支援法にもとづく個人給付方式)よりも施設補助方式(保育所方式)の方が、質の面で統計的に有意に優れていることが立証されている。
- (35) 詳しい労働実態については、養輪明子「保育政策と保育士処遇の現状」全国保育団体連絡会・保育研究所編『保育白書・二〇一八年版』(ひとなる書房、二〇一八年) 一四八頁以下参照。
- (36) 同様の指摘に、中野妙子「子どもの保育——子ども・子育てで支援新制度の効果と課題」『論究ジュリスト』二七号(二〇一八年) 九五頁参照。
- (37) 同様の指摘に、全国保育団体連絡会常任幹事会「幼児教育・保育の“無償化”に対する要望」(二〇一八年二月一日)参照。
- (38) ドイツの介護保険の要介護認定改革の動向については、斎藤義彦『下

- イツと日本「介護」の力と危機——介護保険制度改革とその挑戦」(ミネルヴァ書房、二〇一二年) 第七章参照。
- (39) 増田雅暢「介護保険の検証——軌跡と今後の課題」(法律文化社、二〇一六年) 一七六〜一七七頁参照。
- (40) 総合福祉法の構想について詳しくは、障害者生活支援システム研究会編「権利保障の福祉制度創設をめざして——提言・障害者・高齢者総合福祉法」(かもがわ出版、二〇一三年) 第三章(伊藤周平執筆)参照。
- (41) 同様の指摘に、逆井直紀「子ども・子育てで支援新制度の概要」全国保育団体連合会・保育研究所編『保育白書・二〇一八年版』(ちいさいなかま社、二〇一八年) 六六頁参照。
- (42) 松宮徹郎「ドイツにおける保育政策・制度の現状——子どもの権利を前面に立てた保育制度改革の内容」『保育情報』四一〇号(二〇一二年) 七頁参照。
- (43) 同判決については、木下秀雄「保育」施設未入所について損害賠償を命じたドイツ連邦通常裁判所——『保育』を受ける権利を考える』『保育情報』四八七号(二〇一七年) 二三頁参照。
- (44) 同判決については、田村和之「三鷹市保育所入所拒否損害賠償請求裁判」田村和之・伊藤周平・木下秀雄・保育研究所「得機児童ゼロ——保育利用の権利」(信山社、二〇一八年) 三九頁以下参照。