

千葉県地方自治研究センター設立10周年記念講演会

「全世代型の社会保障」と 幼児教育・保育無償化

奈良女子大学名誉教授

澤井 勝

再録編集文責：本誌編集部



澤井です。よろしくお願いします。

もう少し自己紹介みたいなことをつけ加えます。私は1942年生まれですから今77歳で、もうすぐ78歳になります。自治総研（地方自治総合研究所）が発足したのは1974年なんですね。73年の夏から準備室ができました。自治総研は、当初、自治労中央本部の附属機関でした。ですから僕は研究員ではなくて、事務職員として自治労に採用されたのですが、半年ぐらいで研究員になりました。設立までに準備期間が少しあって、待機状態だったんですね。そのときに、当時の研究員の先生方、協力研究員の先生方を確定していく作業を進めていまして、結局、法政大学の阿利莫二先生という方に所長をお願いして、発足しました。

その後、20年間自治総研におりまして、もともと経済学が専門でしたので、基本的には地方財政を研究していました。プロフィールの主な著書の中に一つ、つけ加えてもらいたいものがあります。『地方分権と地方財政』というのですが、『変動期の地方財政』とあわせて、自治総研の仕事として残っています。各年度の地方財政対策、あるいは地方財政計画について、毎年自治総研の雑誌に批評めいたことを書いてきましたが、これを集めて本にしたものです。ですから、自治総研における約20年間の仕事はその本に詰まっておりますので、ご覧いただければ幸いです。

それから、1993年に北九州大学に職を移しました。あとについては辻山さん（編注：自治総研前所長の辻山幸宣氏）にお願いしました。北九州大学に行ったのは、ちょうど50歳のときでした。北

九州大学法学部の行政学科ですが、そこで「公共政策論」という科目を担当していました。「公共政策論というのは何ですか？」と言われても、実は何もないんですよね。何でもできるんです。そういうところでした。そのあと、次に奈良女子大学に移りまして、こちらでは「生活福祉論」を担当しました。この生活福祉論も、何をやってもいいわけです。

■「地方分権・地方財政」から 介護保険に関わる

具体的には何をしていたかといいますと、実は介護保険です。発足時からいろいろかかわってきました。介護保険事業計画というのは、大体2000年に発足するわけですが、1998年ぐらいから各都市、各市町村で介護保険事業計画を策定していくわけです。僕は当時奈良におりましたので、奈良の大和郡山市とか、生駒市の介護保険事業計画にかかわりまして、現在でもそこで介護保険事業計画策定委員会の委員をしております。その点で、介護保険事業計画については20年になりますけれども、制度の変化と一緒に歩いてきました。

ただ、あとでお話ししますが、介護保険制度についてはいろいろ成果もあれば課題もあり、見直さなければいけないと思っております。

もう一つは、障害者福祉です。当時は「青い芝の会」とか、障害者の運動が始まっていまして、その中の一部にかかわってきました。

特にきょうは、ノーマライゼーションの話をし

たいと思います。私は見ていまして、介護保険もそうですが、障害者福祉でも言葉はあるんですけど、実はその現場の実態がなかなかそうはなっていません。現実的に社会が変わっていくのに対応していない場合が多いんですね。きょうはそれの点について、御一緒に考えてみたいと思っています。

それでは、**資料 1**（本誌23頁）をご覧ください。**資料 1**は今回改めてつくってみた年表です。1989年から始まって、この30年間、特に後半の20年間に何があったのかを少し整理したものです。介護保険制度、あるいは障害者福祉の議論、福祉政策・社会保障政策についてどのような流れがあって、私たちはどこまで到達しているのか。今求められているものは何かという点について、一緒に考えてみたいと思っています。主にこの**資料 1**を使って、皆さんと一緒に年表を追いながら考えていきたいと思っています。

■幼児教育の無償化の議論は 尽くされていない

全世代型社会保障の議論、「幼児教育・保育の無償化」という議論は、2年ほど前に急に出てきた話です。幼児教育・保育の無償化について、私たちはほとんど議論していません。

今申し上げたように、福祉の観点からすると、日本の幼児教育というのは文科省の所管で、実は福祉の話ではありません。ところが全世代対応型社会保障の実現のために、いきなり幼児教育の無償化というのが出てきたわけです。ですから、その時点で話が、「あ？」となり、みんなちょっとポカンとしたのです。でも、消費税の使い方としていいのではないかなったわけです。保育料は大体月額25,000円ぐらいが平均値と言われていますが、そうしますと年間で30万円となります。この分が無償化されますから、家計にとってはいいことですよね。

みなさん得をしたと思っているのかもしれませんが、あまり批判的な話は出てきません。実際に

は、その世帯の家計にとっては相当にプラスなわけです。その点では、ある意味で消費税の使い方としては非常にいいことなのですが、今お話ししたように議論がないままに進んでしまっています。「全世代型社会保障」と言いながら、結局、中身は「幼児教育の無償化」なので、保育料・授業料が無料になっているだけのようなのです。一体どういうことになっているのでしょうか。

よく、フランスやスウェーデンの事例が出されます。特にフランスは、2019年9月から義務教育が変わりまして、3歳から義務教育です。要するに3歳児が1年生になっているんです。日本では、義務教育は6歳です。普通、3歳の子供が学校に行って勉強できますかね？ おむつを外せない子もいるのではないかと思います。ところがフランスでは今、3歳以上で義務教育が始まって、97パーセントが学校に行っています。この3歳から、もちろん無償です。その結果起きたことは、フランスの合計特殊出生率は現在2～1.9くらいなのです。ほとんど少子化対策ができちゃっています。

人口は、若干減少してきていますよね。人口を維持するためには、確か2.3ぐらい必要になります。合計特殊出生率が2あれば、日本のように急激に人口が減りませんから、対策が非常にとりやすいわけです。そういう点では、フランスは少子化対策が成功した国だと言われています。それも一つには、「幼児教育の無償化によって、働く女性たちが非常に子供を産みやすくなっているというのがあるんだろう」というように議論されています。ただし、フランスの場合の幼児教育・保育の無償化というのは、実はすべて、日本でいえば文科省のところで統一されています。

日本の場合は、依然として厚生労働省と文科省に分かれていて——今は「こども園」ができてきましたから連携が進んでいますけれども——それにしても、教育の内容についての議論はできていません。特に幼稚園教諭と保育士の間といいますか、教育専門職との関係において、どのように整理したらいいか、なかなか議論できていません。

そういう点では、幼児教育無償化の先にあるものが何かということについては、非常にあいまいなままになっています。

消費税を8%から10%に、2%上げたときの財源の一部の8,000億円を使った無償化について、これからどのぐらいの効果が出てくるのか…。もちろん短期間では出ません。一番大きいのは人材育成ですが、それができているかどうかという点、非常に難しい問題があります。その点を含めて、社会保障制度のあり方全体について、考え直す必要があると思っています。

■社会保障は高齢者にかたよっている？

図表1「政策分野別社会支出の推移」を見てみましょう。出所は、国立社会保障・人口問題研究所「2016年度 社会保障費用統計」です。この統計は平成14年に政府の基礎統計に登録さ

れたものです。「OECD基準」と書いてありますが、日本はOECDに加盟していますので、実はOECDが各国に要請してこの統計をつくっています。OECDから同様の統計を出しなさいと要請されて、日本政府がつくったものが人口問題研究所のこの統計です。ですから、「OECD基準」と書いてあります。

これを見てももらいますと、左のほうに合計欄があって、「高齢」から「遺族」、「障害、業務災害、傷病」、それから「保健」、「家族」、「積極的労働市場政策」、「失業」、「住宅」となっています。これは内容がないから、これだけではわかりませんが、その下を書いてあります。人口問題研究所の統計の（注）にありますように、「高齢」と書いてある所の「現金給付」が「退職年金」ですね。「現物給付」が「介護、ホームヘルプサービス」等の、やっぱり現物のサービスですね。「遺族」は、「遺族年金」です。「現物」のほうには「埋葬費」も入っ

図表1 政策分野別社会支出の推移

	(OECD基準)							(億円)		
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
合計	957,456	982,654	1,051,858	1,082,101	1,117,349	1,124,639	1,143,326	1,156,998	1,182,781	1,196,384
高齢	464,472	479,561	511,993	514,975	518,887	533,542	543,583	545,748	553,793	557,549
遺族	66,196	66,796	67,517	68,019	68,099	67,901	67,512	66,756	65,775	65,779
障害、業務災害、傷病	40,543	42,783	46,465	44,587	46,345	48,409	49,894	50,823	52,601	53,969
保健	319,228	324,911	337,965	352,533	375,121	375,121	384,146	391,280	405,288	406,711
家族	36,777	38,310	39,976	56,722	59,038	56,963	57,772	61,264	65,558	69,747
積極的労働市場政策	4,117	5,355	14,423	14,229	15,349	9,540	8,872	8,229	7,707	7,528
失業	12,525	10,842	16,886	12,912	12,538	11,797	10,734	9,591	9,285	8,649
住宅	3,762	3,980	4,570	5,129	5,470	5,735	5,876	5,929	6,172	6,037
他の政策分野	9,775	10,118	12,062	12,724	23,990	14,085	14,921	17,019	15,601	20,417

資料：国立社会保障・人口問題研究所「2016年度 社会保障費用統計」。

(注)

高齢	{	現金… 退職年金（厚生年金、国民年金等） 現物… 介護、ホームヘルプサービス
遺族	{	現金… 遺族年金 現物… 埋葬費
障害、業務災害、傷病	{	現金… 障害年金、休業給付（傷病手当） 現物… 介護、ホームヘルプサービス
保健	{	現金… 公費負担医療給付 現物… 社会福祉費
家族	{	現金… 児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当 現物… 介護休業給付、育児休業給付、就学前教育費積
積極的労働市場政策		現物… 職業紹介事業、職業教育訓練給付、障害者職業能力開発支援
失業		現金… 雇用保険
住宅		現金… 生活保護の住宅扶助、公的賃貸住宅家賃補助
他の政策分野		現金… 生活保護の生活扶助、生業扶助

ています。

「障害、業務災害、傷病」は、「障害年金、休業給付(傷病手当)」。「現物」は障害者の、「介護、ホームヘルプサービス」です。「保健」は何かと言いますと、これは医療費です。「公費負担医療給付」です。「現物」は「社会福祉費」。

「家族」を見ますと、「現金」は「児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当」。「現物」は「介護休業給付、育児休業給付」、そして「就学前教育費」に社会保障給付は入っています。ですから、実は政府が今まで行ってきた社会保障という中には、就学前教育費は入っていませんが、OECDが報告するときには入っているのですね。その議論が全く抜けたままで、統計的にはできています。

「積極的労働市場政策」の「現物」は、「職業紹介、職業教育訓練給付、障害者職業能力開発支援」です。「失業」は、「雇用保険」。「住宅」は、「生活保護の住宅扶助、公的賃貸住宅家賃補助」。その他は、「生活保護の生活扶助、生業扶助」となっています。

これらの統計数字には具体的な根拠がありますが、実は統計をつくるのはなかなか大変で、人口問題研究所の担当者が非常に苦労してデータを整理しています。最近になって、地方自治体の単独事業が入っていなかったのも、それをどうやって入れるかという議論がずっとありまして、僕もこの話がある前に呼ばれて、研究会に1回出席しました。非常に細かいものをいろいろ集めては整理しながら、政府の統計として処理しています。

ところで、**図表1**の「政策分野別社会支出の推移」を見てもらいますと、日本の場合、最初は2007年ですが、このとき合計が95兆7,456億円です。右のほうを見ていただきますと、2016年は119兆円で、現在は約125兆円になっています。

この間の社会保障費用全体の内訳を見ていただきますと、2016年で大きいのは「高齢」の55兆7千億円で、ほとんどが年金です。それから次に大きいのが「保健」で、医療費です。こちらが40兆6千億円。それから「家族」は今お話ししたように就学前教育も含みます。これには当然、保育所とか幼稚園も入ってくるわけですが、この分が6兆9千7百億円という数字になっています。

これが高いのか低いのかを比較するのが各国比較なのです。**図表2**が「政策分野別社会支出の国際比較」ですが、対GDP比・国内総生産比で見えています。日本、アメリカ、イギリス、スウェーデン、ドイツ、フランスの6カ国の比較です。

要するに国内総生産の中で、社会保障費用に該当する政策分野別社会支出の合計が、日本は22.15%、アメリカは19.12%、イギリスが22.65%、スウェーデンが26.75%、ドイツが27.13%、フランスが32.12%です。これを見ると、日本はアメリカに次いで低いのです。イギリスとほとんど並んでいます。

その中で特徴があるのは、日本の場合は「高齢」が10.37%を占めますが、アメリカ6.42%、イギリス7.33%、スウェーデン9.08%、ドイツが8.27%、フランスが12.69%ですから、フランスに次いで



日本は、「高齢」への傾斜が大きいということです。

「保健」——医療ですが、日本は7.59%です。アメリカはやはり医療費が高く8.52%。イギリス7.80%、スウェーデン6.28%、ドイツ8.94%、フランス8.68%になっていますが、まあこれは、そこそこの水準じゃないですかね。

日本は「家族」が1.23%です。アメリカは0.65%、イギリスが3.57%、スウェーデンが3.54%、ドイツが2.28%、それからフランスが2.96%です。ということで、「家族」つまり児童手当等が低いわけですよ。

全世代型対応と言うのに、実は高齢者に相当偏った社会保障支出をしているということが、この間の議論ではっきりしてきました。それをどうにかしなければいけないというので、各方面で議論がされてはいました。けれども、急激に施策機運が上昇してきたのは、2017年の衆議院議員選挙のときに、自民党の公約にこれが入ってきたから

ですよね。それでいきなり「全世代対応」です。要するに、高齢者から子供への投資に向けようということで、「幼児教育・保育の無償化」というのが政策化して出てきたという流れになっています。

これについては、それぞれ評価があるわけですが、今後の議論を踏まえまして、一体どこまできているか、どういう点が議論されてきたかについてお話をしていきたいと思います。

■介護福祉士・ホームヘルパー法から介護保険は始まる

資料1に1989年とありますが、この前年の1988年に介護福祉士法ができます。介護福祉士・ホームヘルパーですね。介護福祉士の国家資格をつくったのです。ここで国家試験を受けた方が、介護福祉士になることができ、その後のケアマネージャー制度につながっていきます。

図表2 政策分野別社会支出の国際比較（2015年度）

（対GDP比率、%）

	日本	アメリカ	イギリス	スウェーデン	ドイツ	フランス
合計	22.15	19.12	22.65	26.75	27.13	32.12
高齢	10.37	6.42	7.33	9.08	8.27	12.69
遺族	1.25	0.66	0.05	0.32	1.83	1.72
障害、業務災害、傷病	0.99	1.51	1.97	4.54	3.42	1.81
保健	7.59	8.52	7.80	6.28	8.94	8.68
家族	1.23	0.65	3.57	3.54	2.28	2.96
積極的労働市場政策	0.14	0.11	0.27	1.27	0.63	1.00
失業	0.17	0.20	1.55	0.33	0.91	1.62
住宅	0.12	0.26	0.11	0.44	0.55	0.83
他の政策分野	0.29	0.80	0.00	0.95	0.29	0.81

資料：国立社会保障・人口問題研究所「2016年度 社会保障費用統計」9頁から作成。

（注）

高齢	{	現金… 退職年金（厚生年金、国民年金等） 現物… 介護、ホームヘルプサービス
遺族	{	現金… 遺族年金 現物… 埋葬費
障害、業務災害、傷病	{	現金… 障害年金、休業給付（傷病手当） 現物… 介護、ホームヘルプサービス
保健	{	現金… 公費負担医療給付 現物… 社会福祉費
家族	{	現金… 児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当 現物… 介護休業給付、育児休業給付、就学前教育費積
積極的労働市場政策		現物… 職業紹介事業、職業教育訓練給付、障害者職業能力開発支援
失業		現金… 雇用保険
住宅		現金… 生活保護の住宅扶助、公的賃貸住宅家賃補助
他の政策分野		現金… 生活保護の生活扶助、生業扶助

1989年に「ゴールドプラン（高齢者保健福祉10か年戦略）」が、厚生労働省を中心につくられました。これが、いわば全体の流れを形づくりしました。このときヘルパー 10万人を確保しようという、議論だったのです。

当時、市町村の現場ですと、ホームヘルパーが2人か3人いるというような状況ではなかったでしょうか。社会福祉協議会でも、2人か3人のヘルパーがいるというような状況で、「具体的にニーズがどの程度あって、どのぐらいのヘルパーが必要か」という議論がほとんどされずに進んでいました。現実には家族介護を前提にした議論で、ほとんど福祉の政策分野には入っていませんでした。

そこで、1990年に、「福祉8法改正」が行われます。これは、老人福祉法、児童福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、母子寡婦福祉法、老人保健法、社会福祉事業法、社会福祉医療事業団法という8法を改正しました。この改正の柱の第一は、在宅福祉サービスを積極的に展開することによって、施設中心の福祉から在宅福祉への転換を進めることでした。そのために人材を確保しようという議論になっていきました。

2番目は、福祉サービスの権限を市町村に一元化することでした。具体的に福祉サービスの事業の権限は、それまで市町村というより、県が中心でした。それを市町村へ権限を移譲するという形で、地域福祉を展開していこうとしました。

3番目に、老人福祉計画の策定を自治体に義務化しました。この老人福祉計画策定に当たって、市町村のマニュアルをつくる委員会が当時の厚生省の中にできまして、僕は自治総研の研究員としてこの委員会の委員になりました。このときの委員会は、大森彌（わたる）さんが委員長で、京極高宣（たかのぶ）さん——御存じの方もおられると思いますが、社会事業大学の学長になった方です——が副委員長でした。彼は僕の東大のときの同級生です。そこには当時の厚生省の老人福祉課長や老人保健課長、それから都庁に勤めていた吉永小百合さんのお姉さんも委員に入っていましたね。そういう委員会で、1年半ほど議論をしました。

それで、マニュアルをつくりました。その中心が老人保健福祉計画というもので、まずニーズを把握するためにアンケート調査を行いました。実際に支給されている手当も含めて、どの程度のヘルパーが必要なのかを具体的に計算していこうと、市町村ごとにデータを集めました。高齢化が進んでいる所では、それだけニーズが高いわけです。市町村ごとのデータを計算して、計画として立てて、必要なヘルパーを確保するために動き出しました。

資料1にありますように、1993年に地方老人保健福祉計画を全市町村・都道府県で策定してみますと、必要ヘルパーは20万人を超えるのです。実際に調査してみたら、ゴールドプランで立てた10万人では全然足りないということになりました。厚生省として、初めて実際に調査した数値を使って計画を立てて進めてきたということになります。それを市町村に義務化し、現在もずっと行われています。

このときにできたのが、在宅介護支援センターです。在宅介護支援センターというのは、現在でも残っている所があると思いますが、在宅介護をするための支援ですから、概ね特別養護老人ホームや施設に置かれ、24時間で在宅介護の支援を行っていました。これが介護保険の地域包括支援センターに引き継がれています。この在宅介護支援センターは保険制度ではなくて、あくまで行政の補助金で運営されています。ある意味で、保険制度よりは使いやすかったかもしれません。

それからその次に、1990年のドイツ統一がありますが、大熊由紀子さんの『「寝たきり老人」のいる国いない国』が、この年に発行されています。この本は非常に大きな反響がありまして、現在でもまだ出ています。インターネットを見ますと、「感想／『「寝たきり老人」のいる国いない国』』というサイトに、大熊さんが「1990年に世に出した本が毎年のように増刷されて、2008年の暮れに29刷になりました。この本に描いた社会が、日本でまだ実現していないからかもしれません。読者の方が、この本から何を感じてくださったのか、

お寄せいただいた感想の一部を抜粋してお届けします」とメッセージを書いています。そのサイトに掲載されている読者からの感想を紹介します。「福祉関係の本を最初から最後まで興味を持ち、読んだのは初めてでした。いつも眠気が襲ってきました。しかし、この本は一気に読み終えてしまいました。そして、感動にひたっていました。姉が本のタイトルを見て、“寝たきりの人がいない国なんてあるの？”って聞いてきたので、私は自慢げに、“北欧はすごいんだから。ヘルパーさんは充実しているし、みんな起きて御飯を食べて、外に出て、おしゃれして、生き生きしてるねんから”と言いました」。

■寝たきり老人に 「させない国とほっておく国」

「姉が、“でも認知症の人やろ？ 怖くないの？”と言うから、私は、“縛るほうがもっと痴呆を悪化させちゃうねんて。縛ってしまったら、憲法第25条に反しちゃうんだから”と、理屈っぽく答えてしまいました。それにしても、寝たきり老人を探すためにわざとあちこちのドアを開けてみたり、アルコール中毒のフリをしたパートナーを精神病院へ連れていったりという思い切った行動は、本を読んでいて笑ってしまいました。でも、そのくらい思い切った行動をしなければ福祉の世界に入っていけないと思い、これから頑張ろうと強く思いました」というような文章ですね。

実はこれに出てくることは、僕もいくつか見ました。北欧の場合、スウェーデンでもそうです、デンマークでもそうですけれども、寝たきりの人はいません。いないというのは、要するに起こすわけです。寝ている人を、朝になったらキッチンと起こします。

全身が動かない病気がありますよね。例えば、ホーキング博士。ホーキング博士の場合は、指だけしか動きません。だけど彼は、最高の宇宙理論家です。2018年に78歳で亡くなりましたが、それまで現役でした。日本でも講演をしましたが、僕

は大阪城ホールで1度聞いたことがあります。お姉さんがついてきて、車いすというかベッドを支えていました。音声はコンピューターで、自動音声なのですね。電波の音ですけれども、理解できました。やっぱり理論的にすごいですよね。その意味で言いますと、彼はここにあるようにいきいきしているわけです。寝ていないわけです。ですから「寝たきり」ではなくて、「寝かせきり」をつくっていないということです。

要するに朝、起こしちゃうわけですよね。食事もします。動きは取れませんが、起こして着物を着がえています。きょうは僕もセーターですけど、キチンとネクタイもしています。あるいは女性でしたら、着がえてイヤリングして、ピアスをつけて、外出するようになっています。帰って来て寝るときも、器具を使って寝かせつけます。寝かせつけられて体は動かないですけど、電話をここに持ってきて、介助をしてもらって電話で相談を受けています。僕が見た記録では、彼が寝ながら相談に応じています。

そのように、ある意味で徹底して普通の生活を維持していく——これが実は、ノーマライゼーションなわけです。ノーマライゼーションとはそういうことです。起こすことです。だから『寝たきり老人のいる国いない国』なのですけど、「寝たきり老人にさせない国」と「寝たきり老人をほっておく国」なのです。そのほうが楽だということなので、そこから始まっているわけですね。ですから、大熊由紀子さんの本がまだ売っていたのは、実はそういうことですね。

それから、1994年ですが、ドイツで介護保険法が成立しております。このドイツの介護保険というのは、完全に介護保険だけなのです。日本の場合、介護保険は半分公費が入っています。国が2分の1、市町村と都道府県が4分の1ずつ負担しています。全体を1とすると、保険料は0.5、税金は0.5です。被保険者が保険料を払うことによって財源の2分の1を負担しているというのが、日本の介護保険です。ドイツの場合は全部、保険で運営しています。その辺のよしあしは、あると思

いますが…。

でも、1994年にドイツで介護保険ができましたので、実は日本では1995年に老人保健福祉審議会最終報告で、「新たな介護保険制度の創設に向けて」を発表し、介護保険制度創設の提案をするわけです。それを受けて1997年に介護保険法が成立します。1997年に介護保険法が成立していますが、実施されたのは2000年ですから、準備に3年間かけています。

■幼児教育・保育の無償化 準備が不十分

今回の「幼児教育・保育の無償化」ですが、ほとんど準備はしていないと思います。ですから、各市町村の現場は担当者が四苦八苦していると思います。準備は、ほとんどされていませんので、これから“ゆがみ”みたいなものが出てくると思いますが、それを“制度のゆがみ”として定着させないようにしなければいけません。

1994年には「ノーマライゼーションの父、バンク＝ミッケルセン」がミネルヴァ書房から出版されています。日本語でノーマライゼーションというのが出た最初の本でした。1994～1995年ぐらいからノーマライゼーションの議論というのが日本社会の中に展開していきました。その次に1998年、ベクト・ニリエ著の『ノーマライゼーションの原理』が現代書館から出ています。これによってノーマライゼーションの原理が、日本で具体化されて見えてくるようになったと思います。

1999年に、介護保険・介護認定審査会などが開かれ、2000年から介護保険が始まりました。お配りした資料に介護保険法の総則を載せてあります。介護保険が何かということが書かれておりますので、条文を読んでみましょう。

第1条、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が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及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民協同連帯の理念に基づき介護保険制度を設ける。」とあります。

この中で特徴的なのは、要介護状態となった人について、「これらの者が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」と書いてありますが、これがいわばポイントです。では、「自立した日常生活」というのは何でしょうか？要介護5の、ほぼ寝たきり状態の方の自立した日常生活を保障するとはどういうことでしょうか？先ほどのホーキング博士がそうですけれど、支援があれば自立できています。自立の中身は何かと言いますと、自己選択・自己決定なのですね。つまり自分がこれをしたい、こうするべきだというように自分で選択して、それを自分で決めることができること。それが自立した日常生活です。

皆さんの生活も、ある程度そういう自分で決めた“希望の連鎖”といいますか、“予定の連鎖”でできていますよね。子供だと、親から言われてあれこれやらなければいけません、一定の年齢に達したら、自分で決めないと気持ち悪いですよね。自立した日常生活というのは、自己選択・自己決定が可能な状態で、そうするように支援するということです。

ホーキング博士の例でいえば、介助者がいて、パソコンがあって、音声が出てというような支援があって、それでホーキング博士の理論が世界に広がっていくということになります。そのような意味での「自立した日常生活」というのは、実はノーマライゼーションの中心の概念であります。

■自己決定と自己責任論

よく似た言葉ですが、「自己決定・自己責任」というのがあります。これは要するに、「自己決定したのだから、お前の責任やろ？」と言って突き放す議論です。「地方自治論」というのには、これが多い。つまり自治というのは、自己決定・自己責任だと。「責任を取れや」となります。そ

うすると、橋下元大阪府知事になってしまいます。その延長線に地方交付税がいらなくなることになってしまいます。「交付税というお金がないとやっていけないのはお前の責任なので、税を自分で集められるのだったら、その範囲でやりなさい」となります。最近もありましたが、大学入試の英語民間試験をめぐる「身の丈論」は、自己責任論ですよ。

この自己決定・自己責任論に、私たちは陥りやすいです。自治を考えていく人間というのは、乗りやすいんですよ。言われるほうは大変だけど、言っているほうは、割とカッコいいですから…。その点では、自己決定・自己責任論には気がつけたほうが良いと思います。

介護保険の特色の一つは、「医療と福祉の統合」です。このことが、介護保険制度の中で行われています。要介護度を決める介護保険の審査会には、必ず医師が入っています。中心ですからね。その点で介護保険は、医師・ドクターに介護の問題を投げかけていくというのをやりました。それから、福祉給付と医療給付を統合して提供するということになっています。これについても、議論はいろいろあるわけです。事業所によってはどちらかに偏る場合もあるので、その辺も含めて出しているということですね。

自己選択・自己決定ができることが「自立」であり、介護保険はそのための制度です。障害者の自立も同様で、「自立生活とは、どんな重度の障害を持っていても、介助などの支援を得たうえで、自己選択、自己決定に基づいて地域で生活できることと定義できる」ということが、上野千鶴子さんと中西庄司さんの『当事者主権』（2003年）という著書に書かれています。

また、心理学、幼児教育の観点から河合隼雄氏が『心の処方箋』新潮文庫（1998年）で、「自立していることを依存と反対であると単純に考え、依存をなくしていくことによって自立を達成しようとするのは、間違ったやり方である。自立は十分な依存の裏打ちがあってこそ、そこから生まれてくるものである。親が自律的であり、子供に依

存を許すと、子供は十分に味わったあとは、勝手に自立してくれる。自立と言っても、それは依存でないことを意味しない。そもそも人間はだれかに依存せずに生きていくなどできない。自立することは依存を排除することではなく、必要な依存を受け入れ、自分はどれほど依存しているかを自覚し、感謝していることではなかろうか」と言っています。

そういうのを「依存的自立」と僕は呼んでいますけれど、自立の新しい概念が生まれてきたのが1990年代かと思っています。

資料1の年表に戻ってください。2000年というのは、実は大きな年なのです。2000年に介護保険制度が始まりました。ケアマネージャー制度が発足して、そのほかに年金法の改正もありましたが、実はこのとき「地方分権一括法」が施行されています。これも1995年ぐらいからずっと分権議論があって、積み重なってきて、大きな法律改正があって、この年に地方分権一括法が施行されました。

このときに機関委任事務制度が廃止されましたが、現状は機関委任事務制度的なものは非常に多く残っています。具体的に言いますと、「通達」です。今でも行政と議論していますと、「これは通達で来ていますので」という物言いをされる方が多いのです。「これは通達に書かれているので、やらなくてはいけない」と考えて、そこで思考停止になっています。実は「通達」というのはありますが、機関委任事務制度が廃止されたことにもなって、拘束力を持っていません。

例えば地方自治法の第11章の中に、国と地方の関係について規定しています。そこでは国と地方との関係で、指導・非指導という関係は存在しません。言葉がないのです。通達行政が終わってしまして、国の関与としてあるのは「助言」または「報告」です。多いのは、「技術的助言」なのですね。「技術的助言」と書いてあるのに、読んでいないのかなと思うのですが、技術的助言でしかないものを、拘束力のあるものとして読んでしまう傾向が、依然として強く残っているように思います。

それから、「資料の提出の要求」とか「是正の

要求」というのはあります。同意、許可、認可、または承認、指示、代執行、協議というのも地方自治法上定められていますが、「通達」というのは指導・非指導ありません。その点を繰り返し言うておかないといけません。介護保険の分野の仕事をしていまして、「これは通達に書かれています」というように議論されます。では、通達の中身は何かというと技術的助言なので、もちろん参考にしたほうがいいのですが、従うべきではない場合もありますから、その点は考えて対応していきたいと思っております。

■地方分権の実践は難しい

それから、そういった機関委任事務制度の廃止が、十分に実効性を持って定着していないというのが現状で、指導・非指導関係が再生産されています。先ほど言いました計画行政というのは、市町村における計画行政で、介護保険事業計画策定以前の「改正老人保健福祉計画」という用語が、まだ介護保険事業計画と並んで残っています。介護保険制度が始まって、様々な所で細かく計画がつくられて、現場からしますと、非常に仕事がふえているということになりますね。

逆に言いますと、計画行政では、どうも中央統制が進んでいるようにも思えます。典型的なのは地方創生総合計画です。「人口をふやすような計画をつくりなさい」というのを国がやりまして、これに応じた市町村には交付金を渡すよという話です。みんながお金につられて計画をつくりましたが、従来の総合計画と非常に齟齬がある場合が多いのです。でも、そういう計画をつくらなければいけないと強制されたというのが、典型的だと思います。そういうような時代になってきていますので、その辺をどのように考えていくかという手立ても必要だと思います。

さて、2000年という年には、そのほかに社会福祉事業法が改正されて、社会福祉法が制定されました。その条文を見ますと、第10章に「地域福祉の推進」とあって、第1節「地域福祉計画」があ

ります。社会福祉法では、地域福祉計画の位置づけが大きいのですが、皆さんの自治体では地域福祉計画がつくられていますか？ 都市はできていると思いますが…。

今、僕は奈良県の葛城市で、地域福祉計画を初めてつくるお世話をしています。これはなかなか大変です。市町村の地域福祉計画については第107条で、「市町村は、地方自治法第2条第4項の基本構想に則し、（もうこの所は変わっていますけれども）地域福祉の推進に関する事項として次に掲げる事項を一体的に定める計画を策定し、又は変更するときは、あらかじめ住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者、その他、社会福祉に関する活動を行う者の意見を反映するために必要な措置を講ずるとともに、その内容を公表するものとする」とあります。

また、社会福祉法の第3条には、「福祉サービスの基本理念」と書いてありまして。「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又は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に支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」と定めています。ここは、どちらかというとノーマライゼーションですね。要するに、自立した日常生活を営めるように地域福祉を定めていかなければなりません。

『社会福祉法の解説』（中央法規）を見ますと——「個人の尊厳という点については、ともすれば利用者の立場ではなく、提供者側の立場から行われがちであり、利用者の個人の尊厳の保持が、実際には行われていない場合がある。そのため、痴呆高齢者や知的障害者を子ども扱いしたり、個人の需要を十分理解しないために高齢者を不必要に寝たきりにしたり、施設等の管理を極度に優先するあまり、障害者や高齢者、あるいは児童などの自立を阻害といった事態がしばしば発生してきている。そのため、福祉サービスの提供にあたっては、利用者の立場に立って、その尊厳を保持するよう十分に配慮してする必要がある」（解説109頁）

とあります。

この「個人の尊厳」という言葉が、何度も出てきます。現状は、サービスを提供する側が、相手を対象としか見ていません。相手を対等の立場として見て、その人に自己選択・自己決定してもらうための支援なんだという意識が欠けている場合が多く、サービスを提供する側の都合を優先してしまうケースが、よくあるように思います。僕自身も、そのような感じに陥るとというのが、よくわかります。だから、この個人の尊厳を守るということの意味を、何度も噛み含めていかないとけないと思っています。

■ノーマライゼーションとは

そこで、「ノーマライゼーションの原理」というのが出てきます。それについては、「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にとは、児童の健全育成や、障害者等のノーマライゼーションが念頭に置かれているものである。」（解説109頁）と書いてあります。

ノーマライゼーションとは、施設に収容されてきた知的障害者が、ノーマルな日常生活を送られるようにすることを保障する施策の体系です。1959年にデンマークで成立した新法は、その前文にその目的として、知的障害者ができるだけノーマルな生活を送られるようにすることを掲げました。これを障害者の親の会と一緒につくったのがバンク＝ミッケルセンです。これらの動きを受けてスウェーデンで活動したのが知的障害者連盟のオンブズマンであったベクト・ニイリエでした。1960年代を通じて、ノーマライゼーションの具体化、法制化を進め、1968年に知的障害者に包括的に地域福祉サービスを提供する新法が施行され、その後、大きな社会変化が進みました。

それが先ほどの大熊さんの話に出てきた、「北欧の高齢者あるいは障害者たちの、生き生きとした生活」です。それだけ社会的に定着してきていますが、日本ではまだ、なかなか進んでいないというのが現状かもしれません。

図表3 ニイリエの「ノーマライゼーションの原理」

ノーマライゼーションの8つの原理

1. 1日のノーマルなリズム
2. 1週間のノーマルなリズム
3. 1年間のノーマルなリズム
4. ライフサイクルにおけるノーマルな発達経験
5. ノーマルな個人の尊重と自己決定権
6. その文化におけるノーマルな性的関係
7. その社会におけるノーマルな経済水準とそれを得る権利
8. その社会におけるノーマルな環境形態と水準

図表3がニイリエの「ノーマライゼーションの原理」です。ごく普通の生活様式や状況の側面や要素、障害を持つ人が経験し共有している平等の経験とは以下のとおりだと言っています。「1日のノーマルなリズム」。朝起きて、着がえをして、トイレに行って…というノーマルなリズム。これが保障されることですね。

それから「1週間のノーマルなリズム」。これは、学校あるいは会社に行くことを考えればいい。要するに土・日が休みで、毎日きちっと一定の時間に散歩に行くとか、そういう中での1週間のノーマルなリズムかもしれません。

三つ目は「1年間のノーマルなリズム」。これについては、それぞれの季節の行事があります。盆暮ですとか、花見、秋の紅葉を見る、あるいはお祭りですね。そういった1年間のリズムがあります。

四つ目は「ライフサイクルにおけるノーマルな発達の経過」。幼児期から小学校へ行き、中学校へ行き、高校へ行ってその先というように、それぞれの段階ごとの教育を経ていくことです。

その中で、「統合教育」という議論があります。統合教育というのは、障害児と普通の健全な子たちが一緒に教育を受けるということです。これについてはなかなか難しく、親のほうからしても特別支援学級を選んでしまうという場合が多いのです。具体的には、「みんなと一緒にいきたい

よ」という子供がいて、それを教育委員会が、「そのための設備がないからだめだ」と断って、問題になったというのがあります。実際は統合教育が、基本的にいえば推奨されているわけですね。

奈良県の吉野町のケースですと、小学校は加配教員を含めて統合教育に対応してくれていましたが、中学校の段階で学校のほうが断ってきました。それはなぜかという、教室が2階にあって、階段を撤去できないから、障害児を入れるだけの条件はない。「お金がかかり過ぎてだめです」と言われて断られたのです。それで、実は裁判になりました。裁判所では、「そういったことは除外して、受け入れるべきだ」という議論があって、結局、教育委員会側の敗北になりました。その点は、後ほど述べますが、「合理的配慮」の議論になっていくわけです。

資料1に戻ってもらって、2000年に社会福祉法ができましたが、このときにもう一つ大きな変化がありました。それは、住民が初めて福祉の主体になったということです。それまで住民というのは福祉の対象だったのですが、社会福祉法の中で住民は初めて福祉の主体になって、福祉サービスを提供する側になりました。地域福祉計画というのは、実はそういう意味ですよ。地域福祉計画の中では、住民あるいは住民団体が福祉の提供者になってきます。それはボランティアであってもそうです。福祉の提供者というのは住民で、住民主体をうたっております。そういう意味で、地域福祉計画が住民主体となっているのかどうかというのも、問題点であると思います。

それから大きな出来事としては——2003年に障害者支援費制度ができました。障害者支援というのは、それまでは行政の措置行政でした。行政が決めることであって、利用者はそれについて希望を言うことはできますけれども、決めることはできませんでした。それが、どのようなサービスを受けるかを障害者が決めて、それに対して支援費を出すという制度に変わっていきました。このときに変えたのです。ですからこの場合も、むしろサービスを受ける主体が中心になります。

介護保険も同じなんですね。介護保険も、どういう介護支援を受けるかを、介護保険サービスを受ける側が決めることができます。それが介護保険制度の特色なのです。保険料を払っていますので、介護保険のサービスを買うことができます。介護保険サービスについては、利用者が決めます。ケアプランというのがありますが、ケアプランはだれがつくるかといえ、現在はケアマネージャーがつくっています。ところが、介護保険制度の前提としては、ケアプランは自分でつくるものであって、「マイケアプラン」というのです。

千葉県でも自分でつくっている方はいらっしゃると思いますが、京都市の中で、実際にマイケアプランを使ってやっているグループがありまして、行政にそのための支援制度があります。マイケアプランをつくるためには、情報が必要です。その情報を市が提供するというサービスをしています。ですから介護保険については、ケアマネージャーがケアプランをつくるというのは、あくまで便宜的なものなのです。中心はマイケアプランで、どのようなサービスを利用する・使うというのは自分で決めなければいけません。実際には、もちろん勉強をしなくてはいけないから大変です。どのようなサービスがいいのか、それについて、それこそ見に行かないといけませんし、あるいは体験もしなければいけませんし、結構大変です。介護保険についてはやはり自分が決めていくものとしてあるのです。

この間、ある市の社会福祉協議会が130人ぐらいの介護保険の利用者の方のケアプランを請け負っていました。そのうちの96人について、社会福祉協議会が自分ではんこをつくっていました。それを利用者に話をしないで、勝手にケアプランをつくって介護報酬を取っていたということがありました。そのようなことを、僕も初めて聞きましたけれども、そういう点で介護保険については、本来はやっぱりマイケアプランだと思います。

僕自身もケアプランをつくれるかなと思いましたが、今のままじゃできませんね。市の担当者やケアマネが支援してくれればできるかもしれませ

ん。ですからケアマネも、マイケアプランづくりを支援するように力を入れてもらわないといけません。2000年以降の変化では、利用者あるいは住民が主体になってきています。そういうところに常に立ち返って、考えていかなければいけません。この障害者支援費制度がそうです。

■職安法改正と 自治体の無料職業紹介事業

もう一つ、2003年に「職安法改正」がありました。無料職業紹介事業は、市町村、都道府県に届け出て可能になっています。この後「生活困窮者自立支援法」が2013年にできますが、その中心がやはり就労支援なのです。生活困窮者自立支援の柱の一つが就労支援で、働きに出るのを助ける。あるいは引きこもりの方の自立支援のために、就労支援をしなければいけないだろうということになります。その場合の手立てとして、職安法の改正によって、そういった職業紹介を自治体ができるわけです。千葉県内は、市町村でどれぐらい実践しているでしょうか。

僕が知っているのは——この制度をつくった原点みたいなものが、岡山県の津山市にあります。津山市は1997年に、津山広域圏として、津山を中心とした15市町村がつくった津山広域市町村連合で、「津山雇用労働センター」というのをつくりました。この津山雇用労働センターでは、まず「雇用」という言葉を使ったことが大問題でした。市町村には雇用の権限がありません。ところが「雇用」という名前をつけた…。

実はこのとき、機関委任事務制度がまだ残っていました。職安法の第11条というのは、実は機関委任事務でした。それはどのような事務かというと、市町村長には職安の所長に求職情報を提供する義務がありました。職安法上では、どんな人が職を求めているかについての情報を職安に提供する義務があり、これが機関委任事務なのです。市町村長は、職安の所長の「手下」である…。それを逆手に取ったのが雇用労働センターです。情報

を提供・報告するためには調べなくてはなりません。その調査を行うための組織として雇用労働センターをつくって、そこに求職求人情報を集めたわけです。

求職求人情報をどのように集めたかといいますと、歩くわけですね。管内にモデル工業団地がありましたので、この工業団地の各事業所を担当者が歩いて回って、どのような求人があるか、どのような人がほしいかというのを聞いて回るわけです。それは、今お話しした職安法11条の機関委任事務を使って、その情報を集めました。高校を卒業する子のうち、4割は津山に残りたいと考えていました。しかし、求人情報がないので出て行きます。それではいけないということで、その求人情報を高校生に知らせて、実際に地域での高校生と企業とのマッチングに成功しています。

この津山広域圏の雇用労働センターが“根っこ”になって、実は職安法の改正が行われていたのです。現在でも、きちんと就労支援をしようとすれば、この職安法を使って職業案内ができますし、そのための情報の収集ができるわけです。

どのように情報を収集するかという点について、大阪の例をお話しします。この無料職業紹介事業を始めたところは、毎朝、担当課長が出勤したら新聞を見るのです。新聞の下の求人情報を見て、その求人情報を市に提供してほしいと電話をします。その具体的に求人しているところが、市に直接求人情報を提供してくれて、市がそれを紹介するというようにします。ですから、朝に行くと新聞をガサガサゴソやって、それですぐ電話をして情報を集めます。要するに、足と手と電話ですね。

この職安法の改正を活用しているかどうかが問題です。もちろんその内容については、先ほどお話しした生活困窮者や引きこもりの方の就職先はなかなか見つかりませんが、それをうまくつないでいったのが津山市の例です。

2006年です。「国連総会において、障害者の権利に関する条約が採決された」とあります。2013年9月を見ていただきたいのですが、そこに「障

「被害者差別解消法成立」と書いてあります。これは、「国の行政機関や地方公共団体、民間事業者による『障害による差別』を禁止。差別的取り扱いの禁止。町中の段差。入店拒否。文字だらけの広報。合理的配慮の不提供の禁止」とありますが、具体的に障害者差別解消の条約に基づいてつくりました。そのために、実は7年かかっています。翌2014年に条約を批准できました。障害者差別解消法に基づく合理的配慮の不提供禁止について、初めて法的拘束力を持つことになりました。

障害者差別解消がどの程度進んでいるのかということが、問題になっています。れいわ新選組の参議院議員木下英子さんです。ようやく2019年の国会で議論になっているというか、ある意味で非常に煮詰まったところにきています。新しい段階に入ってきているかなと思います。

■幼児教育・保育の無償化の問題点

本日の本題の「幼児教育・保育無償化」についてです。年表には、「2014年8月、〈子ども子育て大綱〉決定。運用始まる」とあります。これによって、子ども子育てについては、具体的に政府の政策として固まってきました。

そのときに「幼児教育・保育の無償化を段階的に進める」と書いてありました。これについては、実は私たちも見落としていました。ただ、「段階的に進める」と言われますと、「どうせそんなに進まないだろう」と、私たちも軽く見てしまいますよね。2017年10月の衆議院選挙の公約で、「消費税を10パーセントに引き上げたときに、その財源を使って幼児教育・保育の無償化を行う」という約束をしました。政策として選挙公約に掲げたあと、ほとんど内容が議論されず、必要な仕組みや準備が不十分なまま実施されようとしています。

問題点が幾つかあります。まず1番目に、「無償化よりも待機児童対策や保育所確保を先行すべきではないか」という議論があります。「特に先進国で最低水準の職員の配置基準を改善し、3歳児の場合で20人に1人ではなく、イギリス並みに

8人に1人といった基準に改善するのが先決ではないか」ということです。フランスの場合でも、20人の子供に対して5人の大人が対応します。それが大体、世界水準と考えていいわけです。日本の場合は20人に1人ですから、非常に低く、いつも現場は大変だということです。

2番目ですが、「保育園を希望する親がふえ、待機児童がふえるのではないか」という議論です。先行して2017年度から第2子以降は保育料を無料にした明石市では、2018年の待機児童は前年を39人上回る586人で全国1位となっています。一斉にやりますから、この状況は分散するとは思いますが、それにしても全体としてはそういうことが出てくるのではないかと。そうしますと、保育を受けられる子と受けられない子という格差が広がります。保育が受けられる子のほうは保育料が無料です。ところが保育を受けられない人は、子供を抱えて仕事ができないというので格差が拡大してしまうということがあります。

3番目。「子どもの安全と保育の質の確保はできるのか」ということです。調査によると、認可外施設の4割以上が、認可外施設の指導監督基準を満たしていない現状です。国が監査基準を定める必要があるのではないかと。自治体の監査を年に1回以上、義務付けるなど監査体制の整備が先行するべきという指摘もされています。特に認可外施設の把握は難しいわけです。

それから最後です。2020年3月までの無償化に係る事業の地方負担分2,349億円は、国が臨時交付金で賄う、となっています。2020年4月以降の自治体に対する財源の手当てについては、地方財政計画に全額を計上して必要一般財源総額を確保するとしています。しかし、この各市町村の財源を地方交付税処置としてキチンと手当てできるのかということがあり、非常に問題が多いのです。

話がいろいろ飛びましたので、わかりにくかったと思いますが、私からの話はこれで終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

この講演録は事務局の責任で作成しました。

資料 1 社会保障施策この20年

1989年	ゴールドプラン（高齢者保健福祉10か年戦略策定）ヘルパー 10万人
1990年	「福祉 8 法改正」（老人福祉法、児童福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、母子寡婦福祉法、老人保健法、社会福祉事業法、社会福祉医療事業団法） 1、在宅福祉サービスの積極的展開 2、福祉サービスの権限を市町村に一元化 3、地方老人保健福祉計画の策定を自治体に義務化必要 ヘルパー数の推計数値目標の設定 ドイツ統一、91年12月ソ連邦解体 大熊由紀子「寝たきり老人のいる国いない国」ぶどう社。
1991年	「育児休業法」成立 宮澤喜一内閣
1993年	「地方老人保健福祉計画」を全市町村、都道府県で策定 必要ヘルパー数は20万人を超える 「心身障害者対策基本法」を改正して「障害者基本法」を制定 細川連立内閣
1994年	羽田内閣成立 ドイツで公的介護保険法成立 「ノーマライゼーションの父バックミッケルセン」ミネルヴァ書房 村山富市自社連立内閣
1995年	老人保健福祉審議会最終報告「新たな介護保険制度の創設に向けて」 阪神淡路大震災ボランティア元年
1996年	橋本龍太郎内閣 「労働者派遣法」改正、登録型派遣の対象を26業種に拡大
1997年	「介護保険法」成立
1998年	「NPO法」成立（特定非営利活動促進法）議員立法 小淵恵三内閣 ベクト・ニイリエ「ノーマライゼーションの原理」現代書館
1999年	介護保険・介護認定審査など始まる 「労働者派遣法」改正、対象事業を原則自由化。
2000年	「年金法」改正。支給開始年齢を65歳に段階的に引き上げる、育児休業中の保険料免除、総報酬制の導入（賞与等も対象に）など 森喜朗内閣 「介護保険制度」施行。「ケアマネージャー制度」の発足。1号被保険者の基準保険料は全国平均月2,911円。 「地方分権一括法」施行。機関委任事務制度の廃止。国と地方との間に指導・被指導という関係はなくなる。通達行政の終わり。国の関与とは、助言又は勧告、資料の提出の要求、是正の要求、同意、許可又は承認、指示、代執行、協議。 「社会福祉事業法」を改正して「社会福祉法」を制定。住民を「福祉の対象」から「福祉の主体」とした福祉を定める。住民が担う「地域福祉計画」の策定を努力義務化。 「児童虐待防止法」成立、議員立法。
2001年	「DV法」成立、議員立法。 小泉純一郎内閣成立。 介護保険の第一号被保険者の保険料の全額徴収始まる。 東大作「縛らぬ介護」葦書房。NHKの「抑制廃止福岡宣言」を本に。
2002年	「ホームレス自立支援法」成立。
2003年	「第二次介護保険事業計画」スタート。第一号被保険者の基準保険料は3,240円。 「障害者支援費制度」施行。需要の盛り上がりで予算不足となり補正予算で措置。措置制度からの転換。障害当事者が「自己選択」「自己決定するのが原則」に。 「職安法改正」で無料職業紹介事業が市町村、都道府県が届け出で可能に。 上野千鶴子、中西庄司「当事者主権」岩波新書。中西氏は91年創立の全国自立生活センター協議会の事務局長。
2004年	「改正児童虐待法」成立。通報義務の拡大。市町村が相談や通報の第1線に。府県の児童相談所は専門機関に。 「障害者基本法」一部改正、障害者差別禁止規定をいれる。 「DV法」（ドメスティック・バイオレンス）一部改正、市町村に相談センター設置可能に。配偶者の定義拡大。 「年金法」改正。「マクロ経済スライド」を導入。基礎年金の国庫負担を2分の一に。 保育所への国庫負担金を一般財源化。三位一体改革による補助金の廃止と交付税措置による財源付与、税源移譲と言うが。 「高齢者の雇用の安定に関する法律」改正。定年年齢の引き上げ、継続雇用制。 「発達障害者自立支援法」成立。学習障害、アスペルガー症候群、注意欠陥・多動性障害など。 「労働者派遣法」改正。製造業に解禁、上限1年で直接雇用の申し込み可に。
2005年	「改正介護保険法」成立。予防事業重視と地域包括支援センターの設置。それまでは在宅介護支援センターだった。要支援1と2を新設。 「障害者自立支援法」成立。身体、知的、精神および児童福祉法の障害児を統合する。介護給付費の一律一割利用者負担導入。 「高齢者虐待防止・介護者支援法」成立。虐待を身体的、性的、心理的、経済的と定義。
2006年	「第3期介護保険事業計画」スタート。新予防給付、地域密着型サービス、地域包括支援センター。基準保険料は4,090円。 医療法、健康保険法等を改正。広域連合による「後期高齢者医療制度」創設（2008年4月）。 安倍晋三内閣（第一次）。
12月13日	国連総会において「障害者の権利に関する条約」が採択された。2008年5月3日に発効。日本は2007年9月28日に高村外務大臣が署名。2014年1月20日に批准書を寄託。同年2月19日に効力が発生している。

2007年		「パート労働法」改正。労働条件の文書交付、均衡のとれた待遇。 北九州市小倉北区で、生活保護受給を「辞退」させられていた男性が自宅で餓死。「おむすび食べたい」の言葉残す。水際作戦の犠牲に。 福田康夫内閣。
2008年		「子どもの貧困」元年。4月に浅井春夫等の『子どもの貧困子ども時代の幸せと平等のために』明石書店、9月に山野良一『子どもの最貧国・日本』光文社新書、11月に阿部彩『子どもの貧困』岩波新書。 9月「リーマンショック」。世界金融危機の急速な進行。 「年越し派遣村」設置。日比谷公園から厚生省講堂で。
2009年		「障害者自立支援法」改正。利用者負担は応益負担を応能負担に。 第4次「介護保険事業計画」スタート。基準保険料は4,160円。 10月、日本政府が初めて、「相対的貧困率」を公表した（OECD基準）。平成19年「国民生活基礎調査」（詳細調査）の数字。国民の相対的貧困率は16.0%、子どもの貧困率は15.7%だった。7人に一人は貧困。アメリカ、スペイン、イタリアについて4番目に高い。
	9月16日	連立鳩山由紀夫内閣。
2010年		1月に内閣府に「障がい者制度改革推進会議」を設置。委員の過半数が障害当事者。 4月1日から「児童手当」を「子ども手当」に改正。中学生までの子どもに月1万3千円。ただし、1年間の臨時措置。所得制限なし。
	6月8日	菅直人内閣。
2011年	3月11日	東日本大震災。大津波。東電福島第一発電所1-3号機メルトダウン。
	3月31日	「子ども手当」を「児童手当」に変える。所得制限を入れる（960万円）。2012年6月から。 「介護保険法改正」。地域包括ケアシステムの推進。24時間対応型の定期巡回サービス。 「障害者虐待防止法」成立。議員立法。通報義務の規定。市町村に障害者虐待防止センターを置く。 「改正障害者基本法」成立。発達障害を規定。統合教育の推進。
	9月2日	野田内閣成立。
2012年	4月1日	第5期「介護保険事業計画」施行。第一号被保険者の基準保険料は4,972円。 「障害者総合支援法」成立。施行は13年4月。自立支援法の名を改める。対象に難病と発達障害を加える。利用者負担については上限額を3万7千円に。 「子ども子育て支援法」成立。幼保一元化への一步。認定こども園など。 6月民主党、自民党、公明党による「税と社会保障の一体改革に関する3党合意」。8月の参議院で消費税法（8%から10%への増税）、子ども子育て支援法、年金法、社会保障制度改革国民会議設置、地方税法・地方交付税法改正。 「社会保障制度改革推進法」成立。「社会保障制度改革国民会議」設置。座長は清家清。
	12月26日	安倍晋三内閣（第二次）成立。
2013年	5月1日	「生活困窮者自立支援法」成立。施行は15年4月。自立相談事業と住宅確保給付事業は必須。国庫負担金7割。就労準備支援事業と就労支援事業（いわゆる中間就労）などは任意事業（国庫補助金5割）。 「障害者差別解消法」成立。国の行政機関や地方公共団体、民間事業者による「障害による差別」を禁止。差別的取り扱いの禁止。例：町中の段差。入店拒否。文字だけの広報。合理的配慮の不提供の禁止。例：車椅子での乗車の介助。勤務時間の調整。バリアフリー環境の提供。統合教育の実現。 「障害者の雇用の促進等に関する法律」改正。「障害者の権利に関する条約」批准に向けた対応。1、障害者に対する差別取り扱いの禁止。2、合理的配慮の提供義務。事業主に障害者が職場で働くにあたっての支障を改善する措置を講ずることを義務付ける。法定雇用率に精神障害者を加える。 「社会保障制度改革国民会議」報告。「全世代対応型社会保障」への転換を提起。認定こども園の普及促進。小学校と放課後児童クラブとの連携。地域包括支援センターと地域医師会との連携。地域包括ケアのシステム作りを推進。介護予防給付について地域支援事業に段階的に移行。特養の利用者を中重度に重点化。一定以上の所得の利用者の負担引き上げ。
	8月1日	
2014年		1月に「障害者権利条約」の批准書を国連事務総長に寄託。2月19日に日本について発効。 「社会保障制度改革推進本部」を設置。 「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」成立。 「医療法」関係。病床機能報告制度、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の連携。地域医療センターの機能の位置づけ。 「介護保険法」関係。介護予防事業の地域支援事業への段階的移行。特養利用者の中重度者への重点化。一定以上の所得者の利用者負担を2割へ。地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実。
	8月1日	「子ども子育て大綱」決定。運用始まる。
2015年	4月1日	第6期介護保険事業計画始動。第一号被保険者の全国平均保険料は5,514円。
2017年	10月1日	自民党は衆議院選挙の公約で消費税率10%引き上げの財源で、「全世代型社会保障への転換」を目指すと宣言。3歳から5歳までの子どもの幼稚園、保育園の利用料の無償化を掲げる。
2018年		「骨太方針2018」で幼児教育・保育の無償化の実施を掲げる。 4月第7期介護保険事業計画始動。65才以上の第一号被保険者の基準保険料の平均は5,869円。
2019年	5月10日	「幼児教育・保育無償化」を盛り込んだ「子ども子育て支援法」改正法が成立。10月から施行というあわただしさ。

講師紹介

さわ い まさる
澤井 勝

奈良女子大学名誉教授

専攻：地方財政論、地方自治論、生活福祉論

＜略歴＞ 1942年2月、東京都大田区蒲田生まれ。東京大学大学院経済学研究科博士課程を終了後、1973年～1993年まで、地方自治総合研究所の研究員として活躍。その後、北九州大学法学部教授（公共政策論）、奈良女子大学生生活環境学部教授（生活福祉論）として、教鞭を執る。2005年3月、奈良女子大学を停年で退官。

＜主な著書＞ 『現代の地方財政』（共著）有斐閣、1992年、『市場・公共・人間』（共著）第一書林、1992年、『変動期の地方財政』敬文堂、1993年など。