

考え方 編

**大都市「東京」における
これからの福祉保健**

第1 「ビジョン」の必要性と意味

1. 「人口減少社会の到来」が問うもの

- 「わが国の総人口は、予想よりも早く、平成17年中にも減少に転じる」…昨年から今年にかけて、多くのマスメディアが少子化や人口減少をテーマに特集を組みました。「労働力人口の減少で経済規模が縮小する一方で、高齢世代は増加する。社会保障制度も維持できない」といった悲観的見解から、「経済規模は縮小しても一人当たりGDP（国内総生産）は維持される。心配することはない」という楽観的な意見まで、さまざまな主張が展開されました。

* 従来の推計（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」平成14年1月・中位推計）では、「日本の総人口は平成18年に1億2,774万人でピークを迎え減少する」とされていたが、昨年12月公表の「平成17年国勢調査（速報値）」では「平成17年10月1日現在の総人口は1億2776万人と、1年前と比較して約2万人減少した」とされている。

- 両者に共通しているのは、我が国の人口減少は避けられないこと、そして程度の差こそあれ、少子化・人口減少を前提とした社会経済システムの構築が不可欠であるという点でした。それは、右肩上がりの経済と人口増加を当然の前提とした社会からの決別を意味しています。仮に当面、一人当たりGDPが維持されても、日本全体の経済規模の縮小が予想され、限られたパイをいかに分配し、何に支出していくのかが、これまで以上に問われる時代が到来します。
- これは、政治・経済・社会のあらゆる場面において、そして社会を構成するすべての人々が、「本当の豊かさとは何か」、「我々は何を、どういう社会を目指すのか」という基本に立ち返ることにほかなりません。

2. 社会保障、そして福祉保健施策の担う役割

- 成熟社会の今日、人々は、自己実現と自らの幸福を目指して、人生を設計し、日々のあり様を選択するなど、自らの生活を自らの責任で営んでいくことが基本です。もちろん、人は自分にとって何が幸福かについて考え、ときには他人

の意見を求めますが、そうした場合であっても、最終的に判断するのは本人自身です。これは、今日の社会にあっては、自然なことであると同時に、国のあり様がいかなるものであっても、改めて留意し、大切にしなければならない極めて基本的なものと考えます。

- しかし、人は、日々の生活の中で、また、出産・子育てから高齢期までの生涯の各段階において、障害、疾病、失業をはじめ何らかの社会の支援を必要とする場面に遭遇する場合があります。

福祉・保健・医療を含めた社会保障は、このような場合に、個々人の努力のみでは解決し得ない様々な困難を、社会全体で支える機能を果たすものであり、個々人の自己実現と幸福追求の基盤づくりをめざすものです。同時に、人々が心身ともにより健康で働き、活動すること等を通じて、活力ある社会経済に貢献するものでもあります。

- こうした社会保障のあり様は、先進各国でもその様相が大きく異なるように、我が国そして都の福祉保健施策に対するニーズについても、時代の変遷とそれに伴う社会経済状況の変化により、量的にも質的にも大きく変化します。

経済成長に伴う都市化、家族や地域社会の変容、少子高齢化などの戦後の社会経済状況の変化と、それに伴う価値観やライフスタイルの多様化の中で、福祉保健施策に対するニーズは、増大し、多様化・高度化してきました。

3. これまでの東京都の取組

- 都は、こうした変化に対応し、「利用者本位の新しい福祉」「患者中心の医療」という、サービスを利用する人の「主体的な選択」を重視した改革を進めてきました。

(利用者本位の新しい福祉をめざす「福祉改革」)

- 福祉分野では、平成12年に介護保険制度が、平成15年に障害者の支援費制度が導入されるなど、これまでの行政の判断でサービスの対象者・内容等を決定する「措置制度」から、利用者自身がサービスを選択する「契約制度」へと、多くの福祉サービスにおいて利用のしくみが変わりました。

- こうした中で、都は、平成12年に「東京都福祉改革推進プラン」、平成14

年に「TOKYO 福祉改革 STEP 2」を公表。「選択」「競い合い」「地域」の3つのキーワードを掲げ、多くの事業者が競い合って提供する多様なサービスの中から、利用者自らがサービスを選択し利用する「利用者本位の新しい福祉」の実現をめざす取組をスタートさせました。

（「東京発医療改革」と「東京都保健医療計画」）

- 保健医療分野では、平成12年に「東京発医療改革」を公表。医療における透明性、信頼性、効率性の3つの不足を克服し、「365日24時間の安全・安心」と「患者中心の医療」の実現をめざす取組をスタートさせました。

平成14年には「東京都保健医療計画」を改定し、①救急医療・災害医療、小児・母子医療等を含めた「医療提供体制の変革」、②健康づくり、多様化する健康危機への機敏な対応、地域ケアシステムの確立等をめざす「健康管理体制の変革」、③患者中心の医療の実現等をめざす「サービス選択体制の変革」の3つの変革に取り組んできました。

（これまでの主な事業展開 ～都独自の先駆的な取組～）

- これらの改革を進めるため、都は、大都市特有のニーズを捉え、その特性を活かした都独自のさまざまな施策を展開するとともに、国に対しても積極的に政策提案を行ってきました（以下は主なもの）。

【平成12年度】

- 「東京発医療改革」を公表（6月）
- 「東京都福祉改革推進プラン」を策定（12月）
- 都独自の包括補助制度、「福祉改革推進事業」を創設
 - ・ 地域の実情に応じた区市町村の取組を支援する都独自のしくみ
- 都区共同で「ホームレス自立支援システム」を全国に先駆けて構築
 - ・ 16年度には地域生活移行支援事業も実施。都内ホームレスは大幅減少へ

【平成13年度】

- 「患者の声相談窓口」の設置（5月）
 - ・ 現在6か所で実施。併せて医療機関案内サービス「ひまわり」も機能を充実
- 大都市ニーズと民間パワーを結びつけた「認証保育所制度」の創設
 - ・ 零歳児保育、13時間開所等を義務化。制度発足から4年間で300か所に拡大
- 「都立病院改革マスタープラン」の策定。改革の全体像を明示（12月）
 - ・ 現在までの間、「患者権利章典」の制定、東京ERの開設（墨東・広尾・府中）、電子カルテ等の情報システム導入、病院の再編整備等を推進
- 「TOKYO福祉改革STEP 2」を策定（2月）

【平成 14 年度】

- 民間事業者等へのグループホーム整備費補助制度の創設
 - ・その後も制度を拡充。認知症高齢者や知的障害者のグループホームの大幅増を実現
- 小児初期救急医療体制の整備に向けて支援事業を創設
 - ・区市町村の取組を支援。二次救急も引き続き「休日・全夜間診療」体制に向け推進
- 都立福祉施設改革等に関する基本方針を公表（7月）
 - ・「福祉サービス提供主体の改革への取組について」に基づき民間移譲等に向け着手
- 「障害者地域生活支援緊急3か年プラン（15～17年度）」を公表（11月）
 - ・グループホーム、通所施設、入所施設等の地域生活のサービス基盤を緊急整備
- 「東京都保健医療計画」を改定（12月）

【平成 15 年度】

- 全国に先駆け「福祉サービス第三者評価」を本格実施
 - ・サービス内容や質を評価・公表し、利用者のサービス選択を支援するしくみ
- 「先駆型子ども家庭支援センター事業」を創設
 - ・従来型の支援センターに児童虐待防止や見守りサポートなど機能強化
- 独自の「区市町村障害者就労支援事業」を本格実施
 - ・障害者の一般就労の機会拡大のための新たなしくみづくり
- インターネット・携帯電話を活用した「こども医療ガイド」を開設（10月）
 - ・16年度には「母と子の電話相談室」を拡充するなど小児救急相談体制を強化
- 積極的な国への提言を実施。介護保険法改正に向け「東京都試案」を公表（10月）
 - ・本試案を含め3度にわたり提案を実施し、改正議論をリード。16年度には生活保護制度、17年度には障害者自立支援法案についても提言。
- 「食品安全条例」の制定。食品安全対策を強化（3月）
 - ・BSEや食品偽装事件等を背景に制定。17年3月には「食品安全推進計画」を策定

【平成 16 年度】

- 多摩地域の保健所を再編整備し、機能強化（4月）
 - ・健康危機管理や市町村支援など広域的・専門的・技術的拠点として機能強化
- 災害医療派遣チーム「東京DMAT」を創設（8月）
 - ・災害の急性期に災害現場で活動する機動性、専門性を備えた医療チーム
- 「東京都感染症予防計画」を改定（9月）
 - ・SARSや鳥インフルエンザを背景に改定。アジア大都市を含め情報ネットワーク構築へ
- 独自の「薬物濫用防止条例」を制定。脱法ドラッグ対策を本格化（3月）
 - ・法律による規制が難しい薬物対策。若者層への乱用の拡大を懸念し指導取締りを強化

【平成 17 年度】

- 介護予防システムを本格実施。全国に先駆けて全都展開へ
 - ・都老人総合研究所が開発した介護予防健診「おたっしゃ21」等の成果を踏まえ実施
- 「成年後見活用あんしん生活創造事業」の創設
 - ・認知症高齢者や知的障害者の日常生活を支えるため、区市町村のしくみづくりを支援
- 「次世代育成支援東京都行動計画」を公表（4月）
 - ・「保育計画」「ひとり親家庭自立支援計画」を包含する5か年計画
- 重症心身障害児施設「都立東部療育センター」を開設（12月）
 - ・これまで未整備であった区部東部地域（江東区）に開設

(福祉保健局が発足)

- 平成16年8月、少子高齢社会に対応し、健康に対する都民の安心を確保するため、福祉局と健康局が統合し、福祉保健局が発足。これまで以上に幅広い視点から都民生活を捉え、福祉保健施策を一体的・総合的に推進する体制を整えました。
- 福祉保健局が発足して1年半。老人保健法の基本健康診査等の機会を活用した介護予防健診のシステム化をはじめ、母子保健事業を通じて児童虐待等の要支援家庭を早期に発見するしくみづくりなど、両局組織の統合と融合の成果を活かして施策を進めています。

4. 時代は大きな転換点にある

- そして今、人口減少社会の到来や少子高齢化の一層の進展など人口構造の変化や、経済活力への長期的影響についての懸念等をはじめ、さまざまな不確かさが我々を取り巻いています。
- 国は、財政、地方分権、社会保障制度など多岐にわたる構造改革に取り組んでいます。しかし、「わが国をどうするのか」という最も重要な本質が置き去りにされ、実質的な改革は思うように進んでいません。

国と地方を合わせた長期債務は、800兆円という額に膨れ上がろうとしており、もはや現状を維持できないことは明白です。

いわゆる三位一体改革は、地方の自主・自立の確立という地方分権の趣旨とは程遠く、改革とは名ばかりの数字合わせでしかありません。

平成16年の年金制度改革も、将来にわたって信頼できる制度改革として、国民に十分に理解され納得されたとは言い難いものとなっています。
- 福祉分野についても、制度発足5年を経過した介護保険制度の改正法が平成17年の通常国会で成立し、本年4月の全面施行に向けて準備が進められています。また、障害者福祉の抜本的改革に向けた障害者自立支援法は、平成17年10月に特別国会で成立したものの、今後順次示される政省令等に委ねられた部分も多く、新制度の詳細は未だ明らかになっていません。

さらに、医療費の伸びの抑制や、高齢者医療制度のあり方を中心とした医療

制度改革については、通常国会での議論が始まろうとしています。

- こうした中、個々人は確かな将来設計が描きにくくなり、また、漠たる不安が社会全体を覆っています。そして、東京の福祉保健施策の将来像を考えていく上でも、その前提となる基本的枠組みが変革の最中にあるといえます。

5. 確かな「安心」を次世代に引き継ぐために

- しかし、こうした不透明な状況下の今こそ、基本に立ち返り、改めて都は自らの施策に取り組む基本姿勢を鮮明にし、都民の不安を払拭すべく、時代に立ち向かわなければなりません。
- それは、都民の生活をしっかりと支える福祉保健施策を展開することであり、同時に、限られた社会資源を有効に活用することにより、少子高齢社会が本格化する中であっても、その「安心」を次世代に引き継いでいくことであると考えます。すなわち、現在の都民にはもちろんのこと、将来世代にも思いをさせ、サービス水準と、制度の安定性の両面において、信頼できる施策展開をしていくことこそが、時代の転換点の今、利用者そして都民の、真の「安心」につながるものと考えます。
- もとより、我が国の社会保障制度の将来像がどうあるべきかについては、国のあり方そのものに関わる事柄であり、給付と負担を含め、国全体で議論することが不可欠です。しかし、都が現在の状況をしっかりと見据え、議論し、必要な発信をしていくためにも、時代の転換点の今、自らの基本姿勢を改めて鮮明にしていくことこそが、まず必要であると考えます。
- この「ビジョン」は、こうした状況と方向性を踏まえた上で、これからの施策展開の基本姿勢を明らかにしたものであり、施策分野ごとの個別計画である、次世代育成支援行動計画、高齢者保健福祉計画、障害者計画、保健医療計画、健康推進プラン21、感染症予防計画、食品安全推進計画を策定し、施策を進めていく上での基本方針を定めたものです（次頁「参考図」参照）。

(参考図)「ビジョン」と分野別計画

【基本方針】 福祉・健康都市 東京ビジョン

福祉

次世代育成支援行動計画
(保育計画・ひとり親家庭自立支援計画)
*平成17年4月策定

高齢者保健福祉計画
(介護保険事業支援計画)
*平成18年3月改定予定

障害者計画
*改定準備中

保健医療

保健医療計画
*平成14年12月改定

健康推進プラン21
*平成18年3月改定予定

感染症予防計画
*平成16年9月改定

食品安全推進計画
*平成17年3月策定

第2 施策展開の基本的な考え方

～「目的」と「3つの視点」～

1. 「新しい自立」の実現

【目的】

～「豊かな生活の基盤」と「制度の安定性」の両立～

（「新しい自立」は、真の豊かさを実感できる生活をめざす）

- 先にも述べたとおり、福祉保健施策を含めた社会保障は、個人の自助努力のみでは解決し得ないさまざまな困難を、社会全体で支える機能を果たすものであり、個々人の自己実現と幸福追求の基盤づくりをめざすものです。
- 都はこれまでも、誰もが必要なサービスを自ら選択し利用しながら、地域の中で安心して生活できる社会の実現、すなわち「より主体的な生活（自立）」の実現をめざして、さまざまな施策を進めてきました。それは、「利用者本位の新しい福祉」をめざす福祉改革であり、「365日24時間の安心の医療」「患者中心の医療」をめざす医療改革の取組です。そして、その実現のため、第1でもみたとおり、全国に先駆けた都独自の取組を進めてきました。
- こうした改革の過程と、福祉保健局発足後の、福祉分野と保健医療分野の連携の取組を通じて、次のようなテーマが改めて明確になってきました。
- その一つが、「誰もが自ら、より積極的に健康を育むこと」の重要性です。
生活水準の向上や医療技術の進歩により、今や、我が国の平均寿命は、世界でも最高水準に達しています。しかし、本格的な高齢社会を迎える中で、長くなった高齢期を含めて人生を健やかに送るためには、疾病の早期発見・早期治療にとどまらず、個々人の日々の健康づくりへの主体的な関わりがこれまで以上に求められます。
- 例えば、今日、大きな課題となっている、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病などの生活習慣病や「心の病」などを減らすためには、「症状が出てから、

その原因を取り除く」というアプローチよりも、偏った食生活、運動不足、喫煙、過労など、日々の生活習慣を変えることが大きな要素となります。生活習慣は成長期をいかに過ごすかに大きな影響を受け、また、介護予防も壮年期からの健康づくりとの一体的取組が効果的であるなど、ライフステージを通じた健康づくりの取組が重要です。

そして、そのためには、個々人や家庭が積極的に自らの健康を育むことが不可欠であり、同時にそれを社会が支援していくことが必要なのです。

○ もう一つが、「その人らしい自立へのチャレンジ」です。

例えば、障害のある人が仕事をもつことは、生活の糧を得て、自らの生活の質を向上させるだけでなく、勤労者、納税者、支え手として社会に貢献しているという満足感を得られることに意義があると考えます。

施設を出て地域生活にチャレンジすること、一層の社会参加をめざすこと等も同様であり、昨日までできなかったことを実現しようとするにほかなりません。もちろん、働くことが困難な人もいます。入所施設等でのケアが必要な人もいます。めざすものは、個々人の状況・環境あるいは個性や能力によって異なることはいうまでもありません。

○ しかし今日、社会全体で支えあうしくみである社会保障制度を維持し、発展させていくためには、個々人がそれぞれの環境と条件の下で、「より積極的な健康づくり」とともに「その人らしい自立」をめざす意欲を持ち、主体的に行動することが不可欠であり、同時に、社会がこれをしっかりと支援していくという考え方に立つことこそが重要であるといえます。

○ こうした考えから、時代の大きな転換点である今、都は施策展開の目的として「新しい自立」を掲げます。この「新しい自立」とは、

- ・ 誰もが「自ら積極的に健康づくり」に取り組むこと
- ・ 誰もがそれぞれの環境や条件の下で「その人らしい自立」をめざすこと
- ・ 誰もが必要なサービスを選択し利用しながら、地域の中で自立して生活できる社会を構築すること（主体的に生活できる社会の構築）

の3つにまとめることができます。

（「新しい自立」は、力強い社会システムを築く）

○ こうした健康づくりや、その人らしい自立をめざす姿勢と行動は、自らの生活をより豊かなものにすると同時に、その営みは、他者を支える力となり、社

会全体の安心を醸成することにもつながります。

すなわち、「新しい自立」は、人々が、より健康で、より張り合いのある、人間としての存在感を実感できる日々を送ることができる社会をつくと同時に、本格的な少子高齢社会にあっても、社会保障制度の基盤をより強固なものとし、現在さらには将来のニーズに的確に対応した施策展開を可能にするなど、より豊かで、かつ、より力強い社会システムの礎になるものと考えます。

（「新しい自立」は、東京に暮らす全ての人々の努力で実現する）

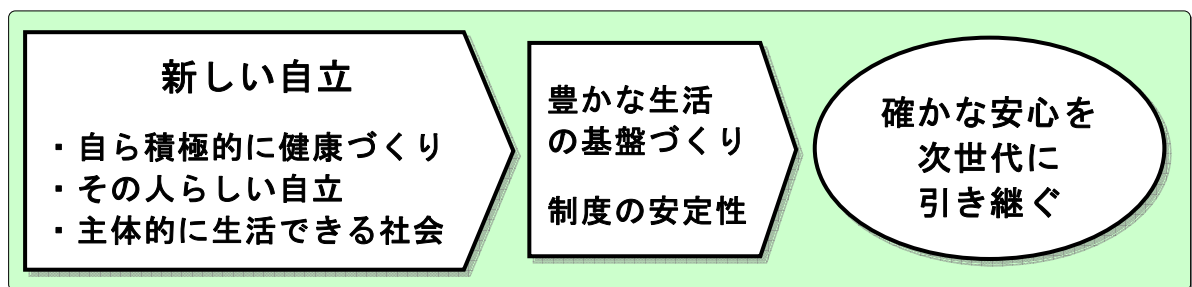
- そして、「新しい自立」は、国や地方自治体を含めた行政の取組はもとより、この東京に暮らし活動するすべての人々、企業、様々な団体等の理解と参加、そして努力があって初めて実現するものです。

例えば、先にみたとおり、健康についての自覚と実践、就労や地域生活への移行に向けた積極的な行動など、誰もが自らの「新しい自立」をめざし、取り組むことが求められます。

そして、職場や地域等の生活場面における、子育て家庭、高齢者や障害者等に対する様々な理解と配慮等を含め、誰もが周囲の人々の「新しい自立」への取組を、自らの身近な問題として考え、理解し、尊重していくことも必要です。

- また、高齢者数の増加と人口減少の同時進行という人口構造の変化をはじめ、社会経済状況が大きく変わる中で、時には施策の転換や重点化、制度内容の変更等を行うことも必要です。施策の必要性と優先度、行政と民間のあり方、国と地方自治体の役割分担、制度の安定性の確保、給付と負担のあり方などの議論を通じて、都民の理解と努力を求めていくことも、「新しい自立」の実現には不可欠であると考えます。

- そして、こうした全ての人々の「新しい自立」への営みの総和が、現在の都民はもちろん、将来世代にわたって豊かで力強い社会をつくる基礎となるものと考えます。



2. 一人ひとりの「ライフステージと生活の全体」を捉える 【視点①】

～ 「新しい自立」のためのニーズを把握 ～

(地域での自立生活 ～「新しい自立」がめざすもの)

- 疾病や障害を併せ持ちながらも、可能な限り、それまでの人間関係や社会関係を大切にしながら、地域で生活を続けていくことは、人間本来のあり方であり、自然であり、それは「新しい自立」がめざすものです。
- 集団生活が基本の入所施設でのケアは、どうしても画一的になる傾向があり、それまで地域の中で培ってきた人との繋がりも失われがちです。
また、医療機関は疾病の治療を目的とした空間であり、療養環境の向上は必要ですが、本来、生活の場ではありません。
- 地域での生活は、より自分らしい、個々人の状況や個性に合わせて、サービス・社会資源を選択し、組み合わせて利用することが必要です。
しかし、そのためのサービスや環境の整備は、現段階では必ずしも十分ではありません。その結果、地域生活への移行が可能な多くの方々が、入所施設の長期間利用や、いわゆる社会的入院の状況にあるのが実態です。

(自立生活支援モデルでニーズを捉える)

- そこで「ビジョン」では、地域での自立生活に必要な基本的な要素（ニーズ）を整理し、「自立生活支援モデル」としてまとめてみました。
- 暮らしの場である住まいや、日々の生活を賄うお金は誰もが必要とするものです。その上で、ホームヘルプや保健医療サービスなど主として身体機能の視点からの支援とともに、自己選択・自己決定などの判断をサポートすることも必要です。
- さらに、教育や就労、ユニバーサルデザインや、社会の理解・配慮を含めた生活を取り巻く環境づくり・都市づくりなど、地域での自立生活に関連する諸施策も進めていく必要があります。

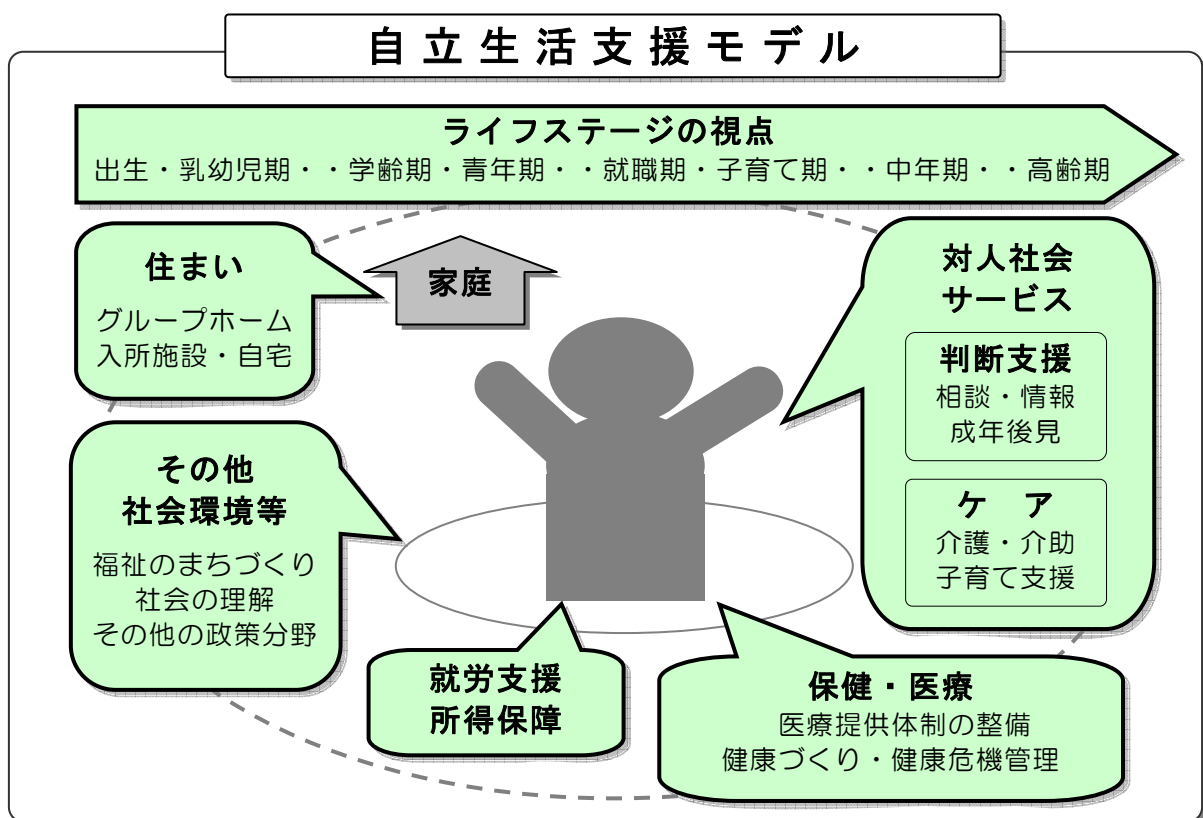
○ このモデルでは、こうした要素を「住まい」「対人社会サービス」「保健医療」「就労支援・所得保障」「その他社会環境等」に整理するとともに、出生・乳幼児期から高齢期までを切れ目なく捉える「ライフステージ」の視点を加え、空間的・時間的に「全体」を把握することを試みました。

* 本モデルは、いわゆる「ベバリッジ報告」(イギリスの社会保障制度の基礎となった 1942 年の報告)の「人間の生存を脅かす5つの巨人・・窮乏、疾病、無知、^{ろうあい}陋隘(狭小・不潔)、無為」を参考にした。

○ こうした生活上のニーズは、個々人によって異なり、単純に類型化できるものではありません。また、ニーズの充足には、福祉保健を含めた広範な行政分野、民間や地域社会など社会全体の参画が必要です。

(総合的な政策展開)

○ しかし、「新しい自立」を実現していくためには、こうしたモデルを基本に、ニーズを体系的に把握していく必要があります。そして、この視点は、福祉・保健・医療サービスの一体的な提供を含めた総合的な政策展開の基礎となるものといえます。



3. 大都市「東京」の特性を踏まえる

【視点②】

～「課題」を克服し、「強み」を活かす～

- 東京には、日本の全人口の約1割が居住しています。また、大都市東京と地方とでは、福祉保健施策のあり方を考える上での社会状況・経済状況が大きく異なっています。
- 施策展開に当たっては、大都市「東京」の特性を踏まえ、その背後にある特有のニーズを的確に捉えることが重要です。そして、その「課題」を克服すると同時に、その「強み」を活かしていくことが必要です。

(配慮すべき特性・活かすべき特性の例)

- 東京の特性として、「三世帯世帯が少ない」「地域の間人関係が希薄」「一人暮らしの高齢者が多い」などを背景に、家族や地域社会の機能の低下が一般的に指摘されています。そのため、「子育ての社会化」「介護の社会化」といわれるように、それらの機能を社会で支えることがより必要となっています。
 - *全世帯に占める三世帯世帯の割合は全国の三分の一(東京:3.6%、全国:10.1%)。また、65歳以上人口に占める一人暮らし高齢者の割合は約2割(20.3%)となっており、全国平均(13.8%)よりも高い(総務省「平成12年国勢調査」平成12年10月1日現在)。
- また、東京は、全国に比べて地価が高いため、施設の整備を伴う事業展開にあたっては多額の初期投資が必要となります。
 - *東京都の地価(区部・住宅地)は、全国平均の約4倍(国土交通省「地価公示」平成17年1月1日現在)。
- 一方、東京は、人口密度が高いため、他の地域に比べ、ニーズをもつ人々が集中しており、サービスの提供主体にとっては、効率的な事業展開が可能となる基礎的条件を有しています。
 - *東京の人口密度は全国平均の約16倍(東京:5516.5人/平方km、全国:340.4人/平方km)と高い(総務省「平成12年国勢調査」平成12年10月1日現在)。

- 東京には、我が国を代表する高度な医療を提供する大学病院・国立病院から、地域に密着したケアを提供する診療所まで、多様な規模・機能を持つ医療機関が存在しています。
- また、多くの民間企業やNPOが活動しており、サービスの提供主体となりうる多種多様な事業者の確保が可能です。さらに、多様な大学や研究機関などが絶対的に多いことも東京の強みといえます。
 - * 特定非営利活動促進法に基づく認証を受けているNPO法人は、全国で24,001団体。そのうち、都が認証したNPO法人は4,551団体と約2割を占めている（内閣府HP。平成17年10月末現在）。
- そして、東京には、区部、多摩地域、島しょ地域があり、人口密度が高く市街地が連たんしている地域から過疎地域まで、多様な地域特性を有しており、こうした特性にも十分に留意する必要があります。

（「課題」を克服し、「強み」を活かす）

- しかし、これまで、大都市の特性を踏まえた施策を推進していく上で、全国一律で画一的になりがちな国の対応には、さまざまな問題点がありました。
- 例えば、保育サービスについては、多様な事業者の参入を促すしくみが十分ではありません。また、グループホームについては、制度はあるものの、特別養護老人ホームなどの施設と比べて整備費補助が十分でないことなどです。
- こうした中、都はこれまで、株式会社をはじめ多様な事業者による認証保育所制度の創設や、民間事業者・NPOを活用したグループホームの設置促進など、東京の特性を踏まえた都独自の取組を進めるとともに、国に対しても、さまざまな制度の改善について積極的に提案してきました。
- 今後とも、大都市「東京」であるがゆえの課題を克服するとともに、その「強み」を活かしながら、施策を展開していくことが必要です。

4. 「民間の力」「地域の力」「行政の力」の3つの力を活かす ～「3つの力」のベストミックスで、「効果と効率」を追求～

【視点③】

- 今日の成熟した社会においては、人々は生活上のさまざまなニーズを、民間市場での財・サービスの購入、様々な生活場面での人と人との協力、行政サービスの利用などによって充足させています。

この「民間の力」「地域の力」「行政の力」のそれぞれは、もとより万能なものではなく、それぞれに長所・短所があり、相互に補いながら、全体として機能しているといえます。

（「3つの力」のもつ特性）

- 「民間の力」とは、創意工夫と競い合いの力です。

民間市場では、買手の選択による購買行動と売手間の競い合いによって、質の高い、多様なサービスが提供されるとともに、市場メカニズムによる需給調整やコスト意識などによって、資源の有効活用が図られています。

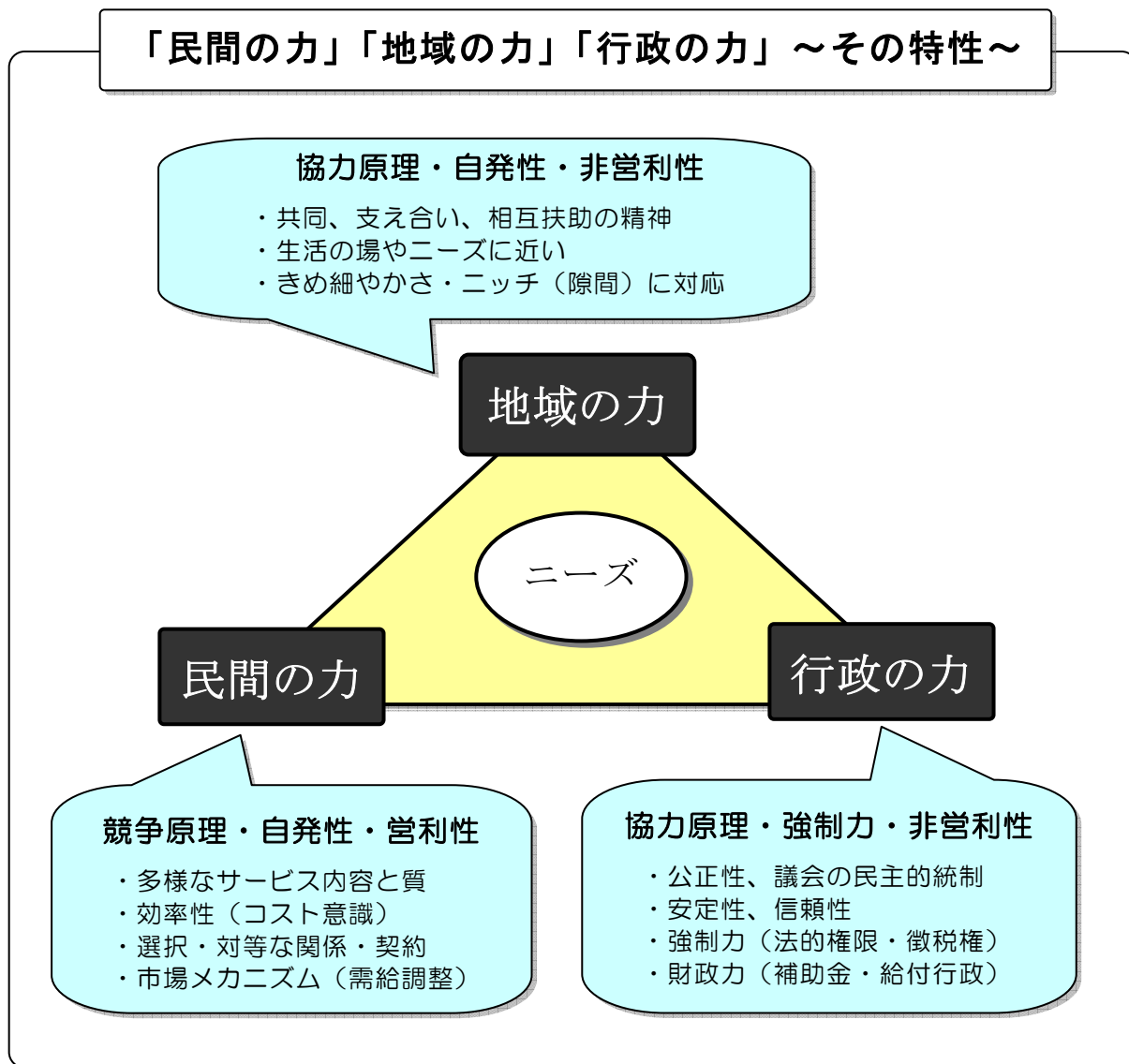
一方で、売手・買手間の情報ギャップの存在や、認知症や知的障害など判断能力が不十分な人に対する保護・支援のしくみが必要であることなど、留意すべき特性を有しています。

- 「地域の力」とは、さまざまな人と人との協力です。

多様なNPOや住民団体等による活動や、企業の社会的貢献などの組織的な形態のものから、友人・職場の同僚の協力や、地域住民の相互理解や交流、何気ない日常会話のやりとりまで、さらには、インターネットを利用した人と人のつながり等を含めて、民間市場や行政では対応困難な、きめ細かなサービスや配慮がなされています。

一方で、こうした活動には、安定性・継続性等が必ずしも十分ではない傾向があり、また専門性が十分でない場合も見られます。

- そして「行政」は、法律等に基づく様々な権限と財政力をもち、それによって、政策を企画・実施していく力を有しています。また、議会における討論と議決などによる民主的統制・手続等を背景に、行政活動の公正性が担保されている一方で、行政の提供するサービスには画一的・硬直的になる傾向があると指摘されています。



（福祉・保健・医療サービスにおける「3つの力」）

- 医療分野においては、従来から、多様な医療機関の中から患者自身が選択するしくみが入り入れられていましたが、福祉分野においては、平成12年に介護保険制度が、平成15年には障害者の支援費制度が導入されるなど、多くの福祉サービスが、従来の行政の判断でサービスを決して提供する「措置制度」から、利用者自らがサービスを選択して利用する「契約制度」へと移行しました。
- これは、「利用する人が自分でサービスを選ぶ」という、本来、当たり前ともいえるしくみへの転換、すなわち、サービスの利用のしくみが一般的なルールへと転換したことを意味するものです。

- それは同時に、ニーズの充足についても、「民間の力」「地域の力」「行政の力」という、一般的・普遍的なしくみを活用し、施策を展開することが求められていると言えます。

- この3つの力の活用は、例えば、高齢者福祉分野でのさまざまなサービス提供においてもみることができます。

中心となる介護保険制度は、利用者自らのサービス選択を基本とし、企業・NPOなど多様な事業者がそのサービス内容を競い合い、そして、サービスに要する費用の多くが保険料や税財源によって賄われるなど、「民間の力」の特性を活用し、補完するしくみです。

また、一人暮らし高齢者等への見守り活動など、公的サービスでは対応困難な、きめ細かなサポートの多くが、NPOやボランティアなど「地域の力」によって担われています。

そして、各種の相談や利用者支援のしくみづくり、事業者に対する指導検査、保険財政の運営、サービス基盤の計画的整備など、「行政」は、高齢者福祉サービスにおけるルールの徹底と施策全体の調整を担っているのです。

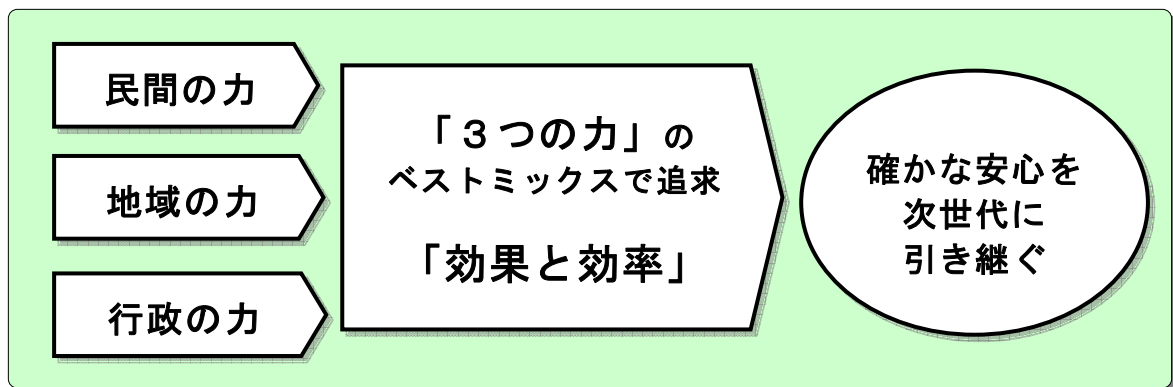
- 先にも見たとおり、これまで都が進めてきた「福祉改革」「医療改革」も、「利用者本位の新しい福祉」「患者中心の医療」という、サービスを利用する人々の「主体的な選択」を重視した改革であると同時に、さまざまな機能を有している多くの医療機関、企業やNPOなど、多様な主体のもつ機能や特色を活かした取組です。

（「3つの力」のベストミックスで、「効果と効率」を追求）

- このように多くのサービスが「民間の力」「地域の力」などが持つ特性を活用しているとはいえ、救急医療、災害時医療はじめ医療提供体制の確保、感染症・食中毒など多様な健康危機への対応などにおいて、行政は主導的な役割を担っており、こうした位置づけは今後も変わるものではありません。

- 福祉分野においても同様です。児童養護をはじめ措置制度で対応すべき分野もあります。公的扶助である生活保護制度は、最後のセイフティネットとして、引き続き国の行政責任の下に実施していくべきことは言うまでもありません。

- こうした点を踏まえた上で、これからの「行政」は、「民間の力」、「地域の力」、そして、自らの持つ力の特性を冷静に客観的に捉え、3つの力を十分に活用して、
- ・多様なニーズに的確に応えていくという施策の「効果」
 - ・限られた資源を有効に活用していくという施策の「効率」
- をこれまで以上に追求していくことが必要です。
- そして、こうした施策展開こそが、現在の都民はもちろん、将来世代にわたって信頼できる安定的なシステムの構築、すなわち、真の「安心」につながるものと考えます。



* 「これからの行政の役割・都の役割」については、「事業編」の中で、さらに展開していきます。