

日本の社会保障のあるべき姿についての一考察

弱者にとってよりよい社会支援の在り方を求めて

井 上 万 吏 奈

目次

序章 社会保障とは何か

I. 日本の社会保障の独自性

- 1. 1 日本の社会保障の特徴
- 1. 2 歴史からみていく日本の社会保障の独自性

2. 日本の社会保障の改善点

- 2. 1 共同体の脆弱化
- 2. 2 共同体とは
- 2. 3 共同体と社会保障

3. 現在呈示されている案

- 3. 1 広井良典氏の案
- 3. 2 中西正司氏・上野千鶴子氏らの案
- 3. 2 竹本善次氏の案

4. これからの社会保障のありかたにおける考察

- 4. 1 制度の併合(サラリーマン・グループと非サラリーマン・グループ)について
- 4. 2 消費課税の割合を高くし、消費税の一部を福祉目的税することについて
- 4. 3 役割分担について
- 4. 4 役割分担における問題についての解決策

終わりに

参考文献

注

序章 社会保障とは何か

「社会保障」とは何か。『日本の社会保障』の著者、広井良典は以下のように述べている。「社会保障、英訳すると、social security である。これは、ラテン語で「S E=without、C U R E=care」。すなわち、「悩み、憂いがないこと」を表す。そして、特にここで語ろうとしている、社会保障とは、「社会的な」悩みがない状態である。しかし、「社会的な悩み」と「個人的な悩み」というものはそう簡単に線が引けるものではない。例えば、高齢者の介護問題、年金問題、医療費の負担などは、個人の生活にも密着しているものであり、そう易々と境界線が引けるわけではない。」（広井 1999：1）

さらに、昭和25年の社会保障制度審議会における、社会保障制度に関する勧告では以下のように述べられている。

「いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法または直接公の負担において経済的保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう。」

人生において、人間は、幾度も弱者になり得る。例えば、幼いときは、大人の手を借りなければ生活できない、子どもであるし、年がいくと、高齢者となって、介護が必要となるかもしれない。また、病気や、事故など、何らかの理由で、障害を持つこともあるかもしれない。さらに、経済が不安定な世の中では、失業者になることもあり得る。さらに、急速な少子高齢化による、家族の形の変化により、家族に頼って生活できない、単身高齢者も増加し、社会サービスに頼らざるを得なくなっている。

時代や人々の意識の変化のありようにおいて、捉え方は大きく異なるが、特に現代においては、単なるシステムのように見える「社会保障」が、個人に与える影響は大きいものとなってきている。

だから、社会保障という制度は、基本的に、産業化という経済システムの構造変化や、それに伴う家族構造、就業構造等の変化に対応するかたちで展開してきたものであるといえる。現在の日本の状況は、リスク社会と呼べるだろう。なぜなら、経済状況が飽和し、人々は生活の長期的な安定や、老後の安心・安定・安全など、様々なリスクに対する備えに、関心を持つようになったからだ。

リスクの中には、市場で対応できるものと、市場では対応が困難なものがある。例えば、市場が福祉を生産できなくなるといった、市場において達成できない、公平性の実現のための、所得再分配、そして公共財の提供や、独占禁止による規制などの、市場の失敗に対する措置。特に、市場で労働力を商品として売ることができないような、障害者、高齢者、こどもなどに対して行う、脱商品化や、商品化がある。

このように、政府が何らかの方法で市場に介入するか、あるいは政府が直接的に財の供給者となる必要になる状況が頻繁に起こっている。特に、ここでは、どのようなリスクがどの範囲まで公的に、もしくは個人、市場でなされるべきか、という公私の役割分担が問題となる。したがって、ここでは、このようなパイの再分配のあり方や、社会保障と経済

との関係に着眼して、論を進めていきたいと思う。

第1章では、日本の社会保障の歴史を探るため、独自性を見ていく。そして第2章では、その歴史を見ていくことにより明らかになる、日本の社会保障制度の問題点を、第3章では、さらにその問題点を解決するために現在提案されている案のいくつかを紹介し、そして第4章で日本の独自性、歴史、問題点、提案例を見たうえでの、これからの社会保障制度の在り方について考察していく。

1. 日本の社会保障の独自性

1. 1 日本の社会保障の特徴

我が国の社会保障の独自性について、見ていこう。ここでは、日本における社会保障において、他国とは異なる、3つの特徴を述べていく。なお、以下に述べる、3つの特徴は、広井氏と社会保険庁のテキストを基に、著者が整理したものである。

まず1点目にいえるのは、すべての国民の年金、医療、介護を国民皆保険、皆年金体制でカバーしていることだ。年金制度は、高齢期の生活の基本的部分を支える年金を保障する仕組みだ。そして、医療保険制度は、誰でも、いつでも、どこでも、保険証1枚で医療を受けられる医療を保障するものである。さらに、介護保険制度は、加齢に伴う要介護状態になっても自立した生活を営むことが出来るよう、必要な介護を保障する仕組みとなっている。次に、2点目にいえるのは、社会保険方式に公費も投入し、保険料と税の組み合わせにより、財政が運営されていることだ。(注2)

また、その組み合わせも、特に日本は、社会保険の財源は、約60%が保険料。約30%が公費(税)、約10%が資産収入等というように、保険料中心の構成となっている。ちなみに、フランスは、日本同様、社会保険料の比率が65.6%と比較的高く、公費負担66.8%、その他の収入が6.4%となっている。また、デンマークでは、社会保険料は28.8%、公費負担(税金)は66.8%、その他の収入からは6.4%と、税金の比率が高くなっている。(2005年 国立国会図書館資料「社会保障財源の国際比較」2010. p 81 表2より)以上から分かるように、社会保険料比率が高い国は、ドイツやフランスを代表とする、労働者の所得維持を目的とした、労使が拠出した保険料を財源として給付を行うビスマルク型諸国が多い。そして、スウェーデンやデンマークを代表する、貧困の救済を出発点とし、より普遍的な給付を志向し、税財源により給付を行うベバリッジ型諸国は、租税中心型だ。しかし、現在は、ビスマルク型諸国は、租税比率を増やし、社会保険料比率を減らす傾向にあり、ベバリッジ型は社会保険料を増やす傾向にある。従って、両タイプの財源構成の違いは縮小する傾向にある。また、財源を公費負担によって保険料負担を軽減することにより、低所得者も含め、相互扶助・社会連帯としての保険集団としてのまとまりをつくる側面があるが、我が国の社会保障給付費については、制度の充実と高齢化の進展の中で、その規模は年々拡大してきている。だからこそ、日本は、これからの社会保障のあり方について、明確にしていく必要がある。なぜなら、社会保障を、労働者の所

得維持目的等、特化させて給付していくのか、あるいは、普遍的給付を行うことを目的として行っていくかにより、その財源も異なってくるからだ。

3 番目には、サラリーマン・グループと、非サラリーマン・グループである、農林水産業者、自営業者との保険制度が異なることだ。(注 3)日本の社会保険制度は、大別すると、被用者等のサラリーマンを対象とする職域保険(健康保険、厚生年金)と自営業者、農業者、高齢者等を対象とする自営業者等グループ(国民健康保険、国民年金)の2つの制度で構成されている。さらに、両者の制度の違いは、社会保険料の事業主負担の問題にも影響している。日本では事業主の負担率は55%、被用者の負担割合は45%である。一方、この割合はスウェーデンでは、事業主の負担割合は約80%、雇用者の方かというと、約20%、と事業主の負担が高いものになっている。(国立国会図書館「社会保険料の事業主負担」2009. P8 表 3 より)これは、社会保険料の事業主負担が賃金や雇用にどの程度影響を与えるのか、という問題になる。しかし、これは、生産性の向上や商品価格への転嫁、福利厚生の見直し、など多くの調整手段があり、複雑な課題である。特に、非正規労働者、正規労働者の待遇にも影響のあることなので、企業に対しての負担を増やすことにより、正規労働者の雇用機会を減らすことにもなりかねない。だからこそ、慎重に考えていく必要がある。(注 4)

1. 2 歴史からみていく日本の社会保障の独自性

第2節では、なぜ日本では、このような独自性が生じたのかを、歴史を遡って見ていくことにより、明らかにしていきたいと思う。尚、この第2節は、稲沢公一氏・岩崎晋也氏著、『社会福祉をつかむ』と社会保険庁のテキスト、広井氏の著作を参考にして、著者がまとめたものである。

(1) 大戦終了までの社会保障

明治時代は、日本が西欧諸国に追いついていこうと急速に近代国家の樹立と発展を図った時代であり、施策の中心は、富国強兵、殖産興業であった。社会保障の基盤も、こうした時代背景の中で徐々に整備されていった。日本の社会保障の歴史は1874年の恤救規則の施行で始まった。恤救規則とは、権利性を欠く、制限的・恩恵的な仕組みであり、家父長主義的な扶養を提供するものにすぎなかった。従って、社会福祉の多くは民間の社会事業家に委ねられていた。そして、第2次世界大戦前に、日本においても社会保障関係法の整備がなされている。日本で最初の社会保険は、第1次世界大戦後の1922年に公布され、1927年に施行された、健康保険法である。また、農村に対する救済策として1938年に国民健康保険法が制定されている。また、1941年には、労働者を対象とした年金保険制度(労働者年金保険法)が創設され、その後対象を職員や女子にも拡大する形で1944年には厚生年金保険法が制定されている。そして、当時の我が国の社会保障制度についていえるのは、保険料を主財源とする職域中心の所得比例的給付である、ドイツ型社会保険システムであったことだ。これは、ドイツの医療保険制度では、自営業者は任意加入制度であるというように、被用者等のサラリーマン・グループに対する保障が手厚い点に特徴が見られる。そして、なぜ当時の日本がドイツの制度に類似していたのかといえ、このシステムが、基本的にサラリーマン・グループを中心に組み立てられており、非サラリーマンについては

給付が相対的に薄く、加入が強制されていなかったからだ。これは、日本における制度の創立が、国保よりも健保、そして年金については、当時非サラリーマンにおいては制度が確立されていなかったことから明らかだ。このように、この制度は国民全てがカバーされる、国民皆保険という点を必ずしもとっていない点にも特徴がみられた。

(2) 戦後の歩み

戦後においては、昭和20年代と昭和30年代とに分けて見ていく。その前に、各年代の大まかな時代背景を見た上で、制度などの取り組みを見ていく。

昭和20年代には、戦後の緊急援護と基盤整備が行われた。この時期に、社会保障分野で緊急対策として求められたのは、引揚者や失業者などを中心とした生活困窮者に対する生活援護施策であり、もう一つは、劣悪な食料事情や衛生環境に対応した栄養改善とコレラ等の伝染病予防だった。まず、戦後の社会保障行政は、こうした緊急施策中心に展開されていった。このようにして、「救貧」と「基盤整備」に焦点が当てられて、政策が進んでいった。特に、戦後、憲法第25条で生存権が規定されたことにより、1950年に社会保障制度審議会が「社会保障制度に関する勧告」を出し、日本の社会保障制度の基本的指針となった。

次は、昭和30年代からオイルショックまで、国民皆保険・皆年金と社会保障制度が発展していった過程を見ていこう。特に、この時期は、高度経済成長と社会保障の関わりを見ていく。1955年に始まった大型景気により日本経済は本格的な経済成長過程に入り、急速に成長を遂げ国民生活も向上していく。1974年（オイルショックの次の年）までの約20年間に年平均9.2%の実質経済成長率。経済成長とあわせて日本も「福祉国家」の道を歩んでいった。

医療保険制度は、昭和30年代初め、農業、自営業などに従事する人々や零細企業従業員を中心に、国民の約3分の1に当たる、約3000万人が医療保険の適用を受けない無保険者であった。こうした人々に医療保険による保障を行うため、被用者保険に加入していない自営業者や農業従事者等はすべて国民健康保険への加入を義務づける新しい国民健康保険法が制定された。そして、1961年、4月には全国の市町村で国民健康保険事業が始められ、国民皆保険体制が確立された。年金制度は、戦後、封建的な家族主義や相続制度が改められ、扶養意識が大きく変わる中で、自営業者や農業者などの被用者年金の対象とならない人々は老後の生活設計に大きな不安を抱き、年金制度の充実を強く求めた。1959年には国民年金法が制定され、所得保障の面でも国民皆年金体制が確立され、1961年4月から全面施行された。1961年は国民皆保険・皆年金が確立した年である。このように、この時期に、第1節で述べた、日本の社会保障の特徴のひとつ、租税を財源とする全住民対象の均一給付、すなわち国民皆保険・皆年金体制を主とする、イギリス的な普遍主義的方向へと移行した。＊しかし、制度の基本的な趣旨が不明瞭であったため、社会保障財源の保険と税の渾然一体性に見られるような、折衷的な制度となってしまった。

さらに、高度経済成長の中、医療保険の給付率の改善、年金水準の引上げ、生活保護基準の引上げ等、社会保障分野での制度の充実・給付改善が行われた。1973年には、老人医療費無料制度の創設（70歳以上高齢者の自己負担無料化）をはじめ、医療保険制度では健康保険の被扶養者の給付率の引上げ、高額療養費制度の導入、年金保険制度では、給付水準の大幅引上げと物価スライ制及び賃金スライド制の導入等など、大幅な制度拡充が

行われた。以後、高齢化の進展とともに、年金受給者の増大や老人医療費の増大等を通じて、社会保障の規模が拡大していく。このように、前半(昭和20年代)は「防貧」、後半(オイルショック以降)は「給付の充実・改善」が行われた。

(3) 昭和50年代～60年代、安定成長への移行と社会保障制度の見直し

1973年秋にオイルショックが勃発した。石油価格は高騰し、インフレが起こり、企業収益を圧迫し、高度経済成長時代は、終焉を迎えた。社会保障分野ではインフレに対し、給付水準を合わせていくため、社会保障関係費が急増。この時期は、安定成長への移行、及び国の財政再建への対応、将来の高齢化社会へ適合するよう、社会保障制度の見直しが行われた。この時期は、「社会保障費用の適正化・効率化」、「給付と負担の公平」、「財政調整」に力が入れられた。

1973年に、老人医療費の無料化が実施された。しかし、過剰診療等を引き起こして老人医療費の急増。国民健康保険を始め医療保険制度の大きな財政負担となった。そして、1982年には、老人保健制度が創設された。

そして、この財政負担に対処するため、医療保険制度の見直しが行われた。1984年、健康保険法等の一部改正により、被用者保険本人に対する10割給付を見直し、1割負担が導入された。また、退職者医療制度が導入された。

さらに、年金制度の見直しにおいては、1985年、従来職域集団ごとに分立していた制度を見直し、全国民共通の基礎年金制度を導入する大改正が行われた。そして、年金制度は、全国民共通の基礎年金（1階部分）と厚生年金等の被用者年金（2階部分）へ移行していったのである。この制度は、行政にとって財政的に負担が大きい非サラリーマン・グループを、サラリーマン・グループで補助するシステムとなっている。高齢化の急速な発展の中で、農林水産業者、自営業者が財政危機に陥る中で、国庫負担を増やすことなく、救済するために、厚生年金等の加入者が、国民年金を共同で負担して、支えるという仕組みをとった。これは、サラリーマン・グループから老人の割合の大きい自営業への補助を行う、というものである。このように、非サラリーマン集団が相対的に多い途上国型経済構造の中、国保を通じてその取り込みが積極的に行われ、国家自身が保険者となる制度へと変貌していった。(注5)(注6)

(4) 少子高齢化に対応した社会保障制度の構築

高齢化においては、日本の高齢化の特徴は、高齢化のスピードが異常に速かった。高齢化社会の定義である高齢化率7%からその倍の14%になるまで、わずか24年（昭和45年～平成6年）であった。スウェーデンは85年だったのに比べると、その速さがよく分るだろう。そのため、高齢者の介護問題が老後最大の不安要因として認識された。

少子化においては、平成元年の合計特殊出生率が1.57であった。これは、それまでの戦後最低だった昭和41年（ひのえうまの年）の1.58を下回った。そのため、「1.57ショック」と呼ばれた。

そして、その後も少子化傾向が続き、平成17年の合計特殊出生率は1.26にまで低下し、人口減少社会へと突入していった。(注7)

さらに、経済面においては、バブル景気崩壊後、低成長基調へ移行した。1997年度（平成9年度）には、オイルショック以来23年ぶりにマイナス成長が見られた。

このような少子高齢化に対応すべく、持続可能な社会保障制度の構築へと進むことにな

るのである。以降の詳細な取り組みについて見ていくと、1989 年（平成元年）、寝たきり老人ゼロ作戦などを掲げた、ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10か年戦略）が策定された。さらに1994 年（平成6年）のエンゼルプラン（児童福祉分野のプラン）では、保育所の待機児童解消。そして1995 年（平成7年）には、障害者プラン（障害者保健福祉分野のプラン）がなされ、障害者のホームヘルプサービス、施設サービスを向上させようとした。これら3つの政策を、福祉3プランという。これらの計画により、計画期間中（5年や10年）の保健福祉サービス量等の目標値を定めて、計画的かつ重点的に予算を投入しながら、サービス基盤整備を図っていった。さらに、2000年度から介護保険制度がスタートし、老人福祉と老人医療に分かれていた、高齢者の介護制度を社会保険の仕組みで再編成させた。従来の社会福祉の考え方は、行政機関がサービス実施の可否、サービス内容、提供主体等を決定するといった「措置制度」と呼ばれるものであったが、介護保険制度は、サービス利用者を中心に据えた利用者本位の考え方となり、利用者とサービス事業者が契約によってサービス提供を受ける考え方の下で制度設計が行おうとしている。ここで、介護保険を契機にして、「措置制度」から「契約方式（利用制度）」へと児童福祉や障害者福祉等の社会福祉の考え方や仕組みが変更されていった。また、厚生年金、医療制度の見直しも行われた。厚生年金では、支給開始年齢の引上げ等が行われた。平成6年改正により、厚生年金の定額部分の支給開始年齢引上げなどが行われた。（平成13年から段階的に60歳から65歳になった）さらに、平成12年改正では、厚生年金（報酬比例部分）の支給開始年齢の引上げ（平成25 年から段階的に60歳から65歳）、報酬比例年金の給付水準の適正化、総報酬制の導入（平成15 年度）などがなされた。そして、医療制度改革では、患者負担の見直し等が行われた。平成6年改正では、入院時食事療養費の導入。そして、平成9年改正では、健康保険本人負担、2割引上げ。さらに、平成14 年改正では、老人医療1割負担の徹底（1割負担の導入は平成12年）、健康保険本人負担を3割へ（平成15年度）、総報酬制の導入（平成15年度）等が行われた。

また、さらに最近の動きを見ていくと、少子高齢化の中で持続可能な制度の構築へ向けて、3大改革が行われた。平成16年の年金制度改革では、将来の保険料水準を固定し、被保険者数の減少等に応じて給付を自動的に調整する仕組み（マクロ経済スライド）の導入などを行っている。平成17年の介護保険制度改革では、制度創設5年後の見直し。予防重視型のシステムへの転換。そして、平成18年の医療制度改革では、予防の重視、医療費適正化の総合的推進、新たな高齢者医療制度の創設がなされた。（注8）

以上、日本の社会保障の独自性を時代背景も入れつつ、見ていった。次章では、これらの点を踏まえて、日本の社会保障の問題点を明らかにしていきたいと思う。

2. 日本の社会保障の改善点

2. 1 共同体の脆弱化

日本において、少子高齢化が進むにつれて、問題となってきたのは、共同体の脆弱化で

ある。なぜなら、共同体が脆弱していく中で、核家族化が急速に増大し、今まで、家族や企業によって行われていた福祉を、行政に頼らざるを得なくなったため、行政が給付するサービスの量が、格段に増えた。したがって、ここでは、そもそも共同体とは何かということを見ていきながら、これからの共同体の在り方を探っていこうと思う。

2. 2 共同体とは

共同体は連帯している。この結びつき、すなわち、この共同体たる所以においては、進化生物学者のトリ ヴァース(1991)が示した、「互惠的利他主義」というものがある。これには、溺れかけている人とそれを助ける人、という例えがある。助ける人自身も将来同じような状況に陥ることがありうるので、そのことまでを見通したうえで助けるという利他的な行動に出ることがありえるが、それは将来の見返りを期待した、利己的な行動だともいえる、というものだ。また、同様の議論として、ドーキンス(2006)は、『利己的な遺伝子』の中で、「ダニ取り鳥」の例を挙げている。ある種類の鳥にダニが寄生して生存を脅かす可能性があるという状況のもとで、自分の身体の中かで取りにくい場所にダニがついた場合、仲間の鳥につついてもらい、逆に仲間の鳥がそのような状況になった場合はお返しをしようという例である。この場合、①自分から見て他の複数の個体を識別できること、つまり以前自分を裏切った相手か、そうでないか等、②個体間の関係が一回限りではなく継続的でありうること、が前提とされている。まさに共同体的な関係が示唆されていることになる。ドーキンスは、「人間には、長期の記憶と、個体識別の能力がよく発達している。したがって、互惠的利他主義は、人間の進化においても重要な役割を果たしたことが予想される」と述べている。このように、共同体は、互惠的利他主義によって、形作られているともいえる。しかし、現在、この共同体というものは、以前とは異なり、あくまで個人を基礎におきながら、そうした長期的な相互関係のもとらすプラス面を取り入れたシステムを考えていくことが必要となっている。理由を、テンニース(1957)による社会進化論を参考にして説明する。彼は、近代化するに従って、伝統的社会形態であるゲマインシャフト、すなわち地縁や血縁、友情による深い結びつきから、ゲゼルシャフトつまり近代国家や会社、大都市のように、利害関係に基づいて人為的に作られた利益社会へと変遷していったからであると述べている。人間関係を基礎とした、ゲマインシャフトとは対照的に、ゲゼルシャフトでは人間関係は疎遠になる。例えば、日本においては、労働集約型の農業を基礎に協働型社会が形成されていた。しかし、これは産業革命、工業化のプロセスに従い、企業共同体へと変貌した。そして、経済のグローバル化に伴い、それが崩れた結果、日本は、現在非常に激しい変化の中にいるのである。だからこそ、日本の集団における個人の自律性の低さや、また、そうしたところからくる組織の腐敗や企業の脆弱性といったことを考えると、個人を基礎に据えたシステム作りが特に重要になっているのである。

2. 3 共同体と社会保障

共同体の意味を明らかにしたところで、ここからは、共同体と社会保障との関係について見ていく。ここで、課題となるのは、(a)社会保障制度の設計における共同体の位置づ

け、そして、(b)フォーマルな制度とインフォーマル・セクターとの関係である。

まず(a)の点については、『日本の社会保障』の著者、広井良典氏は、「制度の設計に、共同体といった要素を持ち込むことは極力行わず、社会保障制度としてはあくまで個人を単位としたものとし、その選択が積極的に反映されるようなシステムとする方向が望ましい」(『日本の社会保障』広井良典 1999、p148、L8)と述べている。すなわち、今までは、共同体も今ほど脆くはなかったため、企業や家庭に負担を課すことができたが、現在は共同体の脆弱化により、それらに頼ることも困難になった。従って、改めて社会保障の仕組みを考え直すべきだ、ということである。また、(b)の点、すなわち、家族を含む、インフォーマル・セクターとしての共同体の位置づけにおいては、次のように考えるべきだと、同氏は述べている。

「公的な制度の設計としてはやはり個人をベースにすえた「個人—政府」の関係として捉え、それらのインフォーマル・ネットワークに依存することはせず、それらが公的な制度にとって補完的な機能を果たすことは積極的に認めていくこと。」(広井 1999 : 149)

やはり、政府が個人の社会保障の面倒を見るべきだという視点だ。しかし、政府が個人の面倒をみるべきであるといっても、全範囲が政府の手中に収まってしまうとすると、財政面において困難が生じる恐れがあるし、政府による独占的な政治が行われてしまい、国民主権が危ぶまれる危険性がある。そこでのキーワードは、役割分担になるわけである。従って、次章では、これらの点も踏まえた、今提案されている案についての考察をしたい。

3. 現在呈示されている案

ここでは、医療、年金、福祉における専門家達により提案されている案を挙げていく。そして、その中の3つの案を紹介する。さらに、この章の最後で、日本独自の歴史や問題点を前提にした上で、専門家達が呈示した案における共通点や関わりについて延べ、それを基に、次章の考察に進む。

3. 1 広井良典氏の案

広井良典氏の著書、『日本の社会保障』からの案を紹介しよう。彼は、年金・医療・福祉を、所得再分配の機能を果たすもの。すなわち、消費税を財源とする、公的保険に純化し、その部分は現在以上のしっかりとした保障を行った上で、残りは、民間保険に委ねていく方向での改革を進めていくことが肝要だと述べている。ポイントとしては、患者自己負担の拡大はできるだけ抑えるため、公的保険でなるべく全体をカバーすること。何故なら、患者と医療機関間には情報ギャップ等があり、公的保険でカバーできない部分が拡大されると、その部分については医療機関が恣意的に価格を左右する恐れがあるからだ。例えば、全病室を差額ベッドとした医療機関では低所得者はそこでの医療そのものにかかれなくなる、などの問題点が生じる可能性がある。さらに、消費税導入のメリットとしては、

1つに、個人をベースとし、高齢者を含め薄く広く財源を求められること。2つ目に、サラリーマン・グループと自営業グループ間の所得把握の公平性が図られることである。つまり、市場をベースとしつつ、それを補完、修正する制度として、個人を基本的な単位としつつ、個人と個人の自覚的なネットワーキングを支援する制度として、医療・福祉を重点させる社会保障のあり方。そして、いま求められている、医療、年金、福祉にわたる社会保障の全体を視野に収めた上で、各々の分野における公私の役割分担の在り方を明らかにしながら、社会保障全体の最終的な将来像についての基本的な選択肢を示し、議論を深めていくことである。(注 9)(注 10)

3. 2 中西正司氏・上野千鶴子氏らの案

次に、中西正司・上野千鶴子らによる、『当事者主権』では、介護保険と支援費制度の改善点等について述べ、新しい提案をしている。介護保険は 2000 年から、支援費制度は 2003 年から始まったものである。しかし、介護保険の制度設計上の欠陥がある。1つに、要介護認定の標準化が難しく、痴呆症に低めに出るなどの問題。さらに、要介護度別に設定された利用料の上限が、必要な介護を満たすには十分な額には初めから設定されていないことだ。これは、家族介護があらかじめ前提にされていたことに原因があるだろう。そして、身体介護と家事支援の料金格差が大きすぎることだ。需要は料金が安い家事支援に集中し、事業者の苦戦を招いた。そして、介護保険の運用上の欠陥は、必要なサービス供給の質と量が確保できない地域があること、十分な数のケアマネジャーが用意できないこと、さらに、要介護認定の機械的な運用に問題が発生する可能性が高いこと、そして、自治体の担当者の能力や苦情処理機関の対応が追い付かないこと、月 3000 円近くの保険料とわずか 1 割の本人負担さえ支払えない低所得者層がいること、一部の措置の制度のもとに暮らしていた高齢者にとっては、介護保険施行前よりも福祉の水準が下がることだ。しかし、介護保険の老障一元化をめぐることは、両制度に多くの相違点があるため、どちらかが妥協しなければならない点もある。例えば介護保険と支援費制度の相違点としては、1 点目に、介護保険には 1 割の本人負担金がある支援費制度にはおいては、応能負担になっており、年金のみの収入であれば自己負担はゼロであること、2 点目に、自立の概念が異なることだ。介護保険では、サービスを利用しないことだが、支援費制度では、サービス利用を前提とした自立の達成とは、できないことは必要なサービスを利用するなどして、自分の暮らし方を自己決定することが自立だという。さらに 3 点目は、アセスメント方法が異なることだ。介護保険では、標準化が行われている(例えば、トイレ 20 分、入浴 40 分)しかし、支援費制度では、必要なときに必要なだけ使えるサービス、介助を受けながら利用者と提供者がお互いにサービスの質を点検しながら成長する関係にあるのだ。そして、介助者の資格制度が異なることもある。せいぜい、共通しているのは、1～3 級ヘルパーだ。さらに、介護制度では、時間の研修が必要になり、今まで使っていたインフォーマルな介助者が使えなくなった。支援費制度では、ガイドヘルパー、20～22 時間の短時間取得の新たな制度がある。さらに、ケアマネジメント制度が異なることもある。介護保険では、ケアマネジャーの権限が強い。ケアマネジャーは都道府県認定資格であり、各地で職能団体の結成も進んでいる。

3. 3 竹本善次氏の案

最後に、竹本善次の『社会保障入門 何が変わったか これからどうなるか』からの案を紹介しよう。ここでは、社会保障の財源をどうするかという点において、消費課税の割合を高くし、消費税の一部を福祉目的税にすることが挙げられている。このメリットは、所得税制は控除が多すぎる(例えば、給与所得控除、配偶者控除、扶養控除)ため効率的に徴収できないこと、所得税制、社会保険料は生産年齢が減少するためこれからの収入が期待できないこと。所得税制、社会保険料では自営業・農家は収入を 3, 5 割しか把握できず、不公平感が生じること、税を納めたからといって、公共サービスの請求権がないので、国民からの不満が高まることを抑えられることだ。

さらに、社会保障の未来が安心できる社会へとするには、公と民の役割分担すること。公的には、保険料を徴収するなど保険を運営し、給付費の一部を財政的にバックアップし、実際のサービスは民間に任せる。また、公は、施設の基準やサービスの水準を設定し、事業者の監視、利用者の人権擁護、不服申し立てへの対処、情報開示・提供などに役割を限定させる。そして、基礎年金の国庫負担率の引き上げ(平均収入の 5 割を保障)と段階的な給付の見直し(公的年金の控除を縮小・廃止)により、年金給付をスリム化させる。

そして、在宅サービス(デイサービスやショートステイ)の充実、リハビリ拡充を進めていくことにより、いわゆる社会的入院を防ぎ、医療をスリム化させる。

さらに、福祉の拡充。特に長期に渡る負担の多い障害児を持つ家庭にはデイサービスやショートステイ、入所施設の充実、専門教育の充実、雇用の確保、授産施設や作業所の充実を図る。また児童の福祉においては、延長保育、一時保育、病児のための保育など多様なニーズに答えていくようにする。さらに今後活躍が期待される NPO への寄付金の優遇をする。また、制度間の重複の排除を行うこと。社会保障の給付と所得税制上の控除との重複、扶養控除と児童手当の政策目的の重複等、税制上の人的所控除を整理・統合し、それで浮いた財源を社会保障の給付に振り分ける。これにおける現在の政府の動向としては、2009 年 11 月 10 日から行政刷新会議による、事業仕分け作業開始がある。

そして、高齢者の負担と試算の活用だ。医療費でも 1 割負担を徹底、土地・住宅などの本人の試算を担保にして、生前の福祉の給付にそれらの資産を活用する。

そして、社会保障において国民的合意を得るため、制度の補償範囲を明確にし、国民が理解できるようにし、体系的に福祉や社会保障を学ぶ機会を設けるべきだと述べている。

以上、いくつかの案を挙げた。その中でも私が特に気になったものは、3 点ある。まず、1 点目は、非サラリーマンとサラリーマンの制度の併合、介護保険と支援費制度の併合、など制度を一括化する案についてだ。なぜならこれは、非サラリーマンとサラリーマンとの制度間の問題においては広井氏が、介護保険と支援費制度においては中西氏らが、疑問を投げかけており、さらに社会の変化に際しての、国民と政府との関わり合いの変化にも、影響している点だからだ。そして 2 点目は、消費課税の割合を高くし、消費税の一部を福祉目的税するという案において。これは、国民が最も興味を持っている点ともいえる。また 1 点目で制度を併合化することによる負担が課題となる。3 点目では、公と民との役割分担。これは、1 点目で制度を併合化することにより、2 点目でそれによる負担が課題となり、3 点目で、国民や政府等はこれからどのように義務を負っていくべきかが問題とな

ると考えられるからだ。以上、次章ではこれらの点について私の考察を述べていこうと思う。

1. これからの社会保障のありかたにおける考察

4. 1 制度の併合(サラリーマン・グループと非サラリーマン・グループ)について

特にサラリーマン・グループと非サラリーマン・グループとの間の溝の深まりには、問題がある。厚生年金においていうと、事業者と被雇用者の折半による負担。例えば、国民年金第1号の人は、基礎年金部分を払定額保険料で払う。一方、厚生年金（国民年金第2号）の人は、基礎年金に加え、さらに、報酬比例を払う。つまり、厚生年金を払えば自動的に、年金支給のとき報酬比例部分が加算される、という仕組みのため、厚生年金の人は、年金受給の時に国民年金よりも、金額が多くなるので、負担が少ない割に、給付が高くなる可能性が高くなるのである。さらに、結婚して、配偶者を扶養した時に、配偶者は、妻でも、夫でも3号扶養になれるので、国民年金を払わなくても良くなり、社会保険にも入れるので、配偶者は国民保険にも入らなくて良くなるのである。このように、制度の仕組みが異なるので、場合によっては、同額の保険料を支払っていても、給付額等が異なってしまう、という不平等が生じるケースもある。例えば、厚生年金の夫をもつ妻が、パートで働く場合も、扶養のままでいたい場合には、労働時間を抑えて社保加入要件を満たさないようにするか、より時給の良い会社に移り、社保加入要件未満の少ない時間数で稼げるようにするか、労働管理がよい加減でパートには社保加入させない会社を探すかと言った選択肢になってしまい、共働きの家庭にとっては、苦しい制度になってしまう場合があるのも否めない。そして、国民健康保険においては、直接税(所得税、法人税、相続税、市民税、府県民税、事業税、固定資産税等)同様、事業者等は、給料から天引きされるわけではないので、給料をごまかして、保険料を安くしようとする、可能性が出てくる。以上のような問題を解決するためには、広井氏の案で述べられていたのだが、厚生年金と国民年金の併合、そして、それに伴い、基礎年金は政府で保障し、後の所得比例部分は、民間に委託する方向でいくのがよい。また、基礎年金部分においては、社会保険制度の現在の財源が保険料：6割、税金：2割、資産等：1割となっているが、より税金、特に間接税の割合を増やすことにより、基礎年金の保障を確実にし、保険に加入していない、非正規労働者の老後にも、一定の保証を与えるべきだ。また、間接税においては、目的税化、生活必需品においては税率を低くするという案も検討するに値する。また、介護保険・医療保険の統合については、より広範囲の者をカバーできるようにできるという長所を活かしつつ、両者の違いである、介護保険の1割負担、医療保険の3割負担についての検討を行うことが必要だ。さらに、介護保険と支援費制度においても、制度において、重なる点がある。例えば、同様の介助サービスを受けながらも、負担率が異なる、などの、不公平である。よって、ここでは、公平性、すなわち、フリーライダーの発生をなるべく防ぐことが大切となる。この点においては次節で述べる、財源を、消費税から大幅導入することによる公

平性の点でも関連する。また、これは第1章、第2節のサラリーマン、非サラリーマンとの制度との成立経緯にも関連してくるので、その点も思いだしながら、次節を読んでみてほしい。

4. 2 消費課税の割合を高くし、消費税の一部を福祉目的税することについて

基礎年金における最低保証金の目的税化についての問題点を指摘する。目的税というものは、予算編成の自由度を制約するという短所がある。また、国庫統一の原則の例外にもなる。財源の使途は統一的に検討され、優先度の高いものに割り当てられるべきなのである。財源のある部分が、特定の使途のみに充当されることになっていると、優先度についての他との比較考量は行われない。そのため、予算が硬直的になり、また一部の財源が非効率的な使われ方になる可能性がある。この一方、フランスでは、目的税のようにある特定の使途に充当するのではなく、年金等の財源の一部を賄う、課税対象がより広い、一般社会税がある。これは所得比例の負担であるので保険料に類似しているが、課税対象がより広く、給与以外の各種の所得にも課税される。高所得者が多く保有していると考えられる、金融資産や不動産からの所得にも課税されることが特徴である。税率は一定であることが累進的な所得税とは異なる点であり、税額に上限はなく、また社会保障の受給の要件ではないことが、保険料とは異なる。以上のように、税制については世代間格差の緩和をねらいとした公平な負担のあり方の検討と共に、納得できるものであることが望まれる。このことは、負担が過大にならないように抑制することに寄与し、将来への不安を和らげることにもつながって行く。しかし、国保、健保組合、協会健保は成立の経緯が異なり、運営主体の性格も異なり、一本化は容易ではない。例えば、大正末から昭和初期にかけて創設されたサラリーマンを対象とする保険年金制度、そして戦時期に同じくサラリーマンを対象に創設された厚生年金制度において、当時、これらの制度の趣旨として挙げられていたのは、労働者の短期移動防止と長期勤労推奨による、労働力の保全増強と生産力の拡充、国民貯蓄による、資本蓄積への寄与、そして軍需インフレの解消という点であった。従って、政府にとって、非サラリーマンよりも、サラリーマンの方が、状況を把握しやすく、都合がよかったため、より手厚い保障を行い得たともいえる。そこで、高齢化の急速な発展の中で、農林水産業者、自営業者が財政危機に陥る中で、年金制度の見直しにより、1985年、全国民共通の基礎年金制度を導入する大改正が行われた。だが、まだ、制度間における公平性は達成できていないように見える。それは、前節でも述べたように、厚生年金を払えば自動的に、年金支給のとき報酬比例部分が加算される、という仕組みのため、厚生年金の人は、年金受給の時に国民年金よりも、金額が多くなり、負担が少ない割に、給付が高くなる可能性が高くなること。また、配偶者を扶養した時に、配偶者は、妻でも、夫でも3号扶養になれるので、国民年金を払わなくても良くなり、社会保険にも入れるので、配偶者は国民保険にも入らなくて良くなること、等の課題点を見るにつけても、明らかだ。従って、サラリーマン・グループと非サラリーマン・グループとの制度の併合など、より大規模な変革を行わなければ、制度間における不公平性を埋めることは難しいと思う。以上、1節、2節で共通して焦点が当てられたのは、公平性の問題である。そして、公平性について述べるには、役割分担について考えざるを得ない。なぜなら、明確で、納得で

きる役割分担なしには、人は公平感を感じることは出来ないからだ。従って、次節では、役割分担について、述べていく。

4. 3 役割分担について

右肩上がりの成長社会は望めない、定常型社会という状態に現在、日本は陥っている。この社会では、限りあるパイを分け合うことになる。そしてそこでは、それぞれが、役割を分担していくことが肝要だ。具体例のひとつ、第3章、第3節に挙げた、竹本氏の案の内容を、以下に記す。

「公的には、保険料を徴収するなど保険を運営し、給付費の一部を財政的にバックアップし、実際のサービスは民間に任せる。また、公は、施設の基準やサービスの水準を設定し、事業者の監視、利用者の人権擁護、不服申し立てへの対処、情報開示・提供などに役割を限定させる。そして、基礎年金の国庫負担率の引き上げ(平均収入の5割を保障)と段階的な給付の見直し(公的年金の控除を縮小・廃止)により、年金給付をスリム化させる。そして、在宅サービス(デイサービスやショートステイ)の充実、リハビリ拡充を進めていくことにより、いわゆる社会的入院を防ぎ、医療をスリム化させる。」

役割分担に関する案として、もうひとつ、宮本太郎氏の『生活保障』からの案を参考にしたものをごここに挙げる。

「参加支援のための施策、職業訓練や生涯教育、保育サービスなどは、市町村の役割。なぜなら、人々の参加を促進するためのサービスはなるべく人々の生活に近いところで、人々のニーズに耳を傾けながら設計され提供される必要があるからである。ここで強調しなければならないのは、排除しない社会を成り立たせるためには、人々がどこに住んでいても就労と社会参加の条件は提供されるべきである、ということである。また、この参加の場としての雇用を創出するのは、都道府県の役割となる。かつての高度経済成長期の重厚長大型の製造業による雇用を生み出すことにより、この役割を担っていたのは、主に国だった。しかし脱工業化が進んだ世界では、地方がそれぞれの地理的あるいは文化的な資源にも依拠しながらより多様な産業を興していく必要がある。特に、先端産業を拳引する新しい知恵だけではなく、伝統食の商品化など地場産業などを支えていく独自の知恵の活用が重要だ。そして、年金や公的扶助などの所得保障は、国の責任となる。ただし、これまでの職域単位の手社会保険は、雇用の流動化が進んでいる現在にあわせて一元化される必要がある。例えば、年金の一元化、最低保障年金の導入等の政策である。」(宮本 2009: 198)

以上、公と民、公の中でも、国、都道府県、市町村の役割の案について記した。ここでは、公は、役割を民にも任せて、無駄のないようなものにすること、そして、国が行っていた範囲の仕事を地方に委託すること。特に魅力的に感じたのは、効果的な政策の可能性だ。例えば、人々のニーズをいち早く察知できること、地場産業の活性化、等だ。しかし、問題なのは、この役割分担における負担における矛盾、つまり公平性である。次節では、この公平性の問題においての改善点を挙げていく。

4. 4 役割分担における問題についての解決策

この節では、役割分担における問題、すなわち公平性における解決策を述べていこうと思う。公平性に応えるためには、民主主義が重要となる。(注 11)なぜなら、如何に巧妙にできたシステムであっても、一歩間違えれば、当事者の意思や感情を無視した、単なる客体として操作しようとするパターンリズムに陥りかねないからだ。特に、何らかの生きにくさを抱えた人々は、しばしば自分の利益を正面から主張することが苦手だ。そこで、この民主主義を充実させるためには、例えば、職業訓練や、うつ病などに伴う職場復帰のカウンセリングなど、当事者自ら、何が自分に最適か分からない場面においては専門家や家族を交えた熟議が必要となる。また、フリーライダーや負担を巡るジレンマに当たっての独自の信頼醸成措置も必要となる。具体的にいえば、納税者からの問い合わせにも答えながら社会保障の執行を監視するオンブズマン組織の設置等だ。(注 12)そして、ここで重要視したいのは、「自分のことは、自分が決める」という主体性(注 13)を誰もが尊重すべきだということだ。たとえ、自律の力が弱いとされる社会的弱者であっても、その点は変わらないはずである。共同体が脆弱化した日本社会で重要となるのは、役割分担である。しかし、この役割分担においては、不公平が生じないようにすることが大切であり、そのためには、民主主義の精神が必要だ。そしてさらにここで、この民主主義においては、個々の主体性を尊重することについて、皆が気付くこと、より重要視することがなければ成り立たない、ということをお願いしたい。例えば、主体性において、自分で考えることができないものや、不慣れな者にとっては、それが難しい場合がある。だからこそ、その主体性を尊重すること、つまり個々人が、自分で考える権利や義務の条件を保障することが肝要になる。そして、それこそが、私が本題に挙げている、日本の社会保障の在り方、さらには、弱者にとってよりよい社会支援につながるのである。次の終わりにでは、これまでのまとめを述べて、この論文のくくりとしたい。

終わりに

当初、日本の社会保障制度は、保険料を主財源とする職域中心の所得比例的給付を行うドイツ型社会保険システムとして出発し、第二次大戦中から次第に租税を財源とする全住民対象の均一給付を行う、イギリス的な普遍主義的方向に移行した。その結果、制度の基本的な趣旨の不明瞭な、保険と税の渾然一体性に見られるような、折衷的な制度となった。(注 14)その過程で、非サラリーマン集団が相対的に多い途上国型経済構造の中、国保を通じてその取り込みが積極的に行われ、また経済の二重構造化に対応して、国家自身が保険者になり、更に急速な産業化の結果、医療保険の整備後、年金が遅れた。しかし急速に膨らむという経過の中で、制度自体の基本的な趣旨が不明瞭になってしまった。

その結果、若年医療においては、逆選択が生じるなどの問題も起こってしまった。この点において、制度の趣旨を明確化するために、公私の役割分担を再検討し、所得再分配に関しては公的扶助を、リスク分散のうち、若年医療のような逆選択が生じやすいものにつ

いては社会保険。それ以外については民間保険を活用することを主張し、市場とその補完・修正を基調とし、個人間ネットワーキングを支援する、医療・福祉型社会保障を重点とすべきだと述べた。核家族化や、一人暮らしの高齢者の増加など、社会状況の変化の中で、制度も、政府対個人という関係を重視していく方向にある、日本では、将来この社会保障制度が破たんしてしまうかもしれないという危惧が多く国民の中で見られる。なぜなら、日本は急速に、世界最大の長寿国となり、食糧自給率が低下し、多額の借金を抱える国となったからだ。従って、多くの変化が短期間で生じたため、その流れに後れをとってしまった。その原因は、今までの上昇気流に乗っていたかのようにみえた経済が、国債などによって賄われているものであったこと、経済成長に伴うデフレによる円高により、国内の人件費は高くなり、国内企業は安価な賃金で雇える海外での雇用を進めたため、国内での需要と供給のバランスが崩れてしまったこと、面積の狭い都市に、人口が極端に集中する、等の悪循環、核家族化による少子高齢化である。このように、今までのような、鰻のぼりの経済成長社会は望めない、定常型社会という成熟した状況に現在、日本はあり、この社会では、限りある資源を分け合うことになる。ここでは、公平性が大きな鍵となる。つまり、いかに、各々が納得できるものにできるか。という論点が重要視される。この公平性の問題は、民主主義的な方法によって資源をわけあうことにより解決されることが必要であり、さらに、個人の主体性が尊重されなければ、これは実現しない、ということを述べた。そして、これは、社会保障の制度だけの問題ではない。医療においては尊厳死、インフォームドコンセントの問題であるし、性においては、結婚相手の選択、妊娠中絶の選択、さらに、職業選択などもあり、きりがない。このように、私達は選択性の中で生きている。さらにいうと、共同体が変化していく中で、選択の幅が大きく広がっている。だからこそ、個々人が、自分で考える権利や義務の条件を保障していくことが大切だ、という意識を持つことが、これから私達が生きていく社会において重要なのだ。

参考文献

- 竹本善次『社会保障入門 何が変わったか これからどうなるか』講談社現代新書 2001年
- 中垣陽子 『社会保障を問い直す―年金・医療・少子化対策』岩波新書 2005年
- 広井良典 『日本の社会保障』岩波新書 1999年
- 橘木俊詔 『格差社会 何が問題なのか』岩波新書 2006年
- 中西正司・上野千鶴子 『当事者主権』岩波新書 2003年
- 宮本太郎 『生活保障 排除しない社会へ』岩波新書 2009年
- 山口二郎 『ブレイク時代のイギリス』岩波新書 2005年
- 岡沢憲夫 『スウェーデンの挑戦』岩波新書 1999年
- 岡部耕典『障害者自立支援法とケアの自律』明石書店 2006年
- 稲沢公一・岩崎晋也 『社会福祉をつかむ』有斐閣 2008年
- 畑本裕介 『再帰性と社会福祉・社会保障』生活書院 2008年

G.エスピン・アンデルセン、岡澤憲夫・岡本太郎訳 『福祉資本主義の三つの世界』 ミネルヴァ書房 2001 年

R. L・トリヴァース 中嶋康裕、原田泰志、福井康雄共訳 『生物の社会進化』 1991 年

リチャード・ドーキンス 日高敏隆、岸由二、羽田節子、垂水雄二訳 『利己的な遺伝子』 紀伊国屋書店 2006 年

フェルディナント・テンニース 杉乃原寿一訳『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト』 岩波文庫 1957 年

永井憲一編『三省堂新六法 2008』 三省堂 2007 年

新村出編『広辞苑 第 6 版』 岩波書店 2008 年

社会保険制度（平成 21 年度版） 社会保険庁

<http://www.sia.go.jp/infom/text/index.htm> 2010/11/16

社会保険のテキスト（研修教材）

社会保険大学校研修時使用テキスト（教材）

社会保障 財政の国際比較 国立国会図書館

<http://www.takachiho.ac.jp/~t-nagai/seminar/09051303.pdf#search=>

社会保障 財源 割合'<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h9/3/P5-8.html>

2010/11/21

消費税を巡る議論 国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 609(2008. 2.28.) 財政金融課

<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/document/2005/200502/12.pdf>

<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/pdf/070903.pdf>

2010/11/23

注

（注 1）「EC が 1997 年に出した報告によると、現在の社会保障を巡る主要な状況の変化については、パートタイマーや非正規労働者の増加、直線的なキャリア・パターンの流動化などの雇用形態の変化については、まず、人口の高齢化、そして、ジェンダー・バランスの変化（＝女性の社会進出）、国家レベルの社会保障の相互調整の必要がある。」

（広井 1999 : p186）

（注 2）ひとつに、社会保険では、所得に応じて保険料を払い、その所得に比例して給付を受ける、という、貯蓄／保険という、折衷的な機能が見られる。エスピン・アンデルセンによる分類を参考にして説明すると、この社会保険システムを採用している国々に見られる特徴は、社会保険中心であること、職域(被雇用者)がベースとなっていること、そして的な給付であることだ。日本でいうと、このシステムに当てはまるものは、医療保険においては、健康保険制度であり、年金においては厚生年金制度である。では、どのように当て

はまるのか。それは、厚生年金制度で説明すると、対象が、サラリーマンなどの被雇用者であること。そして財源は、保険料。これは、退職金の延長ともいえるだろう。(エスピン・アンデルセン 2001)

(注3)年金だけではなく、医療保険と高齢者介護の関係においても、日本ならではの特征が見られる。ドイツでは、医療保険、介護保険は原則、全て、社会保険で賄われる。しかし、日本では、さらに、税金もその中に順次投入している。例えば、国保における国庫負担の割合は、1953年には20%であったものが、1984年には、50%と拡大してきている。

また2番目の特徴としては、「医療保険がまず整備され、年金が遅れて、しかし急速に膨らむという経過をたどったこと」だ。日本では、医療保険が1927年に施行された。しかしながら、年金については、1941年まで待たなければならなかった。この原因としては、まずひとつに、非サラリーマン・グループである、自営業者や農林水産業者の比重が比較的後の時代まで大きかったことが挙げられる。したがって、家族内扶養が残り続けるために、ある程度までは年金のシェアが相対的に低いものにとどまっていたのである。そして、二つ目に挙げられるのは、「出生率の急速な下落」を背景に、経済成長、ないし産業化の過程がある程度進んだ段階で、高齢化が急速に進むこととなり、1973年のスライド制導入などの、年金の給付水準の大幅な改善もあいまって、給付規模が急拡大したこと、が挙げられる。さらに、3番目に挙げられるのは、「医療システムにおける財政／供給の分担が見られる」ことである。日本は、医療においては、財政は国家中心、そして供給面においては民間中心、というシステムをとっている。これを、他国と比較してみると、アメリカでは、財政は私人、供給も私人が担当する。また、イギリス、ドイツ、フランスでは、財政は行政、さらに供給も行政が担当している。従って、日本は混合型ともいえる、独自の形態をとっているのである。(広井 1999)

(注4)アメリカも同様、社会保険料の割合が60%と高く、公費負担が36.4%、その他の収入が13%となっている。また、日本と同様、ほぼ事業主と雇用者との負担率が同等である国には、アメリカがあった。一方、アメリカには、メディケア(高齢者医療保険)、メディケイド(低所得層向けの医療扶助)という公的医療保険があるが、メディケアは、介護やリハビリなどは短い期間しか補償されず、保険料も高いので、年金生活の高齢者にはかなり負担がかかっているといわれており、メディケイドは、主に低収入の家族のための医療保険ではあるが、これも、多くの保険料などを払ったりしなくてはならず、不十分である。

各国と比較すると、イギリス(税財源による公的医療)では診療は無料、処方薬のみ定額自己負担(免除制度あり)だが、スウェーデン(税財源)とドイツ(社会保険)には低い定額負担と医療費負担総額上限がある。フランス(社会保険)では医療保険の給付率が疾病や薬効によって大きく異なり、任意加入の補足給付制度により自己負担が軽減されている。ドイツとフランスには、慢性病に対する特段の規定がある。(国立国会図書館資料「財政の国際比較」より)

(注5)老人保健制度においていうと、高齢化の急速な発展の中で、農林水産業者、自営業者の国民健康保険が財政危機に陥る中で、国庫負担を増やすことなく、救済するために、健康保険組合等の各保険者が、老人保健拠出金を共同で負担して、老人の医療を支えるという仕組みをとった。これは、サラリーマン・グループ(健康保険・政管健保)から老人の割

合の大きい自営業(国保)への補助を行う、というものである。(広井1999: 46)

(注 6)制度においては、普遍主義的方向に向かっている。なぜこのように言えるか。例えば、基礎年金においては、対象を居住者全員としていること。そして、定額を給付すること。また、財源が税金であるため、所得再分配の機能を果たしているからだ。このように、大まかな流れとしては、普遍主義的な方向にシフトしていった。しかし、日本は、年金制度において、折衷策をとっている。すなわち、「一階に基礎年金、二階に厚生年金(所得比例部分)」という、普遍主義的モデルと社会保険モデルをドッキングさせたかたちをとったのである。さらに、財源的にも、基礎年金部分は、その財源は、「3分の1は税、3分の2は保険料」となっている。(国立国会図書館資料「消費税の議論」より)

(注 7) 合計特殊出生率... 1人の女性が生涯に何人の子どもを産むかという理論的数値。

(注 8)さらに、政府においては、現実的な対応策として一元化を進めてきた。一元化とは、負担と給付の水準を統一し、公平化を図るもので、負担の公平化を理由に保険者間の財政調整を行うというものである。分立している保険制度および保険者の統合そのものは行わない。老健制度と退職者医療制度で保険者間の財政調整の仕組みが導入された。(社会保険制度における社会保険庁研修用テキストより)

(注 9)広井良典氏は、医療においては、「途上型医療構造」から「成熟型医療構造」への転換、年金においては、「貯蓄／保険」機能と「所得再分配」機能の峻別と公的部門の見直し、そして福祉においては、高齢者介護問題への対応と「対人社会サービス」の展開を提案している。これらについて、詳しく述べていく。まず医療については、若年者と高齢者とはリスクの構造に大きな違いがみられる。そこで、高齢者医療については税、若年者医療については保険という振り分けを行う。また、我が国の社会保障においては基本的に、「税と保険の渾然一体性」ともいうべき特徴がみられ、かえって制度の性格が不明確なものになっているのを是正する働きも持っている。ここでの主要な点は、逆選択ということであり、これは、情報の不完全性に起因している。従って、若年者の医療保険については民間保険ではなく社会保険とすべきである。では、年金において。特に基礎年金については、若年者から高齢者への、または高所得者から低所得者層への所得再分配としての機能が強いものである。現在、基礎年金の財源は3分の2が保険料、3分の1が税となっている。また、所得比例部分については、リスクの分散としての役割がある。年金保険に比べると、医療保険の方が、逆選択が起りやすい。なぜなら、保険としては健康や安全を心掛ける病気や事故と無縁の人物と契約するのが望ましい。しかし、ある人物が健康に気を配っているのか、それとも全く気にしていないのか判別することは困難である。そこである保険の条件を設定すると、その条件でも得をすると考えるもの、すなわち、保険会社の想定よりも不健康な、危険な生活を送る人物ばかりがその保険に加入し、より健康的な、安全な生活を送るものは損をすると考えるためその保険には加入しない、という事態が生じるためである。これによって保険会社はあたかも本来望まない条件の悪いものを選抜しているかのようになり、利益を得ることが出来なくなる。

だから、市場の失敗の是正のような、逆選択を防止する、という観点からは、あえて年金保険を公的な保険とする必要性は小さい。さらに、年金の機能としては、「貯蓄」という機能が挙げられる。すなわち、年金は、制度上は長生きのリスクに対する集団的なリスクの分散、保険であっても、実質的には、貯蓄に類似した性格を持っている。したがって、

今後は、所得再分配の機能を果たす、税を財源とする基礎年金に純化し、その部分は現在以上のしっかりとした保障を行ったうえで、残りは民間保険に委ねる方向での改革を進めることが妥当であろう。また、高齢者ケアの領域については、医療から福祉へのシフトを図っていくべきである。なぜなら、慢性疾患から老人退行性疾患への転換のように、健康転換が生じており、病気というものは「治る」というものよりは、それを抱えながらも、生活していく、というパターンになってきているからである。

さらに、財源については、消費税を主なものとしていく。その理由としては、ひとつに、個人をベースとし、高齢者を含め、消費の量に応じ、薄く広く財源を求めること、そしてふたつめには、サラリーマン・グループと自営業者グループ間の所得把握の公平性への対応させること、さらに3つ目には、福祉目的税化を含めた検討を進めていくことだ。(国会図書館資料「消費税の議論」より)

(注10)中垣陽子氏の『社会保障を問い直す―年金・医療・少子化対策』でも、納得できる将来のために、広井氏の案に類似した、3つの提案を行っている。まず、年金制度改革試案については、基礎年金の財源を目的消費税にし、原則月7万円、一人暮らしは9万円(ちなみに現行の基礎年金は6.6万円2025年には単身高齢者が高齢者の中でも37%になる見通し)、さらに任意加入で上乗せもできる制度にすることとしている。このポイントとしては、不公平感の払拭である。ここでのメリットとしては、消費税化にすることにより、現役世代内でも保険料を支払わない人や、高所得であっても保険料を支払わない高齢者を防ぎ、公平感を持たせることが可能であること、そして上乗せ任意加入により、年金も老後のプランとして考えている人が大半の現在、老後の備えを主体的に考えることが可能になることだ。そして、医療・介護保険制度の改革については、高齢者医療保険制度と介護保険制度の連携強化である。ここでのメリットとしては、サービス供給の効率化、両制度の規模拡大に歯止めをかけられること、そして、サービスの質の向上につながる。今までは、支払った保険料が違っていても、保険証さえ持っていれば受けられる医療は同じ、という公的保険の割合の高い「結果の平等」だった。しかし、連携強化により、保険診療と保険外診療を組み合わせる用いる混合診療が拡大し、保険料を多く支払うほど、いいサービスを受けられる民間医療保険の果たす役割が大きくなり、医療界における競争力を促進させることができる。

(注11)民主主義とは、「人民が権力を所有するとともに、権力をみずから行使する政治形態」(広辞苑より)である。つまり、国民一人ひとりの意見が政治に反映されている政治のありかた、ということだ。この権利は日本国憲法では参政権として保障されている。(選定・罷免権 15条 44条(国会議員 44条 地方公共団体の長 93条 2項 国民審査 79条 2項) 国家意思の形成に直接参与する権利(国民投票 96条 地方特別法 95条) 参政権を補完する諸権利(表現の自由 21条 知る権利 21条 集会・結社の自由 21条 請願権 16条))

(注12)組織の設置等、政策、制度の改良以前に、根本的な幹の部分の、国民や議員、官僚など、一人ひとりが持つ、負担や役割に対する心構えが明確でなければならない。例えば、国民や議員、官僚等の視点も加えた、大まかな役割としては、国会議員や官僚は、制度をよりよいものに見直すことに力を入れる。特に、官僚は机上の計算ではなく、現実を直視した制度設計をし、議員は、ともかく人気取りではなく、向こう100年を見通す大局観と世界観を持つこと。そして国民は、増税の反対、年金、保険料の支払増反対、等を行う一

方で、保障額は沢山欲しいとの我侭は控えることだ。そして国が出した案を直ぐ真摯に受け止め世論を形成すること。また、病院、医者、国民は、無駄な治療はやめ、医療費の削減に取り組むことだ。これらの改革のための手順としては、まずは制度設計で、高福祉高税率、中福祉中税率、低福祉低税率等の国家方針を検討し、複数の制度設計を行い、制度の良し悪しを徹底比較討論して民意を問う。そして現在は、無関心で何でも国に文句ばかり言う国民性を改め、より多くの国民が納得する制度設計を行う事が必要となる。

(注 13)「人々がそれぞれの主体性で持ってそれぞれの生活様式に対する判断をすることを前提としながら、問題の先送りを回避しなければならない」(畑本 2008)

(注 14)日本における社会保険制度の歴史から、なぜ、日本の社会保険が独自の折衷的な方向を辿っていったのか。大正末から昭和初期にかけて創設されたサラリーマンを対象とする保険年金制度、そして戦時期に同じくサラリーマンを対象に創設された厚生年金制度、これらの制度の趣旨として挙げられていたのは、「労働者の短期移動防止と長期勤労推奨→労働力の保全増強と生産力の拡充」、「国民貯蓄＝資本蓄積への寄与」「軍需インフレの解消」という点であった。このように、戦後日本の「国家主導型」の経済システムは、戦時の総動員体制の延長にあったものだった。しかし、次第に経済が成長していくにつれて、普遍主義的な方向へと移行していくようになる。例えば、「国民皆保険システム」においては、経済成長の離陸点では、国民皆保険の基礎づくりとして、国保普及、及び厚生年金が創設された。そして、経済成長の真ただ中においては、国民皆保険の実現として、国保の完成と国民年金が創設されるようになる。さらに、経済成長の終期に入ると、普遍主義的方向の一応の達成として、老人保健制度、及び基礎年金が導入された。(社会保険大学校研修使用テキストより)