

[Article]

## **Institutional Basis of Social Welfare System in Japan (Continued)**

Yasuhiro Oda\*

\* Department of Nursing, Faculty of Health Science, Aino University

### **Abstract**

Nothing is more important than health and money in our daily life. All human difficulties and challenges are more or less related to those two. Every nation-state has established public welfare services to relieve some part of those problems on the basis of social solidarity, although it is ostensibly thought to be individual responsibility to cope with our private lives in modern liberal society.

Along with Japan's rapid economic growth and demographic aging of its population, a new framework of welfare policies was formed in accordance with two categorical types of benefit like income and care security, as well as with four types of target persons including the poor, the elderly, the handicapped and the children in need of care.

Here this article introduces a panoptic view of the welfare policies of Japan and analyzes, reflecting this new slant, the structure and the function of providing system which is comprised of pension schemes, public assistance, child allowances, nursing-care insurance for senior citizens, care-services for the handicapped and children. Through revamping and redrafting the way of looking at social welfare institutions, we could eventually approach to a solution of welfare problems in recent decades of aging society with fewer children, and in the latest post-pandemic society.

**Key Words :** income security, care-services security, social solidarity, socially vulnerable, structural-functional analysis, post-pandemic society

## 日本の福祉基盤（下）

—— 人々の困り方と支え方 ——

小 田 泰 宏\*

### 【要 旨】

人は日常生活の中でいろいろな困り方をする。そのうち金銭問題と健康問題（健康が回復し得ない場合はケア問題）が大きな比重を占めることに異論は少ないだろう。私生活上の問題解決は、自由主義社会では自己責任に委ねられる原則ではある。しかし、連帯の精神による社会的共助・国家的公助が求められる場合がある。その際、「金銭給付を内容とする所得保障」と「ケア給付を内容とする介護福祉」という2つの範疇が経験的に区別される。

本稿は、第1に、この2つの分野を前提として日本の福祉制度を一望俯瞰する包括的視点を提起する。その視点から第2に、高齢者、障害者、子ども、低所得者等の要支援者を対象とする年金、生活保護、社会手当、介護保険、障害福祉、児童福祉など多岐にわたる福祉制度の構造と機能を体系的に分析する。そして第3に、低成長経済の下での少子高齢化とパンデミックの脅威を与件とするこれこれからの日本の福祉の課題を整理するとともに若干の展望を試みる。

キーワード：金銭給付，ケア給付，社会連帯，要支援者，構造機能分析，パンデミック

(承前)

### IV. 高齢者の介護保障

#### 1. 介護の社会化

##### (1) 創設前の状況

例えば、脳梗塞で倒れた高齢者が治療を終え、または症状が固定し退院したが、麻痺が残り食事、入浴、排泄、着替え、移動などの生活動作が一人でできなくなったとする。こうした高齢者に対する日常生活上の手助け、すなわち介護は、医療のように有資格者のみが提供するのではなく長い間家族によって担われてきた。しかし、核家族化や女性の社会進出によって家族

がその機能を果たしにくくなった。子ども夫婦は共働き、孫たちは学校。こういう家庭で誰が高齢者の世話をするのか、多くの人々が悩みを共有するに至った。この課題への答として創設されたのが介護保険である。

介護保険以前、介護サービスの提供は、家族を主な担い手とし、家族を支援する在宅福祉サービス、家族の代替をする老人ホーム・老人病院等の手に委ねられてきた。福祉サイドからみると、公費財源により設置運営される老人ホーム等福祉施設の定員はそもそも極めて限定されたものであった。また、老人福祉法の措置により特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）で介護を受ける場合の利用料の月額は所得に応じ0～24万円で、低所得者は優先・無料で利用できるが、

\* 藍野大学医療保健学部

通常の所得がある一般家庭からの入所は困難または高額を要し、福祉の対象となることによって高齢者自身が感じるスティグマもあって使いにくいものであった。

逆に医療サイドからみると、病院や老人保健施設は民営が基本であるから需要があれば定員は増大する。また、かつての老人保健法により、介護を提供する老人保健施設や老人病院の利用者負担の月額は老健施設で約6.0万円、老人病院で約5.3万円と結果的に病院が安く、また保険であるからスティグマがなく入院のハードルも低いため社会的入院を誘発することとなった。介護保険創設前夜の介護はこのような状況にあった。

## (2) 新保険の必要性

このように、病院では介護を要する老人にも検査・投薬等の医療が給付されるという給付の無駄や、病院では高い費用を費やすのに老人の窓口負担は安いという負担の矛盾は、福祉と保険に制度が分立したまま介護をカバーしようとしたところに起因する。その不均衡を是正するため、福祉または保険のいずれかに制度を統合・一本化して社会的入院の解消につなげることが期待された。

その際、財源としての保険料は、税金と比べ受給とのつながりが見えやすく、新たな負担として国民が納得しやすい。新型の社会保険の保険料という形で年間数兆円規模の新規財源の確保を図るとともに、保険料を払うのだから給付を受けるのは当然という権利意識を醸成してサービス利用に伴うスティグマの解消につなげる上からも、社会保険化が選択されることとなった。

こうした狙いのもとに、「介護保険法」(1997年)が公布され、2000年から施行された。介護保険創設後は、高齢者はまず介護必要度の認定を受け、ケアマネジャーにケアプランを作成して貰い、これに基づきホームヘルプや特別養護老人ホーム入所などのサービスを利用する流れになった。以下、サービス利用に至るプロセスを保険の4要素の筋目に沿って制度面から辿っていくこととする。

## 2. 介護保険の構成要素

### (1) 保険者と被保険者

第1に保険者について。老化による要介護リスクをプールするのが介護保険法の立法趣旨であり(したがって若年障害者は対象外)、介護を要するのは退職した高齢者に多いので、企業を保険者とする職域保険は成立しない。このため、保険集団の共通性を居住地

域に求め、かつての国保のように居住する市町村(特別区を含む、以下同じ。)が保険者とされた。

市町村数<sup>†</sup>は1,741(2019年度)を数えるが、過疎や不況によって弱体化するものもあったため、いくつかの市町村が共同で介護保険事業を行う広域連合という保険者も創設され、その数は82に及ぶ。よって介護保険の保険者総数としては1,628になる。

第2に被保険者について。保険集団は保険料を支払う動機をもつ人々でなければならない。こうした配慮から被保険者は、遠い将来における自身の介護の可能性を自覚しつつ、近い将来における親世代の介護にも懸念を抱く40歳以上の全住民(約7,683万人)とされた。

これを65歳以上の第1号被保険者(約3,488万人)と、40~64歳の医療保険加入者(約4,195万人)である第2号被保険者に区分する。ただし、2号が受給できるのは、若年でも発症する初老期認知症、早老症、骨粗鬆症、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病、末期がん等16種類の加齢に伴って起きる疾患(特定疾病)で介護が必要になった場合に限定される。

1号と2号を区分したのは、保険料の算定・支払い方法および受給要件に違いがあるため、結果的に、相対的に若く現役労働者の多い2号はもっぱら保険料負担するが受給機会に乏しく、年金受給者の多い1号は応分の負担はするが老化老衰によって自ずと受給機会が多くなる。2号は俗に言う“割り勘”要員ともいえよう。

### (2) 保険料

第3に保険料について。新たな負担となる保険料をいかにもれなく円滑かつ安定的に収納するかは保険制度存立の要石である。このため、保険者の保険料徴収の負担を軽減、容易化するため、1号被保険者の保険料にあつては年金保険、2号被保険者の保険料にあつては医療保険という既存の保険制度の、いわば軒先を借りるような方法がとられている。こうした仕組みを通して結果的に保険者である市町村は、保険料徴収のための新たな手間や増員を避けることができる。

まず、保険者たる市町村が賄うべき介護費のうち窓口負担を除いた給付費の見込額を、公費50%と保険

<sup>†</sup> 内訳は、792市、743町、183村、23特別区(2019年11月現在)。これ以外の本節での数値は、原則として厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」(2017年度)による。

料50%で分担するのが基本的な分担ルールとされた。公費50%の内訳は、国25%<sup>†</sup>、都道府県12.5%、市町村12.5%であり、国と地方が対等、地方の中では都道府県と市町村が対等に設定されている。また、保険料50%の内訳は、人口比で1号被保険者負担分23%、2号被保険者負担分27%であり、高齢化が進むと1号の負担分が増加する仕組みである。

このように、介護保険の保険料徴収は、1号、2号被保険者それぞれの保険料拠出はもとより、国・都道府県・市町村それぞれの税も投入され、すべての関係者が負担し合い支え合う構造になっている。その背景にあるのは、加齢に伴って介護が必要な状態になるのは誰の責任でもない自然の成り行きであるから全構成員が相互に助け合うべきであるとする社会連帯の思想である。

1号被保険者の保険料については、給付費の23%分を当該市町村の1号被保険者数で除した1人当たりの年間保険料を基準額とする。しかし、この金額を負担できない低所得者もいるので、被保険者各人の所得段階別（基準額の上下に各4区分で計9段階別）に当該市町村が算定した定額を被保険者銘々の保険料としている。具体的な金額は各市町村の高齢化や所得の状況により異なるが、現行の第7期介護保険事業計画（2018～2020年度）における全国平均で月5,869円である。1号被保険者は、これを年金天引き（年金年額18万円以上）または口座振替等（同18万円未満）で納付することとなる。天引きによる保険者側のメリットは徴収事務の軽減、被保険者側のメリットは払い忘れ防止とされる。

2号被保険者の保険料については、全国の給付費見込額の27%分を全国の2号被保険者数で除した平均額を、被保険者の加入している医療保険者が各人の医療保険料に上乗せ徴収して各介護保険者に納付するという形をとる。健保被保険者なら、報酬比例・労使折半・給料天引きで平均月5,660円（協会健保で1.79%2020年度）。国保被保険者なら応能・応益割で按分した額を市町村が徴収するが、保険料が高額になるのを抑制するため公費負担が入る。

### (3) 保険給付

第4に保険給付について。給付の前提として、医療

† 25%のうち5%分は財政調整交付金で、交付を受ける個々の市町村によってその割合は異なる。2006年度から施設等給付費については、国が20%（財政調整交付金5%を含む）、都道府県が17.5%とされた。

保険にはないケアマネジメントが要介護認定という形で導入された。給付の申請を行うと、保険者である市町村の職員または市町村の委託を受けた民間の介護支援専門員（ケアマネジャー）による訪問調査が行われる。その結果と主治医意見書を基にして全国一律の要介護認定基準時間をコンピュータ判定（1次判定）したものについて、保健師、社会福祉士等から構成される市町村の介護認定審査会で最終判定（2次判定）が下される。

認定結果は、「自立」（非該当）、「要支援<sup>††</sup>1・2」、「要介護1～5」の8段階に区分される。要支援1以上の認定を受けた者は1号被保険者のうち約628万人（認定率18%）、2号被保険者のうち約13万人である。2号被保険者については、16種類の特定期病に該当するか否かも認定の対象となる。認定の有効期限は当初6月、更新時は12月である。

要介護状態にあると認定された場合、保険を通じて受給できるサービス（介護給付<sup>†††</sup>）の内容は、以下の4類型に分かれる。

- ① 訪問介護（ホームヘルプ）、通所介護（デイサービス）、短期入所（ショートステイ）、訪問看護、訪問診療、訪問入浴、訪問リハビリ等12種類の「居宅サービス」
- ② 介護老人福祉施設（いわゆる特養、利用は要介護3以上に限定）、介護老人保健施設、介護医療院<sup>††††</sup>の3種類の「施設サービス」
- ③ 夜間対応型ホームヘルプ、認知症対応型デイサービス、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等9種類の「地域密着型サービス」
- ④ ケアマネジャーによる居宅介護サービス計画（ケアプラン）の作成を内容とする「居宅介護支援」

†† 介護保険制度化以前に諸般の事情から介護状態にないにもかかわらずヘルパー派遣等を受けていた事例があり、これを新制度下で救済するために作られた認定範疇といわれる。

††† 要支援者に対しては、生活機能の維持・向上に着目して行われる「予防給付」と「予防ケアプラン」が提供されるが、予防給付には施設サービスが含まれない。また、自立していて要介護にも要支援にも該当しない者は、筋力向上、栄養改善、口腔ケア等の「介護予防事業」と介護予防マネジメント、総合相談・支援、権利擁護などの包括的支援事業を内容とする「地域支援事業」の対象になる。

†††† 経過措置で2023年度末まで存続する旧介護療養型医療施設を転換する際の受け皿となるもので、医療と居住の機能を併せ持ち2018年度から制度化された。

これが医療保険給付の場合の問診、検査、診断、処置、手術、看護、投薬等に相当する給付のいわばメニューである。そして、このメニューの中から、要介護度ごとに決まる上限額の範囲内で必要なサービスを被保険者がケアマネジャーの助けを借りて選択することとなる。その結果できあがったサービスのセットがケアプランの内容になる。ケアプランの保険者への提出は現物給付の条件となる。

サービス受給者数（要支援者を含む月平均）は、「居宅サービス」約 376 万人、「施設サービス」約 93 万人（特養ホーム 53 万人、老健施設 36 万人、療養病床 5 万人）、「地域密着型サービス」約 83 万人、計約 549 万人である。前述の通り要介護認定等を受けた被保険者は 600 万人超であるから、認定者のすべてがサービスの受給に至っているわけではないことがわかる。

介護の費用は、医療保険の診療報酬にあたる介護報酬<sup>†</sup>によって算定される。受給にあたっては、医療保険の窓口負担にあたる介護費の 1 割分の自己負担がある。施設サービスを利用する場合は、この介護費の 1 割プラス食費・居住費の一部も負担する。ケアプラン作成については、乱用される恐れがなく、また相談助言に代金を払う習慣の薄い日本では有料にすると却ってプラン作成が抑制される恐れがあるため、ケアマネジャーによるプラン作成を普及させる観点から、自己負担はない。

#### （4）給付と負担の見直し

制度発足時に約 3.6 兆円（2000 年度）だった介護保険の総費用は、現在では約 11.1 兆円（2018 年度）と 3 倍以上に膨れ上がった。このため、これからも続くと予測される高齢化に備えて給付の適正化と負担の公平化という視点から制度の見直しが続けられている。

給付の面では、全国一律の介護予防訪問介護・介護予防通所介護を予防給付からはずし、これを市町村の任意事業である地域支援事業（介護保険財源を用いる在宅医療・在宅介護推進の試み）に移し、特養入所は中重度の要介護者に重点化するなどの“適正化”が行われた。

一方、負担の面では、低所得者の保険料軽減を拡充しつつ、一定以上所得のある利用者の自己負担を、月

額上限付きながら 1 割から 2 割、さらに現役世帯並み高所得者は 3 割に引き上げ<sup>††</sup>、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する補足給付の斟酌要件に資産等を追加する<sup>†††</sup>などの“公平化”が進められた。

### 3. 介護提供体制

#### （1）サービス提供事業者

医療においては、病院・診療所の開設手続や医療計画、医師・看護師等の免許や養成など医療提供体制に関するルールは、健康保険法等の保険事業各法とは別の法体系（医療法、医師法等）によって規定される。これに対し、介護保険法は、保険の 4 要素に係る規定だけでなく、サービス提供を行う事業者やサービス提供計画などの介護提供体制に関するルールも含む統一法典である。

まず、介護サービスを担う者が公的保険で提供するに足る一定水準のサービスを提供しうるかどうかを審査する仕組み、すなわちサービス提供事業者の許認可制度からみていこう。許認可権者は、事業者の活動範囲に応じて都道府県知事と市町村長の場合がある。

第 1 に、都道府県知事は、一般に利用者が広域にわたる「介護保険施設」の指定（特養）と許可（老健施設、介護医療院）を行う。審査の基準は、① 人員基準、施設基準、運営基準を満たしていること、② 設置者が営利法人以外の法人格を有すること（特養は自治体か社会福祉法人、老健と医療院は自治体か医療法人か社会福祉法人が原則）の 2 点である。なお、「居宅サービス提供事業者」は株式会社等の営利法人や NPO 法人も営業でき、事業者の指定を受けることも可能である。

指定・許可は 6 年更新制であり、指定・許可を受けた事業者や施設でなければサービスは保険給付外となる。指定・許可を受けるとサービス内容や運営の公表が義務づけられ、利用者が良質な事業者を選択する際のよすがとなる。

第 2 に、被保険者により身近な市町村長は、当該市町村域内で提供される「地域密着型（介護予防）サー

† 介護報酬の呼称は「単位」といい、医療保険のように「点数」とはいわない。1 単位当たりの単価は、地域の物価・人件費の違いを反映して 10～11.40 円の 8 段階あり、医療保険のように 1 点単価一律 10 円ではない。

†† 負担公平化のため、2016 年 8 月から年金年取で単身 280 万円、夫婦 346 万円以上の者について 2 割に引き上げ（65 歳以上の所得上位 2 割に相当）、さらに 2018 年 8 月からは単身 340 万円、夫婦 463 万円以上の者（現役並み所得水準に相当）について 3 割に引き上げられた。

††† 補足給付の支給に当たって斟酌する資産要件は、単身で 1,000 万円超、夫婦世帯で 2,000 万円超の預貯金等がある場合である。

ビス事業者」とケアマネジメントを行う「居宅介護（介護予防）支援事業者」を指定する権限を有する。指定・許可の条件等の仕組みは都道府県知事の場合と同様で、指定・許可事業者のサービスは原則としてその市町村の住民のみが利用できる。指定基準、介護報酬は地域の実情に応じて変更も可能とされている。

## (2) サービス提供計画

医療保険の場合、病院や診療所などのサービス提供機関が遍在していることが保険成立の前提である。同様に介護保険も制度発足にあたって“保険あってサービスなし”とならないことが社会からの要請であった。このため、保険制度の整備と並行してサービス供給量の拡大も推進されることとなった。

保険者である市町村は、当該保険事業におけるサービスの提供予定である「介護保険事業計画」（3年1期）を策定する。策定委員会には住民代表が参加し公聴会も開催されるなど、保険料を負担する住民は財源の裏付けのある責任ある提案を求められる。

この計画の内容は、第1に、サービス給付見込み量とその確保方策であり、[給付見込み量×介護報酬×23%]が自動的に第1号被保険者の保険料水準を決定することになる。第2に、地域密着型サービスを提供する施設の種類の必要定員総数であり、既存の定員をオーバーしていれば新規の指定を拒否することができる。これは、医療計画の病床規制に似た仕組みといえよう。

一方、都道府県は、保険者である市町村に対する「介護保険事業支援計画」（3年1期）を定める。その内容は、一市町村を超えた広域的整備を要する介護保険施設の種類の必要入所定員総数である。市町村計画と同様、既存の定員がこれをオーバーしていれば新規の指定を拒否する根拠となる。

## V. 障害者と子どものケア保障

### 1. 福祉ケアの歴史と理念

#### (1) 発生と発展

高齢者、障害者、子どもなど、人の手によるケアを要する者の世話は、貧困家庭や家族のいない人を選別し施設収容して行う場合（例えば生活保護法の保護施設）以外は伝統的に家族が担ってきた。社会の近代化・産業化が進むとともに、たとえ裕福であっても家族が少ないとか、家族がいても仕事や学業で世話ができないといったケースが増えていく。そこで、支援の対象者を資力調査で選別することなく「入所施設や在

宅での日常生活を支える世話」を広く、かつ公的に提供する普遍主義的な「福祉ケア」<sup>†</sup>の仕組みが求められるようになっていく。

日本では、戦災孤児対策として児童福祉法（1947年）、戦傷病者対策として身体障害者福祉法（1949年）が成立したのを皮切りに、精神衛生法（1950年、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に改称1995年）、精神薄弱者福祉法（1960年、知的障害者福祉法に改称1998年）、老人福祉法（1963年）と、各時代の必要に応じて福祉ケアの対象者ごとの縦割りで順次法整備が進み「福祉の普遍化」（対象者の拡大）が進んだ。こうして、福祉ケアは、税財源により政府が給付主体となる点では生活保護と同じだが、資産調査なしに所定の属性を有する人々を広く対象とし、ケアマネジメントを通じて客観的・定型的にサービスを提供する点では社会保険に徐々に近づいていくこととなった。

#### (2) 福祉の価値理念

福祉ケアが公的に、つまり税金を使って提供されることは、どのような思想によって正当化されているのであろうか。

まず、第1は「生存権」である。国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有するというワイマール憲法（1919年）に代表される民主主義憲法によって基礎づけられた法的思想である。これは、社会的弱者が政府や健常者等と対決し福祉の充実を勝ち取っていくというニュアンスの漂う権利闘争の理念で、日本国憲法25条<sup>‡</sup>、「世界人権宣言」（1948年国連採択）、「国際人権規約」（1966年国連採択、1979年日本批准）などに具体化されている。

第2に「等生化」。これはノーマライゼーションの国立国語研究所による訳語である。社会的弱者を施設に隔離せず地域の中で支援し、健常者とともに助け合いながら暮らすことを目指す文化的思想であるとともに、健常者と対等に連帯し、教育、労働、スポーツ、バリアフリー、街づくり等社会生活のあらゆる側面に

† 「福祉ケア」とは、ケア給付のうち高齢者に対する介護以外の障害者や子どもに対する介助、養護等を指し、これを給付する制度全般を「ケア保障」と呼ぶこととする。

‡ 憲法25条（生存権）①すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②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。

参加し改革していく「地域福祉」<sup>†</sup>の推進理念ともなっている。デンマークのN・バンク＝ミケルセンの主張や国連「国際障害者年」（1981年）のスローガンにその発祥を辿ることができる。

第3は「自立支援」。所得の向上や富の増大等の生活の量的側面よりも日常生活における充足感や暮らしやすさ等の「生活の質」（QOL）に注目する点で医学的思想に近いものといえよう。ローマクラブが提唱した『成長の限界』（1972年）や1970年代米国の障害当事者の自立生活運動の中で醸成され、福祉援助技術として応用されながら、従来の日常生活動作（ADL）の改善から対象者の生きる力の形成（エンパワメント）を重視する「自立生活支援」<sup>††</sup>に発展していった。

これらの思想はどれか1つが正しいというわけではなく、重層していずれも有効であり、福祉に関わる多様な局面で、様々な主張の根拠としてやや恣意的に援用されている。保健や医療が科学を基礎とし、あくまでも客観的なエビデンスを重視するのと比べて、福祉はそれぞれの理念から導出される価値形成の実践であって、科学とは一線を画す部分のあることに留意しなければならない。

## 2. 福祉ケア給付の仕組み

### (1) 事業と経営

福祉を事業として展開する場合に従うべき基本ルールを定めるのが「社会福祉法」（1951年）である。同法によれば、福祉ケアとして提供されるサービスには、施設を利用して受けるものと在宅で受けるものがある。施設については、そこを生活の本拠とし衣食住および施設類型毎に異なる介護・訓練・作業等を提供する「入所施設」と、自宅で暮らしながら毎日または定期的に通って施設類型毎の介護・訓練・作業等を提供される「通所施設」とがある。ノーマライゼーション

の普及とQOLの向上という観点から、施策の重心は施設から在宅ケア中心へ、施設ケアの中では入所施設から通所施設中心へ、とシフトしつつある。

このうち、特養、障害者支援施設、児童養護施設等の入所施設サービスは、利用者への影響が大きく経営安定を通じた利用者の保護の必要性が高いため、社会福祉法によって第1種社会福祉事業<sup>†††</sup>として強い規制の下に置かれる。第1種社会福祉事業は、経営主体が行政・社会福祉法人の場合は知事への届出で開始でき、行政・社会福祉法人以外の場合は知事の許可が必要となる。

一方、在宅者へのサービスは多岐にわたる。なかでも、自宅での清掃・調理等の家事援助や入浴・食事時の身体支援を行う「ホームヘルプ」、昼間の施設利用で食事・入浴・リハビリ等を提供する「デイサービス」、介護家族のレスパイト（休息）のため入所施設で短期臨時的に預かる「ショートステイ」が在宅3本柱と呼ばれる。

保育所、高齢者・障害者デイサービス、小規模多機能居宅介護等の在宅サービスは、施設に比べて利用者への影響が比較的小さく公的規制の必要性が低いので、社会福祉法によって第2種社会福祉事業として区分される。第2種社会福祉事業には経営主体の制限がない。つまり、株式会社やNPO法人も知事に届出さえすれば設置・運営が可能ということである。

このように事業者は多様化しているが、社会福祉法は福祉事業の原則的な経営主体を国、地方公共団体または社会福祉法人とする。都道府県は、多くの技術系専門職員を擁して広域的指導や処遇困難事例を担い、（町村域を管轄する都道府県立の）福祉事務所、児童相談所、更生相談所等がその実施部門となる。これに対し、地方分権の建前から、障害福祉、保育等の事務は住民との距離の近い市町村に権限委譲されており、市立福祉事務所や市町村立福祉センター等がそのサービス提供機関となる。

民間で福祉事業を組織的、永続的に行う場合は社会福祉法人が設立されることが多い。憲法89条が公金・公的財産を「公の支配に属さない慈善、教育、博愛の事業」に支出・供用することを禁止しているため、

† 社会福祉法4条（地域福祉の推進）地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

†† 社会福祉法3条（福祉サービスの基本的理念）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。

††† 第1種社会福祉事業には、生計困難者に対する無利子・低利子融資等入所施設を伴わない事業も含まれる。逆に第2種社会福祉事業に住居施設を併設する場合があります。その際は知事への届出事項も詳細なものが求められる。

都道府県知事の認可の他、非営利性に関する厳しい公的規制を課して「公の支配に属」する法人という体裁を取り、その見返りとして公的助成が受けられるとのロジックが採られているからである。このため、社会福祉法人は非営利性担保のため、出資持ち分は認められず解散時の残余財産は他の社会福祉法人か国庫に帰属（そうすれば経営主体は代わっても施設等は地域で永続）する一方、行政が行うべき事業を委託されて実施するので法人税、住民税、固定資産税等が原則非課税とされている。

## (2) 給付と負担

必要な人に必要な福祉ケアを必要なタイミングでデリバリーするための仕組みを給付方式という。福祉ケアに係る社会福祉事業が主に税で運営されることから、給付方式の公平性と効率性はとりわけ重視される。そのいずれをより重視するか、あるいは、何が公平で効率的かについての考え方は時代とともに遷移する。その考え方の枠組みが“措置から契約へ”と移行しつつあるのが給付方式をめぐる近年の動向である。

ここでいう「措置」とは、サービスを要する本人の申請によることなく、行政庁（地方自治体）が対象者の心身、家族、所得等の状況を見てケアの要否と必要量を決定する方式である。ほぼ均一のケアを、予算の範囲内で優先順位の高い人から順次提供できるので、対象者が社会的弱者に限定されケアの供給量も絶対的に不足していた時代には、結果的に低所得者を優先させる役所の運用方針にお墨付きを与えるものであった。しかし、福祉の対象者が普遍化しケアの供給量も増えてくると、施設間に競争がなく、ケアの内容も漫然画的、施設と利用者の関係が非対等などのマイナス面が表面化することとなった。

そこで、サービスの需要者の自由な選択と供給者との対等な関係を前提とする「契約」への転換が企図されるに至る。契約は、保険料と保険給付の交換を前提とする社会保険に馴染む。例えば、保険を通じて提供される医療の給付方式は、患者と病院等との診療契約<sup>†</sup>である。福祉ケアについて、最初に契約方式ないし社会保険が導入された領域が高齢者介護である。介護保険法により、特養入所や在宅3本柱などほとんどのケアの提供が利用者と事業者の間の直接契約（と保険者が支払う介護費の事業者による代理受領）に移行

† 民法上の典型契約である委任契約の一種である。ただし、誰も病院の窓口で受診にあたって契約書を交わしたりはしないので黙示の契約と解される。

した。老人福祉法を根拠に提供されてきた高齢者の福祉ケアの大半が福祉から保険へ給付方式を改めたとみることができる。保険化により保険料という新たな財源を得てサービスの種類と量は飛躍的に拡大した。

次いで、同様の動きが障害者に対する福祉ケアの分野でも起こった。まず、支援費支給方式（2003年）への改正で、当事者とサービス提供事業者との直接契約方式への移行が果たされた後、「障害者自立支援法」<sup>††</sup>（2005年）によりケアマネジメントに該当する身体・知的・精神（発達）障害の障害支援区分や雇用・住宅サービス等の自立支援給付を導入、自立支援医療の負担上限を1割に統一するなど、財源として税を使う点以外は介護保険に極めて相似した仕組みが導入された。実は、介護保険創設の検討段階では、給付対象者（被保険者）に若年障害者を含む構想があったが、障害者団体が消極的<sup>†††</sup>であったため、介護保険は高齢を理由とする介護ケアのみを支給の対象とする現在の形に落ち着いたといわれる。

こうした動きにやや遅れて歩調を合わせたのが児童に対する福祉ケアの分野である。介護保険法制定直後に、親が希望する保育所を選択して市町村に申込み、市町村は可能な限りそれに配慮して措置するという一歩契約に近づいた、いわゆる保育所方式（1998年）に移行した後、障害福祉分野の動向に影響を受けつつ「子ども・子育て支援制度」（2015年）が成立した。これにより「認可保育所」「幼稚園」「認定こども園」「地域型保育」の利用に関し、統一的視点から幼児教育・保育給付が支給されることとなった。

しかし、障害者の福祉ケアも児童の福祉ケアも財源は依然として税であり、国1/2、都道府県1/4、市町村1/4で分担する。ただし、収入に応じた利用者負担がある。障害者の自立支援給付の利用者負担は、稼得所得に応じた応能負担だが、障害者総合支援法では上限1割の定率負担があり保険の窓口負担のような応益負担に近い。しかし、給付の本体は保険のように定型化されておらず、利用する在宅・施設サービスの種類ごとにニーズや給付量を対象者一人ひとり個別に市町村が客観的に認定する。こうしたきめ細かさや税財源

†† 後に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（2013年）に改称され、「障害者総合支援法」と通称されている。

††† 障害者の生存権は国家責任つまり税財源で充たすべきこと、保険になれば毎月の保険料負担やサービス利用時に施設等窓口での自己負担が生じること、などがその理由とされる。

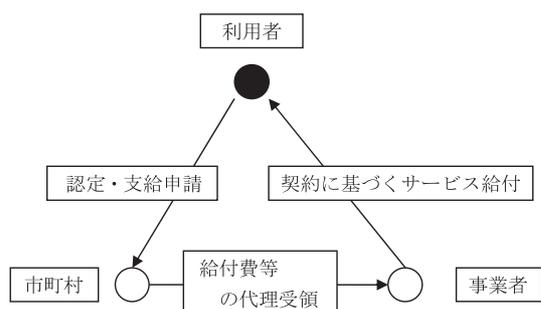


図7 契約方式によるサービス提供

である点は生活保護との類縁を思わせる。また、幼児教育・保育給付の利用者負担については、消費税の8%から10%への引上げ（2019年）により、3～5歳児はすべて、0～2歳児は住民税非課税世帯のみ無償化（認可外保育所、幼稚園の預かり保育、ベビーシッター等は月3.7万円または4.2万円までを上限として無償化）された。

措置から契約への給付方式の転換により、利用者と市町村と事業者（ヘルパー派遣会社や各種の入所・通所施設）の相互関係は図7のように整理される。契約の普及により昔ながらの措置制度の対象は、乳児院、児童養護施設、児童自立支援施設、養護老人ホーム、婦人保護施設、生活保護施設への入所に限られることとなった。

### 3. 福祉ケア提供体制<sup>†</sup>

#### (1) 施設

障害者の福祉施設としては、①身体障害者対象の肢体不自由者・視覚障害者・聴覚言語障害者・内部障害者更生施設、身体障害者療護施設、授産施設・福祉工場、点字図書館、盲導犬訓練施設、②知的障害者対象のデイサービスセンター、授産施設・福祉工場、通勤寮、③精神障害者対象の生活訓練施設、福祉ホーム、入所・通所授産施設・福祉工場、地域生活支援センター、グループホームなどがある。施設類型は、対象者の障害特性や提供するサービスの専門性に応じて細分化されている。この傾向が行き過ぎると、利用者の周囲に施設が立地しない、対象が限定されすぎて定員が埋まらない、専門スタッフの確保ができない、といった問題を生じる。

† 厚生労働省「社会福祉施設等調査」（2018年）による。社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士については2020年4月現在の登録数。財政については2019年度の数値。

ノーマライゼーションの観点からはできるだけ在宅で生活することが望ましいが、専門家による支援、介護、訓練等を集中的に受ける必要のある者、重度で在宅が困難な者等に対しては、暮らしの場（入所施設）を提供し、障害の特性に配慮した衣食住（車椅子で自由に動け視覚障害者にも安全な居住環境、栄養管理された食事、清潔な衣服など）と訓練された指導員による日常生活支援・介護を提供する必要がある。

子どものための福祉施設としては、乳児院、児童自立支援施設、児童養護施設、知的障害児・自閉症児・盲児・聾唖児・肢体不自由児・重症心身障害児施設等があるが、最も普及しているのは「保育所」（施設数27,951ヶ所、定員272万人）である。保育所は、保育を必要とする乳児・幼児を日々保護者の下から通わせて保育士による保育を行う施設で利用定員20人以上のものをいい、一定の基準に合致したものが都道府県知事等により認可される。

当初、保育所は親が働きに出ていて他の家族による保育も受けられない「保育に欠ける」<sup>††</sup> 児童を市町村が入所措置する福祉施設として低所得家庭の児童が主な対象とされたが、1970年代半ば頃から共稼ぎ家庭が増えてニーズが普遍化したため、公選される首長の公約によって公立保育所が増設された。近年は運営費補助の削減によって徐々に民営化が進んでいる。全国的には少子化もあって収容定員は足りているとされるが、女性の就労意欲の高い都市部では待機児童<sup>†††</sup>も少なくない。

#### (2) 人材

福祉分野の専門資格には、次のように多様な職種がある。

① 相談助言関係では、ソーシャル（ケース）ワーカー、生活指導員等の職名で市町村の福祉担当課、福祉事務所、社会福祉協議会（社協）、福祉施設での相

†† これに対し「認定こども園」は、共稼ぎや片稼ぎなど親の働き方に関わらずすべての子どもが利用できる、保育と教育を一体的に提供する幼保一元化施設で2006年に創設された。かつては手続が煩雑なため普及していなかったが、子ども・子育て支援制度において都道府県知事等による認定や給付が一本化された。

††† 全国で約1.7万人（厚労省推計2019年4月現在）。待機児童が多い地域で認可保育所や認定こども園が整備されるまでの間のニーズや、逆に子どもが減って認可保育所等が維持できない地域のニーズに弾力的に対応できるものとして、小規模保育（定員6～19人）、家庭的保育（定員1～5人）、訪問型保育、事業所内保育などの「地域型保育」が展開されている。

談・援助に従事する「社会福祉士」(約25万人)、ケアマネジャー等の職名で市町村、在宅介護支援センター、老人福祉施設での相談・介護計画作成に従事する「介護支援専門員」(2018年10月現在の実務研修受講試験合格者約67万人)などの資格がある。

② 介護や保育ケアの専門家としては、ケアワーカー、寮母等の職名で市町村の福祉担当課、社会福祉協議会、地域包括支援センター、老健施設、障害者施設での介護・指導に従事する「介護福祉士」(約175万人)やホームヘルパー等の職名で市町村の福祉担当課、福祉事務所での身体介護・家事援助に従事する「訪問介護員」(厚労省2012年調査約46万人)、保母、保父等の職名で保育所、乳児院、児童養護施設、障害児施設、児童館での保育・養護に従事する「保育士」(約39万人)といった資格がある。

③ 医療と福祉をつなぐ職種として、精神科ソーシャルワーカー等の職名で精神科病院、精神保健福祉センター、保健所、社会復帰施設での相談・援助に従事する「精神保健福祉士」(約9万人)のほか、病院、老健施設、身障者・老人福祉施設での理学運動療法、生活活動療法に従事する「理学療法士」「作業療法士」の資格がある。

### (3) 財政

2019年度の国の一般会計歳出101.5兆円(100%)のうち、「社会保障関係費」34.1兆円(33.6%)は支出額1位<sup>†</sup>である。その主要内訳は、医療・年金・介護等の保険給付費が27.1兆円、社会福祉費4.1兆円、少子化対策費2.3兆円、保健衛生対策費0.4兆円等となっている。主な財源は、使途を限定せず広く国民から徴収する租税<sup>††</sup>62.5兆円(61.6%)および租税と歳出との差額を補うための借金である公債金32.7兆円(32.2%)である。

地方自治体も国と同様、歳出ではそれぞれに民生費や衛生費を計上し、歳入では住民税や事業税等の地方税を課税し、借金である地方債を発行する。

高齢社会の進展と経済の低成長化に伴って2010年代に行った「税と社会保障の一体改革」の後、2025

年度までに、国債費(当年度に返済する元本と利子)以外の歳出(政策経費)を当年度の公債金以外の歳入(税収等)で賄う「基礎的財政収支」(プライマリーバランス)の黒字化を達成することが国の財政健全化目標とされている。こうした段階を踏んで、2020年度末には906兆円、対GDP比159%(財務省推計2020年度末)に上ると財務省が見込む国債残高<sup>†††</sup>を徐々に減らしていくこととされているが、景気対策、災害対策、感染症対策など大規模な財政出動を要する課題は後を絶たず、財政健全化への道筋を展望することは容易ではない。

## VI. 課題と展望

### 1. 福祉経営の公私分担

日本の保健サービスは、主として保健所・保健センターなどの行政機関が税財源により提供している。これに対し、医療サービスは、旧国公立病院のほとんどが機構化<sup>††††</sup>される中で主として民間病院・開業医によって提供されている。そして、福祉サービスは、両者の折衷形態(公私ミックス)をとる。

金銭給付の財源は税であるから、その給付実務が行政機関によって公的に取り扱われるのは自然である。ケア給付についても本来は行政機関が税財源によって供給していたが、財政制約下での福祉の普遍化に伴い、供給量の拡大を図るため社会福祉法人やNPO、一部では株式会社などの民間主体が提供者として比重を増している。それが社会福祉法人の内部留保の拡大、福祉事業への営利性の混入、保育所や特養の待機者の増大などの課題に繋がる恐れもある。これらが国の生存権確保義務(憲法25条2項)との関係で公的責任の無際限の縮小ないし放棄という疑義を生じないのか、今後いずれかの時点で再検討を迫られるであろう。

とりわけ施設におけるケア給付については、その量的整備と併せてケアそのものの質的向上が課題である。入所者の高齢化に伴って重度化・認知症化が進んでいるため、生活活性化のための離床促進とリハビリテーションの拡充、複数献立、夜間入浴、おむつの随時交

† 国の支出額の2位は、「国債費」23.5兆円(23.2%)、3位「地方交付税交付金」16.0兆円(15.8%)、4位「公共事業費」6.9兆円(6.8%)、5位「文教科学振興費」5.6兆円(5.5%)、6位「防衛費」5.3兆円(5.2%)の順となる。

†† 国の税収額の1位は、「所得税」19.9兆円(19.6%)、2位「消費税」19.4兆円(19.1%)、3位「法人税」12.9兆円(12.7%)の順となる。

††† 地方自治体分も含めた政府部門の長期債務残高は1,125兆円(対GDP比197%)。

†††† 民間への売却と並ぶ民営化の一手法で、病院の開業者が、旧国立病院は国立病院機構、公立病院は各自治体病院機構、国立大学医学部付属病院は国立大学法人という特別に創設された法人に移管され、将来的には完全な独立採算、職員の非公務員化を求められる。

換など寝たきり防止へのきめ細かい個別援助や感染症予防、ターミナルケアなど医療的対応の必要性が高まっている。こうしたケア自体の質の引き上げに加えて、生活の場としてのプライバシーや自己決定の尊重のための個室化、施設運営に関する情報開示による透明性の確保、オンブズマンの導入などのケア周辺の環境整備も急務である。

役割を増しつつある民間主体が今後こうした複雑多様な課題を効果的に解決していけるかが問われる。特に、情報化が進むこれからの福祉現場でデジタル・トランスフォーメーション（DX）が求められるとき、社会的に弱い立場にある要支援者の人権に十分に配慮しつつ一般企業と同様の迅速な対応は可能であろうか。福祉経営もテクノロジー抜きに語れない。

## 2. バリアフリーとテクノロジー

施設の外の社会において、社会的弱者が収入を得るための仕事の得られること、建物・交通機関で車椅子を使って容易に移動できること、買い物や世事について情報が容易に得られることは、地域におけるノーマライゼーションの基盤である。よって、雇用・移動・情報の機会均等という社会環境面のバリアフリー化が大きな課題となる。

このため「障害者の雇用の促進等に関する法律」（1960年）では、企業は2.2%、官公庁は2.5%（教育委員会は2.4%）の割合で障害者を雇用しなければならないという法定雇用率が定められており、未達成企業（常用労働者100人超に限る。）は不足1人当たり月額5万円の納付金を徴収される。また、移動を容易にする建物・交通バリアフリーの面では、病院、劇場、百貨店、ホテル、鉄道駅、空港、バスターミナル等におけるスロープ、エレベータ、誘導・警告床ブロック、障害者用トイレの設置や障害者向け公営住宅の設置、列車・航空機運賃や高速道路料金の障害者割引、低床バスの導入促進などが進められている。さらに、情報環境については、場面や登場人物の動きを解説する音声付き・字幕付きテレビ放送、病院受診や役所訪問時の手話通訳派遣、自治体広報の展示・録音テープ化などの対策が講じられている。

しかしながら、いわゆるハートビル法等<sup>†</sup>の法的枠

†「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」（1994年）のこと。その他、「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律」（2000年）、「身体障害者<sup>†</sup>

組みは整ったものの、遍くアクセスが可能とは言い難い実情にある。こうした現状を打開する1つの手立てとして科学技術に期待が集まる。「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」（1993年）が制定され、介護保険法（1997年）による福祉用具貸与・販売が普及して以来、ギャッチベッド、電動車椅子、緊急通報システム、ハウスオートメーションなど障害者や高齢者の不便さや不自由さを軽減・克服する技術開発は福祉の領域でも盛んになっている。しかし、21世紀に入っても、プライバシーが侵害されず障害者や高齢者というユーザーにフレンドリーなITの活用についてはまだその緒に就いたばかりである。

また、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃瘻等を使用し、たんの吸引等の医療的ケアが日常的に必要な子ども（医療的ケア児）の数は2万人に迫るといわれている。このように医学や医療技術の進歩とともに助かる命が増え、これらの方々に対するケアの量と質両面での不足を顕在化させている。

さらに、近年、地震・水害等自然災害が頻発する中で、災害弱者の福祉という観点からも科学技術の福祉分野への応用が急がれる。そうした積み重ねが近年各地で取り組まれている“福祉のまちづくり”に繋がっていくのではないだろうか。

## 3. パンデミック後の福祉社会

テクノロジーがいかに発達しても人の手によるケアがすべて不要とされる時代は当面来ないであろう。高齢化・重度化により福祉サービスの需要は増大するが、少子化<sup>††</sup>によりサービスの担い手は不足する。福祉の分野ではともすれば従事者の献身・熱意・人格を奇貨として厳しい労働環境の改善が遅れがちであった。このため、福祉専門職の国家資格化による養成の促進・高度化が図られた。

また、「社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当共済法の一部を改正する法律」（1992年）による福祉人材確保指針の策定、福祉人材センター・福利厚生センターの創設によって求職登録・無料職業紹介、

の利便の増進に資する通信・放送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律」（1993年）等も制定された。

†† 少子化対策を金銭給付（児童手当の拡充等）やケア給付（保育所の定員増等）で行う現在の政府の方針は、私見ではいささか無理筋のように思えるが、この問題にここではこれ以上立ち入らない。

講習会・研修，給与・勤務時間，福利厚生など福祉専門職の労働者としての待遇改善が図られてきた。しかし，福祉現場は8割以上を女性が占める職場であることから，育児休業・保育サービスの普及拡大が求められる。今後は男性職員のさらなる参入も望まれることから，保母・寮母といった呼称が保育士・介護職員に改められた。

介護労働力不足は現在，東南アジア諸国とのFTA（自由貿易協定）の枠組みを活用した人材育成協力<sup>†</sup>で対応されつつあるかに見えるが，パンデミックが終息した将来においては欧米諸国のように移民労働者として受け入れるかどうかの決断を迫られるであろう。

パンデミックは，ケア給付のみならず金銭給付の福祉基盤にも影響を与える。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行下の生活維持策として特別定額給付金<sup>††</sup>が支給されたことから，アフターコロナ社会での「ベーシックインカム」に再び注目が集まること予想される。アメリカでは2020年の大統領選挙での（目立たないが）争点の1つであった。ベーシックインカムは，財源，支給額，所得制限等の制度設計に様々なバリエーションがあるが，政府がすべての国民に無条件で最低限の生活に必要な金銭を定期的に支給するという点で共通している。

確かにベーシックインカムは，少子化対策やワーキングプア対策など従来施策の狭間に落ち込んだ課題をすくい上げる反射的効果は期待できるかもしれない。しかし，最大の論点は財源と現行制度との接続である。ベーシックインカムを支持する新自由主義の立場からは，基礎年金，生活保護，雇用保険，社会手当，傷病手当金等あらゆる所得保障や公共事業を縮小でき，小さな政府が実現できることが最大のメリットとされる。この点，福祉サイドは十分な警戒を要する。社会保険料の半分を負担する経済界が導入に賛成して現行の社会保障体系を崩せば，企業負担を伴う社会連帯の仕組みを再構築することは二度と再びできなくなるであろ

う。

これから多角的に再構築されるであろう金銭・ケア給付制度の福祉基盤への実装化に当たっては，超長期的かつグローバルな視点が欠かせない。「持続可能な開発目標」（SDGs）<sup>†††</sup>が掲げる17項目の内，第1は「貧困をなくす」，第2は「飢餓をゼロに」，第3は「人々に保健と福祉を」である。これらの目標が専ら途上国向けのものだと解することは誤りである。なぜなら「一つの国が文明国家であるかどうかの基準は（中略）ただ一つしかない，それは弱者に接する態度」（『方方日記』2020年2月24日）だからである。

#### 参考文献

- 池上直己，医療・介護問題を読み解く。東京：日本経済新聞出版社；2014。p.181-229。
- 江口隆裕，「子ども手当」と少子化対策。東京：法律文化社；2011。
- 井原圭壮・藤原正範 編著，日本社会福祉史。東京：勁草書房；2007。
- 大山典宏，隠された貧困～生活保護で救われる人たち～。東京：扶桑社；2014。
- 小田泰宏，日本の高齢者像。藍野学院紀要 2008；22：43-54。
- 小田泰宏，日本の社会保障。藍野大学紀要 2018；30：1-17。
- 小田泰宏，日本の保健政策。藍野大学紀要 2020；32：1-22。
- 権文善一，社会保障の政策転換。東京：慶應義塾大学出版会；2009。
- 厚生省五十年史編集委員会，厚生省五十年史。東京：厚生問題研究会；1988。
- 厚生労働省編，厚生労働白書 平成30年版。東京：日経印刷；2019。
- 厚生労働統計協会，国民の福祉と介護の動向 2019/2020。東京：厚生労働統計協会；2019。
- 国立社会保障・人口問題研究所，日本の将来推計人口（平成25年1月）
- 佐藤俊樹，不平等社会日本 さよなら総中流。東京：中央公論新社；2000。
- 社会福祉法規研究会監修，社会福祉六法 令和2年版。東京：社会保険研究所；2019。
- 社会保険研究所，介護保険制度 改正点の解説。東京：新日本法規出版；2005。
- 白波瀬佐和子，日本の不平等を考える。東京：東京大学出版会；2009。
- 総務省統計研修所，日本の統計 2015。東京：総務省統計局；2015。

† インドネシア（2008年度～），フィリピン（2009年度～），ベトナム（2014年度～）からの外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れは，日本国内の労働力不足への対応ではなく，相手国からの要望による経済分野での連携強化の一環とされているが，累計受入数は6,400人以上に上っている（2019年8月末現在）。

†† 「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」（2020年4月20日閣議決定）に基づき，感染拡大防止に留意しつつ簡素な仕組みで迅速かつ的確に家計への支援を行うため，約13兆円（国民1人につき10万円）の補正予算が計上された。

††† 2015年9月の国連総会で採択された『我々の世界を変革する：持続可能な開発のための2030アジェンダ』という文書で示された2030年に向けた具体的行動指針で，17のグローバル目標と169の達成基準から成る。

- 中垣陽子. 社会保障を問い直す 年金・医療・少子化対策. 東京：筑摩書房；2005.
- 野村陽子編. 最新保健学講座 6 保健医療福祉行政論. 東京：メジカルフレンド社；2004.
- N. バー. 菅沼隆監訳. 福祉の経済学——21世紀の年金・医療・失業・介護. 東京：光生館；2007.
- 広井良典. ケア学 越境するケアへ. 東京：医学書院；2004.
- 広井良典. 持続可能な福祉社会. 東京：筑摩書房；2006.
- 堀勝洋. 年金の誤解. 東京：東洋経済新報社；2005.
- 増田雅暢. これでいいのか少子化対策. 東京：ミネルヴァ書房；2008.
- 松谷明彦. 「人口減少経済」の新しい公式. 東京：日本経済新聞社；2004.
- 三好春樹. 生活障害論. 東京：雲母書房；1997.
- 三好春樹. 介護覚え書. 東京：医学書院；2005.
- 棕野美智子・田中耕太郎. はじめての社会保障 第17版. 東京：有斐閣；2020.
- 山崎美貴子・村川浩一他. 社会福祉基礎. 東京：実教出版；2004.
- 吉田眞理. 社会福祉の制度と法律. 東京：青踏社；2015.
- 老人保健福祉法制研究会編. 高齢者の尊厳を支える介護. 東京：法研；2003.