

[Article]

## Theoretical Aspects of the Social Security System in Japan on Spatial and Temporal Axis

Yasuhiro Oda\*

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

### Abstract

We live at our own risks in the modern liberal society. Social security system is ordered as well as allowed to edge into our everyday life only when common hardships and difficulties occur. In case of diseases or health problems concerned aging, age- or gender-related discrimination, poverty caused by any natural disasters or the global economic stagnation etc., no one should be necessarily required to take full responsibility of them. This statement might not claim to be evidence-based but it could be generally persuasive.

When we analyze the theoretical aspects of social security schemes in Japan with this value-oriented standard, it will be distinctly described and classified in some patterns along with its institutional structure and function. Three types of benefits i. e., medical treatment, daily living care and supplemental income are provided through by three ways of delivery route i. e., social insurance, public assistance and social welfare. This makes us possible to evaluate the financial efficiency in accordance with the institutional ends and means.

In a historical point of view, the framework of our value standard mentioned above will also give us clearer anticipation and better understanding of the future directions of the social security system under the progress of population-aging combined with diminishing number of children in the midst of Japan's low growth economy. Every social security reform initiative must be based upon the new developmental stage which precisely reflects the demographical and socio-economical change of Japan.

**Key Words** : liberalism, value-oriented standard, structural and functional analysis, decreasing birthrate and aging population, social security reform

# 日本の社会保障

—— 空間軸と時間軸に沿って ——

小 田 泰 宏\*

## 【要 旨】

社会保障は政府による市民生活への直接介入を伴うから、自由主義的な社会では政府の関与を正統化する価値観が共有されていなければならない。この価値観の日本における表現は「誰にでも起こりうることであって個人に責任を帰することができない、人々に共通の苦痛は公共的に軽減・排除すべきである」と要約できる。この視点から、わが国の社会保障制度のメニューとそれぞれの目的・手法などの構造面およびその個人・家計・経済・社会に対する役割、給付規模と財政負担などの機能面について整理分析する。すると、こうした構造・機能が形成されるに至った歴史的経過の中で、少子高齢化の進展、低成長経済への移行という社会環境の文明史的变化が社会保障にどのような影響を与え、従来の制度設計思想からいかなる方向へ適応・進化させていきつつあるか、について一望俯瞰的に展望することができる。

キーワード：自由主義，価値観，構造機能，少子高齢化，定常経済，制度設計

## I. 暮らしと社会保障 —— 問題と視角

### 1. 日常生活の体系と循環

社会保障のあり方は、それが働きかける対象である「人々の日々の暮らし」（以下「日常生活」という。）の生理（physiology）と病理（pathology）に規定される。社会保障の理論化に先立って、まず私たちの身の回りの普段の暮らしへの最も基底的な視座を設定する作業を要する。われわれが毎日を即自的（an sich）に過ごしているために通常意識しない日常生活そのものを検討の俎上に載せられるよう、これを対自化（für sich）して認識しなければならないからである。

日常生活は、生きがいや働きがいといった人生の意義目的、家族愛や友情といった人生の喜怒哀楽のよう

な「意味の世界」（cosmos）に満ちている。何に喜びを見いだし、何を悲しむかは個々人の世界観や人生観の問題である。そうした個人的・主観的なことがらは、社会科学的な価値自由（wertfrei）の立場からは考察の対象になりにくいとされる。そこで、こうした側面を捨象して、日常生活の最大公約数を最も即物的（sachlich）に表現するならば、「日常生活とは生きる上で必要な物資・サービスを生産して消費することの繰り返しである」と要約される。

例えば、図1にみるように、職場に行って働くということは労働力を消費することであり、同時にそれは社会が必要とする生活手段たる財・サービス（食料、衣料、住宅、交通、医療、介護等）を生産することでもある。そして、市場に流通したそれらの生活に必要な

\* 藍野大学医療保健学部看護学科

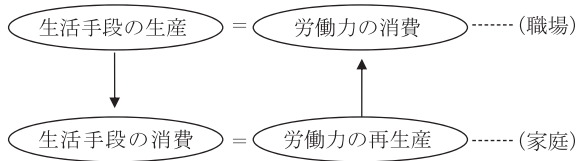


図1 日常生活の体系と循環

な財・サービスを購入して家庭で消費するということは自宅での食事や休養であり、同時にそれは明日の労働力を再生産することと同義でもある。

このように、日常生活は、微視的に眺めると、空間的には体系 (system) をなし、時間的には循環 (cycle) を続けていることがわかる。そこで次に、こうした日常生活のホメオスタシス、つまり生理状態が何らかの理由で病理現象を呈する時に、その回復のために、例えるならば治療行為 (surgery) としての公共政策が要請される事情を探っていくこととする。

2. 生活障害とその解決 —— 公共政策の析出

いま、日常生活を巨視的な視野から動的に眺めてみよう。日常生活が平穏に過ぎている間は意識されないが、ライフサイクルまたはライフステージの諸局面・諸段階にあって、人間には高齢、幼少といった脆弱な状況にある時や傷病、廃疾、失業、貧困といった困難 (生活障害) に見舞われる時を経験する。日常生活は不安・危険・不能といった程度の差を伴った多種多様な生活障害と隣り合わせになっているとすることができる。

生活障害の状態から元の健康な体系・循環に戻すことは、自由主義社会では基本的には自己責任 (私的自治) に委ねられている。しかし、幼老傷病や天災・社会変動などは誰の責任でもなく、万人が陥る可能性のある生活障害である。これを協働して社会的に解決することが正義・公平に適い、効率的である場合もある。ともに助け合って対処すれば、危機からの脱出は個別に対処するより容易となる可能性が高いからである。

ここに、生活障害からの復旧・回復を、私的自治の原則にもかかわらず社会公共に求めるニーズが発生する。このうち政府が公共政策として解決すべきものが行政需要であり、これを具体的に満たす装置が政府である。以上の関係を図2に示す。行政需要を充足する機関たる現代の政府形態は、西欧史という時間軸の中で特殊に形成され、また民主政という空間軸の中で一定の政治的意味を帯びる。

第1に、公共政策の担い手である政府を時間軸に沿って位置づけてみる。近代産業資本の成長期にお

る政府のあり方は、F. ラッサールによって批判的に「夜警国家」と名付けられたものであった。これは「市場経済」を担う「市民社会」が国家の介入を嫌う「自由主義」を標榜するからである。これがA. スミスのいわゆる「神の見えざる手」に委ねる「自由放任」(laissez-faire) の体制である。

やがて、資本主義が成熟していく過程で、労働者の貧困、都市生活の環境劣化、社会主義勢力の台頭、国民国家の帝国主義的対立に起因する世界大戦を経て、政府の社会経済への介入が逆に積極的に容認・要請されるようになる。当初、夜警国家へのニーズは、司法、国防、警察等の公共財 (public goods) の供給にとどまったが、世界大戦を経て、民主主義の発達した現代の福祉国家では国民生活の安全と安心の保障も政府が対処すべきニーズとされることとなった。「福祉国家」の登場である。この段階の経済体制を「混合経済」、社会状況を「大衆社会」、政治経済思想を「社会民主主義」という。表1は、国家・経済・社会・思想の各レベルでの近代と現代の対比を示す。

第2に、現代の政府機能の社会における空間的位相を確認する。政府活動は、市民・団体等からの要望や期待がニーズとしてインプットされ、政治過程における一定の選別と加工を経て各種の政策がアウトプットされ、それに対する支持・不支持が政府にフィードバックされる一連の動態である。

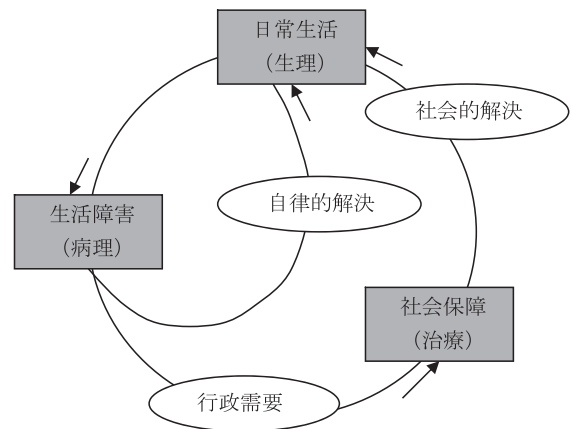


図2 日常生活からの社会保障の析出

表1 近現代の国家観とその背景

	近代	現代
思想	自由主義 (liberalism)	社会民主主義 (social democracy)
社会	市民社会 (civil society)	大衆社会 (mass society)
経済	市場経済 (market economy)	混合経済 (mixed economy)
国家	夜警国家 (night-watch state)	福祉国家 (welfare state)

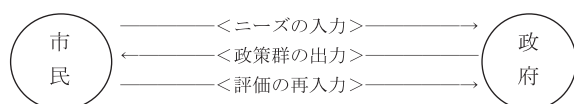


図3 ニーズと公共政策の相互作用

この観点からは、出力された公共政策を「家庭や地域において市民間で自己解決できない問題状況がある場合、当該社会が共有する価値理念（規範または基準）を適用して対処すべきか否かの価値判断を行い、これにパスした問題のみの解決を図る手段・手法のパッケージ」と定義することができる。この関係をモデル化したものが図3である。

### 3. 社会保障をみる理論的視座

このように社会に内蔵された、日常生活の原状への復原装置 (built-in stabilizer) の1つが公共政策としての社会保障にはかならない。そのあるべき範囲と内容は、市民社会または納税者 (taxpayer) の価値観により決定される。この価値観こそが社会保障に何を求め、また許すのかを決する拠り所となる。これは人々の奉ずる信念とそれが体系化された価値理念 (世界観) に深く依存するから、客観的な正解を得られない問題状況である。

そこで、次節IIでは、自己責任が原則の社会における社会保障の存在理由 (raison d'être) を理解するため、社会保障を正統化する価値理念を人々の日々の暮らしの中から抽出して仮説の形で提示する。次いで、この価値理念によって基礎づけられた社会保障の全体としての制度的枠組み、すなわち「構造」(structure) を解析する。

IIIでは、この構造が経済社会の中で果たす「機能」(function) を明らかにした上で、その機能を生み出すエンジンである資金の流れとその負担について扱う。以上が現代日本という空間内での社会保障理解の試みである。

これに対し、IVからは時間軸に沿って社会保障を分

析していく。まず、社会保障の発生と発展を近代の欧米の歴史に探る。続いて、欧米の制度を継受しその影響を受け続けた明治以降平成の今日に至るまでのわが国における展開を跡づける。

その時間軸の先端が現在である。現状を分析し将来を展望するVでは、現代日本が直面する少子高齢化の進行、低成長経済への移行というトレンドの中にあつて、社会保障が今後進もうとしている道筋について考察する。

IIからVまでの4つのパートの相互関係は2つの補助線によって図4のとおり整理できる。横の線は時間軸 (temporal axis) で、矢印は過去から現在・未来への経過、つまり原因-結果系列 (因果律) を示す。縦の線は空間軸 (spatial axis) で、矢印は一定の機能が想定どおり作動することによってある理念・目的が現実化すること、つまり手段-目的系列 (逆因果律) を示す。両軸の交差する位相において現在の社会保障をめぐる諸現象が生起している。

## II. 社会保障の理念と構造

### 1. 社会保障を支える価値理念

社会保障の必要性とそのあるべきコンテンツを定める基準・規範をめぐっては、おおむね3つの考え方があつる。

第1は「客観論」、すなわち価値規範をできるだけ論理実証的に定義しようとする立場である。例えば、20世紀初頭英国のウェッブ夫妻が提唱した「ナショナルミニマム論」や1970年代日本の革新自治体における「シビルミニマム論」などは統計指標を活用して、国民 (市民) 生活最低保障水準を客観的 (統計的・科学的) に記述しようとする試みといえよう。しかし、健康福祉のあるべき程度については、個々人の意識差が極めて大きいため数量化に馴染まない。社会保障が実現すべき水準や果たすべき役割について万人が納得できる合意形成に至ることは稀である。

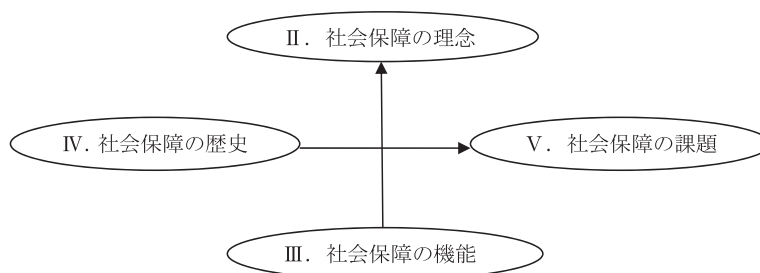


図4 本稿各節の構成

第2は「正義論」、すなわち哲学史上の「平等」(equality)、「公正」(justice)、「連帯」(solidarity)といった概念を媒介として、社会保障を社会正義(social justice)や社会善(social goods)に適うものとする立場である。しかし、上記概念には、「自由」(freedom)、「効率」(efficiency)、「自助」(self-help)というそれぞれの対抗概念があり、そのいずれを重視するかは論者の主観、つまり認識ではなく信仰または神話に近い価値判断に立脚する。よって、相互に対立しがちなこれら価値観に折り合いをつけ、制度に落とし込んで制度設計思想として実装するには多大な実務的困難<sup>†</sup>を伴う。

第3は、いわば「逆-正義論」、すなわち“何が非-福祉か”“幸福の拡大より不幸や理不尽な苦しみの減少が急務”という考え方は間主観的(inter-subjective)に人々の合意を得やすいという経験主義(empiricism)の観点から、不正義(social injustice)や社会悪(social bads)の克服を社会保障の任務とする逆転した功利主義(utilitarianism)の立場<sup>††</sup>である。この発想からは、社会保障を含む政府活動の対象として社会に受け入れられるエリアを区切る理念を「個人の『責任』によらないことから生じ、かつ、誰もが陥る可能性のあることから生じる『苦痛』(非福祉)を排除すること」と表現しうる。その現実適用例としては、社会保障制度審議会社会保障将来像委員会報告(1993年)が、社会保障の役割について「国民の生活の安定が損なわれた場合に、国民にすこやかで安心できる生活を保障することを目的として、公的責任で生活を支える給付を行うものである」と定義したことが挙げられる。したがって、社会保障の基層に流れる通奏低音は、前向きに積極的価値を創造していく顕教的マニフェスト(exoteric)というより、生活の困難を除去・解消しようとする謙抑的・週及的な密教的テクノロジー(esoteric)の響きがある。

† たとえ資源配分が最も効率的な「パレート最適」(誰かの便益を増やそうとすると必ず他の誰かの便益が犠牲になる)状態であっても、他者との比較における不満である「相対的剥奪」の発生を防げないから。

†† この立場から導かれる、政府活動を正当化するための価値原理は、近代リベラリズムの持つ所有権の絶対と契約の自由(自由意思と選択の自由)、その反面としての個人責任の重視(私的自治と過失責任主義)に馴染みやすい。その現実への応用は、K. R. ポパーの「漸進的社会工学」(piecemeal social engineering)として体系化された。

## 2. 実装化のための概念操作

このように、政府活動の対象として社会保障が市民に受け入れられ正当化される理路を記述したが、これを一義的明確な形で現実に落とし込むにはさらなる深掘りを要する。

第1に『責任』の定義についてである。“誰に対するどのような性質の責任か”検討の余地がある。例えば、不摂生や不注意に起因する自業自得な傷病も仲間が拠出した健康保険料で治療すべきか、賭博や飲酒に溺れた生計破綻者の暮らしを他者が負担した税が財源となる生活保護で救済すべきか、という問にどう答えるのか。

健康保険の場合、保険者による第三者行為求償<sup>†††</sup>という制度があるように、原理的には社会保障の救済対象外といえよう。しかし、現実にはこのように苦痛と本人の責任の間に因果関係のある場合であっても、一律救済を優先して制度運用の経済性が重視される。責任の中身を公平に判断するには時間も手間もかかるからである。よって、このことは制度設計レベルの問題で価値理念に影響しない。生活保護の場合は、自己責任原理が貫徹せず社会保障に本来馴染まない前近代的、治安維持的な側面が制度そのものに内在している。また、「たかり屋」(free-rider)によるモラルハザードが常につきまとうため、保護の現場では救済対象の選別厳格化が自動的に随伴する。

第2に『苦痛』の定義についてである。“救済すべき社会的な苦痛とは何か”検討の余地がある。苦痛といっても極めて漠然・多様で一様たりえない。例えば容姿に関する悩みのように遺伝的に決定されたことから生じる苦痛も社会的解決の対象たりうるか、という問にはどう答えるのか。

確かに、これを個人の責任に帰することはできないが、誰もが共通に陥るわけではない個人の人生観の領域に属する一身専属的な苦痛にとどまり、社会的広がり認め得ない。社会的広がりのある苦痛とは、誰もが共通に直面している生活上の不安・危険・不能や時代の変化、技術革新に伴って登場した苦痛(例えば、新興感染症、いじめ、過労死、テクノストレスなど)

††† 交通事故等、第三者(加害者)の不法行為によって生じた保険給付について、保険者(市町等)が立て替えた医療費等を加害者に対して損害賠償請求すること。健康保険法64条1項、介護保険法21条1項、高齢者の医療の確保に関する法律58条1項などが実定的に規定する。

をいい、これらは社会連帯によって克服されて然るべきである。克服の例としては、医学の進歩による結核制圧、ニューディール政策による雇用創出などがある。

第3に、上記2つの概念操作において日本的な傾向を指摘することができる。『苦痛』があること自体は目に見えやすく他者も共感しやすいので、これを否定することには心理的抵抗が伴う。例えば、財政制約からすべてのニーズに応えられないような場合でも、切実に要求する側への同情から財源論抜きに政府出動が主張されやすい。

かたや『責任』の範囲が操作されるのは、税による救済が感情的に是認しにくいような場合であって、マスコミ等では無意識的に自己責任を拡大する言説がみられる。例えば、エイズ流行初期には、病気天罰説が復活したり、個人の趣味嗜好に起因する困窮は公的に救済せずといった同性愛者への差別偏見が表面化したりした。また、山岳会の冬山遭難事故や2004年のイラク邦人人質事件では、関係者の自己責任が強調され“税金で助けるのか”との非難が起こった事案が想起される。

以上、『責任』と『苦痛』という概念を制度に実装化する際の技術的課題のいくつかを例示した。また、価値理念によって政府の活動範囲にあるとされたすべての政策を政府自らが行うか、民間に委託するかはニーズの量と財政状況に依拠する同じく技術的問題である。

### 3. 価値理念による制度体系化

以上の価値理念を前提にしたとき、現代日本の社会保障制度は、困難に遭遇して傷み、危機に瀕した生活の回復のために公助または共助として提供される給付(benefit)の種類と給付を配給する(deliver)制度の組み合わせに応じて表2のように構造化される。

3給付とは、もとの暮らしを回復するために必要な、①有資格者による専門的な“癒し”(キュア)、②家族以外または社会からの“お世話や手助け”(ケア)、

表2 日本の社会保障制度の分類

3 給付		サービス		金銭
		キュア	ケア	
社会保険	医療保険	○	×	△
	介護保険	△	○	×
	年金保険	×	×	○
社会福祉	社会手当	×	×	○
	福祉ケア	×	○	×
公的扶助(生活保護)		△	△	○

(注) ○は本来の給付。△は一部給付あり。×は給付なし。

③人手による支援以外の“金銭の提供”をいう。

キュアとは、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士、薬剤師など国家資格<sup>†</sup>を持つ者が病院、診療所または在宅等で行う診断、処置、手術、麻酔、放射線治療、検査、投薬、注射、看護、リハビリテーションなどをいう。ケアとは、社会福祉士、介護福祉士、保育士、精神保健福祉士等が福祉施設や在宅で行う社会的弱者(高齢者、障害者、子ども等)の世話、介護、保育、指導、訓練、援助などをいう。そして、キュアとケアが提供されていても、その間の生活費に事欠けば暮らしを維持できない場合もあることから、病気、失業、高齢等で働けなくなった時に金銭支給が必要となる場合も少なくない。

次に、3制度とは、上記の3給付を必要な人の許に届けるために西欧で歴史的に編み出された3つの社会統制技術、社会を動かす仕組みをいう。3制度は、日本でも法制度という形で明治維新以降に導入され、戦後の高度経済成長を経て制度類型が網羅的に出揃った。そのあらまは、発生順に次の通りである。

①まず「公的扶助」(public assistance)は、宗教的、人道的、治安的理由から、政府が労働能力のない貧しい人を助けるためにサービスや金銭を支給する救貧的・対症療法的な仕組み(その日本での固有名詞が生活保護)である。イギリスで救貧法(1601年)として誕生した。その財源は国民が拠出した税すなわち「公助」だから、申請者が本当に貧しいか否かを審査する厳格な「資力調査」(means test)を伴い、その過程で申請者に落伍者(déclassé)の烙印を押されたような特有の「恥辱感」(stigma)を抱かせる。

②これに対して「社会保険」(social insurance)は、労働能力のない人ではなく現に働いている人々があらかじめ自分たちで資金を出し合っておいて、病気になったり、老齢になったりした時にサービスや金銭を受け取る防貧的・予防的な仕組みである。後述するように、資本主義が発展し多くの労働者が出現した19世紀のドイツで労働運動対策の一環として新たに登場した。その財源は仕事や住所などを共通にするグループ内の仲間同士で出し合った掛け金や拠出金すなわち「共助」だから、受給は金銭を拠出したことの当然の反対給付(権利)と受け止められスティグマはない。

③最後に「社会福祉」(social welfare)である。高

<sup>†</sup>日本ではキュアは国家資格を有する者に業務独占されているが、ケアは伝統的に家庭で家族が行ってきたものであり、その国家資格は名称独占にとどまる。

年齢者、障害者、子どもなどの世話（福祉ケア）はもともと家族が担ったが、身寄りがないとか貧しくて家族の世話を受けられない場合にだけ、政府が公的扶助の枠組みの一部である保護施設に収容して家族に代わってケアを提供<sup>†</sup>していた。やがて、核家族化や女性の労働力化により、ケアを必要とする人は貧困者だけではなくて対象者が普遍化し、資力調査のない今日の形が派生して社会保険に接近した。しかし、依然として税財源による「公助」であるため今でもスティグマが残り、対象者を選別して税で救済する「公的扶助」と資力調査がなく普遍主義の「社会保険」の中間形態とされる。戦後日本では、戦災孤児対策として児童福祉法、戦傷病者対策として身体障害者福祉法、高齢者対策として老人福祉法といったように対象者別の縦割りで順次法整備が進み、ケア提供の法的性格も現在では行政機関による「措置」から医療受診に近い「契約」へと展開していった。

ここで、日本の社会保障に含まれる各制度の建て付け（設計図）を表3に示す。日本では全国民が何らかの形で制度に参加する社会保険の比重が大きく、ケアを保障する ①「医療保険」、ケアを保障する ②「介護保険」、所得を保障する ③「年金保険」の3つの保険分野に加えて、保険料ではなく税財源で運用される生活保護、社会手当、福祉ケアなどを包括する広義の ④「社会福祉」の4分野<sup>‡</sup>に大別される。

4分野の各制度は、その運用にあたっての ①主体、②対象、③財源、④給付（受益）の4要素からなる。社会保険の場合は、保険者、被保険者、保険料、保険給付という用語が充てられる。このような構造に体系化された各制度が挙げて社会と国民に対して果たしている役割・機能を分析することが次の理論的課題である。

### Ⅲ. 社会保障の機能と財政

#### 1. 社会保障の4つの役割 —— 個人・家計・経済・社会

第1は、社会保障の「個人」に対する役割であり、

† 施設でのケア提供に代えて子育てに必要な金銭を家族に支給するのが児童手当等の社会手当であり、日本では1960年代以降、生活保護や社会保険（年金）を補うものとして発展した。

‡ ここでは何らかの形で全国民が関わる制度に限定し、労働保険（雇用保険・労災保険）は被用者のみに適用されるため割愛している。

それは言うまでもなく貧困の予防と救済にはかならない。貧困は絶対的貧困と相対的貧困に区分される。絶対的貧困とは生命・肉体の維持・再生産がかりうじて可能な程度（例えば、英国の1601年救貧法の救済水準）をいい、相対的貧困とはその社会の一般的な生活水準と比較して健康で文化的といえる最低限の生活が確保できる程度（例えば、憲法25条に基づく生活保護の保護基準）を指す。

貧困対策の目的は、貧困に至った原因を問わず、万一の時には生活を支える安全網（safety-net）を社会に張ることによって犯罪・暴動等を予防し、結果として社会の安定をもたらすことである。そのための方法には、貧困を事後的に救済する生活保護（救貧）と貧困に陥る原因・事故に対し予防的に備える公的年金等の社会保険（防貧）の2つがある。人間の実存と尊厳に関わる機能のため、原則として「責任」の有無は問われない。

第2に「家計」に対する役割として所得再分配（income redistribution）、つまり不平等の是正がある。不平等は、ローレンツ曲線<sup>†††</sup>（Lorenz curve）とジニ係数<sup>††††</sup>（Gini coefficient）によってその程度が客観的に測定可能とされる。

人間社会にあっては、自己責任を問いきくい天災や社会変動に起因する不平等が絶えるいとまがない。こういう場合、社会保障は税金や保険料という形で政府や公的団体が集めた財源から必要な人に所得移転を行う。その際、払ったり受け取ったりする人・時・額は様々なので、そこに当初受け取っていた所得の再分配が生じる。再分配が合理的・効果的に行われているかどうか、納税者の視点から絶えず監視することが求められる。

再分配の方法には2つある。垂直的再分配は、高所得者から累進税率で高い所得税を徴収し、これを財源として低所得者に生活保護費を支給するような、異なる所得階層間（高所得者→低所得者）での事後的な所得のやりとりである。水平的再分配は、同質のサラ

††† 縦軸に所得累積％、横軸に人数累積％を取り、両者の対応点を連続的に結んだ線。

†††† ジニ係数は、ローレンツ曲線と均等分布線である対角線の隔たり方、すなわちローレンツ曲線と均等分布線の間の面積と均等分布線以下の面積の比であるから、0に近づくほど平等で、1に近づくほど不平等となる。日本では、当初0.5704が再分配後0.3759に縮小している（厚生労働省「所得再分配調査」2014年）。縮小した分が不平等の計測された是正効果を意味する。

表3 社会保障の4分野（Ⅰ～Ⅳ）と4要素（A～D）

		A. 保険者 (主体)	B. 被保険者 (対象)	C. 保険料 (財源)	D. 保険給付 (受益)
Ⅰ 医療保険	健保	健保組合	○大企業社員 ○その家族	給与の平均9.04% (組合で個別決定)	○現物7割給付 (自己負担上限あり。義務教育就学前と70～74歳は8割給付) ○現金給付(国保は②のみ) ①所得保障(傷病手当金, 出産手当金) ②費用保障(出産育児一時金, 埋葬料)
		全国健康保険協会	○中小企業社員 ○その家族	○給与の平均10%(労使折半・天引き) ○給付費の16.4%は国庫負担	
	国保	市町村・国保組合	○自営業・農林漁業者・無職者(高齢者が多い) ○その家族	○所得や家族に応じ市町村が決める額 ○給付費の41%は国, 9%は県負担	○現物9割給付 (自己負担上限あり。現役並み所得者7割給付) ○現金給付(費用保障のみ)
		高齢者 後期高齢者医療広域連合	○75歳以上 ○65歳以上の寝たきり者等	○平均月約5,700円(年金天引き) ○給付費の1割相当(5割は公費, 4割は他制度支援金)	
Ⅱ 介護保険	市町村	1号: 65歳～	○平均月約5,514円 (9区分定額保険料・年金天引き) ○給付費の22%分 (28%は2号被保険者の払う保険料, 50%は公費)	○要介護認定後, 現物9割給付(食費・住居費負担) ①居宅サービス ②施設サービス ③地域密着型サービス ④ケアマネジメント ○現金給付はなし	
		2号: 40～64歳	○健保加入者: 給与の約1.58%(労使折半・天引き) ○国保加入者: 応能で国保料に上乘せ	1号と同じ(ただし若年で発症する老化関係の16疾患に限定)	
Ⅲ 年金保険	厚年	会社員 (国年の2号)	給与の18.30% (労使折半・天引き)	現金給付(厚生年金) 65歳～報酬比例, 16万円	
	国年	国	1号: 自営業者等	○月16,490円 ○給付費の1/2は国庫負担	現金給付(基礎年金) ①最低10年納付 ②65歳から定額で受給(満額で月64,941円)
			2号: 会社員等 3号: 2号の被扶養配偶者	厚年保険料に含む なし(2号被保険者全体で負担する)	
Ⅳ 社会福祉	生活保護	原則国 (地方自治体に一部委託)	生活困窮者(資力調査, 恥辱感)	税金(国3/4: 地方自治体1/4で分担)	現金給付(医療扶助と介護扶助は現物給付)
	社会手当		子育て家庭: 見手 一人親家庭: 児扶 障害児家庭: 特児 (年金の補完)	税金(国・地方分担, 見手に事業主負担)	子育てに伴う費用給付(所得制限あり)
	福祉ケア	都道府県と市町村	社会的弱者(子どもや障害者など)	税金(国1/2と地方1/2, 本人負担あり)	現物給付(居宅サービスまたは施設でのケア)

リーマンで構成される医療保険制度を通じ、健康時に負担していた保険料で傷病時に医療の給付を受けるような、同一所得階層内(健康な人または時→病気の人または時)での事後的な所得のやりとりである。

第3に「経済」に対する役割、すなわち資源配分と景気調整である。

社会保障は、税・保険料の収納・給付を通じて経済部門の資源配分(resource allocation)を左右する。生活保護により購買力を賦与すると消費が促されたり、年金基金の蓄積により貯蓄が拡大して投資が喚起されたり、育児・介護支援強化により女性の就労が進んで労働供給量が増大するなど経済成長を促進する面をも

つと同時に、年金支給が貯蓄を減少させ投資不足をもたらしたり、個人保険料の負担増が可処分所得を減少させ労働意欲の減退と労働供給量の減少に繋がったり、企業保険料の負担増が雇用費用を増大させて競争力の減退をまねき、非正規労働を増やすなど経済成長を阻害する面もある。

景気調整との関係では、雇用保険が、不況期には求職者への給付により家計に購買力を与えて内需を支え、景気過熱期には保険料を引き上げて企業の過剰資金を吸収して景況を冷却させるなど景気変動に対して自動的に逆方向に作用する。これ以外にも社会保障は国・地方公共団体の支出を介して国民経済に大きな影響を



与える財政政策<sup>†</sup>の有力な手段となる。

第4に「社会」に対する役割、その統合と安定に寄与する任務がある。

社会保障は、貧困や傷病など社会の構成員の誰もがさらされているリスクに備え、生活上の様々な困難を抱えた人々に必要とされる金銭やサービスを提供するとともに、それを通じて社会の中で必ずしも恵まれない人々も同じ社会の一員としてお互いに支えあっていることを実感し、その社会への一体感や帰属意識を共有することに貢献する。

また、低成長経済の下での少子高齢化への対応といった困難な社会問題に対し、人々が民主的な手続を通じた社会保障制度の改革によって順応していくことができれば、政治システムは成熟し人々の暮らしも安定する。しかし、ポピュリズム的な大衆民主主義(mass democracy)の下では、社会保障の給付拡大への強い圧力(バラマキ福祉)は生むが、少子高齢化に伴う増税や保険料引上げ等の費用負担については政治家が消極的になりがちで、安易に後代に負担が先送りされることが少なくない。

第3と第4の役割は、社会保障が規範的に担うべき任務というよりも、その正常な作動によって反射的にもたらされる機能という方が自然であろう。ともあれ、こうした役割を果たしていく過程で社会保障制度から国民に対して膨大な給付が行われる。そこで、次に給付の内容とこれを賄う(ファイナンスする)負担に関する現状を整理する。

## 2. 社会保障の給付 —— 社会保障給付費

まず、給付の内容、国民の側からいえば受益の様相を俯瞰する。

社会保障が国民に提供する金銭やサービスを金額換算したものを「社会保障給付費」<sup>††</sup>という。これは、国際労働機関(ILO)が定めた基準により国立社会保障・人口問題研究所が毎年発表する社会保障制度から1年間に支給された保健・医療・福祉に関する給付の総額である。2015年度において約115兆円(対GDP比22%)、国民1人当たり約90万円に達する。年金

と保健医療など主に高齢者関係給付で全体の約8割を占める一方、福祉・育児に対する支出が少ない。給付を全世代向けに再構築することが課題となっている。

社会保障給付費は、「医療」「年金」「福祉その他」の3領域に分けて表示される。

第1に「医療」、総額は約38兆円(115兆円の33%)。1961年に完成した国民皆保険によりすべての国民が医療に均霑した。経済成長による生活環境や栄養水準の向上とも相俟って、長い平均寿命(男81歳:女87歳)を達成したが、高齢化の中で医療費は今後さらに増大することが予測される。保険の自己負担等を含めた「国民医療費」は42兆円(対国民所得比8%、国民1人当たり年間33万円、75歳以上医療費15兆円)に増える一方、低成長経済による保険料減収で財政は悪化、後期高齢者医療制度の創設や国保保険者の都道府県化などの対応策が講じられている。

第2に「年金」、総額は55兆円(同48%)。医療と同じく1961年に国民皆年金が完成して以来、被保険者は約6,700万人、受給者は約4,800万人に拡大、高齢・障害・遺族の3種類の給付が全国民共通の基礎年金として、サラリーマンには基礎年金プラス厚生年金として支給される。保険料は固定されており、保険料の最低納付期間は10年に短縮された。平均月額は国民年金で5.8万円、厚生年金モデル年金22.2万円となっているが、物価に感応してスライドする。少子高齢化による保険料減と給付費増の結果、支給開始年齢の65歳への段階的引き上げと「マクロ経済スライド」<sup>†††</sup>が導入されるとともに、非正規労働者への厚年適用の拡大が推進されている。

第3に「福祉その他」、総額は22兆円(同19%)。そのうち介護保険を通じた給付が9.4兆円、生活保護費が約3.7兆円(1級地1の生活扶助の基準は3人世帯で月額約16万円、一般世帯の7割程度)と大きな割合を占める。保護費総額のうち半分は医療扶助で、高齢世帯(特に女性の高齢単身世帯)の増加、不況によるリストラの影響などで、被保護者は国民の1.7%にも達するため、いったん保護を受けても早期に離脱可能となるよう自立支援プログラムも導入されている。

児童福祉については、保育所等約2.6万ヶ所、定員

† 政府予算を意図的に操作することを通じて完全雇用と安定成長を図ることをケインズ経済学では「財政金融政策」(fiscal policy)という。

†† OECD基準による「社会支出」という概念もあり、「社会保障給付費」以外に施設整備費等の個人に帰着しない支出も含む。両者を併せて「社会保障費用」という。

††† 数十年の時間をかけて、公的年金全体の被保険者数の減少率(0.6%)と平均余命の伸び率等を勘案した一定率(0.3%)の計0.9%(スライド調整率)を支給額から控除していった年金の持続可能性を高める仕組みで、2004年に導入された。

約248万人、待機児童約2.3万人(2015年4月)、「少子化社会対策大綱」(2004年)で待機児童解消、延長・休日保育を推進しつつある。児童相談所での相談件数も増大しており、児童虐待防止法(2000年)が制定された。障害者福祉については、「新障害者プラン」(2003年)でリハビリテーションとノーマライゼーションが理念とされ、社会参加の促進と自立に向けた地域基盤が進む一方、2005年には措置制度を見直し利用者の選択を可能とする利用契約化のため障害者自立支援法(後に障害者総合支援法に改称)が成立した。高齢者福祉については、2000年4月から40歳以上を対象に介護保険が実施され、65歳以上に要介護認定のうえ自己負担原則1割で施設サービスや在宅サービスが給付されている。2015年度の認定者は621万人、一方、受給者は居宅サービス389万人、地域密着型サービス41万人、施設入所91万人の計521万人に達し、2014年には医療を含む「地域包括ケアシステム」<sup>†</sup>の樹立を目指す制度改正が行われた。

このように年間115兆円に上る膨大な給付を支える国民の負担はどうなっているのか、次項において急ぎ考察しなければならない。

### 3. 社会保障の負担 —— 社会保障関係費

社会保障は政府活動であるから、負担の第1は使途を限定せず法律に基づき国民から徴収する租税<sup>††</sup>(および租税収入の不足を補うため将来世代の租税で返済する借金である公債金)、第2に政府または公的団体が経営する社会保険に国民が拠出する保険料(および保険料積立金の運用収入)、この2つ以外に負担の求めようがない。国の2017年度一般会計予算の主な財源は、租税57.7兆円(59.2%)、公債金34.4兆円(35.3%)である。国だけでなく給付実務を担う自治体も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。一方、保険料は、医療、年金、介護等の社会保険給付のための主たる財源で、法律に基づき被保険者・企業から保険者が徴収するものである。保険料は、国の年金特別会計や自治体の国民健康保険特別会計等に繰り入れられ、国・自治体の租税による

負担分と併せて医療費、介護費、年金費等として、被保険者や病院・診療所、特養ホーム・老健施設等の医療・介護サービスの提供施設に対し支出される。

国の2017年度一般会計歳出総額は97.5兆円(100%)で過去最大となった。そのうち社会保障制度に対する政策経費である「社会保障関係費」は32.5兆円(33.3%)で歳出額第1位<sup>†††</sup>、その主な内訳は、医療・年金・介護等の保険給付費が約26.0兆円、少子化対策費約2.0兆円、生活扶助等社会福祉費約4.0兆円、保健衛生費約0.3兆円等(地方自治体もそれぞれに民生費・衛生費を予算化)である。

このように、国の一般歳出<sup>††††</sup>の半分以上を社会保障が占め、少子高齢化で今後も確実に増大する見込みの中で、公債依存度が高止まりしている。したがって、社会保障の給付と負担の均衡を取り戻すことは喫緊の課題である。そのため、将来に向けた社会保障の改革を進めるとともに、その安定財源を確保する観点から消費税の引上げを柱とした税制の改正を行うこととして、「社会保障と税の一体改革」が国政の最大課題とされてきた。2013年12月、少子化対策・医療・介護・年金の4分野での一連の改革工程表を定めた社会保障改革プログラム法が成立、特に医療・介護サービスの提供体制改革に重点を置き、在宅医療や介護、住宅などとの連携も視野に入れて、病院の機能分化と連携を進めるとともに地域包括ケアの推進が目標として掲げられている。次いで、2014年4月に消費税が8%に引上げられ、その財源を活用して2014年6月に医療介護総合確保推進法、子ども子育て支援法、年金機能強化法、被用者年金一元化法などが成立した。

社会保障・税一体改革の後、2020年度までに「基礎的財政収支」<sup>†††††</sup>の黒字化(プライマリーバランス)を達成することが国家目標とされており、高齢化

††† 国の支出額の2位は、「国債費」23.5兆円(24.1%)、3位「地方交付税交付金」15.6兆円(16.0%)、4位「公共事業費」6.0兆円(6.1%)、5位「文教科学振興費」5.4兆円(5.5%)、6位「防衛費」5.1兆円(5.3%)の順となる。

†††† 一般会計歳出の総額から国の裁量の効かない「国債費」と「地方交付税交付金」を除いたもので、国の政策経費にあたる。

††††† 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)で賄うことで、これが黒字化すると2016年度末見込みで838兆円(対GDP比161%、自治体も含めた政府部門の長期債務残高は1,062兆円、対GDP比205%)に上る国の国債残高は徐々に減少していくことになる。

† 医療、介護、介護予防、住まい、生活支援サービスが、当事者の身近な地域で切れ目なく体系的に確保される体制(aging in place)をいう。

†† 2017年度予算における国の税収額の1位は、「所得税」17.9兆円(18.4%)、2位「消費税」17.1兆円(17.6%)、3位「法人税」12.4兆円(12.7%)の順となる。

により毎年大きな自然増を生じる社会保障関係費に対して強い予算削減圧力がかかっている。

租税と社会保険料の負担が国民所得に占める割合を「国民負担率」<sup>†</sup>といい、現在の目標は、1993年の臨時行政改革推進審議会答申で示された「高齢化のピーク時（2020年頃）においても50%以下、21世紀初頭の時期においては40%台半ばを目処にその上昇を抑制する」というものである。2015年度は租税25.6%プラス社会保険料17.8%で43.4%であり、目標の範囲にとどまっている。わが国の国民負担率は、欧米先進国と比べて高い方ではないが増加傾向が続いており、社会保障・税一体改革により消費税を引き上げつつあるものの10%への引き上げが延期<sup>††</sup>されているように増税は政治的にハードルが高い。このため、わが国の社会保険料の対GDP比は、既にOECD全体平均を上回っているにもかかわらず、その引き上げへの誘引は根強い。

わが国の社会保障財政は税負担が過小なため、不足を借金に依存している。その借金は現在世代の給付に使われ、将来世代の支払う税で返済される。それは将来世代が受ける行政サービスの対価となるべきものを現在世代が「先食い」ということであり、「ツケを子や孫に先送りする」ということでもある。

#### IV. 社会保障の歴史と変容

##### 1. 社会保障の源流 —— 欧米

社会保障は、資本主義の成長過程で生じた社会の矛盾を是正するものとして欧米で登場し発展したものであり、資本主義に対抗する社会主義からの問題提起に応える市場経済の修正というイデオロギー的側面を有する。ここでは、世界で最も早く資本主義を産み、いち早くその矛盾に直面したイギリス、後発資本主義国として体系的な社会保険を編み出したドイツ、不況への対策として社会保障制度を活用したアメリカに焦点を当てる。日本は明治以降多くの思想や制度とともにそれらの経験を学んでいく。

いにしえより欧州では、傷病、障害、貧困等に対しては、家族、親戚、地域社会が助け合うとともに、国王や領主など統治者やキリスト教会等が主体となって飢饉時の食料提供や孤児院、養老院の設置等の慈恵・恩恵の救済を行っていた。しかし、救済は制度化されずカジュアルなものにとどまり、その内容も貧弱で効果は限定的であった。

この前史から、社会保障の第1期（揺籃期）を17世紀から20世紀初頭に至るイギリスの動向にみていく。17世紀以降の経済発展に伴い、相互扶助や地域社会内では解決できない社会問題が発生すると、全国の教区毎に判事が救貧監督官を任命、浮浪者などのうち労働可能な「有能貧民」は労役場で強制労働させる一方、孤児、老人、障害者等労働できない「無能貧民」は救貧税を財源として救済するフォーマルな制度としてエリザベス救貧法（1601年）が登場する。その後、自由主義的立場から保護を限定する新救貧法（1834年改正）<sup>†††</sup>が成立した。

しかし、19世紀後半から20世紀初頭にかけて、近代化・産業化の進展に伴い、社会矛盾が顕在化し、C. ブースのロンドン市の貧困調査、S. ラウントリーのヨーク市の貧困調査など、都市部での広範な貧困の存在確認とその原因究明を目指した社会調査が行われた。次いで、ドイツの社会保険に刺激を受けたL. ジョージ蔵相ら自由党により、富者への課税強化、学校給食法、無拠出老齢年金法、職業紹介法、国民保険法（疾病、失業）等が成立した。リベラル・リフォームと呼ばれるこれら一連の社会改革（1908～11年）を経てイギリス社会保障の基盤が形成された。

次に、社会保障の第2期（発展期）を19世紀末から第二次世界大戦終結までの欧米の動きに跡づける。ドイツをはじめとする欧州大陸では中世以降、商工業同業者の職人ギルドが主体となってお互いに生活困窮の原因となる傷病、障害、死亡等に備え合う伝統があり、近代に大量発生した工場労働者たちも労働組合を通じて相互扶助を構築したが、規模が小さいため給付水準も低く財政も不安定であった。やがて資本主義の発展に伴い、人口の都市集中、物価高と低賃金、大量解雇、労働争議や暴動の頻発、社会主義運動の弾圧な

† 国民負担に将来世代への負担の先送りとなる財政赤字も含めた「潜在的国民負担率」という概念も提起されており、少子高齢化が進む将来においても50%程度に抑制すべきという主張があるものの、2015年度時点で既に50.8%と目標値を突破している。

†† 2014年の景気後退で2015年10月の消費税10%引上げが延期され、2017年4月の引上げも再延期の上2019年10月実施に先送りされている。

††† 自立して働いているうちで最も貧しい人の生活水準以下の程度で救済するという「劣等処遇の原則」(less eligibility principle)が確立し、院外救済(out-door relief)の禁止、市民権・選挙権(citizenship)の剥奪など運用が厳格化された。

どの社会問題が顕在化すると、O. ビスマルク首相の「飴と鞭」<sup>†</sup>の「飴」にあたる政策として労働者の相互扶助の仕組みを全国規模で強制加入に編成し、疾病・労災・年金の社会保険3部作が成立（1883～89年）した結果、20世紀初頭までに欧州先進国で社会保険が普及することとなり、日本の健康保険法（1922年）にも影響を与えた。

大恐慌から1930年代にかけて、各国で大量の失業者、社会不安が発生した。アメリカでは、F.D. ルーズベルト大統領によるニューディール政策の一環として失業者、高齢者等低所得層に購買力を賦与する社会保障法（1935年）が成立する。アメリカはこうした自国の内需創出で不況を克服しようとし、一方、欧州や日本では他国に資源供給と製品消費を求めるブロック化が進み、ブロック相互の対立から第2次大戦が勃発した。このため、不況克服のための社会保障が展開する一方で、戦争遂行正統化のための社会保障が主張される。W. チャーチルとF.D. ルーズベルトによる「大西洋憲章」（1941年）、W. ベヴァリッジによる「社会保険及び関連サービス」<sup>††</sup>（1942年）がこうした動きの中で生まれた。

資本主義の発展と社会の全面的な産業化によって生じる労働問題、都市問題などの生活障害は、この時期、自己責任で対処すべき範囲を超えるものと認識されつつあったことが窺われる。

## 2. 社会保障の継受 —— 日本

西欧の科学技術や医学を導入しながら殖産興業と富国強兵を急ぐ日本は、明治以降イギリス、フランスなどにキャッチアップしようとする上からの産業化を権力的に進めていった。特に大日本帝国憲法の範となった19世紀後半のプロイセン（ドイツ帝国）は、社会保険制度など日本の社会保障の形成に大きな影響を与えた。社会保障と福祉国家の前史にあたる戦前のこの時期を第1期（揺籃期）とする。

明治期は、初の救済法制である恤救規則（1874年）

以外には目立った政策はなく、福祉はなお民間の篤志家、社会事業家の手にあった。福祉制度の黎明期といえよう。次いで公衆衛生（Hygiene）という概念が導入され、繊維工場の女工、重工業の男性工具、兵士の「国民病」であった結核対策のため西洋医学（特にドイツ）の採用と医制（1874年）に基づく保健・医療の基盤整備が進められた。

大正期にあつては、第1次世界大戦（1914～18年）で欧州が主戦場になり、繊維産業の輸出が急増、鉄鋼・石炭等の重工業も勃興したが、大戦後の不況と天候不順による凶作、ソ連の成立（1917年）等の影響で労働争議や米騒動（1918年）も発生するなど社会不安が蔓延した。好景気と社会不安の交錯する中で、結核予防法（1919年）、健康保険法（1922年）<sup>†††</sup>が制定され、貧困対策としての医療制度が整備される。

昭和前期になると、金融恐慌・世界恐慌がもたらした貧困から戦争への傾斜が顕著となる。活路を大陸に求め、イギリス、アメリカ、中国と対立し戦争への道を進む一方、国内では大量の生活困窮者が発生、方面委員（今日の民生委員）全国会議の開催（1927年）、救護法（1929年）の制定などをみることができる。続く戦争の時代に社会保障は新たな進化を見せる。国家総動員体制下の「健兵健民政策」の実行機関として厚生省<sup>††††</sup>が内務省から分離独立し（1938年）、保健所法（1937年）や農村部の貧困原因である医療費対策として国民健康保険法（1938年旧法）が制定され、また国民からの戦争資金収集のため工具対象の労働者年金保険法（1941年）、職員対象の厚生年金保険法（1944年）も制定された。しかし、いずれも本格的に実施されず敗戦を迎えることになる。このように戦前の社会保障は、社会主義勢力の防遏、戦争遂行のための「銃後の安定」といった一見、福祉的観点とは縁遠く感じられる動機をはらみながら、既に戦前の軍国主義体制下で一旦は基本的な構造を形成していた。

敗戦による混乱と経済成長の時代を経て社会保障の再建と確立が始まる。ここからが第2期（発展期）である。終戦早々、戦地や大陸からの円滑な復員・引揚げと最低限度の生活保障として、生活保護法（1946

† ドイツ語の Zuckerbrot-und-Peitsch Politik の訳語、正確には「砂糖パンと鞭」となる。なお、「鞭」の政策は、労働運動や社会主義者に対する治安維持的弾圧である。  
 †† 全国民を対象とする医療、年金、失業などを包括する統一的な保険制度を提唱し、国民の関心を集め、1946年に成立した労働党政権がこれを実現していった。この「ベヴァリッジ報告」は、イギリスだけでなく日本を含む多くの国で戦後世界における福祉国家への期待を高めた。

††† 翌1923年に関東大震災が発生したため施行は1927年に延期された。  
 †††† 厚生省の設置を強く主張したのは当時の陸軍省であった。なお、「厚生」という言葉は省名をめぐって当初原案の「社会省」が「不穏当」という批判を受けたため、『書経』の「徳を正し用を利し生を厚くし和を惟う（正徳利用厚生惟和）」から採られたものである。

年旧法／1950年新法)、戦災孤児対策のため児童福祉法(1947年)、傷痍軍人対策のため身体障害者福祉法(1949年)が制定される。いわゆる福祉3法体制の確立である。続いて、1947～51年にかけて保健所法、食品衛生法、予防接種法、薬事法、医療法、医師法、結核予防法等が次々に制定され、保健・医療法制が整い始める。また、労働省が厚生省から分離独立し、労働基準法、労働者災害補償保険法、職業安定法、失業保険法の制定(1947年)、厚生年金保険法(1954年新法)など労働法制の整備が続く。

経済白書(1956年)が「もはや戦後ではない」とした年、厚生白書は「果たして戦後は終わったか」と問題提起し、国民健康保険法(1958年新法)による保健医療の普及、国民年金法(1959年)による福祉年金の開始で国民皆保険・皆年金が実現(1961年)して社会保障制度は助走を始める。池田勇人内閣(1960～64年)の「国民所得倍增計画」(1961～70年)による高度成長で税収や保険料が伸び、これに支えられて給付水準の大幅な改善が実現、老人福祉法(1963年)も制定された頃が社会保障にとっても高度成長期であった。その頂点が、「福祉元年」(1973年)であり、この年、健康保険の家族5割給付、老人医療の無料化、高額療養費制度、5万円年金、物価スライド・可処分所得スライドが導入される。しかし、まさに同年、中東戦争を契機に石油ショックが起り、日本経済は低成長、日本社会は高齢化の時代に突入することとなる。

### 3. 福祉国家の危機

社会保障にとっての第3期(転換期)は、戦後世界に登場した福祉国家の普及と危機の現代史である。

敗戦国だけでなく戦勝国も経済基盤復興、国民生活再建の必要があり、「ゆりかごから墓場まで」(from the cradle to the grave)という英国のスローガンが各国に普及していき、大戦後1950～60年代の経済成長による財政的裏付け、1960～70年代の完全雇用の達成で社会保障は範囲が拡大するとともに、水準も向上し、欧州や日本で「福祉国家」が成立していく、自己責任の伝統の強いアメリカにあってもL. ジョンソン大統領の「偉大な社会」政策で高齢者医療メディケア(Medicare)と低所得者医療メディケイド(Medicaid)が創設された。

しかし、中東戦争に端を発した第1次石油ショック(1973年)は、社会保障にとって「坑道のカナリア」(K. ヴォネガット)であった。これを契機として先進

諸国は低成長経済に移行、同時に高齢化が進み始め、社会保障は給付増大圧力と財政制約に挟撃されることとなって、福祉国家の危機が叫ばれ始める。この時期、カナリアの災難にいち早く気づいたのが1980年代に相次いで登場したM. サッチャー首相やR. レーガン大統領である。彼らは「新保守主義」(neo-conservatism)を掲げ、市場重視と規制緩和、平等より効率の重視、減税と「小さな政府」<sup>†</sup>(cheap government)を目標としつつ社会保障が経済成長の桎梏となる側面を強調した。しかし、すでに社会保障が国民生活に深く浸透しており、理念的な正統化を伴わない安易な縮小は政治的に困難になっていたため、目立った歳出削減はできなかった。

このような世界情勢の中にあって、日本でも安定成長と財政再建のかけ声のもと、社会保障の構造改革の時代が幕を開けることとなる。昭和末期は中曽根康弘内閣(1982～87年)と第2次臨時行政調査会(臨調)に象徴される。高齢化の進行により年金・医療負担の急増は確実視されたが、一般消費税の導入失敗(自民党は1979年総選挙で敗北)により1980年代は財政赤字だが増税不可という「増税なき財政再建」路線が定着していく。新保守主義の流れの中で社会保障の守備範囲についての検討が必ずしも十分尽くされないままに、児童手当の圧縮(1981年)、老人医療の有料化(1982年)、健保本人の負担導入(1984年)、基礎年金の創設(1985年)など給付抑制・財政調整を通じた国庫負担削減が社会保障改革のメインストリームとなっていく。

平成期に入ると、経済低成長と高齢化負担増の両面制約がさらに強まり、ディレンマを抱えたまま、時代は1980年代の「バブルの10年」から1990年代の「失われた10年」へと劇的に移行していく。少子高齢化が誰の目にも明らかとなった1990年代以降、社会福祉士・介護福祉士の国家資格化(1987年)、高齢者保健福祉推進10か年戦略(1989年)、介護保険法(2000年)、社会福祉基礎構造改革(2003年)、後期高齢者医療(2008年)などみるように高齢者ケアの在宅・入所サービスを飛躍的に増加させつつ少子高齢化の新たなニーズに対応した制度間の再編・統合、すなわち構造改革が進行していくのである。

<sup>†</sup> アメリカでは伝統的に共和党は小さな政府を主張するのに対し、民主党は大きな政府に通じる福祉の拡大に積極的であり、2013年には民主党のオバマ大統領主導で医療保険制度改革法(オバマ・ケア)が成立した。

## V. 社会保障の課題と展望

### 1. 少子化・高齢化の同時進行 —— 需要増大の与件化

こうした歴史を経た先端に位置する今日、日本の社会保障は新たな課題に直面することとなった。平成が始まる頃から顕著になった少子化と高齢化の同時進行という人口動態の変容である。一般に経済発展に伴い女性が労働力化して少産化が進む。日本では終戦直後の1947～49年に生まれた「団塊の世代」が高度経済成長を支える人口ボーナスとなり、この世代が一斉に高齢化する時期に同様に低成長経済への不可逆的移行が起こり、子育ての経済的環境が困難化して少子化が起こった。ここで、少子高齢化という社会変容を統計的に裏付けておく。

まず、少子化の指標である。「年間出生数」については、団塊世代が各年約250万人、1971～1974年生まれの「団塊ジュニア」世代も各年約200万人であったが、以後、傾向的に減少し、現在年間100万人を下回る水準にまで下落している。もう少し長期の予測を示す「合計特殊出生率」（1人の女性が一生に産む子供の数の平均）は、1.44（2016年）と人口置換水準2.08を大きく下回って人口減少が進行中<sup>+</sup>である。国際的には、米、仏、スウェーデンは日本より高く、独、韓国、香港は日本より低い。日本における合計特殊出生率低下の要因は、「平均初婚年齢」の男女とも30歳前後への上昇（1950年頃は男女とも24～26歳）による晩婚・晩産化と「生涯未婚率」の男女とも10～20%以上への上昇（同じく男女とも1%台）による非婚・非産化といわれている。

次に高齢化の指標である。簡易生命表による0歳時点の平均余命である「平均寿命」は、2016年に男性81.0歳／女性87.1歳<sup>††</sup>、男女を通じた平均では83.7歳に達し、なお続伸するものと見込まれる。これに対し社会保障への財政圧力を減殺する可能性に関わる指標として近年重視されるようになった「健康寿命」という概念がある。国民生活基礎調査において「病気や介護が必要になった期間を除いた健康で自立して暮らせる期間」を指す用語で、2013年で男性71.2年／女

性74.2年であり、平均寿命に比して男女とも10年程度短い。また、65歳以上人口の全人口に対する割合である「人口高齢化率」<sup>†††</sup>については、2016年に27.3%に達した。将来は、2035年33%（国民3人に1人が高齢者）、2042年37%（老年人口のピーク3,878万人）、2060年40%（国民2.5人に1人が高齢者）と推計されている。

少子高齢化は、保育、年金、介護、医療など誰の責任でもなく誰もが等しく関わる可能性のある日常生活上の必要、つまり社会保障への需要を著しく増大させる。まず、医療に関しては、複数の慢性疾患を持つ患者や寝たきり・認知症等要介護者が増大するため、被用者・若人の高齢者医療への抛出、保険料負担の意欲が減退する懸念がある。年金に関しては、高齢化で受給者が増加、長寿化で受給期間も長期化するため、若人1人当たりの負担が増大し、若人の負担への同意が崩壊する危機が表面化しつつある。続いて、社会保障制度側の対応の方向性として、出生率低下はフランス等の経験から政策努力や社会意識の動向により多少は回復しうるであろうが、現在推計されている少子高齢化傾向は基本的には不変であるという認識を前提とせざるをえない。その上で、社会活力を維持するため高齢世代も若年世代もできるだけ働いて社会参加しつつ負担を共有し合い、給付を全世代型に再編しつつも有効で効率的なサービスに費用を重点化するなど、方向性が撞着する中で負担と給付の両面からその在り方を見直すことが不可避となる。

### 2. 経済の定常化 —— 負担能力の限界

社会保障の需要サイドが少子高齢化によって拡大し、それが次第に不可避の与件となりつつある中で、社会保障の供給サイドがそれをファイナンスできるほどに拡大していくならば問題はない。現在の政府は、かつての社会保障の充実をもたらした経済成長の再現を企図しているけれども、それは可能なのが課題として前景化してくる。

内閣府のSNAサイトによれば、1956～73（石油ショックまで）年のわが国の平均経済成長率は9.1%、

<sup>+</sup> 迷信である丙午（ひのえうま）の年にあたる1966年の合計特殊出生率1.58を、迷信のない1989年に下回った「1.57ショック」によって顕在化した。

<sup>††</sup> 戦前最後の生命表が作成された1933年には男性47歳／女性50歳であった。

<sup>†††</sup> 国連基準では、7%以上の人口集団を「高齢化社会」（aging society）、14%以上に倍加したら「高齢社会」（aged society）、21%以上に3倍加したら「超高齢社会」と区別する。日本では、1970年に7.1%、1994年に14.1%に達し、この間わずかに四半世紀と高齢化のスピードが極めて速かった。

1974～90年（バブル崩壊まで）は4.2%、1991～2016年（現在まで）は1.0%と傾向的に低下してきた。マイナス成長の年もあり、大規模な金融緩和政策と円安によって企業業績が上向いて内部留保が拡大しているにもかかわらず、足下の経済情勢はほとんど定常化している。

一方、社会保障・人口問題研究所によれば、低成長に移行した1990年の社会保障給付費の対国民所得比は13.7%、2000年は20.9%、2010年は29.8%、2016年は30.7%と右肩上がりに続伸している。経済の成長以上のペースで給付が増えているのである。日本経済が社会保障支出の増高に耐えうる体力と精神力（マインド）を維持できるのか当然注目される。そこで、経済セクターにおける低成長とこれに起因する財政悪化の状況を実体面とマインド面の双方から分析する。

昭和30年代から40年代の社会保障の充実を可能にしたのは福祉国家の理念ではなく、高度経済成長による国民所得の増加とそれに伴う税や社会保険料の増収であった。1973年の石油ショックを境に昭和50年代以降の経済基調はゼロないし低成長、昭和末から平成初期にかけてはバブル経済<sup>†</sup>とその崩壊で深刻な経済危機に直面し、景気回復策として公債で公共支出を増加させ、国も地方も深刻な財政赤字に陥った。さらに、2008年のアメリカ発の世界的金融危機（リーマン・ショック）により実体経済が冷え込み、さらなる財政出動で対応したため先進国最悪の財政赤字が継続しているのである。

こうした経済実体への対応策として、2012年12月に発足した第2次安倍内閣は、アベノミクス「3本の矢」<sup>††</sup>を打ち出した。そして、2014年4月の社会保障・税一体改革に基づく消費増税後の景期悪化から2015年9月以降「新3本の矢」に基づく経済政策を推進している。しかし、成長戦略が所期の効果を生んでいるという指摘は少ない。経済マインドとのギャップがあるからである。平成の日本は物質的に世界トップレベルの豊かな社会を達成したため、そもそも有効需要が小さい。平成の日本人も減私奉公的に働いて出

世し給与を増やすより、精神的なゆとりや癒し、自分の自由になる時間を優先・選択する傾向が顕著である。成長神話の衰退、LOHAS<sup>†††</sup>の重視、ワークライフバランスの必要性もこの流れから派生する。

このようなマインドセットを刺激するにしても、規模が拡大し成熟した日本経済に高度成長を支えたかつての高い需要（「3種の神器」や「3C」への渴望）はもはや期待できず、むしろ“欲望少なく”生きるライフスタイルが普及していくという市場予測を前提としなければならない。そして、低くても安定した経済成長の実現とその下で実現可能な身の丈サイズの日本独自の社会保障の姿を追求していくほかないであろう。私見では、そのモデルは、市場原理主義で弱者に厳しいアングロサクソン系諸国（米英）ではなく、市民間の連帯を重視しつつ、かつての植民地大国から上手に縮小・撤退することに成功した欧州大陸諸国（オランダ等）に見出しうるのではないだろうか。

### 3. 制度設計のゆらぎ —— 社会保障のパラダイム転換

第1に、少子高齢化の同時進行と低成長への移行による財政逼迫は、従来の社会保障の制度設計の転換を迫っている。例えば、従来は税財源であるが故に対象者を選別主義で限定してきた老人福祉サービスは、2000年の介護保険の導入により保険料財源を得て給付対象者が普遍化しサービス供給量も著増した。政府はこのとき同時に障害福祉サービスも介護保険に一本化<sup>††††</sup>することを検討している。児童福祉サービスについても近年、子ども子育て給付を社会保険方式に転換する案<sup>†††††</sup>が自民党で検討されている。

先に表3でみたように、日本の社会保障では、医療、介護、年金がすでに保険化されており、社会手当は保険の補完という性格をもつ。さらに今後、福祉ケアの大半が保険化していくならば、選別主義で税財源という典型的な福祉制度は生活保護だけになる日も遠くないかもしれない。

第2に、雇用形態・就業構造の流動化や勤労意識の多様化が進んだことは、フルタイムの労働者とその家

† 1986年のプラザ合意から1989年の日銀金融引き締めまでという見方が一般的である。

†† 「3本の矢」は「①大胆な金融政策、②機動的な財政政策、③民間投資を喚起する成長戦略」からなり、「新3本の矢」は「①希望を生み出す強い経済：GDP600兆円、②夢を紡ぐ子育て：出生率1.8、③安心に繋がる社会保障：介護離職ゼロ」から構成される政策パッケージである。

††† lifestyle of health and sustainability の頭字語。

†††† この老障一元化の提案は障害者団体の反対により立ち消えとなり、2005年に財源に保険料がないこと以外はほぼ介護保険制度のフレームに近似する障害者自立支援法が成立した。

††††† 例えば、2017年3月の小泉進次郎議員らによる「子ども保険」の提言。

族を企業単位でカバーしてきた社会保険の前提を崩しつつある。雇用の流動化と多様化は、夫がフルタイムの雇用労働者として給与を貰い、専業主婦<sup>†</sup>と未成年の子2人程度を養うという暗黙の核家族モデルが形骸化したことを意味する。女性の就労が増え男性のパートタイムも増加する一方、若者は卒業後定職に就けず派遣・請負労働、フリーター、アルバイト等ワーキング・プア化している。社会保障制度側の対応としては、保険料負担層を拡大するため健保・厚年の適用対象労働者を拡大しつつあるものの、保険料負担を避けたいパート労働者・雇用主の双方に反対が根強い。プレカリアート<sup>††</sup>の進行等消極面のほか、インターネットの発達によるテレワークの普及等積極面も含め、従来の労働保護・社会保険法規では対応困難となる局面の多発が予想される。

失業の現状については、不景気による中高年のリストラだけでなく、若年者のニート<sup>†††</sup>も増加している。これにより失業給付の増加、社会保険料の収納減など社会保障財政に悪影響が及ぶほか、ケインズの完全雇用政策が放棄され、労働者の二極分化、格差社会化も深刻になっている。対応策を講じる上では、社会保険料の企業負担等賃金付随コストの高さに起因する雇用費用の増大に配慮しなければならない。そのため、高齢者医療における「リスク構造調整」<sup>††††</sup>、年金制度の職域中立化のための統一本体化、ベーシックインカム（税による最低保障年金）との組み合わせなど長期に負担しうる保険料水準への合意形成の努力が欠かせない。

第3に、経済のグローバル化に伴う国際交流の相互浸透も現行制度の前提に大きな影響を与える。国内需要の鈍化、賃金の安い海外への工場移転、新たなビジネスチャンスのため企業や人の国際移動が起こり、海

外で長期にまたは移住して働く邦人が増加している。在外邦人の場合、短期保険にあっては、医療保険の相互適用協定がないので、在外期間中は日本の制度を脱退し外国制度に加入（旅行者は海外旅行保険商品の購入）することになる。長期保険にあっては、二重適用や無年金を避けるため年金通算協定がドイツ、イギリス、アメリカ、韓国、フランス、ベルギー、カナダ等と締結され、これら協定の発効とこれ以外の各国との協定締結に備え、「社会保障協定の実施に伴う厚生年金保険法等の特例等に関する法律」（2007年）が制定された。

在留外国人の場合、高収入や技能修得（自由貿易協定による特例での看護師等資格の取得）を目的に来日する外国人のうち、合法滞在者については職域保険（健康保険、厚生年金、労災保険、雇用保険）に国籍要件はなく、地域保険（国民健保、介護保険）や生活保護も国内に住所を有すれば適用される。しかし、不法滞在者は見つかれば強制送還されるため、病気や怪我をしても我慢する者が多く、悪化して受診すれば人道上必要な医療は提供されるものの、その医療費が回収できないという事態が起こっている。病院、自治体、国も困惑するばかりで抜本対策が講じられていない現状である。ここにはきれいな事ではすまない国際化の一面が露頭しており、関係者間の地道な合意形成の努力が必要というほかない。

## おわりに

戦前の軍国主義による総動員体制の推進ならびに戦後の人口・経済の右肩上がりの推移は、社会保障にとって結果的に“縁の下の力持ち”（*unsung hero*）となった。翻って現代、戦争国家（*warfare state*）が去り福祉国家（*welfare state*）が揺らぎ、アンチエイジングが不可能であるごとく時間軸上の時代条件が不可逆的に変わりつつある。そういう環境の中で厳しい生活上の困難に備えるとき、自己責任で対処すべき範囲が拡大解釈され、社会保障の関与すべき領域を狭めた形で財政均衡させようとする動きが出て来るのも無理からぬところではある。

そうであるからこそ、社会保障がいかなる広さと深さで日常生活に関与すべきか、譲れない一線はどこか、ニーズと公共政策の循環という空間軸に沿って社会保障の基盤をなす価値規範と日本人の価値意識をもう一度見直すことも必要であろう。社会保障制度の基本的な設計思想が多様性と柔軟性を内包しつつ“持続可能

† 大正時代の都市勤労家庭に出現し、1970年代には全家庭の4割に含まれていたとされる。

†† イタリア語の *precario* と *proletariato* の合成語で、不安定な雇用環境下における非正規労働者及び失業者の総称。

††† 未婚、就学・就業・訓練していない、または引きこもり等の状況にある15～34歳の者。

†††† 各保険者の前期高齢者の加入率は全国平均（14%）に比べて、国保は高く（34%）健保は低い。健保の中でも協会健保6%、組合健保3%と差がある。全国平均を上回る保険者は調整のための負担金を受給し、下回る保険者は負担金を支出する。その結果、健保グループは実際より多く、国保グループは実際より少なく負担して年間約3兆円規模の財政移転がなされる。



で定常的なもの” (sustainable equilibrium) へと転換を迫られている今日、本稿がこうした社会保障のパラダイムシフトに向けた「雪かき仕事」(村上春樹)の一助となることを願ってやまない。

#### 参考文献

- 青井和夫, 松原治郎, 副田義也編. 生活構造の理論. 東京: 有斐閣; 1971.
- 小田泰宏. 生活体系と社会保障の基盤. 季刊社会保障研究 1998; 34(1): 80-9.
- 小田泰宏. 日本の高齢者像. 藍野学院紀要 2008; 22ss: 43-54.
- 厚生労働省編集. 厚生労働白書 平成 24 年版. 東京: 日経印刷; 2012. p. 19-28
- 厚生労働省大臣官房政策調査室監修. 日本の社会保障の歩み. 東京: 中央法規出版; 1997.
- 国立社会保障・人口問題研究所編. 先進諸国の社会保障. 東京: 東京大学出版会; 2000.
- A. セン著, 鈴木興太郎訳. 福祉の経済学——財と潜在能力. 東京: 岩波書店; 1988.
- 総務省統計研修所. 日本の統計 2015. 東京: 総務省統計局; 2015.
- 椋野美智子・田中耕太郎. はじめての社会保障 第 14 版. 東京: 有斐閣; 2017.
- 村上春樹. ダンス・ダンス・ダンス. 東京: 講談社; 1988.
- N. バー著, 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.
- K. R. ポッパー著, 久野収, 市井三郎訳. 歴史主義の貧困. 東京: 中央公論社; 1961.
- K. R. ポッパー著, 武田弘道訳. 自由社会の哲学とその論敵. 東京: 世界思想社; 1973.
- J. ロールズ. 矢島鈞次監訳. 正義論. 東京: 紀伊國屋書店; 1979.
- 内閣府. 国民経済計算 [2017-10-17 閲覧]  
URL. <http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/data.html>
- 財務省. 平成 29 年度一般会計予算 [2017-10-17 閲覧]  
URL. <http://www.zaisei.mof.go.jp/pdf/平成29年度一般会計予算.pdf>
- 厚生労働省. 各種統計調査 [2017-10-17 閲覧]  
URL. [http://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/dl/01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/dl/01.pdf)
- 国立社会保障・人口問題研究所. 社会保障費用統計 [2017-10-17 閲覧]  
URL. [http://www.ipss.go.jp/site-ad/index\\_Japanese/security.html](http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/security.html)