

日本の社会保障制度の 現在

加 茂 直 樹*

この論文は、「社会保障制度の形成」（『現代社会研究』Vol. 10、2007年12月）、「日本の社会保障制度の形成」（『現代社会研究科論集』第1号、2008年3月）および「20世紀後半における日本の社会保障制度」（『現代社会研究』Vol. 11、2008年12月）に続き、20世紀末から現在にいたる日本の社会保障制度の変遷を概観し、将来に向けて安定的で信頼できる制度をどのように作り上げていくべきかの考察に資することを目的とする。その内容は下記の通りである。

- I 1990年代の社会保障
- II 小泉構造改革以降の社会保障
- III 総括

キーワード：社会連帯、社会保険方式、財政
難

I 1990年代の社会保障

1 問題状況

20世紀後半の日本の社会保障制度は、古川孝順の区分に従うならば、1945～59年の定礎期から60～73年の発展期、74～88年の調整期を経て、89年以降は転換期を迎える。発展期には、61年の皆保険・皆年金制度の成立およびこれと前後する福祉6法体制の整備によって、日本は社会福祉国家としての体裁を整えたが、調整期には、石油危機を契機として、早くも福祉見直しの動きが活発になってきた。

* 京都女子大学 教授
大学院 現代社会研究科公共圏創成専攻
社会規範・文化研究領域

そのため、70年代以降には、一方で社会保障制度の拡充が進むが、他方では、個人と家族の自助努力と地域社会の連帯によって欧米型と異なる福祉国家の実現を志向する日本型福祉社会論が唱えられ、社会保障費の抑制傾向が顕著になってきて、事態は複雑化した。(古川, 2001 : 408-412、加茂, 2008 b : 23)

制度の拡充に寄与した諸施策を列挙するならば、まず72年には、老人医療費の無料化が全国的な制度として実現した。73年には、厚生年金の給付額が5万円水準に引き上げられ、74年からは、年金の物価スライド制が導入された。児童扶養手当、児童手当などの社会手当も整備された。福祉元年と呼ばれた73年の社会保障給付費は対前年度比で25.6%の大幅増を示し、74年には44.2%、75年にも30.4%の増となった。(里見, 2007 : 144-145、伊藤, 2007 : 174-176、横山, 2001 : 358-361、加茂, 2008 b : 20-21)

だが、70年代後半、政府は日本型社会福祉論を提唱し、80年代には、これにもとづいて社会保障関係への財政支出を抑制する政策が具体化されていく。まずその対象となったのは、生活保護制度である。厚生省の関係課長による81年11月17日付けの「生活保護の適正実施の推進について」と題する通知以降、生活保護申請者の資産保有と収入の状況の確実な把握のための調査が、プライバシー侵害、人権侵害と言われるほど厳しくなり、受給世帯は、80年代後半以降、急速に減少した。(伊藤, 2007 : 190-191、古川, 2001 : 415、加茂, 2008 b : 23-24) 81年3月設置の第二次臨時

行政改革審議会の第一次答申(81年7月)は、医療、年金、社会福祉という社会保障の主要3部門について、抑制の方針を明確にした。社会福祉の部門では、受益者負担の増加、民活路線の推進、施設中心の福祉から在宅福祉への転換などにより、国庫負担の軽減が図られたが、これは規模が縮小し機能を低下させつつある家族に過重な負担を押しつけるものであった。(伊藤, 2007 : 190-191、加茂, 2008 b : 23-24)

医療の分野では、老人保健法の制定により、83年から70歳以上の老人の医療費の一部負担制度が導入され、その後も段階的に負担の引き上げが行われた。健康保険の被保険者本人についても1割(84年)、ついで2割(97年)の自己負担制度が導入された。(伊藤, 2007 : 193-194、加茂, 2008 b : 24-25) 年金については、86年から全国民共通の基礎年金制度が発足し、女性の年金権の確立、障害基礎年金の導入、母子・準母子・遺児年金の遺族基礎年金への再編統合などが実現し、制度的な整備が進んだが、それは年金支給開始年齢の引き上げ、保険料の負担強化と給付水準の切り下げを伴うものであった。(駒村, 2003 : 47-50、伊藤, 2007 : 195-197、里見, 2007 : 82-85、加茂, 2008 b : 25-26)

2 80年代社会福祉改革の特質

古川孝順は、80年代における社会福祉改革を整理して、その特質を、①普遍化=利用者的一般階層化、②多元化=民間非営利部門や民営部門の拡大、③分権化=地方自治体の権

限と責任の拡大、④自由化＝脱規制化・規制緩和、⑤計画化＝社会福祉行政や民間地域福祉活動の計画化・計画行政化、⑥総合化＝関連領域との連携調整の強化、⑦専門職化＝社会福祉士・介護福祉士制度の発足、⑧自助化＝自助努力・受益者負担の重視、⑨主体化＝住民主体・住民参加の促進、⑩地域化＝在宅福祉サービス中心の社会福祉への転換、の10項目にまとめ、そのうちで②、③、⑤、⑥、⑩が特に重要であると言う。(古川, 2001: 417)

この重要5項目について、古川は次のように説明する。多元化は、従来は国、自治体とその他の準公的組織を中心に進められてきた福祉サービスの提供主体として、生活協同組合などの市民組織や営利型の民間サービス提供組織の参入を認め、サービスの供給と利用における自由度を高める改革である。分権化は、福祉サービスの提供に関わる権限の多くを、利用者の生活実態をよく知りうる立場にある市町村に委譲することを意味する。計画化は、課題にたいして後追いの、その場しのぎ的であった社会福祉のあり方を予防的、計画行政的なものに改めることである。総合化は、これまで雇用、教育、住宅、保健、医療、司法、人権擁護など個別に展開されてきた生活関連施策を、社会福祉を核に総合・統合化して推進することを意味する。地域化は、福祉サービスの内容を、入所（収容）型の社会福祉施設中心から在宅福祉サービス中心に改めることであり、そのための方策がホームヘルプサービス、ショートステイサービス、デイケアサービスの導入である。(古川, 2001:

417-420)

では、このような改革はどのように評価されるであろうか。古川は、改革の内容が複雑多岐にわたり、実態の把握が容易でないこと、改革が二重ないし二面的性格をもち、評価の尺度についての適切な基準を策定しがたいことのために、評価が困難であると述べる。たとえば、分権化による地方自治体の権限の拡大は望ましいが、自治体への国庫補助の削減がそれに先行しており、財政負担の増加のために福祉諸施策の地域間格差が拡大することが懸念される。また、地域化が目指すインテグレーションやノーマライゼーション、自立生活への指向は、利用者による自助努力を促し、家族や地域による介護や介助にたいする期待を拡大するが、それが安上がりの福祉施策を意図してのものであるならば、家族や地域の負担は過大なものになるであろう。結局、「行財政改革に端を発する80年代福祉改革は、その一面においてむしろ伝統的な家族や共同体的地域社会への依存を拡大しよう」とするものであったが、「その後におけるわが国の家族は核家族化、少子化の度合いを一層強めていき、地域社会は扶養共同体的な要素を喪失してきた」から、この食い違いから生ずる困難は以後、現在に至るまで拡大していくのである。(古川, 2001: 420-422)

3 90年代前半の社会福祉政策

1989（平成元）年4月、「高齢化社会に備えるため」との名目で、3%の消費税が導入された。同年12月には、「高齢者保健福祉推

進10か年戦略」(「ゴールドプラン」)が発表され、老人福祉施設、老人保健施設、ホームヘルパー、デイサービスセンターなどのサービス量を将来的な利用者推計にもとづいて算出し、それを目標値として掲げて、90年から99年まで年次ごとに計画的に整備していくことになった。(金子, 2005: 241-242) このゴールドプランに使われたのは、消費税収のうちわずか数%にすぎなかったが、目標値を定め、一定の予算を組んで福祉サービスの整備を図るという計画の策定には、「計画化の嚆矢」としての意味があったと指摘されている。(伊藤, 2007: 207-208)

90年6月には、60年代に確立した福祉6法のうち生活保護法を除いた5法に、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉医療事業団法を加えた福祉関係8法の改正が行われた。これによって、特別養護老人ホームなどの施設入所の措置権限が町村に委譲され、サービスの提供主体が市町村に一元化された。また、従来は行政の任意的な施策として実施されていたホームヘルプ事業などが、老人福祉法の改正により、老人居宅介護等事業の一つとして法的に位置づけられた。特別養護老人ホーム(高齢者のための長期入所型ケア施設)の設置には巨額の予算が注ぎこまれ、社会福祉法人がホームを建設する際、その費用の2分の1を国が、4分の1を都道府県が補助する制度ができたので、施設整備が進んだが、補助金目当ての悪質な業者の参入も目立つようになった。他方で、施設職員の配置基準は低いままで、待遇の改善も進まなかった。在宅

サービスの整備は遅れ、特にヘルパーの人件費について、国の補助予算が常勤3割、非常勤7割の積算で組まれたため、非常勤(パート)化が急速に進んだ。この点については、その後、多少の改善があったが、実態に合わせて常勤ヘルパーを確保しようとする、自治体が超過負担を強いられることになる。90年代になって自治体の財政が悪化するにともない、自治体間のサービス整備に格差が生じてきた。また、この時期に、ホームヘルプ事業の民間委託化が進み、88年にはヘルパーの約6割が自治体の常勤ヘルパーであったが、96年には委託率は90%に達した。(伊藤, 2007: 208-209)

なお、福祉に関して地域と家族、特に女性に多くを期待する日本型福祉社会論は、80年代半ばにはすでに説得力を失っていたが、杉本貴代栄によれば、80年代末から90年代にかけて展開された新・日本型福祉社会論においても、「自助・連帯を重視し、公的部門をできるだけインフォーマル部門へ移行させる方針が明らかであり、(中略)女性はそのインフォーマル部門の中核として積極的に位置付けられている。」ホームヘルパーについては、87年に社会福祉士及び介護福祉士法が制定され、90年代になると、主婦を主な対象とするヘルパー養成の研修制度が発足する。94年度の『国民生活白書』は、「このような専門的な外部サービスの導入は、サービスの質の向上と効率化をもたらすだけではなく、とりわけ女性にとっては、職業生活と家庭生活の両立を容易にすることにもなることから、女性

の自己実現を可能とし、国民経済的な観点からは労働力の確保にもつながるという面がある」と自画自賛する。しかし、ヘルパーに対する処遇が低く、しかも非常勤職が多いことを考慮するならば、このような政策は実質的には、家族機能を担っているために労働力市場では不利な立場にある女性を、低賃金で酷使することを意味していた。(杉本, 2004 : 44-46)

94年には、高齢社会福祉ビジョン懇談会の提出した「21世紀福祉ビジョン——少子・高齢社会に向けて」において、「適正給付と適正負担」をモットーとして日本独自の福祉社会の実現をめざすことが示された。これを受けて同年、少子化の進展に対応するための「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」(「エンゼルプラン」)がまとめられ、緊急保育対策等5か年事業が策定された。95年の「障害者プラン——ノーマライゼーション7か年戦略」においては、障害者福祉の領域における総合的なサービス整備計画が打ち出された。(金子, 2005 : 242-243、伊藤, 2007 : 212-214)

4 「1995年勧告」

20世紀後半における日本の社会保障制度の発展は、社会保障制度審議会の「1950年勧告」から始まった。半世紀間の社会的激動の時代を経て、同審議会は95年7月に、「社会保障体制の再構築——安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」と題する勧告を提出した。この勧告は、社会保障を作り支えるのが国民

の社会的連帯であり、したがって国民が社会保障についてよく知り、自らの問題として受けとめ、積極的に参画することが大切であると述べて、国民の側の連帯と責任を強調する。(岩村他, 2007 : 7-8)

この点について、里見賢治は次のように論ずる。「95年勧告」は、社会保障は「個々人の社会的連帯によって成立する」、「社会保障の心、すなわち自立と連帯」、あるいは「〈思いやり〉すなわち福祉の心や共生と連帯の考えを国民の中に育てていく」などと述べるが、このような考え方は社会保障における企業責任や公的責任を軽視し、問題を人々の助け合い・相互扶助に矮小化する危険性を含んでいる。「50年勧告」も、国民が「社会連帯の精神に立って、それぞれの能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果さなければならない」と説くが、それは、国民の生活保障の責任が国家にあると明言し、その保障の内容についても具体的に列挙した上でのものであって、連帯だけを強調したのではなかった。資本主義社会は自助を原則とするが、その中でさまざまな生活障害が主として社会的要因から生じてくるので、それに対処することが社会的責任になり、これを制度化するのが社会保障である。社会はそれ自体としては統治機構をもたないので、社会的責任の担い手は国家にならざるをえない。「50年勧告」はこのような意味での国家の公的責任を明確に認めていたのであり、「95年勧告」において連帯が一面的に強調されるのは憂慮すべきことである。(里見, 2007 : 28-29、岩

村他, 2007: 4 - 5)

なお、「95年勧告」は、介護の保障を介護保険で実施する方針を提起するとともに、日本の社会保障の将来について社会保険中心主義を堅持することを確認した。里見は、これが、社会保障制度審議会の77年12月の建議「皆年金下の新年金体系」において、税方式による基本年金構想が提起され、社会保険中心主義が修正されつつあった方向を再度逆転させるものであること、50年と皆年金・皆保険制度が空洞化を強めつつある95年とでは、社会保険中心主義を採用することの意味が異なることを指摘して、この方針に疑問を呈している。(里見, 2007: 29)

5 医療制度の改革

国民医療費は、90年代に入ると、高齢化の影響を受けて年間20兆円を突破するようになり、特に、財政調整の仕組みで老人保健制度に拠出している被用者医療保険の財政を圧迫した。構造的に財政基盤の弱い市町村の国民健康保険においては、不況の長期化もあって、保険料収納率が年々低下した。収納率の低下は保険財政を悪化させて、保険料の引き上げを余儀なくさせるが、それが収納率のさらなる低下をもたらす、という悪循環が多くの市町村で生じた。このような状況に対応して、90年代前半には、医療費の抑制のためのさまざまな方策が試みられるが、その効果は一時的なものに留まった。(伊藤, 2007: 211-212)

90年代後半には、医療制度改革は、老人医療費の高騰のため医療保険財政が窮迫すると

いう政府・厚生省によるキャンペーンに先導されて進められ、患者負担増をはじめとする医療費抑制策が展開される。まず、96年4月から老人保健施設入所者の診療報酬に逓減制が導入された。97年9月からは、医療費の患者負担が健康保険本人で1割から2割に引き上げられ、外来患者の薬剤費についても一部負担が導入された。98年の診療報酬改定では、入院料や看護料の算定基準が引き下げられ、長期入院患者をかかえる医療機関は大幅な減収を強いられた。そのため、なお治療を必要とする長期入院患者、特に高齢者が退院を強制されるという事態が生じた。(伊藤, 2007: 223-224)

このような改革の方向性について、伊藤周平は次のような点を指摘する。第一に、高齢化が進めば、老人医療費が増大するのは自然の成り行きであるし、日本の医療費の年間30兆円は対国内総生産(GDP)比で7%強であって、OECD諸国では最低ランクに属する。第二に、被用者保険財政の悪化は、近年の各企業のリストラによる従業員(被保険者)の減少と賃金の抑制による保険料の減収によるところが大きい。第三に、84年に国民健康保険への国庫補助率が45%から実質38.5%へ引き下げられ、92年には政管健保への国庫補助率が16.4%から13%へ引き下げられたことなどにより、医療費に占める国庫からの負担率は、83年の30.4%をピークに、98年には24.4%まで低下した。老人医療への公費負担も、実績で83年度の44.9%から98年度の34.3%まで削減された。(伊藤, 2007: 224-225)

6 介護保険制度の創設

94年12月には、ゴールドプランの前半5年間で目標値を上回ったことを踏まえて、後半5年間の目標値を上方修正する新ゴールドプランが策定されたが、このころから、医療費の急増傾向とも関連して、高齢者の介護をどうするかが重要な課題になってきた。当初は介護施策の充実の財源は消費税に求められたようであるが、細川連立内閣において消費税を国民福祉税として税率を7%に引き上げるという構想が挫折した(94年2月)ために、介護保険制度導入に向けての本格的な検討が始まった。(伊藤, 2007: 212-213、なお国民福祉税構想の挫折とその評価については、石, 2008: 601-611) 96年に成立した橋本内閣は、同年11月に介護保険法案を国会に提出し、二度の継続審議を経て、97年12月にこれを成立させた。(伊藤, 2007: 218) 施行は2000年4月である。

介護保険の保険者は市町村および特別区(東京23区)である。被保険者は40歳以上の者であるが、市町村に居住する65歳以上の者が第1号被保険者で、40~64歳の医療保険加入者が第2号被保険者である。前者は要介護の状態にあるという事実によって給付の対象になるが、後者は「加齢に伴って生じる心身の変化に起因する」16の特定疾病のために介護が必要になった場合のみ、給付を受けることができる。1割の利用者負担を除いた残りが介護保険給付費であり、その財源は介護保険料と公費負担(各50%)である。保険料は、第1号については市町村が所得により5段階

程度に分けた定額を徴収する。年金からの天引きが基本である。個人単位の保険なので、夫婦も個別に支払う必要がある。第2号のうち被用者保険加入者の場合には、医療保険料に標準報酬の1%程度の上乗せ額が徴収される。労使折半である。国民健康保険の加入者の場合には、応能負担部分と均等割などの応益負担部分を組み合わせて保険料が決まるが、公費負担がある。第2号には被用者医療保険の被扶養者も含まれるが、被扶養者は介護保険料を負担しない。第1号と第2号の一人当たり介護保険料の全国平均額は同じ水準になるように制度設計されており、被用者保険の被保険者は40歳以上の被扶養者の分をも負担することになる。この介護保険料は社会保険診療報酬基金に納付され、基金から全国の市町村に高齢化率に応じて介護給付費交付金として配分される。(里見, 2007: 192-211、竹本, 2001: 150-158、伊藤, 2001: 34-40)

被保険者が介護を必要とするときには、市町村に申請し、要介護認定を受けなければならない。介護認定審査会は、申請書と主治医の意見書を検討して、要介護度のランクづけを行う。ランクは要支援と5段階の要介護状態に分かれている。申請者は認定されると、介護サービス計画を介護支援専門員(ケアマネジャー)に依頼して作ってもらい、それにしたがってサービスを受ける。介護保険の給付は大きく在宅サービスと施設サービスに分かれる。要支援者へのサービスは予防的なものに限定される。要介護者へのサービスは5段階の介護度に応じて、支給限度額が定めら

れているから、その範囲内で介護サービス計画を立てることが必要になるのである。(竹本, 2001: 153-157、里見, 2007: 195-196)

7 介護の社会化の意味

介護保険制度は、「日本型福祉社会」論にもとづく政策がすでに破綻し、家族介護支援政策も修正を迫られるという状況下で、「介護の社会化」を目指して導入された。春日キスヨは、97年初出の「介護——愛の労働」と題する論文において、90年代初めにおける調査に基づいて、「高齢者介護の社会的コストのうち6割以上を家族が負担し、その労働の8割以上は家族の女性成員によって担われている。さらに、〈老人ホーム〉や〈老人病院〉の寮母や介護職員の9割までもが女性である。」と指摘する。このような介護負担の家族と女性への偏りの背景には、「介護」という生活領域が老親扶養の一端として、昔から家事に含まれ、主に女性によって担われてきたという社会通念があるが、春日によれば、これは事実と反する。1950年代ごろまでは、病気になれば短期間のうちに死ぬしかなかったのが、大多数の日本の高齢者の境遇であった。明治以降、傷兵の保護規定などで使用されてきた「介護」が、高齢者のケアについて用いられるようになったのは、感染症の時代から成人病・慢性疾患の時代に移行し、皆保険制度や老人医療無料化制度が充実してきたことである。生活水準の上昇、救命医療技術の高度化に支えられて、慢性症を抱えた人や寝たきり老人などが増えて、新しく介護が社会

問題化し、家族、特に女性の負担を増加させることになったのである。(春日, 2001: 31-32)

家族の負担軽減とノーマライゼーションの理念を掲げて推進された在宅福祉政策においても、家族と女性への介護負担の偏りは解消されず、家族、その中でも女性の家族成員に多くを依存する介護という状況が続いている。スウェーデンでは、男女平等政策を伴いながら進められた在宅福祉政策によって、男性=公的領域=仕事、女性=私的領域=家庭という性別役割分業は一応解消された。しかし、女性の労働市場への進出によって形成されたのは、男性=民間セクターのフルタイムの安定的職業、女性=ケアサービスを中心とするパブリックセクターのパートタイム労働者、という新しい性別役割分業体制であった。これは介護を社会化しても、介護の女性依存という趨勢は容易には変わらないことを示しており、介護保険制度発足後の日本の状況と考え合わせても、この問題の根本的な解決は至難であることを予想させる。(春日, 2001: 33-35、岡沢, 2004: 219-220、広井, 2006: 57-58)

なお、介護保険の創設は財政構造改革法の成立(97年11月)と連動しており、高齢者福祉分野における公費削減を意図したものであった。だが、97年後半から日本経済は深刻な不況に陥り、その原因の一つが消費税増税(同年4月、3%から5%へ)、健康保険における本人の自己負担の引き上げ(同年9月、1割から2割へ)、特別減税の廃止などによ

る国民負担の大幅な増加にあるとされたため、財政構造改革法そのものはすぐに凍結され、98年11月には廃止された。(伊藤, 2007: 218-219、石, 2008: 588-590)

介護の社会化の手段として保険方式と公費負担方式のどちらを採るかについては、当初から論議があった。前述のように、国民福祉税構想の挫折が直接の契機となって、介護保険方式が採用されたのであるが、なお問題は残されている。

8 社会福祉基礎構造改革

介護保険法案の審議と並行して、社会福祉制度をどう改革すべきかの検討が進められ、中央社会福祉審議会に97年11月に設けられた分科会は、98年6月に「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」を発表し、従来の措置制度では、「サービスの利用者は行政処分の対象」であるため、「サービスの利用者と提供者との対等な関係が成り立たない」ので、今後はこれを「個人が自らサービスを選択し、それを提供者との契約により利用する」利用契約制度に転換することを提言した。その後、厚生省と自民党の主導で、障害者福祉や児童福祉の領域での検討が進められ、これらを踏まえて2000年5月に「社会福祉基礎構造改革」と称される一連の法改定が行われた。その中心になるのは、「社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項」を定める社会福祉法(社会福祉事業法から名称変更)である。(伊藤, 2007: 221-223)

この改革の要点は、①利用者の立場に立っ

た社会福祉制度の構築、②利用者保護のための制度の創設、③サービスの質の向上、④社会福祉事業の範囲の拡充、⑤社会福祉法人の設立要件の緩和、⑥社会福祉法人の運営の弾力化、⑦地域福祉の推進、⑧社会福祉協議会、共同募金、民生委員・児童委員の活性化にあるとされた。(里見, 2007: 65-66)このような改革の大きな流れについて、金子光一は次のように述べる。「20世紀の後半における社会福祉の発展は、社会主義対資本主義という二項対立的な政治的・経済的・社会的な構造の産物であった」が、「社会主義崩壊以降、競争原理に基づく市場原理の導入あるいは民間(営利)の活力の推進、分権化の促進、規制緩和、そして自己責任原則が強調され、社会福祉のあゆみは大きな修正を余儀なくされた。」これは日本に限った現象ではないが、日本の急激な改革が社会的に弱い立場にある人に対して十分に配慮してきているか疑問であると金子は指摘している。(金子, 2005: 251)

9 措置から契約へ

なお、この改革の一つの焦点になったのが措置制度の存廃問題である。狭義での措置制度は、保育所や特別養護老人ホームへの入所などが、行政処分、つまり「行政庁が対象者に福祉サービスを行う行政的な決定」にもとづいて行われることを指す。堀勝洋によれば、行政処分は、「行政庁が法にもとづき優越的な意思の発動又は公権力の行使として国民に対して法的な規制を行う行為である」が、福祉サービスについては、公権力の行使という

色彩は薄く、行政庁が一方的に決定するという意味での形式的な行政処分であると考えべきである。行政処分あるいは措置は、契約としばしば対比される。老人の施設利用について、特別養護老人ホームの場合には、入所希望者の申請の有無にかかわらず行政庁が職権で入所決定を行うことができるが、軽費老人ホームの場合には、入所希望者の申し込みとホームの経営者の承諾によって、入所契約が成立する。(堀, 1997: 160)

措置制度においても、要援助者側に申請権や措置請求権があるかが従来から問題になっており、学説ではこれを認める見解が有力であったが、行政解釈と判例はこれを否定してきた。だが、たとえば保育所入所に関しては、児童の保護者からの申し込みにより入所決定がなされており、実態としては、措置制度のもとで職権による措置と申請による措置とが併存していた。(伊藤, 2007: 199-200) 90年代になって、国が財政面を含めて福祉サービスの整備や提供に責任をもつ措置制度を存続させている限りは、高齢者福祉費の増大が避けられない、という認識を政府・厚生省がもつようになり、措置制度の廃止論が行政側から提起されてくる。93年には、保育所入所の措置制度をなくし、国庫負担分を削減する法案の構想が明らかになったが、連立政権の成立と強い反対運動のため、実現に至らなかった。厚生省は、批判勢力が弱体である高齢者福祉の領域で措置制度の見直しを進める方向に方針を転換し、それが介護保険制度の導入につながったとされる。(伊藤, 2007: 210)

伊藤周平は、措置制度への批判を次の3点に要約する。①措置制度は、低所得者等を対象にした選別的な制度であり、要援助者にはサービス選択の自由がない。②要援助者は従属的立場におかれ、サービス請求権や受給権をもちえない。③公的サービスが中心のため、柔軟性に欠け、多様化する福祉需要に対応しえない。だが、伊藤によれば、このような批判は、措置制度の下でも要援助者からの申請にもとづいてサービスの提供決定が行われていた実態を無視した一面的なものであり、ここから措置制度を否定して契約制度への転換を主張するのは、論理の飛躍である。措置は、国や自治体の責任で要援助者の生活や生存権を保障する仕組みであり、憲法25条を具体化する制度であるとも言える。措置制度を官僚主義的・恩恵的に運用してきた厚生省の主導で、この見直しが進められたことが、この改革の矛盾的な性格を端的に示している、と伊藤は主張する。(伊藤, 2007: 214-215)

これに対して堀勝洋は、90年代半ばのまだ措置制度が一般的であった時点で、次のように論じている。社会福祉法は、福祉の措置について、地方公共団体は「…しなければならない」と規定する場合と、「…することができる」と規定する場合があり、前者を「義務づけ規定」、後者を「権限付与規定」と呼ぶことができる。義務づけ規定のケースでは、措置対象者にサービスを請求する権利を認め、措置に要する費用についても国庫負担率が法定されるが、権限付与規定のケースにおいては、対象者の請求権は認められず、国庫から

の補助が義務づけられることもない。在宅福祉サービスは権限付与規定に留まっており、その実施は地方公共団体の裁量に委ねられているが、公平性の観点からは、サービスの主要なものについては、すべての国民が享受できるようにするために、義務づけ規定にするのが望ましい。(堀, 1997: 166-167)

また、措置から契約への改革の動きをめぐる論議において、措置制度を堅持する立場の論者は、この制度の基本が福祉サービスの提供とその費用負担を公的に行うことにあり、契約制度にするとこの公的責任がなくなると主張するが、これはきわめて単純化した議論であると、堀は批判する。彼がその根拠として挙げるのは、軽費老人ホームなどのように契約によって利用されるものが少なからずあるが、これらにも公費負担がなされている、という事実である。また、措置によるものは負担金であるが、契約によるものは補助金であり、後者は自由にこれを廃止または変更できるとする主張に対しては、公費の支出は国民のニーズにしたがい国民の合意によって決められると述べて、国庫負担の率が引き下げられた例と、国庫補助の率が引き上げられた例を挙げる。(堀, 1997: 171-172) なお、堀は介護保険制度についても、法案の成立直前の時点においてはあがあるが言及しており、介護サービスの提供が原則的に措置ではなく、契約によって行われることを肯定的に評価している。(堀, 1997: 181-183)

大まかに言えば、伊藤は措置だから悪いとは言えないと論じ、堀は契約だから悪いとは

言えないと論じている。また、両者とも公的負担責任とサービスを請求する権利の明確化を主張しているが、どちらの制度によって、これらがよりよく実現されるかが問題である。突き詰めていくと、措置か契約かではなく、どれだけの質と量のサービスを提供できるか、それに要する費用をどこから捻出するか、が問われるのである。

Ⅱ 小泉構造改革以降の社会保障

1 小泉政権の社会保障改革

2001年4月、構造改革の推進を掲げる小泉内閣が成立した。「失われた10年」といわれるように、90年代から難問が山積する中での政治の混迷が続いていたが、小泉内閣は、国民の高い支持率を背景に、06年9月まで続く戦後3番目の長期政権となった。伊藤周平は、この改革の基本思想は、小泉自身が議長をつとめた内閣府の経済財政諮問会議が01年6月に提出した「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本指針」(「骨太方針」)に示されていると言う。それは、社会保障を、「自助と自律」の精神を基本に、地域住民やNPO、ボランティアなどによる「共助」で補うものと規定し、「95年勧告」ではまがりなりにも認められていた国や自治体の公的責任にはまったく触れていない。これは、公的責任を最低生存ラインの保障に限定すべきとする選別主義的な思想であり、英米のニューライトの思想と親和性を有する。この構造改革路線のもとでは、「社会保障分野は公的支出削減の最大の標的となり、負担増と

給付抑制の方向がいっそう鮮明となる。」(伊藤, 2007: 231-232)

また、大沢真理は、90年代以降、グローバル化や少子高齢化などの社会・経済の構造変化が顕著であるのに、日本の生活保障システムは再構築されず、かえって安心を損なうという逆機能を起こしているとする。(大沢, 2007: 71)「失われた10年」の後に登場した小泉内閣において、年金、育児・介護、雇用などの領域で、「男性稼ぎ主」型から「両立支援」型への生活保障システムの転換が図られたが、それは内実を伴うものではなく、社会保障制度は空洞化しただけでなく、むしろ社会的排除の装置と化しつつある、と大沢は指摘する。(大沢, 2007: 154-155)

小泉内閣の多面にわたる構造改革はその影響が直接的に現在に及んでいるので、これについて整理・把握し、評価するにも困難がある。ここでは、社会保障に関する改革がどのようなものであったかを簡潔にまとめておくことにしたい。

2 医療制度の改革

2000年4月からの介護保険法の施行により、医療サービスの一部を老人保健の給付から介護保険の給付に移すことで、老人医療費の削減が期待されていたが、削減効果が見込みを大きく下回ったために、医療費抑制の圧力はいっそう強くなった。まず、01年1月から老人保健制度の対象となる高齢者の医療費の自己負担が定額から定率1割に改められた。さらに、02年6月成立の改正法により、03年4

月から健康保険本人の患者負担が2割から3割に引き上げられ、高所得の高齢者の自己負担が2割になった。また、外来の医療費の負担上限月額も引き上げられた。保険料負担も、標準報酬制(月給ベース)から総報酬制(年収ベース)に改められ、年収450万円の給与生活者で年間約4万円の負担増になった。さらに、02年4月、診療報酬本体も初めて1.3%引き下げられ、薬価・医療材料とあわせて全体で2.7%の引き下げになった。診療実日数の多い患者ほど引き下げ率が大きく、長期に受診する患者を多く抱える医療機関が打撃を受けることになった。入院期間が180日を超える患者については、難病患者などを除き、特定療養費として入院基本料の基本点数の85%を給付し、残りの15%(月額約5万円)を患者の自己負担とする改定も行われた。伊藤周平によれば、特定療養費は高度先進医療が保険適用されるまでの過渡的な制度として導入されたものであり、これを入院基本料に適用するのは、実質的に保険給付の範囲の縮小である。02年改正法にともなう国民の負担増は年間1兆5,000億円にのぼったが、この傾向はその後も続くのである。(伊藤, 2007: 232-235、里見, 2007: 152-155)

伊藤はさらに指摘する。保険外負担の増大により、低所得の長期入院患者は「社会的入院」の烙印を押されて退院を余儀なくされる。長期入院患者を多く抱える病院の多くは、介護保険適用への移行を模索するが、適用を受ける病床群の数が限定されているので、認められない場合がある。介護保険施設入所の待

機者は激増しており、退院を余儀なくされた患者は在宅に戻らざるをえず、家族の負担が大きくなる。(伊藤, 2007: 235)

なお、03年3月には、「医療保険制度体系及び診療報酬に関する基本方針」が閣議決定された。それによると、高齢者医療に関して、08年度に、現行の老人保健制度と退職者医療制度を廃止し、2本立ての制度を創設する案が示された。65歳から74歳までの前期高齢者は国民健康保険か被用者保険に加入し、被用者保険全体から支援を受ける財政調整方式をとり、75歳以上の後期高齢者は公費負担と高齢者から新たに徴収する保険料と被用者保険からの支援で賄う独立保険形式をとる、という案である。(伊藤, 2007: 235-236、里見, 2007: 167)

この基本方針にもとづいて、2006年6月、健康保険法を含む12の法律の改正が行われた。この医療制度改革法は、厚労省の説明では、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」、「医療費適正化の総合的な推進」、「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」という基本的な考え方で、国民皆保険制度を持続可能にしていくものとされているが、伊藤は、その実態は給付抑制と自己負担増による医療費の徹底した抑制であって、皆保険制度の維持どころか、その解体をもたらす、と評価している。伊藤はこの改革について五つの問題点を挙げるが、その第一は、高齢者の負担増であり、具体的には、医療保険適用の療養病床に入院している高齢者についての食費・居住費などの自己負担化、高額療養費制

度における自己負担限度額の引き上げなどである。(伊藤, 2007: 331-335)

問題点の第二は、75歳以上の後期高齢者を被保険者とする高齢者医療制度の創設(08年4月発足)である。これは後期高齢者から徴収される保険料(約1割)、各医療保険者からの支援金(約4割)、公費(約5割。国25%、調整交付金8%、都道府県と市町村で各8%の定率負担)で給付費をまかない、高齢者の一部負担は1割とされる。これは介護保険と同様の保険方式の制度とも言えるが、被保険者の保険料では給付費の約1割しかまかなえないので、保険という名称は用いられなかったとされる。各医療保険からの支援金の性格もあいまいなままであって、結局、「従来の老人保健の拠出金の一部を高齢者の保険料負担(すなわち高齢者の負担増)に肩代わりさせた仕組み」である。(伊藤, 2007: 335-336)

この医療保険の運営主体は都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合であり、被保険者はその区域内に住む75歳以上の者と65~74歳の寝たきり者等である。介護保険と同様に、個人単位原則を採用しているため、従来保険料負担のなかった被扶養者にも保険料が課せられる。保険料は応益割(均等割)と応能割(所得割)からなり、全国平均の月額額は応益割3,100円と応能割3,100円の合計で6,200円と想定されている。応益割は所得がなくても課せられ、低所得者に対する軽減措置はあるが、全額免除はない。被保険者の窓口負担は1割であるが、現役並み所得者は3割である。自己負担限度額も引き上げられる。

新たに医療と介護を合わせた自己負担額について限度額（年間56万円）が設定され、それを超えた額については、高額介護合算療養費が支給される。この制度については多くの問題点があるが、それらは制度が発足した08年現在もなお係争中であるので、ここでは制度の大枠を述べるに留める。（伊藤, 2007 : 335 - 339、里見, 2007 : 168 - 171）なお、これと同時に、65～74歳の前期高齢者については、これまで同様に被用者保険や国民健康保険に加入したまま、その医療費について各医療保険制度の加入者数に応じて財政調整する仕組みが導入され、前期高齢者の加入率の高い国保の財政負担が著しく軽減されることになった。（里見, 2007 : 171）

伊藤が挙げる残る三つの問題点について簡単に触れると、まず第三は、08年4月から国と都道府県が医療費の適正化を図るための計画を策定することである。第四は、老人保健法の保健事業を再編し、40歳以上の加入者に対する生活習慣病に関する健康診査と保健指導を行うことを、市町村や健康保険組合などの医療保険者に義務づけることである。これによって、公衆衛生施策であるべき事業が保険料を財源とする事業に転化し、また、国民は医療費の抑制のために健康保持増進義務を押しつけられることになる。第五は、都道府県を単位とした保険者の再編・統合である。伊藤はこれらの改革についても、結局は国の責任を軽減し、医療費の抑制を図るための施策であるとして、否定的に評価している。（伊藤, 2007 : 339 - 342）

なお、06年4月、医療制度改革法の成立と連動して、診療報酬の改定が行われた。伊藤によれば、この改定の特徴は、診療報酬本体で1.36%、薬価で1.8%、合計3.16%という史上最大のマイナス改定であることと、改定の民主的プロセスが解体され、厚労省による恣意的改定が行われたことにある。具体的には、リハビリテーションの報酬の算定日数に上限が設定され、また、02年に導入されたばかりの療養病床の180日を超える入院患者の入院基本料の特定療養費化は06年7月から廃止された。さらに、慢性期入院医療について、療養病棟入院基本料の評価が引き下げられ、同時に、医療区分、ADL（日常生活動作の自立度・能力）区分にもとづく患者分類が導入された。その結果、軽度の患者の診療報酬は従来の6割程度に減らされ、このような患者たちの療養病棟からの追い出しが加速する。伊藤は、これらの改革は肯定的に評価される内容を含むが、全体的にはこれによって医療の荒廃が進み、医療保障が崩壊の危機に瀕する、と指摘している。（伊藤, 2007 : 343 - 346）

3 介護保険制度の改革と障害者支援費制度

介護保険法は2000年4月に施行されたが、06年3月末時点では、要介護・要支援認定を受け給付資格ありとされた被保険者は432万人、給付受給者は居宅262万人と施設80万人で計342万人に達した。給付費も各年度平均で前年比約10%の伸びを示している。被保険者（65歳以上の高齢者）の保険料は、市町村ごとに異なり、3年ごとに改定されるが、第

3期（06～08年度）の改定では、92%の市町村が保険料を引き上げた。全国平均（加重平均）でも24%の大幅増となり、平均月額が4,090円になった。厚労省の試算では、第5期の初年度である12年には、平均月額は6,000円になると予想されている。介護保険財政が赤字になる市町村も増加し、03年3月末時点で、赤字補填のため財政安定化基金から貸付を受ける市町村が全体の25%に達した。（伊藤, 2007: 261-263）

このような状況下で、介護保険制度をどう改革するかという課題と障害者福祉政策とが複雑に絡まり合うことになった。前述（I 6）のように、介護保険制度は、65歳以上の高齢者である第1号被保険者以外に、40歳から64歳までの第2号被保険者を、加齢に伴う疾病で要支援・要介護の状態になったときに限って、給付の対象にしている。他方、2000年6月の社会福祉基礎構造改革の一環として、障害者・障害児福祉の領域に支援費制度が導入され、03年度から実施された。これは、障害者が支援費の支給を市町村に申請し、支給決定を受けたら、都道府県指定の事業者や施設と直接に利用契約を結び、サービスを利用し、自己負担分を除くサービス費用を市町村が支援費として支給する、という仕組みである。これは、措置から契約への転換という点では、介護保険と同じであるが、社会保険制度ではなく、財源は所得に応じた応能負担である利用者負担を除いては公費（税）であるので、制度の導入当初から財源をどう確保するかが深刻な問題になっていた。そして、03年から

介護保険改革の検討が進められる中で、被保険者の範囲を40歳以上から20歳以上に拡大した上で、若年障害者も介護保険の適用対象としようとする、介護保険制度と障害者福祉制度の統合案が浮上してきたのである。（伊藤, 2007: 263-268）

だが、この統合案にはあまりに多くの問題点があり、各方面からの反対論や慎重論が噴出してきた。結局、統合は先送りされたが、改正介護保険法は多くの付帯決議をともないつつ05年6月に成立した。また、サービス費用・医療費の1割の応益（定率）負担導入を最大の狙いとし、将来の介護保険制度への統合をも視野に入れた障害者自立支援法案は、05年8月の郵政民営化法案の参議院での否決を契機とした衆議院解散のため、審議未了によりいったん廃案となったが、総選挙で自民党が圧勝した直後、再提出され、10月に成立した。（伊藤, 2007: 268-272、里見, 2007: 214-219）

改正介護保険法の成立による変更点は複雑多岐にわたっているが、伊藤周平の要約を参照しながら、その主要な項目を列挙しておく。その第一は給付抑制型システムへの転換であり、診療報酬の引き下げ、介護保険施設における居住費・食費の給付対象からの除外、介護報酬の引き下げなどが行われた。第二に、これまでの要支援と要介護1に認定の者を要支援1・2というカテゴリーに再編し、予防給付の対象とする。ただ、これにともない予防給付の支給限度額は大幅に減額されたので、これまでのようなサービスが利用できなくな

り、当面は給付抑制の効果があるとしても、長期的にはかえって重度化のために介護費や医療費を増加させることが懸念される。第三に、介護サービスの質の確保・向上のため、情報開示の標準化、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの適正化などの改正がなされた。だが、ヘルパーの9割がパートで、その労働条件が劣悪であるという実態は改められておらず、介護報酬の減額のため、事業所も経営が困難になるという現状では、サービスの質を保っていくことも難しいと思われる。第四は、地域支援事業とそれを担う地域包括支援センターの創設である。地域支援事業は、要支援・要介護になる前段階で、そうならないように実施される事業で、市町村を実施主体とする。この事業を実施するために、市町村は地域包括支援センターを設置することができるが、予算や人材の確保に困難があり、効果的に機能することは期待できない。(伊藤, 2007: 275-290、伊藤, 2005: 112-144)

第五に、介護療養型医療施設廃止に向けて、経過的類型の療養病床が創設された。2000年の介護保険法施行以来、従来からある医療保険適用の医療型療養病床(医師3人、看護・介護職員それぞれ5対1、医師の判断で入院可能)に加えて、介護保険が適用される介護型療養病床(医師3人、看護・介護職員それぞれ6対1、介護保険の給付のため、要介護認定が必要)が設けられており、前者は全国6,728施設、約25万床、後者は3,717施設、約13万床ある。平均的な1人あたりの費用月額

は、保険外負担を除き、前者で約49万円、後者で約44万円である。厚労省は、介護型療養病床の患者の約8割は医療の提供をほとんど必要としないという実態調査結果をまず公表した後、05年12月には、療養病床には、医療の必要性の高い患者だけを受け入れることにして、医療保険で対応する、医療の必要性の低い患者には、病院ではなく、在宅、居住系サービス、または老健施設等で対応する、介護療養型医療施設は12年3月末で廃止する、という方針を打ち出した。さらに、06年改定では、廃止までの経過措置として、医師・看護職員の配置が緩和された経過的療養病床(医師2人、看護8対1、介護4対1)を設け、「療養病床の老人保健施設等への転換を勧める支援措置を設け、2012年(平成24年)までに現行の療養病床を6割削減し(医療型を10万床削減し15万床に。介護型13万床は全廃)、15~17万床を老人保健施設に、6~8万床を有料老人ホームやケアハウスなどの居住系サービスに移す」という荒療治に踏み切った。これについて、伊藤は、受け皿とされる老人保健施設や居住系サービスの整備が不確定であるため、在宅にも戻れず、行き場を失う「介護難民」が出てくるのではないかと危惧している。(伊藤, 2007: 286-287)

最後に、介護保険料については、所得段階別とはいえ定額を基本にしており、逆進性が強いので、低所得者にとって負担が重くなっている。低所得者では、国民健康保険の保険料よりも介護保険料が高くなるという現象も生じている。3年ごとの見直しにより多くの

市町村で保険料が引き上げられており、事態はさらに深刻化しつつあるが、今回の改革では、この点に関する見直しはほとんど行われなかった。05年度の保険料収納率は全国平均で89%となっており、これがさらに低下して制度が空洞化していくことが懸念される。(伊藤, 2007: 290-292)

4 年金制度の改革

21世紀初頭における年金制度の問題点の第一は国民(基礎)年金の空洞化である。国民年金保険料の収納率は1996年までは80%以上であったが、2002年以降急速に悪化し、05年には63.6%になった。この保険料は定額負担で、保険料免除の基準が厳しいが、それでも免除者は増え続け、500万人を超えている。免除期間については、国庫負担分に相当する3分の1しか給付が保障されない。将来的には、1,200万人以上が低年金または無年金になる可能性があるという。第二に、厚生年金についても、保険料の事業主負担を免れるために、事業所が厚生年金保険から脱退し、あるいは意図的に未加入とする事例が増加し、300万から400万の労働者が加入していないとされる。(伊藤, 2007: 236-237)

こうした状況に対応して、04年6月、年金制度改正法が成立した。この改正にあたって政府が掲げた基本方針は次の二つである。第一に、社会経済の動きと調和した持続可能な制度を構築し、それによって年金制度への国民の信頼を確保する。これに関しては、将来世代の負担を過重なものにならないこと、高齢

期の生活を支えることのできる公的年金の給付水準を確保すること、制度改正を繰り返す必要のない制度とすること、の3点が特に強調されている。第二は、多様な生き方や働き方に柔軟に対応することができる中立的な年金制度の構築である。(高山, 2004: 18-19)

具体的には、①基礎年金の国庫負担の割合を07年度から09年度までの間に3分の1から2分の1に引き上げる。②2017年以降の保険料を固定する制度を導入する。厚生年金については、1996年10月以降13.58%(労使こみ、総報酬ベース)になっている保険料率を、04年10月から毎年0.354%引き上げて18.3%で、国民年金については、04年時点で月額13,300円になっている保険料を、05年4月から毎年280円ずつ引き上げて16,900円(04年度価格)で、それぞれ固定する。③マクロ経済スライド方式を導入し、公的年金全体の被保険者数の減少率(0.6%)と平均余命の伸びを勘案した一定率(0.3%)を併せたスライド調整率(0.9%)を、毎年度の支給額決定に際して考慮する。それまでは物価の変動に応じて年金額の改定が行われてきたが、04年度から23年度まで20年間の調整期間が終了するまでは毎年、物価上昇率から0.9%を減じて給付額が決定されることになった。なお、その他に、夫婦が離婚した場合の厚生年金の分割、第3号被保険者期間の厚生年金の分割、高齢労働者に対する在職老齢年金の見直しによる一律2割停止の廃止、育児休業等の期間中の保険料の免除、年金個人情報の定期的通知などの改正が実現したが、懸案の短時間労働者への

厚生年金保険の適用拡大は見送られた。(高山, 2004 : 19-21、伊藤, 2007 : 237-240、里見, 2007 : 121-122、岩村他, 2007 : 56-60)

それまで5年毎の小刻みな手直しを続けてきた年金制度であるが、以上のような改革によって、長期的に持続可能で、国民の信頼を確保できるような制度への転換が実現したのであろうか。国庫負担を増やし、以後に予想される給付増には、保険料の段階的引き上げと、マクロ経済スライド方式による給付水準の切り下げで対応するというこの改革によって、政府は、保険料が固定化される17年以降も、モデル世帯で現役世帯の手取り収入の約50%の給付水準を維持できると説明する。(高山, 2004 : 23)

だが、これに対しては、改正法の成立以前から、さまざまな疑問や批判が提起されてきた。①の基礎年金の国庫負担を2分の1に引き上げることについては、その財源をどこに求めるかが問題である。政府案は、まず公的年金等控除の縮小と老年者控除の廃止を実施し、05年度以降については、所得税の定率減税分を縮減・廃止することで財源を捻出、さらに年金・医療・介護等の社会保障給付全体を賄うために、消費税を含む税制を抜本改革する、というものである。(高山, 2004 : 25-27) だが、国庫負担引き上げの期限になっている09年度を目前にして、これを実現するための具体案は提示されていない。

②の年金保険料を14年間にわたって継続的に引き上げる改革について、高山憲之は、これが経済の好不況にかかわらず、硬直的に進

められていくことを特に問題にしている。政府案は日本経済が回復し成長軌道に乗り、現役で働く人々の生活水準は毎年少しずつ上昇していくと想定している。しかし、保険料の引き上げ案は、医療保険や介護保険にもあり、増税の計画もある。人件費の節減に苦勞している企業は、厚生年金保険料の半額を負担しているが、今後も負担増が続けば、雇用計画・賃金体系を見直すから、新規採用も中途採用もいっそう厳しくなるであろう。その結果、若者は雇用機会を奪われて、年金制度の支え手になることもできなくなる。中年女性や高齢者の多くも低賃金を強いられる。「政府による年金保険料の定期的引き上げ計画は今後15年間にわたり確実なデフレ圧力として日本経済に重くのしかかる。」また、年金保険料の負担増は、社会保険料控除や損金算入が認められているために、個人所得や法人所得の課税ベースを縮小させ、国と地方の財政危機を深刻化させるであろう。(高山, 2004 : 40-47)

③のマクロ経済スライド方式の導入は、調整期間が終了するまでの20年間をかけて、すべての年金受給者について給付水準を約15%引き下げを意味する。(伊藤, 2007 : 240、高山, 2004 : 23) また、「新たに年金を受給しはじめる時点の標準的な世帯(夫は平均的な収入で40年間就業、妻はその間専業主婦)の年金額が、現役男子被用者の平均手取り賃金の50%を上回る水準を確保すること」にしているが、これが保障されるのは、年金受給開始当初のみである。(里見, 2007 : 122)

基礎年金の給付水準について、里見賢治は論じる。基礎年金の40年間保険料納付の満額年金は792,100円（月額66,008円、06年度）であり、1人あたりの実際の平均受給月額は52,514円である。ここで第一の問題は、満額年金がナショナル・ミニマム水準といえるかであり、第二は、平均受給額は満額の8割弱であることが示すように、この満額年金はだれもが受給できる水準ではないことである。06年度の生活保護基準によれば、60歳代の単身者（生活扶助第1類・第2類経費、住宅扶助一般基準のみ）は92,530円、70歳代は88,700円、夫婦（夫70歳代、妻60歳代）では129,510円であり、基礎年金はこれを下回っている。老齢基礎年金の給付水準は、全国消費実態調査における「65歳以上の単身無業の高齢者の月々の基礎的消費支出（食料費、住居費、被服費、光熱費）」に準拠しており、年金額の改定は基礎的消費支出上昇率によるとされていたが、里見によれば、現行制度発足当初から年金額は基礎的消費支出の水準を下回っており、その乖離が年々大きくなっている。また、基礎年金という名称にもかかわらず、給付額が保険料納付期間に比例して変わるために、すべての人にその水準の年金が保障されるわけではない。これは社会保険方式をとっていることに起因するが、基礎年金としては、すべての人に同額を普遍的に保障すべきであり、ここに制度変革の必要性が示されている、と里見は主張する。（里見, 2007: 126-127）なお、里見は、基礎年金相当分を含む厚生年金の給付水準についても詳しく検

討し、所得代替率（年金額の現役世代の平均所得に対する比率）が実質的に50%を大きく割っていて、ILOの55%という先進国向けの基準に達していないと指摘する。（里見, 2007: 127-129）

年金の給付水準の切り下げは確かに高齢者に犠牲を強いるが、それ以上に大きな負担をこうむるのは、より高い保険料を払い続けながら、将来的により低い給付を受けることになる現役世代である。日本の年金制度は積立方式から賦課方式に転換していったと言われ、上述のような世代間格差が生じたことについても、賦課方式の導入と結びつけて説明されることがよくあるが、盛山和夫によれば、日本の制度は厳密には賦課方式でも積立方式でもない形で発足し、しかも、新しく保険料を徴収される企業や労働者に配慮して、保険料は安く、給付乗率は高めに設定した。当初は年金を受ける高齢者の既加入期間が短いので支給額は少なく、保険料は多く入ってきたので、問題はなかったが、長期的に見ると、当初の高い給付乗率は合理的な根拠をもたないものであった。ただ、盛山は、今回の改革が規定する給付乗率と保険料率が維持されるならば、1975年生まれ以後の世代のあいだでは、世代間格差は基本的に消滅すると予想している。（盛山, 2007: 39-43）

今回の年金改革は、年金制度の空洞化への直接的な対応を含んでいない。政府としては、持続可能で安定した制度にして信頼を取り戻すことが空洞化の解消につながると期待しているのであろうが、その実現には克服困難な

障害がある。さらに論ずべきことは多くあるが、ここでは問題点の列挙に留めておくことにしたい。

5 保育制度の改革

介護保険や障害者自立支援法による支援費制度が発足したので、社会福祉の分野でも、行政がサービスを給付するのではなく、サービスを必要とする者が、直接に事業者・施設と利用契約を結び、サービスを利用し、その費用の一部について給付を受けるという仕組みが一般的になってきた。その中で、保育所の入所についてだけは、市町村が、当該児童が「保育に欠ける」か否かを審査し、優先順位の評価によって入所を決定し、保育を実施する責任を負う、というシステムがなお残されており、小泉内閣は保育制度の介護保険化を視野に入れて、06年6月、就学前保育等推進法を成立させた。これによって設置を認められたのが認定子ども園である。認定子ども園は都道府県知事が認定した施設であり、その認定基準は国が示す参酌基準にもとづいて都道府県が条例で定めるが、国の基準は最低基準ではなく、法的拘束力ももたない。伊藤周平は、子どもの保育を受ける権利の保障についての公的責任が曖昧になり、教育・保育の質の低下をもたらすとこれを批判する。また、定員を超える申し込みがある場合には、施設で選考を行うことになるが、選考基準としては「公正な方法」としか規定されていないので、障害のある子どもや生活困窮のため保育料の滞納が予想される子どもの入所が拒

否されることを懸念する。保育料額は施設が決定し、しかも、年齢別の均一（応益）負担とされているので、低所得層の子どもが入所できないという深刻な事態が生まれてきていると伊藤は指摘する。（伊藤, 2007 : 317-321）

このような改革の方針を明確に打ち出したのは、政府の規制改革・民間開放推進会議の第2次答申（05年12月）である。これによれば、働く女性が増加していく中で、子育てを家族の責任に委ねるのではなく、広く社会的に支援していくには、高齢者介護と同様の制度に転換していく必要がある。また、現行の保育制度は、行政が一方的にサービスの提供や内容を決定する措置制度を残して、利用者の自由な選択が保障されておらず、公的サービスが中心のため、柔軟性に欠け、多様化する保育ニーズに対応しきれていない。このような答申の主張に対して伊藤は反論する。第一に、現行でも、保育所が整備されている市町村では、保護者の希望にもとづく選択が可能になっている。保育所の整備が十分でないところでは、契約制度になっても、選択できない状況に変わりはない。第二に、戦後の公的保育制度は「公立保育所を中心とした公的責任による保育サービスの提供と最低基準によるサービスの確保の仕組み」として機能し、公立・民間の保育所では、子どもの発達保障に向けてさまざまな実践が積み重ねられてきたが、答申はこれをまったく無視している。（伊藤, 2007 : 321-323）

答申は保育制度の介護保険化に向けての具体的施策として、①認可保育所への直接契約

および利用者に対する直接補助方式の導入、②認可保育所の保育料の設定方式の適正化、③要保育認定制度の導入、④保育サービスの情報公開の促進などを挙げ、また、介護保険にならって、育児保険を創設することを提言している。伊藤はこれについて、介護保険制度のもとで、行政の高齢者に対応する福祉機能が後退し、問題を抱えた高齢者が放置される事態が広がっていることを、まず指摘する。また、介護保険の保険料のように逆進性が強いシステムを育児保険に導入するならば、保育の質的・量的充実は保険料負担の増大に直結するため、保険料の引き上げは世論の支持を得られず、給付抑制に向かうしかなくなる、というジレンマが生ずる。保険料を拠出できない低所得世帯の子どもが保育から排除されることも予想される。伊藤は、社会福祉一般について、社会保険方式は不適當であり、公費方式を基本とすべきだと論ずる。その妥当性はともかくとして、高齢者対象の介護保険の仕組みを、育児支援の制度として導入することについては、もっと多面的な検討が必要であろう。(伊藤, 2007 : 323-328)

6 障害者自立支援法の制定

障害者福祉政策に関しては、前述(Ⅱ 3)のように、社会福祉基礎構造改革の一環として、障害者・障害児福祉の領域に支援費制度が導入され、03年度から実施された。これは介護保険における給付と似た仕組みであるが、社会保険ではなく、応能負担である利用者負担を除いては公費で賄うので、当初から財源

の確保が深刻な問題になった。支援費の半分は国が負担することになっていたが、居宅生活支援費については、国の裁量的経費として「10分の5以内を補助することができる」と規定されており、国からの交付が不足したために、不交付分がそのまま市町村の歳入欠損になるという事態が生じた。その後、介護保険と障害者への支援費制度の統合案が浮上するなどの曲折を経て、障害者自立支援法が05年10月に成立し、06年度から施行された。(河野, 2006 : 57-59、伊藤, 2007 : 263-273)

この支援法による改革は、サービス利用のための手続きや基準を、全国的にかつ障害種別をこえて共通にすることと、サービス利用に応じて利用者が定率負担することを基本に、次の5点にまとめられている。①障害福祉のサービスの一元化。サービス提供主体を市町村に一元化し、かつ障害の種類にかかわらず、自立支援目的の共通の福祉サービスを共通の制度により提供する。②障害者がもっと働ける社会にすること。③地域の限られた社会資源を利用できるよう規制緩和すること。④公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化、明確化。⑤増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みへ強化すること。その第一として、サービスの利用者には所得に応じた公平な負担を求める。ただし、適切な経過措置を設ける。第二として、国の財政責任を明確にし、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスを含め、国が義務的に負担する仕組みに改める。(河野, 2006 : 59-60)

伊藤周平によれば、この改革の第一の問題点は障害福祉サービスなどの利用者負担の応益負担化である。具体的には、障害福祉サービス費用の1割が利用者負担となり、通所・入所の場合の食費、高熱水費は全額自己負担になる。障害福祉サービス費などの国の負担(2分の1)は義務化されたので、市町村の歳入欠損という事態は解消した。障害者の医療についても、これまでの育成医療、更生医療、精神通院医療が自立支援医療に一本化され、1割の応益負担とされた。しかも、所得税額30万円以上で、「重度かつ継続」に該当しない人は対象外となり、医療保険の一部負担と同様に3割負担になる。なお、障害福祉サービスの利用者負担には、所得区分による負担上限月額が設定されている。(伊藤, 2007: 297-298、山田, 2007: 124)

このような応益負担導入の理由として、厚労省は、新たにサービスを利用し始める人が多く、現状では制度を維持することが困難であることと、サービスを利用する障害者と利用しない(できない)障害者の公平を図る必要があることを挙げている。これに対して、伊藤は、改革前の03年度におけるホームヘルプサービス利用については、生活保護受給や市町村民税非課税で自己負担なしの者が95%を占めていたこと、利用者負担の軽減措置が設けられているが、複雑で、書類をそろえるだけでも障害者にとって過重な負担になっていることなどを述べて、応益負担導入の目的は給付費の抑制にあることは明らかなと論じる。(伊藤, 2007: 299)

この障害者自立支援法の給付は、自立支援給付(介護給付、訓練等給付、自立支援医療、補装具)と市町村が行う地域生活支援事業(相談支援、移動支援など)に再編されたが、伊藤の挙げる第二の問題点は、自立支援給付について、障害程度区分や訓練効果などにより対象者が制限され、障害者がこれまで受けてきたサービスを受けられなくなっていることである。彼はこれについてさらに多くの問題点を指摘した上で、障害者福祉を介護保険化していくべきではないこと、サービスについての応益負担を廃止し、10割給付(税方式)か応能負担に改めるべきことを主張する。(伊藤, 2007: 300-315) この点については、さらに詳細で多面的な検討が必要である。

Ⅲ 総括

1 社会保障制度の複雑さ

前近代からの広い意味での社会福祉の発展と近代以降の社会保障制度の展開を概観してきて、ようやく日本の現代に到達したが、いま噴出しているさまざまな課題を整理し、これらを克服していくための方策を探るという作業は、次稿に委ねなければならない。社会保障制度のあり方の論議には、非常に多くのアプローチの仕方があり、そこから出てくる主張も多種多様である。ここでは、いくつかの代表的な立場と観点を挙げて、次稿につなげるための暫定的な総括としたい。

2 権利論の立場

日本の社会保障制度を、歴史的経過を踏ま

えながら全体的に見直すために参照すべき考え方として、まず挙げられるのは、権利論の立場であろう。この立場を大まかに捉えるならば、次のように特徴づけることができる。

①社会保障制度が提供する給付やサービスを受けることは国民の当然の権利であり、したがって受ける権利を主張することができる。考える。背景には、マーシャルの社会権の思想があり、最低限度の間らしい生活を保障することが国の責任であると主張する。(加茂, 2007: 38)

②具体的には、生存権の保障に加えて、所得再配分による格差の是正・縮小を主張する。年金や医療について、社会保険方式では貧困層も負担を強いられるから、税方式を支持する。消費税には逆進性があるので、所得税の累進性の強化や法人税、相続税の増税を唱えるであろう。

③給付の対象に関して普遍主義と選別主義のどちらを選ぶかについては、建前としては普遍主義を選ぶと思われるが、保障の重点は低所得階層の底上げに置かれるであろう。

④以上に述べたことに関連して、社会保障の全体的な責任は国が担うべきであり、その実務的な運営や財政的な負担の一部を地方自治体に委ねることはあるとしても、国が最終的な責任をもたねばならないと主張する。地域共同体や家族に多くを期待することや民活路線には消極的である。

⑤財源をどこに求めるか、制度が持続可能か、また、官による制度の運営に無駄や非効率があるのではないか、などの論点についての、説得力のある主張はあまり見られない。

3 福祉国家に批判的な立場

社会保障に関する国家の責任を否定あるいは最小限に留めるよう主張し、福祉の充実や福祉国家の理念に反対する立場はさまざまであり、20世紀末以降、広く影響力をもつようになってきているが、その多くは新自由主義の主張と結びついている。つまり、①社会保障に関して国に重い責任を負わせることは、国家権力の拡大と個人の自由への侵害をもたらすから、望ましくない。②経済活動は自由であることが原則であり、これへの国家の介入は最小限に留められるべきである。所得税や社会保険の保険料の決定に累進性を導入して、所得再配分を行うことには反対である。

③社会保険に加入するか否かの決定は個人の自由に属することであり、強制すべきではない。最底辺の生活困窮者への公的援助は必要であるとしても、援助はモラル・ハザードを誘発しない程度のものに留めるべきである。

④地域、家族、慈善団体などによる社会的・自発的な助け合いに多くを期待する。⑤財源や制度の持続可能性の問題や国による社会保障の運営にともなう弊害は、この立場を徹底していけば、おのずから解消すると考えられている。ただ、公的な社会保障制度は資本主義的な市場経済体制から半ば必然的に生じてくる貧困への対応として不可欠であるという福祉国家擁護論を、この立場がどのように克服しているか、さらに、新自由主義的な経済システムが世界的に浸透する中で、社会連帯の意識は薄れ、弱肉強食的な風潮が蔓延しており、この立場が期待するような市民間の相

互の助け合いは以前以上に難しくなっているのではないか、などの根本的な疑問はなお残される。

4 日本政府・政権党の立場

日本政府の社会保障制度に関する政策は、この半世紀の間にも、かなりの曲折を経て、一貫性を欠くものとなっており、これを簡潔にまとめることは難しい。大雑把な捉え方をすれば、福祉元年と言われた1973年ごろまでは、欧米の先進国に追いつくことを目標に、また、革新政党の進出という政治状況に対応して、制度的整備が進められ、皆保険・皆年金体制の確立と福祉サービスの拡充が実現した。高度経済成長がこれを財政的に支えた。ところが、この73年に起こった石油危機をきっかけに、政府は社会保障のための財政支出の削減を図るようになり、日本型福祉社会論に典型的に見られるように、公的保障に多くを依存しない制度のあり方を模索し始める。

このように73年を境として前期と後期に分けた上で、日本政府あるいはほぼ一貫して政権党であった自民党の立場を特徴づけてみよう。①国民に生存権を保障する義務を国が担っているという政治の姿勢は、前期には明確であったが、後期には曖昧にされ、自助努力や家族・地域における助け合いが繰り返し強調されるようになる。②所得再配分による格差は正についても、特に後期には消極的な姿勢が目立ってくる。所得税の累進性はかなり緩和され、年金、医療について介護に関し

ても、低所得層にも応分の負担を強いる社会保険方式が導入された。所得再配分よりも、経済発展でパイを大きくすることによって、貧困に対処するというのが、政府・政権党の一貫した考え方であった。③皆保険・皆年金体制を成立させ、これの整備を図ったという点では、普遍主義の立場を採ったといえるが、後期には、公費による保障の対象を狭く限定しようとする選別主義的な動きが顕著になる。④社会保障行政の運営と実務の責任を国から地方自治体に、また、官から民間に、移管するという動きが次第に顕著になってきている。これには望ましい面もあるが、国の財政負担を免れることを主目的にしているために、自治体等の赤字財政をさらに深刻化させ、また、福祉労働者の待遇を劣悪化させる結果を招いた。⑤財政面に関しては、明確な原則や理論のないままに、また長期的、全体的な構想も不明確なままに、健康保険や年金の制度を設けていったように思われる。経済成長が順調に進んでいた時期には、選挙における人気取りを狙って、長期的な見通しもないまま、年金の保険料を安くしたり、給付のバラマキをしたりした。年金に関しては、行政が情報を独占していて、国民にその実態が知られていなかったため、制度の運営に信じられないほどの無駄や非効率や不正が生じていたことが、近年ようやく明らかになってきたのである。

宮本太郎は指摘する。社会保障に大きな支出をしてこなかった日本社会が、ある程度の平等と安定を維持してきたのは、「雇用に主眼を置いた生活保障、たとえば〈日本の経営〉

や〈土建国家〉などのメカニズムがあったからである。」(宮本, 2008: 3) 日本的経営の特徴は、長期的雇用を前提にして生活給の比重を高くした賃金体系であり、これが大企業中心に定着した。土建国家とは、経済発展から取り残された地方において、公共事業で雇用を創出する国のあり方を指すものであり、田中角栄内閣において典型的に推進された。このような政策は、しばらくの間は有効性を示したが、やがてそれのもたらす矛盾が深刻な形で顕在化してくるのである。(宮本, 2008: 第3章以降)

5 制約条件と関連要因

社会保障に関しては、これらの立場以外にも、今後のあり方の考察に当たって考慮すべきさまざまな制約条件や要因が提起されている。最後にこれらを列挙しておくことにする。

第一に、言うまでもないことであるが、国家や都道府県、市町村の財政がどのようであるかが、社会保障制度のあり方を制約する重要な条件になる。税は保険料と並んで社会保障を財政的に支える重要な柱であるから、税制は社会保障に直接的に関連する要因である。具体的には、所得税の累進性を強化すべきか、あるいは、消費税の税率を切り上げるべきかが問われる。雇用は社会保障と相互補完的な役割を果しているのだから、失業者と非正規雇用者を減らすなどの雇用政策もまた重要な関連要因になる。近年における非正規雇用者の増加が、所得税収入を減少させるだけでなく、年金制度を空洞化させ、医療保険制度を崩壊

の危機に追いこむ一因になっていることも、銘記しなければならない。

なお、業務上の災害に対する補償給付を行う労働者災害補償保険と失業に対する保険給付などを扱う雇用保険は、法制度としては労働法体系に属するためか、社会保障制度の論議から除外されていることがあり、私自身もこれまでほとんど論及してこなかったが、実質的に社会保障、社会保険に含まれ、重要な政策的検討の対象になることは明らかであろう。(荒木, 2002: 115、西村, 2003: 325, 385) ただ、年金、医療、介護に加えて、これらを社会保険に含めることが、社会保険とは何かをめぐる議論をますます複雑にすることは、否定できない。

第二に、社会保障、財政、雇用等に関する政策は議会制民主主義の政治過程において決定される。だから、どのように有効な政策であっても、選挙民多数の理解と賛同が得られなければ、実現することは難しい。だが、これまでの歴史を振り返ると、政治家は国民に深刻な状況を理解させるための努力を怠り、自らの権力の獲得・維持を優先させて、場当たり的な施策を繰り返してきた。国民の側でも、目先の利益のために、そのような政治の姿勢に迎合して、事態を直視することを避けてきたように思われる。こうした状況をどのようにして克服することができるだろうか。

第三は世代論的な要因である。日本の社会保障制度は、皆保険・皆年金制度成立から現在に至る半世紀だけを見ても、目まぐるしく変化してきたし、その背景にある日本の社会

や経済も激変を経験してきたので、どの世代に属するかによって、制度からの受益と負担に大きな差異が生じてくることがある。これはある程度はやむを得ないことであるが、世代的な格差は最小限に留められるべきである。まず、将来の世代に大きな負担をかけないようにすることが必要である。租税負担と社会保障負担の合計の対国民所得比を国民負担率と言う。日本の国民負担率は36.1%（2003年度）で、先進国中ではアメリカと並んで低いが、財政赤字の分も含めた潜在的な国民負担率は47.1%まで上昇する。この結果、「国民の受益水準は潜在的な国民負担率を反映し欧州並みの高水準であるのに比べ、国民の負担水準はアメリカ並みの低水準となっている。」（石, 2004: 66-70、cf. 湯本, 2008: 50-52）財政赤字は負担を次世代に先送りすることを意味するから、ここに早急に克服すべき深刻な課題がある。現存の世代については、増加する高齢者への配慮以上に、次代を担う子どもや若い世代に向けた施策の充実が必要である。

第四はジェンダー論的な要因である。社会保障が保険料の負担、給付、家庭の内外における福祉労働など多くの面でジェンダー問題と絡まり合うことには、これまでも言及した。広い意味での社会福祉をジェンダー格差の解消にも寄与するという方向で発展させていくことが必要である。武川正吾は福祉国家の質的側面を測る重要な指標として、労働力の脱商品化と並んで脱ジェンダー化を挙げている。「福祉国家は性分業を強化し近代家父

長制を再生産する方向に作用する」（ジェンダー化する）可能性をも孕んでいるので、この指標が特に注目に値するのである。（武川, 2007: 11-12）

第五は制度の国際比較という観点である。もちろん、日本独自の政策や制度があることは決して悪いことではなく、むしろ望ましいことであろう。日本がそのまま受け入れることができるような政策や制度を、現に実現している国が他にあるとも思われぬ。社会保障の体制をいくつかの類型に分けるレジーム論にも、しばしば指摘されているように、限界がある。だが、グローバリゼーションの世界において、国際的な諸要因と無関係に日本の独自性を保っていくことはきわめて困難になっている。いずれにしても、日本を世界の中で位置づけるという観点と、日本の制度を諸外国と比較してその長短を謙虚に見定め、また、他国の成功や失敗の経験から学ぶという姿勢を保つことは、いつも望ましいし、有益でもあると考える。

なお、いま挙げた以外にも、社会保障をめぐって近年重要になってきている一連の論点あるいはキーワードとして、社会的包摂と排除、シティズンシップ、ワークフェア、ベーシック・インカムなどがあるが、これらについても今後の検討課題としたい。（武川編, 2008: 1-5、小沢, 2002: II）

参考・引用文献

秋元美世他編, 2003, 『現代社会福祉辞典』有斐閣

- 荒木誠之, 2002, 『社会保障法読本』第3版, 有斐閣
- 石弘光, 2004, 『税の負担はどうなるか』中公新書
- 石弘光, 2008, 『現代税制改革史——終戦からバブル崩壊まで』東洋経済新報社
- 伊藤周平, 2005, 『〈改正〉介護保険と社会保障改革』山吹書店
- 伊藤周平, 2007, 『権利・市場・社会保障』青木書店
- 岩村正彦他編, 2007, 『目で見る社会保障法教材』第4版, 有斐閣
- 牛丸聡他, 2004, 『公的年金改革——仕組みと改革の方向性』東洋経済新報社
- 大沢真理, 2007, 『現代日本の生活保障システム』岩波書店
- 岡沢憲美, 2004, 「女性環境——先駆ける男女共同参画社会」岡沢憲美他編『スウェーデンハンドブック』第2版, 早稲田大学出版部
- 小沢修司, 2002, 『福祉社会と社会保障改革』高菅出版
- 春日キスヨ, 2001, 『介護問題の社会学』岩波書店
- 金子光一, 2005, 『社会福祉のあゆみ』有斐閣
- 金子勝, 1999, 『セーフティネットの政治経済学』ちくま新書
- 加茂直樹, 2007, 「社会保障制度の形成」『現代社会研究』Vol. 10
- 加茂直樹, 2008a, 「日本の社会保障制度の形成」『現代社会研究科論集』第2号
- 加茂直樹, 2008b, 「20世紀後半における日本の社会保障制度」『現代社会研究』Vol. 11
- 河野正輝, 2006, 『社会福祉法の新展開』有斐閣
- 駒村康平, 2003, 『年金はどうなる』岩波書店
- 里見賢治, 2007, 『現代社会保障論』高菅出版
- 杉本貴代栄, 2004, 『福祉社会のジェンダー構造』勁草書房
- 盛山和夫, 2007, 『年金問題の正しい考え方』中公新書
- 高橋伸彰, 2005, 『少子高齢化の死角』ミネルヴァ書房
- 高山憲之, 2004, 『信頼と安心の年金改革』東洋経済新報社
- 武川正吾, 2007, 『連帯と承認』東京大学出版会
- 武川正吾編, 2008, 『シティズンシップとベーシック・インカムの可能性』法律文化社
- 竹本善次, 2001, 『社会保障入門』講談社現代新書
- 竹本善次, 2003, 『年金はどう変わるか』講談社現代新書
- 富永健一, 2001, 『社会変動の中の福祉国家』中公新書
- 中垣陽子, 2005, 『社会保障を問いなおす』ちくま新書
- 永富邦雄, 2006, 『年金無血革命』文春新書
- 西村健一郎, 2003, 『社会保障法』有斐閣
- 広井良典, 1999, 『日本の社会保障』岩波新書
- 広井良典, 2001, 『定常型社会——新しい〈豊かさ〉の構想』岩波新書
- 広井良典, 2006, 『持続可能な福祉社会』ちくま新書
- 古川孝順, 2001, 「社会福祉基礎構造改革」右田紀久恵他編『社会福祉の歴史』新版、有斐閣
- 堀勝洋, 1997, 『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房
- 宮本太郎, 2008, 『福祉政治』有斐閣
- 山縣文治監修, 2008, 『社会福祉の基礎資料——法令とデータ』ミネルヴァ書房
- 山田耕造編, 2007, 『テキストブック 現代社会福祉法制』法律文化社
- 湯本雅士, 2008, 『日本の財政 何が問題か』岩波書店
- 横山和彦, 2001, 「高度成長の破綻と社会福祉」右田紀久恵他編『社会福祉の歴史』新版、有斐閣

The Present Situation of Japanese Social Security System

KAMO Naoki

The purpose of this paper is to make clear in what situation Japanese social security system has been since the end of 20th century. This is the last part of the preliminary study for developing a critical examination of the social security system in contemporary Japan. The contents are as follows :

- I Social Security System in the Nineties
- II Social Security System since Koizumi's Structure Reform
- III Summary

Keywords : social solidarity, social insurance system, fiscal difficulties