

社会保障の制度横断的検討の視点(上)

—新たな連帯に向けて—

厚生労働省政策企画官 西村 淳

はじめに—検討の視点

(1) 将来像の不在

社会保障負担が増加し、少子高齢化が進行するなか、社会保障の領域でも構造改革が課題とされている。一方で、低迷する経済の範囲内に社会保障費用を抑えるべきであるとする意見が声高に論じられている。その一方、社会保障論の専門家のなかからは、積極的な反論が行われていないように思われる。医療・年金・福祉といった縦割りを超えた制度横断的議論は見当たらず、国民の多くが求める社会保障全体の将来像が示されていないと批判されている。

(2) 経済を伴件とする議論

経済の範囲内に社会保障を抑え

ようとする意見は、経済を伴件として、経済や財政の負担の耐えられる範囲内で社会保障給付をすれはよいとするものである。社会保障を「負担」から論ずるものであって、高齢化や社会の変化によって社会保障給付のニーズが増えることには関心が無い。経済が低迷し、財政が逼迫している現在では、社会保障は極力低く抑えるべきだということになる。

個人が市場で自由に競争することができればよく、社会保障は市場での競争から落ちこぼれた個人の「セーフティネット」としての最低限の保障に限るべきとする。最低保障は「税方式」で運営すべきとする(こうした論者は、例外なく生活保護に関心が強い)。最低保障以上の部分は、民営化した上

で個人が積み立てる「民営化・積立方式」を主張する。助け合いではなく、個人が負担した分をあとで取り返す考え方である。社会保障の「個人単位化」に好意的なのもこうした文脈に基づく。さらに、サービスの提供も民間企業が市場で行えばよいとする市場原理主義である。経済学をバックグラウンドとした論者の中では、「経済的効率性」の追求から導き出すこうした論調が主流になっているように見える。

(3) 新たな連帯に向けて

一方で、社会保障の本来の意味は、経済を伴件としてその範囲内で機能することではなく、個々の要援護者のニーズに応じて必要な給付を行い、それに伴う負担については社会の構成員で助け合うこ

とであると考える方がいる。社会保障は「給付」から論ずるべきであって、負担をみんなが納得して分かち合うための新たな「連帯」の在り方が大事だとするものである。社会保障の在り方は、効率的な経済システムを導き出すモデルから、敷式を解くように自動的に出てくるものではなく、政治的価値選択で決まる。経済との関係では、社会保障が再分配や雇用の創出によって逆に経済を活性化する面に着目する。

本稿は、経済学的アプローチでは主流に見える論調とは別に、実は社会保障の構造改革はこうした考え方に基づいて現に進められてきており、世界的潮流にも合った方向性であるとすることを指摘し、社会保障の制度横断的の将来

像の検討のための視点を整理しようとするものである。そのためにまず、これまで行われてきた改革の経緯をたどり、現在の制度の評価をじておきたい。

一、これまでの社会保障改革の評価

(1) 三つのエポック

社会保障の歴史を振り返ると、一九六一(昭和三十六)年、一九七三(昭和四十八)年、一九八五(昭和六十)年の三つが、基本的枠

組みに関する改革が行われたエポックとなっている。これらの年は、日本経済の三つのエポックである、一九六〇年の所得倍増計画の決定と高度成長の開始、一九七三年の第一次石油ショックと低成長への移行、一九八五年のプラザ合意に始まる円高バブル景気とその崩壊、とほぼ一致している。

一九六一年には被用者以外の者も国民健康保険と国民年金でカバーされ、「国民皆保険」及び「皆年金」が成立した。全国民が社会保障でカバーされる、世界に冠たる

日本の社会保障制度はこのときに成立したといえる。老人福祉法の制定(一九六三年)で福祉六法が出揃い、社会福祉サービスの体系が完備したのもこの頃である。

一九七三年は「福祉元年」とされ、老人医療の無料化と年金物価スライドの導入が行われた。こうした言わば「大盤振る舞い」が制度にビルトインされたことは、その後の低成長と高齢化の進展で、制度の持続可能性に不安を投げかける大きな要因となった。

表 近年の主な制度改革
(医療)

昭和57 (1982) 年	老人保健法成立
昭和59 (1984) 年	健康保険法改正(本人1割負担等)
昭和60 (1985) 年	第一次医療法改正(地域医療計画等)
昭和61 (1986) 年	老人保健法改正(一部負担, 老人保健施設導入等)
昭和63 (1988) 年	国民健康保険法改正(保険基盤安定制度等)
平成2 (1990) 年	国民健康保険法改正(保険基盤安定制度等)
平成3 (1991) 年	老人保健法改正(一部負担, 老人訪問看護等)
平成4 (1992) 年	健康保険法改正(中期財政等) 第二次医療法改正(療養型病床群, 情報提供等)
平成5 (1993) 年	国民健康保険法改正(保険基盤安定制度等)
平成6 (1994) 年	健康保険法改正(入院時食事療養費等) 地域保健法
平成7 (1995) 年	国民健康保険法改正(保険基盤安定制度等)
平成9 (1997) 年	健康保険法改正(本人2割負担等) 第三次医療法改正(機能分担, 情報提供等)
平成10 (1998) 年	国民健康保険法改正(退職者医療等)
平成12 (2000) 年	健康保険法改正(一部負担等) 第四次医療法改正(専門分化, 情報提供等)

(年金)

昭和59 (1984) 年	被用者年金一元化の方針閣議決定
昭和60 (1985) 年	年金制度改革(基礎年金導入等)
平成元 (1989) 年	年金制度改革(給付改善等)
平成2 (1990) 年	制度間調整法
平成6 (1994) 年	年金制度改革(支給開始年齢等)
平成9 (1997) 年	3 共済の統合
平成11 (1999) 年	年金制度改革(水準適正化等)

(福祉)

平成元 (1989) 年	ゴールドプラン
平成2 (1990) 年	福祉8法改正(権限委譲等)
平成5 (1993) 年	障害者基本法
平成6 (1994) 年	エンゼルプラン, 新ゴールドプラン
平成7 (1995) 年	障害者プラン
平成9 (1997) 年	介護保険法成立, 児童福祉法改正(保育所関係)
平成11 (1999) 年	新エンゼルプラン, ゴールドプラン21
平成12 (2000) 年	社会福祉基礎構造改革法(権限委譲, 障害者支援費等)

直近の基本的枠組みの変更は一九八五年前後であった。老人保健法(一九八二年)で老人医療の本人一部負担が導入され、一九八四年には健康保険本人一部負担を導入し、福祉元年の「大盤振る舞い」を是正していった。国民皆保険の達成は、被用者以外の者全てを社会保険でカバーするため、地域保険が低所得者を抱え込み、就業形態の変化に脆弱になって、不安定さを増すことになったが、これを助けるため被用者保険と地域保険との間で財政調整を始めた。一九八三年の老人保健法で老人医療費を保険者が拠出し、老人医療費拠出金制度が出来、一九八五年に「基礎年金」が創設された。一九八九年には、介護サービスの充実のための「ゴールドプラン」が策定され、「一・五七ショック」を機に少子化対策の取り組みが開始された。

これらは、人口の高齢化と経済の変化に対応するための、現在まで続く改革のスタートであった。「保険料負担の抑制」、「就業構造の変化に対応した被用者保険と地域保険の制度間調整」、「少子化・介護対策の充実」を柱とするものである。

(2) 最近十五年間の改革努力

以降現在まで、毎年のように制度が頻りに改正されてきた。これは、いずれも以上の柱に基づいて、フライング・チェーニングであった。一九八五年前後につくられた基本的な枠組みには変更がなかったと言ったよい。(前頁の年表参照)。

負担の面では、医療保険では、ほぼ二年ごと(診療報酬改定年)の改正で、自己負担を増やすとともに、国民健康保険の財政を安定させるための各種の措置を講じてきた。年金では、五年ごとの財政再計算時に、最終保険料を軽減するため給付水準の見直しと支給開始年齢の引き上げによる給付抑制を行うとともに、被用者年金の一元化のための措置を講じてきた。

給付の面では、「介護サービスの充実」を図ってきた。これは、一九八九年のゴールドプラン策定と二回にわたるその改定、数次にわたる介護保険法改正を経て、一九九七年の介護保険法制定(二〇〇〇年実施)で制度としては一応の完成を見た。また、少子化対策は、家庭と仕事の両立のため、特に「保育サービスの充実」を重点に置き、一九九四年のエンゼルプランの策定とその改定が行われてきた。さらに、医療と福祉の「サービスの

質の向上」のための取り組みも行われてきた。利用者への情報提供を積極的に行うための四次にわたる医療法改正や、二〇〇〇年の社会福祉基礎構造改革法がこれにあたる。

給付の主体については、「分権化」と「民営化」が進められてきた。地方分権では、保健福祉サービスは原則として市町村(権限委譲)の福祉八法の改正、一九九四年の地域保健法の制定、一九九七年の介護保険法の制定などを経て、二〇〇〇年の社会福祉構造改革法で一応の完成を見たものである。また、介護や保育サービスの充実には、多様な民間事業者が担う形が進められてきている。

このように、最近十五年ほど度重なる制度改正が行われ、それぞれの分野では成果をあげてきたと言える。しかし、特に一昨年(二〇〇〇年)に医療保険の改正、年金制度の改正、介護保険の実施、社会福祉構造改革が重なったため、社会保障制度を横断的に議論し、全体像を示すべきだとする声が多く聞かれるようになってきた。

(3) 現行制度の評価

このような改革を経た現行の社会保障制度の評価は、決して低いものではないと考える。給付水準は、医療供給、年金水準とも各種指標を見ても先進国に比べ遜色ない水準となっている。健康指標について見ると、平均寿命は世界最高水準、乳児死亡率は世界最低水準であり、世界に誇るべきものになっている。一人あたり医療費も先進国中低い方であり、「誰でも、いつでも、どこでも」医療にアクセスできる皆保険制度とあわせて、日本の医療制度は世界一だとWHOも認めている。年金の成熟化も進み、高齢者世帯の収入の六割は年金が占めるようになってきている。そのための負担を見ても、国際的に見て国民負担率・社会保障負担率ともに低く、日本の社会保障は費用対効果が極めて高い制度であると評価できる。

さらに、地方分権は行政改革の一環として依然政府全体の課題となっておりが、社会保障領域ではもともと進んでおり、「地方分権の優等生」だとされている。このように現行制度の評価は高いにもかかわらず、社会保障の構造改革を求める声が大きいのは、バブル崩壊後打ち続く景気低迷による将来不安の中で、社会保障全

体の持続可能性に不安があるからだと考える。その不安を払拭するには、社会保障のニーズを満たす給付を行うために、誰がどのように支え合うかという連帯の将来像を示すことが不可欠である。

二、改革の方向性

二〇〇〇年十月、社会保障の横断的検討を求める声を受けて、小淵総理の下で「社会保障構造のあり方」について考えを有識者会議(員塚啓明座長)が「二十一世紀に向けての社会保障」と題する報告書をもとめた。この報告書は「給付の見直しと効率化」、「高齢者も能力に応じ負担を分かち合う」、「支え手を増やす」の三つを柱としている。森内閣で政府・与党の「社会保障改革大綱(二〇〇一年三月)」に引き継がれた後、小泉内閣以降、経済の側から社会保障を論じる経済財政諮問会議での議論や当面の課題である医療制度改革の各論の陰に隠れてしまっていたが、この報告書に照らして、今後の方向性が網羅的に記載され、今後の検討のベースになるものと思われる。以下、この報告書の柱を使いながら、それを展開し新たな連帯の姿という視点でこれまでの改

革を位置づけ、今後の方向性を整理してみた。

(1) 質の高い給付

すでに述べたように、日本の社会保障の給付水準は決して低くない。それにもかかわらず国民の社会保険への不満が高いのは、給付の質に対してであると思われる。給付の質に対する満足感、制度への支持を高め、「このような給付のためならば」ということで負担を甘受することができるようになる。

ここで質とは、利用者の視点から見て満足できるものであるということのほか、無駄がなく効率的であるということも含まれる。「質が高い給付を行うためには高いコストがかかる」というのは誤解である。費用は効果との相関で評価されるものであるから、同じコストであれば高い質、同じ質であればコストの低いこと、つまり効率性は質の一部であると言いうことができる。

① 評価

質の高さを実現するためには、まず質を評価できなければならぬ。これまでも建物や定員の基準など「供給の基準」が監査の対象になってきたが、利用者の視点から見た「サービスの結果基準」が

求められている。すでにこれまでも、患者に対する医療情報の提供や広告規制の緩和などが進み、第三者による医療や介護サービスのものも評価も始まった。諸外国でも、第三者評価機関による評価の義務付けやITを活用した情報提供のほか、質の評価のノウハウの蓄積(構造・過程・成果の指標など)が進んでおり、参考になる。

評価のためには、評価基準としてのサービスの標準化と、サービスを分析できるように言語化・数値化することが前提であり、当面はこの部分を進めていく必要がある。介護保険導入時と昨年の医療制度改革論議の際にこの点の認識は大いに進み、EBM(根拠に基づく医療)、DRG(診断群)、電子カルテ、レセプトの電算化など一昨年には一般的でなかった用語が普及し、方向性が明らかになってきた。

② 相互調整

質の高い給付であるためには、関連する給付が相互に連携して行われる必要がある。まず社会保障制度相互の間であるが、医療と介護の関係については、介護保険創設までの間に議論が行われ、療養病床や訪問看護などが介護保険によ

って給付されるようになったが、なおその関係については論点も多々ある。年金を受給しながら医療や介護のサービスを受けられる場合に、年金が使われず死後遺族に引き継がれる「枕元年金」の問題については、これまでも(年金を停止するのではなく)、食事や宿泊など「ホテルコスト」にあたるものを自己負担とする形で調整が進んできている(入院時食事療養費や介護保険施設の利用料設定、個室型特養における利用料など)。そのほか、医療保険や介護保険における現金給付と年金の調整の問題などがある。

サービスの行われる場における相互調整の必要性の認識も高まってきた。介護保険制度におけるケアマネジメントの導入は、要介護者のニーズに応じて、もともと適切なサービスの組み合わせをアレンジするものとして画期的なものであったが、退院時など医療との連携については、診療報酬点数上の措置がある程度で、なお問題がある。福祉の領域でも、既存のメニューに必ずしもそのまま当てはまらない多様な要援護者のニーズに、地域において対応するネットワークづくりが重要であることが

認識されつつあり、地域福祉計画の策定に期待される。サービスのメニューが一通りそろった現在、今後は個々のサービスをコーディネートするところが課題である。より根本的な問題として、社会保障の大きな枠組みにおける分野間の相互調整をどう考えるかという問題がある。日本の社会保障給付費を分野別に見ると、年金対医療対福祉等が五三対三三対一一となっており、年金の比重が諸外国に比べてきわめて高い。これまでに、一九九四年の「二十一世紀福祉ビジョン」などに基づき、介護や少子化対策などを念頭に福祉等の比重を高めるという目標を掲げ、ゴールドプランなど福祉三プランにより拡充を図ってきた。一定の成果をあげている。

今後は、このまま伸びていくと給付に伴う負担が過重になってしまいう中で、どの分野の給付水準を調整していくか、分野間の優先関係を考え抜く必要がある。年金を基本とし、医療や介護の自己負担や保険料をその範囲内で賄っていき、年金給付を下げる一方、より大きなリスクでかつニーズの抑制が難しい医療や介護の給付を充実していくか、いずれかの選択になるのではなからうか。

社会保障の制度横断的検討の視点(下)

—新たな連帯に向けて—

厚生労働省政策企画官 西村 淳

二、改革の方向性(続)

(2) 公平な負担

脆弱化する家族や地域のつながりだけでリスクに備えるのは無理であるために、リスクに備えて負担し合うことで再分配を実現する社会保障制度がある。特に社会保険は、備えるリスクを明確にし、一定の範囲の人々で保険集団を構成して負担し合うものであり、具体的な連帯感に基づく点で支え合いの制度として優れているが、社会が変動するなかで連帯感を感じられる範囲にリスクの内容と構成員を明確化することが課題である。

制度が持続可能であるためには、単に負担が低ければよいとい

うことではなく、何のため、誰のために、どの程度に負担しているかということについて、納得し連帯感をもつことが大切である。つまり、負担が公平であることが大事であり、公平な負担だと納得していれば、自分が暮らしていけないほどの過重な負担や、経済成長の恩恵にあずかれない(可処分所得が増えない)ほど負担が増加していないかという限り、国民はすすんで連帯し、負担を甘受できるはずである。このことは、国民負担率(再分配率)のきわめて高い北欧諸国において社会保障制度が支持されていることに現れている。

① 世代間不公平の問題
現在最も大きな課題とされているのは世代間公平(垂直分配)である。高齢者は医療・介護・年金

などの給付を多く受け取るために、社会保障は現役世代から高齢世代への移転となっており、世代間不公平を生じている。不公平自体は、ニーズの大小に伴うものであり、やむをえないとしても、現役世代が世代間連帯として負担を甘受できるためには、納得できる、かつ極端でない程度のものにならなければならない。

こうした世代間の不公平を緩和するために、高齢者に一層の負担を求める方向がある。医療制度では、高齢者のみ自己負担が特別に軽くなっているが(老人医療制度)、すでに数度の改正で、自己負担の引き上げが行われてきている。独立した高齢者医療制度の創設を行うべきとの意見も一部にあるが、そもそも負担能力とは別に

高齢者を一律に特別扱いすべきかどうかという議論が必要であろう。現役世代に比べ高齢者が多く保有する「資産」にかかる負担能力の評価や、年金が課税されず現役世代に比べ優遇されている現行税制の見直しも検討も行われるべきである。

世代間不公平の緩和のためには、高齢者への給付を抑制し、現役世代の負担を軽減する方法もある。医療や介護は、比較的明確なニーズに応じて給付されるため抑制は難しいが、年金については、どの程度の水準を現役からの移転で保障すべきか、議論の余地がある。厚生年金については、すでに数度の改正で給付水準が引き下げられ、前回改正でも総額二割の削減が行われて、すでに現役収入

の六割の水準にまで至っている。これ以上の引き下げは困難だが、所得に関わらず全国一律七万円弱の現金を給付する基礎年金の水準については、検討の余地があると考えられる。

こうした問題と別に、世代会計の視点から見た世代コーホート間不公平の問題がある。日本ではなお今後二十五年程度高齢化は進み続け、そのスピードはヨーロッパ諸国に比べ急激であるために、負担する側の現役世代の一人当たり負担を急激に上げて行かざるを得ない。そのため、世代コーホートごとに生涯を通じた会計をみると、後の世代コーホートほど同じ負担総額でも給付の総額が少なくなっていく。年金制度ではこの問題は顕著で、厚生年金の場合、現在の高齢者は生涯で本人が負担した保険料総額の十倍弱の給付を受ける。将来世代は一・二倍に過ぎない。高齢化の進行に伴いやむをえないことだとしても、今後増大する負担を現役世代が甘受するためには、こうした意味での世代間不公平は緩和される必要がある。そのためには、保険料負担の引き上げペースを前倒しし、現役世代の負担により積立要素を増やして将来に備えることも考

る必要がある。具体的には、高齢化のピーク時に受給世代となる団塊の世代の現役時代の負担を引き上げることになる。すでに、年金制度では保険料に積立要素が入っているが、将来世代の負担を減らすという積立金の意義はよく理解されておらず、「遊び金」という誤解が広まっている。積立の意義の理解を広めることも必要である。

② 世代内公平の問題
「有識者会議報告」では、負担については高齢者の負担の問題だけを柱としているが、世代内の公平な負担の在り方(水平分配)も大きな課題である。

地域保険(国民健康保険・国民年金)の不安定は国民皆保険と裏腹の問題であり、一九八五年前後にできた保険間財政調整の仕組みをベースに、この十五年間地域保険安定のためのさまざまな努力が行われてきた。しかしながら、高齢化、就業形態の変化、景気の後退などで地域保険は一層脆弱化し、増大する被用者保険から地域保険への拠出も連帯感を感じさせない負担だとして不満が高まってきている。昨年末の医療制度改革の議論のなかでは、連帯の範囲を国民全体まで広げる保険者の一本

化まで提言されるにいたった。皆保険方式はわが国特有のものなので、この問題に関し直接参考になる外国の事例はない。しかしながら、一定の範囲の保険集団の連帯と自助力を進める「保険者の機能の強化」(サービス提供者との直接契約によるコスト減努力と他の保険者との被保険者加入競争を認める)は一つの流れになっている。社会保障は連帯感を感じられる範囲の人々で保険集団を構成しないと支持を得られにくいことから、国民全体を一つの保険者でカバーする方式は短期的には困難で、当面は保険者の統合を進め脆弱な保険者を解消していくことが課題だと思われる。

被用者保険と地域保険の間で不公平感を感じさせているのは、両者で保険料の取り方が異なることが大きい。特に国民年金の定額保険料方式は、完全に所得把握されている被用者に「クローン」の不公平感、能力に応じた負担でない自営業者等に負担過重感を感じさせ、双方に不満がある。社会保険の負担は能力に応じて賦課するのが原則であるから、被用者保険も地域保険も能力比例とするのが本来の姿である。そのためには、所得・資産・消費などを勘案した総

合的な負担能力の評価基準の策定が急がれる。

これとの関連で、低所得者の取り扱いの問題がある。現行制度では、皆保険であるために低所得者も社会保険への加入が原則だが、負担能力の低さをカバーする必要がある。このために、社会保険に公費を投入して全体の保険料水準を下げ、低所得者でも支払える水準にする方法がとられてきたが、この方法は保険集団内での連帯の論理と、国の責任としての公費投入の論理が混合しており、わかりにくいとの批判を受けている。また、生活保護受給者を国保から除外したり、国民年金の保険料免除者には満額給付をしないという方法もとられてきたが、皆保険の原則からすれば変則的な姿である。今後保険料水準が高まれば相対的に低所得者の数が増えるので、一層の公費投入(基礎年金や老人保健)を求め、保険料からの離脱抑止策(きめ細かな免除・軽減制度の導入など)を講じようとするのが現在の方向性としては、より根本的な解決法としては、社会保険の原則として能力に応じて保険料を賦課した上で、負担能力に欠ける低所得者に対してのみ、保険集団内の連帯の範囲外と整理して、

保険料を公費で補填する方法が考えられる(本誌昨年六月十一・十八日号掲載拙稿「社会保障と経済財政」参照)が、負担能力の評価基準の問題や、(スティグマを感じさせない)公費保障の方法をどうするかという問題がある。

被扶養者の取り扱いも課題となつている。現在、本人所得の一定水準以下の被扶養者(専業主婦や子ども)には負担を求めず、給付だけが行われているが、とりわけ専業主婦の取り扱いが単身者や働く女性と比べ不公平だとの声が高い。現在、諸外国の例にもつと、負担を求める所得の最低限を下げ、パートタイムの主婦にも負担を求めていく方向である。より根本的には、夫の収入や家事労働の取り扱いなど、被扶養者の負担能力をどのように考えるかという問題の整理が必要であろう(二〇〇一年の厚生労働省「女性のライフスタイルの変化等に対応した年金の在り方に関する検討会」報告書参照)。

(3) 多様な支え手を増やす
社会保障はみんな支え合う連帯の仕組みであるから、支え手を増やすことで負担する側が多くなり、財政バランスがよくなるということ以上に、多くの人が社会に

参加し連帯に加われるようにすることは社会保障の目的そのものであるといつてよい。医療や介護や福祉などのサービスも、年金や手当などの所得保障も、要援護者が自立して社会に参加できるようにするための支援なのである。

また、「有識者会議報告」では、社会保障給付の主体の問題は「給付の見直しと効率化」のなかで扱われていたが、本稿では「支え手」の問題としてとらえたい。社会保障を連帯としてとらえる視点から見ると、保険料などを払う負担という形の参加のみならず、給付という形で参加する多様な供給主体である人や組織の在り方が重要だからである。

① 支え手となるための支援
要援護者を単に社会保障の受給者としてとらえるのではなく、社会保障の潜在的な支え手ととらえて自立支援を行うことは、諸外国でも大きな流れとなっている。日本でも社会保障制度審議会の最終報告(二〇〇〇年九月)で、社会保障を「セーフティネット」としてとらえてそれには最低保障と自立支援の二つの意味があると解説しているが、この後者の考え方を進めて「第三の道」政策の中心に据えた英国のブレア首相が、社会

保障のこの機能を「トランポリン」と呼んでいるのはきわめて適切である。

日本では、一九九〇年以來行われている「少子化対策」がこうした視点を明確に持った最初のものであった。最初のうちは、バブル経済下での労働力不足を背景に、特殊出生率を上げるという目標を持った人口政策的意味合いが強かったが、仕事と家庭の両立を支援するための保育政策や職場の環境整備に重点がシフトしていった(一九九七年の人口審議会報告「少子化に関する基本的考え方について」など)。その後、児童虐待などを契機に地域における子育て支援の重要性が強く認識され、弱体化する家族機能を支援するための家族政策的意味合いが強めつつある。単に支え手の数を増やす人口政策ではなく、良質の支え手を増やす家族政策と位置付けられている。

高齢者、障害者、母子家庭などの就労を支援し、受給者から支え手にするための支援策もとられてきた。とりわけ、昨年一月に厚生労働省が発足し、中央政府レベルで社会保障と労働政策が一元化されたことから、具体的な連携施策が期待されている。高齢者の場合、生活のための就労と生きがい就労

で区分され、必ずしも施策は一元化されていないが、障害者の場合、雇用と生活支援がセットで提供されることの必要性が強く認識され、地域において連携の試みが始められている。母子家庭の就労・生活支援策については、今年児童扶養手当の見直しとともに総合的な施策を講じる方針になっており、厚生労働省発足の試金石となっている。これらのハンディキャップを持った人々の場合、完全に社会保障の受給から離れ就労収入だけで暮らしていくようになることを目的とするのは困難であり、福祉的就労の充実を図る必要がある。

現在の低所得者は多様な形態をもち、単に所得が低いのみならず、社会的に疎外されていることが発見され、こうした人々を地域におけるつながりのなかに取り込んでいく(「インクルージョン」)必要性が認識されるようになった(二〇〇〇年の厚生省「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉の在り方に関する検討会報告書」参照)。ホームレスを代表例として自立支援事業などが進められている。ソーシャルワークを担う人材と地域におけるネットワークづくりが課題である。

このほか、失業の予防と対策のための職業能力開発や、疾病予防のための健康増進施策などの一般施策も、「支え手を増やす」ための有力な手段である。

② 多様な主体が給付する

サービス給付の主体の問題では、日本では規制緩和の文脈で在宅介護と保育の領域で「株式会社」の参入が進んできた。病院や老人ホームの株式会社経営については、賛否両論があるがまだ実現していない。株式会社による経営の方が効率的かどうかは、人件費が大部分を占める医療や施設介護・保育の領域では一概にいえないと思われるが、これまで自治体による運営が中心であった在宅介護や保育の領域については、専門的なサービス提供と管理監督の分離という意味で、望ましいことであろう。これまでも民間非営利法人が運営してきた病院や特養の領域では事情が異なるので、医療法人や社会福祉法人の本来的役割や営利法人との違いをよく整理すべきであり、昨年から検討会などで検討が始まっている。

日本では「民営化」というと企業の参入議論が主であるが、これは一面にすぎない。社会保障の給付に関わる民間事業者には、各種

の非営利団体や地域の自主的なネットワーク、ボランティアグループ、利用者自らにより作られるグループなどのNGOが含まれる。算に合っていない領域であることや、行政と違つてきめ細かく柔軟な対応が期待できること、草の根の連帯の仕組みであることから、医療や介護・保育など一般的な需要が見込める分野以外においては、むしろこれらが主となると思われる。日本では、介護分野以外にNGOを支援する仕組みが少ないが、今後一層の配慮が必要である。ソーシャルワーカーなど専門的な能力を持った人材の養成は進んでいるが、現在の公務員制度上行政に配置することは困難であり、こうした組織に配置する方策を考える必要がある。ソーシャルワーカーの伝統のある諸外国の例が参考になる。

こうした方向は世界の潮流になつていく。とりわけ英米圏では政府の直接介入が少ない代わりにNGOの活動が著しい。「第三の道」政策のなかでブレア首相は、政府による直接分配でなく、市場による供給システムを利用しながら公的社会保障を運営していくことを「条件整備」(enabling)といつて

いる。

「行政に着目すると「分権化」はかなり進んでおり、市町村が地域におけるサービスをコーディネートする権限をもっている。今後の課題としては、地域における営利・非営利・行政など多様な主体が連携して(サービスメニュー)に個人が合合わせるのではなく、個人のニーズに合わせてサービスを柔軟にアレンジできるようなネットワークを作ることである。こうした、従来の家族(血縁)や村落共同体(地縁)などの属性的共同体と異なる新たな選択的共同体の構築こそが、社会連帯の新たな姿だと思われる。

英国では直接の利用者と供給者のみならず、利害関係者が広く関わる仕組みを「ステークホルダー・エコノミー」といっている。民営化を市場化・企業化として経済だけでとらえるのではなく、利用者を見守る人々とともに社会保障を支えていくこうとする考え方は、地域サービスのみならず、社会保障全体に広く使える新しい社会連帯の在り方だと思われる。

おわりに

一 改革の進め方

社会保障を論ずる場合には、理

念論・制度論・運動論の三つの側面から論じることが必要であると思ふ。社会保障改革も、その三つを同時に進めていく必要がある。まず理念で合意することが大事であり、市場原理で社会保障を考えるのではなく、社会連帯の新たな姿を求める視点で考えたい。理念だけでなく、具体的な制度改正の方向に落とし込むことが必要である。

何よりも大事なものは運動である。社会保障は連帯であるから、中央官庁や関係団体、一部のリーダーが考えて押し付けるのではなく、みんな考えていくことが必要だと思ふ。介護保険や女性と年金をめぐる議論など、国民的議論の下で社会保障を考えようとする認識が高まってきている。

社会保障は中長期的に効いていく制度であるから、二〇二五年が高齢化の一つのピークだとすれば、残された時間は長くはない。将来像についての国民的議論を行い、新たな連帯に合意することが、今の日本の渾然とした将来への不安を解消する近道だと思ふ。

(本稿中意見にわたる部分は私見であることをおことわりしておきます。メールアドレスはnifty.ne.jp)。