

社会福祉サービスの社会保険化の意義と問題点

——厚生省・介護保険構想を念頭に——

高 藤 昭

はじめに

1994年のドイツ介護保険制度創設に触発された厚生省は、社会連帯を旗印とし、96年制定、97年施行を期した介護保険法構想を、96年6月6日にまとめ、老人保健福祉審議会（以下、「老福審」と略称）に諮問した。その間、紆余曲折を経ながら、結局、第136国会には提出が見送られた。同省のあまりの性急な行動には首をかしげるばかりであったが、同省は与党・関係省庁の合意を得て次国会には提案する構えである。厚生省案のスケルトンはつぎのようである。

- (1) 事業主体……市町村および特別区
- (2) 被保険者……40歳以上の者。65歳以上の「第一号被保険者」と、40～64歳の「第二号被保険者」にわかれる。
- (3) 受給者……第一号被保険者は、原因を問わず要介護者と要支援者、第二号被保険者は、老化に伴う要介護者に限定。いずれも認定（要介護認定）を要す。
- (4) 給付内容……在宅サービスは、要介護度に応じて設定された額の限度で、自ら選択し、または依頼したケア・プラン作成機関が作成し利用したサービス。限度額を超過した分は自己負担。施設サービスは、要介護度等から設定された額。対象サービスは、在宅12種、施設3種で、提供機関は民間事業者や非営利組織も含まれる。
- (5) 費用負担……公費2分の1（国4分の1、都道府県、市町村各4分の1）、保険料2分

の1。後者については、第一号被保険者は所得段階別定額保険料で、市町村が徴収。第二号被保険者は、自己介護リスク分のほか、社会的扶養原理からの費用を医療保険者をととして負担。被用者の場合、事業主も折半負担する。また、受給者は1割の自己負担がある。

今後この厚生省構想がいかなる運命をたどるかはまったく五里霧中である。しかし、社会保険としては未知の「介護保険」なる名称とともに、従来公的責任において公費でなしてきた社会福祉としてのサービスをこの制度に切り替えるという大改正案であるだけに、その社会的反響は大きく、さまざまな議論を呼んだ。とくに社会保障法学サイドにおいては、従来の社会保障法体系に大きな変動を与えるもので、その法制的意義はもちろん、社会福祉と社会保障との関連、そのなかでの介護の位置づけや、あるべき存在形態の模索など、従来あまり論ぜられなかった制度論について深い検討を迫られる機会となった。本稿は、この構想の提起したこれらの新たな問題について、法的観点から制度論的検討を行う。論点はあまりに多く、ここではごく基本的問題に焦点を絞らざるをえない。

その前提として、社会福祉、社会保障の概念や、その相互関連について、私なりの理解を一応示しておかなければならない。両概念ともいまだ定説がなく、またその相互関連の把握も一様ではないからである。これらについてのわが国でもっとも権威があるとみられる把握は1950年の社会保障制度審議会（以下、「社保制審」と略称）勧告で、ここでは、社会福祉は、社会保障体系中、社会保

険、国家扶助、公衆衛生および医療とならぶ四部門のなかの一部門とされ、「国家扶助の適用を受けている者、身体障害者、児童、その他援護育成を要する者が、自立してその能力を発揮できるよう、必要な生活指導、厚生、その他の援護育成を行うこと」と定義されている。社会福祉と社会保障の関係の捉え方についての学説は多岐にわかれるが¹⁾、社保制審案がもっとも一般的なようで、とくに法学者の大部分は社会福祉を社会保障の一部門として、すなわち、社会福祉よりも社会保障をより包括的な上位概念として体系づけている。

この点についての私見をここで詳論する暇はないが、憲法 25 条 2 項が両者を別個の概念としていることは無視できないこと、世界の社会保障をリードした ILO の体系は、所得保障と医療保障を中心としていること²⁾、より重要なこととして、今日ますます重みと深刻さを増している社会福祉は、もはや社会保障の片隅に位置づけるべきでないことから——両者は機能的には一体関係をもつが——、別個の制度体系と捉える³⁾。そして、両者を包摂する概念を示す表現としては、「社会保障・福祉(法)」を用いてきた。さらに、社会福祉とは、「なんらかの個人的事情により、自力では通常の自立的生活が困難な住民に対し、国(地方公共団体もこれに準ずる。)あるいは社会が直接に個人的援助サービスを行う制度体系」と理解する。社保制審勧告の社会福祉の定義と実質的にはほとんど異ならないが、公的、社会的責任=公費負担を機軸とし、かつ、金銭給付ではなく、現実のサービス提供であることを少なくとも現在の社会福祉の本質的特色と捉える。

さらに、狭義の社会保障のもうひとつの体系把握方法としての給付内容別体系立てとしては、①所得保障、②健康保障、③住宅保障の三部門体系をとる⁴⁾。

I 社会保障・福祉法体系における 介護サービスの4つの存在形態

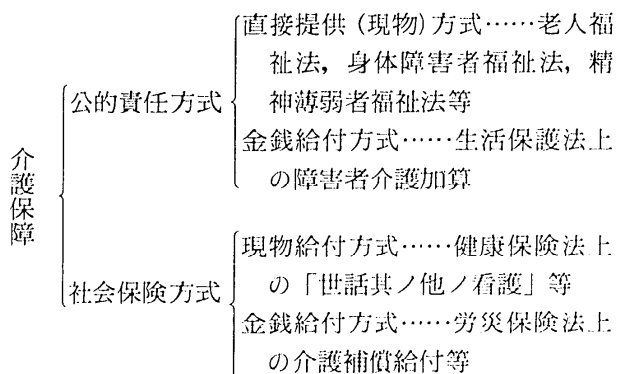
社会保障・福祉法体系には、介護について、大別して2つの形態が存在する。第一型は公費負担

による公的責任方式、すなわち無拠出による介護保障方式であり、第二型は社会保険方式で、受給者の拠出(保険料負担)に対する対価として介護保障給付がなされる方式である。前者にはさらに2つがある。まず現在の社会福祉法体系に存在するもので、サービスを直接に提供する方式(公的直接提供方式)と、生活保護法の障害者に対する介護加算(他人介護加算、家族介護加算)にみられる金銭給付=経費保障(経済保障)方式である。

第二型の社会保険方式によるものは、95年の改正により労災保険法に設けられた介護補償給付、介護給付にみられるものである。

この2つについて世界的にみると、第一型がオーソドックスな方式であり、そもそも社会福祉サービスの中心をなしてきたものである。第二型は目下ごく例外的形態で、オランダは以前からこの方式をとってきたといわれるが、94年制定のドイツの制度が最近の例として存在する程度である。そしてこの社会保険方式の場合、わが健康保険法上の療養の給付中「世話其ノ他ノ看護」(43条1項4、5号)やドイツの例⁵⁾にみられるように金銭給付でも現物給付でも成り立つ制度である。

このようにして、介護保障としては、公的責任方式か社会保険方式かの保障(責任)主体別と、直接(現物)・間接(金銭)の給付形態別との組み合わせでつぎのように4通りの介護保障形態が存在することになる。



しかもこれはティピカルに考えられるもので、このほかにもさまざまなバリエーションが成り立つはずである。現に厚生省構想は経費の2分の1を公費負担とする社会保険方式で、公的責任方式

との折衷方式である。しかし考察の便宜として、一応この4つの型を理念型として想定し、給付主体、給付形態両面からその制度的意義を検討することにする。

まず、給付形態から述べれば、金銭給付形態をとるときは、要介護者に現実の介護サービスを市場から購入せしめる経費保障として、給付は一種の所得保障（私見による特別支出保障）となる。そうすると、その制度は、私の体系把握のもとでは社会福祉ではなく、社会保障領域に属することになる。生活を経済的に保障する所得保障は社会保障発祥の地とみられる領域だからである。厚生省介護保険構想は現物給付の形なのか金銭給付の形なのか不明確であるが、現物給付をとるとすれば、その限りでは給付形態としての制度体系上変動はない。もし、金銭給付の形をとるのであれば、厚生省構想は、社会福祉としての介護から、所得保障たる社会保障への移行として捉えられる⁶⁾。

体系上の問題はさておき、現実問題として、介護給付がこの所得保障の形をとるとき、受給者は彼の欲するサービスを主体的に選択する選択権を取得する点で、換言すれば給付の自己決定権が得られる点で、介護サービスを受け身に受けとることになりがちな直接提供方式＝現物給付方式に比べて大きな利点がある。

しかし反面、この制度が十分に機能するための要件として、まず、受給者が購入を欲するサービスが市場その他、その時点の社会に提供されていなければならないこと、つぎにその金銭給付額が必要なサービス購入を可能とするに十分な額であることが必要である。現在のわが国の介護サービスの状況は、とても第一の要請をみたしていない。また、生活保護法上の障害者介護加算額はもとより、労災保険法による労働大臣が定める介護給付額（月額10万5,080円を限度とする実費）も満足とは思われない。したがってこの2つの欠落する現在では、せっきくの自己決定権も空振りとなる。

つぎに、給付主体の問題であるが、社会保険方式はその組織の運営主体が国であっても、実質は被保険者の拠出によって財源が賄われる組織体が給付主体となっているもので、その給付主体とし

ての性格は、公費を財源とする公的責任方式と異なることはいうまでもない。両者を社会保障・福祉法体系からみれば、後者は、社会保障、社会福祉いずれにも妥当する方式であるが、前者をとるとき、やはり形としては社会保障の領域に属することになる。社会保険は制度別体系論上、社会保障の中心的柱であるからである。

ところで、社会保障・福祉において両方式のいずれをとるかは、各国の社会保障制度創設上重要な政策問題であった。一般に、社会保険方式の利点として、①拠出に対する給付として受給に私法上の請求権が付加されて権利性が強化されること、②所得比例拠出・給付制をとることが可能となって、給付水準を高められること、③拠出による財源確保によって給付水準が維持されること、④拠出者の制度への参加権が生ずること、などの諸点があげられてきた。そしてほとんどの国で、国民の生活保障制度として伝統的公的扶助の継受とともに社会保険の制度を発展せしめる。

しかしその後展開される本格的社会保障の時代には、むしろ国民の生活保障についての国家責任の理念、とくに憲法25条を擁するわが国では生存権原理が根底におかれ、社会保障はこれを根拠とするものと把握されることになる。そこで、ニュージーランドのように国庫財源（大部分は社会保障所得税なる目的税収による）による無拠出制各種給付制度が出現することにもなる。ここまで徹底しなくても、この原理によって既存の社会保険には国庫負担・補助が加わり、いわゆる社会保険の公的扶助化、“保険から保障へ”の動向となる。

しかしそれにもかかわらず、戦後の世界の社会保障を導いたベバリッジ構想は制度の中心に社会保険をおいた。その理由として、イギリス国民は、給付をタダでもらうよりも拠出に対するものとして受給することを欲すること、さらに、拠出は資力に無関係な給付への確固たる根拠であることがあげられている⁷⁾。ここで着目されているのは受給の権利性確保とともに、社会保険方式のもつ個人責任原理である。独立・自尊の近代市民は自力で保障を勝ちとることを望み、そこに喜びを見い

だす。タダで受給することには負い目を感じる。このことはきわめて重要なことである。わが社保制審50年勧告もこれにならって自主的責任の社会保険を社会保障の中心とした。

しかし、この方式には問題もある。保険料の負担に耐えられない低所得者が多く（保険料率を低くすると給付水準が低下する）、またなんらかの事由での未加入者が存在して、無保障状態が現れる。現在の障害年金の無年金者問題、さらに国民健康保険の保険料未納者の増大、国民年金の空洞化現象がこれである。厚生省は介護保険構想において、とくに上記①の点を給付内容の選択権確立とともに宣伝文句としている。しかし社会保障とはもともと個人責任の限界から発したものであることを忘れてはならない。無保険者を前世紀の遺物たる屈辱つき生活保護法で救済するというのでは、社会保険制度創設の意義は失われる。

こうして、個人責任の表現としての社会保険制度にも大きな問題があることに留意しなければならない。さらに、社会保険方式をとることによって給付への権利性が強まることは確かであるが、従来からの公的責任方式による給付についても、生存権に対応する権利性（措置請求権）は厳存しているのであって、ここで懸念されるのは、高齢者介護の社会保険化によって、例えば障害者介護のような従来からの公的責任方式による給付の受給権の権利性が相対的に弱められることである。

しかしこの社会保険には個人責任原理のほか、社会保障制度としてもうひとつの大きな原理がこめられており、それとの関連がより重要である。それは、社会連帯原理である。

II 社会保険と社会連帯

社会保険は個人責任原理のみに基づく単なる私保険とは異なる。その最大の特徴は、私保険の基本原則である給付・反対給付均等の原則を破って、均一制、所得比例制、資産比例制などの拠出制をとって高所得者→低所得者、有資産者→無資産者、健康者→病弱者、健常者→障害者の援助関係、さらに被用者保険の場合の使用者→労働者、財政に

賦課主義をとる年金の場合の若壮年者→高齢者などの援助関係が設定されていることである。この根底にあるのが社会連帯原理である。これは社会構成員間における相対的強者が弱者を援助する原理で、健全な社会であれば必ずもっているものである。これは国家と国民間の生活保障の権利＝義務関係たる生存権原理の以前に存在し、福祉国家の基礎である福祉社会のさらにその基礎となっているものである⁹⁾。原初の社会保険は、これを国家が組織したものである。

社会保険の基本原則を社会連帯とする捉え方は、社保制審50年勧告では必ずしも明確とはいえないが、ここでは国家責任＝生存権原理と社会連帯とが概念上区別されたうえ、その社会保障構想において前者を主とし、後者はその補足的位置においた⁹⁾。しかしその後約半世紀の間、社保制審におけるこの2つの位置づけに変化が起こる。同審議会は、その後の国民生活の向上の反面で現れている社会保障の問題点を検討し、その内部に社会保障制度将来像委員会を設けて今後の対応策を模索していたが、その委員会が93年3月第一次の、94年9月には第二次の報告書を出した。第一次では社会保障における社会連帯を強調し、第二次では介護サービスに関して社会保険方式を提案した。これを受けて、95年7月6日、「社会保障制度の再構築——安心して暮らせる21世紀の社会を目指して——」の勧告を出した。ここでは社会保障に関する問題点の一として社会の解体に至る個人化の進展をあげ、その対応策として社会連帯関係の形成の必要性を指摘し、さらに、社会保障制度は「21世紀の社会連帯のあかし」とされる。今後の高齢化に対応する国家責任の限界の認識から、社会保障におけるその相対的ウェイトは明らかに低下して社会連帯あるいは個人責任に移っている。50年勧告と95年勧告との間に“国家責任から社会連帯と個人責任へ”の移行が強く感ぜられるのである。

同勧告は、その延長上で社会保険たる介護保険構想を打ち出している。これを受けて、老福審では2度の中間報告の後、96年4月22日、介護保険に関する最終答申「高齢者介護保険の創設につ

いて」を提出したが、その冒頭で、明るい高齢化の新時代のため、「高齢者自身の自助努力を機軸としつつ、すべての国民が社会的連帯の精神に基づき、個々の利害を離れてこの問題を考え、痛みを分かちあって必要な社会的負担を受け容れること」を訴え、高齢者および現役世代による社会全体の連帯で介護費用を支えあう社会保険制度を提案している。冒頭の厚生省案はこれをさらに修正したものである。

以上のような経過から、政府関係機関における、国家責任→社会連帯→介護保険の流れが看取される。これは、介護という、現在におけるもっとも深刻な社会問題に対する国の対応であるだけに、今後の社会保障・福祉の基本方向を示すものとして注目すべきものである。はたしてこれは是認できるものかどうか。

まず、以上の政府関係審議会の見解にみられる社会保障・福祉の基本原則としての国家責任（＝生存権原理）と社会連帯原理との二元的把握は私見と一致するところである。ここでは詳述できないが¹⁰⁾、前者は国家と国民の縦の保障関係であるが、後者は社会構成員相互間の横の援助関係で、沿革的にも、理論的にも前者の前提である。国家的保障が出現する以前は共済組合その他の社会連帯組織が構成員の生活保障の機能を果たしてきた。国民生活への国家介入の初期は、ビスマルク社会保険にみられるように、既発達の組織を法制化し、国家はその運用を事とするだけであった。しかし産業化＝資本主義経済社会の高度化のもたらした素朴な共同体社会の解体による個人の孤立化、貧困化ないし医療費も含めた生活費の高騰によるその緊迫化の進展は国家の介入を不可避とし、社会保障は多額の国庫負担の導入によって特色づけられる。

この段階では、社会保険はもはや単純な社会連帯組織としてでは財源上十分な機能を果たし得なくなるのである。そしてここにさきにもふれた“保険から保障へ”の動向が現れる。ただし、その場合でも保険に結合していた社会連帯関係が失われるのではなく、それを根底において国家介入がなされる。また国家責任履行のために必要な膨

大化する財源は累進課税の形で社会から調達されるが、その前提には国家の領域を範囲とする社会の構成員の社会連帯意識が必要である。

そして、上記現象の進展とともに、まず社会連帯組織たる社会保険の規模拡大による機能強化（例えば、健保組合を包摂する健保連合会の出現と機能拡大、JR、JT、NTT 共済組合の厚生年金への吸収など）から国家財源投入開始、さらにその額の増大による保険の保障化の軌跡をとるのが原則的な姿である。

社会連帯の本来、伝統的に生活への国家介入を嫌ってきたフランスにおいても同様の現象が起っている。その一例として、1990年創設のCSG (contribution sociale generalisée) は、家族手当の財源を補うための税の性格をもつ特別拠出制度（目的税）で、その税率は、①勤労者の労働所得および代替所得ならびに使用者および自営業者の所得、②不動産所得等の財産所得、③利子所得の合計の1.1%とされている。

従来フランス社会保障は家族手当に限らず職業連帯 (solidarité professionnelle、私流に表現すれば、労使間連帯) として理解されてきたが、このような全国民の主要な財産への課税による社会保障財源調達方法の出現は、職業連帯から国民連帯 (solidarité nationale) への動向と捉えられ、かつ、その方式は今後社会保険全体への波及が予想されている。わが国の生存権に対応する概念がなく、また国庫負担割合も少ない同国として（注12参照）、制度に無関係な住民への課税による目的税制度創設は、わが国からみれば、連帯範囲の拡大からさらに国家の財政的関与の増大と捉えられる¹¹⁾。

以上の動向をわが国の制度について具体的にみると、もっとも顕著なのは国民健康保険の財源で、国庫負担、財政調整交付金で5割を占め、これに市町村等の地方公共団体負担が加わって保険としての性格は大きく失われている。また、国民年金における国庫負担は、現在すでに3分の1に達しているが、1994年の改正時に、衆議院修正で今後のその増額の検討条項（附則2条）が入り、参議院では、その負担割合は2分の1を目標とする

付帯決議が付された。いずれも両制度の財政上の行き詰まりがそれを推進している。

介護保険構想はわが国のこの“保険から保障へ”の動向と正反対の方向性をもつものである。もちろん、それなりの理由があれば、逆方向をとることが許されないわけではない。しかし、とくにごく最近の国民年金の上記方向とはまったく逆な厚生省介護保険構想は、社会保障全体からみれば、“ねじれ現象”で、まことに不可解である。現実問題としても、両制度に明確にみられるような国民の社会保険料負担の限界の露呈のなかで、さらにその負担を増すことには強い疑問を感じざるをえない。

この基本的問題のほかに、公的直接提供方式の社会保険化に当たっては、その前提として、介護が保険事故たりうる普遍性をもつか否か、また、時々刻々に変化する要介護者のニーズに即応できるか否か、保険給付として類型化を免れない給付は多くの給付の総合性と機動性を要する介護に適するか否か、など検討事項はきわめて多い。このような転換に当たっては、社会保障・福祉全体からみて、いかなる給付がいかなる方式に適するかをその性格と技術両面から十分検討したうえで判断しなければならない。

Ⅲ 社会保障における企業の位置

厚生省案における介護保障の社会保険化による社会連帯化は被保険者の保険料に所得比例的、社会扶養的要素（具体的には不明であるが）が導入されることによって示されたが、これは、被保険者を40歳以上とすることによってスケールが大きく縮減されることになった。しかし反対にその範囲を拡大している面もある。それは、被用者分について事業主にも保険料の折半負担を求めていることである。介護の社会連帯関係のなかに事業主も組みこんだわけである。換言すれば、事業主は介護に関する社会連帯上の責任主体としての地位が与えられた。

しかし、この点については、日経連など使用者団体は、介護保険が国民ひとりひとりが加入する

地域保険であることから事業主負担の根拠なしとして反対の態度をとっている（公的には、平成8年6月6日の厚生省からの諮問に対する6月10日の老福審答申中の意見に現れている）。厚生省介護保険案は事業主体を市町村とし、国民健康保険同様、地域保険構想で、職域性はなく、また介護については、労働者自身が要介護者、要支援者となることは事業主との雇用関係終了後の第一種被保険者の間であることが多いこと、使用者の拠出は区分されず、財源全体のなかに混入される仕組みがとられることなどを考えると、年金、健康、失業など他の被用者保険におけるような制度に雇用関係的要素が薄いことは確かである。そこで、以下、法的観点から、その根拠いかにについて、社会保障への事業主のかかわりの沿革をふりかえりながら考察することとする。

そもそも公的、社会的制度たる社会保障に事業者が一定の法的義務を負うことになったのはビスマルク社会保険以来である。彼の創設した最初の社会保険である1883年の疾病保険法は、業務上・外の傷病を保険事故とし、保険料の3分の1を使用者負担としたものである。これを継受したわが健康保険法はトータルとして保険料は労使折半とされ（厳密には、業務上については使用者全額、業務外については3分の1。発生率を前者1、後者3としたため、結果的に折半となった）、これがその後のわが国被用者保険の労使負担割合のパターンとなった。しかし、ヨーロッパ大陸諸国では、使用者の社会保険への保険料負担割合は折半以上が普通で¹²⁾、実質は企業内福祉施設ないしフリンジ・ベネフィットの観を呈している。

ところで、わが国最初社会保険である健康保険法において折半の使用者負担とされた理由をみるに、①その時点の諸外国の立法例において労使折半が多かったこと、②工場または鉱山に労働すること自体健康を害する原因となっていること、③出産給付については雇主といえども女子労働者を使用している以上、出産は当然に予期すべきで、その救済に関し、一部負担は当然であること、④健康保険によって労働能率の増進となるため、使用者も利益を受けること、⑤従来から使用者はそ

の費用で従業員の治療を行ってきた慣例があること、⑥使用者は共済組合を設けてその組合費の2分の1にさえいたる多額の補助金を支出した例もあること、などがあげられている¹³⁾。

このような関係は社会保険の種類によっても異なるであろうが、ビスマルク社会保険のように労使協調的観点もあったであろう。いずれにせよ、初期社会保険における使用者負担は、個別にか(例：組合管掌健康保険)、集団的にか(例：政府管掌健康保険)、直接自己が雇用する労働者への利益帰属関係が設定されており、使用者の雇用労働者に対する利益供与として、それは(職域内)労使間連帯関係として把握できるものである。集団的使用者構成の場合は、さらに、一定の保険給付による総雇用労働者のための総使用者の総労使間連帯関係とも称すべき関係が設定されていることになる(賃金水準の高い大企業の拠出額は高額)。このような場合も含め、この段階では使用者の社会保険拠出は、単純に、その雇用する労働者の生活確保のために法によって使用者に強制された負担と理解できる。それは、労働保護法上の最低賃金や割増賃金支払い義務など、使用者に課せられた義務の延長上のもので、両者は同質のものと認められる。

しかし、やがてこの拠出に自己の雇用する労働者への利益帰属関係のない制度が現れる。例としては児童手当があげられる。71年成立のわが児童手当制度は、フランス・ベルギー型の「賃金補充型」と、イギリス型の「福祉国家型」の折衷的形態で、複雑であるが、使用者は労働者への支給費の10分の7を負担することとされた(児童手当法18条)。この根拠として、立案者の政府の説明では、人を雇用して事業活動を行う事業主として、次代の人材の育成、資質の向上を図る児童手当は将来における労働力の維持、確保につながるというものであった。この観点から事業主に求められた負担であるから、それは現に労働者である者の児童分だけに限られないのであるが、「具体的な負担の方式としては、事業主が、本来、強い関心を有する被用者に対する児童手当の支給に要する費用について、事業主から応分の負担を求め

ることとした」ものである¹⁴⁾。結局この事業主負担は、負担の方式として労働者分に限られたが、実質的には全児童手当費用の一部負担と捉えられる。

この場合でも、事業主は将来の労働力確保のための対価として、間接的ながらもひとつの受益関係が設定されている。しかし、そのなかに事業主の健康保険法上の拠出分も含まれている老人保健法上の保険者の老人医療拠出金——老人医療費の7割を全国民的に連帯負担するものであるが、90年からその額の各保険者間の負担割合における連帯関係を徹底して、いわゆる加入者按分率100%化がなされた——となると、事業主にもはやそのような対価としての受益関係は存しない。この拠出金は、自己となんら関係のない高齢者の医療費に充てられるからである。

95年に制定された介護休業制度も、労働者の職業生活と介護の両立を図るという意味の労働者福祉を狙いとするだけではなく、現下の重要課題としての介護問題への社会的対応の一翼を担ったものと理解される¹⁵⁾。すなわち、事業主の介護休業付与義務は、彼が直接雇用する労働者の福祉目的のみならず、社会全体の問題への事業主なりの寄与の義務づけである。

このようにして、いまや事業主はその雇用関係や直接的利益帰属関係のない社会全体への貢献を求められつつある。この貢献の形は単に社会保険制度への保険料負担の形のみではなく、他にも方法はあろう。フランスCSGのような目的税を設定してそこへの拠出を義務づける形も、形としては存在する。しかし、社会保険制度を利用して拠出を求める厚生省構想はもっとも手近な手っ取り早い方法である。それが地域保険の形であっても事業主が強力に援助すべき関係はすでに醸成されている。ここでの事業主の存在意義は、もはや労使間連帯においてではなく、それを脱したより広い社会連帯関係においてである。

その事業主の地位は、退職した高齢者の保健・医療、日常生活確保は社会秩序全体の維持に不可欠で、そのためには拠出能力ある者に応分の拠出を求める必要があるところ、その能力者として事

業主が捉えられたものと理解される。その事業主は使用者ではもちろんなく、今日一般化している用語では企業といったほうが適切である。現在のわが社会は、広くいわれているように、企業が優先し、支配し、かつ利得する企業社会である。その現社会の支配者、利得者たる企業は、その社会秩序維持のために応分の負担を求められている。これが企業負担の根拠である。厚生省介護保険構想における事業主負担も、このような性格をもった企業の拠出金と理解される。

む す び

以上、最近出された厚生省介護保険案を念頭において、従来の福祉サービスの社会保険化の社会保障・福祉（法）構造への影響、その制度論的意味、またそれが新たに提起した問題、とくに福祉における企業責任の問題など、基本的な側面に絞って、極力客観的に考察した。福祉サービスの社会保険化は、自己責任原理と社会連帯原理強化の二側面をうちに秘めたものである。しかし自己責任の強調には限度があること、また社会連帯は“保険から保障へ”の基本動向に反し、とくに国民健康保険、国民年金にみられる現象と“ねじれ現象”となっていることに注目しなければならない。今日のわが社会保障・福祉の状況は、もはや社会保険方式＝自己責任と社会連帯原理に限界が感じられているのである。ただ、社会保険方式をとることによって、比較的容易に企業を社会連帯のなかにとりこみうる利点は認められる。しかし、ここでは述べなかったが、私は、介護は、公的責任方式による直接提供形態をもっとも適したものと考えている¹⁰⁾。また、介護サービスの社会保険化以前に、クロヨンの是正、官庁のリストラ、農林関係への予算の過剰配分是正、薬価基準問題の解消、なによりも高齢者の寝たきり・痴呆の防止への真剣な取り組み、など、なすべきことはあまりに多いことを最後に指摘しておく。

〔付 記〕 本稿は、1995年度法政大学特別研究助成金の援助を受けたものである。

注

- 1) 古川孝順によれば、①社会保障は、社会保険とそれを補完する公的扶助から構成される所得保障で、福祉サービスは、その外側に位置する別個の制度体系とする立場、②社会保険による所得保障の制度である社会保障と社会福祉とを並立させる立場、③公的扶助は社会保障と社会福祉に二重に戸籍をもつとする立場、④社会保障は社会保険、公的扶助（国家扶助）、社会福祉（福祉サービス）および公衆衛生から構成されるとする立場、⑤社会保障を社会保険、社会手当、公的扶助、社会福祉（福祉サービス）とする立場に分類し、このうちもっとも一般的なものは④と指摘する。古川他『社会福祉論』、有斐閣、1994年、50頁以下。
- 2) ILOは、1944年に、将来の社会保障の根幹を示すものとして所得保障に関する勧告（67号勧告）、医的保護に関する勧告（69号勧告）の2つの勧告を出し、両部門をその中心に据えた。また、社会保障の保障部門を示す102号条約にも介護はない。
- 3) 私の社会保障法体系は、拙著『社会保障法の基本原理と構造』、法政大学出版局、1994年、51頁以下参照。
- 4) 社会保障の体系立てとして、制度別体系立てと、給付内容別（給付機能別）体系立てとがある。いずれの説も、前者の場合は社会保険を中心に据え、後者の場合は所得保障を中心に据える。詳しくは、高藤、前掲書、51頁以下参照。
- 5) ドイツ介護保険制度について説明した文献は多いが、とりあえず、土田武史「ドイツの介護保険法」『季刊年金と雇用』13巻4号、6頁以下参照。オランダの制度については堀勝洋「オランダの介護保険」『週刊社会保障』50巻1877号、22頁以下参照。
- 6) 介護保険構想において、介護者に対し、金銭給付を行うか否かが大きな論点であったが、厚生省案では見送られた。しかし同案が、現物給付方式をとるのか金銭給付をとるのかは、発表された文案では不明確である。
- 7) ベバリッジ・レポート21項、山田雄三監訳、至誠堂、1969年、13頁以下。
- 8) 福祉社会と福祉国家のこのような把握は、辻清明・星野信也訳、W. A. ロブソン『福祉国家と福祉社会——幻想と現実』（東京大学出版会、1980）、高藤、前掲書、43頁以下参照。
- 9) 同勧告は冒頭部において、国民の生活保障についての国家責任を強調したうえ、「そうして一方国家がこういう責任をとる以上は、他方国民もまたこれに応じ、社会連帯の精神に立って、それぞれそ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たさなければならない」としている。

EU 主要国の社会保障費負担割合とその推移

(%)

	使用 者			被 保 障 者			公 費			そ の 他		
	1980 年	85 年	92 年	1980 年	85 年	92 年	1980 年	85 年	92 年	1980 年	85 年	92 年
ベルギー	44.45	40.15	41.75	17.80	24.31	26.73	33.98	31.50	21.59	3.77	4.04	9.92
デンマーク	10.02	10.05	6.92	2.32	4.03	5.11	82.91	78.50	81.62	4.75	7.41	6.35
ドイツ	41.41	40.94	40.10	28.00	30.13	29.85	27.05	25.38	26.32	3.55	3.55	3.73
スペイン	63.20	53.93	52.88	19.15	18.35	17.27	16.14	25.38	27.75	1.52	2.33	2.09
フランス	55.52	52.26	50.95	24.27	25.03	28.85	17.27	19.56	17.72	2.95	3.15	2.48
イタリア	59.94	52.55	50.53	13.89	14.61	15.93	23.77	29.46	30.59	2.40	3.38	2.95
オランダ	37.05	31.92	19.91	31.00	36.07	41.66	20.45	16.29	22.60	11.50	15.72	15.82
イギリス	33.44	29.57	26.12	14.61	16.61	15.81	43.21	43.67	42.84	8.74	10.15	15.23

出典：フランス社会・健康・都市省 “Choix de données sur la protection sociale et son environnement dans les pays de l'Union Européenne, 1994”.

10) 詳しくは、高藤，前掲書，22 頁以下参照。

11) CSG については，J. J. Dupeyroux, Droit de la sécurité sociale, 12 e éd, DALLOZ, p. 587 et s., J. Bichot, “C. S. G. : la solidarité professionnelle se meurt, vive la solidarité nationale !” (DROIT SOCIAL, No. 1, Jan. 1991, p. 74 et s.), A. Euzeby, “La contribution sociale généralisée (CSG) : justification et perspectives” (DROIT SOCIAL, No. 7・8, 1991, p. 644 et s.) 参照。この最後の論文では，この制度は，将来，家族手当以外の分野にも波及する可能性が指摘されている。フランス社会保険財源構成の最近の変化については，上村政彦「フランス社会保障における財源構造の動向」『オイコノミカ』（名古屋市立大学経済学会）31 巻 2・3 合併号，参照。

12) 上表。

13) 森莊三郎『健康保険法解説』，有斐閣，大正 13 年。折半負担としたことは，結局「達観論」によるものとされる（193 頁）。

14) 厚生省児童家庭局監修『児童手当法の解説』，中央法規出版，平成 4 年，113 頁。事業主の負担

根拠については，本書 112 頁以下。傍点筆者。

15) 提案理由説明では「少子・高齢化の急速な進展，核家族化等に伴い，家族の介護の問題は，育児の問題とともにわが国社会が対応を迫られている国民的重要課題となっております」（衆議院法制局，第 131 回・第 132 回国会制定法審議要録）332 頁という状況説明が冒頭で述べられ，介護休業制度はこれに対応する制度として性格づけられている。自ら介護時間を設定できる自営業者よりも，労働時間に拘束される労働者への介護休業制度の意味は重要である。

16) 私としては，すでに「介護保険制度案について——厚生省研究会案の検討」『週刊社会保障』1834 号，「介護保険構想について」『化療ニュース』4 巻 2 号，「社会保障における国，社会，個人——社保制審 95 年勧告の検討をととして」『週刊社会保障』1879 号などに意見を述べている。（たかふじ・あきら 法政大学教授）