

福祉国家の中流階層化再論

——普遍主義対選別主義の新たなバランス——

星野 信也

Middle Class Colonization of the Welfare State Rvisited (special contribution)

Shinya Hoshino

序章 福祉国家の中流階層化

筆者の近年の関心事は、いわゆる「福祉国家の中流階層化」にある。福祉国家は、低所得層ないし社会的弱者を優先し、所得分配の機能を果たす限り、社会的公正という政策目標を持ち、それに対する社会的コンセンサスを背景に、その存在意義を維持できる。だが、北欧をはじめとする先進諸国に広くみられたように、福祉国家が、一面で、経済成長を通じて中流所得階層（以下中流階層）を社会の主流に発展させ、他面で、民主主義という本質的に社会の多数派ないし主流に有利な政治的メカニズムを通して、しだいにその中流階層が福祉国家の主たる受益者の地位を占めるようになってくると、それはもはや社会的公正という政策目標を見失って、単なる「サービス国家」に変質してくる。

そこでは、中流階層の支持政党の単独もしくは連合による政治的安定にも関わらず、国際化を通じた経済や財政の不安定化とともに、いわゆる高福祉高負担の大きな政府か、低福祉低負担の小さな政府かといった政治的コンフリクトにさらされることになる。低成長を通じて中流階層が縮小し両極化が進めば、コンフリクトはいっそう高まる。だが、そのコンフリクトも、1989年の共産圏諸国

の福祉国家体制の崩壊とそれに続いた世界経済市場の拡大、それが国際競争の激化を通してこれまでの動きを加速させた国家の国境を越えた広域圏域化の進展などを通して、もはやその対立幅は狭まっている。

1. イギリスその他の例

イギリスでサッチャー政権が、その保守的で硬派の姿勢にもかかわらず、結局、それ程福祉の縮小に踏み込めなかったのは、中流階層という自らの支持基盤を危うくすることを避けたからであり、かえって絶対多数を握ったブレア労働党政権が福祉改革、「労働こそ最善の福祉 (Welfare to Workfare)」と「自己設計年金 (Stakeholder Pension)」に熱心なのは、それが労働党政権の支持基盤を危うくするとは考えられないからに違いない。同じことは、他のヨーロッパ諸国やオセアニアの社会民主党ないし労働党政権にも妥当する。もはや中道左派が政権に復帰しても、常に社会福祉に熱心だという図式は当てはまらない。社会福祉関連学界で1980年代後半から1990年代前半にかけていくつか試みられた福祉国家の類型化も、国際経済の激変と国家の広域圏化の前に、世紀末にはほとんどその意味を半減させている。²⁾

2 わが国のユニークさ：供給者援助方式

筆者の第2の関心事は、わが国の福祉国家中流階層化を支えてきた「供給者援助方式」にある。福祉国家中流階層化は、社会保障によって供給される保健医療および社会福祉サービスが、サービス利用者本位ではなく、むしろサービス供給者本位に「供給者援助方式」で形成されてきたことによって、いっそう助長されてきたからである。

(1) 第三者出来高ないし定額払い

保健医療も社会福祉も、そのサービス給付が現物給付の第三者払いかつ出来高払いないし定額払いという供給者援助方式をとっている。この方式による限り、供給事業者とそれを補助する官公庁側には、サービス利用者に名を借りた供給者および予算の拡大に向けた顕著なインセンティブが働く。しかもそれは、供給者側の専門職者こそが利用者の需要を決定できるという保健医療と社会福祉に固有のメカニズムを通して増幅されてきた。保険料による医療保険制度の場合、第三者出来高払い制によって、供給者はサービス利用者の支払い能力を懸念する必要がほとんど薄らいだなかで、医師、病床の増加、診療設備の高度化など、いくらでも人員、設備を拡大充実させて自己増殖し、サービス利用者を拡大する可能性をもっている。それは都道府県別の一人あたり医療費がほぼ医師数や病床数に比例することで示されている。租税制度による社会福祉の場合も、定額払いの措置委託費方式ないしは将来ただそれを姑息に名称変更するだけの代理受領方式によって、サービス対価の支払いを保障されたなかで、サービス内容の主要関心事ないしアピール事項を次々と移し替えることで、児童自立支援施設など一部の例外を除いて、自己保存ないし自己増殖を実現し、サービス利用者を維持もしくは拡大させてきた。戦後の就業構造の大きな変化や核家族化、都市化そして人口の少子高齢化といった社会的変動あるいはそれ

に対応する育児・介護休業等の新たな労働政策にもかかわらず、社会福祉事業は、市場経済に見られたような事業革新やリストラを、ほとんど経験しなかったのである。

わが国の社会福祉学もそうした福祉国家の惰性的中流階層化に貢献した。欧米では現在でも常に社会福祉政策における選択肢であるはずの普遍主義 (Universality) 対選別主義 (Selectivity) が、わが国では、社会福祉学の主流によって選別主義から普遍主義への歴史的発展として歴史概念化して紹介されたことが、バブル経済を背景に、「誰でも、いつでも、どこでも」に象徴される幻想的普遍主義 (Universality) を喧伝して既定枠を維持しつつ新規予算と新規組織を拡大する、国の「バブル福祉」に拍車をかけたからである。

供給者援助方式とは相反して、原則、利用者援助方式で、普遍主義とは対照的に選別主義の生活保護制度が、自己増殖の契機を持たないままいかに矮小化されてきたかをみれば、供給者援助方式のもたらした自己増殖効果がいかに大きかったかが理解されよう。

(2) 供給者保護の供給規制

供給者援助方式は、同時に、国の供給規制による強力な供給者保護を背景に進行した。第1に、保健医療と社会福祉サービスにおいて、最近の特定療養費制度を例外として、国はいわゆる上乘せ、横出しといった自由診療、自由サービスを厳しく抑制してきた。また、第2に、国は、主要な供給事業者の法人格に規制を加え、かつ施設整備費補助金がある場合にはその予算制約を通して、それがなくても法人格や事業の許認可制度あるいは保健医療計画等の義務化さらには医学部定員の削減要請などを通じて、強力な供給規制を加えてきた。たとえば医療費抑制と称して、病床数や医師数の増加を厳しくチェックしてきたことは周知の事実である。

このように既存の供給者が横並びに競争から保護された行政依存の護送船団方式でこそ、組織や設備への投資による供給者（≒利用者）の拡大が進められてきたことに、もちろん利用者へのプラス面があったことは否定しないが、それは反面で、利用者不在のまま、次のようにサービスの低下ないし著しい供給不足を招来してきた。

第1に、供給者援助方式で進んだ中流階層化は、なによりも低所得層の優先順位を失わせ、所得再分配機能を弱体化させ、社会保障、社会福祉から社会的公正の意義を希薄化させた。

第2に、供給者援助方式に伴う厳しい供給規制、供給者保護の故に、保健医療や社会福祉事業への参入者が大きく遅れをとったため、保健医療では著しい偏在と非効率、社会福祉サービスにおいてはとくに高齢者福祉サービスに著しい供給不足を生じさせた。

第3に、保健医療と社会福祉サービスにおいて、いずれも利用者不在のまま、前者で「2～3時間待って3分診療」に象徴される供給体制のゆがみ、後方で「利用者が供給者を選択できず、いつも受け身でお世話になる」対等でないサービス利用関係を広く定着させた。

第4に、バブル経済に便乗したバブル福祉がきちんと清算されないまま、年金保険制度、医療保険制度、社会福祉基礎構造の抜本改革が、1980年代から1990年代を通じていずれも10年以上も先送りされた結果、今や社会保障制度の整合性は大きく損なわれ、制度全体が危機に直面する事態に陥っている。

これらの点は、福祉国家中流階層化が一方で押し進めた幻想的普遍主義と、他方でそれを支えた供給者援助方式が内在させた厳しい供給規制、供給者保護との間の矛盾が、バブル福祉崩壊を通じて、いっせいに顕在化されたものといってよい。

福祉国家中流階層化の議論は、わが国の、ひた

すら社会福祉の拡大にのみ関心を示す社会福祉学と、それに便乗した国の、利用者不在の、一方的な供給者拡大路線を基本的に批判するもので、いくら繰り返してもけっして論じ過ぎることはない。福祉国家の中流階層化をさらに大きく進展させるはずであった介護（保険）制度が迷走し、年金保険、医療保険および社会福祉基礎構造改革がいずれも立ちすくみ状況にとどまっている現在の機会に、このテーマを改めて取り上げて再論したい。

第1章 社会保障、社会扶助、社会福祉の基礎概念

1. イソップ物語の教訓

筆者は、社会保障の授業をイソップ物語から始めることにしている。それは、アリとキリギリスの物語で、夏の間、アリさんは一生懸命エサを蓄えるのだが、キリギリスさんは、今流に言えばカラオケにばかり通ってエサを蓄える努力を怠ってしまう。厳しい冬が訪れて地上ではエサが得られなくなると、キリギリスさんは仕方なくアリさんを頼ってアリさんが蓄えたエサを分けて貰って飢えをしのぐという物語である。

このアリさんとキリギリスさんの国に社会保障それも社会保険を導入するとすれば、それはアリさんのためというべきか、キリギリスさんのためというべきか、という質問を提起すると、学生の答えは、最初は当然のようにそれはキリギリスさんのためだというものが多い。だが、社会保険は、勤勉なアリさんばかりかフリーター好みのキリギリスさんも加えた国民皆保険としてしか成り立たないこと、それはいわば国家が国民に貯蓄を強制するメカニズムでもあると説明すると、それはアリさんのためだという答えが増加する。

2. 福祉国家の永遠の課題と社会的連帯

筆者は、また、社会保障の最後の授業を、このイソップ物語とも相通ずる次のようなエピソードで締めくくりにしている。それは筆者がロンドン政治経済大学 (London School of Economics and Political Science) で受講したティトマス (Richard M. Titmuss) 教授のゼミで、教授が Semester の終わりにゼミを締めくくった「社会福祉の永遠の課題」という問題提起である。1960年代の前半、未だ人種問題がイギリスでは先鋭化していなかったことを前提として、そのエピソードは次のようなものであった。

ニューヨークの波止場で、メキシコ人の若者が昼日なかからベンチに寝そべっていた。そこへ初老のワスプ (WASP=White Anglo-Saxon Protestant: 当時アメリカの主流とされたアングロサクソン系白人プロテスタント) のカップルがつかつかと近づいて、若者に語りかけた。「若いうちはもっと額に汗して働かなくてはならない。そうすれば自分たちのように年をとってから悠々自適の生活ができる。」メキシコ人の若者はそれに答えていった、「自分は若いうちから悠々自適の生活をしている……」

実際の社会保険は、国家によってもっと理論武装して喧伝される。すなわち、社会保険は社会に広くみられる所得中断や疾病などの保険リスクに対して、社会的連帯の精神に基づいてそのリスク分散を図り、保険料拠出を前提に、保険事故に対して無条件に権利として給付を行う相互扶助メカニズムだと説明される。しかし、それはあくまで社会的連帯の仕組みと内容のいかにを棚上げした綺麗事の説明もしくはレトリックにとどまる。福祉国家の中流階層化によって社会的連帯が社会的公正の裏付けを失ったとき、それが国家権力を背景として果たす社会的機能、役割が、多様化、多元化した個々人にどこまで受け入れられ支持され

るかは、全体主義国家でない以上、国民一人ひとりが社会保障の社会的連帯をどのようなイメージで受け止めるかにかかっている。

それは、わが国でもっとも広い社会的連帯の制度である国民年金が、今やいわゆる空洞化問題の前に存立の危機にさらされていること、あるいは老人保健制度という、若者が高齢者の医療費をシェアする高度に社会的連帯の制度が、今や制度の廃止を前提にした改革論議に直面していること、などをみればあまりにも明白である。

その意味で、ティトマスのいう「永遠の課題」は、いぜんとして「永遠の課題」であり続けており、社会的公正の理念の裏付けを欠いた社会的連帯には、社会保障制度を維持する力はないというべきである。もともと社会保障は、社会的連帯を基礎としてそれを維持する手段ではありえても、社会的連帯の高揚を目的とすべきものではないからである。

3. 社会保険と公的扶助、社会福祉

わが国は「一般扶助主義」をとっており、原則として、たとえ怠惰な者でも公的扶助から排除しないはずだが、その建前に反して、先のエピソードのような若者を、若い頃から高齢期まで一貫して生活保護することはない。自立自助促進と称して就労指導を続けるからである。つまりわが国の社会福祉学がいうユニークな「一般扶助主義」のメリットは、事実上まったくないといってよい。

もともと働ける男性をはじめから公的扶助から排除する欧米諸国共通の「制限扶助主義」のもとでは、この例のような若者は、はっきりと高齢期にならないと扶助を受けられない。公的扶助からの排除で就労を半強制された若者は、社会保険への強制加入によって社会保険料納入を強制される。それは、社会保険がなければ、結局、それに代わって必要となる公的扶助の費用負担をしなければなら

らない中流以上層にとって、その負担を免れるという意味で有利に働く。すなわち、社会保険はそれだけ公的扶助の負担を軽減する点で、かえって中流階層に有利な政策という側面を持っている。

欧米の「制限扶助主義」の場合、逆に働かなくて当然という社会的合意を背景に、高齢者などはスティグマをほとんど気にしないで扶助を受けられる。そのことは、後述するように1960—70年代に選別的な公的扶助を普遍的な社会保険制度と一体化する努力が払われて公的扶助から社会扶助に改革されたことで、いっそう改善されている。

しかし、わが国の「一般扶助主義」では、そうした制度的区分や普遍性に近づける努力もまったく行われないうまま、誰もが、働けるのに働かないのではないかという疑惑の目を向けられることになって、かえってスティグマを一般化させている。繰り返しになるが、わが国の生活保護制度があまりにも矮小化されてきた事実が、それを如実に証明している。

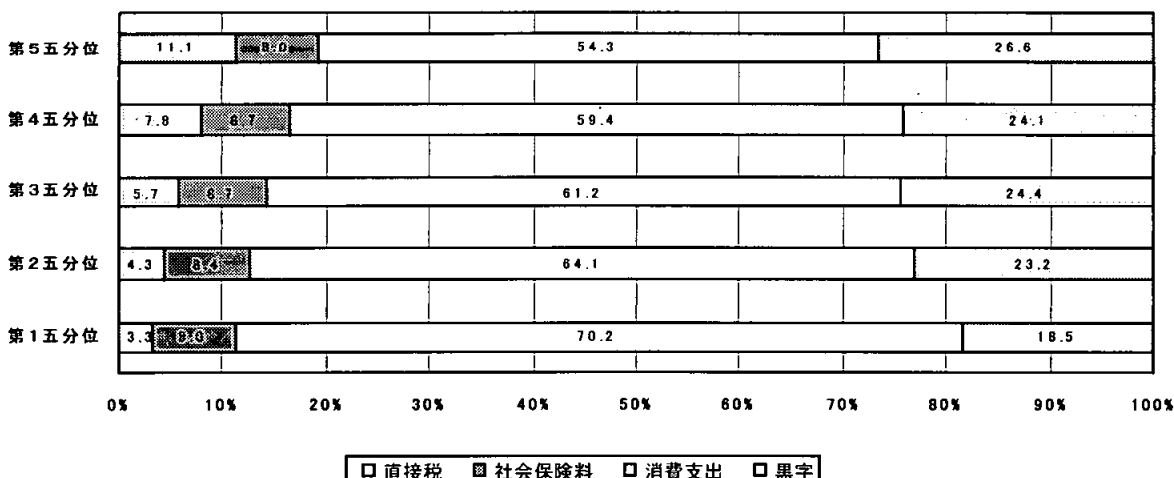
こうした公的扶助と社会保険の関係は、社会福祉と社会保険の間にも成立する。累進的な租税制

度による社会福祉を累進性の低い保険料による社会保険制度に移行すれば、低所得層にも保険料負担や利用する際の自己負担金を課す一方で、他方では中流階層には社会福祉のための租税負担よりもかえって低い保険料と自己負担金で便益を享受させることになるという意味で、やはり中流階層に有利な政策といえる。³⁾ 第1図は、まことに鮮明に直接税の累進性と社会保険料の比例制の差異を示しているが、後に言及するように、引き上げが予想される消費税が相当の逆進性を持つであろうことも端的に示している。なお、第1表は、租税、社会保険料負担を現すものとして非消費税支出をとって、イギリス、それに介護保険の先例を作る前のドイツとわが国の負担の累進性の違いの大きさを示したものである。

4. 普遍主義から選別主義へ

1960年代の欧米における貧困の再発見は、各国の社会保障制度が第2次世界大戦後の普遍主義のコンセンサスを失っていくなかで、中流階層化に取り残された低所得層や高齢者、マイノリティの

第1図 所得五分位階層別直接税、社会保険料比率（1998年勤労者世帯）



資料：総理府統計局：「家計調査」1998年

ための選別主義的政策を普遍主義的制度へ取り込もうとする努力に結びついた。第1に、ニガティブな所得税制による普遍的な所得税制との一体化は実現しなかったものの、セカンド・ベストとして、社会保険という普遍的制度への一体化が図られた。たとえば、①イギリスにおける1960年代後半の国民扶助(National Assistance)から社会保険の「付加給付(Supplementary Benefits)」へ、さらにそれを踏まえた今日の所得援助(Income Support)への転換、②アメリカにおいて1969年提案の家族援助制度案(Family Assistance Plan:Aid to Families with Dependent Children = AFDCへの代替案)の不成立の後、老人と障害者に対するカテゴリカルな扶助(Old Age Assistance, Aid to Partially and Totally Disabled, Aid to BlindといったいずれもAFDCとともに州のプログラム)を一本化して連邦の社会保険と一体化した「付加保障所得(Supplemental Security Income)」への転換は、いずれも選別主義的制度を社会保険という普遍主義的制度に一元化することでそのマイナスイメージを弱め、選別主義的制度の再活性化を図ろうとするものであった。

第2に、ニガティブな所得税制の持っていた勤労のインセンティブのメカニズムを取り込んで、

これまで公的扶助から排除されてきた働く貧困者(Working poor)を対象とした新たな社会扶助制度が創設された。たとえばイギリスの家族所得補完給付(Family Income Supplement)創設から現在の家族クレジット(Family Credit)に至る制度、そしてアメリカでやはり家族援助制度案の不成立の後に生まれた勤労所得税クレジット制度(Earned Income Tax Credits)などがそれである。

こうした変換を通して、イギリスでは、社会保障省の支出に占める選別的給付額はしだいに増大し、1979/80の16%から1996/97には35%に達している。⁴⁾それは、後述するように、わが国が、1980年代に入って、生活保護制度のハードルをさらに高めて選別主義的制度をいっそう矮小化しつつ、他方で中流階層化をさらに押し進める幻想的普遍主義を強めていったこととあまりにも対照的な展開として、大いに注目すべき点である。

なお、1990年代の後半になって、欧米で、それまで寛大に働くことを求めないコンセンサスに守られてきた母子世帯の母親が、子供のある女性の労働力参加率の上昇、そして離婚率の上昇から生じた母子世帯の増加などから、その寛大なコンセンサスが崩れ始め、「福祉から就労助成へ(Welfare to Workfare)」のプログラムによって就労

第1表 イギリスと日本の非消費支出割合の比較(対実収入比)

単位=%

	第1五分位	第2五分位	第3五分位	第4五分位	第5五分位
イギリス(1996/97)	3.3	10.4	20.6	25.4	31.8
旧西ドイツ(1993)	16.9	23.5	24.8	26.9	27.5
日本(1994)	8.4	11.6	13.1	14.5	19.2

資料：平成10年度厚生科学研究(政策科学推進研究)、『我が国社会保障水準に関する総合的研究』、ただし、ここでは平成11年版「厚生白書」p.62から抽出して作成。なお、イギリスはONS, Family Expenditure Surveyからの数値、日本は「国民生活基礎調査」「全国消費実態調査」に基づく推計値。ドイツは、Einkommens und Verbrauchsstichprobe。

を求められるようになっており、アメリカの AFDC はほぼ半世紀ぶりに期間を限定した必要家族短期扶助制度 (TANF=Temporary Assistance to Needy Families) に転換され、イギリスでも「労働こそ最善の福祉」とする Workfare が進められて、改めて働く貧困者を対象とした勤労所得税クレジットや家族クレジットの重要性が高まっている。

年金保険の場合、多くの場合に積み立て方式でスタートしたものが、どの国でも急速に賦課方式に転換してきたということがある。今、改めて「世代間の公正」のためには積み立て方式に立ち返って年金制度の再構築を図るべきだとする議論が先進諸国に共通してみられる。たとえば、イギリスの自己設計年金 (Stakeholder Pension) の構想はその1例であり、アメリカのいわゆる 401 K 方式もそれに該当する。⁹⁾しかし、低所得層も負担しなければ給付が得られないという点では、賦課方式でも積み立て方式でも、社会保険が中流階層化に結びつくという基本的図式に変わりはない。

5. 社会保障制度の広狭

わが国は、先述の通り、ほとんど唯一「一般扶助主義」をとっている点でユニークであるが、社会保障が所得保障に加えて医療保障をも含むという点でもマイノリティに属する。アメリカ、カナダ、ドイツ、それに近年仲間入りしたいくつかの東欧諸国がほぼ同類項だが、主要ヨーロッパ諸国は、わが国のように医療の需要側を社会保険制度によって社会化するのではなく、医療の供給側を、直接、国営ないし公営化することで社会化しているからである。その場合、わが国と違って、社会保障はもっぱら所得保障のみを指す言葉として用いられる。

ただ、先進諸国がどこも社会保障のために社会保険制度を用意していると考えられるのも誤りである。

オーストラリアやニュージーランドには、普遍主義的な年金保険制度はなく、ミーンズ・テストを伴った選別主義的な社会年金（扶助）制度によっているからである。

わが国の介護保険制度は、ドイツのそれを数年遅れで模倣しようとするものだが、介護保険という発想自体が、医療保障が公営医療によってではなく医療保険制度によって成り立っている国に親近感のある発想であることを銘記すべきである。なお、ドイツの介護保険が増大する介護需要の大部分を社会扶助から分離する目的であったのに対して、わが国の介護需要は既に公的扶助から切り離されており、その面からの必然性はなかったことも明記しておかなければならない。

イギリスでも民間活用の可能性を含む長期ケア保険制度の可否について、労働党の選挙公約に従って、「高齢者の長期ケアに関する王立委員会 (Royal Commission on Long Term Care for the Elderly)」が設置されて検討が行われたが、1999年3月の報告で、民間を含む介護保険の発想は正式に否定され、租税で賄うべきものと答申されている。

第2章 社会的公正とニードの概念

社会保障制度は、国家が私生活に介入する制度である以上、それ相当の政治的正当性 (Legitimacy) をもたなければならない。そのひとつは前述の「社会的公正」であり、もうひとつが高齢化などの身体的条件や個人のおかれた社会的条件の故に、経済社会のメカニズムでは満たされない生活の基礎的な「ニーズ」(basic human needs) であるとされてきた。しかし、今日では、そのいずれもが概念の曖昧さの故に政治化されている。

1. 社会的公正

社会的公正は、もともと必ずしも明確な概念ではなく、むしろ曖昧で相対的な概念ないしは理念にとどまる。

ロールズの「公正の理論 (A Theory of Justice)」（1971）は、公正の問題 (justice for fairness) について多面的、多角的な検討を加えたことで知られているが、そこに提示された2つの原理や2つの優先原則は、いささか抽象的に過ぎて、直接それを社会福祉政策に適用するには、彼自身が認めるようにギャップが生ずる。だが、その原理、原則にはそれなりの総論的な政策理念ないし目標を見いだすことができよう。以下、1971年の初版に対するさまざまな批判を取り入れて修正、改訂された1999年版にしたがって、ロールズの理論の主要部分を検討したい。

第1原理では、「各人は、平等な基本的自由権のきわめて包括的な全体系に平等な権利を有する。ただし、それはすべての人の同様な自由権の体系と矛盾しないものでなければならない。」

第2原理では、「社会経済的不平等は、次の2つの条件を満たすものでなければならない。(a) それは、世代間の不平等を生じない範囲で、社会的にもっとも恵まれないものに最大の便益をもたらすものでなければならない。(b) それは、フェアで平等な機会が開かれていることを条件として、すべての人に開かれた職務や地位に付随したものととどまるべきである。」

これらの原理を支える原則として、

第1優先原則（自由の優先原則）では、「公正の原理は、厳格な順序でランクづけられるべきであり、基礎的自由 (basic liberties) は自由のためのみ制限を受けることがある。それには、(a) 相対的に制限される自由は、すべての人に分有された自由全体の体系を強化するものでなければならない、(b) 平等とはいえない自由は、そうした不平等な自

由しか持たない人々に容認されるものでなければならない、という2つの場合がある。」

第2優先原則（効率および福祉よりも公正が優先する原則）では、「効率の原理と効用全体を最大化する原理に公正の第2原理が厳格に優先し、フェアな機会の保障は、差異の原理 (Difference Principle：個々人の期待の差異は、恵まれない者の有利に働くのでなければ正当化されない = 筆者注) に優先する。それには、(a) 機会の不平等は、機会に恵まれない人々の機会を広げるものでなければならない、(b) 過度の貯蓄を求めることになる場合、バランスをとって、その困難を負う者の負担を緩和するものでなければならない、という2つの場合がある。」

初版では、以上に加えて、一般概念 (General Conception) として、「あらゆる基礎的なもの (Primary goods) すなわち自由、機会、所得、富、様々な自尊心の基礎は、それらのどれかないしすべての不平等な分配がもっとも恵まれない人々の利益にかなうのでなければ、平等に分配されるべきである。」と総括していたが、改訂版ではこうした一般化は削除されている。⁶⁾

インド出身で発展途上国の貧困問題にも精通した経済学者セン (Amartya Sen) は、1992年の「不平等の再検討 (Inequalities Reexamined)」のなかで、このロールズのグローバルな視点を欠いた主張に反論して、平等な自由の実現は、そうした基本的な権利や財の平等な分配だけでは達成されないと論ずる。これだけ人々が多様化した社会では、基本的な権利、財をいかに目標達成に結びつけるかの可能性 (Capability) に差が生ずると論じ、センは、貧困の問題は、低所得の問題としてではなく、むしろ不十分な基礎的可能性 (Insufficient basic capabilities) の問題として、可能性アプローチ (Capability approach) からとらえ直すべきだと主張する。これはいわばロールズの差異の原理に着

目し、その現実妥当性に向けた修正を主張するものである。⁷⁾

このように、社会的公正をめぐってけっして確立した定説があるとはいえないが、わが国の「世代間の公正」の議論にみるように、各国とも何らかの形で社会的公正の理念を社会福祉政策の重要な政策目標としている。たとえばイギリスでは、ベバリッジ報告 (Beveridge Report) 50周年を記念して1992年12月に、次期政権を狙っていた当時の労働党首スミス (John Smith) によって、福祉国家の新しいあり方にかかわって、「社会的公正に関する委員会 (The Commission on Social Justice)」が作られ、1994年に報告書「社会的公正—イギリスの国家再建戦略 (Social Justice – Strategies for National Renewal)」が公表されている。委員会は、シンクタンクの公共政策研究所 (Institute for Public Policy Research) によってマネージされた。報告の時点では既にスミスは志半ばで他界しており、労働党首は若きブレア (Tony Blair) に交代していたが、間もなく労働党は下院の圧倒的多数のもとで政権に復帰した。

報告書では、抽象的ながら、次の4項目がイギリスの社会的公正達成の条件として提案されている。⁸⁾

第1に、福祉国家を安全弁 (safety net) から経済的機会を高める跳躍台 (springboard) に変換する。適正な賃金を得る労働こそがもっとも確かで継続的な貧困脱出の手段たりうるからである。

第2に、ライフサイクルを通じて、雇用、家族、教育、余暇、退職のバランスについて真に自由な選択ができるよう促進する。

第3に、教育と職業訓練へのアクセスを抜本的に改革し、すべての人のタレントに十分な投資を行う。

第4に、国の社会資本を再構築し、人々がそこに生活する家族から地方自治体までの身近な社会

機関が快適な社会環境におかれるよう環境整備に努める。その革新 (renewal) は、トップダウンとボトムアップの両方から進められなければならない。

ここでは、幅広い社会経済条件の抜本改革を列挙しているが、社会保障の章を、「賢明な福祉国家の建設 (Security: Building an Intelligent Welfare State)」と題しており、その最終項目には、「福祉国家は、人々の生活を福祉国家に適合させるのではなく、変化する人々の生活に福祉国家を適応させるように形成されなければならない。福祉国家は、個別化され、弾力化され、個人の選択と自主性を促進する方向にデザインされなければならない。」と論じている。

この委員会報告を基礎に委員会メンバーによってまとめられた1998年の「社会福祉政策と社会的公正 (Social Policy and Social Justice)」では、その第2章に、社会的公正の意義が、次の4点に集約されている。⁹⁾

- (1) 自由社会は、すべての市民が等しい価値を持つことを前提に構成されている。
- (2) すべての人は、市民の権利として、基礎的なニーズを満たす権利を与えられている。
- (3) 自尊心と自主性への権利は、できるだけ広く機会が広がられていることを要請する。
- (4) すべての不平等が不公正とはいえないが、不公正な不平等は縮小され、可能な限り、除去されなければならない。

2. ニード概念：主観性と客観性の対立

ニードという概念は、もともと必要 (need)、需要 (demand)、欲求 (want) などと互換のないし融通無碍に用いられることが多い複雑で曖昧な概念であり、その曖昧さの故に、社会科学のなかで乱用されてきた嫌いがある。

1940年代後半に成立した福祉国家は、おおむね

進歩派と保守派あるいは左派と右派の間のコンセンサスに乗って成立していた。イギリスにおいて、ベバリッジ (Beveridge) の示した社会保障の原理、「均一掛け金、均一給付 (flat rate contribution and flat rate benefit)」は、もともと所得階層間の再分配をもたらしようがないものであったからこそ、右派ないし保守派にも容認されたということがある。また、国営保健サービス (National Health Service=NHS) も国民の医療ニーズ (Health needs) に普遍主義的に対応するものであったからこそ成立し、ニーズ概念が必ずしも明確にされないまま、公的扶助以外では、なし崩しの普遍主義が成立していた。

そして第1には、第2次世界大戦におけるイギリスの勝利とそれによる戦前の世界大恐慌すなわち「市場の大失敗」からの脱却が、国家や公務員への信頼を飛躍的に高めていたこと、第2に、抗生物質や精神安定剤などの画期的な治療もあって、医師をはじめとする専門職の権威が高まっていたこと、などから福祉国家の専門職者ないし公務員が市民のニーズを判定することに、サービス利用者側の反感はほとんどなかった。普遍主義が仮定されていたからこそ、サービスの供給者側も利用者側も、資源制約を忘れて、ニーズは客観的に判定されうると考えて疑わなかったのである。急速に経済復興が進みつつあったことも、そうした楽観論に味方したといえよう。

しかし、イギリスでは1950年代の終わりにベバリッジ原則から脱却し、1960年代には調査研究を通して貧困の再発見が行われ、受給資格がありながら給付を受けようとする人が少なくないことが明らかにされ、1970年代に入ると、今度は、教育や保健医療、住宅の便益などの利用者が、実際はむしろ中流以上層に偏っていることがやはり社会調査で明らかにされるようになり、福祉国家コンセンサスの喪失につながった。

さらに、1970年代に人々の個別でパーソナルなニーズに対応すべきものとして再編された個別福祉サービス (Personal social service) のもとで、ケアを受けていた児童が虐待によって死亡する事件が相次いだことも、ソーシャルワーカーを含む公務員や専門職者のニーズ判定者としての社会的信用を大きく損なうことになった。

1972年のドル切り下げのニクソンショック、それに続いた1973年のオイルショック後の経済的停滞、それからくる失業者の増大は、財政的に、なし崩しの幻想に過ぎなかった普遍主義をもちや存続困難にし、ニーズ概念をいっそう複雑化、曖昧化させた。医療技術の革新や高齢者人口の増加で需要の増大したNHSが、ノーマライゼーション (Normalization) の考え方にも支えられて、精神障害者、知的障害者のコミュニティ・ケア (Community Care) への転換に続いて、従来は寛容にNHSに受け入れていたナーシング・ホーム (Nursing Home) 利用の高齢者も、地方自治体のコミュニティ・ケアに押し出し始めたことが、施設ケアは国、コミュニティケアは地方自治体という横割り (わが国の縦割りと対比される) 行政のもとで、さらにニーズ概念を政治化させることになった。

1980年代を通じて、国の所得援助 (Income Support) から衣食のミニマム (イギリスの所得援助は衣食に限られ、住宅費は独立の住宅給付 ((Housing benefits)) によっている) と施設ケア費用が直接本人に支払われることで、民間ナーシングホームの急増を招いたことへの反省から、1990年の「NHSおよびコミュニティケア法 (National Health Service and Community Care Act)」によって、ケア費用 (施設ケア限定をはずし、施設か在宅かが地方自治体の裁量に任されるようになった) に限って、これまでコミュニティケアにしか責任のなかった地方自治体に、従来の直接本人へ

の現金給付に代わって、国から間接に地方自治体に支払われる方式に転換した。それによって、地方自治体には、それまでとは逆の、コミュニティケアないしは脱施設化への強い財政的インセンティブが働くようになった。

このように、ケアに対する責任と負担が国から地方自治体へ分権化されるなかで、国の普遍的なNHSの原則無料のサービスから、地方自治体の原則有料で自己負担を伴うサービスの選択に転換され、たとえばナーシングホームの場合、利用者が住宅等の資産をすべて費消した後に、再び、所得援助制度から、国の衣食に対する給付と地方自治体を通じたケア費用の援助を受けるといふ、利用者にとってきわめて厳しい選択が、むしろ自主的選択 (autonomy) という基礎的ニードに沿うものとして推進されてきた。

そこでは、マイナス・イメージの選別主義に代わって、政策用語としてそれと実質同義のターゲット化 (Targetting) が用いられ、曖昧ななかで縮減されてきた普遍主義に代替して、今日の社会福祉政策の主要スローガンとなっている。そして、それを補完する形で福祉サービス利用者にアピールされているのが、民間活用によるいわゆる福祉ミックス (Welfare mix) を背景にした①ニード本位 (Need-led) のサービスであり、②利用者の自主的サービス選択ニードの保障、というレトリックである。だが、ニード本位とか利用者本位、あるいはサービスの自主的選択は、本来、普遍主義のもとでこそ実現可能であったことであり、ターゲット化が進んだなかでは、ケアマネジメント (care management) の誘導を通じた限られた資源の割り当て (rationing) が重要性を増しており、それらのレトリックは、いわばなし崩しの選別主義、ターゲット化の強化と資源割り当てを正当化するためにこそ使われているといふべきである。

こうしたニード概念の政治的操作は、前述のよ

うに欧米でこれまで社会的コンセンサスを背景に就労を求められてこなかったひとり親世帯の母親に就労と自立を促す「福祉から就労助成へ」にも、また、ドイツが新たな財源を求めて、介護需要充足の主体を社会扶助から医療保険の一部の介護保険に転換したことにもみることができる。

要するにニード概念は、一時的に成立した福祉国家コンセンサスすなわち普遍主義と専門職者への信頼を背景に一定の意味をもったが、コンセンサスと信頼の崩壊とともに、社会資源との関係で、相対的かつ曖昧で政治的な概念に転換されてきたというべきである。そもそもニード概念は、基礎的、普遍的なレベルでは合意が得られても、個別のニード (Personal Need) に関しては、それを供給者側の基準やカテゴリーに当てはめて客観的に評価できるとする論理と、本来それは自主的で主観的なものであり、供給者側の基準やカテゴリーには収斂されないとする主観的な需用者、欲求者側の論理とが、相対立して交わりようがないものといわなければならない。¹⁰⁾ ここでは、結局、自主的選択と資源割り当てのバランスの公正妥当性こそが問われるべきものといえよう。

3. 本論の枠組み

ここでは、センの現実主義的な可能性アプローチがいう人々の可能性に注目すべきことを念頭に、理念的なロールズに執着して、多面的、多角的な議論に共通する点として、「ある程度の社会経済的不平等は、自由社会ないし自由主義経済の結果としてやむを得ないとしても、それは、人々の可能性のギャップを含めて、できるだけ縮小、是正されるべきである。」という命題を枠組みとしたい。この命題からは、社会保障、社会福祉は、①所得再分配に貢献するものでなければならないし、②自由、機会、自尊心といった基礎的自由へのニードの実現に向けて自主的選択を保障するものでな

ければならない。

なお、わが国は相対的に所得分配の平等な国と信じられてきたが、近年の低成長を通じて所得分配が不平等化していることは、厚生省の所得再分配調査からも、そこには経済統計としての信頼性に欠ける点があって個別の数字の信頼性には問題

があるにしても、時系列の趨勢を読みとることができよう（第2表参照）。¹¹⁾ やや年次が古くなり、再分配の定義にも差異があって厳密な比較にはならないが、参考までに、イギリスにおける再分配効果の大きさを示す資料を並列した（第3表参照）。

第2表 ジニ係数の推移

調査年次	当初所得	再分配所得		税による再分配所得 (当初所得－税金)		社会保障による再分配所得 (当初所得＋医療費＋社会保障給付費－社会保険料)	
	ジニ係数	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度
			%		%		%
1984	0.3975	0.3426	13.8	0.3824	3.8	0.3584	9.8
1987	0.4049	0.3382	16.5	0.3879	4.2	0.3564	12.0
1990	0.4334	0.3643	15.9	0.4207	2.9	0.3791	12.5
1993	0.4394	0.3645	17.0	0.4255	3.2	0.3812	13.2
1996	0.4412	0.3606	18.3	0.4338	1.7	0.3721	16.7

資料：厚生省、「所得再分配調査」各年版。

第3表 イギリスのジニ係数推計(1975-87)

調査年次	当初所得	再分配所得	
	ジニ係数	ジニ係数	改善度%
1975	0.43	0.31	28.0
1979	0.45	0.32	28.9
1987	0.52	0.36	30.8

注：再分配の範囲に、医療、社会保障給付費に加えて、教育、住宅、個別福祉サービスが含まれている。

資料：Economic Trends, HMSO, May 1990.
 こでは British Social Policy since 1945, Oxford, Blackwell, 1995, p.229. から引用し、改善度は日本にあわせて再計算した。

第3章 寄せ木細工の社会保障制度の成立 ～1980年まで

こうした枠組みで、以下、わが国の社会保障が累積した矛盾と危機的な課題を検討しよう。あらかじめ指摘しておきたい点は、四半世紀後を問う世代間の公正の一点を除いて、現代をめぐる社会的公正の理念の見事なまでの欠落である。

1. 寄せ木細工の社会保障体系

わが国の社会保障体系は、年齢割りにまで分断が進んだ老人保健および介護（保険）制度を含めて、基本的に住所地で加入する地域保険と職場で労働者として加入する職域保険のいわば寄せ木細工から成り立っている。

1923年に成立した恩給法と第2次世界大戦後それを引き継いだり新たに加わった共済組合を別にすれば、第4表の通り、所得保障、医療保障とも戦時中までにほぼその原型が形成されている。それは殖産興業から軍国主義へと国家目的が移行するにつれて、まず、第1に、農山漁村から身体壮健な兵士の確保が、ついで、第2に、戦争の惨

禍が海上輸送をはじめ空襲、艦砲射撃を通じて国内にまで無差別に広がっていくなかで、軍事輸送目的を果たしていた船員に対する船員保険（1939年）を先駆けとして、軍需工場の労働者などへの健康保険や厚生年金まで、社会保障面で兵士、軍人との均衡を図ることが、国策として求められたということがある。厚生年金制度にはじめから保険料の17.5%という国庫負担金はいったのも、制度が国策上必要であったことを示している。

反省すべき点は、こうした戦時体制の寄せ木細工が、戦後、旧内務官僚の手によって、ほとんどそのまま継承されたことである。1960年代初頭に、地域保険の国民年金を新たに加えて国民皆保険体制に移行しながら、自営業者に対する地域保険と被用者に対する職域保険という寄せ木細工の二重構造が確定された。職域保険とそれとは抛出・給付両面で明らかな格差のある地域保険が並存するという、大きな弱点をかかえて皆保険体制がスタートしたのだが、とくに国民健康保険は、現在でもおよそ3,250もある市町村が経営主体であるから、なかには当然弱体な保険者もあり、わが国社会保障制度の最大のウイークポイントとなっている。

第4表 わが国の社会保障制度とその成立年次

区分	所得保障	医療保障	介護保障
職域保険 (立法年次)	厚生年金保険 (1941&44年)	健康保険 (1922年)	
地域保険 (立法年次)	国民年金 (1959年)	国民健康保険 (1938年)	
上乘せ年齢区分(退職～69歳) (立法年次)		退職者医療制度 (1984年)	
上乘せ年齢区分(原則70歳以上) (立法年次)		老人保健制度 (1982年)	
独自年齢区分(40歳以上、ただし給付は65歳以上) (立法年次)			介護(保険)制度 (1997年)

批判的にいえば、戦後長年にわたって政官癒着を続け、現在も与党の一角を形成する自由民主党にとって、その支持基盤である所得の把握の困難な自営業者層に、低い所得税と低い社会保険料そしてそれに対応した逆格差ともいべき地域保険制度への国庫負担金を維持することが、政治的に好ましかったからといえよう。

2. 供給者援助方式の確立

第2次世界大戦後の社会福祉行政は、2つの重要な面で、旧内務官僚によって戦時中の中央集権体制の温存が図られた。第1に、巧妙に作り上げた「機関委任事務制度」によって、国が地方自治体の長を国の機関として扱う実質中央集権体制が維持されたことである。第2に、1950年社会福祉事業法は、ほとんど戦前の社会事業法を継承したもののだが、日本国憲法がその第89条に規定した「社会福祉における公私分離原則」を回避するため、①社会福祉事業を制限列举して第1段の公的支配下におき、サービス利用者への公的措置処分の反面でサービス供給者に私的委託を行って措置委託費を支払うという措置委託制度を設け、近く予定される基礎構造改革でもなお代理受領方式として温存されようとしている供給者援助方式を確立し、加えて、②24時間ケアなど私生活に深く関わる事業の経営を社会福祉法人という予算と組織に及ぶ第2段の公的支配下において、施設整備費補助金という設備面への供給者援助方式に道を開き、反面で、法人格と事業に対する規制と補助金配分を通して、厳しい供給規制を加えた体制をとったことである。

社会福祉はいったん社会福祉三法体制として成立するが、生活保護から老人、障害者を分離する形で、1960年代前半には、社会福祉六法体制へ移行する。とくに老人福祉法は、老人福祉を生活保護から解放するものと喧伝されたが、そこで生活

保護の最低水準から解放されたのは、老人というよりも、むしろ供給者援助方式にのったサービス提供者側であった。とくに1973年に老人医療費無料化を老人福祉法改正によって実現したため、1982年の老人保健制度移行まで、毎年の老人福祉サービスの予算の伸びをほとんど老人医療費膨張に奪われ、老人福祉サービスは、特別養護老人ホームを例外として、引き続きほとんど低所得者層に限定して行われたという事実がある。

3. 無責任な福祉元年

わが国の社会保障水準がヨーロッパ水準に近づくようやく福祉国家になったという意味で、1973年が福祉元年と呼ばれることがある。

年金保険では、1961年の皆保険制度達成以来、1万円年金、2万円年金と引き上げられてきたものが、給付額が一挙に2.5倍に引き上げられ、国民年金で夫婦合わせて、厚生年金は本人の制度水準で、それぞれ5万円年金を達成し、5年ごとの標準報酬再評価制によって賃金スライド制が、合わせて3年ごと（後に毎年）の物価スライド制が導入された。

医療保険の領域では、健康保険、国民健康保険の家族給付の水準が7割以上に引き上げられ、別に、医療費の自己負担に限度額を設定する高額療養費制度、および指定難病患者の自己負担を軽減する難病対策が導入された。また、老人福祉法による施策として原則70歳以上の高齢者の医療保険の自己負担分がそっくり公費負担されるという、いわゆる老人医療費無料化が実現された。それらが健康保険制度に従前に増した負担をもたらすことから、政府管掌健康保険にはじめて医療給付費の10%の国庫負担が導入されている。

しかし、この大幅改訂は、第1に、わが国が高度経済成長を達成してきたなかで将来もそれが続くというきちんとした予測がないまま行われたこ

と、第2に、年金保険制度がまだ未成熟で積立金が増大していくなかで、将来に向けた精度の高い人口予測やはっきりした保険財政の見通しをたてないまま拙速に行われたこと、第3に、医療保険制度の自己負担額がようやく平準化されてきたなかで、将来の医療費増大に対する明確な見通しを持たないまま老人医療費無料化が行なわれたこと、の3点から見ただけでも、きわめて無責任な楽観主義に基づいていたことは明らかである。

第4章 国民の信頼を危うくする無責任な改革の反復～1980年以降

1. 123号通知

ほぼ西欧水準に達した社会保障給付は、1980年代には低成長経済移行を反映して引き締め時代に転換する。その場合最初の引き締めが生活保護から着手されたことは、弱者から引き締めに戻ったという意味で、厚生行政の不正体質を示すものとして注目される。

具体的には、1981年に厚生省社会局保護課長・監査指導課長の連名通知「生活保護の適正実施の推進について」という一片の課長通知によって、保護申請のハードルが一段と高められたことにあ

る。そこでは、申請書の別添書類として、これまでよりいっそう詳細克明な資産申告書および収入申告書の提出が求められ、同じく別添書類として、「保護の決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、貴福祉事務所が官公署に調査を委嘱し、又は銀行、信託会社、私若しくは私の世帯員の雇主、その他の関係人に報告を求めることに同意します。」という、ほとんど白紙委任状に近いものに署名捺印して提出を求められることになった。とくに、このまったく新しく添付書類化された同意書は、申請者にとってはかなり重荷であるに違いない。そこにいる「その他の関係人」はきわめて多義的で、民法上の扶養義務関係者つまり親子兄弟も含むと考えられるから、親兄弟にだけは知られたくないという人たち（たとえばホームレスと呼ばれる人たち）にとって、たいへん高いハードルが設定されたことになる。

保護受給率が1980年の1.22%前後から1%を割り込んで1990年には0.82%、さらに1995年には0.7%の水準にまで40%以上激減したことは、この一片の課長通知の影響の大きさを物語っている（第5表参照）。この間、札幌、埼玉、東京など

第5表 わが国の生活保護率の推移（年間平均）

年次	被保護世帯					被保護実人員 (千人)	保護率 %
	(千世帯)	高齢者世帯 %	母子世帯 %	傷病・障害 者世帯 %	その他世帯 %		
1970	658	31.4	10.3	35.9	22.4	1,344	1.30
1980	747	30.3	12.8	46.0	10.9	1,427	1.22
1990	624	37.2	11.7	42.9	8.1	1,015	0.82
1995	602	42.3	8.7	42.0	6.9	882	0.70
1997	631	44.0	8.3	41.0	6.7	906	0.72

資料：厚生省、「社会福祉行政業務報告（各年）」（ここでは「厚生白書」各年から）

でいくつか苛酷で悲劇的な事件が発生したことは、いまだに関係者の記憶に新しいところである。

わが国におけるこうした選別主義の矮小化策とそれに続いて「誰でも、いつでも、どこでも」にはじまって介護（保険）制度につらなっただ幻想的普遍主義のキャンペーンは、欧米で、前述の通り、貧困の再発見後の努力の成果として選別主義的制度を普遍主義的制度へ取り込むことでそのマイナ

ス・イメージの緩和を図り、選別主義のシェアを全体として高めていったこととまことに対照的なことというべきである。

比較参考までに、イギリスとスウェーデンの社会扶助受給者数を表示しておくが、桁違いといえるほど選別的制度受給者が多いことに注目されたい。なお、イギリスにおける「ひとり親」世帯の急激な落ち込みは、アメリカの1995年からの40%減

第6表 イギリスの社会扶助統計

(Number of Income Support Claimants, Partners & Dependents)

単位：千人

年月	請求者本人					世帯員					
	計	60歳以上	ひとり親	障害者	その他	パートナー	子供小計	5歳未満	5-10歳	11-15歳	16歳以上
1996.8	3,991	1,756	1,046	782	407	550	2,502	786	938	616	161
1997.8	3,972	1,714	1,012	841	405	556	2,483	759	929	628	164
1998.8	3,845	1,651	955	893	346	535	2,681	714	883	623	160
1999.8	3,835	1,628	940	926	341	533	2,362	699	864	635	165

注：1999.8の数字は、合計673万人で人口の11.7%に相当する。

資料：社会保障省 (Department of Social Security) の1999年11月25日のプレス・リリースによる。

第7表 スウェーデンの社会扶助統計 (Persons in receipt of social assistance)

単位：人、%

年次	成人				児童	合計	人口比 %
	合計	男子	女子	不詳			
1980	220,795	114,298	106,497	---	122,534	343,329	4.1
1985	363,375	179,534	173,087	10,754	172,182	535,557	6.4
1990	339,431	170,125	169,206	100	175,854	515,285	6.0
1997	492,644	240,487	252,157	---	256,460	749,104	8.5

注：表の太字は原資料に従った。

資料：Statitics Sweden : Sweden in Figures 1999 (インターネット上の公表資料による)

には及ばないまでも、前述の「福祉から就労助成へ (Welfare to workfare)」の動向を顕著に示すものである。

2. 老人保健制度から介護（保険）制度へ： 医療保険制度の危機

福祉元年の政策で最も早く破綻したのが、老人福祉法による老人医療費の無料化であった。老人の医療に対するアクセスが飛躍的に改善されたことに医療の高度化が重なって、老人医療費は急騰を続けた。それによって財政破綻の危機に瀕したのが、市町村を保険者とする国民健康保険であった。若くて元気に働いていた勤労者が年をとって定年退職すると、職域の健康保険や共済組合から押し出されて、地域の国民健康保険に転入して来る。高齢化した人たちは、一般的に低所得で病気がちとなるから、高齢者の医療費負担は、主として国民健康保険に重い負担となつてのしかかる。したがって、多くの国民健康保険財政が大幅な赤字体質に悩むことになった。また、老人の医療保険の自己負担分を公費負担してきた老人福祉サイドからも、前述の通り、毎年の老人福祉費の伸びがほとんど高齢者医療費負担に回ってしまうことで老人福祉プロパーの伸びがすっかり抑制されてしまったことから、可及的速やかにその負担から解放されたいという強い要望があがった。

これらの要請に応じて、せっかく一旦成立した保健医療と福祉の協同・連携を解消して作られたのが、1982年の老人保健制度である。第1に、老人福祉からの公費負担を解消し、新たな老人保健制度からの公費負担に転換した。第2に、段階的に、健康保険と国民健康保険のかかえる高齢者比率を均等に按分して老人保健制度に拠出するものとし、国民健康保険にもつぱら重くのしかかっていた老人医療費負担を、社会的連帯の精神に基づいて健康保険が均等に分担することとした。それ

は、いわば若者が高齢者の医療費を分担する画期的なメカニズムを新たに構築したことになり、別の表現をすれば、高齢者医療費について、実質的に、医療保険制度の一元化を実現したものと見るができる。

しかし、老人医療費の伸びはいぜん続いたから、国民健康保険はいぜんとして絶えざる財政危機にさらされる。そのためにさまざまな国民健康保険救済策がとられていくが、それは①公費支出金の増加、②医療費抑制とそのための自己負担金引き上げ、③医療からの保健と介護の切り離し、に分類できる。

まず、①公費とくに国庫支出金の増加は、1984年には、制度を医療保険として維持するには上限の医療給付費の50%（うち10%は調整交付金）にまで引き上げられる。既に社会保険としての上限に達したわけで、これ以上真正面から公費支出金を注ぎ込むことは不可能になるのだが、背に腹は代えられず、名目を変えてまでその注入は継続される。それは、1988年に暫定制度として発足し、間もなく恒久化された保険基盤安定制度であり、1992年からの財政安定化支援事業である。後者は地方交付税交付金の形を取るが、同時に、前者の国庫負担金の1/2も交付税に繰り入れられている。これらを総合した試算によると、今日では、国民健康保険の医療給付費の実に64%程度が公費支出金によっているといわれ、もはや医療保険制度と呼ぶことが疑問視される状況に達している。¹²⁾

次に、②医療費抑制策としては、保健と予防の面で、1982年の老人保健法のなかに予防的保健施策が盛り込まれ、1991年には訪問看護そして訪問看護ステーションが制度化されて在宅医療体制が整備され、1994年には、広域の都道府県保健所に代わって、地域に密着した市町村保健センターに期待する方向が示されている。また、1984年に導入された老人病院制度は、医師と看護婦の配置基

準を緩和し、やがて介護力強化老人病院に対する定額払い制に結びついていった。1986年には、医療法の改正を通じて都道府県に医療計画策定を義務づけ、医師、病床の抑制が図られ、さらに医師養成機関への定員削減要請につながった。また、1984年に入院時医学管理料逓減制度を導入して老人の社会的入院の抑制に診療報酬面からプレッシャーをかけ、それは後にいっそう強化されている。いわゆる老人の病院間のたらい回しといわれる現象が起きたのは、それに対抗するものといわれる。1992年には、医療法の改正により特定機能病院、療養型病床群の区分が創設され、介護保険制度の介護療養型医療施設への道が開かれている。また、1998年には、総合病院に代わって、地域医療支援病院という区分が設けられている。

大きな問題点として、医療保険制度の改革が、病院の類型化と診療報酬によるインセンティブにとどまって、医療供給体制の再編も、診療報酬体系そのもの見直しも、アンバランスに医療費の20%台を占める薬価について必要な公定薬価制度の見直しも、医療保険者が医療費や医療供給者をチェックするという本来の保険者機能を回復することも、繰り返して議論はされても、政府が政府管掌健康保険の一大保険者となっていることがひとつのネックとなって、いっこうに抜本的改革に進まないまま、いよいよ混迷を深めているということがある。供給者援助方式の限界として、供給者側に痛みを伴う改革にはあまりにも消極的なのである。

③医療からの切り離し策としては、1984年に、定年退職から原則70歳（寝たきりは65歳）という老人保健制度対象になるまでの退職者について、退職者医療制度が作られ、退職者とその家族に従前の自己負担割合を維持するとともに、国民健康保険には退職者医療に関わって赤字を生じさせないように、健康保険が医療給付費と国民健康保険の

保険料収入との差額を全額負担する制度が新設されている。また、同年、従業員5人未満というそれまで健康保険加入を義務づけられていなかった小法人企業も、国民健康保険から健康保険に移るものとされた。また、1987年には日常生活費部分を自己負担化して定額払い制をとった老人保健施設が創設され、いわゆる老人の社会的入院をそちらへ誘導するようになった。さらに、1991年には、訪問看護、老人保健施設療養費、老人病院入院費等について、それは医療よりむしろ福祉に近い「介護」に属するものとして、老人保健制度の公費負担割合が50%に引き上げられた。この延長線上に、いっそ介護部分を医療保険制度からそっくり切り離して、医療保険からの老人保健拠出金負担を大幅に削減しようとする発想が、介護保険制度構想に結びついたといえる。

それでも景気低迷が続くなかでいっこうに医療保険制度の財政的危機は改善されないから、とうとう各医療保険の重荷となっている老人保健制度を廃止して、高齢者に対する別の医療保険制度を構想する案まで検討されるに至っている。そこには、かつては国民健康保険の赤字増大を抑制するために政府が奨励して健康保険制度の被扶養者になっているおよそ320万人と推定される高齢者が、医療保険料をどこにも払わないままいわばただ乗りしているものとして、新たに保険料の網をかぶせたいという発想がある。

このように医療保険制度の行き詰まり状況は危機的な域に達している。

3. 改革に次ぐ改革の年金保険

医療保険がもともと賦課方式であるのに対して、年金保険ははじめは積み立て方式でスタートしたものがしだいに賦課方式に近づいている。賦課方式はその年の給付をその年の保険料収入で賄う制度であるから、その典型である医療保険制度は、

当事者間の意見が反映される限り、たとえ改革に次ぐ改革が繰り返されてもやむを得ない側面を持っている。だが、修正積み立て方式にせよ限りなく賦課方式に近いにせよ、わが国の年金保険制度は確定給付方式をとっている以上、少なくとも4半世紀先を約束するものとしての安定性をもつのでなければ、国民の信頼を喪失する。それに相反して、もっぱら急速な人口の少子高齢化を口実に、改革に次ぐ改革を繰り返しながらまだ改革を迫られているのが、無責任な年金行政の実態である。ここで行政という場合、それはいうまでもなく政府を含む概念であるが、これまでの経緯を見る限り、それはむしろもっぱら狭義の行政の無責任に帰せられる。

大きな改革だけを取り上げて。年金制度は1985年と1994年に大幅な改革を経験し、1999年に国会の混乱を招きながら、抜本改革にはほど遠い改革がなお継続審議に追いやられている。たが、それらはいずれも十分な情報を皆保険の被保険者たる国民に公開しないまま、無責任にしたがってきわめて中途半端に行われてきたというほかない。

1985年の改革は、①地域保険の国民年金を、全成人を包括する基礎年金とすることで、部分的な年金一元化を達成し、国民年金の個人単位と厚生年金の世帯単位との矛盾を緩和した、②女性と障害者に固有の年金権を確立した、という2点を別にすれば、③世代間の公正を確保するという名目で、賃金比例制の厚生年金の制度上の給付水準を、当時の平均32年の拠出年数で給付を受けていた受給者の年金水準に据え置くものであった。そのため、年金の成熟化によってほとんどの人が拠出年数40年で受給するようになる給付水準の自然上昇分25%をキャンセルする意味で、年金計算式に含まれる乗数が、ちょうど25%相当分、すなわち10/1000から7.5/1000に引き下げられた。

1994年の改革は、①2階建ての制度の建前から、

厚生年金が60—64歳層について国民年金部分を給付していたのを改めて、段階的に2階部分だけの部分年金とする、②年金給付水準の賃金スライドを、将来的には従来の名目所得から可処分所得へのスライドに改革する、③ボーナスからも当面1%の保険料を徴収する、④厚生年金が世帯単位のため、共働きの場合に夫が死亡した場合の遺族年金の選択で生ずる矛盾について、中間的に女性が自分の年金権も残せるように選択幅を広げる、などの妥協的な改革を行った。

1999年から2000年に繰り越された改革では、1994年の改革を補強する形で、①年金計算式の乗数をさらに7.5/1000から7.125/1000に5%引き下げる、②賃金スライドを打ち切る、③標準報酬に月収に代わって総報酬を用いる、④厚生年金の支給開始年齢を段階的に65歳に引き上げ部分年金を廃止する、⑤安定財源の確保を前提に、国民年金の保険料への国庫負担率を5年以内に1/3から1/2に引き上げる、などの改革を予定している。

この改革案は、年金制度抜本改革の必要性が叫ばれるなかで、当面の措置として行われるものだが、その財政節減効果は、物価スライドの廃止がしだいに効果を発揮することで、2025年前後にはおよそ20%程度に達すると想定され、その頃の現役世代の負担はそれでもまだきわめて高いおよそ25%前後にとどまると予測されている。

わが国には、別に、大企業の設立した厚生年金基金という制度があり、厚生年金を代行しつつ、厚生年金より高い給付水準を約束しているが、その制度設計が年5.5%以上の複利収入を想定していたことから、超低金利時代が長引くなかで、多くが解散か親企業の大規模持ち出しかの選択を迫られており、代わって自己責任による積み立て方式、いわゆる確定拠出方式に転換する方向が模索されており、アメリカの401K方式を参照して税法上どこまで優遇措置をとるべきかが課題として検討

されている。その場合、代行部分についてはその返上が認められる方向にある。

このような年金環境を背景に、わが国の年金制度への信頼度は、年齢が若くなるほど信頼する者の割合が50%前後まで落ち込んでおり、それはいわゆる国民年金の空洞化問題として、30%以上の者が、現に未納ないし免除の状態となっている皆保険制度の危機状況がある（世代間の連帯意識について第2図参照）。それは、地方分権化を受けて、国民年金保険料の徴収事務が国の社会保険事務所の直営となった場合、さらに悪化する恐れが強い。

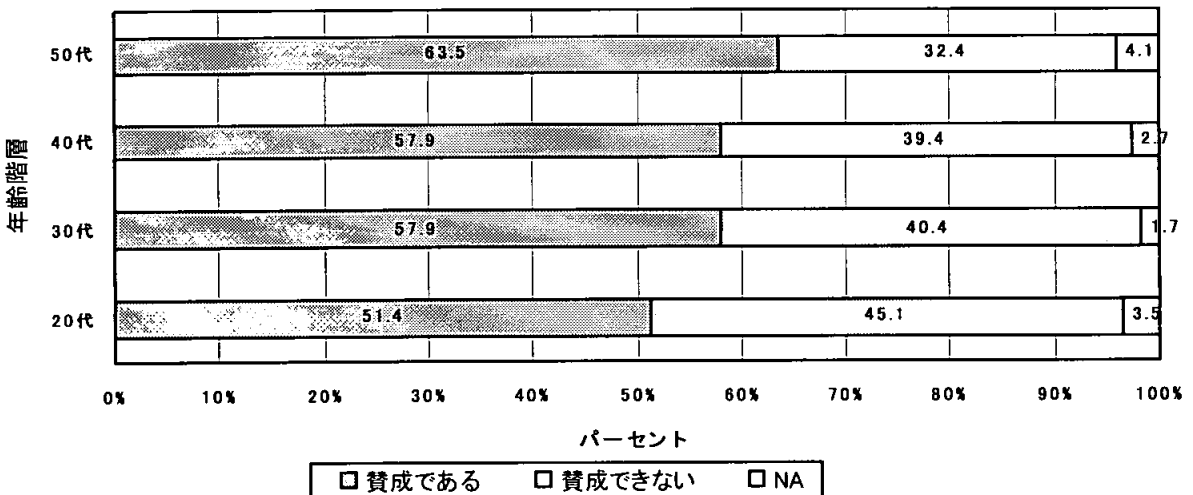
4. 介護（保険）制度への疑問

このように既存の医療と年金の社会保険がどれも危機的状況におかれたなかで、1989年の消費税導入前後からいわれるようになった社会福祉の「誰でも、いつでも、どこでも」という幻想的普遍主義の帰結として、介護（保険）制度（以下、単に介護保険制度）が第3の社会保険制度として付け加えられようとしている。それは、一方で老人保健制度の介護部分における50%公費負担、50%

各医療保険からの老人保健拠出金負担という現行制度のうち後者を50%新たな保険料負担に転換し、あわせてこれまでの100%公費負担の老人福祉を50%公費負担、50%新たな保険料負担という疑似的社会保険制度へ移行させ、福祉国家中流階層化をさらに押し進めようとするものである。先例としたドイツが、基本的に社会扶助を残しながら、大部分をそこから切り離す形で医療保険制度に一体化して制度化したのに対して、わが国では、既に公的扶助から独立していたものを、あえて第3の社会保険制度として別枠かつ独立に介護保険制度に移行しようとするものである。

そこで喧伝されたことは、①高齢社会で急増する要介護ニーズに、既に年金給付水準が一応の水準に達し、持ち家比率も高く、貯蓄率も高い高齢者層から相応の保険料と自己負担を求め、社会的連帯と相互扶助の精神に基づいて若者からも保険料負担を求めつつ、社会的に対応しようとするものである、②家庭の介護力が弱体化するなかで介護を広く社会化し、家族とくに女性に重くのしかかっている負担を解放するものである、③医療保

第2図 世代間の連帯意識（1999年1月）



資料：「1999年1月社会保障性に関する調査」(1999年版厚生白書から)

険から介護部分を分離し、民間活用も図って、社会保険全体の効率化を図り、社会保障制度改革の先駆けとなるものである、④市町村を保険者とする事で、地方分権化の先駆けとなるものである、などであった。

しかし、実際に成立した介護保険制度は、こうした喧伝からはおよそ程遠いものである。第1に、保険者は40歳以上の者からとされたから、多くの成人が非加入となり、本来幅広いはずの社会的連帯とか相互扶助とは趣を異にするものになった。

第2に、高齢者の相応の年金水準も並行する年金制度改革で相次いで引き下げられようとしており、一方で給付水準を引き下げながら他方で保険料と自己負担を求めるという明らかな矛盾をおかそうとしている。高齢者に独自の医療保険制度を創設するところまではいかないまでも、2000年度予算案が予定するように老人保健制度の医療給付に定率自己負担が導入されるとすれば、高齢者に関わる社会保険制度間の矛盾はさらに拡大する。

第3に、社会保険という表現とは裏腹に唯一の保険リスクである要介護認定を受けても、家族が介護する場合には同じ保険事故にもかかわらず保険給付は行われぬ。それは介護の社会化という目的に反するからだとして説明されるが、明らかに社会保険の保険原理に反している。慰労金などという中途半端な別枠の制度は、かえって制度を複雑化するだけである。むしろ家族への現金給付否定こそ、介護の社会化に反して、家族に対する偏見から家族介護を社会的に差別し、家族の選択の自由を奪うものというべきである。本来、介護保険制度はむしろ「介護」そのものを社会化すべきであり、ドイツの先例に倣って、家族の自由な選択を許容する方向で、家族介護にも当然に保険給付（現金給付）を行うべきである。なお、現金給付をめぐるのは、それは何に使われるか分からない

という古くからの議論が蒸し返されている。それは児童手当などの社会手当や育児・介護休業に対する手当などをも否定する議論であり、ここであえて反論しないが、それは、むしろ納税者、保険料納入者が、十分な情報公開をしない国に向かっていい議論である。

第4に、医療保険制度改革の第一歩となると喧伝されたにもかかわらず、理論的には介護部分の分離で引き下げられるはずであった医療保険料が、かえって少なくとも介護保険料の上積み分程度引き上げられねばならないことが明らかとなっており、ここでも寄せ木細工にまた寄せ木を重ねることの矛盾を露呈している。

第5に、地方分権化の先駆けと宣伝された介護保険制度において、実際には、松下圭一が「高齢者介護では市町村が当惑しているといわれますが、税金か保険料かの財源問題はさておき、市町村責任といいながら、厚生省の担当者自体が未消化のため、誰が読んでもわからないような未熟な全国基準のオシツケこそが問題なわけです。」¹³⁾と批判するほど、地方分権とはあまりにもかけはなれた中央集権的行政が強行されている。

家族介護の問題は、角度を変えていえば、ここでも「被保険者援助」ではなくあくまで「供給者援助」の姿勢が貫かれたことにひとつの原因がある。過疎地などで例外的に家族介護に現金給付する場合も、在宅介護事業者に雇われて過半数の時間を他人の介護に当てなければならぬといった奇妙な制約が設けられようとしている。つまり家族介護に現金給付しないというより、供給者援助方式から外れるものには給付しないということである。家族介護に現金給付を認めれば、そこから供給者援助方式が崩れて利用者援助方式への転換を迫られることを恐れるからだといえよう。

さらに介護保険制度がかかえる大きな問題点は、第1に、喧伝された程には民間参入が進まないま

ま、医療保険にはない基盤整備に注がれる公費負担を考慮すれば、おそらく国民健康保険並の50%以上をはるかに超える公費負担注入を必要とするであろうこと、第2に、先にニードについて見たとおり、主張されている国のガイドラインにそってコンピューターを駆使して行われる客観的要介護度認定とサービス利用者側の主観的必要、需要、欲求との間には必ずやギャップが生ずるに違いないことである。そこにかねて懸念されている「保険あって介護サービスなし」という実態が重なったとき、介護保険制度のメリットと強調される権利としてのサービスの選択的利用への期待は裏切られ、被保険者の不満は高まるであろう。第3に、これまでの老人保健制度と社会福祉サービスが、その裁量で相当程度サービス利用者の主観的必要、需要、欲求ないしは社会的、家族的要因に対応してきたことは、①病院、老人保健施設、特別養護老人ホームなどに相当数の社会的入院、入所が残されること、あるいは②低い要介護度ないし要支援や自立と認定されると見込まれる高齢者の相当数が、現に介護保険基準相当以上の在宅サービスを受けていることなどが端的に示している。その場合、老人ホーム入所者は、たとえ要支援ないし自立と認定されても5年間は現状を維持されること、同様に、自立ないし要支援でも、現に基準相当以上の老人福祉サービスを受けている者には、それを直ちに打ち切らないためのさまざまな支援策が用意されること、また、現にごく低廉な自己負担でホームヘルプ・サービスを受けている約40万人の高齢者が、向こう3年間程度10%自己負担に代えて3%自己負担に減免されること、などが用意されようとしている。

ここに列挙しただけでも、そうした一連の経過措置の必要性は、これから同様のサービスを受けようとする高齢者のなかにも、老人福祉制度ならサービスを受けられ、あるいは低廉な負担で済ん

だはずの人々が少なくないことを示しており、介護保険がもたらす中流階層化が、第1に、高齢低所得者層には、予定される他の社会保険のマイナスの改革も考慮すれば、保険料負担と自己負担が相まってかなり重い負担となるに違いないこと、第2に、老人福祉なら認められたはずの本人、家族の主観的必要、需要、欲求ないし社会的、家族的要因を裁量した優先順位がまったく無視される恐れが強いことなどを示している。

要するに、介護保険制度は、老人保健制度と老人福祉が、老人個人の要医療ないし要介護状態のみならずその社会環境、家族環境などをも重視して裁量による給付を行ってきた実績を切り捨てることになる。それは幻想的普遍主義の必然的な到達点だが、サービス供給の絶対的不足と供給者援助方式の実態が変わらないとしたら、社会保険の持つ普遍性、客観性と老人保健と社会福祉が持っていた福祉的裁量による選別性、主観性のどちらがサービス利用者とくに低所得者層にとって有利かは説明するまでもないであろう。

第5章 寄せ木細工の矛盾と再構築の課題

1. 寄せ木細工の矛盾

地域保険と職域保険を年金と医療の両方で寄せ木細工のように積み重ねてきたわが国の社会保険制度は、医療分野でさらに高齢者、退職者という年齢階層別に寄せ木を重ね、今度は40歳以上について、医療から介護を分離し、福祉をも取り込んでもうひとつ介護保険という寄せ木を重ねようとしている。この点のドイツとの相違点については前述した。

その背景には、第1に、寄せ木細工の医療保険制度をなんとか財政危機状況から救済しようとする発想と、第2に、供給者援助方式の内部から高まった「誰でも、いつでも、どこでも」という自

己増殖運動ともいうべき幻想的普遍主義によって、資源制約を前提に優先順位を問うことにこそその役割がある社会福祉から切り離してまで、第3の社会保険制度がもたらす新独自財源に期待する発想とが重なり合っている。

しかし、寄せ木細工のこれ以上の積み重ねは大きな矛盾を生み出そうとしている。

第1に、医療保険制度全体がいまや破綻の危機に直面しているが、介護保険制度はもうひとつ40-64歳層を被保険者として積み重ね、健康保険料率の上限とは別枠に、介護保険料率を積み重ねようとしており、また、70歳以上の老人保健制度対象者も2000年度には原則10%の新たな定率自己負担に介護保険の保険料と自己負担が積み重ねられようとしている。それは、介護保険が医療保険制度改革の第1歩というセールスポイントを裏切るものである。

第2に、年金保険制度は、改革に次ぐ改革によって給付水準引き下げを積み重ね、制度の安定性に対する国民の信頼を喪失しつつあり、国民年金の空洞化問題、年金制度の世代間の公正の問題などから、国民皆年金制度崩壊の危機にさらされているが、さらにこれから予定される改革が想定する年金給付水準引き下げは、介護保険が高齢者の相応の年金水準と自己負担能力を想定したまさにその発想の基礎を崩そうとしている。

要するに介護保険制度は、年金保険も医療保険も、国家と国民の双方の資源制約から、空洞化や財政危機など普遍主義の皆保険制度の維持を危機に直面させているところへ、選別的な社会福祉の供給者援助方式が生み出した「だれでも、いつでも、どこでも」という幻想的普遍主義によって、資源制約などないかのように、もうひとつ脆弱な社会保険制度を上乗せするリスクをおかそうとしている。

2 再構築の課題

国の喧伝した幻想的普遍主義と資源制約の現実との落差、すなわち要介護認定や「保険あって介護なし」への不満は、機関委任事務の廃止を伴った「新地方自治法」ともいうべき地方分権改革によって市町村に重くのしかかろうとしている。¹⁴⁾ その場合、地方税の累進性は国税より低く、むしろ保険料と大差がないことにも注意する必要がある。

介護保険制度が、市町村からの要望に応じて、老人福祉からの経過的メニューを揃えれば揃えるほど、それだけ介護保険制度がもたらす福祉国家中流階層化のマイナス面を露呈するものといつてよい。

介護保険制度では、被保険者も、生活扶助と介護扶助を通じて、国民健康保険や老人保健制度の場合のように制度から排除されることはないが、実際に厳しい資源制約の影響を被るのは、普遍性強調の前に選別的な優先順位を否定され、原則として社会的要因も家族的要因も裁量されなくなった高齢者ではかなり幅広い低所得者層であり、そうした高齢者にとっては、保険料負担も自己負担もかなり重い負担と感ぜられるに違いない。

いったん制度化された幻想的普遍主義の介護保険制度が、近い将来、結局その基盤整備にとどまらず保険制度自体の財源を、社会保険料よりさらに累進性が低く、逆進性さえ問われる消費税に求めるとしたら、高齢低所得者層の負担はいっそう加重されかねない。

われわれに残された選択肢は、社会保障および社会扶助を含めた社会福祉を抜本的に利用者本位に基礎構造改革するとともに、そこにここで命題とした所得再分配と自主的選択という社会的公正の意義を再構築し、そのうえで改めて普遍主義対選別主義の21世紀に向けた望ましいバランスについて、広く情報を公開しつつ社会的コンセンサ

スに近づくための議論を探めることであろう。ちなみに、現在の普遍主義が世代間の不公正を前提にしてしか成り立たないことは既に明らかであるが、それは選別主義を含む世代内の公正によって緩和される余地が大きい。第1表に戻っていえば、われわれは、そこに示されたドイツ型をとるかイギリス型をとるかの選択に置き換えて考えることができよう。

注：

- 1) 豊富な資料を用いたサッチャー政権の評価については、Howard Glennerster, *British Social Policy since 1945*, Oxford, Blackwell, 1995. を参照されたい。
- 2) たとえば、G. Espin-Anderson, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1999., Norman Gisberg, *Divisions of Welfare: A Critical Introduction to Comparative Social Policy*, London, Sage Publications, 1992. や Peter Flora & Arnold J. Heidenheimer (eds), *The Development of Welfare States in Europe and America*. London, Transaction Publishers, 1990 などを参照されたい。
- 3) 広井良典は、明快に、社会保障—リスク分散、社会福祉—所得の再分配と割り切っている—広井良典著、『日本の社会保障』、岩波書店、1999、p.3.
- 4) Department of Social Security, *Welfare Reform Focus File 01: Social Security Overview*, London, DSS, 1997. p.7.
- 5) Stakeholder Pension の最初の主張者は、もと Child Poverty Action Group の事務局長で労働党の Blair 政権の初代「社会保障改革担当大臣」に任命された Frank Field であり、その主張は、Frank Field, *Stakeholder Welfare*, London, IEA, 1996. に詳しい。Field は1年足らずでポストを追われたが、そのアイデアは継承されている。
- 6) John Rawls, *A Theory of Justice*, Cambridge, Belknap Press, 1971, 同じく、ほぼ全面的に改訂された Revised Edition は 1999. この書物はかなり難解なところがあるが、それを補完するものとして、次の2冊を参照した。なお、引用文中の() は筆者の解釈である。
① John Rawls, *Political Liberalism*, New York, Columbia University Press, 1996. なお、ここに

は Habermas の Rawls の前著への批判に対する回答が掲載されている。

② Norman Daniels, *Reading Rawls: Critical Studies on Rawls' 'A Theory of Justice'*, Stanford, Stanford University Press, 1989.

- 7) Amartya Sen, *Inequalities Reexamined*, Cambridge, Harvard University Press, 1992. pp.75-79 なお、同じ著者の Amartya Sen, *On Ethick & Economics*, Cambridge, Blackwell, 1988. も参照した。
- 8) The Report of the Commission on Social Justice, *Social Justice: Strategies for National Renewal*, London, Vintage, 1994. pp.20-22
- 9) Jane Franklin (ed.), *Social Policy and Social Justice*, Cambridge, Polity Press, 1998. pp.48-49 なお、委員会メンバーの1人であった David Donnison, *Policies for a Just Society*, London, Macmillan, 1998, そしてアメリカで同様の問題意識で書かれた、Neil Gilbert, *Welfare Justice: Restoring Social Equity*, New Haven, Yale University Press, 1995 も参照した。
- 10) ここでの議論では、次の文献を参照した。なお、Social Construction という概念は、主としてイギリスで、新しい論調のひとつとして、近年、よく使われている。
Len Doyal & Ian Gough, *A Theory of Human Need*, London, Macmillan, 1991. ここでは、結びの章で、Dual Political Strategy が主張されている。
Amitai Etzioni, *Essays in Socio-Economics*, Washington D.C. Springer, 1999.
Mary Langan (ed.), *Welfare: needs, rights and risks*, London, Routledge, 1998.
Colin Samson & Nigel South, *The Social Construction of Social Policy: Methodologies, Racism, Citizenship and the Environment*, London, Macmillan, 1996.
- 11) わが国の経済格差の拡大を論じたものとして、橋本利詔著、『日本の経済格差』、岩波書店、1998 がある。ちなみに、ジニ係数は、ゼロと1の間の値をとり、ゼロに近いほど、所得分配の相対的な平等度が高いことを示している。
- 12) 田近栄治、「優しい経済学『介護保険と地方財政』」、日本経済新聞、11月連載から。
- 13) 松下圭一、「自治体は変わるか」、岩波書店、1999、p.25.
- 14) 松下圭一、同上、p.2.