

第16講 生活の保障

資本主義社会と私的生活維持の責任

病気、老後生活、失業、貧困、心身障害等の不安は、われわれの生活に色濃くつきまとっている。市民法的考え方では、個人の生活はもっぱら自分で責任を負わねばならない（自己責任の原則）。しかし、資本主義社会の仕組のなかでは、労働者やその家族に余裕ある生活を可能にするだけの雇用を保障はしてくれず、労働条件引き下げや不安定雇用の拡大で「過労か不安定雇用・失業か」の選択を迫られることになる。これは、農漁民、自営業者、中小企業者などを含む国民各階層もまた同様である。

このような人間の健康や品位を危険におとし入れる諸々の社会生活上の事故や厄災は、その原因が個人の怠惰や不注意といった個々人の責任として放置することができないことは明らかである。貧困を恥とし罪とするのではなく、むしろそれは、個人の責任をこえた社会的条件の所産であり、貧困を生み出す原因としての社会的条件に対処する措置こそ必要である。地縁や血縁による相互扶助が解体させられる中でこの要求は国家へと向けられる。国民からの、生存ないし生活の安定への要求が強くなればなるほど、資本の側も、それを無視しては資本制社会を維持し、存続させることはできなくなる。この二つの事情は相互に結びついて、社会保障制度を発展せしめることになるのである。

わが国の社会保障の歩みと問題状況

社会保障の思想が国際的に展開・普及したのは第二次大戦後である。反ファシズムの闘いは、人権の保障、人間の尊厳確立のための闘いでありながら、平和の陽の光に照らし出されたものは、荒廃した国土と疲れきった国民大衆の姿であった。「言語に絶する悲哀を人類に与えた戦争の惨害から将来の世代を救い」、「基本的人権と人間の尊厳及び価値…に関する信念をあらためて確認」（国際連合憲章前文）した世界の人々は、人間の尊厳に値する生活の保障こそ人類の歴史的課題であると自覚した。

日本社会もまた長く続いた戦争によって荒廃し貧窮のどん底にあった。憲法と同じ年に制定された旧生活保護法も、当時の社会不安に対処する緊急政策としての性格にとどまっていた。児童福祉法や身体障害者福祉法も、当面の戦災浮浪児対策、傷病軍人対策として登場したものであった。社会保険の分野では、労働立法の整備とあいまって、労働者災害補償保険法や失業保険法が制定され、戦前からの健康保険と厚生年金保険法も改正されたが、あくまで生活保護が中心であった。

一九五〇年の社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」は、社会保険の体系的充実に従って公的扶助を補完的に機能させ、社会保障制度は、社会保険・国家扶助・公衆衛生・社会福祉の各行政が相互関連を保ちつつ総合一元的に運営されてこそ究極目的を達することができるとした。生存権を具体的請求権とする現行生活保護法も制定された。しかしその後の展開は必ずしも五〇年勧告にそうものではなかった。朝鮮戦争、講和・旧安保条約、再軍備の進行等の過程で、社会保障関係予算の抑制や軍人恩給の復活、医療保険の多元的制度の成立がこの時期の特徴である。一方で保護基準の低位を問い「人間裁判」と呼ばれた朝日訴訟も提起され、社会保障制度に国民の関心も高まっていった。

一九五〇年代末から六〇年以降の高度経済成長期における社会保障の展開の特徴は、「国民皆保険・国民皆年金」のスローガンの下で、社会保障制度の一定の整備が進んだことである。社会保障立法のカタログは豊富になり個々には改善もみられたが、受給資格、給付水準、保険料負担の面などで、国民の要求に応えたとはいえなかった。また、年金や医療についての各種の制度の間には不整合性や格

差があり、その「モザイク的性格」が指摘されていたのである。

老人医療無料化の老人福祉法改正が実施に移された一九七三年初頭、政府は「福祉元年」をとらえたが、その秋の石油ショックを機として低成長期に入ると日本の社会保障政策は転機を迎えた。七〇年後期の政府関係諸文書では、「日本型福祉社会・福祉見直し」論が目だつようになる。その方向は、第二臨時行政調査会（八〇～八三年）及び臨時行政改革推進審議会（八九～九〇年）の諸答申のなかでいっそう明らかになった。すなわち、「活力ある福祉社会」のために、「国民の自立・自助努力」と「民間部門によるサービス」を促進し、「公的保障は真にこれを必要とするものに対して行う」、そのために、医療、年金、社会福祉に対する公的支出を抑制し、たとえば老齢年金の支給開始年齢引き上げなど給付の内容と水準を抜本的に改めて、「給付」と負担のバランスをとるというものである。この流れのなかで、「生活保護の適正実施について」という厚生省通知が出され（社保一二三号、八一年）、給付抑制が強化された。老人福祉法の医療規定も削除され、老人保健法を制定して有料化された。

一九九五年の社会保障審議会勧告は、社会保障の理念を「みんなのためにみんなでつくり、みんなを支えていくものとして、二一世紀の社会連帯のあかしでなければならない」とし、公的介護保険や公的年金制度改革などを提起した。さらに社会福祉事業法を社会福祉法と改めるなど社会福祉事業関係諸法律の改正が行われた。このような社会保障構造改革における特徴の一つは、「措置から契約へ」といわれる社会福祉利用方式の変化である。年金制度では、老齢厚生年金報酬比例部分の支給開始年齢を段階的に引き上げるなどの年金改革諸法の改正も成立した。企業年金における確定拠出年金制度導入など、少子・高齢化社会を迎えて社会保障・福祉のあり方は今大きな変動の過程にある。その場合、個人の自律と保障の質的・量的水準の確保を正しく結合した改革を実現することが重要であろう。また、正常な生活を保障するための政策（完全雇用、労働条件保護、最低賃金制、公衆衛生、予防医療、住宅政策など）が十分に行われていることが、真の社会保障確立の前提である。

社会保障の権利

人権の基本的価値＝人間の尊厳に仕えるはずの自由権が、資本主義の展開のもとでその抽象性をあらわにするなかで、人権の実質的保障として登場したのが、人間らしい生存の保障を国家に対して要求する生存権である。その中心をなす社会保障に対する権利は、今日では世界的に確認されるにいたっている。一九四八年の国際連合総会で採択された「世界人権宣言」は、「人はすべて、自己および家族の健康と福祉とのために、衣食住、医療および必要な社会厚生施設を含むところの十分な生活水準を保持する権利を有し、さらに失業、疾病、不具、配偶者の喪失、老齢、または不可抗力による生活不能の場合に保障をうける権利を有する。…母と子とは、特別の保護と援助とをうける権利を有する。すべての児童は、嫡出であると否とを問わず、同一の社会保障をうける」と宣言している。一九六六年国際連合総会が採択した「国際人権規約」では、社会保障の権利がさらに高らかに唄われている。

わが国の憲法二五条一項も、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定して、生存権保障が「権利」であることを明記するとともに、二項は、社会福祉、社会保障、公衆衛生などの具体的な施策による、「健康で文化的な生活」の実現に関する国の責務を宣言している。

憲法二五条の生存権の法的性格については諸説がある。ひとつは、プログラム規定説と呼ばれるもので、二五条を国政運用上の指針ないし政治的・道徳的責務を定めたものとする。最高裁はこの見解をとり、同条により国民は直接に国家に対して現実的権利を有するのではなく、社会的立法によってはじめて具体的生活権は設定充実されてゆくとした（食糧管理法事件判決一九四八年九月二九日）。しか

し、有名な朝日訴訟以降さまざまな批判的学説が展開された。たとえば、必要な立法などを要求しうる抽象的権利であって、これを具体化する法律が制定されれば憲法二五条と一体となって具体的権利となるとする見解は広く支持されている。具体化立法が存在しないか不十分な場合に、二五条を直接根拠にして国の不作為の違憲確認を求めうとする説もある。生存権を積極的に侵害する措置に対しては違憲確認を主張しうとする見解も有力である。堀木訴訟において最高裁は、二五条の趣旨にこたえてどのような立法をするかは立法府の広い裁量にゆだねられるとしつつも、「それが著しく合理性を欠き明らかに裁量の逸脱・濫用」とみられる場合は、二五条にてらして違憲判断をする余地があるとしている（一九八二年七月七日）。いずれにせよ、今日、二五条の具体化とみられる立法は多岐にわたっているから、実際に問題になるのはその具体化のあり方が、二五条にてらして適切かどうかである。かつてのようにプログラムか具体的権利かという二者択一ではなく、事業の性質に即した検討が必要であろう。その点で、児童扶養手当と障害福祉年金の併給を禁止した法律の規定を憲法一四条違反とした堀木訴訟第一審判決（一九七二年九月二〇日）や生活保護費からの預貯金を収入と認定しその分生活扶助費を減額する保護変更処分に対して、これを違法として取り消した加藤訴訟判決（秋田地判一九九三年四月一三日、確定）が注目される。

社会保険法制と社会福祉法制

上述のように日本の社会保障法制は、各法が個別に整備され改定されてきたため、体系化されているとはいえない。たとえば高齢者あるいは障害者に対する施策が、様々な法制度の中に存在しているなど、必ずしも使いやすいものではない。そこで法制度の枠を越えて、要保障事故毎に社会保障法を体系化するなどの試みも行われているが、ここでは法律に即し、かつ財源調達方式に着目して、社会保険法制と社会福祉法制に大別しておく。社会保険法制は、給付を受ける要件として事前の拠出を課すもので（拠出制）、労働者災害補償保険法、雇用保険法（以上「労働保険」第15講へ）、年金保険法、医療保険法、介護保険法の五種類が含まれる。社会福祉法制は、事前の拠出を要件としないもので（無拠出制）、公的扶助法、社会手当法、社会福祉サービスの法、社会福祉法が含まれる。

ただし、この二分法を強調することは適切ではない。社会福祉も財源は受給者も含めた国民の納める税であり、受給者の自己負担を求められる場合もある。社会保険も保険技術を利用しているのみであって公費（税）も支出されており、たとえば年金についてカナダやオーストラリア、医療についてイギリスなどは無拠出の公的扶助方式をとっており、日本においてもその選択肢はありえるのである。逆に財源調達方法の相違を強調することは、社会福祉が恩恵的給付であるという意識をもたらし、その意識による実施主体の運用のあり方もあいまって、受給者が汚名の烙印をおされたという意識（スティグマ）をもつことにもつながる。社会保険についても、保険料収入と保険金支払との均衡を求め、保険料引き上げと保険金支払いの抑制へとつながってしまう。

公的扶助法（生活保護法）

生活困窮者に対して国が必要な保護を行う制度である。戦前の救護法のように年齢や労働能力によって給付対象を制限するのではなく、全ての生活困窮者に扶助を行う一般扶助主義を採用しており、国民生活の最後のセーフティネットである。そのため生活保護法は、生存権保障、無差別平等、最低生活保障、補足性の四つの原理を定めており、解釈及び運用は全てこれらの原理に基づかなければなら

らない。また保護の実施は、申請保護、基準及び程度、必要即応、世帯単位の四原則に基づいて行われる。保護には、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助の八種類があり、基本的には金銭給付によるが医療扶助については医療給付によっている。

生活保護の被保護者は、一九五五年の約一九三万人（二一・六％）から一九九五年の約八八万人（七・〇％）へと減少したが、その後増加に転じ、二〇〇六年には約一五一万人（一一・八％）となっている。保護水準が生存権保障原理を満たしているのか問題であるが、そもそも要保護者に対して給付されていない現状がある。これは、不正受給防止を名目とした保護「適正化」方針によるもので、要保護者が申請のために福祉事務所に出向いたとしても、申請ではなく相談と扱う「水際作戦」、法的根拠のない「保護辞退届」を提出させた保護打ち切り等によっているが、これらは明らかな違法行為である。

社会福祉サービス法・社会手当法

社会福祉サービスについては社会福祉法が、個人の尊厳の保持と自立、地域福祉の推進、利用者の意向の尊重、提供体制確保の公的責任の各原則を定め、福祉事務所をはじめとしたサービス実施運営体制を規正している。従来は行政機関による措置であった福祉サービスを利用者の選択による事業者との契約へ変えた点に大きな特徴があり、そのために法は事業者の情報提供義務等も規定しているが、公的責任が後退してはならないであろう。この下で、児童、障害者、高齢者、母子家庭といった生活障害に対して個別の福祉法によるサービスと、社会手当法による金銭給付が行われている。

18歳未満の児童の健全育成のために、児童福祉法は、保育所等の児童福祉施設への入所や放課後児童健全育成事業等の子育て支援等によって保育を保障し、児童相談所を設置している。また、児童手当法等によって、児童を養育している者への金銭給付が行われている。一九九〇年に出生率が一・五七であることが発表され（1.57 ショック）、二〇〇三年に施行された次世代育成支援対策推進法により少子化対策が進められた。しかし、保育所に入所できない待機児童は増加しており、育児休暇の取得も進んでいるとは言えない中、労働者の働き方の改善が重要な課題である。

障害者については、障害者の自立と参加を理念とする障害者対策基本法の下で、従来は障害の種別毎に縦割りになっていたサービスを統合し、就労支援を強化するとともに利用者が応益負担を負うという障害者自立支援法が二〇〇六年より施行されている。同法によって、居宅介護や施設入所支援などの介護給付等の自立支援給付、地域生活支援事業が行われ、支給を受けることが著しく困難な場合には、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法上の措置等が適用される。しかし自立支援促進法については、その「応益負担」のために通所を断念するなどの問題が生じている。

高齢者については、老人福祉法が老人ホーム等の老人福祉施設への入所と居宅介護等を規定しているが、医療については高齢者医療確保法（旧老人保健法）、介護については介護保険法がまず適用され、やむをえない事由によって利用できない場合に本法が適用される。母子家庭については、二〇〇二年に改正された母子及び寡婦福祉法が、自立・就業に主眼を置いた支援策を行っている。

年金保険法

国民皆年金体制のもと、国または公的団体が保険者となり、拠出制のもとで、老齢・障害・死亡という保険事故が発生した場合に被保険者に対して金銭給付を行うものである。二〇歳以上六〇歳未満の全国民が強制加入し給付を行う国民年金（基礎年金）と、それに上乗せして報酬比例の年金を給付

する被用者対象の厚生年金保険・共済年金保険という「二階建て」の制度となっている。さらに、任意加入の国民年金基金・厚生年金基金・企業年金という「三階建て」の上積みもある。

国民年金法は、事業を政府の管掌（保険者）とし、自営業者等（一号）、被用者（二号）とその配偶者（三号）を被保険者としている。一号被保険者は保険料を直接支払い、二号被保険者は加入している厚生年金等が拠出し、三号被保険者の保険料は二号被保険者の保険料に含まれており、六五歳に達すると老齢基礎年金、障害等級に応じて障害基礎年金、被保険者の死亡により遺族基礎年金等が、それぞれ社会保険庁長官の裁定にもとづき給付される。高齢化社会を迎えたにもかかわらず国庫からの支出が抑制される結果として年金財政が逼迫する一方で、保険料額は毎月一四四一〇円（二〇〇八年度）の定額、二〇歳から六〇歳までの四〇年間完納した場合の老齢基礎年金月額も六六〇〇八円にすぎないため、未納者も増大し（免除者の増大ともあいまって）国民年金の空洞化が問題となっている。

厚生年金法は、政府を保険者とし、法の定める適用事業所に使用される七十歳未満の者が強制的に被保険者となる。被保険者の報酬月額と賞与額をもとに定められた標準報酬月額と標準賞与額に、保険料率を乗じた金額が保険料となり、事業主と被保険者が折半して納付し、国民年金と同様に老齢厚生年金、障害厚生年金、遺族厚生年金がそれぞれ裁定にもとづき給付される。被用者年金法には他に、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法があり、ここでは各共済組合が保険者となる。この分立している制度の統合が課題とされている。

以上の保険にさらに上乘せするために、任意加入の国民年金基金や企業年金（厚生年金基金、確定給付型企業年金、確定拠出型年金など）が作られている。国民年金基金は地域単位あるいは職能単位で一号被保険者が設立するものであり、厚生年金基金は老齢厚生年金の一部の代行と独自の上乗せ年金給付のため設けられ、確定給付型は給付される額が定まったものとして、確定拠出型は企業の拠出する額が定まったものとして企業の設ける制度である。近年、企業の都合により基金の解散や給付額の減額が起り、受給権保護が必要となっている。また、確定拠出型への転換も増えているが、この形態は給付額が積立金の運用次第となり、老後保障にとってはリスクの大きいものである。

医療保険法

国民皆保険体制のもと、国、地方公共団体や公的団体が保険者となり、拠出制のもとで、疾病、負傷、出産又は死亡という保険事故が発生した場合に被保険者に対して、医療という現物給付を行うものである。高齢者や低所得者以外への公的医療保険のない合衆国では、私的保険に加入しない者も多く、虫垂炎を手術して一日入院すると二〇〇万円かかるなど（日本だと一週間入院しても三〇万円で保険給付がある）、中流家庭でも一度の病気で低所得層に移行する危険を負っているように、公的保険は防貧制度でもある。日本の制度は職域や地域で分立しており、被用者は健康保険法や各種共済組合法、それ以外の自営業者や退職者等（後期高齢者を除く）は国民健康保険法が適用される。被用者保険も、中小企業被用者の多い協会管掌（旧政府管掌）健康保険、大企業被用者の多い組合管掌健康保険、国家公務員・地方公務員・私学教職員の各共済、船員保険と分立している。

国民健康保険法は市町村を、健康保険法は協会管掌については全国健康保険協会を、組合管掌については各健康保険組合を、各共済組合法は各共済組合を、船員保険法は政府を、保険者とする。国民健康保険法は区域内に住所を有することで、健康保険法・各共済組合法は適用事業所に使用された日に、被保険者資格が発生する。被保険者は疾病に罹患したり負傷した場合には、費用の一部を自己負担した上で、保険医療機関で保険医療サービスを受ける。保険医療機関は、保険者が審査支払業務を

委託している国民健康保険団体連合会（国民健康保険法）、社会保険診療報酬支払基金（健康保険法）に対して診療報酬を請求し、診療行為は内容毎に点数が定められて一点＝一〇円の金額が支払われる。

高齢化に伴う医療費増大と保険料収入の不足が最大の問題であるとされている。しかしこれは、日本の公的医療保障が採用している保険方式の収支相当原則を不当に強調したものである。また、国民健康保険料の滞納者に対してペナルティとして、保険証に代えて資格証明書を交付する制度になっている。この場合には被保険者は、受診の際に一旦全額を自己負担した後保険から費用の償還をうけることになり、被保険者が受診を抑制することになり皆保険体制の空洞化につながっているが、これも同様に保険給付が保険料支払いの対価であるという私的保険の原則に基づく制度であり不当である。

高齢者医療確保法・介護保険法

高齢者医療については、医療費増大と高齢者特有の医療が課題とされてきた。そのため一九八二年に老人保健法が制定されたが、二〇〇〇年に介護サービスを介護保険法に移行させた上で、二〇〇八年に老人保健制度を廃止し後期高齢者医療制度を創設する高齢者医療確保法が施行された。同法は、都道府県毎に全市町村が加入し作られた後期高齢者医療広域連合を保険者とし、区域内に居住する七五歳以上の者と六五歳以上七五歳未満の者であって当該連合が認定した者を、それまで加入していた医療保険を脱退させた上で被保険者とする。高齢者も保険料を納付し、原則として年金から天引きされる。医療費は自己負担分を除く半分を国と都道府県が負担し、残りを保険料と他の社会保険からの支援金でまかなわれる。制度施行により一三〇〇万人が国民健康保険から移行したが、従来被扶養者であった高齢者には新たな保険料負担となり、診療行為の報酬を包括して疾病毎に定額とする診療報酬となったことにより診療が抑制されるおそれがある等から、高齢者いじめであるとの批判が強い。

介護保険法は、市町村を保険者とし、区域内に住所を有する六五歳以上の者（一号）、四〇歳以上六五歳未満の医療保険加入者（二号）を被保険者とする。一号被保険者の保険料は一定額以上の年金額であれば年金から天引きされ、二号被保険者の保険料は加入する医療保険の保険者が徴収し社会保険診療報酬支払基金に一括納入する。要介護者に対する介護給付と要支援者に対する予防給付（二号被保険者の場合には特定疾病に限定される）を受けることができるが、受給のためには認定を受け、一割の自己負担が必要である。介護保険料の高額化や必要な介護が給付されていない等の批判がある。