

日本の社会保障と制度改革の方向性 —構造的特質と地域社会の課題をめぐって—



名古屋学院大学現代社会学部教授 小林 甲一

～要旨～

日本の社会保障は、戦後、明確な理念や体系的な整合性のないまま、性急に構築された体系のうえに場当たりの制度拡充や政策調整が重なることで定着した。また、実物給付を重視した医療と介護では、国家の主導と地方自治体の分担によって地域のサービス提供体制を整備してきた。本稿では、まずその歴史的展開を概観し、そうして形成された社会保障がもつ制度体系と構造的特質を明らかにする。次いで、人口減少・超高齢社会に向けた社会保障の課題として（1）超高齢化と世代間契約の再承認、（2）自助・共助・公助と補完性原則、（3）財源調達の問題と制度的財政規律、（4）社会保険の限界と制度原則の再構築、（5）地域とともに支える社会保障の構築に向けて、を取り上げ、これらをめぐる制度改革の論点を確認する。そのうえで、今後の社会保障のあるべき姿をイメージしつつ地域の医療・介護提供システムが地域社会と共有すべき課題について考察する。

1 はじめに

戦後の先進諸国では、福祉国家構想と混合経済秩序の下、ベヴァリッジ・プランに触発され、ILOの『社会保障への途』によるモデルにならって社会保障が急激に発展したが、その実態は各国各様であった。わが国でも、1946年に公布された日本国憲法の第25条に規定された最低生活保障の理念を具現化するため、連合国軍総司令部（GHQ）の指示を受けて設置された「社会保障制度審議会」が、1950年にその理念や制度を盛り込んだ「社会保障制度に関する勧告」を公表した。しかし、それは制度的にも理念的にも異質で多様なものが混在したまとまりのないも

のであり、その結果、社会保障は、性急に構築された制度体系のうえに場当たりの制度拡充や政策調整が重なることで明確な理念や体系的な整合性のないままにわが国の経済社会に定着した。

社会保障のあり方には、給付内容をできる限り経済生活や所得・費用に限定しようとする一元論と、医療保障のように財・サービス、あるいは看護・介護・支援などでのケアまで含めようとする二元論・三元論という2つの立場がある。わが国でも、当初は一元論が強調されたが、にもかかわらず、雇用保障こそが信頼できる生活保障となった経済成長の時代には所得保障の

意義や役割は過小に評価されてきた。その一方、実物・サービス給付を重視した医療保障や福祉・高齢者介護・子育て支援の分野では、社会保険の制度化の後を追いかけるように国家の主導と地方自治体の分担によって地域の給付・サービス提供体制を整備することに腐心してきた。しかし、そのため、場合によっては地域の特性を浮き彫りにしつつ地域格差を助長してきたことは否めない。

本稿では、歴史的展開によって形成された日本の社会保障がもつ制度体系とその構造的特質を踏まえ、これからの人口減少・超高齢社会に向けた社会保障の課題と制度改革をめぐる論点を改めて確認したうえで、社会保障のあるべき姿からよりいっそう注目される地域社会・コミュニティの課題について医療・介護サービス提供との関わりで考えてみたい。

2 社会保障の歴史的展開

(1) 戦前：救貧対策と社会保険の成立

社会保障の形成は、明治維新以降の近代化にまでさかのぼることができる。1874年に、政府は維新直後の早い段階で救貧対策として「恤救規則」を制定した。近代国家の心得として「無告の窮民」にお米を配給する制度ではあったが、これが公的扶助（生活保護）の原型となった。その後、殖産興業によって急激な産業化と資本主義化が進んだが、明治末期には、それによって深刻化した労働者問題に対して社会政策が講じられるようになった。大正期に入ると、労働運動や社会主義運動が激化し、凶作や経済不況も相まって生活困難と社会不安が広がり、こうしたなか1922年にわが国初の社会保険として「健康保険法」が成立したが、関東大震災による遅れで1927年（昭和2年）の施行となった。

しかし、昭和初期には、金融恐慌や世界大恐

慌によって経済社会は混乱を極め、国民の生活不安はきわめて深刻なものとなった。1929年には恤救規則に代えて「救護法」が制定されたが、焼け石に水であった。その後、わが国は戦時体制に突入するが、そこでは一見矛盾するかのよう社会保険の拡充が進んだ。1938年には、農村部での体位向上をめざす健民健兵政策として自営業者や農業者を対象とした「国民健康保険法」が制定され、この地域型の健康保険が戦後も引き継がれることとなった。また、1941年には労働者年金保険法が制定され、その後「厚生年金保険法」と改称されたが、これも国民意識の高揚のためであり、行き詰まった戦費調達のための窮余の一策でもあった。

(2) 戦後の基盤整備と皆保険・皆年金の実現

1945年8月、ついに第2次世界大戦は終わったが、当時のわが国には、すぐにも社会的支援の必要な人で溢れていた。そのため、戦後の社会保障は、とにかく緊急援護対策から始まり、それがそのまま旧生活保護法、そして新憲法の下で1950年に全面改正された「生活保護法」へと続き、社会福祉でも「児童福祉法」や「身体障害者福祉法」が制定された。また、GHQの意向が強く働き、この時期に「保健所法・医師法・保助看法・医療法」など保健医療での整備も進んだ。他方、これもGHQの指揮による民主化の影響もあって2つの労働保険法が制定され、その結果、健康保険と厚生年金保険、そして労働者災害補償保険法と失業保険法という社会保険体制が整備された。

そのうえで、全国民に最低生活を保障するためにはより広範な視点からの抜本的な制度改革が不可欠であり、その焦点となったのがどのようにして健康保険と年金保険を全国民に適用するかであった。ここで、新たに統一的制度を創

設するという選択肢もあったが、結果的には、従来の諸制度を温存し必要に応じて拡充しつつ、足りない制度を補充するという現実的な方法、つまり「多元的制度の分立」という方針が採用された。制度的には職域型と地域型の組み合わせであり、1950年代に健康保険制度の拡充と国民健康保険の立て直し、各種共済組合の創設、厚生年金法的大幅改正、「国民年金法」の創設および施行（1961年）が実施されたことで、国民皆保険・皆年金が実現した。この頃には、全国各地で数多くの公立病院が地方自治体によって設立されたが、それは比較的高度な医療サービスを国民の身近に用意できた反面、その後の地域医療提供体制の構造的問題や老人医療費の急増を引き起こす温床ともなった。

（３）給付の拡充から制度の見直しへ

1960年代から70年代前半にかけて、日本は、皆保険・皆年金を制度的土台として社会保障給付を大幅に拡充させた。その大きな追い風となったのはもちろん高度成長であったが、社会保障は1960年の「所得倍增計画」でも重要施策として掲げられ、総合調整の下で経済主導に促されるままに前進した。医療保険では給付の拡充や診療報酬の引き上げが進み、厚生年金保険では在職老齢年金の導入、厚生年金基金の創設、2万円年金の実現などが続いた。また、1963年には「老人福祉法」、1971年には「児童手当法」、1974年には失業保険に代わる「雇用保険法」が制定された。こうしてわが国は、ILOが1952年に設定した「社会保障の最低基準」をクリアし、福祉国家の仲間入りを果たした。

そして、経済成長の果実と社会保障の成果を土台によりよい生活福祉を実現するという趣旨で「福祉元年」と名づけられた1973年には、社会保障給付のさらなる向上がはかられた。医療

保険では高額医療費支給制度の創設や扶養家族給付率の引き上げが実施され、年金保険では5万円年金（厚生年金）と夫婦5万円年金（国民年金）が実現し、賃金・物価スライド制も導入された。また、多くの地方自治体で採用された老人医療費支給制度の広がりを受けて老人医療費の無料化も始まった。しかし、その矢先に起こったのが第1次石油危機であり、1974年には狂乱物価と戦後初のマイナス成長が日本経済を見舞った。これにより戦後の高度成長は終わりを告げ、日本経済は低成長時代に突入するとともに、社会保障は一転して制度の見直しへと向かった。

（４）構造改革の構想化と展開

1980年代後半、日本経済が安定成長に回復できたこともあり、社会保障給付の見直しを迫る財政危機はいったん落ち着いたが、この頃から高齢化の問題が懸念されるようになった。人口動態から高齢化の進行と高い高齢化率が見込まれるようになると、社会保障を取りまく環境は一変した。1986年には「長寿社会対策大綱」が、1989年には「ゴールドプラン」が策定され、社会保障は、いよいよ少子高齢社会に向けた構造改革を迫られるとともに老人医療や年金制度そして高齢者保健福祉のあり方を抜本的に見直さざるをえなくなった。地域医療をめぐる不足や偏在そして地域格差も指摘されたが、それはそれとして地域の医療提供体制を維持するためにも、とにかく高齢者介護に対する態勢とネットワークを地域に構築することが最優先課題とされた。

こうした制度改革に向けて大きな転機となったのが1994年に公表された「21世紀福祉ビジョン」であり、それは、少子・高齢社会に向けて国民の誰もが安心して暮らせる福祉社会を形成

するためには、「国民一人一人の自立と社会連帯の意識に支えられた所得再分配と相互援助を基本とする仕組み」である社会保障を要に自助・共助・公助を適切に組み合わせた重層的な福祉構造を構築することが大切だと提唱した。同年には、先のゴールドプランが計画期間の半ばで改定され、高齢者介護・自立支援システム研究会が介護保険制度の創設を提言し、高齢者保健福祉の基盤整備が急ピッチで推進されることになった。また、「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）」も公表され、その後の「新エンゼルプラン」や「少子化社会対策基本法」へと続いた。次いで、1995年には「障害者プラン」が策定され、これもその後の「障害者自立支援法」へと続いた。そして、1997年には「介護保険法」が制定され、2000年にはその施行に合わせて「ゴールドプラン21」と社会福祉基礎構造改革がスタートした。このように、今日まで展開する社会保障と福祉政策の構造改革の多くは1990年代後半から始まった。

また、1990年代には、戦後50年が経過したということもあり、来る21世紀の経済社会に向けて社会保障理念の大幅な見直しが図られた。社会保障制度審議会は、1995年の「社会保障体制の再構築（勧告）」において「最低限」という表現を放棄したうえで「広く国民に健やかで安心できる生活を保障する」ことを社会保障の基本理念とし、その実現のために①普遍性、②公平性、③総合性、④権利性および⑤有効性という5つの原則が必要であるとした。こうした考え方は、2000年の「21世紀に向けての社会保障」（社会保障の在り方について考える有識者会議、2000年）や2001年の「社会保障改革大綱」（政府・与党社会保障改革協議会、2001年）にも受け継がれ、その後の社会保障改革を方向づけた。

2000年代に入ると、介護保障改革はもちろんのこと、年金改革と医療制度改革も本格化し、加えて少子化対策と連動した子ども・子育て支援策も含めて持続可能な財源調達と機能強化を重視した構造改革が推進された。

3 社会保障の制度体系と構造的特質

（1）社会保障を構成する制度的部門と地域社会

社会保障を所管する厚生労働省は、いまだに1950年「勧告」にならってその全体像を1) 社会保険（年金・医療・介護・雇用・労災）、2) 社会福祉、3) 公的扶助、4) 保健医療・公衆衛生で説明することもあるが、現行の社会保障を構成する個々の制度を基本に柱となる政策分野や直面する政策課題を考慮すると、そこには次のような6つの制度的部門があると考えられる。

- ①医療保障：健康保険、高齢者医療制度、医療提供体制の整備および医療扶助
- ②所得保障：年金制度、社会保険の各種現金給付、社会手当および生活保護
- ③介護保障：公的介護保険と介護提供体制の整備、ならびに地域包括ケア
- ④労働関連の社会保険：雇用保険と労働者災害補償保険
- ⑤子育て支援：児童手当・児童扶養手当、保育サービスとその他支援事業
- ⑥社会福祉：高齢者、児童、障害者および福祉サービスの提供

ここで、地域社会との関わりについて詳しくみておこう。①医療保障にとって大切なのは必要な医療費の調達と地域医療圏の提供システムのあいだの制度的調整であり、後者は都道府県が策定する医療計画や地域医療構想によって統御されている。③介護保障でも要介護度に応じた介護費用の調達と生活圏域の提供ネットワークの有機的連携が重要であり、後者は市町村が

主導する高齢者保健福祉計画および地域包括ケアシステムや介護・医療連携によって統御されている。また、⑤子育て支援と⑥社会福祉は国と地方自治体によって役割分担されており、市町村の給付管理やサービス提供は担当課、社会福祉協議会および福祉団体によってコーディネートされている。

（２）日本の社会保障がもつ構造的特質

こうしたわが国の社会保障は、国際比較の視点に立ちつつ制度改革の焦点を意識すると、以下のような構造的特質をもっていると考えられる。まず第１に、伝統的に家族、コミュニティおよび会社が生活保障の役割を担うべきという考え方が強く、社会保障はその補完でよいとされてきた。この裏返しに社会保障の過小評価にもつながってきたが、その一方、高齢者・障害者福祉や子育て支援、さらに保健医療で地域コミュニティの働きに大きな期待が寄せられており、“日本型”社会保障のあり方にとって重要な論点となっている。第２に、戦後、政府主導により従来の多様な制度にそれらを補完する制度を組み合わせることで健康保険と年金保険の普遍的体系を構築し、その後も国家の権限と財源調達を原動力とした制度の改修や給付の拡充が進められ、結果的に多元的な諸制度が国家による一元的管理の下におかれきたことがある。それによって社会保険の制度財政に多額の公費が投入され、社会保障の財源構成が渾然一体となった。このことが安定的な財政運営の基盤になっているが、その反面、政府の政策方針や政治と絡んで制度改革の障害になることもある。

また、第３に、第２の特質とも深く関わってくるが、わが国の社会保障は、戦後、能力主義を原則とした社会保険制度に対して均一主義を基本とする諸制度を組み合わせため、その体

系のなかに２つの原則が混在する典型的な「混合タイプ」となっている。今後の改革もさらに均一主義に傾いていくであろうが、いずれにせよ、このことがその方向性を見えにくくする。そして、第４に、制度体系の基本として社会保険の重視が一貫して標榜されてきたが、軸足が弱者救済に傾くことが多く、さまざまな部分に福祉の要素が組み込まれているため、制度原則において社会保険と扶助の混同が目立っていることがある。性急に社会保障の発展を心がけた成り行きとしては理解できるが、この点は、明確な理念の下で社会保障のあるべき姿を描くことを困難にし、制度改革が進むべき方向性をよりいっそう不確かなものにする。

実物給付やサービス提供に係る主導や統御を地域に委ねるのであれば、そこに地域差が生じるのは当たり前であり、また、それを通して医療・福祉・介護等の施設や給付を全国各地域に速やかに、かつ確実に行き渡らせることができたことと評価することもできよう。論点は、こうした戦後の地域社会における社会保障関連サービスの展開が地域格差を固定化・拡大させたかどうかである。しかし、都市部に比べて地域の提供体制に格差や問題がないわけではないが、社会生活の伝統的要素を重視した“日本型”、公費負担の役割の大きさ、均一主義の原則そして保険と扶助の混同といった構造的特質が地域格差の固定化や拡大へと作用しなかったことは確かであろう。

４ 社会保障の課題と制度改革の論点

2010年代に入ると、わが国は人口減少社会に突入し、迫りくる超高齢社会に向けて社会保障の課題はいっそう明確になり、制度改革の必要性も一段と高まった。2012年には「社会保障と税の一体改革」を受けて「社会保障制度改革推

進法」が、さらに 2013 年には国民会議での議論を経て「社会保障制度改革プログラム法」が制定され、これらが 2020 年代以降の「全世代型社会保障改革」へと発展した。ここでは、これまでの歴史的展開と構造的特質を踏まえ、こうした制度改革をめぐる本質的な論点についてまとめておきたい。

（１）超高齢化と世代間契約の再承認

これまでの社会保障改革は、医療・年金・高齢者介護の個別分野でとにかく急激に進行する超高齢化への対応に追われてきたが、今後予想される超高齢社会ではいささか様相が変わってくる。老後の始まりが遅くなり、アクティブ・シニアも増えれば高齢者の社会的定義すら見直さざるをえなくなる。必要な対策も地域によって、個別の生活状況によって異なるようになれば、全般的にみて高齢者問題そのものの深刻さは相対的に小さくなってくると考えられる。

しかし、だからこそ、高齢人口が大きな位置を占めることが巻き起こす課題を社会保障の理念や制度全体で受け止めることが大切であり、それには世代間契約に立ち入らざるをえない。社会保険は、本来的には、強いて世代を問わない社会連帯に拠っていたにもかかわらず、今ではなし崩し的に世代間連帯に支えられた制度になっている。また、従来の制度改革では世代間契約の問題を真正面から取り上げることはなかった。このあたりで、新たな制度理念に基づく改革を促進するために、社会の一大プロジェクトとして世代間契約の再承認に取り組むべきではないだろうか。

（２）自助・共助・公助と補完性原則

公助・共助・自助という体系は、人びとが困難に立ち向かいつつ生活する場合の基本型を示

したものである。わが国では、伝統的に広義の自助と共同体的な共助が大きな位置を占めてきたが、国家や行政による国民生活への介入が強力に押し進められたため、それまでの自助と共助は公助に押し潰され、体系的なバランスを欠いた社会保障は、国家管理の進展と公費負担の増大を通して公助に過度に依存する体質となった。しかし、1980 年代以降、福祉国家の限界や肥大化した公共への反省が叫ばれるなか、そうした三助の体系における役割分担の見直しが進められてきた。

社会保障で民間部門の活用が促進され、家族やコミュニティの役割が注目されているのもこれと深くかかわっている。つまり、自助がもつ意味の再確認であり、共助が担える世界の再構築にはほかならない。また、公助によって拡充された社会保険は、自助と共助の組み合わせという本来の姿に立ち返るかどうか、大きな岐路に立たされている。こうした動きは福祉社会への転換と捉えられるが、ここで三助の体系はどのような秩序原則で整えられるべきなのか。この問いには「補完性原則」によって答えるほかない。すべての社会活動は「補完的」であり、人びとの生活形成が自助でも負えない課題には社会が援助の手を差し伸べなければならないが、その共助および公助が自助の肩代わりとなってはならず、「補完」にとどまるべきなのである。

（３）財源調達の問題と制度的財政規律

社会保障は、理念や目的からして給付の側に目を奪われがちだが、財源調達＝負担あつての給付であり、両者のバランスを欠くと不安定になり、持続可能な制度にはなりえない。わが国は、これまで急増した給付費を経済成長に支えられた公費の投入と政府の財政調整によってなんとか捻出してきたが、これからの成熟経済の

下ではそうはいかないであろうし、いよいよ政策として「ない袖は振れない」ということにもなりかねない。また、財源調達の方法については、国民健康保険、高齢者医療制度および国民年金で保険方式よりも税方式への依存がますます明確になり、公費負担の占める大きさが顕著になっている。制度の形式はさておき、制度の原則と運営および財源構成を全体的に眺めれば「社会保険を重視した社会保障」とは言いがたいのが現実である。

社会保障の給付原則には、給付の対象となるリスクの原因が決定的となる「因果原則」と、給付の目的が決定的であり、その限りで一定のリスクに同程度の給付を充てる「目的原則」があり、前者の典型が保険原則であり、後者は扶助方式を根拠づけるものである。一般に、社会保障の発展につれて目的原則が優勢になる傾向があるが、それでも因果原則を切り捨てることはできない。また、目的原則による制度は給付が先行して負担＝財源調達とのバランスを崩しやすく、構造的な財政問題を招きやすい。今後も、社会保険の制度で扶助方式と公費負担の比重が大きくなると、目的原則へと軸足が傾き、両原則の明別がますます困難になる。安定的で整合的な財源調達を基本に持続可能な制度運営をめざすには、これまで以上に明確な制度的財政規律の設定が求められる。

（４）社会保険の限界と制度原則の再構築

これまでのことから明らかなように、「社会保険を重視した社会保障」と標榜し続けることにも限界があるのではないだろうか。今後も社会保険から社会扶助へと傾いていくのか、それとも踏みとどまってその制度原則をどこまで堅持しようとするのか、わが国の社会保障改革は大きな岐路に立たされている。また、社会保険は、

本来、社会連帯にもとづく集団的自助の精神に存立基盤をおき、因果原則を基本に一定の所得を継続して獲得できる人を対象とした生活上のリスクの分散・共有化を目的とした制度である。そのため、世代間契約に依拠せざるをえない社会的リスクへの対応には不向きであり、負担一給付で因果原則を貫徹できない限り財源調達に支障をきたすことになり、公助による過度な介入とは相性が悪く、しかもその源泉である稼得労働には雇用形態や働き方の多様化などによって大きな不安が広がっている。つまり、社会保険は、二重の意味で限界に突き当たっていると言っても言い過ぎではない。

2013年に社会保障制度改革国民会議が公表した報告書では、基本的な考え方として1) 自助・共助・公助の最適な組合せ、2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制、3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担、4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平という4つが掲げられた。これらは、その方向性ととも今日に全世代型社会保障検討会議へと引き継がれているが、そのための具体的な構想が描かれているとは言いがたい。それに向けた道筋を浮かび上がらせるためには、①これまでの国家主導と成長基調による開発型の先にある「日本型」社会保障についてより明確にすること、②社会保障の理念となり、社会保険の制度原則を統御するはずの「社会的なもの」や社会的な理念について真正面からアプローチすること、そして③加えて、新たな労働生活や家族のあり方と調和した社会保障のあるべき姿について考え直すことが大切である。これには、福祉社会の将来像なども含めて幅広い観点から新たな社会を構想するという意気込みが求められる。

(5) 地域とともに支える社会保障の構築に向けて

これは、『平成 17 年版 厚生労働白書』第 3 章のタイトルであり、地域の視点から改めて社会保障のあり方を考えようとしたものである。その立場は、地域の特性と格差を明別したうえで「地域差」を捉え、地域ごとにその多様なニーズに応えることであり、なかでは、まず地域における社会保障の担い手に関する歴史的変遷について概観されている。そして、社会保障の各政策分野に係る地域差の現状と要因に関する検証の結果を踏まえたうえで、地域差の類型化の試みとして「地域の多様性ととらえるべき地域差」と並んで、以下のような「格差として是正すべき地域差」が指摘されている。「一定水準型」と「負担公平型」では対応の方向性もあり方も異なるが、いずれも地域とともに支える社会保障の構築にとって重要な課題であり、制度改革の論点にもなる。

また、これまでの社会保障における国と地方自治体の役割分担と連携について整理したうえで、今後はますます重層的な取り組みが必要だとされている。とりわけ、国に対しては①地域格差の是正に対する主体的な関与、②地方自治体による自主性・独自性の発揮への支援、③新たな連携の推進が要請され、地方自治体には①地域の多様なニーズの把握とそれに対する適切な選択・サービス提供、②身近な主体である住民への自立支援と予防事業への取り組み、③役割の拡大にともなう応分の責任負担などが求め

られている。こうした役割分担の見直しに必要な秩序原則は「補完性」であり、そこでの連携・協働は地域社会において公助・共助・自助の体系を組み直すことを意味する。

5 医療・介護提供システムと地域社会の課題

戦後のわが国では、医療・介護・福祉の分野において実物給付に重きをおき、地域差を容認しつつも提供体制の整備や連携・調整に力を注いできたことで社会保障サービスを全国各地の地域社会に手堅く行き渡らせてきた。しかし、人口減少への備えと制度改革の進行に応じてそれぞれの地域が縮小均衡やコスト削減に向き合うなか、今後はサービス提供の効率性と質保証をバランスよく確保しようとする提供サイドからの働きかけがいっそう重要になってくる。課題が山積し、制度改革の困難さが露呈するなかで、こうした地域の提供システムによる取り組みが福祉社会の新たな将来像を拓くことも期待される。

(1) 医療保障の課題と地域医療構想

わが国の医療保障は、戦後、全国各地で誰もが良質な医療サービスにアクセスできるという点で良好なパフォーマンスを上げてきたが、それは、財源調達と実物給付のあいだを取り持つ診療報酬体系がその方向に政策誘導された作用の積み重ねであった。その結果、多様な提供主体がそれぞれの思惑だけで拡張的に発展したこ

格差として是正すべき地域差	
国民が必要とする一定水準を下回って生じている地域差（一定水準型）	・ 障害福祉サービスの提供体制の地域差 ・ 小児救急医療や無医地区の存在などの医療提供体制の地域差
負担の公平等の観点から影響の大きい地域差（負担公平型）	・ 医療費の地域差 ・ 介護給付費の地域差

（出所）厚生労働省『平成 17 年版 厚生労働白書』、2005 年、p.213

とで、地域医療を支える医療機関のあいだで機能分化が不明確になり、それが医療資源の効率的配分の妨げにもなってきた。このことは、二次医療圏〔入院治療も一般的な医療が地域内で関係できる圏域〕において、特に高齢者医療で顕著であり、それが「良質で適切な医療を効率的に提供する」という理念を地域完結で演出するうえで大きな構造的欠陥となった。こうして医療保障は、医療費の抑制・削減および縮小均衡に向けた診療報酬体系等の見直しとともに、地域の医療提供体制に対する構造改革に着手した。

実際、医療基盤の整備と量的拡充のための枠条件としてあった「医療法」は、1986年になって初めて改正され、その後は第9次（2021年）まで数年おきに改正されてきた。第1次改正では、地域の提供システムを統御するうえで基本となる医療計画制度が導入されるとともに医療圏の設定や病床規制が実施され、その後は、医療機関の機能分化と連携推進に向けて、地域完結型医療の中核となる地域医療支援病院が創設され、また、提供主体については医療法人改革、公立病院改革（総務省管轄）および社会医療法人・地域医療連携推進法人の創設も行われた。そして、2020年代に入り、さらに踏み込んだ医療計画の見直しによる構造改革の切り札として提示されたのが「地域医療構想」である。これは、二次医療圏をベースにこれまでの成果を踏まえ、医療機能の分化・連携、病床の機能分化・連携および在宅医療の充実などを進めようとするものであり、そのために調整会議も設置することになっている。ただし、コロナ禍や地域医療の混乱によってその工程表は大幅に遅れている。しかし、この地域医療構想が、地域差があるとはいえ戦後の地域社会で重要な役割を演じてきた医療提供システムを人口減少と成熟した

超高齢化に向き合うなかでいかに持続可能なかたちにしていくかにとって試金石となることはまちがいない。

（2）介護保障の課題と地域包括ケアシステム

わが国の介護保障は、1980年代以降、高齢者のための医療保障としての老人保健制度による拡大適用（「社会的入院」）と保健・医療・福祉の連携による高齢者保健福祉を通して急増する介護ニーズに何とか対応していたが、そこには制度的な矛盾と限界があった。そこで、要介護という社会的リスクを適切にカバーするための新たな制度として2000年に導入されたのが公的介護保険である。これによって、介護費用のための安定的な財源はいちおう確保でき、要介護状態にある高齢者に対して福祉と保健医療のあいだで施設介護や入院施設に依存することなく必要な介護サービスを制度的に統御して提供できる社会的仕組みも整った。しかし、それは、要介護度の軽い段階の認定者を急増させ、予測を超えて保険給付費等を増大させた。しかも、サービス提供では、思惑どおり民間主体による介護市場は拡充したもの、必要な在宅介護を提供する体制は十分に整備されず、ただ高齢者医療との切り分けができただけで地域の介護ネットワークは大きく混乱した。こうして公的介護保険を基本に再出発した介護保障は出だしからつまずき、それまでの高齢者保健福祉プランによって整備されてきた介護サービス提供体制も見直しを迫られた。そして、介護保険の制度改革はもちろんのこと、それを補完し、そのパフォーマンスを引き上げるために地域の介護提供システムからの働きかけが強く要請された。

そこで、2000年代半ばに提唱されたのが「地域包括ケア」であり、これは、高齢者の状況やその変化に応じて介護サービスとそれに関連す

るさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みであり、またそのために必要な多職種協働と住民参加、およびコーディネートと連絡調整も含めた地域ケアの総体を指す。2005年の介護保険制度の大幅な改正では、それを受けて1) 予防重視型システムの確立、2) 施設給付の見直し、3) 新たなサービス体系の確立などとともに地域包括支援センターの設置が定められた。さらに、2012年の制度改正では、「地域包括ケアシステム」を①介護・リハビリ、②医療・看護、③保健・予防、④生活支援・福祉、⑤住まいと住まい方という5つの要素から構成されるものとしたうえで、その基本として「本人・家族の選択と心構え」が明記された。また、地域差があることを前提に地域の自主性にもとづき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要だとされ、これを機に支え合いの地域づくりが活性化することが期待された。その後、全国各地の地域では、①日常生活圏域の設定とニーズ、地域課題および社会資源の把握、②地域ケア会議と地域包括支援センターの機能強化、③在宅医療・介護の連携推進と多職種協働、④生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加を通して地域包括ケアシステムの構築が推進されている。こうした取り組みは、地域社会やコミュニティが直面する課題に向き合うことであると同時に、世代間契約の再承認、自助・共助・公助の組み直し、制度原則の再構築など社会保障の課題に対する地域社会からのアプローチになっていることも確かである。

【参考文献】

足立正樹編著 (2020)『現代の社会保障』、高学出版
厚生労働省ウェブサイト「社会保障制度改革」ページ
厚生労働省 (2005)『平成 17 年版 厚生労働白書—
地域とともに支えるこれからの社会保障—』

厚生労働省 (2012)『平成 24 年版 厚生労働白書—
社会保障を考える—』

小林甲一 (2017)「第 1 章 高齢者をめぐる医療と介護の展開」、「第 5 章 地域包括ケアの理念と仕組み」、
なごやかモデル ソーシャル・ハンドブック『地域
医療の未来と歩む社会の姿』名古屋学院大学経済
学部「なごやかモデル」グループ

小林甲一 (2021)「日本の社会保障 —その構造的
特質と構造改革の方向性—」、名古屋学院大学論集
社会科学篇第 58 巻第 1 号

小林甲一 (2021)「社会保険の政策理念と経済社会
倫理 —自助・共助・公助のはざまで—」、名古屋
学院大学論集 社会科学篇第 58 巻第 4 号

内閣官房ウェブサイト「社会保障改革」ページ

広井良典 (1999)『日本の社会保障』岩波新書

広井良典・山崎泰彦編 (2009)『社会保障』ミネルヴァ
書房

こばやし こういち

名古屋学院大学現代社会学教授、同経済経営研究科経営
政策専攻博士後期課程教授 (担当：福祉政策研究)。
1986 年 3 月神戸大学大学院経済学研究科博士後期課程
単位修得退学、同年 4 月より名古屋学院大学経済学部講
師・助教授・教授。
学位取得：博士 (経済学) [2009 年・神戸大学]。

【主要著書】

『ドイツ社会政策の構造転換：労働生活とその人間化を
めぐって』 (単著) 高学出版、2009 年
『国際博覧会を考える—メガ・イベントの政策学—』 (編
著) 晃洋書房、2005 年
『地域医療の未来と歩む社会の姿 [なごやかモデル ソー
シャル・ハンドブック]』 (編著) 2017 年
『福祉国家の歴史と展望 [増補]』 (共著) 法律文化社、
1991 年
『各国の社会保障 [第 3 版]』 (共著) 法律文化社、2003 年
『現代の経済社会と福祉社会の展望』 (共著) 高学出版、
2013 年
『現代の社会保障』 (共著) 高学出版、2020 年
