

高齢者層の貧困化と社会保障制度の調整の失敗（1）

Impoverishment of Elderly People Due to Failure of the Regulation of the Social Security System

北 島 滋
Shigeru KITAJIMA

旭川大学短期大学部生活福祉専攻

Abstract

This thesis deals with the declining or impoverishment of living standard concerning elderly people, and analyses their factors.

Firstly, it focuses that impoverishment of elderly people is due to failure of the regulation in social security system according to regulation theory.

Secondly, Aging in Japan was possible to predict such situations based on demographics since 1980's, therefore, and possible to do that fiscal expenditure of annuity insurance, medical insurance and care insurance would increase with aging.

That reason why, government could get out of the trap of economic growth strategy, or not tried to get out of it. As result, government has to get debts deficit bonds beyond trillion yen. I call such situations "failure of regulation" in this thesis.

This thesis is divided into two parts, first part is carried in this Journal of our junior college, the other part will be carried next it.

抄録

本論文では、高齢者をめぐる生活水準が総体的に低下していることの要因を明らかにすることにある。第1に、本論文では高齢者の貧困化要因の1つを、レギュレーション理論を援用することで、国家が主導する社会保障制度における＜調整の失敗＞に置いている。第2に、人口統計上、高齢化は1980年代から十分予測され、それに伴い年金、医療、介護の財政負担の増大も想定されていたにもかかわらず、成長戦略の＜罨＞から抜け出そうとしたかった。その結果が1000兆円を超える赤字国債の積み重ねである。本論文ではこの事態を＜調整の失敗＞と呼ぶ。なお、本論文は2つのパートに分け、後半のパートは次号に掲載する。

問題の所在と限定

本小論では、高齢化が伸展している中で、高齢者をめぐる生活水準が総体的に低下していることの要因を明らかにすることにある。とりわけ近年の介護保険、医療保険の制度改正は（筆者から言わせれば改悪であるが）高齢者の生活を直撃している。筆者は高齢者の貧困化の要因

の1つを、レギュレーション理論（M. グリエッタ、1989）を援用すれば、国家が主導する社会保障制度における＜調整の失敗＞に置いている。高齢化は人口統計上1980年代から予測されていた。そして高齢化が医療、年金、介護各保険費用負担の増大をもたらすであろうことも予測されていた。この社会保障にかかる費用負

担を、1970年代から経済成長の従属関数に位置づけてきたことから、将来負担の増が予測可能であったにもかかわらず、成長戦略の〈罨〉から抜け出すことをしようとしなかった。ちなみに、1990年代のバブル崩壊後から2010年までの経済成長率の平均は0.9%あるかどうかである。そのつけが、国家・地方自治体の債務1000兆円超（赤字国債）に連動し、社会保障費用の削減につながっている。筆者はこの事態を、〈調整の失敗〉と設定している。

他方で、増大する高齢者人口に対応するために、〈限られた財源〉を前提にして社会保障費用を削減することで制度それ自体を維持する、という視点から、〈調整の失敗〉ではないという論があることも事実である。しかしこの論の行き着く先は、〈高齢者棄民〉であり、加えて〈困窮者棄民〉である。〈檀山節考〉（深沢七郎、1956、中央公論11月号）の現代版である。筆者はこの論に与することはできない。調整の失敗を政府が臆面もなく露わにしたのは、地域包括ケアシステム（2005年）であったと考えている。つまり、高齢者、障害者支援の〈地域丸投げ〉である。

この小論は、現代版〈高齢者・困窮者棄民〉を、社会保障制度における〈調整の失敗〉の視点から多少とも明らかにすることにある。したがって、〈調整の成功〉の視点からの議論は、本論では取り扱わない。今後の課題としたい。

1. 日本の社会保障制度の枠組み

(1) 法的根拠

社会保障の法的根拠は、憲法第25条で、「生存権」として国民は健康で文化的な最低限の生活を「権利」として保障されている。権利なのであって、施しではない。日本人だけではないが、世間体（社会の眼差し）を気にする国民はそれなりに存在する。生存権が法体系の根幹に据えられるに至る歴史は長い。その歴史は人類の悲劇とその反省に依拠している。人類史は平

和の歴史ではなく、打ち続く戦禍の歴史でもあった。この21世紀においても戦禍は止んではない。

ところで、1914年に勃発した第1次世界大戦で過去に前例のないほどの市民を含む多くの死者を出したが、生存権はその反省に立ち、1919年のドイツのワイマル憲法に条文として組み込まれたものである。思想的には、イギリスのT.ホブス（1588-1679）、J.ロック（1632-1704）からフランス啓蒙思想のJ.J.ルソー（1712-1778）へとつながる史的文脈で、イギリス市民革命、アメリカ独立宣言そしてフランス革命における人権宣言に大きな影響を与えた。1947年に施行された日本国憲法は、欧米の世界史的思想体系の流れと第2次世界大戦の戦禍の反省の交点に位置する。本人の生きたいという意味とは関係なく、戦争の惨禍により命を絶たれた人々の無念さに立脚して、どのような人々にも生きる権利を社会が、国家が保障するという人類の〈知恵〉（知性）が生み出した人類史上最大の成果である¹⁾。

(2) 社会保障制度の枠組み

我が国社会保障制度は、年齢別・領域別で構成されている。今、縦軸に保健医療（健康づくり、健康診断等、医療保険による治療・療養等）、横軸に年齢を設定する。そのクロス形成される空間に、妊婦健診、乳幼児健診、予防接種、事業主による健康診断、そして高齢者を除く年齢に関係なく治療・療養に対応する医療保険制度が布置される。

同様に、縦軸に社会福祉領域（児童福祉、母子・父子・寡婦福祉、障害（児）者）を、横軸に年齢を置き、そのクロス空間には次のような制度が設定される。乳幼児には保育所、子育て支援、障害児には在宅・施設・手当等で支援する。児童期には学童保育、児童手当等である。就学期・就労期は、障害を持つ場合は在宅・施設・手当等で支援する。65歳以上は介護保険に

1 日本の政治潮流で、憲法改正が声高に叫ばれている。憲法9条を中心とした自民党等の改憲派の改正案は、人類史的脈絡を無視して、歴史を逆回転させるあまりにも視野が狭い考えである。

よる在宅・施設サービスで支援制度が設定される。

縦軸に所得保障（年金制度、生活保護）を、横軸には年齢とのクロスに対応して形成される空間に、遺族年金、障害年金、老齢基礎年金（国民年金）そして世帯であれば年齢に関わりなく生活保護制度に基づく困窮者に対する生活保障制度がある。

縦軸に雇用（労働力需給調整、労災保険、雇用保険、仕事と生活両立支援等）、横軸には15歳以上の年齢とのクロス空間には、職業紹介、事故時の保険給付、失業時の生活給付、そして育児・介護休業等の諸制度が設定される。

これが我が国の社会保障制度の枠組みである。これにより国家が、自治体が年齢別に、そして年齢に関係なく国民の文化的で健康なく最低限の生活を保障する。生活保護法による＜生存権＞だけではなく、この社会保障制度総体で国民の文化的で健康なく最低限の生活を維持・増進するはずのものであった。しかし宮本太郎（宮本、2017、pp. 21-23）、著者（北島、2016、pp. 2-4）も指摘しているように、我が国の社会保障制度は重要な欠陥を有している。第1に、社会保障の構造が縦割りで構成され、保障の対象が個別に固定化されていることである。例えば、複合的障害をもつ対象は一部しか保障されない、一対象一制度という特徴を持つ。したがって第2に、制度の狭間で社会保障の対象となり得ない多くの事例が生じてくる。例えば、貧困家庭の子供支援である子供食堂はその代表的事例である。もちろんこれらの社会保障制度が十全に機能しているかどうかは次節以降で吟味したい。（社会保障入門編集委員会、2017、中央法規、p.4）

（3）老齢基礎年金（国民年金）の仕組み

一 高齢者の所得保障

老後の所得保障である我が国の年金制度の特徴は、国民皆年金であることだけではなく、それ以外に次のような特徴を有している。

1) 世代間扶養… 65歳以上の年金受給者を現役世代（20歳～60歳になる誕生日前まで）

が支える仕組みになっている。したがって少子化が進むと制度それ自体の根幹が崩れることになる。若年世代が年金保険料を支払い続けても将来的に自分が65歳（現行の受給年齢）になったときに年金を受け取ることができるか、という不安を持つのはこの世代間扶養の制度にある。現役世代と高齢者の狭間で健康年齢の延長を盾に受給年齢の延長が検討されている。財源確保の視点からすれば、受給年齢が延長されれば、年金保険料の支払年齢も当然のことながら現行の60歳の誕生日前からそれ以降に延長される。

2) 老齢基礎年金は社会保険方式である。前記したように、20歳～60歳になる前まで保険料を支払い、20歳から満額支払いをして、受給額は780,100円/年額（2016年時点）である。しかし保険料で受給者の給付額のすべてをまかなうことができないので国家財源で補填している（2014年度11.8兆円）。国家財政の悪化に伴い、年金保険料の値上げと同時に、約153兆4130億円（2017年8月）の年金積立金を財源にして年金積立金管理運用独立行政法人（GPIF）が株式投資等で運用益を捻出する方策がとられている。リスクなこの方法が妥当かどうかは検討する必要がある。

3) 2階建て方式

我が国の年金制度は、基本的に老齢基礎年金＋厚生年金である。これに企業年金あるいは個人的に加入して積み立てた個人年金のある人は3階建てになる。しかし就職をしないで結婚した女性は老齢基礎年金に加えて遺族年金が給付される可能性がある。

4) 持続的年金制度の前提要件と課題

多くの福祉分野の専門家は我が国の年金制度が持続的な人口増と経済成長を前提要件とまでは指摘しても、経済のグローバル化による年功的労使関係の変容をその要件に加えたのは近年のことである。つまり高齢化が進んでも年功的

労使関係の根幹である正規労働者の維持・増大という前提要件が崩れなければ、人口減と低成長が続いても、次代の年金設計・実施までの時間はとれたはずである。しかし1985年以降、政府・企業（＝官・民）が一体となって非正規労働者の増大に向けた政策の推進が、現在の支える側の脆弱化を招いたと言える²⁾。

支える側に立つ現役世代の、とりわけ中間層の脆弱化は非正規労働者の増大と表裏の関係にある。1995年の日経連（後に経団連と統合）による〈新日本的経営宣言〉、今後は必要な労働力を柔軟な雇用（パート、派遣、契約、アルバイト等の非正規労働者）により調達するという宣言である。このことは同時に、年功的労使関係にカテゴライズされる正規労働者は少数精鋭化するという意味でもある。労働法制の改正による人件費削減に拍車をかけたのは、裁量労働制（1987年、労働基準法改正）、そしてその更なる規制緩和である企画・立案・調査分析職種への拡大である。加えて、1988年には既に労基法の改正により変形労働制の導入により人件費削減の道筋はつけられていた。少数精鋭化は労働の質量の拡大であり、それを超過勤務手当の削減で経営側は対応した。持続的に所得が減少してきたのは当然であり、その延長線上に過労死が生じるのは当然であった。中間層の減少と所得の持続的減少は、官・民一体の政策〈効果〉であった。

（４）介護保険の仕組み

１）我が国の介護保険制度は40歳から支払い

続け、〈死〉をもって満期となる。もちろん介護保険の給付対象となるかどうかは個体差にもよる。80歳を境にして給付対象は増大する。介護保険を支える財源は、被保険者が支払う保険料50%、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%である。不足分は基金の取り崩しで補填する。問題は、高齢化に伴い給付対象者が増大し、財源の不足が生じてきていることである。この財源をどう担保するのかは極めて大きな課題である。明確な改革の青写真は未だ提起されていない。考えられる方策としては、安易ではあるが、第1に、保険料の値上げ、第2に、現行40歳の保険料支払い年齢開始時期を下げる、第3に、国、地方自治体の負担比率を上げる、そして第4に、従業員の健康を維持・確保すべく事業所負担を新たに導入する。これらの方策は〈言うに易し、行うに難し〉である。国の財政悪化、国民全体の貧困下が伸展している中で、個人負担の増大はより一層の困窮化を招来する。したがって厚生年金の事業者負担と同様、介護保険の事業者負担は検討に値する。

２）介護保険の被保険者の分類は、65歳以上を第1号保険者、第2号保険者40～64歳（指定難病罹患者は65歳にならなくても給付される）である。介護保険料を払い続けても、市町村設置の介護認定審査会で要介護〈度〉の認定を受けない限り介護保険の給付対象にはならない。医師を含む多職種チームによる介護認定を受けて、その要介護の状況に応じ

2) その突破口が1985年に公布され、1986年から施行された労働者派遣事業法である。当初はIT関連を含む16専門職のみであったのが、使い勝手の悪さに経済界の要請で逐次改正され、1996年26職種、1999年改正により原則すべての職種の派遣が可能となった。ただこの派遣法は既に産業界で請負を含めた違法・脱法行為が蔓延していた実態を法的に追認した意味合いを持っていたと同時に、その後の逐次の改正により派遣労働者を益々増大させた。この規制緩和の方法は、労基法の改正にもよく表れている。2018年1月に召集された通常国会で提出される予定の改正裁量労働は大きな問題を孕んでいる。第1に、高度プロフェッショナル制度、つまり金融ディーラー等の年収1075万円以上あるものは残業代支払い対象から外す、という裁量労働制の対象職種、所得層の拡大である。第2は、管理職に準じる職種、営業職種を裁量労働制の対象に含める。前者は今後年収を下げた残業代支払い対象を拡大する突破口になり、後者は、ホワイトカラーの全ての職種を裁量労働制の対象にするという最終着地点の意味合いを持つ。いずれにしても労働者のあらゆる職種において超過勤務手当はなくなるということの意味する。これが労働時間の短縮にむすびつくかと言えばそうではなく、超過勤務手当を払う必要がないのだから、これまでの規制緩和と実施の経緯を検討すれば理解できるように、経営側は使い勝手の良い働かせ方の手段を手に入れたということで、残業代を気にしなくてすむのでむしろ長時間労働を促進する可能性が大きい

ケア・プラン（ケアマネージャーにより）が作成され、それにもとづいて介護（生活支援）が実施される。

ところで他職種連携による在宅介護が問題とされている。地域包括ケアシステムとの関係で在宅介護が中心となってきている。その際、在宅でどのような介護を行うかは、医師、看護師、保健師、ケアマネージャー、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士等によるカンファレンス（多職種連携）で決められる。この〈連携〉が役割分担による関係で遂行されているのか、職種による〈威信〉による支配・従属関係で実施されているのかの研究が十分行われていない。介護福祉士養成課程においても、多職種連携を学生たちに授業で実習させることの立ち後れがある。介護理論は前者が妥当であるが、筆者たちの聞き取り調査では、職種による〈威信〉関係が入ったチームで行われることが現場で見られ、理論と実態との間で乖離があると考えている³⁾。

3) 2025年問題と介護保険

2025年は団塊の世代（1947年～49年）がすべて75歳以上の後期高齢者に仲間入りする年であり、高齢化率が30%に達すると推計されている。政府が増大する介護保険給付の抑制に躍起になる理由はこれである。2016年度で介護保険給付を受給している人は613.8万人、その総額は9.7兆円である。確かに、高齢化に伴い介護関連予算を含む医療、年金予算が増加していることは事実であるにしても、それははるかに以前に人口推計上予測されていたことである。その事態に向けた用意周到な準備を回避し続けて、今になって1991年のバブル解体以降、景気浮揚という大義名分のもと、膨大な赤字国債を

発行してその後始末を福祉予算の抑制・減額で措置するというのは本末転倒である⁴⁾。この歴史的経過を辿れば、高齢者の増加が予算増額の〈元凶〉のごとく断じるのは、少子化の原因が〈女性が子供を産まないため〉と同様、的外れの論理である。なぜなら加齢は人間にとって止めることのできない自然現象であり、少子化の原因は、その要因を分析し、それに対する適切な政策をとらない限り少子化を緩和させることは困難である。重要なことは、これまで少子化の原因が指摘されながら、長期にわたって適切な施策をとらなかった、問題はそこにある。

2. 高齢者の経済状況

(1) 特別養護老人ホーム入所者の所得状況

調査データとしては古いですが、2010年の「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）の調査では、所得が第1段階のものが6%（生活保護受給者でかつ世帯全員、市町村税が非課税）、第2段階57%（本人所得80万円以下でかつ世帯全員、市町村税が非課税）、第3段階16%（本人所得80万円超でかつ世帯全員、市町村税が非課税）、合計79%である。これは8年前の入所者のデータであるが、他の統計から推計しても、高齢者の生活状況は貧困化が進んでいると判断するのが妥当である。

ところで、貧困の一つの基準として市町村税の非課税がある。その所得額は以下のとおりである。

- 1) 市町村税の非課税所得額…1人世帯給与100万円以下
 - 2) 本人+扶養配偶者……………所得（年金のみ）、給与156万円以下
- 前者は生活保護の対象になる低所得である。

3) 2016年8月に旭川市におけるA事業組織で実施した聞き取り調査では、医師以下の所行と結びついた〈威信〉に基づく支配・従属（指導・被指導ではなく）の多職種連携で行われる形を指摘しており、医師それ自体の多忙さもあるが、医師の指示をもってチームが動き出すことが指摘されていた。

4) 赤字国債の発行額が1,000兆円を既に超えているが、先進国で最大の財政赤字国家であることを、そのことがどのような問題を孕んでいるのか、そしてその責任は誰にあるのか、誰がとるのかという議論は、寡聞にして聞いたことがない。戦後、丸山眞男が『現代政治の思想と行動』（合併増補版所収、未来社、1964年）で展開した〈無責任の体系〉を彷彿させる。

後者も夫婦合わせて156万円以下であれば、月額13万円であり、生活保護給付額の限界線上にある。

(2) 高齢者世帯の貧困化の伸展

1) 高齢者世帯の所得状況

2015年度の高齢者世帯の年平均所得、297万円、2016年度はやや上昇して308万円である。全世帯の平均が546万円であるから、平均所得額の56.4%に過ぎない。しかも高齢者世帯の所得の内訳は、公的年金が202万円であり、全収入の65.6%を占めている。残りの35%は、高齢者自らの労働による稼働所得による補填である。ちなみに母子家庭は270万円であり、先進国の中では群を抜いて貧困化が伸展している。ここで留意すべきは、所得額の中位値は428万円である。全体で占める高所得者の割合が平均値を引き上げていることにより、平均値から約120万円の下へのずれが生じている。相対的貧困率の計算は $428/2 = 214$ 万円以下ではなく、等価可処分所得＝世帯家計収入－非消費支出－貯蓄)を世帯人員の平方根で除し、その中央値/2以下を指す。世界で共有されたOECD方式である。2015年のデータを適用すると、中央値245万円、したがって貧困線は122万円となる。2015年の貧困率は15.6%である。世帯員の平方根で等価可処分所得を除するので、1人当たり所得ということではないが、ややそれに近い値となる。この値は低すぎて実感とはややずれがあるように思える。

2) 高齢者世帯における生活保護の伸展

高齢者世帯の保護世帯数は1992年度の585,972世帯を底値に、2017年3月時点で1,633,768世帯と一貫して増加している。他方で、生活保護人員は、1995年度の882,229人を底値に2014年度には2,165,895人に増加しているが、景気動向もあり2015、16年度は多少減少している。保護率は1.69%である。ところで2017年3月時点での厚労省の統計で、生活保護世帯総数が1,633,768その内855,586世帯が高齢者のそれであり、52.4%に達した。貧困化の要

因は高齢化による稼働所得の減少、高齢化に伴う傷病のため収入が途絶え、預貯金の取り崩しが限界に達したことであり、国民年金のみあるいは無年金世帯のために生活維持が不可能になったためである。

(3) 高齢者世帯の格差拡大

1) 地域間格差と高齢者世帯の所得間格差伸展の連動

過疎化と少子高齢化が同時進行してきたのは近年なのではなく、起点になったのは1960年代の高度経済成長政策以降である。全国総合開発計画の一全総がスタートしたのは1962年である。全総の狙いは、第1に、産業インフラの全国的整備であり、その側面での地域間の比較優位の平準化である。第2に、産業インフラの整備を踏まえて、それ自体が地域開発でもあるが、産業インフラ整備と工業化を結び付けた産業政策の推進である。一全総は、高度経済成長政策(所得倍增政策)と連動しながら、東京を起点に大阪までの太平洋岸に面した地域で工業化を集中的に推進した。製造業、インフラ整備のゼネコン、住宅関連産業、サービス業、小売り業等の集積による労働市場の拡大が北海道、東北、日本海側、九州、四国の各県から大量の労働力を当該地域に流入させた。過疎化の起点はこれである。現在の日本の国土構造形成の原型はこの1960年代にある。(北島滋、1998年)人口減少県の年次別推移を検討すればこの事態は明確である。東京圏(東京・神奈川・千葉・埼玉)から静岡、愛知そして近畿圏に布置する諸県に人口が集積した。この工業化が北関東圏そして兵庫から福岡に至る带状の工業地帯が形成され、20世紀末から21世紀初頭までは前記した地帯の諸県は人口増ないしは少なくとも人口減を押し止めた。この地帯構造から外れた北海道から東北、日本海側の諸県、四国、九州地域は、県庁所在地あるいはそれに準ずる都市を除いて少子高齢化、総体としての人口減が進捗することになる。つまり人口の視点から見た地域間格差である。

この人口の布置構造と県民所得はみごとに連

動する。県民所得を県の人口数で除した1人当たり県民所得を並べてみると、東京を基点に太平洋岸工業ベルトに布置する県が、そして東京圏の製造業を受け入れて成長した北関東、近畿圏から工業化が延伸した広島、山口が並ぶ。所得（フロー）の地域間格差は人口の地域間格差と連動している。今、47都道府県の1人当たり県民所得が1位の東京都、24位福岡県、そして47位沖縄県の男性高齢者の所得を比較すると次頁（表-1）のようになる。

表-1 高齢者の県別比較所得額

	65歳	70歳
東京都	5,142,481円	4,551,194円
福岡県	3,899,817円	3,587,742円
沖縄県	3,137,288円	2,359,160円

（賃金構造基本統計調査、2016年、厚生労働省）

このように、1960年代に形成された我が国の国土構造の在り方が、高齢者所得の地域間格差として明確に示されている。

3. 2014年の介護保険法の改正（改悪）1

（1）介護保険法改正（改悪）の狙い

前節で高齢者をめぐる状況を分析したが、高齢者の生活状況は金融・預貯金の動産所得、更に土地・建物等の不動産からの所得源泉を持つ豊かな高齢者と年金・所得補填的稼働所得の貧困高齢者との格差構造が現実に進展している。この事態のなかで、2014年に介護保険の改正（改悪）が行われた。その狙いは、「現役世代の負担を軽減するため、高齢者世帯間で負担の＜公平化＞をはかる」ということである。言葉としてはご無理ごもっともであるが、内実は、＜高齢者よ、もっと負担せよ＞である。

介護サービス受給の負担額は、改正（改悪）以前は、所得額によるが多くは10%負担であった。しかし改正（改悪）により、サービス受給の際に20%負担する65歳以上の所得額は以下のように改正（改悪）された。

- 1) 単身世帯…年金収入280万円以上
- 2) 2人世帯…夫の年金収入280万円/20%、妻

66万円/10%

- 3) 2人世帯…夫の年金収入280万円、妻0円、1世帯と考えそれぞれ10%

2人世帯で妻の負担額が異なるのは、＜1世帯＞として扱うということであるが、説明が合理的ではない。負担額の値上げを＜是＞とするのではないが、合算所得による基準にしないと、2)の扱いが2世帯として取り扱うかのごとくであり、その根拠がどういふことが問われる。

更に前期、後期高齢者の30%負担が付加されており、それは＜現役世代並みの所得＞があるものを対象としている。現役世代並みの所得とは下記のとおりである。

- 1) 1人世帯…340万円以上、30%負担
- 2) 2人世帯…463万円以上

（2）高額介護サービス利用料金上限額の値上げの意図

従来の高額介護サービス利用料金は上限37,200円（月額）であったが、それを44,400円（月額）に値上げする。上限37,000円を超えた額については利用者に還付されてきた。その上限額の値上げにより還付金が総額も削減される可能性が高い。利用料金の上限額の値上げにより、政府（厚労省）の意図が、＜返さない、返したくない＞、＜利用者は可能な限り介護保険を利用するな＞、ということになる。

（3）社会保障政策の＜調整＞論理

ここでの値上げの論理は、＜財源がない＞が動かしがたい前提となっている。とすれば、財源確保の手段としては、第1に、介護保険料の値上げである。第2に、国庫、自治体からの財源補填である。第3に、介護保険料納付者年齢を下げて納付者数を増加させる。第4に、介護保険給付率を下げる。第5に介護を受けている要介護者の支払い料金の値上げ、その他考えられるものもあるが、大きくはこれら5点である。第2は財政逼迫ということで政府、自治体、とりわけ政府は応じない。自治体も財源が豊かなところは極めて少ない。したがって最も安易な

第1の保険料値上げを選択した。次は第4、第5の選択となる。これらは既に実施しており、第4を選択すれば事業所の経営が悪化するため、要介護者の負担額を値上げすることにつながるという悪循環が生じる。政府はいずれ第3を選択することになる。ともかく搾れる所から搾り取る、という高負担、中レベルの介護水準に行きつく。

これらは、社会保障政策の〈調整の失敗〉と言えるのではないのか。なぜなら、国家財政の悪化を大義名分として、全てを国民負担とする方法だからである。介護保険は個人負担が原則であるため、医療保険のように企業や他の諸組織・団体は含まれていない。他方で、〈1億総活躍社会〉ということで、高齢者も労働市場に参入させる。しかしその稼働所得に税金と現役世代並みの負担（医療、介護保険料等）を押し付けるのであるから、働いても生活水準の向上にはつながらない。多少の収入が増加しても、所得税、地方税、消費税増税、年金、医療保険料、介護保険料等々でかえって総所得がマイナスになる。税、各種社会保険等の負担を適切に調整しなければ、高齢者の労働市場参入への動機は消失する。現時点では社会保障政策の〈調整の失敗〉と言わざるを得ない。

4. 2014年の介護保険法改正（改悪）の問題2

（1）総合支援事業の自治体移管の問題性

これまで総合支援事業についてはあまり議論もなく放置されてきた。実態は見過ごされて済む問題ではない。それでは、どのような仕組みで総合支援事業が運営されるのか。その概要は下記のとおりである。

- 1) 2017年4月から要支援1、2は介護保険から外れ、各自治体の事業に移管される
- 2) 掃除、洗濯、食事準備、介護予防事業は介護保険から外れ総合支援事業に移管される。
- 3) 財源は国・自治体が50%、介護保険料から50% = 1 : 1で負担される。

このまま受け取るとすれば、特に問題はない。しかし財政負担を吟味すれば、大きな問題を孕んでいる。

- 1) 国家財政の危機のおり、国家の財政拠出は削減が義務づけられているため、1:1を守ると仮定すれば、自治体の拠出負担は大きくなる
- 2) 財源比率1:1を厳守するとすれば、国、自治体の財政拠出が減少すれば、介護保険料からの拠出も削減される
- 3) このまま推移すると仮定すれば、全体として中期的には総合支援事業は縮小する
道北管内の、あるいは全国的な小規模自治体は総合支援事業の財政負担に耐えられるのかといえは〈否〉と言わざるを得ない。一例をあげれば、道北地域に布置する人口1,000人未満の音威子府村は、このままの財源拠出割合で、他からの財政的支援がないとすれば（例えば国、道庁）、総合支援事業の維持は困難であり、人口3,000人台の下川町も中期的には（10年）財政負担に耐えられるかは疑問符が付く。

5. 2016年、社会保険審議会介護保険部会での議論1

（1）20XX年の介護保険改正（改悪）

議論された介護保険改正（改悪）の基本的考え方は、いつも使われる用語である〈負担能力に応じた負担〉である。それでは誰が、どのように負担するのか。現在の介護保険料の負担者は下記のごとくである。

- 1) 第1号被保険者（65歳以上）
- 2) 第2号被保険者（40～64歳）

負担能力に応じた世代内、世代間負担の公平化原則である。その狙いは、2015年の75歳以上人口が1646万人から2025年には2179万人へと増加する。この2025年は団塊の世代（1947年～1949年）が全員75歳以上になる、いわゆる2025年問題と言われる。10年間で約530万人の75歳以上人口の増加により、介護給付が増加し、介護財源が持たない、という厚労省側の対応策（焦り）が世代内、世代間負担の公平化原則である。

（2）世代内、世代間の負担の公平化は高齢者へのしわ寄せ

公平化の推進策は基本的には下記のごとくなる。

1) 介護保険料の値上げによる収入増

40歳以上65歳までの現役世代に保険料の値上げを負担させる。現役世代は働くことによって収入が得られる。介護保険はすべて個人負担なので、確かに<入り>（収入）の増加に結び付く。しかし現役世代の多くが非正規労働者であり（全体では37～38%、約2,000万人超、2017年9月）、保険料の値上げはこの階層にも重くのしかかる。この論理は正規従業員が多数を占めていた1980年代までは合理性を持つが、現時点では、公平化原則は現役世代にとっても<不公平化原則>につながる。

高齢者の経済状況は、前記したように所得格差は存在するが、総体としては高齢者の貧困化が進んでいる。もちろん所得に応じた介護保険料負担（累進課税と同様の負担原理）にはなるが、所得の少ない者にとっての保険料の値上げは消費税値上げと同様、生活に大きな影響を与える。高齢者内における介護保険料負担の公平化原則は、現役世代と同様に<不公平化原則>につながる。

2) 介護保険利用料金の値上げ

政府（厚労省）は保険料の値上げと同時に、要介護者による介護サービス利用の削減（＝支出の削減）につなげるために、利用料金の値上げを実施する。貧困化の進む高齢者層は介護保

険料の値上げ、介護保険利用料金の値上げに対応するためには、利用する介護サービスの削減で応じざるをえない⁵⁾。

6. 2016年、社会保険審議会介護保険部会での議論2

（1）<高齢者いじめ>と介護保険改正（改悪）

これまで要介護度1、2への福祉用具貸与は介護保険が負担していた。そして段差解消、手すりの設置等の住宅改修も介護保険で負担していた。介護保険部会での答申は全額自己負担への転換である。更に、介護保険から全額給付されていたケアプラン作成に対しても自己負担を導入する。

これらの基本的考え方は、前記した公平化原則を踏襲する。つまり要介護度3～5の重度者への重点給付への転換である。重度者への傾斜配分という意味では合理的なように思えるが、要介護度1～2の高齢者が日常生活において1人で生活できるわけではない。必ず介護福祉士等の介護支援を必要とする方々である。要支援1、2を介護保険から外し、かつ要介護度1、2を3～5と比較すると軽いのであるから、自立支援で日常生活において可能な限り立ち立ちできるよう努力せよ、と言うのに等しい。

（2）特養への入所基準による制限

特養への入所を希望している待機要介護高齢者が多く存在し、社会問題化していた。入所希望の待機要介護高齢者の問題をどのように解決するかが、厚労省、自治体にとっては喫緊の

5 収入に応じて利用料金は10～30%の介護費用の負担となる。現役水準の所得があれば（1人世帯340万円、2人世帯463万円）最高等級位置づけによる最高額の保険料となり、利用料金も30%負担となる。

6 本論では医療保険の仕組みと課題については言及しなかった。しかし、医療保険の改正（改悪）も、高齢者の貧困化を進める大きな要因の一つである。国民皆医療制度が定着している現在、国民はどれかの医療保険に所属する。しかし医療保険をめぐっても課題は山積する。高齢化に伴い医療保険給付が増加し、財源が逼迫している。財源の逼迫を補填するために保険料の値上げと窓口負担の割合の値上げが実施されているし、予定されている。通常は医療機関の窓口で30%負担であるが、高齢者医療制度が適用されている65歳～75歳未満の高齢者にも所得に応じて20%負担、1人世帯340万円以上、2人世帯463万円以上は30%負担である。75歳以上の後期高齢者医療制度は通常10%負担であるが、1人世帯340万円以上、2人世帯463万円以上は30%負担になる。その値上げの大義名分は介護保険と同様患者負担の適正化である。しかし今後留意すべきは、国民健康保険（国保）の都道府県移管に伴う保険料、窓口負担値上げ等への影響である。国保は退職者、自営業者等の多くが加入する健康保険である。現段階においても保険料の年額は決して軽くはない。都道府県の市町村に対する納付額の割り当ていかんによっては保険料に大きな影響を与える。

課題であった。その中で、厚労省は2016年4月から特養への入所基準を要介護度3以上に引き上げた。この大義名分は、いつものように要介護度3～5の重度者を優先するという主張である。

入所希望の待期要介護高齢者の問題を解決するには、第1に、特養施設の増設である。第2に、特養設置を増設せずに、特養への入所を制限するという方法である。前者は国の財政抛出の増加につながる。後者は入所基準を引き上げて入所を制限し、入所できなかった要介護高齢者を在宅介護に回す。この方法は、現在厚労省によって推進されている地域包括ケアシステムと接続する。両者を比較すると、財政抛出は後者が少ない。したがって厚労省は、後者を選択した。事実として、入所希望の待期要介護高齢者が減少した。この要因が「入所をあきらめさせた」のかは定かではない。厚労省にとっては財政抛出を少なくし、待期要介護高齢者を減らすという2重の政策的効果を手に入れたことになる。確かに待期要介護高齢者の削減、財政抛出の削減につながったことからすれば、一見、調整の「成功」に見えるが、要介護高齢者の入所へのあきらめを誘発する「要介護高齢者棄民」策であり、本当に調整の「成功」と言えるかどうかは疑問である⁽⁶⁾。

引用文献

- Agulietta, M., 1989, Regulation et Crises du Capitalisme 若森章孝訳「資本主義のレギュレーション」大村書店
- 深沢七郎著、檀山節考、1956、中央公論 11月号、中央公論社
- 社会保障入門編集委員会、社会保障入門 2017、中央法規、p.4
- 北島滋、2016、地域の居場所と地域支援ネットワーク『市政うつのみや』第12号、うつのみや市政研究センター
- 北島滋、1998、開発と地域変動、東信堂、pp.43-44
- 宮本太郎、2017、共生保障〈支え合い〉の戦略、岩波書店

高齢者層の貧困化と社会保障制度の調整の失敗 (2) …次号掲載

1. 高齢者をめぐる国家予算策定の問題1
 - (1) 厚労省内の予算配分の視点と国家予算全体の視点
 - (2) 予算の組み替えは可能か
 - 1) 1,000兆円超の赤字国債…政府の子会社日銀が400兆円購入
 - 2) デフォルト (財政破綻宣言)
 - 3) 省益優先のなかで、予算の枠組み変更
2. 高齢者をめぐる国家予算策定の問題2
 - (1) 高齢者問題解決の国家予算策定の問題
 - 1) 高齢者の増加に関わる、あるいは福祉に関わる予算をすべて赤字国債で賄う
 - 2) 働く者に賃金抑制、大手企業内部留保への課税
 - 3) 法人税等の大幅減税の中止
 - 4) 福祉予算の抑制の中止
3. ポピュリズム的選挙公約による高齢者施策の空洞化
 - (1) 2%の消費税の使いみちの変更
 - 1) 消費税と年金、介護、医療費の1999年予算総則
 - 2) 2% (5.2丁) 円の消費税と教育の無償化
 - 3) 2%を前提として策定されていた年金、介護、医療に関する政策の動向
 - (2) ポピュリズム的選挙公約による高齢者施策の空洞化
 - 1) 高齢者に関わる予算は抑制ないしは削減
 - 2) 貧困高齢者の生活展望
4. 社会保障制度の調整の失敗と新しい「支え合い」——結びにかえて
 - (1) 宮本太郎のいう新しい「支え合い」の創造で貧困高齢者の生活を支えられるか
 - (2) 支える側の脆弱化
 - 1) 国家、自治体の財政の現況
 - 2) 地域包括支援システムという名の地域への丸投げ

- 3) 現役労働世代の脆弱化…非正規労働者の増大(2017年7～9月3月平均、2014万人、37%)、労働者間の所得格差
- (3) 支えられる側の増加とアクティヴ化の可能性
 - 1) 高齢者の労働力化
 - 2) 高齢者の介護予防、各支援法制度の地域内調整・統合によるアクティヴ化
 - 3) 地域組織（自治会、NPO、企業、福祉系事業所、ボランティア）の連携
- (4) 結論…新しい「支え合い」は調整の失敗の代替措置か

