

## 日本の国民皆保険・皆年金体制の展開と福祉国家類型

平岡 公一 (히라오카 고우이치, お茶の水大学)

### 1. はじめに

筆者に与えられた課題は、日本の福祉国家体制の特質について、特に社会保険に焦点を合わせながら分析を行うことである<sup>1</sup>。

日本の福祉国家体制において、社会保険は中核的位置を占めており、今日では、ILO基準の社会保障給付費のうち約9割が、社会保険に関する給付費で占められている<sup>2</sup>。年金・医療の分野に着目すると、日本の社会保障制度は、国民の全員を医療保険・年金保険でカバーする国民皆保険・皆年金体制<sup>3</sup>という特徴をもっている。この体制が成立した1960年代初頭以降、日本の社会保障政策にとっての主要な課題は、第一に、それぞれの時期の財政的、政治・経済的制約条件のなかでこの体制に内在する問題を解決するための制度改革を実施することであり、第二に、この体制の維持を前提としつつ、社会保障制度を、産業構造や人口・家族の状況あるいは政治イデオロギーの状況等の環境条件の変化に対応させていくことであった。この点は、日本の福祉国家体制の特質の分析を行う場合、特にその変化の経路依存性 (path dependency) に注目する場合、十分に考慮する必要がある。

このような観点に立って2節では、国民皆保険・皆年金体制の特質とそこに内在する問題を明らかにして、その上で、その問題への対応方法の変化と、環境条件の変化に対応するための制度の拡充と再編・縮小という観点から、1960年代以降今日にいたる社会保障政策の展開を分析する。3節では、その結果をふまえて、比較福祉国家研究の観点からみた日本の福祉国家体制の特質について若干の考察を行うことにしたい。

## 2. 国民皆保険・皆年金体制の成立と展開

### (1) 立型」国民皆保険・皆年金体制の成立

国民皆保険・皆年金体制は、1961年4月に、国民年金制度が新たにスタートする一方で、国民健康保険の全市町村での実施が実現することによって成立した<sup>4</sup>。この「皆保険・皆年金」体制については、それが全国民が加入する単一の医療保険・年金制度で構成されるのではなく、職域・地域ごとに設立された制度のいずれかに全国民を強制的に加入させることで成立する「分立型」の皆保険・皆年金体制であるという点に留意する必要がある。

具体的には、医療保険制度も年金保険制度も、被用者（employee）を対象にする被用者保険（零細企業の労働者や非正規労働者等を除く）と、その他の国民を対象にする地域保険の二部門に大きく分かれており、さらにそれぞれの部門の中での分化がみられる。医療保険の場合は特にその分化が著しい。大企業の労働者は各企業が設立する健康保険組合、公務員・教員等は共済組合、中小企業の労働者は政府が運営する政府管掌健康保険、自営業者等は市町村が運営する国民健康保険に加入することとされ、1961年度の時点で、保険者の数は、3,670に及んだ（吉原・和田、1999、168頁）。その後、小規模な制度の統合は行われたが、分立型の制度体系の基本は今日まで維持されている。

また医療保険・年金制度は、社会保険制度であっても、必ずしも保険料のみで運営されているわけではない点に留意する必要がある。例えば、1961年度の時点で、国民健康保険（自営業者等が加入）の療養給付費の総額のうち25%を国が負担し、拠出制の国民年金（自営業者等が加入）の納付された保険料の総額の2分の1にあたる額を国が負担する仕組みとなっていた。

さて、このような性格をもつ国民皆保険・皆年金体制には次のような基本的な問題が内在していた<sup>5</sup>とみることができる。

#### ① 度間格差

事業主（employer）による保険料負担の有無や、被保険者の所得水準の違いなどにより、保険料負担や給付水準の格差が生じる。具体的には、自営業者と被用者、中小企業労働者と大企業労働者・公共部門の労働者の間の格差などが問題となった。

#### ② 付水準の低さ

これは、自営業者等を対象にする制度や、被用者保険の扶養家族のための給付で深刻であった。例えば1961年度の時点では、国民健康保険の給付率も、健康保険（民間企業の被用者が対象）の扶養家族の給付率も5割に過ぎなかった。

#### ③ 度間の移動や、被保険者数・受給者数の制度間の不均等な変化の問題

分立型の制度であるため、個人レベルで見ると、転職等によって制度間を移動した人が不利益を被るといった問題が生じる可能性がある。また制度レベルで見ると、産業構造や人口の年齢構造の変化等によって、被保険者数や受給者数、給付額などが制度間で不均等に变化する可能性があり、制度の財政運営の不安定や格差の拡大が生じる可能性がある。

#### ④ 「保険」であることによる生活保障機能の限界

これは、一元的な制度の場合でも同様であるが、生活保障のニーズに対応する仕組みとしてみた場合、社会保険制度には、拠出が給付の前提となっていて、給付水準が被保険者の負担能力によって制約されることや、給付は定型的なものであって個別のニーズへの対応に限界があるという問題がある。

#### ④ 費導入による独立性や安定性の欠如

社会保険制度の財源として公費を利用することのマイナス面として、政治的にみた場合には政府からの独立性が保てず、財政的には、財政事情や財政政策の影響を受けやすいという問題がある。

なお、この第五の問題については、政治学的な分析が必要であり、日本ではこれまでの議論と研究の蓄積が少ないため、本論文では検討の対象から除外し、主に①から④の4つの問題を検討の対象とする。

さて、以下では、国民皆保険・皆年金体制確立以降の日本の社会保障政策の展開を、これらの問題への対応方法の変化と、環境条件の変化に対応するための制度の拡充と再編・縮小という観点から分析する。その際に、1960年代初頭から今日までの40数年を、福祉国家体制確立期（1960～70年代）と、福祉国家体制再編期（1980年代以降）の二つの時期に大きく区分する。第1次石油危機が起きた1973年ではなく1980年で時期を区切るのは、1970年代半ばから1980年にかけて、なお給付水準の引き上げを伴う医療保険・年金制度の一連の改革が実施されており、政府の政策が、給付費用の抑制策に転換するのは、1980年代に入ってからだったからである。

## (2) 福祉国家体制確立期（1960～70年代）における展開

この時期は、国民皆保険・皆年金体制の枠組みの中で、給付水準の引き上げ等により制度の拡充をはかるための一連の制度改革が実施された時期である。この時期の社会保障政策の展開を、前述の五つの問題との関連でみておこう。

第一の制度間格差の問題に対しては、劣位にある制度において給付水準の引き上げなどの改善策を講じることによって格差の縮小が目指されたが、その際に、高度成長による歳出の伸びを背景に、公費の投入が積極的に行われた点にこの時期の特徴がある。例えば、国民健康保険においては、1968年に7割給付が完全に実施されるなど、給付水準の大幅な改善が実現したが、その前提となったのは、国庫負担の割合の大幅引き上げであった。

このような対応策がとられたことについては、公費の配分における不公平や政策の非一貫性、あるいは社会保険の原則からの逸脱という観点からの批判があり得る（星野、2004）。しかし、日本ではそのような見方は有力な見解ではない。

第二の給付水準の低さの問題に関しては、年金制度・医療保険制度とも、繰り返し、給付の引き上げのための制度改革を実施することで改善が図られた。例えば、厚生年金制度に関しては、モデル年金（長期加入者の標準的な年金額）の額をとって「一万円年金」「二万円年金」「五万円年金」「九万円年金」と呼ばれるより高い水準の年金額を保障する一連の制度改革が実施された。1976年の制度改革によって実現した「九万円年金」とよばれるモデル年金の額は、被保険者の「平均標準報酬」（おおざっぱに言えば、現役の勤労者の給与の平均水準）の6割にあたる水準を実現した。この時期には、また給付水準の引き上げのほか、年金制度における自動物価スライド制や賃金スライド制<sup>6</sup>の導入（1973年）、医療保険制度における給付期間の制限の撤廃（1963年）、医療保険の自己負担額に上限を設ける高額療養費支給制度の導入（1973年）などの制度の改善策が相次いで実施された。また、医療保険制度の枠外で実施された改革であるが、1973年には、70歳以上の高齢者の医療費の自己負担分（3割ないし5割）を公費により肩代わりする老人医療費支給制度が実現した（いわゆる老人医療の無料化）。

こうした一連の改革の評価に関しては、例えば、年金制度におけるモデル年金の額と実際の年金受給額のズレ、あるいは、年金額の格差の問題なども十分考慮する必要があるが、日本政府は、70年代までの制度の改善により、年金・医療保険制度が、欧米先進諸国と比べて「遜色のない水準」に達したという見解を表明するようになった。

この時期の一連の改革の問題点については、1980年代以降の政策展開との関連でいえば、最低限、次の点に留意する必要がある。第一に、一連の制度改革は、国庫負担の増加をもたらすものが多かったが、年金制度の給付改善に見合った保険料の引き上げが行われなかったために後代負担の増加（後の世代への負担の先送り）を引き起こした（横山・田多、1991、194～199頁）。第二に、フリーアクセスの原則や診療報酬の出来高払い制という日本の医療制度の基本的特徴を維持したまま大幅な給付改善を行い、さらに、老人医療の無料化を行ったため、医療費、特に老人医療費の持続的な増加という問題が生じた。

さて、皆保険・皆年金体制に内在する第三の問題のうち、被保険者の制度間の移動の問題については、年金の通算制度の導入（1954年、1976年）の創設によって一応の解決をみた。一方、社会変動が各制度に及ぼす不均等なインパクトという問題に関しては、この時期が、公費負担の増加などで財政基盤の強化が実現した時期であり、人口高齢化の水準が低かったため、直ちにそれが制度改革に結びつくということにはなかったが、80年代初頭には、国民皆保険・皆年金制度にとってこの問題が放置しえない重大な問題になる。

第四の生活保障機能の限界に関しては、そうした原理的な限界にもかかわらず、制度設計上の工夫と公費負担の導入によって、多様なリスクやニーズに対して、可能な限り公的扶助・社会手当その他の制度よりも社会保険制度でカバーするための制度改革がこの時期（またその後の時期にも）に実施

された。年金制度の場合、すでに基本的な給付の改善が終了していた 70 年代半ば以降に、障害年金・遺族年金や在職老齢年金の改善、あるいは各種加算制度の新設・改善などそうした性格の改革が頻繁に実施される傾向がみられた。

### (3) 福祉国家体制再編期（1980 年代以降）における展開

1980 年代には、財政危機からの脱出を目指して公共支出の抑制策が実施され、年金・医療の制度改革も、給付費用、特に国庫負担の削減・抑制という目標のもとで実施された。1980 年代末のバブル景気と消費税導入を背景に高齢者保健福祉サービスの大幅な拡充を目指す「ゴールドプラン」<sup>7</sup>が実施されるという動きもみられたが、90 年代に入り、バブルの崩壊とともに、日本経済は、長期不況に直面することとなった。この時期以降の年金・医療保険の制度改革は、80 年代にもまして、いっそう保険料や患者自己負担の引き上げと、給付費用の削減・抑制に重点をおくものとなった。2001 年 4 月に誕生した小泉純一郎内閣は、新自由主義的・市場主義的性格の強い「構造改革」を推進したが、社会保障の分野に関しても、年金と医療制度の抜本的な制度改革に取り組むこととなった。2004 年には、長期的に安定的な制度を確立するという目的を掲げて年金制度改革が実施されたが、その目的の達成には疑問がもたれている。医療制度改革については、2003 年 3 月に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」が定められ、2008 年までに順次制度改革を行うこととなったが、まだ改革全体の具体像は明確でない。この時期に、国民皆保険・皆年金体制の五つの問題への対応についてどのような展開がみられたかをみておこう。

第一に、制度間格差の問題は、およそ次のように整理できるだろう。①医療保険の給付水準は、2002 年の法改正により、高齢者・乳幼児を除き、7 割に統一された。これは、被用者本人等の給付水準引き下げによる低水準への収斂といえる。②国民健康保険制度への高水準の国庫負担は続いたが、その引き上げは限界に達し、制度間の「財政調整」という方法（後述）により、問題の解決がはかられた。③年金制度については、1985 年の制度改革により、共済組合と厚生年金の間の「官民格差」は解消したとされた。所得比例年金を受けられる被用者と自営業者との格差は残った。いずれにしても、制度間格差の問題は、今日では、制度基盤の弱い制度の「存続（持続可能性）」問題に移行したとみるべきだろう。

第二の給付水準の問題に関しては、その「低さ」ではなく「高さ」が問題にされるようになった。1984 年の年金制度改革では、被用者年金に関して、モデル年金でみて 2 割程度の給付水準の引き下げが実施された<sup>8</sup>。90 年代後半以降は、現役勤労者世帯と高齢者の年金水準とのバランスと、世代間の給付と負担のバランスの不公平が問題にされる傾向がある。2000 年改革では、厚生年金（所得比例部分）の給付水準が 5%引き下げられた。2004 年改革では、年金制度への信頼を回復するために、2017 年まで保険料（率）を順次引き上げたのち、厚生年金の保険料率を 18.3%、国民年金の保険料を 16,900 円に固定するという「保険料固定方式」という新たな方式を採用された。また、その保険料率に対応

した厚生年金の給付水準が、現役勤労者の平均賃金の50%程度になるという見通しが示された<sup>9</sup>。

高齢者(70歳以上)の医療に関しては、1982年の老人保健法の成立により、老人医療費支給制度が廃止され、患者の自己負担が復活した。その負担額は、当初は低額だった(外来1ヶ月400円、入院1日300円)が、その後繰り返し引き上げられ、2002年の制度改革により、原則1割の定率負担(9割給付)に統一された。また、所得が一定以上の場合、負担率は2割とされ、社会保険制度でありながら応能負担が導入された。

第三の社会変動が各制度に及ぼす不均等なインパクトの問題は、1980年代における年金・医療保険制度の大幅な再編を促した最も重要な要因であった。高度成長期以降の農業従事者・商工自営業者の大幅な減少と、人口高齢化の進展は、国民健康保険制度と国民年金制度に深刻な影響をもたらした。特に、国民健康保険制度の場合には、1973年の老人医療無料化による老人医療費の増加の影響がこれに加わり、事態はより深刻になった。

この問題に対応するために1980年代前半に2つの新たな仕組みが作られた。第一に、1982年の老人保健法の制定により、医療保険各制度と国・地方自治体が共同で拠出を行って高齢者医療の費用を賄う仕組みがつけられた。第二に、1984年の健康保険法等の改正により、被用者が退職して被用者保険から国民健康保険に移った場合に、その費用を退職者の保険料と被用者保険からの拠出によって賄う退職者医療制度が創設された<sup>10</sup>。いずれも、加入者のなかで高齢者の割合が高い制度の負担を緩和する財政調整の仕組みである。

年金制度に関しては、1985年に行われた大規模な制度改革において、20歳~59歳の国民が全員加入する新たな国民年金制度(主な給付は均一給付の基礎年金)が導入された。これも、保険制度間の財政調整の仕組みといえる<sup>11</sup>(田多、1994、112~121頁)。

このように社会変動のインパクトに対して、制度体系の一元化ではなく、財政調整の仕組みをつくることで国民皆保険・皆年金体制の維持・存続をはかってきたこと<sup>12</sup>が、この時期の社会保障政策の基本的な特質といえる。しかし、近年では、このような対応策の限界を示す新たな問題が生じている。その第一は、国民年金制度の「空洞化」問題といわれる未加入・未納率の増加の現象である。第二に、高齢者医療の費用を賄うための被用者保険からの拠出金が人口高齢化とともに大幅に増加し、拠出能力の限界に近づいているという問題がある。第三の問題は、非正規労働者の増加傾向が著しく、正規雇用を前提している被用者保険を中心に組み立てられている社会保険制度の機能に限界が生じていることである。

さて、社会保険の生活保障機能の限界という第四の問題に関してであるが、この時期にも、一般的な給付の引き上げや国庫負担の増額が困難な状況のなかで、多様なリスクやニーズに社会保険制度で対応するための改革が実施された。1985年の年金制度改革における基礎年金制度の導入による障害者・女性の年金権の確立、あるいは2004年改革における離婚時の年金分割を認める制度(被用者年金)の導入がその代表例である。医療保険の患者自己負担率の引き上げに対応して応能負担的な性格の負担基準が設けられたり、少子化対策との関連で、育児休業中の年金保険料の免除措置を講ずるとい

改革も実施された。

しかし、社会保険制度に広範な生活保障の機能を担わせることには、本質的な限界があるとともに、時には、社会的公正という点から見たときの弊害も生じうる。後者の例としては、1985年の国民年金制度改革の結果発生した「第三号被保険者問題」をあげることができる。これは、この改革で、被用者の被扶養配偶者（主に女性で、いわゆる専業主婦）が保険料を負担することなく基礎年金受給権を得る仕組みが導入されたのであるが、その仕組みが不公平であって、女性の労働意欲を損なうとして批判されている問題である。これは、ジェンダー平等実現の課題や労働意欲との関係を十分考慮せずに、支払い能力に応じて負担しニーズに応じて給付を受けるという原則に則して新たな生活保障のニーズに対応する制度を導入した（堀、1997、79頁）ために発生した事態である。

### 3. 比較福祉国家研究からみた日本の福祉国家体制の特質

#### (1) 社会保障費用からみた福祉国家類型と日本の位置

2節の分析結果をふまえて、日本の福祉国家体制の特質を分析するのが本節の課題であるが、まず、社会保障費用の水準からみた日本の位置について検討することにしたい。

筆者は、1987年に発表した論文（平岡、1987）で、1960年～77年の時期（日本の「福祉国家体制確立期」にあたる）の先進諸国20カ国（当時のOECD加盟国）の社会保障給付費（ILO基準）の比較分析を行ったことがある。この時期には、日本の社会保障比率（社会保障給付費の対GDP比）は、先進国中、最低の水準であった。1960年、65年、70年、75年、77年の社会保障比率にクラスター分析の手法を適用して、類型化を行ったところ、日本だけが独立して1つのクラスターを形成する結果となった。

筆者は、その後、1989年までのデータを使った分析を行ったが（平岡、2003）、1980年代に入ると、日本の社会保障比率は、必ずしも先進国中最下位ではなくなった。そして、高齢化率と社会保障比率の双方について、その変化を他の先進諸国と比較すると、図1に示す興味深い知見が得られた。このグラフは、日本では、1970年代から80年代にかけて、人口高齢化が急速に進んだにもかかわらず、社会保障比率の伸びが相当に抑制されたことを示している。もっとも1990年代に入ると、社会保障比率の分母のGDPが伸び悩んだこともあって、社会保障比率は相当なペースで増加した。しかし、日本の社会保障比率は、1996年で13.1%、2001年でも16.2%であり、スウェーデン・ドイツなどの欧州諸国に比べると相当低い水準にとどまっている（国立社会保障・人口問題研究所、2003）。

#### (2) 福祉国家レジーム論と日本の位置

日本が、エスピン・アンデルセンの福祉国家レジームないし福祉レジームの類型（Esping-Andersen,

1990, 1999) のどれにあてはまるのかということは、しばしば議論の的となってきた。彼自身が、この問題を扱った論文を書いている (Esping-Andersen, 1997) が、それによれば、日本は、社会保険制度の職域別の分化や家族主義という点では保守主義レジームの特徴を有するが、年金・医療における私的部門の大きさという点では、自由主義レジームの特徴を有するのであり、ハイブリッド型の様相を呈している。筆者は、これを妥当な見解と考えるが、彼は、さらに、日本の福祉国家は、依然として形成途上の段階にあり、どの型に属するのかを判断するのは早計だと主張している。

筆者は、この点については、確かに、欧州諸国に比べて年金の成熟化や人口高齢化が遅れたということはあるものの、前節の分析で明らかにしたように、日本の福祉国家体制の中核をなす社会保険制度の枠組みは、1980年——『福祉資本主義の3つの世界』(Esping-Andersen, 1990) の計量分析で用いたデータの年次——までには確定していたと考えている。そしてすでにその時点で、日本の福祉国家レジームは、保守主義と自由主義の要素が組み合わさったハイブリッド型の様相を呈していた。その後の変化をどうみるかが重要である。

まず社会保険制度の「分立」についてみると、今日まで「一元化」は実現していないが、国庫負担と財政調整という方法により、制度間の格差の是正や制度基盤の弱い制度の存続が図られてきた。確かに所得比例年金や分立型の医療保険制度は階層化機能(階層維持機能)を果たしているが、前節でみてきた政策展開のなかには、平等化のモメントもかなり働いている。また、保守主義レジームのもう一つの特徴とされる家族主義に関しても、公的扶助や社会福祉サービスはともかく、今日の年金・医療保険が、子世代による老親の扶養を前提にしているとは言い難い。保守主義レジームの特徴は弱まってきているといえる。

一方、福祉国家再編期に入ってから、年金・医療保険給付の水準がしばしば引き下げられ、私的な年金・保険が政策的に奨励されているという点でみると、日本の福祉国家体制に自由主義レジームの要素が強まってきているともいえる。しかし、普遍的な給付をミーンズ・テスト付き給付に置き換えるという傾向が顕著なわけではなく、アメリカ合衆国に典型的にみられるような社会保険受給者層と公的扶助受給者層の亀裂(二重構造)はみられない。公的扶助受給によるスティグマは強いかもしれないが、前節でみたように、公的扶助受給層が拡大することのないよう社会保険制度で低所得層もできるだけカバーし、多様なニーズに対応するという政策がとられてきたのである。

なお、1990年代なかばまで長期にわたって完全雇用が維持されてきたことに着目して、日本の福祉国家レジームに社会民主主義的要素が含まれるという見方もあるが、必ずしも妥当とはいえないだろう。というのも、宮本太郎(1997, 33-38頁)が指摘しているように、日本における完全雇用の維持が、必ずしも政策努力の結果とはいえず、独特の雇用慣行や、中小企業・小売業の保護策、高水準の公共事業費による土木建設分野の雇用の維持などの複合的な結果であると考えられるからである。

ただ、筆者は、前節でみた国民皆保険・皆年金体制の構造と展開過程からみて、社会民主主義レジームの方向への展開の可能性が潜在的に存在していたとも考えている。実際、今日の時点から振り返れば政策技術的に稚拙であって弊害が多かったとみなされがちであるが、老人医療無料化のような平等主義



的な政策が一時期実施されたこともある。国庫補助や財政調整によって制度間格差を是正したり、制度基盤の弱い制度を支えることについて、ある程度の合意が成り立っている。筆者はまた、介護保険制度の制度設計に関しても、自由主義レジームの方向に展開していく可能性と、社会民主主義レジームの方向に展開していく可能性の双方が含まれているという指摘を行ったことがある（平岡、1998）

### (3) 家族主義の問題

エスピン・アンデルセン(Esping-Andersen, 1999, p.83)は、保守主義福祉レジームの特徴の一つとして家族主義 (familialism) をあげ、特に南欧諸国と日本にそのことがあてはまると指摘している。「家族がその成員の福祉に対する責任を第一に負わなければならないと公共政策が想定するようなシステム」としての家族主義 (Esping-Andersen, 1999, p.51) は、今日の日本でも、公的扶助と（介護保険サービスを除く）社会福祉サービスを規定する原理であるといつてよい。しかし、社会保障制度全般に関しては、家族主義の影響力が、家族機能の衰退とともに次第に弱まってきたことを無視するべきでないだろう。

このことを前提にしつつ、日本の福祉国家体制における家族主義について、さらにいくつかの点を指摘しておきたい。

第一に、日本では、保育所の整備が1960年代から1970年代にかけて急速に進み、保育所数は、1960年から1980年までの間に約2.2倍に増加した。1980年代にその増加はとまったが、1990年時点で、「保育所整備率」（3歳以下の児童人口に対する公共保育施設の定員の割合）は、12%に達し、デンマークやフランスよりはるかに低い水準とはいえ、ドイツ・イギリスなどを大きく上回っていた（金、2005、60頁）。これは必ずしもジェンダー平等の観点から実施された政策の結果とはいえないが、日本の福祉国家体制における家族主義が、もともと、それほど強固な原理だったのではないことを示している。

第二に、家族主義の問題は、日本社会の「企業社会」的性格との関連で分析する必要がある。例えば、長時間労働などの独特の雇用慣行が、子育て期の女性の就労の保障に対する保育サービスの効果を阻害しているという面がある。

第三に、家族主義が「意図されない結果」を引き起こす場合にも留意する必要がある。1970年代から1980年代にかけて深刻化した高齢者の「社会的入院」（医学的には必要が無くとも介護の必要上行われる長期入院）は、老人医療の無料化による入院治療へのアクセスの改善<sup>13</sup>と、家族主義に起因する介護サービスの整備と利用の立ち遅れが複合した結果生じたものと考えられる。J.C.キャンベルの分析 (Campbell, 2002) によれば、そのことが、後に創設された介護保険制度において、ドイツの制度を上回る高い給付水準が実現される原因の一つとなるのである。

第四に、家族主義の規範を内面化した家族が、福祉国家体制のなかでどのような役割を果たすかという問題がある。戦後日本の障害者福祉の展開をみていくと、障害をもつ子どもの親が、障害者福祉

の推進に果たした役割が多いことがわかる。ただし、金智美（2005）が、自治体の政策過程を分析した結果によれば、障害をもつ子どもの親の団体の運動が政策形成に重要な役割を果たす中で、医療・教育・訓練に重点をおく政策体系が形成され、親が専門職に代わる「治療者・訓練者」として位置づけられるという結果が生じたという。

福祉国家体制における家族主義についての分析を進めるにあたっては、家族主義のこの多様な側面に着目した分析が必要となるだろう。

#### (4) 「男性稼ぎ手モデル」からの転換をめぐる問題

1960年代から70年代にかけて確立した日本の福祉国家体制は、他の先進諸国の場合と同様に、男性稼ぎ手モデル（male breadwinner model）の社会保障制度に支えられるものであった。このような性格をもつ日本の福祉国家体制は、その後、ジェンダー平等の要求に対処することを迫られるようになるが、男女雇用機会均等法が制定されたのが1980年代半ばであったことからわかるように、そうした要求への政策的対応は、多くの先進諸国よりも遅れた。

前節では、社会保障政策の展開過程を、国民皆保険・皆年金体制に内在する問題への対応の過程としてとらえて分析を行ったが、その内在する問題のなかに、ジェンダー平等の要求への対応が含まれていたとみることはできない。その一方で、厚生年金は、そもそも女性の老齢年金支給開始年齢を男性よりも低く設定する制度設計になっていたし、遺族年金・母子年金の給付改善など女性の経済的地位の改善につながる制度改革もしばしば行われた。このような女性の生活保障のニーズにきめ細かに対応する制度の創設や改革の積み重ねの上に立って、1985年の年金制度改革における「女性の年金権の確立」が実施された。この改革によって、離婚した女性に、就労経験のいかんにかかわらず、生涯にわたって働き続けてきた男性と同水準の基礎年金給付が保障されたことは、女性の経済的自立の保障という点でいくらかの前進だったという見方も成り立つ。しかし、基礎年金の額が、一般に生活保障制度の最低生活保障水準を下回るレベルであることからみても、セインズベリー（Sainsbury, 1996, p.39）のいうところの「脱家族化効果」（家族関係と関わりなく、社会的に受容可能な生活水準を維持できる程度）をもつものとは認めがたい。その一方でこの改革は、前述のように、「第三号被保険者」制度を作り出したことにより、「男性稼ぎ手モデル」から「個人モデル」への転換をかえって遅らせたともみることのできる内容の改革であった。2004年の年金改革においても、所得比例年金に離婚時の年金権分割の仕組みが導入されたことで、離婚女性の生活保障という点では前進がみられたが、「第三号被保険者問題」の解決に必要な改革は見送られた。

もっとも、1999年には男女共同参画社会基本法が制定され、近年、労働政策の分野では、少子化対策との関係もあって、育児休業中の所得保障の改善など雇用・労働におけるジェンダー平等につながるあらたな動きがみられる。小泉内閣において、男女共同参画社会基本法の理念が内閣レベルの方針により明確に反映されるようになり、「男性稼ぎ手モデル」からの転換の可能性が高まったという指摘

もある(大沢、2004、33-39頁)。小泉内閣の政策においては、公共支出の抑制に重点がおかれているなかで、保育・介護サービスは比較的優先されている分野だという見方もできる。しかしながら、保育・介護サービスの市場化政策の結果、保育・介護労働の不安定労働化が進んでいるという点も合わせて考慮する必要がある。

#### 4. まとめ

最後に分析結果の要点をまとめておきたい。

日本の福祉国家体制は、1961年に成立した国民皆年金・皆保険体制をその中核に据えて、1960年代から70年代にかけて確立された。「分立型」の皆保険・皆年金体制には、給付水準の低さに加えて、制度間格差や、社会変動が各制度に及ぼす不均等なインパクトなどの基本的な問題が内在していた。給付水準に関しては、1960年代から70年代にかけてその引き上げが頻繁に行われ、老人医療の無料化も実現した。しかし、80年代に入ってから、給付費用の抑制・削減のための給付水準の引き下げが行われるようになった。

制度間格差の問題に関しては、1960~70年代には、国庫負担の拡大による問題解決が図られる傾向が強かった。ところが、80年代に入ってから、それが次第に困難になり、それに代わって保険制度相互間の財政調整という方法が用いられる傾向が強まった。あるいは、制度間格差の問題というより、制度基盤の弱い制度の存続自体があやふまされるという皆年金・皆保険体制の根幹に係わる事態が発生するようになり、問題の性質自体が変化したということかもしれない。

高度成長期以降の自営業層人口の大幅な減少と、人口高齢化の進展は、自営業層や無職層を対象とする医療保険制度・年金制度に深刻な影響を及ぼした。こうした社会変動のインパクトに対して、制度体系の一元化によってではなく、財政調整の仕組みをつくることによって国民皆保険・皆年金体制の存続をはかったところに、1980年代以降の日本の福祉国家体制の再編成過程の一つの特徴があるともみることができる。

以上の分析結果をふまえて福祉国家体制の国際比較における日本の位置を検討する際には、少なくとも1980年代までの日本の福祉国家体制が、社会保障給付費の水準の低さで特徴づけられていたということを無視することはできない。また、人口高齢化の急速な進展にもかかわらず、社会保障給付費の対GDPの伸びを相当に抑制してきたのが、日本の特色であることも明らかになった。しかし、このことをふまえた上でもなお、日本の福祉国家レジームが、保守主義レジームと自由主義レジームの特徴を併せ持つハイブリッド型であるという指摘は妥当なものと考えられる。また、国民皆保険・皆年金体制が、制度間格差の問題に対処し、さらに財政調整による制度の再編を進めていく中で、保守主義レジームの特徴が弱まり、その一方で、1980年代以降、自由主義レジームの特徴が強まる傾向がみられたのも事実である。しかし、現在でもなお、日本の福祉国家レジームには、自由主義レジーム

の基本的特徴のいくつかが欠けている。その一方で、公費負担を導入するなどの方法により社会保険制度の対象を低所得層に広げ、かつ、多様な生活保障のニーズに社会保険によって対応できるしくみを取り入れてきた点も、日本の福祉国家体制の特徴といえるのである。

こうした特徴は、女性の経済的地位の改善に結びつく年金制度の改革がしばしば行われてきたことと対応するのであるが、それにも関わらず、日本の社会保障制度の「男性稼ぎ手モデル」的特質には根深いものがある。1985年の年金改革は、離婚した女性の経済的地位の向上につながる側面ももっていたが、「脱家族化効果」をもつものとは認めがたく、「個人モデル」への転換をかえって遅らせたともいえるものであった。近年では、ジェンダー平等を推進する政策が、政府の政策体系のなかにより明確に位置づけられるようになったという見方もあるが、女性非正規労働者の増加や、介護・保育労働の不安定労働化の進展などの側面と合わせて評価を行うことが必要と考えられる。

(未定稿、2005年4月13日)

## 参考文献

- Campbell, John Creighton (2002) "How Policies Differ: Long-Term Care Insurance in Japan and Germany", in Harald Conrad and Ralph Luetzeler (eds.) *Aging and Social Policy: A Germany and Japan Comparison*, Iudicium, pp. 157-187.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1997) "Hybrid or Unique? The Japanese Welfare State between Europe and America", *Journal of European Social Policy*, 9-3, pp.179-189.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press.
- 平岡公一(1987)「社会保障発展の趨勢分析」『季刊社会保障研究』社会保障研究所、22-4、3-17頁。
- 平岡公一(1998)「介護保険制度の創設と福祉国家体制の再編成」『社会学評論』49-3、389-406頁。
- 平岡公一(2003)「社会保障給付費の趨勢分析」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所、142、17-30頁。
- 堀勝洋(1997)『年金制度の再構築』東洋経済新報社。
- 星野信也(2004)「社会的公正に向けた選別的普遍主義」『福祉社会学研究1』福祉社会学会、229-250頁。
- 金智美(2005)『福祉国家体制確立期における自治体福祉政策過程と「日本型福祉国家レジーム」』お茶の水女子大学博士論文。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2003)『平成13年度社会保障給付費』。
- 宮本太郎、1997、「比較福祉国家の理論と現実」岡沢憲美・宮本太郎編『比較福祉国家論』法律文化社、12~43頁。

大沢真理、2004、「福祉国家とジェンダー」大沢真理編『叢書現代の経済・社会とジェンダー』明石書店、17～40頁。

Sainsbury, Diane (1996) *Gender, Equality and Welfare State*, Cambridge University Press.

島崎謙治(2005)「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫・池上直己編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房、1～53頁。

田多英範(1994)『現代日本社会保障論』光生館。

玉井金吾(2002)「日本社会保障と「財政調整」システム」『大原社会問題研究所雑誌』523、12～23頁。

牛丸聡(1996)『公的年金の財政方式』東洋経済新報社。

横山和彦・田多英範編(1991)『日本社会保障の歴史』学文社。

吉原健二・和田勝(1999)『日本医療保険制度史』東洋経済新報社。

<sup>1</sup> 本論文では、主に年金保険と医療保険を検討の対象としているが、日本には、雇用保険制度(1947年に失業保険制度として創設)、労働者災害補償保険制度(1947年に創設)、介護保険制度(1997年に創設)も存在している。

<sup>2</sup> (国立社会保障・人口問題研究所、2003、8頁)による。

<sup>3</sup> 「皆保険」を、年金制度を含む意味で使って、本論文で言うところの「国民皆保険・皆年金体制」のことを、単に「国民皆保険体制」と呼ぶ場合もある。

<sup>4</sup> 国民健康保険制度は、1938年から存在していたが、全国的に実施されているわけではなかった。1958年の国民健康保険法の全面改正により、1961年4月までに全市町村で国民健康保険制度を実施することとなった。

<sup>5</sup> 国民皆保険・皆年金体制の問題点や、その展開過程についての以下の記述は、(星野、2004; 島崎、2005; 田多、1994; 玉井、2002; 牛丸、1996; 横山・田多、1991; 吉原・和田、1999)に基づいている。

<sup>6</sup> ここでいう自動物価スライド制とは、物価上昇率に合わせて年金額を毎年改定する仕組みを言う。一方、賃金スライド制とは、年金額の算定にあたって、年金算定の基礎となる過去の賃金額(日本の年金制度では「標準報酬」)を、現在までの賃金水準の向上を考慮して現在価値に再評価して算定する仕組みを指す。

<sup>7</sup> 正式には、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」。

<sup>8</sup> ただし、これは、若い世代(コホート)ほど年金制度への平均的な加入期間が長くなるから、加入期間1年あたりの受給年金額を、世代(コホート)に応じて最大で約2割下げたということであって、一律に年金額が2割引き下げられたわけではない。

<sup>9</sup> 2000年までの制度改革では、給付水準を引き下げる場合も、既に年金を受けている高齢者等の年金額が下がることはなく、物価スライドも保証されていた。しかし、2004年の改革では、被保険者数の減少や平均寿命の延びに応じて、年金額の引き上げ幅を物価上昇分よりも少なくする「マクロ経済スライド」という方式が導入された。このことにより、すでに受けている年金(基礎年金も含む)の価値が実質的に低くなる事態も起きうることとなった。また、1994年と2004年の制度改正により、被用者の年金支給開始年

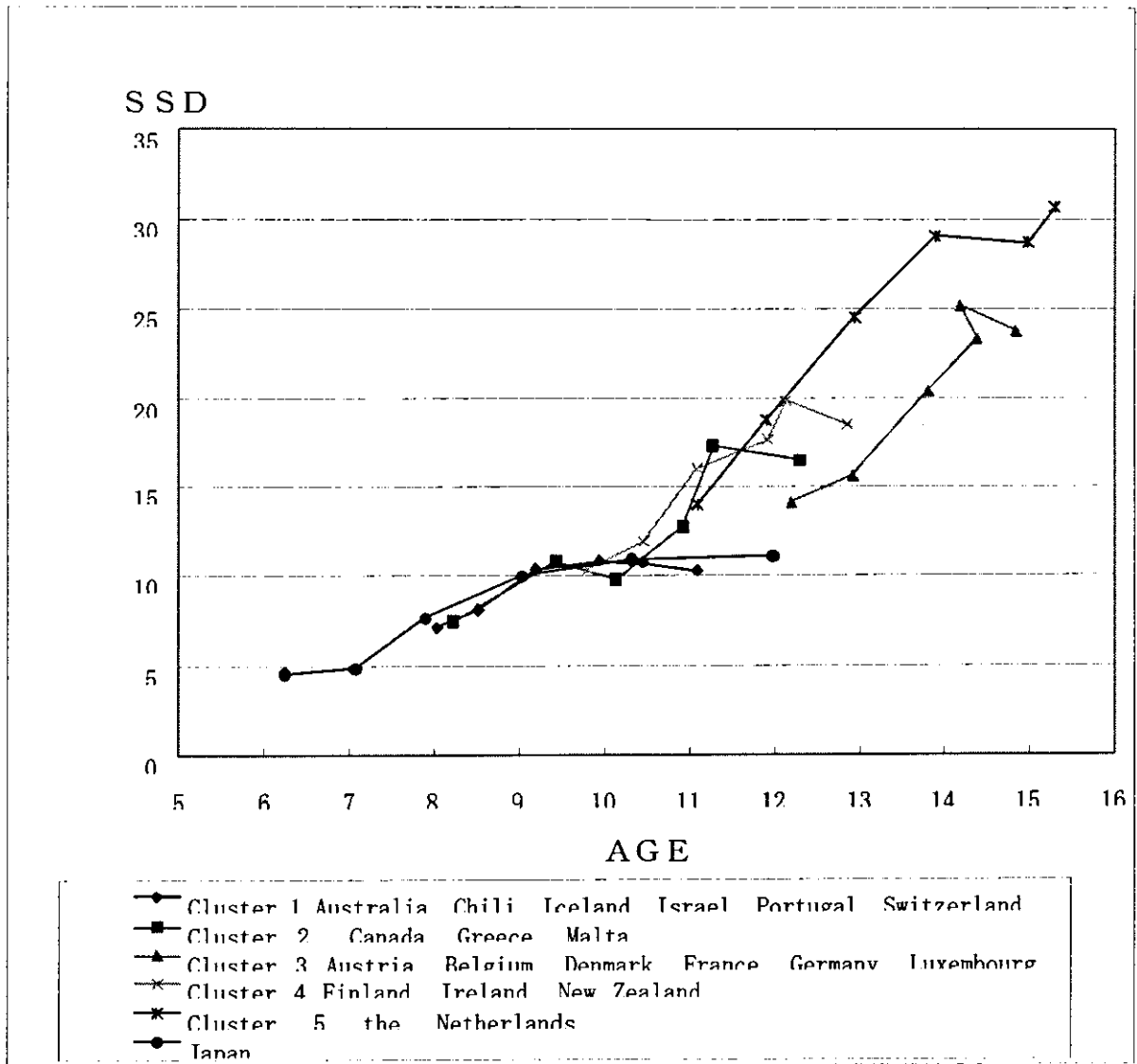
齢が、長い時間をかけて 60 歳から 65 歳に引き上げられることとなった(完全に実施されるのは男性が 2013 年、女性が 2025 年)。

<sup>10</sup> この高齢者の医療費に関する新たな制度と退職者医療制度については、その後、給付水準や費用の拠出の基準等に関して、何度かの制度改革が行われている。

<sup>11</sup> 新しい制度のもとで、被用者は、国民年金制度に加えて、所得比例給付を行う被用者年金制度(厚生年金制度・共済年金制度)に加入する。新しい制度においては、一見すると、均一給付の部分において年金制度の一元化が実現したかのように思える。しかし、拠出に関しては、被用者は、自営業者等と同様に定額の保険料を直接拠出するのではなく、被用者年金制度において所得に比例する額の保険料を支払い、被用者年金制度が、基礎年金給付に要する費用を国民年金に拠出するという仕組みになっている。したがって、制度が一元化されたのではなくて、財政調整という仕組みが採用されたと見るのが妥当であろう。

<sup>12</sup> ただし、1997 年における 3 つの共済組合の厚生年金への統合といった小規模な制度の統合は行われている。

<sup>13</sup> ただし、付添婦を患者自らが雇うことによる患者の費用負担や、制度上は認められていない病院による「お世話料」の徴収による患者の費用負担は広範に見られ、介護が必要な高齢者の入院に関する限り、実際には「無料」といえるものではなかった。







## 일본의 국민개보험·개연금체제의 전개와 복지국가 유형

平岡 公一 (히라오카 고우이치, お茶の水大學)

### 1. 머리말

필자에게 주어진 과제는 일본의 복지국가의 특질에 대해, 특히 사회보험에 초점을 맞추어 분석하는 것이다<sup>1)</sup>.

일본의 복지국가체제에 있어서 사회보험은 중심적인 위치를 차지하고 있으며, 오늘날에는 사회보험에 관한 급여비가 ILO기준 사회보장급여비중의 약 9할을 차지하고 있다<sup>2)</sup>. 연금·의료분야에 착목해 보면 일본의 사회보장제도는 전국민을 의료보험·연금보험으로 커버하는 국민개보험·개연금체제<sup>3)</sup>라는 특징을 지니고 있다. 이 체제가 성립한 1960년대초반 이후 일본의 사회보장정책의 주요과제는, 첫 번째가 각각의 시기의 재정적 정치·경제적 제약조건 속에서 이 체제에 내재하는 문제를 해결하기 위한 제도개혁을 실시하는 것이었고, 두 번째가 이 체제의 유지를 전제로 하면서 사회보장제도를 산업구조와 인구·가족상황 혹은 정치이데올로기 상황 등의 환경조건의 변화에 대응시켜 가는 것이었다. 이 점은 일본 복지국가체제의 특질을 분석할 때, 특히 그 변화의 경로의존성(path dependency)에 주목할 경우에 충분히 고려할 필요가 있다.

이러한 관점에 서서 2절에서는 국민개보험·개연금체제의 특질과 거기에 내재하는 문제를 밝히고, 그 위에 그 문제에의 대응방법의 변화와, 환경조건의 변화에 대응하기 위한 제도의 확충과 재편·축소라는 관점에서 1960년대 이후 오늘날에 이르기까지의 사회보장정책의 전개를 분석한다. 3절에서는 그 결과에 입각해서 비교복지국가연구의 관점에서 본 일본의 복지국가의 특질에 대해서 약간의 고찰을 해 보기로 하겠다.

### 2. 국민개보험·개연금체제의 성립과 전개

1) 본 논문에서는 연금보험과 의료보험을 주된 검토대상으로 하지만 일본에는 고용보험제도(1947년에 실업보험제도로서 창설), 노동자재해보상보험제도(1947년에 창설), 개호보험제도(1997년에 창설)도 존재하고 있다.

2) (국립사회보장·인구문제연구소, 2003, 8쪽)에 의함.

3) 단 「개보험」을 연금제도를 포함하는 의미로 사용하고, 본 논문에서 말하는 「국민개보험·개연금체제」를 「국민개보험체제」로 부르는 경우도 있다.

### (1) 「분립형」 국민개보험·개연금체제의 성립

국민개보험·개연금체제는 1961년 4월에 국민연금제도가 새롭게 출발하는 한편 국민건강보험을 전시초손(=시군읍:기초자치단체)에서 실시하도록 한 것에 의해 성립했다<sup>4)</sup>. 이 「개보험·개연금」 체제에 대해서는, 그것이 전국민이 가입하는 단일의료보험·연금제도로 구성된 것이 아니고, 직장별·지역별로 설립된 제도의 어느 쪽에 전국민을 강제적으로 가입시키는 형태로 성립한 「분립형」의 개보험·개연금체제라는 점에 유의할 필요가 있다.

구체적으로는 의료보험제도도 연금보험제도도 피고용자(employee)를 대상으로 하는 피용자보험(영세 기업의 노동자와 비정규직노동자 등을 제외함)과 그 외의 국민을 대상으로 하는 지역보험의 두 부문으로 크게 나누어졌으며, 게다가 각각의 부문 내에서의 분화를 볼 수 있다. 특히 의료보험의 경우 그 분화가 현저하다. 대기업노동자는 각 기업이 설립하는 건강보험조합, 공무원·교원 등은 공제조합, 중소기업노동자는 정부가 운영하는 정부관장건강보험, 자영업자 등은 시초손(=시군읍:기초자치단체)이 운영하는 국민건강보험에 가입하도록 되어, 1961년 시점에 보험자수는 3670에 달했다(요시하라·와다, 1999, 168쪽). 그 후 소규모 제도통합은 이루어졌지만 분립형 제도체계의 기본은 오늘날까지 유지되고 있다.

또한 의료보험·연금제도는 사회보험제도이지만 반드시 보험료만으로 운영되지 않았다는 점에 유의할 필요가 있다. 예를 들면 1961년 시점에 국민건강보험(자영업자 등이 가입)의 요양급여비총액 중의 25%를 정부가 부담하고, 거출제국민연금(자영업자 등이 가입)에 납부된 보험료총액의 2분의 1에 해당하는 금액을 정부가 부담하는 구조였다.

그런데 이러한 성격을 지니는 국민개보험·개연금체제는 다음과 같은 기본적인 문제를 내포하고 있었다<sup>5)</sup>고 볼 수가 있다.

#### ① 제도간 격차

사업자(employer)에 의한 보험료부담의 유무와 피보험자의 소득수준의 차이 등에 의해 보험료부담과 급여수준의 격차가 일어난다. 구체적으로는 자영업자와 피고용자, 중소기업노동자와 대기업노동자·공공부문노동자 사이의 격차 등이 문제가 되었다.

#### ② 급여수준의 낮음

이것은 자영업자 등을 대상으로 하는 제도와 피용자보험의 부양가족을 위한 급여에서 심각했다. 예를 들면 1961년 시점에서는 국민건강보험의 급여율도 건강보험(민간기업의 피고용자가 대상)의 부양가족의 급여율도 5할에 지나지 않았다.

#### ③ 제도간 이동과 피보험자수·수급자수의 제도간 불균등한 변화의 문제

분립형의 제도이기 때문에 개인레벨에서 보면 전직 등에 의해 제도간을 이동한 사람이 불이익을 당하

4) 국민건강보험제도는 1938년부터 존재하고 있었지만 전국적으로 실시된 것은 아니었다. 1958년의 국민건강보험법의 전면개정에 의해 1961년 4월까지 전시초손(=전국의 기초자치단체)에서 국민건강보험제도를 실시하도록 했다.

5) 국민개보험·개연금체제의 문제점과 그 전개과정에 대한 이하의 서술은, (호시노,2004; 시마자키,2005; 타다,1994; 타마이,2002; 우시마루,1996; 요코야마·타다,1991; 요시하라·와다,1999)에 근거하고 있다.

는 문제가 생길 가능성이 있다. 또한 제도레벨에서 보면 산업구조와 인구연령구조의 변화 등에 의해 피보험자수·수급자수와 급여액 등이 제도간에 불균등하게 변화할 가능성이 있으며, 제도의 재정운영의 불안정과 격차 확대를 초래할 가능성이 있다.

#### ④ 「보험」인 것에 의한 생활보장기능의 한계

이것은 일원적인 제도의 경우도 마찬가지인데 생활보장기능에 대응하는 기구로서 볼 경우, 사회보험 제도는 거출이 급여의 전제이므로 급여수준이 피보험자의 부담능력에 의해 제약받는 것과, 정형적인 급여이므로 개별수요에의 대응에 한계를 지니고 있는 문제가 있다.

#### ⑤ 공적비용 도입에 의한 독립성과 안정성의 결여

사회보험제도의 재원으로 공적비용을 이용하는 것의 마이너스 면으로서, 정치적으로는 정부로부터의 독립성을 유지할 수 없으며 재정적으로는 재정사정과 재정정책의 영향을 받기 쉽다는 문제가 있다.

더구나 이 다섯 번째 문제에 대해서는 정치학적인 분석이 필요하지만, 일본에서는 지금까지의 논의와 연구축적이 적기 때문에 본 논문의 검토대상에서 제외하기로 한다. 본 논문에서는 ①에서 ④의 네 가지 문제를 주된 검토대상으로 하겠다.

그럼 이하에서는 국민개보험·개연금체제확립 이후 일본의 사회보장정책의 전개를 이들 문제의 대응 방법의 변화와, 환경조건의 변화에 대응하기 위한 제도의 확충과 재편·축소라는 관점에서 분석하고자 한다. 그 계제에 1960년대 초반부터 지금까지의 시기를 복지국가체제확립기(1960~70년대)와 복지국가체제 재편기(1980년대이후)의 두 시기로 크게 구분한다. 제1차 석유파동이 일어난 1973년이 아니고 1980년에서 시기를 구획짓는 것은 1970년대 중반부터 1980년에 걸쳐서 급여수준의 인상을 수반한 의료보험·연금 제도의 일련의 개혁이 실시되었고 또 정부정책이 급여비용의 억제책으로 전환한 것이 1980년대에 들어서면서부터였기 때문이다.

### (2) 복지국가체제확립기(1960~70년대)에 있어서의 전개

이시기는 국민개보험·개연금체제의 틀 속에서 급여수준의 인상 등에 의해 제도확충을 도모하기 위한 일련의 제도개혁이 실시된 시기이다. 이시기의 사회보장정책의 전개를 앞에서 언급한 다섯 가지 문제와 관련해 살펴보기로 하자.

제1의 제도간 격차문제에 대해서는 급여수준인상 등을 통해 열위에 있는 제도의 개선책을 강구함으로써 격차축소를 지향했는데 그 때에 고도성장에 의한 세출신장을 배경으로 공적비용을 적극적으로 투입한 것이 이시기의 특징이다. 예를 들면 국민건강보험에 있어서는 1968년에 7할급여가 실시되는 등 급여수준이 대폭적으로 개선되었다. 하지만 그 전제로 된 것은 국민부담비율의 대폭적인 인상이었다.

이와 같은 대응책이 취해진 것에 대해서는 공적비용배분의 불공평성과 정책의 비일관성 혹은 사회보험원칙으로부터의 이탈이라는 관점에서의 비판이 있을 수 있다(호시노, 2004). 그러나 일본에서는 그러한 견해는 유력하지 않다.

제2의 낮은 급여수준의 문제에 관해서는 연금제도·의료보험제도 둘 다 반복해서 급여인상을 위한 제도개혁을 실시하는 것으로 개선을 도모했다. 예를 들면 후생연금제도에 대해서는 모델연금액(장기가입자

의 표준연금액)을 들어 「일반엔연금」 「이란엔연금」 「오만엔연금」 「구만엔연금」으로 불리는 보다 높은 수준의 연금액을 보장하는 일련의 제도개혁이 이루어졌다. 1976년의 제도개혁에 의해 실현된 「구만엔연금」의 모델연금액은 피보험자의 「평균표준보수」(대충 말하면 현역근로자임금의 평균수준)의 6할에 해당하는 수준을 실현했다. 또한 이시기에는 급여수준의 인상외에 연금제도의 자동물가슬라이드제와 임금슬라이드제의 도입(1973년), 의료보험의 급여기간제한 철폐(1963년), 의료보험의 자기부담액에 상한을 설정하는 고액요양비지급제도도 도입(1973년) 등의 제도개선책이 잇따라 실시되었다. 그리고 의료보험제도의 틀 외에서 실시된 개혁이지만 1973년에는 70세이상 고령자의 의료비자기부담분(3할 내지 5할)을 공적비용에 의해 책임지는 노인의료비지급제도가 실현되었다(소위 노인의료무료화).

이러한 일련의 제도개혁의 평가에 관해서는 연금제도의 모델연금액과 실제 연금수급액의 차이 또는 연금액의 격차문제 등도 고려할 필요가 있는데, 일본정부는 1970년대까지의 제도개선에 의해 연금·의료보험제도가 서구선진제국에 비해 「손색없는 수준」에 달했다는 견해를 표명하기에 이르렀다.

이시기의 일련의 개혁의 문제점에 대해서 1980년대 이후의 정책전개와의 관련에서 말하자면 최저한 다음과 같은 점에 유의할 필요가 있다. 첫 번째, 일련의 제도개혁은 국고부담증가를 초래하는 것이 많았는데 연금제도의 급여개선에 걸맞은 보험료인상이 행하여지지 않았기 때문에 후세대부담의 증가(다음세대대의 부담전가)를 일으켰다(요코야마·타다, 1991, 194~199쪽). 두 번째, 프리엑세스(free-access)의 원칙과 진료보수의 데끼다카바라이제(=수량제지급)라는 일본의 의료제도의 기본적 특징을 유지한 채 대폭적인 급여개선을 실시했으며 또 그 위에 노인의료무료화를 행했기 때문에 의료비 특히 노인의료비의 지속적인 증가라는 문제가 일어났다.

그런데 개보험·개연금체제에 내재하는 제3의 문제 중 피보험자의 제도간 이동문제에 대해서는 연금의 통산제도의 도입(1954년, 1976년)에 의해 일단은 문제가 해결되었다. 반면에 사회변동이 각 제도에 미치는 불균등한 영향이라는 문제에 대해서는 이시기가 공적비용부담의 증가 등으로 재정기반강화가 실현된 시기이고 인구고령화수준이 낮았기 때문에 곧바로 그것이 제도개혁으로 이어지지 않는 않았다. 하지만 이 문제는 80년대 초반에는 국민기보험·개연금제도에 있어서 더 이상 방치해 둘 수 없는 중요한 문제가 된다.

제4의 생활보장기능의 한계에 관해서는 그러한 원리적인 한계에도 불구하고 제도설계상의 고안과 공적비용도입으로 다양한 리스크와 수요에 대해 가능한 한(공공부조·사회수당 등의 제도보다도) 사회보험 제도로서 커버하기 위한 제도개혁이 이시기(또 그 후의 시기에)에 실시되었다. 연금제도의 경우 이미 기본적인 급여개선이 종료한 70년대 중반 이후에도 장여연금·유족연금과 재직노령연금의 개선 또는 각종가산제도의 신설·개선 등의 개혁이 빈번히 실시되는 경향이 나타났다.

### (3) 복지국가체제재편기(1980년대 이후)에 있어서의 전개

1980년대에는 재정위기로부터의 탈출을 향해 공공지출억제책이 실시되어 연금·의료제도개혁도 급여비용 특히 국가부담의 삭감·억제라는 목표하에서 이루어졌다. 1980년대말에는 거품경기와 소비세도입을 배경으로 고령자보건복지서비스의 대폭적인 확충을 피하는 「골드 플랜」<sup>6)</sup>이 실시되는 움직임도 있었지만

6) 여기에서 말하는 자동물가슬라이드제는 물가상승률에 맞추어서 매년 연금액을 개정하는 것을 말한다. 한편 임금슬라이드제는 연금액을 산정할 때 연금산정의 기초가 되는 과거의 임금액(일본의 연금제에서는 「표준보수」)을 현재까지의 임금수준향상을 고려해 현재가치로 재평가해서 산정하는 것을 말한다.

7) 정식명칭은 「고령자보건복지추진십개년전략」.

90년대에 들어서면서 거품경제의 붕괴와 함께 일본경제는 장기적인 불황에 직면하게 되었다. 이시기 이후의 연금·의료보험의 제도개혁은 80년대보다 한층 더 보험료와 환자자기부담의 인상과 급여비용의 삭감·억제에 중점을 두게 되었다. 2001년 4월에 탄생한 고이즈미준이치로내각은 신자유주의적·시장주의적 성격이 강한 「구조개혁」을 추진했는데 사회보장분야에 대해서도 연금과 의료제도의 발본적인 제도개혁을 꾀했다. 2004년에는 장기적으로 안정적인 제도를 확립한다는 목적을 내세워 연금제도개혁을 했지만 그 목적달성에는 의문이 제기되고 있다. 의료제도개혁에 관해서는 2003년 3월에 「의료보험제도체계 및 진료보수체계에 관한 기본방침」을 정해 2008년까지 순차적으로 제도개혁을 행하기로 했다. 하지만 아직 개혁전체의 구체적인 형상은 명확하지가 않다. 이시기에 국민개보험·개연금체제의 다섯 가지 문제의 대응에 대해 어떠한 전개가 있었는지를 살펴보고자 한다.

제1의 제도간 격차문제는 대략 다음과 같이 정리할 수 있을 것이다. ①의료보험의 급여수준은 2002년의 법개정에 의해 고령자·영유아를 제외하고 7할로 통일되었다. 이것은 피고용자본인 등의 급여수준인하에 의한 저수준에의 수렴이라고 할 수 있다. ②국민건강보험제도에의 고수준의 국민부담은 계속되었지만 그 인상은 한계에 달해 제도간의 「재정조정」이라는 방법(뒤에 언급함)에 의해 문제해결을 도모했다. ③연금제도에 대해서는 1985년의 제도개혁에 의해 공제조합과 후생연금간의 「관민격차」가 해소되었다고 여겨졌다. 소득비례연금을 받는 피고용자와 자영업자와의 격차는 여전히 존재했다. 어쨌든 간에 제도간 격차문제가 현재에는 제도기반이 약한 제도의 「존속(지속가능성)」문제로 이행했다고 보아야 할 것이다.

제2의 급여수준문제에 대해서는 그 「낮음」이 아니고 「높음」이 문제가 되었다. 1984년의 연금제도 개혁에서는 피용자연금에 대해 모델연금으로 계산하면 2할정도의 급여수준인하를 실시했다<sup>8)</sup>. 90년대 후반 이후는 현역근로자세대와 고령자연금수준과의 밸런스(균형)와, 세대간 급여와 부담의 밸런스의 불공평이 문제가 되는 경향이 있다. 2000년개혁에서는 후생연금(소득비례부분)의 급여수준이 5% 저하되었다. 2004년개혁에서는 연금제도에의 신뢰를 회복하기 위해 2017년까지 보험료(율)를 순차적으로 인상한 후 후생연금의 보험료율을 18.3% 국민연금의 보험료를 16900엔으로 고정한다는 「보험료고정방식」이라는 새로운 방식을 채용했다. 또한 그 보험료율에 대응한 후생연금의 급여수준이 현역근로자 평균임금의 50%정도가 된다는 전망을 제시했다<sup>9)</sup>.

고령자(70세이상)의료에 대해서는 1982년의 노인보건법의 성립에 의해 노인의료비지급제도가 폐지되어 환자자기부담이 부활했다. 그 부담액은 당초는 저액(외래1개월400엔, 입원하루300엔)이었지만 그후 반복해서 인상되어 2002년의 제도개혁에 의해 원칙1할의 정률부담(9할급여)으로 통일되었다. 또한 소득이 일정 이상의 경우에는 부담률이 2할로 되어 사회보험제도이면서 응능부담(=능력에 따른 부담)이 도입되었다.

제3의 사회변동이 각 제도에 미치는 영향문제는 1980년대의 연금·의료보험제도의 대폭적인 재편을 촉진시킨 가장 중요한 요인이었다. 고도성장기이후의 농업종사자·상공자영업자의 대폭적인 감소와 인구고령화의 진전은 국민건강보험제도와 국민연금제도에 심각한 영향을 불러일으켰다. 특히 국민건강보험제

8) 단 이것은 젊은세대(cohort)일수록 연금제도에의 평균가입기간이 길어지기 때문에 가입기간 1년 당의 수급연금액을 세대(cohort)에 준해서 최대한 약 2할 내렸다는 것도 있으므로 일률적으로 연금액이 2할 인하된 것은 아니다.

9) 2000년까지의 제도개혁에서는 급여수준을 끌어내리는 경우에도 이미 연금을 받고 있는 고령자 등의 연금액이 떨어지지 않았으며 물가슬라이드도 보증되어 있었다. 하지만 2004년의 개혁에서는 피보험자수의 감소와 평균수명의 연장에 따라 연금액의 인상을 물가상승분보다도 적게 하는 「마크로 경제슬라이드」방식이 도입되었다. 이에 의해 이미 받고 있는 연금(기초연금 포함)의 가치가 실질적으로 저하하는 사태도 일어날 수 있게 되었다. 또한 1994년과 2004년의 제도개정에 의해 피용자의 연금지급개시연령이 60세에서 65세로 끌어올려졌다 (완전히 실시되는 것은 남성이 2013년, 여성이 2025년).

도의 경우에는 1973년의 노인의료무료화에 의한 노인의료비증가의 영향이 이것에 가해져 사태는 더욱 심각했다.

이 문제에 대응하기 위해 1980년대 전반에 두 가지의 새로운 조치가 취해졌다. 첫 번째는 1982년의 노인보건법제정에 의해 각 의료보험제도와 중앙정부·지방자치단체가 공동거출해 고령자의료비용을 조달하도록 했다. 두 번째는 1984년의 건강보험법 등의 개정으로 인해 피고용자가 퇴직한 후 피용자보험에서 국민건강보험으로 옮길 경우에 그 비용을 퇴직자의 보험료와 피용자보험으로부터의 거출에 의해 조달하는 퇴직자의료제도가 창설되었다<sup>10)</sup>. 둘 다 가입자중에서 고령자의 비율이 높은 제도의 부담을 완화하려는 재정조정장치이다.

연금제도에 관해서는 1985년에 이루어진 대규모제도개혁에서 20세~59세의 전국민이 가입하는 새로운 국민연금제도(주된 급여는 균일급여의 기초연금)가 도입되었다. 이것도 보험제도간의 재정조정장치라고 할 수 있다<sup>11)</sup>(타다, 1994, 112~121쪽).

이처럼 사회변동의 영향에 대해서 제도체계의 일원화가 아닌 재정조정장치를 만드는 것으로 국민개보험·개연금체제의 유지·존속을 도모해 온 것<sup>12)</sup>이 이시기의 사회보장정책의 기본적인 특질이라고 할 수 있다. 그러나 최근에는 이러한 대응책의 한계를 보이는 새로운 문제가 일어나고 있다. 그 첫 번째는 국민연금제도의 「공동화」(=사각지대)문제로 알려져 있는 미가입·미납율의 증가현상이다. 두 번째는 고령자의료비용을 조달하기 위한 피용자보험으로부터의 거출금이 인구고령화와 함께 대폭적으로 증가해 거출능력이 한계에 다가가 있다는 문제이다. 세 번째의 문제는 비정규노동자의 증가경향이 두드러져 정규고용을 전제로 하는 피용자보험을 중심으로 구성되어 있는 사회보험체제의 기능에 한계가 나타나고 있다는 것이다.

그리고 사회보험의 생활보장기능의 한계라는 제4의 문제에 관해서인데 이시기에도 전반적인 급여인상과 국고부담의 증액이 곤란한 상황속에서 다양한 리스크와 수요(필요)에 사회보험체제로서 대응하기 위한 개혁이 이루어졌다. 1985년 연금제도개혁시의 기초연금제도도입에 의한 장애자·여성의 연금권확립 혹은 2004년개혁에서의 이혼시의 연금분할권 인정제도(피용자연금)도입이 그 대표적인 예이다. 또 의료보험의 환자자기부담률의 인상에 대응해 응능부담적인 성격의 부담기준을 마련했으며 소사회(=저출산)대책과 관련해 육아휴업중의 연금보험료 면제조치를 강구하는 개혁도 이루어졌다.

그러나 사회보험제도에 광범한 생활보장기능을 떠맡기는 것은 본질적으로 한계가 있음과 동시에 경우에 따라서는 사회적공정이라는 점에서 볼 때 폐해도 생길 수가 있다. 후자의 예로서는 1985년의 국민연금제도개혁의 결과 발생한 「제3호피보험자문제」를 들 수 있다. 「제3호피보험자문제」는 1985년의 개혁으로 피용자의 피부양배우자(주로 여성으로 이른바 전업주부)가 보험료를 부담하지 않고도 기초연금수급권을 획득하는 조치가 취해진 것과 관련해 그 조치가 불공평하며 여성의 노동의욕을 상실시킨다고 비판의 대상이 된 문제이다. 이것은 젠더평등실현의 과제와 노동의욕과의 관계를 충분히 고려하지 않고 지

10) 이 고령자의료비에 관한 새로운 제도와 퇴직자의료제도에 대해서는 급여수준과 비용거출의 기준 등에 관한 몇 번인가의 제도 개혁이 이루어졌다.

11) 새로운 제도하에서 피고용자는 국민연금제도에 더해 소득비례급여를 실시하는 피용자연금제도(후생연금제도·공제연금제도)에 가입한다. 새 제도는 언뜻 보기에 균일급여부분에 있어서 연금제도의 일원화가 실현된 것처럼 보여진다. 그러나 거출에 관해서 피용자는 자영업자 등과 같이 정액보험료를 직접 거출하는 것이 아니고 피용자연금제도내에서 소득에 비례하는 금액의 보험료를 지불하며, 피용자연금제도가 기초연금급여에 필요한 비용을 국민연금에 거출하는 책임자로 되어있다. 따라서 제도가 일원화된 것이 아니고 재정조정이라는 조치가 채용되었다고 보는 것이 타당할 것이다.

12) 단지 1997년에 세 군데의 공제조합이 후생연금에 통합되는 소규모 제도통합이 이루어졌다.

불능력에 따라서 부담하고 필요에 따라서 급여를 받는다는 원칙에 준하여 새로운 생활보장의 수요에 대응하는 제도를 도입했기(호리, 1997, 79쪽)때문에 발생한 사태이다.

### 3. 비교복지국가연구에서 본 일본의 복지국가체제의 특징

#### (1) 사회보장비용에서 본 복지국가유형과 일본의 위치

본절의 과제는 2절의 분석결과를 근거로 일본의 복지국가체제의 특징을 분석하는 것이다. 먼저 사회보장비용의 수준에서 본 일본의 위치에 대해서 검토하고자 한다.

필자는 1987년에 발표한 논문(히라오카, 1987)에서 1960~1977년(일본의 「복지국가체제확립기」에 해당한다)의 선진20개국(당시의 OECD가맹국)의 사회보장급여비(ILO기준)에 관한 비교분석을 한 적이 있다. 이 시기에는 일본의 사회보장비용(사회보장급여비의 대 GDP비)이 선진제국 중에서 최저수준이었다. 1960년, 65년, 70년, 75년, 77년의 사회보장비용에 클러스터분석수법을 적용시켜 유형화 해 본 결과 일본만이 독립적으로 하나의 클러스터(cluster)를 형성하는 결과를 얻었다.

그후 필자는 1989년까지의 데이터를 사용한 분석을 했는데(히라오카, 2003) 1980년대에 접어들어 일본의 사회보장비용이 선진국 중에서 반드시 최하위이지는 않았다. 그리고 고령화비율과 사회보장비용을 들어 그 변화를 다른 선진제국과 비교해 본 결과 그림1에 나타내듯이 흥미로운 식견을 얻을 수가 있었다. 이 그래프는 일본이 1970년대에서 80년대에 걸쳐서 인구고령화가 급속하게 진행했음에도 불구하고 사회보장비용의 신장이 상당히 억제되었다는 것을 보여주고 있다. 그렇지만 1990년대에 들어가면 사회보장비용의 분모인 GDP가 침체상태에 빠진 것도 있고 해서 사회보장비용은 대단한 스피드로 증가했다. 그러나 일본의 사회보장비용은 1996년에 13.1%, 2001년에 16.2%이며 스웨덴·독일 등의 유럽제국에 비하면 상당히 낮은 수준에 머물러 있다(국립사회보장연구문제연구소, 2003).

#### (2) 복지국가레짐론과 일본의 위치

일본이 에스핑엔더슨의 복지국가레짐 내지 복지레짐 유형(Esping-Andersen, 1990, 1999)의 어디에 해당하는가 라는 것은 누차 논의의 중심이 되어왔다. 에스핑엔더슨도 이 문제를 다룬 논문을 발표했다(Esping-Andersen, 1997). 그것에 의하면 일본은 사회보험제도의 직장별분화와 가족주의 라는 점에서는 보수주의레짐의 특징을 지니지만 연금·의료의 사적부분의 크기라는 점에서는 자유주의레짐의 특징을 가지므로 하이브리드형(=혼합형)의 양상을 띠고 있다고 한다. 필자는 이것을 타당한 견해로 보지만 더 나아가 에스핑엔더슨은 일본의 복지국가는 여전히 형성도상의 단계에 있으므로 지금 일본이 어느형에 속하는지를 판단하는 것은 시기상조라고 주장한다.

이 점에 대해서 필자는 일본이 유럽제국에 비해 연금성숙화와 인구고령화가 늦었다 할지라도 앞절의 분석에서 밝혀진 것처럼 일본의 복지국가체제의 중핵을 구성하는 사회보험제도의 틀은 1980년——(Esping-Andersen, 1990)의 계량분석에서 사용한 데이터의 연차——까지는 확정되었다고 보고 있다. 그리고 이미 그 시점에서 일본의 복지국가레짐은 보수주의와 자유주의의 요소가 편성된 하이브리드형의 양상을 보였다. 그후의 변화를 어떻게 볼 것인가가 중요하다.

먼저 사회보험제도의 「분립」에 대해서 보면 오늘날까지 「일원화」는 이루어지지 않았지만 국고부담과 재정조정이라는 방법에 의해 제도간의 격차시정과 제도기반이 약한 제도의 존속을 도모해왔다. 소득비례연금과 분립형의 의료보험제도는 계층화기능(계층유지기능)을 하는 것이 분명하지만 앞 절에서 살펴본 정책전개과정 속에서는 평등화의 계기도 상당히 작용하고 있었다. 또한 보수주의레짐의 또 다른 특징으로 간주되는 가족주의에 관해서도 공공부조와 사회복지서비스는 어쨌든 간에 오늘날 일본의 연금·의료보험이 자식세대에 의한 부모세대의 부양을 전제로 하고 있다고 말하기는 어렵다. 즉 보수주의레짐의 특징은 약해지고 있다고 할 수 있다.

한편 복지국가재편기에 접어든 이후 연금·의료보험급여수준이 자주 인하되고 사적연금·보험이 정책적으로 장려되고 있다는 점에서 보면 일본의 복지국가체제에 자유주의레짐의 요소가 강해지고 있다고도 할 수 있다. 그러나 보편적인 급여를 자산조사를 동반하는 급여에 대치하는 경향이 현저하지 않으며 아메리카합중국에 전형적으로 나타나는 사회보험수급자층과 공공부조수급자층의 균열(이중구조)은 보이지 않는다. 공공부조수급에 의한 스티그머(stigma)는 강할지 모르지만 앞 절에서 살펴본 것처럼 공공부조수급층이 확대되지 않도록 사회보험제도에 의해 가능한 한 저소득층도 커버하여 다양한 수요(필요)에 대응한다는 정책을 취해왔던 것이다.

더구나 1990년대 중반까지 장기에 걸쳐 완전고용이 유지된 것에 착목해서 일본의 복지국가레짐에 사회민주주의적 요소가 포함되어 있다고 보는 견해도 있지만 타당하다고는 말할 수 없을 것이다. 왜냐하면 미야모토타로우(1997, 33~38쪽)가 지적하듯이 일본의 완전고용의 유지는 반드시 정책노력의 결과라고는 할 수 없으며 독특한 고용관행과 중소기업·소매업의 보호책, 고수준의 공공사업비에 의한 토목건설분야의 고용유지 등의 복합적인 결과로 여겨지고 있기 때문이다.

단 필자는 앞의 절에서 살펴본 국민개보험·개연금체제의 구조와 전개과정으로 보아 사회민주주의레짐에로의 전개가능성이 잠재적으로 존재하고 있다고도 보고 있다. 실제 현시점에서 돌이켜보면 정책기술적으로 미흡하고 폐해가 많았다고 간주하기 쉽지만 노인의료무료화와 같은 평등주의적인 정책이 한때 실시된 적도 있다. 국고보조와 재정조정에 의해 제도간 격차를 시정한다든지 제도기반이 약한 제도를 떠받치는 것에 대해 어느 정도의 합의가 이루어져 있다. 필자는 또 개호보험제도의 제도설계에 관해서도 자유주의레짐의 방향으로 전개해 나갈 가능성과 사회민주주의레짐의 방향으로 전개해 갈 가능성의 쌍방을 내포하고 있다는 지적을 한 적이 있다(히라오카, 1998).

### (3) 가족주의의 문제

에스핑엔더슨(Esping-Andersen, 1999, 83쪽)은 보수주의복지레짐의 특징의 하나로서 가족주의(familialism)를 들어 특히 남부유럽제국과 일본에 그것이 꼭 들어맞다고 지적했다. 「가족이 그 성원의 복지에 대한 책임을 가장먼저 지지 않으면 안 된다고 공공정책이 상정하는 시스템」으로서의 가족주의(Esping-Andersen, 1999, 51쪽)는 오늘날의 일본에서도 공공부조와 사회복지서비스(개호보험서비스는 제외)를 규정하는 원리라고 해도 좋다. 그러나 사회보장제도전반에 관해서는 가족주의의 영향력이 가족기능의 쇠퇴와 함께 점차로 약해져 온 것을 무시해서는 안될 것이다.

이것을 전제로 하면서 일본의 복지국가체제의 가족주의에 대해서 몇 가지 점을 지적하고자 한다.

첫 번째, 일본에서는 보육소의 정비가 1960년대부터 1970년대에 걸쳐 급속하게 진척되어 보육소수는 1960년에서 1980년까지의 사이에 약 2.2배 증가했다. 1980년대에 그 증가는 멈추었지만 1990년시점에



「보육소정비율」(3세이하 이동인구에 대한 공공보육시설의 정원비율)은 12%에 달했다. 이 수준은 덴마크와 프랑스보다 훨씬 낮은 수준이라 해도 독일·영국 등을 크게 상회하는 것이었다(김, 2005, 60쪽). 이것은 젠더평등의 관점에서 실시된 정책의 결과라고는 할 수 없지만 일본의 복지국가체제에 있어서 가족주의가 본래부터 강경한 원리였다는 것이 아니다 라는 것을 보여주고 있다.

두 번째, 가족주의문제는 일본사회의 「기업사회」적 성격과의 관련에서 분석할 필요가 있다. 예를 들면 장시간노동 등의 독특한 고용관행이 어린이양육기의 여성취업보장에 대한 보육서비스의 효과를 저해하고 있다는 측면이 있다.

세 번째, 가족주의가 「의도하지않은결과」를 불러일으키는 경우에도 유의할 필요가 있다. 1970년대부터 1980년대에 걸쳐서 심각해진 고령자의 「사회적입원」(의학적으로는 필요가 없는데도 개호의 필요상 행해지는 장기입원)은 노인의료무료화에 의한 입원치료에의 이용개선<sup>13)</sup>과, 가족주의에 기인하는 개호서비스의 정비와 이용의 낙후가 복합적으로 작용한 결과 발생했다고 여겨진다. J.C.캠벨의 분석(Campbell, 2002)에 의하면 그것이 뒤에 창설된 개호보험제도에서 독일의 제도를 상회하는 높은 급여수준을 실현하게 된 원인의 하나라고 한다.

네 번째, 가족주의의 규범을 내면화 한 가족이 복지국가체제내에서 어떠한 역할을 수행하는가 라는 문제가 있다. 전후일본의 장애인복지의 전개를 살펴보면 장애를 지닌 어린이의 부모가 장애인복지의 추진에 기여한 역할이 상당히 큰 것을 알 수 있다. 단 김지미(2005)가 자치단체의 정책과정을 분석한 결과에 의하면 장애를 지닌 어린이의 부모단체운동이 정책형성에 중요한 역할을 수행하는 과정속에서 장애자의 의료·교육·훈련에 중점을 둔 정책체계가 형성되어, 부모가 전문직을 대신하는 장애자의 「치료자·훈련자」로서 자리매김되는 결과를 빚었다고 한다.

복지국가체제의 가족주의에 관한 분석을 하는데 있어서는 가족주의의 이와 같은 다양한 측면에 착안한 분석이 필요하다고 여겨진다.

#### (4) 「남성부양자모델」로부터의 전환을 둘러싼 문제

1960년대부터 1970년대에 걸쳐서 확립된 일본의 복지국가체제는 다른 선진제국의 경우와 마찬가지로 남성부양자모델(male breadwinner model)의 사회보장제도에 의해 지탱된 것이었다. 그 후 이러한 성격을 지니는 일본의 복지국가체제는 젠더평등요구에 대처할 상황에 압박하게되지만 남녀고용기회균등법이 제정된 것이 1980년대 중반이었던 것에서 알 수 있듯이 그러한 요청에의 정책적대응은 선진제국보다도 늦었다.

앞절에서는 사회보장정책의 전개과정을 국민보험·개연금제에 내재하는 문제에의 대응과정으로 포착해 분석했는데 그 내재하는 문제 중에 젠더평등요구에의 대응이 포함되어 있다고는 볼 수 없다. 그 반면에 후생연금은 본래 여성의 노령연금지급개시연령을 남성보다도 낮게 설정하는 제도설계였으며 유족연금·모자연금의 급여개선 등 여성의 경제적지위의 개선에 이어지는 제도개혁도 자주 이루어졌다. 그러한 여성생활보장의 필요에 세심하게 대응하는 제도창설과 거듭한 개혁의 결과 1985년의 연금제도개혁에 있어서 「여성의 연금권 확립」이 실현되었다. 이 개혁에 의해 이혼여성에게 취업경험의 여하를 불문하

13) 단 간병인을 환자 자신이 고용하는 것에 의한 환자비용부담과 제도상으로는 인정되지 않은 병원으로부터의 「보살필료」의 정수에 의한 환자비용부담은 광범했으므로 개호가 필요한 고령자의 입원에 관한 한 실제로는 무료라고 할 수 있을 정도가 못 되었다.

고 평생 일해온 남성과 똑같은 수준의 기초연금급여가 보장된 것은 여성의 경제적자립의 보장이라는 점에서 다소의 전진이었다고 볼 수도 있다. 그러나 기초연금액이 일반적인 생활보호제도의 최저생활보장 수준을 밑도는 레벨인 점에서 보더라도 세인즈베리(Sainsbury, 1996, 39쪽)가 말하는 「탈가족화효과」(가족관계와 관계없이 사회적으로 수용가능한 생활수준을 유지할 수 있는 정도)를 지니고 있다고 인정하기는 어렵다. 그 반면 이 개혁은 앞에서 언급한 것처럼 「제3호피보험자」 제도를 만들어낸 것에 의해 「남성부양자모델」로부터 「개인모델」에로의 전환을 오히려 늦추었다고 볼 수도 있는 내용의 개혁이었다. 2004년의 연금개혁에 있어서도 소득비례연금에 이혼시의 연금권분할장치가 도입되어 이혼여성의 생활보장이라는 점에서는 전진했지만 「제3호피보험자」의 해결에 필요한 개혁은 보류했다.

그렇다고는 해도 1999년에는 남녀공동참획사회기본법이 제정되어 최근 노동정책분야에서는 소사화(=저출산)대책과의 관련으로 육아휴업중의 소득보장개선 등 고용·노동의 젠더평등에 결부되는 새로운 움직임이 있다. 고이즈미내각에 있어서는 남녀공동참획사회기본법의 이념이 내각방침에 의해 명확하게 반영되게 되었으며 「남성부양자모델」로부터의 전환가능성이 높아졌다는 지적도 있다(오오사와, 2004, 33~39쪽). 고이즈미내각의 정책에 있어서는 공공지출억제에 중점을 둔 속에서 보육·개호서비스는 비교적 우선하는 분야라고 풀이할 수도 있겠다. 그러나 보육·개호서비스의 시장화정책의 결과 보육·개호노동의 불안정노동화가 진행되고 있다는 점도 아울러 고려할 필요가 있다.

#### 4. 맺음말

마지막으로 분석결과의 요점을 간단히 정리해두고자 한다.

일본의 복지국가체제는 1961년에 성립한 국민개보험·개연금체제를 중핵으로 1960년대에서 70년대에 걸쳐서 확립되었다. 「분립형」의 개보험·개연금체제에는 낮은 급여수준에 덧붙여서 제도간격차와 사회변동이 각 제도에 미치는 불균등한 영향 등의 기본적인 문제가 내재해 있었다. 급여수준에 관해서는 1960년대에서 70년대에 걸쳐 빈번히 인상되었고 노인의료무료화도 실현했다. 그러나 80년대에 들어가는 급여비용의 억제·삭감을 위한 급여수준인하가 이루어졌다.

제도간격차문제에 관해서 1960~70년대에는 국고부담확대에 의한 문제해결을 꾀하는 경향이 강했다. 그런데 80년대에 들어간 이후는 그것이 점차 곤란해져 그 대신에 보험제도상호간의 재정조정이라는 방법을 사용하는 경향이 강해졌다. 혹은 제도간격차문제라기보다도 제도기반이 약한 제도의 존속자체가 위태롭다는 개연금·개보험체제의 근본에 관한 사태가 발생하여 문제의 성질자체가 변화했던 것일지도 모르겠다.

고도성장기이후의 자영업자층인구의 대폭적인 감소와 인구고령화의 진전은 자영업층과 무직층을 대상으로 하는 의료보험제도·연금제도에 심각한 영향을 미쳤다. 이러한 사회변동의 영향에 관해서 제도체계의 일원화에 의한 방법이 아니고 재정조정기구를 만드는 것에 의해

국민개보험·개연금체제의 존속을 도모한 것이 1980년대이후의 일본복지국가체제재편성과정의 한 특징으로 볼 수 있다.

이상의 분석결과를 근거로 복지국가체제의 국제비교상의 일본의 위치를 검토할 때 적어도 1980년대까지의 일본복지국가체제는 사회보장급여비수준이 낮았다는 점으로 특징지을 수 있다는 것을 무시할 수 없다. 또 인구고령화의 급속한 진전에도 불구하고 사회보장급여비의 대 GDP신장을 상당히 억제해온 점이

일본의 특색이라는 것도 밝혀졌다. 그러나 이에 입각한다 할지라도 일본의 복지국가레짐이 보수주의레짐과 자유주의레짐의 특징을 겸비하는 하이브리드형(=혼합형)이라는 지적은 타당하다고 여겨진다. 그리고 국민개보험·개연금체제가 제도간격차문제에 대처하여 재정조정에 의한 제도재편을 실시하는 속에서 보수주의레짐의 특징이 약해진 반면 1980년대이후 자유주의레짐의 특징이 강해지는 경향이 보여진 것도 사실이다. 하지만 현재에도 일본의 복지국가레짐에는 자유주의레짐의 기본적특징 몇 가지가 결여되어 있다. 그 반면 공적비용부담을 도입하는 등의 방법에 의해 사회보험제도의 대상을 저소득층에 확대함은 물론 다양한 생활보장수요에 대해서 사회보험에 의해 대응할 수 있는 조치를 강구해온 점도 일본복지국가체제의 특징이라고 할 수 있다.

이와 같은 특징은 여성의 경제적지위개선에 결부되는 연금제도개혁이 누차 행하여져온 것과 대응하는 것이지만 그럼에도 불구하고 일본의 사회보장제도의 「남성부양자모델」적 특질은 뿌리깊게 존재하고 있다. 1985년의 연금개혁은 이혼여성의 경제적지위향상을 촉진하는 측면도 있었다. 하지만 「탈가족화효과」를 지닌 것이라고는 인정할 수 없으며 오히려 「개인모델」로의 전환을 지연시켰다고도 할 수 있는 개혁이었다. 최근에는 젠더평등을 추진하는 정책이 정부의 정책체계내에 보다 명확하게 자리매김 되었다는 견해도 있는데 여성비정규노동자의 증가와 개호·보육노동의 불안정노동화의 진전 등의 측면과 아울러 평가할 필요가 있다고 생각한다. (미완성논문, 2005년 4월 13일)

## 참고문헌

- Campbell, J. C (2002) How Policies Differ: Long-Term Care Insurance in Japan and in Germany In Harald Conrad and Ralph Luetzeler (eds) Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison, pp.157-187.
- Esping-Andersen, G. (1990) The Three Worlds of Welfare Capitalism, Polity Press.
- Esping-Andersen, G.(1997) "Hybrid or Unique? The Japanese Welfare State between Europe and America", Journal of European Social Policy, 9-3, pp.179-189.
- Esping-Andersen, G.(1999) Social Foundations of Postindustrial Economies, OxfordUniversity Press.
- 히라오카코이치(1987) 「사회보장발전의 추세분석」, 『계간사회보장연구』 사회보장연구소, 22(4), 3-17쪽.
- 히라오카코이치(1998) 「개호보험제도의 창설과 복지국가체제의 재편—논점의 정리와 분석 시각의 제시—」, 『사회학 평론』 일본사회학회, 49(3), 389-406쪽.
- 히라오카코이치(2003) 「사회보장급여비의 추세분석」, 『해외사회보장연구』 국립사회보장·인구문제연구소, 142, 17-30쪽.
- 호리가츠히로(1997) 「연금제도의 재구축」 동양경제신보사.
- 호시노신야(2004) 「사회적공정을 향한 선별적보편주의」, 『복지사회학연구 1』 복지사회학회, 229-250쪽.
- 김지미(2005) 「복지국가체제확립기의 자치단체복지정책과정과 「일본형복지국가레짐」」 오차노미즈여자대학 박사논문.
- 국립사회보장·인구문제연구소(2003) 「평성13년도 사회보장급여비」.
- 미야모토타로우(1997) 「비교복지국가의 이론과 현실」 오카자와노리오·미야모토타로우 「비교복지국가론」 법률출판사.

Sainsbury, Diane (1996) *Gender, Equality and Welfare State*, Cambridge University Press.

시마자키겐지(2005) 「우리나라의 의료보험제도의 역사와 전개」 엔도히사오·이케가미나오키 편저 「의료보험·진료보수제도」 케소서방, 1-53쪽.

타다히데노리(1994) 「현대 일본사회보장론」 광생관.

타마이긴고(2002) 「일본사회보장과 「재정조정시스템」」 「오오하라사회문제연구소잡지」 523, 12-23쪽.

우시마루사토(1996) 「공적연금의 재정방식」 동양경제신보사.

요코야마가즈히코·타다히데노리(1991) 「일본사회보장의 역사」 학문사.

요시하라겐지·와다가츠(1999) 「일본의료보험제도사」 동양경제신보사.

번역 : 김지미 (오차노미즈여자대학·일본학술진흥회 외국인특별연구원)

