

### 社会保障の法体系論

TAKAFUJI, Akira / 高藤, 昭

---

(出版者 / Publisher)

法政大学社会学部学会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

社会労働研究 / Society and Labour

(巻 / Volume)

38

(号 / Number)

3・4

(開始ページ / Start Page)

1

(終了ページ / End Page)

37

(発行年 / Year)

1992-03

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00006786>

# 社会保障の法体系論

高藤 昭

## 目次

- 一 はじめに
- 二 既存の主要体系立てと体系論
- 三 私見による体系
- 四 健康保障の概念と体系  
むすび

## 一 はじめに

憲法二五条二項は、「すべての生活部面について」の「社会保障」の向上、増進は国の努力義務と規定している。しかし、その「社会保障」とはなになのか、その概念や基本原理、具体的な制度体系についてはなにも触れておらず、もっぱら解釈に委ねている。そして制定以来四五年をへながら、学説、判例ともいまだこの点では定説をみず、その概念や体系のとり方は論者の数ほど存在しているといってもよい。

その原因の一つは、社会保障（とおぼしきもの）が、それ自体つねに自己の領域を拡張しようとする力（compre-

hensiveness)を秘めている反面、それが対応しようとする社会的実態も目まぐるしく変化し、結局、把握が困難な  
きわめて流動的な性格をもつことである。とはいえ、この体系化は、上記憲法上の国の努力義務の範囲を画するため  
に必要であるばかりか、堀木訴訟控訴審判決(大阪高判、昭和五〇・一一・一〇、判タ三三〇号、判時七九五号)で  
あきらかになつたように、具体的な受給者の受給権の存否にもかかわる重要性をもつ。さらに、今後の立法の指針と  
してこれを誘導する重要性をもつことにもなる。したがって、体系化は単なる講学上の必要からではなく、より現実  
的な必要性から放置するわけにはいかない問題である。このような状況のもとで過去いろいろの体系化や体系論、さ  
らにこれをめぐる論争が現れた。

後にもふれるように、従来の社会保障研究者は、社会保険および公的扶助の二大部門を中心に加え、これに公衆衛  
生、社会援護、社会福祉などの諸分野をそれぞれの立場から配した三部門ないし四部門説をとってきた。これが制度  
別体系で、「古典的分類」と称されてきた。<sup>(1)</sup>これに対し、「生活保障を目的とする社会的諸給付を定める立法の目的と  
性格に即した」体系論を展開し、給付内容別体系をうち出されたのが荒木教授であつた。<sup>(2)</sup>しかし、これに対しては即  
座に榎井教授から制度重視の立場による反論がなされた。<sup>(3)</sup>そこへ現れたのが右の堀木訴訟控訴審判決で、これは従来  
のいずれの体系論にも属しないユニークな体系立てを行つた。このポレミックはそれ以後あまり活発ではないが、現  
在でも重要性をもつた問題であることにかわりはない。私としては、給付内容別体系に立つた上で、所得保障部門に  
ついては、以前に試論を發表しているが、この部門に関しては、現在でも基本的には變つていない。

私の体系づけについての基本的視点は、つぎの三点である。

(一) 保障の全内容が社会保障の目的たる生活保障の観点から総合的、体系的に捉えられるものでなければならな  
い。

(2) 世界における社会保障（とおぼしきもの）の発展の動向を見定めること。世界における社会保障は、各国それぞれ国内事情に応じ独自に発展してきたものであるが、近年世界的に一の型に収斂する傾向にあり、またこのことは、労働者移動が常態化する今後の国際化の加速によって、いつそう必要なものとなる。この場合、ILO条約、国連本部採択の条約その他社会保障の内容を誘導する国際的規範の動向を念頭におく必要がある。

(3) 現状確認的なものではなく、将来の展望も織り込んだものであること。社会保障はその時点の国民の生活実態や国の経済状況の変化に応じ、つねに生成、流動、発展すべき性格のものであるから、固定的に捉えられてはならず、探求の発展を見越したものでなければならぬ。

以上の三点は、いずれも抽象的で、一応のものである。現実の体系づけは容易ではないが、以下、まず私なりの社会保障法体系についての大きくとしての構想を提示する。つぎに、そのなかでくわしい具体的な分析が私としてまだ未発表であった健康保障の分野について、その生成過程、具体的法体系、責任主体などについて論ずることとする。<sup>(1)</sup>

- (1) 佐藤進「社会保障法の体系と構造」岩波講座現代法一〇「現代法と労働」二八〇頁
- (2) 荒木誠之、「社会保障法」（ミネルバ、昭和四五年）三六頁以下
- (3) 初井常喜、「社会保障法」（総合労働研究所、昭和四七年）七三頁以下。これに対する荒木教授の反論は「社会保障の法体系と権利」（「社会保障の法的構造」昭和五八年、有斐閣、一二五頁以下所収）
- (4) 私としては、すでに所得保障に関しては「社会保障法の法体系試論―所得保障法を中心に―」（社会労働研究二三卷一號、昭和五一年（法政大学社会学部学会））で、住宅保障に関しては「住宅保障の法理と法構造―社会保障法原理からのアプローチ―」（社会労働研究二九卷三・四號所収）、「住宅保障と法」（経済評論増刊「国際居住年と日本の住居」（八七年、九月）所収）で論じた。

## 二 既存の主要体系論

私見によれば、社会保障法は、社会連帯原理および生存権原理に立脚し、すべての住民のすべての生活障害について、社会ないし国家が統一的な保障をなす法制度である。しかし、その具体的な法制度領域の範囲を広く捉えれば、公衆衛生や公害防止法、さらに道路整備その他の生活環境の整備に関する一切の法領域を含むことにならう。さらに、国民主権の法治国家においては、ほとんどすべての法律が国民生活確保に関連し、したがってほとんどすべての法律が社会保障法ということになりかねない。これが広すぎることはいうまでもない。このような捉え方は社会保障法の概念をかえって不明確ならしめるであろう。社会保障法は、要するに、生活保障についての個人責任を基調とする市民社会において、その個人責任では対応できない生活部面について、社会あるいは国家が意図的にその保障をなす制度として、独自の統一的、整合的な体系をもつものとして捉えられなければならない。

社会保障の制度体系として、いままでの有力な捉え方にはつぎのようなものがある。

### (1) I L O

一九一九年の創設の頃から、世界における社会保障の推進、整合化、連携化に取り組んできたILOがその全体構造を示したのは、一九四四年に採択した二つの勧告、すなわち、所得保障勧告（勧告六七号）、および医療勧告（勧告六九号）であった。ここで社会保障は、所得保障と医療保障の二大部門に大別されることになる。この両部門をとおした給付種別によってより具体的に示したのが、一九五二年の「社会保障の最低基準に関する条約」（一〇二号条

約)であった。ここで掲げられたのは、医療、疾病給付、失業給付、老齢給付、業務災害給付、家族給付、出産給付、障害給付、遺族給付、の九部門であった。

これが「社会保障入門」(Introduction to Social Security) 3rd ed. 1984, pp. 2-3)になると、つぎのような、保障内容別の三部門に整理されている。

- ① 疾病、出産、業務災害、失業、障害、老齢、死亡によって生じた所得の停止、重大な減少による経済的、社会的困難に対する保護
- ② 医療 (medical care)
- ③ 児童扶養家族に対する補助金支給措置

(2) W・ベバリッジ構想

(a) 一五歳ないし一六歳以下の児童への児童手当の支給、(b) 疾病の予防、治療ならびに労働能力の回復を目的とした包括的な保健、リハビリテーションの提供、(c) 雇用の維持、の三つが別途確保される条件のもとに、つぎの三つの制度体系が示される。

- ① 基本的なニードに対する社会保険
  - ② 特別なケースに対する国民扶助
  - ③ 基本的なものに付加するものとしての任意保険
- ①の基本的ニードとは、失業、労働不能、生計手段の喪失、退職、女子の結婚によって生ずるニード、葬祭費、児童、疾病もしくは心身障害、の八種類で、これが世に言われる「揺籠から墓場まで」であるが、体系立てとしては、

右のILOのそれとは異なり、制度別体系立てがとられている。

(3) 社会保障制度審議会案（一九五〇年）

① 疾病（予防を含む）、負傷、分娩、および死亡についての社会保険

② 国民の生活を保護する最後の施策としての国家扶助

③ 公衆衛生（あまねく国民に対して体位の向上や疾病の予防を図るために行なう保健衛生活動のこと）

④ 社会福祉（国家扶助の適用を受けている者、身体障害者、児童、その他援護育成を要する者が自立してその能力を発揮できるように、必要な生活指導、更生補導その他の援護育成を行うこと）

これは、①、②のベバリッジの制度別体系立てを基礎として、その上に憲法二五条二項にあらわれている制度を加えた独特の体系立てであるが、これがその後のわが国の社会保障体系の把握にかなりの影響を及ぼすことになる。

(4) 堀木訴訟控訴審判決にあらわれた構想

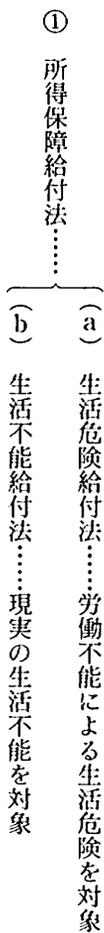
① 疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他生活困窮の原因に対し、保険的方法または直接公の負担による方法においてなす防貧施策としての経済保障

② 生活困窮に陥った者に対する国家扶助による健康で文化的な最低限度の生活を保障する救貧施策としての生活保障

③ 公衆衛生および医療

④ 社会福祉

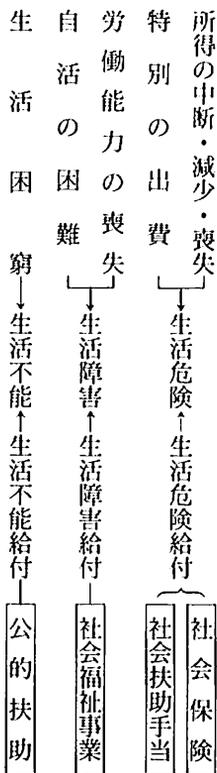
(5) 荒木説



② 障害保障給付法……肉体的精神的機能の障害に起因する生活上の障害を対象

この説は、従来の制度別体系論を、法的な吟味がないうえ、相互のどのような関連で社会保障法を構成しているかの理論的検討もなされていないとして批判する。そして、これに代って、生活保障の要保障性の構造と程度を重視し、体系的認識は、生活保障を目的とする社会的諸給付を定める立法の目的と性格に即してなされるべきであるとして提示されたものである。

(6) 榎井説



この説は、右の荒木説が排除する保障方法をなお重視し、それは要保障性の構造と程度に見合つて規定されており、

制度の類型化は両者のからまりから試みられるべきものとした結果である。<sup>(1)</sup>

(1) 榊井、前掲書、七八頁以下。なお最近の論文としては、同教授編『社会保障法』エイデル研究所、一九九一年、二頁以下

### 三 私見による体系

社会保障法は、つぎに三部門からなる。

- ① 所得保障法……なんらかの事由により、所得の喪失、減少、ないし中断の状態に陥り、または特別の支出の必要に迫られ、生活が不能ないし困難となった者に、金銭給付を行う法制
- ② 健康保障法……住民の健康を保障する法制
- ③ 住宅保障法……住民の住居を保障する法制

#### 〔解説〕

前節にみた有力な体系立てを大別すれば、ILO型の保障内容別体系立て（保障機能別体系立て）と、ベバリッジ型の保障制度別体系立てがある。わが国においては社会保障制度審議会が右にみたような形で後者を引き継ぎ、学説も基本的にはこれにより、すなわち社会保険と公約扶助を中心に据えつつ、それに公衆衛生なり社会福祉なりを配して三分説ないし四分説をとる体系立てが多くみられてきた。そして体系論自体については別段ポレミックスも展開され

ることはなかつた。

ポレミックが起こつたのは、荒木教授による制度別体系論への批判と、保障内容別体系立て（教授は「給付の法的性質・機能に応じた体系論」とされる。）の提示を契機とし、これに対する榎井教授が批判、応対したことによる。折しも榎木訴訟控訴審判決が出て議論はいっそうの現実味を帯びることとなつた。ポレミックの中心は、つまるところ社会保障の体系立てをする場合、保障方法ないし手段と保障内容ないし目的のいづれを重視するかである。その保障方法とは社会保障生成期においては、端的に、公的扶助と社会保険の二種のみであつた。しかもこの二つは、その源流と制度やそのもとの給付の本質をまったく異にするものであつた。したがつて、その体系立てというとき、この性格上顕著な対比を見せる制度類型に着目されたのは無理からぬところがあつた。また、ペバリッジが社会保険を中心とする体系立てをしたのは、彼が、給付を無拠出制とするか拠出制とするかを最重要視していたことの帰結ともみられる。<sup>(1)</sup>

また、同じ内容の給付をするのにいかなる方法をとるかは、制度の立て方として、すなわち立法論的に重要であることは現在でも同じであろう。この点、制度別体系論の存在意義が消滅したわけではなく、榎井教授が保障方法の重要性を強調しているのもわからぬではない。しかし、制度類型だけの体系立てでは、社会保険の全容把握にほとんど無価値である。社会保障がいかなる生活障害に対応しているか（給付内容別体系論）ということと、社会保障がいかなる方法で給付をなすのか（制度別体系論）ということでは、前述の私の第一の視点からは、前者がより適切な体系立てとなる。

さらに、社会保障出現当時には鮮明であつた両制度の存在と性格的な差は、その後次第に薄れることになつた。いわゆる「社会保険の公的扶助化」あるいは、「保険から保障へ」の現象は両制度の差異を不鮮明なものとした（国庫

負担率四割に総額一割の財政調整交付金の加わった現在の国民健康保険は、はたして「保険」か。また、同じ保険でも財政方式を積立主義をとるか、賦課主義をとるかで、給付の性格に大きな差が出る（後者は公的扶助的性格が濃厚となる）。さらに両制度の中間に社会手当と呼ばれる給付が出現して混乱を拡大する。この一口に社会手当と呼ばれるものも、財源は多様であり、また、若干の受給者の拠出を求めめるものもある（八五年改正前の国民年金法上の福祉年金は、特別支給のものには拠出は不要であるが、一般のものには拠出が必要である。後者は、類型的には、社会保険と社会手当との中間であろう）。これらを十把ひとからげ的社会保険とか社会手当とかで把握することはもはや無意味といふべきである。

かつては社会保険といえば明確に限られていた二つの制度がいまや多様化し、流動化し、例えば基礎年金の財源を全額国庫負担化するなどの立法論も出されて、将来的には無限の制度類型が予想され、制度の類型化自体が困難となる。こうなると、この体系立て自体が無意味化するばかりか、困難となることが予想される。

このようにして私の立場からは、基本的にはILO、荒木説の、給付内容別体系立てがとられることになる。制度別体系立ては、副次的な意味しか認められない。

そこで荒木説についてであるが、二大部門の一として、まず所得保障給付部門を設定したことについては、その生活危険給付、生活不能給付への細分には疑問があるが、それ自体としては問題はない。社会保障がここから出発したことは明瞭な歴史的事実で、一九四四年に出されたILOの二つの勧告のうちの所得保障勧告に対応するものである。第二の部門であるが、これは、「金銭給付による所得保障を直接に目的とせず、労働能力Ⅱ所得能力の毀損に対して、その回復を図り、正常な生活能力を維持することを目的とする給付部門」で、「傷病に対する医療（Ⅱ医療給付）、リハビリテーション、保健給付（Ⅱ疾病予防給付）」が内容となる<sup>3)</sup>。要するに広い意味での医療部門で、ILO

六九号勧告に対応するものを「生活障害を除去する給付<sup>(4)</sup>」と捉え、障害保障給付と名づけられたものである。これは所得保障とならんで社会保障における車の両輪をなすものである。傷病に関するILOの条約、勧告の軌跡を辿るとき、最初の条約である二四号、二五号条約（一九二七年）では、所得保障たる疾病給付が中心で、医療は従たる位置におかれていたのが、勧告二九号（同年）を経て一九四四年の勧告では、この両輪が並列して配置されたわけである<sup>(5)</sup>。名称はともかく、実質的には荒木説はこの両輪を二大部門として配置しているわけで、国際的基準にもかかったものとして、この部門を立てられたこと自体、了解することができる。問題は、毀損した所得能力の回復、正常な生活能力の維持、というその概念の消極性にある。リハビリテーション、保健給付が配されているが、ここには医療としては「修復医療」(curative medicine)しか念頭におかれていないように見受けられる。これはILOの医療保護の観念としては初期のものに属する。前記ILO二四号条約ではまだ素朴なcurative medicineの観念しかもっていなかったが、同じ会期で採択された二九号勧告になると予防的医療 (preventive medicine) があらわれており、それが六九号勧告になると明確に医療の一分野として確立し、一〇二号条約（一九五二年）から一三〇号条約（一九六九年）へとひき継がれている。そしてこの一三〇号条約では、医療内容に医療リハビリテーションが入った。こうして、医療は、予防的医療、治療的医療、リハビリテーションの三要素が揃い、ここに包括医療 (comprehensive medicine) の観念と骨格ができたわけである<sup>(6)</sup>。そしてこれがわが国では「医療保障」の観念<sup>(7)</sup>ともなつて社会保障体系の中に組み込まれる傾向を示す。

ILO基準からみた社会保障における医療の観念の発展は以上のごとくで、単なる修復から、予防、さらにリハビリテーション、アフターケアを含めて、要するに病気にかかることをまず防ぎ、いったん罹患した場合は治療から社会復帰までの配慮をするというものである。しかし、この動向のいき着くところ、もう一段の進展が予想される。そ

それは、単に予防という病気に対する消極的な姿勢ではなく、より積極的な健康増進への取組みである。それは病気の罹患とか回復とかの次元を越えて、ともかく人間の幸せの根源である健康そのものの保障という觀念にゆき着くべき必然性がある。ここに現れるのが健康保障の觀念である。これに対応する権利概念が「健康権」で、まだ未確定であるがすでに提唱されているものである。後に詳述するように、この健康保障は、人口の都市集中化、各種公害の発生その他社会の進歩に伴う社会的要因による健康阻害が顕著となることによつて、より強く求められるものである。これが、私が第二の柱として「健康保障」をたてた所以である。その内容は後述するが、さきに述べた包括医療にこの健康阻害要因の排除をはじめ、より積極的な健康増進策が内容として加わることになる。

以上、所得保障、健康保障の二大分野を擁して出現した社会保障のダイナミズムをみたのであるが、では、今日の人々の生活状況のもとで、社会保障を中心とする生活保障の観点から、この二つの保障領域だけで足りるかとなると、当然疑問が起ころ。もとより人々の生活のすべての側面を社会保障がカバーするものではないし、またそうすることはできない。前述のように、人々の保障を要する生活範囲は無限の広がりをもつものだからである。

しかし反面、時代の進展とともに社会保障のなかに医療が登場し、それが医療保障へと、さらに私見では健康保障へと発展を見せたように、その保障領域は決して固定的なものとは解されない。他方で人々の生活活動が活発化し、発展するにつれて、そこに新しいニーズも生み出されてゆく。社会保障は、このような人々の新たな生活状況の変化に伴う新たなニーズへの対応を迫られる。そしてとくにわが国において登場しなければならないものは、住宅保障である。

もともと「住」は「衣・食・住」として生活の三大要素である。そして社会保障は人々の生活保障の中心となるべきものである。そうだとすれば、住宅保障は当然に社会保障のなかに位置づけられてしかるべきものである。とくに



(7) この観念は多義的に用いられているものであるが、詳しくは後述に譲り、とりあえずは「国民の健康の維持・増進・回復を目的として、そのために傷病などの予防と、万一傷病にかかった場合にはそれを治療し、後遺症などについてはリハビリテーションによって自立を援助することなどをすべての国民に保障する社会的しくみ」(労働旬報社、「社会保障社会福祉事典」一六二頁(佐藤進、久塚純一氏執筆分)の理解によっておく。

#### 四 健康保障の概念と体系

##### (一) 健康保障概念の生成過程

— 医療費保障から健康保障へ —

本節においては、前節できわめて簡略にのべた医療についての社会保障の医療費保障から健康保障への展開過程をより詳しく説明し、その内容をより具体的に把握することとする。

医療についてのILO基準、したがって国際基準発展の軌跡をみれば、ILOの疾病、医療に関する最初の条約である二四号条約では、すでに社会保险方式のもとで現物給付(医師による治療、薬剤、治療材料の支給)を権利として保障していた(四条一項)。しかし保険方式はもともと経済保障(＝金銭給付)に適合的な制度であるため、傷病に関しては、世界的には金銭給付たる疾病給付に重点をおいた制度として出発する。わが国の健康保険が制定時から現物給付を原則として出発したのは、政府または健康保険組合が病院の設置、専属医、嘱託医をおくときは、完全な治療が期待できるという現物給付独自のメリットも考慮されているが、多分に仮病による不正受給、あるいは給付された金銭の医療以外の用途への流用をおそれたためであった(そのおそれのない分給費は現金給付<sup>1)</sup>)。世界的に、こ

の制度の出発当初は、「もともと医療給付は、一般開業医の簡単な診断を受けて薬瓶を貰う以上のことをほとんど意味するものではなく、それが利用可能なのは被保険者だけであつた」<sup>(2)</sup> わけて、人々の健康保障のうえではたず現物給付の深い意義が理解されたうえで制度であつたとは解しがたい。現物給付は現金に代えて給付されるという意味を大きく出るものではなく、すなわち一の現金給付の変形にほかならず、この現金給付形態Ⅱ医療費保障Ⅱ経済保障は社会保険制度における医療のもつとも原初的な制度として、現在でもフランスにみられるところである。そして、その給付形態は、社会保障における医療が、いまだ「修復医療」の観念を脱していなかつた段階に対応するものであつた。そしてそれは、医療費負担の大きさから、それなりに重要な意味をもつものであつた。

しかしながら、医療は、病気に罹患してから治癒するのではなく、それ以前に、病気にかかること自体を予防することにこしたことはない。さらにまた、病気の治癒の後のアフターケア、アフターサービスや社会復帰訓練（各種リハビリテーション）も重要なことである。こうして、医療は、修復医療から、事前の予防（preventive medicine）から事後のリハビリテーションまでの措置を包括した体系的、総合的な包括医療（comprehensive medicine）へと発展する必然性を内蔵している。そしてこれが単に理論としてでなく、現実にも各国における発展の軌跡として現れ、それが前節でのILO条約、勧告の描いた軌跡でもあつた。

このような医療の内在的發展形態として現れた包括医療が、医療費保障から脱した「医療保障」の概念の中心をなすものであつて、理念としては、病気の治癒から健康保障への発展を遂げているのである。そのことは予防的医療面の重視にとくによくあらわれている（このことは、結果的に制度運営費の節減につながる）。予防とは、病気からの人々の保全、すなわち健康保障につながるからである。

しかし、健康保障の概念は、このような人々の病気からの保全、平易にいえば、人々を病気にかからないようにす

るといふ消極的なものとしてのみ捉えられるべきものではない。それは、より積極的に、人々の幸せの根源としての健康そのものを増進するという意味あいをもつものとして捉えられなければならない。もはや病気に罹る、罹らないの次元の問題ではないのである。この理念を明瞭に示すのが一九四八年創設のWHO憲章である。

その序文は、すべての人民の幸福と円満な関係と安全の基礎として、つぎの九原則を掲げる。

① 健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない。

② 到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念または経済的もしくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一である。

③ すべての人民の健康は、平和と安全を達成する基礎であり、個人と国家の完全な協力に依存する。

④ ある国が健康と保護を達成することは、すべての国に対して価値を有する。

⑤ 健康の増進と疾病、特に伝染病の抑制が諸国間において不均等に発達することは、共通の危険である。

⑥ 児童の健全な発育は、基本的重要性を有し、変化する全般的环境の中で調和して生活する能力は、このような発育に欠くことができないものである。

⑦ 医学的および心理学的知識並びにこれに関係のある知識の恩恵をすべての人民に及ぼすことは、健康の完全な達成のために欠くことができないものである。

⑧ 公衆が精通した意見を持ちかつ積極的に協力することは、人民の健康を向上する上にもっとも重要である。

⑨ 各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し、この責任は、十分な保健的及び社会的措置をとることによつてのみ果すことができる。

以上の原則は、当然、WHO固有の原則もあるが、社会保障の理念を示すものが多い。まず第一原則で、さきにもたように、健康とは単に疾病や病弱の状態のないことをいうのではないこと、第二原則で、そのような意味での健康の最高基準の享有は万人の基本的権利であること、第七原則で健康教育の重要性の指摘、第九原則で、自国民の健康に関する国家責任の宣明と、その内容としての保健的、社会的措置をとることの義務づけ、がこれである。

これを要するに、病氣とか病弱とかを超越した、最高状態における健康そのものの享有についての万人の権利と、それを達成することについての国家責任がここで宣言されているのである。後者は、わが憲法上は二五条一項の「健康な」最低限度の生活保障条項のなかにすでに表現としても入っているところである。また健康権概念はまだ公認されてはいないが、概念として提起されているところでもある。<sup>(3)</sup>

医療（費）保障から健康保障への発展をもたらすものは、以上のような医療の発展の内在的必然性だけではなく、健康破壊に社会的要因が大きく作用するようになってくる事実―外在的ファクター―も見逃すことができない。これは個人に対する労働環境上の影響と、私生活上の環境変化の影響の両面から考えられる。

### (一) 労働環境の労働者の健康への悪影響

一日の大半を勤務先の職場で過ごす労働者にとって、その職場の勤務時間、労働強度、安全・衛生状態など、要するに職場環境がその身体的・精神的健康状態に影響が大きいことは容易に想像されるところである。それがいわゆる職業病その他業務上疾病としての明確な疾病に至らなくても、暗黙のうちに職場環境、労働環境が労働者の身体的、精神的健康状態につねに悪影響を与えており、これが一見して私傷病のように見える疾病を誘発する根源となる。かつて大河内教授は、とくに疾病の場合の業務上、外の判定の困難さを指摘されていたが、この点で今日とくに注目さ

れるべきは最近増加している過労死である。中間管理職層を中心として発生しているこの現象は、従来私傷病として扱われてきたのが、ようやく労働災害扱いされるようになった。

しかし、過労が労働者を死に追いやる過労「死」のケースはよくよくの場合であって氷山の一角に過ぎず、今日のような労働強化の時代には、労働者、とくにホワイトカラーないし中間管理職層の大部分は過労状態にあり、これが「死」にまではいたらなくともその直前にまで労働者の健康状態を悪化せしめていることは容易に想像できることである。それにはおそらく肉体的疲労のほか今日ではホワイトカラー層や中間管理職層の家庭にまで持ちこまれる精神的ストレスの蓄積も大きく作用しているものと思われる。

## (2) 一般的環境破壊の影響

資本主義経済の発展に伴い、そのマイナス面での副産物としての産業公害、都市公害などの公害現象が顕著となり、これが人々の健康に大きな悪影響を及ぼす。特定企業、特定企業集団から排泄される公害の猛威は死者さえも出しているが、そこまでいたらなくても産業社会の進展に伴う人口の都市集中化はつぎのような生活の悪条件を誘発し、住民の健康状態を悪化させている。

- (a) 都市公害……大気汚染、騒音、振動などの典型公害のほか、日照不足なども加わり、当然、住民の健康を阻害する。
- (b) 住宅難……「高」、「遠」、「狭」に示される居住条件の悪化は労働者の毎日の労働による疲労の回復を困難とする。
- (c) 交通難……住宅難とも関連するが、都市における住宅のスプロール化現象による通勤時間の長時間化と満員電

車による毎日の通勤は、労働者の疲労を蓄積する。

(d) 遊休緑地の減少……とくに子供の体力の低下をもたらす。「もやしっ子」、「体位に伴わない体力」の問題が生じている。

以上、社会保障が、人々の疾病あるいは病弱といった病的状態について、まずその回復のための経済保障（＝修復医療）、そこからその事前の予防と事後のリハビリテーションに至る包括医療そのものの提供としての医療保障に進展し、ここからさらに病的状態とかわりなしに健康そのものの増進（＝健康保障）へと発展する必然性、その内在的、外在的要因を説明した。その進展を根底において支えるものは、生存権原理ないし社会連帯原理である。

## (二) 健康保障の内容

健康保障の具体的内容は以上のような健康保障概念の出現過程からあきらかにされるもので、およそ以下のような三領域として捉えられる。

### (1) 医療保障

ここで医療保障とは、右にみたような事前予防から事後のアフターケア、リハビリテーションに至るまでの包括医療を、そのものとして、現物給付の形で提供することである。

事前予防がきわめて重要であることはいうまでもないが、その具体的内容は老人保健法によってかなり実現されているものである。すなわち、一九八二年制定の同法は、老人医療に一部負担を復活するという後退面をもつ反面、進歩的側面として、四〇歳以上の者を対象として、医療以外の、いわゆるヘルスサービ事業を設けたが、このなかで、つぎのものが予防措置と認められるものである。

(1) 健康手帳の交付……健康診査の記録その他老後における健康保持のために必要な事項を記載して、自らの健康管理と適切な医療の確保を図るもの (同法一二、一三条)

(2) 健康教育……心身の健康についての自覚を高め、かつ、心身の健康に関する知識を普及啓発するために行われる指導および教育 (同法一二、一四条)

(3) 健康相談……心身の健康に関し、相談に応じて行われる指導および助言 (同法一二、一五条)

(4) 健康診査……心身の健康を保持するために行われる診査およびその診査にもとづく指導 (同法一二、一六条)

これらはその運用によつては健康そのものの推進につながるものであるが、このなかでもっとも重要とみられるものは予防検診たる健康診査である。それは病気にかかることを事前に防止する効果があるばかりか (そのために医療費の節減につながる。)、受診者の健康保持の指標となり、あるいは受診者に健康増進の自覚を促す効果も期待できるものである。これを実施したことによつて乳幼児の死亡率の低下その他住民の健康増進に寄与し、またそれが医療費の節減につながつた岩手県内村の例が想起される。ここで実施された予検診は、(イ) 結核検診、(ロ) 乳児検診、(ハ) 幼児検診、(ニ) 寄生虫卵検診、(ホ) 妊婦検診、(ヘ) 学童歯科検診、(ト) 循環器検診、(チ) 胃癌検診、(リ) 三歳児検診、(ク) 子宮癌検診、(ケ) 出稼検診、(コ) 婦人貧血検診、(ク) 園児検診、(カ) 総合成人病検診など、きわめて多岐にわたるものであつた。<sup>(5)</sup>

医療保障の一環としての健康診査もこれを範として実施されなければならないが、さらに重要なことは、この措置は単に四〇歳以上の住民だけではなく、すべての住民に及ぼされなければならないということである。

事後のアフターケア、リハビリテーションとしては、老人保健法は、機能訓練 (疾病、負傷等により心身の機能が低下している者に対しその維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための訓練。同法一八条) と、訪問指導 (疾病、

負傷等により、家庭において寝たきりの状態にある者またはこれに準ずる状態にある者について保健婦その他の者を訪問させて行われる保健指導。同法一九条）の措置を設けた。

前者はリハビリテーションに当たるものであるが、このリハビリテーションは、現行法制上、心身障害者対策基本法を頂点とする法制が存在している。それには医療リハビリテーション（同法一〇条）、教育リハビリテーション（二二条）、社会的リハビリテーション（二三、一七、二二条）、職業リハビリテーション（二四、一五条）、文化的リハビリテーション（二五条）が規定され、国および地方公共団体の実施すべきリハビリテーションの領域が一応網羅されている。<sup>(6)</sup>この法制のうち、とくに医療リハビリテーションは、社会保障法の一環たる健康保障に組み入れられるべき性格の強いものである。

後者は寝たきり老人だけでなく、重篤な病後の者すべてに及ぼされるべきものである。アフターケアとして、重篤な病後の者についての事後検診その他のフォローアップも重要と思われる。

以上のような措置は、可能なかぎり、現物給付としてなされなければならない。それは、包括的、一貫的、体系的な医療保障は、市場から購入されたそれぞれの断片的な給付についての経費補填の形では満足な成果は得られないからである。医療保障は、責任主体の責任と判断のもとに、包括的、体系的で連携のとれた一体としての給付が必要で、そのためには、後述の責任主体自らがその責任において、全体としての現物給付を提供することによってはじめて目的が達成される性質のものだからである。

このことから、その保障形態は、社会保険方式ではなく、イギリスのNHS方式のような公的 직접提供方式が理想となる。さきにもふれたが、保険方式は、もともと損失額の計算可能な一定の保険事故についての経済的損失補填としての、経済的保障には適した制度である。しかし、右にみたような総合的現物給付となると保険方式にはなじみに

くい面があり、老人保健法におけるヘルス・サービス事業にみられるように、公的 직접提供方式がより適切妥当な方法となるのである。

## (2) 出産・育児保障

さきに述べた医療における修復医療から予防的医療への最初の転換は女子被保険者への助産の給付であったといわれる。疾病保険は分娩時の付添いばかりでなく、出産前の保護、産婦ならびに新生児の医学的管理を含むようになり、さらに疾病保険が家族の医療ニードにそなえるための第一歩は被保険者の妻の助産の形においてであったからである。<sup>(1)</sup>この点、ILO条約、勧告において出産サービスが医療の内容として登場するのは六九号勧告(医療保障勧告)においてであるが、一〇二号条約になると一段と明確になり、医療として、病的状態とは独立に「妊娠、分娩、およびこれらの結果」が適用対象事故とされ、(イ) 医師または助産婦による産前、分娩、産後の介助、および(ロ) 必要な場合の入院、が内容とされた(一〇条一項(b))。ここではさらに、自己負担禁止(二〇条二項対照)、全期間保障(二二条一項本文)のように、病的状態に対するよりも優越した内容が付与されるにいたる。

このように、歴史的には医療に出産サービスが入ること自体は時期的には病気に對する医療の開始より遅れる。健康保険法制定当時のわが国でも、やはり医療としては病気に對するそれが優先する。すなわち、出産に關する保険給付は、受給資格者を一定の被保険者期間(一八〇日以上)もつ者に限定したうえ、現金給付たる分娩費(女子被保険者を対象として、二〇円)を原則とし、現物給付たる産院への收容は保険者の任意であった(五一條)。医療と異なり、出産給付が原則として金銭給付とされたのは、受給者が仮病を使う危険性がなかったこと、助産施設を全国に完備することが困難であったことが理由としてあげられているが、<sup>(2)</sup>そもそも出産には病気に對しての医療に對しごく付随的位置しか与えられてこなかったふしがある。それは、当時の出産は、まだ自宅出産であつて、出産にともなう

母子の生命さえ脅かす危険性が高かったにもかかわらず、経費は安価であつて、社会的保護へのニードを低めていたことがあつたかもしれないが、「分娩は傷病と異なり人間生活自然の成行きとして生ずる事故<sup>(9)</sup>」であること、すなわち、出産は病気ではないという認識が存在したことも大きな理由であつたようである。

しかし、まず、社会保障の第一義的基本原理である生活保障の観点からいえば、病気に対する医療についての経費負担も、出産についての経費負担も同じく経済的圧迫要因(Ⅱ貧困原因)であつて、これを病気に対する医療に比して劣位に扱う理由はない。また、出産は安全出産の観点からは、やはり医学ないし医療の対象となる分野に属するのであつて、この意味からも両者を区別するいわれはない。これがILO条約に代表される国際的動向として、医療のなかに出産が含ましめられた理由であろうが、さらに重要なことは、この医療への出産の包摂は単なる経済的生活保障としての医療保障の意味に止まるものではないということである。それは、母子双方の安全出産保障としての理念をもつものとして理解されなければならない。

すなわち、まず母体については、とくに難産や事後処理が悪かつた場合、しばしば死にいたることもあり、かりに死をまぬがれたとしても生涯にわたる後遺症が残つて、その母体の健康状態が大なり小なり害されることはしばしばみられたところであつたが、出産保障はこの母体の安全を確保するものⅡ安全出産保障とならなければならない。それは、とりもなおさず、母体たる女性の健康保障でもあり、右にのべた固有の医療における医療費保障から健康保障への発展の流れに合致するものである。そしてその保障内容は、病気についての医療がそうであつたように、母体検診、母親教育など、事前のケアから出産介助、アフターケアにいたるまでの一貫的、包括的サービスの提供でなければならない。したがつてそれはまた、責任主体(国、自治体)が一貫的な出産のトータルな保障の実現可能な方法としての現物給付形態でなければならない。

つぎに新生児についていえば、母体についてと同様、母体による懐胎、分娩、発育、成長のすべての過程を通して成人となるまでの心身両面での健全かつ健康な成育が確保されなければならない。この新生児からの児童の健康保障は、やがてその児童の成育後の健康の基礎となるものとして重要であることはいうまでもない。それは、出生率の低下現象が顕著となり、定着さえしている現時点では、将来の社会を支える貴重な人材確保にもつながるものである。このための方策としては、母体同様、母体についての事前ケアから分娩にいたるまでの一貫の出産保障と、アフターケアの現物給付がまず必要なことは自明のことである。これに加えて、さらに心身ともに健康な成果を確保するため所得保障が必要である。

以上のように、医療費保障↓医療保障↓健康保障へと発展する医療自体のなかへ編入された出産保障は、やはり、出産費保障↓出産保障↓母子双方の健康保障への発展を示すことになる。そのあるべき具体的な内容の概略を示せば、以下のようである。

(1) 現物給付としての一貫の出産保障

- (a) 妊娠に対する出産、育児教育
- (b) 妊婦に対する保健指導（訪問指導を含む。）
- (c) 健康検査
- (d) 出産介助
- (e) 帝王切開等の異常分娩、多子出産に対する諸措置
- (f) 出産後の母体、新生児の健康管理その他のアフターケア（未熟児その他異常出産での新生児への養育医療を含む。）

(k) 異常出産後の母体、新生未熟児の訪問指導

(2) 現金給付としての出産・育児保障

(a) 新生児の衣類購入など、(1)ではカバーされない出産にともなう諸経費の保障

(b) 保育費、養育費の保障

以上の給付のうち(1)の(a)、(b)、(c)、(k)はすでに母子保健法によって実施されており、また(2)の(a)については、健康保険法上の育児手当金、(b)については児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法などが存在しているが、十分なものではない。これらの今後の充実が課題である。

もっとも重要なことは、(1)の(d)、(e)、(f)の法制化である。これらは、現物給付として一体となつて、総合的、かつ臨機応変に提供されてはじめて母体の健康保持、子の健やかな成長の基礎が築かれるのである。この根底にある考え方は、これら給付の実施主体の責任と判断によつて、母子の健康を現実には保障しようとするところにあるのであつて、金銭給付によつて代替可能な断片的な給付を寄せ集めて給付しようとするものではない。

したがつて、前述の医療保障同様、出産・育児保障についても保険方式ではなく、公的直接提供方式によるのが理想となる。

(3) 健康増進施策の推進

健康の増進そのものをねらいとする施策の推進を内容とするものであつて、つぎの二つにわけられる。

(1) 生活環境整備・改善施策

前述の健康阻害要因としての生活悪環境の除去、改善を内容とするものである。これは従来環境、公衆衛生立法など、法制としてはすでに既存の種々の法体系が先行している領域である。労働環境の整備、改善は、法領域として

は、労働安全衛生立法、労働時間立法その他の労働保護法制ないし労働福祉法制の優先領域と捉えられるべきである。この領域以外において環境整備・改善に関し現在もつとも大きな問題を提起しているのは、公害に関するものである。これについては公害法体系（公害規制法、公害被害救済法、公害予防法<sup>(1)</sup>）がすでに形成され、それなりの効果を發揮している。社会保障法における健康保障の觀念の發展は、公害規制法、公害予防法を漸次その領域に取り込んでゆくであろう。公害のなかでも、とくに特定の公害発生源企業のない都市公害規制、防止は健康保障法の領域に編入されるべきである。公害発生源企業のあきらかな公害については、第一次的には、その企業の責任において除去ないし防止する立法政策が考えられる。

公害規制や予防にいたらないまでも、住民の一般的な健康保全ないし疾病予防のための立法、現行法でいえば、保健所法、母子保健法、老人保健法、予防接種法、伝染病予防法その他の各種特別疾病についての予防法、公衆衛生関係立法もその領域に包摂されることになる。これは、社会保障法の公衆衛生立法への近接化ないしこれの包摂化として捉えられる<sup>(2)</sup>。

## (2) 積極的健康増進施策

現在以上に住民の健康の増進を図るもので、つぎのようなものが考えられる。きわめて広範囲にわたるが、今後の社会保障法の發展分野である。

- (a) スポーツ振興……公的な体育指導と運動会、各種スポーツ大会等の開催、民間組織によるこれらの実施への助成、公的な体育館その他の体育施設の設置、民間のスポーツ・クラブ設置助成など民間の体育施設建設への助成など
- (b) レジャー施設の整備、確保……とくに精神面での健康増進を目指し、安価に利用できる総合的レジャー施設の

確保、レジャー享受を容易にするための道路整備を含む交通機関の整備など

(c) 都市における有休緑地、公園の確保

(三) 健康保障の保障責任主体と費用負担関係

右に述べた健康保障の理念達成には及ばないが、目下わが国の医療を支えている二つの制度たる健康保険、国民健康保険とも、一応社会保険の形をとっている。前者の場合、中小企業を対象とする政府管掌健康保険には現在一定率の国庫負担が加わっているが、給付費は原則的には労使折半負担の保険料で賄われる。この制度が傷病から労働者を保護することを狙いとして制定された法律にもとづく国家的制度であり、その管理・運営・監督はすべて国の責任においてなされる。このことから、この制度の責任主体はなんといっても国であることに違いはない。当然にその国の責任は国民の生存権に対応するものがある。しかし、その責任の内容は制度の管理、監督であつて、建前として自らの経費負担によつて保障をなすものではない。経費負担関係から制度を実質的に見れば、まず労使間の、そして労働者側の保険料が所得比例であることから労働者間の、二重の社会連帯組織が保障主体となっている。国はこれを組織したにすぎない。このことは、沿革的には自然発生的共済組合の伝統を受けた組合管掌健康保険によくあらわれている。ただ、この場合でも、所得比例ではあれ、受給者も保険料を払っている限りで個人責任原理も存在していることを見落としてはならないのであるが。

国民健康保険になると、これも健康保険と同じ目的のもとで国の制度として、法によつて設けられた制度である点で、健康保険同様、その管理・運営・監督を内容とする責任主体が国であることは確かである。健康保険と異なる点は、実施主体としての市町村も国に準じた責任を負うことであるが、これも、制度創設当初は保険制度の管理・運

営・監督責任の域を出るものではなかった。経費は、健康保険における使用者負担にあたるものがなく、主として住民の保険料で賄われる建前であった。<sup>(1)</sup> その保険料納付のない場合、給付がなされない点から、個人責任原理が存在していることは確かである。しかし、民営保険とは異なり、保険料には所得比例制、あるいは資産比例制が導入されて、そこに住民間社会連帯関係が設定されていることが大きな特色である。そこには客観的に市町村ごとの社会連帯組織が形成されていて、実質的保障（責任）主体は、市町村単位で設けられたこの社会連帯組織と一応捉えることができるのであった。

だが、その後、国は給付費の四割に加え、財政調整交付金その他種々の補助金を支出するにいたり、また都道府県、市町村も若干の補助をしており、結局は保険料収入は全給付費の半分以上となっている状態である。したがって、現在はその保障主体が地域的社會連帯組織であることの色彩が薄れ、むしろ国家的、ないし公的医療給付制度としての性格を強めている。国や市町村は、もはや単なる制度の管理・運営のみではなく、自らも半額以上の経費負担をなす実質的な責任主体となっているのである。

そして、この国民健康保険制度にとくに強くみられる医療保険への国庫負担ないし補助の占める割合の増加は今後も継続してゆくであろう。<sup>(2)</sup> このことは、とりもなおさず、医療保険の実質的保障（責任）主体が社会連帯組織から漸次国家あるいは自治体に移行していることを示すものである。

この公費負担割合の増加は、近年における医学、薬学の進歩にともなう医療費の高騰や人口の高齢化による受診率の高い高齢者層の増加などからの制度の財政悪化によることはあきらかである。医療費の増加は、医療保障をもちや社会連帯組織では支えきれない状態とした。このことはとくに低所得であり、かつ受診率の高い高齢者の多い国民健康保険において顕著であって、ここに、地域的社會連帯組織たる保険制度を維持不能とし、公的、直接的医療提供方

式へと移行せしめているのである。

しかし、重要なことは、この医療の公的 직접提供方式を導くものは単に医療費高騰による制度の財政的事情だけではない。この方式はさきに述べた医療費保障から健康保障への発展にとまらざるを得ないのである。すなわち、健康保障の内容として捉えられた前記三領域のうち、まず、第一の領域Ⅱ医療保障については、そこで要請される予防からリハビリテーションまでの包括的、一貫的、かつ体系的な現物給付がなされる事態はもはや「保険事故」として捉えられず、医療費保障には適切であった社会「保険」方式では対応を困難として、公的 직접提供方式をより適切な保障形態とする。第二の領域たる出産保障についても同様である。第三の健康増進施策の推進の領域にいたっては、その性格上、公権力を背景とした国あるいは自治体の行政の一環として、すなわち公的措置が中心となければならないものである。このような「医療費保障から健康保障へ」の動向から流れでる保障内容の変化、発展は、全体として、それに対応する制度を社会連帯組織たる社会保険制度から公的 직접提供方式へと誘導する。それは、国、自治体という公的行政主体の責任の内容面から見れば、かつて社会保険制度においてそれぞれの制度目的のために設けられたそれぞれの社会連帯組織の管理、運営、監督であるに過ぎなかったものが、自己の経費によって、直接に保障をなすものへと発展しているのである。

このように、医療費高騰による財政的要請と、医療費保障から健康保障への発展からの要請との二重の要請を受けて、健康保障の中心的責任主体は国と自治体となる。国の責任はいうまでもなく生存権に対応する国の側の義務であり、国はなんといつても健康保障の第一義的責任主体である。自治体は地域住民の福祉の擁護者として、国に準じた義務を負う。両者の役割分担を截然と区分することは不可能であるが、強いて言えば、全国的に共通する一般的な措置、あるいはその措置を実施するのに立法を要する措置については国の、その地域の実情に応じた措置を必要とする

地域性の高いものについては自治体の責任のウェイトが高い。とくに第三領域のうちの積極的健康増進措置は地域性が高いため、自治体の優先的責任領域である。しかしこの方面においても国の責任と密接な連携が必要である。

健康保障、出産保障については、全体としての経費負担と、療養の給付、出産介助そのものの現物給付については第一義的責任主体たる国が優先的責任を負うが、傷病の予防、アフターケア、リハビリテーション、出産の事前、事後のケアなどは地域性をもつものとして自治体も相応の責任を負うべきものである。この点から見て、現在の老人保健法上のヘルスサービスマターが国、都道府県、市町村の経費の三分の一ずつの負担において、市町村を実施主体としてなされているのは、形としては、一のモデルを提供しているとみられるものである。住民の健康保障の一環としてのヘルスサービスマターは地域性を有し、日頃住民と接する市町村がもつとも適切な実施主体であることはあきらかであるが、ここでとくに注目されることは、ヘルスサービスマターが、保険者の負担なしに、すなわち保険外の制度として、しかも全額公費負担においてなされていることである。前述のように、これはヘルスサービスマターが医療費保障から健康保障への発展上現れたものであり、しかも、保険にはなじまない性格のものであることから不可避的に導かれるものと見られる。

以上、将来的展望として、国、自治体が健康保障の中心的責任主体となることについて、その所以と内容を説明した。では、社会保障に固有の、とくに社会保険の実質的保障責任主体としての社会連帯組織はどうなるのか。健康保障の体系から完全に排除されてしまうものなのか。この問題は、社会保障における国家の国民に対する生存権原理と国民相互間の横の援助関係たる社会連帯原理の關係に深く絡む問題である。この問題をここで詳論するわけにはいかないが、私見では一般的、基本的には後者の方がより基礎的な原理で、その上を前者が覆う関係である。<sup>(15)</sup>健康保障の場合、前述のように前者が優越化するのであるが、後者がまったく消滅するわけではない。前者の優越化、すなわ

ち国、自治体が健康保障の実質的責任主体たる地位に立ったことにより、自らの財源を投じてそれを実行しなければならぬ。しかし、これをコアとし、後者がこれを下からサポートし、あるいは横から補足する形がとられることによつて始めて十分な保障が達成される。これには社会連帯組織による経費援助と独自の健康保障事業の創設、運営とがある。

(一) 経費援助

責任主体である国、地方公共団体といえども財源負担力は無限ではない。それは結局はタックス・ペイヤーが納付する租税収入によつて賄われるのであるが、この租税力にも限度があること、また不景気の場合には税収入が減少し、国、地方公共団体の財政状態を悪化せしめ、それが社保保障給付、ここでは健康保障を後退ないしレベル・ダウンさせることになる。これはオイル・ショック以後一〇年ほどにわたつてわれわれが経験したところであるが、この後退ないしレベルダウンは、当然ながら公費負担の大きい部門に顕著となる（生活保護の国庫負担割合の引き下げのように）。このようにして国、地方公共団体が実質的責任主体となるといつても決して安定的なものではない。そこで、これを社会連帯組織が補うことによつて、それだけ制度は安定化する。

そこでまず、労働者とその家族の健康保障については、現在の健康保険においてなされているように、少なくとも現物給付としての療養の給付に当たるもの（老人保健法における医療に当たるもの）については、使用者の経費負担がなされるべきである。換言すれば、現在の健康保険にみられる労使間連帯（使用者の労働者への援助関係）はそのまま維持されるべきである。このことは現在の労働者についての児童手当財源について、その七割を使用者が負担しているのと同性格のものである。使用者は、集団として自己が利潤獲得のために依存する労働力の担い手としての労

働者とその家族の健康保障の経費については、その負担力に応じて一定の負担をなすべきである。これは企業に不可欠な労働力の確保の意味もあり、一種の受益者負担としても理解できるものである。

この使用者負担は、医療保障にけると同じ趣旨から出産・育児保障についてもなされるべきである。現在の健康保険法上の分娩費、育児手当金について保険料折半負担の形で、また、児童手当については右にのべたような形で存在しているが、これをさらに充実させられなければならない。使用者 $\parallel$ 企業は、現代社会においてなんといつても財源負担力をもつ存在であるから、社会連帯原理から負担がなされるべきである。しかしこの負担はとくに出生率の低下現象に見舞われている現在においては、企業が必要とする将来の労働力確保の意味 $\parallel$ ここでも一種の受益者負担の意味 $\parallel$ もこめられるべきである。したがって、その財源拠出は現在のように労働者分の給付費に限定されるべきものではない。また企業内においては、その雇用する労働者に対する有給育児休暇与などの負担も考えられる。

現在、健康保険、国民健康保険において所得比例あるいは資産比例の保険料（保険税）の形で設定されている労働者間あるいは住民間の社会連帯関係はどうなるか。現に存在している程度の負担をこれから求めることも考えられるが、この場合の拠出はもはや保険料ではなく、国、あるいは自治体を主たる責任主体とする健康保障事業に対する経費負担として性格づけられるべきものである。そうだとすれば、その負担は国税あるいは地方税におけるタックス・ペイヤの立場からのそれに転化されるべきである。

## （2）健康保障事業

健康保障すべての部面において、国、自治体が行う保障措置を補う役割を担うべきであるが、とくに積極的健康増進施策面で機能を発揮すべきである。運動会、各種スポーツ大会の開催はもとより、スポーツクラブの組織、直営体

育館、体育施設の建設、休暇のための宿泊所、キャンプ地設定、民宿の経営など、だれでも安直にレジャーが利用できるレジャー施設の設置などである。

これらは民間において地域または職域、職種で自由に組織される団体によつて運営されるのが好ましいが、これらに対する公費助成による設立誘導も望ましい。

## むすび

以上、まず冒頭に述べた体系づけの基本的視点により給付内容別分類方法をとリ、社会保障法を所得保障、健康保障、住宅保障の三分野に体系づけた。そして私としては未発表であつた第二の分野についてその概念、生成過程、内容、経費負担関係を説明した。健康保障は概念としてまだ成熟したものではないが、国際的にはすでにWHOによつて示されているところである（「医療から健康保障へ」）。医療に関し、社会保障法はまず経済保障たる医療費保障からはじまつた。これは、制度的には保険制度に適合的で、社会保険方式によつて実現された。性格上それは医療を受けることによる経済的損失の補填であつて、修復医療の保障の機能をもつものであつた。もちろんそれ自体国民の生活保障上重要であることはいふまでもないが、生存権原理、社会保障法原理、社会連帯原理の進展とともに、その枠を脱し、WHO憲章第一原則に示されているように、単に疾病または病弱の状態が存在しているということではなく、完全な肉体的、精神的、社会的福祉の状態としての「健康」の保障を追及することになる。

それはまず、単なる修復医療ではない予防からアフターケア、さらにリハビリテーションに至る包括的、体系的な医療そのものの提供としての医療保障の概念を導く。この医療保障はさらにそれがより確実に実現されるためには、公

的責任主体による現物給付の直接的提供方式をとることを要請する。保障方式としては、社会保険方式を脱却することになる。このことは増加する財政的負担に社会連帯組織では耐えられないという事情からも必然化される。

この医療費保障から健康保障への発展は、つぎに、そのなかに出産・育児保障を包摂することになる。安全な出産の保障は母体と新生児双方の健康保障に機能するが、とくに新生児については、その健全な出生は、その後の健全な発育、成長とあいまって、その心身両面での将来の健康の基礎となるものだからである。そしてここでも安全出産のための事前措置から事後のアフターケアにいたるまでの包括的、一貫的な現物給付体系が、公的責任主体によって提供されなければならないのである。

健康保障は、以上に加えてより積極的な健康増進施策が推進されることによって完成される。それは病気の予防といった消極的なものではなく、人間の幸福の根源としての健康そのものの確保、増進を理念とするものである。

このような概念、理念をもって、健康保障は社会保障法のなかに重要な位置を占めることになるが、社会保障の概念自体がそうであるように、現にそれを十分に制度化しているものではない。健康保障はあくまでも理念であり、指導概念であって、そのもとで制度が充実、発展させられるべき指導原理である。

この原理のもとで、現行法制がいかに再編成され、新たな法制をうみだしてゆくべきかのアウトラインは、一応示したが、とくに健康増進施策の推進が加わることによって、社会保障法はその領域を広範に拡張する。とりわけ前述したような既存の公衆衛生立法への近接化によって、その境界が不明確となるおそれをもっている。この点をいかに整理するかは、私になお残された問題である。

(1) 森荘三郎『健康保険法解説』大正二二年、有斐閣、一四四頁。現物給付のメリットとしては本文に述べたもののほか、

経費の節減があげられている。反対に分娩の場合に現金給付を原則としたのは産院施設を全国に完備することが困難なことのほか、保険事故の発生が明白であるから仮病を使われる恐れがないことがあげられている(同書一六五頁)。

(2) ILO、「社会保障への途」塩野谷、平石訳、東京大学出版会、一九七二年、六二頁

(3) 健康権概念の生成、発展過程、その内容については、これに関する文献も含めて、井上英夫「健康権と医療保障」(朝倉新太郎ほか編、講座、日本の保健・医療2「現代日本の医療保障」労働旬報社、一九九二)に詳しい。本論は、社会保障法との関連は明確には示されていないが、いままでの健康権、健康保障についての議論がくわしく整理されている。

(4) 大河内一男「社会政策・各論」有斐閣、八八頁

(5) 岩手県沢内村のとった措置については、菊池武雄「自分たちで生命を守った村」(岩波新書一九六八年)、前田信雄「岩手県沢内村の医療」日本評論社、一九八三年、太田祖電ほか「沢内村奮戦記」あけび書房、一九八三年、及川和男「村長ありき」新潮社、昭和五九年など参照

(6) このうち、職業リハビリテーションの法体系については、高藤、「職業リハビリテーションの理念と法制」(総合リハビリテーション、一八巻六号、四七三頁以下所収)参照

(7) ILO前掲書、六三頁

(8) 森莊三郎前掲書、一六五頁

(9) 厚生省保険局編「健康保険三〇年史」全国社会保険協会連合会、昭和三十三年、上巻、二二七頁

(10) 社会保障法は第一義的には生活保障であるが、社会における人口政策的機能を担うことも認められるべきである。この点については、高藤、「高齢化社会における社会保障法の課題」(秋田成就編著「高齢化社会における社会法の課題」法政大学現代法研究所叢書4、日本評論社、一九八三年)、一四三頁以下で詳しく論じた。

(11) 筆者自身の公害法体系。詳しくは、高藤、「福祉法学—福祉国家の法と生活—」学陽書房、一九九一、一五〇頁以下参照

(12) このように解すると、上下水道法や公衆浴場法、食品衛生法、クリーニング業法等の個別的環境衛生業規制法その他の法領域へと社会保障法は際限なく領域を拡張する可能性をもっている。しかし、住民の一般的生活基盤の整備としての意味合いの強い上・下水道法、やはり一般的な衛生基準確保法は、その上に健康保障のための立法が展開されるべき基盤をなすものとして、一応社会保障法とは区別されるべきものと考えられる。つまり一般的、基礎的な生活基盤整備、公衆衛生基準確保のための立法と、その上に立つて、より積極的に健康確保の趣旨をもった立法とを区別し、後者のみを健康保障法として捉えるのが妥当と解する。

(13) 制定当初の法一条では、「国民健康保険ハ相扶共済ノ精神ニ則リ疾病、負傷、分婣、又ハ死亡ニ関シ保險給付ヲ為スヲ目的トスルモノトス」とされていた。「相扶共済ノ精神」とは、「社会連帯或いは相互扶助の思想を現したもので（小山進二郎編『社会保障関係法』、二〇七頁）、佐口教授はこの相扶共済の精神が国民健康保険の性格で、「地域を単位とする住民の相互扶助組織をつくらしめ、そこにおいて医療問題を解決せしめようとしたものであった」とされる（佐口卓、『日本社会保険制度史』勁草書房、一九七七、二四四頁）。

(14) 国庫負担が漸次増加している経過は以下のようなものである。健康保険については、制定当初、健康保険組合の保険給付費の一〇分の一（ただし、その総額が被保険者一人あたり一年二円まで減額）を負担した。一九四二年には政府管掌健康保険についてもその事業費の一部を負担することになるが、四七年には、事務費についてのみの国庫負担となった。それが、五七年政府管掌健康保険の財政危機に対処してその給付費の一部国庫補助が再開された。これが七三年にはその給付費の一〇%の定率補助とされ（保険料率が七・二%をこえて〇・一%上がるごとに国庫補助率も連動して〇・八%ずつ引き上げる連動方式も採用）、八〇年には国庫補助率は一六・四%から二〇%の範囲内で政令で定められることとなり、当分の間は二六・四%とされて現在にいたっている（くわしくは、厚生省保険局保険課、社会保険庁健康保険課編『61年版健康保険法の解釈と運用』社会保険法研究会、一九八七年）一二六四頁、一二七九頁以下参照。

国民健康保険の方は、戦争直後、形の上では全市町村の九八%、六大都市以外の市部では六三%の普及をみせつつも、財政の緊迫状態から内実は閉店休業状態であったところ、一九四八年、その立てなおしのための法改正によって、国庫は、命令の定めるところにより、予算の範囲内において補助金を交付できるとされた（四七条一項）。この命令

(国民健康保険国庫補助金交付規則)では、補助の対象は、事務費、保健施設費、療養・助産または葬祭給付のため必要な施設の創設費、およびこれらのほか国民健康保険事業に要する費用とされていた(二条)。このうち事務費については、一九四九年度以前は五割、五〇年度七割、五一年度には一〇割補助が実現した。問題の給付費については、別途、四七年、国民健康保険再建整備資金貸付法が制定されて、国からの低利の貸付け制度が設けられ、また同年度、療養給付費に対する国の補助の肩代わりとして予算措置による「国民健康保険奨励金制度」も設けられた。そして四八年度、療養給付費の二割相当額を補助する助成交付金制度が成立し、多年の懸案であった療養給付費に対する国庫補助が実現した。これは、前年度の奨励交付金制度と同趣旨の振興奨励交付方式、各市町村の財政力の不均衡を調整するための財政力調整交付方式、療養給付費を基準としてそれが多額である保険者ほど高率の交付がなされる療養給付費調整交付方式、保険料が多額であるほど高率の補助をする保険料交付方式、の四方式によって実施された。

国民健康保険についてはその後も財政的基盤の確立の努力が続けられたが、五五年、事務費については全額、保健婦に要する費用については三分の一、療養給付費については総額の一〇分の二を下らない額の補助が国の義務として法定された(四七条)。これが五八年の全面改正に発展的に引き継がれる。保健婦の費用についての三分の一の国庫補助は同様であるが、事務費の全額、療養の給付および療養費の支給費の一〇分の二を国庫負担としたうえ、療養給付費の見込み額の一〇〇分の五(現在は一〇〇分の一〇)の財政調整交付金の支給が義務づけられた。このうちの療養の給付、療養費の支給費への国庫負担は六二年の改正により一〇〇分の二五に引き上げられ、六六年には一〇〇分の四〇となった。詳しくは、厚生省保険局国民健康保険課、社団法人国民健康保険中央会編『国民健康保険四〇年史』参照。

(15) この関係については、高藤「社会保障法における生存権原理と社会連帯原理」(『荒木誠之還暦記念、「現代の生存権」、法律文化社、一九八二)三頁以下で詳しく論じた。