

經濟論叢

第164卷 第4号

菊池光造教授記念號

献 辞	西 村 周 三	
日本の「財政調整」型社会保障	玉 井 金 五	1
不況期に開業・事業継承した小企業経営者	脇 坂 明	20
男と女のゲーム	川 口 章	34
福祉国家研究のジェンダー化の規範論的展開	居 神 浩	57
ドイツ化学企業C社の報酬システム	久 本 憲 夫	69
日本におけるホワイトカラー組合運動	松 尾 孝 一	89
業績考課給・業績管理の展開と イギリス人的資源管理	上 田 眞 士	113

菊池光造 教授 略歴・著作目録

平成11年10月

京 都 大 学 經 済 學 會

日本の「財政調整」型社会保障

玉 井 金 五

I 問題の所在

日本の社会保障が現在大転換期にあるのは、誰しも認めるところであろう。社会保障の中心をなすといわれる年金と医療は、それぞれ多くの難題を抱えているし、一方で福祉・介護の領域も課題が山積みという状況である。わが国の社会保障の構造改革を早急に進めなければならないという近年の主張は、こうした重大な局面に立ち入ったことから発せられている。

振り返ってみれば、日本の社会保障もすでに半世紀が経過した。この間、いくつかの時期に大きな節目が存在したのは明らかな事実である。1961（昭和36）年の国民皆保険・皆年金体制の発足、1973（昭和48）年のいわゆる「福祉元年」等をはじめとして、注目すべき出来事が多々生じた。そうした一連の系譜のなかで、とりわけ1980年代に生じた改革はわが国の社会保障の歩みのなかで無視できぬものがある。否、むしろ半世紀の歴史を二分するとしたら、この時期こそ決定的な意味をもつに十分値するといえるであろう。当時導入された財源調達における新たな仕組みこそ、今日の社会保障の存立基盤となっているものであり、それを正確に把握することなしに現在の問題状況を見通すことはほぼ不可能である。

戦後の一定期間、わが国の社会保障は制度的にバラバラであり、実に複雑な構造を有していると強く批判された。その後ある程度の改革が進展したものの、基本的にはかつての性格を色濃く残してきた。その意味では、それこそが日本的な特徴だといえるかもしれないが、先にふれたように80年代が実に大きな転

機となる。それは、一口でいえば制度間での「財政調整」が実施されたということであった。医療についていえば、1982（昭和57）年の老人保健法が、また年金については1985（昭和60）年の年金法改正がその指標となる。この点のちに節を改めて詳しく論じることにするが、財政的に大きな格差が生じていた制度間で、一方から他方への財政支援が行われることが決定したのである。

新しい制度が出来たときはとかくそれに眼を奪われがちであるが、一番のポイントは財政的に余裕のある制度からそうでない制度へ財源の移転を可能にするパイプが通されたということである。いわゆる「拠出金」と呼ばれるものがそれに当るが、実はこの仕組みこそその後のわが国の社会保障を基底で貫くものに他ならなかった。いいかえれば、拠出金制度を導入することで、一部の制度の財政破綻が免れたというのが正確であろう。それは医療然り、年金も然りである。そして、さらに重要な点は、今日の社会保障の揺らぎは、まさにこの拠出金制度が行き詰まり始めたために生じたものであり、根本はこの仕組みを今後どのように転換するのかということにかかわってくる。

そうした事態の推移にもかかわらず、社会保障の改革論議の多くは、かかる80年代に形造られた構造的特質を全く視野に入れていない。ただ、ひたすら現状のみを出発点とする底の浅い議論では到底説得的な改革方向を打ち出すことができないだろう。しかも、90年代に入ってから福祉・介護への関心が高まり、その制度化が図られてきているので、余計に問題の本質を見えにくくしている。現在求められているのは、年金、医療、介護等について分野別の掘り下げを行うだけでなく、それらが社会保障全体のなかでどのような特質を備えているのかを横断的に確定することであろう。後者からみえてくるのは、わが国の社会保障が「財政調整」型社会保障という、国際的にも実に稀なタイプを有しているということである。

以下では、これまでの経緯を振り返りつつ、いかにして財政調整型に移行せざるをえなかったのかを、医療、年金を中心に検討してみよう、それによって、現地点の状況がより照射されるはずであり、過去を無視した改革論の非現実性

が併せて明らかになるだろう。

II 医療保険と財政調整

先に、1982年の老人保健法によって拠出金制度が導入されたと述べた。この改革は、わが国の医療保険制度の構造的問題と密接にかかわっており、その意味で改革に至るまでの経過を十分に押えておく必要がある。とくに、1972（昭和47）年に出来た老人医療費支給制度との絡みは余りにも大きなものがあった。

周知のように、わが国で高齢化の割合が7%に到達したのは1970（昭和45）年のことであり、社会的にもようやく高齢化社会への本格的な関心が芽生え始めた。一方で、政府による「ねたきり老人」への言及が行われたのは、1960年代後半のことであり、いわゆる革新自治体の誕生と時期的には踵を接していたのである。こうしたなかで、革新自治体の一部は福祉の充実を主要なスローガンのひとつとして掲げ、老人が医療サービスを受けたさいの一部負担について、それを自治体が公費で肩代りするということを始めるに至った。そして、その試みは急速に広まり、全国の多くの自治体が同じような事業に着手していった。そのため、結局は政府が制度の一元化を図らなければならなくなり、それが72年の支給制度となって結実したのである。

日本の医療保険は大きく職域（被用者）保険と地域保険に分かれており、後者の代表が国民健康保険（以下、国保と略記）である。この国保においては、自営業や農業に従事している者をはじめ種々の加入者を抱えるが、そのなかには民間企業を定年退職した高齢者も加入することになる。したがって、加入者の年齢構成は自ずから高くなる傾向にあり、それは必然的に医療費の上昇と結びつかざるをえなかった。先に一部負担する部分を公費で肩代わりすると述べたが、それはこのように国保を利用する高齢者とのかわりにおいて捉えなければならない点に注意する必要がある。

老人医療費支給制度とは、正確には70歳以上の老人が受診したときに本人の一部負担を公費で肩代わりするものである。ということは、本来本人は国保の

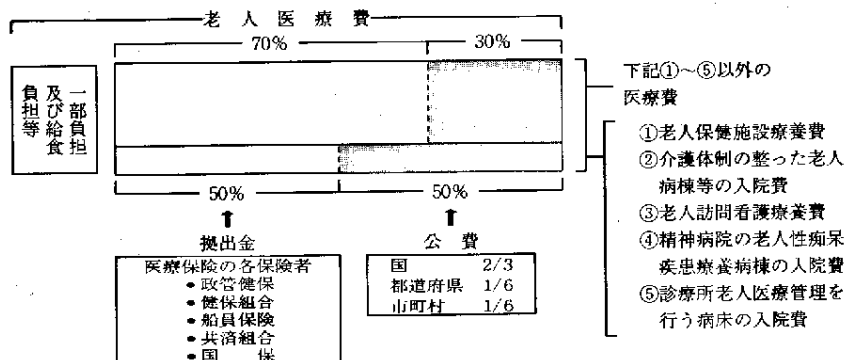
被保険者として保険料の拠出に何らかのかかわり（世帯主もしくは家族として）を持っていることになる。つまり、社会保険の受給資格を取得していることが、まず問われるわけである。しかしながら、当時一部の関係者はこの新しい制度によってわが国で「老人医療の無料化」が実現したと絶賛した。この言い方は、おそらく70歳になった老人はすべて無料（公費）で受診できると錯覚させるに十分であろう。いいかえれば、先の社会保険の論理が完全に欠落してしまいかねないのである。

しかし、実際はそうではない。あくまで一部負担部分のみの肩代りであるから、「老人医療の無料化」という主張は、その前提とすべきことを明確化しておかないと、いたずらに誤解を生むだけとなる。現実問題として、支給制度が開始されてからは、無料化という言葉の響きが潜在化していたニーズを掘り起こし、老人の多くが病院、診療所へ赴くようになった。いわゆる「サロン化現象」ということがよく指摘されたのは、丁度この時期である。この現象は、次第に支給制度と結びつく国保に大きな影を落とすことになった。つまり、老人医療費の上昇は国保の財政悪化となって現われざるをえなかったのである。

根本的に何らかの手を打たないと、このままいけば国保は財政的に窮迫せざるをえない。行き着いたところこそが、1982年の老人保健法の制定であった。この改革にはいくつか重要なものが含まれているが、やはりその中でも一番眼を引くのが、拠出金制度の導入であった。その要点を記しておくと、以下のとおりである。まず、70歳以上の老人の医療費の負担の仕方は、30%が公費、そして残りの70%に各保険者からの拠出金を当てるということになった（第1図参照）。つまり、それまでであれば健康保険は主に現役の労働者の医療費負担にのみかかわりをもっていればよかったが、この改革によって老人の医療費負担のために拠出金の支払いが求められるようになったのである。それは、わが国の医療保険史上はじめての出来事であった。

この改革によって、きびしい財政状況に直面していた国保は一時的にそれが回避されることになる。つまり、健康保険をはじめとする各保険者からの拠出

第1図 老人医療費の負担



資料：厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」。

出所：総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障統計年報（平成10年版）」法研，1999年。

金は、国保の負担を軽減することにつながるからである。あえて別の言い方をすれば、次のようにもいえるであろう。当時比較的財政状況が良かった健康保険と窮迫していた国保との間にパイプを通し、一方から他方へ源資が流れるようにしてしまったと。この仕組みは、まさに「財政調整」そのものであり、一方から他方へ源資の移転が行われたのである。この方式によって、国保は迫りつつあった財政危機をひとまず乗り越えることができた。

さて、その後をみると高齢化の進展とともに老人医療費は相変わらず伸びつづけていく。そうしたなかで生まれてきたのが、老人のケアを余りにも医療にむすびつけてきたのではないかという反省である。80年代の半ば頃になると、「ねたきり老人」や「社会的入院」がしばしば取り上げられ、その劣悪な実態が暴露された。こうしたわが国の状況に対して突きつけられたのが、スウェーデンやデンマークといった北欧の国々の老人ケアの事例である。こうした国々では介護体制が充実しているので、日本でみられるような悲惨な事態は生じていないことが訴えられ、それが社会的にひとつのインパクトを与えることになった。いいかえれば、わが国ではあまりにも老人医療に傾斜しすぎてきた点に対する疑念の表明を生んだ。

こうしたなかで、先の老人保健法は1986（昭和61）年に改正される。そして、新たに老人保健施設なるものを打ち立てていくことが取り決められたのである。そのときまでのわが国は、病院や診療所では医療サービスが、一方で老人ホームや家庭等ではどちらかといえば福祉サービスがというように、取組みの中身が大きく分かれていた。それに対して、すでに入院治療が必要でなくなった者に対して、医療サービスも福祉サービスも併せて供給でき、入所することも、あるいは通所することも可能なものとして老人保健施設が考案されることになったのである。このことは、たしかに老人を医療とむすびつけすぎしてきたことへの反省の証しでもあった。しかしながら、このように双方のサービス体制がとられたとしても、法的にはあくまで老人保健法によってカバーされたことに注意が必要である。

つまり、サービス内容を工夫、変更したとしても老人保健法のもとで実施されるかぎり、コストは老人医療費となって現われ出ること何ら変わりはない。事実、以後も老人医療費の上昇はつづき、老人保健法の枠組み内での改革には限界があり、他の手法も併せて取り入れていくべきことが強く認識されるようになっていく。その具体化が介護体制の充実であり、そのための基盤整備であった。結果的には、1989（平成元）年に「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」（いわゆるゴールドプラン）の登場となる。これによって、在宅福祉、施設福祉の二本柱を確立し、医療よりも介護が必要な老人に適切なサービスを提供していく方針が明確に打ち出されたのである。

このように、1980年代には老人医療と老人福祉のあり方やその関係をめぐって、かなり大きな動きが生じるようになった。そこから出てきたのが、老人医療という形でカバーされてきた介護的な部分を切り離そうという試みであり、後者はいわゆる公的介護保険によって取り扱われることになっていく。この点は改めて取り上げたいが、90年代に入っても老人医療費は増えつづけ、それに伴う拠出金の負担増が各保険者をさらに悩ませることになった（第1表参照）。とくに、健康保険ではこの拠出金をめぐって赤字問題が発生し、それはますます

第1表 老人医療費と国民医療費の推移

年 度	老人医療費		国民医療費		老人医療費 の国民医療 費に対する 割合 (%)	国民所得に対する割合	
	実 数 (億円)	伸率 (%)	実 数 (億円)	伸率 (%)		老人医療費 (%)	国民医療費 (%)
昭和49(1974)	6,652	55.1	53,786	36.2	12.4	0.59	4.78
50(1975)	8,666	30.3	64,779	20.4	13.4	0.70	5.22
51(1976)	10,780	24.4	76,684	18.4	14.1	0.77	5.46
52(1977)	12,872	19.4	85,686	11.7	15.0	0.83	5.50
53(1978)	15,948	23.9	100,042	16.8	15.9	0.93	5.82
54(1979)	18,503	16.0	109,510	9.5	16.9	1.02	6.01
55(1980)	21,269	14.9	119,805	9.4	17.8	1.07	6.00
56(1981)	24,281	14.2	128,709	7.4	18.9	1.16	6.14
57(1982)	27,487	(13.2)	138,659	7.7	19.8	1.25	6.32
58(1983)	33,185	(20.7)	145,438	4.9	22.8	1.44	6.30
59(1984)	36,098	8.8	150,932	3.8	23.9	1.48	6.20
60(1985)	40,673	12.7	160,159	6.1	25.4	1.56	6.15
61(1986)	44,377	9.1	170,690	6.6	26.0	1.64	6.30
62(1987)	48,309	8.9	180,759	5.9	26.7	1.70	6.37
63(1988)	51,593	6.8	187,554	3.8	27.5	1.71	6.22
平成元(1989)	55,578	7.7	197,290	5.2	28.2	1.73	6.12
2(1990)	59,269	6.6	206,074	4.5	28.8	1.71	5.96
3(1991)	64,095	8.1	218,260	5.9	29.4	1.77	6.01
4(1992)	69,372	8.2	234,784	7.6	29.5	1.88	6.36
5(1993)	74,511	7.4	243,631	3.8	30.6	2.00	6.54
6(1994)	81,596	9.5	257,988	5.9	31.6	2.19	6.91
7(1995)	89,152	9.3	269,577	4.5	33.1	2.35	7.10
8(1996)	97,232	9.1	285,210	5.8	34.1	2.48	7.27

注1)：国民医療費は「国民医療費」(厚生省大臣官房統計情報部)による。

2)：国民所得額は経済企画庁調べ。

資料：厚生省老人保健福祉局『老人医療事業年報』。

出所：総理府社会保障制度審議会事務局編『社会保障統計年報(平成10年版)』法研、1999年。

す大きくなりつつある。82年時点ではまだ多少の余裕がみられた健康保険でさえも、今日拠出金によってギリギリのところまで追い込まれているのが現実である。

こうした状況を反映する形で、高齢者医療のあり方についての改革案が提起されているが、利害が錯綜しあって全く前進をみていない。思えば「医療保険の抜本改正」が唱えられたのは、今から30年以上も前のことであった。しかし、すでにみたようにこれまでの改革はすべて脆弱な国保と絡んで行われてきたことが判明する。そして、それは老人医療とのかかわりで余計に問題が大きくなったといっても過言ではないだろう。その意味では、国保を他の保険者（とくに健康保険）が支援するという「財政調整」型こそわが国の医療保険の基底を貫くものであり、この構造を本当に改革するというのであればそのときこそ「抜本」と呼ぶに値するものになるであろう。

ところで、90年代に入って一気に介護保険導入の論議が高まったが、主要な背景のひとつが悪化する医療保険財政対策でもあったことはもはや明らかである。医療から介護を切り離すことで、医療費の負担をすこしでも抑制、緩和しようという狙いがある。しかし、これまで老人保健法のもとでカバーされてきた老人保健施設や療養型病床群は、新たな介護保険法のもとでも適用対象となる。したがって、それらの施設を所有する医療機関は従来の医療保険に加えて介護保険ともかかわりを有することになる。ということは、医療機関からみれば市場的に大きな変化が生じるということはある。医療も介護もこれまで所有してきた施設でのサービス提供ができるからである。

だとすれば、一見医療保険の負担が和らぐようにみえつつも、介護保険の負担を考えればトータルとしてこれまで以上に増加する可能性が十分にある。また、このように介護保険を創設しても、二つの保険の間には適用によって人々の流出が生じるであろうから、一概に医療保険の負担が緩和、抑制されるということにはならないだろう。このようにみえてくると、医療保険と介護保険の二つは、別々に考えるのではなくて必ずセットでその内に孕む問題を見極める

ことが不可欠である。

III 年金保険と財政調整

1980年代は年金改革の時期としても、大きな節目を形成した。1985年の年金法改正によって、いわゆる一階部分の一元化が図られたことはよく知られている。このとき、関係者の多くが「画期的」という形で新制度を絶賛した。なるほど制度体系をみるかぎり、以前はバラバラであったものが全国民の共通部分を有することになり、一見して平等化が推進されたように思われたのである。

しかしながら、85年改革ののちにみるように国民年金の財政問題が大きく絡んでいた。もっといえば、おそらく旧制度のままであれば国民年金は遠からず財政破綻したであろうということである。こうした事態は当局としても絶対避けなければならなかった。そのため、表面上は基礎年金の導入という言葉の響きが与えるように、国民の誰もが納得するような方向を打ち出すことが求められたのである。85年改革はとかく肯定的にみる論者が多いが、最も根底を貫く理由は国民年金の財政危機（第一の危機）の回避にあったというべきであろう。一元化こそは、まさにそうした危機を乗り越えるための「財政調整」そのものに他ならなかったのである。

このあたりの事情については、もうすこし説明が必要である。国民年金といっても、拠出制と無拠出制がある。このうち、拠出制国民年金は自営業や農業に従事する人々等を対象する形で、その保険料の拠出が1961年4月から始められた。そのさい、老齢年金の受給資格を得るためには少なくとも25年以上の加入が必要とされたから、それを満たすのは1986年（ $1961+25=1986$ ）のこととなる。つまり、このときまでは25年加入者が出ないのである。それにもかかわらず、国民年金の積立金は伸びるどころか、1980年代に入ると次第に通減状態に陥ってしまった（第2表参照）。25年加入の受給者がまだ出ていないのに、なぜ積立金が減りはじめたのかということは、大きな疑問である。この点については、さらなる説明が求められよう。

第2表 厚生年金保険、国民年金の積立金累積状況 (単位:億円)

	総 額		厚生年金保険		国 民 年 金	
	増 加	累 計	増 加	累 計	増 加	累 計
昭17~20年度	14	14	14	14	—	—
21~35	4,426	4,440	4,426	4,440	—	—
36~40	11,921	16,361	9,975	14,415	1,946	1,946
41~50	35,112	51,473	29,787	44,202	5,325	7,271
46~50	90,617	142,090	78,667	122,869	11,950	19,221
51~55	164,135	306,225	156,969	279,838	7,166	26,387
56 ('81)	44,664	350,889	42,958	322,796	1,706	28,093
57 ('82)	45,439	396,328	42,833	365,629	2,606	30,699
58 ('83)	42,364	438,692	43,787	409,416	△1,423	29,276
59 ('84)	43,784	482,476	45,427	454,843	△1,643	27,633
60 ('85)	51,291	533,767	52,985	507,828	△1,694	25,939
61見込('86)	42,147	575,914	47,453	555,281	△5,306	20,633

出所:『保険と年金の動向』厚生統計協会, 1989年。

実は、国民年金については、独自に採られていたいくつかの特別措置に注目する必要がある。その例を1~2あげてみよう。ひとつは、次の措置である。先ほど加入年数として25年以上必要であると述べたが、発足当初それを厳密に適用したのは当時30歳までの者に対してであり、31~49歳の者に対しては加入年数の短縮が図られたのであった。つまり、31歳であれば25年より1年短い24年でよい、そして32歳であれば2年短い23年でよいというように、1歳年齢が上がるにつれて、加入年数を1年短くしたのである。これでいくと44歳で11年となり、45歳から49歳までは一括して10年という括りがなされた。こうしたケースであれば、1986年以前から受給者が出てきても何ら不思議ではない。

一方、10年年金といったものが導入されたことにも注意を払うべきである。当時50~54歳までの人々を対象として、この制度化が図られた。つまり、10年間決められた保険料を払いつづければ、65歳から一定額の年金を支給するというものである。このケースも、1986年以前に受給者が出てくる。この10年年金に加入しなかった者に対しては、約10年後に5年年金の制度をつくり、それへ

の加入を勧めている。その仕組みは10年年金と同じで、5年間保険料を支払えば、65歳から一定額の年金をこれまた支給しようというものである。このケースも、条件さえ満たせば1986年以前に受給者が出てくるであろう。

このように、当時採られたいくつかの措置は1986年以前からの年金の受給とすることを可能にした。この場合、年金の保険料拠出と給付との間に厳密な保険数理が成り立っていれば、年金財政はそれなりに維持されたことであろう。しかしながら、実態は必ずしもそのようにはならなかった。否、むしろかかる時期の保険数理は厳密さを欠いていたというべきであろう。そのことが、積立金を十分形成できなかったところか、むしろ通減という状態を引き起こすことにつながったのであった。しかし、1986年になると25年加入者が出はじめる。国民年金の給付額の算定には加入年数が効いてくるのであれば、なおさらであろう。その意味で、1986年よりも前に何らかの手を打たなければならなかったのである。

では、1985年の改正によって上記の問題はどのように取扱われたのであろうか。ここで、先の一元化、つまり一階部分を共通にしたことが関係してくる。とくに、この基礎年金と呼ばれる部分の財源を賄う方式は次のようになった。それは三つのものから構成されるとされ、ひとつは第1号被保険者（旧国民年金の加入者の）保険料、第2は国庫負担（基礎年金に要する費用の3分の1）、第3は第2号と第3号被保険者（第2号とは民間企業に働く者、公務員等、第3号は第2号の被扶養配偶者）からの拠出金である。このなかで、最後の拠出金は、すでにみた老人保健制度の拠出金とかなり似た性格を有するものである。

つまり、旧制度のままでは国民年金は間違いなく破綻したであろう。しかるに、新制度では一階部分を一元化したので、かつての国民年金はこの中へ吸収される形となった。しかも、この一階部分に必要な財源をすでにみた形で賄うのであれば、ひとまずその財政維持は可能であろう。そして、そのためにこそ拠出金が組み込まれたのだという、重要な事実を押えておく必要がある。それは、別の言い方をすれば財政的に窮迫した国民年金を、厚生年金が支援すると

いう形をとったものだと考えることができるだろう。それは、まさに年金における「財政調整」そのものである。つまり、医療で行われたものと、原理的にはほぼ同じことが年金でも実施に移されたのであった。

この仕組みによって、何とか国民年金の第一の危機は乗り越えられた。しかしながら、こうした本質に迫る部分の情報開示は、関係者によって当時全くなされなかったし、またなそうともされなかった。むしろ、そうした事実ではできるだけ伏せて、新たな装いのもとでの年金論を展開しようとする傾向が逆に強まったというべきである。それが、年金とは「世代間の助け合い」とか「世代間の社会的扶養」という、もっともらしい主張である。この論調は、次にみるようにわが国の年金財政方式をはじめとして、それまでの事実経過の一部を歪めることになってしまった。

わが国の年金財政方式は、厚生年金についていえば1954（昭和29）年から修正積立方式であり、国民年金も当初はそうした方向に近いものであった。しかし、国民年金は80年代に入ってから急速に賦課方式に近づいてしまったといえる。85年改正以後は、先の助け合い的な主張が積極的になされはじめたため、いつの間にか年金とは賦課方式であり、わが国の制度もまさにそれを採用しているかの観を呈したのであった。一階部分で財政調整がなされたこと、その最大の原因は国民年金の財政危機であったことを表面化させることができないとすれば、年金とは世代間の助け合いであり、それは賦課方式であるといわざるをえなかったのが真相である。

こうした論調の転換は、一時的に功を奏したかのように見受けられた。しかしながら、世代間の助け合いといっても、応分の負担ならいざ知らず、将来負担はますます多くなるが給付は次第に抑制されるということが若年世代にわかりはじめたことは、皮肉にも逆の作用を引き起すことになった。いわゆる若者の年金離れがそれである。それは、90年代に入ってから「国民年金の空洞化」現象の有力な原因にもなりつつある。つまり、第1号被保険者として加入すべきなのに加入しようとししない未加入者が存在する一方で、被保険者であり

ながら滞納する者、または免除を受ける者が増加した。そして、その数は第1号にかかわる者の3分の1にも当たるともいわれている。

これだけの数が保険料拠出に直接むすびついていないとすれば、第1号被保険者だけで作り上げている制度であれば、それは完全に財政破綻である。しかし、85年改正で一元化し、その費用は他の制度からも賄われているため、今すぐに破綻ということにはならない。もっとも、こうした事態が長くつづけば、それは現行の仕組みを前提とする限り、国庫負担割合の増加や、拠出金の引上げとなって現われ出ざるをえないであろう。現に、今日の年金改革論議では国庫負担2分の1論が出てきている。その意味で、国民年金の空洞化はまさに国民年金の「第二の危機」であり、その事の重大性を関係者はもっと深刻に受け止めるべきであろう。

では、一階部分の年金財政方式は本当に賦課方式と呼ぶべき内容を維持しているのかというと、実はそうではない。むしろ、一階部分には積立金が生じてきており、それは次第に増えつづけている。賦課方式なのになぜ積立金か、という疑問が生じるのに対して、一般の説明は今後の給付増に備えてのためという答えである。しかし、実態は一階部分の費用の調達方式にあって、おそらく拠出金が一階を支えるうえで大きな財政的役割を果たしており、それが結果的に積立金の形成にも寄与していると思われる。したがって、一階をイコール賦課方式といい切るこれまでの説明は全く当を得ない。むしろ、賦課方式と積立方式が実に巧妙にミックスする形で成立しているというのが真実であろう。

90年代に入ってから、ようやく85年改正の難点が徐々に認識されはじめつつある。いいかえれば、表面的に繕ったものの実体が次第に暴かれてきている。年金においても根底を貫いているのは「財政調整」であり、そのことにふれることを避けてきた当局、関係者の責任は余りにも大きい。年金の場合にも、現在の構造を正確に把握し切ることこそ、当然のことであるが最も重要である。しかし、現実には相変わらず過去を無視した論議がつづいており、医療でみた事情に全く似通っていては何ら展望は開けないであろう。

IV 介護保険と財政調整

すでにみた医療保険や年金保険に対して、近年大きな関心が集まっている介護保険は一体どのような性格を有しているのだろうか。介護へのニーズの高まりからその必要性が唱えられたものの、かなりそうしたムードに流されがちで、介護保険の本質を十分に把握しきれている者は決して多くない。

介護保険登場の理由はいくつかあるが、医療保険、とくに老人保健制度の行き詰まりが大きなきっかけをつくったことは明らかである。すでにふれたように、老人保健制度における拠出金が健康保険をはじめとする保険者の財政を圧迫しはじめ、それは90年代に入って赤字問題へと発展した。こうした状況を打開するためには、医療保険でカバーされてきた介護的な部分を切り離し、それを別の制度で運営するしかない。こうして、介護保険は老人医療費の負担増に耐えきれぬ状況を克服すべく導入されたものであったことを銘記しておく必要がある。たんなる介護ニーズだけの視点からでは、介護保険の持つ意味を全く理解することができないであろう。

周知のように、介護保険の被保険者は65歳以上の第1号と、40-64歳の第2号とに区分される。利用者負担（1割）を別にすれば、この両者で介護費用の50%を賄うわけであり、残りの50%は公費負担とされている。その意味では、介護保険といっても保険方式と公費方式の混合形態とみるのが正しいかもしれない。介護保険は市町村単位で実施されるため、先の第1号被保険者は居住する地域によってその保険料が異なることになる。それに加えて、同一地域に住んでいたとしても本人の所得の多寡によって保険料に格差が生じるようになっている。今日までよくいわれてきた1カ月2,500円という額は、その意味であくまでひとつの目安にすぎないのである。

一方、第2号被保険者が拠出した保険料は彼らが居住する市町村に直接納まるのではなく、一旦国レベルでプールされることになる。そして、それらを全国の各市町村の財政状態に応じて支給していくように考えられている。この仕

組みこそは、各市町村間の財政的な格差の是正のために、第2号被保険者の保険料そのものが「財政調整」に用いられることに他ならない。しかも、第2号被保険者に対する介護給付は特定のケースの場合でしか適用されないから、見方によっては第2号は第1号の給付のための財源調達手段として位置づけられているといえる。否、むしろ明らかにそのような構造を有したものであると断言すべきであろう。

だとすれば、介護保険においても「財政調整」的な仕組みが組み込まれているわけであり、先の医療保険、年金保険のケースとそのかぎりではほぼ同一的性格を併せ持つことになる。もっとも、第2号被保険者といっても民間企業に勤める者と、自営業者等では保険料の支払方法は異なる。このうち、民間企業に勤める者は、従来の医療保険に加えて介護保険の保険料を拠出することになるが、そのさい暗黙の前提とされているのは、それによって医療保険の保険料拠出がいくぶん抑制緩和されるだろうということである。

つまり、介護保険が発足すれば従来医療保険でカバーしていた部分がそちらに移るわけであるから、そのことは医療費の上昇、とくに老人医療費のそれに少くともブレーキをかけることになるという見込みがある。しかしながら、ここで注意すべきことは、先にもふれたように医療機関や医療関係者も大きく介護保険にかかわるということである。施設ということであれば、これまでは老人保健法の下にあった老人保健施設や療養型病床群は介護保険の適用対象にもなる。つまり、ひとつの施設において医療保険、介護保険のそれぞれにかかわる患者や要介護者が出ることになる。また、介護の認定審査では、主治医の意見書とか二次判定においての医師の判断が不可欠となっている。

このような内容からすると、医療サイドからみたとき、介護保険の導入はこれまで以上に医療機関、医療関係者のかかわる領域が拡大することを意味する。だとすれば、医療から介護を切り離すといっても、医療サイドからみればひとつの制度がたんにふたつに分かれるだけであって、何ら根本的な変革ではないのである。むしろ、介護需要の増加はますます医療サイドにとって自らの市場

が膨らむことになろう。介護保険の導入は、一見医療から福祉へとといったイメージを植えつけがちであるが、中身は医療でも福祉でも対処することができるように制度が切換えられたにすぎないというべきものである。

だとすれば、支払う側として医療保険料と介護保険料はどのような関係に立つのであろうか。よくいわれることは、医療保険料の伸びをすこしでも押えることが可能になる、医療よりも福祉という形でサービスを提供すれば、コスト的にみてダウンする、といった介護保険導入のメリット論である。しかるに、医療サイドは介護保険の適用を十分受けることができ、実際一部の医療機関は病院等を介護保険でカバーされるべき形態にシフトさせている。繰り返しになるが、医療サイドにとっては市場が制約されるのではなく、むしろ拡大するということであり、この点を抜きにして保険料負担の問題は論じられないのである。

おそらく、今後とも医療保険料は抑制されるどころか伸びつづけるであろう。また、介護保険料も当初の予測を上回ってはるかに伸びていくのではないかとと思われる。後者が伸びつづけるということは、必ず保険料拠出における第1号と第2号の負担割合の見直しといった事態を引き起こすであろう。そして、それは結果的に第2号の負担増として、とくに民間企業に勤める者や公務員等にそのしわ寄せが生じるのはほぼ間違いない。なぜならば、その先行例はすでに医療保険と年金保険で経験しているからである。つまり、一部の勤労者の肩に社会保険の保険料負担が集中する構造こそがわが国の実態であり、それは介護保険においてもほぼ見通せるということなのである。

かくして、「財政調整」型社会保障は、新分野に浸透しつつさらなる勢いを増してきているが、今日、余りにも表面的な動きに影響されすぎて、事の本質が不十分な把握のまま据え置かれている。この点は、とくに介護保険においてもいえることなので、介護保険礼賛論者の功罪は余りにも大きいといってよいだろう。

V 結 語

すでにみたように、わが国の社会保障のなかの代表的な社会保険である医療保険、年金保険はともに、1980年代から「財政調整」型に移行し、それによってこれまで何とか制度の下支えをしてきているのが現実である。その構造的特質を正確に把握し切ることなしに、いくら改革論議を行ったとしても、到底根本的な変革には辿りつかないであろう。しかしながら、よく考えてみるとこうした問題状況はわが国の社会保障の半世紀のなかから生み出された、ひとつの帰結でもあるように思われる。

周知のように、1961年の国民皆保険・皆年金体制のスタートは、わが国の社会保障史の画期になった。形式的にはあっても、全国民が社会保障でカバーされることの意義はそれなりに大きなものがあったからである。しかし、1961年の新体制は何か根底からの改革というよりも、それまで不十分といわれた領域の整備を図ったにすぎなかったというべきであろう。つまり、わが国はもともと被用者のための制度が先行して作り上げられたという経緯があり、自営業とか農業に従事する人々の制度はそれを後追いする形で出来上っていった。その意味で、1961年には被用者というよりは、むしろ自営業者、農業者等のための社会保険がようやく整備されたというのが正しい。

ところが、1961年といえわが国が高度成長期に突入していくときであり、60年代を中心に産業構造、就業構造が激変したことは、これまたよく知られている。とくに第一次産業に従事する者の数は著しく低下することになった。しかも、それに加えて高齢化の進展がさらに追打ちをかけることになる。だとすれば、国民健康保険や国民年金は、その後さまざまな困難に直面することが避けられなかったといえよう。ただし、順調な高度成長は余りにも多くの事柄を見えなくしてしまった面がある。つまり、バラバラの制度や制度間格差をどうするかというよりも、むしろ給付率や給付水準の改善といった方向に人々の眼を向けさせてしまった。そのひとつの到達点で、1973年の「福祉元年」の改革

に他ならなかったのである。

その後、オイルショックを契機に福祉の見直し論議が生じ、この頃から財政問題への関心が急速に高まっていく。しかし、1961年以来の体制のなかで枠組み自体に基本的な変化が生じていない下では、改革の選択肢は限られざるをえなかった。とりわけ、財政面での突破口といえば、比較的裕福な制度が窮地に立たされている制度を財政的に支援する「財政調整」しかない。結局はぎりぎりのところまで追い込まれての改革となり、それがすでにみた1982年の老人保健法と1985年の年金法改正における拠出金制度の導入に他ならなかった。このようにみると、社会保障の半世紀のなかで、いくつかの時期が大きな節目を形成したことは明白であり、そのときの改革の中身がその後の構造的特質を形造っていったのが判明する。

「財政調整」という言葉の響きは、それが意味するところのことを必ずしも十分な形ですべての者に伝えきれない面がある。この点、わかりやすくいえば、現役の被用者グループに対して1980年代以降大きな負担がかかる形で展開してきているといってよいであろう。80年代はまだその深刻さが明確に出ていなかったが、90年代に入ってから医療、年金ともかなりはっきりした形で浮かび上がってきている。こうしたなかで進められようとしているのは、「社会保障構造改革」という名のもとでの対処であるが、すでにふれた「財政調整」型として固定してしまっている制度自体を直視することなくして、構造改革実現はほぼ不可能に近いであろう。わが国の社会保障に特有な「先送り」政策のツケは、余りにも大きすぎるものがある。

参考文献

- [1] J. C. Campbell, *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*, 1992. (三浦文夫・坂田周一監訳『日本政府と高齢化社会』中央法規, 1995年)。
- [2] 堀橋孝文『現代福祉国家の国際比較——日本モデルの位置づけと展望——』日本評論社, 1997年。

- [3] 城戸喜子「日本の社会保障——その規模と構造——」『世界』1999年3月号。
- [4] 社会政策学会年報第41集『21世紀の社会保障』御茶の水書房、1997年。
- [5] 社会政策叢書第22集『社会政策学会100年』啓文社、1998年。
- [6] 社会保障研究所編『日本社会保障資料Ⅲ（上）』光生館、1988年。
- [7] 神野直彦『システム改革の政治経済学』岩波書店、1998年。
- [8] 玉井金五・大森真紀編『社会政策を学ぶ人のために』（第三版）世界思想社、1999年。
- [9] 玉井金五他「(特集) 21世紀・日本・社会保障」『経済学雑誌』99巻5・6号、1999年。
- [10] 玉井金五「日本社会保障改革をめぐる論点」『経済学雑誌』100巻別冊、1999年。
- [11] 玉井金五「20世紀後半期の日本社会保障改革——『国民皆保険・皆年金体制』の意味」『経済学雑誌』100巻1号、1999年。