

〈昭和56年度研究プロジェクト報告〉

研究課題Ⅱ 社会保障と税制との相互調整ならびに給付配分の効率性に関する研究

財政と社会保障との相互調整

江 見 康 一

Ⅰ はじめに

「財政と社会保障の相互調整」というのは、社会保障活動のための資金の経路であるこれら2つの領域のあいだに、必ずしも一元的、整合的な連携がないために、負担の公平性や給付の効率性が損なわれているのではないか、という問題意識があって、それならばその不整合をどう調整すべきか、ということであると考える。もちろんそのような不整合は、財政を律する論理と社会保障を律する論理とのあいだに本来的な差異があることから起きている場合もあろうし、またその時々、歴史的事情で生まれた個々の制度の積み重ねを現時点の眼で1つの体系として見たときに、それが社会経済の変化に対応していないという意味での不整合を感じる場合もあろう。

しかし、社会保障を取り巻く現在の経済状況の下で、そのような相互調整を求められる強い契機は、ここ1～2年強力に推し進められている行政改革キャンペーンのなかで、社会保障の見直しが迫られているということである。去る9月24日に決定された政府の「今後における行政改革の具体化方策」(行革大綱)は、その第三課題として「重要政策分野における制度、施策の合理化および行政体制の効率化等」をあげ、そのなかで社会保障関係として年金と医療の改革を強く迫っている。ここでの問題意識との関連で重要と思われる点を列挙すれば、次の諸点が指摘される。

(1) 年金等について

① 公的年金制度全体の再編・統合の第一段階

として、国家公務員共済組合と公共企業体職員等共済組合の長期給付制度の統合に関する法案を提出する。

② 厚生年金、国民年金を中心とする公的年金制度の長期的安定を図るため、将来の一元化を展望しつつ、給付と負担の関係等制度全般のあり方について見直しを行う。

③ 恩給の抑制を図り、年金制度改正とのバランスを考慮し、必要な検討を行う。

(2) 医療について

① 医療費の適正化

医療費総額の抑制を図るとともに、医療資源の効率的利用に資するため、ア. 医療費適正化対策の推進、イ. 薬価算定方式の改革、ウ. 医療費支払方式改革案の検討。

② 医療保険制度のあり方

ア. 適切な医療給付のあり方(一部負担、給付率等)について検討、イ. 国民健康保険制度、日雇労働者健保制度のあり方について改革方策の検討。

③ 医療供給の合理化

ア. 医療従事者養成計画の適正化、イ. 公的医療機関配置の適正化。

(以上の傍点は筆者)

行革大綱を一見すると、それは年金、医療を通じて、制度全体の再編・統合という抜本的方向が目ざされねばならぬとしており、そのような制度全体の枠組みのなかで、給付と負担との対応関係を明らかにし、それについて制度間のバランスを図ることである。それに加えて医療については、医師(医療機関)、患者(被保険者)、保険者の三

者間で、医療サービスの提供、支払い、一部負担などの関係が、医療費の適正化に資するようチェック・システムの導入を図ることであり、それと同時に金銭の授受のみならず、それに見合う医療サービスそのものの需給に関して、医療供給体制の合理化を要請していることである。要約すれば、それは社会保障のうちの社会保険に焦点をしぼり、①制度全体の見直し、②制度間のバランスの確保、③負担と給付の対応、および④給付と支払いの対応のそれぞれの適正化、⑤医療費のチェックと一部負担導入によるコスト意識の保持、⑥医療サービス供給体制の適正化、の6点となろう。これらのうち、①、②、③は年金、医療に共通であり、④、⑤、⑥は医療に固有の問題である。いずれにしてもこのような方向での適正化が、社会保険制度における“公平と効率”を達成する要因となるが、改革への成案を得るためには、制度相互間の調整が求められるであろう。われわれの課題との関係でいえば、行革大綱には明示されていないが、①財政と社会保障の分担関係、②社会保険の各種別間（たとえば医療と年金）の関係、および同一種別についての職域保険と地域保険の関係、③社会保障、企業保障、家族保障の三者間、換言すれば公助、互助、自助のあいだの相互補完関係、④さらには、負担力と保障需要がそれぞれ異なる個人（ないしは世帯）について考えるさい、長期間にわたってつづく負担と給付の関係を、「公平と効率」の視点から、どの局面で截って判断すればよいか、などの諸点である。小論では、これら

のすべてについて、筆者の考えを述べることはできないので、2、3の点にしばって問題点の整理を試みよう。

II 社会保障における財源と給付の対応

問題点を明らかにするために、まず社会保障の種別ごとに見た財源の負担関係を示す（表1）。表1から、社会保障の各種別は、財源別に次の範疇に分かれることが明らかである。

(1) 公費負担型

ア. 国庫中心型……公的扶助、社会福祉

イ. 国庫型……恩給、戦争犠牲者援護

(2) 国庫・地方折半型……公衆衛生・医療

(3) 社会保険料中心型……社会保険

すなわち(1)~(3)の区分は大まかには、財源の大宗を租税と社会保険料のいずれに依存するかということであり、さらに租税については、国と地方との配分がどうなっているか、である。問題は、上記の範疇によって、当該保障種別がなぜ国費であり、なぜ社会保険料なのか、という根拠である。まず公的扶助についてみると、その関係法律は生活保護法であるが、その目的（第1条）は憲法第25条に規定する理念を承けたものであり、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その最低限度の生活を保障することを謳ったものであるから、国の義務として当然国費が中心となつて対応する（傍点筆者、以下同じ）。この第1条を承けて第2条は保護の「無差別平等」を、第3条は保護によ

表1 社会保障種別・実収入源泉別総費用（構成比）（昭和56年度）

	国庫負担	地方負担	その他	合計	実 額	構 成 比
I 公 的 扶 助	79.9	20.1	—	100.0	11,343 ^{億円}	3.9 (3.7) [%]
II 社 会 福 祉	70.2	25.8	4.0	100.0	19,298	6.6 (6.3) [%]
III 社 会 保 険	21.1	3.6	75.3	100.0	240,943	83.0 (78.1) [%]
IV 公衆衛生の医療	54.0	43.4	2.6	100.0	18,730	6.5 (6.1) [%]
狭義の社会保障 (I~IV)	28.8	8.3	62.9	100.0	290,313	100.0 (94.1) [%]
V 恩 給	86.9	12.0	1.1	100.0	15,677	(5.1) [%]
VI 戦争犠牲者援護	99.9	0.1	—	100.0	2,427	(0.8) [%]
広義の社会保障 (I~VI)	32.3	8.4	59.3	100.0	308,421	(100.0) [%]

資料：社会保障統計年報，昭和56年度版。

る「最低限度の生活」の維持を示している。このような点に、社会保障のうち公費なかつく国費が対応すべき保障種別の特性についての含蓄が示されている。換言すればそれは「生存権保障の原理」にもとづくナショナル・ミニマムの保障であり、ナショナル・ミニマムであるがゆえに、それに満たない困窮層に対して「無差別平等」の原則が適用されることになる。次に社会福祉についても、身体障害者、児童、母子、老人等に対する福祉について、それぞれが依拠する法律があり、たとえば児童福祉であれば、その第1条に、「すべての国民」は児童の育成に努めなければならないこと、および「すべての児童」は「愛護されなければならない」ことが述べられ、その育成について「国及び地方公共団体」の責任を明記してある(第2条)。他の社会福祉諸法についても、その理念や責任についての考え方は同様であるが、保障に必要な費用支給の要件については、保障需要者にとってそれぞれの「給付が困難であると認められる場合に限り」として制約をもうけている。それは生活保護法におけるミーンズ・テストと同様に、そのような保障が必要最低限の水準であるという認知に立って、それを確保しなければならないということと、受給者の自助ないし更生努力への期待とのあいだに権衡を保つためと見られよう。

いずれにしても、公的扶助と社会福祉については、貧困ないしは日常生活上のハンディのために、自力だけではそのような困窮の状態を克服しがたい特定層に対して、国および地方公共団体を通じて国民的立場からの援護が行われるのであり、そのための財源として租税が対応するわけである。その場合、社会福祉の公的責任は国にあり、地方自治体は国からの委任事務を実施する主体であるから、それに要する経費は国税にもとづく国庫負担金を中心となっている。表1の「その他」は、僅かではあるが福祉施設の利用者による分担金・負担金をさしている。

ところで公的扶助、社会福祉等よりもさらに国庫負担比率が集中して現われているのは、狭義の社会保障ではないが、恩給と戦争犠牲者援護である。このうち後者についてはその援護がもっぱら

国家責任に属するためであり、恩給については、旧恩給法にもとづく公的責任が未だ終了していないことを示す。両者はともに経過的な性格をもつものでその費用は低下傾向をもつが、その恩給については、戦後の公的年金との接合に関し、その調整が検討対象となるものである。

さて狭義の社会保障総費用の83%を占める社会保険の財源は、「その他」が圧倒的で75%を占めるが、その85%は保険料(残りは公的年金の運用収入)である。そこで租税を財源とする公的扶助、社会福祉と、社会保険料を主たる財源とする社会保険とのあいだに、社会保障として性格にどういう差があるかについて、その要点を考えてみよう。一口にいえば、前者はいわゆる“弱者”の立場にある特定層に対する社会からの援護であるのに対し、後者は一般健常者が保険集団を形成し、日頃から保険料を拠出していざというときに備えるための相互扶助組織である。それはリスク・プーリングによる個人のリスクの分散であり、個人がそのような特定事態に遭遇したときに生じる経済的打撃を軽減ないし緩和するためのものである。したがって社会保障としての両者の関係をとくに租税対社会保険料の対比として比較することは、後に述べる政府財政と社会保障財政との調整を考えるうえでの示唆となる。

それに先立って、狭義の社会保障としての「公衆衛生および医療」が、公費負担中心であっても、国庫・地方折半型であることを指摘しておかねばならない。まず総額1兆8,730億円のうち主たる費目をあげれば、下水道施設整備費(55.0%)、一般廃棄物処理施設(8.3%)、国公立医療機関整備(7.7%)などの社会資本ストックの建設で占められており、それらはそれぞれの地域の生活環境の向上に還元されるから、相応の地方負担が対応することになる。このような社会資本の基盤のうえに、フローとしての公衆衛生活動が保健所を中心として展開するわけで、それらは結核、精神衛生、らい予防、伝染病などの社会防衛医療であり、したがって、それは当該地域の健康環境を維持するための共通経費として、公費負担が妥当する。

III 財源としての租税と社会保険料

(1) 社会保険と国庫支出金

国家財政における一般財源としての租税は、歳出との対応において、大きく一般税と目的税とに分けることができる。一般税は、政府固有の機能であるいわゆる公共財の供与に見合うものであるが、そのうち社会保障に焦点をあてれば、租税のうちの所得税と一般会計中の社会保障関係費とを対応させて考えることができよう。所得税は累進税率であるのに対し、社会保障関係費は、表2のような構成内容となっている。表1の社会保障総費用と定義は若干異なるが、表1に比して生活保護費と社会福祉費の構成比が高まっているのは、すでに述べた理由により両費用にもとづく福祉行政に対する国家責任の相対的重さを示している。それにもかかわらず、社会保険費が約63%にものぼっているのは、社会保険が民間保険と異なって強制加入であり、運営の最終責任が国家にあるという法制上の根拠と、それが「国民皆保険・皆年金」の建前に立って、医療保険のように全国民を包括するという量的な普及を基盤とするからである。そこで社会保険費の内容についての予算構成を、昭和56年度予算の例で示すと、表3のようになる。一見して、予算の比重は国民健保、国民年金などの地域保険に傾斜しており、両者を合わせて、社会保険費に占める比率は実に73.4%と約4分の3を占め、残りの4分の1が職域保険の補助にふり向けられる関係が知られる。このように国庫負担による資金の補助が職域保険と地域保険とで著しく異なる理由は、1つは後者の場合、前者における事業主負担がないため、国庫負担がその肩代わりをしていると見られること、第2は、地域保険は農家、自営業者、その他被用者でない一般世帯を含んでいてそれぞれの保険料負担能力に大きな格差があること、それにもかかわらず保険料・給付額の均一化を目ざして、それぞれの水準を負担能力の低い層に合わせるため、それだけ保険料収入の国庫依存度が大きくならざるを得ないということになる。

表2 社会保障関係費の構成（昭和56年度）

	予 算 額	構 成 比
生 活 保 護 費	9,919億円	11.2%
社 会 福 祉 費	14,959	16.9
社 会 保 険 費	55,555	62.9
保 健 衛 生 対 策 費	4,115	4.7
失 業 対 策 費	3,821	4.3
計	88,369	100.0

(注) ILOの「社会保障の費用」に含まれている公務員等のための医療および年金給付ならびに戦争犠牲者のための給付が除かれ、反面ILOで除かれている失業対策費が含まれる。

資料：『国の予算』昭和56年度版。

表3 社会保険費の内訳（昭和56年度）

事 項 別 内 訳	予 算 額	構 成 比
社会保険国庫負担金	13,273億円	23.9%
厚生年金特別会計へ繰入	12,933	23.3
船員保険特別会計へ繰入	340	0.0
健康保険組合補助	54	0.0
厚生年金基金等助成費	59	0.0
国民健康保険助成費	23,075	41.5
国民年金国庫負担金	17,692	31.9
農業者年金等実施費	631	1.1
児童手当国庫負担金	770	1.4
計	55,555	100.0

(2) 国民健康保険の収支構造

いま国民健康保険に焦点をあててその収支構造を見ると（昭和54年度の事例）、表4のように示される。すなわち、収入の実に57.1%を国庫が負担し、それに地方負担を加えると61%を超える。このことは、国民健保が社会保険としての性格がきわめて弱く、逆に政府支出としてのそれが強いことを示す。注目されるのは、収支の対応関係において、保険料は保険給付費の37%しか賄っておらず、政府管掌健保が給付の84%とその大部分を賄い、組合管掌健保が113%とそれを超過している関係ときわ立った対照を示している。問題は、このような国庫負担率、すなわち租税財源の投入の差が、それぞれの被保険者集団の所得分布の格差を平準化するためのものか、また受給者の給付需要すなわち医療ニーズが、国民健保においては他の職域健保に比べて著しく大きいのか、などについてどう理解するかであろう。これらのうち、職域健保と国民健保の所得分布の比較につい

表4 国民健康保険の収支構造(昭和54年度)

(単位:億円)

収 入	34,287	100.0%	支 出	33,046	100.0%
保 険 料 (税)	11,505	34.1	総 務 費	1,180	3.6
一 部 負 担 金	5	0.0	保 険 給 付 費	31,321	94.8
国 庫 支 出 金	19,590	57.1	うち療養諸費	28,421	86.0
事務費負担金	608	1.8	" 高額療養費	2,351	7.1
療養給付費負担金	15,641	45.6	そ の 他	—	1.6
調 整 交 付 金	1,861	5.4	収 支 差 引 残	1,242	(3.6)
その他の支出金	1,480	4.3	年度末現在積立金	1,402	(4.1)
都道府県支出金	610	1.8			
一般会計繰入金	851	2.5			
そ の 他	1,527	4.5			

表5 給与所得者と申告所得者の平均所得と平均税率

		所 得			平 均 税 率
		<i>m</i>	σ	σ/m	
給 与 所 得 者	33,361千人	2,948千円	8,284	2.809	5.3%
申 告 所 得 者					
営 業 所 得 者	2,133	2,107	4,651	2.504	7.3
農 業 所 得 者	164	1,733	3,367	2.287	4.6
その他事業所得者	489	5,472	18,392	4.160	23.1
その他所得者	3,156	4,816	*	*	9.2
計	5,942	3,812	21,163	5.551	10.4

(注) 1. 給与所得者は「民間給与実態調査」(標本調査)による。

2. 申告所得者は「申告所得税調査結果」(標本調査)による。

3. *印は利子、配当、不動産などの所得の合算であり計算が複雑なので割愛した。

資料:『国税庁統計年報』昭和55年版。

て、かりに前者の被保険者集団を源泉所得税の対象となる給与所得者層、後者のそれを申告所得税の対象となる事業所得者層と見なすと、両者の所得分布に関する特性値は表5のように示される。すなわち、申告所得者の計における σ 、ないし σ/m を給与所得者のそれと比較すれば明らかなように、申告所得者の所得分布の上下格差は著しく大きい。しかも申告所得者の内訳で見ると、その平均所得が給与所得者の6割に満たない農業所得者から、それが2倍弱にものぼる「その他事業所得者」にまで、事業別に異なった水準のものが併存していることが知られる。もちろん、申告所得者と給与所得者とのあいだには重複があるから、申告所得者層がそのまま地域健保の対象と正確に一致するわけではないが、大体の傾向は掴めよう。そのうえに立って国民健保の保険料が応能負担でなく均一負担であることを突き合わせると、それは保険料を低所得層の拠出能力に合わせるこ

とによって保険料収入の比率を弱くし、国庫支出金への依存度をそれだけ高めていることになる。その場合、同じ地域健保に属して負担能力の高い層(表5では「その他事業所得者」と「その他所得者」)は保険料負担が相対的に軽く、その意味で有利である。しかし他方の税負担では、表5の平均税率で見るとように応能負担の関係が見られ、上記の2つの所得層は高くなっているから、それにもとづく納税が一部分は国民健保への国庫支出金となって還元しているとも見こともできる。あるいは保険料を保険税と呼んでいる場合には、低く設定した市町村レベルの目的税を、国レベルの一般税で補完している関係ともいえる。問題は以上の諸事情を勘案したうえで、国民健康保険の収入構造における保険料(税)対国庫支出金の相対関係が、社会保険としての社会的公平性から見て妥当なのかどうかという問題である。それは基本的には国民健保における保険料水準およびその設定方

表 6 医療保険制度別年齢構成

	政 健	管 保	組 合 保	そ の 他 被 用 者 保 険	国 民 保	総人口
歳	%	%	%	%	%	%
0 ~ 14	22.59	26.27	29.18	21.18	23.32	
15 ~ 64	68.21	67.40	60.73	59.02	63.59	
65 ~	9.02	7.90	10.07	19.78	12.59	
70~ (再掲)	3.77	2.79	4.98	8.50	5.50	
加入者数計	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

資料：『厚生省の指標・保険と年金の動向』昭和56年特集号。

法の妥当性であるが、その妥当性は同時に支出面のニーズとの相対関係で判定しなければならぬ要素をもっている。前者については職域保険が標準報酬階級別の保険料負担という意味での応能負担原則であるのに対し、国民健保が均一負担を採ることの根拠をより理論的に明確にすることである。また後者については、国民健保の給付需要が他の職域健保に比していかなる特性をもっているかを明らかにすることである。

(3) 国民健保と老人医療

医療保険の各制度は、それぞれの加入者の年齢構成を異にしている。それは表6のように示される。一見して明らかなように、国民健保の老年加入者比率がきわ立って高い。これは、国民健保が被用者保険以外の農民、自営業者とその家族についての生涯にわたる医療保険であると同時に、被用者が退職し職域健保から移ってくる人の受け皿となっているためである。有病率、受診率の年齢階級別統計から明らかなように65歳以上の老人の1人当たり受診件数は若年者、たとえば30~34歳階級の2.8倍であり、他方1人当たり医療費についてもそれは4.4倍（以上国民健保昭和54年5月診療分）にものぼるので、老人医療費としては両方の因子の相乗効果として現われることになる。とくに昭和48年1月以降のいわゆる「老人医療費の無料化」（自己負担3割部分の公費による肩代わり）によって、潜在需要が顕在化し、その影響が本来の保険料による7割部分の需要にはね返ったことと、近年における高齢化傾向の進行とが相まって、国民健保における老人医療費負担圧力を強めてきていたことは否めない。しかしながら国民

健保は老人医療の受け皿だけではなく、乳幼児から老人に至る被用者以外のすべての年齢段階をカバーする医療保険であり、したがって医療費が老年者層に傾斜配分される実情は、それ以外の年齢層の医療費をそれだけ抑制する力となって作用するから、各年齢層間のあるべき配分を歪める影響も考えられる。しかも重要なことは国民健保の老年層には職域健保からの流入部分もあるわけで、国民健保関係者が老人医療別建論をつとに提唱していたのもこの点に関連する。したがって前述の国民健保収入面における国庫支出金への大きな依存度は、年齢構成の高齢化に見合う給付需要の増大によってかなりの程度説明できるわけである。

この意味で、租税を財源とする国庫支出金の配分は、社会保障における所得再分配機能を果たしている。すなわち、老年層のほとんどすべてが、その医療費は国民健保を通じて賄われるという意味で、国民健保の財源には国民共通の基盤で支えられるという性格が付与されていたといえるからである。その再分配機能は、全人口的に言えば若年者から老年者への再分配であるが、国民健保の運営主体である全国の市町村単位で考えれば、生産性の高い若年労働力が集中する大都市商工県で生み出された所得が国税として吸いあげられ、それが扶養すべき老年人口をより多く抱える農山村県へ国庫支出金として再分配されている関係となる。このことの歴史的背景を考えると、かつて高度成長時代に農村県から若年労働力が大都市県に流出し、その労働力の支援によって技術革新とそれにもとづく高度成長が成し遂げられた反面、地方農村県の老年人口比率は高まり、その扶養力が低下したわけで、同一県内での老親扶養システムが、国家財政を通じる全国的規模で行われていると考えることができる。

しかしそうであっても、そのような全国的規模における再分配効果をもつ所得税＝国庫支出金と、市町村単位で見た同一制度内において保険制度上の無事故者（健康者）から事故者（病者）への再分配効果をもつ保険料（税）との組み合わせが、現在のままでよいかどうかは別問題である。それと同時に、国民健保がもたら老人医療の経済的

受け皿になっていたことについて、70歳以上の老人医療を国民健保、その他の被用者保険から切り離し、それだけで別個の体系を作ろうとしたのが老人保健法（昭和57年8月10日成立）である。

（4）老人保健法と所得再分配

老人保健法は、その目的として「国民の自助と連帯の精神」にもとづき、「予防、治療、機能訓練にいたる各種保健事業を総合的に行うとともに、それに必要な費用は国民が公平に負担する」と述べている。まず保健事業の総合性については、従来から提唱されている包括医療（comprehensive medical care）の実践であるが、それを保健事業（40歳以上の者）と医療（70歳以上の者および65歳以上70歳未満の寝たきり老人）との2本立にしたうえで、相互の補完関係を目ざしたことである。

このようなことは対象者個人にとってはもちろん、医師にとっても医療効果をあげることになり、長い目で見て医療資源の効率的利用になる。他方そのための費用を「国民が公平に負担する」というのは、老人保険が財政的に見て、国民的基盤にたって支えられ、そのための財源拠出に所得再分配効果が組み込まれることの合意と受け取られる。その再分配効果に関連する事項は次の諸点である。

（1）医療に要する費用として、国が費用の2割、都道府県、市町村が各々5%を負担する。

（2）各保険者は医療に要する費用の7割を共同で拠出するが、各保険者の拠出金の額は、各保険者の、④老人医療費の額、および⑤加入者の数により按分する。ただし医療費按分率と加入者按分率は、それぞれ2分の1とする。

（3）医療以外の保健事業に要する費用は、国、都道府県、市町村が各々3分の1ずつ負担する。

となっている。以上のうち、(1)と(3)は、租税にもとづく再分配であり、そのうち(1)は国民健保の老人医療における患者負担分3割の公費による肩代わり分に対応する。また(3)の保健事業は、該事業が本来もっている公共性にかんがみ公費負担が妥

当する。これに対し(2)は、第一に被用者保険から新制度への再分配であり、(1)の効果とは異なっている。もともと被用者健保は、制度が8つにも分立し、各制度間で財政力格差があって、相互間の財政調整の必要が唱えられていたが、その実現を見なかったものである。その財政力格差の一因が、それぞれの制度が抱える老年者の割合の差であったことから見て、老人保健制度への各保険者からの拠出は、従来実現を見なかった財政調整が、該制度を仲立ちとして間接的に実現することを意味する。したがって、それは現行の医療保険全体としての新制度への再分配の要素のほか、新制度によって国民健保の負担が軽くなるという意味での被用者健保から国民健保への再分配、および被用者保険制度間における財政力の余裕のある制度からそうでない制度への再分配という各種の要素が含まれていると理解することができよう。しかし公費負担による効果と保険制度間の財政調整効果とはおのずから異なる。大まかな性格づけをすれば、前者は所得再分配効果が主であるのに対し、後者はそれに加えて資源配分効果の要素が組み込まれるということである。

この点については後述するとして、先の医療に要する費用の拠出について、老人医療費による按分率と加入者による按分率のそれぞれの効果について考えてみると、後者の方が所得再分配効果が大きいと考えられる。すなわち、老人加入率の範囲は法律上1～20%となっているが、現実には1%にも満たないような老人加入率の少ない保険者は、加入者調整按分率が高くなり、したがって該保険者の負担は著しく高まる。このことは再分配的視点では効果があるが、保険者の経営努力とか被保険者本人の健康についての自己責任についてのインセンティブをそれだけ弱めるという点が考えられる。いうならばこのことが資源配分効果に関連をもつ。老人保健法がこの按分率に関して、法律施行後の「次年度以降の特例」として、それを「老人人口の増加率を勘案して、毎年度2分の1以下の範囲内で政令で定める」として歯止めをかけたというのは、この点に関連する。この歯止めによって、たとえば被用者健保から国民健保への

再分配効果は弱められ、それだけ国保の負担はふえるから、それは従来の医療費の実績の延長上で吸収せざるを得ないだろうが、それだけ国保の方の経営努力が求められることでもある。

ここで所得再分配効果と資源配分効果について一言しておきたい。すでに指摘したように、前者に関しては、所得分布における高低の格差が大きいという前提のもとで、歳入面における累進所得税と歳出面における公的扶助、社会福祉などのソーシャル・ニーズとを対置させて、垂直的再分配が行われることに典型的に現われている。これに対し、社会保険の場合は、現実の所得分布を標準報酬等級に置き換え、保険料算定の元になる給与水準に一定の頭打ちをもうけ、それ以上の高額給与所得者に対する保険料に歯止めをかけるという仕組みになっている。このことは、社会保険が、たとえばそれが医療保険であれば、保険料と給付との関係は健常者（無事故者）から病者（事故者）への水平的再分配を基本としており、その考え方の基礎には、「自分の健康は自分で守る」という自己責任の原則が予定されているからである。したがって“頭打ち”とか“歯止め”という抑制装置それ自体に、資源配分の効率性という効果が隠されているとも理解される。したがって、社会保険における国庫負担率の適正度というのは、一般的にいうと、社会保障制度における本来の目的を達するうえで、所得再分配効果による公平性と資源配分効果による効率性との権衡をどこで図るか、という点にかかわってくると考える。そして後者の資源配分効果は、社会保障と他の分野、たとえば教育とか住宅などへの資源配分とのトレード・オフとしての選択の問題にもつながる。

以上のこととも関連して、老人保健法で1つ付言しておかねばならぬのは、新制度が老人医療における一部負担金をもうけることによって、昭和48年以来のいわゆる「老人医療費の原則無料化」

を「原則有料化」に転換したことであり、ここに価格メカニズムの部分的導入が見られる。これは昭和57年度『経済白書』が、医療費における自己負担率の価格弾性値を認めていることに関連するであろう。

IV 残された問題

財政と社会保障の調整については、まだ多くの問題が残されている。小論では福祉サービスの享受と負担との関係について、税制による調整がどのように関与すべきかについては全くふれることができなかった。しかし実際に問題になるのは、われわれの日常生活に生じてくる老人扶養や児童保育について、家族内自助と税の補助を受ける社会サービスとのあいだで、負担の公平という観点からどのような調整が必要であるか、といった問題であり、これについての解決を回避することはできない。

また小論では医療が中心に論ぜられたが、公的年金についての定額部分と比例部分の関係や、拠出段階の勤労者の給与所得水準と受給段階の老年者の年金所得の水準との関係など、その調整について論ずべき点が多い。これらはいずれも次の機会に展開したい。

参考文献

小論では引用はしなかったが、ここでの議論の展開にあたって筆者が参考となると考える参考文献として次のものを掲げておきたい。

- (1) 大野吉輝『福祉政策の経済学』東洋経済新報社、昭和54年。
- (2) 高山憲之『不平等の経済分析』東洋経済新報社、昭和55年。
- (3) 古田精司他『福祉財源としての租税と社会保険料との選択』財政研究所、昭和54年。
- (4) 大熊一郎他『財政による再分配機能の在り方とその限界』財政研究所、昭和56年。

(えみ こういち・一橋大学教授)