

論 文

社会保障における制度間財政調整の現状と問題点

——老人保健拠出金制度を中心として——

勝 又 幸 子

I はじめに

きたるべき高齢化社会を前提として、社会保障における財源をどのように安定的に確保してゆくかは、以前より重大な課題であったが、平成6年2月の元細川首相の国民福祉税構想の発表を機に、議論はさらに活発になってきたといえよう。平成6年3月、厚生大臣の私的諮問機関、高齢社会福祉ビジョン懇談会は『21世紀福祉ビジョン』を公表した。『21世紀福祉ビジョン』は、その基本理念として、①少子・高齢社会にふさわしい社会経済システムの構築と②公民の適切な組み合わせによる適正給付・適正負担という日本独自の福祉社会の実現を提唱している。

特に②の「適正負担」議論の参考とするため、社会保障負担の将来推計が試みられているが、その基礎資料となったのは、社会保障研究所が毎年推計公表している、社会保障費統計である。試算では、1991年（平成3年度）現在、社会保障負担の対国民所得比16.6%が、人口高齢化のピークをむかえる2010年（平成22年度）に、対国民所得比23.5～26%まで増えるとしている。しかし、これは平成5年度現在の制度内容を前提とし、そのまま制度を維持した場合である。もし、福祉の充実を前提とした場合は、社会保障負担はさらに増え、対国民所得比25～27%になると予想している¹⁾。必然的に増える将来の社会保障負担を、どのように配分してゆくのか、言い換えれば「誰が」負担するのかの議論が、将来の社会保障財源の確保のために緊急な課題となっている。

本論文では、社会保障財源の問題点を社会保障費における負担の実態（財源の実態）から検討する。まず社会保障費全体の財源の推移を時系列で観察し、そして財政調整による制度間移転が財源構造に与えた意味を検証する。

財政調整のメカニズムに着目する理由は、財政調整が保険料、公費という従来の財源とは別途の資金の流れを提供し、近年その社会保障財源に占める割合が確実に増えているからである。財政調整を採用している制度には大きく分けて年金制度と医療保険制度の2つがある。賦課制度による世代間扶養の議論が活発になされている年金制度とは対照的に、単年度会計が一般的な医療保険制度についてはこれまで負担の問題が長期的視点から考えられることが少なかった。そこで本論では後半で、医療保険制度なかでも特に老人保健制度の拠出金制度を中心に議論する。

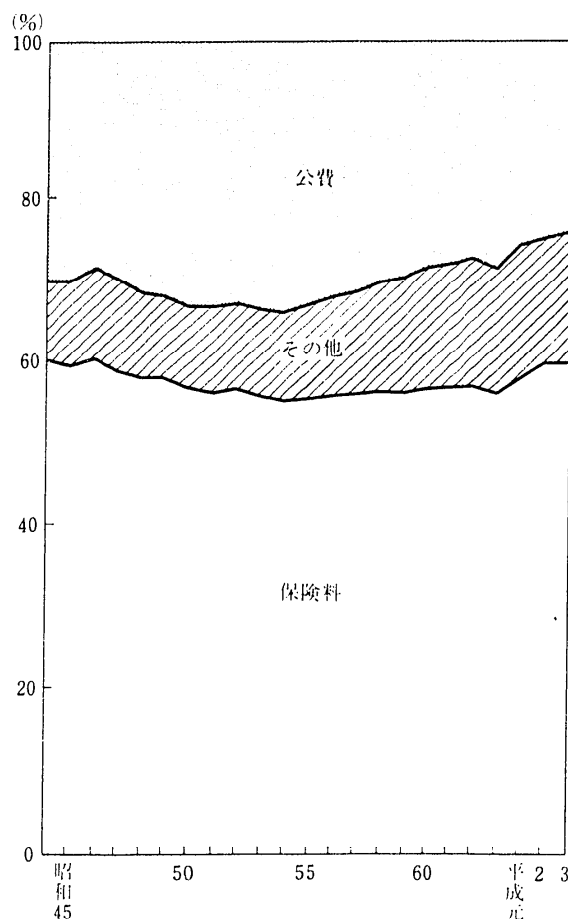
II 社会保障財源の変化と推移

『21世紀福祉ビジョン』に示された「社会保障負担」とは、社会保障研究所がILO基準で推計している集計表における、拠出（被用者と雇用主）と公費負担（国庫とその他の公費＝地方負担）の合計である。つまり、「社会保障負担」とは財源のことである。給付の資金の支弁という観点から財源を見て、負担という表現が使われるのである。しかし、「社会保障負担」は社会保障財源と同定義ではない。社会保障費の集計表の財源（表では収入としている）には、拠出と公費負担以外に、資産収入とその他の区別がある。資産収入は、主に基金の

運用益である。また、その他は前年度繰越金や事業収益等である。以下本論では、「社会保障負担」に代えて、社会保障財源を用いるが、その理由は費用範囲の違いを念頭においてのことである。

時系列で見た社会保障財源は、保険料を中心とした構造で、変化はなかった(図1 社会保障費財源の推移)。昭和54年度公費(国庫および地方負担)割合が33.8%と膨らんで過去最高になったが、その後徐々に減り平成3年度には24%にまで圧縮された。これは、その他の財源の相対的な伸びによるところが大きい。その他の財源とは主に資産収入であり、具体的には年金積立金の運用益である。その他の収入も原資が保険料であるから、近年社会保障財源全体に占める保険料の割合がますます高まったといえる。

では、社会保障のどのような制度分野で財源構



資料：社会保障研究所推計「社会保障費統計」。

図1 社会保障費財源の推移

造に変化があったのか、国庫負担に着目して、その制度間配分割合を時系列で見る(表1 国庫負担の制度間配分率の年次推移)。ここでは社会保障費統計を基に、次の11分野を制度分野として示した。医療保険・老人保健・年金保険・雇用保険・労災補償・家族手当・生活保護・社会福祉・公衆衛生・恩給・戦争犠牲者援護。

過去23年間(昭和44年度～平成3年度)に、国庫負担配分が減少した制度分野を見ると、その減少の背景には二つの理由がある。一つは制度の成熟によるもの、もう一つは社会経済状況の変化によるものである。前者には、恩給・戦争犠牲者援護、後者には、雇用保険・労災補償・生活保護・公衆衛生がある。

また上記とは対照的に、国庫負担配分が増加した制度分野は、年金保険・医療保険(+老人保健)・社会福祉・家族手当がある。年金保険については昭和44年度当初の13.3%から平成3年度現在まで、その動きに上下はあったものの確実に増加し、29.7%になった。特に、基礎年金が施行された昭和61年度以降は27%以上を維持している²⁾。

医療保険については1970年代の縮小から1980年代の再拡大へと、医療政策の変化をあとづける動きとなっている。特に、1970年代の縮小時期に、社会福祉への国庫負担配分が増えているのは、1970年代より地方公共団体から広まった老人医療費無料化の影響が、老人を対象とする福祉支出の増大をもたらし、その財源として国庫負担も拡大したものと考えられる³⁾。しかし、老人保健制度創設年前後の比較では、社会福祉への国庫負担配分が減った以上に老人保健制度への国庫負担配分が増えているのが実態である。そこで老人保健制度と社会福祉制度の間には国庫負担配分において一部代替関係があることが想像できる。

社会福祉については、老人医療費無料化実施期間に国庫負担が増大したが、老人保健制度の創設によって国庫負担は縮小した。その後平成元年度から再び増加傾向にあるのは、「高齢者保健福祉推進10カ年戦略(ゴールドプラン)」に基づく新施策の影響である。また、家族手当については、児童手当制度が創設された昭和47年度から幾度か

表1 国庫負担の制度間配分率の年次推移

(単位：%)

	総数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	家族手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩給	
昭和 44(1969)	100.0	29.5		13.3	3.3	0.1	0.4	15.3	7.2	10.3	17.9	2.7
45(1970)	100.0	28.8		13.3	2.9	0.1	0.3	15.3	7.8	9.9	16.7	4.8
46(1971)	100.0	27.4		15.0	3.3	0.1	0.6	15.4	8.5	9.8	16.6	3.4
47(1972)	100.0	27.7		15.2	3.1	0.1	1.4	15.6	9.7	9.4	14.9	2.9
48(1973)	100.0	27.2		16.8	2.6	0.1	1.9	13.6	12.6	8.1	14.6	2.5
49(1974)	100.0	28.3		19.3	2.8	0.1	2.0	12.4	12.6	7.0	12.9	2.7
50(1975)	100.0	27.3		21.9	4.0	0.0	2.2	11.3	12.3	5.9	12.7	2.3
51(1976)	100.0	27.5		21.7	3.0	0.0	2.5	10.9	12.6	5.4	13.9	2.3
52(1977)	100.0	27.2		22.9	2.8	0.0	2.3	10.6	12.6	5.2	14.0	2.3
53(1978)	100.0	27.3		23.7	3.1	0.0	2.4	10.5	12.3	5.0	13.8	2.0
54(1979)	100.0	27.4		24.5	2.6	0.0	2.5	10.1	12.2	4.7	13.9	2.0
55(1980)	100.0	28.2		24.4	2.5	0.0	2.7	9.6	12.0	4.5	14.1	2.0
56(1981)	100.0	28.0		24.6	2.7	0.0	2.8	9.5	12.0	4.3	14.2	1.9
57(1982)	100.0	28.0	0.5	24.0	2.9	0.0	2.9	9.7	11.6	4.5	14.1	1.8
58(1983)	100.0	27.5	6.0	21.3	3.1	0.0	3.1	10.2	9.0	3.8	14.2	1.7
59(1984)	100.0	25.3	6.4	23.8	2.7	0.0	3.1	10.3	8.9	4.1	13.6	1.9
60(1985)	100.0	24.6	7.0	26.1	2.7	0.0	3.2	9.1	8.1	3.8	13.6	1.8
61(1986)	100.0	25.0	7.6	27.5	2.5	0.0	3.0	8.7	6.5	3.9	13.5	1.8
62(1987)	100.0	25.2	8.0	27.0	2.6	0.0	2.8	8.4	6.5	3.9	13.5	2.0
63(1988)	100.0	22.4	7.6	35.5	2.0	0.1	2.3	7.1	5.9	3.4	11.7	1.8
平成元(1989)	100.0	25.8	8.8	27.6	2.0	0.0	2.5	8.2	6.9	3.9	12.5	1.9
平成 2(1990)	100.0	25.8	9.1	28.8	1.9	0.0	2.3	7.4	7.3	3.9	11.8	1.7
平成 3(1991)	100.0	25.5	9.2	29.7	2.0	0.0	2.4	7.0	7.5	4.0	11.2	1.6

資料：社会保障研究所「社会保障費」。

の制度改正を経て、しばらく増加傾向だったが、昭和 62 年度以降は少子化の影響から減少の傾向にある⁴⁾。

これまでの動向をまとめると、社会保障費の財源全体から見ても、また制度分野別国庫負担配分から見ても、過去 22 年間の社会保障財源が、社会保険の規模の拡大に集約されてきたことがわかる。言い換えれば、日本の社会保障が社会保険制度を中核として発展してきた事実がそこにある。これは、次の財政調整を考える上で大切な事実である。

Ⅲ 社会保障における財政調整

1. 財政調整の規模

藤井は「社会保障における財政調整とは、社会保障が対象とするリスクに関して財政的に独立した複数の異なる運営主体のあいだに存在する財政格差を調整する仕組みである」(藤井, 1994, p. 63)と定義した。また、「社会保障において複数の

異なる運営主体が存在するというのは、多くの場合社会保険方式をとっていることを意味する」(藤井, 同)とも述べている。つまり、近年日本において財政調整が盛んに行われるようになったことは、前章で観察したように、社会保障が社会保険制度を中核として発展してきた事実を踏まえれば、極めて自然なことといえるだろう。

社会保障における財政調整の規模を、社会保障費統計を基に観察する。社会保障費統計表上、財政調整を表すのは、制度間移転収支の額である⁵⁾。この額が規模的に顕在化し始めたのは昭和 57 年度からである。それ以前にも移転収支はあったが、それらは一部の共済組合間でやりとりされた移換金や、船員保険制度から家族手当制度への単年度拠出金(昭和 56 年度)等で小規模でしかなかった。しかし昭和 58 年 2 月に施行された老人保健制度と昭和 59 年施行の退職者医療制度、および昭和 61 年 4 月に施行された基礎年金制度は、社会保険制度における共同負担システムの新しい導入を伴

っており、それによって制度間移転収支の規模が増大した。

移転収支の社会保障収支（移転収支を含む）に占める割合は、基礎年金制度の創設を契機として収支とも、昭和 61 年度にそれ以前の約 2 倍強に膨らんだ。昭和 62 年度が最初のピークで、収入で 17.2%・支出で 20.4% を記録し、その後若干縮小したが、平成 2 年度には再び増加に転じ、収入で 21.8%・支出で 26.9% と、過去最高になった。また、この制度間収支の規模は対 GDP 比または対国民所得比で見ても、この年過去最高の割合になっている。制度間移転が社会保障における財源調達の役割を確実に強めてきたことがわかる（勝又，1992，p. 46）。

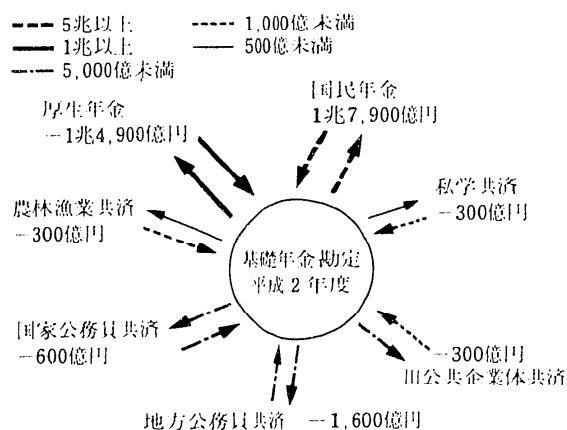


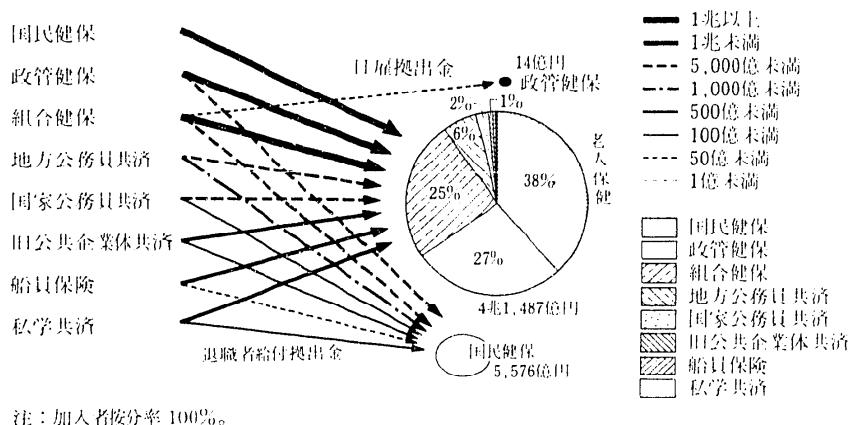
図2 基礎年金制度における年金制度間移転のあらまし(平成2年度)

2. 財政調整の実際

社会保障における制度間移転の実際を、年金制度と医療保険制度にわけて図式化したのが、図2（基礎年金制度における年金制度間移転のあらまし）・図3（医療保険制度における制度間移転のあらまし）である（勝又，1992，pp. 47-48）⁶⁾。年金制度の制度間移転は基礎年金制度への拠出であり、医療保険制度の制度間移転は老人保健制度・退職者医療制度への拠出に代表される。資金規模では、年金制度が医療保険制度を圧倒している。

しかし、年金制度と医療保険制度では、同じ財政調整が違う意味をもっている。その違いは、両者の拠出方法を見るとわかる。年金制度の場合、すべての保険者からその20～59歳の被保険者（組合員）および被保険者配偶者の総数に同額の単価を掛けた額を、基礎年金勘定という特別会計へ拠出させる。拠出額の規模を決定するのは上記の人数だけである。つまり、年金制度における拠出は将来給付を受ける基礎年金のための保険料である。

一方、医療保険制度では保険者の財政状況や保険集団の老齢化の度合いが拠出規模に反映する仕組みになっており、保険者の被保険者数や該当制度の受給者数などは考慮されない。具体的に老人保健制度への拠出については、「加入者調整率」で老齢化の度合いが、退職者医療制度では「標準報酬総額」で当該保険者の財政負担能力が拠出金算定に反映されている。これは、医療保険における拠出が世代間の所得再分配をその根拠としている



注：加入者按分率 100%。

図3 医療保険制度における制度間移転のあらまし(平成2年度)

からである。つまり、医療保険における拠出は、年齢階層において垂直的な公平（所得再分配）を達成するための租税のようなものである。このように考えてくると、医療保険における拠出は、拠出という名のもとに支出されているのでILO表では他制度への移転および他制度からの移転と記載されるが、むしろその性格を捉えれば、社会保障税に計上すべきなのかもしれない。

IV 老人保健制度における財政調整

1. 老人保健の財政調整の仕組み

老人保健制度がめざしたところは、健やかに老いるための老人医療の見直しと、老人医療の財源確保のための新しい負担システムの構築だった。そして、後者の目標の基盤となった理念は、必要な費用は国民が公平に負担するというコンセンサスであったと考えられる。老人保健制度とは、その名が示すように「保健」であって、「保険」ではない。これは、制度が社会保険としてつくられたのではなく、高齢者の「保健＝ヘルス」を配慮した制度としてつくられたからである。事実、70歳以上の高齢者だけでなく、65歳以上70歳未満の障害者や40歳以上の成人の健康診断事業も、その給付の範囲としている。

だが図4（老人保健制度の共同負担システムの概要）が示すように、老人保健制度の共同負担システムは社会保険のそれとよく似ている。一般に社会保険としての医療保険は、被保険者または組合員がその負担能力にあわせて保険料を拠出し、病気というリスクに対して連帯して備える制度である。しかし、老人保健制度にあつては、保険者がその高齢化の度合いによって老人保健拠出金を出し、高齢者に対して所得移転を行うことになる。言い換えれば、勤労者が退職者を支える仕組みとなっている。

図4の上部帯グラフが示すように、基本的には老人の医療費（自己負担を除く）の3割を公費で、残り7割を拠出で負担することになっている。しかし、平成4年からは老人介護に関する公費負担が5割になった⁷⁾。老人保健制度が長期療養型の

後期高齢者の福祉の分野にまで、その給付範囲を徐々に拡大させるという政策的意図がそこにはある。

〔参考：各保険者の老人保健拠出金の算定方法〕

$$\text{拠出金} = \text{当該保険者の老人医療費} \times \text{保険者の平均老人加入率} \div \text{当該保険者の老人加入率} \times (1 - \text{全保険者の老人保険施設療養費等} \div \text{全保険者の老人医療費}) + \text{当該保険者の老人医療費} \times \text{保険者の平均老人加入率} \div \text{当該保険者の老人加入率} \times \text{全保険者の老人保健施設療養費等} \div \text{全保険者の老人医療費} \times 6/12$$

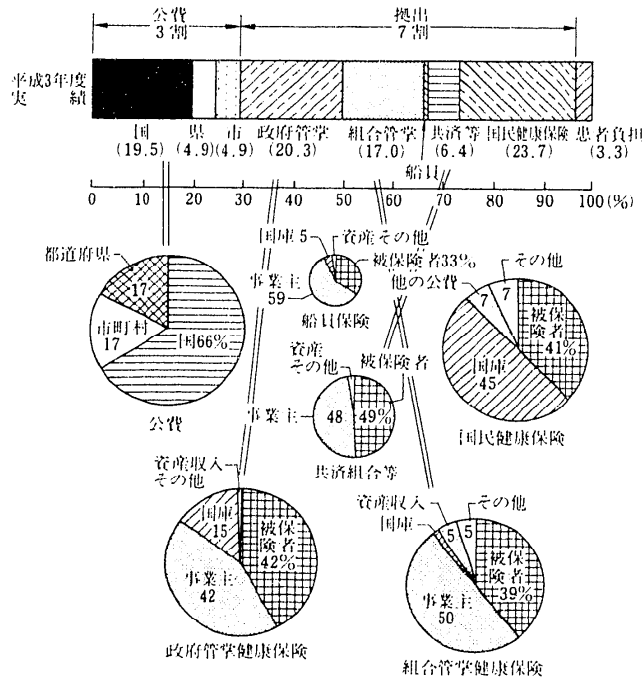
（注）下線部分が「加入者調整率」。

図4の円グラフは負担者である保険者の財源構造を表している。地域保険である国民健康保険はその財源の半分以上が公費から移転されている。また中小企業を対象とした政管健保ではその財源の15%が国庫から移転されている。これらの保険者の場合、老人保健拠出金には、間接的に公費が含まれていることになる。

老人保健創設の昭和57年度当時は、国保財源の6割が公費負担であったのが、平成3年度には5割を下回った。これは、老人保健制度以前に国保に対して支出されていた「臨時財政調整交付金」等の国保財政の救済を目的とした公費が、老人保健制度導入後削減されたからである。これが、老人保健制度の財政調整が国保財政救済策といわれるゆえんである。

2. 老人保健制度における拠出の現状

IIIの2で紹介したように、老人保健の拠出の規模を決定するのは、基本的に各保険集団の老齢化の度合いだけである⁸⁾。老齢化の指標となる「加入者調整率」が各保険集団の老人加入率を保険集団全体の平均老人加入率で除した結果を採用していることで、平均老人加入率より老人加入率が低い保険集団はより多くの拠出金の負担が課せられ、反対に平均老人加入率より老人加入率が高い保険集団はより少ない拠出金の負担ですむことになる。もともと老人加入率の違いは、国保と他の保険者



注：各制度の円グラフの面積は財源の大きさを相対的に表している。ただし、船舶保険については作図の都合により、実際の規模よりかなり大きく示されていることに注意。

横棒グラフ資料：厚生省老人保健福祉局編「平成3年度老人医療事業年報」。

円グラフ資料：社会保障研究所推計「平成3年度社会保障費」。

出典：勝又，1994，p. 19。

図4 老人保健制度の共同負担システムの概要

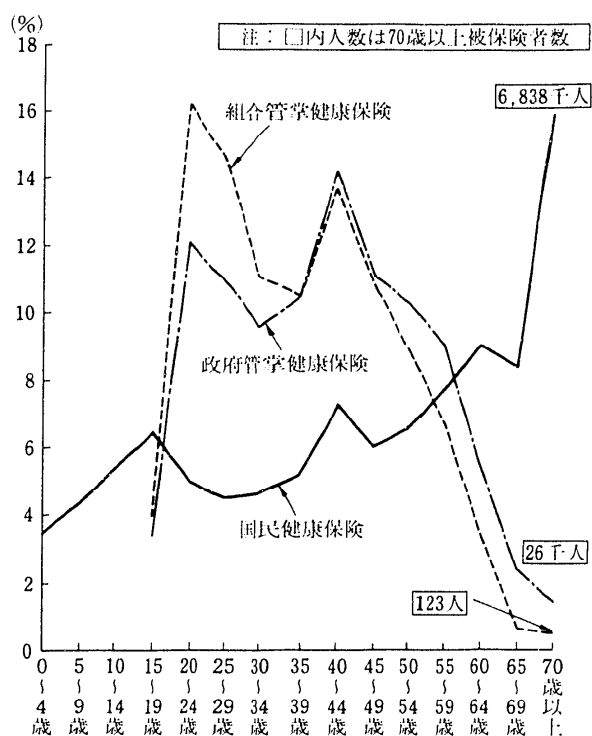
の間で歴然としている。図5(平成3年度保険者別年齢階層別 被保険者の割合)(勝又，1994，p. 25)に見るように、現役世代を被保険者とする組合管掌健康保険や政府管掌健康保険は、労働供給曲線いわゆるM字型曲線を描き、いっぽう退職者を被保険者に取り込んだ国民健康保険は右肩上がったの曲線を描いている。近年の国保の高齢化傾向は顕著で、平成3年度、市町村国保組合の実に46.7%が被保険者に占める70歳以上割合が20%を超えている⁹⁾。

しかし保険者別拠出実績では、老人医療費の規模の違いにより、国保>政管健保>組合健保>船舶保険>共済組合等の順になっている(勝又，1994，pp. 20-21)。

図6は老人保健拠出が各保険者財政に与えた影響を見ようとするものである。ここで使った「拠出の負担率」とは、保険者の拠出実績額を保険者

の収入総額で除した結果である¹⁰⁾。言い換えれば、保険者の財源全体に占める拠出金の割合を示している。この割合が高ければ保険者の支出に対する自由度が小さくなるので、拠出が財政的に負担になっていると考えられる。老人保健拠出が強制力をもつものである以上、各保険者は従来の被保険者に対する医療給付を、拠出金を支払ったあとの財源で賄わなければならないのである。つまり「拠出の負担率」は、被保険者の給付水準や保険料率に直接に影響を与えるのである。

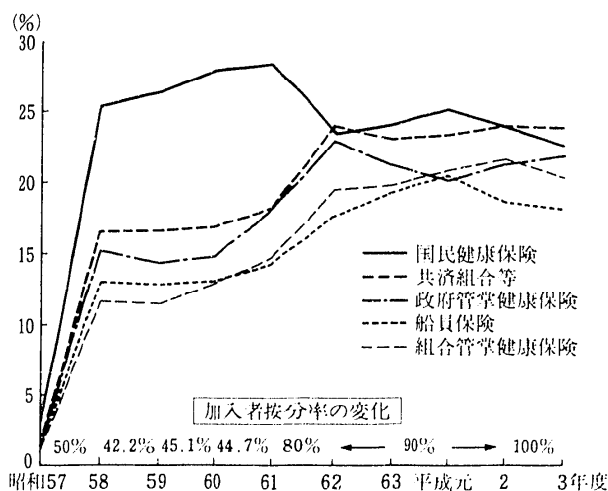
図6に見るように、昭和62年度、加入者按分率¹¹⁾が90%となって以来、各保険者間の「拠出の負担率」の格差が縮小したことがわかる。老人保健の費用の公平な負担体制が一応実現したように思われる。しかし、各保険者を個別に観察すると公平な負担体制の実現にはかなり問題が残されていることもわかるのである。これについて次に検



資料：平成3年度「国民健康保険実態調査報告」と「健康保険被保険者実態調査報告」。

出典：勝又，1994，p. 25。

図5 平成3年度保険者別 年齢階層別 被保険者の割合



資料：社会保障研究所「社会保障費の給付と負担の統計分析」および「平成2・3年度 社会保障費」。

出典：勝又，1994，p. 22。

図6 保険者別老人保健拠出の負担率(拠出の負担率＝老健拠出金額÷収入総額)の推移

討する。

V 老人保健制度における財政調整の問題点

1. 拠出金算定方法の限界

現行の財政調整の方法には、公平な負担という観点からすると問題がある。それらは、①「加入者調整率」が制限的に適用されている事実、②財源規模が小さい組合保険者の、拠出負担が高くなっている事実、に象徴的に見ることができる。

①「加入者調整率」が制限的に適用されている事実

老人加入率が20%を超える保険者の老人保健拠出金算定では、当該保険者の高齢化率は20%と設定される。この制限によって、老人加入率が高い保険者ほど「加入者調整率」が働く部分の割合が小さくなり、負担が大きくなるという問題点が指摘されている。特に市町村国保組合では半数に近い組合が高齢化率20%以上となっているため、加入者調整率の完全導入が求められている。一因は、「制度調整に老人加入率20%という上限があることは、生涯をとおしてどこで住むことになるうが、公平な老後医療を保障するという、世代間助けあいの理念に反する」とし、問題としている(一圓，1994)。

② 財源規模が小さい組合保険者の、拠出負担が高くなっている事実

老人保健拠出金算定に、当該保険者の財政状況が加味されないのが、財政基盤が弱い小規模な組合では、拠出金の負担が保険料率に影響する形で大きくなっている。例えば、ある年に高額な医療費を給付した老人保健受給者(多くの場合被保険者または組合員の扶養者)が人数的に集中して出現した場合、その年の拠出金が急増し、次年の保険料率を押し上げる影響が指摘されている。事実、法定保険料率の上限に達している組合が平成4年度で31組合(全体の2%)になっている。また、組合管掌保険の保険料収入に対する老人保健拠出金の割合は、平成4年度で約23%だが、健保連の決算報告によると、負担率の高い組合ではこの平均を大きく上回り、50%以上になっている(健康保

険組合連合会，組合決算状況報告平成4年度，1993)。

現状では，これらの問題は，個別の保険者の財源を補助金で補填する方法で対応されている。例えば，従来の国保への補助に加えて，平成2年度から組合管掌保険に対して国庫から「拠出金負担助成金」が支出され，老人保健拠出金の負担増緩和措置がなされた。

①②の問題を考えるにつけ，現行拠出金算定方法には自己矛盾がある。それは，例えば保険者間の高齢化の格差の拡大により，本来高齢化の格差を平均化するために導入された「加入者調整率」を制限的にしか適応できなくなったこと。また一方で，「加入者調整率」の完全導入の結果，財源基盤が弱体化した保険者に補助金を支出しなければならない現実などに現れている。いうなればアンバランスを解消しようと導入した方法によって，さらなるアンバランスが生まれているのである。

2. 老人保健の財政調整の意味

老人保健拠出金算定方法には，公平を考えた場合さまざまな問題が残されている。しかし，拠出の根拠である世代間の連帯の理念とは，どのような根拠に基づいた理念だろうか。

厚生省は，退職者医療保険の被用者保険者等保険者の拠出金負担の理由を，次のように説明している。特に②③は，老人保健制度への保険者の拠出金負担理由にも共通することなので，参考にしてみたい。

「①自営業者等の場合は，若干の自営業者等が医療費のかかる中高年の自営業者等の医療費の一部を負担し，医療保険における費用負担の面で世代間の扶養が行われているが，被用者保険グループについても同様に世代間の連帯の理念に基づき，現役の者が退職者等の医療費についてもその一部を負担すべきものであること。②退職者は保険給付の必要性の比較的少ない現役時代に被用者保険に保険料を拠出し，保険財政の安定に寄与してきており，現役の被保険者および事業主はその貢献に報いる必要があること。③中高年において疾病の大半を占める慢性疾患については，当該疾病に

ついて現役時代から医療を受けると否とにかかわらず，その原因は現役世代からの日常生活の積み重ねによるものと考えられる。このように原因が退職前まで遡りうる疾病が大半を占めると考えられることから，被用者保険が退職者等の医療費の一部を負担すべきものであること」(厚生省保険局企画課監修，1992，pp.194-195)

上記の拠出の根拠のうち，②については異世代間で現役時代の保険料負担が公平な場合に限っていえることである。進む高齢化によって若い世代の被保険者ほど多くの負担を強いられることになった場合，若年世代がより重い負担を現役時代にしなくてはならない理由はない。③については，高齢者の慢性疾患の原因が退職前まで遡りうる疾病が大半を占め，高齢者の医療費が現役世代の数倍に及ぶという事実を踏まえれば，拠出もやむをえないとしても，それならば老人医療費と一般現役の医療費の差額だけを拠出すればよいと考えることもできる。

また，漆は次のように問題点を高齢者の基本理解に立ち戻って指摘している。「老人保健制度によって若年層から老人に所得を再分配する根拠は何に求められるのであろうか。考えられる理由として以下のものがある。すなわち，老人は社会的弱者であると考えられる。また，老人は慢性疾患を患っていることが多いから医療機関に通院する機会が多く，医療費の支払も多額となる。したがって，社会的な弱者である老人の医療費は若年者が負担するべきである。たしかに，社会的な弱者の医療費を，若年層が負担することは分配の公平性といった観点から望ましいことである。しかしながら，この議論が成立するのは老人は社会的弱者であるという前提があるからである。それでは，老人は本当に社会的な弱者なのであろうか」(漆，1994，p.153)。

現代の老人が社会的弱者であるか否かは，その社会の構成員全体から見ると相対的な指標でしかない。しかし，個人にとって老人になることは，生きることへのリスクを絶対的に増大させる。マクロで見れば，年金制度の成熟や核家族化の定着は，老後の生活設計において経済的基盤がある程度確

保されたことを暗示させるが、一方で介護の問題等身体的自立が確保されないことへの不安は、老人の孤立化によってますます増長されているように思う。リスクを多く抱えた存在として、高齢者が弱者であることに異論をはさむ者はいないだろう。

ただし、高齢者の経済的状況については弱者とは一概に考えにくい状況があることは事実である。すでに高齢者世帯の経済的地位については、貯蓄のライフサイクル仮説や資産保有等について多くの研究者が関心をもち研究を重ねている。研究の成果を見てもわかるように、高齢者世帯の経済的地位は多様である。年金生活者＝低所得者とは必ずしもいえない。特に資産のようなストックに至っては、世代間に富の逆転さえ生み始めている。そして豊かな高齢者に貧しい若年層が所得再分配を行うことを正当化する理由は見あたらない。

VI 財政調整の功罪

財政調整が社会保障財源に与えた功績は、確実な財源調達を公費の極端な増大をもたらすことなく実現したことだといえよう。また、財政調整が始まる以前には一部財政難の保険者に集中的に移転された公費を、よりバランスよく移転することが可能になった¹²⁾。財源調達の効率面では、保険者というより小さな集団で事務を行うことにより新たな運営費用を節約し、迅速に導入が実施された。

逆に、罪科は、まず、Vの1でも指摘したように、保険者間の負担の公平を損なったことである。そして何よりもその弊害は、被用者保険の財政的自立度を低下させたことにある。このままの拠出制度を維持する限り、被用者保険は老人保健財源調達団体としての機能と役割をますます強めてゆくだろう。

さらに、本論の冒頭で述べた、社会保障財源の問題点を社会保障費における、負担の実態（財源の実態）から検討すると、制度間財政調整のなかで、「公費負担」の原則が曖昧になったことである。かつて社会保障が救貧施策中心だった時代は、生活保護等への公費負担が示すように、最も貧しい

ところへ公費は集中して移転された。それが、制度間財政調整が始まって以来、社会保険それも財政的に弱い保険者への移転が中心になったのである。

VII ま と め

老人保健における拠出の公平を確保するために、何らかの改善が拠出金算定式に加えられなければならない。一圓が、各保険者の老人比率の差が勤労者の医療予算に影響を与えないよう、加入者調整率のかわりに、世代調整率や報酬調整率等を工夫した提案は、実行可能性が高く評価できる（一圓、1994）¹³⁾。しかし、拠出制度自体で、保険者別のリスクに対応することは、Vの1で指摘したように、いずれ保険者間の財政力格差を調整するために補助金が増えるという自己矛盾をはらんでいる。

財政調整の問題の起源は医療保険の変質にかかわっている部分を、従来のシステムの範囲で解決しようとしたところにある。つまり、老人保健制度に見られるように高齢化に伴って、医療保険は長期保険化してきたが、被用者保険をはじめとして各保険者は相変わらず短期の保険体制をとってきたということである。しかし、既存の保険者が短期から長期へとその財政計画や会計体系を変更するのは容易ではない。例えば、健保組合で、平成4年度から、政府管掌健康保険にならって「中期財政計画」をたてることにしたが、近年の不況で保険料収入の見通しがつかなくなった組合が続出し、この試みの難しさを示す結果となっている。

財政調整はあくまでも、臨時の手段でしかないと考えるべきである。というのは、老人という集団が社会保険として自立可能なグループではないからである。藤井は、「財政調整は、財政調整のウェイトを強めすぎるとその前提となっている社会保険制度の存立を危うくすることになるので、保険と連帯という2つの原理のバランスに十分配慮しなければならない」と指摘した。また宮澤も、制度調整 vs 財政調整の、適切な対応づけの重要性を指摘している¹⁴⁾。

財政調整はあくまでも、臨時の手段でしかないとしたら、次はどのような施策が考えられるべきだろうか。それは、基礎年金のような、独立した老人のための（退職後の）医療制度だろう。そして、そこでは最低必要な医療を現物でだれにでも提供できる体制が、公費を中心として確立されるべきである。そして、この制度は、社会保険とは給付の範囲の分担を異にするべきである。これについては、本論の枠を超える大きな課題であるので、詳細を検討するのは次の機会にしたい。

社会保険を中核に発展していた日本の社会保障にとって、財政調整が自然な道であったように、社会保険の整備を基礎に、これから社会保障制度の充実を実現しようとしている発展途上の国にとっても、いつか高齢化という同じ状況に直面したとき財政調整は避けて通れない問題だと思う。高齢化の先進国たる日本が脱財政調整の先鞭をつけ

る意義は国内のみならず海外への影響においても多大である。

注

- 1) 社会保障に係る給付と負担の将来見通し（現行制度ケース）（下表）。
- 2) 昭和 63 年度に年金保険の国庫負担の配分率が前後の年に比べ突出して大きくなっているのは、厚生年金保険においては、昭和 63 年度に行政関連特例法による昭和 57 年度から 60 年度までの国庫負担金の繰り延べ額について、元利合計 1 兆 3625 億円が繰り戻された事情による（SDRI Study Series, 1993, Table 2-7, p. 20(和訳版)）。
- 3) 昭和 48 年（1973 年）1 月から全国レベルの老人医療費無料化施策として、「老人医療費支給制度」が実施された。
- 4) 児童手当の支給に要する費用の負担割合は、被用者分については、事業主：国：都道府県：市町村＝7/10：2/10：0.5/10：0.5/10、被用者でない者の分については、国：都道府県：市町村＝4/6：1/6：1/6 である（社会保障年鑑 1994 年版，p.

社会保障に係る給付と負担の将来見通し（現行制度ケース）

〈負担〉

【対国民所得比】

（単位：％）

	平成 5 年度 (1993)	平成 12 年度 (2000)		平成 22 年度 (2010)			平成 37 年度 (2025)		
国民所得の伸び率	——	5 %	4 %	5%→4%	5%→3%	4%→3%	5%→4%	5%→3%	4%→3%
社会保障に係る負担	17.8	20	20 1/2	23 1/2	25	26	28 1/2	31 1/2	32 1/2
社会保障負担	13.0	14 1/2	15	17	18	18 1/2	21	23	23 1/2
社会保障給付費に係る公費負担	4.8	5 1/2	5 1/2	6 1/2	7	7	7 1/2	9	9
国庫負担	4.0	4 1/2	4 1/2	5	5 1/2	5 1/2	6	7	7
地方負担	0.9	1	1	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	2	2

国民所得 兆円	360	500	472	740	671	634	1,332	1,046	988
---------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------	-------	-----

【金額】

（単位：兆円）

	平成 5 年度 (1993)	平成 12 年度 (2000)		平成 22 年度 (2010)			平成 37 年度 (2025)		
国民所得の伸び率	——	5 %	4 %	5%→4%	5%→3%	4%→3%	5%→4%	5%→3%	4%→3%
社会保障に係る負担	64	101	98	174	168	163	380	332	322
社会保障負担	47	73	71	125	122	118	276	239	231
社会保障給付費に係る公費負担	17	27	27	49	46	45	103	93	91
国庫負担	14	22	22	39	37	36	81	73	71
地方負担	3	5	5	10	9	9	22	20	20

出所：厚生省（平成 6 年 5 月）。

107)。児童手当制度の改正は、支給年齢の変更と支給対象世帯の所得要件の緩和で行われた。改訂の経過について詳しくは〔高橋, 1994, pp. 272-273〕を参照。

5) 社会保障研究所推計の社会保障費統計は、ILO基準で作成されている。直近の表は『季刊・社会保障研究』の各巻の第3号に掲載されている。集計表では、表側に社会保障の制度を配し、表頭に収入と支出をその種類別に示している。そして、収入・支出ともに、いったん小計を出した後、他制度からの移転と他制度への移転を分離して示している。これは、制度間の受け取りや拠出を重複計算せず、純計を求めるための工夫である。過去に、重複計上の問題が(堀, 1986, p. 9)で指摘され、改善された。この工夫により社会保障費統計では、財政調整による財源構造への影響を排除している。つまり、ある制度が他制度からの移転を財源の一部としている場合でも、社会保障統計全体では、移転はすべて移転元の財源構造を反映させている。これにより、マクロの財源構造を観察することができる。

6) 平成2年度データは、SDRI Study Series, 1993, Fig. 9-1-ii & Fig. 9-2, pp. 63-64 (和訳版)。

7) 平成4年1月より、老人保健施設療養費・介護体制の整った老人病院の入院費・老人訪問看護療養費・精神病院の老人性痴呆疾患療養病棟の入院費等の公費負担が5割になった。平成3年老人保健法改正(岡光, 1993), なお、社会保障費統計上は平成3年度から平成4年度の老人保健制度の公費負担割合の対前年度伸び率は約13%と、それ以前に比べて伸び率が2倍になった。

8) 保険者の拠出金算定において、基本は各保険者の老人医療費に高齢化度の指標である加入者調整率を掛けて求めるので、拠出金の多寡を左右するのは加入者調整率だけでなく、当該保険者の老人医療費の規模にも関係している。しかし、例外的に1人当り老人医療費が高い保険者に対して「調整対象外医療費の制度」が保険者の経営度欲を促すために創設されたため、基準以上に高額な老人医療費は、拠出金算定の基礎たる老人医療費に含まないようになった。そこで、老人医療費の規模は保険者間で平均化されている。「調整対象外医療費の制度」については、〔岡光, 1993, p. 237〕を参照。

9) 老人加入率が20%を上回る保険者数

(市町村国保)

○保険者数の年次推移

58年度	59年度	60年度	61年度	62年度
151 (4.6%)	241 (7.4%)	292 (8.9%)	370 (11.3%)	461 (14.1%)

63年度	元年度	2年度	3年度
636 (19.5%)	864 (26.5%)	1178 (36.2%)	1521 (46.7%)

注: 1. 58年度から60年度は国保中央会調べ, 61年度以降は厚生省の調べによる。

2. ()内は老人加入率が20%を超える保険者の全保険者に占める割合。

資料: 厚生省保険局。

10) 「拠出の負担率」とは、保険者の拠出実績額を保険者の収入総額で除した結果である。この収入総額には前年度からの繰越金や資産収入が含まれるが、通常の経常収支の考え方ではこれらの費用は含めないのが普通である。負担率算出の分母を経常収入額にすることで負担率は高くなる。医療保険の会計が単年度で運営されているため、経常収入を用いるのが筋かもしれないが、法定積立金の存在も考慮にいれて、ここでは収入総額を分母にした。高齢化時代の医療保険が長期保険化している事実を踏まえれば、経常収支にだけ着目するのは問題があると考えた。

11) 加入者按分率とは、加入者調整率の導入で起こる、保険者の拠出金負担の急激な増大を緩和するために、制度施行時から8年間採用された。

12) よりバランスよく移転することが可能になったという根拠は、保険者間の公費負担割合の格差が老人保健受給者間で縮まったことによる。どの保険に加入していようが、老人保健という全体を対象にした制度にあって公費を財源とした移転については、国民は等しくその利益に浴するべきだという前提がそこにある。詳しくは〔勝又, 1994, pp. 28-29〕参照。

13) 財政調整の方法を修正したもの(一圓, 1994)。

現行制度: 拠出金 = 退職者医療費 * 全国老人比率 / 保険者老人比率

修正案1: 拠出金 = 退職者医療費 * 全国世代比率 / 保険者世代比率

修正案2: 拠出金 = 退職者総医療費 * 当該保険者報酬 / 全勤労者報酬

14) 宮澤は、制度調整 vs 財政調整の、適切な対応づけの重要性を指摘し、問題点を次のように整理している。「老人保健制度の創設、退職者医療制度の設定は、次の二つを対にセットした制度化である。①老人集団、退職者集団の『独立単位化』の措置、②老人医療費、退職者医療費の既存諸制度による『共同負担拠出システム』の導入である。(中略)ここでの一般的論点は、①②の間の整合性いかに、公費負担 vs 保険料拠出負担の原則と、両者の接合の方法論、そして老人層の受益 vs 若年層の負担の世代間対応の明示である」(宮澤, 1992, p. 210)。

引用文献

- 一圓光彌, 1994, 「老人保健制度課題」『老後保障の再構築について』郵便貯金に関する特別委託研究
- 漆 博雄, 1994, 「国民健康保険および老人保健制度の財源問題」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』, 東京大学出版会
- 岡光序治編著, 1993, 『老人保健制度解説』, ぎょうせい
- 勝又幸子, 1992, 「制度間移転の実態」『社会保障費の給付と負担の統計分析(研究報告 No.9201)』, 社会保障研究所
- 勝又幸子, 1994, 「老人保健制度の現状分析——制度創設から10年間の推移」『医療と社会』Vol.3, No.2
- 健康保険組合連合会, 1993, 「組合決算状況報告」平成4年度
- 健康保険組合連合会編, 1994, 『社会保障年鑑1994年版』, 東洋経済新報社
- 厚生省保険局企画課監修, 1992, 『医療保険制度要覧』, 社会保険研究所
- 社会保障研究所, 1993, 「資料:平成3年度社会保障費」『季刊・社会保障研究』Vol.29, No.3, 285-299頁
- 高齢社会福祉ビジョン懇談会, 1994, 『21世紀福祉ビジョン——少子・高齢社会に向けて』平成6年3月28日
- 高橋三男, 1994, 「児童手当の財源政策——児童手当制度の課題としての本人拠出について」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』, 東京大学出版会
- 藤井良治, 1994, 「社会保険と財政調整」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』, 東京大学出版会
- 堀 勝洋, 1986, 「社会保障給付費推計の問題点と課題」『研究報告 No. 8601 社会保障費の推計に関する総合的研究』
- 宮澤健一, 1992, 『高齢化産業社会の構図』, 有斐閣
- SDRI Study Series, "The Cost of Social Security in Japan FY1969-FY1990," The Social Development Research Institute, Tokyo Japan, December 1993(『社会保障の給付と負担の統計分析』, 社会保障研究所, 1992年の英訳改訂版)。
- (かつまた・ゆきこ 社会保障研究所研究員)