

地域福祉と財政調整

金井利之

I はじめに

1. 地域福祉

地域福祉は、その内容において確立されたものが、必ずしもあるわけではないように思われる¹⁾。さしあたり本稿では、以下のように考えることにしたい。地域福祉とは、提供されるサービスの内容においても、そのサービスを提供する担い手においても、極めて多様な内容を含むところの、地域的に提供される福祉一般の総称である。地域福祉概念が安定しないのは、その内容の多様性にあるとも考えられる。しかし、この多様性の包括と同居が、地域福祉の意義である。つまり、従来は、機能的に分化して整理されてきたサービス内容とその担い手を、機能的に総合化し、それを地域という軸で整理し直すものである。

さて、このような地域福祉概念の方向性は、本稿に即していえば、サービス内容と担い手の両面において、以下のような含意を有する。第1に、サービス内容の多様性は、従来の福祉概念を否定するか、あるいは、福祉概念の大幅な拡大を促す傾向をもつ。つまり、所得保障や医療保障と対比される意味での福祉サービスだけでなく、より包括的に捉え直すのである。具体的には、狭義の福祉だけではなく、地域医療や保健さらには街づくり全般との、密接な関係を想定することになる²⁾。本稿の関心からいえば、地域医療ないし医療保障制度全体も、視野に入れることが適切となる。

第2に、サービスの担い手の点としては、これを必ずしも政府部門に限定するわけではないこ

とである。地域福祉という点では、地域の総合的な行政機構である地方自治体が重視されるのは当然であるとしても、地方自治体だけが地域福祉を担当するわけではない。むしろ、社会福祉協議会や生活協同組合・農業協同組合、民間ボランティアやその他の非営利団体が重要になっているし、自治体との関連が深い福祉公社も大きな役割を果たしている。したがって、本稿もこうした点への配慮が必要になるはずである³⁾。

2. 財政調整

財政調整の定義もまた、地域福祉に劣らず多様であるが、本稿では以下のように定義したいと思う。すなわち、財政調整とは、複数の相対的に自立した財政主体（政府会計）から構成される関係を、ある望ましい状態に保とうとする営みである⁴⁾。財政調整は、財政である以上、政府部門間の関係に限定されることになる。政府部門の財政関係に限定されずに、民間部門を含めた会計関係に関する営みは、会計調整である。したがって、既に述べたように、地域福祉の担い手が政府部門に限定されないことからすると、地域福祉と財政調整という問題の立て方は、当初から限界を含んでいることになる。本稿の扱う問題は、地域福祉に携わるさまざまな担い手間の全体的な資金の調整ではなく、政府部門という限られた範囲での調整である。

地域福祉に関わる政府部門は、大きく分けると、国（全国政府）、地方自治体（地方政府）、医療保険制度（社会政府）の3つである。したがって、財政調整の対象としては、国財政、地方財政、社会財

政の3つが存在する。このうち、地方財政部門と社会財政部門は、複数の政府会計を集計してまとめた部門である。そこで、個別の地方政府会計間、あるいは、個別の社会政府会計間の財政調整があり得る。社会政府会計は、給付内容に関して格差があるものの、基本的には医療保険財政という相対的に類似の機能を担っている。これに対して、地方政府会計の場合には、都道府県レベルと市区町村レベルという、相対的にかなり相違する機能を担う政府群がある。したがって、政府会計の機能という点からは、国財政、地方財政Ⅰ（都道府県）、地方財政Ⅱ（市区町村）、社会財政の4部門と見ることもできる。

本稿では、水平財政調整と垂直財政調整という区分を利用して、地域福祉と財政調整の関係を観察していきたい。水平財政調整は、相対的に類似の機能を担う政府会計間に効果を有する財政調整である。垂直財政調整とは、相対的に相違する機能を担う政府会計間に効果を有する財政調整である。医療保険相互間や、都道府県相互間、市区町村相互間は水平的である。これに対して、国・地方・社会財政間の関係は、相互に担当する機能が異なるから、垂直的である。また、都道府県と市区町村の財政関係も同様に垂直的である。もっとも、この水平・垂直の区分は実務的ではなく、多分に講学的なものである⁵⁾。というのは、現実の財政調整で採られる財政資金移転は、しばしば、同時に水平・垂直の両方の効果を有するからである。しかし、本稿では財政調整の效果に着目して、このような方針で観察することにする。

Ⅱ 制度間財政調整：水平財政調整（1）

1. はじめに

水平財政調整に関する第1のものは、医療保険制度の財政調整である社会財政調整である。医療保険制度は大きくは、被用者保険制度と国民健康保険制度に分けられる。国民健康保険（国保）は、業種ごとに特別に設立された国民健康保険組合を除き、各市区町村が実施する市町村国保である。市町村国保は地域を単位として設定されるので、

地域保険とも呼ばれる。広義の地域福祉に最も関連するのは、この地域保険制度である。したがって、本稿の社会財政調整の問題も、市町村国保との関連が主たるテーマになる。

社会財政調整は、市町村国保を焦点にして2つの領域で展開されている。第1は、市町村国保制度が、相対的に他の医療保険制度に対して、財政的に脆弱であることを想定しつつ、財政調整を図るものである。これは、被用者保険制度と国保制度との関係なので、制度間財政調整と呼ばれる。第2は、市町村国保制度においても、市区町村によって財政状況に大きな格差があるため、そのことを想定して行う財政調整である。これは、国保制度の内部の問題なので、制度内財政調整と呼ばれる。Ⅱではまず制度間財政調整を扱い、制度内財政調整はⅢで触れることにしよう。

2. 国庫負担金

国民健康保険制度には、療養給付費を中心に、国財政から多額の国庫負担金が交付されている。1983年までは医療費ベースで45%が国庫負担であり、1984年の制度改正以降は、医療給付費ベースの50%（医療費ベースで39%程度）が国庫負担である。被用者保険制度には、このような大規模な国庫負担金はないから、国保制度は被用者保険制度に比べて、国財政から傾斜的に財政資金配分を受けていることになる。つまり、この国庫負担金は、それが水平財政調整として妥当な水準であるか否かはともかくとして、水平制度間財政調整の効果を有している。

保険制度は、保険料で必要な財源を調達するのが原則であり、国庫負担の導入には特別の根拠が必要である。さらに、被用者保険制度には存在しない大規模な国庫負担を差別的に実施することにも、同様に理由説明が必要になる。国保にのみ国庫負担を厚くする根拠としてしばしば主張されたのは、以下の2点である⁶⁾。第1は、国保の被保険者は低所得者が多いため、保険料負担能力が乏しいことである。被保険者の保険料負担能力は、国保会計（国保保険者）の財政力を裏側から表現したものであるから、国保制度の財政力が弱体であ

ることを意味している。このことは、制度間での財政力面での水平財政調整の要請を意味するから、負担金の根拠として是認されるものである。

第2は、国保には被用者保険制度のように事業主負担がないため、その分を国庫負担で賄うというものである。これは、職域保険では事業主負担が50%であることと、国保の療養給付費等負担金と財政調整交付金の合計の国庫負担率が50%（医療給付費ベース）であることと、数字の上では一致していることと対応した議論である。したがって、国庫負担を財政調整ではなく、保険原則的な体裁で説明するのには都合がよい。しかし、被用者保険では、事業主と被用者のどちらが負担するかには、本質的な差異はない⁷⁾。仮に、職域保険が全額被用者負担になっても、それに応じて国保の国庫負担はやめられるものではない。また、自営業者などは、事業主と被用者を兼ねているものと見ることができるから、職域保険の事業主負担相当分も、国保では自営業者である被保険者が負担すべきといえるのである。

このように見てくると、事業主負担がないという第2の根拠は、やや説得性を欠くようである。したがって、国保制度への国庫負担の導入は、第1の財政力の弱体性という点を主たる根拠とする。しかし、現実の国庫負担金の水準が、制度間水平財政調整の目的を達成する妥当なものであるわけではない。何故ならば、国庫負担金は、水平財政調整という観点からは、実務的には運用されていないからである。

第1に、国保制度と被用者保険制度との間で、財政力（または必要度）の相対比較がなされていない。国保制度に低所得者が多いのは統計的に明らかであるが、それ以上の比較は国庫負担水準の決定においてはなされていないのである。第2に、そのため国庫負担水準は、極めて曖昧な根拠で決定されている。例えば、保険原理の上に運営されている国保制度は、保険料を中心に運営されるべきであり、したがって、国庫負担は50%が限度であるという根拠で、1984年の変更は行われた⁸⁾。これは、水平財政調整としては、なんら説得性がないといえよう。第3に、国庫負担金という性質上、

国庫財政の状況によって負担水準が影響を受けることである。あるいは、国庫負担金は垂直財政調整にも効果を及ぼすため、水平財政調整の観点を優先できないのである。上述の1984年の変更は、国財政の困難状況から国庫負担金を削減しようとする意図の下に行われたのである。

3. 財政調整構想

以上のように、国庫負担は制度間財政調整の意図と効果を有しているとはいえ、その水準は適切なものではない。そのため、より直接的に制度間財政調整を行うことは、早くから構想されてきた。例えば、社会保障制度審議会の1962年の「社会保障総合調整勧告」では、社会保険におけるプール制が主張されている⁹⁾。すなわち、まずは制度内でのプール制から始め、さらには制度間のプール制を実現して、水平財政調整を図ろうというのである。

しかしながら、制度間財政調整がなかなか進まなかったのは、以下のような利害対立や技術的問題のためである。第1に、制度間財政調整が国庫負担の拡大を手段とするときには、国庫当局はこれに歯止めをかけることになる。つまり、一定の国庫負担はやむを得ないとしても、水平財政調整の完全達成のために国庫負担が際限なく増えることには、反発が強いのである。第2に、制度間財政調整が被用者保険制度の犠牲と負担を手段とするときには、被用者保険制度がこれに激しく抵抗する。このため、国保制度と被用者保険制度との統合などは論外であるだけでなく、制度間財政調整でさえ具体案を出しにくくなっていったのである¹⁰⁾。

第3の問題は、水平財政調整に不可欠な財政力測定が、技術的に容易でないことである。つまり、被用者保険制度と国保制度の間に、どの程度の財政力格差があるかが明らかではないのである。最も単純な財政力測定方式は、被保険者ないし納税者の所得水準を比較する負担力方式である。しかし、被用者と自営業者・農民などの間には、所得水準の捕捉程度に大きな格差があることが、経験的に知られている。と同時に当然ではあるが、行

政的にはこの捕捉の格差の度合いが確定していない。世間で通俗的に主張されている「クロヨン」などを利用することには、無理があるのである。このことは、被用者保険制度の制度間財政調整への抵抗という第2の問題に、一定の正当化事由を与えることになるのである。

4. 老人保健制度

以上のような制約の中から、現実化された制度間財政調整が1983年の老人保健制度（老健制）である。老健制は、老人という被保険者集団を、被用者保険制度と国保制度から切り離し、第三の保険制度を創設したともいえる。しかし、それは独自に被保険者の老人から保険料を徴収するという、保険原理に従った体裁をとるわけではない。この点は、1969年の厚生省の「医療保険制度改革案」における「老齢保険制度」から変化がない¹¹⁾。この他にも、老健制は多面的な特徴を有する制度である。しかし、本篇の関心である財政調整の側面に限定すれば、以下の2点が指摘できる。

第1は、国庫負担の限定である。1つには、制度間財政調整を国庫負担によって全面的に行うのではなく、被用者保険制度から老健制への拠出を、国保制度からの拠出に比べて、相対的に重くすることで対処しようとした。これによって、国は制度間財政調整のために、新たに負担増を強いられることを回避できた。それだけでなく、国保の老人医療費の負担が相対的に軽減されることによって、国保への国庫負担をも限定できるのである。2つには、老健制への公費負担を国だけではなく、地方自治体にもさせたことである。これらは垂直財政調整に関わる問題である。

第2に、被用者保険制度の抵抗を和らげる、あるいは、抵抗の正当化事由を弱める工夫がされていることである。1つには、老人本人一部負担の導入や保健事業を強化することで、老人医療費の膨張を抑える試みがされた。2つには、単純に被用者保険制度から国保制度に資金をゼロサムのに移転するのではなく、第3の制度として老健制を創設して、それへの拠出という形をとっている。3つには、議論のある財政力面での調整を避け、

支出の必要度の側面に限定した財政調整であることである。そのとき、老人は一般に医療支出の必要度が高いという、比較的に合意の得やすい事由に調整要因を限定している。4つには、被用者保険制度に重い拠出を割り当てる加入者按分率は、50%から始まり段階的に引き上げられたのである¹²⁾。

5. 退職者医療制度

老健制以外のもう1つの制度間財政調整の試みが、1984年からの退職者医療制度（退医制）である。これも老健制と同様に、国庫負担の限定と、被用者保険制度の抵抗を緩和する工夫という、2つの特徴を有する。前者の点に関していえば、国保制度に移行する退職者の医療費負担を被用者保険制度に転嫁することで、国庫負担の軽減が可能になる。先に触れた国庫負担率の削減は、直接には退職者医療制度の創設によって正当化された。もっとも、退職者医療制度の効果は制度創設時に想定されたほどではなく、国保特別交付金などで財源補填措置をしなければならなかった。

後者の点については、制度の対象者を、かつては被用者保険制度の被保険者であったが、退職によって国保制度に移行した人に限定したことである。第1に、自営業者や農民であれば被用者保険制度としても責任を感じないかもしれないが、かつては被用者保険の被保険者であった者には、一定のコミットメントを感じやすいことである。第2に、対象者の限定によって、国保制度の財政力が被用者保険制度よりも弱体であることを明らかにできることである。既に述べたように、自営業者などを問題にすると所得捕捉率が争われ、財政力による財政調整は困難に直面する。しかし、被用者と退職者とは、後者の所得が前者より低いことは自明であるから、財政力による制度間財政調整が容易に根拠づけられるのである。

III 制度内財政調整：水平財政調整（2）

1. 標準保険料構想

市町村国保制度は、多数の保険者に分立してい

るため、制度内においても大きな保険料負担の格差が指摘されてきた。しかしながら制度間格差と同様に、この指摘は概括的には妥当ではあるが、格差の具体的な程度を確定することは極めて困難であった。なぜならば、各市町村が徴収している財源調達方式が一樣ではなく、その意味で保険者間の財政力を比較することができなかったのである。すなわち、国保制度の原則である国民保険料は、制度上の厳密な法的規制はなく、条例制定によって各市区町村が自主的に決定できる余地が大きい。また、市町村は国民保険税という形態を選択することもできる。国保税は、地方税法による規制を受けるが、市町村の実情に応じて複数の方式の中から選択ができる。このため、財政負担格差の確定は困難なのである。

したがって、国保の制度内水平財政調整のためには、保険料・税制度を画一化・標準化し、保険者間の財政負担ないしは財政力格差を測定しやすくする必要があった。これが、1960年代から70年代前半にかけて出された、標準保険料構想である¹³⁾。各方面からの議論の盛り上がりを受けて、1967年には厚生省保険局も「医療保険制度改革試案」の中で、標準保険料を打ち出したのである。すなわち、被保険者1人当たり平均法定分医療給付費の段階ごとに、厚生省が標準保険料率を決定する。さらに、法定分医療給付費が、定率国庫負担額と標準保険料率で得られるであろう保険料総額との合計を超えるときには、超過分を全額国庫負担するというものである。

標準保険料構想は、制度内財政調整の強化を狙ったものであるが、それゆえに、財政調整に内在する利害対立に直面せざるを得ず、結局は実現しなかった。厚生省試案のように、定率国庫負担の他に財政調整のための国庫負担を導入することは、大蔵省の容認するところではない。他方、既存の国庫負担の枠内で財政調整を強化することは、制度内での対立をもたらす。定率分を減らし財政調整分を増やすことは、定率負担金の配分を受けてきた財政力の比較的に強い保険者に不利益に作用する。また、不十分な財政調整作用のもとで保険料を標準化するためには、財政力の弱い保険者の

財政力を名目的に高めなければならない。そのためには、保険料に所得割の他に均等割を設けることが検討される。このことは、被保険者の負担の点から、あるいは、保険者の収納実務の現実性の点から、問題とならざるを得ないのである。

2. 調整交付金

標準保険料の挫折は、各保険者間の保険料負担の格差を明示させないため、より完全な財政調整を要求する声を抑える。結果として、国保制度内においても制度間と同様に、限定された範囲内での水平財政調整が行われているにすぎない。その第1が、調整交付金である。

調整交付金は、国保制度に対する国庫負担のうちで、定率で一律に市町村に配分されるのではなく、財政調整的に配分されるものである。沿革的にいえば、大蔵省は国保への一律交付には消極的であり、財政上の困難に直面した保険者に例外的・差別的に交付しようとしていた。例えば、1953年の助成交付金などは、これに当たる。これに対して厚生省は、一律・定率国庫負担を要求していた。市町村間の利害対立を煽るような差別的交付を避け、総花的に配分しようとしたのである。結果的には、療養給付費(等)国庫負担金には、この両者が含まれることになったのである。

調整交付金は、普通調整交付金と特別調整交付金に分けられる。調整交付金の中心である普通調整交付金は、調整対象需要額と調整対象収入額の差額である調整基準額をもとに、予算額の範囲内で交付される。したがって、対象需要額と対象収入額の算定が重要であることは否定しないが、仮にこれらの算定が適切であっても、予算額が少なければ調整効果は大きなものになり得ないのである。ところが、調整交付金は1984年改正では、拡大したとはいえ国庫負担金の2割程度である。したがって、その財政調整効果は限定されていることは、いうまでもない。このように、国保制度は獲得した国庫負担金さえ、制度内財政調整に充分に活用しているわけではないのである。

3. 保険基盤安定制度

制度内財政調整の第2の措置は、1988年に導入され1990年に恒久化された保険基盤安定制度である。国保制度には、構造的に保険料負担能力が限られた低所得者が多い。したがって、これらの低所得者に対しては、1968年から保険料・税の軽減措置がとられている。しかし、これが財政調整によって措置されなければ、軽減措置はそのまま他の被保険者の負担増加、および、保険者の財政力の低下に直結する。そこで、軽減措置相当分を市町村一般会計から国保特別会計に繰り入れるとともに、その繰入額を国50%、都道府県25%、市町村25%で公費負担しようというものである。

保険基盤安定制度に関しては、水平財政調整の観点からは以下の2点が指摘できる。第1は、調整交付金が国庫負担による制度内財政調整であるとするれば、保険基盤安定制度は市町村負担による制度内財政調整であるといえる。つまり、制度内財政調整のための資金を、制度の外部から調達しようとする点では違いがない。保険者間でのゼロサムの対立を避けることには、十分な配慮がされている。第2は、保険料・税の軽減措置という一律措置に、限定して着目した制度である。つまり、標準保険料構想の挫折で、市町村国保間での財政力格差は、正確には把握されていないのであるが、少なくとも一律の軽減措置で生じた財政力の低下は、確定した格差として合意できるからである。老健制や退医制と同様に、限定による説得化がなされているのである。

4. 高額医療費共同事業

制度内財政調整の第3のものは、高額医療費共同事業である。これは、高額な医療費が発生したときの保険者の負担を緩和するために、市町村国保の保険者が拠出金を出し合う再保険制度である。国保中央会や全国町村会などからの要請の機運が高まり、全国モデル化されたのは、1983年の厚生省の高額医療費共同事業実施要綱によってである。さらに、1988年からこの事業を強化・充実するために、暫定措置としてではあるが、国（事務費）・都道府県（事業費）の補助が導入された。これによ

って、交付対象の高額医療の範囲を拡大しようとしたのである。また、全都道府県に普及したのは、この1988年である。

制度内財政調整という観点からは、この共同事業が（再）保険という形態をとっていることが注目される。保険制度は、潜在的な危険が現実の負担となって発生した会計の状態を、必要度が高いとして認定する会計調整制度である。裏返して言えば、潜在的な危険が実現しなかった会計は、相対的に必要度が低いと認定されるのである。政府会計の一種である国保間の保険であるから、財政調整の一種となる。したがって第1に、保険原理で対応できる範囲に限定されている¹⁴⁾。つまり、高額医療の発生は、潜在的には可能性があるが、現実の発生はどこで生じるかわからないという限り、保険で対応できるのである。第2に、高額医療の発生という、特定の必要度に限定して行われていることである。ここでも、限定による説得化が行われているといえよう。この範囲内ならば、保険者間の相互の利害対立を招かないですむのである。

IV 地方財政調整：水平財政調整(3)

1. 地方交付税制度

II, IIIで見てきた制度間および制度内の社会財政調整と比べて、地方財政調整は水平財政調整として、以下のような特徴を有する。第1に、地方財政の場合には税制が標準化していることもあって、地方政府間の財政的な比較が容易である。つまり、財政調整の外的条件が、地方財政の方が整備されているのである。第2に、財政調整の強化に対する合意は、地方財政の方が強力である。これを支えているのが国庫財政からの大量の財政移転である。これが、地方政府間でのゼロサム状況を回避することを、可能にするからである。同時に、こうした合意の存在が、財政移転を要求する強力な論拠となっているのである。社会保険財政では、制度間・制度内の利害対立が表面化しやすく、財政調整に合意を調達するのが容易ではない。これらを受けて、第3に、財政調整が地方交付税制度に統合化・包括化されている。技術的な外

的条件と政治的な外的条件が整っているため、財政調整制度はひとつの制度に包括できるのである。社会財政調整においては、制度間であれば国庫負担・老健制・退医制に、制度内であれば調整交付金・安定制度・共同事業に、それぞれ分立している。個別の状況に因子分解して、初めて技術的政治的条件を満たすことができるのである。したがって第4に、水平財政調整効果の点でも、地方財政調整の方が勝っているといえよう。そもそも、社会財政調整では、効果的な財政調整は放棄されているのである。そのため第5に、地域福祉と財政調整の観点からも、地方財政調整に対する期待は大きいのである。

2. 地域福祉事業

地方交付税制度において地域福祉に配慮するとすれば、基本的には、必要度測定である基準財政需要額に反映させることになる。この場合の論点は、以下の2点である。第1に、地域福祉を含めた基準財政需要額の算定が妥当であるかどうかである。この点に関しては、個別の費目ごとに細かい議論が、今後とも継続されるであろう。第2点は、地方交付税が一般財源であることに関わる。つまり、地方交付税はいかなる事務範囲に充当することも、制度的には可能であるから、社会財政調整とは異なり、地方交付税による財政調整は地域福祉に直結する保証はないのである。そこで、地域福祉との関連をどのくらい確保するかが、ひとつの制度選択の論点となる¹⁵⁾。具体的にいえば、地域福祉事業を実際に行った地方政府に対しては、基準財政需要額が大きくなり、したがって、交付税配分が多くなるような、誘導的措置を採用するかどうかである。

1990年度から開始された「高齢者保健福祉推進10か年戦略」は、在宅福祉を中心に高齢者保健福祉政策を市町村が強力に推進することを明確にした。このために、基準財政需要額の算定では、地域福祉関係経費が大幅に増額された。例えば、標準団体ベースで、道府県の単独の長寿社会対策費が5.6倍、市町村では長寿社会対策費が3.4倍、老人福祉センター管理委託費が2.5倍、老人訪問

サービス事業費が2.2倍などである。しかし、これらは事業費補正をされるわけではないから、地方自治体の現実の政策的対応に関わりなく算定されるのである。また、1991年度に創設された地域福祉基金費も、基本的には同様である。つまり、直接的な誘導的措置は含まれていない。一般財源としての地方交付税の原則からすれば、当然ともいえる。

しかし、自治省としても、地域福祉事業への誘導的措置に踏み出している¹⁶⁾。例えば、同じく1991年度から開始された地域福祉推進特別対策事業では、事業費の15%が事業費補正されるとともに、地方債の元利償還金にも財政力に応じて事業費補正が適用される。また、在宅福祉の点では、ホーム・ヘルパー派遣世帯数に応じた密度補正が導入された。ホーム・ヘルパー派遣世帯数を利用すると、ホーム・ヘルパー事業に力を入れている自治体に、より多くの地方交付税を配分できるのである。もっとも、これらの措置の効果は限られたものであって、地方交付税で地域福祉が大規模に誘導されるとは考えにくいし、また、誘導されるべきとも思われない。地方交付税は、一般的な水平財政調整を通じて、地方自治体が地域福祉に乗り出すことを可能にする、条件を整備するに留まるであろう。

V 垂直財政調整

1. 財政状況

国財政・地方財政・社会財政間の垂直財政調整は、上述の水平財政調整と密接に連動しているが、それ自体の論理ももっている。したがって、水平財政調整と垂直財政調整は、相互に影響を与え合う関係にある。垂直財政調整の論理において重要なのは、三者間の財政状況の相対比較である。しかしながら、垂直財政調整は、異なる事務機能を有する政府会計間のものであるから、相対比較は水平財政調整のようにはできない。つまり、かなり印象論的な状況比較になるのである。

第1に問題になるのは、最強の財源調達力を有する国財政の状況である。国財政が潤沢であれば、

国から地方・社会財政への財政移転は比較的に容易である。反対に、国財政が困窮していれば、そうした可能性は低くなる。財政のような行政活動においては、客観的に潤沢ないし困窮という状況が規定されるわけではない。国庫当局は一般に、財政に対する要求を抑えるために財政困窮を主張するものであり、地方・社会財政に対しても同様である。したがって、国庫当局の財政困窮の指摘が、常に受け入れられるわけではない。しかし、1979年の一般消費税の挫折は、少なくとも中央省庁のレベルでは、国庫当局の主張に説得性をもたせることになった。他方、第2に問われるべき社会（医療保険）財政の状況は、医療費の急速な拡大や高齢化社会の進行で、これも憂慮すべき状態と看做されていた。

以上のような状況比較は、垂直財政調整に関して、以下のような帰結をもたらす。第1に、1970年代までは基本的には国財政は潤沢であり、国から地方・社会財政への財政移転の拡大が普通であった。国保制度への国庫負担の推移などは、この事例である。しかし、第2に、1980年代からは、国からの財政移転の現状維持ないし削減が原則となった。したがって、制度間財政調整の強化も、老健制のように国庫負担を大きくしないような配慮がされた。第3に、社会財政も憂慮すべき財政状況であったから、国から社会財政への財政移転を単純に削減することはできなかった。つまり、国・社会財政間では、財政困窮の程度に大差はないとされたのである。例えば、保険基盤安定制度においても、国庫負担は原則として変化がなかったのである。そこで第4に、地方財政が国・社会財政から「負担転嫁」をする相手方として、1980年代に急浮上してきたのである。

2. 地方財政「負担転嫁」

地方財政に対して「負担転嫁」を行うためには、あるいは、地方財政への財政移転を削減し、地方財政からの財政移転を増加させるには、2つの点で地方財政当局を説得しなければならない。第1は、国・社会財政に比して、地方財政に相対的な余裕があることである。この点に関しては上述の

ように、1980年代にはかなりの合意ができていたようである。第2は、地方財政が負担することが適切という、正当化事由がなければならない。第一義的には自治省財政局を納得させるということであるが、その背後にある地方自治体それ自体をも説得できるものでなければならない。地方財政に対する正当化事由には、以下の4つのタイプがある。

第1は、暫定性である。暫定性は、さらに2つの形態に分けられる。1つは、試行性である。地方財政が負担することを恒久的に制度化するのではなく、暫定的に試行してから再検討するというものである。例えば、いずれも地方負担を拡大する、1988年度改正による保険基盤安定制度の創設と高額医療費共同事業の強化・充実とは、1988—89年度の2ヵ年の暫定措置として行われた。2つは緊急性である。国・社会財政状況の深刻さから、地方財政への負担転嫁を緊急に認めるものである。この緊急措置は、当然ながら非常時の例外措置であり、暫定的であることが原則としては期待されている。1985年度から行われた国庫負担率削減は、国財政の状況からやむを得ないものとして、暫定措置として開始された¹⁷⁾。とはいうものの、こうした暫定措置が持続すると、第2の正当化事由である既成事実性をもたらす。したがって、暫定措置とはいいいながらも、完全に白紙状態に戻すことは容易ではないのである。

第2は、既成事実性である。既に地方財政が一定程度は負担しているという事実をもとに、負担を正当化するものである。老健制の費用負担割合は、社会保険70%、国20%、地方10%となったが、これはそれ以前の老人医療費支給制度における費用負担割合を踏襲したものである¹⁸⁾。老人医療に対しては、地方財政が負担してきたという事実があったのである。また、1992年度には、国保財政安定化支援事業が開始された。国保会計に対する市町村一般会計（地方財政）からの繰り出しに関する経費を、地方財政措置することになったのである。原則としては、国保財政に対して地方財政が、負担を肩代わりすることを認めたわけではない。しかし、現実に市町村の一般会計繰り出しが

存在している以上、地方財政計画の外で負担が生じているわけで、放置し続けるわけにはいかなかったのである¹⁹⁾。

第3は、連帯性である。地方財政が主として負担をする根拠はないとしても、国・社会財政に対して、全く無責任ではいられないという連帯責任性によるものである。例えば、老健制に関していえば、地方財政が負担する根拠は連帯性に求められている²⁰⁾。つまり、高齢化社会という問題に対して、共同して対応するという理屈なのである。同様に、低所得者への対応にもこの事由は適用される。すなわち、1988年度予算編成においては、厚生省は低所得者を国保制度とは別立てにした福祉医療制度に移行し、その費用を保険・国・地方で分担することを提案したのである。この提案自体は地方側の反対で実現しなかったが、低所得者に対して地方負担を導入するということは、保険基盤安定制度として実現した。また、直接には成功しなかったものとしては、1982年度予算編成で問題になった国保制度への定率負担金の一部を都道府県負担とする構想も、連帯性に根拠を求めるものである²¹⁾。

第4は、自治性である。地方自治体が財政負担をする最も正当な理由は、当該事務が地方自治体によって積極的・主体的に取り組むべきものであると、位置づけられるときである。例えば、1986年の第2次機関委任事務整理法による、一部福祉系統事務の団体事務化がある。これは、前述の国庫負担率削減を制度化するために、取引的に地方自治体の権限を増やしたのである²²⁾。また、1989年に合意された「高齢者保健福祉推進10か年戦略」では、地方自治体が積極的に地域福祉を担当することを打ち出している。さらに、1990年にはいわゆる福祉8法改正が行われ、分権化はさらに進められた。このようにして、地方財政は「負担転嫁」から逃れることはできなくなったともいえるし、「負担転嫁」の事実を事後的に正当化したともいえる。

VI おわりに

以上のように、地域福祉に関連する財政調整を観察してきたが、最後に4点のまとめをしておこう。第1に、制度間・制度内の社会水平財政調整は、制度が分立して効果が不充分であるなど、極めて不完全なものである。第2に、地方財政調整は制度としては安定しており、地域福祉の必要に応じた対応は基準財政需要額の算定を通じて、大きな混乱もなく可能である。ただし、そうした財政調整が地域福祉の充実につながる保証はない。第3に、垂直財政調整に関していえば、合意の調達には時間を要しているものの、地方財政がより大きな負担をしていく方向で進んでいる。これらをまとめれば第4に、社会財政調整制度の行政的な弱体性は、垂直的にも水平的にもより確立した地方財政調整の利用を生んでおり、この条件に変化がなければ今後ともこの方向は続くことが予想される。その最終段階として考えられるのは、地方交付税制度に国保財政が完全に編入されることであろう²³⁾。それはまた、地方自治体による総合性の実現ということでは、地域福祉の包括的な概念とも合致するものである。

注

- 1) 金子, 1993, pp. 6-11.
- 2) 藤村, 1992, pp. 241-251; 唐沢, 1992, p. 296; 本間, 1994, pp. 225-233.
- 3) 松村, 1994, pp. 160-177.
- 4) 金井, 1994 a.
- 5) より実務的に、現実の制度を忠実に記述するのには、内部財政調整と外部財政調整という区分がある。金井, 1994 b, pp. 171-173.
- 6) 例えば、国民健康保険中央会, 1966, p. 164.
- 7) 漆, 1994, p. 143.
- 8) 国民健康保険中央会, 1989, p. 81.
- 9) 社会保障制度審議会, 1962, p. 253.
- 10) 例えば、大蔵省主計局, 1965, pp. 242-243; 健康保険組合連合会, 1966, p. 156。また、1967年11月の厚生省保険局「医療保険制度改革試案」では、制度内財政調整に議論を限定し、制度間財政調整の具体策には触れていない。制度間財政調整の効果は、どの程度の国庫負担金を獲得できるかに依存するからである。厚生省保険局, 1967, pp. 170-175.

- 11) 厚生省, 1969, pp. 217-219。この構想では, 国庫負担と再編される勤労者保険制度・国民保険制度からの拠出金が, 老齢保険制度の財源調達方式として考えられている。
 - 12) もっとも, 被用者保険制度の側が完全に納得しているわけではない。例えば, 健康保険組合連合会は老健制を医療保険から切断したいと希望している。新藤, 1990, p. 127。
 - 13) 国民健康保険中央会, 1989, pp. 107-111。
 - 14) 構造的に, ある市町村国保にだけ高額医療が発生するとすれば, 保険原理では対応できない。他の市町村国保が再保険に拠出する意味がないからである。
 - 15) 澤井, 1993, pp. 78-81。
 - 16) 岡本, 1992, pp. 55-61。
 - 17) もっとも, 地方交付税による補填があるので, 単なる「負担転嫁」ではない。本間・斉藤, 1987, 第9章。
 - 18) 前川, 1985, pp. 238-239。
 - 19) 塚田, 1992, pp. 82-96。
 - 20) 国民健康保険中央会, 1989, p. 248。
 - 21) 国民健康保険中央会, 1989, pp. 278-279。
 - 22) 辻山, 1992, pp. 192-199。
 - 23) 平衡交付金を創設したときに, 厚生省は国保の給付費国庫負担金を吸収させて, 基準財政需要額で国保の費用も措置させようと提案した。しかし, 自治当局は国保全体を入れたら財政が破綻するということで, この提案を受け入れなかったという。小山, 1985, p. 91。
- 参考文献**
- 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
- 大蔵省主計局 1965 「医療費問題について」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』, 1975年, 至誠堂
- 岡本全勝 1992 「入門地方交付税(14)」『時の法令』平成4年1月30日号, 1418号
- 金井利之 1994 a 「財政調整の行政学(1)」『国家学会雑誌』第107巻, 第9・10号
- 金井利之 1994 b 「中央地方の財政調整制度」『講座行政学第2巻』, 有斐閣
- 金子 勇 1993 『都市高齢社会と地域福祉』, ミネルヴァ書房
- 唐沢 剛 1992 「自治体の老人保健福祉計画」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』, 東京大学出版会
- 健康保険組合連合会 1966 「医療保険制度に対する基本的考え方」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』1975年, 至誠堂
- 厚生省 1969 「医療保険制度改革案」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』, 1975年, 至誠堂
- 厚生省保険局 1967 「医療保険制度改革試案」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』, 1975年, 至誠堂
- 厚生省保険局国民健康保険課 1989 『国民健康保険運営安定化対策必携』, ぎょうせい
- 厚生統計協会 1990 『保険と年金の動向(1990年)』, 厚生統計協会
- 国民健康保険中央会 1966 「医療保険特に国民健康保険制度の改善方策」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』, 1975年, 至誠堂
- 国民健康保険中央会 1989 『国民健康保険五十年史』, ぎょうせい
- 小山路男編 1985 『戦後医療保障の証言』, 総合労働研究所
- 澤井 勝 1993 「福祉総合予算の構築をめざして」『月刊福祉』1993年7月号
- 社会保障制度審議会 1962 「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」社会保障研究所編『日本社会保障資料I』, 1975年, 至誠堂
- 新藤宗幸 1990 「高齢化社会の国民健康保険」『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 2
- 塚田桂祐 1992 「国保財政の現況と平成4年度の国保財政安定化支援事業について」『地方財政』1992年5月号
- 辻山幸宣 1992 「福祉行政の分権と統制」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』, 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
- 藤村正之 1992 「自治体福祉政策の実施構造」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』, 東京大学出版会
- 本間正明・斉藤 慎編 1987 『税制改革と地方財政』, 日本経済研究センター
- 本間義人 1994 『まちづくりの思想』, 有斐閣
- 前川尚美 1985 『国民健康保険』, ぎょうせい
- 松村祥子編 1994 『社会保障論』, 放送大学教育振興会
- (かない・としゆき 東京都立大学助教授)