

## 福祉 = 自ら・参加・築く10: 社会保障の歩み[5]

著者	一圓 光彌
雑誌名	時の法令
巻	1392
ページ	64-73
発行年	1990-12-30
権利	(C) 国立印刷局、(C) 朝陽会、(C) 雅粒社：このデータは、朝陽会、雅粒社の許諾を得て作成しています。
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10112/7108">http://hdl.handle.net/10112/7108</a>

# 社会保障の歩み

## (5)

関西大学経済学部教授 一圓光彌

- 八 日本の社会保障の  
前史
- 九 社会保障という言  
葉の誕生
- 一〇 公的扶助重視の時  
期  
(以上一三三八号)
- 一一 乱立する社会保障  
皆保険と皆年金
- 一二 日英の社会保障の  
違い  
(以上一三九〇号)

る。

「現在のように社会保障の被保険者がひろまれば、負担能力の低い層が入ってくる。そのため後からできた低所得の階層を含む制度においては、給付内容が悪いのにその負担はかえって重くなるという不合理を生じている。このような不均衡は国民感情からしてもならぬは正の措置をとる必要がある、社会連帯の思想からしても負担の公平化をはからなければならぬ。これを根本的には正するためには、現在分立している各種の制度を統合し全国民を一つの制度に加入させることが理想である。しかしこのような統合はにわかにはできないから、制度の分立を前提とし、これら制度の不合理を是正するとすれば、制度間の財政の不均衡を解消するために国庫負担の増大が必要となるであろう。しかし国庫負担

- 一 社会保障という言葉
- 二 一九三五年のアメリカの社会保障法
- 三 一九三八年のニュージブランドの社会保障法
- 四 公的扶助の成立(以上一三八四号)
- 五 社会保障の成立
- 六 社会保障と公的扶助の統合と社会保障制度の原型
- 七 戦後イギリス社会保障の成立  
(以上一三八大号)

を増大する点においてはおのずから限度がある。したがって保険者間においてプール制による財政の調整をはかることもどうしても必要になってくる(注)引用が長くなったが、ここではまず統合一元化が当面非現実的であるとし

た上で、制度間の不均衡是正のための国庫負担の増加を求め、さらにその不足を補うため、プール制による保険者間の財政調整が必要であると主張している。これに対して日本の社会保障の実際の発展は、どのような経過をたどったであろうか。

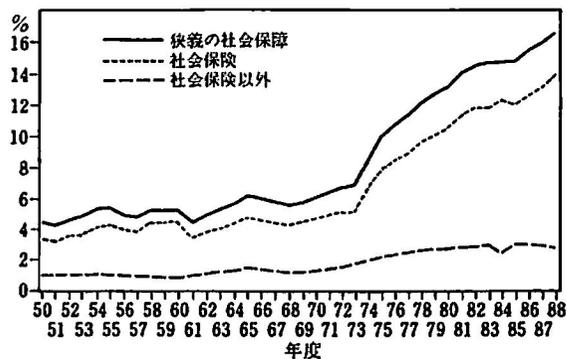
図一は、社会保障制度審議会事務局が毎年発表している社会保障費用の対国民所得比の推移を示したものである(注)。この図で見ると、社会保障の規模は皆保険・皆年金が達成される一九六一年以降七三年までの時期はそれほど増加していない。むしろ一九七三年から八〇年代のはじめにかけての伸びが顕著である。そして、八〇年代の前半でその伸びが一時的におさまっている。

このことから、社会保障は一九

六一年から七三年まであまり伸びなかったと結論づけるのは早計である。この時期は日本経済の高度成長期であり、国民所得はこの間実質で約二・九倍になっているから、国民所得比で見れば社会保障の規模は四・五%から六・九%への増加でしかないが、その間の国民所得の伸びを考慮に入れるならば、社会保障費用は実質価値で四・四倍ぐらいに増加したことになる。これは一九七三年から八二年までの社会保障費用の実質増加の約二・八倍をかなり上回るものである。

この図には、社会保障の費用を社会保障とその他の費用に分けて、それぞれの対国民所得比も示している。社会保障以外の費用は、社会保障に比べてその規模が小さく、また比較的安定した漸増傾向を示している。言い換えれば、社会保障の費用の変化は、主に社

図一 社会保障費の対国民所得比の推移  
(61年度以降決算ベース)



(資料) 社会保障制度審議会事務局『社会保障統計年報』社会保障法研究会、各年版

表1 各種医療保険の公費依存率

	支出合計 (A)	保険料収入 (B)	A-B (C)	公費依存率 (C/A)
1961年度				
政府管掌健康保険	1147億円	1140億円	7億円	0.6%
加入者1人当たり	6173円	6136円		
組合管掌健康保険	921億円	958億円	-37億円	-4%
加入者1人当たり	7231円	7522円		
国民健康保険	1006億円	482億円	524億円	52%
加入者1人当たり	2179円	1044円		
1972年度				
政府管掌健康保険	7611億円	6641億円	970億円	13%
加入者1人当たり	29273円	25542円		
組合管掌健康保険	6302億円	6171億円	131億円	2%
加入者1人当たり	28320円	27731円		
国民健康保険	8652億円	3015億円	5637億円	65%
加入者1人当たり	19789円	6896円		

(注) ここでの公費依存率とは上の計算により得られた比率であって、実際の公費負担の支出合計に占める割合ではない。たとえば1961年の健康保険組合に対する国庫補助を例にとると、実際には7億円であった。  
 (資料) 健康保険組合連合会編『社会保険年鑑』東洋経済新報社、1963、1974年版。ただし、国民健康保険については、1964、1976年版。

表2 国民医療費の負担割合の推移 (単位%)

	1955年	1960年	1965年	1970年	1972年	1975年	1981年
公費負担率	11.7	11.0	15.1	11.5	13.6	13.1	12.2
分保負担率	49.6	59.0	66.3	69.4	68.8	74.0	77.0
政府管掌健康保険	16.2	18.5	21.8	21.4	20.3	21.4	21.8
組合管掌健康保険	12.1	12.8	13.4	14.3	14.4	15.9	14.8
国民健康保険	7.9	14.6	18.0	21.5	23.0	25.1	29.6
患者負担率	38.7	30.0	20.6	19.3	17.6	12.9	10.8
全額負担率	20.7	5.2	1.7	2.6	2.8	2.7	2.0
一部負担率	17.9	24.8	18.9	16.7	14.8	10.3	8.9
実効医療保障率	...	73.8	80.8	82.9	84.8	89.4	90.9

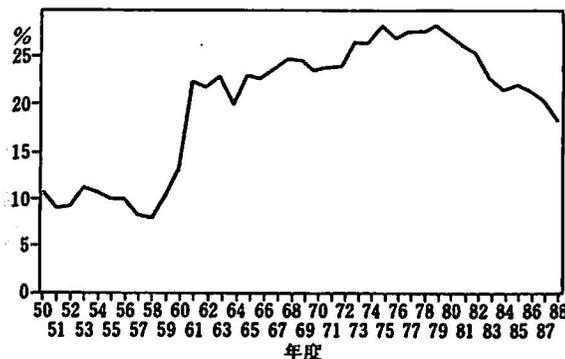
(資料) 厚生省保険局監修『医療保険統計便覧』健康保険連合会、各年版

く、この公費依存率を国庫補助依存率とみなしてもさしあたって問題はないであろう。また各種共済組合については、原則として国庫負担がないため表示するのを省略した。

この表から明らかなように、制度によって公費負担の比率は大きく違っている。またこの時期を通してその差が一層拡大することによって、各制度の間の財政力の格差を補っていたことがわかるであろう。この表には、加入者一人当たりの支出額、保険料額をも示しておいた。国民健康保険加入者一人当たりの支出をひととして他の制度の支出を比べると、一九六一年では政府管掌健康保険が二・八倍、組合管掌健康保険が三・三倍と大きな開きがあった。それが七二年には、それぞれ一・五倍、一・四倍にと格差が縮小している。これにはもちろん国民健康保険の

図2 社会保険の国庫負担比率

[61年度以降決算ベース]



(資料) 図1と同じ。

図2は、社会保険に占める国庫負担の比率を示したものである。国庫負担の比率は、皆保険が実施された一九六一年以降増し、八〇年にかけて漸増傾向をたどっていることがわかる。増加する国庫負担が、さまざまな制度の財政力格差を均等化するためにどのように機能したかを見ることは、先の社会保障制度審議会の議論とも関連して注目されることである。制度の乱立が問題になるのは年金保険と医療保険であるが、年金保険の財政力はそれぞれの制度の成熟度（あるいは歴史の長さ）によるところが大きく、国庫負担で財政力の格差を是正するという形が直接でるわけではない。そこでここでは、医療保険について国庫負担の役割を見ることにする。

## 一五 医療保険の発展と国庫負担

表1は、医療保険のうち、組合管掌健康保険と政府管掌健康保険と国民健康保険の各制度に対する国庫負担の比率を示したものである。ただし、政府管掌健康保険は国庫からの借入金で不足を補ってきた経緯があり（その借金は結局返済されないことになったので、長期にわたって国庫補助があったのと同じことになった）、また、国民健康保険の場合は市町村の一般会計からの繰入れもあるため、国庫補助または公費補助の規模を調べる代わりに、給付費、事務費、保健施設費などの支出から保険料収入を差し引いた額を支出額で割って得た比率を、公費依存率とみなしている。国民健康保険に対する市町村の一般会計からの繰入れの規模は小さ

保険料の相対的な引上げも寄与しているが、それ以上に国庫補助の増加の寄与するところが大きかった。

この間の各制度の給付水準の変化については、すでに前号(一三九〇号)の簡単な年表「医療保険の歩み」でも紹介しているが、政府管掌健康保険については本人一〇割給付、家族五割給付の基本は変化しておらず、本人の初診時一部負担が一〇〇円から二〇〇円になるなどの若干の変更があったにすぎない。組合管掌健康保険の場合もこの間特に変化はなく、各健康保険組合の財政が許せば法定給付(すなわち政府管掌健康保険なみの給付)に上乘せして付加給付を支給することが認められていた。これに対して国民健康保険の場合、当初の全員五割給付から、まず世帯主の七割給付が、さらには全加入者に対する七割給付が実現し、現金給付

国庫負担の増額を許すような、国家財政の余裕であった。激しく変化発展する日本社会の近代化の過程にあって、さまざまな被用者グループや農林漁業従事者の間で経済力の基本的な格差があり、また社会保険が一元化できない事情の下で、国庫補助が弱い社会保険グループに集中することにより、もろもろの社会保険制度が全体として、給付水準の向上を果たしてきたものと考えられることができるであろう。

佐口卓教授は、総合調整の勧告について、「普遍性よりも選択性を意味するものであった。選択性は必要に応じて一部のみに固有の保障をすることをさす、それはなにも貧困者・低所得層についてのことだけではない。かえって経済能力あるものがそれに応じた保障を求めることもまたありうるのであって、この意味からは能力主義と

を除いた医療給付の面では政府管掌健康保険とおおむね肩を並べるところまで改善されることになったのである。

表2は、国民医療費の負担割合を調べたものである。公費負担とは生活保護法や結核予防法などによる負担である。また保険者等負担の中では上で取り上げた主な三制度のみ示しておいた。この表から、表示された四半世紀の間、国民医療費に占める社会保険(保険者等負担分)の役割が大幅に増加したこと、とりわけ、それは国民健康保険において顕著であったことがわかるであろう。皆保険の準備が進む一九六〇年の段階で、患者が医療費の全額を負担する「全額自費」は極端に減少するとともに、それ以降も、公費医療や保険医療の一部を患者が負担する「一部負担」の割合は大幅に減少している。

ここでは、皆保険以降の全額自費のもよぶべきであろう。いずれにしても、このことは普遍性≡平等主義のみで対応しても国民の生活保障にとっての十分さをまぬがれないときには、選択性≡能力主義が求められてくるということになる」と、勧告の意義ならびに経済成長の中での「選択性、能力主義」の意義を述べておられる。

換言すれば、この「選択性、能力主義」とは、一方において、国民健康保険のような低所得層の制度を財政的に支援して給付の底上げをするのと同時に、他方においては、財政力のある各種共済組合や組合管掌健康保険がその力に応じて給付改善するのを認めるといふことであった。そして、後者が給付水準をリードし、前者がこれを追いかけるという高度成長期の社会保険発展の枠組みを支えていたのが、傾斜的な国庫負担の支出であった。そうした社会保

医療は、一部の金持ちの慣行だとみなして、それ以外の医療費に着目することにする。そして、その医療費に占める公費負担と保険者負担の比率を、国全体の医療保障の水準を示す実効医療保障率と呼ぶことにし、皆保険準備期の一九六〇年から表示しておいた。一九七五年までの時期に実効医療保障率が大幅に改善されたことがわかるであろう。この保障率の改善に大きく寄与したのが、国民健康保険の給付改善であり、それをもたらしたのは国民健康保険に対する大幅な国庫負担であった。

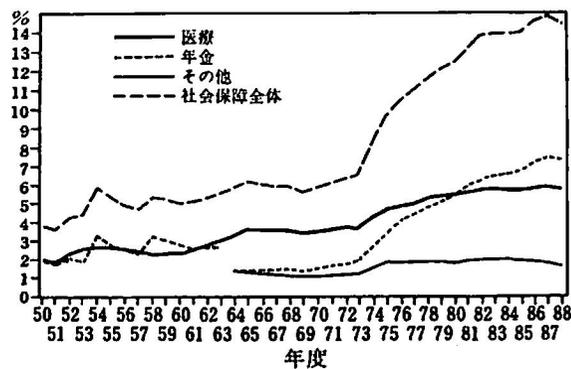
社会保障制度審議会が求めるような制度間の財政調整は、この間一切なされなかったが、国庫補助の傾斜的な配分とその引上げを通して、政府管掌健康保険の給付が維持され、国民健康保険の給付水準は順次引き上げられていった。こうした構造を支えたのは、

險を中心とする社会保障制度の改革の一応の仕上げに位置することになったのが、「福祉元年」と呼ばれた一九七三年の社会保障改革であった。

## 一六 福祉元年とオイ ルシヨック

前号の簡単な年表にもあるように、一九七三年には、医療ではまず老人福祉法の改正により、一月より七〇歳以上の老人の医療保険の自己負担部分を公費でまかなう老人医療費支給制度が発足している。また、健康保険法の改正で、一〇月からは家族の給付率が五割から七割に引き上げられるとともに、新たに高額療養費制度が設けられ、月三万円(当時)を超える患者負担について償還されることになった。こうした法定給付の改善は、それまで家

図3 社会保障費の部門別推移  
(63年までの年金はその他を含む)



(資料) 社会保障研究所調べ

療養費付加給付として共済組合や健康保険組合の家族に適用されていた給付のレベルが、政府管掌健康保険の加入者にも広げられることになり、国民全体の実効医療保障率の引上げにも効果があったのである。と同時に、健康保

母である国民所得の伸びの低下によるところも大きい。一九七三年は第一次オイルショックの年でもあった。

社会保障の給付水準が一定のレベルに達し、制度間の財政調整を国庫負担が一手に引き受けるという状況の中で、日本経済はオイルショックを迎えた。それまで国庫は、経済成長から生まれる税収の自然増を当てにすることができた。政府は、前年からの予算に物価調整的な追加をしてもなお、新たな政策的な新機軸を行う余地があった。ところがオイルショック以降は、新しいニードにこたえるには、既存の予算を削減しなくてはならなくなった(もっとも、そうした厳しさが現実の財政運営に反映するようになるまでには、若干のタイムラグが必要であった)。こうした国家財政の新しい要請の中で、一九八〇年代になると、第二次臨時行政調査

険組合が政府管掌健康保険に対して追加できる給付の範囲をせばめ、医療保険の階層構造ゆえの労務管理的要素を弱めることにもなった。すなわち、健康保険組合の総給付費に占める付加給付費の割合を見ると、一九六〇年代の一二％が八〇年代には五％を下回るようになっていた。年金保険についても、一九七三年にはモデルで五万円の年金あるいは標準報酬の六割の年金が、厚生年金ならびに国民年金の夫婦を対象に確立されるとともに、これを機会に物価に応じて既裁定年金を引き上げる、いわゆる自動スライド制も導入されることになった。医療のように給付算定方式の改善がその年にそのまま現れないため、こうした年金保険の改革は若干の期間をおいて急速に費用増加をもたらすことになる。

会の答申などを受ける形で、社会保障に対する国庫負担の抑制が実行されるようになった。そうした中で、これまで実現できなかった財政調整や制度の統合すらもが、部分的にはあるが実現するようになったのである。

## 一七 動きだした社会保障の再編成

福祉元年にビルトインされた社会保障の支出増加の構造に、国庫負担の増加が対応できなくなると、これにかわる手段として、改めて財政調整が現実的な方法として浮上してくるようになった。とはいえ、分立する制度間で財政調整を実施するためには、それなりの論拠が不可欠である。この点で、社会保障の給付構造に占める高齢者支出の増加は有力な

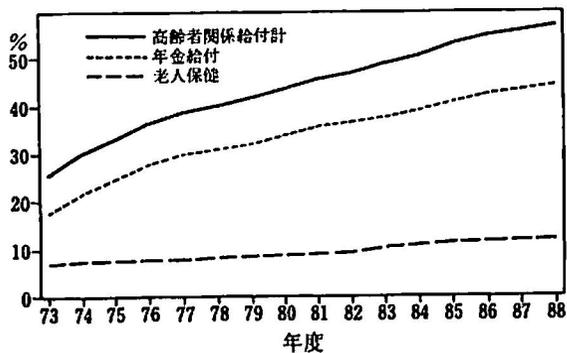
図3は、社会保障の給付費の変化を年金、医療、その他に分けて示したものであるが、一九七三年以降すべての費用が増加しているが、とりわけ年金の伸びが顕著となっている。医療中心の社会保障の構造が一九八〇年を境として、年金中心の時代に変化していることが、この図からもわかるであろう。

このように一九七三年は、年金保険と医療保険に関して、戦後の社会保障の給付改善の仕上げの年となった。もちろん部分的にはその後も給付改善はなされているが、福祉元年のこの年に導入された給付の構造が、その後の給付費の増加に決定的ともいえる影響を与えたことは否定できない。このことは図1や図3の、一九七〇年代後半の社会保障費の急激な上昇カーブに現れている。もっとも、社会保障費用の国民所得に占める比率の急激な増加は、分

論拠になり得るものであった。

図4には社会保障給付費に占める高齢者関係費の推移を示している。一九七三年に二六％弱であったその比率が、今や六割に迫る勢いである。こうした高齢者の費用が、社会保障の各制

図4 社会保障給付費に占める高齢者関係費



(資料) 社会保障研究所調べ

度の間で、必ずしも公平に負担されているとはいえなかった。医療保険においては、退職とともに国民健康保険に加入する人が増え、それが特に国民健康保険の支出増加の原因となっていた。年金保険では、J Rの共済組合のように、保険料を負担する現役職員の数が増減する制度の救済が問題になってきた。そして、こうした不公平を是正する形で、実質的に財政調整が機能することになった。

一九八三年実施の老人保健制度が医療保険の分野でこれをまず実現し、一九八五年の年金改革（一九八六年実施）は、年金部門で財政調整を実現することになった。これらの財政調整は、異なる制度の間で、国民に共通する部分を別枠として構成するもので、その限りでは一元的な制度を部分的に取り入れる形ともなっていた。その意味

急速に増加していることによる。将来の人口高齢化と年金制度の成熟化を考えると、年金給付のあり方をさらに合理化せざるをえなくなるに違いない。その際、給付の構造を基礎年金に重きをおいて考える必要性が一層高まるのであろう。

このように、今後の人口の高齢化を考慮にいれると、社会保障の支出構造に占める基礎年金部分や老人保健（医療）部分の重要性はなお一層高まるものと考えられる。さらに、まだ十分に整備されていない老人福祉サービスのニーズも増加するに違いない。そしてこのような国民に共通する老後保障の必要性の増加は、社会保障の財源面で、これまで以上に租税依存度を高めることになるであろう。そういう意味では、皆保険・皆年金以来の社会保障の体系は、一九八〇年代以降大きく転換

で、社会保障制度審議会の一九六二年の勧告や一九五〇年の勧告の一部が、国家財政の「危機」を契機に、ようやくにして実施に移されたと見ることもできるのである。

医療費の中でも、七〇歳以上の老人医療費の割合はますます大きくなっていく。そして、老人医療費の占める割合が大きくなればなるほど、医療保険の中で共同で負担する医療費部分が大きくなることを意味し、職場をベースとする医療保険の占める割合がそれだけ低下することを意味している。健康保険組合などからは、こうした老人医療の費用は、むしろ税金で賄うのが妥当だという主張も強くなっているが、日本の医療保障の構造は、老人保健制度を軸に、職域制度中心の構造から国民共通の老人保健制度中心の構造に変わりつつあると見ることも可能である。

しようとしているのである。保健・医療・福祉にまたがる社会保障の新しい課題にどうこたえるか。そのための財源対策をどうするのか。これからの社会保障にとって必要なのは、幅広い国民のコンセンサスの形成なのである。

(注1) 社会保障制度審議会『社会保障制度の総合調整に関する基本方針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』、昭和三十七年八月、六ページ。

(注2) ここでいう社会保障（狭義）とは、公的扶助、社会保障、社会福祉、公衆衛生と一九八三年実施の老人保健の五制度からなるもので、われわれが通常社会保障という場合に頭に描く制度を指している。社会保障制度審議会は、これに恩給と戦争犠牲者援護の制度を加えて、広義の社会保障と定義している。

(注3) 佐口卓『戦後日本社会保障の焦点』(3)『社会保障講座編集委員会編』『社会保障の思想と理論』総合労働研究所、一九八〇年、九五ページ。

ろう。

年金についても同様である。一九八五年の年金改革は、これまで各被用者年金制度が運営していた年金のうち一部は国民共通の基礎年金であったものとみなし、また基礎年金を上回る部分がその制度固有の年金であることにし、基礎年金部分については全制度が共同で負担することに改めるものであった。この場合、国民年金は、二階に当たる部分がないので、基礎年金は言い換えれば国民年金でもある。したがって共済年金や厚生年金制度は、基礎年金（＝国民年金）部分の財源を国民年金制度に払い込むことになり、また、国庫負担はこの部分のみ支払われることになった。

図3のように、日本の年金給付費は最近急速に支出が伸びているが、それはよりよい年金の受給資格を持つ人が

(注4) 厚生省保険局監修『医療保険統計便覧』健康保険連合会、各年版。  
(いちえん・みつや＝社会保障)