

社会保険の政策原理

～連帯と強制の間～

堤 修 三

1 はじめに

わが国の社会保障において中心的役割を果たしているのは、健康保険・年金保険・介護保険などの社会保険である。だが、社会保険は複雑に制度化されている¹こともあり、多くの人々の制度理解は表面的なものにとどまっているように思われる。繁茂した制度の奥に隠れている本質を掴むのは意外に難しい。しかも、あらゆる社会的制度がそうであるように、社会保険の本質についての考え方も論者によって異なっているのである。それらは何故、税による保障制度ではなく、社会保険として制度化されるのか、さまざまな社会的ニーズについて社会保険として制度化される条件は何か、社会保険において“保険”の原理の修正はどこまで許されるのか、社会保険に関する国家の責任とは何か、国営保険のほか、地方自治体や公的団体、民間非営利組織による保険、さらには民間企業が行う保険まで社会的な保険にはさまざまなものがあるが、社会保険とはどの範囲までを云うのか、純粹の私的保険と社会保険とを分かつものは何か…、社会保険を理論的かつ体系的に理解しようとする場合、議論すべきテーマはきわめて広範に及ぶ。その底は深く、現代社会の在り方、例えば国家と個人、社会と市場の関係といった基本的な問題にも達するはずである。

1 中尾友紀「労働者年金保険法案の第76国会への提出」（社会政策学会誌『社会政策』第7巻第3号）によれば、国会提出の前年である1940年10月段階で関西産業団体連合会から、多くの労働法規が「其の間極めて連絡なく書く法規毎に重複する点少なからず、更に此の上に本制度を単独的に施行するならば、物的資材の浪費、事務手続の煩雑化、負担の併重等を招く」として反対の声が上がったほか、同年末の厚生省保険院保険制度調査会特別委員会が労働者年金保険制度要綱案への答申に付した希望決議で「現行社会保険制度の整理統合」が付記されたと言う。社会保険は、保険料の対価性から受給権保障の要請が強いため、さまざまな対応が求められることなどから、本来的に制度複雑化の要因を内包しているのだが、それが制度批判の根拠として使われるのは昔からのことだったのである。

（1）自由な社会と社会保険

それらの社会保険に関する問題のうちで最も根源的なものは、そもそも自由主義社会において社会保険はどのような根拠から正当化されるのかという問題である。ここで自由主義社会と云うのは、近代市民社会と言い換えてもよい。個人の意思の自由、私的財産権の保護、そこから導かれる契約自由の原則などを基本原理とする社会である。もちろん、現代においては、社会国家や福祉国家の理念が掲げられ、多くの国の憲法で市民権（自由権）に加えて社会権が定められている²。日本国憲法でも、11～13条を中核とする基本的人権条項・29条の財産権条項といった市民権条項に加え、25条以下の社会権条項がある。だが、近代市民法秩序において、社会権、とりわけ社会保険が市民権との関係においてどのような根拠・理路において成り立つのか³、その内在的連関は必ずしも明らかとは言えない。

社会保険は“連帯”の制度だと言われる。連帯という語は、19世紀末、フランスの急進共和派の旗手レオン・ブルジョワに始まると云われるが、その意味するところは、論者や文脈などによってかなり異なる。現代フランスの哲学者アンドレ・コント＝スポンヴィルは、ポリティカリー・コレクト^{はや}流行りのために時代遅れと思われる「寛大さ」という語の代わり⁴に「連帯」という語が使われているが、「連帯」は本来、「寛大さ」とは異なり、実効的に利己主義を調整するものであると云う⁵。すなわち彼は、「連帯」において他者の利害が考慮に入れられるのは、その利害が共有されているからであり、他者のために良いことをするときには同時に自分にとっても良いことをするのであるとして、自分の利害から加入する民間保険をその例として挙げる。われわれは全員一緒に、と同時に各人自らのために、さまざまな危険

2 ここから、以下に述べるとおり、現代憲法における精神生活での国家不干渉（自由権）と経済生活における国家干渉（社会権）の両立可能性という問題が生じる。

3 C・シュミットは、労働権・保護および扶助請求権、教育を受ける権利を社会主義的権利および請求権とし、個人が属する国家的組織を前提とするとしている（『憲法論』阿部照哉／村上義弘 訳 第14章）。ヨーロッパにおける社会権論の展開については内野正幸『社会権の歴史的展開』が詳しい。F・エヴァルドは1898年の（フランス）労災補償法において過失責任から保険によるリスク対応への転換が実現したことをもって、社会法が民法に取って代わり、古い法治国家が保険社会に道を譲ったとしている（今関源成「自由主義的合理性の変容と福祉国家の成立」大須賀 明 編『社会国家の憲法理論』所収）ようだが、社会法が“近代法に取って代わる新たな合理性”とまで言えるのであろうか。ましてや、（業務外）疾病保険や老齢保険（年金）においては、過失の問題が介在しない分、それらと市民法との関係はより根源的である。

4 19世紀末、「連帯」はカトリックの臭いのする「友愛」に代わる言葉として用いられたと云う（重田園枝『連帯の哲学I』）。日本でも昭和初期、恩恵的な従来の慈善事業の精神を刷新するものとして紹介されたことがある。伊奈川秀和『フランス社会保障法の権利構造』によると、「連帯」は公的扶助まで包含する理念にまで拡大されているようである。

5 アンドレ・コント＝スポンヴィル『資本主義に徳はあるか』小須田 健／C・カンタン 訳 第4章 混乱する秩序

から身を守る、すなわち、保険システムは利己的な個人が客観的な連帯を設定することを可能にするのである⁶。他者への「寛大さ」のみから保険に入る人は何処にもいない。

民間保険であっても、保険システムがこのように客観的な連帯を設定するものであるとしたら、社会保険という「連帯」の制度を民間保険と分かつものは何だろうか。最終的には、その違いは、社会保障としての目標を実現するため、対象者に社会保険への加入が法律によって義務付けられるという点に収斂しよう⁷。このことは、加入強制が1898年のフランス労災補償法制定時の最大の争点であったこと、米・オバマ大統領の国民皆保険計画においてもそれに強い反対があったこと、日本の国保制度の成立過程を振り返っても世帯員までの強制加入は1948（昭和23）年改正まで俟ってようやく実現したことなどから窺える。

(2) 自由な個人と加入強制

だが、多くの国で実現したとはいえ、自分は社会保険の対象とするリスクには無縁であると確信／盲信する個人にとって、客観的に見れば社会保険の加入が本人の利益になることは明らかな場合であっても、それへの加入強制は個人の意思の自由を侵害するものとなるのではないか。また、保険料の納付をしない場合、保険料を強制的に徴収されることになるが、それは私的財産権の保護に反するおそれはないのか。市民社会の基本原則ともいべきこれらの憲法条項の趣旨に反しかねない社会保険への強制加入・強制徴収を、憲法25条1項の生存権や同条2項の国家目標規定、あるいは憲法29条2項にいう“公共の福祉”でどこまで正当化できるだろうか。その正当化を支えるような内在的な論理はあるのだろうか⁸。「連帯」の「強制」という、本来の語義からすればアクロバティックとも云える社会保険のプロジェクトは、自由な個人の真の納得を得ることができるだろうか。

この点に関する裁判例はさほど多くはない。最高裁まで争われたものとしては昭和33年2月12日の国民健康保険への強制加入に関する大法廷判決がよく知られてい

6 次のような法格言がある。“Commune periculum concordiam parit「共通の危険は和合を生む」柴田光蔵／林 信夫／佐々木 健 編『ラテン語法格言辞典』。本稿では基本的に、保険システムを「連帯」の理念の現れと捉えることとする。

7 民間保険への加入を法律で義務付ける場合でも、保険リスクや加入義務者の種類によっては広義の社会保険の範疇に加えられるかもしれない。米・オバマ前大統領の“国民皆保険計画”がその方法によって実現したことは周知のとおりである。

8 「ある行動を強制するか、ある行動を控えるよう強制するとき、本人にとって良いことだから、本人が幸福になれるから、さらには、強制する側からみてそれが賢明か、正しいことだからという点は正当な理由にならない」(J・S・ミル『自由論』山岡洋一 訳 第1章 はじめに)

る。この判決は「国民の健康を保持、増進し、その生活を安定せしめて以て公共の福祉⁹に資せんとする」という国保の目的から、「被保険者は、なるべく保険事故を生ずべき者の全部とすべきことはむしろ当然」と結論を述べるのみであったが、この訴訟の第1審判決では「逆選択を防止し危険分散を行わんとする技術的考慮に基づくもの」とも判示されていた。結局のところ、加入強制の根拠は、逆選択の防止に加えて、国保制度が「健康で文化的な最低限度の生活」保障の一端を担い、社会保障の向上・増進という国家目標を達成するための制度の一環であることから、立法裁量の範囲内として許容される¹⁰（『社会保障判例100選』菊池馨実・評）とするのが、標準的な憲法解釈であろう。このほか、国民が社会保険への加入を怠り、無保険・無年金者となって公的扶助の対象となれば、まじめに保険料を負担した者との間で不公平となるのみならず、いわゆるフリーライドによる社会的な負担を招くことから、保険加入の義務付けを正当化する議論もある¹¹。だが、逆選択の防止という根拠は強制加入を進めようとする側による、賢明さに欠ける者に対する配慮という色彩の強いパターンリスティックな論理であり、他方、社会的負担の回避という説明は、パターンリズムというより、国家利益の優先という発想が大きいように感じられる。いずれも自由主義的な個人主義に忠実であろうとする者を完全に説得することは困難な、個人ではなく国家の側に立つ論理であろう。アメリカの強制加入を伴う国民皆保険計画について連邦政府の介入を嫌う共和党などの反対が根強いのは、この問題が理論的に完全にはクリアされていないことの証しとすべきかもしれない。このように社会保険への加入義務の法定化には盤石の根拠があると言いき難いのである。

（3）狭い稜線の上の社会保険

私は、社会保険の強制加入についての（形式的）合法性（＝合憲性）の根拠は、憲法レベルで言えば25条2項の国家目標規定に求めるほかないと考えるが、その（実質的）正当性について自由な個人の立場から完全に根拠づけるのは難しいのではな

9 この場合の「公共の福祉」は、社会保険を後述のようにパターンリズムや国家利益の優先という観点から捉えないとすれば、超個人的な国家の利益というより、むしろ個人の集合としての“公共”の利益と解すべきであろう。公共の福祉（Public Welfare）& 公衆衛生（Public Health）。後述の「連帯」と「強制」に関する2つの考え方も参照。

10 菊池は、社会保険料負担も憲法29条2項の「公共の福祉」による制約に服するものとする。

11 年金保険につき、堀 勝洋『年金保険法』第2章第2節第2項（国民への強制適用）を参照。公的扶助が国の責任で行われるという前提に立つ議論であるが、それを当然のことと云えるのか必ずしも明らかではない。社会保険料の拠出という自助を正当な理由なく怠った者に対し公的扶助はどう対応すべきか、最終的には公的扶助はどのような根拠によって正当化されるのかという問題に帰着するからである。

いか¹²と考える。そうとすれば、憲法上許容される立法裁量の範囲内だからといって、加入義務を法定しさえすれば、社会保険のどのような仕組みも可能である¹³というような安易な姿勢で臨むべきではあるまい。おそらく社会保険は、個人は他者と共に在るのでなければ個人たりえないという意味で、何らかの共同体の成員であるということを秘かに前提とせざるを得ないのではないか。もちろん、共同体の成員である個人と云っても、国民共同体＝国家を強調するといった^{てい}体のものではなく、さまざまな社会集団に属する個人を前提とする（敢えて云えば戦術的に採られる）微弱な“共同体主義”であり、軸足はあくまで自由な個人に置かれるべきことは云うまでもない¹⁴。

したがって、社会保険の制度設計や運用に当たっては、それが、社会集団の成員である自由な個人による、自他の利害を共有する「連帯」を基礎とする保険契約システムであることをしっかりと踏まえることが重要である。それを蔑ろにすると、社会保険の加入強制によって個人の自由意思や所有権が不当に侵害されるおそれがある一方、それが本質的に持っているパターナリズム的性格や国家主義的傾向が、モラルハザードを助長したり、国家や制度に対する個人の依存傾向（あるいは逆に国家による個人生活への介入傾向）を強めたりするだろう。換言すれば私たちは、社会保険への加入の義務付けが緊張に満ちた理論的根拠の上に立っていることを常に意識しつつ、できる限り自由社会から遊離したものとならないよう、そこに生きる自由な個人の支持を取り付けられるとともに、本来の社会保障としての機能もしっかり果たしていける、そんな強い制度となるよう注意深く鍛えて行かなければならないのである。社会保険の法は、公法の衣を纏ってはいるが、あたかも私法であるかのごとく…。

以下の本論では、このような観点から、日本の社会保険～主として医療保険・介護保険・年金保険～について、それらが「連帯」の「強制」をどのように仕組んでいるのか、そこにはどのような工夫・配慮があり、それは実際に奏功しているのか、実効的に利己主義を調整するという「連帯」の機能を損ねる仕組みが入り込んでいないか、「連帯」の内実の違いによって「強制」の働きにどういう差が生じてい

12 社会権の保障が市民権保障の実質的前提条件であると言う捉え方も当然、あり得るが、それらは位相が異なる事柄であり、両者が完全な整合性をもって定立されているとは云えないように思う。

13 法制官僚や一部の行政官僚にときおり見られる思考傾向である。イギリスにおける議会主権の標語である“ウエストミンスター（英国議会）は男を女にすること以外、何でもできる”が法制官僚の口の端に上ることがある。

14 自由主義的個人主義と共同体主義は緊張関係にあるが、後者が持つ求心力の強さ（国家主義への接近）を考えると、前者をベースにすべきであるというのが私の基本的な立場である。

るか…といった問題を念頭に起きつつ、検証してみることにしたい。

（4）税による社会保障と社会保険

ただ、その前に冒頭に掲げた問いのうち、なぜ、税（公費）による社会保障ではなく、社会保険なのかという、本論の前提となる問いにまず答えておくべきだろう。社会保障の目的を達成する方法にはさまざまな選択肢があり得る。税による制度もそのひとつであり、社会的な広がりはあるが社会保険の仕組みの適用が難しい生活ニーズについて税財源により対応することは、わが国でも障害福祉サービスの分野などで行われている。

社会保険と税による社会保障の基本的な相違は、対象となる生活ニーズの捉え方が異なることにある。すなわち、国家が公費財源による社会保障給付の対象とする生活ニーズは、各人の私的ニーズのなかから、特に公が責任を持って直接対応すべきニーズとして選定されたものであるのに対し、社会保険では、各人の私的なニーズがそのまま対象となり、各人がその責任により自ら保険料を拠出して共同で対応することとされるのである。ここでの公の責任は、そのような保険の仕組みを整備することに求められる。したがって、税による社会保障の場合、公が直接対応すべき生活ニーズかどうかという選別問題が生じ、公の責任の範囲や公費という財源の性格から、対象者の所得制限や所得に応じた費用徴収を伴うことが原則となる一方、各人の私的なニーズをそのまま対象とする社会保険では、所得の多寡に関係なく広い範囲で被保険者をカバーし、保険契約に基づいて保険料を拠出した者には限定なしで保険給付を行うという給付の普遍性が獲得されることとなる¹⁵。

また、保険契約に基づく保険料負担の対価として支給される保険給付と国家権力により徴収される租税負担を財源として行われる給付では、同じ法的給付と云っても、その権利性の質には差がある。前者は私的ニーズに共同で備える保険契約に基づく私的権利に近いものとして立法裁量にも一定の耐性があるのに対し、後者は公法により設定された権利に過ぎないので、行政立法による権利の制約に対して相対的に弱いのである。これは社会保険が、強制という突^つかい棒で支えられてはいるものの、自己利益に発する保険契約（＝連帯のシステム）という形で自由経済社会と

15 もちろん税による社会保障でも普遍主義を採るべきだという主張はある。だが、そんな制度を採る国では、国民の個人的生活のほとんどすべてに国家が関与することになってしまうのではないか。少なくとも普通の自由主義国家では採りえない選択であろう。社会保障制度審議会の1950（昭和25）年勧告が「国家が国民の生活を保障する方法ももとより多岐であるけれども、それがために国民の自主的責任の観念を害することがあってはならない。その意味においては、社会保障の中心をなすものは自らをしてそれに必要な費用を醸出せしめるところの社会保険制度でなければならない」としていることも想起される。

地続きであるのに対し、税による制度は、国家が主体となるもので、自由経済社会には直接の根を持たないことに符合する。どちらの制度が、自由な個人から成る社会に相応しく、国の財政事情に左右されることの少ない安定的な制度¹⁶となるかは明らかであろう。

この制度選択は、おそらく、その国が最終的にどういう経済社会体制を選ぶかに帰着するはずである¹⁷。イギリスは自由主義国家では珍しく税による医療保障（NHS）を採用しているが、これは戦後、1948年、C・アトリー労働党内閣の国営化路線の中で、自治体病院や篤志病院の国営化とともに創設されたものであり、後にM・サッチャー首相はこのNHSの社会主義的性格を嫌い、民間保険の活用や社会保険方式の導入なども検討したが、この提案は与党・保守党からさえ否定されてしまったと言う。NHSの歴史を見ると、社会保障制度の仕組みが如何にその国の経済社会の体制選択と関連するか、また、いったん成立した制度が時間の経過に伴い、いかにその国の文化的装置の一部となるかを示して興味深い。ロンドン・オリンピック開会式で“NHS”の文字が現れたことを覚えている人も多いだろう。

2 社会保険の成立

(1) 社会保険が成立するリスク

社会保険に限らず、保険の対象となるのは保険事故（リスク）であるが、特に社会保険の対象となり得るのはどのような生活上のリスクだろうか。社会保障の対象となるわけであるから、通常、そのリスクに遭遇した場合の生活上の困難は大きいものでなければなるまい。また、社会保険として数多くの個人を被保険者とする以上、その支持を確保するため、対象となるリスクには多くの者が遭遇する蓋然性（Probability）があることが求められるだろう。例えば希少疾病のみを対象とする公的医療保険を想像してみればよい。そのリスクは可能性（Possibility）のレベルであり、保険料負担の見返りの確実性を実感できにくいので、任意加入の民間保険ならば格別、広く加入義務が課される社会保険の被保険者の理解を得ることは難し

16 ただし、現在の日本の社会保険には多額の公費負担が投入されており、それゆえに国の財政事情の影響を受けやすい構造となっている。公費負担については後述。

17 医療保険は社会保険方式を是認しつつ、基礎年金は全額税方式といった主張はこのような体制選択に無頓着な議論というべきだろう。個人の生活を直接支える年金を、社会保険方式から、国が自らの責任と財源で支給する制度へ転換することを、保険料収納の困難といった実務的な理由では正当化することはできない。大衆デモクラシーの下においては、国民の人気取りのために年金水準が負担水準と無関係に決められる政治的リスクがあるほか、両者の間の合理的なバランスに配慮する賢明な政治家は国民の支持を得られず、結果として政治不信が増大するというおそれがあることに注意しなければならない。

いだろう。加入を強制される以上、加入によるメリットが十分に広く感じられることが不可欠なのである。もちろん、対象リスクの種類や被保険者の属性によって、可能性～蓋然性～確実性の程度は異なる。例えば、誰でも病気やケガをするリスクがあることは想像できるから、全ての傷病を対象とする医療保険の成立は理解しやすい。厳密に言えば、年齢等により医療リスクの程度は異なるが、その違い以上に被保険者にとって医療のリスクは一般的なのである¹⁸。にもかかわらず、それをリスクの程度に応じてグループ分けしてしまえば、リスク分散という保険の機能を発揮できないことになるだろう。後期高齢者医療制度の根本的なおかしさは此処にある。

介護保険は、平均余命の伸長によって要介護状態になるリスクが誰にも身近なものとなってきたことから制度化されるに至ったのだが、後期高齢者になるほど傾向的に要介護リスクが増加する（逆に言えば、若年者や前期高齢者はそれほど要介護リスクが高くはない¹⁹）こと、換言すればリスクに遭う年齢に大きな偏りがあることから、保険料の掛捨て感が強いという問題がある。現行制度のように被保険者の要介護リスクはすべて同一レベルであるという前提の下で、介護保険を独立型の社会保険として制度化することには無理があったと云うべきかもしれない²⁰。

被用者は定年退職により収入の途を閉ざされ、非被用者も高齢になると従前の所得を得ることは難しくなることから、高齢になって収入（所得）を喪失するリスクはどんな人でも容易に想像できるはずである。しかも、誰もが現役時代は少なくとも平均余命までは生きるだろうと予想しているから、これは蓋然性の高い（主観的にはかなり確実な）リスク²¹と云ってよい。老齢年金保険の成立は、その限りでは必然的とも云えるのであるが、高齢による所得喪失リスクが将来のリスクであり、若年世代にとっては当面の切実性を感じにくいことから、後述するとおり、そこに医療保険とは異なる困難があることも確かである。

失業による収入の喪失も被用者を生活上の困難に直面させるリスクである。高度成長期には完全雇用に近かったわが国の雇用情勢も、バブル期以降の労働崩壊によ

18 1年間に1医療機関以上で受療した者の割合は、協会健保84.8%、組合健保85.0%、国保84.0%、後期高齢者医療96.9%である（2010〔平成22〕年度）。

19 65～69歳の者の要介護認定率が3%に過ぎないのに対し、75歳以上の者の認定率は31%に達する。

20 制度創設時、各年齢層の要介護リスクを累積させれば、人生を通じて要介護者となる者の割合は1/2に達するという説明が行われたが、それでもカバー率は半分にとどまる。

21 実際、企業社会における老後の所得喪失は一般の被用者にとっては蓋然性というより、ほぼ確実性の領域にあり、そのため、賦課方式への財政方式の移行とも相まって、同世代間でのリスク分散という要素が薄くなり、世代間の所得移転という性格が前面に出てきたことは否めない。

り、失業リスクは切実なものとなってきた²²。公務員は解雇規制があり、失業リスクがあるとは云えないので雇用保険の被保険者とはされていないが、フランスでは近年、公務員も対象に加えたとのことである。広い意味での被用者の「連帯」の精神であろうが、保険の論理からすればやはり無理があると云うべきであろう。

障害による収入（所得）の喪失や障害福祉サービス利用に伴う特別の出費も障害を負うことから生じるリスクである。だが、障害による収入の喪失は、定年や高齢に伴う収入の喪失と同じような意味で、誰もが自分も遭遇する蓋然性のあるリスクと認識しているであろうか。おそらく一般の人の想像力では、病気やケガと同じような身近なリスクとは感じられていないのではないかとすれば、実際に障害を負った場合における障害年金の役割は極めて大きいにもかかわらず、障害年金を単独の「障害年金保険」として制度化しても、多くの人が積極的に保険料を納めようとはしないだろう。多くの国では老齢年金と障害年金を同じ年金保険のなかでセットにしているのには、障害を負うことは稼得能力の喪失という意味で、老齢と同視できるという理屈であろうが、実際には、そのような保険料徴収の困難への配慮もあるかもしれない。他方、障害福祉サービスの利用に伴う出費も、障害による収入喪失と同様、障害に伴うリスクであるが、単独でも、抱き合わせの形²³でも社会保険の対象とはされていない。日常生活の基本動作を支える介助は、障害当事者も参加する「連帯」によってではなく、社会全体で直接支えられるべきとの思いが障害当事者に強いからかもしれない。だが、障害当事者もこの社会を構成する自由な個人の1人として「連帯」のシステムに参加することは、障害者自立運動の理念にも即しているように思うがどうだろうか。障害福祉サービスを単独の社会保険の対象にすることは難しいにしても、介護保険の対象となり得る部分は全面的にその給付対象とし、公費による障害福祉サービスはその上乘せ・横だしサービスとすべきであろう²⁴。

労災保険は、現在は社会保険の範疇に入れられることが多いが、業務上の傷病に関する事業主の無過失責任に基づく損害賠償（の一部として定型化された補償）を事業主が連帯して履行するためのシステムであり、被保険者自身の連帯である医療や年金などの社会保険とはやや性格を異にする。自動車損害賠償責任保険は、教科

22 最近では雇用状況も好転しているようであるが、多様な非正規雇用の増加による雇用の不安定化について雇用保護法制がしっかり対応し得ているかという問題は残っている。

23 介護保険の要介護状態に該当する場合は当然、障害被保険者も介護保険の給付対象となるが、それだけでは障害者のサービスは十分とは云えない。介護保険のサービスが要介護高齢者仕様で設計されているからである。

24 拙稿「介護保険と障害者福祉サービス—その現在と将来—」（『介護保険情報』2017年1月号）参照。この論文では、障害者総合支援法による給付は介護保険の利用者負担分も対象とするという前提に立っている。

書的には社会保険に加えられることはないが、自動車を供用する者に民間の損害保険への加入を義務付け、加害者の資力にかかわらず、被害者への損害賠償を確実に行わせるという意味で、労災保険にも似た社会政策的意味合いを持っている。さらに2002年からは、自動車の保有者が明らかでない場合の被害者について政府がその損害をてん補する自動車損害賠償保障事業も実施されるなど、今日では、自賠責保険は保険の範囲を超えて社会保障に近い性格も有するに至っている。

（2）社会保険の外延

それでは、（労災・自動車事故以外の）事故や火災・犯罪・公害・自然災害などによる生活リスクについてはどうか。生活リスクの普遍性・深刻度・責任の所在などによって、社会保険またはそれに準ずる社会的制度が設けられる可能性はなくはないが、これらは一般的には生活リスクとしての普遍性（多くの人が蓋然性のあるリスクであると思うこと）に欠けることが多いだろうから、それらに起因する傷病や要介護状態・障害が医療保険や介護保険・年金保険の対象となることはあるにしても、そのほかの被害（人損・物損）については、わが国では原則として不法行為法による救済や民間保険による対応に委ねられている。ただし、特定の健康被害や死亡について特別の制度が設けられている場合もなくはない。まず、医薬品の副作用被害等については、賠償責任を問えない場合の被害者救済のために、医薬品メーカーの拠出により、医薬品医療機器総合機構が救済給付を行っているが、これは予期せぬ副作用があるという医薬品等の特性を踏まえた医薬品メーカーの社会的責任に基づくものとされている。また、公害健康被害補償制度でも、汚染者負担の原則を踏まえ、環境保全再生機構によって汚染源企業の汚染負荷量賦課金や自動車重量税の一部等を財源とするによって補償給付が行われている。これらの制度では医薬品等のメーカーや汚染源企業が被害との個別対応関係なしに拠出金や賦課金を負担しており、滞納した場合の強制徴収規定も設けられているので、その限りで社会保険的な要素を含んでいる。ほかに犯罪被害者に対し国費により給付金を支給する制度（犯罪被害者等給付金の支給等による犯罪被害者等の支援に関する法律）もある。刑事政策の形を採った社会政策ではあろうが、その理論的根拠は明確とは言い難い。

普遍性のある生活困難であっても、リスクとは言えないものについては社会保険の方法を採用することはできない。保育を必要とする児童や離婚した母（父）子家庭の生活ニーズがその例である。それぞれ児童福祉法による保育の提供、児童扶養手当法による児童扶養手当の支給が公費財源により行われている。なお、児童扶養

手当については、当初、死別母子家庭に対して遺族年金が支給されることとの均衡上支給するとの説明がなされていたが、現在はその関連は否定されるとともに、父子家庭にも支給されることとなり、独自のひとり親家庭支援の制度と位置付けられている。

生活リスクではあっても、被保険者として保険料を負担した者のみに給付されることが原則である社会保険では対応できない場合、公費による代替的な対応が行われることがある。20歳未満の障害児には障害福祉年金（現在は障害基礎年金）が支給されないことから、それと同額の特別児童扶養手当が障害児を養育する者に支給されているのが、その例である。これは20歳以上の者を被保険者とする現行の国民年金（第1号被保険者）を補完する役割を果たしている。なお、20歳前に障害児であった者が20歳になった以降は、特別児童扶養手当は支給されなくなる一方、本来の基礎年金の仕組み（保険料納付実績がない者には支給されない）では障害基礎年金の支給対象ともならないはずであるが、現行制度では、そのような者に対し特別に障害基礎年金が支給されることとなっている。ただし、この場合の障害基礎年金には所得制限があり、国庫負担率も通常の1/2より高い60%とされているので、福祉的要素を含む年金給付と考えられる。立法当時の説明は、“20歳未満の者は保険料を払いたくても払えなかったから”と云うことだったようだが、保険原理からの逸脱の感があるのは否めない²⁵。

(3) 社会保険における国家

社会保険への国の関わり方にはさまざまな方式があり得る。国が自ら保険者として社会保険事業を行う場合もあるが、それに限られるものでもない。論者のなかには、憲法25条2項の「国は、…社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という規定（この“社会保障”はマッカーサー原案の段階では“社会保険”であった）から国（地方公共団体も含む）による社会保険事業の直営を導き出す者もいるだろう。実際、わが国の社会保険でも国や地方公共団体が直営する事業が多い²⁶。国民年金・厚生年金・雇用保険・労災保険・介護保険・市

25 この点に関して私は「拠出原理と擬制の効用」という小文を書き、特別児童扶養手当を20歳3か月まで特別支給し、その3か月間、必要な者には公費による保険料手当も支給して拠出を行わせ、その後、20歳前障害基礎年金を支給するという“迷案”を考えたことがある（『介護保険情報』2009年9月号）。

26 国や地方公共団体が直営する場合のメルクマールの1つが、財政赤字が生じた場合、国や地方の責任で借入等をして補填しなければならないということにある。かつての政管健保の資金運用部からの累積債務もそれによって生じたのである。老人保健法の拠出金の管理を国ではなく支払基金の業務としたことや政管健保を協会健保としたことなどは、国の債務に結び付けないというのがねらいであった。

町村国民健康保険、すべてそうである。協会健保も先だってまで政府管掌健康保険として社会保険庁が保険者であったことは記憶に新しい。かつては、健康保険は政管健保が基本であり、健保組合は政府管掌健康保険を代行するという位置づけであったが、協会健保設立後は、健保組合が解散した場合の受け皿であることに変わりはないものの、保険の管理運営に関する限り、協会健保と組合健保はほとんど同じ扱いになっている。国保組合は市町村国保に先行したこともあって、市町村国保より管理運営の独自性は保たれていると云ってよい。現在、社会保障の主体である国や地方公共団体からの独立性が最も高いのは共済組合²⁷であろう。しかし、それらの果たす機能においては一般の社会保険とほとんど変わりのないものとなっている。

このような現状からみると、社会保険における国の役割は、自ら保険事業の運営主体となることのほか、地方公共団体に保険事業の実施を義務付けたり、法律により設立した公的主体や自ら保険事業を行おうという非営利組織に保険事業を行わせたりするとともに、それぞれの被保険者はそれらの保険に加入しなければならないことを法定することにあると云えるだろう。そのなかでも最も本質的なのは、公的または私的保険（米・オバマケアなどの例）への加入義務の法定である。加入義務のような個人の自由の制限に属することは法律で定めるほかないからである。法律の規定により加入しているにもかかわらず、保険料を納付しない者に対しては、原則として保険者は強制徴収の権限を持つ²⁸。

だが、ここで「連帯」と「強制」という社会保険に関する基本テーゼについての2つの捉え方の問題が浮上する。1つは“連帯するよう強制する”という立場²⁹、もう1つは“連帯を確実なものにするため強制する”という立場である。前者は“国がバラバラの個人に対し、「連帯せよ」と加入を命じるというイメージであり、後者は“人々が連帯しようとする場合に、それが確実なものとなるよう加入義務の法定により国が支援する”³⁰というイメージであろうか。換言すれば、前者はまず国が

27 共済組合は基本的には公務員行政の一環として財務省（国共済）・総務省（地共済）の所管である。なお、年金制度の一元化により、年金を支給する共済組合は、日本年金機構と同様、保険者ではなくなった。

28 米・オバマケアの仕組みは、被保険者が選択したプランの民間医療保険への加入義務のみを定め、未加入の者には税を課すという2段階の強制加入であるが、そういう間接的な強制の仕方もあり得る。

29 堀 勝洋は「公的年金保険法による強制適用は、保険の相互扶助機能を国民に強制するものであり、社会連帯・国民連帯を国民に強制するものととらえることができる」とする（『年金保険法』第2章第2節第2款第2項）。

30 前述のように社会保険の対象とするのは私的な生活ニーズであるから、そのニーズを満たすことは個人の幸福であり、憲法13条の幸福追求権の対象となる。ただし、幸福追求権は「幸福」となる権利ではなく、公権力が関わり得るのは「幸福を追求する諸条件・手段」である（樋口・佐藤・中村・浦部『注釈 日本国

保険者を設定し、その保険者との保険契約の締結³¹を被保険者に義務付けるのに対し、後者はまず被保険者同士の保険者設立の取決めを想定し、その保険者との間で保険契約を締結することを被保険者に義務付けるものと云ってもよい。前に論じたことのある「保険者先行型」と「被保険者先行型」の違いである³²。

もちろん、実定法の定め方は、組合健保など一部を除き「保険者先行型」である。だが、保険者先行型では、パターンリズム（国による統制・管理）やその裏返しとして国民の制度依存の傾向がより強く出やすいことも否定できない。実際、昨今の制度改正を見ると、政府・与党も、後述するとおり、国による統制・管理強化の途をひた走っているように見える。しかし、だからこそ、現行の制度であっても、被保険者先行型である“かのように”理解し、それに沿った仕組みづくりや制度運用に意を用いることが重要ではないか。そこから、被保険者による給付と負担水準の組合せに関する選択、制度・保険者運営における被保険者参画といった民主的・自治的な社会保険の在り方の地平も開けて来るだろう。

3 社会保険の制度・保険者

(1) 制度の分立

日本の医療保険や年金保険は、基本部分が、被用者を対象とする制度とその対象とならない者を対象とする制度に分立している。健康保険と国民健康保険、厚生年金保険と国民年金（第1号被保険者）がそれに該当する。医療保険では一般制度はそうになっているが、後期高齢者医療については一元化されているのに対し、年金保険では逆に基礎的な部分が一元化されており、厚生年金保険がそれに上乘せされる形になっている。もっとも一元化されている部分も、基礎年金の財源は被用者（第2号被保険者とその被扶養配偶者）とそれ以外（第1号被保険者）からの拠出金に分かれ、後期高齢者医療の財源も、現役世代からの支援金は基礎年金の財源と同様、健康保険と国保からそれぞれ拠出される³³。また、一元的な制度である介護保険の第2号被保険者の負担（介護納付金）も、この支援金と同じ負担構造となっている。

憲法』上巻)とすれば、社会保険への加入の強制は「連帯することを支援する」ものと考えるのが自然であろう。

31 実定法では、当然に被保険者となる旨を規定するのみで、保険契約を締結するという構成ではないが、国民の意識としては、保険加入＝保険者との契約（約束）として捉えているはずである。

32 堤修三・品田充儀編著『市民生活における社会保険』第2章 社会保険の意義とその根拠（拙稿）

33 各制度・保険者に対し、被保険者数に応じて拠出金を割り付ける。各制度・保険者はそのための費用をそれぞれの方式で個々の被保険者から保険料として徴収する。なお、後期高齢者の支援金については近年、被用者保険の保険者ごとの総報酬（被保険者の報酬総額）割が導入されている。

このような意味で、わが国の医療保険・介護保険や年金保険は二元体系を基礎としていると云えるが、そのなかでは勤労収入のある被用者を対象とする保険が柱となっており、所得の有無さえ明確ではない者を対象とする国保や国民年金（第1号被保険者）は、その分、基盤が脆弱であり被用者保険の補完的位置にある³⁴と考えられる。実態としては1.5元体系とする方が正確かもしれない。

このような制度の分立について、どう考えればいいのか。医療保険が典型であるが、二元（1.5元）的体系は、被用者保険が先行したという歴史的経過によるところが大きい。そのことから窺えるように、根底には勤労収入という稼得形態を同じくする人びとの間の方が「連帯」が成立しやすい－保険契約の想定が比較的自然である－という事情が存在する。法律で加入義務を課すにしても、保険料負担を求める以上、そのような稼得形態において同質性のある集団の方が抵抗は少ないと考えられるのである。

これに対し、どのような稼得形態であるか、さらには所得が有るか無いかにかかわらず、すべての国民をひとつの制度で統一的にカバーすべきであるという意見もあるだろう。国民連帯の理念から云っても、大数の法則の適用や集団構成の変化への対応といった社会保険に求められる要請から云っても、制度の一元化を“しない”という合理的理由はないはずだということである。

確かに理想論としては一元化論もまったく成り立たないわけではないが、現実論としては、分立していても、より強固な「連帯」を中心的な基盤とする制度体系の方が全体としての安定性・強靱性に勝るということも見逃してはなるまい。国民皆保険・皆年金を巡っては常に理想主義と現実主義が相克しているが、上滑り的に唱えられがちな一元化論に対し、それが連帯の基盤を弱めるおそれがあることを認識すれば、制度分立の現実はむしろ合理的かもしれないという判断もあるのではないか。要は、形式的な、それゆえ微弱な連帯の網を薄く広く懸ける一元的な制度とし、倒れるときは全体が一気に激しく倒れるか、強固な連帯を中核に、それを弱い連帯が補完的に取り囲む分立した制度とし、制度が動揺しても、強い連帯の中核部分が持っている強靱さで全体を支えるかのどちらを選ぶかであろう³⁵。

34 介護保険の第1号被保険者の仕組みは、基礎年金は65歳以上の全国民に支給されるものという建前を前提とすることによって国保や国民年金の弱点を何とかカバーしていると云えるが、基礎年金受給者であっても、それ以外の収入の有無によって負担能力には大きな違いがあることから問題を完全には解消できていない。

35 第2次大戦の結果、1943（昭和18）年にはほぼ達成されていた国民皆保険は崩壊し、市町村国保の再建は1948（昭和23）年の市町村公営化を待たねばならなかったが、健康保険は事業所が存続している限り壊滅は免れた。医療保険が市町村国保に一元化されていたら、高齢化の重みに耐えかねて、疾くに崩壊していたかもしれない。評価は別にして、老人保健法等により被用者保険からの財政支援があったから、市町

(2) 制度の中での保険者の分立

前述のとおり、現行制度においては被用者制度と非被用者制度の分立構造が根底にあるが、年金制度が長期的な就業構造の変化に対応できるよう給付面の制度一元化とともに保険者の一元化も進められているのに比し、医療保険においては、後期高齢者医療制度を除き、制度が分立しているのみならず、被用者保険のなかでも大きく協会健保と健保組合・共済組合に分かれているほか、さらに健保組合と共済組合には多数の保険者がある。これは、健康保険が制度化された段階で、官営八幡製鉄所や鐘淵紡績などの共済組織が先行していたという歴史の影響が大きく、すなわち自然発生的な「連帯」の単位が利用されているという側面がある³⁶。勤労収入という同質的な稼得形態を持つ集団内での保険者分立の現実的合理性は、被用者と非被用者間の制度分立のそれと比べれば大きくはないが、それでも企業や企業群などの健保組合や国保組合などコアの保険者における「連帯」の強さが制度全般の強靱さに繋がっている可能性はある。

いずれもサービス費用の保険³⁷であるという医療保険の性格に関わっているのだが、保険者分立のメリットのひとつとして、被保険者の健康増進活動や健診・保健指導、適切な受診行動の啓発などがしやすいことが挙げられることがある。大数の法則をある程度まで犠牲にしても、「連帯」の強固な被保険者集団であることには一定のメリットがあるという考え方である。もうひとつは強力な政治力を持つ診療担当者の組織に対するカウンターパワーという側面である。大衆デモクラシー下の国民皆保険では、特にそれに対する国の運営・管理が強化されるという傾向にある場合、給付や負担の水準・内容が政治の影響を受けて保険の自律性から外れてしまうおそれがある。政府から自立したコアな保険者（＝健保組合）の存在はそれに対するバランスの役割を担い得る可能性がある³⁸。

これに対し、国保において各市町村が保険者とされているのは、非被用者は地域住民として捉えるほかはなく、それらの者を被保険者とする以上、地域単位で保険者を設定するのが現実的だからであろう³⁹。

村国保は存続できたのである。

36 実際、経済的・社会的な個別集団ごとに想定された保険契約は自然な感じがあるのに比し、集団としての実態が希薄な場合に仮構される保険契約は、拵えもの・人工的の感がある。

37 「療養の給付」は医療サービスそのものを給付するという意味であるが、保険者が直営病院で療養の給付を行うというその本来の実例はほとんどないので、実態に応じて“サービス費用の保険”とした。

38 かつて中医協では有力大企業の出身である支払側委員の発言に日本医師会が反発して機能しなくなったことがある。見方を変えれば、これも長期的には一定の抑制効果を持ったと云えるだろう。もっとも経済界の医療保険に対する前向きな関心が薄くなったと思われる現在では、その効果は期待できそうもない。

39 地域単位だからと云って地方公共団体が保険者となるのが当然とは云えない。制度創設時のように地域

制度内における複数保険者の分立には、それぞれの受益（医療給付費）の程度を保険料水準に反映させるべきだという考え方も影響している。介護保険や国保・後期高齢者医療制度における保険者の分立にはその要素が大きいし、協会健保の一般保険料率が各都道府県単位で設定されていることも同様の考え方に基づく。ただ、保険料水準は医療給付費の水準だけでなく、特に定率保険料の場合、それぞれの保険者の収入（所得）水準にも左右される。この2つは常に同じベクトルであるとは限らない。保険料水準を、給付費水準と収入（所得）水準のどちらにリンクさせるかについての決め手は存在しないのである。例えば協会健保の場合、同じ被用者として、給与・賃金と同じであれば（給付費は異なっても）同じ保険料率であることを当然と考えるか、あるいは、医療サービスを多く利用しているのであれば、給与・賃金と同じであっても当然、保険料率は高くなるべきと考えるかの選択である。前者であれば全国一本の保険料率、後者であれば都道府県等の地域別保険料率になるだろう。現行の仕組みは都道府県ごとの医療費管理という発想に繋がっているが、本来は、保険料負担への理解という観点から、その被保険者集団の選択に委ねるべき問題ではないか⁴⁰。都道府県ごとの医療費管理という発想は、後期高齢者医療制度における都道府県広域連合や市町村国保の都道府県営化にも通底しており、地域住民を対象とするこれらの制度においてこそ馴染み易いものかもしれないが、自由開業制の下での医療費管理の難しさという問題はさておいても、（国保の）療養取扱機関の都道府県限定から全国通用への拡大、療養取扱機関の廃止と（全国通用である）保険医療機関への一本化という保険給付に関する政策についても見直すのでなければ首尾一貫しないと云うべきである。

（3）制度・保険者間の格差

1つの社会保険の類型のなかで制度や保険者を分立させると、それぞれに属する被保険者集団の特質（稼得形態・負担能力・健康状態など）に応じ、給付と負担において必然的に格差が生じる。医療保険においては永年の“給付の平等・負担の公平”追求運動により、給付面の取扱いの違いはなくなったので、残るは制度間・保険者間の保険料負担の格差ということになる。介護保険の場合も、制度は一元化されているから、市町村ごとの保険料格差をどう考えるかが問題である。もちろん、

単位の国保組合という選択もある。なお、国民という括り方をし、国レベルで一本の保険者とすることも理論的に皆無ではないが、医療や所得の地域特性・地域格差と云う観点からは極端の感は否めない。

40 私は、保険料負担への納得性を重視すべきという観点から、都道府県単位という設定は小さすぎ、全国一本の料率ではなくとも、ブロック単位くらいの設定が妥当であると考えている。

これらの格差にはサービスの受益の違いによる差も含まれるのであるから、格差のすべてが不当というものではない。また、被保険者の集団が現実の社会的経済的実体を踏まえたものである以上、格差はその忠実な反映にすぎないという見方もできる。しかし、被保険者はそれぞれが属する社会的経済的集団に応じて保険への加入を強制されるのであるから、その間に生じる格差には一定の社会的許容範囲が存在するといふべきだろう。国民の基本的権利である選挙権の価値について1票の格差が問題となっていることも想起される⁴¹。ここから、後述するように制度間・保険者間の格差是正のための措置が講じられることとなる。

しかし、制度の分立は、定義上当然に勤労収入のある被用者と、外部からは明確に把握できないが（生活保護を受けていない以上）何らかの収入（所得）があるはずだという推測に基づく非被用者との稼得形態の違い⁴²に着目するものであり、それらの負担能力を測る共通の物差しはないのであるから、その間に生じる“格差”を正確に比較することは容易ではない。そのため、非被用者を対象とする国保については永く国費による財政支援が行われてきたが、近年は国家財政の限界から被用者保険からの財政支援も加わった。しかし、被用者と非被用者間の制度間財政調整は、前述のように、連帯の基盤があまりにも違いすぎるので問題があることは否定しがたい。これに対し同一の制度のなかで分立する保険者間の財政調整は、稼得形態が似ている者同士という、同じ基盤の上に乗っているから、その分、理解が得やすいはずである。もちろん、コアな保険者（例えば健保組合）は、強固な連帯の基盤の上に乗っているから、同一制度内であっても他の保険者（健保組合であれば政管健保）への財政援助に対する拒否反応が強く、実際、被用者保険制度内でも国費による格差是正が先行したのだが、被用者保険の制度外への拠出を強いられるくらいなら、同じ被用者制度内の被保険者との連帯の方がまだ筋が通るといふ見方もできるだろう。保険者の分立にメリットがあるとするれば、それを無にするような完全な格差是正には至らない（至るべきでない）であろうが、以上のような観点からは、制度間調整に代えて、被用者保険内部⁴³、さらには国保制度内部における保険者間

41 選挙権でも2倍未満の格差まではやむを得ないとされるのであるから、保険料負担の格差の社会的許容範囲はそれよりは大きいものと考えられる。

42 創設時と異なり、国保における自営業者や農業者の割合が低下し、年金受給者や非正規雇用等の者の割合が増加しているのは事実である。しかし、所得の有無や多寡が分からない被保険者が存在するという事実にも変わりはない。また年金受給者の場合、支給される年金額のみでは、その稼得実態の全体が分からないことも問題である。基礎年金のみの者と被用者年金受給者では年金収入への依存度が違うはずであるから、被用者と非被用者の別に準じて基礎年金のみの者と被用者年金もある者は別様に扱うべきであろう。

43 後期高齢者医療の支援金の総報酬割で現実のものとなりつつある。後述。

調整を検討することが必要になるかもしれない⁴⁴。

4 社会保険の給付

(1) 給付の対価性

社会保険が保険契約として観念される以上、最低限の交換的正義は実現されなければならない。すなわち、保険料を負担した者のみが契約上の対価として保険給付を与えられるという関係（負担と給付の1：1対応）がそれである。被保険者は自らの利益のために（それが客観的な「連帯」を設定はするが）保険に加入する以上、保険料負担の対価として保険給付があることは当然の前提である⁴⁵。この最低限の条件すら満たさない保険に加入を強制することについて被保険者の納得が得られるはずはない。

これが問題となるのは、まず市町村国保の場合である。被用者保険は定義上勤労収入がある者を対象とするので保険料の負担がないということは考えられないが、そのような前提の成り立たない市町村国保では保険料を納めない（納められない）者に受給権を認めてよいかという問題があるからである。実際には災害などで生活の基盤が失われた場合に保険料の減免が認められるが、低所得者の保険料が恒常的に免除されることはない。真の低所得者は生活保護を受けるはずであり、現に生活保護の受給者でない限り、最低生活を営むに足りる相応の負担能力はあると推測できるという説明であろう。しかし、そんな建前の説明より、恒常的に保険料を負担しない者に受給権を認めたら、一般の被保険者に「連帯」を「強制」することなどできないと云う問題の方が切実である。一般の国保被保険者が「連帯」の範囲で許容し得るのは災害等による一時的な保険料減免がギリギリのところではないか⁴⁶。なかには、社会保障の観点から、低所得者に対する恒常的な保険料免除を認めるべきだ⁴⁷とする論者もいるようであるが、それでは医療保険は成り立たない。どうし

44 被用者は所属する組織が異なっても被用者であることに変わりはないから、保険者を越えた被用者連帯の可能性はあるが、市町村国保の被保険者にとって別の市町村の被保険者は非被用者であること以外には特段の共通点はないことから、その「連帯」は被用者連帯のように成り立ちにくいかもしれない。

45 したがって、保険料負担を求める被保険者は、保険料負担の源泉となる収入／所得の稼得がある者とするのが基本である。その収入／所得によって生活を支えられている者を被扶養者として事実上の受給対象とする工夫は生活実態を反映するものとして自然な方法であるが、それに反し、受給権を付与するために保険料負担を求めない者を被保険者とする仕組みは人工的であり、どこかに無理がある。

46 国保保険料の滞納世帯に属する子どもが医療を受けられないのは可哀想だという議論に押されて、子どもにだけは保険証を出すという法改正が2009（平成21）年にされたが、これも本来は筋が通らない。

47 法律上、市町村に住所がある者はその市町村の国保被保険者とする規定されていることが、その根拠として挙げられる。

でもそれを実現したいのであれば、生活保護に至らない低所得の者に保険料相当額を別途公費で給付し、それを保険料として納付させる制度を設けるか、あるいは医療保険を廃止して税による医療保障に転換するほかあるまい。なお、国民年金の第1号被保険者には恒常的な保険料免除制度があり、その期間についても基礎年金が支給されるが、それは国庫負担に相当する分（1／2）だけであり、他の被保険者が拠出した保険料は充当されないから、この原則に直ちに背馳するとは言えない。

このほか国民年金では、第3号被保険者の保険料相当分がマクロベースで第2号被保険者の保険料に全体的に上乘せされていることから、個々の第3号被保険者には保険料の負担義務はないとされるが、これも対価性の原則からは逸脱したものという印象は否定できない⁴⁸。やはり、保険料負担がないにもかかわらず、法律上被保険者と位置付けて保険給付の対象とすることには無理な部分があるのである。また、20歳以前から障害者であった者に対する障害基礎年金の支給の不自然さも、前述したとおりである。

給付の対価性は、最低限、保険料負担という貢献をしない者には（保険料を財源とする）給付はないことを求めるものであり、民間保険におけるような保険料負担と給付水準の均等まで要求するものではない。教科書で「給付・反対給付（＝保険料負担と保険給付）均等の原則の例外」と説明されているものである。しかし、いくら給付・反対給付均等の原則の例外と云っても、より多くの保険料を負担した者がより少ない保険料しか負担していない者より給付が少ないという“逆転”は許されないだろう。これは交換的正義に反するのみならず、不平等取扱いというべきであり、こんな取扱いが横行するようでは誰も社会保険への加入に嫌気がさすに違いない。金銭給付であり、その多寡が見えやすい年金保険では、このような逆転は厳格に忌避されている。近年の例では、パート労働者を第2号被保険者へ適用拡大する際、その対象となる報酬月額の下限が引下げられたが、その幅は基礎年金を受給する第1号被保険者との逆転が生じない範囲にとどめられた⁴⁹。また、かつてあった経過年金（5年年金・10年年金）の給付水準が本来の拠出制年金の水準と逆転することのないよう注意深く設定されたことを記憶している人も多いだろう。

48 このため、専業主婦にも自らの名義で保険料を負担させるという議論があるが、まだ現実的な方法について成案は得られていない。

49 年金政策研究会・連載解説「平成24年度年金制度改革」（『週刊社会保障』2013年2月4日号）。同解説では、もともと厚生年金保険は定額給付＋所得比例給付だったので、単純に定額保険料と定額給付の国民年金第1号被保険者と較べるのは不適當という意見を紹介しているが、国民年金に一元化された現行制度を前提とする限り、厚生年金保険の低所得被保険者（第2号被保険者）のみを所得再分配の対象として第1号被保険者より優遇することは不公平であるという問題は残るものと思われる。

これに対し、医療サービスの利用を前提とする医療保険では、給付内容が被保険者の傷病の状態に応じたものであるため、この逆転現象が見えにくいという側面がある。たとえば、高額療養費支給制度においては、低所得者に対して一般より多くの高額療養費が、高所得者には一般より少ない高額療養費が支給される仕組みとなっているが、これには保険料財源が含まれることから、実質的に負担・給付の対応が逆転した関係となっている。これらについて理論的な根拠づけは行われておらず、ただ低所得者は可哀想、高所得者はもっと負担できるはずという感情論が語られるに過ぎない⁵⁰。仮に低所得者への配慮が必要であれば（自己負担が3割となり、他にもさまざまな名目で自己負担が求められるなかで、その配慮の必要性は高まっている）、その上乘せ分は福祉的措置として公費で対応すべきであろう。また、高所得者に対してより少ない高額療養費しか支給しないのであれば、その対象者を保険料の賦課上限を超える者とし、保険料負担との整合性を取り繕う⁵¹といった工夫も必要かもしれない。

いずれにせよ、給付・反対給付均等原則の例外は、“保険料負担なくして（保険料を財源とする）保険給付なし”と“より多くの保険料負担に対応する保険給付がより少ない保険料負担に対応する保険給付と逆転してはならない”ということとの中間領域で当てはまるというべきであろう。それでは、この中間領域においては何のルールも存在しないのであろうか。保険給付の対価性の基礎に交換的正義がある以上、この中間領域においても緩やかな比例原則（貢献に応じた受益の原則）が働くと考えられるべきであろう。現金給付である年金保険において逆転現象が強く忌避されるということは、同時に中間領域においてもできる限り比例原則に沿うことが要請されることに繋がるはずである。後の保険料の節で触れるとおり、報酬比例保険料制を採る厚生年金保険において1954（昭和29）年改正の際、社会保障制度審議会等の定額年金案と労働組合や厚生省の報酬比例年金案が対立したというが、定額年金案ではこの比例原則に反する部分が大きく、一般の理解は得られなかったであろう⁵²。強制加入であるとはいえ、否、強制加入だからこそ、交換的正義から大きく離れることはできないのである。年金保険が賦課方式に移行したのちも、被保険者数・標準報酬総額・運用益などの媒介項によって保険料納付額と年金給付額の関係

50 応能給付の考え方を打ち出した2013（平成25）年8月の社会保障制度改革国民会議報告においても、保険料の対価である保険給付に関する限り、応能給付の説得力のある理論的根拠は示されていない。

51 ただし私自身は、このリンケージの合理性に確信を持っているわけではない。

52 実際には足して2で割る形で定額部分1/2・報酬比例部分1/2とされたが、定額部分の導入により比例原則に沿わない部分が残ったことは、この問題を完全には払拭できていないことを意味する（後述）。

は変動するとはいえ、両者の間の比例原則が無視されることはあり得ない。

医療保険の場合、実際にかかる医療給付費の額は異なるにせよ、必要な医療を受けることができるという意味での保険給付の受給権は一律であるから、仮に定額保険料制であれば給付・反対給付の均等が成り立っていると云えるであろうが、応能保険料制の下では（保険料が定率であっても保険料額には差があるから）厳格に云えば緩やかな比例原則（貢献に応じた受益の原則）にすら反することになるかもしれない。後述するとおり、強制加入を実効あらしめるためには応能保険料制は不可欠であり、建前としては定率の保険料率が一律の受給権に対応するということではあるものの、（比例的ではない）一律の保険給付に対して過度に高額（または低額）の保険料負担を求める（で済ます）ことを説得することは難しい。そのため、健康保険では応能（収入比例）保険料の対象となる標準報酬に上下限が設けられている。

介護保険も応能保険料制の下で必要な保険給付を行うものであるから、医療保険と同様の問題を抱えている。高額介護サービス費の低所得者優遇は当初から制度化されていたが、特に2015（平成27）年からの改正で一定所得以上の者の利用者負担が2割に引き上げられたことから、この問題が切実なものとなった。しかし介護保険には、それにとどまらず、給付対象が限定されている第2号被保険者や要介護認定率が低い65歳を超えて間もない第1号被保険者については、前述のとおり、具体的な受給機会と保険料負担の不均衡の度合いが大きいという弱点がある。そのことに対する被保険者の問題意識が先鋭化すれば、介護保険への強制加入についての疑問が広がるかもしれない。

（2）給付の保障性

給付の内容や水準は、全体として保険料負担との見合いで決まるのが保険の原則であるが、社会保険が社会保障の一環として行われるものである以上、被保険者にとって加入するだけの価値、すなわち生活の保障として意味あるものでなければならぬだろう。このことは加入が強制されることに伴う社会保険の要請のひとつである。

対象とする要医療リスクの性格上、国民は、医療保険の給付は傷病の治療に関し必要な内容⁵³・水準のものでなければ、それに加入する意味はないと考えるだろう。診療報酬によってカバーされる給付の内容がかなり広範になっているのは、わ

53 医療保険で保障されるべき医療サービスの水準を一言で示すのは容易ではない。“必要十分な”医療では過剰医療となるおそれがあるし、“最低限の”医療では被保険者が納得はすまい。“標準的な”医療や“基本的な”医療といっても、そのイメージは論者によって区々であろう。

が国の医療保険が全国民と全医療機関を包摂するものであり、必要な医療サービスは皆保険で対応するという建前だからである。仮に保険診療と自由診療を併用する混合診療を全面的に解禁した場合、保険診療だけでは必要な医療が受けられなくなってしまふおそれがある。混合診療の原則禁止は、国民全員に医療保険への加入を義務付ける以上、必要な医療給付を保障するという観点から当然に求められる措置というべきであろう。さらに給付水準に関し、2002年の健康保険の改正で7割給付とされた際、医療保障としての機能をそれ以上は低下させないため、自己負担を3割以上にはしないことが法定されたのも同様の考え方に立っている。

医療保険も医療保障の1つであるから、国民に対し医療サービスの利用が確保されることも、給付の保障性の対象である。国保の全国普及による皆保険達成時、“保険あって医療なし”とならないよう多くの市町村で国保の直営診療所が設置されたことはそれを物語っている。しかし、医療サービスの供給体制について自由開業制を採用しているわが国では、実際の医療サービスの受給権に関し、全国どこに住んでいる国民にも完全に平等な保障を与えることは困難である。医療機関が均等に配置されているとは云えない以上、被保険者のフリーアクセスを前提として、被保険者が医療機関を受診し医師により要医療と認められることによってはじめて保険給付の受給権が発生するものと考えることにより、形式上は給付の保障性は確保されていると解するほかない⁵⁴。これは、強制加入によるファイナンスと自由なサービス利用・提供という矛盾というべきだろう。この強制と自由という異色の組合せの接点は、如上のとおり微妙で、かなり危ういものなのである⁵⁵。

介護保険の場合、施設サービスと在宅サービスとでは給付の保障性の程度に差がある。施設においては包括的なケアの提供と24時間の管理が行われるのに対し、在宅の場合、（一部には緊急時対応などもあるが）基本的には限られた時間のケアの提供のみだからである。在宅サービスにおける支給限度額の位置付けは必ずしも明確ではないが、例えば認知症の単身者のニーズに完全に対応し得るかと問われれば、疑問なしとしない⁵⁶。ただ、支給限度額に現れる在宅サービスの給付水準はドイツなどと比べても高いことや、支給限度額の全額を利用する者の割合はそれほど

54 したがって実質的に全国民に必要な医療サービスの利用は保障されているとは云えないと強調したいわけではない。実際、診療報酬や医療計画などにより、さまざまな供給対策が講じられている。

55 強制的なファイナンスに適合するよう、サービス面で開業規制を行うこととすれば、厳密にはフリーアクセスの成立は難しくなる。地域ごとに開業規制が行われれば、医療機関側から、患者確保のためにフリーアクセスの制限が求められる可能性が高いからである。

56 日本の介護保険についてドイツのそのように“部分保険”と云い切ることができれば、理屈上の問題は解消する。

高くないことから、現時点ではその保障性が不十分であるとの議論には至っていないのであろう⁵⁷。

給付の保障性的については介護保険が医療保険と異なる点が2つある。1つは、介護サービスの受給権が保険者が行う要介護認定によって具体的に発生することから、保険者は要介護認定をした者の介護サービスの利用を保障しなければならないという問題である。保険者の要介護認定がある以上、介護サービス事業者のサービスを利用し始めてから保険給付の受給権が発生するといった医療保険と同じ説明はできない。このため、介護保険では市町村に要介護者数や利用されるサービスの見通しについて介護保険事業計画を策定することが義務付けられており、それによって受給権の保障を図ることとされている。しかし、これも市町村が事業計画をどれだけ正確に策定し、その実現に努めるかにかかっているもので、給付の保障性が完全に確保されるわけではない。もう1つは、前述のとおり、介護保険は要介護リスクが傾向的に高まる後期高齢期の介護ニーズに備えるという側面を持っている一方、年金保険と異なって、年齢の低い被保険者が将来、確実に介護サービスを受給できる仕組み（長期保険におけるような“約束”）とはなっていないことである。しかも、2015（平成27）年の制度改正のように受給権の対象範囲が縮小（予防給付の地域支援事業への一部移行、特養ホーム入所者の要介護3以上への限定、補足給付への資産要件の導入）されることとなれば、この保障性的の弱さは致命的となるおそれがある。こんなことでは、市町村にしっかり事業計画を策定してもらい、それを確実に実現させると強調するというだけでは、介護保険の保障性的の確保は心許ないものとなろう。

年金保険は金銭給付であるので、医療保険や介護保険のようにサービス利用の保障という問題は存在せず、給付の保障性的は受給資格が法定されることにより明確にされているが、その給付の水準の適切性がどのように判定され、どのように確保されるかという問題は残る。実際、基礎年金の水準については“基礎年金”という名称のみでその水準の意味づけは規定されていない⁵⁸。被用者年金の場合も、法律上の定めはなく、現役世代の報酬に対する割合のおおむねの目安を基に説明され、従来から、給付水準は年金額を計算する際の乗率の引下げや支給開始年齢の引上げなどで調整されてきた。しかし、2004（平成16）年の年金制度改革による保険料固定

57 もし、それが問題となった場合には、施設サービスの給付率を引下げて対応すべきである。

58 基礎年金水準が生活保護水準より低いことは問題だと指摘されることがあるが、基礎年金が所得や資産とは無関係にすべての国民を対象とすることから明らかなように、それは預金や個人年金などの収入も含めて支えられる老後の生活保障の土台という意味を持っており、生活保護水準との比較には意味がない。

方式への転換により、給付水準は財源（保険料収入+国庫負担）の総額の範囲内で決まることとなった結果、この給付の保障性が著しく弱くなったものと考えられる。新制度は将来の被保険者数や報酬額の推移如何では給付水準が大きく低下してしまう可能性も否定できない仕組みであることから、最終的な政治判断により、所得代替率（現役世代の平均可処分所得に対する平均的な年金額の割合）が50%を下回る場合は、給付と負担の在り方について必要な検討を行うことが法律上明らかにされたが、このことは年金保険において給付の保障性を確保すべきことが如何に重要かを示すものと言えるだろう。

ただ、このような方法で年金給付の保障性がある程度まで確保されたとしても、世代間で年金給付と保険料負担の係に格差⁵⁹が生じることは、年金保険の長期的性格からして不可避である。これをもって年金給付の保障は世代間で不公平であるという論者もいるが、年金保険の仕組みに対する無理解に出るものと言うはかない。生まれた時代によって社会的条件が異なる以上、世代間で給付の保障レベルに違いが生じるのは不可避である。

給付の保障性は強制加入が拠って立つ社会保障の観点から要請されるが、社会保険が保険契約に基づく「連帯」の制度である以上、保障されるべき給付といえども、保険料収入とのバランスを崩すことはできない。「連帯」としての保険システムにおいては自他の利害が共有されているからである。しかし、現実には政治的思惑から専ら給付水準の充実（さらには保険料負担の軽減）が追求され、社会保険の存立基盤を危うくすることもある。とすれば、保障されるべき給付水準は、政治的思惑から離れて、保険料を負担し給付を受ける被保険者自身の総意で決めるようにするほかあるまい。このことは、社会保険を被保険者先行型のイメージで捉えれば当然のことであり、保険者先行型であっても社会保険の健全な運営を確保するにはそう考えるしかないと思われる。問題は、どのような組織、どのような構成であれば給付と負担の一方に偏ることのない決定ができるかである（後述）。

5 社会保険の財源

(1) 保険料

① 定額保険料と応能保険料

社会保険においては収入または所得に応じた保険料の仕組み⁶⁰（応能保険料制、

59 生年別／保険料比率を見ると、1940年生まれは5.1倍、2000年生まれは2.3倍と推計されている。

60 現代社会では一般の人々は日々の生活を定期的に得られるフローの収入（所得）で支えており、社会保

通常は定率の保険料)が採られることが多く、これをもって社会保険と民間保険を分かつメルクマールと考える論者もいる。だが、国民年金(第1号被保険者)の保険料のように定額保険料制を採り、所得の低い者に対しては保険料の減免で対応している例もあるように、社会保険であるから応能保険料が必須の装備と云うことにはならない。定額保険料の場合、低所得の者には逆進的負担となり、その保険料納付が困難となるおそれがあることから、強制加入制を実効あらしめるための方法・手段として、応能保険料制が採られるものと解すべきである⁶¹。

では、応能保険料と保険給付との関係についてどう考えるべきだろうか。被保険者の側は応能保険料をどう受け止めればいいのかと云うことである。給付の対価性で述べたところと重複する部分もあるが、再度、保険料の側から考えてみよう。医療保険や介護保険の給付はそれぞれの心身の状態に応じて行われるから個別の給付額は異なるが、必要なサービス給付を受けるという意味では同一条件の一律の給付であると云える。したがって前述のとおり、定額保険料であれば応益的であり、交換的正義の観念にもなじみやすいが、個々の保険料額が異なる応能保険料の場合、負担と給付が見合わないと感じられる場合も出て来よう。給付・反対給付均等原則は当てはまらないとは云っても、とりわけ高所得であるがゆえに高額な保険料を負担させられる者を納得させることが難しい場合もある。もちろん、定率保険料であれば、保険料率は収入(所得)の多寡にかかわらず一律であるから、一応は公平な負担であると考えられることはできる⁶²が、それでも実負担額の違いを完全に無視することは難しいかもしれない。そこで実際の制度では、保険料負担額と平均的な受給水準の乖離が大きくなり過ぎないように、保険料の対象となる標準報酬の額(国保では保険料の額、介護保険では所得別保険料段階)に上限が設けられている(これに合わせて、あまりに低い保険料負担でも給付との均衡を失するという観点から健康保険では標準報酬の下限も設けられている)⁶³。負担と給付のバランスを考慮したギ

険への強制加入を実現するには、保険料もそのようなフローの収入(所得)からの拠出を前提として仕組むのが自然である。介護保険の補給給付において金融資産に応じて給付の可否・給付額を決めるのは、フローの収入(所得)から保険料を支払う社会保険の基本に反するものというほかない。所得に応じて決められた保険料をちゃんと支払っているのに、どうして他の被保険者と公平に扱ってくれないのかという被保険者の批判に誠実に回答することは困難だろう。

61 オバマケアでは民間保険への未加入者に追徴税を課すことにより実質的に加入義務を課すとともに、低所得者には所得に応じた税額控除をすることにより、その加入を実質的に担保することとされている。

62 これに対し、累進的な保険料制は到底、公平な負担とは云えないから、社会保険での採用は困難である。にもかかわらず、最近、応能保険料制の下で給付も応能的にすべきであるという議論があるのは驚きである。応能保険料と応能給付を一体的に捉えれば累進的負担になることをどう説明するのか。なお、市町村が所得段階別に設定する介護保険料においては高所得者に設定される倍率次第では累進的負担となるおそれがある。

63 被用者年金の保険料の賦課対象となる標準報酬にも上下限があるが、これは医療保険の場合とは異なり、

リギリの工夫と云えるだろう⁶⁴。とはいえ、上下限の範囲内では負担と給付のアンバランスは残ることをどう考えればいいか。おそらく立法者も保険料の上下限を設けた段階で、この問題に正面から解答することはできないと考えたに違いない。結局、ここでも保険システムが「連帯」の装置として自他の共同の利害に立つものであることを強調するほかないように思われる。保険料の上（下）限の範囲内であれば、厳格に云えば給付と負担が見合わなくとも、何とか「連帯」が成立すると考えるのである。医療保険や介護保険の「連帯」の範囲（制度・保険者）が社会的経済的実体に合わせて細分化されている実質的理由の1つはおそらくここにあるのだろう。「連帯」する対象が、想像できる範囲内にあるか否かは、現実の「連帯」の成立範囲も規定するのである。

国民年金（第1号被保険者）の保険料が定額保険料であることは、低所得者への減免制度はあるものの、その負担の逆進性は、現在の年金保険が直面している最大の困難－保険料収納率の低下－の要因のひとつである。もちろん、被用者年金の保険料のように源泉徴収ができないという現実的な障壁はあるのだが、その保険料収納率が、同じ困難を抱える国保の保険料収納率と比べても相当に低いのは何故か。おそらく前述のように、老齢による収入（所得）喪失のリスクと病気・ケガで医療を必要とするリスクは、いずれも蓋然性のあるリスクではあるものの、時間の経過を挟むか否かの違いにより、両者の間には保険料納付の時点におけるリスクの切実さの感覚に大きな差があるからであろう。この違いがある限り、国民年金（第1号被保険者）を所得比例保険料と所得比例年金の仕組みに改めても、また、所得税と一体的な徴収体制を作ったとしても大きな変わりはないものと予想される⁶⁵。また、保険料滞納のため無年金・低年金となる者を救済すると云って、仮に拠出制年金に加えて公費財源による最低保障年金を設けるにしても、保険料を拠出した者とのバランス上、十分な年金額が確保できるとは限らない。さらに基礎年金を全額公費財源に切り替えるとしても、今まで保険料を拠出してきた者の利益に配慮しなければならないほか、そもそも国民すべての老後の所得保障を国が公費で行うことが自由社会というわが国の基本的な在り方に相応しいか⁶⁶という問題も出てくる。必

報酬比例の年金給付が過大あるいは過少とならないためである。保障性が求められる範囲の問題であろう。

64 標準報酬の上下限とは別に、健康保険では保険者の保険料率自体の上下限も定められている。給付費総額の膨張・極小化に対する防波堤の機能は考えられるが、元々は国家保険であることを前提に、国による一方的な保険料の引上げを牽制する姿勢を示したものであろう。しかし、社会保険を被保険者自治的に捉えれば不要な規定であると思う。

65 老後に多めの年金を受け取るより、現在の納税額を減らしたいという動機が強いので、所得の正確な申告を期待することが難しいからである。

66 国が責任を持って国民の老後の生活費を支給することがどういう根拠から正当化されるのかという問題

要な財源をどう確保するかという問題以前に、理論的・制度的・実務的問題が多すぎるのである。この隘路を突破するには、正規雇用の労働者を増やすのは当然のこととして、非正規雇用であっても被用者であることに変わりはないから、それらの者の被用者年金への加入を進め被用者連帯の範囲を拡大する一方で、姑息な手段かもしれないが、第1号被保険者の保険料については、厚生年金保険料と健康保険料が一体徴収されているのと同様、国保保険料との一体的な徴収ができる方策を考えるほかないのではあるまいか⁶⁷。

国民年金第2号被保険者は国民年金の保険料納付義務はなく、厚生年金保険の保険料を納付すればよいこととなっている。厚生年金の保険料は応能（定率）保険料制であり、それにより基礎年金と第2号被保険者の報酬比例年金の費用が賄われるが、金銭給付であるので、応能保険料と報酬比例年金の組み合わせの部分は、前述のとおり、交換的正義に沿うものとして一般の理解も得やすいだろう。だが、その保険料が定額給付である基礎年金の費用にも充てられることについてはどうか⁶⁸。厚生年金保険はもともと全額報酬比例年金であったが、1954（昭和29）年の改正の際、全額を定額給付にすべしという社会保障制度審議会や経営者団体の意見と従前どおり報酬比例給付を維持すべしとする厚生省や労働団体の意見の間をとって⁶⁹定額部分と報酬比例部分が半分ずつとされたことは前に紹介した。これによって保障性は増したが、対価性はそれまでに比べて弱くなったことになる。すなわち、全額報酬比例給付の場合に比べて、高所得の被保険者は不利ではないか、その分、低所得の者が有利になっているのではないかと⁷⁰ということである。当時の社会保障制度審議会が主張した報酬比例保険料により定額年金給付を行う仕組みは、社会保障（特に最低生活保障）の観点に立てば確かにひとつの見識ではあるが、それが自由社会における市民感覚に合致し難いことも否定できないだろう⁷¹。報酬比例給付と

があることは云うまでもないが、財政事情からその支給水準を切り下げざるを得ないとき、国民の恨みが国に直接向けられるという怖さがある。賢明な統治者であれば採ることを得ない政策であろう。

67 かつて市町村に国民年金の事務を委託していた時代は、多くの市町村で国保・国年の保険料が他の公租とともに地域の納付組織で一括徴収されていたが、その再現は今日では不可能である。

68 菊池馨実『社会保障の法理念』（第4章 年金制度の基本的枠組みとあるべき制度像）は、国による過度の介入をもたらすという観点から、報酬比例部分まで加入強制の対象とする現行制度の枠組みに疑問を呈している。

69 吉原健二『わが国の公的年金制度』第2章 厚生年金保険制度の再建

70 この結果、所得の再分配が行われることになり、これを以て社会保険の目的が達成できるとする意見もあるが、社会保険の目的はあくまでリスク分散とそれによる生活保障であって、所得再分配は結果または付随機能と考えるべきである。

71 実際、定額部分の導入は公共企業体職員、農林漁業団体職員等が厚生年金保険から独立していくことに拍車をかけることとなった（前掲吉原書）。

いう方法がありながら、一部であってもそれを採用しないことを、国家・社会ではなく、個人の立場から正当化することは理屈の上では難しいものがあり、現行制度は被用者連帯の枠内だからこそ辛うじて成り立っていると云えるかもしれない。

その意味では、基礎年金改革で国民年金制度を共通の基盤的制度とした際、第2号被保険者も第1号被保険者と同額の定額保険料+報酬比例保険料を支払うこととして、定額保険料&定額給付部分と報酬比例保険料&報酬比例給付の部分の2つに分けるといふ、基礎年金の思想を徹底する考え方もあったのではないか。もし、そうであれば、第3号被保険者がいる第2号被保険者の給与・賃金から第3号被保険者名義の定額保険料を徴収することも容易^{たやす}かったかもしれない。

② 保険料の事業主負担

被用者を対象とする社会保険においては、原則として保険料の半分以上が事業主負担とされている。すなわち被保険者と事業主はそれぞれ被保険者に関する保険料額の1/2を負担する。事業主は、被保険者分の保険料をその賃金・給与等から特別徴収（天引き）するとともに、自らの負担分と合わせて保険料を保険者に納付する義務を負っており、保険料に関する債権債務関係は法律的には保険者と事業主の間でのみ成立し⁷²、それが被保険者の保険給付の受給権と保険料負担の関係に影響を及ぼすことはないとされる。ただ、事業主がこの保険料納付義務を怠ると被保険者の保険給付に不利益が及ぶことから、保険者(国)は保険料の徴収を確実にを行うため、事業主に対し滞納処分をし、事業主がそれに応じないときは罰則が科されることとなっている。

このような保険料の納付に関する事業主の義務は、ドイツのビスマルク立法以来の労働者保険の伝統に立っている。健康保険組合の設立が事業主のイニシアティブに基づくこととされているのも同様である。当時、労働者保険に事業主負担が導入されたことについて、被用者の健康水準や（老後の安心を与えることによって）労働能率を向上させることは事業主の利益になるとか、詐病による傷病手当金の不正受給を防止するねらいがあったといった説明は可能であるとしても、昂揚する労働運動や社会主義運動に総資本としても対応せざるを得ない歴史的社会的状況にあったことも忘れてはならないだろう。また、事業主負担分が賃金や製品価格に完全に転嫁されているという証拠はなく、実際に経済界も社会保険料の引上げに抵抗する

72 被保険者自身に保険料の納付義務はないとされる。ただ、事業主が保険料の納付義務を怠ったときは被保険者に保険料納付を認めるべきとの議論もある（堀 勝洋『年金保険法』第8章第6節）。なお、税における国と源泉徴収義務者、納税義務者の関係も同様とされる（1970〔昭和45〕年最高裁判決）。

場合が多いことから見て、現在でも事業主負担が実質的な意味を持っていることは否定できない。政府が、国保の公費（国庫）負担について被用者保険の事業主負担の代替という説明をし、国保保険料と被用者本人の保険料水準を比較していること、年金の保険料と保険給付の比率の世代別対比において被保険者本人分のみを対象としていることなどは、事業主負担も保険料として納められることからすれば、便宜主義的の感がある。

だが、このような沿革的歴史的な説明や現実に果たしている機能は別にして、社会保険において事業主負担が正当化される理論的根拠は何だろうか。極めて抽象的なレベルでは、企業（事業主）は、今日の経済社会の枠組みの支え－市場取引を成立せしめる契約・信用・司法等のルールやそれらを支える治安・教育・公共施設などの社会的インフラがあるからこそ、その構成員として存立できていることを踏まえ、そういう社会において被用者を雇用することには一定の社会的責任を伴うということに求めるほかないだろう。しかし、現行の制度を参照する限り、雇用関係がある者であっても介護保険の第1号保険料や後期高齢者保険料では事業主負担は求められていないし、拡大する財政調整によって事業主負担分の保険料が被用者関係以外の給付にも回っていることは、そのような社会的責任論による説明の範囲を超えるものと云うべきである。現状では、事業主負担の理論的・制度的根拠は万全とは言い難いのである⁷³。もちろん前述のように、医療保険において診療側に対するカウンターパワーとして被用者保険の中核的保険者の事業主が一定の機能を果たしている可能性はあるし、逆に、経済のグローバル化によって事業主負担が社会保険の給付水準を抑制する方向に機能するという可能性も十分に考えられる。仮に事業主負担にそのようなプラスとマイナスの両方の現実的機能があるとなれば、制度設計や運用において、そのプラスの機能が適正に発揮され、マイナスの機能が過剰に働かないような配慮⁷⁴を怠らないことが重要であろう。

73 健康保険において労使折半負担とされているのは、業務上の傷病も給付対象としていた創設時の健保において、業務上と業務外の比率を1：3とし、業務上については全額を事業主負担、業務外については事業主：被保険者の分担比率を1：2として計算した結果であるとされ、それが業務上・外を分離した際にも、そのままとなったからである。これについては、“昭和23年に労災保険が成立して健保から業務外が出て行ったにもかかわらず、労使折半負担が残ったのは、大変なメリット、けがの功名だった。当時は理屈から来るとどうなるかと思っていたが、そこは当然という感じで、議論にはならなかった”という興味深い証言がある（特別対談「保険主義の王道（第1回）」（『健康保険』2002年1月号）における山本正淑・元厚生事務次官の発言）。

74 例、（+）医療や介護の報酬決定における事業主代表を含む支払側の参画、（-）自らの負担回避のための給付抑制や国庫負担要求。

（2）公費負担

① 分立した制度における公費負担

日本の社会保険は公費負担（国庫負担・地方公共団体等負担⁷⁵）が多いことが特徴だとされている。しかし、労災保険は云うまでもなく、原則として健康保険組合や共済組合には公費負担はない。社会保険が保険である以上、財源は保険料であることが原則であり、国庫・地方負担がある方が例外なのである。とすれば、公費負担の根拠についてはそれぞれの制度ごとに吟味していく必要があるだろう。

公費負担が投入されている社会保険としては、健康保険（協会健保）・国保・後期高齢者医療制度・国民年金（基礎年金）・介護保険・雇用保険などがあるが、制度が分立している医療保険と一元的な制度である基礎年金・後期高齢者医療制度・介護保険では、その意味合いが異なる。制度が分立している医療保険の場合は、それに伴って必然的に財政格差（保険料水準の違い）が生じることを理由として、財政基盤の弱い制度に対する国庫負担が行われている。協会健保（政管健保）に対する国庫補助は実際には財政対策として始まった⁷⁶ものであるが、その規範的意味としては、被用者保険への加入が強制される者の間における保険料負担格差の是正＝負担の公平性の追求にあると理解すべきだろう。同様に、市町村国保に対しても、保険料負担の前提となる所得があることを当然には前提とすることができない者を対象とするという市町村国保本来の脆弱さを踏まえ、その財政運営を安定させるために多額の国庫負担が投入されているが、この場合も、すべての国民に医療保険への加入を強制する以上、どの制度に加入しても保険料負担の格差はほどほどの範囲にとどまる（被用者保険加入者との間で保険料負担に大きな格差がない）ことが求められるというのが、その理論的な説明になるはずである。

もちろん、制度間の財政格差は後述する財政調整によっても平準化することが可能であり、国庫負担による格差是正機能との間で、合理的な役割分担が可能かという難問は存在する。おそらく被保険者集団としての「連帯」が強い制度間では財政調整の親和度が大きく、それが弱い制度間では国庫負担の優先度が高いというのが基本であろう⁷⁷が、現在の医療保険制度では、そのような整理はしっかりととはなさ

75 地方公務員共済の基礎年金拠出金および独立行政法人造幣局・国立印刷局・国立病院機構の基礎年金拠出金では、国庫ではなく、地方公共団体またはそれぞれの主体が1/2を負担している。基礎年金の国庫負担の趣旨と整合的なのか疑問である。

76 政管健保の赤字が続いた昭和40～50年代、財政赤字を減らそうと保険料率の引上げが提案されるたびに、併せて国庫負担の増額も求められることが多かった。国営保険であるからか、保険料は国に召し上げられるものという感覚が強く、それを引上げるのであれば国庫負担を増やして上げ幅を抑制すべしという議論である。国民に社会保険の本質を理解してもらうことが如何に難しいかが分かる。

77 この観点に立てば、被用者OBやパート労働者もできる限り被用者制度に加えたうえで、被用者グループ内は財政調整で対応し、国保グループは公費負担で対応するというのが妥当な方法である。その場合、

れておらず、国庫負担と財政調整の論理と機能が入り乱れているというのが現実である。

なお、現在の市町村国保には国庫負担のほか、地方負担も投入されているが、これについても国庫負担と同じ理由の根拠づけが可能だろうか。国民皆保険は国の政策として被用者保険と国保の二（1.5）元体系により実現されたのであるから、前述のような観点に立って、国保への国費投入により、国民皆保険体制を維持しようとすることはおかしくはないが、地方公共団体にまでその責任を分担させる理由はあるのだろうか。おそらく真正面からその説明を成り立たせることは困難であろう。

また、後述の介護保険や後期高齢者医療制度においては一定年齢以上であれば基本的に住民を分け隔てなく⁷⁸対象としているから、地方負担の投入も一般住民の福祉の向上に資するという意味で地方財源の使途として不合理とは云えなくもないが、国保の場合、対象者は被用者保険に加入していない者であり、住民一般とは云えない以上、そのような特定の一部の者の給付費に地方の一般財源を投入することについて一般の住民を十分に納得させることができるかという問題も存在する。実際、昭和50年代初頭までは厚生省も自治省と共同歩調で大蔵省からの市町村国保に対する都道府県費導入の提案に抵抗をしていたと記憶するが、逼迫する国保財政をバックとした市町村長に配慮したのか、現在では国保への地方負担も当然のこととされ、厚労省や総務省は、その範囲や方法を拡大することに注力しているように見える。市町村国保の都道府県移管が実現した場合、国庫負担・都道府県負担・市町村負担がどのように整理されるか、注目される。

② 一元的な制度における公費負担

介護保険と後期高齢者医療制度は一元化された制度であり、制度内における保険者間の財政格差是正のための調整的な交付金を除けば、本来、公費負担の必要はないはずである。にもかかわらず一律的な公費負担が行われているのは、いずれも高リスクの者を被保険者とする独立型の保険制度であり、実際問題として被保険者の保険料だけでは給付費をカバーできない以上、現役世代の負担のほか、公費負担まで加えて制度を支えるほかないという事情による。

このように両制度の基本骨格は似ているが、公費負担の位置付けは微妙に異なっ

被用者と国保間の制度間財政調整は廃止され、国保は被用者内部での財政調整で浮いた国庫負担等を注入して支えることとなる。

78 厳密には、後述のとおり、すべての要介護者を対象とする介護保険給付の地方負担と、現役並み所得のない者のみを対象とする後期高齢者医療の地方負担では違いがある。

ている。介護保険の場合、国の調整交付金5%も含め、公費負担は5割で、基本部分はすべての者の給付費に一律に行われるのに対し、後期高齢者医療制度では現役並み所得のない者の給付費に限って5割の公費負担となっているからである。このような両制度における公費負担の違いについて、社会保険の在り方に照らしたとき、どう理解したらいいのだろうか。沿革的に云うと介護保険の場合、公費による老人福祉制度と介護的色彩の強い給付について公費5割としていた老人保健制度を合体させたものであるから、公費割合を5割とすることは制度設計上ほぼ必然的な帰結であったし、後期高齢者医療制度の場合、老人保健拠出金負担の増加に音を上げた被用者保険の要望を踏まえ、2002（平成14）年に老人保健法を改正し、同制度の対象年齢を75歳へ引上げるとともに対象者を現役並み所得のない者に限定するのと引き換えに、公費割合を3割から5割に引上げたことを継承したということなのだが、社会保険の在り方論としては、そのような説明に止まらず、後付けであっても、それぞれの制度に即した公費負担の意味付けが求められるだろう。

介護保険の場合、（第1号）被保険者が要介護リスクのある65歳以上の者とされているだけでなく、前述のとおり65歳以上の者であっても、要介護の発生リスクは年齢の上昇に伴い、傾向的かつ加速度的に増加するという特徴がある。しかも、要介護状態は不可逆的であり交替可能性もないことから、被保険者にとって介護保険料は掛捨て感が大きいという社会保険にとって重大な弱点を抱えている。そうであれば、65歳以上の被保険者の保険料だけで費用を賄うという制度設計には大きな無理があり、それだけ、高齢者の保険料以外の財源による支えが不可欠と云えるだろう。すなわち公費5割という財源構成は、要介護リスクの特性とリスク分散という保険のセオリーを無視して、65歳以上の者を基本的な被保険者とした独立型保険の半ば必然的な結果なのである。

これに対し、後期高齢者医療制度の場合、要医療リスクの高い者を被保険者とするとはいえ、要医療リスクには要介護リスクのような不可逆性や交替不可能性はないことから、保険料の掛捨て感はそれほど大きくないこと、（介護保険が基本的に高齢者のみを対象とするのと異なり）74歳以下の者も一般の医療保険の対象であり、それらの制度には一律の公費負担は投入されていないことが、介護保険とは事情が異なっている。その限りで、後期高齢者医療制度には介護保険と同様に一律の公費負担を入れなければならないという理由はないのであり、そこには沿革的理由しかないのだが、だからと云って、現役並み所得のない者の給付費について行われている5割の公費負担の性格⁷⁹が明らかとなるわけではない。一定所得以下の者の

79 2000（平成12）年10月に出版された社会保障構造の在り方について考える有識者会議報告「21世紀の社会

給付費が対象という意味で、福祉的要素を含むように思われなくもないが、そうであれば現役並み所得のある者の給付率である7割を上回る部分に公費を充てるのが筋であって、現役並み所得のない者の給付費についてのみ（福祉的配慮により）5割もの公費負担を行うことの説明は困難であろう。高齢者医療は、1973（昭和48）年に老人福祉法の措置により老人医療費の無料化を実現するという“初期設定”の失敗を犯して以来、失敗の“上書き”を重ね続ける歴史を辿ってきたから、その成れの果てとも云うべき現在の後期高齢者医療制度（の公費負担）について合理的な説明をすることは、所詮は無理なのかもしれない。

年金制度における公費負担は、基礎年金の国庫負担（基礎年金拠出金の1/2に相当する額）に集中されているが、年金制度において、このような高率の国庫負担が行われることはどう根拠づけられるのだろうか。歴史的に見ると、1942（昭和17）年に施行された労働者年金保険法の段階から給付費の10%を国庫負担することとされており、この割合は、同法が厚生年金保険法と改称され、給付の充実・保険料の引上げが行われるのとほぼ並行して引上げられてきた⁸⁰。この間、厚生年金保険は基本的に被用者にとっては唯一の公的年金保険であったが、それにもかかわらず一律に国庫負担が投入されてきたのは何故だろうか。当初は平準保険料方式でスタートし、多額の積立金もあったのであるから、医療保険のように当座の財政逼迫が問題だったわけではない。年金水準を改善するための制度改正の際、医療保険と同様、保険料の引上げに併せて国庫負担率の引上げも主張され、それに対して政治的配慮が行われた結果なのである。

また、1960（昭和35）年に国民年金が創設された際も、国庫負担は制度化されていた。しかも、それは徴収した保険料の総額の1/2相当分⁸¹という高率であった。国民年金の創設、特に保険料の徴収には、当時、激しい反対運動があったことから、保険料を納めれば、国もその半分相当額を負担するということで、国民を説得する材料としたのではなかろうか。厚生年金保険にしても国民年金にしても制度創設の

保障」において“高齢者も能力に応じて負担を分かち合う”とされている。これが、2002（平成14）年の老人保健法改正のベースとなった。

80 厚生年金への国庫負担は、1954（昭和29）年の大改正の際に10%から15%へ、1965（昭和40）年の改正時に国共済が15%から20%へ引き上げられるのに合わせて20%とされ、これが1985（昭和60）年の基礎年金創設まで続いた。

81 国庫負担の拠出時負担に国民の保険料納付に対する国の支援という側面があったとしたら、保険料免除者への国庫負担分の給付とはどういう論理で結びつくのだろうか。免除者の保険料の一部を国が肩代わりするものという説明の方が、国庫負担分の給付と結びつき易かったかもしれない。保険料免除者にも国庫負担分を給付するという改正は1962（昭和37）年に行われたものであるが、これにより創設時の国庫負担の論理は微妙に変化したのではないか。

当初から、国庫負担が制度化されていたことは、明日の医療費ではなく、遠い老後のために保険料を納めてもらうという年金保険特有の難しさ故でもあろう。

この国民年金の国庫負担は、1976（昭和51）年に拠出時負担（保険料の総額の1/2相当額）から給付時負担（給付費の総額の1/3相当額）に改められ⁸²、基礎年金創設まで続けられた。基礎年金改革の際、それまでの厚生年金保険の国庫負担（給付費の20%）と国民年金の国庫負担（給付費の総額の1/3相当額）はどう取り扱われることになったのであろうか。結論から先に云えば、ごく初期の段階では厚生省の方針はそれまでの国庫負担の仕方を踏襲するつもりだったようだが、財政当局との折衝などを経て、国庫負担はすべて基礎年金に集中することとし、その額は、基礎年金拠出金の1/3（現在は1/2にまで引き上げられている）に相当する額とされた。これは、将来、保険料納付期間の伸長などにより厚生年金の給付が増加した場合、それに対する国庫負担が巨額になることを考慮したことによるものであるが、その結果、厚生年金保険・国民年金という個別制度の事情を離れて、基礎年金という全国民に共通する費用について一律に国庫負担をすることの意味を考える必要が生じることとなったのである。この問いについて敢えて回答するとすれば、前述のとおり、年金保険の対象となるリスクに医療保険ほどの切迫性がないこと、長期的な就業構造の変化に対応するには、医療保険のような連帯を強調できる個別の被保険者集団ではなく、国民全体を被保険者として扱うほかないことから、その分、強制加入に伴う保険料負担に対する説得力が弱いということが挙げられよう。

もちろん、報酬比例年金にまで国庫負担を投入することは全国民的公平の観点からは問題があった。したがって、国庫負担を基礎年金に集中することには、それなりの合理的理由があると云える⁸³が、その割合を1/3とすることについては、当時の国民年金の国庫負担が給付費総額の1/3相当額であったという以上の理由は見出しがたい。それかあらぬか、その後、保険料収納実績の低迷もあって、これからの保険料の引上げ幅を抑制するため、この国庫負担割合を1/2⁸⁴に引上げるべ

82 満額年金はまだ発生していない段階であり、給付時負担の方が財政負担は少なく済むという財政上の判断があったと聞く。

83 その後の後期高齢者医療制度の公費負担や社会保障制度改革国民会議の議論に照らせば、国保と健保の関係同様、第1号被保険者の基礎年金拠出金について国庫負担を集中したり、ほかより増額したりすることも考え方としてはあり得たかもしれない。だが、第2号被保険者の基礎年金拠出金に対する国庫負担をゼロにするという選択肢は現実的には考えられなかつただろう。

84 要介護高齢者の介護給付費に対する公費負担と一般の老齢年金受給者の年金給付費に対する国庫負担が同じ割合でいいのかという疑問が湧かなくもないが、それだけ老後の所得保障は国民にとって重大な意味を持つと解すべきであろう。基礎年金の国庫負担率引き上げを巡る議論では、社会保険の給付費に対する

きであるとの議論が盛んに行われるようになり、紆余曲折の結果、最終的に消費税率の引上げとともに実現したことは周知のとおりである。

(3) 財政調整

社会保険が自他の利害を共有する被保険者による「連帯」のシステムであるとするれば、各自が拠出した保険料はその者が「連帯」する被保険者集団のために使用されるべきであり、その被保険者集団とは関係のない他の被保険者集団のため費消されることまで想定されることはない⁸⁵。だが、制度や保険者が分立している場合、たまたま属している社会集団によって決められた制度や保険者に加入を強制されることになるから、それに伴う保険料格差は不可避的に発生する。そのため、前述のとおり、全国民に加入を強制する以上、保険料格差が社会的に許容できない水準にまで拡大しないよう何らかの措置が求められる。例えば、被保険者集団の括り直しや財政基盤の弱い制度・保険者への国庫（公費）負担の投入が、その例であるが、制度・保険者間の財政調整も選択肢のひとつとされる。

保険者が分立する医療保険では、かつて赤字続きの政管健保の財政安定化（さらには診療報酬引上げの環境づくり）を図るために被用者保険内部における財政調整をすべきとの議論があった⁸⁶が、先に実現したのは、高齢化の進展に伴い老人医療費の重圧に悩む市町村国保救済のための事実上の制度間財政調整の制度であった。老人保健制度・退職者医療制度・後期高齢者医療制度／前期高齢者医療費の負担調整といった仕組みが、手を変え、品を変えて次々と作られていったのである。そして、後期高齢者医療制度を支える医療保険者の支援金のうち、被用者保険の支援金に総報酬割を導入することにより被用者保険内における実質的な財政調整も行われ、さらには介護保険の介護納付金も対象とされることとなった。これらの仕組みは、市町村国保に対する国庫負担の増額が容易ではないという財政状況のなかで、端的に云えば、国庫負担減らし（加入者数割の財政調整においては国保から被用者保険への負担転嫁による国保の国庫負担減、総報酬割の導入においては協会健保から健保組合・共済組合への負担転嫁による協会健保の国庫補助減とその減分の都道府県営に移行する国保への投入）のために行われたのであるが、このような経緯か

公費負担は1/2が限度であるという意見が多かった。確かに“半分”というのは、当初の国民年金の国庫負担率（保険料総額の1/2相当額）がそうであったように、ひとつの割り切りであり、（市町村国保のように保険料部分に着目して裏から国庫負担を導入しない限り）その割合に停留する可能性は大きい。

85 以下に述べる財政調整のほか、年金保険における福祉施設や2006（平成18）年健康保険法改正による病床転換支援金など、実際には、当該被保険者集団のためとは云い難い用途に費消される例はある。

86 当時、主張していたのは診療報酬の引き上げを狙う日本医師会（武見太郎会長）であった。

ら見て取れるように、制度分立下における財政格差を是正する方法として国庫負担と財政調整のいずれに拠るべきかという問題に関する理論的検討が十分に行われた結果とは言い難い。この問題について私は、前述のとおり、被保険者集団としての「連帯」が強い制度・保険者間では財政調整の親和度が大きく、それが弱い制度・保険者間では国庫負担の優先度が高いというのが基本であろうと考えているが、その議論は、今は措くとして、現に（あるいは今まで）採られてきた財政調整の仕組みについて、類型化しつつ、その合理性・妥当性を考えてみよう。

ひとくちに財政調整という語を用いてきたが、実際の制度を見ると、文字どおり保険者間で資金のやり取りをする仕組みと、すべての保険者が共通の給付主体に対し財政力（それに代わる指標としての加入者数の場合もある）に応じて資金を提供する仕組み（謂わば、隠された財政調整）の2つがある。前者の例が退職者医療制度と前期高齢者医療費の負担調整であり、後者の例が老人保健制度や後期高齢者医療制度である。この2つのタイプは理論的に選択されたと云うより、共通の給付主体を作るか否かという制度設計上の都合によるものであり、それぞれの仕組みの合理性・妥当性については個別制度に即して判断するほかない。その場合の判断基準の第1は、保険者と云えども私的財産権の主体である以上、保険者に資金提供を求める根拠に公共の福祉に適う合理性・妥当性があるか、換言すれば拠出やむなしと思わせる説得力があるかどうかということだろう。そういう観点から各制度を見ると、まず、退職者医療制度は被用者保険のOBが市町村国保に流入しているという現実に対応したのものとして、形式的理論的な根拠はともかく、社会的な合理性・納得性はあったと一応は云えるように思う。ただ、被用者保険のOBを市町村国保に置いたままの制度であったことから、それらの者の国保保険料率は、その医療給付費とは関係なく、一般の国保加入者の保険料率を流用する⁸⁷という不自然な仕組みとなっている。

老人保健制度に代わって制度化された前期高齢者医療費の負担調整は、その調整方法自体は老人保健制度の拠出金の算定方法を踏襲したものであるが、自らの被保険者への給付義務免除とそれに代わる共通の給付主体である市町村の資金分担という老人保健制度のフレームを放棄したことによって、給付義務の免除に伴う受益と

87 退職被保険者の保険料率をその給付費に即して決定するには、給付費を保険料と退職者拠出金でどのように分担するかという厄介な問題を解決する必要がある。考えられるのは、根拠はともかく折半とするか、退職者と現役被用者の人数比という方法であるが、そうすると同じ国保のなかで一般被保険者の保険料率と異なる料率となってしまう。それを避けるため、退職被保険者の保険料率は、その給付費とは無関係に、一般被保険者の保険料率を流用することにしたのではないかと推測される。

いう保険者の資金拠出を支える中核的根拠⁸⁸が失われてしまった。前期高齢者医療費の負担調整においては、高齢者加入率の低い保険者が高齢者加入率の高い保険者に対して何故、資金援助しなければならないかという問いに真正面から解答しなければならないなくなったのである。これに対する政府の説明は聞いたことがないが、おそらく考えられるのは高齢者加入の市町村国保への偏りを放置すれば、国保が破綻し、延いては国民皆保険体制も崩壊するおそれがあるという、一種のドミノ理論であろう。しかし、これは国庫負担の投入であっても成り立つ議論であり、何故、被用者保険が、被用者 OB といった社会的表徴とは無関係に、市町村国保に資金を提供しなければならないのかという問いには答えていない。被用者保険加入者と非・被用者（被用者保険に加入していない者）とは“熱烈”な連帯の絆で結ばれているはずだとでも云うのだろうか。

老人保健拠出金の仕組みは、前述のとおり、加入している高齢者に対する（医療保険による）給付義務の免除という“受益”があることを市町村に対する保険者の資金拠出の中核的根拠（受益者負担）としつつ、高齢加入者に対する各保険者の本来的給付額⁸⁹を基に、全保険者に同じ割合で高齢者が加入しているものとみなす計算方式で拠出金額を算定することにより、実質的に財政調整を行うという巧妙なものであった。これに対し後期高齢者医療制度の支援金の仕組みは、共通の給付主体である都道府県単位の市町村広域連合に対し加入者数に応じて算定される支援金を拠出するという限りで、一見、老人保健拠出金と似た構造を採っている⁹⁰が、後期高齢者は医療保険から離脱して広域連合（独立型保険者）の被保険者となることから、前述の老人保健拠出金にあった保険者の給付義務免除という資金拠出の中核的根拠は失われてしまっている。政府の説明は「後期高齢者医療制度がなかったら医療保険者は後期高齢者の医療給付費を負担していたはずだから」というものであったが、比喩的に云えば、別居はしているものの離婚には至っていなかった老人保健制度の“夫婦”が後期高齢者医療制度になって離婚が成立した後、互いの協力扶助義務はなくなったにもかかわらず、あたかも離婚はなかったものとして、その履行を求められるようなものであり、資金拠出の根拠として、到底、合理性・納得性の

88 老人保健制度では高齢者を各医療保険に加入させたまま、保険料を負担させながらも給付は市町村が行うという構成を採ることによって、それに伴う保険者の受益を市町村への資金拠出の根拠とした。もちろん、実際の保険者拠出額は高齢者の加入率に応じて算定するという“財政調整”が行われたが、このような拠出の根拠なしでは“財政調整”は実現しなかったであろう。

89 給付義務はないが加入関係は残っているので、保険者ごとの高齢者給付費の額は計算可能であった。

90 加入関係はないので医療保険者ごとの後期高齢者医療費は存在しないから、支援金の算定は後期高齢者医療費の全国平均額により行われる。老人保健拠出金に比し、税に近づいたと云うことができよう。

あるものではない。結局、この場合も、前期高齢者医療費の負担調整と同様、後期高齢者の医療費を皆で支えることにより、国民皆保険体制を守るためというドミノ理論になるのかもしれないが、前述のとおり、これは国庫負担の投入など、どの仕組みであっても成り立つ粗雑な議論と云うべきである。

なお、老人保健拠出金や後期高齢者支援金に似ている仕組みとして介護保険制度の介護納付金と年金制度における基礎年金拠出金があるので、これについても付言しておこう。介護保険では40歳から64歳までの者も介護保険の第2号被保険者とされており、本来、市町村保険者が徴収すべきところ、便宜、医療保険者が徴収代行するという説明が行われている。徴収代行という便宜のために第2号被保険者を医療保険加入者に限るというご都合主義的なところがあり、医療保険者が徴収しない場合の市町村権限について定めがないといった問題もあるが、医療保険者の資金拠出の最終根拠が市町村の第2号保険料徴収権限にあるという限りで、最低限の根拠はあると云えるだろう。基礎年金拠出金の場合、年金の受給権者のための費用を、各年金保険者が現在の被保険者数に応じて分担するものであり、長期保険という年金保険の構造上、問題とはなり得ないと思われる⁹¹。

財政調整の仕組みの合理性・妥当性に関するもう1つの論点は、その量的規模である。社会保険は被保険者が自らの保険給付のために保険料を拠出する連帯の仕組みなのであるから、保険料収入が自分達の保険給付ではなく、他の制度・保険者の保険給付等のために流出していくとしたら、それは保険料の名を借りた税かそれに類する公課という性格を帯びるだろう。もちろん前述のとおり財政調整が一切否定されるべきものとは思わないが、保険料収入の過半が他の制度や保険者に流出するようでは、やはり社会保険の範囲を逸脱するものと云うほかない⁹²。もし、財政調整の結果、そのような事態を招くことがあるとすれば、それは財政調整という方法の限界を超えているというべきであって、むしろ被保険者集団の括り直しで対応するのが筋であろう。

91 基礎年金拠出金の算定基礎には未納の第1号被保険者の数も含まれることから、その分まで第2号被保険者に負担させるのかという問題が指摘されることがある。特別徴収の第2号被保険者と実態として任意納付に近い第1号被保険者を同列に扱うことから生じる問題であるが、実務上は基礎年金拠出金との不足分は年金特別会計国民年金勘定の積立金で賄われているとのことである（河野正輝・江口隆裕 編『レクチャー社会保障法』第6章）。

92 私は被用者保険内部の財政調整は否定しないが、制度・保険者の分立を前提とする以上、100%の財政調整はあり得ないと考える。保険者としての存在意義を考えると1/2財政調整が限度であろう。

6 社会保険の運営

(1) 保険財政の自律性

社会保険が被保険者の保険料負担の対価として被保険者に保険給付を行う「連帯」のシステムである以上、各保険者において保険料収入の総額と保険給付の総額が等しくなるべきことは当然の帰結である。これを教科書では収支相等の原則と呼ぶ。社会保険において収支相等を実現するにはどうすればいいか。一般財政のように単純に“入るを量って出るを制す”と云うわけにはいかない。“出る（保険給付）”には保障があるからである。すなわち社会保険では“入ると出るの両方を量って両方を制す”必要があるというべきなのである。特に年金保険は負担と給付の間に長い期間を挟む“お約束”（通時的制度）であるから、その収支相等は、短期的なそれと云うより、制度設計における長期的な負担と給付の均衡において達成されなければならない。現在の財政検証の仕組みは、それを確保するためのものである。

これに対し医療保険や介護保険は、共時的な仕組みであり、原則として各年度（財政運営期間を数年間としているときはその期間）における厳密な収支相等が求められる。ある時点における被保険者の受益（保険給付の受給）はその時点の被保険者の保険料で賄われるべきであって、次の世代の被保険者にツケ回しをすることは許されないからである。ところがわが国の医療保険・介護保険では、保険者が収支相等を追求しようにも、収支、特に支出を制する手段（権限・機能）が十分には与えられていない⁹³。それでも介護保険の場合は要介護認定や在宅サービスの支給限度額・施設サービスの包括報酬により一定の歯止めは設けられているが、医療保険においては“要医療認定”はサービス提供者である医師が行い、医療の内容も基本的に医師の判断に委ねられているのであるから、医療保険者は医療機関から一方的に回ってくる診療報酬債務を支払うだけの組織であるかのようである。しかも、医療サービス機関、介護サービス機関のいずれも、ベッド数の規制はあるものの、原則として自由開業制で、かつ、患者・利用者にはフリーアクセスが認められているので、供給面から支出を制することも容易ではない。したがって自由市場的なサービス供給を前提とする医療保険・介護保険の保険者にとって収支相等の達成は、主として給付に見合う保険料収入の確保の問題として現れてくる。

では、この保険料収入の確保は、保険財政の運営のどの局面において問題となる

93 近年、保健事業の実施など保険者機能の発揮が強調されるのは、支出に関する保険者権限の無さを踏まえた、辛うじて可能な涙ぐましい支出抑制努力というべきである。

のだろうか。まず、予算段階で、既定の保険料率⁹⁴による保険料収入の見込総額で保険給付費の見込総額を賄い得るかどうか精査され、不足すると見込まれば保険料率の引上げが検討される。市町村国保等においては政治的配慮から給付費総額を過少に見積もり、保険料の引上げ幅を抑制する例もあると聞くが、本来、保険の財政運営は政治的配慮などとは無縁の、自律的・合理的なものでなければならない。次に、決算段階で保険給付費が見込みを上回ったり、保険料収入が見込みを下回ったりした場合の対応が問題となる。この場合、通常、年度途中での保険料引上げは難しいので、積立金があればそれで補填し、ない場合は一時借入をしてでも収支尻を合せる必要がある。もちろん借入で対応したときは次年度以降、保険料を引上げて償還しなければならない。保険者の財政責任とは、端的に云えば、この決算時の帳尻合わせとその後始末の責任と云ってもよい。

収支相等の原則は、本来は保険料収入と保険給付費の相等を意味しているが、公費負担や財政調整による他からの資金提供がある場合でも、当然、守られるべき原則である。保険者には、給付費のうち公費負担や財政調整による資金では賄えない部分、すなわち最終的に保険料で賄うべき部分について（次年度以降であっても）必要な保険料収入を確保し、帳尻を合わせる責任があるのである⁹⁵。これによって給付費に応じた保険料という関係が明確に担保されるのでなければ、収支相等の原則は名前だけのものになるだろう。介護保険の財政安定化基金や市町村一般会計繰入れ禁止ルールは、給付費に応じた保険料という関係を確保するための仕組み・行政運用と云ってよい。その観点からすると、現在の市町村国保の保険料が市町村の医療費水準のほか、医療費とは無関係である被保険者の所得水準も加味して決めることとされ、その結果、保険料収入では医療費との帳尻合わせができる保証がないので収入の不足分を公費による調整交付金で補填するとされていることは、保険財政の自律性の観点からは大いに問題がある⁹⁶。市町村国保の都道府県への移管では、市町村への分賦金（国保事業納付金）方式が採用されるが、その成否は、このような保険料の決定方法を見直し、給付費に対応する保険料という関係を財政運営にどのように反映させられるかにかかっていると云ってよい⁹⁷。いずれにせよ保険

94 市町村国保・介護保険では既定の保険料の算出方法。なお、介護保険法では保険料額は条例で定めるところにより算定された保険料率により算定するとされている。

95 この責任が正確に果たされるには、公費負担や財政調整による資金配分は確定したルールに基づき行われる必要がある。それらが裁量的に配分されるようでは、保険者はそれを当てにしがちとなり、規律ある財政運営がなされなくなるであろう。

96 後期高齢者医療制度では、この点は、介護保険と同様の仕組みに改善されている。

97 都道府県国保が行う分賦金（国保事業納付金）の算定において市町村ごとの医療費などの事情をどの程

財政は、給付費は自らの保険料で賄うという規律、換言すれば財政運営の自律性をどれだけ守れるか否かによって、その健全性が決まってくるのである。

(2) 当事者参加による保険運営

保険財政の自律性が求められることは、社会保険が保険料の対価として保険給付を行う仕組みである以上、その健全な運営のためには当然のことと云ってよいが、前述のとおり、実際には事業運営に関する事項の多くが法律などで決められており、保険者段階で決められるものは極めて少ない。制度運営の重要事項に関し被保険者の代表などが審議会の構成メンバーに加えられることはあるが、基本的な事項はすべて法律や政府によって決められている。年金保険の場合、保険者の存在すら明確には意識されていない⁹⁸。医療保険においても、保険者が自らの責任で決められるのは、具体的な保険料水準のほか、保健福祉事業・被保険者教育・健康管理などの分野に限られる。だが、社会保険の運営は、このように法律や政府がほとんどの重要事項を決めることでいいのだろうか。自律的な保険財政が確立すべき目標とされ、保険料収入と保険給付費の収支相等の関係が当然のこととなればなるほど、保険料水準と保険給付水準の真の決定権者は、保険料を負担し保険給付を受ける被保険者自身（その集合としての保険者）になるべきではないか。被保険者による原初的な保険契約の締結の場面を想像してみれば、そこには、自分たちが負担する保険料水準と自分たちが受ける給付水準を両にらみにして、被保険者自身があるべき保険料と保険給付の水準を議論し、決定する光景が見えるだろう。その意味では、社会保険各法を現在の給付法構成ではなく、組織法構成として給付と負担に関する被保険者決定の手続きと組織を定め、法律では給付の保障性の大枠さえ確保しておけばいいとの考え方もなくはないのである。

そうであるとすれば、少なくとも現在の社会保険における給付水準と保険料水準の決定は当事者である被保険者自身による手続きと判断にもっと委ねられるべきであろう。協会健保のように保険者機能を国から独立させ、その決定機関（運営委員

度まで考慮するかによって、この財政責任は都道府県寄りか、市町村寄りかのどちらかになるだろう。市町村の事情に十分に配慮する仕組みであれば、見込み違いの場合の帳尻合わせの責任は市町村の方が大きくなり、都道府県が、市町村の事情を十分考慮に入れず、標準的な基準によって決める仕組みであれば都道府県がより多くの帳尻合わせの責任を負うことになるはずである。これについては、財政安定化基金からの借入を誰が行い、誰がどういう財源で償還するかという制度の詳細設計によって決まって来ようが、中途半端になってまたぞろ国庫負担頼みとなるおそれがないとは云えない。

98 かつての社会保険庁は年金保険の保険者であったが、現在は国が保険者で、日本年金機構はその業務を行う機関という位置づけになっている（前述）。

会⁹⁹等)については被保険者(事業主も含む)代表を中心とする構成にするのである。そこには、保険料だけではなく、給付水準(給付率・高額療養費など)についての権限もある程度まで与えられた方がいい。介護保険の場合も同様である。市町村議会とは別に介護保険運営委員会を設置し、本人または家族が介護サービスを利用している被保険者(第1号・第2号)と利用していない被保険者を同数ずつ選んで構成することにより、サービス利用者が後期高齢者に偏ってサービス利用のない者は保険料が掛捨てになっていることの弊害を最小限に抑えられるよう工夫したうえ、例えば給付率7~9割の範囲で、それぞれが納得できる給付率と保険料水準の適切な組合せを保険者が選ぶこととしたらどうか。年金保険の場合も日本年金機構を保険者と位置づけ、被保険者・受給権者代表により運営委員会を組織してもらい、財政検証の結果、必要であれば適切な給付水準と保険料水準の組合せを選択してもらうことが考えられる。この場合、年金財政がほぼ賦課方式となっていることから、被保険者・受給権者代表と云っても世代により利害を異にすることを踏まえ、被保険者・受給権者代表も世代別の代表とし、20歳代~80歳代まで男女同数の委員構成とすべきであろう¹⁰⁰。また、これらの当事者中心の運営委員会の決定については国や地方の議会もそのまま尊重するという慣行が確立される必要がある。

このような(非現実的と思われる人も多いであろう)当事者自治的な保険運営を主張するのは、現在の社会保険の給付水準と負担水準の決定があまりにも政治の影響を受けていることに対する危機意識があるからである¹⁰¹。そのような政治が耳を傾けるのは、給付は充実すべし、保険料は抑えるべし、その分は国庫負担で賄えという大衆の声であろう。それに迎合して給付の改善は先取りし、負担増は後送りにするという政治のビヘイビアの結果は、国庫負担の増額・国債増発による後世代へのツケ回しであった。結果として、大きくなった国庫負担の制約は、真に給付の充実が必要なときに、その脚を引っ張ることになるのである。国や地方公共団体による保険事業の直営を止め、独立した公的保険主体による自律的な保険財政の枠組みを確立し、そのなかで被保険者自身に給付と負担の選択をしてもらうことにより、国民は真に社会保険の合理性を理解し、安易に国家に依存する姿勢から脱却できる

99 現在の協会健保では、保険料率等を審議する運営委員会は被保険者代表中心の構成とはなっていない。

100 このほか10歳代未満と90歳代以上の世代代表には、その立場に立って発言することを宣言した学識経験者等を代理のメンバーにしてもよい。

101 社会保障の規模が拡大し、国民生活に与える影響も巨大なものとなったとき、政治家はそれを有権者の支持獲得の格好の手段としたい誘惑に駆られるのであろう。しかし、とりわけ国民との“お約束”である社会保険を政治的思惑で弄ぶことは極めて危険である。2009(平成21)年の政権交代において年金制度改革に関する一見、口当たりのいいマニフェストが掲げられたことは記憶に新しい。あのときの苦い記憶を政治家も国民も忘れないようにすべきであろう。

だろう。また、被保険者が自ら当事者として社会保険の運営に参画することにより、社会保険を専門家支配に陥らせないことにも繋がるはずである。

(3) 簡素・明瞭の要請

簡素・明瞭の要請は租税原則でも掲げられる¹⁰²が、社会保険においても重要な原則である。というより、租税の場合より社会保険における方がさらに重要ではなかろうか。前述したとおり、社会保険における負担と給付の適切な均衡水準は、政治家でも官僚でもなく、被保険者自身が判断するほかになく、その判断が正しく行われるためには、社会保険の仕組みが専門家にしか理解できない複雑なものであってはならないからである。自律的な保険財政の枠組みを前提とした被保険者参加による保険運営が成り立つには、社会保険の仕組みが簡素・明瞭であることが不可欠なのである。

にもかかわらず、社会保険が複雑化するのは何故だろうか。冒頭の注1にも書いたように、まず、保険給付が保険料の対価であるがゆえに、その保障に漏れがないようにしなければならないという要因が考えられる。これによる複雑化は、特に年金保険において顕著かもしれない。また、経済社会がどのように変化しても対応できるような制度設計することは理想ではあるが、人間の想像力には限界があり、当初の制度では対応できない経済社会の変化が生じれば制度の追加・変更が必要になることも、複雑化の要因の1つと考えられる。しかも、その対応は、適時適切なタイミングで行われるのではなく、多くの場合、時機を失しがちとなり、その分、大仰なものとならざるを得ないことも複雑化に拍車をかけるだろう¹⁰³。さらに、医療保険や介護保険のようなサービスに関する制度において顕著であるが、被保険者・患者・利用者・サービス事業者の幅広い具体的要望に応えようとするあまり、サービスを規律する基準や報酬体系が加速度的に複雑化する現象も見られる。医療や介護サービスに関する患者・利用者の多様な要望について国会等で何らかの対応が求められた場合、財源や制度の制約のため十分な対策ができない場合でも、基準や報酬で何らかの措置を講じていれば、一応の回答となるからであろう。このほか最近、政府の政策担当者が“仕事熱心”かつ“お節介”なあまり、制度いじりをし過ぎる面もあるように感じられる。特に、それが制度の本質や経緯を十分に理解しないまま、

102 A・スミスは公平性のほか、明確性・確実性・便宜性・徴税費最少を掲げ、A・ワグナーも税務行政上の原則として同様の項目を掲げている。わが国でも租税3原則として公平性・効率性（中立性）・簡素（徴税と納税協力費の最小）が掲げられる。

103 高齢者医療制度が現在のように大仰になったのは、老人医療費無料化という初期設定の失敗とそれによって生じた問題への対応の遅れに原因があったと考えられる。

思いつきのように行われると制度の複雑さは一層、増すこととなる。どんな内容であれ、いったん付け加えられた制度内容を“削除”することは官僚組織にとって不可能に近いからである。

このように制度の内在的性向や官僚の行動様式に由来する制度の複雑化を放置しては、社会保険における専門家支配を許してしまうことになるだろう¹⁰⁴。のみならず、国民や関係者は制度の改正動向を追うことに終始し、過度に制度依存的となったり、社会保険は国がやっているもので自分たちはその対象に過ぎないと思ったりするようになるかもしれない。国民は、社会保険を自分たちが支えるものとは考えなくなるだろう。

それでは、制度の複雑化に対する有効な歯止めはあるだろうか。残念ながら、現在の政治の風景を見る限り、決め手はないように思われる。まずは、制度改正は国民にとって“改正”であるとは限らず、むしろ全体としては好ましくない結果を招くこともあること、制度の複雑化は事業者にとって報酬請求における算定誤りなどの“落とし穴”を増やし、地方行政の担当者にとって自分で考える機会を奪われ真の自治を骨抜きにするものであることを、国民や関係者が知ることから始めるほかあるまい。また、政府の政策担当者には自分たちの“善意”が必ずしも期待する“善意”の結果には繋がらず、むしろ良くない結果を齎す場合があることを認識する冷静さと謙虚さが求められるだろう。国民は政府に何かをしてくれと求めるのではなく、余計なことはしてくれるなど云うべきなのである。

7 結びに代えて

(1) 近年の社会保険の変容

近年の社会保険は、以上に述べたような社会保険の理念型から次第に離れつつあるように見える。1つは、社会保険の国家管理の強化である。年金保険が国共済等も含んだ一元化の方向に進む一方、医療保険も、2005（平成15）年の政府・与党医療制度改革大綱では「…医療保険制度の一元化を目指す」とされ、政府方針に初めて医療保険の一元化が掲げられたことは記憶に新しい。制度の一元化は必然的に国の関与を増大させる。また、各制度の給付率が統一されるとともに、療養の担当が保険医療機関へ一本化される状況下で、医療費の適正化が国策化し、国が前面に出て来ることとなった。従来、形式的にせよ、中医協における当事者の関与事項とさ

104 F・A・ハイエク『自由の条件Ⅲ 福祉国家における自由』第19章（3 民主主義と専門家）など。この種の社会保険に対する批判は、税による社会保障を主張する論者にも共通する。

れていた診療報酬の改定幅の決定が内閣権限とされたほか、医療保険法（高齢者医療確保法）のなかに初めて、医療保険の構成要素としては異質な、国の基本方針に基づく全国および都道府県の医療費適正化計画が制度化されたこともその現れである。これは、その後、2013(平成25)年の社会保障制度改革国民会議報告を踏まえ、医療と介護を総合的に確保するための国の指針に基づく都道府県計画・市町村計画の作成というスキームにも繋がったほか、先の医療費適正化計画自体もさらに強化されようとしている。これらは、前述のように自由開業制・フリーアクセスを前提とする我が国の医療保険・介護保険においてはかなり困難な試みと云うほかなく、おそらく今後、必然的に管理統制を強化する方向に向わざるを得ないものと予想される。

もう1つの変容は、年金保険において進んだ福祉施設¹⁰⁵の廃止とは裏腹な、医療保険や介護保険における事業の拡大・義務化である¹⁰⁶。その一例が、高齢者医療確保法における特定健康診査・特定保健指導（いわゆるメタボリック症候群対策）の制度化・義務化であった。社会保険が個人の保険料拠出の見返りに当該個人に保険給付の受給権を与えるものである以上、受給権とは結びつかない¹⁰⁷事業に保険料を充てることは目的外使用（例外）であり、仮に、それが許されるとしても、当該事業の実施について各保険者が個別に必要な手続きを経て被保険者の同意を取り付けた場合に限られるはずだった¹⁰⁸のではないか。ところが、特定健診・保健指導はその実施を法律改正により保険者の義務とした¹⁰⁹ばかりか、実施状況に応じて後期高齢者支援金を加算・減算する仕組みまで導入されたのである。メタボリック症候群対策の健康水準や医療費に与える効果自体にも種々議論はあるが、それはさておいても、この仕組みは、保険の原則からの逸脱であるのみならず、社会的合理性に欠

105 社会保険における「事業」は「施設」と同義で、元来、「保険者は被保険者の保健／福祉の向上のために事業／施設をすることができる」というものであった。年金保険料の無駄遣いとして批判を浴びたグリーンピアなども云うまでもなく施設／事業である。

106 私の印象では厚生労働省の官僚の一部には、保険料を、決められた給付に使うばかりでなく、自分たちが必要だと考える事業に自由に使えるようにしたいという抜き難い願望があるように感じる。

107 受給権の保障は予算枠との関係で見れば分かりやすい。給付費が当初の予算見込みを上回る場合、保険者は補正予算を組んでも、それに対応しなければならないのに対し、事業費がそうなった場合は当初予算で対応できる範囲で実施を打ち切っても許されるのである。

108 すなわち施設／事業の実施は保険者の任意であり、健保組合や市町村国保においてそうであったように、各保険者が民主的手続きを踏んで行うのが原則なのである。

109 権利性を持たせるのであれば、それらを予防給付とする選択肢もあった。ただ、その場合、法定給付と云うより任意給付に止まることになったかもしれない。しかし、メタボ対策が真に有効であれば、保険者はこぞって予防給付としたはずである。

けるものというほかない。各保険者における特定健診・保健指導の効果と後期高齢者支援金の負担額の間にはどのような関係もないからである。それとも、各人には老後の健康増進に努める責務がある（高齢者医療確保法2条1項）から、それを促すため、保険者にペナルティをかけるのはおかしくないと思うのだろうか。

介護保険における地域支援事業にも同様の問題がある。これについても各保険者における被保険者の同意手続き抜きで、法律上、保険者に実施の義務が課されているからである。2005（平成17）年改正で制度化された¹¹⁰地域支援事業は、さらに2014（平成26）年改正で、予防給付の一部も吸収して介護予防・日常生活支援総合事業と改称されたが、政府の説明によると、これは地域包括ケアシステム構築の有力な手段であると言う。地域包括ケアシステムのイメージは今ひとつ明らかではないが、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインを見る限り、“包括的”“有機的”“規範的統合”など、尤もらしいが具体的内容の乏しい言葉が目立つ。少なくとも、保険においては脇役であるはずの事業が給付と同様に主役を張るかのごとき説明は本末転倒と云うべきであろう。

さらに社会保険の変容として挙げるべきは、福祉的措置の混入である。これは前述した20歳前障害に対する障害基礎年金の支給や高額療養費・高額介護サービス費における低所得者の優遇（一般より高額費の限度額が低い）にみられるように、従来から全くなかったわけではないが、近年、財政制約が強まるなか、給付の重点化という名目で、負担能力のない者（一定以上の所得や資産のない者）には厚く給付（逆に、負担能力のある者には給付を減らす）するという措置が堂々と講じられるようになってきた。介護保険における施設入所の低所得者に支給される補足給付¹¹¹や一定所得未満の者の利用者負担据置き（一定所得以上の者は2割に引き上げ）が最近の例である。さらに今後、医療保険において給付抑制のためのさまざまな措置が講じられることとなれば、低所得者優遇は一層拡大するかもしれない。だが、一定以上の負担能力があると見なされた者が給付において不利な扱いを受ける場合、決められたルールに従ってきちんと保険料を負担しているにもかかわらず、給付がこのように不公平であることに彼らは本当に納得するのであるだろうか。制度改正によ

110 制度スタートの際、介護予防・生活支援交付金という補助金が予算計上されていたが、これが毎年度の予算編成で10%削減される費目の対象となったことから、保険料財源を投入して法定することにより、削減対象から外したものと推測される。これが2014年改正で介護予防・日常生活支援総合事業となり、市町村がさらに前面に出て取り組むこととなった。あたかも“措置制度”の復活のようである。

111 この補足給付は、世帯分離という便法によって多くの利用者が低所得者扱いとなってしまったことから、2015（平成27）年実施の改正では金融資産まで勘案して、受給者を制限することとなった。前述したとおり、フローの所得を基礎とする社会保険の受給要件にストックを持込むのは前代未聞の愚挙である。

り当初の保険加入時の条件を変えるのであれば、国家的詐欺と称されても仕方あるまい¹¹²。低所得者に対して特別の配慮をすることは必要であるとしても、前述のとおり、その配慮部分はまさに福祉的措置として公費財源により行うべきなのである¹¹³。

また、年金においても高所得者については基礎年金の国庫負担分をカットするという提案が一部に行われている。まだ豊かな老後か貧しい老後か分からない若い人々に対し、保険料を納めれば基礎年金の1/2は国が持ってあげるからと保険料納付を働きかけたのは、まさに国なのである。そんな“年金のお約束”を国が自ら守らないで、国民皆年金を守れるはずはない¹¹⁴。こんなことが議論になるようでは、誰もまじめに保険料を払う気がなくなってしまうだろう。

国家管理の強化はともかく、事業の拡大・義務化や福祉的措置の混入のような社会保険の変容を許容してしまうことの底には、どんな発想があるのだろうか。財政制約が強まるなか、何とか給付費を抑制したいという政府の主観的意図は分かるが、それらの措置が社会保険の原則に対して無頓着に行われるのは、「連帯」としての保険契約という社会保険の基本よりも、国の法律に基づく行政的な制度であるという側面が重視されるからであろう。国が社会保障の向上・増進に努めるのであるから、その方法は国に任せてくれという姿勢である。だが、このような発想は、“社会保険とは国民が「連帯」しよう（保険契約を結ぼう）とするのを国が法による「強制」という枠組みを用いることによって支援するものである”という、われわれの制度理解から出て来るものではない¹¹⁵。

(2) 公助、それとも自助の共同化？

2013（平成25）年に出された社会保障制度改革国民会議報告において社会保険は“自助の共同化”であると書かれたことを巡って、それを批判する議論があった。

112 支給要件を厳しくする改正を将来についてのみ適用するのであれば、このような約束違反とは言われな
いかもしれないが、その場合、今後の保険加入の強制の根拠が弱くなる恐れがある。

113 介護保険の場合、すべての要介護者の給付費に公費負担が充てられていることに着目して、そこからこの福祉的措置を根拠づけようとする議論があるかもしれない。だが、前述のとおり、介護保険の公費負担は、
沿革的理由のほかに、リスクの高い高齢者を主たる被保険者とする独立型保険という制度設計に伴うもの
である。この場合の公費は“透明のガラス”のようなものであって、保険制度であるという制度の性格を失
わせるものではない。保険と福祉という性格を同等に持つヤヌスのような制度の設計は困難である。

114 これから国民年金に加入しようとする者について、そのような条件付きの“お約束”にすることはあるか
もしれない。ただし、それによって保険料の納付率がさらに低下するおそれは大きいだろう。

115 逆に言えば、国は国民が“連帯”するよう「強制」という制度理解の方が、このような発想を容認
しやすいのかもしれない。

自助の共同化というより、本質は“公助”ではないかという議論である¹¹⁶。似たような議論として、社会保障は自助・互助・共助・公助の組み合わせであるという表現もあり¹¹⁷、自助の強調＝社会保障後退の口実という疑念から、社会保険＝自助の共同化説にも同様の違和感が覚えられたのだろう。確かに社会保障において“自助”が強調されることは、健康の保持増進・要介護状態の予防・老後生活への備え・勤労による稼得などの自助努力を怠った者を社会保障の対象から排除することに繋がるおそれがある。しかし、それらの努力は市民社会において個人に保障された幸福追求権の発露と云うべきであって、国が国民にそれを求める、ましてや法律上義務付ける筋合いのものではない¹¹⁸。そのような意味での“自助”は社会保障以前の市民社会の道徳の問題であって、社会保障を構成する観念として捉えるべきものではない。

それは別にしても、社会保険や社会保障とは何かについて自助や互助、共助、公助を巡る多様な考え方があることは私も否定はしない。しかし、自助や互助、共助、公助の定義を明確にしないままに議論しても不毛である。そこで私は、問題をシンプルに考えるために、自助・互助・共助・公助の語を財源の観点から取り扱うことを提案したい。社会保険は保険料によって保険給付のファイナンスを行う仕組みであるし、社会保険以外の社会保障は、現金給付であれサービス給付であれ、公費を財源として行われるからである。

これまで本稿で述べてきたことから明らかなように、社会保険における保険料負担は、他者への「寛容さ」から行うものではなく、自らのリスクに備えるために行うものであるから、「自助」と云うことができる。自助として負担した保険料が期せずして他者への保険給付の財源として役に立つことがあるというのが、「連帯」としての社会保険の妙である。それを「互助」と云っても「共助」と称してもいいのだが、保険料の項で述べたように定額保険料と定率保険料の違いに着目すれば、前者の場合はお互い様の範囲にとどまるものとして「互助」、後者の場合は高所得者から低所得者への所得移転が含まれるから、お互い様の範囲を超えるものとして「共助」と呼ぶこととしてはどうか。「公助」は文字どおり公費財源を意味する。

116 例えば里見賢治「厚生労働省の『自助・共助・公助』の特異な新解釈」（社会政策学会誌『社会政策』第5巻第2号）。ほかにも堀 勝洋・二木 立・増田雅暢といった論客の批判があった。

117 ここでいう「互助」の意味は必ずしも明らかではないが、インフォーマルな住民間の助け合いと解する論者もいるようである。住民同士の助け合いの重要性は否定しないが、それをも社会保障の構成要素に加えるのは、社会保障の公的性に対する無理解というべきである。

118 老後の備えに関する努力義務の規定はないが、健康の保持増進・介護予防の努力義務は健康増進法・高齢者医療確保法・介護保険法に規定があるほか、勤労の義務は憲法に定められている。

以上のような用語法を前提とすれば、社会保険を「自助の共同化」と表現することは何らおかしいことではない。社会保険における「連帯」は、いわば「自助を共同化する」という理念なのである。

そのような要素があることは認めつつも、やはり社会保険の本質は「公助」であると主張する論者の意図は、社会保険を整備し、向上・増進させるべき国の責任を強調しようというのであろうが、それを「公助」と表現することは、社会保険を被保険者自身による自分たちのためのプロジェクトと位置付ける立場からは賛成しがたい。制度整備に関する国の責任は当然であるにせよ、「公助」という語によって前述の(1)で述べたような社会保険の変容、逸脱に対する歯止めが弱くなるおそれがあるからである。なお、医療保険の患者負担、介護保険や福祉サービスにおける利用者負担も、それらの負担は自助であるとか自助でないといった議論ではなく、それらの給付の対象範囲の問題と考え、その範囲が給付の保障性として妥当か否かを議論すれば済むことだろう¹¹⁹。

繰り返しになるが、社会保険を「自助の共同化」と理解するからと云って、社会保障の構成要素の1つとして“自助”を置くことは問題である。それが過剰に働いて給付の抑制に働くおそれがあることは、近年の生活保護バッシングを見ても容易に想像がつく。そう考えれば、生活保護法における「保護の補足性」原理も、制度内に“自助”を位置つけた¹²⁰ものと云うより、前述のように市民社会において認められる幸福追求権が十分に発揮されることを制度の前提としたものと解すべきではないか¹²¹。また、最近のメタボリック症候群対策、介護予防施策などにおいて、疾病が個人の生活習慣に起因することが強調され、それらの努力が十分ではないと認められる場合に保険者や行政の介入が正当化されるおそれがあることも気にかかる場所である。そのような傾向を促す契機となったものとして、健康増進法の国民の責務規定¹²²が挙げられることが多いが、むしろ、それに先行する老人保健法(現・高齢者医療確保法) 2条1項の基本的理念の規定の方が問題かもしれない。同規定には“国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を

119 法律の形式論では医療保険における患者の“一部負担金”は療養の給付の内側という位置づけであるが、家族療養費の支給対象とはならない実質的な患者負担部分との違いを強調しても一般の理解は得られないだろう。両者は現実にはまったく同じ機能を果たしている。

120 そのように解される根拠となるのが、憲法27条1項の勤労の義務である。憲法制定の国会審議の際、社会党の提案により修正されたものであるが、余計なことをしてくれたものである。

121 とすれば、国が「幸福を追求する諸条件・手段」の整備にどれだけ努力したかが問われることとなる。

122 健康増進法2条には“国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない”とある。

自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、高齢者の医療に要する費用を公平に負担するものとする」とあるが、これは「連帯」によって費用の公平負担を根拠づける一方、「自助」によって、医療費の一部負担も含意しつつ、国民の健康の保持増進の責務を強調するものだったからである¹²³。これは当時の立法担当者の発意で規定されたものであるが、それが後の改正で後期高齢者支援金のペナルティ措置の根拠の1つになろうとは発意者も想像さえしなかったであろう。この種の責務規定や理念規定は、法と道徳を混同する発想に繋がるものであり、立法担当者の趣味や法律の体裁などのために安易に定めるべきではない¹²⁴。さもなければ、法の責務規定や理念規定を取っ掛かりに、行政による個人の自由やプライバシーの侵害が増え続けることになるだろう。

(3) なぜ、社会保障なのか

本稿の冒頭、なぜ、税による社会保障ではなく、社会保険なのかという問いについて、対象とするその生活ニーズの私的性格に起因する制度の普遍性、保険料の対価であるが故の保険給付の権利性の強さ、各人が加入する“保険契約”という社会保険の仕組みが持つ市民社会原理への適合性を解答として挙げたが、この問いの先にはもうひとつの、おそらくは最終的な問いが待っている。すなわち、社会保険が中核であるにせよ、それを含む社会保障は、なぜ、現代社会において必要とされるのかという問いである。福祉国家というスローガンが掲げられて久しいが、それはどれだけの達成をなし得たのか、経済社会の変化のなかで重荷となっているのではないか、といった問いが、戦後の高度成長が終焉した前世紀の第3四半期が終わった頃から問われ始め、21世紀となって経済のグローバル化が一段と進むなか、基本的に“一国制度”である社会保障は規制の塊（「岩盤規制」という語も聞く）や拡大する公経済（官製市場なる語もある）として経済成長の障壁となっているのではないかという見方¹²⁵すら出てきたからである。旧ソ連の崩壊以降、どのような資本主義システムが生き残るかという経済進化の競争場裡のなかで、各国の社会保障の意

123 法制定前であるが、当時の園田 直厚相は老人医療に対する患者の一部負担導入のねらいについて“健康への自覚を促す”ものと答弁しており、健康の保持増進の努力と医療費の一部負担は関連付けられて考えられていた。

124 立法担当者の言によれば、健康増進法の責務規定は同法に法律としての重みを持たせるために書かれたらしい。“善意”溢れる官僚のなかには、この種の責務規定を好む者も多いのである。

125 骨太方針2015には、「社会保障給付の増加を抑制することは個人や企業の保険料等の負担の増加を抑制することにほかならず、国民負担の増加の抑制は消費や投資の活性化を通じて経済成長にも寄与する」というほとんど全面的な社会保障否定論の一文がある。

義や機能も問われているというのが現代の福祉国家を取り巻く環境であろう。とりわけ、新自由主義的なエコノミスト・学者や政治家のなかには、制度の歴史的かつ社会的・文化的な意義について自らが無知であることを知らず、また、それを恥じようともせず、社会保障の新自由主義的解体の旗を振っている者も多い。もちろん整備された社会保障は国民にとって貴重な財産であり、その後退には多大の政治的リスクを伴うから、実際の制度の動きは跛行的であろう。しかし、だからこそ我々は、なぜ、社会保障なのかという問いにしっかりと答えなければならないのである。

だが、この問いに対し、理論的に正しい解答を与えることはおそらく不可能である。社会保障も経済社会の秩序を構成する要素の1つである以上、自由な社会を前提とすることに変わりはないものの、国によって社会保障を含む自由な経済社会のシステムは異なるのであるから、どれかのシステムの社会が“正しい”と云うことはなく¹²⁶、どのような社会保障を含む（あるいはどのような社会保障も含まない）経済社会のシステムが生き残り、繁栄するかという歴史的・進化論的な評価しかありえないのではないだろうか¹²⁷。もちろん経済社会システムの評価は経済的な豊かさだけでなく、国民全体の満足度・幸福度なども含めた長期的かつ総合的なものであるべきであり、経済的なものと非経済的（社会的文化的）なものとの按配も重要であろう。だが最終的には、それらの按配の程度や方法も含めた経済社会の進化論的生き残り競争が歴史の審判を下すと考えるべきである。

とすれば、そのような歴史的・進化論的競争において生き残ることのできる、社会保障を含む経済社会の秩序、就中、社会保障のシステムはどうあるべきかを戦略的に考えることこそが重要であろう。本稿で述べてきた社会保険の政策原理は、このような観点から、自由な経済社会に適合的な社会保険の基本的な在り方について具体的な制度に即して考えたものであった。社会保険は被保険者自身による「連帯」のシステムであり、国はそれを支援するものと捉えること、給付の保障性を保ちつつ保険料との対価性を失わないこと、保険財政の自律性を確保し、その枠組みの中で当事者である被保険者の参画による保険運営を目指すことなどは、そのための戦略である。また、社会保険以外の社会保障は、最低生活保障の公的扶助とリスク分散の対象とはならない生活困難への公費給付の範囲内とすることも、それに付加さ

126 私には「正義が行われよ。そして、世界が減びるがよい。(Fiat justitia et pereat mundus)」と叫ぶほどの勇気はない。(前掲「ラテン語法格言辞典」)

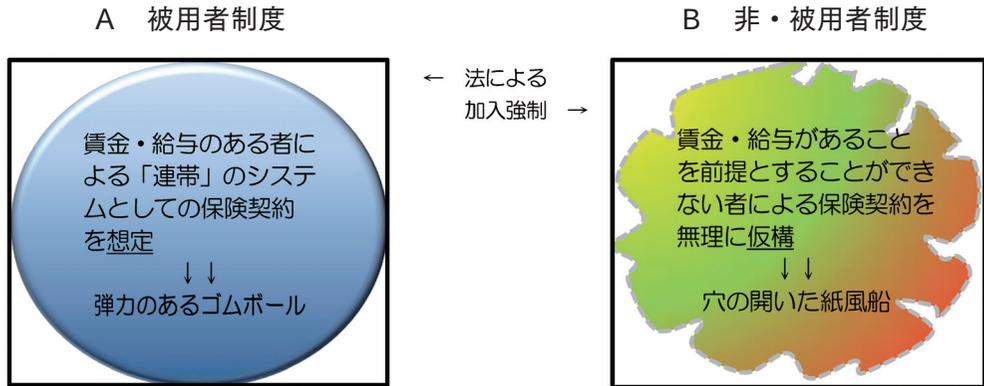
127 F・A・ハイエク『哲学論集』嶋津 格 監訳 第3部 心と秩序の進化論 IX 行為ルールシステムの進化、X 法秩序と行動秩序などを参照。福祉国家の試み（所得再分配によってすべての集団にそれぞれの所得を保証しようという試み）に否定的なハイエクであるが、老齢年金は認めないものの、健康保険は容認しており、最低生活保障の制度もレベルは別にして否定はしていないようである。

れるだろう。

社会保障の在り方は、国民、それもどの国に生まれて来るか分からないよう無知のヴェールを被^{かぶ}された国民によって選択されるか否かという基準によって、（最終的には進化の競争場裡で生き残ることができるか否かにかかっているにしても）先ずは判断されるべきものであろう。それは、たとえ、どのような状態や境遇、能力に生まれようと、この国に生まれてきて良かったと思うことができる社会を国民が選択することを意味する。そこでの社会保障は、人々が伝統的社会から切り離され、アイデンティティの基盤である生涯設計を立てることが難しくなった産業社会において、人々の生涯設計の条件を整備し、そのアイデンティティを確立することに資するはずである¹²⁸。そのような選択がなされた国の、社会保障を含む経済社会の秩序こそが、社会の統合と安定を実現し、歴史の進展のなかでも生き残っていくことができるに違いない。 [了]

128 私は、社会保障は、単に経済生活の保障ではなく、伝統的社会では明確であった個人のアイデンティティの基盤が危うくなった産業社会化以降の人間の意識との関連においても位置づけられるべきであると考え。社会保障を人々のアイデンティティの基盤となる生涯設計の条件を整備するものと捉えれば、それは長期にわたって安定的であることが必須であり、頻繁な改正はむしろ改悪であると云うべきである。

【参考】 日本の社会保険の基本構造



AとBはいずれも保険契約構成であるが、構造の強度には、それが対象とする被保険者集団の特性によって差がある。社会保険を国民自らが「連帯」するための条件整備と捉えれば、制度の強靭さは強制加入の法規範に拠るのではなく、被保険者の意識に支えられる「連帯」のシステムとしての保険契約の強度に、より規定される。

社会保険には次の2つの側面がある。

- ① 自他の利害を共有する者による連帯のシステムとしての保険契約への加入
→ 交換の正義に基づく給付の対価性
- ② 社会保障の目的達成のために求められる保険契約への加入強制
→ 給付の対価性の範囲で求められる給付の保障性

Aにおいては、②の観点から①を修正（収入比例保険料・標準報酬の上下限等）。Bにおいては①の要素が脆弱なため、②を確保するため①をさらに修正（公費負担等による給付の底上げ等～国民皆保険・皆年金は最終的にBの制度化に負っているので、この修正が正当化される）。

AとBをひとつの制度にする（制度の一元化）には、ゴムボールの中身を出して紙風船の中に入れるしかない。すなわち、Bをベースとする一元的な制度であるが、それはBの持つ脆弱さを受け継ぐこととなる。

*上記の図は短期保険のイメージで作図してあるが、長期保険の場合、基本は変わらないものの、時間が挟まる（負担者と受給者の分離）ことにより、A・Bいずれの場合も「連帯」の成立がより難しくなる。

