

普遍主義のための財政

菅原 敏夫

公益財団法人地方自治総合研究所 非常任研究員

はじめに

本特集および本稿が対象とするのは、社会政策における「普遍主義 (universalism)」である。通常それは、広義の社会福祉サービスを受給するにあたって、受給資格判定のための資産調査 (ミーンズテスト。mean 手段、生活の手段の意味から転じて、資力、資産、財産。)等を要件としない制度、考え方を指す。一方、受給資格判定のための資産調査等を必要とする社会福祉サービスを「選別主義 (selectivism)」と呼ぶことになる。

資産調査は受給者を限定するために行われ、往々にして受給制限的に機能する。受給資格の取得は、生計上の困難を自ら認めることから出発するので、そのことが負の印として、当事者、調査担当者、当事者が属する社会集団に作用する。その作用因のことをスティグマ (stigma 烙印) と呼ぶ。

一方を「普遍」とし、他方を「選別」と呼ぶのであれば、勝敗は始めから明らかである。目指すべき価

値は「普遍」であり、「選別」しなければならないのには、財政的な事情がある。財政的事情さえなければ、誰が好きこのんで、受給者に「烙印」など押すものか、と。

こうした用語法を嫌って、ターゲティング (targeting)、ターゲティズム (targetism) を使う場合もある。これとて、他の分野はいざ知らず (効果的な目標選定というプラスの価値語として使う例も多い) 社会政策に関していえば、選別主義の訳語を免れない。

「普遍主義」は権利と尊厳を政策目標とし、「選別主義」は財政と経済を目標とする。現実には、財政 (と経済) の理由の下に、「普遍主義」が「選別主義」に道を譲り続ける歴史をたどってきた。ここで明らかにすべきは、「普遍主義」が依って立つ、税・財政・経済である。「普遍主義」も「選別主義」も (広義の) 福祉サービスの供給側が「選別」をする、しないの観点から区分されていた。供給側の財の支出の仕方の問題 (政府の歳出) として論じられていた。しかし、ニードの側から、消費者の権利として、需要側の支払の観点からの、あるいは供給側の収入 (政府の歳入) の問題としての視点は等閑視されてきたように思う。そうでなければ、消費税を福祉目的化するというような事の当否があれほど単純に合意されるはずはなくて、「普遍主義」と「選別主義」の議論が蒸し返されてよかつたはずだ。「普遍主義」も「選別主義」も共に税・財政を必要とする。支出のみならず、収入においても「普遍主義」と「選別主義」の

すがわら としお

岩手県生まれ。神奈川県自治総合研究センター、東京自治研究センターをへて、2005年より公益財団法人地方自治総合研究所。

著書に『スラスラわかる! 自治体財政健全化法のしくみ』(ぎょうせい)、『財政基盤の確立と会計制度』(共著、東京法令出版)、『岩波講座自治体の構想 政策』(共著、岩波書店) など。

対比が存在する。「普遍主義」は、社会民主主義的な福祉レジームにおいてのみ特徴的なのではない、北欧においてのみ可能なものでもない。およそ遍く必要とされ、それを実現する税・財政が考慮されなければならない。ここから先の論述は括弧を必要としない、普遍主義である。

普遍主義の受容

普遍主義はさまざまな分野でさまざまな意味合いを込めて使われてきた言葉で、分野を特定しない限り、話がかみ合わない。本稿では、最初に述べたような意味で用いているが、普遍主義の言葉の歴史からいえば最も最近の事例となるだろう。普遍主義という言葉や、社会政策の目標を指し示す意味で、戦略的に用いたのは、R・M・テイマスだと考えてよかろう。彼のCommitment to Welfareは1968年に出版され、1971年には『社会福祉と社会保障—新しい福祉をめざして—』として翻訳されている。老人福祉法の改正による老人医療費支給制度(いわゆる老人医療無料化)の始まる2年前である。この制度は、年齢と若干の付加的要件以外には、受給資格の審査を行わず、原則、高齢者全体を対象とした、大規模な制度改正であり、この制度を制定した国会は「福祉国会」とも呼ばれ、「福祉元年」と呼ばれるようになった。

老人医療費支給制度は国民健康保険という社会保険を使った政策である。狭い意味での社会福祉の普遍主義ではないが、普遍的な給付を行ったという意味で、本稿の事例として適切だ。また、社会保険と相当程度の公費負担の組み合わせは日本の社会保障の特徴をもなしている。国民健康保険制度には戦前の発足当初から公費負担が組み込まれていた。それはもちろん、保険料だけによって制度が成り立つはずもなく、普及のためには公費負担が必要だったのと、「国民ノ健康ガ国力進展ノ原動力」との趣旨からもわかるように、「保健」政策上の理由もあった。この部分は保険数理になじまない。この部分が国民健康保険における普遍主義の突破口となった。岩手県旧沢内村(和賀郡。現在は湯田

町と合併して西和賀町)では1960年、65歳以上の外来診療費無料化(国保の給付率10割)が行われた。1968年には横浜市(当時の市長は飛鳥田一雄)が80歳以上の国保給付率引き上げ。1969年には秋田県(同小畑勇二郎知事)が80歳以上の自己負担分について一定額を超える部分の公費支給制度を創設するに至った。同年東京都(同美濃部亮吉知事)が70歳以上高齢者の自己負担分公費全額現物給付制度を開始した。東京都の制度導入は政府・自治体に大きな影響を与えた。厚生省は健康保険を使った医療費の個人負担分を都が肩代わりする政策に反対だった。「個人負担分の肩代わりは健康保険法違反で実施不可能」と指摘し、都議会では一旦否決された。署名運動なども起こり、厚生省に「違反」の見解を撤回させて無料化を実施した。全国各地の自治体に無料化措置が広がっていった。厚生省自らも1971年には老人医療費支給制度の創設を決定することとなり、1972年6月、老人医療費支給制度を実施するための老人福祉法改正案が全会一致で可決された。

社会保険制度における普遍主義

老人医療費支給制度の事例は、普遍主義にとって興味深い。東京都の導入時には、住民の署名運動や、保険者の範囲の外からの力学が有効に働いた。国制度の導入時、老人医療費の何らかの公費助成、軽減、無料化といった措置を持たない都道府県は2県のみしかなかったという。地方から包囲されての国制度導入だった。また、財政がその後の変化の主導因だったという意味でも典型をなしている。老人医療費支給制度に基づく老人医療費は1973年の約4,300億円から1975年には約8,700億円と2年間で倍増した。導入と同時に見直しの議論が始まった。1973年秋には、オイルショックが世界を襲う。インフレーションは(大衆)課税の意味を持つ。高齢者がとくに普遍主義を必要としているとき、普遍主義は後退を余儀なくされる。「社会保障の罨」とでも表現すべき事態が起こる。

1973年1月実施の老人医療費支給制度の内

容は、70歳以上の国保被保険者、健保被扶養者等を対象とし、65歳以上70歳未満のねたきり老人等を後に加える。医療費支給額は、医療保険の自己負担金の額で、公費の負担割合は、国が2/3、都道府県が1/6、市町村が1/6であった。この制度は、1983年2月に老人保健法施行により廃止された。10年ほどの制度であった。

老人医療費支給制度は社会保険に接ぎ木された普遍主義であるが、社会保険制度を普遍主義に近づけて運用するという手段の存在も明らかにした。社会保険には保険の原理にしたがって、保険料支払いのテストが存在している。国民健康保険には、自治体によってさまざまとはいえ、「資産割」の算定部分がある。資産調査といえなくもない。保険料滞納者への資格証明書、短期被保険者証の発行はスティグマを発生させる。しかし、日本の社会保険の場合は、公費負担の割合が高く、保険料は抑えられており、資格取得に特別な調査は行われない。国民健康保険の場合、「当該市町村の区域内に住所を有するに至った日から、その資格を取得する。」(国民健康保険法第7条) 外国人も現在は排除していない。社会保険制度も普遍主義の観点からの検証に加えるべきだ。保険料支払いの排除機能をできるだけ抑制的に運用する工夫を加点として評価すべきだと考える。

この点を改めて強調するのは、現在の日本の社会保障制度が、幅広く社会保険の制度を採用しており、この分野の評価軸なしには、議論が進まない。すなわち、狭義の社会福祉にのみ普遍主義を考慮しても、生活の保障全般の普遍主義には到達し得ないこと、社会保険方式にも普遍主義を考慮しうること、とりわけ社会保険の費用徴収と公費負担においては、普遍主義検証を必要としていること、などの理由により、社会保険を含めた普遍主義の考察を行うものである。

また、費用負担を行うものの側からの権利性の確保は近年重要な課題となってきた。そして、その分野での普遍主義を巡るしのぎ合いが熾烈になってきている。介護保険制度の導入(2000年)をきっかけに被保険者の参画の重要性が認識され、

医療分野にも浸透し始めている。にもかかわらず、2014年通常国会提出の「地域医療介護総合確保推進法」(本稿はこの法案の国会審議中に書かれている)による介護保険法の改正は、被保険者の権利性を弱め、自己負担割合に関するターゲットイズムにより財政状況を緩和しようとしており、社会保険のもっている普遍主義指向に逆行するものとなっている。とりわけ、被保険者数に対して認定要介護者数が少ないというそもそもの構造、原則的に資格が発生しない、40歳以上65歳未満のものにも保険料支払いを求めている点からすると、百数十万人の被保険者が、介護保険給付から外れ、市町村事業として一定額の交付金の分与によって運営されることは、大きな変化だ。もとより、介護保険の給付は市町村が保険者として行っており、これまでの介護予防事業の一部が市町村事業として改めて位置づけられたからといってそのことには何ら問題はない。しかしその部分の被保険者(要支援1, 2の者)はほぼ権利性を喪失する。市町村に普遍主義からの逸脱を促すことになるだろう。介護保険の給付と事業の分離、住所地特例の拡大(具体的にはサービス付き高齢者向け住宅。住宅なのに住所地の特例が付いている)は、被保険者の「コミットメント」を著しく制約する。

歳入の普遍主義

給付の普遍主義が成り立つためには、当事者が利用しやすく、スティグマを感じずにすむ(スティグマは当事者の社会関係の中で生じるものなので、一義的に客観的に定義できるものではない。しかし、相当な対象の絞り込み、窓口の抑止的な対応、当事者に屈辱的な挙証責任、報道の姿勢、社会的心性などは強く当事者に負の心証を形成する)だけでは完成しない。この費用を誰がどのような割合で負担するか、という問題が登場する。現代の民主主義的体制では、支払う側が、進んで同意するという必要がある。建前の上では申告納税方式なので、積極的な同意が前提だ。

先の考察で、普遍主義的な社会保険の制度設計にも可能性を認めたので、ここでは、社会保険料支

払い、納税の双方について考えなければならない。

保険料への被保険者の積極的な同意は可能だろうか。社会保険はどれも任意性が否定・制限されている。したがって、ニードの判定、資格の要件、効率性の維持、保険料の算定などへのガバナンスへの関与と適切な委任措置、異議申し立て権の保証などによって、被保険者主権が確保され、普遍性が担保され则认为る。

日本の5つの社会保険はそれぞれの構造と特徴を備えている。普遍性への同意にかかわる限りで、特徴を見ておこう。

労働保険・年金保険

雇用保険は失業というリスクに対応する社会保険だが、そのリスクを作り出す、雇用主も保険料を支払う。受給要件として、就業期間、保険料納付期間、所定労働時間がさだめられている。失業に伴う生活保障と職業訓練などと同時に、解雇の柔軟性にも対応する。この普遍性の両義性を、積極的労働市場政策としておすすすめようとする考え方もある。所得に比例した給付（給付代替率）と給付期間によって同意への動員を図る。失業扶助という形をとる国もあるが、選別主義にならざるを得ない。雇用保険は政府が管掌する保険で、審議会や審査以上に、雇用者である被保険者がコミットメントとする仕組みはない。労働組合がコミットメントする仕組みもない。

労災保険（労働者災害補償保険）は、労働者の業務災害、通勤災害のリスクに対応する。保険料は雇用主全額負担。適用労働者の範囲が普遍性の枠組みに影響する。雇用労働の多様化によって、労働保険の普遍性の維持は挑戦を受けている。この保険も政府管掌。コミットメントの仕組みは用意されていない。

年金保険、(老齢)公的年金保険は、高齢に伴う所得の喪失のリスク、「家計の失敗」(家計のプーリング機能の喪失)に対応する。加入期間、保険料の支払いなどの資格要件がある。要件において選別的なものはないし、基礎年金部分に関しては、給付も

普遍的だ。しかし、資格要件を得るための長い加入期間は選別的に働く。実際には、報酬比例部分との併給・混合によって機能するので、保険料納付時期の状態と格差を年金受給時期に持ち越してしまう。また、加入開始時点と受給開始時点とが個人の人生期間としては極端に離れているために、個人の確率計算が正確に及ばない。すべての貯蓄は異時点間の時点価値の変動にさらされており、年金運用もそのリスクを免れない。賦課給付方式は、同一時点内での権利関係は確定しているが、年金資産の運用リスクと受給時点での現在価値は保証できない。稼得期の格差を持ち越してしまうということは、高齢期の世代内格差に深刻な影響をもたらしている。保険は政府が管掌し、コミットメントの仕組みは用意されていない。国民年金には、老齢基礎年金の他、障害基礎年金、遺族基礎年金等がある。障害基礎年金は、障害と障害の程度による要件に基づいて給付される。障害をターゲットにしているが、個人にとって、障害を得ることもそれによる年金のニードが生ずることも普遍的なことだと考えてよい。一方遺族(基礎・厚生)年金は、「遺族」という受給資格を得ることが普遍的に起こることだとは考えにくい。遺族が「子」である場合には、受給のニードは説明しやすいが、「配偶者」の場合には、国民年金の第3号被保険者という制度の直接の結果なので、制度依存的だと考えられる。

医療保険・介護保険

医療保険は、疾病という相当な確率で起こる普遍的リスクに対応する公的保険である。リスクの方は普遍的であるが、対応する保険の仕組みは地域・職域入り乱れて複雑となっている。被保険者は各保険者を自由に選べるわけではないので、保険者間の格差を固定する。保険料は所得に比例する。上限が設けられているので、完全比例ではない。保険が支払うのは診療報酬である。その診療報酬を基にした準市場が形成され、被保険者は、そこから医療サービスを調達する。医療サービスが現物で支給されるわけではない。したがって、医療

サービスを受ける場所によって、現物には相当の差がある。医療保険の制度があるからといって、ユニバーサル・ヘルスケアサービスが実現するわけではない。

医療は、サービスの供給自体にプロフェッショナルリズムが典型的に浸透した分野であるから、被保険者のコミットメントは制約される。プロフェッションの統制原理は職業倫理であり、監督機関は「医道」をもって判断する。診療報酬は支払い、診療、公益の3者によって決められるが、コミットメントの影響力は後退している。

介護保険は、2000年に施行された最も新しい社会保険である。医療保険に隣接して設計されたが、介護を必要とする状態となるリスクは、疾病のリスクと比較可能なほどは似ていなかった。最近に設計されたので、被保険者の権利性、コミットメント、保険者の権限、準市場の設計、サービス供給主体の多様化、資格制度の試行錯誤などには、さまざまな知見が応用されているといえる。資格要件の判定はほぼ機械的で、利用抑制が正面にできることは少ない。しかし、家族による保険事業の実施を排除したので(ドイツの介護保険では、家族による介護に介護手当を現金で支給)、介護保険支給に該当するリスクというのは相当に低くなった。リスクは普遍的といえず、多くの被保険者にとっては、掛け捨ての感覚だろう。さらにリスクの低い特定疾病にのみ権利のある第2号被保険者を4300万人ほど抱えているので、実質的なコミットメントは難しい。65歳以上の第1号被保険者は、所得の制約が大きく、第2号被保険者は、現在の権利と保険料の差が大きく、保険料に対して過敏にならざるを得ないか、納得感が乏しい。第186国会に政府提案された介護保険法の改正案が、介護保険制度の限られた歳入の普遍性をさらに乏しくする問題は上述したとおりである。

社会保障と税制

最後に社会保障と狭義の税制について述べておこう。上で見たとおり、社会保険料も労災保険を除

いて、事実上所得に関する比例税として徴収されており、税のカテゴリーで、普遍主義との相和関係を検討することができた。国民健康保険に関しては、ほとんどの自治体が国民健康保険税という名称で徴収している。しかし、それは特別会計で、保険事業支出に対応する形で収入されており、一般会計(国、地方自治体とも)が普通税として徴収し、各種社会保障に支出するのとは異なる経路をたどることになる。

税はその徴収に対する反対給付とは関係なく徴収され、支出されるのを原則とするのだから、そもそも社会保障と税制という問題領域は成り立ちがたい。ところが、今回(14年)の消費税率の引き上げにおいて、「年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策」充てるという目的税化が行われたので、社会保障税源として、消費税が適切か否かという問題を検討せざるを得なくなった。地方消費税(地方税法)にも同様の規定が置かれた。

この事情を前後して、社会保障財源としての消費税(付加価値税)の適格性という議論が始まった。通説は、安定した財源である、消費税こそは社会保障財源としてふさわしいというものであるだろう。より積極的に、かつ、普遍主義を実現する立場から、消費税を社会保障財源としてふさわしいとする説も唱えられている。ユニバーサルサービスの財源はユニバーサルな税(誰にでもかかる税、すなわち消費税)がふさわしいというものである。

本稿はこうした議論を検証するために、前半を普遍主義的サービス給付、すなわち歳出の側面からみた普遍主義を論じ、後半で、普遍主義的サービス給付財源、すなわち歳入の普遍主義を別に論じた。普遍主義的サービスを維持するためには、せめて所得比例的な負担が必要だし望ましい。そうした選別的な負担構造をとれば、給付水準のカーブが負担構造のカーブよりなだらかであれば、中所得者以上の階層に負担比例的な給付を実現し、かつ、低所得者層への普遍主義的サービス給付を維持できる。そのカーブの勾配がない限り所得の再分配は行われない。中高所得者は応分の負担を道

徳的に納得するだろうし、低所得者はスティグマ的負担を負わずにすむだろう。

税でも同じことがいえる。税で行われる普遍主義サービス給付においては、特別会計ではないので、所得比例的な付加的サービスの給付は相当に難しいか、行うべきではない。では、中高所得者が得られる効用は道徳的なものだけかというそうではない。もし利用料を必要とするサービスだったら、低所得者層と比べて、可処分所得の小さな割合で同じサービスを得られる。また、旧こども手当のような、純粋な給付サービスだとしても、低所得者層よりも低い効用とはいえ、共通のサービスを受けられる。

普遍主義によるサービスの供給は、給付対象を、したがって利益を得る対象を拡大することになる。誰しものが、納税の結果による政府(中央・地方)のサービス供給の利益に与る。納税額がないか少ない人々には純サービスの供給として、納税額が比較的多い人々にとっては、見返りとして。

普遍主義とニード

普遍主義的サービス供給は、ニードに基づいて供給され、ニードを有する各人は、同一平面上では同等のニードを有すると仮定する。保育サービスの場合、保育サービスのニードを有する各人は、所得に関わりなく同等のニードを有すると考える。現在の保育サービスはその前提を認めつつも、保育料は所得に比例して徴収される。保育を必要とする人(家庭)の予算制約は、所得の低い人で高く、所得にしたがって緩やかになっていくと考えられるので、この保育料方式は合理的なものと考えられる。また、最も困難な状況にいる人の保育サービスは最も効用が大きいと考えられるので、最低限の社会正義にも合致する。実際の保育料は、サービス供給のコストを各人の予算制約に従って案分したものとなる。もしこれが義務教育サービスであった場合には、「義務教育は、これを無償とする」(憲法第26条)という形で、同一価額(この場合0円)で提供される。もし、政府の供給するサービスが義務教育だけであったなら、その義務教育料(=租税)は、所得の予

算制約曲線にしたがって、最低限でも所得比例的、現実の社会は累進的な費用負担方式(所得税に典型的な)となっている。

この例でわかるように、普遍主義のサービス供給のためには、最低限でも所得比例的な費用徴収方式を必要とし、所得に現実的な格差のある社会状態では合理的である。所得分布が直線的でないとしたら、予算制約曲線を反映した累進的租税徴収構造は肯定される。

このような考察を経てみると、福祉目的財源に消費税を用いることの適否を判断することができる。消費税課税は所得に比例しない。累進的に比例するなどということはありません。誰が考えても問題は、逆進性なのだから、より強められた選別的低所得層優遇策を行わなければならなくなる。ターゲットは絞られ、利益は狭くにししか配分されなくなる。福祉施策に対する共感は得られにくくなる。消費税収の割合が高くなればなるほど、このことは現実となる。ヨーロッパ諸国の、高付加価値税率と高福祉の関連を主張する見解がある。事実は逆だ。高付加価値税率国では福祉施策による再配分政策をとらなければならなくなるということだ。そうでなければ、市民社会の統合は危機に瀕する。さらに福祉施策の対象を排除する心性を強める。

普遍主義のためには所得比例・累進的費用負担構造が必要で合理的だ。費用負担をフラットか、逆進的にすれば、不合理なほどに選別的福祉施策を必要とする。

ここまで、消費税制の税制としての評価を直接には論じていない。ただ、福祉目的というのは不合理だ。普遍主義的福祉・社会保障にはなじまない。消費税の安定性を評価する意見がある。その通りだ。しかし、経済成長が鈍化・停滞すれば、所得も安定してしまう。税収への期待はどうだろうか。経験的にいっても、税率を引き上げるたびに階段を上るように(消費税収は)増収になっている。しかし、これも経験的に、増減税が混合して行われているために、消費税収による純税収増は実現していない。今回も結果的には、法人税の減収と組み合わせられることになるだろう。■