

高経済成長期の財政（Ⅱ）

七 生 芳 人

2 社会保障の支出と負担の増大

(1) 高経済成長と社会保障

社会保障制度の発展は19世紀末期から始まり、第1次大戦後顕著になるが、とはいえまだこの時期までの発展は主として西ヨーロッパの比較的少数の国に限られていた。はるかに多数の国でいっそう目ざましい発展がみられるようになるのは第2次大戦後になってからである。

資本主義国家において社会保障制度を発展させてきた事情は一様ではない。何が主要な原因になったかは時代により、また国によって異なるのであり、当面、少なくとも次の二つの場合を区別しておく必要がある。

第1は、国内における労働者階級の政治的進出や社会主義勢力の増大による、政治的力関係の変化や階級関係の緊張が原因になる場合である。第1次大戦後の西ヨーロッパ諸国における社会保障制度の急速な発展はこれを主要な原因とするものであった。イギリスでは労働党の進出が顕著であった。労働党は1910年の選挙ではいまだ得票率7.1%で42議席を獲得していたにすぎなかったが、18年の選挙では22.2%、63議席、22年の選挙では29.5%、142議席、そして23年の選挙では30.5%、191議席へと得票率と議席を伸ばし、24年にはついに R. マクドナルドを首班とする労働党政権を生むまでに成長する⁽¹⁶⁾。ドイツではドイツ社会民主党が1912年の選挙で早くも帝国議会第1党の地位を得、それ以来、戦後の共和国議会でも32年にナチスに首位を奪われ

るまで長期にわたって第1党の地位を保持し続けた⁽¹⁷⁾。くわえてドイツの場合には戦後、社会主義革命の危機が著しく強まり、その騒乱のなかから誕生したワイマール共和国政府は「城内平和」を何よりも喫緊かつ重要な課題とせざるをえなかったという事情があった。政治と社会のそのような状況が、弱者救済機構としての、また階級宥和手段、体制安定装置としての社会保障制度の発展を強く促すことになったのは当然である。

第2は、経済の高成長がもたらす、あるいはそれに伴う幾つかの変化が原因になる場合である。第2次大戦後における社会保障制度の発展はこれによるところが大きい。そういう変化の一つとして、まず人口構成の高齢化が挙げられる。経済の高成長による所得水準の上昇は、栄養、医療、保健、住宅などの生活条件の改善を可能にし、それをつうじて平均寿命を長期化させると同時に、他方で出生率低下の傾向をも伴った⁽¹⁸⁾。高経済成長はこの両面の作用をつうじて高齢人口の割合を急速に高める結果をもたらしたのである。

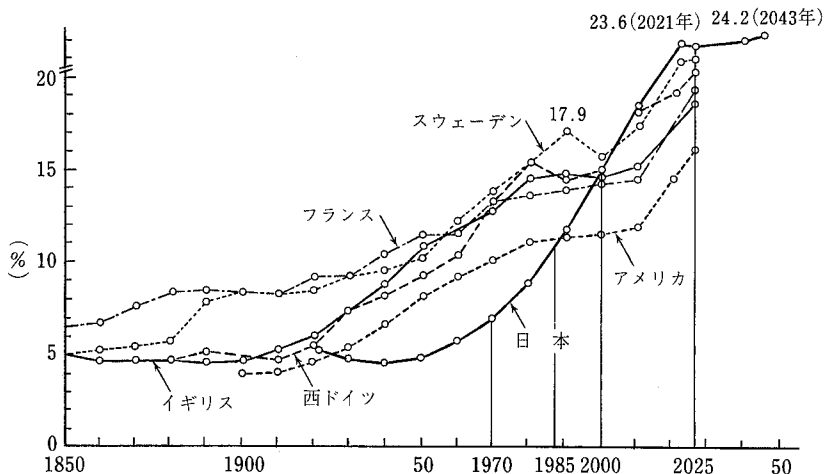
戦後高経済成長期に先進資本主義諸国の人口構成の急速な高齢化が進行した事実は図9に示されている。日本は長らく平均寿命の短い国として知られており、第2次大戦前までは人生50年といわれてきたが、戦後における急速な長寿化の進行によっていまや世界でもっとも平均寿命の長い国になった。それに出生率の低下も加わって、50年代以降、高齢人口比率が大きく高まってきている。医学の進歩が果たした役割もむろん大きいですが、いっそう決定的であったのは高経済成長期に生じた生活条件の著しい改善であった。低開発国ではいまでも高齢者の比率がきわめて低いという事実がそれを裏書きして

(16) David Butler and Jennie Freeman, *British Political Facts 1900-1967*, Macmillan, 1968, pp. 16, 141-42.

(17) Chris Cook and John Paxton, *European Political Facts 1918-73*, Macmillan, 1975, pp. 123-24.

(18) B. R. Mitchell, *European Historical Statistics 1750-1975*, 2nd rev. ed., Macmillan, 1981, pp. 131-34; 矢野恒太記念会編『数字でみる日本の100年』第3版, 国勢社, 1991年, 51頁。

図9 高齢人口比率推移の国際比較



(注) 高齢人口比率は65歳以上人口の総人口に比める比率。

(出所) 財政政策研究会編『これからの財政と国債発行』平成3年度版、大蔵財務協会、1991年、132頁。

いる⁽¹⁹⁾。

豊かな社会は高齢者を増大させるが、高齢者が豊かなわけではかならずしもない。高齢者の多くは退職者なのでその平均所得水準は当然低い。比較的最近の日本における調査結果であるが、それによると高齢者世帯の当初所得は一般世帯のその4分の1強でしかない(表6)。世帯員一人当たりでいっても一般世帯の6割程度の水準にとどまる。高齢化社会とは、別言すれ

(19) 65歳以上の高齢者が人口の10%を超える国のほとんどは、OECD加盟の経済の比較的発展した所得水準の高い国である。低開発国では現在でもこの比率はほとんどすべて5%以下である(矢野恒太記念会編『世界国勢図会1992-1993』国勢社、1991年、88-91頁)。図9に示されているように、5%以下といえば先進資本主義国では前世紀ないし今世紀初頭の水準である。高齢化にとって生活条件の改善が決定的であることを示すものといってよい。

表6 世帯類型別1世帯当たり平均所得(1987年)

	総数	一般世帯	高齢者世帯	母子世帯
世帯数	7,617	6,748	769	100
世帯人員(人)	3.41	3.63	1.59	2.74
有業人員(人)	1.59	1.72	0.48	1.07
当初所得(万円)	468.7	511.0	137.2	159.1
再分配所得(万円)	466.9	491.4	284.5	218.6
再分配係数(%)	-0.4	-3.8	107.3	37.4

(注)「一般世帯」とは、高齢者世帯、母子世帯以外の全ての世帯をいう。
(出所)大蔵省『図説日本の財政』平成3年度版、東洋経済新報社、1991年、130頁。

ば、高齢者の貧困が新たに重大な社会問題となってくる時代だといえる。高齢化の進行はそうした社会問題を生みだすことによって、社会保障制度の発展を強く促すことになったのである。

経済の高成長は産業構造の変化を伴いつつ進行する。第1次産業のウェイトが下がり、第2次産業と第3次産業のウェイトが高まる。それは農村社会を解体させ、都市への急速な人口集中を招き、家族のあり方を大きく変化させる。3世代以上が同居するいわゆる拡大家族が急減し、一組の夫婦と未婚の子供だけからなる核家族が急増する。こうした核家族化の進行によって老人は、経済的にも身辺の世話についても家族に頼ることのできない寄辺のない老人へと変わる。高齢者が増えたというだけでなく、またその高齢者の所得が低かったというだけでなく、頼るべき家族を持たない高齢者が増えたのである。この事実が社会保障制度の必要性をいっそう強めた。

高経済成長はしかし、以上のような社会保障制度の発展を必要とする状況を生みだしたというだけではない。同時にそれを可能にする条件をも創出したことがそれに劣らず重要である。その条件とは、所得水準の上昇にともなって社会保障のために拠出できるだけの余裕が生じたという事実他にない。もし日々の生活にぎりぎり必要な所得しかなければ、人は社会保障のために拠出するだけの経済的余力を持つことはできない。社会的弱者のために配慮するという心のゆとりも生まれにくい。かつて姥捨での慣行が容認さ

れ、弱肉強食の秩序が肯定されたが、それは貧しさが前提となって容認された慣行であり、肯定された秩序であろう。しかし、経済の高成長は極度の貧しさを遠い過去のものにし、老後や不慮の事故に備えて準備するだけの経済的余力と、社会的弱者のことも考える心のゆとりを多くの人々が持つことを可能にした。社会保障制度の整備拡充についての国民的合意の成立は、それがなければ不可能であったに違いない。

ただし、このようにいっても、第1次大戦後に社会保障制度の発展を強く促す条件となった要因（労働者階級の政治的進出や社会主義勢力の増大）は第2次大戦後にはもはや作用しなくなったというわけではない。それどころか、それらの要因がその作用をいっそう強めた場合も多かったと考えられる。しかし第2次大戦後に特徴的なことは、それにくわえて、高経済成長のなかで上述のような変化が生じ、それが社会保障制度の発展を強く促進する条件になったことである。そこに第2次大戦後における制度発展の大きな歴史的特質があるというのが上の議論の趣旨である。

（2）社会保障制度の発展

第2次大戦の終結は多くの国にとって社会保障制度発展の画期となった。戦争中「城内平和」の必要から戦後における制度の整備拡充が約束されていた場合が少なくなかったからであり、さらに、戦争の終了が軍事支出を急減させることによって新たな負担の増大を招くことなしにそれを可能にする財政的余力を生じさせたからでもある。

戦後の社会保障制度の発展には大別して二つの段階があった。第1はナショナル・ミニマムの保障が目標とされた段階であり、第2は経済的地位の安定が目標とされた段階である。

ナショナル・ミニマムの保障としての社会保障制度樹立の嚆矢となったのは、ベヴァリッジ報告（1942年）を基礎にして作られた戦後のイギリスの社会保障制度であった。それは、均一拋出、均一給付を原則としており、経済

的地位のいかんにかかわらず同額の社会保険料を支払い、同額の給付を受けるという制度であった。とはいっても、それが実際にナショナル・ミニマムを保障するに足るものであったかどうかについては疑問がある。退職年金の給付額は50年代をつうじて男子労働者の平均賃金の3割を下回っており⁽²⁰⁾、公的年金以外の収入を持たない高齢者の多くは、ミーンズ・テストを伴う公的扶助による補足給付に頼らざるをえない状況であった⁽²¹⁾。戦後のイギリスの社会保障制度は、現実にナショナル・ミニマムを保障したというより、その保障を目的として制定され、それゆえに不十分ではあっても、国民を対象にし、「ゆりかごから墓場まで」の全過程をカバーする保障の体制を創出した点に、その歴史的意義があったとみるべきであろう。

経済的地位の安定を目標とする社会保障制度とは、退職者に、現役時代とほぼ同等の生活と経済的地位を保障することを目指す制度である。この点で先導的役割を担ったのは西ドイツであった⁽²²⁾。西ドイツでは1957年に制度の大きな改革が行われ、それによってこの国の年金は退職前収入に比例する所得比例的年金の性格を強く持つようになった。それとともに、年金額も一挙に大幅に増額された。平均で、労働者年金は65%、職員年金は72%引き上げられた⁽²³⁾。やや遅れてイギリスでも同様の方向の改革が行われた。まず61年に保険料について部分的な所得比例拋出制が導入され、75年には給付についても、従来の定額年金に加えて新たに所得比例年金を給付するよう制度が改正された。平均的な労働者夫婦でいえば、それによって退職前収入の50%ないし55%を保障しようというのがこの改革の狙いであった⁽²⁴⁾。

(20) 一圓光彌『イギリス社会保障論』光生館、1982年、23頁。

(21) 加藤榮一「福祉国家財政の国際比較」東京大学社会科学研究所編『福祉国家 3』東京大学出版会、1985年、301頁。

(22) 加藤、前掲論文、274頁。

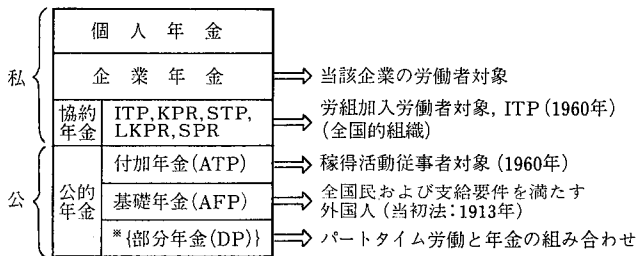
(23) 戸原四郎「西ドイツにおける社会保障の展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家 2』東京大学出版会、1985年、90頁。

(24) 加藤、前掲論文、305頁。

スウェーデンにおける制度の発展も同様の方向をたどった⁽²⁵⁾。スウェーデンの年金給付制度は、図10のように何層もの構造になっている。公的年金給付は、定額給付の国民基礎年金（AFP）と、退職前所得の保障を目指した従前所得比例的な国民付加年金（ATP）の2階建てである。それに私的年金としての協約年金が加わる。協約年金は職種別の、企業を横断する企業年金制度であって、ホワイトカラーを対象とする ITP、ブルーカラーを対象とする STP、国家公務員を対象とする SPR などがある。さらに各企業ごとの企業年金がある。

基礎年金の原型は1946年の国民年金法によって作られた。しかしこれは均一給付、均一拠出を原則としており、給付水準が低いことについての不満が強く、60年に付加年金法が施行され、3年後から給付が開始された。同じ60年に ITP 年金制度が、そして73年には STP 年金制度ができた。このような改革を経ることによって年金給付の水準は急速に高まっていき、公的年金と協約年金を合わせると平均して従前所得の70%程度が保障されるようになった。スウェーデンの社会保障制度は第2次大戦後の時点ではまだかなら

図10 スウェーデンの年金制度



(出所) 木村, 前掲論文, 136頁。

(25) 木村陽子「年金制度」社会保障研究所編『スウェーデンの社会保障』東京大学出版会, 1987年, 第7章。

ずしも先進的ではなかったが、社会民主党政権のもとでの急テンポの拡充によって、70年代初めまでに世界の首位に立つまでの発展を示すことになったのである。

西ヨーロッパ諸国に比べて、アメリカや日本での制度の発展は大きく立ち遅れていた。アメリカで社会保障制度が多少とも整備されるのはニューディール期における社会保障法の制定（1935年）によってであるが、まだ健康保険制度を欠いており、そのうえ創設された失業保険や老齢年金保険の制度についても給付水準が著しく低く、加入者も狭い範囲に限定されるという欠陥があった。30年後の1960年代中期になって、ジョンソン大統領による「偉大な社会」(the Great Society) 計画の推進によって、それが大きく改められることになるのである⁽²⁶⁾。

幾つもの注目に値する前進があった。第1に、メディケア (medicare) と呼ばれる65歳以上の高齢者を対象とする健康保険制度が創設され、第2に、メディケイド (Medicaid) といわれる低所得者医療扶助制度が設けられ、第3に、老齢年金および公的扶助受給額が大幅に増額された。まだ健康保険が高齢者だけを対象とするなど、西ヨーロッパ諸国の制度とのあいだには依然として大きなギャップが存在したが、アメリカの歴史のうえでは画期的なことであった。これを境に以後、アメリカの社会保障支出は「福祉爆発」(welfare explosion)⁽²⁷⁾ といわれるほどの目覚ましい増加を示すことになるのである。

日本での発展は主として戦後のことに属する⁽²⁸⁾。戦後の混乱・復興期にま

(26) 馬場宏二「ニューディールと『偉大な社会』」東京大学社会科学研究所編『福祉国家 3』第2章。

(27) James T. Patterson, *America's Struggle against Poverty 1900-1980*, Harvard U. P., 1981, p. 171.

(28) 横山和彦「戦後日本の社会保障の展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家 5』東京大学出版会, 1985年, 第1章。

ず福祉3法と呼ばれる生活保護法（1950年）、児童福祉法（1947-48年）および身体障害者福祉法（1949-50年）が制定された。58年には国民健康保険法、翌59年には国民年金法が制定され、国民皆保険・皆年金の体制が発足した。ついで60年には精神薄弱者福祉法、63年には老人福祉法、そして64年には母子福祉法が制定され、従来の福祉3法と合わせて福祉6法と呼ばれる体制が整った。71年には児童手当が新設され、西欧なみの制度が出揃った。さらに73年には、老人医療の無料化、健康保険家族給付率の70%への引き上げ、および5万円年金の制度が実現され、一段と大きな前進があった。政府はこの73年をもって「福祉元年」と宣言した。日本の国家もようやく、経済成長第一主義から福祉重視路線へと軌道修正したことを示すものといつてよいであろう。

（3） 社会保障支出の増大

高経済成長期に社会保障支出は実際にどのように推移したか、それをILO（International Labour Office）のデータを利用して調べてみよう⁽²⁹⁾。

表7は、日本、アメリカ、イギリス、西ドイツ、フランスおよびスウェーデンの6カ国について、社会保障給付とその主要項目の対GNPないしGDP比率の推移をみたものである。給付総額については1950年から75年までの期間について5年ごとの数値が示してあるが、主要項目については50年と55年のデータは知ることができなかったので、60年以降の数値しか示されていない。社会保障支出は社会保障給付のほかに社会保障のための事務費などをも含むが、後者は多くても社会保障支出額の1割余、大抵は数%以内にとどまっているので、社会保障支出の趨勢を知るうえからは社会保障給付の

(29) ILO は1953年以来、ほぼ3年の間隔で *The Cost of Social Security* と題する資料を公刊してきている。各国における社会保障の給付と収入について知ることのできる有益な資料である。

表7 社会保障給付の推移 (対 GNP・GDP 比率) (%)

	給付	現金給付	医療給付	他の現物給付	給付	現金給付	医療給付	他の現物給付
	日 本				ア メ リ カ			
1950	3.2				4.0			
55	4.8				4.3			
60	4.5	2.4	2.0	-	6.3	5.2	1.1	-
65	4.6	2.1	2.5	-	6.5	5.0	1.1	0.4
70	4.7	1.7	2.8	0.2	8.9	6.0	2.2	0.7
75	6.6	2.8	3.5	0.3	12.4	8.2	3.0	1.2
	イ ギ リ ス				西 ド イ ツ			
1950	8.9				14.1			
55	9.1				13.4			
60	10.2	7.0	3.2	-	14.6	11.9	2.7	-
65	11.0	7.7	3.3	-	15.7	12.5	3.2	-
70	12.9	8.6	3.5	0.8	16.0	12.1	3.9	
75	15.2	9.5	4.5	1.2	22.6	16.0	6.6	
	フ ラ ン ス				ス ウ ェ ー デ ン			
1950	10.9				9.3			
55	10.2				10.8			
60	12.5	10.1	2.4	-	10.7	7.8	2.9	-
65	14.7	11.3	3.4	-	13.3	9.6	3.7	-
70	14.1	10.1	4.0	-	18.4	10.5	6.2	1.7
75	20.9	15.1	5.4	0.4	25.6	14.9	7.7	3.0

(注) 1) 1950年と55年是对 GNP 比率, 60年以降是对 GDP 比率。

2) 年次は表示の年と1年ずれる場合もある。

(出所) ILO, *The Cost of Social Security, 6th International Inquiry, 1961-63, 1967*, pp. 291-95, 349-53; *Ibid, 11th International Inquiry, 1978-1980, 1985*, pp. 44-51, 57-58, 109-12 から算出。

推移をみておけば十分であろう。

社会保障給付は現金給付と医療給付を2大項目としている。大抵の国ではそのいずれの対 GDP 比率も急上昇している。その主要な原因になったのは、第1に制度の整備拡充であり、第2に制度の成熟であり、第3に高齢人口比率の上昇である。現金給付の急増は主として老齢年金給付の急増による

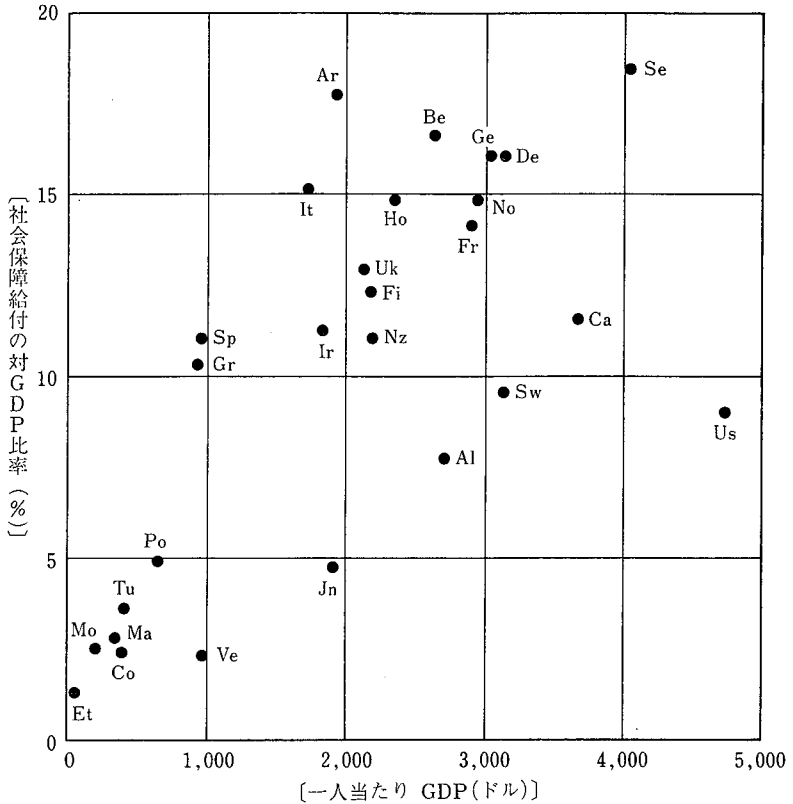
が、それを招いたのはこれら三つの変化であった。高齢者の増加はまた医療給付を急増させる原因にもなる。高齢者は高額な医療費を要する長期の疾病を持つ場合が少なくないからである。高齢者についてとくに医療費の自己負担を軽減する措置が講じられている場合には、それによって高齢者医療費の増加がますます加速される⁽³⁰⁾。これらの事情があいまって、社会保障給付の急増を導くことになったのである。

そのかぎりでは共通であるが、国ごとにみるとかなり大きな差異が存在している。1950年には給付の対GNP比率がもっとも高かったのは西ドイツであり、少し離れてフランス、スウェーデン、イギリスがこの順で続いている。アメリカと日本は大きく遅れている。75年までに、この比率は各国とも大きく上昇した。と同時に順位にも多少の変化が生じている。西ドイツを抜いて首位に踊り出たのはスウェーデンである。少し離れて西ドイツとフランスが続く。イギリスの比率は西ドイツやフランスにくらべてもかなり低い。ヨーロッパではこの4分の1世紀にスウェーデンの躍進、イギリスの相対的後退という変化のあったことがわかる。アメリカの比率は大きく伸びてイギリスに近づくが、スウェーデンと比べるとなおその2分の1の水準にとどまっている。日本はそのアメリカのさらに2分の1で、スウェーデンとの比較では4分の1ほどでしかない。

給付の総額だけでなく、給付の内容にも大きな差異がある。日本以外の国ではすべて、現金給付が医療給付よりずっと大きい。しかも一貫してそうである。これに対して日本では医療費が相対的に大きく、60年代中期以降は現金給付を大幅に上回るにいたっている。日本の社会保障が従来、医療給付に重点を置いてきたことはよく知られているが、その事実はこの表の数字にも

(30) 最近(1988年)の日本の医療費についての推計であるが、65歳以上の高齢者の一人当たり一般診療医療費の平均額は64歳以下のそれ(133.6千円)の3.5倍(471.4千円)であり、70歳以上に限ってみると4.2倍(556.3千円)になる(財政研究会編『図表解説 21世紀への展望』平成3年度版、大蔵財務協会、1991年、150頁)。

図11 一人当たり GDP と社会保障給付の対 GDP 比率 (1970年)



(注) Al: オーストラリア, Ar: オーストリア, Be: ベルギー, Ca: カナダ, Co: コロンビア, De: デンマーク, Et: エチオピア, Fi: フィンランド, Fr: フランス, Ge: 西ドイツ, Gr: ギリシャ, Ho: オランダ, Ir: アイルランド, It: イタリア, Jn: 日本, Ma: マレーシア, Mo: モロッコ, No: ノルウェー, Nz: ニュージーランド, Po: ポルトガル, Se: スウェーデン, Sp: スペイン, Sw: スイス, Tu: トルコ, Us: アメリカ, Uk: イギリス, Ve: ヴェネズエラ

(出所) ILO, *The Cost of Social Security 1978-80*, pp. 56-59; *Statistical Abstract of the United States 1972*, 1972, p. 813.

現れている。

以上から、高経済成長期には社会保障給付の対 GNP・GDP 比率はおしなべて急上昇したとはいえ、その上昇の程度にも、それによって到達した水準にも、国によってかなり大きな違いがあったことがわかる。その違いは何によって説明されるのであろうか。図11の事実を手がかりに考えてみよう。

この図は1970年をとって、社会保障給付の対 GDP 比率と一人当たり GDP との相関を示したものである。大まかな傾向として、所得水準の上昇につれて社会保障給付の対 GDP 比率も高まるという分布になっていることがわかる。所得水準の上昇が社会保障制度の発展を促し、高齢人口比率を高める作用を持つことを考えれば当然であろう。しかし、所得水準が同じであるなら社会保障給付の対 GDP 比率も同じであるというわけではない。スウェーデンとアメリカはいずれも一人当たり GDP が4000ドルを超えていてもともに最高の所得水準にあるが、社会保障給付費の対 GDP 比率はスウェーデンの18.4%に対してアメリカは8.9%でしかない。オーストリアと日本も、一人当たり GDP はともに2000ドル弱で似通った水準にあるが、社会保障給付の対 GDP 比率には17.7%と4.7%という大きな差異がある。この差は何によるのであろうか。

第1の要因は、高齢人口比率の違いである。所得水準の上昇はそれを高める傾向があるとはいえ、ある特定の時点での高齢人口比率は歴史的事情にも強く規定されるので、所得水準が同じであっても大きく異なる場合がある。1970年における65歳以上人口の比率は、スウェーデンの13.7%に対してアメリカは9.9%、オーストリアの14.2%に対して日本は7.1%でしかない⁽³¹⁾。それまでの数十年間、スウェーデンやオーストリアにおける出生率はアメリカや日本にくらべてはるかに低かった（表8）。それが高齢人口比率にこのよ

(31) 国際連合統計局編『世界人口年鑑1971』原書房、1973年、204、230、245、296頁より算出。

表8 出生率の比較 (1000人当たり出生数)

	スウェーデン	オーストリア	アメリカ	日本
1930	15.4	16.8	21.3	32.4
50	16.5	15.6	24.1	28.1
75	12.6	12.5	14.6	17.1

(出所) Mitchell, *op. cit.*, pp. 124, 129, 131, 133; U. S. Department of Commerce, *Historical Statistics of the United States: Colonial Times to 1970*, 1975, p. 49; アメリカ合衆国商務省『アメリカ歴史統計』別巻, 原書房, 1987年, 1203, 1206頁; 『完結昭和国勢総覧』第1巻, 東洋経済新報社, 1991年, 57頁。

うな差異を生じさせる大きな要因になっている。

第2は、政権の社会的性格の違いである。スウェーデンは1932年に社会民主党が単独政権を獲得して以来、76年まで44年間にわたって、一時連立もあつたがほとんどの時期、単独で内閣を維持し続けてきた国であった。オーストリアも、戦前の社会民主党の流れを汲む社会党が戦後ずっと保守派の国民党とはほぼ互角の党勢を維持していて、20年間(1945-65年)にわたって両党の連立政権が続いてきた国であった⁽³²⁾。そのような国と、日本やアメリカのように保守的性格の強い政党が長期間政権を担ってきた国とでは、福祉国家構想にも、それを反映する社会保障制度にも大きな差異が生じるのは当然である。それもまた、社会保障給付の推移や水準を規定する重要な要因になる。

第3の要因は、制度の成熟度の違いである。年金のような長期給付は通常、保険料の長期拠出を給付の条件とするので、制度が新設されてから暫くは多額の給付を要するものとはならない。年数が経過し、受給有資格者数が増え、その有資格者のなかで満額の受給者の割合が増大するにつれて、給付額が急増していくことになる。その点でも西ヨーロッパ諸国と日本とでは大

(32) 矢田俊隆・田口晃『オーストリア・スイス現代史』山川出版社, 1984年, 付録42-43頁。なお、歴代大統領は戦後30年間、つねに社会党から出ている。

きな差異があった。西ヨーロッパ諸国にくらべて日本では制度の創設、整備の時期がはるかに遅かった。それによる制度の成熟度の違いもまた、給付水準の違いを生む大きな原因になった。

社会保障給付の対 GNP ないし GDP 比率は、所得水準の上昇につれて高まる傾向があるが、ある時点での高さは所得水準だけでは説明できない。それを説明するためには、その時点における高齢人口比率、制度の創設・発展を担ってきた政権の性格、制度の創設・発展からの経過年数に依存する制度の成熟度の違いなどが合わせて考慮されなければならない。

(4) 社会保障負担の増大

社会保障給付の増大は当然、他方における社会保障収入の増大を必要とする。社会保障収入は表9にあるように推移している。保険料と公費負担が2大財源であるが、そのいずれもが急増している。

しかし国別に比較すると、ここでも顕著な相異があることがみてとれる。社会保障収入全体の水準と推移は、当然ながら、さきにもみた社会保障給付の水準と推移に対応している。すなわち社会保障給付の水準が高く、またそれが大きく上昇している国では、社会保障収入の水準も高く、大幅に上昇する傾向が認められる。ただし、社会保険料はその1部が将来の支払いのために積立てられることもあるし、逆に過去の積立てを取り崩して現在の支出が賅われることもある。したがって社会保障の支出と収入がつねに一致するとは限らない。実際には、両者の水準にしばしば違いが生じている。社会保障収入が支出を上回れば、社会保障のための基金が増加するし、逆の場合には減少する。そうしたことが長期にわたって続けば、当然、それを調整するための措置が必要とされることにもなるであろう。

保険料と公費負担との割合も国によって異なっている。保険料が公費負担より大きい国を保険料型、小さい国を公費負担型と呼べば、日本、アメリカ、西ドイツ、およびフランスは保険料型、イギリスとスウェーデンは公費

表9 社会保障収入の推移(対 GNP・GDP 比率)

(%)

	保 険 料			公 費 負 担			目的税	その他	合 計
	被保険者	雇 主	小計	国庫	地方	小計			
日 本									
1950	1.1	1.4	2.5	0.8	0.3	1.1	-	0.3	3.9
55	1.3	2.6	3.8	..	..	1.6	-	0.4	5.8
60	1.5	2.6	4.1	1.2	0.3	1.5	-	0.4	6.0
65	1.7	2.0	3.8	1.9	0.3	2.2	-	0.6	6.6
70	2.1	2.3	4.4	1.9	0.3	2.2	-	1.1	7.6
75	2.8	3.1	5.8	2.8	0.4	3.2	-	1.4	10.4
ア メ リ カ									
1950	0.7	1.5	2.1	1.6	1.0	2.6	-	0.2	4.9
55	1.1	1.7	2.8	1.3	0.7	2.0	-	0.2	5.1
60	1.6	2.6	4.3	1.8	1.1	2.9	-	0.3	7.5
65	1.8	2.9	4.7	1.9	1.1	3.0	-	0.4	8.1
70	2.7	3.8	6.5	2.7	1.4	4.2	-	0.6	11.3
75	3.3	4.9	8.2	3.7	1.8	5.4	-	0.8	14.4
イ ギ リ ス									
1950	1.8	1.6	3.4	6.2	0.2	6.4	-	0.8	10.6
55	1.8	1.7	3.4	5.5	0.3	5.8	-	0.7	10.0
60	2.2	2.0	4.2	5.9	0.6	6.4	-	0.4	11.0
65	2.6	3.0	5.6	5.1	0.9	6.0	-	0.5	12.1
70	2.7	3.5	6.2	6.3	1.0	7.4	-	0.3	13.9
75	3.3	4.8	8.1	7.8	1.3	9.1	-	0.4	17.7
西 ド イ ツ									
1950	2.8	5.0	7.8	2.8	1.4	4.1	0.2	0.5	12.6
55	3.4	6.7	10.1	4.6	-	4.6	0.2	0.8	15.7
60	4.2	7.2	11.4	4.1	-	4.1	0.2	0.5	16.3
65	4.5	0.9	11.4	5.0	-	5.0	0.3	0.5	17.2
70	5.1	7.5	12.6	4.5	-	4.5	0.1	0.5	17.7
75	6.6	9.2	15.8	6.6	-	6.6	0.1	0.8	23.3
フ ラ ン ス									
1950	1.4	6.1	7.6	1.2	0.3	1.5	0.4	0.1	9.5
55	2.1	8.4	10.4	1.6	0.4	2.0	0.5	0.3	13.3
60	2.1	8.3	10.4	2.0	0.3	2.3	0.4	0.1	13.2
65	2.6	9.9	12.5	2.1	0.3	2.4	0.4	0.2	15.5
70	2.9	10.5	13.4	1.2	-	1.2	0.4	0.4	15.3
75	4.2	13.7	17.9	5.2	0.4	5.6	0.5	0.4	24.5
ス ウ ェーデン									
1950	0.9	1.0	1.9	4.9	2.0	7.0	-	0.2	9.0
55	1.9	1.4	3.3	5.2	3.0	8.2	-	0.1	11.7
60	2.3	1.2	3.5	4.5	3.0	7.4	-	0.2	11.1
65	2.3	4.4	6.7	5.6	3.7	9.3	-	0.6	16.5
70	2.7	6.5	9.1	6.5	6.3	12.8	-	1.5	23.4
75	0.2	10.5	10.7	8.6	8.0	16.6	-	2.1	29.4

(注) 1) 1950年と55年是对 GNP 比率, 60年以降是对 GDP 比率。

2) 年次は表示の年と1年ずれる場合もある。

(出所) ILO, *The Cost of Social Security, 6th International Inquiry*, pp. 291-95, 325-29, 349-53; *Ibid, 11th International Inquiry*, pp. 44-50, 109-12 から算出。

表10 国民負担率の上昇（対 GDP 比率）（％）

	租 税 社 会 保 険 料 国 民 負 担 率			租 税 社 会 保 険 料 国 民 負 担 率			租 税 社 会 保 険 料 国 民 負 担 率		
	日 本			ア メ リ カ			イ ギ リ ス		
1955	14.9	2.2	17.1	21.0	2.6	23.6	26.7	3.1	29.8
60	15.7	2.5	18.2	22.7	3.8	26.5	24.9	3.6	28.5
65	14.3	4.0	18.3	21.6	4.2	25.9	25.9	4.7	30.6
70	15.3	4.4	19.7	23.6	5.6	29.2	32.0	5.2	37.1
75	14.9	6.1	20.9	21.9	7.1	29.0	29.3	6.2	35.4
	西 ド イ ツ			フ ラ ン ス			ス ウ ェ ー デ ン		
1955	23.3	7.5	30.8	..	..	..	25.0	0.5	25.7
60	22.7	8.6	31.3	..	..	..	26.0	1.2	27.2
65	23.1	8.5	31.6	23.0	11.9	35.0	31.1	4.3	35.4
70	22.9	10.0	32.9	22.3	12.7	35.1	34.2	6.0	40.2
75	23.8	12.0	35.7	21.9	15.0	36.9	35.3	8.6	43.9

（出所）OECD, *Revenue Statistics of OECD Member Countries 1965-1987*, 1988, pp. 83, 84, 89, 191, 193.

負担型ということになる。さらに保険料の内訳も一様ではない。被保険者と雇主の負担割合は国によって大きく異なっている。スウェーデンとフランスは雇主の負担割合のもっとも大きい国である。これに対して日本はそれのもっとも小さい国である。

これらの割合が異なれば、社会保障支出が社会のいかなる階層によって負担されるかも異なってくる。さらに同じく公費負担であっても、租税構造が異なればその負担者も異なってくるであろう。社会保障財政の所得再分配作用を分析するためには、社会保障給付の受益者が誰であるかという問題と同時に、社会保障収入の負担者が誰であるかという問題も合わせて検討されなければならない。しかし、ここではそうした問題にまで立ち入ることはできない。

いずれにしても、社会保障支出の増大は社会保障収入の増大を必要にし、社会保障収入の増大は保険料収入の増大によってであり、公費負担の増加を介した租税負担の増大によってであり、国民の負担を増大させる。社会保険料と租税の合計額の対 GDP 比率は国民負担率と呼ばれる。国民負担率は高

経済成長の時期にどこの国でも増大している（表10）。

国民負担率の増大は、経済の高成長が続き、実質所得水準の急速な上昇が続いているあいだは比較的受け入れられ易い。しかし経済が低成長に転じ、実質所得水準の上昇がやみ、あるいは小幅なものにどどまるようになると事態は一変する。負担率の増大に対する抵抗が一挙に強まってくるのである。それによって社会保障制度の発展も軌道修正を迫られることになるが、これについては稿を改めて述べるのが適当であろう。（了）