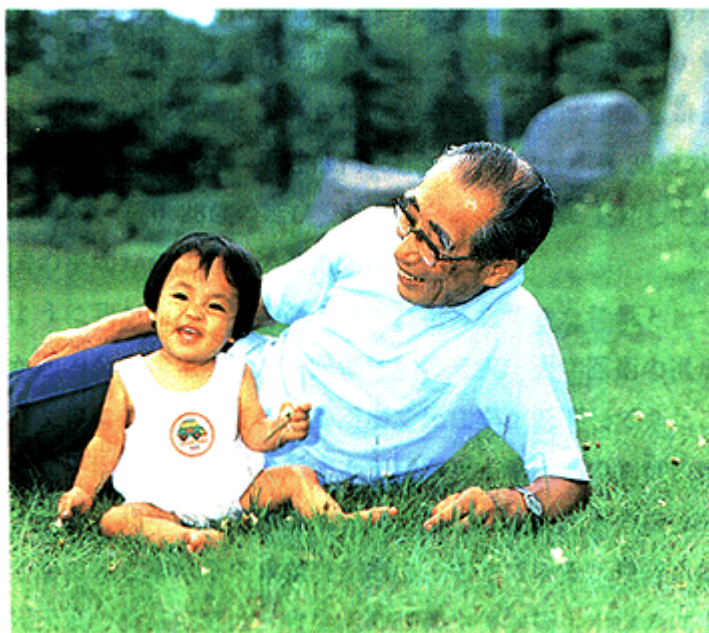


第1編
第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

明るい長寿社会をめざして



明るい長寿社会をめざして

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第1節 一層進む長寿化と人口高齢化

1 長寿化の進展

「人生七十古来稀なり」とは、「詩聖」と仰がれた唐の時代の代表的詩人杜甫が47歳の時につくった詩の一節であり、これから70歳を古来まれなる長寿として「古稀」と称し、祝福するようになったとされている。実際、8世紀の唐の時代はもちろんのこと、人類史上、誰もが70歳まで天寿を全うするという状況にはいまだ至っておらず、20世紀になって人類の平均寿命(出生児の平均余命)は延びているとはいえ、国連推計によれば、1980~85年における世界の平均寿命はまだ59.5歳(男58.2歳、女60.9歳)という状態である。

我が国の平均寿命をみても、明治・大正時代までは40歳代にすぎず、男女とも50歳を超えたのは、昭和22年の生命表上においてが初めてである。しかし、その後、大幅な延びをみせ、35年には女性が、46年には男性が「古稀」の70歳を超え、さらに、59年には女性は80歳を超えている。昭和60年簡易生命表では、男性は74.84歳(59年に比べ0.30歳の延び)、女性は80.46歳(同0.28歳の延び)と平均寿命は着実に上昇しており、今や我が国の平均寿命は世界の最高水準にある。

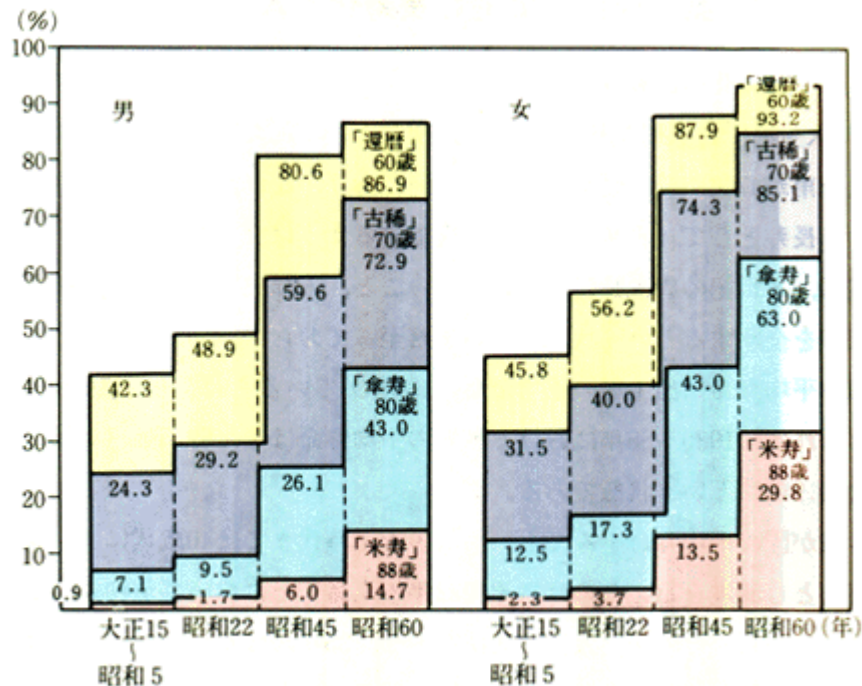
このように我が国の平均寿命が着実に上昇してきた背景としては、戦後の我が国の公衆衛生の進歩、医療体制の充実、医学医術の進歩、生活水準の向上等により、全ての年齢階層で死亡率が低下してきたことが挙げられる。平均寿命の延びに対する年齢別死亡率低下の貢献の度合を具体的にみると、45年頃までは乳幼児死亡率の低下が、その後は65歳以上の高齢者層の死亡率低下の貢献度が高まってきている。最近の動向をみると、死因別の貢献度では、食生活の改善や保健衛生水準の向上等により脳卒中死亡率の低下の寄与するところが大きく、最近10年間の平均寿命の延びの30%強は、脳卒中死亡率の低下による。一方、悪性新生物(がん)は、これによる死亡率の増加を反映して、男性の場合にわずかではあるが平均寿命を短縮する方向に作用している。そこで、こうした特定死因による死亡率の低下、とりわけ全死因の60%を占める三大成人病の克服に努めれば、平均寿命は更に数年の延びが期待できる。

こうして世界最高水準の長寿国となった我が国では、60年に生まれた者のうち男性では73%、女性では85%の者が「古稀」の70歳に到達し、更に男性では43%、女性では63%が「傘寿」と呼ばれる80歳に到達するものと見込まれている。平均寿命が初めて50歳を超えた22年には、80歳までの生存可能性が男性10%、女性17%にすぎなかったことに比較すれば、我が国は文字どおりの「人生80年時代」を迎えたことになる(注)(第1-1図参照)。換言すれば、我が国社会は、戦後の経済社会の発展を通じて、この世に誕生した人々が確実に長寿を享受できる社会を現出したと言えよう。

(注) 厚生省が毎年9月15日の「敬老の日」に合わせて発表する「長寿番付」(全国高齢者名簿)によると、昭和61年9月末現在の100歳以上の者は1,851人と、40年の198人の約10倍となっている。

第1-1図 出生児が「還暦」「古稀」「傘寿」「米寿」まで生存する可能性

第1-1図 出生児が「還暦」「古稀」「傘寿」「米寿」まで生存する可能性



資料：厚生省統計情報部「生命表」「簡易生命表」

(注) 数値は、各年の生命表作成時点における出生児が生命表上の特定年齢(還暦等)まで生存する可能性(割合)を示す(単位%)。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第1節 一層進む長寿化と人口高齢化

2 超高齢社会の到来

我が国の人口の年齢構成をみると、出生率の低下により年少人口が横ばいから減少傾向を示す一方、寿命の延びにより高齢人口が増大している。人口の高齢化を示す指標として使われる65歳以上人口(老年人口)の総人口に占める割合(老年人口比率)は、昭和30年頃までは5%前後で推移していたが、30年以降は急速に増大し、45年には7%を超え、60年に行われた国勢調査では初めて10%を超え、10.3%に達している。

ところで、厚生省人口問題研究所では5年ごとに行われる国勢調査の調査結果を利用して我が国の将来人口を推計しているが、今回、昭和60年国勢調査を基に、「日本の将来推計人口(昭和61年12月推計)」を取りまとめたところなので、これにより我が国の人口高齢化の将来動向を概観してみよう。

なお、人口推計のためには、将来の平均寿命や出生率を始めとする人口の変動要因の仮定が必要である。新人口推計では、平均寿命については、死亡率の低下傾向により今後とも延長し、75年には男76.81歳、女82.69歳、100年には男77.87歳、女83.85歳に達するものとしている。また、出生率については、最近の出生力の分析や主婦の予定子供数に関する意識調査等を踏まえて、中位推計では、将来の合計特殊出生率(注)は、最近の晩婚化の加速化を反映して今後しばらく停滞するものの、晩婚化が鈍化するとともに上昇していくとし、61年の1.75まで低下した後、75年の1.96を経て、100年には2.00に達するものと仮定している。

(注) 合計特殊出生率とは、ある年における女子の年齢別出生率を合計した値である。出生年次や結婚年齢が異なる女子の出生率を合計したものであるため、必ずしも1人の女子の生涯出産数を示すものではないが、仮にこの値が長期に続いた場合、1人の女子が平均何人の子供を産むかを示す。我が国の合計特殊出生率は、いわゆる第一次ベビーブーム時の昭和25年には3.65人であったのが、その後低下傾向にあり、50年には1.91人と1人台になり、60年には1.76人まで低下している。

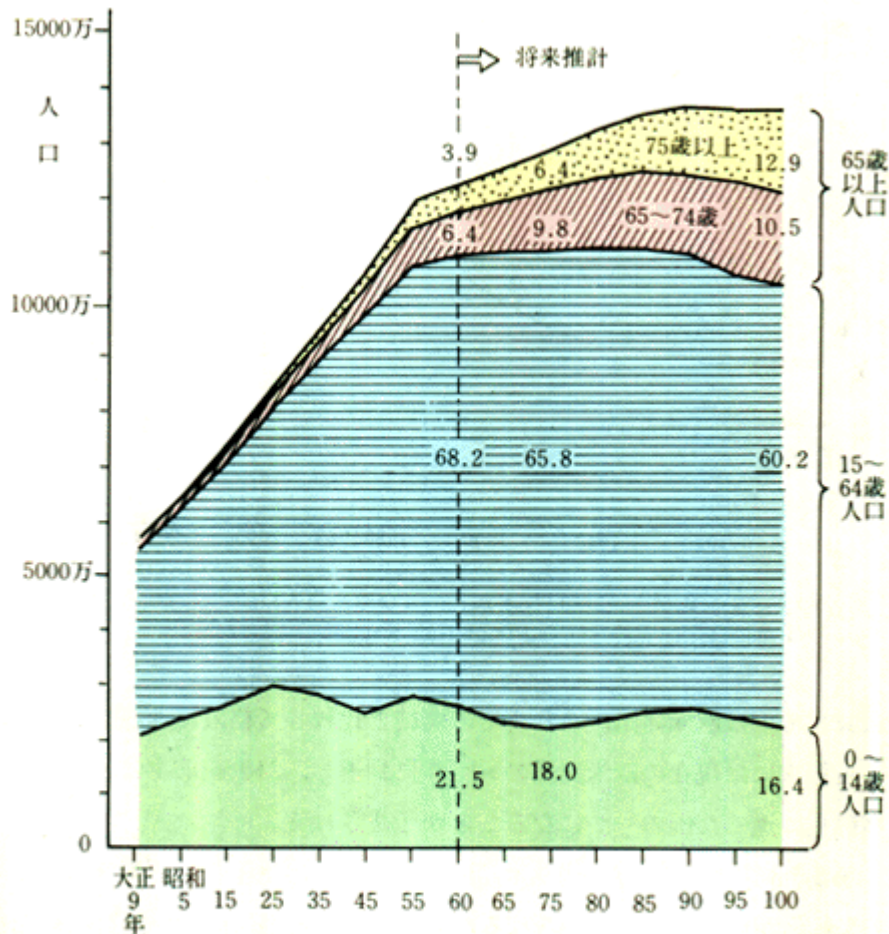
新人口推計(中位推計)によると、我が国の総人口は、60年の1億2,105万人から増加を続け、88年には1億3,603万人でピークに達した後、緩やかな減少に転じる。

一方、人口の高齢化はこれまで以上に急速に進展する。老年人口は75年頃までは毎年約4%前後の伸びで増加することから、老年人口比率は、60年の10.3%から更に上昇を続け、75年には16.3%、96年には23.6%とピークを迎える(101年以降の参考推計によれば、118年に24.2%と第2のピークを迎える)。すなわち、95年頃には全人口の約4人に1人が65歳以上の者であり、老年人口総数も3,188万人と現在の東京圏(東京都、神奈川県、埼玉県及び千葉県)の総人口よりも大きくなる。

また、老年人口の中でも、特に75歳以上の「オールド・オールド」と呼ばれる後期老年人口(75歳以上人口)の伸びが大きく、特に70~85年の間は年間約40万人ずつ増加することが予想される。このため、その総人口に占める割合は60年の3.9%から上昇を続け、75年の6.4%を経て、79年には総数で1,000万人を超え、100年には約1,737万人、総人口の12.9%を占めるに至ると推測されている(第1-2図参照)。

第1-2図 我が国の将来推計人口の推移

第1-2図 我が国の将来推計人口の推移



資料：総務庁統計局「国勢調査」及び厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口(昭和61年12月推計)」の中位推計による。
 (注) 図中の数値は、昭和60、75、100年における各年齢階級別人口の構成割合を示す(単位%)。
 (参考) 1. 総人口のピークは、昭和88(2013)年で136,030千人に達する。
 2. 老年人口のピークは、昭和95(2020)年で31,880千人に達する。
 3. 高齢化のピークは、昭和96(2021)年で老年人口比率が23.6%に達する。

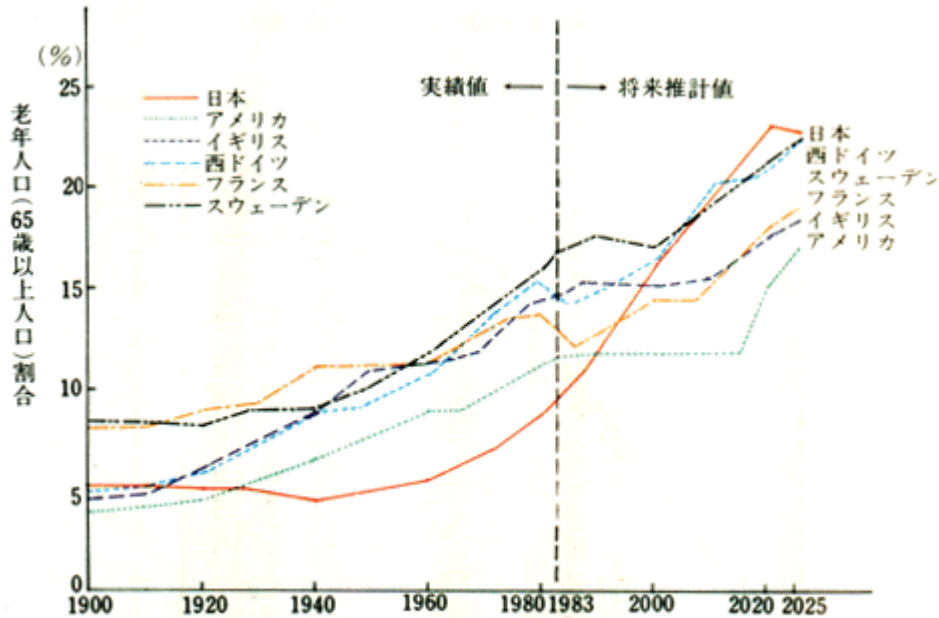
第1-3図は、我が国の老年人口比率の推移及び将来動向を欧米諸国と比較したものである。我が国の老年人口比率は、21世紀に至るまでは欧米諸国と比較すれば低位で推移するが、前述のとおり、我が国の高齢化のスピードは欧米諸国のこれまでの実績と比較して格段に速いことから、今世紀末には現在の欧米諸国のレベルに到達し、21世紀前半には、最も高齢化の進んだ国の一つになることが予想される。

第1-3図のとおり、今後欧米諸国においても出生率の低下等を反映して高齢化が更に進むと予想されるため、21世紀前半には我が国を始め先進諸国は未曾有の「超高齢社会」を迎えることになるわけである。

人口の年齢構造の変化を人口ピラミッドの型の変化によってみたものが第1-4図である(注)。

第1-3図 欧米先進国と日本の老年人口割合

第1-3図 欧米先進諸国と日本の老年人口割合



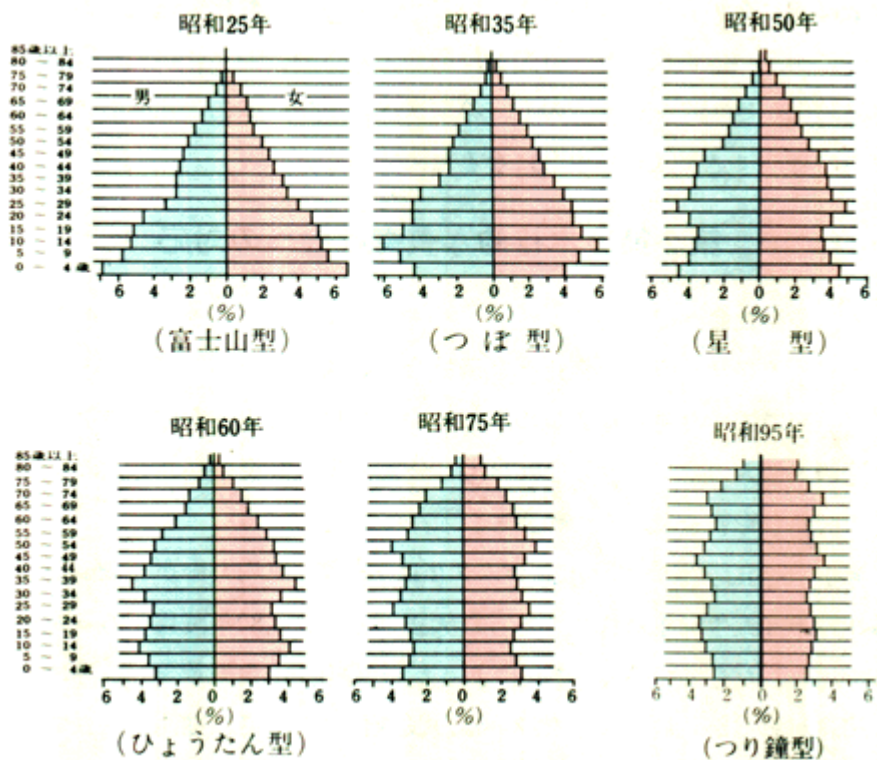
資料：日本は 総務庁統計局「国勢調査」及び厚生省人口問題研究所の推計に
 外国は国連資料（UN, Population Studies）に基づく。

(注) 人口ピラミッドは、過去の出生・死亡や人口の流入・流出の累積的結果であるので、人口構造の特徴を視覚的に理解するのに役に立つ。なお、一般に「富士山型」は発展途上国によくみられる型、「つぼ型」は出生数の減少による人口減退型、「星型」は出生数の回復によって再びすが広がった型、「つり鐘型」は人口の停滞及び安定を示す型とされている。

このように時代の進展に伴い人口ピラミッドの型に変化がみられる最大の要因は、22年から24年にかけてのいわゆる第一次ベビーブームによる「団塊の世代」の存在である。この時期の年間260万人台という出生者数は、それ以前も以後も例がなく、また、この世代が46年から49年にかけての年間出生者数200万人台という第二次ベビーブームを生み出している。この結果、我が国の年齢別人口構成をみると、第一次及び第二次ベビーブーム世代が大きな集団として突出する形になっている。これら二つの大きな人口集団はこれまで教育や雇用の面を始め、我が国の経済社会に様々な影響を及ぼしてきているが、人口の高齢化の進展に対してもベビーブーム世代の与える影響は極めて大きい。90年代に我が国の人口高齢化がピークを迎えるのも、第一次ベビーブームによる団塊の世代がこの時期に老年人口の中心になるためである。

第1-4図 我が国の人口ピラミッドの推移

第1-4図 我が国の人口ピラミッドの推移



資料：総務庁統計局「国勢調査」、厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口
(昭和61年12月推計)

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

1 長寿社会への対応

(1) ライフサイクルの変化と経済社会の課題

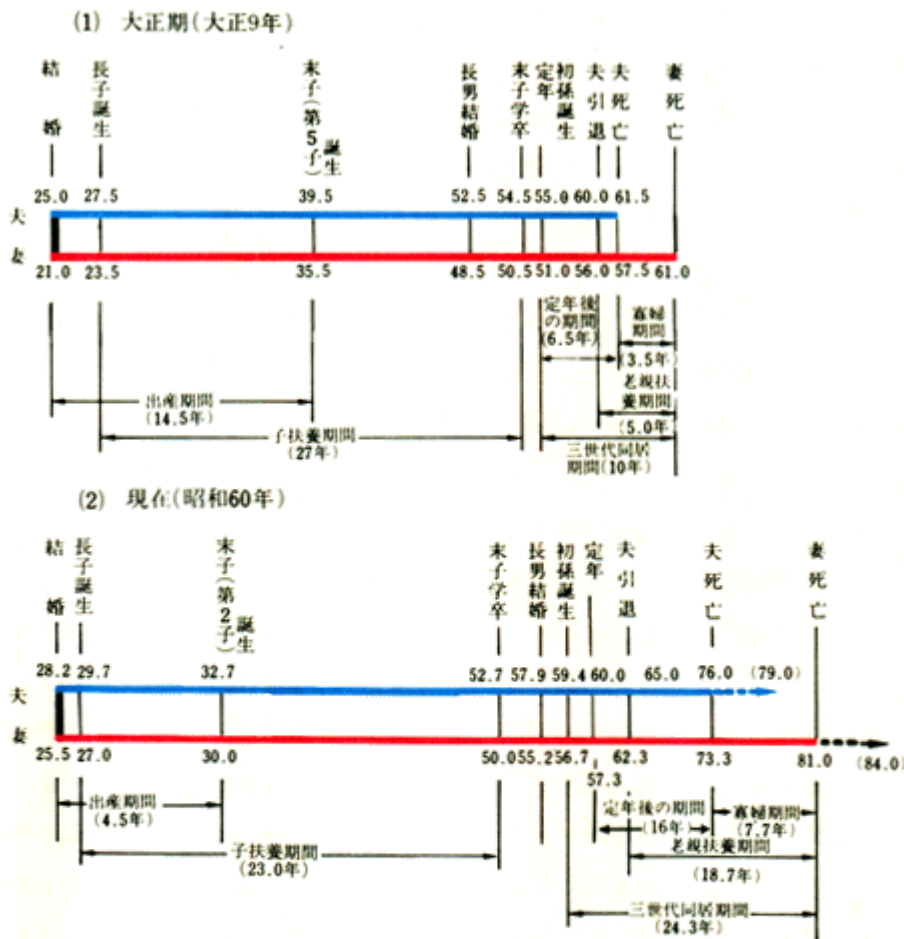
第1節で述べた急激な人口の高齢化や世界に冠たる長寿化の進展は、私達個人個人のライフサイクルはもちろん、経済社会の在り方に対してまで広範な影響を及ぼしつつある。

第1-5図は、家庭のライフサイクルについて、平均寿命が45歳前後であり言わば人生50年時代でもあった大正期と、人生80年時代である現代とを比較したものである。これによると、晩婚化、出生児数の減少等種々の相違があるが、最も大きな違いは、長寿化による老後期間の延長である。例えば、大正期においては職業生活からの引退や子供の自立の時期が人生の終焉期と近接していたが、現代では、男性の場合定年後の期間が約16年、女性の場合子育て終了後の老後期間が約25年とはるかに長期化している。この結果、三世代同居期間や老親扶養期間も約2倍に延びており、特に、女性の場合は夫に先立たれてからの寡婦期間が約8年と著しく長期化していることが大きな特徴である。さらに、今後の長寿化の進展により老後期間は更に3年余り延びるものと見込まれる。

こうして、私達は、言わば第2の人生ともいえる長期化した高齢期をいかに健康に充実して送ることができるか、換言すれば「いかに健やかに老いることができるか」を中心に個人の人生設計そのものの見直しを迫られている。

第1-5図 ライフサイクルの変化

第1-5図 ライフサイクルの変化



資料: 人口問題審議会意見書(昭和59年)中の図を基に、現在の部分について最新の数字で修正。
 (注)1. 大正期は大正9年前後のデータから作成、大正期、現在とも、数字はすべてクロス・セクション・データの平均値(概数)を用いている。
 2. 家族のライフサイクル上の出来事が起こる年齢は、すべて夫妻の結婚時の年齢からの平均余命を用いて算出している。そのため、たとえば本モデルにおける寡婦期間は、実際に夫と死別した妻のそれとは異なることに注意する必要がある。
 3. (2)の夫と妻のライフサイクルの点線部分は、昭和100年の場合の推計寿命の延長を示す。

また、人口の高齢化と長寿化は個人の人生設計ばかりでなく、増大する高齢者の扶養や介護の問題、年金や医療費の負担問題、更に教育や住宅、雇用問題等我が国の経済社会全体に対して基本的な課題を投げかけており、今や、長寿化及び高齢化の急速な進展に対して適切な対応を図っていくことが国民的な課題となっている。

国民生活にとって望ましいことは、国民一人一人が長期化した老後を有意義に送ることができるとともに、経済社会の活力の維持によって今後とも生活の安定・向上が図られていくような長寿社会の建設であろう。このためには、我が国の経済社会システムが従来的人生50年というライフサイクルを前提としていた点を見直し、旧来の社会観、生活観を切り替えるとともに、人生80年というライフサイクルを前提とした社会全体の構造調整を進めていく必要がある(注)。

(注) 人生80年時代の意義や人生80年型社会を支える社会システムの在り方等を検討するため、厚生省において昭和60年2月から「人生80年型社会懇談会」が開催され、60年12月に中間報告、61年9月には第2の人生を見据えた人生設計の必要性、新しい意識、文化の創造等の提言を盛り込んだ最終報告が取りまとめられている。

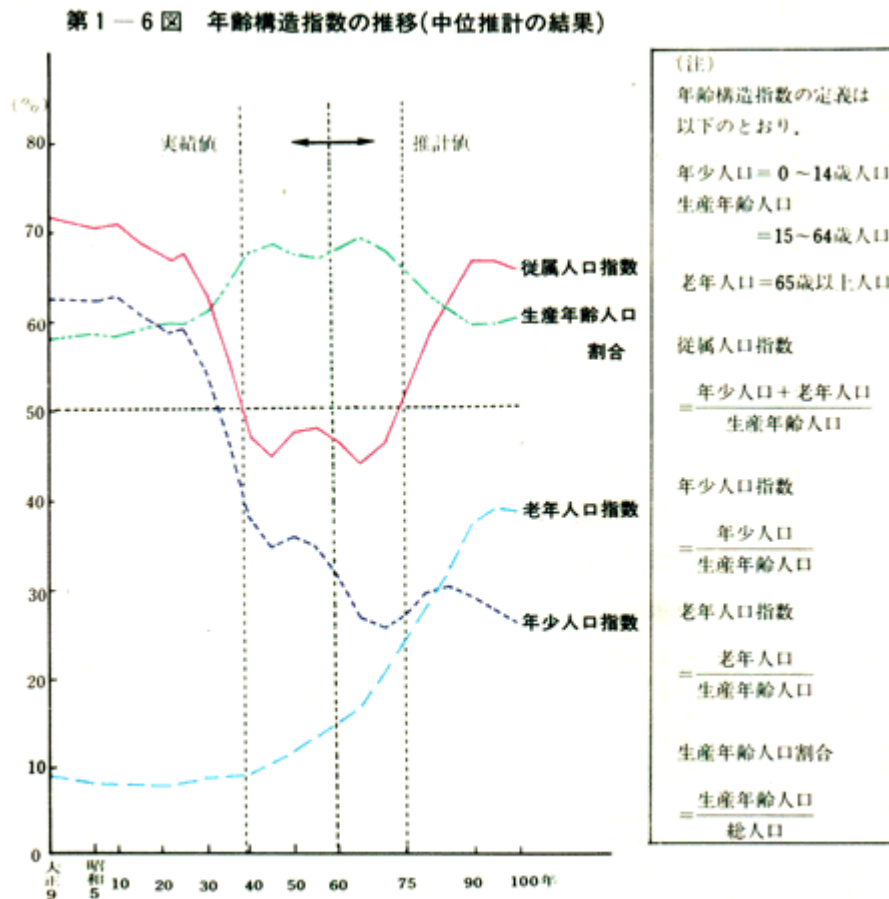
こうした観点から、政府は、昭和60年7月に長寿社会対策関係閣僚会議を設け、61年6月に、21世紀初頭の本格的な高齢社会の到来に備え、人生80年時代にふさわしい経済社会システムの構築を目指すための指針とし

て長寿社会対策大綱を策定した。今後は、この指針を基礎に、「活力と包容力のある豊かな長寿社会」の建設へ向けて総合的に各種施策を推進することとしている。なお、厚生省においても、60年9月に高齢者対策企画推進本部を設け、長寿社会にふさわしい社会保障施策の在り方について検討を進め、61年4月に本部報告を取りまとめ、公表した。このように我が国社会が長寿社会に適切に対応していくために政府全体で各種の検討・対策が講じられつつある。

ところで、人口の年齢構成の今後の変化をみると、21世紀に至るここ10年間余りが、将来の超高齢社会すなわち本格的な長寿社会にふさわしい経済社会システムの構築の準備に最も適切な時期であり、同時に無為に過ぎしてはならない貴重な時期であると言える。

なぜなら、第1-6図のとおり、現在から21世紀に至るまでの我が国の人口構造をみると、生産年齢人口総数が増大するとともに、生産年齢人口の全人口に占める割合(生産年齢人口割合)が40年代の高度経済成長期とほぼ同レベルの高い時期に該当していること、逆に言えば、生産年齢人口に扶養される人口割合を示す従属人口指数が40%台という低い時期に該当しているからである。

第1-6図 年齢構造指数の推移(中位推計の結果)



資料：昭和60年以前は総務庁統計局「国勢調査」、推計値は、厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口(昭和61年12月推計)」の中位推計による。

これは、人口の高齢化の進展により老年人口は増加するが、一方、出生率の低下等により今後10年余りの間は年少人口が減少し続けるため、老年人口と年少人口を合わせた従属人口は横ばいで推移するためである。ただし、21世紀の超高齢社会においては、急激な人口高齢化により老年人口が急増し続けるため、従属人口指数は急カーブで増加し、高齢化のピーク時には70%近い数値になるものと見込まれる。

生産年齢人口が増大する一方で従属人口指数が低いということは、社会全体として働き盛りの者が多く、かつ、扶養負担が軽いということを意味する。このような人口構成は、生産年齢人口の層が薄く、従属人口の多い人口構成と比較すれば、高齢化に伴う経済社会全体の負担増を生産年齢人口層で吸収しやすく、また、長期的視点に立った社会資本の整備等高齢化のための資本蓄積や、既存の制度改革の円滑な実施を可能としや

厚生白書(昭和61年版)

すい好条件である。この人口構成上の好条件は21世紀の超高齢社会においては次第に消滅していくことから、それまでの間は将来を見据えて、超高齢社会すなわち本格的な長寿社会にふさわしい経済社会システムの構築を目指していく基礎固めの時期であると言えよう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

1 長寿社会への対応

(2) 長寿社会と社会保障

社会保障の役割は、所得再分配や各種サービスの供給等の仕組みを通じて、生涯のどの段階においても安心して生活できるような基礎的条件を整備し、国民生活の安定を図ることにあるが、国民皆保険・皆年金体制、生活保護制度による最低生活の保障、各種福祉サービスの拡充等を通じ、社会保障制度は今日国民生活の基盤として私達の生活の中に十分に組み込まれている。一例を挙げれば、毎日約770万人もの人々が公的医療保険を利用して約13万施設に上る病院や診療所で治療を受けている。また、公的年金受給者数は毎年約100万人のペースで増加しており、このうち老齢年金受給者総数は約1,300万人(昭和60年3月末現在)、全世帯の約1/3の世帯は公的年金を受給している。社会保障の規模を金額で示す社会保障給付費(注)も年々増大しており、59年度には総額33兆5,770億円で、約20年前の40年度と比較すると約21倍の規模であり、この間の国民所得の伸びの2倍強の伸びを示している。これを1世帯当たりで見ると、1年間に約90万円の社会保障給付を受けている計算になる。

(注) 国民に対して直接支給される年金等の現金給付や医療、福祉サービス等の現物給付に係る費用を合計したもので、ILOの基準に従って推計される。

一方、社会保障を取り巻く環境をみると、人口の高齢化や長寿化の進展を始め、家族形態の変化、生活水準の向上、価値観の多様化、科学技術の進歩、国際化の進展等、大きく変化してきている。さらに、21世紀の超高齢社会においては、高齢人口の増大等により社会保障に対するニーズの一層の増大、多様化が見込まれる。社会保障制度が長期的に安定し、有効に機能することは、国民生活の安定を図り、活力ある長寿社会を実現するために不可欠の要件である。したがって、本格的な長寿社会への過渡期である21世紀に至るこの時期にこそ、各種社会保障制度が長寿社会にふさわしいものであるかどうか再検討し、将来を見据えて必要な制度改革を行うことにより、21世紀においても安定的で信頼感のある社会保障制度の構築をめざしていく必要がある。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

2 高齢化,長寿化に伴う国民生活の変化

第1-7表は,60歳以上の高齢者に関して健康面を中心とした生活指標を5歳年齢階級別に示したものであるが,高齢者と一口に言っても男女別や年齢階層ごとに大きな差異があることがわかる。このように,社会保障制度の再構築のためには,高齢化,長寿化などに伴う国民生活の変化や今後の動向を十分に分析し,社会保障に関するニードを的確に把握して対処していくことが重要であることは言うまでもない。ここでは,国民生活の変化のうち特に代表的なものを選んで分析してみよう。

第1-7表 高齢者の5歳年齢階級別にみた生活指標

第1-7表 高齢者の5歳年齢階級別にみた生活指標

項目 年齢	①	②		③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	男女比	配偶者の有無		同居率	健康度	有病率	受療率	ねたきり率	痴呆性老人出現率
		男	女						
60 ~ 64	1.27	92.4	68.8	55.7	78.9	341.5*	107.08	0.95	-
65 ~ 69	1.35	90.4	54.4	57.4	69.0	434.6	134.56	1.74	1.2
70 ~ 74	1.37	85.4	40.1	61.9	64.0	537.6	183.44	2.93	3.1
75 ~ 79	1.45	78.3	26.1	68.2	59.4	566.8	211.06	4.81	4.7
80 ~ 84	1.64	66.5	13.6	77.7	54.1**	569.0**	214.36	8.74	13.1
85歳以上	2.07	46.8	5.2	83.0			209.68	15.58	23.4
平均 (65歳以上)	1.44	81.8	36.2	64.6	63.2	512.4	177.50	4.22	4.6

(注) ①「昭和60年国勢調査」より男性を1とした。②「昭和60年国勢調査」より。単位%。③「昭和60年厚生行政基礎調査」より。単位%。④「昭和59年老人実態調査」より。「健康」又は「普通」と答えた者の割合。単位%。⑤「昭和60年国民健康調査」より。人口千対。⑥「昭和59年患者調査」より。人口千対。⑦「昭和59年厚生行政基礎調査」より。単位%。⑧「老人の生活実態及び健康に関する調査報告書」(昭和55年,東京都福祉局)より。痴呆の程度が軽度の者を含む。単位%。なお,*は55~64歳,**は80歳以上を示す。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

2 高齢化、長寿化に伴う国民生活の変化

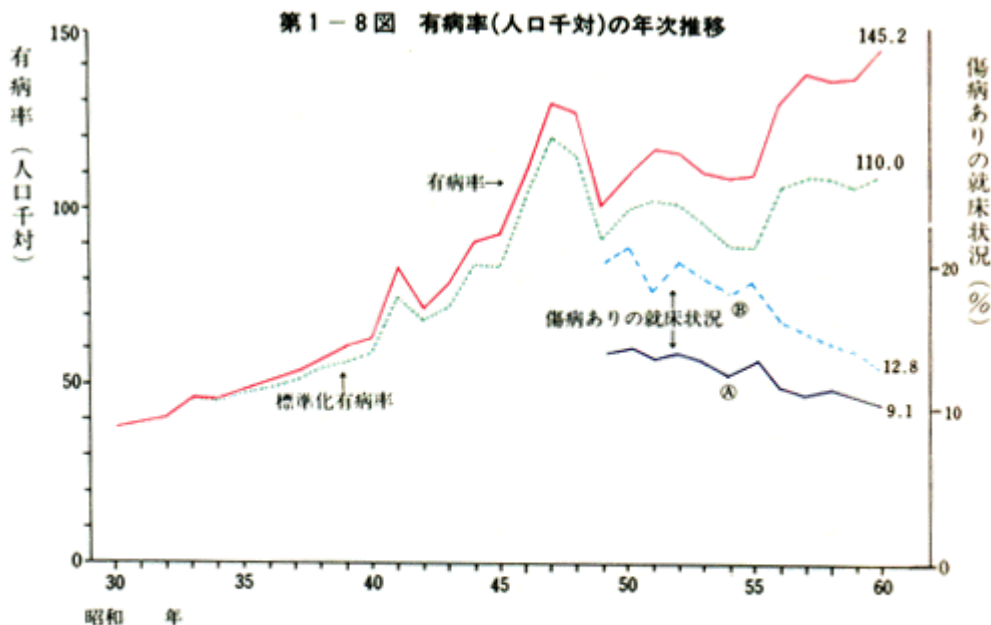
(1) 健康

我が国の疾病構造が結核等の感染症中心から悪性新生物(がん)、脳血管疾患(脳卒中)、心疾患(心臓病)の三疾患を中心としたいわゆる成人病が主流となってきてから久しい。死因順位の変化をみると、昭和25年までは結核が第1位であったが、26年から55年までは脳血管疾患が、56年からは悪性新生物が第1位となっており、60年には前記成人病の三疾患が全死亡数の61.7%を占めている。また、60年には心疾患による死亡が脳血管疾患に代わり全死因順位の第2位となっている点が注目される。心疾患による死亡率が増加傾向にあるのは、食生活の洋風化による動物性脂肪の摂取量の増加や運動不足による心機能の低下、さらに肥満に伴う心臓への負担増加、ストレスの増大等が要因になっているものと考えられる。

国民の傷病件数の人口千人に対する割合である有病率(注)をみると、第1-8図のとおり年々上昇傾向にあり、60年には145.2となっているが、これを人口の年齢構成の差異を取り除いた標準化有病率で試算してみると、50年代には実際の有病率とのかい離が大きくなってきており、ほぼ横ばいで推移している。これは、近年の有病率の増大が傷病件数の多い高齢者層の増大という人口構成の変化を反映していることを示している。

(注) 有病率(厚生省統計情報部「国民健康調査」)は、調査期間中(昭和59年の場合9月10~12日)の2日目から3日目の両日にもっていた傷病件数の人口1,000人に対する比率を示す。

第1-8図 有病率(人口千対)の年次推移



資料：厚生省統計情報部「国民健康調査」
 (注) 1 標準化有病率算出に当たっての人口は昭和28年を基準とした。
 2 「傷病ありの就床状況」は、傷病を有していると答えている者のうち調査時に1日中床に就いていた者の割合を示す。㊦は全平均であり、㊧は65歳以上の者の場合を示す。

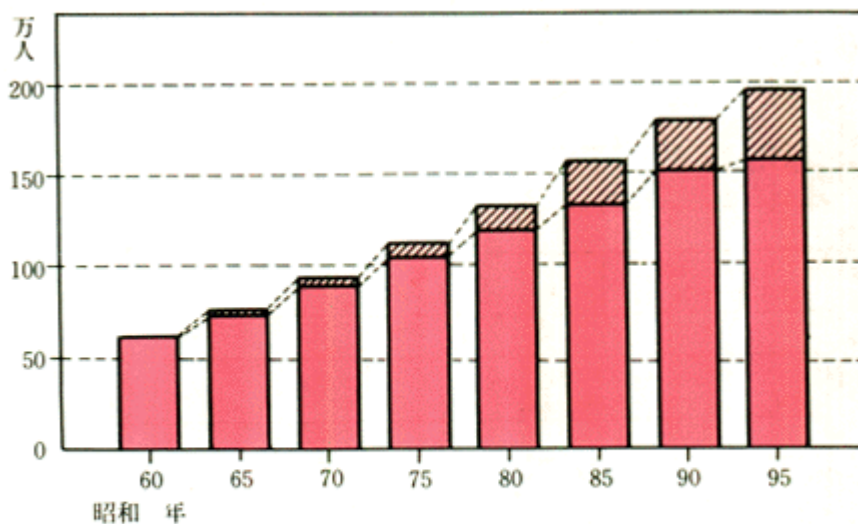
なお、傷病のある者について「国民健康調査」の調査日の就床状況をみると、「1日中床に就いていた者」の割合は60年では9.1%であるが、これは50年以降低下傾向にある。同様に、傷病のある者で「全く仕事をしなかった者」の割合も低下傾向にあり、50年26.3%に対し、60年には18.6%となっている。これは、7割から8割の者は傷病を持ちながら日常生活や仕事に従事していることを意味している。

次に、第1-7表によると、有病率やねたきり率、痴呆性老人出現率のように病弱度を示す指標は高齢になるに従い上昇していることから、75才以上の後期老年層の増大は健康等の面で問題が多くなることを示している。

前述のとおり、後期老年人口の伸びが今後著しいことから、ねたきり率や痴呆性老人出現率が現状のまま推移するとすれば、例えばねたきり老人については、60年には約60万人余りのねたきり老人が75年には100万人を超え、95年には160万人から190万人程度になるものと推計される(第1-9図参照)など、ねたきりや痴呆等の介護を要する高齢者が急速に増大していくことが予想される。

第1-9図 ねたきり老人の将来推計

第1-9図 ねたきり老人の将来推計



資料：厚生省大臣官房政策課調べ

(注) 厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査(昭和59年)」等により推計。推計の幅(図中の斜線部分)は、65歳以上の者のねたきり老人の出現率を5.0%として推計したものと及び年齢5歳階級別出現率が60年以降も一定と仮定して推計したものを示す。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

2 高齢化,長寿化に伴う国民生活の変化

(2) 家族形態

家族形態の変化について,まず国勢調査により世帯規模をみると,核家族化の進行,出生率の低下等により一般世帯の1世帯当たり人員は,昭和35年の4.14人,50年3.28人,60年では3.14人と縮小傾向にある。次に世帯構造別では,一般世帯の総数3,799万世帯のうち核家族世帯が60.1%,単独世帯20.8%,三世帯世帯13.8%,その他5.3%となっているが,最近では核家族世帯の伸びが鈍化している反面,単独世帯の伸びが大きくなっている。

また,世帯類型別にみると,近年の家族形態の変化の特徴として,一般的に家庭基盤がぜい弱な世帯といえる高齢者のひとり暮らし世帯,高齢者の夫婦のみの世帯,母子又は父子世帯の伸びが極めて高いことが挙げられる。

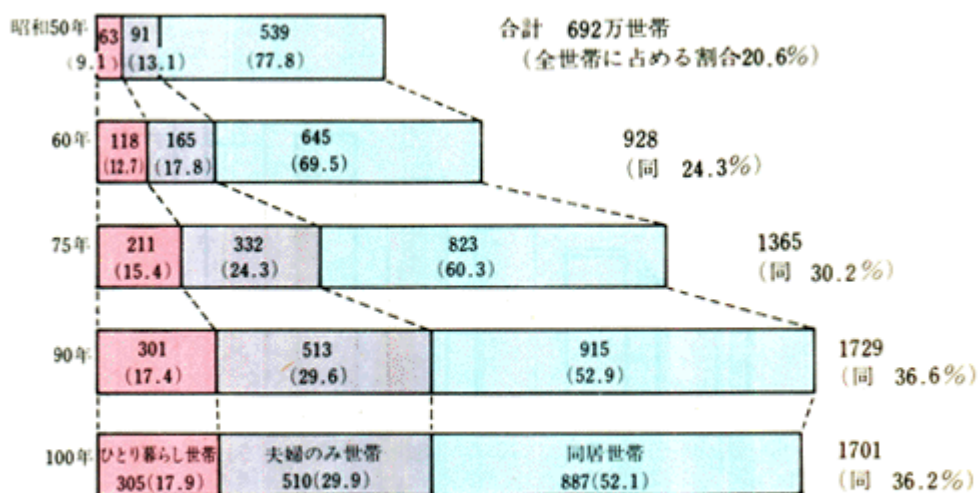
65歳以上の高齢者のいる世帯は,昭和60年国勢調査では928万世帯と一般世帯総数の24.4%に当たる。これを世帯構造別にみると,三世帯世帯が396万世帯(構成比42.6%)と最も多く,次いで高齢者の夫婦のみの世帯が165万世帯(同17.8%)の順となっており,高齢者のひとり暮らし世帯は118万世帯(同12.7%)となっている。これを年次推移でみると,最近10年間で三世帯世帯の伸び率1.2倍に対し,夫婦のみの世帯とひとり暮らし世帯は各1.8倍,2.0倍と急増している(注)。

(注) 高齢者のひとり暮らし世帯の男女比を「昭和60年厚生行政基礎調査」でみると4:1の比で女性のひとり暮らし世帯が圧倒的に多くなっている。

昭和60年国勢調査抽出速報集計結果(60年の国勢調査票のうちから全世帯の1%の世帯の調査表を抽出して集計したもの)を基に将来の世帯数を試算すると,今後とも高齢者の夫婦のみの世帯とひとり暮らし世帯は増大し,30年後の90年には,それぞれ513万世帯,301万世帯と膨大な数になり,65歳以上の者のいる世帯の半数をこれら家庭基盤のぜい弱な高齢者だけの世帯が占めることが予想される(第1-10図参照)。

1-10図 65歳以上の高齢者のいる世帯数の推移及び将来動向

第1-10図 65歳以上の高齢者のいる世帯数の推移及び将来動向



資料：厚生省人口問題研究所試算

(注)単位万世帯。()内は構成比を示す(%)。

「ひとり暮らし世帯」とは65歳以上の単身世帯、「夫婦のみの世帯」とは夫婦のどちらか一方が65歳以上の夫婦のみの世帯、「同居世帯」とは65歳以上の親族のいるその他の世帯を示す。

一方、65歳以上の者の子供との同居率をみると、全体の64.6%が子供と同居している(60年)が、その割合は、35年の81.6%、48年の74.2%、55年の69.0%と減少傾向にある(厚生行政基礎調査)。

「国民生活選好度調査」(昭和61年3月・経済企画庁)により老後における子供との同居希望をみると、年齢の高い世代ほど同居希望が強くなっているが、無条件の同居ではなく、「心身がおとろえたら」とか「配偶者がなくなったら」等の条件付きの希望も多く、健康で生活力があれば必ずしも同居にこだわらない新しい意識がうかがえる。

また、「老人福祉サービスに関する世論調査」(昭和61年1月・総理府広報室)では、老後の資産の使い方について、「老後の生活のために活用する」という意見に賛成の者が64.4%で、「できるだけ子供たちのために残す」の18.7%を大きく上回っている。これは言わば「子孫に美田を残さず」という意識であって、前述の最近の同居意識とともに家族の意識に新しい流れが生じていることがうかがわれる。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

2 高齢化,長寿化に伴う国民生活の変化

(3) 家計状況

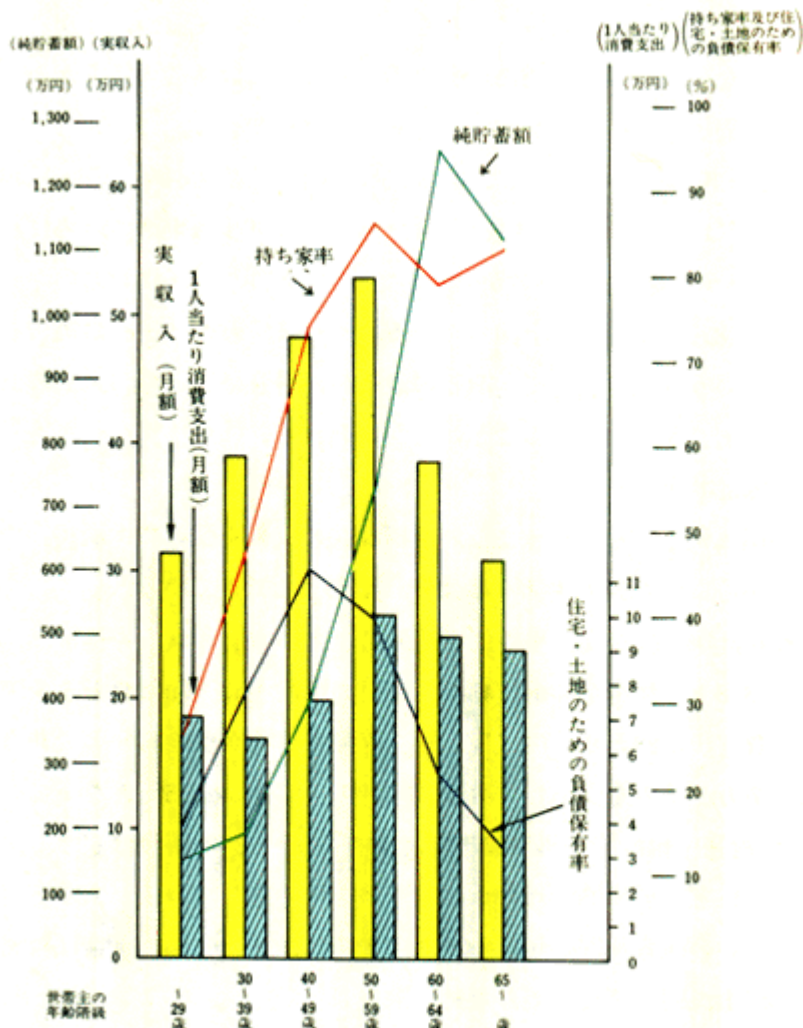
諸外国に例をみない目覚ましい経済成長の成果を受けて,所得・消費の面を中心に我が国の生活水準は著しく向上してきている。

各種統計から我が国の平均的な勤労者世帯の家計の状況を描けば,世帯人員3.8人,世帯主年齢は43歳,毎月の平均実収入額は44万5千円で,うち消費支出に28万9千円,税,社会保障費(社会保険料)等の非消費支出に7万1千円を支出しており,家計の黒字率は22.5%となっている(以上,総務庁統計局「昭和60年家計調査」)。一方,貯蓄額は692万円であるが,住宅・土地のためのローン返済を中心として負債が250万円あるため,いわゆる純貯蓄額は442万円であり,また65%の世帯は持家である(以上,同「昭和60年貯蓄動向調査」)。

これらを世帯主の年齢階級別にみたものが第1-11図である。これによれば,世帯主年齢が50歳以上の世帯では世帯主が高齢化するほど,家計の実収入は低下するが,1人当たりの消費支出額をみると全世帯平均を上回っている。また,純貯蓄額も,住宅・土地のための負債が減少する一方,退職金収入等が入る60歳以上では,1,000万円を超え,勤労者世帯平均の約2.8倍となっている。ただし,例えば,60歳以上では約25%の世帯が貯蓄額400万円未満となっている等,中高齢者では貯蓄保有状況の格差も大きくなっている。

第1-11図 世帯主の年齢階級別1世帯当たり実収入,純貯蓄額等

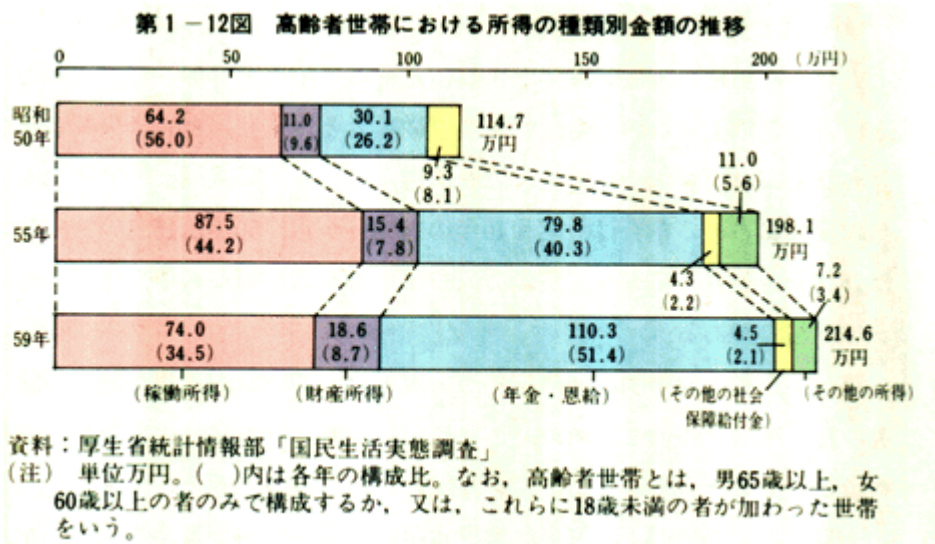
第1-11図 世帯主の年齢階級別1世帯当たり実収入、純貯蓄額等



資料：総務庁統計局「昭和60年家計調査」及び「昭和60年貯蓄動向調査」。勤労者世帯を示す。なお、純貯蓄額は、貯蓄額から負債額を差し引いたもので1か年当たりを示す。

次に、所得水準及びその内訳について「国民生活実態調査」により特に高齢者世帯に焦点を当てたものが、第1-12図である。公的年金制度の成熟化に伴い、年金・恩給の占める割合が増大しており、59年には所得全体の51.4%を占めている。なお、高齢者世帯は世帯規模が小さいため、世帯としての所得は低いが、世帯人員1人当たりでは136.5万円と全世帯平均の場合(137.4万円)とほぼ等しい水準になっている。

第1-12図 高齢世帯における所得の種類別金額の推移



なお、老後の生活費に関する意識を前出の「老人福祉サービスに関する世論調査」でみると、「公的年金・恩給」を挙げた者が76.3%で最も多く、以下、「貯蓄のとりくずし」が37.0%、「私的な個人年金、養老年金」が27.5%となっている(以上複数回答)。年齢別では、50歳以上では「公的年金、恩給」が8割以上と多くっており、人生設計の中に公的年金が組み込まれていることがわかる。また、30歳代から40歳代では「私的な個人年金、養老年金」が3割近くを占めており、壮年世代の自助努力への意欲がうかがえる。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

2 高齢化,長寿化に伴う国民生活の変化

(4) 就業

人口の高齢化の進展,高学歴化による就職年齢の上昇等から,労働力人口(15歳以上人口のうち,就業者(従業者と休業者)と完全失業者を合わせた人口)全体の高齢化が急速に進んでいる。55歳以上の労働力人口が全体に占める割合は,昭和40年の14.8%から,50年は15.1%,60年は18.0%と上昇しており,労働力人口の中心が若年層から中高年層へとシフトしつつある。

現在,企業の定年制は60歳定年が主流となっているが,我が国の高齢者の就業意欲は強いことから,こうした労働力人口の高齢化は定年制や高齢者雇用等の面で大きな影響を及ぼしていくものと考えられる。

一方,出生率の低下,家事,育児負担の軽減,短時間雇用機会の増加,高学歴化の進展等による就業意欲の向上などから20~54歳層を中心に女性の労働力率が上昇している。特に女子雇用者が増加の一途をたどっており,60年には1,548万人と雇用者総数の35.9%に達し,今や女子雇用者数は専業主婦数を上回るに至っている。また,その就業形態も従来の若年短期未婚型から中高年既婚型へと大きく変化しており,中高年齢化,有配偶(既婚者)化(注),高学歴化,勤続年数の長期化等が特徴として挙げられ,女性のライフサイクルにとって職業生活のウエイトは一層大きくなっていくものと考えられる。

(注) 女子雇用者の中に占める既婚者の割合をみると,昭和37年には44.7%であったのが,50年には62.1%,60年には68.7%と年々増加している。

こうした就業する女性の増大を踏まえ,いわゆる男女雇用機会均等法が制定され,61年4月から施行されているところであるが,女性特に主婦の就業の増大は,育児や老人の介護等の家庭機能の面に大きな影響を及ぼしつつある。「女性は親,夫,自分と人生に3度老後をみる」と言われるが,このような主婦の就業の一般化は,女性とその大きな担い手である家事機能を外部化し,老人介護に対するニードをますます拡大させていくものと考えられる。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

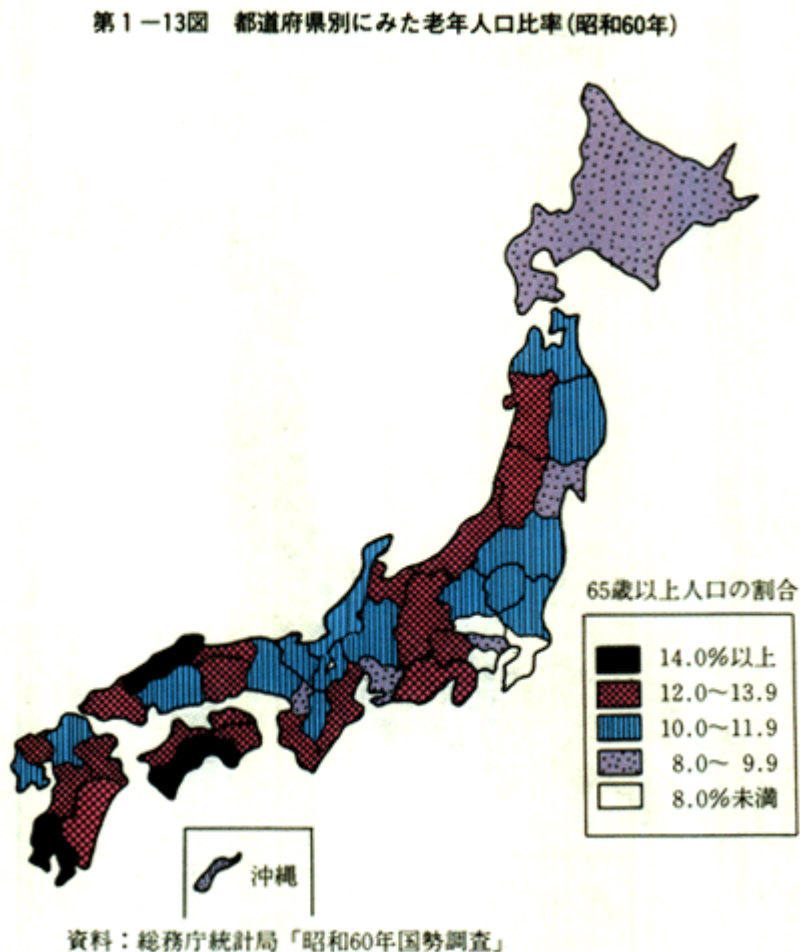
第2節 本格的な長寿社会への対応

2 高齢化,長寿化に伴う国民生活の変化

(5) 地域間の差異

我が国の人口全体の高齢化が進行する中で,地域別の高齢化の進行をみると,都市化の進展や産業構造等の相違により地域ごとに顕著な差がみられる。例えば,老年人口比率を都道府県別にみると,全ての都道府県で高齢化が進行しているが,第1-13図に示すように高齢化の度合は都道府県間で顕著なばらつきがあり,昭和60年国勢調査では,最も老年人口比率の高い島根県の15.3%に対し,最も低い埼玉県は7.2%,次いで神奈川県は7.5%と約8ポイント強の相違がある。

第1-13図 都道府県別にみた老年人口比率 (昭和60年)

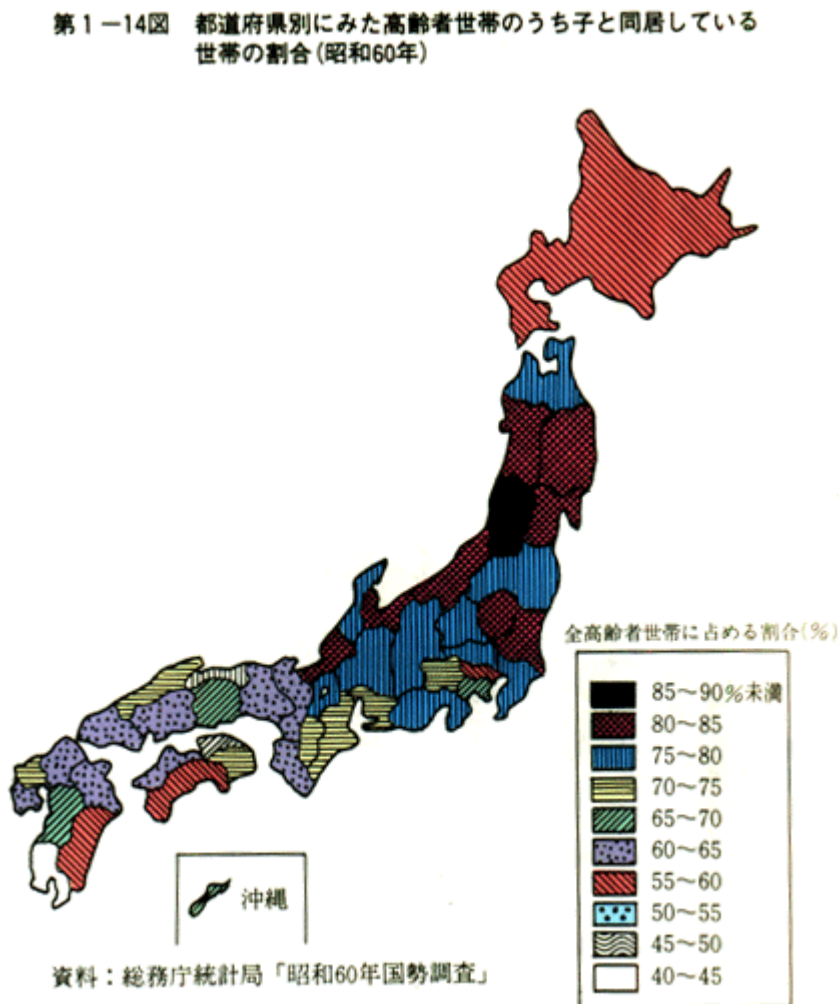


市町村間では高齢化の進展の差は更に著しく,昭和60年の国勢調査の時点で全国の市町村の約4割以上が,我が国が今世紀末に迎えると推定される老年人口比率15%の水準を超えており,超高齢社会は現実のものとなっている。さらに過疎地域では,老年人口比率が35%を超す町も出現するなど高齢化の進展は深刻な

影を投げかけている。

地域間の差異は高齢化率ばかりでなく、都市化の状況、産業構造や社会構造、生活様式や生活慣習等あらゆる分野においてみられるところであり、例えば、65歳以上の高齢者のいる世帯のうち子供と同居している世帯の割合を都道府県別にみると第1-14図のとおり、北陸・東北地方を中心とする東日本で同居率が高く、東京都、大阪府等の大都市圏や西日本で低くなっている。

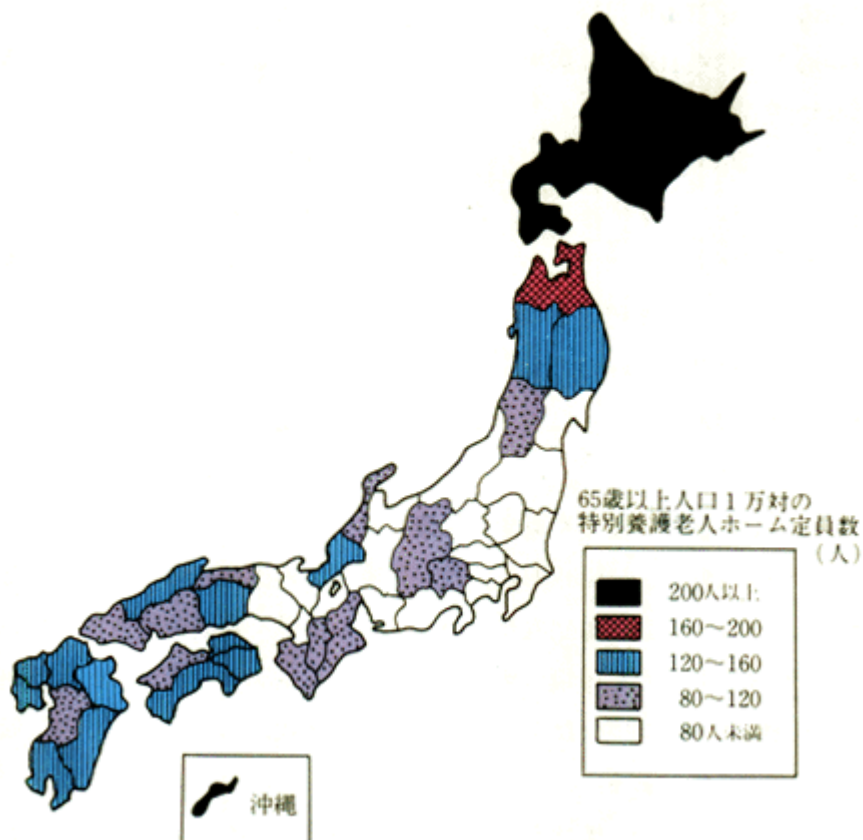
第1-14図 都道府県別にみた高齢者世帯のうち子と同居している世帯の割合(昭和60年)



一方で第1-15図や第4-5図にみられるように、人口(老年人口)当たりの特別養護老人ホームの定員数や病院病床数も地域的に差がみられるところであり、都市部では同居率の低さとあいまって都市における老人問題の一つの要因となっている。

第1-15図 都道府県別にみた特別養護老人ホーム定員数(老年人口1万対、昭和60年)

第1-15図 都道府県別にみた特別養護老人ホーム定員数
(老年人口1万対、昭和60年)



資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」(昭和60年)

このように社会保障に対するニーズは地域ごとに大きな差異があり、今後高齢化の進展とともにますます拡大、多様化していくものと考えられる。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

3 新しい視点に基づく概念の見直し

本格的な長寿社会にふさわしい社会保障制度の構築をめざしていくためには、現在の社会保障制度が前提としている種々の概念や通念についても、制度を取り巻く環境の変化を踏まえ、人生50年時代から引き継がれてきた既存の固定概念は見直し、人生80年時代にふさわしいものに転換していく必要がある。

新しい視点に基づく概念の見直しや新たな概念の創造が必要なものとして主要なものを挙げれば、次のようなものが考えられる。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

3 新しい視点に基づく概念の見直し

(1) 健康概念の見直し

伝染病が中心であった時代には健康は病気の反対概念というとらえ方が一般的であり、病気にかかることは職場や地域社会の第一線からの離脱を意味していた。しかし、疾病構造の変化により成人病と呼ばれる慢性疾患中心の時代になると体に具合の良いところを持ちながら通常の世界生活を営むというように、健康と病気の状態の境界が不明瞭になりつつある。

疾病構造の変化ばかりでなく、寿命の延長、ライフサイクルの多様化等の状況の変化を考慮すると、「病気でないことが健康」という狭い健康概念は改め、健康の範囲を幅広くとらえていくことが必要となろう。そのためには、従来のように「無病息災」だけを健康と狭く考えるのではなく、例えば体に具合のよくないところを持ちながらも通常の世界生活を営む場合のように病気と共生する「一病息災」という新たな健康概念が重要であろう。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

3 新しい視点に基づく概念の見直し

(2) 年齢区分概念の見直し

人口の高齢化を論ずる場合、65歳以上人口を「老年人口」、15～64歳人口を「生産年齢人口」と呼び、老年人口の総人口に占める割合(老年人口比率)や生産年齢人口に対する老年人口の割合(老年人口指数)を人口高齢化の目安にしているが、ある意味でこれも65歳以上人口の少なかった人生50年時代における発想とも言えよう(注)。

(注) 総務庁長官官房老人対策室の「老人の生活と意識に関する国際比較調査」(昭和56年1月及び61年1月調査)によると、老後生活の始期について日本では「70歳ごろ」からと答える者が最も多く全体の約3割を占めている。一方、我が国よりも高齢化の進行している欧米諸国では老後生活の始期についての考え方が我が国ほど明確ではないが「70歳ごろ」から「80歳以上」と答える者の割合が高い。

そもそも人の一生を年齢階層ごとに区分する際に通常使用される「少年」「青年」「壮年」「老年」という表現も元をたどれば人生50年時代の産物と言えるものであり、人生80年時代においては年齢区分やその名称について新しい考えが必要になっている。特に、現代では、50～60歳代の人々で社会の第一線で活躍している人々が極めて多く、これらの人々を「老年」と呼ぶのは適当ではないとの意見も多い。そこで、60年10月に(財)健康・体力づくり事業財団内に「中高年層にふさわしい新名称公募委員会」を設けて新名称を公募したところ、約31万通もの応募があり、同委員会において、応募数が多く、また「実(じつ)」のある「実(みのり)」のある年代という意味で50～60歳代を呼ぶのにふさわしいとして「実年(じつねん)」という名称が選考され、新しい呼び名として定着しつつある。

このように、65歳以上の人口を一括して社会に扶養されているグループとしてとらえる現在の年齢区分は見直していく必要があり、むしろ、健康で積極的に社会参加の可能な60歳代の「実年後期」は、今後は実質的な生産年齢人口とみていくとらえ方が自然ではないだろうか。また、高学歴化の進展のため15～19歳人口の8割以上が非労働力人口化している今日では、生産年齢人口の下限も20歳に引き上げて考える方が実態に即していると言えよう。実際に生産年齢人口の上下限の年齢を変更することは国際比較などの観点から困難だが、これまでの15～64歳人口から20～69歳人口に組み替えるという考え方も検討の余地がある。第1-16表はこうした視点から高齢化に関する指標を再編してみたものである。

第1-16表 新しい視点からの老年人口指数の推計

第1-16表 新しい視点からの老年人口指数の推計

年次	老年人口比率		老年人口指数	
	65歳以上 人口比率	70歳以上 人口比率	65歳以上人口 15~64歳人口	70歳以上人口 20~69歳人口
昭和50年	7.9%	4.8%	11.7%	7.6%
60年	10.3	6.8	15.1	10.6
75年	16.3	10.9	24.7	16.6
85年	20.0	14.1	32.5	22.9
95年	23.6	17.7	39.3	29.9

資料：昭和50年及び60年は総務庁統計局「国勢調査」、75年以降は、厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口（昭和61年12月推計）」の中位推計による。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

3 新しい視点に基づく概念の見直し

(3) 就業概念の見直し

長寿社会においては、例えば60歳という一定の年齢で職業生活から引退し、残りの20余年間は就業せず隠居するというライフスタイルは個人の生活の充実や社会の活力といった観点からみて不適切であろう。むしろ、60歳代の「実年後期」においてもそれまでのキャリアを生かしながら心身の状態に応じて就労を続けつつ、徐々に社会の第一線から後退していく「なだらかな引退」という概念の方が長寿社会にはふさわしい。

このためには、長期的に定年制の一層の延長を図っていくほか任意就業や短時間労働、あるいは今後の発展が見込まれ雇用吸収力が高いと考えられる産業例えばいわゆるシルバー産業における高齢者雇用の拡大、地域社会に密着した臨時的、短期的な仕事を提供するシルバー人材センター等、高齢者向けの多様な就業形態を開発していくことが求められる。また、就労して収入を得る形態だけでなく、高齢者の有する豊富な知識や経験を社会に還元し、地域社会の振興に役立てるシルバー・ボランティアのような社会参加活動も積極的に推進していく必要がある。

さらに、就業概念の見直しは高齢期にのみとどまらず、長い生涯を通じて労働と余暇の時間配分を青年層、中年層、高年層で調節するような世代間のワークシェアリングの発想や、一定期間就業した後自由な生活に戻り再度就業するというリカレント型のライフスタイルという発想も重要になろう。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第2節 本格的な長寿社会への対応

3 新しい視点に基づく概念の見直し

(4) 新しい高齢者像

これまで高齢者は病気がちで収入も少なく家族や社会に扶養される「社会的経済的弱者」というとらえ方が一般的であった。しかし、既に第1-7表でみたとおり、60歳代では7割から8割の者が、70歳代では6割強が、80歳以上でも過半数の者が健康状態を普通以上と認識しており、高齢者は病弱との即断は必ずしも実態とは合わなくなっている。また、経済的な面をみても、高齢者の属する世帯は一般的に持家率や貯蓄額の水準が高く、さらに基礎年金制度の創設等年金制度の充実は高齢者の生活に一層の安定をもたらしている。このように人口の高齢化の進展は、ねたきり老人等の要介護老人が増大する反面、健康な高齢者や経済的に恵まれた高齢者が増大し、社会のマジョリティになっていく過程でもある。

こうした観点から考えると、長寿社会では高齢者を「経済社会や地域社会の発展に寄与するマンパワー」として積極的にとらえ直していくことが重要になる。多くの高齢者が健康で、積極的に社会参加をすることは、社会全体としての扶養負担を軽減するとともに、経済社会全体の活力の維持にもつながることになると考えられる。それとともに、高齢になるほど健康状態、家族関係、所得等個人差が大きくなることから高齢者を一括して論じるのではなく、個々の高齢者の実態に即したきめ細かな視点が必要となろう。さらに、人口の高齢化がピークを迎える30年後の高齢者の中心は団魂の世代と呼ばれる現在の壮年世代であることから、将来の高齢者像も学歴や消費水準の高い現在の壮年層の意識や行動形態を踏まえて考えていく必要がある。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第3節 社会保障制度の再構築

1 社会保障制度再構築の基本的方向

(1) 拡大する社会保障給付費の規模と負担

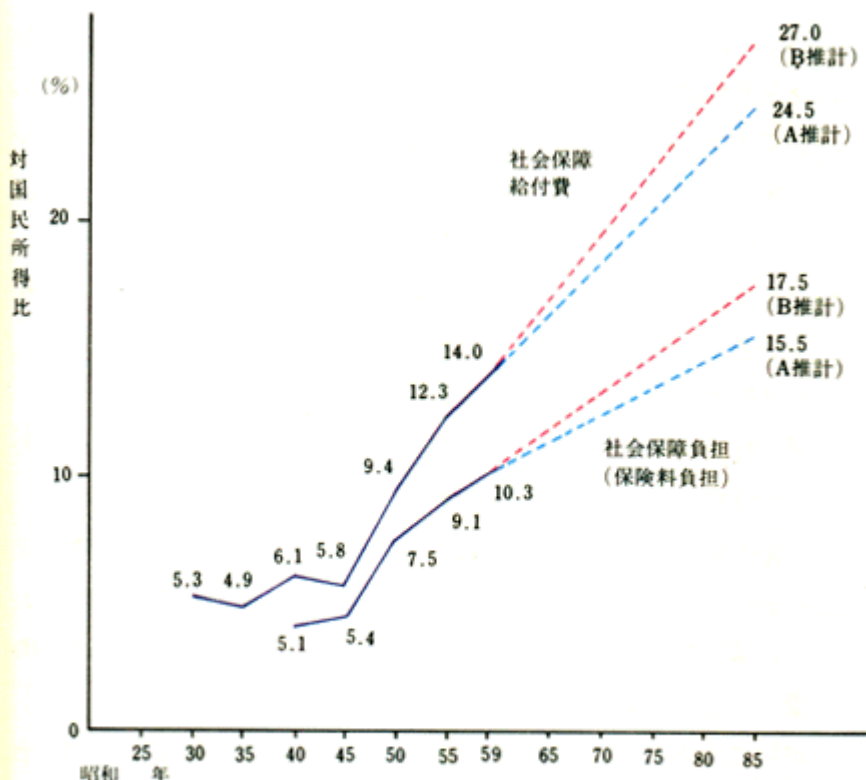
社会保障給付費の規模は、人口の高齢化や年金制度の成熟化とともに増大を続けており、59年度においては年金が15兆5,567億円(構成比46.3%)、医療が13兆4,311億円(同40.0%)、その他が4兆5,891億円(同13.7%)の総額33兆5,770億円で、対国民所得比14.0%の規模に達している。

このような社会保障給付費の増大は、所得再分配の充実、国民生活の安定に寄与している一方、これに対応して公的年金や医療保障など社会保険制度の保険料負担(社会保障負担)も増大しており、59年度では対国民所得比で10.3%の規模となっている。

今後高齢化の進展とともに社会保障給付費と社会保障負担がどの程度の規模となるかについて一定の仮定の下に推計したのが第1-17図である。これによれば、年金制度の成熟化に伴う年金給付費の増大や高齢化に伴う医療、福祉などの給付費の増大によって、団塊の世代が年金受給年齢に到達する昭和85(2010)年には、社会保障給付費の規模は対国民所得比24.5%~27%程度に拡大するとともに、社会保障負担の対国民所得比(社会保障負担率)も15.5~17.5%に上昇するものと見込まれている。

第1-17図 社会保障給付費及び社公保障負担の対国民所得の動向

第1-17図 社会保障給付費及び社会保障負担の対国民所得の動向



資料：昭和85年度の推計については、高齢者対策企画推進本部報告（昭和61年4月）による。A推計とは国民所得について昭和62年度以降6.5%で伸びるものと仮定し、B推計では5.0%で伸びるものと仮定。ただし、この試算は一定の仮定に基づき推計したものである。

このように、高齢化の下で社会保障制度を安定的に維持していくためには、制度改革を前提としてもなお将来にわたり相当程度の国民の負担増は避けられないところであり、社会保険料による負担の増加だけでなく、社会保障に対する国の一般会計からの負担もまた将来にわたって増加していかざるを得ないものと考えられる。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第3節 社会保障制度の再構築

1 社会保障制度再構築の基本的方向

(2) 再構築に当たっての基本的考え方

我が国の社会保障制度は、それぞれの分野ごとに経済社会情勢の変化に対応して歴史的変遷を経てきているが、総じてみれば人口の高齢化の程度が現在の半分以下であった昭和20年代から30年代にかけて制度の基本的骨格が形づくられたものが多く、超高齢社会に向けて様々の観点から制度の再構築を迫られている。この意味で現在を社会保障制度の転換期と位置付けることもできよう。

したがって、第2節で指摘したように21世紀に至るこの時期こそ、社会保障制度を取り巻く環境の変化や諸概念の見直しを踏まえた上で制度の再構築を図っていく必要があるが、その際、次のような諸点を再構築の基本的原則として位置づけておくべきである。

(経済社会の活力の維持)

第一点は、経済社会の活力の維持である。物価の安定と持続的な経済成長は国民生活を安定・向上させる前提条件であると同時に、社会保障制度を支える経済的基盤を維持・強化し、社会保障の充実に資するものである。また、社会保障制度が安定し有効に機能していくことは、活力ある長寿社会の前提となるものであるが、過剰な給付や過大なサービスはかえって経済社会の活力をそぐことにもなりかねないことに留意する必要がある。

(自助・互助・公助の役割分担)

第二点は、自助・互助・公助という言葉に代表される個人、家庭、地域社会、公的部門等社会を構成するものの各機能の適切な役割分担の原則である。健全な社会とは、個人の自立・自助が基本であり、それを支える家庭、地域社会があって、さらに公的部門が個人の自立・自助や家族、地域社会の互助機能を支援する三重構造の社会、換言すれば、自立自助の精神と相互扶助の精神、社会連帯の精神に支えられた社会を指すものと考えることができよう。また、制度の再構築に当たっては、個人の尊厳や相互扶助の精神などを損なうことのないよう十分配慮する必要がある。

(社会的公平と公正の確保)

第三点は、社会的な公平と公正の確保である。国民皆保険、皆年金体制の下で、基本的に社会の構成員の全てが社会保障の負担者であるとともに受益者であるという状況においては、社会保障の給付と負担の両面において公平かつ公正であることが重視されなければならない。特に、人口の高齢化に伴い避けることのできない負担増について国民的な合意を得るためには、同一世代内での公平と公正とともに、世代間の公平と公正をも確保することが重要である。

(公私の役割分担と制度の効率的運営)

第四点は、公私の役割分担と制度の効率的運営である。人口の高齢化とともに福祉サービスを中心として社会保障に対するニーズは拡大し、多様化、高度化していくが、これをすべて公的部門による現在のサービス供給体制のままでこたえていくことには制度的、財政的に限界がある。一方、生活水準の向上や所得保障制度の充実によって、国民一般の負担能力も拡大するとともに、自分のニーズに合ったサービスであれば自己

負担であっても利用しようとする傾向がみられるようになってきている。このような観点から、公私の役割分担について改めて整理する必要がある。その際には、ニードの優先度、受益と負担のバランス等に留意しつつ、給付の重点化を図り、社会保障がカバーすべき範囲、水準を適正なところに設定していく必要がある。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第3節 社会保障制度の再構築

2 所得保障,療医保障制度の改革と今後の展開

将来における社会保障の負担の増加に対応していくためには,急激な負担の増大を回避するとともに,負担の増加について国民的合意を求めていく必要がある。このため,社会保障制度における給付と負担の公平化を図るとともに,給付水準の適正化,給付の重点化など社会保障制度の効率化を進めていくことが重要である。このような観点から,昭和50年代の後半以降次のような社会保障制度の改革を実施したところである。これらは,将来の超高齢社会を見据えた社会保障制度再構築のための第一次改革と位置付けられるものとも言えよう。

(57年度) 壮年期からの健康づくり,医療保険制度の各保険者間の老人医療費の負担の不均衡の是正,老人医療費に対する一部負担の導入等を内容とする老人保健制度の創設

(59年度) 被用者保険における本人定率負担の導入,退職者医療制度の創設等を内容とする健康保険法の改正

(60年度) 全国民に共通する基礎年金の導入による制度の再編成,給付水準及び保険料負担の適正化並びに婦人の年金権の確立等を内容とする年金制度の改革

児童手当における支給対象児童の第2子以降への拡大,支給期間を義務教育就学前とするなどの改革,児童扶養手当における支給対象の重点化等の改革

さらに,61年12月には,老人医療費の各保険者間の負担の公平化を徹底させるため加入者按分率を段階的に100%に引き上げるとともに,世代間の負担の公平を図るため一部負担の引上げを行うこと等を内容とする老人保健法改正案が成立し,62年1月から施行されている。

医療保障,所得保障制度については国民皆保険,皆年金体制を堅持しつつ,給付と負担の公平化を更に進めていくため,今後とも改革を行っていく必要がある。

医療保障制度については,60年代後半のできるだけ早い時期に,8割程度の給付への統一と保険者間の負担の不均衡を調整していくことを内容とする医療保険制度の一元化を実現させていくこととしている。

また,所得保障制度についても,70年を目途とする公的年金制度全体の一元化に向けて,給付と負担の両面において年金制度間の調整を進めていくこととしている。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第3節 社会保障制度の再構築

3 新しい社会サービスの展開

(1) 厚みのある地域サービスの展開と質の向上

これまでみてきたように、今後の急速な高齢化と長寿化の進行は社会保障制度に対する国民のニーズを量的に拡大させるだけでなく、質的にもニーズが高度化、多様化していくものと考えられる。

特に、保健、医療、福祉の分野における各種サービスは、国民生活の基盤として不可欠の役割を果たしている。また、ねたきり老人対策に典型的にみられるように、これらサービスに対するニーズは、保健、医療、福祉の各分野の枠を超えて相互に密接不可分な関係にある。このような観点から、長寿社会におけるニーズの拡大と多様化にこたえていくために、保健、医療、福祉等のサービスを個別の分野にとらわれることなく幅広く「社会サービス」という観点からとらえて、来るべき超高齢社会に向けたあるべき社会保障制度の方向を探ってみよう(注)。

(注) 一般に「社会サービス」とは、国民生活に密着し又は国民生活の基盤を成すサービスで、公的部門が供給主体となり又は何らかの制度的な関与を行うことによって、民間部門における供給と併せ、サービスの安定的供給や質の確保を図っていく必要のあるサービスを指すものとされており、代表的な社会サービスとして保健、医療サービスや社会福祉サービス、高齢者や障害者の就労やまちづくり、などが挙げられる。ここでは保健、医療、福祉サービスを総称し、生活環境サービスも包含する幅の広い概念として用いる。

前述したように、公的年金制度や医療保険制度については昭和57年度から60年度にかけて21世紀を見据えて制度の根本的改革を実施したところであり、さらに61年12月には、老人保健制度についてもその全般的な見直しが行われたところであるが、引き続いて社会サービス全般について基本的な見直しを行う時期に差しかかっているものと考えられる。

これらの社会サービスを構成する諸制度は、社会福祉制度を始め制度の基本的骨格が形づくられたのはおおむね昭和20年代から30年代にかけての時期であり、超高齢社会に向けて制度の基本的な見直しを迫られている。例えば医療法については60年に本格的な制度改正が行われ、61年度から各都道府県における医療計画の作成作業がスタートしたところであり、また、社会サービスの大きな柱である社会福祉制度についても、中央社会福祉審議会、中央児童福祉審議会及び身体障害者福祉審議会の福祉関係3審議会に合同企画分科会を設置し、中長期的な視点に立って必要な見直しに着手したところである。

このように一口に社会サービスの見直しといっても非常に幅の広い内容を含むものであるが、概観すればこれまでの一連の年金制度や医療保険制度の改革が高齢化社会に対応すべき社会保障制度の給付面と負担面の見直しであったのに対し、社会サービスの見直しは社会保障制度のサービス供給面に重点を置いた改革と呼ぶこともできよう。

現在、社会サービスの性格は、かつての救貧的、選別的な性格から一般的、普遍的な性格を有するサービスへという歴史的な変容過程にあるとも言え、例えば、福祉サービスについては、行政による一方的なサービス供給の形式から、ニーズを有する者がサービスを利用するという供給方式への流れと言い換えることができる。また、生活水準の向上等に伴い、画一的なサービスからきめ細かなより質の高いサービスへとニーズが高度化しつつあるが、サービスの種類によっては市場機構が適切に機能すれば、むしろ民間部門の方が公的部門よりも多様なニーズにより適合したサービスを安価に供給できる可能性も生まれつつある。社会サービスの見直しに当たっては、こうしたサービスの性格の変容等を踏まえ、多様で質の高いサービスの充

実を図る方向で検討を進めていく必要がある。

社会サービスは国民の日常生活の基盤を成すサービスであるところから、身近なところにサービスの供給主体があり、ニーズに応じてきめ細かくサービスを提供できるシステムづくりが必要とされる。このような観点から、地域社会を基盤として多様なニーズに的確に対応できる「厚みのある地域サービスの充実」と「サービスの質の向上」の2点が、今後の社会サービスの在り方を考える上で目標となるものと考えられる。

具体的には次のような諸点を踏まえて質の高い総合的な地域サービスを実現するための方策を検討していくことが重要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第3節 社会保障制度の再構築

3 新しい社会サービスの展開

(2) 具体的な方策

1) 地域の自主性をいかしたサービスの供給

第一は、社会サービスをできる限り住民に身近な地域で地域ごとの独自性をいかしながらきめ細かく実施していくために、地域主体のサービス供給を図るという「地域サービス」の考え方である。

このような観点から、市町村など住民に身近な行政機関が、地域の実情に即し創意工夫をいかしながら効果的に諸施策を実施しうよう国と地方との事務配分や費用負担の在り方について見直しが行われており、60年7月の臨時行政改革推進審議会の答申や60年12月の補助金問題関係閣僚会議の決定等を踏まえ、社会福祉施設及び児童福祉施設の入所措置等を機関委任事務から団体委任事務とするとともに、地域福祉の振興を図るため社会福祉法人の設立許可権限を原則として都道府県知事に委譲する等の法律改正が61年12月に行われた。また、老人福祉施設や保育所等の入所措置などについて国の補助割合を1/2に改めるとともに(注)、在宅対策の充実という観点からショートステイなど在宅福祉サービスの補助率をこれまでの1/3から1/2に引き上げたところである。

(注) 昭和61年5月に成立した「国の補助金等の臨時特例等に関する法律」に基づく補助率の見直しは、61年度から63年度までの措置とされている。

2) 各種サービスの連携と総合化

第二は、保健、医療、福祉という個別の分野で完結するサービスから相互に連携のとれた総合的サービスというインテグレーション(統合化)の考え方である。

ねたきり老人や痴呆性老人は医療ニードと福祉ニードを併せ持つと言われるが、ホームヘルパーの派遣などの福祉サービスと保健婦の訪問指導などのヘルスサービス間の連携は必ずしも十分とは言えず、在宅医療の促進という観点からみても、病院を退院した後のリハビリテーションや介護指導などのフォローアップ体制の立ち遅れが指摘されている。

これからは、市町村等の身近な地方公共団体において、福祉事務所や保健所及び民間福祉団体や医療機関の代表も含めた各種サービスの連絡調整を行うための会議を開催することなどによって、保健・医療・福祉サービス間の有機的連携を図るとともに、老人や障害者の相談窓口の一元化を図るなどサービス供給に当たってのネットワークづくりが求められよう。厚生省においても、今後深刻化が予想される痴呆性老人対策について調査、研究、対策の総合化を図るため、61年9月に省内に痴呆性老人対策推進本部を設置し、全省あげて取り組むこととしたところである。

さらに、今後福祉サービスの展開に当たっては、シルバーハウジングなどの高齢者向け住宅やまちづくり及び高齢者、障害者の就労や社会参加も含めた幅広い施策の在り方を考えていく必要がある。

3) 施設サービス・在宅サービスの総合化

これまで福祉サービスは「施設」か「在宅」かという形で論じられることが多かったが、高齢化に伴う要介護老人や障害者その他ハンディキャップを持った者の増大に対応していくためには、地域内で施設サービスと在宅サービスが相互に乗り入れる「厚みのある地域サービス」という方向が求められよう。

そのためには、施設サービスに比べ歴史の浅い在宅サービスの充実に力点を置く必要があるが、緊急の課題である要介護老人対策については、61年度にデイサービスセンターを210か所に整備するなど大幅な拡充が図られたところであり、精神障害者についてもこれまでの収容中心のケアを改め、社会復帰を促進する方向での精神衛生法の改正について検討が行われている。

また、施設サービスにおいても「厚みのある地域サービス」を実現するために、施設の機能やマンパワーを入所者に対してばかりでなく、例えば、デイ・サービス事業のように地域に提供するという「施設の地域開放」を一層促進していくことが望まれる。

4) 新しい施設体系の創設と施設の地域偏在の是正

第1-9図のように現在ねたきり老人は全国で約60万人と推計されるが、そのうち約4割は病院に入院しているものと推計されており、家庭介護機能の弱体化などからいわゆる「社会的入院」も含めて老人の入院患者は近年急増しつつある。前述したように、ねたきり老人は医療ニードと介護ニードとを併せ持っていると言われており、超高齢社会に向けて病院と在宅及び病院と老人ホームの中間的機能を有する「中間施設」の必要性が各方面から指摘されている。そこで、厚生省において開催した「中間施設に関する懇談会」の中間報告(60年8月)等を踏まえ、61年12月に成立した老人保健法の改正では、要介護老人の多様なニードに対応する病院とも老人ホームとも異なる第三の施設体系として、「老人保健施設」が創設され、61年度から試行的に実施することとしている。

また、精神障害者についても、閉鎖性の強い施設内医療から開かれた保健医療に転換を図っていくため、デイケア施設などの医療型施設や授産施設などの福祉型施設など医療と福祉両面からの施設体系の整備を図る方向で検討を進めている。

一方、医療施設については、これまで着実に整備が進められた結果、医療施設数や病床数はマクロ的にみればかなりの水準に達しているが、過剰、不足などの地域的偏在や医療施設間の機能関係が不十分という点もみられる。そこで、医療供給体制改革の第一歩として60年12月に成立した改正医療法に基づいて、各都道府県は医療計画を作成し、病床過剰地域では増床の中止を勧告する等により無秩序な病院病床の増加を抑制すること等によってその地域的な偏在を是正するとともに、医療機能の体系的整備を図ることとされた。

社会福祉施設の整備についても、例えば特別養護老人ホームのように地域的に差がみられるところであり、地域福祉の拠点としての機能を強化しつつ、地域の実情に応じその整備の推進を図ることが今後の課題である。

5) 治療から予防、健康づくりへのサービスの流れ

次に、治療から予防、プライマリケア、健康づくりへという社会サービスの流れを挙げることができる。ねたきりの発生原因の約3割は脳卒中の後遺症によると言われており、循環器検診の受診率を向上させることによって脳卒中発生率を半減させることも可能である。このように、軽い状態のニードに適切に対応していくことは重い状態になった後に対応するよりも医療費の節減などの形で社会コストの軽減につながることは明らかであり、前述した健康概念の見直しも踏まえて、ライフサイクルに応じた生涯健康づくりを積極的に進めていくことが重要である。このような観点から魅力ある健診を目指して老人保健事業の見直しを進めるとともに、診療報酬の改定においても在宅医療やプライマリ・ケアの促進を図っているところである。

6) 民間活力の導入

これまで社会サービスの中でも福祉サービスや保健サービスについては公的部門が供給主体となってサービス供給を行うべきであるとの考え方が主流であったと考えられる。しかしながら、今後拡大するニードを全て公的部門でカバーしていくことは制度的にも財政的にも困難であることは前述したとおりであり、例えば、ねたきり老人や痴呆性老人、障害者その他ハンディキャップを持った者の有する緊急度の高い切実なニードに対しては公的部門が十分関与した形でのサービス供給を重点的に行うとともに、市場機構にゆだねても適切なサービス供給が講じられるものについては思い切って民間サービスにゆだね、利用者の選択に任せることも必要である。公的部門によるサービスは画一的になりやすく、消費者の多様なニードにこたえるためには、民間部門の創意工夫をいかしたサービスの方が適切な場合がある。また、サービスの選択の幅が広がることは社会サービスに厚みを与えることにもつながるものである。

こうした観点から、有料老人ホームなどの住宅サービスやホームヘルプ、入浴サービスなどの在宅サービスについては、公的部門による供給と併せ、市場機構を通じてサービスの量的拡大と質の向上とを図っていくような条件整備を求められている。なお、民間活力の導入に当たっては、過度の利潤追求に陥ることのないよう十分配慮する必要がある。

また、公的部門がサービスを提供する場合でも、例えば、官民の共同出資の第三セクターによるサービスの提供等の例がみられるところであり、サービスの水準を維持しつつ民間部門の創意工夫をいかにさせるようなサービス供給の在り方について、社会サービスの性格に即し検討を進めていく必要がある。

さらに、民間活力の導入といっても市場機構を通じたサービス供給ばかりでなく、地域住民のボランティア活動も重要であり、高齢者の社会参加の促進という側面からシルバーボランティアの育成を図っていくことが期待されている。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第3節 社会保障制度の再構築

3 新しい社会サービスの展開

(3) マンパワーの確保と費用負担の見直し

なお、今後の社会サービスのあり方を考えるに当たって、社会サービスを担うマンパワーの確保と社会サービスを利用する場合の費用負担の問題を無視することはできない。

(社会サービスの拡大に伴うマンパワーの確保)

社会サービスを支えるマンパワーは近年著しく拡大しており、例えば医療施設や福祉施設の従事者数を例にとっても、昭和40年の98万人から60年には251万人と2.6倍に拡大しており、この間のサービス業全体の従業者数の増加(20年間で1.9倍)を大きく上回っている。

後述するように、保健、医療、福祉サービスの分野は医療機器や福祉機器の普及によって近年省力化が進んでいるが、サービスの中心は対人サービスであり、今後高齢化に伴う社会サービスの拡大によってマンパワーの確保と質の向上が大きな課題となっている。この意味から老人の在宅ケアのための退職保健婦や退職看護婦の活用と組織化のための方策や、病院、社会福祉関係職員の研修・教育等の充実が緊要の課題である。

また、今後の社会サービスの担い手であるマンパワーの確保という観点から、パートタイム就労を含め多様な形態で子育て後の家庭婦人の活用を図っていく必要があるだろう。

(サービスの普遍化に伴う費用負担の見直し)

社会サービスの中心を成す福祉サービスについては、国又は地方公共団体が無料又は極めて低い料金でサービスを供給する方式がかつては一般的であり、医療サービスについても老人保健制度が創設されるまでの10年余りの間老人医療費の無料化時代が続いていた。

しかしながら、福祉サービスの対象者はかつての低所得者を対象とした個別的選別的サービスから、現在では所得に関係なく国民全体を対象とした一般的普遍的サービスに変容しつつある。対象者の拡大に応じて飛躍的に増大するサービスの費用については、国民の所得水準の上昇に見合い負担能力に応じた受益者負担を原則とする必要があるだろう。

また、医療サービスについても、世代間の公平や加入者間の負担のバランスという観点が次第に重視されつつあり、健康保険の被用者本人1割負担の導入や老人医療費の一部負担の見直しなどはこれを反映したものであると言える。年金制度の成熟化や国民の生活水準の上昇を前提として考えれば、社会サービスの供給に当たっては、サービスの利用に支障を生ずることのないよう低所得者に十分配慮した上で、受益者負担を原則とする方向を検討する必要があるだろう。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第3節 社会保障制度の再構築

4 科学技術の活用と厚生行政の国際的展開

(1) 科学技術の開発と利用の促進

科学技術の進展は生産力の飛躍的な拡大を通じわが国の高度成長を推進する原動力となった。安定成長期に入り、科学技術開発の目標は「生活の質の向上」という方向に向けられつつあるが、厚生行政の分野において科学技術の果たす役割は極めて大きい。例えば、予防技術や治療技術の開発はこれまで私達を多くの疾病から解放してきたし、さらに、遺伝子組換え、細胞大量培養、細胞融合などのバイオテクノロジーの進展により、ヒトインシュリンやヒト成長ホルモンなどこれまで生体内でごく微量にしか産出されなかった医薬品の安定供給が可能となり、また、再生不良性貧血等の難病やがんの予防、診断、治療の面で飛躍的な進歩が期待されている。また、科学技術を福祉の分野で活用する福祉機器の開発は、ねたきり老人の在宅介護や障害者の自立・社会参加に大きく貢献するものと考えられる。

このように、医療技術を始めとする科学技術の進展は長寿社会を生み出す大きなインパクトとなっている。

情報処理の分野においても、情報処理機器の開発やデータ通信網の発達は、年金業務のオンライン化やきめ細かな年金相談の実施を可能にしたほか、保健医療情報に関しても結核・感染症サーベイランスシステムなどの開発が積極的に進められている。

一方で、最先端技術の例としてあげられる遺伝子組換え技術などは、これまで自然の摂理に委ねられていた事柄を人為的にコントロールするという側面を持つものであり、また、情報処理技術の活用は個人の生活情報の集中管理という側面を有している。したがって、厚生行政の分野において科学技術を振興し、その普及を図っていくに当たっては、技術の有効性・安全性は当然のこととして生命倫理、個人のプライバシーについても十分配慮を払う必要がある。今後の超高齢社会において豊かで安定した生活を国民に保障していくためには、科学技術の面での貢献が強く求められており、前出の高齢者対策企画推進本部報告(61年4月)においても科学技術の振興方策等にふれているほか、科学技術会議からは61年5月に「長寿社会対応科学技術推進の基本方策に関する意見」が内閣総理大臣に意見具申された。

厚生行政においても積極的に科学技術の開発、利用を進め、その成果を各種社会保障サービスの向上に活用していくことが求められており、そのため、厚生科学全般にわたる基本的な戦略を策定するとともに、国公立及び民間研究機関を含めた包括的な研究体制を整備し、官民共同でバイオテクノロジーを始めとする先端的、基盤的技術開発を進めていくことや、更にその実用化へ向けて民間の力をいかしていくような体制を整備していくことが重要である。また、本格的な長寿社会の到来を前にして老化メカニズムの解明から老人の心理・生理・生活面まで老人問題を幅広く研究するための研究体制の整備が緊急の課題となっていることから、61年9月に厚生省に有識者からなる「長寿科学研究組織検討会」を設けて研究組織の在り方等について検討を進めているところである。

第1編

第1章 社会保障制度の再構築へ向けて

第3節 社会保障制度の再構築

4 科学技術の活用と厚生行政の国際的展開

(2) 厚生行政の国際的展開

我が国の経済は2度にわたるオイルショックの危機を克服し、現在世界のGNPの1割を占めるに至っている。また経常収支の黒字は60年度で550億ドルと一国がかつて記録した最大の規模に達し、我が国が有する対外純資産も1,000億ドルを超え、世界一の債権国となっている。

我が国のこれまでの経済発展は、自由貿易体制の下で諸外国と相互依存関係を強めてきたことによるものであり、今や我が国は国際社会において、国際的地位の高まりに応じた経済大国としての役割を果たしていくことを強く求められている。

社会保障の分野においても、公的年金制度や医療保険制度を中心に我が国の社会保障の水準は欧米諸国と遜色のない水準に達しており、社会保障の面でも先進国の仲間入りを果たしている。

一方、眼を世界に転ずると、世界人口は膨張を続け50億人を超えようとしているが、その3/4が居住する開発途上国においては、保健、医療、生活環境などの面で生存に必要な基礎的な需要(Basic Human Needs)すら十分に満たされていない国々も多く、これら諸国の社会開発の妨げとなっている。我が国は極めて短期間に乳児死亡率の改善、伝染病の克服などの公衆衛生水準の向上を進め、社会保障水準の向上を図ってきた自らの経験を国際協力にいかすことによって、これら開発途上国の生活水準の向上や社会開発の促進に大きく貢献することができるものと考えられる。

また、福祉国家を築き上げた先進諸国はいずれも年金や医療に関する費用の膨張による社会保障財政の悪化や地域、家庭機能等のコミュニティ機能の弱体化などといった共通の問題を抱えており、我が国もこれら諸国と協力して国際的立場から「高齢化」という共通の課題に取り組んでいかなければならない。

さらに、国際的に解決を迫られている市場開放の問題についても、国民の健康、生活の安全の確保を前提としつつ、医薬品、食品等の分野において積極的な対応を進める必要がある。

このように我が国は社会保障先進国として、厚生行政の分野においても、国際協力、国際交流、国際協調の推進が重要な政策課題となっており、国際的な視野に立った施策の展開が求められている。