

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第1節 少子・高齢化の急速な進行

---

1997（平成9）年1月、国立社会保障・人口問題研究所は、1995（平成7）年の国勢調査に基づき「日本の将来推計人口」を公表した。この推計（中位）によると、我が国の総人口は2007（平成19）年を境に減少し始め、2050（平成62）年には1億50万人と現在より約2割減となる一方、65歳以上人口の割合は今後も上昇し続け、約半世紀後には約3人に1人が65歳以上という、超高齢社会が到来することが予測されている。

我が国では、これまでも「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について（エンゼルプラン）」の策定・実施をはじめさまざまな子育て支援策が講じられているところであるが、こうした状況を踏まえ、少子化について幅広い視点からの国民的な議論が求められている。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第1節 少子・高齢化の急速な進行

###### 1 将来推計人口（平成9年1月推計）

---

(1)

#### 推計の方法

人口推計は、出生率、死亡率、出生性比（将来の出生数を男性と女性にわけもの）、国際人口移動の4つの要素に関する予測に基づき、推計を行っている。

1)

#### 出生率の予測

将来の合計特殊出生率（15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計した数値で、その年の年齢別出生率が今後とも変わらないと仮定した場合に、1人の女性が一生の間に生む平均子ども数）の水準は、世代別に次の式で算出することができる。

将来の出生率＝結婚する女性の割合／（1－生涯未婚率）×夫婦の子ども数×離死別の影響

#### 出生率の予測

出生率の予測

$$\text{将来の出生率} = \text{結婚する女性の割合 (1-生涯未婚率)} \times \text{夫婦の子ども数} \times \text{離死別の影響}$$

この出生率については、中位のほか、より楽観的な高位とより悲観的な低位の3種類の仮定をおいているが、今回の人口推計では、いずれも前回推計（平成4年9月）以上に晩婚化や非婚化が進むものと仮定している。このうち、中位においては次のような仮定を置いている。

ア

#### 平均初婚年齢

晩婚化が一層進行し、1980（昭和55）年生まれ（1995（平成7）年時点では15歳であり、これから結婚・出産期に入る年齢）以降の女性の平均初婚年齢は、27.4歳まで上昇すると仮定している。

イ

#### 夫婦の子ども数

夫婦の子ども数は平均初婚年齢の上昇に伴い減少していくものとし、1980（昭和55）年生まれ以降の女性の子どもの数は1.96人にまで減少するものと仮定している。

ウ

#### 生涯未婚率

非婚化が一層進行し、1980（昭和55）年生まれ以降の女性の生涯未婚率は13.8%にまで上昇すると仮定している。

工

離死別の影響

離死別による影響は今後も変化がないものとし、0.954と仮定している。

こうした仮定の下で、将来の出生率(中位)は、1995(平成7)年の1.42から更に低下し、2000(平成12)年には1.38に下がり、その後緩やかに回復して2030(平成42)年以降1.61で安定すると見込まれている。

図1-1-1 仮定された合計特殊出生率の推移

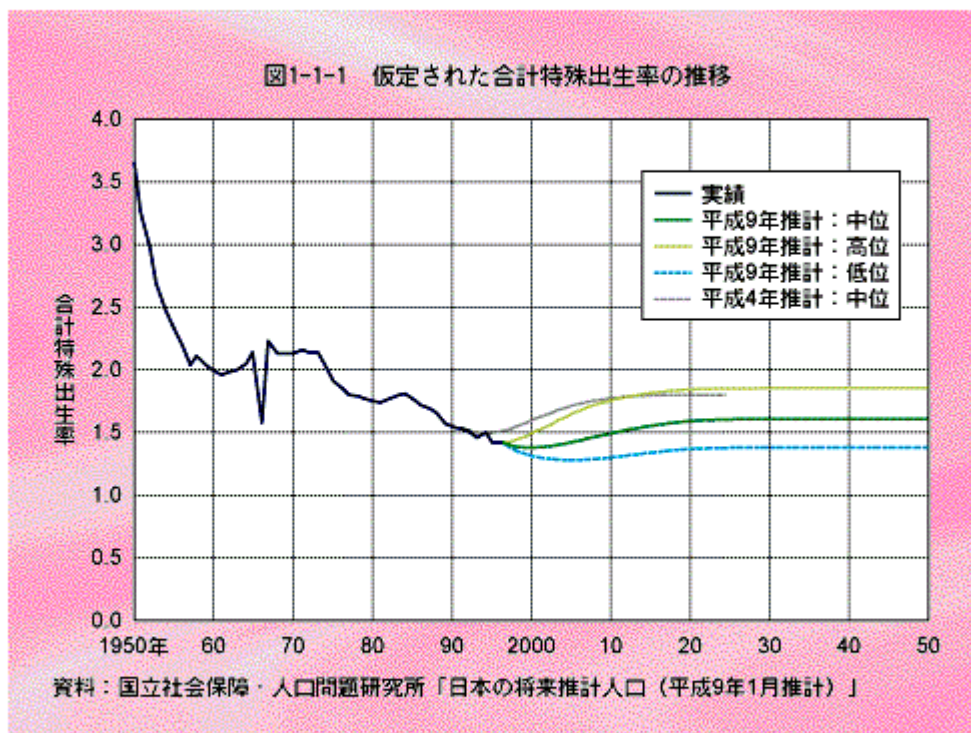


表1-1-2 出生率見通しの前提

表1-1-2 出生率見通しの前提

仮定の種類			前提		合計特殊出生率			平成4年 9月推計
			現在の実績 1995時点で出 産を終えている 世代の実績	将来見込み 1980年生まれ 以降の世代	平成7年 (1995)	最低の年	平成62年 (2050)	平成37年 (2025)
中位の 仮定 過去の趨勢の延 長	(1)平均初婚年齢	24.2歳 (1945年生まれ)	↗ 27.4歳で一定	1.42	1.38 (平成12年)	1.61	1.80	
	(2)生涯未婚率	4.6% (1941~45年生)	↗ 13.8%で一定					
	(3)夫婦の子ども数	2.18人 (1943~47年生)	↘ 1.96人で一定					
高位の 仮定 1960年出生(初 婚という活動が ほぼ終わる)世 代の推定実績を もとに仮定	(1)平均初婚年齢	同上	↗ 25.7歳で一定	1.42	1.42 (平成8年)	1.85	2.09	
	(2)生涯未婚率	同上	↗ 8.3%で一定					
	(3)夫婦の子ども数	同上	↘ 2.12人で一定					
低位の 仮定 最も晩婚化・非 婚化が進行して いる属性として、 東京都の大学女 子の実績をもと に仮定	(1)平均初婚年齢	同上	↗ 28.9歳で一定	1.42	1.28 (平成17年)	1.38	1.45	
	(2)生涯未婚率	同上	↗ 17.9%で一定					
	(3)夫婦の子ども数	同上	↘ 1.76人で一定					

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成9年1月推計）」

2)

## 死亡率の予測

前回人口推計では、2025（平成37）年の平均寿命は男子78.27年、女子85.06年と仮定したが、今回の推計では、更に長寿化が進み、2050（平成62）年には男子79.43年、女子86.47年になるものと仮定している。

(2)

## 推計の結果

将来推計人口については、重要な仮定の一つである出生率について3種類の仮定を置いたことにより、中位、高位、低位の3種類の推計結果が示されている。

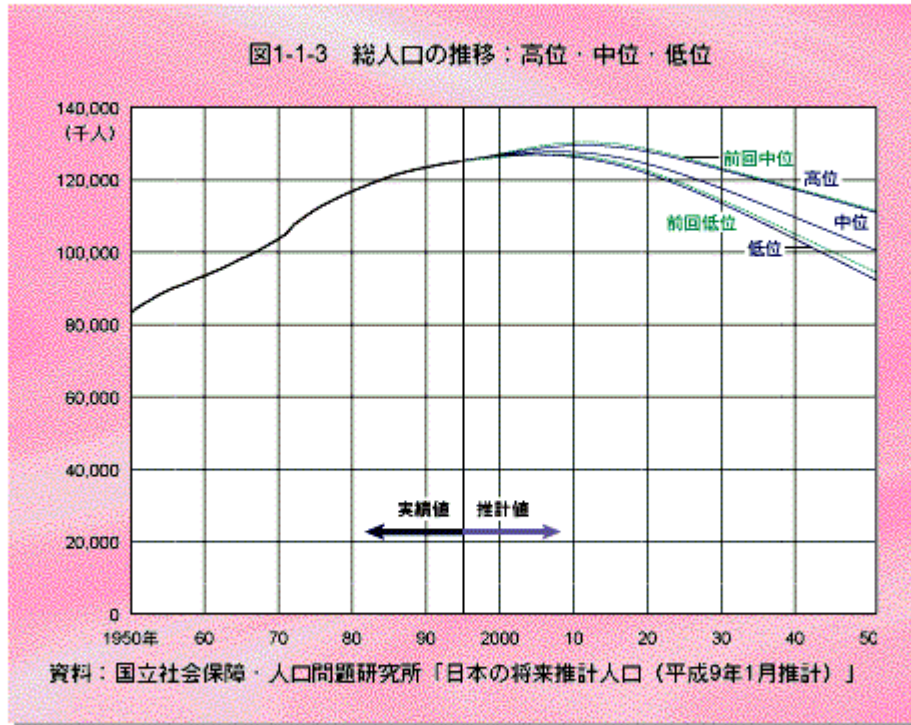
1)

## 総人口の推移

中位推計によると、総人口は1995（平成7）年の1億2,557万人から緩やかに増加し、2007（平成19）年には1億2,778万人と最高に達するが、その後減少し、2050（平成62）年には1億50万人に減少すると予

測されている。なお、最も楽観的な高位推計にしても、総人口は1億3,000万人の大台に乗ることなく、緩やかな増加後、同様に減少する見通しとなっている。

図1-1-3 総人口の推移：高位・中位・低位



2)

### 年齢3区分別人口の推移

中位推計では、65歳以上の老年人口は、1995（平成7）年の1,826万人から急速に増加し、2013（平成25）年には3,000万人の大台に乗り、その後3,300万人前後で推移し、2050（平成62）年には3,245万人となる。

一方、0～14歳の年少人口は、趨勢的には減少し続け、1997（平成9）年に老年人口を下回った後、2025（平成37）年には1,582万人、2050（平成62）年には1,314万人まで減少すると見込まれている。

また、15～64歳の生産年齢人口は、1995（平成7）年の8,716万人から減少し続け、2025（平成37）年には7,198万人、2050（平成62）年には5,490万人となる。

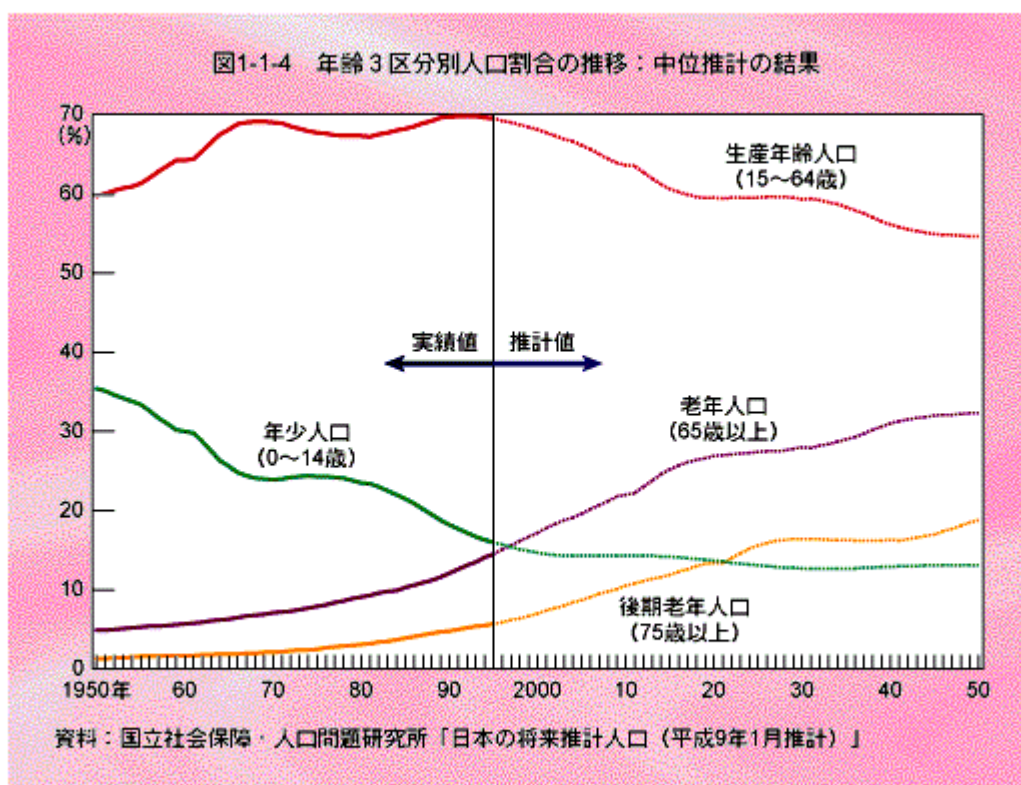
3)

## 年齢3区分別人口割合の推移

老年人口(65歳以上人口)割合は、1995(平成7)年の14.5%から急速に上昇し、中位推計によると2025(平成37)年には27.4%、2050(平成62)年には32.3%になり、3人に1人が高齢者となるような社会が到来することが見込まれている。

また、老年人口(65歳以上人口)1人を15~64歳の生産年齢人口何人で支えることになるかをみると、1995(平成7)年には4.8人であるが、2025(平成37)年には2.2人、2050(平成62)年には1.7人まで減少することとなる。

図1-1-4 年齢3区分別人口割合の推移：中位推計の結果



## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第1節 少子・高齢化の急速な進行

##### 2 少子化をめぐる議論

---

(1)

#### 我が国の現状

我が国の出生率は近年急激に低下し、1995（平成7）年の合計特殊出生率は、現在の人口を将来維持するのに必要な2.08を大きく下回る1.42となっており、欧米先進諸国と比較しても、イタリア、ドイツなどに次いで低い水準となっている。

こうした出生率の低下の最大の要因は、前述したように、人口推計においても見込まれている未婚率の上昇にある。1970年代以降、男女とも晩婚化が進む中、女子の未婚率はこの10年で、25～29歳が3割から5割に、30～34歳が1割から2割に上昇している。

図1-1-5 出生数および合計特殊出生率の推移



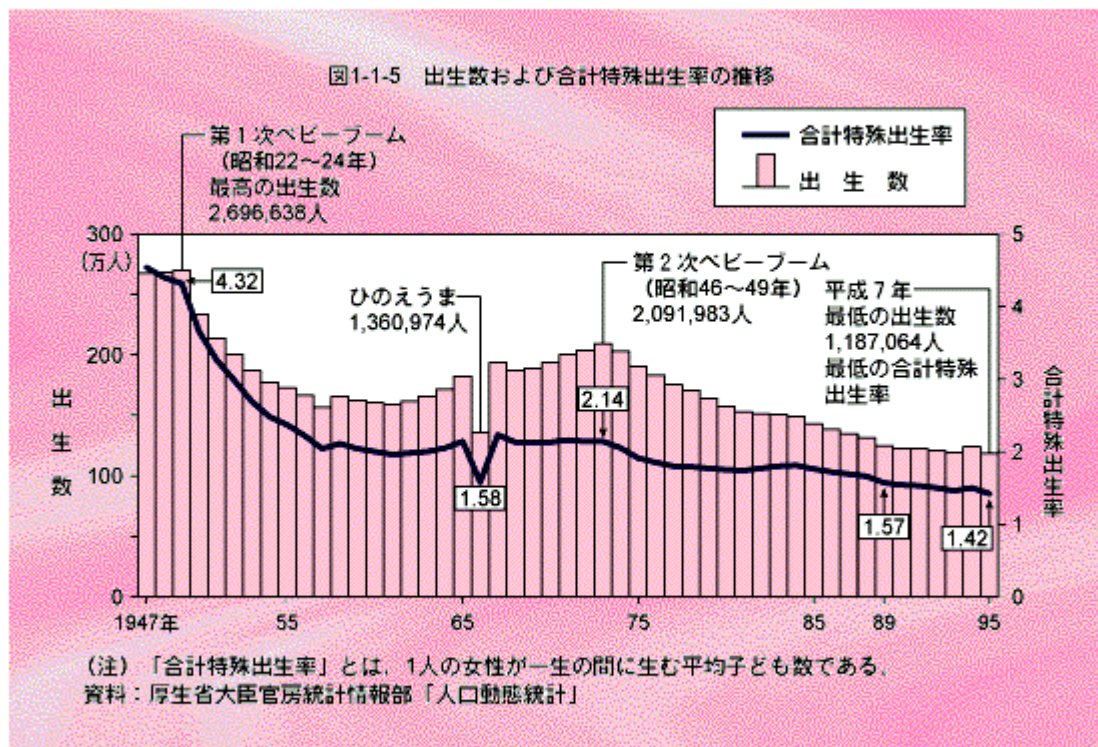


表1-1-6 先進諸国における合計特殊出生率の推移

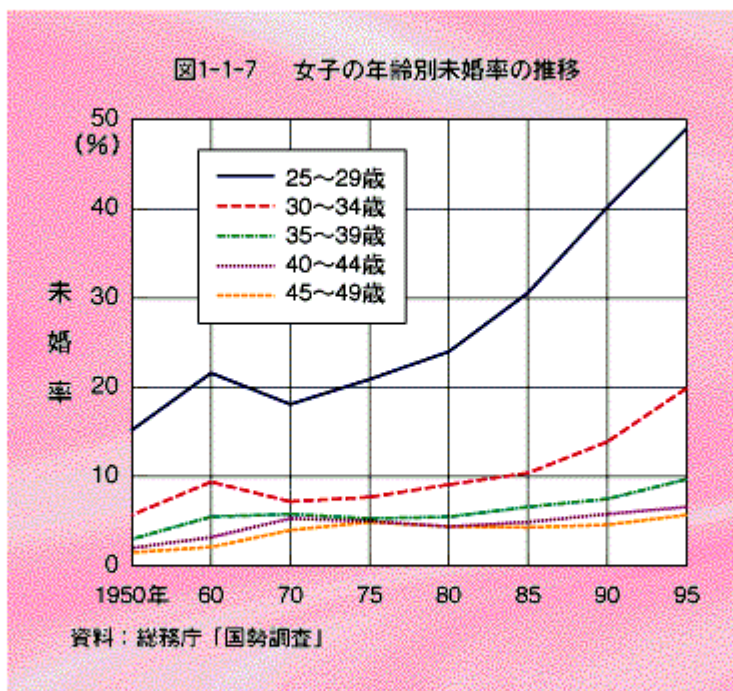
表1-1-6 先進諸国における合計特殊出生率の推移

	1950年	1980年	現在
日本	3.65	1.75	1.42 (1995)
米国	3.02	1.84	2.05 (1993)
イギリス	2.19	1.90	1.76 (1993)
フランス	2.92	1.99	1.65 (1994)
ドイツ	2.05	1.46	1.34 (1994)
イタリア	2.52	1.61	1.33 (1992)
スウェーデン	2.32	1.68	1.88 (1994)

(注) イギリスは1950年、1980年はイングランド・ウェールズである。ドイツは旧西ドイツの数値である。

資料：日本は厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」。諸外国はUN, Demographic Year bookによる。ただし直近の数値は、Council of Europe, Recent demographic developments in Europe and North America, U.S. Department of Health and Human Services, Monthly Vital Statistics Reportによる。

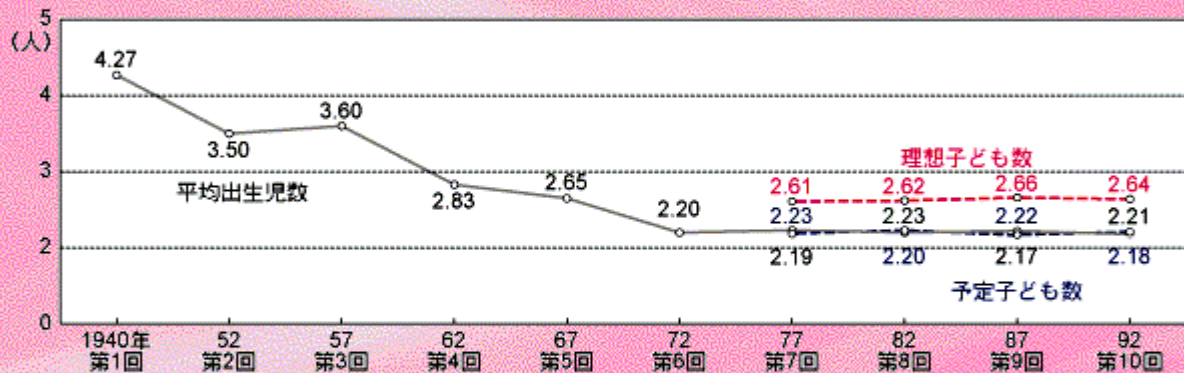
図1-1-7 女子の年齢別未婚率の推移



また、夫婦の平均出生児数は、1940（昭和15）年の4.27人から、60年代には2人台に低下し、その後70年代後半以降は2.2人前後で推移している。この場合、何人の子どもが理想かという理想子ども数では2.6人欲しいが、実際には2.2人の子どもをもつ予定であるという夫婦像が浮かび上がってきており、これにはさまざまな理由があげられている。

図1-1-8 平均出生児数・平均理想子ども数・予定子ども数の推移

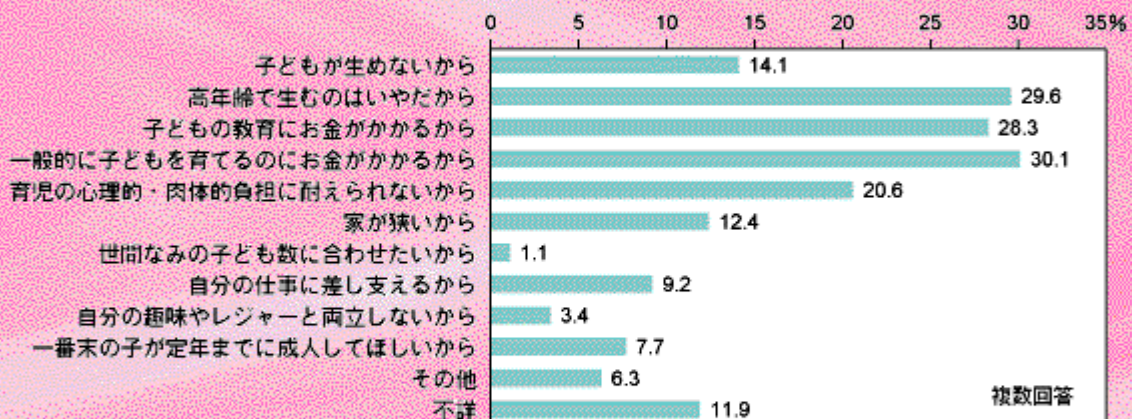
図1-1-8 平均出生児数・平均理想子ども数・予定子ども数の推移



(注) 1. 理想子ども数、予定子ども数については、50歳未満の妻に対する調査。  
 2. 平均出生児数は、結婚持続期間15～19年の妻を対象とした出生児数の平均。第9回調査は、初婚の妻を対象とした集計である。第8回、第10回調査と同一の初婚同士の夫婦に基づいた平均出生児数は2.19人である。  
 資料：厚生省人口問題研究所「出生動向基本調査(第10回)」 「出産力調査(第1～9回)」

図1-1-9 理想の数の子どもをもとうとしない理由(平成4年)

図1-1-9 理想の数の子供をもとうとしない理由(平成4年)



(注) 50歳未満の妻で予定子ども数が理想子ども数よりも少ない者に対する調査。  
 資料：厚生省人口問題研究所「出生動向基本調査(第10回)」

(2)

### 少子化による影響

少子化は社会経済にどのような影響を及ぼすのであろうか。その影響としては、1)経済活力の低下や労働力供給の制約、2)社会保障負担の増大、3)子どもの社会性の低下、などが従来から指摘されている。

1)

### 経済への影響

出生率の低下が続くことになると、高齢者人口が増加する一方で、国全体の生産力を支える生産年齢人口が減少し、経済の分野においては、国全体の経済力をいかに確保していくかが大きな問題となる。特に、若年労働力の相対的減少は、新しい技術への潜在的対応力を弱めるなど生産性の向上を図る上でも困難をもたらす可能性がある。

2)

### 社会保障への影響

高齢化の速度は予想以上に速まるとともに、高齢化率も一層高まることにより、現行の行財政制度や社会経済の諸条件を前提とする限り、社会保障の負担が一層増加することになる。また、高齢社会における保健福祉に携わる人材の確保にも支障が生じる可能性がある。

3)

### 子どもの健やかな成長に対する影響

子ども数の減少により子供自身が仲間の中でもまれる機会や我慢することなどを学ぶ機会が減少し、子どもの社会性が育ちにくくなることなど、子ども自身の健やかな成長への影響も懸念される。

(3)

### 少子化問題に関するこれまでの取組み

こうした少子化の進行を踏まえ、子育てに対する社会的支援を総合的かつ計画的に推進するため、1994(平成6)年12月に、文部、厚生、労働、建設の4大臣合意による「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について(エンゼルプラン)」が策定された。これは、10年間を目途として、保育、雇用、教育、住宅など各般にわたる施策について、子育て支援のための基本的方向と重点施策を示したものである。

また、エンゼルプランの施策の具体化の一環として、近年の保育需要の多様化に対応し、緊急に整備すべき保育対策等の基本的枠組みについて、1994(平成6)年12月に大蔵、厚生、自治の3大臣により「当面の緊急保育対策等を推進するための基本的考え方(緊急保育対策等5か年事業)」が合意され、低年齢児保育等の整備を図っているところである。

そのほか、1995(平成7)年には、育児休業給付や育児休業期間中の年金保険料および健康保険料等の免除などが実施されている。

(4)

#### 今後の取組みのあり方

最近の急速な少子化の進行は、今後我が国の社会経済に大きな影響を与えることが予想されていることから、少子化について国民的な議論を進めていく必要があると考えられる。その際には、結婚や出産の問題は個人の選択に関わる性格のものであることを踏まえ、国民に開かれた形で議論を進めるとともに、少子化の背景には、社会構造、労働環境、雇用慣行、社会保障制度、家庭生活の価値観など多様な要素が関係していると考えられることから、こうした各般の分野に及ぶ幅広い観点から議論を行っていくことが重要であると考えられる。

このような観点から、現在、人口問題に関する重要事項について調査審議を行う人口問題審議会において、幅広い視点に立って少子化問題についての議論が進められているところである。政府としても、関係する各省庁が連携し、一体となって取り組んでいくことが必要である。

また、厚生省においては、少子化問題について国民に情報提供を行うとともに、エンゼルプランをはじめとした現行施策の実施により、子育てに対する社会的支援を引き続き推進していくほか、現行保育所制度を利用者の立場に立ったものに改めること等を内容とする児童福祉法等の改正法案を1997(平成9)年3月、国会に提出し、同年6月に成立したところである。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 社会保障構造改革の方向

---

先進諸国において社会保障改革の動きが盛んとなっている。各国の社会保障は歴史的経緯や国民の選択の結果、年金にしても医療にしても多様な仕組みとなっており、また現在抱えている問題点もさまざまである。米国における医療保険改革や年金改革に関する論議は、高齢化に伴う医療・年金給付の増大と厳しい財政状況を背景としている。また、相当高齢化が進んでいるEU各国でも、マーストリヒト条約で示された通貨統合のための財政赤字・債務残高の基準の達成を直接の契機として、財政と社会保障との調和あるいは国境を越えて行われる経済活動と高水準の社会保障負担との調整といったことが問題になっているといえる。このように、高齢社会の下での社会保障と経済・財政との調和が先進諸国の共通の課題となってきている。

我が国としても、こうした先進諸国の動向を見据えつつ、我が国の社会保障が置かれている現状を踏まえて、社会保障の構造改革に取り組んでいかなければならない。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 社会保障構造改革の方向

###### 1 社会保障をめぐる状況

(1)

#### 社会保障の役割

我が国の社会保障制度は、1961（昭和36）年に達成された国民皆保険・皆年金体制を基軸として、今日までその充実が図られてきた。その結果、国民は誰もが病気になっても被保険者証を医療機関の窓口で示し一定の自己負担を支払えば治療を受けることができ、また老後に受け取る年金額も他の先進諸国と比べひけをとらない水準となっている。

社会保障の役割は、その初期においては主に貧困に陥っている人々を救済することにあつたが、国民の生活水準の向上等に伴い社会保障が求められる役割も変化してきており、今日ではそのような人々に限らず、広く、疾病、加齢、失業等の生活の安定を脅かす危険から国民生活を守り、安定を図るものとなっている。また、社会保障は、安定した購買力を国民に付与したり、新規産業や労働需要を創出することにより、経済の発展に寄与するという積極的な役割も果たしている。

今日の成熟した社会・経済においては、各人がそれぞれの生活態様に応じ、基本的には自らの生活を自らの責任で維持することが基本となる。したがって、社会保障については、個人の力のみでは対処できない場合における安全網（セイフティネット）としての役割を明確にし、基礎的・基盤的な需要について公的な仕組みにより給付やサービスを保障するとともに、国民の多様な需要に対しては民間の仕組みで対応するなど公私の役割分担を明確にしていくことが課題となっている。

#### ■社会保障が経済発展に寄与する役割について

社会保障制度審議会の1995（平成7）年7月勧告においては、「社会保障は我が国経済の安定的発展に寄与するところが少なくなかった。一つは公的年金を中心として社会保障が安定的な購買力を国民に与え、それが一要因となって戦後は深刻な不況に見舞われずに経済の発展をみた。もう一つは、特に公的年金の場合、積み立てられた資金は社会資本の整備等に充てられ、経済発展のための安定的資金源として活用されたのである。」との指摘がなされている。

財団法人医療経済研究機構の「福祉充実の経済的効果に関する研究」（1996（平成8）年3月）によれば、高齢者介護施策や保育所の質量の両面における充実により、介護や育児による女性の離職が抑制され、労働力が確保されることになるとしている。また、新ゴールドプランが計画通り遂行された場合には、介護から解放されることにより、2000（平成12）年において新たに22万人を超える就業者が生まれ出されるとする別の研究もある。

さらに政府では、「経済構造の変革と創造のためのプログラム」（1996（平成8）年12月閣議決定）において、新規・成長15分野の一つとして医療・福祉関連分野をあげており、現状では約38兆円の市場規模、約348万人の雇用規模が、2010（平成22）年には市場規模91兆円程度、雇用規模480万人程度まで拡大するとともに、技術開発の推進、人材育成、規制緩和等について政府の総合的な施策の推進を図ることとしている。

(2)

## 社会保障が抱える課題

社会保障制度が現在抱えている課題は、大きくは、1)国民の需要の変化への対応、2)21世紀の本格的な少子・高齢社会における制度の安定的運営の確保、の2つである。

1)

### 国民の需要の変化への対応

少子高齢化が進行する中で、高齢者の介護が大きな問題となっており、介護を社会的に支援する仕組みを確立することが求められている。一方、少子化の進行に対し、これまで子育て支援のための施策の基本的方向をエンゼルプランとして取りまとめるなどの取組みを行っているが、少子化対策は今後更に重要な課題となる。このような状況の下で、社会保障制度について、社会保障でみるべき需要への必要な対応がなされているかどうか、あるいは逆に本来自己責任で対応すべき需要への過剰な対応が生じていないかを十分検証しつつ、時代の変化に適切に対応できる質の高い社会保障を目指していく必要がある。

2)

### 21世紀の本格的な少子・高齢社会における制度の安定的運営の確保

社会保障が経済に占める規模は、国民皆保険・皆年金体制が整備された昭和30年代当時とは比べものにならないほど拡大しており、それに伴い社会保障が社会経済に与える影響も大きくなっている。

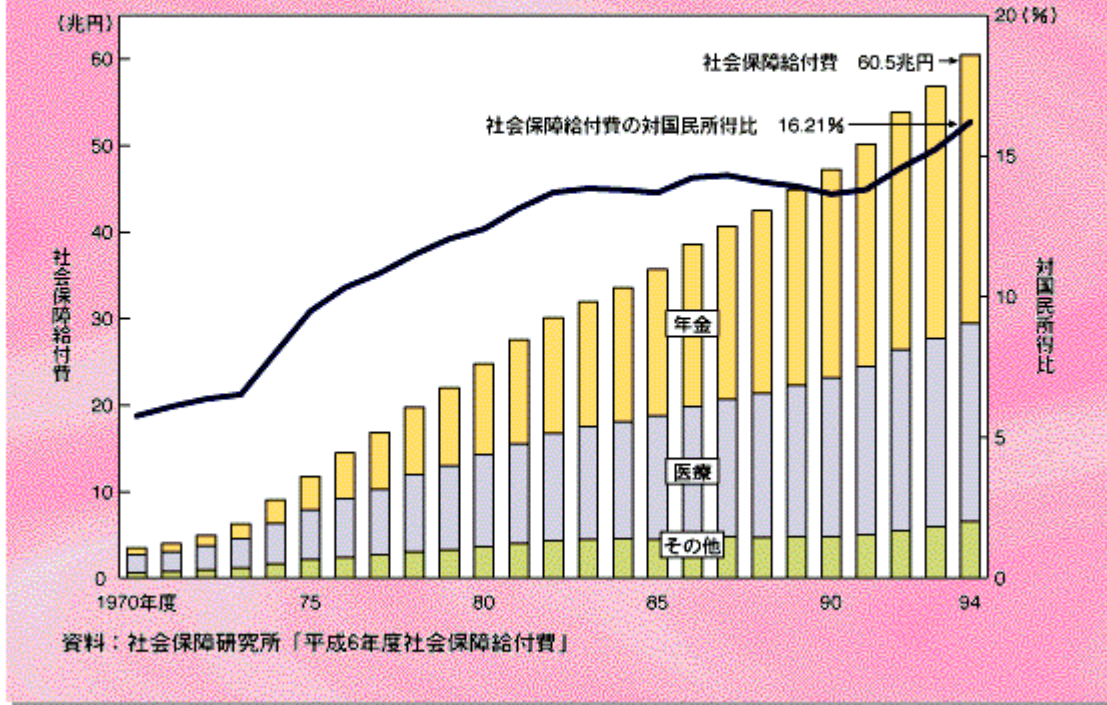
そして今後も、少子・高齢化の進行等により、社会保障に要する費用が増大していくことは避けられないが、一方において活力ある社会経済を維持していく必要があることから、国民の需要に適切に対応しつつ、社会保障の給付と負担の効率化、適正化に取り組み、制度の安定を確保する必要がある。

社会保障が今後とも安定して揺るぎなくその役割を果たすとともに、経済活力への制約要因となることを避けるためには、社会保障の基盤となる我が国の経済の諸状況に見合ったものとするように、絶えず改革に努めていかなければならない。

図1-2-1 社会保障給付費とその国民所得比の推移



図1-2-1 社会保障給付費とその国民所得比の推移



---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 社会保障構造改革の方向

#### 2 社会保障構造改革の概要

---

(1)

#### 社会保障構造改革についての検討経過

社会保障構造改革については、社会保障に関係の深い8審議会（社会保障制度審議会・医療審議会・中央社会福祉審議会・老人保健福祉審議会・中央児童福祉審議会・医療保険審議会・中央社会保険医療協議会・年金審議会）の会長を構成員とする「社会保障関係審議会会長会議」が開催され、1996（平成8）年11月19日、この会議における議論の整理として、「社会保障構造改革の方向（中間まとめ）」が取りまとめられ、公表された。

社会保障構造改革は、行政、財政、社会保障、経済、金融システム、教育という「6つの改革」のうちの一つとして、政府をあげて取り組んでいるものであり、厚生省としては、その内容を踏まえ、以下に述べるような方向で社会保障構造改革を推進することとしている。

(2)

#### 社会保障構造改革の方向

社会保障構造改革の方向の第一は、制度横断的な再編成等による全体の効率化である。

これは、経済・財政面の制約が強まる中、多様な需要により適切に対応するサービス体制を確立し、老後の不安等の解消を図るとともに、安全網（セイフティネット）としての社会保障にすき間や無駄、重複が生じないようにするという観点に立って、必要な制度の再編成等を行い、社会保障全体として、需要に対応しつつも効率化を図るものである。

構造改革の方向の第二は、個人の自立を支援する利用者本位の仕組みの重視である。

これは個人の自立を支援する仕組みを重視する見地から、情報開示等を進めることにより個人が良質なサービスを適切な費用で選択できるようにするものである。この場合、障害や要介護の状態になってもできる限り住み慣れた地域で自立した生活を送れることを重視する観点から、在宅医療・介護を始めとする多様な需要にきめ細かく対応するサービス提供体制の整備に努め、家族とともに、あるいは一人暮らしや高齢者のみの世帯でも、できる限り在宅生活が可能となるよう、その自立を支援していく利用者本位の仕組みづくりを目指すものである。

構造改革の方向の第三は、公私の適切な役割分担と民間活力の導入の促進である。

保健医療・福祉分野において、民間事業者が成長していることも考え合わせると、今後は、基礎的・基盤的な需要に対しては公的に保障し、その上乘せについては個人が自由に民間サービスを選択することが可能となるようにするなど公私の適切な役割分担を図るとともに、民間活力の導入を促進する観点から、規制緩和を推進し、競争を通じて、より良質なサービスが受けられるようにしていくべきであると考えられる。

構造改革の方向の第四は、全体としての公平・公正の確保である。

これは例えば、高齢者の経済状況をみると、ばらつきはあるものの、年金の成熟化等に伴い、平均的には高齢者を世帯主とする世帯はそれ以外の世帯と比較して世帯人員1人当たりでは所得金額・可処分所得とも大差がなく、貯蓄・資産の保有状況においてはむしろ高齢者を世帯主とする世帯はそれ以外の世帯を上回っているようになってきている。このような高齢者の所得等の状況を踏まえると、高齢者世代と現役世代の間の均衡や、資産を持っている人と持っていない人との間の均衡なども考慮しながら、給付と負担の公平・公正を図っていくことが必要である。

図1-2-2 世帯主の年齢階級別にみた1世帯当たり・世帯人員1人当たり平均可処分所得金額

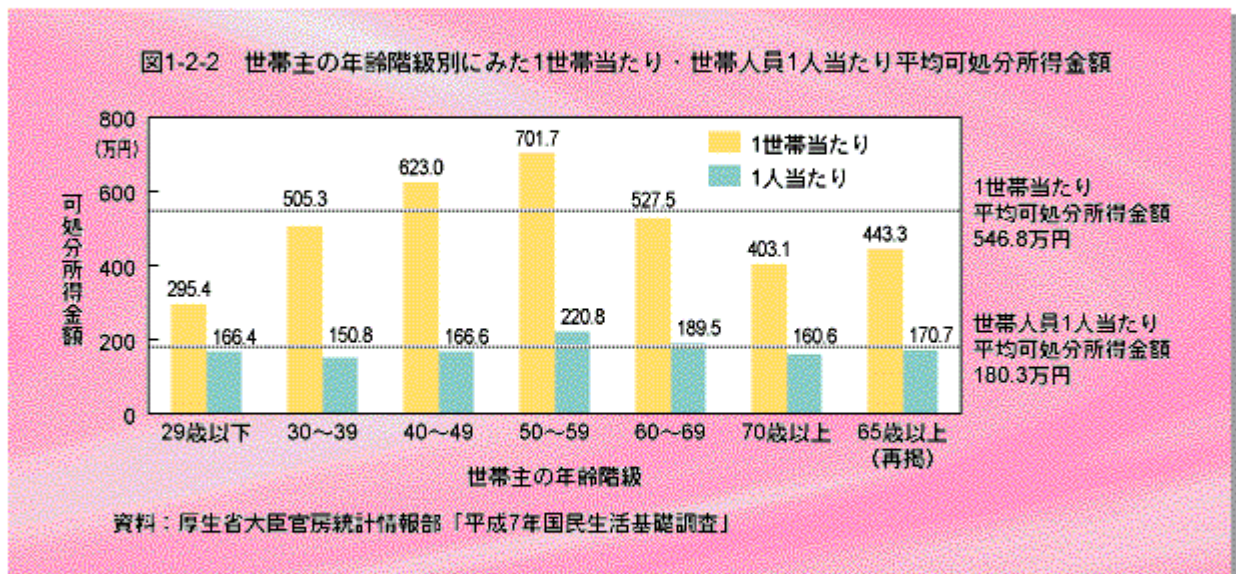
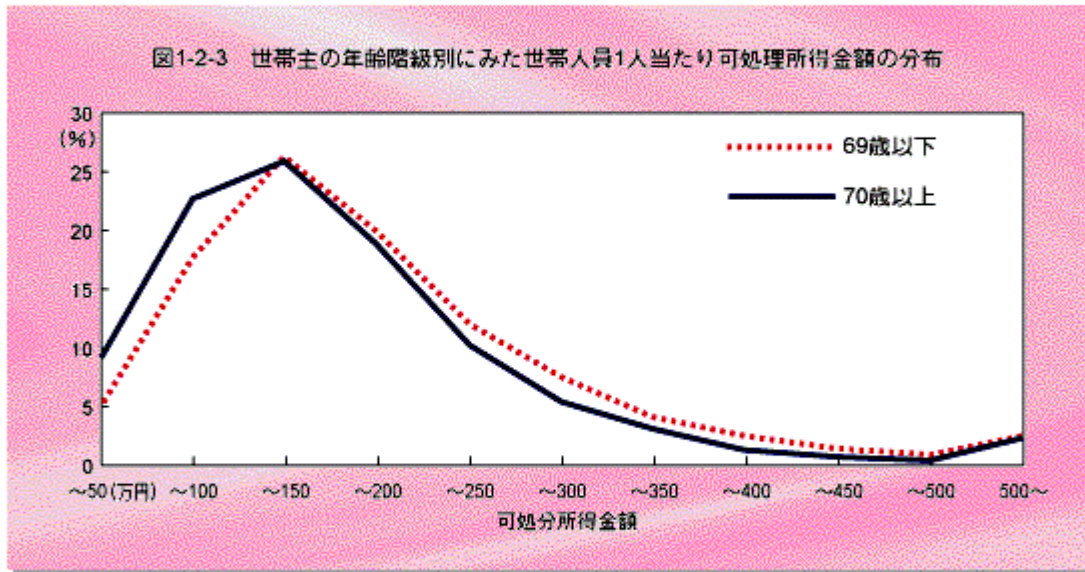
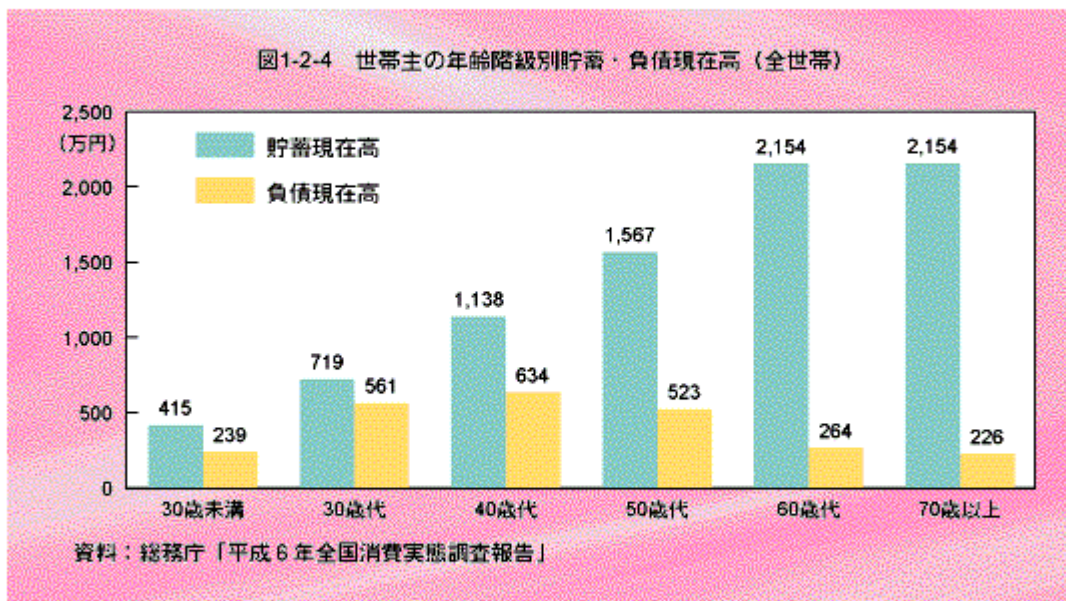


図1-2-3 世帯主の年齢階級別にみた世帯人員1人当たり可処分所得金額の分布



資料：厚生省大臣官房統計情報部「平成7年国民生活基礎調査」

図1-2-4 世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(全世帯)



以上述べたような方向に沿って、厚生省においては高齢者介護、医療等の各分野において具体的な改革を推進しているところである。

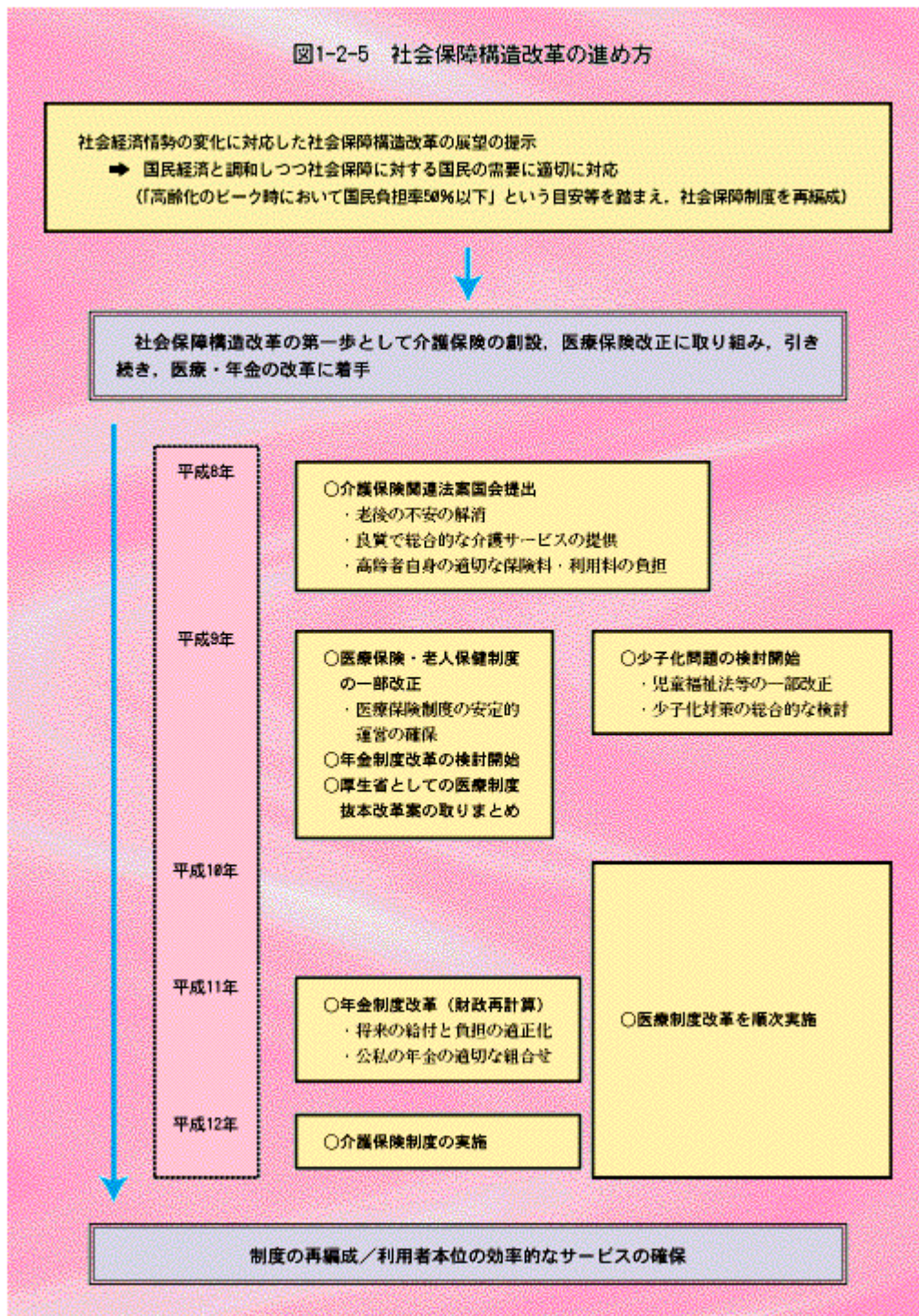
まず、国民の老後における最大の不安となっている高齢者介護の問題については、第3節で述べるように、介護保険制度を創設すべく関連3法案を国会に提出し、現在、国会において法案審議が行われているところである。

また、医療については、第4節で述べるように、医療提供体制および医療保険制度の両面にわたる総合的な改革を段階的に実施していく必要があり、そのためにも、現行の医療保険制度の財政の安定を確保していくことが緊急の課題である。このため、1997(平成9)年度に、改革の第一段階として、給付と負担の見直し等を内容とする「健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出され、1997(平成9)年6月に成立した。

さらに年金については、第5節で述べるように、少なくとも5年に1度行われる財政再計算が、1999(平成11)年に予定されており、将来の負担が過重なものとならないよう、給付と負担の適正化、公私の年金の適切な組合せ等制度全体の見直しを行うこととしている。

図1-2-5 社会保障構造改革の進め方

図1-2-5 社会保障構造改革の進め方



## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 社会保障構造改革の方向

##### 3 社会保障に係る給付と負担

---

(1)

社会保障に係る給付と負担の見通し

社会保障関係審議会会長会議の報告の公表にあわせ、1996（平成8）年11月、社会保障の給付と負担の将来見通しの試算が公表された。

表1-2-6 社会保障の給付と負担の見通しの概要

表1-2-6 社会保障の給付と負担の見通しの概要

1 試算の前提

(1)経済指標

- A：名目国民所得の伸び率 2000年度まで 3.5%，2001年度以降 3.0%
- B：名目国民所得の伸び率 2000年度まで 1.75%，2001年度以降 2.0%
- C：名目国民所得の伸び率 2000年度まで 1.75%，2001年度以降 1.5%

(2)人口推計

厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成4年9月推計)の中位推計

2 試算結果

[現行制度のままの場合の試算]

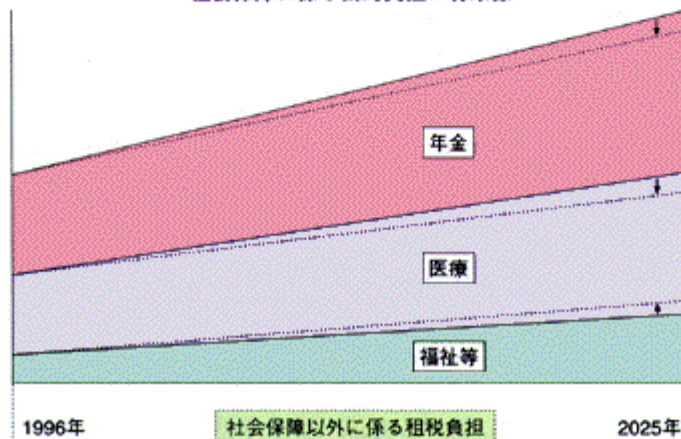
	平成7年度		平成37年度(2025年度)					
	NI比		A		B		C	
	兆円	%	兆円	%	兆円	%	兆円	%
社会保障給付費	65	17½	277	30	234	34½	220	37
うち 年金	34	9	139	15	104	15½	93	15½
医療	24	6½	108	11½	107	16	107	18
福祉等	7	2	30	3	23	3½	20	3½
社会保障に係る負担	70	18½	265	28½	226	33½	213	35½

[介護保険制度を創設した場合の試算]

	平成7年度		平成37年度(2025年度)					
	NI比		A		B		C	
	兆円	%	兆円	%	兆円	%	兆円	%
社会保障給付費	65	17½	278	30	233	34½	218	36½
うち 年金	34	9	139	15	104	15½	93	15½
医療	24	6½	96	10½	96	14	96	16
福祉等 (介護(再掲))	7	2	43	4½	33	5	29	5
	—	—	(20)	(2)	(15)	(2)	(13)	(2)
社会保障に係る負担	70	18½	266	29	225	33	211	35½

(注) NI比=対国民所得比

社会保障に係る公的負担の将来像



この試算結果については、次の点に留意する必要がある。

1)

福祉等のうち介護の負担については、介護保険を創設した場合も、名目国民所得の伸び率の如何によらず2025(平成37)年度の段階で2%となっており、医療・年金と比べると相対的に社会保障に占める規模は小さい。むしろ介護保険の創設を契機に社会的入院の解消が進むなどにより医療の費用の効率化が期待できる。

2)

2025(平成37)年度における社会保障全体での負担の対国民所得比は、29%ないしは35 1/2%となっており、仮に、社会保障以外の支出に係る租税負担の対国民所得比が、現在の水準(約20%)のままであれば、国民所得に対する租税および社会保険料負担の割合(国民負担率)は、経済成長率次第で49%ないしは55 1/2%となる。

3)



この試算は、1992(平成4)年9月の旧人口推計に基づいているが、1997(平成9)年1月には、新しい人口推計が策定されているため、この新人口推計に基づいて社会保障に係る給付と負担の試算を見直す必要がある。

新人口推計に基づいて見直した場合、具体的な給付と負担の数値がどう変わるかということは現在作業中である。高齢者の人口そのものの数値には大幅な変化がないことを考えると、介護・医療分野はそう大きな影響は出てこないのではないかと考えられるが、一方、年金については、1997(平成9)年4月3日に新人口推計の財政影響の試算が公表され、旧人口推計の下で29.8%と見込まれていた最終保険料率が、34.3%まで上昇することが明らかになった。

4)

したがって、こうした試算結果を踏まえれば、今後の社会保障構造改革においては、高齢者介護などの必要な需要に対応しつつ、社会保障の中で占める割合が大きい年金と医療を中心に、将来に向けて、給付と負担の適正化、効率化を図っていくことが必要となると考えられる。

(2)

## 国民負担率について

国民負担率(国民所得に対する租税および社会保険料負担の割合)については、「高齢化のピーク時においても50%以下にとどめる」べきであるとの指摘が、1982(昭和57)年の臨時行政調査会答申で指摘され、第2次・第3次行革審においても同旨の指摘が行われている。

国民負担率の問題について、社会保障関係審議会会長会議での議論は、

- ・ 社会保障制度審議会の1995(平成7)年7月の勧告においては、「社会保険料や租税といった公的負担による保障が増大すれば個人や企業の私的負担は軽減され、逆に前者を抑制すれば後者は増える」ということや、「本来、公的負担は私的負担と併せて考慮されるべきもので、公的負担だけが前もって給付水準と切り離されて決定できるわけではない」との指摘がなされていること

- ・ この場合、社会保障サービスにおける利用者負担については、サービス利用者(受益者)としての自覚やサービス費用に対する意識(コスト意識)の喚起を通じて制度の効率化をもたらすという機能があることなど、私的負担と公的負担との関係における代替関係は単純なものではない面があることにも留意する必要があること

- ・ いわゆる国民負担率には財政赤字が考慮されていないといったいくつかの限定を付して受け取る必要があるものの、国民負担率は、国民経済全体の中で政府を始めとする公的主体の活動がどの程度を占めているのかを知るための指標の一つとして位置づけられること

- ・ 国民負担率と経済成長率等国民経済との相関関係については、今後更に調査研究が積み重ねられる必要があるが、国民経済の活力を維持していくためには、公的な主体による活動を国民経済全体の中で一定の範囲内にとどめる必要があること

から、以上のような点を考慮した上で、国民負担率が50%以下という目安を設定することは、活力ある安定した社会を維持するために経済と社会保障の調和を図り、公私の活動の適切な均衡をとる上での指標となりうる、とされている。

また、政府・与党が設置している財政構造改革会議においては、財政構造改革5原則の一つとして「国民負担率(財政赤字を含む)が50%を超えない財政運営を行う」とされ、社会保障分野についての検討事

項の中で、「高齢化のピーク時においても国民負担率(財政赤字を含む)が50%を超えないよう経済、財政と調和のとれる社会保障制度を構築する」等の観点から改革を行うことが必要であるとされている。

今後の高齢化の進行等に伴い、社会保障に係る負担は相当程度上昇して行かざるを得ないと見込まれるが、国民負担率のあり方については、最終的には国民が必要とする公共支出の水準と表裏をなすものであり、受益と負担の均衡という観点から、その時々的情勢の下で国民的な選択が行われるべき課題である。

---

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 介護保険制度の創設に向けて

---

今日、高齢化の進展に伴い、高齢者介護の問題が社会全体にとって、また国民一人ひとりにとって大きな問題となっている。介護を必要とする状態になっても自立した生活を送り、人生の最期まで人間としての尊厳を全うできるよう、新たな社会的支援体制の確立が求められている。

このため、介護保険制度の創設に向け、これまで検討が進められてきたが、1996（平成8）年11月に介護保険法案が国会に提出され、現在国会で審議が続けられている。

介護保険制度の導入は、福祉と医療に分かれている高齢者の介護に関する制度を再編成し、利用者本位の仕組みの創設、社会的入院の是正等を図るものであり、社会保障構造改革の第一歩となるものである。

この介護保険制度を円滑に導入するためにも、引き続き在宅、施設両面にわたる介護サービス基盤の整備を積極的に推進していくことが求められている。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 介護保険制度の創設に向けて

###### 1 介護保険制度創設の経緯

---

(1)

###### 高齢者保健福祉対策の歩み

1)

###### 老人福祉法の制定（1960年代）

戦後、人口の都市への集中等により核家族が増加し、家族が担ってきた老親扶養の仕組みが変化する一方で、平均寿命の伸長等に伴い高齢者数の増加が予想されるようになってきた。こうした中、老人福祉対策を総合的に進めるため、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定され、それまでの低所得の高齢者に限定された政策から、所得の多寡にかかわらず、社会的支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする政策へと転換が図られた。

2)

###### 老人医療費の無料化（1970年代）

高度経済成長期には、年金制度をはじめ高齢者のための社会保障の充実が図られたが、一方で、寝たきり高齢者の問題が社会問題となり始めた。また、高齢者に対する医療保障は医療保険制度を中心に行われていたが、年金制度が十分に成熟しておらず、高齢者の負担能力が十分ではなかったため、必ずしも適切な医療が確保されない傾向があったことから、1973（昭和48）年、一定の所得水準以下の70歳以上の高齢者を対象に医療費が無料化された。しかし、これは老人の負担を軽減した一方で、「病院のサロン化」、「はしご受診」と呼ばれるような現象を助長したと批判がなされるとともに、社会的入院の問題等により老人医療費の急増をもたらすこととなった。

3)

###### 老人保健制度の創設（1980年代）

高齢化が進行していく中で、治療に偏りがちだった保健医療サービスについて、予防・リハビリテー

ションを含む総合的なサービスの提供を図るとともに、急増する老人医療費を国民全体で公平に負担するため、1982(昭和57)年に老人保健法が制定され、老人の一部負担と各保険者からの拠出金により老人医療費を拠出する仕組みが導入された。その後、寝たきりや痴呆等の要介護高齢者の増加に対応し、1986(昭和61)年には老人保健施設が、1991(平成3)年には老人訪問看護制度が創設された。

4)

#### ゴールドプランおよび新ゴールドプランの策定(1990年代)

1989(平成元)年には、高齢者の保健福祉サービスの分野において、1999(平成11)年までの目標を掲げた「高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)」が厚生・大蔵・自治の3大臣の合意により策定され、21世紀の高齢社会を見据えたサービス基盤の計画的整備が図られることになった。また、1990(平成2)年には、在宅福祉サービスの積極的な推進、在宅・施設サービスの実施に係る権限の市町村への一元化、各地方自治体における老人保健福祉計画の策定の義務づけ、等を内容とする福祉関係八法の改正が行われた。

さらに、1993(平成5)年度に各地方自治体において策定された老人保健福祉計画が取りまとめられたが、その結果、ゴールドプランを上回る高齢者保健福祉サービスの整備の必要性が明らかになった。このため、1994(平成6)年にゴールドプランが見直されることとなり、当面緊急に行うべき高齢者介護サービス基盤の整備目標を引き上げるとともに、今後取り組むべき施策の基本的枠組みを示した「新ゴールドプラン」が同じく3大臣の合意により策定され、地方の需要を踏まえた更なる高齢者介護対策の充実が図られることとなった。

(2)

#### 介護保険制度創設に関する経緯

21世紀に向けた高齢者介護制度のあり方については、1994(平成6)年7月に学識経験者による高齢者介護・自立支援システム研究会において検討が開始され、同年12月に「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告が取りまとめられた。この報告では、介護の基本理念として高齢者の自立支援を掲げ、その下で介護に関連する既存制度を再編成し、社会保険方式に基礎を置いた新たな介護制度の創設を目指すべきことを提言している。

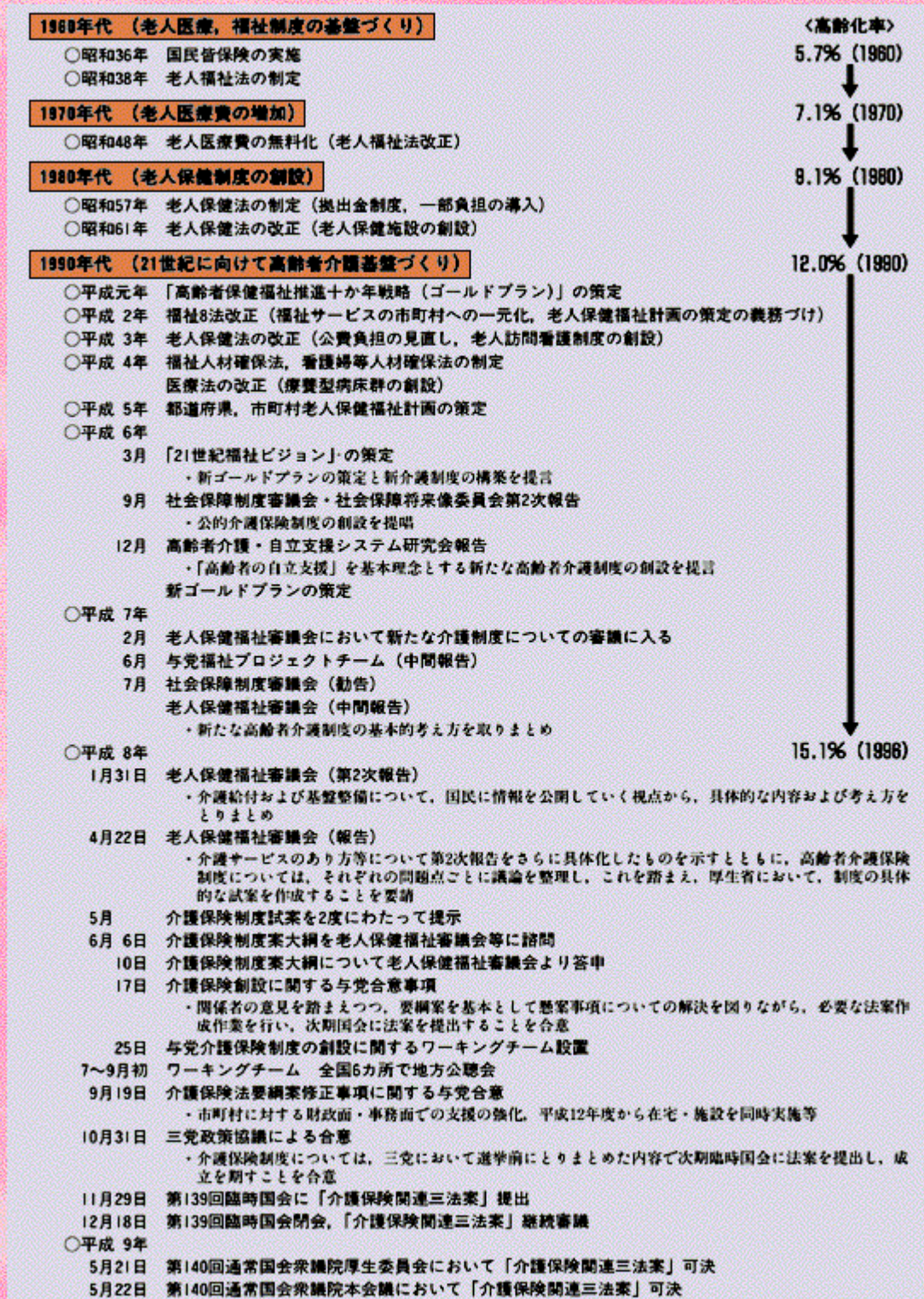
この報告を踏まえ、1995(平成7)年の2月から、厚生大臣の諮問機関である老人保健福祉審議会に検討の場が移され、以降議論が重ねられてきたが、厚生省は、1996(平成8)年の6月に介護保険制度案大綱を同審議会に諮問し、答申を得た。

この時点では、さまざまな事情により第136回通常国会への提出にはいたらなかったが、国会会期末に、1)介護保険制度の創設に向け積極的に取り組んでいくこと、2)市町村の安定した財政運営と円滑な事務運営の確保等の懸案事項の解決を図りながら、次期国会に法案を提出すること、が与党合意として取りまとめられた。

その後、厚生省では、全都道府県で市町村関係者に対し説明会を開催したほか、パンフレットやビデオを作成・配布するなど広報活動に努め、また与党においても、「与党介護保険制度の創設に関するワーキングチーム」を設置し、全国6か所で地方公聴会を実施し、市町村長や、保健・医療・福祉関係者、介護家族等関係者の意見を聴き、検討を行った。その結果、1996(平成8)年9月には、市町村に対する財政支援や都道府県の関与の強化、在宅サービスと施設サービスの同時実施等の市町村関係者等の要望を採り入れた制度案の修正事項が与党の間で取りまとめられた。

厚生省ではこれを踏まえ、介護保険関連法案を同年11月に第139回臨時国会に提出し、現在、国会において審議されているところである。

図1-3-1 介護保険制度創設の経緯



## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 介護保険制度の創設に向けて

###### 2 介護保険制度案の概要

(1)

#### 制度創設のねらい

今後、高齢化の進行に伴い、寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増加することが見込まれ、併せて、介護期間の長期化、介護者の高齢化が進んでいる一方で、高齢者世帯の増加、女性の社会進出などにより、家庭の介護機能は低下しており、介護を社会的に支える仕組みの創設が必要である。

しかし、高齢者介護に関する現行の制度においては、1)福祉サービスについては、行政がサービスの種類、提供機関を決めるため、利用者がサービスの選択を自由に行えない、2)老人福祉と老人医療に分立しており、利用手続や利用者負担が不均衡であり、総合的なサービス利用ができない、3)介護を主たる目的とする一般病院への長期入院（いわゆる社会的入院）等医療サービスが非効率に利用されているなどの問題が生じている。

介護保険制度は、現在の老人福祉と老人医療の制度を再編成し、同じ介護サービスについては、福祉も医療も同様の利用手続、利用者負担で、利用者の選択により総合的に利用できる利用者本位の仕組みとするものである。

また、高齢化の進行に伴い社会保障関係の費用が増大していく中で、社会保障制度全体を効率的な制度に改革していく必要があるが、介護保険制度は、次のような点で社会保障構造改革の第一歩と位置づけられるものである。

1)

介護を医療保険から切り離すとともに、医療については、治療という目的にふさわしい制度として、医療提供体制を含む総合的かつ抜本的な医療制度の改革を実施する前提をつくること

2)

民間事業者や非営利組織等の多様な供給主体の参入により、サービスの質の向上、費用の効率化を図るとともに、保険の対象となるサービスとそれ以外のサービスとの組み合わせを弾力的に認め、多様な需要については、民間保険等の活用を図ること

3)

高齢者自身を被保険者と位置づけ、無理のない範囲で保険料や利用料の負担を求めること

(2)

### 制度案の概要

制度案の概要は以下のとおりとなっている。

1)

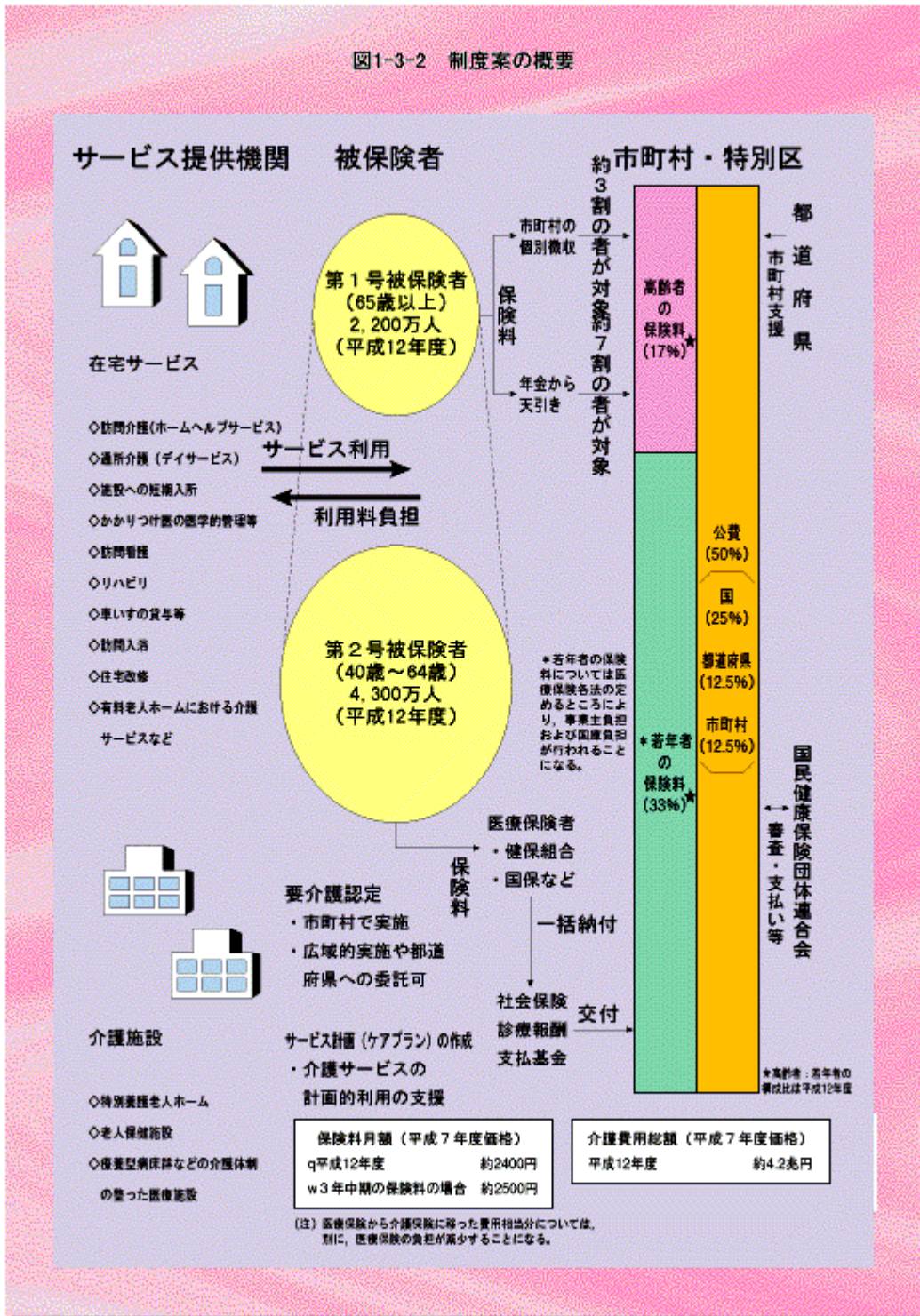
#### 保険者

保険者については、介護サービスの地域性や市町村の老人福祉や老人保健事業の実績を考慮し、また、高齢者に対するサービスの決定権限が市町村に一元化されているという地方分権の流れも踏まえて、国民に最も身近な行政単位である市町村を介護保険制度の保険者とする。またその上で、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が市町村を重層的に支え合う制度とする。

図1-3-2 制度案の概要



図1-3-2 制度案の概要



2)

### 被保険者の範囲

被保険者は40歳以上の者とする。これは、40歳以上になると、初老期痴呆や脳卒中による介護需要の発生の可能性が高くなるほか、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高く、介護保険制度の創設により、家族としての介護負担が軽減されるからである。

また、被保険者については、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者との2つに区分している。これは、65歳以上の高齢者と、40歳から65歳未満の者では要介護の発生率が異なるほか、保険料の算定の考え方や徴収の方法が異なることによる。すなわち、第1号被保険者が負担する保険料は、専ら自らが受ける介護サービスに対応したものであり、介護サービスの水準に応じて市町村単位で保険料を算定する。これに対して、第2号被保険者が負担する保険料は、自らが受ける介護サービスに対応するだけでなく、老親の介護を社会的に支援するという世代間連帯という性格も有していることから、住所を有する市町村ごとにではなく、全国一律の方法により算定することが適切と考えられる。また、65歳以上の高齢者に比べて40歳以上65歳未満の者は一般に職域と地域に分けて保険料を徴収した方が効率的であり、医療保険者が医療保険料として徴収することとしている。

### 3)

#### 保険給付の内容

要介護状態にある被保険者（要介護者）または要介護状態となるおそれがある状態にある被保険者（要支援者）に対し保険給付が行われる。その場合、要介護状態等の給付が受けられる状態にあるかどうか、また、その介護の必要の程度を確認するために、要介護認定が行われる。その手順は、まず被保険者の心身の状況に関する調査結果およびかかりつけ医師の意見に基づいて、市町村に設置される介護認定審査会において審査および判定が行われ、その結果に基づき市町村が要介護認定を行うこととしているが、このうち介護認定審査会が行う審査判定業務については、複数市町村による広域的な実施、または都道府県への委託ができることとなっている。

要介護者については、在宅・施設両面にわたる多様なサービス等を給付することとし、要支援者に対しては、要介護状態の発生の予防という観点から、在宅のサービス等を給付することとする。

また、介護保険では、利用者が自らの意志に基づいて利用するサービスを選択し決定することが基本となる。この場合、そうした利用者の決定を支援する仕組みとして、専門家がサービス計画（ケアプラン）を策定して、サービス事業者等との調整を行う仕組みとなっている。この専門家等によるサービス計画の策定等は、利用者が希望に応じて利用できるサービスであり、また利用者自らがサービス計画を策定し、自ら選択した在宅サービスを受けることや、直接、施設に利用申込みをすることもできる。

#### 図1-3-3 介護保険制度における要介護認定とサービス計画(ケアプラン)

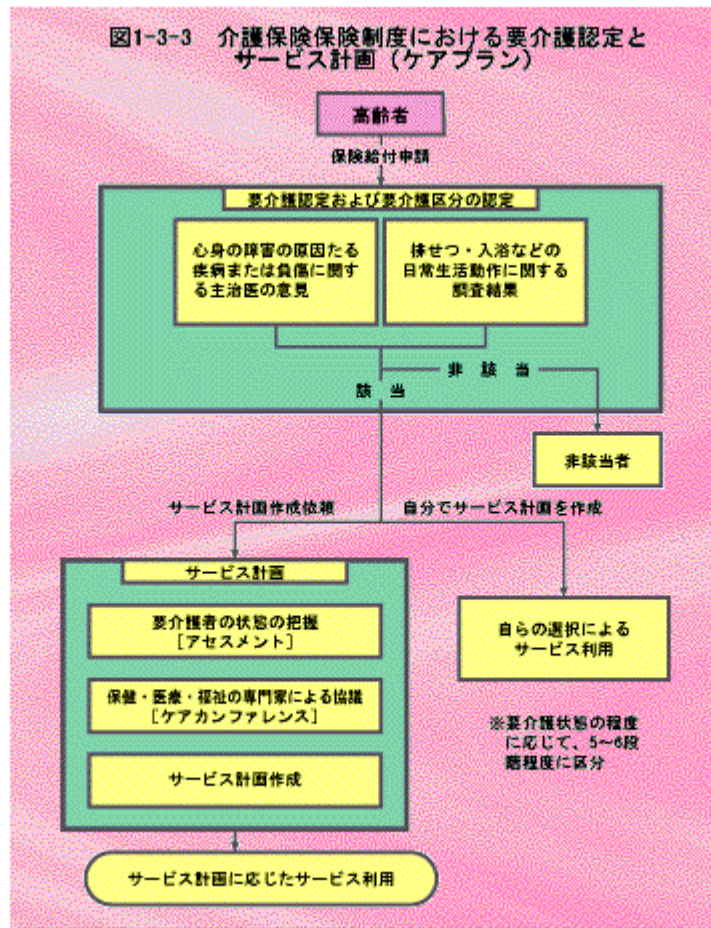


図1-3-4 サービスの具体的事例

図1-3-4 サービスの具体的事例

具体例1 自分で基本的な日常生活行動はできるが、在宅生活を継続していくためには時々支援が必要であり、療養上の管理を必要とする事例。  
(いわゆる虚弱な高齢者の事例)

要介護度 I

〔月〕	訪問介護	必要に応じ週1～2回程度の訪問介護
	訪問看護	必要に応じ週1回程度の訪問看護
	通所介護／通所リハビリ	必要に応じ週1～2回程度の通所介護／通所リハビリ
	必要に応じ1年に1～2回1週間程度の短期入所	医学的管理      リハビリ
〔日〕	(注) このほか、福祉用具等のサービスが考えられる。	

具体例2 自分で寝返りすることができず、日常生活行動には介護を必要とし、深夜巡回の訪問介護が必要であり、療養上の管理を必要とする事例。要介護高齢者が複数世代で同居している場合。

要介護度 VI (最重度の事例・複数世代同居)

	午前	午後	夜間	深夜
〔月〕	訪問介護	訪問看護   訪問介護		巡回訪問介護
〔火〕	訪問介護	通所介護／通所リハビリ		巡回訪問介護
〔水〕	訪問介護			巡回訪問介護
〔木〕	訪問介護	通所介護／通所リハビリ		巡回訪問介護
〔金〕	訪問介護	訪問看護		巡回訪問介護
〔土〕	訪問介護	通所介護／通所リハビリ		巡回訪問介護
〔日〕				巡回訪問介護
	月1回1週間程度の短期入所		医学的管理      リハビリ	(注) このほか、訪問歯科指導、訪問薬学指導、福祉用具等のサービスが考えられる。巡回訪問介護とともに訪問看護が行われる場合がある。

表1-3-5 保険給付の内容

表1-3-5 保険給付の内容

	在宅サービス	施設サービス
要介護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護（ホームヘルプ）</li> <li>・訪問入浴</li> <li>・訪問看護</li> <li>・訪問リハビリテーション</li> <li>・通所リハビリテーション</li> <li>・居宅療養管理指導</li> <li>・通所介護（デイサービス）</li> <li>・短期入所（ショートステイ）</li> <li>・世話人付き共同生活住居（グループホーム）</li> <li>・有料老人ホーム等における介護</li> <li>・福祉用具の貸与・購入費の支給</li> <li>・住宅改修費の支給</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別養護老人ホーム</li> <li>・介護老人保健施設</li> <li>〔 <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養型病床群</li> <li>・老人性痴呆疾患療養病棟</li> <li>・介護力強化病院（施行後3年間）</li> </ul> </li> </ul>
要支援者	・同上（グループホームを除く。）	—————

(注) 当面現金給付は行わない。家族介護は短期入所（ショートステイ）の利用枠の拡大等で支援

4)

### 利用者負担

利用者負担については、サービスを利用する者としなない者との負担の公平、サービス利用についての費用に対する意識の喚起等の観点から、1割の利用者負担が設けられている。また、施設入所の食費負担については、医療保険制度と同様に、在宅で生活している要介護者との負担の公平を図るため、標準負担額（平均的な家計において負担する費用に相当する額）を設定して利用者の負担とする。

なお、1割負担が高額になる場合、高額介護サービス費により負担上限を設定する。

表1-3-6 現行制度を前提とした利用者負担の比較

表1-3-6 現行制度を前提とした利用者負担の比較

	現 行	制度創設後（おむつ代を給付）
特別養護老人ホーム	平均4.5万円	約4.7万円(1部負担2.4万円+食事負担2.3万円)
介護老人保健施設	約6.0万円(日常生活費分約1.3万円を含む)	約5.0万円(1部負担2.7万円+食事負担2.3万円)
療養型病床群等	約4.4万円	約6.1万円(1部負担3.8万円+食事負担2.3万円)

(注) 特別養護老人ホームの現行の負担は、入所者および扶養義務者の所得に応じて徴収されることになっている。なお、施行時点の特別養護老人ホームへの入所者については、施行後5年間は利用料について負担能力に応じた減免措置を講じる。

5)

### 保険料

65歳以上の第1号被保険者については、市町村ごとに所得段階に応じた定額保険料が設定される。その徴収に当たっては、一定額以上の老齢・退職年金受給者については、年金からの特別徴収（いわゆる天引き）を行うほか、それ以外の者については、市町村が個別に国民健康保険料と合わせて徴収を行う。

また、40歳から64歳までの第2号被保険者については、それぞれ加入する医療保険制度に基づき保険料が設定される。これを医療保険者が一般の医療保険料と一括して徴収し、全国的に一括管理した上で、各市町村に交付する取扱いとなっている。

表1-3-7 被保険者・受給権者・保険料の表

表1-3-7 被保険者・受給権者・保険料の表

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	・要介護者(寝たきり・痴呆) ・要支援者(虚弱)	左のうち、初老期痴呆、脳血管障害等の老化に起因する疾病によるもの (注)
保険料負担	市町村が徴収	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付
賦課・徴収方法	・所得段階別定額保険料 (低所得者の負担軽減) ・年金額一定額以上は年金天引 それ以外は普通徴収	・健保：標準報酬×介護保険料率 (事業主負担あり) ・国保：所得割、均等割等に按分 (国庫負担あり)

(注) 若年障害者については、当面、障害者プランに基づき公費により、総合的、計画的に介護サービス等を提供することにより対応。

6)

### 公費負担

公費については、制度における公的責任や現行制度との整合性、および必要な費用を保険料のみで賄うこととした場合、被保険者に過大な負担となるおそれがあること等を踏まえ、総給付費の2分の1を公費負担とすることとしている。公費のうち、国、都道府県、市町村の負担割合は、現行諸制度における負担のあり方を踏まえ、2：1：1（それぞれ総給付費の25%、12.5%、12.5%）とする。

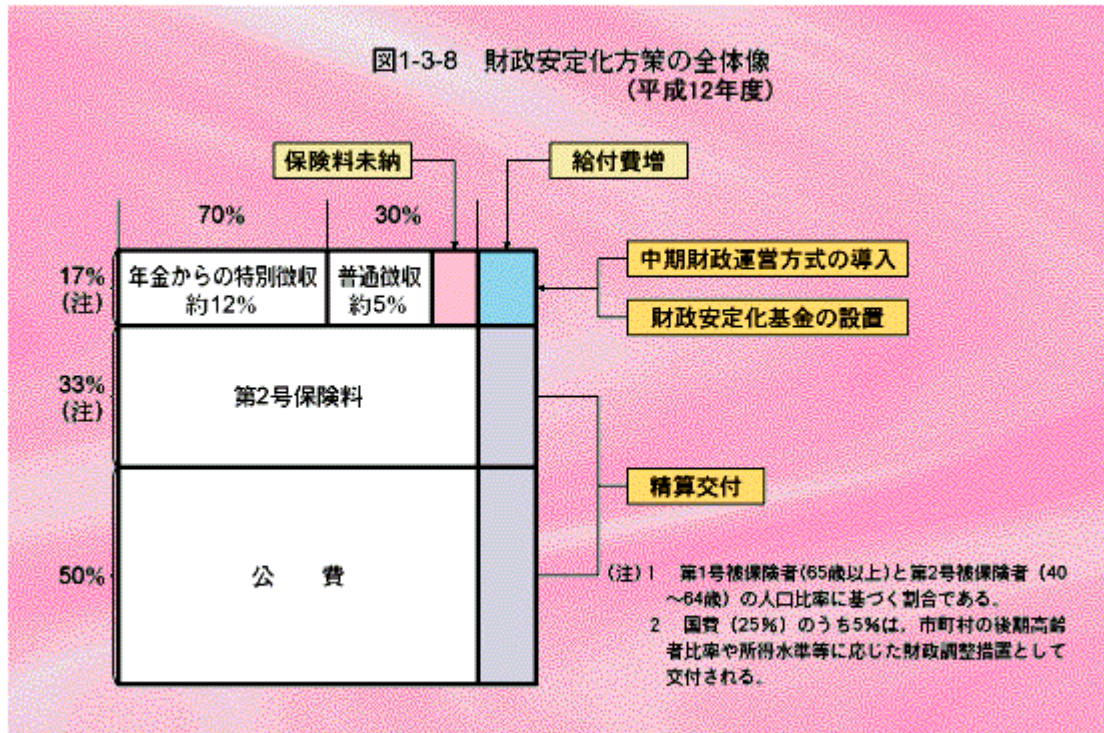
7)

### 市町村への支援

財政面の支援としては、ア要介護認定に係る事務経費の2分の1相当額を国が交付する、イ都道府県に財政安定化基金を置き、給付費増や保険料未納による保険財政の赤字を一時的に補填するための資金の貸与・交付を行うほか、ウ総給付費の5%に相当する国費負担額を、第1号被保険者の保険料負担の格差を是正するために市町村に交付する交付金に充てることとしている。

また、事務実施の面については、市町村は、介護認定審査会の共同設置が可能であるほか、都道府県が介護認定審査会の共同設置の支援や、市町村の委託を受けた場合には審査判定業務を行うこととなっている。

図1-3-8 財政安定化方策の全体像(平成12年度)



8)

### 基盤整備

国が策定した基本指針に基づき、市町村、都道府県がそれぞれ市町村介護保険事業計画、都道府県介護保険事業支援計画を策定し、介護サービス基盤の整備を計画的に推進することとしている。

9)

### 施行と検討

2000(平成12)年度から、在宅に関する給付と施設に関する給付を同時に実施する。

なお、法律施行の推移や状況変化、あるいは社会経済情勢等を踏まえ、被保険者の範囲、保険給付の水準・内容、保険料の負担のあり方を含め介護保険制度全般について、必要な見直しを行うこととしている。

図1-3-9 介護保険制度における介護費用の見通し(平成7年度価格)



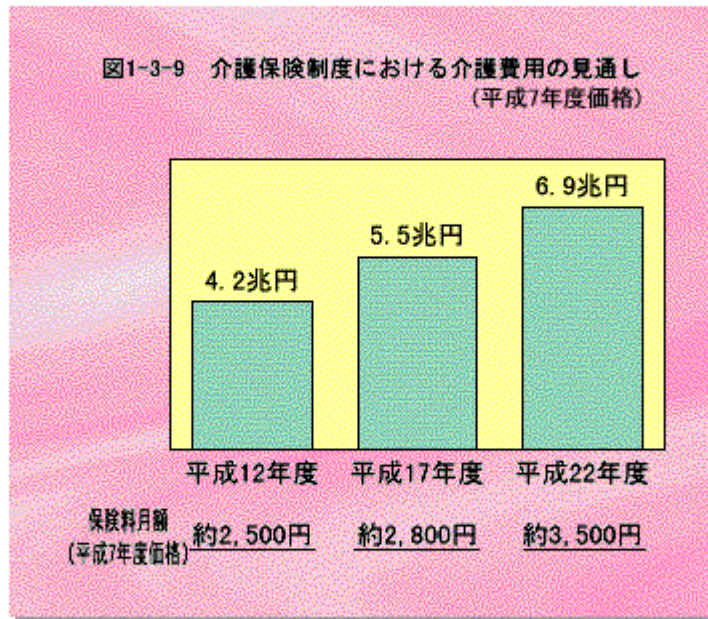
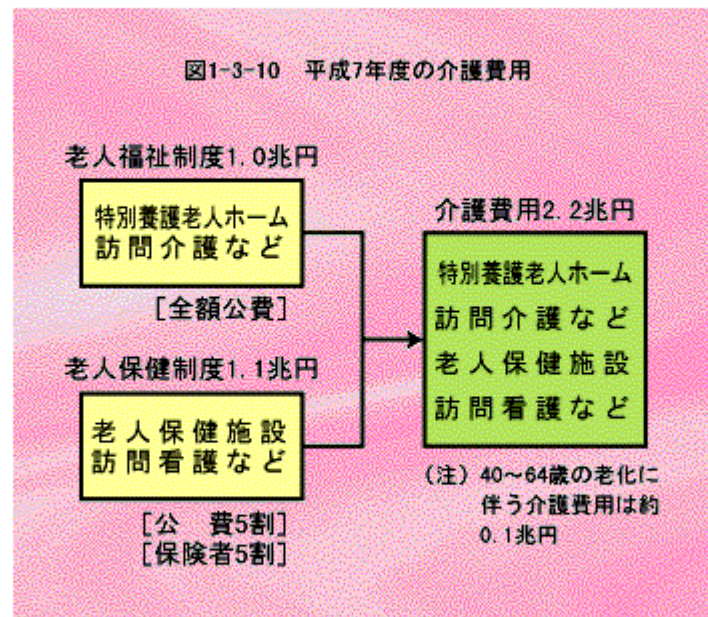


図1-3-10 平成7年度の介護費用



*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 介護保険制度の創設に向けて

##### 3 介護サービス基盤の整備

---

(1)

#### 新ゴールドプランの着実な推進等

介護保険制度を円滑に実施するためには、介護サービス基盤の整備を着実に進めていくことが必要不可欠である。このため、全国の地方自治体が必要な需要を踏まえて作成した老人保健福祉計画の集大成である「新ゴールドプラン」に基づき、引き続き着実な基盤整備を推進することとしている。

表1-3-11 新ゴールドプランの進捗状況

表1-3-11 新ゴールドプランの進捗状況

区 分	年 度	平成5年度予算 ( ) 内は実績	平成6年度予算 ( ) 内は実績	平成7年度予算 ( ) 内は実績	平成8年度予算	平成9年度予算	新ゴールドプラン (平成11年度)
在宅サービス	訪問介護者(ホームヘルパー)	52,405人 (69,298人)	59,005人 (79,689人)	92,482人 (95,578人)	122,482人	151,908人	170,000人
	短期入所(ショートステイ)	19,674人分 (22,054人分)	25,827人分 (27,127人分)	30,627人分 (33,034人分)	36,727人分	44,834人分	60,000人分
	通所介護/通所リハビリ (デイサービス/デイケア)	4,330か所 (3,453か所)	5,273か所 (3,993か所)	8,643か所 (6,401か所)	10,322か所	12,084か所	17,000か所
	在宅介護支援センター	1,800か所 (1,238か所)	2,472か所 (1,777か所)	3,472か所 (2,651か所)	4,672か所	6,172か所	10,000か所
	老人訪問看護ステーション	— (388か所)	— (718か所)	1,500か所 (1,235か所)	2,300か所	3,200か所	5,000か所
施設サービス	特別養護老人ホーム	202,019人分 (207,235人分)	216,199人分 (217,417人分)	231,509人分 (233,560人分)	247,109人分	262,709人分	290,000人分
	老人保健施設	113,811人分 (88,828人分)	139,811人分 (93,994人分)	165,811人分 (120,298人分)	191,811人分	220,811人分	280,000人分
	軽費老人ホーム(ケアハウス)	16,700人分 (6,853人分)	23,700人分 (9,889人分)	30,700人分 (16,893人分)	38,200人分	51,350人分	100,000人分
	高齢者生活福祉センター	160か所 (135か所)	200か所 (158か所)	240か所 (186か所)	280か所	320か所	400か所

(注) 1 訪問介護者については、障害者プランで、平成8年度において8,000人、平成9年度において7,500人(累計15,500人)の上乗せが行われている。  
2 通所介護/通所リハビリの平成5・6年度の数値には、通所リハビリ分は含まず、平成7年度の数値には、平成7年7月1日現在の通所リハビリ実施か所数を含む。

しかし、新ゴールドプランの達成状況をみると、事業ごとに進捗状況に差があるほか、特に在宅サービスの分野で地域間格差がみられる状況にある。このため、これまでも地域の特性を踏まえた上で、例えば通所介護(デイサービス)の小規模化、余裕教室の活用、小規模特別養護老人ホームの整備促進等により、地域の実情に応じたサービス基盤の整備を支援してきたところである。

さらに、今後、サービス基盤の整備が遅れている地域における重点的な整備を図るとともに、在宅サービスを中心に既存施策の拡充や学校用地・施設の転用など既存資源の活用、民間活力の導入などの多様な手法を活用することによって、サービス基盤の整備を積極的に推進していくこととしている。こうした観点から、1997(平成9)年度より、例えば、公衆浴場や公民館など既存の施設を活用した通所介護(デイサービス)事業であるサテライト型デイサービス事業などを実施することとしている。

また、過疎地域等において、民間事業者、民間非営利組織等により、訪問介護、訪問入浴サービス等を総合的に実施し、介護保険制度の円滑な導入に向けた民間事業者等の活用に当たっての課題等を把握することを目的とする過疎地域等在宅保健福祉サービス推進モデル事業を1997(平成9)年度から実施することとしている。

(2)

療養型病床群の整備促進

長期にわたり療養を必要とする患者を收容するための医療施設である療養型病床群は、介護保険の施設サービス対象とすることとなり、介護保険法の関連法案として1996(平成8)年11月に国会に提出された「医療法の一部を改正する法律案」において、その整備促進を図るため、療養型病床群を有床診療所にも設置できることとするとともに、その整備目標を二次医療圏ごとに医療計画に必ず定めることとしている。

療養型病床群の具体的な整備促進策として、1)医療施設近代化施設整備事業による一般病床からの転換に対する国庫補助の実施、2)老人保健拠出金事業による助成金の交付、3)社会福祉・医療事業団による融

資枠の拡大, 4)診療報酬における療養環境加算および療養型病床群移行計画加算による適正な評価, 等の措置を講じているところである。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 介護保険制度の創設に向けて

#### 4 施設整備業務等の再点検

昨年末、社会福祉法人によって社会福祉施設整備費の仕組みが悪用された事件が発生した。この事件は、厚生省関係職員の関与の下で発生したものであり、国民の社会福祉事業に対する信頼を損なうとともに、社会福祉事業に従事する関係者を冒とくしたことにつき、厚生省として深く反省しなければならない。このため、厚生省は、省内に「施設整備業務等の再点検のための調査委員会」を設置し、事実関係の解明と併せて施設整備補助金の選定手続きを見直し、社会福祉法人の認可や運営に関する業務の適正化を図るとともに、国民全体に奉仕する国家公務員としての自覚の下、綱紀肅正に取り組んでいるところである。

(1)

#### 施設整備業務の再点検と改善措置の実施

この事件では、社会福祉法人が、施設の整備に関する仕組みを悪用し、特別養護老人ホーム等の設立を進め、その建設に伴って多額の差益を発生させていたことが明らかになっている。

このため、特別養護老人ホームを設置する社会福祉法人の総点検や建設工事の契約発注状況に関する実地調査を実施し、その結果等を踏まえ、現行制度の主な問題点を検討したところ、1)都道府県における補助対象施設の選定手続について、国として明確な基準を示しておらず透明性を欠いていたのではないかと、2)施設・法人の認可手続等に不明確な点があり、県の担当課長の独断による認可を許したのではないかと、3)建設工事契約、工事監督、検査等の指導が公共工事等に比べて緩やかすぎたのではないかと、4)社会福祉法人の運営体制が理事長等の恣意的運営を可能とするものとなっていたのではないかと、等の問題点が見受けられた。

こうした問題点を踏まえ、まず、特別養護老人ホームに関する改善方策を取りまとめるとともに、厚生省所管の関連施設全般についても実態調査を実施し、再点検を進めてきた。これらの結果を踏まえ、特別養護老人ホームをはじめとする社会福祉施設、あるいは医療分野等の施設についても、1997(平成9)年3月、施設整備等に係る改善措置を講じた。

社会福祉施設,その他の分野の施設整備等に係る改善措置の骨子

特別養護老人ホームはじめとする社会福祉施設、  
その他の分野の施設整備等に係る改善措置

改善策の骨子

1 特別養護老人ホームをはじめとする社会福祉施設の整備等に係る改善措置

- (1) 補助金交付対象施設決定方法の明確化
    - ① 国における整備(協議)基準の明確化
    - ② 都道府県市における補助対象施設選定の適正化
    - ③ 国庫補助協議と社会福祉・医療事業団融資審査の並行実施・連携
    - ④ 法人認可および事業団融資に係る事務の簡素化
    - ⑤ 民間団体による施設整備補助に係る同様の措置
  - (2) 公共工事に準じた建設工事契約の適正化
    - ① 県の公共工事に準じた契約手続(入札の実施)
    - ② 入札の実効を確保するための指導項目の明示
    - ③ 一括下請負の禁止
    - ④ 都道府県市による現地調査の実施
    - ⑤ 民間団体による施設整備補助に係る同様の措置
  - (3) 幅広い人材の参画による公正な社会福祉法人運営の確保
    - ① 幅広い人材の理事会への積極的参画
    - ② 評議員会の活用等による幅広い人材の法人運営への参画
    - ③ 監事監査の充実による法人内部牽制機能の確保
    - ④ 役員の公開
    - ⑤ 財務諸表等の自主的な開示
  - (4) 監査・考査の改善
    - ① 法人審査基準の改正を踏まえた法人・施設監査の指針の見直し
    - ② 施設開設前の法人に対する都道府県市の監査の実施
    - ③ 物品購入等についての指導監査の徹底
    - ④ 国における施設整備に関する指導監査の実施
    - ⑤ 都道府県市の法人指導担当職員の研修の実施
    - ⑥ 国の補助金執行の内部指導監査体制の見直し
  - (5) 共同募金会の指定寄付金制度の運用の適正化
    - ① 法人と特別の関係にある寄付者についての審査の徹底
    - ② 一定額以上の指定寄付金の公表
- 2 その他の分野の施設整備等に係る改善措置
- (1) 医療関係施設等
  - (2) 水道・廃棄物処理施設
  - (3) 国立病院, 社会保険関係施設
- 3 出向人事等のあり方

特別養護老人ホームの設置運営等の社会福祉事業は、本来決して利益を生むようなものではないが、特別養護老人ホームの整備需要が急速に増加する中で、その設置運営があたかも収益を生むものであるかのごとき考え方を持つ者が出てきているのではないかといった指摘が生じている。その一方で、施設整備費の自己負担分は相当の寄付がないと賄えないといった現行社会福祉法人制度のままで、今後本当に必要な整備量を確保できるのかといった懸念も生じている。

したがって、本格的な少子・高齢社会の到来を目前に控えて、国民の要望に見合った特別養護老人ホー

ムの整備を円滑に推進するために、今回の改善措置の効果を客観的に評価しつつ、さらに特別養護老人ホームの整備運営の実態を解明し、社会福祉法人のあり方や社会福祉事業に対する補助制度のあり方という課題に中長期的な観点から取り組む必要がある。

(2)

#### 綱紀肅正に向けた取組み

厚生省では、今回の事件に厚生省関係職員が関与していたことの反省を踏まえ、事件後ただちに職務関係者等との会食・贈答等の全面禁止を盛り込んだ綱紀肅正策を取りまとめた。さらに、1996(平成8)年12月には、職務関係者等との接触到当たっての禁止事項等を詳細に定めるとともに、各部局に置かれた服務管理官によってその徹底を図る体制等を定めた「厚生省職員倫理規程」を策定し、これに基づき綱紀の厳正な保持を進めている。

また、地方自治体への出向人事のあり方についても、厚生省からの出向者が長期間同一の役職を占める場合、情報や権限が集中し、独断専行を招く原因の一つとなるおそれがあることから、地方自治体の意向を十分踏まえながら、出向者ができる限り多様な職務に就けるよう、出向人事の見直しを図っていくこととしたところである。



## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 医療制度改革を目指して

---

我が国の医療制度は、1961（昭和36）年の国民皆保険の実現以来、国民経済の成長とともに質量両面において充実向上が図られ、これまで国民一人ひとりに医学の進歩を踏まえた良質な医療を提供してきた。

しかし、近年経済基調が変化する一方、高齢化の急速な進行に伴う医療費の増大により医療保険制度の財政は大幅な赤字構造となっており、このままでは国民皆保険体制が崩壊しかねない危機的状況に至っている。21世紀の少子・高齢社会においてもすべての国民が安心して良質な医療を受けられるよう、今後、医療提供体制および医療保険制度の両面にわたり総合的かつ段階的な改革を進める必要がある。

このため、その第一段階として、1997（平成9）年度に給付と負担の見直し等の制度改革を実施し、医療保険制度の運営の安定を確保するとともに、今後、医療制度の抜本的な見直しを実施していく必要がある。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 医療制度改革を目指して

###### 1 医療制度をとりまく状況

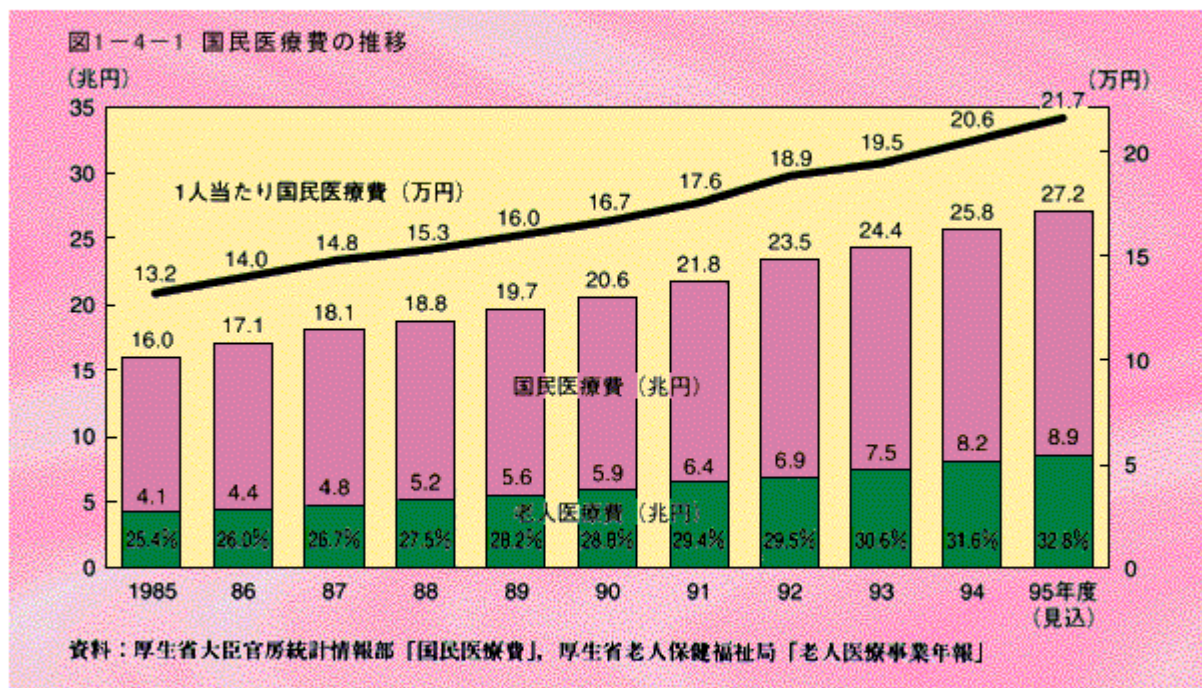
---

(1)

#### 国民医療費の増加

国民医療費は1995（平成7）年度で約27.2兆円にのぼり、平均で毎年6%前後、金額にして1兆円を大きく超える規模で増加している。これは、国民1人当たり平均医療費が毎年約1万円ずつ増えていることを意味する。特に1人当たりの医療費がそれ以外の者の5倍にのぼっている老人医療費は、高齢化の進行に伴い毎年8%前後と高率で増加し、国民医療費の約3分の1を占めるに至っている。

図1-4-1 国民医療費の推移



(2)

### 国民経済の動向と国民医療費の負担

近年の国民医療費の動向をみると、国民経済との関連を見いだすことは困難である。

いわゆるバブル崩壊を契機として経済基調が変化した1992（平成4）年度前後から、国民所得の伸びが毎年1%台にとどまっている中、国民医療費は平均6%前後増加しており、このため、国民の医療費の負担水準を示す医療費の国民所得比は急速に上昇し、1995（平成7）年度には7%を突破している。

今後の国民経済の見通しでは、これまでのような高成長は見込めず、このままで推移すれば、医療費の増加に伴い医療保険の保険料の負担が急激に増大するものと考えられる。

(3)

### 医療保険財政の悪化

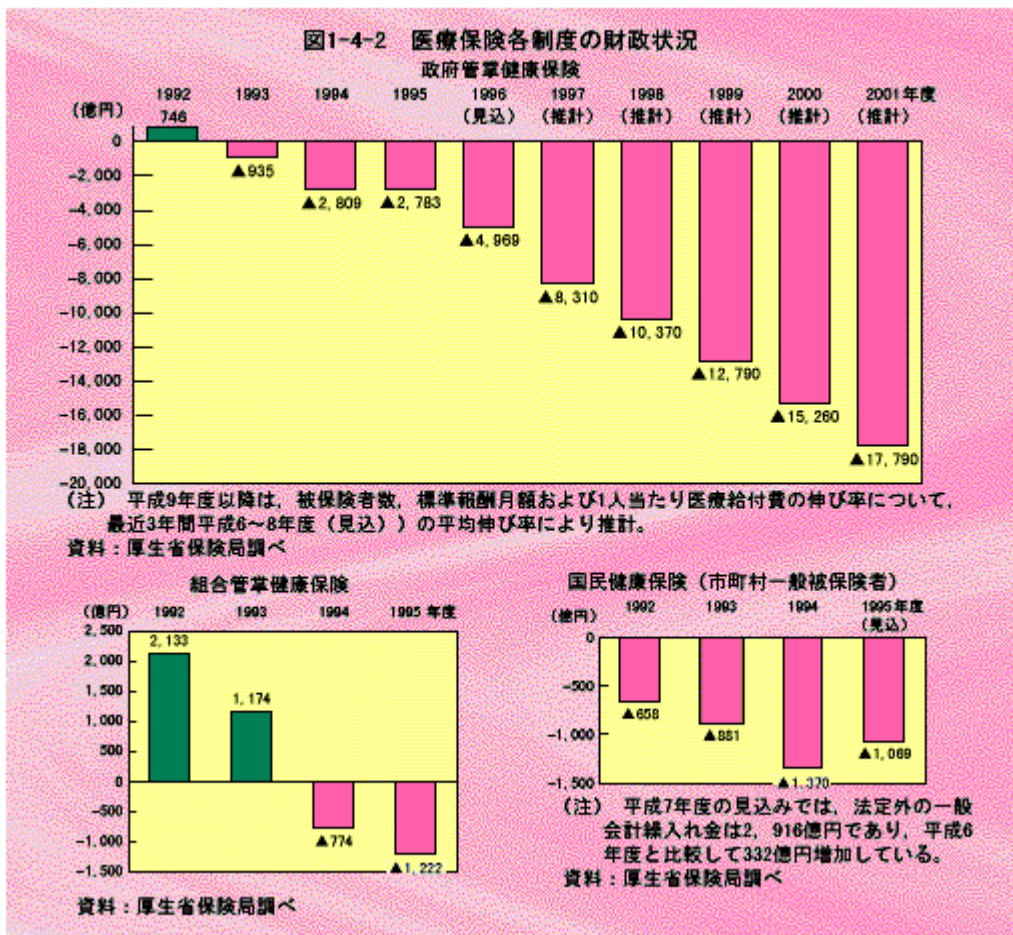
近年の低成長の経済状況の下、保険料収入が伸び悩んでいるのに対し、医療費については経済の動向に関係なく高い水準で伸びていることから、現在、医療保険財政は大幅な赤字構造に陥っている。

政府管掌健康保険については、1993（平成5）年度以降単年度収支は赤字が続き、1996（平成8）年度の単年度収支は約5,000億円の赤字が見込まれており、事業運営安定資金も毎年取り崩され、同年度末には

その残額が5,500億円まで減少すると見込まれている。このまま推移すれば、1997(平成9)年度単年度の赤字額は約8,300億円にも達すると見込まれる。また、組合管掌健康保険については、1996(平成8)年度単年度の赤字額は過去最高の1,200億円となっており、全体の約6割(1,137組合)が赤字決算となっている。国民健康保険についても、低所得者が多い中で被保険者の高齢化が進むなど、各保険者の財政は年々厳しさを増しており、全体の約6割に相当する2,157市町村が赤字決算となっている。

こうした医療保険財政の悪化は、国民医療費と国民経済の格差による構造的なものであると考えられる。

図1-4-2 医療保険各制度の財政状況



(4)

医療提供体制および医療保険制度の抱える課題

こうした国民医療費の増加や医療保険財政の悪化が続けば、医療費を賄うための国民負担が著しく増大し、医療保険制度自体が立ち行かなくなる事態も懸念される。

国民医療費の増加の要因としては、高齢者数の増加とともに、1人1日当たりの医療費の増加の影響が大きく、これは、医療に係る費用や医療提供体制に非効率な面がないか検討することが必要であることを意味している。

1)

### 医療提供体制に関する課題

我が国の医療提供体制においては、まず、高齢者が主に介護のために病院に入院しているいわゆる社会的入院の存在が、高齢者の処遇および社会的費用・医療資源の有効活用の両面からみて問題となっている。

また、増加し続けている医療費との関係において、国際的にも長い入院期間、単位人口当たり世界最高水準にある病床数や、医師の供給過剰の問題などが提起されている。

さらに、医療機関相互の役割分担と連携が不十分な中、患者の大病院志向もあって待ち時間が長いことや、医療機関に関する情報提供が進んでいないことについても、患者から医療に対する不満として指摘されている。

2)

### 医療保険制度に関する課題

現在の医療保険制度については、制度間や世代間での給付と負担の格差の存在、医療費に占める薬剤費の割合（薬剤比率）の高さなど、公平性や効率性の観点からさまざまな問題点が指摘されている。

まず、世代間の給付と負担の公平については、第2節で述べたとおり、近年、高齢者の経済能力は向上し、高齢者1人当たりの所得水準は現役世代と遜色のないものとなっているほか、高齢者世帯1人当たりの所得の分布についても、若年世代と比べて大きな差異はみられず、高齢者世帯について特に所得格差が大きいわけではない。一方、現行の定額負担制度においては、高齢者の自己負担割合は老人医療費全体のわずか5%程度を占めるにすぎず、老人医療費の相当部分を医療保険者からの拠出金および公費（租税）という形で現役世代が負担している状況にあるが、高齢化の進行に伴い、今後とも老人医療費の増加は避けられないことから、ますます現役世代の負担の増大が見込まれる。こうした状況を踏まえ、今後、世代間の負担の公平を図っていくことが必要であり、高齢者にも応分の負担を求めることが課題となっている。

次に、効率性の観点から特に指摘されている薬剤使用のあり方については、我が国の薬剤比率は累次の薬価引下げにもかかわらず国際的にみても高いが、その要因として、ア薬剤の使用量が増えていること、イ医療機関において処方される医薬品が、安価な古い薬から高価な新薬へ使用が移行するという傾向（いわゆる高薬価シフト）があることなどが指摘されている。このため、薬剤使用の適正化を図るとともに、高薬価シフトの是正等の観点から、薬価基準制度の根本的な見直しが課題となっている。

また、国民皆保険が達成されてから、30年以上が経過し、その間の産業構造や雇用形態の変化、高齢化の進展等の中で、医療保険制度における高齢者の位置づけ、被用者保険制度の保険者の枠組み、国民健康保険制度における高齢被保険者の増加、小規模保険者の増加、保険料の地域格差等の問題にどのように対応していくのが課題となっている。

とりわけ、人口の高齢化等に伴い、基本的には増大することは避けられない老人医療費を国民全体で公平かつ適正に負担して、医療保険制度の安定的運営を図ることは緊急の課題であり、老人保健制度の抜本改革が求められている。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 医療制度改革を目指して

#### 2 医療提供体制および医療保険制度の総合的改革の検討

21世紀の少子・高齢社会においても、限られた資源の制約の下で、すべての国民が安心して良質な医療を受けられるようにするためには、先に述べた我が国の医療が抱えるさまざまな課題に取り組み、医療費の効率化を図り、医療保険制度の運営の安定を確保していく必要があります。このため、医療保険制度のあり方を抜本的に見直す必要がある。

こうした観点から、医療保険審議会は、1995（平成7）年3月から今後の医療保険制度改革のあり方について審議を行い、1996（平成8）年6月には、第2次報告が取りまとめられた。この第2次報告では、中長期的視点に立って抜本改革を行うという立場から、1)社会保障全体の効率化が求められている中で医療保険改革を位置づける必要があること、2)医療提供体制まで踏み込んだ検討を行うべきこと、3)給付の重点化、医療保険制度の枠組みの見直しなど医療保険制度の抜本的改革が必要であること、4)診療報酬制度についても抜本的な見直しが必要であることなどが指摘された。

この第2次報告を受け、1996（平成8）年7月には、医療制度および医療保険制度の両面から検討する場として国民医療総合政策会議が発足した。同会議においては、同年11月に、21世紀初頭における医療提供体制のあり方について、1)医療機関の体系化、2)かかりつけ医機能の向上をはじめとする医療の充実、3)病床数の適正化等医療提供体制の効率化、4)医療における情報提供の推進などを内容とした中間報告を取りまとめた。

また、医療保険審議会においては、第2次報告を取りまとめた後、医療保険改革の複数の選択肢とその関連試算を公表するなど、検討の各段階で国民的議論に資するような素材を提供しながら審議を進め、1996（平成8）年11月には建議書を取りまとめた。この建議書では、21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿を提示し、これに向けた医療提供体制を含めた医療および医療保険制度全般の総合的かつ段階的な一連の改革を実施するとともに、その第一段階として平成9年改正を行うよう提言している。

#### 平成8年11月27日医療保険審議会建議書概要抜粋

##### 平成8年11月27日医療保険審議会建議書概要抜粋

- 21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿
- (1) 基本的な考え方

- ・ 医療の質の一層の向上, 医療に関する十分な情報提供と国民の選択の尊重
- ・ 国民皆保険体制の維持, 医療給付費の伸びの安定化
- ・ 効率化, 制度間の公平, 給付と負担のバランスの確保

(2) 医療の質の向上と効率化

**医療機関の体系化**

- ・ 医療機関の機能を明確化し, 体系化を図る。
- ・ 病院と診療所を別の診療報酬体系とするなど, 医療機関の機能に応じた診療報酬体系を創設する。

**医療の充実**

- ・ 急性期を中心とする入院医療の質の向上, 在宅医療の推進を図る。
- ・ 社会的入院を解消するため, 総合的な対策を講ずる。

**医療提供体制の効率化等**

- ・ 必要病床数の見直し, 医師数等の需要の見直しを行う。
- ・ 薬剤使用の適正化に向けて, 薬価制度の抜本的見直しを含めて総合的な対策を進める。

**医療における情報提供, 情報化の推進**

- ・ 患者に対し医療に関する正しい情報を積極的に提供する。
- ・ 総合的な医療情報システムを構築する。

(3) 安定した運営ができる医療保険制度の確立

**人口高齢化への適切な対応**

- ・ 医療保険制度における高齢者の位置づけを再検討し, 介護保険制度の施行を目的に, 老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含め, 老人医療の費用負担の仕組みを見直す。
- ・ 高齢者の一部負担については, 現役世代の負担と均衡を図る方向で見直す。

**医療費の伸びの安定化**

- ・ 現行の出来高払制の見直しを含め, 包括払制, 総額請負制なども視野に入れて, 診療報酬体系を創設する。
- ・ 病床数, 医師数等のうち医療保険制度で過剰と認められる部分について, 必要な対応を図る。

**給付率の水準等**

- ・ 各制度を通じ適切な実効給付率とする。法定給付率についても将来的に統一を目指す。
- ・ 保険料の賦課方法について, 公平の観点から見直す。
- ・ 保険者の機能を強化していく。

さらに, 老人保健福祉審議会においても, 1996(平成8)年12月に, 老人保健制度の抜本的改革の必要性を提言する意見書が取りまとめられた。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*



## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 医療制度改革を目指して

### 3 平成9年医療保険制度改革と今後の医療制度改革について

我が国は、現在、経済社会の大きな転換点に立ち、政府においては、財政、経済等の6つの分野の改革に取り組んでおり、社会保障制度の構造改革もその一つである。医療保険制度の構造改革は、介護保険制度の創設とともに、社会保障制度の構造改革の第一段階に位置づけられるものであり、医療保険審議会等のこれまでの検討を踏まえ、できるだけ速やかに具体案を示し、制度全般にわたる抜本改革を実施しなければならない。

(1)

#### 平成9年度改正

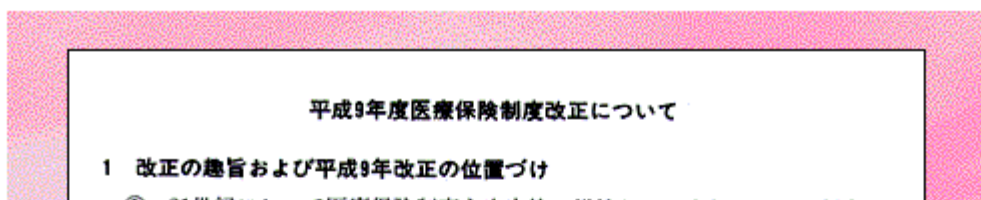
今後、医療保険制度の構造改革を進めていくためにも、現行の医療保険制度の運営の安定を図ることが緊急の課題である。このため、1997(平成9)年度には、世代間の負担の公平等の観点から、給付と負担の見直し等の制度改革を実施することとしており、1997(平成9)年1月に医療保険審議会、老人保健福祉審議会および社会保障制度審議会の答申を受け、同年2月に「健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出され、同年6月に成立した。

「健康保険法等の一部を改正する法律案」は、21世紀に実施される医療保険改革の第一段階として位置づけられるものである。このため、同法案においては、第一に、今後、医療保険制度の総合的な改革を進めるに当たって、老人保健制度も含めた医療保険制度全般にわたる課題を医療提供体制等も含め、幅広い議論を行う必要があることから、国民的な議論の場として医療保険構造改革審議会(仮称)を発足させることとしている。

第二に、現行の医療保険制度の財政の安定を確保するため、一部負担と政府管掌健康保険の保険料率を見直すこととしている。具体的には、世代間の負担の公平を確保する観点から、被用者本人の一部負担を1割から健康保険法本則の規定に従い2割とするとともに、老人医療受給対象者の一部負担を見直すこととしている。

また、我が国の薬剤使用の実態に鑑み適正化が急務であることから、薬剤に着目した定額負担を創設することとしている。

#### 平成9年度医療保険制度改革について



① 高齢化に伴い、医療保険財政が急速に悪化するに懸念をもち、制度全般の総合的な改革が急務。

② 近年の経済の悪化もあり、医療保険財政は大幅に悪化、危機的状況。

③ 平成9年度改正は、引き続き医療保険制度全般の総合的な改革に取り組んでいくことを前提とし、制度改革の第一段階。

## 2 改正の概要

### 健康保険制度の改正

(1) 医療保険制度の総合的な改革を調査審議する場として、「医療保険構造改革審議会(仮称)」を発足。

(2) 一部負担の改定

① 健保本人の一部負担を法律の本則に定めるとおり2割(現行1割)とする。

② 外来の薬剤に対する一部負担を設ける。

・内服薬		・外用薬	
投薬ごとに1種類	0円	投薬ごとに1種類	50円
2～3種類	1日30円	2種類	100円
4～5種類	1日60円	3種類以上	150円
6種類以上	1日100円	・頓服薬	
		投薬ごとに1種類	10円

(3) 政府管掌健康保険の保険料率の引上げ

8.2% → 8.5% (労使の折半)

### 老人保健制度の改正

(1) 訪問指導の対象者拡大

訪問指導の対象者を療養上の保健指導が必要であると認められる者に拡大

(2) 一部負担の改定

① 外来 1回につき500円

ただし、同一保険医療機関等ごとに1月4回を限度。

(現行 同一保険医療機関等ごとに1月1,020円)

(注) 外来一部負担の額は、1日当たり医療費の伸びに応じて1999(平成11)年度以降引上げ(2年に1回)。

② 外来の薬剤に対する一部負担を設ける。

・内服薬		・外用薬	
投薬ごとに1種類	1日0円	投薬ごとに1種類	50円
2～3種類	1日30円	2種類	100円
4～5種類	1日60円	3種類以上	150円
6種類以上	1日100円	・頓服薬	
		投薬ごとに1種類	10円

③ 入院 1日につき 9年度 1,000円(現行710円)

10年度 1,100円

11年度 1,200円(低所得者は500円/日)

(注) 入院一部負担の額は、1日当たり医療費の伸びに応じて2001(平成13)年度以降引上げ(2年に1回)。

### 国民健康保険制度の改正

① 外来の薬剤に対する一部負担を設ける。

・内服薬		・外用薬	
投薬ごとに1種類	1日0円	投薬ごとに1種類	50円
2～3種類	1日30円	2種類	100円
4～5種類	1日60円	3種類以上	150円
6種類以上	1日100円	・頓服薬	
		投薬ごとに1種類	10円

② 暫定的に定額負担とされている保険基盤安定制度の国庫負担について、段階的に増額を図る(平成11年度は定率国庫負担に復元)。また、国保組合の補助を見直す。

(施行期日) 平成9年9月1日

(注) 6歳未満の者および市町村民税非課税世帯等に属する老齢福祉年金受給者については、外来の薬剤に対する一部負担は免除される。

そのほか、1997(平成9)年4月の診療報酬改定において、消費税率引上げに伴う改定を行うとともに、医療保険制度改革の一環として、診療報酬の合理化・適正化を推進することとした。具体的には、我が国の平均在院日数が諸外国と比べても長いこと等に鑑み、長期入院の是正に取り組む一方、在院期間の短い急性期入院医療について充実を図ったほか、医療の効率化に向けた医療技術等の評価等を行った。また、診療報酬体系の見直しに向け、国立病院等における疾患別定額払い方式の試行を行うこととしている。

(2)

## 今後の医療制度改革について

平成9年度の医療保険制度改革により、医療保険財政の直面する危機的状況を回避したとしても、今後の本格的な少子・高齢社会においては、医療費が国民所得の伸びを超えて増大していくことが予測される。

現在、財政構造改革会議において、歳出の改革と縮減の具体的な方策の検討の一環として、医療について国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内にする旨の目標を引き続き堅持するとの考え方を基本に検討が進められている。国民負担率を上昇させずに、医療費の伸びと国民所得の伸びとの乖離を埋めていくためには、医療費の効率化を図りつつも、受益と負担の公平の観点からの患者負担の見直し、民間医療保険の活用等も含めた公的医療保険の守備範囲の見直しが求められている。

21世紀に向けて国民負担の増大を抑制するとともに、国民皆保険体制の下で、国民に良質な医療を提供していくためには、医療資源を無駄なく活用した効率的な制度とするための抜本的な改革が必要である。

こうした観点から、与党においても、1996(平成8)年12月の与党合意に基づき設置された与党医療保険制度改革協議会において医療保険制度および医療提供体制の両面にわたる改革の検討が行われ、4月7日に「医療制度改革の基本方針」が取りまとめられている。この基本方針は、医療提供体制、診療報酬、薬価基準制度、老人保健制度等の改革の方向を示した上で、これらの改革を2000(平成12)年を目途に実現できるよう取り組むことを提言している。

平成9年度の医療保険制度改革法案の成立後、速やかに具体的施策の検討を行うこととしているが、その基本的方向を与党の基本方針を踏まえて整理すると次のとおりである。

## 平成9年度医療保険制度改革法案における基本方針

平成9年度医療保険制度改革法案における基本方針

**ア) 医療提供体制の改革の方向**

- ・ 外来患者の大病院集中等の状況を改善する観点から、医療機関の機能分担や連携を進めるとともに、かかりつけ医機能（プライマリ・ケア）を重視する。
- ・ 必要数を上回る病床数の適正化を進めるとともに、在宅医療の充実や、療養型病床群等の基盤整備を進め、長期入院の是正を図る。
- ・ 患者の選択に資する観点から、医療機関についての情報の適切な提供の促進、第三者機関にある病院機能の評価の充実を図る。
- ・ 診療録（カルテ）や診療報酬明細書（レセプト）などの医療情報を開示するとともに、医療提供側から利用者に向けて十分な説明と理解に基づいた医療の提供を進める。
- ・ 検査、投薬などの無駄を排除し、効率化を図るため、被保険者証のカード化案を含めた医療情報体制の基盤整備を進める。

**イ) 医療保険制度改革の方向**

- ・ 急速に増大する老人医療費の負担の方法について、医療保険制度と別建ての高齢者医療制度の創設や、現役時代に加入していた医療保険制度に退職後も継続して加入する方法等の選択肢を検討し、老人保健制度を抜本的に見直す。あわせて高齢者の所得状況を踏まえ、高齢者の保険料や患者負担のあり方を見直す。
- ・ 産業構造の変化等を踏まえ、医療保険制度の運営の安定、制度間の公平公正の観点から、保険集金のあり方等を見直すとともに、限られた医療保険財源の制約の下で、国民の医療に対する需要の多様化等に対応するため、公的医療保険制度の役割を見直す。
- ・ より合理的な診療報酬体系とする観点から、出来高払い中心の現行の診療報酬体系を、定額（包括）払いを積極的に活用することにより、出来高払いと定額払いとの最善の組み合わせを目指す。また、医療担当者の技術料と、医業経営の投資的費用の評価のあり方についても見直す。
- ・ 薬価差問題、高薬価の新薬への移行などが問題となっている現行の薬価基準制度を抜本的に見直し、薬の価格を市場取引の実勢に委ねるという原則に立って、諸外国の制度も参考にしつつ、新たな方式を検討する。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 医療制度改革を目指して

#### 4 新しい時代の医療サービス

---

(1)

#### 第3次医療法改正案について

高齢化の進行, 疾病構造の変化, 国民の医療に対する需要の多様化など, 医療をとりまく環境が変化  
する中で, 要介護者の増大に対応するための介護体制の整備を図ることが重要な課題となっている。ま  
た, 地域における医療需要に対応できるような医療提供体制の整備を図ることや, 患者の立場に立った  
医療に関する情報提供を促進することが一層求められている。

このような状況を踏まえ, 国民に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を図るため, 「医  
療法の一部を改正する法律案」を1996(平成8)年11月に国会に提出した。同法案は現在継続審議と  
なっているが, その概要は次のとおりである。

平成8年11月に国会に提出された「医療法の一部を改正する法律案」概要

平成8年11月に国会に提出された「医療法の一部を改正する法律案」概要

- ① 医療の担い手は、医療を提供するに当たって、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努める旨の努力規定を定めること
- ② 診療所に療養型病床群を設置できることとし、施設基準等を定めること
- ③ 地域における医療機関による医療提供の支援、救急医療の実施等を行う病院として、地域医療支援病院を位置づけ、開設者および管理者の責務、施設基準等を定めること
- ④ 医療計画において地域医療支援病院および療養型病床群の整備目標等の事項を二次医療圏ごとに必ず定めるものとする
- ⑤ 老人居宅介護等事業等在宅福祉事業を医療法人の業務に追加するとともに、公的運営が確保されている医療法人（特別医療法人）について収益事業の実施を認めること
- ⑥ 法定広告事項として、療養型病床群の有無等を追加すること

(2)

### 医療サービスを担う人材の確保と資質の向上

良質な医療を確保する上で、医療従事者の確保と資質の向上は重要な課題であり、卒前の教育課程から国家試験、生涯教育に至る一貫した養成が必要となっている。また、医療現場では、個々の疾患に着目した治療のみならず、患者の状態全体に着目した全人的な医療の重要性が指摘されており、医師の卒後臨床研修の抜本的な改善が必要となっている。このため、医療関係者審議会の臨床研修検討小委員会において、現在は医師法上努力義務とされている臨床研修を必修化することも含めて検討が行われ、1996（平成8）年7月には、関係者の意見聴取の結果を踏まえ、「必修化を含めた卒後臨床研修の抜本的な改善の方向については、関係者の間でかなり理解が深まったものとする」「臨床研修検討小委員会中間意見書」が取りまとめられた。今後の具体的な改善策については、新たに「医師の卒後臨床研修に関する協議会」を設け、関係者による検討が行われている。また、歯科医師については、1996（平成8）年度に卒後臨床研修が努力義務規定として歯科医師法に位置づけられたところであり、今後、関係機関・団体との連携のもとに卒後臨床研修の充実を図っていくこととしている。

これらの医師および歯科医師の需給については、医学部および歯学部の入学生定員の削減計画を策定するなど、その数の適正化を図ってきているが、今後、介護保険の動向、保健予防サービスの需要といった要素も踏まえ、早急に総合的な需給の見直しを行うことが課題となっている。

また、薬剤師については、入院患者や在宅患者に対する薬剤の服用歴の管理・服薬指導などの業務の多様化に対応できるよう資質の向上が求められており、「薬剤師養成問題検討委員会」最終報告では、薬剤師国家試験受験資格を6か月以上の実務実習を含め6年の教育を受けたものとするのが有力な方策と

して提案され、現在、実務実習の受入体制整備方策や生涯研修の充実方策などについて、関係者が一体となって改善充実を進めていくため、関係機関・団体との間で協議の場を設け、検討を行っている。

一方、看護職員については、その養成・確保は順調に進んでおり、今後は、質の向上が課題となってきている。このため、1996(平成8)年8月に看護婦学校養成所の教育課程等を改正したところであり、高齢化の進展、在宅医療の拡大等に伴う看護需要に的確に対応できる看護職員の養成を進めていくこととしている。また、看護系大学、大学院についても、その設置、整備が進められている。

准看護婦の養成のあり方については、1995(平成7)年10月に発足した「准看護婦問題調査検討会」において、1996(平成8)年6月に発表された養成所の生徒、養成機関や医療機関の関係者等に対する調査の結果等をもとに、同年12月に「准看護婦問題調査検討会報告書」が取りまとめられた。同報告書は、准看護婦養成所の生徒が医療機関等で勤務している場合に看護婦(士)等の資格を有する者でなければ行おうことのできない業務を行っている場合があることなど直ちに改善すべき事項をあげるとともに、「21世紀初頭の早い段階を目途に看護婦養成制度の統合に努める」ことを提言している。この提言を受けて、まず、1997(平成9)年3月に、看護婦等の養成施設が学生・生徒に対して特定の医療機関への勤務を義務づけることを禁止することとしたところである。

(3)

### 医療における情報提供の推進

医療は、患者の立場を尊重し、医療の担い手と受ける者の信頼関係に基づき提供されることが基本であり、医療提供に当たっての患者への説明、患者や地域住民への情報提供を進めることは、重要な課題である。

このため、前述の医療法の一部を改正する法律案において、医療における情報提供に努める旨の規定を設けるとともに、紹介先の病院、診療所の名称など医療機関が広告し得る事項の拡大を行うこととしている。

今後、第三者機関による病院機能評価結果の情報公開の推進、患者への診療報酬明細書による情報提供、診療録に記載された内容の情報提供といった課題についても、引き続き検討を進めていくこととしている。

(4)

### 救急医療対策

救急医療体制については、これまでも救急医療施設の整備を進めるとともに、救急救命士制度の普及、定着や、救急蘇生法の普及啓発など救急現場および搬送途上における医療の充実を図っているところであるが、さらに、災害時における医療体制の確保を図るため、1996(平成8)年度から災害時において地域への医療支援等を行う拠点病院の整備や、現行の救急医療情報システムを充実強化した。今後は、救急医療体制の一層の質的向上を図るため、1996(平成8)年2月に発足された救急医療体制基本問題検討会における検討を踏まえ、地域に密着した救急医療体制を構築していくこととしている。

(5)

### へき地医療対策

へき地における保健医療対策については、1996(平成8)年度から、新たに第8次へき地保健医療計画を策定し、従来からへき地医療を担ってきたへき地中核病院やへき地診療所に加え、へき地診療所に対して医師の休暇時等に代替医師の派遣を行う病院を「へき地医療支援病院」として新たに位置づけるとともに、診療科の充実、情報通信技術の活用、保健・医療・福祉の連携の推進等地域の実情に応じた保健医療対策を講じることとしている。

### ■電子カルテの開発

医療の質の向上と効率化を図るために、近年発達のめざましい情報通信技術を活用して、患者の診療に関する情報を電子化するという考え方がある。これは、診療録(カルテ)を電子化することから、我が国では電子カルテと呼ばれている。

電子カルテは、患者にとっては医療に関する経過をグラフにして見ることができるなど、自分の症状を理解することに役立つ、医師にとっては診療に関する情報が蓄積・整理されることで患者の治療に役立てることができる。また、診療録の内容や放射線画像などを伝送することにより、患者紹介や医療機関相互の情報交換に役立てることができる。さらに医療機関にとっては、診療録や放射線フィルム等の保管場所の節約や運営の効率化に役立つことが期待される。

このような目的から、厚生省においては1995(平成7)年から電子カルテの開発に着手し、電子カルテ上で用いる病名などの用語やコードの標準化とともに、個人情報の保護や緊急時への対策などの電子カルテのシステムの信頼性の確保について研究開発に取り組んできている。

電子カルテ(千葉大の経過グラフの実例)





## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 医療制度改革を目指して

##### 5 国立病院・療養所の再編成

(1)

#### 再編成の経緯および進捗状況

1)

#### 今日までの再編成の実施

国立病院・療養所は、戦後、旧陸海軍病院、日本医療団の結核療養所などを引き継いで発足して以来、国民病といわれた結核の減少などに大きく貢献した。また、がん・循環器病の増大などの疾病構造の変化に対応した医療から、一般の医療機関では実施が困難な難病などの医療、さらには国際医療協力、臨床研修などに至る幅広い医療活動を展開し、国民医療の確保と向上に大きな役割を果たしてきた。

その後、医療内容の高度化・多様化や医療機関の量的な充足などが進み、国立病院・療養所をとりまく環境は大きく変化した。このような変化に対応して国立医療機関にふさわしい役割を積極的に果たすために、1985（昭和60）年に「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」を策定した。この中で、地域における基本的・一般的医療の提供は私的医療機関等に委ね、国立病院・療養所は国の施策として特に推進すべき医療（政策医療）の実施、臨床研究、教育研修を担うこととし、その機能の充実強化を図ることとした。具体的には、1986（昭和61）年度を初年度とする再編成計画に従って、施設の統合・移譲を行う再編成をこれまで進めてきている。

2)

#### 再編成推進方策の見直しの必要性

再編成計画は、おおむね10年で239施設を165施設に再編成するというものであったが、地元自治体等の理解を得るのに時間を要するとともに、適当な引受先が現れなかったこと、医療機関と合わせて保健施設や福祉施設などを整備したいとする地域の要望の変化に対応できなかったことなどにより、1996（平成8）年度末の現存施設数は224施設であり、再編成が実際に終了したのは14事例25施設にとどまっている。

一方、計画の策定以降、ア都道府県による医療計画の策定および病院の機能分化の進展、イゴールドブ

ランや福祉八法改正, 地域保健法制定にみられる保健・医療・福祉の地域における総合的な推進など, 国立病院・療養所をとりまく状況は大きく変化してきている。

(2)

再編成の一層の推進に向けて

1)

懇談会による提言

こうした再編成をとりまく状況の変化を踏まえ, 1995(平成7)年11月に, 有識者による「国立病院・療養所の政策医療, 再編成等に関する懇談会」から最終報告が提出された。その中で, 国の果たすべき役割についての整理や再編成を一層推進するための特別措置の拡充などについて, 具体的な提言が示された。

2)

再編成特別措置法の改正

再編成の円滑な実施を図るとともに, 実施後の地域の医療を確保するため, 国立病院・療養所の資産の譲渡価格の減額および運営費の助成等を内容として, 1987(昭和62)年10月, 「国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律」が制定されていたところであるが, 懇談会の提言を踏まえて, 1996(平成8)年5月にその一部改正が行われた。

改正の主な内容は, ア資産の減額譲渡先について看護学部などの保健医療に関する学部・学科を置く大学等にも範囲を拡大したこと, イ減額した価格で譲渡を受けた資産の用途について, 医療機関以外にも保健所や養護老人ホームといった保健施設・福祉施設などを医療機関と一体として整備することを可能としたほか, 保健・医療・福祉が一体となったまちづくり計画を策定する経費に対しても補助が行えるようにしたこと, ウ譲渡先の開設する医療機関の施設・設備の整備費用を補助する制度を創設したこと, などである。この改正の結果, 資産の譲渡後に地域の多様な要望に対応した施設整備を行うこと等が可能となった。

3)

基本指針の改定

また, 1996(平成8)年11月には, 懇談会の提言や法律改正を踏まえて「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」(1985(昭和60)年3月策定)の見直しを行った。ここでは, “基本的・一般的医療の提供は他に委ね, 国立病院・療養所は広域・高度・専門という分野の医療(政策医療)の実施等に特化することとし, 再編成を推進することでその機能強化を図る。”という基本的な考え方を引き継ぎ, 一層積極的に再編成・合理化を行っていくこととした。

主な見直しの内容としては, ア政策医療の内容について, 国立病院・療養所の果たすべき役割という観点から改めて整理し直したこと, イ現行再編成計画対象施設について2000(平成12)年度末までに施設の廃止を含む対処方策を決定し, 速やかに実施することとしたこと, ウ現行の再編成計画の見直しを行い, 再編成対象施設の追加を検討することとしたこと, 工業務委託の推進等, 経営の合理化の方策を引き続き推進することとしたこと, の4つがあげられる。

4)

## 今後の見通し

国家における危機管理機能の向上が強く叫ばれる中で、新たな輸入感染症の侵入や大規模災害の発生などに対する医療活動体制の整備は一層重要となっている。

こうしたことも踏まえ、今後も国立病院・療養所は、ア国家の危機管理や国際貢献における役割を始めとして、これまで述べてきた、イ戦略的医療における役割（がん、循環器病など）、ウ歴史的・社会的経緯等により地方・民間での対応が困難な領域での役割（エイズ、ハンセン病、結核など）、エ国家的見地から重要な医療政策を実践する役割（新たな診療報酬支払方式の試験的な実施など）を、積極的に果たしていかなければならない。

こうした考え方に立って、これまでの再編成計画対象施設の各々について、2000（平成12）年度末までにその対処方策を決定していくとともに、新たな基本指針に基づき、再編成計画の見直しを行うこととしている。

最近の状況としては、再編成計画公表以来の10年余の取組みの積み重ねがようやく功を奏しつつあり、統合によって病院の診療機能が充実したり、移譲によって施設が地域の要望へ適合できた事例が出てきたことなどから、地方自治体等において再編成に対する理解が進んできている。法律改正による特別措置の拡充とあいまって、再編成の一層の推進が期待される。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 医療制度改革を目指して

###### 6 難病への新しい取り組み

---

(1)

#### 難病対策の見直しの方向

1972（昭和47）年に策定された難病対策要綱では、難病の概念を、1)原因不明、治療方法が未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病、2)経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病、としている。

我が国では、これまで、難病対策要綱に基づく「調査研究の推進」、 「医療施設の整備」、 「医療費の自己負担の解消」の3つの柱に、1989（平成元）年から第4の柱として「地域保健医療の推進」を加えて、難病対策に取り組んできたところである。

しかし、難病対策要綱の策定から四半世紀が経過し、この間に、原因の究明や診断・治療法に関する調査研究の進展による難病の医学的な位置づけの変化、あるいは患者・家族の生活の質（QOL）の向上に対する要請の増大といった患者の要望の変化を踏まえ、新たな対応を行う必要性が生じてきた。

(2)

#### 難病対策の新しい取り組み

こうした環境の変化を踏まえ、1995（平成7）年12月には、厚生省の公衆衛生審議会成人病難病対策部会の難病対策専門委員会から、調査研究体制の見直しや生活の質（QOL）の向上を目指した福祉施策の推進、さらには医療費の自己負担の解消に関する対象疾患の見直しなどを内容とした、今後の難病対策に対する提言がなされた。

この提言を踏まえ、1996（平成8）年度には、より効率的かつ重点的な研究体制の構築を目指した研究班の再編成を実施し、臨床系調査研究班の臓器別臨床調査研究班への再編成、微生物研究班や分子病態研究班など横断的研究班の創設などを実施した。

また、1995（平成7）年12月に策定された障害者プランに、難病を有する者に対し、関連施策として訪問介護等適切な介護サービスの提供を推進することが位置づけられたことを受け、従来の4つの柱に、第5の柱として「QOLの向上を目指した福祉施策の推進」を加え、老人福祉制度や障害者福祉制度の谷間に

ある難病患者に対して居宅での療養を支援する「難病患者等居宅生活支援事業」を実施することとし、1997(平成9)年1月から市区町村が行う難病患者等に対する訪問介護者の派遣事業、短期入所事業、日常生活用具給付事業等について国庫補助を開始した。

さらに、療養上の悩みや不安を抱える患者やその家族に対して医療・福祉等に関する情報の提供を行うため、「難病情報センター」を1997(平成9)年3月に設置したところである。

---

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第5節 年金改革への展望

---

公的年金制度は、現在、老後の所得保障の主柱として、国民の老後生活の安定に大きな役割を果たしている。しかし、近年、少子・高齢化の急速な進行、経済基調の変化、国の財政状況の悪化等、公的年金制度をとりまく環境が厳しくなっている中で、公的年金制度を長期的に安定したものとするためには、制度全体にわたる見直しが必要となっている。

1999（平成11）年の次期財政再計算時には、給付と負担の適正化、公私の年金の適切な組合せ等制度全体の見直しが避けられないが、公的年金は国民生活に密着しており、その改正には国民の合意が不可欠であることから、今後、情報公開等を通じ国民的な議論を十分に尽くしつつ、制度改革に向けた取組みを進めていかなければならない。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第5節 年金改革への展望

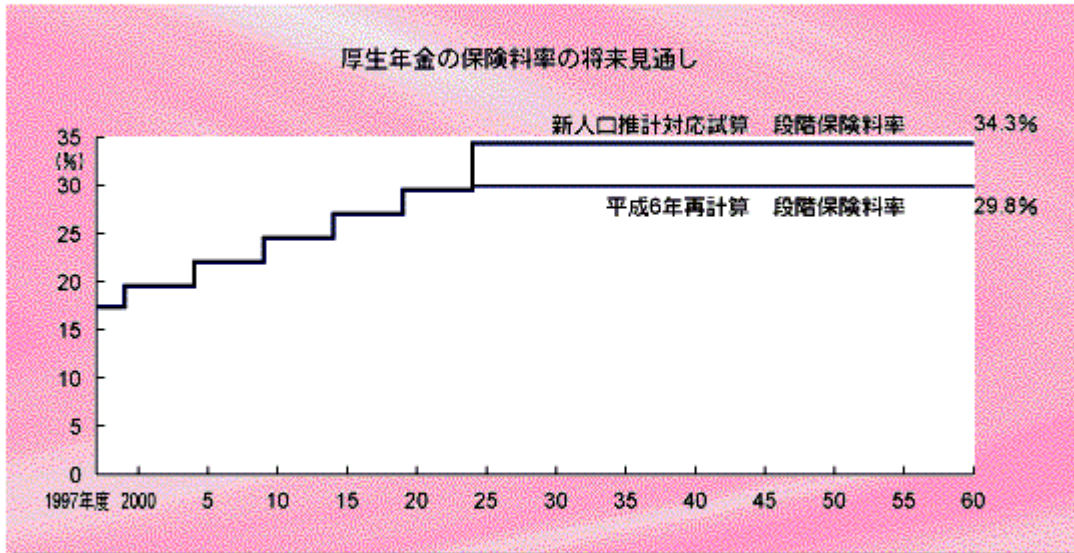
### 1 平成11年次期財政再計算に向けて

#### ■新人口推計対応試算

本年1月に新人口推計が公表され、出生率の低下、平均寿命の伸びなど、年金制度の基礎となる人口の将来見通しに大きな変化があることが示されたため、次期制度改正の検討を進めるにあたり新人口推計の年金財政への影響を明らかにすることを目的として、1994（平成6）年の財政再計算を基に、将来推計人口のみを前回推計人口から新推計人口に機械的に置き換えて、粗い試算を行った。

その結果によると、厚生年金は、1994（平成6）年財政再計算において2025（平成37）年度以降29.8%と見込まれていた保険料率が、本試算では34.3%、国民年金は、1994（平成6）年財政再計算において2015（平成27）年度以降21,700円と見込まれていた保険料が、本試算では24,300円となった。

厚生年金の保険料率の将来見通し



(1)

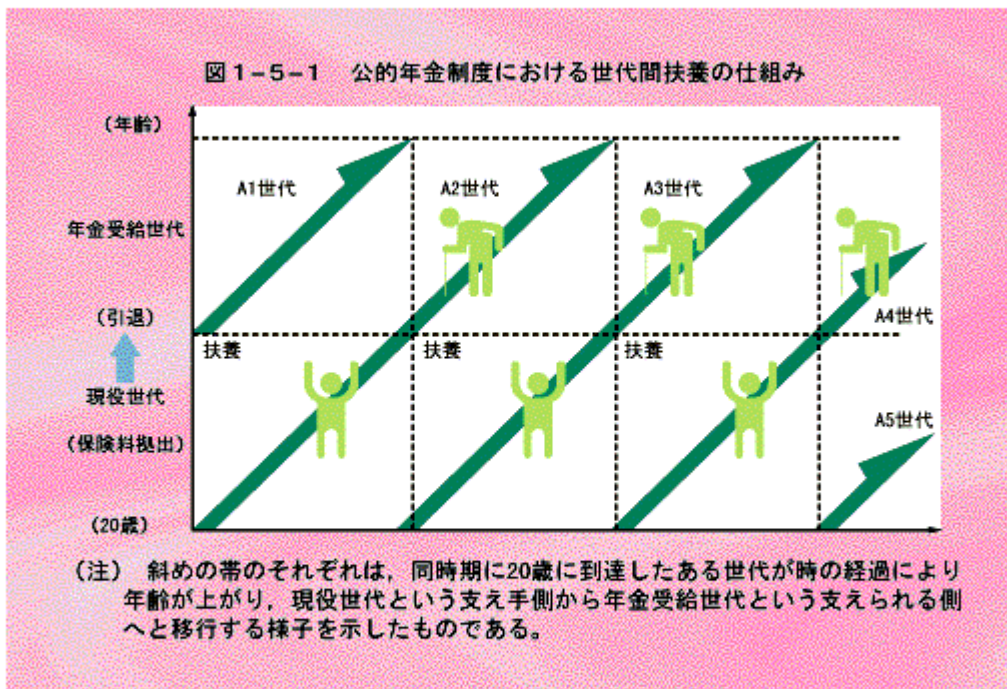
### 公的年金制度の意義と仕組み

今日、公的年金制度の受給権者は約3,000万人に達しているほか、高齢者世帯の所得に占める公的年金等の割合も5割を超えるなど、公的年金は国民生活の一部として欠かせないものとなっている。

公的年金制度は、経済変動によって実質価値が目減りしないよう、毎年物価の上昇等に応じて年金額の改善を図ることとしている。こうしたことが可能なのは、公的年金が現役世代が必ず制度に加入することによって安定的な保険集団を構成し、年金受給者にとって個人の責任では対応し難い物価の上昇等に対応した年金額の改善に必要な財源を含めて、後代の世代に求めるという、いわゆる「世代間扶養」の仕組みによっているからである。

しかし、これは完全な賦課方式により財政運営を行っているということではない。今後、21世紀の本格的な少子・高齢社会において、現役世代の保険料負担が過重なものとならないよう、一定の積立金を保有し、その運用収入によって、将来の保険料負担を軽減する財政運営を行っているのである。

図1-5-1 公的年金制度における世代間扶養の仕組み





(2)

## 制度全体の見直し

こうした公的年金制度が、21世紀の本格的な少子・高齢社会においても、引き続き国民の老後所得の支柱としての役割を十分に果たしていくためには、長期的に安定的な制度運営を行っていくことが必要である。このため、1994(平成6)年の制度改正において、一般男子については2001(平成13)年度から2013(平成25)年度にかけて、女子については2006(平成18)年度から2018(平成30)年度にかけて、段階的に60歳から64歳までの人に支給する特別支給の老齢厚生年金を報酬比例部分相当の老齢厚生年金に切り替えていくこととした。また、年金額の改定方法について、現役世代の手取り賃金の伸びに応じた方法(ネット所得スライド)を導入した。

しかしながら、1995(平成7)年の合計特殊出生率は、史上最低の1.42を記録し、1997(平成9)年1月に公表された将来推計人口によると、先の制度改正の前提となった人口推計(平成4年9月推計)と比べて、少子・高齢化がより一層進行するものと考えられている。このような少子・高齢化の進行は、年金財政に極めて深刻な影響を与えるものであり、機械的な粗い試算によると、厚生年金の最終保険料率は、これまでの29.8%から34.3%に、国民年金の最終保険料は、21,700円から24,300円に上昇するものと見込まれている。

さらに、今後の公的年金制度をとりまく環境は、1)経済状況はここ数年厳しい環境の下に置かれており、今後も低成長が予想されること、2)財政状況については、国の公債残高が1997(平成9)年度末には254兆円に達すると見込まれており、財政の健全化が重要な課題となっていることなどから、非常に厳しい状況となっている。こうした状況を踏まえ、1999(平成11)年の次期財政再計算に向けて、年金受給世代への給付と現役世代の負担の均衡を確保し、将来の現役世代の負担を過重なものとしないうよう、制度全体の抜本的な見直しが必要不可欠となっており、その手段について厳しい選択を迫られている。具体的な検討事項としては、給付水準の引下げ、年金額の改定方式(スライド方式)の見直し、保険料負担のあり方、年金積立金の運用、企業年金制度の充実、少子化対策等が考えられる。

(3)

## 情報の公開

一方、こうした厳しい状況の中で、国民生活に密着した制度である年金制度の改正には、国民の合意を得ることが必要不可欠である。このため、「年金白書」の作成等を通じて、年金制度の現状や課題、年金に関する情報や考え方をわかりやすく積極的に示しながら、改革の選択肢を提示するなど、国民的な議論を十分に尽くしつつ、制度改革に取り組んでいくこととしている。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第5節 年金改革への展望

#### 2 年金制度をめぐる最近の動向

---

(1)

#### 基礎年金番号の実施

1985（昭和60）年の改正により，全国民に共通の基礎年金が導入されるとともに，被用者年金制度（厚生年金，共済年金）は基礎年金に上乗せする制度として再編成された。

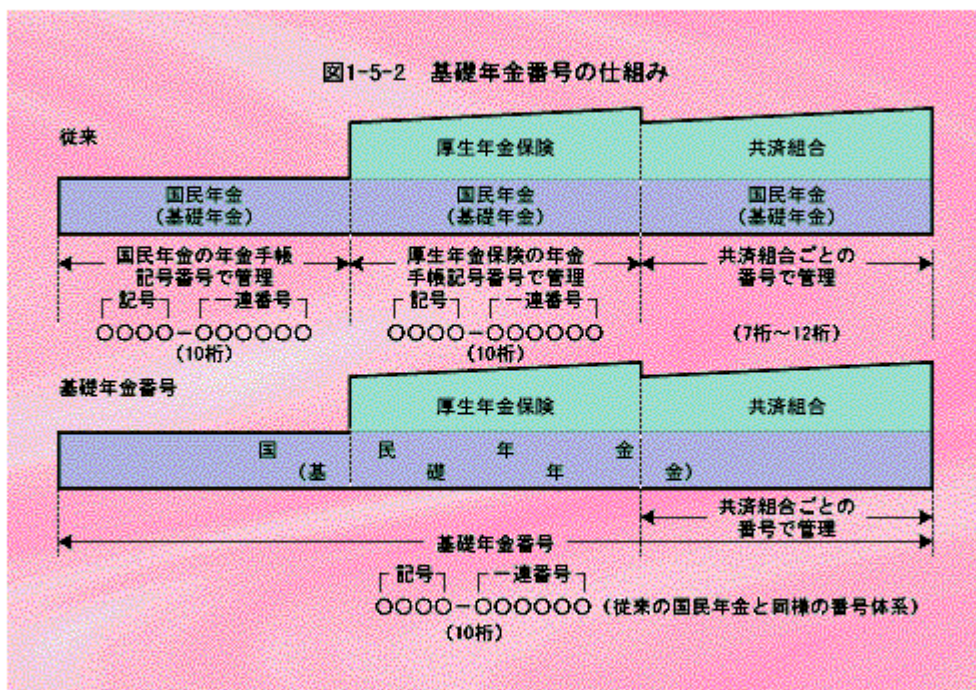
しかし，加入者の記録は各制度ごとの年金番号により別々に管理されてきたため，加入者一人ひとりについて，各制度を通じた生涯の加入記録をまとめて把握することが困難であり，適用や手続きの面でさまざまな問題が生じていた。

このため，すべての制度間で共通に使用する「基礎年金番号」により，年金保険者である社会保険庁や共済組合の間で円滑な情報交換を行い，各制度間を異動する加入者などに関する情報を的確に把握する仕組みを構築することとした。

これにより，1)届出忘れに対し届出案内を行うことで未加入者の発生が防止される，2)複数年金受給権者の併給調整が適正に行われる，3)国民の要望に応じた的確な年金相談や迅速な裁定が可能になる，4)届出の簡素化が図られる，5)将来的には加入記録や年金見込額の通知の実施が可能となる，等の行政サービスの向上が可能となり，公的年金の業務運営の一層の適正化・効率化および加入者・年金受給者サービスの向上が図られることとなった。

社会保険庁では，この基礎年金番号の実施に当たり，1996（平成8）年12月に，年金受給者には基礎年金番号を記載した新しい「年金証書」を，公的年金加入者には「基礎年金番号通知書」を送付するとともに，1997（平成9）年1月から基礎年金番号に基づく業務を開始したところである。

図1-5-2 基礎年金番号の仕組み



(2)

### 年金制度の国際化への対応

本格的な国際化時代の到来を迎え、国際的な人的交流が盛んとなっており、年金制度についても国際化にふさわしい対応を講じていく必要がある。

海外で勤務する者については、勤務地の年金制度と我が国の年金制度の両制度に加入し、保険料の二重払いとなる場合がある。また、短期間の海外派遣の場合、その地における年金の資格期間を満たすことができず、年金を受けられない場合がある。

こうした問題については、諸外国と同様、我が国においても、2国間の協定を締結することにより、1)年金の適用を整理し、保険料の二重払いの解消を図り、また、2)それぞれの国の年金制度の加入期間を資格期間として通算して年金受給権に結びつけることが適当である。このため、人的交流が多い米国、ドイツについては、これまで数次にわたり年金当局間で協議を行ってきた。

特に、ドイツとは、年金当局間において、主要な部分についておおよその意見の一致に達したことから、1995(平成7)年9月に東京で政府間の交渉が初めて開かれた。その後、1996(平成8)年4月以降5回にわたり政府間交渉を開催し、できるだけ早期に協定が締結できるよう両国間の交渉を精力的に進めているところである。

(3)

## 年金資金運用のあり方の検討

急速に少子・高齢化が進む中で、将来における保険料負担を軽減し、公的年金制度を安定的に運営していくためには、年金積立金を保有し、その運用収益により保険料負担の増加を抑制することが不可欠である。

現在、年金積立金は、その全額が資金運用部に預託され、社会資本整備等国民生活の安定・向上に役立つ分野に活用されている。この預託による利子が年金特別会計における運用収入となっている。なお、公的年金の積立金の一部については、年金の給付に要する費用の財源を確保し、もって年金財政の基盤強化に資する等のために、年金福祉事業団が資金運用部から資金を借り入れ、自らの投資判断で市場運用を行っているが、近年、借入金利と運用収益との間で逆ざやが生じている結果、1995（平成7）年度末現在約1兆円の累積欠損が発生している。

今後、年金積立金の運用が一層重要になっていくと考えられるため、年金加入者の利益のため年金給付の責任を負っている保険者が自主的に積立金を運用するという観点から、厚生大臣が主催する「年金自主運用検討会」を1997（平成9）年4月に開催し、年金積立金運用の基本的あり方について検討を行うこととした。

年金自主運用検討会における検討内容は、年金積立金の運用の基本的考え方、運用を実施するための仕組みのあり方等であり、1997（平成9）年秋までに検討結果をまとめる予定である。

また、財政投融资については、改革を推進する観点から、広く専門家の意見を聞き、本格的な検討・研究を進めるため、資金運用審議会の懇談会が設けられたところであり、年金特別会計が直接自主運用する方式を含め、年金資金の運用のあり方については、1999（平成11）年の次期財政再計算時に間に合うようにこの懇談会において検討が行われるものと考えている。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第5節 年金改革への展望

### 3 厚生年金基金制度等の見直し

---

(1)

#### 厚生年金基金制度の現状

企業年金の中核的制度である厚生年金基金制度は、老齢厚生年金（物価スライド、賃金再評価を除いた部分）の代行給付を行い、独自の上乗せ給付を行うことによって、公的年金を補完し、従業員のより安定した老後生活を実現するための重要な役割を果たしている。1997（平成9）年4月末現在、基金数1,888、加入員数約1,260万人と、厚生年金保険の被保険者の約37%を占めており、老後の所得保障として定着してきている。

(2)

#### 厚生年金基金制度の見直し

厚生年金基金は、右肩上がりの経済成長のなかで順調に発展してきたが、バブル経済崩壊後の急激な経済金融情勢の変化や産業構造の変化の影響を受け、基金財政が悪化し、一部の基金では解散に至るところも発生してきている。こうした問題は、基金をめぐる環境の変化のみならず、画一的な規制や不十分な財政検証など、これまでの基金制度が抱える制度的な問題や基金の運営上の問題にも起因している。

このような状況を踏まえ、基金関係者や学識経験者等による厚生年金基金制度研究会は1996（平成8）年6月に報告書を取りまとめ、この中で、基金財政の安定化と受給権の保全を図るとともに、社会経済環境の変化に応じた制度の弾力化を図るべきとの提言を行った。

この提言を踏まえ、今後、順次制度改正を実施することとしているが、1997（平成9）年度から実施した主な事項は次のとおりである。

1)

これまで全基金一律とされてきた予定利率について、ある一定の範囲内で基金が主体的に設定できるよう弾力化した。

2)

加入員や受給者の受給権保全の観点から、基金において最低限積み立てられているべき積立金の水準(最低積立基準額)を設定し、財政検証を強化した。

3)

これまでは、基金の給付水準の引下げはできない取扱いとなっていたが、基金の主体的な財政運営を尊重する観点から、加入員の同意を得ていることなど一定の要件の下に、この取扱いを緩和した。

4)

基金の指定した年金数理人が、決算書等の財政書類の確認および所見の記載、業務報告書による継続的な財政診断等を行うこととした。

5)

基金の資産価値は、これまで簿価(取得時の価格)で評価していたが、基金財政の健全化や資産運用の効率化の観点から、今後は時価基準により評価することとした。

6)

最短7年とされていた過去勤務債務の償却期間について、1997(平成9)年度より最短3年に短縮した。

また、1997(平成9)年度以降は、企業年金に関する包括的な基本法の制定について検討に着手することとするほか、確定拠出型年金について、公的年金制度全体の下での位置づけ等を検討していくこととしている。

(3)

#### 国民年金基金の給付設計の見直し等について

公的年金が二階建てとなっている被用者との均衡を図る観点から、自営業者等の老後生活に対する多様な要請に応えることを目的とした国民年金基金制度が、自営業者等のための上乘せ年金として設立されている。現在、都道府県ごとの地域型基金は全都道府県に47基金、職域ごとに設立される職能型基金が25基金設立されており、加入員数は約84万人となっている。

この国民年金基金制度について、1997(平成9)年度より実施された制度改正は次のとおりである。

1)

国民年金基金の給付においては、これまで、同一年齢で加入した場合、加入した月により掛金の納付月数が異なるにもかかわらず、年金額が同額となる不公平が生じていた。これを解消するため、1997(平成9)年度より、これまでの年単位の給付設計から、掛金の納付月数に応じた年金額となる給付設計に改めることとなった。

2)

基金間で生ずる財政格差を調整する観点から、1口目の掛金については「給付確保事業」が行われていたが、2口目以降の掛金についても同様の目的で「財政調整事業」を行うこととした。

(4)

## 運用規制の緩和

最近の低金利、株式市場の低迷等の資産の運用環境の変化や規制緩和の動きを踏まえ、厚生年金基金の積立金の運用規制についても、運用の安全性および効率性に配慮しつつ緩和措置を講じている。

第一に、投資顧問会社に運用の委託を行う際には、従来は一定の要件に該当することについて厚生大臣の認定を受けなければならなかったが、1996（平成8）年6月に厚生年金保険法の改正が行われ、1999（平成11）年4月からこの規制が撤廃されることとなった。

第二に、1996（平成8）年4月から厚生年金基金の財政運営が時価を用いた基準で行われることにあわせ、基金資産全体に課されている資産配分規制（いわゆる5・3・3・2規制）を従来の簿価から時価により行うものとするとともに、従来は5・3・3・2規制の範囲外とされていた生命保険会社の一般勘定契約について、5割以上資産（国債等安全性資産）として取り扱うこととなった。

第三に、厚生年金基金の資産は、すべて信託銀行、生命保険会社等に委託して運用されているが、これまで原則年1回とされている各信託銀行、生命保険会社等への掛金の払込割合の変更回数制限を、1996（平成8）年4月から撤廃した。

基金資産全体に課されている5・3・3・2規制を撤廃するためには、厚生年金基金の理事等資産運用関係者の責任の明確化、運用体制の整備を図りつつ、英米におけるブルーデントマン・ルール（企業年金の資産運用関係者がとるべき行動基準）のような柔軟な資産運用基準を確立する必要があり、厚生省では、1996（平成8）年8月、「厚生年金基金の資産運用に係る受託者責任ガイドライン研究会」を発足し、厚生年金保険法等に規定する資産運用関係者の役割と責任の内容を具体化、明確化するための指針（ガイドライン）の検討を行ってきた。1997（平成9）年3月、研究会の報告がまとめられたのを受け、この指針を基金に通知したところであり、今後、この指針の関係者への普及・定着を図っていくこととしている。

5・3・3・2規制については、指針の普及・定着を踏まえ、1998（平成10）年度に、撤廃することとしている。