

第3章

半世紀間の皆保険・皆年金を中心とした
社会保障の成果を検証する

第3章では、「① これまでの社会保障の充実」「② サービスを提供する基盤の整備」「③ 社会保障を取り巻く環境の変化への対応」「④ 保険料や公費の負担」の4つの視点から、半世紀間の皆保険・皆年金を中心とした社会保障の成果を検証する。

① これまでの社会保障の充実

- ・日本の社会保障は社会保険を中心に拡充。年金、介護などで「家族間の私的扶養」から「社会全体で負担」という姿に。
- ・国民皆保険の実現により、死亡率は低下し、平均寿命は世界最高水準に到達。
- ・年金の給付額も改善を重ね、高齢者世帯の経済状態は改善。
- ・介護保険は利用者の選択により保健、医療、福祉にわたる総合的なサービスを実現。

② サービスを提供する基盤の整備

- ・国民皆保険により医療施設数や従事者数は増加。特に、「自由開業医制」、保険証1枚でどの医療機関にもかけられる「フリーアクセス」、「診療報酬出来高払制」は民間医療機関の整備を促した。
- ・一方、「社会的入院」「3時間待ちの3分診療」などが問題になった。また、近年は地方を中心に医師不足が叫ばれ、特に小児医、産科医等は需要に対応できていない。医療施設の機能分化と相互連携での推進で対応。
- ・介護保険により介護職員が増加し、特定非営利活動法人や株式会社など様々な主体が参入。

③ 社会保障を取り巻く環境の変化への対応

- ・経済状況の変化に加え、急速な高齢化の中で、社会保障も給付改善一辺倒を見直す。
- ・産業構造の変化への対応が必要に。当初、国民健康保険、国民年金の加入者の多くは農林水産業、自営業者。しかし、今や国民健康保険の加入者の多くは高齢者と低所得者となり、見直しが必要に。
- ・疾病構造の変化、死亡者に占める高齢者の割合の高まりに、在宅医療の充実などの対応が必要に。
- ・生活水準、権利意識の向上への対応も必要に。

④ 保険料や公費の負担

- ・給付改善や高齢化に伴う給付増加等を背景に、年金では賦課方式への接近、医療保険では高齢者医療を支える制度間調整のための拠出金負担により、現役世代の保険料が引上げられてきた。
- ・一方、国民健康保険、国民年金の保険料収納率は長期漸減傾向に。
- ・各保険制度の財政力の違い、保険料引上げ抑制への対応のため、公費を順次拡充。社会保障関係費は、今後、毎年1兆円を超える自然増の見込。

① これまでの社会保障の充実

社会保険制度は給付と負担の関係が明確で、権利性、普遍性という観点からメリットがあり、日本の社会保障は社会保険制度を中心に拡充されてきた。年金、介護など、従来、家族間の私的扶養により負担されていたものが外部化され、社会全体で負担されるようになった。

戦後の衛生水準の向上、栄養の改善等に加え、国民皆保険の実現及びその後の給付の拡大による受療率の伸長もあって、死亡率が低下し、平均寿命は世界最高水準になった。

年金の給付額も当初は低かったが、改善を重ねるとともに、物価スライド制の導入によりオイルショック等のインフレ時も実質的な給付の維持が可能となった。また、賃金スライドにより経済成長の成果を高齢者にも及ぼすことができた。こうした公的年金制度の成熟により、高齢者世帯の家計が支えられ、高齢者世帯の経済状況は改善されてきた。

介護保険制度は、社会保険方式の採用により、社会全体で介護を支える新たな仕組みとして創設された。利用者の選択により保健、医療、福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できるようになり、受給者数は増加していった。

② サービスを提供する基盤の整備

国民皆保険の実現は、医療施設数や医療従事者の増加という点でも成果をあげた。国民皆保険に加えて、施設基準を満たせばどこでも自由に開業ができる自由開業医制、保険証1枚でどの医

療機関にもかけられるフリーアクセス、個々の診療行為に価格をつけてその合計で報酬を支払う診療報酬出来高払制といった特徴は、特に個人、医療法人という民間医療施設の整備を促し、医療従事者も大幅に増加した。国民皆保険導入時に大きな問題であった無医地区の問題も解消されていった。

また、日本の医療はOECD加盟国の中でも、GDP比、一人当たりの医療費いずれでも比較的低い費用で医療を提供している。

医療上の必要性がないのに入院している「社会的入院」や患者の大病院志向、専門医志向による「3時間待ちの3分診療」などの問題には、医療施設の機能分化と相互連携の推進などの対応が行われた。

介護サービスについても、社会福祉法人、医療法人等を中心に施設ケアが進められてきたが、1990年代以降、在宅サービスの強化、在宅と施設の連携等が積極的に進められた。特に介護保険制度の実施以降は、介護サービス施設・事業所数や介護職員数が増加し、特定非営利活動法人や株式会社など様々な主体が介護サービスに参入してきた。

③ 社会保障を取り巻く環境の変化への対応

日本経済は、第1次オイルショックを契機に高度成長から安定成長に移行し、バブル経済とその崩壊を経て、低成長、マイナス成長の時代に移行した。こうした経済状況に加え、急速に進展する高齢化の中で、社会保障も給付改善一辺倒という状況ではなくなった。

国民皆保険・皆年金実現当初の国民健康保険、国民年金の対象者の多くは農業、自営業等であった。しかし、現在では国民健康保険をみると、産業構造の変化により農業、自営業等が減少し、高齢者と低所得者の保険としての性格が強まっている。こうした変化への対応のために医療保険、年金制度の見直しも進められた。

また、疾病構造の変化や死亡者に占める高齢者の割合が高まったことに対応して、医療施設の急性期、回復期、慢性期の機能分化と各施設の連携、在宅医療の充実等が図られ、介護保険制度も創設された。生活習慣病の予防対策も強化された。医学、医療技術の進歩に対応して、新しい技術や医薬品が順次医療保険の適用対象となり、多くの国民がその恩恵を享受できた。

さらに、国民の生活水準の向上に対応した医療保険、介護保険における療養環境への配慮、国民の権利意識の高まりに対応したインフォームド・コンセントの考え方の普及や福祉における利用者とサービス提供者間での契約への変更などが行われた。個人の意識の変化に対応し、介護保険等のように世帯ではなく、個人単位で保険料を納付し保険給付がなされるという仕組みも広がってきた。

④ 保険料や公費の負担

給付の改善や高齢化に伴う給付増加等を背景に、特に年金では賦課方式への接近、医療保険では高齢者医療を支える制度間調整のための拠出金負担により、現役世代の保険料は引上げられている。

国民健康保険、国民年金の保険料収納率は長期漸減傾向にある。国民年金は平成12年の法改正による年金事務の国への引上げに伴い更に低下した。

各保険制度の財政力の違いへの対応、保険料引上げの抑制等のために国費を中心に公費負担が行われている。国民年金、国民健康保険、協会けんぽ（旧政府管掌健康保険）についても公費が順次拡充されてきた。社会保障関係費は、今後、毎年1兆円を超える自然増が見込まれている。

第1節 これまでの社会保障の充実

1 社会保険制度を中心とした社会保障の拡充

国民皆保険・皆年金の実現により、日本の社会保障の根幹は社会保険であることが明確となった。その後50年にわたり、国民皆保険・皆年金は、傷病や老齢、障害といった国民が生きていく上でリスクをカバーし、国民の生活の安定、更には社会、経済の発展に大きく貢献してきている。今や国民皆保険・皆年金は日本の基礎的な社会インフラとなっている。

国民皆保険・皆年金の実現は、日本の社会保障が貧困者を支援する救貧から、貧困に陥ることを防止する防貧へと展開した大きなエポックであった。各人の自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援することを基本とし、しかもそれは全国民に参加を求め、給付と負担の公平を追求するものであった。

高度経済成長を背景に社会保険給付は拡充されていった。高度経済成長終焉後も、人口構造、産業構造の変化等に対応し、日本社会に欠くことのできない国民皆保険・皆年金を維持していくため、様々な改革が行われてきた。

日本の社会保障は、国民皆保険・皆年金の実現以降、社会保険制度を中心に、順次給付内容を改善してきた。また、社会保障制度の中心は、生活保護や失業対策から、年金、医療へと変遷していった。社会保障給付費は大きく伸びて、1961（昭和36）年には0.8兆円であったものが、2008（平成20）年には94.1兆円まで増大している（[図表3-1-1](#)）。

社会保険を中心とする社会保障制度には、病気、失業、高齢・障害による稼働能力の喪失、要介護状態等の事態に対応する機能がある。具体的には、①生活の安定を損なう事態に対して、生活の安定を図り、安心をもたらすための社会的な安定装置（社会的セーフティネット）としての機能、②市場経済では社会的公正が確保されない事態に対して、所得を個人間や世帯間で移転させることにより、所得格差の是正や低所得者の生活の安定を図る所得再配分の機能、③自立した個人が自己責任の下に行動することを原則としつつも、疾病、事故、失業等個人の力では対応しがたい事態等の生活上の不測の事態（リスク）を社会全体で分散する機能、④個々人の生活に安心感を与え、困窮した場合に救済し、所得格差を解消する等により、社会や政治を安定させ、経済の安定、成長に資する機能がある。

その中でも、社会保険制度は、公的扶助等の税財源で賄われる給付と比較すると、①保険料の対価としての給付であることから、サービスの受け手に権利性が認められること、②制度全体では給付水準と保険料負担が連動することから、負担についての納得が得られやすいこと、③個々人への給付が所得の多寡にかかわらずニーズに基づいて行われる普遍性などのメリットがある。

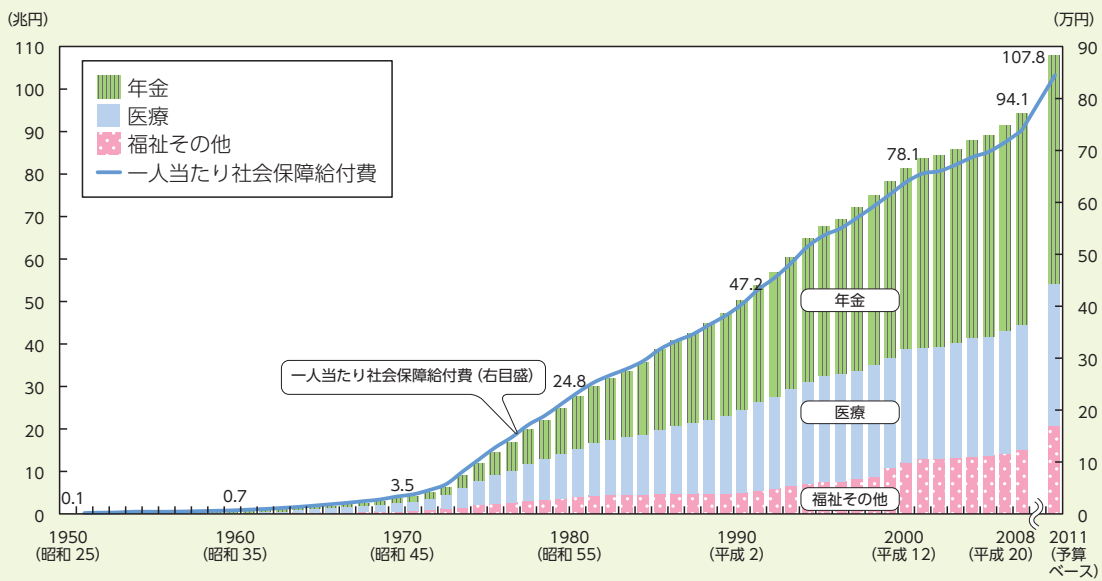
社会保険制度は、戦後の混乱期を乗り越えて、国民生活が向上し、経済成長も進展する中で救貧から防貧へと変化した社会保障のニーズを満たすのに適した方式であった。

また、年金、介護保険といった社会保険制度の導入により、これまで家族間の私的扶養により負担されていたものが外部化され、社会全体で負担されるようになったという側面もあった。これにより、従来、家族内で子どもから親に対してなされていた支援が、社会全体で現役世代から高齢者世代への支援という形で支えられるようになり、実際に家族や子どもがいなくても、高齢期に安心して暮らせるようになった。

国民皆保険・皆年金は、被用者保険と被用者以外の者をカバーする保険（国民健康保険、国民年金）により成立した。高度経済成長等を背景に、社会保険制度の充実は、財政が比較的安定している被用者保険、被用者年金が基本的に先行し、これを国民健康保険、国民年金が後追いする形で進められていった。

図表 3-1-1 社会保障給付費の推移

	1970年度	1980年度	1990年度	2000年度	2011年度 (予算ベース)
国民所得額 (兆円) A	61.0	203.9	346.9	371.8	351.1
給付費総額 (兆円) B	3.5 (100.0%)	24.8 (100.0%)	47.2 (100.0%)	78.1 (100.0%)	107.8 (100.0%)
(内訳) 年金	0.9 (24.3%)	10.5 (42.2%)	24.0 (50.9%)	41.2 (52.7%)	53.6 (49.7%)
医療	2.1 (58.9%)	10.7 (43.3%)	18.4 (38.9%)	26.0 (33.3%)	33.6 (31.2%)
福祉その他	0.6 (16.8%)	3.6 (14.5%)	4.8 (10.2%)	10.9 (14.0%)	20.6 (19.1%)
B/A	5.77%	12.15%	13.61%	21.01%	30.70%



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成20年度社会保障給付費」、2011年度（予算ベース）は厚生労働省推計、2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成23年1月24日閣議決定）

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

2 医療保険制度の充実

戦後、死亡率は低下し、平均寿命は世界最高水準になった。2009（平成21）年に生まれた子どもが75歳まで生きる可能性は、男は71.9%、女は86.5%に達している。また、保健医療水準を示す指標としてよく用いられる乳児死亡率も大幅に低下した。

戦後直後の1947（昭和22）年には、出生後1年未満で死亡する乳児は、出生千人当たり70人を超えており、1960（昭和35）年に入っても出生千人当たり30.7人程度であったのが、2010（平成22）年には2.3人（概数値）まで下がっている（図表3-1-2）。

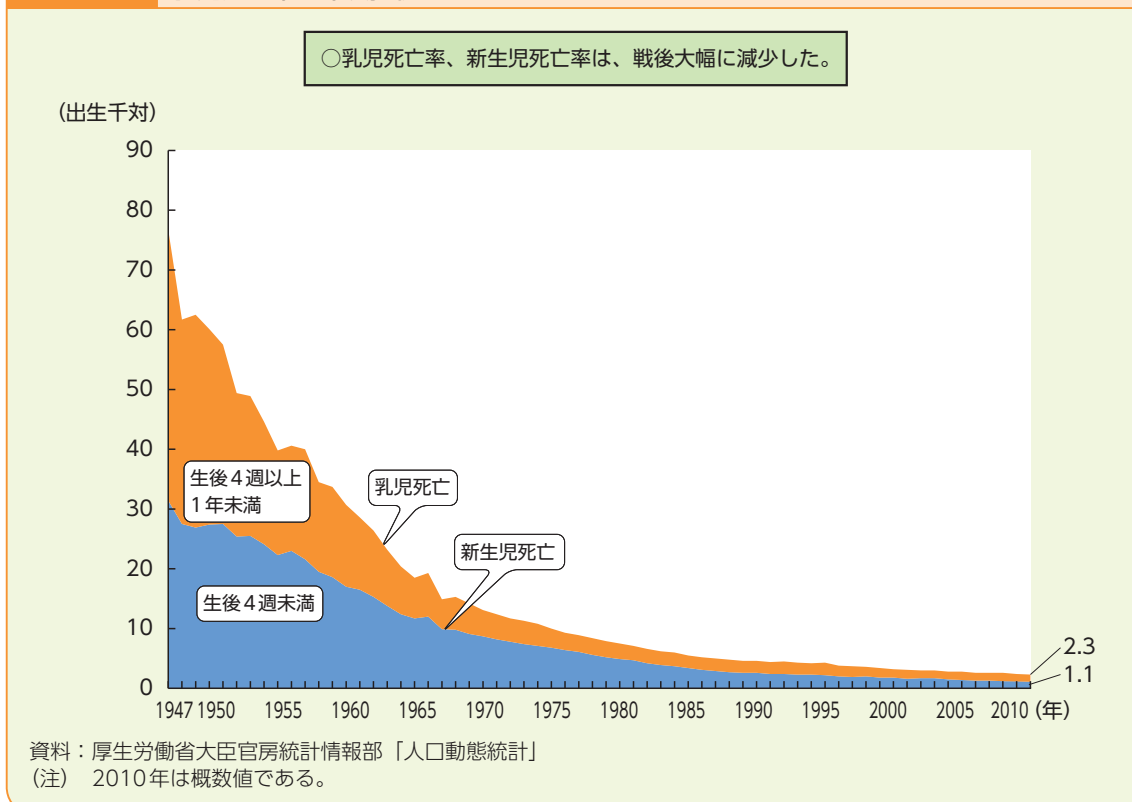
これらは、戦後の衛生水準の向上、栄養の改善等に加え、国民皆保険制度の実現の大きな成果である。国民皆保険制度の実現によって、誰もが公的な医療保険に加入するようになり、保険証1枚でどの医療機関でも受療できるようになった。これは、フリーアクセスとも呼ばれる日本の医療保険制度の大きな特徴の一つであり、後述する自由開業医制、診療報酬出来高払制と合わせ、必要な医療が国民に対してより円滑に提供されるようになっていった。

保険制度からの給付割合は、国民皆保険成立時には、国民健康保険は5割給付（5割自己負担）が多かったが、1963（昭和38）年には世帯主の7割給付が、1968（昭和43）年から家族の7割給付が実現した。被用者保険においても、本人は10割給付であったが、1973（昭和48）年には家族給付が7割に上げられ、1981（昭和56）年には入院時の家族給付が8割に上げられた。また、1973（昭和48）年には老人医療費支給制度により老人医療費無料化が実現した。

当初、療養の給付期間（保険診療を受けることのできる期間）は3年間に制限されていたが、1963（昭和38）年にはこの制限が撤廃され、転帰（治癒、死亡又は治療の中断）まで給付されることになった。療養の給付範囲の制限も撤廃され、往診等が給付対象となった。その後、高価な抗生物質、抗がん剤の保険適用なども行われた。

1973（昭和48）年の高額療養費制度の導入により、一部負担が高額になる場合にも負担の上限が設定され、安心して医療を受けられるようになった。入院患者を悩ませていた付添看護等に

図表3-1-2 乳児死亡率の年次推移



についても、1994（平成6）年には病院の責任において管理を行う制度に改められ、これに対する保険外の負担も解消されている。また、在宅療養のための医療行為や訪問看護も保険給付に含められた。

このような医療保険制度の充実により、国民の受療率も高齢者を中心に伸長していった。現在、後期高齢者^{*1}(※)以外の一人当たり診療費は18.2万円かかっており、年間8.1件受療している。他方、後期高齢者は一人当たり85.2万円の医療費がかかっており、年間18.8件受療している（図表3-1-3）。

図表3-1-3 高齢者と高齢者以外の比較

	後期高齢者 (A)	後期高齢者以外 (B)	比率 (A) / (B)
1人当たり診療費 (年額・円)	852,246	182,194	4.7倍
受診率 (100人当たり)	1,875	806	2.3倍
1件当たり日数 (日)	3.0	1.9	1.5倍
1日当たり診療費 (円)	15,283	11,672	1.3倍

資料：厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料（平成22年12月）」
 (注) 数値はすべて入院、入院外、歯科の計である。

しかしながら、第2章で述べたとおり、第1次オイルショック以降、経済成長の鈍化や人口高齢化の進展等を受け、医療保険制度にも様々な調整の必要性が生じてきた。被用者保険の本人給付をみても、1984（昭和59）年には9割に、1997（平成9）年には8割に、2002（平成14）年には7割に引下げられ、ここに至って、被用者保険と国民健康保険の給付率が一致することとなった。老人医療費支給制度も老人保健制度、後期高齢者医療制度と変遷している。

3 年金制度の充実

平均余命の伸長により老後の生活は著しく長くなったが、他方、核家族化の進行に伴う高齢者との同居の減少、扶養意識の変化、定年のない第1次産業従事者の減少、経済成長に伴う若年層の地方から都市への移動等により、老後を私的扶養に頼ることは困難となっていった。こうした中で老後の生活を支える柱となったのが公的年金制度である。

日本の公的年金は、全国民が加入する皆年金制度であり、当初は被用者用の厚生年金や共済年金とそれ以外の者を対象とする国民年金に分かれていたが、現在では全国民共通の基礎年金と被用者等の上乗せ年金からなる二階建ての構造で、終身給付を行っている。

国民年金の給付額は当初低かったが、順次引上げられていった。物価スライド制の導入により、オイルショック等のインフレ時も実質的な給付が維持された。被用者年金も、物価スライド制に加え、賃金スライドの実施により、経済成長の成果を既に退職していた高齢者にも及ぼすことができた。これは、公的年金制度の大きな成果である。

現在では、被用者年金は、現役時代の収入のおおむね6割程度の水準を維持するというモデルが設定されている。これは現役世代の実質賃金の動向、労働力人口の減少といった要因により給付水準を変動させることとされており、2004（平成16）年の改正時には、2023（平成35）年には50.2%になるものと見込まれた。また、基礎年金は、老後の基礎的な支出をまかなうという考え方で給付水準が設定されている。

国民皆年金実現当初は、給付額の低い無拠出制の福祉年金の受給者が多かったが、制度の成熟

*1 75歳以上の方及び一定程度の障害を有するとの認定を受けた65歳以上75歳未満の方

に伴って受給額も増加している。2010（平成22）年3月現在、年金受給者数は、国民年金では2,765万人であり、その平均受給額は5.4万円、被用者年金では1,646万人で平均的受給額は厚生年金の場合で15.7万円となっている。なお、2010（平成22）年の初任給は、大学卒業者が月額19.7万円、高校卒業者が15.8万円である（図表3-1-4）。

日本の公的年金に対する支出はGDPの8.7%であり、OECD平均の7.2%を上回っている。これは、65歳以上人口の生産年齢人口に対する比率が34.4%であり、OECD平均の23.8%を大幅に超えていることも影響している。

高齢者の家計をみると、年金が所得の70.6%を占めている。経年的にみても、1978年には34.1%であったのが、公的年金制度の成熟等にもとない、1993年には54.8%に増加している。一方で、稼働所得は1978年の42.7%から17.7%まで下降している。また、全世帯所得を100としたときの高齢者世帯の所得は1978年には45.7%であったのが、1993年には48.7%となり、2008年には54.2%となっている。公的年金制度の成熟により、高齢者世帯の家計が支えられ、高齢者世帯の経済状況が全世帯平均としてはかなり改善していることがわかる（図表3-1-5）。

2010（平成22）年に実施された内閣府「第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」

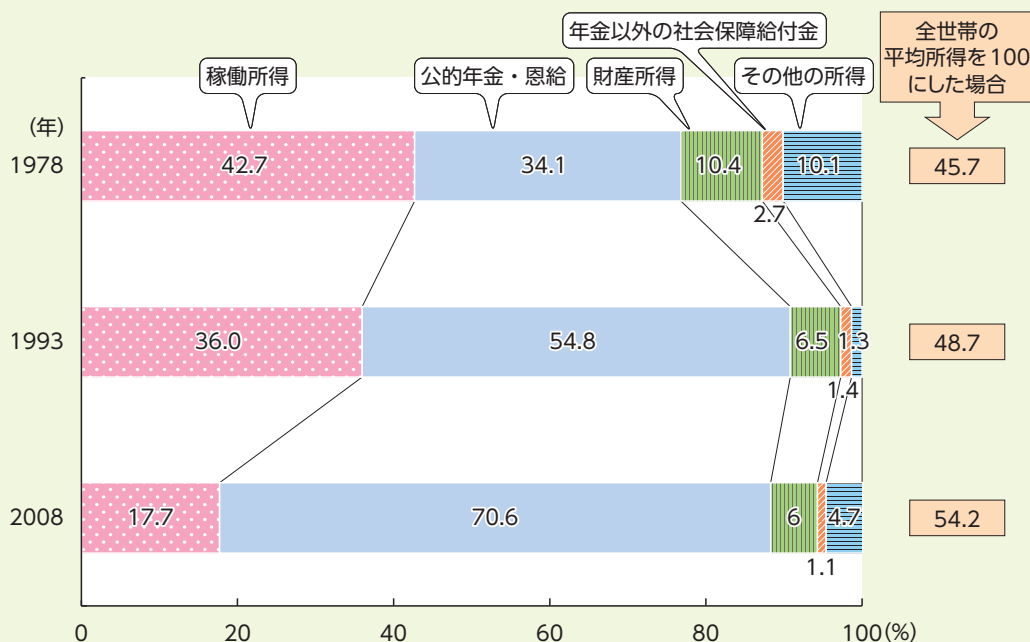
図表3-1-4 日本の公的年金給付の現状

	老齢基礎年金等受給権者数	老齢年金平均年金月額
国民年金	2,765 万人	5.4 万円
厚生年金	1,385	15.7
共済組合	261	17.1
計	4,411	-

資料：厚生労働省年金局「平成21年度 厚生年金保険・国民年金事業年報」

図表3-1-5 高齢者世帯の所得の経年変化

○高齢者世帯の所得は、年金制度の充実に伴い、「公的年金・恩給」の占める割合が増加する一方、全世帯平均と比較して改善している。



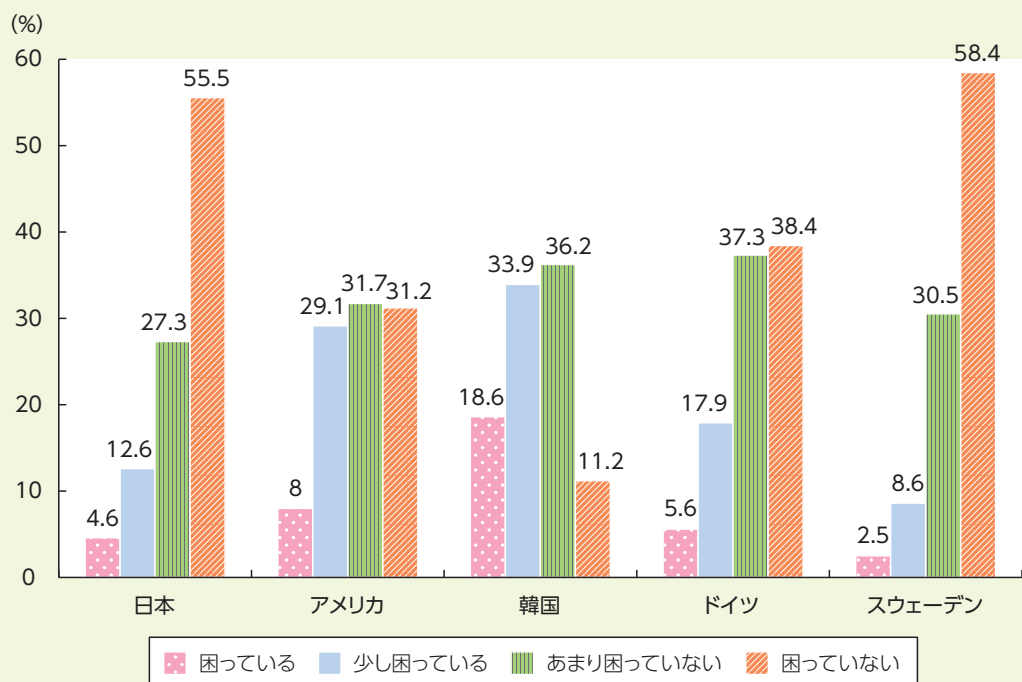
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

- (注) 1. 「稼働所得」とは、雇用者所得、事業所得、農耕・畜産所得、家内労働所得をいう。
 2. 1978年、1993年は、「その他の所得」に「個人年金」が含まれている。
 3. 2008年は、「家賃・地代の所得」と「利子・配当金」を「財産所得」として一括している。

によれば、日本の60歳以上の高齢者は、「経済的に日々の暮らしに困っているか」という質問に「困っていない」という回答が55.5%、「あまり困っていない」が27.3%であり、アメリカ（「困っていない」、「あまり困っていない」が、それぞれ31.2%、31.7%）、韓国（同11.2%、36.2%）、ドイツ（同38.4%、37.3%）、スウェーデン（58.4%、30.5%）と比してスウェーデンに次いで高くなっており、比較的生活が安定していると考えていることが示唆される（図表3-1-6）。

図表3-1-6 第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査の結果

○日本の高齢者は、「日々の暮らしに困ることがあるか」という問に「困っていない」と回答した者の割合が比較的高い。



(参考)

	日本							アメリカ							韓国							ドイツ							スウェーデン						
	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第1回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回					
困っている	3.5	4.0	3.4	3.8	6.0	3.1	4.6	9.9	4.8	3.9	4.5	6.7	3.9	8.0	36.3	28.0	15.8	23.0	18.1	18.6	1.5	1.8	3.2	6.2	5.6	4.9	2.5								
少し困っている	10.2	11.8	15.6	15.9	17.6	11.4	12.6	18.4	13.0	16.3	24.8	24.8	23.7	29.1	25.5	31.7	32.8	38.6	31.5	33.9	5.7	6.3	16.2	23.7	17.9	22.1	8.6								
あまり困っていない	26.0	31.0	41.8	38.5	38.0	28.3	27.3	23.8	21.1	23.9	25.7	27.9	36.1	31.7	30.4	33.7	44.1	31.8	39.0	36.2	24.8	28.2	46.6	36.8	37.3	44.6	30.5								
困っていない	59.1	52.7	38.4	41.5	38.3	57.1	55.5	47.3	60.6	55.1	44.3	39.7	36.1	31.2	7.4	6.5	7.1	6.6	11.4	11.2	67.9	63.0	34.1	33.3	38.4	28.5	58.4								

資料：内閣府「第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査（2010年）」

(注) Q20. 「経済的に日々の暮らしに困ることがあるか」という問に対する回答

このように大きな成果を上げている公的年金制度であるが、急速な少子高齢化の進展等を受けて、年金支給開始年齢の引上げ、保険料水準固定方式、マクロ経済スライドの導入など様々な調整が行われてきた。

また、被保険者が死亡した場合に、死亡した者によって生計を維持されていた子のある妻、子を対象として遺族基礎年金、生計を維持されていた妻、子に遺族厚生年金が支給されるほか、被保険者が障害となった場合には、障害基礎年金、障害厚生年金が支給される。

また、20歳前に障害を負った場合にも障害基礎年金が支給される。

4 介護保険制度

2000（平成12）年には老人福祉と老人保健の両制度が再編され、介護保険制度がスタートした。介護保険制度は、給付と負担の関係が明確な社会保険方式により、社会全体で介護を支える新たな仕組みを創設し、利用者の選択により保健、医療、福祉にわたる介護サービスを総合的に利用できるようにしたものである。原則として65歳以上の者が要介護状態になった場合等にサービスが提供され、65歳以上の被保険者数は、2000年の2,165万人から2010（平成22）年には2,895万人に増加している（**図表3-1-7**）。要介護認定者は、218万人から2010年には487万人に増加しており、特に要支援・要介護1といった軽度者がより多く増加している（**図表3-1-8**）。サービス受給者も2000年の149万人から2010年には403万人へと増加しており、2009（平成21）年4月現在、294万人が在宅サービスを、25万人が地域密着型サービスを、84万人が施設サービスを受給しているところである（**図表3-1-9**）。介護保険の総費用は、2000年度の3.6兆円から2011（平成23）年度には8.3兆円（予算額）となっている。

介護保険制度は、制度スタートから11年を経た今日、既に社会に完全に定着している。加えて、地域包括支援の考え方や、予防給付、地域密着型サービスなど、住み慣れた地域で暮らし続けることを支援するためのスキームを加えるなど、発展を続けており、国民の老後の要介護リスクを大きくカバーしている。

図表3-1-7 介護保険制度の実施状況

① 65歳以上被保険者数の推移

・65歳以上の被保険者数は、10年で約730万人（34%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,895万人

② 要介護（要支援）認定者数の推移

・要介護認定を受けている者は、10年で約269万人（123%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
認定者数	218万人	348万人	487万人

③ 要介護（要支援）認定の申請件数

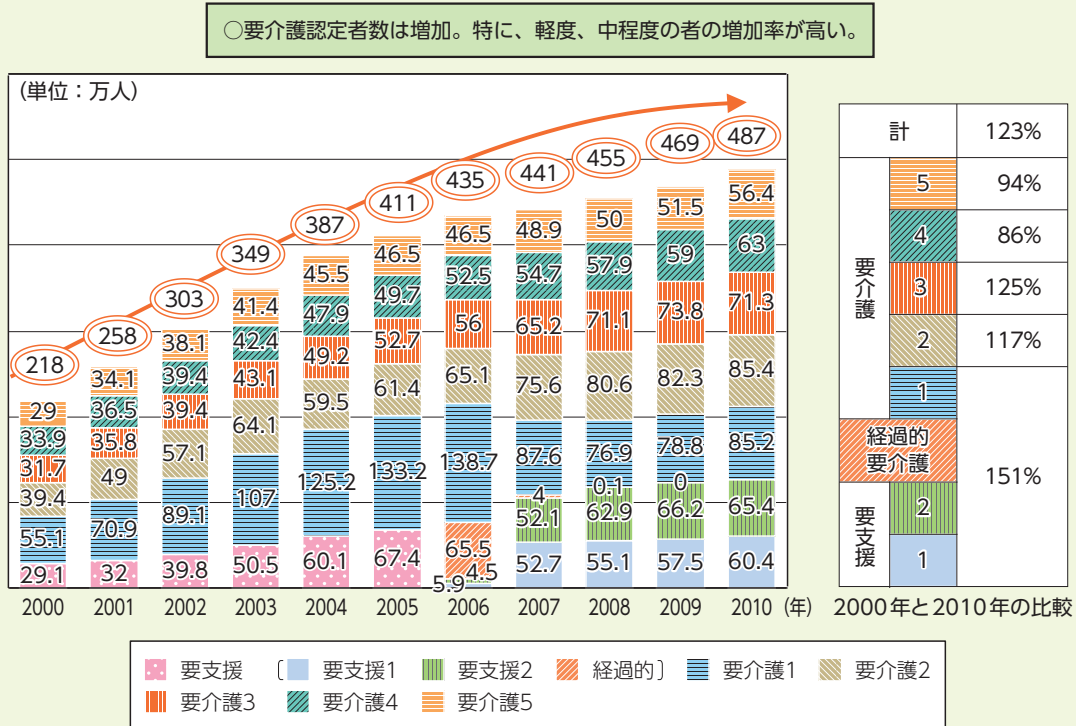
・要介護認定の申請件数は、9年で約231万件（86%）増加。

注：2004年から要介護更新認定の有効期間を最大2年としたため、2008年の一年間の申請件数は2003年より少なくなっている。

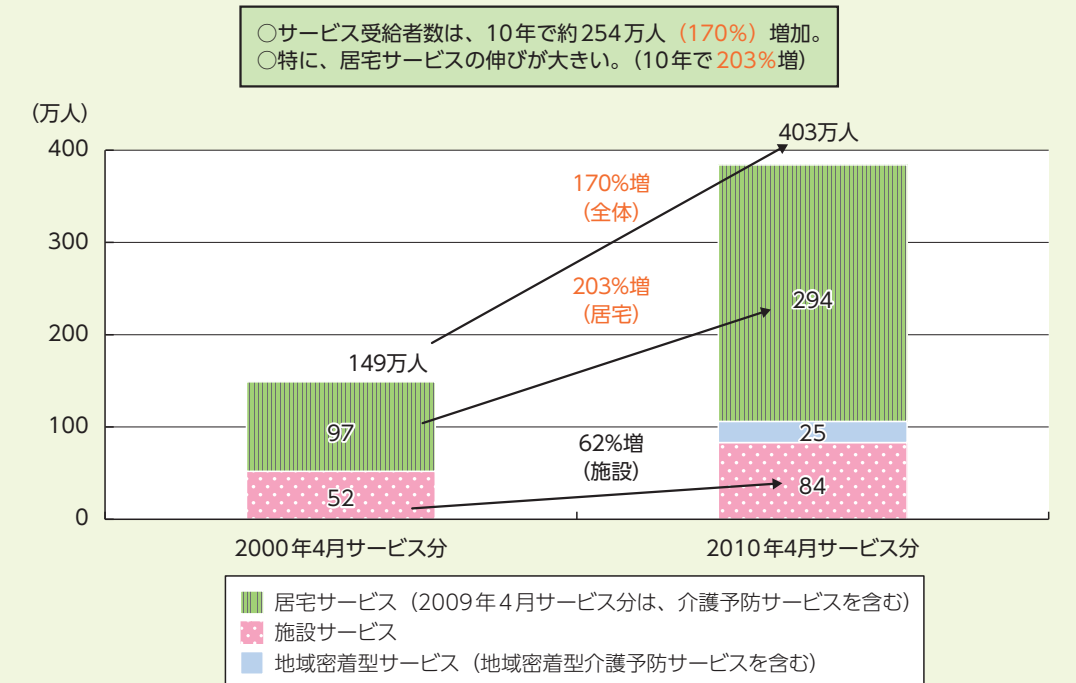
	2000年度	2003年度	2008年度
申請件数	269万件	547万件	500万件

資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」

図表 3-1-8 要介護度別認定者数の推移



図表 3-1-9 介護サービス受給者数の推移



第2節 サービスを提供する基盤の整備

1 医療提供体制の整備

国民皆保険の実現は、医療施設数及び医療従事者の大幅な増加という点でも大きな成果を上げた。日本の医療制度においては、国民皆保険に加えて、保険証1枚でどの医療機関にもかけられるフリーアクセス、施設基準を満たせばどこでも自由に開業ができる自由開業医制、検査、投薬、処置といった個々の診療行為に価格を付けてその合計で報酬を支払う診療報酬出来高払制といった特徴があり、これらが特に個人、医療法人という民間医療施設の整備を促した。

病院の病床数は、1952（昭和27）年には40万床以下であったのが、1965（昭和40）年には80万床を超え、2009（平成21）年の調査では160万床を超えている。公的医療機関の整備も進められたが、医療法人制度が創設された1950（昭和25）年以降民間病院の増加が著しく、1955（昭和30）年の19万8千床から、10年間で42万4千床と約2倍に増加している。医学部定員も1961（昭和36）年時点では2,840人であったが、現在8,900人程度まで拡大されている。医師数も1970年代は10万人程度であったのが、2008（平成20）年には28万7千人に増加した。人口10万人あたりの医師も100人程度から225人程度に増加している。

このほか、2008年の医師・歯科医師・薬剤師調査では、歯科医師9万9千人、薬剤師26万8千人、2008年の衛生行政報告例では、看護師87万7千人、助産師2万8千人、保健師4万3千人等となっており、絶対数でも対人口比でも、医療従事者数は大幅に増加した。

国民皆保険導入時に「保険あって医療なし」とされた無医地区問題も、国民皆保険制度の実現

図表3-2-1 OECD加盟国の医療費の状況(2008年)

○OECD加盟国の中で、我が国の保険医療支出のGDP比および一人当たり総保険医療支出は平均をやや下回る。

国名	総医療費の対GDP比 (%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考	国名	総医療費の対GDP比 (%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
	順位	順位	順位	順位			順位	順位			
アメリカ合衆国	16.0	1	7,538	1		英国	8.7	17	3,129	16	
フランス	11.2	2	3,696	10		アイルランド	8.7	17	3,793	8	
スイス	10.7	3	4,627	3	*	ノルウェー	8.5	19	5,003	2	*
ドイツ	10.5	4	3,737	9		オーストラリア	8.5	19	3,353	15	※
オーストリア	10.5	4	3,970	7		フィンランド	8.4	21	3,008	17	
カナダ	10.4	6	4,079	5	*	日本	8.1	22	2,729	20	※
ベルギー	10.2	7	3,677	11	*	スロバキア	7.8	23	1,738	26	
ポルトガル	9.9	8	2,151	23	※	ハンガリー	7.3	24	1,437	27	
オランダ	9.9	8	4,063	6	*	ルクセンブルク	7.2	25	4,210	4	※
ニュージーランド	9.8	10	2,683	22		チェコ	7.1	26	1,781	25	
デンマーク	9.7	11	3,540	12	※	ポーランド	7.0	27	1,213	28	
ギリシャ	9.7	12	2,687	21	※	チリ	6.9	28	999	29	
スウェーデン	9.4	13	3,470	13		韓国	6.5	29	1,801	24	
アイスランド	9.1	14	3,359	14		トルコ	6.0	30	767	31	※
イタリア	9.1	14	2,870	19		メキシコ	5.9	31	852	30	
スペイン	9.0	16	2,902	18		OECD平均	9.0		3,060		

資料：「OECD HEALTH DATA 2010」

- (注) 1. 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの
 2. ※の数値は2007年のデータ（ただし、ポルトガル、ルクセンブルクは2006年のデータ）
 3. *の数値は予測値

等を一つの契機に大幅に解消されてきた。1956（昭和31）年当時の無医町村は165あったが、これらは解消した。また、これに準じる無医地区が728あったが、離島をはじめとした僻地医療の問題はなお存在しつつも、交通事情がよくなったこと等により、当時と比べれば状況は格段に良くなっている。

日本の医療は、諸外国と比して、平均余命、アクセスの良さ等で高い実績を残す一方、医療費という面ではより少ない医療費で賄われている。日本の保健医療支出はGDPの8.1%であり、OECD平均の9.0%より低い。また、一人当たり保健医療支出は、2,729ドルとなっており、OECD平均の3,060ドルより安い。特に、日本が他国と比して高齢化が進展している影響も考慮すれば、日本はGDP比、一人当たり医療費いずれでも比較的低い費用で医療を提供できているといえる（**図表3-2-1**）。

また、日本では、医療従事者数でも諸外国と比して遜色ない水準を達成している。医師数は、人口千人当たり2.2人とやや低いが、看護師数は9.5人となっている。

1985（昭和60）年の医療法改正による医療計画の導入は、医療施設の整備を量から質に転換する一つの契機であった。医療従事者数では遜色なくとも、病床数が他国と比較して圧倒的に多いため、病床100床当たり医師数、看護職員数は医師で3分の1から5分の1程度、看護師で2分の1から5分の1程度になっている。また、平均在院日数は他国の3倍から5倍となっている（**図表3-2-2**）。長期入院患者については、医療上の必要性がないのに入院している「社会的入院」の存在が指摘されるなど、入院患者にとって相応しい療養環境の確保や医療資源の効率的な活用の必要性が指摘されていた。また、患者の大病院志向・専門医志向は、大学病院等の比較的規模の大きな医療機関において「3時間待ちの3分診療」と称されるような外来患者の集中を招き、他方では、1人で担当する病床の多さと相俟って、病院従事者の疲弊を招いているといわれている。近年では、地方を中心に医師の不足が叫ばれ、特に、小児医療、産科医等は需要に対応できていない傾向にあり、救急医療でも問題が指摘されている（**図表3-2-3**）。

図表3-2-2 医療提供体制の各国比較

○我が国は、他国と比べて平均在院日数が長い。人口当たり病床数が多く、結果として、病床当たりの医療従事者数が少なくなっている。

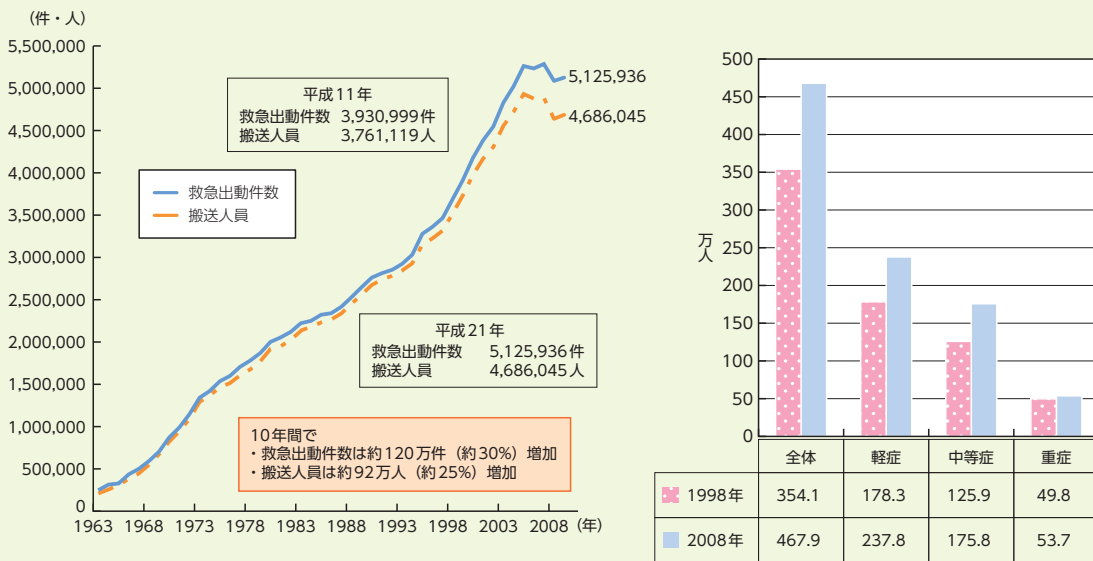
国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	33.2	13.8	15.7	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.9	8.2	43.3	3.6	130.0	10.7
フランス	12.9	6.9	48.5	3.3	115.2	7.9
英国	8.1	3.4	76.5	2.6	279.6	9.5 (予測値)
アメリカ	6.3	3.1 (予測値)	77.9	2.4	344.2	10.8

資料：「OECD Health Data 2010」

- (注) 1. 医師数は臨床医師数（ただし、フランスにおいては研究機関等に勤務し実際に臨床にあたらぬ医師も含む）
 2. 看護職員数は臨床看護師数（ただし、フランスとアメリカにおいては研究機関等に勤務し実際に臨床にあたらぬ看護職員も含む）
 3. 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の通り各国で定義が異なっている。
 日本：全病院の病床 ドイツ：急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床（ナースングホームの病床を除く） フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 英国：英国国営医療サービス事業に登録されている全病床（長期病床を除く） アメリカ：アメリカ病院協会に登録されている全病院の病床
 4. 日本における病床種別ごとの平均在院日数は、一般病床18.5日、療養病床179.5日、精神病床307.4日（資料）：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成21年病院報告」

図表3-2-3 救急出動件数及び搬送人員の推移

○救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年間で急増しているが、搬送人員数の伸びは、主に軽症者・中等症者の搬送人員増によるものである。



資料：総務省消防庁「平成22年版救急・救助の現況」

(注) 1. 1998年以降の救急出動件数及び搬送人員については、ヘリコプター出動分を含む。
2. 各年とも1月から12月までの数値である。

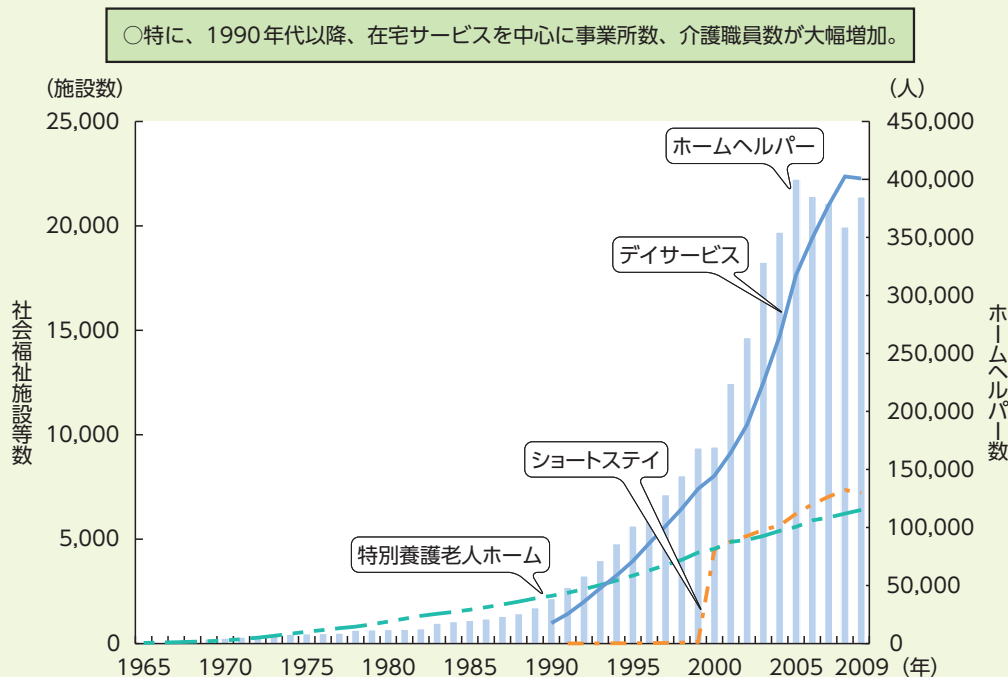
このような医療提供体制に関わる問題については、制度的には特定機能病院や急性期病院、長期療養型の病院といった病院の機能分化が進められるとともに、病院と診療所の機能分化及び連携確保や在宅医療を推進することなどで対応が図られてきている。また、診療報酬体系については、急性期入院医療に対して疾病の特性及び重症度を反映した包括評価（DPC/PDPS 診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度）や慢性期入院医療に対して病態、日常生活動作能力（ADL）、看護の必要度等に応じた包括評価が導入された。大病院への外来集中の是正についても、フリーアクセスの原則を維持しつつ、患者の選択により200床以上の病院で初診を受けた場合に追加的な料金を徴収することを可能とすること（選定療養）など診療報酬上も、病院と診療所の機能分化を図っている。「社会的入院」対策としては老人保健施設が制度化され、医療保険財源を用いつつ医療ニーズと福祉ニーズを併せ持つ高齢者のニーズに対応することとされ、さらには介護保険が制度化されることになった。

2 介護サービス提供の促進

2000（平成12）年に制度化された介護保険制度も、医療保険制度の場合と同様に、介護サービス施設・事業所数を増加させるという効果をもたらした（図表3-2-4）。高齢者の介護サービスについては、一般の医療機関が受け皿となるという実態もあったが、まずは社会福祉法人等により運営される特別養護老人ホーム、後には医療法人等により運営される老人保健施設や療養型病床群が加わった施設ケアが中心となってきた。1990年代以降、在宅サービスの強化、在宅と施設の連携等が積極的に進められ、介護保険制度の導入後には、特定非営利活動法人や株式会社等様々な主体が介護サービスに参入するようになった。

2008（平成20）年10月の介護サービス事業所は、訪問介護が2万事業所、通所介護が2万2千事業所等となっている。また、介護老人福祉施設が6,015施設、介護老人保健施設が3,500施設、介護療養型医療施設が2,252施設となっている。居宅介護事業所の設置主体については、営利企業が37.2%、社会福祉法人が30.7%等となっており、比率では営利企業が社会福祉法人を

図表3-2-4 介護施設数、介護職員等の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」、「介護サービス施設・事業所調査」、「社会福祉施設等調査」

- (注)
1. 平成21年は調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、数量を示す施設数の実数は平成20年以前との年次比較に適さない。
 2. ホームヘルパーについては、1999年までは「社会福祉行政業務報告」、2000年以降は「介護サービス施設・事業所調査」による。
 3. 特別養護老人ホームについては「社会福祉行政業務報告」による。
 4. デイサービスセンターについては「介護サービス施設・事業所調査」において「通所介護」として把握した数値。
 5. ショートステイについては、1999年以前は「社会福祉施設等調査」において「老人短期入居施設」として把握した数値であり、2000年以降は「介護サービス施設・事業所調査」において「短期入所生活介護」として把握した数値。

上回っている。介護老人福祉施設は社会福祉法人が91.5%、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設では、医療法人がそれぞれ73.6%及び80.3%となっている。また、介護職員は、2000年の約55万人から、2006（平成18）年には約117万人まで増加している。

第3節 社会保障を取り巻く環境の変化への対応

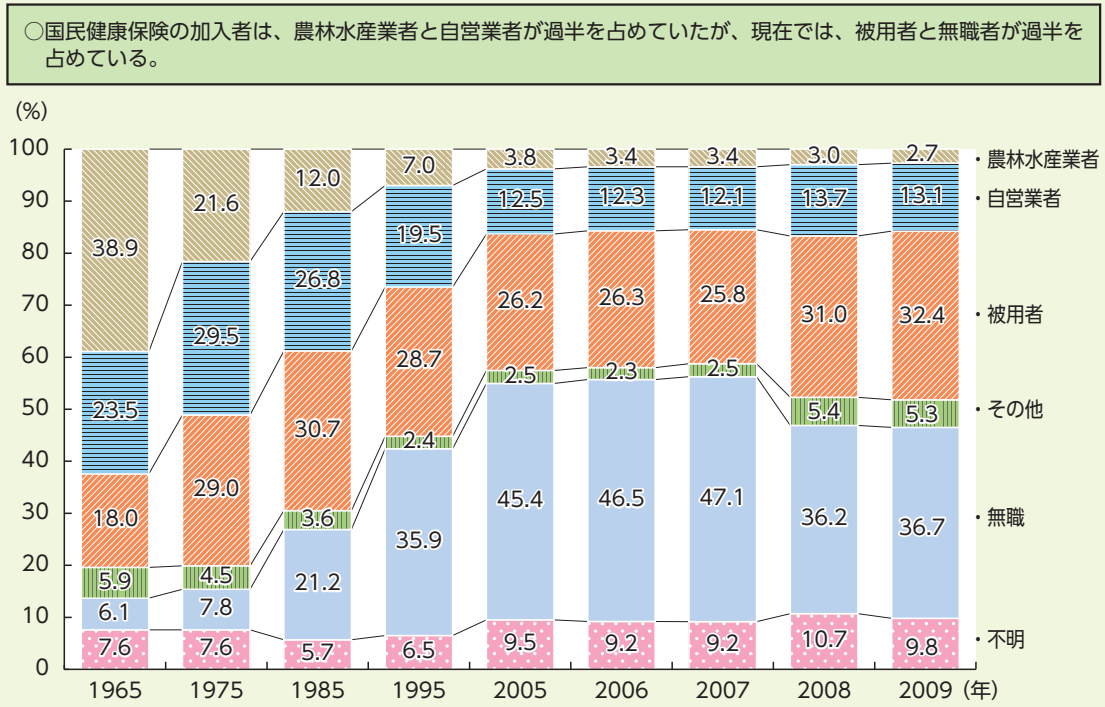
1 経済基調の変化、産業構造の変化への対応

国民皆保険・皆年金が実施された当初には、実は右肩上がりの経済成長、多産多死社会から少産少死社会に移行する際に生じる人口ボーナス（生産年齢人口比率が高いこと）という給付改善を図っていく上での恵まれた状況があった。しかし、経済状況は、第1次オイルショックを契機として高度経済成長から安定成長に移行し、バブル経済とその崩壊を経て、低成長、マイナス成長の時代へと移行した。さらには、急速に高齢化が進展するなかで、社会保障も給付改善一辺倒ではいけなくなった。

国民皆保険・皆年金が実現できたのは、被用者保険の被保険者以外のすべての国民を国民健康保険、国民年金の対象としたことによる。これらの制度の当初の対象者の多くは、農業、自営業者等であった。国民健康保険の被保険者の状況をみると、1965（昭和40）年には、農林水産業38.9%、自営業23.5%であり、無職は6.1%にすぎなかった。その後、産業構造の変化に伴い、

2009（平成21）年には無職者が36.7%、被用者（被用者保険の適用を受けないパートタイム労働者等）が32.4%となった（図表3-3-1）。また、高齢化に伴い被保険者の年齢も上昇し、被保険者のうち65歳以上の加入者が31.4%であった。その結果、低所得者と高齢者の保険としての性格が強まっている。

図表3-3-1 国民健康保険の加入者の職業別構成割合



資料：厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査報告」
 (注) 2007年から2008年にかけての加入者の構成割合の変化は、2008年から後期高齢者医療制度が施行されたことに伴い、国民健康保険の加入者が75歳以下となったことが影響している。

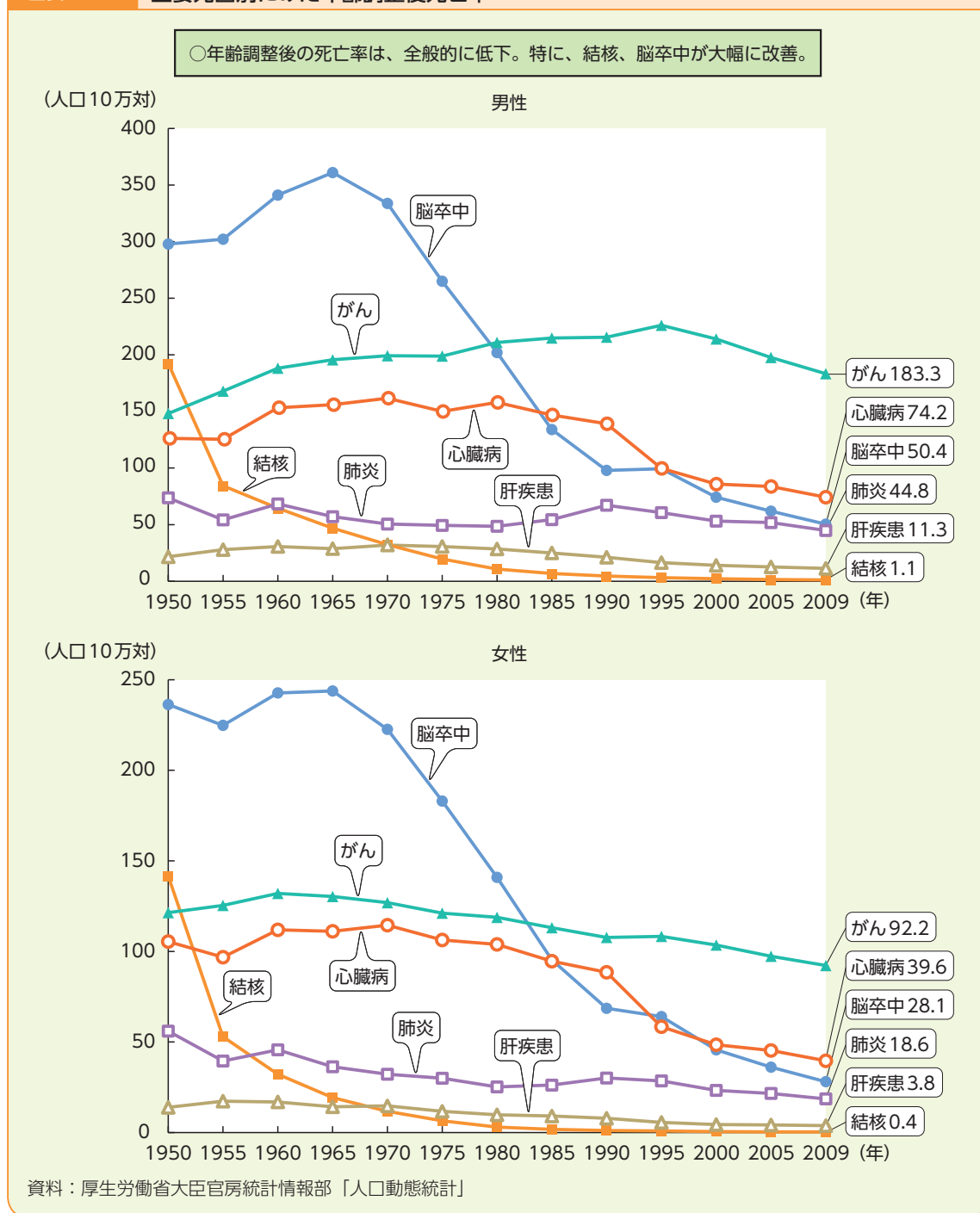
1981（昭和56）年に第2次臨時行政調査会が発足し、行政改革が各分野で進められるようになって以降、現在に至るまで、社会保障の各制度についても様々な調整が行われた。全体として、給付の合理化、適正化が進められ、保険料、一部自己負担の引上げが行われたが、特に、国民健康保険、国民年金をどう維持していくかは、国民皆保険・皆年金体制を維持していくための大きな課題であり続けた。

このため、医療保険においては、数次にわたって、自己負担割合の引上げが行われたほか、老人保健制度や後期高齢者医療制度等への拠出金を通じた被用者保険と国民健康保険の制度間調整が強化されていった。年金制度においては、国民年金を被用者を含めた全国民共通の基礎年金制度とした上で国庫負担を基礎年金部分に集中させることとし、併せて、給付水準の適正化がなされ、さらにその後、支給開始年齢の引上げ、保険料水準固定方式、マクロ経済スライドの導入等が行われた。

2 疾病構造の変化、科学技術の進歩への対応

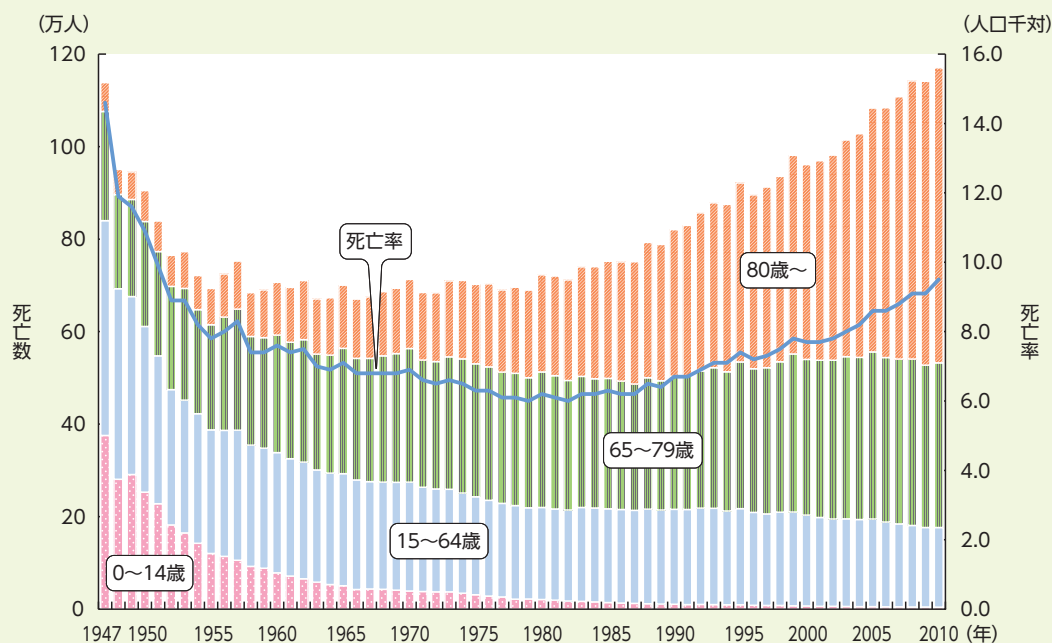
結核をはじめとする感染症は、衛生水準の向上や抗生物質による治療が行きわたることにより克服され、かつて国民病とまでいわれた結核による死亡者数は大幅に低下した。疾病構造は急性疾患から慢性疾患へと大きく変化したのである。脳血管疾患による死亡も大幅に低下してきている。年齢調整後の死亡率をみると、結核、脳血管疾患を中心に大きく低下してきていることがわかる。他方、高齢化に伴って、死亡数そのものは上昇傾向にある。特に、がんの死亡数が上昇しており、心臓病、肺炎も高齢化の影響で死亡数が上昇している（図表3-3-2）。

図表3-3-2 主要死因別にみた年齢調整後死亡率



図表3-3-3 年齢階級別に見た死亡者数の推移

○0～14歳、15～64歳の死亡が多かったが、現在では、65～79歳、80歳以上の死亡がほとんど。高齢化に伴い、人口当たり死亡率は上昇傾向。



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
 (注) 2010年は概数値である。

また、人口構成の反映でもあるが、死亡者数のうち75歳以上の高齢者の占める割合が上昇し、14歳以下は大幅に減少している。1947（昭和22）年には14歳以下の死亡者数が37.5万人、15歳から64歳が46.3万人であり、1961（昭和36）年にはそれぞれ7.2万人、25.4万人であったが、2010（平成22）年には0.4万人、17.21万人（ともに概数）まで減少した。他方、80歳以上の死亡が1947年には6.24万人であり1961年には11.9万人であったのが、2010年には66.3万人まで上昇しており、死亡者数の過半数を占めるに至っている。死亡率も1982（昭和57）年6.0まで低下したが、その後高齢化の影響で2010年には9.5まで上昇している（図表3-3-3）。

高齢者は、複数の疾患をもつことが多く、その多くは、かつては成人病と呼ばれ、今日では生活習慣病と呼ばれる慢性疾患である。脳血管疾患による死亡自体は医療技術の進歩等により大きく減少したが、脳血管疾患をきっかけに要介護状態となるなど、慢性疾患が悪化した場合には介護等が必要となる場合も多く、入院期間も長期化しやすい傾向がある。

こうした情勢に対応して、既に述べたとおり、医療施設の急性期、回復期、慢性期の機能分化と各施設の連携、在宅医療の充実等が図られ、さらには、老人保健施設が制度化され、介護保険制度が創設された。また、老人保健法に基づく健康診査や、近年では医療保険の保険者にメタボリックシンドロームに該当する被保険者に対する生活習慣改善のための保健指導を義務付けるなど、生活習慣病の予防対策も強化されてきた。

第2次世界大戦後、医学、医療技術や新薬の開発が急速に進展し、新しい診断法、治療法が次々に導入された。感染症に対する抗生物質治療は結核克服に大きな役割を果たし、外科における全身麻酔は様々な疾病の治癒に貢献した。1970年代以降には、CT、MRIなどの診断技術が進歩し、治療技術もカテーテルや内視鏡等を使って行う、より高度な非開胸や非開腹の手術などが盛んに行われるようになった。また、各種抗がん剤等の画期的な新薬も登場した。

こうした新しい医薬品や医療技術は、順次医療保険の適用対象となり、多くの国民がその恩恵

を享受することができたことは、国民皆保険の大きな成果の1つである。さらに、最先端医療をいち早く医療現場に導入するための高度医療、先進医療の仕組みも設けられている。他方、最先端医療では、高価な医療機器、医薬品を用いることが多く、医療費増大の一因になっているとの指摘もなされている。

3 生活水準、権利意識の向上、家族関係の変化への対応

国民皆保険・皆年金の実現は画期的なものであったが、普及、定着するに従っていわば当たり前のこととなり、様々な改善が求められることとなる。高度経済成長に乗って国民の生活水準は向上し、社会保障給付にもそれに対応した改善が求められた。年金支給額の改善については既に述べたとおりであるが、現物給付が原則である医療保険、事実上の現物給付である介護保険に対しては、診療あるいは介護自体の質の確保はもとより、より良い療養環境を望む者が増加し、病床1床当たりの面積を増加させた療養病床の制度化、介護施設における相部屋から個室への移行、さらにはユニットケアの導入^{*1}など、療養環境への配慮も行われた。

国民の権利意識の向上への対応も求められた。医療機関への受診は当初から患者と医療機関の契約ではあったが、インフォームド・コンセント（医療従事者による適切な説明と患者の理解に基づいた医療）の考え方が普及するに従い、医師から患者への診療内容の説明と患者の同意が重視されるようになった。福祉分野では、かつては行政庁が必要な措置をするという仕組みであったが、利用者とサービス提供者間での契約という仕組みに変わっていき、介護保険制度で定着したといえる。また、介護保険では、ケアマネジャーが本人の意向を確認しながらサービスをコーディネートするという利用者本位の仕組みが整えられた。

戦前の家制度がなくなり、家族関係も、個人の意識も変化した。年金制度、介護保険制度はいうまでもなく、医療保険制度も、従来私的に行われてきた高齢者扶養を社会化したという面があり、これは、国民皆保険・皆年金の実現以来今日まで加速度的に進んでいる。

個人ということでは、社会保障制度においても、個人単位で保険料を納付し、保険給付を受けるという制度が広がった。国民健康保険制度においては、世帯主が全員分の保険料を納付する義務を負い、現金給付等の支払いも世帯主が受け、被用者の医療保険でも加入者本人と扶養親族という世帯を前提とした仕組みになっている。しかし、2000（平成12）年、2008（平成20）年にそれぞれ施行された介護保険制度、後期高齢者医療制度においては一人ひとりが被保険者とされ、保険料納付も、受給も個人の権利、義務となっている。また、様々なライフステージを経ることが多い女性の年金については、専業主婦にも本人名義の基礎年金が保障され、離婚時の厚生年金の分割が制度化された。

国際化に伴い、海外に居住する日本人も、日本国内に居住する外国人も増加した。1982（昭和57）年の難民条約加入に伴い、原則として、外国人に対しても社会保障が適用されることとなった。他方、転勤等で海外に居住する日本人については、年金保険料支払や年金加入期間の問題が生じるが、これについては、社会保障協定による加入関係の整理、給付期間の通算等が行われている。2010（平成22）年末現在、ドイツ、英国、韓国、アメリカ、ベルギー、フランス、カナダ、オーストラリア、オランダ、チェコ、スペイン、アイルランドの12カ国と協定が締結されている。

*1 在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行うこと。

第4節 保険料や公費の負担

1 保険料

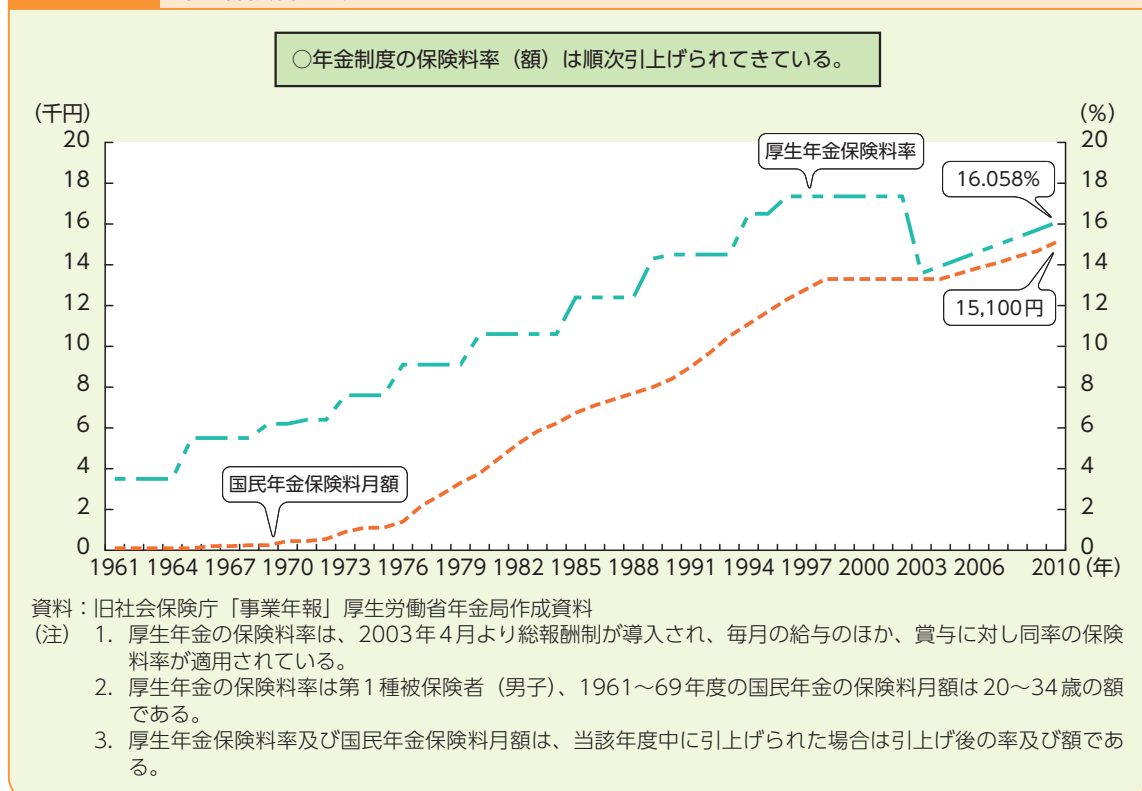
社会保障給付を行うためには、そのための財源が必要であり、社会保険制度の場合には基本的には保険料収入によることとなる。日本では何らかの形で公費が投入されていることが多く、その分保険料負担が低く抑えられているが、保険料を負担してはじめて給付を受けられることが原則である。これまでみてきたように、社会保障給付は様々な点で改善・拡充されてきており、加えて、人口高齢化の進展により、社会保障給付の受給者自体が増大している。社会保障給付費の総額は一貫して増大を続け、2010（平成22）年には100兆円を超えている。

社会保険制度を支える保険料の多くを負担しているのが現役世代である。公的年金制度が成熟するに従い、満額に近い金額を受給する高齢者は増加の一途をたどっているが、同時に、日本の公的年金制度の姿は、いわゆる賦課方式に近づいており、給付に必要な金額をその時点の20歳～60歳の現役世代が負担するものとなっている。医療保険、介護保険の保険料は高齢者も負担しているが、高齢者の医療を支える拠出金負担もあって、現役世代の負担は大きくなっている。加えて、高齢化の進展で高齢者数に対する現役世代の比率が低下していることから、現役世代一人ひとりの保険料率は更に上げられている。

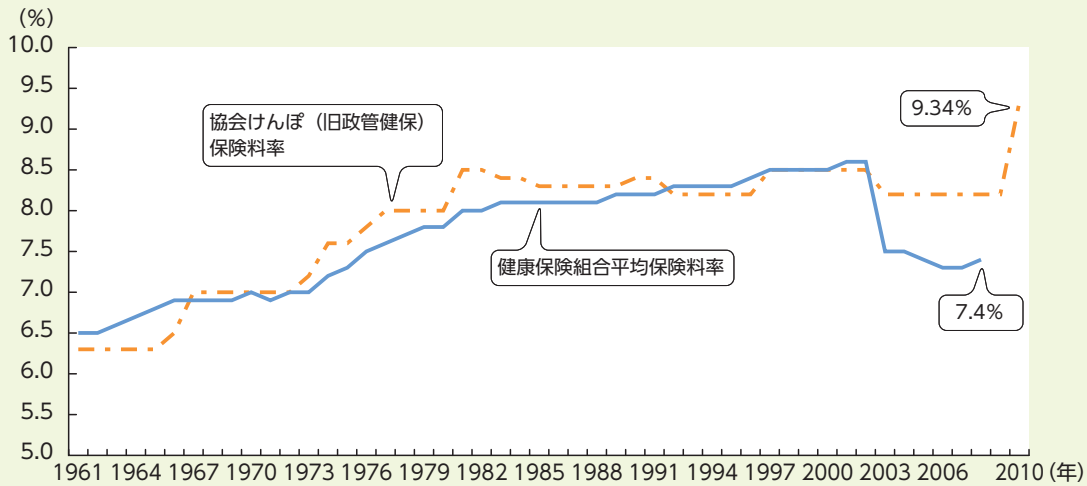
国民年金の保険料は、1961（昭和36）年度の月額150円（35歳以上）から、2010年度の月額1万5,100円まで上げられている。厚生年金については、1961年の3.5%（月収ベース）から2010年9月の16.058%（総報酬ベース）まで上げられている（[図表3-4-1](#)）。政府管掌健康保険（現 協会けんぽ）の保険料率は、1969（昭和44）年の7.0%（月収ベース）から9.50%（総報酬ベース、全国平均）まで上げられている（[図表3-4-2](#)）。

特に、医療保険においては、健康保険組合や協会けんぽ（旧政府管掌健康保険）の義務的支出

図表3-4-1 年金保険料の変遷



図表3-4-2 医療保険料の変遷



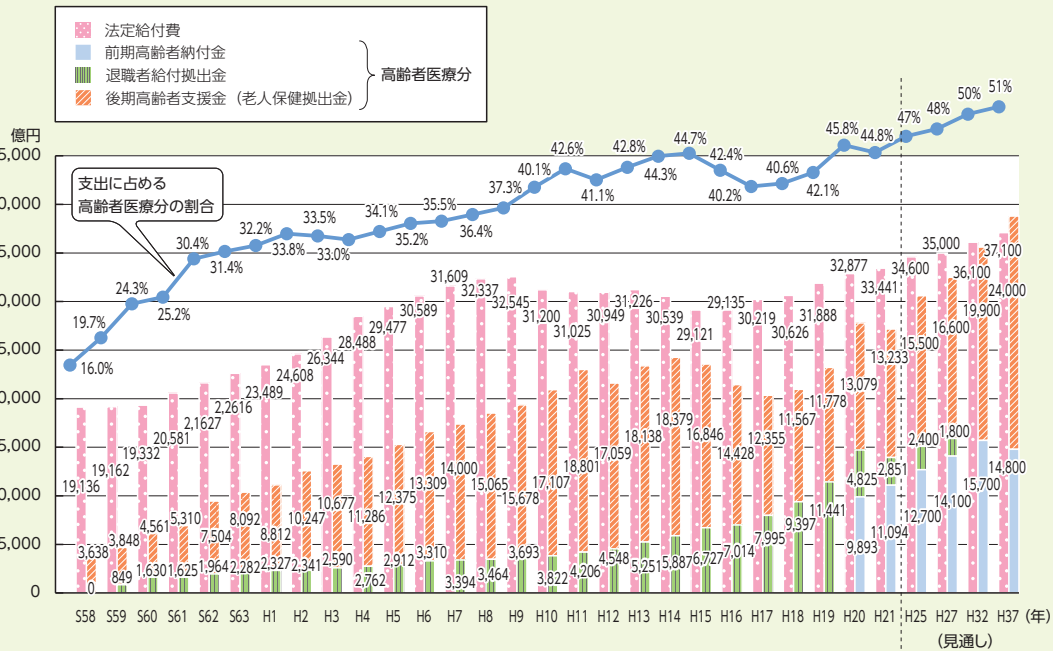
資料：旧社会保険庁「事業年報」厚生労働省保険局作成資料

- (注) 1. 協会けんぽ (旧政管健保)、健康保険組合の各保険料率は、2003年4月より総報酬制が導入され、毎月の給与のほか、賞与に対し同率の保険料率が適用されている。
 2. 協会けんぽ (旧政管健保) および健康保険組合の平均保険料率は、介護保険第2号被保険者に該当しない場合の額である。
 3. 健康保険組合の平均保険料率は、1980年度までは各組合の一般保険料率の単純平均であり、1981年度以降は、各組合の一般保険料率と調整保険料率の合計の単純平均である。また、時点は1970年度までは3月末、1971年度以降は2月末である。
 4. 協会けんぽ (旧政管健保) 保険料率は、当該年度中に引上げられた場合は引上げ後の率である。

に占める高齢者医療への支援金等の割合は、増加傾向にある (図表3-4-3)。

保険とは、本来、リスクに備えて共同で支払った保険料をプールしておき、リスクが顕在化したときに給付を行うという性格のものであるが、社会保険である医療保険、年金ともに世代間の所得移転の仕組みとしての性格がより強まってきている。

図表3-4-3 支援金等の推移 (健保組合)



資料：厚生労働省保険局作成資料

- (注) 1. 支出は、法定給付費、前期高齢者納付金 (平成19年度以前は退職者給付拠出金) 及び後期高齢者支援金 (平成19年度以前は老人保健拠出金) の合計額である。なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。
 2. 過去の数値は決算値 (平成21年度は決算見込値) である。
 3. 平成25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議 (平成22年10月25日) で公表した試算の現行ベース (診療報酬改定を折り込んでいない)。

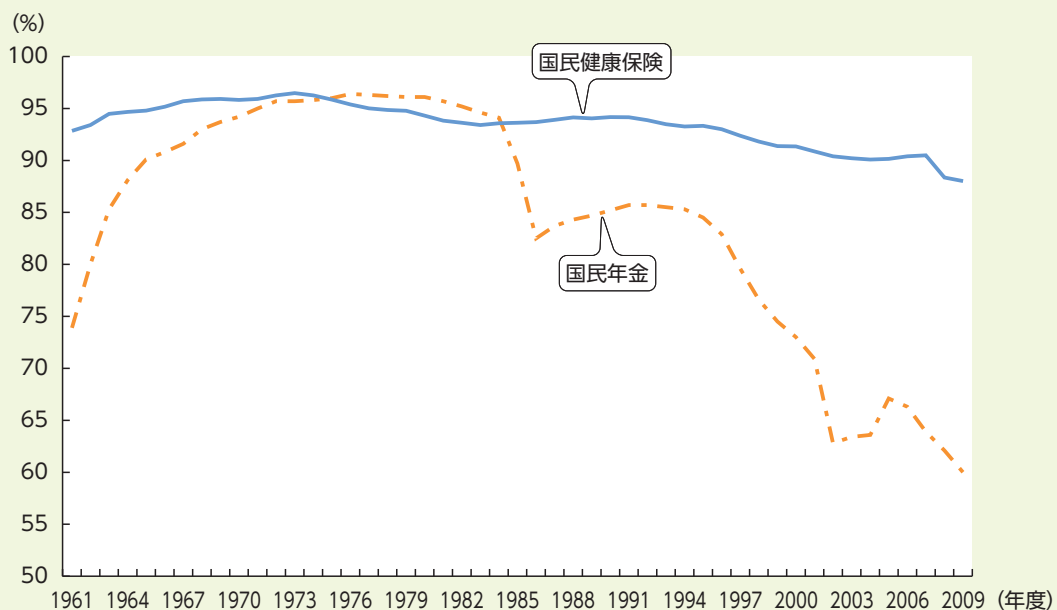
2 保険料収納率

被用者保険の保険料は給与天引きであることから収納率は基本的に100%であるが、国民年金、国民健康保険については収納率が問題となる。社会保険制度は社会連帯の仕組みであり、強制加入が原則であることから、低い収納率は制度の根幹に関わる問題となる。国民年金、国民健康保険の保険料の収納率は、経済状況の好転、制度の定着等に伴って、昭和50年代くらいまで上昇した。国民健康保険については、1961（昭和36）年当時は92.85%であったのが、1973（昭和48）年には96.47%まで上昇した。その後、バブル期をのぞいて長期漸減傾向にある^{*1}。

国民年金についても、1961年に73.9%であったものが、昭和40年代後半から昭和50年代にかけておおむね95%程度まで上昇した。その後、制度変更による適用拡大があったことなどもあり、平成に入ってからはおおむね85%程度であったが、その後、経済の低成長等の影響もあり、漸減した（図表3-4-4）。

特に、国民年金については、現実の老齢年金受給は将来のものであり、国民健康保険のように直ちに医療を受けることが困難になるというものではないことなどから、納付率が低かったが、2000（平成12）年の法改正による年金事務の国への引き揚げに伴って更に低下した。若い世代を中心に年金制度への信頼が揺らいでいるとの指摘もあり、旧社会保険庁における年金記録問題が影響しているところもあるが、保険料の納付は、マクロ的な財政上の影響はともかく、制度の根幹に関わる問題であり、引き続き、年金記録問題等に誠実に取り組むことで年金制度に対する信頼を確固としたものとするとともに、収納対策の向上に向けた取組みを強化している。

図表3-4-4 国民健康保険、国民年金の収納率の推移



資料：厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」、旧社会保険庁「事業年報」

(注) 【国民健康保険】

1. 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)
2. 2000年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。また、2008年度以降は75歳以上の者等が含まれていないため、2007年度以前との比較には留意が必要。

【国民年金】

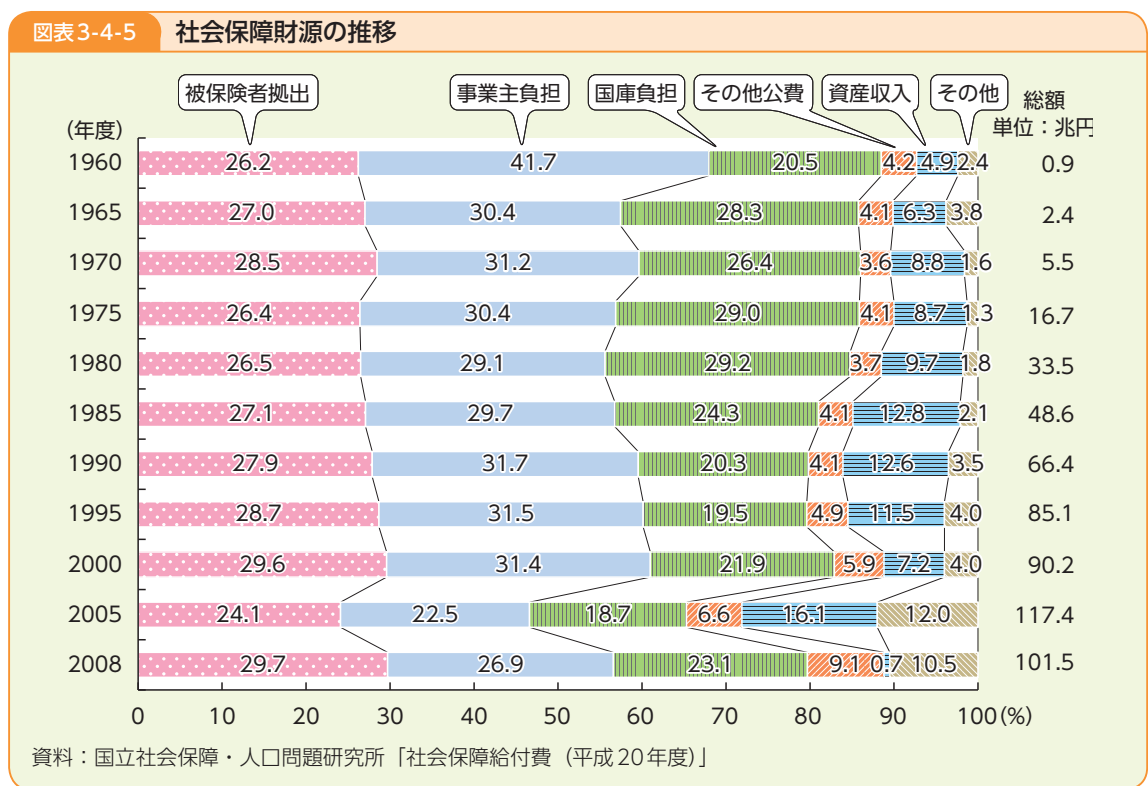
1. 納付率とは、納付対象月数に対する納付月数の割合である。
2. 2001年度以前は検認率（「検認実施月数累計」に「現金前納月数累計」を加えた月数を、「検認対象月数累計」で除したもの）である。

*1 2008（平成20）年度後期高齢者医療制度の施行に伴い、収納率の高い75歳以上の被保険者が市町村国保から後期高齢者医療制度へ移行したことや、景気悪化等の影響もあり、収納率は9割を下回った。

3 公費負担

社会保険制度は保険料により運営されることが基本であるが、支払能力のない者には保険料納付の免除や軽減を行う必要がある。保険者によって財政力の違いがあり、こうした財政力の格差を考慮することにより、特定の保険者やその加入者に過重な負担が生じないようにすることにより、社会保険制度の持続可能性を担保する必要もある。そして、保険料の上昇を抑制するために公費による補助が行われることもある。

こうしたことから、医療、年金、介護等の各社会保険制度では、保険者の財政力の違い等に着目し、国費を中心とした公費負担割合が原則として5割を超えない範囲で行われてきている。経年的にみても、第2次臨時行政調査会・臨時行政改革推進審議会の時代に国庫負担率が下げられたこともあったが、国民年金、国民健康保険、協会けんぽ（旧政府管掌健康保険）についても公費が順次拡充されてきた（図表3-4-5）。



給付の一定割合という形で公費負担を導入した場合には、給付の増大に対応して公費を増額していくが必要になる。しかしながら、税収が基本的に経済の成長に対応して伸びるのに対し、社会保障給付の伸びには様々な要因があり、高度経済成長終焉後には、急速な人口高齢化等の影響を受け、社会保障給付が経済成長率を上回って伸びていった。

社会保障給付費をみると、様々な制度改正が行われた1980年代から90年代にかけて公費負担割合が下がったが、その後は上昇傾向を示している。平成23年度予算の一般歳出をみると全体の53.1%、金額にして28.7兆円が社会保障関係費である。社会保障関係費は、今後、毎年1兆円を超える自然増が見込まれているが、一方で、日本の財政状況が非常に厳しい状況にあることから、次章に述べるとおり、社会保障と税の一体改革が検討されることとなった。