

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

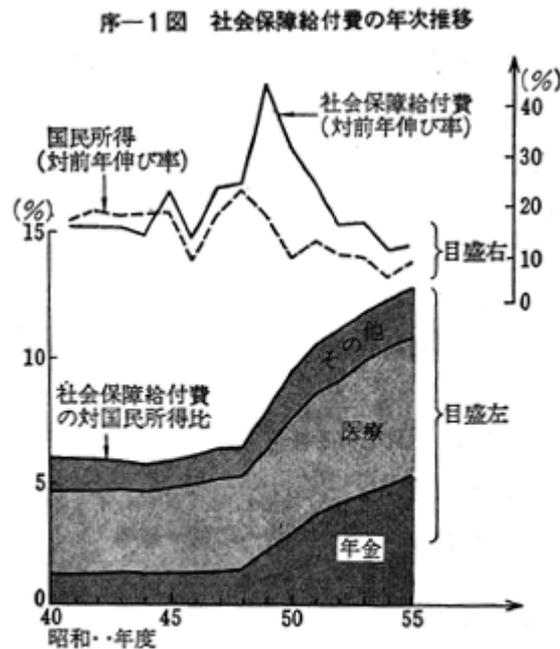
第1節 社会保障の新局面

1 拡大した社会保障の規模

社会保障給付費の規模は、昭和55年度で24兆6,044億円に達し、国民所得の12.7%を占めた。

社会保障給付費を国民所得と比べると、昭和40年代後半からその伸びが著しい。10年前(昭和45年度)に比べて、国民所得が約3倍の伸びであるのに対し、社会保障給付費は実に約7倍となった。これは、この間に、昭和46年度の児童手当制度の創設、昭和47年度の老人医療費支給制度の創設、昭和48年度の年金額の大幅な改定、スライド制の導入、医療保険における家族給付率の引上げ(5割→7割)、高額療養費制度の導入等社会保障制度の拡大、改善が続いたことによる。

序-1図 社会保障給付費の年次推移



厚生省政策課調査室調べ

(注) 「その他」とは、児童手当、生活扶助、傷病手当金等である。

社会保障の給付別構成比では、昭和50年度に現金給付(年金及び社会福祉サービス関係)が医療給付を抜いたが、昭和55年度には、医療給付の43.3%に対し年金が構成比で41.4%を占め、いまや年金が医療給付とともに、社会保障の双壁となってきた。

厚生白書(昭和57年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第1節 社会保障の新局面

2 人口の高齢化

(1) 進む人口の高齢化

我が国の総人口は、昭和56年で約1億1,788万人(総理府「推計人口」)と対前年比0.7%増であった。昭和50年代に入り、死亡率は0.6%台で推移する一方、出生率は、昭和50年の1.7%から56年の1.3%へと低下傾向が続き、その結果人口増加率も低下傾向にある(注)。昭和50年以降は、1人の女性が一生の間に生む子供の平均数(合計特殊出生率)が1.9人と2人を割り、昭和56年には1.74人まで減っている。このような出生力の低下傾向は、人口の構造を高齢化させる。10年前(昭和46年)を100とすると、総人口は111の伸びであったが、これに対し65歳以上人口は145の伸びとなり、昭和56年には65歳以上の人口は約1,100万人で総人口の9.3%を占めるに至っている。

昭和56年における平均寿命(0歳の平均余命)は、男73.79年、女79.13年であり、また65歳の平均余命は男14.85年、女17.93年である。昭和56年現在では出生児男100人中39人、女100人中58人までが80歳まで生きる時代(30年前は男100人中17人、女100人中26人)となり、「人生80年」がすでに現実のものとなっている。

(注)人口の増加は、出生と死亡による「自然増加」と、外国との人口の流出入による「社会増加」によって生ずる。我が国では、「社会増加」が極めて少ないから、人口の増加は、自然増加によって決まる。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第1節 社会保障の新局面

2 人口の高齢化

(2) 人口の将来推計

将来の人口がどうなるかを推計することは、高齢化の進展が社会経済に及ぼす影響が大きいだけに重要であり、厚生省人口問題研究所は、従来から推計を公表してきた。昭和55年の国勢調査が公表され、また、近年出生力が低下傾向にあるのを踏まえ、同研究所は昭和56年11月新推計(「日本の将来推計人口」)を公表した。

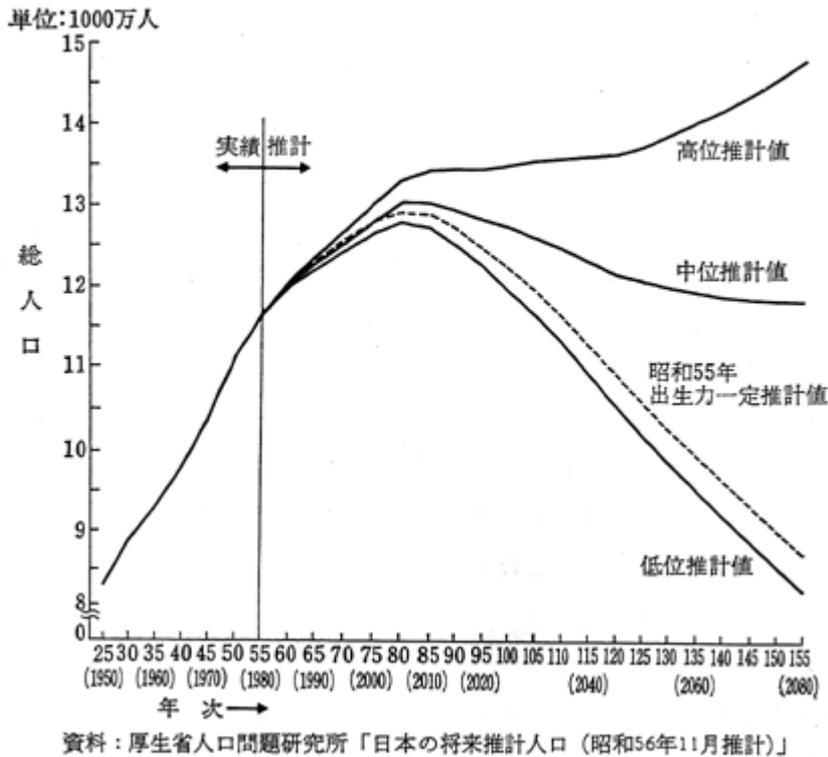
今回の新推計には2つの特徴がある。第1は、推計期間を100年間という長期としたことであるが、これは継続する低出生率の影響を十分みるためにはこの程度の期間が必要と考えられたからである。第2は、出生率の将来動向については、不確定要素が大きいため、一番確実と思われる「中位」推計のほかに従来から「高位」・「低位」両推計を行っているが、今回はその幅を大きくとって推計していることである。

1) 人口の将来の動き

中位推計では、昭和83年にいったん1億3,036万人でピークを迎え、以後60年間にわたり人口の減少が続き、昭和150年以降は1億1,840万人で静止人口となる。高位推計では、人口の増加が続き、昭和155年には1億4,812万人に達すると見込まれる。低位推計では、昭和81年に1億2,772万人に達するのをピークとして以後減少の一途をたどると予想されている。

序-2図 人口の推計

序-2図 人口の推計



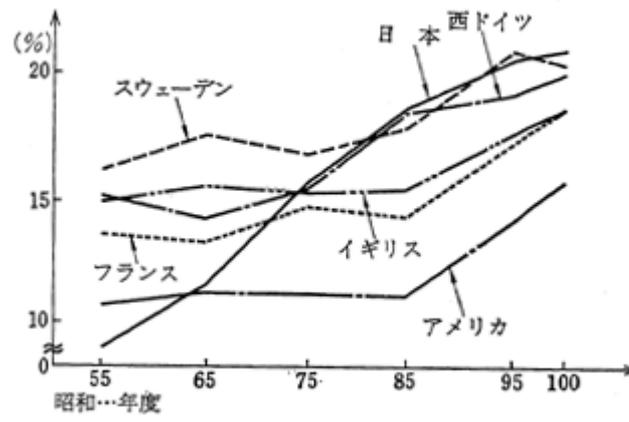
2) 急速に進む人口の高齢化

中位推計で見ると、65歳以上人口の総人口に占める割合は、昭和75年には、15.6%と現在の西欧諸国の水準に達し、その後もこの比率は上昇し続け、昭和100年には21.3%となって、世界でも有数の高齢化社会になる。

また、生産年齢人口(15歳以上65歳未満の人口)に占める40歳以上65歳未満の人口の比率でみてみると、昭和56年で44%であるのに対して、昭和75年には50%、昭和100年には52%と生産年齢人口の中でも中高年化が進行する。

序-3図 人口の高齢化(65歳以上人口の総人口に占める割合)の推計

序一3図 人口の高齢化(65歳以上人口の総人口に占める割合)の推計(国際比較)



資料：日本は厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口」
その他は「1980年国連人口推計」

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第1節 社会保障の新局面

2 人口の高齢化

(3) 人口の地域分布

我が国は、昭和56年で1km²当たり312人と、世界でも指折りの人口密度の高い国である。その上我が国は平地部分が少ないため、可住地面積の国土面積に占める割合は21%と著しく低く、可住地面積当たりの人口密度は、1km²当たり1,464人にも達する。また、三大都市圏の人口の総人口に占める割合は、東京圏(埼玉,千葉,東京,神奈川)で24.6%,大阪圏(京都,大阪,兵庫)で13.8%,名古屋圏(愛知,三重)で6.8%となっており、合計45.2%と総人口の約半数が三大都市圏に居住している。三大都市圏への人口集中は、昭和30年代以降の高度成長の過程で著しかったが、近年は、鈍化傾向にある。東京都においては、昭和50年から昭和55年には人口が減少した。

都道府県別の65歳以上人口の割合は、最高の島根県の14.0%から最低の埼玉県の6.4%までかなりの違いがある。

本編

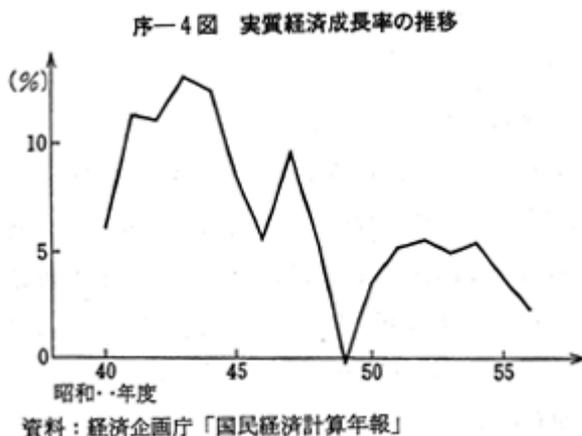
序章 高齢化社会への本格的対応

第1節 社会保障の新局面

3 安定経済成長の定着

我が国の経済は、昭和45年以降成長率が低下し、特に昭和48年末のオイル・ショック以後は、それまでの実質経済成長率10%強の時代から、その半分以下の安定経済成長時代に移行した。昭和50年以降は、資源エネルギーの制約のほかに、国際貿易摩擦問題が生じ、我が国だけで独自に高い経済成長を維持することが困難になっている。社会保障は、費用を負担する者から給付を受ける者への所得の移転を通じて所得再分配を行っており、高度成長時代においては、拡大するパイの増加分を社会保障にまわすという形であったものが、安定成長が定着しパイがそれ程増加しない時代においては、国民所得のどれだけを社会保障にまわすかという配分の問題が中心問題となってきた。

序-4図 実質経済成長率の推移



本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第1節 社会保障の新局面

4 社会保障の規模の将来推計

人口の高齢化と経済成長率の低下が同時に進行するという状況の下で、21世紀における社会保障の規模は
 どうなるであろうか。社会保障長期展望懇談会(厚生大臣の私的諮問機関)は「社会保障の将来展望につ
 いて(提言)」(昭和57年7月)において、名目経済成長率が9.2%(実質経済成長率4%)の仮定の下に現在の社会保
 障各制度がそのまま推移するとした場合の社会保障給付費の対国民所得比の将来推計を行っている。

序-1表 推計結果

	〔昭和55年度〕	〔昭和75年度〕	〔昭和85年度〕
1. 年金	5.3% (保険料率 10.6%)	12.7% (保険料率 18%程度)	16.9% (保険料率 31%程度)
2. 医療 A推計	5.7% (保険料率 8.4%)	7.0% (保険料率 9%程度)	7.7% (保険料率 11%程度)
B推計		8.6% (保険料率 11%程度)	10.5% (保険料率 14%程度)
3. その他	1.7%	2.1%	2.2%
(合計)	12.7% (保険料率19.0%)	21.8~23.4% (保険料率27~29% 程度)	26.8~29.6% (保険料率42~45% 程度)

資料：社会保障長期展望懇談会「社会保障の将来展望について(提言)」(昭和57年7月)

(注) 1. 推計方法

- (1) 年金については、昭和55年財政再計算結果等により推計した。
- (2) 医療(現金給付を含む。)については、
 - ① A推計は、GNPの伸びに人口の高齢化による増を加えて推計した。
 - ② B推計は、昭和52年度以降の医療費の実績を踏まえて推計した。
- (3) その他については、給付費とGNPの回帰式から推計した。

2. 保険料率は、年金については厚生年金の、医療については政府管掌健康保険の保険料率である。

3. 西ドイツの保険料率(昭和57年)

年金	18% (標準報酬換算23%程度)
医療	12% (標準報酬換算16%程度)
計	30% (標準報酬換算39%程度)

(年金においては、日本も西ドイツも約20%程度の国庫負担があるが、医療においては、日本は国庫負担がある(政府管掌健康保険で16.4%)のに対し、西ドイツでは原則として国庫負担はない。)

4. 社会保障給付費の対国民所得比では、昭和52年でアメリカ16.5%、イギリス(昭和51年)19.9%、西ドイツ28.7%、フランス28.9%、スウェーデン36.2%である。

この推計によれば、社会保障の規模は、対国民所得比で、昭和75年度には22~23%程度と現在のアメリカや

イギリスの水準を超え、昭和85年度には27～30%程度と現在の西ドイツやフランスの水準に達することが予想されている。

これを部門別にみると、社会保障給付費に占める年金の割合は、年とともに増加し、昭和85年度には、57～63%程度に達することが予想されている(医療費の推計方法によって幅が生ずる。)。

医療と年金をあわせた保険料率は、現行の約19%から昭和75年度には27～29%程度へ、昭和85年度には42～45%程度へ上昇することが予想されている。保険料率を我が国の社会保険制度と比較的よく似た仕組みとなっている西ドイツと比べてみると、昭和85年度には、現在の西ドイツの水準(標準報酬換算で39%程度)を超えることが予想されている。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第1節 社会保障の新局面

5 なお必要な生活関連社会資本の整備

国民生活の安定にとって、所得あるいは消費だけでなく、生活環境の改善を図ることも重要である。所得の面では高度成長期を経てかなり改善され西欧水準並みとなってきており、国民の関心は、フロー中心からストック重視の方向に変化してきている。このような変化を踏まえ、引き続き社会資本の整備を計画的に進めていく必要がある。

社会保障の分野においても、保健医療施設、社会福祉施設等の社会資本の整備を逐年図ってきたが、急速な高齢化社会の進展にあわせ、老人福祉施設をはじめとする社会資本の量的整備を今後とも進める必要がある。また、施設の利用者として高齢者が増えるので安全性について配慮し、また、高齢者と若者との交流を促進するような社会資本や高齢者のニーズに配慮した住宅等高齢化社会に対応した社会資本の整備も必要である。さらに水道施設、廃棄物処理施設等の環境衛生施設についても、生活環境の改善を図り、国民が健康で快適な生活を営めるようその整備充実を図ることが必要である。

序-2表 厚生施設の整備状況

	指 標	昭和45年	50	55
① 水道施設	給水人口/総人口	80.8%	87.6%	91.5%
② ごみ処理施設	焼却量/ごみ量	55.3%	57.8% ^(注)	65.2%
③ し尿処理施設	施設処理量/し尿総量	70.6%	68.5% ^(注)	74.9%
④ 医療施設	ベッド数(病院)/総人口	(人口1万対) 102.4床	(人口1万対) 104.0床	(人口1万対) 112.7床
⑤ 社会福祉施設	総定員/総人口	1.4%	1.8%	2.2%

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査報告」、「社会福祉施設調査報告」及び厚生省水道環境部調べ

(注) 昭和54年の値である。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第2節 国民生活に不可欠な社会保障

前節でみたように社会経済情勢が大きく変化しており,社会保障の側でも根本的な対応が迫られている。この際戦後長期間にわたり整備拡充されてきた実績に立ち,社会保障が果たすべき機能や役割の重要随改めて認識する必要がある。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第2節 国民生活に不可欠な社会保障

1 個人の努力の限界

私達が生活していくうえで、様々な生活不安がある。基本的には衣食住が満たされていなければならないし、そのためには所得が確保されていなければならない。ハンディキャップを持つ人々は、その稼働能力だけでは生活の安定を図り得ない。社会保障のない時代には、疾病、退職、失業といった事態は、直ちに所得水準の低下をもたらした。

私達は、不時の災害や老後のために備え、日ごろから貯蓄を行っている。しかし、すべての事態を想定してこれを貯蓄のみで対応することは不可能である。

例えば、老後の備えについて考えてみよう。個人の努力で対応しようとするれば自分自身が何歳まで働けるか、退職後何歳まで生きるか、また、遺族がどうなるかという不確実な想定の下に、長い期間にわたって貯蓄を行う必要があり、また、その実質価値を維持しなければならない。しかし、これを個人で確実に行うことは実際上困難であろう。また、老後生活に入って貯蓄を取り崩す時期においては、経済成長の恩恵を受ける余地は小さくなる。

また、疾病の場合でも、国民1人当たり10万円(昭和55年)の医療費がかかっているが、いつ、どのような疾病にかかり、さらにどのくらい貯蓄による準備が必要となるかについて想定して対応することは困難である。

今後は、人口の高齢化や核家族化によって高齢者の単独世帯が急増するなど、家庭による扶養や介護の機能が弱まる。この意味においても個人だけの備えには限界がある。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第2節 国民生活に不可欠な社会保障

2 生涯設計に組み込まれている社会保障

私達は、病気になれば医療を受けることができ、また、老齢になれば年金が受けられることを当然のものとしている。そうであればこそ、社会保険料の負担もしている。

20年前(昭和36年)には、国民19.8人に1人が1日に医療施設で医療を受けたが、昭和56年には国民13.8人に1人となった(厚生省統計情報部「患者調査」)。また、公的年金(恩給を含む。)の老齢(退職)年金受給権者数の総人口に占める割合でみると、20年前(昭和35年度)は、3.3%にすぎなかったが、昭和55年度には12.1%となった。このように社会保障制度は、整備拡充されるに従い、あたかも水や空気のような存在になり、これが揺らぐことになれば私達の生涯設計も大きく狂うことになる。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第2節 国民生活に不可欠な社会保障

3 所得再分配の機能

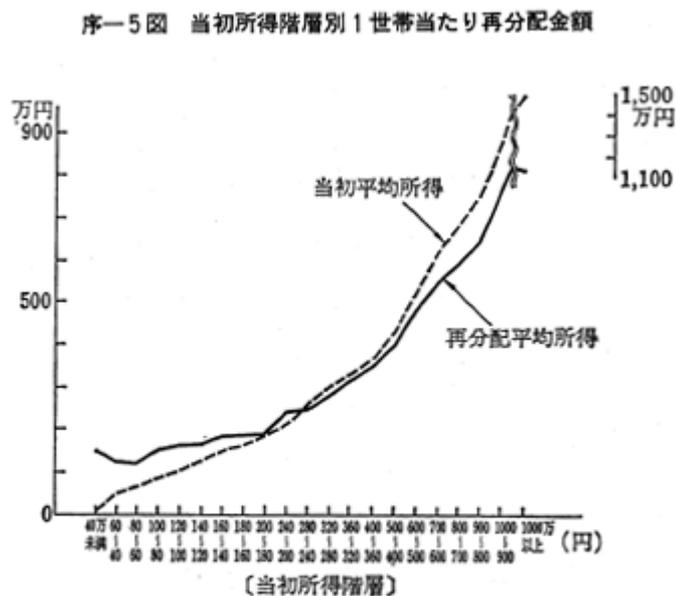
社会保障は、その費用を負担する者から給付を受ける者へ所得の移転を行うことを通じて所得の再分配を行っている。社会保障や租税により所得再分配がどうなっているかを厚生省「昭和56年所得再分配調査」によりみしてみる。

当初所得階層別1世帯当たりの再分配金額をみると、240万円未満の階層では、受給金額が拠出金額を上回っており、240万円を境に、これを超える所得のある世帯から、未満の世帯へ所得の再分配が行われている。

世帯主の年齢階層別の再分配効果をみると、60歳未満から60歳以上に所得が再分配されており、特に70歳を超えると再分配係数(注)が高まっている。また、前回調査(昭和53年)と比べると、70歳を超える者の再分配の程度が高まり、一方、壮年層の負担が上昇している。次に、世帯類型別では、母子世帯の再分配係数が66.6%と高く、また、高齢者世帯では44.4%である。

(注) 再分配係数=再分配所得-当初所得/当初所得

序-5図 当初所得階層別1世帯当たり再分配金額



資料：厚生省政策課調査室「昭和56年所得再分配調査」

序-3表 年齢階層別当初所得及び再分配所得

序-3表 年齢階層別当初所得及び再分配所得

世帯主の年齢階層	世帯数	当初所得 (万円)	再分配所得 (万円)	再分配係数 (%)	再分配係数 (%) (53年調査)
30歳未満	617	216.38	210.79	-2.5	-7.0
30～39歳	1,753	364.44	329.52	-9.6	-7.9
40～49歳	1,846	415.86	376.46	-9.5	-8.0
50～59歳	1,636	468.65	423.65	-9.6	-9.7
60～69歳	872	361.96	377.53	4.3	7.5
70歳以上	476	311.98	378.70	21.4	19.9

資料：厚生省政策課調査室「昭和56年所得再分配調査」

序-4表 世帯類型別1世帯当たり平均金額

序-4表 世帯類型別1世帯当たり平均金額

	総数	高齢者世帯	母子世帯	その他の世帯
世帯数	7,200	392	78	6,730
世帯人員	3.6	1.6	2.6	3.7
有業人員	1.7	0.7	0.9	1.8
当初所得(百円)	38,484.5	16,101.7	15,953.8	40,049.4
再分配所得(百円)	36,185.0	23,225.6	26,571.4	37,051.2
再分配係数(%)	-6.0	44.2	66.6	-7.5

資料：厚生省政策課調査室「昭和56年所得再分配調査」

(注) 再分配係数 = $\frac{\text{再分配所得} - \text{当初所得}}{\text{当初所得}}$

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第3節 老人保健制度の発足――高齢化社会への第一着手

昭和57年8月,老人保健法が成立し,昭和58年2月から制度が実施されることとなった。この制度は,壮年期からの総合的な保健対策によって国民の老後の健康を確保するという点と老人医療費の負担の公平化を図るという点において,本格的な高齢化社会への対応の第一着手というべきものである。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第3節 老人保健制度の発足――高齢化社会への第一着手

1 老人保健制度のねらい

(1) 総合的な老人保健対策の実施

我が国の疾病構造は慢性疾患が増えているが、これは人口の高齢化による影響であり、高齢化社会における保健医療対策は、成人病対策が中心となる。成人病は、日常の生活習慣の影響が大きく、予防や健康増進対策が重要となる。これまでの保健医療対策は、病気にかかってからの対策に重点が置かれがちで、治療のために大きな費用が充てられてきた。昭和55年度における国民医療費は約12兆円に達するが、そのうち総人口の約5%を占める老人(老人医療費支給制度の対象者)によって全体の約18%が占められている。

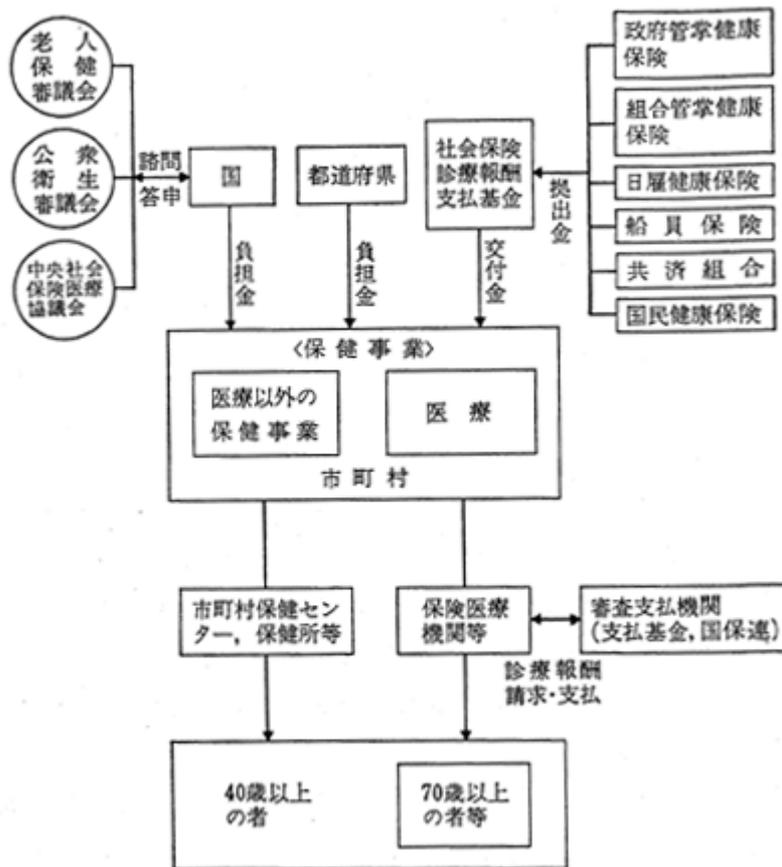
また、健康は、基本的には個人一人一人が守っていくものであるが、人生80年時代を迎え中高年期が長くなり、また、老後生活に対する不安として、健康を第一にあげる人が非常に多い。国民の老後の健康を確保するには、この関心を疾病の予防や健康増進に結びつけていくことが重要なことであり、このためには適切な保健サービスの機会を確保することが不可欠である。

北海道の鷹栖町、岩手県の沢内村、新潟県の大和町、富山県の福光町、長野県の佐久市、八千穂村、岐阜県の和良村、島根県の八雲村、山口県の川上村、高知県の野市町、福岡県の朝倉町、久山町などの市町村においては、以前から成人病の予防や健康増進活動を積極的に続けている。このような市町村では、1人当たり医療費が周囲の市町村より低いという傾向のあることが報告されている。健康への投資は、健康水準を高め社会の活力の源となる一方、医療費の節減効果も生ずる。

これらを背景として、新制度では市町村において予防から治療、機能訓練に至る保健サービスを総合的に実施して、国民の老後の健康の確保を目指すこととしている。これは、市町村という住民に最も身近なレベルで公衆衛生・医療福祉の諸施策が相互に有機的な連携をもって推進されることをねらうものであり、保健医療対策の上でも地域医療あるいはプライマリーケアといった保健と医療を一体的に推進する新たな施策の展開の制度的なよりどころとなるものである。

序-6図 老人保健事業の概要

序一6 図 老人保健事業の概要(体系図)



本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第3節 老人保健制度の発足――高齢化社会への第一着手

1 老人保健制度のねらい

(2) 老人医療費の負担の公平化

老人の医療費は、医療保険制度の保険者と国及び地方公共団体によって負担されているが、老人医療費の総額は、昭和47年度の老人医療費支給制度の創設を機に急激に増大しており、今後も老人人口の増加や医療水準の向上に伴って引き続き増加傾向を示すものと思われる。しかも、この老人医療費の負担には、現在、医療保険の各制度間で老人の加入割合に格差があることにより著しい不均衡が生じており、これを是正して公平な負担を実現することは、高齢化社会における老人医療の在り方を考える上で避けて通れない課題となってきた。とりわけ、国民健康保険においては、老人の加入割合が他の医療保険の2倍以上に達し、老人医療費の総医療費に占める割合も3割を超えるに至っており、この傾向が続いていけば、国民健康保険の財政は一段と悪化し、医療保険制度そのものの基盤が損なわれるおそれすらあると考えられるに至った。

このため、新制度においては、老人医療費を国及び地方公共団体が負担するほか、医療保険制度の各保険者が共同で費用を拠出することにより国民皆が公平に負担する仕組みがとられている。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第3節 老人保健制度の発足――高齢化社会への第一着手

2 新制度のあらまし

新制度の保健事業は、医療以外の保健事業と医療に分かれる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第3節 老人保健制度の発足――高齢化社会への第一着手

2 新制度のあらまし

(1) 医療以外の保健事業

医療以外の保健事業は、40歳以上の者を対象に市町村が行う。なお、職域等において市町村が実施する医療以外の保健事業と同様のものを受けられる者は除かれている。これは医療保険の保健施設事業等で保健サービスを受けることができることを考慮したものである。医療以外の保健事業の内容は、序-5表に掲げるとおりである。

序-5表 医療以外の保健事業の内容

序-5表 医療以外の保健事業の内容

事業の種類	対 象	内 容	場 所
健康手帳の交付	・老人保健法の医療の対象者 ・健康診査の受診者等であって交付を希望する者	(記載内容) ・健康診査の記録 ・医療の受給資格 ・医療の記録 ・その他	—
健康教育	・40歳以上の者 (対象者に代わって家族等が受ける場合を含む。)	・保健学級等の開催 (小冊子,ポスター,有線放送等の活用)	市町村保健センター・老人福祉センター等
健康相談	・40歳以上の者 (対象者に代わって家族等が相談する場合を含む。)	・健康相談室の開催 (必要に応じ血圧測定や検尿等簡単な検査)	市町村保健センター・老人福祉センター等
健康診査	一般診査	・40歳以上の者 ・問診 ・理学的検査 ・血圧測定 ・検尿	市町村保健センター・保健所・医療機関等
	精密診査	・一般診査の結果必要と判定された者 ・循環器検査(心電図,眼底) ・貧血検査(赤血球数,血色素,ヘマトクリット) ・肝機能検査(GOT, GPT) ・血糖検査	市町村保健センター・保健所・医療機関等
	訪問健康診査	・40歳以上の者のうち家庭において寝たきりの状態にある者又はこれに準ずる状態 ・問診 ・理学的検査 ・血圧測定 ・検尿	対象者の家庭
	がん検診	胃がん検診 ・40歳以上の者 子宮がん検診 ・40歳以上の者 (ただし,30~39歳の者についても予算措置により実施する。)	胃がん検診 ・問診 ・胃部エックス線撮影 子宮がん検診 ・問診 ・視診 ・細胞診 ・内診
機能訓練	・40歳以上の者で,疾病,負傷等により心身の機能が低下している者のうち,医療終了後も継続して心身の機能を維持回復するための訓練を行う必要のある者等	・歩行,上肢機能等の基本動作訓練 ・食事,衣服の着脱等の日常生活動作訓練 ・手工芸 ・レクリエーション及びスポーツ	市町村保健センター・老人福祉センター・特別養護老人ホーム等
訪問指導	・40歳以上の者であって,疾病,負傷等により家庭において寝たきりの状態にある者又はこれに準ずる状態にある者並びにその家族	・看護方法 ・療養方法 ・日常生活動作訓練方法 等の指導	対象者の家庭

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第3節 老人保健制度の発足――高齢化社会への第一着手

2 新制度のあらまし

(2) 医療

医療は、市町村長が、公費及び保険者の拠出金を財源として、医療保険に加入している70歳以上の者及び65歳以上70歳未満の者で、一定の障害のある者を対象として行うこととした。

従来のいわゆる老人医療費無料化制度は、老人の受療を容易にした反面ややもすると老人の健康への自覚を弱め、行き過ぎた受診を招きやすいといった弊害が指摘されてきた。新制度では、健康に対する自己責任の考え方に立ち、老人の方々にも適切な受診をしてもらうという見地から、無理のない範囲で一部負担金を支払ってもらうこととしている。これは、老人の医療費を国民が公平に負担するという新制度のねらいに沿うものである。

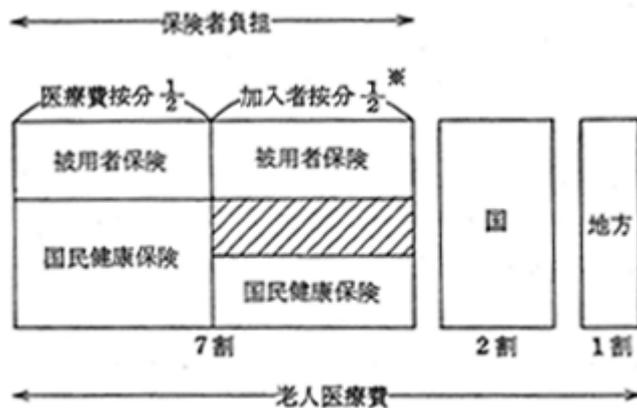
一部負担金の額は、外来で1月400円、入院で最初の2か月(被用者保険本人は50日)まで1日300円となっている。

老人の医療費はその20%を国が負担し、都道府県・市町村が各々5%を負担し、残りの70%を医療保険各制度の保険者(現在約5,000)が共同で拠出することとしている。国は、この20%の負担のほか、現在医療給付費に対して国庫補助している保険者には、その保険者の拠出分についても従来通り補助することとしており、この結果、全体としては老人医療費総額の40%以上を負担する。

各保険者の拠出分については、それぞれの保険者ごとの老人医療費の額と老人加入者の割合を考慮して決められる。このうち、老人加入者の割合を考慮して決められる部分は、老人加入者の割合が全国平均の水準であるとして計算することにより、老人加入者の割合の格差によって生じている老人医療費負担の著しい不均衡を是正しようとするものである。この結果、老人の加入率の低い組合管掌健康保険等の被用者保険の負担はこれまでより増加するものの、老人の加入率の高い国民健康保険の負担は軽減されて、老人医療費の負担の公平化が実現することとなる。

序-7図 老人医療費の負担の仕組み

序一7図 老人医療費の負担の仕組み



- (注) 1. ■……国民健康保険の負担軽減分
2. ※……老人の加入者の割合を考慮して決められる部分

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第4節 21世紀への基礎固め

(1) 揺るぎない社会保障を

人口の高齢化はいやおうなしに社会保障に対する需要を急速に拡大させるが、一方では経済成長率の低下が定着し、負担の限界も懸念されてくる。いわゆる先進国病を避けながら我が国独自の社会保障の充実を図るためには、先進高齢化社会の例を参考にし、生産年齢人口の総人口に占める割合がほぼ現状のまま維持されるこれからの約20年間に準備期間として生かすことが重要である。今後、人口の高齢化、年金制度の成熟化が急ピッチに進むため、社会保障の費用も諸外国に比べて相対的に早い速度で上昇し、このことが国民の負担感を強める可能性が強い。

社会保障の水準については昭和55年に行われたアンケート調査の結果が一つの示唆を与えよう。これによれば、水準を現行制度のままとして負担が少し増えることはやむを得ないというものが約半数を超えており、負担が増えても充実を図るべきだというものが30%弱、負担が増えるのであれば水準を下げてよいというものが20%弱となっている(厚生省「高齢化問題調査」)。

人生80年時代となり、確固とした生涯設計が必要とされている。その基盤として重要な社会保障は、これまでも整備、拡充が重ねられてきたが、今後とも常に安定的かつ有効に機能しなければならない。そのため、社会保障に対する国民の信頼に応え、長期的視点に立って制度の改革を進めていく必要がある。また、その改革の際には、国民の生涯設計に与える影響に十分配慮して行わなければならない。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第4節 21世紀への基礎固め

(2) 社会保障推進の視点

1) 社会的公正の確保

社会保障制度の役割は、所得の再分配等を通じて、公平に国民の生活の安定を図ることにあり、社会保障制度の改革、運営に際しては、社会的公正の視点から妥当かどうか吟味する必要がある。我が国の社会保障制度は、年金や医療にみられるように個別の制度ごとに発展して来たために、制度間で合理的でない格差や不均衡が存在しており、社会的公正の視点からこれを是正すべきであると指摘されている。新しい老人保健制度において、老人医療費の負担の公平化が図られたが、これは、まさしくこの視点に立つものである。

年金制度においては、年金受給者とこれを扶養する現役労働者の生活水準のバランスにも配慮しながら適切な年金水準を考えていくことをはじめとして、費用負担の増大に伴う世代間の負担の公平、単身者と夫婦世帯の給付水準の在り方、制度間の不均衡の是正・重複給付の調整等、この視点から検討すべきものが多い。厚生年金及び国民年金については、財政再計算を昭和59年度に行うことを目指しており、その準備作業のなかで、これらの是正についても現在検討が進められている。

医療保障の分野においても、今後の急速な人口高齢化の進展に伴い、経済の安定成長の下で国民の租税・社会保険料負担(特に年金部門)が増加する趨勢にあることから、医療に対する費用負担を適正な範囲内に止めつつ、医学医術の進歩に応じた必要な国民医療を確保・充実していくため、国民医療費の適正化に関して、需要供給両面にわたる総合対策の実施が重要な課題となってくる。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第4節 21世紀への基礎固め

(2) 社会保障推進の視点

2) 社会保障の総合化

今後の社会保障においては、資源が最も有効に利用されるよう効率化を更に進める必要がある。そのためには、社会保障各制度が重複することなく有機的連携を保つよう、所得保障、医療保障、福祉サービスの各制度の総合化(インテグレーション)が一層重要となってきている。

新しい老人保健制度は、保健活動と医療を総合化することを目的としている。国民医療費適正化に関する総合対策においても老人等に対する医療及び福祉に関する施策の合理化や体系化を検討している。

また、障害者対策においても、障害者も健常者と同様に社会の一員として自立した生活をおくることが望ましいという考えに立って、経済面での保障の充実に努めるほか、障害者が日常生活を営んだり就労したりする上で負っている様々なハンディキャップを克服して自立した社会人として社会へ復帰・参加することを可能ならしめるように介護リハビリテーションまで含めた総合的な施策が必要とされている。このため昭和57年3月の「障害者対策に関する長期計画」(国際障害者年推進本部決定)に基づき、各般にわたる施策を今後総合的に実施することとしている。

本編

序章 高齢化社会への本格的対応

第4節 21世紀への基礎固め

(3) 国際化への対応

欧米各国とも、現在、財政の建直し、社会保障制度の効率化等に取り組んでいる。この面で引き続き各国と相互に情報交換を行い、お互いの教訓に学ぶことは意義がある。また、発展途上国においては民生安定のため社会制度の整備定着に重点を置いており、急速な工業化と高齢化の中で社会保障制度を整備してきた我が国の経験、知見等を提供し、必要に応じ技術援助を行うなど、我が国も国際化社会の一員として世界の発展に貢献することが必要である。更に、国際化時代にあつて、国際的な人的交流が盛んになってきており、社会保障制度もこれに対応したものとなる必要がある。
