

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

戦後の家族の変容は、高齢者に大きな影響を及ぼした。核家族化の進行によって高齢者と子との同居率は低下し、高齢者のみの世帯が増加する一方、老親扶養に関する意識も大きく変化し、家族の扶助機能は実態および意識の両面において大きく低下した。他方、子どもの養育・教育は依然として家族の重要な機能となっているが、女性の就業意識が高まり、少子化が急速に進む中で、子育てをいかに支援するかは、家族にとってのみならず社会にとっても重要な問題となっている。

このように、少子・高齢社会が現実のものとなっている今日、最も緊急かつ重要な課題となっているのは、家族の高齢者扶助機能の低下に対応した新たな高齢者介護制度の創設と、少子化に対応した育児支援策のあり方である。

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第1節 新たな高齢者介護制度の創設に向けて

21世紀は「高齢者の世紀」となり、国民の4人に1人が高齢者という状態が1世紀近く続くと見込まれている。そのような時代に向け、どのような社会を築いていくかは、国民一人ひとりの真摯な選択により決められるべきものであるが、その選択に際しては、すべての高齢者が病気がちであったり、介護を必要としたりするわけではなく、心身ともに健康で、現役世代と同じように活躍している高齢者も少なくないということを忘れてはならない。高齢者が自立して生活し、若齢者と同じように社会に参加していくことは、高齢者自身にとってのみならず、社会にとっても重要なことであり、高齢者の積極的な社会参加があつてこそ、「高齢者の世紀」がより豊かな実りある世紀となることが可能となるのである。

しかし同時に、家族の扶助機能が著しく低下する中で、高齢者の介護システムを整備することは、必要不可欠である。それは、介護をする家族のためだけでなく、高齢者が自立して生活し、安心して社会参加できる条件を整備するためでもあるからである。以下、高齢者の介護問題に焦点をしぼり、その歩みを簡単に振り返った上で、要介護高齢者の現状等と新たな高齢者介護制度創設へ向けた取組みを概観する。

高齢化率日本一の町

山口県東和町は、65歳以上の高齢者人口が46.9%（1996（平成8）年1月現在）を占める高齢化率日本一の町である。しかし、この町の表情は明るく、高齢者の多くが自立しており、元気な高齢者が他の高齢者を支える相互扶助も盛んである。例えば、この町の高齢者の4分の3が1人か夫婦だけで暮らしているが、都会の子どもに同居を勧められても断る人が多く、アンケートによれば9割近くが「今の生活に満足。」と答えている。一方、高齢者世帯にふれあい給食や毎日給食を届ける元気な高齢者グループ、高齢者への介護や食事などを引き受けている組織、そして、地域ごとに独居老人家庭を訪問するグループ（約100グループ）等が活発に活動している。

この東和町に、全国から多くの視察団が訪れ、高齢者の旺盛な自立心に驚いている。また、同町では、「行政と町民が一体で心のかよう福祉の風土づくりを目指しており、元気な高齢者が支えてくれる限り、将来に不安はない。」と語っている。

東和町でみられるような高齢者の旺盛な自立心が「高齢者の世紀」たる21世紀を支えていくことになるだろう。

給食を届ける高齢者グループ



給食を届ける高齢者グループ

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第1節 新たな高齢者介護制度の創設に向けて

1 高齢者施策のこれまでの取組み

我が国における要介護高齢者対策は、1963（昭和38）年の老人福祉法の成立を契機に、実態面の調査が行われるとともに、施策の推進が図られてきた。法制定当時の老人福祉施策は、依然として救貧施策的色彩の濃いものであったが、高齢者人口の増加に伴い、高齢者の問題は誰にでも起こり得る一般的な問題であることが認識されるようになり、高齢者介護の問題は、次第に家族の問題から社会全体の問題になっていく。

(1) 老人福祉法の制定から昭和50年代まで－救貧施策から一般施策への転換－

老人福祉法が成立したその年、厚生省は「高齢者実態調査」を実施し、要介護高齢者の実態を初めて把握した。これによると、期間の長短にかかわらず床につききりの老人は約32万人と推計され（当時の65歳以上の高齢者の5.6%）、そのうちの46.4%は全部人手をかりる程度の要介護状態にあることが明らかとなった。

昭和40年代に入ると、高齢者人口の増加に伴い、寝たきり高齢者の問題が社会問題となり始める。厚生白書でも毎年のように高齢者の介護問題が取り上げられ、老人福祉施策等の充実の必要性が説かれるようになる。1969（昭和44）年版白書では、「ねたきり老人」という言葉が初めて登場するが、当時は、我が国の社会保障制度が年金、医療等の分野においてまだ十分に整備されていなかったこともあって、有病率が高く、その療養も長期間にわたることの多い高齢者の医療費負担をいかに軽減するかが社会的関心の中心であった。このような中、1972（昭和47）年に発表された有吉佐和子の「恍惚の人」は、痴呆性高齢者の問題が日常生活において誰にでも起こり得る、しかも一旦起こると極めて深刻な問題であることを人々に改めて認識させた。

図3-1-1 特別養護老人ホームおよび養護老人ホーム（一般）の施設数と在所者数の推移

図3-1-1 特別養護老人ホームおよび養護老人ホーム（一般）の施設数と在在者数の推移

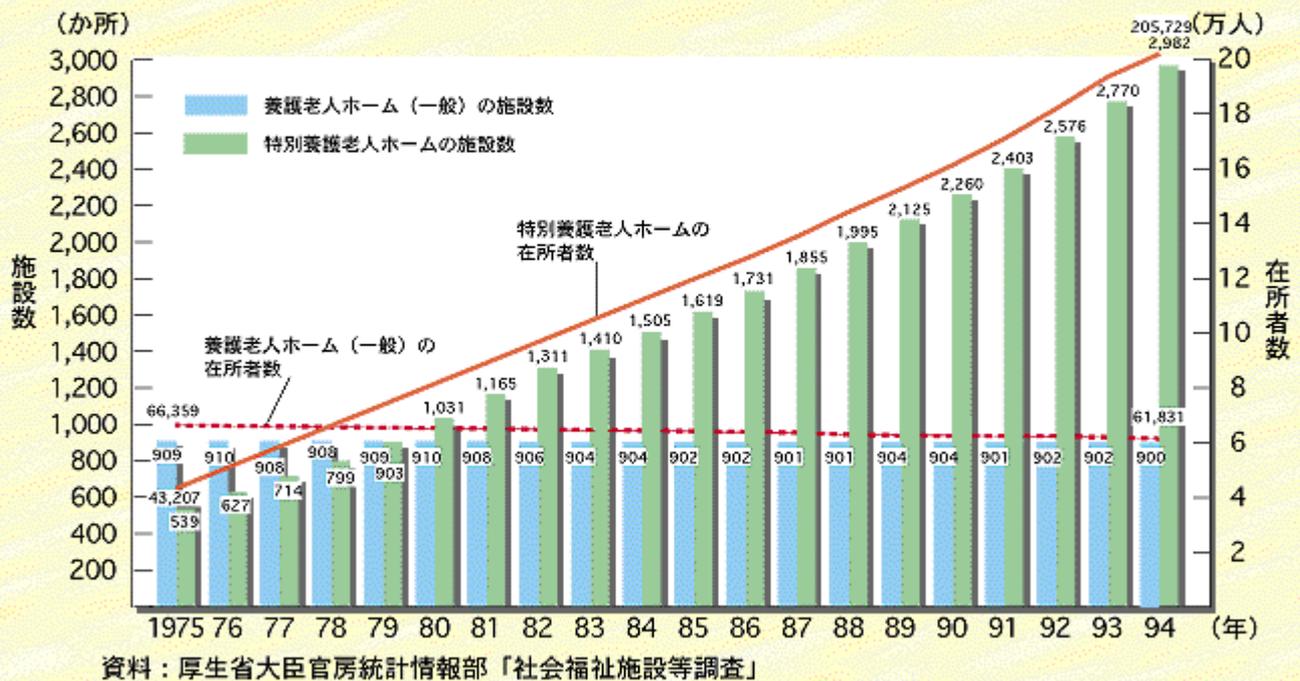
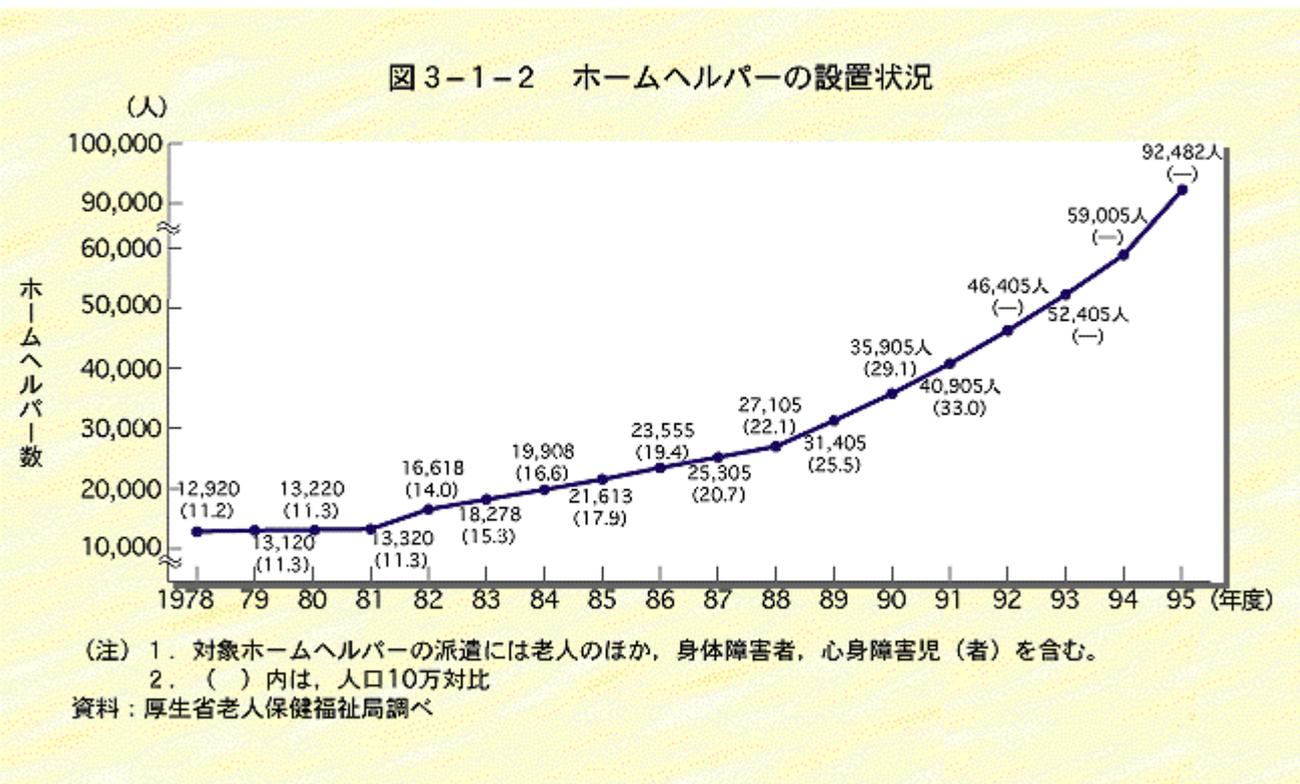


図3-1-2 ホームヘルパーの設置状況



(2) ゴールドプランへの助走－在宅福祉の重視と保健・医療・福祉の連携－

昭和60年代に入ると、高齢者介護の問題はより身近な問題となる。高齢化の進展とともに寝たきり老人数は急増し、1986（昭和61）年の国民生活基礎調査によると、65歳以上の高齢者のうち寝たきり期間が6か月以上の者は22万人となっている。こうした要介護高齢者の増加の中で、特別養護老人ホームを始めとする各種施設サービスや、ホームヘルプサービスを始めとする各種在宅福祉サービスの整備が図られるとともに、望ましい高齢者介護のあり方が検討されるようになる。国においても、厚生省を中心に高齢者の介護問題に本格的に取り組むようになり、在宅福祉施策の重視、保健・医療・福祉の連携強化といった政策目標が打ち出されるとともに、高齢者介護のための新たな施設として、老人保健施設が創設されることになる。

1)

老人保健法の改正（1986（昭和61）年）

1986（昭和61）年12月、老人保健法等の一部を改正する法律が成立した。この改正は、老人の一部負担の改定、老人医療費に係る拠出金の算定方法の改正のほか、新たに老人保健施設の創設を内容としていた。老人保健施設とは、急増が予想される寝たきり等の要介護高齢者に対して医療と介護の両面から必要なキュア（治療）とケア（介護）を行う施設であり、1985（昭和60）年1月の社会保障制度審議会の建議において述べられているように、医療施設と福祉施設の中間的性格を有することから中間施設ともいわれた。

2)

「長寿社会対策大綱」の決定（1986（昭和61）年）

1985（昭和60）年7月、人口の急速な高齢化に政府全体として対応し、総合的な施策の推進を図るため、「長寿社会対策関係閣僚会議」が設置された。同年8月に行われた第1回会議において、政府全体として長寿社会対策をより一層総合的かつ効果的に推進するため、「長寿社会対策大綱」を策定することが決定され、翌86（昭和61）年6月、「長寿社会対策大綱」が閣議決定された。

この大綱は、21世紀初頭の本格的な高齢社会の到来に備え、人生80年時代にふさわしい経済社会システムの構築を図るため、政府が推進すべき長寿社会対策の指針を定めたものであり、雇用・所得保障システム、健康・福祉システム、学習・社会参加システム、住宅・生活環境システムなど政府の施策全般に関わる内容となっている。

3)

「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（いわゆる「福祉ビジョン」）（1988（昭和63）年）

1988（昭和63）年10月、厚生省と労働省によって「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（いわゆる「福祉ビジョン」）が国会に提出された。ここでは、明るい、活力に満ちた長寿・福祉社会を実現するための基本的考え方を示すとともに、積極的な健康づくりと生きがいをもって暮らせる地域づくり、保健、医療、福祉サービスの連携と充実、児童の健全な育成と家庭の支援対策の強化、障害者の自立と社会参加の促進等について、今後の施策の目標と方向が示された。特に、

保健、医療、福祉サービスの充実については、2000年度を目途に、ショートステイについては5万床程度、ホームヘルパーについては5万人程度、デイサービスセンターについては将来的に小規模も含め1万か所程度、特別養護老人ホームおよび老人保健施設については両者合わせて50万人分程度整備するという具体的なサービスの整備目標量が示されている。

(3) ゴールドプランから新ゴールドプランまで－高齢者介護の基盤整備－

この時期は、ゴールドプランの策定を契機として、今世紀中における高齢者の保健・福祉サービスの整備目標が定められるとともに、毎年のように法律改正が行われ、これを実施するための基盤整備が進められていく。高齢者の保健・福祉サービスについては市町村中心主義をとるとともに、老人訪問看護や療養型病床群が新たに制度化され、また、福祉・看護マンパワーを確保するための措置も講じられていく。同時に、今後急増が予想される介護ニーズに十分対応するためには、現行の高齢者介護システムでは限界があり、新たな高齢者介護システムの確立が必要であることが認識され始めるのもこの時期である。

1)

ゴールドプランの策定（1989（平成元）年）

1989（平成元）年12月、大蔵・厚生・自治の3大臣合意という形で「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定された。このゴールドプランは、1989年（平成元）年4月からの消費税導入の趣旨を踏まえ策定されたものであり、高齢者の保健福祉サービスの分野において、今世紀中に実現を図るべき1999（平成11）年度までの十か年の目標を掲げ、市町村における在宅福祉対策の緊急整備、「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開、施設の緊急整備等の七つの事業を柱としている。ゴールドプランは、10年間の総事業費約6兆円強の規模であり、このような規模で長期にわたる施策の目標を設定することは、保健・福祉の分野ではかつてないことであった。

このゴールドプランにおいては、ホームヘルパー10万人、デイサービス1万か所、ショートステイ5万床というように在宅福祉対策を飛躍的に拡充するとともに、施設対策についても特別養護老人ホーム24万床、老人保健施設28万床等大幅な拡充が目標とされた。また、在宅介護支援センター、ケアハウス、高齢者生活福祉センターといった新規施策が積極的に取り込まれている。さらに、「ねたきり老人ゼロ作戦」として機能訓練体制の整備、脳卒中情報システムの整備、介護要員の確保、脳卒中等の予防のための健康教育等の充実が盛り込まれた。

2)

福祉8法の改正（1990（平成2）年）

このゴールドプラン推進の基盤を整備するため、1990（平成2）年6月には「老人福祉法等の一部を改正する法律」いわゆる福祉8法の改正が行われた。これは、在宅福祉サービスの推進という共通の理念の下に老人福祉法を始め身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法等福祉関係の8法律が一括して改正されたものであり、その主な改正内容は次のとおりである（図3-1-3参照）。

ア

在宅福祉サービスの積極的推進

イ

在宅福祉サービスと施設福祉サービスの市町村への一元化

ウ

市町村および都道府県老人保健福祉計画の策定

障害者関係施設の範囲の拡大等

このうちのイは、市町村において在宅、施設の福祉サービスを一元的かつ総合的に提供できる体制を確立しようとするものであり、高齢者の保健・福祉サービスについて市町村中心主義をとることを明らかにしたものである。また、ウは、高齢化の急速な進展に対応し、高齢者のための保健・福祉サービスの計画的な整備を図るため、すべての市町村、都道府県に老人保健福祉計画の作成を義務づけるとともに、計画の作成に当たっては市町村における保健・福祉ニーズを十分に把握し、このニーズに基づいた高齢者のための保健・福祉サービスの目標量を定めるというものであった。具体的には、1999（平成11）年度を目標に、市町村老人保健福祉計画にあっては、サービスの実施の目標量等を中心に、都道府県老人保健福祉計画にあっては、サービスの供給体制の整備等を中心に、計画を作成するものとされた（図3-1-4参照）。

なお、アの改正は1991（平成3）年1月から、イおよびウの改正は1993（平成5）年4月から施行された。

図3-1-3 福祉8法改正の概要

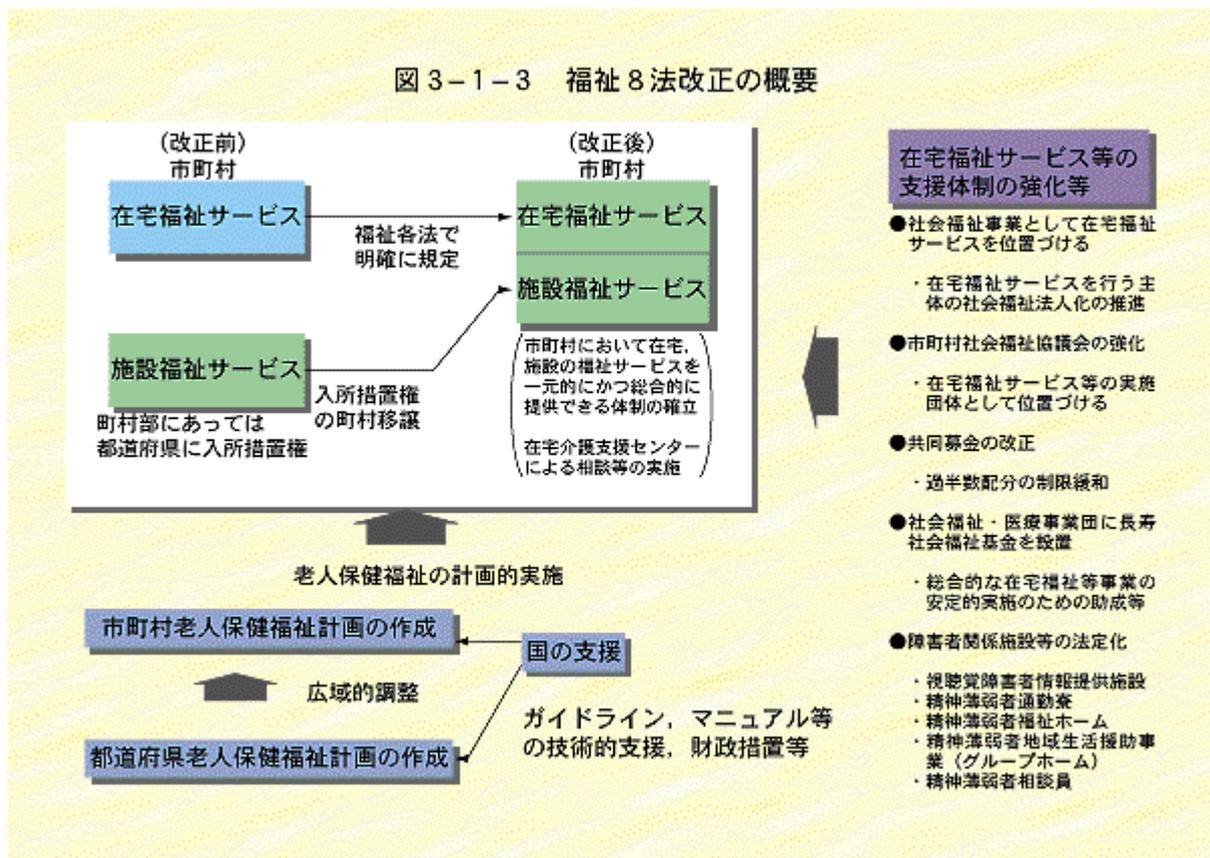
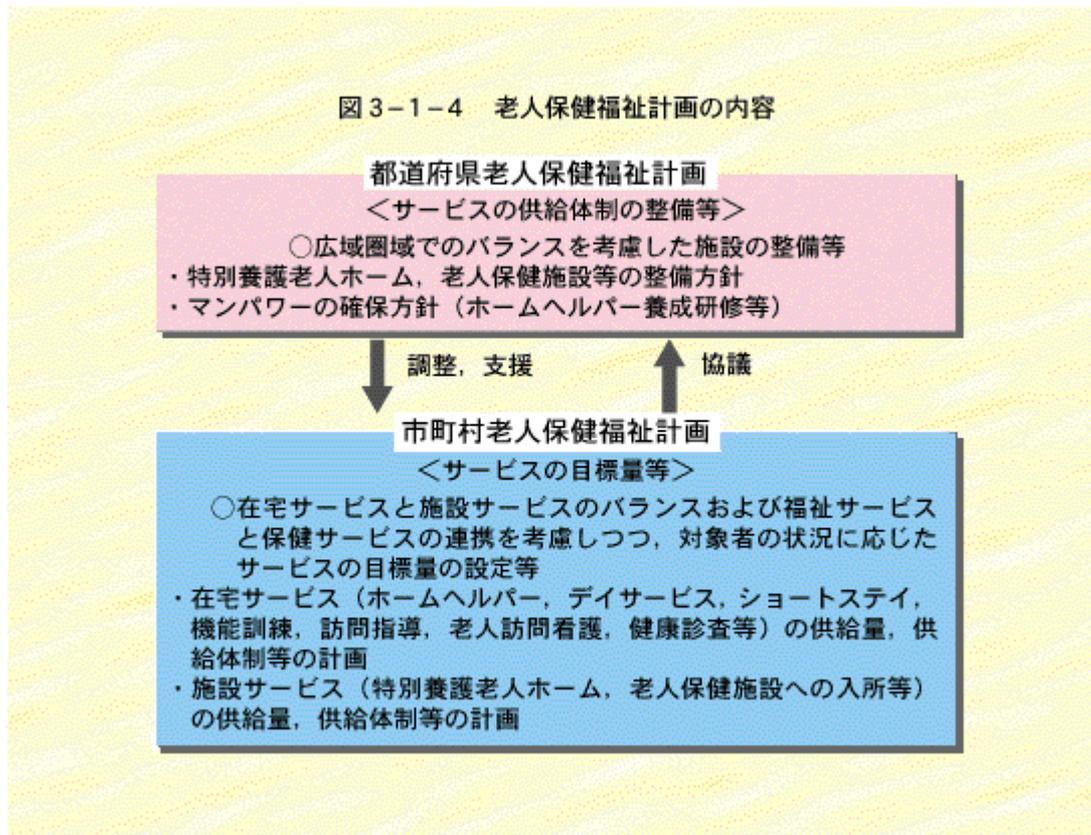


図3-1-4 老人保健福祉計画の内容

図3-1-4 老人保健福祉計画の内容



3)

老人保健法等の改正（1991（平成3）年）

1991（平成3）年9月、老人保健法等の一部を改正する法律が成立した。この改正は、ゴールドプランや福祉8法改正に続き、保健・医療・福祉にわたる総合的な高齢者介護対策を進めるため、老人保健制度においても介護体制の充実に重点を置いた体制を整備しようとするものであった。具体的には、老人の一部負担金の改定のほか、高齢者の家庭を看護婦が訪問し、看護サービスを提供する老人訪問看護制度の創設、老人保健施設入所対象者の初老期痴呆患者への拡大、介護的要素の強い老人医療費に対する公費負担割合の引上げ（30%→50%）等が行われた。

4)

医療法の改正（1992（平成4）年）

1992（平成4）年6月、医療法の一部を改正する法律が成立した。1990（平成2）年5月に国会に提出されて以来2年振りの成立であったが、この改正は、人口の高齢化、疾病構造の変化、医学医術の進歩に対応し、医療施設機能の体系化、医療に関する情報の提供等を制度化しようとするものであった。高齢者介護に関しては、医療施設機能の体系化の観点から、新たに長期入院患者のための療養型病床群を設け、職員の人員配置や構造設備の面で療養環境に配慮した医療施設が制度化されることになった。

5)

福祉人材確保法および看護婦等人材確保法の制定（1992（平成4）年）

1992（平成4）年6月、「社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当共済法の一部を改正する法律」（いわゆる福祉人材確保法）および「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」（いわゆる看護婦等人材確保法）が成立した。このうちの福祉人材確保法は、ゴールドプラン等の円滑な実施を図るため、社会福祉施設職員やホームヘルパー等社会福祉事業従事者を確保するための措置を講じようとするものであり、福祉人材確保等のための基本指針の策定、福祉人材センターおよび福利厚生センターの指定、退職手当共済制度の改善をその内容としている。同様に、看護婦等人材確保法は、看護婦等の人材確保のための基本指針の策定、ナースセンターの指定等の措置を講じることにより、看護婦等の確保を図ろうとするものである。

6)

21世紀福祉ビジョン（1994（平成6）年）

1994（平成6）年3月、厚生大臣は「21世紀福祉ビジョンー少子・高齢社会にむけて」を閣議に報告した。21世紀福祉ビジョンとは、21世紀における社会保障の全体像と主要施策の進むべき方向を検討するため、1993（平成5）年10月に発足した「高齢社会福祉ビジョン懇談会」の報告書であるが、今後の社会保障の方向としていくつかの注目すべき提言をしている。第一に、現行ではおよそ5：4：1となっている年金、医療、福祉等の給付構造を、福祉等の水準を引き上げること等によりおよそ5：3：2程度へと転換していくこと、第二には、高齢者介護については新ゴールドプランを策定し、21世紀に向けた新たな介護システムを構築していくこと、第三には、子育てを社会的に支援していくための総合的な計画（エンゼルプラン）を策定することである。

このうち、21世紀に向けた介護システムについては、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」を構築する必要があるとして、次のような基本的視点が重要であると示した。

ア

医療・福祉などを通じ、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシステム

イ

高齢者本人の意思に基づき、専門家の助言を得ながら、本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム

ウ

多様なサービス提供機関の健全な競争により、質の高いサービスが提供されるようなシステム

エ

増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム

オ

施設・在宅を通じて費用負担の公平化が図られるようなシステム

7)

新ゴールドプランの策定(1994(平成6)年)(新ゴールドプラン全文参照)

1993(平成5)年度中に作成された地方老人保健福祉計画の集計結果は、従来のゴールドプランに比べ、ホームヘルパーが6.8万人の増となっているほか、デイサービスやショートステイ、特別養護老人ホームについてもゴールドプランの目標量を大幅に上回るものであった(図参照)。このように、地方老人保健福祉計画において従来のゴールドプランを大幅に上回る高齢者保健福祉サービスを整備する必要性が明らかになったことや、ゴールドプラン策定以降、各種高齢者保健福祉施策の整備充実が図られてきたこと等を踏まえ、高齢者介護対策の更なる充実を図るため、1994(平成6)年12月、高齢者保健福祉推進十か年戦略の全面的な見直し(新ゴールドプランの策定)が大蔵・厚生・自治の3大臣合意によって行われた。

新ゴールドプランでは、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、今後新たに取り組むべき施策の基本的枠組みが示されている。具体的には、高齢者介護施策の基本理念として、ア利用者本位・自立支援、イ普遍主義、ウ総合的サービスの提供、エ地域主義を示すとともに、施策の目標として、地域における高齢者介護サービスの充実、「新寝たきりゼロ作戦」の展開による要援護高齢者の自立支援施策の総合的実施、痴呆性老人対策の総合的実施、高齢者介護マンパワーの養成・確保対策の推進等を掲げている。その上で、最後に、より効率的で国民誰もがスムーズに利用できる介護サービスの実現を図る観点から、新しい公的介護システムの創設を含めた総合的な高齢者介護対策の検討を進めるものとした。

なお、新ゴールドプランに係る1995(平成7)年度以降1999(平成11)年度までの総事業量は、従来のゴールドプランに係る分を含め、9兆円を上回る規模のものとされた。

(4) 新たな高齢者介護制度の創設に向けてー公的介護保険制度の創設への道程ー

1)

社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第二次報告(1994(平成6)年)

社会保障制度審議会(会長隅谷三喜男)では、1991(平成3)年11月から、21世紀に向けた新しい社会保障像を構築するための審議を重ね、それまでの議論を取りまとめたものとして、1994(平成6)年9月、社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第二次報告が出された。

この報告では、「社会保障制度の中でも高齢者・障害者の介護や育児などへの支援は、年金や医療に比べて著しく遅れており、今後の人口高齢化・少子化の中で、この分野での施策の充実に重点的に取り組むことが大切である」との基本認識を示した上で、具体的な「介護保障の確立」方策として、「当面の基盤整備は一般財源に依存するにしても、将来的には、財源を主として保険料に依存する公的保険制度を導入する必要がある」と述べ、社会保険方式による公的介護制度導入の必要性を指摘した。

2)

高齢者介護・自立支援システム研究会報告(1994(平成6)年)

1994(平成6)年7月、21世紀福祉ビジョンで示された高齢者介護に関する基本的な論点や考え方について検討を行うため、学識経験者を委員とする「高齢者介護・自立支援システム研究会」が発足する。研究会は、12回にわたる検討を経て、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」と題する報告をまとめた。

この報告ではまず、福祉、医療など介護に関連する現行のシステムによる対応の限界を指摘した上で、高齢者介護の基本理念を「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、つまり『高齢者の自立支援』である」として、「新たな基本理念の下で関連制度を再編成し、21世紀に向けた「新介護システム」の創設を目指すことが適当である」と提言した。その上

で、新介護システムの費用負担方式については、高齢者自身によるサービスの選択、サービス受給の権利性、保険料負担とサービス受益との対応関係の明確性および受益に見合った利用者負担（応益負担）という点で、租税を基礎とした公費方式よりも社会保険方式に基礎を置いたシステムが最も適切であると述べている。

3)

社会保障制度審議会勧告（1995（平成7）年）

翌1995（平成7）年7月、社会保障制度審議会は「社会保障体制の再構築－安心して暮らせる21世紀の社会を目指して－」と題する勧告を内閣総理大臣に対して行った。この勧告は、「社会的激変が展開し進行しようとしている20世紀末の状況を見据え、21世紀の社会保障のあるべき姿を構想し、今後我が国社会保障体制の進むべき途を提示したものと位置付けられている。

高齢者の介護問題に関しては、「今後介護保障制度を確立していくことは、国民に健やかで安心できる生活を保障する上で最も緊急かつ重要な施策である」とし、介護サービス供給体制の整備、総合的なサービスの提供、高齢者介護施設の整合性の取れた体系化等の必要性を指摘した。さらに、「今後増大する介護サービスのニーズに対し安定的に適切な介護サービスを供給していくためには、基盤整備は一般財源に依存するにしても、制度の運用に要する財源は主として保険料に依存する公的介護保険を基盤にすべきである」として、将来像委員会第二次報告と同様、社会保険方式による公的介護保険の導入を提言している。具体的には、介護リスクの普遍性からして要介護状態は保険事故になじむとの前提の下、社会保険方式のメリットとして、給付の権利性、サービスの選択可能性、適正な負担による受益、インフレヘッジ機能、保健・医療・福祉施策の利用者間の不均衡是正、さらには国民的合意の得やすさ等をあげている。しかし同時に、同勧告では、社会保険方式の留意点として、過剰利用の防止、給付費が増大しても国民が保険料負担に耐え得る仕組みにすることをあげ、公的介護保険への相当な公費負担の導入は不可欠であるとした。

4)

高齢社会対策基本法の成立（1995（平成7）年）

1995（平成7）年11月、参議院国民生活に関する調査会の提出による高齢社会対策基本法が成立し、12月に施行された。同法では、「公正で活力ある社会」、「地域社会が自立と連帯の精神に立脚して形成される社会」、「豊かな社会」が構築されることを基本理念とするとともに、内閣総理大臣を会長とする高齢社会対策会議を設置すること、政府が推進すべき高齢社会対策の指針として基本的かつ総合的な高齢社会対策の大綱を定めることなどを規定しており、基本的施策の一つとして、「国は、介護を必要とする高齢者が自立した日常生活を営むことができるようにするため、適切な介護のサービスを受けることができる基盤の整備を推進するよう必要な施策を講ずるものとする」としている。

老人保健福祉政策の経緯

高齢化率

5. 7% (1960)

↓

7. 1% (1970)

↓

9. 1% (1980)

↓

12. 0% (1990)

↓

14. 5% (1995)

1960年代 (老人医療, 福祉制度の基盤づくり)

○

昭和36年 国民皆保険の実施

○

昭和38年 老人福祉法の制定

1970年代 (老人医療費の増加)

○

昭和48年 老人医療費の無料化 (老人福祉法改正)

1980年代 (老人保健制度の創設)

○

昭和57年 老人保健法の制定 (拠出金制度, 一部負担の導入)

○

昭和61年 老人保健法の改正 (老人保健施設の創設)

1990年代 (21世紀に向けて高齢者介護基盤づくり)

○

平成元年 「ゴールドプラン (高齢者保健福祉推進十か年戦略)」の策定

○

平成2年 福祉8法改正 (福祉サービスの市町村への一元化, 老人保健福祉計画)

○

平成3年 老人保健法の改正 (公費負担の見直し, 老人訪問看護制度の創設)

○

平成4年 福祉人材確保法, 看護婦等人材確保法の制定

医療法の改正 (療養型病床群の創設)

○

平成5年 都道府県, 市町村老人保健福祉計画の策定

○

平成6年

3月 「21世紀福祉ビジョン」の策定

・新ゴールドプランの策定と新介護システムの構築を提言。

9月 社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会第2次報告

・公的介護保険制度の創設を提唱。

12月 高齢者介護・自立支援システム研究会報告

・「高齢者の自立支援」を基本理念とする新たな高齢者介護システムの創設を提言。

○

平成7年

6月 与党福祉プロジェクトチーム(中間報告)

7月 社会保障制度審議会(勧告)

老人保健福祉審議会(中間報告)

- ・新たな高齢者介護システムの基本的考え方を取りまとめ。

○

平成8年

1月 老人保健福祉審議会(第2次報告)

- ・介護給付および基盤整備について、国民に情報を公開していく視点から、具体的な内容および考え方を取りまとめ。

4月 老人保健福祉審議会(報告)

- ・介護サービスのあり方等について第2次報告をさらに具体化したものを示すとともに高齢者介護保険制度については、それぞれの問題点ごとに議論を整理し、これを踏まえ、厚生省において、制度の具体的な試案を作成することを要請。

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第1節 新たな高齢者介護制度の創設に向けて

2 要介護高齢者等の状況

以上のような高齢者施策の動きを踏まえ、新たな高齢者介護システムの創設に向けた検討が本格化することになるが、その検討状況をみる前にまず、要介護高齢者を取りまく状況を概観する。

(1) 要介護高齢者の状況

1)

要介護高齢者の発生率は、加齢とともに急増する。

高齢者の増加に伴い寝たきりや痴呆といった介護を要する高齢者も増加する。これら要介護高齢者の発生率は加齢に伴い上昇し、65～69歳では1.5%程度であるが、年齢層が高くなるにつれて要介護の発生率も上昇し、80～84歳では11.5%、85歳以上では24%と4人に1人が介護を必要とする状態になるものと見込まれている。

なお、この他に、基本的な日常生活動作を1人で行うには困難が伴いまたは相当時間がかかる虚弱老人がほぼ同数存在し、やはり何らかの介護が必要とされている。

表3-1-1 要介護高齢者の発生率

表3-1-1 要介護高齢者の発生率

(単位：%)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳～
寝たきり(寝たきりでかつ痴呆の者を含む)	1 1/2	3	5 1/2	10	20 1/2
要介護の痴呆性(寝たきり者を除く)	0	1/2	1	1 1/2	3 1/2

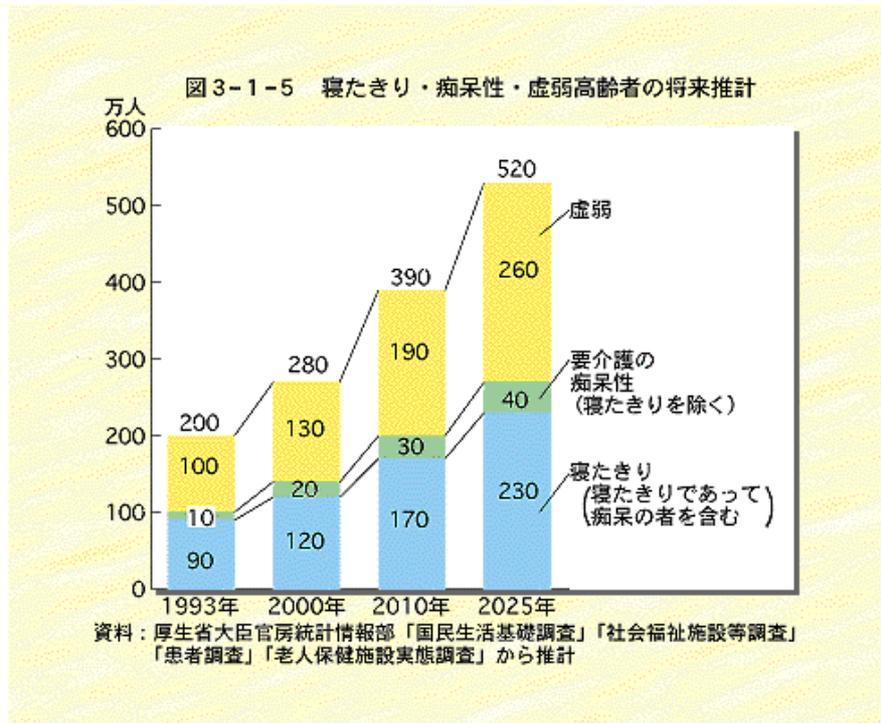
資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」,「社会福祉施設等調査」等から推計

2)

高齢化の進展とともに、介護を要する高齢者は急増する。

高齢化の進展とともに介護を要する高齢者も急増し、寝たきり、痴呆および虚弱を合わせた要介護高齢者等の数は、2000(平成12)年には280万人、2025(平成37)年には倍近い520万人に達するものと見込まれている。

図3-1-5 寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計

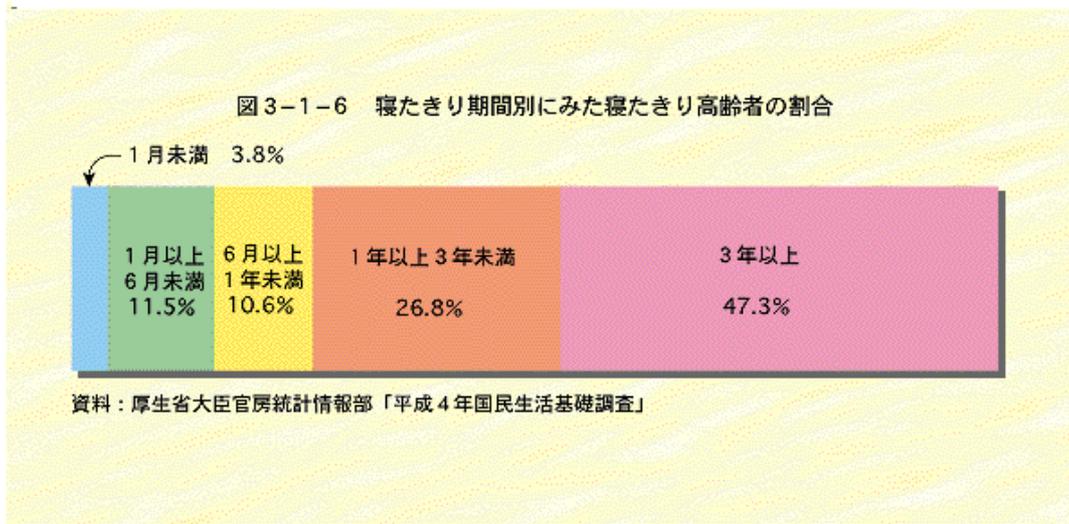


3)

寝たきり期間は長く、4分の3は1年以上の寝たきりである。

実際に寝たきりになった場合、どの程度の期間寝たきりの状態が続くかをみると、3年以上が47.3%と半数近くに達し、約4分の3が1年以上寝たきりの期間が続くことがわかる。

図3-1-6 寝たきり期間別にみた寝たきり高齢者の割合



(2) 介護者等の状況

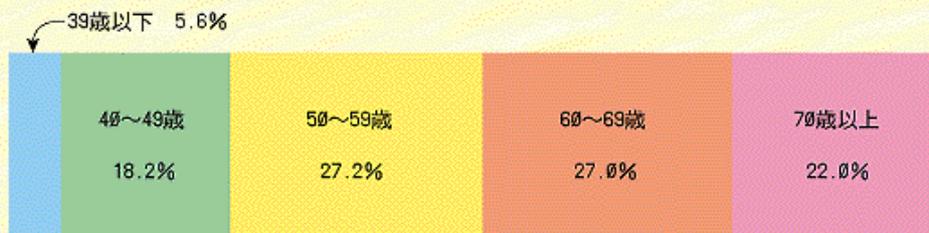
1)

介護者の5割は高齢者，9割は女性である。

実際に介護をしている者の状況を調べると，約5割は60歳以上の高齢者となっており，高齢者が高齢者を介護するという状況は，すでに現実のものとなっている。

図3-1-7 寝たきり高齢者の主な介護者（同居）年齢階級別構成

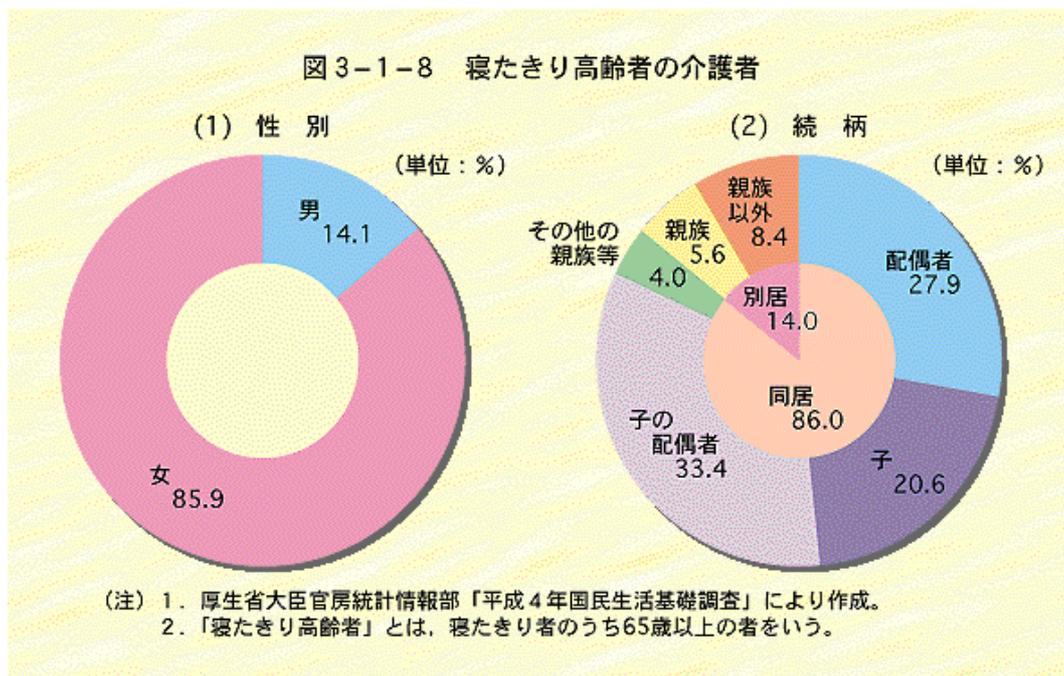
図3-1-7 寝たきり高齢者の主な介護者(同居)年齢階級別構成



資料：厚生省大臣官房統計情報部「平成4年国民生活基礎調査」

また、介護者の性別を調べると85.9%が女性となっており、介護の負担の多くは女性にかかっていることがわかる。また、続柄別等内訳をみると、同別居を合わせて9割が寝たきり高齢者の親族となっており、家族の小規模化による家族の介護力の低下が進んでいるにもかかわらず、家族による介護に依存している実態が明らかとなる。さらに、続柄別では「子の配偶者」が33.4%となっており、嫁が介護を担っているという我が国特有の状況が浮かび上がってくる。

図3-1-8 寝たきり高齢者の介護者

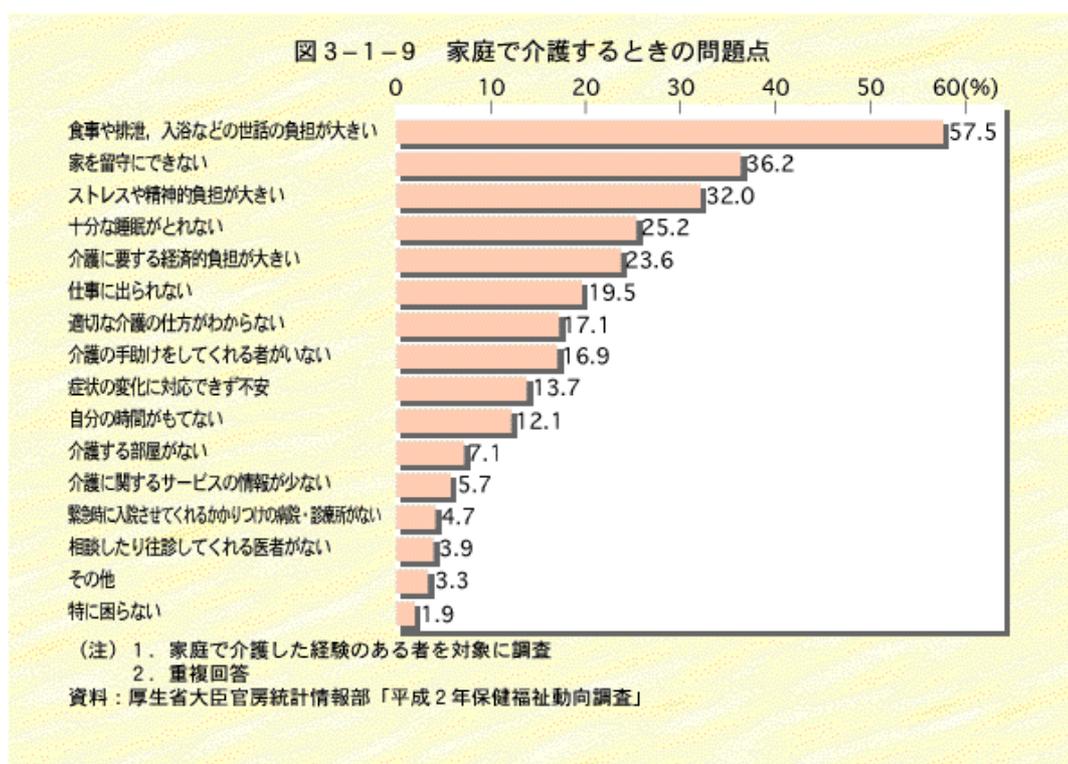


2)

家族介護者は、心身両面の負担が大きい。

家庭での介護経験がある者に家庭で介護するときの問題点をきくと、「食事や排泄、入浴などの世話の負担が大きい」が57.5%、「家を留守にできない」36.2%、「ストレスや精神的負担が大きい」32.0%の順になっており、その負担は心身両面において極めて重くなっている。

図3-1-9 家庭で介護するときの問題点

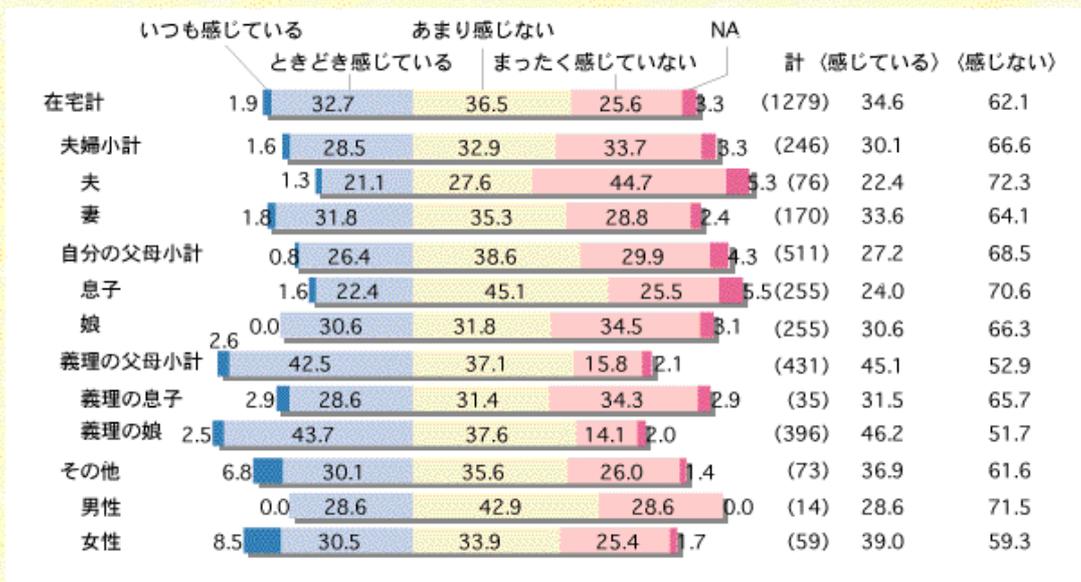


要介護者を抱える家族の負担

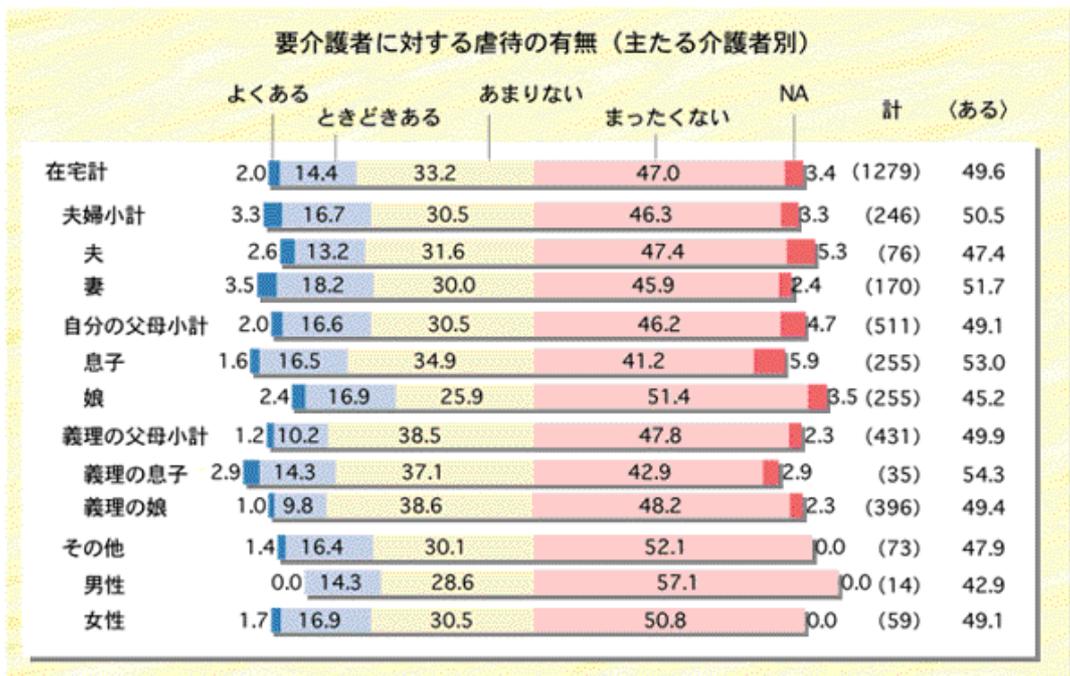
連合の「要介護者を抱える家族の実態」に関する調査(1994(平成6)年10~12月調査)によれば、「要介護者に対し憎しみを感じたことがある。」と回答した者が約3分の1を占めており、「要介護者に対して虐待をしたことがある。」と答えた者が半数にのぼっている。このことから、要介護者を抱える家族の負担が極めて重くなっていることがうかがえる。

要介護者に対し憎しみを感ずることがあるか(主たる介護者別)

要介護者に対し憎しみを感じることもあるか（主たる介護者別）



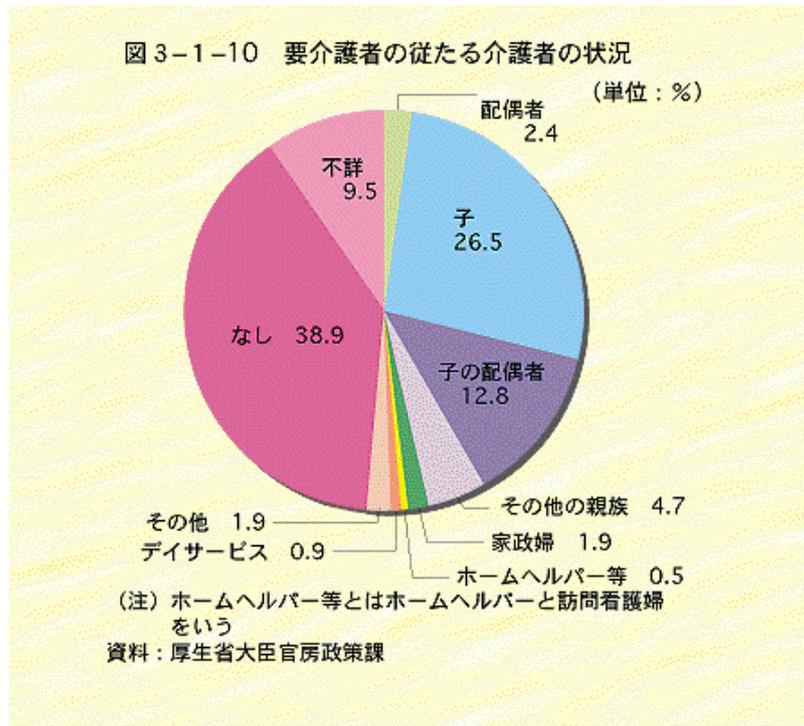
要介護者に対する虐待の有無（主たる介護者別）



介護者の4割が、1人で介護をしている。

介護の程度いかに問わず、現に介護をしている者を対象として主たる介護者と従たる介護者の状況を調査すると、従たる介護者がいない者は38.9%となっており、4割の者が1人で介護をしていることがわかる。なお、近所の人やボランティアといった近隣の援助のみならず、ホームヘルパー等の公的サービスでさえ、従たる介護者としてほとんどあげられておらず、介護をしている家族を支援するためには、公的サービスの飛躍的拡充が必要となる。

図3-1-10 要介護者の従たる介護者の状況

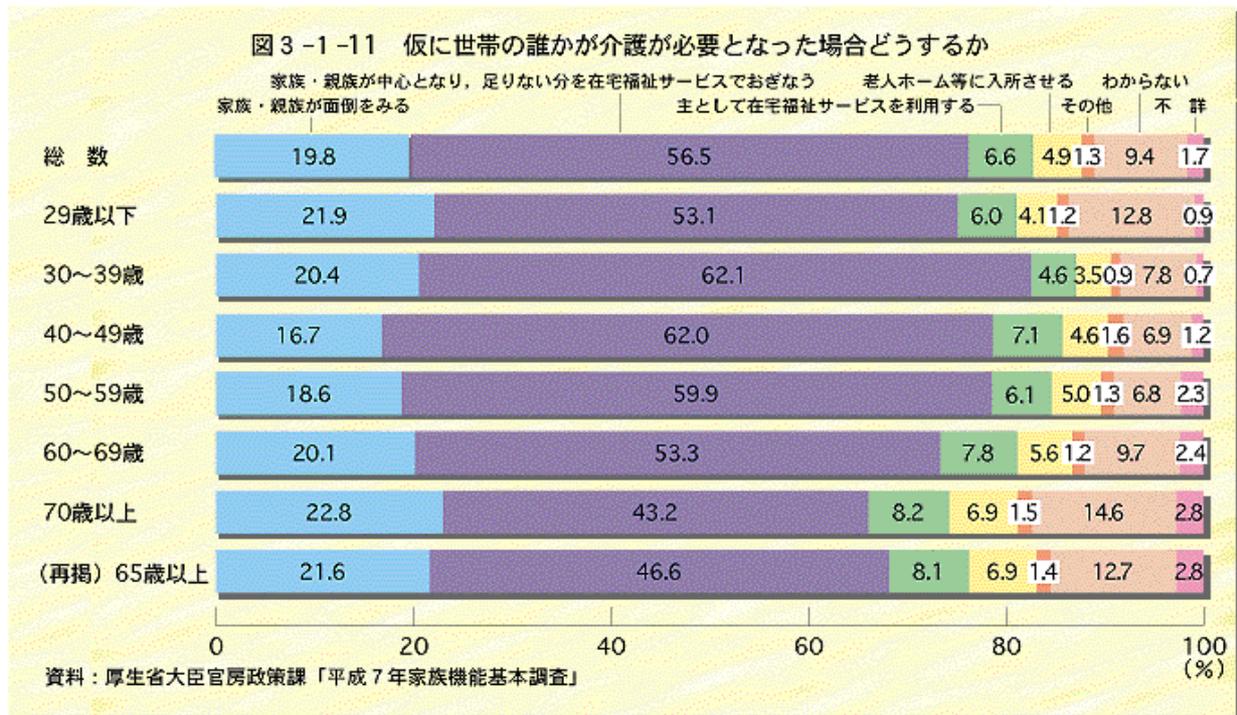


4)

家族が中心となり、在宅サービスがこれをおぎなうべきとする者が6割となっている。

家族介護の経験の有無を問わず、世帯の誰かが介護を必要とするようになった場合にどうするかを調査すると、「家族、親族が中心となり、足りない部分を在宅福祉サービスでおぎなう」とする者が56.5%を占め、次いで「家族、親族が面倒をみる」が19.8%となっており、主として在宅福祉サービスを利用したり、施設に入所させるとするのは合わせて11.5%となっている。

図3-1-11 仮に世帯の誰かが介護が必要となった場合どうするか

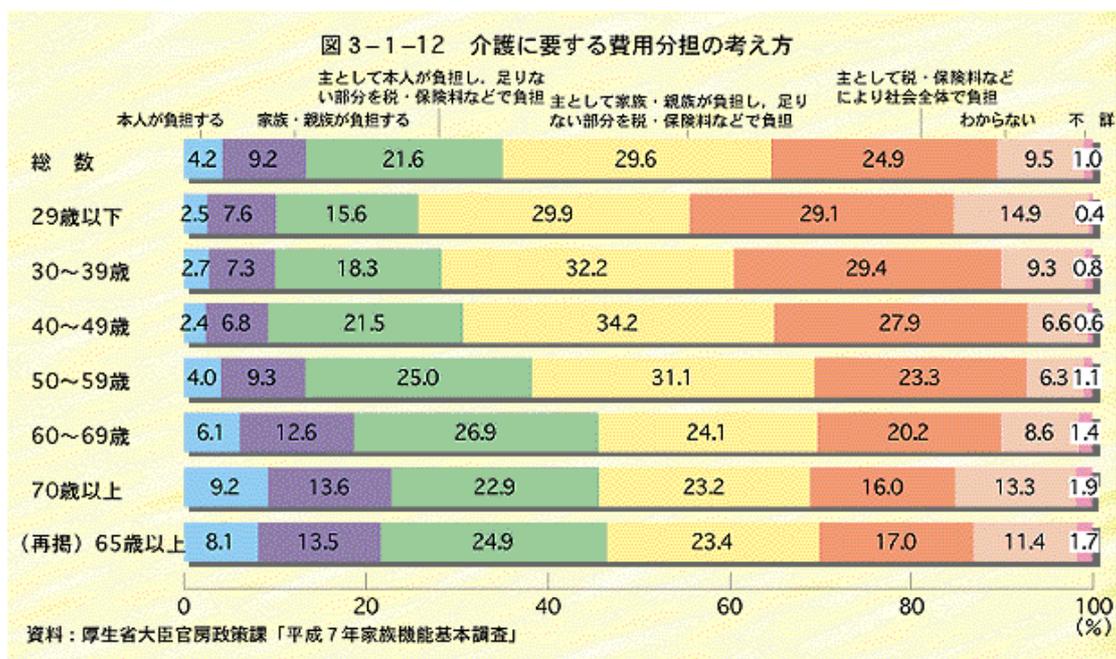


5)

4分の3の者が介護への公的な負担を求め、半数の者が本人・家族の負担も組み合わせるべきと考えている。

家族介護の経験の有無を問わず、介護に要する費用についてどうあるべきかを調査すると、「主として家族・親族が負担し、足りない部分を税・保険料などで負担」とする答えが29.6%、「主として本人が負担し、足りない部分を税・保険料などで負担」とする答えが21.6%となっており、両者を合わせると5割以上の者が本人や家族の負担を主とし、足りない部分を税・保険料などでおぎなうのが適当と考えていることになる。このほか、「主として税・保険料などにより負担」とする者が24.9%いることを考え合わせると、4分の3の者が何らかの公的な負担を求め、半数の者が本人や家族の負担と組み合わせるべきと考えていることがわかる。

図3-1-12 介護に要する費用分担の考え方



6)

介護は、家族介護者の就業率を低下させる。

要介護高齢者がいる三世帯世帯の家族介護者の就業率と、要介護高齢者がいない三世帯世帯の就業率とを比較すると、女性の場合には、30代で38.1%、40代では38.7%と中年層における差が大きく、この年代の女性が介護のため就労を犠牲にしている実態が浮かび上がってくる。また、男性の場合には、50代以上で寝たきり老人のいる世帯員の就業率が低下している。

表3-1-2 65歳以上の者のいる三世帯世帯の家族介護者の性別にみた就業の状況

表3-1-2 65歳以上の者のいる三世帯世帯の家族介護者の性別にみた就業の状況

	要介護老人のいない 世帯の世帯員の就業率 (A)	寝たきり老人のいる 世帯の主な家族介護者 の就業率 (B)	虚弱老人のいる世帯 の主な家族介護者の 就業率 (C)	就業率の差 (A) - (B)	就業率の差 (A) - (C)
女					
30～39歳	0.606	0.375	0.400	0.231	0.206
40～49歳	0.700	0.429	0.491	0.271	0.208
50～69歳	0.398	0.373	0.393	0.025	0.005
70歳以上	0.085	0.067	0.048	0.018	0.037
男					
30～39歳	0.981	-	1.000	-	-0.019
40～49歳	0.986	1.000	1.000	-0.014	-0.014
50～69歳	0.817	0.600	0.727	0.217	0.089
70歳以上	0.299	0.000	(0.241)	0.299	0.058

(注) () = サンプル数が少ないため、同じ年齢層の「世帯別合計」で代替した。
資料：厚生省大臣官房統計情報部「平成4年国民生活基礎調査」のデータより作成

(3) 公的介護保険制度創設に高まる世論

高齢者介護の問題は、高齢者人口の急増とともに深刻なものとなり、現に介護をしている者にとっても、される者にとっても、また、いずれは誰もが老いるという意味でも、すべての国民にとって緊急の課題となっている。

このような状況の中、政府およびマスコミによって公的介護保険に関するいくつかの世論調査が実施されたが、いずれの調査においても、「公的介護保険制度」の創設は、多くの賛成を得ている。

表3-1-3 公的介護保険制度についての世論調査の概要

表3-1-3 公的介護保険制度についての世論調査の概要

(単位: %)

区分	質問	回答				
		A総理府(平成7年8月31日~9月10日実施)	B毎日新聞社(平成8年2月25日~26日実施)	C毎日新聞社(平成7年9月1日~3日実施)	D読売新聞社(平成7年7月29,30日実施)	E.N.H.K(平成7年11月実施)
共通	1.「公的介護保険制度」の創設に賛成か、反対か。(必要かどうか)	賛成 82.3 反対 5.9 その他、わからない 11.8	賛成 60 反対 29 その他、答えない 11	賛成 87 反対 8	賛成 67.5 反対 11.5 どちらともいえない、無回答 21.0	必要だ 90 必要ない 4 わからない、無回答 6
	(1.で賛成と答えた人のみ) 1.-(2)賛成の最大の理由は (Aは2つまで回答)	介護問題は社会全体で対応していく必要があるから 65.8 本人やその家族だけで介護費用を出すのは大変だから 59.8 保険料を支払ってあげば、遠慮なくサービスを利用できるから 31.1 支払った保険料が介護サービスに使われることが明らかだから 16.6 所得調査等の手続きが不要となり、サービスが早用しやすくなるから 8.9	介護する家族の負担が軽くなる 22(37) お年寄りの介護は国民全体で支える問題だ 21(35) 老後を考えると安心だ 16(27) その他、答えない 1(1) (括弧内は100%に換算)	気兼ねなく介護サービスが受けられるから 31 家族では面倒をみきれないから 26 介護は社会的に解決しなければならぬから 22 本人や家族が介護費用を出すのは大変だから 19	高齢化問題は社会全体で取り組むべきだから 52.9 本人や家族だけでは支えきれないから 34.6 国の税金で賄うには限界があるから 7.9 介護サービスの向上につながるから 3.6 その他、無回答 1.0	家族だけでは介護ができないから 54 家族で介護費用を出すのは大変だから 24 介護の問題は社会全体で解決しなければならないから 14 介護サービスが向上するから 8
	(1.で反対と答えた人のみ) 1.-(3)反対の最大の理由は (Aは2つまで回答)	新しい制度により経済的負担が増えるから 68.4 あらかじめ自分で備えておけばいいから 31.6 保険制度には保険料の未納、滞納などの問題があるから 22.2 介護は家族がするべきことで、国などの公的機関が介入する問題ではないから 10.4	税金で全額賄うべきだ 12(41) 制度がうまくいか不安だ 12(41) 介護への備えは個人ですればよい 4(14) その他、答えない 1(4) (括弧内は100%に換算)	国民に新たな負担を求める前に行政改革で財源を確保すべきだ 48 介護は家族の責任だから 19 介護サービスなどの費用は国や自治体が税金で賄うべきだから 18 ほけや寝たきりなどは本人の責任だから 7 介護に国や自治体が介入するのはよくないから 2	十分な介護サービスは期待できないから 37.8 使い道が明確な福祉目的税を導入すべきだから 24.1 今のままの制度でよいから 15.8 本人や家族の責任だから 10.0 その他、無回答 12.5	十分なサービスができるとは考えられないから 25 健康保険などもあり、新たな保険料負担はしたくないから 21 介護にかかる費用は税金で賄うべきだから 17 健康保険などもあり、新たな公的介護保険はいらないから 12 介護は家族の責任であるから 8
	2.保険料額は、 (Cは制度の導入に賛成の者 Dは全員)	_____	_____	1,000円程度 16 2,000円程度 21 3,000円程度 27 4,000円程度 3 5,000円程度 24 6,000円程度 1 7,000円程度 4	1,000円程度 21.6 3,000円程度 32.1 5,000円程度 20.7 10,000円程度 8.9 それ以上でもよい 1.6 その他 0.6 一切負担したくない 8.2 答えない 6.2	1,000円程度 11 2,000円程度 14 3,000円程度 28 4~5,000円程度 21 5~10,000円程度 12 それ以上でもよい 1 一切負担したくない 3 わからない・無回答 9
独自	2.-(2)保険料を払う見返りに支給されるサービスは1か月どのくらいが良いか。(現金換算)	_____	_____	10万円くらい 46 20万円くらい 39 30万円くらい 6 40万円以上 1	_____	
	3.保険料を負担することをどう思うか	_____	仕方がない 60 当然だ 24 納得できない 12 その他、答えない 4	_____	_____	
	4.家族に対する現金支給について(現金給付か、サービス給付か)	・(現金支給)する方がよい 58.3 ・(現金支給)しない方がよい 27.6	(介護サービスの代わりに現金支給することについて) 賛成 48 反対 42 その他、答えない 10	賛成 72 反対 24	_____	現金での給付 7 介護サービス 25 現金とサービスを組み合わせた給付 63 わからない・無回答 5
自	(4.でする方がよい等と答えた人に) 4.-(2)その理由は (Aは「する方がよい」の内訳)	・休職で失われた収入の一部を補う必要があるから 19.5 ・家族の苦労に報いる必要があるから 15.9 ・外部のサービスを利用している場合と比べて不公平だから 13.0 ・家族の介護も労働として評価し報酬を支払うべきだから 9.8	_____	・地域によっては介護サービスを利用できず、家族介護に頼らざるを得ないケースがある 41 ・家族の苦労が等視される 32 ・現金、サービスのいずれかを自由に選択できる 26	_____	
	(4.でしない方がよい等と答えた人に) 4.-(3)その理由は (Aは「しない方がよい」の内訳)	・介護を家族が行うのは当然で、これを金銭で評価するのは不適切だから 11.9 ・家族がしっかり介護するとは限らないから 6.0 ・かえって家族を介護にしばりつけるおそれがあるから 4.9 ・家族関係に金銭が絡み、ぎくしゃくすることが考えられるから 4.9	_____	・もともと介護保険はサービスを提供する仕組みだから 45 ・現金をもらっても実際に介護に使わない可能性がある 33 ・女性に介護を押し付ける傾向が強まるから 15	_____	

(注) 1. A総理府(平成7年8月31日~9月10日実施)については、「高齢者介護に関する世論調査」より作成。
2. 各調査とも、質問および回答は適宜簡略化して記載している。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第1節 新たな高齢者介護制度の創設に向けて

3 新たな高齢者介護制度の創設に向けて

(1) 老人保健福祉審議会における検討状況

1)

老人保健福祉審議会中間報告（1995（平成7）年）

1995（平成7）年2月、厚生大臣の諮問機関である老人保健福祉審議会において、新たな高齢者介護システムの創設に向けた検討が本格的に始まる。同審議会では、13回にわたる審議を経て、同年7月26日に「新たな高齢者介護システムの確立について」と題する中間報告を取りまとめた。

この中間報告では、「高齢者自身の希望を尊重し、その人らしい、自立した質の高い生活が送れるよう、社会的に支援していくこと」を高齢者介護の基本理念として、（ア）高齢者介護に対する社会的支援体制の整備、（イ）利用者本位のサービス体系の確立、（ウ）社会連帯による介護費用の確保の3点をその基本的な考え方とした。その上で、現在、福祉（公費方式）と医療（社会保険方式）の異なった制度の下で提供されている高齢者介護サービスを見直し、「同一の財政方式の下で総合的・一体的な介護サービスが提供される新たな高齢者介護システム」の創設が必要であるとした。

さらに、その財政方式を社会保険方式とするか、公費方式とするかという問題については、利用者によるサービス選択の保障、サービス受給の権利性の確保、負担と給付の対応関係が明確で負担に対する国民の理解を得やすいことなどの点で前者が優れているとし、「公的責任を踏まえ、適切な公費負担を組み入れた社会保険方式によるシステム」が適当であるとした。

2)

老人保健福祉審議会第二次報告（1996（平成8）年）

1995（平成7）年10月以降、老人保健福祉審議会では介護給付、基盤整備および制度の3分科会に分かれて更なる論点の整理を行った。この分科会での議論を踏まえ、翌1996（平成8）年1月31日、「新たな高齢者介護制度について（第二次報告）」が出された。

この報告では、介護給付の基本理念として、(ア)高齢者介護に対する社会的支援、(イ)高齢者自身による選択、(ウ)在宅介護の重視、(エ)予防・リハビリテーションの充実、(オ)総合的、一体的、効率的なサービスの提供、(カ)市民の幅広い参加と民間活力の活用を掲げた上で、介護サービスの対象者、介護給付の内容・範囲、介護サービスの利用方法および高齢者介護に関するサービス基盤の整備、さらには費用負担・制度に関する主な論点と基本的な考え方が示されている。

3)

老人保健福祉審議会報告(1996(平成8)年)

1996(平成8)年4月22日、老人保健福祉審議会から「高齢者介護保険制度の創設について」と題する報告が取りまとめられ、厚生大臣に提出された。この報告では、高齢者介護保険制度について、国民の十分な理解と合意を得ながら制度の創設と実施を進めていくことが重要であるとして、1995(平成7)年2月以来30回にわたる検討を踏まえ、この時点で意見が分かれているものも含め、それぞれの論点ごとに審議会で行われた議論の背景や理由を整理している。

介護保険制度の基本目標としては、従来の医療・福祉のリエンジニアリング(発想と運営方法の転換)の考え方にに基づき、(ア)社会保険への転換、(イ)高齢者自らの意思に基づくサービスの選択、(ウ)高齢者の自立支援、(エ)現行制度の矛盾の解決、(オ)経済・財政とバランスのとれた制度の構築を図ることが必要とした。

さらに、介護サービスのあり方等について第二次報告を更に具体化したものを示すとともに、介護保険制度のあり方等について詳細に述べている。すなわち、介護保険制度の検討に当たっては、(ア)高齢者および若齢者の社会連帯による費用の支え合い、(イ)将来にわたる財源確保と安定的・効率的な運営、(ウ)地域の特性に配慮したサービス提供、(エ)運営コストの抑制に配慮する必要があるとした上で、保険者、被保険者および受給者、介護保険料、公費負担、利用者負担等についての考え方が整理されている。

この報告を契機として、高齢者介護保険制度について国民の間で活発な議論が行われることが期待されるとともに、その制度化へ向けたより具体的な取組みが進められることとなった。

(2) 新たな高齢者介護制度の概要

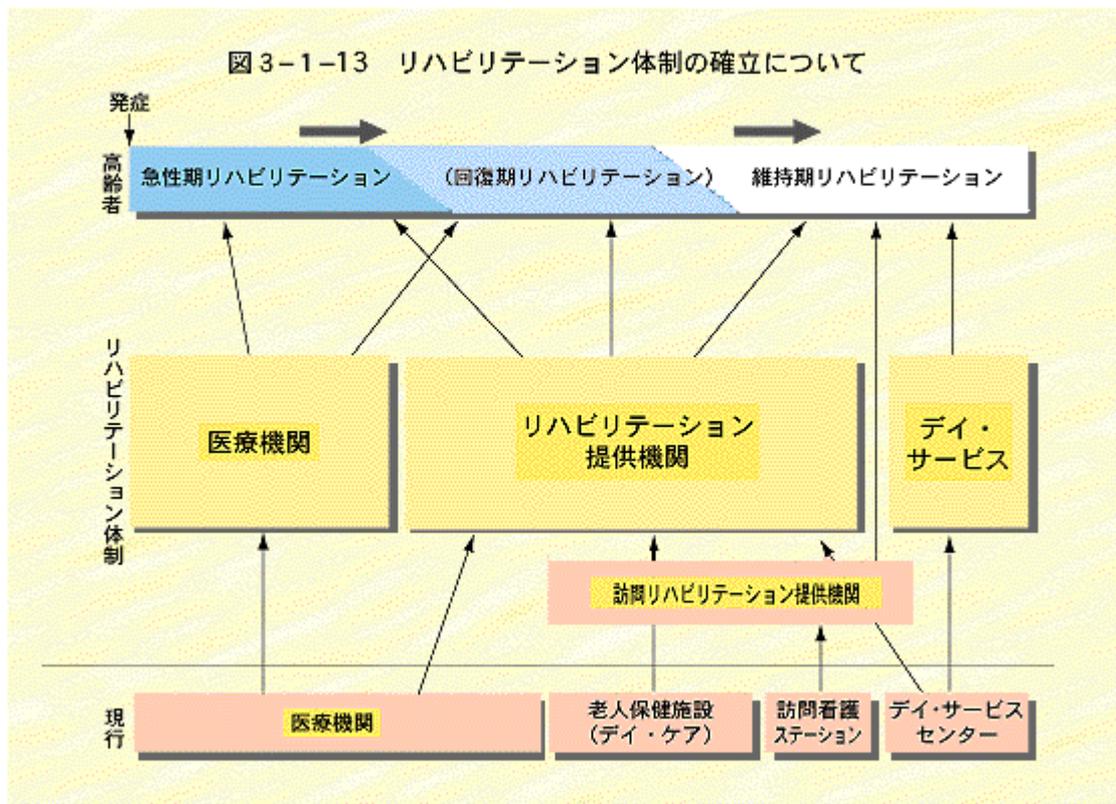
ここで、これらの報告に基づき、新たな高齢者介護制度の内容を概観してみたい。

1)

寝たきり等の予防が重要である。

新たな高齢者介護制度においても、高齢者ができる限り要介護状態にならないようにすることが、まず重要である。このため、これまで行われてきた老人保健事業や「新寝たきりゼロ作戦」の積極的推進を図るほか、高齢者の心身の状態に応じ、適切なリハビリテーションが地域全体で提供される体制の確立を図ることとしている。

図3-1-13 リハビリテーション体制の確立について



具体的には、急性期等の医療的リハビリテーションと維持期リハビリテーションとの機能区分を明確にした上で、維持期リハビリテーションを介護給付の対象とするとともに、「地域リハビリテーションセンター（仮称）」や訪問リハビリテーション提供機関を位置づけるなど新たな地域リハビリテーション体系の確立を目指す。

2)

介護給付は、誰を対象とするのか。

介護保険制度における介護給付は、加齢に伴う障害や痴呆症状等により自力で日常生活を送ることが困難で、介護が必要な状態（要介護状態）にある高齢者とすることが考えられる。また、いわゆる虚弱老人に対しても、寝たきりの予防や自立の支援につながるよう、必要なサービスを提供する。

また、若年世代の要介護状態については、公費による障害者福祉施策で対応するが、初老期痴呆などのような処遇上高齢者と同様の取扱いを行うことが適当なケースについては、特例的に介護保険から給付すべきとの意見がある。

3)

どのような介護給付が受けられるのか。

介護給付は、要介護度ごとに必要とされる介護サービスの費用額に基づき、在宅サービスと施設サービスそれぞれに応じて設定される。具体的なサービスの種類は、次のとおりである。

ア

在宅サービス

在宅サービスは、(ア)ホームヘルプサービス、(イ)デイサービス、(ウ)リハビリテーションサービス(デイケア、訪問リハビリテーションを含む)、(エ)ショートステイ、(オ)訪問看護サービス、(カ)福祉用具サービス、(キ)痴呆性老人グループホーム、(ク)住宅改修サービス、(ケ)訪問入浴サービス、(コ)医学的管理等サービス、(サ)有料老人ホーム等における介護サービス、(シ)ケアマネジメントサービスとする。この場合、24時間対応型巡回サービスや痴呆性老人向けのグループホーム等についても積極的に取り組む。

介護保険制度の下で将来利用できる介護サービスの水準としては、新ゴールドプランを踏まえつつ、全国を通じて確保すべき新しい制度にふさわしい水準を目指すことが適当であり、こうした観点から考えられる具体的なサービスモデルは、以下のとおりである。

なお、このようなサービス水準の実現に当たっては、サービス基盤の整備や財源確保の状況等も踏まえ、段階的にサービス水準を引き上げることが適当である。

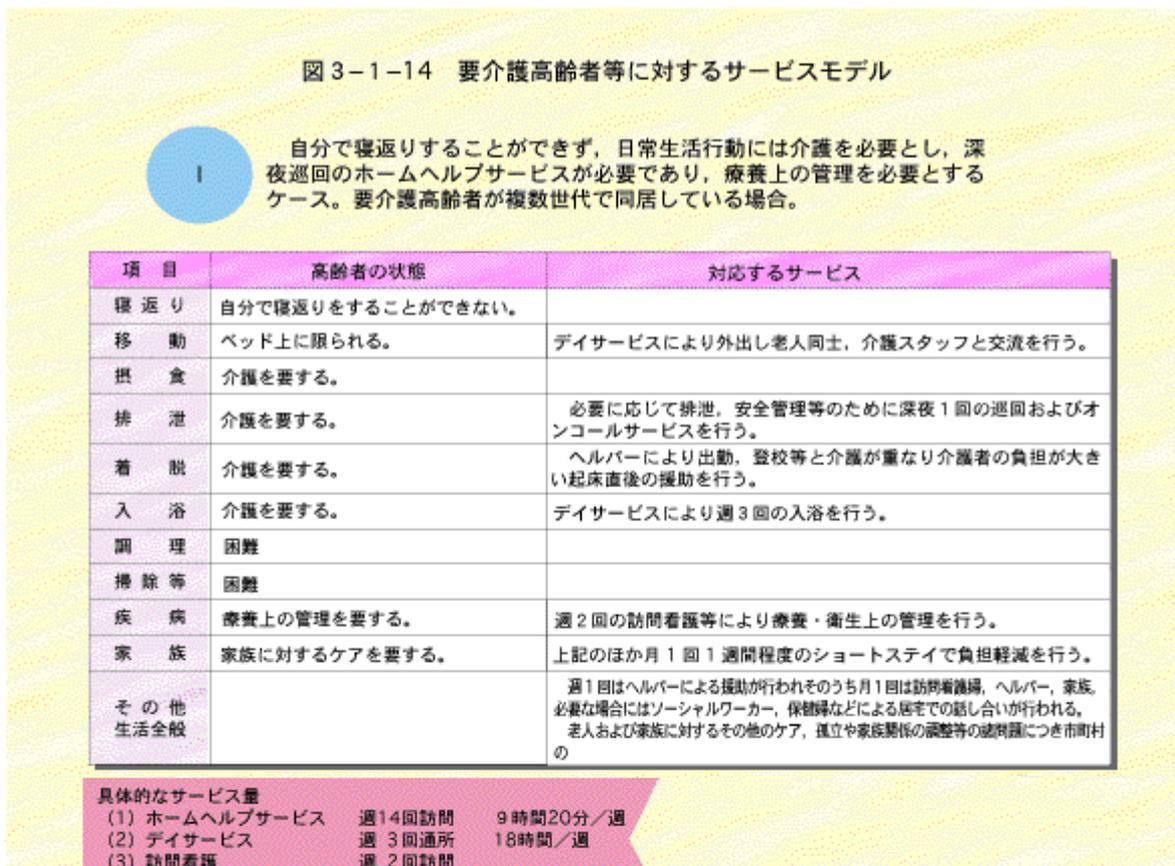
イ

施設サービス

施設サービスの対象は、(ア)特別養護老人ホーム、(イ)老人保健施設、(ウ)療養型病床群等の介護体制の整った医療施設とする。

長期入院患者を多く抱えている一般病院については、介護体制を充実し、介護施設への転換を進めることにより、入所者を給付の対象としていくことが適当である。養護老人ホームについても、介護体制の充実強化を図り、特別養護老人ホームへの転換や特別養護老人ホームの併設を促進する。軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホームは特別の住居と考えられることから、要介護の居住者に対しては、在宅サービスが提供されるようにする。

図3-1-14 要介護高齢者等に対するサービスモデル



(4) ショートステイ 月 1 回入所 7 日間

	午 前	午 後	夜 間	深 夜
(月)	ホームヘルプ	訪問看護 ホームヘルプ		巡回ヘルプ
(火)	ホームヘルプ	デイサービス/デイケア		巡回ヘルプ
(水)	ホームヘルプ			巡回ヘルプ
(木)	ホームヘルプ	デイサービス/デイケア		巡回ヘルプ
(金)	ホームヘルプ		訪問看護	巡回ヘルプ
(土)	ホームヘルプ	デイサービス/デイケア		巡回ヘルプ
(日)				巡回ヘルプ

月 1 回 1 週間程度の
ショートステイ

医学的管理

リハビリ

※このほか、訪問歯科指導、訪問服薬指導、福祉用具等のサービスが考えられる。
※巡回ヘルプとともに訪問看護が行われるケースがある。

II

自分で寝返りすることはできるが、日常生活行動には介護を必要とし、療養上の管理を必要とするケース。要介護高齢者が一人暮らしの場合。

項 目	高齢者の状態	対応するサービス
寝 返 り	自分で寝返りをすることができる。	
移 動	主にベッド上、居室内に限られる。	デイサービスにより外出し老人同士、介護スタッフと交流を行う。
摂 食	なんとか自分でできる。	
排 泄	半介護を要する。	ヘルパーにより毎日3回の排泄支援を行う。(デイ通所日除く)
着 脱	半介護を要する。	ヘルパーにより朝・夕に着替の支援を行う。
入 浴	半介護を要する。	デイサービスにより週3回の入浴、外出等を行う。
調 理	困難	ヘルパーの週15回の援助に合わせて適宜行う。
掃 除 等	困難	
疾 病	療養上の管理を要する。	週1回の訪問看護等により療養・衛生上の管理を行う。
家 族		例えば体調が悪く居宅生活が困難なときには、2か月に1回1週間程度のショートステイを行う。
そ の 他 生活全般		週1回はヘルパーによる援助が行われそのうち月1回は訪問看護、ヘルパー、必要な場合にはソーシャルワーカー、保健師などによる居宅での話し合いが行われる。 老人および家族に対するその他のケア、孤立や家族関係の調整等の諸問題につき市町村の

具体的なサービス量

- (1) ホームヘルプサービス 週 15 回訪問 7 時間 40 分 / 週
- (2) デイサービス 週 3 回通所 18 時間 / 週
- (3) 訪問看護 週 1 回訪問
- (4) ショートステイ 2 か月 1 回入所 7 日間

	午 前	午 後	夜 間
(月)	巡回ヘルプ	訪問看護 ホームヘルプ	巡回ヘルプ
(火)		デイサービス/デイケア	巡回ヘルプ
(水)	巡回ヘルプ	ホームヘルプ	巡回ヘルプ
(木)		デイサービス/デイケア	巡回ヘルプ
(金)	巡回ヘルプ	ホームヘルプ	巡回ヘルプ
(土)		デイサービス/デイケア	巡回ヘルプ



住民参加型在宅サービス提供団体

在宅サービスについては、全国でさまざまな住民参加型の非営利組織が活躍している。このような住民参加型在宅福祉サービス団体は、1995(平成5)年6月現在全国で691団体あり、その形態は住民互助型から社協運営型、生協型、農協型、ワーカーズコレクティブなどさまざまであり、提供しているサービス内容も、話し相手、掃除や買い物・食事のしたく等の家事援助から排泄の介助・清拭・入浴介助等の介護サービス等さまざまである。

東京都立川市にある「ケア・センターやわらぎ」は、住民が自主的に組織した法人格を有しない住民互助型の非営利有償サービス提供団体である。ここでは、ケア・ワーカー約580名、看護婦約50名が登録し、かなり重度の者も含めた在宅の要介護高齢者や難病患者などに対して24時間、365日体制で、今までに約500世帯の在宅の要介護高齢者等に対して、国の補助を受けずにホームヘルプサービスや在宅看護サービスなどを提供するとともに、デイサービスセンターの運営も行っている。

1996(平成8)年4月の老人保健福祉審議会報告では、住民参加の非営利組織に関し、「介護保険制度においては、こうした多様な事業主体が参加し得るような仕組みとすることが必要である」と述べられており、介護サービスの質や安定性を確保しつつ、このような保健福祉の分野におけるNPO(非営利組織)をどのように活用するかが課題となっている。

「ケア・センターやわらぎ」のケアワーカーによる在宅介護サービス



4)

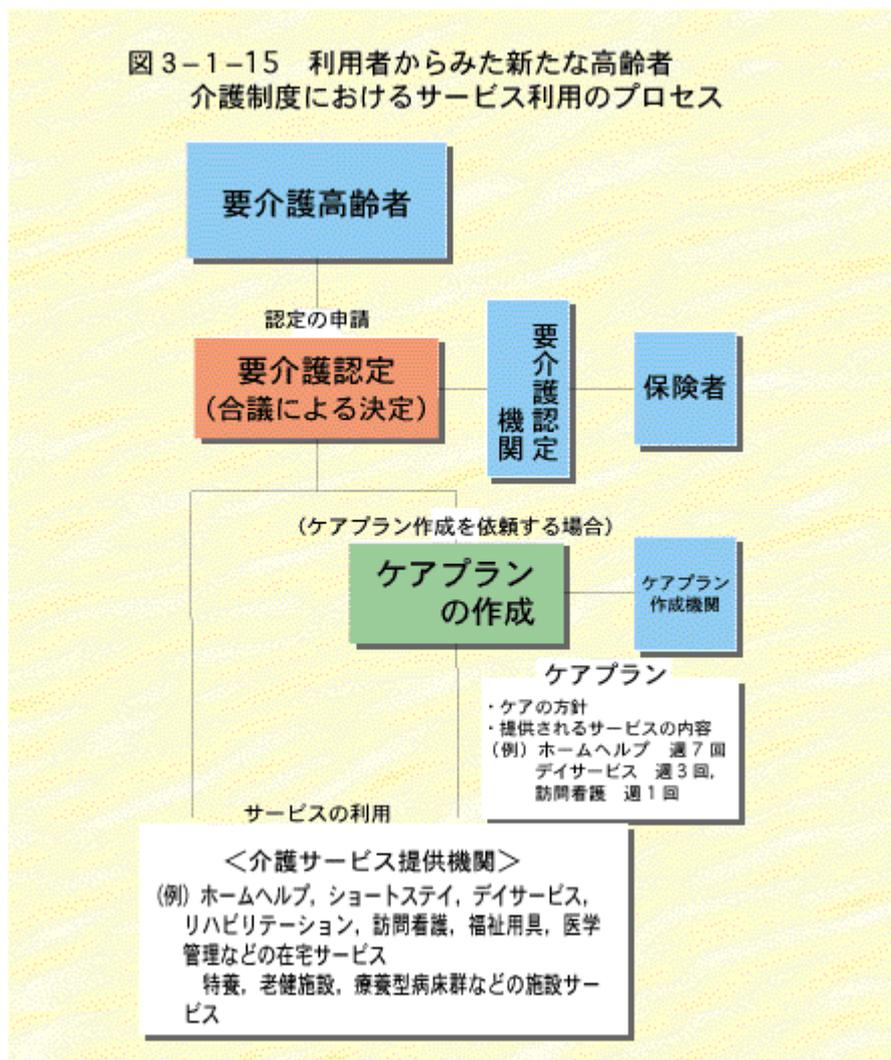
介護サービスを利用するためには、どのような手続が必要か。

高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することを基本とし、それに対して、保健・医療・福祉の専門家が連携して身近な地域で支援する仕組み（ケアマネジメント）を確立することが重要である。

具体的には、高齢者が要介護状態になったと考えられる場合、その申請に基づき要介護認定機関が要介護状態にあるか否か、どの程度の要介護状態にあるかを認定する。この認定は、保険者の責任において行うこととし、保健・医療・福祉の専門家によって構成される合議体の審議を経るものとする。認定の基準は、公平かつ客観的に認定を行うことができるよう国が定める。

要介護状態にあると認定された高齢者は、その選択に基づき、介護支援担当者を中心とする専門家チームにケアプランの作成を依頼することができ、これによって実際のサービス利用につなげることができる。

図3-1-15 利用者からみた新たな高齢者介護制度におけるサービス利用のプロセス



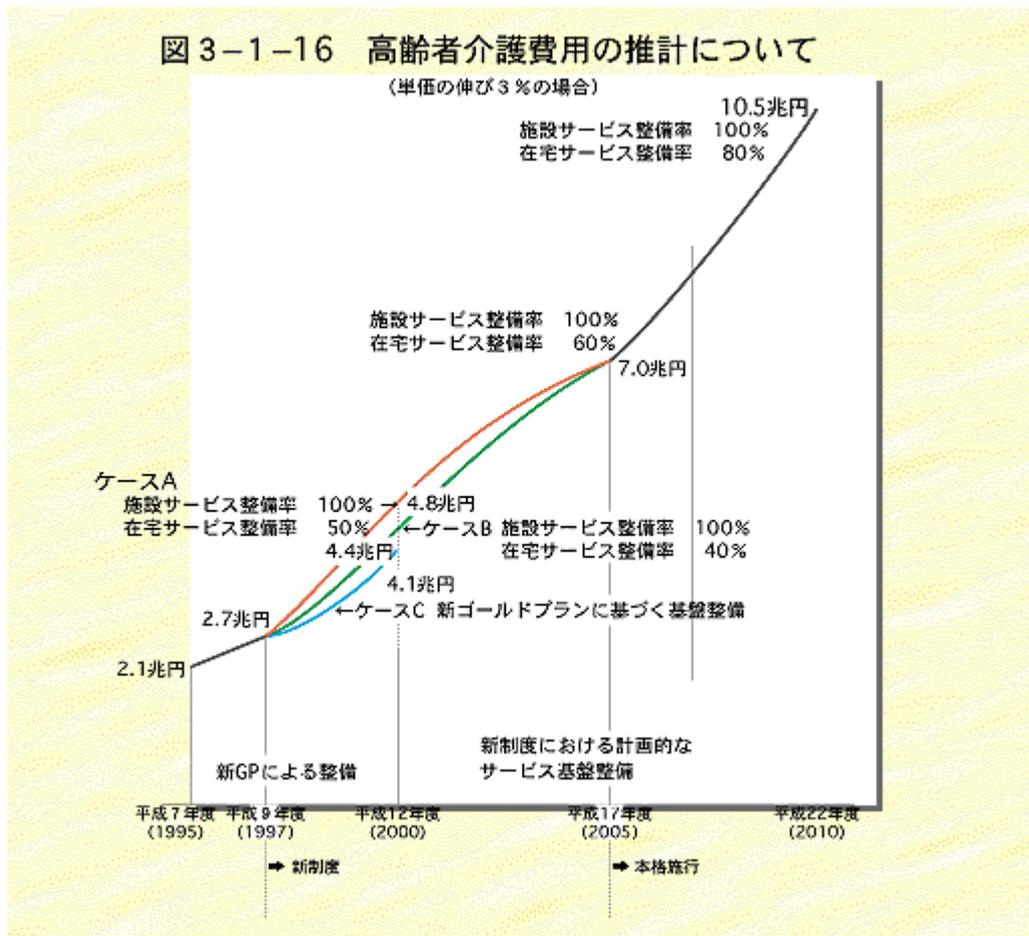
5)

高齢者の介護費用は、どの程度と見込まれるか。

以上のようなサービス水準を目標とした場合、どの程度の費用が必要となるかは、在宅サービスの整備がどの程度進むか等によって異なってくる。

具体的には、1995(平成7)年現在2.1兆円の介護費用が、単価の伸びを3%とした場合には、在宅サービスの整備率によって幅を持ちつつ、2000(平成12)年には4.1~4.8兆円に、2005(平成17)年には7.0兆円になるものと見込まれている。表3-1-4にあるとおり、これをどの範囲の国民が負担するかによって1人当たりの負担額は異なり、また、公費負担をどの程度とするか等によって1人当たりの保険料負担額は変わってくるが、仮に、一定の利用者負担を前提として、公費2分の1、保険料2分の1の割合とし、保険料を20歳以上の国民で等しく負担するとして単純に計算すれば、1人1か月当たり、2000(平成12)年には、1,500~1,700円程度の保険料負担となる。

図3-1-16 高齢者介護費用の推計について



ただし、この費用には、これまで老人医療制度や老人福祉制度の対象となってきた介護関連費用も含まれており、更には医療費の適正化等に努めることなどにより、上記費用のすべてが高齢者介護保険制度創設による新たな負担増となるわけではない。

表3-1-4 人口1人当たり高齢者介護費用額の推計(粗い試算)

表3-1-4 人口1人当たり高齢者介護費用額の推計(粗い試算)

-単価の伸びが3%の場合-

		全 国 民 とした場合	20 歳 以 上 とした場合	40 歳 以 上 とした場合	65 歳 以 上 とした場合	
平成12年度 (2000)	人 数 (万人)	12,700	10,100	6,500	2,200	
	総費用 (兆円)	ケースA	4.8	4.8	4.8	4.8
		ケースB	4.4	4.4	4.4	4.4
		ケースC	4.1	4.1	4.1	4.1
	1人当たり 月額(円)	ケースA	3,100	3,900	6,100	18,000
		ケースB	2,900	3,700	5,700	17,000
ケースC		2,700	3,400	5,300	16,000	
平成17年度 (2005)	人 数 (万人)	12,900	10,300	6,800	2,500	
	総 費 用 (兆円)	7.0	7.0	7.0	7.0	
	1人当たり月額(円)	4,500	5,700	8,600	24,000	
平成22年度 (2010)	人 数 (万人)	13,000	10,300	7,100	2,800	
	総 費 用 (兆円)	10.5	10.5	10.5	10.5	
	1人当たり月額(円)	6,700	8,500	12,000	32,000	

- (注) 1. 高齢者介護費用(利用料を含む総費用)をそれぞれの人口で単純に割った場合の機械的試算である。
 2. 1人当たり保険料負担額は、利用料負担や公費負担などの制度設計により異なる。
 3. 要介護高齢者のサービス整備率については、施設については100%、在宅については平成17年度に60%(充足率100%)、平成22年度に80%(充足率100%)になるものと仮定している。
 また、平成12年度の在宅介護サービス整備率については、ケースAでは50%(充足率83%)、ケースBでは40%(充足率67%)になるものと仮定している。
 なお、平成12年度まで新ゴールドプランで基盤整備をすることとしたケースをケースCとして設定している。(平成12年度まではサービスモデル(典型的ケース)及び特別養護老人ホームの職員配置基準の改善を考慮しないケース。)
 4. 端数処理(四捨五入)の関係で数字の合計が一致しないことがある。

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第2節 育児支援施策の動向と少子化への対応

育児については、戦後、それぞれの時期において、その時代状況を背景に、家族のあり方と関連させつつ、保育サービス等の公的施策がどのような役割を果たしていくべきかについて常に検討が行われ、施策の展開が図られてきた。現在では、子どもや家族をとりまく環境の変化を踏まえ、家族だけに育児責任を負わせるのではなく、地域全体、社会全体で家族を支援していく必要性が認識されるようになっている。本節では、まず、これまでの育児支援策の展開を簡単に振り返り、次に急速な少子化の進展を踏まえた育児支援策の今後の方向を考えてみたい。

第1編

第1部 家庭と社会保障 ―家庭の社会的支援のために―

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第2節 育児支援施策の動向と少子化への対応

1 育児支援策のこれまでの取り組み

(1) 平成以前の保育施策等の動向

1)

昭和20年代から30年代にかけての取り組み

昭和20年代には戦災孤児や引揚孤児の保護収容などの応急的対策等が行われるとともに、1947（昭和22）年には児童福祉法が制定され、保育施策としても、戦後ベビーブームへの対応のため保育所の整備が急ピッチで進められるなど、児童福祉施策の基本的な条件整備が行われた。

昭和30年代は、工業化やそれに伴う都市への人口集中が進む中で、都会における児童の遊び場の喪失や、核家族化の進行による家族形態の変化、共働き世帯の増加により、家庭の養育機能の弱体化が指摘されるようになった。そのため、要保護児童の保護だけでなく、一般児童を対象とした健全育成策の重要性が指摘され始め、1963（昭和38）年には児童館の設置費および運営費に対し国庫補助制度が創設された。また1964（昭和39）年には、児童局が児童家庭局に改称され、福祉事務所に家庭児童相談室が設けられるなどの家庭対策も講じられるとともに、母子福祉法の制定による母子家庭対策の体系化が図られた。

また、保育所については、配置の地域間格差の是正、入所措置基準の全国的統一など保育所運営を全国的に均質な水準とする方向での見直しが行われ、施設整備は緩やかに推移した。

2)

昭和40年代から50年代前半にかけての取り組み

昭和40年代から50年代前半には、高度経済成長に伴い既婚女性の職場進出が更に進んだことや、第二次ベビーブームの到来などを背景に、1971（昭和46）年から始まる社会福祉施設緊急整備5か年計画の策定・実施などにより、保育施設の大幅な整備が進められた。

また、「2～3歳以下の乳幼児期においては、まず家庭において保育されることが原則でなければならない」「母子の持続的な1対1の関係の中でこそ乳児の安定した情緒の発達が期待できる」(1968(昭和43)年12月中央児童福祉審議会意見具申)という育児に関する従来からの考え方を確認しつつ、「職業を持つ女性にとっては、職場における仕事と家庭保育の両立は現実的に極めて難しく、そのように家庭保育のみに依存することが不可能な場合においても、乳児の福祉が阻害されないように社会的に援助する必要が生じてくる」(同意見具申)として、1969(昭和44)年から特別施策として乳児保育が実施された。また、1974(昭和49)年からは、保育所に障害児を受け入れて保育するいわゆる障害児保育が国の施策として試行的に実施された。

さらに、1971(昭和46)年には、家庭における生活の安定と児童の健全な育成に資するため、児童手当の支給を行う児童手当法が成立した。

3)

昭和50年代後半以降の取組み

1980(昭和55)年をピークに保育所の入所措置児童数は減少に転じ、保育所の量的拡大は全国的な課題ではなくなったが、既婚女性の就労の増加やそれに伴う就労時間の多様化、幼児教育についての意識の変化、核家族化や地域共同体の弱化および兄弟数の減少などに伴う家庭や地域の保育機能の弱まりといった変化により生じた多様な保育ニーズに対し、保育所が対応していくための質的充実が課題とされるようになった。このため、1981(昭和56)年から、特別保育対策として延長保育および夜間保育が国の事業として実施されることとなった。さらに、1984(昭和59)年からは都会の母親の育児不安の解消等に資するため、保育所を中心とした乳幼児健全育成相談事業が実施されている。

また、いわゆるベビーホテルの安全面や劣悪な処遇が社会問題となったことから、1981(昭和56)年6月児童福祉法が改正され、厚生大臣は、ベビーホテルを含む無認可保育施設への立入調査等や事業停止、施設閉鎖を行えることとなった。

図3-2-1 保育所施設数の推移

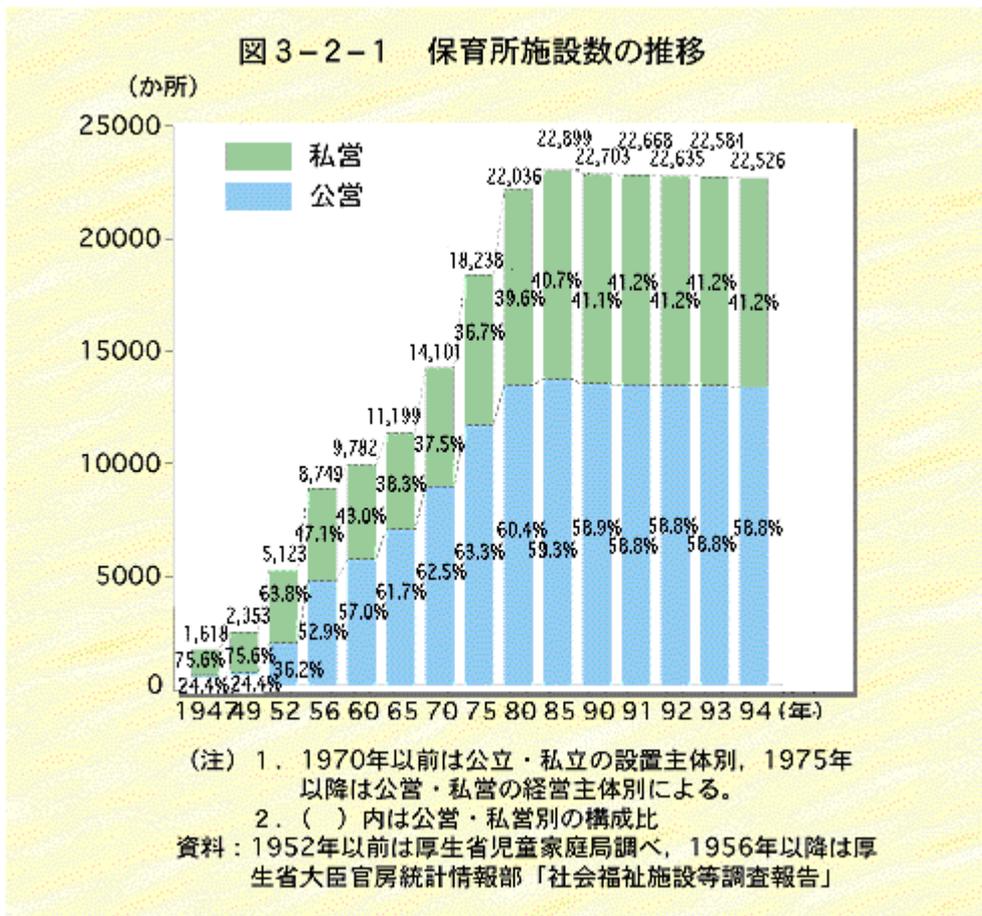
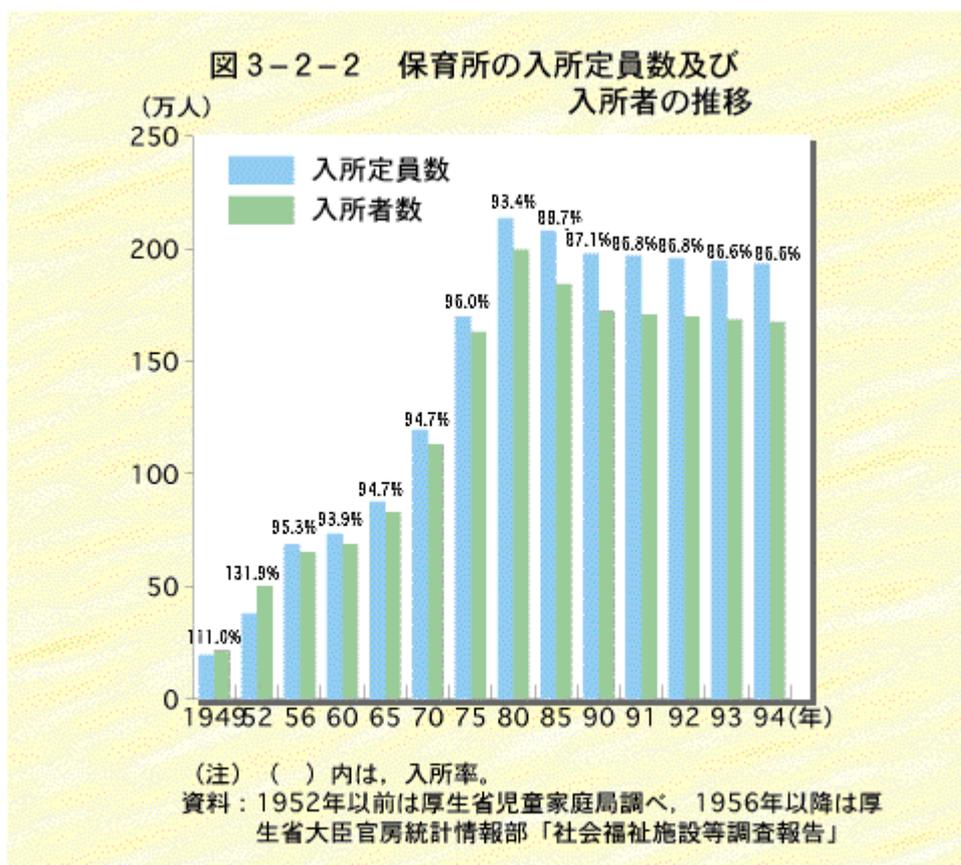


図3-2-2 保育所の入所定員数および入所者の推移



(2) 平成以降に講じられた育児対策等―「1.57ショック」以降―

第1章でみたように、昭和50年代以降合計特殊出生率は全般的に低下傾向にあったが、1989（平成元）年には、合計特殊出生率が前年の1.66から一気に1.57まで下落し、1966（昭和41）年の丙午年の1.58を下回ったことから、「1.57ショック」として大きな問題となった。このような少子化の急速な進行を背景に、平成に入ってから、子育てに対する社会的支援のあり方や保育所のあり方に関する各種の報告や提言が行われている。

1)

「これからの家庭と子育てに関する懇談会」報告書（1990（平成2）年）

1988（昭和63）年7月に発足した厚生大臣の主催する「これからの家庭と子育てに関する懇談会」が1990（平成2）年1月に取りまとめた報告書では、家庭や地域における人間関係の「縮小化と希薄化」などにより家庭や地域社会の養育機能が低下し、少子化という「深刻で静かなる危機」が進行しているが、今後、国、地方公共団体、地域社会、学校、企業など社会全体で子どもの問題に真剣に取り組み、子育ての喜びを享受できるようにすることが大切であるとしている。また、親自らが子育てについて責任を持つことは子どもの健全育成の基礎であるとしつつも、あわせて子育ての相談援助体制の整備、経済的支援、働く女性に対する支援の拡充、地域における遊び場の提供、育児休業の普及促進等が必要であるとされた。

2)

「健やかに子供を生ま育てる環境づくりについて」（健やかに子供を生ま育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議取りまとめ、1991（平成3）年）

1990（平成2）年8月、内閣に「健やかに子供を生ま育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議」が設けられた。この連絡会議は、出生率低下の要因分析、影響および子どもをもちたい人が希望どおり健やかに子どもを生ま育てることができるような環境づくりに関する諸施策などを検討するため設置されたものであり、1991（平成3）年1月、「健やかに子供を生ま育てる環境づくりについて」が取りまとめられた。

ここでは、結婚や子育ては個人の生き方、価値観に深くかかわる問題であり、政府としては、あくまで結婚や子育てへの意欲を持つ若い人々を支えられるような環境づくりを進めるとの視点に立って施策を推進していく必要があるという施策の基本的方向が明らかにされ、健やかに子どもを生ま育てる環境づくりに関し政府として対応を進めるべき対策がまとめられている。

3)

児童手当法の一部改正（1991（平成3）年）

児童手当法の一部を改正する法律が1991（平成3）年5月に成立し、1992（平成4）年1月から、第2子以降としていた支給対象が第1子にまで拡大されるとともに、義務教育就学前までとされていた支給期間が3歳未満に重点化された。具体的には、第2子2,500円、第3子以降5,000円とされていた手当額が、第1子および第2子各5,000円、第3子以降10,000円に引き上げられた。

4)

育児休業法の成立（1991（平成3）年）

育児休業等に関する法律が1991（平成3）年5月に成立し、1992（平成4）年4月から施行された。これにより、労働者（日々雇用される者および期間を定めて雇用される者を除く。）は、事業主に申し出て、1歳に満たない子を養育するための育児休業をとれることが制度化された。

5)

保育問題検討会報告書（1994（平成6）年）

1993（平成5）年2月、厚生事務次官が主催する「保育問題検討会」が発足し、1994（平成6）年1月、報告書が取りまとめられた。この報告書では、保育所入所に当たっての措置制度を維持し、その運用を改善すべきであるとする考え方と、現行の措置制度に加え、保育所との契約により入所できる直接入所制度を導入すべきであるとする考え方の2つを示し、利用しやすい保育所を確立する観点から保育所制度のあり方の抜本的な検討が行われている。

6)

「21世紀福祉ビジョンー少子・高齢社会に向けてー」（1994（平成6）年）

1994（平成6）年3月に出された「21世紀福祉ビジョンー少子・高齢社会に向けてー」では、育児支援策に関し、安心して子どもを産み育てられる社会的支援体制を整備するため、子育てを社会的に支援していくための総合的な計画（エンゼルプラン）の策定の必要性を訴えている。

その上で、子どもと高齢者とのふれあい、ボランティア体験など子どもが豊かな人間性を育めるような家庭や社会の環境づくり、住環境、周辺生活環境、文化・教育環境、活動環境、自然環境といった子どもインフラの整備の推進、創造的でゆとりある教育を目指した一層の教育改革の推進等の必要性を述べている。また、少子化に対応し、仕事と育児の両立を支えるような社会的なシステムをつくり上げていくため、育児を一つの社会的なコストとして雇用システムの中にも組み入れるという考え方に基づき、育児休業中の給付、フレックスタイム制や在宅勤務の導入、労働時間の短縮、企業内保育施設の充実など、仕事と育児が両立し得る雇用環境づくりの推進が必要であるとした。さらに、子育ての必需的な経費については、子育てが次世代の形成に向けての一種の社会的投資として捉えることもできることから、社会全体として支援策のあり方を検討することが必要であるとしている。

7)

児童手当法改正（1994（平成6）年）

児童手当制度は、従来、児童手当の支給を中心としており、福祉施設は付随的に行われているにすぎなかった。しかし、就労の実態に則した多様な保育サービスおよび育児情報の提供、地域社会における草の根からの健全育成活動のための諸条件の整備等の重要性が高まっていることから、これらを「児童育成事業」として法律上明確に位置づけ、サービス提供を大幅に拡充するとともに、そのための財源を安定的に確保するため、1994（平成6）年3月に児童手当法の一部が改正された。

8)

児童の権利に関する条約の批准（1994（平成6）年）

児童の権利に関する宣言から30年、国際児童年10周年に当たる1989（平成元）年11月、児童の権利に関

する条約が国連総会で採択された。我が国は、この条約の趣旨については基本的に賛成であるとして採決に加わり、その後、この条約と国内法制との整合性等について検討を行ってきたが、1994(平成6)年3月の国会における承認を経て、同年4月条約を批准した。

この条約は、すべての子どもの尊厳と、生存、保護、発達などの権利を保障し、子どもが社会の積極的かつ責任ある構成員に育つよう助けることを目指した諸規定により、世界の子どもが恩恵を受けるようにしようとするものである。条約は、前文および54条からなり、児童の意見表明権、思想・表現の自由、児童に対する差別の禁止、生命・教育に関する権利等児童の権利に関して包括的に規定するとともに、麻薬や性的搾取、虐待からの保護等現代社会に対応した条項も加えられている。

9)

エンゼルプラン(1994(平成6)年)(エンゼルプラン全文参照)

1994(平成6)年12月、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、今後おおむね10年間を目途として、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、保育、雇用、教育、住宅など各般にわたる施策について、基本的方向と重点施策を盛り込んだものであり、総合的な計画として子育て支援のための施策が策定されたことに意義がある。

具体的には、以下の5項目が施策の基本的方向として掲げられており、これらに沿って重点施策が推進されることとなっている。

ア

子育てと仕事の両立支援の推進

イ

家庭における子育て支援

ウ

子育てのための住宅および生活環境の整備

エ

ゆとりのある教育の実現と健全育成の推進

オ

子育てコストの軽減

また、エンゼルプランの施策の具体化の一環として、近年の保育ニーズの多様化に対応し、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大臣の合意により「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)」が策定された。これにより、1995(平成7)年度から1999(平成11)年度までの5年間に推進すべき保育対策等について、具体的な目標が定められた。

表3-2-1 緊急保育対策等5か年事業の目標

表 3-2-1 緊急保育対策等5か年事業の目標

項 目	(1995年度)	(1996年度)	「緊急保育対策等5か年事業」の目標 (1999年度)	目標数値の考え方
[多様な保育サービスの充実] 低年齢児(0～2歳児)保育	47万人	49万人	60万人	入所待機児童等、保育所への入所を希望しても入所できない低年齢児のすべてが入所できる水準まで確保。
延長保育	2,530か所	2,830か所	7,000か所	おおむね午後6時以降の保育を行う保育所を、都市部 [*] の保育所の2か所に1か所、その他の地域の保育所の4か所に1か所で実施できる水準まで確保。
一時的保育	600か所	600か所	3,000か所	緊急時や短期間の保育を行う保育所を都市部 [*] の保育所の4か所に1か所、その他の地域の保育所の10か所に1か所で実施できる水準まで確保。
乳幼児健康支援サービス事業	40か所	50か所	500か所	病気回復期の乳幼児の保育を行うサービス事業を人口10万人以上の都市に、人口10万人当たり1か所実施できる水準まで確保。
放課後児童クラブ	5,220か所	6,000か所	9,000か所	小学校低学年の児童のうち、昼間親が不在等の理由で放課後児童クラブの利用が必要な児童(全国で対象年齢児童のおおむね1割弱)のすべてが利用できる水準まで確保。
[保育所の多機能化のための整備] 多機能化保育所の整備	200か所	400か所	1,500か所	新しく建て替えられる保育所等について、乳児保育・子育てサークル支援等の多様なニーズに対応できるよう施設・設備を整備。
[子育て支援のための基盤整備] 地域子育て支援センター	354か所	400か所	3,000か所	地域子育てネットワークの中核として、育児相談・育児サークル支援等を行うセンターを、保育所等に併設することにより、各市町村に1か所設置できる水準まで確保。

(注)都市部^{*}…東京23区および人口30万人以上の市

10)

育児休業給付の実施(1995(平成7)年)

1994(平成6)年6月、「雇用保険法等の一部を改正する法律」が成立し、1995(平成7)年4月から育児休業給付が支給されることとなった。1歳未満の子を養育するため育児休業を取得した被保険者であって、原則育児休業開始前2年間に通常の就労を行っていた期間が12か月以上あるときに、休業を開始する前の賃金の25%相当額が支給される。ただし、育児休業期間中に事業主から賃金が支払われている場合であって、その賃金と育児休業給付との合計が育児休業開始前の賃金の80%を超えるときは、育児休業開始前の賃金の80%から育児休業期間中に支払われた賃金を差し引いた額が支給される。

11)

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の実施(1995(平成7)年)

1994(平成6)年6月に成立した健康保険法等の改正および同年11月に成立した国民年金法等の改正により、育児休業期間中の厚生年金保険料や健康保険料等の本人負担額が免除されることとなり、1995(平成7)年4月から実施された。

出産・育児に係る経済的支援は、どのようになっているか

被用者として働いている女性が出産した場合、健康保険制度から出産育児一時金(30万円)支給されるほか、出産休業期間については出産手当金(標準報酬の6割)が支給される。

さらに、その後育児休業を取得した場合、育児休業基本給付金および育児休業者職場復帰給付金が支給されるとともに、その期間中の健康保険および厚生年金の被保険者本人負担分の保険料が免除されることになる。これらの給付等を合わせると、育児休業期間については、休業前の給与の約4割(37.35%)に相当する経済的支援が行われることになる。

なお、参考までに、政管健保の女性被保険者の平均的な報酬(202,000円)を受けている女性が、10か月間育児休業を取った場合の額を()内に示す。

1)

育児休業基本給付金

育児休業取得前の報酬の20%の額を支給(月額202,000円 \times 0.2=40,400円, 10か月合計404,000円)

2)

毎月免除となる保険料

以下の両者を合わせると標準報酬月額12.35%(月額計24,947円, 10か月合計249,470円)に当たる保険料が免除される。

厚生年金保険料

保険料率16.5%のうち、本人負担分(1/2) (202,000円 \times 0.165 \times 1/2=16,665円)

健康保険料

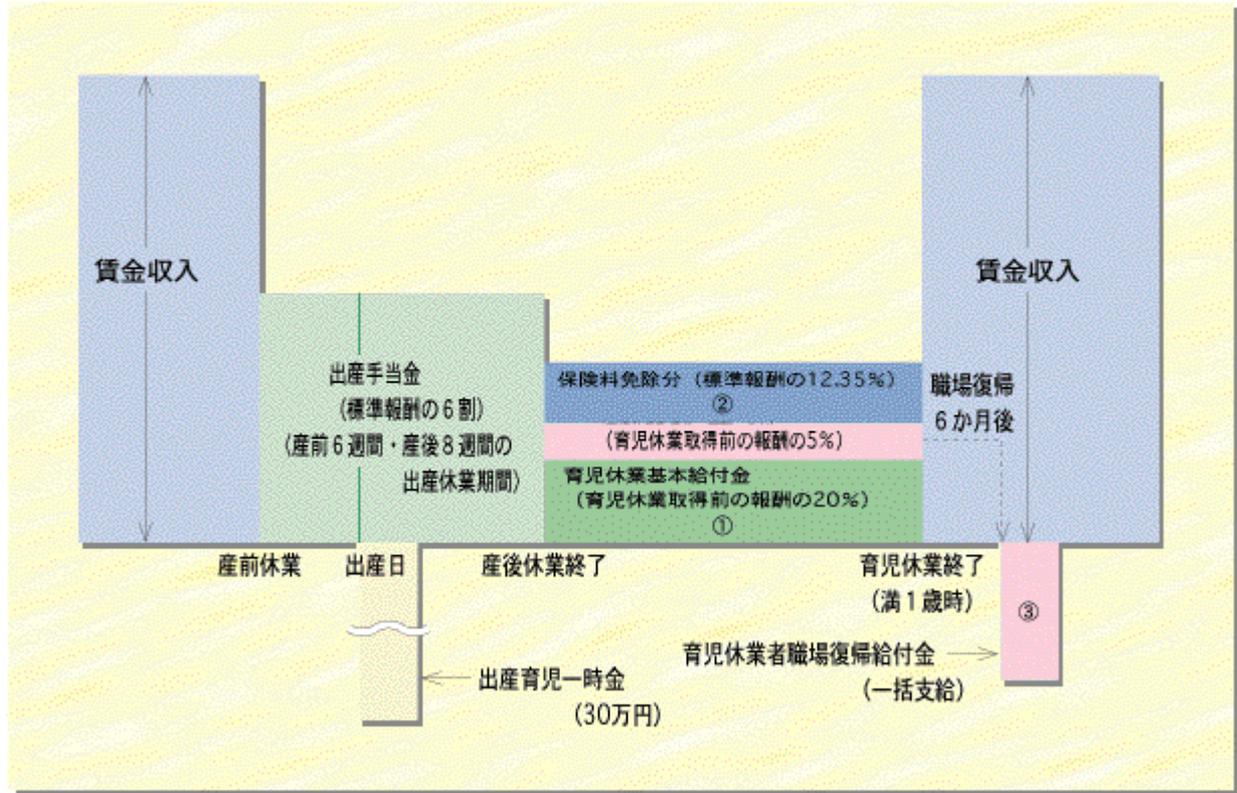
保険料率8.2%のうち、本人負担分(1/2) (202,000円 \times 0.082 \times 1/2=8,282円)

3)

育児休業者職場復帰給付金(一括支給)

育児休業取得前の報酬の5%の額に、育児休業基本給付金の支給を受けていた月数を乗じた額が、職場復帰6か月後に一括支給される(202,000円 \times 0.05 \times 10=101,000円)。

出産・育児に係る経済的支援は、どのようになっているか



第1編

第1部 家庭と社会保障 —家庭の社会的支援のために—

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第2節 育児支援施策の動向と少子化への対応

2 育児支援の新たな課題

平成に入って以降、子育てや保育施策のあり方については幾度となく検討が重ねられ、エンゼルプランの策定という形で具体的な施策も実現しつつある。しかし、我が国の出生率が回復するきざしはまだみられず、出生率の低下にどう対応するかが大きな課題となりつつある。ここでは、出生率の低下がどのような影響を及ぼし、これと育児支援策との関係をどのように考えるべきかを検討してみたい。

(1) 出生率低下は、どのような影響をもたらすか。

第1章でみたように、我が国の出生率は、特に1980年代半ば以降急速に低下している。出生率の低下は、長期的に、我が国の社会、経済に「静かで深刻な」影響を及ぼすことになる。そのすべてを予測することは極めて困難であるが、ここでは、人口、経済および社会保障に与えるであろう大きな影響を考えてみたい。

1)

人口の減少と高齢化の進展

まず、出生率が低いまま推移すれば、やがて我が国の総人口の減少をもたらす、「人口減少型社会」の到来を早めることになる。1994(平成6)年の合計特殊出生率(1.50)、出生性比(女100に対し男105.6の割合の出生数)および平均寿命(男76.57年、女82.98年)が変わらないという前提で試算すると、我が国の総人口は、外国人の流入を考慮に入れなければ、2010年をピークに減少に転じ、50年後の2040年頃には現在の8割の1億400万人に、90年後の2080年頃にはほぼ半数の6,800万人にまで減少するものと推計される。また、出生率の低下が高齢化のスピードを加速させることは、第1章第2節で述べたとおりである。

人口の減少はまた、人口密度を低下させ、国民1人当たりの国土面積を拡大する。これによって国民1人当たり面積が拡大し、ゆとりある空間を確保することが容易になる可能性がある。しかし、人口の減少は、同時に、より一層の過疎化をもたらすおそれがあり、国土の均衡ある発展がより強く求められることにもなる。

2)

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。

3)

社会保障制度への影響

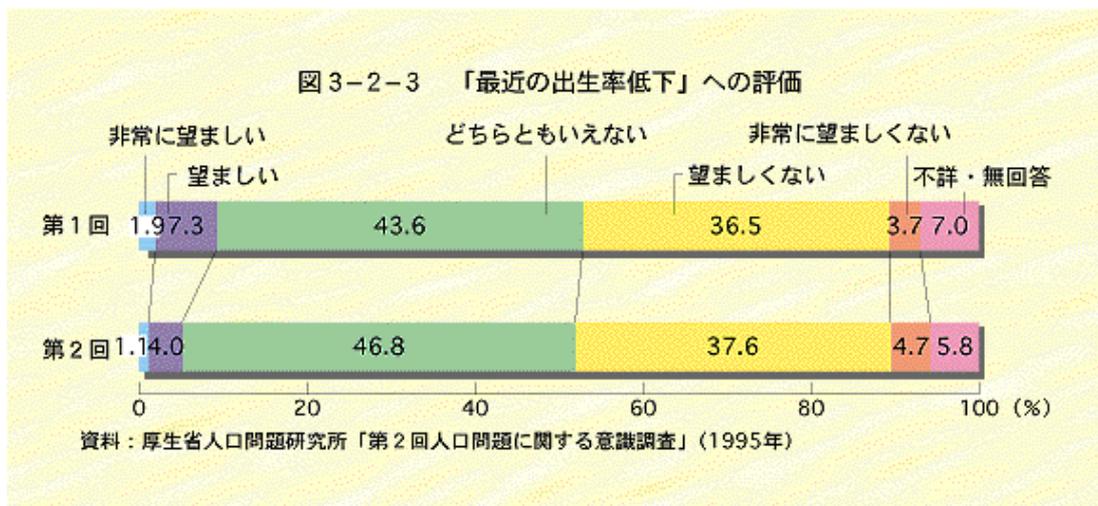
人口減少型社会にあつては、社会保障制度も大きな影響を受ける。年金制度や老人保健制度は世代間扶養の仕組みであり、これに要する費用を支える現役世代が相対的に減少するため、社会保障に係る現役世代の負担は相対的に増大せざるを得ないことになり、いかにして社会保障に係る負担を支えていくかが課題となる。また、保健、医療、福祉の人材をいかに確保するかも、長期的には大きな問題となる。

以上、出生率の低下が及ぼす主な影響を列挙してみたが、具体的にどのような影響が生じるかについては、より掘り下げた検討が必要となる。しかし、出生率の急速な低下が、我が国の社会、経済に少なからぬ影響を及ぼすであろうことは間違いない。では、出生率低下と育児支援策との関係をどのように考えるべきであろうか。

(2) 出生率低下が「望ましくない」と考える人は、4割を超えている。

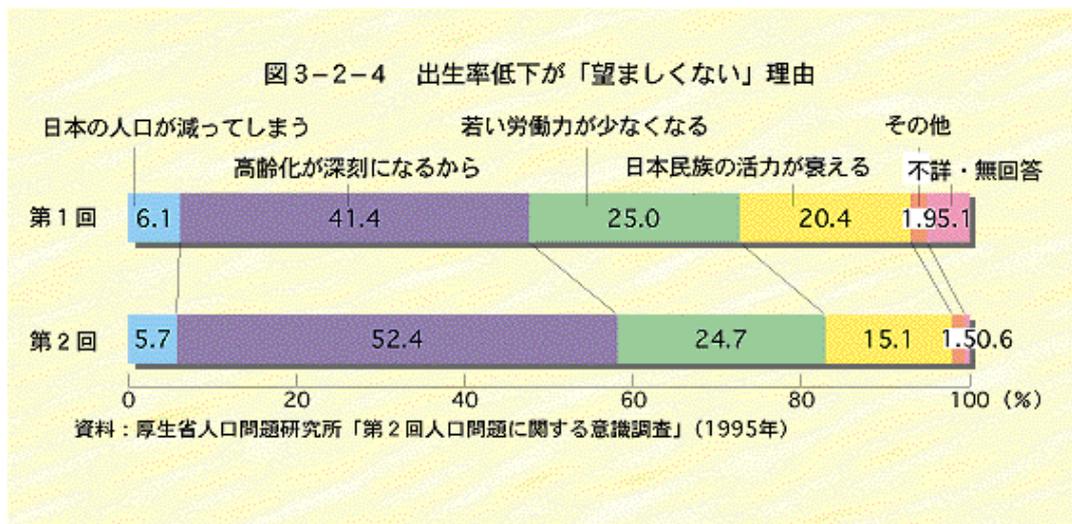
最近の出生率の低下について望ましいか望ましくないかを調査すると、「どちらともいえない」とする者が46.8%で最も多くなっているが、次いで「望ましくない」と「非常に望ましくない」と答えた者が合計で42.3%を占め、「望ましい」と「非常に望ましい」と答えた者の合計5.1%を大きく上回っている。

図3-2-3 「最近の出生率低下」への評価



上の調査で出生率の低下を「望ましくない」ないし「非常に望ましくない」と答えた者に対し、望ましくない理由を4つの選択肢から選ぶ方法で尋ねると、「高齢化が深刻になるから」が52.4%と最も多く、次いで「若い労働力が少なくなる」、「日本民族の活力が衰える」の順となっている。

図3-2-4 出生率低下が「望ましくない」理由



(3) 出生率の低下と育児支援策との関係をどのように考えるか。

1)

出生率は低下する反面、子どもをもつ必要があると考える人の割合は高い。

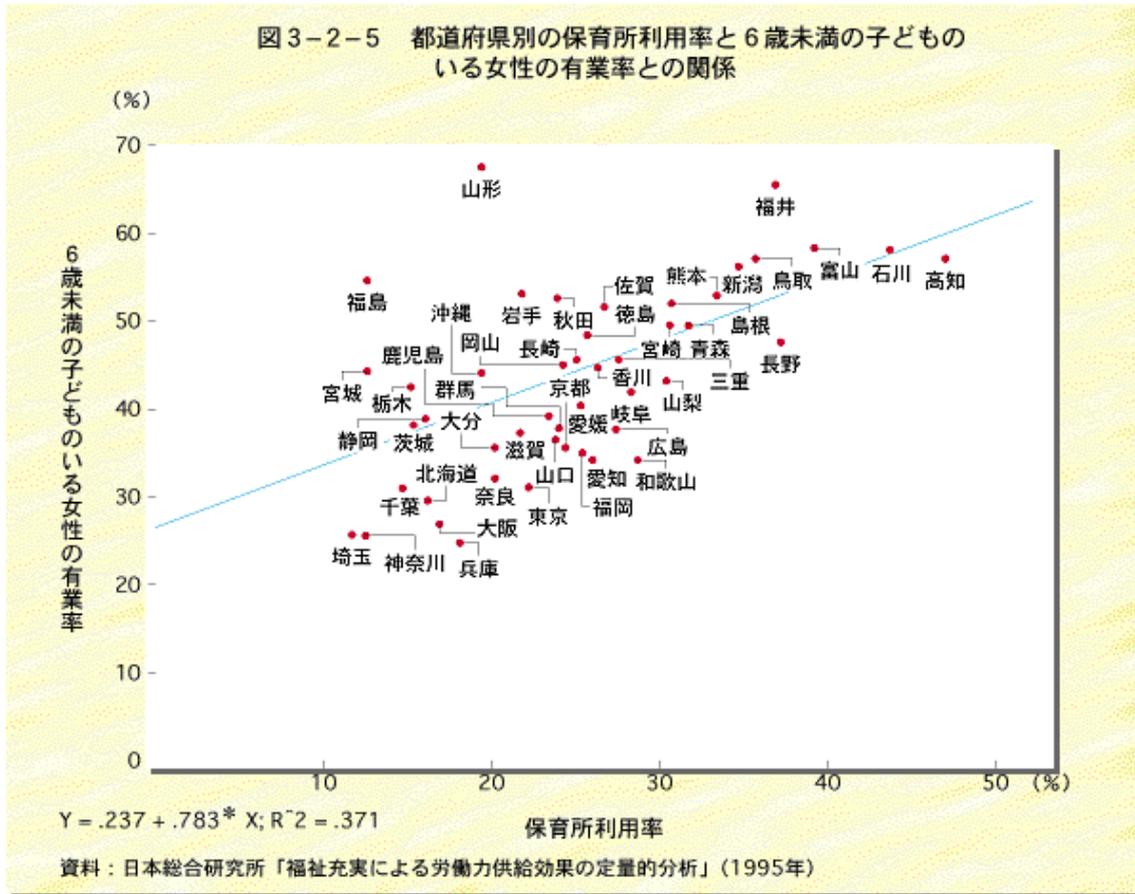
我が国では、結婚しない男女の増加による未婚率の上昇が近年の出生率低下の要因となっている。結婚に関する意識は変わりつつあり、必ずしも結婚にこだわらない人々が増えており、独身にとどまっている理由として自由や気楽さを失いたくないとする理由をあげる者が少なくないことは、第1章でみたとおりである。しかし同時に、結婚した夫婦は3人近くの子どもの理想とし、また、既婚・未婚を問わず、子どもを持つ必要があると考える人の割合は、欧米諸国に比べ高い。

2)

保育サービスの充実、女性の就業を促進する。

都道府県別の保育所利用率（当該都道府県の学齢前児童数に占める保育所入所児童数の割合）と6歳未満の子どもがいる女性の有業率との関係を調べてみると、両者の間には正の相関関係がみられる。つまり、保育サービスの充実、子どもがいる女性の就業を支援する効果があることが、データからもみてとれる結果となっている。

図3-2-5 都道府県別の保育所利用率と6歳未満の子どものいる女性の有業率との関係



3)

結婚や出産の自由と育児支援策は両立する。

結婚や出産は、個人の自由な選択の領域に属する問題である。他方、出生率の著しい低下は、長期的に我が国の社会、経済に少なからぬ影響を与えることから、出生率の低下に対応するため何らかの方策を講じなければならない。この二つの要請を満たすためには、子どもを生み育てたいと思う者が安心して子どもを生み育てられるような社会的条件を整備することが必要である。このことは、理想の子ども数と実際の子ども数とのギャップがあることによっても、裏づけられる。

子どもを生み育てることは家族の基本的な機能の一つであり、子どもは多くの家族にとって精神的な張り合いとなっている。同時に、子どもは将来の社会の担い手であり、健全な次世代を形成することは社会にとっても不可欠なことであり、その成果は、子どものある人もない人もすべての人が受けるものである。このような子どもの持つ社会的価値を認め、かつ、結婚や出産の自由を前提としつつ、子どもを生み育てたいと思う者が、働きながらも子どもを生み育てることのできる社会をつくるためには、出産・育児に対する社会的支援を強化し、保育サービスの充実を始めとする総合的な出産・育児支援策を講じることが必要となる。

不妊相談への取組み

不妊についての詳しい統計はないが、医療関係者の間では、およそ10組に1組の夫婦が不妊に悩んでいるとみられており、子どもをもちたい夫婦にとって深刻な問題となっている。

不妊で悩む夫婦は、不妊治療の具体的な内容や治療効果、治療を受けるべきか否かなど、さまざまな悩みを抱えているが、自分の悩み

を誰にも相談できないまま抱え込んだり、不確かな情報に振り回されたりという場合も少なくない。また、不妊相談の内容は、基本的なものから治療に係る高度なものまで、幅広くかつ専門的なものを含んでおり、このような情報を総合的に提供することができる場が必ずしも充分でないため、不妊相談を行うことができる公的な窓口の設置が求められていた。

このため、厚生省では1996(平成8)年度から、5都道府県において、不妊症のみならず女性の生涯を通じた健康管理のための健康教育を行うとともに、医療機関等に不妊専門相談センターを設けるなどにより女性特有の諸問題に対応するための相談支援体制の整備を図ることとしている。

(4) 子育てに対する社会的支援をどのように考えるか。

1)

子育て費用は、子ども1人約2,000万円となる。

ここで、子育て費用がどの程度家計の負担となっているかをみるため、平成5年版白書で示した子育て費用を改めて試算してみよう。育児や教育の高度化が進む中、高等教育に要する費用や塾の費用などを含めた一人の子どもが成人するまでに要する費用は、およそ2,000万円に上る。

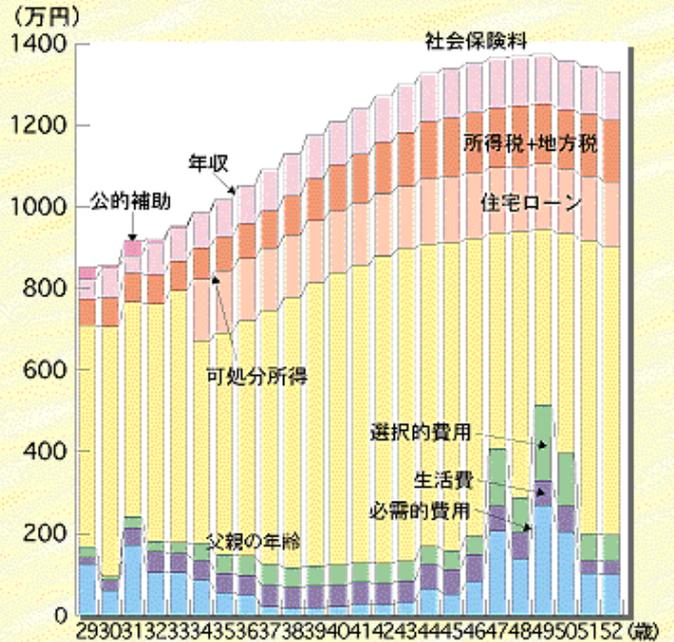
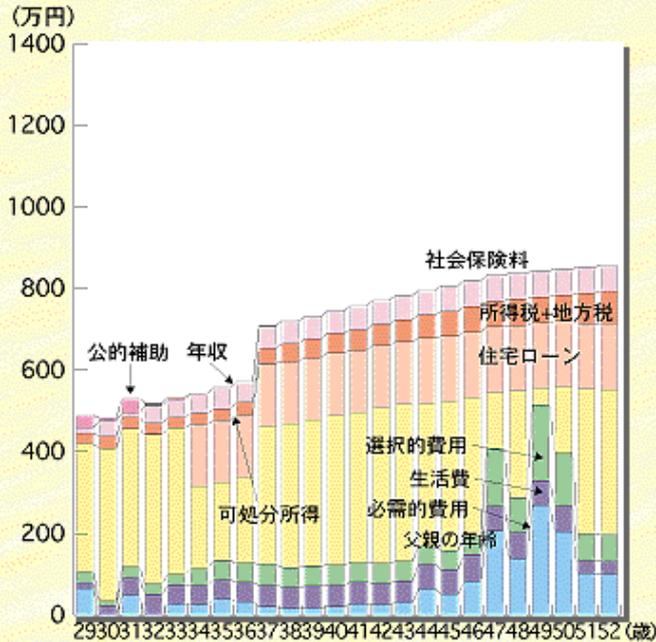
これを、子ども2人の世帯について、妻がフルタイムで働いているケースとパートタイムで働いているケースを例にとり、可処分所得に占める「子育てコスト」を試算すると図3-2-6のとおりとなり、特に子どもが大学生のときに子育てコストが高くなっていることがわかる。子育て世帯は、税・社会保険料を負担した後の可処分所得から子育て費用を負担するとともに、自らの住まいのための住宅ローンをも負担するのが通常である。こうしたことが、理想の数の子どもをもとうとしない理由として、経済的負担をあげる者が多い一つの背景となっているとも考えられる。

図3-2-6 可処分所得に占める「子育てコスト」の割合

図3-2-6 可処分所得に占める「子育てコスト」の割合

〈夫：一般労働者，妻：パート（末子が小学校入学後開始），
子供2人，ローン有）
（29歳で第1子，31歳で第2子を持つ。マンションを34歳で購入）

〈夫：一般労働者，妻：フルタイム（末子が小学校入学後開始），
子供2人，ローン有）
（29歳で第1子，31歳で第2子を持つ。マンションを34歳で購入）



2)

可処分所得は子どものいる世帯の方が多い。

次に、同じ年収の片働き世帯において、子どもが2人いる場合と子どもがいない場合とで、可処分所得にどの程度の差があるのかみてみよう。世帯主の年収が700万円である場合について試算すると、社会保険料では、標準報酬額を基礎としてその額を計算するため、子どもが2人いる世帯も子どもがいない世帯もその額は同じとなり、負担に差はない。一方、税（所得税および個人住民税）では、担税力に応じた負担を求める観点から、子どもがいる場合には扶養控除が適用されるため、子どもが2人いる世帯の方が税負担は軽減される。したがって、年収から社会保険料と税とを差し引いた可処分所得は、子どもが2人いる世帯の方が多くなり、子どもがいない世帯との差は、年間約17万円となる。

表3-2-2 可処分所得のモデル計算

表3-2-2 可処分所得のモデル計算 [単位:円, %]

区分	年収	負担			可処分所得	負担率
		社会保険料	税	計		
子ども2人	7,000,000	692,765	403,400	1,096,165	5,903,835	15.7
子どもなし		692,765	568,400	1,261,165	5,738,835	18.0

3)

育児支援策のあり方について、総合的な検討が必要である。

子育て費用の中には、子どもの食費・被服費等の生活費、学費・通学費等の必需的費用、さらには塾の費用といった家庭教育費を始めとする選択的費用が含まれている。これらの費用は子ども自身のために費やされるものであるが、これによって成長した子ども達が将来の社会経済を担い、また社会保障制度等を通して将来の高齢者世代、すなわち現在の現役世代を支える存在となる。その恩恵を、子どもを育てた人も育てなかった人も受けるのであれば、今後は、健全な次世代の形成に向けて、子どもおよび子育ての社会的価値の側面を、さらに重視していく必要がある。

エンゼルプランの「5.重点施策」においては、「(6)子育てに伴う経済的負担の軽減」として、幼稚園就園奨励事業の推進を図ることなどにより幼稚園児の保護者の経済的負担の軽減を図ること、育英奨学事業の充実を図るとともに私学助成の推進を図ること、乳児や多子世帯の保育料を軽減するとともに共働きの中間所得層の負担軽減等の保育料負担の公平化を図ることとしており、さらに、経済的負担の軽減の観点から、税制上の措置や児童手当、年金等の社会保障制度等を含め子育てコストへの社会的支援のあり方について検討することがあげられている。

また、上述のように、保育サービスの充実は、女性の就労を促進する効果がある。働こうと思う女性が子どもを生み育てながら働ける社会をつくるためにも、育児支援策の一層の充実は必要である。

育児などの無償労働の評価

賃金労働など市場で貨幣による評価が行われる労働に対し、家庭内での家事や育児、介護など市場での評価が行われず、無償で行われる労働は無償労働(アンペイド・ワーク)とよばれる。国連開発計画(UNDP)の調査によると、ほとんどすべての国において、無償労働を含めた女性の総労働時間は男性の総労働時間を上回っているが、男性の労働時間のうち無給であるのは4分の1に過ぎないのに対し、女性の労働時間の3分の2は無給であるとされている。このような現状に対し、近年、こうした無償労働の価値を測定し、社会

的な評価を行う必要性が指摘されるようになっている。

無償労働の社会的な有用性を評価した上で、無償労働の価値に対し社会的・経済的位置づけを具体的施策として与えるべきであるとの指摘がある。具体的には、育児や介護など社会的に有用と認知された無償労働について、必ずしもその有償化の検討だけにとどまらず、例えば、労働時間の短縮による男性の育児・介護への参加なども含め、男性・女性が共に積極的に担っていくためのさまざまな社会的・経済的支援を行っていくべきであるとされる。

これら無償労働の社会的評価にかかわる施策の具体的あり方についてはさまざまな議論があるところであり、今後幅広い検討が行われる必要があるが、新たな高齢者介護制度の創設により適切なサービスを提供し、介護の社会的支援システムを確立することも、家族介護という無償労働の社会的評価にかかわる施策ととらえることができる。また、近年の出生率の低下に関し、本来男女が共に担っていくべき育児の価値が社会的・経済的に十分評価されていないため、男性も女性も育児より社会に出て働き続けることを選択する実状にあるのではないかと指摘もある。したがって、子どもをもち、育てることをより積極的に評価し、施策の上でどう位置づけるのかについて検討する必要がある。

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第2節 育児支援施策の動向と少子化への対応

3 育児支援策の今後の方向

現在、子どもをとりまく環境としては、受験競争の激化等による生活のゆとりの喪失、都市化に伴う遊び場・活動の場の減少、核家族化や少子化による子ども同士・世代間の交流の機会の減少等がみられる。こうした時間、空間、仲間のいわゆる3間（サンマ）の縮小化が同時進行する中で、いじめ、不登校、自立できない子どもなどの問題も発生している。他方、家族をとりまく環境としては、家族の小規模化、都市化の進行などにより血縁・地縁ネットワークが縮小・希薄化し、地域や親族による子育て支援機能が低下している。また、女性の就労が増加する中、女性に「仕事も家庭も」の役割を期待する社会風潮の下では、女性に子育ての負担が集中する結果となっている。

このような状況の下、家族はさまざまな子育てに関する問題への対応を迫られているが、不安や悩みを家族に相談する子どもは半数に満たず、一方、家庭自身が問題を抱えていることも少なくない。このことは、例えば児童相談所への児童虐待の相談件数の増加などにも現れている。

このような状況を少しでも改善し、次代を担う子ども達が、個性豊かにのびのびと健やかに育つことができるようにするためには、家族だけでなく、国や地方公共団体といった公的機関、さらには地域、学校、企業など子育てに関わるすべての社会の構成メンバーが、子育ての社会的意味を理解し、育児を支援し、これに協力していくことが必要となる。

児童虐待

近年、児童虐待が深刻な問題となっている。全国の児童相談所における児童虐待（身体的暴行、保護の怠慢ないし拒否、性的暴行、心理的虐待、登校禁止）の相談件数は1990（平成2）年度の1,101件から1994（平成6）年度には1,961件に増加している。具体的事例の中には、「母親が些細なことで子どもに激怒し、身体的暴行を加える。」、「アルコール中毒の父親が酔って暴力をふるう。」、「父親が子どもに性的虐待を加える。」などの深刻なケースも多い。

このような問題については、児童相談所においても、親への面接指導等によって対応しているところであるが、児童虐待は家庭内で行われることが多く、その発見は容易ではない。このため、1996(平成8)年度より、児童相談所のみならず、保健所、医療機関、学校、警察等の地域の関係機関がネットワークを形成し、密接な連携を取りながら対応するよう、児童虐待ケースマネジメントモデル事業を実施することとしている。

また、近年、児童虐待防止のためのボランティア活動も活発になってきており、「子どもの虐待防止センター」（東京）、「児童虐待防止協会」（大阪）等が電話相談等を実施しており、数多くの相談が寄せられるようになってきている。

「子どもの虐待防止センター」（東京）における電話相談



(1) 家族内での男女の役割分担の見直し

家族の多様化が進み、女性の社会進出も進んでいる状況にあって、働く女性に「仕事も家庭も」の役割を期待しつづけることは難しくなっている。働く女性も安心して子どもを生き育てることができるようにするためには、家族の中における男女の役割分担を見直すことが必要となる。特に女性が働いている場合には、男性も育児や家事を積極的に分担していくことが求められる。

(2) 公的な育児支援策の充実

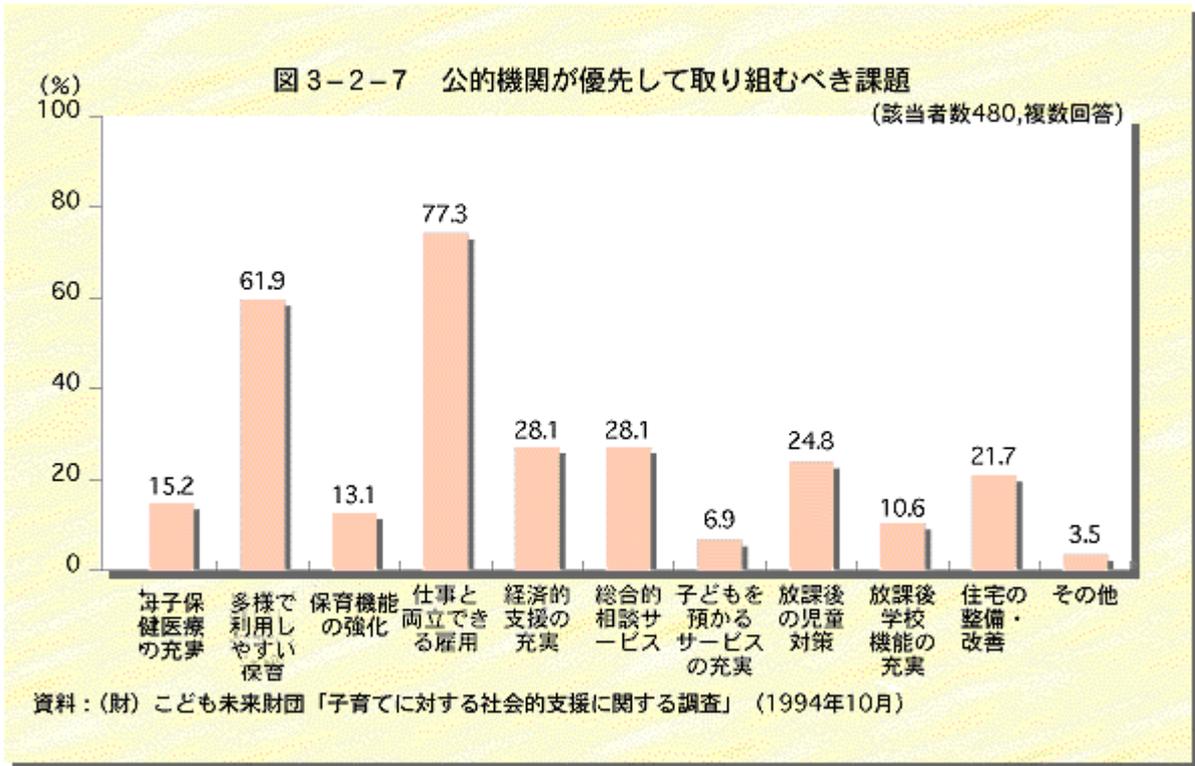
1)
公的な育児支援策に関して何が求められているか。

ア
公的機関が優先して取り組むべきと考えられている課題は何か。

子育てに伴う負担感を軽減し、子育てを支援するために公的機関が優先して取り組むべき課題について、各界の有識者に対し行った調査では、「育児休暇、労働時間の短縮などによる、男女とも仕事と子育てとが両立できるような雇用システムの確立」との回答が77.3%と最も多くなっており、次いで「保育所での乳児（0歳児）保育、時間延長保育など多様で利用しやすい保育サービスの提供」が61.9%、

「子育てについての、気軽に利用できる総合的な相談支援サービスの充実や子育てに関する親同士の地域ネットワークづくりの推進」および「児童手当、税制などによる育児に対する経済的支援の充実」が28.1%となっている。

図3-2-7 公的機関が優先して取り組むべき課題



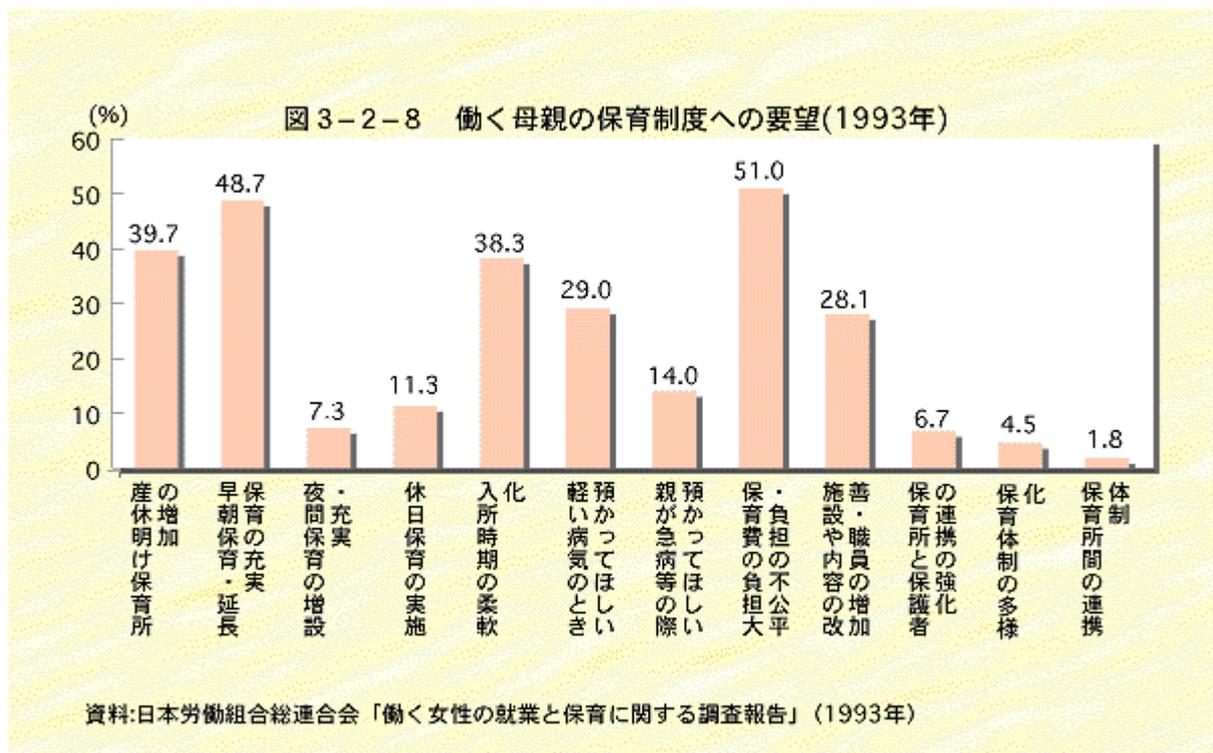
被用者に対する育児休業制度については、1995(平成7)年4月から育児休業期間中の所得保障として育児休業給付が支給されるとともに、健康保険や厚生年金の本人保険料負担も免除されることとなり、仕事と子育てとが両立できるような雇用システムの確立については着実な前進がみられる。対応が急がれるのは、多様で利用しやすい保育サービスの充実である。

イ

働く女性は保育制度に何を期待しているか。

働く母親の保育制度に対する要望について、労働者団体(日本労働組合総連合会)が行った調査によると、「保育費の負担大・負担の不公平の是正」が51.0%と最も多く、次に「早朝保育・延長保育の充実」が48.7%、「産休明け保育所の増加」が39.7%、「入所時期の柔軟化」が38.3%、「軽い病気のと看前かってほしい」が29.0%、「施設や内容の改善・職員の増加」が28.1%などとなっている。

図3-2-8 働く母親の保育制度への要望(1993年)



2)

保育施策の現状と今後の課題

現在、エンゼルプランに基づき、保育、雇用、母子保健医療、住宅・生活環境、教育といった幅広い分野について育児支援策が講じられている。今後とも、このエンゼルプランを強力に推進し、幅の広い総合的な子育て支援策を講じていくことが必要であるが、ここでは保育施策の現状と今後の課題を概観する。

ア

多様で利用しやすい保育サービスの展開

保育サービスは多様な展開をみせている。特別保育対策として昭和40年代に乳児保育および障害児保育が開始されて以来、さまざまなメニューの特別保育対策が実施されてきている。しかし、これらの事業の実施率をみると、認可保育所(1994(平成6)年4月現在22,532か所)のうち、乳児保育を行っているのは公立19.2%、民営54.9%、延長保育を行っているのは公立2.8%、民営10.1%となっており、公立保育所の実施率が低くなっている。今後は、これら特別保育対策がより多くの保育所で実施されるように努めていかなければならない。

なお、弾力的な事業実施の必要性が高い駅型保育、在宅保育等については、民間主体の育児支援を目的に1994(平成6)年7月設立された「財団法人こども未来財団」によって補助が行われている。

表3-2-3 公営・民営別特別保育対策等実施状況

事 項	合 計	公 営	民 営	備 考
乳 児 保 育	7,645か所	2,542か所 (19.2%)	5,103か所 (54.9%)	1994年度見込 ()内は実施率
障 害 児 保 育	4,350か所	2,589か所 (19.6%)	1,761か所 (18.9%)	1993年度実績見込 ()内は実施率
延 長 保 育	1,310か所	367か所 (2.8%)	943か所 (10.1%)	"
保育所地域活動 事業(特別保育 科目設定実施事	7,304か所	3,147か所 (23.8%)	4,157か所 (44.7%)	"
夜 間 保 育	37か所	0か所 (0%)	37か所 (0.4%)	1994年度見込 ()内は実施率
一時的保育事業	387か所	77か所 (0.6%)	310か所 (3.3%)	"
長時間保育事業	29か所	0か所 (0%)	29か所 (0.3%)	1993年度実績見込 ()内は実施率

資料：厚生省児童家庭局調べ

また、就労等によって昼間保護者のいない家庭の小学生（主に1年から3年）を対象に、児童館、保育所、学校の余裕教室等を利用した放課後児童対策が実施されており、1996（平成8）年度予算では6,000か所に対し補助が行われることになっている。

今後とも、「緊急保育対策等5か年事業」等に基づくこうした対策を着実に推進し、利用しやすいきめ細やかな保育サービスを展開することとしている。また、公的保育サービスを補完し、個別的なニーズ等に対応していくため、ベビーシッターや良質な民間保育施設などの民間サービスの活用も図ることを検討する必要がある。

24時間保育（石川県金沢市）

石川県金沢市では、深夜にわたって勤務している女性の「子育て」と「仕事」の両立を支援するため、1995（平成7）年7月から、同市の中村町保育所で、月、水、金の3日間、昼間の保育に併せて泊まり保育を公立の保育所としては全国で初めて実施している。

この背景には、金沢市立病院の看護婦一同が24時間型保育所の開設を要望したこと等があり、「子どもが2人いるのですが、できればもう1人産みたい。でも今の勤務体制の中では産めません。」との看護婦の声もあった。

1996（平成8）年3月時点での登録保育児数は9人であり、母親の職業は看護婦、助産婦、調理師等となっている。30人の予定保育児数からみて決して多いとは言えないが、この24時間保育を始めた金沢市の山出保市長は「24時間保育の利用者はこれから必ず増えてくると思います。」と語っている。

24時間保育の流れ

	昼 間		夜 間
7:30	●時間外保育	17:30	夜間保育引継 ●個人の様子を受ける
8:30	登所 自由あそび 活動 おやつ(3歳未満児)	18:00	(人数, お迎え時間の確認)
11:00	●3歳未満児食事	19:00	夕食
11:30		20:00	入浴 ●パジャマ着替え ●歯みがき ●排泄
12:00	食事(3歳以上児)	21:00	就寝 ●就寝中の子どもの状態の把握
12:30	●3歳未満児ひるね		
13:00	ひるね		
14:30			
15:00	おやつ	6:00	起床
15:30		7:00	朝食
16:00	●持ち物片付け, 身辺整理	8:30	●日中保育準備
17:00	降所	9:00	昼間保育引継
18:00	●時間外保育		

イ

保育サービスの質の向上

保育施設の基準面積については、今までも逐次改善がなされてきているが、子ども部屋を持つ家庭が多くなるなど国民生活水準の全般的な向上等を踏まえて、今後ともハード面における質の向上を進めていく必要がある。

また、保育内容の多様化、より質の高い保育サービスの実施といった観点から、職員の質の向上、多様なサービスを提供する体制の整備についても検討していく必要がある。併せて、多様なニーズに柔軟に対応しやすいよう、制度の弾力的な運用のあり方についても検討していく必要がある。

ウ

子育ての相談・支援体制の推進

地域や親族による子育て支援機能が低下する中、家族の育児不安の増大が指摘されており、すべての子育て家庭を対象にした相談・支援体制づくりを推進し、子育て家庭の孤立を防ぐことが必要である。このため、保育所等に併設した地域子育てセンターによる育児相談や子育てサークルの支援等を推進していくこととしている。

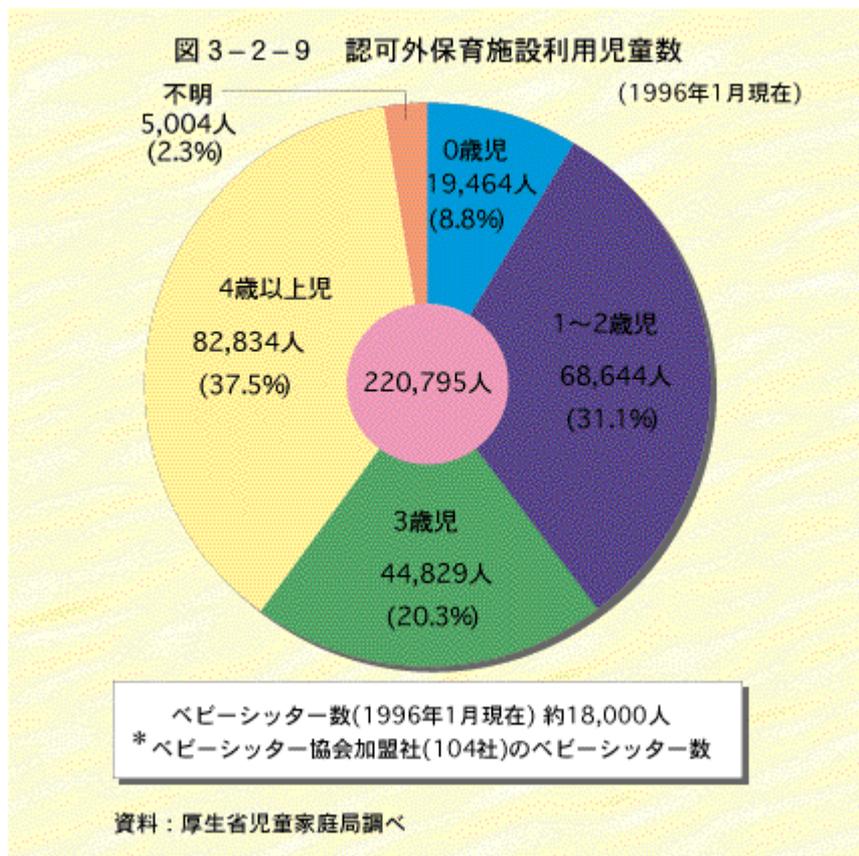
工

新たな社会経済環境に対応した児童家庭福祉体系の見直し

女性の就労形態が多様化する中で、認可保育所のほか、認可外の保育施設や子育てサークルなど、保育の多様化が進んでいる。また、不登校、虐待、自立できない子どもなどの問題が増加し、これまでの要保護児童施策の見直しが必要となっている。さらに、死別よりも離婚等の生別が多数を占めるなど母子家庭をめぐる状況も大きく変化している。

このような児童や家庭をとりまく社会経済環境に対応するため、1947（昭和22）年の制定から50年目の節目を迎える児童福祉法を中心とした児童家庭福祉体系について、21世紀を見据えた見直しを行うこととし、1996（平成8）年3月、中央児童福祉審議会に基本問題部会を設置し検討を開始した。

図3-2-9 許可外保育施設利用児童数



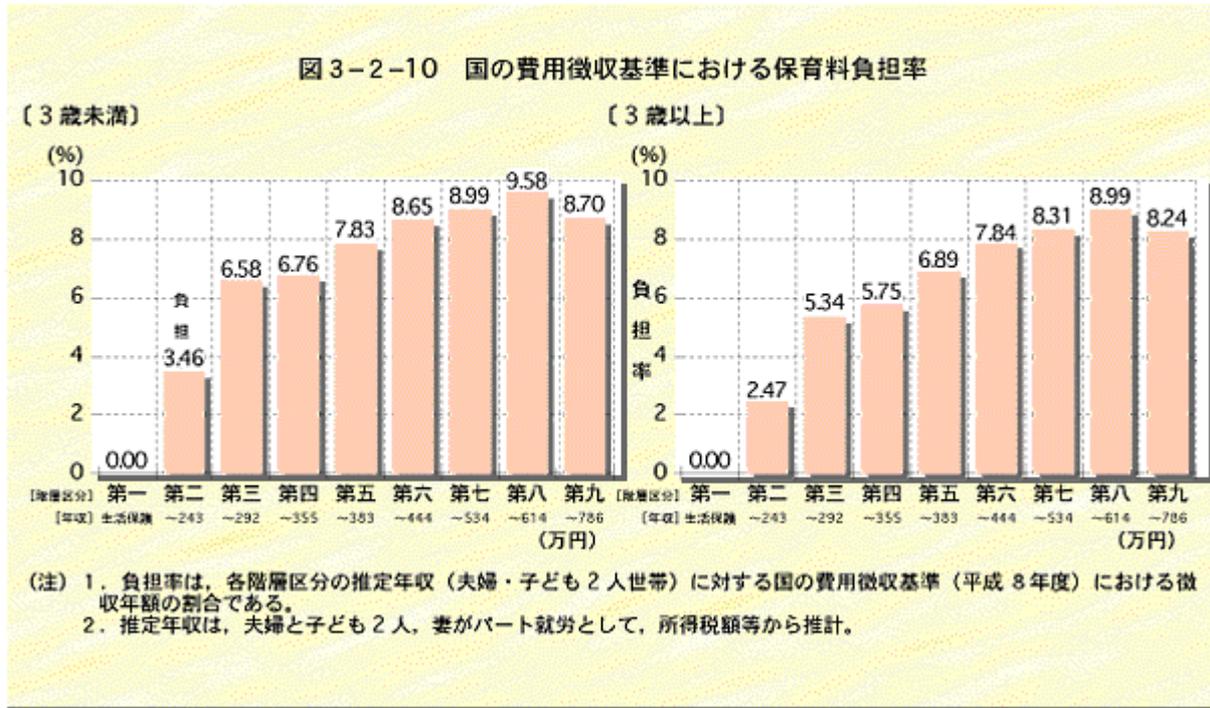
才

保育料負担の軽減・適正化

保育所の費用徴収額（保育料）は、保護者の負担能力に応じたものとして設定されているが、保育料の負担感などが指摘されている。そこで、1996（平成8）年度の国の基準に基づき（保育料は地方公共団体

が設定することとされているため、実際の保育料は地方公共団体によって異なる)、保育料負担の世帯収入に占める割合を推計してみると、平均的な推計年収以上の階層では、保育料負担は世帯収入の8~10%を占めている計算になる。

図3-2-10 国の費用徴収基準における保育料負担率



女性の社会進出が進む中で、このような保育料負担の現状をどのように評価すべきかについて、保育料の負担感を軽減する方向で検討し、保育サービスがより利用しやすいものとなるようにしていく必要がある。

(3) 企業の取組み

第1章でみたように、我が国における女性の就業意識は著しく高まり、「男は仕事、女は家庭」という男女の役割分担意識も、男女ともに大きく変わってきた。

今後、団塊の世代が高齢化して労働市場から去り、長期にわたって若年労働力が減少していく中で、長期的にみれば、女性の社会進出に労働力供給を求める動きが強まっていくであろう。また、今後、男女ともにさまざまな年齢において多様な働き方の選択のできる条件の整備が求められるであろう。このような状況の変化に対応するためにも、男女ともに生涯を通じて働けるための環境整備を進めていくことが必要となる。

そのためには、育児休業給付の実施などの公的施策のみならず、企業も、子育て支援の社会的意味を認識し、仕事と育児が両立し得る雇用環境づくりに努めていくことが求められる。具体的には、妊娠中や出産後の健康管理、育児休業を取りやすくするための措置、育児休業後の円滑な職場復帰の促進、労働時間の短縮、事業所内保育施設の充実などの積極的な実施が望まれる。

(4) 地域における取組み

健全な子育ては、家族のみによって行えるものではなく、地域など外の社会との交流、遊び場など子育てにふさわしい地域環境の中で初めて可能になる。しかし、実際は、家族の小規模化、都市化の進行などにより、血縁・地縁ネットワークは縮小・希薄化し、遊び場も減少している。

他方、安定成長期への移行とともに都市部への人口集中は落ち着きをみせつつあり、高度経済成長期に都市部へと移動してきた人々も地域へ溶け込み始めている。また、労働時間の短縮は、サラリーマンの地域活動への参加を容易にし、家族の多様化に対応した新たな地域ネットワークが形成されている地域も出てきている。

こうした地域社会づくりが行われていくためには、地域の住民が、男女を問わず、地域活動に広く参加していくことが重要である。こうした観点からも、労働時間の短縮やボランティアの振興などが重要となってくる。

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第3節 新たな社会保障制度の確立に向けて

1 家族の変容と社会保障制度の役割

(1) 家族の変容は、家族に対する社会的な支援の必要性を高める。

第1章第1節の冒頭で述べたとおり、家族はその構成員の生活を維持し、保障するという生活保持機能を基本とする。生活保持機能は、生産・労働機能、養育・教育機能および扶助機能から成り、生活保持機能が十分確保されることによって、家族の精神的機能がより満たされるとともに、次代を担う人間を育む再生産機能もよく果たされることになる。

しかし、戦後の高度経済成長および人口構造の転換の過程で、人口は都市部に流入し、夫婦と子どもからなる核家族が一般化するとともに、兄弟や子どもの数は減少し、地縁・血縁といった旧来からのネットワークは縮小・希薄化した。また、女性の社会進出は、男は仕事、女は家庭という男女の役割に関する意識を変えつつあり、家族の姿はそれぞれの生き方に従い多様化しつつある。このような変化は、さまざまな機能を担う家族の基盤を脆弱化させ、家族に対する社会的な支援の必要性を高めることになる。

(2) 社会保障制度は、家族の機能を補完する役割を果たす。

ここで、家族の機能と社会保障制度との関わりを総括的に振り返ってみたい。

家族の生産・労働機能は、基本的には自助努力に属する部分である。しかし、失業等によって働けなくなった場合には雇用保険制度等が所得を保障し、生活保護制度が最低生活を保障する。また、高齢期における所得保障として、年金制度は中心的な役割を果たすに至っている。さらに、本章第1節で述べたように介護の負担は家族介護者の就業率を低下させ、また、第2節でみたように保育サービスの充実は乳幼児を抱える女性の就業を支援する効果がある。したがって、介護や育児を社会的に支援するシステムを構築し、強化することは、少子・高齢社会における家族の生産・労働機能を補完することでもある。

家族の養育・教育機能は、子どもに対する基本的な役割であるとともに、再生産機能としての意味をも合わせ持っている。これを支えるため、保育所等による育児支援が重要な役割を果たすが、地縁・血縁ネットワークの低下に対応するため、子育ての相談・支援体制も必要となる。また、第2節で述べたように、再生産機能という観点からは、近年における急速な少子化にどう対応するかが大きな課題となっている。

さらに、家族の扶助機能は、家族の小規模化、多様化が進む中で、実態的にも、国民意識の上でも、社会的な支援を最も必要とする部分となっている。疾病・負傷といったリスクに対しては、医療保険制度

がこれをカバーしているが、高齢化の急速な進展の中で高齢者の介護という家族だけでは担い切れないリスクに対応するため、新たな高齢者介護制度の確立が急務であることは本章第1節で述べたとおりである。

以上のように、社会保障制度は、家族の持つさまざまな機能が損なわれ、または損なわれようとしたときに、それを補完する役割を果たしてきた。もちろん、家族のある機能が損なわれたときに、直ちに社会保障制度がこれを補うわけではない。家族の自助努力で対応できるものは対応すべきであり、地域社会・ボランティア等の互助ネットワークや企業などの支援が求められることもある。しかしながら、これらの自助、共助の努力では対応できず、国民全体でこれを支えることが必要となる場合には、今後とも社会保障制度によって対応していくことが必要となる。

社会保障制度と私的扶養の関係

社会保障制度が十分に整備されていなかった1957(昭和32)年当時、65歳以上の高齢者のうち「自分の収入で暮らせない」と答えた者は78.7%に上り、その多くは親族などによる私的扶養・援助によって生計を立てていたと考えられる。これに対し、1986(昭和61)年には「自分の収入だけでは生活できない」と答えた65歳以上の人は14.5%にまで低下しており、その大きな要因としては年金等が高齢者世帯の所得の中で大きな位置を占めるに至ったことがあげられる。

社会保障制度審議会の1995(平成7)年の勧告では、次のように述べている。「国民生活を安定させるための費用は、いずれは誰かが負担しなければならないのである。たとえ社会保険料や租税といった公的負担が増大したとしても、社会保障制度が充実されるならば、個人負担、例えば、医療や社会福祉における利用者負担、民間保険の保険料、家族による扶養、介護、育児等の負担などや、福利厚生面での企業の負担等が軽減されることとなる。逆に公的負担を抑制すれば、個人負担や企業負担が増大する。」

このように、もし社会保障制度がなければ高齢者の経済的扶養や介護などに要するコストは高齢者本人や家族、企業等が私的に負担せざるを得ないことになる。家族の扶助機能が低下し、国民の老親扶養に関する意識が大きく変化する中で高齢化は急速に進展し、社会保障に要する費用は増大せざるを得ないが、社会保障に係る負担の問題を考えるに際しては、社会保障制度による社会的扶養と私的扶養との代替関係を念頭に置く必要がある。

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第3節 新たな社会保障制度の確立に向けて

2 社会経済条件の変化と社会保障制度のあり方

(1) 安定成長の下、効率的な社会保障制度の確立が求められる。

第2章でみてきたように、我が国の社会保障制度は、戦後の高度経済成長とともに発展してきた。この時期は、人口転換期世代が壮年期にあり、豊富な労働力として経済成長を担うとともに、その多くがサラリーマン化し、核家族を形成していった。しかし、1990年代に入ると人口転換期世代が高齢者世代に移行し始め、高齢者人口は急速に増大し、我が国は「高齢者の世紀」に突入しようとしている。他方、この世代の人々から少子化が進行し始めるため、子どもの数は減少し、子どもに頼ることは困難となり、高齢者の社会的扶養が進む中で社会保障に要する費用は今後増大していかざるを得ない。また、各種経済構造改革を進めることにより経済活力を維持し、経済の安定成長を確保していくことが今後求められるが、こうした経済状況の下では、社会保障負担について一層の合理化が求められ、効率的な社会保障制度を確立することが求められる。

(2) 社会構造の変化に対応し、社会保障制度の長期的安定を図る必要がある。

高度経済成長を背景として社会保障制度が発展する一方で、先にみたとおり、都市部への人口集中、自営業者等の減少と国民のサラリーマン化、産業構造の変化など社会構造全体が大きく変化してきた。このことは社会保障制度にも大きな影響をもたらし、年金制度においては、基礎年金制度の創設により、すべての国民が等しくその費用を負担するという仕組みが設けられた。医療保険制度においても、このような社会構造の変化に伴い、被保険者の構成や保険料収入等の面で各保険者間の格差が拡大してきており、制度の長期的な安定を図るための方策を検討することが必要となっている。

(3) 欧米諸国でも、効率的な社会保障制度の確立に取り組んでいる。

第3部において世界の社会保障制度を概観するが、欧米の国々においても、いかに効率的な社会保障制度を確立するかは共通の課題となっている。多くの国において、高齢化の進展や医療技術の進歩等により高騰する医療費をいかに適正化し効率的な制度を構築していくかということと併せて、広域化する経済市場において国際的な競争力を維持するという観点から大胆な医療保障制度改革が行われ、年金制度についても、年金の支給開始年齢の引上げ等の年金給付の適正化が行われている。我が国の場合には、今後これらの国よりも急速に高齢化が進み、しかも後期高齢者人口が急増することを考えれば、効率的な社会保障制度の確立はより急務となる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第3節 新たな社会保障制度の確立に向けて

3 効率的な社会保障制度の確立に向けて

少子・高齢化や家族の多様化が進むにつれて、新たな高齢者介護制度の創設や子育て支援策にみられるような社会保障のニーズが生じ、社会保障制度への期待もこれまで以上に強くなっていく。他方、安定成長への移行は、社会保障制度が経済成長の成果を享受しながら拡大することを困難にし、また、国家財政も極めて厳しい状況にある今日、社会保障の財源調達のあり方については、より厳しい選択が求められる。このような状況の中、社会保障制度がその期待に応え、21世紀においても国民が安心して生活できる豊かな社会を築くためには、いかに効率的な社会保障制度を確立するかが重要な課題となる。

(1) 効率性の観点から、既存の制度の枠組みの見直しが求められる。

効率性の観点からまず問題となるのは、これまでの制度の枠組みをいかに合理的なものに見直すかである。高齢者介護を例にとると、介護を主たるニーズとする高齢者が長期間病院に入院するという「社会的入院」の問題が指摘されている。これは、高齢者の心身の状況に応じた処遇という観点から問題があるだけでなく、社会資源の適正配分という観点からも問題である。このような問題を是正し、費用の効率化・適正化を図るためには、保健・医療・福祉にわたる高齢者の介護サービスを総合的・一体的・効率的に提供できる新たな高齢者介護制度を構築することが必要となる。

また、社会保障制度全体の効率性を図る観点から、各制度の役割を踏まえつつ、必要な調整を行うことも必要である。老後の所得保障として世代間扶養の仕組みにより年金を受給している高齢者が、他の社会保障制度からも医療や介護サービス等の受益を受ける場合には、保険料負担や利用者負担について応分の負担を基本とするなど、できる限り世代間のバランスが図れるような方策が検討されなければならない。

(2) 効率的な実施体制も、必要となる。

公的な制度はややもすると非効率になりがちであるとの指摘があるが、社会保障制度の実施に当たって、いかに効率的な仕組みとするかも重要である。社会的なサービスの提供に際しては、民間の活力をできるだけ生かし、競争原理を働かせる中で効率性を確保するような工夫が求められる。もちろん、民間だけでは必要なサービスを供給できない場合もあるが、このような場合であっても、公民がそれぞれの役割を分担し、効率的で適正なサービスの供給が可能となるような仕組みが常に検討されなければならない。

(3) 効率性の観点からは、応分の受益者負担が求められる。

社会保障制度が社会全体による相互扶助を基本としている以上、適正な受益という観点が常に必要となる。医療や介護等のサービスを受ける者がこれを過剰に利用することを防止し、社会的資源である社会

保障財源の効率的な使用を図るためにも、応分の受益者負担が求められる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第3節 新たな社会保障制度の確立に向けて

4 社会保障制度における公平の確保を目指して

今後、少子・高齢化が進展するにつれ、年金、医療、介護に代表されるように、高齢者等にかかる社会保障給付費は増大し、他方これを主に支える若年世代は減少していく。このような状況の下、国民の理解を得て、効率的な社会保障制度を確立するためには、社会保障制度における公平性の確保が必要となる。しかしながら、現在の社会保障制度の下においても、公平の観点から見直されなければならない課題は少なくない。ここでは、今後の公平な社会保障制度の実現に向け解決されなければならないいくつかの課題を提示し、新たな社会保障制度を構築するための幅広い議論の素材としたい。

(1) 高齢者も応分の負担をし、若年世代と同様に社会保障制度に参加をすることが求められる。

第1章でみたように、高齢者世帯の経済状況は若年世代と遜色のないものとなっている。今後急速に高齢化が進展していく中で、世代間の公平を確保するためには、高齢者であるということだけで区別することなく、その能力に応じた負担をすることが求められる。これによって、高齢者も若齢者と同様に、制度を支える一員としてより以上に社会保障に参加することになる。もちろん、高齢者の場合には所得格差が大きいため、若齢者に対する以上にきめ細かな配慮が必要となることはいうまでもない。

(2) 世代間の公平の観点からも、子育てを担う若年世代に対するより手厚い分配が求められる。

本章第2節で述べたように、少子化が進行する中で、子どもを生き育てることの社会的な価値を認識し、子育てをいかに社会的に支援するかが今後の課題となっている。世代間の公平を確保し、子育てを社会的に支援するためにも、これからは社会的資源を子育て世代により手厚く分配することが求められる。

(3) 女性の社会進出に伴い、専業主婦等の女性の位置づけが問題となる。

現行の社会保障制度にあっては、独立の経済力のない妻たる女性は、夫に扶養される者（被扶養配偶者）として位置づけられ、制度が設計されている。しかし、女性の就業が進むにつれ、問題が提起されるケースが増えつつある。健康保険制度の場合、専業主婦またはパートタイムで働く年間収入130万円未満の妻は、原則として夫の被扶養者として取り扱われ、保険料負担を要せずに医療の給付等が受けられる。また、厚生年金の場合には、被用者の被扶養配偶者（第3号被保険者）とされた妻については、独自の年金権が保障されるが、その保険料については妻は負担を要せず、夫の加入する被用者年金制度でまとめて負担する仕組みとなっている。

このような現行制度の考え方については、「所得に応じて負担する」という応能負担の考え方からして合理的であり、所得のない被扶養配偶者に負担を求めることは現実的ではなく、無年金者を増やしかねないという評価がある一方、フルタイムで働いている者や単身者が自ら保険料を負担しているのに比べて公平を欠き、かえって女性を家庭にとどめたり、パート労働に従事させるインセンティブを与えているのではないかなどの評価もある。

年金審議会の平成5年10月の意見書においても、第3号被保険者の保険料負担のあり方については、昭和60年改正における女性の年金権確立の経緯、就業を中断した際の年金権確保の効果、社会保険における応能的負担の考え方等さまざまな問題があるが、税制上の取扱い等社会経済状況の変化もみながら、女性の就業状況の進展等も踏まえて検討すべきであるとされているところであり、現行の社会保障制度における被扶養配偶者の位置づけについては、今後も引き続き検討することが必要とされている。

(4) 女性の社会進出に対応し、企業負担のあり方も見直されなければならない。

第1章でみたように、女性の社会進出が進む一方、女性の就業は出産・育児によって中断されることが多く、子どもの成長とともにパートタイム労働者として就労する妻が多くなっている。パートタイムで働く妻の多くは夫の被扶養配偶者となっていることから、(3)で述べたような問題があるだけでなく、企業間の医療保険料の負担においても不公平を生んでいる。すなわち、被扶養者たるパートタイム労働者を多く雇用する企業にあっては、その者に係る医療費を負担しないのに対し、被扶養配偶者のいる常用労働者を多く抱える企業にあっては、その被扶養配偶者の医療給付に係る分までも負担する結果となっている。

この問題についても、(3)で述べた専業主婦等の位置づけと合わせ、今後、検討していくことが必要とされている。

(5) 医療保険制度における高齢被扶養者の位置づけの検討が必要である。

国民健康保険制度においては、世帯主・世帯員ともに被保険者と位置づけられ、それぞれに保険料が算定される形をとるのに対し、被用者保険制度においては、被扶養配偶者と同様、独立の経済力のない高齢者は、息子(娘)に扶養される者(被扶養者)として位置づけられ、制度が設計されている。しかし、年金制度の成熟化等により高齢者の経済状況が改善されるにつれ、このような制度の考え方についても検討を加える必要性が指摘されている。

第1編

第1部 家庭と社会保障－家庭の社会的支援のために－

第3章 少子・高齢社会に対応した新たな社会保障制度の確立に向けて

第3節 新たな社会保障制度の確立に向けて

5 効率的で公平な社会保障制度の確立に向けた国民的な議論が求められている。

以上のように、「高齢者の世紀」たる21世紀を目前に控え、社会保障制度の新たなニーズに対応しつつ、効率的で公平な制度を確立するために解決されなければならない課題は山積している。

社会保障制度は、さまざまな生活上のリスクから国民の生活を守るための制度である。家族の変容や社会経済条件の変化に対応して社会保障制度のあり方を不断に見直すことは、それぞれの時代において、個々人がそれぞれの価値観に応じ、自由と尊厳を持った生活を送ることができる基盤を確立することでもある。このような社会保障制度の意義を国民一人ひとりが今一度考え、新たな社会保障制度の確立に向けた国民的議論が求められている。
