
第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

<ねらい>

厚生行政60年、第2次世界大戦後50有余年の間に、拡充・強化されてきた我が国の社会保障制度は、現時点において、どの程度の水準に到達しているのだろうか。国際比較の観点からはどのように評価できるだろうか。

既に社会保障給付費の国際比較については第2章でふれているが、ここでは、第1節で、保健医療サービスと医療保険について、第2節では年金及び生活保護制度という所得保障について、第3節では社会福祉について簡潔に解説する。最後に、第4節では、社会保障制度の各種サービスを担っている人材の動向、育成・確保策等についてふれる。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第1節 高い水準に到達した保健・医療

1956（昭和31）年に刊行された「第1回厚生白書」では、「国民の生活と健康はいかに守られているか」というテーマの下に、戦後における国民の保健状態の改善に向けての様々な取り組みを描きながら、死亡率の低下や栄養状態の向上、平均寿命の伸長等から、確実に享受できた戦後の贈り物は「健康」と「長寿」であると述べている。しかし、他方で、病床数が諸外国よりはるかに少ないことや、医療施設の地域偏在、無医村の存在、看護職員不足、高い結核死亡率、伝染病対策、約2,900万人の無保険者の存在等、国民の健康を守るために今後取り組むべき多くの課題をあげている。その頃から40年以上を経て、我が国の保健・医療はどのような水準に到達しているだろうか。

ここでは、保健医療施策の成果として平均寿命の伸長や死亡率の低下等の例を示した後、医療制度や医療保険制度の現状と特徴について、簡潔に整理する。

コラム <日本の医療費の水準は高いのか、低いのか>

日本の国民医療費は、毎年約1兆3,000億円ずつ増加している。医療費の負担は、租税か保険料か患者の一部負担で対応することになるが、租税を財源にした厚生省予算の医療関係費だけをみても、約7兆円（平成11年度予算）を超える。これは、義務教育費用から高等教育の補助、国立大学運営費、私立大学補助金、さらには、我が国の科学振興費なども含んだ文教及び科学振興費（6兆5,000億円）を上回る規模となっている。最近の公共事業の代表例である東京湾アクアラインを1年間に5本も建設できる規模である。

しかし、一方で、OECDの「ヘルスデータ」（Health Data）等を見ると、日本の医療費は国内総生産（GDP）に対する割合が欧米諸国よりも低いことから、「日本の医療費の水準は低い」という論調もあらわれている。はたして、日本の医療費の水準は世界的にみてどのような水準にあるのだろうか。

OECDの「ヘルスデータ」の最新の統計（1997年）は、次頁の表のとおりである。確かに、日本の総医療費の対GDP比は、OECD加盟国29か国中18位と中位以下にある。これをもって、日本の医療費の水準は低いといってよいだろうか。対GDP比の数値は、あくまでもその国の経済規模に対する相対的な大きさを示しているに過ぎない。国民1人1人がどのくらいの医療費を要しているかという「1人当たり医療費」をみると、日本の水準は29か国中6位と上位になる。6位といっても、アメリカ及びスイスが極端に高いのであって、日本の水準はOECD諸国中でも高水準であり、ということは世界中でも高水準であるといえる。今後の急速な高齢化の進展等を踏まえると、医療費の対GDP比も大きくなっていくことが予想される。

さらに、総医療費でみると、日本は約31万ドルとアメリカの約3割の規模であるが、OECD諸国の中ではアメリカに次いで2位であり、3位のドイツの1.5倍、フランスの2.2倍、イギリスの3.6倍の規模となっている（なお、OECDの資料による医療費の範囲は、日本の統計で通常用いる「国民医療費」よりは広い概念となっており、例えば、国民医療費には含まれない非処方薬、予防接種などの公衆衛生、管理運営費、研究開発費等を含んでいる。）。

医療費の水準の比較のためには、こうしたマクロ的な視点ばかりでなく、同一の疾病に対する医療費コストの比較、医療費の費用対効果、各国の生活水準との相対的な比較など、いろいろな視点がある。また、そもそも医療費の範囲について、国によって異なるところが多いのが現状である。今後一層正確な国際比較をするためには、更に詳細な研究の積み重ねが必要である事はいうまでもない。

コラム<日本の医療費の水準は高いのか、低いのか>医療費の国際比較（1997年）

医療費の国際比較 (1997年)

	総医療費 (百万ドル)		総医療費の 対GDP比 (%)		1人当たり 医療費 (ドル)	
アメリカ	1,095,100	1	14.0	1	4,090	1
日本	309,407	2	7.3	18	2,453	6
ドイツ	219,942	3	10.4	2	2,677	3
フランス	137,564	4	9.9	4	2,348	8
イタリア	87,084	5	7.6	13	1,515	17
イギリス	85,738	6	6.7	24	1,457	18
カナダ	55,533	7	9.3	5	1,837	13
スペイン	39,450	8	7.4	16	994	21
オーストラリア	33,609	9	8.3	8	1,818	14
オランダ	30,821	10	8.5	7	1,975	12
スイス	25,655	11	10.2	3	3,584	2
スウェーデン	19,685	12	8.6	6	2,225	9
メキシコ	18,987	13	4.7	27	193	27
韓国	18,844	14	4.0	28	410	24
ベルギー	18,493	15	7.6	13	1,816	15
オーストリア	16,256	16	7.9	11	2,003	11
デンマーク	12,610	17	7.7	12	2,391	7
ノルウェー	11,544	18	7.4	16	2,472	5
フィンランド	8,571	19	7.3	18	1,668	16
ギリシア	8,442	20	7.1	20	803	23
ポルトガル	8,020	21	8.2	9	807	22
ポーランド	7,165	22	5.3	26	185	28
トルコ (注)	6,878	23	3.8	29	110	29
ニュージーランド	4,973	24	7.6	13	1,352	19
アイルランド	4,848	25	7.0	22	1,324	20
チェコ	3,724	26	7.0	22	361	25
ハンガリー	2,966	27	6.5	25	291	26
ルクセンブルク	1,098	28	7.1	20	2,609	4
アイスランド	599	29	8.0	10	2,217	10

資料：OECD「Health Data '98」

(注) トルコのデータは1996年のもの。各項目の右側の数字は、OECD加盟29か国中の順位を示す。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第1節 高い水準に到達した保健・医療

1 長寿社会の実現

保健医療施策の成果としては、主として次の点を代表例として挙げることができる。

1)

世界最高水準の平均寿命

戦後における公衆衛生水準の向上や、医療提供体制の充実、医学医術の進歩、生活水準の向上等から、すべての年齢階層で死亡率が低下したことにより、平均寿命（出生児の平均余命）が著しく伸長した（図3-1-1）。この50年間に、男性で約27年、女性で約30年も伸びており、1997（平成9）年の平均寿命は、男性で77.19歳、女性で83.82歳と、ともに世界の最高水準となっている。現代の日本では、70歳を表現する「古希」（注）という言葉が生活感覚に合わなくなっている面がある。しかし、世界的にみると、20世紀になって人類の平均寿命が伸びてきたとはいえ、「1998年世界人口白書」によれば、1995（平成7）年から2000（平成12）年における世界全域の平均寿命は、男性63.4歳、女性67.7歳（いずれも推計値）と、いまだ70歳に満たない状況にある。

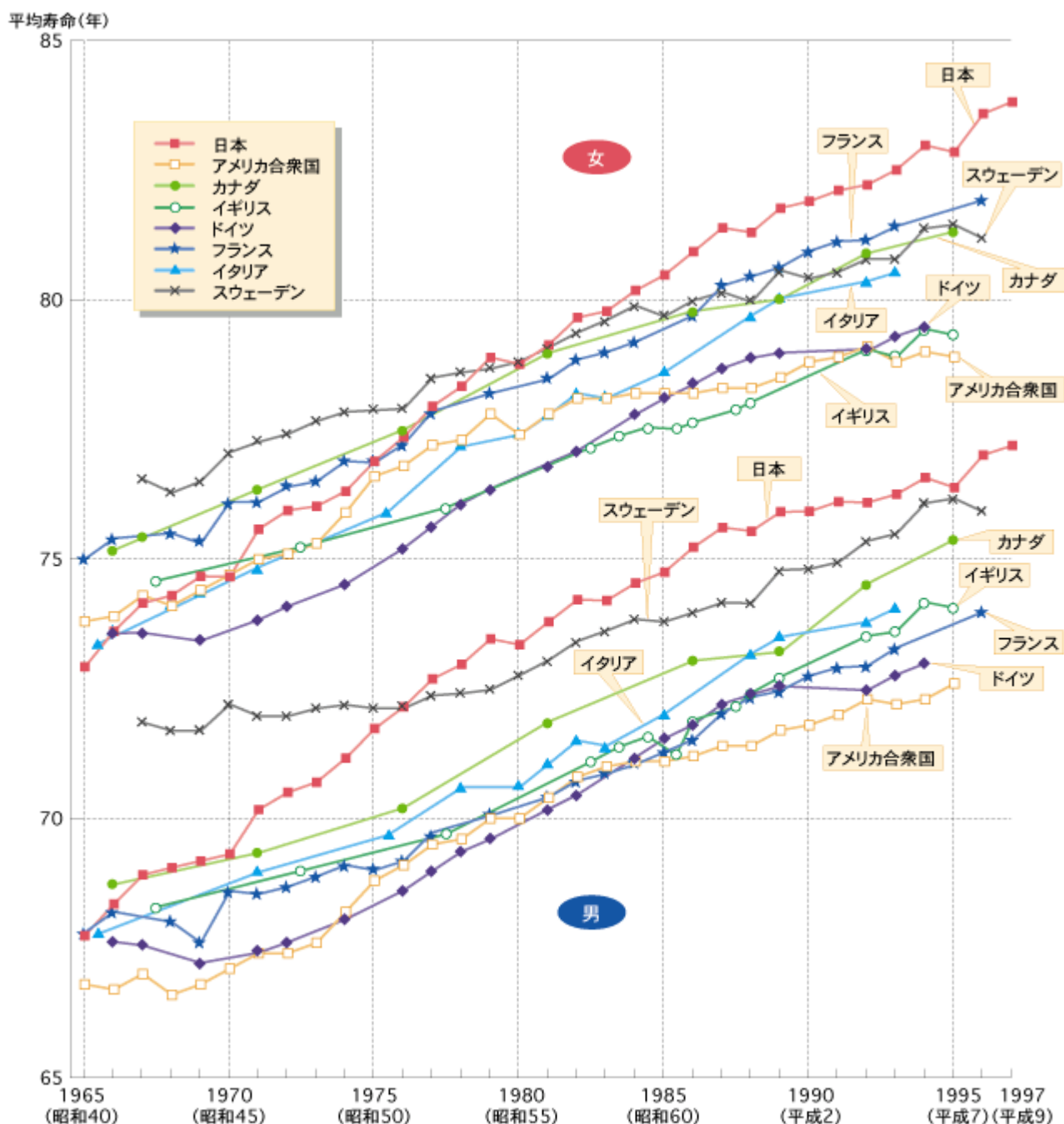
平均寿命の伸びに対する年齢別死亡率変化の貢献度をみると、1970（昭和45）年頃までは乳幼児死亡率の低下が、その後は高齢者の死亡率低下の貢献度が大きい。特に、90年代以降の平均寿命の伸びの約9割は、高齢者の死亡率低下によっている。

第1次ベビーブームの頃に生まれた人達のうち、男性は3割、女性は4割しか75歳まで生存する見込みはなかったが、1996（平成8）年では、男性で6割、女性では8割まで高まっている。100歳を超える長寿の人も、老人福祉法が施行された1963（昭和38）年にはわずか153人だったのが、現在（1998年）では、66倍の10,158人となり、1万人を超えている。多くの人々が長寿を享受できる社会では、長い人生の間に、第2、第3の新たな人生設計に挑戦できる可能性が拡大している。

（注）「古希」という言葉は、中国の唐の時代に「詩聖」と仰がれた代表的な詩人である杜甫の詩「曲江」中の1節「人生七十古来稀（人生70古来稀なり）」に由来している。なお、杜甫自身は古希を迎えることができず、59歳でなくなっている。

図3-1-1 主要国との平均寿命の比較

図3-1-1 主要国との平均寿命の比較



資料 : Demographic Yearbook, 1996, Special Issue, U. N. 等
(注) 1990年以前のドイツは、旧西ドイツの数値である。

2)

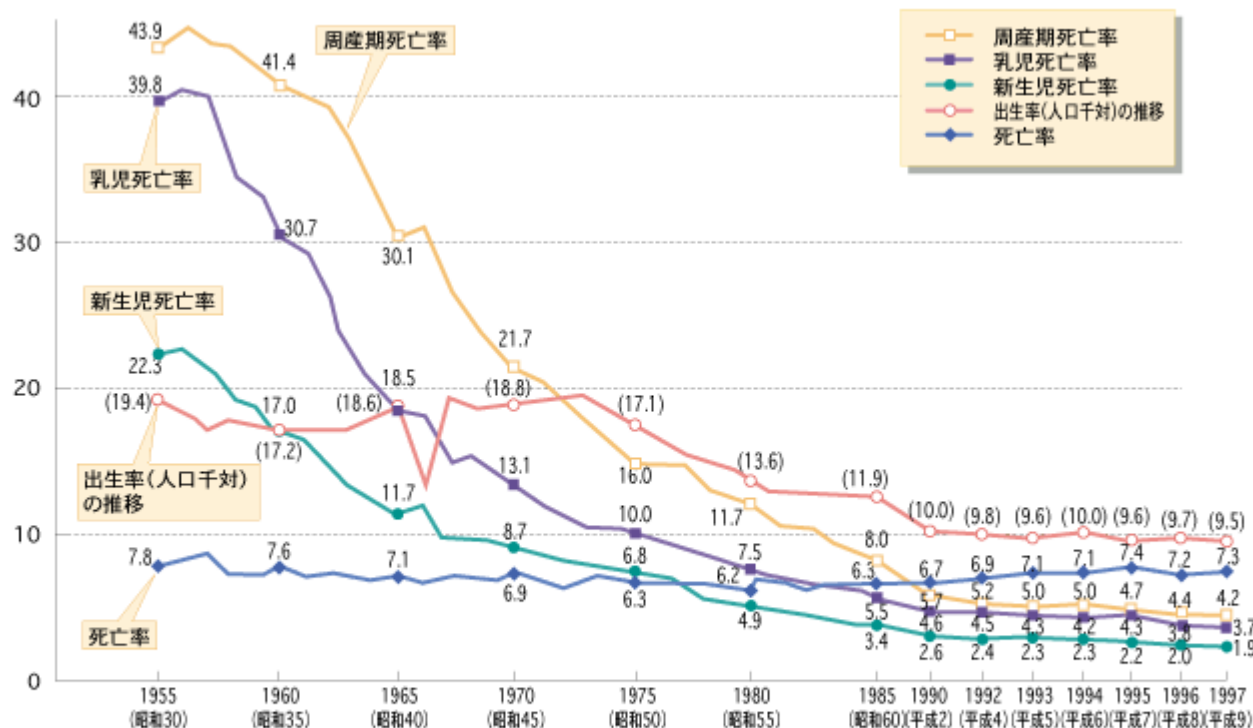
高い保健医療水準

乳児死亡率は、医療や保健衛生水準を図る指標としてよく用いられているが、戦後、母子保健対策や医療技術の向上等により、大幅に低下してきた。1997（平成9）年には出生千対3.7人と低い水準にあり、欧米諸国と比較しても低い。妊産婦死亡率についても低い水準となっている。また、年齢階級別死亡率の国際比較をみても、我が国はほとんどの年齢階級で低水準となっている（図3-1-2）（図3-1-3）。

疾病構造が感染症中心から慢性疾患中心へと変化する中で、医療体制の整備や保健事業の推進等から、死因別死亡率は、悪性新生物（がん）を除いて全体的には低下傾向にある（図3-1-4）。特に、結核や脳血管疾患については、死亡率が大幅に低下した。「不治の病」といわれたがんについても、治癒率の向上がみられる。国立がんセンター中央病院での受療成績をみると、1965年のセンター開設時には、男性30%、女性50%であった5年生存率（治療を受けてから5年後の生存者の割合）が、1990年代には男性55%、女性65%になっている。早期診断の普及や治療法の進歩により、がんにかかったとしても、治癒できたり、生存率が高くなったりしている（図3-1-5）。

図3-1-2 出生率・死亡率・乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率の推移

図3-1-2 出生率・死亡率・乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率の推移



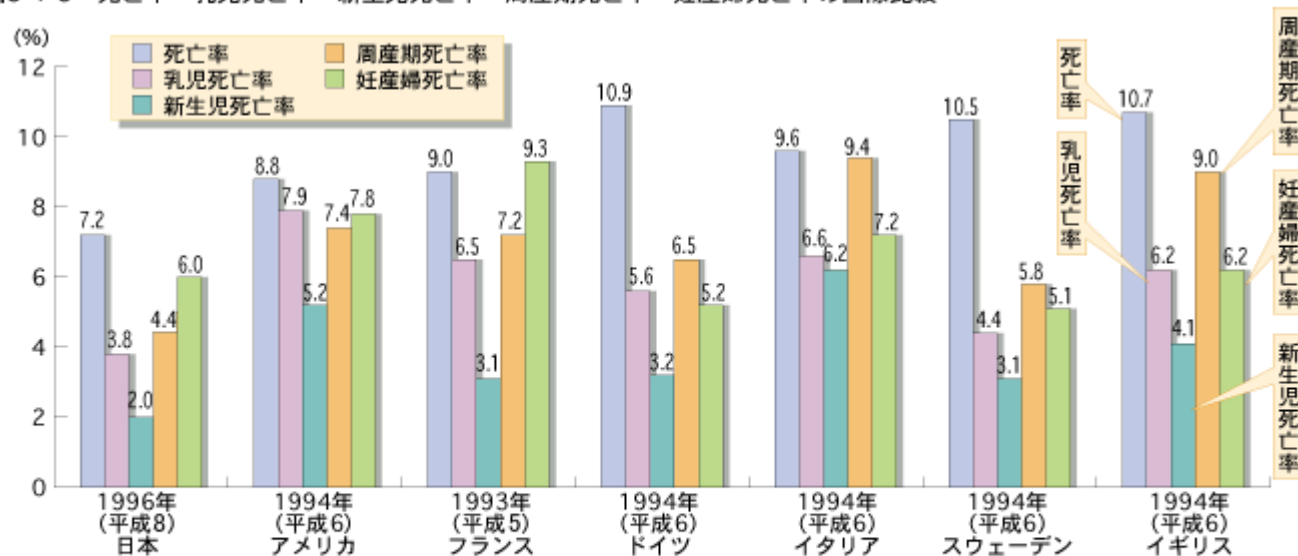
資料：厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

(注) 死亡率は人口千対、乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率は出生千対

乳児死亡とは生後1年未満の死亡、新生児死亡とは生後4週未満の死亡、周産期死亡とは妊娠満22週以後の死産数と早期新生児死亡数を加えたものをいう。

図3-1-3 死亡率・乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率・妊産婦死亡率の国際比較

図3-1-3 死亡率・乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率・妊産婦死亡率の国際比較



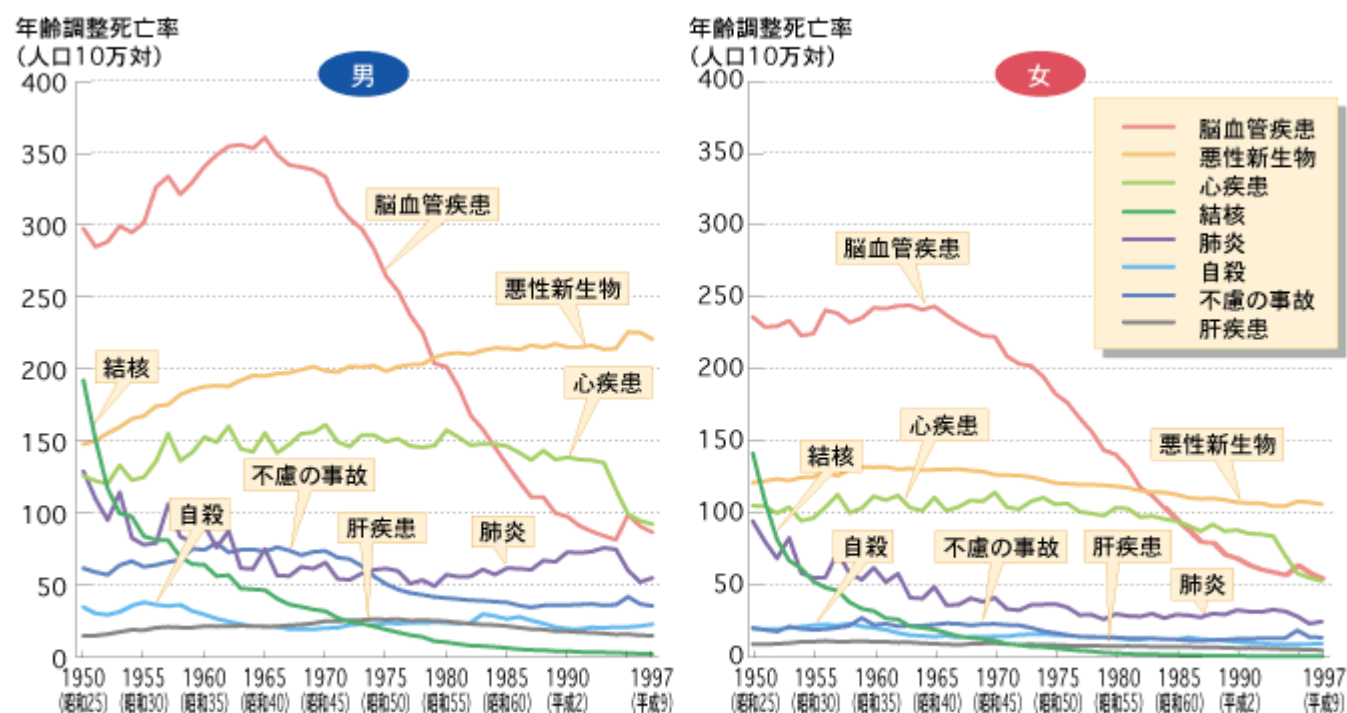
資料：厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

Demographic Year book, World Health Statistics Annual

(注) 死亡率は人口千対、乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率は出生千対、妊産婦死亡率は出生 10 万対
 イタリアの新生児死亡率、周産期死亡率、妊産婦死亡率及びドイツの妊産婦死亡率は 1992 年
 アメリカ・スウェーデンの新生児死亡率・周産期死亡率、スウェーデン・イギリスの妊産婦死亡率は 1993 年
 フランスの死亡率は 1994 年

図3-1-4 性・主要死因別にみた年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移

図3-1-4 性・主要死因別にみた年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移

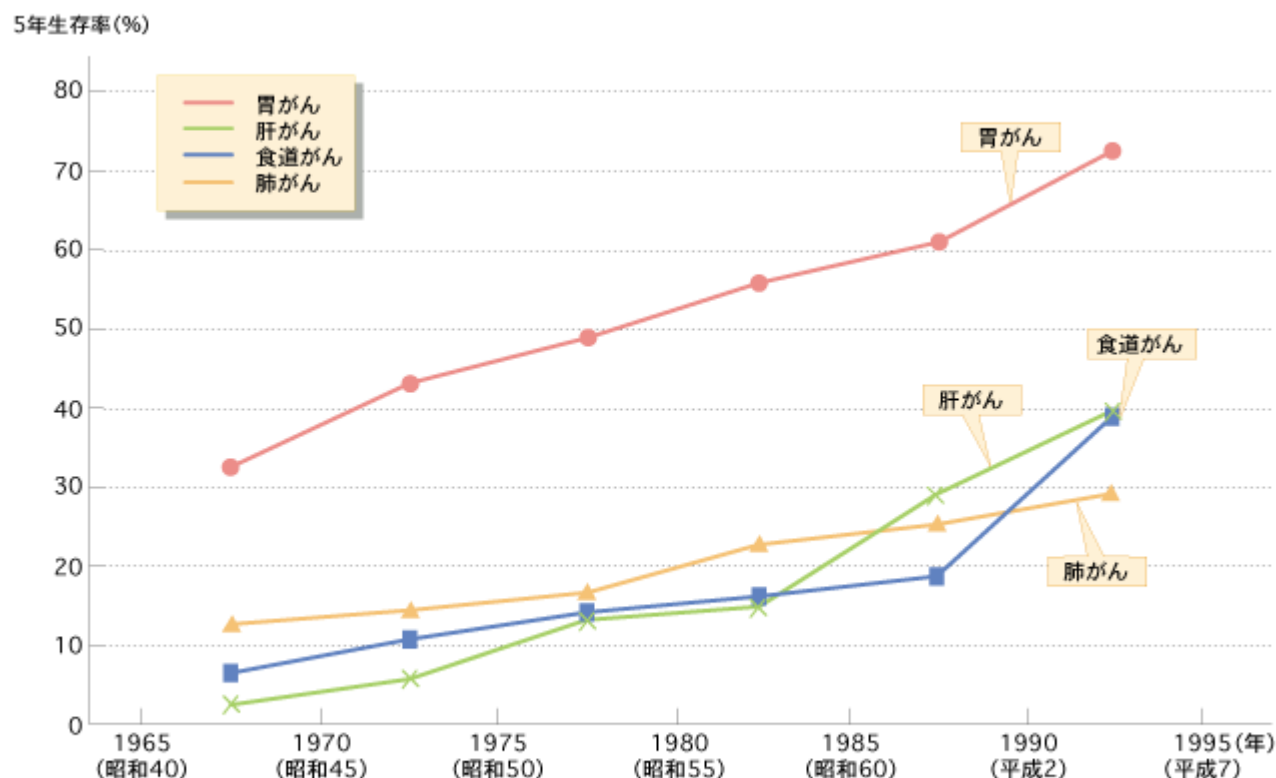


資料：厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

(注) 年齢調整死亡率は、年齢構成が著しく異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死因別死亡率などについて、その年齢構成の差を取り除いて比較する場合に用いる。基準人口としては昭和60年モデル人口を用いている。

図3-1-5 がんの治癒率の向上（初回入院患者の5年生存率の推移）

図3-1-5 がんの治癒率の向上（初回入院患者の5年生存率の推移）



資料：国立がんセンター中央病院。数値は、院内がん登録患者（男性）について1965年から5年間ごとに、それぞれの期間内にがんの治療を受けてから5年後の生存者の割合を示している。

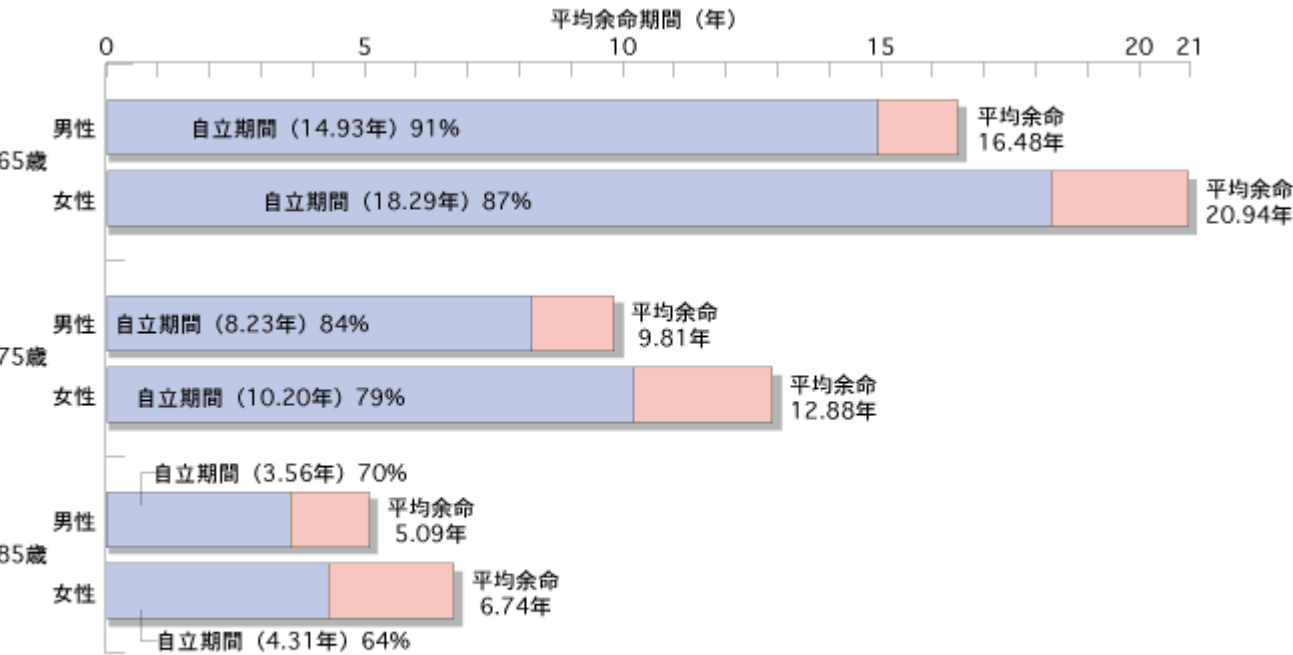
3)

健康寿命の延伸

栄養水準の質的向上や体位の向上等を反映して、国民の約9割は健康状態を「よい」か「普通」と感じている。老後の最大の不安要因といわれる介護問題についても、実際に要介護状態になる確率は、虚弱状態を含めても65歳以上人口の約13%であり、多くの人が不安を感じる程には高くない。また、ある研究によれば、平均的にみると、65歳から亡くなるまでの間の約9割の期間は、介護を必要とせずに自立した生活を送っているものと推計されている（図3-1-6）。今後とも、健康寿命（痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間）の延伸を目標に、健康づくりを進めていく必要がある。

図3-1-6 平均自立期間（1995（平成7）年）

図3-1-6 平均自立期間 (1995 (平成7) 年)



資料：「保健医療福祉に関する地域指標の総合的開発と応用に関する研究」(平成9年度厚生科学研究費補助金報告書)
(注) 自立期間とは、要介護とならない平均期間を意味する。%の数値は自立期間の割合(平均余命のうち要介護とならない期間の割合)を示す。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第1節 高い水準に到達した保健・医療

2 安心できる医療サービス

2-1 医療提供体制の整備

(医療関係者の確保と医療機関等の量的整備)

医療の充実を図るために、昭和20年代から、医師・歯科医師・看護婦等の医療関係者の養成確保と、医療施設及び病床の整備が積極的に進められてきた。

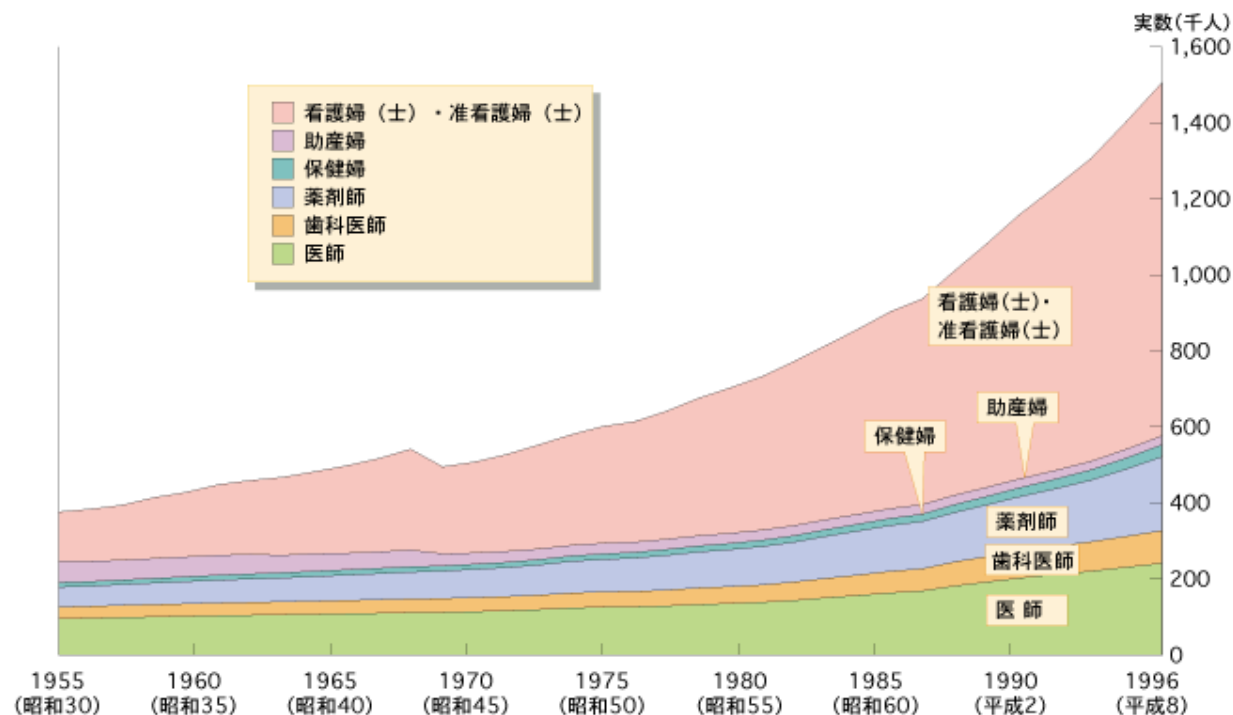
医療関係者では、例えば、1996（平成8）年には、医師は総数で約24万人（人口10万対191人）、看護婦等は総数で約93万人（人口10万対738人）と、1960（昭和35）年と比べてそれぞれ2.3倍、5.0倍に増加している（図3-1-7）。医療施設では、1996年には、総数で約15万7,000施設、うち病院が約9,500、診療所が約8万8,000、歯科診療所が約5万9,000であり、病院の病床数は、約166万床となっている（図3-1-8）。

1960年代に国民皆保険体制が確立し、その後、医療保険の給付率の引上げや、高額療養費制度の創設による医療費の負担軽減等が行われたことから、医療に対する国民の需要が急増し、それにあわせて、病院や病院病床数が急増していった。経済の高度成長期とほぼ同じように、昭和30年代から50年代までは、医療機関の量的拡大期であった。1955（昭和30）年から1985（昭和60）年までに、病院は約4,500増、病床数は約98万床増と、それぞれ30年間で約1.9倍、約2.9倍になっている。

このように、医療提供体制が量的には整備されてきたが、高齢化の進展や疾病構造の変化、医学医術の進歩等に対応しつつ、医療資源の地域偏在の解消や病院・診療所の医療機関の連携、地域医療の充実等を図る観点から、1985年に医療法の改正が行われ、医療計画制度の導入等が行われた。医療計画は、医療資源を有効に活用し、その適正配置を図るとともに、医療関係施設間の機能分担と連係を図り、良質な地域医療の体系的な整備を推進することを目的としている。具体的には、一般病床については、都道府県の区域内に複数の2次医療圏を設定し、それぞれごとに「必要病床数」を設定して、病床の適正配置を行うこととなった。近年では、病床数全体の伸びには歯止めがかかり、漸減傾向にある。

図3-1-7 主な医療関係者の年次推移

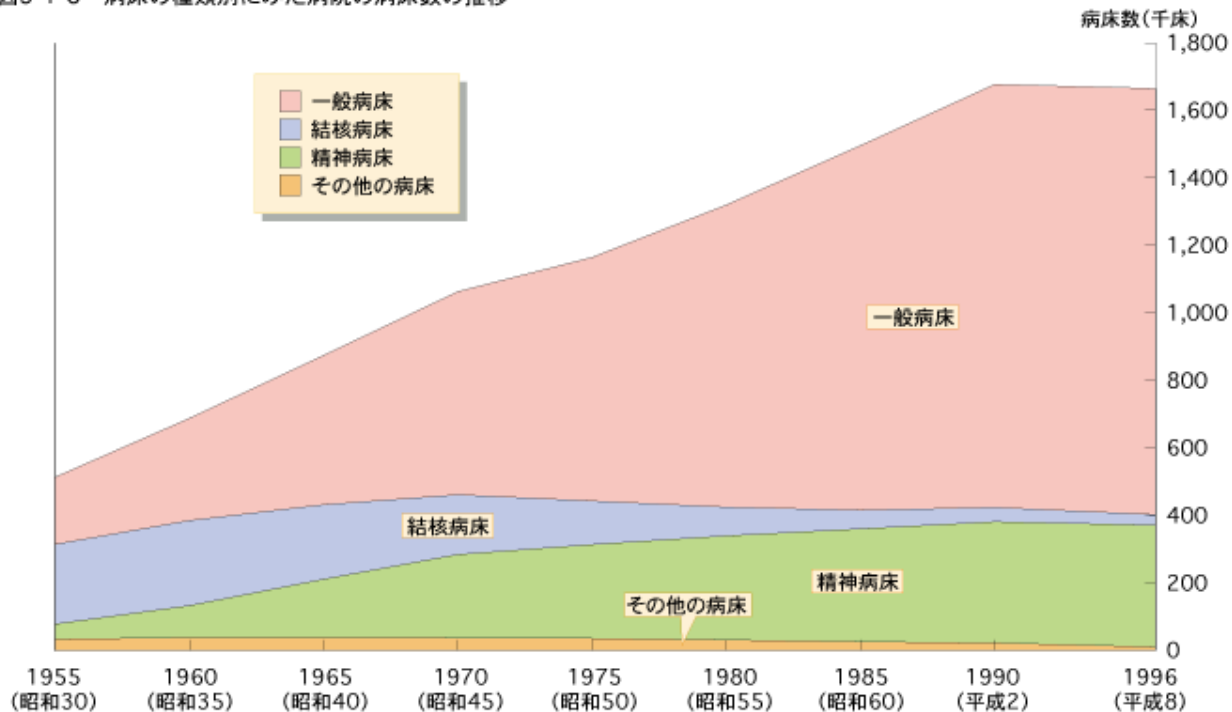
図3-1-7 主な医療関係者の年次推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」「衛生行政業務報告」

図3-1-8 病床の種類別にみた病院の病床数の推移

図3-1-8 病床の種類別にみた病院の病床数の推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

2-2 医療サービスの向上

医療従事者に対する資格制度の充実，大学等の養成機関の整備・拡充，卒後研修の実施等により，医療関係者の資質の向上と適正な確保を通じて，医療サービスの質・量両面にわたる向上が図られてきている。

また，近年では，良質な医療が提供されるためには，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）という考え方のように，患者に対する情報提供が十分に行われ，患者と医療従事者との信頼関係を維持しながら，患者の選択が尊重されることの重要性が認識されてきている。このため，例えば，1997（平成9）年の医療法改正により，医師等が医療を提供するに当たっては，適切な説明を行い，医療を受ける者の理解を得るように努める旨の規定が設けられている。また，保険者による被保険者に対するサービスの充実を図る一環として，被保険者から保険者に対し，求めがあった場合の診療報酬請求明細書（レセプト）の開示を進めてきている。

病院の療養環境の面では，個室化や食堂の配置，看護職員の配置などについて，改善が図られつつある。ただし，まだ取り組むべき課題も多い。

2-3 医療制度の長所

我が国の医療制度について，利用者側からみた長所として，次の3点を挙げることができる。

1)

国民の誰もが，公平に医療サービスを受けることができること。

2)

一定の質が確保された医療を，比較的低い患者負担により受けることができること。

3)

患者が自由に医療機関を選択できること。

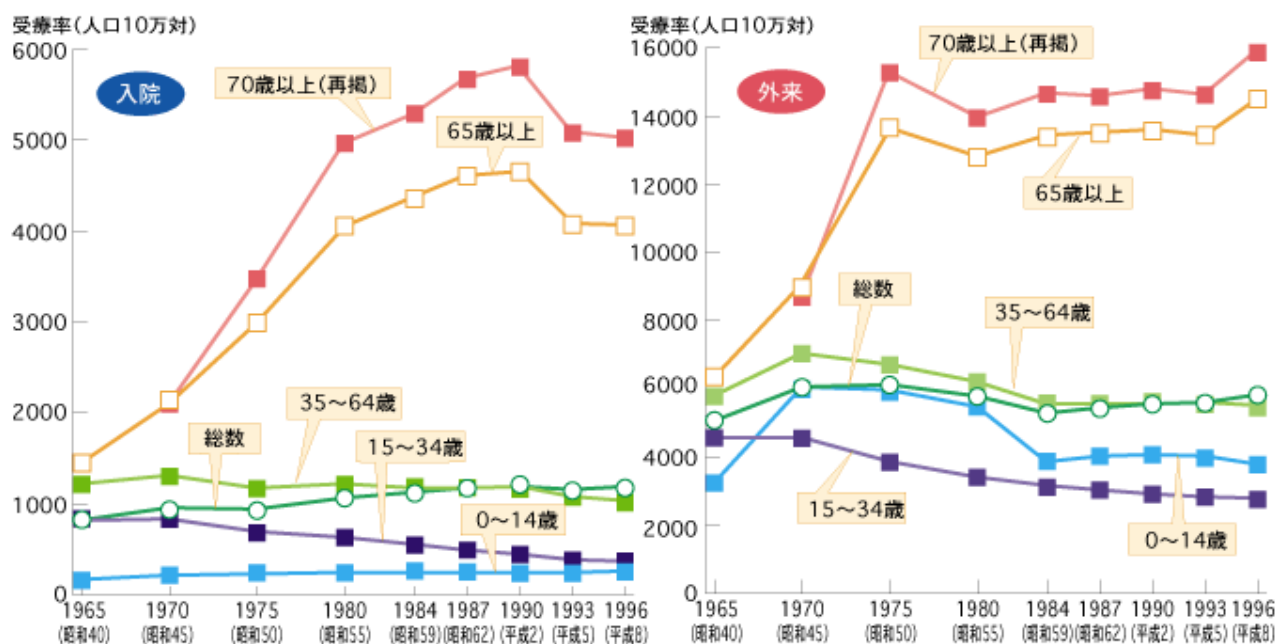
このうち，1)及び2)については，医療提供体制の整備と国民皆保険体制の確立という医療保険制度の充実が背景にある。3)については，患者は基本的に医療機関を自由に選ぶことができ，どの医療機関でも受診が可能であるというフリーアクセスの仕組みをとっていることによる。

このアクセスの良さに加えて，医療機関や病床も整備されたことから，現在では量的には患者の医療に対する需要をおおむね満たしているといえる。例えば，受療率をみると，図3-1-9のとおり，65歳未満の層では，1970（昭和45）年以降横ばいまたは減少傾向にある。65歳以上の高齢者でみても，外来は1975（昭和50）年頃まで，入院は1990（平成2）年頃までそれぞれ上昇を続けていたが，その後はおおむね横ばいまたは減少傾向となっている。これは，患者の受診の需要が満たされていることを示している。

また，日本の医療サービスを表現する決まり文句として，しばしば「3時間待つて3分診療」といわれる。しかし，この表現はやや誤解を招くものであり，実態は大分異なる。概して大病院の方が待ち時間が長い傾向にあるが，医療機関の量的整備や予約制の導入等により，実際の待ち時間や診察時間をみると，最も多いのは「30分未満の待ち時間」で「3分から10分診療」となっている（図3-1-10）。

図3-1-9 年齢階級別にみた受療率（人口10万対）の年次推移

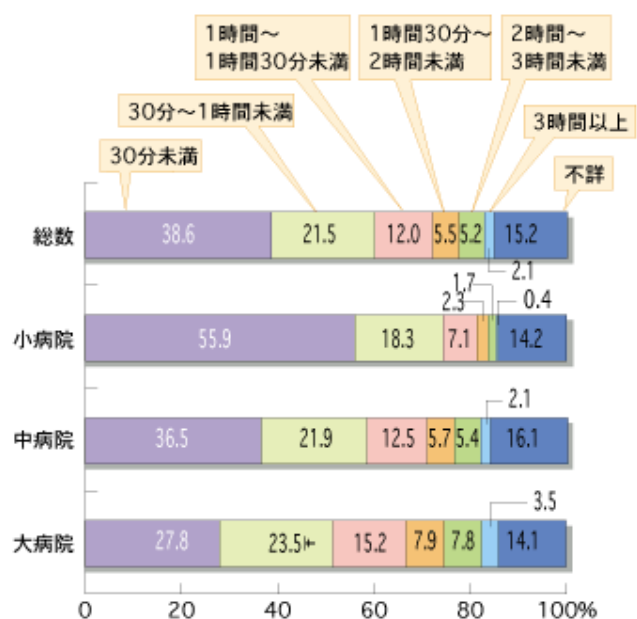
図3-1-9 年齢階級別にみた受療率（人口10万対）の年次推移



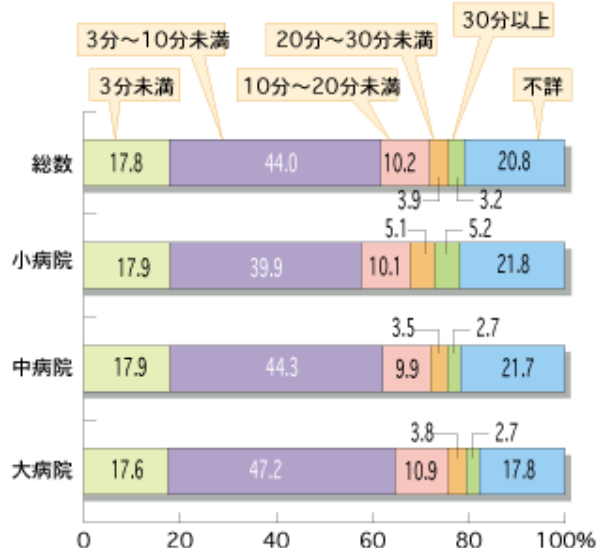
資料：厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」

図3-1-10 病院の規模別にみた待ち時間（診察前），病院の規模別にみた診察時間

図3-1-10 病院の規模別にみた待ち時間（診察前）



病院の規模別にみた診察時間



資料：厚生省大臣官房統計情報部「受療行動調査」（1996（平成8）年10月調査）

(注) 小病院＝病床数 20～99床の病院
中病院＝病床数 100～499床の病院
大病院＝病床数 500床以上の病院である

医療提供体制の量的側面について、OECDのデータを活用して国際比較をしてみよう。（注）

我が国の人口千人当たりの医師数はやや少ないが、看護職員数は平均以上となっている（図3-1-11）。一方、病床数については、大変多くなっている。人口規模が2倍のアメリカと比較すると、全病床数で約1.6倍、人口千人当たりで比較すると3倍の量となっている（表3-1-12）。病床数が多いため、病床1床当たりの看護職員数は、他国と比較して少ない。ただし、徐々にではあるが、看護体制は改善されつつあり、一般病院100床当たりの看護職員の配置は、近年10年間で1.3倍に増加している。

また、患者行動を比較すると、日本の外来受診率は大変高い。これは、日本の医療制度の長所として述べたように、患者が自由に医療機関を選択でき、どここの医療機関でも受診が可能であること（医療機関に対するアクセスがよいこと）を示している。

一方、入院した場合の平均在院日数は国際的にみて長いといわれている。これは、病院機能や、入院医療のあり方、患者の入院行動等が他国と明らかに異なっていることを示唆している。他の国でもかつては30日を超えるところもあったが、近年はいずれも20日以下に減少している（図3-1-13）。

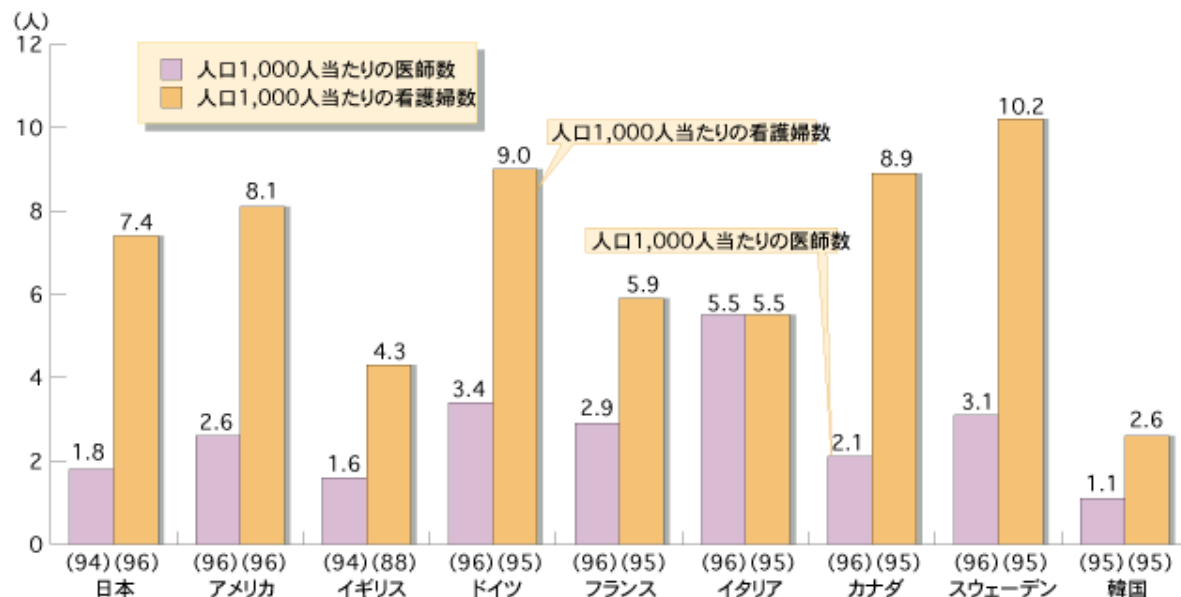
ただし、日本の場合は、半年を超えるような長期入院が全体の平均値を押し上げており、実際には20日台前半の数値の病院が多数となっている。なお、1年間に入院したことがある人の割合は小さいので、1人当たり入院日数（入院延べ日数を全人口で割った数値）をみると、差は小さくなる。

全医療費に占める入院費の割合が他国よりも低いのは、我が国の医療機関においては外来収入のウエイトが大きいことを示している。

（注）国際比較の対象国は、サミット（主要国首脳会議）構成の7か国とスウェーデン及び韓国とする。なお、OECDのデータは、各国の制度の違いに起因する事項の不統一があるので、数値の大小から直ちに比較した制度の優劣を断定することは適当でなく、およその傾向として把握すべきものである。

図3-1-11 医師・看護婦数の国際比較

図3-1-11 医師・看護婦数の国際比較



資料：OECD「Health Data 98」

（注）国名の上の（ ）内の数字は西暦を示す。

表3-1-12 病床数、患者行動及び医療施設の利用状況の国際比較

表3-1-12 病床数，患者行動及び医療施設の利用状況の国際比較

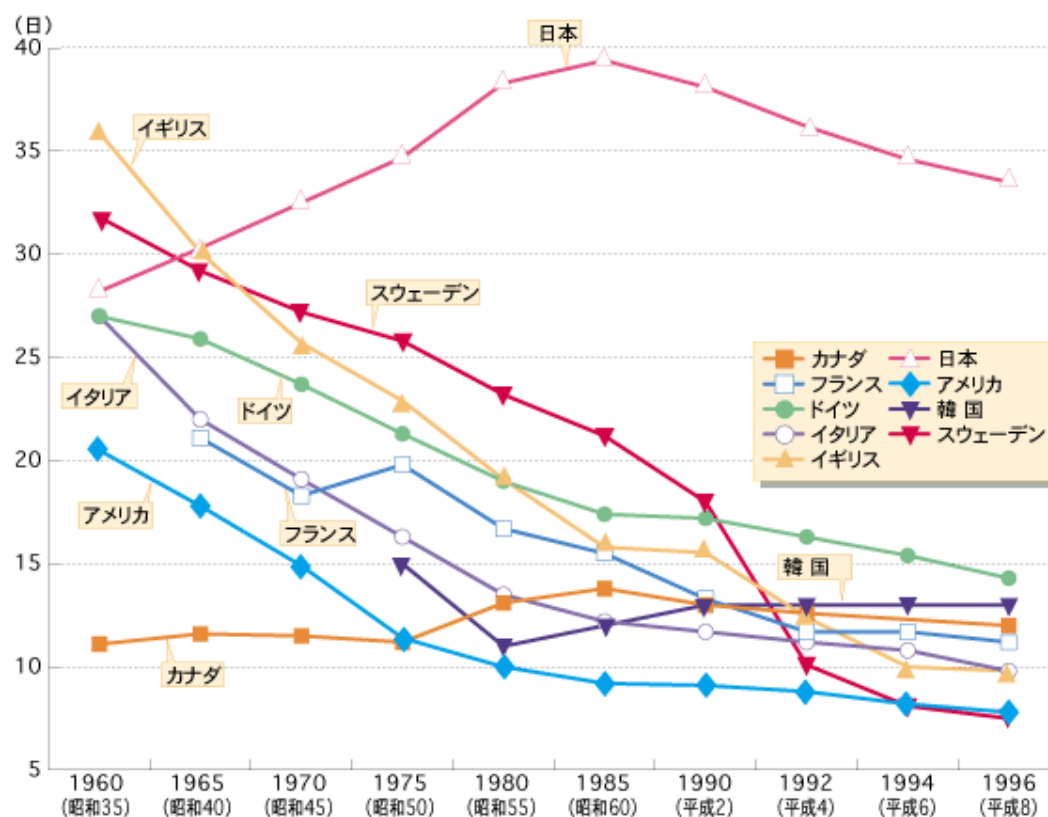
	全病床数 (1996)	人口千人当 り 病 床 数 (1996)	病床1床当 りの看護職員 数 (1995)	全医療費に占 める入院費の 割合 (1995)	平均在院日数 (日) (1996)	1人当たり入 院日数 (1995)	外来受診率 (回/年) (1995)
日 本	1,660,784 (1997)	13.2 (1997)	0.4 (1997)	29.4	33.5	4.1	15.8
アメリカ	1,097,700	4.1	1.6 (1992)	42.6	7.8	1.1	6.0
イギリス	264,520	4.5	1.7 (1992)	42.2	9.8	1.7	5.9
ドイツ	783,631	9.6	0.6	34.6	14.3	3.0	6.4
フランス	508,075	8.7	0.4	44.4	11.2	2.6	6.3 (1993)
イタリア	344,840	6.0	0.8	47.0	9.8	1.6	11.0 (1988)
カナダ	154,000	5.1	0.8 (1991)	45.3	12.0	1.9	6.8 (1993)
スウェーデン	49,468	5.6	1.0 (1992)	—	7.5	1.4	3.0
韓 国	209,303	4.6	0.5	33.7	13.0	0.8	9.5

資料：日本の「全病床数」「人口千人当たり病床数」「病床1床当たりの看護職員数」「平均在院日数」は、「医療施設調査・病院報告」による。それ以外の数値及び諸外国の数値は、「OECD Health Data 98」による。

- (注) 1. 日本の病床数には，診療所の病床数は含んでいない。
2. 「病床1床当たりの看護職員数」は，急性期病床における数値。

図3-1-13 平均在院日数の変化

図3-1-13 平均在院日数の変化



資料：日本「病院報告」、諸外国「OECD Health Data 98」

(注) 1. 日本は一般病床の平均在院日数を病院報告の算定式により算出した。

2. 諸外国の平均在院日数の定義はOECDの統計に従った。

3. 諸外国の平均在院日数の算定の対象病床の範囲はOECDの統計に従った。概要は以下のとおり。

ドイツ：急性期病床、精神・神経病床、リハビリ病床

フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、中毒病床（薬物、アルコール）、リハビリ病床

イギリス：NHS (National Health Service) の全病床

アメリカ：AHA (American Hospital Association) に登録されている全病院の病床

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第1節 高い水準に到達した保健・医療

3 医療保険制度の充実

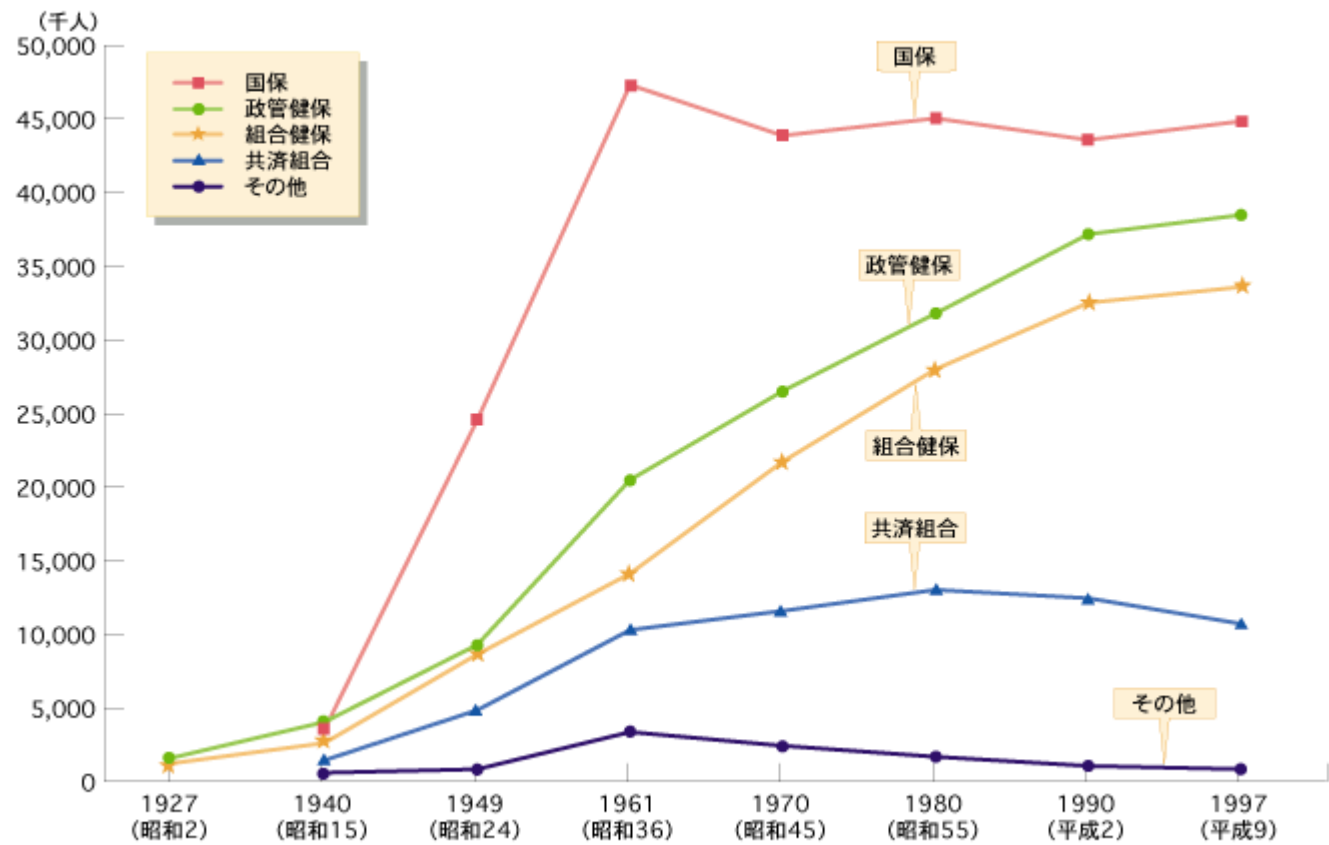
我が国の医療保険制度は、1956年には約3,000万人の国民が未適用の状況にあったが、1959（昭和34）年施行の国民健康保険法により、国民健康保険制度の実施を市町村に義務づけ、1961（昭和36）年には国民皆保険を達成した（図3-1-14）。また、順次、給付率の改善が図られるとともに、高額療養費制度の創設により自己負担の限度額が設けられたことや、老人保健制度における低額の一部負担により、誰もが、医療費の約1～3割程度の低い自己負担で医療を受けることができるようになった（表3-1-15）（図3-1-16）。

保険を適用する医療の内容についてみても、適正な水準のサービスを広くカバーするとともに、医療分野の技術革新等に対応して、新しい診断・治療方法を医療保険に導入してきた。これにより、多くの人々が高度な医療技術の成果を享受できるようになった。近年では、在宅療養促進のための医療行為や訪問看護も保険給付に含められ、在宅療養生活の可能性が拡大している。

こうした医療費を保障する仕組みを国際比較してみると、費用負担のあり方、患者負担、医療費の支払い方式等の面で、各国様々であるが、我が国の医療保険制度は、加入率や給付率の面で高い水準に到達していることがわかる。

図3-1-14 医療保険適用人口の推移

図3-1-14 医療保険適用人口の推移



資料：社会保険庁「事業年報」

表3-1-15 高度先進医療の保険適用の推移

表3-1-15 高度先進医療の保険適用の推移

1986 (昭和61) (3件)	・内視鏡的胆管結石除去術 ・経皮的尿路結石除去術 ・経尿道的尿管碎石術
1988 (昭和63) (6件)	・人工肝臓 ・電磁波による骨電気治療 ・自己血回収器具を用いた術中自己血回収 等
1990 (平成2) (4件)	・埋込型カテーテル・アクセスを用いた局所持続動注療法 ・電磁波温熱療法（放射線治療と併用するもの） ・脊髓誘発電位測定 等
1992 (平成4) (6件)	・脳血管内手術 ・超音波内視鏡検査 ・体外衝撃波による胆石粉碎治療 等
1994 (平成6) (8件)	・補助人工心臓 ・人工内耳 ・胸腔鏡手術 等
1996 (平成8) (11件)	・電磁波温熱療法 ・血管内超音波による診断法 ・腹腔鏡下副腎摘出術 等
1998 (平成10) (3件)	・造血器腫瘍のDNA診断 ・生体部分肝移植手術 ・直線加速器による定位放射線治療
計41件	

図3-1-16 生体部分肝移植手術

図3-1-16 生体部分肝移植手術 (写真提供：京都大学医学部附属病院)



生体部分肝移植手術は、先天性胆道閉鎖症等の小児に対する根治的治療法として、臓器提供者（ドナー）の肝臓の一部（通常は肝臓左葉の外側区域）を摘出し、これを臓器受容者（レシピエント）の患児に移植するものである。

ほとんどの患児は、術後数か月程度で退院し、普通の人とほぼ同等の生活が送れるようになる。
これまで全国でおよそ800例の手術が行われている。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第1節 高い水準に到達した保健・医療

4 医療費の増加

(増大する医療費)

我が国の医療制度の長所である受診のしやすさは、一方で、医療費増大の要因となり、我が国の国民医療費は増大の一途をたどっている。国民皆保険を完全実施した1961（昭和36）

年度には、総額5,130億円、1人当たり年間5,400円だったのが、1978（昭和53）年に総額で10兆円を超え、その後毎年約1兆円ずつ増加し、1996（平成8）年度には総額28兆5,000億円、1人当たりでは年間22万6,000円となっている。年齢階層別に1人当たり医療費をみると、45歳から64歳では20万800円、65歳以上では55万9,000円であり、更に70歳以上では65万8,000円と、高齢になるほど高くなっている。

国民医療費の規模は、年々増大しており、1999（平成11）年度には初めて30兆円を超えるものと見込まれている。現在の我が国の総医療費の規模をOECD諸国の間で比較すると、経済規模との比較を示す対GDP比では、1997（平成9）年時点で7.3%と低い。しかし、医療費の伸び率は、近年では経済成長率を大きく上回っており、この不均衡による医療保険財政の悪化が課題となっている。その大きな要因は高齢化であり、今後の急速な高齢化の進展を踏まえると、更に医療費の対GDP比も大きくなっていくことも予想される。我が国の経済はかつてのような高度成長は期待しがたいことから、経済と調和のとれた安定した制度へと変革していく必要がある（コラム参照）。

(老人医療費の増大)

人口構成の高齢化の進展とともに、老人医療費の伸び率は、国民医療費の伸び率を大きく上回っており、1998（平成10）年度見込みでは10.6兆円と、国民医療費の36.1%を占めるに至っている。また、今後とも増大が見込まれ、2025（平成37）年頃には国民医療費の5割を占めると予想されている。

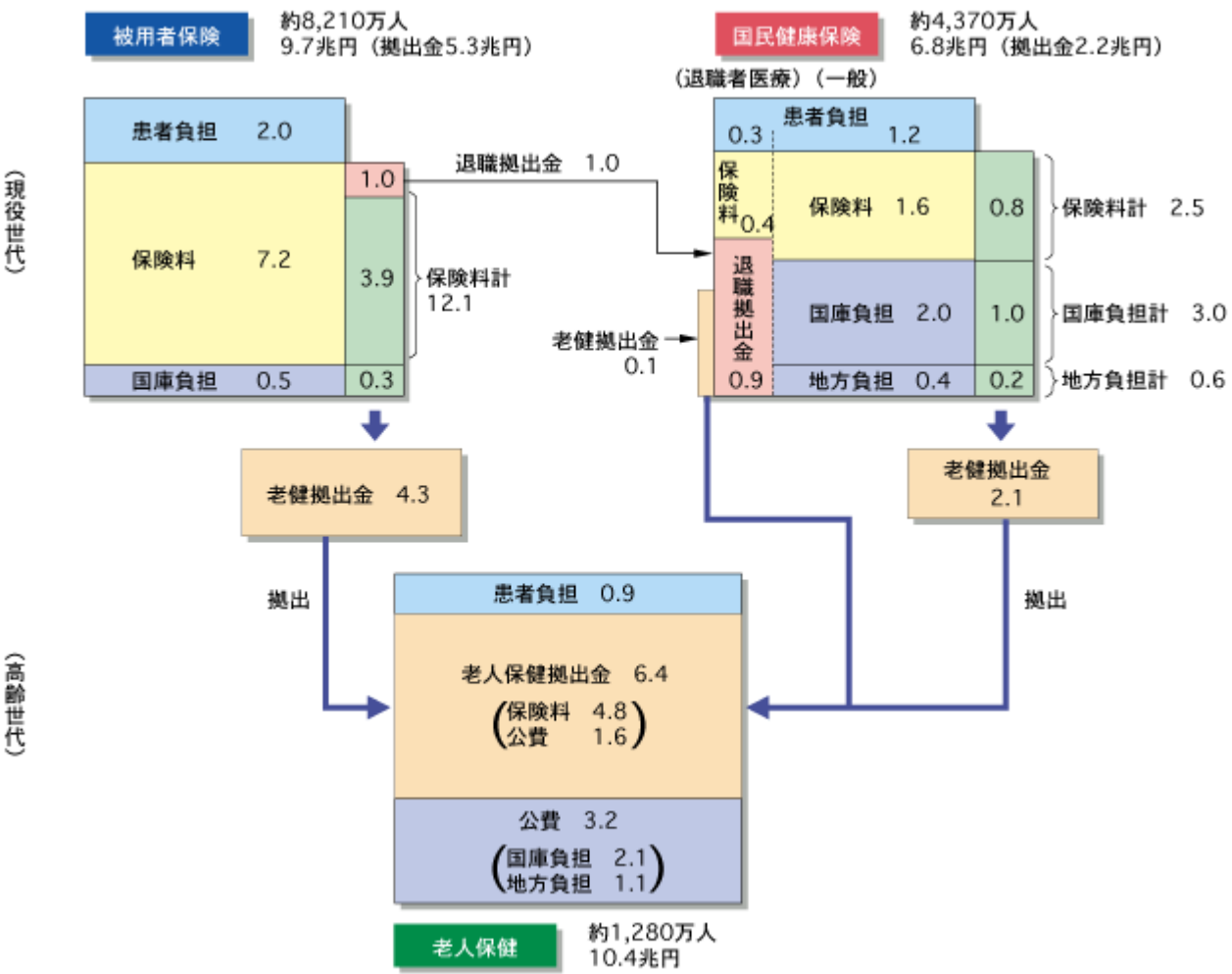
老人医療費は、現役世代の被保険者や事業主がその大半を負担する老人保健拠出金と、国や地方公共団体の負担金とで賄われているが、この拠出金の負担が年々増大し、各医療保険者の財政運営の圧迫要因になっている。各医療保険者の支出の約3割は老人保健拠出金として老人医療のために支出されている。現役世代のサラリーマンからみると、サラリーマン自身の医療保険料のうち約3割（退職者拠出金も含めると約4割）は、老人保健拠出金として老人医療のために使用されており、その額も保険料に占める割合も増大し続けている（図3-1-17）。

このように高齢化の進展に伴って老人医療費が増大するのは、高齢者が高齢者以外の者（若者）に比べ、1人当たり診療費が高いためであるが、その要因としては、受診率、薬剤比率、平均入院日数などを比較すると、いずれも高齢者の方が高くなっていることなどが挙げられる（表3-1-18）。

また、諸外国と比較すると、データの内容が各国で一致していないため、厳密な比較ではないが、高齢者と若者の医療費の比率は、日本では約5倍の差、アメリカ・イギリスでは4倍程度、ドイツ・フランスでは約3倍程度の差である。日本の医療費は長期入院や医療費に占める薬剤比率の高さが問題とされるが、高齢者の医療にその特徴が端的にあらわれている。

図3-1-17 医療費の財源構成（概要）

図3-1-17 医療費の財源構成（概要）



(注) 数値は平成10年度予算ベースのもの（単位兆円）。各制度の加入者等の数値は、1997年3月末のもの。老人保健制度の対象者は、各医療保険制度加入者のうち、70歳以上の者等である。

表3-1-18 高齢者と高齢者以外の比較

表3-1-18 高齢者と高齢者以外の比較

	高齢者 (A)	高齢者以外 (B)	比率 (A) / (B)
1人当たり診療費 (年額・円)	736,000	149,000	5.0倍
受診率 (年間受診件数/人)	16.2	7.1	2.3倍
1件当たり日数 (日)	4.1	2.4	1.7倍
1日当たり診療費 (円)	11,100	8,600	1.3倍
入院薬剤比率 (%)	12.8	11.4	1.1倍
外来薬剤比率 (%)	42.8	33.9	1.3倍
退院患者平均在院日数 (日)	63.5	28.3	2.2倍

資料：1人当たり診療費，受診率，1件当たり日数，1日当たり診療費は入院，入院外，歯科の計であり，厚生省調べ（1996（平成8）年度）。

入院薬剤比率，外来薬剤比率は厚生省大臣官房統計情報部「平成9年社会医療診療行為別調査」

退院患者平均在院日数は厚生省大臣官房統計情報部「平成8年患者調査」

- （注） 1. 受診率：加入者1人当たり1年間の診療報酬明細書（医療機関につき1月当たり1枚ずつ作成される。例えば，ある医療機関を毎月受診すれば12件，同一月に2つの医療機関を受診すれば2件などとなる。）の件数であり，加入者が1年間にどのくらいの頻度で医療機関を受診したかを示す指標。
2. 1件当たり日数：診療報酬明細書1件当たりに関わる平均日数（入院の場合は入院日数，通院の場合は通院日数）であり，受診者が1月当たり何日医療機関を受診したかを示す指標。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第2節 所得保障の充実

社会保障制度の中で、生活を不安定にさせる事態になったときに、一定の生活水準を維持できるように所得を保障する制度として、老後の暮らしを支える老齢年金や最低限度の生活を保障する生活保護、児童扶養手当、障害年金などの制度がある。ここでは、高齢期の所得保障制度の中核をなす公的年金と、生活困窮者に対して最低生活水準を保障する生活保護を取り上げる。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第2節 所得保障の充実

1 公的年金制度の充実

1-1 重要性を増す公的年金制度の役割

公的年金制度が確立する以前は、老後の暮らしは、子どもによる私的扶養や個人の貯蓄、あるいは自らの就労収入などに頼らざるを得なかった。

しかし、産業構造や就業構造の変化とともに、農業等第一次産業従事者の大幅な減少、核家族化の進行に伴う高齢者と子ども世代との同居率の低下、若年世代の都市への集中等によって、私的扶養に頼ることは困難になってきた。また、老後を子どもに頼るつもりはないと考える者の割合の増大など意識も変化している。さらに、平均寿命の伸長により老後生活を送る期間が長くなったことも私的扶養や個人貯蓄に頼ることを難しくした。個人貯蓄については、自らの寿命を予測して若いうちから老後において終身にわたる生活に必要な貯蓄を計画的に行うことは事実上極めて難しく、また、その途中で予想を超えたインフレ等が起こった場合には貯蓄等では十分な生活ができなくなる可能性もある。

このように、私的扶養や個人貯蓄等のみに頼って、老後生活を安心して送ることは容易ではなく、社会的に高齢者の生活を支えるために生まれ発展してきた公的年金制度の果たす役割は極めて大きなものとなっている。

1-2 我が国の公的年金制度の特徴

我が国の公的年金制度の特徴としては、すべての国民が年金制度の対象となる国民皆年金体制であること、基礎年金と上乘せ部分が組み合わされた制度であること、物価スライド等の仕組みにより給付の実質的価値が維持された年金が終身にわたり給付されること、財政方式として段階保険料方式をとり少なくとも5年に1度財政再計算を行って制度を見直し給付と負担の長期的安定を図っていること等が挙げられる。

(1) 国民皆年金体制

我が国の公的年金制度は、戦前から戦後しばらくは、厚生年金保険法（1942（昭和17）年に労働者年金保険法として施行、1944（昭和19）年に厚生年金保険法に改組）等により被用者のみを対象としていた。その後、核家族化の進行や人口の都市集中、将来の高齢化社会への展望等を背景に、1959（昭和34）年に自営業者や無業者を対象とする国民年金法が制定され、1961（昭和36）年4月に同法による拠出制の年金制度が始まったことにより、国民すべてが公的年金制度の対象となる国民皆年金体制となっている。

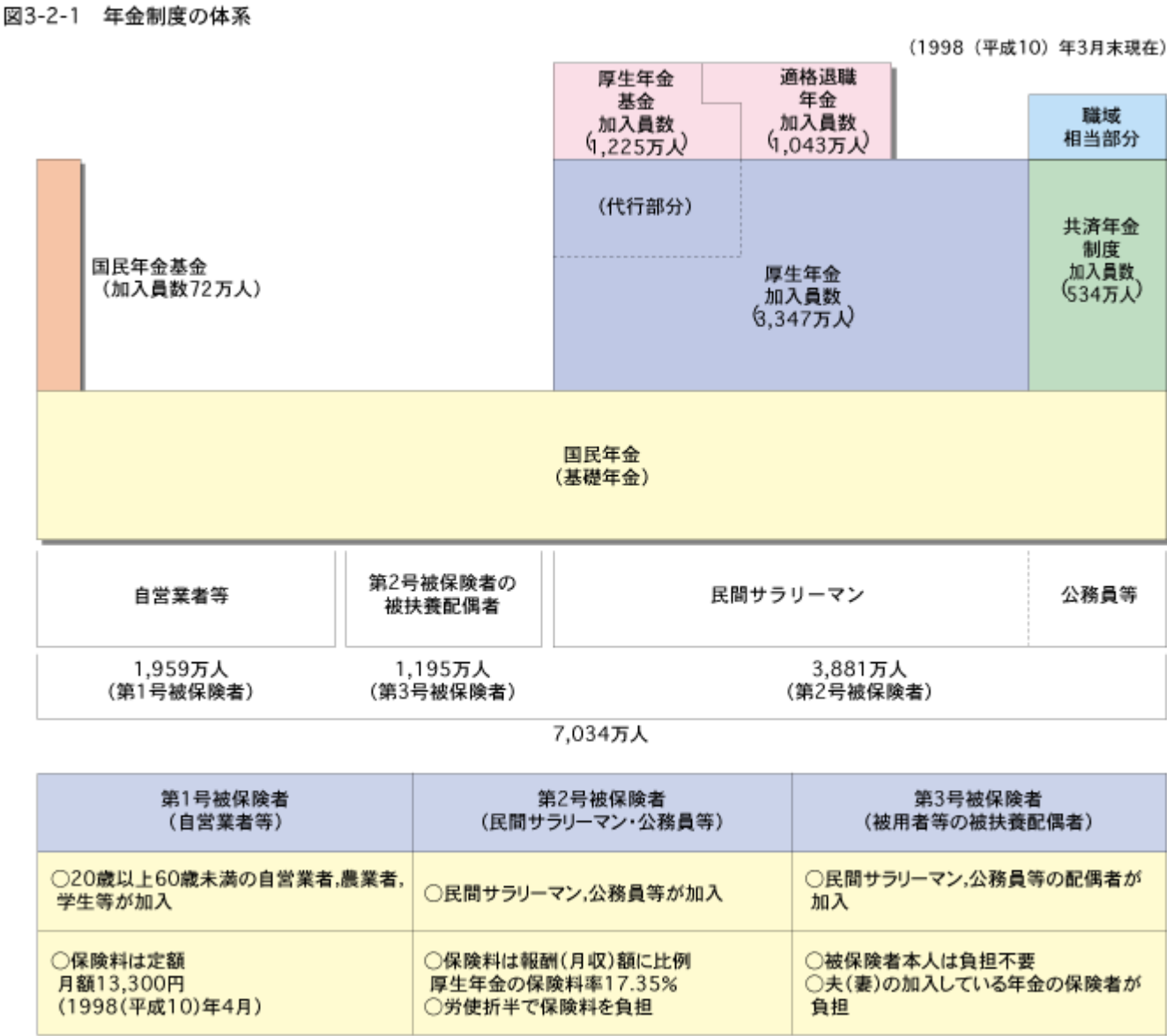
(2) 基礎年金と上乗せ部分が組み合わされた制度

国民皆年金体制となった後も、我が国の公的年金制度は、厚生年金、共済年金、国民年金といった制度ごとに発展してきたが、給付と負担の両面における制度間の格差や重複、産業構造の変化等により財政基盤が不安定となる等の問題に対応するために、1985（昭和60）年に、全国民に共通の基礎年金を創設するとともに、厚生年金や共済年金の被用者年金を基礎年金に上乗せする2階部分の報酬比例年金とする再編成が行われた。

現在、全国民が加入する国民年金（基礎年金）があり、被用者は厚生年金または共済年金の2階部分にも加入する。また、自営業者等に対する基礎年金の上乗せとして国民年金基金が、厚生年金の上乗せとして厚生年金基金等がある。基礎年金により老後生活の基礎的部分が保障され、厚生年金や共済年金の報酬比例部分により被用者が稼得能力を失ったとき所得が保障される仕組みとなっている。

1998（平成10）年3月末の被保険者総数は7,034万人、うち自営業者等の第1号被保険者が1,959万人、民間サラリーマン（厚生年金）及び公務員等（共済組合）の第2号被保険者が3,881万人、第2号被保険者の被扶養配偶者である第3号被保険者が1,195万人となっている（図3-2-1）。

図3-2-1 年金制度の体系



(3) 給付の実質的価値の維持と終身にわたる給付

公的年金の給付水準は、社会経済の変化に対応して改善されてきた。特に、昭和40年代には、厚生年金の1万円年金、2万円年金、国民年金の夫婦1万円年金、夫婦2万円年金の実現など、給付の充実が図られ、1973（昭和48）年には厚生年金の5万円年金、国民年金の夫婦5万円年金の実現とともに、物価上昇率に応じて年金額が改定される物価スライド等が導入されており、年金額の実質的価値が維持される仕組みとなっている。この物価スライドにより、公的年金制度は第一次石油危機後の狂乱物価といわれる著しい物価の上昇にも対応することができた（表3-2-2）（図3-2-3）。

1999（平成11）年度における老齢基礎年金の月額が満額支給の場合で6.7万円となっており、1994（平成6）年改正により設定された制度成熟時の標準的な老齢厚生年金額（夫婦2人、専業主婦世帯）は、月額23.1万円（1994年度価格、夫婦の老齢基礎年金含む）となっている。こうした年金が、物価スライド等により、実質的価値が維持されつつ、どんなに長生きをしても終身にわたり給付される。

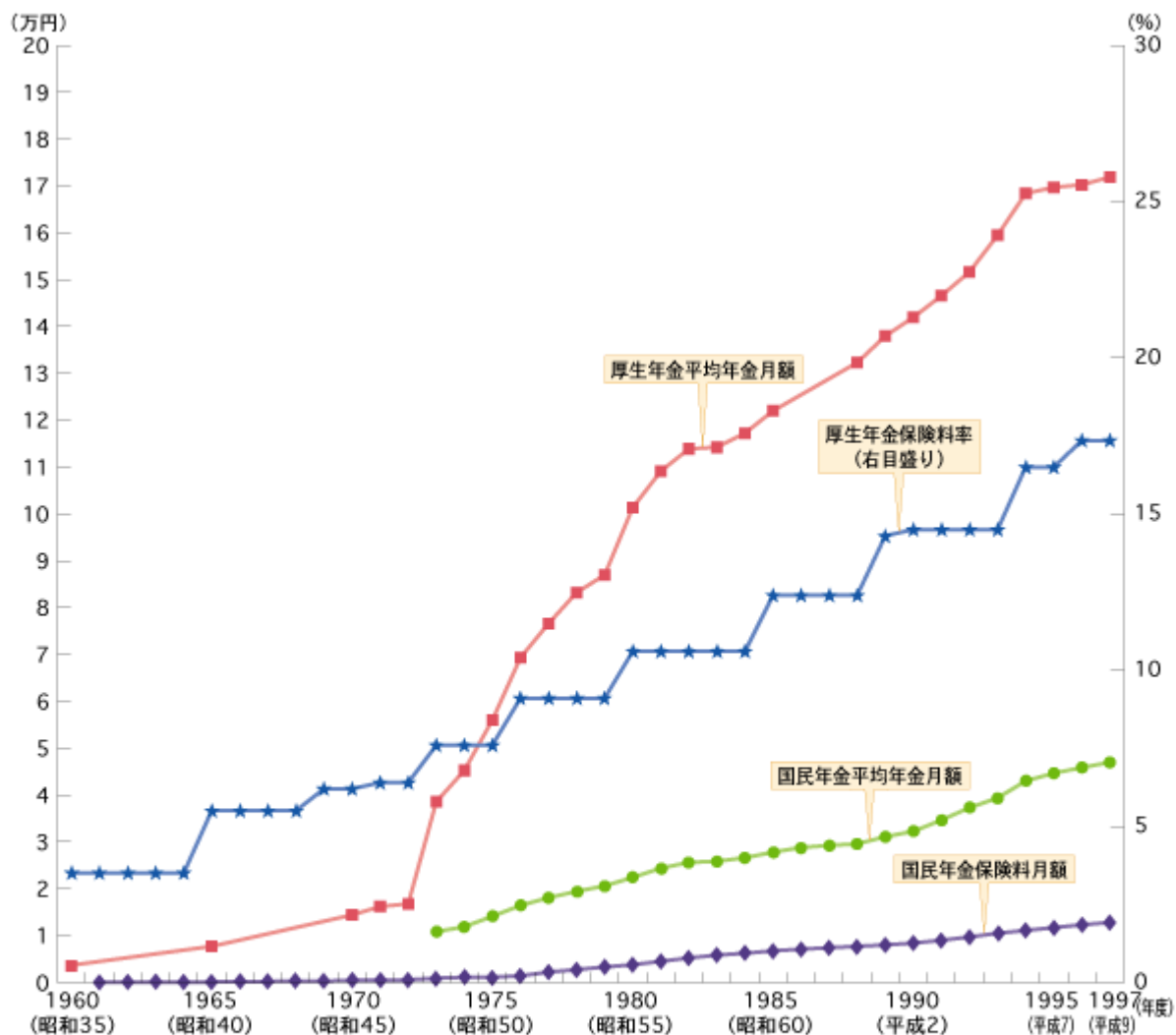
表3-2-2 公的年金制度の発展の歴史

表3-2-2 公的年金制度の発展の歴史

	年 次	主な動向
制度の創設	1940 (昭和15) 年 1942 (昭和17) 年	○船員保険法施行 ○労働者年金保険法施行 (1944年厚生年金保険法に改称)
	1954 (昭和29) 年	○厚生年金保険法の全面改正 ・給付を定額部分と報酬比例部分に ・男子支給開始年齢を55歳から段階的に60歳に ・財政方式を積立方式から修正積立方式に変更 など、その後の厚生年金制度の基本体系
	1961 (昭和36) 年	○国民年金法の全面施行 (国民皆年金体制の確立) ・老齢はだれもがいつかは到達ししかも予測可能なもの、長期・安定的な制度とするためには財政・経済の影響をあまり受けない方がよいことなどから保険料を中心とした社会保険方式を採用
制度の充実	1965 (昭和40) 年	○厚生年金 1万円年金
	1966 (昭和41) 年	○国民年金 夫婦1万円年金
	1969 (昭和44) 年	○厚生年金 2万円年金 ○国民年金 夫婦2万円年金
	1973 (昭和48) 年	○厚生年金 5万円年金 (被保険者の平均標準報酬月額約6割に相当) ○国民年金 夫婦5万円年金 ○自動物価スライド制の導入により、年金額の実質的価値の維持 ○標準報酬の再評価 (賃金スライド)
少子・高齢化への対応	1980 (昭和55) 年	○厚生年金支給開始年齢引上げ (60歳から65歳へ) の議論 ・支給開始年齢引上げは結局見送られたが、法案審議を通して、将来の年金制度を安定的に運営し高齢化社会の到来に相応しいものとすべきとの認識が醸成
	1985 (昭和60) 年	○基礎年金の導入 (1986年実施) ○給付と負担の適正化 ○女性の年金権の確立 ○障害年金の大幅改善
	1989 (平成元) 年	○厚生年金支給開始年齢引上げ (60歳から65歳へ) の議論 (・支給開始年齢の引上げは見送り) ○完全自動物価スライド制の導入 ○学生の国民年金への強制加入
	1994 (平成6) 年	○60歳代前半の年金の見直し ・老齢厚生年金の定額部分の支給開始年齢の65歳引上げ ・在職老齢年金の見直し ○可処分所得スライドの導入による年金受給世代と現役世代との均衡

図3-2-3 厚生年金及び国民年金の給付水準及び保険料水準の推移

図3-2-3 厚生年金及び国民年金の給付水準及び保険料水準の推移



資料：社会保険庁「事業年報」等

- (注) 1. 平均年金月額、各年度末現在の受給権者の平均年金月額である。
 2. 厚生年金の平均年金月額は老齢相当の年金額であり、基礎年金額を含む。また、平成4年以前は基金代行部分を含まない。
 3. 厚生年金の保険料率は第1種被保険者（男子）、1961～1969年度の国民年金の保険料率は20～34歳の額である。
 4. 保険料率及び保険料額は、当該年度中に引き上げられた場合は引き上げ後の率及び額である。

(4) 段階保険料方式と財政再計算

厚生年金の財政方式としては、制度発足当初、積立方式の一つであり将来にわたって一定の保険料率で収支の均衡を図る平準保険料方式が採用された。しかし、戦後の急激なインフレの中で積立金の目減りや負担能力を考慮して、1948（昭和23）年に平準保険料率より低い暫定的な保険料率が設定され、1954（昭和29）年の抜本的な制度改正時においても、急激な保険料負担の増加を避けるため、平準保険料率より低い保険料率が設定された。さらに、1973（昭和48）年に物価スライド等が導入された際に、財政再計算時に保険料率を将来に向けて段階的に引き上げていくことをあらかじめ想定し、その将来見通しに基づいて当面の保険料率を設定する段階保険料方式と呼ばれる財政方式がとられることとなった。

現在の厚生年金及び国民年金制度の財政方式である段階保険料方式は、個人の責任で対応が困難な物価の上昇や国民の生活水準の向上に対応した給付の改善などに必要な財源を後代の世代に求めるという、いわゆる「世代間扶養」の考え方に基づいており、基本的には、賦課方式（注）の要素を持っている。一方で、ある一定の積立金を保有することで運用収入を得て、将来の現役世代の保険料負担を抑制する積立方式（注）の要素もあわせ持っている。

また、公的年金制度では、人口構造、就業構造、賃金、物価、金利の動向など社会経済の変化に対応

し、少なくとも5年に1度財政再計算を行い制度改正を行って、給付と負担の長期的な均衡を図っている。こうした運営を行うことにより、公的年金制度は物価の上昇や寿命の伸長にも対応し、老後の所得保障の柱として定着してきた。

(注) 「賦課方式」とは、毎年度年金給付に必要な費用を、その年度の被保険者からの保険料で全額賄っていく財政方式である。一方、「積立方式」とは、将来の年金給付に必要な原資をあらかじめ保険料で積み立てていく財政方式である。

1-3 公的年金制度の成果

(1) 国民の5人に1人は公的年金の受給権者

公的年金の被保険者は、高齢になれば老齢年金が、障害や遺族の状態になれば障害年金や遺族年金が支給される。1998（平成10）年3月末現在、公的年金の受給権者総数は3,720万人、うち老齢給付（通老相当除く）受給権者が2,346万人、老齢給付（通老相当）が762万人、障害給付受給権者が181万人、遺族給付受給権者が431万人となっている（表3-2-4）。

基礎年金と厚生年金など2種類以上の年金を重複して受給する場合もあるが、基礎年金番号を活用して把握した重複のない公的年金の実受給権者数は老齢福祉年金受給権者を含め、2,627万人（1998年3月末）となっており、国民の約5人に1人が何らかの年金の受給権を持っている。

表3-2-4 公的年金の受給権者数及び老齢年金の平均年金月額（1998（平成10）年3月末）

表3-2-4 公的年金の受給権者数及び老齢年金の平均年金月額（1998（平成10）年3月末）

制 度	老 齢 給 付		障 害 給 付	遺 族 給 付	計	老 齢 年 金 平均年金月額（老 齢相当）
	老 齢 相 当	通 老 相 当				
国民年金 （うち老齢福祉年金）	万人 1,354 (27)	万人 201	万人 137	万人 33	万人 1,725 (27)	万円 4.7
厚生年金	782	530	39	330	1,681	17.2 (男子 20.1)
共済組合	210	31	5	68	313	22.3
合計	2,346	762	181	431	3,720	

(注) 1. 老齢福祉年金は受給者数である。
2. 受給権者数は、通算老齢年金等の重複を含めた総件数である。
3. 老齢給付の老齢相当は、厚生年金については旧法老齢厚生年金及び新法老齢厚生年金のうち被保険者期間20年以上または中高齢特例の適用を受けている被保険者期間15年以上の者で旧法の老齢年金に相当するものをいい、共済組合についても同様である。また、老齢給付のうち、老齢相当以外を通老相当という。
4. 共済組合の障害年金、遺族年金は公務上（職務上）を除く。
5. 厚生年金及び共済組合の平均年金月額は、通算老齢（退職）年金及び老齢厚生（退職共済）年金の通老（通退）相当のものを除き、併給している老齢基礎年金を含む。
6. 端数処理のため、合計が内訳の和に合わないことがある。

(2) 高齢者、現役世代の生活を支える公的年金

(老齢給付の受給権者及び年金額)

老齢給付（通老相当除く）受給権者を制度ごとにとみると、国民年金1,354万人、厚生年金782万人、共済組合210万人となっており、平均年金月額、国民年金4.7万円、厚生年金17.2万円、共済組合22.3万円である（1998年3月末）。ちなみに、労働省「賃金構造基本統計調査報告」によると、1997年の男性の大学卒の平均的初任給は月額約19.4万円、高校卒では約15.6万円となっている。

(公的年金に対する期待)

高齢期の収入源として公的年金に対する期待は大きい。総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」（1993（平成5）年9月）によると、高齢期の不安としては、自分や配偶者の健康や介護に次いで老後の生活資金をあげる者が多い。また、経済企画庁「平成6年度国民生活選好度調査」によると、高齢期における収入源として、76.2%の者が公的年金に期待しており、就労による収入の24.7%、個人年金の24.1%、貯蓄の取りくずしの18.4%を大きく上回っている。さらに、総理府「公的年金制度に関する世論調査」（1998（平成10）年3月）では、高齢期の生活設計の中での公的年金の位置づけとして、「ほぼ全面的に公的年金に頼る」21.8%、「公的年金を中心とし、これに個人年金や貯蓄などの自助努力を組み合わせる」51.0%、と合わせて7割以上の者が公的年金を中心においた老後生活を考えており、この割合は1993年8月の調査より増加している。

(高齢者世帯の所得に占める公的年金)

公的年金制度の確立により、老後生活における収入の内訳は大きく変化した。国民年金法制定前の1957（昭和32）年には70歳以上の者の生計維持の主な方法としては、家族の扶養等が約8割と大部分を占めていた。厚生省「国民生活基礎調査」により、その後の高齢者世帯の所得の内訳の推移をみると、公的年金・恩給の割合が年々高まっており、1996（平成8）年には所得の約62%（約197万円）を占めている。また、公的年金・恩給を受給している高齢者世帯の5～6割程度が所得を公的年金・恩給のみに依存している。総務庁「家計調査」により、高齢夫婦無職世帯の平均的な家計をみると、実収入の約91%を社会保障給付が占めており、消費支出及び非消費支出の約86%を賄っている（図3-2-5）（図3-2-6）（図3-2-7）。

図3-2-5 高齢者世帯における所得の種類別金額（年額）の推移

図3-2-5 高齢者世帯における所得の種類別金額（年額）の推移

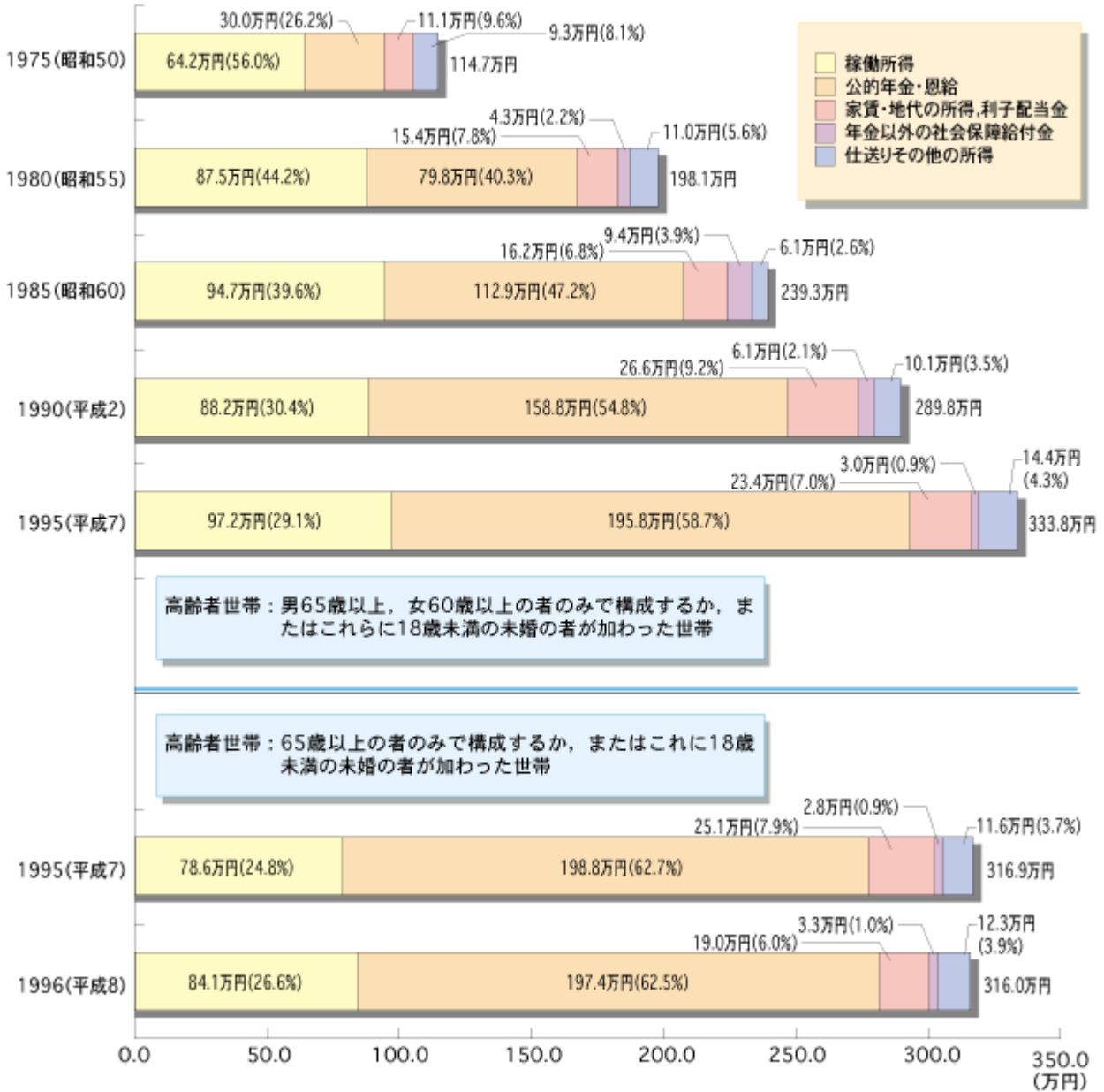
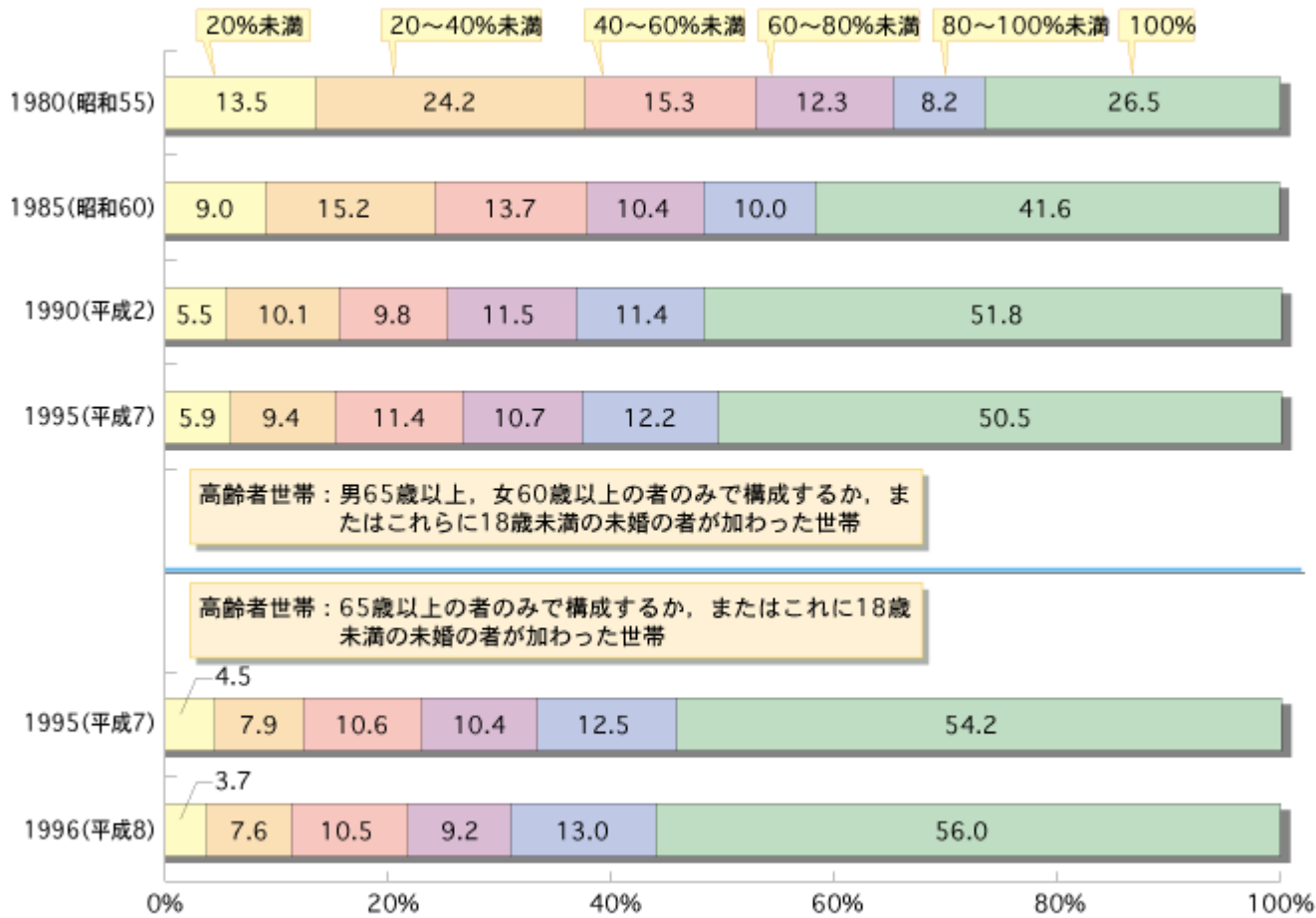


図3-2-6 公的年金・恩給を受給している高齢者世帯における公的年金・恩給の総所得に占める割合別世帯数の構成割合

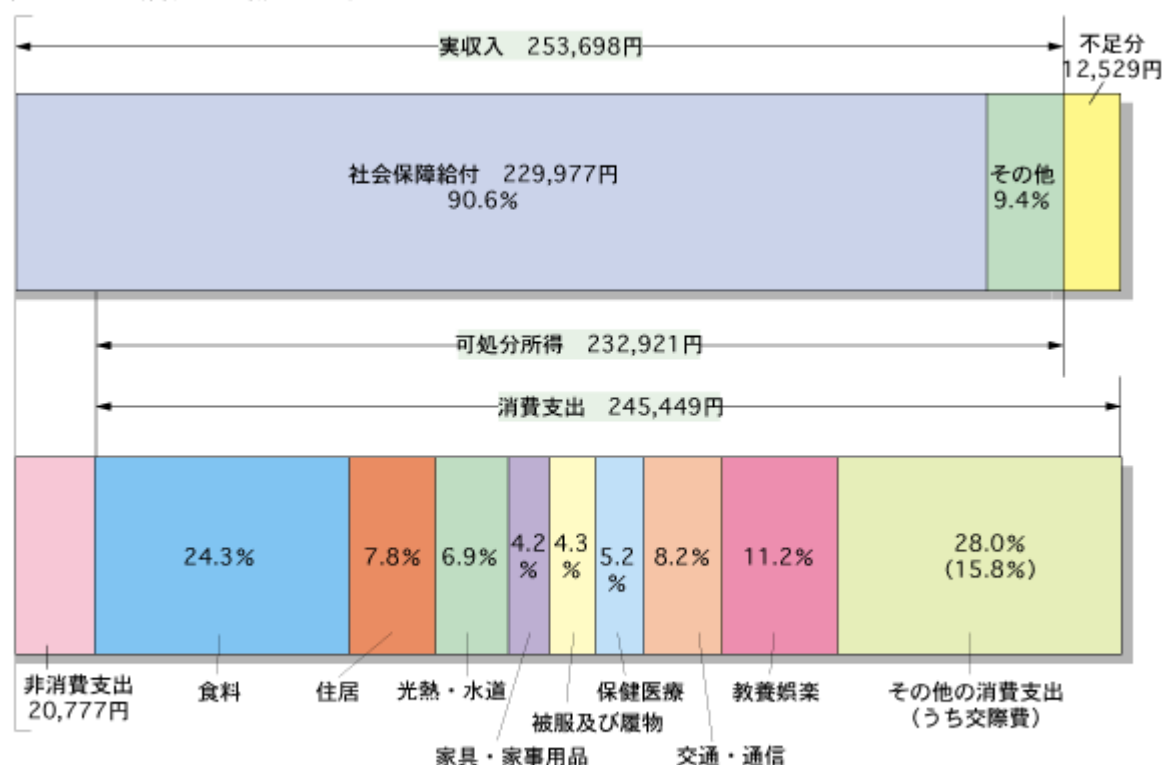
図3-2-6 公的年金・恩給を受給している高齢者世帯における公的年金・恩給の総所得に占める割合別世帯数の構成割合



資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民生活実態調査」「国民生活基礎調査」

図3-2-7 高齢夫婦無職世帯の家計

図3-2-7 高齢夫婦無職世帯の家計



資料：総務庁統計局「家計調査年報」(1998(平成10)年)

(注) 高齢夫婦無職世帯とは、夫が65歳以上、妻が60歳以上の夫婦のみで、世帯主が無職の世帯である。

(現役世代の生活の安定にも寄与)

一方、仕送り等は1975(昭和50)、1980(昭和55)年ころに比べて減少しており、子どもと同居する高齢者が減少し、老親扶養に対する考え方も変化する中で、公的年金は高齢者の生活の安定、自立支援に大きく寄与するとともに、現役世代にとっても親の扶養負担の軽減を通じて自分たちの生活の安定に寄与していると考えられる。

(3) 障害者や遺族の生活を支える公的年金

老齢年金に加え、障害年金や遺族年金も重要である。1999(平成11)年度においては、障害基礎年金の月額が6.7~8.4万円、遺族基礎年金の月額は6.7万円を基本として子どもが1人いれば1.9万円といった加算がある。遺族厚生年金としては老齢厚生年金の4分の3の水準が支給される。

これらの仕組みは、病気やけが等により障害を有することになった場合や、生計維持者が死亡した場合における所得保障としての役割を担っている。誰でも常に障害や死亡のリスクを負っていることを考えると、障害年金や遺族年金が、障害者や遺族の生活の安定や国民の安心感の確保に寄与する度合いは相当大きいものと考えられる。

(4) 年金積立金を原資とした社会資本整備

厚生年金及び国民年金の保険料は年金の支払い等に充てられるが、残りは大蔵省資金運用部に預託され、積立金として積み立てられる。年金積立金は1998(平成10)年3月末で134兆円に達している。

年金積立金は、郵便貯金等とともに財政投融资の原資として政府系金融機関や地方公共団体等に融資されているが、特に年金積立金については住宅や福祉施設、医療施設、廃棄物処理施設など生活に密着した社会資本の整備に重点的に配分され、生活環境の向上に大きく貢献してきた。

1-4 国際的にみた老齢年金の給付水準

年金水準の国際比較については、各国の年金制度の具体的な仕組みが区々であること、就業構造、家族

構成、加入期間等も国により異なること、また、支払った保険料や納付期間に見合って給付が行われる場合、保険料負担と合わせて比較する必要もあるが、国により給付の設計、財政方式や財源構成が異なることなどに注意する必要がある。

こうした比較の難しさを前提にした上で、我が国の厚生年金の老齢（退職）年金平均年金額の水準を、アメリカ、イギリス、ドイツ及びスウェーデンと1993年度時点で比較すると、日本の月額額は15.9万円と、ドイツ（7.5万円）、スウェーデン（基礎年金夫婦5.8万円、付加年金6.3万円）、イギリス（基礎年金夫婦6.4万円、付加年金1.5万円）、アメリカ（単身6.9万円、夫婦10.3万円）に比べて、金額面では最も高くなっている。ただし、同時に賃金水準も高いことから、現役世代の平均賃金（製造業）に対する平均年金額の比率は43%であり、他の国々はドイツ31%、スウェーデン58%、イギリス43%、アメリカは単身32%、夫婦48%となっている。このように、我が国の厚生年金の水準は諸外国に比べて遜色ない水準となっている。

1-5 厚生年金をめぐる議論

（世代間の給付と負担の公平）

1-2(4)で示したとおり、厚生年金は段階保険料方式で運営されているが、このような財政方式の下では、少子・高齢化の進展に伴い、生涯の保険料総額と年金給付総額との間に世代間の不均衡が生じるといった指摘がある。しかし、そもそも公的年金制度は社会保障の一つであり、必要な者に給付を行う社会全体の助け合いの制度であるので、損得論のみで制度の是非を論じる性格のものではないと考えられる。世代間の公平性について論じる際には、今の年金受給者の多くはかつて私的に自分たちの両親を扶養してきた世代に属することや、高齢者世代から現役世代へ様々な所得移転があることなど、年金のみでなく幅広い見地から世代間の収支を考える必要がある。

（厚生年金の廃止（民営化）と老後の所得保障）

公的年金の給付と負担に世代間の不均衡が生じるという指摘と、公的部門をスリム化すべきとの最近の論調とが相まって、少子・高齢化が進展しても人口構造の変化の影響を受けないよう、厚生年金の財政方式を完全な積立方式とし、厚生年金を民営化すべきとの意見がいわれている。厚生年金の民営化は、基礎年金の上乗せとなっている報酬比例部分について公的関与をなくすことであり、公的年金としては『廃止』を意味する。

「厚生年金の廃止（民営化）」をする場合の老後の所得保障については、基礎年金と私的年金（企業年金または個人年金）で対応することとなるが、これは、現在約3,300万人にのぼる厚生年金加入者に対して、公的年金としては基礎年金（1999（平成11）年度では、満額支給の場合で月額6.7万円）しか保障しないことを意味している。この場合、被用者の老後生活の所得保障が不安定になる。仮に、企業年金や個人年金に加入していたとしても、積立方式では大きなインフレが発生した場合に対応が困難なため老後の所得保障が不安定になるという大きな問題がある。

また、個々の責任において投資リスクを判断し、結果として失敗した場合には、被用者の老後の所得保障として十分な年金額が確保されないことや、厚生年金の保険料（被保険者本人負担及び事業主負担）の減少分が給料や私的年金に振り替えられない場合には、被用者自身の所得保障は大幅に低下するといった問題がある。

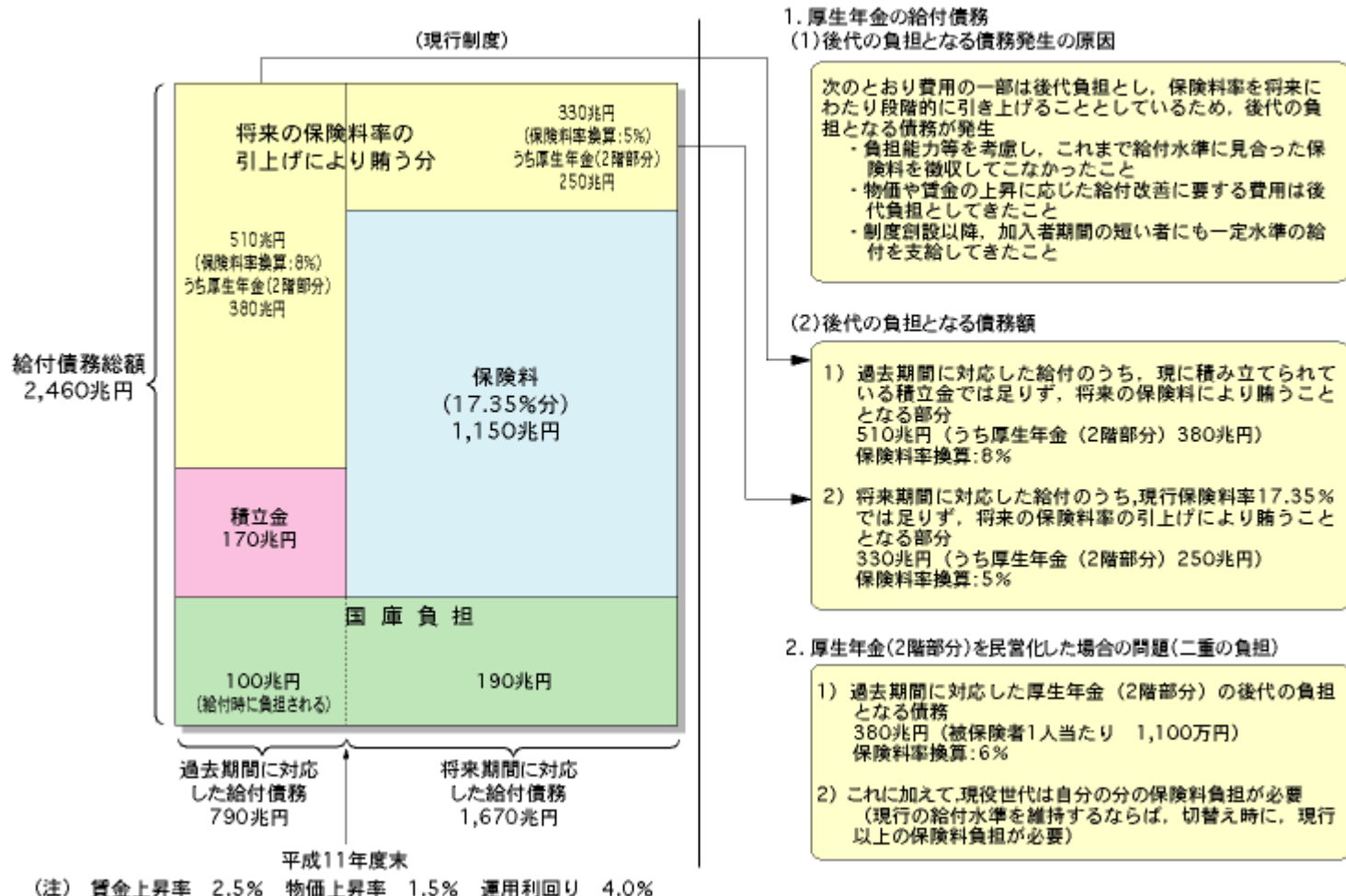
（「二重の負担」の問題）

また、厚生年金を積立方式とし、廃止（民営化）する場合には、切替え時に生じる380兆円（現行制度の場合）もの「二重の負担」をどう解消するかといった問題もある。「二重の負担」とは、積立方式への移行期間中の現役世代が、移行後に自らの年金分を積み立てるために必要な負担と、過去期間に対応して既に支払を約束している給付に要する費用のうち将来の保険料で賄うことを予定していた部分の負担とを同時にしなければならないという問題である。この「二重の負担」については、その財源を誰に求めるのかという点について、また、短期間で解消する場合には特定世代に大きな負担を課すことになることについて、合意が得られるのかという問題がある。

「厚生年金の廃止（民営化）」については、実際、有識者の調査結果によっても、現行の2階建ての仕組みを維持すると答える者が7割を超えており、多くの人々が「厚生年金の廃止（民営化）」を支持していないことが分かる（図3-2-8）。

図3-2-8 厚生年金の給付債務と財源構成

図3-2-8 厚生年金の給付債務と財源構成



第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第2節 所得保障の充実

2 最低生活の保障

2-1 「最後のよりどころ」として国民生活を支える生活保護制度

生活保護制度は、生活保護法に基づき、憲法第25条に規定する生存権保障の理念を具体化している制度である。すなわち、生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障し、併せてその自立を助長する制度である。

所得保障制度としては、現在では公的年金が中心になっているが、生活保護制度は、困窮に陥った国民の「最後のよりどころ」として、依然として重要な役割を担っている。

2-2 多様な給付と生活扶助の水準改善

(1) 様々なニーズに対応している生活保護給付

生活保護の給付には、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、出産扶助、生業扶助及び葬祭扶助の7種類があり、基本的な生活費の他に、住居費、病気の治療費、出産費用など、日々の生活を送る上での様々な需要（ニーズ）に対応した給付が行われている。さらに、2000年（平成12）年4月からは、介護保険に対応した介護扶助が加わり、8種類となる。

生活保護費は1996（平成8）年度で、1兆5,453億円となっているが、これに占める割合は医療扶助が約57%、生活扶助が約32%と、両方で9割を占めている。これは、傷病を理由とする保護開始世帯が圧倒的に多いことと、我が国の医療保険制度が国民皆保険体制の中で、生活保護受給者は国民健康保険の対象外としていることが影響している。

(2) 生活扶助の給付水準の改善

生活保護のうち、生活扶助の給付水準については、制度発足当初は国民一般の生活水準に比べ低い水準であったことは否めなかったが、経済成長が進む中で、生活保護水準の算定方法が改正され、基準の引上げが行われた。1965（昭和40）年からは、国民一般との生活水準の格差を縮小させようとする格差縮小方式が適用され、1984（昭和59）年度からは、国民の消費動向などを勘案して改定する水準均衡方式により、毎年改定されている。これにより、現在では被保護世帯の消費水準は、一般勤労者世帯のおおむね7割程度となっている。

例えば、1999年度の都市部の標準3人世帯における生活扶助の基準は、月額163,806円である。

2-3 生活保護受給者の推移と特徴

生活保護の受給者数は、図3-2-9のとおり、近年は90万人程度にまで減少しているが、1996年度以降においては上昇傾向に転じつつある。

過去の受給状況をみると、現行法の制定直後である1950（昭和25）年頃は200万人を超えていたが、1965年には160万人以下にまで減少している。これには、いわゆる神武景気や岩戸景気といった好景気の影響の他に、1970年代前半に精神薄弱者福祉法（現在の知的障害者福祉法）、児童扶養手当法、老人福祉法が相次いで制定され、老人、知的障害者、母子家庭といった援護を必要とする世帯を対象とする防貧的な社会福祉制度が創設されたことが背景にある。

その後、いわゆる高度経済成長のもとで国民の生活水準が全体的に向上し、1970（昭和45）年には、生活保護の受給者は130万人台にまで減少した。しかし、1973（昭和48）年の石油ショックによる不況を受けて増加傾向に転じ、1984年には147万人弱となっている。

1980年代後半になると、再び受給者の数は減少傾向を示している。これには、好景気が続いたことも背景にあるが、1986（昭和61）年の年金改正において障害基礎年金が創設されたことも影響している。図3-2-10に示されるように、1986年から翌年にかけて、生活保護を受給している障害者世帯の数は約3万5,000世帯減少し、約4割もの大幅減となっている。このように、生活保護の受給者数は、景気変動の他に、年金などの他の社会保障制度の動向の影響を受けて変化してきている。

また、生活保護受給世帯の内訳をみると、表3-2-11のように、高齢者世帯が増加しており、1997（平成9）年には全体の45%を占めている。特に、高齢者世帯に占める単身世帯の割合が高くなってきており、その中でも女性の単身世帯が多くなっている。

子どもと年老いた親との同居率が低下し、老親を扶養することについての考え方が変化してきている中で、今後更に高齢者人口が増大していくことから、単身の高齢者世帯の割合が増加することが予想される。こうしたことから、生活保護の受給状況に影響を与える、公的年金を中心とした老後の所得保障制度の安定を図ることが重要である。

図3-2-9 被保護人員等の推移

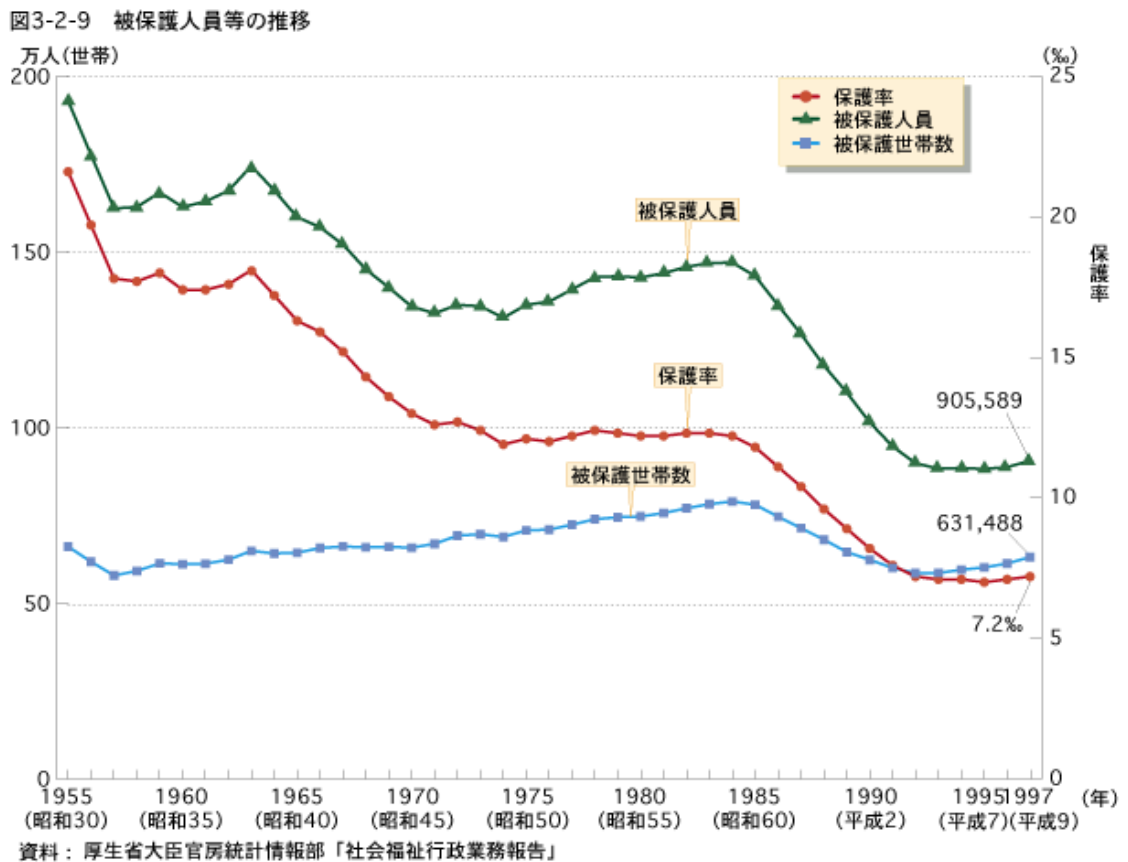


図3-2-10 世帯類型別被保護世帯数の年次推移

図3-2-10 世帯類型別被保護世帯数の年次推移

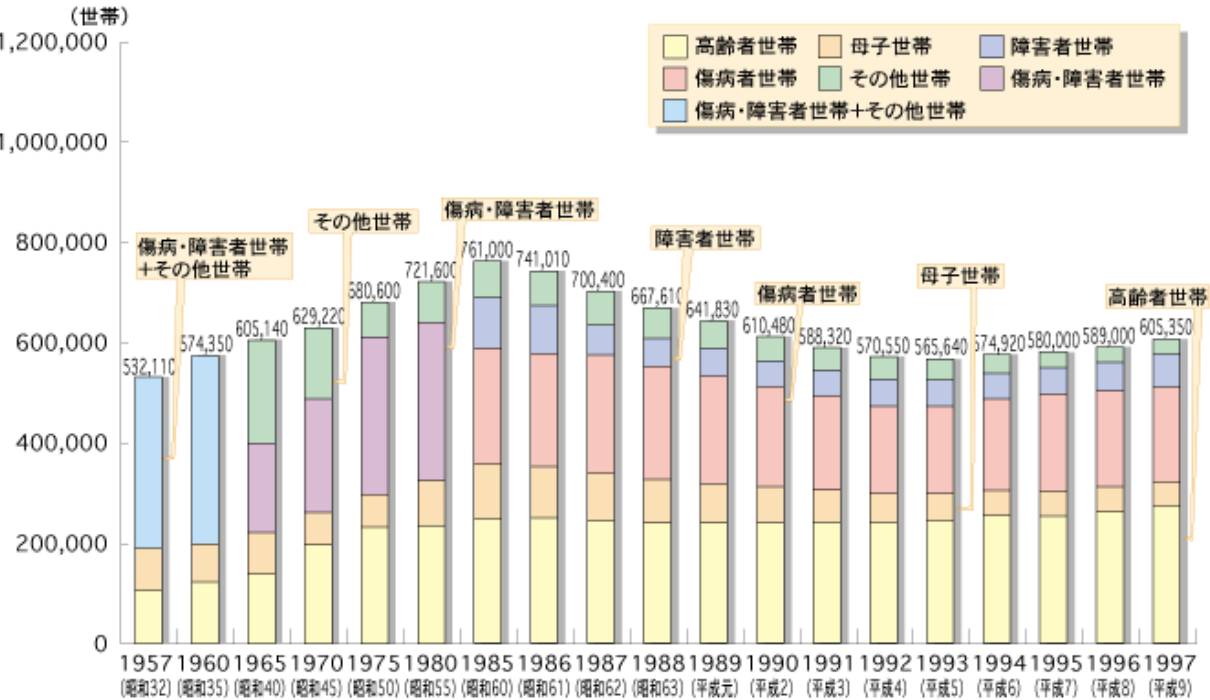


表3-2-11 性・年齢階級別被保護人員

表3-2-11 性・年齢階級別被保護人員

		総 数	～19歳	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～
被 保 護 人 員	総 数	875,652 (100.0)	147,954 (16.9)	24,001 (2.7)	45,846 (5.2)	101,374 (11.6)	150,386 (17.2)	192,356 (22.0)	213,735 (24.4)
	男 性	382,199 (43.5)	74,593 (50.4)	7,963 (33.2)	14,785 (32.2)	45,650 (45.0)	80,504 (53.5)	92,886 (48.3)	65,818 (30.8)
	女 性	493,453 (56.5)	73,361 (49.6)	16,038 (66.8)	31,061 (67.8)	55,724 (55.0)	69,882 (46.5)	99,470 (51.7)	147,917 (69.2)

資料：平成9年被保護者全国一斉調査（基礎調査）
（注）（ ）は全被保護人員の年齢階級別割合。
〈 〉は各年齢階級における被保護人員の性別割合。

2-4 生活保護制度の国際比較

我が国の生活保護制度に類似した欧米諸国の公的扶助制度を比較すると、表3-2-12のように、制度の仕組みや対象者、扶助の内容、受給状況などは国ごとに異なっている。

例えば、アメリカの場合、低所得の高齢者や障害者を対象とする現金給付制度はあるが、我が国の生活保護制度のような包括的な公的扶助制度はない。全国民を対象とした公的扶助制度としては、現物給付のメディケイド（医療扶助）とフードスタンプ（食糧購入に使用できる切符）があるのみである。アメリカ以外の5か国には全国民を対象とした公的扶助制度があるが、イギリスでは就労能力の有無、子どもの有無などに着目していくつかの制度に分かれており、フランスでは高齢であるかどうか、失業しているかどうかによって異なった制度が適用される。これ

に対し、ドイツ及びスウェーデンは我が国と同様に、全国民を対象とする単一の制度となっている。

また、扶助の内容も国によって異なり、例えば、フランスには失業に着目した給付がある。イギリスでは、非就業者に対する所得保障制度が二つに分かれている。これは、ブレア政権による就労インセンティブ増加策として、1996（平成8）年から、就労能力がありながら失業している者は求職活動等の要件がある所得関連求職者給付の対象となり、所得補助の対象外となったことによる。連邦国家のドイツでは、生活扶助基準額は州ごとに異なる。

受給状況をみると、上述のように制度の仕組みや扶助の内容が異なることから、一概にはいえないが、欧米諸国の方が我が国よりも相対的に受給者は多くなっている。我が国において相対的に受給者が少ないのは、社会福祉制度や年金制度など他の社会保障制度により生活が保障されていることや、幅広い私的扶養が民法上定められており、現実にも私的扶養が行われていることなどによるものと考えられる。なお、アメリカではメディケイドの適用者が約3,630万人（総人口の約13%）、フードスタンプの受給者が2,140万人（総人口の約8%）であり、イギリスでは所得補助の受給者が約700万人（総人口の約12%）、スウェーデンでは社会手当の受給者が約75万人（総人口の約8%）となっている。

表3-2-12 欧米主要国の公的扶助制度の比較

厚生白書 (平成11年版)

表3-2-12 欧米主要国の公的扶助制度の比較

	ドイツ	フランス	スウェーデン	イギリス	アメリカ	日 本
制度(根拠法)・目的	社会扶助(連邦社会扶助法) 人間の尊厳にふさわしい 生の営みを可能とする とともに、扶助に依存せず 生活する能力を与える。 (給付の種類) ・生計扶助 ・特別扶助(対象者が 要介護、高齢、病気、 視覚障害その他特別 の援助を必要とする 場合)	・最低生計費扶助(社会保 障法典) (25歳以上65歳未満の 常住者で生活に困窮しか つ働く意欲のある者を対 象とする社会扶助制度) ・連帯老齢年金(社会保 障法典) (65歳以上の常住者で 限度内の年収しかない者 を対象とする社会扶助制 度) ・連帯失業手当(社会保 障法典) (過去10年間のうち5年 間就業していた者で失業 手当の受給期間が過ぎ た者を対象とする社会扶 助制度)	社会手当(社会サービス法) 社会サービスの一環として、 他の手段では生計を満た せない者に対し、合理的な水 準の生活を保障するための 経済的援助を行う。 (給付の種類) ・維持手当(決定に対し異 議申し立て可能) ・維持手当以外の経済的 援助	所得関連給付 低所得者に対し、必要度 に応じ、経済状況の改善、生 活面の自立を助長する。 ・所得補助(1992年社会 保障に関する拠出及び給 付法) (就労能力のない非就業者 に対する所得補助制度) ・所得関連求職者給付 (1995年求職者法) (就労能力のある非就業者 に対する所得補助制度) ・就業家族所得補助 (1992年社会保障に関 する拠出及び給付法) (子どものいる就業家庭に 対する所得補助制度) ・就業障害者所得補助 (1992年社会保障に関 する拠出及び給付法) (就業している障害者に対 する所得補助制度) ・家賃補助(1992年社会 保障に関する拠出及び給 付法) (低所得者に対する家賃補 助制度) ・住民税補助(1992年社 会保障に関する拠出及び 給付法) (低所得者に対する住民税 補助制度)	連邦政府による包括的な 制度はなく、扶助対象者 に応じて制度が分立。 ・補足的所得保障(社会保 障法) (低所得の65歳以上の高 齢者及び障害者に対する 現金給付制度) ・貧困家庭一時扶助(社会 保障法) (児童や妊婦のいる貧困家 庭に対する現金給付制度) ・メディケイド(社会保障法) (低所得者に対する医療扶 助制度) ・フード・スタンプ(フード・ スタンプ法) (低所得者に対し、食糧購 入に使用できる切符を支 給する制度)	生活保護制度(生活保護 法) 生活困窮者に対し、最 低限度の生活を保障す るとともに、自立を助長 する。 (給付の種類) ・生活扶助 ・教育扶助 ・医療扶助 ・住宅扶助 ・出産扶助 ・生業扶助 ・葬祭扶助
被保護世帯数(千世帯)	生計扶助(継続的な受給者 のみ) 1,378(96年末)	—	403(97年)	所得補助 3,958(97年5月) 所得関連求職者給付 1,225(97年5月) 就業家族所得補助 739(97年3月) 就業障害者所得補助 12(97年3月) 家賃補助 4,546 住民税補助 5,434	貧困家庭一時扶助/ 要扶養児童家庭扶助 4,114(97年1月) フード・スタンプ 8,870(97年8月)	613(96年度)
被保護者数(千人)	生計扶助(施設外の継続的 な受給者のみ) 2,717(96年末) 特別扶助 1,409(96年)	最低生計費扶助 903 連帯老齢年金 860 連帯失業手当 516 (以上96年末)	749(97年)	所得補助 6,977(97年5月) 所得関連求職者給付 就業家族所得補助 約2,700(97年11月末) 就業障害者所得補助 家賃補助 住民税補助	補足的所得保障 6,495(97年12月) メディケイド 33,579(97年度) 貧困家庭一時扶助 11,423(97年1月) フード・スタンプ 21,414(97年8月)	887(96年度)
基準額(月額)	生計扶助基準額の各州(旧 西独地域)平均(98年7月～) ・単身者 539マルク ・夫婦 970マルク ・夫婦及び子ども1人 1,319マルク	最低生計費扶助(99年) ・単身者 2502.30フラン ・夫婦 3753.45フラン 連帯老齢年金(99年) ・単身 3626.00フラン ・夫婦 6376.25フラン 連帯失業手当(99年) ・単身 5769フラン ・夫婦 9066フラン	維持手当のうち全国共通部 分(99年) ・1人暮らしの成人 2,900クローナ ・子どものない夫婦 4,870クローナ	所得補助(98年) ・夫婦(ともに25歳以上60 歳未満)、子2人(13歳、6 歳) 週135.20ポンド ・夫婦ともに60歳以上75 歳未満の高齢世帯 週109.35ポンド ・80歳以上の単身高齢者 週77.55ポンド	補足的所得保障(98年) ・1人当たり 494ドル ・夫婦当たり 741ドル フード・スタンプ(98年) ・単身世帯 122ドル ・4人世帯 408ドル	生活保護基準(99年度) ・1級地-1(大都市部)に おける標準3人世帯 (33歳男,29歳女,4歳子) 176,806円 ・1級地-1(大都市部)に おける老人単身世帯 (70歳女) 108,864円
総支給額(国及び地方)	497.91億マルク(96年) (連邦の負担はなく、地 方のみ)	—	約111億クローナ(98年)	所得補助 120.46億ポンド 所得関連求職者給付 33.59億ポンド 就業家族所得補助 23.38億ポンド 就業障害者所得補助 0.44億ポンド 家賃補助 115.63億ポンド 住民税補助 24.99億ポンド (以上97年度実績見込み)	補足的所得保障 約283億7,000万ドル(97 年) メディケイド 約1620億ドル(96年度) 貧困家庭一時扶助/ 要扶養児童家庭扶助 約204億ドル(96年度) フード・スタンプ 約235億ドル(96年度)	1兆5,453億円(96年度)

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第3節 発展・拡大してきた社会福祉

社会福祉制度は、生活困窮者や保護を必要とする児童や母子家庭、障害等のハンディキャップを有する高齢者、障害者などに対して、国や地方公共団体等が必要な援護を行うことにより、生活を支えたり、自立を助長したりする制度である。ここでは、社会福祉制度の到達点として、社会福祉分野の変化の動向を概観したあと、児童福祉、高齢者福祉及び障害者福祉のそれぞれの現状と社会福祉施設の整備状況を例にとってみる。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第3節 発展・拡大してきた社会福祉

1 社会福祉の動向の特徴

戦後50有余年の間に、社会福祉制度は、多様な広がりと変化を示してきた（表3-3-1）。特に福祉サービスのあり方をみると、全体として次のような方向で変化してきている。

1)

福祉サービスの一般化・普遍化

福祉サービスの性格が救貧的、選別的なものから、サービスを必要とする人であれば、所得の多寡等にかかわらず、誰でもサービスを利用できるという一般的、普遍的なものに変化してきている。

2)

利用者本位の仕組みとサービスの質の向上

サービスの利用方法が、行政機関がサービス内容等を決定して提供する仕組みから、利用者がサービスを選択して自らの意思に基づき利用する利用者本位の仕組みへと変化しつつある。具体的には、措置制度から利用契約制度へと変化（第1章第1節参照）するとともに、あわせて、権利擁護、情報開示など利用者のサービス利用を支援する仕組みの検討が始まっている。また、画一的な内容のサービスから、個々の需要に即した多様で質の高いサービスに対する要望が高まってきている。

3)

市町村中心の仕組み

住民に最も身近な地域において、必要なサービスをきめ細かく提供できるように、市町村を中心にした仕組みへと変化している。従来、市町村が行う福祉の事務は、国の機関委任事務として位置づけられていたが、1980年代に団体委任事務になり、さらに1990（平成2）年の福祉制度の改正により、高齢者福祉及び身体障害者福祉を中心に市町村が権限を持って住民福祉の向上に努める仕組みが確立した。市町村が主体となって、それぞれの地域の特性に応じた地域福祉の充実に取り組むことが重要となっている。

4)

在宅サービスの充実と施設サービスの量的拡大

可能な限り住み慣れた地域や自宅で生活をしたいという人々の要望や、障害のある人もない人も地域とともに生活している状態こそが普通であり、障害のある人もまた、家庭や地域において普通の生活を送ることができるようにすべきであるというノーマライゼーションの考え方の普及等から、在宅生活を支援する在宅サービスの充実が図られるとともに、施設サービスについても計画的に整備が促進されている。

5)

サービス供給体制の多元化

行政機関や社会福祉法人、社会福祉協議会が中心であった供給体制から、民間企業や非営利団体、住民団体等の様々な供給主体が併存する体制へと変化してきている。また、ボランティア活動の重要性が高まってきている。

6)

保健・医療・福祉の連携の強化とサービスの総合化

厚生白書 (平成11年版)

保健・福祉・医療という個別の分野で完結するサービスから、高齢者保健福祉や障害者保健福祉というように、相互に連携のとれた総合的サービスへの取組みへと変化してきている。これにより、サービスの質の向上や事務の効率的運営という効果が生じる。

表3-3-1 社会福祉施策の概要

表3-3-1 社会福祉施策の概要

対象者	関係法律（制定年）	対象者数(万人)	主 な 福 祉 施 策 の 概 要		
児童	児童福祉法（1947） 児童手当法（1971）	2,496	【保育所等の整備】 認可保育所 (施設数) 22,387か所 (入所児童数) 1,738,802人 (以上97.10.1) 認可外保育施設 9,644か所 (99.1.10)	【児童の健全育成対策】 児童厚生施設 児童館 4,267か所 児童遊園 4,181か所 (以上97.10.1) 放課後児童健全育成事業 9,729か所 (98.5) 【その他の児童福祉施設の整備】 母子生活支援施設 302か所 児童自立支援施設 57か所 (以上97.10.1)	【児童手当】 (受給者数) 1,928,553人 (98.2.28) (手当額) 第1子 5,000円 第2子 5,000円 第3子以降 10,000円 (以上99.4.1)
母子家庭及び寡婦	母子及び寡婦福祉法(1964) 児童扶養手当法（1961）	(母子家庭) 79 (万世帯) (寡婦) 118	【母子福祉施設の整備】 母子福祉センター 74か所 母子休養ホーム 21か所 (以上97.10.1)	【母子寡婦福祉資金貸付】 母子福祉資金の貸付 54,499件 寡婦福祉資金の貸付 2,347件 (以上97年度) 【在宅サービス】 母子家庭等居宅介護等事業	【児童扶養手当】 (受給者数) 649,816人 (98.3.31) (手当額) 児童1人の場合 42,130円 児童2人の場合 47,130円 3人以上児童1人の加算額 3,000円 (以上99.4.1)
身体障害者・児	身体障害者福祉法（1949） 児童福祉法（1947）	318	【身体障害者更生支援施設等の整備】 身体障害者療護施設 310か所 身体障害者福祉センター 242か所 身体障害者通所授産施設 213か所 重症心身障害児施設 82か所 (以上97.10.1)	【在宅サービス】 身体障害者居宅生活支援事業 ・身体障害者居宅介護等事業 ・身体障害者デイサービス事業 ・身体障害者短期入所事業	【補装具・日常生活用具給付制度】 【特別児童扶養手当】 (手当額) 障害者1人につき 1級の場合 50,350円 2級の場合 33,530円 【特別障害者手当】 (手当額) 26,700円 【社会参加促進】 ・市町村障害者社会参加促進事業 ・身体障害者スポーツの振興
知的障害者・児	知的障害者福祉法（1960） 児童福祉法（1947）	41	【知的障害者支援施設の整備】 知的障害者更生施設 1,460か所 知的障害者授産施設 919か所 知的障害児施設 284か所 (以上97.10.1)	【在宅サービス】 知的障害者居宅生活支援事業 ・知的障害者居宅介護等事業 ・知的障害者短期入所事業 ・知的障害者地域生活援助事業	【社会参加促進】 ・知的障害者地域生活援助事業 ・ゆうあいピック (全国知的障害者スポーツ大会)
精神障害者	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（1950）	217	【精神障害者社会復帰施設の整備】 精神障害者支援寮 128か所 精神障害者通所授産施設 112か所 精神障害者福祉ホーム 88か所 (以上97.10.1)	【在宅サービス】 ・精神障害者地域生活援助事業 ・精神障害者社会適応訓練事業	
高齢者	老人福祉法（1963）	1,826	【老人福祉施設の整備】 特別養護老人ホーム 3,713か所 老人日帰り介護施設 5,625か所 老人短期入所施設 33か所 老人介護支援センター 3,570か所 (以上97.10.1)	【在宅サービス】 老人居宅生活支援事業 ・老人居宅介護等事業 ・老人デイサービス事業 ・老人短期入所事業	【生きがいと健康づくりの推進】 ・自治体や老人クラブの行う 生きがい・健康づくり活動 の支援 ・ねんりんピック（全国健康福祉祭）
生活に困窮するすべての国民	生活保護法（1950）	89	【保護施設の整備】 救護施設 177か所 更生施設 17か所 医療保護施設 65か所 授産施設 67か所 宿所提供施設 13か所 (以上97.10.1)	【保護の種類】 生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助	

(注) 児童数及び高齢者数は、それぞれ18歳未満人口及び65歳以上人口（総務庁「国勢調査」（平成7年））である。母子家庭及び寡婦数は、厚生省児童家庭局「全国母子世帯等調査」（平成7年）による。身体障害者・児数は、厚生省大臣官房障害保健福祉部「身体障害者実態調査」(平成8年)、「身体障害児実態調査」(平成8年)、厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」(平成7年)等による推計、知的障害者・児数は厚生省大臣官房障害保健福祉部「精神薄弱児（者）基礎調査」(平成7年)、厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」(平成7年)等による推計、精神障害者数は厚生省推計（知的障害児・者を除く）(平成5年)、生活に困窮するすべての国民の数は、生活保護の被保護人員（厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」）である。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第3節 発展・拡大してきた社会福祉

2 社会福祉各制度の発展

2-1 児童福祉の充実

(児童福祉の発展)

昭和20年代には、戦災で親や家をなくした孤児や浮浪児の保護が、児童福祉の緊急の課題であり、終戦直後の1946（昭和21）年10月に児童福祉施策を所管する児童局が厚生省に新たに設置され、戦災孤児等の緊急援護が実施された。また、1947（昭和22）年12月には児童福祉施策の基本法である児童福祉法が制定された。さらに、1951（昭和26）年5月5日のこどもの日に、児童の基本的人権を尊重し、その幸福を図るため大人が守るべき事項を規定した児童憲章が制定された。

昭和30年代には、工業化に伴う都市への人口集中が進む中で、都会における子どもの遊び場の喪失、核家族化の進行、共働き世帯の増加等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。このため、要保護児童の保護だけでなく、一般児童の健全育成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及び運営費に対する国庫補助制度が創設された。

昭和40年代から50年代前半には、高度経済成長期に伴い既婚女性の職場進出が更に進んだことや、第2次ベビーブーム（昭和48～50年）の到来を背景に、保育所の大幅な整備が進められた。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、児童手当制度が創設された。

近年においては、少子化が急速に進行する中で、子どもを生み育てやすい環境づくりという観点からも施策が進められている。また、児童の虐待や非行の増加といった新たな問題も生じており、単なるサービスの量的確保にとどまらず、保育所における育児相談の実施など、質的な充実も求められてきている。

現在では、児童福祉法に基づき、保育所入所による保育施策や、児童相談所の相談事業、児童館の設置、放課後児童クラブ等の児童健全育成事業、児童養護施設への入所など保護を要する児童に対する自立支援施策、障害児施策等が展開されている。このほか、母子家庭及び寡婦（かつて母子家庭の母であった女性）に対する支援策として、母子及び寡婦福祉法に基づき、母子福祉資金の貸付けや母子相談員による相談事業等を行う母子福祉事業が実施されている。また、保健分野であるが、乳幼児及び妊産婦の健康管理に重要な役割を果たしている母子保健事業や、現金給付の制度として児童扶養手当や児童手当が実施されている。

(保育所の整備)

児童福祉施策の中で、第一に挙げられるのは、保育所の整備である。保育所は、両親の共働き等のために、日中、保育に欠ける児童を保育することを目的とする児童福祉施設である。1947（昭和22）年の児童福祉法施行当時は、保育所は全国で1,476か所、入所児童数は135,503人に過ぎなかった。しかし、昭和40年代から50年代前半には、産業構造の変化や高度経済成長等に伴い、前述したとおり保育所への需要が高ま

り、1971（昭和46）年度から始まる「社会福祉施設緊急整備5か年計画」の策定・実施等により、積極的に整備が進められた。また、1969（昭和44）年から特別施策として乳児保育が実施された。こうした保育所の急増時期を経て、1997（平成9）年10月現在では、全国で22,387か所、入所児童数は、1,738,802人と、昭和20年代の10倍以上に増加している。

1980（昭和55）年をピークに保育所の入所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、女性の就業の増大や就労時間の多様化、幼児教育についての意識の変化、核家族化の進行など、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需要に対し、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及び夜間保育が国の事業として実施されることとなった。

また、近年の女性の就業の増加等に伴う保育需要の増大、多様化等に対応し、1994（平成6）年12月に策定された「緊急保育対策等5か年事業」に基づき、低年齢児保育や延長保育等を推進している（表3-3-2）。さらに、1997年に、制定以来50年ぶりの大改正といわれた児童福祉法の改正が行われた。この改正により、1998（平成10）年4月からは、保育所の利用手続きが、市町村の措置（行政処分）から、保護者が希望する保育所を選択する仕組みに改められた。

現在、少子化が進む中で、就学前児童数は減少しているが、児童数の減少に比べて保育所の入所児童数は増加傾向にある（図3-3-3）。この結果、現在では、我が国の就学前児童全体の5人に1人は保育所を利用している。保育所は、次代を担う児童の保育に極めて重要な役割を果たしているばかりでなく、女性の就業継続や、育児と仕事の両立に貢献している。

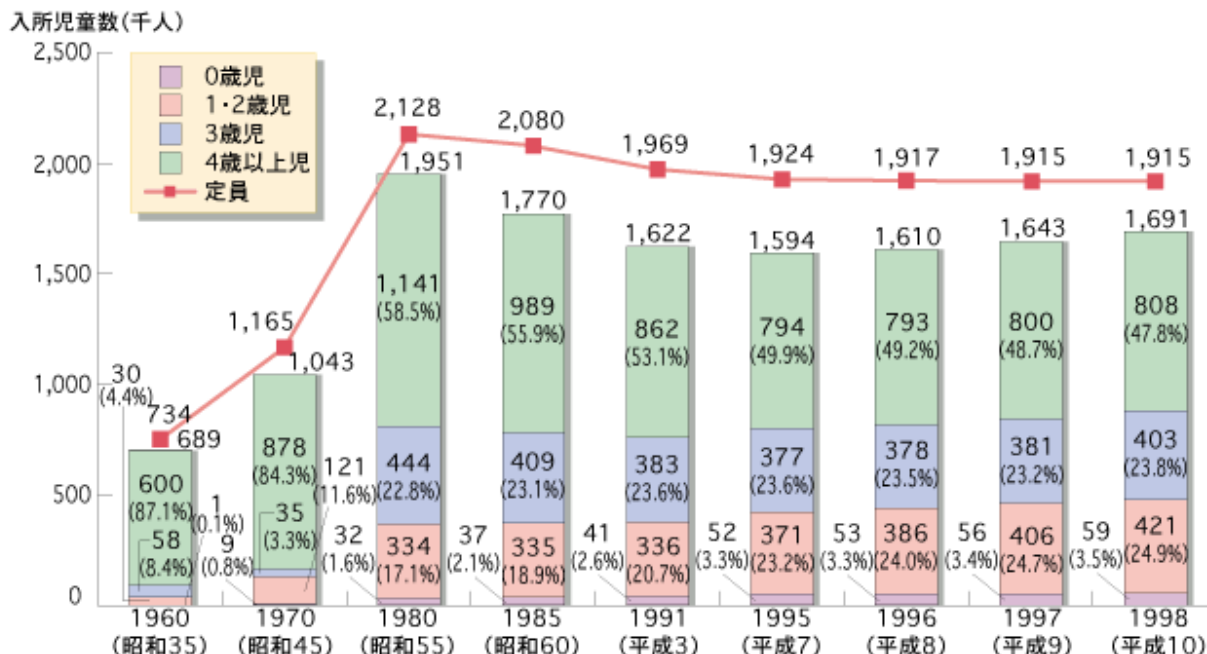
表3-3-2 3 プランの概要

表3-3-2 3プランの概要

「高齢者保健福祉推進10か年戦略」 (ゴールドプラン) 「高齢者保健福祉推進10か年戦略 の見直し(新ゴールドプラン)」	「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)」 「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)	「障害者プラン～ノーマライゼー ション7か年戦略～」
1989(平成元)年12月 大蔵・厚生・自治3大臣合意 1994(平成6)年12月18日 大蔵・厚生・自治3大臣合意	1994(平成6)年12月16日 厚生・文部・労働・建設4大臣合意 1994年12月18日 大蔵・厚生・自治3大臣合意	1995(平成7)年12月18日 障害者対策推進本部決定
〈基本理念〉 すべての高齢者が心身の障害を 持つ場合でも尊厳を保ち、自立し て高齢期を過ごすことができる社 会を実現していくため、高齢期最 大の不安要因である介護について、 介護サービスを必要とする人誰もが、 自立に必要なサービスを身近 に手に入れることのできる体制を 構築する。 ①利用者本位・自立支援 ②普遍主義 ③総合的サービスの提供 ④地域主義	〈エンゼルプランの趣旨〉 子育て支援を企業や地域社会を 含め社会全体として取り組むべき 課題と位置付けるとともに、将来 を見据え今後おおむね10年間を目 途として取り組むべき施策につい て総合的・計画的に推進する。 〈基本的視点〉 ①安心して出産や育児ができる 環境づくり ②家庭における子育てを支援す るための社会の協力システム の構築 ③子育て支援策における「子ど もの利益の尊重」 ＜緊急保育対策等5か年事業＞ エンゼルプランの施策の具体 化の一環として、当面緊急に整 備すべき保育対策等について目 標を定めたもの。	〈基本的考え方〉 ライフステージのすべての段階 において全人間的復権を目指すリ ハビリテーションの理念と、障害 者が障害のない者と同等に生活し、 活動する社会を目指すノーマライ ゼーションの理念を踏まえつつ、 次の7つの視点から施策の重点的 な推進を図る。 ①地域で共に生活するために ②社会的自立を促進するために ③バリアフリー化を促進するた めに ④生活の質(QOL)の向上を目 指して ⑤安心な暮らしを確保するた めに ⑥心のバリアを取り除くために ⑦我が国にふさわしい国際協力・ 国際交流を
1990(平成2)年度～1999(平成11)年度	1995(平成7)年度～1999(平成11)年度 (緊急保育対策等5か年事業)	1996(平成8)年度～2002(平成14)年度
〈1999年度末までの整備目標〉 1 在宅サービス (1)ホームヘルパー 17万人 (ホームヘルプステーション1万 か所) (2)ショートステイ 6万人分 (3)デイサービス/デイケア 1.7万か所 (4)在宅介護支援センター1万か 所 (5)老人訪問介護ステーション 5,000か所 2 施設サービス (1)特別養護老人ホーム 29万人分 (2)老人保健施設 28万人分 (3)高齢者生活福祉センター 400か所 (4)ケアハウス 10万人分 3 マンパワーの養成確保 (1)寮母・介護職員 20万人 (2)看護職員等 10万人 (3)OT・PT 1.5万人	〈1999年度末の目標〉 (緊急保育対策等5か年事業) 1 多様な保育サービスの充実 (1)低年齢児(0～2歳児)保育 60万人 (2)延長保育 7,000か所 (3)一時的保育 3,000か所 (4)乳幼児健康支援デイサービス事 業 500か所 (5)放課後児童クラブ 9,000か所 2 保育所の多機能化のための整備 ・多機能保育所の整備 1,500か所 (5年間での整備量) 3 子育て支援のための基盤整備 ・地域子育て支援センター 3,000か所	〈2002年度末の目標〉 1 住まいや働く場のない活動の場の確保 (1)グループホーム・福祉ホーム 2万人分 (2)授産施設・福祉工場 6.8万人分 2 地域における自立の支援 (1)障害児の地域療育体制の整備 ・重症心身障害児(者)等の通園事業 1.3千か所 (2)精神障害者の社会復帰の促進 ・精神障害者生活訓練施設(看護寮) 6千人分 ・精神障害者社会適応訓練事業 5千人分 ・精神科デイケア施設 1千か所 3 介護サービスの充実 (1)在宅サービス ・ホームヘルパー 4.5万人上乗せ ・ショートステイ 4.5千人分 ・デイサービス 1千か所 (2)施設サービス ・身体障害者療護施設 2.5万人分 ・精神薄弱者更生施設 9.5万人分

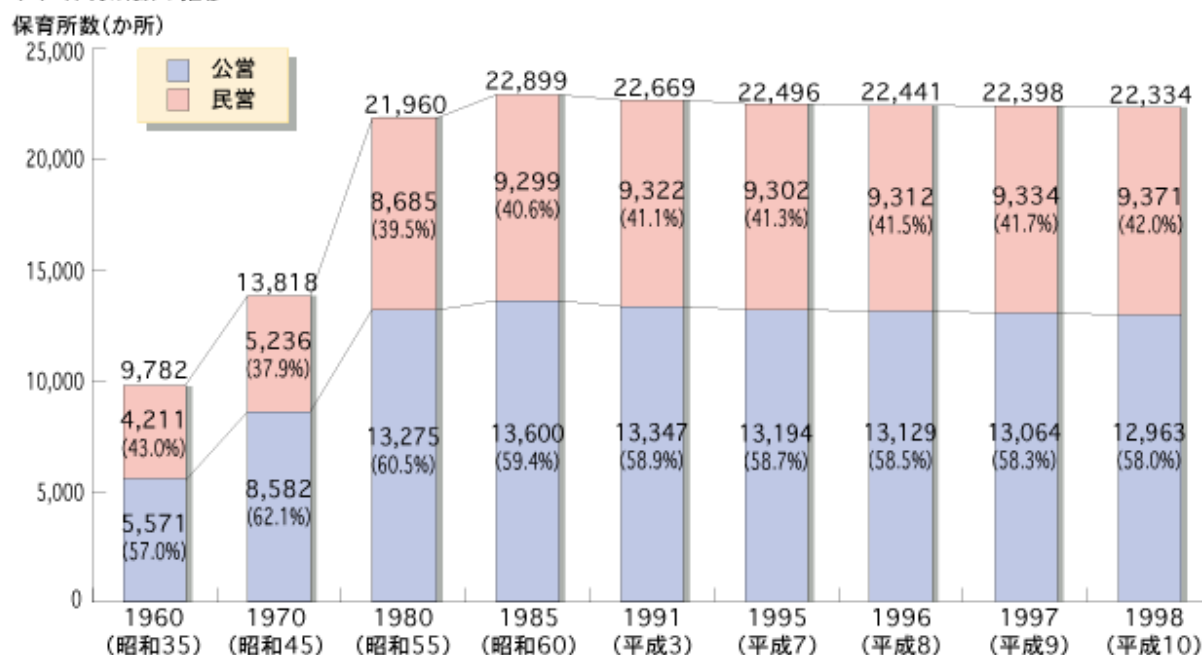
図3-3-3 保育所入所児童数と保育所数の年次推移

図3-3-3 保育所入所児童数と保育所数の年次推移
(1) 保育所入所児童数の推移



資料：厚生省報告例（1970・80年は3月1日，1985・91～98年は4月1日現在，1998年は概数），1960年は保育年報（10月1日現在）

(2) 保育所数の推移



資料：厚生省報告例（各年4月1日現在，1998年は概数），1960年は社会福祉調査報告による（12月末現在）。

2-2 高齢者福祉の充実

（高齢者福祉の発展）

我が国の高齢化は、他の先進諸国が経験したことがない速度で進展している。既に1998（平成10）年の高齢化率は16.2%となり、全人口の6人に1人が65歳以上の高齢者となっている。さらに、将来人口推計によれば、2020年頃には全人口の4人に1人が65歳以上となり、高齢化率は約25%と世界の最高水準になることが

予想されている。

高齢者福祉の動向は、この高齢化の進展に伴い増大する高齢者福祉に対する需要にいかに対応していくかという歴史でもあった。1963（昭和38）年の老人福祉法制定前は、高齢者福祉といっても、生活保護法による養老施設への収容保護という施策程度で、対象者もごく一部の低所得者に限定されていた。もともと、多世代同居が一般的であり、高齢者の世話は家族の仕事として認識されてきた。しかし、戦後の民法改正による家族制度や相続制度の変化、産業構造の変化や人口の都市集中等による核家族化の進展等から、家族による老親扶養のあり方も変化していった。

老人福祉法の制定により、健康診断の実施や、低所得者に限定せずに所得の多寡に関わりなく介護が必要な高齢者を入所対象者とした特別養護老人ホーム制度の創設、老人家庭奉仕員制度（現在の訪問介護員）の法制化など、社会的支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする施策へと転換が図られ、高齢者全体の福祉の向上を図るための施策が総合的、体系的に推進されることになった。ただし、老人福祉法制定当初は、老人福祉施設は、低所得者や生活困難者を対象とした養護老人ホームが中心であり、老人家庭奉仕員の派遣対象は低所得者に限定されるなど、実際の高齢者福祉サービスの利用者の範囲は限られたものであった。

高齢者福祉の対象者が一般化してくるのは、寿命の伸長、人口の高齢化の進展、高齢者世帯の増加等が顕著になってきて、高齢者福祉に対する需要が急速に高まってきた1980年代以降である。

（ゴールドプランの推進による基盤整備）

第1節でみたとおり、1970年代から80年代にかけては、高齢者施策としては、年金の給付改善、医療保険の給付率の向上、老人医療の無料化とその後の老人保健制度の創設など、医療、年金が中心であった。その後、80年代後半頃からは、福祉サービスの充実や介護問題への対応が大きな課題となってくる。特に、介護を必要とする高齢者を抱える家族に対する支援策として、在宅サービス強化の必要性が強調されるようになった。例えば、短期入所介護（ショートステイ）事業や日帰り介護（デイサービス）事業が法定化されたほか、訪問介護員（ホームヘルパー）の増員が図られた（表3-3-2）。

近年の高齢者福祉施策の拡充は、こうした状況を踏まえて策定された高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）に基づくものが中心となっている。

この計画は、21世紀の高齢社会に対応するために、1999（平成11）年度の整備目標値を設定し、1990年度から10年間に、在宅福祉サービス及び施設福祉サービスの大幅な拡充を図ることをねらいとして策定されたものである。1994（平成6）年12月には、計画の全面的な見直しが行われ、訪問介護員や特別養護老人ホーム等の整備目標値を大幅に引き上げたり、サービス内容充実のための多くの施策を盛り込んだ新ゴールドプランが策定され、1995（平成7）年度から後半5年間の計画として運用されている。

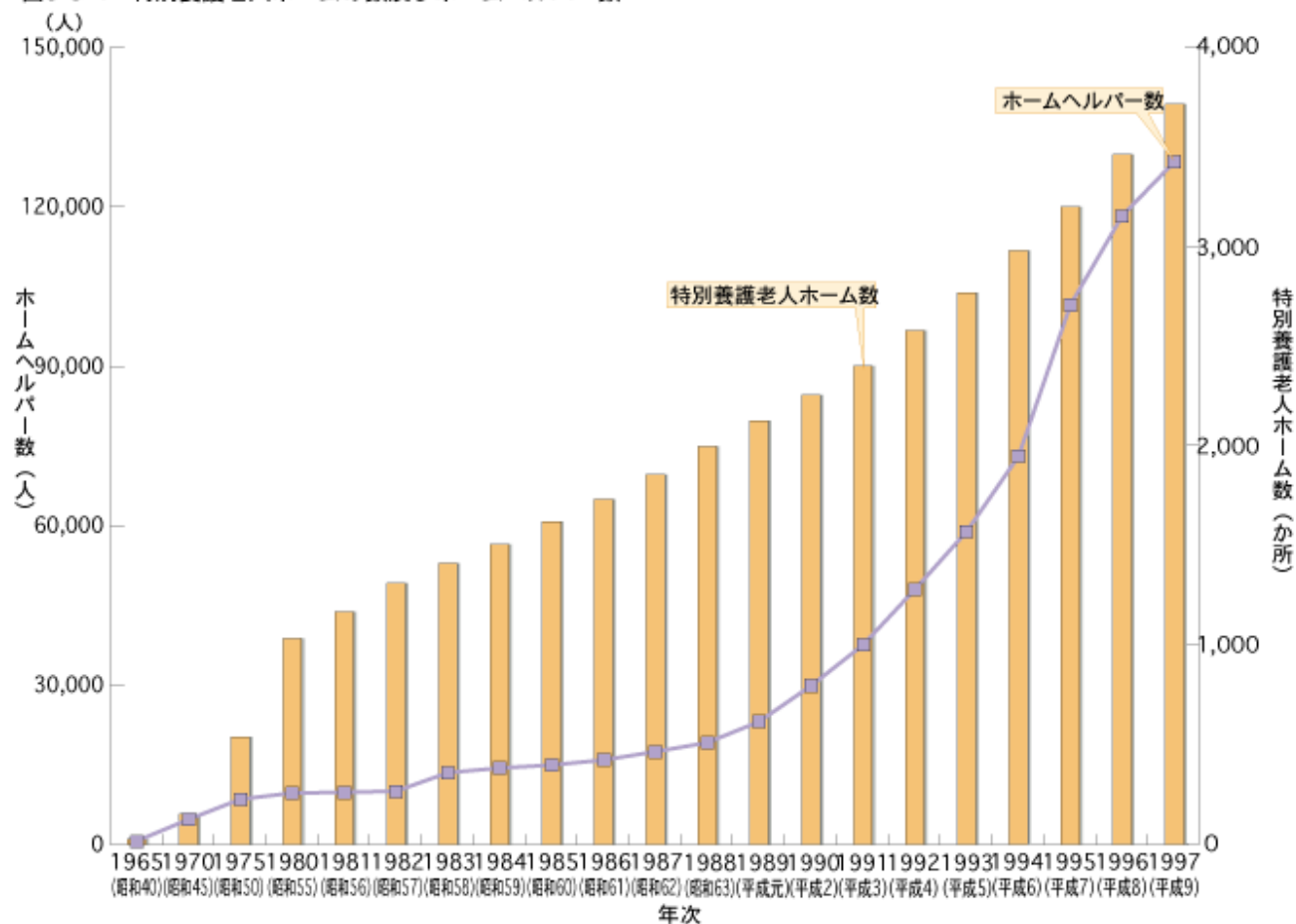
具体的な施策としては、特別養護老人ホームにおける個室化の推進や、寝たきり予防等の「新寝たきり老人ゼロ作戦」の展開、配食サービスの推進、福祉用具の研究開発・普及の推進等が挙げられる。また、要介護高齢者に対して適切な介護を提供するためにケアプラン（介護計画）の策定の推進が盛り込まれたが、その後、介護保険制度におけるケアプランの作成及び総合的な介護サービスの提供の仕組みへと発展している。

計画実施から現在までの間に、ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ等の在宅サービスや、特別養護老人ホームや老人保健施設等の施設サービスの量的拡大にはめざましいものがある（図3-3-4）。

仮に、新ゴールドプランの目標値を、65歳以上人口1万人あたりに換算して、保健福祉サービス基盤の整備状況をみると、表3-3-5のとおりである。高齢者の身近なところに、種々のサービス基盤が整備されていくことがわかる。

図3-3-4 特別養護老人ホームの数及び老人ホームヘルパー数

図3-3-4 特別養護老人ホームの数及びホームヘルパー数



資料：特別養護老人ホームの数は厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査報告」
 ホームヘルパーの数は厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」
 (注) 特別養護老人ホームの数は昭和46年までは12月31日現在，昭和47年以降は10月1日現在である。
 ホームヘルパーの数は各年度末である。なお，ホームヘルパーは，老人ホームヘルパーを指す。

表3-3-5 65歳以上人口1万人当たりの高齢者保健福祉サービスの基盤整備

表3-3-5 65歳以上人口1万人当たりの高齢者保健福祉サービスの基盤整備

○総人口	約58,000人
65歳以上人口	10,000人
そのうち要介護者総数	1,280人
うち在宅	950人
要支援者	610人
要介護者	340人
うち施設	330人
○介護基盤整備	
在宅サービス	
訪問介護員(ホームヘルパー)	78人
日帰り介護施設(デイサービスセンター)	8か所
／日帰りリハビリ(デイケアセンター)	
短期入所介護(ショートステイ)	27人分
在宅介護支援センター	5か所
訪問看護ステーション	2か所
施設サービス	
特別養護老人ホーム	137人分
老人保健施設	132人分
療養型病床群	90人分
ケアハウス	47人分

(注) 総人口は、国立社会保障・人口問題研究所「1997年1月将来推計人口」における2000年の高齢化率(約17.2%)を基にした数値。要介護高齢者数の数値は、厚生省推計を基にした概数。介護基盤整備の数値は、新ゴールドプランの数値等を基に人口1万人当たりに換算したもの。

(老人保健福祉計画と介護保険)

1990(平成2)年の老人福祉法等福祉関係8法律の改正により、高齢者や障害者の施設入所措置に関する事務が、都道府県から町村に委譲された(市は従来から実施)。これによって、従来市町村が行ってきた在宅福祉サービスとあわせ、高齢者や障害者の福祉については、市町村が一元的に管理・実施することとなった。また、あわせて、全都道府県及び全市町村が、それぞれの区域内で高齢者保健福祉サービスを総合的かつ計画的に実施していくために、1999(平成11)年度における各サービスの整備目標値等を設定した老人保健福祉計画を策定することが義務づけられ、1993(平成5)年度までにおおむね全国の地方公共団体において作成された。

このように、市町村が中心となって高齢者保健福祉施策を展開していく仕組みがつけられた意義は大きい。既に、高齢化率が30%を超えている市町村が全市町村の1割を超えている状況となっている。また、都市部も含めて、地方行政に対する住民からの要望では、常に高齢者保健福祉施策の充実が上位を占めている。

2000(平成12)年4月から施行される介護保険制度は、こうした市町村の役割の重要性をさらに高めるものである。介護保険制度は、現行の老人福祉制度について、老人医療の要介護者に対する医療分野とあわせて全面的に再編成し、従来の老人福祉施策の大部分を社会保険の仕組みを活用して提供することをねらいとしている。市町村は、介護保険制度を運営する保険者として位置づけられており、介護保険事業計画の作成及びこれに基づく介護サービス基盤の整備、要介護認定、被保険者管理、保険給付等の事務を通じて、住民の介護不安の解消や、安心して生活できるまちづくりに主体的に取り組んでいくことが期待されている。

2-3 障害者福祉の充実

(障害者福祉の広がり)

我が国の障害者総数は、身体障害（児）者約318万人（1996年度）、知的障害（児）者約41万人（1995年度）、精神障害者約217万人（1996年度）の計576万人と推計されている。

障害者福祉の歴史については、個別の障害種別ごとに様々な経緯をたどっており、一律に論じることが困難であるが、全体としては、障害者福祉の対象となる障害者の範囲の拡大、福祉サービスの種類及び量的拡大、社会参加の促進、自立支援という方向で、施策の拡充が図られてきた。生活支援という面だけではなく、授産事業や職業訓練等を通じて、障害者の自立と社会参加を促進するという点に力が注がれてきたということは、児童福祉や高齢者福祉とは異なる側面を持っている。

また、1981（昭和56）年の国際障害者年や1983（昭和58）年からの「国連・障害者の十年」の取り組み等を通じて、障害のある人もない人も地域とともに生活している状態こそが普通であり、障害のある人もまた、家庭や地域において普通の生活を送ることができるようにすべきであるという「ノーマライゼーション」の考え方が広まり、障害者施策は、特定の人に対する限られたものではなく、一般的な施策として認識されるようになった。

1993（平成5）年には、政府は、今後の障害者施策の基本指針として「障害者対策に関する新長期計画」を策定した。また、障害者の自立及び社会参加を一層推進するために、心身障害者対策基本法が障害者基本法に改正され、障害者施策の基本理念や障害者の日に関する規定、障害者基本計画の策定、障害者の雇用の促進等に関する国及び地方公共団体等の責務が明確にされている。

（障害者プランの推進）

最近の障害者施策では、1995（平成7）年12月に政府の障害者対策推進本部において作成された「障害者プランーノーマライゼーション7か年戦略ー」に基づく施策が中心となっている。これは、「障害者対策に関する新長期計画」（1993年度から2002年度）の具体化を図るための重点施策として、1996（平成8）年度からの7か年計画として作成されたものである。この中で、当面緊急に整備すべき障害者保健福祉施策として、グループホームや福祉ホームの増設、ホームヘルパーの増員などについて、2002（平成14）年度における具体的な数値目標が掲げられ、計画的に整備が進められている（表3-3-2）。

（利用制度の構築や自立支援）

従来、障害者福祉については、地方公共団体が個々の障害者のサービスの要否はもとより、その必要とするサービスの内容についても判断し、自らまたは適切な者に委託してサービスを提供するという措置制度により、福祉サービスが提供されてきた。措置制度は、地方公共団体の判断により支援の必要性が高い障害者から優先的に福祉サービスを提供できることや、本人や家族に福祉サービスの必要性の認識がないときも、地方公共団体が積極的に関与し、サービスを提供できるなどの長所があること等から、これまで重要な役割を果たしてきた。

しかし、ノーマライゼーションや自己決定の理念の実現という観点に立つと、利用者の選択を重視し、また、利用者と福祉サービスの提供者との間の直接で対等な関係を確立するなど、個人としての尊厳を重視した利用者本位の考え方に立った利用制度の構築が必要となってきた。

また、精神障害者に対する保健福祉施策にあらわれているように、保健・医療・福祉分野の連携を強化し、障害者の自立を支援し、社会参加を一層推進していくために、障害者の職業訓練や雇用拡大に関する種々の施策の充実がますます重要となっている。

2-4 社会福祉事業の発展

1997（平成9）年10月現在、全国の社会福祉施設の総数は63,550施設、利用者の定員総数は2,670,488人、従事者数は827,189人と、大変大きな規模になっている。1970（昭和45）年の数値と比較すると、それぞれ2.7倍、1.9倍、3.3倍に増加している。社会福祉施設全体では、保育所が3分の1を占めているが、最近では、特別養護老人ホームを始めとする老人福祉施設の伸びが大きい。1985（昭和60）年と1997年を比較すると、全施設数の伸びが1.3倍の中で、老人福祉施設は3.7倍という高い伸びを示している（表3-3-6）。

社会福祉施設の約半数は、社会福祉法人を中心とする民間事業者が設置運営している。保育所については、地方自治体経営の施設が半数を超えているが、特別養護老人ホームや身体障害者療護施設では、9割以上が

社会福祉法人の経営となっている。

社会福祉法人は、社会福祉事業を行うことを目的として、社会福祉事業法に基づき設立される非営利の公益法人である。公の支配に属さない慈善博愛の事業に対する公金の支出を禁じた憲法第89条との整合性の確保や、社会福祉事業の公共性や信頼性、事業の継続性の確保などを目的として創設された制度であるが、これが、社会福祉事業の発展のために果たしてきた役割には大きなものがある。法人制度ばかりでなく、福祉各法に基づく地方自治体による社会福祉法人への措置委託制度や、社会福祉法人制度に対応した税制上の措置が、社会福祉法人による社会福祉施設の設置運営を支えてきた。

社会福祉法人は、1975（昭和50）年の6,110法人から、1997（平成9）年には15,961法人へと増加している。近年、社会福祉法人制度を悪用した不祥事がみられるが、この制度の本来の趣旨は、社会福祉事業の公共性や継続性等を維持しながら、民間事業者としての創意工夫に満ちた事業運営が行われることにあり、今後とも法人の適切な運営と健全な発展に努めていくことが必要である。

また、社会福祉事業の規模の拡大とともに、社会福祉法人のみならず、多様な事業主体が福祉サービス分野に参入しつつあり、サービスの量的拡大と健全な競争を通じたサービス内容の質的向上が期待されている。例えば、高齢者向けの在宅サービスでは、既に福祉公社を含む民法法人や農協や生協、あるいは民間企業が重要な役割を果たしている。さらに、介護保険制度の実施により、多様な民間事業者の一層の参入が予想されている。また、1997年12月の医療法改正により、医療法人も訪問介護事業等の社会福祉事業の実施が可能となっている。このように、社会福祉事業分野では、多様な主体がそれぞれの特性を生かしつつサービスを提供していく「福祉多元主義」とも呼ぶべき状況になりつつある。

表3-3-6 社会福祉施設等

表3-3-6 社会福祉施設等

分類区分	施設数		入所者定員数		職員数	
	実数	構成比	実数	構成比	実数	構成比
	か所	%	か所	%	か所	%
1. 経営主体別	63,550	100.0	2,670,488	100.0	827,189	100.0
公 営	30,621	48.2	1,272,228	47.6	304,287	36.8
私 営	32,929	51.8	1,398,260	52.4	522,902	63.2
2. 施設種別	63,550	100.0	2,670,488	100.0	827,189	100.0
老人福祉施設	17,036	26.8	361,395	13.5	246,918	29.9
(うち特養)	(3,713)	(5.8)	(251,893)	(9.4)	(140,711)	(17.0)
身障更生援護施設	1,488	2.3	48,545	1.8	31,845	3.8
知的障害者援護施設	2,590	4.1	135,470	5.1	61,901	7.5
児童福祉施設	33,243	52.3	2,005,682	75.1	444,573	53.7
(うち保育所)	(22,387)	(35.2)	(1,915,599)	(71.7)	(364,854)	(44.1)
保護施設	339	0.5	21,650	0.8	6,394	0.8
その他の施設	8,854	13.9	97,746	3.7	35,558	4.3

資料：厚生省大臣官房統計情報部「平成9年社会福祉施設等調査報告」

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第4節 社会保障制度は大勢の人々によって支えられている

社会保障制度を通じて提供される医療や福祉等のサービスは、大勢の人々によって支えられている。増大する需要（ニーズ）に応じたサービス提供の量的拡大の面ばかりでなく、サービス内容の質的向上の面でも、これらの分野で従事する人々の果たす役割は大きい。ここでは、社会保障制度を担う人々の状況について解説する。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第4節 社会保障制度は大勢の人々によって支えられている

1 社会サービスを担う人々

1-1 保健・医療関係者と福祉関係者

社会サービスの従事者数の動向については、第2章第4節でふれた。ここでは、その内訳について、保健・医療関係者と福祉関係者とに分けてみると、表3-4-1及び表3-4-2のとおり、それぞれ種々の専門職種で構成され、保健・医療関係者は約204万人、福祉関係者は約113万人の規模となっている。保健・医療関係者では、看護婦（士）等が全体の約6割を、福祉関係者では保育士が全体の約4分の1を占めている。それぞれの分野の1970（昭和45）年以降の伸びをみると、70年代後半から80年代前半は保健・医療関係者が、80年代後半以降は福祉関係者の伸びが大きい。看護婦学校養成所の入学定員の総数は約5万人であるが、介護福祉士の入学定員総数も約2万人となっており、卒業後、特別養護老人ホーム等の高齢者福祉分野に、20代の若者達が大勢仕事に就いている。

これらの人々が働いている職場をみると、民間が主となっている。すなわち、保健・医療関係者の主たる職場である医療機関のうち、病院従事者数を、国や地方公共団体等設置の公的医療機関と医療法人等設置の民間医療機関で分けると、前者が約35%、後者が約65%となっている。また、福祉施設従事者約80万人のうち、約60%は社会福祉法人等の設置の民間施設で働いている。このように、社会サービスはその性格上公的色彩が極めて強いが、従事者の勤務先でみると、公的機関というよりは、民間の医療機関や社会福祉施設等の民間施設が中心となっている。

表3-4-1 保健・医療関係者の主な職種別構成（1996（平成8）年）

表3-4-1 保健・医療関係者の主な職種別構成（1996（平成8）年）

保健・医療関係者の職種		人数	構成比	人口10万人対
医師	1)	239,002	11.7%	189.9
歯科医師	1)	84,366	4.1%	67.0
薬剤師	1)	175,119	8.6%	139.1
保健婦（士）	5)	35,566	1.7%	28.3
助産婦	5)	24,129	1.2%	19.2
看護婦（士）	5)	565,918	27.7%	449.6
准看護婦（士）	5)	407,631	20.0%	323.9
その他		486,508	23.8%	386.5
（主な職種）				
あん摩マッサージ指圧師	2)	98,070	4.8%	77.9
はり師	2)	69,231	3.4%	55.0
きゅう師	2)	68,214	3.3%	54.2
歯科衛生士	2)	56,466	2.8%	44.9
臨床検査技師	3)	44,000	2.2%	35.0
歯科技工士	2)	36,652	1.8%	29.1
保健所職員	4)	33,974	1.7%	27.0
診療放射線技師	3)	29,220	1.4%	23.2
柔道整復師	2)	28,244	1.4%	22.4
合計		2,041,115	100.0%	1,621.7

資料：1）厚生省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

2）厚生省大臣官房統計情報部「衛生行政業務報告」

3）厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査・病院報告」

4）厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課調べ

5）厚生省健康政策局看護課調べ

（注） おおむね10月1日現在の人数。人口10万人対は総務庁統計局「平成8年10月1日現在推計人口」に対する割合

表3-4-2 社会福祉関係者の主な職種別構成（1997（平成9）年）

表3-4-2 社会福祉関係者の主な職種別構成（1997（平成9）年）

主な職種	人数	構成比	人口10万人対
社会福祉施設従事者総数	827,189	100.0%	655.6
施設長	62,696	7.6%	49.7
生活・児童指導員，児童自立支援専門員	57,369	6.9%	45.5
職業・作業指導員	16,558	2.0%	13.1
保育士・児童生活支援員	255,880	30.9%	202.8
児童厚生員	12,757	1.5%	10.1
医師	43,918	5.3%	34.8
保健婦・助産婦・看護婦（士）	40,220	4.9%	31.9
養母	121,230	14.7%	96.1
栄養士	16,923	2.0%	13.4
調理員	88,291	10.7%	70.0
事務員	35,883	4.3%	28.4
ホームヘルパー	136,661	—	108.3
社会福祉事務所職員	56,732	—	45.1

資料：厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」。ただしホームヘルパー数及び社会福祉事務所職員数はそれぞれ厚生省老人保健福祉局，社会・援護局調べ。

（注） 1997年10月1日現在の人数（社会福祉事務所職員数は1996年10月1日現在）。人口10万人対は総務庁統計局「平成9年10月1日現在推計人口」に対する割合（社会福祉事務所職員数については「平成8年10月1日現在推計人口」に対する割合）

1-2 行政機関の従事者

社会サービスの実施に当たっては、行政機関の役割が重要である。例えば、福祉サービスでは、福祉事務所において、生活保護の事務や、保育所や特別養護老人ホーム、障害者施設への入所事務など、社会福祉各法に基づく様々な事務が行われている。これらの事務に携わる専門職として社会福祉主事の制度があるほか、児童相談所において児童の種々の問題について相談・指導を行う児童福祉司など、福祉関係各法に基づく資格がある。一方、保健所では、住民の健康増進、疾病予防、試験検査、環境衛生、保健事業などの衛生関係の業務が行われている。保健所には、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、獣医師など、様々な専門職が従事している。また、食品衛生監視員や環境衛生監視員などが、衛生監視等の業務を行っている。

現在、全国で福祉事務所は1,193か所、約5万7,000人の職員が、保健所は706か所、約3万2,000人の職員が勤務している。また、これらの機関も含めて、地方公共団体の民生・衛生部局（地方公共団体設置の保育所や病院等の公的施設も含む）で勤務する職員の数は、1997（平成9）年4月現在で約45万人と、地方公務員全体の約17%を占め、教育関係職員（約126万人）に次ぐ数となっている。

国の機関でいえば、年金保険（国民年金及び厚生年金）や医療保険（政府管掌健康保険）に関する事務を実施する機関として、厚生省に社会保険庁が設置され、全国310か所の社会保険事務所で、約1万4,000人の職員が勤務している。

1999（平成）11年「看護の日」のポスター

「医療の現場」を
「もっとコミュニケーションの場」にします。

© 佐々木幸子・小林光恵／「おたんこナース」小学館



看護の心をみんなの心に

5月12日は
看護の日

(図) 1999(平成11)年「看護の日」のポスター
(注) 毎年5月12日は「看護の日」とされており、この日を含む一週間は「看護週間」として記念式典や看護職員と一緒に看護を体験する「ふれあい看護体験」など看護について理解を深めるための様々な催しが行われている。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第4節 社会保障制度は大勢の人々によって支えられている

2 社会保障関係業務の特性

上述のとおり、社会保障関係業務は様々な範囲に分かれているが、業務の特性を整理すると、次のとおりである。

1)

対人サービスであり、かつ、労働集約的

人が人に対して直接提供するサービスが中心であり、サービスの性格は、労働集約的となる。したがって、産業としてみると、人件費のウエイトが大きくなる。

2)

地域に密着した生活支援のサービス

提供するサービスは、生活支援という性格が強く、利用者の健康や生活上の必要度に応じたサービス提供であり、時間的にも不規則な需要が多い。また、在宅サービスに典型的に現われているように、地域に密着したサービスという性格を持っている。

3)

従事者の技量がサービスの質の向上に重要な役割

従事者の技量がサービス内容の質的な面に大きな影響を与える。近年、医療、福祉分野では、「生活の質」（クオリティ・オブ・ライフ：QOL）の向上という観点がサービスの目標のひとつとして挙げられたり、個々人の病状に応じたきめ細かなケアが求められたりしている。従事者の能力がサービスの質に密接に関連しており、そのため、従事者に対して専門性と高い技量が求められている。

4)

国家試験による免許制度など各種資格制度に基づいた専門職が中心

サービスの質の向上の面ばかりでなく、そもそも直接人に接して命や健康に影響するサービスを提供するため、高度な知識や技術、経験が必要とされる。そこで、業務の実施に当たっては、各種法制度に基づき、国家試験等の資格試験によって付与される免許等の取得が必要とされることが多い。これにより、適切かつ質の高いサービスを提供できることを期待されている。

5)

公的制度に基づくサービス供給

社会保障分野のサービスは、社会福祉制度や医療保険制度など、各種公的制度に基づいて提供される。したがって、公的コントロールの範囲が極めて大きい。また、特に、保育所などの福祉サービスについては、市町村等の行政機関がサービスの提供の是非を決定することが一般的であるほか、

直接サービスの提供主体となっていることも多い。このため、保健所や福祉事務所等の行政機関で従事する人達が重要な役割を果たしている。

6)

サービスを提供する技量とともに、豊かな人間性や強い倫理性を要求されること

対人サービスの対象者は、不特定多数の人々というよりは、何らかの経済的、社会的または身体的、精神的なハンディキャップを有する人々である。また、対象者の生命や健康、財産、生活や個人のプライバシーに直接関わるサービスであることから、豊かな人間性や強い倫理性を求められることが多い。

第 1 編

第 1 部 社会保障と国民生活

第 3 章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第 4 節 社会保障制度は大勢の人々によって支えられている

3 資格制度，人材確保と資質の向上

3-1 資格制度の発展

社会保障関係分野においては，人命や人の健康に関わる業務であることや，サービスの質の向上を図る等の観点から，業務の専門性や能力を客観的に評価し，社会的な信用を確保するために，国家試験による免許制度など，種々の資格が整備されてきた。表3-4-3は，第2次世界大戦後から現在に至る各種資格制度の歴史をあらわしている。社会サービス分野で，約40の資格にのぼる。なお，これらの資格には，その資格を取得しなければ業務を行うことを禁止されている資格（「業務独占」の資格。例えば，医師や歯科医師，看護婦等の資格）と，その資格を取得することにより資格の名称を名乗ることができる資格（「名称独占」の資格。例えば，社会福祉士や介護福祉士等の資格）に大別できる。

最近では，言語機能及び聴覚等についてのリハビリテーションを行う言語聴覚士が「言語聴覚士法」により，精神障害者の社会復帰を支援する精神保健福祉士が「精神保健福祉士法」により，いずれも1997（平成9）年12月に制度化されている。

表3-4-3 保健・医療・福祉分野の主な資格一覧

表3-4-3 保健・医療・福祉分野の主な資格一覧

年次	公衆・環境衛生	保健・医療	福祉・その他
1947 (昭和22)	栄養士 (栄養士法)	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師 (あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律、柔道整復師法) (注2)	保育士(注3) (児童福祉法)
1948 (昭和23)		医師(医師法) 歯科医師(歯科医師法) 歯科衛生士(歯科衛生士法) 保健婦・士、助産婦、看護婦・士、准看護婦・士 (保健婦助産婦看護婦法)	
1950 (昭和25)	クリーニング士 (クリーニング業法)		
1951 (昭和26)		診療放射線技師(注4) (診療放射線技師法)	
1955 (昭和30)		歯科技工士 (歯科技工士法)	
1957 (昭和32)	美容師 (美容師法)		
1958 (昭和33)	調理師 (調理師法)	臨床検査技師、衛生検査技師 (臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律)	
1960 (昭和35)		薬剤師 (薬剤師法)	
1965 (昭和40)		理学療法士、作業療法士 (理学療法士及び作業療法士法)	
1966 (昭和41)	製菓衛生師 (製菓衛生師法)		
1970 (昭和45)	建築物環境衛生管理衛生技術者 (建築物における衛生的環境の確保に関する法律)		
1971 (昭和46)		視能訓練士 (視能訓練士法)	
1983 (昭和58)	浄化槽設備士 (浄化槽法)		
1987 (昭和62)		臨床工学技士(臨床工学技士法) 義肢装具士(義肢装具士法)	社会福祉士、介護福祉士 (社会福祉士及び介護福祉士法)
1991 (平成3)		救命救急士 (救命救急士法)	
1997 (平成9)		言語聴覚士 (言語聴覚士法) 精神保健福祉士法 (精神保健福祉士法)	

- (注) 1. 法律に基づく主な資格を整理したもの。
 2. これらの資格は当初、「あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法」に基づくものであったが、1964(昭和39)年に「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師等に関する法律」となり、1970(昭和45)年に「柔道整復師法」が独立して制定された。
 3. 「保育士」については、1999(平成11)年4月から「保母」が改称されたもの。
 4. 制定当初は「診療エックス線技師法」であったが、1968(昭和43)年に診療放射線技師制度が創設され、1983(昭和58)年に診療エックス線技師制度は廃止された。

3-2 人材確保と資質の向上

社会保障関係分野の職種の人々が、利用者の要望に適応した、質の高いサービスを提供していくためには、高い専門性と強い倫理性が要求されるだけでなく、適切な賃金や労働時間等の処遇条件が重要であることはいうまでもない。社会サービスに対する需要が増大する中で、質量両面における必要な人材の確保が重要となっている。平成のバブル景気の頃のように、看護職員や福祉施設の職員確保が困難な状況に陥ったこともある。

こうした状況を踏まえ、1992（平成4）年には、いわゆる人材確保法（「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」及び「社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当法等の一部を改正する法律」）が制定され、看護職員の処遇改善や養成力の強化、職業紹介や支援事業を行う都道府県ナースセンターの法定化、社会福祉施設職員等について労働時間短縮等の勤務条件の改善や、社会福祉事業従事者に対する研修、就業援助等を行う都道府県福祉人材センターの法定化などの対策が講じられている。特に人材確保が困難となっていた看護職員については、1991（平成3）年に、全国レベルにおける「看護職員需給見通し」を策定し、2000（平成12）年度の需給の一致を目指して、計画的な養成等が行われてきている。

（教育・養成施設の増大と水準の向上）

社会サービス分野に従事する人々の確保や資質の向上のためには、教育・養成施設の量的整備と教育水準の高度化が不可欠である。

量的整備の面では、社会サービスに対する需要の高まりに応じて、教育・養成施設の増大が図られている。例えば、保健・医療分野では、1950年代から60年代には看護婦養成所が、70年代には医科大学（医学部）及び歯科大学（歯学部）が、80年代以降は、理学療法士や臨床検査技師の養成所が、それぞれ施設設置増や入学定員増が顕著である。福祉分野では、50年代から60年代にかけては保育士養成機関（注）が、80年代後半からは、社会福祉士及び介護福祉士の養成施設が、90年代では訪問介護員（ホームヘルパー）養成課程の量的増大が顕著である（図3-4-4）。

また、看護業務や福祉業務の内容の高度化、複雑化、専門化の進展等から、看護職員や福祉関係者に関する養成課程の水準の向上が図られている。例えば、看護婦養成施設についてみれば、医療内容の高度化や在宅看護等の看護需要（ニーズ）の変化に対応して、適宜養成カリキュラムの見直しが行われているほか、学校養成所の数をみても、准看護婦学校養成所の数が減少傾向にあるのに対して、看護婦学校養成所の数は増加傾向にある。さらに、近年、4年制の看護大学（看護学部または看護学科を含む）の整備が急速に進められており、図3-4-4のとおり、90年代以降、看護大学の数は急増し、1999（平成11）年度には76大学となっている。また、大学院修士課程31、博士課程9となっている。

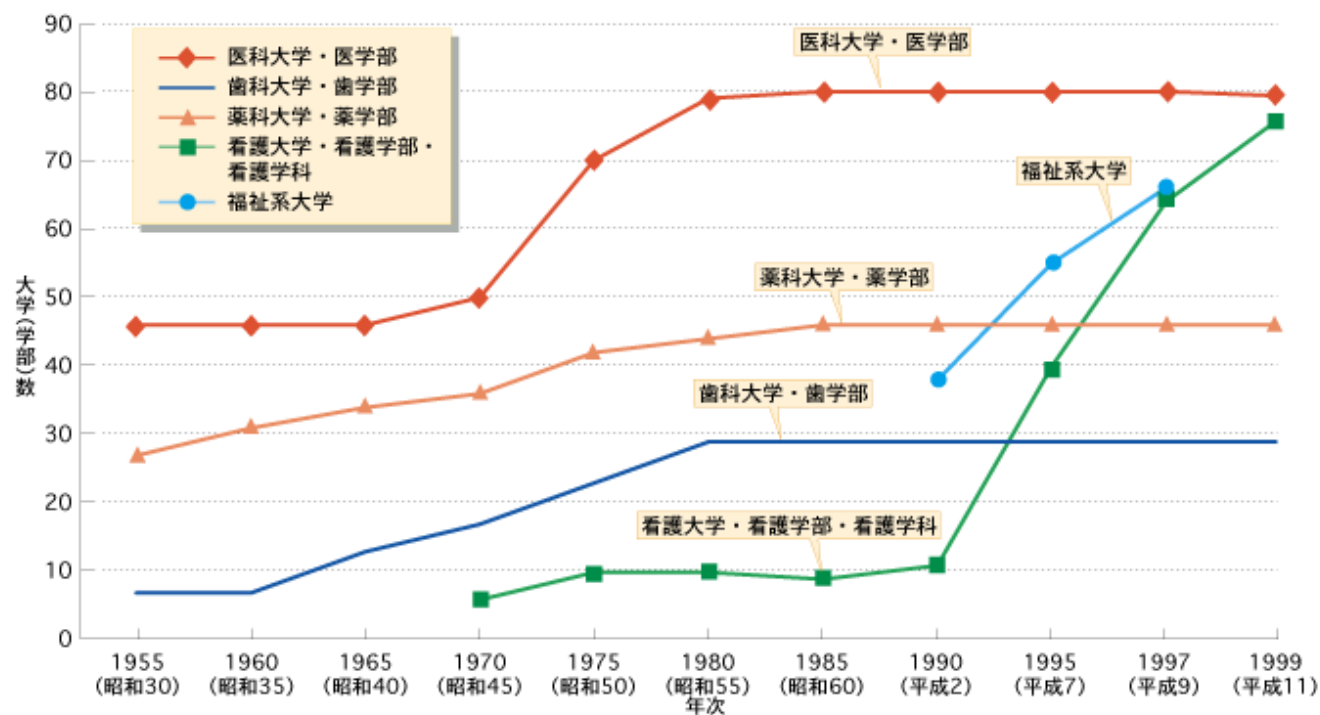
社会福祉士、介護福祉士の養成施設についてみても、社会福祉に対する需要の増大・多様化に対応し、保健医療施設従事者との一層の連携や、在宅での生活支援を視野においた相談援助や介護の技術等を身につけた福祉専門職の養成を図るために養成課程の見直しが行われている。近年、社会福祉士を養成する福祉系大学（学部）の増設が目覚ましいほか、介護福祉士の養成については、専修学校の増設に加え、短期大学や4年制大学でも行われるようになっている。

また、高等学校についても、学習指導要領の改訂（平成11年3月）により、介護サービスを担う人材育成を目指す教科として「福祉」が創設されている。

これらの大学教育等により、単なる技術取得にとどまらない、豊かな人間性と幅広い教養、専門の知識・技術を身につけた人材の養成が期待される。

（注）従来、保育所等の児童福祉施設において、児童の保育に従事する女性を保母として規定（男性については特に規定がなく一般に保父と呼ばれていた）していたものを、1999（平成11）年4月から、男女共通の名称として保育士と改称した。

図3-4-4 大学（学部）数の推移



資料：厚生省資料，文部省資料，日本社会事業学校連盟資料

(注) 単科大学も学部もそれぞれ一つと数えている。福祉系大学数は日本社会事業学校連盟に加盟している学校の内、4年制大学の数。1990年以前は毎年得られるデータなし。看護大学・看護学部・看護学科数に関して、1967年以前のデータは不明。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第4節 社会保障制度は大勢の人々によって支えられている

4 医療・福祉産業の動向

保健医療・福祉分野においては、多様なサービスの確保やサービスの質の向上のために、民間企業は大きな役割を果たしており、近年、その役割は増大してきている。

4-1 保健医療関連産業の動き

保健医療分野の産業には、医薬品等関連産業と医療関連サービス産業がある。

（医薬品等関連産業）

製薬業に代表される医薬品等関連産業は、有効な治療薬や医療用具の開発・製造などを通じて、第1節で述べた我が国の保健・医療水準の向上に、大きく貢献してきている。

医薬品等関連産業の規模を見ると、医薬品の生産金額は6兆1,478億円（97年）に達している。医薬品産業実態調査（95年度）によれば、医薬品を製造する事業者は約1,500社あり、そのうち医薬品売上高が3億円以上である約600社の従業員数を合計すると、約24万5,000人になる。さらにこのうち、約5万2,000人が医療情報担当者（MR：Medical Representative）であり、医薬品の副作用等に関する情報収集や医療機関などへの情報提供を行っている。

また、医薬品の卸売業者は約2,700社あり、そのうち大手185社の従業員数を合計すると、約6万5,000人になる。さらにこのうち、約3万1,000人が医薬品販売担当者（MS：Medical marketing Specialist）であり、医薬品を販売する際に専門情報を的確に提供するという役割を担っている。

医療用具の生産金額は1兆5,140億円（97年）に上り、医療用具を製造・輸入販売する事業者は約3,000社（95年度）である。

（医療関連サービス産業）

近年、医療サービスそのものではないが、医療と密接に関連する様々なサービスが伸びてきており、今後とも発展が期待される。こうした「医療関連サービス」は、病院の寝具等の賃貸・洗濯や検体検査などの「院内業務委託・支援サービス（外注サービス）」と、医療機器・看護用品の賃貸、成人病食宅配サービスなど、在宅医療の需要に応える「在宅医療支援サービス」に区分される。

医療関連サービスが成長している背景には、病院等の経営の合理化のために事務の外部化を進める動きが強まっていること、病院給食の外部委託を認めるなどの規制緩和が行われたことなどがある。

医療関連サービス産業の規模をみると、健康・福祉関連サービス産業統計調査（96年）によれば、医療関連サービスを供給している事業所は約6,800あり、約19万人が雇用されている。

4-2 福祉サービス産業の動き

第3節で述べたように、福祉サービスが一般化・普遍化するにつれて、利用者の需要は大きくなり、かつ多様化してきている。これに応えるために、民間企業によるサービス供給の役割が増大してきている。

福祉サービス産業の規模をみると、健康・福祉関連サービス産業統計調査（96年）によれば、高齢者や障害者に対する在宅福祉サービスを提供している事業所は約3,400か所あり、その従業員総数は約12万人に達している。このほか、有料老人ホームは、289施設（98年）あり、その従業員総数は約9,000人（98年）となっている。

今後、特に高齢者の介護サービスの基盤整備において、民間部門の創意工夫を活かしたサービスの発展が重要である。とりわけ、在宅福祉事業を効率的に実施するために、機動的・弾力的なサービスを確保する観点から、民間企業等の多様な事業者の活躍が期待される。2000（平成12）年から施行される介護保険制度では、在宅サービスについては民間企業等の民間事業者も、従来の市町村からの委託という形ではなく、自ら介護保険のサービス事業者となることができることから、積極的な参入が期待される。

また、民間事業者の自主的な取組みとして、高齢者向け民間サービス（シルバーサービス）の健全育成を図ろうとする企業や団体が集まり、1987（昭和62）年に社団法人シルバーサービス振興会を設立し、シルバーサービスに対する社会的信頼の確保とサービスの質の向上のために、良質なサービスを選択するための目安となるシルバーマーク制度や、従業員のための研修事業などを実施している。

保育サービスの分野においても、女性の社会進出の進展に伴って保育需要が多様化する中で、主として民間企業によるサービスとして、主に保護者の家庭で子どもの保育を行うベビーシッター事業が成長してきており、1991（平成3）年6月に社団法人全国ベビーシッター協会が設立され、ベビーシッター業の自主基準の策定など、サービスの質を確保、向上するための活動を行っている。

表3-4-5 健康・福祉関連サービスの種類別事業所数

表3-4-5 健康・福祉関連サービスの種類別事業所数

	事業所数	従業者総数
在宅福祉サービス		
A01 訪問介護（ホームヘルプサービス）	638	60,372
A02 訪問入浴サービス	143	3,809
A03 在宅配食サービス	241	6,083
A04 福祉用具の賃貸・販売サービス	1,652	14,729
A05 緊急通報サービス	95	23,210
A06 移送サービス	346	9,707
A07 日帰り介護（デイサービス）	68	1,675
A08 短期入所生活介護（ショートステイサービス）	29	431
A09 寝具乾燥消毒サービス	219	1,194
医療関連サービス		
B01 検体検査サービス	943	30,506
B02 医療用具等滅菌消毒サービス	55	877
B03 患者給食提供サービス	549	34,703
B04 患者搬送サービス	254	3,062
B05 医療機器の賃貸サービス	667	5,337
B06 医療機器の保守点検サービス	1,163	6,999
B07 医療機器の修理サービス	1,213	7,124
B08 寝具類洗濯（リネンサプライ）サービス	485	15,951
B09 院内清掃サービス	1,211	48,427
B10 医療関連事務・情報管理業務サービス	264	36,401
健康増進サービス		
C01 健康増進サービス	1,953	51,276

資料：厚生省大臣官房統計情報部「健康・福祉関連サービス産業統計調査」（平成8年）

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第3章 我が国の社会保障制度はどのような水準に到達しているか

第4節 社会保障制度は大勢の人々によって支えられている

5 ボランティア活動の現状と新たな動き

5-1 ボランティア活動の現状

「ボランティア (volunteer)」という言葉は、広辞苑によれば、「志願者。奉仕者。自ら進んで社会事業などに無償で参加する人」とあるが、この言葉の使用者によって、意味する範囲・内容に違いがあり、多義性を持った言葉といえる。「有償ボランティア」というように、実費や交通費更にはそれ以上の金銭を得る活動もボランティア活動と捉える見方もある。ここでは、1993 (平成5) 年7月の中央社会福祉審議会地域福祉専門分科会の意見具申等を参考にして、「慈善や奉仕、相互扶助の心に支えられて、他人や社会に貢献する自主的な活動」と定義する。純粋に個人の自発的な活動ばかりでなく、町内会や婦人会、老人クラブ、母親クラブなどの地域団体が、活動の一貫として地域社会に貢献するための様々な活動も、ボランティア活動としてとらえることにする。また、労働の提供ばかりでなく、寄付金や物品の提供援助もボランティア活動の一つといえる。

ボランティア活動に対する関心は、高まっている。高度経済成長期にみられた地域間の激しい人口移動の減少や、高齢化、長寿化の進展等から、住まいのある地域社会に目が向いたり、労働時間の短縮による自由時間の増大や、現役引退後の時間の増大等から、地域社会をより住みやすいものにしていこうという意識の高まりがうかがえる。また、ボランティア活動に参加することが、自己実現や自己啓発にも結びついている。

国際的にも、国連が2001 (平成13) 年を「ボランティア国際年」に指定するなど、国際社会への貢献の一形態として、ボランティア活動の重要性に対する認識の高まりがみられる。

1998 (平成10) 年度では、ボランティアグループ数は、約8万3,000、活動者総数は、約620万人にも上る。1995 (平成7) 年1月の阪神・淡路大震災のときの被災者支援に全国から約200万人、1997 (平成9) 年1月のロシア船籍ナホトカ号の重油流出事件の際に約26万人のボランティアが全国から集まったことは、記憶に新しいところである (図3-4-6)。

ボランティア活動の担い手をみると、全体の8割は女性であり、特に主婦が活動の中心となっている。年齢的には、40代から60代の中高年が中核である。

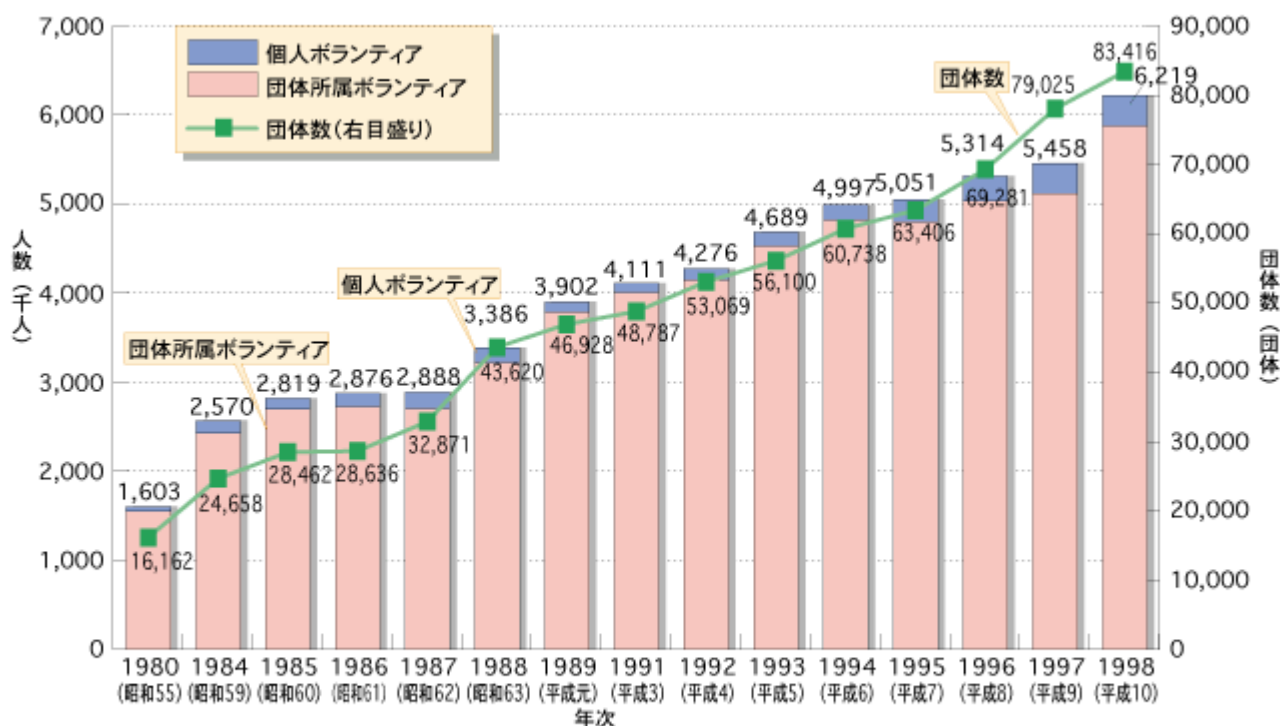
活動内容については、図3-4-7のとおり、家事や食事援助などの在宅福祉サービスや、相談・訪問・交流活動、手話・朗読・点訳活動など、実に様々な領域にまたがっている。

これらの活動の中で、近年注目を集めているのは、住民参加型在宅福祉サービス団体の活動である。ボランティアとして高齢者等に対する訪問介護 (ホームヘルプサービス) を行った時間を貯蓄しておい

て、将来その時間相当分のホームヘルプサービスを利用できるという時間預託型の事業を行う団体を始め、各地域で活発な活動を展開している。1997（平成9）年度において、全国で1,183団体となっている。住民参加型在宅福祉サービス団体の自主事業（行政からの委託でない事業）の部分を集計すると、1996（平成8）年度では、サービスの担い手は約7万人、利用登録者数は約12万4,000人、実利用者は約5万4,000人、家事援助サービスの年間提供時間は約260万時間、介護サービスの年間提供時間は約137万時間、食事サービスの年間提供数は約180万食の規模に至っている。

図3-4-6 全国のボランティア活動者数等の推移

図3-4-6 全国のボランティア活動者数等の推移

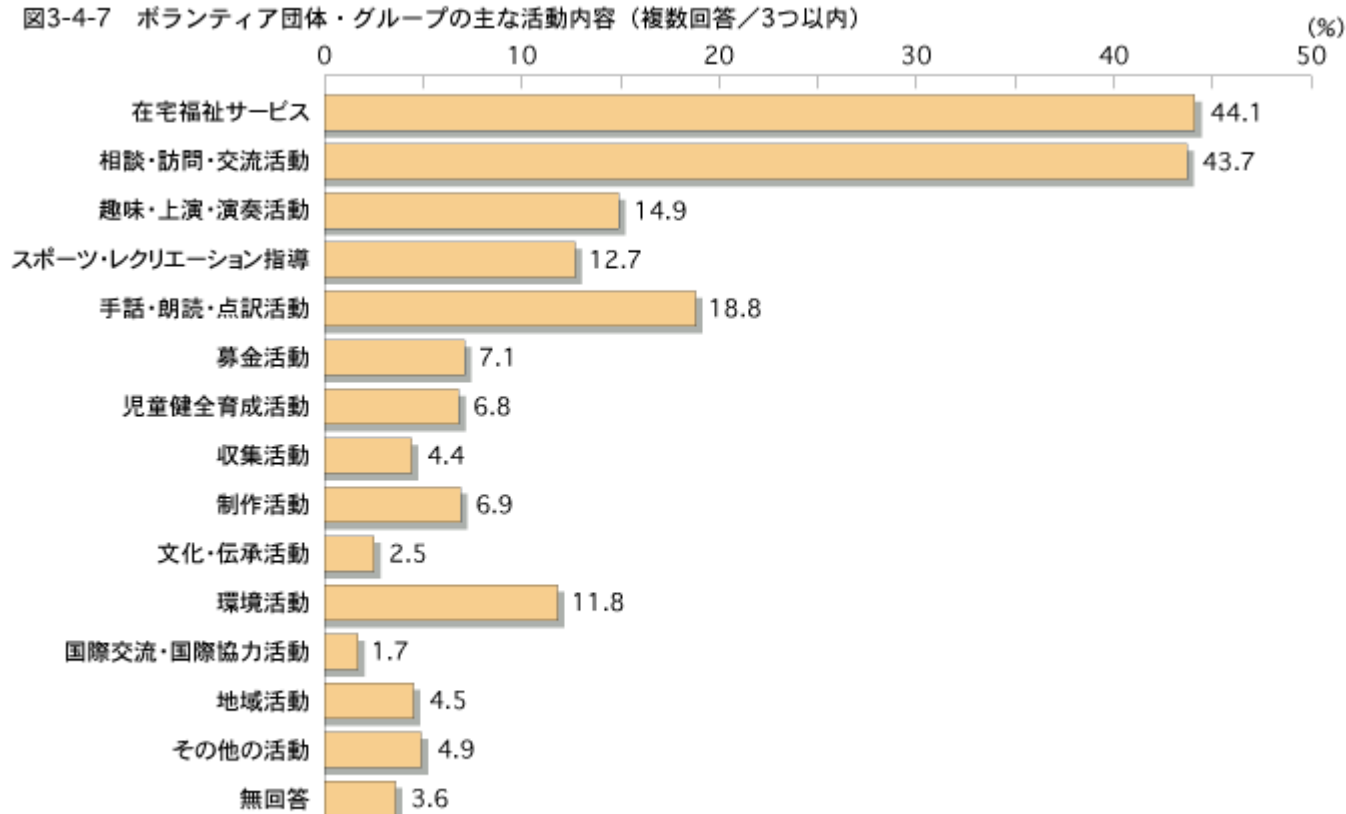


資料：全国社会福祉協議会「平成10年度社会福祉協議会基本調査」，「平成10年度都道府県・指定都市社会福祉協議会ボランティアセンター関係調査」

(注) 棒グラフ上の数字は、団体所属ボランティア及び個人ボランティアの人数の合計

図3-4-7 ボランティア団体・グループの主な活動内容（複数回答/3つ以内）

図3-4-7 ボランティア団体・グループの主な活動内容（複数回答／3つ以内）



資料：全国社会福祉協議会「全国ボランティア活動者実態調査報告書」（平成8年3月現在）

5-2 ボランティア活動を支援する仕組み

（ボランティア活動は重要な役割）

ボランティア活動は、高齢化が進展していく中で、地域社会の在宅福祉サービスの分野などでますます重要な役割を果たしつつある。しかし、これらの活動を行政活動の補完とみることは不適當である。ボランティア活動とは、あくまでもボランティア団体や個人の自主的な活動である。その活動の意義は、参加者の自主性や自由性に支えられていることや、活動の多様性と創意工夫、サービスの相手方とのふれあい等による自然な満足感等にあり、行政機関が関与しすぎると、これらの意義を損ない、活動本来の魅力を失わせ、かえって参加者の減少につながるであろう。

ただし、国民一人一人が福祉について理解を深め、共に参加し、支え合う福祉社会づくりのために、ボランティア活動の振興を図る社会的な基盤づくりは、行政機関の役割である。

厚生省では、1993（平成5）年3月に「国民の社会福祉に関する活動への参加の促進を図るための措置に関する基本的な指針」を作成し、これに基づき、地方公共団体や社会福祉協議会等を通じてボランティア活動の振興を図っている。さらに、今後は、企業や学校におけるボランティア活動への評価の充実や、ボランティア活動に関する総合的な情報ネットワーク「全国ボランティアバンク」の構想も考えられる。

（社会福祉協議会の役割）

地域社会におけるボランティア活動の振興については、地方公共団体ばかりでなく、都道府県や市町村の社会福祉協議会が果たす役割が極めて大きい。

社会福祉協議会(社協)とは、社会福祉事業法に基づく団体であり、地域内の町内会連合会のような住民組織、社会福祉関係団体、社会福祉施設の関係者等で組織され、様々な地域福祉活動を展開している。ボランティア活動に対しては、ボランティアセンターを運営し、地域内の活動グループや活動内容の紹介等を行っている。また、ボランティア入門講座や福祉教育の実施や、ボランティア保険のあっせん、さらには、食事サービスや家事援助サービスなどの住民参加型の事業の実施主体ともなっている。社会福祉協議会は、全国に3,429か所あり、約6万6,000人の職員が勤務している。

(ボランティア活動を支える様々な主体)

また、最近では、生活協同組合(生協)や農業協同組合(JA)によるホームヘルプ事業や配食事業等の福祉活動が注目を集めている。1997(平成9)年度に家事援助を行っている生協は、全国で55生協であり、約3万4,000人の会員が事業に参加している。食事会で提供された食事数は、約5万6,000食になっている。また、JAについては、1985(昭和60)年以降、高齢者に対する生活支援事業を行ってきているが、1992(平成4)年の農業協同組合法の改正により、正式に高齢者福祉事業を展開できることになり、現在全国60か所のJAが市町村から委託を受けて訪問介護事業を展開している。

企業や労働組合による活動も関心を集めている。企業の社会貢献活動として、良質な商品の提供や従業員の雇用の確保、納税といった経済活動の面だけではなく、地域社会における一市民として、あるいは、企業イメージの向上等の観点から、企業による社会貢献活動(フィランソロピー)の重要性が高まっている。昨今の経済不況の影響からひところよりは、フィランソロピーの声が小さくなっている感があるが、市場競争社会の典型とみられているアメリカでは、企業による社会貢献活動が根づいており、巨額の寄付金となってあらわれている。

(いわゆるNPO法人への期待)

最後に、ボランティア団体等の民間非営利団体に法人格を取得する道を開き、その活動の健全な発展を支援すること等を目的として、議員立法により1998(平成10)年3月に制定された「特定非営利活動促進法」についてふれる。

この法律は、ボランティア団体等の多くが、法人格を持たない任意団体として活動しているために、口座の開設や不動産登記等の法律行為を団体の名前で行うことができないという不都合や、社会的な信用性の乏しさ、といった問題点を解決するために制定された。保健、医療または福祉の増進を図る活動など12の特定非営利活動を行うことを主たる目的とする団体であれば、民法法人や社会福祉法人等の既存の公益団体よりも緩やかな基準に基づき、団体の事務所がある都道府県の知事、または二以上の都道府県の区域内に事務所がある団体については経済企画庁長官の認証により、「特定非営利活動法人(NPO法人)」として、法人格を取得できることとなった。法律の実施は、1998年12月からであるが、1999(平成11)年4月30日現在、全国で164団体が認証を得ている(表3-4-8)。

2000(平成12)年4月から施行される介護保険制度では、NPO団体も一定の要件に該当すれば、在宅介護サービスの指定団体として保険給付の対象になることができる。

このように、21世紀の福祉サービスの展開を予想すると、従来の市町村等の地方公共団体や社会福祉法人、社会福祉協議会、福祉公社ばかりでなく、生協、農協、民間企業、NPO法人、更には住民参加型在宅福祉サービス団体・グループなど、実に多元的な供給主体の共存と競争による、サービスの量的拡大と質の向上が予想される。

表3-4-8 特定非営利活動法人(NPO法人)の概要

表3-4-8 特定非営利活動法人（NPO法人）の概要

活動の定義	保健、医療または福祉の増進を図る活動等、法律の別表に掲げる活動（12の活動分野）に該当し、不特定かつ多数のものの利益の増進に寄与することを目的とするもの
法人の要件	特定非営利活動を行うことを主たる目的とし、以下の要件を満たす必要がある。 （1）営利を目的としないものであること （2）社員の資格の得喪に関して、不当な条件を付さないこと （3）報酬を受ける役員が、役員総数の3分の1以下であること （4）宗教活動や政治活動を主たる目的とするものでないこと （5）特定の公職者（候補者を含む）または政党の推薦、支持、反対することを目的とするものでないこと （6）10人以上の社員を有するものであること
法人設立	所轄庁の認証を受けた後、登記することによって成立
所轄庁	事務所が所在する都道府県の知事 （2以上の都道府県に事務所を設けるものは経済企画庁長官）
収益事業の可否	特定非営利活動に係る事業に支障がない限り、収益事業を行うことができる
税制上の扱い	人格なき社團並み（収益事業のみ課税、本来事業は非課税）