

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第4章 社会保障は今後どのような方向に向かうのか

<ねらい>

社会保障構造改革の理念の下に、近年行われてきた各種制度改正の動向にふれるとともに、我が国と同様に、人口の高齢化や経済基調の変化の中で、社会保障と経済・財政との調和を図るために、社会保障制度の見直し・調整が行われている欧米諸国の最近の動向を概観する。次に、社会保障に対して現役世代が不安を感じている現状を紹介しながら、将来の社会保障に対して過度の不安感を抱く必要がないという3つのポイントを解説する。第一に、社会保障給付の負担についての認識であり、第二に、21世紀の高齢社会に対する見方を変えるという発想の転換であり、第三に、これからの社会保障を考える5つの視点である。これらの点を念頭に置きながら、社会保障がその目的と機能を十分発揮できるように、必要に応じ各種制度の見直しを行い、より良いものに改善していくことが不安の解消につながるであろう。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第4章 社会保障は今後どのような方向に向かうのか

第1節 社会保障制度改正の最近の動向と欧米諸国の取組み

1 社会保障制度改正の最近の動向

1-1 社会保障構造改革の推進

(社会保障構造改革の背景)

1990年代後半から、社会保障構造改革が進められている。その背景としては、社会保障に対する次のような認識がある。

社会保障は、国民生活の安定に重要かつ不可欠な役割を果たしているが、一方で、社会保障給付に要する費用は、少子高齢化の進展等に伴い、今後とも増大していくことが予想されている。他方、90年代の経済の低成長基調、国の財政状況の悪化、豊かな国民生活に伴う社会保障に対する需要の多様化など、社会保障を取り巻く環境は大きく変化している。こうした中で、介護問題への対応など国民の需要の変化に適切に応えながら、将来の世代に過重な負担を課すことなく、安定的な運営の下に国民生活の安心・安定を図ることができる社会保障を構築していくことが必要となっている。そこで、成熟した社会・経済にふさわしい社会保障とするため、制度全般の見直しを行う社会保障の構造改革に取り組むこととされた。

社会保障構造改革の方向については、社会保障に関係の深い社会保障制度審議会など8つの審議会の会長を構成員とする「社会保障関係審議会会長会議」が開催され、1996(平成8)年11月に、この会議における議論の整理として、「社会保障構造改革の方向(中間まとめ)」が取りまとめられた。その後、この「中間まとめ」に示された基本的方向に沿って、構造改革が進められている。

(財政構造改革の動向)

同じ時期に、政府の施策の方針として、新しい経済社会システムを創造するため、行政、財政、社会保障、経済、金融システム、教育の「6つの改革」を進めることとされた。それとともに、政府では、悪化しつつある財政状況を改善するために、1997(平成9)年6月、歳出の改革と縮減の具体的方向を明示した「財政構造改革の推進について」を閣議決定し、その内容を法律により明確化するために、いわゆる財政構造改革法(財政構造改革の推進に関する特別措置法)を第141回臨時国会に提出し、1997年11月、可決成立した。

この法律は、財政赤字の対GDP比を3%以下とすること等の財政構造改革の当面の目標設定や、各歳出分野における改革の基本方針や量的縮減目標の設定、各種制度改革の推進等を図ることをねらいとしている。社会保障についても、政府は、社会保障制度の構造改革を進め、高齢化等に伴い必要となる社会保障関係費の増加額をできる限り抑制すること、医療保険制度や年金保険制度の改革を進めること等が

規定された。

しかし、1997年末からの金融不安やアジア諸国の金融・経済混乱などから、日本経済は極めて深刻な状況となり、1997年度の経済成長率は、オイルショック直後の1974（昭和49）年度以来23年ぶりに、戦後2度目のマイナス成長を記録した。98年度も引き続きマイナス成長となっている。こうした状況を踏まえ、1998（平成10）年には2度にわたる総額40兆円に及ぶ経済対策が実施されるとともに、財政構造改革法についても見直しが行われることとなった。まず、同年5月に財政健全化目標年次の2年延長等の改正が行われ、さらに12月には、財政構造改革法停止法が制定され、別に法律で定める日までの間、法の施行を停止することとされ、現在に至っている。

1-2 社会保障構造改革の方向

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

年金、医療、福祉等の各分野については、制度が縦割りとなっているために、社会保障制度間で無駄や重複、あるいはすき間が生じないようにするという観点に立って、必要な制度の再編成等を行い、社会保障全体として、国民の需要に対応しつつ効率化を図る必要がある。

第二は、個人の自立を支援する利用者本位の仕組みの重視である。

個人の自立を支援する仕組みを重視する見地から、情報開示等を進めることで個人が良質なサービスを適切な費用で選択できるようにしていく必要がある。この場合、障害や要介護の状態になってもできる限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができることを重視する観点から、在宅医療・介護を始め多様な需要にきめ細かく対応するサービス提供体制の整備に努め、自立を支援していく利用者本位の仕組みづくりが求められる。

第三は、公私の適切な役割分担と民間活力の導入の促進である。

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

第四は、全体としての公平・公正の確保である。

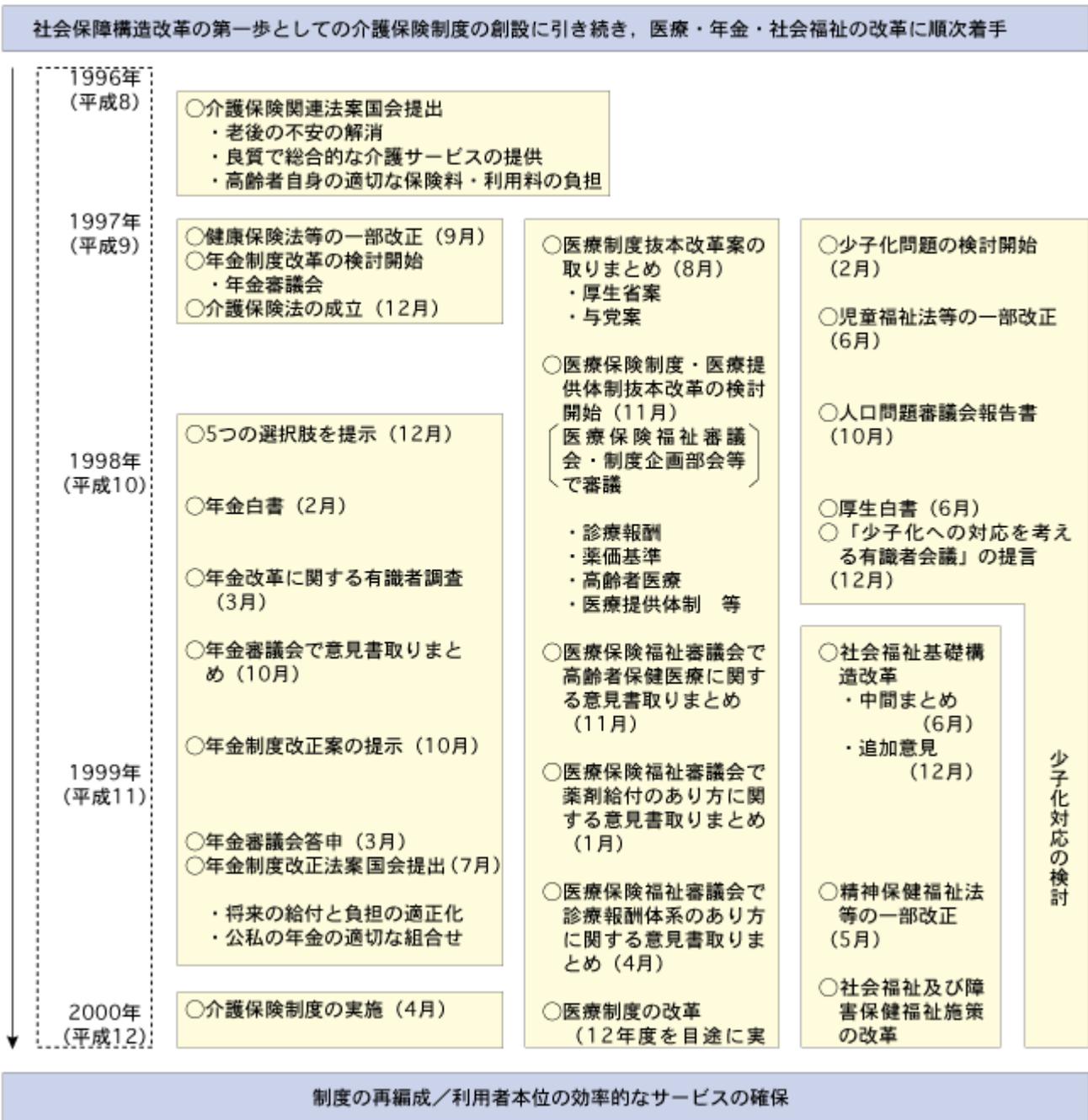
高齢者の最近の経済状況も踏まえ、高齢者世代と現役世代の間の均衡や、資産を持っている人と持っていない人との間の均衡なども考慮しながら、給付と負担の公平・公正を図っていくことが必要である。

1-3 社会保障構造改革の取組み

社会保障構造改革の動向は次のとおりである（図4-1-1参照。なお、各制度改正の詳しい動きは、第2部を参照）。

図4-1-1 社会保障構造改革の進め方

図4-1-1 社会保障構造改革の進め方



(介護保険制度の創設)

社会保障構造改革の第一歩として、介護保険制度の創設が位置づけられている。老後における大きな不安要因となっている高齢者の介護問題に対応するための介護保険制度は、1995(平成7)年から本格的に審議会で議論が進められたものであるが、1996(平成8)年11月に法案が国会に提出され、翌年12月に法律が成立した。介護保険制度は、社会保障構造改革からの観点では、利用者本位の介護サービスシステムを構築すること、老人福祉と老人医療の双方の分野に分かれている介護サービスを一元化し、福祉と医療間の利用者負担の不均衡や利用手続きの相違を是正すること、また、在宅サービス等の積極的展開により、介護を主として必要とする患者の一般病院への長期入院(いわゆる社会的入院)の解消等を図ること等のねらいを持っている。法制定後、2000(平成12)年4月からの円滑な施行を目指して、政省令等の各種基準づくり、新ゴールドプランに基づく介護サービスの基盤整備、要介護認定等の試行事業、保険者となる市町村における事務処理体制の整備など、鋭意準備が進められている。

(医療制度及び医療保険制度の見直し)

医療については、医療保険財政の当面の危機を回避するため、1997(平成9)年に政府管掌健康保険の保

保険料引上げや患者一部負担引上げ等を内容とする健康保険法・老人保健法等の改正が行われた。さらに、21世紀の本格的な少子高齢社会においても、信頼できる安定した医療保険制度を堅持していくためには、医療提供体制を含め、制度全般にわたる抜本的な改革を実現することが不可欠として、1997年後半から検討が始められた。

医療保険制度の改革内容は、診療報酬体系、薬価制度、高齢者医療制度と広範多岐にわたっており、現在、医療保険福祉審議会を中心に検討が進められている。医療提供体制においては、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進、医療従事者の資質の向上等が主要な課題となっている。具体的には、病床の機能分化、カルテ等の診療情報の提供のあり方、医師・歯科医師の臨床研修の必修化などが挙げられる。

(年金制度の見直し)

年金については、1999(平成11)年の財政再計算に向けて、現役世代の将来の負担が過重なものとならないように、給付と負担の適正化など、年金制度全体の見直しを行うこととし、1997(平成9)年から年金審議会の間を中心に検討が始まった。厚生省では、給付と負担のあり方に関する枠組みとして「5つの選択肢」を提示したり、1998(平成10)年には『年金白書』の刊行や有識者や学生等に対するアンケート調査を実施したりするなど、幅広く意見を求めてきた。そして、年金審議会における意見書取りまとめ、改正案に対する答申等を経て、1999(平成11)年7月に改正法案を国会に提出した。

(児童福祉法の改正と社会福祉基礎構造改革)

福祉については、少子化の進行や夫婦共働き世帯の一般化、家庭と地域の子育て機能の低下等、児童及び家庭を取り巻く環境の変化を踏まえ、市町村の措置による保育所入所の仕組みを保護者が保育所を選択する仕組みに改めたり、放課後児童健全育成事業の法定化や児童福祉施設の名称や機能を見直したりすること等を内容とする児童福祉法の改正が、1997(平成9)年に行われた。児童福祉法にとって、制定以来の大改正となった。

続いて、1998年から、社会福祉事業を取り巻く環境の変化や少子高齢社会において増大・多様化する福祉需要に対応し、利用者の信頼と納得が得られる福祉サービスが効率的に提供されるよう、社会福祉サービスの利用方法や社会福祉法人のあり方、利用者の権利擁護の方策などを内容とする社会福祉基礎構造改革の検討が進められている。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第4章 社会保障は今後どのような方向に向かうのか

第1節 社会保障制度改正の最近の動向と欧米諸国の取組み

2 欧米諸国の取組み

2-1 最近の欧米諸国の取組み

先進諸国においても、高齢社会における社会保障給付の増大、経済基調の変化、高い失業率等の現状から、社会保障と経済・財政の調和が共通の課題となっており、社会保障制度をめぐる議論が盛んとなっている（表4-1-2参照）。

表4-1-2 欧米諸国の社会保障制度改正の最近の動向

表4-1-2 欧米諸国の社会保障制度改革の最近の動向

	イギリス	スウェーデン	ドイツ	フランス	アメリカ
年金	<p>94年 女性の年金支給開始年齢の引上げ；60歳→65歳(2010～20年)</p> <p>95年 ・企業年金の最低積立制度導入 ・国から個人年金等への物価スライド分(3%を超える)の補てん廃止</p>	<p>94年 年金給付額算定方式；上位15年→全加入期間</p> <p>98年 ・2階建年金制度を単一の年金制度に(原則国庫負担廃止) ・経済成長率が低い場合には完全物価スライドを行わない</p>	<p>92年 ・早期支給制度廃止(男性；2001～06年)(女性；2001～12年) ・給付水準の引下げ ・スライド方式；グロス賃金スライド→ネット賃金スライド</p> <p>96年 ・支給開始年齢引上げスケジュールの前倒し ・失業者に対する支給開始年齢引上げ</p>	<p>93年 ・スライド方式；賃金スライド→物価スライド(当面99年まで) ・満額年金受給に必要な提出期間；37.5年→40年(94～2003年) ・年金給付額算定方式；直近10年→同25年(94～2008年)</p> <p>94年 自営業者の個人年金掛け金を所得控除の対象に</p>	<p>83年 ・年金支給開始年齢の引上げ；65歳→67歳(2003～27年) ・公的年金；賦課→修正賦課 ・高額所得者の年金額に対する課税(最高50%まで)</p> <p>90年代 401Kプランの拡大</p>
医療	<p>91年 NHS(国民保健サービス)改革 1. 一般家庭医サービスに係る改革(1)住民による家庭医選択の弾力化，2)家庭医相互間の医療監査の導入，3)薬剤処方に関する予算制の導入，4)予算管理家庭医制度の創設) 2. 病院サービスに係る改革(1)購入主体と提供主体の分離，2)NHS病院トラストの創設)</p>	<p>92年 ・エーデル改革(長期療養病院等をナースィングホームとしてコミュニティに運営移管など) ・ストックホルム・モデル(医療供給に市場原理を導入する実験的モデル)の実施</p>	<p>91年 入院時の一部負担の引上げ(93，94，97年も)</p> <p>89年 薬価の参照価格制導入</p> <p>93年 ・地域ごとの保険医認可制限の強化 ・分野ごと医療費の賃金伸び率による上限設定 ・地区別疾病金庫の合併促進 ・被保険者による疾病金庫の選択権拡大(96年から)</p> <p>97年 ・保険料率の凍結・引き下げの法定化 ・保険料引き上げと患者負担引き上げをリンクさせる仕組みの導入</p>	<p>91年 入院時の一部負担の引上げ(93，96年も)</p> <p>84年 公立病院総額予算制</p> <p>93年 ・外來の償還率の引下げ ・医学部専門課程への進学者数定員数の縮小 ・協約による開業医医療費伸び率の設定</p> <p>94年 製薬企業との合意による薬剤費伸び率の設定</p> <p>96年 開業医・病院医療費の物価上昇率内の上限設定</p> <p>97年・98年 CGSの料率引上げの代わりに被用者の疾病保険料率の引下げ</p>	<p>83年 メディケアにおける疾患別定額払い方式(DRG-SSP方式)の導入</p> <p>90年代 マネージドケアの浸透</p>
介護・福祉	<p>93年 コミュニティ・ケア改革(介護支援サービス(ケアマネジメント)の導入，民間サービスの積極的活用など)</p>	<p>92年 エーデル改革(長期療養病院等をナースィングホームとしてコミュニティに運営移管など)</p>	<p>94年 介護保険制度創設</p> <p>95年 実施(在宅サービス)</p> <p>97年 実施(施設サービス)</p>		<p>96年 要扶養児童家庭扶助(AFDC)に代わって貧困家庭一時扶助(TANF)を創設</p>
その他				<p>91年 一般社会拠出金(CSG)導入</p> <p>93年 CSGの拠出率引き上げ(97，98年も)</p> <p>96年 社会保障債務返済拠出金(RDS)の導入</p>	

(ドイツの取組み)

ドイツでは、1996年9月に、当時のコール政権が、医療保険の保険料率を引き下げ、患者の自己負担を引き上げる改正を行った。また、公的年金制度についても、支給開始年齢引き上げの前倒しが行われ、1997年には平均余命の伸びを考慮した給付水準の引下げ等を内容とする1999年年金改革法が成立し、99年1月から本格的に施行されることとされていた。しかし、98年9月の連邦議会選挙の結果、野党

の社会民主党が勝利し、コール政権は退陣した。社会民主党と同盟90／緑の党との連立により誕生したシュレーダー政権は、医療保険の患者負担増大や、年金の給付水準引下げなどのコール政権時代の社会保障改革を白紙に戻した。同政権は、今後、1、2年をかけて検討し、2000年までに社会保障制度を安定的なものとするために必要な構造改革を行うこととしている。

(イギリスの取組み)

イギリスでは、1997年に政権に就いた労働党のブレア政権は、社会福祉費の支出が80年代から増大して政府支出の33.7%（1995年）を占めているにもかかわらず、18年間の保守党政権下においては、所得格差は拡大し、単身家庭などの中には社会保障給付金に過度に依存する層が少なくないなど、十分その機能を果たしていないとして、政権発足直後から、福祉改革を重要な政策課題の一つと位置づけている。そのスローガンは、「福祉のニューディール」であり、貧困を救済するためには非効率的であり、一方で福祉に依存する大勢の人々を生み出している現行制度を改正して、人々の自立心と意欲を引き出し、政府と民間企業が共同して対応していこうとしている。具体的には、「福祉から就労へ」(Welfare to Work)という考え方の下に、職業訓練、就労斡旋等を通じて働くことが可能な人には極力就労を促し、積極的な雇用促進策、就労促進的な福祉制度への見直し等を打ち出している。

(フランスの取組み)

フランスでは、社会保障支出の増大等を背景に、社会保障改革が時々の政権の重要な政治課題となっている。近年では、ジュペ首相が社会保障財政の立て直しを図るため、1995年に「ジュペ計画」を発表し、毎年の医療費の伸びに対する目標制度の導入、財源の保険料から一般社会拠出金への転換、社会保障の赤字償還のための社会保障債務返済拠出金の導入等の対策を講じた。社会保障における社会正義の強化を掲げて、1997年に誕生したジョスパン政権の下では、1999年の赤字解消を目標に社会保障財政に関する緊急策が維持される一方、家族手当制度の拡充等による家族政策の強化、疾病保険の適用範囲の拡大に関する法案の提出、被保険者証のICカード化等による医療の情報化、病院医療の質に関する認証制度の推進といった施策が実施されつつある。また、年金制度については、ベビーブーム世代の年金受給が始まる2005年を前に、世代間連帯に最もかなった賦課方式を維持しつつ、どのような改革を実施するのかが課題となっている。

(スウェーデンの取組み)

スウェーデンでは、1994年に年金改革の具体的方向が決まり、1999年1月から施行されている。その内容は、国民基礎年金制度を廃止し、現行の「2階建て」から「1階建て」の所得比例年金に再編成するもので、年金額は賦課方式による部分と積立方式による部分とを組み合わせること、年金額算定方式の変更、本人負担保険料の導入、最低保障年金制度の導入など、これまでの制度を一変させるものとなっている。また、家族政策については、児童手当や親保険などの給付額が年によって上下動する見直しを行っている。

(アメリカの取組み)

アメリカでは、ベビーブーマーと呼ばれる世代（アメリカの団塊の世代。第2次世界大戦後の1940年代後半から60年代前半に生まれた世代）が高齢化していく中で、医療費等の義務的経費に対する財政支出の増大の抑制や、老後の所得保障を維持し、年金制度の安定的運営を行うための改革が重要課題となっている。今や連邦予算の中でも大きなウエイトを占めているメディケア（高齢者のための公的医療保険）及びメディケイド（低所得者のための公的医療扶助）については、1997年の均衡予算法において、当面の財政抑制策と各種改革方策が決定されている。なお、クリントン大統領は、政権の第1期において、約4,300万人にも上る医療保険未加入者問題を解決するため、全国民が加入する国民健康保険制度を創設しようと試みたが、結局国民の合意は得られなかった。

また、年金制度については、社会保障基金が2030年頃には枯渇することが従来から問題となってきた。これに対して、ベビーブーマーの最初の年である1946年に生まれたクリントン大統領は、1999年1月の一般教書演説において、社会保障に関する事柄にかなりの部分を割き、その中で今後の財政黒字を社会保障基金やメディケア等に投入することにより、財政基盤の強化・長期的安定を図ることを宣言している。

このように、高齢社会において、社会保障と経済・財政の調和を図ることは、先進国共通の課題となっているが、個々にみると、見直すべき制度や内容、改正の方向は、各国における制度発展の歴史的経緯や現在の政治経済情勢等を反映して、区々に分かれている(表4-1-2参照)。

2-2 国際的な取組み

社会保障問題については、1国内の課題にとどまらず、先進諸国間において情報交換を進め、相互に学び合うことの重要性が強調されてきている。

最近の動きをみると、1996年6月にフランスのリヨンで開催された主要国首脳会議(サミット)では、我が国から、「世界福祉構想」(Initiative for a Caring World)を提唱して、各国首脳の賛同を得た。この構想は、公衆衛生、医療保険・年金等を含む広義の社会保障政策の分野での知識と経験を分かち合うことによって、お互いがより良い社会を築き、次世代に引き継げるよう貢献し合おうというものである。翌1997年6月のデンバー・サミットにおいては、高齢化の問題が真正面から議論され、「活力ある高齢化」の推進に向けて各国が取り組んでいくことがコミュニケ(共同声明)の中に盛り込まれた。1998年5月のバーミンガム・サミットにおいては、国際寄生虫対策の推進や、経済成長と雇用創出の増大に向けての取組み、「活力ある高齢化」を追求していくことの確認等がコミュニケに挙げられている。

さらに、1998年6月には、第3回OECD社会保障大臣会議(第1回は1988年7月、第2回は1992年12月)が開催され、社会政策における公平性と効率性、社会保障制度の長期的持続可能性、高齢化社会の意味合い、世界福祉に向けての政策等をテーマに議論が行われた。コミュニケの中では、社会保障構造改革は社会保障制度の一層の公平性と効率性の確保を目指すべきこと、貧困等と闘うために雇用志向的な社会政策を促進すること、児童の健全育成のために家庭支援政策を推進すること、退職年金制度がその長期的持続可能性を確保しつつ十分な所得保障を行うよう、必要な改革を遅滞なく行うべきことなど、様々な対応が述べられている。

人口高齢化の進展や社会保障の規模の拡大と経済との調和の必要性などは、先進国共通の課題であり、社会保障制度をめぐる課題についても各国共通する部分が多い。今後とも、社会保障制度をめぐる、国際的な意見交換や相互学習等が一層重要になってくるであろう。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第4章 社会保障は今後どのような方向に向かうのか

第2節 21世紀の社会保障の方向を展望する

1 少子高齢社会と社会保障

1-1 高齢期に対する不安

第1章でみたように、特に1980年代から今日に至るまで、老人保健制度の創設、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の策定及び推進、市町村中心の地域福祉の充実、公的年金制度の改正、高齢社会対策基本法の制定、介護保険制度の創設など、21世紀の本格的な高齢化社会の到来を見越して、社会保障分野において様々な対応が講じられてきた。その結果、第3章で分析したとおり、年金や医療等の制度を通じて、高齢者には社会保障の再分配機能が大きくあらわれており、高齢者世帯の生活の安定に寄与している。高齢者関係の社会保障では、制度面及び内容面で相当の水準に到達してきている。

しかし、一方で高齢期に対して不安を持つ人が多いことも事実である。

「平成10年度国民生活選好度調査」（経済企画庁国民生活局）によると、20歳以上の国民の73%が、老後に不安を抱いている。類似した質問項目であった総理府の「老人福祉サービスに関する世論調査」（1986（昭和61）年）と比較してみると、男女年齢を問わず、不安感を持っている人の割合が増加している。特に、20歳、30歳代において老後に不安を感じる人は、1986年の調査では半数に満たなかったが、今回はそれぞれ50%、70%台の高さになっている。不安の内容としては、1986年と比べて、「経済（生活費等）に関する不安」及び「健康に関する不安」が約20ポイント増加し、それぞれ50%程度に上っている。また、「介護に関する不安」も同様に20ポイント以上増加し、30%程度となっている。これらの傾向は、昨今の経済状態や厳しい雇用環境、介護問題に対する一層の関心の高まり等が、心理的に影響を与えているものと推測される。

1-2 社会保障制度に対する不安

世界でトップクラスの経済力、高い賃金水準、豊かな消費生活、高い貯蓄率、整備された社会保障制度を持つ我が国で、なぜこれほど多くの人々が高齢期の生活に不安を持っているのであろうか。

また、若い世代において不安を感じる人の割合が高くなっているのはなぜだろうか。その背景には、国民生活の安定・生活の保障を目的としている社会保障制度の将来に対して、不安を感じている人が多いことが挙げられる。

「1999年1月社会保障制度に関する調査」によると、社会保障制度の将来について、現役世代の約6割が「大いに不安を感じている」、約4割が「少し不安を感じている」と答えており、「不安を感じていない人」は5%に満たない（図4-2-1）。年齢別では、年齢が高くなるほど不安を感じている割合が高く

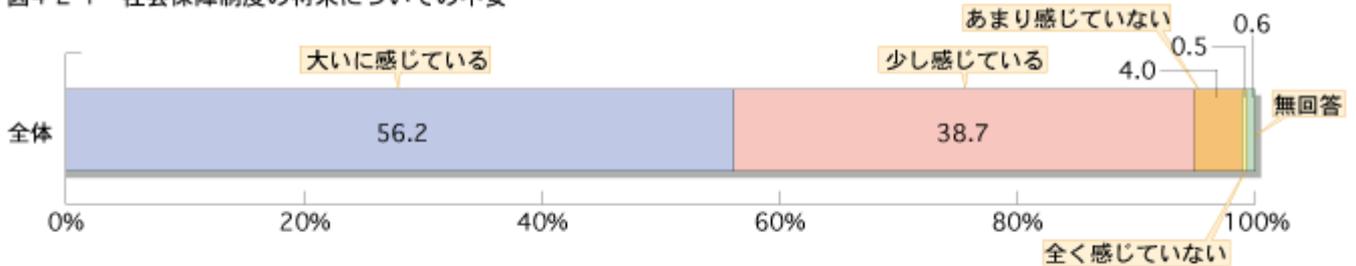
なっている。

不安を感じている理由を聞くと、「社会保険料を支払っていても将来確実に給付が受けられるかどうか分からないから」という人が最も多く(79.6%)、次いで「税金や社会保険料が引き上げられ、ますます負担が重くなっていくから」(75.5%)、「年金の給付水準が大幅に引き下げられたり、医療費の自己負担が一層重くなっていくから」(65.4%)、「低成長経済などのために、年金などの社会保障制度の維持が困難になっていくから」(53.7%)、「若い世代ほど負担が重くなり、世代間における不公平が拡大していくから」(49.4%)等となっている。将来の負担増に不安を感じている人や、若い世代ほど負担が重くなると答えている人の割合は、年齢が下がるほど増えている。低成長経済のために社会保障制度の維持が困難になると答えた人の割合は、年齢が上がるにつれて高くなる傾向がみられる。

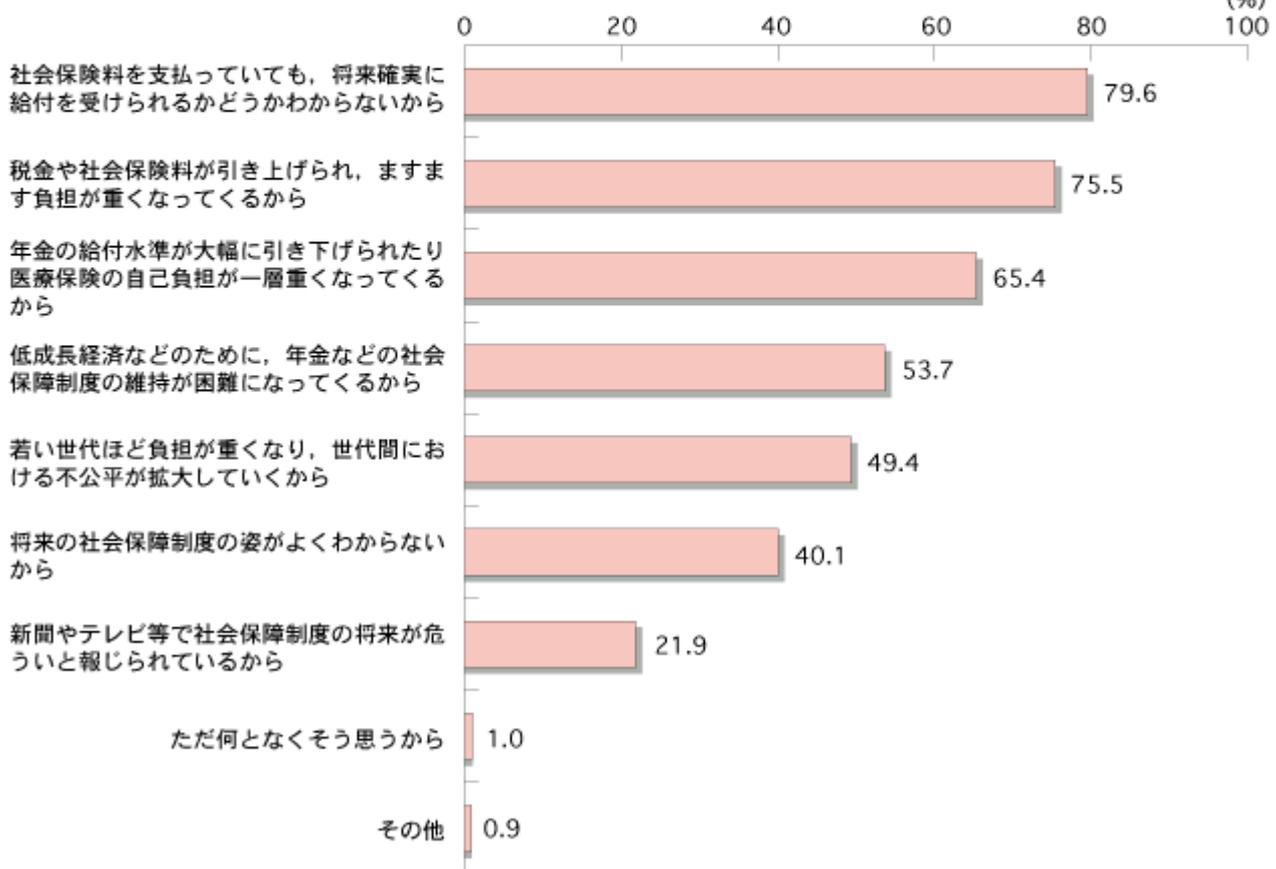
このように、将来ますます負担が重くなっていくことや、負担をしても将来の給付が不確実であったり引下げのおそれがあること、制度の維持の困難さや世代間の負担のあり方等が社会保障制度に対する不安感の理由となっている。

図4-2-1 社会保障制度の将来についての不安

図4-2-1 社会保障制度の将来についての不安



不安を感じている理由(複数回答)



資料:「1999年1月社会保障制度に関する調査」

1-3 過度の不安感を抱く必要がない我が国の社会保障

現役世代の多くが、将来の社会保障に不安を感じている背景には、欧米先進諸国に比べて急激に進展する高齢化を踏まえ、これまで高齢社会の負担増、とりわけ給付面に対する負担の重さのみが強調されてきたことも影響を与えているものと考えられる。また、現役世代からみて、現行の老人医療等の制度が、高齢化の進展等による医療の給付費増に伴い現役世代の負担も大きくなっていく仕組みであることも反映しているものと考えられる。こうした仕組みの結果、第2章第2節で分析したとおり、現在でも、社会保障制度を通じた所得再分配機能により、現役世代から高齢世代へ多くの所得移転が成されている状況にある。

こうした不安要因に対して、次のような点から、我が国の社会保障の将来に対して、過度の不安感を抱く必要はないものと考えられる。

第一に、現在の我が国の社会保障に対する負担は、欧米諸国と比べて、国民経済レベルでも家計レベルでも相対的に低い水準にあることである。確かに、少子高齢化の進展等に伴い、社会保障給付が増大し、その負担も増大していくことが見込まれているが、適宜制度の見直しを行っていけば国際的にみて突出した負担となるわけではないことを十分認識する必要がある。

第二に、21世紀の高齢社会に対するイメージを変えることによって、過度の不安感が薄らいでいくのではないだろうか。高齢化率の急速な上昇から社会全体の負担感の重さが強調されてきたが、次の3の項目で分析するように、人口構成の変化に対する見方や、将来の高齢者像に対する見方を変えると、一般に考えられているよりも活動的な高齢社会を想定できる。活力ある高齢社会をイメージすることができる。これからの社会では、高齢者は社会に支えられる存在ではなく、社会を支える存在として、大変重要になってくるであろう。

第三に、ある特定の世代のみに負担が集中することがないように社会全体で公平に負担をしたり、世代間の給付と負担の均衡が図られるような仕組みの社会保障制度を構築することである。これについては、本節の最後に述べる「これからの社会保障を考える5つの視点」の中で、今後の社会保障を考える上での視点と方向性を提示しているので、これらの視点や社会保障の重要性を念頭に置きながら、社会を構成するすべての人々が、ともに今後の社会保障のあり方について考え、望ましい制度をつくり、支えていくことが重要である。

以下、この順に論じていくこととする。なお、これら3点の事項とあわせ、今後とも、社会保障に対する人々の需要に適切に対応しながら、国民経済と調和が図られるように、社会保障制度全体の効率化の推進等、社会保障の構造改革を進めていくことが前提である。

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第4章 社会保障は今後どのような方向に向かうのか

第2節 21世紀の社会保障の方向を展望する

2 社会保障給付の負担に対する認識

(相対的に低い社会保障負担)

現在の社会保障給付に対する税や社会保険料の負担は、第2章で分析したとおり、家計レベルでも国民経済レベルでも、欧米諸国と比較して相対的に低い水準で推移してきている。高齢化の進展等により社会保障給付の負担が増加していく傾向にあるが、我が国の高齢化率は、既に欧米諸国とほぼ同程度の水準となっているにもかかわらず、現時点では、国民経済や家計の規模等と比べて低い負担水準となっている。保育や介護対策など更に充実が必要な分野もあり、財政赤字が大きいことにも留意する必要があるが、医療や年金などは相当の給付水準に到達しながら、現状では、租税（付加価値税も含む）や社会保険料（事業主負担及び被保険者負担）の負担は、欧米諸国よりも相対的に低い水準にある。

将来の社会保障の給付と負担については、今後の経済社会の変化や、1999（平成11）年度に予定している年金制度の改正、2000（平成12）年4月から施行される介護保険制度の動向等、明確でない点が種々存在しているので、現時点で全体像を示すことは困難である。しかし、国民所得の伸び率等について一定の前提を置いた上で1997（平成9）年1月の将来推計人口を基に試算した社会保障の給付と負担の将来推計（1997年9月）によると、社会保障給付費の対国民所得比は、1997年度の約17%から、2025（平成37）年度には約29.5%から35.5%の範囲へ、社会保障に係る負担については1997年度の約18.5%から、2025年度には約29.5%から35.5%の範囲に増大するものと試算されている。

この数値は、あくまでも種々の前提条件に基づく試算にすぎないことに留意する必要があるが、2025年時点の対国民所得比でみた負担水準は、現在のドイツ、フランスとほぼ同様であり、我が国における社会保障負担が今後突出して増大するというわけではないことを示している。

確かに、これからも少子高齢化が進展していくため、医療費や年金給付費の増大に伴う負担の増大が予想されるが、これらは給付と負担のあり方について国民全体のコンセンサス（合意）が得られるように、随時適切な見直しをしていくことにより対応可能であり、負担が増える傾向だけをもって悲観にとらえる必要はないだろう。実際、1980年代の社会保障制度の見直しから90年代の社会保障構造改革に至る医療保険制度や年金制度等の改正は、給付と負担の公平を推進するとともに、長期的に安定した制度構築に向けて、随時所要の制度見直しが行われてきたものである。

これまで述べてきたとおり、社会保険料の負担は給付に見合うものであり、仮に税や社会保険料の公的負担の代わりに個人の負担で対応しようとしても、社会全体の負担は変わらない。その上、個人負担による対応は、非効率的であり、かつ、限界がある。

(現役世代における社会保障の水準と負担のあり方についての考え方)

現在の社会保障制度の水準とその負担との関係について、現役世代は、どのように考えているのであろうか。

「1999年1月社会保障制度に関する調査」によれば、図4-2-2のとおり、「現在の水準を維持していく必要があり、高齢化に伴う給付費増のため、必要最小限の増税や社会保険料の負担はやむを得ない」と

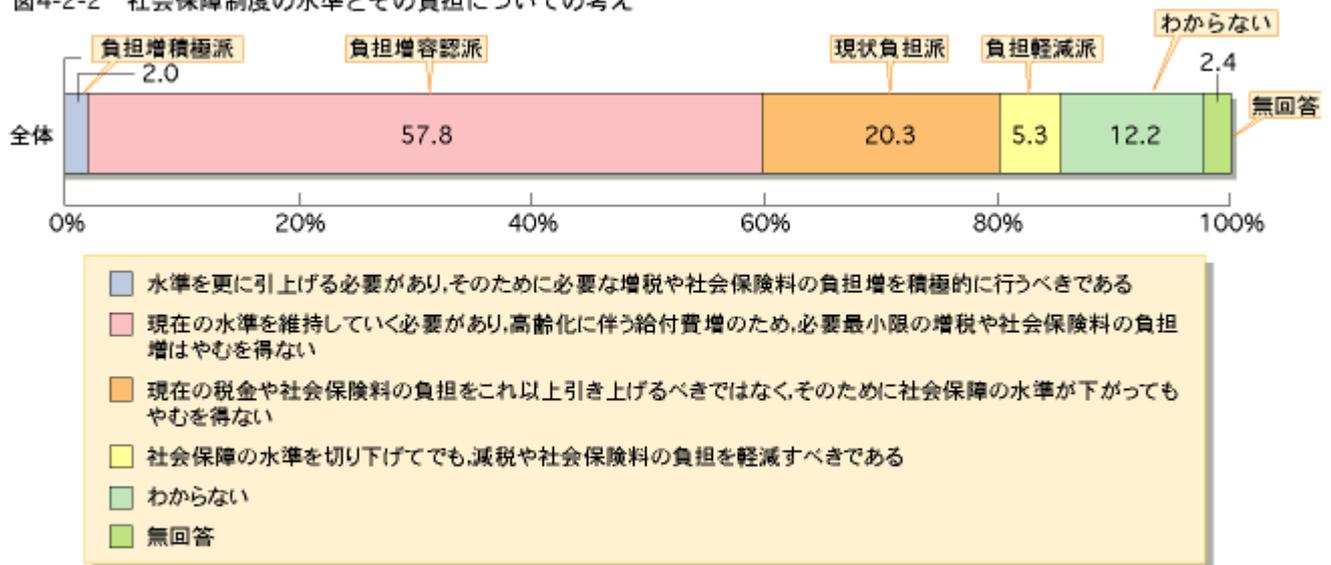
する「負担増容認派」が、全体の半数を超えて57.8%を占めている。次いで、「現在の税金や社会保険料の負担をこれ以上引き上げるべきではなく、そのために社会保障の水準が下がってもやむを得ない」という「現状負担派」が20.3%、「社会保障の水準を切り下げても、減税や社会保険料の負担を軽減すべき」という「負担軽減派」は5.3%にすぎない。

この結果は、現役世代の多くが現在の社会保障制度を評価しており、必要最小限の負担増であれば、合意が得られることを示唆している。

また、年金に関する総理府の「公的年金制度に関する世論調査」(1998(平成10)年3月)、厚生省の「有識者調査結果」(同5月)、「公的年金制度に関する大学生アンケート調査結果」(同7月)の3調査によると、「年金給付も抑制し負担も高める」といった意見が多く、年金という個別分野においても、長期的に安定した信頼される年金制度を維持していくため、現役世代の負担を過重なものとしないう給付の伸びの抑制は必要であるが、ある程度の負担の増加は必要なものと考えられていることがわかる。

図4-2-2 社会保障制度の水準とその負担についての考え

図4-2-2 社会保障制度の水準とその負担についての考え



資料：「1999年1月社会保障制度に関する調査」

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第4章 社会保障は今後どのような方向に向かうのか

第2節 21世紀の社会保障の方向を展望する

3 21世紀の高齢社会に対する新たな見方

コラム <「国際高齢者年」について>

世界の人口は、1999年6月16日に60億人を超える見込みである。「人口爆発」のピークにあった1960年には、世界人口は30億人であった。この頃に比べて、人口増加率が鈍化したとはいえ、年間8,000万人ずつ人口が増加している。21世紀半ばまでは人口の増加が予想されているが、先進国を中心に人口の高齢化が進んでいく（1998年の国連推計では、世界の人口構成は、15歳未満人口が30.6%、15歳～65歳未満人口が62.7%、65歳以上人口が6.7%となっている。）。

こうした世界的な人口の高齢化を踏まえ、国連は、1992年の総会において、「すべての世代のための社会をめざして」をテーマに、1999年を「国際高齢者年」とする決議を採択した。また、1990年の総会において、毎年10月1日を「国際高齢者の日」と定めている。「国際高齢者年」では、「高齢者のための国連原則」（1991年国連総会で採択）を促進し、政策及び実際の計画・活動において具体化することを目的としている。

「高齢者のための国連原則」は、次の5つの原則で構成されており、国連は、各国の政策に組み入れることを奨励している。

1)

自立 (Independence) : (収入や家族・共同体の支援及び自助努力を通じて十分な食料、住居、医療等へのアクセスの確保、仕事を得る機会や適切な教育や職業訓練に参加する機会の確保、可能な限り自宅に住むことができること等)

2)

参加 (Participation) : (自己に直接影響を及ぼすような政策の決定に積極的に参加し、若年世代と自己の経験と知識を分かち合うべきことや、ボランティアとして共同体へ奉仕する機会の確保、集会や運動を組織できること等)

3)

ケア (Care) : (家族及び共同体の介護と保護を享受できること、医療を受ける機会や施設の利用の確保、自己の介護と生活の質を決定する権利等の基本的人権の享受等)

4)

自己実現 (Self-fulfilment) : (自己の可能性を発展させる機会の追求、社会の教育的・文化的・精神的・娯乐的資源を利用できること等)

5)

尊厳 (Dignity) : (尊厳及び保障をもって肉体的、精神的虐待から解放された生活を送ること、いかなる場合も公平に扱われ尊重されること等)

我が国では、急速な高齢化の進展と本格的な高齢化社会の到来に備え、1986（昭和61）年6月に閣議決定された「長寿社会対策大綱」に基づき、政府全体の高齢者関係施策が推進されてきた。現在では、高齢社会対策基本法に基づき、1996（平成8）年7月に閣議決定された「高齢社会対策大綱」に基づき、高齢者の保健福祉、就業、所得保障、社会参加、生涯学習、住宅等、各分野にわたる総合的な施策が推進されている。

国際高齢者年における取組みとしては、1998年3月に「国際高齢者年に関する関係省庁連絡会議」が設置され、関係省庁の緊密な連携の下に取組みが行われている。また、民間の高齢者関連団体等により、「高齢者年NGO連絡協議会」が1998年10月に設立され、民間レベルにおいて国際高齢者年に関する記念事業や一般への情報提供等の活動が行われている。なお、同協議会には、本年4月現在、38団体が正式加盟している。

(ロゴマーク：このロゴマークは、活力、多様性、助け合い、運動、発展をあらわしている。)

コラム <「国際高齢者年」について>ロゴマーク



3-1 人口構成の見方を変える

人口構成の変化では、これまで高齢化率の上昇のみが強調されてきたが、社会の労働力の中核を占める生産年齢人口（15歳以上65歳未満の人口）の割合（1998年では約69%）は、90年代は戦後の人口構成上最も高い状態にあった。21世紀の高齢社会になるからといって、この生産年齢人口割合が急激に低下するわけではなく、2015（平成27）年頃の数値（約60%）が1950年代頃の数値と同じになる。

人口構成の年齢区分を新しい発想でとらえ直す試みも重要である。例えば、人生80年時代の現代において、年齢が65歳以上をもって社会から引退（リタイア）したイメージでとらえるのではなく、70歳以上人口を従来の老年人口に該当するものとみてみよう。一方、15歳から20歳未満の年齢層を20歳以上の年齢層と同一の集団ととらえることも社会実態とは合わない。こうした観点から、人口学的にみた年齢区分を、「20歳未満」と、「20歳以上70歳未満」、「70歳以上」の3区分とし、過去から21世紀前半までの人口の年齢構造割合の変化を示したのが、図4-2-3のとおりである。

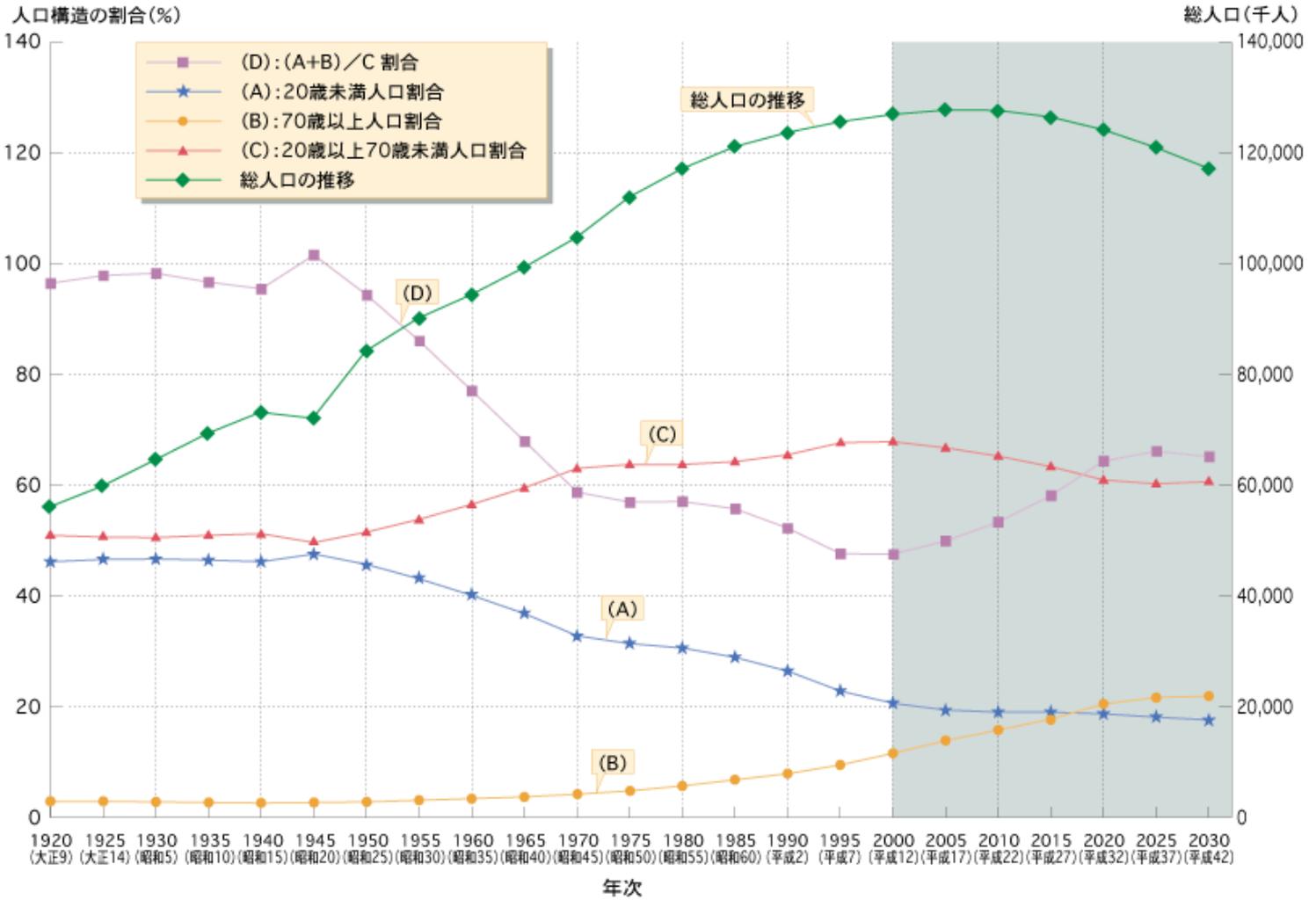
これによれば、20歳以上70歳未満人口は、2000（平成12）年前後がピークであり、その後漸減するが、2015（平成27）年頃に1985（昭和60）年頃の水準となる。また、70歳以上人口が20歳未満人口を上回るのは2015年以降である。総人口に占める70歳以上人口の割合は、2000年に11.6%（65歳以上人口の場合には17.2%）、2010（平成22）年に15.8%（同22.0%）、2020（平成32）年に20.5%（同26.9%）となり、従来の65歳以上人口による高い高齢化率のイメージとは異なる。20歳未満人口と70歳以上人口の和を20歳以上70歳未満人口で除した割合は、戦後一貫して減少傾向にあり、90年代には50%を割り込んでいたが、2000年以降上昇し、2015年頃に1970（昭和45）年頃の水準となる。

今後とも、社会保障制度を始め経済社会の仕組みを、人口や人口構成、就業率等の変化に適合するように適宜見直しをしていく取組みが重要である。

さらに、後述するように、21世紀前半の高齢者世代を、単に「社会に支えられる存在」とみるのは、これまでの日本社会をつくりあげてきた世代のプライドを損ないかねない。高齢者世代は、活力ある活動により「社会を支える存在」になることが期待されている。

図4-2-3 我が国の人口構造の変化

図4-2-3 我が国の人口構造の変化



資料：各年10月1日現在人口。1995（平成7）年以前は、総務庁統計局『国勢調査報告』による。
2000（平成12）年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成9年1月推計，中位推計）による。

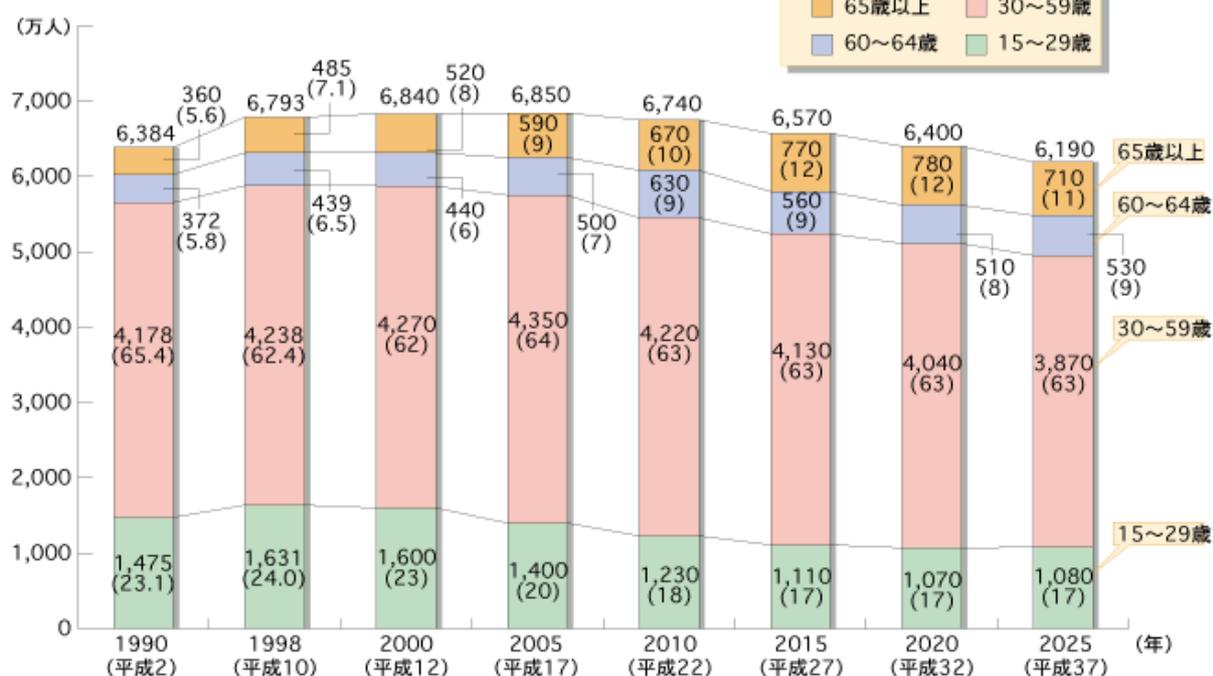
(労働力人口の推移)

労働省の推計による労働力人口の推移をみても、21世紀前半の労働力人口は、2005（平成17）年頃までは増大し、その後は漸減していく。2020（平成32）年頃で1990（平成2）年頃の水準となる（図4-2-4）。労働力人口の減少は、我が国では初めてのことであり、経済への影響が予想されるが、当面は、339万人という過去最高（1999（平成11）年3月現在）の失業者に対する雇用対策が緊急の課題であることはいうまでもない。

なお、労働力人口の将来推計では、高齢者と女性の就業の拡大が重要な位置を占めている。2020年頃は全労働力人口の5人に1人が60歳以上となることが予想されているように、労働力人口の高齢化が進んでいくことから、高齢者の雇用機会の確保、能力開発、職場環境の整備等の対策が必要であり、また、女性の就業拡大を支えていくために、女性が働きやすい職場や環境づくりが不可欠となっている。

図4-2-4 労働力人口の推移

図4-2-4 労働力人口の推移



※ ()内は構成比

資料：1990年、1998年は総務庁「労働力調査」

2000年以降は労働省職業安定局推計（平成10年10月）

（注）推計値については、概数で表示しているため、各年齢区分の合計と年齢計とは必ずしも一致しない。

3-2 高齢者像の見方を変える

（高齢者を画一的にとらえるのは問題）

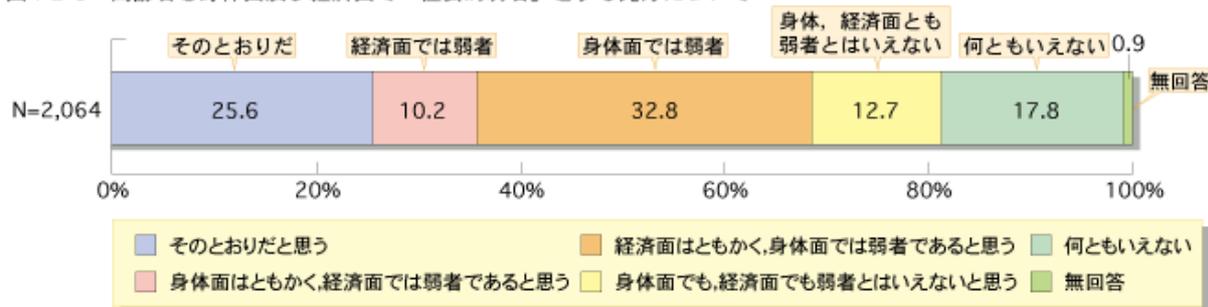
時代の流れとともに世代交代があるように、高齢世代の中でも世代交代によって、高齢者像が変化してきている。ちなみに、従来、高齢者を「弱者」として一律にとらえる見方があったが、現在の現役世代は、高齢者を「社会的弱者」としてとらえているのだろうか。

「1999年1月社会保障制度に関する調査」によると、最も多いのが「経済的にはともかく身体面で弱者」が33%、次いで「身体面及び経済面とも弱者」が26%、「身体面でも経済面でも弱者ではない」が13%、「身体面はともかく経済面で弱者」が10%、「何ともいえない」が18%となっている。身体面では弱者とみる人が多数であるが、経済面では弱者ではないとする人が多数となっている（図4-2-5）。

最近の我が国の人口構造には、これまで日本社会にはなかったいくつかの現象がみられる。1996（平成8）年に生産年齢人口（15歳以上65歳未満人口）が戦後初めて前年度よりも減少した。97年には年少人口（15歳未満人口）が初めて老年人口（65歳以上人口）よりも少なくなった。98年には老年人口が2,051万人と初めて2,000万人を超えている。これは、東京都と神奈川県の人口の合計に匹敵する。2,000万人の高齢者をひとくくりに「同一集団」として、画一的にとらえることには、問題が多い。

図4-2-5 高齢者を身体面及び経済面で「社会的弱者」とする見方について

図4-2-5 高齢者を身体面及び経済面で「社会的弱者」とする見方について



資料：「1999年1月社会保障制度に関する調査」

(高齢者の多様性)

まず、年齢的にみても、大変幅がある。60代と80代とではほぼ一世代の年齢差があることから、健康水準や体力の差のみならず、価値観や人生経験も異なる。また、高齢者の場合、同一世代であっても、若い世代における同一世代に比べて、健康水準や収入、資産、家庭環境など、個人差が大きい。いくつかのデータから、65歳以上の高齢者層の多様性について眺めてみよう。

1)

男女の人口比や世帯構造

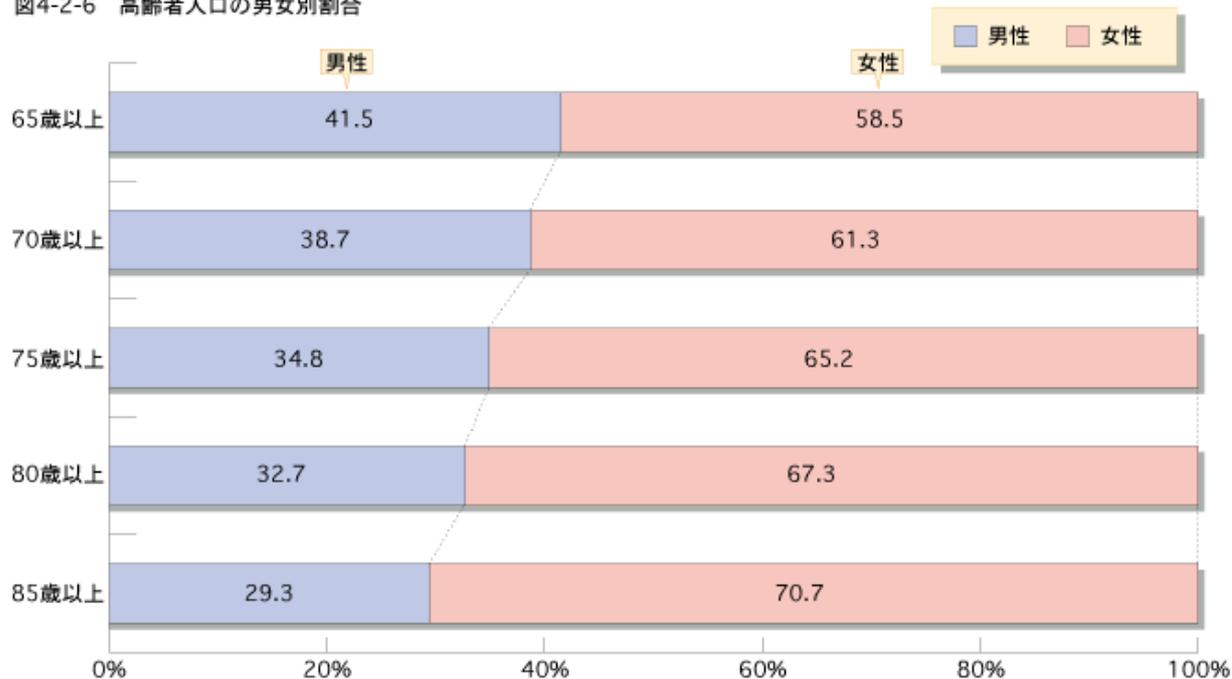
65歳以上人口の男女比をみると、女性は男性の1.4倍となっている。高齢になるほど女性の比率が高まり、85歳以上では女性は男性の2.4倍の人口となる(図4-2-6)。

高齢者の家族との住居形態も様々である。全体としては、子どもとの同居率が低下傾向にあり、高齢者夫婦のみ世帯や1人暮らし世帯の割合が増加している。「平成9年国民生活基礎調査」によれば、65歳以上の高齢者がいる世帯は約1,405万世帯と、全世帯の32%を占めているが、このうち「三世代世帯」が30%と最も多く、次いで「夫婦のみ世帯」(26%)、「単独世帯」(18%)となっている。

高齢者の男性の場合には、約86%は配偶者がいて、その半数は夫婦のみ世帯であり、半数は子どもと同居している。一方、女性の場合には、年齢差等の関係から配偶者が先に死亡することが多いことから、男性よりも配偶者がいない割合が高く、この傾向は高齢になるほど顕著になるとともに、子どもとの同居割合も高齢になるほど高くなる。また、全体の2割近くは1人暮らしである。なお、高齢者の子どもとの同居率は、年々低下し、1997(平成9)年には52%になっている(図4-2-7)。ただし、高齢者人口が増大しているため、子どもと同居している高齢者人口は約1,000万人と、従来よりも大きな数となっている。

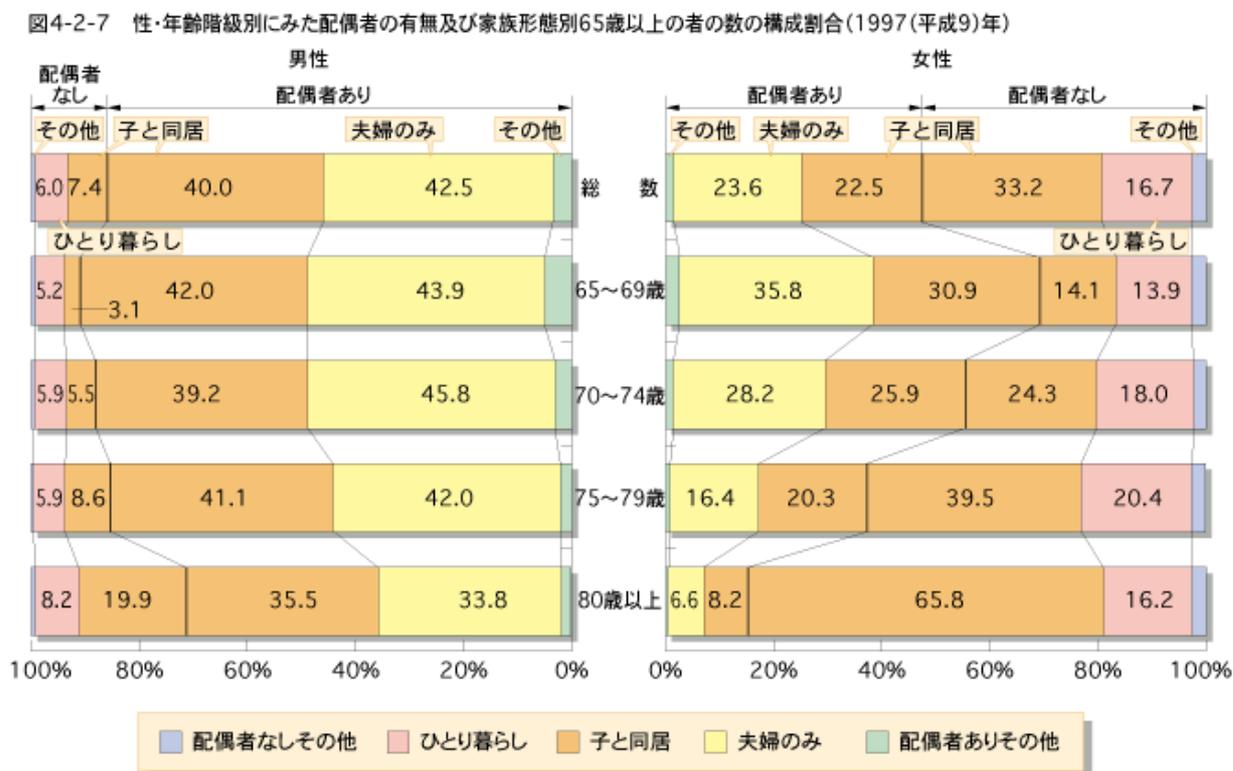
図4-2-6 高齢者人口の男女別割合

図4-2-6 高齢者人口の男女別割合



資料：総務庁統計局「平成10年10月1日現在推計人口」

図4-2-7 性・年齢階級別にみた配偶者の有無及び家族形態別65歳以上の者の数の構成割合（1997（平成9）年）



資料：厚生省大臣官房統計情報部「平成9年国民生活基礎調査」

2)

医療機関への通院頻度と要介護状態の確率

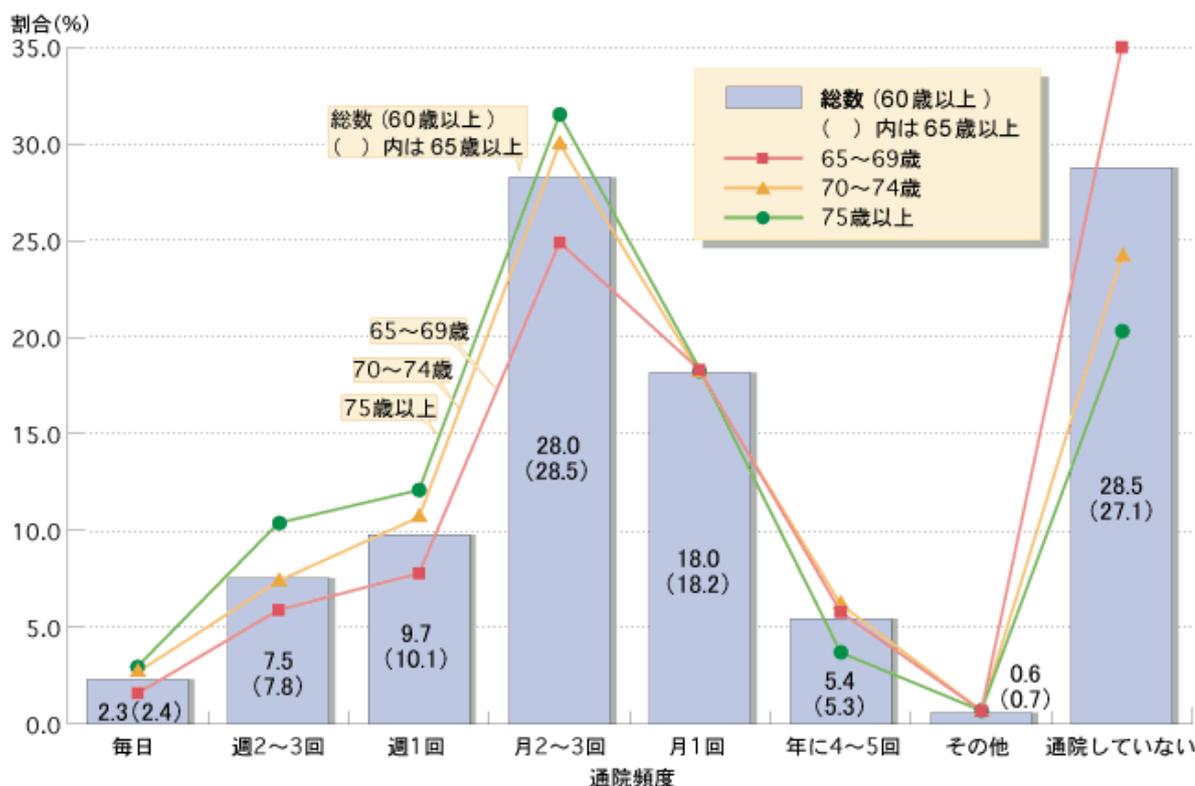
次に、病院や診療所への通院頻度をみると、約4人に1人が「月に2～3回程度」(28.5%)と答えており、最も多数であるが、次いで「通院していない」という高齢者もほぼ4人に1人(27.1%)はいる。続いて「月に1回」(18.2%)、「週に1回」(10.1%)「週に2～3回程度」(7.8%)の順となっている。「毎日」通院するという人も2.4%と存在するが、全体的にみると、高齢者だからといって頻繁に通院しているわけではない。高齢になると通院頻度は高くなるが、75歳以上でも「通院していない」という高齢者が6人に1人はいる(図4-2-8)。

要介護状態の発生率(推計)をみても、全体では約13%程度(虚弱者も含む)であるが、発生率は高齢になるほど高まるものであり、75歳未満ではその割合は小さい(図4-2-9)。

高齢者世帯(夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみ世帯)の収入や資産の分布状況をみると、低収入の世帯もあれば高収入の世帯があり、資産小の世帯があれば資産大の世帯もあるというように、ばらつきが大きい。

図4-2-8 病院や診療所への通院の頻度

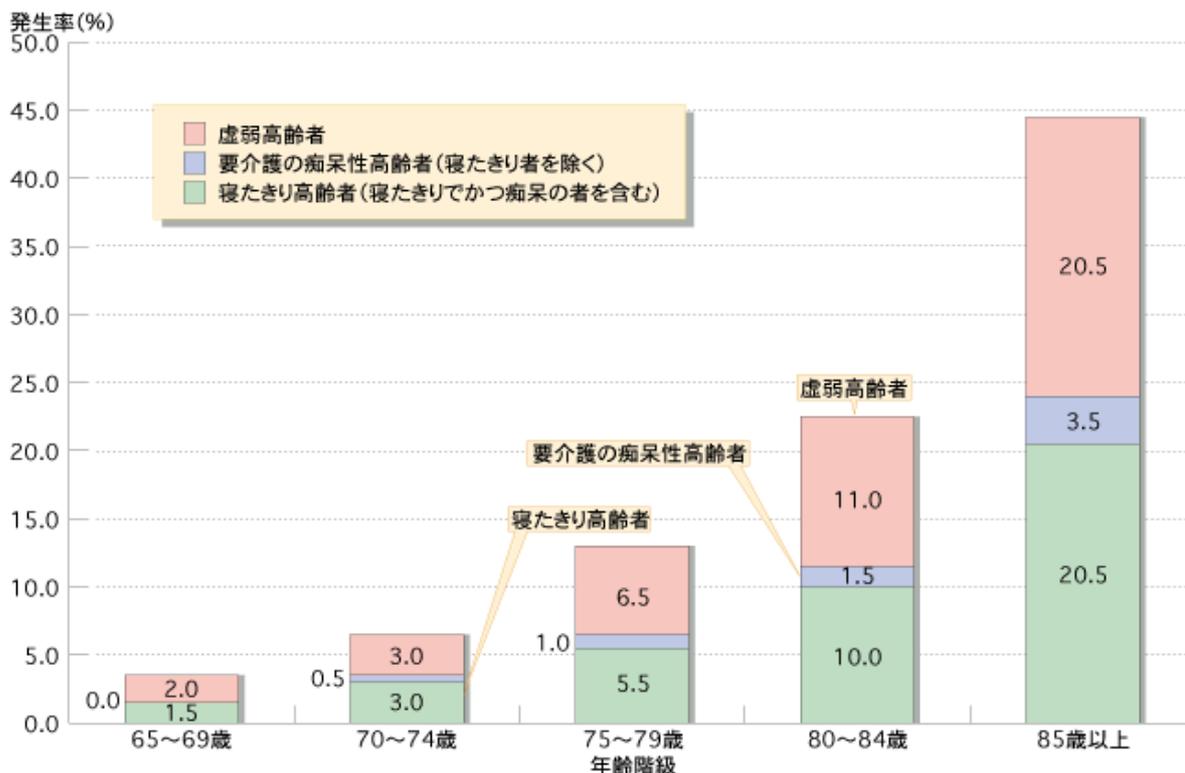
図4-2-8 病院や診療所への通院の頻度



資料：総務庁長官官房高齢社会対策室「高齢者1人暮らし、夫婦世帯に関する調査」(1995年9月)

図4-2-9 要介護高齢者の発生率

図4-2-9 要介護高齢者の発生率



資料：厚生省資料（1994年）

(注) 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」,「老人保健施設実態調査」,「患者調査」,地方老人保健福祉計画研究班痴呆性老人調査・ニーズ部会「老人保健計画策定に当たっての痴呆性老人の把握方法等について」等から推計。

3)

収入や資産の状況

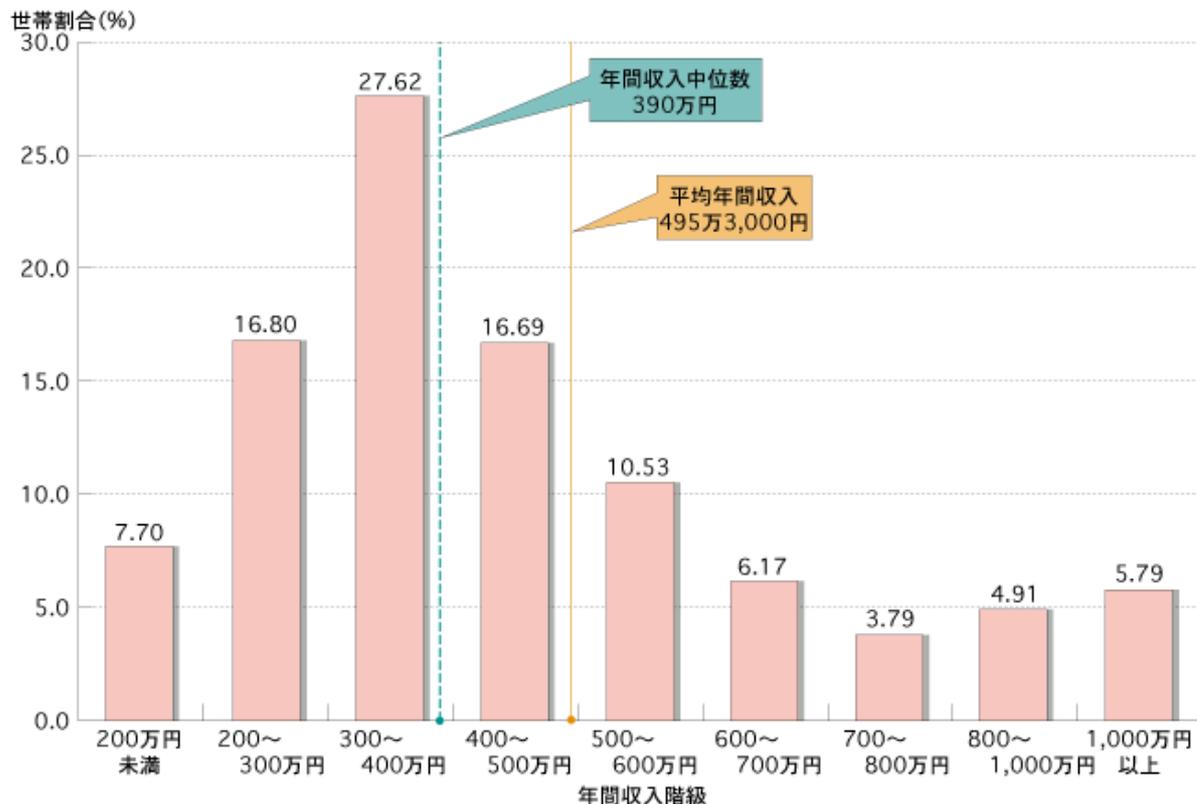
収入（年間）の分布をみると、約3割が「300~400万円」（約28%）である。100世帯当たり約8世帯は収入が「200万円未満」（約7.7%）であるが、約6世帯は「1,000万円以上」（約5.8%）の収入である（図4-2-10）。一方、貯蓄をみると、100世帯当たり36世帯は「2,000万円以上」（約36%）であり、28世帯は「900万円以上2,000万円未満」（約28%）であるが、9世帯は「300万円未満」（約9.3%）である（図4-2-11）。

収入と貯蓄の双方からみると、全体の9%の世帯は、収入が「800万円以上」かつ貯蓄が「1,200万円以上」という世帯であり、現役世代の平均よりも収入・貯蓄が大きい。一方、全体の3%の世帯は、収入が「300万円未満」かつ貯蓄が「150万円未満」となっている。

このように、高齢者層を個別にみると、健康面でも所得面でも格差が大きい。要するに、一定の年齢を超えた高齢者層を、健康も所得水準も考え方も同じような集団として、ステレオタイプ（型にはまった画一的なイメージ）でみることが問題である。

図4-2-10 高齢夫婦世帯の収入の分布（1994（平成6）年）

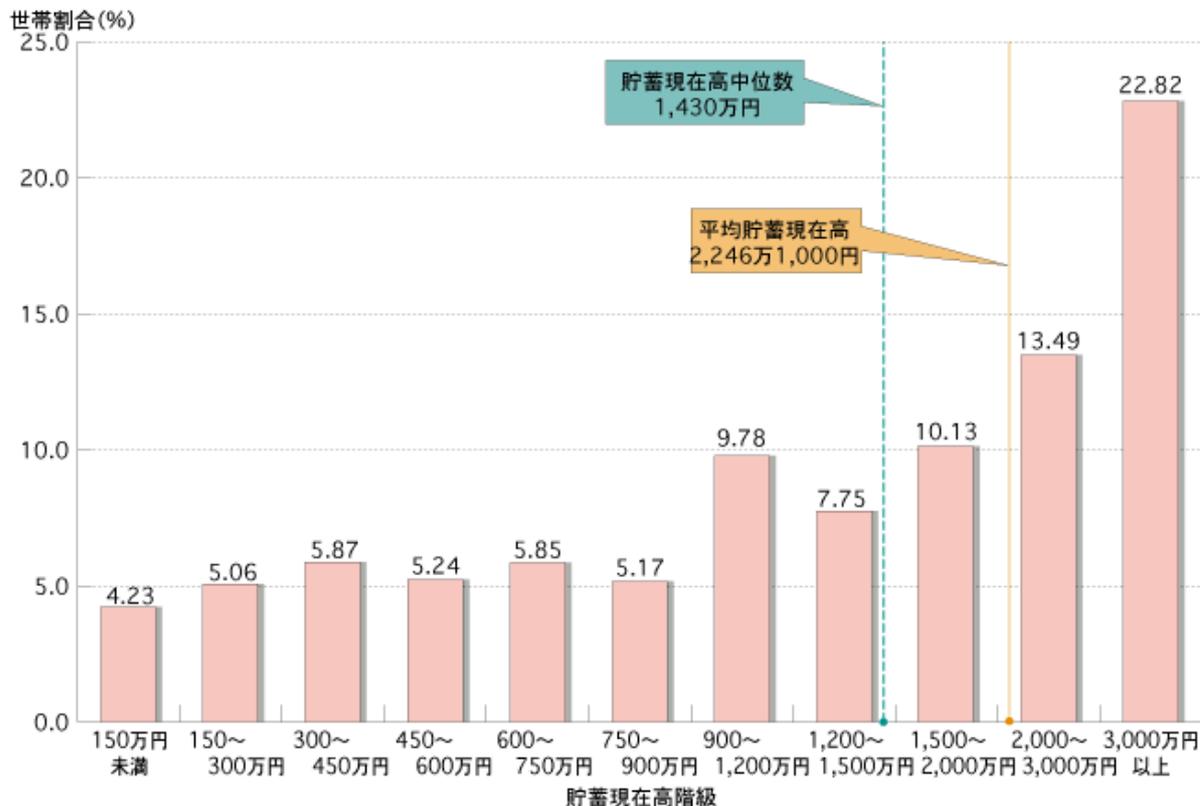
図4-2-10 高齢夫婦世帯の収入の分布 (1994 (平成6) 年)



資料：総務庁統計局「全国消費実態調査」(1994年)
(注) 高齢夫婦世帯とは夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの世帯である。

図4-2-11 高齢夫婦世帯の貯蓄の分布 (1994 (平成6) 年)

図4-2-11 高齢夫婦世帯の貯蓄の分布 (1994 (平成6) 年)



資料：総務庁統計局「全国消費実態調査」(1994年)
(注) 高齢夫婦世帯とは夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの世帯である。

(新しい高齢世代)

また、現在の高齢世代では、明治・大正時代に生まれてきた人たちがほとんどであるが、21世紀において高齢世代となる人々は、戦後の高度経済成長を支えてきた昭和10年代以降に生まれてきた人達となる。さらに、2010(平成22)年以降は、経済のみならず、日本の社会文化を支えてきた「団塊の世代」(1947(昭和22)年から49(昭和24)年生まれの世代)が、65歳以上の高齢世代の仲間入りをしてくる。

これらの世代は、現在の高齢世代とは、職業経験(例. 農業中心からサラリーマン中心)、生活体験(例. 農村生活から都市生活・消費生活中心)、人生経験(例. 戦争世代から戦争を知らない世代)、文化・価値観(例. 青年期における教育の相違、いわゆる60年安保闘争や大学紛争経験世代)、消費行動(例. 豊かな時代における消費の楽しさを経験している世代)など、様々な点で明らかに異なる世代である。また、現時点で、既に将来の少子高齢社会の到来を十分認識している世代である。これらの世代が高齢世代の大部分を占めるようになると、高齢社会の姿を大きく変えていくことが予想される。

また、新しい高齢世代は、多様なニーズ(需要)を持った大消費者層の出現でもあり、経済活動に新たなチャンスを与えるものである。

3-3 エイジレスの時代

(活力ある高齢化)

1992年の国連総会で、「高齢者のための国連原則」の実現を目的として、1999年を「国際高齢者年」とする決議が採択された。「高齢者のための国連原則」とは、高齢者の「自立」「参加」「ケア」「自己実現」「尊厳」の5原則である(コラム参照「国際高齢者年」について)。

国際高齢者年のテーマは、「すべての世代のための社会をめざして」(towards a society for all ages)となっている。高齢者年というと、高齢者問題が中心になることを予想するかもしれないが、このテーマは、高齢者の問題は、高齢者だけの問題ではなく、すべての世代にまたがる課題であり、高齢者だけを特別扱いしないで、高齢世代も若い世代もともに社会の一員として、住みやすい社会をつくるために活動していこうというユニークな考え方を示している。

また、この考え方には、1997年のデンバー・サミットの共同コミュニケに示された「活力ある高齢化」(Active Aging)という考え方と一脈通じるものがある。「活力ある高齢化」とは、高齢者が被扶養者であるという古い固定観念を捨て、社会の主体として位置づけ、そのための施策を推進していくことを意味している。

(エイジレス社会)

このような考え方からみると、高齢社会においては、単純な年齢によって世代間の取り扱いを区別することは疑問であり、場合によっては、すべての世代の連帯を損なうおそれがある。21世紀の日本社会は、人口構成上、高齢者がマイノリティ(少数)ではなくなる時代であって、例えば、現在の社会保障制度の中にみられる単純な年齢による区別(例. 医療費の一部負担の水準)は、社会的に合理的な理由をつけることが困難になるであろう。

21世紀の少子高齢社会においては、マジョリティ(多数)になりつつある高齢世代が、その能力と経験を生かして、若い世代とともに、経済社会や地域社会を支えていくことが重要であり、そうした社会となることが期待される。年齢によって区別することに合理的な理由があるものは別として、年齢のみで世代間に区別をつけることが不合理なものについては「エイジレス(年齢による区別がない)」の時代を迎えるであろう。

(高齢者は社会を支えていく主体)

日本の高齢者の労働力人口比率は、男女とも、欧米諸国よりも高い水準にある(表4-2-12)。特に65歳以上75歳未満の前期高齢者(ヤング・オールド)の労働力人口比率は、男女平均でも30%を超えている。こうした高齢者の労働意欲は、少子高齢社会に対する悲観的な見方を変えていくだけの力があるであろう。

例えば、近年「定年帰農」というライフスタイルが注目を集めている。都会でのサラリーマン生活を高齢で退職したあと、稲作や果樹の栽培等に従事し、農業の担い手としてあるいは趣味として農作業を行う姿である。農林水産省によると、1997(平成9)年には、60歳以上で約3万人が、新規農業従事者となっており、新規農業従事者全体の50%を占めている。また、「シニア・ベンチャー」と呼ばれているが、中高年世代が新たな事業を興して「起業家」となる割合が高まっている。中小企業庁の調査によれば、1991年以降の起業家のうち、40歳から49歳の人達

が全体の35%, 50歳以上が37%を占めている。

いずれにせよ、高齢者が「活力ある高齢化」(Active Aging)世代として、社会を支えていく主体となることが期待されている。長年積み重ねられてきた知識や経験、技能が、少子高齢社会においては重要な役割を果たすものと予想される。こうした点からみても、長い人生の全般にわたって健康で生きがいを持って充実した生活を送れるように、高齢者の雇用・就業の促進、高齢者が活動しやすい生活環境の整備など、社会の仕組みや人々の意識を変えていくことが必要となっている。

表4-2-12 65歳以上の労働力人口比率の国際比較

表4-2-12 65歳以上の労働力人口比率の国際比較

国名(年次)		労働力人口 (万人)	労働力人口比率(%)		
			男女計	男	女
日本	1997	475	24.2	36.7	15.4
アメリカ	1997	389	12.2	17.1	8.6
カナダ	1996	22	6.4	10.3	3.5
イタリア	1996	31	3.5	6.0	1.8
イギリス	1993	45	5.1	7.4	3.5
フランス	1996	13	1.4	1.7	1.2
ドイツ	1996	36	2.7	4.4	1.6
(参考)					
日本(60歳以上)	1997	910	33.3	48.6	21.7
韓国(60歳以上)	1996	184	39.6	54.5	29.2

資料：日本は「労働力調査」、アメリカは労働省労働統計局 "Employment and Earnings"
 その他はILO "Yearbook of Labour Statistics"より作成

第1編

第1部 社会保障と国民生活

第4章 社会保障は今後どのような方向に向かうのか

第2節 21世紀の社会保障の方向を展望する

4 これからの社会保障を考える5つの視点

3で述べた人口構造の変化に対する見方や新しい高齢者像や高齢社会に対する見方も前提にして、これからの社会保障のあり方を考える上での5つの視点を提案する。これらの視点を持ちながら、現行の社会保障制度について、経済社会の変化や国民生活の変化等に適切に対応できるように適宜見直しを行い、社会を構成する皆で支えあい、より良いものにしていく努力が重要である。

コラム

<住民参加の介護保険制度づくり>

西伯町は鳥取県の西端に位置し、人口約8,300人、面積約83km²、そのうち森林面積が約8割を占める中山間地域にある町である。高齢化率約25%、4人に1人が65歳以上の高齢者の町で、住民参加による介護保険制度をつくってほしいと、1998（平成10）年12月5日に「西伯いきいきまちづくりの会（通称100人委員会）」を発足させた。

委員選定は公募により行った。公募用紙を町内全戸に配布し、応募のあった全員（98人。うち男性38人、女性60人）を委員とした。委員は20歳代から80歳代までの老若男女となっているが、現在介護を行っているまたは近い将来介護をする可能性があり、介護を身近に感じている40～60歳代の女性が全体の6割を占めている。また、職業については、寮母、看護婦、会社員、農業、公務員、主婦など多種にわたっている。

月に1回は会議を開催し、1998年12月から1999（平成11）年3月までは全体で介護保険制度の勉強会を行い、4月からは5つの班に分かれて、班ごとにテーマを決めて（生きがい対策、要介護認定審査、自立支援、介護サービスの内容、福祉と医療の関わり、在宅サービスと施設サービスなど）検討を行っている。最終的には、これらの検討をもとに具体的な提言を行い、その後も介護保険制度が円滑に運営されるよう見守っていくこととしている。

介護保険制度の施行を契機に、住民参加による新しいまちづくりが開始されようとしている。

コラム<住民参加の介護保険制度づくり>地図



<広域連合を活用した愛知県知多北部3市1町の取組み>

介護保険制度の実施に向けて、愛知県の知多半島の付け根、名古屋市の南に位置する東海市、大府市、知多市、東浦町の3市1町は、介護保険の事務を共同処理する広域連合を設立した。

この3市1町は、人口約30万人、面積約150km²に上り、ほぼ中核市並みの規模を有している。各市町とも高齢化率は、約12%程度と全国平均より低い。老人保健福祉計画の進捗状況は、3市1町を合わせた進捗率をみると、介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）を除けば、おおむね順調といえる。さらに、3市は1998（平成10）年度において地方交付税のうち普通交付税の不交付団体となっている。このような状況で、介護保険制度を広域で実施する事例は全国でも珍しい。

介護保険制度を広域連合で実施することとなったのは、この3市1町が古くから人や物の交流、行政的なつながりが深かったこともあるが、直接には、1997（平成9）年4月から知多北部3市1町をエリアとする都市型CATV（「知多メディアネットワーク」）の事業展開が始まり、情報を共有する圏域として密接な連携を図りつつあることがきっかけとなった。

1998年6月に、3市1町の首長で組織する「広域連絡会議」において、介護保険を広域連合で実施する旨の合意がなされ、同年12月に各市町の議会で設立の議決を得た。さらに、1999（平成11）年3月には、愛知県知事から設立許可書の交付を受け、6月1日に「知多北部広域連合」が設立された。このような取組みを行う利点として、1)市町村特別給付の充実、2)介護サービス市場規模の拡大による民間事業者の参入促進、3)人件費、事務処理システムなどの経費節減、などに期待が寄せられている。

今後、「知多北部広域連合」は、広域計画に基づきながら、構成市町と連携を図りつつ、被保険者の資格管理、要介護（要支援）認定、保険給付、保健福祉事業、介護保険事業計画策定等、介護保険に関するすべての事務を共同で行うこととしている。

コラム<広域連合を活用した愛知県知多北部3市1町の取組み>地図



4-1 社会保障制度は安心できる生活のインフラストラクチャー（社会資本）

第1章から第3章までの分析を基に、今日までの我が国の社会保障の成果を総括すると、次のようなことがいえる。

我が国の社会保障は、個人の日常生活や長い一生の間に起きる様々なリスク（危険性）の影響をできる限り小さくして、安定した生活を保障することを目的として、制度の拡充・発展が図られてきた。また、人間としての尊厳を尊重しつつ、個人の自立支援や家庭機能の支援を目的として、各種の施策が創設・展開されてきた。これまで、我が国の社会保障は、全体的には良好な実績を示してきており、国民生活の安定や、貧富の格差の縮小、低所得者層の生活水準の向上、個人の自立支援、家庭機能の支援、経済の安定的発展等のために貢献してきた。

第2章で説明したとおり、社会保障は、疾病にかかったり、障害を有することとなったりしたとき、収入を得る方途がなくなったときなどに、安心して生活を継続できるように、あるいは再び自立の道を歩むことができるように機能する「社会的セーフティネット」の役割を持つ。現在では社会保障の各制度は、乳幼児から高齢者に至るまで、1人暮らし世帯から多世代世帯に至るまで、家庭生活から職場に至るまで、すべての人々の生活の中に組み込まれ、日々の生活を送る上で不可欠なものとなっている。社会

保障制度の存在により、人々は日常生活や経済活動を円滑に営むことができる。言い換えれば、社会保障制度が、経済社会の活力や人々の活動を支えている。

このような役割を持つ社会保障制度は、道路や鉄道などの交通網、上下水道や公園等の公共施設、警察や消防、教育などと同様に、私達の社会に不可欠な基本的要素である「国民生活のインフラストラクチャー（社会資本）」と位置づけることができる。社会保障はすべての人々によって支えられており、今後とも社会保険料や税等の負担を有効に活用しつつ、社会保障制度という名のインフラストラクチャーを強化していく必要がある。

また、第2章第4節や第3章第4節でみたとおり、社会保障関連の業務に携わる人々は、現在では約450万人に上るが、その多くは、保健医療、福祉分野等における専門性と技量と倫理観を備えた人々であり、重要な人的資源である。

4-2 社会連帯意識の再構築

近年、年金制度や老人保健制度の改正、介護保険制度の創設等に当たって、現役世代と高齢世代の負担のあり方については、しばしば「世代間扶養」（または世代間連帯）という考え方が用いられている。具体的には、勤労期間中の現役世代が高齢世代の年金や医療等の費用負担をし、その現役世代が高齢期を迎えたときには、その後の世代の負担により、年金の給付等を受けるというものである。

第2章で分析したとおり、世代間でみると、年金や医療等の社会保障制度を通じて現役世代から高齢世代へ多くの所得移転が行われていることにより、社会保障制度が持っている所得再分配機能が効果をあらわしている。また、高齢世代が受給する年金・医療等に要する費用を現役世代が負担する世代間扶養の仕組みをとることにより、例えば、年金制度では、物価スライド等により年金額の実質的な価値を維持できたり、老人保健制度では、低い患者負担で医療を受けることができたりしてきた。

しかし、これらの制度は、現在ほど高齢化が進んでいない時期に基本的骨格が設計されたものであって、現在のような急激な少子高齢化の人口構成の下では、高齢化の進展に伴い現役世代の負担が過重なものとなる可能性があり、給付と負担の均衡を図る必要がある。また、社会のマジョリティとなりつつある高齢世代を、高齢世代内の所得や資産等の多様性を考慮することなく、合理的な理由がないにもかかわらず、一律の年齢区分のみですべて給付対象者として設定したり、負担能力のある者に負担を求めていることも、高齢者人口の増大による高齢世代への給付増を通じて現役世代の負担増に結びついている。その結果、現役世代における社会保障制度に対する不安感や負担感に結びついているものと考えられる。

高齢化率が上昇する一方、人口減少社会を迎えようとしている中で、現役世代に負担が集中するような仕組みでは、現役世代における社会保障制度の負担感の重さにつながり、現役世代に対して世代間扶養や社会連帯という考え方を否定的に認識させ、ひいては社会保障の成立基盤をゆるがしかねない。現時点では、図4-2-13のとおり、現役世代では、世代間連帯の考え方による制度の仕組み方について、約6割の人が「賛成」で、約4割の人が「反対」であるが、20代では、賛成と反対がほぼ同じ割合となっている。

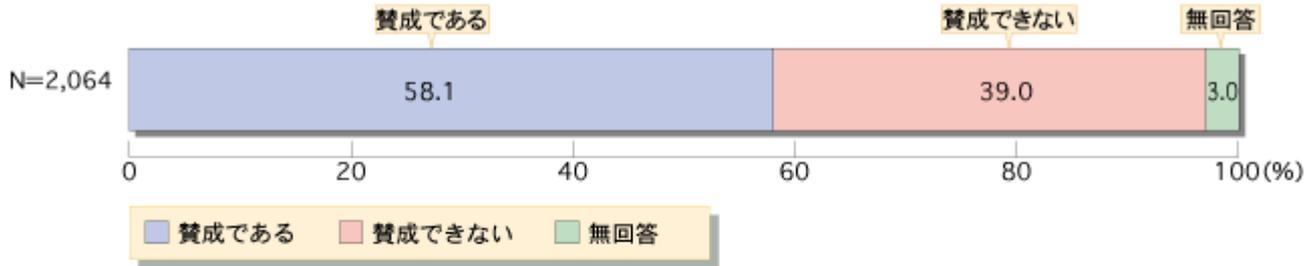
社会保障は個人の自立自助を基本に、社会を構成する各人がお互いに助け合うという社会連帯の考え方により支えられている。様々な世代において、特にこれからの社会を担っていく若い世代において、社会保障の意義や内容を正しく理解し、社会保障をともに支え、つくり上げていくことが大切である。そのためには、高齢世代と現役世代間の給付と負担のアンバランス（不均衡）を調整する等、社会連帯意識を再構築していくための制度設計や制度運営の工夫が不可欠である。社会保障給付に対する高齢者と現役世代の負担の関係についていえば、高齢世代が増大し、相対的に現役世代が減少していく21世紀においては、「同じ負担能力を持つ人は同じ負担」ということを基本にして、種々の制度の負担方式を再検討する必要がある。

社会連帯意識のせい弱化を防ぎ、今後とも社会連帯意識を維持していくためには、ある世代が支える、あるいはある一部の人々が支えられるという関係ではなく、すべての世代で、すべての人々で社会保障制度をともに支えていくことが重要であり、こうした考え方を具体的に反映する仕組みをつくっていか

なければならない。

図4-2-13 「世代間連帯」の考え方による制度の仕組み

図4-2-13 「世代間連帯」の考え方による制度の仕組み



		全体	賛成である	賛成できない	無回答
全 体		2,064 (100.0)	1,199 (58.1)	804 (39.0)	61 (3.0)
性 別	男	1,082	59.0	38.8	2.2
	女	982	57.1	39.1	3.8
年 齢	20代	459	51.4	45.1	3.5
	30代	475	57.9	40.4	1.7
	40代	558	57.9	39.4	2.7
	50代	543	63.5	32.4	4.1
	無回答	29	69.0	31.0	0.0

資料：「1999年1月社会保障制度に関する調査」

4-3 少子化や家族形態の変化に対応した社会保障制度の構築

(少子化への対応の推進)

これまでの我が国の社会保障をみると、年金、医療を中心に、高齢化社会対策に多くの力が注がれてきた(第3章第2節参照)が、高齢化の進展の一方で、晩婚化(若い人々の未婚率の上昇)が進み、少子化が進行している。

『平成10年版厚生白書』では、この少子化の問題を正面から取り上げ、「子どもを産み育てることに「夢」を持てる社会」を形づくる家族、地域、職場、学校の姿を展望し、今後の国民的議論に向けた問題提起を行った。その後、内閣総理大臣の主宰により開催された「少子化への対応を考える有識者会議」は、男女がともに、家族や地域の責任と仕事を両立できるバランスのとれた多様な働き方・生き方を実現できるよう、また子どもたちがのびのびと楽しく成長していけるよう、環境整備を進めていくことを提言している(1998(平成10)年12月)。この提言で指摘されているとおり、これらの環境整備は、少子化への対応であるとともに、高齢化への対応としても望ましく、さらにはこれからの我が国を誰もがより住みやすい所として実感できる社会にしていく上で重要である。

推進すべき環境整備の項目は多岐にわたり、男女の仕事と育児の両立を図ることを始め、総合的な取組みが一層重要となっている。人々の意識や慣行に関わる事柄も多いことから、国民的な広がりのある息の長い取組みが求められるが、保育等子育てサービスについて、都市部の低年齢児保育など需要の多いサービスの整備、生活スタイルの変化に対応した多様なサービスの提供、良質なサービスの効率的な提供、子どもの立場に立った保育の質の確保などを図ることや、子育ての経済的負担を社会的に支援する

方策のあり方を検討することなど、社会保障制度に関わる事項も多い。今後の社会保障に関する施策の展開に当たっては、このような少子化への対応の推進が重要な柱である。

また、こうした子育て支援策は、少子化への対応のみならず、男女共同参画社会の形成の推進に資するとともに、従来多くみられた育児を理由とした就業中断から、育児と仕事の両立や就業継続の可能性を通じて、人生の選択の幅を拡大する効果がある。

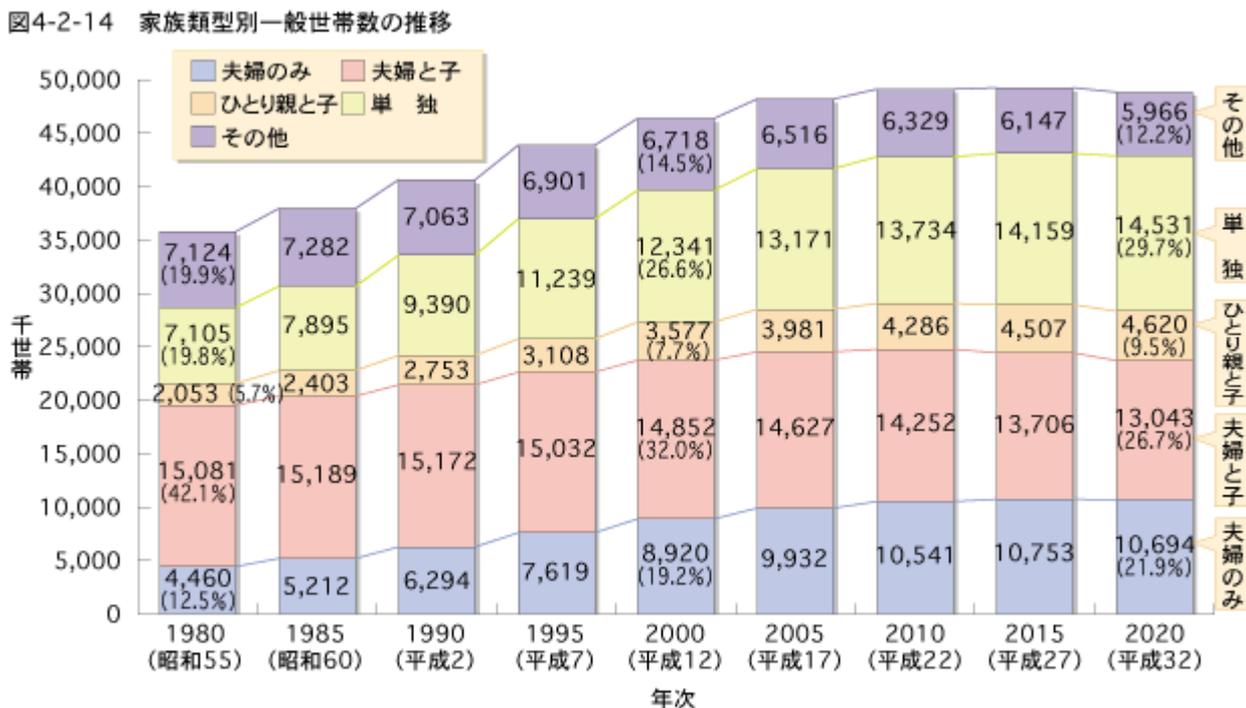
(家族形態の変化)

少子高齢化の進展ばかりでなく、社会保障を取り巻く環境は日々変化をしている。その代表的なものは、家族形態の変化である。

戦後一貫して家族規模の縮小が進んでいるが、今後ともその傾向が進むものと見込まれている。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計」(1998(平成10)年10月)によれば、平均世帯人員は、1995(平成7)年の2.82人から、2020(平成32)年には2.49人にまで減少し、欧米諸国の中でも数値が低い現在の北欧諸国並みになる。図4-2-14のとおり、家族類型別にみると、「夫婦と子の世帯」は1995年には約1,500万世帯と全世帯の34%を占めていたのが、2020年には1,300万世帯、27%に減少し、一方、「単独世帯」は、1,100万世帯から1,450万世帯、全世帯の26%から30%へ増加し、世帯類型別では、「単独世帯」が最も割合が大きくなる。

21世紀前半には、3世帯に1世帯が1人暮らしであり、「夫婦に子ども」世帯というのは、必ずしも標準的な世帯とはいえなくなってくる。これまで、社会保障制度の中には、「夫婦に子ども」世帯を標準に、制度の仕組みや給付内容等がつくられているものがあるが、今後は、単独世帯(1人暮らし世帯)も同じように念頭において制度の仕組み等を考えていく必要がある。また、社会保障制度の存在が家族の結びつきを損なったり、逆に形式的な結びつきを強制したりするものであってはならないが、家族規模が縮小する中で、社会保障の機能のひとつである家庭機能支援という点に対して、一層配慮していくことが重要となろう。

図4-2-14 家族類型別一般世帯数の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」(1998年10月推計)

4-4 社会保障の総合化と厚生・労働行政の統合・連携の強化

(社会保障の総合化)

社会保障制度が充実してくるにつれて、制度間の総合調整が必要になってきている。例えば、2000（平成12）年4月施行の介護保険制度は、それまで老人福祉分野と老人医療分野とに分立していた介護施策に見られた両者間の様々な不整合を是正することを、制度創設の目的の一つとしている。ただし、今後とも、施行状況をみながら、医療保険制度や障害者福祉施策との整合性など、検討を要する事項が残されている。

高齢者関係施策だけをみても、制度の目的は個別には異なるものの、結果的に同じような機能を果たしているものがある。具体的にいえば、医療費保障である医療保険制度（高齢者の場合には老人保健制度）と、老後の所得保障である年金制度とは、制度の目的、財源構成、保険給付の方法など、社会保険制度としては全く異なる仕組みであるが、いずれも高齢期の生活保障という機能では同じ役割を果たしている。介護保険制度も要介護者の生活保障という機能を持つ。これら3種類の制度により高齢期の生活保障は充実するが、一方で、これらの制度間における非効率的な給付については、相互調整を行う必要がある。

このように、社会保障制度の範囲や規模が拡大してきた結果、各制度間の相互関係に十分留意し、調整しながら、制度の運用やその見直しを行う必要がある。そうしなければ、各制度の運営上の非効率性の問題だけでなく、高齢者関係給付の負担の多くを担っている現役世代からみて給付と負担の公平という観点からみても問題である。

(厚生・労働行政の統合・連携の強化)

年金制度と雇用の関係、少子化への対応を推進する環境整備の重要な柱である仕事と育児の両立支援施策、障害者保健福祉と障害者雇用との関係、介護保険と介護休業制度など、社会保障制度と労働関係のあり方との間には、密接に関連しているものが多い。これらについても、相互関係を考慮しながら施策を展開していくことが重要である。2001（平成13）年には、厚生省と労働省との統合により「厚生労働省」の誕生が予定されているが、厚生行政と労働行政の統合・連携の強化により、効率的かつ効果的な社会保障行政の展開が期待できる。戦後で最も高い失業率という厳しい雇用失業情勢を踏まえ現下の雇用対策が喫緊の課題であることはもちろんであるが、今後とも、雇用対策を含め、安心して働くことのできる、また、できる限り自分の能力を活かし、自己実現を図ることができる社会を実現していくという考え方を基にして、雇用と社会保障の連携を通じて福祉の増進を図る施策の展開が重要となろう。

4-5 福祉の充実による地域の活性化

(地方分権の推進と「福祉でまちづくり」)

1990年代は、国と地方公共団体が担う役割を明確にし、地方公共団体の自主性・自立性を高めるために、地方分権に対する取組みが飛躍的に進んだ年代として特筆される。1995（平成7）年5月に、地方分権推進法が制定され、その後、総理府に地方分権推進委員会が設置され、数次にわたる勧告を政府に行い、1998（平成10）年5月には地方分権推進計画が閣議決定され、本年3月に「地方分権一括法案」が国会に提出された。この法案の概要は、機関委任事務制度の廃止及びそれに伴う事務区分の再構成、国の関与等の縮減、権限委譲の推進、処置規制の整理合理化、地方公共団体の行政体制の整備確立等のために関係法律の改正等必要な法律の整備を行うものである。

厚生行政においては、社会福祉分野で、機関委任事務や団体委任事務のウエイトが大きかったが、80年代半ば頃から権限委譲を進め、90年代においては、社会福祉関係の法制度において、住民に最も身近な市町村を福祉サービスの責任主体とする改正を行ってきている。今回の地方分権一括法により関係各法

が改正され、福祉サービスのほとんどは、市町村の自治事務と位置づけられる。これは、市町村の裁量範囲が大きくなるとともに、住民に対する責任も大きくなることを意味する。1986(昭和61)年に保育所、老人福祉施設等への入所措置等の事務が団体事務とされるまで、ほとんどの社会福祉事務が機関委任事務とされていたため、全国画一的に事務を処理せざるを得なかった。現在では市町村が、住民の要望を直接受け止めて主体的に取り組んでいくことが基本となっており、今後、こうした傾向が加速されよう。

福祉対策は市町村行政の最大の課題の一つであり、その取り組み方は、市町村が住民の需要にどの程度的確に答えているかについて評価をするひとつの指標になるものと考えられる。当面の試金石は、市町村が保険者である介護保険制度が、どの程度住民の期待に応えられるかという点にある。さらには、第3章第3節でみたとおり、社会保障が地方経済に与える影響には大変大きなものがあり、21世紀の少子高齢社会においては、福祉の充実を中心としたまちづくりに積極的に取り組むことにより、地域の活性化や新たな地域文化の創造につながるものと考えられる。

(住民参加の推進と行政の広域化)

地方分権は、国と地方公共団体という行政機関相互の関係だけではなく、分権を通じて住民主体の地方行政が展開されることを意図している。そのためには、住民が積極的に行政の企画立案に参画していくことが重要であり、住民の意見を反映させる仕組みが必要である。この点に関しても介護保険制度では、介護保険事業計画の作成に関して被保険者の声を反映させる旨の規定が盛り込まれているため、各地で住民参加型の計画づくりが行われつつある。

また、住民の要望(ニーズ)に的確かつ効率的に対応していくためには、市町村の区域についても、それぞれの行政課題に応じて柔軟な対応を求められている。これまで廃棄物処理や上下水道等の事業について、市町村の広域的な対応例がみられてきたが、特に介護保険制度では、広域連合制度の活用を始め、市町村が共同で広域的に対応しようとする動きが数多くみられ、今後の地方行政のあり方に変化をもたらす契機となる可能性がある。