

ライフサイクルからみた高齢期の社会保障

増 田 雅 暢
小 島 克 久

I はじめに

1987(昭和62)年1月に刊行された『昭和61年版厚生白書』は、1980年代後半から現在に至る社会保障行政の展開を考える上で、政府が明確なメッセージを国民に伝えた厚生行政年次報告として重要である。この白書は、当時公表されたばかりの厚生省人口問題研究所による「昭和61年12月日本の将来人口推計」を活用して、「人生80年時代」の到来、21世紀前半には4人に1人が65歳以上の者で構成される「超高齢社会」の到来、といったわかりやすいキーワードを使いながら、21世紀には、我が国が欧米諸国よりも高い水準の高齢化率となる本格的な高齢社会を迎えることを、強く印象づけた。

その上で、この白書は、生産年齢人口割合が高度成長期と同じように高く、生産年齢人口に扶養される従属人口指数が低い80年代後半から90年代という21世紀に至る10年間余りこそ、「将来の超高齢社会すなわち本格的な長寿社会にふさわしい経済社会システムの構築の準備に最も適切な時期であり、同時に無為に過ごしてはならない貴重な時期である」と力説する。「本格的な長寿社会への過渡期である21世紀に至るこの時期にこそ、各種社会保障制度が長寿社会にふさわしいものであるかどうか再検討し、将来を見据えて必要な制度改革を行うことにより、21世紀においても安定的で信頼感のある社会保障制度の構築をめざしていく必要がある」と、90年代後半の社会保障構造改革を見通していたかのようなメッセー

ジを発している。

本稿では、我が国の高齢期に関する社会保障施策は、制度の充実、対象者の普遍化、社会保障給付費の増大、新制度の検討・創設等、『昭和61年版厚生白書』刊行当時に想定されていた以上に拡充・発展してきたという認識の下に、ライフサイクルからみた高齢期の社会保障の現状について解説・分析する。

まず、IIでは、高齢者に対する社会保障制度の発展の歴史を概観する。続いてIIIでは、現在の高齢期における社会保障施策の全体像をみる。IVでは、ライフサイクルでみた社会サービスの給付と負担の現状、年齢階層別にみた所得再分配状況などを分析する。最後に、Vでは、高齢期の社会保障制度に対する今後の課題を展望する。

II 高齢者に対する社会保障制度の発展の歴史

1 戦前の歴史

高齢期における社会保障制度の発展の歴史を概括すると、貧困者救済対策というごく一部の低所得高齢者を対象とした施策から、対象者が高齢者一般に拡大するとともに、所得の多寡や家族形態の相違にもかかわらず、社会的な支援が必要であると認められる高齢者であれば誰でも制度からの給付を享受できるという、施策の一般化、普遍化の道を歩んできている。

明治時代から第2次世界大戦終戦前までは、高齢者一般を対象とした法制度は存在せず、貧困者救済制度(救貧制度)の中で対応されていた。その上、対象者の範囲、救済方法、その水準等、極

めて限定されていた。

最初の法制度は、明治新政府の下で明治7(1874)年に制定された恤救規則である。これは、後述する救護法が昭和4(1929)年に制定されるまで、半世紀以上にわたって救貧制度の中心となった法規である。我が国最初の公的扶助制度として特筆されるものであるが、その内容は、貧困者の救済を国の義務としたものではなく、逆に「国家が積極的に何等の責任を負わないことを表明」したようなもので、明治時代の救貧制度は、個人的な慈善心に訴え、国家が直接これに関与すべきものではないという原則に立っていたと評されている³⁾。すなわち、貧困者の救済は「人民相互の情誼」に基づき、家族や隣人等の「隣保相扶」を基本原則とし、「無告の窮民」(よるべのない生活困窮者)のみが公的施策の対象とされた。その上で、たとえば、極貧の独身者で70歳以上であり重病あるいは老衰により就業できない高齢者が救済対象となり、救済方法は、1日に男性は米3合、女性は米2合の割の給付というものであった。運用にあたっては適用条件が厳しく、救済が必要な者が適用にならない等、救貧制度としては不十分な内容であった。

救護法は、今日の生活保護制度の前身ともいえるべき救護制度を創設したもので、対象者は、65歳以上の老衰者、13歳以下の幼い者、妊産婦、障害等による労働不能者で、貧困のため生活不能者となっている。救護機関は、方面委員(現在の民生委員の前身)の補助の下に、国の機関としての市町村長が担当する。救護の種類は、生活扶助、医療扶助等の4種で、救護費は、国が2分の1、府県と市町村が各4分の1ずつを負担することとされていた。この救護法の内容は、救護を国の義務とする等、恤救規則よりは進歩したものであったが、被救護者に欠格条項が設けられて限定されているほか、給付内容・水準、対象者の権利擁護等、まだ不十分な内容のものであった。

2 戦後の歴史

第2次世界大戦後の半世紀余りの間に、高齢者に対する社会保障制度は、飛躍的な拡充の歴史を

歩んでいる。その発展の歴史を5つの時期に分けて概観してみよう。

第1の期間は、第2次世界大戦後から1955年頃までである。この期間においては、戦前と同様に高齢者関係の単独の法制度は存在せず、日本国憲法第25条の生存権保障の理念を具体化した生活保護法(1946年9月に旧生活保護法制定、1950年5月に現行の生活保護法制定)による低所得の高齢者に対する生活保障が中心であった。戦前からの養老施設は、生活保護法第38条により、保護施設として位置づけられ、老衰のため独立して日常生活を営むことのできない要保護者を収容して、生活扶助を行うことを目的とする施設と定義された。この時期は、基本的には戦前と同様に、貧困者救済施策として低所得の高齢者を対象としていた時代である。

第2の期間は、1950年代後半から60年代半頃までである。この時期は、前半は、国民健康保険法の全面改正(1958年)や国民年金法の制定(1959年)を経ての国民皆保険・皆年金の実施(1961年)、後半は老人福祉法の制定(1963年)が行われた。国民皆保険・皆年金の実施により高齢期における医療費保障、所得保障が制度として整えられ、老人福祉法により社会福祉分野において老人福祉制度が確立した。このように、高齢者関係施策が、貧困者である高齢者の救済から、高齢者一般を対象にした施策に発展した時期であり、高齢者関係の社会保障制度の基盤が確立した時期である。これらの制度整備の社会的背景としては、戦前の家族制度の解体や、人口の高齢化、人口の都市部への移動と核家族化の進行、工業化の進展による産業構造の変化など、昭和20年代から30年代における日本社会の急激な変化に適応できず、一方で、本格的な高度経済成長に伴う物価上昇の影響をこうむり、勤労世代(現役世代)の所得水準の上昇からは取り残された高齢世代に対して、社会的支援が必要であるという世論の高まりと社会的合意がある。

老人福祉法は、既に制定されていた児童福祉法、身体障害者福祉法に続くものとして、福祉関係者や老人関係団体等の熱心な運動の下に制定された。

老人福祉法により、国や地方自治体の老人福祉増進の責務が明確にされるとともに、老人福祉施設や在宅福祉、健康増進や社会参加推進など、各種の老人福祉施策を総合的、体系的に推進していくこととされた。施設福祉では、それまでの養老施設を養護老人ホームとし、新たに特別養護老人ホームを創設したほか、既に存在していた軽費老人ホームや有料老人ホームに法的な位置づけを与え、規制措置等を盛り込んだ。在宅福祉では、老人家庭奉仕員派遣事業を制度化した。ただし、これらのサービスは、法施行当時においては量的につつましいものであり、また、利用対象者は、生活保護受給者や市町村民税非課税者等の低所得者が中心であった。

老人福祉法は、制定当時においては、「世界で初めての老人福祉単独法」と評価されたが、現在の視点から法の規定をみると、高齢者を一括して社会的に支援が必要な「弱者」として受動的な存在として捉えていることがうかがえる。これは、「老人が一般国民に比して特殊な身体的、精神的ハンディキャップに起因する弱者であること、その過去において社会に貢献してきた者であること」の2点に着目し、これを社会的に保護し、優遇すること¹⁴⁾を老人福祉法の立法の基本目的としていることから、当然とも言える。この考え方は、前述したように戦後の急激な社会変化の過程で高齢者に対する福祉施策が著しく立ち後れているという認識が一般的であったことや、実際に年金制度等の各種社会保障制度が未成熟な状態にあったという、法制定当時の時代状況を反映している。

第3期は、60年代半ばから80年代前半までである。この時期は、国民健康保険制度の給付率の向上や年金水準引上げ等の各種制度の給付改善や、ショートステイ事業(1978年)、デイサービス事業(1979年)等の新たな福祉サービスの創設が行われている。その中でも最も大きなものが、1973(昭和48)年1月から実施された老人医療費の自己負担を無料とする老人医療費支給制度の実施である。この制度は、老人医療費の自己負担の重さが国民的な課題となり、政府部内で対策の検討が進められる一方、地方自治体における先行的な医

療費負担軽減策に促されるかたちで、老人福祉法の改正により対応された。制度実施後、老人医療費の急増を招き、後に老人保健法に基づく一部負担の導入という施策に変更された。老人医療費支給制度が創設された背景としては、当時の高齢者にとって医療保険の自己負担が重かったこと(国民健康保険の加入者である高齢者は3割負担、被用者保険の被扶養者である高齢者は5割負担、ともに負担上限を定めた高額医療費制度はまだ存在していなかった)、年金制度が未成熟で老後の所得保障が不十分であったこと、一方で、国の財政は経済成長に伴う税の自然増収に支えられ、一般歳出予算が年間10数パーセントの高い伸びを示しており財政的に対応可能であったこと等が挙げられる。老人医療費支給制度がその後の社会保障制度に及ぼした影響は、老人医療費の急増ばかりでなく、高齢者の医療費の一部負担と現役世代の医療費の一部負担の在り方に差異をつくったことである。以後、老人保健制度から現在に至るまで、高齢者医療保険制度の議論の際には、高齢者の自己負担を現役世代とは異なるものとするのが一般的となって、今日に至っている。

第4期は、80年代から90年代初期までである。この時期は、老人医療制度、年金制度、福祉行政の在り方に大きな変革が行われた。老人医療費を各医療保険者が公平に負担し、高齢者からは一部負担を求める老人保健制度の創設、従来の国民年金と被用者年金の制度を見直し全国民共通の基礎年金制度の創設、国の機関委任事務を地方自治体の団体委任事務に変更、あるいは老人福祉サービスを実施する措置権限を市町村に委譲する老人福祉法の改正等、第3期までの高齢者に対する社会保障の各制度の骨格を改正し、現在につながる制度としている。また、この時期は、福祉分野を担う人材の資質の向上や福祉の専門職育成の気運が高まり、社会福祉士及び介護福祉士法(1987年)が福祉関係では初めての単独の資格法として制定されている。

最後に第5期は、90年代である。この時期は、高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン。1990年度から実施)及び新ゴールドプラン(1995

年度から実施)に基づく保健サービスや施設福祉・在宅福祉サービスの計画的整備の推進と量的拡大, 公的介護保険制度の検討と介護保険法の制定(1997年)に代表される。サービスの提供・利用にあたって, 利用者本位, 自立支援, サービスの選択, 総合的サービスの提供, サービスの質の向上, 地域主義といった理念が, 大変重要視されてきている。また, 高齢者介護サービスを中心に, サービス提供主体として民間事業者の取組みが本格化してきた時期でもある。

Ⅲ 高齢期における社会保障制度の全体像

表1は, 高齢期における社会保障制度について, 保健, 医療, 年金, 生活保護, 介護, 老人福祉, 障害者福祉の各分野ごとに整理したものである。現在, 高齢期の社会保障制度は, 広範な広がり規模を有している。

まず, 保健分野における老人保健制度の保健事業は, 老後の健康の保持を図ることを目的として, 市町村が実施主体として, 40歳以上の居住者に対して行われている。実績をみると, 健康教育参加延人員は約1,190万人, 健康相談被指導延人員は約849万人, 基本健康診査受診者数は約1,057万人, 機能訓練被指導延人員は約281万人, 訪問指導被指導実人員は約100万人と, 大規模な公的保健事業となっている(数値は, 1997年度の全国の集計値)。事業費は全て国及び地方自治体の負担であり, 国の事業費の規模は約272億円(1999年度予算)となっている。現役世代の勤労者は職場における健康診査に委ねられることから, 保健事業の対象者は, 主として家庭の主婦や自営業者, 退職後の高齢者であり, 高齢期の健康保持に寄与している。

医療分野では, 60歳をすぎると同世代の約7割は国民健康保険制度の被保険者となる。そのうち60歳から70歳までの間は, 被用者保険制度に加入していた者に対して, 1984年創設の退職者医療制度の適用がある。70歳からは老人保健制度の適用となる。適用者数は約1,332万人(1997年度)と, 現在国民の10人に1人は老人保健法

により医療給付を受けている。老人医療費は約9兆7,232億円(1996年度)と, 国民医療費の3分の1を占めている。老人医療費の伸びは国民医療費全体の伸びを上回っており, 年々国民医療費に占める割合が高まっている。高齢者1人当たりになると年間78万2,000円であり, 全平均の3.4倍となっている。老人医療費の負担については, 約31%が国及び地方自治体の公的負担, 約64%が各医療保険者からの老人保健拠出金, 約5%が患者負担である⁵⁾。

年金分野においては, 国民年金制度の老齢基礎年金受給権者数は約1,830万人(被用者年金の被保険者である第3号被保険者も含む), 被用者保険制度の老齢(退職)年金受給権者数は約992万人となっている(1998年3月末現在)。年金保険の給付額は, 年間約34兆2,000億円(1997年度)。なお, 障害基礎年金や遺族年金も含む)に達している。言うまでもないことであるが, 公的年金制度は老後の所得保障に重要な位置を占めている。たとえば, 「国民生活基礎調査」(1996年)によれば, 全高齢者世帯のうち, 約6割の世帯は収入のすべてを公的年金に依存している。公的年金の占める割合が収入の2割以下という世帯は約4%しか存在しない。国民年金法制定前に行われた厚生省「社会保障調査」(1957年)によると, 当時の70歳以上高齢者の生計維持の主な方法としては, 家族の扶養に依存するものが83%を占めていた。一方, 現在では, 高齢者世帯の収入の約6割は公的年金が占め, 仕送り等は4%にすぎない。公的年金制度の成熟化により, 高齢世帯の所得構造は年金中心に一変している。

介護分野においては, 老後における介護不安の解消を目的とした介護保険制度により各種サービスが提供される。介護保険制度は, 2000年4月からの施行であるが, 初年度は約4兆7,000億円の介護給付が予想されている。ただし, そのほとんどは, 現在の老人福祉制度に基づく福祉分野の介護サービスと, 老人医療分野における介護サービスが移行する。介護給付の財源については, 施行当初は特別措置により高齢者の保険料負担の軽減策が講じられることとなっているが, 基本的に

表1 年齢別高齢者施策の一覧

	40歳	60歳	65歳	70歳
保健	○ 保健事業 (老人保健制度の保健事業) → ・健康手帳の交付, 健康教育, 健康相談, 健康診査, 機能訓練, 訪問指導			
医療	医療保険制度 ○ 被用者保険 ・本人2割負担, 家族3割負担(入院2割) ・政管健保保険料 本人8.5%(労使折半) ○ 国民健康保険 ・3割負担 ・1世帯あたり保険料額 年間16.7万円 (97年度実績)	退職者医療制度 → (被用者保険OB) ・本人2割負担 家族 外来3割負担 入院2割負担 ・退職者からの保険料以外は被用者保険制度が負担	老人保健制度 ・外来病院(定率1割負担上限制) 診療所(定額制(月に800円×4回)と定率1割負担上限制)との選択 ・入院一部負担(定率1割負担上限制) ・財源は, 一部負担(医療費の約5%)以外は, 国・地方負担30%, 医療保険各制度からの拠出金70%	
年金	○ 厚生年金 ・被保険者本人保険料 17.35% (労使折半) ○ 国民年金 ・保険料月額 13,300円(自営業者等) ・被用者本人の被扶養配偶者は, 保険料負担なし	老齢厚生年金 受給権発生 ・新規裁定の男子老齢厚生年金 平均月額 20.2万円(96年度) ・定額部分の支給開始年齢の引上げ (2001年から2013年にかけて段階的に65歳まで引上げ)	老齢基礎年金 受給権発生 (月額67,017円)	
生活保護	最低生活の保障			老人単身世帯(70歳女性) 月額108,864円 (1級地-1)
介護	○ 第2号被保険者 ・特定疾病に起因する要介護状態等における介護給付 ・保険料月額 平均約2,630円 (加入する医療保険制度によって異なる)		○ 第1号被保険者 ・在宅介護サービス 訪問介護, 訪問看護, 訪問リハビリ, 通所介護, 通所リハビリ, 訪問入浴, 短期入所, 福祉用具の貸与, 住宅改修等 ・施設介護サービス 特別養護老人ホーム, 老人保健施設, 療養型病床群等 ・保険料負担 (市町村保険者によって異なる。2000年9月までなし, その後1年間は半額) ・利用者負担 定率1割負担, 種々の軽減制度あり	
老人福祉	○ 生きがいつくり対策・相談事業 → ○ 介護予防・生活支援対策 → ○ 施設福祉 → ・軽費老人ホーム(ケアハウス) ・養護老人ホーム ・老人福祉センター, 老人憩いの家等			
障害者福祉	○ 在宅福祉施策 → ・更生医療, 補装具・日常生活用具の給付等 特別障害者手当, 社会参加促進等 ○ 施設福祉施策 → ・更生施設, 生活施設, 作業施設, 地域利用施設			

注) 医療分野のうち老人保健制度の負担は, 第147回国会に提出された老人保健法の一部改正案による。

は、国及び地方自治体の公的負担が50%、現役世代の保険料負担が33%、高齢者の保険料負担が17%となっている。介護保険制度の創設が比較的短期間になされたのは、1990年度から、ゴールドプランに基づき高齢者保健福祉基盤の整備が着実に進展してきたことによる。1997年度の実績値によれば、ホームヘルパーが約13万7,000人、ディサービスセンターが約9,600ヵ所、特別養護老人ホームが約26万人分、老人保健施設が約18万人分となっている。

なお、この表の中で、生活保護と障害者福祉についても、高齢期における社会保障施策として位置づけていることについて付言する。

高齢者関係の社会保障施策という点、一般的には年金、医療、介護、老人福祉が念頭に浮かぶが、生活保護制度や障害者福祉制度が果たす役割にも大きなものがある。生活保護や障害者福祉の制度からみても、制度の対象者の中で高齢者の占める割合が大きくなってきている。

たとえば、生活保護制度の場合、被保護世帯の中に占める高齢者世帯の割合は年々増大しており、1997年では44%を占めている。被保護人員でも、44.4%が60歳以上の者であり、そのうち6割は女性である。70歳以上の者の被保護率は同世代の約1.6%と、全年齢平均の被保護率0.6%の3倍近い高さである。高齢単身女性世帯が、被保護世帯の典型例のひとつになっている。また、高齢者世帯の場合、その約半数は保護受給期間が10年以上と長期化している。このように、生活保護制度は、様々な理由から年金制度や自助努力等では対応できない老後の所得保障施策の一翼を担っている。しかし、一方で、生活保護を適用しつづければ自分の力で社会生活に適応した生活を営むことができるようにする「自立助長」という生活保護制度本来の目的からはやや離れて、高齢期においては就労による自立は困難であることなどから、結果的に生活保護制度に長期間依存せざるを得ない傾向を生み出している。

また、障害者福祉制度も、その対象者には高齢者が多くなっている。身体障害者のうち、65歳以上の者は全体の約54%と半数を超えている。

70歳以上の者では10人に1人が身体障害者である(1996年)。したがって、高齢者福祉施策と障害者福祉施策を制度的に峻別することは、行政上非効率であり、実際には、高齢の障害者福祉分野の一部は、高齢者福祉の分野と重なることになる。2000年4月からの介護保険制度では、70歳以上の第1号被保険者に対する訪問介護等の介護サービスは、従来の老人福祉と障害者福祉の両分野の介護サービスを移行させたもので、法制度面からいえば、新たな総合化の道に一步踏み出したものと言えよう。

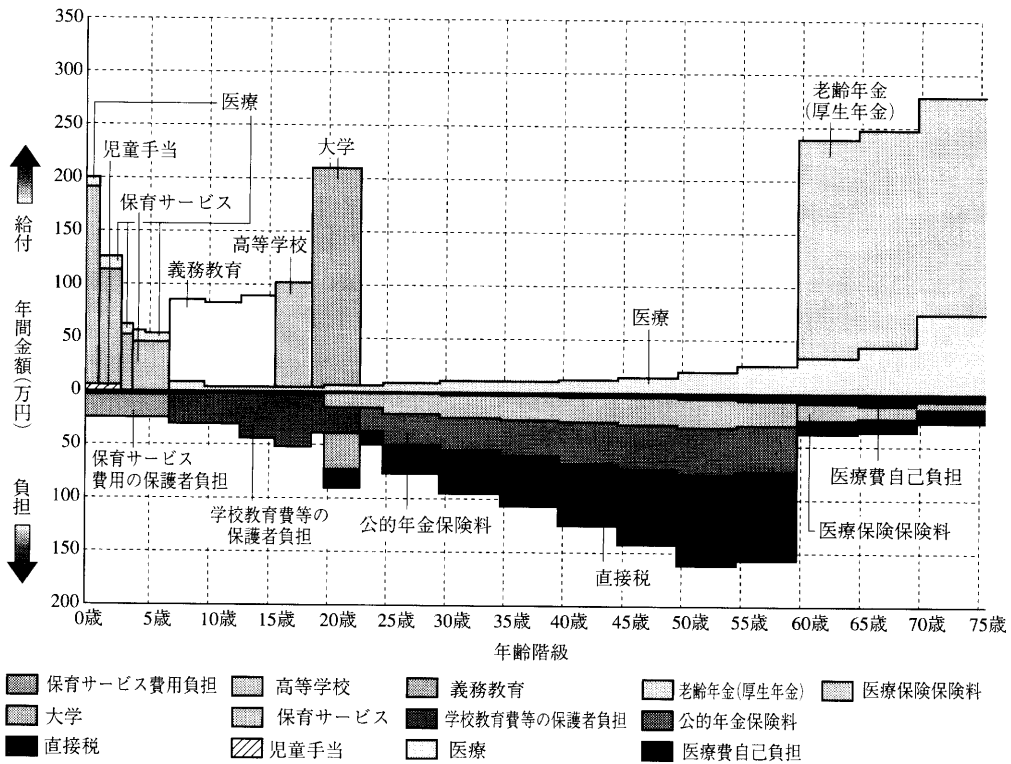
IV 年齢階層別にみた社会保障の給付と負担

1 ライフサイクルでみた社会サービスの給付と負担

筆者達が担当執筆した『平成11年版厚生白書』では、我が国の社会保障の現状について、各種のデータを活用しつつ給付と負担の両面から分析を試みている。本稿では、これらの分析のうち、ライフサイクルの視点から捉えたものについて、いくつか紹介する。

図1は、社会保障制度を中心とした社会サービスの給付と負担の現状について、年齢階層別に1年間の額について具体的な数値で示したものである⁶⁾。給付面については、公的年金、医療、児童手当や保育サービス、教育サービス(義務教育、高等学校、大学)の給付額を示し、負担面については、社会保険料及び直接税の年齢階層別平均負担額のほかに、保育・教育・医療サービスに対する各自己負担額も示している⁷⁾。

これによると、現役世代(20代から50代)では、直接受ける給付では医療サービスがあるだけで、負担面が中心となっている。現役世代の負担は、年齢が高くなるにしたがって増大し、50~55歳では社会保険料と直接税をあわせて年間約135万円の負担となっている。このほか、現役世代では養育する子どもの保育・教育サービス負担が、年間平均約20~50万円かかっているが、図では便宜的に子どもの年代の負担としている。ただし、子どもに対する給付は、扶養者として親である現



出典) 『平成 11 年版厚生白書』。

図1 ライフサイクルにおける社会サービスの給付と負担

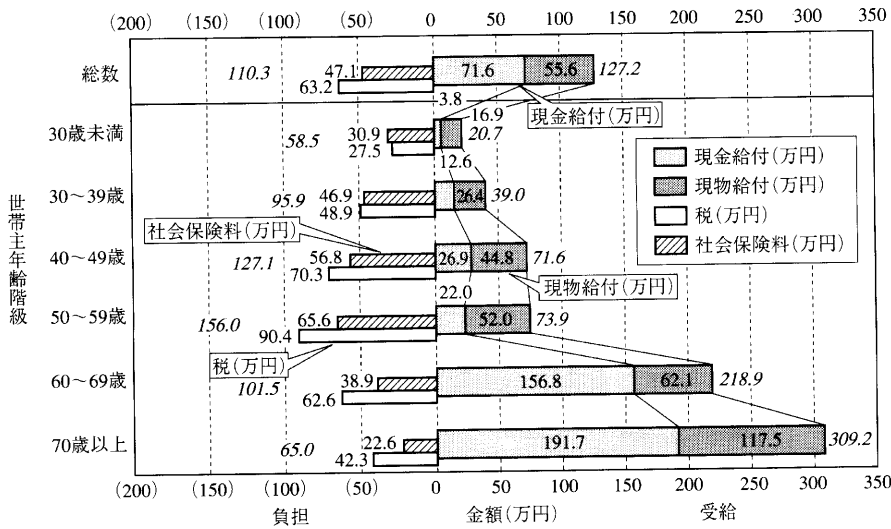
役世代に対する給付でもある。子どもの年代の給付をみると、児童手当が総額 17.5 万円、保育サービスが 0 歳時から入学前まで利用すると約 550 万円、小学・中学・高校の 12 年間で約 1,000 万円、国立大学の 4 年間で約 800 万円に相当するサービスを受けていることになる。

一方、高齢期においては、直接税や社会保険料負担、医療費の自己負担の合計額は、平均約 35 万円 (60 代) から約 25 万円 (70 代以降) と減少する。給付については、老齢厚生年金の場合は年間約 200 万円、老人医療として年間平均約 76 万円のサービスを受給している。ライフサイクル全体の給付と負担の収支バランスを大まかにみれば、現役世代においては子どもに対する給付を除くと負担中心であり、高齢世代においては給付中心となる。

2 年齢階層別世帯単位でみた社会保障の給付と負担

図 2 は、厚生省の「所得再分配調査」(1996 年)を用いて、世帯主の年齢階層別世帯単位でみた社会保障の給付と負担の状況を示している。

全世帯平均では、1 世帯が 1 年間に社会保障から受ける給付は、公的年金等の現金給付が 71.6 万円、医療等の現物給付が 55.6 万円、計 127.2 万円となっている。一方、税や社会保険料の負担は、税 (直接税のうち、所得税、個人住民税、固定資産税など) が 63.2 万円、社会保険料が 47.1 万円となっている。なお、税については、社会保障給付以外に様々な政府支出に使われていることに留意する必要がある。世帯主が 60 歳以上の世帯では、負担額よりも給付額の方がかなり大きくなる。給付額は、60~69 歳代では、全世帯平均の約 1.7 倍、70 歳以上では約 2.4 倍となる。特



資料) 厚生省大臣官房政策課調査室「平成8年所得再分配調査」。
出典) 『平成11年版厚生白書』。

図2 1世帯当たりの社会保障の給付と負担

に、70歳以上では、医療の現物給付のウエイトが大きいの。

社会保障の給付や負担等を除いた当初所得と、社会保障の給付後の再分配所得を比較してみると、表2のとおり、世帯主年齢が60歳以上の世帯では、再分配所得の方が当初所得よりも高い。つまり、社会保障の給付により所得が押し上げられている。60~69歳の世帯では再分配係数(再分配所得と当初所得の差の当初所得に対する割合)が23.4%、70歳以上の世帯では再分配係数は86.0%となる。ちなみに、59歳以下の年齢階層では、再分配係数は全てマイナスとなっている。これは、社会保障給付よりも税・社会保険料負担が大きいのことを意味している。このように、年齢階層別にみると、現役世代の世帯から高齢世代の世帯への所得再分配が行われている。

3 個人単位でみた所得再分配状況

図3は、平成10年度厚生科学研究「我が国社会保障水準に関する総合的研究」の成果であるが、前述の「所得再分配調査」を用いて、年齢階層別の世帯員1人当たりでみた所得再分配状況を示している。世帯所得について、世帯規模の相違によ

表2 世帯主年齢階級別所得再分配状況 (1996(平成8)年調査)

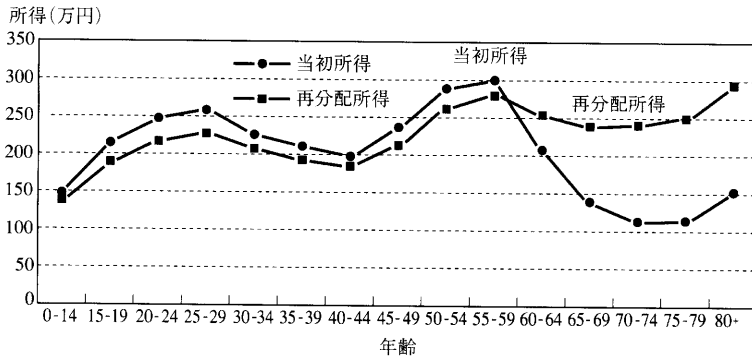
	当初所得 (万円)	再分配所得 (万円)	再分配係数
総数	601.1	618.0	2.8%
30歳未満	390.9	353.1	-9.7%
30~39歳	591.7	534.8	-9.6%
40~49歳	721.7	666.3	-7.7%
50~59歳	845.4	763.2	-9.7%
60~69歳	501.7	619.0	23.4%
70歳以上	284.1	528.3	86.0%

注) 再分配係数=(再分配所得-当初所得)/当初所得×100で算出。

資料) 厚生省大臣官房政策課調査室「平成8年所得再分配調査」。

出典) 『平成11年版厚生白書』。

る格差を解消したり、世帯員の年齢差からくる生計費の差を反映させたりすることをねらいとして、次のような方法で、世帯所得から世帯員1人当たりの所得を求めている。まず、世帯員の年齢階層別に必要となる生計費を生活保護の年齢階層別の生計費基準を基に算出し、世帯員の年齢階層ごとに世帯所得を配分する比率を算出し、この比率を基に世帯所得(当初所得及び再分配所得)を世帯員1人当たりの所得として分配している。ただし、



資料) 平成10年度厚生科学研究(政策科学推進研究)、「我が国社会保障水準に関する総合的研究」。

出典) 『平成11年版厚生白書』。

図3 年齢階級別にみた1人当たり所得

医療費については、実費を各個人の所得として分配している。

これによると、当初所得は、50歳代でピークとなり、60歳以降で急低下する。全年齢平均を100とすると、65～69歳では66、70～74歳では53、75～79歳では54とほぼ半分である。一方、再分配後の1人当たり所得をみると、高齢者の所得水準は大きく改善する。全年齢平均を100とすると、65～69歳では111、70～74歳では115、75～79歳では117と、全年齢平均を10%以上上回る。これに比べて、30～34歳では97、35～39歳では90、40～44歳では87と、全年齢平均よりも低い上に、高齢世代よりも低い数値となる。これは、年金や医療給付によって高齢者の再分配所得は押し上げられ、他方、30歳代から40歳代前半においては子どもの扶養に伴う生計費により当初所得が低くなっている上に、税や社会保険料負担によりさらに押し下げられたためであると考えられる。

図3は、高齢世代に対する社会保障の再分配効果の大きさを示しているが、一方で現役世代と比較をした場合、どのように評価できるであろうか。特に、労働人口の中核であり、社会保障給付の財源を税や社会保険料として負担し、さらに子育てや住宅取得等の費用負担がかかる30～40歳代と比較して、退職後の高齢世代の方が再分配後の所

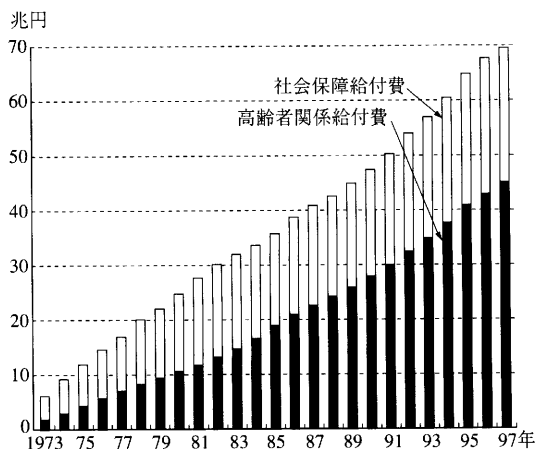
得が高くなっているということは、社会保障制度を通じて世代間においてやや過剰な所得移転が行われていると言えるであろう。なお、この分析方法では、年金よりも医療費による再分配効果の影響の方が大きく現われていることに留意する必要がある。

V 高齢期の社会保障制度に対する今後の課題

1 高齢者関係の社会保障給付費の増大

以上、高齢者関係の社会保障施策の発展過程、現在の各種法制度の現状、ライフサイクルや現役世代との比較の上での高齢世代に対する社会保障の給付と負担の現状について概観した。全体的にいえることは、1980年代後半から現在まで、政府は、社会保障施策の中でもとりわけ高齢者関係施策に力を注いできたことである。

そのひとつの指標として、高齢者関係の社会保障給付費(以下「高齢者関係給付費」という)の規模の増大がある。1997(平成9)年度の高齢者関係給付費は、約45兆1,000億円と、国の一般会計予算のうち全国の行政経費にあてる一般歳出予算の額に匹敵する大きさとなっている。65歳以上人口1人当たりで見ると、年間約230万円の給付となる。高齢者関係給付費が社会保障給付費に占める割合は、1997年度では約65%と、全給



資料) 国立社会保障・人口問題研究所「平成9年度社会保障給付費」(1999年12月)。

図4 社会保障給付費と高齢者関係給付費の推移

給付費の3分の2を占めている。80年代からの社会保障給付費の増大分の約8割は高齢者関係給付費の伸びが寄与している。福祉元年といわれた1973(昭和48)年度では、高齢者関係給付費は約1兆5,000億円、給付費全体に占める割合が25%にすぎなかったのが、その後の24年間に、規模では約29倍、給付費全体に占める割合では2.6倍に増大している。

その理由として、一般的には人口の高齢化による高齢者人口の増大が挙げられているが、この間の65歳以上人口の実数の伸び率は約1.8倍である。高齢者人口の増大も一因であるが、それよりも高齢期の社会保障の充実に向けて、賃金・物価スライド制に支えられた年金水準の引上げと、欧米諸国と比較して金額的に高い老齢厚生年金の水準の維持、患者も医療機関もお互いに満足できるまで医療サービスの受給・提供が行われ、かつ、低い自己負担とフリーアクセスを維持している老人医療、90年代に入って新・旧ゴールドプランの下に優先的に予算措置が行われ、国及び地方が一体となって取り組んだ高齢者保健福祉基盤の整備推進といった、年金、医療、福祉分野における高齢者関係の社会保障に対する政策の積極的対応が貢献している。80年代後半から現在に至るまでの社会保障の歴史は、高齢者関係施策が突出し

た時代でもある。

2 負担の在り方の見直しと社会保障制度の総合調整

しかし、最大の問題は、ここまで増大してきた高齢者関係給付費の財源負担の在り方に関わる問題である。社会保障をめぐる近年の3つの課題、年金制度改正、医療保険制度の抜本改正(老人保健制度の見直しを含む)及び介護保険制度の創設は、全て高齢者関係の社会保障制度の財源問題に起因しているといっても過言ではない。

90年代以降、高齢者関係給付費は年間約2兆円から2.5兆円の規模で増大している。高齢者関係給付費のうち、約76%が年金保険給付費、約21%が老人医療、約3%が老人福祉サービス費であるが、これらの財源としては、高齢者自身の年金・医療保険料等の負担もあるが、現在の仕組みではその大部分が現役世代の社会保険料負担(年金保険料や老人保健拠出金等)や租税によって賄われている。高齢者関係給付費の増大は、現役世代、とりわけ「良質な負担集団」である勤労者世帯の社会保険料・税負担の増大に結びつく⁸⁾。90年代において、高齢者関係給付費は年平均約7%増の伸びを示す一方で、勤労者世帯の収入は年平均約2%増である。さらに、IVでみたとおり、一定の前提条件付きの分析ではあるが、世帯員1人当たり所得の比較において、社会保障制度の給付と負担を加味すると、社会保険料や税の負担を担っている現役世代よりも高齢世代の方が、所得水準が高くなっているという、やや過剰な所得移転の状況がみられる。こうした状態は、社会保障を支える社会連帯や世代間連帯という基本的な考え方に疑問を引き起こし、ひいては社会保障制度の基盤を揺るがす方向で作用するであろう。

高山憲之氏の指摘のとおり、「給付を分配する時代」は終わり、「負担を分配する時代」に至っている⁹⁾。これまで給付を分配される主体であった高齢者も、現役世代とともに、社会保障給付の負担の分配を公平に担当しなければならない。その方法として、各制度ごとに給付水準の見直しと、消費税も含めて制度にふさわしい財源の在り方を

検討する必要がある。

第2の課題としては、社会保障の制度間の総合調整が必要になっていることである。もう一度表1をみると、高齢期における社会保障施策が、制度の目的は異なるものの、結果的に重複給付となるものが生じてきていることがうかがえる。そのひとつの典型例は、老後の生活保障である年金給付と、医療保険及び介護保険からの給付の重複である。病院における長期入院や介護保険施設における長期介護生活の場合には、医療保険又は介護保険からの給付が、病気の治療や介護に要する費用のみならず、生活全般をカバーする。これらの給付とあわせて、さらに公的年金給付がなされる現状をどのように考えたらよいただろうか。かつて憲法第25条をめぐる代表的な裁判例として、障害福祉年金と児童扶養手当の併給禁止を争った堀木訴訟があるが、今日の社会保障制度では、月額約20万円の老齢年金を受給しながら、何の調整もなく月額約37万円の療養費が医療保険から支給される(療養型病床群に入院の場合)。公的年金が個人の貯蓄ともいえる積立型の設計であれば議論は別であるが、現在の仕組みのように世代間連帯に支えられた賦課方式の場合には、過剰給付の典型例ではないだろうか。また、そもそも月額約20万円の老齢年金が生活費としては不要になるため個人の手元に残るといふこの仕組みが、人々のモラルハザード(制度の濫用)を引き起こさない保証はない。

介護保険制度の導入を契機に、高齢期における社会保障施策は、現役世代の負担軽減のためにも、各制度間の給付の相互調整を中心に、制度の効率化と総合調整を行う必要がある。

注

- 1) 『昭和61年版厚生白書』, 11頁。
- 2) 同上, 13頁。
- 3) 『厚生省20年史』, 44頁。
- 4) 社会福祉審議会「老人福祉施策の推進に関する意見」(昭和37年12月5日)。
- 5) 負担割合は、1996(平成8)年度実績。なお、国民健康保険制度及び政府管掌健康保険からの老人保健拠出金には一定割合の国庫負担が含ま

れていることから、それを公的負担に含めると、公的負担が約45%、保険料による老人保健拠出金が約50%、約5%が患者負担となる。

- 6) 社会サービスとは、公的部門が供給主体となりまたは制度的な関与を行っているもので、国民生活に密着したまたは国民生活の基盤を成すサービスをいう。ここでは、保健、医療、福祉、教育分野のサービスを総称している。
- 7) 図1に示した主な給付と負担に関する数値の計算方法は、次のとおりである。公的年金は老齢厚生年金の平均支給額(月額17万円, 1996年度)を12倍して年額とした。医療については、年齢階級別医療費、医療保険料、医療費自己負担額の厚生省保険局による推計値を用いた。保育サービス及びその費用負担については、1998年度保育単価及び保育利用料の平均徴収月額を12倍して年額とした。義務教育、高等学校の教育費は文部省「地方教育費調査」(1996年度)に、保護者負担については文部省「子どもの教育費調査」(1996年度)に基づく。直接税、公的年金保険料については、総務庁統計局「家計調査」による。60歳以上の場合には高齢無職世帯の直接税負担額を使用した。
- 8) 老人医療分野を例にとると、小椋正立氏によれば、老人保健制度により、毎年、被用者保険には新たに1,950億円の負担増が、国等の公的部門には1,755億円の負債増が発生し、一方で国民健康保険の負担は1,300億円の減、高齢者の自己負担は2,400億円の減になる(小椋正立「国保、消費税に財源転換を」『日本経済新聞』2000年2月16日)。
- 9) 高山, 184頁。

参考文献

- 厚生省編(1987)『昭和61年版厚生白書』, ぎょうせい。
- (1999)『平成11年版厚生白書』, ぎょうせい。
- 厚生省20年史編集委員会(1960)『厚生省20年史』, 厚生問題研究会。
- 厚生省社会局老人福祉課(1984)『老人福祉法の解説』, 中央法規出版。
- 厚生省社会・援護局保護課監修(1999)『平成11年版生活保護の動向』, 中央法規出版。
- 厚生省年金局(1999)『平成11年版年金白書』, 社会保険研究所。
- 高山憲之(2000)『年金の教室』, PHP研究所(PHP新書)。
- (ますだ・まさのぶ 国立社会保障・人口問題研究所総合企画部長)
- (こじま・かつひさ 国立社会保障・人口問題研究所総合企画部主任研究官)