第2章

時代のニーズに対応した社会保障制度の発展を振り返る

日本の社会保障制度は、医療保険や年金保険に代表される保険の仕組みを用いた社会保険方式と、生活保護等に代表される公費財源による公的扶助方式とに大別できるが、生活困窮対策が中心であった戦後復興期の一時期を除けば社会保険方式を中核として発展を遂げ、今から50年前の1961（昭和36）年にすべての国民が医療保険及び年金による保障を受けられるという画期的な「国民皆保険・皆年金」を実現した。国民皆保険・皆年金を中核とする日本の社会保障制度は高度経済成長を背景に拡充を続け、1973（昭和48）年の「福祉元年」を迎えた。しかし、同年の第1次オイルショック以降今日まで、人口の高齢化等に対応すべく、国民皆保険・皆年金体制を維持するための様々な改革が行われてきた。

ここでは、「①　国民皆保険・皆年金実現以前の社会保障制度」「②　国民皆保険・皆年金の実現」「③　制度の見直し期（昭和50年代から60年代）」「④　少子・高齢社会への対応」「⑤　経済構造改革と社会保障」「⑥　政権交代と社会保障」の6つの時代に区切って日本の社会保障制度の変遷を、その背景となる社会経済の状況等とともに解説する。

「①　国民皆保険・皆年金実現以前の社会保障制度」では、日本の社会保険の萌芽期を解説している。1942（昭和17）年の英国のベヴァリッジ報告は社会保障制度の主要手段として社会保険を位置づけ、欧米諸国の福祉国家の考えの基礎となった。日本でも、日本国憲法の制定により社会保障に対する国の責務が規定され、社会保障制度審議会も1950（昭和25）年の「社会保障制度に関する勧告」において社会保険を中核に社会保障制度を構築すべきとした。

ただし、医療保険も年金も、戦前から、工業化の進展に伴う労働問題の発生等に対応して、被用者保険を中心に制度化の動きが進んでいた。終戦直後は、生活困窮者への生活援護施策や感染症対策が中心となった。

「②　国民皆保険・皆年金の実現」の時代は、高度経済成長期を背景に社会保障の重点が「救貧」から「防貧」に移り、国民皆保険・皆年金を中心に日本の社会保障制度体系が整備された時代であった。また、この時期に大企業を中心に日本型雇用慣行が普及・定着し、日本の社会保障制度の前提と位置づけられるようになった。

昭和30年代の初めには被用者保険の整備は進んでいたが、農家や自営業者などを中心に国民の多くが医療保険制度や年金制度の対象ではなかった。そこで、1961（昭和36）年に地域保険である国民健康保険、国民年金にこれらの者を加入させることで国民皆保険・皆年金が実現し、以後、国民皆保険・皆年金は日本の社会保障の中核として発展していった。

高度経済成長期を通じ、医療保険、年金ともに給付が改善されるとともに、1971（昭和46）年には児童手当法が制定され、また1973（昭和48）年の「福祉元年」には、老人医療費の無料化のほか医療保険における高額療養費制度や年金の物価スライド制などが導入された。

「③　制度の見直し期（昭和50年代から60年代）」の時代においては、2度のオイルショックにより高度経済成長が終焉し、経済が安定成長に移行するといった経済社会の状況変化や、「増税なき財政再建」に対応することが課題であった。また、将来の高齢社会の到来に対応するために全面的な社会保障制度の見直しが行われた時期であった。

一連の見直しの中で、老人保健制度の創設、医療保険制度の被用者本人の1割自己負担の導入や退職者医療制度の創設、医療計画の制度化、全国民共通の基礎年金制度の導入などの見直しが進められた。

「④　少子・高齢社会への対応」の時代には、日本ではバブル経済が崩壊し、以降、経済の低成長基調が明瞭になった。国際的には、経済のグローバル化が進行し、企業経営は厳しさを増した。非正規労働者の割合が上昇し、日本の社会保障の前提となっていた日本型雇用慣行にも変化がみられるようになった。

この時期、高齢化が急速に進行し、「1.57ショック」により少子化に対する関心が強まった。

こうした状況に対応して、ゴールドプランの策定、介護保険制度の創設、多様な働き方に対応した法整備、年金支給開始年齢の引上げと定年延長に向けた施策、エンゼルプランの策定等が進められた。

「⑤　経済構造改革と社会保障」の時代には、急速な少子高齢化の進展により、総人口の伸びは鈍化し、超高齢社会が到来した。本格的な経済グローバル化の進展などに対応すべく、規制改革等の構造改革が推進されたが、他方、格差の拡大やセーフティネット機能の低下も指摘され、リーマンショックに際しては、「派遣切り」といった非正規労働者の解雇、雇い止め等が社会問題化した。

また、発行済国債残高がGDPを大きく上回るなど国の財政は危機的状況となり、毎年１兆円を超える自然増が発生する社会保障関連の予算編成は一層厳しい状況に陥った。「歳入・歳出一体改革」では、2007年度からの５年間で1.1兆円（毎年2,200億円）の削減が求められた。

こうした中で、社会保障制度の持続可能性の確保を図るため、年金における保険料水準固定方式及びマクロ経済スライドの導入、医療保険における本人負担分の引上げ及び後期高齢者医療制度の創設などの制度の見直しが進められた。

「⑥　政権交代と社会保障」では、社会保障費の自然増から毎年2,200億円を削減するとした方針が完全に変更され、診療報酬本体について10年ぶりのプラス改定の実施や子ども手当の支給等が行われた。

第２章では、第２次世界大戦前後から現在までをこの６つの時代に区切り、社会保障がどのような時代背景の中で発展してきたのか、とりわけ「国民皆保険・皆年金」といった社会保険制度を中心とした社会保障制度がどのような観点で見直されてきたのかをみていくことにより、社会保障制度が人口、雇用・経済状況、社会生活に密接に関係している姿を明らかにする。

区分	①国民皆保険・皆年金実現以前の社会保障 （～昭和20年代）	②国民皆保険・皆年金の実現 （昭和30年代～オイルショック）	③制度の見直し期 （昭和50年代から60年代）	④少子・高齢社会への対応 （～平成10年）	⑤経済構造改革と社会保障 ⑥政権交代と社会保障 （平成11年～）
位置づけ	・社会保険の萌芽期 ・戦後の生活困窮者対策 ・社会保障行政の基盤整備	・高度経済成長と生活水準の向上 ・社会保障制度の基本的な体系の整備 ・社会保険中心（救貧から防貧へ） ・各種給付の改善充実 ・福祉元年	・安定成長への移行 ・社会保障費用の適正化 ・給付と負担の公平 ・安定的・効率的な制度基盤の確立	・少子高齢化の進行と経済基調の変化	・経済・財政構造改革（社会保障費毎年2,200億円削減等）
時代背景	1945（昭和20）年 第2次世界大戦終戦 1947（昭和22）年 民法改正 平均寿命男性50歳、女性54歳 第1次ベビーブーム（1947～49年） 1950（昭和25）年 朝鮮戦争（特需景気） 1952（昭和27）年 サンフランシスコ平和条約（GHQ占領下からの独立） 日米安全保障条約	神武景気（1954～57年） 1956（昭和31）年 経済白書「もはや戦後ではない」 1964（昭和39）年 東京オリンピック開催 東海道新幹線開業 1970（昭和45）年 高齢化社会へ（高齢化率7%超） 1971（昭和46）年 第2次ベビーブーム（1971～74年） 1973（昭和48）年 第1次オイルショック、狂乱物価	1974（昭和49）年 経済成長率が戦後初めてマイナス 1980（昭和55）年 第2次臨時行政調査会 1984（昭和59）年 人生80年時代へ（女性の平均寿命が80歳を超える）	バブル景気（～1991年） 1989（平成元）年 消費税の創設 1.57ショック（合計特殊出生率が1.57人に） 1994（平成6）年 高齢社会へ（高齢化率14%超） 1995（平成7）年 阪神・淡路大震災 1997（平成9）年 消費税率5%に（うち1%は地方消費税）	1999（平成11）年 国際高齢者年、世界の人口60億人に 2005（平成17）年 合計特殊出生率が過去最低の1.26人 2008（平成20）年 リーマンショックによる金融危機 2011（平成23）年 東日本大震災
社会保障の動き	・第2次世界大戦前には被用者を対象とした医療保険、年金が成立するとともに、任意の地域医療保険も成立 1942（昭和17）年 英国「ベヴァリッジ報告」 1947（昭和22）年 日本国憲法施行 1950（昭和25）年 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」	1961（昭和36）年 国民皆保険・皆年金の実現 1965（昭和40）年 1万円年金 1968（昭和43）年 国民健康保険で7割給付 1969（昭和44）年 2万円年金 1973（昭和48）年 老人医療費無料化 【福祉元年】 医療保険で家族に7割給付、高額療養費を制度化 5万円年金、年金支給額に物価スライドを導入	1982（昭和57）年 老人保健法制定（一部負担の導入、老人保健事業） 1984（昭和59）年 健康保険法等改正（本人9割給付、退職者医療制度） 1986（昭和61）年 基礎年金の導入等 老人保健加入者按分率100%へ段階的引上げを図る改正老人保健法成立（1990年に100%）	1989（平成元）年 ゴールドプラン策定 1994（平成6）年 エンゼルプラン策定 新ゴールドプラン策定 年金の支給開始年齢の引上げ（定額部分）を図る改正年金法成立 1995（平成7）年 社会保障制度審議会勧告「社会保障体制の再構築」 2000（平成12）年 年金の支給開始年齢の引上げ（報酬比例部分）を図る改正年金法成立 介護保険法施行	2004（平成16）年 年金保険料水準固定方式、マクロ経済スライドの導入等 2005（平成17）年 介護保険制度改正（予防重視型システム、地域密着型サービスの創設） 2008（平成20）年 後期高齢者医療制度の創設等 2010（平成22）年 子ども手当の支給 2011（平成23）年 政府・与党社会保障改革検討本部「社会保障・税一体改革成案」（閣議報告） 年金確保支援法成立 2012（平成24年）年 介護保険における介護サービスの基盤強化（予定）

第１節　国民皆保険・皆年金実現以前の社会保障制度

時代区分	主な社会情勢	社会保障制度の主な変遷
①国民皆保険・皆年金実現以前の社会保障 （～昭和20年代） ・社会保険の萌芽期 ・戦後の生活困窮者対策 ・社会保障行政の基盤整備		1922（大正11）年　健康保険法制定 1938（昭和13）年　国民健康保険法制定 1939（昭和14）年　船員保険法制定 1941（昭和16）年　労働者年金保険法制定（1944（昭和19）年「厚生年金保険法」に改称） 1942（昭和17）年　英国「ベヴァリッジ報告」
	1945（昭和20）年　第２次世界大戦終戦 国際連合成立	1945（昭和20）年　（旧）労働組合法制定
		1946（昭和21）年　（旧）生活保護法制定 日本国憲法制定
	1947（昭和22）年　民法改正 平均寿命男50歳、女54歳 第１次ベビーブーム（1947～49）	1947（昭和22）年　労働者災害補償保険法制定 日本国憲法施行 失業保険法制定
		1948（昭和23）年　医療法制定 厚生年金保険法改正（インフレへの対応）
	1950（昭和25）年　朝鮮戦争（特需景気）	1950（昭和25）年　生活保護法制定 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」 医療法改正（医療法人の創設）
	1951（昭和26）年　ILO加盟	1951（昭和26）年　地方税法改正（国民健康保険税の創設）
	1952（昭和27）年　サンフランシスコ平和条約（GHQ占領下から独立）、日米安全保障条約	
		1954（昭和29）年　厚生年金保険法全面改正（現行の厚生年金の姿に）
		1955（昭和30）年　国民健康保険法改正（国庫補助の導入）

1　第２次世界大戦以前の社会保障制度

（第２次世界大戦以前の社会情勢）

世界初の社会保険は、ドイツで誕生した。当時のドイツでは、資本主義経済の発達に伴って深刻化した労働問題や労働運動に対処するため、1883（明治16）年に医療保険に相当する疾病保険法、翌1884（明治17）年には労災保険に相当する災害保険法を公布した。

一方、日本では、第１次世界大戦（1914年～1918年）をきっかけに空前の好景気を迎え、重化学工業を中心に急速に工業化が進展し、労働者数は大幅に増加した。一方で、急激なインフレで労働者の実質賃金は低下したほか、米価の急上昇により全国で米騒動が発生した。また、第１次世界大戦後は一転して「戦後恐慌」と呼ばれる不況となり、大量の失業者が発生した。このため、賃金引上げや解雇反対等を求める労働争議が頻発し、労働運動が激化した。

（日本最初の医療保険の誕生）

こうした中で、政府は、労使関係の対立緩和、社会不安の沈静化を図る観点から、ドイツに倣い労働者を対象とする疾病保険制度の検討を開始し、1922（大正11）年に「健康保険法」を制

定した。しかしながら、その翌年に関東大震災が発生したことから、法施行は1927（昭和2）年まで延期された。

健康保険法の内容は、①工場法や鉱業法の適用を受ける10人以上[*1]の従業員を持つ事業所を適用事業所とし、被保険者はその従業員で報酬が年間1,200円未満の肉体労働者（ブルーカラー）としたこと、②保険者は政府または法人とし、前者の場合は政府管掌健康保険[*2]、後者の場合は組合管掌健康保険としたこと、③保険給付は、被保険者の業務上[*3]、あるいは業務外の疾病負傷、死亡または分娩に対して行われたこと、④保険料を労使折半としたこと、⑤国庫は保険給付費の10％を負担すること等であった。制度発足時の被保険者数は、1926（昭和元）年末で政府管掌健康保険が約100万人、組合管掌健康保険が約80万人であった。

その後、常時10人以上を使用する会社や銀行、商店等で働く「職員」（ホワイトカラー）を被保険者とする職員健康保険法が1939（昭和14）年に制定されたが、1942（昭和17）年の健康保険法改正で同法と統合され、家族給付等が法定化されたほか、診療報酬支払点数単価方式が導入された。

なお、後述のとおり、船員については1939（昭和14）年に医療保険を含む総合保険である船員保険制度が創設された。

（国民健康保険法の制定と厚生省の発足）

大正時代末期の戦後恐慌に引き続き、昭和に入ってからも1927（昭和2）年の金融恐慌、1929（昭和4）年に始まる世界恐慌の影響を受けて昭和恐慌が相次いで発生した。また、東北地方を中心に大凶作等が発生し、農村を中心とする地域社会を不安に陥れた。困窮に陥った農家では欠食児童や婦女子の身売りが続出し、大きな社会問題となった。農家は赤字が続き、負債の多くを医療費が占めていた。

そこで、当時社会保険を所管した内務省[*4]は、農村における貧困と疾病の連鎖を切断し、併せて医療の確保や医療費軽減を図るため、農民等を被保険者とする国民健康保険制度の創設を検討した。その後、1938（昭和13）年1月に厚生省が発足し、同年4月には「国民健康保険法」が制定され、同法は同年7月に施行された。

国民健康保険の保険者は、組合（普通国民健康保険組合・特別国民健康保険組合）単位で設立することができたが、その設立も加入も基本的に任意であった。また、保険給付には療養、助産・葬祭給付があり、その種類や範囲は組合で決めることができるとされた。

国民健康保険は、先進国に前例のある被用者保険と異なり、日本特有の地域保険としての性格を有していた。国民健康保険の誕生は、日本の医療保険が労働保険の域を脱し国民全般をも対象に含むこととなり、戦後の国民皆保険制度展開の基礎が戦前のこの時期に作り上げられたことを意味した。

（戦前における国民皆保険運動の展開）

日本はその後、戦時体制に突入することとなるが、健兵健民政策[*5]を推進する厚生省は、「国保なくして健民なし」として同制度の一層の普及を図ることとした。このため、1942（昭和17）年には、地方長官の権限による国民健康保険組合の強制設立や、組合員加入義務の強化などを内容とする国民健康保険法の改正が行われた。これを機に国民健康保険の一大普及計画が全国で実施され、その結果、1943（昭和18）年度末には、市町村の95％に国民健康保険組合が

＊1　1934年の健康保険法改正で、常時5人以上の労働者を使用する工場、事業場に適用対象が拡大された。
＊2　政府管掌健康保険方式の採用は、日本の健康保険制度の特徴の一つである。
＊3　当時は、傷病の業務上、業務外を判別することが困難であると考えられた。
＊4　当初、疾病保険制度の所管は農商務省であったが、1922年1月に内務省社会局が発足し、同年11月に農商務省から移管した。
＊5　人口増加・健康増進を目的として1942年から行われた官製国民運動。

設立された。1945（昭和20）年には組合数10,345、被保険者数4,092万人となったが、組合数の量的拡大は必ずしも質を伴うものでなく、戦局悪化のため皆保険計画は目標どおりには進まなかった。また、療養の給付についても、医薬品や医師の不足により十分には行われなくなった。

（日本最初の公的年金制度の創設）

日本における最初の社会保険が健康保険制度であるのに対し、年金制度の源流は、軍人や官吏を対象とする恩給制度*6から始まった。1875（明治8）年に「陸軍武官傷痍扶助及ヒ死亡ノ者祭粢並ニ其家族扶助概則」及び「海軍退隠令」、1884（明治17）年に「官吏恩給令」が公布され、1890（明治23）年にはそれぞれ「軍人恩給法」「官吏恩給法」に発展した。また、教職員や警察官等についても、明治中期から後期にかけて恩給制度が設けられた。これらの恩給制度は、1923（大正12）年に「恩給法」に統一された。このほか現業に携わる公務員に対しては、明治末期から共済組合制度が次々に創設された。

その後、戦時体制下になり、国防上の観点で物資の海上輸送を担う船員の確保が急務であったこと等から、船員を対象とする「船員保険制度」が1939（昭和14）年に創設された。

船員保険制度は、政府を保険者、船員法に定める船員を被保険者とし、療養の給付、傷病手当金、養老年金、廃疾年金*7、廃疾手当金、脱退手当金等を給付する制度で、年金保険制度のほか医療保険制度等を兼ねた総合保険制度であった。船員保険制度における養老年金及び廃疾年金は、社会保険方式による日本最初の公的年金制度となった。

（厚生年金保険制度の創設）

船員保険制度の創設を受けて、船員を除く被用者に対する公的年金制度の創設が検討され、1941（昭和16）年に工場で働く男子労働者を対象とした「労働者年金保険法」*8が公布された。労働者年金保険の内容は、①健康保険法の適用を受けた従業員10人以上の工業、鉱業及び運輸業の事業所で働く男子労働者を被保険者としたほか、②保険事故は、老齢、廃疾、死亡及び脱退とし、それぞれに対し養老年金（資格期間20年で支給開始55歳*9）、廃疾年金、廃疾手当金、遺族年金及び脱退手当金の5種類が給付された。保険料は、健康保険と同様労使折半で負担することとされた。

その後、労働者年金保険は、戦局悪化に伴う雇用構造の変化に伴い、1944（昭和19）年に女子や事務職員、適用事業所規模も従業員5人以上に適用対象が拡大され、名称も「厚生年金保険」と改められた。

このように公的年金制度が設けられるに至った理由としては、資本主義の発展に伴い労働力を合理的に保全するため、健康保険制度の創設等に続き、長期保険による労働者保護を行うことが必要と認められてきたことがあげられる。また、当時の時代背景として「一台でも多くの機械を、一かけでも多くの石炭を増産してもらいたい」といった戦時体制下における生産力の拡充、労働力の増強確保を行うための措置の一環としての要請があった。さらに、インフレ防止の見地等からの保険料を納付させることによる強制貯蓄的機能が期待されていた。

＊6　一定年限公務に従事して退役した軍人や官吏に対する国の恩恵的給与（賜金、報償的給付）という性格を有し、厳密にいえば公的年金制度とは性格が異なる。
＊7　現在の障害年金に相当する。
＊8　制定当時、「産業戦士の恩給制度」とも呼ばれていた。
＊9　被保険者期間20年以上（坑内夫は戦時加算により15年以上又は同一事業所に継続勤務した場合等で12年）を要した。

2 第2次世界大戦後の復興と生活困窮者対策

（終戦直後の情勢）

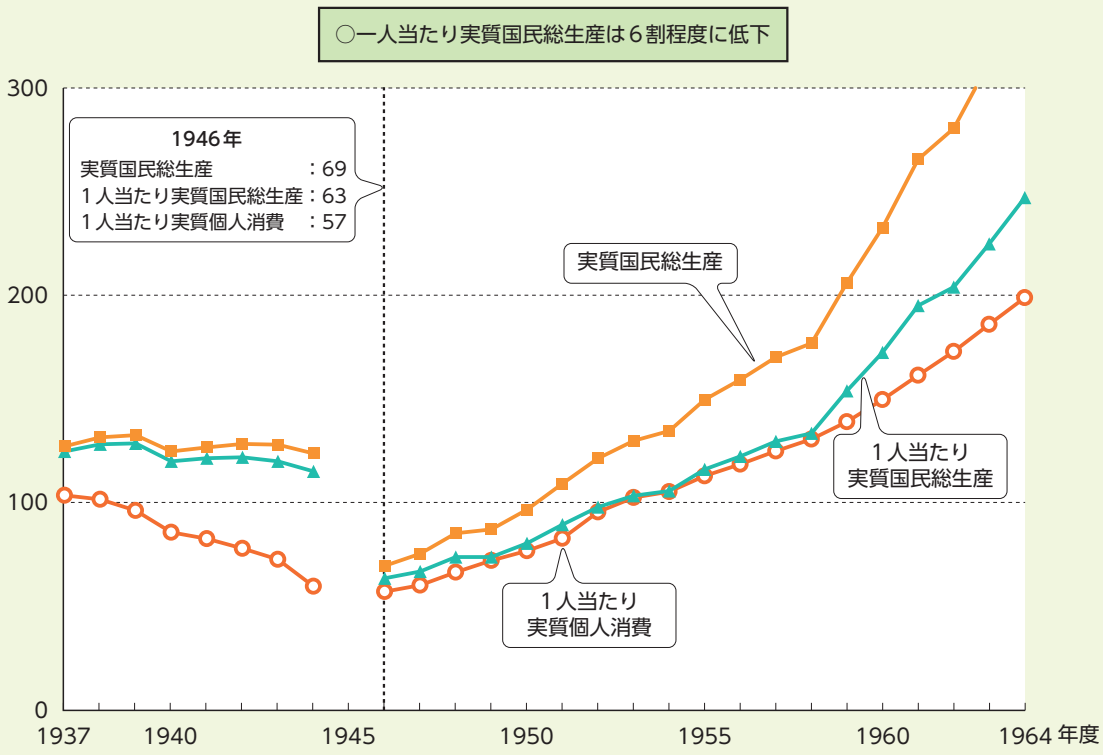
太平洋戦争末期の1945（昭和20）年、日本は壊滅的な状態にあった。戦災により都市住宅の3分の1を焼失し、日本全体では、工場設備や建物、家具・家財など実物資産の4分の1を失った。主要経済指標について戦前期と終戦直後を比べてみると、一人当たり実質個人消費は6割弱に低下し、一人当たり実質国民総生産も6割程度にすぎなかった（図表2-1-1）。

とりわけ終戦直後は失業問題が極めて深刻であり、1945年11月の復員及び失業者数の推計は1,342万人で、これは、全労働力の30～40%に当たる人数であった。加えて、同年11月には連合国軍総司令部（以下「GHQ」という。）の軍人恩給停止命令*10が発せられ、生活困窮者が増大した。

こうした中、GHQは労働の民主化を推し進め、これを受けて1945（昭和20）年に労働者の団結権、団体交渉権、争議権を保障した「労働組合法」が、1946（昭和21）年に労働争議の調整手法などを定めた「労働関係調整法」が制定された。また、日本国憲法第27条第2項で「賃金、就業時間、休息その他の勤労条件に関する基準は、法律でこれを定める」と明記されたことを踏まえ、1947（昭和22）年4月には、最低労働条件を定めた「労働基準法」が制定され、同年9月には労働省が設立された。さらに、労働基準法の制定を契機として、同年に「労働者災害補償保険法」が制定され、労働者災害補償保険制度が創設された。この結果、業務上災害の保険事故が健康保険法の対象から除外されることとなった。

一方、終戦直後の混乱の中で、国民の生活環境及び衛生状態は良好な状態でなく、また生活水

図表2-1-1 終戦直後の日本経済



資料：経済企画庁「昭和40年版国民所得白書」、総務省統計局「人口推計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（注）1. 1934～1936年平均を100とする。
2. 1944年以前の「実質国民総生産」「1人当たり実質国民総生産」「1人当たり実質個人消費」の数値は年次単位である。

＊10 傷病者は除外された。なお、恩給停止命令は、1953年4月に解除された。

準も低く栄養状態も悪かったため、結核等の感染症の蔓延が国民の健康を著しくむしばんでいた。こうした中、1948（昭和23）年の予防接種法に続き、ストレプトマイシン等化学療法の出現を背景として、1951（昭和26）年には新結核予防法が制定される等、医学の進歩を踏まえた感染症の予防対策が推進された。

（公的扶助三原則と旧生活保護法）

終戦を機として社会経済情勢が一変し、特に戦災、引き揚げ、失業、インフレ、食糧危機等によって救済を要する国民が急激に増加した。このような事態に対し、戦前期に創設された当時の公的扶助制度は、救護の程度、方法が各法制度によって異なっており、強力な救済措置が望めない状況であった。

そこで政府は「生活困窮者緊急生活援護要綱」（援護要綱）を1945年12月に閣議決定し、応急的な救貧措置を実施した。また、GHQによる国家責任の原則、無差別平等の原則、最低生活保障の原則という「公的扶助三原則」の指令を受け、援護要綱に代わる恒久的な措置として、旧「生活保護法」が1946（昭和21）年に制定された。一方、救護法、母子保護法等の公的扶助法は、旧生活保護法に一本化される形でいずれも廃止された。

（日本国憲法の制定と福祉三法体制の整備）

1946（昭和21）年11月に日本国憲法が公布された。憲法では第11条に基本的人権の尊重が、第13条に幸福追求権が規定されるとともに、第25条に「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とする「生存権」が初めて規定された。また、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と国の責務が同条に明記されたことから、生存権の理念に基づき新たな制度が整備されていくこととなった。

憲法第25条や公的扶助三原則との関係で、旧生活保護法の欠格条項[*11]の存在や、国家の責任で行うべき生活保護法の適用に関して、当時、民間の篤志家である民生委員の活用を前提としていたことがGHQより問題視された。このため、旧生活保護法は廃止となり、代わって新「生活保護法」（1950年　以下「新生活保護法」という。）が制定された。また、新生活保護法に基づき、民生委員に代わり有給の公務員である社会福祉主事が設置された。

また、戦災孤児や傷痍軍人等の増大を受けて、「児童福祉法」（1948年）、「身体障害者福祉法」（1949年）が制定された。また、「社会福祉事業法」（1951年）[*12]の制定により、公的な社会福祉事業と民間の福祉事業との関係性が明確にされたほか、憲法第89条（公の財産の支出又は利用の制限）に対応して社会福祉法人制度が創設され、社会福祉の第一線機関として福祉事務所が設置されることとなった。

新生活保護法と児童福祉法、身体障害者福祉法の三法を「福祉三法」と呼ぶが、福祉三法と社会福祉事業法の制定によって、福祉三法体制が整備された。

（失業保険制度の創設）

新生活保護法では、労働能力の有無を問わず適用を認めたことから、失業者の多くが法の適用を受けることにより、財政問題の発生や、新生活保護制度の悪用が懸念された。また、ドッジライン[*13]による緊縮財政で失業者の大量発生が予測された。こうしたことを踏まえ、1947（昭和22）年に「失業保険法」が制定され、日本初の失業保険制度が創設されることとなった。

＊11　同法2条において「能力があるにもかかわらず、勤労の意思のない者、勤労を怠る者その他生計の維持に努めない者」及び「素行不良な者」を欠格条項と定めていた。
＊12　2000（平成12）年に「社会福祉法」に改称された。
＊13　GHQ財政顧問ジョセフ・ドッジによって実施された財政金融引き締め政策。

失業保険制度が創設された結果、失業者の生活が単に公的扶助制度だけでなく、失業保険という労働保険制度を通しても保障されることとなった。その後、1949（昭和24）年5月には日雇労働者にも適用が拡大された。

（社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」）

1947（昭和22）年、GHQの招聘により来日したワンデル博士を団長とするアメリカ社会保障制度調査団の調査報告書に基づき、1948（昭和23）年12月に社会保障制度審議会が設立された。社会保障制度審議会は首相の直轄とされ、国会議員、学識経験者、関係諸団体代表及び関係各省事務次官40名で構成された。

同審議会は1950（昭和25）年に「社会保障制度に関する勧告」を発表した。この勧告の内容は、①各種の社会保険、公的扶助、社会福祉、児童福祉等の諸制度の総合的な運用、②被用者関係の社会保険制度の統合、適用拡大、給付改善などであった。

同勧告は、日本の社会保障の青写真を提示し、「国民健康保険制度の全国民への適用」、いわゆる「国民皆保険」を提唱した。また、社会保障の中心を社会保険方式によることを主導した。

コラム　社会保障制度に関する勧告に影響を与えたベヴァリッジ報告

第2次世界大戦後の英国の社会保障制度の設計ばかりでなく、広く欧米諸国の福祉国家の考えの基礎となった英国の「ベヴァリッジ報告」（1942年）では、職域や地域を問わない全国民による均一の保険料拠出・均一の給付という社会保険（後に国民保険法として制度化が図られる）を社会保障の主要手段として、国民扶助（生活保護）と任意保険を補助的手段とする旨を提唱した。これは、資力調査があり、スティグマ（汚名）がつきまとう社会扶助よりも、一定の拠出を要件として普遍的な性格を持つ社会保険の方が自立した自由な個人にふさわしいと考えたからであった。

1950年の社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」も、「ベヴァリッジ報告」を踏まえ「国家が（中略）国民の自主的責任の観念を害することがあってはならない。その意味においては、社会保障の中心をなすものは自らをしてそれに必要な経費を醵出（きょしゅつ）[1]せしめるところの社会保険制度でなければならない」と、社会保険中心主義を提唱した。

現在では、社会保障給付費の約9割を社会保険制度による給付が占め、社会保険制度は社会保障制度の中核となって現在に至っている。

1　現在では「拠出」と標記する。

（国民健康保険の財政基盤の確保）

戦後復興期の医療保険をめぐる状況は、終戦直後の急激なインフレ等によって保険診療が敬遠され、国民健康保険は制度破綻の危機に直面していた。戦後の社会的、経済的混乱により、国民健康保険を休止又は廃止する組合が続出し、終戦2年目の1947（昭和22）年には、組合数5,619、被保険者数2,786万人と1945年に比べ約半減した。

このため、国民健康保険の財政基盤を強化する観点から、1948（昭和23）年に国民健康保険法が改正された。主な改正点は、①国民健康保険制度の実施主体を従来の国民健康保険組合から原則として市町村としたこと（市町村公営の原則）、②いったん設立された場合は、その市町村の住民の加入は強制とされたこと（被保険者の強制加入制）等である。

また、1951（昭和26）年にも国民健康保険法の改正により、国民健康保険税[*14]が創設され、

＊14　保険料よりも税の方が徴収しやすく、財政計画が明確に立てられると考えられた。

保険料でなく税で徴収することも可能となり財政基盤が強化された。その後、日本経済の復活等も加わり、保険診療が急速に増加するに至ったことから再び保険財政の立て直しが急務となったが、1953年の国民健康保険法の改正によって助成交付金の名で事実上の国民健康保険に対する国庫補助が実現し、1955（昭和30）年には国庫補助が法制化された。

（新厚生年金の創設）

終戦直後の経済混乱の中、急激なインフレによって労働者の生活は苦しくなり、厚生年金保険料の負担も困難となった。また、積立金の実質的な価値が減少し、将来の給付のための財源とならなくなってしまうなどの問題が生じていた。このため、1948（昭和23）年の厚生年金保険法の改正では、保険料率を約3分の1に引下げる等の暫定的な措置がとられた。

また、1954（昭和29）年の同法改正においては、前年12月に戦時加算のある坑内員の養老年金受給権が発生することに備え、年金の体系について全面的な改正が行われた。それまで報酬比例部分のみであった養老年金を定額部分と報酬比例部分の二階建ての老齢年金とし、男子の支給開始年齢を55歳から60歳に段階的に引上げることとした。加えて、急激な保険料の増加を避けるため、平準保険料率よりも低い保険料率を設定し、その際、保険料率を段階的に引上げる将来の見通しも作成することとした。これらの改正は、現在の厚生年金制度の基本体系となるもので、当時は「新厚生年金制度」といわれた。

さらに、財政方式を積立方式から修正積立方式[*15]に変更し、国庫負担を導入した。その際、「保険料率は、保険給付に要する費用の予想額並びに予定運用収入及び国庫負担の額に照らし、将来にわたって、財政の均衡を保つことができるものでなければならず、且つ、少なくとも5年ごとに、この基準に従って再計算されるべきものとする」との規定が盛り込まれ、5年に1回は財政再計算を行うことが制度化された。

コラム　日本の年金制度が創設時に積立方式を採用した理由

日本の年金制度の財政運営方式は、現在では修正積立方式を採用しているが、制度創設時は「積立方式」[1]を採用していた。

では、なぜ積立方式を採用したのか。『昭和34年度版厚生白書』は次のように説明している。

「年金の財政運営方式としては、このほか（引用者注：積立方式のほか）に年年必要な給付額をその年度に徴収する『賦課方式』があるが、これによるときは、国の財政規模という観点からの影響を受けやすいため、将来において年金給付が不安定となるおそれがあり、他方、現在のわが国のように、老齢人口の占める比率が急速に高まりつつある国においては、将来の生産年齢人口の負担が重くなるという不合理も生ずるので、積立方式を採用して制度の安定と確立を期したわけである。」

しかしながら、積立方式は、物価や賃金の変動への対応が困難という課題も有している。このため、高齢者の生活を保障できる実質的価値のある年金を支給するという観点から、その時代の生産活動に従事する現役世代が収入を失った高齢世代を支えるという、世代間扶養の考え方を基本に置いた賦課方式の要素の強い財政運営方式に改められた形となって現在に至っている。

1　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。

＊15　労使の急激な負担増を避けるため、当面保険料を据え置き、積立不足分を後代の被保険者の負担とする財政方式。従来の完全積立方式から賦課方式の方向に修正される形となった。

第2節 国民皆保険・皆年金の実現

時代区分	主な社会情勢		社会保障制度の主な変遷	
②国民皆保険・皆年金の実現 （昭和30年代～オイルショック） ・高度経済成長と生活水準の向上 ・社会保障制度の基本的な体系の整備 ・社会保険中心（救貧から防貧へ） ・各種給付の改善充実 ・福祉元年		神武景気（1954～57年）		
	1956（昭和31）年	日本、国連加盟		
		経済白書 「もはや戦後ではない」		
		第1回厚生白書 「果して戦後は終わったか」		
			1958（昭和33）年	国民健康保険法改正 （国民皆保険）
	1959（昭和34）年	岩戸景気 （1958～1960年）	1959（昭和34）年	国民年金法制定 （国民皆年金）
	1960（昭和35）年	国民所得倍増計画		
		安保闘争		
		三井三池争議		
			1961（昭和36）年	国民皆保険・皆年金の実施
				通算年金通則法 （基礎年金導入時に廃止）
	1962（昭和37）年	全国総合開発計画		
	1963（昭和38）年	ケネディ米大統領暗殺	1963（昭和38）年	老人福祉法制定
	1964（昭和39）年	OECD加盟	1964（昭和39）年	母子福祉法制定 （福祉六法体制）
		東京オリンピック開催		
		東海道新幹線開業		
	1965（昭和40）年	米軍ベトナム北爆開始	1965（昭和40）年	厚生年金保険法改正 （1万円年金）
		巨人V9スタート		
		日本人の平均年齢30歳を超える		
	1966（昭和41）年	いざなぎ景気 （1965～70年）	1966（昭和41）年	国民健康保険法改正 （7割給付）
	1968（昭和43）年	GNPが世界第3位	1968（昭和43）年	国民健康保険で7割給付
		大学紛争激化		
	1969（昭和44）年	アポロ11号月面着陸	1969（昭和44）年	厚生年金保険法改正 （2万円年金）
	1970（昭和45）年	高齢化社会へ （高齢化率が7%を超える）		
	1971（昭和46）年	環境庁設置	1971（昭和46）年	児童手当法制定
		ドル・ショック （1ドル308円）		
		第2次ベビーブーム （1971～74年）		
	1972（昭和47）年	札幌オリンピック開催		
		沖縄復帰		
		日中国交正常化		
	1973（昭和48）年	第1次オイルショック	1973（昭和48）年	（福祉元年）
		狂乱物価		老人福祉法改正 （老人医療費無料化）
		ベトナム戦争終結		健康保険法改正 （家族7割給付、高額療養費）
		円、変動相場制に移行		年金制度改正（5万円年金、物価スライドの導入）

1 高度経済成長下での社会保障の課題

（高度経済成長の実現と社会の変化）

日本経済は、1955（昭和30）年頃に始まった「神武景気」により本格的な経済成長過程に入り、以後急速な勢いで成長を遂げ、国民の生活水準も向上していった。

1960（昭和35）年12月に閣議決定された「国民所得倍増計画」では、計画期間中の年平均成長率を7.2%とし、10年後には国民総生産を2.7倍、一人当たり国民所得を2.4倍とすることを目標としたが、実際には、ほぼ年平均10%成長を実現した。また、所得倍増の目標は7年で達成し、最終的には、1955年から第1次オイルショック（石油危機）により戦後初めて経済成長がマイナスとなった1974（昭和49）年までの約20年間に、年平均9.2%の実質経済成長率という極めて高い率で経済発展を遂げた。

1956（昭和31）年版経済白書は、前年の国民総生産（GNP）が戦前[*1]のピークを越えたことを踏まえて「もはや戦後ではない」と宣言を行った。一方、同年に初めて出された厚生白書では、「果して戦後は終わったか」の主題の下、国民生活の面ではなお復興に取り残された分野の多いことや、復興の背後に1,000万人に上る生活保護すれすれの状態にある低所得者が存在していることを指摘し、社会保障政策について、経済成長のための施策と併行した社会保障政策の充実を訴えた。

当時は、人口構成において生産年齢人口の割合が高い、いわゆる「人口ボーナス」が生じていた時期であったが、「国民皆保険・皆年金」は人口ボーナス等に支えられた高度経済成長の時代の波に乗って実現し、社会保障の重点も「救貧」から「防貧」に移行し各種給付の充実・改善も図られていった。1973（昭和48）年2月の「経済社会基本計画」では、日本列島改造による均衡ある発展と活力ある福祉社会の実現が国の政策目標として掲げられ、同年は「福祉元年」と呼ばれた。

高度経済成長は産業構造の急速な変化をもたらした。都市部などでは労働力不足、求人難の声が高まり、農村部から都市部へ人口が流入する都市化が急速に進展した。労働力不足、求人難により新規学校卒業者への企業の求人も急増した。1950年代後半には中学卒業者に対する求人が年々増加し、1960年代後半になると中学卒業者の進学率が急速に高まり、それとともに新規学校卒業者の主力は高校卒業者に移っていった。新規高卒者の求人倍率でみると、国民皆保険・皆年金を実現する1961（昭和36）年に2倍を超え、1970（昭和45）年には7倍に達した。企業にとって労働力の確保・定着を図ることが重要な課題であり、賃金を地位や年齢の上昇に応じて労働者に分配し、年功序列により地位や賃金を保障することとした。これにより、労働者は子どもの教育費などで生計費が年々増大していったとしても対応することが可能となった。また、新規学校卒業者を一括採用し、長期雇用（終身雇用）を前提として企業内訓練による人的資本形成を行い、企業固有の技術を持つ熟練労働者を確保する仕組みである「日本型雇用慣行」が大企業を中心に普及・定着した。

加えて、企業は労働力の確保・定着を図る観点から、若年層を中心として社宅や各種手当等の法定外福利厚生を充実させたことが、企業内福祉の充実につながった。

日本型雇用慣行は、既に第2次世界大戦以前にもその萌芽がみられたが、日本型雇用慣行の普及・定着により、世帯構成についてはサラリーマンとして働く夫とそれを支える専業主婦が一般化し、世帯単位も夫婦と子どもから成る世帯が標準的なものとみなされるようになった。国民の間に「中流意識」が普遍化するのもこの頃からである。

＊1　1934～1936年の水準との比較

2 国民皆保険の実現

（国民皆保険計画の策定）

高度経済成長が始まった当初、社会保障関係では、医療保険制度の未適用者が1956（昭和31）年3月末の時点で約2,871万人、総人口の約32%存在し、大企業労働者と零細企業労働者、国民健康保険を設立している市町村とそれ以外の市町村住民間の「二重構造」が問題視された。

また、1960（昭和35）年度に生活保護を受けた世帯のうち55.4%は世帯主又は世帯員の病気が原因であった。こうした状況下で、医療保険未適用者の防貧対策として、国民皆保険の実現が強く求められるようになった。

（国民皆保険に対する期待感）

国民皆保険実現に当たっては、国民の強い支持が後押しした形となった。全国市長会、町村会、全国国民健康保険団体中央会[*2]等は新国民健康保険法案の速やかな成立を要望し、世論もそれを期待した。1958（昭和33）年に内閣総理大臣官房審議室（当時）が行った「社会保障に関する世論調査」によると、医療保険既加入者の圧倒的多数（健康保険加入者の93%、国民健康保険加入者の82%）が「引き続き入っていたい」という希望を表明した。これについて、『昭和33年度版厚生白書』は「医療保険に対する支持がこのように強固であることは、疾病による生活不安の深刻さと、その解決策としての医療保険への信頼に現れる国民の生活体験に根をおいた知恵を物語るもの」と指摘した（図表2-2-1）。

図表2-2-1 社会保障に関する世論調査結果（1958年3月）

○国民の強い支持を受けた国民皆保険。

（単位：%）

質　問	回　答		
健康保険に入っている者と国民健康保険に入っている者の意見 あなたは、ここ2～3年の間に医者にかかったことがありますか。 （あるというものに） あなたは医者にかかったときは、たいてい健康保険（国民健康保険）を利用していますか、あまり利用していませんか。		健康保険	国民健康保険
	いつも利用している	69	56
	利用しないこともある	2	2
	利用しないことが多い	1	2
	どの程度利用しているか不明	0	1
	2～3年医者にかかったことがない	28	39
	計	100	100
あなたは今後も引き続き健康保険（国民健康保険）に入っていたいと思いますか、できれば止めたいと思いますか。	回　答		
	引き続き入っていたい	93	82
	できれば止めたい	1	10
	不明	6	8
	計	100	100

資料：厚生省「昭和33年度版厚生白書」内閣総理大臣官房審議室調べ

（新国民健康保険法の制定）

政府は1955年12月「経済自立5カ年計画」を策定し、「社会保障の強化」等を提唱した。また、翌1956（昭和31）年1月、「全国民を包含する総合的な医療保障を達成することを目標に計画を進めていく」という国民皆保険構想を政府の方針として初めて公式に明らかにした。

同年11月に発表された社会保障制度審議会「医療保障制度に関する勧告」等を契機として、

＊2　1959年に現在の国民健康保険中央会に名称を変更した。

政府は1957（昭和32）年4月、厚生省に国民皆保険推進本部を設置し、1957年度を初年度とする「国民健康保険全国普及4カ年計画」（以下「国民皆保険計画」という。）に着手することになった。健康保険の対象とならないすべての国民を国民健康保険に加入させることで、国民皆保険を実現しようとしたのである。

国民皆保険計画に着手したものの、当初、大都市での国民健康保険の普及が予定どおりには進まなかった。これは、被保険者の資格認定が困難であったこと、事務費の国庫補助が低額であり、人件費の高い大都市では国庫補助では足りず、財政を圧迫したこと等が原因であった。

政府は、国民皆保険の基盤を確立するため、国民健康保険制度を強化すべく1958（昭和33）年3月、①1961（昭和36）年4月から全市町村に事業の実施を義務づけること、②同一疾病についての給付期間を3年とすること、③給付の範囲を健康保険と同等以上とすること、④給付割合を5割以上とすること、⑤国の助成を拡充すること、等を内容とする「新国民健康保険法」案を提出した。

この法案は、同年12月に国会を通過し、翌1959（昭和34）年1月から施行されることとなった。1959年は就業者に占める雇用者割合がはじめて5割を超えた年でもあった。戦後の国民健康保険は、サラリーマン化が進む中で産声を上げたことになる。

こうして、日本の国民皆保険体制は、1961年4月1日までの期限付きで全市町村への事業の実施を義務づける形で法律的に裏付けられることになり、市町村に住所を有する者は、被用者保険加入者等でない限り、強制加入とされた。スタートでやや立ち遅れた6大都市[*3]でも、日本一の被保険者数を擁する東京23区において1959年12月に国民健康保険を実施し、神戸市がこれに続いた。結局、他の都市も1961年4月からの実施となり、ここに計画どおり国民皆保険体制[*4]が実現した。

（制限診療の撤廃と診療報酬の地域差撤廃）

国民皆保険の実現に先立ち、1958（昭和33）年6月には、現行の診療報酬体系の骨格となる診療報酬点数表が告示され、同年10月から実施された。また、国民皆保険後の保険医療では、1962（昭和37）年に保険診療において抗生物質、抗がん剤、副腎皮質ホルモン等の使用を認可するなど、いわゆる制限診療の撤廃が行われた。

さらに、当時は地域による医療費の格差があり、保険診療費もこれを助長するような甲地[*5]、乙地によって異なる医療費体系となっていた。1963（昭和38）年にこの地域差が乙地を甲地なみに引上げることによって全面的に撤廃され、全国一律に同一の医療行為に対しては、同額の診療報酬が支払われることとなった。

（健康保険と国民健康保険の制度間格差）

当時、国民健康保険の医療給付については、その給付範囲、給付率とも健康保険などの被用者保険と比べて水準が低かった。まず、給付の範囲については、往診、歯科診療における補てつ[*6]、入院の際の給食、寝具設備の給付は、当分の間、行わなくてよいとされていたため、これらの給付の制限を行っている保険者が少なくなかった。1961（昭和36）年4月1日現在における給付範囲の制限の状況を保険者が市町村であるものについてみると、まったく制限をつけていないものは2,381で全体の68.0%、全部制限しているものは86で全体の2.5%であり、3割強の市町村で何らかの制限が設けられていた（図表2-2-2）。また、給付率の状況は、市町村が保

＊3　東京都区部（23区）、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市
＊4　保険料を納付できない公的扶助対象者は、後に国民健康保険法の適用除外とされ、生活保護制度の医療扶助でカバーすることとなった。
＊5　1948年以降、特定の大都市（甲地）とその他の地域（乙地）に分けられていた。
＊6　歯の欠損部を義歯で補ったり、金属冠をかぶせて機能を保たせること。

険者である場合についてみると、給付率が最低の50%であるものが全体の93.5%を占め、本人給付率が100%である保険者が半数を超える被用者保険との差は大きかった（図表2-2-3）。

このため、国民健康保険の給付率について被用者保険の水準にできるだけ近づけることが要請され、1961（昭和36）年の国民健康保険法改正により世帯主の結核性疾病又は精神障害について同年10月より給付率が5割から7割に引上げられ、1963（昭和38）年の同法改正によって世帯主の全疾病について原則として給付率が7割に引上げられた。その後、1966（昭和41）年の同法改正によって世帯員に対する法定給付割合が5割から7割に引上げられることが決定し、1968（昭和43）年1月より実施された。

図表2-2-2　給付範囲の制限の状況（1961年4月1日現在）

○市町村の約3割が国保の給付範囲制限を実施。

	市町村	割合	組合	割合
（給付範囲の）制限のないもの	2,381	68.0%	145	90.6%
歯科補てつを制限	314	9.0%	10	6.3%
寝具を制限	29	0.8%	1	0.6%
給食を制限	42	1.2%	－	
往診を制限	15	0.4%	1	0.6%
寝具、歯科補てつを制限	56	1.6%	1	0.6%
給食、歯科補てつを制限	14	0.4%	－	－
往診、寝具を制限	282	8.1%	－	－
往診、歯科補てつを制限	30	0.9%	－	－
往診、寝具を制限	4	0.1%	－	－
往診、給食を制限	16	0.5%	－	－
給食、寝具、歯科補てつを制限	144	4.1%	－	－
往診、寝具、歯科補てつを制限	21	0.6%	－	－
往診、給食、歯科補てつを制限	1	0.0%	－	－
往診、給食、寝具を制限	64	1.8%	1	0.6%
四つを全部制限しているもの	86	2.5%	1	0.6%
計	3,499	100.0%	160	100.0%

資料：厚生省「昭和36年度版厚生白書」厚生省保険局調べ

図表2-2-3　医療給付の給付率の状況（1961年4月1日現在）

○国保の9割強が本人給付率5割。

	市町村	割合	組合	割合
50%	3,271	93.5%	30	18.8%
60%	80	2.3%	2	1.3%
70%	6	0.2%	2	1.3%
80%	1	0.0%	－	－
100%	1	0.0%	－	－
世帯主100%　家族50%	2	0.1%	81	50.6%
世帯主80%　家族50%	3	0.1%	10	6.3%
世帯主70%　家族50%	93	2.7%	16	10.0%
その他	42	1.2%	19	11.9%
計	3,499	100.0%	160	100.0%

資料：厚生省「昭和36年度版厚生白書」厚生省保険局調べ

3 医療提供体制の整備

（公的病院・民間病院の整備・充実）

国民皆保険は、医療を提供する体制が整備されて初めて意味を持つものであり、医療施設整備、医療従事者の確保も進められていった。また、国民皆保険の実現がこうした医療提供体制の整備を促進したともいえるのであって、両者は表裏一体の関係にあった。

1945（昭和20）年にGHQから旧日本軍の陸海軍病院等が返還され、国立病院、国立療養所として国民一般に開放されることとなった。都道府県が設置する公立病院については、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を定めた1948（昭和23）年公布の「医療法」の中で、その設置に要する費用に対して国庫補助を可能とする規定が設けられ、公的医療機関の復興が進んだ。

一方、民間病院については、施設基準を満たせばどこでも自由に開業ができる自由開業医制がとられた。また、1950（昭和25）年に医療法が改正され、医療法人制度が設けられた。医療法人制度の創設によって、医療事業主体が非営利の法人となることができ、資金の集積を容易にするとともに、経営の安定化が図られるようになった。その後、民間医療機関の整備は加速し、民間を中心とした医療機関の整備が日本の医療提供体制における特色の一つとなった。

（一県一医大構想と医師の養成）

1961（昭和36）年に実現した国民皆保険体制下では、種々の医師、歯科医師確保対策が講じられることとなった。

医師確保対策としては、昭和30年代に医学部入学定員が約3,000人から約3,500人へと約500人増加したものの、病院の著しい増加、高度な医療技術の普及、国民皆保険の実現等が原因となって、昭和40年代に入ると医師不足が痛感されるようになった。このため、1966（昭和41）年度、1967（昭和42）年度、1970（昭和45）年度の三度にわたり、厚生省から文部省に対し医学部入学定員の増加が要請された。

また、厚生省は、1970（昭和45）年7月、今後計画的に医師・歯科医師を確保するため当面の行政目標として、①1985（昭和60）年までに人口10万人に対し最小限150人の医師を確保すること、②1985年までに人口10万人に対し歯科医師50人を確保すること、を決定した。

こうして、1970年度には戦後初めて医学部の新設（秋田大学医学部等4医学部）が認められ、翌年度には2校、1972（昭和47）年度には自治医科大学等7校が新設された。また、1973（昭和48）年2月に閣議決定された「経済社会基本計画－活力ある福祉社会のために－」において、無医大県の解消（いわゆる一県一医大構想）が盛り込まれ、1979（昭和54）年10月の琉球大学医学部設置をもって解消が実現した。

このような医師、歯科医師確保対策が功を奏し、1984（昭和59）年には、1985年までに人口10万対最小限150人の医師及び50人の歯科医師を確保するという目標は達成された。

（へき地医療政策の展開）

国民皆保険が実現し、国民のすべてが保険によって医療の給付を受けられる体制が確立したものの、医療機関が都市部に偏在し、医師・歯科医師が周囲にまったく存在しないいわゆる「無医（無歯科医）地区」の解消が課題として残っていた。

このうちの無医地区対策は、既に1950年の社会保障制度審議会の勧告（「社会保障制度に関する勧告」）においても取り上げられていた。1961（昭和36）年8月、厚生省の医療保障委員[*7]の発表した中間報告では、国の予算の重点的な配分によって、無医地区の着実な解消を図

＊7　同年7月に厚生大臣の顧問として設置。5人の委員で構成されたことから「五人委員会」と呼ばれた。同委員会は中間報告として、①無医地区対策の推進、②国民健康保険を中心とする疾病保険の普及強化、③結核対策の強化の3点を要望した。

図表2-2-4 無医村・無医地区の年次推移（皆保険実現以前の状況）

○無医（歯科医）村が減少する一方、無医（歯科医）地区が増加。

	1種	2種	3種	計	4種	全国町村数	全国町村数に対する（1～3種）町村数
無医村							
昭和25年末	583	298	267	1,148	－	10,240	11.2%
27年9月	575	237	226	1,038	191	9,774	10.6%
29年5月	438	276	113	827	289	8,442	9.8%
30年5月	118	53	26	197	175	4,527	4.4%
31年5月	84	61	20	165	728	4,148	4.0%
無歯科医村							
昭和25年末	2,499	1,271	1,054	4,824	－	10,240	47.1%
29年5月	1,800	1,144	749	3,693	103	8,442	43.7%
30年5月	698	264	243	1,205	249	4,527	26.6%
31年5月	542	260	192	994	878	4,148	24.0%

資料：厚生省「昭和32年度版厚生白書」厚生省医務局調べ
（注） 1.「1種」：人口少なく付近の町村と交通の便があり、他の町村の施設を利用することにより支障のないもの。
2.「2種」：山間へき地で人口稀薄、交通不便等の状況によって診療所設置の困難なもの。
3.「3種」：人口・面積・地理的状況から設置しうるもの。
4.「4種」：無医村ではないが、人口・面積・地理的状況から更に設置の必要があるもの。

ることを要望するとともに、無医地区における医療機関の運営費の赤字について大幅な国庫補助を行うべきであると述べられていた。同年5月現在の無医町村は165、また、人口、面積、地理的状況から無医町村に準ずる無医地区が728に上っていた（図表2-2-4）。

このような医療を受ける機会の不均衡を是正するための一環として、厚生省はへき地医療対策を1961年度から年次計画を立て積極的に推進した。しかし、折からの高度経済成長に伴う都市化現象により、増加した都市における医療ニーズを満たすため医師の都市集中も著しく、へき地における診療所の整備に見合った医師の確保が困難な場合が多かった。このため、へき地診療所に医師を派遣する親元病院への助成や地域内の保健所、医療機関、市町村等の有機的連携を図るためのへき地医療地域連携対策等が講じられた。

4 国民皆年金の実現

（国民皆年金の実現）

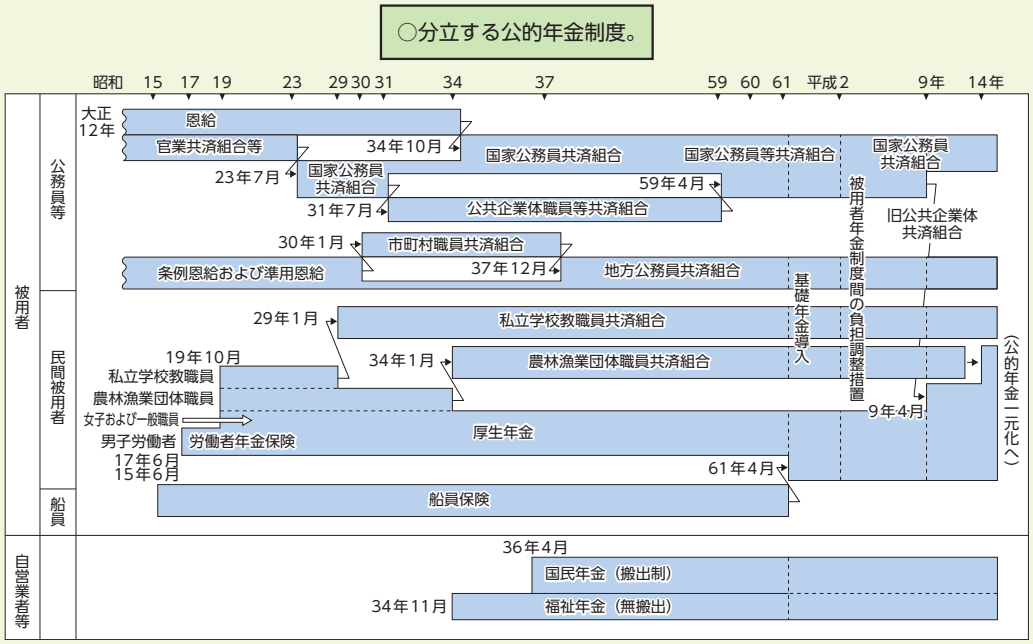
厚生年金保険法が全面改正された1954（昭和29）年当時、厚生年金の給付水準は年に1,200円、月にすると100円程度でしかなかった。こうした中、政府は厚生年金の適用業種を拡大し、被保険者数の拡大を図ったものの、特定職域を単位とするグループの厚生年金保険から分離・独立（1954年の私立学校教職員共済組合、1956年の公共企業体職員等共済組合[*8]、1959年の農林漁業団体職員共済組合）の動きに歯止めをかけることはできなかった。

一方、公務員については、新しい共済組合が発足（1955年の市町村共済組合、1959年の国家公務員共済組合、1962年の地方公務員等共済組合）した（図表2-2-5）。

こうした分立する公的年金制度は、いずれも一定規模以上の事業所や工場で働く被用者、公務員等を対象とする制度であり、農民や自営業者、零細な事業所の被用者などには何の年金制度もなかった。年金制度によってカバーされている人数も全体で約1,250万人であり、全就業者人口約4,000万人の3分の1程度、全被用者人口約1,800万人の約70％程度にすぎなかった。医療保

＊8 日本専売公社、日本電信電話公社及び日本国有鉄道職員を対象とした。

図表2-2-5　公的年金制度の変遷



資料：厚生労働省年金局作成資料

険が農民や自営業者を含め、既に全国民の3分の2をカバーしていたのに比べ、年金制度は立ち後れていた。

こうした中で、「老齢人口が絶対数においても、総人口に対する比率においても次第に増加していく傾向にあって、親族扶養の無力化の傾向と相まって、老齢者の生活保障を国が真剣に考えざるを得なくなったこと」（『昭和32年度版厚生白書』）や、「年金制度とともに社会保障制度の車の両輪とされている医療保障制度が、（中略）国民皆保険を達成するという具体的な目標のもとに、現に拡大整備されつつあるという事実は、残された問題としての年金制度に、いわば自然のなりゆきとして論議を集中させ」（同）、既存の年金制度でカバーされないすべての国民を対象とする国民年金制度創設の機運が高まった。当時は既に核家族化が進行しており、家族制度の廃止で子の親に対する扶養意識の減退が指摘されていたが、このほかにも、軍人恩給増額の動きや、地方自治体で先行した敬老年金の実施が、国民年金導入の世論を盛り上げた。

このような情勢を踏まえ、厚生省は、1957（昭和32）年に5人の有識者で構成する国民年金委員会を設置し、翌1958（昭和33）年には国民年金準備委員会を設置して検討に当たった。また、同年に社会保障制度審議会は「国民年金制度に関する基本方策について」の答申を行った。

こうして「国民年金法」が1959年に制定され、無拠出制の福祉年金は翌1960（昭和35）年3月から支給されることとなったほか、拠出制*9国民年金は1961（昭和36）年4月から保険料の徴収が開始されることとなり、ここにすべての国民がいずれかの公的年金制度の対象となる「国民皆年金」が国民皆保険と同時に実現することとなった。

国民年金は、20歳以上60歳未満の日本国民*10で、厚生年金や共済年金の対象となる被用者以外のすべての者（農林水産業従事者、商店主等*11）を被保険者（加入者）とする社会保険方式による年金制度であった。保険料は定額（月100円、35歳以降150円*12）で、年金給付については、65歳から月額2,000円（25年以上拠出）、最高3,500円（40年拠出）の老齢年金等を

＊9　年金制度の掛金（保険料）の一部を加入者が負担する制度。導入当初は、保険料を印紙で納付した。
＊10　1982年の「難民の地位に関する条約」（難民条約）加入により国籍要件が撤廃され、現在は、日本に居住するすべての人が対象になっている。
＊11　無業者も含む。
＊12　年齢によって差があるのは、一般的に年齢が高くなるほど負担能力が増え、拠出意欲が増すと考えられたためである。

支給することとなった。また、被用者年金のように事業主負担分に相当する部分がないことに加え、国民年金の加入者には低所得者が多かったことを考慮し、3分の1の国庫負担を行うこととなった。さらに、高齢のため受給に必要な加入期間を満たせない人や、既に障害を有する人に対して、無拠出の老齢福祉年金、障害福祉年金及び母子福祉年金等を支給することとなり、その費用は全額国庫で負担することとなった。

（拠出制国民年金の実施）

国民年金法の制定に当たっては、大きな反対があったことも事実である。『昭和36年度版厚生白書』によると、「35年夏頃からの（中略）拠出制国民年金の実施に対する反対又は実施延期の運動は、給付額が低すぎること、保険料が高額[*13]だったこと、拠出期間[*14]が長きに失することなどを挙げて、適用開始時期を中心に激しい動きを示し、大都市においては、地域住民が地域行政とのつながりをほとんど失っていることと絡み合って、ことに激しく、制度の実施に暗い影を投げかけた。」と当時の状況を説明している。

また、国民年金に対する国民の理解も十分とはいえなかった。前出「社会保障に関する世論調査」によると、「国民年金制度という言葉を何かで見たり聞いたりしたことがありますか。」という質問に対して、過半数の53%が「ない」と回答した。さらに、1958（昭和33）年8月に行われた全国社会福祉協議会の調査で国民年金に対する理解度を職業別にみると、国民年金の適用対象となる農林業、漁業を職業とする者では、特に関心が低いことが判明した（図表2-2-6）。このため、政府は同年8月に「国民年金制度周知月間」を設定し、様々な啓蒙活動を行うなどして、一般の協力を求めようとした。しかしながら、老齢年金が25年以上の拠出で月額2,000円という給付水準では魅力も薄く、特に大都市における制度の滑り出しは順調ではなかった。

図表2-2-6　国民年金に関する理解の状況（1958年8月）

○国民の過半数が知らなかった「国民年金」。

	総　数	国民年金制度を知っていた	国民年金制度を知らなかった	不　明
農林業	100.0	35.5	62.3	2.2
漁業	100.0	29.3	69.2	1.5
商工業	100.0	51.9	45.1	3.0
上記以外の自営業	100.0	55.2	42.5	2.3
被用者	100.0	51.4	45.2	3.4
その他	100.0	40.4	57.6	2.0

資料：厚生省「昭和34年度版厚生白書」全国社会福祉協議会調べ

＊13　対象者の多数を占めた低所得者からすれば負担能力からみた場合、「高額」と指摘された。
＊14　老齢年金は保険料納付期間が25年以上ある者に対し、65歳から支給するとされた。

コラム　国際的にみた日本の国民皆保険・皆年金の特徴

日本は世界で4番目に皆保険を、12番目に皆年金を達成したとされているが、既存の職域の医療保険に新しい医療保険を追加する形で適用を全国民にまで拡大したのは、日本が最初であった。また、国民皆保険・皆年金の実現時期が1961年という早い段階であったことにも特徴があった。ヨーロッパでも1960（昭和35）年までに人口の9割以上を対象とする医療保障を達成していたのはスウェーデン、アイスランド、ノルウェーの4か国だけであり[1]、日本の国民健康保険のような地域保険方式をとる国は存在しなかった。

一方、1960年までに国民皆年金を実現した国は、スウェーデン、デンマーク、ノルウェー、フィンランドの北欧4国のほか、ニュージーランド、アイスランド、英国、スイス、カナダ、イスラエル、オランダの11か国であった[1]。

高度経済成長がはじまったばかりという、まだ国が貧しい段階で全国民に等しく社会保険制度を適用し、不安のない社会をつくるべく国民皆保険・皆年金を実現したことは、当時の施政者の英断といえるだろう。

国民皆保険・皆年金は、実現後この章で述べる様々な制度見直しを図りながらも日本の社会保障制度の中核として現在に至っている。

1　横山和彦 『社会保障論』 有斐閣　1978年

（通算年金制度の創設）

国民皆年金の実現により、すべての国民は分立したいずれかの公的年金制度の適用を受けることとなった（前出　図表2-2-5）。しかしながら、各公的年金制度は大部分が相互に関係なく創設され、しかも、老齢年金や退職年金を受けるには相当長期間*15同一制度に加入していることが要件であったため、職場を移動して一つの年金制度から離脱した者には、その制度からの脱退に伴う一時金の給付が行われるにとどまっていた。

このため、国民年金制度制定の準備作業に並行して、各制度間の通算方法についての検討が進められた結果、1961年11月、「通算年金通則法」*16が公布施行され、同年4月に遡及適用となった。

これにより、多数の公的年金制度相互間で加入期間を「数珠つなぎ」方式で通算する老齢年金（退職年金）に関する通算措置が実施される運びとなった。

＊15 被用者保険では船員保険を除き20年、国民年金では25年であったが、基礎年金の創設で25年に統一された。
＊16 この法律は、基礎年金を導入した1985年度改正の際に廃止された。

コラム 1961年はこんな年

国民皆保険・皆年金が実現した1961年はどんな時代だったのか。特徴的なものをまとめてみた。

(人気テレビ番組)
- 「夢で逢いましょう」「七人の刑事」「シャボン玉ホリデー」

(ベストセラー)
- 小田実『何でもみてやろう』

(ヒットソング)
- 植木等『スーダラ節』、石原裕次郎・牧村旬子『銀座の恋の物語』

(初登場)
- NHK朝の連続テレビ小説『娘と私』

(物価)
- 理髪(1回)200円
- 映画鑑賞料 140円

(全産業労働者の平均現金給与総額)
- 2万6,626円(労働省毎月勤労統計調査)

(サラリーマンの平均月収)
- 4万5,000円(総務庁家計調査)

なお、高度経済成長期を象徴する国家的プロジェクトである東海道新幹線の開通及び東京オリンピックの開催は、国民皆年金・皆保険実現から3年後の1964(昭和39)年であった。

5 給付改善と「福祉元年」

(老人医療費支給制度の創設)

65歳以上人口が少なかった頃の老人施策については、生活保護法による養老施設への保護と国民年金法による福祉年金給付などが主なものであった。しかしながら、核家族化の傾向が顕著となり、また、老人に対する扶養意識の減退がみられるようになったことが、独り暮らし老人や寝たきり老人の問題を顕在化させることになった。このように高齢者に対する福祉施策の需要が高まってきたことを受けて、1963(昭和38)年に福祉六法[*17]の一つである「老人福祉法」が制定され、老人ホームへの入所、老人家庭奉仕員の派遣等の福祉サービスの実施とともに、高齢者に対する保健指導等が実施された。当時、老人福祉法は世界で初めての老人関係法といわれた。

その後、1970(昭和45)年になると、日本は65歳以上人口(当時は「老年人口」)比率が7.1%となり、国連の定義[*18]にいう高齢化社会に入った。翌1971(昭和46)年に総理府(当時)が行った「老人問題に関する世論調査」によると、高齢者(当時は「老人」)の生活と健康を守るために、国の施策として一番力を入れて欲しいものについて、「老人医療費無料化」が44.0%と最も多く、次いで「老齢福祉年金の増額」(17.4%)、「老人無料検診」(10.0%)と老人医療費の無料化を求める世論がもっとも大きかった(図表2-2-7)。一般に高齢者は低収入で、当時年金制度も未成熟であったこと、当時の医療保険の家族給付率が5割であったこと等から、高齢者は医療費負担のために受療を敬遠し、必要な医療が受けられない恐れがあると指摘されていた。

一方、1970年代前半になると、経済成長の成果を国民福祉の充実に還元しようとする動きが高まった。既に、老人医療費の一部負担金(患者負担)を公費により肩替わりする制度は、東京都や秋田県など一部地方自治体において実施されていたが、その後全国の多くの地方自治体に広がっていった。こうした状況を受けて国も1972(昭和47)年の老人福祉法の一部改正により、「福祉元年」とよばれた翌1973年1月から国の制度として老人医療費支給制度が実施された。

この老人医療費支給制度により、70歳以上の高齢者が医療保険で医療を受けた場合の自己負

＊17 老人福祉法のほか精神障害者福祉法(1998年に「知的障害者福祉法」に改称)、母子福祉法(1981年に「母子及び寡婦福祉法」に改称)と「福祉三法」(生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法)を総称して「福祉六法」と呼んだ。
＊18 総人口に占める65歳以上の人口が7%を超えると、当時は「老人国」といわれた。

図表2-2-7　老人医療費無料化を求める世論調査結果

○「老人医療費無料化」を求める声が第1位。

老人の生活と健康を守るために、国の施策として、この中では、どれに一番力を入れてもらいたいと思いますか。

（単位　%）

老人医療費無料化	44.0
老人家庭奉仕員、介護人の増員	4.4
老人無料検診	10.0
各種老人ホームの増設	4.9
老人世帯向住宅の増設	2.2
三世代住宅の増設（親子・孫などが同居できるように）	4.3
老齢福祉年金の増額	17.4
老齢者を扶養している人の税金の控除	4.3
老人就業あっせん事業所の増設	2.1
その他	0.2
不明	6.1

資料：総理府「老人問題に関する世論調査」（1971年8月）

担費用が全額公費で負担されることとなり、高齢者の医療費負担が無料化された。後に無料化に伴う病院のサロン化や過剰診療等が問題となるが、その当時から老人医療をこのような形で無料化することについては反対論ないし慎重論もあった[*19]。しかしながら、当時は層の厚い生産年齢人口に支えられており、かつ右肩上がりの高度経済成長が見込まれる中での制度創設となったことから、最終的には実施に移された。当時の危惧はやがて現実のものとなり、老人保健制度の創設へとつながっていった。

（7割給付の実現と高額療養費制度の創設）

「福祉元年」の1973（昭和48）年、医療保険制度では、健康保険の家族給付率の引上げ（5割から7割）や高額療養費制度[*20]の創設などが行われた。特に、「医療内容の高度化傾向にかんがみ、高額医療に対する格段の配慮が切望される」（1972年12月「社会保険審議会意見」）として、月3万円（当時）を超える自己負担分を医療保険制度から支給するという高額療養費制度[*21]が創設されたことによって、医療費に占める患者負担の割合は低下し、医療機関を利用しやすい環境が整備された。同制度は、1975（昭和50）年に国民健康保険にも導入された。

（年金給付水準の改善と物価スライド制の導入）

年金制度においても給付水準の改善が図られ、厚生年金では1965（昭和40）年に、当時の平均的な標準報酬月額25,000円の人が20年加入[*22]した場合の標準的な年金額が1万円となる「1万円年金」[*23]が実現し、1969（昭和44）年には「2万円年金」が実現した。国民年金でも、1966（昭和41）年に「夫婦1万円年金」が、1969（昭和44）年には「夫婦2万円年金」が実現した。

また、1973年の改正で、物価の変動に合わせて年金額を改定する物価スライド制が導入され

＊19　吉原健二　『老人保健法の解説』　中央法規出版　1983年。
＊20　月3万円を超える自己負担分については医療保険制度から支給。
＊21　現在の同制度については、第2部を参照。
＊22　当時、厚生年金の受給資格要件は被保険者期間20年以上であった。
＊23　この額は、被保険者の平均標準報酬月額2万5,000円の40%に当たり、現役労働者の賃金の40%を保障するというILO102号条約基準を満たす水準であった。

るとともに、厚生年金では現役男子の平均月収の6割程度を目安とし、過去の標準報酬を現在の価格に評価し直して計算する標準報酬の再評価（賃金スライド）を行ったことにより、「5万円年金」[*24]が実現した。また、国民年金でも「夫婦5万円年金」が実現した。この物価スライド制の導入により、年金制度は、この直後の第一次オイルショックによるインフレにも対応でき、老後の所得保障の中核を担う制度になっていった。

その後もオイルショックに対応し老後生活の安定を図るため、2年繰り上げて1976（昭和51）年に財政再計算を行い、厚生年金の老齢給付の水準として、標準的な男子の受ける老齢年金の額が直近男子の平均標準報酬の60%程度を確保するよう引上げられるなどの給付の拡大が図られた。

年金給付水準の拡大の背景には、当時の日本は人口の高齢化が進んでおらず、欧米先進国よりも年金制度は未成熟ということがあった。これは、当時は老齢年金受給者が少なく、支給されている年金額も少なかったためであった。厚生年金については退職後の所得保障を行うものとして、制度発足時は在職中に年金を支給されなかったことも受給者が少ない理由であった。このため、高齢者は低賃金の場合が多いという実態にかんがみ、在職者にも支給される特別な年金として1965（昭和40）年に在職老齢年金が創設された。しかしながら、当時の成熟度（老齢年金受給者数／被保険者数）は、西ドイツ28.0%（1976年）、フランス24.5%（75年）、英国32.5%（74年）、スウェーデン28.4%（75年）、アメリカ21.4%（76年）と20%を超える率であったのに対し、日本は18.4%（78年）であった。日本の場合、福祉年金受給者を除くと成熟度はさらに11.1%へと下がり、成熟度の低さが目立っていた。

（児童手当制度の創設）

児童手当については、既に1947（昭和22）年において、社会保険制度調査会[*25]で「児童手当金」という形で老齢年金に次いで実施すべきであるとの勧告がなされていた。しかしながら、①日本の場合、児童の扶養はすべて親の責任とする考え方が強かったこと、②多くの企業で日本型雇用の特徴である年功序列型賃金あるいは生活給的性格の強い賃金体系が採用されており、その中に扶養家族手当が含まれていたこと等から、家族手当（児童手当）制度として導入に至らなかった。

その後、国民皆保険・皆年金が実現すると、先進諸国の社会保障制度のうち、児童手当制度が日本に唯一欠けていることが認識されたこともあり、児童手当制度をめぐる議論が活発となった。

昭和40年代に入ると、社会保障制度の充実が多くの国民の要求するところとなり、一方、経済的にも高度経済成長により財政的余裕ができたこと、また、高齢化現象が進むにつれて次代を担う児童の健全育成、資質の向上についての必要性の認識も生じたことなどが、児童手当制度の創設を促進する上で大きな役割を果たすようになった。その結果、児童憲章制定20周年に当たる1971（昭和46）年5月には「児童手当法」が制定[*26]され、翌1972（昭和47）年1月に施行された。

＊24　この額は、被保険者の平均標準報酬の6割に相当する額であり、ボーナスを含めた報酬額に対する比率では約45%となり、ILO128号条約に定める基準に達する給付水準であった。
＊25　1946年厚生省に設置。社会保障制度審議会の設置に伴い廃止された。
＊26　制度発足当初は、義務教育終了前の第3子以降の児童を対象として、子育て世帯に月額3,000円が支給された。また、支給に当たっては年収200万円未満に限定する所得制限があった。

第3節　制度の見直し期（昭和50年代から60年代）

時代区分	主な社会情勢	社会保障制度の主な変遷
③制度の見直し期 （昭和50年代～60年代） ・安定成長への移行 ・社会保障費用の適正化 ・給付と負担の公平 ・安定的・効率的な制度基盤の確立	1974（昭和49）年　経済成長率が戦後初めてマイナス 1975（昭和50）年　国際婦人年 戦後生まれ過半数に 第1回サミット 1978（昭和53）年　成田空港運営開始 1979（昭和54）年　国際児童年 第2次オイルショック 1980（昭和55）年　第2次臨時行政調査会 自動車生産台数で日本が世界一に 1981（昭和56）年　国際障害者年 日米貿易摩擦 1983（昭和58）年　「国連・障害者の十年」始まる 1984（昭和59）年　世界一の長寿国に 人生80年時代へ（女性の平均寿命80歳を超える） 1985（昭和60）年　プラザ合意 科学万博つくば85開幕 1986（昭和61）年　円高 一極集中 地価の高騰	1974（昭和49）年　雇用保険法制定 1982（昭和57）年　老人保健法制定（一部負担の導入、老人保健事業） 1983（昭和58）年　老人医療費支給制度の廃止、老人医療費の一部負担の導入 1984（昭和59）年　健康保険法等改正（本人9割給付、退職者医療制度） 1985（昭和60）年　年金制度改正（基礎年金導入等） 医療法改正（医療計画） 労働者派遣法制定 男女雇用機会均等法制定 1986（昭和61）年　基礎年金の導入等 老人保健法改正（老人保健施設、加入者按分率100%へ段階的引上げ）

1　オイルショックと社会保障の見直し

医療保険、年金制度等の大幅な給付改善が行われ、「福祉元年」と呼ばれた1973（昭和48）年秋に安価な石油に依存してきた経済社会に大きな転換を促す第1次オイルショック（石油危機）が勃発した。石油価格の高騰は「狂乱物価」と呼ばれたインフレをもたらし、企業収益を圧迫した。

高度経済成長の時代は第1次オイルショックをもって終わりを告げ、安定成長の時代に突入した。同年度の実質経済成長率は、戦後初めてのマイナス（マイナス0.2%）を記録した。

社会保障制度では、医療保険の診療報酬、生活保護制度の生活扶助費などについてインフレに給付水準を対応させていくために、1974（昭和49）年度の診療報酬改定では36%の引上げ、生活扶助基準では20%引上げ等の高率の改定が行われた。また、年金については、既に述べたとおりオイルショックに対応した給付改定が行われた。その結果、これらの財源となる社会保障関係費が急増した。

一方、大阪で日本万国博覧会が開催された1970（昭和45）年に日本は高齢化社会の仲間入りを果たしたが、1955年頃まで横ばいで推移していた高齢化率は、この年を境に上昇に転じた。また、世帯構成比率をみると、3世帯同居を含む「その他世帯」が2割を下回ったのもこの年であった。さらに、1970年代以降、専業主婦の割合が低下し、代わって共働き世帯が増加した。

こうした高齢化の進展や世帯構造の変化等に伴い、家庭が担っていた扶養能力の低下がますます顕著となり、社会保障需要は一層増大する形となった。

このような社会保障需要の拡大にもかかわらず、経済不況により税収の伸びは鈍化し、一方で内需拡大のための経済対策が必要になり、財政支出が大幅に拡大された。そのため、1975（昭和50）年度補正予算において初めて特例公債[*1]が発行されることとなった。その後、財政赤字が拡大し、第2次オイルショックが勃発する年である1979（昭和54）年度予算では、国債依存度が約40％と過去最高となった。

1980（昭和55）年になると、「増税なき財政再建」を掲げた第2次臨時行政調査会（第二臨調）が設置[*2]され、行財政改革の検討が鋭意進められた。同調査会の答申等に基づき、歳出の削減・合理化が進められた。行政機構や補助金の見直し、国鉄等の3公社の民営化等とともに、1982（昭和57）年度予算では「ゼロ・シーリング」、1983（昭和58）年度予算では「マイナス・シーリング」が採用されるなど、社会保障関係予算についても厳しい歳出抑制が図られた。このため「福祉元年」で充実が図られた医療保険、年金制度や老人医療費支給制度などの見直しも進められることになった。特に、第1次産業や自営業者が減少するという産業構造の変化等を受けた国民健康保険や国民年金の取扱いをめぐり、日本の社会保障は、制度間調整の時代を迎えることとなった。

1973年の第1次オイルショック（石油危機）以降、高度成長型経済から安定成長型経済への移行に伴って、雇用失業情勢にも困難な事態が生じることが予想され、労働者の雇用の安定と失業の予防を図ることが重要な課題となった。このため、1974（昭和49）年に雇用の質的改善に積極的に応えられる機能を持った失業保険制度に代わる雇用保険法が制定され、失業給付が見直された。また、翌1975（昭和50）年には雇用調整給付金（1981年から雇用調整助成金）が創設され、景気の変動・産業構造の変動に対応し雇用の維持に重点を置いた雇用対策が講じられた。

2 老人保健制度の創設、医療保険制度の大改正

（老人保健制度の創設）

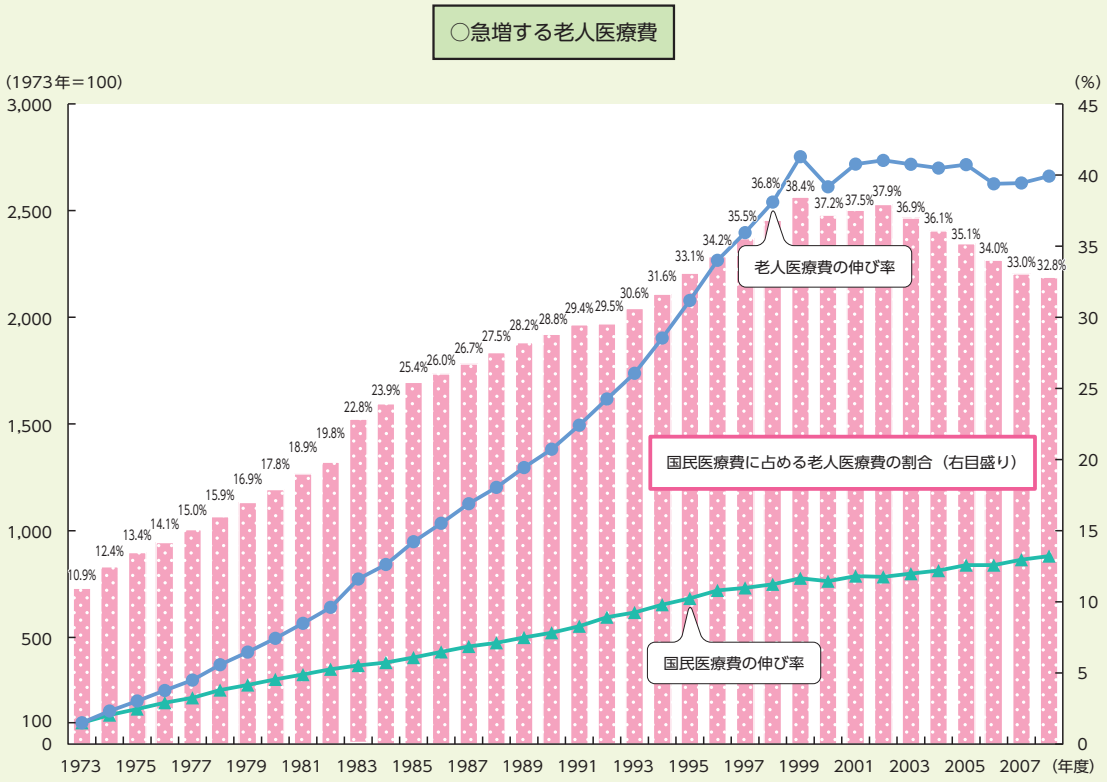
1973（昭和48）年1月に実施された老人医療費支給制度により、従前と比べて高齢者は医療機関にかかりやすくなり、老人医療費が急増することとなった（図表2-3-1）。また、年齢階級別に受療率をみると、1960（昭和35）年当時、65歳以上の者の受療率[*3]は現役世代のそれを下回っていたが、その後現役世代を大きく上回るようになった。また、70歳以上の者の受療率は、1970（昭和45）年から1975（昭和50）年までの5年間で約1.7倍に上昇した（図表2-3-2）。

このため、同制度については、高齢者の健康に対する自覚を弱め行き過ぎた受診を招き、その結果、高齢者人口の増加と相まって老人医療費の急増を招いているとして、病院の待合室に高齢者がつめかける「病院のサロン化」や「過剰受診・過剰診療」などの問題が指摘されるようになった。また、高齢者福祉施設が量的に不十分であったことや世間体を気にして老人ホームへの入所を避ける層の存在から、病院に入院する高齢者の患者が増加し、いわゆる「老人病院」の増加や、必ずしも入院治療を要しないが、寝たきり等の事情で入院を継続するという「社会的入院」の現象が現れ始めた。

また、被用者人口の増大や人口の都市集中などにより、国民皆保険実現当時に半数弱を占めて

＊1 「公債の発行の特例に関する法律」に基づいて発行される公債。別名「赤字国債」。
＊2 第1次臨時行政調査会は1964年に設置。
＊3 ある時点で疾病治療のために医療施設で受療した患者数の人口10万人に対する比率をいう。また、その経年変化については、一般的な健康状況の推移のほかに、医療保険制度の変更による影響も考えられることに留意する必要がある。

図表2-3-1　国民医療費及び老人医療費の年次推移（1973年度を100とした場合）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」、保険局「後期高齢者医療事業年報」
（注）　後期高齢者（老人）医療費は、1983年1月以前は旧老人医療費支給制度の対象者に係るものであり、1983年2月以降は老人保健法による医療の対象者に係るものであって、老人保健制度の創設に伴う対象者の拡大のため1981年度と1982年度、1982年度と1983年度は単純に比較できない。また、2008年4月以降は後期高齢者医療費であり、制度が異なるため2007年度と2008年度についても単純に比較できない。

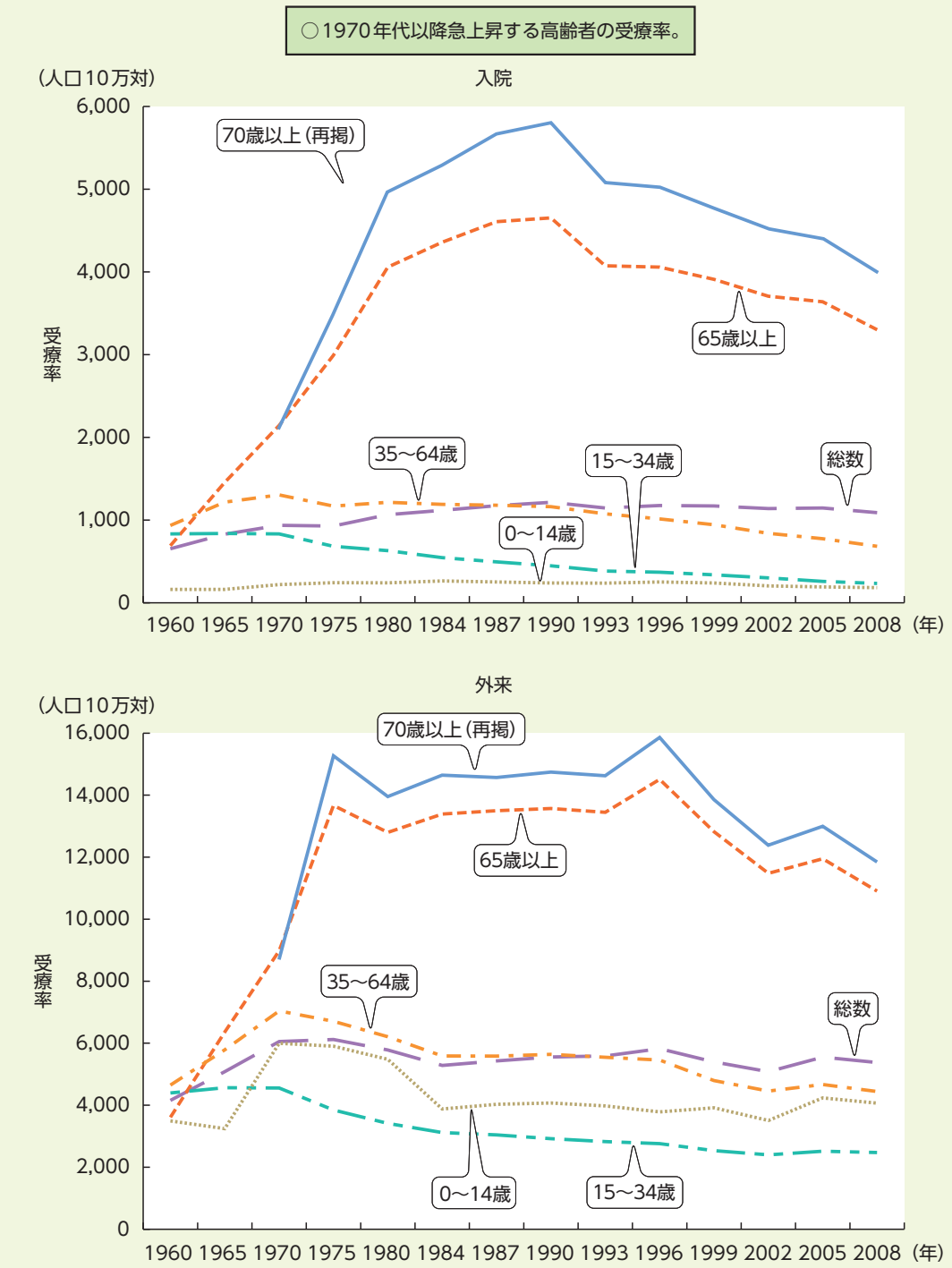
いた農家等の家族従業者や自営業主が減少し、一方で被用者保険の加入者が退職後に国民健康保険に移行したため、国民健康保険は高齢者の加入率が被用者保険に比べて高くなっていた。そこへ老人医療費急増の直撃を受けて国民健康保険の財政状況は非常に厳しくなった。

さらに、日本人の疾病構造が、高血圧、脳血管疾患、心臓病などの生活習慣病[*4]中心に変化してきている中で、高齢者の健康という観点からは、壮年期からの生活習慣病の予防や早期発見のための対策が重要であった。このような老人医療に関わる様々な問題に対応するため、1982（昭和57）年8月に「老人保健法」[*5]が制定され、翌年2月から施行された。

老人保健法は、①老人医療費支給制度を廃止し、高齢者[*6]にも一部負担[*7]を求めることとしたこと、②老人医療費に要する費用について国、地方公共団体が3割（国20%、都道府県5%、市町村5%）を負担し、各保険者が7割を拠出することにより全国民が公平に負担することとし、国民健康保険財政の救済策を講じたこと、③疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健医療対策を盛り込むことなど、負担の公平、健康への自覚や適正な受診を促すという趣旨の法律であった。これにより、老人福祉法に基づく老人医療費支給制度は、1983（昭和58）年1月をもって終了した。

＊4　当時は「成人病」と呼ばれていた。
＊5　2008年4月に「高齢者の医療の確保に関する法律」と改称された。
＊6　老人保健法による医療等は、70歳以上の者及び65歳以上70歳未満の者で一定の障害を有することを市町村長により認定された者を対象として行われた。
＊7　老人医療費について、一定額を受給者本人が自己負担（外来通院1か月400円、入院1日300円（2か月を限度））することとなった。

図表2-3-2 年齢階級別に見た受療率（人口10万対）の年次推移（入院・外来）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」

（老人保健制度における老人加入者按分率の拡大）

老人保健制度創設の主な目的の一つは、国民健康保険財政の負担軽減であった。そのため、老人保健制度は各医療保険者の共同事業として構成され、各保険者からの拠出金については加入者調整率、すなわちどの保険者も老人加入率が全国平均並みであったとすれば、どのくらいの医療費を負担することになるかという要素を取り入れて拠出額を計算することとしていた。

当初は実際にかかった老人医療費の額に応じて算定される医療費按分（医療費按分率）に係る部分と加入者数に応じて算定される加入者按分（加入者按分率）に係る部分は2分の1ずつであったが、1986（昭和61）年の老人保健法改正により、加入者按分率は100%となった。老人一人当たりの医療費が保険者によって異なるのに全部を加入者按分してしまうのは、保険者の経

営努力を考慮しないものであり、負担の公平に反するとの批判があったが[*8]、按分率拡大の背景には、なおも厳しい財政状況に苦しむ国民健康保険の負担軽減の必要性があった。

（被保険者本人１割負担の導入・退職者医療制度の導入）

経済成長が鈍化する一方で、医療費は経済成長率や国民所得の伸びを上回る形で増加傾向を示し、医療費と国民の負担能力との間のかい離が拡大するおそれが生じた。このため、1984（昭和59）年に健康保険法が改正[*9]され、サラリーマンである被保険者本人に１割の自己負担[*10]を求めることとなった。また、サラリーマンが定年退職し、医療の必要が大きくなった時期に給付率が低下するという問題を解決し、生涯を通じてサラリーマンの給付と負担の公平を確保するため、「退職者医療制度」が創設された。

退職者医療制度は、①退職して厚生年金や共済組合などの老齢年金、退職年金等を受給している国民健康保険の被保険者を対象として、従来、本人、家族ともに７割給付であったものを、老人保健制度が適用されるまでの間、本人には８割給付、家族には入院について８割給付（外来は７割給付）を行うこと、②退職者の医療費は退職者本人が支払う保険料に加え、被用者保険各制度からの拠出金でまかなうことをその内容とした。すなわち、退職者医療制度は、現役サラリーマンと事業主の保険料を主な財源として退職者等の医療費をカバーし、これによって退職後給付率が大幅に低下することを緩和するとともに、国民健康保険の他の加入者の負担を軽減することを意図した。

併せて、老人保健制度や退職者医療制度の導入により、国民健康保険の財政負担が軽減されることを踏まえ、国庫負担割合の見直しが行われた。しかしながら、国民健康保険財政は再び窮迫し、前述の老人保健制度における加入者按分率の引上げにつながった。

（特定療養費制度の創設）

1984（昭和59）年の健康保険法の改正において、新しい医療技術の出現や患者のニーズの多様化に適切に対応すべく特定療養費制度[*11]が導入された。特定療養費制度は、高度先進医療や特別の療養環境の提供について、一定のルールの下で保険診療と保険外診療との併用を認める制度であった。その内容は、①高度で先進的な医療技術の技術料相当部分に係る費用や、②いわゆる差額ベッド代や予約診療など特に定められたサービスのほか、一定の歯科材料に係る費用について自己負担としつつ、入院・検査費用などの本来保険給付の対象となる基礎的部分について、療養費の給付を行うというものであった。

（老人保健施設の創設）

1982年に制定された老人保健法の目的の一つに、「社会的入院の解消」があった。当時、高齢者に必要のない医療を行って医療費をかせぐ老人病院の存在が医療保険財政の観点からも問題とされ、そのような病院が出現した背景に「社会的入院」があるとされた。そのため、昭和58年診療報酬改定時には、診療報酬を入院期間の長さに応じて逓減させる仕組みを強化した。

その後、1986（昭和61）年の老人保健法改正では、加入者按分率を100％に引上げるとともに老人保健施設が創設された。同施設は、病院におけるケアが必ずしも要介護老人の多様なニーズに十分対応していない面があったという反省から、病状が安定して病院での入院治療よりも、

＊8　吉原健二　『老人保健法の解説』　中央法規出版　1983年。
＊9　同法改正により、サービス業など従来非適用業種であった業種の常時５人以上の従業員を使用する法人の事業所は、1986年４月１日から強制適用となった。また、常時５人未満の従業員を使用する法人の事業所については、1989年４月１日から全面強制適用されることになった。
＊10　1947年６月より本人の自己負担は廃止されていた。
＊11　本制度は、2006年10月１日以降、「評価療養」と「選定療養」に再編成されている。

リハビリテーションや看護、介護に重点を置いたケアを必要とする老人を対象に、必要な医療ケアと生活の実態に即した日常生活サービスを併せて提供するとともに、要介護老人の心身の自立を支援し、家庭への復帰を目指すものであった。老人保健施設は、医療施設と福祉施設及び医療施設と家庭、それぞれの中間的性格を有することから「中間施設」として構想され、制度化に当たって老人保健施設という名称となった。

また、同施設におけるサービスについては、老人保健制度から給付を行い、一方、在宅で生活する者とのバランスから、食事や個人の選択に係るサービスについては、利用者負担とされた。

3 医療提供体制の見直しと「医療計画」の策定

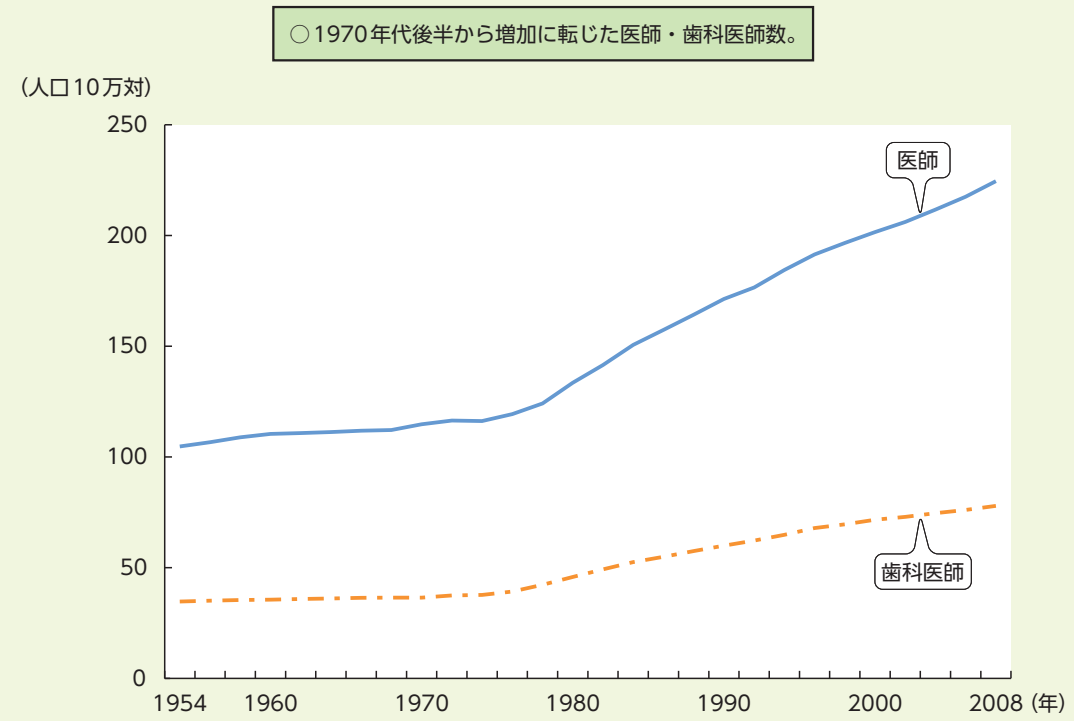
いわゆる一県一医大構想等に基づき、医師の養成が図られた結果、1984（昭和59）年には、医師の総数が約18万人、人口10万人当たり150.6人と、1985（昭和60）年までに150人という目標を達成し、将来は逆に医師の過剰が憂慮されるに至った。

高齢となった医師の引退を見込んでも、年に約6千人の医師が増え、当時の推計では既に医師が過剰で定年制などを実施している西ドイツ（当時）の水準（人口10万人当たり232人）に近づくと予測された。また、歯科医師の数も、1984（昭和59）年に人口10万対52.5人で1985年を待たずに目標を上回っており、このまま推移すれば年に約2,500人の増加が見込まれた。

このようなことから、厚生省に設置された「将来の医師需給に関する検討委員会」及び「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」は、1986（昭和61）年3月、1995を目途に医師及び歯科医師の新規参入を、医師については10%、歯科医師は20%削減することが至当との意見をまとめ、それ以降大学の医・歯学部の定員削減が進められることとなった（図表2-3-3）。

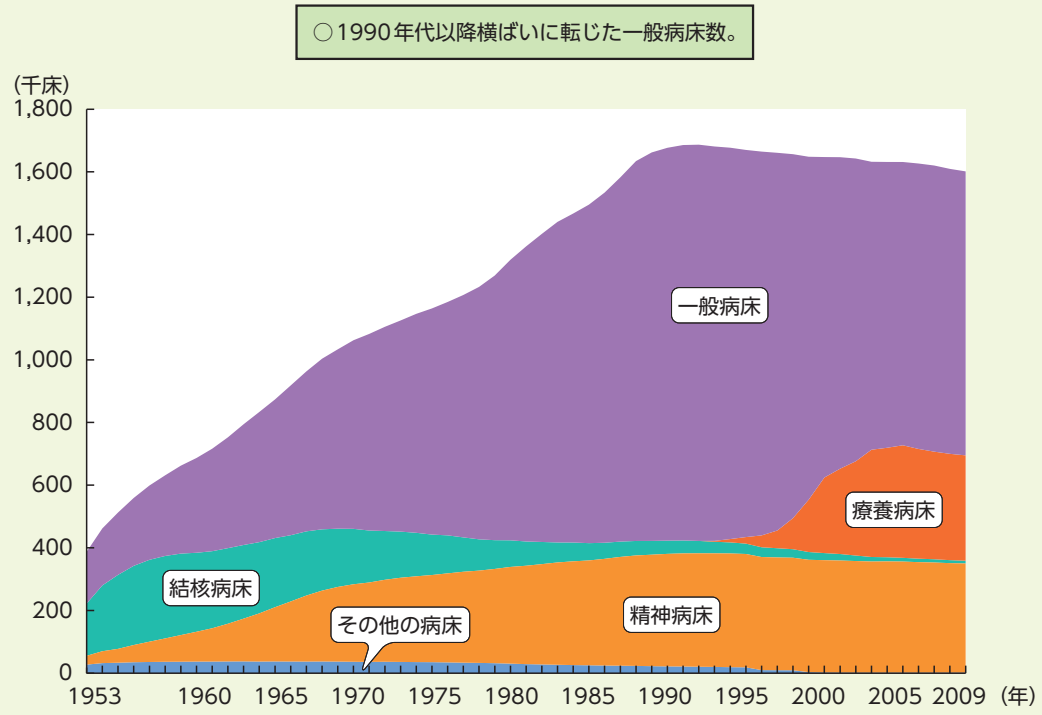
一方、医療供給体制は、人口増に加え、国民の所得水準の向上、医療保険制度の充実等による医療需要の著しい増嵩に伴って、医療施設の整備及び医師等医療従事者の確保が促進された。この結果、医療供給体制は量的には相当程度整備された。昭和50年代後半に入ると、医療機関の

図表2-3-3　医師・歯科医師数の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」
（注）　医師・歯科医師については登録者の届出数である。

図表2-3-4　病床数の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」
(注)　1.「療養病床」は1993～2000年は「療養型病床群」であり、2001・2002年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。
2.「一般病床」は1993～2000年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、2001・2002年は「一般病床」及び「経過的旧療養型病床群を除く経過的旧その他の病床（平成15年8月までの経過措置）」である。
3. 1994・1995年の「療養病床」の数は厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」による。

地域的偏在等の問題が指摘され、地域によっては病院病床が必要以上に存在したり、各医療施設の医療機能の分担も不明確であった。

そこで、1985年には医療法が改正され、都道府県が地域の実情に応じて定めた「医療計画」に沿って、二次医療圏[*12]単位で必要病床数を設定し、それを上回る病床数が存在する病床過剰地域においては都道府県知事に病院の開設等について勧告を行う権限を与えることにより、自由開業医制に一定の制約が課されることとなった。病院病床数は、同法改正施行前のいわゆる「駆け込み増床」等により1990年にかけて増加傾向が続いたが、その後はほぼ横ばいに転じている。(図表2-3-4)。

＊12　病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域をいう。

4 基礎年金の創設

（基礎年金の創設）

公的年金制度は大きく３種７制度[*13]に分立（前出　図表2-2-5）して存在した結果、給付と負担の両面で制度間の格差などが生じるとともに、産業構造の変化等によって、特に農民、自営業者等を被保険者とする国民年金の財政基盤が不安定になるという問題が生じていた。また、制度間の格差については、年金の官民格差問題も指摘されていた。

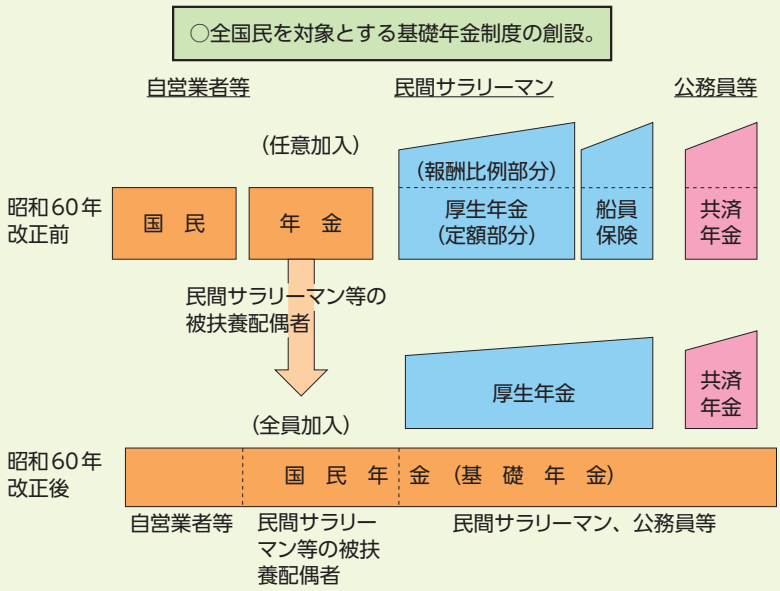
このため、国民年金法が1985（昭和60）年に改正され、国民年金は全国民を対象とする基礎年金制度に改められ、厚生年金や共済年金等の被用者年金は基礎年金に上乗せする２階部分の報酬比例年金として再編成された（図表2-3-5）。この結果、基礎年金の部分については、給付の面でも負担の面でもすべて同じ条件[*14]で扱われることになり、制度間の整合性と公平性が確保された。また、基礎年金の費用は、税財源による国庫負担と各制度が加入者の頭割りで持ち寄る拠出金により、全国民が公平に負担することになり、制度の基盤の安定が図られた。

（年金給付水準の適正化）

基礎年金の導入と合わせて、将来に向けての年金給付水準の適正化も図られた。1986（昭和61）年の改正法施行時の標準的な年金額については、加入期間が32年、男子の平均標準報酬月額が25万4,000円として月額17万3,100円となり、これは平均標準報酬の68％であった。しかしながら、平均加入期間が40年になると、標準的な年金額は21万1,100円となり、これは男子の平均標準報酬月額の83％にも達することが明らかとなった。また、厚生年金の保険料率も38.8％と現在の４倍近い率となることが分かった。

このため、厚生年金の年金額の算定方法を改め、定額部分の単価を2,400円から1,250円に、報酬比例の乗率を1000分の10から1000分の7.5に徐々に逓減させ、加入期間が40年になっても給付水準がこれまでとほぼ同額の月額17万6,200円、平均標準報酬に対して69％にとどま

図表2-3-5　基礎年金の概念図



＊13 当時の公的年金制度は、1）一般の被用者を対象とする厚生年金保険及び船員保険、2）公務員等を対象とする５つの共済組合（国家公務員等共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済組合、農林漁業団体職員共済組合）、3）農民、自営業者等を対象とする国民年金の３種７制度から構成。

＊14 老齢基礎年金の額は、被保険者期間（第１号被保険者については保険料納付済期間と保険料免除期間を合算した期間）が25年以上である者に対し、65歳から支給することとされた。

るようにされた。これによってピーク時の最終保険料率も30%以下の28.9%にとどまることとなった。国民年金の1か月当たりの単価も2,000円から1,250円に徐々に引下げ、ピーク時の保険料の月額は1万9,500円から1万3,000円にとどまることとなった。

こうして日本の年金政策は、前述の基礎年金創設と併せ、制度の分立と給付の拡大から、制度の統合と給付水準の適正化へ大きく方向転換されることとなった。

（専業主婦の基礎年金）

1985年の国民年金法改正では、民間サラリーマン等の妻（専業主婦）にも自分名義の基礎年金を保障した。それまでの制度では、専業主婦は夫の被用者年金（配偶者加給年金等）で保障することとされ、また、国民年金に任意で加入することができた。しかし、国民年金に任意加入しない妻が離婚したり、障害者になった場合には年金が受給できないという問題や任意加入した、しないによって世帯としての年金額の水準に差が生じるという問題があった。

このような問題を解決するため、専業主婦も国民年金に加入を義務づけ（第3号被保険者）[*15]、加入者一人一人に自分名義の基礎年金を支給することとした。また、その保険料負担については専業主婦には通常、独自の所得がないことから、医療保険同様、個別に負担することは求めず、夫の加入する被用者年金制度で負担することとした。

（障害基礎年金制度の創設）

基礎年金の導入とともに、国民年金に加入する20歳前に障害者となった者にも障害福祉年金でなく障害基礎年金が支給され、国民年金に加入した後に障害となった場合には、3分の1以上の期間の保険料の滞納がない限り、障害基礎年金が支給されるなど、障害者に対する給付が大幅に改善された。また、年金とは別に、20歳以上で精神又は身体の重度の障害により日常生活において常時特別の介護が必要な在宅の障害者には、月額2万円の特別障害者手当も支給されることになった。

このように障害者に対する給付が大幅に改善されたのは、1981（昭和56）年の「国際障害者年」を契機に、社会が連帯して障害者が自立できる基盤を形成し、所得保障をはじめ障害者に対する総合対策を進めるべきであるという認識が高まったことも背景にあった。

（船員保険の厚生年金への統合）

年金制度が長期にわたり安定して運営されるためには、制度の基盤となる集団が長期的に安定していることが必要だが、職域保険の1つであり船員を対象とした日本唯一の総合保険である船員保険制度については、被保険者の減少や著しい高齢化等により年金財政が悪化し、船員保険集団のみでは制度の存続が困難な事態に陥った。

このため、基礎年金導入を契機として、船員保険の職務外年金部門は厚生年金と完全に統合され、負担の面で若干の違いが残ったものの、船員保険の給付は2階部分まで給付体系、給付水準、支給開始年齢などが厚生年金とほぼ同じとなった。

＊15 第1号被保険者は自営業者、農林漁業者、学生（1991年4月より20歳以上の者）等、第2号被保険者は被用者を対象とした。

第4節 少子・高齢社会への対応

時代区分	主な社会情勢		社会保障制度の主な変遷	
④少子・高齢社会への対応 (～平成10年) ・少子高齢化の進行と経済基調の変化 ・社会保障費用の適正化 ・給付と負担の公平 ・安定的・効率的な制度基盤の確立	1987(昭和62)年	JR発足 バブル景気(～1991年)		
	1989(平成元)年	消費税の創設 平均株価ピーク 1.57ショック(合計特殊出生率が1.57人に)	1989(平成元)年	高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)策定
	1990(平成2)年	統一ドイツ誕生 株価暴落始まる	1990(平成2)年	老人福祉法等福祉8法の改正(在宅福祉サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化)
	1991(平成3)年	湾岸戦争	1991(平成3)年	育児休業法制定
	1992(平成4)年	ロシア連邦の誕生 地価下落		
			1993(平成5)年	パートタイム労働法制定
	1994(平成6)年	高齢社会へ(高齢化率が14%を超える)	1994(平成6)年	エンゼルプラン制定 新ゴールドプラン制定 年金制度改正(厚生年金(定額部分)の支給開始年齢の引上げ等) 高年齢者雇用安定法改正(60歳定年義務化、65歳継続雇用の努力義務化) 雇用保険法改正(高年齢雇用継続給付・育児休業給付創設)
	1995(平成7年)	阪神・淡路大震災 東京地下鉄サリン事件	1995(平成7)年	社会保障制度審議会勧告「社会保障体制の再構築」
	1996(平成8)年	病原性大腸菌O157問題		
	1997(平成9)年	日本人の平均年齢40歳を超える 消費税率5%に(うち1%は地方消費税) 老年人口が年少人口を上回る	1997(平成9)年	介護保険法制定 健康保険法等改正(被用者保険本人患者負担見直し(2割))
	1998(平成10)年	長野オリンピック開催		

1 バブル経済の崩壊と社会保障体制の再構築

日本経済は、1985（昭和60）年9月のプラザ合意により円高が急速に進行したが、「円高不況」を避けるために低金利政策を継続的に採用した結果、株価、地価などの資産価格が異常に値上がりするバブル経済の時代を迎えた。日本の財政状況は好調な税収に支えられて好転し、国債残高も対GDP比では下落した。しかしながら、バブル経済の時代は長くは続かず、1990年代初頭には事実上崩壊し、安定成長の時代は終焉を迎えた。

バブル経済の崩壊以降、日本経済は低成長、マイナス成長時代に移行したが、一方で経済のグローバル化が進展し、企業活動における国際競争が激化した。企業活動では、経営の不確実性が増大し予測が困難な状況の中で、急激な変化に柔軟に対応するためにパートタイム労働者や派遣労働者といった非正規労働者の活用を図るようになった。こうした結果、雇用者数に占める非正規労働者の割合が上昇した。また、世帯構成については、1990年代以降、共働き世帯が専業主婦世帯を上回るようになった。こうして従前の男性を中心とした正規労働者の長期勤続を前提とした日本型雇用慣行に変化がみられるようになった。

バブル経済下の1989（平成元）年には、高齢化社会に対応するための財源確保の観点から消

費税が導入され、バブル経済崩壊後の1997（平成9）年には税率が3%から5%に引上げられた。その際、消費税の使途として、予算本則で年金、高齢者医療、介護等に充てられることが予算総則に盛り込まれることとなった。

1990年代に入り、日本の人口構造は生産年齢人口がそれまでの横ばいから減少に転じ、現役世代の負担感が急増する時期を迎えたが、1994（平成6）年の65歳以上人口比率は14.5%を超え、国連の定義にいう「高齢社会」が到来した。7%の高齢化社会入りからわずか24年で14%の高齢社会に到達したわけであり、この時期にはそれ以前に増して急速なスピードで人口の高齢化が進んでいった。また、1990（平成2）年には「1.57」ショックにより少子化対策が重要な政策課題として急浮上した。

一方、21世紀を目前に控えたこの時期に、「20世紀末の状況を見据え、21世紀の社会保障のあるべき姿を構想し、今後我が国社会保障体制の進むべき途」を設定しようとする動きが始まった。社会保障制度審議会では、1991（平成3）年から社会保障将来像委員会を設けて、21世紀に向けての社会保障の基本的在り方や各制度の具体的見直し等について審議を行い、同委員会第1次報告「社会保障の理念等の見直しについて」（1993年）の中で、社会保障について、「国民の生活の安定が損なわれた場合に、国民にすこやかで安心できる生活を保障することを目的として、公的責任で生活を支える給付を行うもの」と定義した。

社会保障制度審議会では、この報告等を基にして、1995（平成7）年7月に「社会保障体制の再構築（勧告）～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして」を取りまとめた。その中で、1950（昭和25）年の勧告（40ページ参照）当時は社会保障の理念は最低限度の生活の保障であったが、1995年の勧告では「広く国民にすこやかで安心できる生活を保障すること」が社会保障の基本的な理念であるとし、国民の自立と社会連帯の考えが社会保障制度を支える基盤となることを強調した。勧告の中で示された普遍性・公平性・総合性・権利性・有効性という社会保障推進の5原則とそこに示された基本的考え方の多くは、社会保障体制の再構築を求めるものであり、後の介護保険制度の法制化等に結びついた。

2 共働き世帯の増加に対応した環境整備

共働き世帯の増加にみられたように、女性労働者は着実に増加し、女性の職業に対する意識が高まった。一方で、昭和50年代頃までは、多くの職場において女性を単純、補助的な業務に限定し男性とは異なる取扱いを行うなど、企業の対応は必ずしも女性の能力発揮を可能とするような環境が整えられているとはいえない状況にあり、こうした環境を整備することが大きな課題となっていた。

このような状況を踏まえ、「国際婦人の10年」の最後の年である1985（昭和60）年に「男女雇用機会均等法」[*1]が制定された。同法の施行により、企業における女性活用の意欲が高まるとともに、女性の社会進出が一層進む形となった。

1990年代以降、雇用者の共働き世帯が男性雇用者と無業の妻からなる世帯を上回ったが、一方で、当時女性が仕事を続ける上で最も困難な障害として育児が挙げられており、育児と仕事の両立のための支援対策の充実が急務となった。

こうした状況の中で、労働者が仕事も家庭も充実した生活を送ることができる働きやすい環境づくりを進めるため、1991（平成3）年に「育児休業等に関する法律」（育児休業法）が制定され（1992年施行）、1歳に満たない子を養育する労働者について、育児休業を取得することができる権利が明確化された。

＊1　「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律」（1972年法律第113号）

また、1995（平成7）年より、雇用保険の被保険者が育児休業を取得した場合に育児休業給付金という形で休業前賃金の25%相当額（養育する子が1歳に達するまで）を支給されることとなった。

一方、核家族化や共働き世帯の増加の一方で高齢化が進行したため、家族による介護が容易でなくなってきた。このため、1999（平成11）年に施行された「育児・介護休業法」*2に基づき、介護休業制度が義務化された。また、同年より、雇用保険の被保険者が介護休業を取得した場合に、介護休業給付金として3か月を限度に休業前賃金の25%相当額を支給されることとなった。

3 ゴールドプランから介護保険制度の創設

（ゴールドプランの策定と福祉八法の改正）

「寝たきり老人」が社会問題化*3する1968（昭和43）年以降、低所得者の独居老人世帯を対象に家事・介護サービスを提供する老人家庭奉仕員派遣事業が全国的に実施されたが、必ずしも要介護老人のケアに重点が置かれていたわけではなく、施設整備を補完するものでしかなかった。

しかしながら、老後も可能な限り住み慣れた地域社会で暮らしたいという高齢者の希望を尊重すべく、1975（昭和50）年以降在宅での福祉が推進されるようになった。このため、1978（昭和53）年以降からは、ショートステイ（寝たきり老人短期保護事業）やデイサービス（通所サービス事業）*4が国の補助事業となった。

在宅での福祉が推進されていく中で、在宅介護サービスの質を向上し、民間部門を中心に供給主体を多元化して必要なサービス量を確保していくため、その担い手として質の良い人材を確保していくことが課題となった。このため、1987（昭和62）年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され、福祉専門職が制度化された。

1989（平成元）年には、高齢者に対する保健福祉サービスを一層充実すべきとの声が高まる中、消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の在宅福祉や施設福祉などの基盤整備を促進することとされた。このため、20世紀中に実現を図るべき10か年の目標を掲げた「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」が厚生・大蔵・自治の3大臣の合意により策定され、サービス基盤の計画的整備が図られることになった。このゴールドプランにより、2000（平成12）年までにホームヘルパー10万人、デイサービス1万か所、ショートステイ5万床と在宅福祉対策を飛躍的に拡充することとしたほか、特別養護老人ホーム24万床、老人保健施設28万床に増設する等の大幅な拡充が目標とされた。同プランは、1994（平成6）年に全面的に見直され、当面緊急に行うべき高齢者介護サービス基盤の整備目標の引上げを図り、今後取り組むべき施策の基本的枠組みを示した「新ゴールドプラン」が同じく3大臣の合意により策定された。これにより、地方の需要を踏まえた更なる高齢者介護対策の充実が図られることとなった。（図表2-4-1）

一方、1990（平成2）年には、ゴールドプランを実施するための体制づくりを図る等の観点から、福祉関係八法（老人福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法*5）の改正が行われた。このうち、改正老人福祉法においては、①在宅福祉サービスの積極的な推進、②在宅・施設サービスの実施に係る権限の市町村への一元化、③各地方自治体における老人保健福祉計画策定の義務づけ等が図られた。

＊2 「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」（1991年法律第76号）
＊3 1968年9月の全国社会福祉協議会「居宅ねたきり老人実態調査」結果公表が契機となった。
＊4 特別養護老人ホーム等に併設されるデイサービス施設に週一、二回通い、入浴、食事、生活指導、日常動作訓練等の各種サービスを受けられるようにし、併せて、家族に対する介護教育も行うもの。
＊5 「独立行政法人福祉医療機構法」（2002年法律第166号）制定に伴い廃止。

図表2-4-1　新ゴールドプランの概要

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問題について、介護を必要とする者だれもが、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　利用者本意・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		
	区　　分	〔1999年度末までの整備目標〕	（参考）2009年の整備状況
在宅サービス	(1) 訪問介護者（ホームヘルパー）	170,000人	384,956人
	(2) 短期入所（ショートステイ）	60,000人分	97,718人分
	(3) 通所介護／通所リハビリ（デイサービス／デイケア）	17,000か所	28,419か所
	(4) 老人訪問看護ステーション	5,000か所	5,221か所
施設サービス	(1) 特別養護老人ホーム	290,000人分	439,087人分
	(2) 老人保健施設	280,000人分	325,260人分

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」、「社会福祉行政業務報告」「社会福祉施設等調査報告」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（介護保険制度の創設）

増大する介護需要に対して新ゴールドプランが策定されたものの、施設の整備だけでなく要介護高齢者本人の意思を尊重し、本人の自立にとって最適のサービスを提供できる体制の確保が必要と考えられた。また、バブル経済崩壊後の経済情勢や国の財政収支の悪化を踏まえ、一般財源だけでは高齢者のケアをまかなうのは難しいとの政策判断から、1994（平成6）年末には介護保険の構想が提示された。

その後、高齢者の介護の問題を一部の限られた問題としてとらえるのではなく、高齢者を等しく社会の構成員としてとらえながら、国民皆で高齢者の介護の問題を支える仕組みとして1997（平成9）年に介護保険法が成立し、2000（平成12）年4月から施行された。介護保険制度の創設により、要介護認定を受ければ、原則として65歳以上の高齢者[*6]は費用の1割の自己負担[*7]で介護サービスを受けられるようになった。

介護保険制度においては、要介護度に応じた給付の上限が設けられ、原則として介護支援専門員（ケアマネジャー）の作成するサービス計画（ケアプラン）に従って介護サービスが提供されることを要するものとされた。これは、医療と異なり、介護サービスの場合はサービス量が多ければ多いほど利便性が高まるため、負担と給付のバランスを考慮し、保険で対応する範囲を限定したものであった。また、介護保険の保険者は市町村とされ、保険料は65歳以上の者（第1号被保険者）と40歳以上65歳未満の医療保険加入者（第2号被保険者）によって負担されることとなった。

さらに、特別養護老人ホームへの入所については、行政による福祉の措置ではなく、入所者と施設の直接契約により行われることとなった。

新たな社会保険制度の創設は国民皆保険・皆年金実現以来のことであり、世界的にもドイツ[*8]に続くものであった。介護保険制度の創設により、医療保険制度が担っていた高齢者医療のうち、介護的色彩の強い部分が介護保険に移行することとなった。

＊6　介護保険制度においては、40歳以上65歳未満の人についても、初老期における認知症、脳血管疾患等の老化に起因する疾病等の場合には必要なサービスを受けることができることとなった。
＊7　低所得者に対しては、一定の負担軽減策がある。
＊8　1994年4月にドイツで介護保険法が成立した。

4 年金支給開始年齢の引上げと定年延長に向けた施策の展開

（老齢年金の支給開始年齢の引上げ）

年金支給開始年齢の引上げについては、高齢化が本格的に進行した1970年代後半以降、本格的に検討されるようになった。政府は、年金支給開始年齢の引上げに当たり、企業の定年延長や高年齢者の雇用確保策との連携方策について検討し、1980（昭和55）年に厚生年金の支給開始年齢を60歳から65歳に段階的に引上げる案を各審議会に諮問した。政府の厚生年金保険法改正案には、老齢年金の支給開始年齢について次回の財政再計算で所要の措置が講ぜられるべき旨の規定が盛り込まれていた。しかしながら、当時は多くの企業で定年が55歳であったこともあり、同規定は国会の修正により削除[*9]された。

国民の平均寿命が伸びていく中で年金支給開始年齢のかい離が増大し、1990（平成2）年の平均寿命は男子が75.92歳、女子が81.90歳に達した。これは、厚生年金の男子の支給開始年齢が55歳から60歳に引上げられた1954（昭和29）年当時より男子は約13年、女子は約14年伸びており、60歳以降の平均余命も男子は約20年、女子は約24年に達していた。こうした平均寿命、平均余命の伸びに対応した年金支給開始年齢の引上げについて、年金制度の観点からだけではなく、超高齢社会、人生80年時代における人の生き方、働き方はどうあるべきかという観点から政府において検討が行われた。その結果、1994（平成6）年に国民年金法及び厚生年金保険法の改正が行われ、厚生年金の支給開始年齢が男子の定額部分（1階部分）については、2001（平成13）年度より3年ごとに1歳ずつ引上げられ、2013（平成25）年に65歳とされることとなった（女子は5年遅れで実施）。男子の報酬比例部分（2階部分）についても、2000（平成12）年の厚生年金保険法の改正により、2013（平成25）年度から2025（平成37年）度にかけて60歳から65歳に引上げることとなった（女子は5年遅れで実施）（図表2-4-2）。

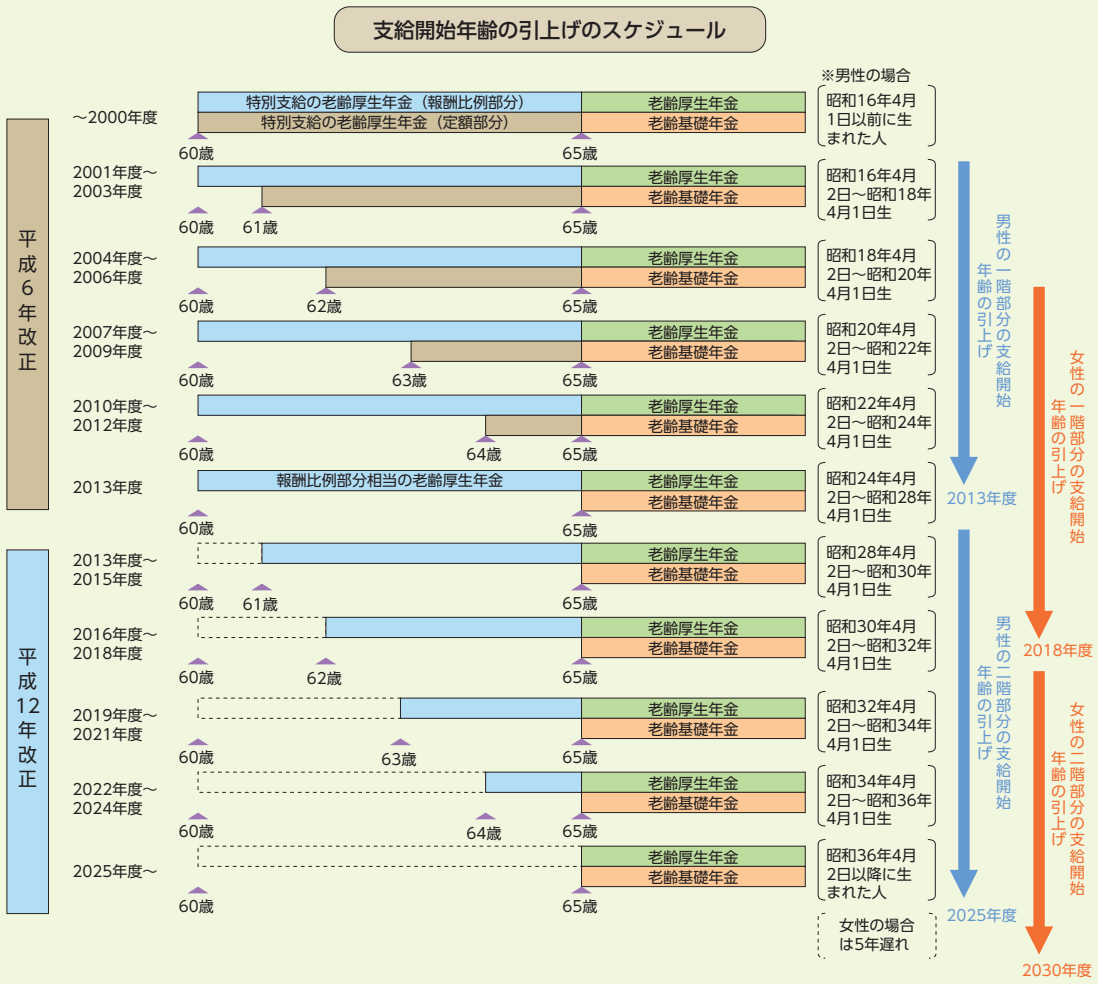
（定年延長に向けた施策の展開）

年金引上げに伴い、60歳から65歳までの高齢者の雇用促進と所得補填が一層重要な政策課題となり、年金法の改正と合わせて「高年齢者雇用安定法」[*10]の改正が行われた。また、厚生年金の定額部分の支給開始年齢が段階的に65歳まで引上げられるのに合わせるため、2004（平成16）年に高年齢者雇用安定法が改正され、2006（平成18）年4月から、①定年の引上げ、②継続雇用制度の導入、③定年の定めの廃止のうちいずれかの措置（高年齢者雇用確保措置）を講じることが事業主に義務づけられた。

60歳代前半の在職者を対象とした在職老齢年金についても、働くことを希望する65歳までのすべての者に働く場を提供することを目指す雇用政策との連携の取れた年金制度にする観点から、在職者であっても年金を支給することを原則とした上で、60歳代前半の在職老齢年金について賃金の増加に応じて賃金と年金の合計額が増加する仕組みに改められた。

＊9 1989年の改正案では、厚生年金の支給開始年齢を60歳から65歳に段階的に引上げることとし、その施行日は別に法律で定めることとしたが、これらの規定も国会修正で削除された。
＊10 「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」（1971年法律第68号）

図表2-4-2　年金支給開始年齢の引上げ



5　1.57ショックへの対応

（エンゼルプランの策定）

1990（平成2）年には、前年（1989年）における合計特殊出生率が1.57となったことが公表され（いわゆる1.57ショック）、この頃から少子化の問題が社会的にも認識されるようになった。当時は、結婚年齢の上昇に伴うものであり、出生率はやがて回復すると予測されていたが、現実には出生率は一段と減少していった。

1.57ショック当時には、少子化の進行に懸念を示し出生率回復に向けて本格的な取組みを求める声が出る一方、人口減少という視点からの主張に対しては結婚・出産は優れて個人の問題であり過剰な反応に危惧する声があった。もとより個人の人生の選択に社会、まして行政が介入すべきでないことは当然であるが、各人の希望を実現するため「健やかに子どもを生み育てる環境づくり」を行うことは社会的に重要なこととされ、ともすれば「社会保障＝高齢化対策」と受け止められがちであった中、少子化の進行を踏まえた総合的な取組みが政府部内で本格的に取り上げられることとなった。

少子化対策として取り組まれる施策の多くは、結婚・出産という「出生」行為自体の変化に即効性を持つものではなく、中長期にわたって子どもを生み育てることに優しい社会を作っていくものであるが、子育てに対する社会的支援を企業や地域社会を含めた社会全体として取り組むべき課題と位置づけるとともに、保育、雇用、教育、住宅など各般にわたり、複数の省庁における横断的な施策として、総合的かつ計画的に施策を推進していく必要性が強調されるに至った。

このため、1994（平成6）年12月、文部、厚生、労働、建設の4大臣合意による「今後の子

育て支援のための施策の基本的方向について」（エンゼルプラン）が策定され、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、基本的方向と重点施策が盛り込まれた。このエンゼルプランは、①安心して出産や育児ができる環境を整える、②家庭における子育てを基本とした「子育て支援社会」を構築する、③子どもの利益が最大限尊重されるよう配慮する、という3つを基本的視点とするものであった。その上で基本的方向として、①子育てと仕事の両立支援の推進、②家庭における子育て支援、③子育てのための住宅および生活環境の整備、④ゆとりある教育の実現と健全育成の推進、⑤子育てコストの軽減　の5項目を掲げ、各分野での重点施策が推進されることとなった。

（保育サービスの拡充等子育て支援策の充実）

エンゼルプランの中心となったのは、保育サービスの拡充であった。保育サービスについては、女性の社会進出などに伴う保育ニーズの多様化などに対応して、大蔵、厚生、自治の3大臣合意により、1994（平成6）年12月に「当面の緊急保育対策等を推進するための基本的考え方」（緊急保育対策等5か年事業）が策定され、低年齢児保育の待機の解消や延長保育の拡大などが図られた。この計画はゴールドプランと同様に財政的な裏付けを持って1995（平成7）年度から5か年の保育サービス整備の目標を定めたもので、計画によりサービスの整備が進められた。しかしながら、利用希望者が都市部を中心に増加し、依然として保育所における待機児童問題はなかなか解消されなかった。

一方、1994年6月に成立した健康保険法等の改正及び同年11月に成立した国民年金法等の改正により、育児休業期間中の厚生年金保険料や健康保険料等の本人負担額が免除されるとともに、医療保険制度において従来の分娩費と育児手当金を統合し、出産育児一時金として充実する措置が講じられた。

第5節　経済構造改革と社会保障

時代区分	主な社会情勢	社会保障制度の主な変遷
⑤経済構造改革と社会保障 （平成11年～） ・経済・財政構造改革 ・社会保障費用の適正化（社会保障費毎年2,200億円削減等） ・給付と負担の公平 ・安定的・効率的な制度基盤の確立	1999（平成11）年　国際高齢者年 世界の人口60億人に	1999（平成11）年　労働者派遣法改正（労働者派遣事業の対象業務の原則自由化） 2000（平成12）年　年金法改正（年金の支給開始年齢の引上げ（報酬比例部分）） 介護保険法施行 老人保健法改正（老人患者負担（月額上限つきの定率1割）の導入） 医療法改正（療養病床と一般病床の区分、医療機関に関する広告規制の緩和、医師、歯科医師の臨床研修の必修化） 社会福祉事業法等改正一括法（障害者福祉は「措置」から「サービス」に、支援費制度を導入）
	2001（平成13）年　厚生労働省発足	
		2002（平成14）年　健康保険法等改正（医療保険の制度間を通じた3割負担の統一） 少子化対策プラスワン
	2003（平成15）年　失業率が5.5%に（既往最高）	2003（平成15）年　労働者派遣法改正（26の専門的業務以外の業務の派遣期間を延長） 少子化社会対策基本法制定 次世代育成支援対策推進法制定
		2004（平成16）年　年金制度改正（保険料水準固定方式、マクロ経済スライドの導入） 高年齢者雇用安定法改正（65歳までの雇用確保措置の義務化）
	2005（平成17）年　合計特殊出生率が過去最低の1.26に 人口減少社会に突入	2005（平成17）年　介護保険法改正（予防重視型システムへの転換、地域密着型サービスの創設） 障害者自立支援法制定
		2006（平成18）年　医療制度改革（医療費適正化の総合的な推進、後期高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合、医師確保対策の実施）
		2007（平成19）年　労働契約法制定
	2008（平成20）年　リーマンショックによる金融危機	2008（平成20）年　後期高齢者医療制度の創設等
		2009（平成21）年　平成21年年金改正（基礎年金の国庫負担割合を1/3→1/2） 雇用保険法改正（適用範囲と受給要件の緩和）

1 経済基調の変化と構造改革路線の展開

バブル経済の崩壊で低迷した日本経済は、1990年代の後半には設備投資が大幅に増加し個人消費も堅調な増加を続けたことから、自律的回復軌道に乗ったかと思われた。しかしながら、戦後50年間日本を支えてきた経済社会システムが、かえって日本の活力ある発展を妨げている状況が生じているとして、世界の潮流を先取りする新しい経済社会システムを創造するためには、一体的な改革が必要であるとされた。

このため、1997（平成9）年以降、行政改革、財政構造改革、社会保障構造改革、経済構造改革、金融システム改革及び教育改革の「6つの改革」が推進された。

このうち行政改革では「中央省庁等改革基本法」に基づき中央省庁の再編が進められ、その結果、厚生省と労働省は統合し、2001（平成13）年1月に厚生労働省が誕生した。また、総理府に置かれていた社会保障制度審議会は廃止[*1]となり、内閣府に経済財政諮問会議が設置された。

また、社会保障改革については、社会保障構造改革の第一歩として介護保険制度の実施に加え、後述のとおり医療保険制度の改革に取り組むこととされた。

当時、悪化しつつあった財政状況を改善するための財政構造改革については、1997（平成9）年12月に「財政構造改革の推進に関する特別措置法」（財政構造改革法）[*2]が成立し、当面の目標として2003（平成15）年度までに、①国及び地方公共団体の財政赤字の対GDP比を3%以下にすること、②2003年度までに特例公債依存から脱却すること、③2003年度の公債依存度を1997年度に比べて引下げることを定め、歳出の改革と縮減のための具体的方策と枠組みを一体的に打ち出した。

しかしながら、財政構造改革法制定と同時期に金融機関の破綻が相次いだことから金融情勢が不安定になるとともに、企業・家計の不安感は急に高まり、経済活動を収縮させた。翌1998（平成10）年度もマイナス成長が続き、デフレ・スパイラルが懸念されるようになった。財政再建策はいったん棚上げされ、景気刺激策がとられたものの、景気は回復せず、日本の財政赤字はますます悪化することとなった。

このため、「構造改革なくして成長なし」との考え方の下に、構造改革と財政健全化が進められた。2006（平成18）年7月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」において、2011（平成23）年度に国・地方の基礎的財政収支を黒字化するとの目標を掲げ、そのために「優先度を明確化し、聖域なく歳出削減を行う」「将来世代に負担を先送りしない社会保障制度を確立する」等の原則を打ち出された。そして、目標達成のために必要となる対応額を16.5兆円と試算し、このうち社会保障で1.1兆円を2007（平成19）年度からの5年間で削減[*3]することを求められた。

一方、経済のグローバル化はその後も進展し、企業にとって人件費負担が重くのしかかるようになったことから、パートタイム労働者や派遣労働者の活用を一層図るようになった。こうした中、1999（平成11）年には、厳しい雇用失業情勢や働き方の多様化を背景として労働力需給のミスマッチの解消を図り、多様なニーズに応えていくために労働者派遣法[*4]が改正され、労働者派遣を認める業務が原則自由化（ネガティブリスト化）された。また、2003（平成15）年の同法改正によって、2004（平成16）年3月から製造業務への派遣も解禁された。人件費負担に悩む企業は、正規労働者を抱えず非正規労働者に代替する動きを進めた結果、雇用者比率に占める非正規労働者の比率が3分の1に達し、社会保障の枠組みからはずれる層の問題が顕在化した。また、国民の間に生じた格差の拡大傾向、若年失業の増大等を背景に、多くの国民が将来の生活

＊1 経済財政諮問会議と厚生労働省に新設された社会保障審議会に引き継がれた。
＊2 同法は、1998年に凍結された。
＊3 各年度1兆円程度の自然増が見込まれる中で2,200億円の削減を図ることとされた。
＊4 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（1985年法律第88号）

に強い不安を抱くようになった。その後、日本経済は、2008（平成20）年9月に発生したリーマン・ショック等により低迷し、財政構造の悪化が更に進行した。

こうした経済社会状況を踏まえ、「国民の安心・安全を確保するために社会保障の必要な修復をするなど安心と活力の両立を目指して（中略）必要な対応等を行う」（2009年6月23日閣議決定「経済財政改革の基本方針2009　～安心・活力・責任～」）こととされ、社会保障費削減の方針は最終年度を待たずに転換されることとなった。

この時期、少子高齢化は更に進展し、日本は総人口が減少するといった人口減少社会を迎えようとしている。また、高齢化や未婚化により単身世帯が目立って増加していった。

2 産業構造等の変化や人口構成の変化に対応した年金改革

（被用者年金の厚生年金への統合）

被用者年金について、特定の産業や職種のみを対象とした制度が分立した状況下において、産業構造や就業構造の変化に伴い現役世代が減少する制度では、現役世代の保険料負担は過大となって年金制度の維持が困難になるとともに、費用負担の面での制度間における現役世代の不公平が一層拡大していくことにならざるを得なくなった。

特に、旧国鉄職員を対象とする日本鉄道共済組合などにおいては、加入者数の減少により年金保険料を納める現役世代と年金を受給するOB世代とのバランスが崩れ、急速に財政状況が悪化した。また、このほかにも各制度の成熟度の違いを反映して、各制度間の保険料負担に生じた大きな格差が問題となった。

このような状況を踏まえ、被用者年金制度の再編成の第一段階として、1986（昭和61）年の船員保険（職務外年金部門）に続き、1997（平成9）年4月、日本鉄道共済、日本たばこ産業共済、日本電信電話共済の3共済組合が厚生年金保険制度に統合された。また、2002（平成14）年4月には農林漁業団体職員共済組合が厚生年金に統合された。

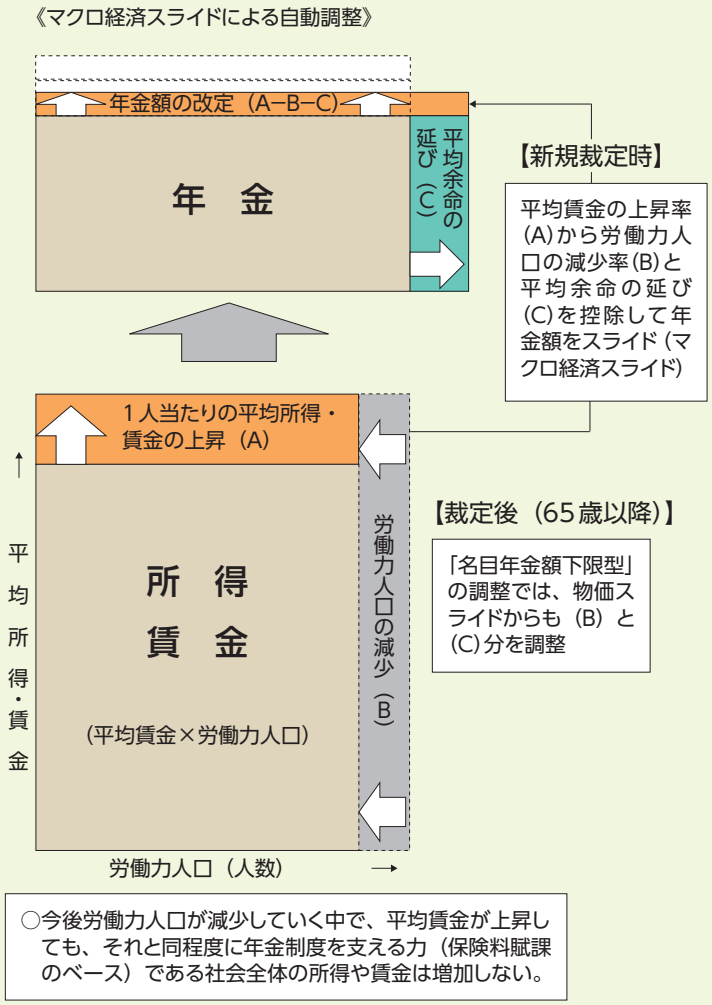
（保険料水準固定方式とマクロ経済スライドの導入）

公的年金制度については、将来の現役世代の負担が過重なものとならないようにするとともに、社会経済と調和した持続可能な制度にしていく必要があるが、少子高齢化が急速に進む中で、将来の保険料が際限なく上昇してしまうのではないかといった懸念の声があった。

こうした中、将来の現役世代の過重な負担を回避するため、2004（平成16）年の改正によって、最終的な保険料水準を厚生年金で18.30%、国民年金で1万6,900円（2004年度価格）に固定する（保険料水準固定方式の導入）とともに、被保険者数の減少などに応じ給付水準を自動的に調整する仕組み（マクロ経済スライド）を導入した（図表2-5-1）。これにより、標準的な年金の給付水準は年金を受給し始める時点（65歳）で現役サラリーマン世帯の平均的所得の59.3%から、2023（平成35）年には50.2%になるものと見込まれる形となった。

また、基礎年金の国庫負担の割合については、2004（平成16）年の年金制度改正において従来の3分の1から2分の1に引上げる道筋が示され、この道筋を踏まえ、2009（平成21）年通常国会において、2009年度からの基礎年金国庫負担割合2分の1を実現するための「国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律」が成立し、同年6月に施行された。

図表2-5-1 マクロ経済スライドの概念図



コラム　マクロ経済スライド

通常の場合、年金を初めて受給するとき（65歳時点）には、1人当たり手取り賃金の伸びを反映して年金額が算定され、受給後は、物価の伸びで改定されるが、最終的に固定した保険料負担の範囲でバランスが取れるようになるまでは、年金額の計算に当たって賃金や物価の伸びをそのまま使用せず、年金額の伸びを自動的に調整する仕組みがマクロ経済スライドである。マクロ経済スライドは、年金額の調整を行う期間において年金制度を支える力を表す被保険者数の減少率や平均余命の伸び等を勘案した一定率を年金額の改定に反映させ、改定率を1人当たり手取り賃金や物価の伸びよりも抑制する手法を採っている。

ただし、この仕組みが導入されて以降、経済はデフレ基調が続き、賃金や物価が下落していることから、2004年の制度導入から2011（平成23）年7月現在まで発動されたことはない。

3 後期高齢者医療制度の創設等の医療制度改革

（自己負担の段階的引上げと医療制度の抜本改革）

バブル経済崩壊後の経済状況の悪化等もあり保険料収入が伸び悩む一方、高齢化等に伴い医療給付費が伸びたことから、医療保険財政は大幅に悪化した。このため、1997（平成9）年に被用者保険における本人負担を1割から2割に引上げる等を内容とする健康保険法の改正が行われた。その際、2000（平成12）年度までに医療制度の抜本改革を行うことが政府の公約とされ、①診療報酬の見直し、②薬価基準の見直し、③高齢者医療制度の見直し、④医療提供体制の見直しの4本柱を内容とする抜本改革の検討が進められた。

このうち2000年度の診療報酬改定では、基本診療料、手術料を中心に体系的な見直しに着手し、包括払いの拡大[*5]が進められた。また、医療提供体制についても医療法が改正され、病床区分が曖昧であった「その他病床」をそれぞれ急性期、慢性期患者への対応を想定した一般病床と療養病床に区分する制度改正が行われた。

2002（平成14）年度には、サラリーマンの本人自己負担は3割に引上げられ（翌2003年4月実施）、国民健康保険と同じ給付率となった。他方、少子化対策の観点から国民健康保険の3歳以下（2008年に小学校就学未満児に引上げ）の子どもについては2割負担に引下げた。また、診療報酬において薬価を除く本体で初のマイナス改定[*6]が行われた。

一方、高齢者医療制度については、高齢者の自己負担を1割、現役並み所得の場合は2割とした（2008年に3割に引上げ）上で、老人保健法の対象年齢を70歳から75歳に引上げ、公費負担割合を3割から5割に引上げた。老人医療費が無料化されてから、1割負担に至るまで約30年を要したことになる。

また、改正法の附則において、①保険者の再編・統合を含む医療保険制度体系の在り方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬体系の見直しに関し2002年度中に「基本方針」を策定することが盛り込まれた。これを受けて、2003年3月に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」が閣議決定された。

（新しい高齢者医療制度の創設）

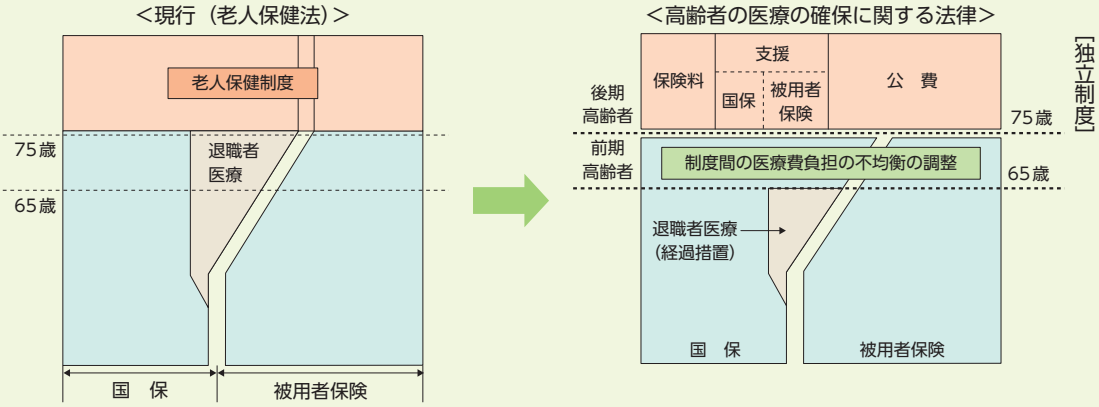
老人保健制度は、その医療費を各保険者からの拠出金と公費、老人の患者自己負担で賄い、市町村が運営する方式を採っていたが、①拠出金の中で現役世代の保険料と高齢者の保険料が区分されておらず、現役世代と高齢世代の費用負担関係が不明確であること、②保険料の決定・徴収主体と給付主体が別であり、財政運営の責任が不明確であること等が問題点として指摘されていた。

このため、老人保健制度と同様に75歳以上（「後期高齢者」）の者等[*7]を対象とする一方で、現役世代と高齢者の費用負担のルール（給付費の約5割を公費、約4割を現役世代からの支援金、約1割を高齢者の保険料）を明確化するとともに、都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合（後期高齢者医療広域連合）を運営主体とすることにより、運営責任の明確化及び財政の安定化を図る観点から、2006（平成18）年に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」により、2008年4月から老人保健制度に代わる後期高齢者医療制度が実施された（図表2-5-2）。

＊5　2003年4月から、全国82の特定機能病院（大学病院本院、国立がんセンター中央、国立循環器病センター）を対象に、定額算定方式として在院日数に応じた1日当たり定額報酬を算定するDPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System）が導入された。その後段階的に拡大され、2010年には全一般病床（約91万床）の過半数を占めるに至っている。
＊6　2002年に続き、2006年にもマイナス改定が行われた。
＊7　65歳から74歳の一定の障害の状態にある旨を後期高齢者医療広域連合により認定された者も対象とされた。

図表2-5-2 後期高齢者医療制度の概念図

○75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
○あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。
○現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。



後期高齢者医療制度は、従来の老人保健制度が保険者間の共同事業であったのに対し、後期高齢者を被保険者として保険料を徴収し、医療給付を行う仕組みとなっており、独立した医療保険制度となった。また、後期高齢者医療広域連合は、保険料の決定、医療給付等の事務を処理し、財政責任を持つ運営主体となるため、後期高齢者医療の保険者として位置づけられることとなった。

また、65歳から74歳の「前期高齢者」の医療費については、国民健康保険及び被用者保険の各保険者の75歳未満の加入者数に応じて財政調整を行うこととなった。

なお、前期高齢者の財政調整制度の創設に伴い、退職者医療制度は廃止されることとなったが、団塊世代が退職年齢に差し掛かり、65歳未満の退職者が大量に発生することが見込まれることから、現行制度からの円滑な移行や市町村国保の財政基盤の安定を図る観点から、2014（平成26）年までの間に退職した者が65歳に達するまでの間は、経過措置として存続することとなった。

（医療費適正化の取組み）

急速な高齢化の進展等により2006（平成18）年当時国民医療費の約3分の1を75歳以上の老人医療費が占めるようになり、2025（平成37）年には国民医療費の半分弱を占めるまでになると予測された。こうした中で、患者自己負担の見直しや、診療報酬改定といった医療費適正化のための短期的な取組みと併せて、中長期的に医療費適正化を図る観点から、2006年の医療保険制度改革においては、医療費の伸びの構造的要因に着目した適正化、効率化を推進していく必要があるとされた。

このため、短期的な取組みを織り込みつつ、中長期的な医療費適正化対策として生活習慣病の予防や平均在院日数の短縮（長期入院の是正のための療養病床の再編成等）の取組みを計画的に進めることで、医療費適正化の総合的な推進を図ることとなった。

また、医療費適正化を計画的に進めていくに当たっては、都道府県ごとに医療費の地域差があることから、地域の医療提供体制に責任を有する都道府県にも関与してもらうことが必要であり、国の責任の下、国と都道府県がともに協力しながら取り組んでいく必要があった。

こうしたことから、国は医療費適正化基本方針を定め、この基本方針に基づき、国と都道府県は「医療費適正化計画」（5か年計画）を策定することとなった。全国医療費適正化計画は、

2012（平成24）年度までに達成する目標として、①国民（住民）の健康の保持の推進に関する目標（生活習慣病対策に対応）、②医療の効率的な提供の推進に関する目標（平均在院日数の短縮に対応）を掲げた。

4 介護保険制度の見直し

2000（平成12）年に介護保険がスタートした後の5年間で、要介護認定、要支援認定*8を受けた者の数は約218万人から約411万人と2倍近くに伸びたが、特に要支援・要介護1といった軽度者が約2.4倍と大幅に伸びており、要介護認定者全体のおよそ半数を占めるに至った。こうした軽度者は、効果的なサービスを提供することにより、状態が維持・改善する可能性が高いと考えられていたが、従来のサービスでは、こうした軽度者の状態の改善・悪化防止に必ずしもつながっていないとの指摘がなされていた。また、一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加により、こうした者を地域で支える必要性も高まってきた。

このため、2005（平成17）年6月に成立した介護保険法改正法においては、新予防給付や地域支援事業*9が創設された（図表2-5-3）。

このうち新予防給付については、状態の維持・改善の可能性が高い軽度者に対する給付（予防給付）の内容や提供方法を見直し、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センター*10が行うこととし、通所系サービス（通所介護・通所リハビリテーション）において、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上など新たなメニューとして位置づけるなどの見直しが行われた。

一方、地域支援事業については、要支援・要介護になる前の段階からの介護予防を推進するため、ハイリスク・アプローチ*11の観点から、要支援・要介護になるおそれの高い65歳以上の者を二次予防事業*12の対象者とし、介護予防事業を実施した。

また、新たな介護サービス体系として、地域密着型サービスを創設し、身近な地域で地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供を目指し、小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護等を制度化した。

さらに、同法改正では、施設における食費・居住費について在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、介護保険給付の対象外とした。

5 障害者福祉の改革

（支援費制度の導入）

1997（平成5）年11月に厚生省は、中央社会福祉審議会に社会福祉構造改革分科会を設置し、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在り方、利用者の権利擁護の方策など社会福祉制度全般に通じる事項の改革を内容とする社会福祉基礎構造改革についての検討を始め、その結果を踏まえて「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する法律案」（社会福祉事業法等改正一括法案）を国会に上程、2000（平成12）年5月の通常国会で成立・公布をみた。

＊8　介護保険の給付を受けるためには、寝たきりや認知症などサービスが必要な状態かどうかの認定（要介護認定または要支援認定）を受けることが必要となる。

＊9　2006（平成18）年度から、要介護・要支援状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から市町村が実施する地域支援事業を創設し、1）介護予防事業、2）包括的支援事業、3）任意事業を行うものとしている。

＊10　地域支援事業の拠点として、介護予防プランの策定等介護予防事業等を提供する施設。

＊11　疾病について発生しやすい高いリスクを持った人を対象に絞り込んで対処する方法。

＊12　二次予防事業とは、要介護・要支援状態となる可能性の高い65歳以上の者を対象として、状態の維持改善、悪化防止のため、運動・栄養・口腔等のプログラムを実施する事業。2010（平成22）年7月まで、「特定高齢者施策」と称した。

図表2-5-3 介護保険制度の見直し

介護保険法附則第２条に基づき、制度の持続可能性の確保、明るく活力ある超高齢社会の構築、社会保障の総合化を基本的視点として、制度全般について見直しを行う。

Ⅰ 改正の概要

1 予防重視型システムへの転換

(1) 新予防給付の創設
要介護状態等の軽減、悪化防止に効果的な、軽度者を対象とする新たな予防給付を創設
介護予防マネジメントは「地域包括支援センター」等が実施

(2) 地域支援事業の創設
要支援・要介護になるおそれのある高齢者を対象とした効果的な介護予防事業を、介護保険制度に新たに位置付け

・軽度者（要支援、要介護１）の大幅な増加
・軽度者に対するサービスが、状態の改善につながっていない

2 施設給付の見直し

(1) 居住費・食費の見直し
介護保険３施設（ショートステイを含む）等の居住費・食費について、保険給付の対象外に

(2) 低所得者に対する配慮
低所得者の施設利用が困難にならないよう、負担軽減を図る観点から新たな補足的給付を創設

・在宅と施設の利用者負担の公平性
・介護保険と年金給付の重複の是正

3 新たなサービス体系の確立

(1) 地域密着型サービスの創設
身近な地域で、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となるよう、「地域密着型サービス」を創設
（例）小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホーム、認知症高齢者専用デイサービス、夜間対応型訪問介護等

(2) 地域包括支援センターの創設
地域におけるⅰ）介護予防マネジメント、ⅱ）総合的な相談窓口機能、ⅲ）権利擁護、ⅳ）包括的・継続的マネジメントの支援を担う「地域包括支援センター」を創設

(3) 居住系サービスの充実
・ケア付き居住施設の充実
・有料老人ホームの見直し

・一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加
・在宅支援の強化
・高齢者虐待への対応
・医療と介護との連携

4 サービスの質の確保・向上

(1) 介護サービス情報の公表
介護サービス事業者に事業所情報の公表を義務付け

(2) 事業者規制の見直し
指定の更新制の導入、欠格要件の見直し等

(3) ケアマネジメントの見直し
ケアマネジャーの資格の更新制の導入、研修の義務化等

・指定取消事業者の増加など質の確保が課題
・利用者によるサービスの選択を通じた質の向上
・実効ある事後規制ルール
・ケアマネジメントの公平・公正の確保

5 負担の在り方・制度運営の見直し

(1) 第１号保険料の見直し
①設定方法の見直し
低所得者に対する保険料軽減など負担能力をきめ細かく反映した保険料設定に〔政令事項〕
②徴収方法の見直し
特別徴収（年金からの天引き）の対象を遺族年金、障害年金へ拡大
特別徴収対象者の把握時期の複数回化

(2) 要介護認定の見直し
・申請代行、委託調査の見直し

(3) 市町村の保険者機能の強化
・都道府県知事の事業者指定に当たり、市町村長の関与を強化
・市町村長の事業所への調査権限の強化
・市町村事務の外部委託等に関する規定の整備

・低所得者への配慮
・利用者の利便性の向上
・市町村の事務負担の軽減
・より主体性を発揮した保険運営

6 被保険者・受給者の範囲（附則検討規定）

政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、平成二十一年度を目途として所要の措置を講ずるものとする。

7 その他

(1)「痴呆」の名称を「認知症」へ変更
(2) 養護老人ホーム、在宅介護支援センターに係る規定の見直し
(3) 社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し
介護保険適用施設等への公的助成の見直し、給付水準等の見直し

Ⅱ 施行期日 平成18年4月1日

（7（1）の「痴呆」の名称の見直しについては公布日施行、2の「施設給付の見直し」については平成17年10月施行、5（1）②の特別徴収対象者の把握時期の複数回化については平成18年10月施行）

この改革の中で、障害者福祉サービスについては、より利用者の立場に立った制度を構築するため、従来の行政処分によりサービス内容を決定する福祉サービスの利用方式（措置制度）を改め、利用者が事業者と対等な関係に基づきサービスを選択する利用方式（支援費制度）を導入し、利用者保護と権利擁護、福祉サービスの評価システムや情報公開などによる福祉の質の向上と、事業の透明性の確保、都道府県地域福祉支援計画、市町村地域福祉計画の策定などによる地域福祉の推進を目指した。

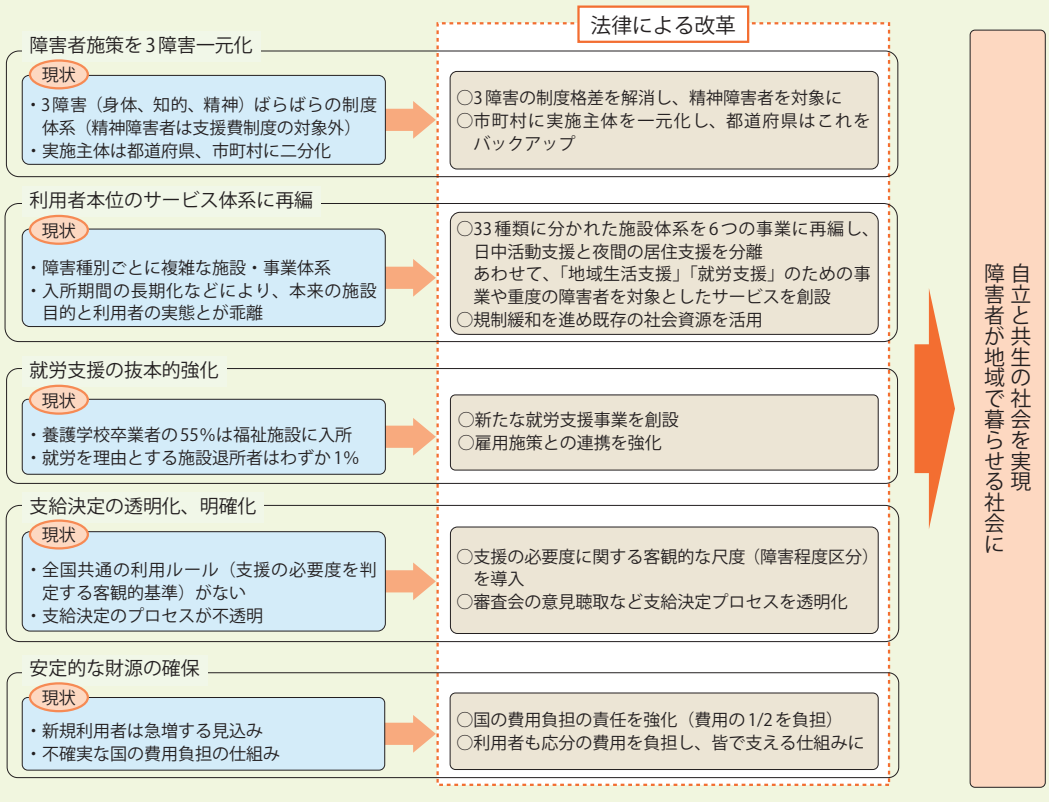
（障害者自立支援法の制定）

支援費制度導入以降、在宅サービスを中心に予想を上回るサービス利用の拡大が行われたものの、地域によるばらつきや未実施の市町村が見られたほか、精神障害者に対する福祉サービスの立ち遅れが指摘された。また、長年にわたり障害福祉サービスを支えてきた現行の施設や事業体系については、利用者の入所期間の長期化等により、その本来の機能と利用者の実態がかい離する等の状況にあったほか、「地域生活移行」や「就労支援」といった新たな課題への対応が求められた。さらに、在宅サービスの費用について安定的な財源が確保される仕組みになっていない等の問題もあった。

このため、当面する支援費制度が抱える問題に対応するだけでなく、これまでの障害者福祉の課題について、障害者の自立支援という観点から総合的に見直すことを目的として、2005（平成17）年に「障害者自立支援法」が制定された（図表2-5-4）。

障害者自立支援法では、それまで分かれていた身体・知的・精神の3障害の制度を一元化し、日中活動支援と夜間の居住支援を分離させ、また、市町村に実施主体を一元化した。33種類に分かれた施設体系を6つの事業に再編するとともに、新たに就労支援事業等を創設した。また、支援の必要度を判定する障害程度区分を導入するとともに、安定的に財源を確保するため、国の費用負担を義務化し、利用者にも応分の負担を求めることとした。

図表2-5-4　障害者自立支援法の概要



6 本格的な少子社会への対応

（少子化傾向の定着と少子化対策の推進）

「エンゼルプラン」策定後も少子化が更に進行したことから、新たな対策が求められた。少子化進行の主な要因としては、晩婚化・非婚化の進行等による未婚率の上昇が挙げられた。また、その背景として固定的な性別役割分業を前提とした職場優先の企業風土、核家族化や都市化の進行等により、仕事と子育ての両立の負担感が増大していることや、子育てそのものの負担感が増大していることがあると考えられた。このため、仕事と子育ての両立に係る負担感や子育ての負担感を緩和・除去し、安心して子育てができるような環境整備を図るため、1999（平成11）年12月に「少子化対策推進基本方針」（少子化対策推進関係閣僚会議）が策定され、この基本方針に基づき同月に「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について」（新エンゼルプラン）が策定された。さらに、2002（平成14）年、少子化対策の一層の充実に関する提案として「少子化対策プラスワン」が取りまとめられ、「子育てと仕事の両立支援」が中心であった従前の対策に加え、「男性を含めた働き方の見直し」、「地域における子育て支援」、「社会保障における次世代支援」、「子どもの社会性の向上や自立の促進」が方向として示された。同プランでは、社会全体での次世代の育成を支援することを表すため、「次世代育成支援」という言葉が政府の公式文書として初めて使用された。

「少子化対策プラスワン」を踏まえて、2003（平成15）年には「次世代育成支援対策推進法」が制定され、次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ、かつ育成される環境の整備を図るため、次世代育成支援対策についての基本理念が定められた。同時に、地方公共団体と合わせて事業主に対して次世代育成支援に向けた具体的な行動計画の策定が義務づけられた。また、同年には「少子化社会対策基本法」が成立し、2004（平成16）年12月に「子ども・子育て応援プラン」が策定された。

7 安心して働くことができる環境整備と雇用のセーフティネットの強化

2008（平成20）年のリーマン・ショック前後の厳しい経済状況の中で、フルタイムで働いても生活保護の水準にも達しない収入しか得られない「ワーキングプア」の増大や「派遣切り」に象徴される非正規労働者の雇止めなどが社会問題となった。

こうした状況に対応するため、雇用調整助成金等の拡充のほか、2009（平成21）年に雇用保険法が改正され、雇用保険の適用範囲の拡大や受給資格要件の緩和等を行い、セーフティネット（安全網）機能の強化を図られた。

一方、就業形態が多様化したことにより、労働者の労働条件が個別に決定・変更されるようになり、個別労働紛争が増大した。このため、2007（平成19）年に「労働契約法」が制定され、労働契約についての基本的なルールが明確化された。

第6節　政権交代と社会保障

時代区分	主な社会情勢	社会保障制度の主な変遷
⑥政権交代と社会保障	2009(平成21)年　政権交代	
		2010(平成22)年　「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」発足
		診療報酬本体のプラス改定
		子ども手当の支給
		「子ども・子育て新システムの基本制度案要綱」決定
		「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(閣議決定)
		父子家庭に児童扶養手当支給
	2011(平成23)年　東日本大震災	2011(平成23)年　「ねんきんネット」開始
		「社会保障・税一体改革成案」(政府・与党社会保障改革検討本部決定)
		「年金確保支援法」成立
		求職者支援制度の創設(予定)
		2012(平成24)年　介護保険における介護サービスの基盤強化(予定)

1　政権交代後における社会保障制度見直しの主な動き

2009（平成21）年8月に実施された総選挙の結果、9月に政権が交代した。新政権下では、社会保障費の自然増から毎年2,200億円を削減するとした方針は廃止され、診療報酬本体について10年ぶりのプラス改定の実施や子ども手当の支給、前政権下で廃止された生活保護における母子加算の復活等が行われた。

また、第4章で述べるように、2010（平成22）年10月以降、社会保障・税一体改革の議論が進められ、2011（平成23）年6月末には「社会保障・税一体改革成案」が取りまとめられた。

2　診療報酬プラス改定と新たな高齢者医療制度の検討

(診療報酬本体のプラス改定)

2010（平成22）年度の診療報酬改定では、厳しい経済状況や保険財政の下ではあるものの、日本の置かれている医療の危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくとの認識の下、2000（平成12）年度以来10年ぶりのネットプラス改定（0.19%）、診療報酬本体についていえば、前回改定の4倍以上のプラス改定（0.38%→1.55%）を行った。

この改定率の下で、救急、産科、小児科、外科等の医療の再建や病院勤務医の負担軽減を重点課題とし、救命患者の受け入れ体制が充実している救命救急センターの評価の引上げ、緊急搬送された妊産婦を受け入れた場合の評価の引上げ、多職種からなるチームによる取組みの評価等を行った。

さらに、75歳以上という年齢に着目した後期高齢者に関連する診療報酬（終末期相談支援料等）については、後期高齢者医療制度本体の廃止に先行して廃止した[*1]。

(新たな高齢者医療制度の検討)

後期高齢者医療制度については、75歳以上の高齢者を年齢到達でそれまでの保険制度から分

＊1　「平成22年版厚生労働白書」239ページ参照

離・区分すること、75歳以上の被用者の方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額自己負担となったこと、被扶養者であった方も保険料を負担することとなったこと等について、国民の十分な理解を得ることができなかった。

こうしたことから、後期高齢者医療制度に代わる新たな制度の具体的な在り方を検討するため、2009（平成21）年11月から厚生労働大臣主宰の「高齢者医療制度改革会議」が開催され、制度廃止に向け2010年12月に最終的な取りまとめが行われた。

改革会議で取りまとめられた新たな制度案では、①加入する制度を年齢で区分せず、75歳以上の高齢者の方も現役世代と同様に国民健康保険か被用者保険に加入することとした上で、②約8割の高齢者が加入することとなる国民健康保険の財政運営について、段階的に都道府県単位化を図り、国民皆保険の基盤である国民健康保険の安定的な運営を確保することとしており、厚生労働省としては、この最終取りまとめを踏まえ、制度改革の実現に向けて取り組んでいくこととなった[*2]。

3 子ども手当の支給と子ども・子育て新システムの検討

（子ども手当の創設）

日本の総人口は横ばいであり、減少局面を迎えているが、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口（2006年12月推計）」によれば、今後、一層少子高齢化が進行し、本格的な人口減少社会になることが示された。2010（平成22）年の合計特殊出生率は1.39（概数値）で前年を上回ったが、少子化の流れを変えるためには、安心して子どもを産み育てることができる環境整備が求められている。特に子育て世帯からは、子育てや教育費等への経済的支援を求める声が強かった。また、他の先進諸国と比べ、子育てに係る経済支援の手薄さが問題視された。こうした中、2010年1月に少子化社会対策基本法に基づく施策の新しい大綱として、「子ども・子育てビジョン」が閣議決定された。

その後、子育て負担の軽減を図りつつ、次世代を担う子どもを社会全体で支える観点から、中学校修了までの児童を対象として新たに「子ども手当」の支給が、同年6月より始まった。

（幼保一体化を含む子ども・子育て支援のための包括的・一元的な制度の構築）

「明日の安心と成長のための緊急経済対策」（2009年12月8日閣議決定）に基づき、幼保一体化を含む新たな次世代育成支援のための包括的・一元的なシステムの構築について検討を行うため、2010（平成22）年1月に関係閣僚で構成する「子ども・子育て新システム検討会議」が開催され、同年6月には同検討会議で取りまとめられた「子ども・子育て新システムの基本制度案要綱」が、全閣僚で構成する少子化社会対策会議において決定された[*3]。

（ひとり親家庭に対する支援制度の見直し）

生活保護の母子加算（月額23,260円（子一人、居宅【1級地】））については、一般母子世帯と生活保護を受給している被保護母子世帯との消費水準の均衡を図ることを目的として段階的に縮減し、2009年3月31日をもって廃止された。しかし、生活保護を受給している世帯の子どもは、特に教育等の面で不利な状況に置かれており、子どもの貧困解消を図ることにより、子どもの教育機会を確保し、貧困の連鎖を防止できるよう、2009年12月に復活したところであり、2010年度においても引き続き支給することとなった[*4]。

また、ひとり親家庭の自立支援の拡充を図るため、これまで児童扶養手当の支給対象でなかっ

＊2　「平成23年版厚生労働白書」第2部239ページ参照
＊3　「平成23年版厚生労働白書」第2部173ページ参照
＊4　「平成22年版厚生労働白書」335ページ参照

た父子家庭にも児童扶養手当を支給することを内容とする「児童扶養手当法の一部を改正する法律」が2010（平成22）年5月に制定され、同年8月1日から施行された[*5]。

4 年金記録問題への取組みと無年金・低年金問題への対応

年金記録の誤りによって、本来受給できるはずの年金額が支給されないといった「消えた年金問題」については、2007（平成19）年以降大きく報道され、関連した個々の問題が明らかになるごとに国民から極めて大きな批判が起きた。

こうした年金記録問題については、「国家プロジェクト」として、2010（平成22）年度、2011（平成23）年度の2年間に集中的に取り組み、2013（平成25）年度までの4年間にできる限りの取組みを進めているところであり、これまでに約1,600万件（1,584万件：2011年6月末現在）の記録を基礎年金番号に統合したほか、記録回復後に年金を支払うまでの期間を短縮するなどの実績をあげている。

また、2010年10月からは検索システムを用いた紙台帳等とコンピュター記録の突き合わせを開始し、2011年1月には全国29のすべての作業拠点で記録の確認作業を行っている。

さらに、同年2月末には、インターネットを利用して、いつでも手軽に自分自身の年金記録を確認することができる「ねんきんネット」がスタートしたところであり、これらの取組みを通じて、引き続き年金記録の回復に努めている[*6]。

一方、無年金・低年金問題への対応も重要な問題になっていることを踏まえ、将来の無年金・低年金の発生を防止し、国民の高齢期における所得の確保をより一層支援する観点から、国民年金保険料の納付期間を2年から10年に延長する（3年間の時限措置）等の措置を行うことを盛り込んだ「国民年金及び企業年金等による高齢期における所得の確保を支援するための国民年金法等の一部を改正する法律」（年金確保支援法）が第177回国会において成立した。

5 介護サービスの基盤強化のための介護保険法の改正

介護保険制度については、2005（平成17）年の介護保険法改正において予防重視型システムへの転換、地域を中心とした新たなサービス体系としての地域密着型サービスの導入、地域包括支援センターの創設等、地域包括ケアシステム（日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく継続的かつ一体的に提供される体制の整備）の確立に向けてその一歩を踏み出した。

一方、今後、高齢化が一層進展していく中で、介護費用の増大とそれに伴う介護保険料の上昇、都市部等の急速な高齢化の進展、認知症を有する人や単身・高齢者のみの世帯の増加、介護人材の確保などに更に取り組む必要がある。

このような状況を踏まえ、高齢者が住み慣れた地域で自立して暮らすことを支援し、将来にわたって持続可能な介護保険制度を構築するため、2010（平成22）年5月から、社会保障審議会介護保険部会において議論が行われた。ここでの議論を踏まえ、地域包括ケアの推進と、2012（平成24）年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けた必要な見直しを盛り込んだ「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が第177回国会において成立し、2012（平成24）年4月1日に施行（一部は公布日である2011年6月22日に施行）されることとなった[*7]。

＊5　「平成22年版厚生労働白書」187ページ参照
＊6　「平成23年版厚生労働白書」第2部228ページ参照
＊7　「平成23年版厚生労働白書」第2部312ページ参照

6 障害者制度改革の検討

障害者の権利に関する条約（仮称）の締結に必要な制度改革を行うため、2009（平成21）年12月8日に閣議決定により「障がい者制度改革推進本部」が内閣に設置された。また、同本部の下で2010（平成22）年1月から、障害者等を中心に構成された「障がい者制度改革推進会議」（以下「推進会議」という。）において、障害者に係る制度の改革についての議論が行われた。

推進会議での議論を踏まえて2010年6月29日に閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」において、応益負担を原則とする現行の障害者自立支援法を廃止し、制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする「障害者総合福祉法」（仮称）を制定することとされた*8。

7 自殺・うつ病等対策

自殺者数は1998（平成10）年以降、13年連続で年間3万人を超える深刻な状況であり、警察庁の統計によると、2010（平成22）年の自殺者数は31,690人で、前年に比べ1,155人（3.5％）減少した。

自殺の背景には多様かつ複合的要因が関連するが、特に、うつ病等の精神疾患が関連することが多い。例えば警察庁の統計によれば、2010年における自殺者について、自殺の原因・動機が特定された者のうち、うつ病への罹患が自殺の原因・動機の一つとして推定できる者は約3割に及んでいる。

うつ病等の気分障害患者数は100万人を超え、うつ病はもはや国民病ともいえる状況であることも踏まえ、自殺対策の推進に当たっては、うつ病等の状態にある者へ適切な支援を行う取組みが重要であるといえる。

従前からも厚生労働省として各般の対策に取り組んでいたが、2010年1月には、厚生労働省において「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を開催し、同年5月に、悩みがある人を早く的確に支援につなぐゲートキーパー機能の充実や、職場のメンタルヘルス対策など、厚生労働分野において今後重点的に講ずべき対策をとりまとめた。続いて、同年7月より、プロジェクトチームにおいて、向精神薬の処方の在り方等について検討を進め、同年9月に、薬剤師の活用やガイドラインの作成等、過量服薬の課題の解決に向けて実施する取組みをとりまとめた*9。

8 求職者支援制度の創設

短期に離職することにより、雇用保険の受給資格を満たさない者、受給期間が終了しても再就職できない者、週20時間未満の短時間労働者、自営廃業者等雇用保険を受給できない者等に対するセーフティネットとして緊急人材育成支援事業*10が創設され、職業訓練、再就職、生活への総合的な支援を図ったが、雇用保険を受給できない方々に対する支援については、公労使の三者構成による審議会（労働政策審議会職業安定分科会雇用保部会及び職業能力開発分科会）において、「緊急人材育成支援事業」の実施状況等を踏まえて検討が行われた。

検討の結果、恒久的な制度として雇用保険を受給できない求職者に対し、職業訓練を実施するとともに、職業訓練期間中の生活を支援し、職業訓練を受けることを容易にするための給付金を支給すること等を通じ、その就職を支援するための求職者支援制度を創設するための「職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律」が2011年5月13日に成立し、同年10月1日より施行されることとなった*11。

＊8 「平成23年版厚生労働白書」第2部319ページ参照
＊9 「平成23年版厚生労働白書」第2部359ページ参照
＊10 雇用保険を受給できない者に対する職業訓練（「基金訓練」）と生活保障のための給付制度（「訓練・生活支援給付金」）及び融資制度（「訓練・生活支援資金融資」）が創設された。
＊11 「平成23年版厚生労働白書」第2部192ページ参照