

# 高齢化社会への社会経済的対応

江 見 康 一

## 1. 問題意識

わが国の人口構造における高齢化への急速なテンポと、それが社会経済に及ぼすインパクトについて、多くの識者、各種の研究集団、政府の関係審議会などがその研究報告書などにおいて、強く注意を喚起するようになってから久しい。たとえば、経済審議会長期展望委員会が、1982年にまとめた報告書『2000年の日本』においては、副題を、「高齢化、国際化、成熟化に備えて」とし、高齢化問題にかなりの重点を割いていることなどが、その代表的事例といえる。

高齢化現象を示す端的なメルクマールとしては、いずれの報告書においても、65歳以上老年人口の総人口に占める割合、すなわち老年人口比率が用いられ、その趨勢の上昇傾向が目される。長期展望委が、日本における「高齢化への移行」の特徴として指摘しているのは次の2点である。すなわち、

①21世紀に到達する高齢化のレベルは、2000年頃には、ほぼ現在の西欧諸国並みになるが、その後、それら諸国を超えて更に一段と上昇すること、

②ヨーロッパ諸国は、65歳以上層の比率が7%から14%に上昇するのに、45~135年間もかかっているのに、わが国の場合はわずか26年と、スピードが極めて速いこと、

である。問題は、このような高齢社会への移行が社会経済に及ぼすインパクトを、いかなる側面で受け止めたらいいかであるが、上記報告書では、それを①雇用、②社会保障、③社会参加、④社会環境、などの諸側面について、高齢化への対応が必要なることを指摘している。

問題は、高齢社会への移行とそれへの社会経済

的対応を、外面的な統計的事象のレベルで受け止めるのではなく、そのことがもたらす「転換の論理」と「対応の論理」とを、たとえば、同報告書が掲げた4つの側面について、より明らかにすることが求められるものと考ええる。

筆者は、このような問題意識に立って、以下、人口構造と、社会保障を構成する年金、医療、老人福祉の4つの側面について、社会経済的対応への手がかりを掴んでみたい。

## 2. 人口構造的視点<sup>1)</sup>

いま一国の総人口を  $N$  とし、周知の人口年齢別3階級を、年少人口(0~14歳) =  $C_h$ 、生産年齢人口(15~64歳) =  $P$ 、老年人口(65歳以上) =  $A$ 、とすると、

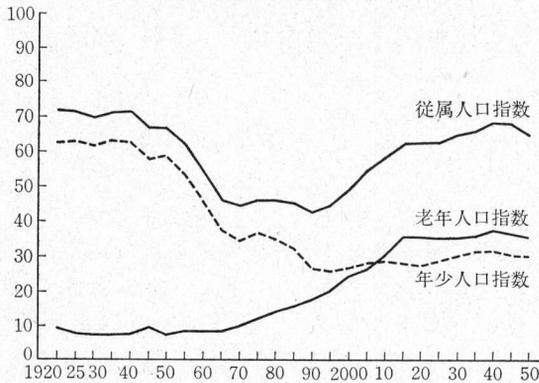
$$N = C_h + P + A$$

ここで高齢化のメルクマールである老年人口比率は、 $A/N$  であるが、それは  $A/(C_h + P + A)$  と書き替えられるから、この比率の変化に影響するのは、 $(A + \Delta A)$  と  $(C_h + \Delta C_h)$  の相対的關係の変化による。 $\Delta A$  は年々  $P$  から  $A$  に新しく参入する数と  $A$  の死亡数との差引であるが、これに関係するのが平均余命の伸長である。また  $\Delta C_h$  は、年々  $C_h$  から  $P$  へ移行する数と、出生数との差引であり、これに影響するのは、出生率である。以上のことから、近年における平均余命の伸長と出生率の低下傾向とが相まって、 $A/N$  比率を高めていることが知られるのである。

ところで  $N$  を構成する年齢3階級のうち、扶養力をもっているのは  $P$  で、 $C_h$  と  $A$  は一般には被扶養者と見なされる。人口理論の方では、 $C_h/P$  の値を年少人口指数、 $A/P$  を同じく老年人口指数、

1) 本節は江見[1]にもとづき、その第6章「高齢化と経済負担」を補強するものである。

図1 従属人口指数の推移



(資料) 総理府統計局推計。ただし、1980年以降は、厚生省人口問題研究所推計(昭56.11)。

- (注) 1 1945年から昭和1970年までは、沖縄県を含まない。  
2 将来推計人口は、中位推計である。

$(C_h + A)/P$  を従属人口指数と呼んでいるが、この従属人口指数が、社会経済的に見て扶養負担を示すメルクマールとされ、いくつかの機関の人口の将来推計によってこの指数が昭和65(1990)年～昭和90(2015)年にかけて急速に高まり、負担圧力を強めることが予測されているのである。上記の各種人口指数間の関係は図1のように示される。

それによると、1940～1970年にかけての従属人口指数の減は、年少人口指数の減によってリードされたものであり、同じく1970～1990年の横這いは、年少人口指数の減と老年人口指数の増とが相殺関係に立ったためであり、1990～2015年のそれは年少の減で老年の増を相殺し得なくなったこと、すなわち老年人口指数の増が従属人口指数の増大傾向を主導するようになった関係を示す。このことが高齢社会の本格化を意味する。

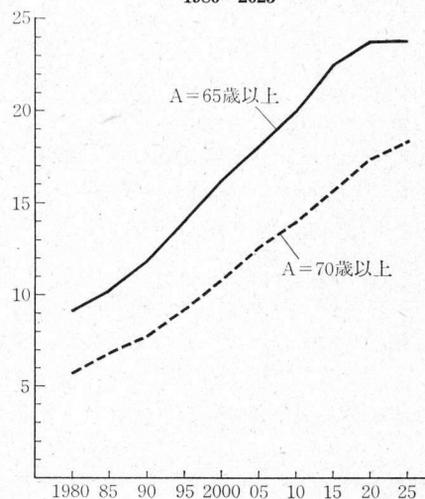
しかしながら高齢社会の扶養負担を考えるうえで、以上のような人口構造における年齢階級間の関係比率の考察だけではもちろん十分ではない。これが筆者のそもそもの問題意識の出発点であった。以下上記の人口的側面からのアプローチに関する問題点を簡単に整理しておきたい。

### ① 年齢階級区分について

最初に年齢3階級の年齢の刻み方について述べる。まず年少人口  $C_h$  について、近年における高等学校・大学への進学率の上昇から見て、現行の区分が15～19歳を  $P$  の範疇に入れていること、

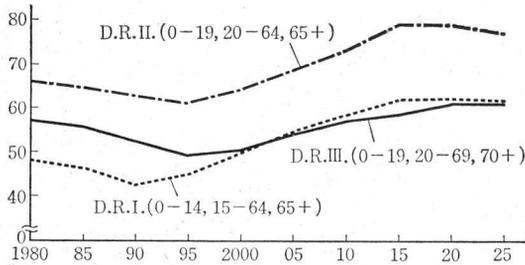
および65歳以上高齢者の労働力率の計数から見て、 $A$  をすべて被扶養者とするのは、いずれも実態に合わないで、少なくとも  $P$  は20～64歳とするか、さらには20～69歳とするほうがよいという考え方である。もし現行の3階級を変更して20～69歳とすると、15～19歳層が従属人口に回ることによって扶養負担はふえるが、逆に65～69歳層が  $P$  に加わることによって扶養力を増すことになり、その相殺効果が注目される。

このことに関連して、まず高齢化の負担圧力を  $A/N$  で考えるさい、平均寿命が伸びた現在においてもなお  $A$  を65歳以上という区切りで取扱うのが妥当かどうか、ということがまず問題であろう。この点を検討するために、 $A$  を65歳以上とした場合( $A_1$ )と、70歳以上とした場合( $A_2$ )とで、 $A/N$  の推移にどのような差が現われるかを見てみよう。図2を一見して明らかかなように、 $A$  を70歳以上とした場合、比率の絶対値は別として、その趨勢線の勾配が、よりゆるやかに描かれ、それだけ負担圧力が軽減される印象を与えることである。重要なのは、 $(C_h + A)/P$  の従属人口指数について年齢区分の組み替えがどう影響するかである。この点に関し黒田俊夫は、日本大学人口研究所の推計にもとづいて、 $P$  の範囲を、ケース I = 15～64歳、

図2  $A/N$  比率の推移  
1980～2025

(資料) 日本大学人口研究所 [12]。

図3 従属人口指数の3つのケース



(資料) Kuroda [2].

ケース II = 20~64 歳, ケース III = 20~69 歳, の 3 つに分け, それぞれの従属人口指数の推移を比較した図を示している(図3)。これによると, 当然のことながらケース II の指数が観察期間を通じて一番高位にあり, ケース I と III は, 今世紀中はケース III のほうが従属比率が高く現われるが, 21 世紀初頭からは III が I をやや下回り, それだけ負担圧力が低まる関係となる。黒田の指摘は, 図 2 の関係とも合わせて, 高齢化圧力についての人々の認識が, 現行の 3 階級を前提にしていることから, 必要以上に負担感を重くしているのではないかということ, 逆にいえば, 今後の高齢化社会の急速な進行を考えると, ケース III が妥当するような社会経済システムに移行すべきではないか, という提言とも受け取れる。

しかしながら問題は, このような人口区分の変更が, 単なる数字上の操作としてではなく, 実態的にどういう意味を持ちうるのか, ということであろう。たとえば, 65~69 歳層を, A から P の範疇に移した場合, 同年齢層の労働能力が果して 60~64 歳層のそれと同じレベルのものかどうか, 両階層のあいだで健康その他の就業条件に差はないかどうか, などについての裏づけが求められる。この点に関連して厚生省の「患者調査」(昭和 56 年)を参照すると, 受療率(人口 10 万対)で見て, 55~64 歳層は 10,550 であるのに対し, 65~69

歳層のそれが 14,174 と, 後者が前者の 1.34 倍になっており, この点が労働能力の年齢差を間接的に示していると見られる。

なお上記のアプローチに対し, 2 つの点を付言しておきたい。1 つは, 従属人口を構成する  $C_h$  と A が, それぞれの人口指数を計算するさい, ともに同じ 1 人としてカウントされていることである。しかし被扶養者としてのニーズとそれに対する実質的負担においては, 両者の差を考慮した取扱いがなされねばならない。第 2 は, A について, それはふつう男女をこみにした計算が提示されるけれども, 表 1 で示すように, 老年期が進むにつれて, 同一年齢階級における女性の男性に対する比率が高まるから, その点を被扶養者の属性として考慮に入れ, それへの対応が考えられねばならないことである。この点が次節で述べる婦人の年金権の確立に結びついている。

いずれにしても, 黒田の提案は, それをケース III が妥当するような社会経済システムへの移行によって, 高齢社会の負担圧力を緩和すべきだという政策的根拠として受け取ることができる。同時にこの提案は, 老年人口の増大に対し, それを第一義的には就労対策を基本として対応すべきだというインプリケーションに結びつけても理解されるであろう。

② 人口ピラミッドと経済循環

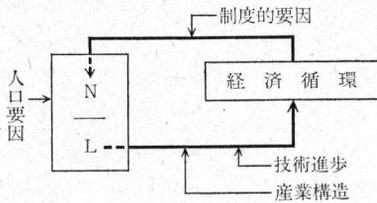
すでに述べた  $C_h/P$ ,  $A/P$ ,  $(C_h+A)/P$  は, いずれも当該人口数どうしの対比である。しかし扶

表 1 老年人口における女性(F)の割合

	1980		2000		2025	
	N	F	N	F	N	F
0~14	23.51	95	17.06	94	14.46	95
15~64	67.38	102	66.69	98	61.75	96
65~	9.10	136	16.24	129	23.78	122
65~69	3.38	127	5.45	108	5.41	106
70~74	2.58	129	4.43	116	5.65	113
75~79	1.74	139	2.97	146	5.73	121
80~84	0.93	162	1.81	177	3.51	137
85~	0.45	208	1.56	189	3.47	160
計	100.00 (117,060)	103 (59,465)	100.00 (129,480)		100.00 (124,903)	

(注) N は総人口に対する各年齢階級の構成比。  
F は各年齢階級別男性=100 とする女性の割合。カッコ内は絶対数の計。

図4 人口要因と経済循環



養・被扶養関係を実質的な意味で計量するためには、頭数による対比だけではなく、市場経済を媒介とする所得ベースで対比させることが必要である。その場合、 $P$ はこれを $L$ と $NL$ (専業主婦、学生、無業者等)とに分け、 $N=L+NL+C_h+A$ としたうえで、扶養・被扶養関係は、 $N/L=1+NL/L+C_h/L+A/L$ の形で考えることができる。しかしこの式も、 $P$ を $L$ に置き換えただけで、人数ベースの対比には変りないから、それを所得ベースで見るとするには、 $L$ と $N$ とのあいだに経済循環を媒介項として置いて考察しなければならない。この関係を単純化して示したものが図4である。

従来高齢化のメルクマールとしての $A/N$ は、人口要因だけの枠内における対比であって、扶養人口と被扶養人口のもつそれぞれの属性を考慮に入れた対比ではない。したがって、扶養・被扶養関係を経済的要因を含めて理解するためには、図4のような把握が求められる。まず高齢化(人口要因)に見られる扶養負担圧力は、経済成長(経済循環)の動向と、社会保障などを通じる所得再分配機能(制度的要因)の円滑化によって、緩和されるであろう。その場合、経済成長の動向に影響するのが産業構造の高度化と技術進歩の2つの要因である。これら両者は相互促進的であり、最近におけるロボットの導入や、高度情報通信システムの構想などが進み、それが資源制約をゆるめる方向に働けば、既存の産業構造や技術水準を前提として考えられている扶養力は、それだけ高められることになる。また社会保障の総合化・体系化が進めば、社会保障資源の効率化と分配の公平によって扶養ニーズの充実に資することが考えられる。いま、 $A$ と $L$ の関係を中心として、 $A$ の扶養需

要の増加と、 $L$ の扶養能力の増加を対比させると、 $A$ の増加は、老年人口( $A$ )増加率+1人当り扶養需要水準( $b$ )の上昇率となり、 $L$ については、労働力人口( $L$ )増加率+1人当り労働生産性上昇率( $p$ )と考えられる。両者の対比を単純化して考えれば、 $A>L$ の関係が当分続くであろうから、それを緩和するための $b$ と $p$ と調整が求められることになる。この $b$ と $p$ との関係は、それを1人当り年金受給額( $b$ )と1人当り年金保険料負担額( $e$ )との相対的關係に置き換えることもできよう。要するに、高齢化の圧力については、人口の年齢構成における関係を以上のような経済的、制度的要因を媒介として、評価しなければならない。

### 3. 所得保障としての公的年金

年々増加する老年人口は、単に人口数の問題ではない。それは老齢保障需要を帯びた人口である。したがって高齢化社会への対応のためには、直接にはそれら保障需要の主要なものが何であるかを考え、その需要を充足することの社会経済へのインパクトと、そのインパクトを効率的に受け止めるための制度的対応を考えねばならない。ここではそのような保障需要として、公的年金、医療保険、老人福祉の三者を中心にして展開する。

まず公的年金については、その加入者数が昭和57年12月末現在で、合計57,466千人(ただし任意適用分を除く)であり、それは同年における15歳以上労働力人口57,070千人とほぼ一致し、国民皆年金の実はあがっている。問題は、これら被保険者数のうち、すでに老齢年金(通算老齢年金を含む)の受給権者となっている人数は、昭和49年度にそれが1,000万人を超えたあと、年度によって差はあるが、年々平均して90万人前後の新規受給権者が増加している。これら全受給者に要する年金給付額は、昭和50~55年度で3.1兆円から7.9兆円に増加し、それが55年度以降は年々1兆円を超える額を上積みするというテンポで増加している。これに対応する1人当り年金給付額(昭和56年度)は、老齢年金の平均で70万円、成熟度の低い国民年金を除くと、厚生年金の約130万円が被用者年金額のモードといえる。かく

して年々の年金給付額は、制度ごとに計算された(1人当り年金給付額  $b \times$  受給者数  $A_P$ )の総和として求められる。

これら変数のうち、 $b$ は経済成長に伴う年金再計算と物価上昇に伴うスライド調整によって着実に増加し、また  $A_P$ は平均寿命の伸長によって増加傾向をもつ。問題はこの年金給付需要額( $B$ )に対応して年金財源( $C$ )を確保し、収支バランスの安定強化をはかる方法を確立することである。すなわち、それは次の対応関係となる。

$$B/C = b/c \times A_P/L_P \dots \dots \dots (1)$$

(1)式の右辺のうち、 $A_P/L_P$ はふつう年金成熟化率を示すもので、拠出段階の現役世代( $L_P$ )何人で、受給段階の老年者( $A_P$ )何人を支えているかの相対比であるが、国民皆年金の現在、制度によって受給年齢に若干の差はあるとはいえ、大まかには  $A_P/L_P \doteq A/L$ と見なしてよい。それは人口の年齢構成において、扶養・被扶養関係と名づけたものと同様であり、この限りで老齢年金問題は即人口問題といつてさしつかえない。すなわち  $A_P/L_P$ は今後急速に高まっていくと見られる。

この  $A_P/L_P$  値を、具体的に厚生年金についていえば、昭和55年で8.0%であった比率は、昭和100年には36.6%となる。 $A_P/L_P$ の逆数は、拠出者何人で受給者何人を扶養する関係を示すから、上記の成熟化率をこの表現で示せば、昭和55年に「12.5人で1人」を支える関係は昭和100年には「2.7人で1人」になる。国民年金は同じ年次について、「5.2人に1人」が「3.1人に1人」となる。しかし公的年金は、老齢年金だけではなく、遺族年金その他を含むから、後者を老齢年金に換算して再計算すると、厚生年金の場合、上記の関係は、「8人に1人」が「1.5人に1人」というより厳しい関係になるのである。

問題は、 $A_P/L_P$ ではなく、 $(b \times A_P)/(c \times L_P)$ である。そこで急速な高齢化に対応して、年金財政の安定化をはかるためには、 $A_P/L_P$ と  $b/c$ のそれぞれについて、その強化策が講じられねばならない。

その強化策として、次の諸点があげられよう。

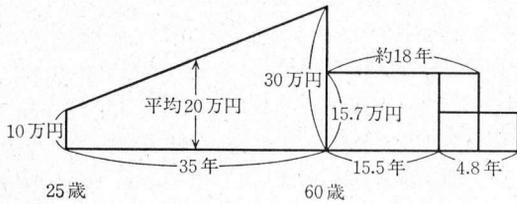
- ①  $A_P$ の初期年齢層を  $L_P$ に移すこと、
- ②  $c$ の料率の引上げ

③  $b$ の水準の引上げの抑制、ないしは引下げの3点である。これらのうち①は、年金受給年齢の引上げである。仮りにこれを60歳から65歳への引上げとした場合、このことが可能になるためには、60歳定年の延長か60~65歳のあいだの高年者雇用の開発など、その条件整備が必要である。この年金受給年齢は、受給者にとっては期待権(ないし既得権)でもあるから、他方の雇用保障と連結するのではなければ、合意を得ることは困難であろう。②と③は、公的年金制度が年金保険である限り、保険原理に立って、保険料と保険給付のあいだには、保険数理上の収支相当の関係が成り立っていなければならないはずである。したがって、②と③を個々に考える以前に、 $c$ と  $b$ との対応関係が、現行制度で果して充足されているかどうかを検討されなければならない。この点に関しては多くの批判があり、現行制度は将来の給付に必要な額だけ保険料を徴収していないので、その意味で「保険の原理」が貫徹しておらず、かなりの部分「扶助の原理」が混淆しており、この点を区分して整理しないと、年金財政の危機が避けられないという意見が有力である。この見解についての代表的2例をあげれば、①経済審議会長期展望委員会・公的部門の役割小委員会の報告書と、②高山憲之による批判論文である。以下その要点を述べる。

①長期展望委……厚生年金における標準的勤労者の年金モデル計算によれば、当該勤労者の年金総額(平均標準報酬月額20万円の男子が、35年間保険料を拠出、受給開始年齢を60歳とし、60歳の平均余命を15.5年とする。妻も同年齢で、夫死亡後さらに4.8年生存すると仮定)は、3,386万円(昭和55年価格)である。この年金額に見合う保険料率は、保険数理上総報酬月額の40.3%、国庫負担分を差引けば32.2%となるにもかかわらず、現行制度における保険料率は10.6%に過ぎないから、年金財政のバランス上必要な保険料の約3分の1しか徴収していないと分析している。

②高山憲之[文献3]……厚生年金の昭和55年度新規受給者について計算すると、給付月額13万6000円(配偶者加給込み)のうち、実際の保険

図5 厚生年金のモデルによる計算



(注) 昭和55年度の厚生年金給付額 = (2,050(円) × 加入月数) + (平均標準報酬月額 ×  $\frac{10}{1000}$  × 加入月数) + (加給年金額)  
 モデルの場合 =  $\{(2,050(円) \times 12(月) \times 35(年)) + (20(万円) \times \frac{10}{1000} \times 12(月) \times 35(年)) + 18(万円)\} \div 12 = 15.7(万円)$   
 妻の加給年金  
 (資料) [11].

図6 費用負担の実態(厚生年金)

—昭和55年度新規受給者の場合—

給付月額(13万6000円)			
拠出分 13%		現役世代からの所得補助分 87%(11万8000円)	
事業主負担	本人負担	20%	67%
		国庫負担	社会保険料

(資料) 高山 [3].

料として拠出した分に見合う給付額の割合は、事業主負担分を含めて僅か13%に過ぎず、残り87%が現役世代の納めた税金(=国庫負担)と社会保険料でまかなわれているという分析である。

この87%について高山は、それは「現役世代から退職世代への所得補助」(傍点筆者)であって、保険原理に立った給付・負担関係ではなく、「福祉の原理」に立ったものと批判する。それにも拘らず、人々は保険料を年金保険における掛金と見なして、“保険錯覚”に陥っており、結果として拠出した保険料に見合わない「過大かつ不公平な所得補助」によって年金給付が行われていること、この保険と福祉の混淆が、ツケを後代に回し、年金財政の窮迫化に拍車をかける結果をもたらすとする。とくにこの影響は、“団塊の世代”のようなコーホート集団に大きく、その圧力を緩和するための各種の施策を年金改革案に要求している。この高山の後代負担増の指摘は、長期展望委の報告でも具体的に示され、たとえば全公的年金において、保険料を徴収しないですでに将来の給付を

約束している額を積算すると、昭和55年度末現在で450兆円、年間新規発生額で約26兆円と推計している。したがって、このような後代負担を軽減するためには、b/cの関係を保険原理に立ったものに戻すことであるが、既得権との調整があること、公的年金がインフレーションからの防衛をふくむ「世代間再分配」としての性格をもつことから、これらの批判を改革案に生かすためには、公的年金についての長期展望と、経過措置を含む実行プログラムの手順について、民主的な論議を踏むことが求められよう。

ところで年金財政の安定化は、b/cの関係の適正化を基軸とするとしても、それ以外に年金保険の収支状況を一見すれば明らかのように、収入面は国庫負担金と積立金の運用収入とで補強されている。したがって国庫負担金への依存度はどの程度が適正であるかの検討と、積立金の高利運用への指向が目ざされるべきであろう。

しかしながら高齢化への対応としての年金制度の改革としては、公的年金の原点に帰って、公的年金が老後の所得保障において果たすべき機能分担は何かを問うべきである。これについては、昭和57年後半以降相次いで打ち出された臨時行政調査会の第三次答申(57・7・30)、社会保険審議会厚生年金保険部会の「改正意見」(58・7)、厚生省の「年金制度改正案」(58・11・28)など一連の改革案の方向が目目されよう。この改革の基本目標は、①長期にわたって財政基盤が安定した年金制度の確立、②老後の最低生活の保障、③世代間の公平と制度間の格差是正、④個人ベースでの年金権の確立、などの諸点である。これらの目標達成のために引き出される年金改革としては、a. 制度の統合、ないしは統一的制度の確立、b. 基礎的年金の保障、c. 給付水準と負担の適正化、d. 婦人の年金権の確立、e. “官民格差”の是正、といった諸項目が掲げられるであろう。これらのいずれもが重要な項目であるが、これらのうち、公的年金の役割がナショナル・ミニマムの確保にあるとして、従来の厚生年金における定額部分と報酬比例部分との関係を、新しい体系における基礎年金と報酬比例の年金とに対置した場合に、両者

の保障原理上の意味づけをどうするか、また財源との対応として、税と社会保険料とをどのように組み合わせるか、などの基本的問題が生じる。とくに報酬比例部分と、企業年金や個人年金との関係についての検討も必要である。このことは年金福祉の充実と経済の活性化の調和にとっても重要な課題であると考えられる。

それと同時に、年金制度を老齢保障の総合化の一環として考える時には、雇用と年金、年金と医療との連携が求められるようになるであろう。

#### 4. 老人医療費の増大

##### (1) 統計的観察

老年人口の増大は、すでに見たように年金受給者の増を意味すると同時に、老人医療需要をもった潜在的患者数の増でもある。しかもその老人医療需要の中味は、受療(受診)率においても、1人当り医療費においても、老人は若年者の数倍にのぼる。たとえば、昭和56年「患者調査」における年齢階級別受療率(人口10万対)で見ると、70歳以上の人口10万対20,473人は、平均値である7,266人の2.81倍、働き盛りの25~34歳階級における4,842人の4.22倍にのぼっている。しかも重要なことは70歳以上の受療率が、昭和45年時には10,797人であったことから見て、この期間に受療率が約2倍に増加したことである。このことは、この期間に老年人口の割合が増加し、そのことが老人性疾患(高血圧性疾患、脳血管疾患、心臓の疾患、糖尿病、悪生新生物等)の受療率を高め、

それが入院需要の増加に反映したものと考えられる。いま年齢階級別の平均入院日数を見ると、0~14歳は13.6日、15~34歳は26.7日、35~64歳は60.1日、65歳以上は88.2日と年齢が高くなるにしたがって日数が目立って長期化している。これは成人病・老人病が一般的に慢性疾患の性格をもっているからである。

このような、老年人口増→老年者の受療率上昇→老人医療需要増の傾向を、医療保障として受け止める経済的装置が医療保障である。問題は、老人医療費の負担増が医療保険財政を傾向的にひっ迫させる事態にどう対応するかである。当然のことながら、その保険財政に与える影響は、被保険者に占める老人の割合を多く抱える保険制度ほど大きいものになる。この関係を明らかにするための参考表として、表2、表3が示される。

まず表2において、60歳以上老年者の割合は、三大保険制度のうちでは、国保のそれが飛び抜けて高く、それは政管健保の2.3倍、政管健保は組合健保の1.7倍で、国保の割合は総人口で見た平

表2 各種医療保険年齢3階級別加入者構成割合

	総人口	国保	政管健保	組合健保	その他
	千人	千人	千人	千人	千人
総数	117,884 100.00	44,489 100.00	31,376 100.00	28,303 100.00	13,716 100.00
0~14	23.42	20.82	22.20	26.97	27.26
15~59	63.39	57.42	68.25	67.51	63.15
60~	13.19	21.76	9.55	5.52	9.59

(注) 総人口は56・10・1現在、あとは56・9月末日現在、ただしその他は、総人口から三大保険の加入者を差引いて求めたもの。

(資料) 厚生統計協会『厚生指標・保険と年金の動向』昭和58年版。

表3 政府管掌健康保険、組合管掌健康保険及び国民健康保険の受診状況

		(1) 1人当り診療費 (単位 円)					(2) 1人当り受診件数				
		政府管掌健康保険		組合管掌健康保険		国民健康保険	政府管掌健康保険		組合管掌健康保険		国民健康保険
		被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者		被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者	
総数	昭和45年度	33 410	14 613	23 910	15 579	17 454	6.0762	5.0928	5.2859	5.4037	4.5099
	50	67 850	43 515	47 197	40 841	49 016	6.4561	6.1133	5.3488	6.2207	5.3844
	55	108 824	77 475	76 781	67 528	97 993	6.7342	6.3323	5.4990	6.4567	6.0958
	56	112 824	84 816	79 022	71 535	107 333	6.8487	6.5539	5.5578	6.5549	6.2862
入院	昭和45年度	9 595	3 754	5 980	3 840	5 130	0.1874	0.1027	0.1208	0.1023	0.1136
	50	21 611	14 759	13 309	12 411	18 243	0.1623	0.1302	0.1021	0.1117	0.1423
	55	33 709	30 016	21 023	22 365	42 569	0.1568	0.1527	0.0977	0.1178	0.1920
	56	35 414	34 179	22 033	24 548	48 232	0.1583	0.1639	0.0981	0.1220	0.2057

(資料) 厚生統計協会『保険と年金の動向』昭和58年版。

均の値を著しく上回り、逆に後の二者はそれを下回っている。この保険加入者数のうちで疾病にかかって受診した人数と、1人当りに要した診療費との積から、当該保険制度の医療費が導かれる。表3は、入院・入院外を含む総数で見た場合、1人当り診療費では国保より政管のほうが高く、また1人当り受診件数でも国保より政管が高く現われている。しかし40~56年の伸び率を見ると、いずれの指標についても国保のそれが一番高く、また入院だけを取り出してみると、総数で見た場合とちがって診療費、受診率ともに国保のそれが一般と高くなって現われる。ここに高齢化に伴う医療費増加傾向が、入院診療を中心として、老人を多く抱える国保財政に最も強い影響を与える関係が知られる。

ところで医療費は、制度ごとに次の関係式で求められる。すなわち、

$$1 \text{ 件当り診療費} \times 1 \text{ 人当り受診件数} \\ \times \text{加入者数}$$

そこで高齢化現象に伴う国民医療費の増加関係を明らかにするために、次の2点を検討してみる。すなわち、

- ①一般診療医療費の増加に対する年齢階級別寄与率
- ②医療保険の医療費増加に対する負担区分別寄与率

表4は、昭和52~56年度の間に増加した医療費の増加寄与率を示すが、それは高齢になるほど高く、とくに65歳以上の年齢階級では、増加額の実に45%を占め、それもその3分の2が入院で占められていることである。ところで昭和56年度現在、国民医療費の約75%は医療保険を通じて負担されているので、その医療保険における医療費増の制度別寄与率を見たものが表5である。それを表4と同じ時期区分である昭和52~56年度の増加額で見ると、その46.4%が国民健保でまかなわれており、しかもそれは48~52年度の寄与率38.8%を著しく上回っている。したがって高齢化の進行とともに、国民医療費の増加傾向は、当然のことながら老人医療と、すでに指摘した国民健保財政にその影響が最も強く現われる

表4 年齢階級別一般診療医療費の昭和52年度(1977)~56年度(81)増加額と増加寄与率

		総 数	入 院	入 院 外
増 加 額 (億 円)	総 数	35 401	19 513	15 888
	0 ~ 14 歳	2 251	896	1 355
	15 ~ 44	4 983	2 344	2 638
	45 ~ 64	12 227	5 967	6 260
	65 歳以上 (再掲) 70 歳以上	15 940 12 472	10 306 8 247	5 634 4 226
増 加 寄 与 率 (%)	総 数	100.0	55.1	44.9
	0 ~ 14 歳	6.4	2.5	3.8
	15 ~ 44	14.1	6.6	7.5
	45 ~ 64	34.5	16.9	17.7
	65 歳以上 (再掲) 70 歳以上	45.0 35.2	29.1 23.3	15.9 11.9

(資料) 厚生統計協会『厚生指標・国民医療費推計の年次推移』昭和58年。

表5 医療保険医療費増における制度別寄与率

	医 療 費 (56年度)	増 加 寄 与 率	
		48~52	52~56年度
医 療 保 険	96,067 (100.0)	100.0	100.0
被 用 者 保 険	57,947 (60.3)	61.2	53.6
被 保 険 者	31,764 (33.1)	31.5	27.0
被 扶 養 者	26,183 (27.2)	29.7	26.6
政 管 健 保	28,032 (29.2)	28.2	28.2
組 合 健 保	19,037 (19.8)	20.6	16.5
そ の 他	10,878 (11.3)	12.4	8.9
国 民 健 保	38,120 (39.7)	38.8	46.4

(資料) 表4に同じ。

ことになる。

しかも国民健保財政は、その収入の56%が国庫支出金で占められ、これに地方財政の支出分を加えると、その公費依存率は60%強となる。したがって従来の趨勢がそのまま持続されれば、国家財政の負担はさらに増すことになり、ここに、老人医療費を中心とする医療費抑制策が、財政当局の強い要請として現われた背景があると見られる。

(2) 医療費適正化への対応

老人医療を中心とする国民医療費の増大にどう対応するかについては、とくに昭和50年代に入ってから、財政・厚生当局による医療費適正化対策、各種政府審議会や臨時行政調査会による答申などが相ついでいるが、基本的には制度の抜本改革による医療資源の効率化が有効であろう。その方向をみぎそうとしたものが、老人保健法の発足(昭58・2・1)であったと受け取られる。この老

人保健法は、70歳以上の老人医療について、これを既存の制度から切離し、別建てとすると同時に、40歳以上の地域住民に対して「医療以外の保健事業」を実施するという2本の柱を打ち立てている。そして前者の老人医療の財源については、現行の各種保険者の共同拠出を基本として、それに受益者負担の導入を加える形をとり、後者の保健事業については予防を重視することによって「医療」(medical care)と「保健」(health care)との統合をはかろうとしたものと考えられる。

現行の医療保険は、被用者保険(職域保険)として8つの制度が分立し、それとは別に全国の市町村単位で運営される国民健康保険事業がある。これら各制度の財政は、保険料収入を規定する当該保険集団の収入成長力と、保険給付需要の動向を主導する保険集団内における老年者割合との双方の要因の組み合わせによって、当然のことながら各制度間に財政力の格差が生じる。したがって財政力の強固な集団とそれが弱体な集団とが併存しているが、その格差は制度間で財政調整されることはなく、その調整はもっぱら国家財政に依存し、それを媒介として行われているといえる。このことは本来社会保険の枠内でなされるべき財政調整が、租税を原資とする追加的配分によってなされるわけで、それだけ社会保険料財源の配分における効率的視点が損われていると考えることができる。老健法は、現行制度による新しい老人保健制度への共同拠出を通じて、現行制度のままでは行い得なかった財政調整を果たそうとしたものであるが、具体的にいえば、富裕な制度(組合健保が中心)から弱体な制度(国民健保)への再分配を軸として、国民健保の財政を救済する機能が意図されているといえよう。

つぎに受益者負担の導入は、昭和48年1月から発足した老人医療費の「原則無料化」を一部負担の導入によって「原則有料化」に改め、価格効果によるコスト意識の喚起によって、医療費増大への1つの抑止力としたものといえる。なお老健法の発足に伴い別途制定された老人医療の診療報酬に対する基準が「入院医療から在宅医療」への方向を唱導し、また診療報酬における出来高払い

方式の見直しを示唆している点などが医療保険による対応と考えられる。

以上のように考えると、老健法は第一義的には老人医療費増大への対応を意図したものであったとはいえ、同時にそれを切り口として医療費適正化への方向を目標としてしているようにも受け取れる。その基本的考え方を再度要約すれば、①医療費財源の効率的利用のための現行制度の枠組みの改革、②医療費に対するコスト意識高揚のための受益者負担の導入、③医療と保健との統合によって、医療を単に疾病時における対応とするのではなく、生涯保障としての一貫性を持たせることによって、長期的に医療費の節減を目標とする経常的努力、の3点になるであろう。問題は、老人医療に即して設定されたこのような対応を、より確固たるものにするための次の方法は何か、ということである。厚生省が昭和58年8月に発表した医療保険改革案はそれを意図したものと見える。一般に制度の改革には、制度それ自体の枠組みを再編成するという方向と、その枠組みの中で、サービスの需給調整機能に影響を与えるパラメーターを操作することとの2つがあると考えられる。老健法の設定そのものは前者であり、またたとえば受益者負担の導入や出来高払い方式の再検討などは後者に属するものである。上述の改革案は、給付率の変更(当初被用者本人の給付率の10割から8割への切下げ案)、ある種の給付の保険給付からの除外(ビタミン剤、病院給食材料費等)などの項目と、退職者医療制度の創設という項目との2つの方向が示されているが、前者は、いわばパラメーターの操作ないしは価格機能の導入であり、後者は制度そのものの枠組みに関するものである。

問題はこのような医療費増大への対応が、主として財政的視点からなされていることであり、制度の枠組みの改革にもとづく財源利用の効率化は、これを積極的に進めねばならないとしても、後者の給付率の引下げや保険給付からの除外などは、直接患者本人の負担増につながるから、そのことが受診機会の抑制をもたらす、早期受診・早期治療を妨げることにならないかどうか、とくに低所得層の受診実態と併せて考える必要がある。

### (3) 医療における技術革新

これは高齢化への社会経済的対応というより、逆に医学・技術の進歩が高齢化に及ぼす影響の側面における要因である。このことに関し、まず近年における医療技術の目ざましい進歩が、高度のME機器の導入を中心に行われ、それと併行して、体外受精、臓器移植などの技術が進んでいることである。その一方で、植物人間、安楽死、ホスピス、死の判定、といったような問題が生じている。いずれにしても、医療技術の進歩が救命効果のみならず延命効果をもたらす、そのことが平均寿命の伸長に寄与していることは見逃せない。ところが同じことが他方では、医療費、とくに老人医療費の増高に手を貸しているという側面も指摘されている。一般の技術進歩は、省力化、生産性向上、コスト節減などの効果に結びつくものであるが、医療における技術進歩は、その逆で、医療供給者にとって治療技術の可能限界を拡張するとともに、他方ではその技術の適用対象となる潜在需要を喚起することになり、需給両面から医療費上昇への促進効果をもたらす。CT スキャナーの装備や人工透析の普及などは、技術進歩が患者に福音をもたらす反面、医療費の上昇へはね返っていく関係の事例としてしばしば引用される。いずれにしてもこのような技術進歩による治療効果の集積は、医療費へのはね返り効果を伴いながら延命効果に結びつくわけで、国民医療費の増加傾向と平均寿命の伸長とのあいだには統計的に密接な相関が認められ、その意味で国民医療費は平均寿命を伸ばすための社会的コストとしての性格をもってきたともいえる。

問題は、医療費投入にも収穫逨減の法則が働くであろうから、投入コストと老人医療における個別的福祉効果とを、倫理的視点を離れて、資源制約の中でどのようにバランスをとっていくのか、ということが、医療経済面からの対応として今後重大な関心が寄せられるのである。

## 5. 老人福祉の問題

### (1) 老人福祉の対象

老年人口が帯びている保障需要は、すでに述べ

た雇用、年金、医療だけに限らず、それに加えて家族的安定としての日常生活の保障、地域社会への参加、学習や文化・娯楽機会の取得などがある。したがって、高齢化への対応には、これらの需要を老人福祉としていかに体系化し、それをいかに充足するかという保障分野が重視されねばならない。ただこれらの老人福祉は、もちろん公的保障としての財源を伴うものであるけれども、その内容は、家族ケース・ワーク、訪問看護、老人給食、電話サービス、老人ホームへの収容、老人介護等を含む施設や人的サービスが中心であること、それは地方自治体の福祉行政と密接な関係をもつこと、これらサービスを確保するためには、公的財源にもとづく部分だけでは不十分であり、地域住民の自発的なサービスの供与、すなわちボランティア活動による支援の必要が生じる場合が多いことが予想される。この意味で老人福祉を含む社会福祉は、所得の再分配のみによって機能するのではなく、それにもまして地域社会におけるサービスの再分配によって支えられるものであることを認識する必要がある。

このことに関連して今後増大傾向にある老人福祉ニーズとしては、「寝たきり老人」や「痴呆老人」などの増加が考えられる。前者については、現在全国で約44万人(昭和56年「厚生行政基礎調査報告」)と推計されている該当者が21世紀初頭には100万人を超えると予測されており、それに伴って在宅福祉サービスのための家庭奉仕員(ホームヘルパー)の増員が必要である。昭和58年度の家庭奉仕員数は約18,300人、人口10万人当たりで15.3人であるが、福祉先進国スウェーデンは総人口880万人で老人・身障者用ホームヘルパーだけで約7万人もいるから、単純に計算して人口10万人当たり795人となり、このような密度でないといわゆるノーマライゼーションの実はあがないといえる。

今後老年人口自体が高齢化し、後期老年人口の増加が進むと、痴呆老人問題は重要な課題となる。痴呆老人ケアは、保健と福祉の双方にまたがり、したがって家族による介護、在宅福祉対策、特別養護老人ホーム、精神科医など、相互の密接な連

携が必要となる。

## (2) 武蔵野市福祉公社の実験

福祉サービスの充実のためには当然費用がかかる。その費用は、第1次的にはこれを税負担に求めねばならないが、そのための税負担増が過度にならないためには、「福祉サービスの利用者がある程度費用を負担するのやむをえない」とする考え方が「世論調査」などで合意をえる方向にあるといわれる。その場合、福祉サービスへのニーズを持つ人が土地や建物などの不動産を所有する場合には、その不動産を担保として地方自治体から有料の福祉サービスを受けるという工夫が考えられる。これが武蔵野市福祉公社(昭55・12・1設立)の実験である。以下その概要を整理し、高齢化への対応としての評価を考えてみたい。

まずその内容は、武蔵野市の住民で、日常生活に介護を必要とする65歳以上の老人を対象に、「有償サービス事業」と「福祉資金貸付事業」を行うものである。

### A. 有償在宅サービス事業

希望者が福祉公社と「家事援助等給付契約」を結び次のサービスを受ける。

#### ①基本サービス(月額1万円)

- ソーシャル・ワーカー(相談員)による相談、話し合い
- 公的なサービスの給付についての手続
- 財産問題・法律問題についての相談と専門家の紹介
- 看護婦による療養上の世話についての技術的援助、利用者の健康の維持増進活動に対する協力
- 緊急時通報システムの受信と対応(装置の取付は実費)
- 日常生活に必要な事務処理
- 緊急事態発生時の措置(通院、入院の手配等)
- 各機関の福祉サービスについての情報と利用の援助
- 遺言作成の協力と遺言書の管理保管など

#### ②個別サービス

- 家事、介護、看護などのサービス
- 有償ボランティアによる協力員
- 家政婦によるプロフェSSIONナルな介護
- 学生アルバイトによる介護

#### ③食事サービス

昼食700円(月～土)、夕食800円(月～金)

## ④別途サービス

葬祭や墓

### B. 福祉資金貸付事業

武蔵野市が、武蔵野市福祉資金貸付条例にもとづいて、不動産を担保に、高齢者・障害者に対して必要な資金を貸付ける。

貸付金は担保物件(原則として家と土地)の評価額の限度内において市長が定める。貸付金の弁済は、契約終了期日(死亡時)で、貸付金に利息(年5%)をつけて清算する。

福祉公社による以上のサービス利用者(昭58・12・31現在)は124世帯(169人)で、世帯類型別で見ると、「独り暮らし世帯」の利用が35%を占めている。今後この世帯類型が増大し、したがって本類型の利用が増大すると見られる。なお夫婦世帯であっても、その利用者割合が36%を示しているのは、双方が高齢の場合、福祉サービスの利用を嗜好するものと思われる。利用者の年齢分布において80歳以上が4割を占めていることに注目すべきであろう。またこの福祉サービスを受けるために、武蔵野市に転入した世帯が、124世帯中19世帯(15.3%)、人数では169人中26人(15.4%)で、利用形態としての現金と福祉資金貸付が、19世帯中それぞれ14世帯(20人)と5世帯(6人)になっていることである。

武蔵野市福祉公社の事業は、本来利用者の負担する利用料を財源として運営することを意図して

表6 武蔵野市福祉公社利用状況

(昭和58・12・31)

		世帯数	構成比
世帯類型別	独り暮らし世帯	44	35.0%
	夫婦世帯	45	36.0
	同居世帯	35	29.0
	計	124	100.0
利用資金別	現金	98 (130人)	79.0
	福祉資金貸付	26 (39人)	21.0
	計	124 (169人)	100.0

(資料) 武蔵野市福祉公社調べ。

(注) 利用者の平均年齢は76歳で、85歳以上が11%、80～84歳が29%、76～79歳が21%と老年後期だけで61%を占める。

いるが、発足後3ヵ年を経たばかりでなお採算ベースには乗っていない、市の一般財源から1900万円(昭和58年度)の援助を受けている。本事業が軌道に乗るにつれて、一般財源への依存度を遞減させていくことが望まれる。なぜなら、福祉公社の利用者は、武蔵野市在住の65歳以上高齢者のうち、福祉公社のサービスを享受する意思と資格を有する少数の者に限られているから、他の高齢者との公平性が考慮されねばならない。この公平性の視点に立って利用者而非利用者との格差を縮小するためには、たとえば「有償在宅サービス」によって提供される個々のサービスが利用しやすいように、そのいずれかを任意に選択しうる幅を持たせることであろう。本来福祉公社の有料サービスは、公的福祉サービスを補完するものである。公的福祉サービスを基礎需要とすれば、有料サービスは付加的選択部分といえる。あるいは公助と自助の相互補完といってもよい。この自助部分が、資産を持ちながらそれを利用できなかったことに対し、福祉公社がその利用システムを提供しえたとすれば、それは潜在的福祉資源を掘り起してその効率的利用に資したことであり、これからの高齢期老人への福祉事業として貴重な実験となると考える。今後はこのような実験について、各自治体がそれぞれの地域特性に即した事業の創設について、相互に競い合うことも期待されてよい。

## 6. 一応の結び

以上の展開は次の諸点に要約されるであろう。

- ① 高齢化現象は、人口構造と経済循環との連結システムの中で正しく理解されねばならないこと、
- ② 年金については公的年金を基礎的年金と理解して、制度の統合を目ざし、企業年金、個人年金との相互補完によって、所得保障の充実をはかること、また年金の受給年齢と雇用保障(定年制延長、年功序列型賃金体系の見直し)との連結性に立って、高齢者の就労対策を重視すべきこと、
- ③ 医療については、同じく制度の統合、財政調整などのマクロ的視点、および給付率・保険給付範囲・支払方式などの機能的要素を見直し、医療資源の効率化をはかること、人間の健康を生涯の

一貫性に立って取扱うとともに、医療、保健、福祉の三者間の有機的連携をはかること、

④ 老人福祉については、資金的視点からだけでなく、それがサービスの供与、再分配である点に注目し、福祉マンパワーの確保を計画的に行うこと、武蔵野市福祉公社の実験は公的保障を補完し、遊休福祉資源を活用し、それが社会福祉充実へのけん引力となることが期待されること、

などの諸点である。要するに人口的・社会経済的与件の変化に対応して人々の意識の変革が求められていること、既存の条件の下における制度の成熟化とそれに伴うマクロ的枠組の再編成、老齢保障の総合化、基礎需要の充足と自律的要素の導入による社会保障の活性化などが相まって、はじめて「高齢化への対応の論理」が生れるのである。小論はそれへの予備的考察であり、より掘下げた分析は他日を期したい。

(一橋大学経済研究所)

## 参考文献

- [1] 江見康一『社会保障の構造分析』岩波書店、1984。
- [2] Toshio Kuroda, "Aging of Population in Japan: Prospects and Challenges," Drafted paper presented to U.S.-Japan Conference on Aging, Dec. 1983.
- [3] 高山憲之「年金改革をどう進めるか——行政改革に寄せて」『季刊現代経済』50, Autumn '82。
- [4] 藤田晴『福祉政策と財政——年金改革と税制のゆくえ』日本経済新聞社、昭59。
- [5] 統計研究会「国民医療のマクロ経済的分析」1983・4。
- [6] 岡村重夫・三浦文夫『講座=日本の老人2・老人福祉と社会保障』垣内出版、1972。
- [7] 国際社会福祉協議会日本国委員会編『各国の社会福祉』全国社会福祉協議会、1981。
- [8] 武蔵野市「老後生活保障基金制度」検討委員会研究報告書(1980・3)ほか福祉公社関連資料。
- [9] 厚生省『昭和57年度厚生行政年次報告書——新しい時代の潮流と社会保障』昭58。
- [10] 経済審議会長期展望委員会報告『2000年の日本——国際化、高齢化、成熟化に備えて』昭57・7。
- [11] 同上委員会・公的部門の役割小委員会報告『2000年の日本(各論)——21世紀に向けての公的部門のあり方』昭57・8。
- [12] 日本大学人口研究所『日本大学人口研究所人口推計——人口・経済モデルに基づく21世紀への展望』1982・6。