

あしたへ——平成時代を振り返って

「勤労者の多面的な生活課題への解決の道筋」《Ⅱ》

調査・研究 報告書

2021年3月

一般社団法人 新潟県労働者福祉協議会

《目次》

あしたへ——平成時代を振り返って
「勤労者の多面的な生活課題への解決の道筋」《Ⅱ》
《2020年度》
〔調査・研究報告〕

I. 総括論文

社会保障の理念の変化と勤労者の生活実態	5
---------------------------	---

新潟県立大学 人間生活学部
准教授 小澤 薫

II. テーマ別論文

高齢社会から超高齢社会へ	27
— 「拡大再生産」の時代は終わった —	

公益社団法人 新潟県自治研究センター
常務理事・研究主幹 種田 和義

年金制度の変遷と課題を探る	37
— 年金制度の将来不安は払拭されるのか —	

公益社団法人 新潟県自治研究センター
常務理事・研究主幹 梶口 敏行

医療費抑制政策からの転換	69
— 公的医療保険の変遷と課題 —	

元・内閣官房専門調査員
横田 昌三

公衆衛生の歴史からみた「平成期」の位置づけ	87
— 公衆衛生の原点と今日の新型肺炎禍を結んで考える —	

公益社団法人 新潟県自治研究センター
研究主幹 齋藤 喜和

変わる世界の中で「人生100年時代」を考える	103
------------------------------	-----

公益社団法人 新潟県自治研究センター
理事・研究主幹 鬼嶋 正之

III. 資料

1. 人口推移と推計・高齢化	121
2. 寿命	128
3. 出生と乳児	131
4. 労働	135
5. 貧困と生活保護	143

あしたへ ―― 平成時代を振り返って

「勤労者の多面的な生活課題への解決の道筋」《Ⅱ》

報告書の発刊にあたり

日頃からの、新潟県労働者福祉協議会（労福協）へのご支援とご協力に感謝申し上げます。

当労福協では、新潟県の助成を受けて、労働、生活、福祉などをテーマ素材として、単年度の調査・研究事業を行っています。この度2020年度の調査研究の報告がまとまりましたので、関係各位にご報告申し上げます。

ぜひともご一読いただき、皆様のご活動の参考に供していただければ幸いです。

労福協では、「すべての働く人の幸せと豊かさをめざして、連帯・協同でつくる安心・共生の福祉社会」の実現に向けて、労働団体や福祉事業団体、NPO団体、自治体などと連携し、多種・多様な活動を行っています。

その活動の一環として、新潟県からの助成を受けて、県内外の地域状況や社会の動向を踏まえた勤労者の生活全般の課題について、様々な切り口や視点から調査・研究事業を行っており、広範な皆様から本事業を高く評価いただきながら進めているところです。

本年度の調査・研究は、昨年に引き続き「平成時代を振り返って」をテーマに、勤労者の生活に係わる「社会保障」を中心に調査・研究をすすめてまいりました。

社会保障の諸制度は、勤労者とその家族にとって将来への期待を含めた暮らしと生活全般の支えとなっています。

しかし残念ながら、それらの諸制度の歴史的経緯や制度創設趣旨、あるいは繰り返されてきた改革の変遷に触れる機会は少なかったのではないのでしょうか。

社会保障の諸制度は、「昭和の時代に形づくられ、平成の時代に動き始めた」とも言われており、そのことから、「平成時代を知る」ことは重要ではないかと考えます。

2019年度報告は、「職場」をキーワードとしてまとめられ、2020年度報告では「社会保障」をキーワードとしてまとめたところです。

本調査・研究は、新潟県内でシンクタンクとして様々な分野で活動されている「公益社団法人 新潟県自治研究センター」にお願いをいたしました。

調査・研究にあたり新潟県立大学など、ご協力いただきました皆様に厚くお礼申し上げますとともに、今後とも一層のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

2021年3月

一般社団法人 新潟県労働者福祉協議会
理事長 牧 野 茂 夫

あしたへ ―― 平成時代を振り返って

「勤労者の多面的な生活課題への解決の道筋」《Ⅱ》

〔 調査・研究にあたり 〕

公益社団法人 新潟県自治研究センター

理事長 和田 光 弘

新潟県自治研究センターに対する日頃のご厚情とご協力に感謝申し上げます。

当センターでは、県内唯一の公益社団法人の自治研究センターとして、皆様からのご支援のもと自治政策を中心に調査・研究を行っているところです。

近年は、地方自治体において、住民からの要望も幅広く求められ、施策対象の範囲や執行のあり方など日々改善が必要な時代を迎えています。

様々な改善には、これまでの施策の検証など、歩んできた道筋を丹念に解析することは重要と考えます。

さて、昨年度に引き続き「あしたへ ― 平成時代を振り返って」をテーマとして、勤労者に係わる平成時代の変遷や課題を中心に調査・研究を行ってまいりました。

昨年報告の《Ⅰ》では、「職場」をキーワードに平成時代における「雇用破壊」とも言うべき傾向を振り返りつつ、一方で雇用環境や労働法制の大きな変化をも視野に入れた調査・研究を行い報告いたしました。

今年度は、報告《Ⅱ》として「生活」をキーワードに、平成時代を振り返るなかで誰もが係わる社会保障制度や施策の変遷と将来への提言をまとめたところです。

約30年にわたる「平成の時代」は、歴史的には短い期間と言えますが、敗戦後の日本がようやく諸制度を確立し迎えた時代でもありました。

歴史の中で築かれた社会保障諸制度は、このわずかな平成の時代に様々な変化がなされてきたものでもあります。調査・研究にあたっては、平成時代を中心としながらも、昭和の時代やそれ以前とも係わることから、時代的には幅広いものともなっています。

社会保障の諸制度は、常に政治的論争の的となり、同時に「失われた年金」や「医療負担の改悪」など勤労者と家族の生活を脅かす事件や政策・制度の「改革」が繰り返されてきました。

今報告書では、全ての社会保障の歴史的経過などを網羅することはできませんが、勤労者とその家族の誰もが係わる「日本の社会保障制度」の変遷に触れ、今後続くであろう社会保障政策・制度への意識高揚に資することを願っております。

【 I . 総 括 論 文 】

社会保障の理念の変化と勤労者の生活実態

新潟県立大学 人間生活学部

准教授 小澤 薫

社会保障の理念の変化と勤労者の生活実態

新潟県立大学 人間生活学部

准教授 小 澤 薫

はじめに

2018年（平成30年）度の社会保障給付費（社会保障として国民に給付されている金額）は121兆円（予算ベース）で、国民所得の29.3%を占めている。1990年（平成2年）度では47兆円、13.7%であった。この30年間に、社会保障給付費は2.7倍になり、国民所得に占める割合も2倍になっている。国民所得の増加率が20%のなか、社会保障給付費は増加率156%と大きく増えている。同様に、国家予算から支払われる社会保障関係費は、2018年度は32.9兆円で、一般会計歳出の3割を占めている。1990年度は11.6兆円で、この30年の間で3倍にふくらんでいる。社会保障給付費、社会保障関係費ともに大きく金額を増加させながら、国民所得に占める割合、一般会計歳出に占める割合を大きくしてきた。

これだけの大きな金額を国民が給付し、国が支出する根拠になっているのが、日本国憲法25条の規定である。「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。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」として、国民の権利と国の果たすべき役割を示している。それを実現するための手段として、社会福祉、社会保障および公衆衛生があり、その向上に努めるのは国ということが示されている。歴史的な成

果物として制度が整備され、保障範囲の拡充、対象の充実が進む一方で、国の負担の大きさが取り上げられ、制度の「持続可能性」に焦点があたられるようになっている。

本稿では、こうしたなかで社会保障の理念がどう変化してきたか、勤労者の生活にどのような影響を与えてきたかについて、平成の30年間の動向を中心に整理し、今後の社会保障のあり方について検討していきたい。

1 社会保障とは何か

（1）社会保障の理念

社会保障とは「国家がすべての国民に最低限の生活を保障するものである」（土田2015）。1950年に社会保障制度審議会（内閣総理大臣の諮問機関）は「社会保障制度に関する勧告」（50年勧告）を発表し、日本における社会保障制度の基本方針を示した。そのなかで、社会保障制度は「疾病・負傷・分娩・廃疾・死亡・老齢・失業・多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」と定義された。さらに、「このような生活保障の責任は国家

にある。国家はこれに対する総合的企画をたて、これを政府及び公共団体を通じて民主的に能率的に実施しなければならぬ。もちろん、すべての国民を対象とし、公平と機会均等とを原則としなくてはならぬ。またこれは健康と文化的な生活水準を維持する程度のもでなければならない」としている。社会保障を社会保険、公的扶助（生活保護）、保健医療・公衆衛生、社会福祉から構成されるものとし、さらに雇用対策、住宅対策をその関連制度と位置づけている。生活保障に対する国家の責任、保障する内容としての健康で文化的な最低限度の生活が明記された。このことから、社会保障制度は、妊娠してから、生まれ、育ち、亡くなるまでの、ひとの一生涯を支えるしくみである。

（２）社会保障のしくみ、制度

「平成29年版厚生労働白書」をもとに社会保障制度をライフスタイルとあわせてみていくと、①保健医療、②社会福祉等、③所得保障、④雇用、⑤公衆衛生の５つの柱からなる。具体的な内容をみていくと、①保健・医療は、健康づくり、健康診断、疾病治療、療養として、母子手帳の発行、検診、予防接種、健康診断、医療保険（医療費保障）、高齢者医療のしくみである。②社会福祉等は、児童福祉、母子寡婦福祉として、保育所、放課後児童クラブ、地域の子育て支援、児童手当、児童扶養手当、保護を要する児童への社会的養護等、障害（児）者福祉として、自立支援給付、介護サービスの提供、介護保険のしくみがある。③所得保障は、年金制度として老齢年金、障害年金、遺族年金、最低限度の生活を保障する生活保護がある。④雇用は、労働力需給調

整、労災保険、雇用保険、職業能力開発、男女雇用機会均等、仕事と生活の両立支援、労働条件として、職業紹介、職業相談等、障害者・高齢者雇用、公共職業訓練、育児休業、介護休業等、最低限の労働条件や賃金の保障、労働者の安全衛生対策である。⑤公衆衛生として、安全で良質な水の確保、食品や医薬品の安全性の確保である。社会保障の範囲は多岐に渡っている。すこやかで安心した生活を送ることができるように、雇用の安定、施設の設定基準、専門職の配置、公衆衛生の発展、地域環境の整備など長期的な視点に立ったしくみとなっている。

（３）社会保障の財源

社会保障の財源は、国や自治体、これらに準ずる特別な法律に基づいて設立される法人（例えば、後期高齢者医療広域連合など）が集めた資金によって賄われている。この資金をもとに、国民への医療や福祉のサービスなどの現物給付、所得保障としての現金給付が行われている。社会保障関係費は一般会計歳出の３割が占めている。この一般会計歳入の６割は、所得税、法人税、消費税などの税金によるものである。国が賃金や利潤、消費などに対して課税し、国民が税金として納付する。それをもとに国が必要なところに分配するしくみである。

そもそも税とは、みんなの「必要」を満たすための共同の財布と考えられている^{（注１）}。「必要」とは、人間にとって、生存と人間的な生活のために必ず要るモノやコトを欲することである。私たちは税金を政府に預け、政府は公共サービスを私たちに提供する。国、都道府県、市町村など政府による活動を賄う

ために私たちが負担するものである。政府が税金などで収入をあげ、それを元手にさまざまな活動を行う。このことは誰もが生きていく、人間的な生活を営む権利があることを意味している。それはまさに、生存権の規定である。収入の多寡にかかわらず、誰もが必要としているものを手に入れられるために、みんなが税金を出し合うことになっている。

次に、社会保険とは、保険の技術を用いて、国家の強制によって、みんなでリスクに対応するしくみである。社会保険料を負担することを「拠出」といい、英語では“contribution”（貢献）という。社会保険料の支払いは、個人のためではなく、社会に貢献するという考えがあることが重要である。しくみとしては、日本ではリスクごとに制度があり、リスクごとに拠出をし、応能・応益で負担をしている。その負担は、被保険者、事業主、国、自治体により確保され、働く人の社会保険料については、原則労使折半である（労働者災害補償保険は、事業主の100%負担で実施している）。

このように、社会保障の財源は、労働者と使用者、国民・地域の住民が負担する拠出金と一定の国庫負担によって賄われている。給与・報酬等による第一次分配に対して、課税、拠出を求め、それを財源として、政府等が必要なところに第二次分配する、所得再分配のしくみである。社会保障の重要な機能の1つである。なお、みんなから集めたお金、社会保障収入は2016年134.9兆円であった。収入の項目は、社会保険料54.7%、公費負担38.0%、資産収入3.3%、その他3.9%であった。社会保険料の内訳は被保険者拠出金28.9%、事業主拠出金25.8%で、被保険者の

拠出金の方が多い。2004年以降、事業主と被保険者の負担割合は逆転し、被保険者の拠出が大きくなっている。

運営にあたって、医療では制度間財政調整のしくみを利用しながら、現役世代から高齢世代への移転として使われている（後期高齢者医療制度の財源には、若い世代からの負担が4割を占めている）。医療保険では、標準報酬によって負担額が決まるため、負担は低所得ほど少なく、高所得ほど多くなるが、同じ医療サービスを受けられることになっている。国民年金については、定額負担・定額給付のため、低所得者にとって負担が重いくみである。厚生年金については、標準報酬によって負担額と年金額が連動している。これらの年金制度は、長期保険のため加入期間が長いほど、年金額が大きくなるしくみになっている。

社会保障は、垂直的な所得再分配の機能を果たしつつ、社会的な不公平を是正し、社会の安定を図るという役割を担っている。負担のあり方は、社会がどう成り立っているかに大きく影響をしている。

なお、社会保障給付費について、「年金」「医療」「福祉その他」の3つの部門別にみると、「年金」56.9兆円（46.0%）、「医療」39.6兆円（32.0%）、「福祉その他」27.2兆円（22.0%）となっている（2019年予算ベース）。「年金」が半数近くを占めるなか、近年「福祉その他」の伸び率が高くなっている。なお1990年は、「年金」23.8兆円（50.1%）、「医療」18.6兆円（39.3%）、「福祉その他」5.0兆円（10.6%）であり、給付費としてはこの30年で3倍になっている。機能別に社会保障給付費をみると、年金な

ど「高齢」が全体の47.1%で最も多く、ついで「保健医療」31.3%であった。それ以外については、「家族」7.1%、「失業」1.2%、「住宅」0.5%であった。国際比較が可能な、OECD基準の社会支出の構成割合をみると、「家族」がイギリスで15.2%、スウェーデンで12.9%、「住宅」がイギリスで6.4%、フランス2.6%、スウェーデン1.5%で、社会保障として支出されている構成比が国によって異なっている。

2 社会保障の理念の変質

(1) 求められる「構造改革」

わが国は1980年代の低成長期以降、経済のあり方が大きく変化をする。そのなかで社会保障の理念も大きな変革が加えられていく。1981年の第2次臨時行政改革では、基本答申において「個人の自立・自助の精神に立脚した家庭や近隣・職場や地域社会での連帯を基礎としつつ、効率の良い政府が適正な負担のもとで福祉の充実を図るべき」とし、社会保障制度も含めた行政機能の縮減、「民間活力」の向上を求めるようになった。その上で、社会福祉の公的責任を圧縮して、有料化、民営化、自助化を進め、福祉国家から福祉社会への変質を求める「日本型福祉社会」が提唱される。

1989年の社会福祉改革を皮切りに、社会保障の「構造改革」が進められてきた。1997年社会福祉基礎構造改革では、社会福祉事業の概念・範囲等の見直し、措置制度の見直し、社会福祉法人以外（民間営利企業）の参入、応能負担から応益負担への変更が行われた。そして、介護保険法制定により、老人福祉・老人保健からの制度再編、社会保険方式

による財源調達が進められる。

こうしたなかで社会保障制度審議会は「95年勧告」をとりまとめる。そこでは、社会保障制度を「みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていくものとして、21世紀の社会連帯のあかしとしなければならない」とし、社会保障の主体がみんなで支えていくものとして、政府の責任を後退させるものとなった。

「50年勧告」における生存権に対する国の責任から、「社会保障が世代間にわたる連帯によって成立し、維持される」とし、世代間の扶養が強調されるものになっている。あわせて、「今後、生活水準の上昇に伴い生活保障のあり方が多様化し、そこに社会保障の受け手の側に認めるべき選択権の問題が生じてくる。その選択の幅は生存権の枠を越えて拡大していくだろう」として、制度が発展し充実したという前提のもと、個人の「選択肢」として社会保障の範囲を狭めるものになった。そのため、措置制度の見直し、保険料中心の負担を国民に求め、公私の役割分担を示し民間サービスの導入が図られようになった。つまり、国が保障すべき最低生活は確保されたので、選択肢を用意することが国の役割であるという視点に立っている。

(2) 社会保障制度改革推進法

2012年に社会保障制度改革推進法が制定された。その考え方として、「1自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」が掲げられ、社会保障制度を自助、共助、公助の組み合わせに置き換えられている。そ

して、家族相互、国民相互の助け合いが強調されている。「2 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること」として、負担の増大を抑制するために、重点化、効率化という言葉掲げ、保障内容の抑制、対象の制限を示唆している。「3 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること」として、社会保険の役割を強調し、公費負担はそれを補うものと位置づけている。

「4 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする」として、その財源を広く公平に分かち合うということで、消費税におとしこんでいる。一般会計歳出総額と税収の推移をみると、税収を大きく上回る歳出が続き、借金（赤字国債）に頼って埋め合わせている現状であり、ここを持続可能性と関連づけて、国の負担軽減が目指されている。

このように2012年社会保障制度改革推進法において、社会保障の財源に、消費税が明確に位置づけられるようになった。さらに、「消費税の収入については、地方交付税法に定めるところによるほか、毎年度、制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとする」として、消費税収の使途の明確化を示し、社会保障目的税

化を示唆している。財務省は、今後勤労世代の減少が見込まれているなかで、勤労世代が主に負担する所得税よりも、消費税の方が景気の変化に左右されにくく税収が安定していることを理由に挙げている。

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」2013年（プログラム法）は、第1条において「受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革を推進することを目的」として、受益と負担のバランス、持続可能性という言葉が使われている。第2章では「講ずべき社会保障制度改革の措置等」として、「政府は、個人がその自助努力を喚起される仕組み及び個人が多様なサービスを選択できる仕組みの導入その他の高齢者も若者も、健康で年齢等にかかわらず働くことができ、持てる力を最大限に発揮して生きることができる環境の整備等に努めるものとする」、「政府は、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図る」として、政府の立場を示している。そして、①少子化対策、②医療制度、③介護保険制度、④公的年金制度の「社会保障4分野の改革」について、改革の検討項目、改革の実施時期などを明らかにした。制度の持続可能性を強化していくために、「自助努力」「個人の主体的な取組」が改めて強調されている。そのなかで、介護保険制度の見直しとしては、「持続可能性の確保」のために、国の負担の軽減、被保険者の負担の強化、在宅での介護の強調、訪問介護・通所介護の地域支援事業化、特別養護老人ホームにおける軽度者の排除、有料老人ホームであるサービス付き高齢者向け住宅への移行、介護人材の

確保としての事業者への期待という「重点化」・「効率化」を進めようとしていた。そして、進む高齢化への対応として、「地域包括ケアシステム」の構築が位置づけられていた。まさに、持続可能性を名目に、家族相互、国民相互の助け合いのしくみに大きく舵を切っている。今後人口構成が変化しても社会保障制度を持続可能なものにしていくために、給付と負担に手を加えていくもので、そのことを政府は「全世代対応型」の社会保障制度としている。そのなかで、「地域包括ケアシステム」の構築が掲げられてきた。

50年勧告では、社会保障に対して個人負担の据置、国庫負担の強化を掲げていたが^(注2)、そこから社会保障における「選択肢」の多様性に移り、国の責任を小さくしながら、国民の負担、責任を強いるものになってきた。加えて、公的責任から切り離れた部分を営利企業によって、賄っていくという方向性も示されている。そのなかで、逆進性が高く再分配機能をもたない消費税込に、社会保障財源を求めていくという方針が示されている。

(3) 高齢者の位置づけの変遷

社会保障に対する国の責任を大きく変化させてきたこととあわせて、政策における「高齢者」の位置づけも大きく変わってきた。老人福祉法（1963年）では、「老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図る」、「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」としてこれまでの社会へ

の功績を称え、その生活の保障の必要性を謳っている。ここから政策として老人医療の「無料化」が進んだ。

しかし、高度経済成長の終焉から低成長期を経て、高齢者に対する医療費の「無料」化から「再有料」化への道筋を立てるにあたって老人保健法（1982年）が施行された。ここでは「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用は公平に負担するものとする」として、健康維持を自己責任として強調し、公平性を強調することによって高齢者に対して医療費の負担を求めている。

さらに、2006年の後期高齢者の医療の確保に関する法では、「国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする」として、高齢者の医療費が国民の大きな負担として位置づけられるようになった。そしてその費用を、国ではなく世代間扶養で賄うことを強調するようになっている。

その一方で、2015年度「骨太方針」（経済財政運営と改革の基本方針2015）では、高齢者の「稼ぐ力」の強化が指摘されている。そのなかで「意欲ある高齢者が、年齢にかかわらず生涯現役で活躍し続けられる社会環境を整えていくことは、高齢者の希望をかなえ、

豊かな生活を送られるようにするためにも極めて重要である。高齢者の多種多様な求職ニーズにきめ細かく対応しながら、就労マッチング機能の強化や能力開発機会の提供を行い、高齢者の活躍を一層後押ししていくこととする」という方針も示され、年齢にかかわらず労働者として生涯、働かせる方向も示されている。

機能別社会保障給付費で「高齢」分野への支出が大きいこと、それに対して子ども関係など「家族」分野への支出が小さいことも、高齢者に対する給付内容の引き下げ、負担の引き上げの理由にしている。こうした流れのなかで、社会保険料の引き上げ、厚生年金の支給開始年齢の引き上げ、医療にかかわる窓口負担の引き上げ、介護保険における給付サービスの制限などが続けられている。

（４）子育てにかかわる手当と求められる「自立」

1971年に児童手当が制定され、「福祉元年」の一翼を担う制度であった。その目的に「家庭等の生活の安定に寄与する」「次代の社会を担う児童の健やかな成長に資する」が掲げられ、将来への投資というメッセージが示されている。その後、所得制限の緩和、給付対象年齢の引き上げなど、給付の充実を図ってきた。その一方で、2012年から「父母その他の保護者が子育てについての第一義的責任を有する」という基本的認識の下に」という一文が加えられ、子育てに対する保護者の責任が強調されるようになった。あわせて、2020年には、所得制限の強化が進められている。

ひとり親世帯を支える所得保障としての児

童扶養手当では、制定以降、世帯の自立が強調されるなか、所得制限の強化が進められてきた。さらに、2002年には「児童扶養手当の支給を受けた母は、自ら進んでその自立を図り、家庭の生活の安定と向上に努めなければならない」と規定され、就労自立が求められ、給付期間の制約（5年で停止）の可能性についても明記されるようになった。同様に、「母子及び父子並びに寡婦福祉法」においても「母子家庭の母及び父子家庭の父並びに寡婦は、自ら進んでその自立を図り、家庭生活及び職業生活の安定と向上に努めなければならない」と、自立への努力が明記されている。

同じ母子世帯の女性であっても、遺族年金が支給される女性には「就労による自立」は強制されない。離婚や非婚の母子世帯で低所得のために児童扶養手当や生活保護を受けている女性については「就労による自立」が要請されている。

藤原は、社会保障の申請主義の課題を指摘した上で、それを機能させるために、権利行使の意識を浸透させることと、申請にあたっての壁を壊す具体策が必要であるとしている（注3）。

このように、国庫負担軽減に向けた利用者負担の強化、家族への方向性が示され、公的責任から自己責任への強調が進んでいる。

3 勤労者の生活はどう変わったか

（１）雇用状況、相対的貧困率

戦後ほぼ一貫して世帯数は増加し、平均世帯人員は減少している（国民生活基礎調査）。1989年3.1人から2018年2.44人で、小家族化が進んでいる。世帯の収入の確保にあたって、「男性雇用者と無業の妻からなる世

帯」と「雇用者の共働き世帯」の推移をみると、1980年で「男性雇用者と無業の妻からなる世帯」1114万世帯、「雇用者の共働き世帯」614万世帯と、「男性雇用者と無業の妻からなる世帯」が「雇用者の共働き世帯」の2倍近い数であったが、1992年以降その数値は逆転し、2017年では「男性雇用者と無業の妻からなる世帯」641万世帯、「雇用者の共働き世帯」1188万世帯となっている（男女共同参画白書）。

雇用では、非正規雇用者の比率が高まっている。1995年非正規雇用の比率が1995年20%であったが、2018年にはほぼ倍の37%にも及んでいる。この背景として1995年に示された日経連（現在経団連）「新時代の『日本的経営』」報告書が大きな影響を与えている。労働者派遣法では、適用業種の拡大、派遣期間の制限などが行われ、不安定な働き方の拡大が進められてきた。あわせて1990年以降、日系人労働者など外国人労働者の日本国内での受け入れが進み、多い時には日系人だけで37万人にも及んでいた（2007年）。リーマンショックを契機に、日系人の受け入れは減少するが、それに代わって、技能実習・研修生の受け入れが進められてきた。さらなる労働条件の低い労働力を補給するような形で、日本経済は進んできた。そのなかで、200万円以下の給与所得者は711万人（1992年）から1098万人（2018年）に推移し、全体に占める比率は2割を超えている（国税庁）。非正規雇用者のなかで、200万円未満の所得者の割合は、64.6%（1992年）から75.2%（2019年）に増加している（就業構造基本調査）。このように政策的に非正規雇用化が進む中で、雇用者全体の4割を非正規雇用が占め、非正

規雇用の3/4が200万円未満の収入となっている。

労働時間については、「毎月勤労統計調査」と「労働力調査」による総実労働時間は減少傾向にあるものの、その差（サービス残業）はほぼ一定のまま推移してきている。週60時間以上働く労働者の割合は減少傾向にある者の1割を占めている（労働力調査）。そのなかで、脳・心臓疾患、精神疾患による労災申請の件数は増加していて、特に、精神疾患による申請件数は1999年155件から2019年2060件と20年で10倍を超える増加をしている（過労死等の労災補償状況等について）。

こうしたなかで、2006年には、当時の首相が「言われているほど、日本に格差はない」、当時の総務大臣が「社会的に解決しないといけない大問題としての貧困はない」と発言するなど政府の認識と実体経済に大きな乖離がみられた。

その一方で、2000年には「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」、2002年「ホームレスの自立支援等に関する特別措置法」（2027年まで延長が決まっている）、2011年「求職者支援制度」、2015年「生活困窮者自立支援法」が設置、制定されるなど、既存の枠組みでは捉えられない課題に対して、新たな枠組みがつくられるようになった。2012年には相対的貧困率（国民1人ひとりを所得順に並べ、まんなかの人（中央値）の所得の半分に満たない人の割合）の数値が示されるようになった（国民生活基礎調査）。相対的貧困率は、1985年12.0%から2012年16.1%まで上昇し、その後横ばいの状況が続いている。ひとり親世帯の相対的貧困率は、1985年54.5%、一番高い

ときで63.1%（1997年）、2018年で48.1%であった。2人に1人の割合で相対的貧困率以下での暮らしを送っている。

さらに、年齢別の相対的貧困率をみると^{（注4）}、どの世代をみても概ね上昇傾向にあり、20歳未満、20～64歳、65歳以上でわけると、65歳以上が一番高い。65歳以上は2割前後で推移してきた。その背景として、高齢者世代は、若年世代よりもそれまでの生活の積み重ねによって（年金は、勤め方、標準報酬の大きさ、加入期間の長さによって変わる）、所得格差や資産格差が大きく現れる。

（2）収入と支出の構造

ここでは、収入と支出の構造について、国民生活基礎調査、家計調査、全国消費実態調査の結果をもとにみていきたい。

1）収入と世帯

厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2018年の1世帯あたりの平均所得金額は552万3千円、中央値437万円であった。平成期で一番金額が高かった1994年は1世帯あたりの平均所得金額は664万2千円、中央値545万円であり、平均所得金額、中央値ともに100万円以上低くなっている（図1）。相対的貧困率の基準となる金額は1997年以降下がっている（1997年149万円→2018年124万円）。その間、相対的貧困率は14.6%（1997年）から15.4%（2018年）と下げ止まりの状況のなかで、基準となる所得が低下しているので、より収入の低い世帯が増えていることがうかがえる。あわせて、貧困線以下で暮らす世帯の平均と貧困線の水準の差を示す「貧困ギャップ」が、日本では大きいことが指摘されてきた^{（注5）}。

児童のいる世帯をみると2018年の1世帯あたりの平均所得金額は745万9千円で、ピーク時の781万6千円（1996年）より下がってはいるが、2009年以降増加傾向にあり、全世帯よりも200万円ほど高くなっている。その推移をみると全世帯の所得金額が減少傾向にあるなかで、児童のいる世帯は下げ止まっていて、全世帯と児童のいる世帯の平均所得金額の差は広がる傾向にある。少子化が進む中で、児童のいる世帯の所得が高まっていることは、所得が高くないと子どもを持つことができないという一面も表しているといえる。

母子世帯においても、平均所得金額は269万円（1995年）から306万円（2018年）で推移していた。母子世帯の特徴としては、所得のうち15%前後が児童手当などの社会保障給付金が占めている。児童のいる世帯では2%程度であるため、母子世帯の収入にとって社会保障給付金がより大きな割合を占めている。

高齢者世帯では、2018年の1世帯あたりの平均所得金額は312万6千円、ピーク時の335.5万円（1998年）より下がってはいるが、ほぼ変化してない。所得に占める「公的年金・恩給」の割合が6割を占めている（1998年60.5%、2018年65.4%）。

2）支出の構造

総務省「家計調査年報」から、1世帯あたりの年平均1ヶ月間の収入と支出について、勤労者世帯の1989年から2019年までの数値をみていく。

実収入は、1989年495,849円から2019年586,149円で18%増加している。同期間世帯人員は3.72人から3.31人、有業人員は1.63人から1.77人に推移している。そのなかで世帯

主収入はほぼ横ばいであるが、配偶者の収入は2倍以上になっている（図1）。社会保障給付も増加をしている。世帯主の収入だけでなく、配偶者の収入、社会保障給付を組み合わせ、収入を確保していることがわかる。

実支出は、1989年390,904円から2019年433,357円で、10%増加している。その内訳をみると、消費支出はほぼ横ばいで推移しているが、非消費支出は増加していた（7万円から10万円、構成比としては5%ほど増加している）（表1）。特に社会保険料が31,780円から63,925円と倍増している。食費は1993年以降減少をしており、一時期には7万円台を切っていたが、2019年時点で77,431円であった。光熱水道費は1.5万円から増加し2万円前後で推移してきた。保健医療は8,092円（1989年）から、12,662円（2019年）に増加している。特に通信費は6,095円（1989年）から16,206円（2019年）、2.7倍になっている。被服費（22,577円→12,935円）、交際費（27,125円→17,402円）は下がっている。

江口は、支出項目を、個人的再生産費、社会的強要費目、社会的固定費、非消費支出、実支出以外の支出に分類をしている^{（注6）}。それによると、家計調査の支出項目を分類し、その傾向をみると、食費、被服費などの個人的再生産費は圧縮傾向にあり、光熱水道費、保健医療などの社会的固定費は拡張傾向にあった。通信や交際費など社会的強要費目については、自動車の所有に関わる費用や通信費は拡張傾向にあるが、交際費や教養娯楽の部分は圧縮傾向にあった。税金・社会保険料、土地家屋借金返済は拡張傾向にあった。住宅ローンなどの返済、社会保険料、保健医療に

おける自己負担が増加し、家計において固定化されている。食費、被服費、交際費などの圧縮によって生計を維持していることがわかる。

3）高齢者世帯の生活

高齢夫婦世帯（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦1組のみ世帯）の家計状況について、勤労者世帯と比較してみたい。

高齢者世帯では、実収入の9割以上を社会保障給付が占めている。実収入よりも実支出が大きく、3～4万円程度赤字になっていて、預貯金等を取り崩して生活している。消費支出については、食費、光熱水道費、交通・通信は増加傾向にあり、被服費、教養娯楽、その他の消費支出については、縮小傾向がみられた（勤労者世帯と同様の傾向）。非消費支出は5割増しで、特に社会保険料の増加が大きく、高齢者でも社会保険料の増加がみられる。

実収入と実支出の差額は広がっており、預貯金の取り崩し部分が大きくなっている。その要因として、社会保障給付が2万円ほど下がっていることが挙げられる。実支出についてはあまり差はみられないが、その中身をみていくと、非消費支出は6,000円、食費は3,000円、光熱・水道は3,000円、交通・通信費は4,000円ほど高くなっている。その分、交際費を含む「その他の消費支出」が1万円ほど少なくなっていて、構造を変化させていることがわかる。

このように高齢者世帯と勤労者世帯を比較すると、高齢期には収入が半減するが、支出は大きく変わらない。収入における社会保障給付の占める割合が大きいが、そこが削減さ

れており、さらなる収入の削減は、長期的な家計全体の圧縮にならざるを得ない。

4) 収入と消費の関係

次に、消費構造が収入の大きさによってどう変わるかをみていく。全国消費実態調査をもとに、所得階級別の消費支出について整理した(図2)。65歳以上の夫婦のみ世帯の年収階級別消費支出も同様で、第Ⅰ十分位では、食料費、光熱費の割合が高い。その他の消費支出については、構成比としては2割程度でほとんど変わらないように見えるが、実際の金額としては第Ⅰ十分位では30,416円であるが、第Ⅴ十分位では60,119円と2倍の差がある。同様に被服および履物、交通・通信、教養娯楽の支出金額が第Ⅰ十分位と第Ⅴ十分位で比べると2～3倍の違いがある。高齢者といっても、年収階級によって状況は大きくこととなっている。年収が低いほど、食料費、光熱・水道費など基礎的な部分が大きくなっており、収入によって消費構造が規定されることがわかる。勤労者世帯においても同様で、所得が低いほど食費、住居費、光熱・水道費の割合が高く、交際費等を含む「その他の消費支出」が低くなっていた。

なお、交際費について、岩田は、「社会サービスとの関係で見落とされがちなのはこれらの近隣・親族の支えも、まったく無料ではなく、交際費という形を替えた対価を高齢世帯が気かけ、心がけることによって維持されているという点である。交際費は、形を替えた緊急サービス、友愛訪問などの費用なのであり、その意味で、高齢世帯を支えるもうひとつの基礎費目となっている。交際というと人間関係だけを抽象して考えがちである

が、実際は先の現金やこれらの現物の頻繁なやりとりが人間関係を媒介しているのである」(注7)と、ふだんの支出が緊急時の人間関係に大きく影響していることを指摘している。金澤も「交際費や教養娯楽費、理容美容などは、地域や職場、家族や友人などとの社会的交流・参加によって社会的体裁が維持される費目であり、その不足は社会的孤立・脱落しやすい」(注8)と指摘している。こうした部分でさえ、削減・圧縮がすすむことによって、さらなる生きづらさにつながっている。

交際費について、高齢者の声を紹介したい(注9)。「友人から『ねえ。もう私のこと旅行に誘わないで。コンサートも演劇もお金のかかることは一切しないことにしたの』と言われた。退職した頃は『あなたがどこか行くとき、私にも声をかけて!!誘ってね』とさかんに言っていたのに。そして続けて『最近は無駄使いしないことに決めて、図書館から借りてきた本を読んで一日家にいるの。動けなかった時のために少しでも貯めておかないと』」。このように、収入の低下によって、交際費、教養娯楽の費用を切り詰め、そのことに人間関係が変わっていること、孤立に繋がっている様子が伺える。同様に、「以前はたまに旅行したり外食したりの余裕があったが、近年はすっかり緊縮生計である。決して無駄遣いしていないのに通帳の残額が気になる。時にはマイナスになってしまうこともある。どうしてこんなに貧しいのだろう」。

「支出を切り詰めた生活をしています。具体的には毎月1回以上行っていた映画鑑賞は3～4ヶ月に1回に、1年2～3回行っていた2泊の旅行は、日帰り旅行が2回になりま

した」というように、年金の削減をはじめ、社会保険料、税金など支出の増によって、旅行等を制限している様子が伺える。こうした交際費の圧縮が、将来的な孤立化につながる危険性がある。

マクロ経済スライドの導入による年金水準の引き下げ、国民健康保険・介護保険の保険料の引き上げが続いている。健康保険の被保険者本人の自己負担は1984年1割、1997年2割、2003年3割へと引き上げられてきた。後期高齢者医療制度、介護保険においても、所得によってその負担額が引き上げられる世帯がでている。さらに、高額療養費の自己負担の引き上げ、介護保険における、食費、光熱費などのいわゆるホテルコストの徴収が進んでいる。勤労者世帯についても、実収入の減少、非消費支出の増加、「その他の消費支出」の減少がみられた。社会保障制度改革の推進の影響が現れている。

こうしたなかで、東京私大教連「私立大学新入生の家計負担調査」によると、大学生への保護者からの仕送りがピークの1994年で124,900円から2018年には83,100円まで下がっている。大学への進学率が高まるなかで、仕送り額の減少は、学生自身による奨学金の貸与、アルバイト収入等で補う必要がでてくる。

（3）実態の最低生計費調査の結果

政策が大きく変化する中で、生活状況、就労状況など国民の生活も大きく変わってきた。実態の家計の圧縮が進められるなか、「ふつう」の暮らしを支える最低生計費について研究が進められてきた。

最低生計費試算調査は、マーケットバスケット方式（全物量積み上げ方式）による試

算調査で、アンケート調査、合意形成会議、市場調査の結果を組み合わせで行われている。2015年から2019年度にかけて19都道府県で実施されてきた^{（注10）}。その結果として、地域によって金額が大きく異なること、「ふつう」に暮らしていくためには必要な金額があることが示され、全国一律最低賃金要求の根拠にもなっている。

試算は、20歳代単身世帯モデル（25歳男性）、50代夫婦と未婚子2人世帯モデル（53歳男性、50歳女性、20歳女性、16歳男性）、70歳代単身世帯モデル（70歳女性）のように世帯類型ごとに行われた（表2）。ここで示された最低生計費について、国民生活基礎調査の所得状況と比較すると、示された最低生活費以下で暮らしている世帯が、単身世帯（300万円以下）で73.6%、高齢者世帯（200万円以下）で39.5%、標準4人世帯（900万円以下）で80.6%であった。

例えば、標準4人世帯では、首都圏での大学進学を前提として設計になっている（教育費と仕送りをあわせて月額21万円、消費支出の3割以上を占めた）。こうした金額の積み重ねが900万円という金額に反映されている。もちろんこの金額は、その時の支出をすべてそのときの収入で賄うことを前提としているので、それまでの貯金、子ども本人のアルバイト、奨学金の貸与など追加的な収入の確保が不可欠となっている。つまり、それまでに貯金ができなかった世帯は、さらなる就労もしくは子ども世帯にその負担を回すことによって、家計を維持することになる。そのことは子どもにとって、借金を抱えての出発であり、子どもの将来の家計における支出を圧迫するものになる。ローンの積み重ねが世代

を超えて進むことが考えられる。

生計費調査では、支出を前提に考えてきたので、それを賄う収入をどうしていくかが課題となる。そこが賃金であり、それを規定する最低賃金の充実が要求の課題として挙げられている。あわせて、社会保障によって生活をどう支えていくかということも重要である。ここでも示された教育費の大きさは、世帯の大きな不安材料である。また、地域によっては、移動の手段として、自家用車が不可欠であり、働く人数分の車が必要とされている。それは単に、車代だけではなく、燃料費、自動車税、車検代、任意保険、スタットレスタイヤなど、大きな固定費となっている。収入を得るために車を所有するのか、車を維持するために収入を得るのか。生計費が高くなるということは、現金をそれだけ必要とすることであり、自己責任に委ねられる部分の大きさを示している。それは住みやすい社会といえるのか。「ふつう」のために多くの人が無理を強いられているのではないだろうか。

試算された「最低生計費」以下で暮らしている世帯は、全体の7割を超えている。これは、単に最低生計費が高いのではなく、先にみたような大学進学に関わる費用の大きさが挙げられる。あわせて住宅費、移動のため自家用車の維持費など、社会的強要費目が大きいことも挙げられる。衣食住の基礎的な費目に加えて、移動、教育についても賃金による確保が求められている。これだけの金額をその瞬間に用意できないからと言って、これらの生活から排除される訳ではない。現実的には、それまでの蓄え、多就業による収入の補填、奨学金の貸与によって、支出を賄っている。有利子型の奨学金の貸与が増加している

なか、奨学金の返済は、子どもにとって将来の支出枠の拡大につながる。このような形で支出拡大ができない場合は、支出を削って対応せざるを得ない。支出項目の取捨選択を迫られることとなる。大学進学費用、ひいては子どもを育てるための費用を削減するという「選択」も強いられることとなる。このように消費に対する賃金依存の高さが、収入によって求められる部分を確保できない世帯にとって、教育機会の喪失、社会関係からの排除につながってしまう。

おわりに

工藤（2003）は、社会保障とは「すべての国民に対する最低限度の生活を“生存権”として社会的に保障することを目的にした新たな政策形態」^{（注11）}と定義づけている。さらに、工藤は、資本主義社会は「生活自己責任の原則」が大前提であるが、その自己責任＝自助の限界をカバーするものとして社会保障制度があり、そのため負担のあり方として使用者責任と国家責任である「社会的扶養」の強化が重要であることを指摘している。だからこそ、社会保障の中核をなす社会保険は、国家の強制による制度であり、本人の負担だけではなく第三者の財政参加によって財源が保障され、垂直的な所得再分配の機能を果たすことが求められている。

河合（2015）は、介護保険の導入によって、行政サービスが民間事業者に委ねられたことが「行政による高齢者問題の把握力の低下をもたらした」^{（注12）}と指摘している。国が地域包括ケアシステムの構築を進める一方で、自ら声を上げない人々にとっては、制度との距離が大きくなっている。核家族化の進行に

あわせて、介護問題を社会化することを目的に介護保険が成立した。しかし、介護による離職が増えるなど介護にかかわる家族の負担も大きくなっている^(注13)。社会保障の理念が大きく変質する中で、日本的雇用慣行による企業の支え、それを前提とした家族からの支援が失われた状態であり（非正規雇用化、小家族化など）、そこからこぼれ落ちる人たちが増えている^(注14)。社会保障制度が成熟してきたにもかかわらず、そこから漏れる人の存在が顕著になっている。実際、「身元保証人」等が不在によって、住居の確保、病院、施設等への入院、入所が断られるケースが顕在化している^(注15)。

これまでみてきように政府は、持続可能な社会保障制度の実現を名目に、給付内容の引き下げ、保険料、利用者負担の引き上げを実施してきている。その結果として、年金だけでは厳しい生活を強いられている高齢者、不安定な就業によって生活基盤を確保できない若者、そして国民全体の将来への不安が広がっている。こうした政策によってうみだされている生活問題を解決することなしに、国民が「すこやかで安心した生活」を確保していくことはできない。自己責任では対応できない現実の生活に対する国の責任こそが求められている。生活自己責任の前提条件としての、雇用保障、賃金保障なしに、「自助」の実現は不可能である。社会保障を「自助・共助・互助・公助」の組み合わせという理念の見直しではなく、社会保障制度の歴史的必然性に立ち返って、縮小されてしまった公的責任を拡大することが不可欠である。

ベヴァリッジは、社会保障計画の実現に向けて「欠乏をなくすだけでなくそれを基に繁

栄が築かれるようなナショナル・ミニマムを確立するために構想されている」と指摘している。いままさに、どのような社会を目指していくかが問われている。1人ひとりの安心した生活の確保に向けた取り組みを社会で共有していくことが必要である。そのために、社会サービスなど社会保障制度の充実による賃金依存率の引き下げが、子どもたちの育ち、未来を支える第一歩につながっていく。

(注1) 高端他(2019)、pp.110-112

(注2) 社会保障制度に関する勧告(50年勧告)「参考資料」において、その費用は「個人の負担は増大せず、据置かれる」が「国庫の負担は倍増する」として、国庫負担の増額を明記していた。社会保障研究所編(1968)

(注3) 藤原(2020)

(注4) 子ども・若者貧困研究センター

(注5) 山野(2015)

(注6) 江口編著(1998) pp.201-252

(注7) 岩田(1989) p.99

(注8) 金澤(2017) p.8

(注9) 小澤(2020) p.24

(注10) 中澤(2020) pp.55-57、中澤・小澤(2017)

(注11) 工藤(2003)

(注12) 河合(2015)、p.217

(注13) 石橋(2019)は、雇用動向調査の結果から「10年前と比較して離職者2倍、近年毎年9万人が離職」と指摘している。

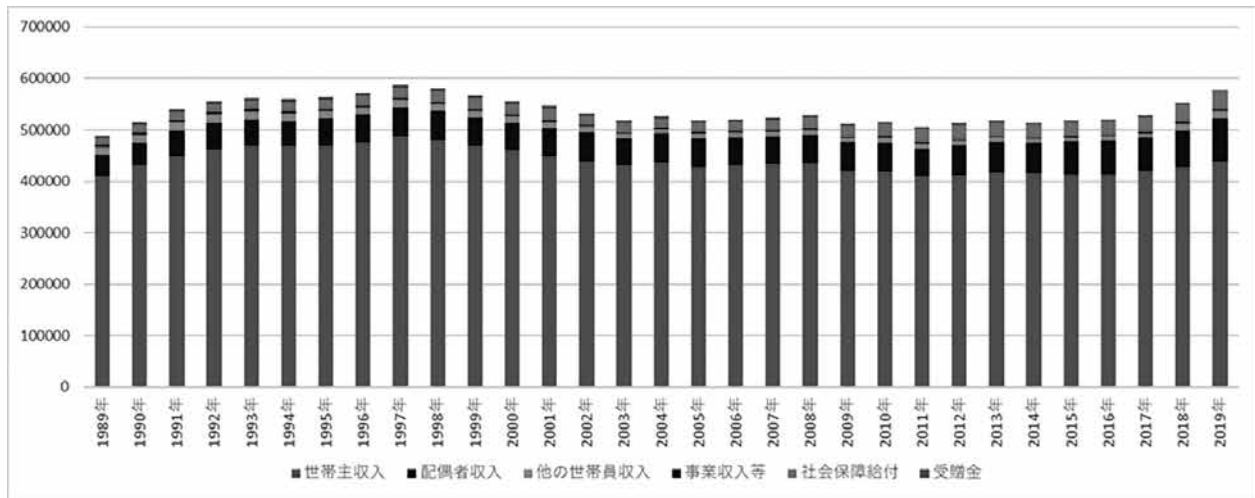
(注14) 「一般社団法人日本少額短期保険協会孤独死対策委員会(2018年3月2日)」では、孤独死の4割を50歳代以下が占めていることを指摘している。

(注15) 小澤(2021)、pp.31-37

参考文献

- 石橋未来（2019）「介護離職の現状と課題」『大和総研』
- 岩田正美（1989）『老後の生活費』法律文化社
- 江口英一編著（1998）『改定新版 生活分析から福祉へ』光生館
- 小澤薫（2020）「新潟県における最低生計費調査からみた年金減額処分の違憲性（意見書）」
- 小澤薫（2021）「新潟県における身元保証人に関する実態把握調査報告書」『人間生活研究』12
- 金澤誠一（2017）「現代の貧困の特徴とナショナルミニマム」『佛教大学総合研究所共同研究成果報告論文集』5
- 河合克義（2015）『老人に冷たい国日本』光文社新書
- 工藤恒雄（2003）『資本制社会保障の一般理論』新日本出版社
- 子ども・若者貧困研究センター「相対的貧困率の長期的動向：1985－2015」
- 中澤秀一（2020）「2020年最低生計費調査のまとめ」『労働総研クォーターリー』117
- 中澤秀一・小澤薫（2018）「ひとり暮らし高齢者の生活実態と最低生計費」『社会政策』10（2）
- 社会保障研究所編（1968）『戦後の社会保障 資料』至誠堂
- 土田武史編著（2015）『社会保障論』成文堂
- 鶴幸一郎・藤田孝典・石川久展・高端正幸（2019）『福祉は誰のために』へるす出版新書
- 藤原千沙（2020）「申請主義の壁と階層・ジェンダー」『fvisions』（2）
- 山野良一（2015）『子どもに貧困を押しつける国日本』光文社新書

(図 1)

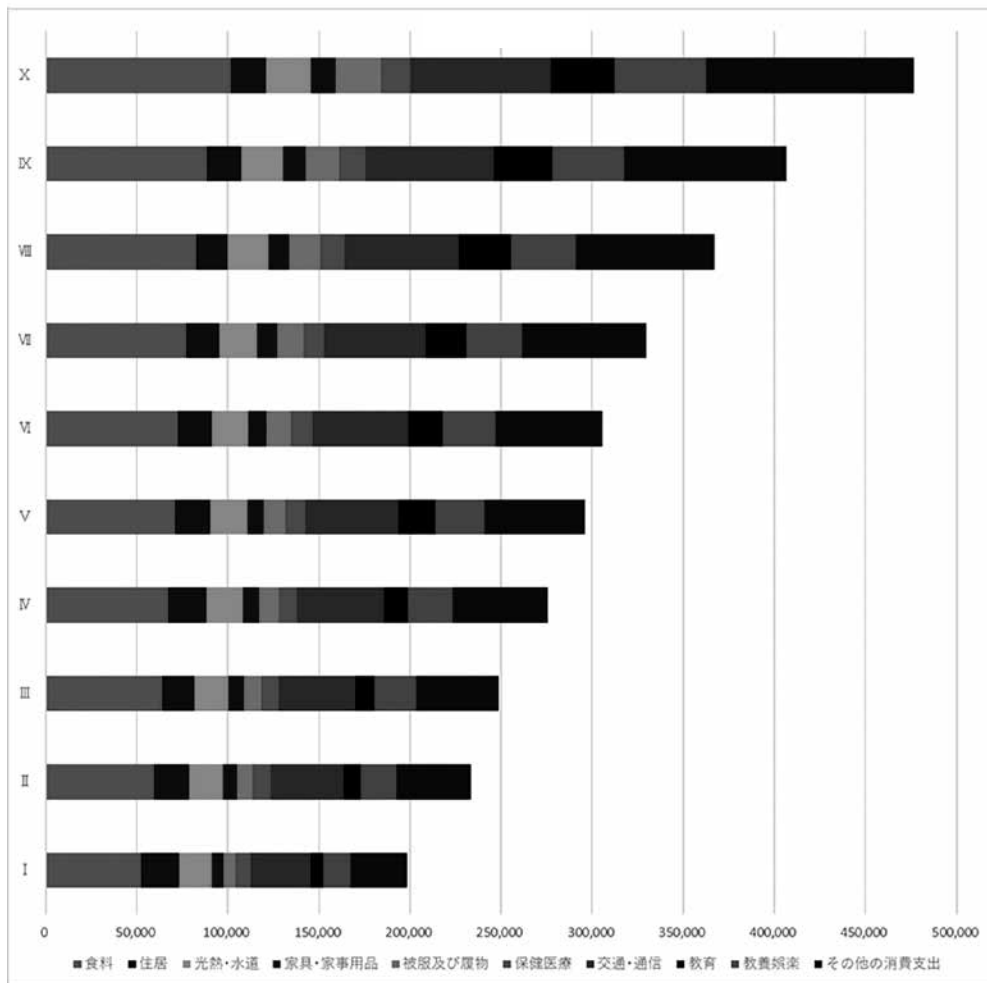


	世帯主収入	配偶者収入	他の世帯員収入	事業収入等	社会保障給付	受贈金
1989年	410,117	40,892	15,555	5,600	10,943	6,067
1990年	430,670	44,102	15,854	5,216	12,826	6,708
1991年	448,226	49,621	17,518	5,151	13,747	6,878
1992年	462,253	51,058	16,179	5,583	13,479	7,113
1993年	468,324	51,951	15,795	5,481	13,896	7,304
1994年	468,000	49,007	15,435	5,075	15,036	7,440
1995年	467,799	54,646	14,013	4,035	16,037	7,659
1996年	474,550	55,109	14,028	4,089	17,740	7,418
1997年	487,356	56,465	14,775	3,977	18,466	6,619
1998年	480,122	56,263	14,898	3,312	19,980	6,827
1999年	468,310	55,943	13,208	3,427	19,300	7,637
2000年	460,436	53,645	12,250	3,747	18,691	6,088
2001年	448,490	54,199	13,041	4,313	20,637	5,920
2002年	438,702	56,082	11,342	3,273	17,319	5,928
2003年	430,491	53,256	9,216	2,800	17,198	5,327
2004年	436,349	56,504	9,395	2,971	15,871	5,168
2005年	425,706	57,338	10,785	2,735	16,862	4,903
2006年	431,284	53,346	10,373	2,780	17,497	4,787
2007年	433,306	54,129	9,959	2,639	18,905	4,482
2008年	434,066	55,742	10,930	2,661	20,532	5,166
2009年	419,269	56,517	9,153	2,438	19,086	4,947
2010年	417,281	57,891	10,168	2,285	23,489	4,148
2011年	409,709	54,025	9,381	2,747	25,206	3,948
2012年	410,634	59,717	9,248	2,509	26,730	4,018
2013年	415,595	61,347	9,646	2,467	24,846	3,945
2014年	414,688	60,448	8,116	2,436	23,956	3,780
2015年	412,884	64,768	7,944	2,829	26,262	4,584
2016年	413,533	65,632	8,769	2,871	26,302	3,403
2017年	419,435	65,332	9,067	2,617	27,970	3,708
2018年	426,035	72,948	13,621	3,663	32,454	3,349
2019年	438,263	83,468	14,574	4,237	34,784	2,791

(表 1)

				1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2019年
実支出				412,813	438,307	430,239	412,928	409,039	413,778	433,357
	消費支出			331,595	349,663	341,896	329,499	318,315	315,379	323,853
		食料		79,993	78,947	75,174	70,947	69,597	74,341	77,431
		住居費		16,475	23,412	21,716	21,839	20,694	19,477	19,292
		光熱水費		16,797	19,551	21,282	21,328	21,704	22,971	21,838
		家具家事用品		13,103	13,040	11,268	10,313	10,638	11,047	12,079
		被服等		23,902	21,085	17,195	14,971	13,573	13,561	12,935
		保健医療		8,670	9,334	10,901	12,035	11,398	11,015	12,662
		交通通信		33,499	38,524	43,632	46,986	48,002	50,035	54,943
			自動車関係	19,529	23,355	25,245	26,017	26,977	26,809	31,054
			通信	6,426	7,104	10,514	13,392	14,665	16,211	16,206
		教育		16,827	18,467	18,261	18,561	18,195	18,240	18,529
		教養娯楽		31,761	33,221	33,796	32,847	34,160	30,364	31,948
		その他の消費支出		90,569	94,082	88,670	79,671	70,353	64,329	62,195
			交際費	28,630	30,819	27,482	23,835	20,581	18,591	17,402
	非消費支出			81,218	88,644	88,343	83,429	90,725	98,398	109,504
		直接税		45,123	44,492	40,189	35,851	40,116	42,091	45,487
		社会保険料		35,820	43,982	48,019	47,374	50,540	56,223	63,925
実支出 以外の支出				415,633	512,956	536,782	513,814	522,638	529,419	614,769
	預貯金			320,894	387,627	414,804	401,296	408,903	411,275	482,965
	保険掛金			33,973	44,494	41,796	35,174	27,673	24,782	24,280
	土地家屋 借金返済			22,928	29,572	34,854	32,711	37,682	37,303	37,647
	他の借金 返済			4,333	5,188	4,064	2,866	2,833	2,846	2,451

(図2)



	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
食 料	52,139	58,977	63,651	66,820	70,701	72,473	77,044	82,581	88,349	101,312
住 居	21,165	19,780	17,857	21,526	19,656	18,466	18,258	17,426	19,073	19,723
光 熱・水 道	17,725	18,633	18,871	19,660	20,224	20,290	20,827	22,114	22,657	24,639
家具・家事用品	6,618	7,888	8,621	9,134	9,126	10,366	11,093	11,661	12,432	13,768
被服及び履物	6,494	7,954	9,213	10,452	11,537	12,892	14,066	16,670	18,520	24,566
保 健 医 療	8,015	10,231	9,556	10,246	10,863	11,953	11,315	13,395	14,499	15,872
交 通・通 信	32,952	40,028	41,754	47,704	51,365	52,272	55,572	62,954	70,224	76,913
教 育	7,205	9,459	11,165	13,449	20,199	19,024	22,581	28,654	32,581	35,379
教 養 娯 楽	14,875	19,471	22,473	24,141	27,210	29,386	30,846	35,419	39,211	50,418
そ の 他 の 消 費 支 出	31,302	40,679	45,641	52,390	54,986	58,428	67,951	76,486	89,113	113,973
非消費支出	28,605	43,061	53,299	62,917	72,503	81,359	93,083	106,760	126,331	177,278
土 地 家 屋 借 金 返 済	8,169	17,510	24,560	27,850	32,548	38,259	34,416	39,123	41,979	50,999

(出所) 「平成26年度 全国消費実態調査」

(表2)

	新潟市	さいたま市	静岡市	新潟市	静岡市	福岡市
	53歳男性50歳女性 20歳女性16歳男性 賃貸アパート50㎡			73歳男性70歳女性 賃貸アパート30㎡		
消費支出	576,828	582,887	522,170	247,899	254,954	225,973
食費	85,557	135,811	83,109	57,264	58,626	60,660
住居費	56,000	66,667	64,000	40,000	45,000	40,000
光熱・水道	22,548	22,448	21,012	22,167	17,816	17,128
家具・家事用品	12,180	12,804	8,258	7,180	13,386	9,251
被服・履物	15,742	28,831	25,796	11,649	15,051	15,544
保健医療	12,138	13,776	9,953	16,501	11,387	13,931
交通・通信	68,670	46,760	53,402	34,861	32,622	13,753
教育	133,642	140,341	91,271			
教養娯楽	29,769	41,951	22,513	22,582	25,863	22,185
その他	44,356	73,498	49,593	35,695	35,203	33,521
仕送り	96,226	0	93,263			
非消費支出	106,641	110,625	98,864	14,567	16,112	15,956
予備費	57,600	57,000	52,217	24,700	25,400	22,500
最低生計費（税抜き）	634,428	639,887	574,387	272,599	280,354	248,473
（税込み）月額	741,069	750,512	673,251	287,166	296,466	264,429
（税込み）年額	8,892,828	9,006,144	8,079,012	3,445,992	3,557,592	3,173,148

【Ⅱ．テーマ別論文】

高齢社会から超高齢社会へ

— 「拡大再生産」の時代は終わった —

公益社団法人 新潟県自治研究センター

常務理事・研究主幹 種 田 和 義

年金制度の変遷と課題を探る

— 年金制度の将来不安は払拭されるのか —

公益社団法人 新潟県自治研究センター

常務理事・研究主幹 柊 口 敏 行

医療費抑制政策からの転換

— 公的医療保険の変遷と課題 —

元・内閣官房専門調査員

横 田 昌 三

公衆衛生の歴史からみた「平成期」の位置づけ

— 公衆衛生の原点と今日の新型肺炎禍を結んで考える —

公益社団法人 新潟県自治研究センター

研究主幹 齋 藤 喜 和

変わる世界の中で「人生100年時代」を考える

公益社団法人 新潟県自治研究センター

理事・研究主幹 鬼 嶋 正 之

高齢社会から超高齢社会へ

— 「拡大再生産」の時代は終わった —

公益社団法人 新潟県自治研究センター

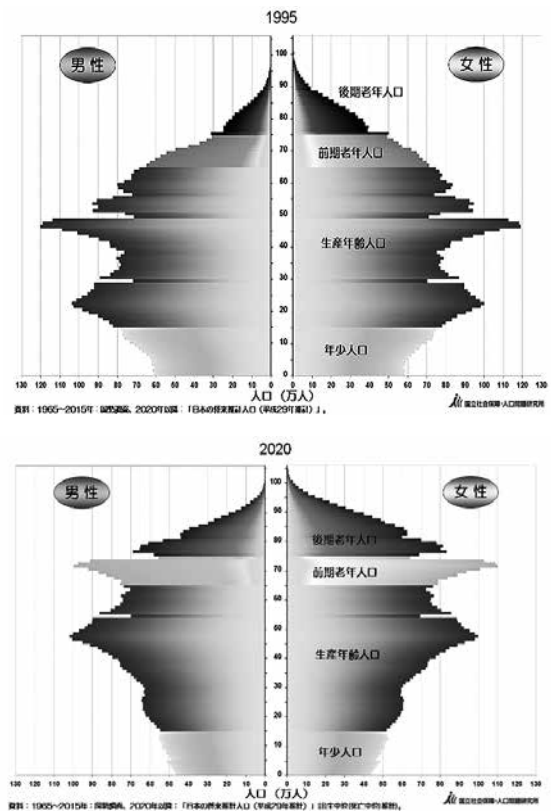
常務理事・研究主幹 種 田 和 義

平成30年間を考えると、高齢化、少子化、人口減少はキーワードの一つであるといっている。日本の高度経済成長を下支えしてきた「団塊の世代」が、平成初頭の1990年代に40歳代半ばを過ぎ、加速度的に高齢化社会に向かったのである。一方、出生数は年々低下、平成元（1989）年の124万6802人から、令和元（2019）年には86万5234人と過去最低を更新し続けた。人口も平成20（2008）年の1億2808万人をピークに減少に転じ、令和元年には1億2616万人と減少、日本全体が縮小期に入ったといってもいい。

日本が将来抱えるであろう「高齢化社会」「少子化」「人口減少」という大きな課題は、昭和40年代後半にはすでに言われていたことである。医療費や介護費などの急激な増加による、社会保障費全般の負担増、過疎化による地方の衰退などの予測は、日本の将来に暗い影を落としていた。しかし、問題は常に先送りされ、有効な解決策を見いだせないまま、平成そして令和へと時だけが過ぎていった。

高度経済成長期に当たり前だった、「拡大再生産＝右肩上がりの成長」の時代は終わったのである。そんな時代の転換期に国民の生活の基盤ともいえるべき社会保障は、どう変わっていったのだろうか。超高齢社会への過程と社会保障の変遷を見てみた。

<超高齢社会>



全人口に占める高齢者（65歳以上）の割合が7%を超すと「高齢化社会」、14%以上だと「高齢社会」、そして21%以上になると「超高齢社会」と言われている。日本は平成7（1995）年に高齢者比率が14.6%となり高齢社会に入り、わずか5年後の平成12（2000）年に23%となり超高齢社会に突入した。令和2（2020）年には28.7%にまで上昇、この30年間で高齢者率は約2倍に跳ね上がった。

平均寿命が平成の30年間で男女とも5歳以

上伸び、出生数は右肩下がりに減少、令和元（2019）年には統計開始（1899年）以来初めて90万人を切る86万人となっていることを考えると、超高齢社会の到来は当然というべきものだった。

国立社会保障・人口問題研究所による平成7（1995）年と令和2（2020）年人口ピラミッド（前ページ）を見ると、このことがより鮮明になると思う。日本は世界でも類を見ないほどの急スピードで超高齢化社会時代に突入したのである。

ちなみに新潟県は、平成12（2000）年に高齢者率が21.3%となり、高齢社会に突入した。さらに令和元（2019）年には32.4%に跳ね上がり、全国平均を大きく上回る結果となっている。県内で高齢者率が4割を超える市町村は、平成27（2015）年に佐渡市（40.3%）、阿賀町（45.3%）、出雲崎町（40.4%）、粟島浦村（40.5%）の4つだったのが、5年後の令和2（2020）年7月1日時点では佐渡市（42.4%）、糸魚川市（40.3%）、十日町市（40.1%）、阿賀町（49.7%）、出雲崎町（43.5%）、津南町（42.9%）、粟島浦村（43.6%）、関川村（43.2%）とその数は倍増している。

県人口も平成7（1995）年の248万8364人（国勢調査）をピークに、全国平均を上回るスピードで減少を続け、令和2（2020）年10月には220万人を割り込み、近い将来200万人を切ることが予想されている。

内閣府の令和2年度版高齢社会白書によれば、令和元（2019）年10月1日の日本の総人口1億2617万人のうち、65歳以上は3589万人（65～74歳1740万人、75歳以上1849万人）で、このまま推移すれば2065年には2.6人に1人

が65歳以上、3.9人に1人が75歳以上になるとしている。高齢者扶養率＝生産年齢（15～64歳）人口に対する65歳以上の人口の比率＝47%を上回り、高齢者1人を1人の現役世代が支えるという肩車社会も、近い将来予測されている。これは世界でも類を見ない高齢化スピードである。

このような状況の中で、高齢者の日常は大きく変わっていくことになる。厚労省の高齢者生活実態調査では、平成22（2010）年に約1万世帯だった高齢者世帯数が平成28（2016年）には約1万3000世帯に急増、一人暮らし（単独）世帯も約5000世帯から約6500世帯に増えている。高齢者世帯の半数が一人暮らしなのである。老夫婦や単身生活の高齢者の増加は、老・老介護、孤独死、貧困など多くの問題を抱え、今後もさらに増え続けていくことになる。

夫婦で老後生活を送るために必要となる日常生活費は60歳代で最低でも月額23万5000円が必要であり、「ゆとりのある老後生活」には、さらに14万3000円を上乗せして37万8000円を要するという試算もある。60歳で定年後、夫婦で25年間生活していくためには7000万円以上、ゆとりのある生活を望むなら1億円以上が必要ということである。この30年間で老後の生活設計も大きく変わった。多くの人にとって「老いて悠々自適」は夢のようなものになってしまったのではないだろうか。

平成2（1990）年3月の衆院本会議で海部俊樹首相が施政方針演説の中に、初めて少子化への危機感を盛り込んだ。

「出生数の減少は、我が国の将来に様々な問題を投げかけております。若い人の子どもを持つ意欲を積極的に支えていくことに、日

本の未来をかけて努力していかなければなりません。子どもは国の宝であります。この宝を守り、健やかにたくましく育てていくことこそは、何にもまして大切な仕事であります。私はこれらのことを肝に銘じて、効果的な環境づくりを進めてまいります」

前年の出生率が、丙午だった昭和41（1966）年の1.58を下回る1.57だったこと（1.57ショック）を受けての発言だったのであるが、海部の思いは次の後の政権に引き継がれることはなかった。少なくともこの時点から、少子化対策を強力に推し進めていけば、超高齢社会の到来スピードが少しは緩和できたのではなかろうか。政治の怠慢が現在の状況を作り出したといっても過言ではないだろう。

＜消費税と社会保障＞

高齢者が増えれば、医療、介護、年金などの社会保障給付費が増加するのは必然だ。国立社会保障・人口問題研究所による社会保障費用統計では、平成元（1989）年度に総額46兆7785億円だったものが、平成30（2018）年度には125兆4294億円と約2.7倍に膨れ上がった。このうち高齢者関連をみると、平成元年度の17兆5917億円から平成30年度には57兆6766億円と3倍以上に跳ね上がっている。

この間の日本のGDP（国内総生産）は1.3倍程度の増加でしかない。バブル経済崩壊、リーマンショックと相次ぐ経済危機により、歳入の増加が見込めない中で、社会保障給付費の急増は国の財政負担に重くのしかかっていった。平成以降の政権は社会保障給付費を如何に抑え、その財源の確保に腐心することになる。

歳入増加策として打ち出されたのが消費税導入である。平成元（1989）年4月に税率3%の消費税が導入された。それは社会保障費の捻出を強く意識したものだ。導入に当たって首相の竹下登は「豊かな長寿、福祉社会」を謳って国民に理解を求めた。しかし、国民の増税への反発は強く、政界を揺るがしたリクルート事件の発覚などもあり、竹下は6月に退陣し、7月の参院選で与党自民党は惨敗、過半数割れをきたした。以後、消費税が政局の焦点に置かれ、混迷が続くことになる。

消費税率が5%に引き上げられたのは平成9（1997）年4月。前年に自社さ連立の村山政権で税率アップが決められ、断行したのは橋本内閣だった。この時も翌年7月の参院選で自民党は大きく議席を減らし、橋本退陣の引き金ともなった。

橋本内閣は財政健全化に向け、「平成15（2003）年までに国と地方を合わせた財政赤字をGDP比3%（平成9年は5.4%）以下に抑え、赤字国債の発行をゼロにする」「公共事業や社会保障を含む主要経費の削減目標値を定める」などを5本柱にした財政改革に着手したばかりだった。だが、バブル崩壊の後遺症ともいえるべき銀行の破綻が相次ぐ金融危機に見舞われ、後を継いだ小渕内閣は平成10（1998）年12月、景気回復を最優先させるため、財政構造改革法を凍結することになる。

しかし、景気回復は進まず長期デフレの中で、「失われた10年」や「就職氷河期」などという言葉が登場したのである。デフレにより歳入増は見込めず、社会保障費は膨張し続けた。だが、選挙が怖くて消費税率を上げたとしても上げられない状況が続いたのである。

社会保障費を賄うため消費増税を目指す時の政権は、国民の理解をどう得るかに腐心することになる。端的に言えば、消費税と社会保障との紐づけの強調である。小渕内閣は平成11（1999）年度予算から、消費税の使途を福祉目的に充当すると予算総則に明記する。

平成17（2007）年には自民党財政改革研究会が「消費税を国民に対する社会保障給付のための財源と位置づけ、その趣旨を明確にすべく現行の消費税を社会保障税（仮称）に改組する」との提言を発表、これを受けた福田内閣は同年12月、消費税収について「確立・制度化して社会保障の費用に充てることにより、すべての国民に還元し、官の肥大化に使わない」と閣議決定し、平成23（2011）年度に税制抜本改革を実行するとした。

その後、政権交代を経て平成24（2012）年8月、民主党の野田政権の下、平成26（2014）年4月から消費税率を8％に、さらに平成27（2015）年10月から同10％などとする税制改革法が成立した。引き上げによる増収分については、従来の予算総則で位置づけられた年金、医療、金融の3分野に加え、少子化対策・子育て支援が盛られ、社会保障4経費に使途が限定された。

平成24（2012）年12月の総選挙で勝利し、政権の座に返り咲いた安倍晋三首相は、予定通り8％への引き上げは行ったものの、景気低迷のリスクを避けるなどとし、10％への引き上げを平成29（2017）年10月に延期、さらに平成28（2016）年には再延期を発表し、結局、10％に引き上げられたのは令和元（2019）年10月1日からだった。安倍は消費税率アップの延期と選挙を巧みにリンクさせ、長期政権の足場を固めたともいえるのである。

平成とともに社会保障費の財源確保として産声を上げた消費税は、時々の政局の波に翻弄されながら、30年をかけて3％から10％に引き上げられたのである。しかし、財政健全化の掛け声とは裏腹に、国の借金ともいうべき国債残高は、平成元（1989）年の161兆円から平成30（2018）年には883兆円と5.5倍に膨らみ、次世代に回されるツケは膨張し続けているのである。

＜介護保険制度＞

消費税とともに平成期に新しく創設されたのが介護保険制度である。高齢者医療費の膨張は止むことを知らず、消費税導入も焼け石に水だった。そこで平成12（2000）年4月から始まったのが介護保険制度だ。同制度によって、介護を老人福祉法による福祉措置（市町村による行政措置）だったものから、社会保険制度に転換したのである。その趣旨は、「要介護者の家族の費用も含めた介護負担からの解放し、社会全体で介護する」「医療と介護の役割分担を明確にし、介護目的の入院を介護施設に移す」「専門的サービス産業としての介護産業の確立」などというものだった。

だが、スタート時から制度の欠陥が明らかになってくる。その一つが心身の状況に応じて判定された要介護認定に基づいてだけ、介護やサービスを提供する仕組みだったことである。それまで福祉措置として市町村が行っていた緊急通報サービスや配食、外出支援サービスなどの日常生活支援が給付対象にならなかった。これでは高齢者の自立を促す介護というより、「介護目的の入院を介護施設に移す」に重点が置かれていたといわれても

仕方ないものだった。

また、利用者の在宅介護の状況などは考慮されず、生活全体の支援を行うにも、利用者負担の問題もあり、十分な支援を行うことが難しいシステムでもあった。

一方、事業者サイドからすると、保険給付内から提供されるサービスは限定的で、介護報酬を基にする施設経営のため、利益の上がないサービスを敬遠するきらいがあった。また、サービスの質の問題や不正受給なども発覚し社会問題化、「官から民」への危うさも露呈したのである。

当初から不安視された財政面でも、要介護認定者が増えれば増えるほど、公的負担（国・市町村支出と保険料の折半で運用）が重くのしかかっていった。介護費用は制度創設時の平成12（2000）年度の3兆6273億円から、平成30年（2018）度には10兆1129億円と3倍近くに膨らんだ。このため、保険料も増額の一途をたどり、第1被保険者の保険料（全国平均）は、第1期（平成12～14年度）が月額2911円だったものが、第7期（平成30～令和2年度）には5869円に跳ね上がっている。

利用者負担も制度導入当時は原則1割の定率負担だったが、平成27（2015）年8月からは一定の所得のある第1号被保険者は2割負担、平成30（2018）年8月にはさらに所得の高い人は3割負担となった。

持続可能な制度を求めて、大きな制度改革は平成17（2005）年、平成26（2014）年の2度行われている。

平成17年改正では、高齢者の自立支援を基に、予防重視型システムに転換を図った。

「地域包括ケア」の理念の導入である。これ

まで給付対象ではなかった介護予防や高齢者の生活全体を支援する地域支援事業を新たに設け、その中心的役割を担う地域包括センターが設置された。これにより、これまで対象外だった自立した高齢者も制度の対象者となり、利用者が大幅に増加することになった。

一方、財政負担軽減に向け、軽度の利用者のサービス利用抑制策が推し進められたほか、施設入居者の入居費、食費を給付の対象から外すなど、「負担増・給付減」も同時に行われた。

平成26年改正では、地域包括ケアシステムを再構築し、地域支援事業と予防給付の見直しを行った。予防給付のうち訪問介護と通所介護を予防介護から切り離し、介護予防事業や生活支援事業と合わせ介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）として、市町村が行うものとした。改正介護保険法では総合事業を「市町村が中心となって、地域の実情に応じ、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要介護者等の方に対する効果的かつ効率的な支援事業を可能にすることを目指す」としている。

間もなく団塊の世代のすべてが75歳以上となり、介護需要はさらに増加する。団塊世代ジュニアが高齢期を迎える2040年には介護費用は25兆円を超え、保険料は9200円にまで跳ね上がると推計されている。一方、「介護の社会化」を目指し始められた介護保険制度だが、まだまだ家族に頼る部分は大きい。介護を理由とした離職者は毎年10万人前後と高い数値になっている。老老介護も社会問題化している。

これらの家族介護は制度では想定されてい

ない。これから大介護時代が来るのである。
改めて持続可能な制度設計が求められよう。

＜年金改革＞

平成期に入って大きく変わったのが年金制度である。昭和36（1961）年に国民年金法が全面施行となり国民皆年金となったが、将来的な高齢化を見据えて、昭和60（1985）年に制度の再構築を行い、65歳から支給される全国民共通の基礎年金（40年加入で月5万円支給）が導入された。国庫負担は基礎年金の3分の1とし、厚生年金の国庫負担が廃止された。だが、この再構築も予想以上のスピードで進む少子高齢化とともに、現役世代が高齢世代を支えるという年金制度は危機的状況に陥っていった。平成に入るとともに制度改正が矢継ぎ早に行われた。

年金改革については枘口氏が詳述されているので、ここでは平成期の主な改革を年次ごとに挙げてみる。

＜平成元（1989）年＞

20歳以上の学生も国民年金に強制加入。完全物価スライド制導入。国民年金基金制度創設。

＜平成6（1994）年＞

老齢厚生年金の定額部分の支給開始年齢を平成25年までに段階的に60歳から65歳に引き上げ。

＜平成8（1996）年＞

旧公共企業体（JR、JT、NTT）3共済を厚生年金に統合。

＜平成12（2000）年＞

厚生年金の報酬比例部分の支給開始年齢を引き上げ（2025年まで段階的に60歳から65歳に）。総額報酬制（賞与等にも同率の保険料

を賦課）を導入。育児休業中の厚生年金保険料（事業主負担分）を免除。国民年金の保険料に係る免除等の拡大（学生納付特例制度の創設など）

＜平成13（2001）年＞

農林漁業団体職員共済組合の厚生年金への統合。

＜平成16（2004）年＞

小泉構造改革。「100年の安心」計画で、保険料、年金額の目標を定め実施する。平成29（2017）年まで毎年、厚生年金、国民年金の保険料を自動的に値上げする。年金額も3023年まで自動的に引き下げる。マクロ経済スライド制度を導入などーこれにより制度の根幹となる保険料、支給額、支給開始年齢などの計画が中長期的に組まれることになった。

言うまでもなく年金改革は「負担増・給付減」の典型であった。平成元（1989）年に月額8000円だった国民年金保険料は、平成30（2018）年には1万6900円（29年から固定化）に、平成16（2004）年に13.8%だった厚生年金の保険料率は、毎年段階的に引き上げられ、平成29（2017）年9月を最後に18.3%に固定された。

度重なる改正に国民は理解が追いつかず、訳の分からないうちに現役世代は「保険料が上がった」、受給者世代は「年金が少なくなった」と、給与明細や振込額を見て実感したというのが、本当のところではなかったのだろうか。

改革は年金頼みの高齢者の生活を直撃した。平成12（2000）年にスタートした介護保険の保険料は年金から天引きされ、目減り感は大かった。一方、まもなく高齢期を迎える世代は、「高い保険料を払わされて、自分たち

の代にはちゃんと給付されるのか」といった不安を増大させた。誰にも予測がつかない「100年の安心」というキャッチフレーズは若年層をしらけさせた。年金への不信が一気に広がった時期でもあった。

加えて平成16（2017）年6月、給付者が特定できない国民年金や厚生年金が5万件あることが発覚（消えた年金）、ずさんな管理が年金制度そのものに対する不信を増幅させた。若者の中からは「将来、自分たちがもらえるかどうかかわからない年金なのに、高齢者のために保険料を払う必要があるのか」といった声も聞こえ、高齢者と若年層の分断を招く危機さえ抱かせたのである。

＜小泉構造改革＞

社会保障制度を大きく変えたのが小泉政権による構造改革だった。平成13（2001）年4月に首相の座に就いた小泉純一郎は財政再建に向け大鉈を振るう。聖域なき構造改革である。「在任中は消費税に手は付けない」とした小泉が志向したのは、徹底した歳出の抑制だった。「小さな政府」を掛け声に、膨張する社会保障費の削減がターゲットとなった。平成14（2002）年度から毎年、社会保障費の自然増分について2200億円（初年度は3000億円）削減するというもので、医療、介護、福祉のあらゆる分野で「負担増・給付減」が断行された。

医療分野では「三方一両損」の論理を持ち出し、「患者の自己負担割合を3割に改定」「診療報酬のマイナス2.7%改定」「政管健保の保険料値上げ」を指示。平成14（2002）年の医療制度改革の下、医療費抑制のため病院が入院期間を短縮するように診療報酬を引

き下げた。これにより療養病床の削減で、行き場をなくした高齢者が続出し、「介護難民」といった言葉も生まれた。

また、平成18（2006）年の制度改革では、看護配置基準が高いほど診療報酬を引き上げたため、全国の病院では看護師獲得競争が起こり、地方の中小の病院は看護師不足に陥り、危機的状況をきたすことになった。医師数抑制政策と相まって、地方の医療危機につながっていくことになる。

一方、平成14（2002）年には70歳以上の医療費窓口負担が定額から1割、現役並みの所得者は2割（平成18年からは3割）負担に引き上げられ、翌年にはサラリーマン本人・家族が3割負担となり、医療費負担が増大した。保険料も値上げされ年収450万円の給与所得者の場合、年間4万円ほどアップした。

また、2000年から創設された介護保険制度の保険料が、平成15（2003）年、平成18（2006）年と相次いで値上げされた。65歳以上は保険料が年金から天引きされるため、高齢者の家計を直撃、老後不安を増大させることになった。平成17（2005）年には居住費・食費が給付対象外とされ、施設入居者すべてが居住費を徴収され、食費の負担も課せられた。

最後の命綱ともいうべき生活保護にもメスが入れられた。平成16（2004）年には70歳以上に加算支給されていた老齢加算を3年間で段階的に完全廃止、また、母子加算も平成18（2005）年から平成21（2009）年にかけて段階的に廃止された（同年9月、民主党政権が誕生するとともに復活）。また、平成14（2002）年には児童扶養手当法を改正、所得制限を大幅に引き下げている。

小泉政権の間に労働環境も大きく変わった。平成11（1999）年から原則自由化された派遣労働が、平成16（2004）年に製造業にも解禁された。これにより非正規労働者が急増し、派遣切りなど多くの労働者が不安定な身分にさらされ、正規・非正規の格差が社会問題化する。時あたかも就職氷河期と言われたところで、新卒者の間では、正社員になれるかならないかで「勝ち組」「負け組」というような言葉も流行った。

就職氷河期に身を置いた若者の多くは、団塊世代のジュニアで現在40歳前後となっている。30年後には彼らも高齢期を迎える。この年代の国民年金未納率は35%前後と高く、社会保障という面からみても大きな不安を残したままとなっている。

聖域なき改革を謳って社会保障を大きく後退させ、国民に痛みを強いた小泉構造改革がもたらしたものは何だったのだろうか。一言でいえば「格差の拡大」である。「小さな政府」「官から民へ」といった新自由主義的改革手法が、国の形でいえば中央と地方、個人では正規社員と非正規労働者といった階層を作り出し、格差を広げていったのである。

平成16（2004）年6月の内閣府による「国民生活に関する世論調査」では、「日常生活で悩みや不安を感じている」人が65.8%にも及んでいる（平成元年は51.0%）。不安要素の51.8%は「老後の生活設計」であった。小泉政権以降、この数字は高止まりしている。国民が将来に希望を持てない国になってしまったということであろう。

非正規労働者の増加は貧困層の拡大につながった。生活保護世帯は小泉構造改革以来、急カーブで上昇し、平成17（2005）年には

100万世帯を突破したのである。小泉構造改革で切り捨てられた若年層は、不安定な非正規雇用に甘んじざるをえなかった。将来への希望が持てない中で、結婚できない、子どもを産みたくても産めない若年層が急増、平成17（2005）年には合計特殊出生率が1.26（平成16年は1.27）にまで落ち込んだ。以後、合計特殊出生率はこれ以上低くなることはなかったが、横ばい状態のまま、令和元（2019）年は1.36（出生数は86万5234人で過去最低）となっている。

＜価値観の転換を＞

ここまで少子高齢化の推移と、それに伴う社会保障制度の移り変わりをみてきた。そこで気になったのが、「高齢者は社会のお荷物」といった意識が、平成期に国民の中に醸成されてきたのではないかということだ。

ここで素朴な疑問がわく。高齢者が増えることは悪いことなのだろうか？ 子どもを産まないことが悪いことなのだろうか？ 人口が減るのは悪いことなのだろうか？

高齢者が増え、生産年齢人口が減れば、労働力、生産力は衰え、購買力も低下する。そのような事態は、戦後稀に見る高度経済成長を成し遂げた経験から得た、「拡大再生産＝右肩上がりの経済成長」という価値観からは、到底受け入れられないものだろう。その意味では確かに、超高齢社会は国家的には危機なのかもしれない。

しかし、「拡大再生産」だけが幸せを得る唯一の手段なのだろうか。ちょっと視点を変えて考えてみよう。

日本の平均寿命は戦後間もないころと比べ20歳以上伸び、世界に誇る長寿国となった。

本来それは喜ばしいことなのだ。寿命が延びれば、高齢者人口が増えるのは当然なのである。そこにたまたま高度経済成長を下支えした団塊の世代がその年齢に達しただけなのだ。

少子化についても日本の乳児死亡率（1,000人当たりの満1歳までに亡くなった乳児の数）は、平成16（2004）年以降3.0を切り、平成30（2018）年には1.9にまで下がり、昭和30（1955）年の39.8の20分の1までになった。途上国を見ればわかるように、乳児死亡率が高いほど多産傾向にある。日本は世界で一番安心して子どもを産める国になったのである。これもまた、素晴らしいことなのだ。

総人口にしても、大正9（1920）年の第1回国勢調査での日本の人口は5596万人だった。それが100年の間に約2倍に膨れ上がったのである。一方、食料自給率（カロリーベース）は40%を切るまでに低下している。その半面、飽食の時代と言われ、食品ロスが問題となっている。このアンバランスは、日本がすでに飽和状態にあることを示している。自然の摂理からいっても、人口減は必然といえるのだ。

昭和の高度成長期を経て平成、令和に至るまで、私たちは競争社会に身をさらされてきた。就職氷河期に盛んに使われていた「勝ち組・負け組」などという言葉が、それを象徴している。受験戦争を勝ち抜き、授業そっちのけで就活に奔走し、大企業に採用された者だけが、豊かな暮らしを手に入れることができる。そこからこぼれ落ちた者は、自己責任という名のもとに、「負け組」の烙印を押される。それが当たり前という価値観にどっぷりと浸からされてしまっていたのではないだ

ろうか。

縮小の入り口に立っても、なお高度経済成長の再来を夢見ていた。その半面、縮小への恐怖も抱いていた。だから、国民も効率や成果主義、競争社会なんてものをすんなりと受け入れてしまったのだ。それが平成期の姿だったといえよう。その結果、高齢化をはじめ少子化、人口減少は、お荷物という良くないイメージが膨らみ、「対策」となるのである。

改めて言うが、「拡大再生産」の時代は終わったのである。ここで必要なのは高度経済成長期以来、引きずり続けてきた価値観を捨て去ることだ。縮小する社会で、旧来の価値観のまま生産性や効率のみを追い求めれば、不寛容は拡大し、「富める者と貧しい者」「若者と高齢者」など階層社会が一層鮮明になり、分断の溝がさらに広がることになるだろう。

社会保障の面からいえば、競争社会の中で忘れ去られていた「人々は共に生きている」という根幹に立ち返らなければならない。求められるのは競争ではなく、「共に生きる」という価値観である。いまこそ、高齢社会、少子化、人口減少という現実をありのままに受け止め、縮小社会での真の豊かさ、幸福とは、どうあるべきかを根本から見つめ直す時ではないだろうか。

年金制度の変遷と課題を探る

— 年金制度の将来不安は払拭されるのか —

公益社団法人 新潟県自治研究センター
常務理事・研究主幹 榎 口 敏 行

はじめに

「人生百歳時代」が現実になりつつある日本社会。誰もが長寿を願い、その生活を想像する。「悠々自適」や「晴耕雨読」など、勤労者の将来生活への「期待」と「憧れの言葉」として使われてきた。

しかし、長寿生活を支えるためには、安定した収入がなければならない。

「年金」は、多くの国民にとって、老後の生活の糧の中心となっている。老後の時期や意味合いは、個々人によって違いがあるだろうが、誰もがいずれ迎えるのである。

勤労者とその家族には、健全な暮らしと将来への生活への備えなど、様々な不安に対処するために社会保障制度がある。

社会保障制度は、公的年金や公的医療保険などの**社会保障**、保育・児童福祉や高齢者福祉などの**社会福祉**、生活保護は**公的扶助**、予防接種や伝染病予防、下水道整備などの**保健医療・公衆衛生**と分別され4つの柱とされている。

それら保障の実現を裏付ける保険制度として、公的年金制度、公的医療保険制度、雇用保険制度、労災保険制度、公的介護保険制度が5つの機能と称され、私たちが加入しているところである。

これらの制度の中でも「所得保障」として「現金給付」を行う制度としては、年金、雇

用保険、労災保険、生活保護がある。

とりわけ年金制度は、所得保障の中心的な役割を果たし続けてきたのである。

本小論は、社会保障制度の中でも負担と給付が極めて高い年金制度について、制度変遷と様々な不安や将来への課題などについて紹介し、誰もが長期に係わる年金制度への理解を深め、年金の現在と将来への意識高揚に資することを願い、各章で論ずることとする。

1. 年金制度の変遷と特徴

(1) 日本の年金の起源を探る

日本の年金制度は、いわゆる「軍人恩給」がスタートとされている。1875（明治8）年「陸軍武官傷疾扶助及ヒ死亡ノ者祭典並ニ其家族扶助概則」と「海軍退隠令」から始まった。すでに1872年には徴兵の詔（徴兵制度）により国民に伝えられ、翌年には徴兵令が施行されたのである。軍人の傷病や家族の生活支援などは、徴兵制度によって多くの国民から支持されるものであった。

1876（明治9）年には、「陸軍恩給令」が公布され、実質的なスタートとなった。その後には、公務員を対象に個別的な制度が立ち上がるが、1923（大正12）年に、個別的に制度対象が拡大し、官吏や教職員制度を統合した「恩給法」が制定された。

日本の年金制度は、実に約150年の歴史を

有する制度なのである。

官からスタートした年金制度は、その後1903（明治36）年には、日本初の企業年金（鐘淵紡績）が始まり、1939（昭和14）年に船舶労働者を対象とした船員保険法に基づく年金が実施されている。

現在の年金制度の起源としては、労働者年金保険法の公布を受け、1942（昭和17）年に施行した年金制度となっている。

この年金の対象事業者は、鉱業、工業、運輸業などで働く10人以上の事業所の男子筋肉労働者に限定され、完全積立方式で運用されていた。

1944（昭和19）年に、労働者年金保険法は「厚生年金保険法」と改称され、その被保険者は事務職や女性労働者にも拡大され、事業所規模も5人以上と改定されたのである。この法改正により、対象労働者は大幅な増加となり、被保険者数は約833万人と記録されている。

（２）年金制度の変遷

一昭和、そして平成の時代一

この項では、年金制度の変遷を紹介するが、年金制度は短期間に変更されるべきものではなく、あるいは安定的であれば変更すべきものではない制度である。

1944（昭和19）年に厚生年金が誕生し、1958（昭和33）年に国家公務員共済法が制定される。翌年1959（昭和34）年に国民年金法が制定され、翌年から拠出制国民年金が発足した。また、1962（昭和37）年には、地方公務員共済組合法が制定され、「国民皆年金体制」が確立されたのである。

本稿では、「平成時代の変遷」が主題テー

マではあるが、年金制度の移り変わりを考えるには、「昭和の時代」と「平成の時代」を合わせ考察することが重要であることから、両時代を通して論述する。

【昭和時代の変遷と特徴】

昭和時代の変遷では、前期（10年代）、中期（20～30年代）、後期（40年代以降）に区分することができる。

（１）昭和前期

前期は、年金制度の基盤が作り上げられた創設期である。

創設期の始まりは、船員を対象とした「船員組合法」から始まった（昭和14年4月制定、昭和15年6月施行）。その成立直後から、厚生年金法の前身である「労働者年金保険法」の検討がすすめられた。

日本における年金制度の生立ちとも言うべき「労働者年金保険法」の立案意図や成立経過がどのようなものであったかを探ることは、年金制度のみならず、日本の福祉体系の形成を理解するうえで重要なものと言える。

①「労働者年金保険法」の立案意図

同法案の公布は1941（昭和16）年3月であった（施行は翌年）。日本海軍がハワイ・真珠湾を急襲し、太平洋戦争が始まる9ヶ月前のことである。

ではなぜ、この時期にどのような意図で進められたのであろうか。

立案の中心を担ったのが、保険院総務局企画課であった。保険院は、1938（昭和13）年に厚生省が新設されると同時に、その外局として新設された。それまでは、内務省社会局や逓信省簡易保険局で、健康保険や簡易生命保険などを管掌していたが、それらを含め保

険院が管掌することとなり、院内の企画課において各種の保険が新たに企画されたのである。実際に保険院は設置以降、矢継ぎ早に新たな社会保険制度を次々と公布しているのである。1938年国民健康保険法、1939年職員健康保険法および船員保険法などである。

さて、労働者年金保険法の立法目的は、「労働者をして後顧（こうこ）の憂いなく、専心（せんしん）職域に奉公せしめる」とある。帝国議会でも厚生大臣は、「生産力拡充のために賢明に努力を続けている全労働者に、国家として生活保障を与えることである」（衆議院事務局941：144）と説明している。しかし、戦後に立案関係者による「戦費調達のために創設」との発言があったことから、これが主因とされてきた。もとより、立法意図は様々な要因が重なり合っていると考えられるが、小額であっても広範な人々からの資金調達が可能であったことも一因であることは間違いがないであろう。

また当時は、戦争遂行のための軍需工場、鉱工業（炭鉱など）の戦時労働力確保は急務であったが、これらの産業労働者の離職率は非常に高かった。政府は、労働移動の実情について「全国の労働者の半数以上が1年以内に移動する」と承知していたのである。こうした状況を受け、労働者移動の防止策が取り組まれたが、年金制度もその一翼を担ったとの説も有力であろう。働くことによって年金の受給があるという、「アメ玉」政策である。「富国強兵」を目指す日本にとって、年金制度のモデルとなった同様の環境にあったのがドイツである。ドイツは「ビスマルク3部作」と呼ばれる疾病（医療）保険（1883年）、労働者災害保険（1884年）、傷害・老齢保険

（年金制度・1889年）社会保険を整備した。労働争議や革命運動を取り締まるなかで、弾圧と懐柔を組合せた“ムチとアメ”の政策であった。

もう一点は、膨大な軍事費調達に紙幣を大增発し、物価暴騰は必至と考えられたことから、その防止策に年金の保険料納付で労働者の購買力を吸い上げる必要があった。また、保険料は積み立てられ、軍事費に借用もできるとの二重の意図も可能と考えられたのである。

上述した複合的な理由で、年金制度本来の労働者の将来支援の理念や目的にはほど遠かったといえるのである。労働者は、生活への不安払拭のアメ玉を与えられたが、政府の意図する本音に「労働者」の存在は薄いものであったのである。

その概要は、①強制加入の対象は鉱工業等で働く10人以上の事業所の現場労働者②保険料は月収の6.4%、石炭採掘等の坑内夫は8%（労使折半）③給付は20年以上の加入で55歳から老齢年金支給（坑内夫は15年以上、50歳支給）。廃疾（障害）や死亡時の保証もあった。

日本における年金制度の始まりは、必ずしも労働者の生活や将来を支援するものではなかったのであるが、そのことは社会保障制度全体についても、同様な意図があったものと考えられることは言うまでもない。

この労働者年金保険法は、戦時下の1944（昭和19）年に「厚生年金法」と改称され、被保険者は事務職や女性にも拡大された。保険料は月収の11%、坑内夫は15%（労使折半）に引き上げられ、遺族年金の終身支給等

も加えられた。改称の理由は、「労働者」の表現が労働運動や社会主義思想を連想されるとの理由であり、戦時下の思想統制からのものであった。

（２）昭和中期

昭和20年代とは、戦後の時代である。

日本は敗戦による国家崩壊のもとであらゆる国家制度が混乱の渦中に引き込まれることとなる。年金制度も敗戦直後には加入者は半減し（832万人→433万人）、機能維持が危機的状態となった。戦後の混乱が落ち着きを見せ、ようやく再出発を行うことができたのは、1954（昭和29）年の厚生年金法の全面改正であった。

この時期には、上述の法改正のほかに国家公務員共済組合法の全面改正による制定（1958（昭和33）年）、国民年金法の制定（1959（昭和34）年）、拠出制国民年金の発足（1961（昭和36）年）、地方公務員共済組合法の制定（1962（昭和37）年）と、国民皆年金制度の確立期となった。

まず、昭和29年の再出発となった厚生年金保険法の全面改正について概略を説明する。

この法改正は、これまでの年金制度を原則とし踏襲したものであった。

特徴としては、①保険料納付に応じ年金が高くなる報酬比例のみの給付を改め、低所得者にも一定額を保証する定額部分を加えた②支給開始を男性55歳から60歳へ引き延ばした③国庫負担を給付費の10%から15%へ引き上げた④保険料率は月収の3%（労使折半）に引き下げた。

保険料率の極端な引き下げは、労使ともに

負担軽減を望んだ結果であるが、各人の保険料納付と運用益で年金を支給する「完全積立方式」から、低所得者にも一定額を補償する「修正積立方式」へと移行するものであった。その後、現役世代の保険料納付に頼る「賦課方式」に移行する始まりとなった。

この法改正により厚生年金は再建されたが、当時の就業者約4200万人のうち、厚生年金、公務員らの共済年金の加入者は約1200万人に過ぎなかったのである。

その後、職種拡大を標榜する国民意識の高まりもあり、農林水産業者や自営業者を対象とする年金制度の創設が、国政選挙などでも最大の争点とされる経過をたどることとなった。

厚生年金法の全面改正から5年後の1959（昭和34）年「国民年金法」が制定、1961年度から拠出制国民年金が施行されたのである。これによって、国民全員が健康保険証を持つ「国民皆保険」と同時発足の年金手帳を持つ「国民皆年金」が実現したのである。

「拠出制国民年金」の概要は、以下のとおりであった。

①20～60歳を対象（ただし、厚生年金、共済年金等の加入者を除く）。厚生年金等に加入する夫が扶養する妻や学生は任意加入②社会保険方式。ただし、発足時50歳以上は納付期間も短く70歳から全額税による老齢福祉年金を支給。20歳前に障害者となった場合も税で障害福祉年金を支給（いずれも一足早く1959年度施行、恩恵的な制度で低額だった）③保険料は20～35歳未満は月額100円、35歳～60歳未満は同150円④保険料25年納付で月額2,000円、40年納付で同3,500円を65歳から

支給（経過措置で最短10年納付も認める）⑤
国は保険料収入の2分の1相当を保険料とともに将来に備え積み立て。

この制度には、一律同額の保険料や給付額の低さが問題として残された。それは「所得把握が困難」であるとされ、所得格差に目をつむり、国民の将来不安払拭の制度には程遠いものであったのである。

その後、給付制度や納付額の改定が行われることとなるが、これらの問題が解決には至っていないのである。

（3）昭和後期

昭和40年代からは、日本は高度成長時代に入り、国民所得も大きく伸び安定した時代を迎えることとなった。

こうした経済成長をもとに、給付額の改定とともに、年金制度の改正が進むこととなった。

＊1965（昭和40）年改正「1万円年金」

- ・国民年金：加入年数×2,400円
- ・厚生年金：
 $\text{平均標準報酬月額} \times 10/1000 \times \text{加入月数} + 250\text{円} \times \text{加入月数}$

＊1969（昭和44）年改正「2万円年金」

- ・国民年金：加入年数×3,840円
- ・厚生年金：
 $\text{平均標準報酬月額} \times 10/1000 \times \text{加入月数} + 400\text{円} \times \text{加入月数}$

＊1973（昭和48）年改正「5万円年金」

☆物価スライド、賃金再評価を導入し、以降の平均標準報酬月額は再評価後の額となった。

- ・国民年金：加入年数×9,600円
- ・厚生年金：
 $\text{平均標準報酬月額} \times 10/1000 \times \text{加入月数} + 1,000\text{円} \times \text{加入月数}$

＊1976（昭和51）年改正「9万円年金」

- ・国民年金：加入年数×15,600円
- ・厚生年金：
 $\text{平均標準報酬月額} \times 10/1000 \times \text{加入月数} + 1,650\text{円} \times \text{加入月数}$

＊1980（昭和55）年改正

- ・国民年金：加入年数×20,160円
- ・厚生年金：
 $\text{平均標準報酬月額} \times 10/1000 \times \text{加入月数} + 2,050\text{円} \times \text{加入月数}$

＊1985（昭和60）年改正

☆基礎年金を導入、給付水準の適正化、女性年金権の確立などを図る。

- ・基礎年金：
 $600,000\text{円} \times \text{加入年数} / 40\text{年}$
- ・厚生年金：
 $\text{平均標準報酬月額} \times 7.5/1000 \times \text{加入月数} + \text{基礎年金}$

以上が昭和後期の年金改正の流れである。

平成の時代に入っても、この流れが続くこととなる。

【平成時代の変遷と特徴】

平成の時代は、経済的にはバブル崩壊による急激な経済・雇用の悪化が特徴となった。

また、少子化の進行とともに高齢化社会が現実のものとなり、人口減少の影響も顕著と

なる時代を迎えることとなった。

年金のスタート時から想像できないほどに日本の家族構成は核家族化と長寿化がすみ、家族だけでは親の老後を支えきれない状況が生まれているのである。

そうした背景からも年金で暮らせることへの欲求は高まり続けることとなった。

年金制度は、昭和の時代に形づくられ、平成の時代には充実が求められたが、わずか30年余の歴史の中で、経済はバブル崩壊、雇用も不安定な時代となった。

また、雇用のあり方（女性や高齢者の雇用拡大など）や働き方（働き方改革など）への対応が必要となり、改革が動き始める時代でもあった。

では、平成時代の主な法改正と背景、そして特徴などを述べることにする。

*** 1989（平成元）年改正**

☆昭和55年改正時にも提案された厚生年金支給開始年齢の引き上げが、再び提案・法案化される。しかし、国会での修正で見送られることとなった。

また、被用者年金制度間費用負担調整法が制定され、費用負担調整事業がスタートする（事業開始は翌年・その後、3共済の厚生年金統合で廃止）。

・基礎年金：

$666,000円 \times 加入年数 / 40年$

・厚生年金：

$平均標準報酬月額 \times 7.5 / 1000 \times 加入月数$
+ 基礎年金

平成元年は、国際的にも国内的にも激動の年と言われている。

国際的には、東欧の社会主義政権の崩壊による東西冷戦の終結が象徴的であった。

また、国内的には政治不信から竹下首相の辞任、後継の宇野首相もわずか2か月で辞任し、海部内閣の誕生となるなど政治は混乱状態であった。しかし一方で、経済は好景気が続くバブル全盛期であった。

政府は、高齢化の進捗による加入期間の伸長に合わせ、給付水準の引き下げを行い年金財政の安定を目論んでいた。その第一弾が1985年改正の給付水準の引き下げであった。

また、1980年改正でも議論された厚生年金支給開始年齢引き上げについては、改正法案の柱であったが国会修正で削除された。

年金財政の見通しには、人口の将来推計が前提となるが、高齢化と同時に平成の時代に入り将来を支える部隊となる合計特殊出生率が予想以上に低下し、見通しの悪化が問題となった。

しかし、支給開始年齢の引き上げは、高齢者雇用との連動制が確保されない中では、当然ながら、理解を得るものとはならなかったのである。

年金支給開始年齢の引き上げに対しては、支給開始年齢までの雇用の確保が、連合（日本労働組合総連合）の要求にも掲げられた。

また、この改正では学生の国民年金への強制加入が制度化された。学生は任意加入であったが、学生時代に発生した障害による無年金が訴訟になるなどの問題もあり、強制適用となり皆年金が達成されることとなった。

もとより、無収入の学生への負担には、批判は少なくなかった。

*** 1994（平成6）年改正**

☆厚生年金の定額部分の支給開始年齢引き上げ、雇用保険給付との調整、可処分所得スライドの導入などが改正される。

・基礎年金：

$780,000円 \times 加入年数 / 40年$

・厚生年金：

$平均標準報酬月額 \times 7.5 / 1000 \times 加入月数$
+ 基礎年金

平成6年は、前年に宮沢内閣不信任案可決、解散総選挙後には自民党過半数割れ、自社の55年体制が終焉を迎えた。8月には非自民の8党派による連立内閣が誕生する激動の年で越年した。

しかし、新たな年にも激動は続き、佐川急便問題で細川首相が辞任。羽田内閣が誕生したが、社会党の政権離脱でわずか2か月での総辞職となり、自民・社会・さきがけの連立による村山内閣が誕生した。

この年の年金改正の目玉は、長年の課題であった支給開始年齢の引き上げであった。

連立政権下にあって、労働側である連合の大胆な政策転換が見られ、在職老齢年金の見直し、失業給付と年金の調整、ネット所得（手取り賃金）基準の年金額の改定など、改正法案の主要事項を連合の政策要求として掲げたのである。従来に対応から一変した連合の協調的な姿勢は、賛否は当然あったが、細川内閣から村山内閣へと、連合が政権与党を支える側にあったことが意識されたものであった。

改正の概要は、①60歳台前半の老齢厚生年金の見直し（定額部分の支給開始年齢を平成25（2013）年までに段階的に65歳まで引き上

げ）②在職老齢年金制度の改善（賃金の増加に応じて賃金と年金額の合計が増加する仕組みへの変更）③可処分所得スライドの導入（過去の賃金再評価の方式を変更し、税・社会保険料の増加を除いた可処分所得の上昇率に応じて再評価）④遺族年金の改善（共働き世帯の増加に対応し妻の保険料拠出も年金額に反映できるよう、夫婦それぞれの老齢厚生年金に2分の1に相当する額を併給する選択を認める）⑤育児休業期間中の厚生年金の保険料（本人分）の免除⑥厚生年金に係る賞与等からの特別保険料（1%）の創設、などであった。

特に高齢者雇用と育児休業の普及については、厚生省と労働省の連携のもとで改正案がまとめられていることは、従来では考えられず特筆すべき内容であった。

* 1996（平成8）年改正

☆JR、NTT、たばこ共済の厚生年金との統合にかかわる法案が成立し、翌年に施行。

* 2000（平成12）年

☆報酬比例部分の支給開始年齢引き上げ、報酬比例年金の給付水準の5%適正化、総報酬制の導入などが改正される。

・基礎年金：

$804,200円 \times 加入年数 / 40年$

・厚生年金：

$平均標準報酬月額 \times 5.481 / 1000 \times 加入月数$
+ 基礎年金

平成12年の法改正は、前年の通常国会末に提出され、平成12年の3月に与党三党（自民・自由・公明）による強行採決によって成

立した。当時の背景は、1998（平成10）年8月に小渕首相直属の諮問機関として設置された経済戦略会議の提言「日本経済再生への戦略」（1999（平成11）年2月）の影響力が極めて強いものであった。経済界や著名人に加え竹中平蔵慶応義塾大学教授などの学者が加わるわずか10人の委員で構成された会議であった。その「提言」では、社会保障はナショナル・ミニマムの保障にとどめ、基礎年金・介護・高齢者医療を税方式化し、厚生年金を民営化するという改革が示された。基礎年金の税方式への転換が一つの焦点となったが、労使はともにこれを主張していたのである。

労働者側委員は、基礎年金の全額税方式化と最終保険料率がたとえ月収の30%を超えても現在の給付水準を維持する案を支持。経営者側委員は、基礎年金の全額税方式化、現行の保険料率（月収の17.35%）の維持と給付費の4割程度の削減または報酬比例部分の廃止・民営化案を支持。委員の多数意見は、基礎年金の国庫負担率の2分の1への引き上げと最終保険料率を月収の25～26%程度にとどめるために将来の給付費を2割程度削減する案を支持した。

提出された改正法案は、この多数意見に沿って立案されたものであった。

基礎年金税方式の議論は、自由党や民主党の主張であり、また、経済界や労働界の主張でもあった。当時危惧されたことは、国民年金の納付率が低下傾向にあり、未納付等により無年金者や低年金者が増加するとの問題であった。

税方式は、全ての国民に基礎年金を保証するもので、皆年金制度に相応しい「抜本改

革」の決め手であるとの評価があった。低年金者の増加が危惧されるなかでは、文字通り「抜本改革」の決め手であるかのような提案であった。

しかし、皆年金制度の基盤確立の理論としてはあり得るが、現状の基礎年金との関係、なにより財源の負担と確保が難しい現状にあること、さらに納付実績に見合う整理が必要なことなどから、国民的合意が難しい内容であった。

結果として、この「基礎年金税方式論」は、日の目を見ることなく自然消滅した。

改正の概要は、①報酬比例部分の支給開始年齢引き上げ（平成37（2025）年までに段階的に60歳から65歳まで引き上げ）②年金額の改定方式の変更（既裁定者の年金（65歳以降）は物価スライドのみで改定）③厚生年金給付の適正化（報酬比例部分の5%適正化、ただし従前額は保障）④60歳台前半の厚生年金の適用拡大（70歳未満まで拡大。65～69歳の在職者に対する在職老齢年金制度の創設）⑤総報酬制の導入（特別保険料を廃止し、賞与等にも同率の保険料を賦課し、給付に反映）⑥育児休業期間中の厚生年金の保険料について、新たに事業主負担分も免除⑦国民年金の保険料に係る免除等の拡充（半額免除制度の創設、学生納付特例制度の創設）⑧保険料（率）の据え置き（国民年金・厚生年金の保険料（率）については、現下の経済情勢を考慮し、それぞれ据え置き）⑨基礎年金の国庫負担3割割合の引き上げに係る附則の規定（当面、平成16（2004）年までの間に、安定した財源を確保し、国庫負担割合の2分の1への引き上げを図るものとする）、などで

あった。

***2001（平成13）年改正**

☆農林共済の厚生年金への統合を決定し、翌年に施行。

***2003（平成15）年**

☆厚生年金保険において、総報酬制が開始

平成15年4月より、厚生年金保険では、保険料と給付額のいずれにも、月給だけでなく賞与も反映させる総報酬制の導入が、平成12年の年金制度改正で決まっていた。その概要と影響について若干の説明をする。

①総報酬制導入の背景

当時の厚生年金保険料は、標準報酬（月額）に対して17.35%（労使折半）徴収され、賞与に対して特別保険料として1%（労使折半）徴収されていた。一方、厚生年金の給付は、標準報酬（月額）を基準に算出され、賞与については給付に反映されていなかった。

このため、年収が同一の場合、保険料負担は、賞与の多い人は負担が軽く、賞与の少ない人は負担が重くなってしまう。逆に、給付への反映という観点からは、賞与の多い人ほど給付に反映されない掛け捨て保険料部分が多くなることとなっていた。

また、在職老齢年金は月収を基準に支給停止額が決まるため、年収が同じ年金受給者であれば、年収に占める賞与の割合の違いにより年金の支給停止額が異なることになるのである。

そこで、このような不公平を解消する観点から、15年度以降は月給と賞与の年間合計額、つまり総報酬をベースとして、保険料の賦課や給付額の算定を行う仕組みに変更すること

とされた。

②厚生年金保険における総報酬制の仕組み

厚生年金保険法における総報酬制の仕組み（概要）は、以下のとおりである。

（1）標準報酬月額と標準賞与額

保険料や給付の算定の基礎となる標準報酬月額と標準賞与額は、次のように決定された。

《報酬》賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるを問わず、労働者が、労働の対償として受けるすべてのものをいう。

ただし、臨時に受けるもの及び3月を超える期間ごとに受けるものは、この限りでない。（法第3条）

《賞与》賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が、労働の対償として受けるすべてのもののうち、3月を超える期間ごとに受けるものをいう。（法第3条）

《標準報酬月額》社会保険庁長官は、被保険者が毎年7月1日現に使用される事業所において4月～6月（継続して使用された期間に限り、かつ、報酬支払の基礎となった日数が0日未満である月を除く）に受けた報酬の総額をその期間の月数で除して得た額を報酬月額として、法第20条の等級表に基づき、標準報酬月額を決定する。

その年の9月から翌年の8月まで適用する。（法第21条）

《標準報酬月額》社会保険庁長官は、被保険者が賞与を受けた月において、その賞与額に基づき、千円未満の端数を切り捨てて、その月における標準賞与額を決定する。

ただし、上限を150万円とする。（法第24条の3）

（2）保険料負担

総報酬制導入前後の保険料負担の方法は次のようになる。なお、被用者年金制度の全加入者の月収に対する平均賞与支給割合を考慮して、保険料率が設定されている。

実際には、賞与の年間支給額が月収の年間合計額の3割とみなされている。（この前提は、給付の支給乗率の設定においても同様。）

（注）13.58%は、 $(17.35\% \times 1 + 1\% \times 0.3) \div 1.3$ から導出されている。

（３）給付

総報酬制導入前後で、給付額が変動しないように、給付乗率を変更されることとなった。（生年月日別支給乗率表が策定された）

実際には、総報酬制導入前の被保険者期間と総報酬制導入後の被保険者期間に分けて給付の額が算定され、保険料率設定の前提条件と同様に、賞与の年間支給額は月収の年間合計額の3割として、総報酬制導入後の給付乗率は、総報酬制導入前の給付乗率を1.3で除した率に設定された。

*2004（平成16）年改正

☆保険料水準固定方式の導入、基礎年金国庫負担を2分の1に引き上げ、積立金の活用、マクロ経済スライドの導入などが改正される。

・基礎年金：

66,208円/月（40年間保険料納付）

・厚生年金：

平均標準報酬月額 $\times 5.481/1000 \times$ 加入月数 + 基礎年金

平成16年改正では、持続可能な年金制度の構築のため、公的年金制度全般にわたる大々

な改正がなされている。

例えば、財政については、保険料水準固定方式の導入、マクロ経済スライドによる給付水準の自動調整の導入などである（マクロ経済スライドの実際適用は、平成27年度から）。

保険料水準固定方式とは、最終的な保険料（率）の水準を法律で定め、その負担の範囲内で給付を行うことである。これまで高齢化や少子化が予想以上の速さですすみ、後追いが続いてきた問題の解決策として考えられた。

この方式により、少子化等の社会経済情勢の変動に応じて給付水準が自動的に調整される仕組みが年金制度に組み込まれた。

これまでは、5年ごとの財政再計算の際に、現行の給付水準を維持した場合に、保険料（率）をどこまで引き上げなければならないかを計算する「給付水準維持方式」がとられていたため、若年層を中心に「負担がどこまで上昇するか不安」との問題に対応するものである。

厚生年金の保険料は給与の一定率として賦課されるため、賃金が上昇すれば自動的に保険料額も増加するが、国民年金の保険料は、定額保険料となっていることから、その保険料水準を将来にわたって固定するにあたっては、名目額ではなく実質額を規定する必要がある。

具体的には、保険料月額を今回改正前の月額13,300円から、平成17（2005）年度より毎年280円（平成16年度価格）ずつ引き上げ、平成29（2017）年度以降16,900円（平成16年度価格）で固定することを法律で定めたのである。

ここで、平成16年度価格とは、平成16年度の賃金水準でみた場合の保険料水準というこ

とであり、賃金水準が上昇すれば、それに
じて、実際に徴収される保険料の名目額も上
昇することを意味している。

具体的には、法律に定められた平成16年度
価格の保険料額に平成16年度以降の賃金
（税・社会保険料控除前）の上昇率を乗じて
算出される額が、実際に徴収される保険料額
となるのである。

もう1点は、マクロ経済スライドによる給
付水準の自動調整の導入である。

給付についても平均寿命の伸びに応じて改
定されてきたが、財源に見合った給付水準と
して自動的に調整するとしたものである。

「年金財政の均衡」の言葉が使われている
が、つまり被保険者の減少と平均余命の延長
を考慮し年金額を抑える仕組みを自動的に行
うというものである。

本来であれば、年金額は賃金（可処分所得
や物価の伸び）に応じて改定されるべきであ
るが、経済優先の付け足し福祉の政府の考え
が表れたものである。

このマクロ経済スライドが行われるのは、
年金財政の均衡を図るための特例期間（今回
の財政再計算の見通しでは、今後、20年程度
の間）のみで、その後は、本来の改定方法に
復帰することとなった。

そのほかの改正の概要は、①老齢年金制度
の見直し、②短時間労働者への厚生年金の適
用、③次世代育成支援の拡充、④第3号被保
険者期間の厚生年金の分割、⑤障害年金の改
善、などであった。

***2007（平成19）年改正**

・基礎年金：

66,008円/月（40年間保険料納付）

・厚生年金：

総報酬制による給付

この年は、「消えた年金問題」が話題と
なった年である。

第1次安倍内閣の2007年（平成19年）2月
16日以降の国会審議中に1人1番号という行
政統一番号制度（国民識別番号）が無く、行
政ごとに一人の個人に複数の異なる番号とい
う複雑さからオンライン化されたデータ（社
会保険庁がコンピュータ入力した年金記録）
に誤りや不備が多いこと等が明らかになった。

当時は国民年金や厚生年金保険、共済組合
といった年金制度ごとに独自の番号を振って
いた。これを10桁の数字から成る基礎年金番
号に統一しようとした。社保庁は「年金相談
や年金の支払いがスムーズで確実にする」と
うたっていた。

社保庁は国民1人ひとりに基礎年金番号を
通知すると同時に、複数の年金番号を持つか
どうかを尋ね、その後、受け取った回答をコ
ンピュータ上の記録と照合し、「氏名」「生
年月日」「性別」に基づいて名寄せをした。

しかし、年金システムで保存していた年金
納付記録は約3億件。このうち基礎年金番号
につなげることができたのは当初約1億件に
とどまり、残る約2億件は名寄せができな
かった。

社保庁はこの2億件について、その後10年
をかけて照合作業を進めた。

しかし結果的に、約5,000万件の記録は誰
のものか分からなかった。メディアは「宙に
浮いた5,000万件」などと報道。データ管理
のずさんさが明るみに出たのである。

政府・社会保険庁への批判は極めて厳しい

ものとなり、年金制度への信頼を一気に失う事件となった。迎えた参議院議員通常選挙で、与野党の逆転を招いた原因の一つと言われている。

このことも受け、社会保険庁は国民年金機構となり、1つの国民識別番号を与える社会保障・税番号制度（マイナンバー制度）が導入されることとなった。

改正の概要は、年金記録問題において、対象者が消滅時効等により不利益を受けないようにする見地から、特別法が制定された（「年金記録問題救済3法」）。

年金時効特例法（厚生年金保険の保険給付及び国民年金の給付に係る時効の特例等に関する法律）、年金給付遅延加算金支給法（厚生年金保険の保険給付及び国民年金の給付の支払の遅延に係る加算金の支給に関する法律）、厚生年金特例法（厚生年金保険の保険給付及び保険料の納付の特例等に関する法律）などである。

***2010（平成22）年改正**

障害厚生年金の配偶者加給年金額の要件を緩和する改正が行われた（障害基礎年金の子の加算額の改正と同様）。

障害厚生年金の配偶者の加給年金額について、従来は、障害厚生年金の「受給権の取得（発生）当時」に生計を維持している配偶者があることが加算の要件であった。

しかし、いわゆる「障害年金加算改善法」により、障害厚生年金の受給権者によって生計を維持しているその者の65歳未満の配偶者があるときには、加給年金額が加算されることとなり、受給権の取得後に生計を維持する配偶者を有した場合にも加算が行われること

となった。

障害者及びその家族の所得保障を強化（加算要件の緩和）する趣旨の改正であった。

なお、老齢厚生年金の配偶者及び子の加給年金額においては同様の改正は行われず、従来通りとされ、受給権の取得当時に生計を維持していた一定の配偶者又は子があることが要件であるとされた。取得当時に生計を維持していた一定の配偶者又は子があることが要件であることには注意する内容である。

***2012（平成24）年改正**

平成24年に「被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律」が制定された。いわゆる「被用者年金一元化法」である。

厚生年金保険制度に公務員及び私学教職員も加入することとして、共済年金制度が厚生年金保険制度に統合されることになった。

（主要な部分は、平成27年施行）

「多様な生き方や働き方に公平な社会保障制度を目指す」とのもとで閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」に基づいたものである。公的年金制度の一元化を展望しつつ、今後の制度の成熟化や少子・高齢化の一層の進展等に備え、年金財政の範囲を拡大して制度の安定性を高めるとともに、民間被用者、公務員を通じ、将来に向けて、同一の報酬であれば同一の保険料を負担し、同一の公的年金給付を受けるという公平性を確保することにより、公的年金全体に対する国民の信頼を高めるためとし、厚生年金に公務員及び私学教職員の共済も加入することとされ、厚生年金保険制度への統一化がすすめられたの

である。

この一元化は、公務員や私学教職員の共済組合員にとっては、決して「より有利」とはならず、一定の配慮は合ったとは言え、窮迫する年金財政への一助と考えられた。

一元化による主な内容は、以下のとおりであった。

- ①公的年金制度の2階部分（被用者年金の部分）が厚生年金保険に統一。
- ②厚生年金保険と共済年金との差異については、原則として、厚生年金保険にそろえる形で差異を解消。
具体例としては、以下の内容がある。
- ③「被保険者（加入者）」について、従来、公務員については年齢制限が無かったが、一元化後は、公務員も厚生年金保険の被保険者となるため、原則として、70歳に達すると被保険者の資格を喪失する。
- ④退職共済年金における在職支給停止の制度は、厚生年金保険の在職老齢年金の制度と同内容に改められる。
- ⑤「報酬関係」については、公務員等についても、「標準報酬制」が採用されます。
- ⑥改正前の退職共済年金における在職支給停止の制度は、厚生年金保険の在職老齢年金の制度と同内容に改める。
- ⑦改正前の障害共済年金においては不要であった保険料納付要件が必要となる。
- ⑧遺族共済年金における転給の制度は、廃止される。
- ⑨「保険料」については、公務員等の保険料率を引き上げ、厚生年金保険の保険料率（上限は18.3%）に統一される。
- ⑩共済年金の3階部分である「職域加算額の加算（職域部分・職域年金）」は、廃止さ

れ、新たに「退職等年金給付（いわゆる年金払い退職給付）」の制度が創設される。
以上が概略であった。

その他の改善内容は以下のとおりである。

①産前産後休業終了時改定の創設

（平成26年4月1日施行）

産前産後休業を終了した被保険者が、当該産前産後休業終了日において当該産前産後休業に係る子を養育する場合に、随時改定の要件に該当しなくても、次の定時決定を待たずに、当該被保険者の申出により、標準報酬月額が改定されるというものである（第23条の3）。

②産前産後休業期間中の保険料の免除の創設

（平成26年4月1日施行）

産前産後休業期間中の被保険者及び事業主が負担する保険料を免除することにより、産前産後休業の取得者の保険料の負担を軽減しその生活保障を図るとともに、少子化対策の一環として次世代育成支援を図ろうとした趣旨である（第81条の2の2）。

③未支給給付の請求権者の拡大

未支給給付の請求権者について、改正前の請求権者以外の3親等内の親族も、請求権者として追加された（第37条第四恒例第3条の2）。

④老齢厚生年金の支給の繰下げの申出日の擬制に係る改正（平成26年4月1日施行）

老齢厚生年金の支給の繰下げの申出日の擬制に係る改正が行われた（第44条の3の2）。

⑤障害厚生年金の額の改定請求の要件の緩和（平成26年4月1日施行）

障害厚生年金の受給権者は、厚生労働大臣

に対し、障害程度が増進したことによる障害厚生年金の額の改定を請求することができるが、従来は、当該受給権を取得した日又は厚生労働大臣の診査を受けた日から起算して1年を経過した日「後」でなければ、当該額の改定請求を行うことはできなかった。

改正により、これらの場合のほかに、「障害厚生年金の受給権者の障害の程度が増進したことが明らかである場合として厚生労働省令で定める場合」にも改定請求が認められることとなった（第52条第3項）。

⑥年金たる保険給付の受給権者の所在不明の届出義務

老齢厚生年金等の年金たる保険給付の受給権者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者は、当該受給権者の所在が1月以上明らかでないときは、速やかに、所定の事項を記載した届書を機構に提出しなければならない旨の規定が新設された（施行規則第40条の2）。

年金給付の受給権者が死亡しているのに年金給付の支給が継続される事例が見られるようになり、年金給付の過払を防止しようとする趣旨である。

⑦短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

年金機能強化法による改正に伴い、短時間労働者のうち適用除外者が明文化されるとともに、短時間労働者に対する被用者保険の適用の拡大が行われた（平成28年10月1日施行）。

被保険者の要件は、以下の内容とされた。

- * 1週間の所定労働時間が20時間以上であること。
- * 当該事業所に継続して1年以上使用されることが見込まれること。

* 月額報酬が8万8千円以上であること。

* 学生等でないこと。

* 特定適用事業所に使用されること。

これらのすべての要件（5要件）を満たす場合は、被保険者となることができるとされたのである。

⑧老齢厚生年金等の受給資格期間の10年への短縮

老齢基礎年金等と同様に、老齢厚生年金等の受給資格期間が10年に短縮された（第42条第2号）。

2013（平成25）年改正

平成25年改正では、「公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律」の制定により、厚生年金基金及び企業年金連合会に関する大改正が行われた。

厚年法の第9章「厚生年金基金及び企業年金連合会」が削除され、その他の厚年法の基金・連合会に関連する規定も改正（削除等）されるなど、基金関係の規定は、平成26年4月1日）以後は、厚生年金基金の新設は認められないこととなった。

現存（施行日）する厚生年金基金については、平成25年改正法附則において「存続厚生年金基金」として例外的に存続が認められることとされた。

また、従来の解散の特例の制度を見直して特例解散の制度を創設し、基金の解散や代行返上を促進するとともに、他の企業年金制度への移行を支援するための措置等が定められた。

実質的には、厚生年金基金の制度は終焉を迎えていた。

企業年金連合会も、平成25年改正法の施行日に現存する企業年金連合会は「存続連合会」として存続が認められたが、将来的には、確定給付企業年金法に基づいて新たに「企業年金連合会」が設立されることとなった。

***2014（平成26）年改正**

平成26年改正では、「消えた年金問題」を受けた記録訂正の簡素化などの改正であった。

①特定厚生年金保険原簿記録の訂正請求の制度が創設される。

国民年金法の「特定国民年金原簿記録の訂正請求の制度」と同様に、厚生年金法においても、新たに年金個人情報の訂正の手続の制度が設けられた。

被保険者又は被保険者であった者に厚生労働大臣に対する自己の年金個人情報の訂正請求権を認めることにより、年金記録の訂正を可能とする処置である。

迅速な訂正が行われ、個人情報の保護が目的であった。

②延滞金の割合の軽減を図る。

①と同様に、国民年金法に合わせた内容の改正である。

延滞金の額は、徴収金額に、納期限の翌日から徴収金完納又は財産差押の日の前日までの期間の日数に応じ、年14.6パーセントを乗じて計算した額であったが、改正により当分の間の特例が定められた。

「各年の特例基準割合が年7.3パーセントの割合に満たない場合」は、上記本則の「年14.6パーセント」は「特例基準割合に年7.3パーセントの割合を加算した割合」と読み替え、「年7.3パーセント」は「特例基準割合に年1パーセントの割合を加算した割合（当

該加算した割合が年7.3パーセントの割合を超える場合には、年7.3パーセントの割合）」と読み替えることとなった。

***2016（平成28）年改正**

平成28年12月26日公布の「公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律」により、以下のような改正が行われた。

①機構による情報の提供等

厚生年金保険事業に関与する機構と厚生労働大臣との間の協力関係に関する規定が定められ、国年法でも、同様の規定が定められた。

②短時間労働者に関する追加改正

平成28年10月1日施行の「短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大」に関する改正にさらに追加の改正が行われた（平成29年4月1日施行）。

特定適用事業所以外の適用事業所に使用される特定4分の3未満短時間労働者が被保険者となる場合（任意特定適用事業所の申出）等が定められた。

③マクロ経済スライドの修正 = キャリーオーバーの制度が新設された。

国民年金における年金額の改定の改正と同様に、厚生年金保険においても、キャリーオーバーの制度が新設された（平成30年4月1日施行）。

マクロ経済スライドを適用できなかった年度がある場合（マクロ経済スライドは、通常の年金額の改定により年金額が増加する場合に適用され、また、マクロ経済スライドの適用により前年度の年金額を下回る場合には適用されない）、その未調整部分をのちの適用

可能となる年度に繰り越して調整するという
キャリアオーバー制度が導入された。

***2018（平成30）年改正**

国民・厚生年金ともに大きな改正点は見られない。手続き上の改正や各種申請・届出などの様式に個人番号を記載可能にするなどのために改正が行われた。

また、厚生年金保険の適用事務に係る事業主及び被保険者の事務負担の軽減及び利便性の向上のため、健康保険法施行規則及び厚生年金保険法施行規則について、報酬月額の出、報酬月額変更の出及び賞与額の出を、一定の大企業においては、電子情報処理組織を使用して行うこととするなどの改正が行われた。この改正は、健康保険にも適用され、「一定の大企業」における処理の省力化が図られることとなった。

いわゆる「マイナンバー」の活用促進が求められる中で、各省庁での利用拡大が命題とされ年金関係でも様々な手法が検討された。

しかし、マイナンバーについては前宣伝のような利用内容の拡充は進まず、また、国家による国民監視の手法との考えもあり、ことのほか進んでいないのが現状となった。

年金関係の法改正は、2019（平成31・令和元）年改正もあるが、内容的には大きな改正では無いので、昭和・平成時代の法改正を中心とした項は以上とする。

年金関係の法改正は極めて多く、上述した内容にとどまらないが、概略を説明し感想を述べたところである。

年金関係の法改正は、法成立と同時に効力が発生するものは少なく、成立と施行には一

定の期間が明けられることがほとんどである。

そのことを理解したうえで、経過を探り将来の生活や年金のあり方について知識の一助になることを願うところである。

2. 年金制度を取り巻く環境とその変化

この項では、年金制度に大きな影響をもたらす幾つかの要因とその現状及び将来予測について考察することとする。

前述した「労働者年金保険」が創設され年金制度がスタートして80年が経過する。

この間、その時代と将来を見据え、様々な改革を行い対応してきた。とりわけ近年の社会や経済の状況変化は激しく変化してきた。人口構造、家族・世帯構造、雇用状況など、年金制度に影響をもたらす環境の変化である。

こうした変化に対応して、年金制度は見直さなければならない。

これまでも繰り返された改革は、必ずしも「将来の安心」につながらず、時には不安を増幅するような改革も行われてきた。強い既得権益や利害の対立、政治的な思惑などが、改革に影響を与えてきたのである。

社会保障の改革は、年金制度に限らない。医療や介護、子育て支援や生活保護など、他の社会保障制度や税制もある。近年では、高齢者雇用、女性の就労拡大、ワークライフバランス、働き方改革といった政策との連携も重要となっているのである。

（1）人口と高齢化

日本の人口と年齢構成が、減少と高齢化の渦中にあることは、誰もが認識されていることであろう。人口減少・高齢化とも、いわゆる団塊の世代の影響を大きく反映し、しばら

くは続くこととなる。それにしても高齢化率は、40%目前に迫っている。

年金制度の改革は、他の社会保障制度と異なり、過去の長期にわたる保険料の納付があり、制度改革には時間的な整合性が求められる。時折の社会問題や経済状況も改革に反映されるべきであるが、客観的な将来予測も重要である。年金制度は、100年後の人口予測や経済予想についてもチェックを行っている。

人口予測では、国立社会保障・人口問題研究所（以下：社人研）の将来推計人口が取り上げられているが、この推計人口は、5年に1度行われる国勢調査にもとづき作成され、財政安定性のチェックも5年おきに行われているのである。

では、人口予測にもとづく近い将来像を探してみる。

現在の日本の総人口は、1億2,571万人（2020（令和2）年12月1日現在・概算値）と公表されている。対前年同月比で、▲43万人（▲0.34%）であった。

15歳未満は、1,498万人（11.9%）、15歳～64歳は、7,451万人（59.3%）、65歳以上は、3,822万人（28.8%）である。

同年の半年前となる7月1日（確定値）との比較では、15歳未満は、▲9万人（0.1減）、15歳～64歳は、▲13万人（微減）、65歳以上は、11万人増（0.1%増）となった。

＊（）内の％は構成比率

社人研の将来推計報告の最新版は、「平成29推計」であり、その内容を参考とする。

将来の人口推計では、出生中位推計の結果に基づけば、長期の人口減少過程に入り、

2020（令和2）年に1億24,836千人で、2040（令和22）年の1億11,919千人を経て、2053（令和35）年には1億人を割って99,240千人となり、2065（令和47）年には88,077千人になると推計されている。約半世紀で3割の減少予測である。しかし、子の減少はあくまでも経過であり、その後も人口減少は続く予想されている。さらにその後の将来推計は、以下のようになっている。

年次	総数	0～14歳	15～64歳	65歳以上	高齢化率
2020	125,325	15,075	74,058	36,192	28.9%
2040	110,919	11,936	59,777	39,206	30.6%
2042	109,131	11,726	58,053	39,352	31.2%
2050	101,923	10,767	52,750	38,406	37.7%
2065	88,077	8,975	45,291	33,810	38.4%
2100	59,718	6,110	30,737	22,870	38.3%
2115	50,555	5,200	25,924	19,432	38.4%

＊いずれも死亡・出生中位で算出（千人）

これらの推計値は、これまでの国勢調査等を勘案した数値であり、現在の状況が続いた場合の推計である。つまり何も対策がなければ、このような推計がされるというものであり、必ずこのような状況になるというものではない。もっとも日本政府に的確な政策がなければ推計は現実になるであろう。

社人研の将来予測は、上記の表となっているが、政府は長期的には9,000万人程度で安定的に推移すると想定・予測している。後に述べる合計特殊出生率がどのように推移するかにかかっている。

この推計からも解るとおり、就労人口（15歳～64歳）の人口は、すでに14歳までの人口は大きく変化することはないので、少なくとも15年間は既定の現実である。

この推計によれば、すでに日本は人口減少期に入り、約20年後の2042年には65歳以上の

人口がピークを迎える。高齢化率は、2065年に38.4%に達する。高齢化率は、その後も同水準で推移すると推計されている。

年金制度の維持だけが目的ではないが、70歳定年制、高齢者雇用、年金給付年齢の引き上げ、給付率の見直しは、優先政策となり、政争的となることが理解できよう。

70歳給付となれば、以下が人口推計である。

年次	総数	70歳以上	人口比率
2020	125,325	27,953	22.3%
2040	110,919	30,131	27.2%
2042	109,131	30,648	28.1%
2050	101,923	31,590	31.0%
2065	88,077	27,991	31.8%
2100	59,718	18,949	31.7%
2115	50,555	16,116	31.9%

＊いずれも死亡・出生中位で算出（千人）

（２）合計特殊出生率

合計特殊出生率は「15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもの」である。

年金制度を安定した制度とするためには、人口推計とともに、重要な経過データとなる。

合計特殊出生率には、次の２つの種類があり、一人の女性がその年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子どもの数に相当する。

A 「期間」 合計特殊出生率

ある期間（１年間）の出生状況に着目したもので、その年における各年齢（15～49歳）の女性の出生率を合計したもの。

女性人口の年齢構成の違いを除いた「その年の出生率」であり、年次比較、国際比較、地域比較に用いられている。

B 「コーホート」 合計特殊出生率

ある世代の出生状況に着目したもので、同一世代生まれ（コーホート）の女性の各年齢

（15～49歳）の出生率を過去から積み上げたもので「その世代の出生率」である。

実際に「一人の女性が一生の間に生む子どもの数」はBのコーホート合計特殊出生率であるが、この値はその世代が50歳に到達するまで得られないため、それに相当するものとしてAの期間合計特殊出生率が一般に用いられている。なお、各年齢別の出生率が世代（コーホート）によらず同じであれば、この二つの「合計特殊出生率」は同じ値になる。

ただし、晩婚化・晩産化が進行している状況等、各世代の結婚や出産の行動に違いがあり、各年齢の出生率が世代により異なる場合には、別々の世代の年齢別出生率の合計であるAの期間合計特殊出生率は、同一世代のBのコーホート合計特殊出生率の値と異なることに注意が必要である。（厚労省HPの説明文より）

特殊出生率の推移は、日本では半世紀以上にわたり率の低下傾向が続いている。

この傾向は、世界的な傾向（資料）となっているが、日本、韓国、ドイツなどでは、極めて深刻な問題となっている。

また、出産も晩婚化とともに、出産年齢（資料）が高くなってきている。

政府は、長年にわたり少子化対策として出産率の向上を目指し、諸政策を実施してきた。

しかし、安倍政治で象徴される「骨太の方針」でも具体的な数値目標は掲げるが、具体的政策の貧弱さから目標を達成する傾向はみられず、その傾向は続いている。

厚労省でも、政策について検討が進められているが、その視点は以下のような内容である。

「まず、保育所定員数、児童・家族関係給付費の改善と労働政策変数である女子短時間就業率（週35～42時間就業率）、女子正規就業率（週35時間以上就業率）、女子非正規賃金の代理変数のすべてを年率2%で変化する政策を実施すると2030年の合計特殊出生率は1.57（経済成長率0%を想定）から1.61（同年率2%を想定）の範囲に上昇し、最大1.72（政策変数3%変化）の上昇が推定される」（厚労省：少子化関連施策の効果と出生率の見通しに関する研究より）

この研究では、「子育て家族への支援水準（保育需要への対応や児童手当等の給付水準）や雇用労働環境（就業時間、非正規就業の割合等）が現状のまま留まると将来の出生率水準に改善が期待できない」とし、「家族労働政策」をより強力に推進する必要がある」としているのである。そこには、就労人口の減少からの女性就労確保と拡充の政策との両立が背景となっている。

その改善を図ることは、機会費用を低減させる財政上の効果をもたらし、出生率の回復にも貢献する。女性の就業人口の拡大と出産子育ての両立支援には保育支援を通じた家族政策が不可欠で、それによって将来の労働力供給の減少に対して有効な対応策となることも示唆している。

つまり、現在でも少なくない出産退職によって税を始めとする財政上の損失が発生する。

女性の就業人口の拡大と出産子育ての両立支援には保育支援を通じた家族政策が不可欠で、それによって将来の労働力供給の減少に対しても有効な対応策となるとの主旨である。

確かに、妊娠・出産時における就労環境の

整備や保育所に限らず子育て支援は重要である。

しかし、「子どもを持たない・持てない選択」があることを認識し、その理由を深く究明しなければならないのではないかと。

教育費の増高や就職環境の不安定さ、可処分所得の減少など課題は多様であり、それらの対策と両立しなければならないのである。

出生率の維持は、持続可能な社会の原点といえる。本腰が実感できる政治を創りあげなければならないだろう。

（3）物価変動率

物価上昇率とは、前月または前年などある時点を基準とした商品やサービスの価格変動の上昇の度合いを測る経済指標のことである。

公的年金制度では、全国消費者物価指数（総合）が前年と比べてどの程度変化したかが反映されることとなる。

この変動率のもととなる指数が、消費者物価指標である。政府・日銀の「2%のこだわり」は、ご承知のことであろう。

他の先進国と比べると、日本の物価上昇率は極めて低く推移している現状にある。

2018年の消費者物価指数は、ロシアが3.67、インドが3.60、イギリスが2.68、米国が2.14、オーストラリアが1.97、韓国が1.94、ドイツが1.70、イタリアが1.33、フランスが1.17、日本は0.47、となっており、世界の先進諸国と比較してもかなり低い水準にあることがわかる。

日本銀行は物価上昇率の目標を2%とし続けているが、これは2%くらいずつ物価が上がる経済状況が好ましいと日本銀行が判断しているのである。そのために日本銀行は、金

利水準や流通するお金の量をコントロールし、物価や金融システムの安定を目的に金融政策を行っているのである。

法律で、日本銀行の仕事は物価の安定を図ることであると規程されており、物価の安定の最適な水準が2%であると日本銀行は判断し、金融政策が進められてきた。この物価上昇率2%という目標は世界共通の目標でもあり、連邦準備制度理事会やヨーロッパ中央銀行も2%の物価上昇率を目標にしている。

日本の消費者物価指数は、1990年代（バブル崩壊以降）からほとんど変わらず、他の国はインフレとなっているが、日本だけはデフレが進行しているのである。

安倍政権の政策運営の中でも金融政策の重要性が顕著であった。具体的にはマイナス金利の実施や株式の買い入れなど、かなり思い切った金融緩和策が実施されてきたのである。

しかし、そうした積極的な金融緩和策にもかかわらず、わが国経済はデフレから脱却することができず、金融政策を中心とするアベノミクスは限界との指摘が増えてきているのである。

現在のところ、日本銀行が目指している物価上昇率2%は達成できず、日銀の黒田総裁は2013年に就任しているが、一度もその目標を達成することができていない。2019年現在でも物価はプラス1.20となっており、消費者物価の年度ごとの推移でも日本では20年あまり物価上昇率2%を経験していないのである。

これまでの経過からも、金融政策が抜本的な変革なしに、将来の見通しとしても、物価上昇率2%を達成することは困難であると考えられる。その影響は公的年金の給付に影響

を与え続けるのである。

（4）マクロ経済スライドの仕組み

年金の改定には、柔術のほかに賃金変動率がある。賃金変動率は、その名のとおり、前年の物価変動率に2年度前から4年度前までの3年度平均の実質賃金変動率と可処分所得割合変化率を乗じたものである。

年金制度では、（物価変動率）×（実質賃金変動率）×（可処分所得割合変化率）が、算定されマクロ経済スライド調整率の発動状況により改定率が決まることとなる。

「マクロ経済スライド」方式は、2004（平成16）年改正で導入され、今後20年程度の間としてこれまでの年金額改定の根拠とされてきた、その目的は、少子・高齢化の進展に応じて、年金額の伸びを抑制し、将来世代の給付水準を維持するためのものとされている。一言でいえば、高齢化の進展による給付額抑制の方式である。

年金額の改定は、物価変動率、名目手取り賃金変動率がともにプラスで、物価変動率が名目手取り賃金変動率を上回る場合には、年金を受給し始める際の年金額（新規裁定年金）、受給中の年金額（既裁定年金）ともに名目手取り賃金変動率を用いることが法律により定められている。

公的年金の支給額を抑える「マクロ経済スライド」が2020年度（令和2年度）に発動されたが、発動は、2005年度の制度スタート以来、2015年度、2019年度、2020年度と続き3回の発動状況である。

マクロ経済スライドとは、公的年金被保険者の減少と平均余命の伸びが大きく影響する。それらの状況に基づいて、スライド調整率が

設定され、その分を賃金と物価の変動がプラスとなる場合に改定率から控除されるのである。

マクロ経済スライドによる調整を計画的に実施することで、将来世代の年金の給付水準を確保することにつながるとしている。しかし受給者にとっては、必ずマイナスの要因となることから、実際の生活を多少なりとも下げる要因なのである。

2021年度では、マクロ経済スライド調整率（2021年）は、公的年金被保険者数変動率×▲0.3%（平均余命の伸び・固定）、短時間労働者への適用拡大などで、公的年金被保険者の数は0.2%くらいとすると、 $0.2\% \times \blacktriangle 0.3\%$ で、2020年度と同じ▲0.1%となり、賃金物価上昇局面に限って発動されることから、マクロ経済スライドは発動できず、翌年以降にキャリアオーバーとなった。

結論として、2021年度の年金額は▲0.1%に減額の見通しで、基礎年金で月60円、厚生年金で月200円程度減額の見通しとなっている。

このように、年金制度は平成の時代では旧対象も給付額の決定システムも大きく変化時代といえる。

現在は、「マクロ経済スライド」方式により、自動的に調整がされることとなっているが、当初見込みからする20年間は、間もなくその期限を迎える。

少子化、受給者の増加、所得格差、就労人口の減少などの状況では、これまでの「マクロ経済スライド」方式で乗り越えることはできないであろう。大きな転機を迎えることは、間違いない。

3. 将来の年金制度とまとめ

年金制度は、「生き物」と称されることがある。社会の変化に応じて、その姿を変えることからくる。日本の歴史でも多くの変化の中で、「将来も安定」の使命を受け、その姿を変えてきた。様々な変化は続いているが、今日の変化は、制度創設から考えると多くが「想定外」の変化であろう。

出生率の目標達成は進まず、医療の発展は寿命を延ばし超高齢化社会へと発展した。人口減少は拍車がかかり、就労人口は減少し続けている。非正規・短時間労働者は増加し、所得格差が拡大している。若者を中心に、長期雇用者の比率が減少し、年功序列型賃金制度は崩れ、賃金のフラット化がすすんでいる。

家族像も変化している。女性の就業率は上昇し、離婚率の上昇でひとり親世帯が増加している。人口減少にあって家族主義的な性格が強く、世帯数も単身世帯も増加している。まだまだ近年の変化はあるが、このような変化を日本の年金制度は予測していなかったのである。これらの変化に対し、応急手当てで過ぎた限界が到来しているのではないだろうか。

このような変化は、日本特有のものではなく、年金制の将来への改革問題は世界共通の課題となっているのである。

安倍内閣以来、政府がめざす全世代型社会保障への改革の目玉が、70歳までの就業機会の確保である。これを進めていく上で、必要な年金制度の見直しとして「年金の受給開始時期の柔軟化」と「在職老齢年金制度の見直し」が挙げられている。

これまでの「骨太方針」にも「厚生年金の適用拡大」、「受給開始時期の柔軟化」そし

て「在職老齢年金制度の見直し」が盛り込まれてきた。

「厚生年金の適用拡大」は、2016年10月以降、それまでの厚生年金の適用基準が緩和され、短時間労働者が厚生年金に加入できることとなり、2019年1月現在で43.3万人の短時間労働者が新たに厚生年金に加入している。

政府は引き続き適用拡大を進めるとしている。その背景には、短時間労働者の将来への所得保障や、就労希望者への環境の整備がある。

厚生年金への加入によって、基礎年金に加え報酬比例年金が受け取れるため、将来の年金受給額を増やすこととなる。保険料負担は労使折半であり、自身の保険料負担は国民年金に加入している場合よりも少ない負担で年金の上乗せが可能となるのである。

「年金の受給開始時期の柔軟化」に関しては、現在、年金の受給開始は原則65歳で、60歳への繰り上げや70歳までの繰り下げを自由に選べる仕組みだが、これを70歳超でも繰り下げ受給を選択できるようにする見直しが検討されている。

繰り下げ受給を選択すれば毎月の年金額は上乗せされ、生涯にわたり割増し年金を受け取ることができる。長生きリスクに対応するために、高齢になってもなるべく長く働こうというインセンティブになる可能性がある。

「在職老齢年金制度の見直し」については、高齢者の就労意欲を阻害しない観点からの見直しが検討されている。

在職老齢年金制度は、一定以上の賃金収入がある厚生年金受給者に対し、年金の一部ま

たは全額が支給停止される仕組みで、働いた分の全てではないが働くほど年金が減るため、高齢者の就労を抑制しているという指摘がされてきた。

しかし、単純に制度を廃止すれば、支給停止中の年金給付のための多額な財源が必要となる。また、働くことによって得られた収入によって、年金額の削減ばかりか、健康保険や介護保険や税などの負担が増加し、就労意欲を削ぐことになることも現実である。就労による所得が得られなくなったときの保険であるという年金の本質も踏まえつつ、高齢者就労の環境や効果と年金財政に与える影響等を十分に考慮し、検討が進められるべき課題となっている。

この数年の年金課題の検討状況は、エイジレス時代にある高齢者就労と女性の就労拡大、さらに家族構成の変化への対応などが中心となっている。働きたい人には働きやすい環境が整備され、労働意欲を持った就労に期待がかかっている。女性の就労拡大も同様である。

そのためには、人々が将来の年金額を増やせることも期待されている。

残念ながら中長期的には、公的年金の実質的な給付水準は引き下げられることが見込まれる中で、ではどのように老後に備えるべきか、多くの国民の悩みであり、老後の大きな不安につながっている。

いわゆる「年金の2,000万円不足問題」など不安を煽ることが繰り返される制度には、いくつかの欠陥があるのであろう。

現役時代からの資産形成で老後に備えることも方法の一つだが、働けるうちは働くことで生涯所得と年金額を増やすことが可能な年

金改革は必要なのである。さらに、水準引き下げの手法は、「制度を解りにくいもの」にすることであったのである。

このことは、欧州の国々でも共通し、「不透明戦略」とも言われている。

年金改革は、「生きもの」と前述したが、時々の変化に対応しながらも、長期的なビジョンや制度の理念をしっかりと備えた改革が求められているであろう。そして全ての国民に理解できる・解りやすい制度に努めなければならない。

選挙の度に繰り返される「わが党の年金制度改革」に、国民はウンザリしつつある。

年金制度の果たすべき役割を再認識し、国民の期待に応え得る「改革」を望み続けたいものである。

最後に、厚労省は「国民一人ひとり、ねんきんネット等を活用しながら、高齢期の生活設計に思いを巡らす日」として、平成26年度から毎年11月30日（いいみらい）を「年金の日」とした。来る日に「良い未来」が見えることを期待したい。

国民年金保険料の返還

保険料を納付する月分	定 額		付加保険料		半額免除 (H14.4～)	4分の1納付 (H18.7～)	4分の3納付 (H18.7～)
	35歳未満	35歳以上					
昭和36年4月～昭和41年12月	¥100	¥150					
昭和42年1月～昭和43年12月	¥200	¥250					
昭和44年1月～昭和45年6月	¥250	¥300					
昭和45年7月～昭和47年6月		¥450	¥350 (10月から)				
昭和47年7月～昭和48年12月		¥550		¥350			
昭和49年1月～昭和49年12月		¥900		¥400			
昭和50年1月～昭和51年3月		¥1,100		¥400			
昭和51年4月～昭和52年3月		¥1,400		¥400			
昭和52年4月～昭和53年3月		¥2,200		¥400			
昭和53年4月～昭和54年3月		¥2,730		¥400			
昭和54年4月～昭和55年3月		¥3,300		¥400			
昭和55年4月～昭和56年3月		¥3,770		¥400			
昭和56年4月～昭和57年3月		¥4,500		¥400			
昭和57年4月～昭和58年3月		¥5,220		¥400			
昭和58年4月～昭和59年3月		¥5,830		¥400			
昭和59年4月～昭和60年3月		¥6,220		¥400			
昭和60年4月～昭和61年3月		¥6,740		¥400			
昭和61年4月～昭和62年3月		¥7,100		¥400			
昭和62年4月～昭和63年3月		¥7,400		¥400			
昭和63年4月～平成元年3月		¥7,700		¥400			
平成元年4月～平成2年3月		¥8,000		¥400			
平成2年4月～平成3年3月		¥8,400		¥400			
平成3年4月～平成4年3月		¥9,000		¥400			
平成4年4月～平成5年3月		¥9,700		¥400			
平成5年4月～平成6年3月		¥10,500		¥400			
平成6年4月～平成7年3月		¥11,100		¥400			
平成7年4月～平成8年3月		¥11,700		¥400			
平成8年4月～平成9年3月		¥12,300		¥400			
平成9年4月～平成10年3月		¥12,800		¥400			
平成10年4月～平成11年3月				¥400			
平成11年4月～平成12年3月				¥400			
平成12年4月～平成13年3月				¥400			
平成13年4月～平成14年3月		¥13,300		¥400			
平成14年4月～平成15年3月				¥400			
平成15年4月～平成16年3月				¥400	¥6,650		
平成16年4月～平成17年3月				¥400			
平成17年4月～平成18年3月		¥13,580		¥400	¥6,790		
平成18年4月～平成19年3月		¥13,860		¥400	¥6,930	¥3,470	¥10,400
平成19年4月～平成20年3月		¥14,100		¥400	¥7,050	¥3,530	¥10,580
平成20年4月～平成21年3月		¥14,410		¥400	¥7,210	¥3,600	¥10,810
平成21年4月～平成22年3月		¥14,660		¥400	¥7,330	¥3,670	¥11,000
平成22年4月～平成23年3月		¥15,100		¥400	¥7,550	¥3,780	¥11,330
平成23年4月～平成24年3月		¥15,020		¥400	¥7,510	¥3,760	¥11,270
平成24年4月～平成25年3月		¥14,980		¥400	¥7,490	¥3,750	¥11,240
平成25年4月～平成26年3月		¥15,040		¥400	¥7,520	¥3,760	¥11,280
平成26年4月～平成27年3月		¥15,250		¥400	¥7,630	¥3,810	¥11,440
平成27年4月～平成28年3月		¥15,590		¥400	¥7,800	¥3,900	¥11,690
平成28年4月～平成29年3月		¥16,260		¥400	¥8,130	¥4,070	¥12,200
平成29年4月～平成30年3月		¥16,490		¥400	¥8,250	¥4,120	¥12,370
平成30年4月～平成31年3月		¥16,340		¥400	¥8,170	¥4,090	¥12,260
平成31年4月～令和2年3月		¥16,410		¥400	¥8,210	¥4,100	¥12,310
令和2年4月～令和3年3月		¥16,540		¥400	¥8,270	¥4,140	¥12,410

(出典・厚生労働省)

老齢基礎年金の支給額の推移

改定年月	満額の年金額	改定年月	満額の年金額	改定年月	満額の年金額	改定年月	満額の年金額
1961年	24,000円	1988年4月～	627,200円	2003年4月～	797,000円	2019年4月～	780,100円
1966年	60,000円	1989年4月～	666,000円	2004年4月～	794,500円	2020年4月～	781,700円
1969年	96,000円	1990年4月～	681,300円	2006年4月～	792,100円		
1973年	240,000円	1991年4月～	702,000円	2011年4月～	788,900円		
：	：	1992年4月～	725,300円	2012年4月～	786,500円		
1976年	390,000円	1993年4月～	737,300円	2013年10月～	778,500円		
：	：	1994年4月～	747,300円	2014年4月～	772,800円		
1980年	504,000円	1994年10月～	780,000円	2015年4月～	780,100円		
：	：	1995年4月～	785,500円	2016年4月～	780,100円		
1986年4月～	622,800円	1998年4月～	799,500円	2017年4月～	779,300円		
1987年4月～	626,500円	1999年4月～	804,200円	2018年4月～	779,300円		

※満額とは、1941年（昭和16年）4月2日以後に生まれた人が、40年間（20歳から60歳まで）全てが保険料納付済期間である場合の支給額である。

ただし、1941年（昭和16年）4月1日以前に生まれた人は、生年月日により25～39年納付すれば、満額の支給額になる。

（出典：厚生労働省）

生涯受給の年金 世界ランキング

年金見込額（税引後 - 低所得者）

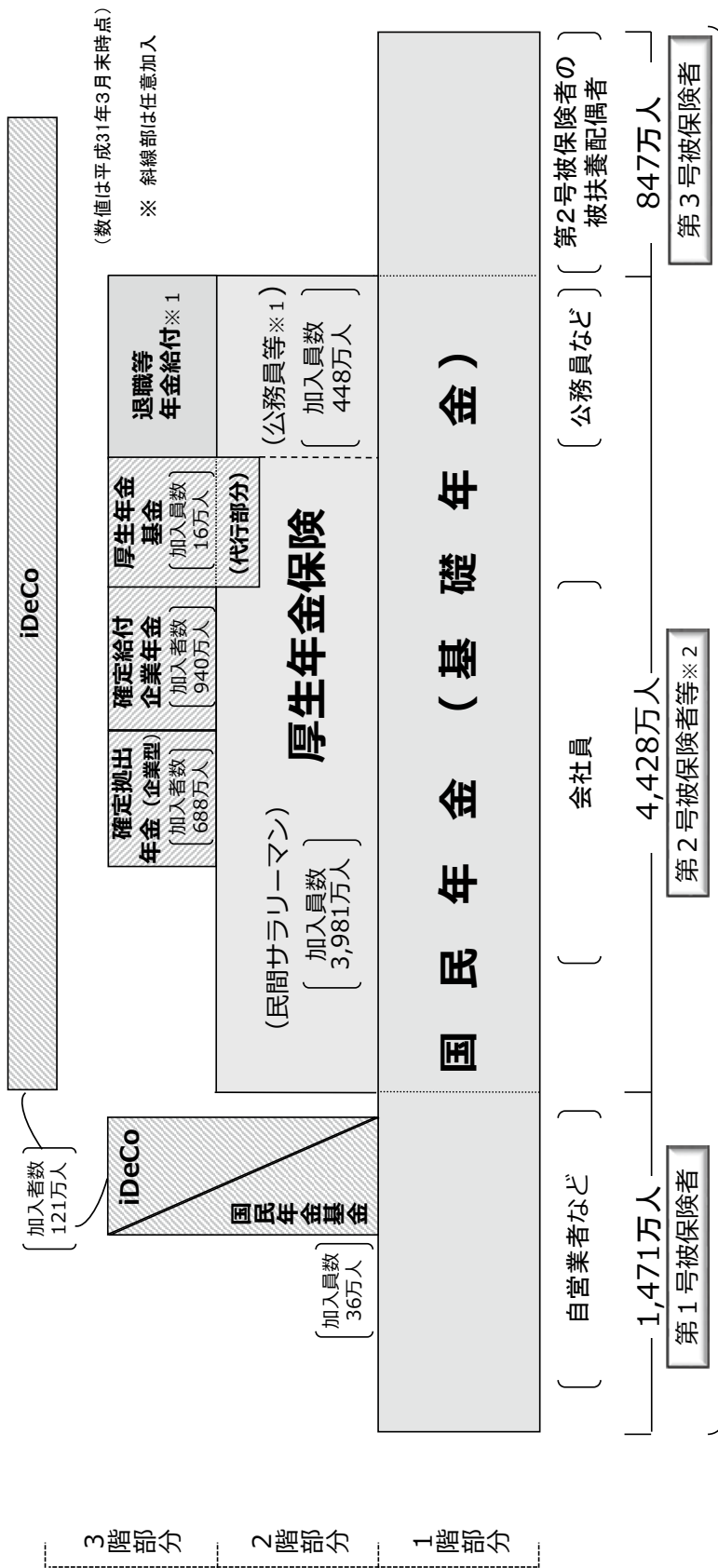
* 退職前所得 × データ（2018年） = 生涯受給年金額

順位	国名	データ	順位	国名	データ
1	ブラジル	25.0	26	スペイン	12.2
2	ルクセンブルク	23.5	27	アイルランド	11.9
3	中国	21.0	28	ギリシャ	11.7
4	ニュージーランド	17.5	29	フィンランド	11.3
5	チェコ	17.2	29	韓国	11.3
6	インド	17.0	31	ドイツ	11.2
7	アルゼンチン	16.9	32	スイス	11.0
8	マルタ	16.8	33	カナダ	10.9
9	オーストリア	16.6	33	ノルウェー	10.9
9	トルコ	16.6	33	ロシア	10.9
11	サウジアラビア	16.2	36	スウェーデン	10.8
12	アイスランド	14.7	37	米国	10.4
13	イスラエル	14.6	38	イギリス	9.7
14	ブルガリア	14.4	39	エストニア	9.3
14	デンマーク	14.4	39	南アフリカ	9.3
14	イタリア	14.4	41	日本	8.8
14	スロベニア	14.4	42	インドネシア	8.6
18	ハンガリー	14.0	43	ラトビア	8.5
19	ポルトガル	13.9	44	チリ	8.2
20	キプロス	13.8	45	リトアニア	7.9
21	オーストラリア	13.6	46	クロアチア	7.7
22	オランダ	13.5	47	ルーマニア	7.4
23	フランス	13.0	48	ポーランド	6.1
24	ベルギー	12.4	49	メキシコ	5.9
25	スロバキア	12.3	999	世界計	12.4

- ・世界主要国の純年金見込額 国際比較統計・ランキング。（出典：OECD）
- ・各国の純年金見込額（税・保険料支払い後）と国別順位を掲載。
- ・単位は倍。
- ・年金見込額は年金の全支給期間の給付総額を現在価値にしたもので、一時金資産として換算した。
年金見込額が退職前所得（現役時代の年収）の何倍かで各国比較している。
- ・純年金見込額は税金・社会保険料支払い後の現役所得・年金額ベース（所謂手取りベース）。
- ・対象の年金は強制加入年金（公的年金・私的年金含む）及び加入率が85%以上になる準強制加入の年金。
- ・数値はOECDが当年に社会人になった労働者が将来受け取る年金を一定の前提条件で試算し、算出した。
- ・主な前提条件は以下の通り。
 - － 個人属性：男性、単身世帯、民間企業の被雇用者（従業員）
 - － 現役時代の所得：当該国の平均賃金
 - － 勤続年数：20歳から当該国の年金受給年齢まで（年金受給が65歳なら45年間）
 - － 確定拠出型年金の投資収益率：3.5%/年
 - － 実質賃金上昇率（物価上昇控除後）：2%/年
 - － 物価上昇率：2.5%/年
 - － 割引率：2%/年
 - － 死亡率：世銀・国連統計の各国見込み値

年金制度の仕組み

- 現役世代は**全て国民年金の被保険者**となり、**高齢期**となれば、**基礎年金**の給付を受ける。(1階部分)
- 民間サラリーマンや公務員等は、これに加え、**厚生年金保険**に加入し、**基礎年金**の上乗せとして報酬比例年金の給付を受ける。(2階部分)
- また、希望する者は、iDeCo(個人型確定拠出年金)等の**私的年金**に任意で加入し、さらに上乗せの給付を受けることができる。(3階部分)



※1 被用者年金制度の一元化に伴い、平成27年10月1日から公務員および私学教職員も厚生年金に加入。また、共済年金の職域加算部分は廃止され、新たに退職等年金給付が創設。ただし、平成27年9月30日までの共済年金に加入していた期間分については、平成27年10月以後においても、加入期間に応じた職域加算部分を支給。

※2 第2号被保険者等とは、厚生年金被保険者のことをいう (第2号被保険者のほか、65歳以上で老齢、または、退職を支給事由とする年金給付の受給権を有する者を含む)。

詳細データ① 公的年金被保険者数の推移（年度末現在）

（単位：千人）

年度	被保険者 総 数	国民年金 第1号 被保険者	厚生年金保険被保険者 （国民年金第2号被保険者等）		国民年金 第3号 被保険者
			第1号	第2～4号	
1987（昭和62）年度	64,105	19,292	28,216	5,299	11,299
90（平成 2）	66,313	17,579	31,493	5,285	11,956
95（ 7）	69,952	19,104	33,275	5,372	12,201
2000（ 12）	70,491	21,537	32,192	5,231	11,531
01（ 13）	70,168	22,074	31,576	5,184	11,334
02（ 14）	70,460	22,368	32,144	4,712	11,236
03（ 15）	70,292	22,400	32,121	4,677	11,094
04（ 16）	70,293	22,170	32,491	4,639	10,993
05（ 17）	70,447	21,903	33,022	4,599	10,922
06（ 18）	70,383	21,230	33,794	4,569	10,789
07（ 19）	70,066	20,354	34,570	4,514	10,628
08（ 20）	69,358	20,007	34,445	4,471	10,436
09（ 21）	68,738	19,851	34,248	4,429	10,209
10（ 22）	68,258	19,382	34,411	4,418	10,046
11（ 23）	67,747	19,044	34,515	4,410	9,778
12（ 24）	67,356	18,637	34,717	4,399	9,602
13（ 25）	67,175	18,054	35,273	4,394	9,454
14（ 26）	67,134	17,420	35,985	4,409	9,319
15（ 27）	67,119	16,679	36,864	4,425	9,151
16（ 28）	67,309	15,754	38,218	4,447	8,890
17（ 29）	67,335	15,052	39,112	4,469	8,701
18（ 30）	67,462	14,711	39,806	4,478	8,467

資料：厚生労働省年金局「厚生年金保険・国民年金事業の概況」等

- （注）
1. 国民年金第1号被保険者には任意加入被保険者を含んでいる。
 2. 厚生年金被保険者は、国民年金第2号被保険者のほか、65歳以上で老齢又は退職を支給事由とする年金給付の受給権を有する被保険者を含む。
 3. 厚生年金保険の第1号被保険者は、平成26年度以前は厚生年金保険の被保険者、平成27年度以降は第1号厚生年金被保険者を計上している。
 4. 厚生年金保険の第2～4号被保険者は、平成26年度以前は共済組合の組合員、平成27年度以降は第2～4号厚生年金被保険者を計上している。

詳細データ② 公的年金受給者数の推移（年度末現在）

（単位：千人）

年度	総数	国民年金	（再掲） 基礎のみ・旧国年	厚生年金保険（共済年金を含む）		福祉年金
				第1号	第2～4号（共済年金を含む）	
1987（昭和62）年度	22,523	10,077	10,020	8,306	2,652	1,488
90（平成 2）	25,014	11,001	10,841	10,023	3,027	964
95（ 7）	32,373 〈29,479〉	14,751	11,667	13,621	3,602	400
2000（ 12）	40,790 〈33,998〉	19,304	12,078	18,074	3,275	137
01（ 13）	42,731 〈35,084〉	20,238	12,107	19,005	3,380	107
02（ 14）	44,748 〈36,210〉	21,222	12,129	20,315	3,130	82
03（ 15）	46,771 〈37,396〉	22,111	12,107	21,369	3,229	62
04（ 16）	48,710 〈38,460〉	22,997	12,043	22,334	3,333	47
05（ 17）	50,566 〈39,347〉	23,954	11,952	23,156	3,421	34
06（ 18）	52,542 〈40,298〉	24,968	11,874	24,043	3,506	24
07（ 19）	54,797 〈41,464〉	25,925	11,740	25,226	3,628	17
08（ 20）	57,435 〈42,825〉	26,949	11,509	26,684	3,790	12
09（ 21）	59,883 〈44,135〉	27,787	11,221	28,141	3,948	8
10（ 22）	61,882 〈45,269〉	28,343	10,917	29,433	4,101	5
11（ 23）	63,841 〈46,184〉	29,122	10,675	30,479	4,237	3
12（ 24）	66,216 〈46,987〉	30,305	10,473	31,535	4,373	2
13（ 25）	68,004 〈47,419〉	31,397	10,234	32,164	4,442	1
14（ 26）	69,877 〈48,009〉	32,409	9,993	32,932	4,535	1
15（ 27）	71,580 〈48,618〉	33,229	9,748[8,793]	33,703	4,647	0
16（ 28）	72,623 〈48,745〉	33,858	9,498[8,510]	34,094	4,672	0
17（ 29）	74,646 〈49,591〉	34,839	9,336[8,315]	35,060	4,747	0
18（ 30）	75,429 〈49,647〉	35,294	9,096[8,041]	35,296	4,839	0

資料：厚生労働省年金局「厚生年金保険・国民年金事業の概況」等

- （注）
1. 〈 〉内は厚生年金保険（第1号）と基礎年金（同一の年金種別）を併給している者の重複分を控除した場合の受給者数である。ただし、平成14年度から平成23年度までは、旧農林共済年金と基礎年金（同一の年金種別）を併給している者の重複分は控除されていない。
 2. 基礎のみ・旧国年とは、同一の年金種別の厚生年金保険（第1号）（旧共済組合を除く）の受給権を有しない基礎年金及び旧法国民年金の受給者をいう。
 3. []内は基礎のみ共済なし・旧国年の数値。基礎のみ共済なしは基礎のみの受給者のうち、共済組合等の組合員等たる厚生年金保険の被保険者期間（平成27年9月以前の共済組合等の組合員等の期間を含む）を有しない受給者の数である。
 4. 職務上・公務上を含む。
 5. 厚生年金保険（第1号）の受給者は、平成26年度以前は厚生年金の受給者を計上している。平成27年度以降は、厚生年金保険受給者全体から、共済組合等の組合員等たる厚生年金保険の被保険者期間（平成27年9月以前の共済組合等の組合員等の期間を含む）のみの者を除き、さらに、障害厚生年金受給者及び短期要件分の遺族厚生年金受給者について、それぞれ初診日又は死亡日に共済組合等の組合員等であった者を除いた者を計上している。
 6. 厚生年金保険（第2～4号）の受給者は、平成7年度以前は共済年金の受給権者数を、平成12年度から平成26年度までは共済年金の受給者を、それぞれ計上している。平成27年度以降は、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合及び日本私立学校振興・共済事業団から支給される、厚生年金または共済年金の受給者を計上している。

年金額・保険料の推移

詳細データ① 年金額の推移

〔国民年金〕

	老齢基礎年金	障害基礎年金（1級）	障害基礎年金（2級）	遺族基礎年金（子1人）
2004（平成16）年度	66,208円	82,758円	66,208円	85,258円
2005（ 17）年度	66,208円	82,758円	66,208円	85,258円
2006（ 18）年度	66,008円	82,508円	66,008円	85,000円
2007（ 19）年度	66,008円	82,508円	66,008円	85,000円
2008（ 20）年度	66,008円	82,508円	66,008円	85,000円
2009（ 21）年度	66,008円	82,508円	66,008円	85,000円
2010（ 22）年度	66,008円	82,508円	66,008円	85,000円
2011（ 23）年度	65,741円	82,175円	65,741円	84,658円
2012（ 24）年度	65,541円	81,925円	65,541円	84,400円
2013（ 25）年4月～9月	65,541円	81,925円	65,541円	84,400円
2013（ 25）年10月～2014（ 26）年3月	64,875円	81,091円	64,875円	83,541円
2014（ 26）年度	64,400円	80,500円	64,400円	82,933円
2015（ 27）年度	65,008円	81,258円	65,000円	83,716円
2016（ 28）年度	65,008円	81,260円	65,000円	83,716円
2017（ 29）年度	64,941円	81,177円	64,941円	83,633円
2018（ 30）年度	64,941円	81,177円	64,941円	83,633円
2019（令和元）年度	65,008円	81,260円	65,008円	83,716円
2020（令和2）年度	65,141円	81,427円	65,141円	83,882円

（注）老齢基礎年金は、40年間保険料を納付した場合の額（満額）

〔標準的な年金受給世帯の年金額（夫婦の基礎年金＋夫の厚生年金）〕

	老齢厚生年金（注1）		老齢厚生年金（注2）
2004（平成16）年度	233,299円	2015（平成27）年度	221,507円
2005（ 17）年度	233,299円	2016（ 28）年度	221,504円
2006（ 18）年度	232,591円	2017（ 29）年度	221,277円
2007（ 19）年度	232,591円	2018（ 30）年度	221,277円
2008（ 20）年度	232,591円	2019（令和元）年度	221,504円
2009（ 21）年度	232,591円		
2010（ 22）年度	232,591円		
2011（ 23）年度	231,648円		
2012（ 24）年度	230,940円		
2013（ 25）年4月～9月	230,940円		
2013（ 25）年10月～2014（ 26）年3月	228,591円		
2014（ 26）年度	226,925円		

（注1）特例水準の計算式によって算出された給付水準

（夫が平均的収入（平均標準報酬月額（賞与を除く）36.0万円）で40年間就業し、妻がその期間全て専業主婦であった世帯が受け取り始める場合の額）

（注2）本来の計算式によって算出された給付水準

（夫が平均的収入（平均標準報酬月額（賞与含む月額換算）42.8万円）で40年間就業し、妻がその期間全て専業主婦であった世帯が受け取り始める場合の額）

（注3）平均的な収入（平均標準報酬（賞与含む月額換算）43.9万円）で40年間就業した場合に受け取り始める年金（老齢厚生年金と2人分の老齢基礎年金（満額））の給付水準です。

（注4）2014年度額と2015年度額を比較すると減額となっているのは、2015年度については、特例水準の解消により、直近の状況に即してモデルの前提・計算式を改めたことによるもの。

詳細データ② 保険料の推移

〔国民年金〕

	国民年金保険料額
2004（平成16）年度	13,300円
2005（ 17）年度	13,580円
2006（ 18）年度	13,860円
2007（ 19）年度	14,100円
2008（ 20）年度	14,410円
2009（ 21）年度	14,660円
2010（ 22）年度	15,100円
2011（ 23）年度	15,020円
2012（ 24）年度	14,980円
2013（ 25）年度	15,040円
2014（ 26）年度	15,250円
2015（ 27）年度	15,590円
2016（ 28）年度	16,260円
2017（ 29）年度	16,490円
2018（ 30）年度	16,340円
2019（令和元）年度	16,410円
2020（令和2）年度	16,540円

（注）国民年金保険料額は、毎年、280円（※）ずつ引き上げ、平成29年度に16,900円（※）で固定された。

産前産後期間の保険料免除開始に伴い、平成31年4月以降は17,000円（※）。

（※）平成16年度の賃金水準を基準として価格表示

〔厚生年金〕

	厚生年金保険料率
2004（平成16）年10月～	13.934%
2005（ 17）年9月～	14.288%
2006（ 18）年9月～	14.642%
2007（ 19）年9月～	14.996%
2008（ 20）年9月～	15.350%
2009（ 21）年9月～	15.704%
2010（ 22）年9月～	16.058%
2011（ 23）年9月～	16.412%
2012（ 24）年9月～	16.766%
2013（ 25）年9月～	17.120%
2014（ 26）年9月～	17.474%
2015（ 27）年9月～	17.828%
2016（ 28）年9月～	18.182%
2017（ 29）年9月～	18.300%

（注）厚生年金保険料率は、毎年、0.354%ずつ引き上げ、平成29年9月以降、18.3%で固定された。

納付率 (%)

納付対象月数 (現年度分)

納付月数 (現年度分)

現年度納付率

最終納付率

新法施行

二十歳以上の学生を強制適用

届出がない場合の手帳送付による資格取得の手続き(いわゆる「賦権適用」)開始(二十歳到達者)

学生納付特別の導入

保険料収納事務を国が一元的に実施

免除基準改正・半額免除の導入

若年者納付猶予の導入

多段階免除の導入

納付猶予制度の拡大

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

100

50

0

月数 (百万月)

(年度)

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

100

50

0

月数 (百万月)

(年度)

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

100

50

0

月数 (百万月)

(年度)

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

100

50

0

月数 (百万月)

(年度)

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

100

50

0

月数 (百万月)

(年度)

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

100

50

0

月数 (百万月)

(年度)

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

100

50

0

月数 (百万月)

(年度)

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

100

50

0

月数 (百万月)

(年度)

令和

平成

昭和

元

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

250

200

150

(注) 保険料は過去2年分の納付が可能であり、過年度に納付されたものを加えた納付率である。

詳細資料②

年金制度の国際比較

(※1)

	日 本	アメリカ	英 国	ドイツ (※2)	フランス (※2)	スウェーデン (※2)
制度体系	厚生年金保険 国民年金（基礎年金） 全居住者	（適用対象外） 老齢・遺族・障害保険 無業者 被用者及び自営業者	（適用対象外） 国家年金 所得	（適用対象外） 自営業者年金 一部自営業者 一般年金保険 年金山保労働者 無業者・自営業者 被用者及び一部自営業者	（適用対象外） 業種ごとに制度が分立 一般制度 無業者 自営業者 被用者	（※3） 保証年金 所得に基づく年金 プレミアム年金 所得
被保険者	全居住者	無業者を除き居住者は原則加入	一定以上の所得のある居住者	居住している被用者は原則加入 (注) 医師、弁護士等の一部の自営業者も加入	無業者を除き居住者は原則加入	一定以上の所得のある居住者
保険料率 (一般被用者の場合)	厚生年金保険 18.3% (労使折半) 国民年金 月額16,540円 (定額)	12.4% (労使折半)	25.8% (※4) 〔 本人 : 12.0% 事業主 : 13.8% 〕	18.6% (労使折半)	17.75% (※5) 〔 本人 : 7.30% 事業主 : 10.45% 〕	17.21% (※6) 〔 本人 : 7.0% 事業主 : 10.21% 〕
支給開始年齢 (※7)	厚生年金保険 ・男性：63歳 ・女性：61歳 (注) 男性は2025年度までに、 女性は2030年度までに 65歳に引き上げ予定 国民年金（基礎年金） 65歳	66歳 (注) 2027年までに67歳 に引き上げ予定	65歳7か月 (注) 2046年までに68歳 に引き上げ予定	65歳8か月 (注) 2029年までに67歳 に引き上げ予定	満額拠出期間(※8) を満たす場合 62歳 満額拠出期間 を満たさない場合 66歳2か月 (注) 2022年までに67歳 に引き上げ予定	— (注) 61歳以降本人が 受給開始時期を選択
最低加入期間	10年	40四半期 (10年相当) (※9)	10年	5年	なし	なし
財政方式	賦課方式	賦課方式	賦課方式	賦課方式	賦課方式	賦課方式 (注) プレミアム年金は 積立方式

※1 2019年末時点(ただし、日本の保険料率及び支給開始年齢は2020年4月1日時点)

※2 ドイツは一般年金保険、フランスは一般制度、スウェーデンは所得に基づく年金についての保険料率、支給開始年齢等をそれぞれ記載している。

※3 スウェーデンの保証年金は、低・無年金者に対して税財源により支給される制度である。支給開始年齢は65歳で、3年以上のEU諸国等(うち1年以上はスウェーデン)での居住が必要。

※4 英国の保険料は、失業給付等の年金以外の種類の給付にも充てられるものとして徴収されている。また、本人負担分の保険料率については、所得に応じて、異なる料率となる場合がある。

※5 所得に応じて、異なる料率となる場合がある。

※6 この保険料率は、老齢年金に充てられるものとして徴収されている保険料の料率であり、遺族・障害年金の保険料については、別途課せられ、事業主のみが負担する。

※7 上記の表における支給開始年齢とは、給付算定式で得られた額を増減額なく受け取ることができる年齢をいい、国によっては生年月日や職種等によって例外が設けられている場合がある。

※8 満額拠出期間とは、年金額の満額受給に必要な保険料拠出期間をいう。2019年末現在62歳の者は41.5年(166四半期)であるが、段階的に延長されており、2035年以降は43年(172四半期)となる。

※9 所定の保険料納付に応じて、1年につき最大4単位分の保険料記録が付与されるところ、老齢年金の受給には、40単位分(10年相当)の保険料記録が必要となっている。

資料出所：各国政府の発表資料 ほか

医療費抑制政策からの転換

— 公的医療保険の変遷と課題 —

元・内閣官房専門調査員

横 田 昌 三

はじめに

昨年来の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、検査体制の不十分さが指摘され、医療提供体制の逼迫が現実化している。「感染症は不平等のリトマス試験紙」（ミシガン大学のジョン・ゼルナー氏）というように、新型コロナウイルスは、貧富や正規・非正規、職業、デジタル・デバイド、世代などの格差や差別、分断、対立といった社会のひずみを「見える」化している。新型コロナウイルス感染症の危機が、この間の新自由主義的構造改革の弊害が噴出しているところにのしかかり、私たちの社会自体の危機への対応の「限界値」が非常に低くなっている。

公務員も、非正規化や民間委託、公的部門の産業化が進められた結果、国家公務員の非正規率は、2012年の19.6%から19年には22.1%まで上昇し、感染症対策の担当省庁である厚生労働省の非正規率は53%と、省庁の中でも最も高くなっている。国立感染症研究所は、アメリカと比較すると、人員は42分の1、予算は1077分の1にすぎない。総務省調査で、自治体の臨時・非常勤職員は、全国に約64万人となっている。感染症の窓口であり、感染経路の解明などの役割を担う保健所の数は、1992年の全国852か所が19年には472か所まで45%も減少し、予算や人員も抑えられている。これではPCR検査がパンクするのも当

然といえる。そのうえ先の安倍政権は、感染症病床全体の約6割を占める公立・公的病院の再編・統合を進めようとしていた。

再編・統合リストの440病院のうち、53病院が感染症指定医療機関であった。この間の政府の政策によって、公務・公共部門の人員や予算が削減され続けた結果、災害や感染症などに対し、脆弱な体制となっている。

いまや超高齢社会であるにもかかわらず、日本はGDPあたりの医療費が格安であり、人口当たりの医療従事者数は非常に少なく、病床数が抑制されているために、多くの病院は経営難となっていた。そこに新型コロナが襲いかかった。

2018年の人口1,000人当たりの医師数は、日本では2.4人となっており、OECD平均の3.5人を下回っている。すでに医師の絶対数不足と地域偏在によって、特に救急医療や産科医療の現場では、人手不足による疲弊が顕著に指摘されていた。人口10万人当たりのICU（集中治療室）の病床数は、日本は5床程度で、ドイツの29～30床の6分の1程度、医療崩壊が問題となったイタリアの12床程度と比べても半分以下にすぎない（日本集中治療医学会）。

命や健康を預かる医療の現場に、効率や生産性などコスト重視の新自由主義に根差した緊縮路線を持ち込んだのが歴代の自公政権で

あった。特に、安倍政権は、医療・介護制度の「改革」と称して負担増・給付カットを進めるとともに、公共サービス分野を「成長の新たなエンジン」と位置づけ、民間企業の金儲けの道具としようと、医療や介護サービスの市場開放を目指してきた。2019年10月の経済財政諮問会議では、民間議員から「官民合わせて13万床の削減」との主張がなされていた。今こそ、新たな感染症対策も見据えた、医療機関の質的改善、医療スタッフ拡充などを含めた総合的な医療制度への改革が必要である。

日本は、職業や雇用形式、年齢などに応じて種類が違ふものの、誰もがいずれかの公的医療保険制度に加入する国民皆保険制度をとっている。国民全員が加入する国民皆保険制度があるため、安心して安全な医療サービスを医療費の1～3割の患者負担で受けることができる。生涯にかかる医療費は約2,300万円と言われているが、うち約半分が70歳以上（一般的に収入が下がり、病気がちとなる時期）に必要となる。こうしたリスクを支え合いの仕組みで分散するのが公的医療保険の役割である。若い人（保険料高い）が高齢者（保険料安い）を支える、所得の高い人（保険料高い）が所得の少ない人（保険料安い）を支える、健康な人（保険を使わない）が病気の人（保険から給付を受ける）を支える仕組みである。

本稿が射程に置くのは、勤労者の多面的な生活課題のひとつである医療について、憲法に基づく国民の幸福追求権や生存権を保障する手段として位置づけられたはずの公的医療保険制度が、「平成」の30年間に於いてどのような変容を遂げてきたのか、21世紀も5分

の1が過ぎ、元号も「令和」に移ったいま、どういう展望を持って解決に向けた道筋を切り開いていかなければならないのかを検討することにある。

少子・高齢化や人口減少といった大きな社会構造の変化が医療分野に与えた影響はもちろん、「国民生活の最重要基盤である雇用の在り方」に非正規雇用の拡大をはじめとする「大きな地殻変動が生じた」ことの影響、そしてそこに新自由主義的構造改革が政策として遂行されてきたことを踏まえて検討されなければならない。

1. 公的医療保険の歴史～国民皆兵のための皆保険から資本に必要な労働力確保のための皆保険へ

公的医療保険で一番規模が大きいのが、民間企業の従業員が加入する全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）であり、保険者が1、加入者約3,900万人、医療費が約6兆円となっている。大手企業の従業員や業種ごとの組合などによって運営されるのが、組合管掌健康保険（健保組合）であり、保険者が約1,394、加入者が約2,950万人となっている。

また、公務員や私立学校の教職員を対象とする共済組合は、保険者が47、加入者が約865万人となっており、健保組合と共済組合の医療費をあわせて約5兆円である。これらの被用者保険の保険料は、被用者の給与水準によって決まり、被用者本人と使用者（事業主）がほぼ折半となっている。

地域保険としては、個々の市区町村が運営する市町村国保がある。保険者が約1,716、加入者が約2,870万人、医療費が約9兆円となっており、保険料は、世帯ごとに収入や資

産額、世帯人数等に応じて算出される。

なお、このほか特定の職種ごとに設立された「国民健康保険組合」がある。

75歳以上は、後期高齢者医療制度にひとくくりとされ、保険者が47、約1,800万人が加入し医療費は約16兆円となっている。

さて、公的医療保険の始まりは、1922年に公布され、1927年に施行された健康保険法である。それまでは、民間企業には民間共済組合が、公務員には官業共済組合が医療保険を提供していただけであった。当初の健康保険の対象は、一部大企業の従業員に限られていたが、1934年には5人以上の従業員がいる会社まで拡大していった。また、農村漁村を対象とした医療保険制度として、1938年には国民健康保険法が制定された。さらに1939年に職員健康保険、船員保険法が制定された。

これら公的医療保険制度が導入されていった背景には、戦争遂行のための国策として、健康で強靱な兵隊を確保するという狙いがあった。疲弊が続く農村部の救済のみならず、農村部も食料の増産と兵隊の供給源となっていたこともある。1942年の国民健康保険法改正で、地方長官が必要と認めた場合には、国民健康保険組合の設立が強制されることになり、組合員として資格のある人も全て加入することが必要となった。

国民健康保険は、強力な軍隊を維持、育成、供給するための人口増加策および健兵健民政策を担う手段として利用されていくことになった。公的医療保険制度の確立の背景にあったのは、国民皆兵のための国民皆保険という考え方であったといえる。

戦後になると、無謀な戦争の反省の上に立った、日本国憲法が制定された。日本国憲

法は、第25条で、「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」と生存権を保障し、第2項で「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、国に対し、福祉充実のための努力義務を課した。

また、第13条で「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」と規定した。

公的医療保険制度は、戦前のような国民皆兵のための国民皆保険としてではなく、個人、家族では支えきれないリスクを社会連帯の思想のもと、公的に支えていく仕組みとして、国民の幸福追求権や生存権を保障する手段として位置づけられた。そして1950年10月、「社会保障制度審議会」（大内兵衛会長）の「社会保障制度に関する勧告」に基づき、「必要な者に公的責任によって必要な保障をする」という理念のもと、「疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」に向け、曲がりなりにも歩んできた。

国民健康保険の運営を市町村に義務化し、被用者保険に加入していない住民は、国民健康保険に強制加入することが定められ、1961年に国民皆保険が確立することになった。こ

こに至って、国民皆兵を支えるために始まった公的医療保険は、勤労者を含めた国民全員の医療保障のための制度となった。

一方、国民皆保険は、すべての勤労者がけがをしたり病気になったりしても安心して働き続けられることになり、健康な労働力を確保する手段として、日本の経済成長を支える仕組みとして有効に機能することにもなった。被用者保険である政管健保や健保組合への事業主負担は、労働者階級への譲歩であるだけでなく、価値増殖の手段としての労働力維持のための資本家自身の社会的負担ともいえる。

1968年には、国保の7割給付が完全実施され、73年の老人福祉法改正によって、老人医療費が無料化された。その後、日本は世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成し、GDPに占める医療費の割合は、先進7か国で最低であったものの、WHO（世界保健機構）の報告では、日本の保健システムの到達度は世界1位となった（2000年）。当時、低コストで良質のシステムを維持していたともいえるが、日本の社会保障制度は、バブル経済崩壊後10年以上を経て、現在日本が置かれている「デフレ」経済や少子化、高齢化といった経済社会情勢に適応できず、自民党政権と財界により応能負担から応益負担、自助・自立を基本とする制度へと変質が進められ、その場しのぎの給付削減、保険料引き上げなどの国民負担増がいたずらに繰り返されてきた。政府は、少子高齢化や財政再建を名目に、「構造改革」、「抜本改革」と称して、社会保障の本来の目的である、生存権や幸福追求権の実現をその主軸に据えるのではなく、その手段でしかない財政政策（とりわけ国費の削減）をその核に据え、医療費抑制政策を

続けてきた。

2. 公的医療保険制度の課題

医療も含む社会保障は、経済の動向ならびに人口の構成、就業者数とその就業状況（働き方等）から大きく影響を受ける。経済が好況であれば、働く労働者の収入が伸び、逆に低迷すれば収入は伸び悩んだり、カットされたりする。その動向は保険料収入にも直接影響を与える。

国民皆保険の成立は、世界で4番目とされ、サラリーマンが加入する被用者保険と、自営業者らが加入する市町村国民健康保険という分立した体制は、高度成長期に有効に機能したと言える。

しかし一方で、2015年の平均寿命は、男性81歳、女性87歳（平均84歳）と「世界トップの長寿大国」となったが、現行の社会保障制度が整備されて以降、半世紀以上が経過し、少子高齢化の進行や人口の減少、非正規労働者の増大、単身高齢世帯の増加、地域コミュニティの弱体化など、社会保障制度を取り巻く状況は大きく変化している。

1961年に国民皆保険制度が達成された頃は、第1次ベビーブームと第2次ベビーブームの間で、国民の数は9500万人程であった。その後の急激な人口増加で制度は拡大してきたが、いまや1億2000万人以上いた人口が徐々に減少していく人口減少時代となり、税収や保険料収入が減少し、また企業活動の幅も狭まっていくと、社会保険の収支バランスが崩れてしまうなど、国民皆保険の仕組みは持続性が困難な状態に入ることになった。

高齢化に伴い、社会保障関係の給付費は増加の一途をたどっており、日本の医療費は、

毎年1兆円を超えるペースで増え続けている。1990年度の国民医療費は20.6兆円だったのが、2000年度には30兆円を超え、2019年度に44.4兆円となった。老人医療費は5.9兆円が17.1兆円に増大している（「医療保険に関する基礎資料」平成30年度年次報告）。

高齢者数が増加し寿命が伸びるだけでなく、生まれる子どもの数が減少傾向にあることも大きく高齢化率（総人口に占める65歳以上高齢者の割合）に貢献している。高齢者は、若い人に比べて病気になりやすく、またいったん病気になると回復に時間がかかる。このため、高齢者が増えると医療給付費も増える。18年度の1人あたり年間医療費は、75歳以上は941,528円であったが、それ以外は22万2,454円と、4.2倍となっている。うち入院は6.6倍、外来は3.3倍となっている（「後期高齢者（老人）医療費の特性」平成30年度）。毎年のように登場する高額新薬も、医療費増大の大きな原因となっている。

そして、少子化・人口減少は社会保障の支え手を減少させ、加えて非正規雇用の拡大によって、医療保険の財源がますます厳しくなる。支え手である人々の数が急速に減少すると、うまく機能しなくなることも間違いない。しかも人口のいちじるしい減少は経済の縮小を招き、財政のさらなる悪化が避けられない。しかも現行の社会保障は、その給付財源のかなりの部分を若年層の負担に依存している。高齢者医療の財源には、現役世代の保険料のおよそ半分近くが回されており、医療費の増加とともに健康保険料は年々引き上げられてきた。それでも医療費の増加に追いつかず、主に大企業社員が加入する健康保険組合の60%超が赤字になるなど、待ったなしの状態

である。

人口減少と超高齢化、少子化は、社会保障の持続可能性に大きな黄信号を灯している。

リストラの横行、「日本的雇用」の破たん、ワーキング・プアの増大、若年失業者の増大などによる雇用の不安定化は、支え手である現役世代の負担能力を劣化させている。若年層や将来世代に負担を先送りする仕組みは、すでに限界に近づきつつあると言ってよい。

バブル崩壊以降、経済の低迷が続いたにも関わらず、社会保障給付は増大し続けた。その間賃金の伸び率や企業の収益率は低い水準にとどまり社会保険料収入に悪影響を及ぼした。サラリーマン等の間では、保険料負担がより重く意識されるようになり、未加入・未納者が増えている。高齢化に伴い、社会保障関係の給付費は増加の一途をたどっている。常用雇用の世帯主に専業主婦の配偶者がいて、子ども二人がいる「夫婦子二人」の「モデル世帯」を支えるという形態を前提につくられているため、単身世帯や非正規雇用の増加という事態には、社会保障本来の安定装置が適切に機能しなくなっている。

さらに、家族福祉も企業福祉も地域福祉も解体しつつあり、すでに企業だのみ・公共事業だのみ・家族だのみの「日本型生活保障」は破たんしていると言ってよい。しかも、「医療崩壊」、「介護難民」、「待機児童」、「年金の空洞化」など、機能不全に陥っている。私たちはこうした現実を直視し、社会保障切り捨ての動きが強まる中で、自立できない者を救うためのもの（スティグマ（恥辱感）のある制度）ではなく、すべての国民が等しく自立できる公的な仕組み（普遍的な制度）として、持続可能な社会保障制度をいか

に設計していくのかという問いに向き合わないといけない。

公的保険でカバーするのが難しくなった場合、高額な医療や先進的医療は公的保険から外され自由診療の領域となり、プライベートな医療保険に加入できる層とできない層との間で健康格差が拡大する可能性がある。アメリカでは収入や人種による健康格差が問題となっているが、日本でも、年収により食生活や検診受診に違いが出ていることが報告されている。皆保険が崩壊すれば、医療格差は拡大の一途を辿ることになるだろう。

3. 「医療制度改革」

一方、政府は、「抜本改革」、「構造改革」をすすめてきたが、国の責任の回避、多国籍企業の社会的負担の軽減化、社会保障分野への市場原理の導入を目指したものであった。競争力を強化するため、足かせとなった負担や社会的規制を縮小・撤廃し、企業の「自由」な利益追求を可能となるようにしてきた。民営化や民間開放でビジネスチャンスをつくってきた。国は多国籍企業のためにあり、人の命も企業のため国のためにあるといわんばかりの状況を生んできた。

急速な高齢化や医療の高度化に伴い、老人医療費を中心に国民医療費（患者負担、保険料負担、国庫負担）が国民所得の伸びを上回るペースで増加した。そして、財政サイドからは、財政再建を柱とした社会保障規模の縮小が要請（医療費抑制政策の要請）された。経済財政諮問会議民間議員の提言では、「高齢化修正GDP」を導入して医療給付費の伸びを抑制するほか、診療報酬・薬価の大幅マイナス改定、入院時の食費・居住費自己負担、

高齢者の患者負担の見直し、保険免責制の導入などが盛り込まれていた。

さらにアメリカは、2006年の「日米投資イニシアティブ報告書」において、医療サービスを取り上げ、混合診療の解禁、営利企業による医療サービスの提供、画像診断等の定型かつリスクの低い医療行為について営利企業への外部委託などを要求してきた。

各医療保険者の財政状況は、政府管掌健康保険は03年度に黒字に転じたものの、07年度から再び赤字となり、08年度には積立金（事業運営安定資金）が枯渇する見通しとなり、健康保険組合も04年度において全組合の3割強が経常赤字状態となり、解散が相次いでいた。国民健康保険も、構造的な赤字体質と保険料収納率の低下傾向に歯止めがかからない状況にあった。

こうした中、小泉政権は、2005年6月の「骨太方針2005」において、「…日本の経済規模とその動向に留意し、…伸びを具体的に厳しく抑制しなければならない」、「社会保障給付費の伸びが特に著しい医療を念願に、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずる」、「平成18年度医療制度改革を断行する」、「医療制度改革については『骨太方針2001』以後閣議決定された事項について、その完全実施の工程を策定し取り組む」などとして、医療費の抑制をターゲットに取り上げ、06年度より5年間で医療費総枠を1兆1千億円圧縮することを打ち出した。

「骨太方針2005」に基づき、政府・与党は、2005年12月、「医療制度改革大綱」を策定したが、そこには、疾病の予防を重視した保健医療体制への転換、糖尿病等の患者・予備群

の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、医療費適正化（＝抑制！）の推進などを盛り込んだ。05年10月と06年4月には介護報酬を4.7%と大幅に切り下げ、あわせて診療報酬も3.16%の大幅切り下げを行った。

市町村が運営する国民健康保険は財政基盤が脆弱であり、また、健康保険組合の中には、小規模で財政が窮迫している保険者もある。他方、政府管掌健康保険は、全国一本の保険者であり、地域の実情が保険運営に十分に反映されていないという課題がある。このため、都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定を図り、医療保険制度の一元化を目指すとした。そして75歳以上を対象とする新たな後期高齢者医療制度を創設することを打ち出した。

政府・与党は、06年6月に医療制度改革関連法を強引に成立させた。主な狙いは、今後予想される高齢者医療費の伸びを抑制することにあった。老人医療費を中心に国民医療費が増大する中、現行の制度では、現役世代と高齢者世代の負担の不公平が指摘されている。このため、新たな高齢者医療制度を創設し、高齢者世代と現役世代の負担を明確化し、公平で分かりやすい制度とする。高齢者の窓口負担が、06年10月と08年4月の二段階で引き上げられるほか、70歳以上の療養病床入院患者の食費・居住費は全額自己負担となり、高額療養費の自己負担上限額も引き上げられることになった。また、「社会的入院の解消」を名目に、慢性患者が入院する療養病床を大幅に削減する。

2008年度から75歳以上の高齢者と65歳以上の障がい者が加入する後期高齢者医療制度が発足した。若年者に比べて疾患にかかりやす

い高齢者は、医療を必要とすることが多く、高齢化は医療費の増大を招き続けていることから、各公的医療保険の大きな負担を緩和するためとされたが、疾病リスクの高い75歳以上の高齢者を切り離して独立の制度を作るのは世界に例のない制度であり、「現代の姥捨て山」ともよばれ、厳しい批判を浴びた。

本来は、高齢者が住み慣れた地域で安心して生きていくための制度であることを打ち出すべきであったが、後期高齢者の負担増とそれによる医療費抑制を狙っていたことは間違いない。制度の生みの親とも言われる土佐和男厚労省国民健康保険課課長補佐（当時）は、「医療費が際限なく上がっていく痛みを、後期高齢者が自ら自分の感覚で感じ取っていただくことにした」、「田舎にいたときは親が厳格な人だったので、風邪を引いたら、乾布摩擦をして直していた」などと発言していたほどである。そして、高齢者の入院の長期化、病院での看取りが医療費を引き上げていることから、医療機関以外での自宅や介護施設等での看取りを増やすことで、医療費を削減することも目指された。

このとき、老人保健法の題名が「高齢者の医療の確保に関する法律」に改められたが、「健康の保持」がなくなり、「医療費の適正化」、「国民の共同連帯の理念等」が盛り込まれ、高齢者も応分の負担を迫られることになった。

政府管掌健康保険も08年10月から、全国単位の公法人「全国健康保険協会」が運営することになった。都道府県ごとに支部をつくり財政運営を行うため、現在、全国一律の保険料に格差が生じてくる。一方、都道府県や各保険者には、生活習慣病対策を通した医療費

抑制が義務付けられ、目標が達成できない場合には、保険料の引き上げや個別の診療報酬を策定できることになる。

経済財政諮問会議等の強い要請により、お金がなければ受けられない医療を拡大する「混合診療」が実質的に解禁された。さらに、治療費の一定額までを保険外とし全額患者負担にする「保険免責制」も検討されている。政府の医療制度改革は、国民の健康を守る国の役割を弱め、自治体や保険者、国民の自助努力に責任を押し付ける非常に問題の多い内容といわざるをえない。

4. 「一体改革」から「全世代型社会保障制度改革」へ

民主党政権下、社会保障の充実・安定化と、そのための安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指すとして、「社会保障・税一体改革」が議論された。社会保障制度改革の全体像および進め方を明らかにするために、「社会保障制度改革推進法」が2012年の国会で成立・施行され、改革推進法により設置された社会保障制度改革国民会議では、特に「少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性」が提言され、その報告書総論では、「意欲ある人が働き続けることができ、すべての世代が相互に支え合う全世代型の社会保障を目指すことの重要性」が強調された。そして、2013年12月には、「社会保障改革プログラム法案（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案）」が成立した。

安倍政権は、これらの法律に基づき、社会保障の自己負担増や給付削減が相次ぎ、社会保障の切り捨てが進んできた。自立や自助努

力、家族相互の助け合いを強調する一方、国や自治体、企業の責任を後退させ、「給付の重点化と制度運営の効率化」の名の下に、各制度の改革の方向、内容、スケジュールに枠をはめ、制度「改悪」を政府に義務付けるものとなっている。

安倍政権は、高齢者の増加等に伴い、制度を変えなくても増えていく、社会保障の自然増を毎年5,000億円以上カットしてきた。2014年4月から、70～74歳の医療費窓口負担を1割から2割（現役並み所得者は3割）に引き上げた。2014年の通常国会の法改正で、病床機能に関する情報の都道府県への報告制度の創設、地域医療ビジョンの策定と実現のための措置など都道府県が病院機能の再編などを進める仕組みを導入した。「医療供給体制を是正」するため医療機能が「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分にされ、33万床ある「7対1病床」（7人の患者に対し1名の看護師を配置する病院・病棟。慢性期患者や高齢者が多い）を2025年までに18万床に縮小し、医療機関は知事に病床の医療機能を報告し、都道府県はそれをもとに地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を医療計画として策定することになった。また、医療法人の再編を促す制度改正を行った。

2015年の通常国会の法改正で、国民健康保険の財政支援を拡充するとともに、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村とともに国保の運営を担う新制度に移行した。会社員らの健保が高齢者医療に出す支援金の算定方法で「総報酬」を全面拡大し、健保の負担増を図った。さらに、高所得の会社員らの健康保険料を引き上げた。紹介状のない大病院

の外来患者に定額自己負担を導入した。入院療養の給食給付の自己負担を引き上げた。

安倍政権は、16～18年度までの3年間で「改革集中期間」として医療や介護の社会保障費の自然増を大幅に抑制してきた。「骨太方針2018」では、社会保障を「歳出改革の重点分野」と位置づけ、19～21年度を「基盤強化期間」として、一層の自然増の抑制、患者・利用者への負担増や給付の抑制・削減を徹底する方向を打ち出した。医療では、75歳以上の窓口負担の「見直し」や、かかりつけ医以外の外来で受診した患者から追加負担を徴収する「受診時定額負担」の導入、薬剤費の自己負担の引き上げ、医療や介護の自己負担が3割となる「現役並み所得者」の対象拡大などである。財務省の諮問機関である「財政制度等審議会」の次年度予算に向けての建議でも、同じような項目が並んでいる。

また、「骨太方針2018」には、自己負担増と保険外しによる給付抑制とともに、25年度までに、本来必要とされている病床数から33万床を削減する地域医療構想の実現のために、病床削減や公立病院・医療機関の再編・統合の推進が盛り込まれた。医療機関の運営に、自治体が介入しやすくする仕組みを強化するため、地域医療機関に対する都道府県知事の「権限の在り方」について検討を進めるとした。

こうした社会保障の改悪の背景には、医療・介護費のさらなる増加で、国家財政だけでなく保険料を拠出する企業にとっても大きな負担が生じ、持続的な経済成長の基盤を損なうとして、安倍政権に、「計画通りの消費増税の実行」と「社会保障制度の改革」という痛みを伴う改革に取り組んでもらいたいと

する日本経団連の意向がある。財政難を理由に、保険の給付範囲を見直し、現在健康保険で見ている部分までも保険外にされてしまう危険性もある。政府は公的保険を縮小することで、保険の財源となる国庫負担を減らすことができ、一方、自由診療が普及・拡大すれば私的保険の市場拡大になる。行き着く先は、市場原理が強くはたらく不平等な「アメリカ型医療」ではないか。

さらに「高齢者の活躍」や「ずっと元気で生涯現役社会」を強調してきた安倍政権は、政権のレガシーとして、「全世代型社会保障に向けた改革は最大のチャレンジだ」と意気込み、高齢者向け給付が中心の社会保障制度を、「全世代型」の社会保障に改革することになり出した。高齢者に対しては、「社会保障をこれから縮小していくので、もっと働きましょう」、「生涯元気で働き、税と保険料をずっと納めて、給付はもらわないでね」という感じである。年齢ではなく、負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。「高齢者偏重の社会保障」というのなら、高齢者の貧困や、「老老介護」、「認認介護」による夫婦共倒れ、介護心中・自殺の悲劇、育児と介護のダブルケア、多重介護、ヤングケアラーの負担増、年10万人以上に及ぶ介護離職、高止まりする親族間の高齢者虐待といった現実をどうにかすべきであろう。

5. 国民健康保険の課題

医療費増大抑制の観点で最も「改革」の対象として注目され、雇用の「地殻変動」の影響を大きく受けたのが、国民健康保険である。なかでも市町村国保は、他の医療保険に加入していないすべての住民を被保険者とするこ

とで、国民皆保険を支える仕組みであり、18年3月末には約2,870万人が加入している。

元々自営業、農林水産業が中心で、1960年代には約6割であったが、近年は約15%程度に落ち込んでいる。一方、年金生活者等の無職者の割合が大幅に増加するとともに、被用者は約2割から3割に増加し、現在は非正規労働者や年金生活等の無職者が7割を占めている。また被保険者数全体に占める65歳から74歳までの割合が次第に増加し、加入世帯の約半数が所得内や100万円未満世帯であり、低所得世帯の割合が増加傾向にある。

他の医療保険に比べ、国保は年齢構成が高く（65歳から74歳の割合は健保組合が2.6%であるのに対し、国保が32.5%）、医療費水準が高い（一人あたり医療費は健保組合が14.4万円であるのに対し、国保が31.6万円）という特徴がある。

また、無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い。加入者一人あたり平均所得は健保組合が200万円であるのに対し、国保は83万円であり、国保加入世帯の23.3%が無所得である。一方、保険料負担は事業主負担がないこともあって、市町村国保が9.9%であるのに対し健保組合は5.3%にとどまっている。にもかかわらず、所得に占める保険料負担が重いという指摘もある。

保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や市町村ごとの保険料格差という問題も抱えている。

市町村ごとに運営され、慢性的な赤字が問題になっていることから、後期高齢者を独立させるとともに、保険財政の基盤の安定を図るための都道府県単位を軸とする保険者の再

編・統合が推進されることになった。国、都道府県、市町村、広域連合、そして各保険者の責任と役割の明確化が最も重要な課題となるが、広域化は、財政リスクの分散や保険料の平準化という観点ではメリットはあるものの、国保の財政的な構造問題を放置したまま、国保の保険者を都道府県にしても、多額の赤字を都道府県に負わせるだけで問題の解決にはならない。低所得者の国保料等の軽減は限定的で、患者負担増が目白押しとなった。病院機能の再編、病床数、入院日数の削減等、地域医療に深刻な影響が危惧される。国保の保険者を本当に都道府県とするのであれば、一定の期間内に同所得の被保険者は同じ保険料を納めるような仕組みに切り替えるべく、明確な工程表を作成することが公平の見地から求められる。

2019年6月1日現在における保険料（税）に一部でも滞納がある世帯数は、前年より22万世帯減少して245.0万世帯となった。市町村国保の全世帯に占める滞納世帯の割合についても、前年に比べて0.8ポイント減少し13.7%となった。国民健康保険の保険料が払えず保険証が取り上げられた資格証明書交付世帯は2007年度に34万件を超えたが、2019年度は15.1万世帯と減少した（各年度『国民健康保険(市町村)の財政状況について』）。資格証明書交付世帯は一旦10割を負担し後で返還するというが、国保料・税を滞納している人が10割負担では厳しく、必要な受診の抑制につながりかねない。事実上の「無保険状態」と言ってもよい。所得格差が拡大するなか、国民の命と健康は危機に直面していることに変わりはない。

国保の加入世帯数、被保険者数は、新潟県

では、世帯数は1992年度から増加し、被保険者数は1997年度から増加していたが、2008年に後期高齢者医療制度が創設され、75歳以上の者等が新制度に移行し、退職被保険者等が65歳未満の者に限られることになったため、ともに大きく減少した。その後も緩やかに減少し、2018年度の世帯数は30万9874世帯（うち市町村国保29万7301世帯）、被保険者数は49万8,142人（うち市町村国保47万3,745人）となった。国民健康保険加入率は21.5%となっている（平成30年度国民健康保険事業概要）。

2018年度以降、都道府県は国民健康保険の財政運営の責任主体として、市町村とともに保険者としての役割を担うことになった。政府は、都道府県の保健師は保健事業を含む医療費適正化に向けた取り組みを推進することを求めている。新潟県は、2018年度の都道府県の保険者努力支援制度において全国第一位であった（平成30年度全国保健師長会調査研究事業『国保改革における都道府県保健師の役割－先進事例の取組』）。

都道府県は、それぞれ統一的な国保の運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進していくこととなった。国は、都道府県に国保の財政運営を担わせ、医療費適正化計画の進捗状況の把握と国保運営の両面から住民の健康増進と医療費適正化を積極的に推進することを期待している。しかし、浜松医科大学健康社会医学講座教授の尾島俊之氏が強調するように、「都道府県は、ガバナンス機能を強化し、都道府県と市町村の対話や協働がより一層重要」になるし、「都道府県と市町村の対話や協働がより一層重要」になる。そして、「国民健康保険法第

1条に規定されているように、『社会保障及び国民保健の向上』、すなわち国民が安心して医療を受けることができ、また健康を享受することができることを目指していく必要があるのであって、国の意を受けて「適正化」の名の下に、市町村をしめつける役割に墮してはならない。「福祉の増進」を目的とする自治体としての都道府県の役割を果たすことが求められているといえる。

6. 私たちの目指す改革の方向性

公的医療保険は、国民皆保険を支える仕組みであるが、前述したように、常用雇用の世帯主に専業主婦の配偶者と子どもがいるという「モデル世帯」を前提につくられている。しかし、少子化、女性の就業拡大や非正規雇用の増加で、もはや「モデル世帯」自体が少数であるだけでなく、単身世帯や非正規雇用の増加という事態に適切に機能しなくなっている。雇用が不安定、賃金が低い、能力開発機会が乏しいなどの課題がある非正規雇用労働者にとっては、保険料が重い負担となり、保険料を払わない人も多く出てくることで、未加入・未納者が増加する。また、被用者保険から排除されて、市町村国保に流れ込んでいるが、事業主負担がなく保険料が重くなることに加え、国保財政を悪化させる。雇用対策の取り組みだけではなく、非正規雇用者にも対応した、社会保障制度を構築しなければならない。

政府は、「医療制度改革」と銘打って、この間、市場原理・利潤採算性で医療を処理しようとして、医療費適正化として、自己負担を引き上げる改革ばかりを繰り返してきた。日本の公的医療費は、数度にわたる患者負担

の引き上げ、診療報酬の引き下げなどで、ぎりぎりまで抑えられている。しかも患者負担、保険料負担、国庫負担からなる国民医療費のうち、政府の医療費適正化（医療費抑制）の対象は国庫負担のみで、国民の負担に転嫁される。さらなる医療費抑制政策は、医療を必要とする人の受診を抑制し、早期発見・早期治療を阻害することになる。

日本の医療費は先進7か国中6番目の低さの一方、医療費自己負担割合（現金支払い経費）は同7か国で一番高い。国民皆保険制度は、国民共有の財産であり、所得の多寡によって受けられる医療に格差を持ち込むことにならないよう、縮小・削減してはならない。自己負担を1割から2割に上げたとき、2割から3割に上げたとき、一時的に医療費の総額は減った。その場しのぎであり、1年程度しか、医療費の抑制効果は続かない。医療にお金をかければかけるほど、健康になって寿命が延びると思いがちだが、実は逆であり、病弱だから医療費がかかる。長生きできないから医療費がかかる。いかに「健康寿命」を延ばすかで、病気で伏している、病んで寝たきりになっている時間をいかに短くするかが最大の戦略目標でなければならない。地域医療の活性化こそ老人医療費の最も効果的な抑制策である。安全かつ安定した医療を確保していくためには、これ以上、医療費抑制策に走るのではなく、必要な所に効率よく適切に、財源と人材を投入していくことが急務である。

3 E（Effectiveness効果・質／Efficiency効率／Equity公平・公正）という医療を評価する基準があるが、「3つを全部満たすことはできない」といわれ、3つのバランスが重

要である。日本のように、効率性を追求するあまり、過度に医療費を抑制すると、医療現場は荒廃する。

このまま医療費抑制政策を推し進めれば、「医療崩壊」を招いたイギリスの二の舞を踏むことになる。ブレア政権は2000年から医療費の拡大策に転じた（5年間で1.5倍）が、5年たっても、医療従事者の士気は回復せず、未だ、80万人の待機者残るなど、一度現場が荒廃するとその回復には多大な費用と時間がかかる。最も優先すべきは、国民の立場に立った医療の中身の改善と医療提供体制の構築、そして国民の信頼を得る医療保険制度の充実である。国民、患者、医療現場、そして地方に負担と責任を一方的に押し付けることは許されない。公正・公平の原則を貫く国民本位の抜本改革、持続可能で質の高い信頼される医療制度の確立を実現しなければならない。

生活に身近で命に関わる大切な医療の再生のためには、地域医療のネットワークの中心に公的医療機関を据え、地域住民や患者と医療関係者がともに保健・医療のあり方を改善していく方向での改革が求められている。

「社会連帯事業としてのネットワークを紡ぎ出す改革」こそが、本来私たちの求める抜本改革の中身であるはずである。この間進められてきた新自由主義的な「抜本改革」ではなく、医療本来の社会的使命にふさわしい制度を構想し、その具体化に向けた努力を本気で開始しなければならない。

地方自治法が、第1条の2の第1項で、「地方公共団体は、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うもの

とする」としているように、自治体の責務は、市民のセーフティーネットとしての役割を十分に発揮することであり、「いつでも、誰でも、どこでも、平等・公平に」受けられる医療を提供する責務がある。

新潟県では、県やJA県厚生連、済生会などが運営する41の公立・公的病院のうち、半数以上の22病院が「再編・統合」の基準に該当したが、統廃合対象が県全体の53・7%という割合は、都道府県の中でも最も高い。「自治体病院は地域のニーズでできた病院。民営化すると経営が主となり、医療の質が保てるか確証はない」（小山田恵岩手県立病院名誉院長）というように、安易な統廃合や民営化でセーフティーネットの役割が崩壊すれば、直接影響を受けるのは市民や社会的弱者であることは明らかである。公立・公的病院が中心的役割を果たし、いま喫緊の課題である、感染症や災害時医療など不採算部門も切り捨てられかねない。

社会連帯（公助／共助）のレベルが、社会保障（公的扶助／社会保険）の水準を決める。これからの高齢社会に耐えられる公的医療保険制度をどう仕組むのか、根底から立ち返って考えなければいけない。いくら現役世代からの支援を仰ぐにしても、現役世代の負担が重くなってくると高齢者だけの独立制度は立ち行かない。

結城康博氏が言うように、「世界的にも評価が高い、日本の医療システムを維持させていくためには、いかに国民健康保険制度を安定的に運営していくかが最重要な課題」であることは間違いない。そもそも、後期高齢者医療制度の発端となったのは、市町村国保の構造的な問題であった。とはいえ、後期高齢

者の受診回数は、一般に比べ約2.8倍で、そもそも医療の必要度の高い層を後期高齢者医療制度という保険原理の効かない制度に括ること自体に疑問がある。後期高齢者医療制度は、前に紹介したように、「高齢者にも痛みを感じてもらうのが狙いだ」という厚生労働省の担当者の発言が波紋を呼んだが、高齢者を若い世代から切り離して高齢者の医療費を明らかにし、医療費と保険料を連動させることで医療費の抑制を狙うものであった。保険料は都道府県ごとに異なり、医療費抑制ができなければ保険料を高くせざるを得なくなる仕組みとなる。

非正規雇用の労働者は、被用者の社会保険制度に入ることができず、自営業者のためにつくられた制度である国民健康保険に加入することになる。自営業者のための国民健康保険の保険料は、被保険者を雇っている事業主がいないので、被保険者本人だけの負担となる。事業主の負担もなく、所得の多寡にかかわらず一定額の保険料を負担しなくてはならない。そのため、所得の少ない人には重い負担となる。正規雇用労働者と非正規雇用労働者の不公平を是正し、非正規雇用労働者にも対応した、社会保障制度を構築しなければならなくなっている。

国民皆保険制度を本当に守り抜いていくために、現在多くの問題を抱える各公的医療保険の病根を正す必要がある。格差の著しい市町村国保は、高齢者や無職者、非正規雇用労働者の流入といった構造的問題を抱えている。短期的には、これまで削減されてきた国庫負担の復元・増額をはじめ自治体への財政支援・広域化等々公費を投入し、国民健康保険制度をしっかりとらせる。非正規雇用労働者に

については、被用者保険（政管健保・健保組合など）でカバーする必要がある、雇用政策の見直しや社会保険の適応拡大は急務である。もちろん社会保険料負担に耐えられない中小企業については、軽減策が必要である。そして、年齢で差別する後期高齢者医療制度は廃止の方向で議論を開始する。

中長期的には、長野県に象徴される地域医療を再建していくとともに、地域のなかで高齢者も若人も子どもたちも同じ保険のなかに入って、リスクを分散するという考え方で、「生き方や働き方に中立で公平な公的医療保険」を目指すべきである。多くの現役世代が抜けてしまっている国保では立ち行かないし、財政も経営も逼迫している健保組合、協会けんぽも地域毎に分割し、職域保険と地域保険の枠を超えて、公的医療保険の一本化を目指し、地域保険一本に組み直していく必要があるのではないか。

医療政策に対する住民の意見反映が乏しい実態にあるが、情報公開と住民参加を進め、高齢化と人口減少が進む中、住民とコミュニケーションをとりながら住民が求める医療を提供できるようにしなければならない。全国300程度の2次医療圏ごとに、どういう医療を必要としているのか、地域の医療提供供給体制はどうあるべきなのか、それに見合った保険料の負担をどうするのか、自治の仕組みのなかで制度を作り直すべきである。そういう意味では、『医療保険制度改革に向けて～地域一元化と住民自治の充実を～』（東京財団政策研究所）で提言されている、「医療・介護政策における住民参加、住民自治を強化する方策として、住民代表や議会代表、診療団体の代表などで構成する『地域医療介護会

議』（仮称）を都道府県単位に、『市町村医療介護会議』（仮称）を市町村単位に常設する。住民参加、住民自治の下、医療費の規模や保険料率の決定を含めて、地域特性に応じた医療・介護政策を展開できるようにする」ということも傾聴に値する。自分たちが暮らす地域で、住民たち自身が、医療や介護、子育てなどについて、どういうサービスをどれだけ必要としているのか、そのための提供体制や費用負担をどうしていくのかを議論していくことは、現場のニーズに合った給付にも資するし、真の自治を育成・拡大することにもつながるであろう。

なお、伊藤周平氏は、「将来的には、政府を保険者として、すべての国民を被保険者とする医療保険制度を構築し、収入のない人や生活保護基準以下の低所得者については保険料を免除し、公費負担と事業主負担を増大させることで10割給付の医療保障を実現すべき」と提案している（『社会保障入門』）。無収入者や低所得者に対する国の責任を果たさせることは当然であるが、全国一本の制度にしていく場合は、その場合は、医療に対する住民意見の反映をどうするのか、地域医療との関係をどう整理するのが求められよう。

少子・高齢社会にあって、医療をはじめとする社会保障の充実こそが個人、社会、国にとって不可欠であり、1980年代から一貫して続いてきた国の医療給付費抑制策をまず大胆に見直さなければならない。日本の医療問題のすべての根源は、2005年に対GDP比7.9%と、先進7か国で最低水準となったことに象徴される、あまりにも低い医療費にある。当面、ドイツやフランス並みのGDP比10%以

上の水準まで増やす必要がある。産科医・小児科医の不足、救急のたらい回し、勤務医・開業医の過重勤務状態は、医師の絶対数の不足による。日本は医療費を抑えるため、「医師が過剰になる」として、養成数を抑制する政策を続けているが、OECDは、「医療費を低く抑えると、医療の質の低下を招き、人材確保も困難になる」と指摘している。安心して医療が受けられるよう、医療従事者の待遇改善、人員強化を進める必要がある。すみやかに医学部の入学定員の枠を広げ、できるだけ早い時期に人口1,000人当りの医師数を大幅に増やすべきである。

安倍政権を継承した菅政権は、「全世代型社会保障制度改革」として、団塊世代が75歳になり始める2022年に備える改革として、医療では、75歳以上の後期高齢者の窓口負担（1割）を一定額以上の所得がある人について2割にする制度を新設する。一定額以上の所得について、年収200万円以上（単身者の場合）で決着したが、コロナ禍で経済的に困窮する人が続出している中で、高齢者の負担増を決定することは、ことさら「自助」を強調する菅政権の象徴ともいえるが、必要な医療も含めた受診抑制を招く危険性が強い。総合的に見れば、予防医療、早期医療によって医療費全体の軽減を図ることは可能であり、国民の健康を守るために、医療費の窓口負担の軽減を図るべきである。

生活習慣病対策の診断基準となるメタボリックシンドロームは、欧米の学会で批判され、国内からも異論が出ている。エビデンス（根拠）に基づく健診や保健指導でなければ、国民の健康を害し医療費は逆に増大しかねない。科学的根拠に基づく生活習慣病対策の徹

底、在宅医療、地域医療、予防医療を充実する。従来の制度を全面的に組み換え、健診・保健指導の外部委託など、安易に民間企業の市場を拡大すべきではない。

医療費適正化計画の策定と実行、また、国民健康保険、政管健保等の運営などについて都道府県の役割が一定強化されるが、それに伴う都道府県の権限強化、財源、人材の確保が担保されていない。国が責任を放棄し、地方に負担を押し付ける構造は、真の地方分権ではない。

財源についても、あるべき医療をはじめとする社会保障の姿を描き、医療、介護、年金の一体的な見直しとその水準を確保するために、必要な財源をどうするのか、まず消費税ありきではなく、所得税の累進性を強め、大企業優遇の法人税を正すなど、公平な税負担や大企業の余剰マネーを国民生活のためにどう活用していくのかといった観点から、国民合意に基づいて負担のあり方を見直すよう、一体改革をやり直すべきである。その際、社会保障の空洞化の大きな要因となっている雇用の劣化や格差・貧困の拡大に歯止めをかけることと、住宅、交通、教育など生活を支える公共サービスの充実と連携の強化の観点が重要である。

おわりに

社会保障制度には、本来国民の生活を守る目的があり、個人や家族では支えきれないリスクを、社会連帯の思想のもと公的に支えていく仕組みである。その根拠となるのが、日本国憲法第13条と第25条である。

「健康で文化的な最低限度の生活」は、生きていく上で最低の生活を保障しさえすれば

いいというものではなく、1950年の社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」では、「すべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」とされているように、最低限健康で文化的といえる水準を維持できるよう国に義務を課したものと捉えるべきであり、ひいては一人一人の幸福の実現を目指さなければならない。

しかし、1995年の社会保障制度審議会勧告では、社会保障制度を「みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていくもの」、「21世紀の社会連帯のあかし」としなければならないとされた。「自己責任」、「社会連帯」を強調し、国民の「自立を支援すること」が福祉国家の任務であるとして、社会保障の主体がみんなで支えていく相互扶助に重点を置き、政府の責任を後退させるものとなった。菅首相に至っては、「自助・共助・公助そして絆」と強調し、「最終的には生活保護という仕組みも、そうしたセーフティネットを作っていくのが大事」といい放った（2021年1月17日参議院予算委員会での答弁）。

社会保障は、貧しい人が国家に依存して救済してもらう恩恵的な「お上のお慈悲」ではない。憲法は、25条を根拠に、国民が連帯して、人間として尊厳ある生活水準を保障しよう、理不尽な政策や社会構造自体を排除し、施策の充実をはかっていくことを求めているということができる。国家に依存して貧困を救済してもらう恩恵的権利ではなく、理不尽な政策や社会構造自体を排除する権利、自分たちが連帯して力をつけ要求して、自らの権利回復をはかる主張を憲法的に支える武器と

して活かすべきである。そして、年金、医療、介護、生活保護、障害者福祉にとどまらず、今日では、子育てや教育、住宅、交通、被災者生活支援などにも広げて考えられるようになっていく。

新型コロナ禍で医療逼迫が叫ばれている。病気になったときに病院にかかれないことほど恐ろしいことはない、あらためて実感させられる。日本の医療制度は、国民生活の基盤と言える存在である。2025年には、団塊の世代が75歳を超えて後期高齢者となり、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上という、経験したことのない「超・超高齢社会」を迎え、社会保障分野で必要な費用が急増し、財政を一層圧迫する一方で、少子化で支え手が減ることなどから、社会保障に必要なお金を十分に賄えなくなる恐れや福祉従事者の人手不足も問題となってくる。

しかし、社会保障は、経済の「お荷物」ではなく、生活安定や所得再分配、労働力保全、産業・雇用創出、資金循環、内需拡大等の様々なベネフィットがある。社会保障を充実させ、一人ひとりがいきいき輝く、「創造的な福祉社会」を目指していくことが求められている。

新型コロナから命と暮らしを守る「ポストコロナ」の社会像として、過度な自己責任論の見直しと「小さな政府」からの脱却、支え合いが重要となっている。ニューヨーク州のクオモ知事が「BBB=Build back better（再建はよりよいモノに）」を提唱しているように、新型コロナ禍によって、新自由主義の限界が浮き彫りになった医療の問題を解決するためにも、「コロナ前の生活に戻る」のではなく、医療費抑制政策を転換し、「環境

にも人々にもやさしい生活」を目指すべきである。

うわべでは、厚生労働省は、「国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けられる医療制度を実現し、世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を達成してきた日本。少子高齢化、経済情勢の変化に対応し、これからも持続可能な公的医療保険制度を目指します」とホームページで決意を語っている。一方、菅首相は記者会見で、「国民皆保険（中略）を続けていくなかで、今回のコロナがあって、そうしたことも含めて、もう一度検証していく必要はあると思っています」と発言した（2021年1月13日）。翌14日午前に加藤官房長官が「国民皆保険制度という根幹をしっかりと守ってく中で、検証していく」という意味であったと火消しにかかったが、菅首相が珍しく原稿を見ずに正面を向いて発言していることから、偽らざる本音と捉える人も多い。

この30年間の諸情勢の変化に対し、政府は、医療費抑制政策をはじめとする「構造改革」で対応してきた。しかしそのことは、問題の解決どころか、さらに矛盾を拡大し、機能不全を招いている。公的医療保険制度の持続性が危うくなり、ひいては国民皆保険自体が危機に陥っているといつてよい。アメリカの医療保険制度の劣悪さ、医療費削減のために進められている医療改革の実態を浮き彫りにしたのが、2007年夏に封切られたマイケル・ムーア監督のドキュメンタリー映画「Sicko」だった。日本がそうになってしまうかの瀬戸際にある。

権丈善一氏は、『医療政策は選挙で変える』の中で、「医療をどうしても変えたいの

であれば、雨が降ろうがやりが降ろうが、はたまた空からミサイルが降って来ようが、今日の医療崩壊に手を打とうとはしない政党には拒否権を発動するしか方法はない」と強調している。「いつでも、誰でも、どこでも、平等・公平に」医療が受けられる国民皆保険制度を堅持していくために問われているのは、私たちの行動である。

《参考文献》

佐藤晴彦（2017年）「近年の社会・経済状況と社会保障の課題点」平和政策研究所IPP分析レポートNO.19所収

<https://ippjapan.org/pdf/IPPreport019.pdf>

奥野楓子（2012年）「日本における公的医療保険制度の未来」香川大学経済政策研究第8号所収

<https://www.ec.kagawa-u.ac.jp/archive/~tetsuta/jeps/no8/Okuno.pdf>

これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編著（2016年）『持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の軌跡とポイント—』第一法規

政府・与党医療改革協議会（2005年）「医療制度改革大綱」

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/taikou.pdf>

厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」各年度版
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryouhoken/database/zenpan/kiso.html>

厚生労働省「全国高齢者医療主管課（部）長及び国民健康保険主管課（部）長並びに後期高齢者医療広域連合事務局長会議」各年度版

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_252919.html

新潟県「国民健康保険事業状況」各年度版

<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/shidoushitsu/1356798319269.html>

新潟県後期高齢者医療広域連合（2018年）「新潟県後期高齢者医療広域連合における医療費の現状分析」

https://www.niigata-kouiki.jp/material/img/H30_iryohi_bunseki_gaiyou.pdf

新潟県後期高齢者医療広域連合（2018年）「データヘルス計画」

<https://www.niigata-kouiki.jp/business/img/H30-35datehealth.pdf>

公益社団法人国民健康保険中央会（2018年）「国保連合会・国保中央会のめざす方向2018」

https://www.kokuho.or.jp/about/lib/181001_2124_mezasu2018.pdf

全国保健師長会調査研究事業（2019年）「国保改革における都道府県保健師の役割－先進事例の取組」

http://www.nacphn.jp/03/pdf/2018_shizuoka.pdf

古俣 浩（2019年）「新潟市医療計画の改定に向けて－すでに起こった未来は何？－」

<https://www.niigatashi-ishikai.or.jp/newsletter/academic/201910283154.html>

岡本悦司（1989年）『国民健康保険－加入者のための本』三一新書

結城康博（2010年）『国民健康保険』岩波ブックレット

伊藤周平（2018年）『社会保障入門』ちくま新書

西沢和彦（2018年）「新しい国民健康保険制度の評価と課題－都道府県の「国保運営方針」から何が読み取れるか－」J R I レビューNO. 55所収

<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/10422.pdf>

東京財団政策研究所（2015年）『医療保険制度改革に向けて～地域一元化と住民自治の充実を～』

<https://www.tkfd.or.jp/files/files/doc/2015-02.pdf>

西沢和彦（2020年）『医療保険制度の再構築:失われつつある「社会保険としての機能」を取り戻す』慶應義塾大学出版会

権丈善一（2007年）『医療政策は選挙で変える』慶應義塾大学出版会

公衆衛生の歴史からみた「平成期」の位置づけ

— 公衆衛生の原点と今日の新型肺炎禍を結んで考える —

公益社団法人 新潟県自治研究センター

研究主幹 齋 藤 喜 和

はじめに

— 本稿の構成について —

「平成」の約30年間のひとつの期間として、さまざまな切り口から労働者の環境変化について振り返り、今後の活動に生かすことを本調査は目的としている。その一環として本年度、筆者に課せられたテーマは、「平成30年」と公衆衛生」についてである。

昨年度の報告書においても申し添えたところであるが、もとより「平成」とは、政治制度や社会経済構造の変化をあらわす歴史段階を示すものではない。その意味では「令和」という時代区分もないことから、厳密な意味での「平成」を区切りとした変化は、考察期間として適当かどうかという議論はあろう。ただ、筆者がこの間深く関心を寄せてきた新自由主義とのかかわりでいえば、概ねこの「平成」とは重なり合う期間であり、歴代政権によって進められた政策制度等をそのような背景を持つものとして把握する視点は重要であると考えられるものである。

そうした点も含めて、本稿では以下の3つの観点から、筆者に与えられたテーマに対する論稿としていきたいと考える。

①長期的に振り返り、歴史的に公衆衛生の捉え方がどう変わってきたのか。

②短期・中期的に振り返り、「平成30年間」にはほぼ重なる政治思潮とのかかわりでの

捉え。

③現在の課題（社会的・政治的に）との関連で、新型肺炎禍^(注1)であらためて見直されるべき公的な医療・保健・衛生行政のあり方。

①については、まず中心テーマである「公衆衛生」とはなにかという点から述べていく。筆者は医療系専門学校で「社会学」の講座を担当して久しいが、公衆衛生そのものの全般的かつ詳細な解説を行うことは、紙幅の関係もさることながらその領域が実に広いこともあり困難である。そこで、日本における公衆衛生の原点にも触れながら、公衆衛生の領域について概説的に記述する。特に近代公衆衛生の原点がどのようなものであったのかを確認していく。また、公衆衛生概念の変化、特に新公衆衛生の概要を述べる。

②については、新公衆衛生とのかかわりで、日本における公衆衛生の政策的な捉え方を変えた一つとして、地域保健法（1996年）や健康増進法（2002年）など「健康づくり」に重点が変化した点について概略を述べる。あわせて保健所等の機能にも触れていく。

③については、今日もなお「改革」の手法として勢いのある新自由主義政策のあらわれの象徴的な一例として、いわゆる「大阪都構想」についても言及する。特に医療・保健等がどのように扱われ、どのような議論が行わ

れたのかについても述べていきたい。また、昨年取材した新潟県保健環境科学研究所の取り組みについても紹介する。

今日もなお猛威を振るう新型コロナウイルスの感染拡大のなかで、あらためて感染症対策等で公的な医療・保健体制の重要性が見直されている。本稿はテーマの性格上、概説的な内容が中心となることをご容赦いただきたいが、「平成」を振り返りながら、働く者・生活者の「いのちとくらし」が今後どう守られるべきかを考える際の一助となれば幸である。

1. 近代史上の「公衆衛生」の始まり

（1）社会保障の柱のひとつとしての公衆衛生

「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」

「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」

いうまでもなく、上記の条文は日本国憲法第25条第1項と第2項である。

この条文は「20世紀的人権」としての生存権を規定したものであり、日本国憲法制定過程で鈴木義男（当時は日本社会党のちに民主社会党）が当時の帝国議会での議論をリードしたことでも今日知られている。

憲法にも明文化されているこの公衆衛生とは、「社会保障制度に関する勧告」（1950年社会保障制度審議会）によれば、「社会保障制度は前述のような措置（社会保険制度や公的扶助など一筆者）だけではいけない。更に、すすんで国民の健康の保持増進のために公衆衛生に対する行政や施設を同時に推進しなければならない。更にまた、国民生活の破綻を防衛するためには社会福祉行政も拡充しなけ

ればならない。社会保障制度は、社会保険、国家扶助、公衆衛生及び社会福祉の各行政が、相互の関連を保ちつつ総合一元的に運営されてこそはじめてその究極の目的を達することができるであろう」とされている。

一般的に社会保障制度の説明でよく用いられる、「日本の社会保障の4本柱」というものがあるが【資料1】、それらは上述のようにそれぞれが相互の連関性をもって総合的に推進されるべきものであることを意味しているのである。

公衆衛生の定義としては、1920年にアメリカのウィンスロー（C. E. A. Winslow 1877年～1957年）が、「共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、身体的・精神的健康と能率の増進を図る科学であり、技術である」とした説明が用いられることが一般的である。

今日においても公衆衛生は、国民の健康維持・増進を目的に環境整備や予防衛生に努める活動であり、その領域は【資料1】でも示したように、疾病予防や感染症対策から、食品衛生、上下水道などの衛生普及など実に広範囲である。さらに、がん対策やエイズ対策、環境問題、ペット保護をはじめとした、近年より社会的に要請されてきた課題や、後述する「健康づくり」などの取り組みにもかかわる。

なお、公衆衛生の実施主体は保健所や保健センターなどであり、前者は都道府県や政令指定都市・中核市等に、後者は市町村単位に設置されている。特に現在の新型コロナウイルス禍においては、保健所等の役割が再認識されている状況にあるが、所管する事業や領域、役割がこれまで広く知られていたとは言いがたいの

ではないだろうか。

（２）原点は「社会医学」

前項では、公衆衛生が20世紀以降の福祉国家において、社会保障の柱のひとつであることを述べた。

では、公衆衛生のはじまりはいつからなのか。その起源を遡れば、中学校の歴史の授業でも、モヘンジョダロなどのインダス文明の遺跡から都市の衛生が説明されることがあるが、近代公衆衛生の直接の背景として挙げられるのは、産業革命による近代化、資本主義社会とのかかわりである。

公衆衛生という言葉については、これがはじめて登場したのは、19世紀「世界の工場」と呼ばれたイギリスであるといわれており、職業病の多発に対する工場法（1833年）や、都市の生活環境悪化に対する公衆衛生法（1848年）などの法制度の制定・整備も始まった。特に、エドウィン・チャドウィック（Edwin Chadwick、1800年～1890年）による労働人口の健康状態についての報告が、イギリスにおける公衆衛生の行政組織の整備につながったことはよく知られている。フランスをはじめその他の欧米諸国においても、18～19世紀にかけて疫学的方法や公衆衛生看護の発達、実験衛生学の確立や細菌学の研究など、近代医学の発達とともに公衆衛生の広がりがみられた^{（注2）}。

「医療はすべて政治であり、政治とは大規模な医療にほかならない」

医師・病理学者で晩年は政治家としても公衆衛生の充実を訴えた、ドイツのルドルフ・ウィルヒョウ（Rudolf Ludwig Karl Virchow、

1821年～1902年）の有名なこの言葉は、「医療と社会学の接点」や「医療の社会性」を示すものである。「医学は社会科学である」としたウィルヒョウは、「社会医学」という言葉を用いたが、生物としての人間だけでなく、社会的存在としての人間を重視して研究や診療を行うものとして「社会医学」が登場したことは、個人を対象とした伝統的な医学に対して、社会的な医療的対処を行うという、公衆衛生の重要性を示した点で画期的であったのである。「社会医学」という言葉自体は現在あまりみられないが、この言葉は「社会の変革を志向する『社会主義』を連想することから、近代医学の主要な語彙としてはしだいに敬遠されるようになり、より中立的な『公衆衛生』という言葉が残ったとされる」とのことである^{（注3）}。

いずれにしても、公衆衛生とは、近代資本主義社会の進展に伴う労働者・生活者の健康や衛生状態に対し、行政による社会条件の改善・整備という対処方策が歴史的な経緯となっているのである。

（３）近代日本における公衆衛生のはじまり

日本における公衆衛生の直接的な出発点もまた、近代化への過程とあわせて考える必要がある。

幕末期に天然痘対策として幕府直轄の種痘所が設立されたことは、今日、大学受験レベルの日本史の参考書にも登場する。そして、幕末の開港により、海外からさまざまな感染症が流入し、都市部での大流行と多数の死者が繰り返される状況が続いていく。種痘所が設置された幕末1858年から、明治政府が伝染病予防法を制定した1897年までの約40年間だ

けをみても、たとえばコレラの大流行は実に6回も起こっている。コレラ以外にも天然痘、結核、赤痢、腸チフス等々も流入、拡大しており、感染症や伝染病対策は、幕末はもとより明治政府においても重要課題となっていたのである^(注4)。

近代化がいち早く進む都市部においては、公衆衛生に関連する施策・事業は急務であり、たとえば、『東京の百年』には、東京の上下水道の改良事業について「東京での浄水の供給施設には開渠の部分も多く、また送水管が木製であったため、その一部が老朽・腐敗して流水が汚染され」、人間の死体も流れる状態であったことが記されている。

日本の資本主義は、明治初期からの殖産興業政策を経たのち、日清戦争前後の時期にあたる軽工業中心の第一次産業革命と、日露戦争前後の時期にあたる重工業中心の第二次産業革命という二度の産業革命によって成立したとするのが一般的である。近代化、つまり日本の資本主義成立過程において、特に都市部における労働者のおかれた状況は、賃金・労働条件とあいまって生活・衛生問題は深刻であり、とりわけ貧困層の劣悪さはジャーナリストや社会運動家により明らかにされていく。

筆者も学生時代に読み、学生に教える立場になった今もなお参考文献として使用する史料として、横山源之助の『日本之下層社会』がある。工場から出る残飯を「残飯屋」から買って食いつなぐなどの記述は、当時の「下層民」といわれた都市労働者の一端を象徴的に示す事例でもある。横山は社会そのものが「下層社会」の状況にある東京という視点で、さまざまな職業に就く労働者の姿を描き出し

ている^(注5)。歴史学的には当時の「貧民」や「細民」等の概念の捉え方の議論はあるが^(注6)、その多くが厳しい労働条件とともに劣悪な生活・衛生環境の下にあったことがわかる。

日本の近代化の過程で、劣悪な状況にあった代表格ともいえる、当時「女工」といわれた製糸工場での女子労働者については、「労働時間の如き、忙しき時は朝床を出でて直ちに業に服し、夜業十二時に及ぶこと稀ならず、食物はワリ麦六分に米四分、寝床は豚小屋に類して醜陋見るべからず」などと記されている。当然のことながら衛生状況の劣悪さに起因する健康被害は深刻であった。同時に、労働運動家、社会運動家が、こうした都市問題へ関心を寄せ、労働者自らの手で都市問題の解決を図るべくさまざまな取り組みをはじめることにもつながっていったのである。

日本の公衆衛生の原点も欧米のたどった経過と同じように、近代資本主義社会の進展に伴う労働者・生活者の健康や衛生問題であるが、特にそれらと相まって幕末以来の感染症・伝染病に対する防疫に重点が置かれていたことも重要である。疫病、感染症対策を公衆衛生の原点とする歴史があることをここでは強調しておきたい。

2. 公衆衛生の役割の変化

(1) 新公衆衛生運動の登場

これまでは公衆衛生の原点に焦点を当てて述べてきたが、ここからは本稿の課題である「平成期」へとよりつながる時期の公衆衛生について述べていく。

すでに2017年度の本研究調査報告において、健康と医療に関するセーフティ・ネットのあり方をテーマとして扱っており、産業保健の

仕組みをふまえた勤労者の健康と医療について、具体的な課題や提言も含めた総括論文を田邊直仁氏からご寄稿いただいている^(注7)。そのなかでも明らかなように、戦後の衛生・医療環境の改善と疾病構造の変化により、労働者の健康増進に重点が置かれていくことになったのである^(注8)。

新公衆衛生運動といわれる、世界的な公衆衛生の潮流が登場したのは、1974年カナダの保健大臣ラロンドによるラロンド報告書（ラロンド・レポート）である。この報告書は、健康に影響を及ぼす要因について4つの「医療領域」を挙げ、環境や生活様式、医療へのアクセスなど、それまでいわれていた生物学的要因以外の分野について言及した。単一特定病因論による疾病予防から健康増進へ重点を移すという視点であり、公衆衛生の転換点となったといわれている^(注9)。

ラロンド報告やその後の研究成果は、高度医療中心から予防を含む1次医療（＝プライマリー・ヘルス・ケア）への転換を呼びかけた、WHOマラー事務局長による「アルマ・アタ宣言」（1978年、ソ連アルマ・アタで開催されたWHOとUNICEFによる合同会議での宣言）へとつながっていく。同会議において、プライマリーヘルスケアとは、「現実的で科学的妥当性があり社会的に許容可能な方法論と技術の基づいており、コミュニティにおける個人と家族が彼らの完全な参加を通して普遍的にアクセス可能で、自己決定の精神に基づいて発展のすべてのステージにおいてコミュニティと国が維持することが可能なコストで提供可能な、必要不可欠な保健医療サービス」と定義されたのである^(注10)。

1979年には、アメリカが健康政策として、

個人の生活改善を重視する「ヘルシーピープル」を打ち出す。

「健康づくり」については、個人（住民）の努力を重視するものなのか、住民の組織活動とその環境改善を重視するものか、坂道を一人の人間が「健康」という玉を押し上げている図を用いて説明されることがある。前者は「アメリカ型」とも呼ばれており、リスクファクターを重視し、個人が知識や技術を身につけ、実践することで健康的なライフスタイルづくりをめざすものである。他方、後者は「ヨーロッパ型」とも呼ばれており、ハビネスファクターを重視し、「坂道」を緩やかにすることで健康的な環境づくりを行うものである。この場合の「環境」には、道路も自然環境も、社会的な意識も含まれる。アメリカの「ヘルシーピープル」は犠牲者非難につながるものとして批判もあり、欧州を中心に環境の改善を重視する流れが生まれていくのである。

そして、これらのいわゆる「アメリカ型」「ヨーロッパ型」を統合した「健康的な公共政策」が必要とする考えがヘルスプロモーションの核であり、1986年WHOが採択した「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」にそれがうたわれていく。

オタワ憲章においては、ヘルスプロモーションとは、「自らの健康を決定づける要因を、自らよりよくコントロールできるようにしていくこと」と定義された。そして、そのために、ADVOCATE（唱道・支援）・ENABLE（能力を与え可能にする）・MEDIATE（調整・調停）の3つの戦略と、健康的な公共政策の確立をはじめとする5つの優先課題が掲げられたのである。

「健康の社会的決定要因」としてのちに整理される、さまざまな社会的な要因とその改善を求める動きは、世界的な潮流となっていく。本稿のテーマでいえば、「平成」への入り口の段階で、新公衆衛生の方向性が世界的に確認されていったのである。これが今日の「健康日本21」をはじめとする国・地方での健康づくり運動の基盤ともなっている。

（２）「平成」における「健康づくり」政策の枠組み

「平成期」でいえば、疾病構造の変化、少子・高齢化社会の到来と進展、ライフスタイルの変化等々に対応するなかで、1994年に母子保健法改正や保健所法の改正による地域保健法が、2002年には健康増進法が制定されていく。2005年には食育基本法も成立する。

すべての人々の権利としての健康をどう実現するのかが重視されていく流れは、「平成期」に確立していったのである。

地域保健法に基づき、現在の健康づくり政策とのかかわりで重要なものが、地域住民すべてを対象とした地域保健の活動である。ヘルスプロモーションを導入した「健康日本21」が2000年に策定され、その具体的な法制化として成立したのが健康増進法である。

そこで次に、あらためて現在の地域保健法と健康増進法の枠組みについて、その概略をまとめる。

①地域保健法

地域保健法では、第2条において、その理念を以下のように規定している。

「地域住民の健康の保持及び増進を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、我が国における急速な高齢化の進展、保健医療

を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適確に対応することができるように、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念とする。」

地域保健対策の推進の基本的な方向としては、「自助及び共助の支援の推進」、「住民の多様なニーズに対応したきめ細かなサービスの提供」、「地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくり」、「医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化」、「地域における健康危機管理体制の確保」、「科学的根拠に基づいた地域保健の推進」、「国民の健康づくりの推進」、「快適で安心できる生活環境の確保」が示された^{（注11）}。

また、地域保健の法体系と制度の枠組みについては、厚生労働省の【資料2】に示した通りであり、国と都道府県、市町村の役割分担については【資料3】のように明確化された。

②健康増進法

2000年の「健康日本21」策定後、2002年に成立した健康増進法（翌年施行）によって、具体的に都道府県・市町村に対する計画策定が要請されることとなった。

もともと「健康日本21」は、栄養・食生活や身体活動と運動など9分野から構成されており、生活習慣病対策に重点が置かれていた。その特徴としては、個人の健康習慣を重視した傾向があり、ヘルスプロモーションの色合いは第二次計画に比べて薄いものであったとの指摘もある^{（注12）}。現在の「健康日本21」

は、基本的な方針が見直された第2次「健康日本21」が適用されており（2013年4月～）、2013年度から2022年度までを期間とした「21世紀における第二次国民健康づくり運動」が取り組まれている段階にある（第一次は2000年度から2012年度）。

健康増進法では、急速な高齢化と疾病構造の変化に伴い、「国民の健康の増進の重要性が著しく増大している」との観点から、国民保健の向上を図ることを目的とした。

そのうえで、同法第2条では、国民の責務として、「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」と規定された。また、国及び地方公共団体、健康増進事業実施者の責務もあわせて規定し、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない」。（同法第5条）としたのである。前記【資料2】でいえば、地域保健の柱としての対人保健の核となる法制度であるといえる。

厚生労働省は健康日本21について、その実現に向けて国が方向性を示し、都道府県はそれを勘案して調査分析と健康関連グループを確定し、そのグループと共同して健康課題についての優先順位付けや目標設定をはじめとする計画づくりを行い、達成状況の評価と結果提供などを行うことを求めている。また、「二次医療圏毎の計画策定にあたっては、保健所が健康情報の把握・分析等において中心的な役割を果たすべき」としている。市町村は主体的に計画を策定・実施すべきことが望ましいとされ、計画策定にあたっての保健所との連携が必要と記されている。政令市及び

特別区については、「独自に保健所を設置していることから、その保健所を中心として計画を立てる必要がある」とされている。健康づくり政策での保健所の役割の重要性が強調されているのである。

このように、新公衆衛生運動やオタワ憲章以来の、権利としての健康や保健医療の発展が今日もたらされていることについて、これまでみてきたような公衆衛生にかかわる政策的な変化自体は、社会の変化に対応したものとしても十分に理解できるものである。

しかし、今日の新型肺炎禍で起きている状況をみたときに、「健康づくり」をはじめ地域保健に重点が置かれた一方で、感染症対策をはじめとした保健所の機能や公衆衛生の「原点」を軽視する、好ましくない傾向が同時に進行していたとは考えられないだろうか。

3. 「新自由主義の30年」という視点

（1）地方分権と保健所・衛生研究所の議論について

地域保健の仕組み等、衛生行政は、従来の国主導から自治体主導へと変化したといわれている。このことは、1993年の両議院での「地方分権の推進に関する決議」以来、「分権自治」や「地域主権」等々、その都度看板は変わりながらも進められてきた、地方分権推進のながれと符合する^{（注13）}。

この30余年の地方分権のあゆみについては、地方の権限強化は当然に求められるにしても、権限が地方に移ればそれでよいなどというものでもなく、現在のあり方については一面的な評価をすることは難しい。たとえば、本来国がやるべきことを、十分な財源の裏付けのないまま地方に権限のみを委譲することはあ

るべき姿ではない。他方で、権限が増えたとしても、特に、財政問題を含めた「閉塞感打破」への期待から、知事・市長等の「個性」ばかりが前面に出て、トップダウンによる「改革」が進むことへの問題を感じることも多い。

今般の新型肺炎禍への対応をみても、地方分権は民主主義の理解とともに進んでこそその個人的な思いが増すばかりである。

公衆衛生とのかかわりでいえば、前記【資料3】の表中において、都道府県・市町村には「施設整備」の役割があるとしたが、これは、具体的にいえば、保健所や精神保健福祉センター、そして衛生研究所等のことである。紙幅の関係もあり、本稿では、保健所と衛生研究所にかかわる問題を考えていきたい。

まず、保健所についてである。

保健所は前述の地域保健法第6条に、以下の事業を行うものとされている。

- 1 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
- 2 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
- 3 栄養の改善及び食品衛生に関する事項
- 4 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項
- 5 医事及び薬事に関する事項
- 6 保健師に関する事項
- 7 公共医療事業の向上及び増進に関する事項
- 8 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
- 9 歯科保健に関する事項
- 10 精神保健に関する事項
- 11 治療方法が確立していない疾病その他

の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項

- 12 エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項
- 13 衛生上の試験及び検査に関する事項
- 14 その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項

実に広範な事業領域であることが確認できるが、それでは、衛生行政が自治体主導へと変化していくなかで、保健所の設置数はどのようなになったのか。

これを表で示したのが【資料4】である。ここでは1989年から2020年度までの保健所の設置総数の推移を示したが、30余年で保健所が著しく減少していることは明らかである。

「平成」初期では850前後あったものが、平成12（2000）年度には594と600カ所を割り込み、ここ数年は470前後にまで落ち込んでいる。ほぼ一貫して減少しつづけている状況なのである。

次に、保健所の設置主体別にみた比較を表にしたものが【資料5】である。

保健所総数の大幅な減少とともに、設置主体としてはどこが減少しているのかが明らかとなる。「その他政令市」の保健所の減少は、中核市への移行によるものが多い—つまり中核市の保健所の増加の理由も多くはそれによる—ことから、都道府県と政令市における保健所の減少数が大きいことがわかる。特に、都道府県数そのものは増加していないが、新潟市なども含め、市町村合併（いわゆる「平成の大合併」）の過程で政令指定都市は大幅に増加（現在、政令指定都市は全国で20市）しており、保健所の実質的な減少幅の大きさ

はより深刻である。

権限と事業は地方に移譲されても、地方では「合理化」「行革」で統廃合を進めてきた流れが、こうした数字からも読み取れるのである。

今日の新型肺炎禍で、保健所機能が「崩壊寸前」として批判をする向きもあるが、効率優先の観点から公衆衛生を扱ってこなかったのかどうか、さらにいえば、そうした潮流を「改革」として評価し「加担」してこなかったのかどうか、今一度、地方自治のあり方を立ち止まって考えてみる必要があるのではないだろうか。

「大阪都構想」論議で、大阪だけが槍玉にあげられる感もあるが、実は「自らのこと」なのである。

（２）新型コロナウイルス禍と公衆衛生

一衛生研究所等のあり方など一

本稿執筆にあたり、筆者は新型肺炎感染に対応し奮闘する地方衛生研究所に注目し、新潟県保健環境科学研究所（以下「保環研」）を視察見学させていただく機会を得た。

また、衛生研究所のあり方も含めた大きな「変革」の最中にあった大阪市を訪ね、いわゆる「都構想」の推進・反対双方の中心的な役割を担っている方々から詳細な説明を伺う取材も行った。すでに新潟県自治研究センター発行の『新潟自治』誌上においても紹介してきたが、あらためて本稿でもその概要を述べていきたい^{（注14）}。

①新潟県保健環境科学研究所の取り組み

まず、地方衛生研究所とはなにか。

厚生労働省の資料によれば、「地域保健対策を効果的に推進し、公衆衛生の向上及び増

進を図るため、都道府県又は指定都市における科学的かつ技術的中核として、関係行政部局、保健所等と緊密な連携の下に、調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生情報等の収集・解析・提供を行うことを目的」に設置されているのが、地方衛生研究所である^{（注15）}。

地域保健法により設置が義務づけられている保健所と異なり、上記に引用した1997年の厚生省事務次官通達「地方衛生研究所設置要綱」が設置根拠となり、各自治体が設置している。そのため、近年は行財政「改革」の名の下で、予算等の縮減を求める動きがあり、後述のとおり、大阪においては地方独立行政法人化されるという事例もあらわれたのである。

地方衛生研究所全国協議会の研究所名簿によれば、都道府県や政令市、中核市等、全国に83の地方衛生研究所があり、新潟県内には、新潟県保健環境科学研究所と新潟市衛生環境研究所の2つが設置されている。保環研は、新潟県の環境行政を科学的・技術的に支援する中核機関として、調査研究、試験検査、情報の解析・提供及び研修指導を行っている^{（注16）}。

保環研の組織としては、調査研究が6科に分かれて行われており、平成30年度『年報』によれば、検査業務のうち行政検査の主要事業だけでも62事業に上っている。6科の名称とおもな調査内容については、次のようになっている（以下、保環研パンフレット参照・引用）。

○情報調査科＝各科に共通する技術的事項の企画・調整や他の試験研究機関との情報交換、連絡調整。保健環境情報の関係行政機関への提供、地盤沈下の監視、温

室効果ガスの排出量算定。

○細菌科＝食中毒・感染症における細菌等の検査、感染症発生動向調査―病原体サーベイランス―、結核関連検査。

○ウイルス科＝感染症発生動向調査―病原体サーベイランス―、食中毒・集団感染症におけるウイルスの検索、ウイルスの抗体保有状況の調査。

○生活衛生科＝食品の安全性の確認、医薬品の品質確認。

○大気科学科＝有害大気汚染物質の監視、微小粒子状物質（PM_{2.5}）に関する調査研究、酸性雨の調査、騒音の測定。

○水質科学科＝水質の環境基準の監視、農薬などの化学物質の調査。

保環研で行われている新型コロナウイルスの検査は、保健所からの搬入検体数の連絡を受けてからリアルタイムPCRの結果を判定し、本庁医療調整本部と各保健所へ報告するというのが一連のながれである。こうした検査が一日2回繰り返され、午前11時までの受付の場合は結果報告が当日14時30分から15時までに、15時30分までの受付では結果報告が翌日8時30分から9時までに行われる。それだけでも過密日程であるが、驚くべきは、検査は土日祝日関係なく続けられており、2020年2月17日から筆者らが訪問した同年9月8日まで、検査がなかったのはわずか2日だけだったという事実である。ウイルス科（5人）が細菌科の応援を得ながら日夜奮闘し続けるという状況は、「想定外」「緊急事態」などという言葉で済まされる短期的なものではない。その後、今日に至る感染拡大の下で、どのような検査日程となっているのかは確認していな

いが、感染状況が比較的緩やかな新潟県であってもこのような状況なのであれば、他県の状況は想像に難くない。保環研では、核酸抽出試薬の調達が不安視される事態になったことが一時期あったとのことであるが、現在の第2波・第3波が終息した後に、さまざまな経験が今後の体制づくりに活かされることを願っている。

特に、新潟市内の感染者数が多かったことから、市衛研の検査を保環研がカバーしたという点や、日常的に新潟大学との連携関係が築かれていたことが今般の対応でも役立っている点など、本県の取り組みは今後の衛生行政の参考事例になるのではないだろうか。

②「大阪都構想」の事例にみる衛生行政のあり方

本稿のテーマから離れてしまうので、「大阪都構想」そのものを詳細に論じるものではないが、衛生行政のあり方を考えるうえでも、「都構想」という、ある種の「挑戦」が我々に投げかけたものは大きい。しかしながら、二度目の住民投票で完全に「勝負あり」となった直後から、実質的な「都構想」そのものである、「広域行政一元化」と「総合区」の方向が示されており、事態は未だに「現在進行中」である。

もともと「都構想」が本格的な進展をみたのは、当時の橋下徹大阪府知事が、当時の平松邦夫大阪市長との対立する「府市合わせ（不幸せ）」などといわれた状況が背景にあった。その後、数度の選挙を経て、現在の吉村府知事・松井大阪市長、大阪維新の会が議会与党として支える「維新政治」の体制が強化されたなかで「都構想」路線が今日まで進められてきたのである。その最大の「売

り」は、「二重行政解消」による「無駄の排除」であり、それが経済成長と住民サービス向上につながるというものであった。「二重行政解消」等の財政効果では、2011年度から2020年度までに約1994億円が発現し、2020年度当初予算ベースで370億円、2039年度では492億円との試算も出された^(注17)。

また、副首都推進局の説明資料には、特別区の設置による経済効果として、10年間で累計約1.1兆円という数字が示された（学校法人嘉悦学園報告書）。大阪維新の会は、「都構想」を選ばなければ、「一部の住民サービスを削ってどうにか金をまかなうか」「借金を増やして一時しのぎを続けるか」の2つしかないとして、現状の「停滞」に対して「成長」の未来を対峙した^(注18)。

実は、昨年11月の住民投票とは別に、すでに「二重行政解消」等のさまざまな取り組み自体は行われてきており、推進側からもいくつもの「実績」が示されてきた。そのなかには、天王寺公園エントランスエリア（てんしば）のリニューアルなど、機能再編で収入増になった事例などもあげられてきたが、同時に市立病院の独法化や地方衛生研究所統合、大学法人統合等も「成果」として示されてきたのである。

現実には、大阪においては、たとえば「二重行政」の象徴として、近接する府立病院（府立医療センター）と市立病院（市立住吉病院）が統合され後者は廃止されている。公立病院を一つ廃止すれば、単純に行政コスト削減はできるが、果たしてそれが「成果」として語られるべきものなのか。「行政改革の名のもとに進められた保健所や公立病院の見直しによる、公衆衛生機能の脆弱性、公的医療

の衰退」が新型肺炎禍の下、医療崩壊ともいふべき事態を招いた要因との指摘もされている^(注19)。

【資料6】は地方衛生研究所の地方独立法人化や機能強化について説明した、副首都推進局の資料である。

大阪市立環境科学研究所が独法化され、大阪府公衆衛生研究所と統合され、2017年から大阪健康安全基盤研究所となっている。

「都構想」推進側は、これをもって「二重行政解消」で機能強化されたことが、感染拡大に府市一体の対応ができたこととして説明している。

しかし、「都構想」反対派からは、「実質的には統合前の大阪府衛生研究所と大阪市環境科学研究所が従来通りの機能を果たしており、「感染者数の最も多かった大阪市内は、大阪市保健所と環境科学研究所で対応できた」との説明がなされている^(注20)。完全統合されていればより重大な事態になっていたとの指摘である。

たしかに、新潟県の保環研の例でも述べたように、地方衛生研究所は「二重行政解消」などで説明できる対象ではなく—実際に新潟市に多い感染者の検査を同市内にある保環研がカバーしている—、さらにこれが病院なども含めて大きな施設・組織であればなおさらのことである。

いずれにしても、保健・医療などをはじめとした、こうした論点が明らかになっていったことが、住民投票で当初有利といわれながら、最終盤で「逆転」という結果となった要因と筆者は考えている。

この間、「都構想」が方針として示され、その下で構想実現のために務めてきた府市職

員の労力には最大限の敬意を表すものであるが、「都構想」を知れば知るほど反対の人が多くなるという分析もあり^(注21)、再度下された大阪市民の審判は重く受け止める必要があるだろう。

そして、繰り返しになるが、この議論は大阪だけで起こり得るものではない。

政令市を抱える新潟県においても、労働者・生活者に直結する衛生行政や地域保健行政にまで影響する「二重行政解消」論は十分に起こり得るし、「無駄排除」と「財政改革」の言葉に魅かれる人々もいるはずである。

大阪での議論を「自らのこと」として捉える必要があるのである。

おわりに

公衆衛生の「原点」と近年の「新公衆衛生」の流れを振り返りながら、あわせて現下の新型肺炎禍にも関わる事例にも引き寄せ、公衆衛生について述べてきた。

現在の世界的な感染拡大状況に、今まで人類が経験したことがなかったかのように感じる人々がいることに筆者は驚きを禁じ得ない。

近代以降、感染症・伝染病はそれほど長くない期間を置いて発生している。

この約30年前後においても、O157感染症の集団発生が国内で問題となったのは1996年であるし、その後もSARS（2003年）や新型インフルエンザ（2009年）、MERS（2012）、エボラ出血熱（2014年）をはじめ、国際的な感染症の事例は続発してきたのである。

そうしたなかで、筆者の所属する新潟県自治研究センターでは、別稿の執筆者でもある種田和義理事が、感染症対策を一切顧みないままでのインバウンド拡大政策の危険性を、

当初から一貫して問題にしてきた。

日本史上では、幕末の開港による外国との貿易拡大・人の往来で、感染症対策が同時に必要となったという点について本稿でも触れたところであるが、「インバウンド頼み」で無警戒に踊り狂った（正確には躍らせた）政府の経済政策は、今日、歴史に学ばない愚者の手法だったと厳しく総括されてしかるべきである。歴史に学ばない姿勢は、緊急事態宣言下で今も収束を見通せない1月中旬段階において、新型ウイルス対策で「Go Toトラベル」関連予算を盛り込むということにもあらわれているのではないのかと筆者は感じてしまうのである。

日本の近代公衆衛生の原点は、外国との通商拡大や資本主義化、そして労働者の生活と密接にかかわるものであった。新自由主義の下、財政論や経済効率優先でとられた、保健所の統廃合等による機能低下や感染症対策への軽視は、あらためて原点に立ち返って見直されるべきであろう。

（注1）「新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言」をはじめとして、一般的には「新型コロナウイルス」という呼称が用いられているが、「コロナ」という言葉については、配慮すべきものの観点から、本県においては地元紙等でもあえて使用していない。本稿では「新型肺炎」として記述する。

（注2）星旦二他『系統看護学講座専門基礎8 社会保障制度と生活者の健康2 公衆衛生』第11版（医学書院、2011年）282ページ以降参照。

（注3）新藤雄三『系統看護学講座 基礎分野社会学』第6版第6刷（山崎喜比古編、医学書院、2016年）44～46ページ。

（注4）コレラなどの伝染病の大流行には、江戸幕府が欧米と結んだ不平等条約の下で、海港検

疫権が確立されなかったことも一因に挙げられている（石塚裕道・成田龍一『東京の百年』、山川出版社、1986年、65～66ページ）

（注5）産業革命期には、都市スラムは東京の市街地全域にひろがっていったことが明らかになっている。前掲『東京の百年』82～83ページ参照。

（注6）西成田豊「産業革命期日本における重工業大経営労働者の『都市下層民』的性格について（下）」（『大原社会問題研究所雑誌』569号、2006年所収）参照

（注7）田邊直仁「勤労者の健康・医療をめぐる現状と課題—わが国の法体系に基づく産業保健の仕組みをふまえて—」（『あしたへ—健康と医療のセーフティ・ネット「勤労者の健康・医療の現実と将来へのステップ」に関する調査・研究（1）』2018年、所収）。

（注8）同上10～11ページ参照。

（注9）この項については、厚生労働省「健康日本21（総論）」を主として参照した
https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s0.html（2021年1月8日閲覧）

（注10）「第30回日本国際保健医療学会東日本地方会」ホームページより訳文引用。
http://www.sakuhp.or.jp/jaih-east/?page_id=22（2021年1月20日閲覧）

（注11）「地域保健法第四条第一項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（厚生省告示第374号、1994年）

（注12）平野かよ子編著『ナース・グラフィカ 健康支援と社会保障①健康と社会・生活』第3版第2刷（メディカ出版、2014年）、33ページ。

（注13）現在の「地方創生」路線については、筆者の所属する新潟県自治研究センターではこの間、『新潟自治』誌上や各種研究等を通じ一貫して問題点を指摘し続けている。筆者も「地方創生」とは地方分権に逆行するものの立場である。

（注14）保環研については拙稿「コロナ禍であらためて注目される研究機関—新潟県保健環境科学研究所を訪ねて—」（『新潟自治』第85号、2020年10月号所収）を一部修正し、「大阪都構想」については、「いわゆる『大阪都構想』住民投票後の行方」（『新潟自治』第86号、2021年1月号所収）から一部を抜粋し修正のうえ掲載した。

（注15）「地方衛生研究所設置要綱」（平成9年3月14日 厚生省発健政第26号）（厚生労働省資料「これまでの地域保健対策の経緯」参照）。

（注16）新潟県保健環境科学研究所『平成30年度新潟県保健環境科学研究所年報』第34巻参照。

（注17）副首都推進局「特別区制度（いわゆる『大阪都構想』）の意義・効果 大阪市のサービスの最適化【二重行政の解消編】」10ページ。

（注18）大阪維新の会『漫画でわかる大阪都構想』（第2章「二重行政について」）
<https://oneosaka.jp/yestokoso/tokosomanga/manga.php?c=2>（2020年10月25日閲覧）

（注19）大阪の自治を考える研究会編「大阪都構想」ハンドブック『特別区設置協定書を読み解く』（公人の友社、2020年）76～79ページ参照。

（注20）同上。

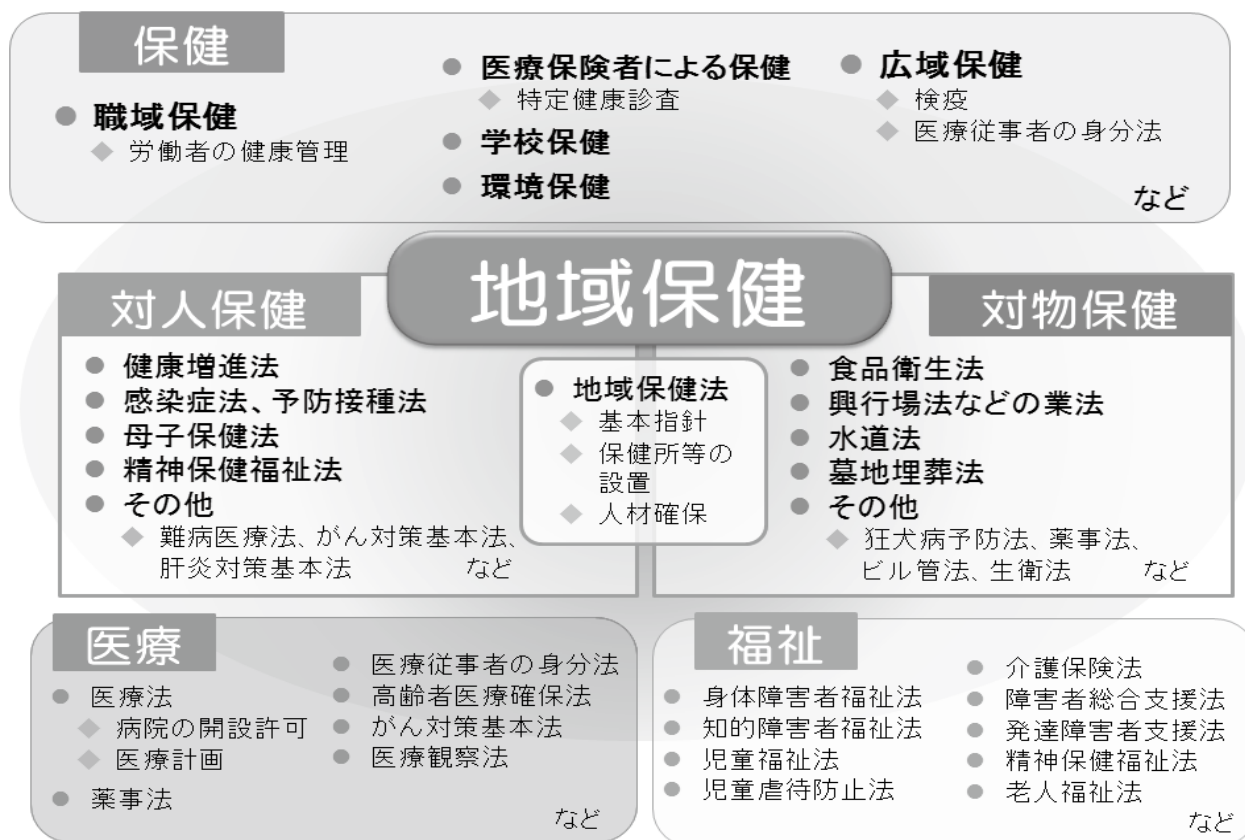
（注21）藤井聡「『大阪都構想』は、大阪市民を対象にした巨大な詐欺である」（大阪市政調査会『市政研究』2020年8月号）、14ページ以降参照。

【資料1】日本の社会保障制度の体系

分野	制度	その他
社会保険	医療保険（健康保険、国民健康保険、各種共済組合など）	被保険者と事業主の保険料、一部を国、地方公共団体が負担し運営
	年金保険（厚生年金保険、国民年金）	
	その他（雇用保険・労働者災害補償保険・介護保険）	
公的扶助	生活保護	全額公費負担・現金給付
社会福祉	児童福祉、高齢者福祉、障がい者福祉など	無償・軽負担で施設・サービス提供
公衆衛生	疾病予防、感染症対策・精神衛生、がん対策、予防接種、食品衛生、上下水道、清掃等々	実施機関として各地の保健所や保健センター

（出典）『平成24年版厚生労働白書』などを基に筆者が作成。

【資料2】 地域保健の全体像について



（出典）厚生労働省ホームページ「地域保健」より引用。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/tiiki/index.html>（最終閲覧2021年1月30日）

【資料3】 地域保健法に基づく地域保健の役割分担について

国	法整備等地域保健に関する基本的かつ総合的な企画・立案
	情報収集・調査研究
	人材養成と資質向上
	市町村・都道府県への必要な技術的及び財政的援助
都道府県	施設整備（保健所・精神保健福祉センター・衛生研究所等）
	人材確保と資質の向上
	調査及び研究
	市町村への必要な技術的援助
	関係団体への指導助言
市町村	身近で利用頻度の高い保健・福祉サービスの一元的な実施
	施設整備
	人材確保・資質の向上
	関係機関との連携体制の整備等

（出典）星旦二他『系統看護学講座専門基礎8 社会保障制度と生活者の健康2 公衆衛生』第11版（医学書院、2011年）櫻井尚子・藤原佳典「第5章 地域保健」114～115ページと地域保健法第3条を基に作成。

【資料4】 保健所数の推移

年度	保健所数	年度	保健所数	年度	保健所数
1989	848	2000	594	2011	495
1990	850	2001	592	2012	495
1991	852	2002	582	2013	494
1992	852	2003	576	2014	490
1993	848	2004	571	2015	486
1994	847	2005	549	2016	480
1995	845	2006	535	2017	481
1996	845	2007	518	2018	469
1997	706	2008	517	2019	472
1998	663	2009	510	2020	469
1999	641	2010	494		

（出典）全国保健所長会ホームページ「保健所設置数・推移」を基に筆者が作成。
http://www.phcd.jp/03/HCsuii/pdf/suii_temp02.pdf（最終閲覧 2021 年 1 月 30 日）

【資料5】「平成期」における保健所数の比較（設置主体別）

	1989（平成元）年度	2019（平成31）年度
都道府県	632	359
政令指定都市	121	26
中核市	0	58
その他政令市	42	6
特別区（23区）	53	23

（出典）全国保健所長会ホームページ「保健所設置数・推移」を基に筆者が作成。
http://www.phcd.jp/03/HCSuii/pdf/suii_temp02.pdf（最終閲覧2021年1月30日）

【資料6】大阪における衛生研究所の「改革」について

■機能再編（機関統合）による機能強化

【地方衛生研究所の統合・地方独立行政法人化（大阪健康安全基盤研究所の設立）】

大阪府立公衆衛生研究所



大阪市立環境科学研究所

統合・独立化の背景

- 1) 健康危機事象への対応力強化
- 2) 大阪の2つの地方衛生研究所の存在
- 3) 諸問題への柔軟な対応・効率的な運営の必要性

国際的な感染症の事例

	主な危機管理事例
SARS	2003年5月、来日した台湾人医師が、SARS陽性と診断される
新型インフルエンザ	2009年5月、国内発生の第1例目が神戸で報告される
MERS	2012年以降、中東以外にアメリカや韓国でも患者発生
エボラ出血熱	2014年、西アフリカを中心に患者発生
鳥インフルエンザ	（国内）2014年度 5件 2016年度 12件 2017年度 1件

府市両研究所の距離



大阪健康安全基盤研究所

[2017.4]

西日本の中核的な地方衛生研究所をめざす

①健康危機事象への対応強化

- ・指揮命令系統や機能が一元化され、健康危機事象に迅速に対応できる体制が整備

【新型コロナウイルス感染症対応】

府市が一体となり迅速かつ的確に対応

- 検査体制の強化
（和歌山県等からの検査依頼へも対応）
- 検査機能の相互補完
（森ノ宮・天王寺の両センターにおいて一体的に対応）
※参考 大安研の検査検体数：24,114検体（7/18時点）
- 疫学調査の充実
（保健所の疫学調査やクラスター対策班にも貢献）

②他機関との連携強化

- ・国立研究機関、全国の地方衛生研究所、学術分野・産業界等

③一元化施設を2022年度開設

- ・施設・機器、組織、業務の一元化
- ・研究所機能の最大限の発揮

（出典）副首都推進局「特別区制度（いわゆる『大阪都構想』）の意義・効果 大阪市のサービスの最適化【二重行政の解消編】」8ページより引用、転載。

変わる世界の中で「人生100年時代」を考える

公益社団法人 新潟県自治研究センター

理事・研究主幹 鬼 嶋 正 之

1. 人生100年時代の到来

(1) 人生100年時代とは何か

「人生100年時代」とは、リンダ・グラットンとアンドリュー・スコットの共著である『LIFE SHIFT（ライフ・シフト）』100年時代の人生戦略』（東洋経済新報社）で提唱された言葉である。著書の中で人生100年時代は、「寿命が（100歳前後まで）今後伸びてゆくにあたって、国、組織、個人がライフコースの見直しが迫られている」ということを指す言葉として用いられている。

高齢化や長寿化は、日本だけでなく、世界的に急激に進んでおり、リアルタイムの統計を提供するリファレンスWEBサイト・WORLDMATERによれば、2007年生まれの2人に1人が100歳を超えるといわれる。寿命が伸びていく中で、人生設計を考え直す行動が国全体として必要だと訴えられている。

筆者が町長職の任にあった1982年（昭和57年）頃には、百寿はまだ珍しく、100万円の祝い金を贈呈してお祝いしたことを思い出す。そんなに古い話でもない。1998年には1万人を超え、2012年には50,000人、2020年には80,459人（そのうち88%が女性）になっている。これまで政府は、100歳の誕生日を迎えた人に銀杯を贈呈してきたが、2016年から銀メッキに変えた。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によ

ると、100歳以上人口は、ピーク時の2065年には534,000人に達するとされ、なんと167人に1人が100歳以上という長寿スピードとなる。100歳の人への記念品贈呈制度もなくなるかも知れない勢いである。

(2) 「人生100年」は嘘八百か

生物学者の池田清彦氏は、メールマガジン『池田清彦のやせ我慢日記』の中で、「人生100年は生物学的に無理がある」と解説するとともに、年金制度の破綻への胡散臭い思惑を感じると指摘している。

近いうちに人生100年になるという話が独り歩きしているようだが、これは願望なのか、陰謀なのか、それとも妄想なのだろうか。池田氏はウソ話であることは確かだという。年金の財源が破綻するのが自明なので、支給年齢を引き上げ、70歳を過ぎても年金を支払わないで働かせるのが本音だと解析している。

2. 「人生100年時代」を幸せな時代に

厚生労働省が2020年7月31日に発表した2019年段階の日本人の平均寿命は、女性87.47歳、男性81.41歳と、前年に比べてそれぞれ0.13歳、0.16歳延び、女性が7年連続、男性が8年連続平均寿命の過去最高を更新している。現在のペースで伸びを続けると、100歳を超えるまで生きることもそんなに珍

しいことではなくなりそうだ。

しかし一方、内閣府の予測では、2060年に平均寿命は女性90.93歳、男性84.19歳なるという。平均寿命とは、0歳児の平均余命で、65歳の平均余命は女性27.72歳、男性22.33歳となる。2060年に65歳の人は、女性は平均92.72歳、男性87.33歳まで生きることになるという。人生100年には程遠い。この予測とても希望的な数値で、その通りになるかどうかは今の段階では何とも言えない。

同じ予測でも、30年も前から年金制度は近未来に破綻することが分かっていたのに、具体的手立てを講じないままで、今頃になって泥縄式に「人生100年」などというのはいかにも胡散臭い、という見方もある。

生物学的には、最大寿命は種によって決まっていて、人ではおおよそ115歳といわれる。勿論例外的には115歳以上生きる人はいる。しかし、データがはっきりしている人に限れば、115歳以上生きた人は全世界で54人（日本人は13人・男性は1人）しかいない（Wikipedia「長寿」）。

2020年現在、地球人口は約77億9,500万人（国連人口基金「世界人口白書2020」）だが、115歳以上の生存者は5人だけである。全て女性で、日本1人、フランス2人、ブラジル1人、アメリカ1人。最高齢は118歳の日本人女性である。

ギネスが世界最高齢記録保持者と認定しているフランスのジャンヌ・カルマンさん（1875年2月21日～1997年8月4日・122歳164日）が亡くなってから、23年間この記録は更新されていない。

またここ20年余り生存者の最高年齢は頭打ちというより、むしろ下がり気味なので、人

の最大寿命には上限があると考えてほぼ間違いないと思う。最高寿命が122歳、平均寿命が100歳を超えるということは確率的にも無理があるようである。

しかし、仮に「人生100年時代」という状況が近づくとすれば、世の中はどう変わるのか、そして、私たちはどう働き方を変えていかなければならないのか、どうしたら幸せな時代にすることができるのかについて考えてみたいと思う。

そのためには、これまでの学び方、働き方、人生設計などを見直すが必要になるのではないだろうか。

3. 人生100年時代に向けた政府の取り組み

（1）「人生100年時代構想会議」の動き

政府は、2017年に「人生100年時代構想会議」を立ち上げ、超長寿社会に相応しい生き方、そのために必要な経済・社会システムをテーマに議論を始めている。

世界一の長寿国である日本では、人生100年時代を見据えた経済社会システムを創り上げるための政策のグランドデザインを検討する会議として、政府主導で取り組みが始まった。2017年9月に「人生100年時代構想会議」が設置され、9回にわたって議論が交わされた。2017年12月に「人生100年時代構想会議 中間報告」を、2018年6月に「人づくり革命 基本構想」を取りまとめた。

「人づくり革命 基本構想」よれば「人生100年時代には、高齢者から若者まで、全ての国民に活躍の場があり、全ての人が元気に活躍し続けられる社会、安心して暮らすことができる社会をつくる必要があり、その重要な鍵を握るのが「人づくり革命」、人材への

投資である」と記されている。

2017年12月8日に閣議決定された「新しい経済政策パッケージ」と2018年6月の「人づくり革命 基本構想」を受け、厚生労働省では次のような対応策をまとめた。

- 幼児教育の無償化
- 待機児童の解消
- 高等教育の無償化
- 介護人材の処遇改善
- リカレント教育の拡充
- 高齢者雇用の促進

（２）高年齢者雇用安定法の改正

「70歳までの雇用機会の確保が企業の努力義務となる」高年齢者雇用安定法改正案が2020年2月4日閣議決定され、3月31日参議院本会議で可決、成立した。2021年4月1日から適用され、政府は将来的に義務化も視野に入れる。健康な高齢者の働き手を増やし、人手不足に対応するとともに、年金などの社会保障の担い手を厚くする狙いもある。

また、会社の定年延長に加えて、「フリーランス」や「起業」、「社会貢献活動」などの選択肢が提示されており、「雇われない働き方」の選択肢も広げていくことが示された。

これまでは、「定年＝引退」を考えるのが日本人の一般的なスタイルだったが、長寿化が進展する中で、定年後も働き続ける人がさらに増えていくことが予想される。

この流れは、長寿社会の要請であると同時に、個々人にとっても必然のことになってくるだろう。長寿化に対応するために、生涯にわたって安心して働くことができる環境をどう整えるか、国レベルでもその構築作業が始まったということである。

4. 通用しなくなった今までのライフコース

医療の世界では、「死ねない時代」などという表現も聞こえてくる。ここ10年ほどで、私たちの生命を取り巻く環境に大きな変化が起きていることは確かである。医療技術の進歩や生活環境の向上で、日本人の平均寿命は延び続けている。

産業構造の変化とともに人口構造も変化し、社会の少子高齢化はますます進み、増えゆく高齢者を減りゆく現役世代が支える構図はしばらく変わらない見通しだ。

以下、今日までの経過をたどってみる。

（１）人生50年時代～70年時代の日本

人生50年時代の日本は、農業を中心とする第一次産業に従事する人が圧倒的に多く、大概の人は体が動く限り働くのが当たり前で、息子夫婦と同居する者が多数を占め、高齢になって働けなくなれば経済的には息子に頼り、身の回りの世話は息子の嫁に見てもらうのが普通だった。

人生の後半部分について、どのように生きたらよいのかを考える必要が出てきたのは、働く人の大部分が雇用者になり、企業の都合によってその人生が規定されるようになる高度経済成長期以降のことである。女性が1960年、男性が1975年に平均寿命が70歳を超え、高度経済成長期を経て人生70年時代へ移行した。

日本の社会保障制度が整備されるようになったのは第二次世界大戦後のことである。敗戦直後はもっぱら戦後復興のための施策が中心で、旧生活保護法（1946年）は家や職を失い生活に困窮する人びとを救うためであったし、児童福祉法（1947年）は戦争で親を

失った孤児の救済が目的であり、身体障害者福祉法（1949年）は傷痍軍人の生活保障が狙いであった。

1960年代には、経済成長率は年間2桁に達し、所得が倍増した。当時の日本の人口構成はきれいなピラミッド型を描いていた（図1：人口ピラミッド 1965年）。

団塊の世代と呼ばれる1947年～49年に生まれた膨大な人口が人口ピラミッドの底辺を支え、当時は中学校卒で働き始める人も珍しくなく、「金の卵」と重宝がられ、若い労働力が豊富にあったことも経済成長を進めるうえで大きな利点になった。

近代的な福祉国家への道を歩む契機となったのは、1961年（昭和36年）の国民皆保険・皆年金制度の確立である。日本に居住する人は、国籍に関係なく、誰でも保険証一枚で自分の選んだ医療機関を利用することができ、年金保険料を納入していれば、不十分にせよ老後は誰でも公的年金を受け取ることができるという制度ができてからである。このような制度ができた背景には、ピラミッド型の人口構成と将来とも経済成長が持続するであろうとの楽観的な見通しがあったのである。

人生50年時代の働き方が、農業を中心とする自営業者であったことに対して、人生70年時代は雇用者、つまりサラリーマンの時代である。

1960年以前の日本では、働く人の半数近くが第一次産業に従事し、雇用者が半数を超えるのは1960年以降のことである（総務省統計局「国勢調査」）。

しかし、「工業優先、農業切り捨て」の国策により、農業人口は急速に減少し、代わって雇用者が急増し、1970年には雇用者の比率

が就業人口の3分の2に達している。

終身雇用、年功序列、企業別組合に象徴される日本的経営形態は、大企業から始まり1960年代以降中小企業にまで広がった。農山漁村から都市へと移動し、一つの企業に定年まで勤めあげ、都会でその生を終えるというライフコースが定着するようになったのは、農業をはじめとする第一次産業が衰退し、帰るべき田舎が消滅してしまった結果に他ならない。

高度経済成長期には、日本の家族構成も大きく変わった。

多くの若者が職を求めて農山漁村から都市へと移住し、結婚して家族を形成した。都市には若い核家族が誕生し、田舎には残された親世代による高齢の核家族が生まれた。世帯に占める核家族世帯の比率を見ると、1960年で53.0%だったものが、70年には56.7%、80年には60.3%と年々増加した（総務省統計局「国勢調査」）。

夫婦と子ども二人の核家族が標準世帯とみなされるようになり、1970年頃から行政サービスの基礎的単位、社会保障・社会福祉サービスの基準のようになった。経済の成長に伴って賃金も上昇し、夫一人の収入で生活を営むことが可能になった結果、専業主婦が増加し、「夫は仕事、妻は家事育児」の性別役割分業が定着するようになった（落合恵美子『21世紀家族へー 家族の戦後体制の見かた・超えかたー』有斐閣、1994年）。

こうして、一定年齢になると就職し、結婚して家庭を持ち、子どもに勉強部屋を与えるために家を持ち、定年まで住宅ローンを抱え、長時間労働に耐え働く男性サラリーマンと、子育て中は育児に専念し、子育てから離れた

ら住宅ローンの返済や子どもの教育費を稼ぐためにパートに出るサラリーマンの妻という画一的なライフコースが確立した。

この時代は、婚姻率は高く、離婚率は低かった。合計特殊出生率は2.0前後を維持し、人口構成が安定していた時代とも言えるだろう。

（２）人生80年時代の総括

「人生100年時代構想会議」の中間報告を見て、人生80年時代の到来に関する30年前の提言・構想等と重なるところが多いのには驚いた。そこにおいても、リカレント教育の充実や、教育、労働、余暇など、人生の時間配分を多様にすることが盛り込まれていた。

「人生100年時代」を議論する際に、30年前の提言・構想の有効性や現在の高齢者が直面する厳しい現実を重ね、社会的及び個人的な対応策を再吟味する必要があるのではないだろうか。

筆者の女房に問うてみたら、「人生100年を生きたいとは思わない」との返答であった。いろいろな要素があるにしても、これは、人生の高齢期に入り「人生100年を良し」とは考えていないことを意味するようにも思う。

人生80年時代において、高齢者は、病気や介護の問題をさておき、若い時のように希望が多くあるわけでもなく、機会にも多く恵まれるわけでもない。例えば、まだまだ元気な高齢者が年齢を理由に職を失うなど、数十年に及ぶその先の長い高齢期の生活設計を明確に描けない現実もあるのである。

少子化により若年労働者が不足する一方で、高齢者の能力や労働力が活かされず、社会的に浪費されている現状がある。

人生80年の高齢期が、実り多き幸せな時代であったと総括されて、ようやく、人生100年時代への展望が明るいものになるのではないか。

5. 人生100年時代のライフコース

人生100年時代のライフコースは、年少人口よりも高齢者人口が多いという逆ピラミッド型の人口構成であるばかりでなく、人口規模も縮小していくことが前提になっている

（図2：人口ピラミッド 2060年）。

20世紀末には、65歳以上の老年人口が14歳以下の年少人口を上回るようになり、2060年には老年人口が年少人口の4倍以上になると推計されている。

老年人口の中身を見ると、現在のところ65～74歳の前期高齢者が75歳以上の後期高齢者をわずかに上回っているが、徐々に逆転し、2060年には、総人口に占める前期高齢者13.0%に対して、後期高齢者26.9%と2倍を超える見通しである。人口規模そのものも2010年頃を境に減少傾向に転じ、2060年には8,700万人弱にまで減少すると推計される。

ちなみに新潟県の人口総数は、160万人台まで縮小するとみこまれている（国立社会保障・人口問題研究所「人口推計資料集（2020）」）。

増大する老年人口を縮小する生産年齢人口で支えることが難しくなることは明らかである。AIやロボットの活用によって省力化が図られるであろうが、大事な部分は人間の労働力に頼らざるを得ない。熟練の技をもって高齢になっても働き続けることや、年金の受給条件を自由に選択することを可能にすることなども必要になってくるだろう。

バブルが崩壊した1990年代前半から日本的経営は姿を変えてきた。とりわけ2008年のリーマンショックを契機に、従業員だけでなくその家族までも抱え込んで面倒をみてきた家族主義的な経営方針は、様相を一変させられるようになった。定年までの雇用を保障する終身雇用は反故にされ、働き盛りの中年で企業から放り出される人も出た。企業年金の減額や支給期間の短縮が行われ、中には企業年金そのものが廃止された企業もある。

定年まで安心してライフコースを歩むことが難しくなってきたのである。

コロナ禍もあり、これがこの先の就業構造や産業構造にどのような影響を残すのか、予測することは難しいが、トレンドとしては、これからは組織の歯車として酷使され、長時間労働の末に過労死するような生き方を選択するような人は少なくなっていくのではないだろうか。自分のライフスタイルや家族との生活を優先させ、裁量権の有る働き方を選ぶ人が増え、個人事業主が増える可能性も高い。個人事業主といっても、かつてのような農家や商店だけでなく、教育・医療・福祉・情報分野などの領域で、行政や企業と個別に契約して仕事を請け負う人も増えそうだ。

最近の若者たちの考え方や行動様式を見ると、自らの手で働き方を設計する時代がやってくるような気がしている。収入よりも自分の価値観や楽しみを優先させ、農業や林業、漁業のような第一次産業に活路を見出す人も増えている。

かつて日本人は、よほどの事情がない限り、ほとんどの人が生涯に一度は結婚したもののが、今では結婚しない（できない）人が増えてきている。適齢期と言われた20歳代後半で

みると、女性では1960年に21.6%が未婚であったが、1990年に40.4%、2010年には60.3%に達している。男性では、1960年に46.1%、1990年に69.4%、2010年に71.8%にのぼる（総務省統計局「国勢調査」）。一定年齢に達したら結婚して家庭を築き、生涯同じ相手と添い遂げるライフスタイルにも大きな変化が生じてきている。

生涯未婚率（50歳までに一度も結婚したことのない人）は、1960年には女性1.88%、男性1.26%であったが、1990年には女性4.33%、男性5.57%、2010年には女性10.61%、男性20.14%と、その比率は年々上昇している（国立社会保障・人口問題研究所「国勢調査推計」）。

離婚率は、1960年には女性3.15%、男性1.50%であったが、1990年には女性5.09%、男性3.38%、2010年には女性9.32%、男性6.03%と上昇している（国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料」2020）。未婚率や離婚率の上昇は、一人暮らし世帯の増加につながる。

単身世帯の比率は、1960年には16.49%であったが、1990年には22.88%、2015年には34.46%、と増加している。

世帯規模は1960年4.14人、1990年2.99人、2015年2.33人と減少している（総務省「国勢調査」）。もはや、夫婦に子ども2人の核家族は標準世帯ではなくなった。

こうしたライフコースが増加し、雇用システムだけではなく、社会保障システムも変更を迫られている。同一企業に長年勤務して生涯同じ相手との結婚生活を維持することを前提とした厚生年金のモデルに当てはまる人は、徐々に少なくなっていくことが予想される。

人生100年時代のライフコースは、必然的に多様化し、人生の途上においてしばしば修正を迫られることになる。定年までの雇用が保証されなければ、転職したり、起業したりすることが普通になるし、そのための学び直しも当然必要になる。人生70年時代のライフコースが画一的であったのに対して、人生100年時代のライフコースは、多様化し変化に富んだものになるであろう。

リンダ・グラットンとアンドリュー・スコットは、共著『ライフ・シフト』の中で、100年人生を生き抜くために「無形の資産」を身につけることを勧めている。

それは、①生産性資産：仕事の生産性を高め、所得を増やすために役立つスキルと知識、②活力試算：肉体的・精神的健康と良好な家族関係、③返信試算：変化に対応できる柔軟な態度と人的ネットワークの三つである。言い換えれば、①は稼ぐ力、②は生きる力、③は変わる力である。不確実性に富んだ時代に、長期化した人生を安心して幸せに暮らすには、変化する状況に適応する能力・無形の資産が欠かせないと説いている。

6. 100歳まで生きて良かったと思える社会

このところ、人生100年時代に備えて、厚生労働省は健康寿命の延伸に力を入れ、金融庁は安定的な資産運用を勧める。「会社も家族も、そして国も当てにできなくなる時代がやってくるから、自己防衛をなさい」と言わんばかりだ。

菅政権が誕生して、「自助」が強調されたことで、2019年に金融庁のレポートを発端に「老後2,000万円問題」が物議を醸したことを思い出した。問題となった金融庁のレポー

トでは、男性65歳、女性60歳でともに無職の夫婦が、それまでの蓄えと年金で暮らそうとすると、毎月5.5万円不足する。2人が30年生きると不足が膨らんで2,000万円になる。だから老後のために若いうちから準備して2,000万円を貯めておけ、というものだった。確かに少子化傾向には歯止めがかからないし、新たなコロナウイルス関連対応も加わった国・地方自治体を通じる財政事情を考えると、心配は増すばかりである。

100歳まで生きる可能性が出てきたのに、逆に不安や絶望を生み出すようでは悲し過ぎる。それは、長生きできるようになったにもかかわらず、相変わらず人生70年時代、80年時代の雇用システムや社会システムを維持し続け、意識も変化に対応できていないことに起因する。

誰もが結婚して家庭を築き、夫婦と子ども2人の核家族を社会の基礎的単位とみなす考え方から、皆が脱却を図らない限り、個々の自助努力だけで事態を乗り越えることは難しい。

現在の日本では、画一的なライフコースから外れた場合、仲間から疎外される可能性が高く、社会の底辺に向かって下降する傾向が強い。

少し変化の兆しはあるが、新卒一括採用は相変わらずであり、中途採用も何かにつけて不利益を被りやすい。何度でもやり直しができ、やり直すことが不利益に繋がらないような柔軟な雇用システムが求められる。やり直すことで落ちこぼれになってしまわないような新たなセーフティーネットの構築が欠かせない。それは、無償の教育制度や職業訓練制度あり、適切な助言を与えるカウンセリング

制度を普及させることである。

共働き世帯が片働き世帯を上回り、ひとり暮らし世帯が増加しているにもかかわらず、賃金も税制も社会保障制度も夫が稼ぎ妻は専業主婦の世帯が標準とされ、賃金には家族を扶養する手当が含まれ、税金には配偶者控除や扶養控除がある。さらに、サラリーマンの無業の妻の場合、年金保険料を支払うことなしに老齢年金が受け取れる第三号被保険者制度がある。

人生100年時代の社会では、賃金も税制も社会保障も、世帯単位から個人単位に変わる必要がある。性、年齢、配偶関係、性的指向、家族の有無などに関わりなく、個人としての尊厳が護られるようになれば、100歳まで生きることへの希望が持て、「100歳まで生きて良かった」と思える社会になるのではないか。

7. 100歳時代に必要な「老化」への備え

(1) 2020年厚生労働白書から

2020年厚生労働白書によると、65歳以上の高齢者のうち認知症の人は2012年時点で462万人にのぼり、その数が今後も増え続け、2020年には65歳以上の5人に1人が発症すると考えられている。

現代は、医療の進歩により、仮に急性疾患になっても助かる確率が上がってきた。だが、体力が病気前と同じレベルに戻らない可能性は残る。それは、加齢によってそれなりに老化が進んでいるからなのだろう。

急性疾患に加え、「老化」も心配しなければならないのが「人生100年時代」なのかもしれない。急性疾患や老化で衰える身体にムチ打ちながら100歳まで生きねばならない確率が高まってきたと言うことだ。

医学の進歩で「死ねない時代」とも表現される時代であれば、認知症や寝たきりのように、健康を損ねた状態で晩年を過ごす可能性も高くなるということになる。

東京慈恵医科大学の横山啓太郎教授の「人生100年時代…医療が未だに『人生70年』に固執する理由」現代ビジネス（講談社2019）によれば、「現代医療は未だに『急性疾患』への対応に重きを置いて、個別の病気を診ることのできる診療科はあっても、全身の老化に対応できる診療科はない」、「人生100年時代は、急性疾患が減ったかわりに、健康と病気の間を『老化』というキーワードが繋ぐ時代だ」、「どこからが病気どこからが健康かの明確な境界線がない時代だ」と指摘している。さらに「そのような時代にあっては、臓器別や器官別の疾患だけでなく、全身の老化によって起こる症状について、的確な医療や生活習慣改善のアドバイスができる医師の存在が不可欠だ」と提案している。

(2) 生活習慣病は「病気」ではない

横山氏は、「生活習慣病は『老化』なのに、いまだに医療界では高血圧症のような生活習慣病も『病気扱い』をして、急性疾患と同じように薬による診療をおこなっている。生活習慣病は、『老化』であって、『病気』ではない。老化に薬で対応しようとしても無理なのだ」という。

また、「体に負担をかける生活習慣によって引き起こされた高血圧症、糖尿病、高脂血症は、病気ではなく「老化」。生活習慣や加齢からくる筋力低下、認知機能低下も「老化」。ときには血圧を上昇させるような病気も別にあるが、生活習慣由来の高血圧症は

「病気」ではなく「老化」だ」という。

さらに「老化は体の一部だけで起こったりはしない。全身に等しく起こる。そのため、高血圧がめだつからといって、血圧だけを薬で下げても本質的な解決にはならない。なぜなら、表に出ている症状がないだけで、全身の老化が進んでいると考えられる」と説明している。

（３）老化に対応できていない現代医療

横山氏は、認知症や寝たきりは老化の最終形で、今のところ、薬で防ぐことはできないという。同様に、生活習慣病という老化に対しても、薬は根本的な治療にはなり得ない。体の老化を加速させる根本原因、つまり生活習慣改善にアプローチしない限り、効果は期待できないというのだ。

老化は全身の問題だから、体を一つのシステムとして診られるようになるのが理想で、薬以外の方策を考えながら、老化の原因である生活習慣にアプローチすべきと考えている。しかし、現状は、臓器や器官ごとに診療科が専門分野ごとに細分化されていて、全身の老化をしっかりと診ることはできず、薬以外の方策も持ち合わせていない。

「『人生100年時代』がそこまで来ているのに、現状の医療は、未だに『人生70年時代』のままの状況にあり、人間の体を総合的に診る視点と素養が乏しいと言わざるを得ない」と警鐘を鳴らす。

虎ノ門病院のように、こうした問題意識の下、「高齢者総合診療部」を立ち上げ、医師、看護師だけでなく、薬剤師、医療ソーシャルワーカーや栄養士など、多職種の専門職が高齢者の問題に立ち向かい始めた例もある。高

齢者の身体全体を社会的な状況も含めて、総合的に診る医療を展開するという先例だ。こうした考え方、体制づくりが全国的に充実されていくことを期待したいと思う。

（４）自分の身体は自分でマネジメントする

横山氏は、自分の体や健康を戦略的にマネジメントすることを提案している。老化は「定点」ではなく「プロセスの結果」として起こるものであり、プロセスとは毎日行っている「習慣」だという。

大切なことは、「マインド」と「習慣」を変えたうえで、マネジメントを続けることである。健康維持のための習慣は、どれだけ強く意識し続け、そこに時間を割き続けることができるかが、死ねない時代・「人生100年時代」の健康マネジメントにとって最も重要な視点だとしている。

東京慈恵医大病院では「行動変容外来」を開設して、行動変容をサポートしている。

8. 100歳時代に必要な定義の見直し

65歳以上を高齢者というのは、日本を含め多くの先進国の定義である。これは、1956（昭和31）年の国際連合の報告書で65歳以上の人口が7%を超えた社会を「高齢化社会」と呼んでいることが根拠になっている。

1956年以降、先進国では医療事情や食糧事情が良くなったこと、上下水道などの社会インフラが整ったことなどで、急速に高齢化が進んだ。健康にプラスになる様々な要素があって、65歳以上でも元気な人が多くなってきて、今の社会状況にマッチしていないのではないかという実感が広がっている。

（１）高齢者を「75歳以上」に定義し直す

日本老年学会と日本老年医学会では、「75歳以上」を高齢者と定義し直すべきと提言（2017年1月）した。どのくらい若返っているか、歩行スピードなどの体力、知的機能、残っている歯の数など、科学的に調査したところ、以前に比べて少なくとも5年、長ければ20年くらい、平均的には10年若返っていることが分かった。その結果に基づき、65歳以上よりも75歳以上を高齢者と定義した方が実情に合うとの提案である。

その狙いは、65歳を過ぎても元気な人が多い社会になっているので、元気なうちは社会的な活動を多彩に展開しようということである。生産年齢人口の年齢が74歳まで上がれば、社会を支える側、支えられる側の比率も変わり、大きな意味はある。社会参画をいつまでも続けることができれば、個々の生きがいにも、健康の保持にもいい。

しかし、高齢者を75歳以上とした場合、大前提として、その年齢以下でも「フレイル（虚弱）」になった人へのきちんとした社会保障が手当てされるということが必要だし、生じる個々の事情によって自由に選べる選択肢が用意され、安心の手立てが講じられていることも重要だ。元気で意欲のある方には、若い世代の負担を軽減するという重要な意味もあり、意義は大きい。

少子高齢化をどうしても悲観的にとらえがちだが、元気な高齢者が多くなった今、高齢者の定義を「75歳以上」に変えることで、現状の類型的な考え方から発想転換でき、日本もまだまだ他に引けを取らない活力ある国にみえてくる。

一方で、60歳、65歳で定年とすることを前提につくられている日本社会のシステムを変

えていかなければならない。高齢者は、体力的には若い人のようにはいかないので、どのような働き方ができるか、給与体系をどうするか、国民的議論が必要となる。

（2）「働く」意義の再定義

超長寿社会に向けて、世界中の専門家の間で共通に理解されていることは、「長く生きるためには、長く働かなければならない」ということである。人生100年時代を生きるための「働く」とは、もちろん生活のためではあるが、それ以上に、長い人生をより豊かに生きていくためでもある、と再定義が必要ないように思う。

そうした視点で「働く」を考えたときに、「苦手なこと」、「不得意なこと」では効率的に成果を上げて、新しい価値を生み出すことは難しくなる。長く働くために大事なことは、時間を忘れるほどに熱中できること、いつまでも飽きずに取り組める事を見つけることだ。自分が大切にしたい価値観に結びついてくる「働き方」を見つけることが重要になる。

ここで考えるべきことは、働くということの「多様性」ではないか。毎日決まった時間に会社に通勤するといった固定的な考え方ではなく、ITやIoTを活用して、「やりたいこと」をしながら社会貢献することもできる、もっと柔軟で幅広い「社会参加」の形としての「働く」の再定義が必要だ。時間や場所、雇用形態に捉われず、個人事業へのチャレンジ、NPOなどの非営利活動やボランティア、加えて、2020年12月4日に成立した「労働者協同組合法」を活用した「好きなことを仲間とともに仕事にする」活動など、幅広い新し

い働き方で、社会参加を継続していくことが大切になってくる。

そうした時代の方向性の中で、大切にすべきキーワードは、「好きなこと」、「得意なこと」、「人の役に立つこと」の三つではないか。「働く」ことが、広い意味での「社会参画」の一環であることを考えれば、その目的は何らかの形で「人の役に立つこと」である。人は人の役に立つことをしている時に、最も幸福感を得られるともいわれるのではないだろうか。

9. エイジレス社会と好老文化の再生

「寿が文化を変えるとき～エイジレス・ライフのすすめ～」は、人生80年時代の助走が始まる1988（昭和63）年10月、総務庁長官の私的懇談会として発足した「新しい中高年の生活文化を考える懇談会」から提案されたものだ。その第6章に「『エイジレス・ライフ』のすすめ」がある。

（1）「エイジレス・ライフ」のすすめ

エイジレスとは、年齢に制約されない、年齢の概念を超越した意味で、年齢などの社会的枠組みを離れて、自らの能力と責任において自由に生き生きと活動を続ける個人を生み出し、育てていくことが、これからの社会の一つのイメージだ、と述べている。

従来、高齢者、年寄りというと、どちらかといえば、みじめで暗い老後が想像されがちだった。だから、高齢化社会というと、そういう年寄りが多数で、活気がない社会になるという悲観的な捉え方をされてきた。高齢者は、社会から保護される存在であることばかりが強調され、高齢者の持っている知識や経験、活力というものが活かされてこなかった。

保護するという意識が、ときには高齢者を社会から疎外することにもなった。しかし、今や高齢者の大半は、保護される存在であるよりは、社会の重要な構成員として、一定の役割を担う存在であるといえる。

高齢者が多様なライフパターンを維持し、自立して積極的に生活できること、それをエイジレス・ライフと呼ぶことができるだろう。それは、エイジレス・ライフをいつまでも若々しくというような、高齢者の若返りを志向する生き方や年をとることを否定的にとらえる意味合いでもない。

人生100年時代の助走が始まろうという今、80年時代の幕開けに提案されたこの「年齢を基準とした偏見を超えていこう」とする提案を、今一度吟味し直し、本格的な超高齢社会の到来がもたらす諸課題に答えを出していかなければならない。

（2）「好老文化」の再生

歴史をさかのぼってみると、中世には、日本でも中国でもヨーロッパでも「好老文化」があった。例えば、徳川時代まではその言葉遣いにも「先生」、「老中」、「年寄」が高位の「職」を示すように、好老の意が込められていた。

現代に通ずる「嫌老好若」の思想がどうして生まれたかを考えてみると、物財の多いことに幸せを求める美意識と、物財を多くすることを正義とする倫理観が成立していたことがあると言われ、物財の増加を目指す近代文明においては、物を沢山、しかも早く作れることが重視された。行動の効率性が重んじられるようになって、「嫌老好若」思想は定着したと、堺屋太一氏らは述べている。

このような社会意識として「嫌う」ものを社会が負担をして養うという考えによって、隔離主義と蔑視へとつながっていくのであった。好ましいという総体的な意識の中で社会的負担が伴うのと違い、嫌いなものへの福祉の必要性は、結局、必要悪的思想へとつながり、できるだけ隔離しようということになる。嫌老思想、嫌老文化というものが国民の意識の根底に流れている限り、福祉は福祉たり得ず、天国と地獄が背中合わせという結果になってしまう。

世界一の長寿国となり、人生100年時代の先駆けを果たそうとするなら、この嫌老の美意識や倫理観、老いを嫌う思想と文化を捨て、「好老文化」の再生を図りながら、「好老・好若」のバランスの取れた思想文化を育てる努力がいるように思う。

国連が、2015年9月、「持続可能な開発目標（SDGs）」を採択した。193の加盟国は2016年から、その目標達成のために、2030年に向けて努力中だ。

高齢者にとってはもってこいの課題だと思う。老いも若きも協力して、その目標達成に努力しあう中で、人生100年時代に相応しい新しい文化が生まれてくることに期待したい。

10. 人生100年時代の春夏秋冬

超少子高齢社会の先達である日本が、先駆けて「人生100年を前提とする社会構築」などの提案は、世界的に注目されてきた。しかし、概念としては理解できても、「人生100年時代」の本質がどこにあるのか、直観的には分かりづらい。

予防医学研究者の石川善樹氏は、人生100年時代の本質は「3rd Age世代の台頭」に

尽きるといふ。人生100年を「春夏秋冬」の四つに分けたとき、ちょうど秋にあたる50歳～75歳の人たちのことを「3rd Age世代」と呼び、位置付けることによって、新しい人生モデルが見えてくるというのだ。

25歳までが「学ぶ春」、50歳までが「働く夏」、75歳までが「学び・働き・遊ぶ秋」、それ以降をゆっくり「休む冬」と捉える。春夏は人生が上がり、秋冬はそれを降りていく、緩やかな逆U字カーブのイメージだ。

このモデルの最大の特徴は、人類史上初めて登場する「実りの秋（3rd Age世代）」の台頭である。従来のモデルでは、懸命に働いた後、強制的に老年期に入らねばならなかった。それに対して新たなモデルでは「働く」と「休む」の間に、社会とのつながりを保ちながら「学び、働き、遊ぶ」という豊かな時間が訪れることになる。

世界的にみても、近い将来、従来型の経済成長が成り立たない社会に突入する。有限な定常経済の中でいかに豊かに生きるかは人類共通のテーマであり、その最初の世代となるのが団塊ジュニアだ。世界の先駆けとして、人類史上経験したことのない「実りの秋」に向けてビッグピクチャーを描きながら、一人ひとりが自らの人生をどのように生きていくか、常に自問自答を重ね、深めながら、成熟した「楽しい冬」の有り様を示してくれることを期待したい。

11. コロナで変わる世界の中で迎える人生100年時代

これまでいろいろな戦争や紛争、災害があったが、全てローカルできであった。第一次世界大戦は欧州中心で、第二次世界大戦は

それより広いが、戦争に関係のない地域もあった。しかし、新型コロナはあっという間に地球全体に広がった。これは初めてのことのように思う。

昨年春から夏までが第一のフェーズで、一番の関心事は「健康」であった。第二のフェーズでの主なテーマは「経済」であった。最終的に普通の経済状態に戻ることは、「難しい」ことになるのではないだろうか。

2021年の年明け、日本だけでなく、世界レベルで第3フェーズに入ってきた。そして、経済とコロナ対策が究極的にトレードオフ（相反関係）になっていることに気づく。これは、社会の仕組みの問題であり、生き方の問題であり、「人間とはなんぞや」ということを含めた「政治と精神が一緒になった問題」だと気が付き始めたのではないだろうか。

自分の国で感染者が減っても、周りの国や地域で感染者がいれば解決にならない。地球全体で協力しなければならないと分かったわけだ。極端な「自国ファースト」だけでは解決しないことも体験した。

今回のコロナ禍が世界共和国への最初的一步、少なくともそのきっかけになった、と振り返って思えるようになってほしいと願う。21世紀を超えて人類が繁栄できていることが、われわれの子孫も生きて命のバトンリレーができる最低の条件だからだ。それがなければ、人生100年時代の夢は、夢のまた夢になってしまう。

危機的状況になればなるほど、人間のエゴはむきだしになる。現在のコロナ禍を乗り越えるには、コロナを機に、資源搾取型のグローバル経済から「各国、各地域の中で持続的に循環するシステム」に転換することが必

要だ。

コロナ危機の中で、日本の教訓としては、グローバル経済に大きく依存し、かつ都市部に一極集中する経済社会の脆弱性を知ったことだろう。

天然資源が極めて少ない日本は、1次産業の農業や林業、水産業を基盤に循環型の市場経済を生み出していくことが持続性の要となる。ITを駆使し、自宅にいながらにして農業ができる時代が現実になりつつある。新しい農業を確立し、若い人々を参入させることが地方分散型社会のスタートになるだろう。地方で若い人々がしっかりと生活ができる社会をつくり、地域循環型の経済へとシフトする。それを経験豊かな高齢者がバックアップする、そうした体制を整備するのが自治体と国の責務である。

12. 「満足死」を完成させるための条件整備

全国地域医療学会で知己を得、感銘を受け、尊敬の念を持ちながら指導をいただいた正田善平医師（高知県黒潮町の拳ノ川診療所の勤務医で、半生を過疎地の地域医療に捧げた偉人）が提唱された「満足死」を紹介したい。

正田氏、「死ぬまで健康を保ち、自然死したければ、死ぬまで働け」と提唱する。赴任して最初に、住民に「どのような死に方をしたいか」と問うたら、住民が「死ぬまで元気で、ポックリ死にたい」と答えを出したことから、そのためには「死ぬまで働け」、と結論を導き出して生活指導したという。

それは、「お金のために働くのではなく、健康のために、一生、働く」ということである。「疲れるから」、「やることがないか

ら」といって寝ているのではなく、自ら、家の仕事、10坪程度の家庭菜園、小さな大工仕事など、できることは皆がやる。体を動かすことで、寝たきりにならずにすみ、その結果、ポツクリ逝くことができる。

赴任して2年で、50人いた寝たきり老人が2人になった。

人間には運動するための細胞と、生命を維持するための細胞があり、生命維持の細胞は、その個体が死ぬまでコンスタントに働くが、運動細胞は、使わないと衰退してしまう。疋田氏は、このような死に方、あるいは自らが望む死を迎えることを「満足死」と呼んで、1979（昭和54）年、日本の高齢化が大きな社会問題化する中、「満足死」の概念を学会発表した。

尊厳死や安楽死がどこか二人称、三人称の死の捉え方である一方、「満足死」は本人が満足する死に方を選ぶということである。

ほとんどの人が自宅で亡くなりたいと願うことから、看護師はじめ、疋田氏はそれを全面的に受け入れ、24時間365日体制を確立、「全村病院構想」へと発展させた。

かつて京都大学のカール・ベッカー教授が紹介した面白いデータがある。

イギリス、ドイツ、日本の3か国で、「両親の面倒を最後まで看ますか」と質問したところ、英国は50%、ドイツは62%、日本75%の人が「ハイ」と答えた。

ところが、実際に親が寝込んだ時にそれを実行したかどうかを調査してみると、英国は40%、ドイツは50%、日本はわずかに20%しか実行していなかった。

日本人は口先だけで、現実と期待値の乖離がある。

そこで、どうしたらいいのか。疋田氏は、寝たきり（生活死）になったら、臨終（生物死）を迎えるまでの間隔が短ければ短い程いいといい、その理想は一週間だという。

疋田氏曰く、「大体、嫁さんをはじめ、家族がお世話をしてくれるのは一か月です。バカ息子でも一か月はしてくれます。一か月過ぎると早く死んで欲しいとは言わなくても、粗末に扱われると思った方がいい。これが二か月、三か月となると、現実問題、世話する側で困る人がでてくる。そうすると、生活死から生物死まで、最長で一か月でないと具合が悪い。もちろんベストは一週間以内です。それでは、一か月以内にコロッと死ぬにはどうしたらいいか。それが私の言う『死ぬまで働け』という意味です」という。

疋田医師から聴いた「満足死」には、次の三つの要件も必要だとのことであった。

- ①本人が、自分が選んだ死に方ができて良かったという満足。
- ②家族・肉親が、しっかり介護ができて良かったという満足。
- ③医療・看護・介護関係者が、その命に関わり、懸命にやって、責務を果たせて良かったという満足

このような、「満足死」を完成させる諸条件を整えていくことも、人生100年時代を幸せなものにできるかどうかの、大事な基礎になる。

13. 健康寿命の延伸に光明

人生100年時代の重要な要素の一つは、健康寿命の延伸だろう。

2021年1月15日、東京大学医科学研究所などの研究チームが「『老化細胞』を効率よく

除去する方法を見つけ、マウスの実験で加齢現象の改善を確認した」と、米科学雑誌『サイエンス』で発表した。

チームは「加齢に伴う病気の予防や治療のための創薬が期待でき、健康寿命の延伸に繋がる成果だ」としている。

細胞分裂が止まってしまった老化細胞は、体内に蓄積して軽度の炎症を引き起こし、臓器などの機能低下をもたらす。マウスの遺伝子を操作して老化細胞を除去すると、機能低下に伴う動脈硬化や腎機能などの発症が知られていた。だが、老化細胞には様々なタイプがあり、どの老化細胞にも効果のある薬剤の開発は困難だった。

チームは、ヒトの細胞を使って老化細胞を人為的に作製するが、この細胞を使った実験ではアミノ酸の一種グルタミンの代謝に関わる遺伝子「GLS1」が老化細胞の生存に必要なことが分かった。正常細胞と老化細胞にそれぞれGLS1の動きを阻害する物質（阻害剤）を添加したところ、老化細胞だけが死滅した。この物質は、抗がん剤の候補物質で、患者に投与して有効性や安全性を確かめる臨床試験が進められている。

また、老齢のマウスにGLS1阻害剤を投与したところ、様々な臓器や組織で老化細胞が除去できることを確認した。人間の年齢に換算すると、握力や免疫機能は60歳程度から30～40歳程度になり、病気をもたらす腎臓の糸球体硬化や肺の線維化、肝臓の細胞炎症なども改善したという。

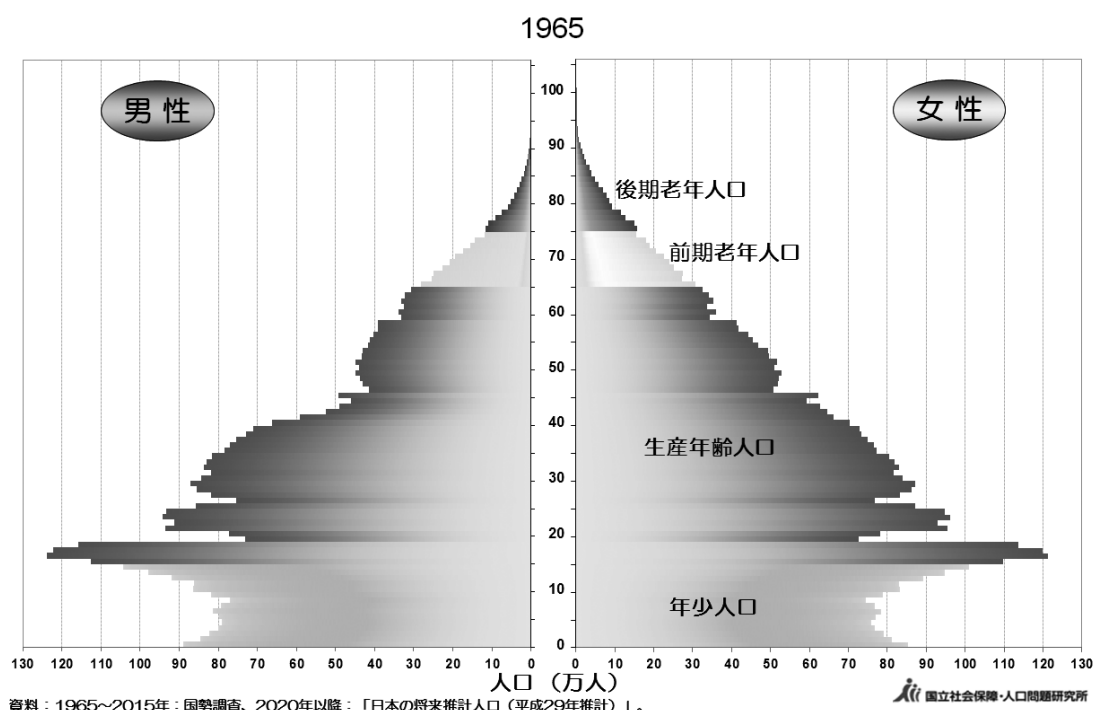
東大医科学研究所の中西教授（がん防御シグナル分野）は「がんを含め、様々な病気に老化細胞が関わっている可能性がある。GLS1阻害剤の副作用を慎重に調べ、5～10年程

度で臨床研究を開始したい」と話している。人生100年時代の先駆けを期待される日本にとって、これは朗報といえるのであろう。

様々な視点で、「人生100年」について、述べてきた。その多くは、識者の紹介や論述であったが、迎える可能性が出始めた100年への参考にしていただければ幸いである。

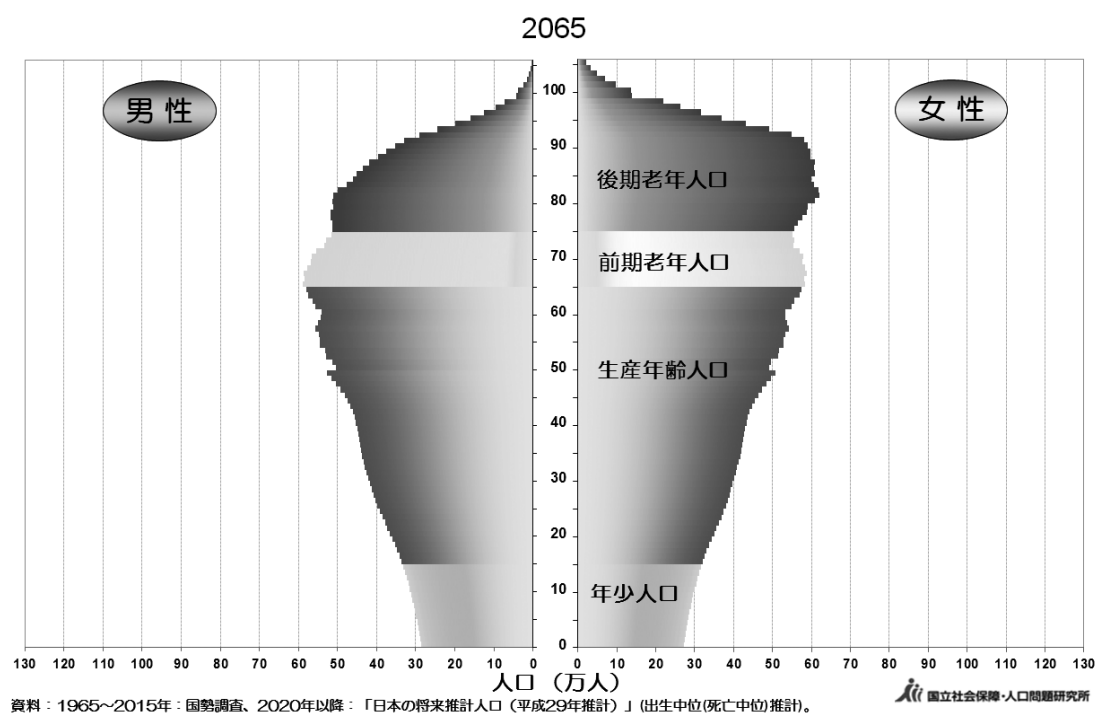
平成の時代とは、この「100年」にむけた大きな一歩の時代であったのだろう。

【図1】人口ピラミッド1965年



（出典）国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
<http://www.ipss.go.jp/site-ad/TopPageData/1965.png>
 （最終利用2021年2月4日）

【図2】人口ピラミッド2060年



（出典）国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
<http://www.ipss.go.jp/site-ad/TopPageData/2060.png>
 （最終利用2021年2月4日）

【 Ⅲ．資 料 】

1. 人口推移と推計・高齢化 121
 - ①日本の人口 過去推移（1947～2015年）
 - ②日本の人口 将来推計（2066～2115年）
 - ③新潟県の人口 推移と推計
 - ④世界の高齢化率の推移（1990～2019年）
2. 寿命 128
 - ①日本の平均余命の年次推移（1947～2010年）
 - ②主な国の平均寿命の年次推移（1965～2010年）
 - ③世界の平均寿命（2018年）
3. 出生と乳児 131
 - ①主要先進国の合計特殊出生率の推移（1950～2016年）
 - ②都道府県別にみた合計特殊出生率の年次比較
—平成18・28年—
 - ③日本の乳児死亡率の推移（1990～2019年）
 - ④女性の年齢別出生率（1975、1990、2005、2017年）
4. 労働 135
 - ①世界の就労年齢人口（15～64歳）
比率の推移（1990～2019年）
 - ②世界のパートタイム労働者の推移（1990～2019年）
 - ③世界の失業率の推移（1991～2019年）
 - ④日本の就労人口（15～64歳）の推移（1990～2019年）
 - ⑤非正規労働者の推移と現状
5. 貧困と生活保護 143
 - ①世界の貧困率比較（1994～2018年）
 - ②日本の相対的貧困率の状況と推移（1985～2018年）
 - ③日本の生活保護の推移と実態

1. 人口推移と推計・高齢化

①日本の人口 過去推移（1947～2015年）

総数、年齢3区分（0～14歳、15～64歳、65歳以上）別総人口及び年齢構造

年 次	人 口 (1,000人)						割 合 (%)		
	総 数 (改訂値) ¹⁾	年 齢 別 人 口 (各 年 報 告 書) ²⁾					0～14歳	15～64歳	65歳以上
		総 数	0～14歳	15～64歳	65歳以上				
明治 5 (1872)	34,806								
大正14 (1925)	59,737								
昭和 5 (1930)	64,450								
昭和22 (1947)	78,101 *	78,101 *	27,573	46,783	3,745		35.3	59.9	4.8
30 (1955)	89,276 *	89,276 *	29,798	54,729	4,747		33.4	61.3	5.3
40 (1965)	98,275 *	98,275 *	25,166	66,928	6,181		25.6	68.1	6.3
50 (1975)	111,940 *	111,940 *	27,221	75,807	8,865		24.3	67.7	7.9
60 (1985)	121,049 *	121,049 *	26,033	82,506	12,468		21.5	68.2	10.3
61 (1986)	121,660	121,672	25,434	83,368	12,870		20.9	68.5	10.6
62 (1987)	122,239	122,264	24,753	84,189	13,322		20.2	68.9	10.9
63 (1988)	122,745	122,783	23,985	85,013	13,785		19.5	69.2	11.2
平成元 (1989)	123,205	123,255	23,201	85,745	14,309		18.8	69.6	11.6
2 (1990)	123,611 *	123,611 *	22,544	86,140	14,928		18.2	69.7	12.1
3 (1991)	124,101	124,043	21,904	86,557	15,582		17.7	69.8	12.6
4 (1992)	124,567	124,452	21,364	86,845	16,242		17.2	69.8	13.1
5 (1993)	124,938	124,764	20,841	87,023	16,900		16.7	69.8	13.5
6 (1994)	125,265	125,034	20,415	87,034	17,585		16.3	69.6	14.1
7 (1995)	125,570 *	125,570 *	20,033	87,260	18,277		16.0	69.5	14.6
8 (1996)	125,859	125,864	19,686	87,161	19,017		15.6	69.3	15.1
9 (1997)	126,157	126,166	19,366	87,042	19,758		15.3	69.0	15.7
10 (1998)	126,472	126,486	19,059	86,920	20,508		15.1	68.7	16.2
11 (1999)	126,667	126,686	18,742	86,758	21,186		14.8	68.5	16.7
12 (2000)	126,926 *	126,926 *	18,505	86,380	22,041		14.6	68.1	17.4
13 (2001)	127,316	127,291	18,283	86,139	22,869		14.4	67.7	18.0
14 (2002)	127,486	127,435	18,102	85,706	23,628		14.2	67.3	18.5
15 (2003)	127,694	127,619	17,905	85,404	24,311		14.0	66.9	19.0
16 (2004)	127,787	127,687	17,734	85,077	24,876		13.9	66.6	19.5
17 (2005)	127,768 *	127,768 *	17,585	84,422	25,761		13.8	66.1	20.2
18 (2006)	127,901	127,770	17,435	83,731	26,604		13.6	65.5	20.8
19 (2007)	128,033	127,771	17,293	83,015	27,464		13.5	65.0	21.5
20 (2008)	128,084	127,692	17,176	82,300	28,216		13.5	64.5	22.1
21 (2009)	128,032	127,510	17,011	81,493	29,005		13.3	63.9	22.7
22 (2010)	128,057 *	128,057 *	16,839	81,735	29,484		13.1	63.8	23.0
23 (2011)	127,834	127,799	16,705	81,342	29,752		13.1	63.6	23.3
24 (2012)	127,593	127,515	16,547	80,175	30,793		13.0	62.9	24.1
25 (2013)	127,414	127,298	16,390	79,010	31,898		12.9	62.1	25.1
26 (2014)	127,237	127,083	16,233	77,850	33,000		12.8	61.3	26.0
27 (2015)	127,095 *	127,095 *	15,945	77,282	33,868		12.5	60.8	26.6

総務省統計局『国勢調査報告』（*）および『人口推計』による。各年10月1日現在人口。総数には年齢「不詳人口」を含み、割合は年齢「不詳人口」を按分補正した人口による。昭和46（1971）年以前は沖縄県を含まない。

1) 『人口推計月報 改訂数字特集』『人口推計 国勢調査結果による補間補正人口』等による。

2) 各年『人口推計』等による。昭和23（1948）年～39（1964）年については『日本の推計人口』（改定値）による。昭和46（1971）年は改定値。

（出典）国立社会保障・人口問題研究所

②日本の人口 将来推計（2066～2115年）

総数、年齢3区分（0～14歳、15～64歳、65歳以上）別総人口及び年齢構造

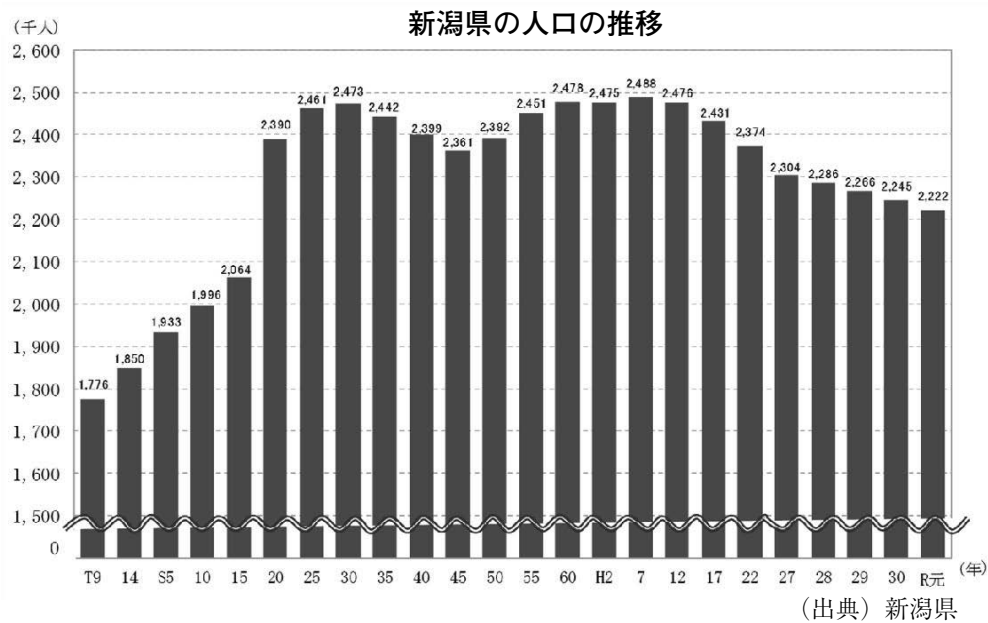
係数:出生中位(死亡中位)推計

年 次	人 口 (1,000人)				割 合 (%)		
	総 数	0～14歳	15～64歳	65歳以上	0～14歳	15～64歳	65歳以上
2066	87,110	8,880	44,768	33,462	10.2	51.4	38.4
2068	85,165	8,700	43,756	32,709	10.2	51.4	38.4
2073	80,386	8,283	41,380	30,723	10.3	51.5	38.2
2078	75,957	7,869	39,043	29,045	10.4	51.4	38.2
2083	71,916	7,436	36,895	27,584	10.3	51.3	38.4
2088	68,142	7,003	35,009	26,130	10.3	51.4	38.3
2093	64,531	6,599	33,229	24,703	10.2	51.5	38.3
2098	61,061	6,241	31,442	23,378	10.2	51.5	38.3
2103	57,756	5,922	29,701	22,133	10.3	51.4	38.3
2108	54,632	5,621	28,045	20,967	10.3	51.3	38.4
2113	51,685	5,320	26,504	19,861	10.3	51.3	38.4
2115	50,555	5,200	25,924	19,432	10.3	51.3	38.4

各年10月1日現在の総人口(日本における外国人を含む)。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所

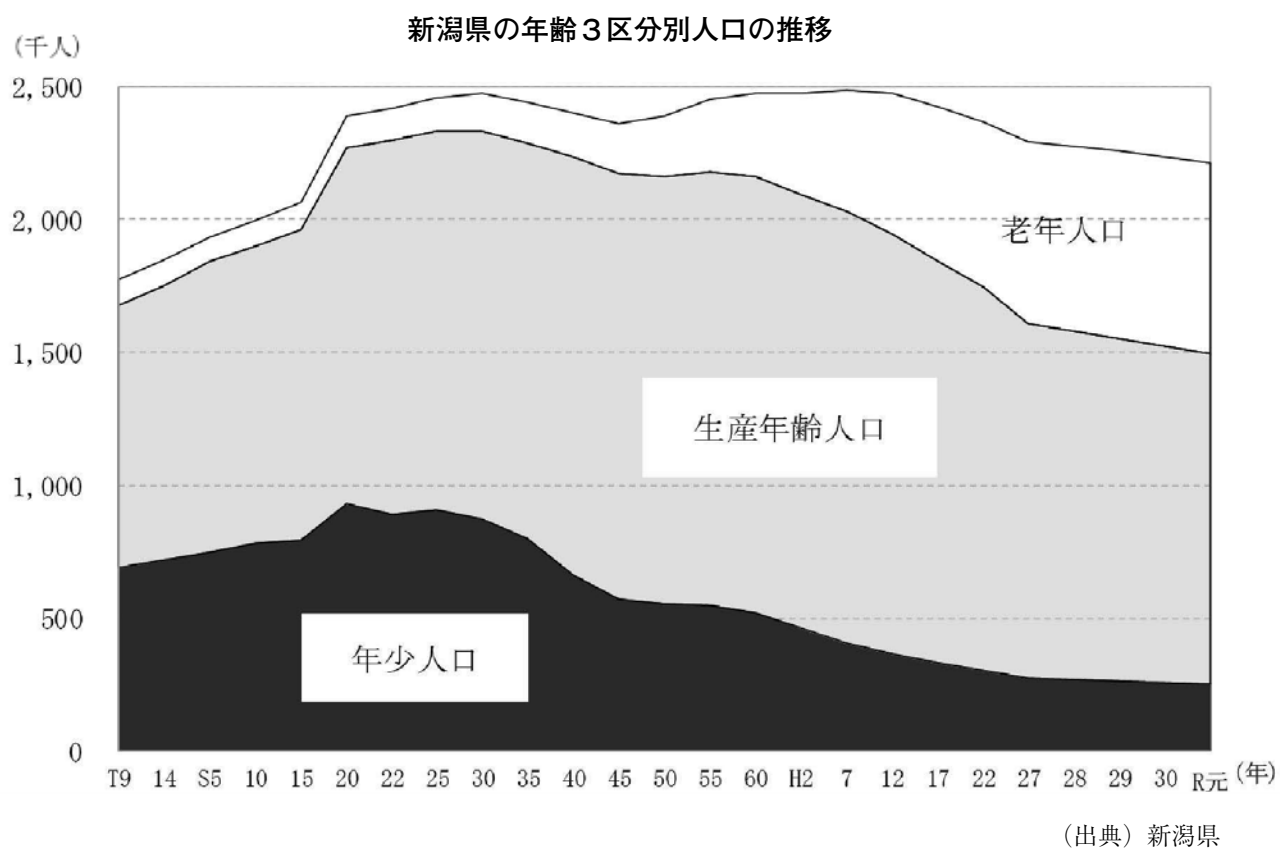
③新潟県の人口 推移と推計



新潟県の人口の推移

	自 然 動 態					社 会 動 態						
	出 生		死 亡	差 引	過 去 1年間の 増減数	転 入		転 出		差 引		増減数
	実 数	元年=100					うち県外		うち県外		うち県外	
平成元年	25,386	100.0	18,408	6,978		81,688	37,353	89,182	44,740	-7,494	-7,387	-516
2	24,595	96.9	18,961	5,634		80,529	37,210	86,561	43,059	-6,032	-5,849	-398
3	23,855	94.0	19,027	4,828		81,994	38,382	85,250	41,796	-3,256	-3,414	1,572
4	23,996	94.5	19,679	4,317		83,133	39,354	85,498	41,728	-2,365	-2,374	1,952
5	23,295	91.8	20,554	2,741		86,499	40,602	85,901	39,902	598	700	3,339
6	23,999	94.5	20,333	3,666		87,358	40,729	85,735	39,083	1,623	1,646	5,289
7	23,190	91.3	21,168	2,022		88,787	41,294	87,072	39,449	1,715	1,845	3,737
8	22,902	90.2	20,579	2,323		87,017	39,802	86,873	39,633	144	169	2,467
9	22,736	89.6	21,126	1,610		87,779	39,998	88,346	40,565	-567	-567	1,043
10	22,756	89.6	21,152	1,604		85,008	39,541	87,133	41,693	-2,125	-2,152	-521
11	22,061	86.9	22,606	-545		82,473	36,562	87,010	40,967	-4,537	-4,405	-5,082
12	21,854	86.1	21,879	-25		81,844	36,830	85,777	40,750	-3,933	-3,920	-3,958
13	21,436	84.4	21,932	-496		80,823	36,444	85,214	40,884	-4,391	-4,440	-4,887
14	20,915	82.4	22,160	-1,245		78,153	35,465	83,793	40,940	-5,640	-5,475	-6,885
15	19,602	77.2	23,202	-3,600		78,587	35,763	83,207	40,579	-4,620	-4,816	-8,220
16	19,957	78.6	23,487	-3,530		76,911	35,713	81,097	39,861	-4,186	-4,148	-7,716
17	18,779	74.0	24,342	-5,563		68,687	33,944	74,712	40,004	-6,025	-6,060	-11,588
18	18,921	74.5	24,044	-5,123		63,170	32,291	69,617	38,915	-6,447	-6,624	-11,570
19	18,890	74.4	24,662	-5,772		66,159	31,173	72,846	38,019	-6,687	-6,846	-12,459
20	18,622	73.4	25,140	-6,518		70,530	29,849	76,303	35,820	-5,773	-5,971	-12,291
21	18,216	71.8	25,171	-6,955		68,533	29,044	73,067	33,913	-4,534	-4,869	-11,489
22	18,077	71.2	26,357	-8,280		65,867	28,451	70,191	32,761	-4,324	-4,310	-12,604
23	18,051	71.1	27,013	-8,962		65,535	28,435	68,442	31,421	-2,907	-2,986	-11,869
24	17,324	68.2	27,848	-10,524		63,528	27,186	68,493	31,653	-4,965	-4,467	-15,489
25	17,364	68.4	28,696	-11,332		63,832	26,937	68,795	31,603	-4,963	-4,666	-16,295
26	16,757	66.0	28,094	-11,337		63,296	26,227	68,936	31,833	-5,640	-5,606	-16,977
27	16,485	64.9	28,465	-11,980		63,262	26,272	69,438	32,413	-6,176	-6,141	-18,156
28	16,051	63.2	28,666	-12,615		62,649	26,524	68,442	32,430	-5,793	-5,906	-18,408
29	15,158	59.7	29,272	-14,114		62,422	26,722	68,043	32,373	-5,621	-5,651	-19,735
30	14,665	57.8	30,029	-15,364		62,149	26,883	67,849	32,579	-5,700	-5,696	-21,064
令和元年	13,973	55.0	30,484	-16,511		63,905	27,649	70,447	34,178	-6,542	-6,529	-23,053
2	13,148	51.8	29,506	-16,358		60,115	25,207	66,015	31,077	-5,900	-5,870	-22,258

(出典) 総務省統計局



新潟県の将来推計人口《男女５歳階級別》（2015年は国勢調査による実績値）

年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
総数	2,304,264	2,223,647	2,131,156	2,031,445	1,926,432	1,814,665	1,698,989
0～4歳	83,877	78,142	69,877	65,030	60,842	56,086	51,281
5～9歳	92,168	84,690	79,019	70,730	65,864	61,652	56,846
10～14歳	100,057	92,574	85,128	79,452	71,135	66,255	62,021
15～19歳	107,253	95,330	88,230	81,293	75,918	68,013	63,390
20～24歳	95,815	92,296	82,083	76,032	70,229	65,664	58,852
25～29歳	104,513	97,211	93,436	82,813	76,513	70,521	65,877
30～34歳	120,327	105,603	98,427	94,485	83,570	77,128	71,131
35～39歳	142,445	120,844	106,308	99,144	94,982	83,886	77,385
40～44歳	158,586	142,098	120,908	106,443	99,255	95,085	83,967
45～49歳	144,126	157,330	141,137	120,251	105,915	98,758	94,588
50～54歳	141,302	142,444	155,602	139,725	119,155	105,013	97,934
55～59歳	149,638	139,436	140,682	153,779	138,281	118,025	104,098
60～64歳	176,199	146,996	137,240	138,648	151,670	136,579	116,680
65～69歳	187,120	170,352	142,474	133,314	134,865	147,659	133,098
70～74歳	140,145	177,139	161,541	135,490	127,105	128,822	141,183
75～79歳	127,882	128,293	163,193	149,143	125,585	118,217	120,121
80～84歳	110,359	109,029	110,228	141,835	130,108	110,386	104,587
85～89歳	76,880	81,903	82,056	83,927	110,095	101,601	87,300
90歳～	45,572	61,937	73,587	79,911	85,345	105,315	108,650
0～14歳	276,102	255,406	234,024	215,212	197,841	183,993	170,148
15～64歳	1,340,204	1,239,588	1,164,053	1,092,613	1,015,488	918,672	833,902
65歳以上	687,958	728,653	733,079	723,620	713,103	712,000	694,939
65～74歳	327,265	347,491	304,015	268,804	261,970	276,481	274,281
75歳以上	360,693	381,162	429,064	454,816	451,133	435,519	420,658

年齢別割合

0～14歳：％	12.0	11.5	11.0	10.6	10.3	10.1	10.0
15～64歳：％	58.2	55.7	54.6	53.8	52.7	50.6	49.1
65歳以上：％	29.9	32.8	34.4	35.6	37.0	39.2	40.9
65～74歳：％	14.2	15.6	14.3	13.2	13.6	15.2	16.1
75歳以上：％	15.7	17.1	20.1	22.4	23.4	24.0	24.8

総人口指数	100.0	96.5	92.5	88.2	83.6	78.8	73.7
-------	-------	------	------	------	------	------	------

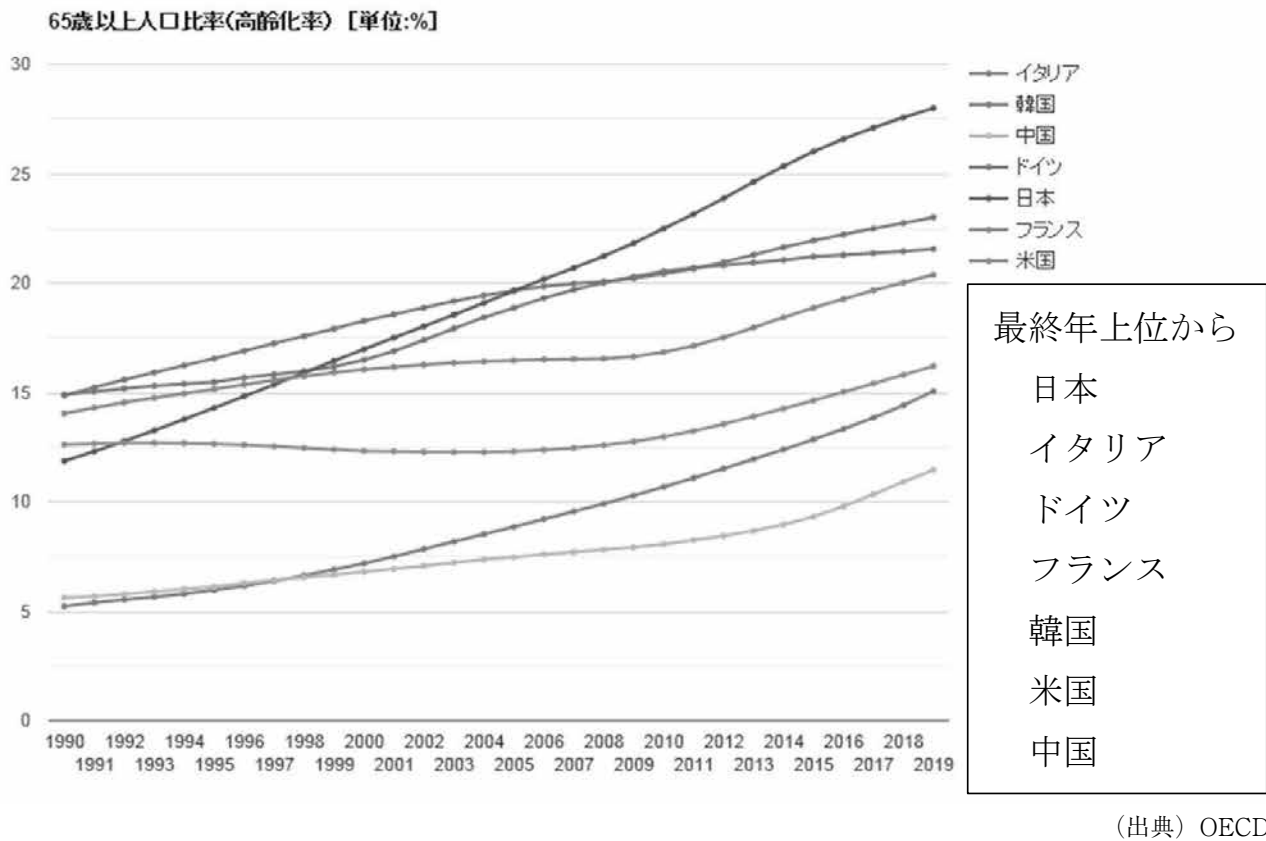
（2015年＝100）

（出典）国立社会保障・人口問題研究所

年・男	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
総数	1,115,413	1,077,204	1,032,896	984,434	932,593	877,630	822,230
0～4歳	42,949	40,059	35,824	33,340	31,190	28,753	26,290
5～9歳	47,373	43,256	40,395	36,154	33,669	31,515	29,058
10～14歳	51,226	47,609	43,500	40,638	36,381	33,885	31,717
15～19歳	54,960	48,750	45,304	41,488	38,780	34,736	32,371
20～24歳	49,422	47,763	42,326	39,313	36,118	33,798	30,282
25～29歳	53,815	50,476	48,637	42,939	39,787	36,461	34,081
30～34歳	61,725	54,482	51,223	49,277	43,402	40,177	36,853
35～39歳	73,038	62,095	54,925	51,683	49,606	43,613	40,351
40～44歳	80,543	72,832	62,117	54,987	51,740	49,656	43,647
45～49歳	73,215	79,793	72,239	61,704	54,656	51,429	49,344
50～54歳	71,200	72,208	78,758	71,387	61,052	54,118	50,943
55～59歳	75,459	69,926	71,000	77,502	70,392	60,273	53,482
60～64歳	87,681	73,634	68,420	69,609	76,065	69,226	59,354
65～69歳	92,682	83,581	70,428	65,637	66,917	73,201	66,717
70～74歳	65,607	85,669	77,424	65,512	61,275	62,652	68,630
75～79歳	55,965	57,773	76,197	69,032	58,748	55,209	56,676
80～84歳	43,135	44,321	46,314	62,190	56,602	48,711	46,184
85～89歳	25,283	27,936	29,337	31,209	43,158	39,562	34,695
90歳～	10,135	15,041	18,528	20,833	23,055	30,655	31,555
0～14歳	141,548	130,924	119,719	110,132	101,240	94,153	87,065
15～64歳	681,058	631,959	594,949	559,889	521,598	473,487	430,708
65歳以上	292,807	314,321	318,228	314,413	309,755	309,990	304,457
65～74歳	158,289	169,250	147,852	131,149	128,192	135,853	135,347
75歳以上	134,518	145,071	170,376	183,264	181,563	174,137	169,110

年・女	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
総数	1,188,851	1,146,443	1,098,260	1,047,011	993,839	937,035	876,759
0～4歳	40,928	38,083	34,053	31,690	29,652	27,333	24,991
5～9歳	44,795	41,434	38,624	34,576	32,195	30,137	27,788
10～14歳	48,831	44,965	41,628	38,814	34,754	32,370	30,304
15～19歳	52,293	46,580	42,926	39,805	37,138	33,277	31,019
20～24歳	46,393	44,533	39,757	36,719	34,111	31,866	28,570
25～29歳	50,698	46,735	44,799	39,874	36,726	34,060	31,796
30～34歳	58,602	51,121	47,204	45,208	40,168	36,951	34,278
35～39歳	69,407	58,749	51,383	47,461	45,376	40,273	37,034
40～44歳	78,043	69,266	58,791	51,456	47,515	45,429	40,320
45～49歳	70,911	77,537	68,898	58,547	51,259	47,329	45,244
50～54歳	70,102	70,236	76,844	68,338	58,103	50,895	46,991
55～59歳	74,179	69,510	69,682	76,277	67,889	57,752	50,616
60～64歳	88,518	73,362	68,820	69,039	75,605	67,353	57,326
65～69歳	94,438	86,771	72,046	67,677	67,948	74,458	66,381
70～74歳	74,538	91,470	84,117	69,978	65,830	66,170	72,553
75～79歳	71,917	70,520	86,996	80,111	66,837	63,008	63,445
80～84歳	67,224	64,708	63,914	79,645	73,506	61,675	58,403
85～89歳	51,597	53,967	52,719	52,718	66,937	62,039	52,605
90歳～	35,437	46,896	55,059	59,078	62,290	74,660	77,095
0～14歳	134,554	124,482	114,305	105,080	96,601	89,840	83,083
15～64歳	659,146	607,629	569,104	532,724	493,890	445,185	403,194
65歳以上	395,151	414,332	414,851	409,207	403,348	402,010	390,482
65～74歳	168,976	178,241	156,163	137,655	133,778	140,628	138,934
75歳以上	226,175	236,091	258,688	271,552	269,570	261,382	251,548

④世界の高齢化率の推移（1990～2019年）



2. 寿命

①日本の平均余命の年次推移

(単位：年)

年次		男						女					
西暦	和暦	0歳	20	40	65	75	90	0歳	20	40	65	75	90
*1947	*昭和22年	50.06	40.89	26.88	10.16	6.09	2.56	53.96	44.87	30.39	12.22	7.03	2.45
50	25	58.0	45.3	29.4	11.5	7.6	...	61.5	48.7	32.7	13.9	9.0	...
*1960	*35	65.32	49.08	31.02	11.62	6.60	2.69	70.19	53.39	34.90	14.10	8.01	2.99
*1970	*45	69.31	51.26	32.68	12.50	7.14	2.75	74.66	56.11	37.01	15.34	8.70	3.26
*1980	*55	73.35	54.56	35.52	14.56	8.34	3.17	78.76	59.66	40.23	17.68	10.24	3.55
*1989	平成元	75.91	56.74	37.56	16.22	9.52	3.44	81.77	62.41	42.89	19.95	12.00	4.02
*1990	*2	75.92	56.77	37.58	16.22	9.50	3.51	81.90	62.54	43.00	20.03	12.06	4.18
91	3	76.11	56.90	37.70	16.31	9.59	3.37	82.11	62.73	43.18	20.20	12.18	3.95
92	4	76.09	56.91	37.70	16.31	9.61	3.30	82.22	62.84	43.29	20.31	12.28	3.98
93	5	76.25	57.02	37.80	16.41	9.74	3.60	82.51	63.13	43.55	20.57	12.55	4.45
94	6	76.57	57.35	38.13	16.67	9.96	3.73	82.98	63.56	44.00	20.97	12.89	4.63
*1995	*7	76.38	57.16	37.96	16.48	9.81	3.58	82.85	63.46	43.91	20.94	12.88	4.64
96	8	77.01	57.71	38.48	16.94	10.25	3.83	83.59	64.13	44.55	21.53	13.40	4.95
97	9	77.19	57.86	38.62	17.02	10.29	3.81	83.82	64.36	44.79	21.75	13.58	5.03
98	10	77.16	57.85	38.66	17.13	10.43	3.86	84.01	64.56	45.01	21.96	13.79	5.15
99	11	77.10	57.74	38.56	17.02	10.28	3.76	83.99	64.50	44.94	21.89	13.71	5.05
*2000	*12	77.72	58.33	39.13	17.54	10.75	4.10	84.60	65.08	45.52	22.42	14.19	5.29
01	13	78.07	58.64	39.43	17.78	10.95	4.19	84.93	65.39	45.82	22.68	14.42	5.41
02	14	78.32	58.87	39.64	17.96	11.07	4.29	85.23	65.69	46.12	22.96	14.67	5.56
03	15	78.36	58.89	39.67	18.02	11.09	4.26	85.33	65.79	46.22	23.04	14.72	5.57
04	16	78.64	59.15	39.93	18.21	11.23	4.36	85.59	66.01	46.44	23.28	14.93	5.69
*2005	*17	78.56	59.08	39.86	18.13	11.07	4.15	85.52	65.93	46.38	23.19	14.83	5.53
06	18	79.00	59.49	40.25	18.45	11.31	4.32	85.81	66.22	46.66	23.44	15.04	5.66
07	19	79.19	59.66	40.40	18.56	11.40	4.40	85.99	66.39	46.82	23.59	15.16	5.72
08	20	79.29	59.75	40.49	18.60	11.40	4.36	86.05	66.45	46.89	23.64	15.18	5.71
09	21	79.59	60.04	40.78	18.88	11.63	4.48	86.44	66.81	47.25	23.97	15.46	5.86
10	22	79.64	60.07	40.81	18.86	11.58	4.41	86.39	66.75	47.17	23.89	15.38	5.76

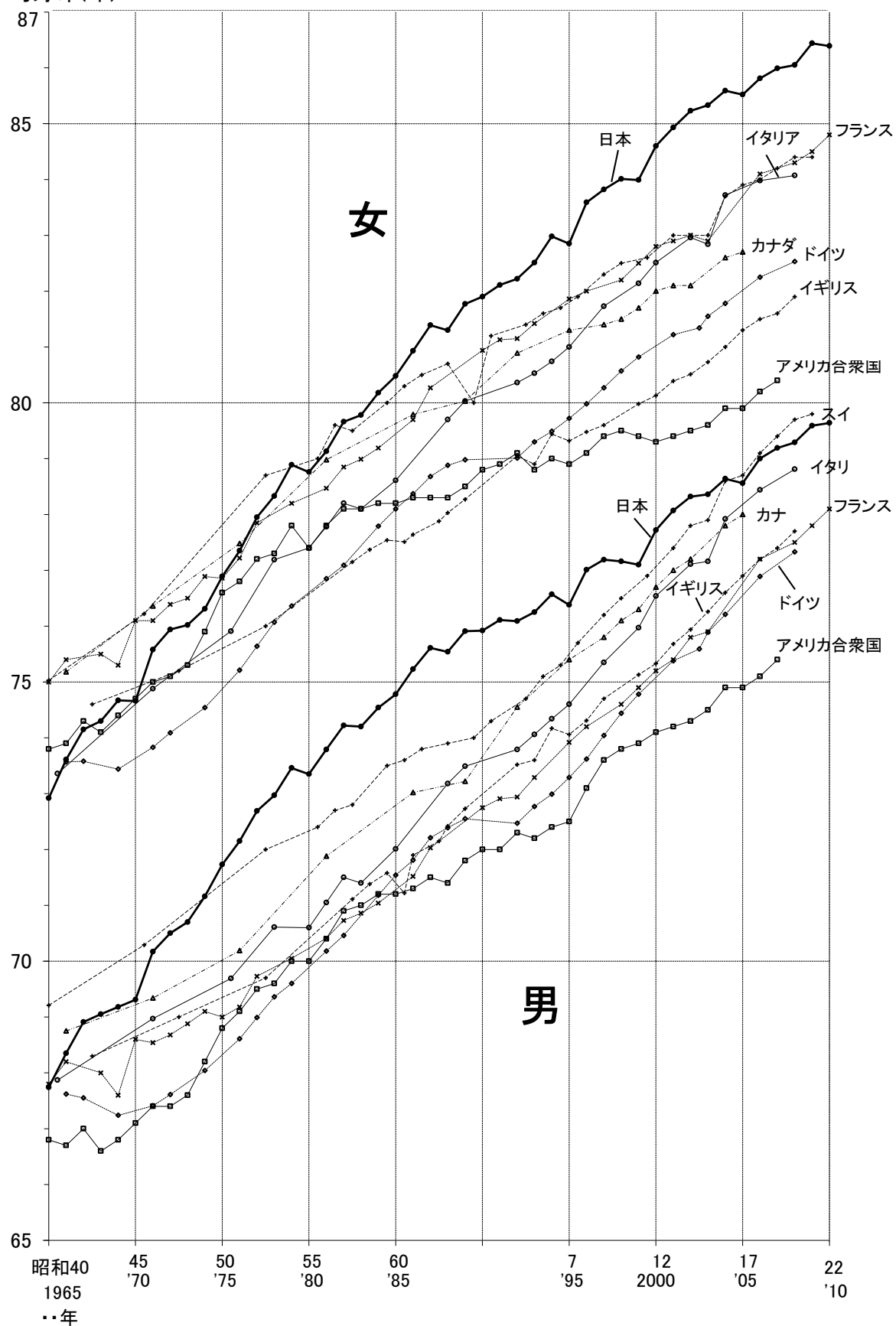
注：1) *印は完全生命表、その他は簡易生命表による。
2) 昭和46年以前は、沖縄県を除く値である。

社会保障・人口問題研究所

(出典) 厚生労働省

②主な国の平均寿命の年次推移（1965～2019年）

平均寿命(年)



(出典) 厚生労働省

③世界の平均寿命（男女計） 2018年

（単位：歳）

順位	国名	データ	順位	国名	データ	順位	国名	データ
1	香港	84.93	69	エクアドル	76.80	137	トンガ	70.80
2	日本	84.21	70	モンテネグロ	76.77	138	ネパール	70.48
3	マカオ	84.12	71	中国	76.70	139	イラク	70.45
4	スイス	83.75	72	アルジェリア	76.69	140	バヌアツ	70.32
5	スペイン	83.43	73	アルゼンチン	76.52	141	サントメ・プリンシペ	70.17
6	イタリア	83.35	74	ベルー	76.52	142	ガイアナ	69.77
7	シンガポール	83.15	75	チュニジア	76.51	143	モンゴル	69.69
8	リヒテンシュタイン	83.04	76	イラン	76.48	144	カンボジア	69.57
9	チャンネル諸島	82.93	77	モロッコ	76.45	145	インド	69.42
10	アイスランド	82.86	78	アルバ	76.15	146	ボツワナ	69.28
11	イスラエル	82.80	79	ハンガリー	76.07	147	東ティモール	69.26
12	ノルウェー	82.76	80	セントルシア	76.06	148	ルワンダ	68.70
13	オーストラリア	82.75	81	マレーシア	76.00	149	キリバス	68.12
14	フランス	82.72	82	セルビア	75.89	150	トルクメニスタン	68.07
15	韓国	82.63	83	ブルネイ	75.72	151	ミクロネシア連邦	67.76
16	スウェーデン	82.56	84	北マケドニア	75.69	152	セネガル	67.67
17	フェロー諸島	82.55	85	リトアニア	75.68	153	ラオス	67.61
18	マルタ	82.45	86	ブラジル	75.67	154	フィジー	67.34
19	ルクセンブルク	82.30	87	クウェート	75.40	155	パキスタン	67.11
20	アイルランド	82.26	88	ルーマニア	75.36	156	ミャンマー	66.87
21	カナダ	81.95	89	ベトナム	75.32	157	マダガスカル	66.68
22	ニュージーランド	81.86	90	ホンジュラス	75.09	158	ジブチ	66.58
23	オランダ	81.81	91	サウジアラビア	75.00	159	ケニア	66.34
24	ギリシャ	81.79	92	メキシコ	74.99	160	エチオピア	66.24
25	フィンランド	81.73	93	ブルガリア	74.96	161	ガボン	66.19
26	オーストリア	81.69	94	アルメニア	74.95	162	イエメン	66.10
27	バミューダ	81.65	95	ラトビア	74.78	163	エリトリア	65.94
28	ベルギー	81.60	96	ベリーズ	74.50	164	スーダン	65.10
29	スロベニア	81.38	97	モリシャス	74.42	165	タンザニア	65.02
30	ポルトガル	81.32	98	ヨルダン	74.41	166	モリタニア	64.70
31	イギリス	81.26	99	ジャマイカ	74.37	167	アフガニスタン	64.49
32	デンマーク	80.95	100	ニカラグア	74.28	168	コンゴ共和国	64.29
33	ドイツ	80.89	101	ベラルーシ	74.18	169	パプアニューギニア	64.26
34	キプロス	80.83	102	パラグアイ	74.13	170	コモロ	64.12
35	台湾	80.69	103	グアテマラ	74.06	171	南アフリカ	63.86
36	カタール	80.10	104	パレスチナ	73.90	172	マラウイ	63.80
37	コスタリカ	80.10	105	ドミニカ共和国	73.89	173	ガーナ	63.78
38	チリ	80.04	106	バハマ	73.75	174	リベリア	63.73
39	仏領セント・マーチン島	79.87	107	ジョージア(グルジア)	73.60	175	ハイチ	63.66
40	グアム	79.86	108	トリニダード・トバゴ	73.38	176	ザンビア	63.51
41	プエルトリコ	79.78	109	サモア	73.19	177	ナミビア	63.37
42	米領ヴァージン諸島	79.57	110	カザフスタン	73.15	178	ウガンダ	62.97
43	バルバドス	79.08	111	エルサルバドル	73.10	179	ニジェール	62.02
44	チェコ	79.03	112	アゼルバイジャン	72.86	180	ガンビア	61.74
45	レバノン	78.88	113	セーシェル	72.84	181	ベナン	61.47
46	キューバ	78.73	114	ソロモン諸島	72.84	182	ブルンジ	61.25
47	モルディブ	78.63	115	カーボヴェルデ	72.78	183	ジンバブエ	61.20
48	米国	78.54	116	リビア	72.72	184	ギニア	61.19
49	アルバニア	78.46	117	ロシア	72.66	185	ブルキナファソ	61.17
50	パナマ	78.33	118	セントビンセント・グレナディーン	72.42	186	アンゴラ	60.78
51	蘭領セント・マーチン島	78.29	119	グレナダ	72.38	187	トーゴ	60.76
52	エストニア	78.24	120	バングラデシュ	72.32	188	コンゴ民主共和国	60.37
53	クロアチア	78.07	121	コソボ	72.20	189	モザンビーク	60.16
54	キュラソー	78.02	122	ベネズエラ	72.13	190	エスワティニ(スワジランド)	59.40
55	アラブ首長国連邦	77.81	123	北朝鮮	72.10	191	カメルーン	58.92
56	ウルグアイ	77.77	124	エジプト	71.83	192	マリ	58.89
57	オマーン	77.63	125	モルドバ	71.81	193	赤道ギニア	58.40
58	ポーランド	77.60	126	シリア	71.78	194	ギニアビサウ	58.00
59	仏領ポリネシア	77.46	127	ウクライナ	71.58	195	南スーダン	57.60
60	トルコ	77.44	128	ウズベキスタン	71.57	196	コートジボワール	57.42
61	スロバキア	77.27	129	スリナム	71.57	197	ソマリア	57.07
62	ボスニア・ヘルツェゴビナ	77.26	130	インドネシア	71.51	198	ナイジェリア	54.33
63	バーレーン	77.16	131	ブータン	71.46	199	シエラレオネ	54.31
64	ニューカレドニア	77.15	132	キルギス	71.40	200	チャド	53.98
65	コロンビア	77.11	133	ボリビア	71.24	201	レソト	53.71
66	タイ	76.93	134	フィリピン	71.10	202	中央アフリカ	52.81
67	アンティグア・バーブーダ	76.89	135	タジキスタン	70.88		世界平均	72.56
68	スリランカ	76.81	136	グリーンランド	70.85			

（出典）世界銀行 統計

3. 出生と育児

①主要先進国の合計特殊出生率の推移（1950～2016年）

年次	日本	ホンコン	韓国	カナダ	アメリカ	ベルギー	デンマーク	フランス	ドイツ
1950	3.65	…	…	3.37	3.02	2.35	2.58	2.90	…
1955	2.37	…	…	3.74	3.51	2.39	2.58	2.68	…
1960	2.00	…	6.00	3.80	3.64	2.53	2.54	2.70	2.37
1965	2.14	…	…	3.11	2.92	2.60	2.60	2.82	2.50
1970	2.13	3.29	4.50	2.26	2.44	2.24	1.97	2.47	2.03
1975	1.91	2.75	3.30	1.83	1.80	1.74	1.93	1.96	1.48
1980	1.75	2.06	2.70	1.71	1.84	1.69	1.54	1.99	1.56
1985	1.76	1.47	1.70	1.65	1.84	1.51	1.45	1.81	1.37
1990	1.54	1.21	1.59	1.83	2.08	1.62	1.67	1.78	1.45
1995	1.42	1.15	1.64	1.64	2.02	1.56	1.81	1.70	1.25
2000	1.36	1.04	1.47	1.49	2.06	1.66	1.77	1.88	1.38
2001	1.33	0.93	1.30	1.51	2.03	1.64	1.75	1.88	1.35
2002	1.32	0.94	1.17	1.50	2.01	1.62	1.72	1.87	1.34
2003	1.29	0.90	1.19	1.53	2.04	1.64	1.76	1.88	1.34
2004	1.29	0.92	1.15	1.53	2.05	1.72	1.78	1.90	1.36
2005	1.26	0.96	1.08	1.54	2.05	1.76	1.80	1.92	1.34
2006	1.32	0.98	1.12	1.59	2.10	1.80	1.85	1.98	1.33
2007	1.34	1.02	1.25	1.66	2.12	1.81	1.85	1.96	1.37
2008	1.37	1.06	1.19	1.68	2.09	1.86	1.89	2.00	1.38
2009	1.37	1.06	1.15	1.67	2.00	1.84	1.84	1.99	1.36
2010	1.39	1.13	1.23	1.63	1.93	1.85	1.88	2.02	1.39
2011	1.39	1.20	1.24	1.61	1.89	1.81	1.76	2.00	1.36
2012	1.41	1.29	1.30	1.61	1.88	1.79	1.73	2.00	1.41
2013	1.43	1.12	1.19	1.59	1.86	1.75	1.67	…	1.42
2014	1.42	1.23	1.21	1.58	1.86	1.74	1.69	…	1.47
2015	1.45	1.20	1.24	…	1.84	1.70	1.71	…	1.50
2016	1.44	1.21	1.17	…	…	…	…	…	…
年次	ハンガリー	イタリア	オランダ	ノルウェー	スペイン	スウェーデン	スイス	イギリス	オーストラリア
1950	…	2.52	3.10	2.53	2.46	2.32	2.40	2.18	3.06
1955	2.81	2.33	3.04	2.76	…	2.24	2.33	2.22	3.27
1960	2.02	2.29	3.11	2.85	2.81	2.17	2.34	2.71	3.45
1965	1.81	2.55	3.03	2.92	2.94	2.39	2.57	2.86	2.98
1970	1.96	2.43	2.58	2.54	2.82	1.94	2.09	2.43	2.86
1975	2.38	2.15	1.67	1.99	2.80	1.78	1.60	1.81	2.22
1980	1.93	1.62	1.60	1.73	2.20	1.68	1.55	1.89	1.90
1985	1.83	1.45	1.51	1.68	1.63	1.73	1.52	1.80	1.89
1990	1.85	1.36	1.62	1.93	1.33	2.14	1.59	1.84	1.91
1995	1.57	1.19	1.53	1.87	1.17	1.74	1.48	1.71	1.82
2000	1.33	1.26	1.72	1.85	1.23	1.57	1.50	1.64	1.76
2001	1.31	1.25	1.71	1.78	1.24	1.57	1.38	1.63	1.73
2002	1.31	1.27	1.73	1.75	1.26	1.65	1.39	1.64	1.76
2003	1.28	1.29	1.75	1.80	1.31	1.72	1.39	1.71	1.75
2004	1.29	1.33	1.73	1.83	1.33	1.75	1.42	1.78	1.76
2005	1.32	1.32	1.71	1.84	1.35	1.77	1.42	1.79	1.79
2006	1.35	1.35	1.72	1.90	1.37	1.85	1.44	1.84	1.82
2007	1.32	1.37	1.72	1.90	1.40	1.88	1.46	1.90	1.92
2008	1.35	1.41	1.78	1.96	1.46	1.91	1.48	1.96	1.96
2009	1.33	1.41	1.79	1.98	1.38	1.94	1.50	1.94	1.97
2010	1.26	1.41	1.80	1.95	1.37	1.99	1.54	1.98	1.95
2011	1.24	1.39	1.76	1.88	1.34	1.90	1.52	1.91	1.92
2012	1.34	1.39	1.72	1.85	1.32	1.91	1.53	1.92	1.93
2013	1.35	1.39	1.68	1.78	1.27	1.89	1.52	1.83	1.88
2014	1.44	1.37	1.71	1.75	1.32	1.88	1.54	1.81	1.80
2015	1.45	1.35	1.66	1.72	1.33	1.85	1.54	1.80	…
2016	…	…	…	…	…	…	…	…	…

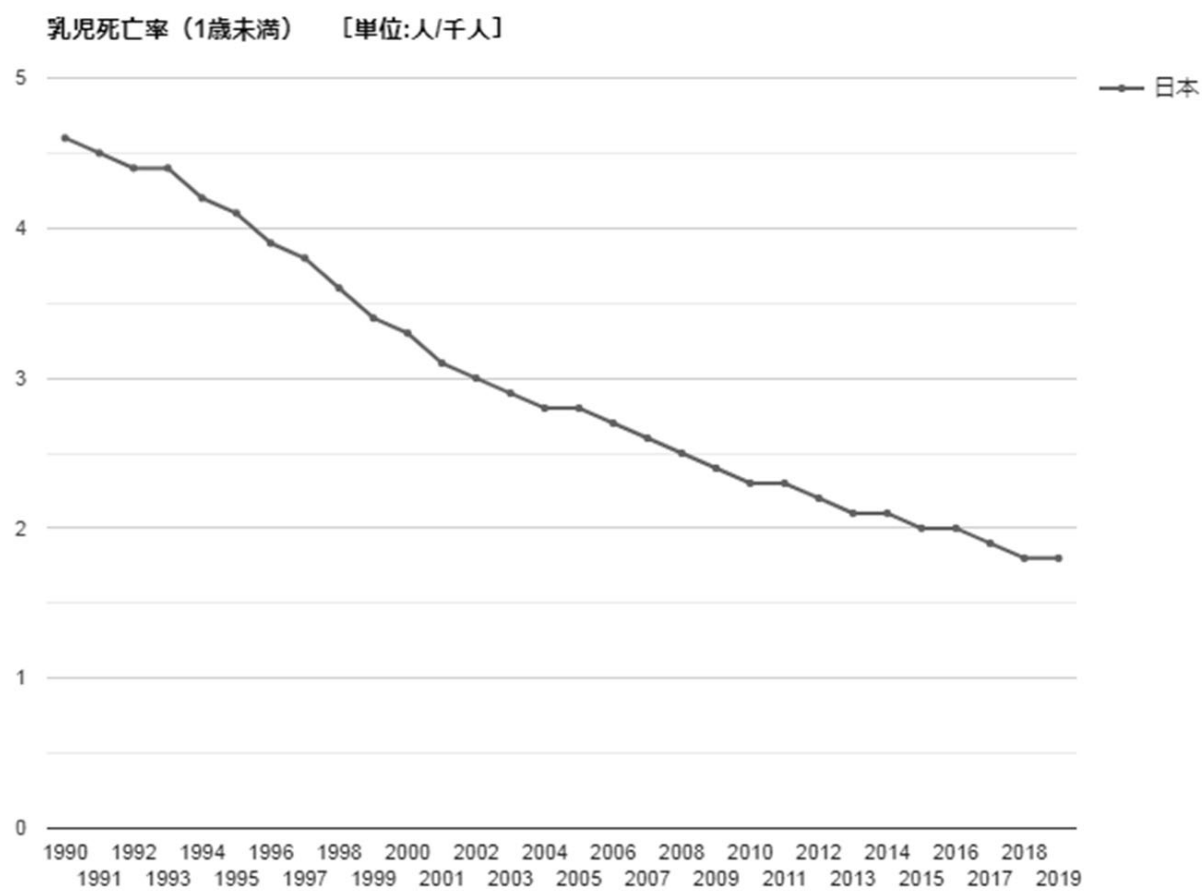
UN, *Demographic Yearbook* による。ただし日本は国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』による。1)5歳階級の年齢別出生率に基づくため年齢各歳で計算した値とは異なることがある。

②都道府県別にみた合計特殊出生率の年次比較－平成18・28年－

都道府県	平成18年 (2006)	平成28年 (2016)	都道府県	平成18年 (2006)	平成28年 (2016)
全 国	1.32	1.44			
北海道	1.18	1.29	滋 賀	1.41	1.56
青 森	1.31	1.48	京 都	1.19	1.34
岩 手	1.39	1.45	大 阪	1.22	1.37
宮 城	1.25	1.34	兵 庫	1.28	1.49
秋 田	1.34	1.39	奈 良	1.22	1.36
山 形	1.45	1.47	和歌山	1.34	1.50
福 島	1.49	1.59	鳥 取	1.51	1.60
茨 城	1.35	1.47	島 根	1.53	1.75
栃 木	1.40	1.46	岡 山	1.40	1.56
群 馬	1.36	1.48	広 島	1.37	1.57
埼 玉	1.24	1.37	山 口	1.40	1.58
千 葉	1.23	1.35	徳 島	1.31	1.51
東 京	1.02	1.24	香 川	1.42	1.64
神奈川	1.23	1.36	愛 媛	1.37	1.54
新 潟	1.37	1.43	高 知	1.33	1.47
富 山	1.34	1.50	福 岡	1.30	1.50
石 川	1.36	1.53	佐 賀	1.50	1.63
福 井	1.50	1.65	長 崎	1.49	1.71
山 梨	1.34	1.51	熊 本	1.50	1.66
長 野	1.44	1.59	大 分	1.45	1.65
岐 阜	1.35	1.54	宮 崎	1.55	1.71
静 岡	1.39	1.55	鹿児島	1.51	1.68
愛 知	1.36	1.56	沖 縄	1.74	1.95
三 重	1.35	1.51			

注：分母に用いた人口は、全国は各歳別日本人人口、都道府県の平成18年は5歳階級別総人口、平成28年は5歳階級別日本人人口である。

③日本の乳児死亡率の推移（1990～2019年）



（出典）厚生労働省

④女性の年齢別出生率（1975、1990、2005、2017年）

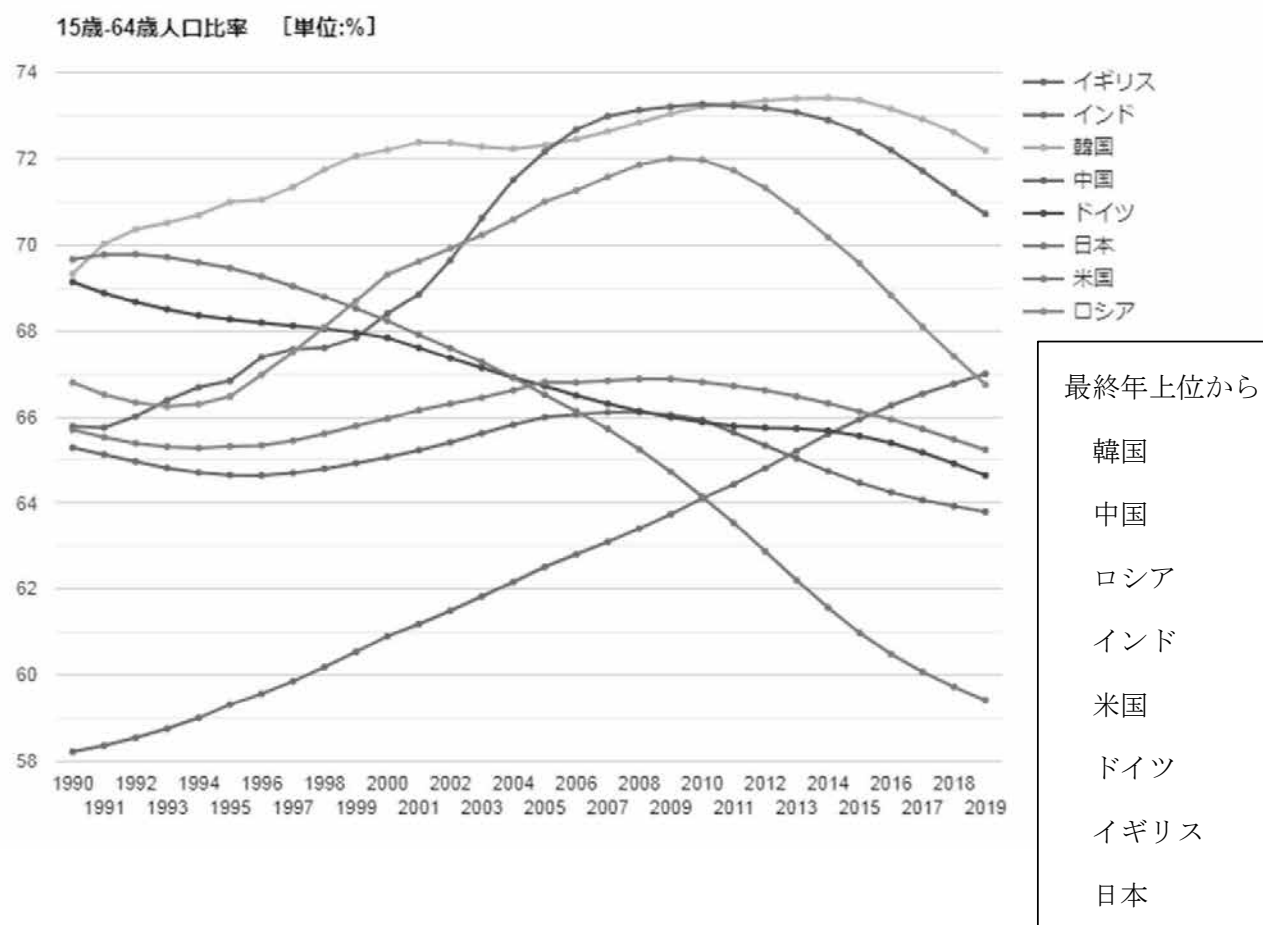
年齢	1975年	1990年	2005年	2017年
15	0.00005	0.00012	0.00036	0.00028
16	0.00039	0.0006	0.00132	0.00081
17	0.00182	0.00195	0.00344	0.00225
18	0.00539	0.00467	0.00666	0.0043
19	0.01287	0.01071	0.01354	0.00939
20	0.028	0.01873	0.02072	0.01475
21	0.05613	0.02891	0.02865	0.02109
22	0.09524	0.04223	0.03605	0.02647
23	0.14315	0.05451	0.04361	0.03306
24	0.19016	0.09134	0.0533	0.04248
25	0.21626	0.10862	0.06415	0.05308
26	0.21282	0.13451	0.07597	0.06715
27	0.19954	0.1512	0.08603	0.08252
28	0.15978	0.15697	0.09516	0.09771
29	0.14442	0.15183	0.10152	0.1072
30	0.11898	0.13572	0.10172	0.1108
31	0.08648	0.11277	0.09597	0.10993
32	0.06618	0.09157	0.08717	0.10462
33	0.04956	0.07255	0.07748	0.09749
34	0.03557	0.05369	0.0662	0.08993
35	0.02553	0.03924	0.05562	0.08152
36	0.01935	0.02833	0.04511	0.06991
37	0.01377	0.01911	0.03379	0.05747
38	0.00974	0.01274	0.02276	0.04634
39	0.00668	0.00845	0.01885	0.03571
40	0.00444	0.00528	0.01078	0.0257
41	0.00278	0.00303	0.00678	0.01653
42	0.00186	0.00174	0.00373	0.00985
43	0.00101	0.00086	0.00192	0.00522
44	0.00048	0.0004	0.00096	0.00231
45	0.00024	0.00016	0.00044	0.00093
46	0.0001	0.00007	0.00016	0.00036
47	0.00004	0.00002	0.00007	0.00016
48	0.00002	0.00001	0.00004	0.00006
49	0.00002	0.00001	0.00007	0.0001

資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集2019」を基に作成。

注：女性の年齢別出生率は、各歳別の出生数を各歳別の女性人口で除したものである。

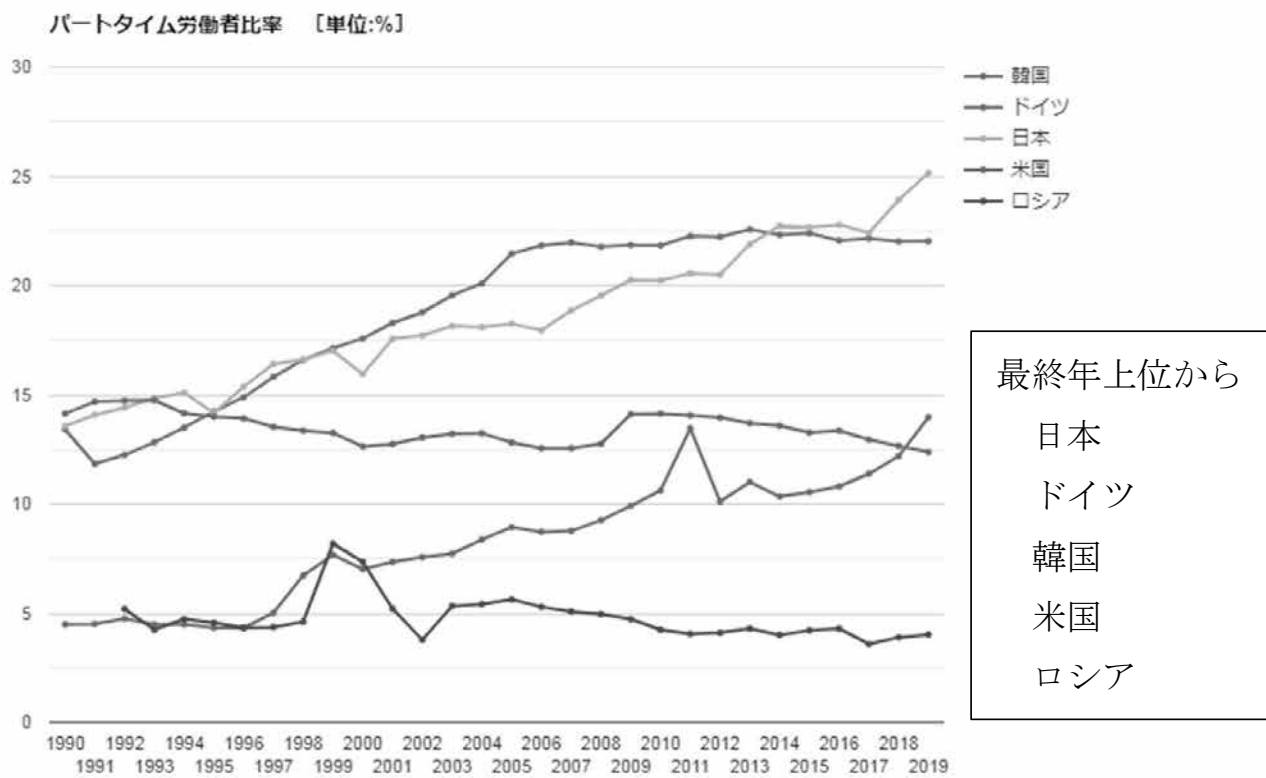
4. 労働

①世界の就労年齢人口（15～64歳）比率の推移（1990～2019年）



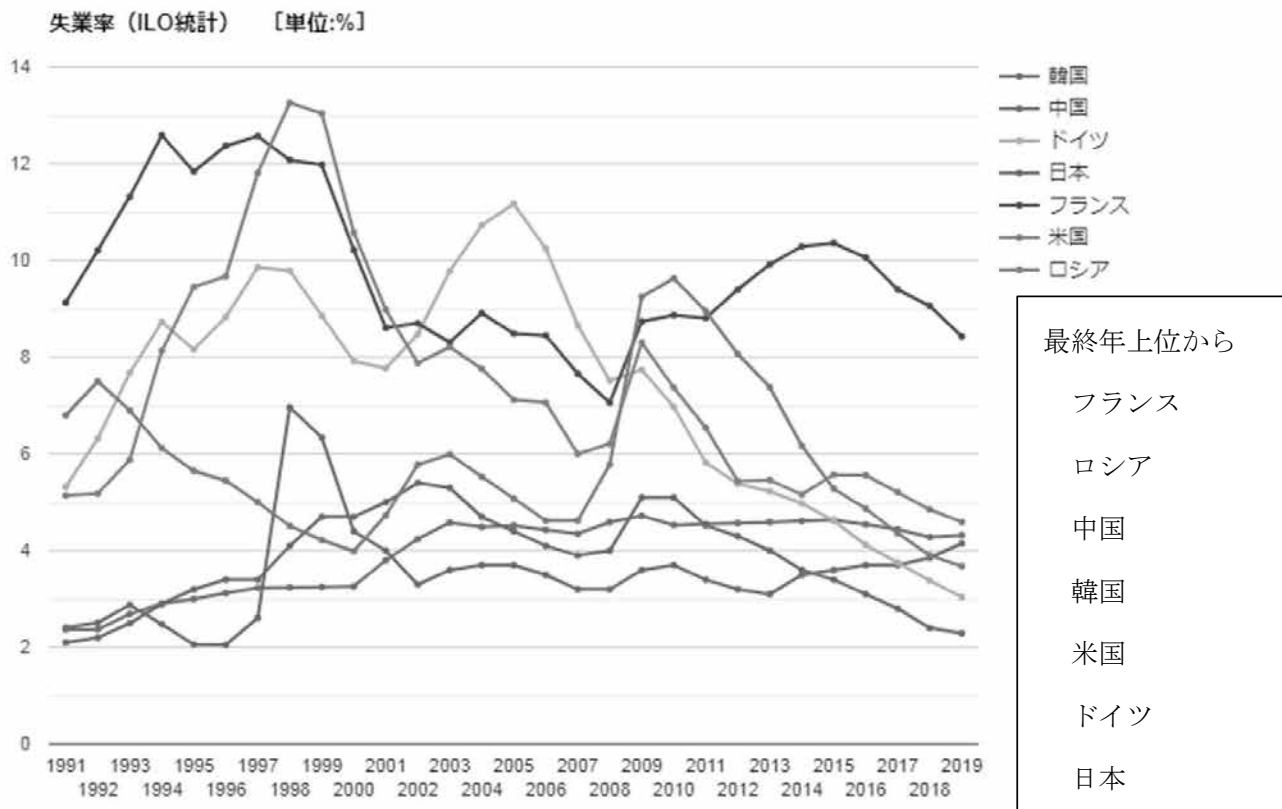
(出典) ILO

②世界のパートタイム労働者の推移（1990～2019年）



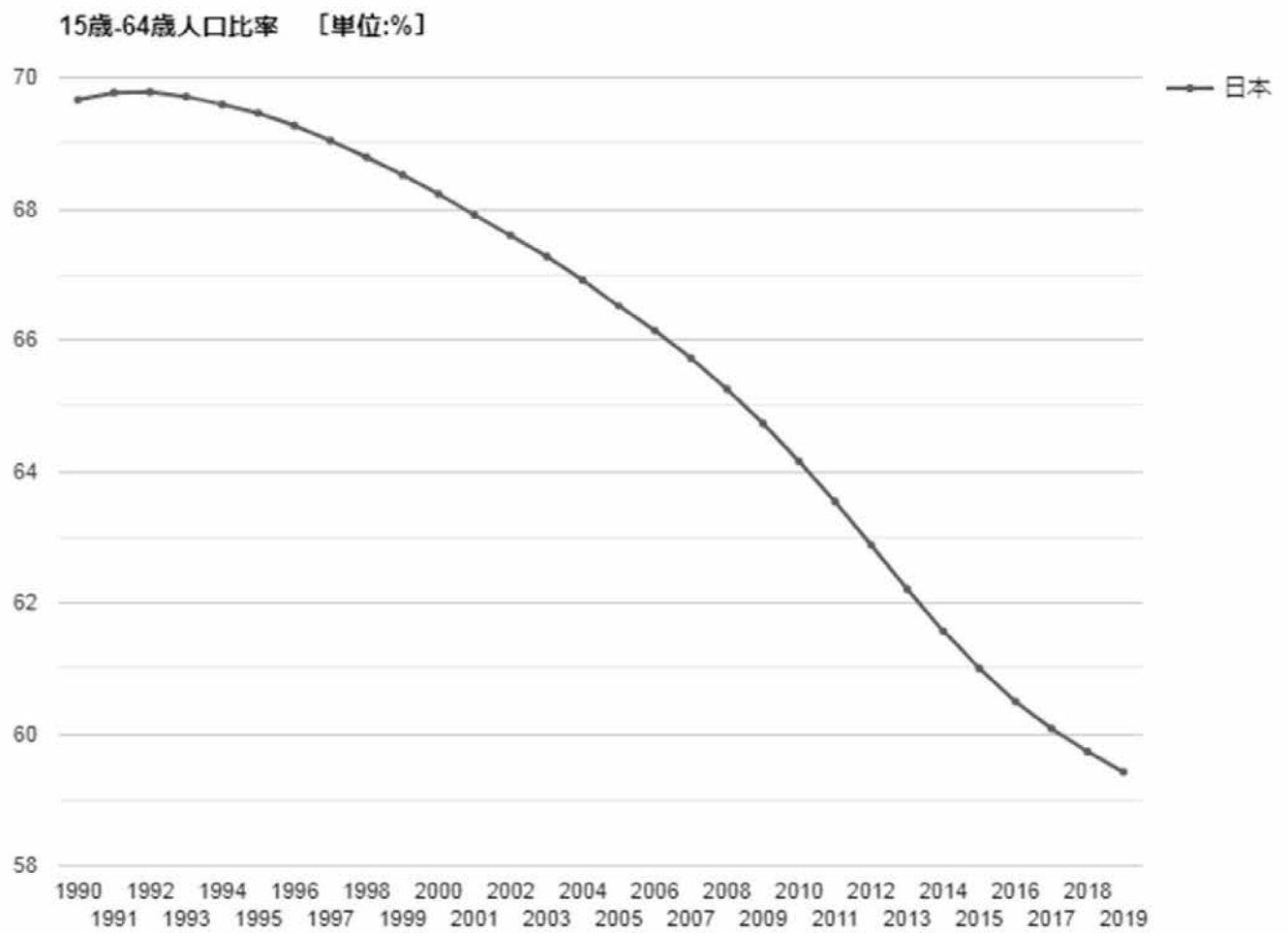
（出典）OECD

③世界の失業率の推移（1991～2019年）



（出典）ILO

④日本の就労人口（15～64歳）の推移（1990～2019年）

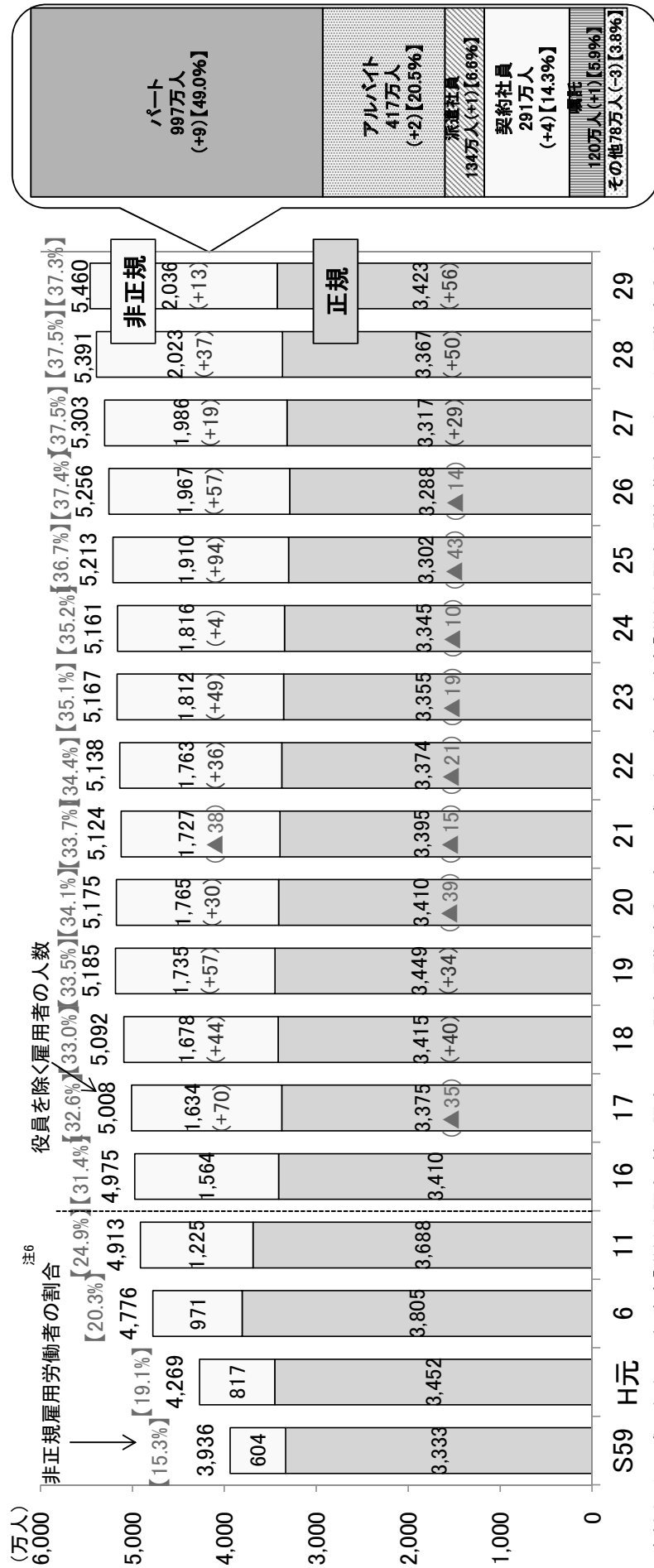


（出典）ILO

⑤非正規労働者の推移と現状

【正規雇用と非正規雇用労働者の推移】

- 非正規雇用労働者は、平成6年から以降現在まで緩やかに増加しています（役員を除く雇用者全体の37.3%・平成29年平均）。
- 正規雇用労働者は、平成26年までの間に緩やかに減少していましたが平成27年については8年ぶりに増加に転じ、3年連続で増加しています。



(資料出所) 平成11年までは総務省「労働力調査(特別調査)」(2月調査)長期時系列表9、平成16年以降は総務省「労働力調査(詳細集計)」(年平均)長期時系列表10

(注)1) 平成17年から平成21年までの数値は、平成22年国勢調査の確定人口に基づく推計人口の切替による遡及集計した数値(割合は除く)。

2) 平成22年から平成28年までの数値は、平成27年国勢調査の確定人口に基づく推計人口(新基準)の切替による遡及集計した数値(割合は除く)。

3) 平成23年の数値、割合は、被災3県の補完推計値を用いて計算した値(平成27年国勢調査基準)。

4) 雇用形態の区分は、勤め先での「呼称」によるもの。

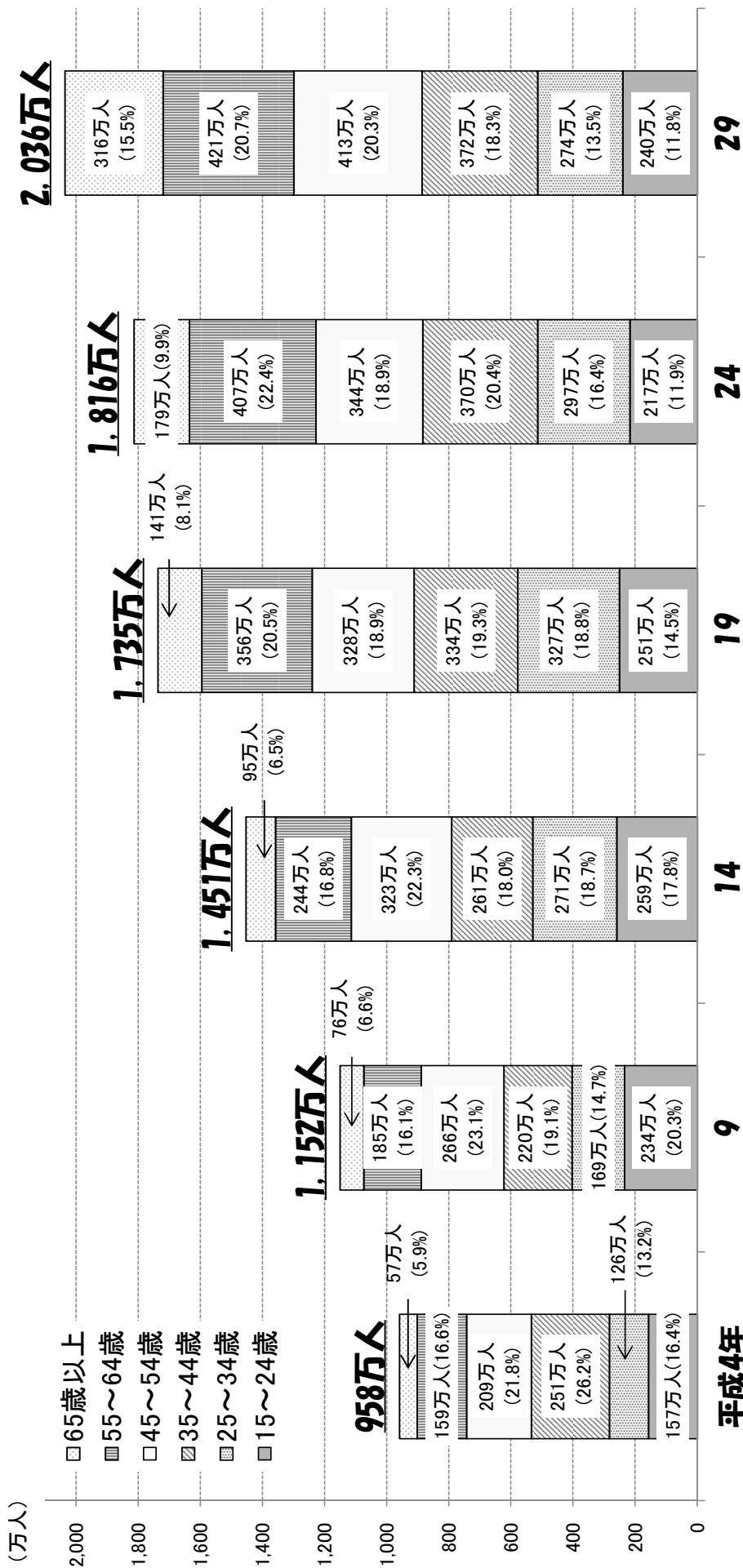
5) 正規雇用労働者：勤め先での呼称が「正規の職員・従業員」である者。

6) 非正規雇用労働者：勤め先での呼称が「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者。

7) 割合は、正規雇用労働者と非正規雇用労働者の合計に占める割合。

【非正規雇用労働者の推移（年齢別）】

○ 近年、非正規雇用労働者に占める65歳以上の割合が高まっています。



(資料出所) 平成9年までは総務省「労働力調査（特別調査）」(2月調査) 長期時系列表9表、平成14年以降は総務省「労働力調査（詳細集計）」(年平均) 長期時系列表10

(注) 1) 平成19年の数値は平成22年国勢調査の確定人口に基づく推計人口の切替による遡及集計した数値。

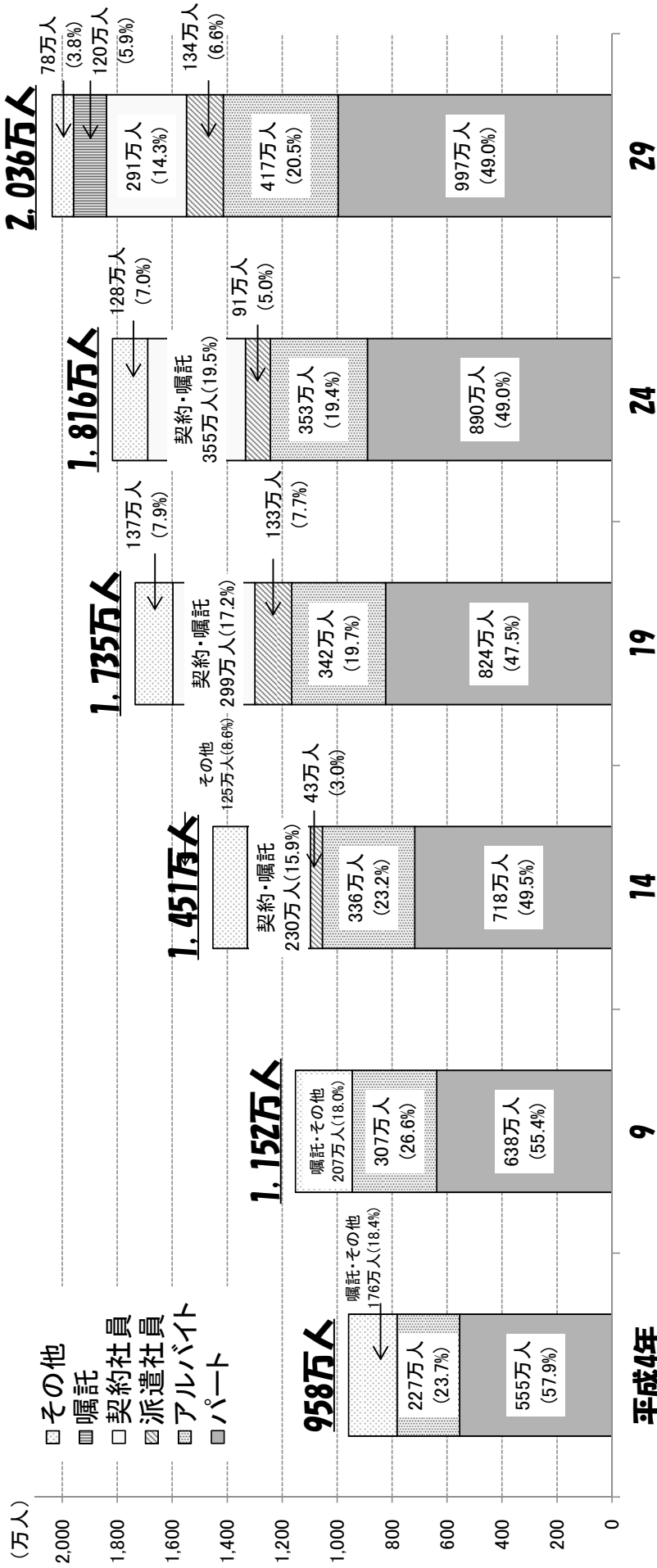
2) 平成24年の数値は、平成27年国勢調査の確定人口に基づく推計人口(新基準)の切替による遡及又は補正した数値。

3) 非正規雇用労働者は、勤め先での呼称が「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者。雇用形態の区分は、勤め先での「呼称」によるもの。

4) 割合は、非正規雇用労働者全体に占める各年齢層の割合。

【非正規雇用労働者の推移(雇用形態別)】

○ 雇用形態別にみると、近年、パート、アルバイトが増加しています。



(資料出所) 平成9年までは総務省「労働力調査(特別調査)」(2月調査)長期時系列表9、平成14年以降は総務省「労働力調査(詳細集計)」(年平均)長期時系列表10

(注) 1) 平成19年の数値は平成22年国勢調査の確定人口に基づく推計人口の切替による遡及集計した数値。

2) 平成24年の数値は、平成27年国勢調査の確定人口に基づく推計人口(新基準)の切替による遡及又は補正した数値。

3) 非正規雇用労働者は、勤め先での呼称が「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者。雇用形態の区分は、勤め先での「呼称」によるもの。

4) 平成9年以前では、非正規雇用労働者の内訳は、「パート」「アルバイト」「嘱託・その他」。

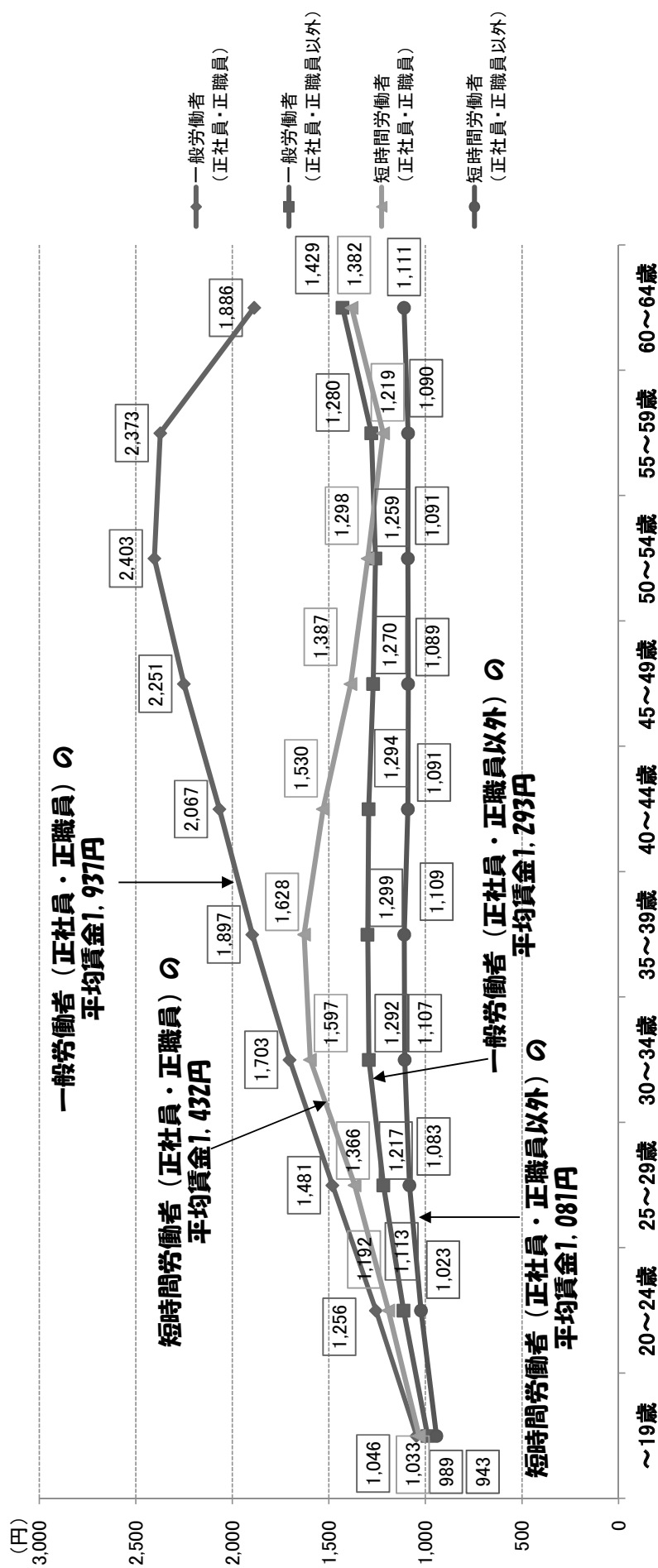
5) 平成14年からは、非正規雇用労働者の内訳は、「パート」「アルバイト」「派遣社員」「契約・嘱託」「その他」。

6) 平成29年では、非正規雇用労働者の内訳は、「パート」「アルバイト」「派遣社員」「契約」「嘱託」「その他」。

7) 割合は、非正規雇用労働者全体に占める雇用形態別の割合。

【賃金カーブ(時給ベース)】

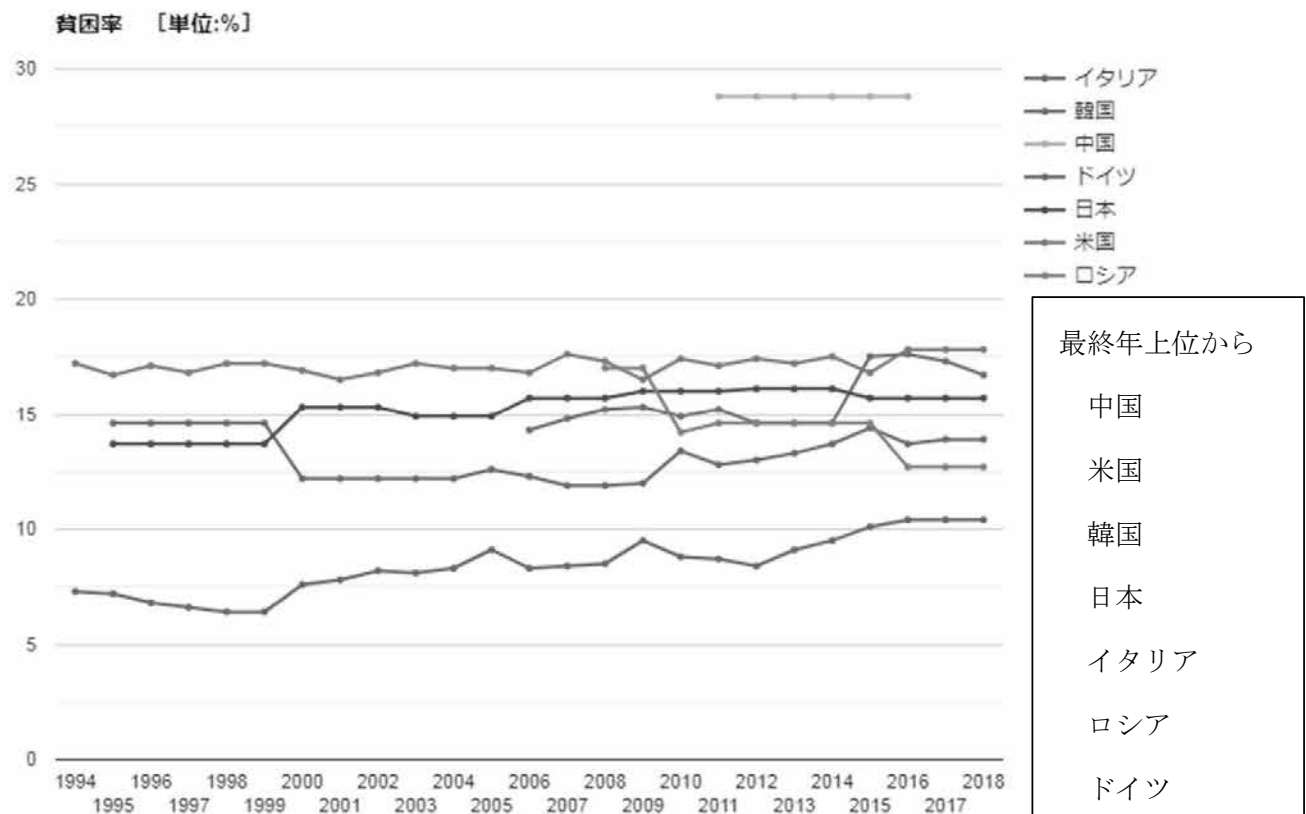
○ 非正規雇用労働者は、正規雇用労働者に比べ、賃金が低いという課題があります。



(資料出所) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」(平成29年) 雇用形態別表:第1表
 (注) 1) 賃金は、平成29年6月分の所定内給与額。
 2) 一般労働者の平均賃金は、所定内給与額を所定内実労働時間数で除した値。
 3) 一般労働者: 常用労働者のうち、「短時間労働者」以外の者。
 4) 短時間労働者: 同一事業所の一般の労働者より1日の所定労働時間が短い又は1日の所定労働時間が同じでも1週の所定労働日数が少ない労働者。
 5) 正社員・正職員: 事業所で正社員・正職員とする者。
 6) 正社員・正職員以外: 事業所で正社員・正職員以外の者。

5. 貧困と生活保護

①世界の貧困率比較（1994～2018年）



（出典）世界銀行

②日本の相対的貧困率の状況と推移（1985～2018年）

2019年 厚生労働省 国民生活基礎調査
貧困率－中央値－貧困線、年次・全世帯－子ども－子どもがいる現役世帯別

- 注：1）平成6年の数値は、兵庫県を除いたものである。
2）平成27年の数値は、熊本県を除いたものである。
3）平成30年の「新基準」は、平成27年に改定されたOECDの所得定義の新たな基準で、従来の可処分所得から更に「自動車税・軽自動車税・自動車重量税」、「企業年金の掛金」及び「仕送り額」を差し引いたものである。
4）貧困率は、OECDの作成基準に基づいて算出している。
5）等価可処分所得金額不詳は含まない。

	昭和60年(1985)	昭和63年(1988)	平成3年(1991)	平成6年(1994)	平成9年(1997)	平成12年(2000)
相対的貧困率(単位：%)	12	13.2	13.5	13.8	14.6	15.3
子ども	10.9	12.9	12.8	12.2	13.4	14.4
子どもがいる現役世帯	10.3	11.9	11.6	11.3	12.2	13
大人が一人	54.5	51.4	50.1	53.5	63.1	58.2
大人が二人以上	9.6	11.1	10.7	10.2	10.8	11.5
名目値(単位：万円)						
中央値	216	227	270	289	297	274
貧困線	108	114	135	144	149	137
実質値(昭和60年基準)(単位：万円)						
中央値	216	226	246	255	259	240
貧困線	108	113	123	127	130	120

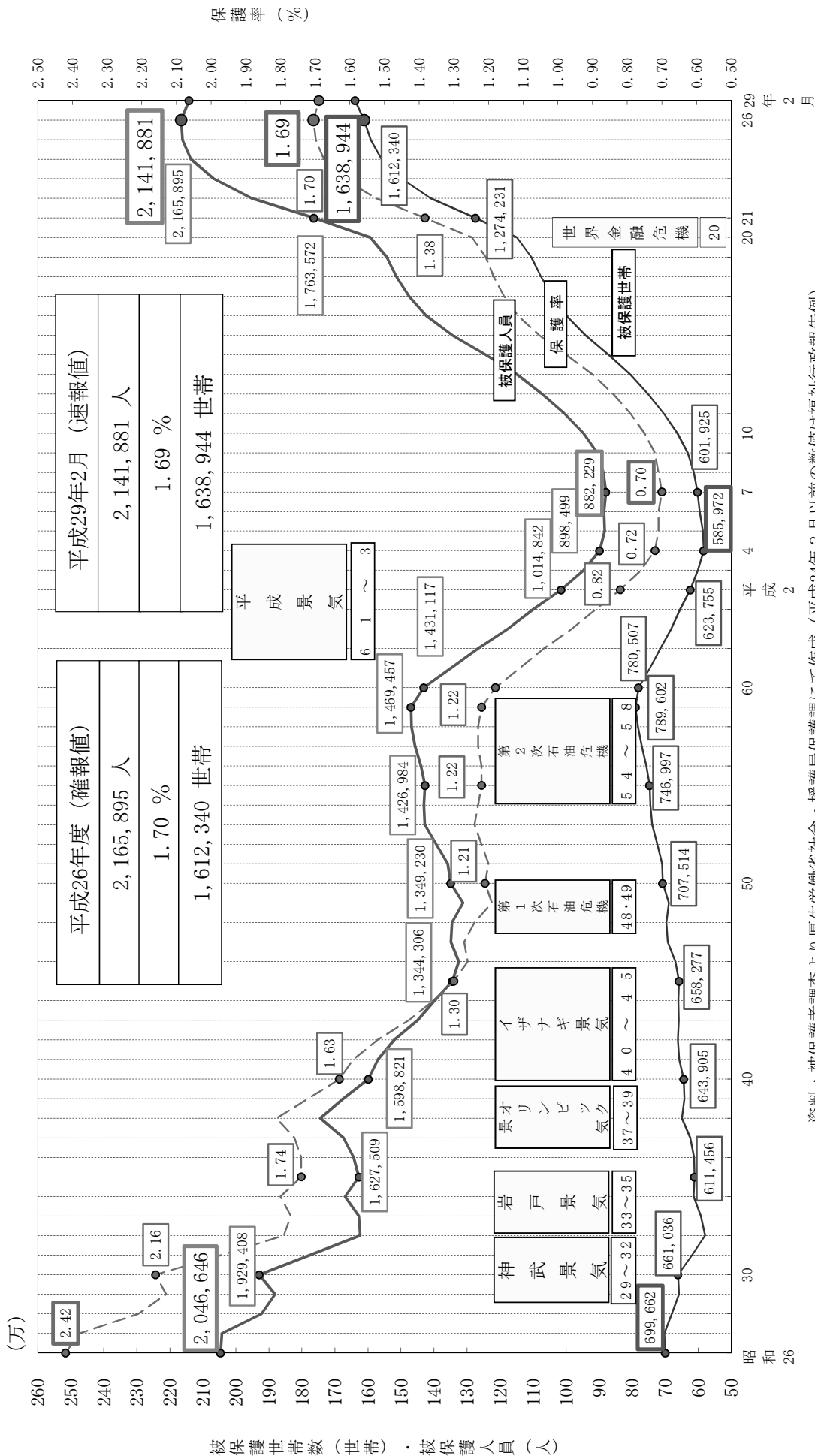
	平成15年(2003)	平成18年(2006)	平成21年(2009)	平成24年(2012)	平成27年(2015)	平成30年(2018)	(新基準)
相対的貧困率(単位：%)	14.9	15.7	16	16.1	15.7	15.4	15.7
子ども	13.7	14.2	15.7	16.3	13.9	13.5	14
子どもがいる現役世帯	12.5	12.2	14.6	15.1	12.9	12.6	13.1
大人が一人	58.7	54.3	50.8	54.6	50.8	48.1	48.3
大人が二人以上	10.5	10.2	12.7	12.4	10.7	10.7	11.2
名目値(単位：万円)							
中央値	260	254	250	244	244	253	248
貧困線	130	127	125	122	122	127	124
実質値(昭和60年基準)(単位：万円)							
中央値	233	228	224	221	211	215	210
貧困線	116	114	112	111	106	108	105

③日本の生活保護の推移と実態

被保護世帯数、被保護人員、保護率の年次推移

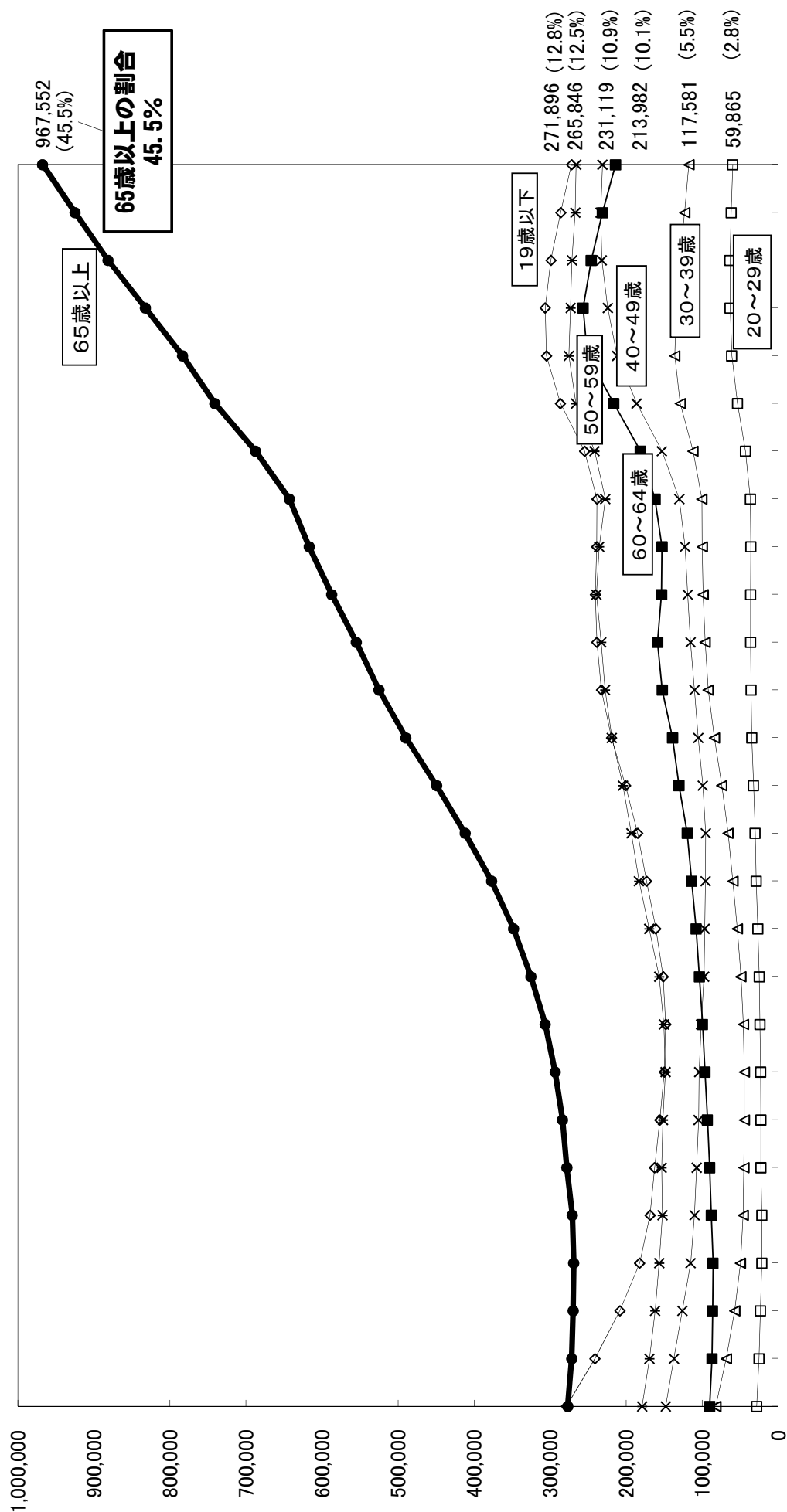
○生活保護受給者数は約214万人。平成27年3月をピークに減少に転じた。

○生活保護受給世帯数は約164万世帯。高齢者世帯の増加により、世帯全体は増加しているが、高齢者世帯以外の世帯については減少傾向が続いている。



年齢階層別被保護人員の年次推移

- 年齢別の被保護人員としては、65歳以上の高齢者の伸びが大きい。
- 被保護人員のうち、**全体の45.5%は65歳以上の者。**

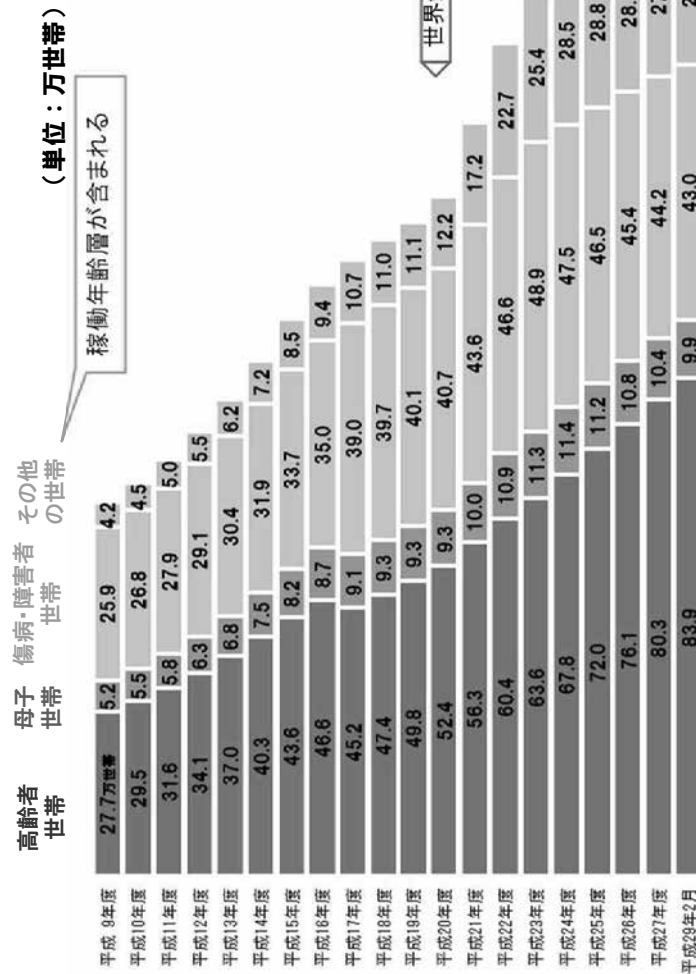


資料：被保護者調査

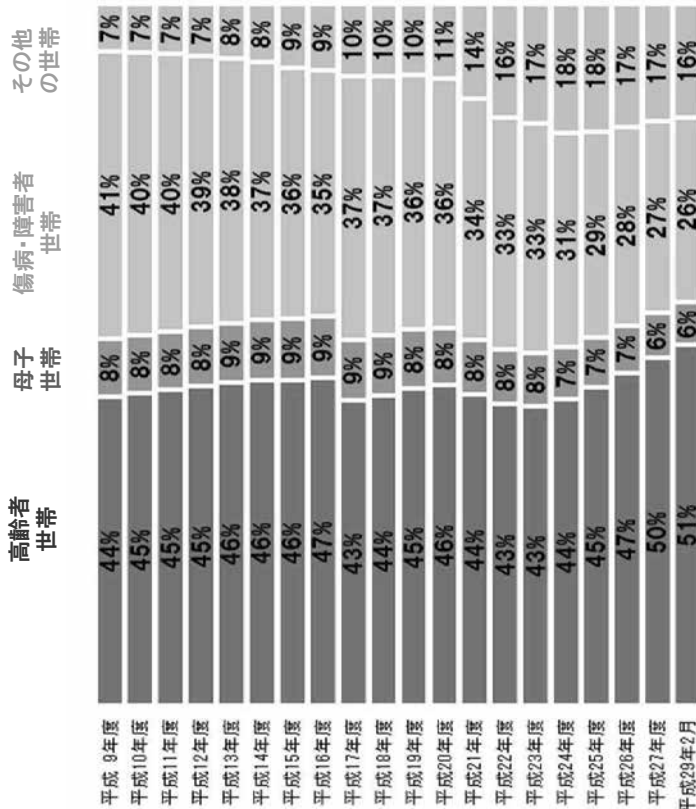
世帯類型別の保護世帯数と構成割合の推移

世界金融危機後、特に稼働年齢層と考えられる「その他の世帯」の割合が大きく増加した。「その他の世帯」は減少傾向となっているが、「高齢者世帯」は増加傾向にある。

世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



世帯類型別の構成割合の推移



【資料】平成23年度以前は福祉行政報告例、平成24年度以降は被保護者調査（平成27年度以降は速報値） ※高齢者世帯の90.8%が単身世帯（平成29年2月（概数））。

注：世帯数は各年度の1か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。

世帯類型の定義

- 高齢者世帯：男女とも65歳以上（平成17年3月以前は、男65歳以上、女60歳以上）の者のみで構成されている世帯か、これらに18歳未満の者が加わった世帯
- 母子世帯：死別・離別・生死不明及び未婚等により現に配偶者がいない65歳未満（平成17年3月以前は、18歳以上60歳未満）の女子と18歳未満のその子（養子を含む。）のみで構成されている世帯
- 障害者世帯：世帯主が障害者加算を受けているか、障害・知的障害等の心身上の障害のため働けない者である世帯
- 傷病者世帯：世帯主が入院（介護老人保健施設入所を含む。）しているか、在宅患者加算を受けている世帯、若しくは世帯主が傷病のため働けない者である世帯
- その他の世帯：上記以外の世帯

発 行 者 一般社団法人 新潟県労働者福祉協議会

〒950-0965 新潟市中央区新光町 6 - 2

TEL 025-281-0890 FAX 025-281-0891

H P : <http://www.niigataken-rofukukyo.com/>

受託調査
研究機関

公益社団法人 新潟県自治研究センター

〒950-0965 新潟市中央区新光町 6 - 7

TEL 025-281-8060 FAX 025-281-8062

H P : <http://www.niigata-jichi.or.jp/>

印 刷 〒950-0134 新潟市江南区曙町 3 - 5 - 5

株式会社 新 潟 印 刷

TEL 025-383-3900 FAX 025-383-3909
