

# 「1億総活躍社会」の実現に向けた緊急対策の評価と課題 —構造変化への対応を中心に—

調査部 副主任研究員 飛田 英子

## 目 次

1. はじめに
2. 概 要
  - (1) 夢をつむぐ子育て支援
  - (2) 安心につながる社会保障
3. 評価—数値目標の実現可能性—
  - (1) 希望出生率1.8
  - (2) 介護離職ゼロ
  - (3) 小 括
4. わが国の社会保障制度に必要な視点
  - (1) 費用対効果
  - (2) 制度のエイジレス化
  - (3) 子育ての社会化
5. おわりに

## 要 約

1. 「1億総活躍社会」の実現に向けた緊急対策が2015年11月26日に公表。本対策の最大の特徴は、第2の矢「夢をつむぐ子育て支援」で出生率を国民が希望する水準1.8に、第3の矢「安心につながる社会保障」で介護理由の離職者をゼロに、という2020年代初頭までの数値目標を掲げて少子高齢化という構造変化に取り組んでいる点。そこで、本稿ではこれら目標の実現可能性を検証するとともに、わが国の社会保障制度に必要な視点を考察。

2. 「夢をつむぐ子育て支援」は、結婚と妊娠・出産・子育ての各段階で構成。その対策を要すれば、まず、出産の基盤となる結婚については、若者の雇用安定・待遇改善などを通じて未婚化・晩婚化に歯止め。一方、妊娠・出産・子育てについては、保育所の受け皿の拡大（2017年度までに2013年度対比50万人分拡大）などにより待機児童を解消する他、教育費の負担を軽減。一人親に対しても経済支援を強化。

しかし、これらを実施しても、希望出生率1.8の実現は期待薄。その理由は以下の3点。

第1に、未婚・晩婚の要因としてライフ・スタイルの多様化を背景に結婚にこだわらない風潮が強まっていることが指摘。この風潮が容易に止まる公算は小。第2に、本対策では、トータルで約20年に及ぶ出産・子育てのコスト引き下げには不十分。第3に、仮に保育サービスが50万人分拡大しても、待機児童の解消は見込み薄。女性の就業率が政府目標通りに上昇する場合、保育所申込者数は2015～2017年の3年間で66万人と50万人を超える試算結果。

3. 「安心につながる社会保障」は、大きく①介護サービス提供者、②介護に取り組む家族、③高齢者の3者を対象に構成。その概要は、まず、①介護サービス提供者では、特別養護老人ホーム（特養）の定員増やサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）の供給増などにより、要介護者の受け皿を50万人分拡大。次に、②介護に取り組む家族では、介護休業・介護休暇の利用率を向上。最後に、③高齢者では、多様な就業機会の確保などを通じて生涯現役社会を構築。

もっとも、これらについても介護離職をゼロにする可能性は小。その理由は、以下の三つ。

第1に、本対策により特養の定員数が増えても、今後も要介護者が増加し続けるもとで希望者全員の入所は期待薄。第2は、サ高住はあくまで賃貸住宅であり、入所者が重度の要介護状態になった場合、退去を余儀なくされる懸念。第3は、現在も介護人材の不足が指摘されるなか、サービスの利用拡大に対応できるだけの人材を確保できるか極めて不透明。

4. 少子高齢化という未曾有の構造変化を克服するには、保育や介護の受け皿拡大という従来路線を踏襲した第2、第3の矢のような対策では限界。また、出生率低下の背景には、結婚を前提とする伝統的な家族観が個人のライフ・スタイルの多様化に追いついていないことが指摘。さらに、出生率1.8の実現が極めて不確実ななか、人口減少に耐えうる構造に社会システムや制度を再構築する必要。これらを踏まえて、わが国の社会保障制度に必要な視点を整理すると、以下の3点。

## (1) 費用対効果

数値目標の実現が期待薄であるにもかかわらず、本対策のもとで今後多額の予算が投入。しかし、

---

財政事情が極めて厳しいことを考えると、制度改革や対策を講じる際に、それが実現可能か否か、どの程度の効果が期待されるか、そもそも予算を投入する意義があるかなどについて、十分に吟味する必要。

(2) 制度のエイジレス化

今後、高齢化が一段と進むもとの、高齢者を特別扱いする現状を放置したままでは、社会保障費用は雪だるま式に膨張。すでに高齢者の多くは必ずしも経済的・社会的弱者ではないことを踏まえると、負担と給付両面から社会保障制度のエイジレス化を進めるべき。

(3) 子育ての社会化

子供は将来のわが国を担っていく、いわば国民全員にとって貴重な財産でもあることを踏まえると、出産・子育てを国民全体で支える視点が必要。同時に、出生率1.8への回復が難しいことを鑑みれば、子供の「数」だけでなく、「能力」（生産性や専門技術、健康状態など）を開発・向上させる視点も不可欠。

## 1. はじめに

「1億総活躍社会」実現に向けた緊急対策が2015年11月26日に公表されたことを受け、アベノミクスの第2ステージが始まった。

第1ステージが、①大胆な金融緩和、②機動的な財政出動、③民間投資を喚起する成長戦略、を柱に強い経済の実現を目指す経済第一主義だったのに対して、第2ステージでは、少子高齢化という構造変化に対応しているのが最大の特徴である。すなわち、第1の矢「希望を生み出す強い経済」で第1ステージの取り組みをさらに強化する一方で、第2の矢「夢をつむぐ子育て支援」で出生率を1.8に改善し、さらに第3の矢「安心につながる社会保障」で介護を理由とする離職者をゼロにすることにより、少子高齢化のもとで懸念される労働力人口の減少や将来不安の増大などの解決が図られている。これらの数値目標の実現を通じて、わが国経済の長期にわたる好循環が意図されているといえよう。

そこで、本稿では数値目標の実現可能性を検証するとともに、少子高齢化のもとでわが国経済の持続的な成長を可能とする社会保障制度の在り方や改革に必要な視点を考察する。

本稿の構成は、次の通りである。まず、第2章で構造変化に対応した第2の矢と第3の矢の概要を整理した後で、第3章で希望出生率と介護離職者の目標値の実現可能性を検討する。第4章では、第3章の結果を踏まえて、わが国の社会保障制度の在り方や改革に必要な視点を考察する。第5章は簡単なまとめである。

## 2. 概要

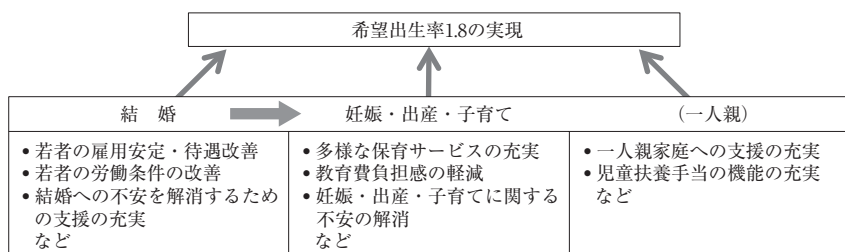
本章では、第2の矢「夢をつむぐ子育て支援」と第3の矢「安心につながる社会保障」の概要を整理する。

### (1) 夢をつむぐ子育て支援

「夢をつむぐ子育て支援」は、様々な要因により若者が結婚、出産をはじめとするライフ・プランを希望通りに実現できない現実を鑑み、結婚、妊娠・出産・子育てに至る各段階で対策を講じることにより、国民が希望する出生率（「希望出生率」）1.8の実現を目指すものである（図表1）。

まず、結婚については、わが国では婚外子の割合が2.3%（注1）と国際的にみて低く、結婚が出産の基盤となることから、希望通り結婚に踏み切ることができる環境を整備する。具体的には、雇用や所得に対する不安が結婚を躊躇させているとの指摘を受け、若者の円滑な就業促進、非正規労働者の正社

（図表1）「夢をつむぐ子育て支援」の概要



（資料）日本総合研究所作成

員転換・待遇改善の推進、被用者保険の適用拡大など、若者の雇用安定・待遇改善を図る。また、地域における様々な出会いの機会の提供、若者の結婚生活の住居負担の軽減をはじめ、結婚への不安を解消するための支援も充実する。

次に、出産・子育てについては、①多様な保育サービスの充実、②教育費負担感の軽減に加え、③妊娠・出産・育児に関する不安の解消を図る。①保育サービスについては、「待機児童解消加速化プラン」の目標を上積みし、2017年度末までに保育所の受け皿を2013年度対比50万人分拡大する（所期の目標は40万人分の拡大）。同時に、小規模保育事業所の整備を支援するとともに、企業側に対して事業所内保育所の整備の推進を促すことにより、2017年度までに潜在的なニーズを含めて待機児童の解消を目指す。②教育費の負担については、幼児教育を段階的に無償化する。また、高等教育についても奨学金を充実し、マイナンバーを活用した所得連動返還型奨学金制度も新たに導入する。③妊娠・出産・育児に関する不安については、これらを理由とする不利益な取り扱いなどを防止するよう法制度を見直すとともに、切れ目ないワンストップ相談体制の全国展開、不妊治療への助成拡大などを進める。

さらに、離婚や死別などにより一人親になった場合についても、就業促進に向けた貸付制度の創設や資格取得支援の充実などを通じて経済的支援を強化することに加えて、児童扶養手当の機能を充実する。

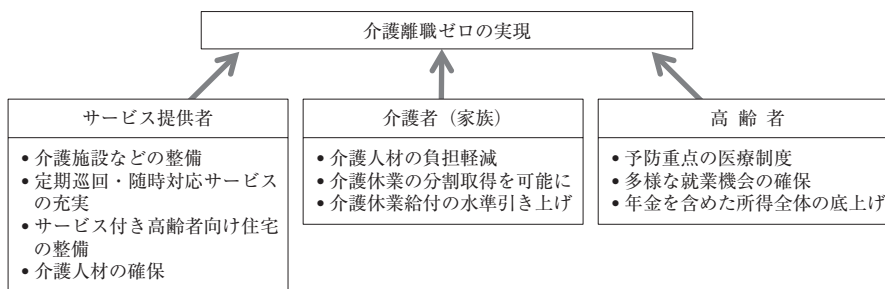
以上を要すると、この対策は、少子化の要因とされている未婚化・晩婚化に歯止めをかけると同時に、家庭と仕事の両立が可能な環境を整備することにより、希望出生率1.8の実現を目指すものである。

## (2) 安心につながる社会保障

「安心につながる社会保障」は、2020年代初頭までに介護を理由に離職する者を無くす、いわゆる「介護離職ゼロ」の実現を目指すものである。これまで家族が担っていた介護を社会全体で支えるという「介護の社会化」は、2000年度に介護保険制度が創設された目的の一つでもあるにもかかわらず、介護を理由にした離職・転職者は現在も年間約10万人存在する（注2）。また、特別養護老人ホーム（以下、特養）への入所を希望しながら自宅で待機する者は2013年度で52.4万人存在する。こうした現状に鑑み、具体的には、①介護サービス提供者、②介護に取り組む家族、③高齢者、の3者を対象に構成される（図表2）。

まず、①介護サービス提供者については、要介護者の受け皿を50万人分拡大する。その内容は大きく三つある。一つ目は、「介護保険事業計画」に基づくもので、具体的には、介護施設、ケアハウスや認

(図表2) 「安心につながる社会保障」の概要



(資料) 日本総合研究所作成

知症高齢者グループホームなどの入所者数を2020年度までに38万人以上分引き上げる。計画当初は34万人分（注3）で、その後定期巡回・随時対応型訪問介護看護の追加に伴い、4万人分が追加されている。二つ目は、これら施設の整備の加速化に加えて、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを充実させることにより、施設・在宅を合わせて10万人分の介護サービスの利用を拡大する。三つ目は、サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）の供給を2万人分上乗せする。

次に、②介護に取り組む家族については、介護休業・介護休暇の利用率の向上が図られる。具体的には、現在、対象家族一人につき通算93日を上限に1回しか取れない制度を、93日の上限はそのままとしつつ3回まで分割して取得が可能になる。また、休業中の所得保障についても、現在原則40%の給付水準が、育児休業の水準である67%を目途に引き上げられる。

最後に、③高齢者については、高齢者のための多様な就業機会の確保、予防に重点化した医療制度の見直し、年金も含めた所得全体の底上げ、などを通じて生涯現役社会の構築が目指される。

以上を要すると、この対策は、介護の受け皿を拡大すると同時に、介護と仕事の両立が可能な環境を整備することにより、介護離職ゼロの実現を図るものである。

（注1）厚生労働省「人口動態統計」。

（注2）総務省統計局「就業構造基本調査」。

（注3）ちなみに、当初目標の34万人の内訳は、介護施設19万人（うち特別養護老人ホーム14万人）、ケアハウス9万人、認知症高齢者グループホーム6万人である。

### 3. 評価—数値目標の実現可能性—

前章でみた通り、本対策は、少子高齢化という構造変化に対して、出生率や介護離職者数の目標をクリアすることで問題の解決を図ろうとしている。なかでもとくに注目すべきは、出生率について目指すべき水準を示したことである。

少子高齢化には、①出生率が低下する「少子化」と②総人口に占める高齢者数の割合が上昇する「高齢化」、の二つの側面がある。平均寿命が伸長するもとで、出生率が改善しなければ高齢化は当然進むため、経済に与える負の影響を払拭・軽減するには、何よりもまず出生率を引き上げる必要がある。

しかし、妊娠・出産が極めてプライベートな事柄ということもあり、これまで政府は出生率改善の必要性を指摘することはあっても、目標値を掲げることはなかった。この意味において、人口動態に言及する本対策は、少子高齢化に真っ向から取り組む政府の意気込みや覚悟を感じさせるものであり、評価されるべきと考える。

そこで、本章では、本対策の実現可能性を検証する。これは、目標が実現されなければ、本対策が画餅に終わるだけでなく、予算のバラマキを通じて、ただでさえ厳しい財政状況をさらに毀損しかねないためである。

#### (1) 希望出生率1.8

まず、希望出生率1.8の実現可能性を考えると、極めて不透明と判断せざるを得ない。その理由は以下の3点である。

## A. 未婚化・晩婚化のストップは期待薄

第1は、出産・子育ての基盤となる結婚について、未婚化・晩婚化に歯止めがかかる可能性が小さいことである。

本対策では、若者の雇用安定化・所得向上の他、結婚支援に関する全国連携会議の創設や地域における様々な出会いの機会の提供など、結婚への不安を解消するための支援の充実が図られている。

確かに、未婚化や晩婚化の状況をみると、経済が長期低迷入りし、若者の就職難が深刻化した1990年以降、男女ともにその傾向が加速している。

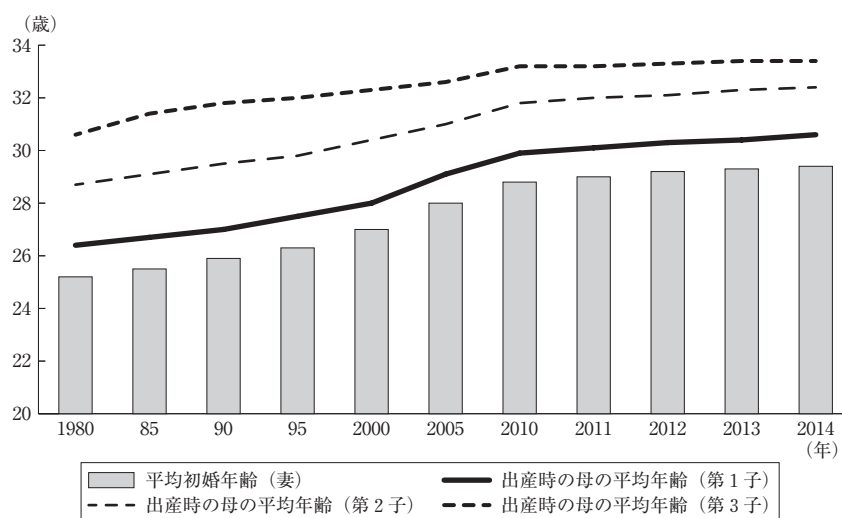
まず、生涯未婚率は、1970～90年の20年間で男性が1.70%から5.57%へ3.87%ポイント、女性が3.34%から4.33%へ0.99%ポイント上昇したのに対して、1990～2010年の20年間では、男性が20.14%へ14.57%ポイント、女性が10.61%へ6.28%ポイントの上昇と、その幅が大きくなっている。また、平均初婚年齢についても、1975～90年の15年間で男性が27.0歳から28.4歳へ1.4歳、女性が24.7歳から25.9歳へ1.2歳上昇した一方で、1990～2014年の14年間で男性が31.1歳へ2.7歳、女性が29.4歳へ3.5歳上昇と、1990年を境に上昇ペースが加速している。

そこで、内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」（2014年3月）から未婚・晩婚が増えている理由をみると、第1位が「独身の自由さや気楽さを失いたくないから」の51.9%であり、「経済的に余裕がないから」の47.4%を上回っている。また、「結婚の必要性を感じていないから」も41.9%が回答している。

このようにみると、未婚化・晩婚化の要因として経済的な側面があるのは事実であるが、それは数ある要因の一つに過ぎず、その根底には、ライフ・スタイルの多様化を背景に結婚にこだわらない風潮が強まっていることがあるといえよう。今後も価値観の多様化が進むことを考えると、未婚化・晩婚化の流れが止まる可能性は小さいと判断せざるを得ないであろう。

図表3は、妻の平均初婚年齢と出産時の母の平均年齢の推移を並べたものである。これをみると、平

(図表3) 平均初婚年齢(妻)と出産時の母の平均年齢の推移



(資料) 厚生労働省「人口動態統計」

均初婚年齢が上昇するもと、2014年の第1子出産時の母の年齢が、2000年以前に第2子を出産していた年齢を上回っている。2.42人（注4）が夫婦の理想の子供数であるものの、経済的な要因だけでなく、年齢・身体的な要因で第2子以降を出産できない結果、少子化が進んでいる状況が看取される（注5）。

仮に未婚化・晩婚化に歯止めがかからない場合、出生率の改善が進まない可能性は否定できない。出生率を上げるためには、従来の結婚を基盤とした出産・子育ての在り方そのものを見直す必要があるのかもしれない。

#### B. 出産・子育てにかかわるトータル・コストを下げるには不十分

第2は、本対策の内容では、出産・子育てにかかわるコスト、具体的には機会費用と実際の支出から成るトータル・コストを引き下げるには不十分なことである。

出産・子育ての機会費用とは、出産・子育てをしなければ得ていたと期待される効用、具体的には、出産・子育てのために休業や退職をしなかった場合に得られたであろう就労所得である（注6）。経済学的には、子供の教育費や医療費をはじめ出産・子育てにかかわる実際の支出と機会費用を合わせたトータルのコストが、出産・子育てにより得られる効用を上回っているために少子化が生じていると説明される。実際、多くの実証研究では、女性の賃金率や教育費負担が出生率と有意に負の関係にあることが確認されている（注7）。

トータル・コストを下げるためには、機会費用と実際の費用をともに下げる必要がある。そうした視点から本対策を改めて点検すると、まず、機会費用については、出産・子育てと仕事の両立が可能な環境を整備することで抑制が図られている。一方、実際に出産・子育てにかかわる支出については、幼児教育の段階的無料化や認可保育園の受け入れ拡大を通じた保育料の軽減などが盛り込まれているものの、一般に子供が自立するまで子育て費用が発生し続けることを考えると、コスト抑制の観点からは不十分との感は否めない。子育て期間全般にわたってコストを軽減する対策が必要と思われる。

#### C. 待機児童の解消は期待薄

第3は、仮に本対策が100%実現したとしても、待機児童ゼロの実現は期待薄なことである。

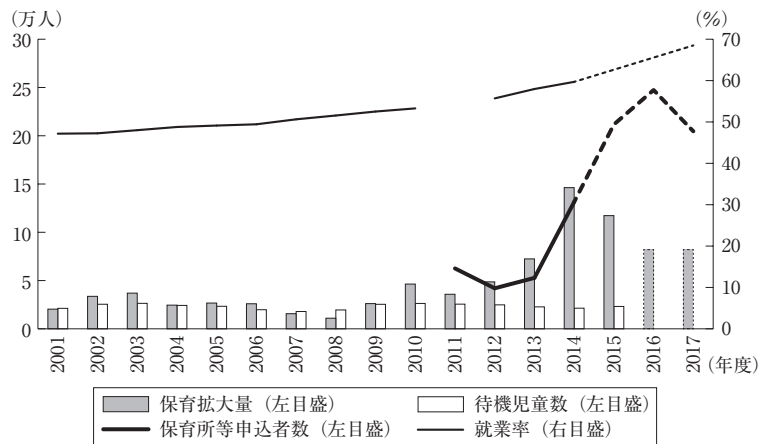
2001年の「待機児童ゼロ作戦」以降、待機児童の解消に向けて様々な取り組みが展開されており、本対策でも保育サービス量の拡大が目玉の一つとなっている。しかし、少なくともこれまでの経緯をみる限り、保育の受け皿を拡大しても待機児童数は減少せず、むしろ潜在ニーズの掘り起こしに終わっている感は否めない。

図表4は、保育拡大量と待機児童数、保育所等申込者数と25～44歳有配偶女性の就業率の推移である（保育所等申込者数（注8）は2011年以降。また、2011年の就業率は東日本大震災の影響で存在しない）。これによると、2001年、2004年、2007年と2008年の4年を除いて、待機児童数を上回って保育サービスが整備されてきたにもかかわらず、待機児童数は2万人程度のままであることが分かる。

ここで、本対策の効果をみるために、2017年度までに2013年度対比50万人分の保育が拡大し、就業率が政府目標通りに上昇（注9）したケースを点線で先延ばししてみた。仮に、新たに就業する有配偶女性が子供（現存子供数1.7人と仮定）を保育所に預ける場合、2015～2017年の申込者数は計66万人と、



(図表4) 保育拡大量、待機児童数、保育所等申込数と  
25～44歳有配偶女性就業率の推移



(資料) 厚生労働省「保育所等関連状況とりまとめ」、総務省「労働力調査」などを基に日本総合研究所作成  
 (注1) 就業率は25～44歳の有配偶女性就業率。2011年のデータは東日本大震災のためない。  
 (注2) 保育拡大量の2015年度は実績見込み。  
 (注3) 点線部分は見通し。

サービス量拡大分の50万人を上回る結果となる。このようにみると、50万人分の保育拡大では待機児童の解消には不十分であり、受け皿のさらなる拡大や保育所以外の保育環境の整備が必要といえよう。

## (2) 介護離職ゼロ

次に、介護離職ゼロの実現可能性を考えると、以下の3点により、その公算は極めて小さいと判断される。

### A. 特養の入所待機者の解消は期待薄

第1は、特養の入所待機者の解消は期待薄なためである。その理由の一つ目として、今後、高齢者人口が増加するもとで特養待機者数についても増加が見込まれるが、「50万人」という水準にそれが十分に織り込まれているか不透明なことがある。

本対策では、従来の介護保険事業計画の整備目標38万人以上（当初34万人）に加えて、12万人分の介護サービスの利用拡大が目指されている。

まず、介護保険事業計画における特養やケアハウスなどの施設の当初目標34万人については、足もとの特養待機者の解消が意図されているとみることができる。すなわち、2013年10月1日時点の特養の入所待機者は要支援・要介護者を合わせて52.4万人、このうち要介護3以上の重度者は34.5万人であった。2015年4月以降、特養への入所は原則要介護3以上に限定されたことを踏まえ、当初目標の34万人という数値はここからきたと考えられる。今回、施設の整備目標を38万人以上に上積みするとともに、在宅やサ高住での受け入れを増やしてトータルで50万人分の整備量を確保することにより、特養の入所待機者の解消を図ろうとしているわけである。

50万人分の内訳については明らかではないが、38万人分については特養や老人保健施設など、施設サ

ービスに分類されるいわゆる「介護3施設」だけでなく、居宅サービスに計上されるケアハウスや認知症高齢者グループホームも含まれる（注10）。加えて、残り12万人分については、これらの施設だけでなく在宅やサ高住でサービスを受けるケースも含まれている。このため、特養の受け入れ枠の拡大は限定的とみるべきとの指摘もある。

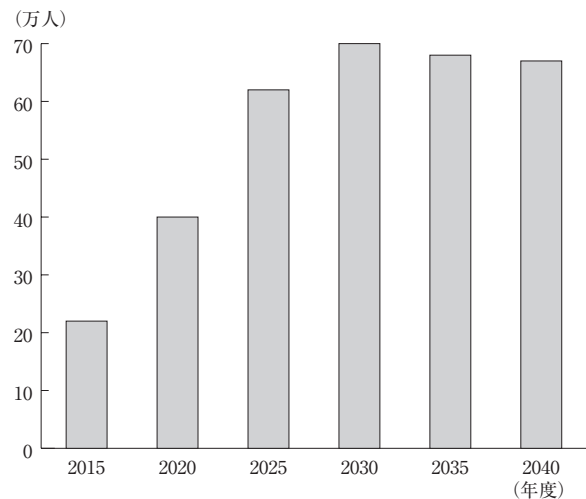
そこで、特養の定員数が34.5万人分増え、現在の重度の特養待機者が全員入所できたと仮定した場合に、2020年度の待機状況がどうなるかを試算してみた（注11）。結果は図表5の通りである。まず、政府が整備目標とする2020年においても、特養への入所を希望しながら自宅待機せざるを得ない重度の要介護者は約40万人存在する。仮に50万人分の整備量の拡大（すなわち、残り15.5万人分）がすべて特養によって実現したとしても、約25万人が特養に入れなくなることになる。

また、待機者の数は2030年度の70万人のピークまで増え続け、その後は60万人台後半の水準で高止まりする。この背景には、2020年代後半から2040年代にかけて団塊世代が介護ニーズの高まる80～90歳代の層に入ることがある。このようにみると、本対策で仮に特養をはじめとする施設の供給増が図られたとしても、50万人という水準では待機者の解消には及ばないといえよう。

入所待機者の解消が期待薄である二つ目の理由は、高齢者が高齢者を介護する、いわゆる「老老介護」が深刻化することによる施設志向の強まりである。

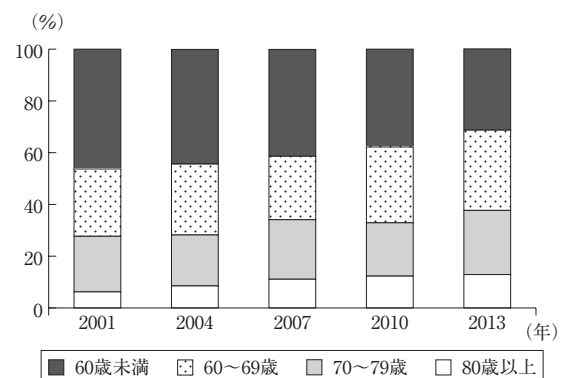
図表6は、全介護に占める主な介護者（介護を提供する側）の年齢階級シェアの推移である。これによると、60歳未満のシェアは2001年の46.3%から2013年には31.4%に縮小する一方、60歳以上ではすべての階級で拡大している。とくに80歳以上では、6.2%から12.9%へ倍以上増えており、介護者が高齢化していることが分かる。主な介護者にとって要介護者は親や配偶者であるケースが大半であり、今後も高齢化や核家族化の流れが続くことを踏まえると、「老老介護」の一段の深刻化は必至といえる。一般に、要介護者は高齢になるほど介護ニーズが大きくなり、また、介護を担う側についても年齢とともに身体機能が低下することを考えると、「老老介護」は、要介護者が在宅生活を続けることのできる限界ライ

(図表5) 特養入所待機者数の将来推計



(資料) 日本総合研究所作成

(図表6) 主な介護者の年齢階級シェアの推移



(資料) 厚生労働省「国民生活基礎調査」

---

ンを引き下げることになる。つまり、要介護者の施設志向が今後より強まるとみることができるといえよう。

さらに、三つ目の理由として、待機児童のケースと同様、受け皿の拡大が潜在需要の顕在化に追いつかない可能性が否定できないことが挙げられる。保育の場合も、女性の社会進出のペースが保育施設整備のペースを上回ることを背景に、待機児童の解消が一向に進まない実態が指摘されている。児童と要介護者を同列に論じるのは適切ではないが、女性の社会進出の一般化やアクティブ・シニアの増加、企業側の人材活用の多様化などを考慮すると、介護に追われる女性や中高年の就労に対する潜在的な意欲は必ずしも小さくないと思われる。

## B. サ高住はあくまで賃貸住宅

第2は、サ高住が要介護者の受け皿となり得る保証がない点である。

本対策では、要介護者2万人の受け皿としてサ高住の供給増が示されている。しかし、サ高住は介護サービスを提供する施設ではなく、あくまでも賃貸住宅である。

ここで、改めてサ高住の性質を確認すれば、居住面積やバリアフリー構造など一定の要件を満たした高齢者専用のあくまで賃貸住宅であり、提供されるサービスも、安否確認や生活相談といった軽微なものが主体である。一部には介護サービスが提供されるサ高住もあるが、食事や入浴など日常生活のサポートのみが果たしたケースが一般的であり、介護が必要になった場合には、入居者は外部の居宅介護サービスを利用しながら居住し続けることになる。したがって、入居者は基本的に自立か軽度の要介護状態に限られるといえよう。

仮に現在はサ高住での生活が可能であったとしても、万が一要介護状態が悪化した場合には、サ高住での生活が維持できなくなり退去を迫られる可能性は十分考えられる。いくら積極的に予防に取り組んだとしても、要介護レベルを含めた健康状態は個人の努力ではコントロールできない要素が多く、高齢者の場合、その傾向は一段と大きいと判断されるためである。

加えて、サ高住への入居は、一時入居金などが不要であるなど有料老人ホームに比べれば低コストであるが、介護保険の給付対象である特養と異なって市場相場並みの家賃を支払う必要があるうえ、食事や入浴などのサービスを利用する場合は、利用に応じた負担が求められるのが一般的である。また、介護が必要になった場合も、別途介護にかかわる費用を負担する必要がある。低所得者に対する家賃補助なども原則としてない。つまり、入居対象者は一定の負担能力のある中高所得者に限られるわけである。

このようにみると、サ高住を当てにした要介護者の受け入れ拡大には不安定要素が多く、仮にサ高住に受け皿としての役割を期待するのであれば、その機能や責任の在り方を含めて検討する必要があると思われる。

## C. 介護人材の不足

第3は、介護人材の不足が指摘されるなか、介護サービスの利用拡大に対応できるだけの人材を確保できるか否か極めて不透明である点である。

図表7は、全産業と介護分野の有効求人倍率および全産業完全失業率の推移を並べたものである。こ

れによると、介護関連職種の有効求人倍率は常に1を上回っており介護市場が慢性的な人手不足状態であることに加えて、その程度は全産業の失業率が下がる、すなわち、労働市場全体で人手不足感が強まるときに深刻化し、そうした傾向は全産業の有効求人倍率と比べても顕著であることが看取できる。

今後、高齢化の進展に伴って要介護者数の増加が不可避なもと、介護人材を現在の150万人からさらに増やす必要がある。これまでも、政府は介護人材の処遇改善に向けて基金の設立や介護報酬の見直しなどを進めてきたが、目立った効果は上

がっていない。仮に、本対策により介護サービスの需要が増えたり、強い経済を目指す第1の矢が奏功して経済がより活性化する場合には、介護市場の人材確保は今まで以上に厳しくなり、人手不足もより深刻化する可能性は否定できない。

### (3) 小 括

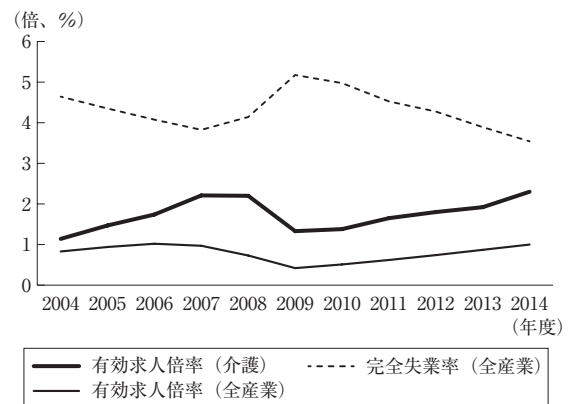
以上を要すると、本対策を実行しても出生率と介護離職者数の目標実現は期待薄である。政府はこれまでも保育と介護の受け皿拡大に取り組んでおり（注12）、今回も基本的には同じ発想に基づいて対策を講じている。しかし、目標の実現が期待薄ということは、少子高齢化という未曾有の構造変化に対応するには、従来のいわばハード中心の概念では限界があることを示唆しており、従来とは異なる概念や発想に基づいて解決策を考える必要がある。

加えて、出生率低下の背景には、個人の価値観が多様化する一方で今なお婚外子を特別視する伝統的な家族観が根強く残っているなど、個々人のライフ・スタイルの多様化にわが国固有の考え方や意識が対応しきれていないことがある。このように見ると、出生率の改善には、国民の意識改革を促すダイナミックな視点が不可欠であり、その観点から社会システムや制度を見直すことが求められる。例えば、介護保険の導入によって、介護は家族が担うべきという考えから、介護保険を利用すべきという考えに国民の家族観なり意識が変わったことを考えると、制度の設計次第で国民意識の変革は可能ではなからうか。

同時に、出生率1.8の実現が極めて不確実であることを踏まえると、出生率の改善に引き続き取り組む一方で、人口減少に耐えうる構造に社会システムや諸制度を再構築する必要がある。総人口1億人を前提に現状を放置した場合、予測不能な事態に陥る懸念が大きいためである。とくに深刻なリスクが見込まれるのが、ピラミッド型の人口構造を前提に構築された社会保障制度である。この意味において社会保障制度の抜本改革は現在のわが国にとって焦眉の急といえよう。

（注4）国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査」。

（図表7）全産業と介護分野の有効求人倍率及び全産業完全失業率の推移



（資料）厚生労働省「一般職業紹介状況」、総務省「労働力調査」。

- (注5) 実際、同調査によると、理想子供数を実現できない要因として、「高年齢で生むのはいやだから」と「健康上の理由から」を挙げた女性が、各々全体の35.1%と18.6%であった。この割合は年齢が高いほど大きく、予定子供数を実現できない理由として「年齢や健康上の理由で子どもができないこと」と回答した割合は、30歳未満が18.9%、30～34歳が39.7%であるのに対して、35歳以上は65.3%であった。
- (注6) 厳密には、就業所得に就業できる確率を乗じた期待値である。
- (注7) 堤 [2011] は、出生率と女性の就業率、賃金(率)および平均初婚年齢などが有意に負の関係にあることを実証した先行研究を紹介するとともに、自身でも出生率と未婚化・晩婚化が有意に負の関係にあることを示している。
- (注8) 保育所等申込者数のデータは、厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ(平成27年4月1日)及び『待機児童解消加速プラン』集計結果」(2015年9月29日)参考資料による。
- (注9) 本対策のなかで、政府は25～44歳女性の就業率を2014年の70.8%から2020年代中に80%程度まで引き上げる目標を掲げている。仮に未婚者の就業率が変わらないとすると、有配偶者の就業率を現在の60%から77.3%まで引き上げる必要がある。また、有配偶女性の数は、年齢階級別の婚姻率が今後も変わらないとし、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定を基に算出している。
- (注10) 介護サービスには、①施設サービスと②居宅サービスの大きく2種類がある。介護に関する施設には様々なものがあり、このうち①施設サービスに計上されるのは、特養、老人保健施設および介護型療養病床の三つのみである。ケアハウスや認知症高齢者グループホームなどのその他の施設については自宅とみなされるため、②居宅サービスに計上される。
- (注11) 試算の前提は、飛田 [2016②] を参照されたい。
- (注12) 介護については、介護施設と居住系サービスの定員数を要介護2以上の37%以下とする「総量規制」が2012年度に廃止された。

#### 4. わが国の社会保障制度に必要な視点

前章での考察を踏まえて、わが国の社会保障制度のあるべき姿や制度改革に際して必要な視点を整理すると、以下の3点である。

##### (1) 費用対効果

第1は、費用対効果の視点の導入である。

本対策により、保育受け皿の拡大や介護サービス基盤の整備、保育・介護人材の育成・確保に向けて多額の予算が計上されることになる。もちろん、今後労働力人口の減少が見込まれるなか、人材の有効活用は重要な政策課題の一つであり、介護離職者の解消や子育て中の女性の就業促進は必要である。しかし、わが国が未曾有の財政赤字を抱えており、財政健全化がわが国だけでなく国際的な公約であると考えれば、制度改革や対策を講じる際に、それが実現可能か否か、どの程度の効果が期待されるか、そもそも予算を投入する意義があるかなどについて、十分に吟味する必要がある。

そこで、費用対効果の視点から本対策を評価すると、出生率の改善や介護離職の解消は期待薄であることから、介護施設や保育の充実を柱とするライフ・ワーク・バランスの改善には懸念材料が多いと判断される。代わりに、在宅介護や子育てと仕事を両立できるような環境の整備を中心に対策を講じるべきではなからうか。

例えば、介護については、曜日や時間が固定的なデイサービスに臨時・時間外のサービスを追加して利用を弾力化する、認知症でも本人が希望する限り在宅での生活を可能とするよう訪問サービスの内容を多様化するなど、現行の居宅介護サービスを見直すとともに、介護機能強化型のサ高住の供給を促進するなど、介護者の介護負担を軽減する対策が求められる。加えて、勤務時間や時間帯、介護休暇などの面で介護者が働きやすい労働環境を整備することも求められよう。

こういったソフト面を中心とする対策により在宅介護の限界レベルが上がれば、介護費用の抑制だけ

でなく、住み慣れた地域で自分らしく生活を続けることができるという意味で、要介護者自身にとってもメリットになる。「介護離職ゼロ」に比べると地味な内容かもしれないが、介護施設サービスの上積みにより介護給付費が毎年確実に0.5兆円増え、その恩恵が施設に入所する38万人とその家族に集中することを考えると、大きな支出増を伴わないうえ、より多くの国民が便益を享受できるのではなかろうか。

さらに費用対効果の観点から付け加えると、主に軽度者が利用している生活援助や要支援者に対する予防サービスについても再検討が求められる。そもそもこれらのサービスは、介護保険制度の本来の趣旨からみてボーナス的な位置付けにあり、地域包括支援事業や保健事業などでも対応可能である。介護保険制度の持続可能性を確保するためにも、真に必要なサービスに給付内容を絞る必要がある。

## (2) 制度のエイジレス化

第2は、負担と給付両面からの社会保障制度のエイジレス化である。

今後、高齢化が一段と進むもとの、高齢者を特別扱いする現状を放置したままでは、社会保障費用の雪だるま式の膨張は必至である。すでに高齢者の多くは必ずしも経済的・社会的弱者ではないことを踏まえると、負担と給付両面から制度のエイジレス化、すなわち、高齢者も現役世代と同じルールのもとで負担を担うと同時に、現役世代も必要に応じて高齢者と同じサービスを受けるように制度を見直すことにより、社会保障制度の持続可能性を高める必要がある。

とくに、見直しが必要なのが、給付費の大幅増が見込まれる医療と介護である。

### A. 医療

医療については、当面の問題として窓口自己負担、将来的な課題として後期高齢者医療制度の在り方が指摘される。

まず、自己負担については、現役世代の3割に対して、75歳以上の高齢者は一定以上所得者を除いて1割と大きく軽減されている。この理由として、高齢者は複数の病気を抱えているケースが多く、現役世代に比べて多くの医療費がかかることが挙げられている。

しかし、すでに医療費の負担については、上限を設ける「高額療養費制度」という仕組みがあるうえ、その水準も高齢者については現役世代より低く設定されている。さらに自己負担を軽減するという2重の配慮は不必要と考える。

さらに、1割の自己負担については、高齢者に関して病院のサロン化や大量の飲み残し薬剤など、いわゆるモラル・ハザードを招いているとの指摘もある。高齢者にコスト意識を自覚してもらうためにも、早急に現役世代と同じ3割に引き上げるべきである。

次に、後期高齢者医療制度については、この制度の特徴である独立方式、すなわち、75歳を境に一般制度からは独立した後期高齢者医療制度に移る方式の妥当性を再検討する必要がある。

そもそも、現在の後期高齢者医療制度には問題が多い。具体的には、まず、制度的な位置づけの曖昧さである。一般に、わが国の公的医療制度は、保険料を財源に保険者によって運営される「保険方式」とされている。実際、例えば被用者の医療保険制度では、「健康保険法」において「保険者」が明確に

---

定義されている。しかし、後期高齢者医療制度については、根拠法「高齢者の医療の確保に関する法律」に「保険者」という言葉は登場しない。代わりに、市町村に対して広域連合を通じた事業の実施が義務付けられているだけである（注13）。つまり、後期高齢者医療制度は厳密には「保険」制度ではない（注14）。

このことは、財源面にも当てはまる。後期高齢者医療制度の場合、給付財源に占める加入者の保険料は1割に過ぎず、残りの9割は税と現役世代からの支援金という外部資金に依存している。現役世代からの支援金は強制的に徴収されるという意味で半ば「税」といえる（注15）。このようにみると、後期高齢者医療制度は、保険料を財源とする「保険方式」ではなく、むしろイギリスのように税を財源とする「保健方式」(National Health Service)に近い制度といえよう。

さらに、この費用負担の構造も問題である。1割の自己負担のもとで高齢者の受診行動についてモラル・ハザードが指摘されるなか、自動的に給付費の9割が補填される仕組みは、必要以上の負担を現役世代に課すことになりかねない。

以上を踏まえると、後期高齢者医療制度については、医療制度全体の持続可能性確保の観点から見直す必要がある。具体的には、高齢者を現役世代と別制度でカバーする「独立方式」の妥当性を議論すると同時に、独立方式を維持する場合には、モラル・ハザードを防止する対策を講じると同時に、費用の負担構造を見直すことが求められる。一方、独立方式を廃止して高齢者も現役世代と同じ一般制度でカバーする場合には、多くの高齢者を抱える保険者が過剰な負担を負うことがないように、リスク構造調整の手法を取り入れるなどの対策を検討すべきと考える（注16）。

## B. 介 護

介護については、被保険者の年齢範囲と受給対象について見直しが求められる。

まず、被保険者については、現在は40歳以上という年齢基準が設けられており、さらに65歳を境に、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の第2号被保険者の2本建てで規定されている。40歳未満が被保険者から除かれる理由としては、親の介護が身近な年齢層ではないことから、保険料の負担に同意を得られにくいことがあるとされている。しかし、介護の社会化が制度創設のスローガンだったことを考えると、負担能力のある国民全員で費用を負担すべきと考える。

次に、受給対象については、65歳以上については介護ニーズが認められた者全員が該当するのに対して、40歳以上65歳未満については、老化に起因する病気により要介護状態になった場合にのみ認められる。つまり、要介護状態になった要因を「加齢」に限定しているわけである。

しかし、要介護状態になる要因には、病気や事故で障害を負うなど加齢以外によるケースも多く、加齢のみに限定することに妥当性はあるのであろうか。現在、65歳未満については、障害者の自立を支援する「支援費制度」があるが、サービス供給量の不足や大きな地域格差の存在などが指摘されている。高齢者と障害者を同一に論じるべきではないとの指摘はあろうが、自立した生活を支援するという意味では支援費制度も介護保険制度も同じであり、あえて年齢によって同趣旨の制度が二つ設けられることの必要性の再検討が求められる（注17）。

現在、政府では介護保険制度の見直しに向けた議論が進行中であり、論点の一つに被保険者の対象年

齢の引き下げが取り上げられている。保険財政の安定化という観点だけでなく、世代間の公平性の観点からも検討が望まれるといえよう。

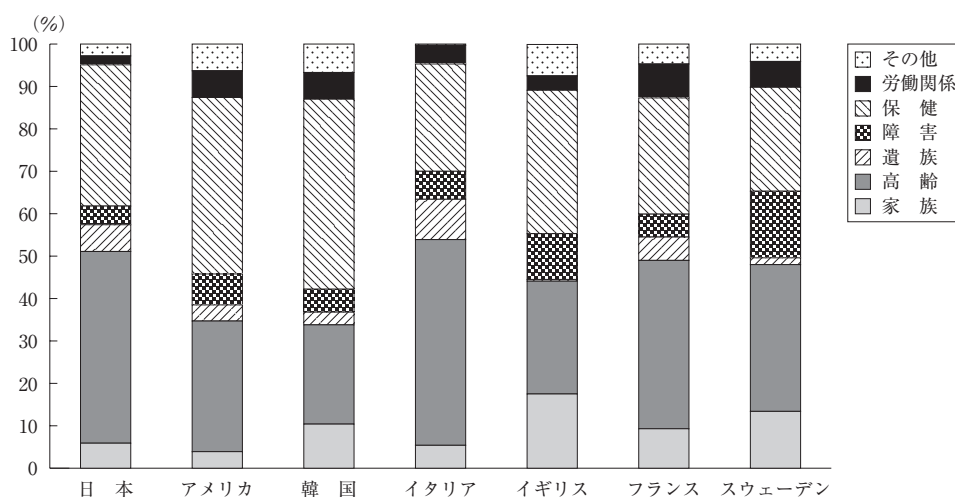
### (3) 子育ての社会化

第3は、子育ての社会化である。子供は将来のわが国を担っていく、いわば国民全員にとって貴重な財産でもあることを踏まえると、出産・子育てを国民全体で支える視点が必要である。同時に、出生率1.8への回復が難しいことを鑑みれば、子供の「数」だけではなく、「能力」（生産性や専門技術、健康状態など）を開発・向上させる視点も不可欠といえよう。

そこで、改めてわが国の子育て政策の位置付けを社会保障支出の内訳である家族関係社会支出でみると、対GDP比、社会保障支出に占めるウエートのいずれにおいても、わが国は諸外国に比べて見劣りする（注18）。まず、対GDP比は2011年で1.4%であり、トルコの0%、韓国の0.9%を上回るものの、OECD加盟国の平均2.2%を大きく下回っている。ちなみに、出生率の回復に成功したイギリスは4.0%、フランスは2.9%、スウェーデンは3.6%であり、その規模はわが国の倍以上である。

次に、社会保障支出に占める割合は5.9%と、イギリスの17.5%、フランスの9.3%、スウェーデンの13.4%に比べてかなり小さい（図表8）。家族関係支出の規模がわが国より小さい韓国の10.4%と比べても、半分程度にとどまっている。

（図表8）政策分野別社会支出シェアの国際比較（2011年）



（資料）OECD Social Expenditure Statistics を基に日本総合研究所作成

このようにわが国では子育てに対する政府の関与が諸外国に比べて薄い背景として、子育ては各家庭の問題との考えが根強いことが指摘される。政策に関しても、地域の実情を反映させる観点から地方主導が進められており、高齢者対策に比べると国の関与は格段に小さい。例えば、高齢者の医療や介護については、制度の運営主体は市町村であるものの、財政構造や自己負担割合は全国一律である。また、これらにかかわる費用を社会全体で支える仕組みがすでに整備されている。これに対して、子育てにつ



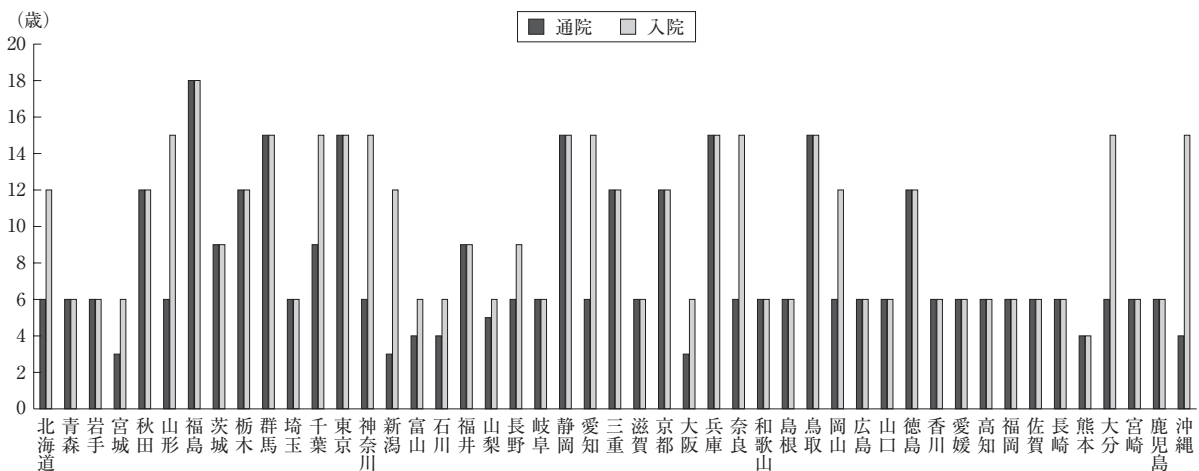
いては、医療や保育などに関して全国的な指針や取り組みがあるものの、多くが地方自治体のもとで運営されているため、妊娠・出産の段階を含めて利用者の負担に大きな地域格差が存在する。

例えば、妊婦健康診査では、望ましいとされる14回分の公費助成が普通交付金を通じて国から市町村に配分される。しかし、実際の補助の内容は市町村が決定するため、助成の内容に大きな地域差がある。妊婦一人当たりの公費負担額（2014年4月1日現在）で見ると、都道府県別には最大の青森県11.9万円から最小の神奈川県6.4万円まで約2倍の格差がある。市町村別にみると格差はさらに拡大し、12万円以上の市町村が22ある一方で、4万円台に留まるところも七つある（注19）。

また、医療費の自己負担についても地域差の存在が指摘されている。現在、子供に対する医療費の公的助成は、①小学校就学前の乳幼児の自己負担を2割に軽減する国の制度に加えて、②都道府県が年齢や所得制限の有無、全額援助か一部支給かなどに関して一定の基準を設定し、市町村が独自に上乘せする地方の制度、の2階建てで行われている。

そこで、医療費助成の対象年齢を通院と入院について都道府県別にみると、通院、入院ともに3歳未満から18歳年度末（注20）まで幅広い対象年齢の開きがある（図表9）。ちなみに、市町村別に見た場合、最も対象年齢が高いのは北海道南富良野町の22歳年度末で、同町では所得制限も自己負担も設けられていない。

（図表9）都道府県別にみた子供にかかわる医療費助成の対象年齢（2014年4月1日現在）



（資料）厚生労働省「乳幼児等に係る医療費の援助に関する調査（平成26年度）」  
 （注1）必ずしも全額免除ではなく、所得制限付きの都道府県もある。また、市町村によって別途対象年齢の引き上げがある。  
 （注2）6歳は小学校就学前の児童。  
 （注3）福島県では、小学校就学前の児童および小学4年生から18歳年度末の児童が対象。  
 （注4）熊本県では、多子世帯に対して別途対象年齢を拡大。

子供はどの地域で育ったかに関係なく、将来的には等しくわが国経済社会を背負う、いわば一種の公共財産と捉えれば、このような地域差の存在は望ましくない。介護の社会化を謳った介護保険制度では利用者の自己負担は全国一律の1割（一定以上所得者は2割）であり、残り9割は税と社会保険料を通じて社会全体で支えられていることを考えると、同じく社会化すべき出産・子育てについても、利用者負担の地域差を解消するとともに、妊婦健診の無料化、子供の医療自己負担の無料化（注21）、教育費

負担の軽減など、子育てにかかわる費用を国民全員でカバーしていく必要があると考える。財政上の制約からすべてをカバーすることは困難であろうが、少なくとも子供に対して機会の平等を保障することは、国の責務ではなかろうか。

こうした対策や子供を共通財産とする考えが定着すれば、子育てにかかわるトータル・コストの引き下げを通じて出生率にプラスに働くことが期待されることに加えて、健全な心身の育成や教育機会の保障を通じて将来的に生産性の向上に資することも期待されよう。

(注13) 第48条では、「市町村は、後期高齢者医療の事務（保険料の徴収の事務及び被保険者の便益の増進に寄与するものとして政令で定める事務を除く。）を処理するため、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連合（以下「後期高齢者医療広域連合」という。）を設けるものとする」とある。

(注14) 保険者が存在しないにもかかわらず、「被保険者」は同法第50条で定義されている。後期高齢者医療制度は、野球に例えるなら、ピッチャーはいるのにキャッチャーはいないバッテリーといえよう。

(注15) 実際、被用者以外を対象とする市町村国民健康保険では、「健康保険料」ではなく「健康保険税」を徴収しているところがある。

(注16) リスク構造調整とは、年齢や所得など保険者の責に問えない被保険者のリスクを事前に保険者間で調整する仕組み。詳細は飛田 [2008] を参照されたい。

(注17) 介護保険制度と支援費制度の統合問題は、2006年度介護保険制度改正の際にも議論された。受給対象の年齢対象を廃止する一方で、被保険者の範囲を20歳以上に拡大するというものであったが、被保険者の対象年齢の拡大に対する反発が強く、見送られた経緯がある。

(注18) OECD “Social Expenditure Statistics”。

(注19) 厚生労働省「妊婦健康診査の公費負担の状況にかかる調査結果について」2015年6月30日。

(注20) 「歳年度末」とは、その年齢になった年の年度末のこと。

(注21) 筆者は2009年に中学生以下を対象に医療費自己負担を無料化する「児童保健制度」の創設を提案した（飛田 [2009]）。これは、自己負担分を税や保険料で肩代わりするものである。モラル・ハザードが懸念されるとの指摘に対しては、いったん自己負担を支払って後日返還を受ける「償還制」を採用すれば問題ない。また、初診を特定の「かかりつけ医」に限定することにより、過剰受診の問題も解決可能と考える。

## 5. おわりに

わが国はいまだかつてどの国も経験したことのない少子高齢化に直面している。加えて、財政的にも余裕がない。わが国経済が今後も成長を持続していくには、厳しい予算制約を所与とするもとの、高齢化でも耐えうる強靱な体質に経済や社会の構造を再構築すると同時に、子供を国の財産とみる国民の意識改革を促す視点が不可欠である。

政府に対しては、既存概念に捉われることなく大胆かつ柔軟な対策を期待するとともに、我々国民においても、個人だけでなく国全体の利益も考えるという社会の一員としての自覚と行動が求められているといえよう。

(2016. 3. 23)

## 参考文献

- [1] 堤静子 [2011]. 「少子化要因としての未婚化・晩婚化—都道府県コーホートによる分析—」季刊社会保障研究、Vol.47、No.2、pp.159-172
- [2] 飛田英子 [2008]. 「被用者医療保険制度における格差是正システムの再検討」Business & Eco-

---

conomic Review、2008年8月号

- [3] 飛田英子 [2009]. 「『児童保健制度』の創設を提案する—子育て支援の一環として児童の『医療格差』の解消を—」政策観測、Vol.13
- [4] 飛田英子 [2016①]. 「介護離職ゼロを考える—1億総活躍社会の盲点を突く（1）—」リサーチ・フォーカス、No.2015-044
- [5] 飛田英子 [2016②]. 「希望出生率1.8の実現を考える—1億総活躍社会の盲点を突く（2）—」リサーチ・フォーカス、No.2015-046