

《税・社会保障改革シリーズ No.24》

2016年1月29日
No.2015-046

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) —

調査部 副主任研究員 飛田英子

《要 点》

- ◆ 「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。本稿は、このうち第2の矢「夢をつむぐ子育て支援」に着目し、その効果やわが国における少子化政策のあり方を考察。
- ◆ 「夢をつむぐ子育て支援」は、国民が希望する出生率（「希望出生率」）1.8の実現に向け、結婚と妊娠・出産・子育ての各段階で構成。まず、結婚については、出産の基盤となることから、若者の雇用安定・待遇改善を図ると同時に、結婚への不安を解消するための支援を充実。一方、妊娠・結婚・出産については、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。ひとり親に対しても経済支援を強化。
- ◆ 2万人の待機児童の存在やM字カーブを示す女性の労働力率を踏まえると、本対策は少子化政策のみならず労働政策の観点からも評価。しかし、希望出生率の実現可能性や、わが国にとって望ましい少子化対策のあり方を考えると、さらなる検討が必要。
- ◆ まず、本対策の主目的でもある「希望出生率1.8の実現」の可能性は、以下により極めて不透明。
 - ① 未婚化・晩婚化に歯止めがかかる可能性は小…未婚・晩婚の要因には、経済的な側面以外にも、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。
 - ② 出産・子育てのコスト引き下げには不十分…教育費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。
 - ③ 待機児童の解消は不透明…仮に保育サービスが50万人分拡大しても、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2015～17年の3年間で66万人と50万人を超える試算結果。
- ◆ 次に、わが国の少子化政策にとって必要な視点を考えると、以下の2点が指摘。

- ① 数の増加だけでなく質を向上させる視点…そもそも少子化政策には、子供の「数」の増加、と「質」（具体的には、心身の健康や専門技術、スポーツや芸術の才能、知的能力など）の向上の2つの側面。わが国では今後労働力人口の減少が不可避なことを踏まえると、「数」だけでなく「質」に着目した対策も講じていく必要。
 - ② 出産・子育ての社会化の視点…子供は将来のわが国を担う国民共通の財産であることを踏まえると、出産・子育てを社会全体で支える必要。この視点にたつと、妊婦健康診査や子供の医療に係る利用者負担に大きな地域差がある現状は不適切。
- ◆ 「希望出生率 1.8 の実現」はあくまで結果論。わが国の少子化政策にとって必要なのは、子供を国の財産とみなす社会の意識改革や、結婚、子育てをはじめとする家族感の多様化を進めることにより、既成概念や偏見とは無縁の子育てにやさしい環境を整備することではないかと考える。

本件に関するご照会は、調査部・研究員・飛田英子宛にお願いいたします。

Tel: 03-6833-1620

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

1. はじめに

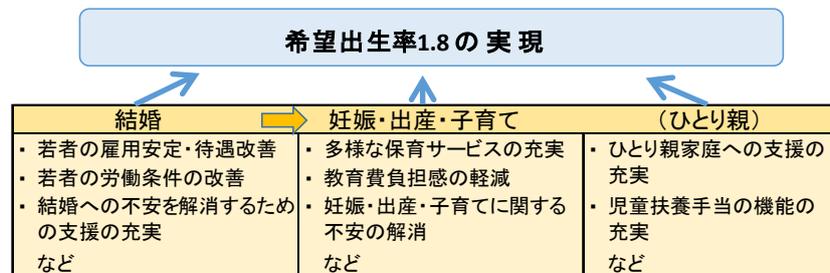
「1億総活躍社会」の実現に向けた緊急対策が2015年11月26日に公表された。主な内容は、①これまでのアベノミクスを強化した「希望を生み出す強い経済」、並びに、わが国が直面する構造問題のうち、②少子化に対応して希望出生率1.8の実現を目指す「夢をつむぐ子育て支援」と、③高齢化に対応して介護離職ゼロを謳う「安心につながる社会保障」、の3つで構成される。本稿は、このうち②希望出生率1.8の実現を目指す「夢をつむぐ子育て支援」に着目し、その効果やわが国における少子化政策のあり方などについて考察する¹。

2. 希望出生率1.8の実現を目指す「夢をつむぐ子育て支援」の概要

前段として、本対策の概要を整理する。具体的には、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に鑑み、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²」）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%³と国際的に低く、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

（図表1）「夢をつむぐ子育て支援」の概要



（図表）日本総合研究所作成

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。

¹ 高齢化への対応「安心につながる社会保障」については、飛田[2016]を参照されたい。

² 男女18～34歳へのアンケート調査の結果、彼らの希望が実現した場合の出生率は1.8程度であった（「まち・ひと・しごと創生総合戦略」、2014年12月27日）。

³ 厚生労働省「人口動態統計」。

さらに、離婚や死別などによりひとり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、本対策は、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。今後、労働人口の減少や将来世代の負担の増加が不可避なことを踏まえると、少子化政策のみならず労働政策の観点からも評価することができよう。

しかし、希望出生率の実現可能性や、わが国にとって望ましい少子化対策のあり方を考えると、検討すべき点はまだ残されていると思われる。

3. 希望出生率 1.8 の実現は可能か？

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。その要因は以下の通りである。

(1) 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、その傾向が加速している。

まず、生涯未婚率⁴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、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、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。

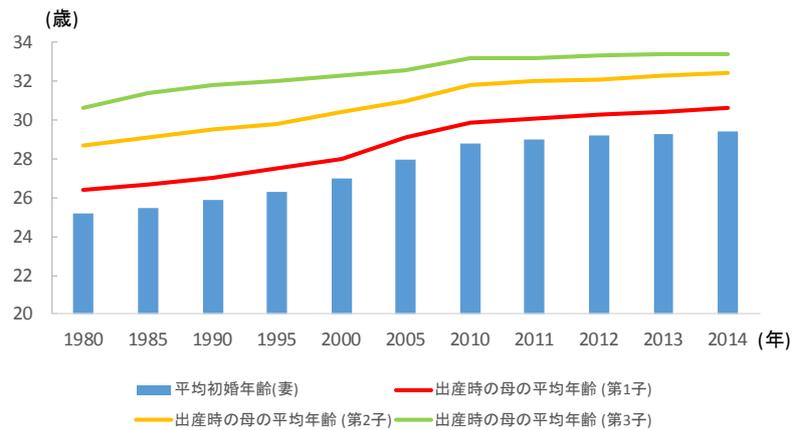
そのように未婚・晩婚が増えている理由は、内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」(2014 年 3 月)によると、第 1 位が「独身の自由さや気楽さを失いたくないから」の 51.9%であり、「経済的に余裕がないから」の 47.4%を上回っている。また、「結婚の必要性を感じていないから」も 41.9%が回答している。

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ひとつに過ぎず、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。

⁴ 45～49 歳と 50～54 歳の未婚率から 50 歳時の未婚率として算出したもの。

(図表 2) 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⁵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はなく、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よう⁶。

(図表 2) 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」

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・子育てのあり方そのものを見直す必要があるのかもしれない。

(2) 出産・子育てに係るトータル・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・子育てに係るコスト、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。経済学的には、子供の教育費や医療費をはじめ出産・子育てに係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、実際の出産・子育てに係る支出については、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。

⁵ 国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査」。

⁶ 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。

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。

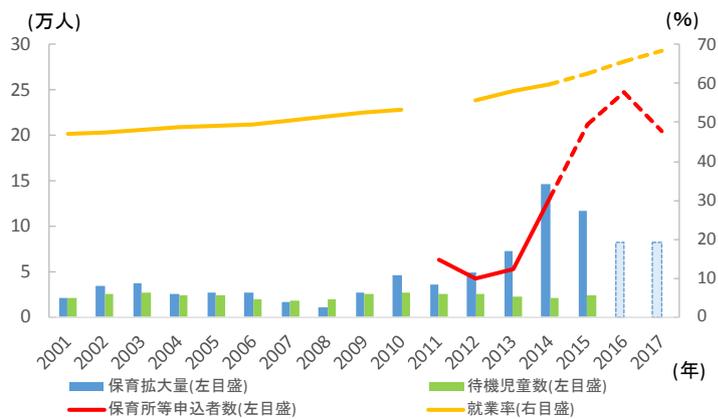
(3) 待機児童の解消は不透明

第3は、仮に本対策が100%実現したとしても、待機児童ゼロが実現するかは不透明なことである。

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ひとつとなっている⁸。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3)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

(図表3)保育拡大量、待機児童数、保育所等申込者数と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)点線部分は見直し。

数⁹は2011年以降。また、2011年の就業率は東日本大震災の影響で統計なし)。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¹⁰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、2015～17年の申込者数は計66万人と、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。

⁸ 2017年度補正予算では、「希望出生率1.8」に直結する緊急対策1,488億円のうち、待機児童解消に向けた取り組み501億円と保育人材の確保714億円が全体の8割超を占めている。また、2016年度予算案でも保育の受け皿の拡大に6,006億円、保育人材の確保に338億円が計上されており、待機児童解消に向けた政府の意気込みがうかがえる。

⁹ 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『待機児童解消加速度プラン』集計結果(2015年9月29日)参考資料による。

¹⁰ 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。

4. 望ましい少子化政策のあり方

文化や歴史、社会構造の違いなどを背景に国によって様々な家族の形態があるように、出産・子育てに対する考え方や行動様式も国によって異なる。このため、少子化政策についても、その国独自の状況や事情に応じて望ましい姿や具体的な取り組みを設計すべきである。

そこで、わが国にとって望ましい少子化政策のあり方を考えると、以下の通りである。

(1) 数の増加だけでなく質を向上する視点の必要性

1つは、副題に「希望出生率 1.8 の実現」とあるように子供の「数」を最重視する従来の方針を見直す必要がある。そもそも少子化政策には、子供の「数」を増やすことと、子供の「質」（具体的には、心身の健康や専門技術、スポーツや芸術の才能、知的能力など）を高めるという2つの視点があると考えられる。これは、一国の経済が成長を続けていくためには、労働力人口の確保も重要ではあるが、個々人の生産性、すなわち人的資本としての「質」の向上も同様に必要不可欠なためである。今後労働力人口の減少が不可避な状況に現在のわが国が置かれていることを踏まえると、子供の「数」だけでなく「質」に着目した対策も併せて講じていく必要があるだろう。

そこで、「数」と「質」についてわが国の少子化対策のあり方を考えると、まず、「数」については、様々な保育対策の充実・強化により出生率の改善が実現したフランスやオランダのケースもある。しかし、わが国では、①結婚が出産・子育ての基盤である、②子供を預けて母親が働きに出ることに対して批判的な見方が一部に依然としてある、③ベビーシッターなど外部の保育従事者を自宅に招き入れることに対して強い抵抗感を持つ者も少なからず存在する、などを考えると、これらの国の政策をそのまま輸入しても同じ効果が得られるか疑問といえる。

また、出産は極めてプライベートな問題であり、独身やDINKSなど個人の自由を優先する傾向が近年特に強まっていることを踏まえると、育児休業の取得容易化や保育所の整備拡充などの対策が、新たに、あるいはもう1人子供を生むインセンティブになるかは極めて不透明である。

このようにみると、出生率の引き上げに効果的な対策は乏しく、わが国が採るべき「数」の対策としては、出産・子育てと仕事の両立を可能とする環境整備を引き続き着々と進めるとともに、ひとり親でも偏見を持たれないような、多様な価値観を受け入れることができる社会の実現に向けて地道に取り組むことが求められるといえよう。

一方、「質」については、医療や教育に係る子供のコストを引き下げることにより個々人の能力や健康水準を高め、将来的には生産性の高い労働力人口を育成するという視点が求められる。

そこで、現在の取り組みをみると、小学校入学前の乳幼児に対する医療費自己負担の2割への軽減や義務教育の無償化などがあるものの、他の先進諸国に比べて十分とはいえない。例えば、子供の医療についてみると、ヨーロッパ諸国では、年齢は国によって異なるものの、一定所得未満の未成年の保険料は基本的に免除される。自己負担も基本的にない。これに対してわが国では、保険料については、サラリーマンの保険制度では加入者本人のみに掛かるので被扶養者である子供に支払い義務はないものの、自営業者などが対象の市町村国民健康保険制度では、世帯主は子供の方も支払う必要があるうえ、子供の数が多いほど保険料が高くなる仕組みになっている。また、自己負担についても、軽減措置はあるものの、無料ではない（子供の医療費自己負担については後述）。以上を踏まえてわが国のあるべき少子化対策の姿を考えると、「質」に関する取り組みを強化していく必

要がある。

もちろん、「数」に関する対策も軽視すべきではない。問われるのは費用対効果である。2025年までに出生率が1.8になり、さらに2025年までに人口置換水準の2.1まで改善されれば、わが国の人口は約9,500万人で安定することになる。このため、「数」重視のこれまでの方針ももっともと思われる。しかし、結果が不透明な対策に多額の予算を費やすことが正当化されるか否かを改めて検討する必要もあろう。厳しい財政制約のなか、費用対効果の観点からあるべき政策の立案や予算の配分を行うべきではなかろうか。

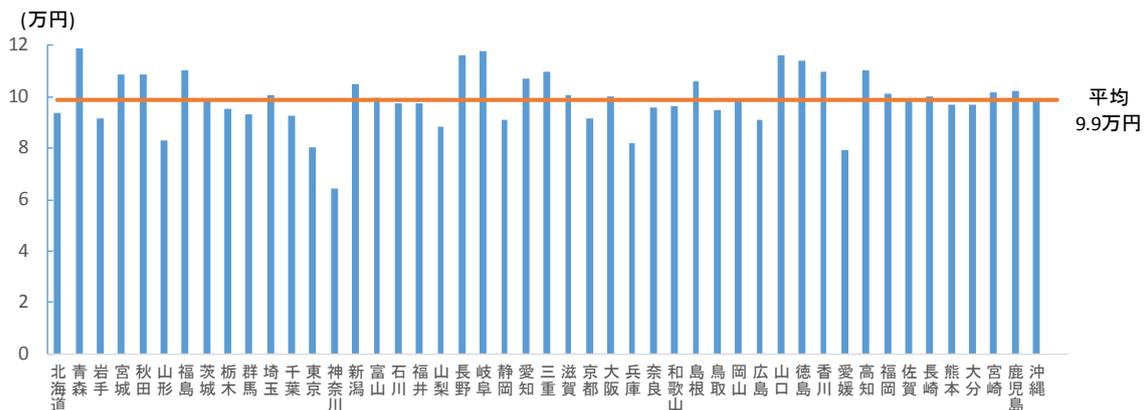
(2) 出産・子育ての社会化の必要性

もう一つは、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。

わが国の社会保障政策を高齢者と子供で比較すると、まず、高齢者では、医療については後期高齢者医療制度、介護については介護保険制度がある。両者とも運営主体は市町村であるが、財政構造や自己負担割合は全国共通である。これに対して、子供では、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差があることが指摘されている。

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、具体的な検査の内容や、事情によって14回以上の助成があるかなど、実際の事務は市町村が決定するため、助成の内容には大きな地域差がある。(図表4)は、都道府県別にみた妊婦1人当たりの公費負担額(2014年4月1日現在)である。これによると、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7つある。

(図表4)都道府県別にみた妊婦健康診査にかかる公費負担(2014年4月1日現在)



(資料)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)公費負担額が明示されていない市町村は除く。

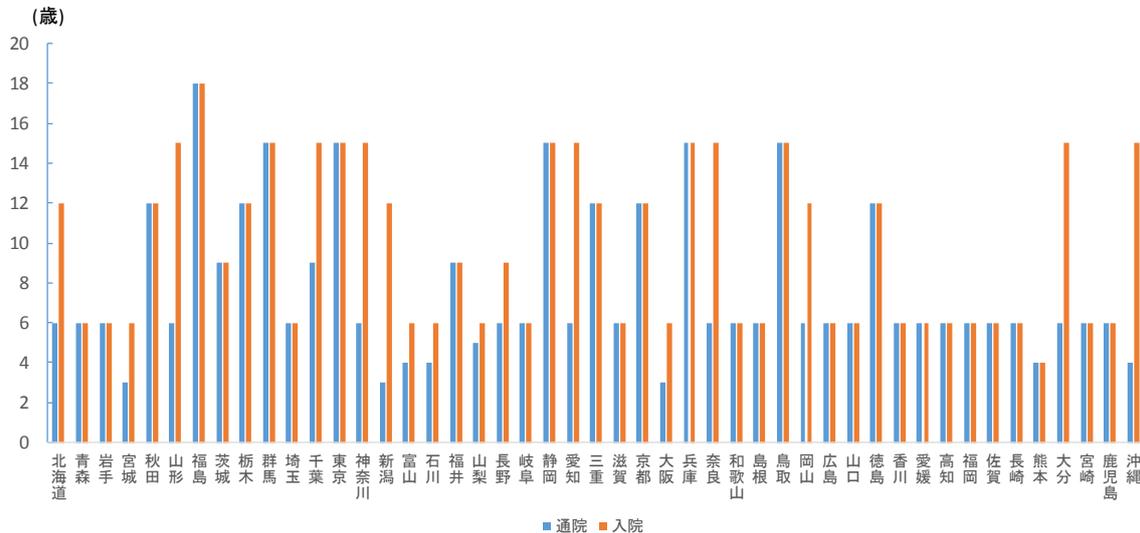
また、医療費の自己負担についても地域差の存在が指摘されている。

前述の通り、小学校就学前の乳幼児に対しては国の制度として自己負担の軽減措置がある。これに加えて、各市町村でも独自の助成制度を行っている(具体的には、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手順で

ある)。

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¹¹まで幅広い対象年齢の開きがあることが分かる(図表5)。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5)都道府県別にみた子供に係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。

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」¹²の創設を提案した(飛田[2009])。現行の児童手当には所得制限があるため対象が一部の子供に限定されるのに対して、児童保健制度では、すべての子供が便益を享受することに加えて、健全な心身の育成を通じて将来的に生産性の向上に資することが期待されるためである。

当時に比べると、対象年齢が引き上げられる¹³など、子供への医療費助成は拡充されている。しかし、依然として残存するこれら公費助成の大きな地域差は、妊娠・子育て世帯の負担に相変わらず大きな地域格差があることを意味する。子供は将来のわが国全体を背負う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いものではない。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ルールのもとで決まることを考えると、同じく社会化すべき出産・子育てについても、財政上の制約から全廃は難しいとしても、少なくとも利用者負担の地域差を解消する必要はあるのではなかろうか。

¹¹ 「歳年度末」とは、その年齢になった年の年度末のこと。

¹² 財源については、全額公費とする案と、公費と各医療保険からの拠出金で折半する案を提示した。ちなみに、この名称は、現在の後期高齢者医療制度の前身である「老人保健制度」に準えている。

¹³ 2009年2月1日現在では、医療費助成の対象年齢の上限は、通院で2歳未満(5府県)～小学3年(2県)、入院で2歳未満(1県)～中学校卒業まで(3県)であった。

5. おわりに

少子化はわが国が直面する最大危機のひとつであり、本対策では希望出生率 1.8 を実現することで対応しようとしている。しかし、少子化の背景には、出産・育児と仕事の両立が困難な環境、医療・教育をはじめとする多額の子育て費用に加えて、個人の自由を重視するライフ・スタイルの多様化がある。また、出生率の上昇はあくまで結果論に過ぎない。わが国の少子化政策にとって必要なのは、保育サービスの充実ももちろん大切ではあるが、子供を社会共通の財産とみなす社会の意識改革や、結婚・出産・子育てをはじめとする家族感の多様化を進めることにより、既成概念や偏見とは無縁の子育てにやさしい環境を整備することではなかろうか。

少子化が進むわが国では、親の所得が子供の教育、就職、さらには人生にまで影響するとの指摘がある。子供は次世代を担ういわば社会資本であると考え、子供自身に責任のないそのような差別的環境を放置するのは望ましくないと考える。政府に対しては、機会の均等化を通じて個々人の努力が報われるような、子供にとって夢や希望の持てる社会を構築するとともに、国民の意識改革に向けた働きかけを期待したい。

【参考文献】

- [1] 堤静子[2011]「少子化要因としての未婚化・晩婚化—都道府県こーほーとによる分析—」季刊社会保障研究、Vol.47、No.2、pp.159-172.
- [2] 飛田英子[2016]「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.
- [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、2009年5月22日、Vol.13.