

# 〔 少子・高齢社会における基礎自治体の社会保障政策の在り方 〕

政策研究大学院大学教授 小野 太一

国立社会保障・人口問題研究所が5年ぶりに新しい人口推計を出しました。それによりますと、人口減少の速度や高齢化の進行度合いは若干緩和していますが、人口減少と少子化の流れ自体は止まっています。

今年の推計について、出生の高位仮定・中位仮定・低位仮定で、人口ピラミッドの変化を見たいと思います。2015年時点で、60代半ばの団塊の世代の方、そして団塊ジュニア世代40歳前後の年齢の世代の方のところが、男性、女性とも多くなっています。それがどうなるかですが、2040年ごろですと、ちょうど団塊ジュニア世代が60代半ばを迎えます。高位であったとしても、ピラミッドの裾野がすぼまることには変わりはありません。2065年ぐらいになるとだいたい、ピラミッドというより縦長のつぼのような感じですが、そのような推計がなされています。

1つ申し上げておきたいことは、80歳を超えるとやはり女性のほうが長生きする方が多い点です。高齢化社会で社会保障などいろんな政策を考える上で、押さえておいていただければと思います。

次は1年間の出生数ですが、今は1学年100万人ぐらいです。出生率は上がっていても子どもの絶対数は減っています。今の18歳、今度20歳になる世代ぐらいの方が大体120万人ぐらいで、男性、女性それぞれ60万人ぐらいです。逆に、亡くなる人について、1990年代ぐらいから85歳以上で亡くなる方がかなり増え、2040年には166万人が1年間で亡くなることになりそうです。こういう方々が最期をどこでどうやって過ごすのか、どう看取るのかということが、大問題になるわけです。

ちょっと超長期で見ます。江戸時代は人口が3,000万人ぐらいでした。ですので、明治以降の我々が生きている時代は、近代まれにみる人口増の時代です。それが今の将来推計でいきますと、

かなり急激に減っていきます。

日本はもうすでに世界一の高齢化率の国であり、ヨーロッパの中でも少子化が進んでいる国が、日本を追いかけています。お隣の韓国もかなり急ピッチで日本に追いついている感じになっています。

長寿化していることで、国民のライフサイクルも変化しています。1961年ですと、夫の引退から夫死亡まで10年。夫の引退の時期から、妻が亡くなるまで15、6年という感じでした。しかし、2009年の数字では、夫引退の時点で65歳男性で妻が63.2歳とすると、妻が亡くなるまで23年間あります。非常に老後という時期が長くなっています。そういうことがあり、年金の受給を今は70歳まで選択で遅らせることができますが、保険料を払う期間について、仕事をしている人はずっと年金保険料を払い続けて引退したらもらうようにし、払った保険料の分の年金を増やすことはできないかと、そういう提案も今はなされているところで

す。何か暗い話ばかりですが、ちょっと明るく見ていきましょう。寿命の話です。男性では、1960年において65歳になった人は、平均であと11.6年存命ですということが、2010年になると、男性で18.7年存命ですということになっています。女性は男性より、かなり延びているのがわかります。また、1960年の65歳男性の場合と、2010年の74.8歳の方の残りの人生の期間は同じということも示されています。これは、多くの方がいろいろなところでご尽力して今の日本社会をつくっていただいたことのためものです。私も先人に感謝して、ポジティブに捉えていきたいと考えております。

## 小野 太一 (おの たいち) .....

### 略歴

1989 (H1) 年 厚生省 (当時) 入省  
兵庫県健康生活部福祉局介護保険課長、  
厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策官、  
厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室長、  
東京大学公共政策大学院教授、  
厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課長、  
国立社会保障・人口問題研究所企画部長、  
国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官  
等を経て、2016 (平成28) 年から現職

### 主な著書、論文

『社会保障、その政策過程と理念』(社会保険研究所 2014年)  
『介護保険改正と地方公共団体の役割』『地方公務員月報』  
(第一法規 2011年2月号)



## 世帯構造の変化と少子化の背景

世帯構造が変わっていくという話をします。1つの世帯にいる家族の数が減っていて、世帯数は増えています。高齢者だけの世帯だけでなく、ご夫婦だけというところが増えています。

生涯未婚率が話題になっています。少し古い数字ですが、男性と女性で見た将来推計値、2010年の段階で男性の生涯未婚率、男性で2割の方が1回も結婚したことがない数字になっていて、生涯未婚の男性、女性とも増えるの見込まれています。

世帯の構造変化の関連で専業主婦家庭と共働き家庭で見ると、ちょうど平成10年前後ぐらいに数が拮抗していたのが、今はかなり共働き家庭のほうが多く、共働き家庭が標準的になっています。

出生率の話で、日本は他国に比べ低いと言われていますが、日本と同じように東アジアの国はどこも同じような状況です。私は今、教鞭をとっている大学が実は留学生の学生が多い大学であります。タイの学生に聞くと、同じような現象が起きているそうです。

少子化の要因として構造の変化と行動の変化とことがあります。

初婚行動で平均初婚年齢が上がっていることがわかります。次に、平均初婚年齢と子どもの生まれた年の年齢ですが、2014年29.4歳で結婚、平均の一番最初のお子さんは30.6歳のときが平均になっています。

結婚に対する意識でいうと、男性も女性もいずれ結婚するつもりと答えている人が85%とか9割近くいます。じゃあ、結婚阻害要因は何か。男女ともやはり結婚資金と経済的な理由を1つ挙げています。男性のほうは、結婚のための家がない。女性の場合は2番目に職業や仕事上との関係とい

うのがあります。ここをどうしていくかが課題になっています。

次に結婚したカップルが何人子どもを産むかの話です。結婚すれば持つ子どもの数が大体2人弱はそんなに変わっていません。ただし、少し減少傾向にあります。結婚が遅くなると、子どもの数が少なくなることを示しています。

さらに夫婦の理想の子どもと予定の子どもに関してですが、希望出生率の話につながってきます。調査では、「何人子どもを持つのが理想ですか」と聞いていますが、2.32となっております。一方、「予定何人持つつもりですか」と聞きますと、2.01となり、0.31ギャップがあります。本当は欲しいけれども、多分2.01しかもうけないことを意味します。このギャップを埋めれば理想の子ども数に近づくのではという発想が、希望出生率1.8という政府の数字の根拠になっています。

理想の子ども数を持たない理由で一番多いのはやっぱり経済的理由です。今回の調査で経済的理由は、前の前の調査に比べてだいぶ減っていますが、1番であることは変わりません。その次が身体的、年齢的理由となります。やはり結婚年齢が上がっていることも影響していると思います。主な国の女性の年齢別の出生率を見ると、シンガポール、韓国、イタリア、日本、ドイツというところが出生率が比較的 low、アメリカ、フランス、スウェーデン、イギリス、フィンランド、デンマーク、オランダは、出生率が比較的高い国です。日本も含め、前者の国は総じて20歳代から30代前半の出生率が低いです。

次に出生率の地域差の話です。都道府県ごとに差があります。中国、九州、四国方面が高く西高東低の現状にあります。出生年齢の地域差ですが、第一子とか第二子、第三子と書いていますけれども、東京は結婚年齢が圧倒的に遅く、やはり結婚

が遅いと子どもをもうけるタイミングが遅くなると思っています。

松田茂樹先生が、従来の少子化対策は待機児童対策等が中心だったけれども、地方ではそもそも待機児童という問題は少なく、女性の就業率も高いと言われ、少子化の理由として4つ分析をしています。1つは地域の雇用。経済状況が厳しいところでは結婚が難しく経済的基盤が弱いとなかなか子どもも持ちにくい。2つ目は育児期の女性の就業で、女性の就業率が低いほうが出生率が低い。3つ目は親族による子育て支援で、同居とか近居でおじいちゃん、おばあちゃんから支援を得られやすいところは、お母さんの育児負担が軽くなる。4つ目は規範意識で、規範意識が強い地域では結婚出産を大切にしている傾向があるとされています。松田先生はデータで検証されています。

経済的基盤というのは非常に大事です。非正規雇用の増加についてお話しします。15歳～24歳という層の非正規雇用割合はかなり高く、雇用されている人の約3人に1人、37.5%です。年齢階級別に見た正規と非正規で結婚している男性の割合を見ると、正規雇用の人のほうが、圧倒的に結婚をしている割合がどの年齢世代でも高くなっていることがわかります。

次は女性の就業環境の話です。半数弱の女性が出産、育児により離職します。出産後に仕事を継続している人の割合は、だいぶ高まりました。けれども、半数ぐらいの方が退職されているのが現状です。

女性の理想の働き方を尋ねた調査があります。子どもが3歳以下のときには、仕事は持たず家事、育児に専念するのが理想だと答えている人の割合が一番多い。4歳から小学校まで、あと小学校の間は短時間パートが一番いいと答える方が多いのですが、子どもが小学生ぐらいになると、フルタイムだけれども時間の融通がきくというところとの答えの割合が増えています。中学生になると、フルタイムで残業がない、フルタイムで時間の融通がきくというあたりが増えてきます。

次に男性の労働時間の話です。日本の男性の育児時間が非常に少ないと、よく言われます。妻のほうに、夫が平均何時に帰ってくるか、どれだけ気が張り詰めているかを聞いている調査を見ると、妻が正規雇用、有期雇用、無職、いずれの場合にも夫の帰りが遅いと、妻の気持ちが張り詰め、子育ての負担というのを重く感じていることがわかるかと思えます。生産性革命、働き方改革は大事なことだと、こういうデータで確認できるかと思えます。

## 我が国の社会保障のお金の使い方

社会保障の全体のお金の使い方についてちょっと話をします。社会保障全体の額の推移を見ると、絶対額、対GDP比の両方が伸びているのがわかります。世界的に見ると、アメリカに比べ日本はGDP比で社会保障にお金を使っています。イギリスと同じぐらいです。ドイツ、フランス、スウェーデンと比べると低く、まだ使っていないようになります。

政策分野別に社会支出の構成割合の国際比較を見ます。アメリカ、イギリス、ドイツ、スウェーデン、フランスと比べて、日本は高齢のところが一番多くなっており、「高齢」には医療保険の部分は入っていません。老齢年金と介護保険のシェアが高くなっているものです。

もう1つの特徴は、家族というところで、子育てだとか子どもにかかることへの給付割合です。アメリカが非常に少ないですが、日本はイギリス、ドイツ、スウェーデン、フランスと比べると少ない。子どもだとか、子育てだとかに社会保障のお金が相対的に回っていないとも言えるかと思えます。

社会保障・人口問題研究所の金子隆一副所長さんの論考をご紹介します。彼は、少子化の原因とされる要因は我々の生活全般に及んでいるとしています。先程、いろいろなデータを断片的、断面で切り取ってお見せしましたが、それらは1つだけが原因ではないということです。

少子化とは、結婚、子育て世代を中心とした日本人が、全般の環境変化に応じて合理的に適用を繰り返してきた姿です。我々がどういう社会にしたいか、どういう生き方をしたいかということを選択してきた結果として、少子化という現象が起きています。金子さんが仰っているのは、個々の原因自身はターゲットとしては重要ですが、出生率自体を目的とするのは、ちょっと的外れではないかという点です。

結局、少子化対策は正解がない。見つからないので、いろんなことをやってみるしかないのだと思います。今、一億総活躍という政策目標の中で、さまざまな政策が行われています。それが正解かどうかはわからないけれども、いろいろな分野でやってみようということだと思います。

## 医療介護政策の大局的な方向性

次に医療介護政策の大局的な方向性という話を

させていただきたいと思います。消費税率の8%への増税を財源として子ども・子育て分野の新しい仕組みをつくったり、医療介護、年金の分野も含めたさまざまな社会保障の改革が進んでいるところです。ポスト『税・社会保障一体改革』の時代に何をしなければいけないかということで、私が思っていることは3つです。1つ目は、一体改革で決められたことをちゃんと進めていくこと。医療介護制度改革を至急やると決めて、今は法律改正も国会で通っています。それを現場でどうやって実施をしていくかを追って話します。

皆さんの自治体では、待機児童が問題になっている地域もあると思います。そういった地域では、保育サービスの量も増やしていかなきゃいけない。私は厚生労働省でたまたま社会的養護の仕事をしていたこともあり、子どもの福祉も充実させなければいけないと考えています。

年金関連では、例えば短時間労働者の被用者保険適用の拡大、これはパートで働いている、いわゆる103万の壁とか130万円の壁とかの件です。被用者保険の適用を、どう拡げていくのかということです。

2つ目は、一体改革では挙げられていない重要政策をやっていくことです。1つは住宅とか、まちづくりとか、地域活性化と医療・介護政策とコラボレーションしていくこと、共生型ケアを進めていくとか、医療技術の進歩への対応もあります。

3つ目が、制度の持続的可能性と安定財源の確保です。社会保障政策はお金がなければできませんし、政府の財政が大変厳しい中で、どのように安定的に進めていくのか。こういった課題があります。

今日お話をしておこうと思う1つは、地域包括ケア体制の確立の問題です。ポイントは2つあると思っています。1つ目は、①まず中重度者の方への対応です。介護が必要な方、中度の方、重度の方、そういった方のために在宅医療・介護連携体制をつくっていく必要があります。医療は県だけの仕事では最早ありません。在宅医療体制の構築等が、市町村にだいたい責任がおりてきています。医療の関係は、市民病院だとか、市の国保で診療所を持っていらっしゃるような自治体ですと、恐らくすでに重要な仕事になっていると思います。そうじゃない場合には、ともすると行政の側からすると、医療は県の仕事で、介護は私たちの仕事という受け止めもあるのですが、最早そうではない時代です。②は、元気高齢者から軽度者の方を念頭に、介護予防・日常生活支援総合事業をいかにやっていくか。社会参加とか互助とかをやって

いきましょうという点です。

2つ目は「介護保険はまちづくり」です。高齢化社会が進んで、住民の方のマジョリティーがお年寄りといった社会では、介護保険のための互助体制をつくっていきましょうということとまちづくりの施策は、一体的にやっていくものだと思っています。

日本の医療制度の話にちょっと話が飛びます。平均在院日数は17.2日となっています。これはほかの国に比べるとかなり長くなっています。人口1,000人当たり病院病床数は13.3で、ほかの国に比べてかなり多いです。病院の多くある病床に長い期間入院するのが日本の医療の特徴です。さらに、人口1,000人当たり医師数は、ほかの国に比べるとかなり少ない。病院病床100床当たり医師数で見ても少なく、医療の密度が薄くなってしまいました。

同じようなことが看護師さんにもいえます。看護師さんは、人口1,000人当たり看護職員数で見ると、ほかの国に比べてそんなに少なくはありません。現在、働いていらっしゃるのは120~130万人。今、年間5万4,000人~5,000人の方が、新しく看護師の免許を取られます。9割以上は女性で、人口1,000人当たりの看護職員数がそんなに少ないわけではないですが、病床当たりでは、看護師さんの数は非常に少なくなっています。お医者さんや看護師さんの負担にもつながるし、医療濃度が薄くなってしまいうことにもつながっています。

日本の医療の特徴を、尾形裕也先生が論文で3つ挙げています。1つが今申し上げた労働節約的な医療サービスの提供ということ。2つ目が、医療施設体系の特徴として連続性というのがあります。病院と診療所が未分化であるとか、病院間の連携がほかの国に比べて薄い状態があると指摘されています。これは3番目の特徴にもつながりますが、民間病院が多いというのが、日本の特徴になっています。それらの良い部分はあるとしても、今後高齢化していく中で、そうした特徴を踏まえた医療分野の制度改革がなされていくと思います。

平成25年の社会保障制度改革国民会議の報告書では、急性期医療に資源を集中投入して、早期の家庭復帰、社会復帰を図り、その受け皿となる地域の病院や、在宅医療・介護というのを重視していきましょうとしています。特に後者の在宅医療・介護のところが、市町村行政に係ってくることになります。

医療提供体制改革の財源として、消費税の5%から8%に増税したうちの一部が充てられています。消費税増税を踏まえた平成26年の医療提供体

制関係の法律で、都道府県に新たな基金をつくり、補助金を出すこととされています。医療機関が都道府県知事に病床の医療機能を報告して、それをもとに都道府県のほうで「地域医療構想」を策定することになっています。その中で在宅医療・介護の充実にも財源を充てることになっています。

「地域医療構想」の策定に際しては、都道府県がデータに基づいて都道府県ごと、また都道府県の中の圏域ごとエリアごとに、どういう病床がどれだけあればいいだろうかを計算します。病床の種類は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに分かれたもので、それぞれの地域ごとにいくつあるべきかを計算します。さらにそれを実現するための政策を書くのが、地域医療構想の内容です。

すなわち、もう少し将来の2025年、高齢化がもっと進んだときのあるべき医療資源の分布を示すものです。総じて見れば現状と比べるといわゆるリハビリを中心とするようなところが少ない、もっとふやす必要があります。反対に急性期が非常に多いので改善していく必要があります。

さらに在宅医療の必要量も推計しています。長期入院をして、あまり医療の濃度が濃くない患者さんのうち、家に帰れる人がどれぐらいいるかを計算した部分です。厚労省が示した仮定をベースにしています。そこには、家に帰るばかりではなくて、特養や老健等に行かれる方も含めます。今医療を受けているが、介護の方で見ることができるとか、在宅に帰ってきて、医療と介護の両方を見なければいけない方が、在宅医療等の推計に含まれています。

介護との連携が求められるものですので、医療行政は、県任せではもはや進まないということです。市の担当の部局の方は、在宅医療をどうやっていくべきかを考え、忙しく過ごしていらっしゃると思います。

在宅医療を進める理由ですが、やはり終末期の療養場所に関する希望として、家で療養して必要になれば医療機関に行きたいとか、緩和ケアを受けたいという方が多い。あとは在宅で介護してほしい方が多い。ただ、課題も多いです。要介護度がある程度ある方が家で過ごすには、在宅医療の環境を充実する必要がある。お医者さんだけでなく、訪問看護師さんの訪問が大変重要になります。市町村が中心となり、地域の医師会などと緊密に連携しながら、地域の連携体制の構築を図る必要があります。

## 重要さが増す医療と介護の連携

医療と介護の連携について、具体的に患者さんの流れに則してみると、まず入退院時の連携で、入院している医療機関のお医者さんと地元の在宅で面倒を見られるお医者さん、看護師、リハビリにあたる人、ケアマネさんなどが、情報交換などで連携します。

生活の場での連携では、施設であれば、特養にいらっしゃる介護職の方と、特養の顧問のお医者さんだったりだとか、近隣の歯医者さんであったりとか、そういう人たちといかにやっていくか。在宅の連携でいうと、多職種連携ということで、家にいらっしゃるご本人とその家族を中心にして、さまざまな職種の方がどうかかわっていくかが重要です。特に医療を提供するお医者さんや看護師さん、ヘルパーさん、デイサービスの方をどうやって結びつけていくか。さらにリハビリ専門職がどうかかわっていくか。市町村がやらなければならないのがこの点です。この在宅医療・介護連携推進事業を、すでに多くのところで始めています。

進捗状況を厚生労働省で調査しています。事業のメニューを全部必ずしも行う必要はなく、地域できちんと在宅の連携体制ができていれば構わない、という性質のものですが、事業によっては多くの市町村でまだ着手できてないとされており、今後一層の進捗が望まれます。

連携体制の構築に向けては、地域ケア会議から始めていきたいと思いますというのがよく言われます。どこそこに住む何とかさんという方がいらっしゃる。この方がこういうサービスをこう使い、こういう病気の状態で、家族はこういうところで困っている、などという点を、例えばケアマネさんが事例報告をする。そこに、例えばリハビリの専門職、薬剤師さんなどが、こうしたらいいと提案するなど、定期的に話し合いをするのが地域ケア会議の典型です。

そうした個別のケースの検討から、地域の課題が抽出されます。個別の生活課題、例えば、買い物難民の話、坂が多いだとか、交通機関が不便だとか、そういう話もあるかもしれません。それを、みんなで情報を共有し解決していこうというのが、地域ケア会議です。

地域住民の安心生活とQOL（生活の質）の向上を目指すものであり、結論を先取りすると、こういう議論を重ねることは、もうまちづくりとほとんど同じだということだと思います。地域包括支援センターが多くの地域で中心になっています。

福祉の分野に限れば民生委員さん、ボランティアさん、社協さんも参加しています。いろんな福祉の分野、専門の事業者さん、さらに警察、保健所などにも声をかけることもあります。そういう関係する多くの機関が連携して社会づくり、地域づくりをしていきたいと思いますということが進められています。

## 介護予防・日常生活支援に向けて

こうした動きと関連するのが介護予防・日常生活支援総合事業です。平成26年の法改正で、要支援1、2の人の訪問介護、通所介護を新しい事業のほうに移していくこととなりましたが、同じ法律改正で、生活支援サービス体制の充実も図られました。要支援の方と要支援非該当、介護認定の非該当の方と一緒に総合事業の中で、予防のサービスと生活支援サービスを組み合わせて提供することになっています。なぜこういう形にするかですが、例えば、要支援1の人のところで見ますと、体を洗えない、爪切りができない人がちょっといますけど、ほかの身の周りの動作はほとんどできる。要支援2になると、爪切りとか体を洗うができない人の割合が増え、脱ぎ着などが厳しくなる人もちょっと増えますが、一般的に見ると、薬の管理や買い物、調理、外出の頻度などの生活行為が困難になっているのが要支援の方。要介護の状態像になると、身の回りの動作ができない割合がふえていきます。生活行為の支援について、要支援になっていない方も、困り事として買い物、外出、調理とかはあるわけで、そういうところと一緒にやっていきたいと思いますという発想です。

専門的なサービスは、プロであるヘルパーさんが担う。しかし、プロでなくてもできる場所は、多様なサービス主体でやっていこうという考え方は、さまざまな取り組みが進んでいます。NPOや住民ボランティア、デイサービスであればコミュニティでサロンをつくったりという形になります。さらに地域支え合い推進委員（生活支援コーディネーター）という方を配置し、地域での助け合いの芽をつくり出すとか、それを発掘してみんなで助けあっていきたいと思いますとか、そういうことを進めています。

地域で生活にお困りの方のマジョリティーは高齢者の方だと思えますが、障害を持っていらっしゃる方もいらっしゃる支援が必要になります。高齢者、障害者を分けへだてするのではなく、地域で暮らす人々を包括的に支援する。まさに、これはまちづくりと、ほとんど変わらないと思えます。

今国会で審議している地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法改正案について申し上げますが、その説明資料には、要介護認定率の推移の例として、要介護認定率が下がっている和光市や大分県が例示されています。これらはなぜ例示されているのでしょうか。

2つ理由があると考えます。1つは地域ケア会議を徹底しているということです。ケアマネジャーのスキルアップとともに、地域の中での助け合いで解決をする方法の検討や地域資源の活用、関係者間のスムーズなコーディネーションなどにより効率化するというのが1つです。もう1つは、リハビリテーションに力を入れています。リハビリの専門職と連携して効果的な介護予防を実施しています。大分県では和光市に県職員を研修で派遣し、和光市の方法を大分県庁に持ち帰り、県から市区町村へそれを伝えました。それで、大分県全体で見て、要介護認定率が下がったのです。下がったもう1つの理由はリハビリ職の派遣です。多くの自治体や議員の先生方のご関心には介護保険料、次の期で上がるかどうかという点があると思います。国のほうでは和光市や大分県のような方法で、生活の充実度も上がるし、さらに介護の認定も下がることを普及しています。

最後に、介護保険はまちづくりであるということ再度話します。大分県の臼杵市では地域振興協議会という組織で青年会も、消防団も、婦人会も、組織横断的に進めていくべく、エリアごとに地域振興協議会の立ち上げを住民主体で進めています。

さらに愛知県高浜市では「たかはま元気deねっと」、健康自生地という取り組みをされています。これは、地域のさまざまなスポットを健康自生地と指定し、そこをスタンプラリーのような形で、高齢者の方が回る。それによって閉じこもり予防だとか、介護予防をしていこうというものです。スタンプを集めるとくじができる。恐らく多くの地域で行政が工夫されて地域振興協議会のような取組ですとか、高浜のような取り組みをされていると思います。こういうことは、もうまちづくりとイコールと言えるでしょう。

最後もう1点だけ申し上げたいことは、医療・介護分野の政策を進めるには、健康とか、医療とか、福祉とかを担う職員さんの人材というのが非常に大事です。市の当局の方からすると、優秀な人材は総務、財務、企画などに置きたいという考えはわかるのですが、「介護保険はまちづくり」であるとの認識の下で、医療・福祉分野にこそ優秀な人材を、ぜひ配置してほしいと思っております。