

第1章

社会保障と国民生活

この章では、まず、社会保障の基本的考え方や機能など、その役割を再確認し、社会保障が個人の一生をどのようにカバーしているのか概観する。また、社会保障給付の全体的な状況について、国民経済・財政との関係や、国際比較も含め、明らかにするとともに、社会保障の経済効果等について整理し、社会保障と経済社会との関係について考察する。

さらに、第二次世界大戦後にその基礎が築かれた我が国の社会保障について、その特徴等を明らかにするとともに、主に1990年代以降の施策の展開について、述べることとする。

第1節

社会保障に関する国民の意識と社会保障の役割

1 社会保障に関する国民の意識

(国民生活に関する意識)

まず、2005（平成17）年度内閣府「国民生活選好度調査」により、国民生活に関する60項目について重要度を見ると、年金や医療など社会保障に関する事項が上位を占め、かつ、2002（平成14）年と比べるといずれも順位が上がっている。また、2005年の1位や5位を見ると家計にかかわる事項に関心が高くなっている（図表1-1-1）。

図表1-1-1 国民生活に関係する60項目についての重要度（2005年の上位10項目）

項目	2005（平成17）年	2002（平成14）年
老後に十分な年金が得られること	第1位	第4位
地震、台風、火災などへの対策がしっかりしていること	第2位	第5位
警察官、裁判官などが信頼できること	第3位	第1位
大気汚染、騒音、悪臭などの公害がないこと	第4位	第3位
費用の心配をあまりせずに診療が受けられること	第5位	第16位
食品や薬品など商品・サービスの安全性が確保されていること	第6位	第2位
危険な工場や施設に対する管理が十分なこと	第7位	第7位
ひとり暮らしの老人やひとり親世帯の人たちなどが安心して生活できること	第8位	第9位
適切な（良質な）診断や治療が受けられること	第9位	第18位
安心して子どもを産み育てられる環境が整っていること	第10位	第13位

資料：内閣府「国民生活選好度調査」（2005年度）

（注）「次の各事柄は、あなたのいまの、あるいは、これからの生活にとって、どのくらい重要なことですか」という質問に対する回答である。

また、内閣府「国民生活に関する世論調査」を見ると、今後政府が力を入れるべき事項として、「医療・年金等の社会保障構造改革」、「高齢社会対策」、「雇用・労働問題」、「少子化対策」といった項目が上位にあがっている（図表1-1-2）。

図表1-1-2 今後、政府が力を入れるべきと思う事項（複数回答）（2007年の上位10項目）

事項	2007（平成19）年	2005（平成17）年	2002（平成14）年
医療・年金等の社会保障構造改革	第1位	第1位	第2位
高齢社会対策	第2位	第3位	第3位
景気対策	第3位	第2位	第1位
雇用・労働問題	第4位	第4位	第4位
自然環境の保護	第5位	第9位	第6位
物価対策	第6位	第7位	第5位
税制改革	第7位	第6位	第7位
犯罪対策	第8位	第5位	第8位
教育改革・青少年対策	第9位	第10位	第10位
少子化対策	第10位	第8位	第12位

資料：内閣府「国民生活に関する世論調査」（2002年・2005年・2007年）

このように、社会保障や家計にかかわる事項について国民の関心が高くなっている中、国民一人一人が生涯にわたり、家庭・職場・地域等において持てる力を十分に発揮、すなわち「自立」し、共に「支え合う」、という我が国社会の基本をしっかりとしたものにしていくことが、ますます重要となっている。

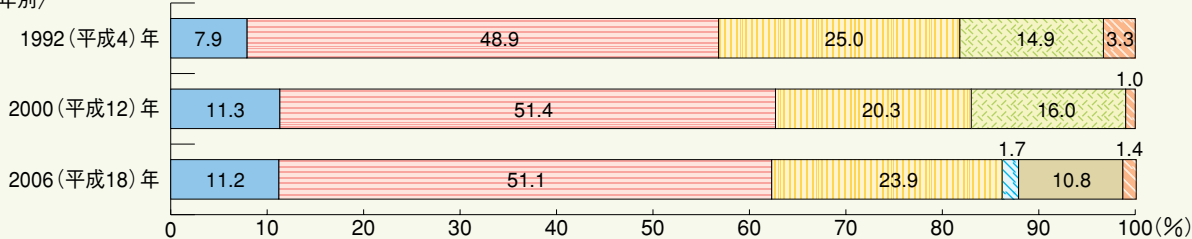
（社会保障に関する国民の意識の変化）

次に、社会保障に関する国民の意識の変化について、厚生労働省「高齢期における社会保障に関する意識等調査」（2006（平成18）年）などにより見てみる。

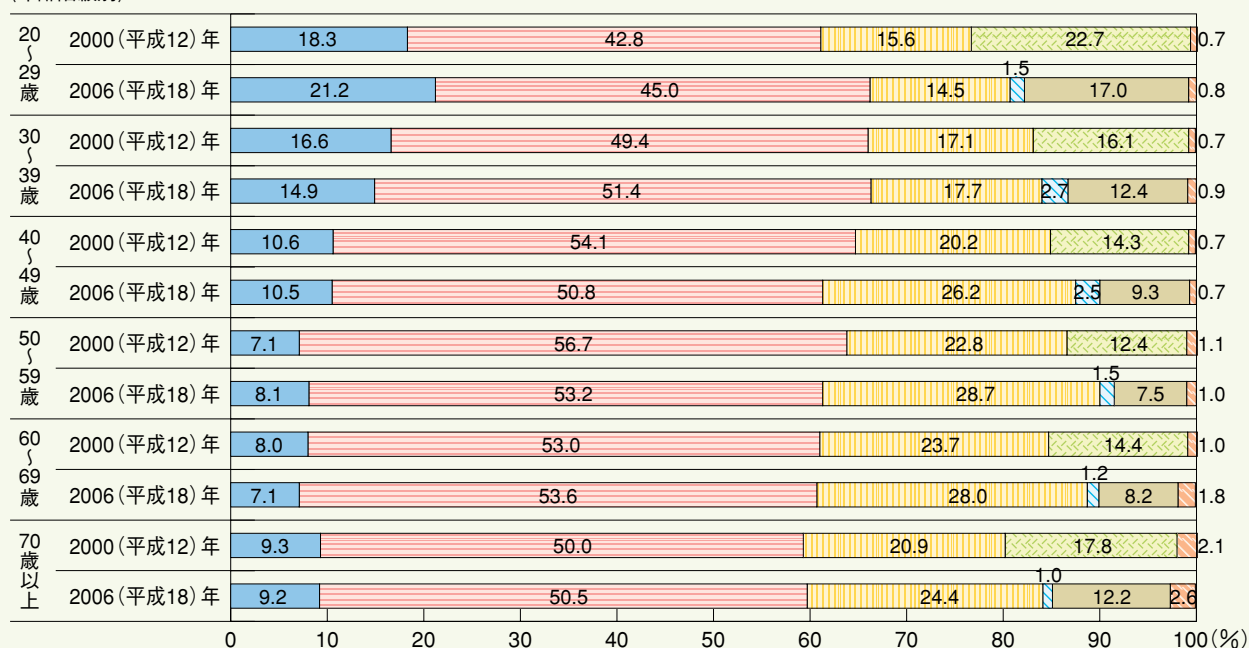
質問項目に若干相違があるので厳密な比較はできないが、例えば老後生活については、いずれの世代でも「老後の生活の準備は、まず自分ですが、全部はできないので、足りない部分は社会保障でみてもらいたい」とする者が多数を占めるが、2000（平成12）年から2006年にかけて、20歳代で「老後の生活は自分が考えるべきで、若いときからその準備をする。社会保障にはあまり期待しない」とする「自助努力を重視する者」が18.3%から21.2%に増加する一方、30歳代以降では「将来のことは予測できない面があるので、自分で準備するといっても限界がある。社会保障のための負担は重くなってもよいから、老後の生活はなるべく社会保障でみてもらいたい」とする「社会保障を重視する者」が増加しており、特に、40歳代以降の増加が大きい（図表1-1-3）。

図表1-1-3 老後生活と社会保障の関係

〈調査年別〉



〈年齢階級別〉



■ あまり期待しない
 ■ まず自分で準備
 ■ なるべく社会保障で
 ■ どちらともいえない
 ■ その他
 ■ わからない
 ■ 不詳

資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室「社会保障に関する意識等調査」（2000年）、「高齢期における社会保障に関する意識等調査」（2006年）

（注）2000年調査と2006年調査で質問項目が一部異なる（1992年・2000年調査の「どちらともいえない」、2006年調査の「その他」「わからない」）。

このように老後生活について、40歳代以降の壮年層、高齢層において「社会保障を重視する者」が増加している一方、20歳代という若年層で「自助努力を重視する者」が増加しており、社会保障が国民のニーズに応えているか等の観点を踏まえ、制度構築、制度運営を行っていくことが必要となっている。

2 社会保障の役割

（1）社会保障の基本的考え方と3分野

（社会保障の基本的考え方）

まず、社会保障の基本的な考え方について述べることにする。国民生活は国民一人一人が自らの責任と努力によって営むこと（「自助」）が基本であるが、往々にして、病気やけが、高齢や障害、失業などにより、自分の努力だけでは解決できず、自立した生活を維持できない場合

も生じてくる。このように個人の責任や自助努力のみでは対応できないリスクに対して、国民が相互に連帯して支え合うことによって安心した生活を保障することが「共助」であり、年金、医療保険、介護保険、雇用保険などの社会保険制度は、基本的にこの共助を体現した制度である。さらに、自助や共助によってもなお生活に困窮する場合などもある。このような自助や共助によっても対応できない困窮などの状況に対し、所得や生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で必要な生活保障を行うのが「公助」であり、公的扶助（生活保護）や社会福祉などがこれに当たる。

このように我が国の社会保障は、個人の責任や自助努力のみでは対応できないリスクに対して、相互に連帯して支え合うことによって安心した生活を保障したり、自助や共助では対応できない場合には必要な生活保障を行うものであり、これにより社会保障は「一人一人が、生涯にわたり、家庭・職場・地域等において持てる力を十分に発揮し、共に支え合いながら、希望を持ち、健やかに安心して暮らすことができる社会の構築・持続」という目標の実現を目指している。

（社会保障の3分野）

社会保障の具体的な内容を分類してみると、大きく三つの分野に分けることができる。

第一に、「自立した生活の経済的基盤となる所得の保障」である。具体的には、雇用政策や労働市場政策といった自立した生活を営む経済的基盤を確立するために雇用を確保するための政策や、雇用保険や年金保険といった失業や老齢・障害等による稼得能力の喪失に対する所得を保障する政策、さらには自助や共助によってもなお生活に困窮するときの「最後のよりどころ」として、健康で文化的な最低限度の生活を保障する生活保護制度がある。

第二は、「地域生活や家庭生活を支える社会サービスの保障」である。具体的には、住み慣れた家庭や地域で、人間として尊厳を持って、生涯を通じて健やかで自立した生活を送れるよう、病気や負傷に対して提供される医療サービス、要介護（要支援）状態となった場合に提供される介護（介護予防）サービス、障害に対して提供される自立支援のためのサービスなどがあり、これらの社会サービスを生活圏域で保障している。また、このような社会サービスについては、人的・物的な基盤（サービス提供基盤）を整備するとともに、国民共同で必要な費用を負担している。

第三は、「持続可能な社会の担い手となる次世代の育成を支える給付・サービスの保障」である。仕事と生活の調和の実現を進めつつ、親の就労と子どもの健やかな育成の両立を支援している。また、児童手当や地域における子育て支援サービスなど、すべての子どもの健やかな育成と子どもを持つすべての家庭の子育てを支援する給付やサービスを保障している。これにより、将来にわたって持続可能な社会の担い手となる次世代の育成を支援している。

（2）社会保障の機能

それでは社会保障は実際にどのような機能を果たし、国民の暮らしにどのような効果を及ぼしているのだろうか。ここでは、社会保障の機能について見てみることにする。社会保障の機能としては、主として、①生活安定・向上機能、②所得再分配機能、③経済安定機能があげ

られる^(注1)。なお、これらの機能は相互に重なり合っていることが多い。

1) 生活安定・向上機能

(生活の安定を図り、安心をもたらす社会保障)

第一に、生活の安定を図り、安心をもたらす生活安定・向上機能がある。例えば、病気や負傷の場合にも、医療保険の存在により一定の自己負担で必要な医療を受けることができ、高齢期には、老齢年金により安定した生活を送ることができる。雇用・労働政策においては、失業した場合には、雇用保険が受給でき、生活の安定が図られるとともに、業務上の疾病等の場合には、労働者災害補償保険制度により、自己負担なしで受療できる。また、仕事と家庭の両立支援策等は、人々の就業継続を可能とすることに寄与し、その生活を保障し安心をもたらしている。

このような社会保障の機能により、人生の危険（リスク）を恐れず、いきいきとした生活を送ることができるとともに、チャレンジングな人生に挑むことが可能となり、それがひいては社会全体の活力につながっていく。逆に言えば、社会保障が不安定となれば、将来の生活の不安感から、例えば、必要以上に貯蓄をするために消費を節約する等の行動をとることによって経済に悪影響が及ぼされ、社会の活力が低下するおそれがある^(注2)。

(国民に医療へのアクセスを容易にし、生活の安定・安心をもたらす医療保険)

社会保障の生活安定・向上機能について具体的に見てみると、まず、医療については、我が国の国民は、原則としていずれかの公的医療保険制度に加入し、受診時に原則3割の自己負担で必要な医療を受けることが可能となっている。また、その自己負担も、医療費が高額になる場合には高額療養費制度により一定限度以下に抑えられることとなっている。例えば、現役世代が胃がんの手術のため30日間入院し、医療費の合計は約158万円かった場合でも、この場合の自己負担は約158万円の3割の約47万円ではなく、約9万円であり、約149万円は医療保険から給付される。日本の国民医療費の約86%は、公的医療保険による保険給付等によって賄われており、実質的な自己負担は約14%となっている（厚生労働省「平成17年度国民医療費」）。

公的医療保険制度の存在は、病気にかかりやすい高齢期にも大きな効果を発揮する。我が国の国民1人が生涯に必要とする医療費は約2,300万円と推計されているが、このうち約半分は70歳以上で必要になる（図表1-1-4）。現在のような公的医療保険制度がないとすれば、病気にかかれば医療費の負担が重くなり、特に、病気にかかりやすい高齢期の生活は極めて不安定なものになってしまうだろう。

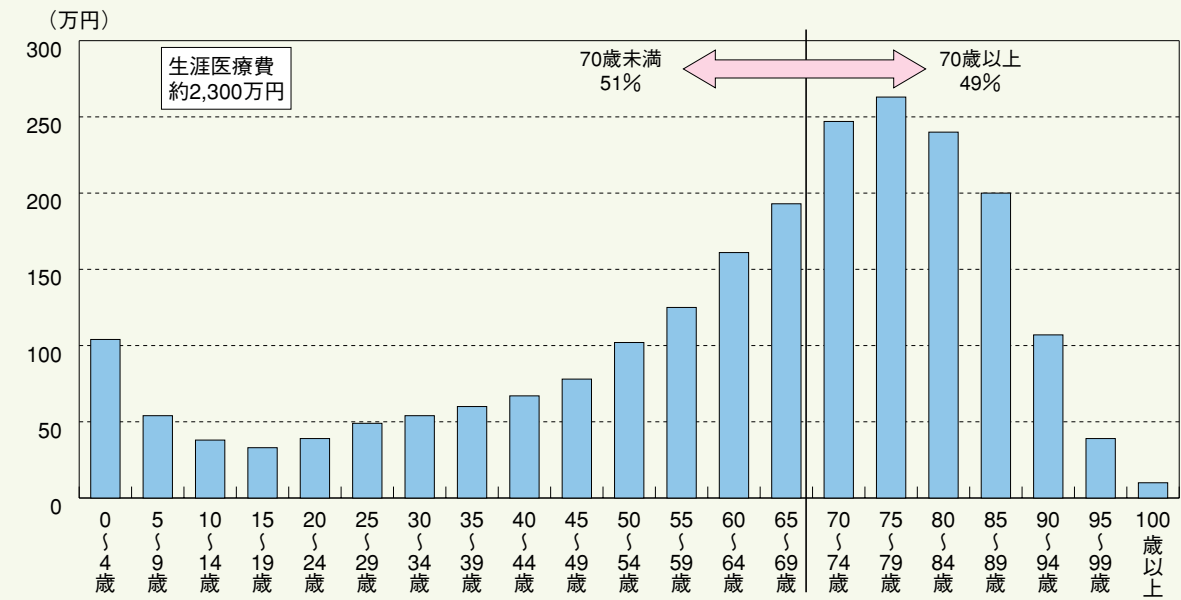
このように、公的医療保険制度は、国民に医療へのアクセスを容易にし、生活の安定・安心をもたらすとともに、公衆衛生の充実や生活水準の向上等と相まって、世界最高水準の平均寿

(注1) 京極（2007）等を参照し記述した。

(注2) 村田（2003）は、我が国の30歳代を中心とした家計のミクロ・データを用いて、親と同居していない家計や親から経済的援助を受けていない世帯を対象とした場合、年金不安のある家計は、不安のない家計に比べ、金融資産をより多く保有していることを実証しており、社会保障に不安がある場合、個人は消費しないで貯蓄することが示唆される。

命の実現に寄与してきたところである（図表1-1-5）。

図表1-1-4 生涯医療費（2005年度推計）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」（2005年度）、「平成17年簡易生命表」より保険局作成。
（注）2005年度の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、「平成17年簡易生命表」による定常人口を適用して推計したものである。

図表1-1-5 平均寿命の国際比較

国	男		女		国	男		女	
	平均寿命 (年)	順位	平均寿命 (年)	順位		平均寿命 (年)	順位	平均寿命 (年)	順位
ブラジル	67	21	74	19	フランス	76	12	83	3
カナダ	78	2	83	3	ドイツ	76	12	82	9
アメリカ合衆国	75	15	80	17	イタリア	78	2	84	2
中国	70	19	74	19	オランダ	77	8	81	14
インド	61	23	63	23	ノルウェー	77	8	82	9
イスラエル	78	2	82	9	ポルトガル	74	17	81	14
日本	79	1	86	1	ロシア	59	24	72	22
韓国	73	18	80	17	スペイン	77	8	83	3
マレーシア	69	20	74	19	スウェーデン	78	2	83	3
シンガポール	77	8	82	9	スイス	78	2	83	3
パキスタン	62	22	63	23	イギリス	76	12	81	14
フィンランド	75	15	82	9	オーストラリア	78	2	83	3

資料：WHO「The World Health Report 2006」
（注）順位は、ここにあげた24の国における平均寿命の長い順。

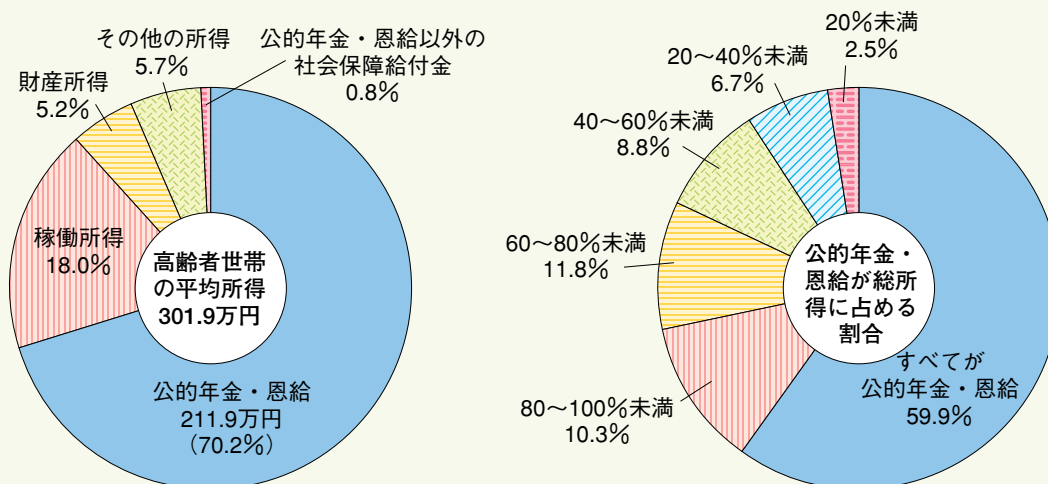
（国民の高齢期の生活の主柱である公的年金）

高齢期の所得保障として、老齢年金がある。公的年金制度は、現役世代が納める保険料により現在の高齢者の年金給付を賄うという世代間扶養の仕組みによって成り立っているため、賃

金や物価に応じて給付額を調整して高齢期の生活の支えとして実質的に価値ある水準の年金を支給することができるとともに、受給権者が亡くなるまでの間、終身にわたって年金支給が保障されることとなっていることから、国民の高齢期の生活の主柱となっている。実際に、高齢者世帯（65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。）の年金受給状況を見ると、所得（2005（平成17）年では平均301.9万円）の約7割を年金が支えており、約6割の世帯は公的年金のみで生活している（図表1-1-6）。

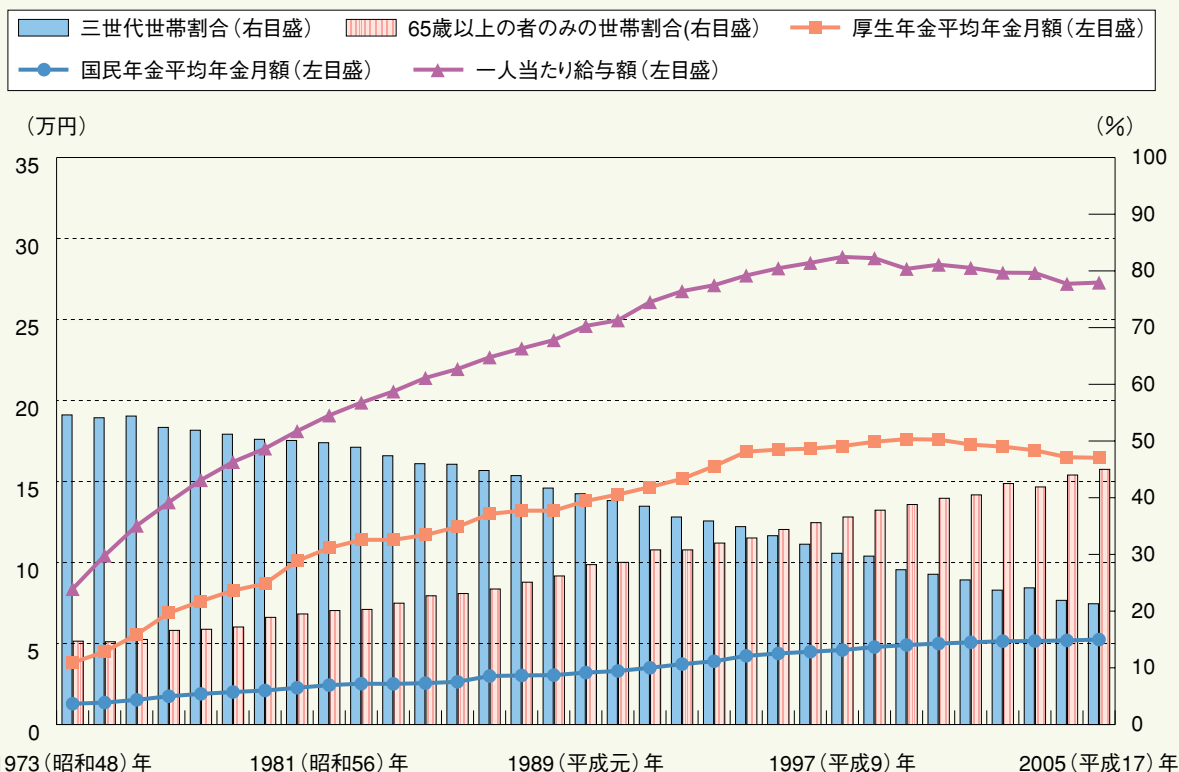
老齢年金については、都市化、核家族化の進展とともに、子どもによる老親の扶養が公的年金により代替されてきたという効果にも留意することが必要である。図表1-1-7は、公的年金の給付水準と、65歳以上の者のいる世帯のうち三世帯世帯及び65歳以上の者のみの世帯の割合の推移を見たものであるが、三世帯世帯が低下し、65歳以上の者のみの世帯は増加している一方、公的年金の給付水準は充実してきている。親との同居は減ってきているが、年金給付の存在が、現役世代が親の経済的な心配をせずに安心して生活できることに寄与していることが分かる。

図表1-1-6 高齢者世帯の公的年金の受給状況



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」（2006年）

図表1-1-7 年金給付水準・65歳以上の者のいる世帯のうち三世帯世帯と65歳以上の者のみの世帯の割合の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」、社会保険庁「事業年報」より政策統括官付政策評価官室作成。

(高齢者介護を支える介護保険)

高齢者が要介護・要支援状態となり、介護サービスを受けた時は、原則、介護サービスに要した費用の9割が保険給付され、残りの1割を利用者が負担する。例えば、在宅で訪問介護等を利用する要介護3の高齢者の場合、最大約27万円分のサービスの利用が可能であり、うち最大約24万円は介護保険から給付される^(注)。なお、高額介護サービス費制度により、介護費用の自己負担額が著しく高額となった場合、高額介護サービス費が支給され、自己負担が一定限度以下に抑えられることとなっている。

(障害者が地域で安心して暮らせる総合的な自立支援の仕組み)

障害により、介護などの支援が必要になった場合には、障害者自立支援制度によって、在宅や施設における障害福祉サービスの9割以上がカバーされる。例えば、入所サービスを利用する年収80万円以下の障害者の場合、食費・光熱水費などの月々約4万円の負担によりサービスの利用が可能であり、サービスに要する費用と食費・光熱水費のうち約37万円は租税財源による公費から支給される^(注)。また、自立訓練や就労支援などの通所サービスを利用する年収80万円以下の障害者の場合には、月々1,500円の負担によりサービスの利用が可能であり、サービス

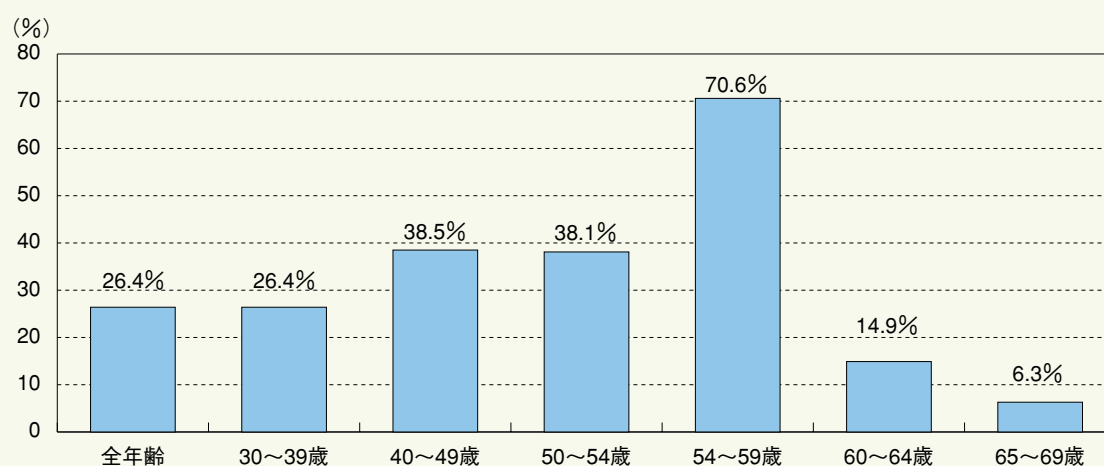
^(注) 実際の利用可能額、給付額は、サービスを受ける方の要介護度、利用するサービス、地域によって異なり、本文中の額は一例を示したものである。

に要する費用のうち約14.8万円は公費から支給される。

（家計を下支えする失業給付）

次に、雇用・労働政策について見てみる。例えば雇用保険の効果について見てみると、総務省統計局「全国消費実態調査」（2004（平成16）年）によれば、失業世帯（世帯主が仕事を探している非就業者であって有業者のいない世帯）の収入のうち、公的年金以外の社会保障給付の実収入に対する割合は、26.4%を占めている。この公的年金以外の社会保障給付には、失業給付以外のものも含まれるが、失業世帯においては、多くは雇用保険の失業給付で占め、失業給付が家計を下支えしているものと考えられる（図表1-1-8）。

図表1-1-8 失業世帯の1か月間の実収入に占める失業給付等の割合（世帯主年齢階級別）

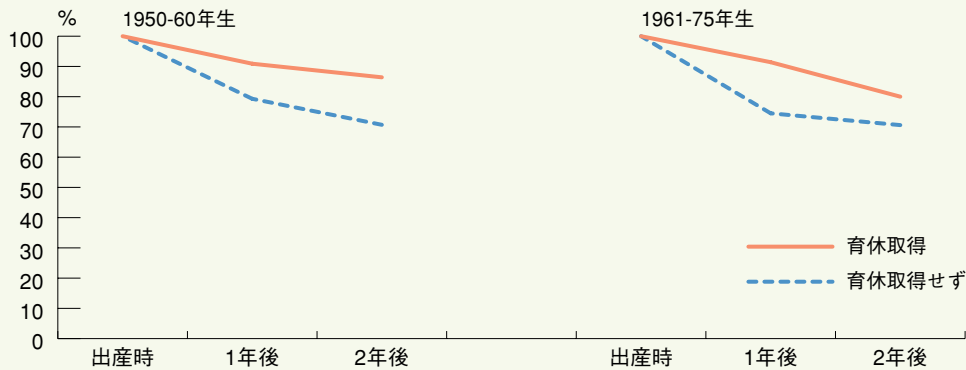


資料：総務省統計局「全国消費実態調査（二人以上の世帯）」（2004年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
 （注）「失業給付等」は、「社会保障給付」のうち「公的年金給付」を除いた「他の社会保障給付」を指す。

（就業継続に寄与する仕事と家庭の両立支援策等）

さらに、仕事と家庭の両立支援策や保育サービス、介護サービスも、人々の就業継続を可能とすることに寄与し、生活の安定・向上をもたらしている。例えば、独立行政法人労働政策研究・研修機構「仕事と生活の両立」（2006（平成18）年）によると、初子出産時の雇用就業者（女性）を100とした場合の、出産1年後、出産2年後の雇用就業者の比率は、「1950～1960年生」、「1961～1975年生」のどちらにおいても、育児休業取得者に比べて、取得しない方が低下しており、育児休業制度が出産後の就業継続に寄与していることが分かる（図表1-1-9）。

図表1-1-9 初子出産時就業者の出産後雇用継続状況（育児休業取得の有無別）



資料：独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働政策研究報告書No.64 仕事と生活の両立」（2006年）

2) 所得再分配機能

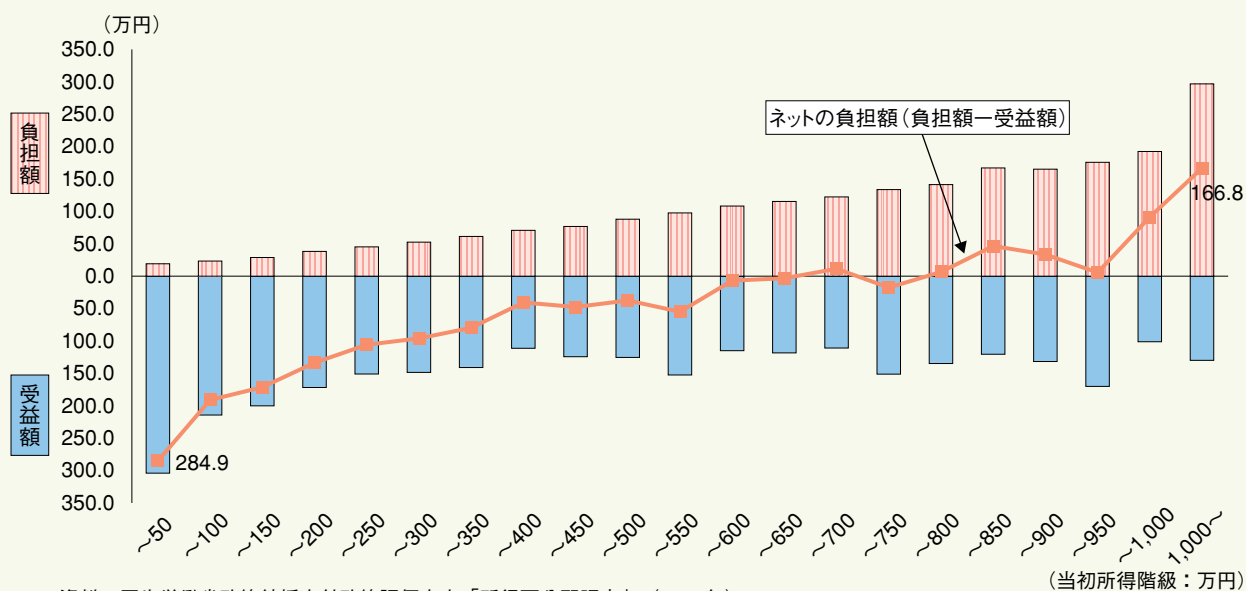
第二の機能は、所得を個人や世帯の間で移転させることにより、国民の生活の安定を図る所得再分配機能である。具体的には、異なる所得階層間で、高所得層から資金を調達して、低所得層へその資金を移転したり、稼働能力のある人々から稼働能力のなくなった人々に所得を移転したりすることがあげられる。例えば、生活保護制度は、税を財源にしており「所得の多い人」から「所得の少ない人」への再分配が行われる。また、公的年金制度は基本的に保険料を財源にした現役世代から高齢世代への世代間の所得再分配といえる。

また、所得再分配には、現金給付だけでなく、医療サービスや保育サービス等のサービス給付による再分配もある。このようなサービス給付による再分配は、報酬に比例した保険料など能力に応じた負担を求め、必要に応じた給付を行うものであり、これにより、生活を支える基本的な社会サービスに国民が平等にアクセスできるようにしている。

図表1-1-10は、厚生労働省「所得再分配調査」を用いて、当初所得（税や社会保障による再分配が行われる前の所得）の階級別に、現金給付だけでなくサービス給付も含めた税や社会保障による所得再分配の受益と負担の状況を見たものである。これによれば、社会保障は税制とともに、高所得層から低所得層へ所得を再分配していることが分かる。

また、図表1-1-11は、1歳未満の児童の受療率（0歳受療率）と乳児死亡率を見たものである。これによると、1955（昭和30）年時点では、乳児死亡率は全死亡率に比べて大幅に高かったが、1961（昭和36）年の国民皆保険制度の成立を経て、0歳受療率は急激に増加する一方、乳児死亡率は低下している。このように、保険料により支えられている公的医療保険制度によって、乳児医療という基本的な社会サービスに国民が平等にアクセスできるという再分配が成立し、公衆衛生の向上等と相まって乳児死亡率が低下したことが分かる。

図表1-1-10 世帯所得階級別の受益と負担の状況



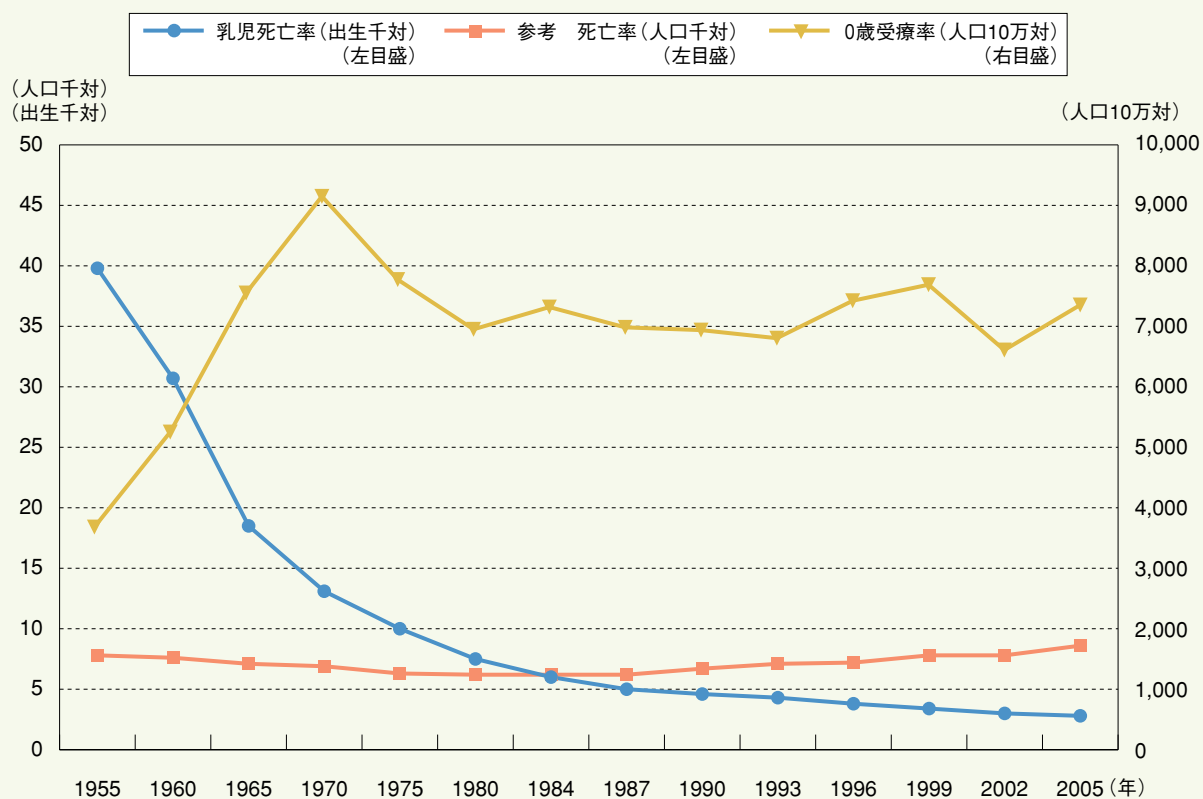
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室「所得再分配調査」（2005年）

（注1）受益は、年金その他の社会保障給付（医療・介護の現物給付についても推計し、計上）。

（注2）負担のうち、税は、直接税のうち所得税、住民税、固定資産税（事業上のものを除く）、及び自動車税・軽自動車税（事業上のものを除く）。

（注3）負担のうち、社会保険料は医療保険、年金保険及び介護保険等の各制度による保険料（事業主負担分を除く）。

図表1-1-11 1歳未満の児童の受療率（0歳受療率）と乳児死亡率の推移



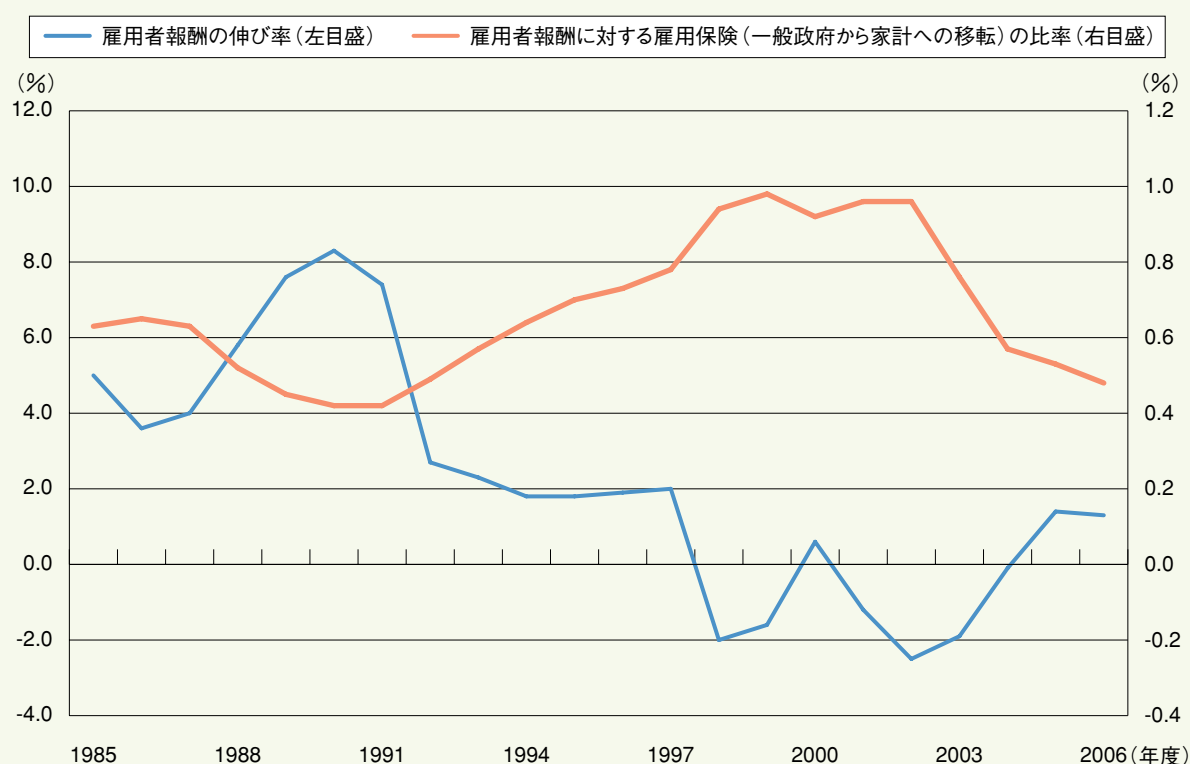
資料：死亡率及び乳児死亡率については厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」、0歳受療率については「患者調査」による。

3) 経済安定機能

そして第三の機能が、経済安定機能、すなわち景気変動を緩和する機能や、経済成長を支えていく機能である。

例えば、雇用保険制度については、失業中の家計を下支えする効果に加え消費の減少による景気の落ち込みを抑制する効果（スタビライザー機能）もある。図表1-1-12は、内閣府「国民経済計算」を用いて、雇用者報酬の伸び率と雇用者報酬に対する雇用保険の比率を見たものであるが、雇用者報酬の伸び率が低いときには、雇用者報酬に対する雇用保険の比率が高く、失業中の家計を下支え、消費の減少による景気の落ち込みを抑制していることがうかがえる。

図表1-1-12 雇用者報酬の伸び率と雇用者報酬に対する雇用保険の比率の推移



資料：内閣府「国民経済計算（長期時系列）」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

（注）1985年度～1989年度は平成2年基準、1990年度～1995年度は平成7年基準、1996年度以降は平成12年基準の数値を用いている。

また、公的年金制度のように、経済不況期においても継続的に一定の額が支給される制度は、高齢者等の生活を安定させるだけでなく、消費活動の下支えを通じて経済社会の安定に寄与している。

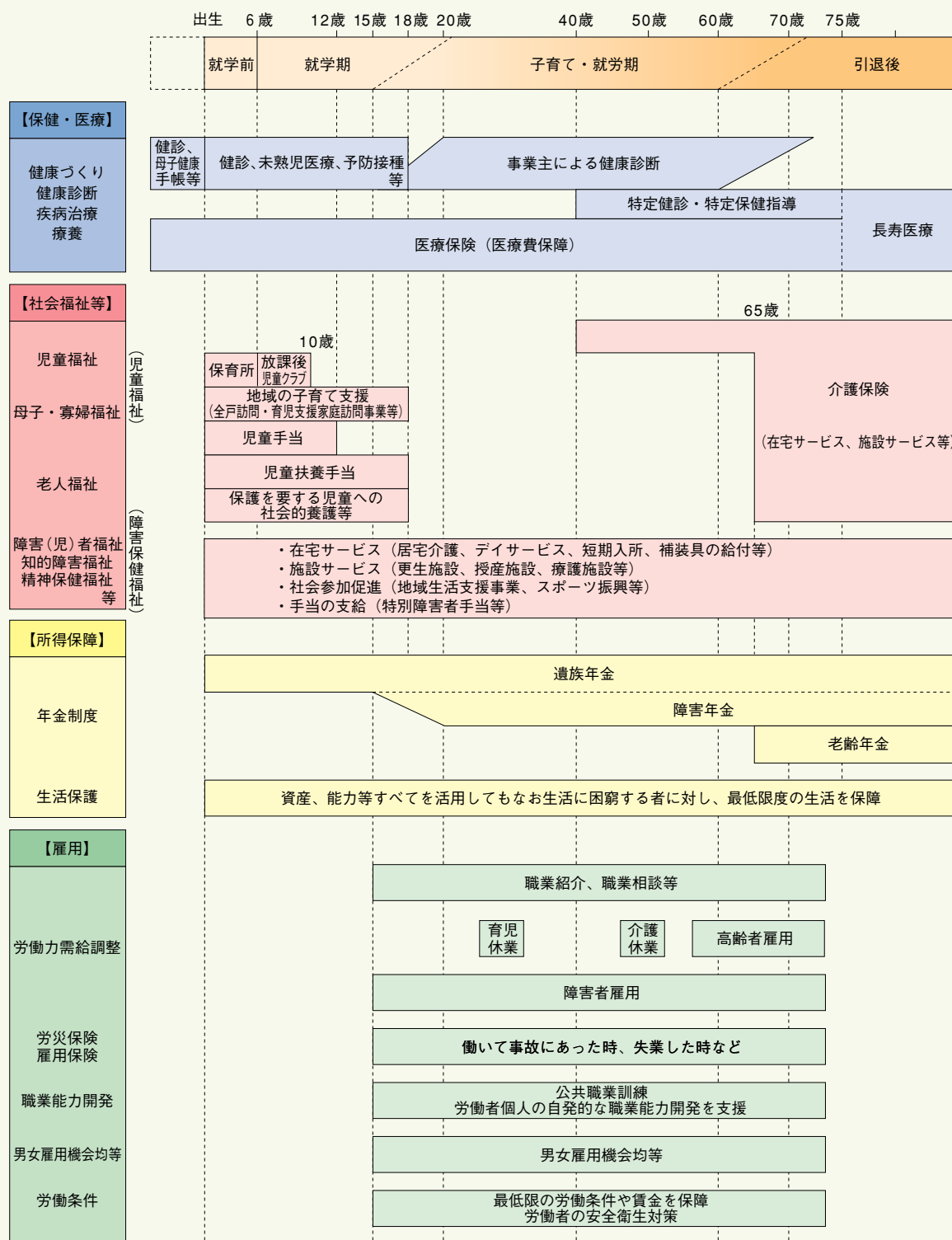
さらに、雇用保険制度に限らず雇用・労働政策全般についても、前述1)の生活安定・向上の機能を有するほか、安心をもたらすことによる国民の消費活動の下支えを通じた経済安定の機能が見られる。

第2節

ライフサイクルから見た社会保障

それでは、個人の一生は具体的にどのように社会保障によってカバーされているであろうか。
図表1-2-1のライフサイクルに即して見てみよう。

図表1-2-1 ライフサイクルから見た社会保障



1 出生前

まず、妊娠した場合、その旨を各市町村等の自治体に届出を行うと、妊娠、出産、育児期の健康を記録し、また、乳幼児の保護者に対する育児に関する情報提供を行うことを目的として母子健康手帳が交付される。また、各市町村において、妊産婦への配慮を広く国民に喚起するため、母子健康手帳の配布と併せてマタニティマークの配布が進められている。

さらに、妊娠中の母体や胎児の健康を確保する観点から、定期的に健診を受診することが重要であり、地方財政上の措置として健診にかかる費用の一部が公費助成されている。また、労働者には、健診のために必要な時間の確保と、指導事項に沿った必要な措置を講じる母性健康管理の措置、産前6週産後8週の休暇等の母性保護措置がある。

2 出生～就職

(出生～小学校就学前)

出生後は、1歳6か月児、3歳児などを対象とした乳幼児健診や予防接種等がある。

共働き世帯等の保育に欠ける子どもは、保育所に入ることができる。また、就学前の教育・保育を総合的に提供する施設として認定こども園がある。認定こども園は、幼稚園や保育所等のうち、①就学前の子どもに教育・保育を提供する機能（保育に欠ける子どもも欠けない子どもも受け入れて教育・保育を一体的に行う機能）、②地域における子育て支援機能（すべての子育て家庭を対象に、子育て不安に対応した相談や親子の集いの場の提供などを行う機能）を備える施設について都道府県が認定するものである。

働いているかいないかにかかわらず地域において受けることができる子育て支援としては、子育て親子の交流の促進や子育て等に関する相談の実施等を行う子育て支援拠点（ひろば型、センター型、児童館型）の身近な場所への設置を促進し、地域の実情に応じた子育て支援の促進を図る「地域子育て支援拠点事業」、保健師等が生後4か月までの乳児のいるすべての家庭を訪問し、子育て支援に関する情報提供や養育環境等の把握を行う「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」、養育支援が必要な家庭に対して、訪問による育児・家事の援助や技術支援等を行う「育児支援家庭訪問事業」が実施されている。また、保護者の急病や育児疲れなどの場合には、保育所などにおける「一時保育促進事業（一時預かり）」があり、保護者の病気や疲労などにより児童の養育が困難となった場合に児童養護施設等の「短期入所生活援助事業（ショートステイ）」がある。このほかに、子育て中の親などを会員として、子どもの預かり、保育所までの送迎などについて援助を受けたい人と援助を行いたい人を結びつける「ファミリー・サポート・センター事業」もある。

育児に対する経済的支援としては、児童手当があり、0歳から小学校修了までの児童を養育する人は所定の額を受給することができる。

(小学校就学後)

小学校就学後の放課後児童対策としては、放課後児童クラブと放課後子ども教室^(注)とがあり、連携して実施されている。

(虐待などを受けた子ども、母子家庭等に対する支援)

虐待などを受けた子どもたちに対する支援については、①生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）、育児支援家庭訪問事業の推進等による発生予防、②「子どもを守る地域ネットワーク（要保護児童対策地域協議会）」の設置促進及び機能強化等による早期発見・早期対応、③里親制度の拡充や児童福祉施設への支援の充実、施設退所者等への支援の充実等による自立に向けた保護・支援といった、各段階に応じた切れ目のない総合的な支援を行っている。

母子家庭等対策については、2002（平成14）年に「母子及び寡婦福祉法」等が改正され、自立・就業に主眼を置いて、①子育て・生活支援策、②就業支援策、③養育費の確保策、④経済的支援策といった総合的な自立支援策を展開している。

3 就職～引退過程

就職に当たっては、労働者と使用者とでは交渉力に差があること等から、労働基準法や労働契約法において、労働契約締結時における労働条件明示などに関するルールが定められている。また就職後は、労働基準法や最低賃金法により、最低限の労働条件や賃金が保障されているほか、労働契約法により使用者は労働契約に基づく権利の行使に当たってはそれを濫用することがあってはならないことなどが定められている。

労働者の健康管理については、労働安全衛生法等に基づき労働災害防止対策や労働者の健康確保対策が講じられている。業務上の疾病等について療養を必要とする場合には、労働者災害補償保険制度により受療できるとともに、療養のために休業する場合に休業補償給付等が支給される。また、障害が残った場合にはその程度に応じ障害補償給付が、死亡した場合には遺族補償給付が、常時又は随時介護を要する場合には介護補償給付がそれぞれ支給される。

仮に失業した場合には、ハローワークにおいて職業紹介、職業相談等再就職に向けたサービスを受けることができるとともに、雇用保険の被保険者には基本手当等が支給される。

^(注) 放課後児童クラブは、保護者が労働等により昼間家庭にいない、おおむね10歳未満の児童に対して、学校の余裕教室や児童館、公民館などで、放課後に適切な遊び、生活の場を与える事業である。また、放課後子ども教室は、全児童対策として、学校の余裕教室や校庭等を活用し、放課後や週末にスポーツや文化活動等の様々な活動を実施する事業である。

子育て中の労働者には、育児・介護休業法^(注1)に基づく育児休業制度がある。育児休業は、原則子どもが1歳になるまで取得が可能であり、保育所に入れないなどの事情がある場合には、1歳6か月になるまで取得できる。また、事業主に対しては、3歳までの子を養育する労働者については、勤務時間の短縮等の措置を講じる義務が、3歳から小学校就学前までの子を養育する労働者に対しては当該措置を講じる努力義務がそれぞれ課されている。さらに、小学校就学前までの子を養育する労働者は、1年に5日まで、病気・けがをした子どもの看護のために休暇を取得することができる。

家族の介護を行う労働者には、育児・介護休業法に基づき、93日間の介護休業を取得することができる介護休業制度がある。

近年では、雇用形態も正社員だけでなく、派遣社員、パート、アルバイトなど多様化している。派遣労働者については、労働者派遣法^(注2)に基づき派遣労働者の就業に関する条件の整備等を図っており、パートタイム労働者の保護については、パートタイム労働法^(注3)により、事業主に対し正社員との均衡のとれた待遇の確保の推進が図られている。

女性や高齢者、障害者が就労しその持てる力を発揮することも重要である。女性の雇用については、男女雇用機会均等法^(注4)により性別による差別の禁止等が定められている。高齢者雇用については、高年齢者雇用安定法^(注5)に基づき、事業主に対して、65歳までの定年の引上げ、継続雇用制度の導入、又は定年の廃止のいずれかの措置（以下「高年齢者雇用確保措置」という。）の実施が義務づけられている。また、意欲と能力があれば65歳までに限らず、65歳を超えても働くことができる社会の実現を目指した取組みを進めている。また、障害者については障害者雇用促進法^(注6)に基づき、事業主はその法定雇用率に相当する以上の身体障害者、知的障害者を雇用しなければならないこととされている（精神障害者は雇用義務の対象ではないが、精神障害者保健福祉手帳保持者を雇用している場合は、各企業における法定雇用率に算定することができる）。

(注1) 「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」

(注2) 「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律」

(注3) 「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」

(注4) 「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律」

(注5) 「高年齢者等の雇用の安定に関する法律」

(注6) 「障害者の雇用の促進等に関する法律」

4 引退後

高齢期の所得保障としては、公的年金制度の役割が大きい。社会保険庁「平成18年度社会保険事業の概況」によると今や国民の4人に1人が公的年金を受給している。また、厚生労働省「高齢期における社会保障に関する意識等調査」（2006（平成18）年）によると、老後の生計を支える手段として公的年金を1番に頼りにすると答えた者が64.3%、2番目に頼りにすると答えた者が15.0%となっており、国民の多くが公的年金を基本に老後生活を設計する考えを有している。

また、介護が必要になった場合には、介護保険制度がある。介護保険制度は、介護が必要な高齢者を社会全体で支える仕組みであり、要介護（要支援）認定を受ければ利用者が介護（介護予防）サービスを受けられるようになっている。また、介護保険制度においては、40歳以上65歳未満の人についても、初老期における認知症、脳血管疾患等の老化に起因する疾病等の場合には必要なサービスを受けることができることとなっている。

5 ライフサイクル全体を通じて

医療は、生涯を通じて傷病の治療や健康の維持に必要である。我が国の医療においては、すべての国民は原則として健康保険や国民健康保険等の公的医療保険制度に加入を義務づけられており、医療機関を受診した場合の医療費は公的医療保険制度等によりカバーされている。

障害がある人には、障害者自立支援法により保健医療福祉サービスが提供される。公的年金制度には、老齢年金以外にも、障害年金、遺族年金がある。障害年金は、障害がある人の所得保障の役割を果たしており、遺族年金は本人死亡後の配偶者や子どもなどの生活保障機能を果たしている。

これらの制度等を適用しても、高齢や疾病等により働くことができず生活が困難な状態になった時は、生活保護制度が最後のよりどころとして生活を支える手段となる。

第3節

社会保障給付の状況と経済・財政との関係

前節までは、社会保障の役割やライフサイクルから見た姿について、分かりやすく示してきた。一方で、社会保障については、その規模も拡大する中で、経済社会との関係も重要となっている。そこで、本節では、社会保障給付の全体的な状況を、国民経済や財政との関係及び国際比較も含め、明らかにするとともに、社会保障の経済効果等について整理してみることとする。

1 社会保障給付の状況と国際比較

(1) 社会保障給付費の状況

(社会保障給付費と国民所得の動向)

社会保障給付の現状と推移を社会保障給付費により見てみると、高齢化に伴い急激に増加し、2005（平成17）年度には87.9兆円、国民1人当たり約68.8万円となっている（国立社会保障・人口問題研究所「平成17年度社会保障給付費」）。

近年の社会保障給付費と国民所得の伸び率を見ると、昭和50年代後半から1991（平成3）年頃までは、社会保障給付費の伸びと国民所得の伸びはほぼ同じ程度であった。しかしながら、社会保障給付費は、高齢化の進展等により対象者が増加していく給付から構成されていること等から、1992（平成4）年以降も社会保障給付費は着実に増大する一方、バブル経済の崩壊により国民所得が伸び悩んだ結果、社会保障給付費の伸び率と国民所得の伸び率の乖離が拡大したところであり、我が国経済が景気回復局面に入った2002（平成14）年以降、乖離は縮小しているものの、2005年度には対国民所得比で23.9%とこれまでの最高値となっている（図表1-3-1）。

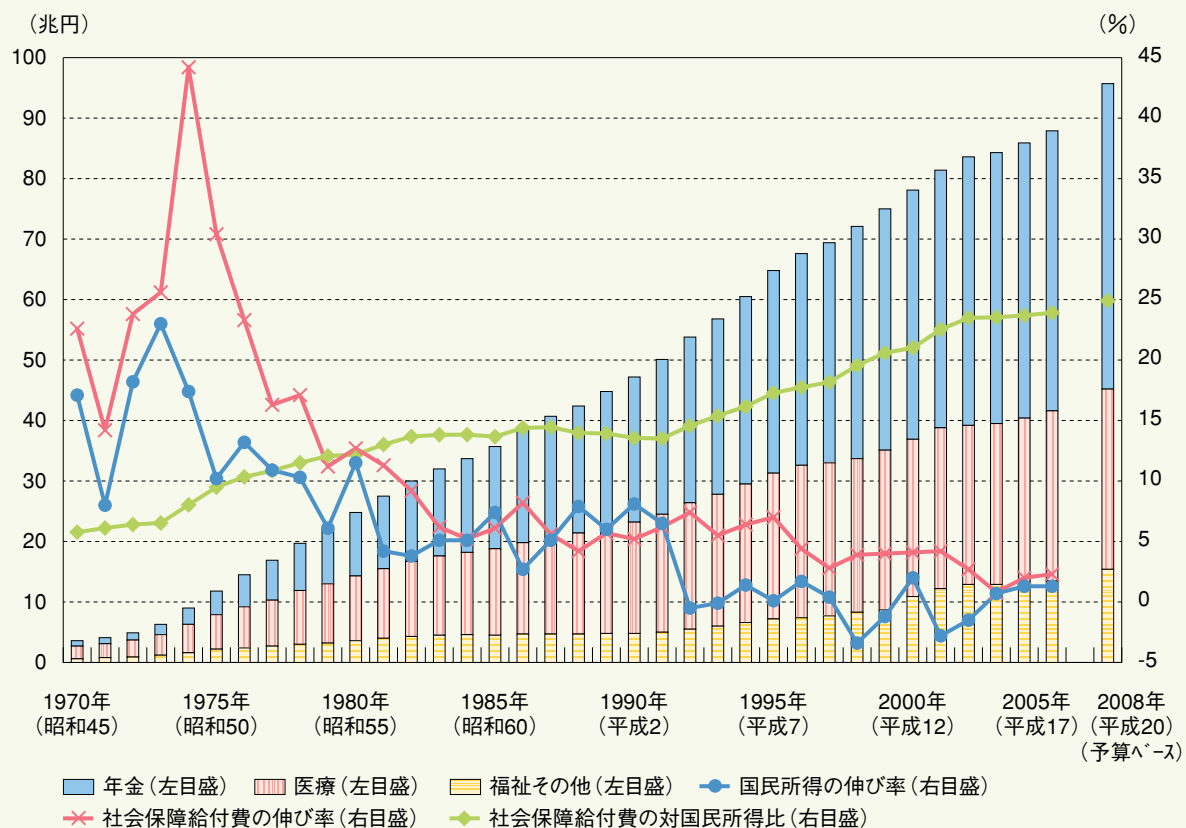
(社会保障給付費の内訳)

社会保障給付費の内訳を「年金」、「医療」、「福祉その他」に区分して比較すると、これまでは年金の占める割合が増大してきており、2005年度で年金が46.3兆円と5割強（52.7%）を占め、医療が28.1兆円（32.0%）となっている。また、2000（平成12）年4月の介護保険制度創設後、「福祉その他」の割合が増大し、1990（平成2）年頃は「年金」が5、「医療」が4、「福祉その他」が1程度であったものが、2005年度には、5.2：3.2：1.5程度になっている（図表1-3-1）。

さらに、今後は、「福祉その他」とともに「医療」の占める割合が増大する見通しとなっており、2025（平成37）年度の社会保障給付費の見通し141兆円のうち、年金は65兆円、医療は48兆円、福祉その他は28兆円と、「年金」「医療」「福祉その他」の比率は、4.6：3.4：2.0程度となる見込みである（図表1-3-2）。

図表1-3-1 社会保障給付費、国民所得の動向

	1970年度	1980年度	1990年度	2005年度	2008年度(予算ベース)
国民所得額(兆円)(A)	61.0	203.2	348.3	367.6	384.4
社会保障給付費総額(兆円)(B)	3.5(100.0%)	24.8(100.0%)	47.2(100.0%)	87.9(100.0%)	95.7(100.0%)
(内訳) 年金	0.9(24.3%)	10.5(42.2%)	24.0(50.9%)	46.3(52.7%)	50.5(52.8%)
医療	2.1(58.9%)	10.7(43.3%)	18.4(38.9%)	28.1(32.0%)	29.8(31.1%)
福祉その他	0.6(16.8%)	3.6(14.5%)	4.8(10.2%)	13.5(15.4%)	15.4(16.0%)
社会保障給付費の対国民所得比(B/A)	5.77%	12.19%	13.56%	23.91%	24.90%



資料：2005年度までは国立社会保障・人口問題研究所「平成17年度社会保障給付費」、2008年度(予算ベース)は厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室の推計による。

図表1-3-2 社会保障給付費の見通し

	2006年度	2011年度	2015年度	2025年度 (参考)
年金	47.4兆円 (12.6%)	54兆円 (12.5%)	59兆円 (12.8%)	65兆円 (12.0%)
医療	27.5兆円 (7.3%)	32兆円 (7.5%)	37兆円 (8.0%)	48兆円 (8.8%)
福祉その他	14.9兆円 (4.0%)	18兆円 (4.2%)	21兆円 (4.5%)	28兆円 (5.3%)
計	89.8兆円 (23.9%)	105兆円 (24.2%)	116兆円 (25.3%)	141兆円 (26.1%)

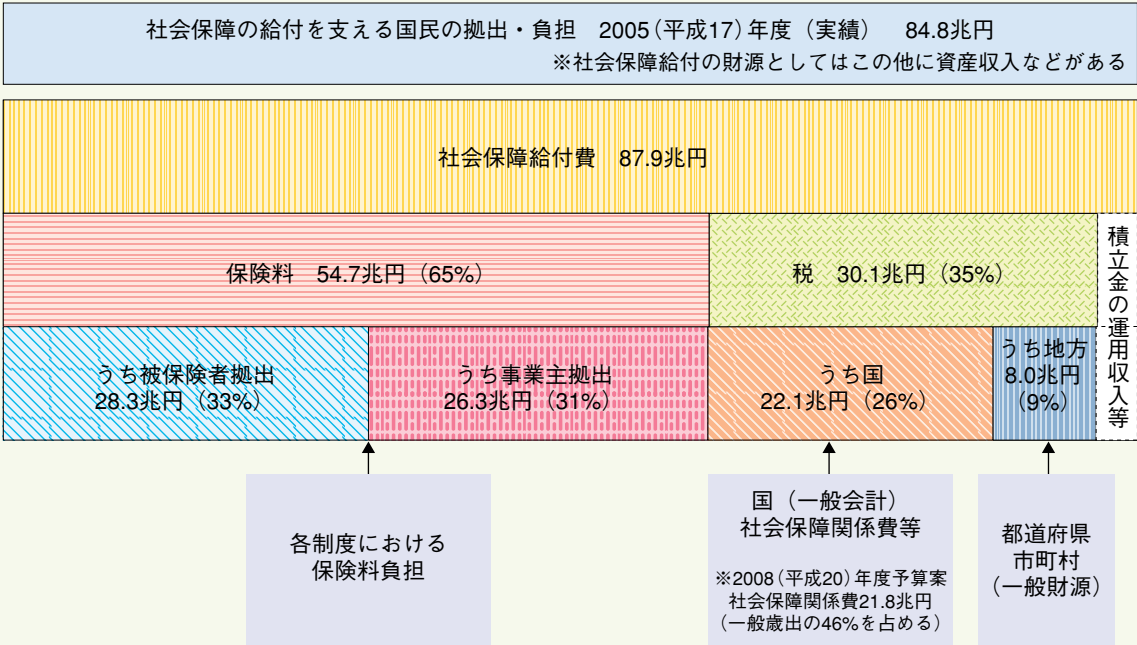
資料：厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室「社会保障の給付と負担の見通し」（2006年）より政策統括官付政策評価官室作成。

（注1）下段（％）は国民所得に占める割合である。
（注2）2004年年金制度改革、2005年介護保険制度改革及び2006年医療制度改革の効果を織り込んでいる。
（注3）公費は、2009年度に基礎年金国庫負担割合が1／2に引き上げられたものとしている。

（社会保障給付費等の財源構成）

社会保障給付費等（管理費その他を含む）を賄う財源の構成を見ると、積立金の運用収入等を除く国民の拠出・負担は、2005年度で84.8兆円となっており、うち、保険料が65％（被保険者が支払う被保険者拠出が33％、企業等が支払う事業主拠出が31％）、税が35％（国が26％、地方公共団体が9％）となっている（図表1-3-3）。

図表1-3-3 社会保障の給付を支える国民の拠出・負担



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成17年度社会保障給付費」より厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成。
（注）社会保障給付費には、管理費その他は含まれない。

（２）社会保障給付の国際比較

それでは、我が国の社会保障制度は、諸外国と比べてどのような状況にあるのであろうか。ここでは、経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development：OECD）の社会支出基準に基づく社会支出データを用いて、主要国と比較してみよう。

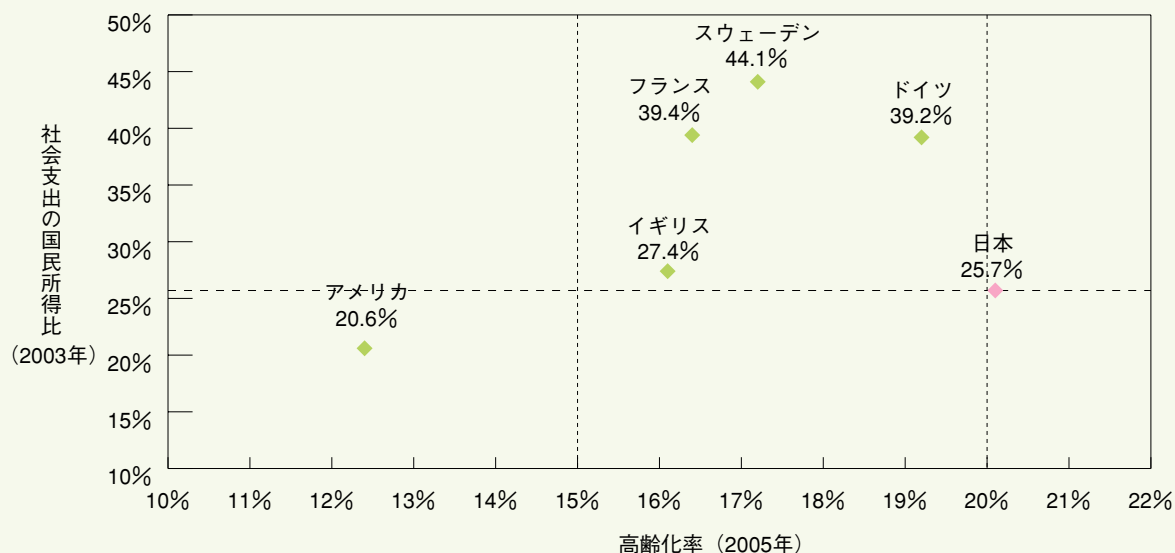
まず、社会保障給付の規模について国際比較をしてみると、我が国は世界のトップを切って高齢化率（65歳以上人口が全人口に占める割合）が20%を超えているが、社会保障給付の国民所得比を見ると、我が国は約26%であり、高齢化率が我が国より約4%低いイギリス（約27%）と同程度の水準となっている。欧州主要諸国は、我が国より高齢化率は低いが、社会保障給付の国民経済に対する規模は我が国の水準を上回り、国民所得比で4割程度に達している（図表1-3-4）。

なお、我が国においては、今後とも世界でも例を見ないスピードで人口の高齢化が進展することが見込まれており、それに伴い社会保障給付も増大することが見込まれている。

我が国の社会保障給付の規模（対国民所得比）を部門別に比較すると、「年金」はアメリカ、イギリスを上回るが、他の欧州主要諸国をやや下回る規模、「医療」はアメリカ、イギリスとほぼ同規模で、他の欧州主要諸国をやや下回る規模、「福祉その他の給付」は、アメリカを上回るが、欧州主要諸国をかなり下回る規模となっている（図表1-3-5）。

また、政策分野別社会支出の構成割合を欧米諸国と比較してみると、我が国の高齢関係支出は46.7%と高く、一方、「家族関係経費」や「積極的労働政策^{（注）}」については、それぞれ4.0%と1.6%とおおむね低くなっている（図表1-3-6）。

図表1-3-4 社会保障の給付規模の国際的な比較

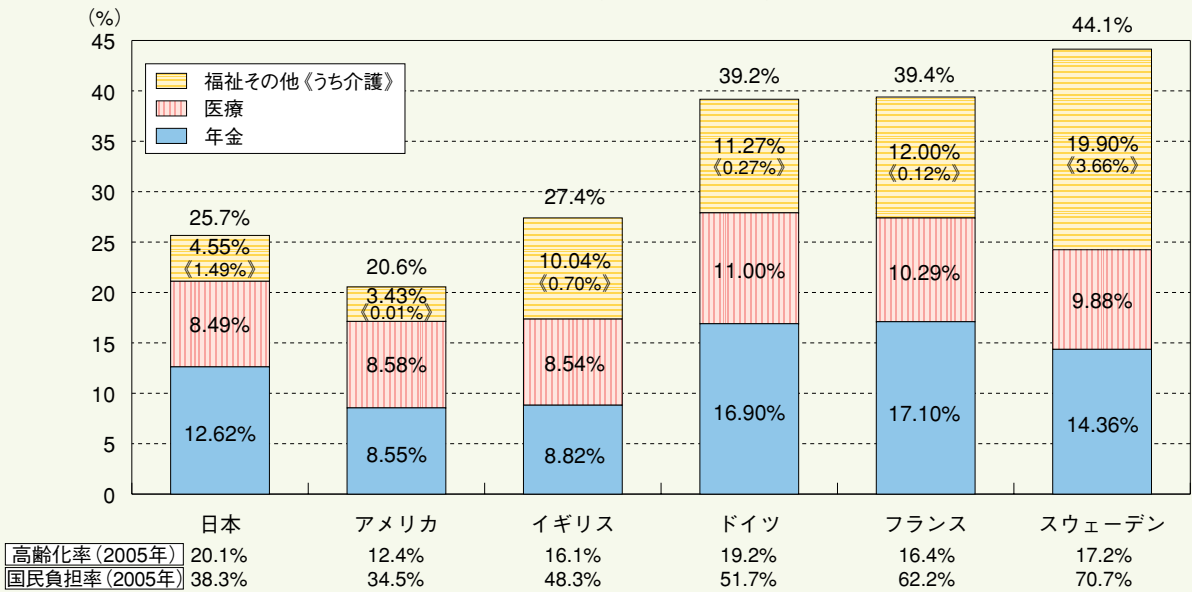


資料：社会支出は、OECD「Social Expenditure Database 2007」、高齢化率はOECD「OECD in figures 2007」による。

（注）OECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用（公的住宅費用、施設整備費等）も計上されている。

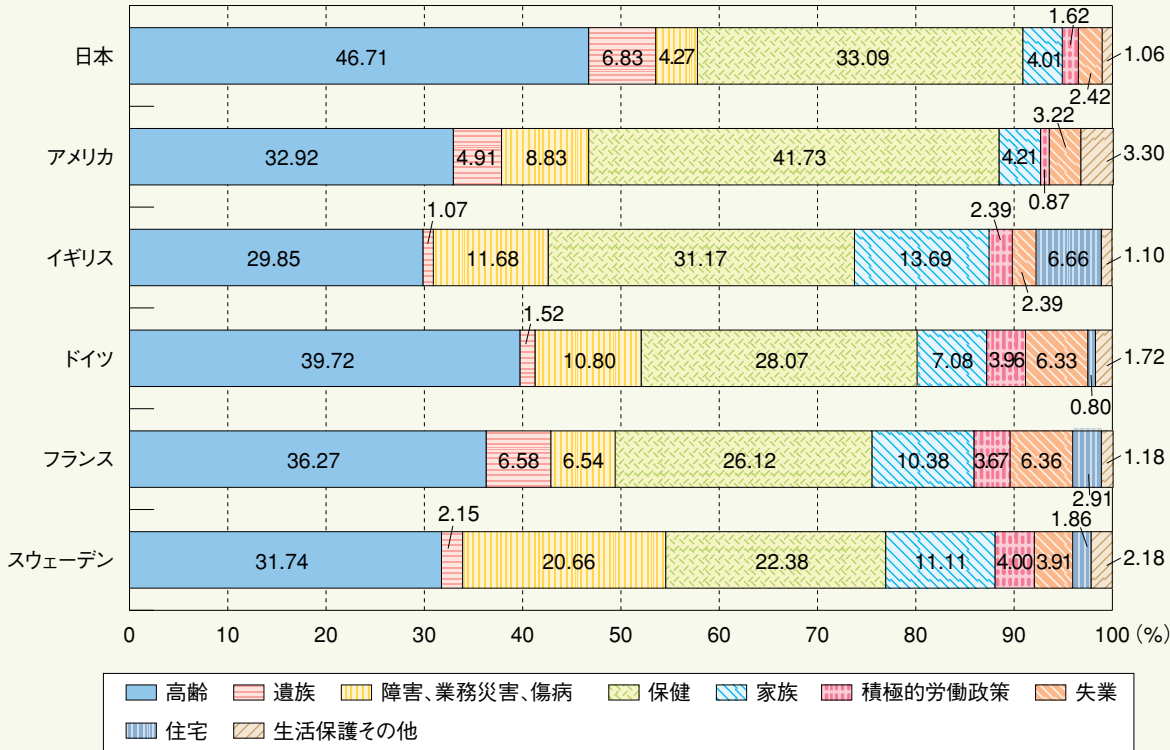
（注）「社会的な支出で労働者の働く機会を提供したり、能力を高めたりするための支出を計上」とOECD社会支出データにおいて定義されており、我が国では、例えば、雇用保険2事業（雇用安定事業、能力開発事業）に係る支出や一般会計から支出される公共雇用サービス（職業案内）等に係る支出等が含まれている。

図表1-3-5 社会保障給付の部門別の国際的な比較（対国民所得比）



資料：社会保障給付費は、OECD「Social Expenditure Database 2007」等より、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成（いずれも2003年）。高齡化率はOECD「OECD in figures 2007」、国民負担率は財務省調べによる（なお、日本の2008年度の国民負担率は40.1%（見通し）。）
（注）OECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用（公的住宅費用、施設整備費等）も計上されている。

図表1-3-6 政策分野別社会支出の構成割合の国際比較（2003年）



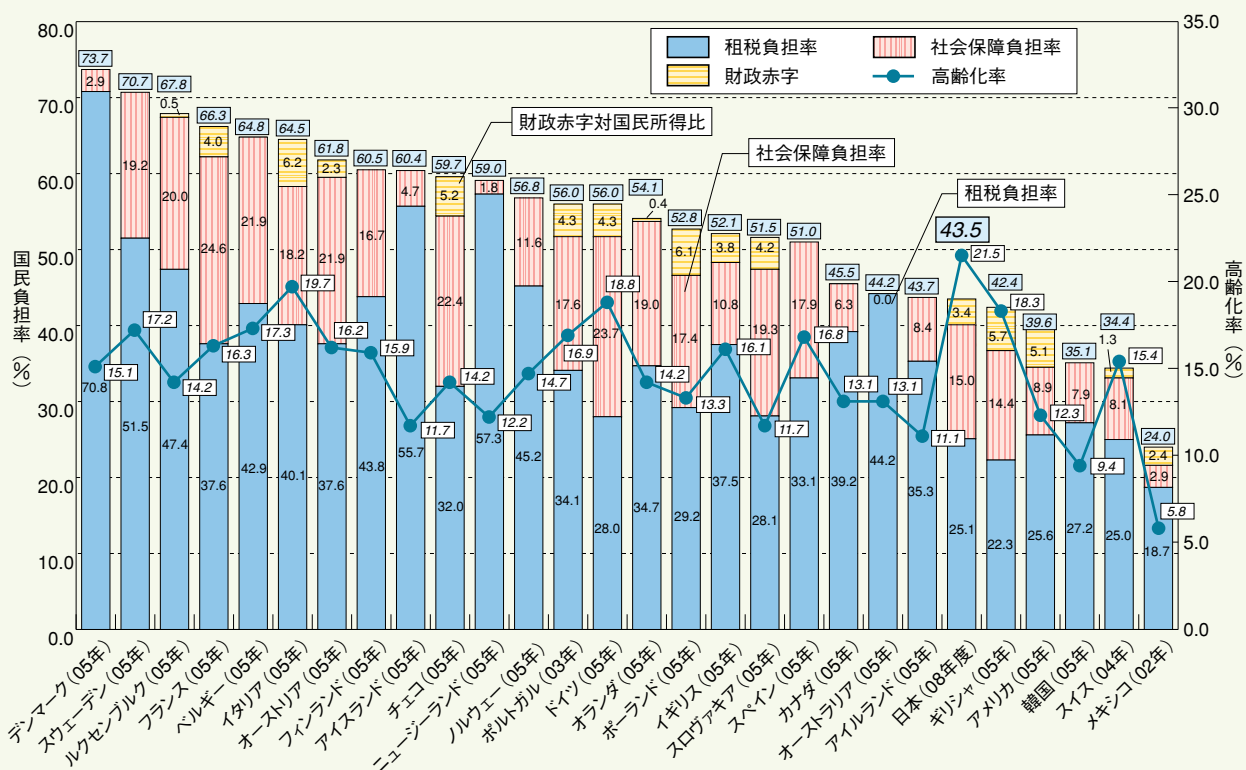
資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成17年度社会保障給付費」

(3) 国民負担率の国際比較

次に、国民全体が社会保障だけでなくその他の行政サービスも含めどれくらい公的負担を行っているかを見るため、国民負担率、潜在的国民負担率の概念を使用して国際比較を行ってみる。

まず、我が国の国民負担率（租税負担率^(注1) + 社会保障負担率^(注2)）は、2008（平成20）年度で40.1%（租税負担率は25.1%、社会保障負担率は15.0%）となっており、アメリカを上回るがOECD諸国の中では相当程度低い水準となっている。また、国民負担率に財政赤字対国民所得比を加えた潜在的国民負担率については、我が国は43.5%となっており、国民負担率と同様に、OECD諸国の中で低い水準となっている（図表1-3-7）。

図表1-3-7 OECD諸国の国民負担率・潜在的国民負担率及び高齢化率



資料：厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成。日本の国民負担率は、2008年度予算案ベースによる推計、諸外国の国民負担率は、OECD「National Accounts 2007」「Revenue Statistics」等による。日本の高齢化率は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」、諸外国の高齢化率は、UN「World Population Prospects 2006 Revision」による。

(注1) 日本の2008年度の係数は見通しである。

(注2) 国民負担率は、租税負担率と社会保障負担率の合計。四捨五入の関係上、係数の和が合計値と一致しないことがある。

(注3) ハンガリー及びトルコについては、係数が足りず、国民負担率が算出不能であるため掲載していない。

(注4) 高齢化率については、日本は2007年の推計値を、諸外国は2005年の推計値を使用している。

(注1) 租税負担の対国民所得比

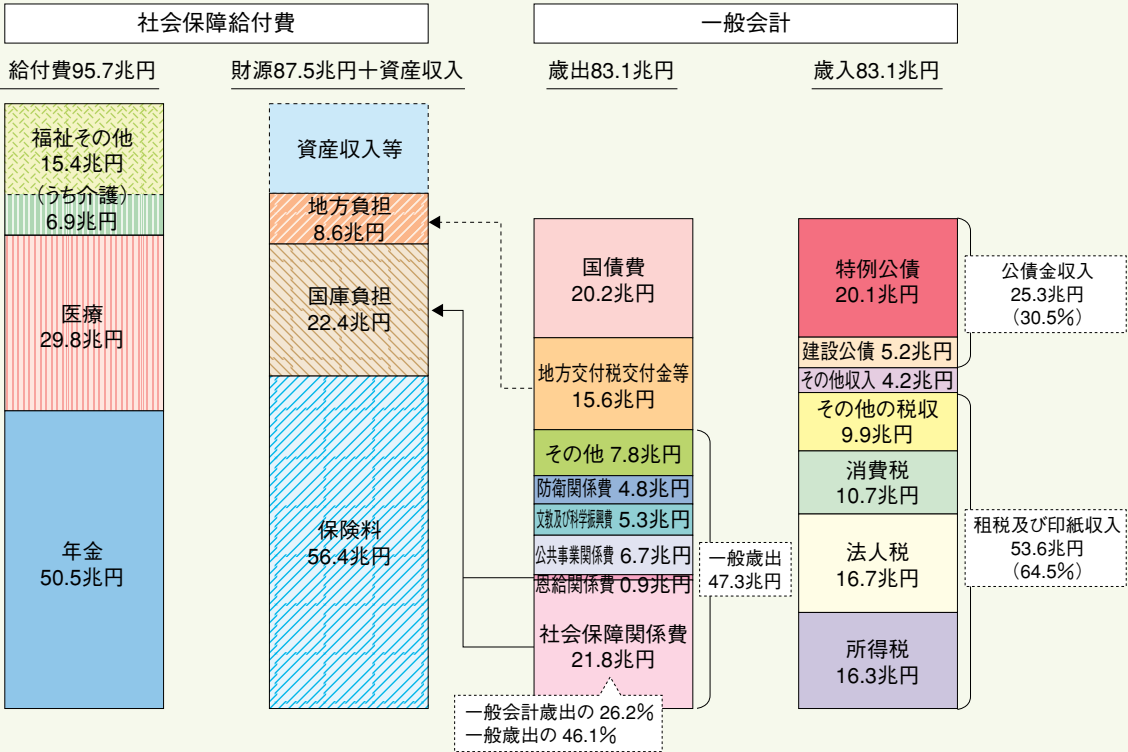
(注2) 社会保障負担の対国民所得比

2 社会保障と財政

次に、社会保障と我が国の財政との関係について見てみる。2008（平成20）年度予算においては、社会保障関係費は21.8兆円となっており、一般会計歳出予算の26.2%を占めている。一般会計歳出予算から国債費や地方交付税交付金等を除いた一般歳出で見ると46.1%と半分近くを占めており、一般歳出の中では最も大きな歳出項目となっている（図表1-3-8）。

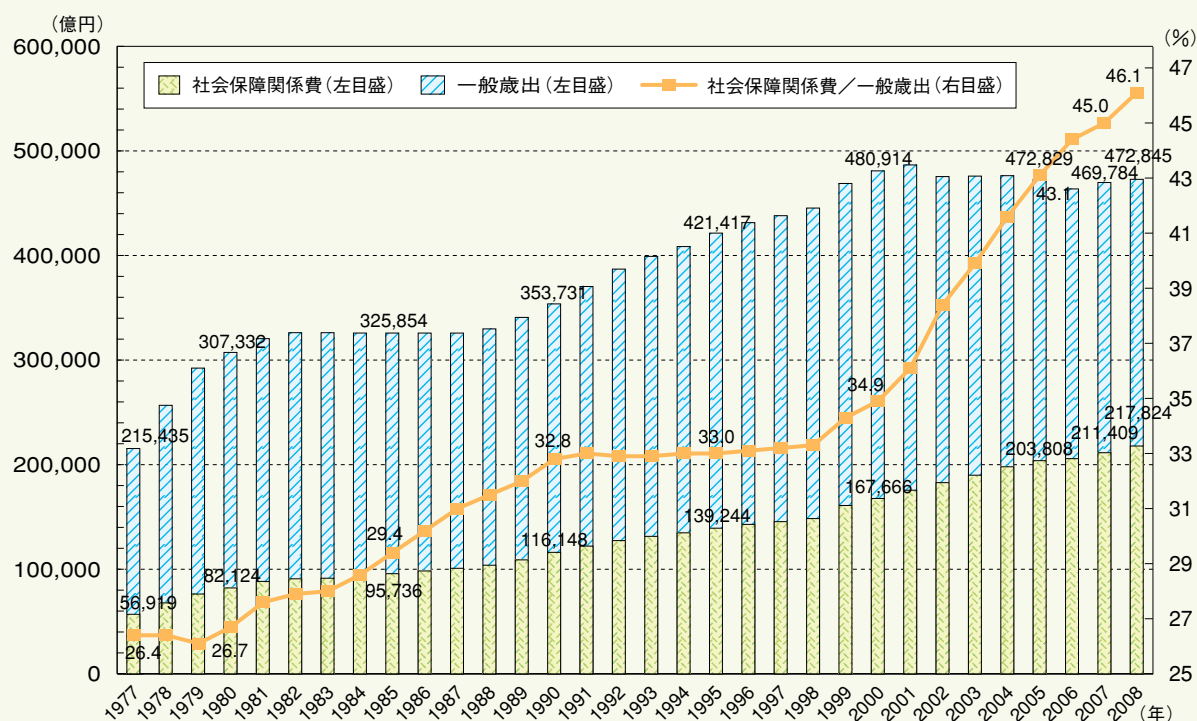
一般歳出に占める社会保障関係費の割合の年次推移を見ると、1980（昭和55）年度は26.7%であったものが、1990（平成2）年度には32.8%となり、以降1998（平成10）年度まではほぼ横ばいであったが、1999（平成11）年度以降再び急速に上昇し、2008年度予算においては前述の通り46.1%に達している（図表1-3-9）。

図表1-3-8 社会保障及び国の財政の姿（2008年度予算ベース）



資料：財務省主計局「財政制度等審議会 財政制度分科会財政構造改革部会」資料

図表1-3-9 一般歳出及び社会保障関係費の推移



資料：財務省主計局「財政制度等審議会 財政制度分科会財政構造改革部会」資料

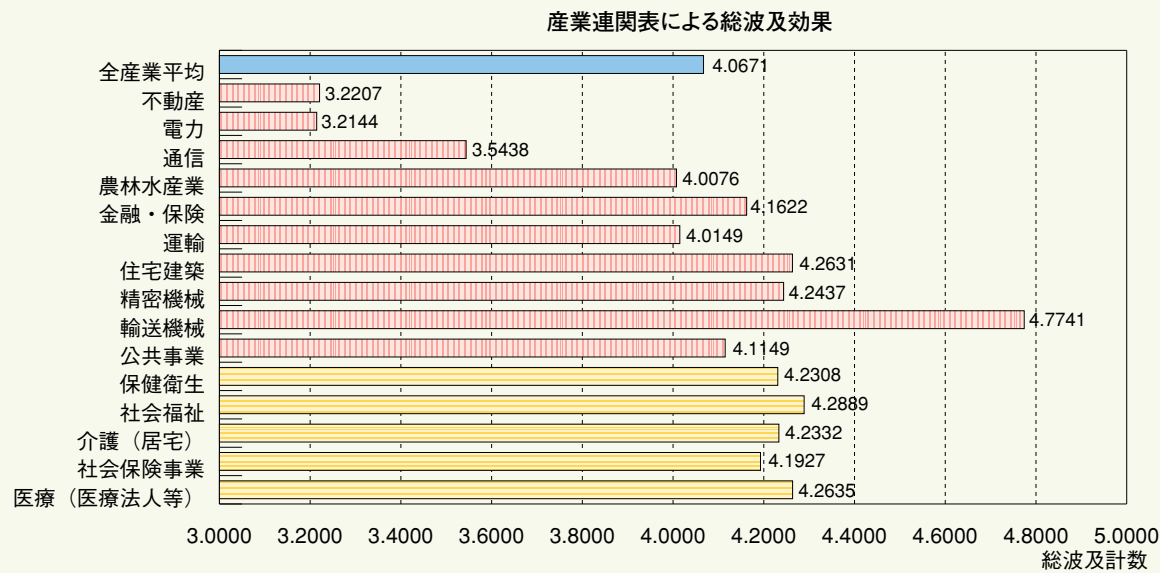
3 社会保障と経済

1 及び 2 では、社会保障が国民経済や財政の中で大きなウェイトを占めるに至っていることを述べた。ここではそのような社会保障が経済に与える影響について具体的に見てみる。

(1) 社会保障分野の生産波及効果

まず、社会保障関係事業が生産額等に与える影響について見てみる。図表1-3-11は財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構「医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書」(2004 (平成16) 年) (以下「医療経済研究機構報告書」という。)に基づき、社会保障分野の総波及効果を見たものである。一般的に、ある産業に対する需要が増えるとその産業の生産が増加し、それにより原材料の購入等を通じて次々と各産業の生産が誘発されるが、これを「波及効果 (生産誘発係数)」という。このような各産業における一次的な生産増の結果、それぞれの産業で働く人々の所得の増加を呼び、所得増が消費を増大させ、消費増が更なる生産を増加させるが、そのような波及効果が「追加波及効果 (追加波及係数)」である。そして両者を勘案して算出したものが「総波及効果」であるが、図表1-3-10を見れば分かるように、社会保障関係事業の総波及効果は全産業平均よりも高く、「精密機械」や「住宅建築」と同程度となっている。

図表1-3-10 社会保障分野の総波及効果



資料：財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構「医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書」（2004年）より、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成。

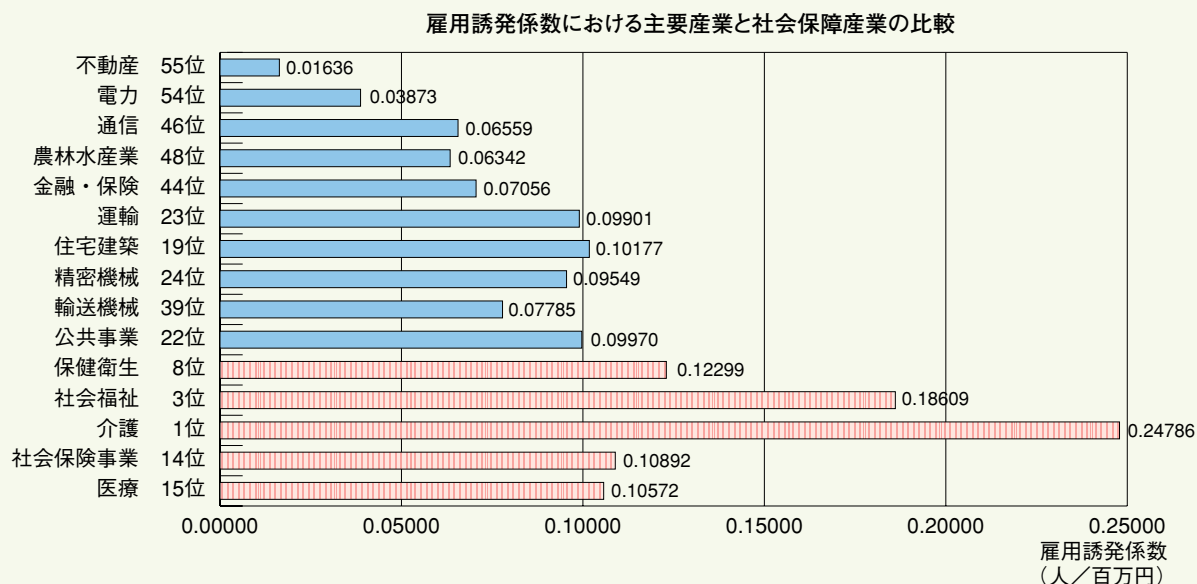
（２）社会保障分野における雇用

（社会保障分野の雇用誘発効果）

次に、社会保障と雇用の関係について、同じく医療経済研究機構報告書により、社会保障分野の雇用誘発効果を「雇用誘発係数」を用いて見てみる。「雇用誘発係数」は、ある産業において需要が1単位発生したときに直接・間接にもたらされる労働力需要の増加を示すもの（単位は〔人／百万円〕）であるが、社会保障分野、特に介護分野は労働集約的であることもあり、その雇用誘発係数は、主要産業のそれよりも高くなっており、社会保障関係事業には高い雇用誘発効果があることが分かる^(注)（図表1-3-11）。

(注) 雇用誘発係数は労働需要への効果を意味するが、労働供給面で人材確保が間に合わない等の場合は誘発効果は実現しないことに留意が必要である。

図表1-3-11 社会保障分野の雇用誘発効果



資料：財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構「医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書」（2004年）より、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成。

（注1）雇用誘発係数とは、ある産業において需要が一単位発生したときに直接・間接にもたらされる労働力需要の増加を示すものであり、一次的な生産増である「波及効果（生産誘発係数）」に対応するもの（単位は人/百万円）。

（注2）医療は医療法人のみ、社会保険事業・社会福祉は国公立のみ、介護は居宅のみ。

（注3）産業名の横の順位は、全56部門中の雇用誘発係数の順位。

（社会保障関係業務に携わっている就業者）

それでは、社会保障関係業務に携わっている就業者は実際どのくらいいるのであろうか。ここでは、医療分野と介護・福祉サービス分野の従事者数の動向をしてみる。医療分野に従事する人々の数として、医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師の従事者数の推移を見ると、2000（平成12）年の約170万人から2006（平成18）年の約193万人と、約1割増加している。また、介護・福祉サービス分野の従事者数の推移を見ると、2000年の約170万人から2005（平成17）年の約328万人と、2倍近く増加している。総務省統計局「労働力調査」によると、2000年から2006年までの全就業者数が約1%減少しているのに対し、これらの従事者数は着実に増加しており、社会保障は大きな雇用機会を提供していることが分かる（図表1-3-12）。

図表1-3-12 社会保障関係業務に携わっている就業者

医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師数の推移

	2000（平成12）年	2002（平成14）年	2004（平成16）年	2006（平成18）年
医師	243,201	249,574	256,668	263,540
歯科医師	88,410	90,499	92,696	94,593
薬剤師	199,797	212,720	223,564	234,429
保健師	42,027	44,226	46,024	47,088
助産師	24,985	25,877	26,040	27,352
看護師	679,955	740,375	797,233	848,185
准看護師	418,352	423,018	423,296	410,420
合計	1,696,727	1,786,289	1,865,521	1,925,607

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」、厚生労働省医政局調べ。

（注）医師・歯科医師については医療施設の従事者数、薬剤師については総数からその他の者及び不詳を除いた数である。

介護・福祉サービス従事者数の推移（実人員）

	2000（平成12）年	2005（平成17）年
老人分野	1,048,681	1,971,225
障害者分野	159,550	671,718
児童分野	447,013	556,008
その他	43,831	77,604
合計	1,699,075	3,276,555

資料：厚生労働省社会・援護局調べ。

（3）社会保障と経済成長

社会保障については、①社会保障制度における税・保険料の負担の高まりにより家計や企業の可処分所得が減少し、個人については労働意欲の減退を招き、労働力供給を減少させるとともに、企業については雇用や投資の減少を招く、②公的部門は、民間に比べて非効率になりやすく、経済全体の生産性が低下する、などの要因により、経済成長にとってマイナスの効果を持つとの指摘がある。

社会保障と経済の関係を考えるに当たっては、まず、社会保障の本質的な意義を十分念頭に置いて議論を行う必要がある。すなわち、社会保障は、個人の責任や自助努力のみでは対応できないリスクに対して、社会全体で支え合う仕組みであり、その意味で、社会保障は分配上の公正にかかわるものであって、一概に望ましい水準が決まっているというものではないということである^{（注）}。

その上で、社会保障と経済との関係について見てみれば、社会保障分野は、国民の負担によって支えられていることに留意する必要があるが、前述のとおり、有効需要の創出に寄与しているほか、今後、高齢化が一層進展する中で更に需要の拡大が見込まれており、新たな雇用の創出も期待される分野である。

また、第1節で述べたとおり、社会保障は、暮らしを支えるセーフティネットとして、国民の「安心感」を醸成し、消費活動を支えており、不況期のスタビライザー機能も果たしている。

^{（注）} 吉川（1999）等を参照し記述した。

このような社会保障の本質的な意義や経済に与える効果を考えると、社会保障制度については経済成長にとってマイナスの効果を与える懸念もあるが、これにより、国民の安心を確保することは、暮らしを支えるセーフティネットという社会保障の本来目的に沿うだけでなく、個人消費を支え、有効需要や雇用機会の創出と相まって、経済社会の発展を支える重要なものであることも忘れてはならない。

第4節 社会保障と地域生活

1 社会保障制度が地域の生活に与える効果

前節では我が国全体としての社会保障給付の状況と経済・財政との関係について述べてきた。年金を始めとした社会保障制度は、人口・世帯の状況、経済規模といった地域の相違にかかわらず、基本的に全国共通の給付を支給する仕組みとなっているが、実態として地域の人々の生活を支えているので、ここでは社会保障制度が地域の生活に与える効果について見ていくこととする。

(1) 地域間の所得再分配の状況

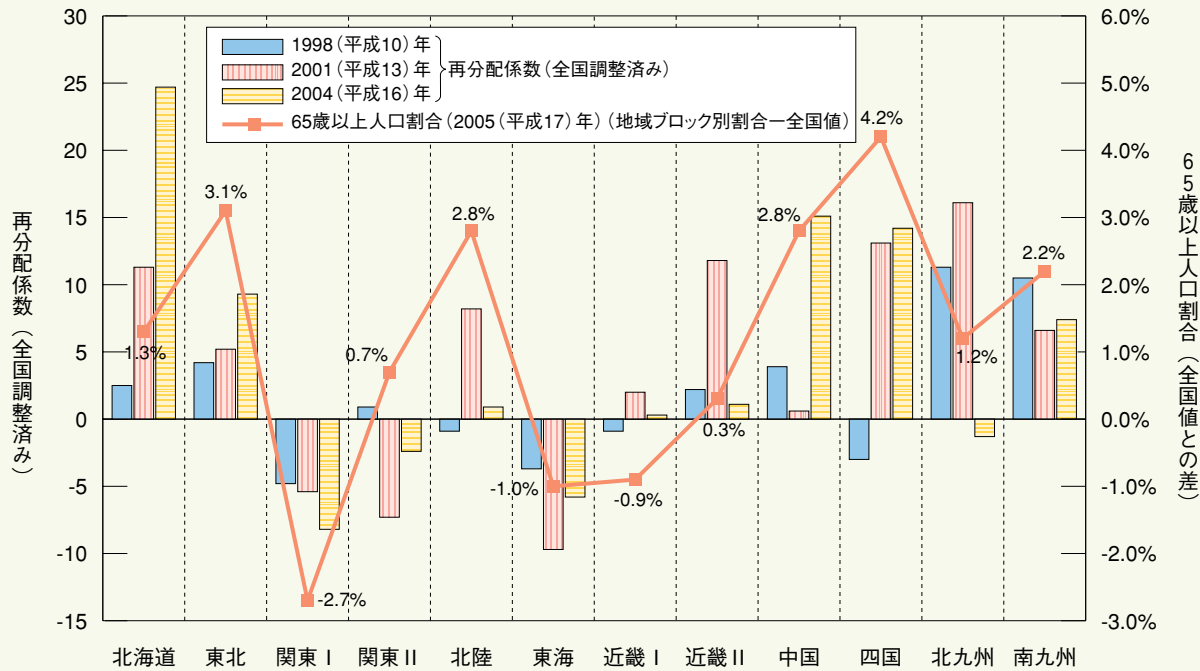
社会保障制度が地域の生活に与える効果として、地域間の所得再分配がある。これは、社会保障制度の特徴として所得階層間や世代間の所得再分配機能がある一方で、実態として、地域により、社会保障制度の給付を必要とする人々の割合や利用されている給付の内容、さらには社会保険料を支払う人の数や金額も異なるからである。このような地域間の所得再分配は、高齢者の多い地域の生活を支えている。

厚生労働省「所得再分配調査」により、地域ブロック別の所得再分配状況を当初所得と再分配所得^(注1)の差の当初所得に対する割合である再分配係数（全国調整済み）で見ると、高齢化率の低い地域でおおむねマイナス、高齢化率の高い地域でおおむねプラスとなっており、高齢化率の低い地域から高齢化率の高い地域に対する所得再分配が生じているものと推測される（図表1-4-1）^(注2)。

^(注1) 「所得再分配調査」における再分配所得とは税や社会保障（現物を含む）による再分配が行われた後の所得である。

^(注2) なお、地域ブロック別再分配状況については、その他にも、所得水準の違いが関係しているものと考えられる。

図表1-4-1 地域ブロック別再分配状況と65歳以上人口割合（全国値との差）



資料：再分配係数（全国調整済み）は厚生労働省政策統括官付政策評価官室「所得再分配調査」、65歳以上人口割合（全国値との差）は総務省統計局「国勢調査」（2005年）より、厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

（注1）地域ブロック別区分の定義は以下のとおり

北海道：北海道	近畿Ⅰ：京都府、大阪府、兵庫県
東北：青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県	近畿Ⅱ：滋賀県、奈良県、和歌山県
関東Ⅰ：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県	中国：鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県
関東Ⅱ：茨城県、栃木県、群馬県、山梨県、長野県	四国：徳島県、香川県、愛媛県、高知県
北陸：新潟県、富山県、石川県、福井県	北九州：福岡県、佐賀県、長崎県、大分県
東海：岐阜県、静岡県、愛知県、三重県	南九州：熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

（注2）再分配係数（全国調整済み）は、「各地域の再分配係数－全国の再分配係数」で求めている。

（注3）「所得再分配調査」については調査年の前年の所得を調査しているので、調査年の前年を記載している。

2 公的年金が地域の生活に与える影響

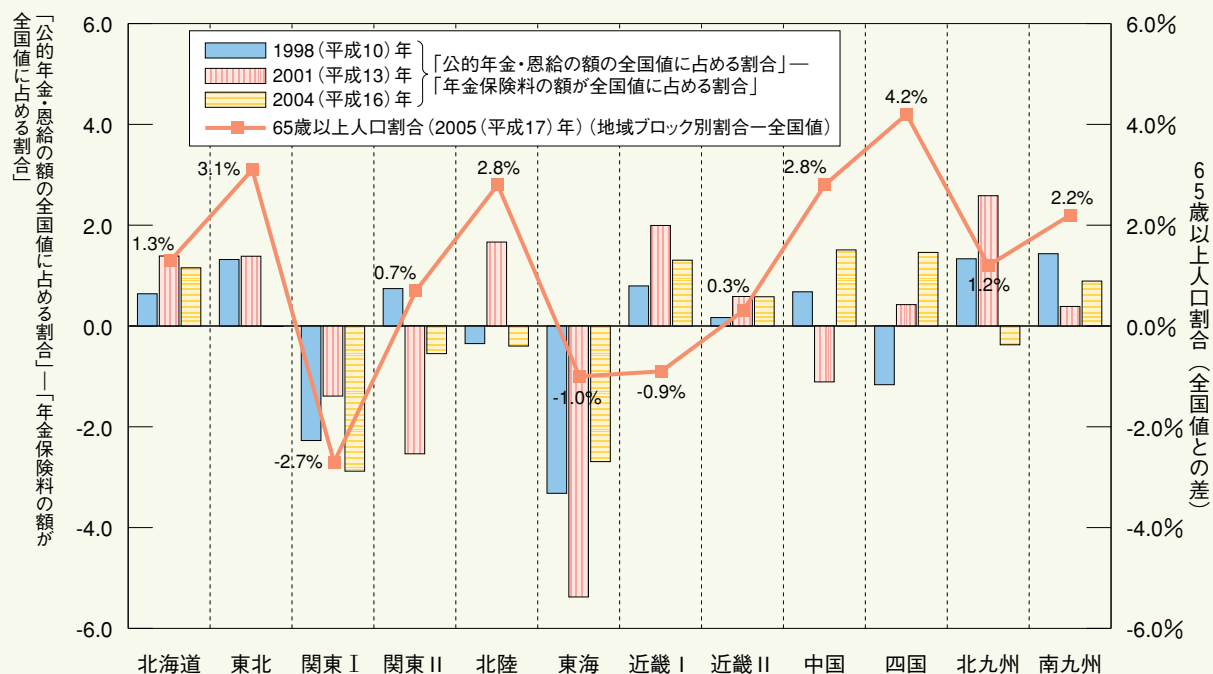
（1）公的年金の地域間の所得再分配の状況

次に、高齢期の所得保障の中心となる公的年金に着目して、地域間の所得再分配の状況を見てみる。

厚生労働省「所得再分配調査」（1999（平成11）年・2002（平成14）年・2005（平成17）年）により、地域ブロック別に、公的年金・恩給の額が全国値に占める割合から年金保険料の額が全国値に占める割合を差し引いたものを見てみると、高齢化率の低い地域はおおむねマイナスとなっている（図表1-4-2）。

このように高齢化率の低い地域においては年金保険料の額が全国値に占める割合の方が公的年金・恩給の額が全国値に占める割合より多い傾向にあり、公的年金においても地域間の所得再分配が結果として成立していることがうかがえる。

図表1-4-2 公的年金の地域間の所得再分配機能と65歳以上人口割合（全国値との差）



資料：公的年金の地域間の所得再分配機能は、厚生労働省政策統括官付政策評価官室において同室「所得再分配調査」を特別集計したもの。65歳以上人口割合（全国値との差）は、総務省統計局「国勢調査」（2005年）より、厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

（注1）地域ブロック別区分の定義は、図表1-4-1と同じ。

（注2）「所得再分配調査」については調査年の前年の所得を調査しているため、調査年の前年を記載している。

（2）地域の生活を支える公的年金

公的年金は、以下のとおり、高齢者の地域における生活を支えるとともに、併せて高齢者を安定した消費者層にし、地域における消費を始めとした経済活動に寄与している。

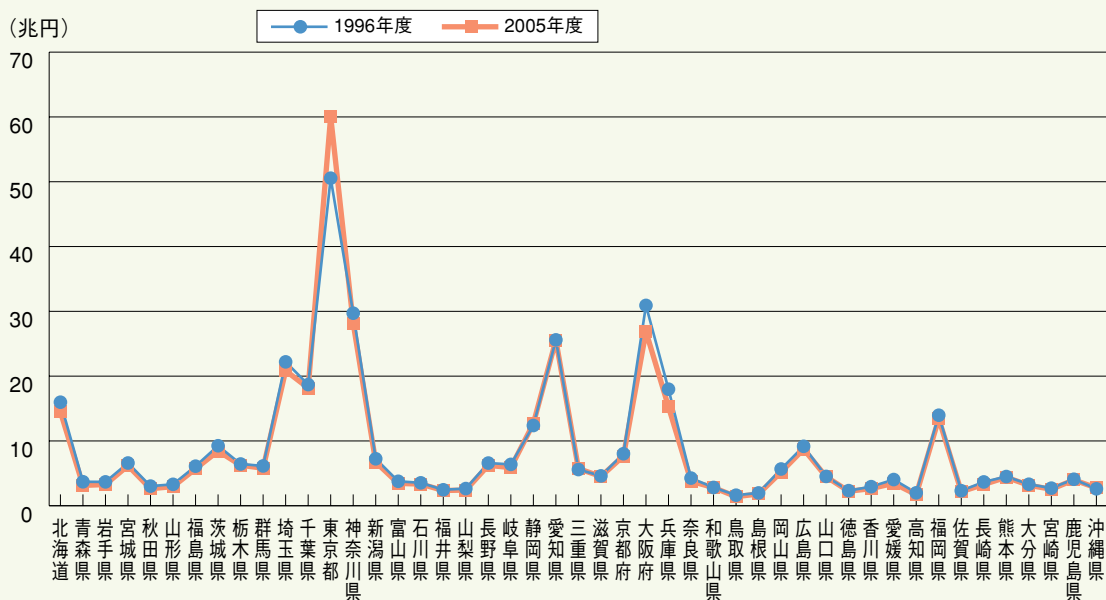
（県民所得と年金総額の状況）

まず、図表1-4-3により1996（平成8）年度と2005年度の県民所得を見る^{（注）}と、この10年の間に多くの都道府県で県民所得が伸びていないことが分かる。実際、2005年度の県民所得の方が1996年度の県民所得より低いのは47都道府県中43道府県となっており（付1-4-1）、都道府県のうち9割強において県民所得が低下している。

次に、1996年度と2005年度の年金総額を見ると、高齢化の進展等により、すべての都道府県において2005年度の年金総額の方が1996年度の年金総額より大きくなっている（図表1-4-4）。

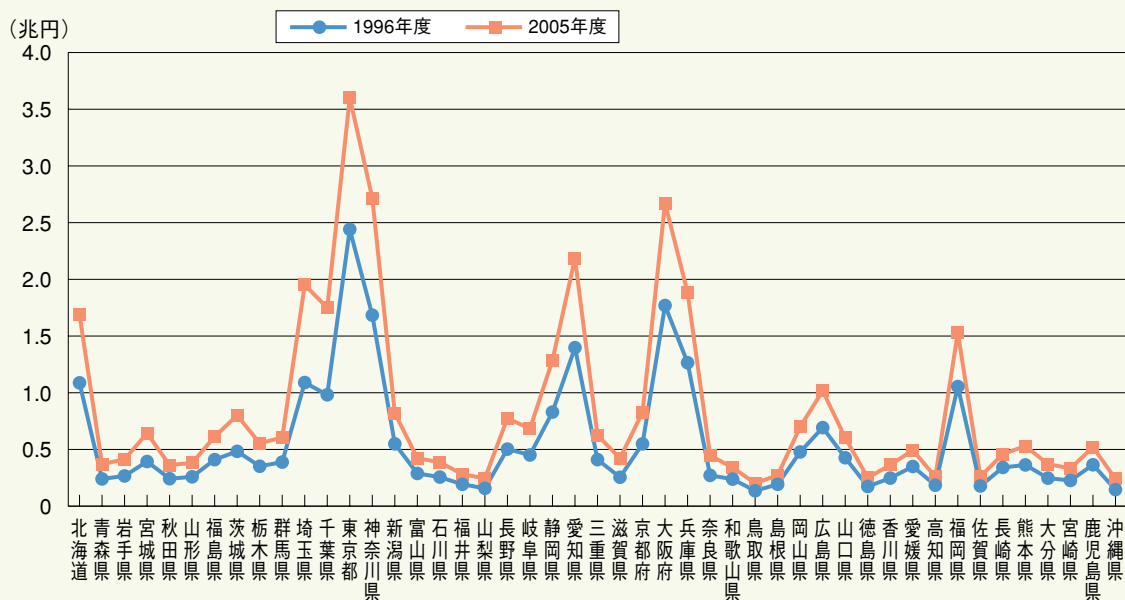
（注）内閣府「県民経済計算」において、同じ基準（平成12暦年基準）で比較できるのが、1996年度から2005年度であるため、この間で比較している。

図表1-4-3 県民所得（1996年度・2005年度）



資料：内閣府「平成17年度県民経済計算」
 (注) 県民所得は要素費用表示である。

図表1-4-4 年金総額（1996年度・2005年度）



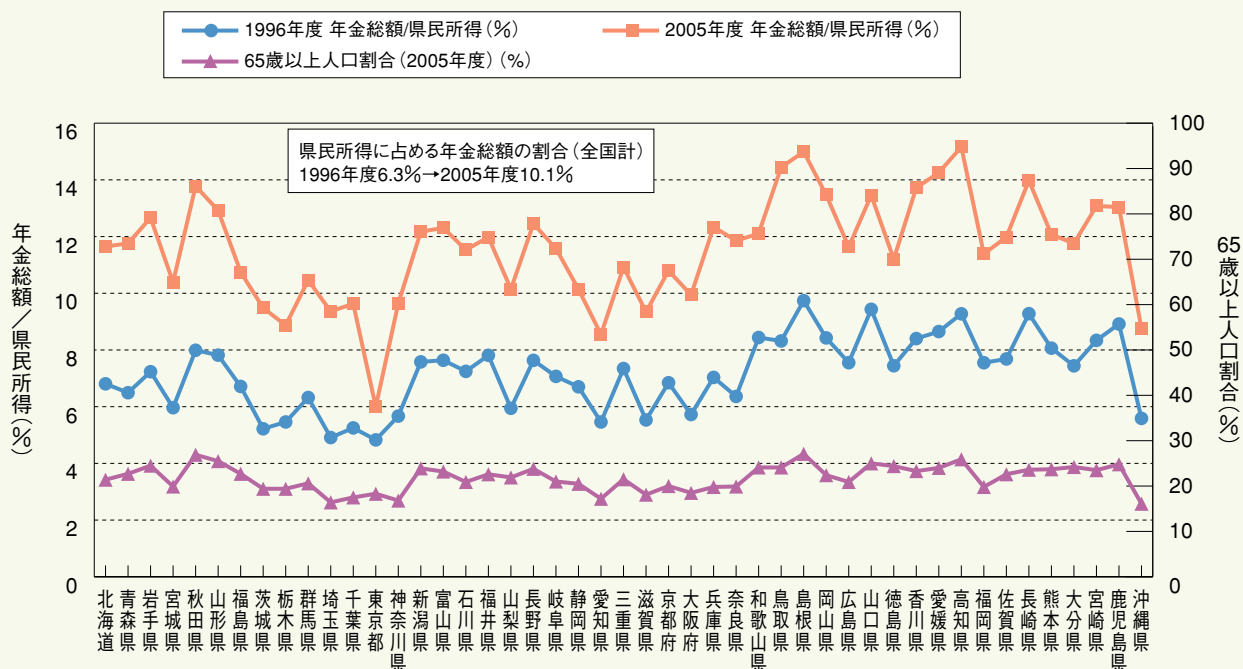
資料：社会保険庁「社会保険事業の概況」（1996年度・2005年度）
 (注) 年金総額は厚生年金保険及び国民年金（福祉年金を含む）受給者の年金総額（2005年度末現在）である。

（県民所得に占める年金総額の割合は大きくなっている）

このように都道府県における県民所得は伸び悩む中で、年金総額は増加していることから、県民所得に占める年金総額の割合は、全国計で1996年度の6.3%から2005年度の10.1%へと大きくなっており、地域における高齢者の生活に果たす年金の役割は増大している。

また、地域別に見てみると高齢化率の低い地域で低く、高齢化率の高い地域で高くなっていく（図表1-4-5）。

図表1-4-5 所得に対する年金の割合と65歳以上人口割合



資料：年金総額は社会保険庁「社会保険事業の概況」（1996年度・2005年度）、県民所得は内閣府「平成17年度県民経済計算」、65歳以上人口割合は総務省統計局「平成17年国勢調査」による
 (注) 年金総額は厚生年金保険及び国民年金（福祉年金を含む）受給者の年金総額（2005年度末現在）である。

コラム

年金総額と地域経済の指標

公的年金は地域の高齢者の生活を支えているが、地域における公的年金給付の給付額を具体的にイメージしやすくするため、地域経済の指標と比べてみよう。

ここでは、公的年金総額（厚生年金保険と国民年金）と農林水産業及び製造業の県内総生産額を、地域ブロック別に集計して比較してみる。

まず、農林水産業については、すべての地域ブロックで年金総額が域内総生産額を上回るとともに、その比率は最小では南九州の2.3倍、最大では近畿Ⅰの29.3倍となっており、全地域ブロック計では6.5倍となっている。

一方、製造業については、すべての地域ブロックで年金総額が域内総生産額を下回っているが、その比率は最小では関東Ⅱ・東海の0.2倍、最大では北海道の0.9倍となっており、全地域ブロック計では0.4倍となっている。

単純な比較にすぎないが、全地域ブロックの年金総額は、製造業の県内総生産額の全地域ブロック計の約4割に相当する額となっているなど、地域経済において一定の比重を占める額となっていることが分かる。

図表 地域ブロック別年金総額と県内総生産額の比較

地域ブロック	年金総額 (百万円)	農林水産業 (域内総生産) (百万円)	年金総額／ 農林水産業 (倍率)	製造業 (域内総生産) (百万円)	年金総額／ 製造業 (倍率)
全地域ブロック計	39,175,251	6,029,495	6.5	107,663,659	0.4
北海道	1,689,611	704,071	2.4	1,838,220	0.9
東北	2,782,260	928,911	3.0	6,097,204	0.5
関東Ⅰ	10,019,268	498,468	20.1	23,630,146	0.4
関東Ⅱ	2,981,652	745,961	4.0	11,986,084	0.2
北陸	1,912,435	360,669	5.3	5,077,646	0.4
東海	4,777,890	595,810	8.0	23,056,353	0.2
近畿Ⅰ	5,383,203	183,476	29.3	13,694,452	0.4
近畿Ⅱ	1,209,075	155,716	7.8	4,287,346	0.3
中国	2,794,062	328,223	8.5	8,043,210	0.3
四国	1,365,747	344,411	4.0	2,636,201	0.5
北九州	2,620,401	478,572	5.5	5,029,859	0.5
南九州	1,624,247	705,207	2.3	2,286,938	0.7

資料：年金総額は社会保険庁「社会保険事業の概況」（2005年度）、県内総生産額（名目）は内閣府「平成17年度県民経済計算」による。

（注1）年金総額は厚生年金保険及び国民年金（福祉年金を含む）受給者の年金総額（2005年度末現在）である。

（注2）域内総生産額とは、県内総生産額の地域ブロックごとの計であり、県内総生産額とは、一定期間内に県内経済部門の生産活動によって、新たに付加された価値の評価額を示したものであり、産出額から物的経費（中間投入）を控除したものに当たる。

（注3）地域ブロック別区分の定義は、図表1-4-1と同じ。

第5節

我が国の社会保障の特徴と近年の展開

第1節から第4節までは、社会保障の基本的考え方と機能を再確認するとともに、国民の暮らしや経済・財政との関係等について明らかにしたが、このような社会保障は、第二次世界大戦後、その基礎が築かれたものである。

このため、本節では、近年の社会経済の変化とそれに対する社会保障の対応策を記述する前に、第二次世界大戦後その基礎が築かれた我が国の社会保障の特徴等を明らかにするとともに、バブル経済の崩壊と本格的な少子高齢社会の到来が我が国の社会保障に与えた影響が大きいことから、主に1990（平成2）年以降の展開について述べることにしたい（図表1-5-1）。

図表1-5-1 近年の我が国の主な社会経済等の動きと社会保障の変遷

社会経済等の動き	年金	医療・医療保険	介護保険	次世代育成支援	雇用
○1989年 合計特殊出生率が1.57に ○1991年 バブル経済崩壊 ○1992年 共働き世帯の数が片働き世帯の数を超える ○1994年 高齢化率が14%を超える ○1995年 失業率が3%を超える ○1997年 金融危機 ○2003年4月 失業率が5.5%に(既往最高) ○2005年 合計特殊出生率が過去最低の1.26に人口減少社会に突入	○1994年 平成6年改正(厚生年金の定額部分の支給開始年齢引上げ、在職高齢年金の改善) ○2000年 平成12年改正(厚生年金の報酬比例部分の支給開始年齢引上げ、給付水準の5%適正化) ○2004年 平成16年改正(将来の保険料水準の固定、基礎年金の国庫負担割合の引上げ)	○1997年 健康保険法等改正(被用者保険本人患者負担見直し(2割)) ○2000年 老人保健法改正(老人患者負担(月額上限つきの定率1割)の導入)、医療法改正(療養病床と一般病床の区分、医療機関に関する広告規制の緩和、医師・歯科医師の臨床研修の必修化) ○2002年 健康保険法等改正(医療保険の制度間を通じた3割負担の統一) ○2006年 医療制度改革(医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合、医師確保対策の実施)	○1989年 高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン) ○1994年 新ゴールドプラン ○1999年 介護休業制度義務化、介護休業給付開始 ○2000年 介護保険開始 ○2005年 介護保険法等改正(予防重視型システムへの転換、地域密着型サービスの創設)	○1991年 育児休業法制定 ○1994年 「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について(エンゼルプラン)」、緊急保育対策等5か年事業 ○1995年 育児休業給付開始 ○1999年 「少子化対策基本方針」「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について(新エンゼルプラン)」 ○2001年 育児休業給付の給付率引上げ ○2002年 「少子化対策プラスワン」 ○2003年 次世代育成支援対策推進法制定・少子化社会対基本法制定 ○2004年 育児介護休業法改正(子の看護休暇の創設、育児休業の対象労働者の拡大、一定の場合の育児休業期間の延長)、「少子化社会対策大綱」、「子ども・子育て応援プラン」 ○2006年 「新しい少子化対策について」 ○2008年 「『子どもと家族を応援する日本』重点戦略」	○1991年 育児休業法制定 ○1993年 パートタイム労働法制定 ○1995年 育児休業給付開始 ○1998年 雇用保険法改正(教育訓練給付の新設)、緊急雇用開発プログラム ○1999年 職業安定法・労働者派遣法改正(有料職業紹介事業の取扱職業や労働者派遣事業の対象業務の原則自由化)、介護休業制度義務化、介護休業給付開始 ○2001年 職業能力開発法改正(キャリア形成支援) ○2003年 労働者派遣法改正(26の専門的業務以外の業務の派遣期間を延長)、労働基準法改正(有期労働契約の雇用期間の上限を原則3年に)、パートタイム労働指針改正(均等処遇の考え方を明示)、「若者自立・挑戦プラン」 ○2004年 育児介護休業法改正(同左) ○2006年 「フリーター25万人常用雇用化プラン」 ○2008年 フリーターの常用雇用化について目標を35万人に

1 我が国の社会保障の特徴とバブル経済崩壊までの経緯

(1) 我が国の社会保障の特徴

我が国の社会保障制度においては、第二次世界大戦後、生活保護制度を始めとする戦後の生活困窮対策を経て、1961（昭和36）年には国民皆保険・皆年金の実施、1973（昭和48）年の福祉元年における老人医療費無料化や公的年金における物価スライドの実施など、その充実が図られてきた。このような制度形成の経過は、全体として見れば、労働力人口の増大と経済の飛躍的な拡大を前提としてなされてきたものである。

一方、我が国の雇用慣行は、一般的に、長期雇用、年功的人事管理、企業別労働組合をその特徴とし、戦中から戦後にかけて大企業を中心に徐々に形成されたものである。この雇用慣行は、経済環境の変動に対して、外部労働市場を通じた雇用量の調整よりも労働時間や配置転換等による企業内部（内部労働市場）における調整機能を重視したものであると言われてきた。

(2) 第一次石油危機からバブル経済崩壊まで

1970年代前半の第一次石油危機を境に、経済成長の伸びが鈍化して安定成長に移行し、社会保障制度においても、経済社会の変化に対応した制度や施策の見直しが行われた。具体的には、将来の高齢化社会に適合するよう、1983（昭和58）年の老人保健制度の創設、1986（昭和61）年の基礎年金制度の創設など、「社会保障費用の適正化」、「給付と負担の公平」を図るための改革が実施された。

また、雇用・労働政策においても、新しい雇用保険制度（1974（昭和49）年）で導入された雇用調整給付金^{（注1）}等により雇用維持に重点を置いた政策が実施され、以来、基本的には、長期雇用、年功的人事管理、企業別労働組合といったいわゆる「日本型雇用システム」を特徴とする内部労働市場の調整機能を重視し、雇用の安定を図る政策がとられてきた。

2 バブル経済崩壊後・本格的な少子高齢社会の到来後

1980年代頃から、高齢社会に対する取組みが大きな課題となっていたが、1994（平成6）年には、高齢化率が14%を超え、本格的な高齢社会が到来することとなった。また、高齢社会の到来と併せて、合計特殊出生率^{（注2）}が、1989（平成元）年には1.57と、それまで戦後の最低値であった1966（昭和41）年（「ひのえうま」の年）の1.58を下回る数値を記録し、少子化傾向が顕著となってきた。合計特殊出生率はその後も低下を続け、2005（平成17）年には1.26と過去最低を更新し、2006（平成18）年には前年を0.06ポイント上回る1.32、2007（平成19）年は前年

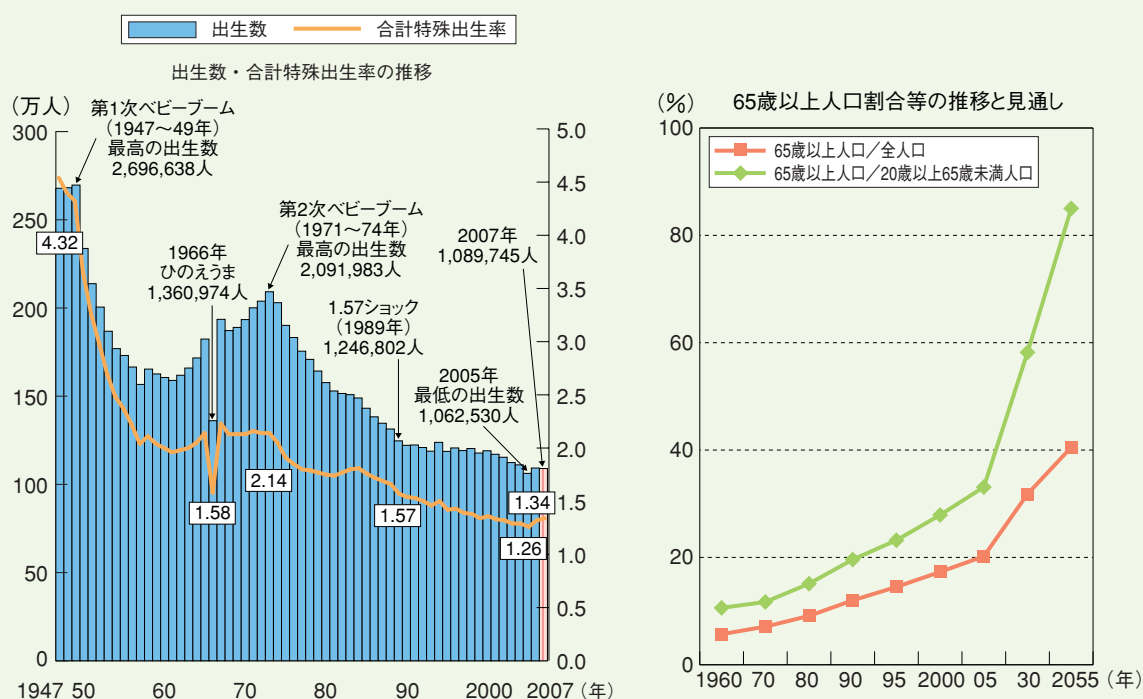
（注1） 労働大臣が指定する業種に属する事業を行う事業主で、経済的理由により指定業種部門の事業所の事業活動の縮小を余儀なくされたものが、指定業種ごとに定める指定期間内に休業を行い、雇用保険の被保険者に対し休業手当を支払った場合に、休業手当総額の2分の1（中小企業は3分の2）を支給することとしたもの。1981（昭和56）年に他の給付金と統合され、雇用調整助成金となった。

（注2） 15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が仮にその年次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。

を0.02ポイント上回る1.34とやや増加に転じたものの、依然として低い水準にあり(図表1-5-2)、2005年から、いよいよ人口減少社会に突入している。

このような少子高齢化の進展と併せて、バブル経済崩壊後の低成長経済の中で、社会保障給付を国民全体で公平に負担し、国民経済と調和しつつ、社会保障制度に対する国民の需要に適切に対応するための改革が進められるとともに、雇用・労働政策においても、厳しい雇用失業情勢や、働き方の多様化等へ対応するための政策が実施された。この間の社会保障に関する政策の動きとしては様々なものがあるが、ここでは主に年金、医療、高齢者介護、次世代育成支援、雇用・労働政策(厳しい雇用失業情勢や働き方の多様化等に対応するための政策)について取り上げる。

図表1-5-2 少子高齢化の進行



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
(注) 2007年は概数である。

資料：総務省統計局「国勢調査」、「人口推計」、
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推
計人口(平成18年12月推計)」より厚生労働省
政策統括官付政策評価官室作成。

(1) 年金制度の見直し

少子高齢化が進展する状況の中で、年金制度の在り方については、「60歳引退社会」を前提としていたものから、新たに「65歳現役社会」を実現するため、高齢者の雇用を促進する本格的な高齢社会にふさわしい年金制度とすることが求められた。このため、1994(平成6)年の改正において、厚生年金の定額部分の支給開始年齢を60歳から65歳に引き上げるほか、厚生年金の在職老齢年金の仕組みを、賃金の増加に応じて、賃金と年金の合計額が増加するよう改善する等の改正が行われた。

また、1999(平成11)年の財政再計算では、将来の現役世代の負担が更に重くなっていくこ

とが見込まれたため、2000（平成12）年の改正において、厚生年金の報酬比例部分の支給開始年齢を60歳から65歳に引き上げるほか、厚生年金の報酬比例部分の給付水準を5%適正化すること等の改正が行われた。

しかしながら、その後も、少子高齢化が一層進行し、2002（平成14）年の将来推計人口をもとに行われた2004（平成16）年の財政再計算においては、制度の見直しを行わなければ保険料の大幅な引上げが必要となるなど、給付と負担の両面の見直しが急務の課題となった。また、年金制度については、それまで5年ごとの財政再計算の際に、人口推計や将来の経済見通し等の変化を踏まえて、給付内容や将来の保険料水準を見直してきたが、その結果として、若い世代にとっては将来の給付水準も保険料水準も見通しにくいものとなり、公的年金制度に対する不安につながっているとの意見が強まっていた。

そこで、2004年の改正においては、保険料の引上げを極力抑制しつつ、将来の保険料負担の上限を設定して固定し、その保険料上限による収入の範囲内で給付水準を調整する仕組みの導入などによって、長期的な給付と負担の均衡を確保し、制度を将来にわたって持続可能とするための改革が行われた（第3章第3節（113頁）参照）。

（2）医療制度及び医療保険制度の見直し

医療については、21世紀の本格的な少子高齢社会においても、信頼できる安定した医療保険制度を堅持していくために、医療提供体制を含め、制度全般にわたる抜本的な改革が進められてきた。2002年には保険料率の引上げをできる限り抑制し、また、医療保険の制度間の給付率を統一して公平で分かりやすい制度とする観点から、医療保険制度間を通じて一部負担割合が統一された（原則3割）。また、医療提供体制においては、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進、医療従事者の資質の向上等が主要な課題となり、2000年の改正では、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床について、主として慢性期の患者が入院する療養環境に配慮した「療養病床」と医師・看護師の配置を厚くした「一般病床」に区分されるとともに、医療機関に関する広告規制の緩和や、医師・歯科医師の臨床研修の必修化などが措置された。

さらに、2006年の医療制度改革において、生活習慣病の患者・予備群の減少や平均在院日数短縮を図るとともに保険給付の見直しなどの医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の3本柱からなる健康保険法等の一部を改正する法律が成立した。また、医療法等の改正を行い、医師確保対策の実施、患者の視点に立った医療情報提供体制の充実、医療機能の分化・連携を図る新しい医療計画制度の着実な推進を図ることとされた。

さらに、被用者保険間の助け合いの考え方に立って、被用者保険のセーフティネットとなっている政府管掌健康保険に対する支援措置等を盛り込んだ「平成二十年度における政府等が管掌する健康保険の事業に係る国庫補助額の特例及び健康保険組合等による支援の特例措置等に関する法律案」を2008年通常国会に提出し、継続審査とされている。

（３）高齢者介護問題に対する取組みの進展と介護保険制度

またこの時期には、高齢者介護問題に対する取組みの進展があった。

21世紀の本格的な高齢社会の到来を見据えて、高齢者の保健福祉分野のサービス基盤の拡充を図ることを目的として、1989年12月に高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）が、1994年12月には新ゴールドプランが策定された。これにより、在宅福祉サービスや施設サービスについて、具体的な目標値を掲げて計画的に整備が進められた。

さらに、高齢期の最大の不安要因である介護問題に対応するために、1997（平成9）年12月に介護保険法が制定され、2000年4月から施行された。介護保険制度は、老人福祉と老人医療に分かれていた高齢者の介護制度を再編成し、社会保険の仕組みを活用しながら、利用者の希望を尊重した総合的な介護サービスを受けられるようにしたものであるが、2000年4月にスタートして以来、サービス提供基盤が急速に整備され、施行後5年を迎える頃には、介護費用は6兆円（／年度）を超過し、在宅サービスの利用者は約2倍に増大した。また、介護保険制度の「持続可能性」を高め、「活力ある超高齢社会」を築くためには、制度全体を『予防重視型システム』へ転換することや、医療、介護、住まい等の総合的な体制を構築し、できる限り住み慣れた地域で生活を送ることが可能となるような「地域ケア体制」を整備していくことが求められていた。

このため、2005年に成立した「介護保険法等の一部を改正する法律」において、軽度者向けのサービス内容を状態の改善・悪化防止につなげる予防重視型システムへの転換、地域密着型サービスの創設など、制度全般にわたる見直しが行われた。

一方、仕事と介護の両立支援策の充実も重要となっていた。このため、1999年には介護休業制度の義務化が実施され、また、雇用保険の被保険者が介護休業を取得した場合に、介護休業給付として3か月を限度に休業前賃金の25%相当額を支給することとされた。さらに、介護休業給付の給付率の40%への引上げ（2001（平成13）年）、介護休業の対象労働者の拡大（2004年）などが実施され、制度の充実が図られている。

（４）次世代育成支援対策

女性労働者の増加に伴って共働き家庭が増加し始め、1992（平成4）年には片働き家庭を初めて抜いたことや、労働力不足基調の中で必ずしも十分にいかされていない女性などの活力を社会にいかすことが必要不可欠となったこと等を背景に、仕事と育児の両立のための支援策の充実が急務となった。また、1990（平成2）年の「1.57ショック」^{（注）}という言葉が端的に表しているように、1990年代になってから、少子化現象が一般の注目を集めるようになった。

こうした状況の中で、1991年に「育児休業等に関する法律」（育児休業法）が制定され（1992年施行）、1歳に満たない子を養育する労働者が育児休業を取得することができる権利が明確化された。さらに、育児休業給付が創設され、1995（平成7）年の育児休業制度の小規模事業所も含めた全面適用と同時に、休業前賃金の25%が受給できるようになった。その後、育児休業給付の給付率の40%への引上げ（2001年）、子の看護休暇の創設、育児休業の対象労働者の拡大

（注） 1.57ショックとは、前年（1989年）の合計特殊出生率が1.57と「ひのえうま」という特殊要因により過去最低であった1966（昭和41）年の合計特殊出生率1.58を下回ったことが判明したとき（1990年）の衝撃を指している。

や育児休業期間の延長（一定の場合は1歳6か月まで）（2004年）などが実施され、制度の充実が図られている。

また、少子化社会への対応が重要な政策課題として位置づけられるようになり、子育て支援策の拡充が開始された。

まず、保育、雇用、教育、住宅など複数の省庁における横断的な施策を計画的に推進するため、1994年12月、「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」（エンゼルプラン）が策定された。このエンゼルプランの中心となったのは、保育サービスの拡充であり、緊急保育対策等5か年事業によって、低年齢児保育の待機の解消や延長保育の拡大などが図られた。

また、その後も、少子化が進行する状況を踏まえ、1999年には「少子化対策推進基本方針」（少子化対策推進関係閣僚会議）が策定され、この基本方針に基づき1999年12月には「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について」（新エンゼルプラン）が策定された。

このような中、2002年1月に将来推計人口が公表され、将来（2050（平成62）年）の合計特殊出生率の見通し（出生中位・死亡中位推計）が前回（1997年）推計の1.61から1.39へと更に下方修正された。また、少子化の主たる原因として、晩婚化に加え、新たに、結婚した夫婦の出生児数の減少という傾向が見受けられた。このため、2002年、少子化対策の一層の充実に関する提案として、「男性を含めた働き方の見直し」、「地域における子育て支援」等を柱とする「少子化対策プラスワン」が取りまとめられるとともに、2003（平成15）年に「次世代育成支援対策推進法」が制定され、地方公共団体や従業員規模301人以上の事業主に対し、次世代育成支援のための行動計画（地方公共団体については市町村行動計画・都道府県行動計画、事業主については一般事業主行動計画）の策定が義務づけられた。

また、2003年には少子化社会対策基本法（議員立法）が成立し、同法に基づき、2004年6月に「少子化社会対策大綱」が閣議決定されるとともに、当該大綱に基づく重点施策の具体的実施計画として、2004年12月に「子ども・子育て応援プラン」が策定された。「子ども・子育て応援プラン」は、少子化社会対策大綱の掲げる四つの重点課題に沿って、2009（平成21）年度までの5年間に講ずる具体的な施策内容と目標を掲げるとともに、概ね10年後を展望した「目指すべき社会の姿」を提示している。

さらに、2006年6月には、少子化社会対策基本法に基づいて設置された少子化社会対策会議（会長：内閣総理大臣）において、少子化対策の抜本的な拡充、強化、転換を図るため、40項目にわたる具体的な施策を掲げた「新しい少子化対策について」が、政府・与党の合意を得て決定された。また、2006年将来推計人口において示された少子高齢化についての一層厳しい見通しや、国民の結婚や出産・子育てに対する希望と現実との乖離を解消することの必要性などを踏まえ、2007年12月には、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略検討会議において、『子どもと家族を応援する日本』重点戦略』が取りまとめられ、同月、少子化社会対策会議において決定された。

（5）雇用・労働政策

1）厳しい雇用失業情勢への対応

バブル経済崩壊以降、1991年初めから、経済が長期的に低迷する中で、失業率は上昇を続け、

1995年に初めて失業率が3%を突破した。雇用・労働政策においては、1980年代の安定成長期、1980年代後半から1990年代初頭のバブル経済期に引き続いて、基本的には、景気変動に伴う雇用需要の変動には、雇用調整助成金による雇用維持を雇用・労働政策の中心に据えて展開した。また産業構造の変化に伴う構造不況業種の雇用問題に対しては、企業の事業転換や労働者の職種転換、出向・再就職斡旋による「失業なき労働移動」を図ってきた。

しかしながら、1997年の金融危機を契機に、中高年層及び若年層の失業問題が深刻化し、2003年4月には完全失業率が既往最高の5.5%になるなど、統計開始以来最も厳しい情勢になった。こうした中で、従来の「雇用の安定」、「失業なき労働移動」に加え、外部労働市場を通じた労働力需給のミスマッチ解消が重要性を増し、「雇用創出」のための各種支援措置の実施とともに、労働力需給調整機能の強化や、労働移動・再就職支援を促進するための各種助成措置の整備、民間を活用した職業能力開発支援などの政策が講じられた。

具体的には、不良債権処理加速に伴う離職者の増加に対応するため、1998（平成10）年4月の緊急雇用開発プログラム以降、累次の雇用対策が策定され、雇用のミスマッチを解消するための施策が講じられるとともに、官民一体となった労働力需給調整機能の強化が図られた。

1997年には労働者の自発的な職業能力開発促進等を内容とする職業能力開発促進法改正が行われ、1998年に雇用保険法の改正により、労働者が自ら負担した教育訓練の費用を給付する教育訓練給付が新設された。また、1999年には、厳しい雇用失業情勢や働き方の多様化を背景として、労働力需給のミスマッチの解消を図り、多様なニーズに応えていくため、新たな国際基準の観点等も踏まえて、有料職業紹介事業の取扱職業や労働者派遣事業の対象業務の原則自由化、労働者保護措置の拡充等を内容とする職業安定法及び労働者派遣法の改正が行われた。2001年には、雇用対策法や職業能力開発法等が改正され、再就職援助措置を講ずる事業主に対する助成や、労働者の職業生活設計に即した自発的な職業能力の開発・向上に関する事業主の措置等が盛り込まれた。

2000年、2003年には、失業者の急増に伴う雇用保険財政の悪化を踏まえ、雇用保険制度について倒産・解雇離職者に支援を重点化する改正が行われた。また2003年に、厳しい雇用失業情勢や働き方の多様化を背景として、労働力需給のミスマッチを解消し、多様なニーズに応えていくため、労働者派遣制度について、専門的等の26業務等以外の業務の派遣受入期間の制限を1年から最大3年に延長、派遣受入期間の制限を超えて派遣労働者を雇用しようとする派遣先の派遣労働者への雇用契約の申込み義務の創設等を内容とする改正が行われた。

2) 働き方の多様化への対応

グローバル化や市場経済競争の強まり、高度情報化の進展と産業構造の変化等を背景に、企業の雇用管理に変化が生じ、人件費の変動費化や将来の不確実性の対応のため外部人材を含む正社員以外の者の活用が図られている。こうした企業の人材マネジメントの変化や働く者の価値観の多様化を背景として、パート、派遣、契約社員等といった多様な就業形態が増加することとなった。

パートタイム労働者については、1989年に定められた指針等に基づいて労使に対する啓発指導等が実施されていたが、パートタイム労働者の雇用管理の更なる改善を図ることを目的とし

て、1993（平成5）年にパートタイム労働法が制定され、1999年には、雇入れ時における労働条件の文書による明示を内容とした指針の改正が行われた。さらに、通常の労働者とパートタイム労働者との間の「働きに応じた公正な処遇」の実現に向けた取組みを進めるため、2003年に指針を改正し、パートタイム労働者と正社員との間の均衡を考慮した処遇の考え方を具体的に示した。

派遣労働者については、多様な働き方に対するニーズを踏まえ、多様な選択肢を確保するという観点からも、1）で触れたような改正が行われてきた。

また、労働者の主体的な選択の可能性を広げ、働き方の多様化に対応するため、1998年に、企画業務型裁量労働制（付注1参照）の導入等を内容とする労働基準法の改正が行われた。さらに2003年には、有期労働契約について雇用期間の上限を原則3年とする等の改正が行われた。

3）若年者を中心とする正規従業員以外の雇用者の増加に対する対応

1）で述べたように、1997年の金融危機以降、労働移動支援策の充実が図られてきたが、長期にわたる景気の低迷状態の中で、無業者やフリーターが増加するなど、若者を取り巻く雇用環境は非常に厳しくなった。このため、2003年6月に策定された「若者自立・挑戦プラン」に基づき、ジョブカフェの整備や日本版デュアルシステムの創設等を行うとともに、2006年度、2007年度については、「フリーター25万人常用雇用化プラン」などにより、ハローワークやジョブカフェを通じた常用就職支援やトライアル雇用など各種対策を積極的に講じてきている（第3章第2節（103頁）、第2部第5章第1節（217頁）参照）。