

少子高齢化社会への政策対応

中村 実 / 和田理都子

少子高齢化の進行により、社会保障制度改革が必要な局面にある。公的年金改革の基本原則は現役世代の負担軽減であり、年金給付レベルの削減が必要となる。医療改革は、まず現行の医療制度を高齢者医療介護保険と現役医療保険に再編成し、かつ保険者機能強化のために情報化投資を実施する必要がある。高齢者生活支援の分野においては今後、住宅政策が重要となろう。

一方、少子高齢化のコストを賄うために成長が必要である。働ける人々を増やさなければならない。このためには、高齢者雇用の促進と、女性の一層の社会進出が必要となる。女性の社会進出を加速させるためには、育児と仕事が両立可能な社会環境が求められており、保育所の増設、税・社会保険料体系の修正がいる。さらに、「使用者は従業員の育児・介護の責任を考慮する」必要がある。

少子高齢化の現状

日本の少子高齢化の進行状況は表1に要約される。60歳男子の平均余命は、1955年

表1 少子高齢化の進行

	1955年(A)	1998年(B)	B - A
60歳男子の平均余命	15年	21年	6年
合計特殊出生率	2.4人	1.3人	-1.1人

出所)厚生労働省「人口動態統計」

に15年だったものが98年には21年となり、この間に6年延びた。一方、一生の間に女性が何人の子供を産むかを示す合計特殊出生率は、1955年の2.4人から98年には1.3人となり、この間に1人分減少した。これが少子高齢化の進行であり、現役世代に対するOB世代の比率は急上昇している。

公的年金、医療、高齢者介護を中核とする社会保障制度の根底にあるルールは世代間扶養である。サラリーマンが拠出している厚生年金保険料は、現在の高齢者に年金

給付として所得移転されており、現状の日本の公的年金制度は「親への仕送り」の社会化に他ならない。医療保険も、現役世代と高齢者の通院回数を比較するならば、現役世代が高齢者の医療費を負担している。したがって、現役世代とOB世代のバランスが安定していなければ、社会保障制度そのものが成り立たず、家族の老後の生活は大きく揺らぐこととなる。

しかし、1995年の20～64歳の現役世代と65歳以上のOB世代のバランスは、4.7人の現役世代で1人のOB世代を支える形となっていたが、少子高齢化の進行によって、2025年には2人の現役世代で1人のOB世代を支えることが必要となる。社会保障制度が世代間扶養を前提としている以上、この制度を維持するために、21世紀前半、現役世代に多大な圧力がかかる可能性が高い。ベースアップの大半が社会保険料の値上げで相殺されてしまうのでは、現役世代にやる気は起きまい。

一方、出生率の回復が遅れれば、日本の労働力人口は今後急速に減少していく公算が大きい。20～64歳の人口は現在7800万人だが、2025年には6500万人にまで低下し、日本の経済成長率にマイナスのインパクトをもたらすことが懸念されている。日本の公的債務は国、地方政府合わせて650兆円にまで拡大し、財政再建が主要な課題となりつつある時期に、日本の経済活動の規模が労働力不足のなかで縮小するリスクは、ぜひとも排除しておく必要がある。

将来の労働力人口の減少により成長率の伸びが減速するリスク、および少子高齢化によりOB世代と現役世代のバランスが崩れ、社会保障制度がいつそう不安定になることを阻止するためにも、21世紀の最初の

10年間に本格的な少子高齢化対策が発動されることが必要だろう。

対応策としてまず必要なのは、OB世代に対する現役世代の負担を現役世代にとって無理のないものにすることであり、社会保障制度の改革とりわけ公的年金、医療保険の改革が求められる。ただし、高齢者の「安心できる生活」を確保するという視点を失うことは許されない。

公的年金の改革

日本の公的年金制度を極端に単純化して説明すれば、以下ようになる。ここでは、現役時代の賃金の60%を年金給付として65歳から支給すると仮定して話を進める（単純化のために賃金に変化はないとする）。

まず、公的年金は世代間扶養の仕組みに他ならないから、OB世代に現役時代の賃金の60%を支給するためには、現役世代の総賃金の何%を厚生年金保険料とすればよいかを考えればよい。

$$\begin{aligned} & \text{OB人数} \times \text{賃金} \times 0.6 \\ & = \text{現役人数} \times \text{賃金} \times \text{厚生年金保険料率} \end{aligned}$$

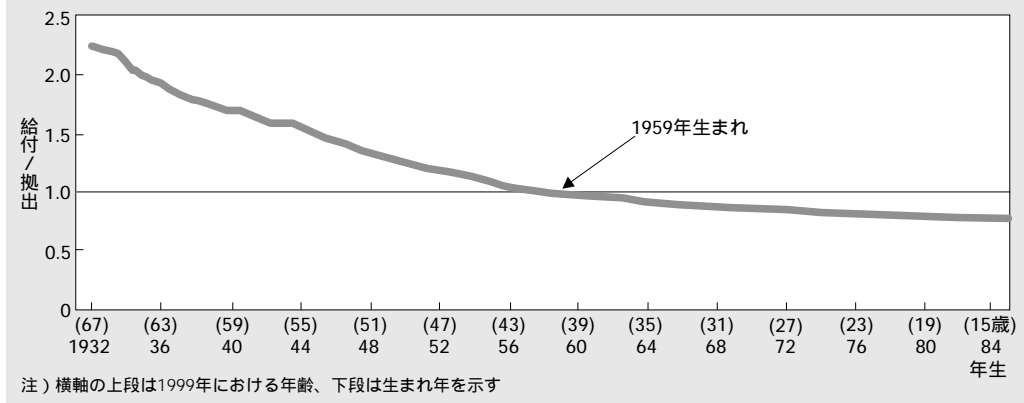
という式を解くと、

$\text{厚生年金保険料率} = (\text{OB人数} \div \text{現役人数}) \times 0.6$
「OB人数÷現役人数」は、「現役何人でOB1人を支えるか」に当たるので、人口構成予測を利用すると、2000年15%、2010年21%、2025年28%という保険料率が導き出される。

もし、この保険料率の値上げが現役世代にとって耐えきれないものと考えらるならば、現役の賃金に対する年金給付の比率（ここでは60%）を引き下げるしかない。これが公的年金改革のエッセンスである。

現行の厚生年金保険制度では、標準的な

図1 厚生年金における世代会計



年金給付額は高齢者世帯の平均消費額（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦だけで有業者のいない世帯、教養・娯楽・交際費を含む）の約9割をカバーしている。この給付水準を維持するために、当局は厚生年金保険料を現行の給与の17.35%から、長期的には27.6%にまで引き上げる必要があると説明している。このような保険料の大幅な値上げは、現役世代からみてとうてい受け入れ難いため、年金給付レベルの削減が必要である。

次に、現行の保険料値上げスケジュールのもとで、世代別に年金収支率（自分の拠出に対してどの程度の給付があるか）をみると、1959年生まれ（今年42歳）の年金収支率がちょうど1であり、これ以降に生まれた世代では1を下回る（図1）。つまり、自分の拠出に見合った給付を受けられない。このため、若者の公的年金に対する信頼が大きく低下することが懸念される。現行の給付レベルは世代間でみても公正ではなく、その修正が必要である。

公的年金改革は、5年に一度の公的年金財政再計算に合わせて行われている。次の財政再計算は2004年度である。したがって、政府は公的年金改革のための特別委員会を

設立し、「公的年金のあるべき姿」についての最終案を2003年度までにまとめるべきである。

その際のポイントは、年金給付の削減率は現役世代の負担を考慮してどの程度あるべきか、目標を達成するための手段としては何が適切かの2点である。また委員会では、年金と年金にかかわる税制とが同時に論議されることが望ましい。

医療制度の改革

医療費の急増が問題となっているが、医療は人命にかかわるため、「安かろう、悪かろう」のシステムは容認されない。公的年金改革では、「あなたには過去積み上げてきた金融資産があるはずですよ」ということが前提としてあるため、ストレートに給付削減の議論となるが、医療改革ではバッファがないため、「品質を維持しつつ、いかにして医療費の伸び率を適正な水準とするか」が医療保険改革の課題となる。

現状の国民医療費は30兆円だが、医療費の単価を固定し、高齢化要因だけを考慮した場合の2030年の医療費の総額は40兆円、一方、近年の医療費増加のトレンドに高齢

化要因を加味した場合、2030年の医療費の総額は100兆円と推計される。医療の質を維持しつつ、この40兆円から100兆円の範囲のどこに効率的な医療費を設定できるかについては、新たな仕掛けが必要だろう。

OB世代にとって、特に70歳以上になったとき、収入の大半は年金収入となる。そして、必然的に医療費、介護費の支出は急増する。高齢者1人に対する月当たり医療費支払いの上限は3.6万円、要介護度5（生活全般にわたって全面的な介助が必要な、過酷な介護が必要な状態）となった場合の毎月の自己負担上限は3.7万円であり、これが高齢者にとっての生命線である。

現役世代の医療費に対して高齢者の医療費が5倍だからといって、高齢者の負担を増加するにしても限度があろう。高齢者医療は社会で負担するしかないのである。したがって、まず若年者と高齢者の保険を分離する必要がある。

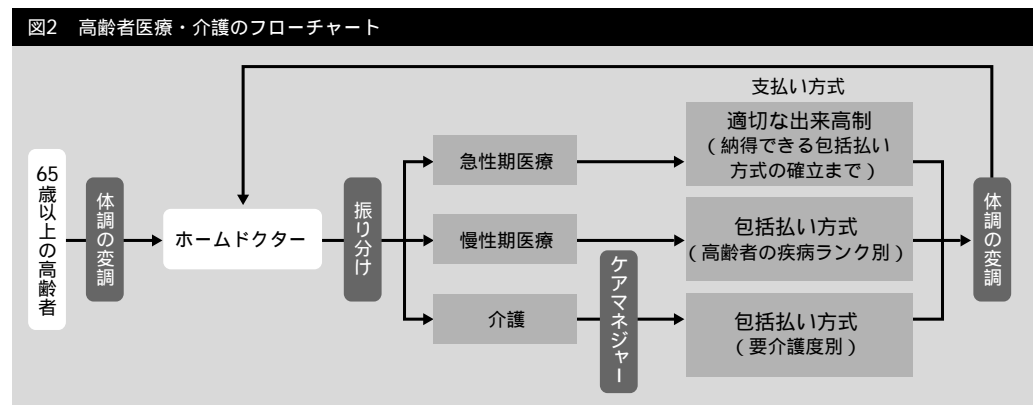
高齢者を対象とする新たな保険のポイントは、高齢者の総合的な生活の質の向上を目指しつつ、コスト管理の仕組みを内包した、社会全体で支える制度の3つである。高齢期の疾患の特徴は、同時に複数の「悪いところ」「痛いところ」があり、症状の悪化防止や緩和はできても完治

が難しく、手助けがあれば自宅で生活できるが、全く1人では心配だ、というものである。

したがって、生活の質の向上を図るためには、別の制度になっている医療と介護を統合し、総合的に高齢期の生活を支える「ホームドクター」制を導入することが適当であろう。高齢者は体調の変調の際には、まず自分のホームドクターから受診する。普段から患者の体調や体質をよく知っているホームドクターが、症状に応じて「急性期医療」「慢性期医療」「介護」に患者を振り分ける。「介護」の場合は、ケアマネジャーと医師とが詳細に情報交換を行い、適切なケアプランを作成する（図2）。

のコスト管理の仕組みとしては、包括払い方式を導入する。

急性期医療は直ちに命に直結する問題であるため、将来的には包括払い制の導入を考えつつ、当面は出来高払い制を維持する。一方、高齢者の多くが必要とする慢性期医療は、治療方法の選択に当たって患者の選択の幅が広く、「生活支援的」側面が強い。よって、慢性期に分類される疾病ごとに疾病管理・生活指導などにかかる時間、手間、コストをあらかじめ評価し、ランクを決め、診療報酬はこのランクにより定められた額



が支払われる仕組みとする。介護に関しては、現行制度でも「要介護認定」と「要介護度別利用限度額」による包括払い方式となっており、これを維持する。

はファイナンスである。高齢者自身も保険料を払い、なおかつ社会全体で支える方法として、半分为公費、半分为保険料で賄われる介護保険制度が参考になる。

次に若年層の医療保険改革では、ファイナンス形態は労使折半を継続しつつ、財政基盤を強化するために大規模化することが必要となる。現行制度では、地域保険と職域保険を合わせて保険者数は5300にのぼり、加入者数をみると数千から数十万人と大きなバラツキがある。また、国民健康保険を含めた財政基盤の弱い保険者は、8割が赤字に陥っている。これらを、地域を中心とした、10～50万人が加入する巨大保険者に統合し、保険運営における規模のメリットを追求する。後に述べるが、医療分野において情報化投資を実施するためにも、まず財政基盤の強化が必要である。

以上が医療保険の基本的なフレームワーク改革であるが、これだけでは医療費コストの削減、適正化には結び付かない。重要なのは、納得して負担できるリーズナブルな医療費の伸び率をいかにして達成するかということである。そのためには、医療機

関の「情報開示と競争」を徹底し、患者による医療機関の選択を可能にすることが必要である。

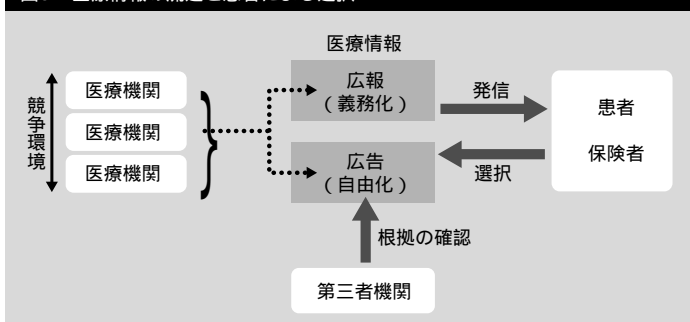
情報開示の徹底のためには、まずは医療機関による「何を専門とし、ベッドや設備がどうなっているか、看護婦は何人いるか」といった基本情報に関しては、「広報」として公開を義務づける。

一方、患者が積極的に医療機関を選択するためには、医療機関の「医療サービス格付け」が必要となろう。しかし、外部機関が客観的な格付けを行うことは困難である。そこで、医療サービス提供機関は、客観性を担保できるならば（第三者が調査しても虚偽でないと証明できる情報であるならば）、「広告」として、自分の能力を自由に、しただけ宣伝してよいというルールを適用してはどうだろうか。

「すべての医療機関は、これだけは宣伝してよい」という受け身の発想ではなく、「自信と実績のある、能力ある医療機関は大いに宣伝する」ことで、消費者の合理的な選択が可能となり、医療サービス機関に本格的なサービス競争が導入されることとなる。これまでの「つぎはぎ的」な改革では達成できなかった、医療費の適正化のためには、このような能動的な発想が必要ではなからうか（図3）。

高齢者と若年層の医療保険の分離、保険者の財政基盤の強化、さらに医療機関相互の競争促進政策の導入によって、医療にかかわるインフラ整備はいちおう完了しよう。最後の課題は、医者、患者、保険者にとって適切な医療費のコンセンサスをどのように探るかである。そのためには、医療分野における大胆な情報化投資を行い、すべての医療情報をデータベース化すること

図3 医療情報の流通と患者による選択



により、日本の医療費の中身を正確に把握する必要がある。

医療にかかわる多様なデータを、標準体系に準拠して統合的に共有、分析することが可能となれば、どのような患者が、どのような疾病により、どの程度の医療費を使っているか、また、そのためにどれくらいのコストがかかっているか、再入院率や入院中の死亡率はどうなっているかなどが明確になる。すなわち、全国的なデータベースをもとに、医療費の配分、増加要因、さらに費用対効果を数値に基づいて議論できる基盤が確立する。

具体的には、軽医療やターミナルケア（末期医療）はどれだけの医療費を使っているのか、重症患者に対する高度医療は本当に赤字で、再生産が困難となっているのか、同一の疾病で医療費やコストにどの程度のバラツキがあるのかなどが検証できるようになる。現行の診療報酬体系において、個々の診療行為の原価と報酬がどの程度乖離しているかも明確になる。

医療費の使い方に非効率があることが情報として共有されるならば、当然、その是正に取り組む機運が生じよう。資源は「真に必要な」分野に重点配分されるべきだからである。データに基づく優先順位付けであれば、国民のコンセンサス形成も可能だろう。これにより、医療費の伸び率を適正なものにすることも可能となろう。

情報化投資の結果、疾病に対する医療手順が統一化されていないことが明らかになれば、「医療手順の標準化」の動きが生じよう。個々の医師の経験や勘に依存する部分が少なからず残っていると推測されるだけに、標準化の推進が、費用対効果の優れた方策を普及させる効果は大きい。公的セ

クターや保険者は、医師会や専門医学会による診療ガイドラインの開発と普及を積極的に支援し、文献データベースの構築などの環境整備を推進すべきである。

医療データが整備されることは、消費者にとってもメリットがある。全国的なデータベースから、指標となるベンチマークデータ、例えば平均入院日数や再入院率、入院中の死亡率などを一般に公開すれば、患者の医療機関選択に際しての一助となる。このことにより、消費者が「良い医療機関」を滞りなく選択することが可能となれば、経営努力をしている医療機関はメリットを享受できるだろう。

情報化投資を通じて、将来的に適正な医療費の伸び率への合意形成、消費者の利便の向上、医療サービス産業への本格的な競争促進政策の導入が可能となり、日本の医療保障体制に大きな改革がもたらされると期待される。

高齢者生活プランの徹底

寝たきり老人の介護に家族が疲弊する現実に対処するため、介護保険が日本に導入された。医療制度の改革では、高齢者医療と介護保険との統合が必要であると述べたが、ここでは今後の介護保険への需要を考えてみる。

公的介護保険にかかる費用は、厚生省によると初年度の2000年では4兆3000億円である。これを基準に今後の高齢者数と要介護者数の伸び率、利用率の伸びを加えて、中長期的な財政規模の予測を行うと、2010年には2000年価格で総額9.3兆円、2030年には約12.7兆円となる（次ページの表2）。

介護保険財政は、総額の50%を公費で、

残りの50%を40歳以上の全国民の保険料で賄うように設計されている。40～64歳の現役世代が払う保険料はこのうち約33%を占め、推計によると2000年で1.2兆円、2010年に2.7兆円、2030年には3.7兆円の負担となるが、医療の保険料負担16兆円に比べて現役世代の負担は小さい。したがって、高齢者介護の分野では、当面、介護保険料率を論じる必要はなく、高齢者の「安心できる生活」をどのように確保するかに焦点を当てること が許されよう。

表3は、2025年に向けての人口構成の予測である。現役何人で高齢者1人を支えるかをみると、1995年が4.3人で、2025年には2人で支えることが必要となる。したがって、少子高齢化社会における社会保障改革の最重要課題は「現役世代の負担の軽減」となるが、高齢者の「安心できる生活」を確保

するという視点を失ってはならない。

表3に示されるように、2025年には高齢者が現役世代の半分以上の人口規模となり、高齢者層は若年層の1.7倍にものぼる。もし、高齢者が「将来が不安なので消費を切りつめる」状況におかれているのであれば、個人消費は低迷し、日本経済は持たない。また、現役世代にとっても「惨めな老後」を望む者はいない。まず、高齢者の「安心できる生活」を維持するため、高齢者生活プランの普及が必要と考える。

高齢者はどのような生活をしているのだろうか。図4は、平均世帯人員数の推移を長期的にみたものである。1960年には4.13人であったものが、サラリーマン化や都市化が伝統的な三世代家族の崩壊をもたらし、核家族化を進行させている。21世紀前半もこの傾向が続くだろう。

日本の世帯の動向を1975年と99年でより細かく比較すると、「夫婦のみの世帯」と「単独世帯」の比率が上昇し続けている（増加数に占めるシェアは合わせて8割）。子供と親のいる家族はほとんど増加していない（表4）。

そして、夫婦のみの世帯に占める高齢者夫婦世帯の比率が上昇し、単独世帯に占める高齢者単独世帯の比率も上昇し続けている。

表2 介護保険財政の予測

	(単位：兆円)			
	2000年	2010年	2020年	2030年
介護保険総額	4.3	9.3	11.5	12.7
公費	1.9	4.1	5.0	5.6
現役負担	1.2	2.7	3.3	3.7
企業負担	0.4	0.8	1.0	1.1

注1) 現役負担とは、2号被保険者（40歳以上65歳未満）の払う保険料の総額を指す
 2) 企業負担とは、2号保険料の事業主負担のうち、政府管掌健康保険および組合健康保険の企業負担分を指す（国を除く）
 3) 2000年価格

表3 21世紀第1四半期の人口構成

	1995年	2000年	2010年	2025年
0～19歳（若）	2,836 (22%)	2,593 (20%)	2,295 (18%)	1,910 (16%)
20～64歳（現）	7,775 (63%)	7,894 (62%)	7,521 (60%)	6,527 (56%)
65歳以上（老）	1,819 (15%)	2,187 (17%)	2,813 (22%)	3,312 (28%)
人口計（万人）	12,430	12,674	12,628	11,748
現/老（現役何人で老人1人を支えるか）	4.3人	3.6人	2.7人	2.0人
老/若（若年に対する老人の比率）	0.6	0.8	1.2	1.7

出所) 国立社会保障・人口問題研究所「人口の将来推計 低位推計」

る。伝統的三世帯世帯、高齢者が子供夫婦によって支えられる姿は、「サザエさん」のような漫画の中でしか見られないことになるのかもしれない。したがって、都市部で老後を可能なかぎり夫婦2人で暮らしていこうと考えるならば、以下の項目に目途を付けておく必要がある。

健康

自分の心身の状態を把握しており、相談できるホームドクターは決まっているか。

要介護となったとき、相談するケアマネジャー、介護事業者、入居したい施設などに目途はついているか。

住宅、住まい方

自宅に安心して住み続けるために、自宅のバリアフリーへの改修は完了しているか。

自宅での生活が困難になった場合に備えて、住み替える先に目途はついているか。

高齢期ファイナンス

毎月の生活費、各種保険料支払い、医療費など、自己負担のおおよその必要額を把握しているか。

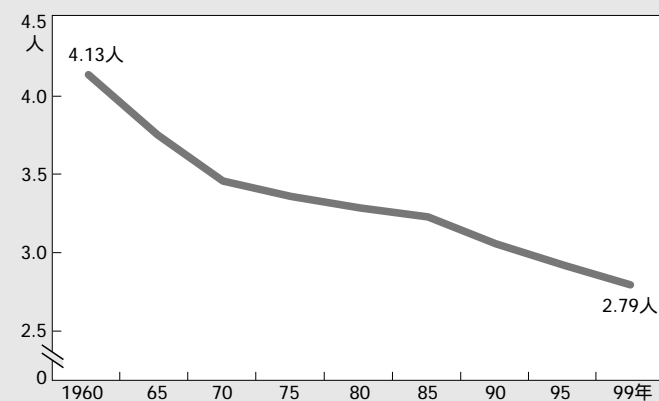
豊かな老後生活のため、資産（金融資産、実物資産）の使い方を考えているか。いざという時の資金はどれくらいあるか。

判断力が低下した時

残された配偶者が痴呆症になった場合の資産を管理するために、任意後見制度（あらかじめ自分の意思で、任意後見人となる代理人を選任しておく）などの利用の目途はついているか。

とりわけ政策担当者は、高齢者の生活収支をつねに注目しておく必要がある。平均

図4 平均世帯人員数の推移



出所)厚生労働省「人口動態統計」

表4 世帯増加の内訳

	(単位:万世帯)		
	1975年(A)	1999年(B)	B-A
単独世帯	599 (18.2)	1,059 (23.6)	460 (38.2)
夫婦のみの世帯	388 (11.8)	916 (20.4)	528 (43.9)
夫婦と未婚の子のみの世帯	1,404 (42.7)	1,544 (34.4)	140 (11.6)
その他	897 (27.3)	973 (21.6)	76 (6.3)
合計	3,288 (100)	4,492 (100)	1,204 (100)

注1)カッコ内は構成比(%)

注2)その他には、三世帯世帯、片親と未婚の子のみの世帯などが含まれる
出所)総務省「国勢調査」

的な老夫婦(65歳以上)への公的年金給付額は年284万円(標準ケース月23.7万円)、一方、平均消費額は308万円である。現在、公的年金の高齢者消費カバー率は92%であり、年24万円不足している。

もし、公的年金改革により給付額が10%削減され、一方、財政再建のため「高齢者にも応分の負担を」の論理が進行し、年金の10%が課税され、消費税が現在より10%引き上げられると、

$$\text{消費額}(308 \times 1.1) - \text{年金実質額}(284 \times 0.9 \times 0.9) = \text{不足額}(109)$$

年間の不足額は109万円になり、この老夫婦が今後20年、2人で生き続けた場合の不足額は、

$$109 \times 20 = 2180 \text{ (万円)}$$

器の取り替え、その他 ~ に付帯して必要となる改修 の6つが、最高20万円まで給付されることとなった。

しかし、今こそ、「人は家族と自分の生活に合わせて住まいを変えていくものであり、特に高齢になるとその需要は高まる。本格的な介護施設に入る前の段階での住まいの整備を支援する必要がある」と、明確に認識すべきである。支援のあり方は、「自宅のバリアフリー化」と「本格的な介護施設に入る必要はないが、今の住居では暮らしにくい場合への対応」であり、後者の問題を本格的に論議すべきである。

「子供が3人いたとき郊外の4LDKに住んでいた。老夫婦2人となって、都心に近い50m²のバリアフリーのマンションに移動したい」といった需要は確実に発生する。したがって、主な住まいとしていた不動産を売却することで生じるキャピタルゲインに対する課税は、現行以上に優遇されるべきである。また、収入からみて希望する高齢者用バリアフリー住宅に移行できない人への対応として、公的住宅供給機関は21世紀前半、高齢者向けのバリアフリー賃貸住宅の供給に努力すべきである。

自宅に住みきれなくなった場合、介護施設への入所が必要となる。日本での在宅介護と介護施設の関係を示したものが次ページの図6である。以下、図のフローチャートに沿って見ていこう。

高齢者が大病にかかり入院したとする。治療が終了した時点で、「自宅に戻る自信」があれば在宅介護となる。

「自宅に戻る自信」がない場合は、病院から介護施設へ移動する。療養型病床群とは、病院に入院しつつも、医療よりも介護を中心とした療養が必要な人のための医療系介

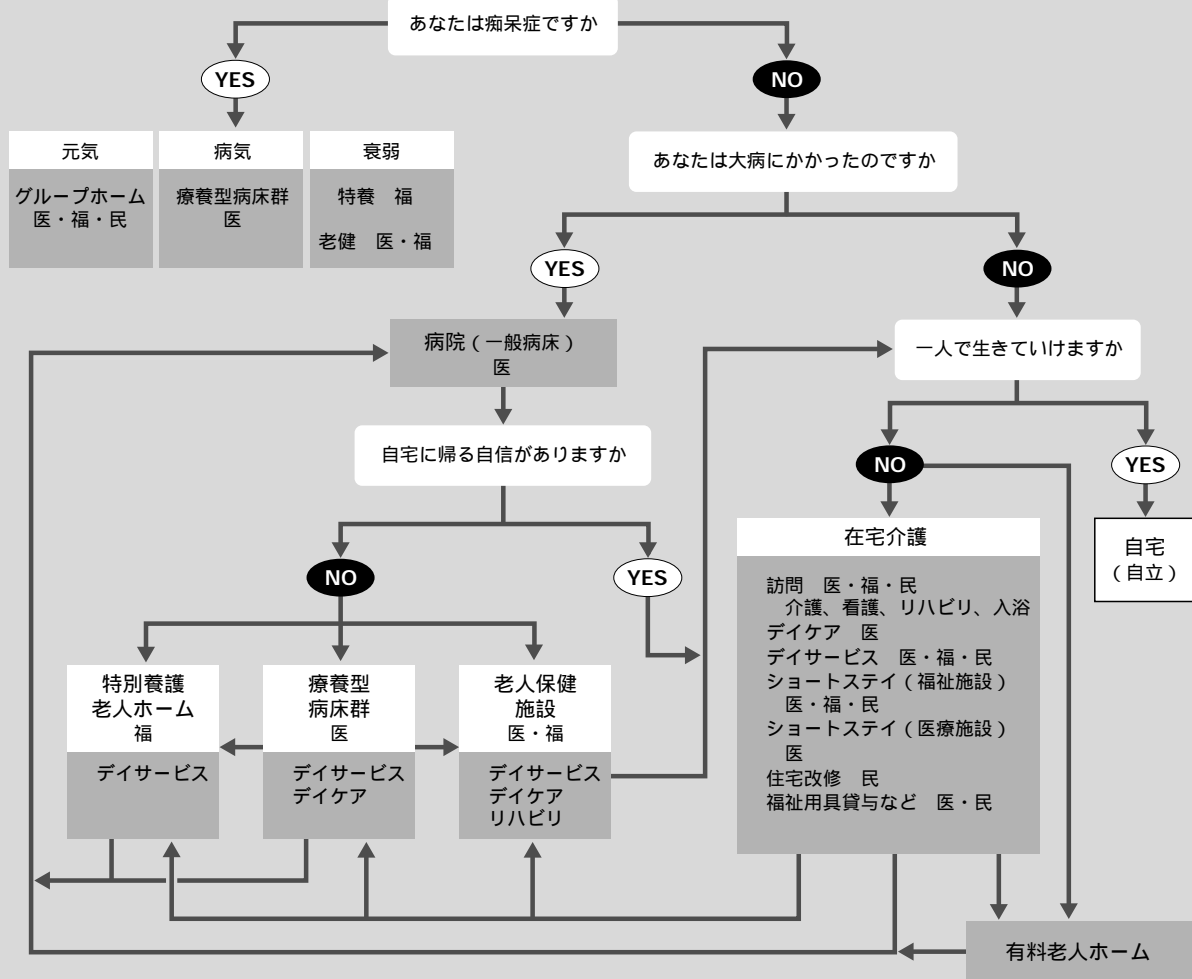
護施設である。また、自立した生活を取り戻すために機能回復が必要な高齢者は、リハビリテーション機能を担う老人保健施設に入所する。在宅生活が困難ならば、より生活面に重点を置いた特別養護老人ホームに移動することになる。しかし日本の介護施設は、個室化もまだ達成されていない。高齢者の介護施設の品質向上について、問題を提起する。

賃貸アパートで家賃を支払いながら在宅介護サービスを受ける場合、食費と家賃は自己負担、介護サービスは1割が自己負担となる。一方、例えば特別養護老人ホームに入居した場合は、ホテルコスト（食費と家賃）とケアコストの双方が介護保険で賄われ、合計額の1割と食費の一部だけを自己負担する。これでは、明らかに在宅介護が不利であり、不公正である。

介護用施設はその報酬を、家賃、食費、介護サービスの3つに分けて受け取るべきである。つまり、利用者は家賃と食費は自己負担、さらに介護サービスの1割を自己負担すべきである。このことによって、自宅で介護サービスを受け続けるのか、それとも施設に入るのかは、利用者からみて中立となり、自分の身体の状況に合わせて望ましいものを選ぶ形とすることができる。また国は、「施設有利の料金体系」のなかで急増する施設入所希望者に対応するための、膨大な施設建設費用を計上する必要がなくなる。

一方、施設側（社会福祉法人、医療法人）には明確なホテルコストとしての収入が入ることとなり、事業費の合理的な回収が可能になる。したがって、施設にとっては、どの層を対象とした施設を、どのようなレイアウトとコストで建設するかということ

図6 高齢者介護のフローチャート



注1) 内の記号は、そのサービスを提供できる主体を示す。医 医療機関、福 社会福祉法人、民 民間事業者（NPOを含む）
 2) 特養：特別養護老人ホーム、老健：老人保健施設

が課題となり、市場原理が導入されることとなる。民間資本にとっても、高齢者ケアマンションを中核として、レストラン、診療所、介護サービスプロバイダーを付属施設に組み込んだ複合複コンプレックスを開発すれば、まさに特別養護老人ホームそのものとなる。

つまり、施設サービスを提供する社会福祉法人、医療法人、民間資本は、完全な競争状態に置かれる。競争は市場を活性化させ、当然のことながら、消費者の利便の向上につながるはずであり、介護施設の住環

境の改善が期待されよう。ただし、収入からみて施設のホテルコストを支払うことが困難な高齢者に対しては、公的部門がホテルコストの支援を行う必要がある。

少子化への対策

社会保障制度の改革に加えて、経済成長も必要である。つまり、少子高齢化社会を賄うためにも、現役の生み出す付加価値の増加が求められる。

例えば、OB世代への負担が100であると

き、現役の生み出す付加価値が500であれば負担率は20%だが、1000であれば負担率は10%となる。財政再建も、現役の生み出す付加価値が500であるときよりも、1000であるときの方が容易だろう。付加価値は「現役人数×1人当たり生産額」であり、現役の数が多い方がよい。社会保障制度の安定化にとっても、より多くの人々が保険料を負担してくれることはプラスである。

現役の数を増やすためには、まず高齢者雇用の促進が必要であり、今後10年の間、65歳定年制の導入をめぐる論争が続くだろう。さらに、女性の一層の社会進出が必要だが、そのためには出生率の低下をもたらさない「女性にとって生きやすい」労働市場の整備が必要である。

そこで、少子化の背景について考えてみよう。まず、出生数、出生率、合計特殊出生率の推移をみる(表5)。

1949年(昭和24年)は戦後のベビーブームのピークであり、270万の出生数を記録した。1969~73年は、戦後のベビーブーム世代が結婚適齢期を迎えたため第2次ベビーブームとなり、その後出生数は低下の一途をたどっている。近年は年間118万の出生数のレベルにある。

出生率を問題にすると人々が注目する指標として、合計特殊出生率がある。単純化した説明をすると、女性が一生の間に何人の子供を産むかということである。合計特殊出生率は、1975年に2人を割り込み、89年に1.57人、さらに99年には1.34人にまで低下した。主要国と比較しても、日本は最低のレベルにある。

この合計特殊出生率について、正確に説明しておこう。単純化のために、各年齢ごとに女性が1000人ずついると仮定し、各年

代での今年の平均出生数は以下の通りだとする。

15~19歳	平均出生数20件
20~29歳	60件
30~39歳	50件
40~49歳	10件

15~49歳の女性総数は、
 $1000 \times 35 = 35000$ (人)
 であり、今年の出生数は、

$$5 \times 20 + 10 \times 60 + 10 \times 50 + 10 \times 10 = 1300 \text{ (件)}$$

となる。女性1000人当たりの出生数は、

$$1300 \div 35000 \times 1000 = 37.1 \text{ (人)}$$

となり、全人口に占める15~49歳の女性の割合は日本では24%なので、人口1000人当たりの出生数に換算すると8.9人となる。

しかし、この指標は、物事を直観的に理解するためにはわかりにくい。そこで、ある1つの仮定を加える。すなわち、「女性が一生の間に今年の年齢別出生率の通りに子供を産む」と仮定するならば、子供は何人になるのか。

上述の例でいえば、同じ女性1000人が15歳から49歳までの間に1300人の子供を産んだと考える。すると、合計特殊出生率は、

表5 主な人口統計

日本の出生数、合計特殊出生率の推移						
	1949年	59年	69年	79年	89年	99年
総人口(千万人)	8.2	9.3	10.2	11.5	12.2	12.5
出生率(人口千人当たり)	33.0	17.5	18.5	14.2	10.2	9.4
出生数(万人)	270	163	189	164	125	118
合計特殊出生率(人)	4.32	2.04	2.13	1.77	1.57	1.34
主要国の合計特殊出生率						
	日本	米国	英国	フランス	ドイツ	スウェーデン
合計特殊出生率(人)	1.34 (99年)	2.03 (96年)	1.73 (96年)	1.72 (96年)	1.32 (96年)	1.61 (96年)
出所)厚生労働省「人口動態統計」						

$1300 \div 1000 = 1.3$ (人)
 となる。したがって、合計特殊出生率は以下のように分解できる。

$$(20 \times 5) \div 1000 + (60 \times 10) \div 1000 +$$

$$(50 \times 10) \div 1000 + (10 \times 10) \div 1000$$

$$(15 \sim 19\text{歳の出生率}) + (20 \sim 29\text{歳の出生率}) +$$

$$(30 \sim 39\text{歳の出生率}) + (40 \sim 49\text{歳の出生率})$$

つまり、女性の各年代別の、1年間の出生率の合計が合計特殊出生率となる。した

がって、日本の合計特殊出生率低下の理由を分析するためには、女性の各年齢別の出生率の動きなどに注目する必要がある。

表6は、年齢別出生率および有配偶出生率の推移を示したものである。有配偶女性の年齢別出生率に大きな変化がないなかで、20～29歳女性の年齢別出生率が急激に低下して、日本の合計特殊出生率が大幅に低下している。したがって、日本の合計特殊出生率低下の理由としては、既婚女性の出生数が減少しているのではなく、晩婚化が考えられる。事実、日本の平均初婚年齢は、1973年のオイルショック後の低成長時代に一貫して上昇している(図7)。

少子化の大きな原因は、女性の社会進出による晩婚化である。しかし、「女性は家庭にいて家事、育児を担当」という時代ではない。第一次オイルショック以降の減速経済下において実質賃金上昇率が鈍化するなかで、中産階級としての生活を維持するために、主婦の労働市場への参入が続いている。また、高学歴化が進行し、女性自身にとっても働くことが当然の選択肢となっている。

したがって、「夫婦共稼ぎで中産階級としての生活が維持でき、かつ2人の子供を無理なくスムーズに育てることができる環境をどのように整備するか」という観点からの対応が必要である。

しかし、労働市場の構造は女性にとって満足できるものではない。日本の女性の年齢別社会進出はM字パターンである。すなわち、女性の社会進出比率は上昇しているが、30歳代前半に出産・子育てのために家庭に入る。このため、この世代の労働参加率が下がってしまう。

現在の日本では、結婚して子育てが開始

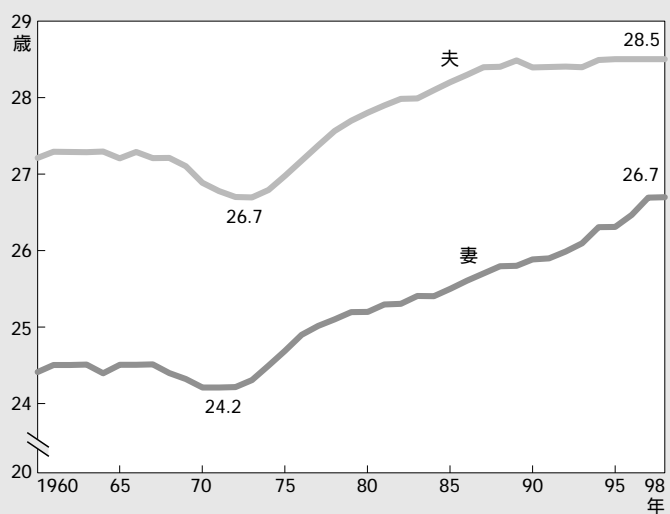
表6 出生数の推移

年齢別出生率の推移(人口千人当たり)							
	1970年 (A)	75年	80年	85年	90年	95年 (B)	B - A
20～24歳	96.5	107.0	77.1	61.7	44.8	40.4	-56.1
25～29歳	209.2	190.1	181.5	178.4	139.8	117.6	-91.6
30～34歳	86.0	69.6	73.1	84.9	93.2	93.5	7.5
35～39歳	19.8	15.0	12.9	17.7	20.8	26.2	6.4
40～44歳	2.7	2.1	1.7	1.8	2.4	3.0	0.3

有配偶出生率の推移(人口千人当たり)							
	1970年 (A)	75年	80年	85年	90年	95年 (B)	B - A
20～24歳	348.4	353.1	352.1	344.7	331.9	320.6	-27.8
25～29歳	260.5	244.3	243.6	263.5	243.1	237.1	-23.4
30～34歳	95.7	77.5	83.1	98.6	112.7	122.4	26.7
35～39歳	22.1	16.6	14.3	20.0	23.8	30.9	8.8
40～44歳	3.1	2.4	1.9	2.0	2.8	3.5	0.4

出所)厚生省「人口動態統計」

図7 平均初婚年齢の推移



出所)厚生労働省「人口動態統計」

されると、多くの女性は家庭に入り専業主婦となる。そして、子供が成長するに従い、住宅ローンの返済、教育費を賄うため、典型的にはパートタイマー主婦となって労働市場に再び登場してくる。結婚しても一貫して働き続けるのは困難であり、結婚後15～19年経過すると、再就職コースのパターンをとる主婦の比率がいちばん高くなる。家族の中核は専業主婦のいる家族ではなく、夫婦共稼ぎの家庭になりつつあるが、日本のシステムは女性にとって生きやすいものではない。

表7は、未婚女性の理想と予定のライフコースを質問したものである。最大の特徴は、専業主婦を理想あるいは予定とするライフコースが一貫して低下していることである。つまり、今の未婚の女性たちが専業主婦として生きていく可能性は、賃金上昇率の鈍化などの理由によって低下したと判断される（専業主婦は夫が豊かであるか、将来の収入増の確率が高いときに存在する）。それに代わって、「仕事も家庭も両立させていきたい」「育児に目途が立ったら再就職する」というコースのウエートが上昇している。

少子化対策として注目せざるをえないのは、1997年の理想と予定のギャップ（B-A）である。本人たちの理想は両立であるが、実際は再就職だろうと考えている点が注目される。その背後には仕事と子育てを両立させてくれない社会環境があり、大都市における保育所の収容能力の強化、および子育てに優しい労働環境の整備が必要とされている。

若夫婦にとって生きやすい労働市場については、まずオランダのワーク・シェアリングシステムに注目したい。「フルタイム

表7 女性にとっての理想と現実

	理想のライフコース						予定のライフコース	
	理想のライフコース			予定のライフコース			B - A	
	1987年	92年	97年 (A)	1987年	92年	97年 (B)		
非婚就業	3.7	3.3	4.4	7.1	9.5	9.3	4.9	
結婚子供なし (DINKS)	2.5	4.1	4.4	1.4	2.6	3.0	-1.2	
両立 (仕事と家庭)	18.5	19.3	27.2	15.3	14.7	15.5	-11.7	
再就職	31.1	29.7	34.3	42.2	45.8	42.9	8.6	
専業主婦	33.6	32.5	20.6	23.9	19.2	17.7	-2.5	

出所) 国立社会保障・人口問題研究所「第11回出生動向基本調査」1997年

共稼ぎの夫婦が合わせて200の収入を得ていた。夫が週4日の勤務を、妻が3日の勤務となることを選んだ。夫婦の収入は150に減少したが、家庭にいる時間は大幅に増加し、育児もスムーズとなった」（オランダ流「1.5稼ぎ」モデル）。これがオランダのワーク・シェアリングシステムであり、1993年の労使合意書に「使用者は労働時間の決定に労働者の育児、介護の責任を考慮する」という一文が入っている。

オランダにみられる「ファミリー・フレンドリー・エンプロイメント」の考え方は、少子高齢化の進行する日本社会にとって必要なコンセプトであり、子供を抱えた従業員に対して企業は柔軟な勤務形態を承認すべきである。次が保育所問題である。

保育所の拡充

若い世代を中心に、生涯やりがいのある仕事を続けたいと思う女性が増えてきている。にもかかわらず、前述のように、現実の女性の就業率は30歳代前半を中心に深いM字パターンを描き、日本の労働環境では、女性にとっていまだに仕事と育児の両立が極めて困難であることを示している。

M字パターンは、他の先進諸国にはみら

図8 女性の労働力率の国際比較

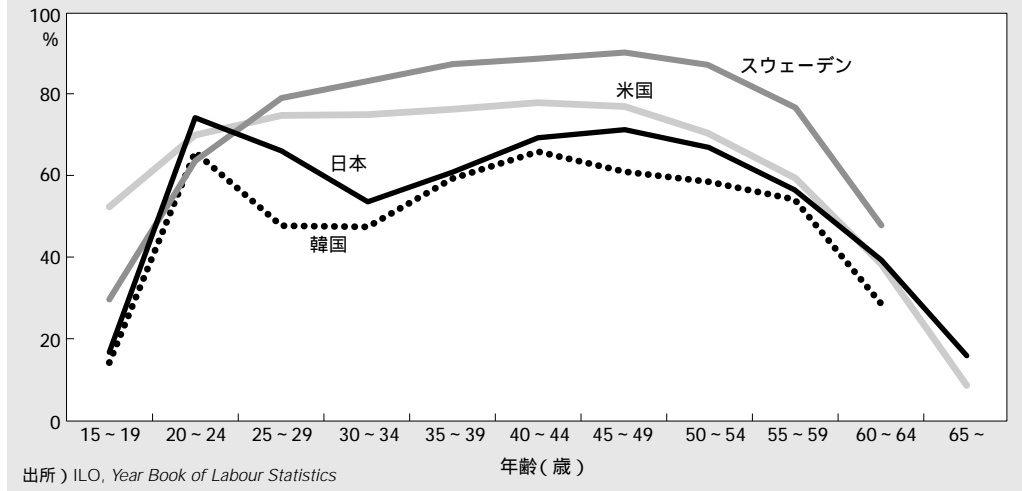
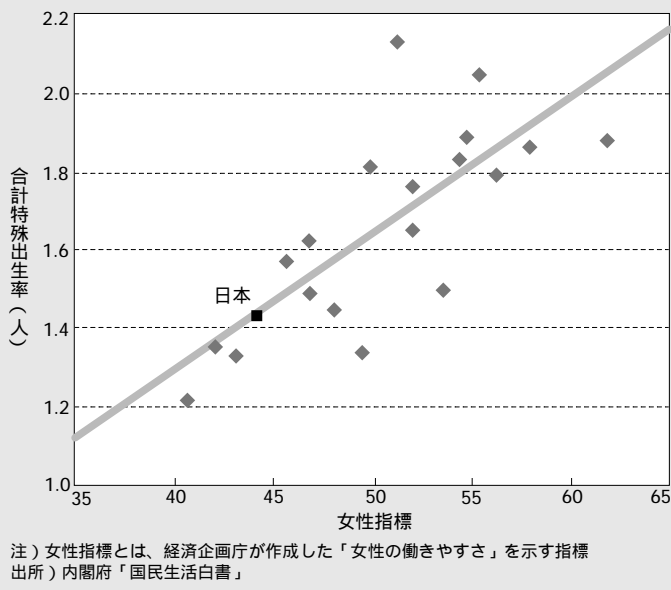


図9 女性指標と出生率



れない(図8)。世界でも女性の就業率が最も高いスウェーデンでは、M字どころか台形を描いており、同時に出生率も日本より高いことから、仕事と家庭生活との調和がとれていることをうかがわせる。

図9は、女性指標と合計特殊出生率をプロットして国際比較したものである。女性指標とは、経済企画庁が作成した「女性の働きやすさ」を示す指標であり、男性に対する管理的職業従事者比率、男女賃金

格差、労働力人口に占める女性の割合、男女間失業率格差、女性の「(30~34歳労働力率)÷(20~24歳労働力率) (= 出産・子育てで社会から1回離れるか否かを示す) などからなる。

図から、女性の働きやすさが保障されている国では、概して出生率も高いことがわかる。日本はの育児を理由とする離職比率が高く、保育所の早急かつ大幅な整備・拡充が求められる。

では、保育所の現状はどうなっているのだろうか。全国の保育所の定員数は190万人、実際に入所している児童数は170万人となっており(1998年現在)、マクロ的には保育所の収容能力は十分なようにみえる。しかし実態は、地方が過疎化して収容能力が余る一方で、三大経済圏、特に首都圏を中心に共稼ぎ夫婦が増加し、なかでも0~2歳児を預かる乳幼児保育が圧倒的に不足している状態にある。現在、4万人にのぼる児童が、「自治体に正式に申請しているにもかかわらず、保育所に入れてもらえない」状態となっている。

認可保育所の定員数は、児童の年齢別に

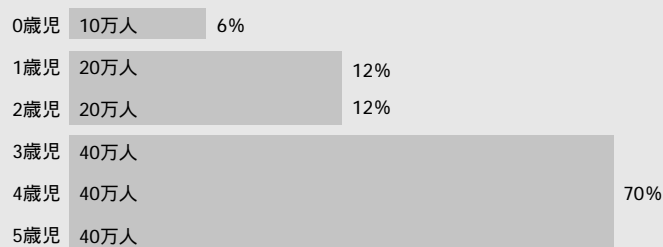
定員が決まっており、その内訳は図10のようになっている。首都圏の待機児童が圧倒的に0～2歳の乳幼児に偏っているのは、乳幼児の定員枠が3～5歳の幼児のそのの半分しかないためである。乳幼児は保育単価が高い、保育士の配置基準が多い、栄養士を置かなければならない、など手間とコストがかかるため、自治体の都合で定員が増えにくい状況にある。

しかし、法定の育児休業が子供の満1歳の誕生日までしか認められていない以上、年齢による定員数の偏重は妥当ではない。なぜならば、保育所へ入所できなければ、(母)親が就業を継続することは極めて困難であり、また定員枠の増える3歳になってから新卒時と同じ条件で転職・復職することは、現状の日本の労働市場ではさらに困難だからである。

さらに、注意を要するのは、統計数字に現れる待機児童数とは、主にすでに出産して同時に仕事も持っている親が、保育所への入所希望を自治体に提出したが、認められなかった子供の数という点である。仕事をしているが、保育所への入所の可否が心配で出産に踏み切れない親の数、初めから入所をあきらめて申請せず退職した人の数は含まれない。これらはすべて、潜在需要として統計の陰に隠れてしまっている。

加えて、公的セクターが関与しない「無認可の保育所」へ預けられている児童数の実態も、正確には把握されていない。無認可保育所での児童虐待致死事件が起こるなか、安心して子供を預けられる保育所の整備は自治体の責任であり、「将来的に児童数は減少するので、いま整備してもどうせ保育所は余る。だから拡充の必要はない」という議論は妥当ではない。

図10 保育所定員数の内訳



出所)厚生労働省「社会福祉行政業務報告」

表8 出生数の予測

	2000年	2005年	2010年
ケース1	116	111	99
ケース2	116	128	131
ケース2と1の差	-	+17	+32

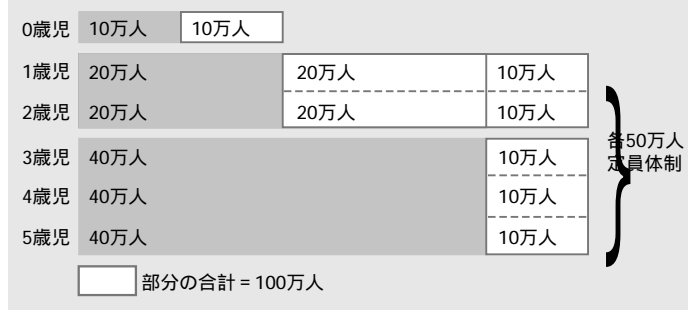
以下では、働く女性が安心して出産するには、将来どの程度の保育所を整備する必要があるかを、簡単な前提を置いてシミュレーションしてみる。

シミュレーションは、20～39歳の女性について、現状の年齢別既婚率と出生率、M字パターンの女性労働力率のまま推移していく(子供ができると女性労働者の一定比率は家庭に入り、したがって保育所需要は生じない)ケース1と、未婚化に歯止めがかかって出生率が1985年の1.76人まで回復し、女性労働力率のM字パターンは解消する(子供を持っても働き続ける女性比率が上昇する)ケース2との比較である。

まず、出生数全体の比較である(表8)。現状のケース1のままでは、2010年の出生数は99万人と、遂に100万人を切る。一方、出生率が回復するケース2では、2010年までに32万人の増加が見込まれ、2000年の出生水準を上回る。

ケース2は、保育所を大幅に整備するため、子供ができて働き続けられることが

図11 2010年に向けての保育所増設・増員のイメージ



ら、出生率が回復していくという仮定である。では、どのくらいの保育所需要となるのだろうか。働く母親数も生まれる児童数も増加していくことから、2005年には1歳から5歳まで合わせて340万人、2010年には同390万人が保育を必要とする。現在の保育所の定員数が190万人だから、2005年には約150万人分、2010年には約200万人分が不足するという結果になる。

したがって、保育所の整備などにかかわる新エンゼルプラン（厚生労働省の第2次5ヵ年計画）の大幅な予算拡大が必要である。少なくとも、まず大都市を中心に、2010年までに100万人の増設は必要だろう（図11）。これを年齢別にみるならば、各年齢（学年）50万人定員体制を整備することとなる。なお、0歳児については、基本的には親の「育児休業1年取得」を強力に推進し、0歳児の間は親が育てられる環境を整える。しかし、なお一定の需要増加が見込まれるため、0歳児の定員も現在の約10万人から20万人とすべきである。

女性の雇用者化が進行しており、保育サービスは「供給が需要を生む」傾向があるため、保育所が大規模に増設されることが明らかになれば、働きながら希望する数の子供を育てる夫婦が増加すると考えられる。仮に、女性就業率のM字パターンが本

格的に解消されることが生じるなら、新たに70～100万人の増設・増員が必要となる可能性もあろう。これは、出生数の約60%が保育所に通う規模である。

数合わせの議論の他に、利用者にとって使いやすい保育所にしていくことも必要である。例えば、第二子を出産し、復職を前提に法定の育児休業をとる際に、「母親が家にいるのなら、第一子も退所してもらおう。他に待っている人が大勢いる。親が家にいるなら専業主婦家庭と同じである」と通告する自治体が少なくない。しかし、会社に復帰する際に2人の子供が再び保育所に入所できると保障されるわけではなく、第二子出産の壁となっている。このような問題は、保育所の受け入れ能力の増強により解決されよう。

ただし、今後、保育所を大幅に増設した場合、将来的に保育所が余ってくるリスクが残る。これには保育所への入所要件を、「保育に欠ける」（自治体が保育所入所適格とするための要件）子供に限る制度から、必要とする人が利用できるように開放することで対応すべきだろう。

総務庁が行ったアンケート調査によると、保育所を利用する働く母親よりも、家で子供の面倒をみている専業主婦の方が、育児に対する不安感が強い。「育児の自信がなくなる」に対する回答は、有職者では「よくある・時々ある」が50%だったのに対して、専業主婦では70%に達している。社会から孤立した母子が、閉塞感のなかで育児に悩んでいるのである。

これは、都市化社会の特徴である細分化された家庭と、それを取り巻く環境とが、従来担ってきた「育児力」を失いつつあることを示している。「保育を必要とする人

が、自分で選んで利用できる保育所」へと発想を転換し、子育てを社会全体で支援する「保育の社会化」へと方向を転換することで、保育所大量増設のリスクを解消すべきである。

独身よりも家族を優遇

税制と社会保険制度も修正すべきである。現状では、独身の男女が共稼ぎ夫婦となったとしても税制、社会保険制度の面で何ら優遇されないが、独身の男女が働く夫と専業主婦になると種々の優遇がある。しかし、専業主婦が再び働き始めると、それまでの優遇がアダとなってディスインセンティブ（抑止力）が生じる。このため、住宅ローン、子供の養育費を賄うために働きに出ても、思ったほど収入が増えない。

少子化時代の家族に対する税制、社会保険制度改革の原点は、少子化の原因である晩婚化に対処するために、独身より結婚（「家族」）を明確に優遇する、出産、子育てに目途が付いた主婦の労働市場への参加にディスインセンティブがあってはならない と考える。

具体的な提言に入る前に、日本の所得税の体系について簡単にみておこう。近年、課税最低限所得の引き上げが話題となっているため、妻が専業主婦で子供が大学生と小学生の2人いる家庭を例として、課税最低限所得がいくらになるかのケースを使用する。

夫がサラリーマンで年収386万円の場合、給与所得控除が131万円となるため、夫の給与所得は255万円になる。現状では、厚生年金保険料などの保険料はボーナスから徴収されていないため、慣行的に以下の計

算を行い、

$$386 \div 1.3 = 297 \text{ (万円)}$$

が保険料徴収における標準報酬となる。

ここで、厚生年金保険料、健康保険組合拠出金などで10%になると仮定すると、年間保険料支払いは30万円となり、所得控除の対象となる。働く夫には38万円の基礎控除が適用され、専業主婦の妻には夫の所得が1000万円以下の場合は、妻の配偶者控除38万円、特別配偶者控除38万円、計76万円の所得控除が適用され、夫の所得から控除される（夫が働き、妻が専業主婦で子育てするにはコストがかかるとしての特別控除である）。この他に、大きな子供には63万円の扶養控除、小さい子供には48万円の扶養控除が適用される。

給与所得	255万円
厚生年金保険料などの支払い	30
夫の基礎控除	38
妻の配偶者・特別配偶者控除	76
扶養控除（大学生）	63
扶養控除（小学生）	48
課税所得	0万円

したがってこの夫婦の場合、課税所得はゼロとなり、所得税の支払いがないこととなる。これが専業主婦と2人の子供のいるサラリーマン家庭での課税最低限所得である。現在、課税最低限所得の引き下げが議論されており、具体的には 夫の給与所得控除を引き下げる、種々の控除項目を減額あるいは廃止する、保険料支払額を控除としない などが考えられている。

日本の所得税の体系は、夫婦別産制、別の言い方をすれば個人単位課税、専業主婦優遇 という特色を持っている。このため、独身の男女に対する課税と、この男女が結婚した場合の課税には何の変化も

ない。つまり、共稼ぎ夫婦の場合、結婚しても税、社会保障の面で何も優遇されていないのである。

一方、独身の男女が結婚し、妻が専業主婦となった場合は、合わせて76万円が控除される、健康保険組合へ妻分を拠出しなくても夫の健康保険が利用できる、厚生年金保険料を支払ってなくても妻の基礎年金は保証される といった優遇策がある（高度成長期に、家族の基本モデルが専業主婦のいる家族であったためである）。しかし、この専業主婦が再び働き始めると、この優遇策が逆にディスインセンティブとなる。

まず、配偶者控除について考えよう。配偶者控除と妻の年収の関係を示すと、図12のようになる。つまり、パートタイマー主婦の年収が70万円未満までは夫の控除枠76万円、妻の年収103万円まで夫の控除枠36万円、妻の年収が141万円に近づくにつれ、夫の控除枠が減少し、妻の年収が141万円以上となると夫の控除枠はゼロとなる。つまり、妻の努力が夫の所得控除を減らし、夫の可処分所得を減少させる結果となる。

この税制があるため、パートタイマー主婦にとって年収103万円の壁が発生する。

その内容は、次のようなものである。

年収103万円以下ならば、夫の所得控除は配偶者控除の38万円がフルに享受できる。

同じく、妻の所得税はゼロ。

会社の配偶者手当支給の要件として、夫に配偶者控除ありとしているケースが多い〔妻の毎月のパート収入が8.6万円（ $8.6 \times 12 = 103$ ）なら会社の配偶者手当は例えば月3万円、妻の毎月のパート収入が9万円（ $9 \times 12 = 108$ ）なら3万円カットでは、103万円以上の年収を稼ぐ気にならない〕

妻の年収が130万円を越し、企業に常時雇用されているとみなされると、健康保険、厚生年金保険料支払い義務が生じる（年収130万円未満の妻は、夫の会社の健康保険が利用でき、基礎年金は、自分が支払うことなしに、65歳以降、夫と同額の給付が受けられる。このため、保険料支払いは妻にとって何の価値ももたらさないにもかかわらず、年収が130万円を超すと、保険料支払いが発生し、妻の手取りが減少する）

したがって、妻が一家の生活を支えるために働きに出た場合、何となく「103万円の壁」が生じる。税、保険、そして会社側の賃金体系が妻の労働意欲に対してマイナスに作用する。そこで、具体的な対応策を示そう（表9）

配偶者控除と特別配偶者控除を廃止して、結婚控除を導入する。

配偶者控除（および特別配偶者控除）を廃止することで、主婦が働くことが夫の可処分所得を引き下げるという不合理な仕組みをなくすることができる。その代わりに、独

図12 夫の配偶者控除と妻の年収の関係

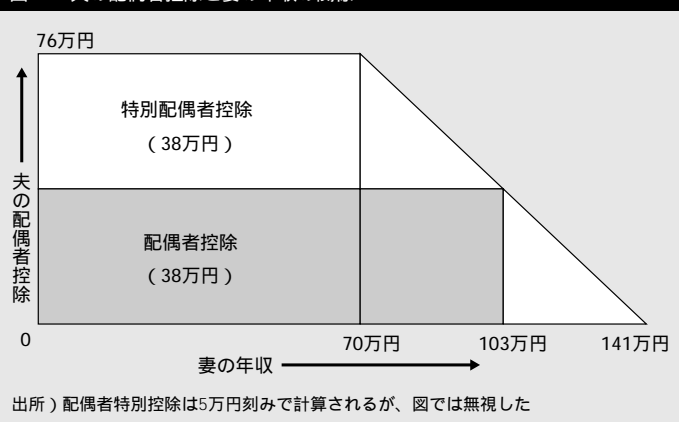


表9 家族税制・保険料をめぐる立場

	個に帰属の立場	現行	本稿の立場
所得控除	配偶者控除は廃止すべきである 理由 「103万円の壁」をなくす。 共稼ぎ夫婦に比べて優遇されている 問題点 専業主婦のいる家庭すべてに対して増税	共稼ぎ夫婦に税制優遇なし 専業主婦は夫の所得から最大76万円の所得控除（配偶者控除） ただし、専業主婦が働き始めると「103万円の壁」	配偶者控除を廃止し結婚控除とする 効果 「103万円の壁」がなくなる。共稼ぎ夫婦も税制優遇を受けられる 問題点 全体として減税
健康保険	専業主婦も国民健康保険組合に拠出すべきである 問題点 専業主婦のいる家庭の負担増。所得のない人も拠出となるため、大学生の拠出问题を生む（公的年金も同様の課題あり）	共稼ぎ夫婦は2つの健康保険組合に拠出 専業主婦は保険料を支払わず、夫の組合に帰属 ただし、専業主婦が働き始めると「103万円の壁」	共稼ぎ夫婦の一方の健康保険組合への拠出を辞退できる 効果 共稼ぎ夫婦の負担減「130万円の壁」がなくなる 問題点 健康保険組合の負担増
厚生年金保険料	サラリーマンの専業主婦も拠出すべきである 問題点 専業主婦のいる家庭の負担増。さらに夫が報酬比例で支払っているとき、妻にどのような支払いをさせるのか 公的年金を個人口座に移行させるべきである 問題点 各人が自分の拠出を自分の勘定に入金したとき、OBにだれが支払うのか（国債発行増330兆円）	共稼ぎ夫婦は2人ともフルに厚生年金保険料を支払う サラリーマンの夫を持つ専業主婦は基礎年金が保証されている ただし、専業主婦が働き始めると「103万円の壁」	現行の公的年金の世代間扶養を維持しつつ、サラリーマン夫婦（共稼ぎ）の一方は厚生年金保険の報酬比例部分のみ支払う 効果 共稼ぎ夫婦の負担減「130万円の壁」がなくなる 問題点 公的年金財政の悪化
基本的な立場	税・社会保険はすべて個人に帰属させるべきである。したがって、専業主婦を優遇すべきではなく、独身と家族は経済的に中立とすべきである	家族の中心を専業主婦のいるサラリーマン家庭におき、夫婦別産制にしていくつかの例外を認め、専業主婦のいる家族を優遇する	家族を独身より優遇する。「家庭に いる」、あるいは「仕事に出る」の意思決定にディスインセンティブがあってはならない

身に比べて家族を優遇する結婚控除の導入を提案する。このことで、共稼ぎ夫婦に控除枠が発生する一方、専業主婦にとっても自分が働くことによって生じるディスインセンティブがなくなる。

夫婦が共稼ぎのため、2つの健康保険組合に拠出することになった場合は、1つを辞退することを認める。

専業主婦が働きに出ることによって生じる健康保険料の問題、および共稼ぎ夫婦が2つの健康保険組合に拠出している不合理さを解決する策としては、「世帯に1つの健康保険組合」という考え方を導入すればよいはずである。

共稼ぎのサラリーマン夫婦の一方が、

厚生年金保険料のうち、報酬比例部分だけを拠出することを認める。

専業主婦が働き始めると、基礎年金はもらえるのに厚生年金保険料を全額支払う必要が生じること、および共稼ぎ夫婦が両者とも厚生年金保険料を全額支払う必要があることを解消する1つの手段として、上記の方策が考えられよう。

これらの対応策によって、独身の男女が共稼ぎ夫婦になった場合、税、社会保険料の面で優遇され、一方、専業主婦が再び働きに出ることによって生じるディスインセンティブはなくなる。すなわち、独身より結婚（「家族」）が優遇されることとなる。

米国ESOPの日本への導入

国民所得を増加させていくためには、「現役人数」の増加と「1人当たり生産額」の上昇が必要である。では、生産性の上昇についてどのように考えるべきか。生産性の上昇の議論はすぐさま技術革新をめぐる論議となりやすいが、ここではインセンティブ制の強化について考える。

1980年代前半に日欧企業との競争に敗れた米国大企業が、本業回帰の名のもとで、大規模なリストラを行ったことは周知の事実である。この企業リストラの裏側には、人事処遇すなわち報酬戦略の大転換があった。「長く勤めていれば必ず報われる」年功型報酬制度から、「勤務期間の長さは何の保証にもならないが、実績を残せば大胆に報われる」インセンティブ型報酬制度への移行が断行され、1980年代後半から90年代前半にかけてストックオプションなどの株式を使用したインセンティブプランが米国に普及した。日本企業も1990年代後半、「やったら報われる仕掛け」としてストックオプション制度を導入した。

日本企業の活性化のためには、インセンティブ型報酬体系の普及に加えて、米国のESOP（Employee Stock Ownership Plan：企業が拠出する従業員持ち株制度）の導入が必要と考える。

「会社はだれのものか」という命題は、日本では解決されていない。しかし、国家財政が再建に向かう以上、何らかのブレークスルーが必要な局面にある。財政再建を目標に公共投資が削減されたとしても、このことが景気の減速を生み出すならば、税収減により財政再建は中途半端なものになってしまう。財政再建を行いつつも、民間設

備投資は活況を呈していなければならない。投資の活発化の裏側には、企業の利潤率の回復がある。「株主は重要ではなく、従業員の雇用を最優先すべきである」では前向きな姿勢とはいえないだろう。

中長期的な日本経済の復活のためには、企業利潤率の回復は必要であり、株主と従業員の目的を一致させる必要がある（企業の利潤の増加が株主、従業員の両者にとってプラスとする）。米国のESOPは、「全社員の株主化」を基本理念として、従業員の自社株主化により所有者意識を植え付け、株主と社員の利害関係を一致させようとするもので、自社株だけを運用し、企業だけが拠出する確定拠出型年金であり、その日本への導入が必要である。

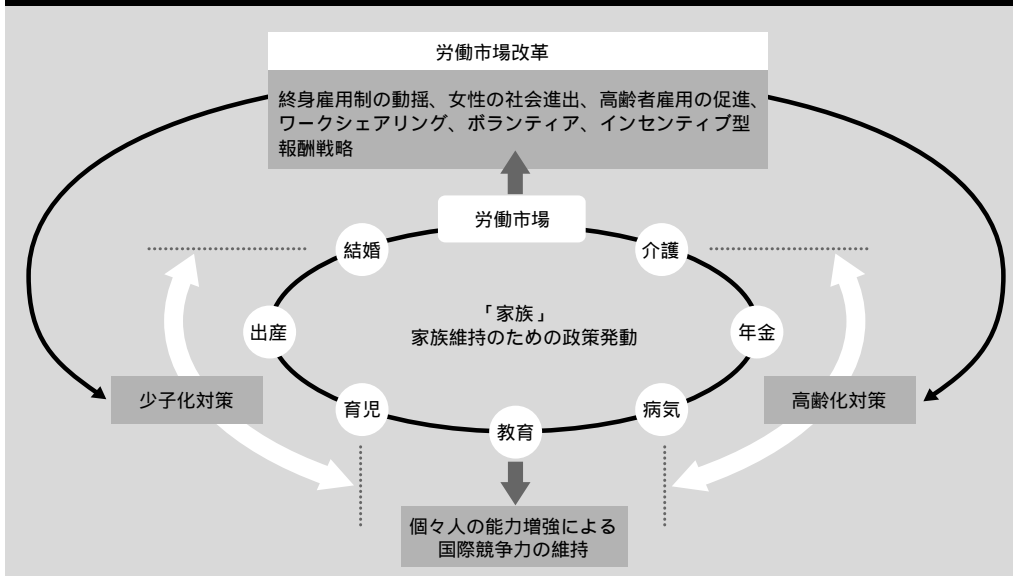
すなわち、株式を利用したインセンティブプランを日本企業に大胆に導入し、「やったときだけ報われる」仕掛けを準備することが、企業行動を「親方日の丸」型から脱却させる起爆剤となろう（ESOPの詳細については、「米国ESOPの概要とわが国への導入」本誌2001年3月号を参照）。

家族は健全に再生産されているか

少子高齢化対策は、「家族は健全に再生産されていない」との事実認識からスタートすべきである（図13）。

昨今、晩婚化が進んでいるため、出生率は低下を続けている。そして、共稼ぎ夫婦が増加しているが、大都市では保育所が不足している。学校教育は、近年の新聞報道によれば多くの問題を抱えている（21世紀に、少なく生まれてくる子供たちの能力の引き上げは、日本にとって最重要課題とな

図13 少子高齢化への対応



ろう)。このように、現役世代の供給は順調とは言い難い。

一方、平均余命の長期化により、現役世代に対するOB世代の比率は大きく上昇を続けており、世代間扶養を前提とした高齢者所得保証、医療、介護を支える社会保障制度は揺らぎ始めている。

少子高齢化社会の進行が避けられないならば、高齢者の「安心できる生活」を守りつつ、現役の負担の軽減を図らなければならない。これが社会保障制度改革のエッセンスである。しかし、制度改革だけでは問題は解決しない。少子高齢化社会を賄うには、より多くの人に働いてもらわなければならない。経済成長が必要なのである。

したがって、高齢者雇用、より具体的に述べるならば65歳定年制の導入が必要となる。また、少子化に対応しつつ、女性の一層の社会進出も求められる。家庭内での男女間のワークシェアリングの型も再構築する必要がある。労働法の総則に「雇用主は従業員の育児・介護の責任を考慮すべ

き」という一文を入れる必要もあろう。さらに、すべてを貨幣経済下のサービスと割り切れることもできまい。弱者に対するチャリティ、すなわち日本に意識が希薄であったボランティアの活性化も求められる。

ミクロ経済学的にみるならば、企業のリストラの最終段階は人事部の問題となる。マクロ経済学的にみても同様であろう。バブル崩壊後の日本再生戦略も、「人の生き方の問題」が中心になる。すなわち、戦後の労働市場を特徴づけていた「専業主婦のいる男子正社員を中心に考え、定年まで年功序列的に処遇する体制」が崩壊へと向かうことが予想される。

著者

中村 実（なかむらみのる）

研究理事

専門は社会保障論、金融・資本市場論

和田理都子（わたりつこ）

経済研究部副主任エコノミスト

専門は社会保障論、家族論