

第9章 高齢者福祉重視から全世代対応型社会保障へ 消費税と介護保険、そして子どもの貧困対策

澤 井 勝

はじめに

この2年ほどの間に、現在の社会保障制度を現場で企画し、制度構築に携わってきた人たちの著書が出版されてきた。まず介護保険制度構築の各種審議会、研究会、私的諮問機関を歴任してきた大森彌東大名誉教授の『老いを拓く社会システム——介護保険の歩みと自治行政』第一法規、2018年3月30日。そして「介護保険の鉄人」と言われた香取照幸氏の『教養としての社会保障』東洋経済新報社、2017年6月1日。それに「ミスター介護保険」の山崎史郎氏の『人口減少と社会保障——孤立と縮小を乗り越える』中公新書、2017年9月25日などである。

なお、介護保険制度については、2016年に介護保

険制度史研究会（大森彌、山崎史郎、香取照幸、稲川武宣、菅原弘子）編著の『介護保険制度史——基本構想から法施行まで』が出版されている。また当地方自治総合研究所の事務長でもあった池田省三の遺著『介護保険論 福祉の解体と再生』は2011年3月に出ている。2013年4月没、66才。

いずれもこれまでの社会保障改革の道程の内幕を窺うことができるが、同時にこれからの改革の方向性と具体的なテーマが提示されている。論点は多岐にわたるが、ここでは、21世紀に入って最初の15年間に、日本の社会保障制度に大きな転換が少なくとも2度あったということに注目したい。

1. 介護と年金、医療という高齢者3施策

一つは、現物給付としての高齢者施策が、2000年の介護保険制度の施行とその後の地域包括支援センターの設置（2006年）などを経て、日本社会に定着したという点である。

高齢者施策としては、年金については、2004年の年金法改正に伴う「マクロ経済スライド」の導入と、高齢者の医療費の面では2008年施行の後期高齢者医療制度の設定も大きな意味を持つ。

それまでは在宅介護が中心で、それを担うのはほとんどが女性であった。それは妻である配偶者か嫁であり、娘たちが担ってきたという状況であった。もう一つは、老人病院であり、介護の人材がない状態での「社会的入院」という社会問題として表れていた。また在宅での家族による介護を支援するホームヘルパー（家庭奉仕員）は、市町村職員として、あるいは市町村の社会福祉協議会の専門職として配

置されていたが、人数は限られていた上、福祉サービスの利用者には「スティグマ」（恥辱の烙印）を伴う「ミーンズテスト」（資力調査）を通過するものだったと指摘されている。この時代、サービスを提供するかどうかは行政が決定するもの（措置制度）だった。

そのため、ヘルパーに来てもらった家では、ヘルパーの車を家の前に停めないよう強く求めることが少なくなく、それが支援活動への制限となっていた。「慈悲を施される対象」と行政も利用者も、周囲も思い込んでいたといつてよい。

それが介護保険の「当事者の権利としての保険活用」、「保険料を払って買うサービスへの転換」が強く印象付けられることになった。言い換えれば、介護保険によって、介護サービスの利用は、「措置」から「契約」へ、と言われた。どのサービスを選ぶ

かは、利用者の権利であるということになった。そしてどのような介護サービスを組み合わせるかも利用者が決めることができる。

(1) マイケアプラン

これを「マイケアプラン」といい、その作成と運用を支援する全国ネットワークがある。京都市の場合は次のような手順で、ケアプランを利用者が立て、サービス契約を自ら選択した事業者と結び利用することができる。まず、区・市に自己作成の旨を伝え提出書類を入手する。書類は区役所窓口を用意されている。必要なのは「サービス利用票」と「サービス利用票別表」でそのほかに、あると便利なものとして「介護給付費単位数コード表」、「サービス提供事業者リスト」などの情報、「市町村のケアプラン作成要領」や「自己作成案内」などもある。

マイケアプランの本領は、どんなサービスを、どれだけの回数、どこの事業者でなどを、決めていくところにある。その際、利用者や経験者のクチコミを大いに活用することができる。費用計算は専門的だが、市や区の窓口で、また最寄りのケアマネージャーに教えてもらうことができる。京都市の場合は、区役所職員の支援の下で自己作成できる場合もある。それから計画に沿って、事業者へ電話予約を行う。

区・市町村に「サービス利用票」と「サービス利用票別表」に計画を記入した上で提出する。これは毎月直接届け出る。内容は同じでも毎月同じものを提出する。

京都市では、マイケアプラン作成者の提出用紙を確認の後に、次の必要な4つの正式書類をコンピューターで作成し交付してくれる。

- ① サービス利用票
- ② サービス利用票別表
- ③ サービス提供票
- ④ サービス提供票別表

これによって契約になる。

介護保険が日本社会に定着してきたことを示す一つのかたちは、毎日朝、デイサービスに向かうデイサービスセンターや老人保健施設、特別養護老人ホームなどの車両が、利用者の自宅に乗りつ

け、笑顔のスタッフの介助を受け、家族に送られて乗り込む風景が当たり前になっていることに端的に表れている。

(2) 地方老人保健福祉計画とユニットケア

厚生省が本格的に高齢者の在宅介護支援を市町村の仕事として位置付け、「ゴールドプラン10か年戦略でヘルパー10万人体制」を打ち出したのが1990年である。これに基づいて、老人福祉法と老人保健法を改正して、「地方老人保健福祉計画」の策定を市区町村に義務付けたのが1991年である。この「地方老人保健福祉計画」は、その市町村の人口推計を土台に、65才以上、特に75才以上の高齢者数を算出し、そのうち、介護を必要とすると考えられる人数を計測することが最初の手順であった。

これにその市町村の実績としての5段階の要介護度ごとの必要ヘルパーの人数を算出していく。これが「地方老人保健福祉計画」の中心であった。ニーズに基づく必要支援者数の積算こそが「介護の社会化」の第一歩だったのである。

この結果、地方老人保健福祉計画が全ての市区町村で策定され、その全国集計が行われた。必要ヘルパー数も全国の市町村の積算をもとに大幅に引き上げられた。1995年に改められた「新ゴールドプラン」は、「ヘルパー17万人体制」へと引き上げられたのである。

(3) ユニットケアの開拓

この措置制度の時代に、利用者の尊厳を守る介護を実現しようと取り組まれたのが、ユニットケアという介護方式である。

2018年3月、ある市の介護保険運営協議会の仕事の一つとして、地域密着型デイサービスを訪問してサービスの内容など、スタッフからお話を伺う機会があった。2階建ての空き家を改装して、1階部分のみを使う。登録者18人（1日8人から10人）を6人のスタッフで9時半から16時までケアし、その後は自宅まで車で送るという。昼食は1人が担当して調理して提供する。施設長は20年以上、特養やデイサービスなどで経験を積んできたケアマネージャーだという。

このとき昼食などはスタッフと一緒にとるんですかと聞いたら、別にするという。そこで「ユニットケアの考え方と言うと、スタッフと一緒に食事するとか、利用者にも調理や配膳などに参加してもらおうとかは、どうなんですか」と尋ねたところ、「そうですね、考えてみます」とのことだった。「ユニットケア」という言葉自体は伝わったようだ。ただこの言葉は、デイサービス事業の現場では、ちょっとなじみにくいかもしれない。

「ユニットケア」とは、特別養護老人ホームや老人保健施設などの旧来の高齢者施設の介護を改善しようとして、2000年ごろから実践が行われ、理論的な提起も行われてきた。2000年8月に筒井書房から『ユニットケアのすすめ』が出ている。著者は外山義（当時は京大大学院教授）、著書に『クリッパンの老人たち スウェーデンの高齢者ケア』、『グループホーム読本』など、グループホーム導入を先導し、ユニットケアを進めていたが、2002年8月に53才で没した。他の著者は、辻哲夫（厚生省老人福祉課長を経て厚生労働省事務次官、現在は東大の高齢社会総合研究機構特任教授）、大熊由紀子（元朝日新聞記者、『寝たきり老人のいる国、いない国』）、武田和典（1999年設立で現在も活動中の「特養・老健、医療施設ユニットケア研究会」の代表）、など5人。

それまでの特別養護老人ホームなど施設介護は、8人部屋や4人部屋など混合室で、介護者の都合で、集団的な処遇が行われ、一斉起床、一斉食事、入浴時期も職員の都合に合わせて順番に、など一人一人の生活のリズムを無視したものであった。個室もなく、プライバシーはなかった。病院の病室と同じだったといっただけよい。

これを変えていったのがスウェーデンの福祉を6年間にわたって見てきた外山義であり、収容施設ではない家（いえ）としてのグループホームを提案し、またユニット型特養をつくっていった。1996年に富山県の宇奈月町が外山の設計と監理による「特養おらはうす宇奈月」を建設したが、これがユニット型特養の原型といっただけよいだろう。ユニット型特養では、たとえば100人の入居者を10人程度のユニットに分け、それぞれ10の個室と

共同のスペースである食堂リビングとキッチン、ユニットをつなぐ空間で構成される。外山の設計によるグループホームでは同じ1996年の岡山県笠岡市の痴ほう性高齢者グループホーム「炉端の家」が早い。グループホームは個室と食堂、キッチン、リビングで構成される。2000年には千葉県八街市に生活クラブ生協の特養「風の村」を建てている。

ユニット型特養やグループホームは、「入所」する「施設」ではなく、「入居」する「家」である。厚生労働省は2001年以降に建設される特養は、全部を個室としたユニット型とするよう指導している。しかし、建物は個室とリビング、食堂で構成されても、職員のほうのケアが、従来からの流れ作業で集団処遇から抜けられない場合が多いようである。そのために、一般社団法人「ユニットケア推進センター」が活動しており、現在も全国各地で職員やリーダー向けの研修を行っている。

ユニットケアという個別ケアのかたちを今まで見てきた複数の事例などからまとめると次のようになる。

個室にそれまで使っていた家具や鏡や化粧道具を持ち込み、表札をつけるなどのしつらいを設ける。自分用のトイレがある場合もある。部屋には鍵がかかる。職員も各ユニットごとに同じ職員が常駐するので、顔なじみになり、利用者のそれまでの生活の歴史や家族との関係など課題を共有できる。

朝食はそれぞれの起床時間に合わせて始まる。ユニットでご飯を炊き、みそ汁を作るので、いいにおいが漂う。盛り付けもユニットで行い、食器洗いもするので、利用者が手伝えることがいろいろある。若いスタッフが教えてもらうこともある。お風呂も一人ずつ好みに合わせて入浴できる。地域とのつながりもあり、通い入れた理髪店や美容院にも行けるし、なじみの居酒屋にも行ける。コンビニで買い物もできる。喫茶店などが施設内にあり地域の住民も利用できる場所では、自然に地域の住民との交流が生まれる。ユニットではビールやお酒を飲むことができる。施設内に地域に開かれたサロンを持ち、手芸などのサークルも定期的に活動しているので、参加は自由だ。園庭に野菜畑や花壇をつくり、入居者が世話をする。

施設内にリハビリデイサービスがあれば、定期的に目標を立ててリハビリに励むこともできる。職員もユニフォームではなく、リビングで利用者と一緒に座って話をしていると、誰が利用者かすぐにはわからない。走っているスタッフはいない。呼び出しブザーはほとんど鳴らない。笑い声が絶えない。窓は開けてあり、良い風が流れていく。周囲の緑がよく見える。

このようにユニットケアの考え方とは、それまでの生活の継続を基本にし、その人のペースでくらししていくことを支援することだ。それによってそれぞれの人の尊厳を保つことを基本に生活を一緒に組み立てるということに尽きる。このようにして、施設にいても要介護度4から2年ほどで介護保険を卒業する例も生まれている。旧来型の特養や老健でもこのユニットケアの考え方を実現することはできる。

今後の介護事業所のサービスの評価は、改めてこのような原点に立ち戻ることが求められている。

(4) 介護保険のひずみ

理念的には、ユニットケアや地域包括ケアを掲げ、施設でも在宅でも、介護を必要とする人が自立した日常生活ができるよう支援することが介護保険のあるべき姿である。介護保険法も次のようにその目的を定めている。

「介護保険法 第1条 目的 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護および療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」

しかし現実には、介護保険の運用上の問題点が指摘されることも少なくない。その最大の問題は、介護労働力不足の深刻化である。ヘルパーなど介護職の賃金水準が、製造業や他のサービス業など

に比べて著しく低いことや、労働密度が濃く、対人サービスのしんどさを伴うことなど、基礎的な問題がある。2015年の離職率は全産業平均とそう大きな差はないが、それでも16.7%で、全産業平均15%を上回る。これは公益財団法人「介護労働安定センター」の8,993事業所への調査の数字である。民間の小規模事業所ほど高い傾向がある。

平均給与も全産業に比較して10万円以上低いと指摘され、その改善策が毎年度、介護報酬への給与加算として行われてきた。厚生労働省の「介護職員処遇改善加算」対象事業所への調査では、毎年度、このペースでは改善してきている。

勤続年数	平成29年9月	平成28年9月
1年	260,420円	232,560円
2年	268,150円	255,140円
3年	279,690円	263,330円
4年	279,750円	266,390円
5年～9年	292,150円	281,140円
10年以上	326,620円	317,090円

現状は、離職率の高さというより、採用が困難という問題が正面に立ちだかっている。そのため、人手不足を訴える事業所が7割に及ぶ。

2018年10月10日の各紙では、京都府向日市の特別養護老人ホームで、91才の入所者を介護職員が暴行して死なせた疑いで逮捕されたニュースが報じられた。厚生労働省によると、介護施設職員による高齢者虐待は、2016年度に計452件（前年度比で44件増）と過去最悪を更新した。暴力など「身体的虐待」が6割超を占めている。介護現場での人手不足による過酷な労働環境や職場の人間関係などからのストレスが背景にあると思われる。

(5) 社会保障の財源問題と消費税率引き上げ

話はさかのぼるが、1993年ごろ、政府は、このニーズ調査を基礎にしたヘルパー需要予測の急拡大によって、それを支える財源をどうするかという根本的な問題が改めて突き付けられることになった。これに先立って、政権政党は、迫りくる高齢社会への対応の財源として大型間接税を一つの柱として考え、1987年に竹下内閣の下での税法改正で消費税導入を決定し、1988年4月に税率

3%で消費税の導入が実現した。その後、消費税率は1997年4月の橋本龍太郎内閣の時に5%に引き上げられたが、これはそれに先立つ村山富市内閣の時に成立した税法改正によるものである。

民主党の野田内閣は、2012年8月に自民党と公明党とも合意の上、「税・社会保障一体改革法」を成立させている。ここで、2014年4月に8%に税率を引き上げ、更に2016年6月に10%に引き上げることが法律に定められた。その後、2014年4月の8%引き上げは実現したものの、2014年11月に安倍首相は、この法律をないがしろにして10%への引き上げを2017年4月からに延期することになった。そして、2016年6月には、これを更に2019年10月に再延期している。これが実現するかどうかはこれからのひとつのポイントである。

(6) 消費税増税分の配分をめぐって

この間に、消費税の国税分は、1999年度から「高齢者3経費（年金、老人医療、介護）」に充当されることとされていたが、8%となった2014年度からは「社会保障4経費（年金、医療、介護、子ども・子育て支援）に充当されることになっている。

2000年度には高齢者3経費は基礎年金4.5兆円、老人医療3.3兆円、介護に1.3兆円の合計9.0兆円であった。消費税収の国税分は6.9兆円だったので、差額は2.1兆円となっている。

これが2018年度予算案では、社会保障4経費は、年金が12.3兆円、医療に11.6兆円、介護に3.1兆

円、子ども・子育て支援に2.1兆円、合計29.1兆円となっている。消費税の国税分は13.6兆円なので、スキマは15.5兆円に拡大している。

一方では、国債発行残高は2018年度で880兆円を超え、財政再建の要請は強くある。このような事情からは、介護保険という新しい財源を創設する必要があったと改めて理解される。介護保険の財源内訳は、利用者の自己負担が1割、残りの9割を、被保険者の保険料で半分、残りの半分は国と地方（都道府県、市町村）が半分ずつそれぞれの税財源で受け持つ。被保険者は第1号が65才以上高齢者、第2号被保険者は40才以上64才以下となっている。

(7) 介護保険制度の導入後の状況

介護保険の給付費（ILO基準）は、2000年度の3兆2,806億円から2016年度の9兆6,045億円と2.93倍になっている。この間に社会保障費用全体は、ILO基準の社会保障給付費では78兆1,272億円から、116兆9,027億円に、1.5倍になっている（国立社会保障・人口問題研究所『社会保障費用統計』38頁から）に過ぎないので、高齢者施策（年金と介護）の伸びが際立っている。

社会保障給付費における介護費用のウェイトは2000年度の4.2%から2016年度の8.2%に上昇している。

なお、第1表および第2表に、「OECD基準に基づく政策分野別社会支出の推移」（1998－2016）を示してある。

第1表 政策分野別社会支出の推移（OECD基準）

(億円)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
合計	769,707	809,746	830,559	863,893	879,513	885,092	898,881	919,982	933,421
高齢	318,311	343,849	367,141	388,057	410,621	418,273	428,640	442,762	453,081
遺族	56,525	58,227	59,617	60,918	61,733	62,552	63,381	64,638	65,346
障害、業務災害、傷病	39,623	36,650	36,139	37,956	35,397	37,155	36,599	35,292	38,448
保健	279,425	289,892	286,259	291,592	288,606	290,007	295,649	307,606	309,251
家族	24,914	27,984	28,824	31,467	32,876	33,117	35,700	37,536	36,763
積極的労働市場政策	13,673	14,291	14,196	14,136	12,289	12,138	11,506	4,366	4,224
失業	29,476	30,529	29,409	29,825	27,365	20,378	15,144	14,249	13,322
住宅	1,615	1,802	2,007	2,240	2,521	2,823	3,073	4,290	3,621
他の政策分野	6,147	6,520	6,967	7,522	8,105	8,650	9,188	9,242	9,364

第2表 政策分野別社会支出の構成割合の国際比較（2007年・2015年）

%（OECD基準）

2007年	高齢	遺族	障害、業務災害、傷病	保健	家族	積極的労働市場政策	失業	住宅	他の政策
日本	47.6	6.7	5.0	32.7	4.1	0.9	1.6	0.0	1.4
アメリカ	32.1	4.2	8.9	44.7	4.0	0.7	2.0	0.0	3.3
イギリス	29.7	0.7	11.6	32.1	15.2	1.5	1.8	6.7	0.8
ドイツ	32.9	7.9	11.1	29.9	7.2	2.8	5.3	2.3	0.7
スウェーデン	32.4	2.0	20.0	24.0	12.1	4.0	2.4	1.7	2.1
フランス	38.8	6.4	6.6	26.0	10.4	3.1	4.7	2.6	1.2

（出所）『平成20年度 社会保障給付費』39頁から作成。

2015年	高齢	遺族	障害、業務災害、傷病	保健	家族	積極的労働市場政策	失業	住宅	他の政策
日本	46.8	5.6	4.4	34.3	5.5	0.7	0.8	0.5	1.3
アメリカ	33.6	3.5	7.9	44.6	3.4	0.5	1.0	1.4	4.2
イギリス	32.4	0.2	8.7	34.4	15.8	1.2	6.8	0.0	0.5
ドイツ	30.5	6.8	12.6	32.9	8.4	2.3	3.3	2.0	1.1
スウェーデン	33.9	1.2	17.0	23.5	13.2	4.7	1.2	1.7	3.5
フランス	39.5	5.3	5.6	27.0	9.2	3.1	5.0	2.6	2.5

（出所）『平成28年度 社会保障費用統計』9頁から作成。

（注） 高齢	現金：退職年金（厚生年金、国民年金等）	現物：介護、ホームヘルプサービス
遺族	現金：遺族年金	現物：埋葬費
障害、業務災害、傷病	現金：障害年金、休業給付（傷病手当）	現物：介護、ホームヘルプサービス
保健	現金：公費負担医療給付	現物：社会福祉費
家族	現金：児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当	現物：介護休業給付、育児休業給付、就学前教育費
積極的労働市場政策		現物：職業紹介事業、職業教育訓練給付、障害者職業能力開発支援
失業	現金：雇用保険	
住宅	現金：生活保護の住宅扶助、公的賃貸住宅補助	
他の政策分野	現金：生活保護の生活扶助、生業扶助	

この結果、日本の社会保障費用は、高齢施策に重点化した姿となっていた。第2表に見られるように、2007年の国際比較では、OECD基準の社会支出の政策分野別の構成比は、高齢者向けの年金や介護などが日本では47.6%を占めることになった。同じ高齢者施策がアメリカは32.1%、イギリスが29.7%、ドイツが32.9%、スウェーデンが32.4%、フランスが38.8%であった。

この政策分野別社会支出では、2015年には日本は高齢者が46.8%とやや低下したもののやはり大きな割合を占めている。アメリカが33.6%、イギリスが32.4%、ドイツが30.5%、スウェーデンが33.9%、フランスが39.5%である。

なお、家族（児童手当、児童扶養手当、介護休業給付、育児休業給付、など）への社会支出は、

2007年の4.1%から2015年の5.5%と数値を上げている。これは、先ほどの、子ども手当（児童手当）の大幅アップなどが効果を上げていると見ることもできる。

「人生前半の社会保障」こそがこれから重要だとの主張（広井良典千葉大学教授）が2006年ごろから行われ、教育界を中心に反響を呼び、「子どもの貧困」論と結びつくようになった。それが、幼児教育無償化の議論として、文科省が積極的に取り上げるようになったと思われる。またニートと呼ばれる若者の居場所作りの取り組みなどもあり、高校授業料無償化や、貧困世帯の高校生の大学進学支援の方策としての給付型奨学金の拡充なども議論されるようになっていく。

山崎史郎は「人口減少と社会保障」の中で次の

ように言う。「日本の社会保障は、前にも述べたが、年金のみならず医療や介護などの面で高齢期への支援が中心となっている。これを『全世代型』へと転換していくためには、給付面では『子育て支援』の強化が、負担面では『支えあい構造』の再構築が必要となる。

まず足元の現実として認識しなければならないのは、我が国の保育サービスや児童手当などの子

育て支援施策は、他の先進国に比べて大きく立ち遅れていることである。日本の子育て支援に関する社会支出（家族関係社会支出）の対GDP比率（2013年）は1.26%と、スウェーデン（3.64%）やフランス（2.91%）などに比べると半分にも満たない状況にあり、抜本的な強化が急務となっている。」（山崎、168頁～169頁）。

2. 2008年 子どもの貧困元年

2つ目の転換は、2008年に、「子どもの貧困」についての論考が相次いで出版され、「子どもの貧困元年」と呼ばれることになったことである。それは阿部彩国立社会保障・人口問題研究所研究員の『子どもの貧困 ― 日本の不公平を考える』岩波新書（2008年11月20日）、や山野良一児童相談所勤務児童福祉士『子どもの最貧国・日本 ― 学力・心身・社会におよぶ諸影響』光文社新書（2008年9月20日）、であり、浅井春夫等著『子どもの貧困』明石書店（2008年4月15日）、などである。

阿部の「子どもの貧困」では、子どもの貧困をOECDの基準にのっとり「相対的貧困率」で測定することが提起された。「相対的貧困率」とは、「その国の世帯所得（厳密には等価可処分所得＝世帯の可処分所得を世帯人員の平方根で割ったもの）の最も標準的な手取りの世帯所得（中央値）の半分の率」を『貧困線』と定義する。この相対的貧困率を使って国際比較を行っている。基礎となるデータは、厚生労働省が毎年度行っている「国民生活基礎調査」の3年ごとの大調査（サンプル数は2.5万～3万）に求められている。この調査は、国際比較を容易にするためにOECDの基準にもとづいて行われている。

阿部の「子どもの貧困」では、第2章「子どもの貧困を測る」で、この「国民生活基礎調査」を使って、「日本の社会の中で、一番、貧困となる割合が大きいのは高齢者であり、その貧困率は20～21%と高い数値で推移している。20歳未満の子どもの貧困率は、最新の2004年のデータでは、14.7%である。つまり7人に一人の子どもの貧困状態にあるという

ことである。」と指摘した（同書52頁）。

また、「1990年代に入ってから、子どもの貧困率は大きく上昇している。89年の12.9%から2001年の15.2%に上昇し、04年には若干減少して14.7%となっているものの、その上昇率は他のどの年齢層よりも高い。」ことにも注意を呼びかけている。更に国際比較から日本の子どもの貧困率の高さも指摘する。

これらがきっかけだと思われるが、その後、短期間の間に民主党政権下の2010年に、それまでの浅く薄い「児童手当」から所得制限のない「子ども手当」の創設が行われた。ただ財源手当が十分ではなく、「ばらまき」批判もあって自公政権下で、所得制限が復活した「児童手当」（2012年）に改正されている。ただし、児童手当の額は、子ども手当とほぼ同じ水準を維持していることには注意が必要である。

(1) 現行児童手当の概要 2018年度予算ベース

受給対象は中学校修了までの児童で国内に住所を有する者。受給資格者は、生計を一にする父母、施設入所の場合は施設の設置者。

手当月額。0～3才未満は15,000円。3才～小学校修了までの第1子、第2子は10,000円、第3子以降は15,000円。中学生は一律10,000円。所得制限以上は一律5,000円（当分の間の特例給付）。所得制限額は年収960万円未満。

給付総額は2兆1,694億円（2017年度予算額は2兆1,985億円）。うち国負担額は1兆1,979億円、地方負担分5,989億円。事業主負担分1,817億円。公務員分1,909億円。児童手当の負担割合は、国

3分の2、地方3分の1。

また、同時期に2012年8月には、認定こども園法の一部改正などで構成される「子ども子育て支援関連3法」が成立し、2013年6月には「子どもの貧困対策の推進に関する法律（通称：子どもの貧困対策法）」が衆議院参議院の全会一致で成立している。2014年8月29日には、この法を受け、閣議決定「子どもの貧困対策に関する大綱」が定められた。

民主党政権下の2010年から高校授業料の無償化が行われ、その後の自公政権でも引き継がれた。国の財政負担は約4,000億円である。具体的には「高等学校等就学支援金」で、2018年度予算要求額は3,676億34百万円。高等学校に在学する者に年額118,800円を支給する。学校設置者が代理受領する。2014年度から所得制限が導入され、年収910万円（夫婦と子供二人世帯）以上の者には支給しない。私立高等学校等に在学する生徒については、所得に応じて、支給額を1.5倍～2倍に増額した額を上限とする。

(2) 子どもの貧困率はやや低下

これらの点を最近の指標で確認しよう。まず第3表である、『2016年度 国民生活基礎調査』から作成したものが、貧困率の年次推移を1985年から3年ごとに表示している。まず気が付くことは、相対的貧困率は1985年の12.0%から2000年の15.3%まで一貫して上昇、2003年に14.9%とやや

低下したものの2012年には16.1%にまで上昇する。そして2015年度には15.7%に低下する。この貧困率の低下が、どのような要因で生じているかは未知であるが、ひとまず今後の動きも合わせて注目していきたい。

子どもの貧困率は、1985年の10.9%から2000年の14.4%まで上下動をしながら上昇し、その後も上がり下がりの動きをしながら2012年度には16.3%にまで上昇している。そして、相対的貧困率と同様に2015年度には13.9%まで低下した。

これは子ども手当などの増額による所得再配分が効果を上げたとは現状で言い切ることはできないが、望ましい方向ではある。

ただし、子どものいる現役世代で大人が一人の世帯（一人親世帯）の貧困率は1985年度に54.5%であり、その後も50%台となっている。また貧困線（中央値の半分）は1997年に149万円であったが、この2期は122万円と低迷している。

(3) 生活困窮者自立支援法と地域包括ケア

更にこの時期の政策展開で重要なのは、生活困窮者自立支援法の制定（2013年12月13日）であろう。本法は、生活保護法の改正と同時に成立したが、それに伴い、就労支援を「よりそいながらの生活自立支援」という施策が制度化されていった。ここから「中間的就労」という考え方が明確になってきたことも重要である。日常生活自立支援、社会生活自立支援、一般就労自立支援という3つ

第3表 貧困率の年次推移

	1985	1988	1991	1994	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
相対的貧困率	12.0	13.2	13.5	13.8	14.6	15.3	14.9	15.7	16.0	16.1	15.7
子どもの貧困率	10.9	12.9	12.8	12.2	13.4	14.4	13.7	14.2	15.7	16.3	13.9
子どものいる現役世帯	10.3	11.9	11.6	11.3	12.2	13.0	12.5	12.2	14.6	15.1	12.9
大人が一人	54.5	51.4	50.1	53.5	63.1	58.2	58.7	54.3	50.8	54.6	50.8
大人が二人以上	9.6	11.1	10.7	10.2	10.8	11.5	10.5	10.2	12.7	12.4	10.7

中央値（万円）	216	227	270	289	297	274	260	254	250	244	244
貧困線（万円）	108	114	135	144	149	137	130	127	125	122	122

（出所）『2016年度 国民生活基礎調査概要』15頁等から作成。

- （注）1. 1994年の数値は兵庫県を除いたもの。
 2. 2015年の数値は熊本県を除いたもの。
 3. 貧困率とは等価可処分所得金額（世帯の可処分所得を世帯員数の平方根で割った額）の中央値の半分の率。
 4. 大人とは18才以上の者、子どもとは17才以下の者、現役世帯とは世帯主が18才以上65才未満の世帯。

の局面ごとに、それぞれの被支援者の状況に合わせて支援を組み立てていく。

更にこの時期の政策展開で重要な視点を加えると、介護保険の政策分野で、「地域包括ケアシステムの構築」が挙げられる。「地域包括ケアシステム」は、介護保険の給付額が大きく伸びる中で、少子化と人口減少の現在から将来に向けての財源的な制約の顕在化に合わせて、登場してきたといえる。

(4) 地方単独事業が大きい役割 子ども医療費助成事業

この間に、高齢者施策以外の分野で公的支出に

よる社会支出は、「乳幼児医療費助成」などの地方単独事業で行われてきた。

医療保険制度における子どもの自己負担額（3割、ただし小学校入学前までは2割）分については、対象年齢や、所得制限、一部自己負担の有無などの違いはあるが、2018年現在では、全ての都道府県が域内の市町村に補助を行い、その市町村が実施している。市町村では、その多くが都道府県の対象年齢等を拡大して行っている。この子どもの医療費助成事業については、OECD基準、ILO基準ともその社会支出、社会保障費用にはカウントされていないものと考えられる。

都道府県における実施状況（2015年9月2日 厚生労働省資料6）

（単位：都道府県）

対象年齢	通院	入院
実施都道府県数計	47	47
3才未満	3	—
4才未満	4	1
5才未満	1	—
就学前	25	22
9才年度末	3	3
12才年度末	5	8
15才年度末	5	12
18才年度末	1	1

所得制限	
所得制限なし	17
所得制限あり	30

一部自己負担	
自己負担なし	8
自己負担あり	39

2019年10月から幼児教育・保育無償化

2017年12月8日に「新しい経済政策パッケージ」を閣議決定。これはその前の参議院選挙で公約に掲げた幼児教育・保育無償化を具体化する内容を含むものであった。3才から5才までの全ての子どもの幼稚園、保育所、認定こども園の費用を無償化するとした。

また2018年5月31日には、幼稚園、保育所、認定こども園以外の無償化措置の対象範囲等に関する検討会報告書を取りまとめた。3才から5才までの預かり保育や認可外保育施設も無償化の対象とする。2019年10月から全面实施する。これは、消費税の増税が2019年10月であることから、税収が確保できることから2020年に全面实施とされていたものを、前倒ししたものである。

この幼児教育の無償化に要する追加公費は、

2009年ベースで7,900億円と見込まれている。この数値は、「幼児教育の無償化について（中間報告）」今後の幼児教育の振興方策に関する研究会、2009年5月18日、のものである。

幼児教育の無償化に要する追加公費（平成21年度ベース）

単位：億円

	公立	私立	計
幼稚園	200	3,300	3,500
保育所	2,000	2,300	4,400
計	2,300	5,600	7,900

この幼児教育の無償化については、一部の自治体で既に実施されている。明石市は2017年度から、第2子以降の保育料を無料にしている。子どもの

医療費無料化などその他の支援策をとってきた結果、子育て世帯の転入が続く。「待機児童の解消」を掲げて年1,000人規模の保育の受け皿作りを進めるが、2017年4月の待機児童は全国で6番目。2018年の最終的な待機児童は前年を39人上回る586人で、全国一位になった。