

人口減少と社会保障

— 今後の少子化対策の提言 —

2014 年度事例研究（現代行政 I）最終報告

要約

21 世紀の日本が迎える「人口減少」。社会保障の観点からは、人口減少の要因である少子化に伴い、制度の持続可能性が失われていくことが問題である。

本報告では、少子化の要因を分析した上で、効果的な政策と国・地方自治体の役割分担について提言する。

東京大学公共政策大学院 経済政策コース 1 年 石崎亜由美
経済政策コース 1 年 本橋 直樹
公共管理コース 1 年 松岡 広

平成 27 年 2 月 22 日

目次

1	はじめに	1
1.1	問題意識とテーマ設定.....	1
1.2	政策介入の根拠.....	1
2	少子化対策概論	3
2.1	近年の少子化の動向分析.....	3
2.2	少子化対策の類型.....	3
2.3	少子化対策に関する仮説.....	4
3	日本における少子化対策の動向.....	6
3.1	日本における少子化対策の動向・現状.....	6
3.2	先行事例	8
3.2.1	都市部の先行事例	8
3.2.2	過疎地域の先行事例	10
3.2.3	インプリケーション	11
4	少子化対策 各論.....	12
4.1	ワークライフバランス政策.....	12
4.1.1	WLB 政策とは	12
4.1.2	少子化に与える影響	13
4.1.3	日本での取り組み	14
4.1.4	海外の政策	18
4.1.5	政策分析	20
4.1.6	総括	22
4.2	保育サービス充実政策.....	25
4.2.1	待機児童	25
4.2.2	多様な保育サービス	26
4.2.3	地域の子育て支援	28
4.2.4	保育士確保	29
4.2.5	保育施設が迷惑施設として扱われることへの対応.....	34
4.2.6	総括	35
4.3	安心・安全に出産できる体制の整備.....	35
4.3.1	はじめに	35
4.3.2	産科医療供給の現状	36
4.3.3	産科医療をめぐる問題の諸相と対策.....	37
4.3.4	総括	42
4.4	出産から育児までの切れめないサポート.....	45
4.4.1	はじめに	45

4.4.2	フィンランドのネウボラ.....	45
4.4.3	日本での取り組み	46
4.4.4	総括	49
5	政策提言	50
6	参考文献	55

図表目次

図 1	女性の合計特殊出生率と労働参加率.....	13
図 2	相殺的間接効果増加仮説.....	14
図 3	政策の進捗状況.....	16
図 4	地方自治体の WLB 政策事例	25
図 5	待機児童数と保育所定員数の推移.....	25
図 6	年齢別待機児童数.....	26
図 7	過去保育士就業経験者の退職理由.....	30
図 8	現在保育士就業者の退職意向理由.....	30
図 9	「子育て支援員」の研修体系のイメージ.....	32
図 10	保育士資格取得方法.....	34
図 11	出生数と分娩取扱施設数の推移.....	37
図 12	周産期医療体制.....	41
図 13	産科医療の Access に関する問題の諸相とそれに対する施策	42
図 14	15～49 歳女子人口 10 万人当たりの産科医数と周産期死亡率との関係.....	43
図 15	日本の産前産後の母子へのサポート体制とフィンランドのネウボラとの比較	46
図 16	少子化対策における、問題・要因・政策の構造.....	50
表 1	理想の子ども数・予定の子ども数・完結出生児数の推移.....	2
表 2	先進諸国の家族政策への公的支出の GDP 比と合計特殊出生率.....	4
表 3	近年の国の少子化対策.....	6
表 4	主な目標表	15
表 5	地方公共団体におけるワーク・ライフ・バランス推進施策に関する調査結果.....	17
表 6	各国の取り組み事例.....	19
表 7	WLB の政策的アプローチの類型と役割分担	24
表 8	保育園と幼稚園の違い.....	27
表 9	就学前児童向け子育てサービス.....	28
表 10	全業種の労働者および保育士の年収.....	31
表 11	産科医療の Quality/Access 指標の合計特殊出生率への回帰結果.....	44
表 12	少子化対策 政策提言.....	52

本報告書は、「人口減少と社会保障」という壮大なテーマの中で筆者らが重要と考えた「少子化対策」について政策提言を行うことを目的としたものである。

本報告書の全体の構成は、以下の通りである。

まず、第 1 章では、筆者らが少子化対策に焦点を当てた背景にある問題意識と、少子化対策に政策介入する根拠について述べる。次に、第 2 章で近年の先進諸国における少子化の動向と少子化対策を概観し、少子化対策として有効と考えられる政策について論ずる。そして、第 3 章で日本における近年の少子化対策の動向を概観した上で、第 4 章において各政策（ワークライフバランス政策、保育サービス充実政策、安心・安全に出産できる体制の整備、出産から育児までの切れめのないサポート）について詳細に論ずる。最後に第 5 章で、第 4 章で論じた内容を総括し国と地方自治体との役割分担も含めて政策提言を行う。

1 はじめに

1.1 問題意識とテーマ設定

日本における近時の「人口減少」は本質的には少子高齢化に起因するものであり、高齢人口の割合の増加および生産年齢人口・若年人口の割合の減少という構造を伴う「人口減少」である。社会保障の観点からは、この構造変化に伴い、サービス（年金・医療・介護）の需要がサービスの供給に比して増大していくことにより、制度としての持続可能性が失われることに「問題」があると考えられる。

政策とは、上記のような「問題」の解決のために立案・実行されるべきものである。アプローチとしては、①上記の構造変化を所与として対症療法（サービス供給の量・質の確保、給付・費用のバランスの調整など）を行うアプローチと、②上記の構造変化そのものに働きかけるアプローチとがあり得る。①は喫緊の重要な課題であることは論を俟たないが、問題点が十分に顕在化し、具体的な政策対応も取られてきていることから、ここで改めて議論する意義は必ずしも大きくない。一方、②は中長期的な課題として 1990 年の「1.57 ショック」以来議論されているが、有効性のある政策的対応が実行されるには至らず、未だに少子化傾向に歯止めはかかっていない状況である。従って、改めて少子化について何が「問題」であり、どのような政策対応がその「問題」解決に必要なかを整理していくことに大きな意義がある、と考えた。

上記の問題意識をもとに今回は②のアプローチ、具体的には少子化対策に焦点を当てた。

1.2 政策介入の根拠

少子化対策として出生率を上げる、あるいは出生数を増やすという政策目標を設定することについては、戦時中の「産めよ、増やせよ」と同じではないか、出産は個人の価値観に関わることであり政策的に女性にプレッシャーを与えるべきではないのではないか、と

いった批判がある。しかし、我々は以下の 3 つの根拠から、少子化に対して政策介入することは正当化される、と考えた。

(1) 公共財

子供は、税や保険料を負担してくれる、労働力を供給してくれる、社会に活力をもたらすなどの「公共財」的な性格をもつ。公共財は市場に任せておくと過小供給になる。そこで政府が介入して、人々が子供の数を増やすように促す必要がある。

(2) 共有地の悲劇

現在の日本の年金制度は賦課方式であり、勤労世代の納める保険料から高齢者世代の給付が支払われる仕組みになっている。このような年金制度の場合、自ら保険料を負担していたことが条件にはなるが、自分は子供をもたなくても他人の子供が納めた保険料によって老後の所得を受け取ることができる。すなわち、お金をかけて子供を育てなくても、他人の子供に「ただ乗り」して生活保障を受けられる。すると人々はお金をかけて子供を育てたいと思わなくなり、少子化が進行する。その結果、保険料を納める人が減少するとともに年金の財源が減少し、社会保障制度を維持することができなくなる可能性がでてくる。

森や湖等の共有地を利用する人々は、濫獲によって資源が枯渇しないように、管理したり育成したりする必要がある。それと同様に、社会保障制度を維持するためには、次の世代を育成する人々の支援をしていく必要がある。

(3) 現在の出生率が過少である

国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」によると、実際に夫婦が何人の子供を産んだかを表す完結出生児数は、夫婦の理想の子ども数および予定の子ども数を下回っている。また、理想の子供の数と実際の子供の数にギャップが生じており、そのギャップが大きくなりつつある。人々の希望する子供の数が実現されていないのならば、政府が子育て支援策や少子化対策を提供することで、人々の厚生が改善される可能性がある。

表 1 理想の子ども数・予定の子ども数・完結出生児数の推移

	1992	1997	2002	2005	2010
理想の子ども数の平均値	2.64	2.53	2.56	2.48	2.42
予定の子ども数の平均値	2.19	2.17	2.13	2.11	2.07
完結出生児数	2.21	2.21	2.23	2.09	1.96
理想の子ども数との ギャップ	1.19	1.14	1.15	1.19	1.23

国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」(夫婦調査)

理想の子ども数のギャップは、平均理想の子ども数/完結出生児数 として、筆者算出

2 少子化対策概論

本章では、主に OECD(2003)をもとに、近年の先進諸国での少子化の動向、および少子化対策の類型とその効果の分析を概観した上で、それをもとに少子化対策の方向性に関して立てた仮説について説明する。

2.1 近年の少子化の動向分析

- (1) 1970 年代より OECD 諸国では概ね合計特殊出生率（以下、「出生率」）が低下したが、傾向としては大きく以下の2つに分かれた。
 - ① 北欧と英語圏とフランス（緩少子化国）：出生率が下がり始めたのは早いですが、その後安定あるいは上昇
 - ② その他の欧州の国々と日本（超少子化国）：出生率が下がり始めたのは遅いが、その低下傾向が継続
- (2) 出生率の低下は、①**タイミング効果（出産の高年齢化）**と②**カンタム効果（生涯出生力の低下）**に分けられる。いずれの国でも、晩産化によるタイミング効果で出生率の低下が起こったが、緩少子化国では生涯出生力は大きくは減っていない一方、超少子化国では生涯出生力の低下によるカンタム効果（原因は出生意欲の減退 or 「産みそびれ」）も発現している。
- (3) 少子化（出生率の低下）の直接的な要因である晩産化の背景には以下の2つの要因が考えられる。
 - ・ **社会経済的要因**：女性の高学歴化、雇用労働力化の進展とそれに伴う社会経済的地位の上昇、子育ての直接・間接費の上昇
 - ・ **文化的要因**：女性の家族役割やジェンダー役割に関する伝統的な価値観や社会規範の変化そして、社会経済的な変化・文化的な変化への制度的な対応の早さが緩少子化・超少子化を分けたと考えられる。

2.2 少子化対策の類型

- (1) 女性の出産の決定に影響を与える要因としては、以下の3つが挙げられる。
 - ① 子どもを持つことの便益（物質的な便益、精神的な便益）
 - ② 子どもを持つことのコスト（養育費・住宅費・教育費などの直接的な費用、出産・育児のための離職に伴う逸失利益などの機会費用、物理的な負担、精神的な負担）
 - ③ ①・②に影響を与える環境的要因（経済状況、雇用の安定度、家族規範 [事実婚・婚外子の社会的容認度]、ジェンダー平等性など）

(2) 施策の種類

一般的に実施されている少子化対策は大きく、直接的な費用を低減する施策としての①**金銭的援助**（児童手当、住宅手当など）、機会費用を低減する施策としての②**雇用と育児の両立支援**（育児休業制度、労働時間の柔軟化）と③**託児インフラ整備**（保育サービスの充実）、に分かれる。

(3) 施策の効果

OECD の調査（2003）では、①金銭的援助策は合計特殊出生率増加との相関が弱い一方、②雇用と育児の両立支援と③託児インフラ整備については合計特殊出生率増加との相関が一定程度見られるという結果となっている。特に、3歳未満の子どもへの育児サービスの程度と合計特殊出生率とは、比較的強い正の相関（ $R^2=0.43$ ）があるという結果が出ている。

なお、下表は直近の先進諸国の家族政策への公的支出の GDP 比と合計特殊出生率を表したものである。この表からは、アメリカを除けば、保育サービス等のサービス支出の GDP 比と合計特殊出生率とに正の相関があることが見受けられる一方、子ども手当などの現金支出の GDP 比と合計特殊出生率との相関は必ずしも強くない。このことから、経験的には①金銭的援助よりも③託児インフラ整備を拡充する方が合計特殊出生率の向上に寄与する可能性が高い、と考えられる。

表 2 先進諸国の家族政策への公的支出の GDP 比と合計特殊出生率

国名	家族政策への公的支出の GDP 比 (2011 年)			合計特殊出生率 (2011 年)
	現金・税控除	サービス	合計	
日本	1.26%	0.47%	1.74%	1.39
フランス	1.92%	1.69%	3.61%	2.00
ドイツ	2.08%	0.97%	3.05%	1.36
スウェーデン	1.49%	2.14%	3.64%	1.90
イタリア	1.26%	0.76%	2.01%	1.42
アメリカ	0.56%	0.63%	1.19%	1.89
イギリス	2.89%	1.37%	4.26%	1.97
OECD 平均	1.59%	0.96%	2.55%	1.70

OECD(2014) "Society at a Glance", "OECD Family Database" より筆者作成

2.3 少子化対策に関する仮説

前節で述べた内容から、少子化対策としては①金銭的援助よりも②**雇用と育児の両立支援**と③**託児インフラ整備の効果が高いと仮説**を立て、本報告ではそれらに焦点をあてて政

策検討・提言を行うこととした。

但し、少子化は個人の出産に関する意思決定に起因することから、ミクロなレベルにも着目することが必要である。内閣府（2013）「少子化対策大綱の見直しに向けた意識調査」では、子どもがおらず、子どもを持つことを望んでいない人を対象に「子供を持つことを望んでいない理由」について質問したところ、「親になることが不安・子育てに自信が持てそうにない」という回答が31.3%、「出産のリスク（子供の先天性異常や妊娠・出産時のトラブルなど）が心配」という回答が19.9%、「出産・子育てに対する周囲のサポート体制が整ってない」という回答が9.2%にのぼっている。このことから、ミクロなレベルでは出産・子育てに関する不安などといった精神的な負担が出産回避行動につながり、マクロなレベルでの出生率低下につながっていると仮説を立てた。従って、これらの不安・精神的負担に対処する施策として、**安心・安全に出産できる体制の整備と、出産から育児までの切れめないサポート体制の整備**についても政策検討・提言を行う。

3 日本における少子化対策の動向

3.1 日本における少子化対策の動向・現状

本節ではまず日本における少子化対策の動向・現状を国の政策から概観し、現状確認と今後政策として何が必要であるかを探っていこうと思う。2012年の政権交代前後からの国の少子化対策政策の流れは下の表3の通りである。以下では地方自治と関連した少子化対策の詳細を解説する。

表3 近年の国の少子化対策

2012	「子ども・子育て支援新制度」
2013	「少子化危機突破タスクフォース（第1期）」 「少子化危機突破タスクフォース（第2期）」 「地域少子化対策強化交付金」
2014	26年度予算：〔地域ぐるみで子どもの教育に取り組む環境の整備〕、〔地域における切れ目ない妊娠・出産支援の強化〕といった内容で予算措置

内閣府「平成26年版少子化社会白書」より筆者作成

(1) 2012年：「子ども・子育て支援新制度」

社会保障・税一体改革の一項目として、消費税率の引き上げによる財源の一部を得て実施されるものであり、2015（平成27）年度から本格施行する方針である。制度導入の背景としては子どもが欲しいという希望が叶い、子育てをしやすい社会にしていくために国や地域が子どもや家庭を支援する新しい支え合いの仕組みが求められていたことが挙げられる。制度のポイントは以下の3点である。

① 「地域型保育給付」の創設

認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付である「施設型給付」及び小規模保育、家庭的保育等への給付を新たに行う

② 認定こども園制度の改善

二重行政の課題などを解消し、その設置の促進を図ることに加え、財政措置についても、「施設型給付」の対象とする

③ 地域の子ども・子育て支援の充実

一時預かり、放課後児童クラブなど、市町村が行う事業を新制度では「地域子ども・子育て支援事業」として法律上に位置づけ、財政支援を強化する

(2) 2013年：「少子化危機突破タスクフォース（第2期）」

少子化社会対策会議において決定された「少子化危機突破のための緊急対策」を着実に

実施するために発足し、「少子化危機突破のための緊急提言」が取りまとめられた。緊急提言には、少子化危機突破基金の創設や次世代育成支援対策推進法の延長・強化、長時間労働の抑制等が盛り込まれ、さらに今後の取り組むべき課題と進むべき方向性、提言がとりまとめられた。

○今後の取り組むべき課題と進むべき方向性

- 1 都市と地方のそれぞれの特性に応じた少子化対策
- 2 少子化対策のための財源の確保
- 3 結婚・妊娠・出産・育児の「切れ目ない支援」のための地域少子化対策強化交付金の延長・拡充
- 4 妊娠・出産等に関する正確な情報提供
- 5 少子化危機突破の認識共有に向けて
- 6 施策の整理・検証（「CAPD」サイクル）の実施
- 7 少子化対策の目標のあり方の検討

○今後に向けた提言

提言 1 新しい大綱の策定に向けた検討

提言 2 少子化対策集中取組期間の設定と施策の総動員と財源の確保

提言 3 残された課題に対する議論の深化

このなかでようやく地方と都市の特性に応じた政策がとられることになった。それにあわせて 26 年度予算では〔地域ぐるみで子どもの教育に取り組む環境の整備〕、〔地域における切れ目ない妊娠・出産支援の強化〕といった内容で予算措置がとられた。

(3) 2013 年：「地域少子化対策強化交付金」

緊急対策や緊急提言において地域の実情に応じた結婚・妊娠・出産・育児の切れ目ない支援の重要性が盛り込まれたことを踏まえ、地域における少子化対策の強化を実現し、地方それぞれの問題に対応するための交付金として創設された。

結婚・妊娠・出産・育児の切れ目ない支援を行うため、地域の実情に応じて地域独自の先駆的な取組を行う都道府県及び市区町村を国が支援することを目的とするものである。都道府県及び市区町村は、①結婚・妊娠・出産・育児の切れ目ない支援を行うための仕組みの構築、②結婚に向けた情報提供等、③妊娠・出産に関する情報提供、④結婚・妊娠・出産・育児をしやすい地域づくりに向けた環境整備を事業内容とする計画を定め、それに基づいて事業を実施することとされて

いる。(平成 26 年版少子化社会対策白書)

とあるように地域がそれぞれ独自の事情に対応した施策を行えるよう財政的に支援するものである。2014 年 10 月現在、230 以上の自治体（市区町村レベル）が交付を決定されている。しかしながら制度が始まったばかりということもあり、各自治体とも模索中であると言うのが現状で、活用事例も少なくかつばらばらであり、有効な政策を試行錯誤しているのが現状であると言える。

以上のことから分かることは、近年の政策は地方自治体の裁量を拡大し、国はそれを後ろからサポートするという傾向にある。3.2 の先行事例で詳細は述べるが地方のニーズは都市部と過疎地域という枠を越えて多様化しているため、オーツの地方分権化定理の観点からは望ましい傾向にあると言える。しかしこれらの施策は始まったばかりでありその効果がどの程度あるか、どのような政策が有効かについては分からないというところに現状の課題があると言える。

3.2 先行事例

ここでは平成 24 年度「全国自治体の子育て支援施策に関する調査」報告書より、地方自治体で行われている先進的取り組みを紹介する。先進的取り組みはいわば行政が現場のニーズをうまく吸い上げた好事例である。そこでこれらの紹介を行うことを通じて都市部、過疎地域の抱えているニーズとその解決策を探るのが本節の目的である。

3.2.1 都市部の先行事例

事例①：神奈川県横浜市

①背景	・年少人口と老年人口の数は 2000 年に逆転、差は拡大する傾向にある。 ・世帯人数については単身世帯化や世帯規模の縮小が進んでいる。
②施策	・保育コンシェルジュ —保護者に対して、個々のニーズにあわせた保育資源や保育サービスの情報を提供 保育所に入れない場合、他の保育サービスを紹介する ・私立幼稚園預かり保育 —幼稚園の預かり時間を延長する
③成果	・長時間就労をしている保護者だけでなく、保育所入所要件に満たない短時間（パート）就労などをして いる保護者の多様なニーズに対応していることから、就労しつつ幼児教育を希望する保護者の選択肢を広 げることにつながっている。

事例②：兵庫県尼崎市

①背景	1965年には50万人を突破した人口は、1971年の55.4万人をピークに減少、2010年には45万人台に。子育て世代の転出が課題。
②施策	<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会の子育て機能向上支援事業（子育てコミュニティソーシャルワークの実施） －地域住民の意識を高めるワークショップや学習会を開催する <li style="padding-left: 20px;">ex)児童虐待について地方ができること －子ども・子育て支援活動を行う支援者にヒアリング <li style="padding-left: 20px;">(活動上のニーズ・課題や地域の課題の把握、活動に対する助言・情報提供) －子育て支者同士が交流できる場を設ける
③成果	・事業開始後3年間は地域住民の意識を高めるワークショップや支援者同士が交流できる場の設定、地域での新たな取組に向けた合意形成を支援するなどの働きかけを行った。地域住民に新たな気づきが生まれたり、グループ間で新たな関係が構築されたほか、地域住民主体の子育て広場の開設などにつながった。

事例③：新潟県上越市

①背景	<ul style="list-style-type: none"> ・出生数は、1990年から99年は2,000人前後で推移していたが、2000年以降は減少し、2009年には1,600人台にまで低下した。 ・将来人口の推計では、今後も出生率が死亡率を下回るなど人口減少傾向がさらに強まることが予想される。
②施策	<ul style="list-style-type: none"> ・放課後児童クラブ <p>昼間保護者が不在となる家庭の1～6年生の児童に対して、小学校の空き教室等を利用して遊びを主とする活動の場を提供している。非常勤の職員、教員・保育士等の有資格者などが指導員</p>
③成果	・交通事故や不審者との遭遇といった危険がなく安心できると評価が高い

事例④：東京都三鷹市

①背景	・施設保育支援、在宅子育て支援、制度（経済的）支援の3つをバランス良く実施し、三鷹市の強みである市民参加と協働、諸関係機関との強い連携により、充実した子ども・子育て支援を展開する。
②施策	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業） <p>民生・児童委員が生後4か月までの乳児のいるすべて家庭を訪問する。希望者は助産師・保健師に訪問してもらい、相談にのってもらえる。</p>
③成果	・朝早くから開室しているので、養育者は午前中も勤務先を休むことなく朝から出勤することができる。さらに、かかりつけ医の診療情報提供書で申込みができることになり利便性が向上。

これらの先行事例から都市部について分かることは次の通りである。まず都市部では共働き世帯が相対的に多いことから単純に保育施設の数を増やすのではなく、子育てと仕事を両立できるよう多様なニーズにも柔軟に対応できる制度が求められるということである。次に近所づきあいが希薄であることから出産・育児の期間で孤立しないようなコミュニティの形成+相談の機会へのニーズが存在するということである。これは次にあげる過疎地域とは異なる傾向であると言えるだろう。またニーズの多様性からそれを常に吸い上げようとする行政の努力が常に求められているということも考えられる。

3.2.2 過疎地域の先行事例

事例①：青森県鱒ヶ沢町

①背景	<ul style="list-style-type: none"> ・『地方消滅』では「消滅可能性が高い」 ・世帯構成人数も、1955年合併時期には5.36人だったが、2008年には2.65人と半減し、核家族化が進んでいる。 ・少子化に歯止めをかけるために、安心して産み育てられる環境づくりを行うことが最大の課題であるという認識
②施策	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に密着した包括的な支援が出来るよう鱒ヶ沢母子支援センターを設立 ・①産前産後ケア事業、②ママサポート事業をはじめとする出産から育児までを網羅した支援
③成果	<ul style="list-style-type: none"> ・「対象者のニーズに合わせたサービスが受けられる」と利用者からは高い評価を得ている ・認知が高まり利用者が増えた。助産師が産前産後ケアを行っているため、母子に対する専門的な支援ができる。

事例②：山形県川西町

①背景	<ul style="list-style-type: none"> ・『地方消滅』では「消滅可能性が高い」となっている。 ・世帯規模が縮小する傾向にあり、近年の経済状況を反映して共働き世帯が増えており、保育所入所希望者も増加している。
②施策	<ul style="list-style-type: none"> ・川西町では住民のニーズに即応できるよう行政組織を再編し、子育て支援業務に関する体制の一本化 ・川西町子育て支援基金と②株式会社立保育所と小児科診療所との連携による病児保育事業
③成果	<ul style="list-style-type: none"> ・働いている若い母親などからの需要が高い ・開設時は、利用者が果たして集まるか不安であったが、当初の想定を上回る利用となっている。

事例③：栃木県大田原市

①背景	<ul style="list-style-type: none"> ・合計特殊出生率はここ数年で若干上昇したものの(1.35)、国(1.39)や県(1.38)と比較して低い水準であり、平均世帯数も2.7と核家族化も進んでいる。 ・不景気の影響などにより余裕を持って子育てに関わる時間がなくなりつつあり、子育てを取り巻く環境は決して良いとは言えない
②施策	<ul style="list-style-type: none"> ・大田原市子育て支援基金②乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）におけるエジンバラ産後うつ病質問票の導入
③成果	<ul style="list-style-type: none"> ・出産後の母親の精神状態が点数化され、青信号（概ね良好）、黄信号（産後うつの可能性がある）、赤信号（産後うつと見なす）の3段階評価されるので、客観的な目安となる

これらの先行事例から過疎地域について分かることは以下の通りである。まず地方でのニーズは金銭的なものだけでなく、安心して子育てが出来るかといったメンタル的な心配を解消する制度設計も含まれる。これは人口減少の進んだ地域では小児科病院といったそれまでにあったセーフティネットが維持できなくなり、それが心理的負担となり少子化が進むと言った負のスパイラルが発生したということが原因であると考えられる。つまりこれらの問題に対応する施策には必ずニーズが有り、それを実行することで少子化に歯止めをかけることが可能と言えるのではないだろうか。

3.2.3 インプリケーション

ここで先行事例を通じて得られたインプリケーションをまとめておく。

① 都市部について

都市部では地方に比べて施設の需給のギャップ解消、共働き世帯に対する支援が求められている。保育施設の拡充や利便性の向上が必要。また育児による社会的孤立を防ぐためのコミュニティづくりも出産への心理的負担を解消する点で有効な施策であると考えられる。

② 地方部について

このレポートを作成する以前は地方部のニーズは「地方では世帯人数が多いので子育ての担い手は多く、そのため必要な施策は都市部と比較して相対的に低い所得の補助」であるといった認識であった。しかしながら現状では地方部内でも自治体ごとにニーズは異なり、画一的な政策で対応できると言ったものではないことが分かった。

最後にこれらを踏まえて国は何をするべきかについて述べる。今後の国の施策としてはまず自治体における先行事例の紹介で対応が遅れた自治体に対してアドバイスを行うことがある。それに加えて、それぞれの自治体がその土地のニーズに合った政策を行えるような財政支援であると考えられる。この観点からは「地域少子化対策強化交付金」は非常に望ましい政策であると筆者は考える。また少子化対策としての労働環境改善といった政策は地方では困難かつ、自治体ごとに格差があるべきではない。そのため国による画一的な政策が必要となる。

4 少子化対策 各論

4.1 ワークライフバランス政策

本節では少子化対策としてのワークライフバランス政策(WLB 政策)について扱う。最初に WLB 政策とは何かを説明した後、少子化対策との関連性や先行研究について議論してどのような政策を行うべきかを探っていく。

4.1.1 WLB政策とは

まずそもそも WLB 政策とは何かについて説明する。理由は WLB と聞いて漠然としたイメージはつく反面、WLB 政策が具体的にはどのようなものを目指す政策なのか、少子化対策とどのように関係するのか、いまひとつ分かりにくいものであるからである。

内閣府が出した「仕事と家庭の調和(ワークライフバランス)憲章」での定義では WLB が実現された社会を次のように定義している。

「国民一人ひとりがやりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる社会」

さらにその内容は 3 つに分類が可能で、

①就労による経済的自立が可能な社会

経済的自立を必要とする者、とりわけ若者がいきいきと働くことができ、かつ、経済的に自立可能な働き方ができ、結婚や子育てに関する希望の実現などに向けて、暮らしの経済的基盤が確保できる。

②健康で豊かな生活のための時間が確保できる社会

働く人々の健康が保持され、家族・友人などとの充実した時間、自己啓発や地域活動への参加のための時間などを持てる豊かな生活ができる。

③多様な働き方・生き方が選択できる社会

性や年齢などにかかわらず、誰もが自らの意欲と能力を持って様々な働き方や生き方に挑戦できる機会が提供されており、子育てや親の介護が必要な時期など個人の置かれた状況に応じて多様で柔軟な働き方が選択でき、しかも公正な処遇が確保されている。

となっている。つまりこれらが達成できるような社会を目指す政策が WLB 政策である。

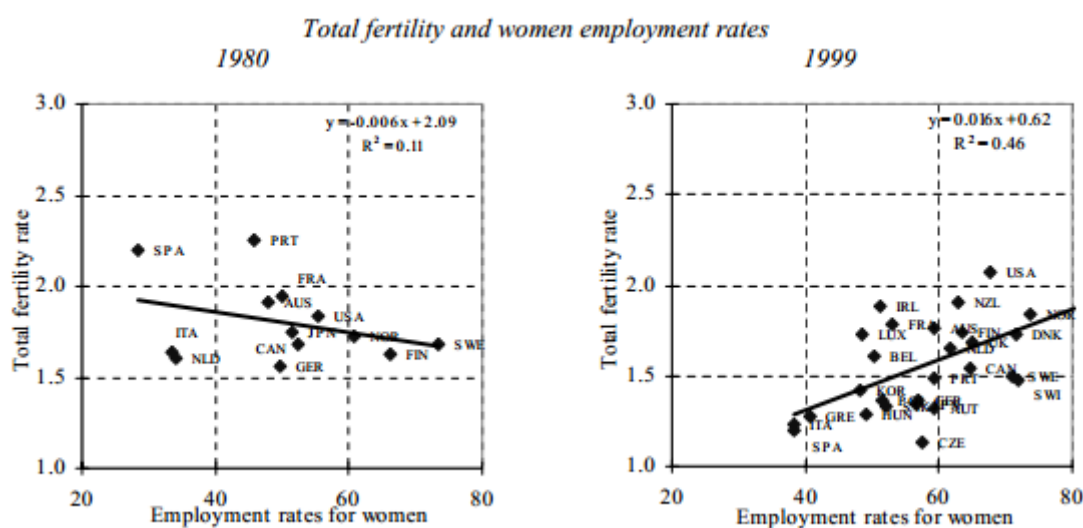
また一見すると WLB は「働き方の問題」であって、WLB 政策は少子化対策とは関係のないものと考えられがちであるが、「男性も育児・介護・家事や地域活動、さらには自己

啓発のための時間を確保できるようになり、女性については、仕事と結婚・出産・育児との両立が可能になる。」（「労働市場改革専門調査会第一次報告」経済財政諮問会議労働市場改革専門調査会）とあるように少子化対策にも WLB 政策は不可欠であると近年認識されるようになってきている。

4.1.2 少子化に与える影響

1980年代から1990年代にかけて女性の労働参加率(FLPR)と出生率(TFR)の相関関係が逆転(図1参照)したがその背景にはWLB政策があった。

図1 女性の合計特殊出生率と労働参加率



OECD (2003)“Low Fertility rates in OECD Countries” より

この現象の理論的説明としては山口（2009）によると以下2つの仮説が挙げられる。

①相互作用効果仮説

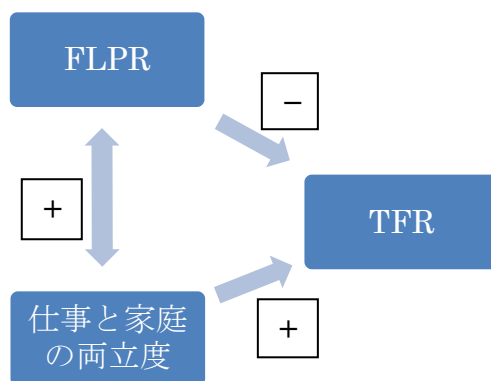
FLPR は TFR に負の影響を与えると仮定。しかし WLB 政策により仕事と家庭の両立が可能になり機会費用減少すると FLPR と TFR の負の関係は弱まるといった仮説。

②相殺的間接効果増加仮説(図2を参照)

(i) FLPR は TFR に負の影響を与える、(ii)仕事と家庭の両立度は TFR に正の影響を与える、(iii)WLB 政策により FLPR と仕事と家庭の両立度は正の関係を持つ、と仮定。すると女性の労働参加率上昇による負の影響よりも仕事と家庭の両立度（山口の実証分析では「育児と仕事の両立度」）の正の影響の方が大きいため女性の FLPR と TFR の関係が逆転す

るといった仮説。

図 2 相殺的間接効果増加仮説



筆者作成

次に以上の仮説を基に少子化がなぜ日本で深刻化したのか、それに対してなぜ WLB 政策を採り上げるのかについて述べたいと思う。

日本だけが少子化が深刻な問題となっているのかという疑問に対し、我が国の少子化の原因の大部分は「若者の結婚離れ」(小塩、2013、p232)とする考えがある。これは日本における夫婦の完結出生児数は安定して 2 人であることから、近年の出生率の低下は非婚化・晩婚化によるものであるという考えからきている。さらに日本では結婚後、妻の家事負担が重く出産による仕事に対するハンディキャップが大きいといった問題、加えて一度仕事を辞めると正規雇用での再就職が困難といった雇用慣行がある。その結果、女性がライフステージにおいて仕事を選択する時に結婚や出産を断念ないし遅らせることを余議なくされ、非婚化・晩婚化が進むのである。つまりこういった問題を解決し少子化に歯止めをかけるには WLB の実現が不可欠なのである。

4.1.3 日本での取り組み

ここで現在実施されている WLB 政策について国と地方自治体の観点から調べて行きたいと思う。そこから今後何をすべきかといった方針を探っていく。

(1) 国の政策

現在国が掲げている主な目標及び数値目標は表 4 の通りである。数値目標は 2007 年に制定された 2020 年の目標値を表している。両者とも非常に多岐にわたっているため、主な目標をピックアップして取り上げた。

表 4 主な目標

①就労による経済的自立	学校段階を通じたキャリア教育・職業教育の体系的充実
	社会全体に通じる職業能力開発・評価制度構築
	フリーターの常用雇用化支援
	経済的自立が困難な者の就労支援
②健康で豊かな生活のための時間の確保	労使の労働時間等設定改善の取組支援
	改正労働基準法への対応等による長時間労働抑制及び年次有給休暇取得促進
③多様な働き方の選択	多様な働き方推進とその条件整備
	女性の継続就業支援と育休を取得しやすい環境整備、就業率向上
	在宅就業の環境整備のための枠組みの検討
	男性の子育てへの関わり支援・促進（「パパ・ママ育休プラス」の活用促進、学習機会提供等）
	男性が子育てに関わるきっかけの提供
	地方公共団体等による育児・介護の社会的基盤づくり支援

主な数値目標〔例(現状値→目標値)〕

目標	数値
フリーター数	124 万人
週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合	10.0%→5 割削減
年次有給休暇取得率	47.4%→70%
第 1 子出産前後の女性の継続就業率	38.0%→55%
男性の育休取得率	1.23%→13%

内閣府「仕事と生活の調和推進のための行動指針」より

またこれらの目標については 2013 年に中間報告がまとめられており、その進捗状況が報告されているので以下図 3 に引用した。

図 3 政策の進捗状況

順調に進捗している (目標設定時から 2020 年の目標値に向けて直線的に進捗すると仮定した場合の直近の想定値を達成している)	就業率 (60～64 歳)
	労働時間等の課題について労使が話し合いの機会を設けている割合 在宅型テレワーカーの数
順調ではないものの進捗している (上記想定値を達成していないものの目標設定時より進捗している)	就業率 (20～64 歳) (20～34 歳) (25～44 歳女性)
	フリーターの数
	週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合
	年次有給休暇取得率
	メンタルヘルスマスクに関する措置を受けられる職場の割合
	短時間勤務を選択できる事業所の割合
	自己啓発を行っている労働者の割合 (正社員)
進捗していない (目標設定時の数値より目標までの差が拡大している)	保育等の子育てサービスを提供している割合
	男性の育児休業取得率
	6 歳未満の子どもをもつ夫の育児・家事関連時間
	就業率 (15 歳以上)
	時間当たり労働生産性の伸び率
	自己啓発を行っている労働者の割合 (非正社員) 第 1 子出産前後の女性の継続就業率

内閣府「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)レポート 2013」より

これらから分かることは次の 3 点である。

- ①目標が総花的で、実行力が弱い
- ②一見すると WLB と関係のない物まで目標に盛り込まれている
- ③国と地方自治体の役割分担が不明瞭

このような状況では目標があまりにも多く、実際どこから手をつけていいのか現場担当者の混乱を招きかねないということが問題になる。また限られた政策資源の下では目標が多すぎては一つ一つに十分な取り組みを行えなくなる恐れもある。さらに現状では国と地方自治体の役割分担がなされておらず、施策にムラやムダが生じることが懸念される。そこで今後の方針としては、有効な政策を取捨選択して資源を集中投入し、国と地方できちんとした役割分担を行っていくことが必要である。

(2) 地方自治体の取り組み

地方自治体の取り組みについては「平成 25 年度地方公共団体におけるワーク・ライフ・バランス推進施策に関する調査結果」より抜粋した。これは 47 都道府県と 20 政令指定都市についてのアンケート調査で、平成 25 年度に WLB 政策の種類別に取組を行っている自治体数を集計したものである。結果は以下の表 5 の通りである。(())は平成 24 年度調査結果)

表 5 地方公共団体におけるワーク・ライフ・バランス推進施策に関する調査結果

①表彰及び登録・認定・認証の実施状況

	都道府県	政令指定都市
表彰を実施している	34(34)	11(11)
登録・認定・認証制度を実施している	46(46)	8(8)

②推進企業・団体に対する経済的支援の実施状況

	都道府県	政令指定都市
実施している	42(44)	14(13)
うち奨励金・助成金制度	15(14)	4(5)
うち融資制度・優遇金利の設定	30(34)	4(3)
うち公契約上の配慮	31(32)	12(11)
その他	2(3)	0(0)

③仕事と生活の調和に関する個人向けの経済的支援の実施状況

	都道府県	政令指定都市
実施している	20(20)	3(3)

④仕事と生活の調和に取り組む企業や団体に対する専門的アドバイス提供の実施状況

	都道府県	政令指定都市
実施している	37(36)	8(7)

⑤講座・セミナー・シンポジウム・イベントの実施状況

	都道府県	政令指定都市
実施している	44(42)	17(19)

内閣府「平成 25 年度地方公共団体におけるワーク・ライフ・バランス推進施策に関する調査結果」より

この結果から分かることは以下の 3 点である。

- ①登録・認定制度やイベントの実施は多い
- ②直接的に WLB 実施コストをさげる奨励金・助成金制度の導入事例は少ない
- ③ 専門的アドバイス提供には都道府県と政令指定都市で温度差

以上から今後の方針としては現在取り組みが進んでいる登録・認定制度を活用して他の施策を拡張していくことが考えられる。例えば 4.1.4 項でも採り上げるが、海外の事例のように現在登録・認定を行っている企業に対して税制・公共調達面での優遇といった政策

を行うことが望ましい。罰則規定のようなものを地方独自で行うべきではないため、こうしたインセンティブ作りが自治体の今後の進めるべき施策になると考えられる。

4.1.4 海外の政策

ここでは諸外国での WLB 政策の取り組み事例を取り上げ、日本に活用できないかを探っていく。ヨーロッパの3国の取り組み事例は表6にある通りである。ここから分かるのは、まず保育所・託児所施設への手当が厚いことである。手当により夫婦が仕事と家庭を両立しやすくなり、育児の機会費用低減につながっていると考えられる。次に公共調達といった形で企業へのインセンティブ付与を行っている点である。これは4.1.3項でも紹介したが、地方自治体でも行える政策ではないだろうか。最後に非課税措置等の強いインセンティブ作りを行っていることが分かる。義務付けではなく自発的な取り組みを促し、さらに行政の高い取り組み意欲がうかがえる。以上のような点を踏まえて今後の政策提言を行おうと思う。

表 6 各国の取り組み事例

	フランス	ドイツ	イギリス
経済的支援制度	<ul style="list-style-type: none"> ・企業内保育所の創設・運営への経済的支援 ・従業員 50 人未満の企業に対する出産休業中の従業員の代替にかかる費用の支援 ・子を持つ従業員に対して支出をした企業への税制優遇措置 	<ul style="list-style-type: none"> ・保育費用補助手当の非課税措置 ・企業内保育助成プログラム ・中小企業向けコンサルティング費用助成 	<ul style="list-style-type: none"> ・託児費用支援に対して国民保険料の免除、所得税の控除 ・チャレンジ基金プログラム
認定・表彰制度	<ul style="list-style-type: none"> ・「平等認定」の付与 ・「多様性認定」の付与 	<ul style="list-style-type: none"> ・トータル・イー・クオリティ認定制度 従業員のための仕事と家庭の監査プログラム ・企業ネットワーク「成功要因家族」の企業コンテスト 	<ul style="list-style-type: none"> ・バーミンガムの「ワークライフバランス推進優良企業表彰制度」
その他支援制度	<ul style="list-style-type: none"> ・「託児所&企業クラブ」 	<ul style="list-style-type: none"> ・公共調達に関する規定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ワークライフバランス施策の実施に助言等を行うチームの設置
指数・数値目標	<ul style="list-style-type: none"> ・職業生活と家庭生活との間の両立を①被用者②企業③青少年から見た親たちの就労の3点から見た指標 ・企業の社会的責任の枠内で定められた追跡指標 	<ul style="list-style-type: none"> ・2013年までに3歳未満児童の1/3は保育の場を提供され、連邦政府は建設費の1/3までを補助 ・満1歳以上の児童は全員託児所またはデイサービスの支援を受ける権利を持つ 	

独立行政法人労働政策研究研修機構「ワーク・ライフ・バランスに関する企業の自主的な取り組みを促すための支援策-フランス・ドイツ・スウェーデン・イギリス・アメリカ比較-」より筆者作成

4.1.5 政策分析

(1) 先行研究

ここでは山口(2009)による先行研究の結果をとりあげる。山口はパネル調査データ等を用いて日本におけるWLB政策と出生率についての詳細な実証分析を行っているため今回参考にした。我々が注目したのは以下の5点である。

- ①育児休業制度が取得できるほど出生率が高い
- ②出産意欲が高いほど出生率は高くなる。
- ③教育費・養育費の補てんといった「子供の質の価格」の軽減政策は有効
- ④夫の協力は2子目の出生に大きな影響を与える
- ⑤職場や労働市場の柔軟性は女性の労働参加による負の影響を弱める。

以上の結果から実証的にWLB政策は少子化対策に有効であることが示された。さらに制度面だけでなくソフト面の対策も有効であることが分かったので政策提言につなげていきたい。

(2) 回帰分析

先行研究に加えて、今回我々は独自に回帰分析を2パターンで行い、政策提言の判断材料とする。

(i) OECDの指標を用いた回帰

OECDのWLB指数(The Better Life Index)をもとに各都道府県の長時間労働比率指数とレジャー時間指数を算出。これらの指数を説明変数とし、出生率ギャップを被説明変数として回帰分析を行う。

出生率ギャップ：希望出生率－出生率

希望出生率＝[(既婚者割合×夫婦の予定子ども数)＋(未婚者割合×未婚結婚希望割合×希望の子ども数)]×離別効果

長時間労働比率指数＝「平成24年就業構造基本調査」より年就業日数200日以上で、週間就業時間が60時間以上の人の割合

レジャー時間指数＝「平成23年社会生活基本調査」より週当たりの1次活動＋3次活動の合計時間(分)(35歳未満子供なし世帯、子育て期世帯、子育て期ひとり親世帯を対象)

長時間労働比率指数：(観測値－Min)/(Max－Min)

レジャー時間指数：(観測値－Min)/(Max－Min)

回帰統計				
重相関 R	0.526751			
重決定 R2	0.277467			
補正 R2	0.244624			
標準誤差	0.102644			
観測数	47			
変数名	係数	標準誤差	t	P-値
切片	-0.98629	1.221265	-0.8076	0.423666
長時間労働比率指数	0.044768	0.010915	4.101366	0.000174
レジャー時間指数	0.000806	0.00135	0.597291	0.553375

結果

- ① 長時間労働は有意に正の値をとる→長時間労働比率が高いほど出生ギャップは大きくなる。
- ② レジャー時間は有意の値をとらない
ということが分かった。この結果から、長時間労働時間を抑制する政策の優先順位が高い
ということが言える。

(ii) 様々な変数を使った時の回帰

次に関連する様々な指標を変数にして回帰分析を行った。変数は以下の通りである。

実質賃金：平成 23 年度県民経済計算より県民一人当たり所得

初婚年齢：平成 23 年人口動態統計月報年計より妻の初婚年齢

教育費率：社会生活統計指標－都道府県の指標－2012 より教育費割合 [二人以上の世帯]

長時間労働比率(%)：(i)と同様

保育所潜在的定員率：宇南山(2009)の先行研究を基に、都道府県別の保育所の定員と 20~34 歳の女性の人口の比率を「潜在的定員率」として定義

核家族率：平成 22 年国勢調査より

育児有業率：平成 24 年就業構造基本調査より 25~44 歳の育児をしている女性の有業率

沖縄ダミー：沖縄県を 1 としたダミー変数

大都市ダミー：政令指定都市がある都道府県を 1 としたダミー変数

回帰統計				
重相関 R	0.893387			
重決定 R2	0.79814			
補正 R2	0.749039			
標準誤差	0.066642			
観測数	47			
変数名	係数	標準誤差	t	P-値
切片	-2.07142	1.083941	-1.91101	0.063774
実質賃金	-7.2E-05	3.66E-05	-1.95322	0.058388
初婚年齢	0.139668	0.037873	3.687778	0.000722
教育費率	0.018867	0.012642	1.492425	0.144066
長時間労働比率	0.019064	0.011452	1.664745	0.104411
保育所潜在的定員率	-0.00542	0.002023	-2.6793	0.010945
核家族率	-0.02245	0.004255	-5.27624	5.99E-06
育児有業率	-0.00483	0.002805	-1.72054	0.093689
沖縄ダミー	-0.26738	0.072836	-3.67096	0.000758
大都市ダミー	-0.08987	0.032282	-2.78381	0.008414

結果

ポイントは以下の4点である。

- ①長時間労働比率はほぼ有意。
- ②実質賃金も有意に負だが係数は極めて低い
- ③保育所潜在定員率が有意に負
- ④育児有業率が有意に負

①からは、(i)同様やはり長時間労働は出生率ギャップを拡大させる傾向にあるということが言える。②の結果からやはり育児から教育にはコストがかかるため所得が高いほどギャップが低くなるという傾向が分かった。しかし係数の値は極めて小さく、仮に実質賃金を2倍にしてもギャップ率はおよそ0.17しか解消されないため、政策的に金銭的補助で少子化対策を行うのは難しいということが考えられる。③④では保育所や育児休業制度が充実しているほどギャップが解消されることが示された。そこで保育施設の充実や育休制度といったWLB施策が日本においても少子化対策に必要であることが実証されたと言える。

4.1.6 総括

WLB政策についての総括を最後に行いたいと思う。そもそもWLB政策とはとは出産から子育てにかけての負担のうち、機会費用を削減し、支援を行うというものである。様々

な要素が密接に関わる中で限られた政策資源を基に何を行うべきかを見極めることが必要である。今回我々は以下の施策を行うことを提言する。

① 長時間労働規制

分析から長時間労働が出生率ギャップに与える影響が大きいことが分かった。ただし労働基準監督署等の取り締まりがうまくいっていないのが現状であるため、インセンティブ作りといった方法が次善の策として考えられる。そこで現在広まっている WLB 表彰・認定を行っている企業に対して、海外事例で取り上げたような税制 or 公共調達での優遇を行うべきである。これは地方自治体がそれぞれの特色を活かして施策を行える分野であると言える。また国の施策として労働基準監督署の機能拡充も不可欠である。

② 育児休業制度・労働環境の柔軟性(テレワーク・フレックスタイムなど)の担保

これは①に類似するものであるが欠かせない政策である。育児休業制度や柔軟な労働環境により女性が出産育児を行いつつ仕事を継続することが可能になる。実行方法はやはり①同様、公共調達や補助金といった形でインセンティブ作りを行うのが妥当であろう。

③ 保育サービスの利用向上

都市部でも過疎地域でも保育施設の不足が課題としてあることが分かった。傾向として都市部では共働き世帯のような様々なニーズに対応できるような保育サービスの質の充実、過疎地域では保育サービスそのものの維持が求められている。また保育サービス拡充についての現状の課題とその解決は 4.2 節を参照していただきたい。

④ 出産意欲の向上

出産意欲が出産に与える影響は大きくさらに第 2 子第 3 子にはそれが顕著となることが分かった。そこで出産をためらわないような安心して産み育てられる制度設計が必要となり、出産から育児まで切れ間ないサポートが求められる。そうした施策の現状の課題および解決は 4.4 節を参照していただきたい。

⑤ 男性の家事協力といった男女共同参画を進める政策

これは特に第 2 子第 3 子を産むかどうかの出産意欲に密接に関わってくる。施策としては現在進んでいる広報のほかに専門的アドバイス員の確保といった方法が考えられる。そこで国家公務員の地方自治体への出向・人事交流を活用し、人手不足の基礎自治体への対

応を行うべきであると考える。

さらにここで国と地方自治体の基本的な役割分担の必要性について言及したい。現在、国と自治体が個別に施策を行っているが役割分担を行い、ムラ・ムダのない施策を行う必要がある。①のうち長時間労働規制やはり国全体の問題なので政府が行う必要がある。しかし②～⑤については地域のニーズに合わせて行うため地方自治体が担うことが望ましく、国からはカネ・ヒトといった支援を行うべきである。カネとしては「地域少子化対策強化交付金」を活用し、ヒトに関しては国と地方の人事交流の促進することが求められる。

また何を対象とするかという観点で分類すると、WLBの政策的アプローチの類型は①対個人：労働時間制度、育児休業制度、育児補助、子供手当、保育所等インフラ整備
② 対企業：違反企業取り締まり、制度導入に助成・優遇税制・表彰
となる。つまり下の表 7 のような役割分担が可能である。これを基本として役割分担をするのが望ましい。

表 7 WLBの政策的アプローチの類型と役割分担

	国	地方自治体
対個人	労働時間制度、育児休業制度 育児補助・子供手当	保育所等インフラ整備 育児補助・子供手当(の一部)
対企業	違反企業取り締まり	制度導入に助成・優遇税制・表彰

筆者作成

ただし、以上のような役割分担の枠を越え、地方自治体が取り組む事例もある。例としては下の図 4 のように地域の祭り・学校休校日等に合わせた有給休暇の取得を企業や住民等に働きかけ、地域の休暇取得促進の機運を醸成している自治体が多数存在している。この場合、上のような役割分担ではかえって住民のニーズをくみ取れなくなっている事柄を補完していると言える。このような先行事例については国が広報を通じて周知させるといった対応が必要である。

図 4 地方自治体のWLB政策事例

地域	実施時期
静岡県、同県島田市・川根本町	静岡県民の日（8月21日）を中心に広域の取り組み。市民向けシンポジウムを10月以降に実施。
熊本県人吉市	国宝 青井(あおい)阿蘇(あそ)神社で行われる「おくんち祭」に合わせて10月9日（木）を重点実施日として取り組む。
愛媛県新居浜市	四国三大祭りの一つ「新居浜太鼓祭り」に合わせて、10月15日（水）～18日（土）を重点実施日として取り組む。
埼玉県秩父地域	「秩父夜祭」に合わせて12月3日（水）を重点実施日として取り組む。

厚生労働省報道発表資料より

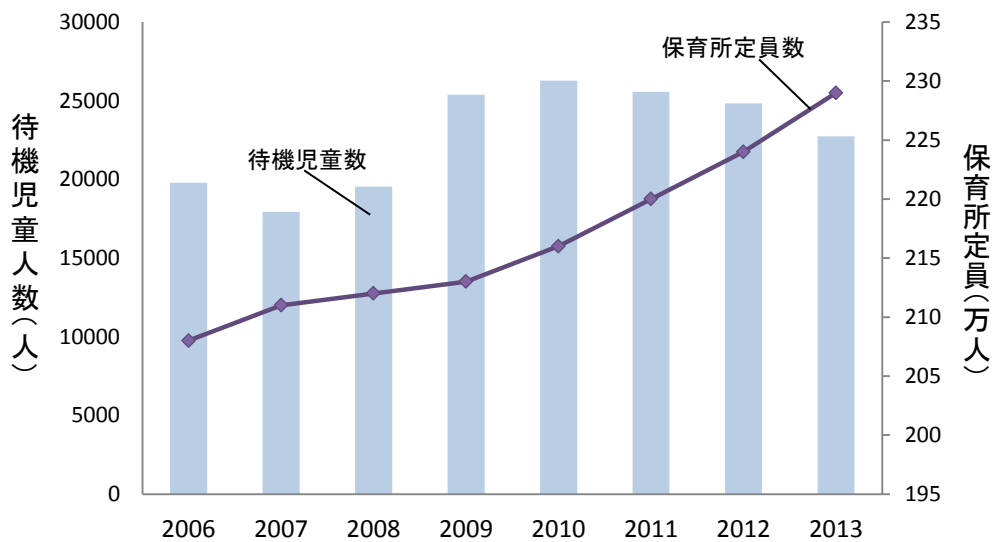
4.2 保育サービス充実政策

4.2.1 待機児童

(1) 待機児童問題の現状

近年、保育所に入りたくても保育所に空きがなく入所できない待機児童が数多くいることが問題となっている。2013年4月1日時点での待機児童数は2万2741人となっているが、保育所定員を増加している影響もあり、3年連続で減少している（図5）。待機児童の中でも特に多いのが、0-2歳の低年齢児であり、全体の82.0%を占める（図6）。とくに1歳児・2歳児の割合が68.7%と多い。自治体別でみると、待機児童が多いのは都市部の自治体が多く、待機児童の80.3%が都市部¹の自治体で生じている。

図 5 待機児童数と保育所定員数の推移



内閣府「平成26年版少子化社会対策白書」より

¹ 首都圏（埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県）、近畿圏（京都府・大阪府・兵庫県）の7都府県、政令指定都市及び中核市の合計

図 6 年齢別待機児童数

	利用児童数		待機児童数	
低年齢児 (0-2 歳児)	822,773	(37.3%)	18,656	(82.0%)
うち 0 歳児	112,373	(5.1%)	3,035	(13.3%)
うち 1 歳児・2 歳児	715,400	(32.2%)	15,621	(68.7%)
3 歳児以上	1,391,808	(62.7%)	4,085	(18.0%)
全年齢児合計	2,219,581	(100.0%)	22,741	(100.0%)

内閣府「平成 26 年版少子化社会対策白書」より

(2) 待機児童の解消に向けて

国は待機児童解消にむけて「待機児童解消加速化プラン」を提示し、2017 年度末まで潜在的な保育ニーズも含め、合わせて約 40 万人分の保育の受け皿を確保し、待機児童の解消を目指している。2013、2014 年度は「緊急集中取組期間」として、以下の 5 本の施策を行う地方自治体の支援を行った。

- ① 賃貸方式や国有地も活用した保育所整備
- ② 保育の量拡大を支える保育士確保
- ③ 小規模保育事業
- ④ 認可を目指す認可外保育施設への支援
- ⑤ 事業所内保育施設への支援

4.2.2 多様な保育サービス

様々な子育てに関するニーズから、近年、多様な保育サービスが整備されるようになってきている。2012 年 8 月に「子ども・子育て支援法」が成立し、2015 年 4 月から「子ども子育て支援新制度」がスタートする²

(1) 保育所

保育所は従来から存在する保育サービスで、就労などのため家庭で保育のできない保護者に代わって保育をするための施設である。対象年齢は 0-5 歳の児童で、利用するには「保育の必要性³」の認定が必要である。利用時間は夕方までが多く、施設により延長保育を行

² 本項では主に保育の「量」的拡充について述べるが、新制度では保育の「質」的拡充への取組みもなされている。例えば、子どもたちにより目が行き届くよう、職員 1 人が担当する児童の数を改善する。3 歳児の場合、保育士 1 人に対して児童の人数が 20 人から 15 人に変更される。

³ 保育所を利用するには、「保育を必要とする事由」に該当することが必要になる。保育を必要とする事由とは、就労、妊娠・出産、保護者の疾病・障害、親族の介護・看護、就学、虐待や DV の恐れがあること等である。なお、ひとり親家庭や、生活保護世帯、生計の中心となる人物が失業する等の場合は、保育の優先的な利用が認められる。

っている。

(2) 幼稚園

幼稚園は小学校に入る前の児童の教育を担う機関である。対象年齢は3-5歳であり、保育園と異なり「保育の必要性」の認定は不要である。利用時間は保育所よりも短く、昼過ぎごろまでの所が多い。施設によっては利用時間を延ばしたり、預かり保育を行ったりしている所も存在する。

表 8 保育園と幼稚園の違い

	目的	対象年齢	保育・教育時間	管轄	法令
保育所	保育	0歳～就学前まで	8時間（原則）	厚生労働省	児童福祉法
幼稚園	教育	3歳～就学前まで	4時間（標準）	文部科学省	学校教育法

筆者作成

(3)認定こども園

以前は幼稚園と保育所は同じ就学前の児童を扱っているにも関わらず、対象年齢や、保育・教育時間、保護者が働いているか否か等によって機能が分かれていた。2006年に「認定こども園」の制度を開始し、保育園と幼稚園の特徴や機能をあわせ持つ施設がつくられるようになった。

認定こども園は保護者が働いている・いないに関わらず、就学前の児童の保育・教育を一体的に担う施設である。対象年齢は0-5歳で、子どもが0-2歳の場合は「保育の必要性」の認定が必要になる。また、児童への保育サービスのみならず、保護者同士の交流の場、子育ての相談、親子のコミュニケーションの場なども提供する。

(4)地域型保育園

地域ごとのニーズに対応しつつ、待機児童の多い3歳児未満の保育を増やすために創設された。保育施設を新設する場所が少ない都市部や、子どもが減少している地方など、各自治体の状況にあわせた保育の場を提供する。

①小規模保育園

－定員は6-19人

②家庭的保育園

－定員は5人以下

③事業所内保育

- 会社などの事業所で、従業員の子どもを保育する
- 従業員の子どものみならず地域の子どもも受入れ可能

④居宅訪問型保育

- 保護者の居宅にて1対1で保育する
- 障害や疾病で個別のケアが必要な子どもに対応
- 保育施設がなくなった地域に保育を提供

就学前児童向けの子育てサービスをまとめると表9のようになる。

表 9 就学前児童向け子育てサービス

	0～2歳	3～5歳
仕事や介護で子どもをみられない日が多い	保育所、認定こども園 小規模保育園、家庭的保育園	保育園 認定こども園
ふだん家において子どもと過ごすことが多い	一時預かりサービス 地域子育て支援拠点	幼稚園、認定こども園 一時預かりサービス、 地域子育て支援拠点

内閣府・文部科学省・厚生労働省「子ども・子育て支援新制度 なるほどBOOK」より

4.2.3 地域の子育て支援

国が定めた「子ども子育て支援新制度」により、地域の実情や多様なニーズに対応するための新しい子育て・保育サービスが提供される。一部の地方自治体によって既に実施されていたものもあるが、全国の各市町村でも利用できるよう、自治体ごとに整備が進められている。

(1) 地域の子育て・保育に関する情報提供

新制度により多様な保育サービスが提供されることになるため、「地域子育て支援拠点⁴」や行政窓口で、専門職員が保育サービスに関する情報を集約して利用希望者の相談や質問に応じる。保護者や子どものニーズに合わせた、保育園・幼稚園等の施設や、一時預かりサービス、子育てサークル、保健センター等の紹介を行う。

(2) 放課後児童クラブ（学童保育）

就学前は保育所などで保護者の仕事が終わるまで子どもを預かってもらえたが、小学校入学後はこうしたサービスが受けられず、仕事と育児の両立が困難になる「少1の壁」と

⁴ 地域の保育園や公共施設などで、行政やNPO法人が運営する

いうものが存在していた。小学校入学後も保護者の仕事が終わる夕方ごろまで子どもを預かってほしいというニーズに応えるため、放課後児童クラブというサービスが提供されている。児童は放課後に小学校の空き教室や児童館で過ごすことができる。

(3) 一時預かりサービス

突発的な用事や保護者の短期就労に対応して一時的に子どもを預かるサービスである。預かり場所は、保育所や「地域子育て支援拠点」などもあれば、保護者の居宅などの選択肢もあり多様である。

(4) 病児保育

対象は特別なケアが必要な病気や病後の子どもである。通常の保育所では子どもの体調が悪いと預かりを断られるケースが多いが、病児保育施設は病院や保育所などに付設されたスペースで子どものケアを行う。

(5) ファミリー・サポート・センター

子育て中の保護者同士の相互扶助システムであり、乳幼児や小学生の保護者で会員を構成する。その会員同士で子どもの預かりや保育士施設への送迎の依頼と実施を行う。

(6) 乳児家庭全戸訪問

生後 4 か月までの乳児のいる家庭を訪問する。乳児を出産した家庭が社会的に孤立することを防ぎ、子育て支援に関する情報提供や養育環境の把握を行う。

4.2.4 保育士確保

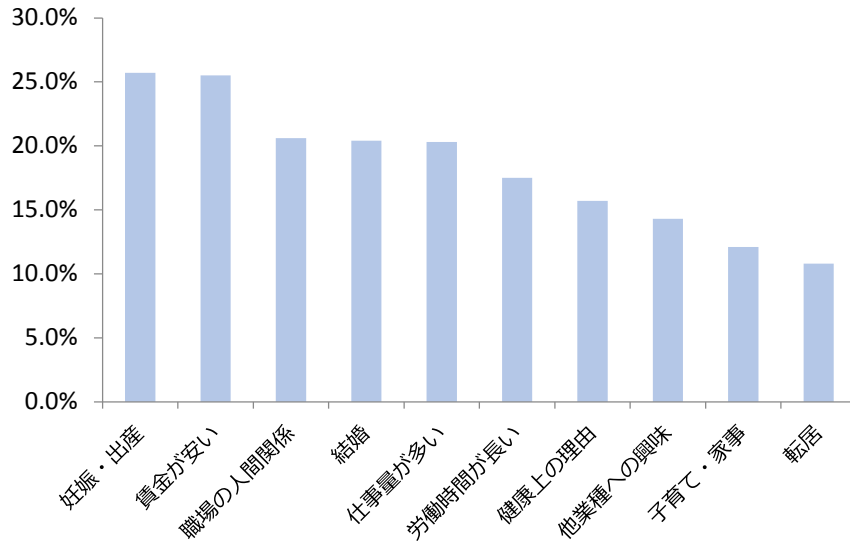
(1) 保育士不足の背景

平成 29 年度には、保育サービスを拡充するにあたって、6.9 万人の保育士が不足することが見込まれる。一方で、日本には潜在保育士が 60 万人以上いると言われている⁵。潜在保育士とは、保育士の資格は持っているが、何らかの理由で保育士として働かない者を指す。そこで本項では、東京都「東京都保育士実態調査報告書（有効回答数 15369 2014 年実施）」を利用して、保育士資格を持ちながら保育士として働かない者の理由を探る。

まず、図 7 にある「過去に保育士として就業していたが、離職した人の理由」を見ると、妊娠・出産(25.7%)、賃金が安い(25.5)、職場の人間関係(20.6%) がトップ 3 であり、それ以降に、結婚(20.4%)、仕事量が多い(20.7%)が続く。

⁵「東京都保育士実態調査報告書」よると保育士資格を有する者のうち、幼稚園教諭の免許を取得している者は 7 割近くにのぼる。潜在保育士 60 万人のうち、現在、幼稚園に勤務している者も一定程度いると考えられる。

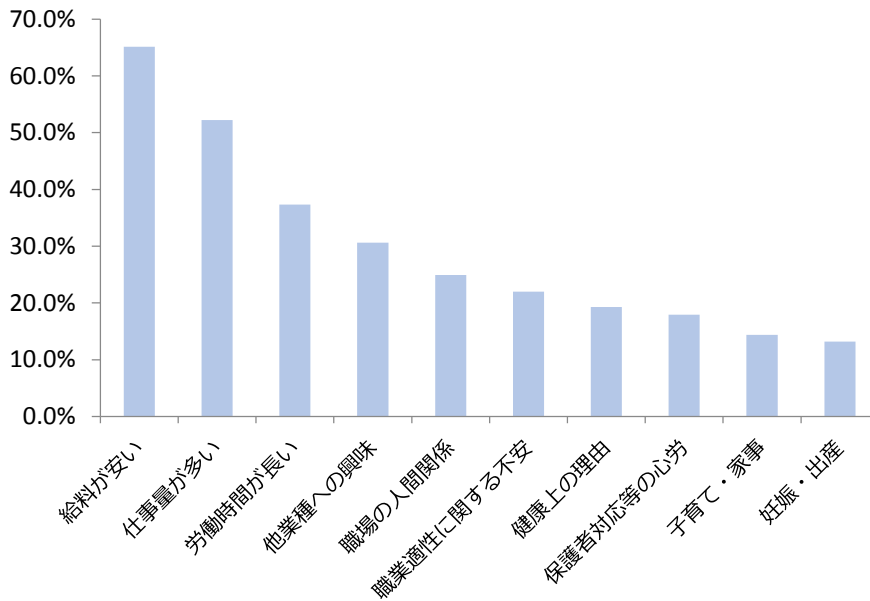
図 7 過去保育士就業経験者の退職理由



東京都「東京都保育士実態調査報告書」より

また、この報告書によると現在保育士として就業している者のうち約 2 割が離職を検討している。その理由として、給料が安い(65.1%)、仕事量が多い(52.2%)、労働時間が長い(37.3%)が挙げられている(図 8)。保育士として就業している者は、給与だけでなく、仕事量や労働時間等の労働条件や就業環境に不満を抱えていることがうかがえる。

図 8 現在保育士就業者の退職意向理由



東京都「東京都保育士実態調査報告書」より

全国の保育士の平均年収を調べてみると表 10 のようになり、全業種の労働者の平均年齢が 468.9 万円であるのに対し、私立保育所の保育士の平均年収は 309.8 万円である。保育士の年収は他業種と比較しても著しく低いことがわかる⁶。

表 10 全業種の労働者および保育士の年収

	年収(千円)	労働者数(人)
全業種	4,689	2,243,280
保育士	3,098	22,998

平成 25 年賃金構造基本統計調査より筆者作成

(2) 保育士確保の取り組み（国）

①「保育士確保プラン」

国は「保育士確保プラン」を 2015 年 1 月に公表し、国と地方が連携して保育士確保に努めている。以下がそのプランの概要である。

1)働く環境の改善

- 保育士の給与を改善
- 保育所の管理者に対して、雇用管理の研修を行う
- 保育士の短時間勤務制度を設けるための助成金を支給
- 育休中の保育士が出た場合の代替要員を確保させるための助成金を支給

2)就業継続支援

- 新人保育士を対象とする離職防止の研修
- 全保育士を対象とする保育の質の向上のための研修
(OJT 以外にも保育士としての技能や知識を身に着ける場を設ける)

3)再就職支援

- 「保育士・保育所支援センター」を設置。再就職支援・マッチング強化を行う
- 再就職のための実技研修

4)新規に保育士取得を有する者の確保

- 保育士試験を現行の年 1 回から、年 2 回に増やす
- 保育士試験を取得する者に対して、講座受講費等の受験にかかる費用を一部補助する
- 幼稚園教諭の免許をもっている者に対して保育士資格を取得できる条件を緩和する

⁶ 短時間労働者の年収は含まれておらず、フルタイムで働く一般労働者の年収のみを対象としている。

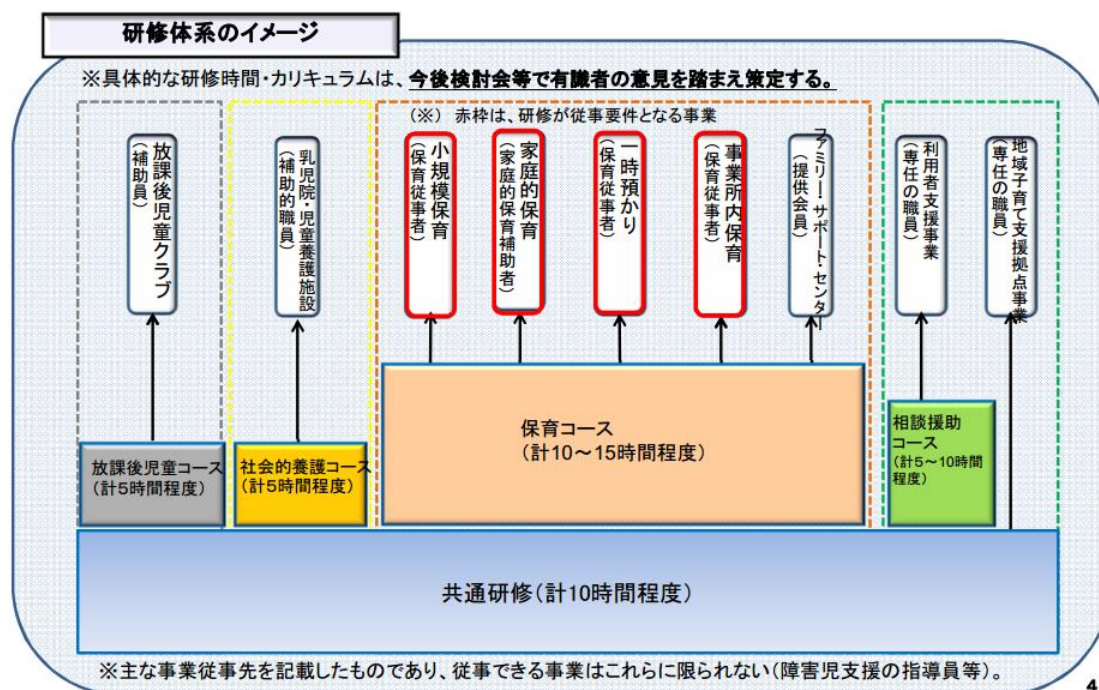
－保育士養成するための学校に通う学生に対して、保育士の仕事の大切さや魅力を伝える

②「子育て支援員⁷」の創設

「子ども・子育て支援新制度」の下、多様な保育サービスが拡充されることにより、こうした保育サービスを支える人材が不足することが見込まれる。「子育て支援員」とは、地方自治体が育児経験のある主婦等を対象に子育て支援に関する研修を施し、保育現場で活躍することが期待される人材のことである。活躍のフィールドは、小規模保育園、家庭的保育園、一時預かりサービス、ファミリー・サポートセンター、放課後児童クラブ、地域子育て支援事業など多岐に渡る（図9）。

子育て支援員の研修は、国が全国共通のガイドラインを示し、都道府県又は市町村等が実施する。様々な子育て支援分野に従事できるよう、分野横断の共通の研修課程と各分野の研修課程を用意する。研修修了者は「子育て支援員」として認定され、全国の小規模保育園や一時預かりサービスで働くことが可能になる。更に意欲のある者は、保育士、家庭的保育者、放課後児童支援員を目指しやすくする仕組み⁸が検討されている。

図9 「子育て支援員」の研修体系のイメージ



内閣府「子育て支援員（仮称）」の創設について（案）より

⁷ 子育て支援員の名称は現在仮のものであり、今後名称が変更されることがありうる。

⁸ 例えば、「子育て支援員」として働いた経験を、保育士試験を受験するために必要な実務経験にカウントする等の措置が予定されている。

(3) 保育士確保の取り組み (地方自治体)

①奈良県

1)現在働いている保育士の定着

保育施設を運営している者に対して、キャリアパスの整備、ワーク・ライフ・バランスの推進、マネジメント能力の向上のための研修を行う。

2)奈良県保育士人材バンク(就職支援コーディネーター)

保育士の資格を持ちながら保育士として就労していない者の就労機会を提供するために「奈良県保育士人材バンク」を設置し、保育士の仕事の紹介・あっせんを行う。また、保育士として働いていないブランクを埋めるため、再就職支援のための研修や就職フェアを行う。

3)保育士資格取得の支援

子育て経験のある主婦を対象に保育士資格の取得を支援
県が保育士資格試験の筆記試験対策・保育実習機会の提供を行う

②東京都

1)保育士人材雇用支援事業

保育施設が保育士資格を持つ者を新たに雇用する場合に、人件費等の一部を助成する
対象：人件費、研修費、その他費用
助成額：1人月額40万円以内

2)東京都保育人材・保育所支援センター

保育人材コーディネーターが保育士資格を持つ者に対して、保育施設のマッチングを行う。
就職相談会を実施し、現場で働く保育士の話が聞ける機会を提供したり、就職活動のポイントをまとめた講義を提供したりする。また、保育士資格を持ちながら実務経験がない者や、ブランクが長い者を対象に講義と保育所実習を行う。

3)給与改善

国の保育士給与改善策に加えて、東京都が独自に給与の補助を行う。例えば、東京都の保育士の平均給与である月額29万8千円をもらっている者の場合、国の補助で9千円、都の補助で2万1千円が給与に加算され、計3万円の改善になる。

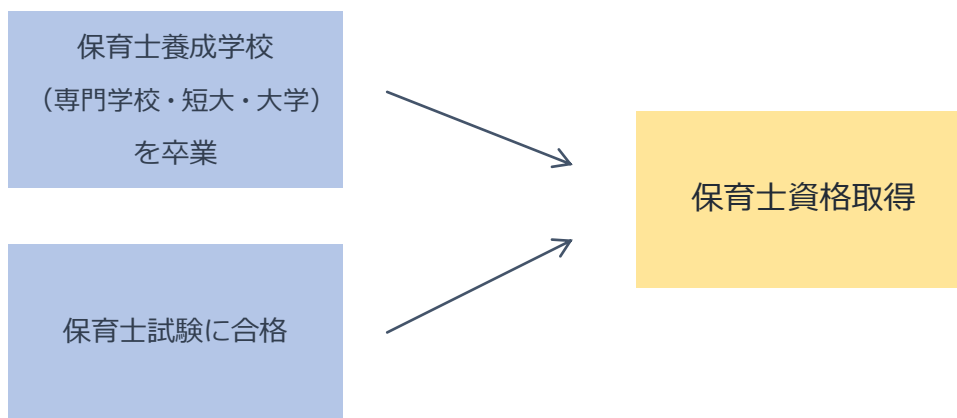
(4) 保育士資格を取得方法

保育士になるには図10にあるように、2種類の方法があり、専門学校・短大・大学の保

育士養成課程を卒業する方法と、通信教育で学んだ後に保育士試験に合格する方法が存在する。

先述の「東京都保育士実態調査報告書」によると、保育士養成学校を卒業した人のうち保育士としての勤務経験がある人は 77%であるのに対し、保育士試験に合格した人の場合その割合が 56%と大きく減少する。さらに同調査からは保育士試験に合格し、かつ保育士としての就労経験がない者は座学によって資格を取得したため、保育実技や子どもの接し方に不安があるとの回答が得られている。したがって、保育士試験合格者に対して、保育現場で実技経験や就業経験ができる機会を提供することが、さらなる保育士確保のために必要といえる。

図 10 保育士資格取得方法



筆者作成

4.2.5 保育施設が迷惑施設として扱われることへの対応

保育施設の拡充が求められる一方で、地域住民から「園児の遊ぶ声がうるさい」、「静かな住宅環境が乱される」等の苦情が保育園に寄せられている。住民が慰謝料や防音対策を求めて保育施設を裁判で訴える事態も起きている。一部の住民にとって保育施設は迷惑施設とみなされており、保育所を新設する際の課題となっている。本項ではその対策について検討する。

対策(1) 子どもの声や保育施設からの音を減少させる

まず、児童の外で遊ぶ時間を減らす、保育施設に二重窓や防音壁等を設置する等の対策が考えられる。しかし児童が屋外で遊ぶ時間を制限するのは児童にとって望ましいとはいえず、二重窓や防音壁も完全に音が漏れるのを防ぐことはできない。

対策(2) 住民からの理解を得る

次に考えられるのが、保育施設を建設する際に住民に起こりうる問題を説明して合意を得ておく、住民と児童が交流することで親睦を図り苦情を防ぐといった対策である。保育

園の運動会やお祭り等のイベントに、周辺住民や高齢施設の利用者にも参加してもらうといった例は複数報告されており、騒音に関するトラブルを減少させることにつながっているとされている⁹。

対策(3) 保育施設および施設で過ごす子供たちに「騒音を出す権利」を与える

ドイツでは子どもに関する施設から出る声を環境騒音から除外するという改正法が 2011 年位連邦議会で可決された。東京都では現状だと一定の限度を超える音は騒音とみなされ、子どもの声も騒音と扱われる。そこで子どもの声や保育施設からの音は騒音とならないよう条例改正を検討している。法律や条例によって子どもが「騒音」を出す権利を認めても、周辺住民の不満は残り完全な解決と言えないものの、保育園運営側が訴訟リスクを減らすことができるので、一定程度有効といえる。

4.2.6 総括

待機児童問題や多様な子育てや保育ニーズに対応するため、従来の幼稚園や保育園のみならず、認定こども園、地域型保育等の拡充が図られている。とくに保育所の十分なスペースが確保しにくい都市部や、人口減少で保育所の維持が困難な地方において、小規模保育園の活用が期待される。

保育サービスを拡充するにあたって必要な保育サービス従事者を確保するために、子育て支援員制度が導入される予定である。子育て支援員は小規模保育園や放課後児童クラブ等で活躍することが期待されている。一方で保育士自体も不足していると言われている。保育士を確保するには、賃金や労働環境の改善、短時間勤務等の家庭と仕事の両立可能な働き方の提供、ブランクがある有保育士資格者や保育士試験を合格したものの実技経験が乏しい者に対して研修を提供する等の施策が有効である。

4.3 安心・安全に出産できる体制の整備

4.3.1 はじめに

日医総研(2007)「産科医療の将来に向けた調査研究」の妊婦向け調査(対象:896人)では、産科医療については90.6%が満足と回答しているものの、産科医不足のニュースから不安を感じる人は77.9%、分娩に関わる医療事故に対する不安については病院に通院する妊婦では44.1%、診療所に通院する妊婦では44.8%という結果であった。また、今後の産科医療についての意見(自由回答)については、「安心して出産ができるようにしてほしい」という要望が約2割を占め、その具体的な方法として、産科医の増加・確保(10.1%)、分娩施設の減少食い止め(9.3%)が挙げられていた。

⁹ NHK「保育園は迷惑施設？」より

この調査結果から、産科医療を担う人材（産科医・助産師）と産科医療施設を十分に確保して、女性が安心してお産に臨めるような産科医療体制を整備・維持していくことが、出産への不安の除去・出産意欲の向上につながり、最終的には出生率の向上に結び付く可能性がある、と仮説を立てた。この仮説に基づき、本節では「産科医療の供給体制」という切り口で現状の分析を行った上で、政策提言に結び付けることを試みる。

4.3.2 産科医療供給の現状

(1) 産科医数の動向

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、主たる診療科として産婦人科あるいは産科に従事する医師数は、2006年以降それまでの減少傾向が一転し、2006年：10,074名、2008年：10,389人、2010年：10,652人、2012年：10,868人と緩やかに増加している。

一方で、15～49歳女子人口10万人当たりの産科医数で各都道府県を比較すると、2012年の段階で全国平均が40.7人であるところ、50人を上回る県が9県（秋田（56.4）、福井（52.9）、和歌山（50.5）、鳥取（55.0）、島根（57.4）、徳島（58.6）、香川（50.5）、長崎（52.4）、宮崎（51.4））ある一方で、35人を下回る県が3県（福島県（32.8）、埼玉県（27.2）、千葉県（33.3））あり、産科医の地域偏在が生じていることがうかがわれる。

(2) 助産師数の動向

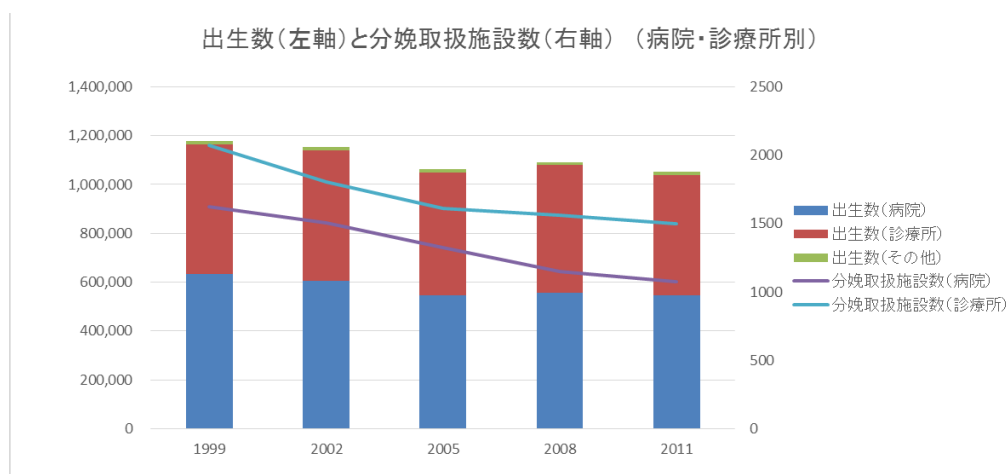
厚生労働省の「衛生行政報告例（就業医療関係者）」によると、助産師数については2000年以降は一貫して増加しており、2006年：25,775人、2008年：27,789人、2010年：29,672人、2012年：31,835人と産科医数以上の速度で増加している。

一方で、地域偏在についてはどうであろうか。2012年の段階で人口10万人当たりの就業助産師数は全国平均が25.0人であるところ、30人を上回る府県が8府県（宮城県（30.4）、新潟県（32.7）、富山県（33.4）、長野県（36.2）、京都府（31.0）、鳥取県（33.8）、島根県（37.1）、鹿児島県（31.1））ある一方で、20人を下回る県が3県（埼玉県（17.7）、千葉県（19.5）、三重県（19.5））あり、やはり助産師についても地域偏在が生じていると言える。

(3) 分娩取扱施設数の動向

厚生労働省の「医療施設調査」によると、2000年以降、分娩取扱施設数は病院、診療所共に一貫して減ってきている。以下の図11の通り、この減少は出生数の減少よりも速く進んでいる。

図 11 出生数と分娩取扱施設数の推移



厚生労働省 医療施設調査および人口動態調査より筆者作成

(4) 女性産科医師の割合の増加

医師数に占める女性の割合は年々増加しているが、中でも産科医に占める女性の割合は著しく増加している。厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、2000年時点で全医師数に占める女性の割合が14.3%、産科医数に占める女性の割合が17.8%であったところ、直近の2012年では全医師数に占める女性の割合が19.6%と未だに20%未満である一方で、産科医数に占める女性の割合は31.1%と30%を超えるに至っている¹⁰。

4.3.3 産科医療をめぐる問題の諸相と対策

日医総研(2007)「産科医療の将来に向けた調査研究」では、産科医療をめぐる問題点として、(1) 人員(産科医・助産師)不足、(2) 分娩施設の減少、(3) 過酷な勤務環境、(4) 法制度面の問題、(5) 周産期ネットワーク整備における問題が挙げられている。本項では、各々の問題への対策の現状について述べる。

(1) 人員(産科医・助産師)不足への対策

まず、日本全国を見た場合、前項で見た通り、産科医も助産師も絶対数では増加している。産科医が2006年より増加した要因は残念ながら筆者には不明であるが、医師数全体の増加に伴い増加しているもの、と考えられる。(但し、医師数全体の増加率に比べると、産科医数の増加率は低い。)一方、助産師については、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき5年ごとに作成される「看護職員需給見通しに関する検討会報告書」¹¹に準

¹⁰ この点について少し古い資料ではあるが、内閣府「男女共同参画白書 平成22年版」の「年齢階級別医師数の男女比(産婦人科、小児科)」

(URL: <http://www.gender.go.jp/whitepaper/h22/zentai/html/zuhyo/zuhyo097.html>) を見ると、20代後半～30代前半の世代において産科医に占める女性の割合が60%を超えていることが分かる。

¹¹ 最新のものは、平成23年から27年までをカバーしている「第七次看護職員需給見通しに関する検討会

じて人員確保施策を取る、というルーチンが機能しているために、一貫して増加傾向にある、と考えられる。

むしろ焦眉の問題は地域偏在である。地域偏在に対しては、いわゆる「地域枠」を設定し、当該地域で産科医として働くことを前提に産科志望の学生や研修生への優遇措置（奨励金）を提供する、という施策が取られている。少し古い情報ではあるが、平成19年1月31日現在で、「産科」志望の医学生あるいは専攻の後期臨床研修であることを医師修学資金貸与の条件の一つとする自治体は11県1市ある¹²、とのことである。この施策は一定の効果を持つと考えられるが、このような「困り込み」はかえって当人のキャリアアップの意欲、職務へのモチベーションを阻害するなど、必ずしも好ましくない副作用を引き起こす可能性があることには留意が必要である。

なお、筆者は、地域偏在・医師不足そのものを解消するよりは、後に(5)で述べる周産期ネットワークを整備し、医師・助産師の絶対数が少なくても地域として医療の質を保つ体制を築くことの方が、少子化対策としては効果的な施策であると考え。その理由は、4.3.4項(1), (3)で述べる。

(2) 分娩施設の減少への対策

分娩施設の減少は、厚生労働省が進める産科医療の集約化政策に伴うものでもあるので、必ずしも問題とは言い切れない。分娩施設が不足している地域において、分娩施設を開設する医師らに対して助成金を出す条例を定めて積極的に誘致を図る自治体もある¹³が、基本的には(1)で記載した内容と同様、分娩施設の絶対数が少なくとも地域として医療の質を保つ周産期体制を整備していくことが重要であると筆者は考える。

(3) 産科医・助産師の勤務環境の改善

日医総研(2007)は、①病院に勤務する産科医の当直の月平均回数は6.3回、②当直明けの勤務体制が通常通りである病院は88.8%、③交代制の導入率が3.4%、ワークシェアリングの導入率が3.9%と柔軟性のある勤務体系を導入している病院は希少であることを指摘し、勤務医としての産科医の勤務環境は過酷であり改善の必要がある旨提言している。

また、前項(4)で記載した通り、女性産科医の割合は増えている一方で、同じく日医総研(2007)によると、育児休暇制度を導入している病院は87.4%と9割近くに達しているものの、①院内保育所の設置は5割程度、②妊娠・育児中の女性医師の冶金免除の実施率は6割程度、と女性医師のワークライフバランスが十分に配慮されていない現状を示している。

報告書」である。

¹² 日医総研(2007)「産科医療の将来に向けた調査研究」p.84-87。

¹³ 静岡県富士市が全国初の誘致条例を施行した。(日経新聞2013年10月25日「産科医の医療偏在なくせ医療機関や自治体が対策」)

この点は（女性のみが資格を取れる）助産師も同様である。恩田（2007）「産科医療の問題点」では、①就業助産師数が約 26,000 人である一方、助産師業務に従事していない潜在助産師を含むと助産師総数は約 55,000 人に上ること、②助産師の退職理由と現在就業していない主な理由が「家庭や育児に専念」であること、が指摘されている。そして、助産師についても女性産科医についても、働きやすい環境整備を行い離職防止・復職を図ることが必要であり。具体的には、以下の施策が実際に一部の病院で行われており、これらの施策が今後の産科医・助産師確保に役立つもの、と提言している。

- ① フレックス制の導入
- ② 院内に保育所を設置
- ③ 欠員時の体制確保

筆者もこの意見に同意である。そしてこのような働きやすい環境整備を促進するための政策としては、ワークライフバランスに配慮している病院へのインセンティブ付与、院内保育所設置への助成等が有効であると考えられる。

(4) 法制度面の問題への対策

産科医療に関する法制度面の問題としては、①看護師による「内診」¹⁴の問題と、②高い訴訟リスクが挙げられる。

このうち①については、2004年9月13日の厚生労働省医政局看護課長通知で「内診を行うことは、保助看法¹⁵第5条に規定する診療の補助には該当せず、同法第3条に規定する助産に該当すると解する」旨の行政解釈が提示され、看護師が内診を実施すると同法上刑事罰（同法43条：2年以上の懲役若しくは50万円以下の罰金）を科される可能性が出たために、産科医療の現場で問題視された。しかし、現状、上記の行政解釈は変更されておらず、政策としては「内診」行為を適法に実施できる助産師の数を増やす方向（本項(1)参照）に舵が切られている。

他方、②については、i) 2006年に発生した福島県立大野病院産科医逮捕事件のように、分娩時の事故による訴訟リスクが高いことで、医学部生の産科回避による産科医不足につながりうること、ii) 分娩時の事故の過失認定の判定は概して困難なために紛争が長期化し、患者・医師双方にとって負担が大きいこと、が問題となっている。この対策として、2009年より、分娩に関連して新生児に重度脳性麻痺が発生した場合に過失の有無を問わずに患

¹⁴ 「内診」とは、分娩時に子宮口の開き具合や胎児の下がり具合を指で確認する行為のことである。（出典：2006年10月18日朝日新聞夕刊「キーワード」の解説）

¹⁵ 「保健師助産師看護師法」の略。保助看法3条では「助産師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう」、同法5条では「看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」と規定されている

者の経済的負担を補償する「産科医療補償制度」が導入されている。これは、分娩機関が分娩1件につき3万円の掛金(2015年からは1万6千円)を保険料として保健会社に納め、補償対象となる脳性麻痺が生じた場合に、児の保護者に保険会社から補償金(保険金)が支払われる、という保険の仕組みにより、紛争の長期化を防止しつつ患者の早期救済を図る制度である¹⁶。掛金は分娩機関が支払うものの、その分の費用は妊婦に請求される分娩費として上乗せされるため、分娩費を賄うために健康保険から妊婦に対して支払われる「出産育児金」も本制度の導入に合わせて3万円増額されている。すなわち、実質的には医療保険を財源として本制度が賄われているわけである。

今後は、分娩に際して発生する事故の各類型の重篤度と頻度に関するデータに基づいて、必要な範囲で本制度の対象の拡大¹⁷について議論することが必要であると考えられる。

(5) 周産期ネットワークの整備

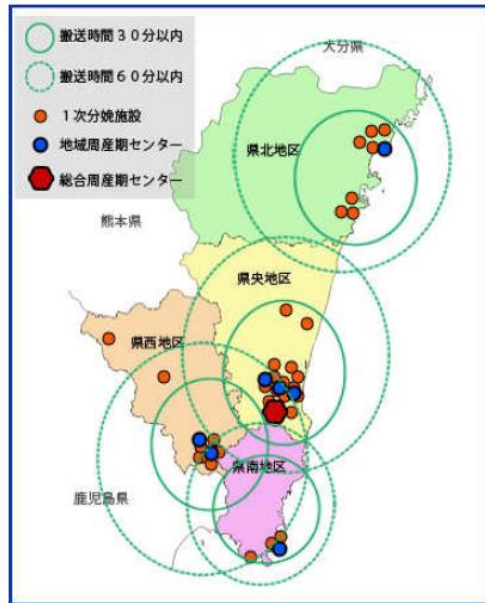
本節(1)、(2)において産科医や分娩施設の不足・偏在への対策として周産期ネットワークの整備が重要である旨を記載したが、その肝は、①病院の集約化・重点化により複数の常勤産科医を有する病院を増やし、出産医療の安全を確保することと、②地域の診療所や助産所が安心して出産医療を担えるように、救急時に二次医療機関へ搬送できる体制を整備すること、である。この2つの要素を実現し、全国で最も悪かった周産期死亡率を全国トップに改善した好例が以下に示す宮崎県の事例¹⁸である。

¹⁶ 産科医療補償制度に関する記述は、公益財団法人日本医療機能評価機構のHP (URL: <http://www.sanka-hp.icqhc.or.jp/outline/system.html>) を参考にした。

¹⁷ なお、補償対象が2014年までは妊娠33週以上、出生体重2000g以上とされていたところ、2015年1月1日より各々32週以上、1400g以上へと対象が拡大されている。

¹⁸ 本事例は、①「宮崎県の周産期医療への取り組み」(URL: http://www.toyookahp-kumiai.or.jp/common/fckeditor/editor/filemanager/connectors/php/transfer.php?file=/kumiai/uid000002_32303131303432315F7379757573616E6B69352E706466) と、②島崎謙治(2011)「日本の医療」p.330-331をもとに記載している。なお、図は①より抜粋した。

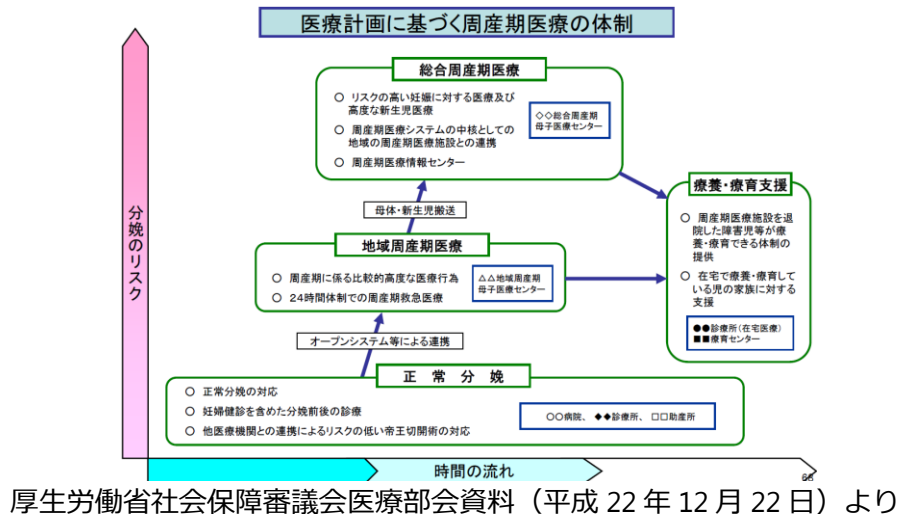
宮崎県の事例



- 周産期医療については県北・県央・県西・県南の4つの医療圏に分けて体制を整備
 後方の2次医療を担当する周産期センターは各圏域に1ないし2か所配置
 3次医療を担当する周産期センターは県央地域に2か所
 ①1次医療機関で約8割の分娩が実施され、2次・3次はハイリスク妊娠の管理に集中できること
 ②1次医療機関で受診した母体救急省令は短時間で2時・3時周産期医療センターに搬送
 ③宮崎大学産婦人科で周産期医療の教育を受けた医師を各地区の2時周産期医療センターに派遣するなど医師確保を図っている
 ④周産期センターと地域との連携を強化するため、各種の研修会や検討会を活発に行っている

現在は、このような宮崎県の周産期医療体制と同様の体制を各都道府県において実現するために、2010年1月26日に厚生労働省が都道府県宛に通知した周産期医療体制整備指針改正の内容をもとに、各都道府県が下図のような周産期医療体制を整備するための周産期医療体制整備計画を策定・推進している。

図 12 周産期医療体制



この体制を整備し質の高い周産期医療を実現していく上では、いわゆるオープンシステム（診療所の開業医が、分娩時に連携している病院の設備を利用して手術を行うシステム）

の活用促進が肝要である。ここにおいては、地域にある診療所と病院とが競合関係でなく協力関係を築けるように、ステークホルダー間の対話・連携を密に実施できる場を設けることが行政（特に地方自治体）に求められる役割であると考える。

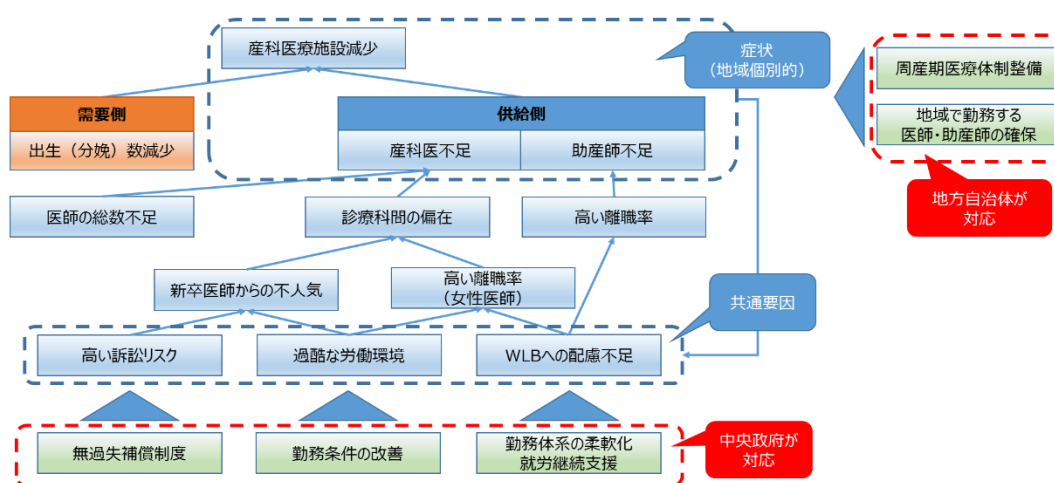
4.3.4 総括

以上の内容をふまえ、日本の産科医療の現状を、医療政策における3つの目標、**Quality, Access, Cost**の観点で整理する。

- ① まず、国際的に見て、日本の産科医療の Quality はトップクラス¹⁹だと評価できる。
- ② 産科医療の Cost も、分娩料が健康保険の出産育児一時金でほぼ賄われることを考えると、妊産婦から見たコスト負担は低く抑えられていると評価できる。
- ③ したがって、現時点では主に Access の劣化（産科医・助産師不足、分娩施設の減少）が問題視されていると捉えることができる。

ここで Access に関する問題の諸相とそれに対する施策を筆者なりの視点で整理すると次の図の通りである。

図 13 産科医療の Access に関する問題の諸相とそれに対する施策



筆者作成

上図の通り、

- ① 産科医療施設・産科医・助産師不足の症状は地方ごとに異なること、
- ② 他方でその症状を引き起こしている原因（共通要因）は存在していること

¹⁹ 厚生労働省「平成 25 年度厚生統計要覧」の「諸外国の周産期死亡率」によれば、主要先進国の中で、日本の周産期死亡率は最も低い。

③ 共通要因が症状を引き起こし、症状が共通要因を助長するという循環構造となっていること、

を鑑みると、

- 地方自治体は、個別の症状に応じて最適と考えられる施策（特に、周産期医療体制の整備）

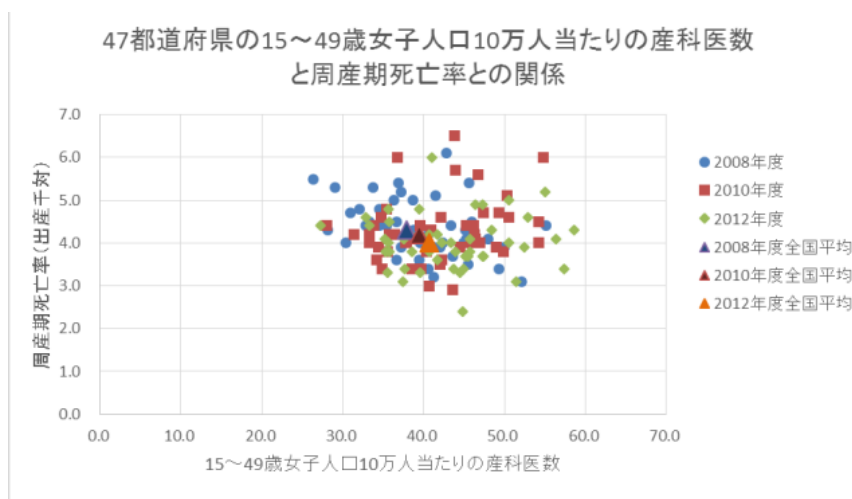
- 中央政府は共通要因を取り除く施策

を歩調を合わせて取っていくことが重要であると考えられる。

なお、上の構図からは説明しきれないものの筆者が産科医療に関する政策として考慮すべきと考える点について、以下3点補足する。

(1) 産科医や助産師の地域偏在について、中央政府が積極的に介入することには抑制的であるべきだと考える。なぜならば、現在でも産科医・助産師が不足している都道府県では、不足しているなりに対策を立てて産科医療の質を保っていると考えられるからである。（例えば、下図参照。なお、女子人口10万人当たりの産科医数と周産期死亡率との相関係数は、2008年度:-0.40、2010年度:0.004、2012年度:0.0008と直近ではほぼ無相関となっている）本質的には、地域（都道府県レベル）の自助努力による解決を目指すべき問題であると考えられる。

図 14 15～49歳女子人口10万人当たりの産科医数と周産期死亡率との関係



厚生労働省「人口動態調査」「医師・歯科医師・薬剤師調査」より筆者作成

(2) 現在は産科医数・助産師数共に増やす方向で施策が取られているが、中長期的に出生数が減っていくことを考えると、新規養成数を増やすことには抑制的であるべきで、当面の不足分は可能な限り潜在的な産科医・助産師の活用によって賄うことを主として考えるべきである。この点については、働きやすい環境の整備や、研修による復職支援を国として積極的に実施していくべきであると考えられる。

(3) 最後に、産科医療については上記の通りAccessの問題に焦点が当たる傾向があるが、Qualityの向上をより重視すべきではないか、と考える。

その根拠は、産科医療のQuality/Accessと合計特殊出生率との関係について、筆者が実施した簡単な回帰分析である。具体的には、産科医療体制のQualityとして「周産期死亡率」、Accessとして「15～49歳女子人口10万人当たりの産科医数」を指標（説明変数）とし、合計特殊出生率（被説明変数）への回帰分析を行った。この回帰分析を行う際には、①東京都と沖縄県は合計特殊出生率が外れ値を取っているとみなしてデータから外し、②周産期死亡率と合計特殊出生率については過去5年（2009～2013年）の平均、15～49歳女子人口10万人当たりの産科医数については2008、2010、2012年の3年間の平均とした²⁰。

その結果は下表の通りであった。

表 11 産科医療の Quality/Access 指標の合計特殊出生率への回帰結果

回帰分析の内容	係数	t-値	P-値	R ²
Qualityを説明変数とした単回帰	-0.11	-2.7	0.0096	0.15
Accessを説明変数とした単回帰	0.0078	3.5	0.00098	0.23
QualityとAccessを説明変数とした重回帰	Quality: -0.086 Access: 0.0069	Quality: -2.4 Access: 3.3	Quality: 0.021 Access: 0.0022	0.32

筆者作成

この結果から、単回帰の場合でも重回帰の場合でも、**QualityとAccess両方について有意水準5%以上で合計特殊出生率と相関**（周産期死亡率が低い、すなわちQualityが高い地域ほど、また、15～49歳女子人口10万人当たりの産科医数が多い、すなわちAccessが良い地域ほど、合計特殊出生率が高いという関係）が見られることが分かった。

無論、この分析からは因果関係までを導出することはできず、むしろ因果関係が逆となっている可能性も否定できないが、産科医療のAccessとQualityの両方が合計特殊出生率の向上に対して一定の効果を持つ可能性があると考えられる。

以上のことから、合計特殊出生率の向上という観点からは Access のみならず Quality の向上にも重きを置くべきであると筆者は考えた。既に実施されていることではあるが、各都道府県において周産期死亡率等を Quality の効果測定指標として、その Quality を実現するための周産期医療体制整備計画を立案・実行し、PDCA サイクルを回して産科医

²⁰ 合計特殊出生率と周産期死亡率は厚生労働省「人口動態調査」、「15～49歳女子人口10万人当たりの産科医数」は厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」を参照した。

療の質の向上を継続的に図っていくことが重要であろう。

4.4 出産から育児までの切れめないサポート

4.4.1 はじめに

内閣府（2013）「少子化対策大綱の見直しに向けた意識調査」の「子供を持つことを望んでいない理由」の質問への回答の中で、「親になることが不安・子育てに自信が持てそうにない」という回答が31.3%、「出産・子育てに対する周囲のサポート体制が整ってない」という回答が9.2%にのぼっている。この調査結果からは、出産を経て親になることやその後の子育てへの不安を取り除くようなサポート体制へのニーズが強く存在していることが推測される。

このようなニーズへの対応施策として近年頻繁に引き合いに出されるのはフィンランドの「ネウボラ」という、出産から育児までの切れめないサポートを提供する仕組みである。本節ではフィンランドの「ネウボラ」の仕組みと、日本版「ネウボラ」の実現に向けた近年の施策の状況とを概観した上で、今後の政策のあり方について論じる。

4.4.2 フィンランドのネウボラ

(1) 概要

「ネウボラ」とはフィンランド語で「アドバイスの場所」を意味する。各自治体に設置されたネウボラは、「かかりつけネウボラ保健師」を中心とする産前・産後・子育ての切れ目のない支援のためのワンストップ地域拠点となっている。

ネウボラ保健師は、必要に応じて専門職間・他機関（医療、子どもデイケア、学校等）のコーディネートを実施しており、普遍性・連続性・一貫性のある子ども家族への支援を実現している。

(2) 活動内容

ネウボラの活動内容の概略は以下の通りである。

- ・妊娠時から6歳児までをカバー。（※入学した児童は学校の保健師がカバー）
- ・胎児の成長と母体の健康状態を観察（妊娠中に異常な兆候があればすぐに対応）。
- ・若い夫婦への支援（避妊と性生活に関する指導、初めて子供を持つ夫婦へのパパママ学級を含むファミリー・トレーニングや保健指導の実施）。
- ・同時期に生まれた赤子の母親が互いに子育ての悩みなどを話合う機会を作るために母親会を開催。
- ・第一子の母へは12回、第二子の母へは7回の保健師相談の実施。
- ・対象となる児童への無料での健康診断と予防接種、健康相談。

(3) 運営体制

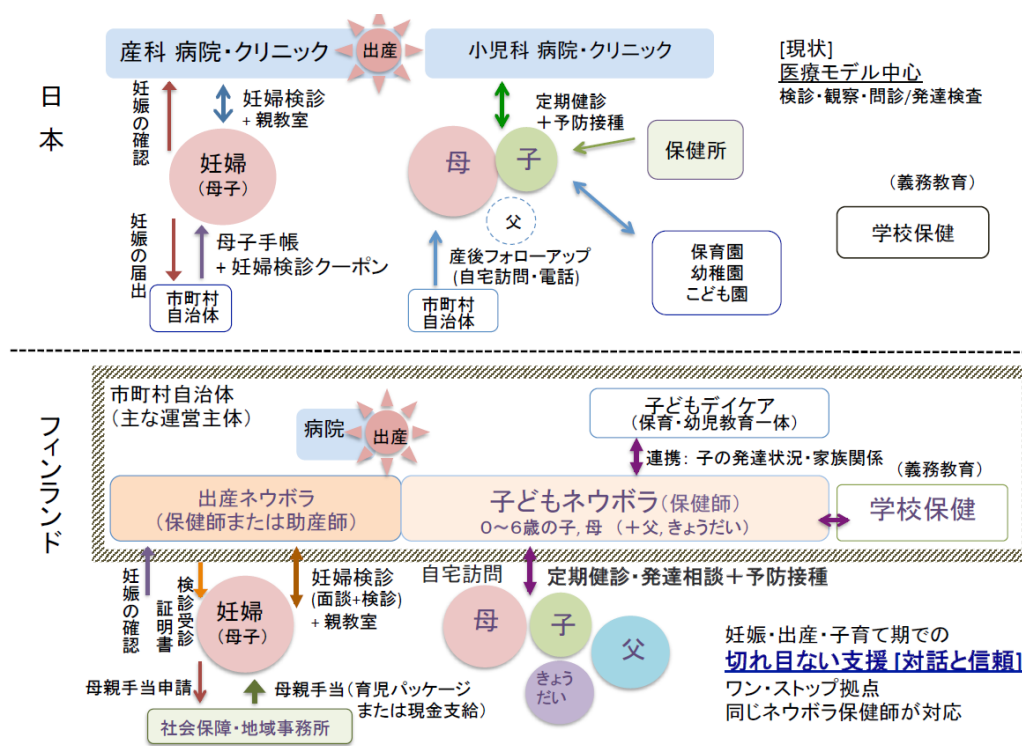
運営主体：市町村

予算：ヘルシンキ市の場合 2,000万ユーロ（適齢児童は約39,000人）（財源は税金）
 組織：ヘルシンキ市内は25か所、保健師の数は180名（※全国では800か所以上）

(4) 概念図

日本の産前産後の母子へのサポート体制と、フィンランドのネウボラとを比較した概念図は下図の通りである。

図 15 日本の産前産後の母子へのサポート体制とフィンランドのネウボラとの比較



内閣府 少子化危機突破タスクフォース（第2期・第6回）資料3より

4.4.3 日本での取り組み

(1) 国の取り組み

厚生労働省は 2014 年度より以下の 3 つを軸とした「妊娠・出産包括支援モデル事業」を開始し、一部の自治体がモデル事業を開始している。

- ① 母子保健コーディネータの配置：保健師・助産師等。市町村の母子保健事業に加えて、福祉と医療についても把握・調整
- ② 「産前・産後、子育てサポート事業」のスタート：地域の子育て支援力を掘り起こし、子育てサークル、シニア世代、潜在看護師等を活用
- ③ 「産後ケア事業」のスタート：生活モデルを考慮し、地域にある助産所や助産師、宿泊施設等を活用

(2) 自治体の取り組み

先行的な取り組みとして、以下のような取り組みがなされている。

① 青森県鱒ヶ沢町の取り組み

対象者に密着した包括的な支援が出来るよう鱒ヶ沢母子支援センターを設立し、1) 産前産後ケア事業、2) ママサポート事業をはじめとする出産から育児までを網羅した支援を実施している。(3.2.2項 事例①参照)

② NPOが運営する「地域子ども・子育て支援システム研究会」に、世田谷区や千葉県浦安市、愛知県高浜市、三重県名張市など七市区村が参加してフィンランドの「ネウボラ」を参考に支援体制を整備している。具体例として、浦安市、高浜市、名張市の例を挙げる。

a) 浦安市

厚生労働省の「妊娠・出産包括支援モデル事業」を財源として、2014年10月より一部の事業をスタートしている。事業の具体的な内容は以下の通りである。

1) 子育てケアプラン

妊婦への母子手帳交付の際に、健康増進課の保健師と、子ども家庭課の子育てケアマネージャーと一緒に子育てプランを作成し、妊娠から子育てまでの切れ目のない支援を行う。

- i) 妊婦届けを出した妊婦に対し、「1 回目の子育てケアプラン（出産までのケアプラン）」を作成。その際に妊婦から出産に関する不安や希望などを聞き取り、妊娠中に受けることのできる公的支援などの情報を妊婦に提供
- ii) 出産前後2か月に再度窓口に来てもらい、赤ちゃんギフトを渡し、その際に「2 回目の子育てケアプラン」を作成
- iii) 子どもが1歳になる頃に合わせて、アニバーサリーチケットを渡し、さらに「子育てケアプラン」の見直し

2) 産後ケア事業

出産した医療機関を退院した後、心身が不安定になりやすい時期に、施設でショートステイできる。滞在中は心身のケアのほか、育児相談や授乳指導などを受けることができる。

(1泊2日6000円、1日追加につき3000円、施設は東京ベイ・浦安市川医療センターに原則7日以内。)

3) スマイルルーム

病院受診やリフレッシュなどの目的で利用できる短時間の一時預かり事業。10月から富岡幼稚園で1~3時間の利用を開始。

b) 高浜市

2014 年度より「マイ保健師」制度を開始し、市内に 5 つある小学校区ごとに、2~3 人の保健師を割り当てて、母子健康手帳交付教室、両親教室、乳児全戸訪問、相談事業を通して母子と継続した相談関係を構築している。

具体的には、母子健康手帳交付教室でリスクアセスメントアンケートの記入と個別面談を行い、対象を初産、経産婦、育てにくさを感じる家庭、特定妊婦（要支援家庭）の 4 タイプに分類している。初産・経産婦には子育てプラン、それ以外には個別支援計画を作成し、特定妊婦に対してはマイ保健師が支援している。

そのほか、以下の事業を実施している。

- 初産婦向け妊婦教室、1 歳児バースデー訪問、乳児健診（4 か月検診）での父親教室の実施
- 母子保健医療ネットワーク会議の実施（県〔児童相談所、保健所〕、産婦人科医、小児科医、市〔児童部門、子育て支援部門〕による会議）
- 5 歳児健診の皆健診化
- 保護者の同意を得た上での「特別支援教育支援ファイル」（乳幼児期から学童期の子どもの姿をまとめたもの）の作成

c) 名張市

名張市は、助産師や保健師など産後ケア・サポートに必要な専門職を十分に確保することは困難であることから、地域の既存の資源を活用する等を活用する方向で、以下の事業を実施している。（財源は、内閣府の地域少子化対策強化交付金等を活用。）

- 1) 「チャイルドパートナー」・「母子保健コーディネーター」の設置：関係機関のネットワークの核および窓口として、市内に 15 か所ある「まちの保健室」（地域包括支援センターのランチ）に配置。
 - ※ 「母子保健コーディネーター」：保健師が、医療・他機関・地域との連携を実施している。
 - ※ 「チャイルドパートナー」：まちの保健室の職員が、身近な地域での相談対応を実施し、民生児童委員や地域づくり組織の人たちと行政各部署をつないでいる。
- 2) 健康教育・相談事業
- 3) 産前・産後サポート事業（地域の子育て応援力事業）：地域づくり組織の中で、行政では実現できていないサービス（子育て広場の充実や託児サービスの拡充）を実施。
- 4) 産後ケア・医療機関連絡体制整備事業：医療機関との連携、産後ケアは訪問型・参加型・宿泊型で実施。

4.4.4 総括

前節で見た通り、既に自治体レベルでは国からの支援を得つつ、出産から育児までの切れ目ない支援を提供する取組が行われているが、具体的な内容は各自治体のサービスニーズや活用できる資源に応じて様々である。

従って、国としては、自治体の試行的な取り組みをモニタリングしつつ、当面は以下の施策を取ることが必要であると考えられる。

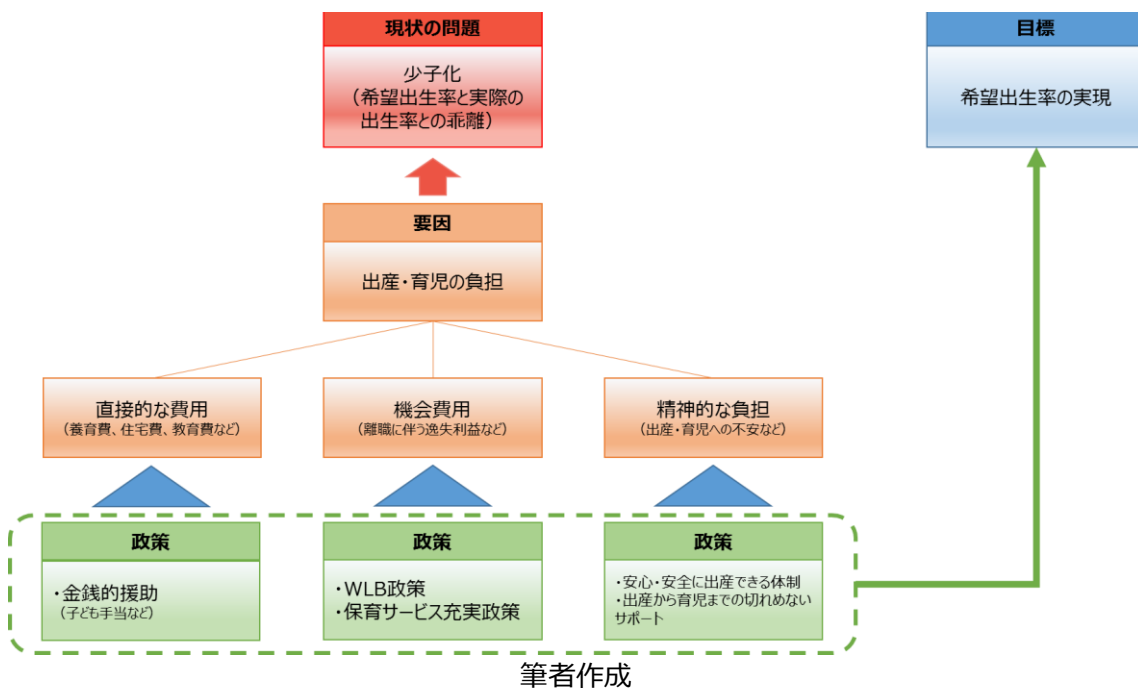
- 自治体が継続的に事業を実施するための財源確保（例えば、地域少子化対策強化交付金）
- 医療・保健・福祉間の連携の担保（例えば、医師会、助産師会等の関係機関の協力要請）
- 全国的に統一化した方がよい（あるいは最低限実施すべき）施策の見極め（例えば、産後ケアの一環として、産後のあるタイミングでの全数面談の実施 [ハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチ]、その際のアンケート・面談で聴取する内容の統一化、など）

5 政策提言

本章では前章までの分析・検討内容を踏まえて少子化対策の政策提言を行う。

まず、少子化対策における、現状の問題と目標、問題の要因、各要因への対策としての政策の構造は下図の通りである。

図 16 少子化対策における、問題・要因・政策の構造



この中で、本報告では、直接的な費用に働きかける政策よりも、機会費用を低減する政策の方が効果が高いとの想定のもと、ワークライフバランス政策と保育サービスの充実政策に焦点を当てるとともに、精神的負担を緩和する政策として、安心・安全な出産体制や、出産から育児までの切れめのないサポートを実現する政策についても合わせて検討を行った。その検討の結果を踏まえた政策提言の概要は以下の通りである。

- (1) ワークライフバランス施策については、現行の政策は総花的で何を行うべきかが不明瞭である。4.1.6項で記載した通り、何をすべきか、何が有効かを見極めて取捨選択する必要がある。
- (2) 保育サービス充実施策については自治体ごとに個別の対応がなされていたが、国は地方の先験的な取り組みを全国の多くの自治体でも実施できるよう、保育施設の整備や保育サービスを担う人材の確保を進めている。待機児童問題や少子化で保育所の維持が困難になる等、保育のニーズは地方ごとに異なる。地方自治体は住民のニーズや保育現場の

実情を調査し、それらにあわせた保育施設の整備することが期待される。一方で保育サービスを担う人材が不足しており、保育士確保には賃金や労働時間等の労働環境や雇用条件を改善することが必要である。また、保育士としてのブランクがある者や保育士試験に合格したものの就業に不安がある者に対しては、座学および実技研修を提供することが保育士確保につながると考えられる。さらに「子ども・子育て支援新制度」では小規模保育園や放課後児童クラブ、地域の子育て支援事業に関する相談や情報の提供等を拡充する予定であり、こうしたサービスの実施を担う「子育て支援員」の育成が求められる。

- (3) 安心・安全に出産できる体制の整備については、近年、産科医・助産師不足等の産科医療へのAccessに関する問題に重きが置かれる傾向があるが、出生率の向上という観点からはAccessのみならず Qualityも改善していくことが重要である。この点、基本的には、各都道府県でステークホルダー（医療機関、消防関係者、学識経験者、行政）を含めて周産期医療体制について検討、周産期医療体制整備計画を立案・推進するという現在取られている政策は有効であり、このPDCAサイクルを回してAccess・Quality共に継続的に改善していくことが重要である。また、Accessに関する問題については、訴訟リスク・過酷な勤務環境・ワークライフバランスへの配慮不足等、全国的に共通していると考えられる要因があるため、これらについては国が積極的に対策を取るべきである。
- (4) 出産から育児までの切れめないサポートについては、自治体において試行的な取り組みが始まったばかりであるため、国としては自治体の先行的な取り組みへの財源と、関係諸機関（医療・保健・福祉）の連携の確保をしつつ、先行的な取り組みの中で全国的に統一化した方が良い有効な施策を見極めていくことが必要である。他方、自治体は、女性の産前産後のニーズを把握した上で、既存の地域資源（人、組織、場所）を活用したサポート事業を実施していくことが必要である。

これらの考え方をもとに、少子化対策として有効と考える政策体系をまとめたものが次頁の表12である。

表 12 少子化対策 政策提言

政策	項目	施策（国）	施策（地方自治体）
ワークライフバランス政策	長時間労働規制	<ul style="list-style-type: none"> ・法制度上の対応（労働時間制度、育児休業制度） ・労基署による監督の強化 	
		<ul style="list-style-type: none"> ・インセンティブ付与（WLB認証を取得した企業への税制優遇・公共調達上での優遇） （・金銭的手当（育児補助・子ども手当）） 	
	保育サービスの利用向上	保育施設の（量的・質的）拡充	
	出産意欲の向上	安心して産み育てられる制度設計	
	労働環境の柔軟性の担保	・インセンティブ付与	
	男女共同参画	広報のほかに専門的アドバイスの確保 （国家公務員の地方自治体への出向・人事交流等）	
保育サービス充実施策	施設の量的拡大	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内保育所の整備促進 ・（都市部でも地方でも）小規模保育園の整備促進 ・子どもの騒音の権利化 	
	多様な保育サービスの整備	<p>「子ども・子育て支援新制度」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保育所、幼稚園・認定こども園・地域型保育園（小規模保育園等）の整備 ・地域の子育て支援 <p>（情報提供、放課後児童クラブ、一時預かりサービス、病児保育、ファミリーサポートセンター）</p>	

政策	項目	施策（国）	施策（地方自治体）
保育サービス充実施策（続き）	保育士の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・子育て支援員制度 ・賃金等の労働条件の改善 ・保育士のワークライフバランス 	<ul style="list-style-type: none"> ・保育士資格をもつ者と保育施設のマッチング強化 ・潜在保育士への研修制度
安心・安全に出産できる体制	産科医の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・無過失補償制度の拡充 ・産科医のワークライフバランスの促進（育児休業制度・フレックス制・短時間勤務制度の導入促進、院内保育所設置への助成など。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域枠（奨学金）の設定
	助産師の確保	助産師のワークライフバランスの促進（育児休業制度・フレックス制・短時間勤務制度の導入促進、院内保育所設置への助成など）	地域の状況に応じた、助産師養成所（例えば、看護師を対象とした夜間助産師養成所など）の設置
	分娩施設不足		（施設不足地域における）産科施設立地への助成
	周産期医療体制整備	周産期医療整備計画の実施状況のモニタリング	周産期医療体制整備計画の立案・推進（PDCA）
出産から育児までの切れめのないサポート	日本版「ニューボラ」の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体の先行的な取り組みへの財源確保 ・医療・保健・福祉間の連携の担保（例えば、医師会、助産師会等の関係機関の協力要請） ・全国的に統一した方が良い施策の見極め 	<ul style="list-style-type: none"> ・産前産後のニーズの把握 ・既存の地域資源（人、組織、場所）を活用したサポート体制の整備

筆者作成

そして、これらの政策を進めていく上では、少子化対策の目標を意識することが必要である。今回、我々は、希望出生率と実際の出生率にかい離があることを問題と捉え、その差を埋めて希望出生率を実現することを少子化対策の目標と考えた。我々が定義する出生率ギャップとは希望出生率－実際の出生率のことで、

$$\text{希望出生率} = [(\text{既婚者割合} \times \text{夫婦の予定子ども数}) + (\text{未婚者割合} \times \text{未婚結婚希望割合} \times \text{希望の子ども数})] \times \text{離別効果(増田寛也『地方消滅』より)}$$

となっている。

出生率ギャップを埋めることを目標にする根拠は、そもそも単純な出生率の増加は戦前の「産めよ、増やせよ」政策と同じで現代においてその強制は是認されず、政策介入の根拠は出生率の絶対値ではなく理想と現実の差を埋めるところにあると考えるからである。もちろんこれが絶対的な数値であるとは言えない。しかし多角的に政策の評価を行うに当たっては十分示唆に富む指標であると言えよう。この数値と合計特殊出生率を基に国と地方自治体は行う施策の効果測定を行い、PDCA サイクルを回すべきであると我々は主張する。

6 参考文献

- 朝日新聞 Digital「子どもの声は「騒音」からはずす」
http://www.asahi.com/and_w/life/SDI2014101475651.html
- 宇南山卓「少子高齢化対策と女性の就業について - 都道府県別データから分かること -」
(2009)<http://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/10j004.pdf>
- 小塩隆士『社会保障の経済学第四版』2013
- 恩田裕之(2007)「産科医療の問題点」、調査と情報 第575号
- 木脇奈智子・太田由加里(2014)「多様化する子育て支援の現状と課題：第3報：フィンランドの家族支援「ネウヴォラ」に着目して」、『藤女子大学 QOL 研究所紀要』(2014年3月号)/藤女子大学 QOL 研究所編「月刊地域保健」(2015年1月号)、東京法規出版
- 厚生労働省 保育所関連状況取りまとめ
- 厚生労働省「保育を支える保育士の確保に向けた総合的取組」
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuka/0000026218.pdf>
- 厚生労働省「保育士確保プラン」
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuka/0000070942.pdf>
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「医療施設調査」「衛生行政報告例」「人口動態調査」
- 厚生労働省 社会保障審議会医療部会資料(2010年12月22日)
- 神戸市「神戸市子ども・子育て支援事業計画策定のためのニーズ調査」
(URL <http://www.city.kobe.lg.jp/child/grow/shinseido/survey.html>)
- 国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査結婚と出産に関する全国調査(夫婦調査)」
- 佐藤博樹・武田恵美子編著『ワークライフバランスと働き方改革』勁草書房2011
- SYNODOS 柴田悠「子育て支援」を「相続税」で拡充せよ——新成長戦略の限界とその克服」
<http://synodos.jp/welfare/9673>
- 島崎謙治(2012)「日本の医療—制度と政策」
- 助産師関連5団体等(2006)「安心、安全で満足のいくお産の確保に向けた助産体制の整備に関する緊急要望書」
- 高橋睦子(2014)「妊娠期から就学前の子ども家庭と予防的支援—フィンランドの「ネウボラ」を中心に、『世界の児童と母性』(2014年4月号)/公益社団法人資生堂社会福祉事業財団
- 高橋睦子(2014)「フィンランドにおける子育て支援(ネウボラ)—リスク予防と多職種間連携—」、『社会福祉研究』(2014年4月号)/公益社団法人鉄道弘済会
- 角田隆(2012)「群馬県における助産師養成と助産師充足状況について」
http://www.jaog.or.jp/all/document/52_120314.pdf
- 東京新聞 2015年1月17日 「保育士・介護職員の処遇改善 都が人材確保支援」
<http://www.tokyo-np.co.jp/article/national/news/CK2015011702000128.html>
- 東京都社会福祉協議会「平成24年度東京都保育人材雇用支援事業利用の手引」
<http://www.tcsv.tvac.or.jp/pdf/jinzai/hoiku-koyoushien24/1tebiki.pdf>
- 東京都保育人材・保育所支援センター
<http://www.tcsv.tvac.or.jp/hoiku/>
- 東京都「東京都保育士実態調査」
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2014/04/DATA/60o4s201.pdf>
- 東京都「環境確保条例における子供の声等に関する規制の見直しについて(概要)」
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2014/12/22ocm201.htm>
- 東京都周産期医療体制整備計画(平成22年10月)

独立行政法人労働政策研究研修機構「ワーク・ライフ・バランスに関する企業の自主的な取り組みを促すための支援策-フランス・ドイツ・スウェーデン・イギリス・アメリカ比較-」『JILPY 資料シリーズ』2011

独立行政法人労働政策研究研修機構「ワーク・ライフ・バランス比較法研究<最終報告>」『労働政策研究報告書 No.151』2012

内閣府「平成 24 年度「全国自治体の子育て支援施策に関する調査」報告書」
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/cyousa24/jichitai/index_pdf.html

内閣府「平成 25 年度「少子化社会対策大綱の見直しに向けた意識調査」報告書」
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/h25/taiko/index.html>

内閣府「平成 26 年版少子化社会対策白書」
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2014/26pdfgaiyoh/26gaiyoh.html>

内閣府「地域少子化対策強化交付金について」
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/koufukin.html>

内閣府「社会保障の現状と課題」(2013)
http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2013/0516/sankou_01.pdf

内閣府 少子化対策 HP <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/index.html>

内閣府 仕事と生活の調和推進 <http://www.cao.go.jp/wlb/index.html>

内閣府 仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)レポート 2013「「女性が輝く日本」の実現に向けて(抜粋)」
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/setsumeikai/h260604/pdf/s6.pdf>

内閣府(2010)「平成 22 年版 男女共同参画白書」

内閣府 少子化危機突破タスクフォース(第 2 期・第 6 回)資料 3、資料 4

内閣府・文部科学省・厚生労働省「子ども・子育て支援新制度 なるほど BOOK」
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/event/publicity/pdf/naruhodo_book/print-a4.pdf

永山貞則・勝浦正樹・衛藤英達編著『ワークライフバランスと日本人の生活行動』財団法人日本統計協会 2010

奈良県「奈良県の保育士確保対策(案)について」
<http://www.pref.nara.jp/secure/119120/3.pdf>

日医総研(2007)「産科医療の将来に向けた調査研究」

日本経済新聞 2014 年 11 月 1 日 西部版朝刊
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/setsumeikai/h260604/pdf/s6.pdf>

日本経済新聞「産科医の医療偏在なくせ 医療機関や自治体が対策」(2013 年 10 月 25 日記事)
<http://www.nikkei.com/article/DGXDZO61539560U3A021C1NNSP01?df=2>

平成 18・19 年度医療関係者対策委員会報告書「看護職員の不足・偏在とその対策について」

増田寛也編『地方消滅』(2014)、中公新書

松田茂樹「市区町村の次世代育成支援の現状」(2007)、『Life Design Report』4-15

松田茂樹「注目される地方の出生率低下」(2012)、『Life Design Report』

松田茂樹「市区町村の少子化対策に関する調査」(2013)、『Life Design Report』

「宮崎県の周産期医療への取り組み」
http://www.toyookahp-kumiai.or.jp/common/fckeditor/editor/filemanager/connectors/php/transfer.php?file=kumiai/uid000002_32303131303432315F7379757573616E6B69352E706466

目黒依子/西岡八郎 「少子化のジェンダー分析」(2005)、勁草書房

守泉理恵「先進諸国の出生率をめぐる国際的動向」(2007)、海外社会保障研究 No.160

山重慎二.(2013). 家族と社会の経済分析: 日本社会の変容と政策的対応. 東京大学出版会.

NHK「保育園は迷惑施設?」
<http://www.nhk.or.jp/seikatsu-blog/200/203049.htm>

James Feyrer, Bruce Sacerdote, and Ariel Dora Stern 2008 "Will the Stork Return to Europe and Japan?"

Understanding Fertility within Developed Nations" Journal of Economic Perspectives—Volume 22 Pages
3–22
OECD "Low Fertility in OECD Countries" (2003)