

第3部会

# 全世代型社会保障の行方

消費税を財源とした税と社会保障一体改革がほぼ終了し、政策的には新たなステージに入った。ここでは社会保障の対象範囲を拡げる全世代型社会保障の論点を洗い出し、生活と直結する社会保障の方向性を探る。



報告者  
真野 俊樹  
中央大学大学院教授



報告者  
小黒 一正  
法政大学教授



報告者  
和泉 徹彦  
嘉悦大学教授



司会者  
川崎 一泰  
中央大学教授

## 医療体制と社会保険

川崎 全世代型社会保障というのは、消費税の引き上げで税と社会保障一体改革が終了し、新たなステージに向かうための看板の掛け替えです。今後の我々の生活に直結する政策ですので、課題を洗い出し、方向性を議論いたします。真野先生から報告をお願いいたします。

真野 私は主に医療提供体制の研究をしています。資本市場とヘルスケア・医療・社会保障との関係性が難しくなっているというのが私の問題提起です。

医療技術は劇的に進歩し、病気を治すだけでなく、予防的などところにも及んでいます。一般的には高齢になると肉体的・精神的に虚弱になるものを若いうちから防ぐというものです。そうした予防だけでなく、倫理的なことは別にして、ゲノム編集もできるようになりました。また、オプジーボは、抗がん剤であると同時に、免疫調整

作用もあるので、がん予防に効果的な可能性があります。ただ、副作用があるので、実際にそのような使い方はしませんが、医療の進歩（最先端の研究成果）が、社会保障の一部である医療保険に対して影響を及ぼしていることだと思います。

日本の場合は高額医療や医薬品も社会保険が適用され、旧来型の医療制度を維持していくとなると財政負担が大きくなります。医療を社会保障の枠組みに入れていく国がほとんどですが、そこを外してしまうと、医療は私的財ですから、アメリカのように富裕層しか良い医療を受けられないことになります。日本の場合はこれを価値財として社会保障の枠組みに入れ、お金がなくて治療を受けられないことがないようになっています。このことはよいことなのですが、どこまで社会保障の枠組みでみるべきかという議論が忘れられがちです。

日本では、厚生労働省が診療報酬で医師や医療機関の行動を誘導しています。例えば厚

生労働省が政策的にある方向に誘導したいと思えば、診療報酬を手厚くします。すると三割が自己負担ですから、患者に負担が行きます。特に高齢者の

場合は金銭に非常に敏感で、自己負担に対してナーバスです。旧来、日本の医療制度は非常に優れ、国民皆保険の中でもカバー率が高い（高度医療含む）状況でしたが、今まで通りカバーしていくためには財源の問題が出てくるという点と、病院、診療所、医師の政策誘導が難しくなっている点が前半で申し上げたいことです。

後半は未来の話をします。まず医師の成功モデルの変化についてです。私の医師仲間をみると、医師の成功モデルが変化したと感じます。最近、医療関係の上場企業が増え、医師がCEO（社長）を務める企業もあります。通常、医師は高収入とされますが、時価総額が二、三〇〇億の企業のCEOになれば、医師とは桁違いの収入（資産）が得られます。このことが問題ということではなく、それ

が医師の成功モデルとなり、これまで日本の医療を支えていた仕組み（エコシステム）が変化していることに課題があると思っています。

この仕組みが日本の医療が世界的に高水準である理由の一つですが、これが否定されつつあります。今までのシステムは、若いうちはトレーニング（修行）だとして、収入を低く抑えられていても、将来はある程度の収入が得られる教授や開業医になれて、皆がそれなりに成功できる、エコシステムというべきモデルでした。それが働き方改革で、若いときから無理に働くのはおかしいという議論になりました。一方、人口減少と高齢化で、昔のように開業をしても高収入ではなくなっています。大学病院の教授は経営サイドの立場もあるので、若い医師たちの働き方で苦勞します。それで教授になりたくないという人も出ています。薬局もエコシステムのモデルがあったと思います。が、変革を強いられています。保険薬局とドラッグストアの線

引きも難しくなっています。

保険診療と自由診療の境界線が今後重要になっていきます。政府は予防を盛んに言っています。これはゲノム編集のよいうな大きな話ではなく、初歩的な「運動をしよう」というレベルです。例えばスマホのアプリで生活習慣を変えようとした場合、どこまで保険で認め、どこからを自由診療とするか、境界線の問題があります。

もう一つは提供者がどこまで非営利である必要があるかです。保険薬局や介護も株式会社社の参入が認められています。病院は医療法人に限られています。株式会社でも社会保障の枠組みでやっている中、医療法人は非営利と言いながら、オーナーが高額報酬を貰っているのかが問われます。

最後に、医師のメンタリティーが変わっていると感じます。働き方改革で医師が労働者であることが明確にされました。我々の時代は、医師は労働者ではなく職人とされ、時間外手当などなくても働いていました。

それは患者のためになるという意識と、先程のシステムで完結していたのですが、それが変わってきている。一方、患者のメンタリティーも変わり、三割自己負担しているのだからというように方が増えています。七割は個人負担ではないので、そこを考えてもらいたいと思います。

例えばイギリスの国民保険サービス（NHS）ですと患者は自己負担がないので、ハードな主張はあまりないようです。税金を使っていますが、無料だという認識があるのでトラブルは少ない。一方日本の場合は、三割の費用負担をしているがゆえに消費者意識が芽生え、無理な主張をされると、医師も疲弊し医療崩壊にもつながります。

### 将来の担い手である子供への投資

川崎 ありがとうございます。続きまして和泉先生からご報告をいただきます。

和泉 私は、全世代型と言った時に、これまでの子供たちと子

育て世帯への支援が足りないという問題意識を持っています。教育の無償化をどのように評価し、進めていけば良いかという認識が必要だと思います。

皆さんの幼少時代も公立の小中学校は無償でした。そのコストは子供一人当たり約一〇〇万円です。高校や大学が徴収している授業料にも、公費で賄っているから見えない部分がありますが、小中学校と同様の費用が掛かっています。それは幼児教育の部分でも同様で、保育所・幼稚園に公費が投入され、結果として一人一〇〇万円の費用が掛かっているのです。

今年四月からは私立高校、高专、大学なども無償化の対象になります。昨年の十月から三歳以上の就学前児童に対して保育所・幼稚園の保育料無償化が実施されました。この十年で教育無償化をめぐり大きな変化が起きています。OECD諸国で二〇〇〇年頃から、幼稚園と保育所をまとめることが取り組まれていますが、日本はこの流れに入れませんでした。それは

各国が幼稚園の方に集約する方向だったのに対し、日本は通園者が幼稚園で減り、保育所で増えていたのが、幼稚園側がイニシアティブを取れませんでした。三歳以上の子供たちへの教育は、保育所、幼稚園のどちらでも同じように受けられる仕組みを作りました。子ども・子育て支援新制度と言われるもので

国際比較の観点で、日本はGDPに対して家族関係の支出が少ないと言われてきました。特に、教育関係の支出は下から数えた方が早いのです。それは高等教育への支出が家計に頼りすぎていくからです。幼児教育については三歳からの無償化が始まりましたが、〇〜二歳の乳幼児は今年四月から住民税非課税世帯に対して無償化が実施されます。保育所に関しては認可外の保育所があり、東京都であれば都の補助金が入っている認証保育所もあります。そうした認可外保育所も無償化の対象になっています。ただ、全く経験のない人たちが届出れば、認可外保育所になります。認可を受けるのは高いハードルがあるので、認可外は届出だけで無償化の対象になってしまい、この点が大きな問題だと思っています。認可外保育所は認可保育所に入れなかった人たちの受け皿となっているので無償化の対象になっています。保育所の待機児童問題は解決しないままですが、保育所の定員数は毎年過去最高を更新しています。無償化で保育所ニーズが高まるので、待機児童問題を解決すべきと主張する方もいます。

高等教育の無償化は、授業料減免制度の創設と給付型奨学金の拡充が主な内容ですが、所得制限が付いています。奨学金は年収三八〇万円未満の世帯が給付対象となり、成績不振の学生は途中で打ち切られます。対象となる学校は実務家教員の担当する科目単位数が卒業単位の一割以上を占めることとなっており、全国のほとんどの大学が対象になります。貧しい家計や成績が著しく悪くないという条件付きで無償化が実

施されるといいうもので、皆が無償になるわけではありません。

現在、大学等の高等教育への進学率は五〇%を超えます。地域差が大きく、東京都や京都府などはとても高い進学率を誇っています。東京都は六〇%を超えます。専門学校や短大なども含めると、高校生の進路は九十数%が進学で、高校で就職する人はごく稀です。高校の進路指導の先生と企業のパイプも減り、進学して、将来のことは何年か掛けて考えらるようになっていきます。大学に進学しないと、就職は難しくなっているのです、こういう家庭であつても進路がきちんとなることが大事だと思います。

社会保障との関係でいうと、子供たちは将来大人になり、社会保険料を納め、納税してくれる人になってくれます。子育て費用を無償化することで公的支援することは、将来の社会保障システム全体を支える投資になるのだと思います。

また、近い将来の課題と指摘をしておきたいのですが、外国

人労働者を受け入れる方針があります。定住する外国人家族が増えた時、その子供たちの教育をどう捉えるか、無償化で教育機会を保障することも必要だと思えます。

## 低年金を防ぐ改革をせよ

川崎 ありがとうございます。刺激的なお話でした。続きまして小黒先生お願いします。

小黒 少し前に話題になった老後二〇〇万円の問題と関連する話を含めながらお話させていただきます。ありがとうございます。

二〇一八年五月に政府が、消費税が一〇%に上がるといふ中、次の改革をどうするかという目安を示すため、社会保障給付費の見通しが発表されました。この見通しによれば、二〇一八年度は年金が大体五七兆円、医療が四〇兆円、介護が一〇兆円くらいで、子育て支援は八兆円くらいです。これが二〇四〇年度の見通しになると、年金が七三兆円、医療が七〇兆円、介護が

二五兆円、子育て支援が一三兆円で、全体で大体一九〇兆円くらいに膨れ上がります。その中で改革をどうしていくのかという話が今進んでいます。

政府は医療や介護の方に改革の資源を投入する形で動いていて、年金の制度改革の話があまり出ていません。その理由は年金をGDP比で見た場合、一八年度では一〇%ぐらいのものが、四〇年度でも九%程度にとどまるからです。GDP比での年金はコントロールされているわけです。他方、医療は現在の七%から、四〇年度には九%に膨らむ試算となっています。この二%が大きいので改革するといふわけです。

GDPは一八年度では五六〇兆円、四〇年度では推計で七九〇兆円です。これは名目GDP成長率で一%強を示すものになっています。今後の成長率の見通しですが、高成長シナリオで二八年度に三・二%、低成長のシナリオですと一・二%です。過去の実際のGDPで平均を出すと〇・四%ですから、低成長

シナリオでも、それよりも三倍あるような成長率を前提にした試算です。政府は成長率が変わったらどうなるのかなど、踏み込んだ数値を示す必要があるのですが、今は出ていません。

年金制度はご承知のように制度は二階建てで、国民年金（基礎年金）が一階部分、サラリーマンと公務員が入っている厚生年金が二階部分となっています。年金の議論をする時に所得代替率と呼ばれる、現役男性の平均的月収月収に対して、モデル世帯夫婦がどれくらい年金を貰っているのかを表す指標があります。現在の所得代替率は六一・七%です。

経済成長率が非常に重要で、昨年、年金財政検証（年金健康診断）が発表され、六つのシナリオで検証されました。特に経済成長率の中で重要なファクターは、全要素生産性（TFP）の上昇率で、この値が変わること、二九年度以降の経済成長率の見込みも変わります。ケースIでは〇・九%、ケースIIでは

〇・六%……というようにケースVIまで見込みが出ています。ケースIでは物価上昇率を二%、実質経済成長率を〇・九%としていますので、これで三%ぐらいの経済成長率になります。が、本当に妥当な数値なのでしょうか。

この経済前提がどのくらい正確を示す資料が財政検証の中にあります。TFP上昇率の仮定と実績の比較です。一九八一年度から二〇一七年度までのTFP上昇率の推移と分布のグラフがあります。例えばケースIIIですと、二〇二九年からずっと〇・九%のTFP上昇率があることが前提になっています。過去三十年の確率で言うと、約六三%をカバーしているとなります。これがケースIだと一七%です。問題は本当にこれが実現するのです。

公的年金の年金額の分布を見ますと、モデル世帯の夫婦では基礎年金が六万五〇〇〇円ずつで二三万円、厚生年金が九万円合わせて二二万円の年金を受給しています。年間で二六四万

円です。年間二〇〇万円以上受給している人は半数以下です。ここで将来的に基礎年金が三割カットされると、貧困層が相当数出てくるのが予想されます。年金改革の哲学を変えないと、困っている人たちにし寄せがいく状況になります。今、二二〇兆円ぐらいの社会保障給付がある中で、保険料が六六兆円で、年金の資産収入と国庫が入って三二兆円、地方の公費が一三兆円入る中で、基礎年金には保険料と国の公費が入っています。公費をどこに投入するのかを考えなければならぬと思います。

私案ですが、基礎年金部分と報酬比例部分とある中で、公費は基礎年金の部分に入っています。これを本当に困っている人に集中投下することを考えないといけないと思います。国の債務残高が相当膨らんでいる中で、政府の財源にも限界がありますので、例えば現在六五歳から八五歳までの二十年間を年金もらう場合、これを二つに分けて、六五歳から七五歳までと、

七五歳から八五歳に分ける。そうすると何が起ころるかと言うと、六五歳から七五歳の公費を七五歳以上の公費に加えることで、一〇〇%公費にできます。その上で所得が別途ある人、資産がある人から取り返す。取り返した分を低年金の方に充てていく、という改革の検討も必要なのではないかと思っています。

### どのように費用を分担するか

川崎 皆さんから費用負担のお話がありました。無償化はコストが見えなくなる一方、有償にすると消費者意識から過剰なサービスが要求されるということ、受益者負担とのバランスが重要だと思えます。この点をもう少し補足してください。

真野 医療を税金を主体として運営している国はイギリスや北欧で、薬代は一部自己負担の国もあります。大半は無償です。ドイツやフランスは社会保険がメインで、一部自己負担を求めています。無償で行って

る国は、医療の範囲が限定的で、日本のように広くカバーされています。保険料で行っている国は、保険料を払うということは、それ相応のメリットがあるべきと考え、様々な医療サービスがカバーされています。日本の場合、税金と保険料を上手くミックスしていると思います。予防の分野などは裁量的に動かしている部分もあります。ドイツなどは要介護度が高くないと給付の対象になりません。日本の場合には要介護度が軽めでも給付がついています。

受益者負担で言うところ、無償の場合は公費(税金)で賄うので、給付範囲が狭く金額的にも制約が付きまします。他方、保険の場合は、自己負担が伴いますが、カバー範囲を広く取れると思えます。診療報酬の話で、保険なのに三割負担にしたのは医療保険に対する免責機能のようなもので、医療機関で治療を受ける時の金銭的な歯止めになるという発想からです。

和泉 受益者負担に関して、幼保無償化は子育て支援や少

子化対策の面もあるのですが、政治主導で決まったと思えます。背景には、私立幼稚園団体のロビー活動があり、その結果として実現しました。

無償化によって需要が増える、経済的なハンデなく幼児教育が受けられるのいいことです。無償化を進めることによって、経済格差を意識させないというところに、一番大きなポイントがあると思います。これに対して、保育サービスのところは十分な供給体制があるかというところ、難しい部分があります。よくヨーロッパの大学の学費が無料だという話があります。ただ日本の場合には高等学校を卒業して、進学を希望すれば大学受験ができるが、ヨーロッパでは必ずしもそうではありません。例えばドイツやフランスでは、中学卒業時点で進学組と就職組という進路選択が決められます。その中で大学進学した人の学費が無料ということです。日本はその選抜を入れない選択をしたということです。国際比較の中では教育費の私的負担が大

きいのですが、単純に学費を無料にすればよいという話ではありません。

**小黒** 教育無償化の議論は、リスク分散と再分配の切り分けの話とも深く関係します。財政がこれだけひっ迫していく中、投入できる公費も限界があり、今までと同じようにはいかないということですよ。消費税が10%になりましたが、今でも財政赤字が20兆円くらいあります。2018年度から40年度までで社会保障給付費は120兆円から190兆円に増え、GDP比で見ると2・5%ポイント程度増え、消費税を5%さらに上げないとこの財源は賄えません。消費税を5%上げるのに、一九九七年から二〇一九年まで二十年以上掛かった状況で、本当に財源確保ができるのかを問わなければいけません。

本当に守らなければいけない人達のために公費を確保する方向に舵が切れるかが問われているのですが、マクロ経済スライドの導入で基礎年金の給付カットが二八%で、厚生年金は三%

という状況です。つまり条件の厳しいところ（基礎年金）のカットが大きくなっているのです。これは裏で財務省と厚労省が2004年の年金改革時に、基礎年金の国庫負担率を三分の一から二分の一に増やすが、長期的に見ると一階部分がカットされるので、それほど公費を投入しなくて済むとの判断があったからです。それは財政の論理であって、制度的に本当にそれでいいのかということをお問わなければいけません。その場合、制度設計をどうするのかも考えないと、2040〜50年は相当大変な話になります。現在、生活保護受給者は200万人くらいで、そのうち高齢者が約半分を占めています。ここをどうするのかという問いがな、議論されていないところが問題だと思っています。

### 働き方改革と生活保障を考える

**川崎** フロアからの質問にお答えしていきます。まず医師の働

き方改革についてのポイントを教えて下さいということですよ。

**真野** 医師や看護師は基本的にジョブ型で職人的な世界なのでそこでトレーニングしている間は給料が安くてよいという風潮に問題がありました。医療は救急医療など大変な仕事が多く、救急医療専門、総合診療専門があってもよいのです。ジョブ型であるがゆえに細分化され、若い医師が無給に近い中で激務をこなしていました。そこにメスが入ったので、人が足りなくなってきたのです。40歳くらいまでの若い医師たちが、時間も気にせず頑張っていたものを、労働時間の管理をして勤務シフトも考えた結果、医者が足りなくなってきたのです。

今から四年後に徐々に労働環境を整えていく方針が出ていますので、この方向で動くと思います。おそらく病院の数は減らざるをえないと思います。ここ数年で医師の数が急速に増えるわけではないので、職場環境の変化に追いつけません。

また、開業医も減ると思いますので、病院に残る医師が増えるでしょう。地方は病院が減ることになると思います。ここをどうするかが次の課題です。ITやAIの技術を使って改善できると思いますし、何とか乗り切ってもらえればと思っています。

**川崎** ありがとうございます。次に小黒先生に質問です。公費投入の割合が大きいのが生活保護で、無年金の人など、今後増えていくことが予測されますが、どうお考えですか、という質問です。

**小黒** 低年金や無年金の問題は、年金をカットしていった時に、あとは生活保護を前提にした部分もあると思います。生活保護が最後のセーフティネットとして機能するかどうかも含めて冷静に議論しないと、後でフタを開けてみたら大変なことになるかもしれません。今後の状況を考えると、年金だけでは議論できないことは事実ですが、ベースとなる最低限のところをどうしていくかを議論し

ないと、長期的な問題に対応していくことはできません。

**川崎** ありがとうございます。続きまして和泉先生に幼児教育・保育の無償化で、少子化に歯止めが掛かり、子供が増えた時に予算が確保できるのか。また待機児童解消がなかなか進まない原因の一つに保育士不足があり、保育士を確保するための対策や解決策があるのかという質問をいただきました。

**和泉** 保育士不足の問題は、よく取り上げられる話題です。待機児童と同じく保育士不足は需要と供給の差分で語られています。毎年のように過去最高の保育所定員を更新し続けています。保育所を作ればどんな小さいところでも一〇人以上の保育士が必要で、増やしてはいるのですが、本当に必要な数より基準が少ないために、保育士不足となっています。もっと待遇を良くすることも一つですが、若い保育士の多くは幼稚園教諭の免許も持っています。幼稚園の側も先生を雇いたいのので、

保育士の方がいろいろ処遇改善に補助が入っているので、幼稚園にも補助金を付けろとなり

ます。民間の保育所でも平均的な人件費より低いところがあります。それは会社が儲けるためにではなく、保育所を新設するとき、補助金も入るのですが、自己資金も必要です。そこにお金を投入するために、人件費を低く抑えているケースもあります。今いる人材だけで守っていくところでは、人件費を高くできることもあります。待機児童者対策に貢献しているのはどちらかと言うと、前者の方になります。待遇改善も必要ですが、待機児童対策も大事なことであり、悩ましい状況があります。

予算については、少子化の中で増やしています。当然、幼児教育の観点は大事ですが、お母さんがキャリアを継続し続ける観点も見逃してはならず、子育てしている世代の女性の就業率自体は上がっていますが、就業者数は過去と比べるとそんなに増えていません。元々の分母が少

なくなっているので就業率は上がっています。

**川崎** ありがとうございます。続いて真野先生に質問です。医療費の自己負担額が変わることはありますかとの質問です。

**真野** 医療の自己負担についてですが、スウェーデンを例に挙げますと、提供している医療（一定水準をクリアしている医療・介護）の費用はすべて税でカバーしているのですが、コスパが悪いものは公費負担の対象から外れます。高度医療や緩和ケアなどは公費負担しないということです。一方、福祉はかなり手厚い制度になっています。日本の場合、要介護認定を受けても三七〇万円ですが、スウェーデンでは七〇万円くらい出ます。要介護度が高ければ、生きてくのに介護は必要だという考え方で無料になっています。

日本の場合、自己負担が三割を超えないことと法律の付則に書かれており、今後も、自己負担率が上がることは考えにくく、生活保護

の人は自己負担なく高度医療が受けられるので、三割負担の人がこの負担のために高度医療が受けられないという状況はつくってはいけないと思います。

**川崎** かつて年金の現金給付を充実する代わりに、現物である医療の方からはきちんと料金を取るという議論がなされ、年金の方を充実させることになりました。そのあたりを小黒先生からお話いただけますか。

**小黒** 社会保障の中に入っている、医療・年金・介護・子育てなどのバランスの問題ですが、カナダの制度が参考になると思います。カナダは日本ほど年金が充実しておらず、低年金ですが、医療はほとんど無料でイギリスと同様に公費で賄っています。年金と医療がセットで制度設計されています。年金は低水準でも、医療が基本的に無料なので生活が成り立っています。

日本は年金を維持しつつ、医療の自己負担を上げるなら財政的に成り立つのですが、こうしたポジショニングの議論が抜けています。自己負担を増やすの

か、自己負担を抑制して、医療費の中身を効率化するのが問われています。医療費の二割を占める病院経営に関する経費をICTの活用でコストダウンしていく方法もあります。全体の制度設計で、医療・年金・介護・子育て支援・教育・生活保護の制度全体のバランスと、個々の効率性が議論されています。

**川崎** 政府が打ち出している働き方改革、雇用延長、年金支給開始を遅らせることなど年金財政を何とか維持する方向へ誘導する動きもあります。保育所問題は補助金を増やして施設数を増やすのか、企業に支援をして育休を取りやすくするなど、やり方は様々だと思います。全体を俯瞰し、制度上のバランスを考えていく必要性があると思います。和泉先生から教育分野でのお話をいただければと思います。

**和泉** 育児休業を男性も積極的に取得させる動きがありますが、実際は女性が中心で、育児休業給付金を八割に引き上げ

るアイデアが出されています。人手不足の中で雇用保険財政は積立金が五兆円程度あり、これを財源に活用することが考えられています。こうすれば給料の手取り額とあまり変わらなくなりそうです。給付金は非課税の上、社会保険料も免除されるので、父親の減収分も取り戻せます。ただ八割という水準で少子化対策、または父親の育休取得に効果が出た時、雇用保険の財源が枯渇する可能性もあります。ゼロ歳で保育所に入ることを考えれば、育休を取得して、家庭で育児をしてもらった方がよいというのもあります。職種によっては一年間休んだ後、復職やキャリアの継続が難しくなることもあります。職場復帰した後の選択肢として、育休も取得できゼロ歳で保育所にも入れるようにしていた方がいいと考えています。

但し、二十年ほど前、民間保育所がなかった時代、公立保育所のゼロ歳児に掛けていたコストは、一人あたり八〇〜一〇〇万円ほどが毎月掛かっていま

た。民間が入ったことで平均的なコストは一八〜二〇万円まで下がりました。民間を入れて保育士の賃金を下げることでもコストダウンに成功しましたが、今は逆に保育士の待遇が悪いという話になっています。

**真野** 行政的には介護・医療・年金と切り分けて制度を作らざるを得ないと思いますが、患者個人の立場から見ると、医療と介護を受ける人は同じです。保険制度が二つに分かれています。これを統合するのは難しいでしょう。ただ、年金も含めて考える時、年金保険で得られたお金を、医療や介護にどのように分配していくかになります。最近よく聞くのは、施設に入ると介護の自己負担がある中で、医療の方にお金が回せなくなるという話です。お金が資本主義社会ではベースになるので、個人の話も重要なのですが、この視点は改めて考え直さなくてはならないと思います。

**川崎** ありがとうございます。保育所の設置基準で一人の保育士が面倒を見られる人数が年

齢ごとに決まっています、それがコストを決める大きな要因となっています。低年齢の子供に関しては保育所設置に補助するのはなく、企業や労働者に休業補償のような形で補助することはできないのでしょうか。

**和泉** 保育所に預けることで働く人の就業支援という面と、保育を必要とする子供たちへの福祉サービスの面と切り分けて考えるべきだと思います。都市部の保育所はフルタイムで働いていないと入れないので、就業支援の色彩が強いと思います。全国的には少子化が進んだ地域が多いので、保育所も幼稚園もなくなり、どちらのニーズも受ける拠点となっています。それは就業支援というよりは、幼児教育という位置づけになり、切り分けは難しいと思います。

**川崎** ありがとうございます。この問題は今後も政策研究フォーラムで研究し、情報発信していきたいと思っています。

(二月十三日収録、文責編集部)