


〔幼児教育無償化の概要〕

そして、具体的にその8,300億円と言われている財源を使って何をやるかというところですが、3歳以上と3歳未満で大きく異なっております。3歳以上については、所得制限なく、基本保育料を無償化するとなっていて、それに対して3歳未満は所得制限付きで、住民税非課税世帯に限定ということですので、数%というか、本当にごく限定した無償化が、今、計画されているところです。

それで、3歳以上の部分については、親が働いているという就労要件を満たした場合には認可保育所を利用できまして、それ以外の専業主婦の家庭の場合には幼稚園を利用するというような形で、大体半々になっているんですけれども、それについて施設類型が異なりますと、無償化の上限も異なっております。幼稚園の場合ですと、1日4時間分程度が無償化されるのに対して、認可保育所の場合には、親が働いているという条件があれば、最大11時間までが無償化されるというような制度設計が、今、提案されているところです。

こういった制度設計での無償化ということになりますと、次に挙げるような幾つか問題点が指摘できるかと思えます。


**日本総研**  
The Japan Research Institute, Limited

## 幼児教育無償化の概要

### 3～5歳児：基本保育料が所得制限なく無償化

**幼稚園<sup>(注1)</sup>は1日4時間程度**

**認可保育所<sup>(注2)</sup>は1日11時間まで**

**認可外保育施設、幼稚園の預かり保育は、  
就労等で保育が必要な場合のみ無償化対象<sup>(注3)</sup>**

### 3歳未満児：所得制限付き<sup>(注4)</sup>無償化

**※利用児童数： 幼稚園 130万人、認可保育所 210万人、認可外保育施設 16万人**

(注1)利用に就労要件なし。私学助成を受ける幼稚園は、幼稚園の利用者負担額2.57万円まで無償化、  
 (注2)利用に就労要件あり。認定こども園、地域型保育、企業主導型保育を含む。  
 (注3)利用に就労要件なし。3.7万円(認可保育所の月額保育料の全国平均額)まで無償化、  
 (注4)住民税非課税世帯のみ。第二子以降はすでに無償化済み。認可外保育施設、幼稚園の預かり保育は4.2万円(認可保育所の月額保育料の全国平均額)まで無償化。

次世代の国づくり

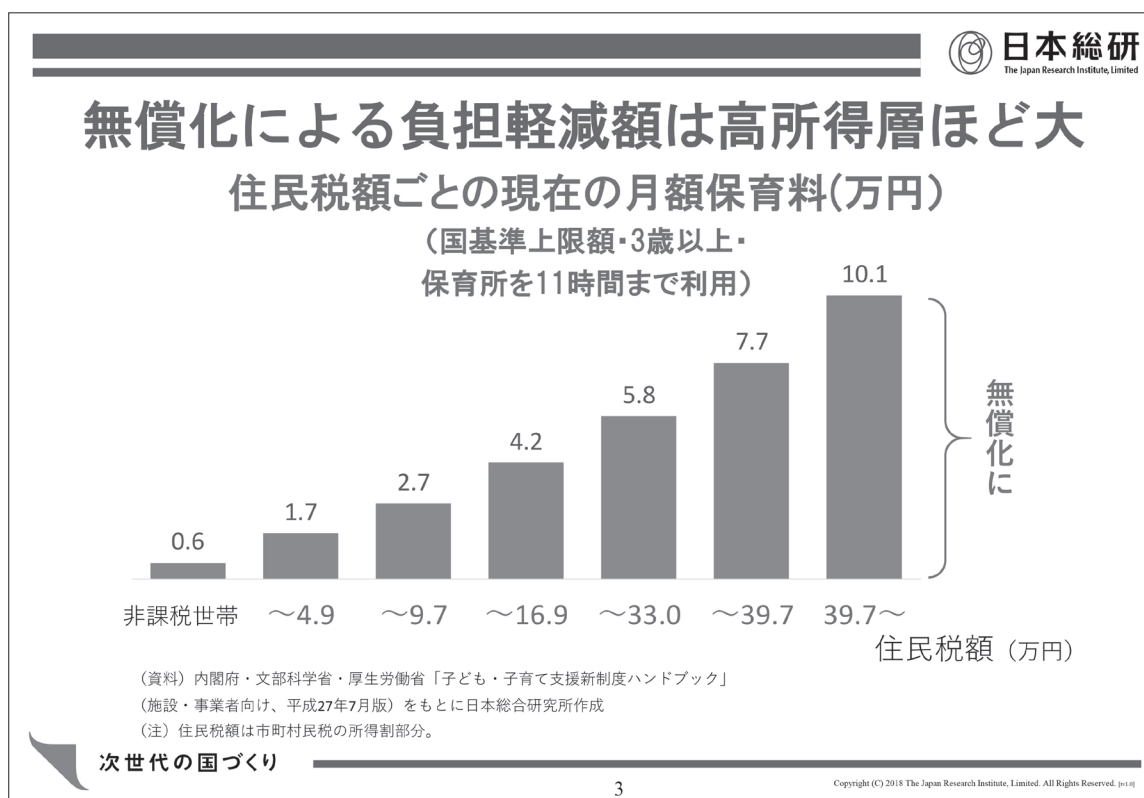
2
Copyright (C) 2018 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. [1/4]

〔無償化による負担軽減額は高所得層ほど大〕

まず、最大の問題だと思っておりますのは、無償化による負担軽減額は高所得層ほど大きいということです。無償化というと、何かすごくいいことのようなんですけれども、現在、すでに保育料といいますが、それは応能負担の考え方で高所得層ほど高い保育料を払っていることになっています。

ここのグラフに挙げておりますのは、3歳以上、11時間利用した場合に国が取っても良いという上限額なので、ここまで多額の保育料を取っている自治体はほとんどなくて、かなり軽減はされているわけですが、実際、所得に応じて保育料が上がっていくというのはどこの自治体でも同じになっています。

ですので、仮にある自治体が国の上限額で保育料を取っていたということになって、ここに無償化が入ったということになりますと、例えば非課税世帯ですと、今、月6,000円払っているのが免除されるだけなんですけれども、1番所得が高い人は、今、10万円払っているところが完全に無償化されてしまうという、改めて見ると、非常にびっくりするような制度設計になっているということです。



#### 〔無償化後も認可と認可外に保育料負担格差〕

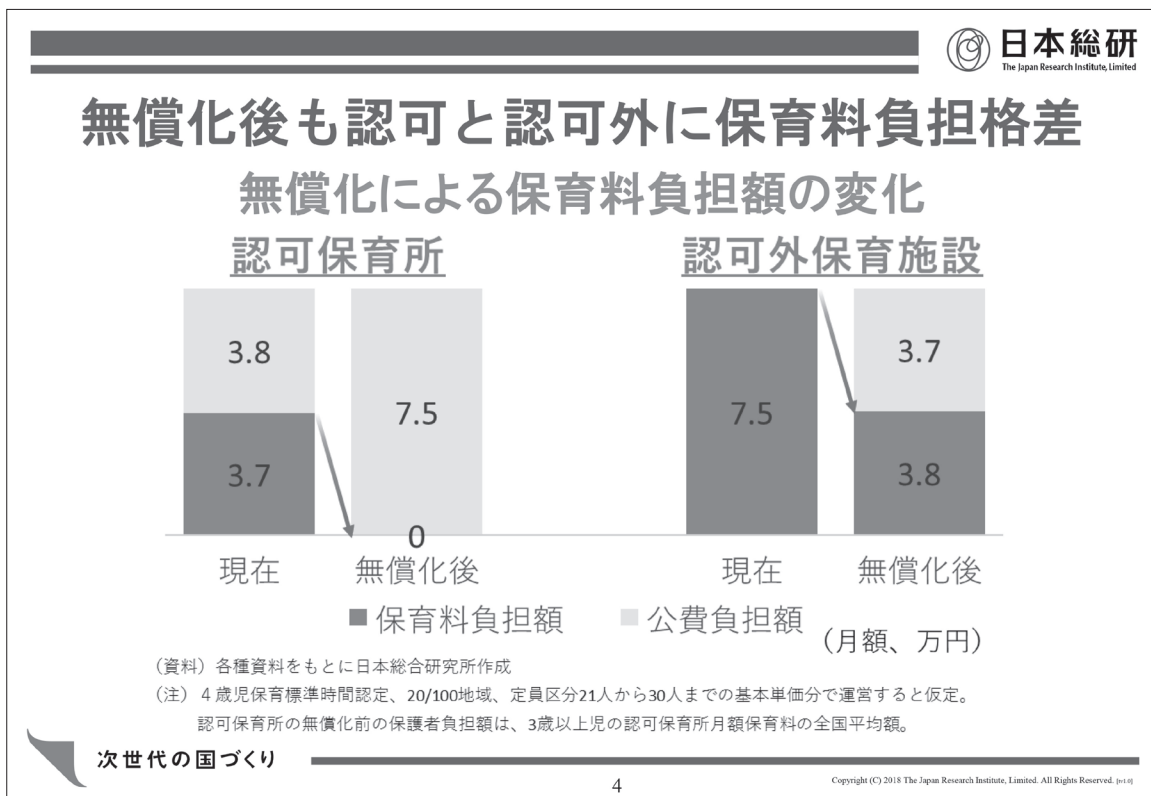
それから二つ目の問題としては、認可外の保育施設については、無償化と言っていますが、結局、保育料負担は残ることです。

保育施設については、大きく認可保育所と認可外保育施設に分かれるんですけれども、先ほどもちょっと触れましたけれども、認可外は補助が全く入っていませんので、たとえば、7.5万円の経費でやっている保育所を認可で利用した場合には3.7万円だけ払って、3.8万円は補助が出ているということなんですけれども、認可外の場合は全額を利用者が負担するので、7.5万円払っている。

これが無償化した場合に、認可外の保育施設の無償化については、政府の今のスキームですと、この

認可保育所が払っている3.7万円分だけが無償化するという、3.7万円という上限額が設定されたので、実際、ここだけ軽減されても、3.8万円は自己負担となりますので、結局、認可と認可外保育施設の保育料負担の差が無償化で全く改善されないということです。

これは、認可外を選んで行っているというケースもありますけれども、認可に入れずに、やむなく行っている人も多いという現状を考えますと、こういった格差が残ることは公平性の観点から非常に問題だと思っております。



〔無償化は保育の長時間化に〕

次に、三つ目の問題としましては、保育の長時間化が懸念されることです。無償化になりますと、今まで負担していた保育料を払う必要がなくなりますので、その分を使って、より長時間の保育を利用する経済的な余裕が親の側に生まれ、保育の長時間化が懸念されるということです。

現状、この左のグラフでもご紹介しておりますけれども、保育士不足が深刻化しておりまして、現場の保育士は非常に疲弊しているという問題がある状況で、そこに長時間化ということになりますと、そういった問題が一層深刻化するということが心配されているところです。また、子どもにとっても、より長時間、保育所で過ごすことになり、好ましいことではないと思います。

加えて、無償化の問題としましては、1番最初のスライドでご紹介しましたように、もともと消費税で得た財源は、将来世代への負担先送りを軽減するという予定のものを、先ほど見たように、あまり効

果が発揮できないような無償化に使う。それで、そのことによって財政の健全化がさらにおくれる。そして、それを将来世代が負担することになりますので、政府はこれを全世代型と言っていますが、全く全世代型とは言えない、子育て世代にとってはほとんどメリットがない政策ではないかと思っております。



### [子どもと母親に何が起きているのか]

保育の現場のことを少しお話ししたいんですけども、現場を見ますと非常にいろんな問題が起きている。一つは、国の無償化は3歳以上ですけども、実は、3歳未満の育児に非常に大きな問題がありまして、育児が孤立化していることで、例えば産後うつ、自殺が多いということですか、あと、虐待で子どもが死亡するという件数の7割が3歳未満で起きているというようなことで、その3歳未満の支援、育児の不安やストレスへの対応が必要になってきている。国の保育制度は働いている人のための保育を無償化するというような考え方でですけども、むしろ、専業主婦にこうした問題は多くあらわれているというところだと思います。

### [保育の現場で何が起きているか]

それから、保育の現場のことですけども、ここに挙げますアレルギーのこと、あるいは障害、貧困、一人親など、現場では特別な配慮が必要な子どもが増えているという現状がありまして、保育者の負担が増しているということです。食物アレルギーの割合も増えていて、私自身、子どもがそうなので、先

## 子どもと母親に何が起きているのか

3歳未満の育児の孤立化・密室化、産後うつ、児童虐待問題の深刻化

**出産後1年未満の女性の死因1位は自殺、  
2年間に92人<sup>(注1)</sup>**

**児童相談所での児童虐待相談対応件数、  
10年間で3倍強、13.4万件<sup>(注2)</sup>**

**虐待死年間報告件数49人、7割は3歳未満<sup>(注3)</sup>**

(注1)2015-16年。国立成育医療研究センター・森脇太郎「人口動態統計(死亡・出生・死産)から見る妊娠中・産後の死亡の現状」

(注2)2017年度速報値。厚生労働省「福祉行政報告例」

(注3)2016年度。心中を除いた18歳未満の人数。厚生労働省「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第14次報告)」

次世代の国づくり

6

Copyright (C) 2018 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. jri-01

## 保育の現場で何が起きているか

特別な配慮が必要な子どもの増加、モンスターペアレント、ブラック保育園

**食物アレルギー児割合は10年で倍増、  
ショック症状出現率は17倍との報告も<sup>(注1)</sup>**

**子ども・子育て支援新制度(2015年)で予定された  
国の配置基準改善(1歳児1:6→1:5, 4・5歳児1:30→1:25)の遅れ**

**幼児教育センター<sup>(注2)</sup>設置は自治体の4%<sup>(注3)</sup>**

(注1)東京都「アレルギー疾患に関する3歳児全都調査」の2004年度から2014年度の変化。

(注2)幼児教育の内容・指導方法等に関する調査研究、幼稚園教諭・保育士・保育教諭や幼児教育アドバイザーに対する研修機会の提供や相談業務、市区町村や幼児教育施設に対する助言・情報提供等を行う地域の拠点。

(注3)平成28年度「幼児教育の推進体制構築事業」実施に係る調査分析事業成果報告書(東京大学大学院教育学研究科付属発達保育実践政策学センター)による。調査対象は全都道府県・市町村、有効回答率61%、2017年1月時点。

次世代の国づくり

7

Copyright (C) 2018 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. jri-01

生のご苦労が非常によくわかるんですけれども、ショック症状が出るような子が一人いれば、本当に先生方の負担や責任感、緊張感というのは相当なものなんですけれども、それに対する配置基準の改善なども進んでいませんし、国は一応幼児教育センターを設置して、現場のサポートとか相談、研修をやるうと言っていますけれども、それはごく一部の自治体でしか実現していないということです。

#### 〔保育の質確保に向けた体制は十分か〕

次に、質の確保に向けた体制のことなんですけれども、わが国はもともと有資格者を配置するのですとか、そういった投入する資源量についての基準というものはあるんですけれども、それによってどのような保育が提供されているかといったアウトカムのチェック、評価というのは、あまり十分行われてきていないということがあります。

実際にそのチェックがどのくらい行われているかという数字を見ましても、国は年に1回はきちんと見るようにと言っていますけれども、認可外保育施設については全国で73%。今、施設が急増している東京都ですと、11%しかチェックしていないというような状況ですので、非常に不安が高まっている。とくにこの5年間で、保育は50万人分も受け皿が整備されてきていまして、新規事業者の参入ですとか、経験の浅い保育者が入ってくるといったことで、質の低下が非常に心配になってきているところです。

ですので、こうした現状を踏まえますと、今やるべきは幼児教育無償化ではなくて、子育てをしている家庭、親ですとか、あるいは保育所の現状を改善するための施策を検討することが必要です。

## 保育の質確保に向けた体制は十分か

有資格者・園庭等の設置基準緩和、アウトカムのチェック・評価が不十分

**認可外保育施設の立入調査実施率は73%<sup>(注1)</sup>**

**うち東京都の立入調査実施率は11%**

**東京都は認可保育所の実地検査実施率も9%<sup>(注2)</sup>**

**保育所の第三者評価受審率は5.8%<sup>(注3)</sup>**

(注1)厚生労働省「認可外保育施設に対する指導監督の徹底について」(2018年7月19日)。事業所内保育施設を除く。認可外保育施設6,262か所、東京都は1,250か所の実施率。

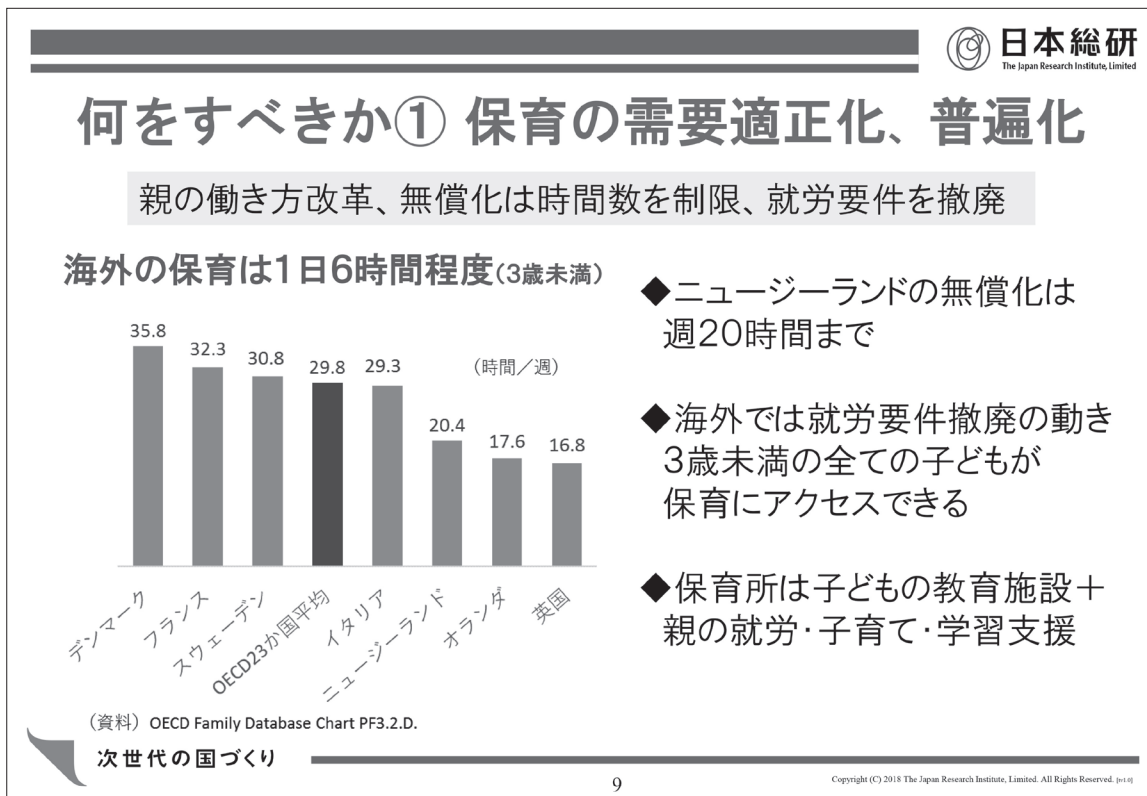
(注2)東京都福祉保健局指導監査部「平成29年度指導検査報告書」

(注3)全国社会福祉協議会「全国の実地検査実施状況(2016年度実績)」。

〔何をすべきか① 保育の需要適正化、普遍化〕

それで、具体的に何をすべきかを4点挙げております。

一つは、保育の需要を適正化する。そして、あわせて、できるだけ多くの子どもに保育を提供していくということで、日本の保育時間は非常に長くて、先ほど、11時間と申しましたけれども、6時間程度が海外では平均ですし、逆に、一人ひとりの時間を短くして、できるだけ多くの子どもが保育を受けられるようにしようということで、海外では就労要件を撤廃する国が増えてきているところです。



〔何をすべきか② 保育の質確保〕

それから、質の確保についてもアウトカム評価に力を入れている国が増えてきています。これは、イギリスのアウトカム評価のことで、Ofstedというところが全部の園を定期的に評価して、その結果を全部ウェブで公表しているというようなやり方で、そういったアウトカム評価に日本も視点を移すべきではないかと思えます。

また、質の確保は単に事後チェックを強化するというだけではなくて、親が参画することを評価するですとか、あるいは保育者の支援を充実させるといったことも重要になってくると思えます。

〔何をすべきか③ 供給体制の改革〕

第3に供給体制の改革というのも重要な課題になっています。ここに挙げましたように、子どもの数が減っていますので、中長期的にはこのように保育ニーズは減っていく、とくに親が働いていない子ど

## 何をすべきか ② 保育の質確保

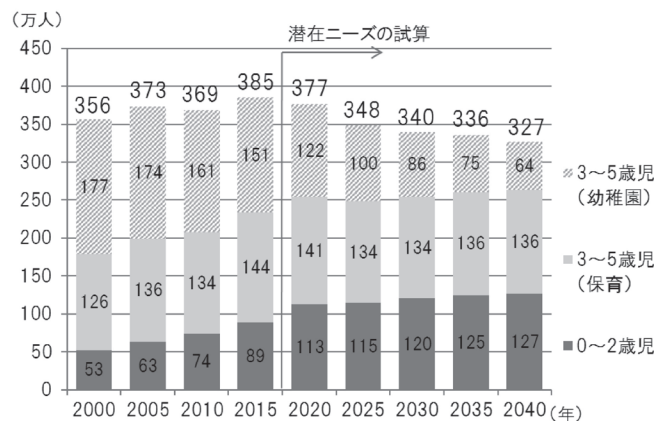
アウトカム評価、保育者の処遇改善、親の参画、園・保育者支援

### (例)イギリスのアウトカム評価

- ◆ 学校監査機関として教育水準局(Ofsted) 設立、2001年から保育施設も対象
- ◆ 全国・全保育施設共通の評価基準で4年に1度の評価受審義務化
- ◆ マネジメント、教育方法、福祉的な側面、能力の獲得の4分野を4段階で評価
- ◆ 園ごとの評価レポートはウェブで公表+親全員への配布義務
- ◆ Ofstedが親に日常的な質のチェックを期待、親からの通報も受け付け
- ◆ ウェブで優れた施設のリストを公表、好事例の普及
- ◆ 全国の保育施設の質の状況をふまえた政策改善が可能

## 何をすべきか ③ 供給体制の改革

少子化・女性就業率上昇を背景に幼稚園需要が大幅に減少見込み



(資料)池本美香・立岡健二郎「保育ニーズの将来展望と対応の在り方」日本総研『JRIレビュー』2017 Vol.3, No.42

(注)出生率が国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年推計)」の出生中位・死亡中位、乳幼児の保育所利用希望者割合が過去10年と同様のペースで上昇するケース。




もを預かる幼稚園のニーズは激減していくということになっておりますので、供給体制の再構築のようなことが必要なのですが、そこが、一時的に需要が増えることによって、そういった議論がなかなか進まないということが問題ではないかと思っております。

〔何をすべきか④ ICT活用始め効率化徹底〕

最後にICTの活用など、制度の効率化ということが非常に重要になってくると思っております。ここではニュージーランドの取り組みをご紹介しますけれども、例えば保育の記録を保育者と親がアプリで共有することで、いわゆるモンスターペアレント問題のようなものが解決されるというようなこともありますし、あるいは、オンラインコミュニティサイトというのは、保育者同士がウェブで話し合ったり情報を得たりすることで、日本が検討している幼児教育センターと同じような機能がそういったICTで実現できる可能性もあるのではないかと。

それからもう一つ、個人的に非常に興味があったのが、アレルギー児を受け入れたときの先生方の負担を解消する方法として、これはニュージーランドだけではないんですけど、Medic Alertという団体に子どもを登録して、そこからもらったIDが入ったアクセサリーを付けておくということが保育現場などでは結構推奨されておまして、それを付けていれば、何か発作が起こったときに、先生が一々頭に入れていなくても、その番号とIDを電話で言うと、すぐにこういう処置を下さいというアドバイスがいただけるというような仕組みなどもあつたりしますので、そういったいろんな取り組みを日本でも進める必要があると思っております。


**日本総研**  
The Japan Research Institute, Limited

## 何をすべきか④ ICT活用始め効率化徹底

(例)ニュージーランドの取り組み

- ◆ 2005年、国がICT活用方針提示
- ◆ 保育記録を保育者と親がアプリで共有
- ◆ 9割弱の園で児童管理システム(Student Management System)導入、国と接続、ID付番
- ◆ 教育省、教員のオンラインコミュニティサイト立ち上げ支援(Virtual Learning Network)、ウェブ研修、国が情報を定期配信
- ◆ アレルギー児等、Medic Alert Foundation<sup>(注)</sup>に登録、IDの入ったアクセサリーを着用、発作時等、パーソナルヘルスデータにもとづく処置が可能
- ◆ 国、親が必要な情報のワンストップ収集サイト整備(SmartStart)

(注)1956年にアメリカでスタートした非営利組織。現在はアメリカのほか9か国でサービスを展開。

次世代の国づくり
12
Copyright (C) 2018 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. p114

---

このようにいろいろ見てきましたけれども、無償化というのは、今やるべき優先課題ではなくて、もっとやるべきことがたくさんあるということで、先ほどの消費税が嫌われ者になっているというお話がありましたけれども、こういったことに消費税を使うということが、ますます消費税嫌いを助長してしまうのではないかなということも、お話を伺っていて思いました。

私からの報告は以上です。ありがとうございました。(拍手)

(西沢) ありがとうございました。

幼児教育無償化も医療が抱えている課題などと似ているとお感じいただけたかと思えますし、あとは、小さなお子さんのアレルギーを初めとした医療的なケアといった意味からも、医療提供体制はどうあるべきかといったことを引き続き伺っていきます。

ここからは5時5分前までをめぐり、大きく二つ、先生方にお話を伺っていきたくと思います。フロアの皆様からも多くの質問をいただきまして、ありがとうございます。すべてにはお答えできないんですけれども、それを織りまぜながらお話を伺っていきたくと思います。

一つは、財政健全化、財政の持続可能性との関連です。ご案内のとおり、わが国は赤字国債発行でツケを将来世代に回し続けながら財政運営を行っており、財政的幼児虐待とも言われますし、佐藤先生も共著者である『財政破綻後』という本も注目を集め、もう破綻してしまった後の議論まで出ています。こういった将来世代に負担をツケ回しするということは、私たちの世代として何としても食い止めなければいけないわけです。そこにはさまざまなアイデアを持ち寄る必要があるかと思えます。

会場の方からも、それに関連しまして幾つか質問をいただいていますけれども、例えば保険給付の範囲です。これは財政制度等審議会（財政審）などでも議論になっていますが、高額医療は、オブジーボ、キムリアといったものが出てくるなかで、そこをどうするか。あるいはかねてより課題になっているのが受診時定額負担、あるいは市販薬並みの薬であれば保険給付割合を変えるとか、そういったアイデアはないのかといった質問が出ています。

あるいは今村先生にお耳に痛い診療報酬の話がやはり出ています。控除対象外問題を今日はクローズアップしましたけれども、一方で、診療報酬本体は2年に1回上がってきているわけで、そこを通過したまま、この議論ができるのでしょうかといった話もいただいています。

ですので、まず、この一つ目の点につきまして、佐野先生、今村先生、池本さん、佐藤先生の順でお話を伺えたらと思います。

(佐野) 最初に、今、池本さんのお話を伺っていても、確かに無償化という言葉の与える美しい響きと正反対に潜んでいるリスクみたいなものがあるんだな、というのは改めて痛感しましたし、まさに、日本の医療保険制度も1973年の老人医療費無料化のツケを、ある面で言いますと、ずうっといまだに払い続けて、まだ解決していないという感じを改めて思っております。

本題といたしますか、今のお話のなかで、財政の持続可能性、とくに歳出面ということ考えた場合、今、お話があったように、保険給付範囲の見直しというのは絶対避けられないだろうと思います。むしろ、今まで、いろんな治療並びに薬剤を可能な限り、有効で、かつ安全であれば、基本的には入れてくるという、その方針が間違いだとは思いませんが、やはりそこには限界があるということで、新しいも

のを詰め込もうとしても、もうパンパンで、これ以上どうしようもないという状態まで来ている。

さらには、先ほど、西沢さんから話がありましたように、そこへさらなるン千万円というような高額薬剤等々も出てきているなかですから、ここはやはり従来の形では無理。そうすると、どういったものを保険の外へ出していくのかというほうの検討をしていかざるを得ないと思いますので、通常言われているところの、いわゆるうがい薬ですとか風邪薬的なものを、比較的軽度のものを外していくというのは一つの方向だと思いますし、また、自己負担割合を見直していく。場合によっては、自己負担割合を上げる。諸外国でもそういう例もあるようですが、そういったことも検討していかざるを得ないだろうと思っています。

(西沢) ありがとうございます。

今村先生に次にお答えいただくのですけれども、その前に会場から追加で、予防に関するご質問いただきました。最近、財政審からは予防の費用対効果について疑義的な声も上がっていますけれども、それも含めてお話いただき、佐藤先生にもそれを含めて解説していただきたいと思っています。

では、今村先生、お願いします。

(今村) ご質問いただいた予防についてですけれども、2種類あると思っています。例えば今、風疹の問題が非常に話題になっていますが、そもそも予防接種をきちんとやっていたら防げるものです。それをコストをかけて抗体を持っているかどうかを調べて、またもう1度受診してもらって、抗体のない人にだけ補助して予防接種を打つということをしています。しかし、東京や神奈川など流行している県の対象者全員に予防接種をしたほうが、コストも下がるし、疾病にもならない。もう少しそういうことを合理的に考えたほうがいいのではないかと考えています。

それから、生活習慣病等の重症化予防で、社会保障費全体のコストを削減できるかという話はなかなか難しいところで、何をもちって効果と言うかということにもかかわると思います。寿命が延びたら医療費は減るかもしれないけれど、年金の支払いも、介護費用も増えるだろうという議論もあると思います。しかし健康寿命を延伸すれば、個人のいわゆるQOLを高めるという社会的価値もありますし、社会参加もできる。社会参加ができると認知症も減るというデータもあります。ですので、生活習慣病の重症化を予防したら医療費が単純に減るということは機械的には言えないと思います。

ただ医師会で言っているのは、例えば糖尿病で人工透析をおくらせると、医療費は確実にその時点では減るわけです。そうした明らかに効果のあるものについてはしっかりと対応していくことが重要だろうと思っています。

(西沢) 診療報酬は……。

(今村) これは本当に悩ましい問題で、診療報酬というよりも、そもそも名称がよくないと思っています。診療にかかわる費用ということですが、報酬というと、医師の給料を上げるというような話になりがちですが、そういう次元の話ではなくて、やはり医療全体にかかるコストなわけです。

これにはモノと技術を、ある程度明確に分けて考えなければいけません。医療界では、医師だけではなく全国で数百万人が雇用されている。これは一般で言う「働いている人たち」なので、その人たちの給料を抑えるということは、結局、今、国が言っているいわゆる「賃金を上げてください」という話と逆行している話です。ただそこに入るお金が税や保険料だから単純に上げられないという理屈なのだと

---

と思いますが、患者さんが受ける医療の質や安全性を高めて、働いている人たちの一定の賃金を上げていくということになれば、当然のことながら、診療報酬というものも技術料という範囲のなかで上げていかなければならない。

ただ、モノに対しては本当に高額な医療機器であるとか薬品が出てくるなかで、患者さんにとってはある意味メリットのあることだけれど、社会保障という全体で考えたときに、それをどのように保険のなかに入れていくかというのは、本当に大きな課題です。今、費用対効果という、新しい薬価に対する問題も起こっていますし、医療界としては適正な使用ガイドラインとあって、医療機関が何でもかんでも高いお薬を使えるようにはしていませんので、全体の財政的な影響を見ながら、中医協で細かくチェックをして導入をしていくというプロセスを今のところは踏んでいます。

ただ、おっしゃるように5,000万円の医療費という話が出てきたときに、それにどういうふうに対応していくかは本当に難しい問題だという認識はしっかり持っているところです。

(西沢) ありがとうございます。

池本さんの後は佐藤先生で、佐藤先生にはすべての課題を拾っていただくことになっていますので、池本さん、お願いします。

(池本) 私のほうは、もちろん、先ほど申し上げたように、いろいろ子どもの分野でやらなければいけない、対応しなければいけないことはあるんですけども、一方で削るところも非常に多いなということをおもっています。

一つは、先ほどご紹介しました保育時間が日本は長過ぎるわけなんです。なので、もう少しコンパクトにすれば……。保育園の先生方から、短時間保育園制度をつくってくれば、復帰する保育士はたくさんいますよ、というお話をいただいたんですけども、要は、給料を上げてくれというよりは、保育時間をもう少し短くして、労働環境をよくするということになれば、今の賃金でもやれるということもありますので、保育時間をもっとコンパクトにする。そのためには働き方改革というのが非常に重要だということが一つ。

それからもう一つは、今後、保育ニーズが減っていくにもかかわらず、とりあえずどんどんつくれというようなことで施設を増やしているような状況なんですけれども、それを長期的な視野でどういうふうに既存の施設を使っていくかといったような議論も、あわせてしなければいけないかなと思っています。

(西沢) ありがとうございます。

佐藤先生、今のに全部お答えいただくとともに、佐藤先生は財政制度等審議会（財政審）にも入られて、その議論のご紹介をいただいて、さらにフロアから前半の議論で幾つか質問を受けていたのが、一つは、消費税を議題にしましたけれども、では、一体ほかの税目からは税収は上がらないのか。所得税はだめなの？相続税ではだめなの？あるいは子ども保険のように保険料なら国民の抵抗感は少ないんじゃないの？といったご質問をいただいています。あと、技術的には、ゼロ税率と非課税の違いなども教えてくださいといったこともありますので、盛りだくさんですけども、お願いします。

(佐藤) では、できるだけ手短かに……。

最初に予防の話ですけども、若干マスコミでも取り上げられたので知られましたけれども、財政制

度等審議会、財務省のなかの審議会ですけれども、そちらで、予防の効果はあまり定かではないのに、それを理由に医療費の適正化の手綱を緩めるのはいかん、そういう話が出たのですね。

念のために申し上げておきますけれども、我々としては別に予防を否定しているわけではないのです。ただ、やっぱり予防が進めば、つまり、生活習慣病が減れば、例えば今のベッドの数とか診療報酬の体系、薬価とか、あるいは給付の範囲とか、こういったものは見直さなくてもいいですよという、何かそんな雰囲気も実はあるのですね。それは困るというのが、財務省的というか、財政審的なスタンスであります。

だから、一言で言えば、予防は予防、医療費の適正化は医療費の適正化として粛々と進めてほしいということです。そういう意図であって、別に予防が要らないと言っているわけではない。そもそも健康でいること自体いいことですから、別に医療費は関係ないわけですよ。ですから、そこは二つ分けて考えませんかということだったわけです。

それから、今ご質問のあった、ほかの税金はどうなのかということですが、もちろん、ほかにもいろいろ税金があります。所得税、法人税、固定資産税、相続税、あと瑣末なところではガソリン税、酒税、たばこ税とか、そんなものもあります。

法人税に関しては、増税は困難でしょう。私のプレゼンでも申し上げた通り、国際的な租税競争のこともありますし、成長を促進するという観点、海外からの投資を誘致するという観点。企業に対してはいろんな批判があるのですけれども、賃金を伸ばさないとか、現金ばかりため込んでとかいった批判はあるのですが、そうはいつても、なかなか法人税を引き上げるという余地は今の経済環境のなかでは難しいだろう。

所得税については可能性があると思います。ただ、これはかなり抜本的な改革を要します。今、課税ベースが狭過ぎるのです。例えば年金なんかだと控除が手厚い。給料もそうですよ。したがって、課税ベースを広げることが大前提になりますので、それなりの痛みは伴う。もちろん、再分配を目的とするのであれば、一方では減税になる人もいて、一方では増税になる人もいて、差し引きゼロということになりますけれども、ただ、結構大がかりな改革が必要になるでしょうということだと思います。

私は個人的には固定資産税は引き上げていいと思います。あれは地方の税金なので。

あと、相続税につきましては、拡充の余地はあると私も思います。ただ問題は、こういうのはアイデア・イズ・グッドというやつで、つまり、相続税を引き上げると必ず節税対策が進んでしまうので、昨今でいけば、タワーマンションとかアパートをつくったとかですね。そういう瑣末な節税対策を喚起してはいけない。少なくとも正直者がばかを見てはいけないということになりますので、そこはちゃんと目配りが要るだろうということだと思います。

これらを考えると、とりあえず当面はという言い方になりますけれども、やはり消費税を軸にして展開していく。もちろん、再分配とか富の流動化という観点から、所得税や相続税の役割を私は否定しないという感じだと思います。

あと、ここまで議論になったところで、例えば給付の範囲の見直しをどうするのかとか、それから、自己負担を引き上げたかどうかという議論があると思いますが、私は、一言で言えば、これは選択の問題だと思います。先ほど、ご紹介があった、今、私たちはHTAと呼びますけれども、お薬に関しては

費用対効果をちゃんと検証して、それに応じて日本の場合は値段をつけましょう。海外ですと、これで保険収載するかどうかを決めるということになるわけですね。

もちろん、手厚い医療、つまり、給付の範囲を広げるということは、一方ではあってはいいと思います。だけど、そのためには税金がこれぐらい上がります、あるいは保険料がこれぐらい上がるのだよという、この姿を見せるべきだと思うのですね。今は給付の範囲が広がるとか、あるいは保険収載が広がっていくということと、それがどう保険料に連動するのか、どう消費税に連動するのか、この関係が見えないですよ。なので、増税は嫌だ、でも、医療は手厚くお願いという、こういう議論がまかり通るのでしょう。だから、大事なことは、ちゃんと受益と負担を連動させることです。

私、個人的にはおもしろい試みだと思ったのは、奈良県ですね。奈良県は、実は、今度、市町村国保が都道府県化されるのに合わせて、一般会計からの赤字補てんを率先してやめちゃったのです。で、どうするかというと、これからの医療費の増加はすべて保険料の引き上げで賄いますと宣言しました。となると、医療費が上がる。ある意味で自分たちの受益だと思えば、それが保険料と連動するということになると、住民としてはコスト意識を持つことになる。もちろん、これだけではフェアでないで、実は、奈良県は診療報酬を独自に下げさせてくれと言っているのです。

だから、住民には選択肢があるわけです。高い受益、つまり、高い医療費と高い保険料という組み合わせか、診療報酬を下げて低い受益と低い保険料という組み合わせか、これをどうしますかということ。住民にも問うし、もちろん、医療機関にも問うわけですね。ある種、選択を見せていくということがあっていいと思います。

あと、自己負担については、私は個人的に、個人が選んでもいいのかなと思っています。例えばお年寄りによっては、僕は1割でなければ嫌だという方は、それはそれでしょうがないので、では、割増しの保険料を払ってください。いや、私は3割でいいですよという方は、逆に保険料を割引でもいいと思



うのですね。ある意味、みんなが同じ待遇を受けようとするから、なかなかコンセンサスがとれないということであれば、自己負担の部分に関して言えば、選択しても良いのではないですか。海外では、実は、そういう契約はありなのですね。我々はディダクタブルと呼びますけれども、つまり、公的医療保険の枠のなかで、免責が大きいと保険料を下げたげる。そういう仕組みを入れている国もありますので、それは一つの選択の余地かなという気がします。

総じてこの国がなぜ財政の健全化が進まないのか。冒頭で財政の持続可能性の話がありましたけれども、はっきり言って、もう持続可能ではないのです。今の消費税の税率で、そして今の医療あるいは今の年金、社会保障の給付の水準で続くわけがないのです。だから、どこかの段階で帳尻を合わせざるを得ない。これは我々が著書『財政破綻後』のなかで議論した話なのです。

では、どうしてこういう財政再建へのコンセンサスがとれないのかということになると、やっぱりコストがよく見えてない。先ほどの幼児教育の無料化もそうですけれども、無料化という形でコストを隠してしまうのが一番いけないのだと思うのですよね。つまり、医療もそうですよね、3割負担とか1割負担で。実は、患者さん自身もちゃんとコスト意識を持っているわけではない。お医者さんも、申しわけないけれども、出来高払いなので、自分たちがコストを直接負うわけではない。負う部分はあるのですけどね。だけど、なかなかコスト意識が働きにくい。みんなにコスト意識が働かない仕組みになっていて、先ほど言いました通り、受益と負担が連動していないので、国民自身にもコスト意識が働かないのですね。

こういうところが問題なので、むしろちゃんと、これを増やせばこういう負担があるのだよ。例えば幼児教育をこれから無料にします。ならば、消費税はこれくらい上げなければいけない、これからも上げなければいけないのですよとか、そういう負担の図式をちゃんと見せていくということが、国民に対してコスト意識を喚起する上ではすごく大事だと思います。

さっきの消費税の損税、医療機関の消費税の話もそうでしたけれども、税の負担とかコストを見せないのが、この国のこれまでの姿だったのですけれども、これからはコストの見える化を進めていくことが、まずは財政再建への第一歩。コンセンサスをつくらなければいけないので、コンセンサスをつくる上での第一歩かなというふうに思います。

全部をカバーしたかどうかかわからないのですけれども、とりあえず……。

(西沢) ありがとうございます。

もう一つお話を伺いたいテーマがあって、今のは歳出削減をメインにした話でしたけれども、地域医療構想という言葉を使いながら、医療提供体制はどうなっていくのか、どうあるべきか、といったご質問もフロアからありました。

ここでは、今村先生と佐野先生、お二人を中心に、どういうビジョンを描いていくのかといった、今後についてお話をいただきたい。今村先生には、かかりつけ医のお話を中心にまずいただけたらと思います。

(今村) 医療提供体制の話は、さまざまな問題が一気に顕在化してきていると思います。そもそも医師数や医療関係者数はどのぐらいが適正なのかという問題もありますし、医師についても地域の偏在、診療科の偏在が顕著にある状態のままで、同じ保険料を払っているのに受けられる医療は住んでいる地域

---

によって差が出てしまうというような状況もあり得るわけです。

そうしたなかで、今の医師の問題、それから病床をどのように機能再編していくかという地域医療構想の問題、さらに、今、1番大きいのは医師の働き方改革があります。最も時間外労働時間が長い職業が医師だと言われていて、今の一般的な労働基準法の基準に合わせたら、とてもじゃないけれども今の医療提供体制は維持できなくなってくる。

このことは、我々医療者の問題ではなくて、医療を受ける国民の方の問題です。国民の方は、医師の働き方改革をやったら、医療が受けられなくなる、救急車を受けられなくなる、緊急手術ができなくなるなんていうことは恐らく考えられないことで、いきなり改革を行うと大混乱を起こすということがあります。そこで今、厚労省では、医師の需給や地域偏在をどうするのか、それから専門医の養成をどうしていくのかなど、それぞれをある意味連動しながら進めています、やはり時間軸もあってゆっくり議論しているわけにはいかない、限られた時間のなかでそういうことを解決をしていこうという話になります。

そういったなかで、かかりつけ医の役割というもの日本医師会は強く言っています。イギリスのように税金でやっても一人の家庭医に所属というか、かかるところを決められて、ある意味アクセス制限をしてそこを通してしか自分で病院を選ぶことができないというようなガチガチの制度は、さすがに日本では適さないだろうということで、緩やかなゲートキーパー機能を持つかかりつけ医をすべての国民の皆さんに持っていただきたい。

かかりつけ医を持ってくださいということと同時に、日本医師会ではかかりつけ医の研修制度を始めています。

いきなり病院に勝手にかかるなんていうことをすると、病院の医師に負荷がかかってしまいますので、できるだけ多くの国民の方に自分のかかりつけ医を持っていただきたいと思います。適切にかかりつけ医を通して、本来必要な医療はきちんと病院で受けられる仕組みを残しながら、かかりつけ医を使っただけが大事だと思っています。

(西沢) では、佐野副会長にお話を伺ってから、また皆さんにフィードバックしたいと思います。お願いします。

(佐野) この地域医療体制のところは大変難しい課題だなと思っています。昨今、いろんなところで地域の協議会によく保険者も入って、いろいろやらせていただいているんですが、医学的な部分の知見等々を考えた場合には、なかなか医療関係者の方とは当然同じレベルに立っていない部分もたくさんあって、そういう意味で、今、ようやくそういう入口のところに入って、我々としても問題意識を持ってやらなければいけないということではあるんですが、正直なところ、まだまだ知見、経験を積んでいる段階だなと思っています。

ただ、重要度は、今、今村先生がおっしゃったとおりなので、やっぱりベースのところとして、より我々としての関与を高めていかなければいけないと思っています。そういう状況です。

(西沢) かかりつけ医については、その普及が待たれていると思うんですね。ただ一方で、わが国の健康保険は、病気やけがをして初めてお医者さんとコンタクトが可能になるのが基本になっていて、では、どこにそういったお医者さんがいるのかとか、課題もあると思いますので、それはいかがでしょうか。



(今村) かかりつけ医は今でもいるんです。ただ、そういう名称で呼んでいなかったということがあると思います。それから、医療が専門分化してしまったので、地域でクリニックを開いている先生が、ある診療科しか診ませんということが増えてきているのも間違いのない事実です。しかし直接自分が診療するわけではなくても、相談に乗る、適切な病院に紹介をする、医療機関に紹介するという機能をすべての診療所に持っていただきたいというのが我々の今の望みでありますし、そういう取り組みをしています。

かかりつけ医がどこにいるかは、一つは、それぞれの地域の医師会はホームページを持っていますから、そういうところをまず見ていただく。すると、どういう診療科で何をやっているかというのは大体出ています。それから、医師と患者の関係というのは必ず相性があります。何でも患者さんに考えてくださいというのではなくて、「先生が決めてください」という患者さんもたくさんいらっしゃいます。この相性を知るためには、必ずしも病気をしたから医療機関に行くということではなくて、先ほど申し上げたような予防接種をすとか、健康診断をすとか、色々な部分で医療機関を利用する機会はありますので、そういう機会を利用していただいて、「この診療所はなかなか自分に合っているな」ということを、自分たちで意識を持って探していただきたいとお願ひしたいと思います。

(西沢) わかりました。

池本さん、先ほど、アレルギーとか児童虐待の話もありましたし、また、幼児教育自体が医療提供体制と類似的な問題も抱えているということですが、いかがでしょうか。

(池本) 今、子育ての分野で注目されているのがフィンランドのネウボラというものなんですね。これは、ある意味、かかりつけ医的に、予防的に通う場所となっていて、フィンランドでは妊娠すると一人のネウボラおばさんとなつがって、そこで定期検診をする。子どもが小学校に上がるまでの間の子どもの健診なども全部、そこで一貫してやってくれるということなので、そうすると、すごく信頼関係があるので、何でも相談できる。

その場合に、総合健診ということで、何回かはお父さんとか子どもも一緒に来て見るという回もあって、要は、その人の病気を診るのではなくて、その人の仕事のこと、夫婦の関係、子どもの育てにくさとか、そういったことをトータルでずっと継続して見てもらう機関がネウボラで、今、それが日本でも非常に子育ての分野で注目されているということがあります。

このネウボラの話は、どちらかというところ、保育とか子育て支援のほうから、何かそういうものができないかという話があるんですけども、医療のほうから、そういう予防的なところまで含めて、こういったネウボラのようなものがあると、3歳未満のところですか、あと、私も母親として、子どもの病気とかそういうことについて一体どうしていいか途方に暮れることがたくさんあって、それをいつもかかっている人に、そのときはこうしたらいいというようなことがアドバイスしてもらえるといいなと思います。

恐らく昔は、フィンランドのネウボラのようなことは、地域のおじさん、おばさんとか祖父母なんか、そういうときはこうしたらいいよということで、何となく地域で解決されてきたことだと思うんですが、今、そういうものがなくなってきているので、それを新たに制度化するというのも必要なのかなと思います。

---

(西沢) 今村先生、どうぞ。

(今村) 今、池本さんからネウボラのお話を出していただきましたが、まさしく小児科あるいは産婦人科の先生方がそのネウボラの話をおっしゃっていて、日本医師会では成育医療等基本法というのを議員立法で提出をしていただいているところです。子どもたちが健やかに、妊娠期から成人に達するまで、お母さんの問題・子どもの問題も含めて、きちんと国が手を入れていくというか、援助していくために、そうした基本法が必要だろうということで、何とか成育医療法基本法を通していただければと思っています。

(西沢) ありがとうございます。

今日、せっかく健保連の佐野さん、今村さんにお越しいただいていて、保険者と医療機関で、中医協で言うと、支払い側と診療側でいつもけんかし、公益委員があたふたして、そういうイメージですけども、でも、一歩進んで、せっかくお二人にお越しいただいているので、今、健康経営とかが始まっていますが、例えばあまり素行のよろしくない医療機関があったら保険者は何かできないかとか、協調と緊張のようなお話をそれぞれお二人からいただいて、佐藤先生にもご意見を伺いたいと思います。

佐野先生、お願いします。

(佐野) 確かに相当主張が違う部分があるのは事実なので、そこはちょっと置いておいても、今、お話があった協働というところと言うと、いろんな見方があるでしょうが、一つは、先ほどの予防、健康づくり、もしくは我々としては重症化予防、そのジャンルは、まさに健康づくりをどうしていくかというところという大変大きな課題ですし、そこについて国民の健康をいかに増進していくかという観点からは、やはり大きく一緒にやっていける余地がある部分ではないかと思っています。

それともう一つは、また違う部分になるのですが、一つの着眼点として言いますと、終末期医療の問題ですね。今日のテーマと直接関連するかどうかわかりませんが、ここは医療費云々という問題ではなく、今の日本のなかにおいてこれをどういうふうにしていくのか。

例えば我々の調査のなかでも、医療関係者の方ですら、みずからが患者になったときには受けたくない治療をしているというのがあるわけですし、これが結果的に、コスト云々ではなくて、医療費の部分で大きなウエートを占めているのも事実です。

ただ、これは、医療費の問題、経済的な問題云々ということとは別に、医療関係者と保険者だけではない、もっと全国的な議論だと思いますけれども、こういった部分の取り扱いについても、ある意味で連携をしてやっていけるものがあるのではないかなと思っています。

(西沢) 今村先生。

(今村) ご指摘のとおり、私も医師会の仕事をするまで、医療者と保険者はいつもけんかしていると思っていましたが、これからの時代、対立している時間的な余裕は多分ないのではないかなと思っています。

例えば昔の厚労省と経産省は、「医療に経産省は口を出すな」というような対立しているところはありませんでしたが、今はもう一緒になって健康経営だとか健康寿命の延伸に取り組んでいます。また、医師会と経産省、厚労省が一緒になってCMを作ったりもしています。

だから、保険者との間でも、保健事業を通してとか、一緒になってやれることは本当にたくさんあると思うんです。意見の違いは十分に話せばいいことで、最後に合致できるかどうかはまた別の話で、一



緒にできることは本当にたくさんあるのに、今までそこがあまりできていなかったと思っています。

終末期医療についても、終末期医療費がすごくかかるというイメージがありますが、私はそんなことはないと思っています。終末期の定義にもよると思いますが、データの的にも決して多いわけではないのですが、医療費の問題ではなく、人間が終末を迎えるというのはどういうことかを考えることが必要です。

ACP (アドバンス・ケア・プランニング) というとわかりにくいから、もう少しわかりやすい名前を考えましょうと言っています。それぞれの人が、自分の終末期あるいは亡くなる時にどういう亡くなり方をするのかを、自分で意思をあらかじめ表明できるような仕組みをつくりましょうということですが、これについても保険者と医師会は同じ方向を向いていると思います。だから、同じ方向を向いているものについては、しっかりと密接に連携をとりながらやっていくことがいいことではないかなと思っています。

(西沢) ありがとうございます。

三人の話を伺って、佐藤先生……。

(佐藤) もちろん、保険者と医療機関、ある意味、ベクトルの方向は同じ、多分、健康でいることは大事だし、これから医療資源は限られている。とくに人が限られているわけです。お金はともかく、人がいないわけですから、そういう点で人のやりくり、これを我々は働き方改革と言っているわけですが、これらについて一緒に考えましょうというのはいいことだと思います。願わくは、地域医療構想をつくっているのは都道府県なので、本当は地方自治体も含めて三者でちゃんと議論するというのは必要だと思います。

ただ、財政学者っぽいことを言うと、ここでちょっと困るのは公費の問題なのですね。つまり、保険者としては保険料を上げたくない。病院としましては診療報酬を上げてくれ。この共通の答えは何かと

---

いうと、税金を入れてくれ、公費を入れてくれということになってしまう。

もちろん、今回のシンポジウムの中でも一貫していますように、多分、これから消費税が財源の軸にはなってくるだろう。ただ、役割分担はしてもらわないといけないと思うのですね。つまり、本来、保険料としてファイナンスすべき部分はどこか。例えば国の基準を超えてよりよい医療を地域的に提供したいであるとか、そういったところで自分たちの裁量で決めた医療費についてはやっぱり保険料で賄う。自分たちで決めたわけですから。必要もあるし。もちろん、くどいようですけれども、医療費の適正化の手綱を緩めるべきではない。

やっぱり公費というのは、例えば高齢者であるとか低所得者であるとかそういうところで、税を使うべき理由のあるところに充当していくとか、ちゃんと役割分担がある。税と保険料の役割分担をするというのが大前提。さもなければ、税が野放図に入ることになってしまいますので、どこかで規律はきかせる必要があるのだと思います。

したがって、だから、私、自治体という話をしたのですけれども、患者である受益者を代表する医療機関。負担者で、保険料を集めている保険者。それから、公費がかかわるのは自治体、都道府県なのです。本当は国も含めてですけれども、でも、国も都道府県を通して金を出すので、都道府県ということで、やっぱりこの三者が膝詰めで協議できる場、本来、それぞれが果たすべき役割、ちゃんと役割分担ができるということが大事だと思います。そうしないと、相変わらずお互いに協調という名のもたれ合いになっちゃいますので、そこは避けるべきことだと思います。

(西沢) ありがとうございます。

あと4分ぐらい時間がありまして、今までの議論に照らし昨今の政策の議論を見ても、話すべきことが話されてないということかなと思ひまして、一人1分ずつで恐縮なんですけれども、言い残したこと。あと、今日は政治家の方は特段来られてないんですが、国ですとかに言いたいこと、自分たちはこう変わりたい、そういったことを1分ずつで恐縮ですけれども、池本さんからお話しいただければと思います。

(池本) 今日、コスト意識とか見える化というところが私としては非常に重要だなというふうに通っていました。あと、今回、無償化というのも、コストとかを見る化しないで、美しい言葉で消費税を入れていくというようなところが、国民がばかにされているというふうに感じるようなこともあって、そこはきちんと見える化して、今、お話があったように、議論していくということが非常に重要ではないかと思いました。

(西沢) ありがとうございました。

佐野先生、お願いします。

(佐野) 最後におっしゃった、やっぱり我々健保組合のほうで言いますと、今、一つのバーは2025年、団塊の世代が全部高齢者に入るところで見えています。正直申し上げて、2025年は全く遠くない、もうすぐに近づいてきていると思っています。ここの部分に向けての手だてを早く打っていかないと、もう国民皆保険制度はヤバイと思っています。

すみません、今日のテーマではないですけれども、10%では足りない消費税。来年、10%に上げて、その後、では、どうするのかというところを早く動かしていかないと、まさに間に合わなくなる。こう

いう印象を持っていますので、そのために一生懸命我々も汗をかいていきたいと思っています。

(西沢) ありがとうございます。

今村先生、お願いします。

(今村) ちょっと違う視点で、医療提供側の改革の中では、我々だけでできる話ではなくて、医療を利用する国民の方の利用の仕方がすごく影響します。そういう意味で、ようやく厚生労働省のなかに「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」がつくられました。保険者としても、被保険者に対して、今の医療の現状、そして医療を受ける在り方というものについての啓発をやっていただきたい。これは保険者だけではなくて、医療提供者も、すべての関係者にやっていただきたいと思っています。

国民的な議論と言いますが、興味のある方あるいは有識者の間の議論だけでは絶対無理な話で、すべての国民が社会保障教育をきちんと受けることも必要だと思っています。これは即効性のある話ではないと思いますが、例えばヨーロッパの中学生は、自分が受ける医療や介護はどういうものかということを考えたりする教育を受けているので、ぜひとも日本でもそういう社会保障教育をもっともっと充実をしてほしいと思っています。

(西沢) ありがとうございます。佐藤先生。

(佐藤) このシンポジウムの全体のテーマは、嫌われ者の消費税をどうやって好かれるようにするかだったと思うのですが、個人的には、消費税を増税するのに賛成の方がいてもいいし、反対する方もいてもいいと思うのです。大事なことは、それを理解したうえで賛成、反対をすることであって、別にみんなが言っていることに追随するべきではないと思うのです。

その意味において、これまでの政府は、知らしむべからずとか、玉虫色の改革とか、煙に巻くとか、何か曖昧に誤魔化してきたと思うのです。国民は決してばかではない、日本の民度は決して低くはない。私もいろんなところでお話する機会がありますが、話せばわかるというか、そうですね、やっぱり財政再建は必要ですね、消費税を上げるのは必要ですね、こういうご理解はいただけると思うのです。

もちろん、そのためには、今、お話があった通り、教育というのもすごく大事だと思いますが、やっぱり子どもに対する教育だけではなくて、大人に対する情報発信というのを、こういう場もそうですし、マスコミもそうですし、あと、政府自身もやらなければいけないと思うんですが、正直ベースで話すということです。できない約束はもうしない。このままだとこの国は危ないのです。医療は続かないのです。これは現実です。これを正直ベースで情報公開して、さあ、皆さん、どうしましょうと言って、国民的議論というか、国民自身が、一人ひとりが自分ごとにしていってもらうことがやっぱり大事なのだと思います。

(西沢) ありがとうございます。

先生方にはまだまだ言い足りないことはあろうかと思ひまして、申しわけないんですけれども、これまでの議論を踏まえまして、弊社の理事長の翁百合から、まとめと皆様へのご挨拶を兼ねまして、お話をさせていただきたいと思ひます。