

第4回社会保障改革に関する集中検討会議議事要旨

開催日時：平成23年3月5日(土) 13:00～15:40

場 所：官邸4階大会議室

出席委員：

(政府・与党)

議長	菅	直人	内閣総理大臣
議長補佐	与謝野	馨	社会保障・税一体改革担当大臣
幹事委員	枝野	幸男	内閣官房長官
	細川	律夫	厚生労働大臣
	玄葉	光一郎	国家戦略担当大臣
	藤井	裕久	内閣官房副長官
	五十嵐	文彦	財務副大臣(代理出席)
	仙谷	由人	民主党社会保障と税の抜本改革調査会長
	亀井	亜紀子	国民新党政務調査会長

(有識者)

幹事委員	古賀	伸明	日本労働組合総連合会会長
	成田	豊	電通名誉相談役
	堀田	力	さわやか福祉財団理事長
	峰崎	直樹	内閣官房参与
	宮島	香澄	日本テレビ解説委員
	宮本	太郎	北海道大学大学院法学研究科教授
	柳澤	伯夫	城西国際大学学長
	渡辺	捷昭	トヨタ自動車株式会社代表取締役副会長
委員	赤石	千衣子	特定非営利活動法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ理事
	岡村	正	日本商工会議所会頭
	小川	泰子	社会福祉法人いきいき福祉会専務理事
	亀田	信介	医療法人鉄蕉会亀田総合病院院長
	笹森	清	内閣特別顧問
	鈴木	晶子	特定非営利活動法人ユースポート横濱理事
	中橋	恵美子	特定非営利活動法人わははネット理事長
	濱田	邦美	徳島県那賀町日野谷診療所長
	藤本	晴枝	NPO法人地域医療を育てる会理事長
	細野	真宏	株式会社アーク・プロモーション代表取締役社長
	前田	正子	甲南大学教授

矢崎	義雄	独立行政法人国立病院機構理事長
湯浅	誠	内閣府参与 反貧困ネットワーク事務局長

説明者：

駒村	康平	慶應義塾大学教授
矢崎	義雄	独立行政法人国立病院機構理事長
池田	省三	龍谷大学教授
前田	正子	甲南大学教授
湯浅	誠	内閣府参与 反貧困ネットワーク事務局長

概要

(与謝野議長補佐) ただいまより社会保障改革に関する集中検討会議を開催する。議事の模様はインターネットで中継されている。本日は5名の方からご提言を伺うこととなっており、委員3名に加え2名の外部有識者をご紹介申し上げます。

(各説明者を紹介)

(与謝野議長補佐) それでは、各有識者からご提言をお伺いする。10分程度でお願いしたい。それでは初めに駒村教授からお願い申し上げます。

○ヒアリング (駒村慶應義塾大学教授)

(駒村慶應義塾大学教授) 資料の前半部分が本体で後半は論文となっている。細かい話は論文の方を見ていただきたい。

1 ページをご覧ください。年金制度あるいは年金制度のあるべき姿を議論する際に評価をすべき3つのポイントがある。1つは少子高齢化社会の中で年金の制度自体が持続可能であるかどうか。特に財政的、経済的に持続可能であるかどうか。高齢化のインパクトをどう吸収していくのか。2点目は、社会の働き方、雇用の変化、生活の変化といった人々や社会状態の変化に対して社会保障、特に年金制度が対応できているかどうか。3点目は、給付の見直しは不可避であるが、それでも最低の給付水準は維持しなければならない、という意味で、適当な最低給付水準が確保できているかどうか。この3つのポイントは、実は90年代から2000年代にかけて年金改革が行われたいずれの国においても、重点な改革のポイントになった。

2 ページは、世界銀行が世界の年金改革を行った専門家に、自国ではどのようなことに着目して、優先順位をつけて年金改革を行ったのかという質問に対する回答状況である。1番目が高齢化に対応するための財政の持続可能性を維持する。2番目が低所得者の生活を維持する。3番目が広く多様な労働者をカバーする。この3つが上位に来ている。今の日本の年金制度においても、この3つについて大きく傷がついている。まさにこの3つを解決できるかどうかがいい年金制度であるかどうかの評価ポイントである。

3 ページをご覧ください。年金制度改革については、まず年金制度の持っている課題・病状の診断を行ってから治療方針を決める必要がある。詳細は15～17ページの論文に書いてあるが、スウェーデンにおいてどういう段取りで年金改革を与野党の中で進めていったのか。最初に着手したことが、改革案をぶつけ合うことではなくて、今何

が問題なのかを共有すること。まずそこについて合意をすることが1点目。2点目は、現行制度の軽微な補修程度ではもたない部分もあることを認識していなければいけないこと。低所得者への年金の上乗せ、あるいは国民年金を何とか維持をすることでは実は不十分である。3点目は、年金制度は過去・現在・未来の間で整合性がとれていなければならないということ。過去の拠出記録は未来の改革においても反映されているかどうか。いきなり不連続な改革はできないので、そういう意味では現行制度側の移行も考えなければいけない。そうなってくると選択肢はかなり限られ、収れんしてくる。年金においては、安易な抜本改革は空虚で無責任なものになりがちである。4点目は、改革を放置しておく、有権者の高齢化が進み、改革自体ができなくなってくる可能性もある。

年金制度については、4つのいわゆる神話がある。この神話が改革の議論に影響を与えてしまう。4ページ以降をご覧ください。1点目は、現行制度は空洞化が進んでいるので年金財政は既に破綻しているという議論がある。これは少し妙な議論。国民年金1号の保険料収入は2兆円弱であり、この部分の空洞化が進んだからといって財政的な持続可能性が維持できなくなるわけではない。基礎年金では20兆円払っており、ボリュームでみると財政へのインパクトは軽微である。また、空洞化の原因そのものは非正規労働者の増加にあるという点も重要。ただ、それでも問題がないというわけではない。財政的には問題はないとしても、高齢の生活保護受給者が増えるという意味では、非常に重要な影響があるということを知識しなければならない。

5ページであるが、高齢化社会によって年金財政は支えきれないという議論がある。2人で1人、1.5人で1人を支えることとなり、もう駄目なのではないかという議論がある。しかし、一定の経済成長、実質1%ぐらいの経済成長を長期的に維持できているということと、女性の就業率、特に既婚女性の就業率を今よりも20%近く上げる、高齢者の就業率を上げることを前提にして、更にデフレからの脱却も前提にした上でマクロ経済スライドを続けていけば、実は年金がGDPに占める割合は現在の9%からピーク時でも11%にとどまり、それほど深刻な状態ではない。ただ、今申し上げた条件が達成できなければ持続可能性が低下していくのは間違いない。一方、マクロ経済スライドを行えば、基礎年金は現行水準よりも3割程度下がっていくという点は非常に深刻な影響を与えてくるだろう。現行制度の補修では済まないと言っているのはこの点である。

6ページであるが、積立方式にすれば、あるいは民営化すれば高齢化は乗り切れることができるという議論があるが、これも神話である。年金の専門家の中ではこれも否定されている。積立方式イコール安全ではなくて、成長があって初めて年金は安全になるので、成長があれば逆に今の世代送り方式でも何とか維持できる。積立方式にしたから直ちに大丈夫というわけではなくて、きちんとした成長がなければ積立方式にしても実質的に価値のある年金を維持できない。

7ページであるが、自営業に所得比例年金を適用するのは非常識だという議論があるが、8ページの表のとおり、実は世界の先進国で自営業者に年金をかけている国は概ね所得比例になっているという点は重要である。更に、労使の合計負担部分を自営業者は負担しているということも世界の標準であり、定額保険料にしている方が例外的である

ことも強調しておきたい。

次に今後、年金制度改革において着目すべきポイントを見ていきたい。1つは税財源による最低所得保障についてである。税財源になった以上、年金というラベルを付けるか、高齢者向け手当と名前を付けるかは、ラベルの問題である。そのときに考え方としては、最低保障給付型ということで低年金者に加算するか、逆に高年金受給者への給付をカットするか、という2つのアプローチがあるが、いずれにしても所得比例年金で一本化ができていないと、例えば最低保障給付型で低年金受給者に加算するという方式であれば、実際にもらえるのが自営業OBだけになってしまうし、逆に高額年金受給者に対してカットする方式であれば、サラリーマンOBだけがカットされることになる。いずれにしても不公平になり、長期的には所得比例年金の推進を行っていかなければならない。それまでは、場合によっては資産調査のようなことで、税財源を高資産の人に出すことは調整していかなければならない時期もあるだろう。

10 ページであるが、所得比例年金と最低保障年金を組み合わせる方法は2つある。所得比例保険料としてゼロ保険料を認め、ゼロ保険料に対して保険料補助をする拠出時補助方式と、払った保険料から計算された年金について少ない人には上乘せするという給付時補助方式がある。どういう方式が移行しやすいのか検討していく必要がある。

11 ページであるが、具体的な案は添付している2005年と2009年の論文にあるが、新型厚生年金を提案している。12 ページに具体的なイメージを示しており、指向性のある年金改革をすべき。やたらにリフォームをするのではなくて、ある方向性をきちんと意識した改革であるべきである。その意味では2段階改革、大型リフォーム方式ということ。1段階目として、民間正社員、公務員、非正社員、低所得者を含んだ新型厚生年金によって9割一元化を達成し、2段階目に番号・歳入庁が完成した後に自営業者を含めた一元化をしつつ最低保障年金を組み合わせていくのがベストではないか。

13 ページ以降は関連する問題である。与野党議員からなる法律に基づく常設の社会保障の議論の場が必要である。仮に議論の途中において政権が交代としたとしても議論は続けるのだというルールを作らなければいけない。また、グローバル経済が進む中では逆に社会保障をきちんとセットしないと、グローバル化に伴う変動に対し、国民が不安を感じ、グローバル化の推進に対する非常に強い抵抗につながってしまう。ここも併せて議論をしていかなければいけない。14 ページには日本の社会が持っている3つの断層というべきものを整理した。セーフティーネットが薄いことや正規労働・非正規労働の処遇の格差の問題、所得捕捉の問題が政策の選択肢を狭めている。なぜサブプライムが起こったかについて、アメリカで教育を受ける機会が制限されている中で所得格差が広がり、それを埋め合わせるために住宅ローンを無理に広げていき、それがサブプライムの問題につながったというアメリカの経済学者の見解がある。制度の歪みが政治的にもいろいろなところに波及するということである。

○ヒアリング（矢崎国立病院機構理事長）

（矢崎委員） 医療を持続可能な社会システムとするための医療提供体制の再構築について4つのポイントでお話ししたい。まず第1は、政府が医療提供体制のグランドデザイン

を描き、方向性を示す必要がある。これは社会保障国民会議などで既に提示されているので、それを基本に直近の地域医療の実践状況や医療界の課題を踏まえて若干修正する程度でよいのではないか。

しかし、2番目であるが、それを具体化するためには地域でその特性に基づいた医療計画を作成し、それを積み上げてできる全体像との調整が必要である。トップダウンの画一的な地域医療計画による具体化は現実的ではないし、計画というのはそもそもコミュニティソリューションを基本とすることが肝要である。それで初めて住民の目線に合った医療環境が築けるのではないか。

3番目であるが、地域で作成する医療計画のポイントは、急性期から在宅医療まで、人材の育成を含めた地域で完結することが可能なシームレスなシステムの構築である。特に退院から在宅への移行時に医療密度の落差が大きいので、移行をスムーズに行えるように、例えば期間を限定した訪問医療、すなわち往診を濃密に行い、患者・家族の不安を軽減する施策などが考えられる。

更に、人口の高齢化と医療の高度化による医療費の自然増、保険料が支払えない貧困世帯の増加など、国民皆保険制度の存続が危ぶまれている。給付の平等を保ちながら制度本来のリスク保障をどう確保するか知恵の出どころではないか。団塊の世代がまもなく65歳を超えることから前期高齢者も含めた高齢者医療の課題を検討する必要がある。それには財政的な視点も重要であるが、医療全体についても検討することにより、国民的なコンセンサスが必要ではないか。

最後に前回、菅議長が、「負担は投資でもある」と発想の転換を訴えられた。私も全く同感で、特に少子化対策、そして格差を固定しないための雇用の促進と教育の充実が肝要である。特に就学前の学びの教育から高等教育まで、将来に向けて中長期的に見返りの大きな投資であり、個人の努力による階層間の移動を可能にすることは社会の大きな活力を生むことに注目すべきである。

具体的な喫緊の課題である地域医療の崩壊をどう防ぐかという方法についてである。図1をご覧ください。まず医療提供側の視点から見ると、病院の機能分担と連携の強化及び病診連携の促進が重要である。それにはITを活用した情報のネットワークの構築が基盤となる。病院は、赤で示した急性期対応、そして黄色で示したりハビリを含めた慢性期対応などへの機能分担が考えられる。そして連携の主体となるのは病院長を中心としたコンソーシアムとしての地域医療センターなどが考えられるが、これに行政や医師会、そして大学などがサポートする役割を担うことが必要。

このような地域医療計画の達成にはいくつかの障害がある。例えば、病院長が急性期対応の機能をいろいろな視点からなかなか手放せないとか、設立母体が異なるとそれぞれの文化や制度、プライドが持ち込まれて検討が必ずしもスムーズに進まないところがある。例えば、国立病院機構は全国144の病院からなるが、それぞれ地域医療と政策医療により地域への貢献を旨としている。しかし、独立行政法人という厳しい規制にがんじがらめに縛られており、我々としては、できれば独法という枠組みを卒業させていただきたいと思っている。

このような病院の機能分担による効率化の一方で、大きな障害になっているのは意外

と住民の方々の意識や考え方であることに触れたい。そこで住民の視点からの地域医療の在り方について図2に示す。まず左の枠にある、医療の適正使用である。24時間対応の地域の中核病院へのコンビニ受診をやめてかかりつけ医を持っていただきたい。しかし病気になってから急にかかりつけ医というわけにはいかないで、常日頃から右の枠に示すように地域における医療情報を共有していただき、かかりつけ医を見つけていただきたい。更に地域社会へ参画し、地域医療への関心を高めていただいて、地域社会と地域医療を支える視点も持っていただきたい。これには住民の方々のボランティア活動が大きな役割を果たすことと、地方メディアが地域医療の状況を適切に住民の方々に伝えることが重要である。例えば、4月2日からお台場の東京ビッグサイトで開催する日本医学会総会の博覧会では、住民活動の紹介を行うこととしている。

また病気になってから考えるのではなく、常日頃健康を作るという視点から生活習慣を改善するセルフマネジメントへのサポートは高齢化社会を迎えてますます必要となる。最後に、負担と給付の見える化である。負担と給付については、シンプルにし透明性を高めて、すなわち見える化を行って、国民の共感を得ることが前提となる。これがなかなか難しい。良い例が地域における病院の機能分担と集約化である。地域医療の再構築と効率化には欠かせないが、それを阻む大きな課題が住民の方々の意識である。すなわち住民の方々は病院の機能分担と集約には反対で、自分の近くにある病院の機能充実と存続を願い、それが巡り巡って極めて大きな税の負担になっていることに気づいていない。地域医療の効率化を唱えた責任感の強い首長が選挙で落ちることがないように願っている。

○ヒアリング（池田龍谷大学教授）

（池田龍谷大学教授） 介護保険はこのところ批判もあるが、基本的には国民から歓迎された制度であることは間違いない。資料1は読売新聞の市町村への世論調査の推移だが、現在では96%の自治体が評価している。また、本日の資料には入れてないが、GDPに占める社会的介護サービスへの支出割合を国際比較すると、日本は北欧に次ぐ水準であり、人口5,000万人以上の国では日本がトップである。世界的には要介護3以上への給付が主流であるが、日本は要支援まで含めており、更に給付水準もほかの国と比べて2倍～3倍高い。ところがこうしたことを知っている人はどれだけいるのか。日本の介護保険の水準の高さをまず国民に知ってもらうことが第一歩だと思う。

介護保険の大きな目的の1つは、介護サービスの不足を解消して、家族の負担を軽減することにあった。その成果はどうだったのか。資料の2番目にそれをまとめてみた。以前は市町村の措置制度で運営されてきた。これは予算に縛られるから供給が需要を管理するという、いわば旧ソ連型経済であり、一種の配給制度である。これを誰もが必要な介護サービスを選ぶことができる仕組みに切り換えた。これを円滑に進めるために契約によるサービス供給、それを支援するケアマネジャーという資格も作った。結果はサービス利用者数、サービス量とも急速に増大して大きな成果があったことは間違いない。先ほど言ったように国民の期待も大きい。しかし、残念ながら制度とサービスの実態の間には大きなギャップがある。これが介護保険の最大の問題である。

まずケアマネジャー制度がなかなか成熟せず、きちんとした自立支援型のケアマネジメントができていない。廃用症候群を助長する保護型、生活代行型ケアプランも少なくない。ケアマネジャーの質向上という施策に本格的に取り組むことが今迫られている。介護保険は自立支援を掲げて、より効果的な新しいサービス、例えばグループホーム、小規模多機能型居宅介護などのサービスを開発して、それなりの展開を見せている。しかし、まだまだレンタル家族の時間貸しのようなサービスが主流であることは否めない。幸いにして24時間随時訪問サービスが今回の介護保険法改正で新設される。北欧では巡回型訪問サービスが当たり前だが、日本でもこの巡回型訪問サービスが成功すれば介護の世界はコペルニクスの転換を見せる。大都市は今、急速に高齢化しつつあるが、施設の基盤整備が極めて遅れている。これを逆手にとって、高齢者の尊厳を守る観点から、施設の建設を進めるのではなく高齢者のための住まいを用意し、その巡回サービスを組み合わせる。それが私はこれからの介護保険の在り方だと考えている。

認知症高齢者が増え始めて200万人を超える状態になった。認知症高齢者はサービス選択が困難だから、その支援が必要という問題が顕在化している。今回の介護保険法改正案には市民後見人をはじめとして後見業務の人材育成が盛り込まれているが、この取り組みが急がれ、認知症患者の権利を擁護することが必要である。

介護分野の経済波及効果も期待された。確かに雇用は倍増して成果は上がっているが、介護職員の賃金水準は依然として低い。これを引き上げるためには専門職として社会的認知がなければ労働市場は動かない。最大のネックは介護事業の零細企業体質である。資料の5を見ていただきたい。介護事業の過半は従業員50人未満である。1法人1事業所というのが4割近く。こうした零細企業では研修もままならない。経験を積んで給与が上がっていくこともない。だから男性の寿退社などという現象が起きる。合併、合同あるいは協同組合化を促進して中堅企業に育成していく産業政策が必要である。

介護保険のもう1つの大きな目標は、社会的に公正な給付と負担、そして将来にわたって社会的介護サービスを保障できる財政の安定である。これをまとめたものが資料の3である。日本の介護保険は先行したドイツですら感嘆している世界的に評価が高い制度である。この制度を韓国・台湾が輸入した。アジアへの貢献という観点から我々は誇りを持ってよい。

しかし、負担への理解が十分かといえば必ずしもそうではない。現在の介護保険給付は7兆円を超えるが、超高齢社会の第一次ピークである2025年から30年にはおそらく20兆円に達する。その負担をどうするのか。負担増を避けるために公費負担割合を増やせという論議がある。その財源は消費税ということになる。消費税増税は直ちに着手しなければならない課題であることは私も百も承知している。

しかし、私は消費税を介護保険の公費負担増に当てようとは考えていない。理由は2つある。消費税を引き上げれば、それだけ物価は上がり、国民の負担は増える。ところが年金制度は物価スライドが組み込まれているから、物価が上がったら年金も上がる。年金受給者たる高齢者のみが負担を免れる消費税を介護保険に導入することに社会的合意が可能か。若い世代はそれを食い逃げと見るだろう。

第2に、公費負担の割合を大きくすればするほど予算制約に拘束されることになる。

つまり税金に規定されてサービス利用がコントロールされる危険性が強まる。それでは措置制度への先祖返りになる。自己決定・自己選択の理念が空洞化する。つまり安定的な財源確保は保険料を引き上げることしかない。また、今 40 歳、65 歳と区切っている制度を見直して被保険者を増やすことが急がれるのではないか。

さらに資料 4 を見ていただきたい。給付内容の仕分けが必要であり、現在の介護保険給付はかなりの無駄がある。典型的なものは補足給付であり、資産が 1 億円あっても低所得なら給付される。また訪問介護の生活援助は 1 時間未満で約 3,000 円の介護報酬だが、これを食事作りに使われると 1 食 3,000 円の食事になる。それで社会的合意がとれるのか。こういうことを言うと「福祉の敵」と批判されるから誰も言わないが、私は「日本の繁栄は団塊の世代が墓場に持って行ってしまった」と後代言われたくないからあえて申し上げる。

要介護認定制度は、社会保険の公正さを担保する重要なニーズ判定であり、国際的に見ても高い評価を得ている。認定は病状などの重篤度で判定するものではなくて、あくまで介護の手間のかかり方、つまりケア投入必要量の測定によるもの。これがなかなか国民に理解され難い。しかし、ここでは分かりやすさではなくて科学性が優先する。ニーズ判定は公平・公正でなければならない。この間語られた認定廃止論や認定簡略論というのは誤解や無理解に基づいた、いわば妄想に近いもの。

介護保険は市町村が保険者である。介護保険をここまで育て上げたのは市町村の功績である。しかし、施行時の熱気が冷めて、今はルーチンワーク化している嫌いがある。もう一度保険者機能、保険者責任というものを強調するべきではないかということが重要である。

最後になるが、多くの人たちは介護と福祉の区別がついていない。介護を要することと福祉を要することとは全く異なった概念である。それは田中角栄さんを思い浮かべればすぐ理解できよう。角栄さんは介護を必要とした。しかし福祉を必要とした人ではない。資料 6 に自助、互助、共助、公助という補完性原理を示した。介護保険は共助に属する。自助・互助・公助の役割は厳然としてある。すべてを介護保険に求めたら介護保険は崩壊する。自助の世界として混合介護、つまり標準以上のサービスについては自由市場を創り上げることが必要。これが介護と福祉の混同によって妨げられている。特に都道府県の有料サービスへの規制が目立つ。これは時代に逆行にするものとして規制緩和の必要がある。

○ヒアリング（前田甲南大学教授）

（前田委員） 私は 2003～2007 年まで横浜市で副市長を務めていた。医療・福祉・教育を担当していたが、私の重要な責務の 1 つは保育園の待機児童対策を主眼とした子育て環境の整備であった。親子の姿や地域の実態を見るにつけて、保育園だけでは子育ての問題は解決しない、妊娠期から若者の就労支援までも視野に入れたあらゆるライフステージを通した切れ目のない包括的な子ども、若者支援が必要と思に至った。そこで、私は福祉や医療関係部局などにバラバラに置かれていた子ども関係の施策をまとめ、子ども青少年局を立ち上げた。本日はそういった私の経験から得た子育て支援についての考え

方を述べさせていただきたい。

子育て支援の現場でも新たな社会的ニーズとして、ケア・支援を必要とする人々が非常に増えており、この方たちへのきめ細やかな包括的支援が必要である。安心して暮らせる地域づくりのためには、基礎自治体が担う包括的な現物サービス基盤の整備が不可欠である。もちろん自治体が直営で何もかもやるわけではなく、地域にある資源、NPOや社会的企業などの協力を得ながら細かなセーフティーネットの網を張っていかなければならない。私は副市長をするまでは丸の内でOLをしていた。子どもを育てながら、実際にいろいろな苦勞をして、世の中のことを結構分かっているつもりだった。しかし、役所のカウンターの向こうに私の知らない世の中がこんなに広がっているのか、ほとんど世間知らずだったということをして市役所の仕事を通じて感じた。

まず資料1を開いていただきたい。横浜市では年に3万人前後の赤ちゃんが生まれ、就学前児童数は19万3千人になるが、横浜ではそのお母様方にアンケート調査をしている。その結果、育児・子育てに不安がある世帯が約6割、自分が子どもを虐待しているのではないかと思うお母様が約2割、そして実際に虐待をしている世帯はそれよりはるかに少ないが約2,000件。親子の状況はさまざまであり、その困難な状況やニーズに応じてきめ細やかな支援が必要である。

資料2に実際に自治体の現場で行われている支援を細かく示した。これは就学前の児童に対する支援だけである。妊娠期から5歳児までの子供たちが実際に保育園に何人入所し、幼稚園に何人入園し、また生まれた子どものうち何人が母子健診を受け、母子手帳の交付を受け、乳幼児健診を受けたか、ということが書かれている。

例えば、薄いブルーが母子保健の分野である。下のピンクの部分が相談と交流であり、一般に地域子育て支援と言われている保育園や幼稚園に入っていない親子が受ける支援である。黄色が一時保育である。ここで重要なのは、それぞれの状況に応じて多様な支援が必要ということと、予防的支援が非常に重要だということである。実際に虐待が起こってからでは手間ひまがかかる。子どもがかわいいと思える、子育てが楽しいと思えるようにお母様方を支え、家族を支えることが一番重要な仕事である。

私が副市長時代に精神疾患を患ったお母様がお子さんをマンションの5階の窓から投げた事件があった。赤ちゃんは無傷で助かったが、お母様は即刻入院になった。そのお母様は健診のときに「私は精神疾患を患って通院治療を受けている」と言っていた。しかし、保健師は、乳児健診というのは赤ちゃんの様子を見るためのもので、お母さんは通院もしているから大丈夫と思い、特別なケアが必要だと思わなかったとのことである。ということで、乳児健診では赤ちゃんをみるだけでなく、お母さんの状況もみなければならない。例えばお母さんにあざがあればDVかもしれない、あるいは生活困難かもしれない、などというように気配りしなければならない。乳幼児健診や母子手帳交付の場が母子に接触できる場であるということに思い至ったわけである。

母子手帳などを調べたところ、自分から精神疾患を患っていて通院治療を受けていると自己申告するお母様が1,000人に6人、0.6%いた。横浜では3万人の赤ちゃんが生まれるので、年に約180人の精神疾患の症例判定を受けているお母様が子育てをしていることになる。このほかに子育てが苦しい、生活が苦しい、子どもがかわいいと思えな

いというお母様が大体3%いる。ということは年に1,000人近くのお母様が何らかの支援が必要だということである。しかし、妻の様子がおかしいことに夫が気づかないなど、家族の機能は弱体化している。家族の中に保健師などによる公的支援や外部の手が入り、子どもを守らなければならない時代になってきている。予防的支援が重要である。

次に、このような状況を踏まえ、現状の子育ての施策の課題について申し上げたい。財源配分が現金給付に偏っていると私は危惧している。資料3は横浜市の子ども青少年局の項目別予算を挙げたものである。喫緊の課題である保育関係の予算は、2009年から2011年にかけて594億円、648億円、715億円となっている。これは、認可保育園の運営費だけではなく、実際に保育園を建てる建物の建築費などの保育関係費がすべて入って715億円である。一方、現金給付を見ると、2009年は児童手当228億円、児童扶養手当92億円、合計320億円であった。民主党政権に替わり2010年に子ども手当1万3,000円となって、子ども手当698億円、児童扶養手当93億円、合計791億円となった。さらに2011年度は、3歳児以下の子ども手当が2万円となるので、現金給付は子ども手当821億円、児童扶養手当103億円の合計924億円になり、保育園予算を上回る規模となる。

子育てを苦しいと思うお母様方にいろいろなサービスが必要である。例えば児童虐待関係予算は24億円ある。若者の非正規雇用、貧困問題は深刻であるが、青少年関係は全部含めて横浜では10億円、このうち若者就労支援の分は4.4億円であり、もっと必要である。このほか、母子保健が45億円、在宅の子育て支援は15億円。子育てにお金がかかるので、現金給付は重要であるが、子育てを支える本当に重要なものはマーケットでは買えない。相談を聞いてくれる友人、苦しいときに駆け込める場所、親子が安心していられる居場所はマーケットでは売っていない。だからこそ、ここに公費を使い、子育て基盤を充実することが基本である。

それから2番目、財源配分も圧倒的に現金給付と保育関係に偏っており、妊娠期から後期青年期までの包括的な支援体制・支援基盤ができていない。子育て支援というと乳幼児期の支援に特化しがちであり、ライフステージを見据えて後期青年期までの長い目で見た支援がまだまだ必要である。

3番目、地方にはアイデアがないのに、お金ばかり欲しがると言われるが、国の補助制度が地域のニーズに合っていないということを申し上げたい。これまで1990年代から子育て支援として国はいろいろな施策を打ち出してきた。子育てはまさに地域の問題であり、地域それぞれの実情・必要性が違うので、国のナショナルミニマム制度では非常に物足りない。地方の実践例は多数あり、資料4にいくつか掲げた。

例えば、地方の実践から国が取り入れたものが、①の「親と子のつどいの広場事業」は、もともと横浜市の東横線菊名駅前の空き店舗で始まった事業を国が取り入れたものである。②の家庭保育事業、いわゆる保育ママは、各自治体で何十年も前からやっており、数年前に国の補助制度にとり入れられた。

次に、国の補助ルールでは不十分なので、横浜市独自で展開しているものとして、私立幼稚園預かり保育事業がある。文科省から幼稚園に運営費が出ているが、横浜市の場合には待機児童が多くいるので、幼稚園の預かり保育事業を朝7時半～夕方6時半まで長

期休暇もなしで行っている。また、事業所内保育園の国の補助制度は定員 10 人以上となっており、中小企業では使えないが、横浜では 10 人未満の小さい事業所内保育園でも単独メニューで補助している。

更に、国の補助にはないものとしては、一つは横浜保育室がある。これは横浜市独自の保育室であり、低年齢児を預かっている。平成 23 年度に 63 億円の予算をかけ 147 か所で 4,970 人の子どもを預かっているが、国費の補助金はゼロである。ただし、待機児童ゼロ特命チームで国費導入の検討も始まっていると聞いている。そのほかに、障害児居場所づくり事業や障害児の思春期の課題解決に向けた事業なども展開している。地域にはこのように優れた実践例がある。

更に、国の補助単価は実態からかけ離れている事例を資料 5 で申し上げたい。これが横浜市で行っている子育て支援事業における国費、市費の負担内訳である。例えば妊娠期から産後までの母子保健支援では市の予算を 45 億円使っているが、国費の補助は 4.3 億円である。このほかに県の補助金が 9 億円あるが、市費負担は 31 億円。横浜保育室は 63 億円全部が市費負担である。地域子育て支援は 15 億円であるが、国の補助は 3 億円である。どうしてこういうことが起こるのかと言えば、横浜が各区 18 カ所に展開を予定しているセンター型という大規模な地域子育て支援拠点の場合、年間運営費は 1 か所当たり 3,800 万円かかるが、国の補助単価は大体 700~800 万円できるという想定になっており、国の交付金は 370 万円である。国の補助の考え方では日本全体の社会福祉は国の負担が 3、自治体が 1 であるが、実態では国が 3、自治体が 2 ではないかと考えている。例えば、若者就労支援、困難を抱える若者の支援の 4.4 億円のうち、国費は 7,000 万円というのが実態である。

最後の 1 枚であるが、「子育て支援基盤充実のための提案」として 4 点挙げた。きめ細やかな子育て支援基盤整備のための財源と権限を地方の現場に欲しい。地方は金ばかり欲しがるといえるが、それはいけないことなのか。お金があれば目の前の困難な人を救えることを地方は知っている。私の時代に児童養護施設も作った。職員が足を棒にして土地を探して土地を買う。そのお金を用意して土地を探して、住民の方々の反対論を説得して児童養護施設を作る。そうやって地方は住民のニーズに応えている。そのように施設を作るのもお金が必要である。そのお金がどうやって地方の困っている人たちを支える施策になっているのかということ現場で見ている。だからお金が欲しい、権限が欲しいと申し上げている。

2 番目に、子どもへの一層の資源配分が必要である。国レベルにおいても子ども省を設置し、子ども関係の施策を包括的にハンドリングするとともに、基礎自治体にも同じように包括的支援の担当局や課を作ることを先導して欲しい。資料 6 に横浜市の子ども青少年局の施策事業体系を示しているが、すべてのライフステージということで、妊娠期から後期青年期まで、そしてありとあらゆる母子保健、不妊治療、障害施策とをすべて網羅的に担当する部門が必要である。

3 番目に、保育である。保育園の待機児童対策は重要な課題であるが、現状の仕組みではもう限界が来ているということ現場で実感している。それを示しているのが資料 7 であり、横浜市で保育園をいかにつくり、どのように財源を配分し、待機児童をどう

解決しているかという図である。横浜市の保育所数は平成 22 年度で 436 園である。平成 23 年には更に 36 か所作り、2,512 人の定員を増やす予定であるが、待機児童を解決するのは難しい。予算も 549 億円から 715 億円となっているが、保育園を作っても作っても待機児童が発生する状況であるので、今の仕組みや財源確保の状況で自治体が財源を捻出して爆発的に保育園を増やし待機児童を解決することは不可能である。

更に「保育に欠ける」という要件を外すことも検討されているようであるが、その場合には新たな財源確保の仕組み、保育の資源確保の仕組みがないと非常に難しいことを申し上げたい。

このように子どもや困難を抱える若者の支援は待ったなしである。本当に必要なサービスはどの程度なのか、そして本当にかかるコストはいくらなのかを把握した上で、是非とも子ども・次世代の育成に投資していただきたい。次世代の育成は未来の投資である。年金や介護制度の存続は、次世代が健全に育つかどうかにかかっている。子ども・若者への支援の一層の充実への財源配分をよろしくお願い申し上げる。

○ヒアリング（湯浅内閣府参与・反貧困ネットワーク事務局長）

（湯浅委員） 現状認識として、雇用劣化と現役世代の社会保障の未整備は確実に国をむしばみつつある。5 ページに挙げたのはある派遣社員の給与明細であるが、皆勤手当が付くほど働いて約 8 万 8,000 円、約 11 万、約 7 万円である。多様な働き方が必要とか、日本の人件費はまだ高いとか言われているが、このような人たちは生活できない、結婚できない、子どもも産めないという状態に追い込まれていくのも事実である。

6 ページ。そうした中で、企業の傘を外れるとストーンと落ちていくということ、私はかつて「すべり台社会」とあると言ったことがある。

7 ページ。結婚の意思は男女とも 9 割ぐらいあるが、非正規の方で結婚しているのは、正規の方の 3 分の 1 である。個人の好みが変わっただけなら、正規も非正規も同様の数値が出るはずだが、実際には格差が生まれている。

8 ページ。その結果、例えば男性の 30 代前半の半数が未婚である。50 歳の未婚率も 6～7 人に 1 人である。この人たちはこの後、単身高齢者になっていくが、誰がこの人たちの社会保障を支えるのか。人口構成も大きく変わってしまった。

9 ページ。そういう中で男性正社員片働きモデルは限界である。一人ひとりが力を発揮できる社会的条件を整備しないと、この国の持続可能性はない。「参加と包摂」ということが既に言われているが、それをお題目で終わらせてはならない。

10 ページ。この状態では消費税をたとえ何十パーセントまで上げても追いつかない。

11 ページ。日本では、子育て、教育、住宅の私費負担が非常に高い。それは男性正社員の年功型賃金があるから賄えるということだったが、今は一家の中に年功型賃金を受けている正規社員が 1 人もいない家庭が増えている。そのような家庭では必然的に子育てや教育などを諦めるしかない。逆に言うと、支出のカーブがもう少し減らせれば人々が生活して子育てできる条件もできていく。

12 ページ。切れ目のない安心保障を示した図である。就労を中心にいろいろな安心が取り巻くということであるが、安心は社会保障の充実によって果たされる。仕事、家

庭、福祉の3つのバランスをきれいにとっていく必要がある。

13 ページ。働く世代で見ると、今提案されている求職者支援制度、住宅手当や生活支援、そしてパーソナルサポートサービスなどをつけた本格的な第二セーフティネットの構築が必要である。

14 ページ。複合的なトラブルを抱えている人が多く、その人にきめ細やかな支援を行っていく必要がある。

15 ページ。包括的・個別的支援は高齢者や障害者を含む地域福祉の面的な展開にも必要である。

16 ページ。セーフティネットの窓口がバラバラで、これをどうたどっていくかは自分次第、途中で溺れても知らないよ、という話であれば、多くの人が漏れていく。

17 ページ。地域には高齢支援、障害支援、ホームレス支援などさまざまな分野の支援がある。こういったものが横に連携していく仕組みが必要であり、それが地域福祉の面的な支援となる。

18 ページ。そういうことを考えると、社会保障というのは制度を作るだけではだめだと思う。作ること、届けること、それを受け止めることがセットにならないといけない。これまで、申請主義の上にあぐらをかいてきた。行政機関内の情報連携が重要である。前田委員から、保健師が子どもだけではなくお母さんも見る、というお話があったが、要するにそれを縦横に活用していくということである。自分が担当するカテゴリだけではなく、伸ばしていく。共通番号制では、「マイ・ポータル」を作るとのことだが、個人の情報の宝庫になって、その人の所得が分かれば、国・自治体の利用可能なサービスをピンポイントで知らせていくことが必要である。

19 ページ。番号制度の基本方針では国民の利便性の向上が強く謳われている。それがきちんと担保されないと、「情報を取られるだけか」と不信感を高めることになる。自殺対策のライフリンクの「いのちと暮らしの相談ナビ」では、1日で31万件のアクセスがあった。多くの人が情報を求めている。それをきちんとこちらからアプローチして、情報を届けるということをやって初めて制度が生きてくる。制度を作っておしまいというのは、行政の悪い癖である。

20 ページ以降であるが、やはり日本は財政規模が小さすぎて、かつ税の所得再分配機能が弱いということを踏まえて考える必要がある。21 ページは皆さんよくご承知の図であり、22 ページでは、世界一の高齢社会なのに国の財政規模が追いついていない。

23 ページ。十分なサービスを行うだけの公務員がいないため、サービスが十分提供されず、役所に行ってもきちんとした対応をされない。こんなやつらになぜ高い金をつけないといけないのかというバッシングが起こり、公務員数を減らせば、またサービスが悪くなって、さらに怒りを買う。典型的な悪循環である。

24 ページ。税の所得再分配機能が非常に弱い。低所得世帯が高い税を負担している。社会保険料を入れても必ずしも再分配機能は強くはならない。そう考えると、25 ページの図のように、やはり方向性としては右上に向かっていくということ、数値目標の設定を含めてきちんと打ち出すべきではないか。

26 ページ。消費税が問題になっているが、税は消費税だけではない。あるところか

ら出してもらるのが税の基本であり、所得、法人、贈与、相続さまざまなことについても考えていく必要がある。とりわけ、非正規に対する厚生年金の枠を広げ、社会保険料負担もしていただくということが将来不安を払拭するのではないか。

28 ページ。これも前田委員のお話にあったが、現役世代の社会保障に対する不信感や負担感は非常に強い。今回も結局、自分たちには回ってこないだろうと言われている。高齢者3経費と少子化対策となっているが、按分率のようなものを定めてはどうか。少なくともこれだけは自分たちにも回ってくる、取られるだけではないという安心感が必要である。税の所得再分配機能が低いので、年収の低い世帯はもう限界である。税や社会保険料を合わせて、ある一定年収以下の負担増にはならないということをきちんと宣言すべきである。そうでないと理解は得られないのではないか。

29 ページ。消費税等を投入することで、今社会保障費に充てている公費が浮くが、それはどこにいくのかということも気になっている。

30 ページ。高齢者3経費と少子化対策と附則104条に書いてあるが、投入段階で充てるのか、あるいはそれで浮いたお金を充てるのか。やはり高齢者3経費以外の少子化対策や現役世代対策がどういうふうに対応されるのかの位置付けが依然として曖昧なのではないかということが気になっている。

31 ページ。その中で全世代型の対応を行うため、やはり目に見える形でこの部分をこういうふうに分けていくのだ、ということがあると安心できるのではないか。

32 ページ。よく「夢を見る」と言われる。夢見る権利は誰にでもあると思うが、そのためには夢を見る条件が必要である。夢を見られる社会的な条件を整えられる社会であって欲しい。

○討議

(与謝野議長補佐) これからまず年金・医療・介護について議論し、次に子育てと貧困・格差問題について、という形で分けて議論したい。年金・医療・介護について今日ご提言があったことに関する事、あるいはご意見のある方は挙手の上、ご質問、ご意見を発表していただきたい。

(古賀幹事委員) 駒村教授にお聞きしたい。従来から社会保障全体を子育てや若年者支援なども含めて全世代支援型にすべきだという論を展開しているが、改めてその点についてのお考えを聞きたい。2つ目は、年金制度改革は2段階で行うべきとお考えであるが、これは連合の案と非常に近いものがある。その中で、第1段階ですべての雇用労働者を厚生年金に加入させるという提起があったが、非正規も含めてどのような範囲までを対象とすべきなのかお聞かせいただきたい。また、その際の事業主負担の保険料負担の在り方をどうお考えか。例えば、私は労働保険と同様に、いわゆるアメリカのペイロールタックス、全従業員の賃金総額の一定率という考え方もあると思うが、そのあたりも含めてお考えをお聞かせいただきたい。

(駒村教授) 社会保障について全世代型というのは、まさにそのとおりである。経済成長がないと高齢化社会は乗り越えることができないわけであり、まさに現役世代への投資はその成長を高めるということ。具体的に言うと、例えば子ども・子育て支援を行うこ

とによって女性の就業率が上昇し、それによって社会保障全体の持続可能性が高まる。高齢者のみであれば、支える力が落ちてしまう。支える力を高めなければいけないということがまず1点。

2点目だが、非正規雇用者への適用をどのように行っていくか。従来から議論があったが年収65万円以上とか、あるいは週20時間以上というのは1つの目安であるが、これが1段階目。もう少し広げても良いかもしれない。基本的には社会保険料は応能負担を原則としており、国民年金のような定額負担は例外と考えるべきである。できる限り広くということで、年収ベースでみて課税最低限くらいまでは広げていく。他の国はもっと低い賃金からも取っているので、可能な限り広げていくというのが答えかと思う。

3つ目であるが、正社員と非正規社員では事業主負担が異なる。国民年金にしてしまえば事業主負担がなくなるため、年金制度が雇用の歪みを生んでいる部分もあるので、どういう雇い方をしても社会保険料に影響を与えないという視点から考えると、総賃金に対して保険料を取ることによって働き方に関係ない、雇い主にとってみれば働かせ方に影響を与えることはなくなると思うので、労働保険と同じように総賃金を賦課対象にするというのが一つの対応方法かと思う。

(堀田幹事委員) 介護と医療について意見を述べるので、ご意見、ご反論があれば池田教授、矢崎委員から承りたい。医療、介護、年金の高齢者3経費を考えると、国民の視点から考えると、議論を提示するときに2つの条件がある。一つは、そういう制度にすることによって現在のままだと伸びていく負担がより軽くなるという点。もう一つは、負担は軽くなるけれども、国民にとって現在よりも制度がより良くなるという改革案でなければ受け入れられないだろう。負担を軽くしつつ、制度をより良くするには、合理的にすることが必要だが、ボランティアなど、お金の負担ではなくて労力を活用できる部分がたくさんある。そのような労力を活用して中身の質を充実するという方向で案を考える必要があるのではないか。

池田教授の議論に賛成だが、今は地域包括ケアという、地域で支えるという方向に進んでおり、正しい方向だと思う。24時間巡回型サービスで、動けなくても、一人であってもサービスが全部届いて自宅で最期まで暮らせる方向への転換は強力に進めて欲しい。最期まで自宅で暮らしたい、病院や施設には入りたくないというのは切実な国民の願いであるから、24時間巡回型サービスを徹底的に推進することは国民のニーズに沿う。そして、これをやると施設が要らなくなる。要するに自宅が施設と同じようになるわけだから、非常に膨大な額である施設建設費が今後ずっと少なくて済むという財政面のプラスもある。だから、この提案の線は強力に進める必要がある。

もう一つ、認知症に対する対応策ができ上がっていないので、認知症になるとどうなるかという国民の不安が非常に大きい。認知症高齢者に後見人がほとんどまだついていないが、これをしっかりとつけないと、認知症になってから自分がどんな扱いを受けるのか分からないという不安が消えない。しかしながら、プロの成年後見人である弁護士や司法書士は数が圧倒的に足りない。だから、市民を養成して成年後見人にしていく以外に方策がない。市民の力を生かし、市民後見人をたくさん養成して、認知症になっても安心できるだけの人的な整備を整えることが急務である。なお、特に定年退職後の高

齢者はいろいろな能力を持っているので、これをボランティアとして、どんどん市民後見人なり、ほかのいろいろな助け合いなりに生かしたい。子育てなどにも十分生かすことができる。それによって、彼らも生きがいを持つし、世代間の理解も深まる。これは非常に重要である。

(池田教授) 負担を軽くし、サービスをより良くすることは至難の技だが、それが一番重要。先ほど消費税で介護の公費負担を増やすなどと言ったが、実は今、介護保険は7兆円を超えており、その半分の3.7兆円ぐらいは公費で賄われている。しかも、これから75歳以上の後期高齢者が増えていくので、将来的に給付費は20兆円、公費負担は10兆円になる。3.6兆円から10兆円に公費が増えるわけだから、少なくとも消費税2%はいただかないと介護保険はもたない。にもかかわらず保険料は上がるから、そのとき負担を軽減するにはどうすればいいのか。サービスを本当に良くすると実は負担は軽くなるという介護保険独特の論理がある。要するに、今は要介護者を人為的に作られている面があって、これをきちんとした介護サービスを行うと軽くなる、あるいは元気になる。これが負担を軽減し、サービスをより良くすることの一つだろう。

もう一つは、先ほど自助・互助・共助と申し上げたが、住民のパワーをどう使うか真面目に考えなければいけない。その際、今の介護サービスはどちらかというとアマチュアリズムで動いているが、本当はプロとアマチュアの両方が必要。ここは医療と違う。つまり、介護保険のサービスをきちんとプロフェッショナルなサービスにしていくと、ボランティアなどとの本当の役割分担ができてくるのではないか。認知症の成年後見については堀田幹事委員のおっしゃる通り、極めて緊急な課題である。

(矢崎委員) 医療は専門性が高く、情報の非対称などで医療の内容が伝えにくい、一方では今ご提示のあった高齢者の認知症の対応については、患者さんの命を守るのか、あるいは患者さんのQOLや尊厳を守るかという判断が現場の医師に任されていて、医師は非常に悩むところ。ご家族の要望などいろいろあるので、現場の医師がある程度判断の拠り所になる、ある程度の国民的なコンセンサスを作っていただくと、医師の負担が軽くなる。

(細野委員) まず今日の駒村教授の「神話の1」にあるように、そもそも「未納が増えて年金が破綻する」わけではないし、「神話2」のように「今の高齢化で年金が破綻する」というわけではないという前提をしっかりとご説明いただいたことはとても大きな意味がある。では、その上で、「今の年金制度も全く問題がないのか」というと、そういうわけではなく、「なぜか非正規の人たちが国民年金のほうに追いやられている」という問題があり、この格差を生む現状は一刻も早く変えなければいけない。今、週30時間以上というのが正規と非正規を分ける境目になっているが、結局、この「パートや派遣社員などの非正規雇用者の厚生年金への加入拡大」の話は、企業からの反発が出てくるものだ。そこで、この問題を前に進めるためには、菅議長のリーダーシップに関わってくる話だと思うので、是非ここでこの問題に対する菅議長に意気込みを伺いたい。企業も「社会的な責任としてきちんと非正規の人たちも守ろう」という意思を持って、週20時間以上とか何とか言わずに、日本でもドイツなどのように「1時間でも働いたら事業主負担が発生する」というところを目指すべきである。その意味で、古賀幹事委員

が言われたように、日本も「総報酬に対して事業主負担を発生させる」ということをすべきだと思う。例えばEU諸国に比べると日本は法人税が高いという話はよく出てくる。ただ「企業の負担」というのは法人所得課税だけではなく、保険料の事業主負担もある。これらを合わせて見れば、実はそんなに日本だけが特別に企業負担が高いわけではないと思っている。そこで、この「パートや派遣社員などの非正規雇用者の厚生年金への加入拡大」の話を「法人税の減税」の話とセットで進めるのはどうか。菅議長も「法人税の減税」の話は、「できるだけ雇用者に回してほしい」と経済界に働きかけていたはずだ。そういった観点からも、この2つをセットで進めると国民からの納得も得られやすいし、格差解消が重要な課題の中、「非正規の人たちをできるだけ厚生年金に入れる」という方向性は多分皆さんが共通できるものだと思う。

(駒村教授) 週30時間が厚生年金を適用するか、適用しないかの境目になっていて、そこがまさに正規と非正規の分かれ目になっている。他の国でも雇用の流動化が進む中で非正規が増えていって年金から外れていく人が増えていったが、そういう国では非正規にも厚生年金を適用するという改革を進めている。ただし、日本においては、事業主とパートの主婦の3号被保険者が反対したことが、政治的に重かったので前政権では踏み込めなかった。政府のリーダーシップが必要な部分だと思う。

事業主負担については、被用者年金の保険料は労使合計して20%が大体世界の先進国の標準・平均値。日本は今16%だから接近しているという状態だと思う。そして、本人負担分は先進国平均で8%。日本はちょうど労働者負担分が8%だから、これは標準的。逆に、先進国の事業主は12%負担しているのが先進国の現状であり、日本はもう少し事業主負担を上げてもおかしくない。ただし、これを産業政策、経済政策上どう考えるのかというところは、別に議論すべき問題かなと思う。

(与謝野議長補佐) 実は今提起された非正規雇用者はおおよそ1,200万人あって、各新聞社の提言にも全部この問題が取り上げられている。おそらく本会議の最重要問題の一つになると私は思っている。

(菅議長) 法人税についてなぜあんなに儲かっている企業の税金を抑えるのかとあちこちから言われた。税率だけで比較すると、企業にとっては韓国に拠点を移したほうがいいことになり、国外に出てしまうと雇用がなくなるので、それを防ぐのが目的。経済界には、簡単に言えば利益が上がったものについては賃金とか投資に振り向けてくれ、そういう話をお願いしている。しかし、今言われたように社会保障の面で非正規雇用者に基本的に制度の中に入れてもらうということは、この間のお話を聞いてもほとんど合意ができていると思う。事業主のご理解をいただくことについては、全力を挙げてやってみたい。

(亀田委員) 医療人の立場からマクロ的な意見を申し上げる。社会保障は基本的には経済成長がなければ実際にはうまく回らない。経済成長と社会保障を同時に改善していかななくてはいけない。働ける人は誰でも働くことを日本の風土にし、いろいろな働き方ができて、働こうとしている人が誰でも働ける環境を作っていくということが大事である。現在の日本では、医療・介護分野はニーズに対し人的資源が不足し、雇用の場として大きな可能性がある。医療分野のニーズにはきりがなく、雇用も増やせと言われればどこ

までも増やせるし、コントロールしろと言われればコントロールできる。そういうものを内包している業種と言える。長寿社会の中で医療制度はインフラとしてのセーフティネットがかなり弱く、これをきちんと作り直すことは重要である。一方、長期的視点で医療・介護分野が、日本社会に対しどのような貢献が期待できるのか考えると、15年・20年は、雇用・消費を創出し、経済を回していくエンジンの一つとして、大きな可能性を持っていると考えられる。医療・介護においては、資格があれば基本的には正規雇用に繋がる。ただ、医療・介護分野は、国民の安心安全に直結し関心の高い分野であると同時に、専門的でわかりにくいいため、国民の合意を得ながら制度を作らなければならない。そのためには、現在の制度がセーフティネットとして大きな問題を抱えており改善が必要なこと、国民皆保険は堅持することを丁寧に説明したうえで、雇用創出と消費拡大に繋がる制度設計を提案していくべきである。

現実的には非常に困難な作業になると思われるが、長寿社会における経済成長と社会保障の充実を両立させるための勝負所と言えるのではないか。今後医療・介護分野におけるセーフティネットのため、一定の公費投入は当然必要であるが、全てを公費や保険で賄うのは無理である。今後税や国民負担率のあり方が議論されるにせよ、限られた公的財源は、将来の日本の発展、持続可能な社会を作るために優先順位を明確にし、メリハリをつけ投入すべきである。現在優先順位を上げることにより、様々な社会保障や経済成長に最も効果があると期待されるのは、教育分野ではないだろうか。少子化や貧困と深く関わっている教育における家計負担率の高さ、雇用の流動性を担保するための職業訓練や教育への公的資金投入の低さ、これらにまず公的資金を投入すべきであろう。医療・介護は今後急激な需要の増加が見込まれる一方、経済的には非常に疲弊している。もちろん公費は投入して頂きたいが、そのためにも医療分野で雇用と消費の連鎖を無理なく回すことのできる制度を作り、経済を活性化することを優先すべきであろう。結果として、国家財源が豊かになり公費がもっと投入できるという好循環を目指すべきではないか。そのためのエンジンとして、医療・介護分野をもっとうまく活用していただきたい。

(小川委員) 池田教授と矢崎委員のお話を伺い、とりわけ矢崎委員の資料の最後の地域医療の在り方という絵を見て、これを介護の在り方と置き換えて考えれば、まさに介護保険が非常に支持を得たというのは、負担と給付を可視化して、福祉はただと思っていたものをきちんとコストとして理解できたことが大きかったのだと思う。しかも情報の公表や健康の問題、サービスの適正化により、国民にとって一番見えやすい形になった。ただ、問題は介護保険を創設したときには20歳からの参加という意見があったが、40歳からとなった。若いときから自分の国がどういう在り方かというのを理解するには、介護保険に20歳から参加していれば、負担の問題だけでなく意識の問題として、とても大きかったのではないか。

また、亀田委員が指摘されたとおり、人材育成は本当に大きな問題である。看護師にしろ、介護職にしろ、正規・非正規を問わず、就業期間が短く、回転が早い。その理由の一つは、介護事業者は小規模が多い。私は大規模にならなくてもいいと思うが、安定した事業者になぜなれないか。これだけ介護や医療が注目されながら、訪問看護ステー

ションもなかなか続かないと聞いている。かかりつけ医が欲しいと思っても、地域医療が後退している。介護は地域が主役なはずなのに、介護事業者は倒産していくし、介護従事者は職場を離れていくという問題が非常に深刻である。池田教授に、なぜ介護事業者が安定した企業にならないのか、人を育てるような事業者になぜなれないのか、お伺いしたい。

(池田教授) 介護の場合、民間の大手では合併が既に始まっていて、急速に進んでいるが、社会福祉法人とNPOはなかなか合併しない。確かに合併とか合同はあまり楽しいことではない。イタリアは家族経営の世界だが、社会的協同組合を作って、家族経営をネットワーク化して、なおかつ1つの組織にして効率性を上げているし収益も上げている。そういった方向を社会福祉法人、NPOは真面目に考えたほうがいい。

医療と違うところは、介護にはプロフェッショナルとアマチュアリズムが両方とも要するという。この場合、労働市場の論理から言えば、プロフェッショナルにはそれなりの給料がいく。残念ながらアマチュアは非熟練労働力であるからそれほど賃金は上がらないという厳然たる現実がある。実際、介護職員より介護福祉士のほうが給料は2割高い。アマチュアリズムから介護へ入る際にキャリアパスをかけられれば、すみ分けみたいなものができる。実は介護で大変多い非正規労働者はヘルパーであり、8割以上がパート。これは需要がある。家計補助賃金的に働いている方が多い上、ヘルパーの方がスーパーのレジ打ちより給料が高い。それは無視できないが、その中から専門職に行くことができる梯子をかければ良いのだが、これをどうやっていくかが難しい。

また、介護保険はIT化されていることにより、すごく透明度が高い。つまりデータはいくらでもある。それをきちんと使うということ、透明化するということは民主主義の根本だと思う。これは医療を陵駕している。

(藤本委員) 私は地域住民に対して医療の在り方や今の医療について情報発信をしたり、対話の場を作ったりという活動をしているので、矢崎委員の資料の図2について、非常に興味深かった。この資料の中にある4つの四角はどれも医療の側からの分かりやすい情報提供が必要な部分である。私たち住民は、シンプルで分かりやすい情報を正しいものだと思込んでしまう面がある。例えば医療機能の集約の問題に関しても、医療者は集約が必要だとお話しされるが、住民の安心と安全を守るためにはここに病院がなければだめだ、という議員や首長のメッセージの方が伝わってきてしまう。そこで、医療側から国民や患者が納得できる情報の出し方を検討していただきたい。地方メディアの役割もあるが、私はメディアの方を教育するのも実は医療関係者ではないかと思う。

(矢崎委員) 極めて難しい。我々是一所懸命に説明しているつもりでも、多くは既に問題が起こったときに説明を求められるものであり、医療者側と説明を受ける側がある程度緊張状態になってしまっていることが多い。だから、病気になってからではなくて、常日頃から、医療状態について地域の方々と情報を共有していかないといけないのではないか。我々の反省として、情報の開示が十分ではない点がある。IT化が医療の世界では遅れていて、この病院はどういう先生がいて、どういう医療を行って、どういう状態だということが地域の人に分かるようなシステムを作れば、少しずつは分かっていただけではないかと思うので、それについてはこれから医療側の責務としてしっかりや

っていかなければならない。地域医療を住民が支えて、それを医療側も一緒になって支える、メディアも支えているという形を全国展開して、活動を高めていけばと思っております、我々も努力していかないといけない。

(仙谷幹事委員) 矢崎委員は、医療提供体制のグランドデザインを示すとともに、地域の特性に基づいた医療計画をボトムアップして全体像と調整する必要があるとおっしゃっている。具体的に、県の役割をどのように設定するのか。私は、この問題に尽きていると思う。人口構成あるいは職業構成からいっても、市町村国保がもたない状況になっており、また、小さい単位では、医療保険の保険機能を果たし得ないという実態があらわになっている。都道府県は地域医療計画を作るけれども、医療についてどこまで何の責任を持つのか。地域医療において、例えば私の地元などを見てみると、大学医学部と公立病院、日赤などの公的な病院、そして県が、皆全然違うことを考えていて、協議もしなければ協力もしない。保険制度は市町村国保と協会健保、組合健保が分立をしていて、財政的に責任を持つわけでもない。例えば医師などの人的資源の調達について何かしようとしているのか、あるいは責任を持って予防健診をやるようとしているのか、具体的な執行としてはお粗末。つまり、地域医療計画を作るけれども、それについての責任をどこまで持つのかについて、医療担当者との間で責任を持った具体的な対応が系統的・全体的にできていないのではないかと。都道府県、あるいは政令指定都市が、医療について、財政的な責任も含めて、もう少し責任を持つ体制にすべきではないか。あるいは国保は政令指定都市を除いては県が責任を持つとか。そういうことにしないと、もう成り立っていかないのではないかとこの気がする。これについて、矢崎委員はどういうふうにお考えになるか。

(矢崎委員) 現場から見ると、地域の医療を展開する際に誰が中心となって決めるかということがポイント。それは、県の衛生局が決めるという決めつけは必要ではなくて、地域ごとに違って良い。極めて有能な方が行政側にいれば、その人が中心となって組み立てても良い。私は、県では少し大きすぎると思う。今の医療圏は行政が決めており、医療機関の存在とか距離的な間隔とか、どこに中核病院があるかは医療圏に基づいている。今医師や看護師の育成が国家レベルで言われているが、専門医も含めて人材は地域で育てないといけない。そうすると、あまり小さいユニットだと人材育成まで手が回らない。具体的に線引きは難しいが、やはり地域ごとに、行政の枠を超えた人材育成を含めた広域な枠組みを政治主導で作っていただきたい。地域ごとに事情が違うので、画一的に県庁の特定のポジションの人や大学の先生が座長になってまとめるということではなくて、例えば亀田委員のように地域で頑張っておられる方がプランナーの中心を占めるとか、地域ごとの特性に応じてやらないといけないと思う。ただ、国立病院機構でまとめてみるとやはり病院間のコミュニケーションが足りないもので、それはまず「隗より始めよ」ということで、今後頑張っていくとといけない。

(亀井幹事委員) 地域医療に関して矢崎委員にお伺いしたい。私は過疎地の選出の議員であり、医師不足問題が大変深刻で、ずっと取り組んでいる。野党の時代には、診療報酬が改定されて下がっていったことと、新医師臨床研修制度が始まったことの2つが地域医療の崩壊の原因だったのではないかと思っていた。政権交代をし、診療報酬は微増し

た。もう少し増やす必要はあるが、とりあえず方向は変わった。問題は研修医制度である。私は改正する必要があるのではないかと思い、厚労省と掛け合ったが、厚労省はこの制度そのものは間違っていないと言う。なぜこの制度を導入したかという、研修医の過労死の事件があり、そのときに研修医も労働者であるという解釈がされた。それを改善するために制度が作られたので、新医師臨床研修制度そのものは間違っていないが、もちろん医師不足問題が発生していて、その問題は認める、と言われた。

ではどうするのかと聞いたら、厚労省は都市で受け入れる枠を狭め、もう少し地方に医師が行くようにすると去年言っていた。今年になり、今度は地域医療支援センターをつくりたいと予算計上してきた。どの県出身の医師がどこにいて、例えばそろそろこの病院を辞めて地元の役に立ちたいと思っている人がいても、それを統括しているところがないので、その医師の割り振りを行う役割を持たせたいと言う。それで今年 19 億円ぐらい予算がついている。今、厚労省の方向としては、研修医制度は変えず、ほかの手立てで医師不足を解消していくという解釈である。

これを始めるに当たって、私は医師会にも聞いた。日本医師会は、そんなことをしてもあまり効果はない、今の若者を見ればみんな都会の便利なところで研修したがって地方には行かないから、ある程度制度として地域医療を担当させないと回らないということと言われた。私も、少なくとも国公立大で勉強した学生は何年間か過疎地の医療等を研修するようなプログラムがあるべきではないかと思っているが、意見が分かれるところである。研修医制度について矢崎委員はどう評価しているか。

それから、医療についてはいずれ日本医師会、薬剤師会の意見も聞いていただきたい。これは要望する。

(矢崎委員) 私は新臨床研修制度が発足したときに、制度設計をする座長であった。そのときは、先ほどの話とは少し違って、研修医の労働者性の問題というよりはむしろ患者本位に診療できる医者を育てたいという観点から、大学の医局に入って、例えば眼科や外科に入ったら他の病気はほとんど診ないでそのまま専門医がたくさんできてしまうということではなく、ある一定期間はオールラウンドでみて医者として常識的なところを身につけて、それから専門にいこう、というのが発端である。もう一つは、研修を義務化したのが、医者は大学を卒業すると 25~26 歳になっており、アルバイトしないと生活できない。しかし、技術を身につけずにアルバイトに行ったら医療事故の元になるので、きちんと処遇することにすればアルバイトしないで研修に専念できる。処遇と総合的な診療能力を身につけることの 2 つの趣旨である。

ただし、どういう副作用があったかという、制度導入 1 年目は卒業後に大学の医局に行ったが、次の年になると大学は初期の臨床研修に合わないということで、一般の総合病院に多く出てしまい、大学に人がいなくなった。それまで医師を大学が派遣していた地域では、人不足になったということが大きな課題である。だから大学がそういう制度に対して対応していただけるか、あるいは初期研修は臨床研修病院に任せて、専門医は大学で対応するといった役割分担を決めなければならない。

もう一つは、大学でも、卒業前に一般臨床の診療能力が身につく教育をしようという取組を行われ、随分教育のカリキュラムが変わってきたので、当初 2 年間と言っていた

のはある程度考えても良い。平成 15 年に作った当時と今は事情が非常に異なっているので、対応しながら見直すことは良いことである。これは私の個人的な意見であり、いろいろな意見を言って制度をどうするかを考えていただければ良いのではないかと。

(濱田委員) へき地における医師不足について申し上げたい。新臨床研修制度が始まり、医者が好きなどころに行って良いというムードになり、有名な病院に行くようになった。みんなが行きたくないへき地に医者がいなくなった。要するに、医者はどこで仕事しても良いという、F A 宣言のような状態であるのが問題である。もちろん議論はあると思うが、私の持論では、私立大学か国立大学かの差はあるかもしれないが、卒業して医者になり、保険医であればその報酬の約 7 割は診療報酬として公金をもらっている以上、もう少し公の任務を背負わされるべきではないか。その公の任務としてへき地にも行く義務があるだろうし、場合によっては、皆が好まない麻酔科、婦人科、小児科などをある程度選択する義務も課せられていいのではないかとと思うが、いかがか。

(矢崎委員) そういうこともあると思う。大学側は今、地域枠を設けており、それを是非学生が守って地域で仕事をしていただきたい。ただし、人々はどんどん都会に行くので、医者だけ逆方向に行きなさいと言ったときに、診療報酬が公的な財源であるということで説得できるような雰囲気を作らないとなかなか難しいのではないかと。医師には倫理的使命と社会的使命がある。医師の社会的使命はこの数年間社会的な問題になっているので、それを我々医療界はしっかり受け止め、6 年間の医学教育からしっかり教育していかなければならない。今までのような病気の治療、学問の追求だけでなく、社会が求めている社会的使命というものを大学の教育にしっかり刷り込みをしないといけないのではないかと。現状では不満が多いと思うが、私は、今から育ってくる若い世代の医師は社会的使命の視点を持っているのではないかとという希望的な観測を持っている。若い人たちの行動変容を見ると難しいところもあるが、どうしたらいいか。よく考えていただければと思う。

(岡村委員) 駒村教授に制度設計上の問題で質問させていただきたい。一つは、一元化の二ステップについて、時間軸的にどのような想定をされて設計されているのか。それから、正確な所得捕捉の可能性が非常に低いと思われる自営業者をあえて一元化するメリットについて具体的にどういうことをお考えになっているか。

2 番目に、年金の支給開始年齢を遅らせるかどうかという問題について、お考えがあればお聞かせいただきたい。

3 番目に、関連課題ということでグローバル経済下での社会保障をとりあげておられるが、その中でグローバル化への抵抗とあるが、誰が抵抗すると考えているのか。事業主か被保険者か。

(駒村教授) 一元化のタイミングについては、まず被用者が全部入るのが第 1 ステップである。第 2 ステップは自営業者まで入るか。これについては、自営業者の生活がどうなるかという観点から、大きな議論をすべき点である。今高齢者の中で貧困になっている人たちというのは、自営業者の被扶養配偶者だった人たちである。本来は自営業の方なので、所得比例年金は要らないというのが今までの通説であった。しかし、そういう人たちに対してもきちんとしたセーフティーネットがあるべきであり、その一

つの形として所得比例年金に入ることにしていいのではないか。ただ、現在加入している人の1割くらいだと思うが、純粋な自営業者が最後に残っているだけであれば、これは最低保障年金を導入するかしないかという判断とセットになると考えている。すなわち、最低保障年金を導入するのであれば自営業者を入れるか入れないか、割り切りをしなければならない。所得比例年金を入れない一方で、自営業者を最低保障年金の対象にするならば、今度はミーンズテストをかける方法を考えなければならない。最低保障年金と所得比例年金をセットで考えることが、理想の姿としては必要ではないか。また、第2ステップのタイミングについては、番号制度と歳入庁が完成してどのように機能し始めるか、所得捕捉の公平性が大丈夫かを見定めなければならない。そこを強引にやってしまうと、所得捕捉がいい加減なのに最低保障年金をもらっているのではないかという話になる。

支給開始年齢の問題については、寿命が長くなればなるほど保険料を上げるか給付を下げるか対応しなければならなくなる。それを両方ともやりたくないということになれば支給開始年齢を遅らせていく。2025年までに65歳を完成するのが現在のスケジュールであるが、その後世界で最も長い寿命である日本の年金をどこまで上げていくのか、雇用との連携をどう考えるのか。2025年以降、67歳あたりを視野に入れないとつらくなってくるのではないかと考えている。

3つ目の、グローバル化に関する議論は年金の議論とは離れている。これからTPPも含めて日本経済を外に開いて産業構造を転換し、アジアの成長を取り込もうという動きになる。そのためには雇用の流動化も進んでいくと思われるし、産業構造も変化していくだろう。そのときにセーフティーネットがきちんとしていなければ、国民としてはグローバル化反対ということになる。アジアに開いていくということが攻めだとすれば、国内の雇用を守る、あるいは非正規労働者でも雇用の安定性と所得保障を組み合わせれば家族は形成できるということを同時にやっていかないと、国民からグローバル化はけしからんということになるので、グローバル経済を進めるためにも逆にセーフティーネットとトランポリンは充実しなければならないという趣旨である。

(笹森委員) まず専門家、研究者、現場からの提言ということで極めて新鮮、刺激的に受け止めた。この提言を無にしてはならない。駒村教授の資料の3ページに小さな字で「まず与野党協議から」と書かれており、その上で、「時間がない、早くやるべきである」、「常設の諮問会議を作って、たとえ政権が変わってもやるべきだ」というお話であった。私も何回も申し上げており、菅議長や与謝野議長補佐からはかなり前向きな答弁をいただいているが、国会に対して民間側の委員の提言を行うことが必要であると考えている。幹事委員の中で、国会に対して「超党派でやるべき、時間がない」と言い、その上で、今までどういう積み重ねをしてきたのかの実績を示す。これは政府側に受け止めていただきたい。

その上で、まず年金の問題について、厚生年金と農林共済年金を統合するときも問題があったが、3年金の統合は大丈夫かということについて、一言いただきたい。

それから、今日の議論の中で、後期高齢者医療制度について何も触れられていない。私は後期高齢者医療制度を撤廃する会の呼びかけ人代表をやっており、3年間、国会前

で街頭宣伝までやらせてもらった。どのように医療制度に組み込んでいけば破綻しない制度ができるのか、考え方を伺いたい。

地域社会の絆を取り戻すために三助に互助が追加されたことには同感である。互助を含めた四助の部分について、地方自治体の役割はとても大きい。行政、社協、そして住民組織、更にはNPOを、相互に連携をとりながら地域ネットワーク作りの中にどう折り込んでいくのか。そして、その中に地方自治体の役割をどうかませるのかお考えを聞かせていただきたい。

人材確保の問題であるが、処遇と研修だけで人材が確保できるのか。確保できない原因というのはいくつもあると思うが、掘り下げていくと、やはりあまりにもひどい現場の実態ということになる。この実態をどう整備していくのか。

法人税と所得税については、小渕内閣のときに両方の恒久的減税をしたが、小泉内閣では法人税だけ残した。今度その法人税をまた下げるが、本当にそれで国民が納得できるのか。公平性を考えたときに、この財源をどこに求めるかということについて少しお考えいただきたい。

(駒村教授) 「与野党協議」のところは小さい字で書いてあるが、これは15ページの論文を読んでいただきたい。要するに与党になれば年金改革が鬼門になるということであるので、設置自体が政争になってしまっている。3年金の統合はとりあえず被用者年金の一元化はすでに前政権でも法案が提出されているので、そこから始めるということである。

(矢崎委員) 後期高齢者については財政的な検討も重要であるが、医療はどうあるべきかという検討も必要ではないか。医師としては患者の命を守るのが大前提であるが、患者の尊厳を守るという使命もある。現場は極めて判断に苦しんでいるので、国民的なコンセンサスで方向性を示していただきたい。

自治体については、我々にとっても自治体なくして医療は成り立たない。先ほど病院長を中心にと申し上げたが、自治体は保険など財政的な地域のマネジメントをしているので、それをなくして医療関係者だけで議論をしたら絵に描いた餅になる。やはり自治体の方々と連携し合いながら地域医療計画を進めていかないといけないのではないかな。

(池田教授) 自助、互助、共助、公助という言葉を使ったが、これがうまく組み合わせられるかどうかでこれからの地域を生かすかが決まると考えている。実はこの中で、互助だけは期待されるものであって要求できるものではなく、非常に難しい。私は互助は地域の文化だと思っており、文化なき地域は互助がないのだから有料サービスを利用するしかないことを覚悟すべきである。

その場合に自治体、特に市町村の持っている力はとても大きい。仕掛けの仕方で随分変わる。団塊の世代をこれからどうやって組み込んでいくかは最大のテーマである。行政はボランティアを自分の都合のいいように使いたがる悪い癖がある。ボランティアのモチベーションをうまく引き出す地域コーディネーターがいれば、都会でも可能だと考えている。

後期高齢者医療の問題について、私の考えは現在の政権と違っている。後期高齢者医療をそのまま使えば良かった。「後期」というその言葉だけで非常に世の中が煽情的に

動いたということについて非常に悲しい思いをしている。あの制度はもともと与野党が次善の策としてたどり着いたところである。それをなぜ大事にしなかったのか。

(菅議長) 先ほどの細野委員のご指摘に関してであるが、昭和 55 年の通達において、同じような仕事をしている人の 4 分の 3 以上働いた場合には厚生年金や健康保険に入るが、それ以下の場合には入らないで良いという通達がある。4 分の 3 という基準を下げることについては、過去の政権でやろうとして、例えばパートの多い職種である、スーパー関係などから反対が強く実行できていないという経緯がある。このあたりは組合も含め、あるいは事業者も含めて乗り越えていけないことではないかと思うが、御意見をいただきたい。

(柳澤幹事委員) 4 分の 3 の境目近くで非正規雇用者になっていながら、労務の実態からするとかなり責任のある仕事をしている方も多くいる。その方々も結局、税の負担の面、それから配偶者の社内におけるFRINGE BENEFITの面等から、雇用者になることに対して躊躇があるということで、これは労使が一体になって共通の利益になってしまうので、なかなか取り込みが難しいということであったと思う。

(古賀委員) 経過は今おっしゃったとおりであると思うが、それ以上に労働市場が変化してきている。ということは、当時とは違う解決をしなければならない新しいステージに入ったという見方をしなければならない。

菅議長がおっしゃったように我々もいろいろな経験をしてきた。特にパートタイマーを抱えている流通関係では直接に利益に響いていく等により、さまざまな議論の中でなかなか乗り越えられなかった課題は確かにある。しかし、先ほど言ったように、それ以上に労働市場が変化し、まさに年収 200 万円以下の層が 1,000 万人を超え、我々の推定ではその中の 40%強は主たる生計維持者ではないかという推測もしている。そういうことを考えれば、新たなステージでの議論というのは深めなければならない大きな課題であると我々は認識している。

(峰崎幹事委員) 郊外店がどんどん進出してきて、町の中の商店が潰れていき、シャッター通りができる。町の商店の人たちはいわゆる自営業できちんと国民年金を払っている一方、郊外店で雇う人は年金に入らないというのでは、公平という観点から相当問題があるのではないかという問題意識を持っていた。できる限り被用者年金の一元化に組み込んでいくほかはないのではないか。

(赤石委員) 私はシングルマザーの当事者団体をやっている。シングルマザーの約半分は非正規雇用者であり、パート等で働いている。主たる生計維持者であるパート労働者はたくさんいる。夫が正規雇用者でその被扶養者であるという形の方だけではなくて、いるという現状を踏まえ、やはり非正規雇用の方を社会保険に入れていく施策が今急務ではないか。そうでなければ次世代に貧困を先送りしてしまうことになる。

(与謝野議長補佐) 時間が来たので、前田委員と湯浅委員の提起された子育てと貧困・格差問題は次回に議論をさせていただくことにして、今日はここまでさせていただく。

(菅議長) 今日は集中検討会議の第 4 回ということで、5 人の皆さんから年金、医療、介護、子育て、貧困・格差の分野のお話を聞いた。時間が足りなくなり子育てと貧困・格差については来週継続審議ということになったが、それだけ熱心なご議論をいただいた

と考えている。

また、ご指摘をいただいた、これまで非正規雇用の皆さんが厚生年金や健康保険に入っていないという問題についても、いろいろ前向きな議論ができ、一つの方向性がこれから見出せるのではないかと感じた。いずれにしても、我が国は、ある意味では高齢化社会のモデルとして、どういう対応をするかということのアジアの国々あるいはヨーロッパの国々も見ていると思うので、しっかりと積極的な形で超えていきたい。

また亀田委員から、この分野は無限の雇用の可能性があるとの意見があった。前回の会議でも申し上げたように、狭い意味での負担という考え方から、こういう分野で良い社会を作ることが経済的に見てもより活力ある社会になっていくという、両立が可能ではないかということも今日も改めて感じた。いずれにしても大変中身の濃いご議論をいただいたことをお礼申し上げます。

(与謝野議長補佐) 以上で会議を終了する。次回は3月12日である。

(以 上)