

## ・各重点分野における規制改革

### 1 社会保障・少子化対策

#### (1) 医療分野

医療は、国民にとって最も重要な関心事の一つであり、将来においても、その在り方が国民生活に多大な影響を与えるものである。現在、国民医療費は 33 兆円、その国民所得に対する比率は 9% を超えているが（図表 1 - (1) - ）これからの医療を考える際、先ず、前提として、この医療費は増大していくということを認識しなければならない。世界でも類を見ない速度で高齢化が進行しつつある一方、様々な技術革新によって医療そのものが高度化しており、現在の延長線上に医療費の増大が見えるのは極めて自然の成行である。従って、将来的な医療費の増大を前提とした上で、国民皆保険制度をどのように維持するか、今後の医療制度の在り方を問うべき時期にきている。

そもそも、現在の国民皆保険制度は、どのような医療を提供するか、どのような価格で提供するか、誰が提供するかといったおおよそ総ての事項について国家が管理し決定する現物給付の制度によって成り立っている。戦後、切迫した国民の健康状態を早急に改善するためには、国家が取り決めた医療サービスを普く提供することが合理的だった。いわば"量"を優先した医療制度である。それが、60 年を経た今日に至るまで、なおも続いている。その医療制度によって、国民の健康状態が改善し、世界一の長寿国としての地位を確立する一因となったことを否定するものではない。しかし、その世界一の長寿国の足元に目を遣ると、いわゆる“がん難民”と呼ばれる患者は望む医療を受けられず、救急患者はいくつもの病院をたらいまわしにされ、現場の医師は日々の激務に追われ疲弊している。現在の医療提供体制は今や完全に制度疲労を起こしていると言って良い。

現在の医療においては、“量”だけでなく“質”が問われている。これは、疾病の主体が集団的な予防措置が有効とされる伝染病・感染症から高血圧・糖尿病等の生活習慣病に移行したことで、個人の生活環境に密着した、よりきめ細かい指導・治療が必要となっているのと同時に、医療技術の発達により、医療に対する個人の需要が多様化・高度化しているためである。

“質の医療”とは、患者の満足度が高い医療を提供することであると考えるが、それを実現するためには、従来の現物給付の制度に基づいた供給側を主体にした制度ではなく、国民（消費者）が主体となる医療制度に根本的に変革させる必要がある。そもそも、国民医療費の大部分は自己負担と保険料から成り立っており、それは消費者が負担している。何故、国が総てを決めるのか。本来、消費者には自分の受けたい医療

を選択する権利がある。適正な医療費の姿も、消費者が望む"質の医療"の先にあるのではないのか。今、消費者の視点に立った大きな方針転換が必要である。

我々は、消費者の自由を拡大し、"質の医療"を実現するため、官が国民の全てを管理しようとするパターンリズムの現れである規制の改革を訴えていく。例えば、混合診療禁止措置を撤廃することにより、患者は自己負担額を増やすことなく、自分のニーズに適応した、より高度な医療を迅速に受けることが可能となる。また、診療報酬への包括払い制の導入により、医療機関による較差のない、質の高い医療が幅広く実施されるようになる。更に、株式会社による医療参入を解禁することにより、医療機関間の競争が促進され、消費者（患者）を重視した、医療サービスの質の向上につながるものと考えられる。

これらを実現し、効果を上げていくために、現在の医療は、その効率化が必要不可欠である。医療のIT化を推進し、医療情報を集積・分析して標準的な医療を確立することも、その一つである。また、これらの医療情報を消費者に広く報せることにより、情報の非対称性を更に縮小させ、消費者が賢く医療を選択できるようになることが"質の医療"を進める前提となる。

また、医師を正當に評価する制度の構築も急務である。医師の就労環境の悪化に起因する医師不足を改善することも、"質の医療"を支える土台となるからである。

従来の医療制度の維持に固執し、医療の供給を管理することばかりに執着することが、医療の進歩を妨げ、将来、塗炭の苦しみを国民に課す結果となることを大いに懸念するものである。医療に関する問題が増加し、深刻化する今こそ、消費者の視点に立ち、"量の医療"から"質の医療"へ転換すべきであり、当会議としても、そのために必要な施策について、引き続き提言を行う所存である。

図表1 - (1) - 国民医療費と国民所得の年次推移

年次	国民医療費		国民一人当たり		国民所得		国民医療費の 国民所得に対 する比率 (%)
	(億円)	対前年度 増減率 (%)	医療費 (千円)	対前年度 増減率(%)	(億円)	対前年度 増減率(%)	
昭和29年度	2 152	...	2.4	...	...	...	...
30	2 388	11.0	2.7	12.5	69 733	...	3.42
40	11 224	19.5	11.4	17.5	268 270	11.5	4.18
50	64 779	20.4	57.9	19.1	1 239 907	10.2	5.22
60	160 159	6.1	132.3	5.4	2 610 890	7.4	6.13
平成元年度	197 290	5.2	160.1	4.8	3 222 073	6.0	6.12
10	295 823	2.3	233.9	2.1	3 689 215	3.4	8.02
11	307 019	3.8	242.3	3.6	3 643 409	1.2	8.43
12	301 418	1.8	237.5	2.0	3 718 039	2.0	8.11
13	310 998	3.2	244.3	2.9	3 613 335	2.8	8.61
14	309 507	0.5	242.9	0.6	3 557 610	1.5	8.70
15	315 375	1.9	247.1	1.8	3 580 792	0.7	8.81
16	321 111	1.8	251.5	1.8	3 629 009	1.3	8.85
17	331 289	3.2	259.3	3.1	3 676 303	1.3	9.01

(備考) 厚生労働省「国民医療費の概況(平成17年度)」による。

## 医療のIT化の推進

### ア IT化の推進による質の医療への転換

レセプトオンライン請求化により収集・蓄積される診療情報に加え、今年度から特定健康診査が実施されることで、健康情報についても収集・蓄積が進むことになる。今後はレセプト様式の見直し(傷病名とそれに対応する医療行為のリンク付け)を行うべきである。これらの情報を分析・活用することは、「標準的な医療」の確立に資すると考えるためである。この「標準的な医療」を患者それぞれの症状に応じて実施することにより、医療機関間・地域間での格差の少ない、質の高い医療を供給することが可能となる。

従って、これらの医療情報・健康情報を収集・蓄積する体制を早急に整備するとともに、個人情報の保護に十分な対策を行った上で、これらの情報を広範囲に活用できる仕組みについても、あわせて構築するべきである。

また、医療機関において蓄積された医療情報を共有化し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するため、診療記録等の医療分野における電子化された情報については、外部保存を行うことができる環境整備を進めていくべきである。

さらに、「標準的な医療」の確立と並行し、医療費の支払方式についても、現在の出来高払いを中心とする方式から DRG-PPS(診断群別定額払い)を中心とする方式への切替えを進め、より質の高い医療が幅広く実施されるようにするべきである。加えて、医療の質を更に向上させるために、治療成績の良好な医師・医療機関を診療報酬においても優遇するといった、質に基づく支払(Pay For Performance)の導入についても検討を実施し、必要な措置を講じるべきである。

## イ IT化の推進による支払基金の業務効率化、保険者機能の強化

「規制改革のための第1次答申」(平成19年5月30日)においては、平成23年度のレセプトオンライン請求の義務化を踏まえ、健康保険などの被用者保険に係るレセプトの審査・支払業務を実施している社会保険診療報酬支払基金(以下、支払基金)の業務効率化について提言し、閣議決定をしたところである。

それを踏まえ、支払基金は平成19年12月に「レセプトオンライン化に対応したサービスの向上と業務効率化のための計画」、平成20年3月に「原則完全オンライン化の段階における手数料適正化の見通し」を作成したものの、当会議が業務効率化に当たって要求した「審査のあり方を含む業務フローの抜本的な見直し」が全くなされていない。手数料の引下げ幅も極めて小幅であり、更に、「審査の質の向上」、「新たな審査サービスの提供」をうたってはいるが、それぞれに要する費用とその効果が明示されていないなど、論外な内容となっている。(図表1-(1)- )

当会議が考える「抜本的な見直し」とは、オンライン請求化により審査・支払業務がほとんど自動化され、支払基金の機能は保険者・医療機関間の紛争解決に特化されることであり、その結果として、審査・支払の委託手数料を現行の数分の1程度に引き下げるものである。

従って、厚生労働省及び支払基金は、「第1次答申」・「第2次答申」の趣旨を踏まえ、電子点数表・点数計算ロジックの整備、レセプト様式の見直しを着実に進めるなど、審査の自動化を促進するための対策を検討し、その対策を織り込むなど、業務効率化計画及び手数料適正化の見通しについて、早急に抜本的な修正を行い、業務内容ごとの費用対効果を明確化した上で、それを一般に公

表すべきである。

支払基金は民間法人でありながら、その理事長に長年、厚生労働省（社会保険庁）関係者が就任しているばかりか、現在の支払基金の常勤理事・監事の多くを厚生労働省関係者が占めるという不自然な状態が存在する。支払基金の業務効率化を図る上では、民間における法人経営に関する知見が必須であることから、現在の理事長、常勤理事・幹事の選出要件についても、至急見直しを実施すべきである。

また、レセプトの審査・支払については、本来、保険料を負担している保険者が主体的に実施すべき業務であるところ、支払基金に業務委託を行っているものであるが、オンライン請求化により審査・支払業務の自動化が進展した場合には、保険者自身が審査・支払業務を行うことが容易となることが想定される。

従って、保険者がその本来の機能を発揮するためにも、オンライン請求化の進展にあわせ、現在保険者がレセプトの直接審査を実施する上で障害となっている医師の事前合意などの要件について、その廃止に向けた措置を講じるべきである。

図表 1 - ( 1 ) - 支払基金の手数料削減見通し

	平成 23 年度	平成 19 年度	較差
医科・歯科レセプト	106 円程度	114.2 円	8 円程度
調剤レセプト	49 円程度	57.2 円	8 円程度
平均	88 円程度	97.5 円	10 円程度

(備考) 社会保険診療報酬支払基金「手数料適正化の見通し(平成 20 年 3 月)」による。

## 医薬品に関する規制改革

### ア ドラッグ・ラグの解消

現在日本においては、ドラッグ・ラグと呼ばれる、欧米で承認されている医薬品が日本では未承認のため使用できないという状態が顕在化している。日本製薬工業協会の調査では、平成 16 年における世界売上げ上位 100 製品の世界初上市(市場に出回ること)から各国上市までの平均期間は、米国では約 500 日程度であるのに対し、日本においては約 1400 日であり、約 900 日(2.5 年)もの大きな格差が生じている。(図表 1 - ( 1 ) - )

このような状態を受け、厚生労働省においては、平成 19 年に「革新的医薬品・医療機器創出のための 5 か年戦略」を作成し、新薬の上市までの期間を平成 23

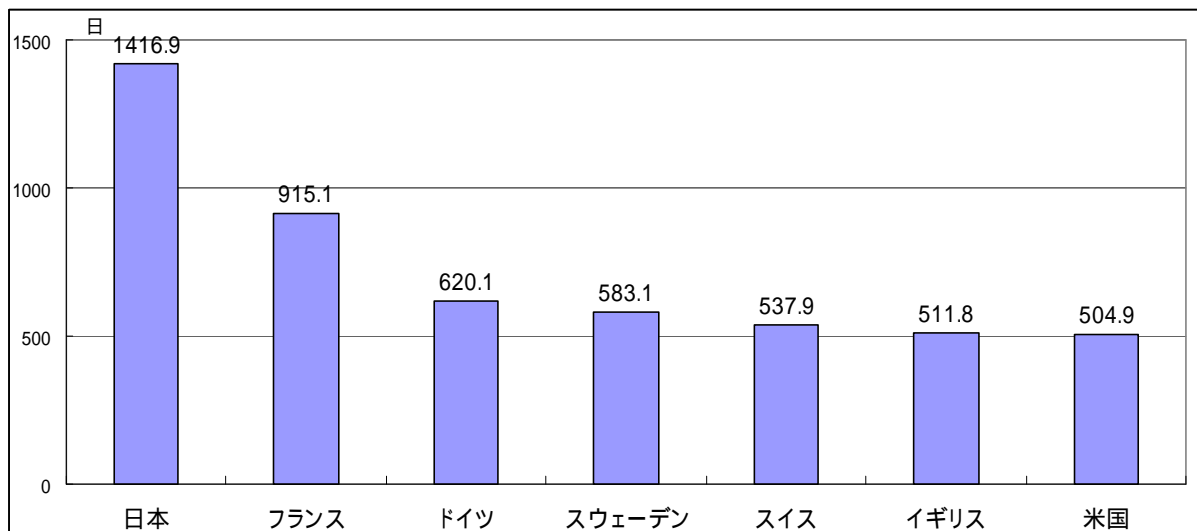
年度末までに 2.5 年短縮し、米国並みとすることを目標として、審査人員の倍増・国際共同治験への対応の強化などの施策の検討を行っているところである。

しかしながら、例えば倍増した場合においても、日本における審査人員は現状の 200 名程度から 400 名程度に増加するにとどまる。一方、米国では、機能の違いもあり一概に単純比較することはできないが、2,000 名を超える人員が審査にあたっており、倍増を以って日本の審査人員を十分と言うことはできないのではないかと。(図表 1 - ( 1 ) - )

また、新薬の審査においては、非常に高度な医学・薬学の知識が必要とされるが、そのような人材は一朝一夕で育成できるわけではなく、長期間に渡る教育・経験が必要である。これらを踏まえると、平成 23 年度末までのドラッグ・ラグの解消という目標の達成が困難になることも十分予想される。また、実際に未承認の新薬の使用を熱望している患者がいることを考慮すると、平成 23 年度という先の話ではなく、一日も早いドラッグ・ラグの解消が望まれるところである。

従って、ドラッグ・ラグの解消を迅速に進めるためにも、厚生労働省は現在の検討中の施策を前倒して実施するとともに、例えば欧米で承認された新薬については日本における審査を大幅に緩和するなど、追加的な施策を検討し、実施すべきである。

図表 1 - ( 1 ) - 欧米と日本の医薬品の上市状況



(備考) 日本製薬工業協会 医薬品産業政策研究所 リサーチペーパーN031 による。

図表 1 - ( 1 ) - 承認審査等の審査人員の国際比較 (平成 18 年)

日本	米国 (FDA)	英国 (MHRA)	フランス	ドイツ	スウェーデン	欧州 医薬品庁 (EMA)
197	2,200	693	900	1,100	400	360

(備考) 1 厚生労働省「第 1 回有効で安全な医薬品を迅速に提供するための検討会資料 (平成 18 年)」による。

2 欧州医薬品庁は事務局としての機能であり、実際の審査はEU加盟国の医薬品審査機関を利用。

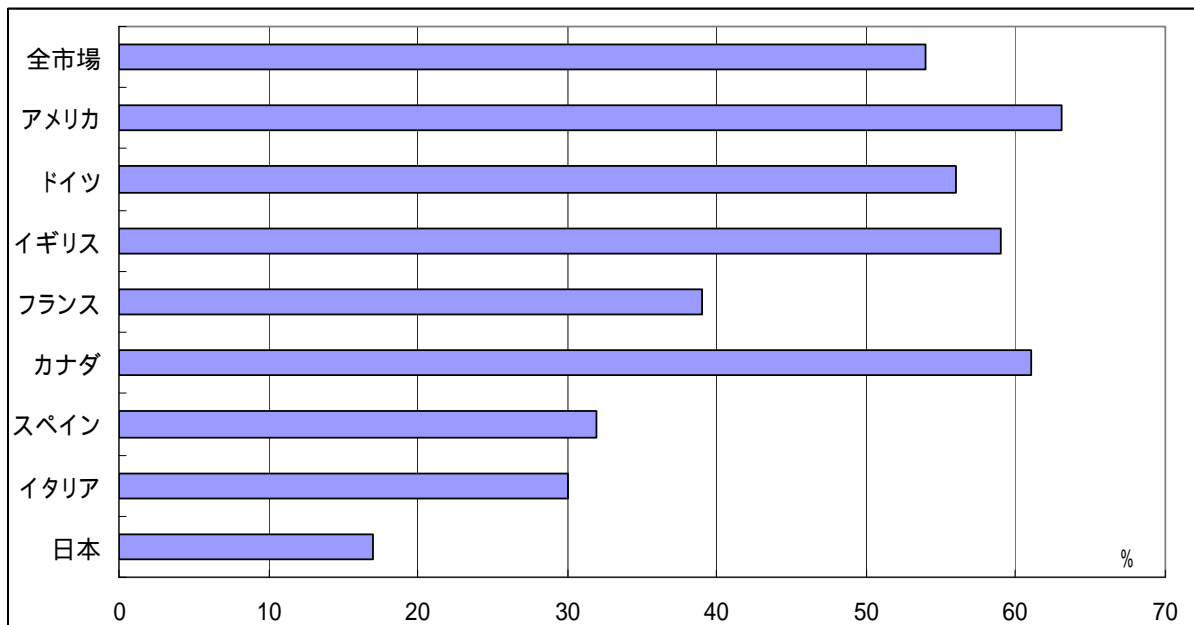
## イ 後発医薬品の使用促進

日本における全医薬品中の後発医薬品のシェアは数量ベースで 17% (金額ベースで 5%) であり、数量ベースで 50% を超えている欧米諸国に対して、低いレベルにとどまっている (図表 1 - ( 1 ) - )。厚生労働省においては、後発医薬品の使用促進のため、平成 19 年の「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」において、後発医薬品のシェアを平成 24 年度までに 30% 以上 (数量ベース) とすることを目標とし、平成 20 年度の診療報酬改定において、種々の施策を実施したところである。

しかしながら、薬剤価格の大部分が保険給付されることや、慣れ親しんだ薬剤を変更することに対する不安などから、患者・医師ともに後発医薬品へ変更する動機に乏しい状況であることも考えられる。更には、保険償還価格の多寡に着目して、後発医薬品が敬遠される可能性すらいまだ否定できない。その結果、厚生労働省が実施した一連の施策が後発医薬品の使用促進につながらないことが懸念される。

そもそも、同等性が証明された同一成分の薬剤について保険償還価格を異にする合理的な理由は存在しない。したがって、厚生労働省が実施した施策の効果について、早急に調査を行うとともに、後発医薬品への需要を喚起する根本策として、先発薬の特許期間終了時点においては、先発医薬品と後発医薬品の保険償還価格を同一価格とする、いわゆる参照価格制度を導入すべきである。

図表1 - (1) - ジェネリック医薬品シェア (2006年)



(備考) 日本ジェネリック製薬協会作成資料による。

## 医師及び他の医療従事者の供給体制の在り方の検討

### ア 医師と他の医療従事者の役割分担の推進

当会議は「規制改革推進のための第2次答申」において、深刻化する医師不足問題へ迅速に対応するため、医師と他の医療従事者の役割分担を見直し、医師の業務をより高度で専門的なものに絞ることを提言した。これを踏まえ、厚生労働省は平成19年12月28日に「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(医政局長通知)を発出したものの、医療従事者が現行の法解釈でも実施可能である事項を改めて列挙するにとどまっており、医師と医療従事者間の役割を大きく見直す内容とはなっていない。

現在、厚生労働省は療養病床の削減を進めている。この結果、在宅・介護施設における医療ニーズが急激に高まる見通しであるが、現状においても過剰労働下にある医師が、在宅・介護施設の医療ニーズにきめ細かく対応していくことができるであろうか。多くの患者が十分な医療を受けられず見捨てられるような状態が発生することを深く危惧するものである。

また、過酷な勤務環境と医療過誤による訴訟リスクの高まりにより、産科医の減少は特に顕著である。この結果、住み慣れた地域から遠く離れ、なじみの無い地域において出産せざるを得ない、いわゆる“お産難民”が今後更に増加することも非常に憂慮するものである。



このような状態を生み出さないよう、例えば慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーに相当する職能を導入する、介護施設内において、介護福祉士にもたんの吸引などの一定の医療行為を実施することを認める、正常分娩においては助産師にも一定の医療行為の実施を認めるなど、医療従事者の業務を高度化する施策について至急検討を行い、法改正または法解釈の変更を行うなど必要な措置を講じるべきである。

## イ 医師の供給体制の見直し

現在、医師となるためには医師国家試験に合格することが必要であり、医師国家試験を受験するためには医学部を卒業することが、医師法上義務付けられている。従って、日本における国立・公立・私立大学医学部の総定員数の増減が、将来的な医師数の増減に直結することになるが、この医学部の定員の設定については、国が管理するところとなっている。

昭和 30 年代後半には、深刻化する医師不足に対応して、定員の増加を行い、昭和 40 年代後半には地域医療確保の観点から「無医大県解消構想」が提唱され、この構想に基づき、各都道府県に積極的に医学部を設置させ、定員を増加させていった。ところが昭和 60 年代に入ると、一転して、将来の医師の過剰を解消するためとして、医学部定員を少なくとも 10%削減する方針が決定され、以降、医学部の定員は抑制されてきた。(図表 1 - (1) - )

現在深刻化しつつある医師不足問題は様々な要因が複合した結果であると考えられるが、この医学部定員の抑制もその一因である。平成 18 年の「新医師確保総合対策」においては、10 県に限定して、医学部定員の上乗せが認められたが、場当たり的な対応である感が否めず、医師の需給という極めて見通すことが困難な事項を国が管理することについての限界が露呈された状態である。

また、そもそも職業を選択することは個人が本来有する重要な権利の一つであり、医師になりたいという志を持ち、必要な知識・技術を習得した個人には等しく医師になる権利が認められるべきである。これにより、医師の供給が拡大することはもちろんのこと、医師間の競争が促進されることで、より質の高い医療が創出されることにもつながるものと考えられる。

従って、長期的に安定した医師の供給、医療の質の向上を図るためにも、医学部の定員を国が管理している現在の制度について、その必要性を検討し、見直すべきである。

また、質の高い医師を供給するためには、高校卒業後、すぐ医学部教育を受け医師になる現在の養成課程だけではなく、医療を強く志す人が一般社会で様々な経験をつんだ後でも医師になれるような制度を整備することが必要と考えられる。従っ

て、医学部編入要件の緩和やメディカル・スクールの設置など、医師の養成課程の多様化についても、あわせて検討すべきである。

図表1 - (1) - 医学部の入学定員削減の推移

区分	ピーク時の 入学定員 (S59年度)	削減状況			H16年度の 入学定員
		H10年度 まで	H11年度～ H16年度 まで	合計	
	(A)	(B)	(C)	(D=B+C)	(E=A-D)
国立	4,580人	480人 [10.5%]	10人 [0.2%]	490人 [10.7%]	4,090人
公立	660人	5人 [0.8%]	0人 [0%]	5人 [0.8%]	655人
私立	3,040人	155人 [5.1%]	5人 [0.2%]	160人 [5.3%]	2,880人
合計	8,280人	640人 [7.7%]	15人 [0.2%]	655人 [7.9%]	7,625人

(備考) 厚生労働省「第1回医師の需給に関する検討会資料(平成17年)」による。

### 混合診療禁止措置の撤廃

技術の発達は、旧来想定されていなかった新しい医療を形作り始めている。

その一つに、医療機関と患者との間に情報ネットワークを構築することで、患者が実際に医療機関を訪れることなく診療を受けることができる遠隔医療がある。近年、通信インフラの急速な普及により、遠隔医療の可能性は大きく広がった。現在、医師不足問題等、特に地域において医療の崩壊が懸念されている。遠隔医療は、その解決策の一つとしても期待されているのである。しかし、その推進にあたり、混合診療の禁止措置が障害となっている。

例えば、情報ネットワーク構築のためには、当然ながら患者側にも通信端末を設置する必要がある。しかし、患者の家に設置する通信端末の購入に係る料金を医療機関が患者から徴収した場合、当該費用には保険が適用されないため、保険診療と保険外診療の併用(いわゆる「混合診療」)に該当する。厚生労働省は混合診療は原則認められないという法解釈をしており、一連の診療行為の中で一部でも保険外診

療を行うと、本来、保険が適用されるべき診療についても保険給付が打ち切られ、一連の診療全てについて患者が費用を自己負担しなければならない。

前述のような遠隔医療行為を実施する医療機関は、患者の負担が大きくなってしまわぬよう、通信に係る患者側の負担を肩代わりしている。しかし、それを現行の電話再診料や補助金で十分にまかなうのは難しい。結果、遠隔医療を推進する上での妨げの一つになっているのである。

遠隔医療だけではない。このような事例、つまり、今は「医療」として括られていない技術やサービスが、その発達・普及により医療に活用される場面が今後更に増えていくであろうことは、想像に難くない。混合診療の禁止措置は、その度に、迅速な普及を阻害することになる。仮に、新規技術・サービスを個別に保険収載していくとすると、厚生労働省が、それらの技術・サービスについて全てを把握し、管理しなければならない。それは、甚だ現実的でない。禁止措置を撤廃せぬままでは、医療の発展を阻害し、患者の利便を損なうばかりである。

過去、この混合診療禁止措置については、平成 16 年 12 月 15 日に厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間で「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」が取り交わされ、先進医療を含む、将来の保険導入を前提として保険外併用を認める「評価療養」が導入された。しかし、平成 17 年に先進医療の要件として「薬事法承認」が厚生労働省保険局医療課長通知により挿入され、先進医療制度の前身である高度先進医療制度よりもむしろ逆に規制強化となる部分が発生した。

当会議としては、この個人の自由な選択を妨げ、患者に不利益をもたらす混合診療禁止措置の撤廃について、改めて強く主張し、厚生労働省と協議を行った。その結果、「規制改革推進のための第 2 次答申」(平成 19 年 12 月 25 日)において、前述の「薬事法承認」要件を挿入した医療課長通知は解除されることとされ、実際に平成 20 年 3 月末に当該通知が廃止されたところである。

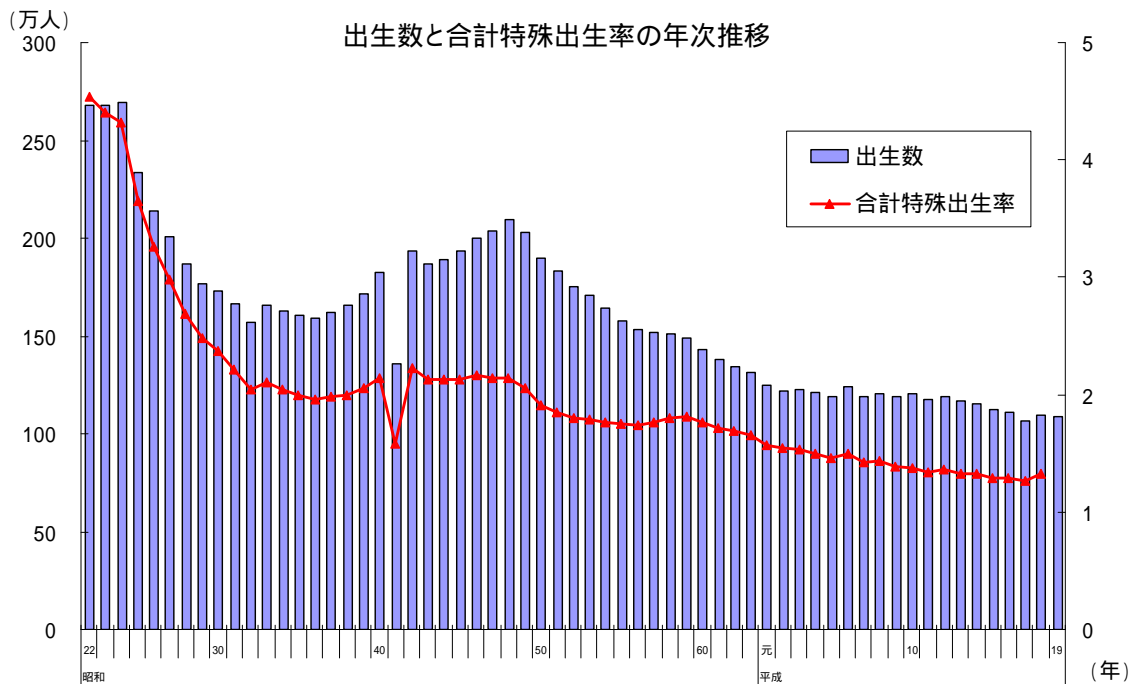
しかしながら、上記の措置によって、平成 16 年の「基本的合意」の段階に漸く戻ったところであり、現在においても、混合診療の原則禁止措置はなんら変わったところはない。患者が持っている、自分の望む医療を自由に受けたいという切実な要望に依然として応えられていない状態である。厚生労働省は、混合診療の禁止措置により、国民の自由意志が尊重されていない状況にあることを、深刻に受け止め、混合診療禁止措置の撤廃に向けた施策を早急に講じるべきである。

## (2) 福祉、保育、介護分野

### 保育分野

我が国では、昭和40年代後半の第2次ベビーブーム以降、合計特殊出生率が徐々に低下し、平成17年には1.26と過去最低を記録するなど、急速な少子化が進行しており、平成17年には予測よりも2年早く人口減少社会に突入した。

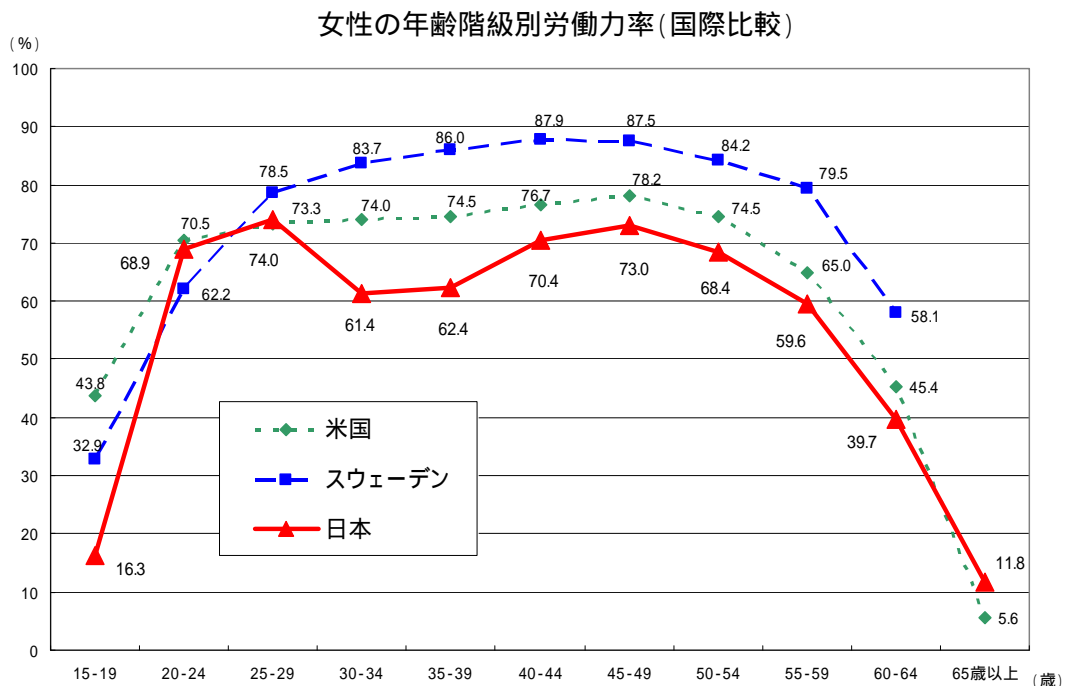
図表1 - (2) -



(備考) 厚生労働省「人口動態統計(平成19年)」による。

こうした少子化の進行により労働人口の急速な減少と国の成長力の大幅な低下が予想される中、潜在労働力として最も期待が高いのが女性であり、特に、いわゆるM字カーブの凹み部分である子育て世代の就業率を高めていくことが有効な対処策の1つである。そのためには、女性が安心して働き続けられる環境の整備が必要である。

図表1 - (2) -



(備考) 内閣府「男女共同参画白書(平成18年版)」による。

政府においては、平成6年の「エンゼルプラン」策定以降、各種の少子化対策が講じられてきたが、目立った成果は上がっていない。国の保育制度に関しては、依然残る「措置」の発想の下、画一的・硬直的な公的保育が実施されているのが現状である。平成19年末に終了した「子どもと家族を応援する日本」重点戦略検討会議が取りまとめた重点戦略に基づき、「包括的な次世代育成支援の枠組みの構築」のための議論の場は、厚生労働省の社会保障審議会少子化対策特別部会に移された。現在、同部会において、次世代育成支援のための新たな制度体系の設計に向けた議論が進められている。

当会議では、前身の会議以降、一貫して主張してきたとおり、幼保一元化を見据えた保育制度の抜本的な改革が必須であり、同時に、多様なニーズに応える様々な子育て支援サービスを多面的に拡充していくことが重要かつ急務であると考え。改革の推進に当たっては、次の3つの視点を踏まえ、以下に掲げる施策を早急に講じる必要がある。

### 3つの視点

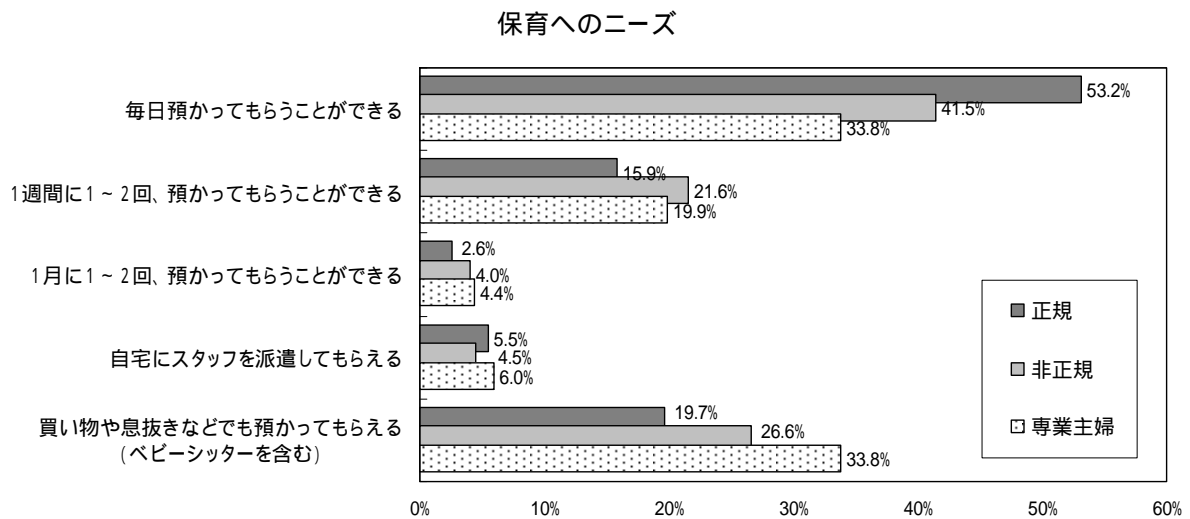
- 質の確保と量の拡大を図る効率的な事業運営
- 多様化する利用者ニーズに応えるサービスの提供
- 官民事業者のイコールフットingの実現

## ア 抜本的な保育制度改革

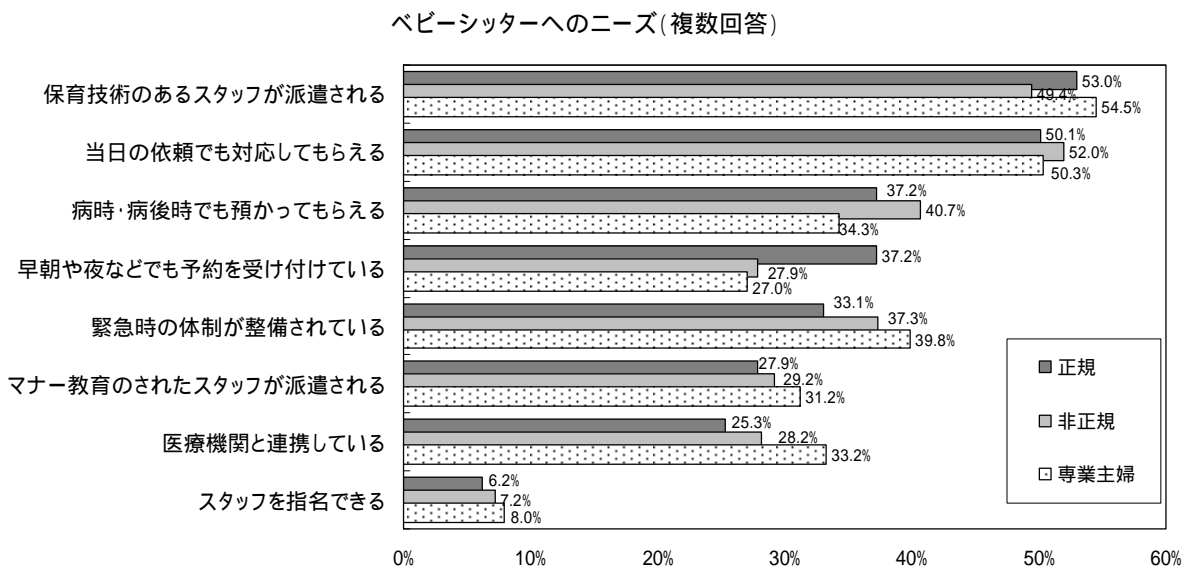
### (ア) 直接契約方式の導入

児童福祉法改正により、平成 10 年以降、利用者が複数の保育所を選択し、申込みができるようにはなったものの、最終的には保育の実施主体である市町村が入所判定を行い、児童を各保育所に割り振る仕組みが現在でも続いている。そのため、利用者の視点に立ったサービス向上へのインセンティブが働きにくくなっている。

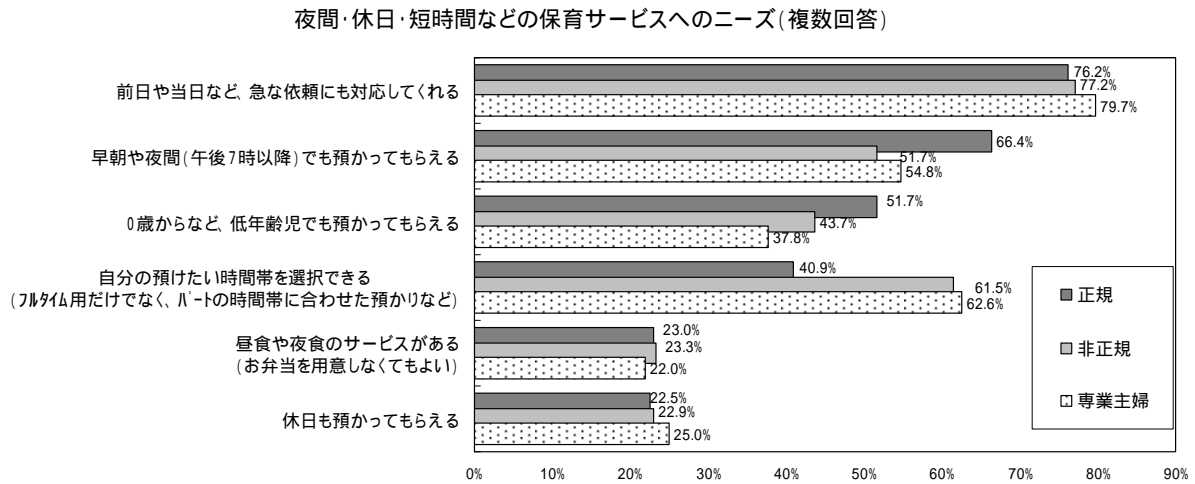
図表 1 - ( 2 ) -



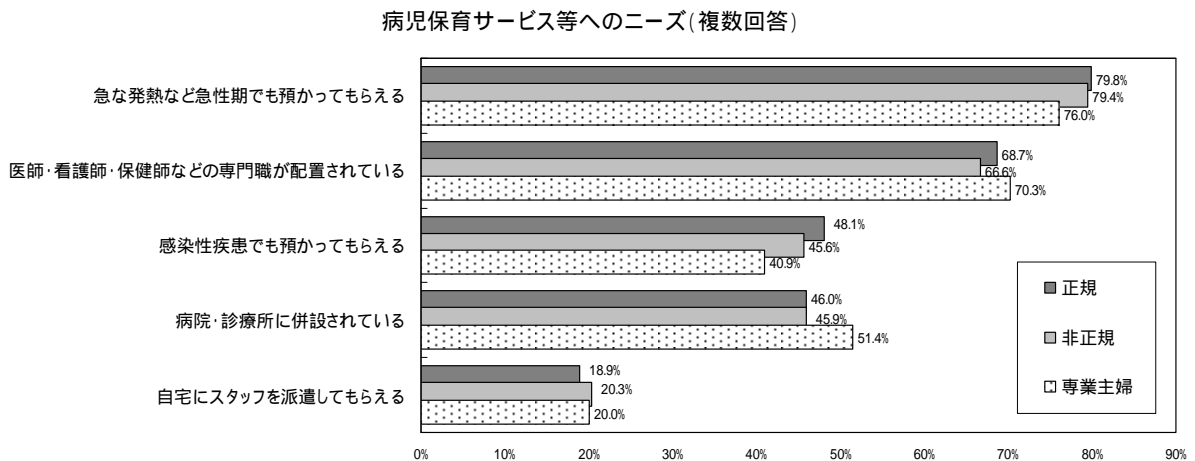
図表 1 - ( 2 ) -



図表 1 - ( 2 ) -



図表 1 - ( 2 ) -

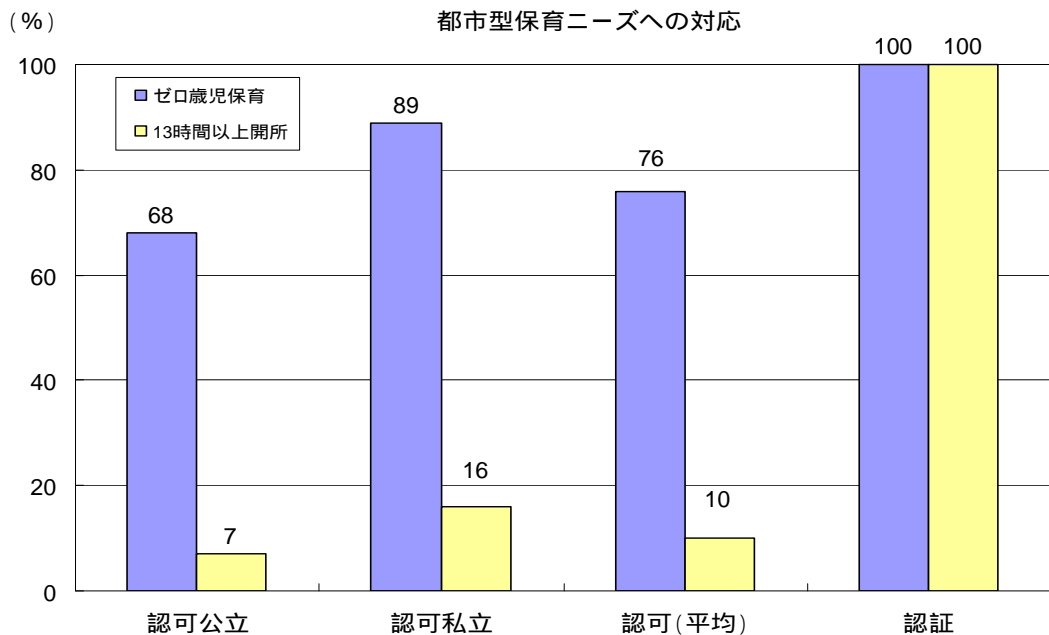


(備考) すべて経済産業省委託調査 [ 2007 ] ( 20 40 代の女性へのアンケート調査 ) による。

こうした状況下、利用者自らが施設に直接申込みを行い、契約を結ぶ方式を導入すれば、住居地に縛られずに、自宅のある市町村以外、つまり、最寄り駅、親の職場、児童の祖父母の家等に近い保育所に預けることや、必要なサービスを提供している保育所を選択することが可能となる。また、保育所の側では、他の保育所との競争が起こり、利用者から選ばれる保育所となるための努力が促されるというメリットもある。

一方、都市部を中心に行われている地方公共団体独自の取組の中で、直接契約方式を採用している東京都の認証保育所制度は、待機児童の貴重な受け皿として機能しているのみならず、認可保育所の施設最低基準とほぼ同等の水準を維持しながら都市型ニーズに応えるサービスを提供し、利用者から好評を得ている。

図表1 - (2) -



(備考)東京都福祉保健局少子社会対策部資料(平成19年4月現在)により作成。

そうした地方公共団体独自の取組を参考にし、直接契約方式を導入すべきである。

なお、直接契約方式では、サービス供給量が需要を下回る場合、本来、利用者を選択されるはずの施設が、逆に利用者を選択する形となり、障害児や低所得世帯の児童の受入れを拒否するのではないかとといった懸念が持ち上がるが、そうした状況を回避するには、セーフティネットとして公立保育所の位置づけを明確化し、障害児保育の実施や低所得者層の優先入所等、受入体制の整備・強化を進めるなど、新たな仕組みを設けることで十分に対応可能となる。

### (イ) 直接補助方式(バウチャー等)の導入

現行制度では、国の補助は利用者ではなく、保育所に対して運営費という形で機関補助が行われている。利用者側の視点では、待機児童の発生している都市部や児童数の減少から保育所の閉所を余儀なくされている地域においては、必要なサービスを自由を選択し利用したいという希望が叶わないだけでなく、認可保育所への入所可否によって様々な不公平が生じていることが問題視される。質の面で安心感を得られやすい認可保育所に預けられる人と、認可保育所に預けられず、やむなく認可外のサービスを利用する人や就労継続そのものを断念せざるを得ない人との間には、負担する保育料や就業機会・利益の得



失において大きな格差が生じる。こうした利用者間の不公平は、手厚い公的補助が広く子育て世帯に行き渡らずに、認可保育所に対して集中的に行われていることに起因する。加えて、実際に認可保育所と認可外施設における保育の質の実証的な比較検証は行われていないにもかかわらず、認可保育所の不足感・待望感にもつながってしまっている。

図表 1 - ( 2 ) -

国基準(保育料)等から推計した利用者負担額

【保育所】(1人当たり月額)

年齢区分	費用総額	保護者負担額	公費負担額	利用者負担:公費負担
0歳児	17.3万円	3.5万円	13.8万円	2 : 8
1・2歳児	10.3万円	3.5万円	6.8万円	3 : 7
3歳児	5万円	2.8万円	2.2万円	6 : 4
4歳以上児	4.3万円	2.6万円	1.7万円	6 : 4

【保育所】(総額)

費用総額	保護者負担額	公費負担額	利用者負担:公費負担
1兆7,800億円	7,600億円	1兆200億円	4 : 6

- (備考) 1. 厚生労働省社会保障審議会少子化対策特別部会第6回(平成20年4月9日)資料による。  
2. 平成20年度保育所運営費負担金予算(案)額を基に算出。

こうした問題意識から、投入されている公的補助を機関補助ではなく、保育の必要度(要介護認定のような公的な基準)に応じて、バウチャー等で子育て世帯に配分する、利用者への直接補助方式に転換するべきと考える。価格(利用者の費用負担分)を設定する際には、原則、サービス利用量・内容に応じた応益負担とすべきである。また、現在、認可保育所の保育料は月額で決まっているが、フルタイム勤務以外の共働き世帯や在宅保育世帯による利用も増えると予想されることから、日割り・時間単位等に見直す必要もある。なお、公費によるバウチャー等が利用可能なサービスの対象は保育所に限定せず、認定こども園や、家庭的保育(保育ママ)やベビーシッター等の在宅保育サービス等にも拡大すべきである。

こうした見直しにより、利用者間の公平が保たれ、受け取る補助額を分割使用したり、個人で上乘せしたりすることが可能となり、利用者のサービス選択の幅が広がる。また、事業者側には、一律の公定価格ではなく、自由な価格設定が可能な仕組みを採り入れることで、病児・病後児保育や夜間・休日保育など付加的なサービスの提供に向けたインセンティブが働く。さらには、利用者

が認可外サービスを選ぶことで、利用者の潜在的ニーズに応える新たな事業者の参入も期待できる。もちろん、公費を使用する対象サービスとして、一定の基準を設けることは必要であり、事業者による適切な情報公開の徹底や質の確保を図ることは、公の責任において行われるべきである。

なお、低所得世帯や障害児を持つ世帯をどのように扱うかについては、補助額で調整する策、すなわち保育の必要度の判定基準の1つに世帯所得や障害の程度、保育の緊急度を加え、受け取るバウチャー等を増額する方式を採用すべきと考える。

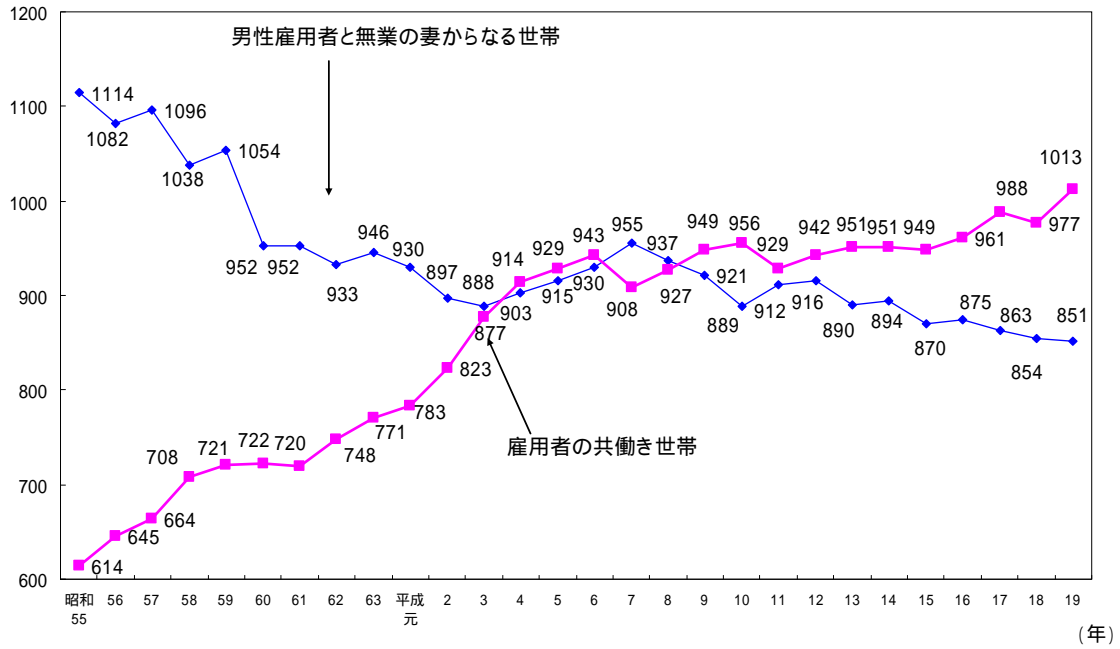
### **(ウ)「保育に欠ける」要件の見直し**

戦後間もなく制定された児童福祉法では、保育の実施対象を「保育に欠ける」児童と定めており、現在もなお、認可保育所に入所できる、あるいは国の家庭的保育サービスを受けられるのは「保育に欠ける」児童に限定されている。この「保育に欠ける」要件は、保護者の就業状況や就労形態の多様化、核家族化の進行や子育てに困難を抱える家庭の増加など、子どもを取り巻く環境が大きく変化しているにもかかわらず、長年見直しがなされていない。そのため、認可保育所への入所の可否と個々の家庭における保育や子育て支援の必要度合いが必ずしも一致していない。特に都市部等では、「保護者が昼間就労を常態とする」という1つめの要件に最も高い優先度が設定されている地方公共団体が多く、早朝・深夜シフトや、パートタイム勤務を掛け持ちする保護者等の児童は入所ににくいという指摘もある。

図表1 - (2) -

共働き等世帯数の推移

(万世帯)

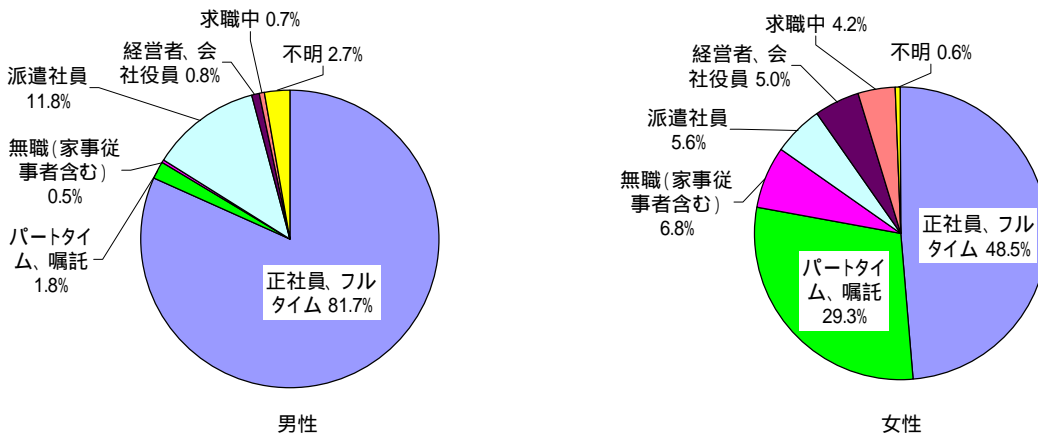


- (備考) 1. 内閣府「男女共同参画白書(平成20年版)」による。  
 2. 昭和55年から平成13年は総務省「労働力調査特別調査」(各年2月、ただし、昭和55年から昭和57年は各年3月)、14年以降は「労働力調査(詳細結果)」(年平均)より作成。  
 3. 「男性雇用者と無業の妻からなる世帯」とは、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者(非労働力人口及び完全失業者)の世帯。  
 4. 「雇用者の共働き世帯」とは、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。

図表1 - (2) -

保護者の就業形態

認証保育所

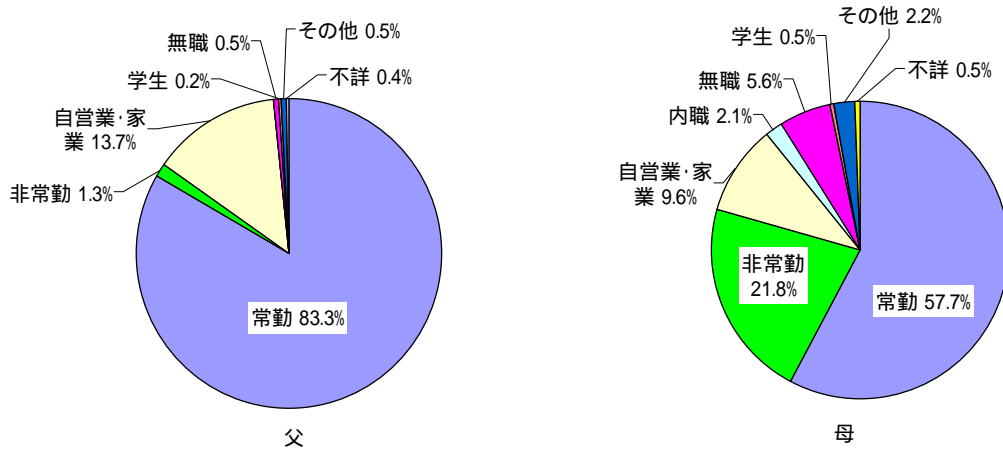


(備考) 東京都「認証保育所実態調査結果報告書(平成16年7月)」による。

図表 1 - ( 2 ) -

父母の就業状況

認可保育所



- (備考) 1. 厚生労働省「地域児童福祉事業等調査(平成18年)により作成。  
 2. 非常勤は、職場が定めた所定労働時間のすべてを勤務している者以外の者。

したがって、「保育に欠ける」要件を近年の実態に照らして見直し、共働き世帯のみならず、専業主婦(夫)世帯でも、保育所において保育・子育て支援サービスを利用できるような基準に改めるべきである。

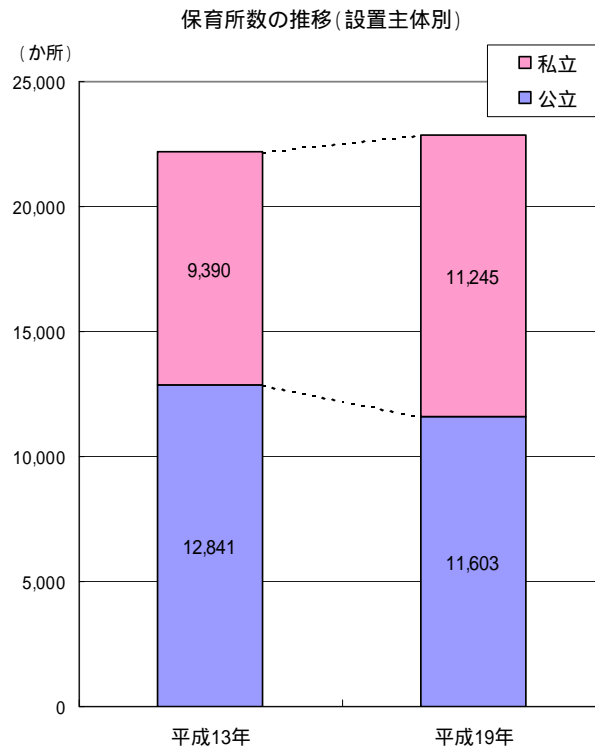
なお、入所希望者数が定員数を超える場合、2)で述べた補助額の設定に必要な「要保育度」と同様の概念で、その必要度に応じて優先順位付けされるような仕組みを導入する必要がある。

**(エ) 官民イコールフットイングによる民間事業者の参入促進**

認可保育所には市町村が開設する公立と、「官」以外が設置主体となる私立がある。また、公立の中には、市町村が運営する「公営」と、民営化され、社会福祉法人を始めとする民の経営による「私営」がある。

近年の認可保育所の設置状況を「社会福祉施設等調査」(厚生労働省)で見ると、箇所数の推移では、公立が減少、私立は反対に増加傾向にあり、平成19年現在では公立がまだ過半を占めているが、早晚、公私比率は逆転すると予想される。

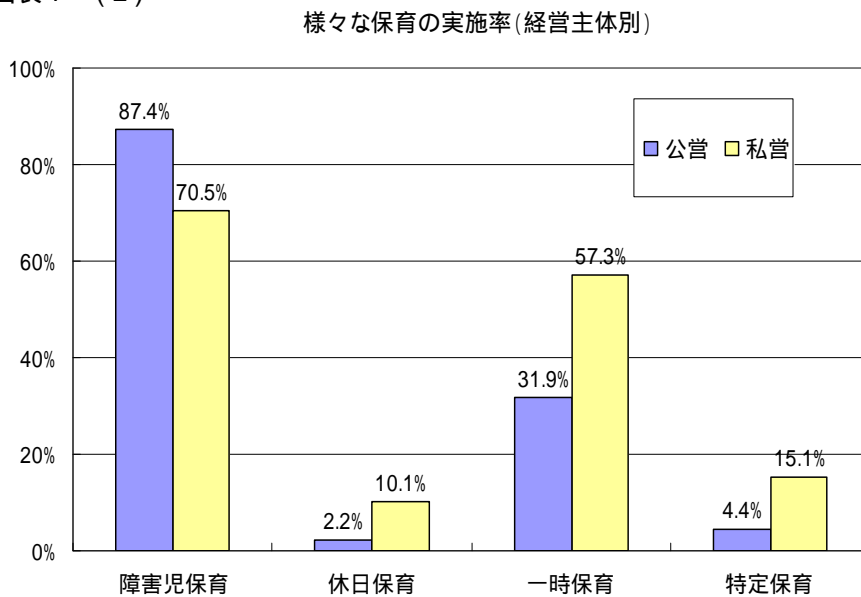
図表 1 - ( 2 ) -



(備考) 厚生労働省「社会福祉施設等調査(平成13年)」、「福祉行政報告例(平成19年4月分概数)」により作成。

同じ認可を受けた保育所であっても、経営主体によって、そのサービス内容は大きく異なっている。例えば、障害児保育を除く、その他の様々な種類の保育実施率は、私営がすべて公営を上回っている。

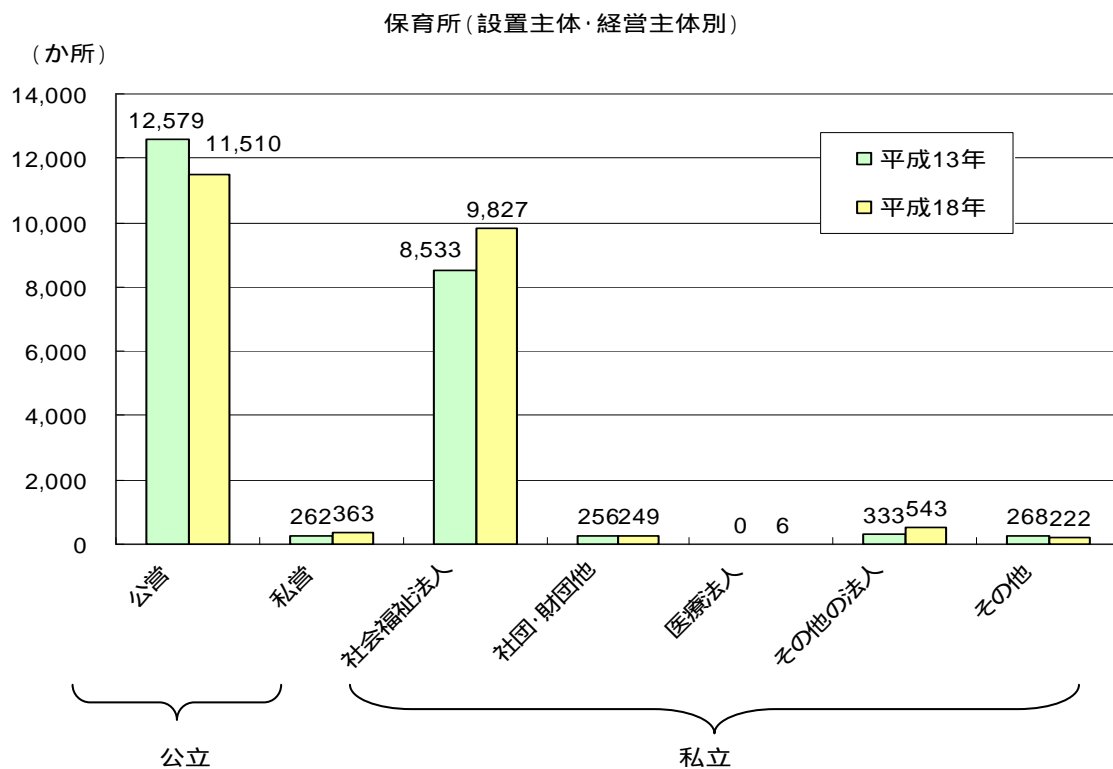
図表 1 - ( 2 ) -



(備考) 厚生労働省「社会福祉施設等調査(平成18年)」により作成。

一部の地方公共団体では公設民営化の動きがあるが、平成18年の私営は363箇所と公立全体に占める割合はわずか3%に過ぎず、公立保育所のほとんどは依然公営である。また、私立の認可保育所の内訳では、社会福祉法人による経営が9割と圧倒的に多く、平成18年までの5年間で約1,300箇所も増えている。一方、多様な利用者ニーズに応えるサービスの提供者として期待される株式会社やNPOを含む「その他法人」が経営する比率は、平成18年で5%にとどまっており、保育所事業への参入が進んでいないことがわかる。

図表1 - (2) -



(備考) 厚生労働省「社会福祉施設等調査(平成18年)」により作成。

地方公共団体が公立保育所の民営化を進める際、国の規制がないにもかかわらず、移管先を社会福祉法人に限定するケースが多いため、株式会社立となる事例はごく稀である。また、現在、私立保育所への施設整備交付金は、社会福祉法人立の保育所に限られており、株式会社、NPO法人は補助対象外である。社会福祉法人が半「官」的な存在とすると、実質的な官民のイコールフットイングがはかられていないと言える。さらには、保育所運営では株式会社であっても社会福祉法人会計が求められており、株主への配当が制限されるなど、参

入の大きな障害となっている。

そのため、サービス供給量の拡大に向けて、多様な民間事業者の参入を促す環境整備を図るためには、上記のような阻害要因を早急に取り除くべきである。具体的には、

施設整備交付金を社会福祉法人以外の民間事業者にも給付する

株式会社には企業会計の適用を認める

民営化の際、社会福祉法人以外の民間事業者を排除しないよう地方公共団体への指導を徹底する

等の対策が必要である。なお、1点目については、憲法89条の解釈問題が背景にあるものの、介護保険など、既に直接補助を行っている例に照らせば、直接補助を行うことによりほぼ解決できると考える。

## (オ) 地域の実情に応じた施設の設置の促進

### a 保育所の最低基準の見直し

保育所の施設最低基準(厚生労働省令)は、「保育に欠ける」要件と同様に、長年にわたりほとんど改正がされていないため、これといった根拠がないままに適用されているものが多い。例えば、乳児のほふく室の面積基準は1人あたり3.3㎡(畳2畳分)保育に従事する職員はすべて保育士資格を保有する者と定められているが、東京都の認証保育所制度では、それぞれ2.5㎡以上、資格保有者が6割以上まで弾力化が認められており、これら基準の緩和による具体的な問題は明らかにされていない。

図表1 - (2) -

認可保育所と認証保育所の基準比較

	認可保育所	認証保育所
乳児室、ほふく室 (0、1歳児室)	1人あたり3.3㎡以上	A型(駅前基本型)3.3㎡以上(2.5㎡まで弾力化) B型(小規模・家庭的保育所) 2.5㎡以上
保育従事者	保育士	保育士以外の者も可(但し、6割以上は保育士)

(備考)東京都福祉保健局少子社会対策部資料(平成19年8月)により作成。

したがって、子どもの安全面のみならず、健康な心身の発達を保障する環境を整えるためには、どこまでの最低基準が必要なのか、科学的・実証的に検証し、早急に見直すべきである。

また、調理室の必置基準については、これまでの規制改革等により以下の特例が認められている。

分園方式の保育所では、中心保育所に調理室があり、調理員がいれば、調理室の設置及び職員の配置が不要

幼稚園や学校の余裕教室を使って保育所を整備する場合には、園・学校の給食設備の共用が可能

「認定こども園」では3歳児以上には外部搬入方式が可能

一方で、構造改革特別区（特区）事業として「公立保育所における給食の外部搬入方式の容認事業」があり、全国展開への検討が重ねられているが、まだ結論は出ていない。アレルギー児等特別な配慮を要するケースへの対応を十分に行う前提で、全国規模で外部搬入方式の導入を検討し、結論を得るべきである。

## **b 地域の実情に応じた施設の設置の促進**

平成19年末に取りまとめられた「子ども家族を応援する日本」重点戦略では、「次世代育成支援に関連する給付・サービス、とりわけ仕事と子育ての両立や家庭における子育てを支える社会的基盤となる現物給付の実現に優先的に取り組む必要があり、これを支える効果的な財源投入が必要である」とされている。現物給付の最たるものとして、厚生労働省は認可保育所を公的保育の核と位置づけているが、昨今の地方の財政状況や、上述のような地域の実情に応じた柔軟な設置が認められない全国一律の施設最低基準により、認可保育所はその設置数がなかなか増えないのが現状である。さらに、平成19年には認可保育所の定員が対前年比で約3万人増加したものの、待機児童数は約2千人しか減少しなかったなど、認可保育所が新たに開設されても、潜在需要が喚起され、定員数の増加分ほどは待機児童数が減少しないという状況に陥っている。

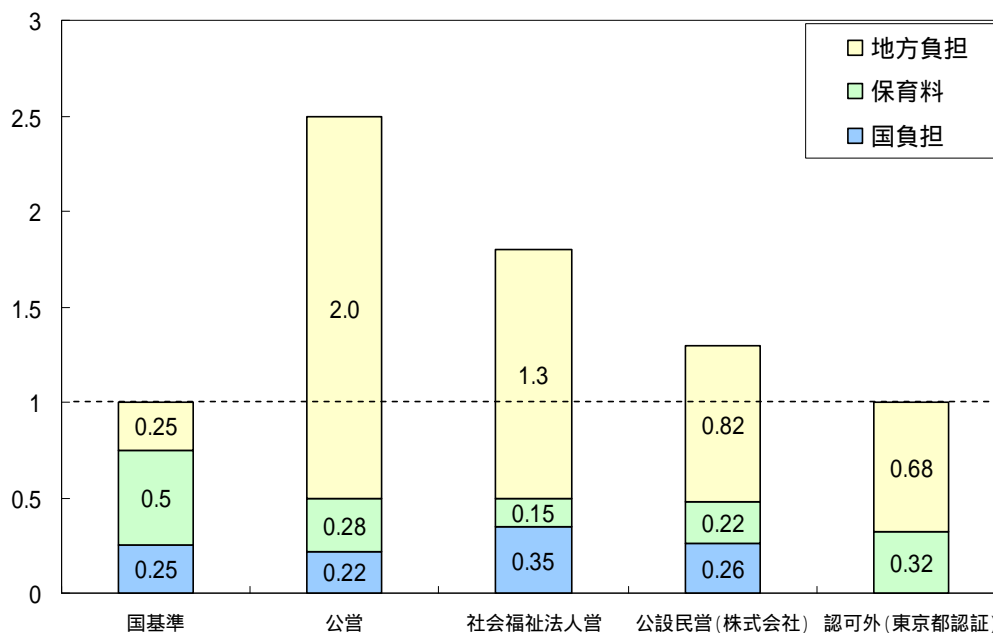
一方、設置・経営主体別の費用の負担構成のグラフが示すとおり、この例では、公営の認可保育所は高コスト及び利用者の少ない負担で運営されており、公務員である職員の人件費を賄うための地方公共団体による上乘せ負担が他の経営形態に比して突出している。

したがって、私営認可保育所や認定こども園、認証保育所等、様々な施設のサービスや運営効率、利用者満足度の相互比較を行うなどして、限られた財源を効率的に活用し、施設の設置を進めるべきである。



図表1 - (2) -

保育料と公費負担の仕組み < 東京都A市の例 >



(備考) 1. 財務省 予算執行調査(平成 14 年6月、9月)による。

2. 国基準は、国の予算で想定する全国平均の姿。

3. 国負担、保育料の数値が運営主体間で異なるのは、実際に訪問した保育所の児童の年齢構成の違い等による。

中でも、東京都の認証保育所制度は、(ア)でも述べたとおり、認可施設の最低基準とほぼ同等の水準を維持しながら、待機児童の貴重な受け皿として機能し成果を上げているが、国の認可制度では「認可外」という取扱いであるため、国からの補助金は一切入っていない。そのため、認可保育所と比べて保育料が高くなっており、利用者負担の公平性も欠いている。

そこで、効率よくサービス供給量を拡大することができ、待機児童の解消やパートタイム労働者等の「保育に欠ける」要件を満たさない児童の受入れにも道が拓けることから、認証保育所等の、一定の質が保たれている地方公共団体独自の取組を国の制度として位置づけ、利用者の選択による直接契約方式の下、柔軟な設置基準により運営するとともに、一定の補助・支援を行うべきである。

## イ その他の保育・子育て支援サービスにおける改革

### (ア) 認定こども園制度の見直し

平成 18 年 10 月に始まった認定こども園制度は、基本的には既存の幼稚園と保育所の制度を組み合わせただけであり、行政も幼稚園は文部科学省、保育所は厚生労働省と依然縦割りのままである。そのため、目指すべき真の幼保一元化にはほど遠く、抜本的な保育制度改革を議論するための前提条件として厚生労働省が必要としている「認定こども園の実施状況等を踏まえ」という規模にさえなかなか至らないのが現状である。具体的には、平成 19 年 4 月時点での申請見込み件数（平成 19 年度中に 542 件）に対し、平成 19 年 8 月現在の認定数は 105 件にとどまっている。

#### a 運用改善による普及の促進

平成 20 年 2 月に、105 園の認定こども園に対して行われた「認定こども園に関するアンケート」（関西大学白石研究室実施。回答率 63%）では、運用面での問題点が数多く指摘された。認定申請に係る手続きの効率化、簡素化はもちろんのこと、財政的な支援を求める声が非常に多かった。認可の有無や「保育に欠ける」児童かどうかにかかわらず、認定を受けた園には補助を行うべきという意見や、幼稚園型、地方裁量型の保育所部分や、「子育て支援」等、新たに追加された機能に対して補助を行わないと数は増えていかないという指摘があった。核家族化や地域のコミュニケーションの希薄化が進む中、専業主婦（夫）家庭においては、育児不安、育児うつ等による育児放棄や虐待等の問題も起こっており、認定こども園に実施が義務づけられている地域の子育て支援の重要性は間違いなく高まってきている。

そのため、地域子育て支援の実施を適切に補助し、また、既存制度における認可の有無にかかわらず、例えば、厚生労働省と文部科学省の補助金を一本化することにより、幼稚園型、地方裁量型が新たに追加した保育所的機能に対しても、一定の補助を行うべきである。

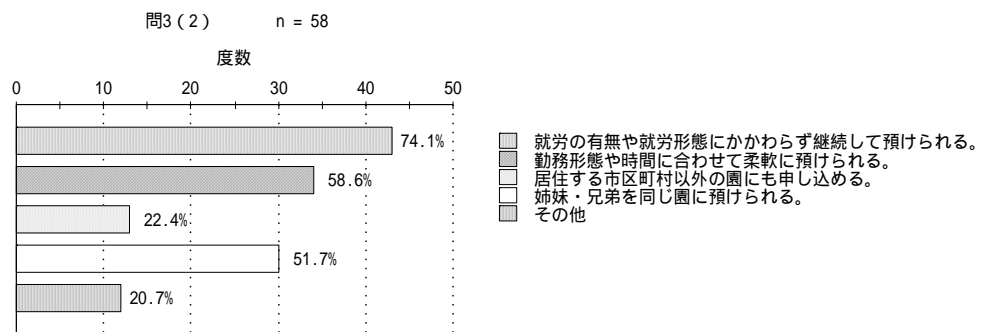
一方、保護者の認定こども園に対する評価は概して良い。短時間利用児（幼稚園）の保護者から、「夏休み等の長期休業期間に保育を受けられて良い」、「小さい子ども（3歳未満児）も預けられて良い」といったコメントがあった一方、「就労の有無や就労形態にかかわらず預けられる」、「勤務形態や時間に合わせて柔軟に預けられる」、「姉妹、兄弟と同じ園に預けられる」等、現行の保育所制度での不都合や制約と比較して利便性の高い認定こども園の制度を評価する声が、長時間利用児（保育園）の保護者から多く寄せられた。

また、直接施設に利用申込みができる点については、6割以上が「好評」と回答し、「不評」はわずか2%不足だった。「好評」と回答した園では、保育園の保護者が、直接園に申し込むことで手続きが済む簡便さや、園の雰囲気がかかること等を評価している点が理由として挙げられている。なお、3割強を占めた「普通(どちらでもない)」という回答の多くは幼稚園型の園からで、従来から幼稚園は直接契約制であるための結果と推測される。

したがって、まずは、両省が実施した実態調査や上記アンケートの結果を踏まえ、早期に運用の改善を行い、認定数の増加を図るべきである。

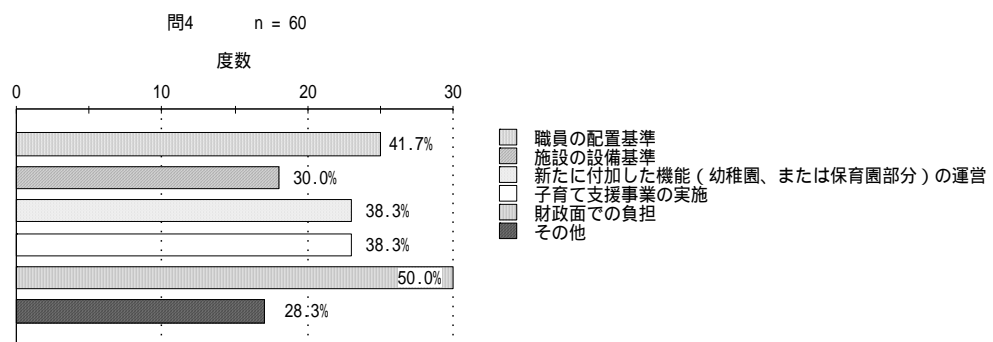
図表1 - (2) -

Q. 認定以前と比べて、良くなったと感じる点をお聞かせください。保護者からの評価 【複数回答】



図表1 - (2) -

Q. 認定以前と比べて、大変になった、厳しくなったと感じる点をお聞かせ下さい。【複数回答】



## 図表 1 - ( 2 ) -

Q. 今後、認定こども園がもっと増えていくためには、どのような制度になれば良いとお考えですか。

改善すべき点などあれば、お書きください。【自由記述回答】(抜粋、要約)

- ・保育に欠ける・欠けないに関係なく、また認可・認可外にかかわらず、財政支援があると良い。  
(特に幼稚園型の園からの回答が多かったからか、幼稚園に併置する保育園部分を認可する、あるいは財政支援を講ずる ことを求める声が多かった。)
- ・認定こども園独自の統一された補助制度があると良い。
- ・新たな機能の充実(子育て支援や一時保育事業等)を目指すのであれば、予算措置をすべき。
- ・現行の制度のまま(これまでの幼稚園、保育所の財源を組み合わせただけ、行政も依然縦割り)では、増えていかない。 就学前児童の行政をすべて一元化すべき。
- ・幼稚園機能と、保育園機能を整合させるのではなく、新しい制度として一本化すべき(国の所管省庁や予算も)。
- ・認定こども園についての理解が不十分であり、地域住民や子育て中の保護者への周知・啓発を推進する必要がある。
- ・自治体の認定こども園に対する温度差はかなりある。行政(国)がもっと奨励していかない限り、デメリットばかりで、なかなか拡がらないのでは。  
(備考)すべて関西大学白石研究室「認定こども園に関するアンケート」(平成20年2月)による。

### b 幼保一元化の実現に向けて

認定こども園制度の見直し時期は、法の附則により「施行後5年を目途」とされているが、運用改善による普及促進を図りつつ、5年を待たずに真の幼保一元化に向けた制度の見直しに取り組むべきである。見直しに当たっては、以下2つのフェーズが考えられる。

上記アと合わせた大改革により一気に幼保一元化を実現する。現行の幼稚園、保育所と統合し、一元化された行政・予算の下、すべての就学前児童を対象とする包括的な教育、養護・保育制度を構築する。親の就労形態等にかかわらず、利用者が直接申込み、契約でき、利用時間・サービス内容も柔軟に選択できる施設とする。

一方、認定こども園という枠の中だけで試行的に幼保一元化を実現し、あるべき姿(真の幼保一元化)への足掛かりとするという制度改革もあり得る。予算の一本化により二重行政を解消し、既存の2制度の組み合わせではなく、認定こども園独自の認定・補助基準を設け、運営する。現在、幼保連携型、保育所型への入所に際しては、保育所部分について市町村が「欠ける」要件の判定を行っているが、市町村による判定をやめ、行政は質のチェックや事業者からの相談・支援に特化する。この案では、新規に幼保連携型として認定を受けようとする施設が幼稚園、保

育所、認定こども園の3つの認定・認可申請を行わなければならない手間や、会計を幼・保で2つに分けなくてはならない管理業務の繁雑さを解消することができる。

## (イ) 家庭的保育（保育ママ）の拡充

### a 活用促進に向けた取組

サービス供給量の拡大という観点から、多様な利用者ニーズに応える弾力的な保育サービスの1つである保育ママの一層の活用と規模の拡大が必要だが、平成12年に始まった国の家庭的保育事業は規模が小さく、ほとんど利用されていない。表の示すとおり、国の予算での見積もり児童数に対し、実際の預かり児童数は桁違いに少なく、この事業が有効に実施されていないことがわかる。

図表1 - (2) -

国の家庭的保育事業と地方公共団体の独自制度の規模の比較

(単位:人)	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
国の事業						
児童数(予算)	5,000	2,500	2,500	2,500	2,500	1,300
児童数(事業実績)	102	99	313	276	319	-
保育ママ数	46	53	103	93	105	-
地方単独事業( )						
児童数	1,413	1,501	1,381	1,509	1,405	-
保育ママ数	934	956	910	935	926	-

(備考) 1.厚生労働省社会保障審議会少子化対策特別部会第2回(平成20年1月28日)資料により作成。  
2.「地方自治体実施分(国庫補助対象も含む) - 各年度の国庫補助実績」により推計。

一方、それ以前から独自の制度を持っていた地方公共団体では、国庫補助事業を導入せず単独で実施しているケースが多い。その主な理由としては、2つの制度を持つことで運営・管理が複雑になるだけでなく、国の制度での保育者の資格要件や連携保育所の設置がネックになっていることが考えられる。

そのため、家庭的保育事業を法制化する児童福祉法の改正案が第169回国会に提出されたが、法改正後に省令で定められる見通しとなっている保育マ

マの要件については、先行して実績を上げている地方公共団体の取組を十分参考にし、要件の緩和を図るべきである。具体的には、保育士、看護師等の資格保有者に限定せず、意欲のある育児経験者を基礎的な研修の修了を条件に保育ママと認めるなど柔軟な要件設定が必要である。また、国の補助を受け家庭的保育制度を利用する地方公共団体の数が増えるよう、実施基準・ガイドラインの策定に際しては、一定の質の確保を前提に、過度に厳しくならないよう配慮すべきである。

なお、現行の要件では、保育ママが「未就学児童を養育していないこと」や対象児童が「保育ママと3親等以内でないこと」が定められているが、フランスでは実子も含めて3人まで保育することが法的に認められている。これは、女性が子育てしながら収入を得る機会と、保育ママのなり手を確保すること、双方に役立っていると考えられ、要件を定める際には、検討に値する。

#### **b 対象児童の拡大**

国の事業は当初、待機児童解消のための応急策として導入されたため、あくまで保育所保育の補完という位置づけであり、預かる対象を「保育に欠ける」児童に限定している。本来、少人数で家庭的な環境で保育が行われる保育ママは、保育所における集団保育とは異質なものであり、敢えて保育ママを希望する保護者・家庭もあるため、保育所の補完的役割としてではなく、多様な保育サービスの1つとして位置づけるべきである。そうすることで、都市部以外の待機児童のいない地域であっても、家庭的保育サービスが受けられるようになる。

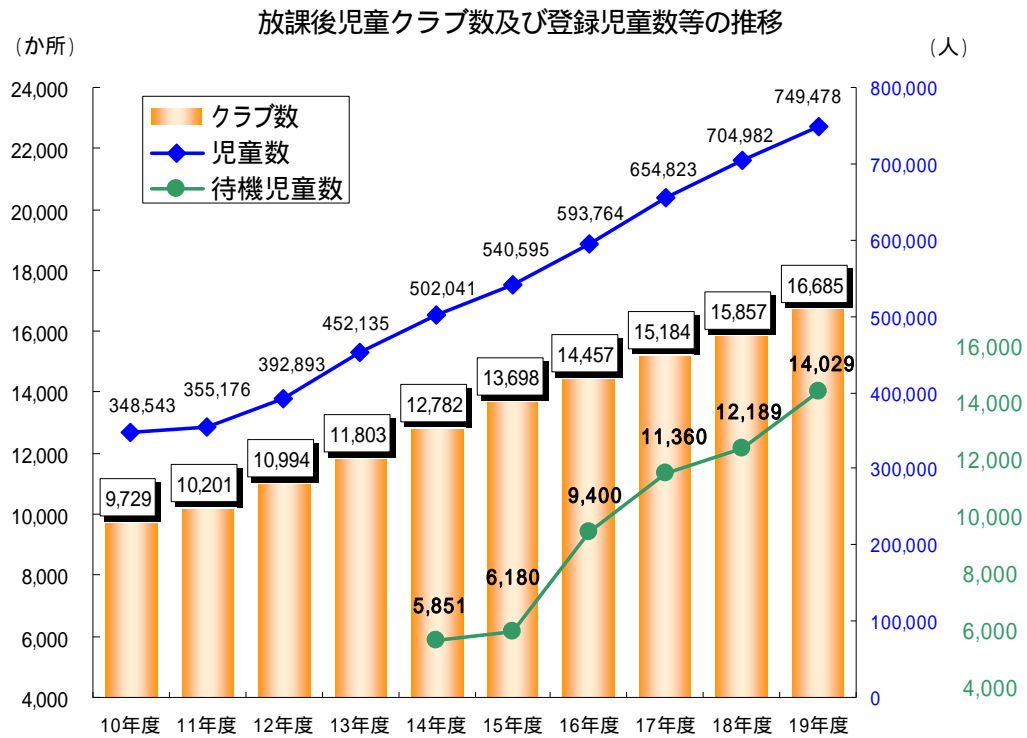
また、昭和44年から家庭福祉員制度を導入している東京都では、対象を「保育を要する」児童としており、平成19年6月現在1,223名の預かり実績があることから、家庭的保育事業における「欠ける」要件を撤廃し、「欠ける」子以外にも対象児童を拡大すべきである。

#### **(ウ) 放課後児童クラブの体制整備**

放課後児童クラブ（いわゆる学童保育）については、特段の規制がないために、近年ますます増大するニーズにより、待機児童の問題や大規模化による環境悪化等の問題が起こっている。図表1-(2)-22が示すとおり、100人以上の規模のクラブも増えている。また、特に公立の放課後児童クラブでは保育所より閉所時刻が早い、あるいは延長保育が行われていないクラブも多く、いわゆる「小1の壁」により保護者の継続就業が困難になるケースが起きている。

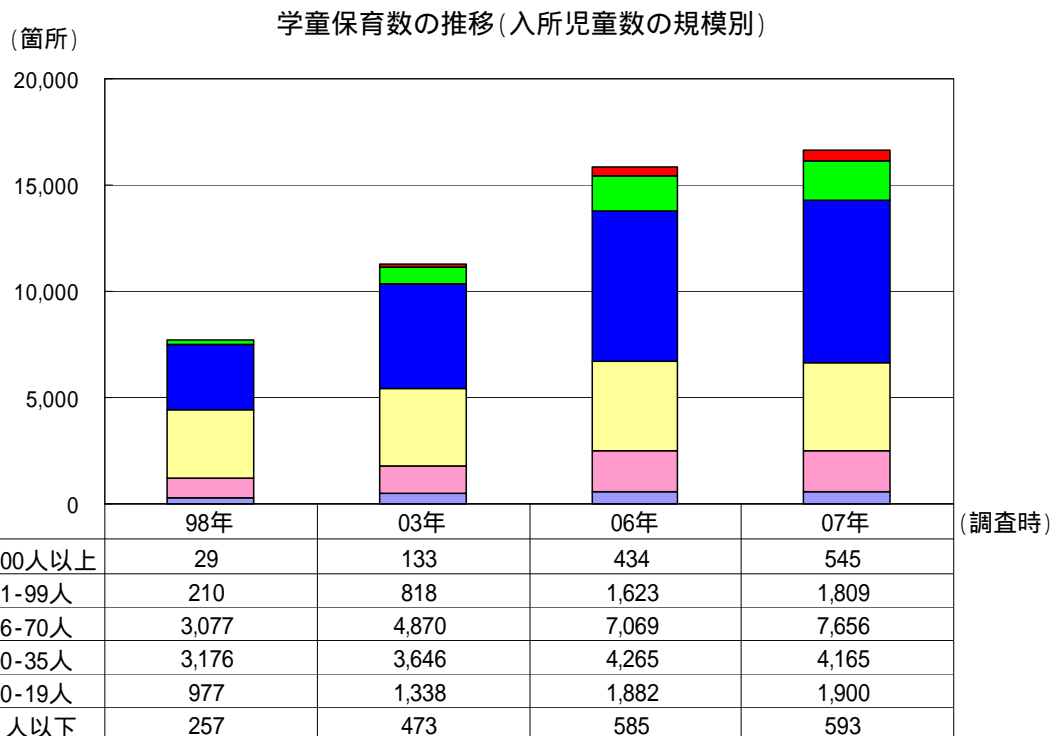
よって、仕事と家庭の両立支援の観点からも、クラブ数の増加に向け、クラブの分割や、小学校の余裕教室、児童館、幼稚園等、既存施設の有効活用を一層促進すべきである。

図表 1 - ( 2 ) - 21



(備考) 1. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局育成環境課調査による。  
 2. 各年5月1日現在。

図表 1 - ( 2 ) - 22



(備考) 全国学童保育連絡協議会「学童保育の実態と課題 2007年版 実態調査のまとめ」により作成。

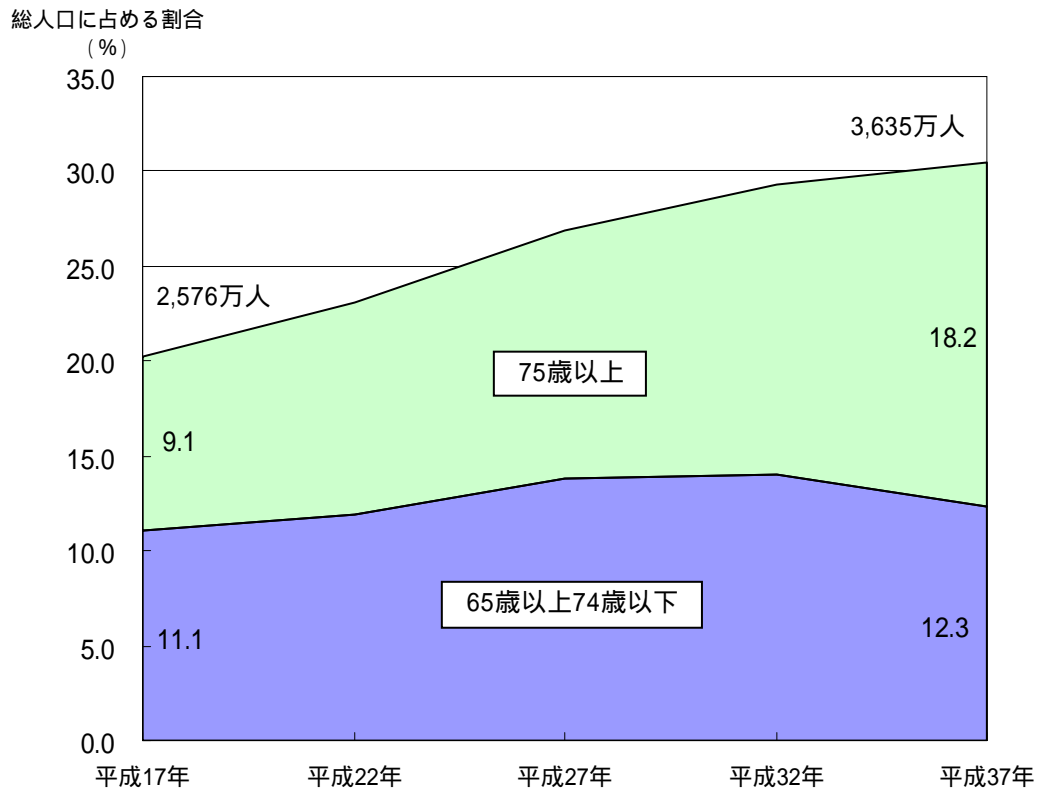
## 介護分野

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年には、65歳以上が人口の3割近くを占めると推計されており、そうした高齢化の急速な進行に伴い、要介護者数も大きく増加する見通しである。サービス利用者数の増加や多様化する利用者のニーズに十分応えられるよう、介護保険制度が将来にわたって持続可能であるための有効な施策が求められる。



図表 1 - ( 2 ) - 23

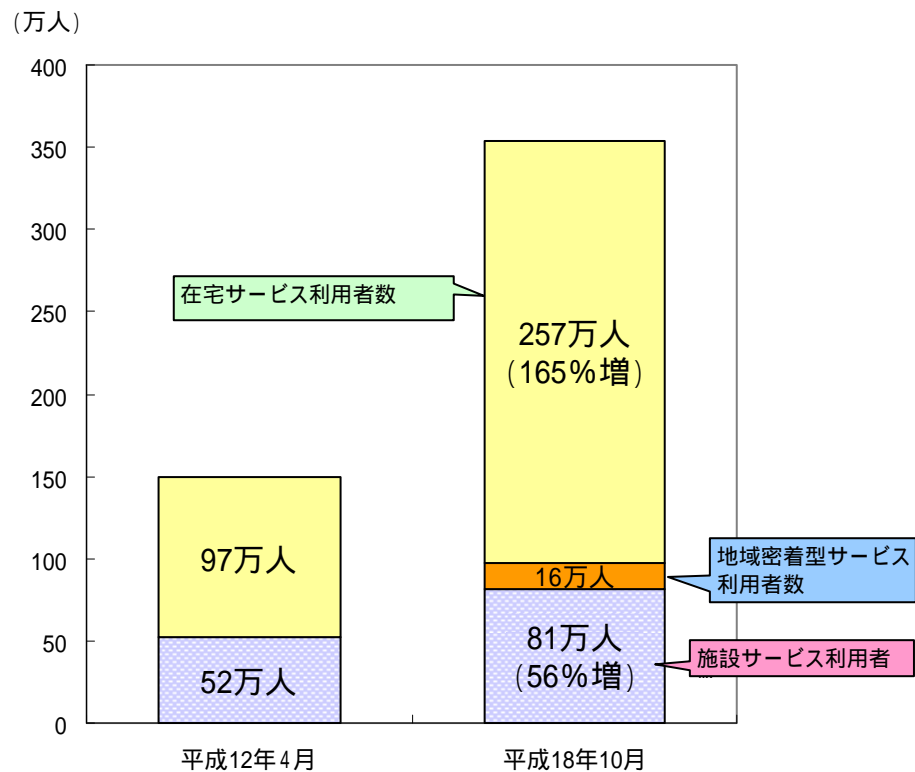
高齢者人口の割合の推移



- (備考) 1 . 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(中位推計)2より作成。  
 2 . 各年10月1日現在。平成17年は総務省統計局「国勢調査報告」(年齢「不詳人口」を案文補正した)人口による。

図表 1 - ( 2 ) - 24

サービスの利用者数の推移



	平成 12 年 4 月	平成 18 年 10 月
利用者数	149 万人	354 万人(138%増)
内、在宅サービス	97 万人	257 万人(165%増)
施設サービス	52 万人	81 万人(56%増)

(備考) 厚生労働省介護労働者の確保・定着等に関する研究会第1回(平成20年4月18日)資料による。

国としては、介護が必要になっても高齢者が自宅で生活できるようにすべきという発想から、また、施設サービスは高コストであることから、「施設から在宅へ」というベクトルを指向し、施設サービスの供給を極力押さえているように見受けられる。しかしながら、施設サービスの需要に見合った供給量が確保されず、施設での介護を希望しながらも在宅介護が余儀なくされるケースでは、要介護者を支える家族への負担が継続就労を阻害する要因ともなり、また、「老・老介護」等家族が抱える問題も深刻化している。そもそも、介護が必要になった時に、在宅で介護を受けるのか、施設へ入所して介護を受けるのかについては、利用者の価値観、家族の状況等に応じた利用者自身の判断に委ねるべきであり、その価値判断を国が押しつけるようなことがあってはならない。こうした観点から、現状のように施設サービスの供給量の増加を規制によって制限するのではなく、在宅と施設のどちらのサービ

スを利用する場合であっても公的保険から受けるサービス額は同一水準とし、市場メカニズムにより、利用者の選択・需要に応じてそれぞれのサービス量が供給されるシステムの構築を目指すべきである。

また、サービスの担い手である事業者がサービスの質の改善に向けた創意工夫をし、利用者満足度の向上を図るためには、利用者からの評価が正しく対価に反映されるなど、介護報酬におけるインセンティブの強化が必要である。一例として、ケアマネジャー報酬について、利用者負担による上乗せを認めるなど、保険内サービスの利用料の自由化を検討すべきである。さらに、個人の価値観や多様なニーズに基づくサービスの選択の幅を広げるためにも、介護保険外の付加的なサービス（横出しサービス）の利用を一層促進すべきである。

また、第2種社会福祉事業である無料低額宿泊所には、生活保護受給者を中心とする生活困窮者が滞在しているが、滞在者の高齢化が進み、要介護認定を受ける者も増えてきている。ところが、生活保護受給者は生活保護制度において介護保険料を支払っていると見なされるにもかかわらず、一部の地方公共団体では、宿泊所が介護保険での「居宅」に該当しないとの理由から、1年以上の長期滞在や宿泊所に住民票を移し住居設定した場合でも介護保険サービスを受けられない。一方、第1種社会福祉事業である生活保護法で規定される宿所提供施設の滞在者は、介護サービスが受けられている。特別養護老人ホームや介護老人保健施設が満所であるために、第2種の宿泊所が受け皿となっている実態を考慮し、居宅サービスの適用対象に関する一定のガイドラインを設定するなど、介護保険サービスの適切な運用に向けた整理が必要ではないかと考えられる。

厚生労働省の試算によれば、平成16年度に約100万人であった介護職員は、介護保険の利用者の増加等により、平成26年度には約140～160万人必要になるとされている。今後の介護分野の需給予測に当たっては、福祉分野のみならず他業界での求人増や賃金上昇の傾向を踏まえた推計を行うべきである。介護サービスの種類や場所にかかわらず、介護を担う人材不足への対応は緊急の課題であり、有効な対策を講ずる必要がある。介護職員の低い定着率や、資格保有者の介護職への就業率の低さ等、根本的な問題解決に向けた取組を早急に行うべきである。

なお、近年の事業者（コムスン）による不正問題をきっかけに、再発防止に向け規制が強化される傾向にあるため注意を要する。

上記のような問題意識に基づき、今後引き続き個別課題について検討を行っていく。

### (3) 雇用・就労分野

我が国では、今後一層の少子高齢化が進行することにより、本格的な人口減少社会が到来し、同時に、生産年齢人口の減少と高齢者数の増加という人口の構造変化が起こることが予測されている。

具体的には、「日本の将来推計人口(平成18年12月)」によると、2005年から2055年にかけて総人口が3割程度減少するなかで、生産年齢人口は4割以上減少する一方、老年人口は4割程度増加するとともに、総人口に占める老年人口比率は、2割から4割にまで高まるとされている。

図表1 - (3) - 将来推計人口

	2005年	2050年	2005年比増減
総人口	12,777万人	8,993万人	3,784万人 < 29.6% >
年少人口(0~14歳)	1,759万人 (13.8%)	752万人 (8.4%)	1,007万人 < 57.2% >
生産年齢人口(15~64歳)	8,442万人 (66.1%)	4,595万人 (51.1%)	3,847万人 < 45.5% >
老年人口(65歳以上)	2,576万人 (20.2%)	3,646万人 (40.5%)	+1,070万人 < +41.5% >

(備考) 国立社会保障・人口問題研究所

「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」により作成。

このような人口構造変化を伴う人口減少は、労働力を低下させ持続的な経済成長を妨げる恐れがある。我が国の活力維持の観点から、将来にわたり労働力を確保する方策に取り組むことがきわめて重要な課題であり、そのためには、若者、女性、高齢者、障害者等の働く意欲を持つすべての人の就業を実現し、社会の支え手を確保していくことが必要であるとともに、少子化自体を抑制することが求められる。最も有効な方策は、労働者が安心して子どもを産み育てることができる環境をつくることであり、さらに、そのような環境の整備は、女性の就業継続につながるるとともに労働市場への参加を促し、次世代層が育つまでの経済活力の低下を緩和することにもつながる。

こうした女性の積極的な労働市場への参加を可能にするために、学歴・年齢等に関わらず、意欲や経験を有する者の適材適所の人材活用を図ることや、諸事情により一時期に経済的な自立が困難になり生活保護を受給している者のうち、母子世帯などの中でも勤労可能な世帯について自立の助長を推進すること、また、女性が働くことが不利にならない社会保障制度等の仕組みを整備することにより、労働市場への

参加を促し経済活力を維持することが必要である。

図表 1 - ( 3 ) - 労働力需給の推計

		2006 年	2030 年	2006 年比増減
労働市場 への参加	進まないケース	6,657 万人	5,584 万人	16.1%
	進むケース		6,180 万人	7.1%

(備考) 独立行政法人労働政策研究・研修機構

「平成 19 年 労働力需給の推計」により作成。

(注) 「進まないケース」とは、労働力率が 2006 年と同じ水準で推移すると仮定したケースをいう。

「進むケース」とは、各種雇用施策を講じることにより、若者、女性、高齢者等の方々の労働市場への参加が実現すると仮定したケースをいう。

### 適材適所の人材活用

国民一人ひとりが意欲を持って能力を発揮できる環境整備に向けて、年齢・学歴・性別に関わらず、就労に向けて均等な機会を確保し、適材適所の人材活用を促進することが求められている。

しかし、現状においては、就職氷河期に不本意な就職をした人、社会人入学によって 20 代後半以降に学校を卒業した人等が、希望する就職をしようとしても、その意欲や経験を活用する機会が十分ではない。

このため、国家公務員の採用について、人事院において検討されている現行採用試験の受験年齢の見直しは、雇用機会の拡大に繋がるものとなるべきであり、また、国家公務員制度改革基本法(平成 20 年法律第 68 号)に基づく新たな試験区分に関する今後の詳細制度設計においても、同様の趣旨が反映されるべきである。民間企業の採用については、平成 19 年 10 月 1 日より施行された改正雇用対策法(平成 19 年法律第 79 号：募集・採用時の年齢制限の原則禁止化)を踏まえた今後の運用状況を注視していく必要がある。

また、現状においては、例えば高校中退者等が、職業能力を高め就労の機会を得るために資格を取得しようとしても、学歴要件によりチャレンジする機会が限定されている。同様に、子育てが一段落した人が、これまでの経験を活かそうとしても、資格を有しないことにより就労の機会が十分に確保されていない。

このため、資格試験の受験要件や、資格取得のための養成方法については、これらが就労の機会を狭めている場合には、その要因を取り除くことにより、意欲や経験を有する者を広く受け入れる仕組みに見直す必要がある。

## ア 理容師及び美容師資格制度

理容師及び美容師については、理容師法（昭和 22 年法律第 234 号）及び美容師法（昭和 32 年法律第 163 号）によりそれぞれ規定されている。具体的には、理容師とは、理容（頭髪の刈り込み、顔そり等の方法により、容姿を整えること）を業とする者であり、理容所（理容の業を行うために設けられた施設）において勤務する一方、美容師とは、美容（パーマメントウエーブ、結髪、化粧等の方法により、容姿を美しくすること）を業とする者であり、美容所（美容の業を行うために設けられた施設）において勤務することとされている。このように、法律上、理容師及び美容師の資格、業務内容、勤務できる店舗は厳格に分けられている。

しかし、最近では、理容及び美容に特有のサービスを提供せずカットサービスに特化した専門店が徐々に広がりを見せ、また、従来は理容所を利用していた男性が美容所を利用するようになるなど、利用者にとっては、理容及び美容の境目は将来的に無くなっていく方向にあると考えられる。また、理容所については、過去 10 年間に、全国で 4 %程度減少し、都道府県単位では 1 割程度減少している県（秋田県、高知県）もある。理容師の高齢化と後継者不足を踏まえると、この減少傾向は今後ますます加速すると考えられる。一方で、美容所については、過去 10 年間に、全国で 1 割程度増加しており、店舗数では、理容所から美容所へのシフトが起きているのが現状である。

このように、理容師及び美容師資格制度が分かれていることにより、サービスの利用者にとっては、同一施設内での両資格者の混在勤務が認められていないために、同一店舗で理容及び美容両方のサービスを楽しむことができず、また、理容所数の減少により、将来的には、地域において理容サービスを楽しむことができなくなることが懸念される。また、両資格を取得する人にとっては、複数の資格を取得するための時間、費用が必要であり、大きな負担となっている。

また、消費者ニーズの高度化等を踏まえて、理容師及び美容師の資質向上を図ることを意図して平成 7 年に理容師法及び美容師法が改正され（平成 7 年法律第 109 号）国家資格化、受験要件の見直し（高卒へ引き上げ）、養成施設の修業年限延長（昼間過程の場合 1 年から 2 年に延長）等の見直しが行われたところである。

このように、現行制度における資格取得に向けてのハードルは、資格取得に要する期間や費用の負担が非常に重く、技術を身につけて早期に就労したい者にとって、大きな障害となっている。

したがって、意欲を有する者が就労する機会を拡げる観点から、基本的なカッ

ト技術に特化した資格や、消費者サービス向上の観点から、両資格保有者が勤務する施設について両方の施設としての重複届出を認める制度を創設すべきである。また、将来的課題として、消費者サービス維持の観点から、両資格の在り方を見直す(理容師及び美容師の混在勤務の解禁、両資格の統合など)べきである。

## イ 保育士資格

保育士となる資格を得る方法は2つあり、指定保育士養成施設を卒業すること、もしくは保育士試験に合格することが必要とされている。現在では、全体の9割程度が前者の方法により保育士となる資格を得ている。

この取得要件については、例えば、育児経験を有する者等が新たに保育士として職に就くために資格を取得するにあたって、長期の就学の負担があること、及び、受験要件を満たす機会が限定的であることから、保育職場での就労の機会を狭めている。具体的には、指定保育士養成施設の就学期間として2年以上必要であること、及び、保育士試験の受験要件として認可保育所等での実務経験(高卒以下の場合)が必要であるが、無資格のまま実務経験を積むことができるケースが少ない現状にある。

また、最近の保育職場を取り巻く環境については、問題を抱える家庭に対する支援や、障害児保育への対応、さらには、保護者からの過度の要求への対応などが求められ、ますます厳しくなっている。このことだけが理由ではないが、保育士となる資格を有する者の多くは、保育職場から離れている状況にある。また、新卒で保育職場に就職しても、対応力不足や適性面から比較的短期間で保育職場を離れざるを得ないケースも見受けられるとの指摘がある。このような状況を解決するためには、今後、保育士の保育職場における対応力を高めていくことが必要である。

したがって、保育職場での対応力を高める観点から、育児経験や社会経験を有する者など、多様な人材を保育職場に取り込むために、現行の保育士資格とは別の枠組み(衛生等の基礎的な知識の履修を義務付け)を設けるとともに、その勤務経験を保育士試験の実務経験として認めることにより試験受験の機会を確保すること、また、今年度から検討が開始されている養成施設のカリキュラムの見直しにおいて、保育現場で実践的に活用できる内容の充実を図るために、過度に学術的な内容を整理し全体の負担を軽減するべきである。

## 生活保護制度の見直し

生活保護制度は、「最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする(生活保護法第1条)」制度であり、平成17年度以降、自立支援プ

プログラムの導入など、自立に向けたきめ細かいソフト面での充実が図られてきているところである。

最近の生活保護の保護世帯数は、社会経済情勢の影響を受けて平成5年度以降増加傾向にあるが、内訳を見ると経済的自立の可能性が低い高齢世帯及び傷病・障害者世帯で8割程度を占めており、今後、少子高齢化の進展に伴い高齢保護世帯が増加することにより、財政負担がますます大きくなることが懸念される。

現在の保護世帯の問題としては、一旦保護を受けると受給期間が長期化する傾向にあり、また保護から脱却するためのインセンティブが不十分との指摘がある。また、世帯ごとに抱える問題が多様化していること、さらに保護世帯の家庭環境により世代間の連鎖が起こりやすいとの指摘もある。

このような状況を踏まえると、生活保護制度が将来にわたり持続し、安心に繋がるセーフティネットとしての役割を果たしていくためには、諸事情により一時期に経済的な自立が困難になった者に対して、個々の保護世帯の抱える問題にきめ細やかに対応し自立を助長する仕組みづくりを推し進めることがますます重要である。

#### **ア 稼働可能世帯の就労促進や保護脱却に資する仕組みづくり**

勤労に対するインセンティブ不足や、生活保護からの脱却以降の諸費用負担に伴う所得の一時的減少などが、生活保護からの脱却に向けて就労する意欲を阻害しているとの指摘もあり、より積極的に自立を促進する仕組みとなるよう制度を見直すことが必要である。具体的には、(勤労控除の見直しと合わせ)保護脱却時の臨時の出費や、一時的な実質所得の減少を補填することを目的として、勤労収入の一部を積み立てておき保護脱却時に一時金として支給する制度を創設すべきである。

また、自立促進を目的とした就労支援プログラムがより実効を挙げるために、保護世帯の状況に応じてきめ細やかに就労阻害要因を除去することが必要である。特に、母子世帯に対する病児・病後児保育は、母子世帯の母親が勤労するための環境整備としては必要不可欠であり、その充実を図るべきである。

また、就労により自立するモデルが身近にあることは、保護の世代間連鎖を断つ観点からも重要であるが、加えて、教育に対する支援の充実が決定的に重要であることから、教育に対する支援内容について低所得者層とのバランスを勘案して充実を図るべきである。具体的には、自助努力により大学進学の可能性を確保する観点から、勤労収入から大学進学のための準備費用(学資保険の保険料)を控除する制度を創設すべきである。



## イ 全国一律の保護行政実施のための仕組みづくり

生活保護行政については、きめ細やかな就労支援など、地域の実情にあわせた対応が求められる部分もある一方で、自治体の創意工夫がなじまない部分がある。具体的には、保護の認定基準は、全国一律であるべきものであるが、現状においては、自治体毎に運用実態が異なるとの指摘もあることから、最後のセーフティネットとして国民の安心につながるよう、保護費について国と地方の財政分担の在り方を見直すなど、適正な実施に向けた見直しが必要である。

## 女性が働くことが不利にならない社会保障制度等の仕組みづくり

国民一人ひとりが就労により経済的に自立することは、現在の社会保障の支え手を増やすのみならず、将来の一人ひとりの社会保障の充実に繋がる。しかし、現行の社会保障制度では、一定の年収を超えると急激な自己負担の増加が生じることから、その年収が壁となり一定以上の就労を妨げているとの指摘がある。

現在、女性労働力活用( M字カーブの解消 )および将来の労働力確保の観点から、「就業」と「結婚や出産・子育て」の二者択一構造の解消に向けた取組が検討されているところであるが、このような取組と合わせ、女性の働き方を制約し、経済的自立を妨げる可能性のある税制・社会保障制度については、就労を阻害しない制度に向けた見直しを検討することが必要である。