

ゼロから考える少子化対策プロジェクトチーム第9回会合

1. 日時 平成21年6月9日(火) 15:00~17:00

2. 場所 内閣府庁舎5階特別会議室

3. 出席者

安藤 哲也 NPO法人ファザーリング・ジャパン代表理事

勝間 和代 経済評論家

松田 茂樹 第一生命経済研究所主任研究員

宮島 香澄 日本テレビ報道局解説委員

佐藤 博樹 東京大学社会科学研究所教授

(少子化社会対策推進点検・評価検討会議座長)

高橋 夏子 「知ろう!小児医療 守ろう!子ども達」の会 理事

岡井 崇 昭和大学医学部産婦人科学教室 主任教授

駒崎 弘樹 特定非営利活動法人フローレンス 代表理事

4. 議事要旨

川又参事官

それでは、ただいまから、ゼロから考える少子化対策プロジェクトチーム第9回会合を開催いたします。

本日は、ゲストの御都合などによりまして、時間割として、今から16時まで1時間程度ですが、小児医療・周産期医療を議論し、その後、16時から16時30分まで病児保育、16時30分から17時まで提言に向けた議論という時間割で進める予定といたしておりますので、御了承いただければと思います。

本日のゲストを御紹介いたします。「知ろう!小児医療 守ろう!子ども達の会」理事の高橋夏子様、昭和大学医学部産婦人科学教室主任教授の岡井崇様、NPO法人フローレンス代表理事の駒崎弘樹様をお招きいたしております。

会議の開催に当たりまして、小淵少子化担当大臣から御挨拶を申し上げます。

小淵大臣

皆様、こんにちは。お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。そして、ゲストの皆様も、お忙しい中、ありがとうございます。本日は忌憚のない御意見をいただきたいと思いますので、

どうぞよろしくお願いいたします。

このPTでは、少子化対策をどのように進めていかなければならないのか、少子化に歯止めをかけるためにはどうしていったらいいのかということでいろいろ議論してきていますけれども、やはり一般の女性から聞かれる声は、安心して生み育てられる環境がなければ、子どもはなかなか増えないのではないかということです。今、周産期医療をめぐる様々な事件が起こっている中で、基本として、その部分はしっかり整えていかなければならないと思っております。

そして、子どもを産んだ後、子どもの病気について、これはどんな親でも必ずぶつかるころではないかと思えます。私自身も、なぜか、私が大臣になってから、うちの子はしょっちゅう熱を出すようになりまして、親の仕事と病気の子どものお世話をどうするかは切り離すことのできないことだと思えますし、少子化問題を考えるときにすべての皆さんの抱える問題、避けては通れない問題として捉えていかなければならないと思っております。この部分をクリアしないと前に進まないのではないかと思いますので、本日はしっかりと議論してまいりたいと思えます。どうぞよろしくお願いいたします。

川又参事官

それでは、本日のテーマにつきましては安藤委員が担当となっておりますので、以下、安藤委員から進行をお願いいたします。

安藤委員

安藤です。よろしくお願いいたします。

本日のテーマは個人的にも興味深く思っております。というのも、先月、1歳の次男が熱性けいれんを2回立て続けに起こしまして、1週間そのまま大学病院に緊急入院ということで、小児医療のありがたさを痛感した次第です。

実は、今日も朝から熱を出して、保育園を休まなければいけない、妻は働きに出ている。どうしたかという、私が背負って午前中はずっと仕事をしていたという、まさに病児保育の必要性をずっと感じながらここに参りましたので、深い議論をしていきたいと思っております。

本日の会議の進行ですが、まず、小児医療・周産期医療について、ゲストとしてお招きしております高橋様、岡井様からそれぞれ御説明をいただいた後、質疑及び意見交換を行いたいと思えます。その後、病児保育について駒崎様から御説明をいただいた後、再び質疑及び意見交換を行いたいと思えます。

本日は傍聴席に小さなお子様もいらっしゃるということで、ライブ感のあるPTになりそうという感がありますので、よろしくお願いいたします。

まず高橋様から御説明をお願いいたします。

高橋氏

よろしくお願いいたします。「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会」の高橋と申します。

私自身は、1歳7カ月の男の子の母親で、今はフルタイムでメディア関係の仕事をしております。私たちの会は新しい会です。2年前に始まったばかりで、本当に普通のお母さんたちが中心です。今回、少子化対策の御提案ということで、私たちの活動について御説明させていただければと思います。御参考になればと思っております。

まず、子育てをする中で、先ほど安藤委員もおっしゃっていましたが、我が子に願うことは、いつでも元気にいてほしいということです。でも、小さな子どもは急に熱を出したり、下痢をすることもしょっちゅうです。その度に、私も含めて多くの親がおろおろして、特に初めての子育ての場合は本当に不安でいっぱいです。私たちの会では、安心して子育てできる環境をつくるために、子どもの病気について学べる機会を、すべての親に、ということを目的に活動を行っています。

まず資料の1ページを御覧ください。「小児医療の現状」です。

例えば、夜中に子どもが高い熱を出して病院の小児救急に駆け込むと、これは時期にもよりますが、待合室は多くの子どもであふれて、数時間待ちは当たり前です。調子が悪くてぐったりとした子どもを抱えながら、イライラしながら、まだかまだかと待ち続けることが少なくはないです。これは、今の働き方ということもあると思いますが、両親ともに日中は仕事で夜間しか受診できないという事情もあるかもしれません。自分で症状を訴えられない子どもの診察は、見ていてもわかりませんが、時間も人手もかかります。注射を嫌がるときなどは、泣きわめく子どもを数人がかりで押さえつけて、おもちゃを使ってごまかしたり、大変な手間と時間がかかります。

でも、こうした小児救急を受診する子どもの9割は、実は軽症だと言われています。こうした休日・夜間に小児救急を受診する子どもが増えることが小児医療の現場の疲弊を招いて、小児科医の離職や病院の小児科閉鎖などの悪循環を引き起こす一因になっているとも言われています。

実際に、99年には、小児科医が天職とおっしゃっていた中原利郎医師が過労からうつ病になり、勤めていた病院の屋上から身を投げられました。44歳という働き盛りでした。「少子化と経営効率のはざままで」と題された遺書を残されたのですが、それには勤務の厳しさ、人員確保の困難さ、このままでは医療ミスも引き起こしかねないといった苦悩が書かれていました。本来、大切にされるべきである小児医療に対して、社会的あるいは財政的なサポートがされていない点を指摘した遺書でした。

また、勤務する小児科医の約3割が女性医師ですが、自らの出産や育児、介護に際して、当直勤務などを続けることの難しさから離職します。これは働き方の難しさの問題があります。また、勤務小児科医の多くが、夜間の当直勤務の翌日も普通どおりに診察を行って、24時間、36時間の連続勤務が日常的になっています。不眠不休のパイロットの飛行機に子どもを乗せたいですか、親としては、疲れ切った小児科医に我が子を診せていいのか。こうした状況の中で、重症の子どもに最善の治療を期待できるのだろうかという思いを抱いてしまいます。

2ページですが、私たち親の立場についてお話をさせていただきます。

私たちは、自分の子どもを生んで初めて赤ちゃんを抱っこする人が多い世代で、自治体や病院で行われている母親学級や乳児健診で子どもの病気について学ぶ機会はあまりありません。また、孤独に子育てしている人も多くて、子どもが病気になったときに相談相手が少ないということも事実です。私たちの会が行った調査でも、7割以上お母さんが、ふだんから子どもの病気に漠然とした不安を抱

えていることがわかっています。本当はもっと多いかもしれませんが。

よく「コンビニ受診」という言葉が新聞やメディアに出ることがあります。これは、夜中だろうと、休日だろうと、いつでも気軽に受診するよくない患者という意味で使われることが多いのですが、私たちの立場からすると、本当の意味でコンビニ受診している人は少ないのではないかと考えています。というのも、子どもが病気になったときに、自分で判断することができなくて、夜中だろうと何だろうと、とにかく心配で、すぐの思いで病院に駆け込むというパターンがほとんどではないかと考えています。

3ページです。

こうした私たち親の行動が小児医療を崩壊させて、疲弊させているとすると、それは、親にも、子どもにも、そして、医療現場で働いていらっしゃる方にも不幸だと思っています。そこで、親が子どもの病気について学べる場を持つ必要があるのではないかと考えます。親として知っておきたいのは、お医者さんのような専門知識ではありません。不安を抱えて、例えば自分で何とかしようとネット検索すると、逆に不安になることも多いです。おなかが少し痛いときに腸閉塞ではないかとか、熱が出ると髄膜炎というような重症な病気にヒットしてしまうことが多くて、逆に不安になることが多いです。

本当に知っておきたいことは、子どもの病気のイロハの部分だと思います。ある程度の知識があれば無用な不安から解放されるのではないかと考えます。例えば夜中に発熱したときに、どういう状況だったらすぐに受診すべきなのか、あるいは、朝まで見てあげても大丈夫なのか。

あと、生後3カ月未満の赤ちゃんが熱を出したときはすぐに受診しなさいというのは、小児医療の現場では当たり前ですが、私も含めてほとんどの方が知りませんでした。これは、3カ月未満の赤ちゃんはお母さんからもらう免疫がありますが、それでも熱を出してしまう場合は、敗血症や髄膜炎などの重症の病気が隠れている危険性があるということです。こうしたことは、今、1歳児を持っている私を知っても仕方がなくて、本当に出産後の大切なタイミングで知っておきたかったと思います。そう言うお母さんが多いです。

こうした親の不安を軽くすることが小児医療の状況改善につながることはないか、私たちにもできることはないかと考えています。

4ページです。

私たちの会の具体的な活動ですが、新米のパパ・ママ向けに子どもの病気について学べる講座を開催しています。これは小児科医の先生が講師です。熱や下痢、嘔吐、けいれん、頭を打った、誤飲したなど、小さな子どもがかかりやすい症状や事故について、親としてどう対処すればいいか学べるような2時間程度の講座です。こういうものを開いています。

講師を引き受けてくださる小児科医の先生は、報道などで私たちの活動を知った有志の先生方で、本当にお忙しい中、勤務の合間を縫って、ほとんど手弁当で協力してくださっています。

あと、8000や7119を御存知でしょうか。これは、8000は、全国44の都道府県で実施されている小児救急電話相談で、24時間ではありませんが、相談窓口です。7119というのは、「悩んだら119」と私たちは覚えていますが、東京都で、救急車を呼ぶかどうか迷ったときに対応してくれて、

24時間受け付けてくれる救急相談窓口です。これは子どもだけではありませんが、こういうものとはとも有益にもかかわらず、ほとんどの方が知らないということがあります。私たちの調査でも、半数以上が知りませんでした。こういうものも講座を通じて案内しています。

誤解していただきたくないのは、私たちの活動は、受診を控えましょう、病院に行くのはやめましょう、先生たちが迷惑しています、ということではありません。必要なときにはすぐに病院へ行ってください、でも、親が見ても大丈夫なときは、夜中だったら落ち着いて家でケアしましょうという基本的な判断を親が自信を持って行えるようにするための基本的なものです。

5ページには、講座に参加した方々からの感想が載っています。こういう場が欲しかったというような声をたくさんちょうだいしています。また、その先にも、写真で、講座の様子、託児付きのときもありますし、小さなお子さまを抱っこしながら、転がしながらお話を聞くとときもあります。このような形で行っています。

8ページは講座に参加された方に配布しているリーフレットで、こういうものを手元に置いておいて、自分のものとして役立ててくださいということでお配りしています。

9ページに参ります。

ただ、私たちのような小さな会が主催する講座では参加できる方も限られてしまいます。私たちは、自治体などへ、すべての親が子どもの病気について学べる機会を持てるようにということで提案しています。これは、母親学級や乳児健診、産後の離乳食教室、こういうものは市区町村の保健センターが中心となって実施していき、内容も各自治体でばらつきはありますが、そういうところで子どもの病気について学べる機会を設けてもらえないかと提案しています。今、実際に、自治体で子どもの病気についての講座を開いているところはあまりないです。聞いていません。母子手帳などは必ず配られますが、こういうものと同じように、子どもの病気に関する小冊子の配布なども求めています。

これは、実際に新宿区の西新宿保健センターが、私たちの会の提案に応じて作ってくれた「知っておきたい子どもの病気とけが」というハンドブックですが、今はまだ西新宿保健センターの管轄内ですが、今年中には新宿区全体で、もう少しバージョンアップしてきれいにつくったものを配布してくれると言っています。乳児健診なども、3～4カ月児健診のタイミングで、小児科医を講師に、これをテキストにお話をする計画もあると言ってくれています。

10ページは、昨年暮れに東京都主催で託児付きの講座が開催されました。これは私たちの会も協力させていただきましたが、多くの参加者があったので、こうしたことが継続的に広がってほしいなと思っています。

11ページは、崩壊寸前と言われる小児医療の現状を改善するために、これまでおまかせだった私たち親にも何かできるのではないかとということで、医師の過重労働など、小児医療の現状を改善することが、結果として、重症の子どもがよりよい医療を受けられる環境づくりにつながると考えて、シンポジウムなどで提言をいろいろさせていただいております。

以上が私たちの活動のざっとした内容ですが、最後に、子育て支援ということで母親の立場から幾つか御提案させていただきたいと思います。

まずは、母親学級や産後健診の内容のリニューアルです。今、歯ブラシの講座や離乳食講座があっ

て、それはそれで大事だと思いますが、もっと基本的に子どもの病気のことを教えてくれる講座を、今あるものに乗せていただけないかと思っています。今の時代に本当に合ったプログラムになればいいと考えています。これで、私たちがやっている地域だけの、お父さん・お母さんがこういうことができるというものではなくて、日本全国どこ地域でも、すべての親が子どもの病気について学ぶことができる場を設けられるようになっていただければと願っています。

フランスは出生率がアップした成功例としてよく取り上げられます。2.02人と言われていますが、産後の母体ケアにも非常に心をくわいているようです。骨盤底筋のリハビリを国費の負担で行って、出生率回復の一助となったとされています。これは、骨盤底筋というものが、骨盤の底にハンモックのように張られている筋肉で、子宮や膀胱、内臓を支えています。お産でそれが緩んで、そのままではその後のQOLや性生活に支障がでるといってこのケアが必要ですが、日本では、これは余り注目されていないというか、大事にされていないので、こうしたものも、地域の保健師さんや助産師さんが保健センターでいろいろお話ししてくださったりなど、ケアができるのではないかと思います。ある意味、これはお金もかけずに、今ある資源で、今あるシステムに乗った上で地域の小児科の先生や助産師さんなどがなさってくださいすることで、すぐにできるのではないかと考えています。

あと、資料にはありませんが、今、小さい子どもを持つお母さんたちの間で気になっていることがヒブ(Hib)ワクチンです。これは、VPD(Vaccine Preventable Diseases)と言われるもので、ワクチンで防げる病気のお話です。ヒブという細菌によって、日本では年間600人が重いヒブ感染症で細菌性の髄膜炎になって、亡くなる子が5%から10%、脳の後遺症が30%、寝たきりになったお子さんも多い非常に怖い病気で、私たち母親はそういう情報を聞くとおびえてしまうのですが、これはワクチンで防げるものです。実際にWHOも推奨して、世界100カ国以上で予防接種が行われ、定期接種が行われているにもかかわらず、日本では、ようやく今年になってから始まったばかりで、今、小児科で受けたいと言っても数カ月待ちです。実際に私の息子も3カ月前に受けたいと申し込んで、まだワクチンがないということで待っている状態です。

これは、それだけロットがつかられないということだと思いますが、定期接種化あるいは公費化することでそういうこともなくなっていくのではないかと思いますので、多くの親が、ヒブワクチンの公費化あるいは定期接種化を望んでいます。

こうした時代に合ったサポートをすることで、親にとって、子どもの病気に対する無用な心配が軽減されると思いますし、また、仕事をする立場としては、これからお話もされると思いますが、病児・病後児保育も時代に合った形で進めていただきたいと思います。子どもは、親が忙しいときに限って熱を出して体調を崩すもので、子どもが病気のときぐらいは親が仕事を休んで見てあげることが一番いいかもしれませんが、実際に仕事をしていると、どうしても休めないときもあります。実際に、ある小児科医の先生からは、今、日中は親が仕事を休めない、休めないような雰囲気だし、環境にあるから、夜間の小児救急の受診が多くなったり、そういう悪循環になっていると。本当に子育て中の人にもっとやさしい社会であれば、そもそも小児医療崩壊の問題もここまで大きくならなかったというような言い方はされていました。

本当は、目指す地点はそこかもしれませんが、今はまず、できることから一つずつ進めていただい

て、安心して子どもを育てられる環境、子どもを生んでもいい、安心して子育てできるからという空気と環境を、まず具体的なサポートでつくり出していただくことが何よりの子育て支援と考えておりまして、母親としても活動しております。

ありがとうございました。

あと、後ろに付いている資料は、周産期のアンケート結果で、70名ほど対象にした資料ですので、気になる方は御参考までに御覧ください。ありがとうございます。

安藤委員

高橋様、ありがとうございました。

続きまして、岡井様から御説明をお願いいたします。

岡井氏

昭和大学の産婦人科の岡井でございます。

本日、私は、周産期医療を提供する者の一人として、現在の日本の状況についてお話しさせていただきたいと思います。

周産期医療と申しますのは、出産の周辺の医療ですが、具体的には、妊娠しているお母さん、生まれた後の新生児を対象とした医療です。委員の先生方も御存知のように、今、それが大変危うい状況になっております。

私の資料の1ページ目を御覧ください。医療現場では様々な問題を抱えておりますが、それが患者さんに実際に大きな影響を及ぼし始めています。そこに2つの言葉が出ています。「お産難民」は、一昨年の私たちの業界の流行語大賞とでも言えばわかりだと思いますが、近くの施設に行ったら、お産を取りやめてやっていない。隣のまちまで行ったら、そこはやっているけど、登録がいっぱいで受けられないと。とても遠いところを探さないと出産できないという状況のことを言っている言葉だと思います。その背景には、産科の医師不足と、分娩を取り扱う施設が次々に閉鎖されているという状況があります。

もう一つ、「妊婦のたらい回し」という言葉があります。この「たらい回し」は、私たちは余り使いたくない言葉で、メディアの方には、そういうことを言わないでくださいとお願いしたことがありますが、考えてみると、一般の社会から見ればたらい回しされているという感じになってくるような状況ですね。これも説明しますと、お産で緊急の処置が必要な状況になった患者さんを、重篤な状態に対応できる施設に運ぼうとしても、そのベッドが満床であるとか、対応できる医師がいないということで受け入れてもらえない、また次のところに行く、そこもだめだということで、実際に診療をしてもらえるところを選定するのに相当時間がかかってしまう。そのことが、昨年の10月、東京で大変悲しい残念な事例につながったということで、メディアでも大きく報道されたとおりです。

これについては、その背景にあるのは、周産期センターという妊婦さんを受け入れて診療する高次機能を持っているセンターの医師不足と、もう一つ大事なことは、NICU(新生児集中治療室)の不足です。この辺のことを少し具体的に数字を挙げて御説明したいと思います。

2 ページは、産科の医師不足に対して、2002 年という古い統計ですが、私が厚労省の研究班員で、産婦人科の医師が少ないことを厚労省にお示しするために調べたデータです。2002 年に日本より少ないのはイギリスだけです。パーが 4 つもあるのは、そこに書いてあるように、人口で見たり、出生割で見たり、産婦人科専門医と学会に所属している医師全員を含めた場合ということで数字が違ってくるのでこういうことになっています。

日本より少ないのはイギリスですが、イギリスは、御存知の方もいらっしゃると思いますが、診療体制が日本とは全く違います。イギリスでは、半分より少し多いくらいが General practitioner と言われる一般の家庭医で、その方たちが、妊婦さんも妊娠 8 カ月までローリスクの人を診てくれます。また、他の専門の分野もみんな助けていますが、産婦人科の中では、例えば簡単な薬の処方、ホルモン剤などでも難しくないものは家庭医が診て出してくれるということで、専門医の数はどこの国と比べても少ないです。これはサッチャー政権の時代で、イギリスも医療費をものすごく制限して、医師の数も減らして、国民からの評判がものすごく悪かった時代です。

ところが、11 ページは比較的最近のデータです。これは私が調べたものではなくて日医ニュースに載っていたものをコピーしてきたものです。僕がこれをコピーしてきたのは、これは「産科医の平均勤務時間」のところを見てほしかったのですが、日本の産科医が一番長く働いています。74 時間です。

今のイギリスの話をしてみると、そのイギリスがブレア政権になって医療費を増やして、医師の数を増やしにかかって、今の国民の評判は知りませんが、そういうところに相当力を入れていました。医師の数全体で見ると、1,000 人当たり 2.5 人です。ただし、産科医師数が 1,600 とありますが、これを分娩・出生数で割ると、やはり日本より少ないです。ですから、産婦人科に関しては、日本より出産当たりの医師が少ないというのはイギリスくらいです。これは割り算をしてみると大体そうなります。イギリスは、助産師さんが多いです。ですから、ローリスクで正常分娩であれば助産師さんが相当の部分を担当しています。出産のときに、赤ちゃんの頭が出てくるときに、陰部に小さな切開を入れて、出た後でそこを縫合するということまで助産師さんがやっています。日本だと、これは医療法でそういうことはできませんから、少し破けたらお医者さんと呼んで、縫ってくださいということになります。そういうところも違いますし、家庭医が相当の部分のカバーするという体制です。

隣の「勤務環境」の欄を見てもらうと、勤務環境は、5 が一番いいポイントです。ですから、そういうふうに助けてもらっているから、少ないのに勤務環境が一番いい。また、イギリスは産婦人科の人気もあります。その上を見ると、日本は御覧のとおり状況です。

また、フランスもひどいです。話は脱線しますが、フランスは、昨年 7 月に、日本で周産期新生児学会を開いて、そのときに国際シンポジウムにフランスにも来てもらいましたが、フランスも医師不足で悩んでいると。一方では、フランスは、少子化対策に関しては一番うまくいった国の一つだろうと思います。そのときに、フランスから来ていた産婦人科の教授は女性医師でしたが、どうしてフランスはうまくいっているのかと聞いたら、その人が挙げたのは、さっきの骨盤底筋のトレーニングの話ではなくて、最初に挙げたのは税金でした。子どもをたくさん生むと税金がうんと安くなる、生まないと損なくらい差がついてしまうということをしていました。

産婦人科の教授が、フランスがなぜ少子化対策がうまくいったのかという理由の 2 番目に挙げたの

は、ベビーシッターを国の費用で雇ってくれることだそうです。フランスは日本よりも女性が活躍している国ですから、出産してもすぐに働きに出たい。そのときに、保育・育児の問題が一番引っかかっていたようですが、そういう形で、それも、日本がやると相当いろいろな縛りがあって自由がないサービスを受けなければいけないのですが、嫌だから変えてくださいみたいな、サービスを受ける側が相当わがままを言えるようなサービスを受けていると。その2点のことを言っていました。それでフランスは少子化対策がうまくいったと。

ですから、サービスを受けている側の医療受給者はいいいのですが、提供している側はやはり大変らしいです。患者さんが満足されるということは、それに応じて提供者側が何らかのサービスを提供しているわけですから、それだけ忙しくなったりして大変だと。ですから、イギリスのように国民が不満を言って、こんな医療は嫌だと言っても、提供している側はそれだけ楽ができるというか、体制がうまくいっている。というのは、さっきのお話に戻りますが、家庭医という制度がしっかりしていて、その家庭医を通さないと専門医にかかれないというのがイギリスの制度ですから、子どもが大変な病気じゃないかと思っても、決まった家庭医をまず通して紹介状を書いてもらわないといけない。そうすると、患者さんの側からは不満が強いのですが、医師の側からは楽なところがあるということになります。

4 ページはトレンドです。日本は、昭和 40 年代の初めころに各県に大学の医学部を設けて、その県の医療をその大学を卒業した人に提供してもらおうという態勢をとって医師が増え始めたのですが、これを見てもらうと、小児科、産婦人科は同じようなトレンドで増えていません。それはなぜかという、御存知のように、日本は少子化に向かうから需要が減るだろうと考えたわけですね。学生も、小児科と産婦人科には余り行かなくなったし、社会もそれで済むと思っていましたのですが、そうではありませんでした。

これも脱線してしまいますが、子どもが少なくなったら小児医療の需要が減るかという、そうではなくて、先ほどもありましたが、昔、多くの子どもがいたときは、おじいちゃんやおばあちゃんも一緒に住んでいるし、子どもが何人もいれば前の子の経験もあります。ですから、夜中に熱を出しても、ある程度判断して、医師にかからないで済ませていましたが、最近は、核家族とか、やっとできたお子さんであるとか、心配の度が強いので医師のところへ行く。産科の方は、今までだと、助産師に見てもらって、何かあったときに行くよということで医師は当直室で寝ていた。ところが、何かあったら早い段階で医師が駆けつけないと、少し遅れるとまずいというようなことで、同じように当直していて、その間にお産が一つか二つあったとしても、昔は、医師は相当部分眠れたけど、今はほとんど眠れないという状況です。

それから、妊婦さんのケアが相当緻密になってきましたので、ある試算では、女性が妊娠してから無事に産出して退院するまでに、産婦人科の医師がその人の診療にかかる時間が、昭和 50 年のころと比べると3倍になっているそうです。そうすると、出産は減っても需要が減ることにはならない。平成になって、産婦人科の医師が忙しくなると悪循環が始まりました。需要が減らないのに医師が減ってきたのでどんどん忙しくなる。忙しくなると、その忙しいのを見て学生が入らない。後でそのようなことを示す図がありますが、そういう悪循環に陥ります。

次の5ページは、医師数は少しずつ増えたのですが、産婦人科の医師はこのように減ってきているということです。

6ページは、私たちが医師不足だと言い出したのは平成の初めころですが、厚労省は、医師の数は減っているけどお産の数が減っているから、産婦人科の医師は足りないとずっと言い続けています。私たちは、そんなことはないということいろいろとやって、最近になって、本当に大変であることを認めていただいて、いろいろな支援をしていただいています、そういうことがありました。

次の7ページは私たちの誇りですが、妊産婦死亡率というのは、出産にかかわってお母さんが亡くなる率です。周産期死亡率というのは、胎児・新生児が亡くなる率です。このような勢いで下がってきています。でも、これは医学の進歩だけではなくて、先ほど言ったように、時間をかけて丁寧に診療している結果がこうです。この成績は、両方をあわせると世界一です。胎児・新生児の死亡率は世界一低かったのですが、今年はシンガポールに抜かれたとかいう話がありますが、1位か2位。母体の死亡率は世界3位ですから、両方を合計すると世界一です。

そういう事実があって、それを達成するためにどれだけがんばっているかというのが次のグラフになります。8ページです。平成12年の統計で、当直の回数の平均値を示してありますが、全科のうち産婦人科が一番多いです。次に小児科が多くて、救急関連、外科、内科と。この産婦人科、小児科、救急関連という当直の多い科が今は医師不足です。こういう科は学生から嫌われます。実習に来て、また当直ですかと。そうすると嫌になってしまうようで、その状況が、平成18年の統計では産婦人科は更に増えています。

平均して月に6回というのは、私は今は立場上、当直していませんが、そういうもの含まれてますから、若い人たちは本当に忙しい医師は3日に1回、ひどい人では15回も当直したとか、そういう状況です。そうしないと持たない現状があります。

次の9ページ、先ほど高橋さんからお話があったように、当直の次の日は休みなしですから36時間勤務ということになります。

10ページ、こういうことで分娩をやめてしまう、医師が足りないからやめざるを得ないということもありますし、もう一つやめる理由が11ページにあります。産婦人科医療というのは、他の科と少し違う特殊性がありまして、出産というのは、お母さんが元気な赤ちゃんを抱いて無事に退院することが当たり前の結果であって、どちらかに問題があると、やはり医療提供者側に何かミスがあったのではないかと思われてしまうのは仕方がないのですが、そのために訴訟になる率が高いです。ですから、医師一人当たりの訴訟になる件数が一番多い。訴訟になると、病院側がやめたくなくなってしまふ。医師も足りないし、お産はもうやめた方が病院経営は楽だという形で閉じていくところが増えてきたわけです。

そういうことがあって、次の12ページの悪循環が形成されました。説明するまでもありませんが、過重労働・多忙というのは、若手医師や学生から見て、今の職業感覚、彼らの理想に合わないのか、忙しすぎると来てくれないのでますます忙しくなる。それから、忙しいと勉強する時間もない。そうすると、医療の質も低下するし、忙しすぎることが事故にもつながる。これも当然で、先ほどパイロットの話がありましたが、これははっきりと統計が出ていまして、当直の次の日に手術をすると事故

が多いというのは、アメリカできちんと出ています。

しかし、今もそういう状況が続いていて、訴訟の問題、社会の認識不足等ありますが、これがやっと、今年新しく全国の大学に入局した産婦人科医師が大幅に増えました。本当に底を打ったかなと思っていますが、これは何が効いたかという、メディアの報道です。最初は、何か事故があると、事故を起こした施設をバッシングするような報道でしたが、そこから少し深く突っ込んでくれて、医師不足が大変だ、現場はがんばっているような医師の姿を報道してくれたり、そういうことが多少いい効果があったと思います。

もう一つは、政府のアピールです。医療費の予算が大変なので保険点数をずっと下げていましたが、去年でしたか、産科と小児科だけ保険点数を上げてくれました。産婦人科は特に、ハイリスク妊娠・出産加算料を付けてくれて、そういうことも報道されて、学生や若手医師は敏感ですから。これは、保険点数が少し上がったことが自分の収入になると考えるのではなくて、国がその医療を大事にしてくれていると受け取るわけです。そうすると、こんなに大事にされる医療、また、社会も必要としている医療だという気持ちが若手医師に伝わり、それが入局者を増やし始めたきっかけだろうと思います。

安藤委員

今、提言のようなお話がありました。提言の方に少しポイントを絞っていただければと思います。

岡井氏

わかりました。

そういうことで医師不足のことをお話ししましたが、国が力を入れてくれるとそっちに行く効果があるということです。

救急搬送の問題は、質問があればお話しします。

資料の最後に、国の政策が大事であって、これに関しては長期的なビジョンを持って臨んでほしいということです。一時的なハイリスク妊娠加算料を付けたから産婦人科は大丈夫と思ってしまっただめで、今、基本的に医師が足りませんから。これを舛添大臣がやっと認めてくれて、増やそうということになりましたが、これでも相当時間がかかります。しっかり取り組んでほしいと思います。それから、専門医を確保して必要なところに必要な医師を回してほしい。それから、医療施設の規模・配置ということが日本は適正になっていないので、医療を提供する効率がとても悪いです。そこもきちんと長期的ビジョンを持って、10年後、20年後、この地域にこういう規模の病院という形で取り組んでいてもらいたい。それから、医療費を増額してもらいたいということ。

もう一つ大事なのは、国が政策を実行するためには社会からの支援が必要なので、ぜひ支援していただきたいということでございます。

ありがとうございました。

安藤委員

急ぎ足になりました。ありがとうございました。

お二方から非常に示唆に富んだ御発言をいただきました。ここからは質疑に入りたいと思います。質問をまとめてお願いいたします。委員の皆さん、いかがでしょうか。

松田委員

高橋先生、岡井先生ともにですが、小児科医がやはり不足している、増やさなければいけないという御指摘で、私も全くそのとおりだと思います。

ただ、確認したいのですが、岡井先生から出された資料の3ページで、出生数を産科医数で割ると、日本は決してほかの国よりも医師数が少ないわけではないような気がします。イギリスは先ほどの事情で違うことがわかりましたが。ですので、まず絶対数が少ないのか、これをまず確認したいと思います。

2点目は、むしろ、それ以外の部分で日本の産科医が過重労働になる要因があるのではないかと。つまり、対処法は医師増だけではないのではないかとということです。例えば、先ほどおっしゃったイギリスの例で、一般家庭医がまず診て、軽度のもは対処している。それができていないのか。それとも、医師の医療の内容がかなり丁寧で、かつ、高度であることが死亡率を下げることには寄与していますが、個人の負担を増やしているのかどうか。

3点目は、地域的な偏在があるような気がします。それは、絶対数的には変わらないのに、こういう過重労働は、都市部などではかなり医師数が不足しているとか、あるいは、特定の病院に集中しているということがないか。何を言いたいかということ、医師を増やすこと以外の対処法があるのではないかとということです。

以上です。

宮島委員

お話を伺って、医療そのものを、医療の立場からも、親も賢くなるということからもバックアップしなければいけないとあらためて思いました。その中で、お伺いしたいのですが、今、自治体の施策として大人気の医療費無料化があります。私はこの政策に少しだけ疑問があります。それは、とても小さな子どもは不安ですし、すぐに連れていかなければいけないのですが、見ていると、小学生くらいになって、例えばどこか打撲して、湿布でも貼っておけばいいかなと思うくらいでも、現状では、薬屋さんで薬を買うよりも、お医者さんに行った方が無料になってしまったりします。私は決して、子育ての医療の負担を親にかけるべきと言っているわけではなく、子どもの医療の負担は本当に国としてバックアップする必要があると思いますが、軽度でも医者にかかるところを、フィルタリングをかけるために、例えば病院にいくと1回100円とか、そういう歯止めがあってもいいのではないかと思います。病院に行っても行かなくてもどっちでもいい程度の人にとっては、その100円が意外と大きかったりして、本当に必要だと思えば、少しの料金はかかっても病院に行くと思います。私は周囲を見ていて医療の現状を考えたときに個人的に、大人気の医療費無料化に若干の疑問があるのですが、どうお考えになりますか。よろしくをお願いします。

佐藤委員

高橋さんがおっしゃったことは非常に大事な点で、自治体はすぐにできそうだと思いますが、動かないのは何か。先ほどの母親学級ですか、やればできそうですが、新宿区で少し始まったようですが、自治体がなかなか動かないのはなぜかと思えますか。高橋さんのお話を聞くと、すぐに取り組んだ方がいいと思うのが当たり前だと思いますが、進まない理由を伺いたいと思えます。

あと、岡井さんには、高橋さんのお話のように、出産についても、先ほど、ほかの医療関係との連携ということもありましたが、妊娠から出産まで、医師が提供している時間が3倍になっているというお話がありましたね。そこについて、母親の側、妊婦の側が多少変わることによって、医師の負担が軽減できることがあるのでしょうか。その辺、先ほどの小児医療と同じように、こちらが知っていることによって多少軽減する部分があるのか、ないのか。これは小児医療とは違うということなのか、そこを伺えればと思えます。

勝間委員

データは何もないのかもしれませんが、こうした小児医療の不足が少子化にどの程度影響しているのかということが、データや、皆さんの現場の意見のようなことがあったら教えてください。

安藤委員

では、私からも。

今、看護休暇という制度がありますが、各家庭に対して5日間かな。修学児前の子どもが2人いると全然足りないと思えますが、それについて高橋さんはどのように思えますか。

それでは、たくさん出ましたが、可能な範囲でお願いします。

岡井氏

出産の数と医師数のわりには、日本は医師不足感があって忙しくて大変だという理由の一つは、医療の提供効率が悪いことです。日本の医療体制の特徴です。例えば同じ出産でも、少しの数を扱う病院が分かれて多くあります。普通、出産というのは、2,000、3,000 やるくらいの病院でやるのがいいです。それが小規模になっているからです。医師の当直回数が多くなるのは当たり前です。例えば、お産を200 やるところで医師2人だとすれば、2日に1回の当直になります。それを5つくらい集めて、1,000のお産があるところにいると10人になるでしょう。そうすると、2人ずつ泊まっても5日に1回と楽になります。ものすごく簡単な理由です。

救急医療で、どこに行っても満床だというのは、全部を集めればどこかしら空いています。そういうことです。そういうことで忙しい。

もう一つは、助産師さんと医師との役割分担が余りうまくいっていない。重複している部分があったり。私も、助産師さんに担ってもらう部分をもう少し増やしてもいいと思えますが、そこが今のところは制限されています。そのためには、教育や資格の問題も見直さなければいけないのですが、相

当のことをほかではやっているということがあります。

あとは家庭医の役割です。家庭医の制度が全くないのは日本です。ほかの国はみんな家庭医というか一般医がいて、それぞれの専門医の部分を相当カバーしていますが、それが全くない。厚労省の別の会議で家庭医の問題についても検討していますが、それをしっかりやらないとこういうことになるということが一つです。

あと、少子化にどれだけ医師不足が寄与しているか。これは、正直言ってわかりません。ただし、マイナスであることは間違いのないでしょう。子どもが病気になってもかかるところがないとか、お産で患者さんがたらい回しにされたとかとなると不安になると思いますので、マイナスであることは間違いのないです。どれくらいの寄与度はわかりません。

それから、妊婦さんを検診する回数については、医療提供者側というか、医学界とか医師会で決めています。これは、いろいろなデータを集めて、この時期にはこういうことをチェックしましょう、これくらいの間隔で診ていきましょうということですから、これは妊婦さんの方が、心配だから診てほしいとたくさんかかっているという問題ではないと思います。たくさんこまめに診ることが周産期医療の結果をよくしたことに、ある程度寄与していますので、大変でなければ来てもらった方がいいと思います。

医療費の無料化の問題ですが、やはり無料というのはよくないと思います。人間というのは、ただだと思えば、食べたくないごはんまで食べておなかを壊すくらいで、ろくなことはないですね。大きな負担がかからない程度、自分も少しだけお金を払う方がいいのではないかと思いますけどね。全く必要がないのに、ただだから行かなきゃなんていうことが起こると、残念ですが、人間のさがみたいなところがありますから、少しはお金がかかった方がいいと思います。

高橋氏

自治体の子どもの医療費無料化については、私どもの会として、有料化にすべきであるとか、無料化を継続すべきだということを打ち出しませんが、実際に、無料だけでも、夜間の救急に行くと、軽症だった場合はお金を取るような仕組みを持っている自治体も今は実際に始まっています。ただ、そもそも軽症か重症かの判断ができないので、そういう場をつくりましょうというのが私たちの活動です。確かに、薬屋さんで薬を買うよりも、病院に行けばただだからという人がいないこともないと思いますが、その人たちがいることを挙げつらって無料化をなくすというのは、少し話が違うのかなという感じがしています。

あと、自治体がやらないのはなぜかということですが、これは多分、ニーズを読んでいなかったとか、10年、20年と余り変わらないような離乳食の講座などをずっと継続的に行ってきた、新しいニーズを読んでいないのかなと思うので、これはぜひ取り入れていただきたいと思っています。

勝間さんがおっしゃった小児科医不足と少子化を関連づける具体的なデータはないのですが、実際に声を聞いていると、産む場所も見つからない、子どもが病気になったら連れていく場所もない、こんなことで子どもが生めるのでしょうかという声としては幾つもあります。あと、小児救急の究極版のPICUがそもそも日本では本当に足りていなくて、例えば溺れた子どもが、すぐに運ばば再起で

きるにもかかわらず、数時間かかってしまって脳死状態になってしまった、障害が残ったり、亡くなってしまったということが起こる状態です。やはり小児科医不足がP I C Uを設置できないほどの現状をつくっているのかなと思います。データはありませんが、遠からず、小児医療の不足が少子化とかわかってくると思います。

看護休暇制度に関しては、使える制度として、もっと日数が増えれば、パパもママもいいのではないかと思います。

安藤委員

講座の方で、そうした知識を教えるというか、こういう制度があることを案外知らなかったりしますね。

高橋氏

そうです。知らない家庭が多いです。協力してくれる先生も、ベースは同じですが、御自身で用意してくださるオリジナルの資料をもとにお話しされるので、その先生のオリジナルの中では、こういう展開もありますよとお話しされることはあっても、会として今まで、ここをポイントとして取り組んだことはありません。

佐藤委員

今、育児・介護休業法の改正法が国会にかかっている、子の看護休暇の日数は、現行は子が一人は5日ですが、改正後は二人以上は10日になります。夫婦で働いていれば両方で合わせて20日になるということですから。今でも夫婦両方が働いていれば10日です。

安藤委員

高橋さんの資料の7ページの講座の様子で、かなり男性の参加が高いと思いますが、いかがでしょうか。

高橋氏

パパとママが子どもを抱っこして連れてくるというのは多いですし、それはこちらも望んでいることです。

安藤委員

ワーク・ライフ・バランスの講座は全然来ないのでですけど、子どもの医療は関心が高いのじゃない。救命・救護講座とかはすごく人気が高いです。

高橋氏

お父さんからの質問が多いです。

安藤委員

やはり関心が高いんですね。

高橋氏

関心は高いです。

安藤委員

わかりました。ありがとうございます。

4時になりまして、岡井先生が別の用務の御関係で、ここで退席されます。本日はどうもありがとうございました。

続きまして、残りのテーマ、病児保育について駒崎さんから御説明をお願いします。

駒崎氏

こんにちは。駒崎です。今日は、厚労省の方にも語りかけたいと思っております。

今日は、自民党のマニフェストに「病児保育」の4文字を入れていただきたいと思って参上しました。そういうことで、病児保育について御説明させていただきたいと思います。

まず自己紹介をさせていただきます。私は、子どもがいるわけでもなくて、結婚していたわけでもなくて、このNPO法人フローレンスを立ち上げました。ちなみに、10日前に結婚しましたので、今は既婚ですが、立ち上げた6年前はそういうわけではありませんでした。

実は、ベビーシッターの母がいて、その母がお気に入りのお客さんがいて、双子のママでしたが、彼女が子どもが熱を出して会社を休んだらクビになったということをうちの母から聞きました。それを聞いて、そんなバカなど。子どもが熱を出すのは当たり前だし、親が看病してあげるのは当たり前なのに、当たり前のことをしてクビになる世界第2位の経済大国があるかと思って、ITベンチャーをやっていましたが、辞めて、これをやり始めました。

私自身は東京都の江東区という下町に生まれ育ったので、自分自身、マツナガのおばちゃんという近所のおばちゃんが母親代わりになってくれて、彼女が、僕が病めるときも、健やかなるときも預かってくれたおかげでうちの母が働けて、何とか育てたというバックグラウンドがあります。

さて、病児保育ですが、保育領域の中では最も社会的な取り組みが遅れていると言われている、「保育の闇」という素敵なニックネームがついている領域です。「病児保育」というと重たい感じがしますが、実際は入院の手前、カゼや発熱など、軽度の突発的な状況で子どもを預かってケアすることです。

さて、この病児保育ですが、インターネット総合調査のマクロミルさんによるニーズを見ると、仕事と育児の両立で最も悩むことは何ですかという問いかけに対して、「子どもの病気で遅刻や欠勤をすることがあり、周囲に迷惑をかけてしまう」を挙げた方が72%いらっしゃいます。更に、野村総研の調査では、必要性を感じている育児支援制度は何ですかという問いかけに対して、9割弱の方が、

「こどもの看護休暇（有給）」と答えています。また、更に、保育園に関する不満は何かという調査に対しても、1位が、「病気のときも預かって欲しい」という結果になっています。

ただ、これでよくわかるのは、ニーズが強いこと、必要性を皆さんが感じているということです。じゃ、ニーズに対応する支援策はあるかということですが、現在、厚労省が行っているのは、施設で預かるというものです。保育園の横、医療機関の中、単独で病児保育の施設、これは実は一生懸命に取り組んでいます。取り組んでいます、9ページを見ていただくと、その数が非常に少ないです。全国に約640施設です。全国に保育園は2万4,000とか2万6,000と言われています。それと比べると3%弱ということで、数が圧倒的に少ないということがあります。なぜか。必要性が強いにもかかわらず、なぜこんなに施設数が少ないか。これはビジネスの原則から反しますよね。ニーズがあるところにマーケットありということがビジネスの基本だと思いますが、それが無いというのはどういうことかということが10ページにあります。

簡単に言うと、病児保育の施設は成り立たないということです。病児保育の施設の約9割が赤字という状況が広がらない理由です。それは、補助金は出ていますが、補助をもらって成り立たないという不思議な現象があって、それによって、病児保育をする人が増えないということです。後ほどの提言のところで、補助金をどうしようかという話をします。

では、こういう現象の前にどうしようかということで考えたのが、補助金をもらわずに、施設も持たない非施設型で病児保育をしようではないかということで始めたのが私どもフローレンスです。簡単に言うと、11ページですが、「こどもレスキュー隊」という、地域のマツナガさんのようなおばちゃんをネットワークして、この方々が、困っていらっしゃる人のところに駆けつけて、親御さんに代わって受診してあげ、かかりつけの小児科医がオーケーを出してくれたら、今度は子どもレスキュー隊員の家、あるいは、そのお子さんの家でお預かりしましょうと。預かりながら、地域の小児科医と綿密にコンタクトを取って、指示を受けながらお預かりしましょうという仕組みです。

そのお金ですが、国から補助をもらわないので、お金をいただかなければいけません。1時間いくらとすると、どうエクセルをはじめても、1時間3,000円とかもらわないと成り立たないということで、それではセブ向けのサービスになってしまうので、どうしようと考えたときに、月々の掛け捨てのお金をもらおうと思いました。月々掛け捨てで、平均7,000円くらいいただいて、使うときはタダという共済のような仕組みにして何とか成り立たせています。

13ページ以降は現場の様子ですが、こんな感じでお子さんをお預かりしています。ちなみに、これはうちの母です。第1号レスキュー隊員にうちの母をヘッドハントして、何とか無理やりやらせています。

そんな感じで、今、東京23区で800世帯くらいの方、累計4,000回くらい病児保育をやりまして、最近では法人契約のような形でくださるところも出てきました。リクルートさんやJPモルガンさんなど、そういうところで企業も病児保育に取り組もうということでおっしゃってくださっています。次に提言です。

民間で僕らのようにNPOがやっているのはいいのですが、公的な病児保育をなぜもっとやらないかということです。16ページですが、簡単に言うと、成り立たないからということとは先ほども説明し

ました。

なぜ成り立たないのかということで、17 ページですが、2つのわながあります。補助金のわなと委託のわなです。補助金というのは、基本的には、厚労省さんがよかれと思って出しているからいいと思います。悪気が出て出しているわけではないと思いますが、その補助金が、なぜか足を引っ張ってしまっているという皮肉な状況にあります。一つは、補助金の額が少ないこと。2つ目に、仕様がガチガチに決められてしまっていて、事業所が工夫をしようと思っても、それはやらないでということになってしまいます。

例えば、私たちが港区から病児保育の施設委託を受けていますが、仕様では8時半から5時半までです。お金は要らないから6時までにはさせてくれと言ったら、それはやめてくれと。あなた方が開いている時間を延ばしたら文句が出ると。なぜ文句が出るかということ、そうしたら、ほかの施設が5時半までだから、なぜほかの施設は6時までやらないのかという文句が出るからやめてくれと言われてしまいます。例えばそういうことです。そういうことがありまして、手足を縛られたまま委託事業をして赤字になる状況から抜け出せないということです。

18 ページです。そんな補助金のわな、どういうことかということ、これを見ていただきますと、東京都平均の稼働率が52.7%、定員数4人だと、預かりが年間547人なので、年額補助700万円やらなければいけなくなるというのが今年からの補助です。これは、保育者にとって、看護者にとって、家賃を払って、交通費を払って、事務局経費を払ってということなので、成り立たないでしょうということを感じます。

じゃ、どうしようかということですが、委託のわなは、19 ページに、開所時間やエリアなど、例えば港区の施設だと渋谷区の人を預かるなど、そういうことがいろいろありまして、もう少しフリーハンドの部分を設定してくださいということです。

20 ページです。厚生労働省の方に今ぜひしていただきたいことは何かということ、補助テーブルを見直してくださいということです。基礎補助と成果補助の2段階にさせていただいて、普通にかんばっている施設は成り立ちます、赤字ではないですとさせていただきたいと思います。

あとは委託ルールの見直しです。事業委託ということで、病児保育ではなくて、すべての委託にかかわることですが、余りにも事業所の手足を縛りすぎていて、創意工夫を阻んでしまっています。アメリカのセントラルパークとかはNPOに委託されていますが、アウトプットで縛っているのであって、やり方で縛っていません。そうした形で、違う現象があって、役人の言うとおりにやってくれというのも安全でいいかもしれませんが、成果できちんと縛って、成果で見ていくということにしていけないと、地域でいいモデルは生まれないということ、ぜひここで言わせていただきたいと思います。

フローレンス試案ということで考えたのは、次の補助テーブルですが、この辺はマニアックなので、厚労省の方だけ御覧になっていただきたいと思います。

病児保育は、先ほどの周産期医療などの問題よりも解決するのはよほど簡単です。僕が試算したところ、64億円くらいあれば、ある程度きちんとしたものをつくれますので、やり方次第だと思います。知恵はいくらでも出しますので、厚労省の皆さんはお忙しくて、こうした保育のニッチのところまで

はなかなか取り組めないと思いますが、ぜひ呼んでいただければ、いくらでも知恵と現場の汗を出しますので、制度設計していきましょうということで終わりにさせていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。

安藤委員

どうもありがとうございました。

私どもはプロジェクトチームで福井へ視察に行ってきましたが、福井は、御存知のとおり、待機児童がなくて、保育園を増やせということではなくて、何が一番ニーズですかと聞いたら、皆さん、口をそろえて、病児保育、病後児保育とおっしゃいました。安心子ども基金をそれに活用させてほしいという要望が強かったですね。

佐藤委員

そのときに出たのは、地方だと、50人というのは小さな自治体ではなかなか難しいので、ニーズはあっても50人までいかないのが、自治体として取り組みが難しいという意見が、いろいろな自治体から出ていました。

駒崎氏

まさに、今、佐藤先生がおっしゃっていただいたように、地方と都市部ではニーズが全然違いますが、同時に、今は施設偏重型で補助をつくっていますが、非施設型、例えば私たちのような形もできなくはないです。ただ、それは、国としては、ファミサポにそれをやらせてようという感じで、全然、ファミサポとは預かりの難易度が違ったとか、時間が違っていたりするので、結構、無理にそういう形で進めることも問題があるので、もう少し現場の専門家を呼んで、それなりにサステナブルな制度設計をした方が回っていくと思います。大体、やったよと言うことが大事ということもあると思いますが、やはり回っていくという仕組みをつくらないといけないと思いますので、そこは施設と非施設のコンビネーションで、病児保育インフラをつくった方がより有効かと思います。

安藤委員

ほかに委員の方、御質問をどうぞ。

宮島委員

今もお話に出ましたが、病児保育を非施設型で、厚労省などが進めようとしているファミサポに委託する形を、どう評価されて、何か問題があるとしたらどこが問題なのかということをお伺いします。

あと、社会保障国民会議でもいろいろな発信をされていましたが、そこでご発信されたことが、一定程度、形として受けとめられたのか、それとも、もしそうっていない部分があるとするれば、どこが障害と考えられているかという辺りをお伺いしたいと思います。

駒崎氏

すばらしい質問をどうもありがとうございます。

後者の質問からお答えします。社会保障国民会議で提言させていただいた内容は、実は、厚労省の方としっかり組んでいくはずだったのですね。どういうことかということ、その当時は、こういう成果連動ではありませんでした。一律にポンとお金をあげていたので、怠けてしまうところもあったので、そこを、そうではなくて有効に補助金を配置するために成果連動しよう。取り上げてくださって本当にありがとうございました。しかし、取り上げてくださったのですが、開けてみると、補助金の切下げが実情になってしまっていて、平均値は今までよりもすごく下がっていると。つまり、普通にやっているところも一律に下げられてしまうということがあって、いきなり成果連動にするのではなくて、基礎があって成果連動とか、マイルドな坂をつくらないと、施設がみんな死に絶えてしまうので、そうしたところで、もう少し変えていきましょうよということです。ですから、意見は取り上げてくださったのですが、制度設計の仕方がもう少しというところだったかなと思います。

あと、前段のファミサポに病児保育を任せるとするのは、結構無理があります。なぜならば、病児保育というのは、朝、熱を出して、例えばフローレンスだと、7時に電話がかかってきて、8時半に行きつけます。8時半から何時まで預かるか。18時半とかです。そうすると10時間です。ファミサポに登録されているのは、善意の、少し手が空いたときに預かってあげるわという方々なので、2～3時間とかですね。10時間というのはかなりヘビーです。ですから、病児保育の場合の預かりはマッチングという思想ではなくて、がっちり事業者が責任を持ってしっかりと提供する形にしないと難しいです。

3年前に、緊急サポートネットワーク事業というものを厚労省さんが、フローレンスのものを参考にしていただけてつくってくださって、全国で展開してくれましたが、3年たってやめましようとなって撤退されてしまいました。それは、厚労省さんが直営でされて、成果が出ていないとかいろいろ問題があったと思いますが、それを都道府県レベルや自治体レベルに下ろしてもらって、病児保育専門の非施設型というものを考えていただけるといいと思います。ファミサポに任せるのは多少無理があるので、一応はやっているけど回っていないみたいな、そういう結果に既になりつつあるので、そこは考え直していただきたいと思います。

安藤委員

ほかにどうぞ。

佐藤委員

施設型とフローレンスさんがやっていることとの関係ですが、施設にしてしまうと、それに必要な看護師さんと保育士さんを雇用する形になるわけですね。ただ、お子さんの方は、できれば病気にならない方がいいけど、今日はゼロとか、今日はすごく多いとかということが起きますよね。そういう意味では、施設型の場合は運営が難しいというお話がありますが、ある程度大きくすればいいのかもしれませんが、病児保育では、施設を設けることよりも、フローレンスさんのような仕組みの方がなじ

むのかなという気もします。施設のみとか、両方を組み合わせるといことなのか、そのバランスだとどうなのかな。その点の御意見を伺いたいと思います。

駒崎氏

本当に御慧眼です。施設は要らないと言うと、施設の協議会があって、僕が袋叩きに遭うので。現実論としては、施設型でなさっている方がいらして、伝統もあって、思いがおりなので、その人たちは尊重しつつ、その人たちがしっかり成り立つような仕組みを基盤につくりながら、そこと非施設を組み合わせるって、より施設の稼働率を上げていく方向が現実論的には、持っていく方としてはいいかなと思っています。

この前、東京都さんに提言して制度化された方法の一つに、施設に駆けつけ要員を置いて、施設から迎えに行く、そうしたステーション型を提言しました。それが東京都を通りまして、板橋区がモデル地域になって試行してくれていたりしますので、そういうコラボレーションの可能性が見えてきつつあるかと思っています。

あとは、フローレンスのような事業者がどんどん参入してきて病児保育をすればいいと思います。最近だと、ベビーシッター会社も病児保育をやりますとか言い出すところが増えてきたので、そういう意味でマーケットが出てきていいかなと思います。ただ、先ほど、フランスではみんながベビーシッターを使えますというような話がありましたが、日本ではベビーシッターは大変高いので、そうした一時保育のパウチャー的な市場をつくっていくような必要性があるかなと思います。

ですので、施設や事業者への補助から、将来的には、本当は利用者補助、利用者主権の補助にして、そこに自由市場で生態系が形作られる方が本来的にはいいかなと思っています。

勝間委員

病児保育の文化的な背景として、保育園も含めて、ベビーシッターさんがリスクを嫌がるということがあるのではないかとということ、加えて、病児の保育はそもそも母親の役割であるという強いドグマがあるような気がします。こういう文化的な背景の壁というのはいかがでしょうか。

駒崎氏

おっしゃるとおりです。私は、こうした話をいろいろなところであると、この前、京都の議員さんのところで、「君、それは、母の愛はどうなるのだ」と言われました。

「母の愛は関係ありません」と言いました。何があろうがなかろうが、子どもが熱を出して、親が働いていれば、困るのだということ、私はいろいろなところで訴え続けてきて、ドグマとの闘いは6年間してきましたし、これからも闘っていきたいと思います。文化は変えられると思いますので、そこは楽天的に考えたいと思います。

そういう、足を引っ張る人たちは放っておいて、インフラをしっかりつくっていき、サービスをしていくことの方が近道かなと思いますので、ぜひ、勝間さんは大変有名人なので、いろいろなところで、そのドグマを破るべく御協力いただきたいと思います。

安藤委員

同じドグマの闘いを繰り広げている立場から。レスキュー隊員の属性を知りたいのですが。リタイアされた高齢者が多いのかなと思いますけど、どうですか。

駒崎氏

そういう方々と、元保育士、元幼稚園教諭という20代、30代がいます。つまり、集団保育よりも個人でやりたいとか、あるいは、自分が保育園で断っていた立場なので、ずっと胸が痛かったから、今度は私がやりたいみたいなことをおっしゃいます。

安藤委員

性別ではいかがですか。

駒崎氏

圧倒的に女性です。男性も1名います。

安藤委員

非施設型、フローレンス型の浸透のために必要なのは、地域のリソースがわかっているコーディネーターのような人の存在なのかなと思います。そのコーディネーター役の重要性についてはどうお考えですか。

駒崎氏

それもすごくあると思います。同時に、そういうものがどんどん群生していくためには、一番いいのは、補助金ではなくて仕事を出すことだと思います。ファミサポとか、行政が全くやらなくていいと思います。あるいは、行政が直営でやっているところは今は半分です。でも、それこそ地域のNPOに出していく、地域の任意団体に出していけば雇用創出にもつながりますし、そこが仕事を受けて伸びてきます。

安藤委員

コミュニティビジネスですね。

駒崎氏

そうです。まさにそういう形です。ですから、補助でズブズブにするのではなくて、仕事をどんどん出していくという行政のアウトソース市場をきちんとつくっていく方が近道ですし、税金のむだ遣いにもつながらなくなるということで、ぜひやっていきたいと思いますという感じです。

安藤委員

小児科医さんのモチベーションはどうですか。病児保育はやはり必要なサービスですよね。

駒崎氏

小児科医は、実はタダで提携医になってくれています。それはなぜかという、小児科医の方も、お母さんに「今日は休んでくれ」と言っても休めないことはよくわかっているので、むしろ、自分の患者さんが大切なので、そうした人たちに「フローレンスがあるよ」と言えた方が、彼らも悪役にならなくて済むし、力になりたいと思っているということで、小児科医は今はずごくサポーターで協力的です。

安藤委員

リピーターになる確率が高いような気がしますね。

駒崎氏

そうですね。

安藤委員

あと、ユーザーはどうですか。父親たちの意識はどうでしょう。

駒崎氏

お父さんはすごく参加しています。説明会をやると3割はお父さんです。

安藤委員

基本的に共働き家庭が多いですか。

駒崎氏

共働き家庭がほとんどです。あとはひとり親家庭です。ひとり親家庭には、超激安で病児保育が提供できる「ひとり親バック」というものがあり、足りない赤字分をご寄付で受けています。皆さんのクレジットカードから月に1,050円が、静かに引き落とされます。寄付してくれる人が8人いると、ひとり親1家庭を病児保育で救えますという仕組みがありますので、ぜひ、家に帰ったら、「フローレンス」で検索していただいて申し込んでいただければと思います。

安藤委員

困窮するひとり親家庭は大変だと思います。

松田委員

すごく説得力がある説明をありがとうございました。3点ほど質問があります。

まず1点目は、基本的な認識をお聞かせください。データを見ると、やはり親が一番求めているのは看護休暇であるような気がします。私も、病児を保育するとしたら、まず保護者が休めるようにすることが第一だと思います。というのは、病児保育は、いくらつくっても、多分地域的に偏在するのに対応できないと思います。そうすると、今、佐藤先生から先ほど御説明がありましたように、法改正があれば、今の看護休暇が倍になり、2人親家庭では20日になる。加えて、各企業の取り組みを促すことで、まずは休めるようにすることが基本だと思うのです。その上で病児保育をカバーするという位置付けでいいのかという確認です。

2点目は、現実問題として、どこまで増やせばいいのかということは、国としても悩ましいところだと思います。先ほど、駒崎さんの試算では64億円ということがありましたが、この64億円で何年間これを使い、どのくらいの数を整備すれば、カバー率がどのくらいになるのかという試算があれば教えてください。この方が説得力があると思います。

3点目は、利用料金の高さが問題になるような気がします。今、フローレンスさんは1カ月に7,000円ということですが、共働きでフルタイムであれば簡単に捻出できる金額かもしれませんが、今は非正規雇用の若い人が多いですから、かなり苦しいと思います。そうすると、年収別に傾斜をつけるとか、あるいは、それに対して補助金を出すとか、そうしたのも必要な気がしますが、この状況はいかがでしょうか。

駒崎氏

ありがとうございます。すばらしい御質問だと思います。

1つ目の看護休暇ですが、おっしゃるとおり、子どもが熱を出したときぐらい休めるぞとワークライフバランス化していくことが一番だと思います。ですので、私たちは、働き方革命事業というものを立ち上げて、主に中小企業に対してワークライフバランスコンサルをしています。資生堂さんやジョンソン・アンド・ジョンソンさんとかはお金を持っていたりするので大丈夫ですが、中小企業では、「その横文字は何だ」みたいな感じのレベルからまだ脱却していないので、そういうところに対して、具体的にこうすれば定着率が上がりますよみたいなことをゴリゴリやっています。そうしたところで、中小企業にワークライフバランス化を進めていくことによって、本当だったら、会社がいいよいいよと言ってくれるようないい環境をつくりつつ、両輪でインフラをつくってくれという両面戦略かなということさせていただいています。実際にフローレンスを利用するユーザーの方も、いきなり預けるよりは、まずお母さんで、次がだんなさんで、その次みたいな感じで利用される方が多いです。

次に、増加させるのはどのくらいかということですが、説得力があるものを出したいのですが、データがなかったりして、こここそ厚労省さんと一緒につくっていききたいと思うのでラブコールを送っていますけど、実際に何十億円あって、それが何施設までいけばカバー率はどのくらいになるからこうしていきましょうみたいな戦略的なマイルストーンのようなものをつくっていききたいと思っています。

利用料金は、私たちも悩むところです。フローレンスを立ち上げて、いいことをやっているなと我

ながら思ったのですが、ある日、ひとり親の方から、あなたはいいことをしている気になっているかもしれませんが、私は使えませんと言われて、それでひとり親パックということで月に1,050円で使える形にしました。なので、実際に民間事業者が補助をもらわないでやっていくと、少なくともとんとはしなければいけないので、どうしても利用料金が高くなってしまいます。なので、そうした意味で、バウチャーという部分があるといいのかなと思います。私たちに直接お金をいただくと、成果に関係がないと、もらってしまえみたいな感じになってしまうので、やはり成果に連動した形の補助のあり方の方がいいかなと思っています。自治体の施設は、1日預かって2,000円と激安なので、さっき、施設は要らないのではないかというお話がありましたが、そうした所得階層の方にとっては施設はとてもありがたいところなので、残しつつ、より利便性を求める方は民間のサービスでという形にするというグラデーションというか、多様性があるといいのかなと思います。

佐藤委員

病児保育と看護休暇の関係ですが、子どもは突然熱を出したりして、もちろん、その日が休めるときは休む。ただ、仕事が調整できない場合があると思うので、そのときは病児保育で、次の日から看護休暇にする。多分そういう組合せになってくると思います。

あと、自治体の施設はなくしていいということではなくて、自治体が供給するにしても、施設として供給することの合理性がどの程度あるかということだと思うので、そういう意味であるということです。

安藤委員

高橋さん、フルタイム勤務というお立場からいかがでしょうか。病児保育に対してはどのような御意見でしょうか。

高橋氏

実際に私も使わせていただこうと、何度もそういう局面に立たされたことがあるので本当に必要だと思っていますし、病児・病後児保育は、同じ働くママ仲間から、まさに昨日、SOSのメールが来ましたが、双子が発熱して、自分が住んでいる市では4人しか枠がないと。昼の2時ごろからずっと電話をかけ続けているけど全然らちがあかなくて、明日の仕事はどうしよう、誰も見てくれないということがあるので、これは本当に、ベビーシッターで双子とか、そういうものは非常にお金がかかって家計も破綻するとういことがあるので、ある程度のバリエーションであると本当にありがたいと思います。

駒崎氏

がんばります。

安藤委員

ありがとうございました。

小児医療の問題も病児保育の問題も、目指すは、子どもが病気のときに休める社会、そういうものだと思います。

示唆に富んだ、切実なお話をありがとうございました。

時間になりましたので、今日の会合の前半のテーマであります小児医療・周産期医療・病児保育については以上とさせていただきます。

高橋様、駒崎様、どうもありがとうございました。

川又参事官

引き続きまして、佐藤委員に進行をお願いいたします。

資料としては、資料6として「提言の骨子(案)」を付けておりますので、そちらを御覧いただきたいと思います。

佐藤委員

我々プロジェクトチームで、これまで9回、テーマを決めて議論してきましたが、そろそろ取りまとめの時期になりましたので、これまでの考え方を整理した骨子案について、追加することがあれば御意見を伺うことにしたいと思います。

最初に簡単に骨子の内容を御説明させていただければと思います。今日は総論について御説明しますが、不十分なところを委員の皆さんに追加していただくような形にさせていただければと思います。

まず、なぜ子育て支援や少子化対策が必要なのかということ、まだ、結婚もそうですが、それは個人が自分で努力すれば問題が解決するという意見があると思います。前半のところ、時代が大きく変わったと、これまで、男女が出会って結婚し、子どもを持ち、子育てを自分たちでできたのは、家族のあり方や地域のあり方など現在とは異なり、それである程度できてきたわけですが、そこが大きく変わったことを指摘しています。家族のあり方、地域のあり方、あるいは会社のあり方が大きく変わって、結婚を希望していてもしにくい、あるいは、子どもを持ちたいと思っても子どもを持ちにくい、子どもも育てにくい。今日、議論が出たところもあると思いますが、そういう日本社会になってしまった。

では、昔に戻ればいいのかというと、戻れないのです。社会全体として、過去に戻るのではなく、今の時代に合った子育てセーフティネットをつくる必要があることを説明しているのが「総論」です。

時代は変わったということについて、希望してもなかなか結婚できない、出産は清水の舞台から飛び下りる覚悟が必要になっている、綱渡りの子育てなどで説明し、そのデータを示しています。

そういうふうに時代が変わり、そういう子育てセーフティネットが必要だけれども、なぜその取り組みがなかなか進んでこなかったのかということが、次の課題になります。我々の「ゼロから考える少子化対策」でも、少子化対策のメニューは出ているけれども、なぜそれが実現できないのかということが一つの課題でした。

それについて、我々は「3つの『ない』」という表現で整理したわけです。一つは、関心の広がり

がなく、子育ての当事者だけが苦しんでいる。つまり少子化対策が国民全体の課題であるという認識がなかなか広がっていかないということ、つまり「関心（合意）がない」点です。次は、これまでの少子化対策は対症療法的で、必要な施策が抜けていたり、広がり、連携という点で不十分なことがあるのではないかとということ、これが「広がりがない」ということです。もう一つは、やるべき対策はわかっている、社会的な合意がないことも背景にあって、少子化対策に予算がなかなか付けられない。これが「財源が足りない」ということです。

それぞれについて幾つかデータを載せさせていただきました。これらの点を踏まえて、我々としては、新しい子育てセーフティネットを構築するためには、この3つの「ない」を解消することが大事ということで、この3つの「ない」を解消するための提言という形で書かせていただいております。

1番目の、国民の「関心（合意）がない」に関しては、国民みんなが具体的な行動を起こすということ、その意味でみんなの少子化対策が大切ではないかと思えます。それができて、財源に関する理解も進むと思えます。その中で、「みんなの」と言ったときに、前回、アラハタ世代の大学生と議論したわけですが、若い人たちの意見を、どういう形で実行するかは別として、少子化対策などの政策に反映させる仕組みがすごく大事だとしています。また、若い人たち自身が、結婚や出産について理解を深めることができる機会を提供することが大事だろうと思えます。この前のシンポジウムでも、女子学生が、「赤ちゃんに触れ合う機会がない」ため、若い人が赤ちゃんに触れ合う機会も設けることが大切ではないかと発言していましたが、そうした仕組みづくりも重要ではないかと思えます。

2番目の「広がりがない」ですが、従来の少子化対策は、結婚したカップルが希望するだけ子どもを持てるような仕組みをつくっていくことで、それも十分ではなかったわけですが、ライフサイクル、ライフステージに即したということで、まず、恋愛、結婚というところから考えていく必要があるだろうということです。そういう意味では、当然、結婚できるような経済的自立ができるようにすることが重要になります。結婚や出産についてきちんと考えられるような情報や機会をつくっていくことに、社会全体としても関心を持つことが大事ではないかというのが2番目です。

もう一つは、いろいろな政策に取り組んでいますが、一つは、親の働き方、家族のあり方が多様化してきていますので、そういうものを変化に応じたような対策にするとか、そういう意味では、親がいろいろですから、子ども中心に、縦割りではない総合的な政策ということをやっていく。子どもの貧困格差、つまり、親の貧困格差が子どもに連鎖するようなことを防止することも大事な論点になっていると思えますので、そのことをまとめさせていただきます。

3番目、「財源が足りない」ということでは、まず国民的な合意をきちんとつくっていく。少子化対策が国民みんなの課題であることを理解してもらうことを踏まえた上で、未来の子どもたちのためにみんなで負担することが不可欠だろうということです。子育てのセーフティネットを整備するためには、どうしても安定的な財源の確保が必要ですので、大臣がおっしゃったような、100円の買物をしたら1円をというようなメッセージを発信しながら、安定的な財源を確保していくことがどうしても必要だろうと思えます。

3つの「ない」をこういう形で解消しながら、最終的にどういう日本社会を目指すのかということですが、子どもの笑顔であふれる日本社会を実現することです。希望がかなえられ、活力があり、子

どもの笑顔があふれる社会を目指そうということです。そして、結果として、日本も持続可能な社会になっていくということを目指そうということです。

ここが「総論」で、「各論」については、これまで議論してきたテーマに即して、どういう具体的な課題があるかを、ポイントを整理してわかりやすく書いていくことが「各論」になります。

もう一つは、議論できなかった点もきちんと書いておこうということで、今後の検討「課題」を記すことになります。「各論」とは別に、各回の会合で議論したことの概要も載ることになります。

あともう一つは、「みんなの少子化対策」ということについて、できればきちんとしたメッセージを出せるようなことも検討しようということ、議論しています。

これについては、説明で不十分な点とか、ここは主旨と違うとか、それについてそれぞれの方から御意見を伺いたいと思います。

宮島委員

私たちのまとめで、付け加える部分をお話しさせていただきたいと思います。

やはり全体で見ると、今の状態では財源が足りないだろうという話になりました。でも、一方で、現状の仕組みを変えないまま、ただお金だけを増やせばいいと言っているわけではありません。それは今までの議論の中でも、今の仕組みの中で、国の予算は本当に必要ところに行っているだろうかと思われるようなところが何点もありました。既存の制度は、今の新しい流れに沿っていないところが幾つも見られます。一番必要で困っているところに支援が行くために、制度改革も含めて取り組みたい。先日も、プロジェクトチームとして子ども基金などは、使い方の優先順位をそれぞれの自治体でしっかりと判断してほしいというアピールも出したところですが、制度改革や、最も適切予算の使い方を十分考えながら、トータルとしては財源も必要であろうというのが私たちの結論だと思います。

松田委員

付け加えることではないのですが、私としてはここが大切だと思うところを申し上げたいと思います。

研究者の立場から見て、我が国は1.57ショックの90年以降、もう20年近くも少子化対策を進めてきたわけです。ただ、それが今、出生率の回復という結果には結びついていない事態を直視した方がいいだろうと思っています。それがこの提言の2ページです。これまで、3つの「ない」があって、少子化対策が足りなかったのだということを踏まえて、今後、考えることが必要だと思います。

その上で、私が強く思うのは、少子化対策について、今まで予算は徐々に増えてきて、対策も増えてきていますが、この延長線上では、恐らく、結婚や子育ては大幅にしやすくはなりませんし、出生率も大幅に回復することはないと思います。ここにうたわれていることは、かなり力を入れて少子化対策に今取り組まないといけないというメッセージだと思います。そのためには、先ほど、宮島委員もおっしゃいましたが、既存の制度で見直すべきところは見直しますが、プラスアルファを相当しなければならぬ。となると、今、国民一人一人にこうした少子化対策に対する理解をいただいて、そのための負担をお願いしていく、そこは避けて通れないと思います。

何かと申しますと、2ページにあるデータで、財源が足りないということです。なぜ我が国の少子化対策の財源が足りないかというと、研究者の立場から申し上げさせていただきますと、それは、我が国がほかにむだ遣いをしていて、少子化対策に回すお金が少ないのではなく、絶対的な国民の負担率が低いのです。これは、みんなでお金を出して支え合わないと、子育てや次の世代は育っていかないということを直視するデータだと思います。ですので、私から強調したい点は、今回の我々PTは、財源の問題に目をそむけずに、真っ正面から国民に訴えることであると思います。

以上です。

佐藤委員

強調したい点をもう少し説明していただいて結構ですので、よろしくお願いします。

勝間委員

1点だけ、キーワードとして、子育てセーフティネットということをご皆さんで盛り上げていただければと思います。セーフティネットの問題は各種出ていますが、子育てとセーフティネットを結びつけた議論が見えていないと思います。しかし、家庭だけでもできなくなってきたことは多々ありまして、もちろん子どもを育てるのは家庭が第一であることには異論がありません。ただ、家庭だけでは苦しくなった部分を、ぜひ社会全体で、セーフティネットの発想で支える、それは十分な財源と十分な仕組みが必要であることを強調したいと思います。

安藤委員

このPTはいろいろ勉強になりました。加えてあきらめるのではなくて、何かやっていかなければならないと痛感しました。

そこで、僕は、3つの「ない」の中で、「関心（合意）がない」というところを、何とか自分の力で突破しようと思って、いろいろ発信するのですが、同じ子育て世代や若い人には響くけど、一番響かないのが中高年世代というか、かつて父親や母親だった世代の人たちが、特に財源の問題とかに対しては余り反応がないというのが実際でした。ですから、こうした世代間コンフリクトをどう取り除いていくか。つまり、財源のシェアの奪い合いではなくて、適正な、これからの日本社会にとって有効なお金の使い道にしていこうということを、世代を越えて、コンセンサスをどうとっていくかということが大きな課題として浮かび上がってきたのではないかと思います。

つまり、一人一人が既得権を言い出すときりがないので、部分最適ではなくて全体最適を目指そうということのコンセンサスをまずつくってほしい。つまり、子どもへの投資、少子化対策の充実こそが日本社会の未来を明るくすることが基本線かと思いますので、ぜひこのことを今後も強く訴えていきたいと思っています。

佐藤委員

少子化対策の必要性に関して、コンセンサスを得ることは大事です。以前の日本では、希望すれば

結婚でき、子どもも2人、3人と持てて、雇用社会のウエートが低かったので、働く女性も結構多い時代もあったわけです。そのため少子化対策のために何か特別なことをしなければいけないということとはなかなか理解できない。しかし日本社会が変わってしまったわけです。時代を逆転させることはできないわけですから、今の時代の実情を理解してもらい、必要な子育てセーフティネットを強化することが大事だと思います。

これまでの議論を踏まえて、次回が最終の提言を各論を踏まえて出すことになると思いますが、後で記者ブリーフもしますが、これまでのところについて、少し時間がありますので、御質問があれば伺えればと思います。

いいですか。

それでは、大臣から何かありますか。

小淵大臣

ありがとうございます。スタートした当時は、どこまでできるかいろいろ不安もあったのですが、おかげさまで、随分と議論も重ねさせていただきまし、お忙しい中、皆さん方にも全部出席していただいて、かなり実のある回を重ねることができたと思っています。

これまで、国会議員の間でも少子化対策についてはいろいろなところで話し合われてきているし、いろいろな提言が出てきています。それはそれで皆さんがんばってやっただけで、問題意識はあるのだけれども、どれを読んでも、総論賛成みたいな話で、例えばまさに私の明日の育児を助けてくれる声がないわけです。総論はよくわかるし、すごくきれいな提言だけど、じゃ、私の子どもの保育園はどうなるのか、うちの子を明日病院に連れていかなきゃいけないのだけど、仕事との両立はどうするのかとか、現実的で具体的ところがどうしても欠けていたような気がして、かゆいところに手が届かないような提言になってしまっていたのではないかと思います。

この会を発足するもともになったのもそうした考え方でしたが、今回つくっていただいたものに関しては、総論とともに具体策もかなり盛り込むことができたのかなと思っています。やはりポイントとしては、一つは、松田さんがおっしゃった、きちんと財源の問題を直視したということです。耳の痛いこともきちんと言っていこうということです。あとは、佐藤先生がおっしゃった、今の時代をしっかりと見たということだと思います。それをしないと、子育て世代は、いつもいつも苦しい、厳しい立場に追い込まれていくことになるので、子どもの目線に立ったり、若者の目線に立ったり、まさに子育て世代を中心に、どういう政策を整えるのか。今までと違う何かを見ていく目がないと、これまでと同じような既存のスタイルでは難しいということをしっかり認めたことが、今回のポイントではないかと思っています。

まさにここからがスタートだと思いますので、この提言をスタートとして、次に何ができるかということをしていかなければいけません。一つ申し上げたいのは、政府としてしっかり取り組むことは、本当にスピード感を持って進めていきます。それとともに、皆さん一人一人が、今日から、明日から、何をできるかということを中心にまた整理してPRできたらと思っています。

佐藤委員

どうもありがとうございました。

今日の総論、皆さんから出てきた意見を踏まえて、もう一度リバイズし、各論を詰めて、次回、最終的な提言にさせていただきたいと思います。また、記者ブリーフでの議論もしますけれども、ぜひまた次回もおいでいただいて、それを受けとめて、できるだけ広報していただければと思います。

どうもありがとうございました。

あとは事務局に戻します。

川又参事官

ありがとうございました。

今回は6月23日を予定しております。時間につきましては、追って御連絡いたします。「ゼロから考える少子化対策プロジェクトチーム」の、各論を含めて、提言の最終的な取りまとめを予定しております。また、記者会見を予定しております。

本日はどうもありがとうございました。