

これまでの社会保障制度改革国民会議における主な議論 （第1回～第8回）

1. 総論

持続可能な社会保障制度の構築

- ・ 高齢化の中で質が高く持続可能な社会保障制度の構築に向けて、専門家としての論理的・実証的な議論を積み重ねるべき。
- ・ 現役世代支援に軸足を移しながら、持続可能な社会保障を目指すべき。
- ・ 急速な少子高齢化の下で、制度を持続可能にするためには、長期的なビジョンを持って、給付を抑制していくことが重要ではないか。
- ・ 皆保険、皆年金をどう守っていくのかも含めて、議論すべき。
- ・ 改革推進法の基本的な考え方に基づき、3党協議で示された検討項目について議論すべき。
- ・ 一体改革について当面与えられたテーマを具体的に議論するとともに、将来を見据えた社会保障改革の方向性について議論することが重要。
- ・ やるべきことを、2015年頃までの当面、2025年頃までの中期、それ以降の長期に分けて、時間的なフレームを考える必要。また、将来のあるべき社会を想定した際に、今からやらねばならないことが何かも示す必要。さらに、政策効果の実現や実行までに時間がかかるものと、緊急性があるものやすぐに実行できるものに分ける必要。
- ・ 中長期的な方向性を明らかにした上で、具体的に目の前の問題を解決するなど、相互に関連付けるべき。

給付と負担の見直し

- ・ 限られた資源の中で、どこを重視し、どこを抑制するか、トレードオフとなっていることを踏まえて議論すべき。
- ・ 税も公債も、現在・将来の国民が必ず負担するもの。「打出の小槌はない」中で、物事の軽重大小、優先順位をどう定めていくかが重要。
- ・ 将来世代にツケを残さず、制度が持続可能となるよう、負担の引上げ、給付の削減を議論すべき。
- ・ 若い世代がどこまで負担可能なのかということから逆算した議論も必要。中長期の議論に当たっては、どれだけ財源を調達でき、それをどう配分するかという発想が必要。
- ・ 例えば、年金支給開始年齢の引上げ、ブランド薬の患者負担の見直し、医療の質とコストとアクセスがトレードオフとなっている中でのゲートキーパーの導入なども5～10年先を見れば、議論しておく必要。
- ・ 給付を我慢する範囲を決めるのは難しいので、多様な価値観の中で、どのようなプロセス・パスで決めるかが重要。

自助・共助・公助

- ・ 自助、共助、公助等について、理念をわかりやすく示すことが、国民に負担をお願いする上で重要。
- ・ 検討を生産的に行うためには、自助・共助・公助等について、概念規定を明確にすべき。
- ・ 子育て支援から看取りまで、人々の暮らしを地域で支え合う体制を作り、「もたれ合い」の構造を「支え合い」の構造に持っていく必要。特に、社会保険方式を基本とし、支払能力に応じた負担をして、それに見合った給付を受ける「支え合い」（「自助の共同化」）が重要。負担をすればより安心・納得できるという関係を再構築すべき。

- ・ 所得がある人が拠出し、拠出した人が給付を受ける「正直者が馬鹿を見ない制度」にすることを社会保険制度の基本として押さえるべき。
- ・ 自助を第一に考えるとしても、正規・非正規の処遇均衡など働く部分を企業側がきちんと対応しないと、却って公助（生活保護）が増大してしまうのではないか。

保険料と税

- ・ 年金、医療、介護について「社会保険制度を基本とする」ことが3党合意されたのは画期的ではないか。財政制約がある中で、低所得者対策に公費を重点化し、保険料財源で調整できるところは調整すべき。
- ・ 保険料と税の役割分担を明確にすべき。社会保険全体の中で公費をどう誰に使うのか、保険の中の応能負担（再分配機能）をより高めていくのか、議論すべき。
- ・ 雇用の構造転換もあり、保険原理そのものが成り立たなくなっているのではないか。保険制度内の再分配だけで乗り越えていけるのか。
- ・ 今後、税財源には、財政健全化の役割が期待されることに留意すべき。

低所得者の取扱い

- ・ 低年金者が多い中、低所得高齢者への対応を検討すべき。
- ・ 公的年金等控除及び遺族年金が非課税であることの影響により、多くの高齢者が住民税非課税となっており、低所得者をひとくくりに考えるのは適切ではないのではないか。
- ・ 年金について、救貧機能を持たせるならば制度設計は難しくなる。

経済・雇用との関係

- ・ 医療と介護は、多くの国民がサービスの提供に関わっており、雇用も含めて、サービス提供側が活性化する制度づくりを行うべき。
- ・ 老若男女が元気に働き続けることができる社会などを念頭に議論すべき。
- ・ 地域によって事情が異なる医療・介護については、全国1本ではなく、地域ごとに人口動態の変化を踏まえ、地域経済など経済的側面も含め、議論を行うべき。

その他

- ・ 社会保障の様々な給付を有機的に関連付けて問題の解決方法を探るべき。
- ・ 社会保障の制度設計は財政再建問題と関わることを踏まえるべき。社会保障の論理と財政の論理を融合させる必要。
- ・ 社会保障は何のためにあるのか整理する必要。高齢者のためだけではなく、いわば「老若男女共同参画社会」を実現していくべき。
- ・ 現在の「70年代モデル」ともいえるべき社会保障制度を「21世紀モデル」にするための大きな仕分けも議論すべき。
- ・ 今の社会保障に求められるのは、少子化対策に緊急的に投資するなど、未来からの視点ではないか。
- ・ 国民に向け、わかりやすく元気の出るようなメッセージを発信すべき。
- ・ 医療費を企業がどれだけ負担しているのかを比較する際には、アメリカに関しては企業が負担している私的医療費を加えて比較するのが妥当。

2. 医療・介護

医療と介護の在り方

- ・ 高齢者が増え、疾病構造が大きく変化しており、従来追求してきた医療と根本的に異なるのではないかと。
- ・ 1人の医者が総合的に高齢者を診るなど、医療提供の在り方を変えるべき。
- ・ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないかと。
- ・ 医師不足問題については、医師数の問題だけでなく、機能分担や連携の問題も大きい。病院間・病診間の連携、チーム医療の在り方、専門医と総合医の問題などを考える必要。また、連携が難しい地方では、総合医を検討する必要。
- ・ 「病院頼み」、「(介護)施設頼み」からの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。
- ・ 今後、生産年齢人口が少ない自治体が増えることから、在宅医療と地域包括ケアについて、少ない人員で対応する新たなシステムを考えるべき。
- ・ 医療の課題と介護の課題を一体として議論すべき。
- ・ 単に生活保障を削るのではなく、老後の暮らしの質が良くする観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- ・ 確率的な医療が増加しており、統計を基に医療の内容・適正化を議論すべき。給付の後、医療内容を評価する仕組みを入れるべき。

- ・ 医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を継続的に行うことが重要であり、そのために、医療費財源や消費税増収分を充てる必要。
- ・ 保険者が職業別・地域別に分離しているメリットは、保険者機能を行ってできるところ。例えば、保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行い、被保険者に伝えることを考えるべき。
- ・ 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必要。

地域における医療と介護

- ・ 医療や介護については、2025年の総論的な絵姿しかないので、そこにどのように持ち込んでいくのか、まず議論すべき。その際、二次医療圏ごとに2025年までのあるべき姿を描き、地域ごとの医療ニーズや資源などのデータを分析する必要。
- ・ 地域包括ケア体制や医療計画については、地域により事情が異なるので、各地域が自分たちで、子育て支援も含めた将来図を描けるようにすべき。
- ・ 健康寿命の問題は、医療だけではなく、地域に合った包括的なシステムが必要であり、各自治体が取り組むべき。
- ・ 医療を広域化する場合にも、地域包括ケアは市町村が担うことになるので、医療と連動として地域で引き受ける努力が必要。
- ・ 地域の医療費を抑制する取組を全国に広げていくインセンティブを検討する必要。
- ・ データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の取組の費用対効果を研究すべき。
- ・ 地域包括ケアの担い手である基礎自治体が、医療や子育ても含め、きちんと役割を担えるよう足腰を強くする必要。

医療・介護サービス提供体制

- ・ 提供体制の機能強化に当たっては、重点化・効率化することが条件になっており、集中検討会議で示されたとおり、効率化と機能強化を並行して行うべき。
- ・ 医療を広く薄く提供するのではなく、社会全体での役割分担や連携の在り方などを論点とすべき。
- ・ 中長期的な問題も重要であるが、足下の医療の現場は限界にきている。医療ニーズに対応する資源には限界があるということであれば、その中でどのような医療が提供できるか提案すべき。
- ・ 偏在している医師の適正な配置なしに、必要な医療提供体制を整備することは不可能。いわゆる医療専門職能団体として、どのような医療をどのように提供するかを示す役割と責任は大きい。
- ・ 日本は病院・病床が多いが、公的所有である他国と違い、私的所有が多く、コントロールする手段がないことが背景にある。
- ・ 日本のフリーアクセスは非常に価値のあるルールであるが、日本は外来受診回数が多く、大病院志向があるなど、デメリットもある。
- ・ 国民皆保険における「誰でも、いつでも、どこでも」のうち、「どこでも（どの医療機関ででも）」については、医療機関が役割分担を行い、はじめから大病院ではなく、まずは、かかりつけの医師を受診する体制に変えていく必要。
- ・ 医療の現場では、医学的適用だけではなく、患者と家族で社会的な生活への影響も勘案して医療の内容が決定されるが、人口が高齢化する中で、フリーアクセスの問題など、システムとしてどう対応するか議論すべき。
- ・ フリーアクセスの問題やホームドクター制の問題については、結論を出す時期にきている。

- 病院の機能分化・連携と平均在院日数の短縮を進めるべきであるが、現在の平均在院日数短縮ペースは遅く、今後どこまで誘導できるかが課題。ただし、強引に進めると、受け皿がなかったり、機能分化の際に、地域内で需給ミスマッチが起きる可能性。
- 日本の生産年齢人口が急速に減少しており、潜在看護師、介護職員の賃金水準や他産業との競合などの問題がある中で、看護師や介護職員の確保が課題。
- 高齢化が進展する中で、医療行為に関わることができる専門的な能力を持つ看護職を養成する必要。

給付と負担の見直し

- 年金と異なり、医療・介護は伸び続けているが、高齢者の給付を切り分けて、それをそのまま若い世代が負担し続けていいのか議論すべき。
- 死生観・価値観の多様化が進む中、医療保険・介護保険で全てに対応するのは財政的に限界であることを踏まえ、抑制する範囲を皆で決める必要。
- 介護について重点化・効率化が求められており、骨太の方針を示すべき。
- 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要。子育て支援 0.7 兆円と年金 0.6 兆円については、既に法律が通っているが、医療・介護 1.6 兆円についてはまだ法律も出ておらず、どのような見直しが行われるか明確になっていない。医療・介護分野の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。
- 医療では既に3割負担となっていることを踏まえ、介護でも一定以上所得者の自己負担の議論を進めるべき。
- 一定以上所得者の給付の見直しは制度横断的に検討すべき。
- 同じ要介護度でも高所得者の方が裁量的に保険給付を多く受けているのであれば不公平ではないか。

- ・ 後発医薬品の使用促進をはじめ、医薬品に関する見直し等について、具体的に医療費がいくら減るかといった議論すべき。
- ・ 医療費推計については、名目値ではなく、GDP比で議論する必要。
- ・ 介護保険の補足給付は、福祉的な制度となるよう、ミーンズテストを行い、対象を低所得者に絞るべき。

保険制度の在り方

- ・ 欧州の先進国と比較すれば、日本の社会保険料の事業主負担はかなり低く、社会保険料に占める事業主負担の割合は、長期的には低下傾向となっているのではないか。
- ・ 保険料収入の割合が減っているのは、高齢者数の増により高齢者医療の公費負担が増加し、医療費に占める公費の割合も増加していることが理由の1つになっているのではないか。
- ・ 欧州諸国では、低賃金の段階から社会保険を適用し、雇用主の責任も事業者が認め、低賃金の方の保険料を免除しても、雇用者責任の方は果たす制度もあるが、日本もそのような方向で考えるべき。
- ・ 健保組合の発展のためには、リスク構造調整のような形で組合間の共同事業を拡大し、組合間で支え合うような取組を考えるべき。また、健保組合と協会けんぽの間でも構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。
- ・ 高齢者医療や介護への拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。
- ・ 総報酬割にするかどうかは、拠出金の性格を人頭割と考えるべきか、応能と考えるべきか、を踏まえて考える必要。

地域保険・高齢者医療制度

- ・ 高齢者医療制度については、医療保険制度を持続可能にする観点から、現役世代が支えていくにはどうすればいいか、議論すべき。
- ・ 後期高齢者医療制度については定着してきているが、広域連合では非効率な部分もある。後期高齢者医療も国保も都道府県単位で運営した方が効率的ではないか。
- ・ 高齢者医療制度は、結局、当事者（都道府県）が保険者を担ってくれるのかという問題ではないか。
- ・ 市町村国保では零細な保険者が増えていくので、高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。
- ・ 国保の広域化に当たっては、医療費適正化や保険料徴収に対する地域の取組を反映させる仕組みを検討する必要。
- ・ 広域化によって保険料負担を平準化するに当たり、医療費水準が違うことによって保険料水準が高くなることは不公平ではないことに留意すべき。
- ・ 高齢者医療制度については、高齢者差別ではないという意識を共有しながら議論すべき。

3. 年金

- ・ まずは、どのような年金の将来像を描いたとしても対応すべき現行制度の改善に取り組むべき。
- ・ 年金財政を健全化する改革に早く着手して、年金制度を長持ちさせ、将来世代に財政的なツケを残さないようにすべき。

4. 少子化対策

少子化対策の在り方

- ・ 少子化の問題は、社会保障全体に関わる問題と認識すべき。また、子育て支援は、親子のためだけでなく、社会保障の持続可能性(担い手の確保)、経済成長、日本社会の未来につながる。一体改革の中に子育て支援を位置づけたのは歴史的な一歩。改革を打ち出す際のコンセプトを見出す必要。
- ・ 少子化対策としてではなく、子育てに普遍的な価値を置き、社会の責任として家族政策に取り組むべき。出産の希望がかなえられるよう社会環境に変えれば、出生率も上がるのではないか。
- ・ 待機児童の問題だけでなく、全ての子どもへの良質な発達環境の支援や、女性の就労継続・再就職支援を含めた親や家族への支援も議論すべき。
- ・ 平成17年度から10年間、子育て支援の集中期間として取り組んできたが、今後10年間は子育て支援の加速期間として位置付け、集中的な施策を講じるべき。
- ・ これまでの取組への反省も踏まえた上で、少子化への取組を進めるべき。
- ・ 子育て支援について、これまでの蓄積にも自信を持つべき。
- ・ 子育て支援は、基礎的な自治体がリーダーシップをとって地域の実情に応じた施策を展開することが重要。
- ・ 低所得世帯の子ども支援についても検討すべき。
- ・ 企業は安定した労働力を将来的に確保する観点から少子化対策に密接に関わるべき。
- ・ 子育て支援について、十分な財源が必要。
- ・ 手つかずとなっている新制度以外の課題も議論すべき。

保 育

- ・ 保育の質の確保のため、環境や労働条件の整備を行うべき。

ワークライフバランス

- ・ 包括的な次世代育成支援の仕組みとワークライフバランスの実現は車の両輪であり、取組を不断に続けるべき。ワークライフバランスを強化して、子ども・子育て支援新制度と有機的に組み合わせるべき。若年者の雇用条件の改善などが必要。