

産業構造審議会 第2回基本政策部会

平成23年5月18日(水)
10:00~12:00
本館17階国際会議室

御手洗尚樹 氏
(川村委員代理)

米澤康博 委員

森田富治郎 委員

森田清 委員

樋口美雄 委員

中村紀子 委員

田近栄治 委員

高須武男 委員

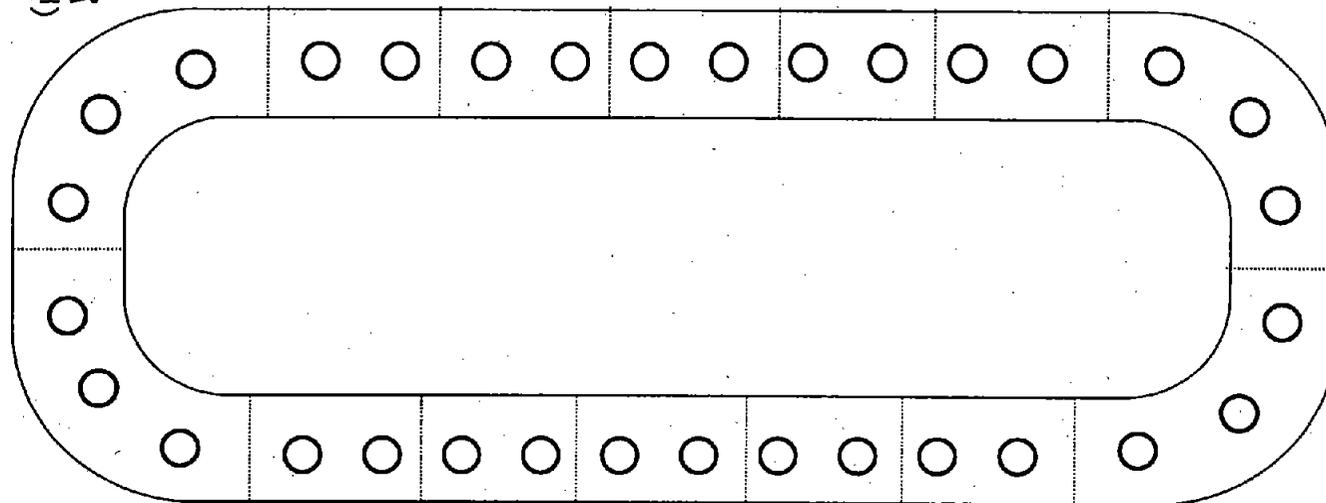
小室淑恵 委員

川淵孝一 委員

亀田隆明 委員

逢見直人 委員

井堀利宏 委員



寺澤達也 経済産業政策課長

安達健祐 経済産業政策局長

田嶋要 経済産業大臣政務官

伊藤元重 部会長

片岡宏一郎 産業構造課長

新原浩朗 大臣官房審議官
(経済産業政策局担当)

17階西3

17階西2

**産業構造審議会 第2回基本政策部会
議事次第**

日 時：平成23年5月18日（水）10：00～12：00

場 所：経済産業省本館17階国際会議室

- 議 題：1. 開会
2. 社会保障改革に関する検討状況について（事務局説明）
3. 有識者のプレゼン
- （1）森田清委員説明
- （2）川渕委員説明
- （3）亀田委員説明
4. 自由討議
5. 閉会

配布資料

資料1 委員名簿

資料2 社会保障改革に関する検討状況について

別添資料1 海江田経済産業大臣「経済成長と持続可能な社会保障の好循環
に向けて」（3月26日集中検討会議に向けた準備作業会合提
出資料）

別添資料2 厚生労働省「社会保障制度改革の方向性と具体策」（5月12日
第5回社会保障改革に関する集中検討会議提出資料）

資料3 森田清委員提出資料

資料4 川渕委員提出資料

資料5 亀田委員提出資料

資料6 大竹委員提出資料

資料7 小塩委員提出資料

産業構造審議会 基本政策部会

委員名簿

(部会長)

伊藤 元重 東京大学大学院経済学研究科教授

(委員)

秋山 弘子 東京大学高齢社会総合研究機構特任教授

井堀 利宏 東京大学大学院経済学研究科教授

逢見 直人 日本労働組合総連合会副事務局長

大竹 文雄 大阪大学社会経済研究所教授

小塩 隆士 一橋大学経済研究所教授

亀田 隆明 医療法人鉄蕉会理事長

川淵 孝一 東京医科歯科大学大学院教授

川村 隆 日立製作所取締役会長

小室 淑恵 ワークライフバランス取締役社長

高須 武男 バンダイナムコホールディングス取締役会長

田近 栄治 一橋大学大学院経済学研究科教授

中村 紀子 ポピンズコーポレーション代表取締役

樋口 美雄 慶應義塾大学商学部長

森田 清 第一三共相談役

森田富治郎 第一生命保険代表取締役会長

米澤 康博 早稲田大学大学院ファイナンス研究科教授

(五十音順、敬称略)

社会保障改革に関する検討状況について

平成23年5月
事務局

1. これまでの検討状況

- 社会保障改革に関する集中検討会議は、当初、①2月から3月にかけて経済団体、労働団体、言論界等から公開ヒアリングを実施した上で、②ヒアリング結果及び厚生労働省の検討成果を踏まえ、4月中に社会保障改革のあるべき方向性についての重点討議を行い、③4月末から6月にかけて社会保障・税一体改革の具体設計に関する集中討議を行った上で、④6月中に政府・与党社会保障改革検討本部の決定を行う予定であった。
- 他方、3月5日（土）に第4回を開催した後、3月11日（金）に発生した東日本大震災により一時休止。3月下旬から準備作業会合を開催し、委員や有識者等からのヒアリングを実施。
- 3月26日（土）の準備作業会合で関係省庁ヒアリングを実施。海江田大臣の提出資料として、経済産業省より「経済成長と持続可能な社会保障の好循環に向けて」（別添資料1）を説明。
- この中で、経済成長と社会保障がお互いを支え合う好循環を形成するため、①少子高齢化を新たな成長の源泉とする成長戦略を推進するとともに、②真に必要な社会保障サービスを充実するためにも、給付のメリハリを効かせることで社会保障の持続可能性を確保することの重要性を指摘。
- また、①民間の創意工夫の活用、②真に必要なニーズに応えるための公的分野の再検証、③公的分野の補完のための自助努力の支援の3つの視点に沿って、社会保障給付に関する具体的な改革アイデアを提示。

○これに対して、準備作業会合では、

- ①震災対応のためパブリックマネーの投入が必要になったことを考慮すれば、経産省の提案にあったような考え方について真剣に受け止め、改革を前倒しする必要がある、
- ②経産省の提言にもあったように、保険制度である以上、保険原理に従って、高いリスクをカバーすることに重点を置くべき、
- ③海江田大臣から提出された様々な効率化策、真に必要なニーズを満たすために公的にやるべきものと私的にやるべきものを分けるという考え方は、そのとおりだと思う、などの評価があった。

○集中検討会議は4月27日（水）の第5回から検討を再開、これまでのヒアリング結果を取りまとめ。5月12日（木）の第6回集中検討会議では、厚生労働省の検討成果を聴取（別添資料2）。

○今後は、5月中に社会保障改革のあるべき方向性について重点討議を行った上で、6月に社会保障・税一体改革の具体設計に関する集中討議を行い、6月中に政府・与党社会保障改革検討本部の決定が行われる見込み。

2. 産業構造審議会基本政策部会における検討項目

○従って、産構審基本政策部会においては、これら政府の検討に歩調を合わせて、以下の検討項目をご審議いただくことを期待。

【論点1】社会保障給付のあり方

- ・医療、介護、年金、生活保護、子育てなどの社会保障において、本来求められる機能を再確認し、本当に必要とする人に給付が行われるようメリハリのきいた給付を行うことが必要ではないか。

【論点2】社会保障を支える負担のあり方

- ・社会保障を支える負担について、グローバル化が進み、国の立地競争力が問われる時代にあつて、経済成長と統合的な社会保障を整備する観点から、現役世代や事業者の負担についてどう考えるか。

【論点3】少子高齢化を新たな成長の源泉とする成長戦略のあり方

- ・医療・介護・健康関連分野は、これまでにないサービスや様々なビジネスを生み出す大きな可能性があるため、いわゆる「成長産業」として多様な事業主体の参入を促すべきではないか。また、高齢者が健康的に活動し安心して生活できる環境を整備することにより、高齢者の消費を活性化すべきではないか。
- ・これまで仕事についていない女性や高齢者、若者が就業すれば、労働力人口の急減を抑え、潜在成長力の急減を食い止めることができるため、女性や高齢者、若者が生きがいをもって働ける環境を整備し、これらの人々の就業を飛躍的に増やすべきではないか。

3. 今後の検討予定

5月18日(水)	第2回基本政策部会(論点1を検討)
5月下旬~6月	論点2、3を検討
6月中	取りまとめ

以上

別添資料1

集中検討会議に向けた準備会合
経済産業省提出資料

経済成長と持続可能な社会保障の 好循環に向けて

平成23年3月26日

経済産業大臣
海江田 万里

基本的な考え方

- 出生数・合計特殊出生率がともに低迷し、我が国の人口は、今後、減少局面に突入。特に、生産年齢人口の落ち込みが深刻であり、現在の約8000万人が2050年には約5000万人にまで大幅に減少する見込み。その一方で長寿化により2050年頃に高齢化率は40%を超えると推計。
- 社会保障について議論するにあたっては、社会保障が経済成長と相互に関連し合う動的なものとしてとらえる必要があるのではないか。すなわち、国民が安心できる持続可能な社会保障は、活力ある安定した経済を基礎とするものであり、また、活力ある安定した経済は、持続可能な社会保障を基礎として成り立つもの。
- また、人口動態の変化により、人口ピラミッドは逆三角形に近づき、より少数の現役世代が多数の高齢者を支えなければならない社会が到来。「多くの現役世代が少ない高齢世代を支える」ことを前提に構築された現行の社会保障制度を維持すると、現役世代の負担が大きくなるが、社会保障制度の持続可能性の観点からどう考えるかが課題。

〔検討の方向性 1〕

少子高齢化を新たな需要や雇用の創出につなげるための成長戦略の推進

- ①女性や高齢者、若者が生きがいをもって働ける社会の実現
- ②医療・介護・健康関連分野における多様な事業主体の参入等によるライフ・イノベーションの促進
- ③高齢者が安心して生活できる環境の整備や高齢者が望むサービス・商品の開発促進による高齢者の消費活性化

→新成長戦略実現会議において、例えば「成長型長寿経済」といったテーマで議論し、成長戦略に反映すべきではないか。

〔検討の方向性 2〕

持続可能な社会保障の実現

- ①民間の創意工夫の活用
- ②真に必要なニーズに応えるための公的保険分野の再検証
- ③公的保険を補完する自助努力の支援

→新たなサービスの需要については、これまで多くの意見が出されていることを踏まえ、本日は給付の見直しのアイデアを紹介。

医療分野のアイデア

公的医療保険の 本来の機能

… 予測できない疾病等により高額な医療費が発生し生活が立ち行かなくなるリスクを社会全体でプール

民間の創意工夫の活用

○公的保険範囲等の明確化

高齢化や生活習慣病の増大に伴い、予防・リハビリなどサービスの需要が多様化していることに鑑み、公的保険・医療行為の範囲を明確化することで、保険外での新市場の創出を図るべきではないか。

○QOLを大事にした終末期の対応

患者のQOL (Quality of Life) を大事にした終末期をおくることを可能とするため、病院治療から在宅介護へ選択の幅を拡大すべきではないか。

○医療サービス提供体制の再編

看護師や薬剤師、作業・理学療法士の役割の強化を図るべきではないか。また、医療経営人材の育成により経営能力向上を図るとともに、医療機関の経営統合等を推進すべきではないか。

真に必要なニーズへの対応

○医薬品の公的保険対象の見直し

市販品類似薬(うがい薬、湿布薬等)は公的保険の対象から除外すべきではないか。また、ジェネリック医薬品及びジェネリック医薬品のある先発医薬品の薬価の見直しを進めるべきではないか。

○医療のIT利活用の促進

どこでもMY病院構想の推進等により、個人が自らの医療・健康情報を電子的に管理し、どこの病院に行っても活用できるようにすることで、重複投薬等を防ぐべきではないか。また、カルテの電子化と電子化するときの標準化を進め、データ分析を通じた「診療行為の標準化」など根拠に基づいた医療 (EBM:evidence-based medicine) を実現すべきではないか。

自助努力の支援

○保険者機能の強化

保険者が保険支出を削減するインセンティブを強化する。例えば、健診・保健指導の実施率、メタボ率に応じて、後期高齢者医療制度の後期高齢者支援金を加減算する仕組みを強化すべきではないか。

介護分野のアイデア

公的介護保険の
本来の機能

… 介護に高額のコ用が発生し生活が立ち行かなくなるリスクを社会全体でプール

民間の創意工夫の活用

○有料老人ホーム等の総量規制の見直し

特別養護老人ホーム(以下、特養)の整備を行おうとするのであれば、むしろ、都道府県による有料老人ホーム等の特定施設を総量規制から除外することにより、民間活力による施設整備を促進すべきではないか。

○居宅サービスにおける保険外サービス市場の拡大

介護報酬を、時間ではなく、個別のサービス内容で定めることとし、そのサービス内容は基本的なものとするべきではないか。それ以外のサービスについては自己負担とし、一体的に提供可能とするべきではないか。

○IT等を活用した経営効率化及び規制改革

IT等を活用することにより事務作業を効率化し、介護サービスの提供時間が月間450時間又は介護士・ヘルパー10名増すごとに1名の事務職の必置基準等を緩和すべきではないか。

真に必要なニーズへの対応

○保険給付対象者の見直し

利用サービスが主に生活援助に割かれている傾向がある軽度者は保険給付の対象外とすることにより、重度の要介護者に十分な介護サービスを提供すべきではないか。(参考:ドイツ・韓国…要介護度3以上が保険給付の対象)

○特養における重度要介護者への重点化

特養への入所は、より必要性の高い重度の要介護者に重点化すべきではないか。

自助努力の支援

○「おたっしやポイント」の導入

高齢者が地域ボランティア活動等に従事することにより健康を維持・増進することを支援・促進すべきではないか。

年金分野のアイデア

公的年金の本来の機能・・・長生きにより老後資産だけでは生活が立ち行かなくなるリスクを社会全体でプール

真に必要なニーズへの対応

自助努力の支援

○高所得者から低所得者への所得再配分

高齢者間における所得再配分の観点から、高い所得を有する者に対する基礎年金給付の減額や公的年金等控除の縮減によって得た財源を所得の低い高齢者の基礎年金・最低保障年金に充当すべきではないか。

○将来的な年金支給開始年齢の引き上げ

高齢者の雇用環境の整備を進めることを条件に、年金支給開始年齢について、段階的に年齢引き上げを行うべきではないか。
(参考:イギリス…68歳、アメリカ・ドイツ・オーストラリア等…67歳)

○私的年金の活用促進

個人の自助努力を支援するため、一定年齢以上(60歳前後)の引出しを条件とする資産形成に対する公的補助(ドイツ・リースター制度)又は税制優遇(米国・IRA制度)により、私的年金の充実を図るべきではないか。

確定拠出年金(日本版401K)におけるマッチング拠出解禁の早期実現及び拠出限度額の引き上げにより、更なる制度充実を図るべきではないか。

○高齢者の実物資産の生活資金への活用

自宅を担保として一定金額を毎年借り入れ、死亡時に自宅を売却し負債を返済するリバースモーゲージ制度や自宅を賃貸し家賃収入を得ることができる制度の利用を促進すべきではないか。

年金財政の持続可能性の向上

○マクロ経済スライドの確実な実施

年金の持続可能性確保の観点から、人口動態に応じて給付額を変動させるマクロ経済スライドを物価下落時においても実施すべきではないか。

○世代間扶養の状況を明らかにする公的年金会計の導入

公的年金の持続可能性を明らかにするため、アメリカのように、①受給年齢に達している現在加入者、②受給年齢に達していない現在加入者、③将来加入者ごとに、保険料と給付額の見込みを提示し、世代間扶養の状況を明らかにする公的年金会計を導入すべきではないか。

○公的年金、企業年金の運用強化

年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)の保有する120兆円の資産について国債依存の運用を見直すとともに、企業年金基金の保有する60兆円の資産の運用高度化を図るべきではないか。

社会保障制度改革の方向性と具体策

平成23年5月12日
厚生労働省

- 「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度 -

社会保障制度改革が必要とされる背景

本改革案は、自公政権時代の社会保障国民会議や安心社会実現会議をはじめ、昨年報告がまとめられた民主党調査会や有識者検討会、本年4月まで行われた集中検討会議でのヒアリングなど過去の議論の蓄積を反映したものである。

現在の社会保障制度の骨格は、高度経済成長期（1960年～1970年代）に形成

- ・ 「正規雇用・終身雇用・完全雇用」「右肩上がりの経済成長」「核家族・専業主婦の標準世帯モデル」「企業による手厚い福利厚生」「地域や親族のつながり」が前提
- ・ 社会保障支出の対GDP比や国民負担率が先進諸国と比較して低水準
- ・ 社会保障制度を取り巻く状況の変化
- ・ 雇用基盤（非正規雇用の増加等）、家族形態（単身世帯の増加等）、地域基盤（都市部の高齢化等）生活・リスク基盤（格差・貧困問題等）、企業基盤（グローバル化時代の雇用慣行等）の変化
- ・ 社会保障費用の多くが赤字国債で賄われ、負担を後世代・次世代へ先送り
- ・ 高齢者に対する給付が相対的に手厚くなり、世代間の給付と負担がアンバランス

【社会保障制度改革に取り組む際の留意点】

- ・ 国民の目線に立ちつつ、国民の自立を支え、安心して生活できる基盤を整備する社会保障制度の本源的機能の復元・強化
- ・ 「安心」「共助」「公平性」の三位一体（トライアングル）
- ・ 多様な世帯・多様な人生に対応できる社会、一人ひとりが能力を発揮し「居場所」と「出番」を確保し得るような社会
- ・ 新しい形の地域の支え合いやコミュニティの再生への寄与
- ・ 世代間の公平性の確保、貧困・格差問題の解消を通じた社会的連帯の保持、共助の仕組みを基本とする国民相互で責任と負担を分かち合う仕組み

社会保障制度改革の基本的方向性

「3つの理念」

参加保障、 普遍主義、 安心に基づく活力

「5つの原則」

全世代対応型、 未来への投資、 分権的・多元的供給体制、
包括的支援、 負担の先送りをしない安定財源

必要な社会保障の機能強化
を着実に進める

1. 全世代対応型・未来への投資

－「世代間公平」を企図する社会保障制度－

高齢世代のみならず現役世代や将来世代にも配慮した全世代対応型への転換を進め、人々の相互連帯・共助を基礎として、あらゆる世代が信頼感と納得感を得ることができる社会保障制度を構築。

現役世代の就労と社会参加を支援しつつ、次世代を育成。

老若男女を問わず雇用を中心に能力を形成し、発揮する機会を拡大。

- ・ 雇用を通じた参加保障（特に「現役世代の基礎」「将来の中核」である若者の自立支援の強化）
- ・ 子ども・子育て支援の強化（「子ども・子育て新システム」の実現、現役世代の家族形成を支援）

2. 参加保障・包括的支援（全ての人が参加できる社会）

「共助」をベースとした「重層的なセーフティネット」の構築－

「共助」の強化により、社会の分断や二極化をもたらす貧困・格差やその再生産を防止・解消し、社会全体で支え、支えられる社会保障制度の構築。「共助」をベースとした重層的なセーフティネットの確立。

- ・ 「第1のセーフティネット」（皆保険・皆年金体制）の揺らぎを是正（非正規労働者への社会保険の適用拡大、低所得者対策の強化等）
- ・ トランポリン型の「第2のセーフティネット」構築（求職者支援制度の創設、パーソナルサポートサービスの推進等）
- ・ 「最後のセーフティネット」としての生活保護制度の見直し

大震災からの復興

- ・ 社会経済情勢の変化を踏まえた給付の重点化、選択と集中
- ・ 共助を重視した社会保障の機能強化
- ・ 未来志向の「安心して暮らせる地域社会」モデルの提示

3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制

－多様な主体の連携・協力による地域包括ケアシステム

機能分化やネットワーク構築により、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けられる「地域包括ケアシステム」の構築。

国民の納得と満足を得られるような、質の担保と効率的なサービス提供。

地域（コミュニティ）を基礎に、人的・物的資源を選択的・集中的に投下し、機能強化と効率化を同時実施。

- ・ 安心で良質な医療・介護の提供ネットワーク（急性期医療へのリソースの集中投下による入院期間の短縮・早期社会復帰、リハビリ医療・慢性期医療への機能分化の推進、在宅医療・介護の拡充、チーム医療の推進や人材確保等）
- ・ 給付の重点化・効率化（高度医療等への対応、医療保険の機能の重点化等）

4. 安心に基づく活力

－新成長戦略の実現による経済成長との好循環－

社会保障は需要面と供給面の双方から成長戦略に寄与する余地が大きく、日本経済の成長は社会保険料収入や税収の安定的確保に通じ、社会保障の機能強化につながる。

財政に対し過大な負担をかけ続けることも持続可能な社会保障につながらず、強い経済・強い財政・強い社会保障が好循環を生むことが重要。

- ・ 医療イノベーションの推進（医薬品、医療機器、再生医療、個別化医療等）
- ・ 地域雇用に資する医療、介護、子ども・子育て支援分野での雇用拡大
- ・ 就労促進策による「雇用の拡大」と「ディーセント・ワーク」の実現
- ・ 社会保障改革による「安心の創造」を通じた消費の拡大・下支え

社会保障制度改革の方向性と具体策

- 「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度 -

平成23年5月12日
厚生労働省

個別分野における改革の方向性（１）

子ども・子育て支援 －子ども・子育て新システムの実現－

すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、社会全体で子ども・子育てを支援

すべての子ども・子育て家庭への支援（子ども手当、地域子育て支援など）

幼保一体化（こども園（仮称）の創設）

- ・ 質の高い幼児教育・保育の一体的提供
- ・ 保育の量的拡大・多様な保育サービス充実による待機児童の解消
- ・ 家庭での養育支援の充実

新たな一元的システムの構築

基礎自治体（市町村）が実施主体

- ・ 市町村は地域のニーズに基づき計画を策定、給付・サービスを実施
- ・ 国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える

子ども・子育て会議（仮称）の設置

- ・ 子育て支援当事者等が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与することができる仕組みを検討

社会全体（国・地方・事業者・個人）による費用負担

- ・ 国及び地方の恒久財源の確保を前提

政府の推進体制・財源を一元化

- ・ 制度ごとにバラバラな政府の推進体制、財源を一元化

就労促進

－みんなで働こう、人間らしく－

全員参加型社会の実現（就業率の向上）

若者の安定的雇用の確保

- ・ 新卒やフリーターの若者向けの就職支援の機能強化、ジョブサポーターによる向き合い型支援
 - ・ 求職者支援制度での重点的な支援、ジョブ・カードを活用した人材育成
 - ・ 産業構造の変化に即応して成長分野の人材育成・就業に結びつけるため、民間の創意工夫を活用した職業訓練
 - ・ 女性の就業の拡大（女性の就業率のM字カーブの解消）
 - ・ 男女の均等度合いを企業労使で把握し、ポジティブ・アクションにつなげるためのシステムづくり
 - ・ 仕事と家庭の両立支援と保育サービスの充実（子ども・子育て新システム）を車の両輪として推進
- #### 高齢者の就労促進

- ・ 超高齢社会に適合した雇用法制（高年齢者雇用確保措置、雇用保険等）の検討
- ・ 地域で働くことができる場や社会を支える活動ができる場の拡大

ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現

非正規労働者対策

- ・ 非正規労働者の公正な待遇の確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定
 - ・ 有期契約労働者について、雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討
 - ・ 非正規労働者への社会保険適用等、働き方の選択に対して中立的な社会保障制度への改革
 - ・ 最低賃金の引上げに向けた取組（生活保護との逆転現象の解消、中小企業支援）
- 労働者の健康・安全の確保

人々の就労を促進する政策（積極的労働市場政策）の充実のための体制整備

ハローワークの体制整備、雇用保険制度の国庫負担、求職者支援制度の国庫による財源確保

医療・介護

－全世代への配慮と長期的な維持可能性－

医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化

医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上

病院・病床の機能分化・機能強化、専門職種間の協働と役割分担の見直し

在宅医療・介護体制の強化、地域包括ケアシステムの確立

サービス付き高齢者住宅等の居住系サービスの充実等による特養待機者の解消

精神保健医療の改革、認知症対策の強化、介護予防・重症化予防への重点化

保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化、給付の重点化

働き方にかかわらずセーフティネットを提供するため、非正規労働者への被用者保険の適用拡大

市町村国保財政の広域化と低所得者対策の強化

高度医療や高額かつ長期にわたる医療への対応と重点化

保険者機能の強化、高齢者医療費・介護費に係る高齢世代と現役世代の公平な負担

予防の推進、制度運営に当たっての効率化

生活習慣病の予防、介護予防・重症化予防、ICTの利活用推進、後発医薬品の更なる使用促進

診療報酬・
介護報酬改定
基盤整備のための
一括的な法整備

医療イノベーション

－日本の医薬品・医療機器産業の国際競争力強化－

日本発の革新的医薬品・医療機器の開発と実用化

日本発の革新的医薬品・医療機器の研究開発の推進

- ・ 日本の臨床研究の質・量の向上（ICH-GCP水準の臨床研究を実施する臨床研究中核病院等の創設、臨床研究中核病院等における先進医療への取組、PMDA・厚生労働省との連携、人材の育成、ITの活用等）
- ・ 個別重点分野の研究開発支援（がん、再生医療、医療機器、個別化医療等）

臨床研究の成果等を治験や承認につなげるための基盤整備及び効果的な保険償還価格の設定

- ・ PMDAによる薬事戦略相談
- ・ PMDA等の体制強化

・ 実用化を見据えたレギュラトリーサイエンスの推進

・ （独）医薬基盤研究所によるオーファンドラッグ等の開発支援の拡充

・ 保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討

医療上必要な医薬品・医療機器の患者への迅速な提供（ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグへの対応）

- ・ 「申請ラグ」「審査ラグ」短縮への取組、医療保険制度における取組

（医療上の必要性が高いとされた医薬品に係る先進医療制度の運用の見直し、先進医療データの質の確保の検討）

社会保障制度改革の方向性と具体策

- 「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度 -

平成23年5月12日
厚生労働省

個別分野における改革の方向性（2）

年金

—新しい年金制度の創設に向けて—

新しい年金制度の骨格

所得比例年金（社会保険方式）：職種を問わず全ての人と同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付

最低保障年金（税財源）：高齢期に最低限これだけは受給できるという額を明示

現行制度の改善

新しい年金制度の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。

- ・働き方・ライフコースの選択に影響を与えない制度（厚生年金適用拡大など）
- ・被用者年金の一元化
- ・最低保障機能の強化
- ・能力に応じた負担
- ・年金財政の持続可能性の確保

年金制度の業務運営・システム

- ・公的年金制度を支える業務運営及びシステムの改善

貧困・格差

—重層的セーフティネットの構築—

「現役世代のセーフティネット」の充実による自立支援

- ・雇用・就労対策の充実が最優先。雇用保険の財政基盤を安定化
 - ・求職者支援制度の創設（財源の見直しを含む）
 - ・離職者向け住宅手当や総合支援資金貸付も含めた「第二のセーフティネット」の総合的推進
 - ・生保受給者、住宅手当受給者や母子家庭の母に対し、自治体とハローワークとの協定に基づく就労支援等
- 地域の支え合いの基盤となる体制の強化**
- ・生活支援から就労支援まで伴走型の一貫した支援（市町村主導による総合相談や社会資源の有機的連携を実施する専任機関の設置を支援）

「最後のセーフティネット」である生活保護の見直し

- ・稼働能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化
- ・子どもの貧困連鎖の防止（養育・進路相談、地域での学習支援など）
- ・不正受給対策の徹底（医療扶助の適正化や「貧困ビジネス」の排除）
- ・客観的データに基づく生活保護基準の検証

施策効果の検証

- ・貧困／格差の実態を総合的・継続的に把握するため、複数の客観的な指標の開発

東日本大震災への対応

・弱者層が震災によって更に貧困化し格差固定化につながらないように、適切な初動・中長期対応

低所得者対策

—社会保険の揺らぎの補完と所得再分配機能の強化—

【自己負担】

総合合算制度（仮称）の導入の検討

制度単位ではなく家計全体をトータルに捉えて医療・介護・保育・障害に関する自己負担の合計額に上限を設定
基礎的な消費支出等を踏まえ、負担上限を年収の一定割合とするなど、低所得者にきめ細かく設定
2015年以降に利用範囲が拡大予定の「社会保障・税に関わる番号制度」等の情報連携基盤の整備が導入の前提

高額療養費制度の見直し

現役の一般所得者のうち所得が低い方の自己負担の上限の見直しの検討
長期にわたって高額な医療費の負担を軽減するため、年間での自己負担の上限の設定等の検討
支給手続きの改善（外来の現物給付化）
給付増で保険料負担が増加しないよう、給付費ベースの財政中立

【保険料】

国民健康保険・介護保険の低所得者対策の強化 非正規労働者への厚生年金・健康保険の適用拡大

【住宅】

住宅支援の仕組みの強化の検討

適用される社会保障給付によってばらつきのある住宅支援施策について、「住まいのセーフティネット」の
確立・強化の観点から検討を進める

東日本大震災の復興に関する提言

震災前の姿の復旧・復元にとどまらない、少子高齢化が進むこれからの日本社会の 先進的モデルとなる「新たなまちづくり」「新たな社会保障のネットワーク」構築

被災地の復興を通じた「新たな安心地域モデル」の提示

- ・被災地域の「新たなまちづくり」への「地域包括ケアシステム」の取り込み
- ・医療機関のネットワーク、医療・介護連携、地域間の連携のモデルケース

障害者施策、社会保障改革実現 に必要となる財源等

障害保健福祉の実施に要する財源の安定的な確保

障がい者制度改革推進本部において、制度の谷間のない支援の提供等を内容とする「障害者総合福祉法」（仮称）の平成24年の国会提出、25年8月までの施行を目指し、検討中

財政の持続可能性等を踏まえた社会保障財源の検討

税との一体改革の中での財政健全化の同時達成、震災復興への道筋との関係も踏まえ、工程表に沿った取組

社会保障制度改革の方向性と具体策

「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度

平成23年5月12日

厚生労働省

目次

社会保障制度改革の経緯・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

社会保障制度改革が必要とされる背景・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

- (現在の社会保障制度の骨格)
- (社会保障制度を取り巻く状況の変化)
- (社会保障制度改革に取り組む際の留意点)

東日本大震災を踏まえた新たな課題・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

- (東日本大震災による新たな課題)
- (震災後の社会保障制度改革)
- (共助を重視した社会保障の機能強化)
- (被災地の再生が示す「新たな地域社会モデル」)

社会保障制度改革の基本的方向性・・・・・・・・・・・・・・・・ 7

1. 全世代対応型・未来への投資

「世代間公平」を企図する社会保障制度

<考え方> <施策の方向性>

- (1) 雇用を通じた参加保障(一人ひとりの自立支援)
- (2) 子ども・子育て支援の強化

2. 参加保障・包括的支援(全ての人に参加できる社会)

「共助」をベースとした「重層的なセーフティネット」の構築

<考え方> <施策の方向性>

- (1) 第1のセーフティネットの拡充強化
非正規労働者の増加等がもたらす「社会保険の揺らぎ」への対応
- (2) 第2のセーフティネットの構築
「トランポリン型社会」の構築
- (3) 最後のセーフティネットの適正化
- (4) 貧困・格差を把握するための指標の作成

3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制

多様な主体の連携・協力による地域包括ケアシステム

<考え方> <施策の方向性>

- (1) 安心して良質な医療・介護の提供ネットワーク
- (2) 給付の重点化・効率化
- (3) 住宅政策

4. 安心に基づく活力

新成長戦略の実現による経済成長との好循環

<考え方> <施策の方向性>

東日本大震災の復興に関する提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13

個別分野における改革の方向性・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

1. 子ども・子育て支援

2. 就労促進

- (1) 全員参加型社会の実現（就業率の向上）
- (2) ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現
- (3) 人々の就労を促進する政策（積極的労働市場政策）の充実のための体制整備

3. 医療・介護

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 介護サービス提供体制の改革
- (3) 保険者機能の強化を通じた医療保険・介護保険制度の改革

3 - 2. 医療イノベーション

4. 年金

- (1) 新しい年金制度の骨格
- (2) 現行制度の改善

5. 貧困・格差

5 - 2. 低所得者対策

- (1) 自己負担
- (2) 保険料
- (3) 住宅

6. 障害者施策

社会保障改革実現に必要な財源試算・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19

おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19

社会保障制度改革の方向性と具体策

—「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度—

- 社会保障改革については、昨年12月14日の閣議決定（「社会保障改革の推進について」）及び具体的制度改革案についての総理からの検討指示を踏まえ、同年12月27日に「厚生労働省社会保障検討本部」を設置した。
- 同本部では、本部長である厚生労働大臣の下で改革案を鋭意検討してきたが、今般、「社会保障改革に関する集中検討会議」における議論のたたき台として、以下のとおり「あるべき社会保障の姿と方向性」を取りまとめた。

I 社会保障制度改革の経緯

- わが国の社会保障制度は、累次に亘る見直しが行われ、今日に至っている。最近においても、社会構造の変化、経済・財政状況、少子化・高齢化の進展等に対応するため、社会保障国民会議（平成20年11月）、安心社会実現会議（平成21年6月）等において、今後必要となる社会保障制度の機能強化や改革等に関する提言が行われてきた。
- こうした中で、近年では、年金については支給開始年齢引き上げ、マクロ経済スライドの導入等、医療については高齢者医療制度の創設、医療費適正化の総合的な推進等、介護については介護保険制度の創設、予防重視型システムの導入等、子育てについては保育所の基盤整備等、各分野で様々な見直しが行われてきた。
- もっとも、厳しい財政事情、今後の中長期的な経済見通し、社会構造の急激な変化等を踏まえると、それでもなお、社会保障制度の安定性と持続可能性の観点から、さらなる改革が必要である。
- 本改革案は、こうした経緯や実情を継承しつつ、昨年12月にとりまとめられた「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」及び「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」で示された考え方、これまでの集中検討会議でのヒアリング等における意見や討議を踏まえ、今後の集中検討会議における議論のたたき台として、厚生労働省としての基本的考え方と個別分野の方向性を提示するものである。
- なお、改革案の射程（想定時間軸）は、基本的に、ベビーブーム世代が高齢期を迎える2015年からその5年後、10年後である2020年、2025年頃を念頭に置いている。

II 社会保障制度改革が必要とされる背景

(現在の社会保障制度の骨格)

- 現在の社会保障制度は、以下のような考え方の組み合わせによって形成されている。
 - ① 自ら働き、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本とすること。
 - ② 生活や健康のリスクを、国民間で分散する「共助」が補完すること。
 - ③ 「自助」や「共助」では対応できない困窮に直面している国民に対しては、一定の受給要件の下で、公的扶助や社会福祉などを「公助」として行う。
- 現在の社会保障制度の骨格は、高度経済成長期（1960年～1970年代）に形づくられた。その中核となる考え方は、国民皆保険・皆年金に象徴される「社会保険中心主義」であり、概ね以下のような点を前提としてきた。
 - ① 正規雇用、終身雇用、完全雇用を前提とし、被用者は職域保険（厚生年金、健康保険）、その他の者は地域保険（国民健康保険等）に加入。
 - ② 右肩上がりの経済成長を前提とし、年金や医療等の給付水準の向上は、所得水準の上昇による保険料収入や税収の増加によって賄うこと。
 - ③ 核家族・専業主婦という標準世帯モデル、企業による手厚い福利厚生、地域や親族のつながり等を念頭に置いた制度設計。
 - ④ 以上のような前提で運営されるわが国の社会保障制度は、結果的に、社会保障支出の対GDP比や国民負担率が先進諸国と比較して低水準に維持。

(社会保障制度を取り巻く状況の変化)

- しかしながら、わが国の社会保障制度を取り巻く状況は、以下のように大きく変化している。
 - ① 雇用基盤の変化
 - ・ 正規労働者中心の雇用前提等が変化し、非正規労働者が増大するなど、就労形態が多様化。その結果として、国民健康保険及び国民年金第1号被保険者に占める被用者の割合が上昇。
 - ・ 女性の就業率上昇に伴い、片働き世帯中心から共働き世帯中心へと変化。今後、中長期的に労働力人口の減少が見込まれる中、女性、若年者、高齢者の就業率、就業者数を上昇させていくことの必要性が高まる。
 - ② 家族形態の変化
 - ・ 親族・家族との同居の減少や未婚率の上昇による単身世帯（高齢者のみ世帯、高齢者単独世帯等）の増加、及び今後の更なる増加の見込み。
 - ・ 離婚率の増加に伴うひとり親家庭の増加。

③ 地域基盤の変化

- ・ 地域における高齢化の進展。とくに、将来における都市部の高齢化の加速化。
- ・ 人口減少地域、過疎市町村の増加の進展。

④ 生活・リスク基盤の変化

- ・ 若年無業者、現役世代の生活保護世帯、自殺者数の増加など、貧困・格差問題の深刻化。「社会的排除問題」が顕在化。

⑤ 企業基盤の変化

- ・ グローバル化、大競争時代に伴う企業の雇用慣行、ビジネスモデル等の変化。

○ こうした変化が進展する中、少子高齢化の進行と経済成長の鈍化により、社会保障給付費の対GDP比が急増。社会保障費用の多くが赤字国債で賄われ、後世代・次世代の負担に回されているほか、社会保障制度における高齢者に対する給付が相対的に手厚くなり、世代間の給付と負担のアンバランスも著しくなっている。

○ この間、社会保障制度の事務やシステムに間違いはないという「無謬性」を前提とした運営が、年金記録問題に見られるような様々な問題を発生させ、社会保障制度に対する信頼性を棄損し、その安定性と持続可能性に関する懸念を高めている。

○ また、そうした事態が、社会保障制度の運営・改革を担うべき公務員に対する国民の信頼を著しく損ねている。

(社会保障制度改革に取り組む際の留意点)

○ こうした現状の改善、直面する課題の解決に向けて、社会保障制度改革に取り組むことが求められているが、その際、以下の点に留意する必要がある。

- ・ 男性世帯主が正社員として安定した雇用を保障される一方で長時間労働を甘受、女性は家計補助的な非正社員として不安定かつ相対的に不利な条件で働くという「従来型の世帯像・社会像」を見直し、多様な働き方、多様な世帯の在り方、多様な人生に対応できる社会、一人ひとりが能力を発揮し、「居場所」と「出番」を確保し得るような社会とすること。
- ・ 家族や地域の絆が弱まる中で、社会情勢の変化を踏まえた新しい形の地域の支え合いやコミュニティの再生に寄与するような仕組みとすること。
- ・ 世代間の公平性の確保、貧困・格差問題の解消を通じた社会的連帯の保持、共助の仕組みを基本とする国民相互で責任と負担を分かち合う仕組みとすること。
- ・ 社会保障制度の運営・運用が、国、地方自治体、コミュニティ、事業主、労働者、NPO等、「新しい公共」を担う多様な主体、及び国民自身が相互

に係わり合う中で行われるようにすること。

- ・ できる限り間違いが生じないような仕組みと運営を実現することに努める一方で、間違いが生じることも想定したチェック機能、フェイルセーフ機能を考えること（「無謬性」を前提としないこと）。
- ・ 雇用を守り、社会保障を支える主体として、企業の責任を改めて位置づけること。
- ・ 社会保障・税に関わる番号制度の導入など、システム技術を活用し、国と国民との間で、新しい行政実務のあり方を構築すること。
- ・ 教育等の分野でも先進諸国と比較して公的支出の対GDP比が低水準であるが、国民の福祉向上、社会保障制度の維持可能性向上のためには、次世代の育成が肝要であり、そのためには教育等の分野の公的支出を充実させるとともに、効率的・効果的な教育支出のあり方を総合的に考えること。
- ・ 国の歳入の約半分が公債により賄われている現状は、過去の歳出と歳入の不均衡の累積によるものであり、歳入歳出構造の改革が不可避であること。
- ・ そのためにも、本格的な人口減少社会を見通し、社会インフラの整備に関しても、既存インフラの更新等に重点を置き、PFI等による民間資金の活用等にも取り組むこと（社会保障関連インフラの建設等においても同様）。
- ・ 社会保障は次世代の人的資本の育成や社会意識の醸成等の点で教育施策と関わりがあり、その他、社会的弱者に配慮した公共交通施策、税制、NPO・自治会・消防組織等の地域コミュニティ施策など、関連する施策との連携の強化によって、その機能が効果的に発揮されること。

○ 以上を換言すれば、国民の目線に立ちつつ、国民の自立を支え、安心して生活できる基盤を整備するという社会保障制度の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図ることが今回の改革案の狙いである。

○ 社会保障制度が国民に提供すべき「安心」が「共助」によって担保され、同時に国民相互の「公平性」が確保されるという、「安心」「共助」「公平性」の三位一体（トライアングル）が重要である。

Ⅲ 東日本大震災を踏まえた新たな課題

(東日本大震災による新たな課題)

- 改革案を検討している最中に発生した東日本大震災は、その被害の広がりや甚大さから、今後の日本の社会像・地域像や社会保障制度を考える上で、様々な課題や問題を提起した。
- 社会保障 (social security, sécurité sociale, soziale Sicherheit) の原義は「社会の安全・安心」であり、その意味でも、東日本大震災からの復旧・復興は社会保障制度とも深く関わる。
- 東日本大震災の被災地においては、保健医療・福祉サービスをはじめとする各種の援護・支援を被災者に行き渡らせるとともに、医療機関、社会福祉施設等の社会インフラを復旧させることが、社会保障制度の基本的機能の復元として優先的に求められている。
- また、復興及び被災者の生活再建という点からは、今後の雇用対策が最大のポイントとなる。
- いずれにしても、東日本大震災の被災地において社会保障制度が有効に機能させることが急務であるとともに、今後の社会保障制度を考えるうえで、被災地においてどのような社会像・地域像を実現していくかということは、わが国を再建・再生していく上でも重要な課題である。

(震災後の社会保障制度改革)

- 東日本大震災によって、少子高齢化の進行、人口減少社会の到来、巨額の財政赤字といった、わが国社会が直面する課題は一段と認識せざるを得ない状況となった。
- 東日本大震災による社会経済への大きなダメージは、社会保障制度の安定性と持続可能性にも影響を及ぼす。社会保障費用の後世代・次世代への負担の先送りはもはや許されない。そうした対応は社会保障制度の安定性と持続可能性を弱める。
- こうした状況下、社会保障制度改革と財政健全化を同時に実現することの重要性は、むしろ高まっていると考えられる。
- そのため、社会保障制度改革に当たっては、これまで以上に、給付の重点化、選択と集中、優先順位の明確化が求められる。

- 社会保障の機能強化を図る場合には、公に依存し「保護」「救済」を求めるだけでなく、共助を基本に「自立支援」「予防」を軸として、積極的に社会経済を支える持続可能な制度を構築していくべきである。

(共助を重視した社会保障の機能強化)

- 東日本大震災によって、改めて家庭や地域等のコミュニティの重要性を再認識させられている。被災地の復旧・復興のために重要であるばかりでなく、日本の今後の社会像・地域像を模索するうえでも示唆と啓示に富んでいる。
- 被災地が私たちに示している人と人とのつながりを大切にする姿、信頼や助け合いの精神など、国民の中に潜在的に存在する社会資本（ソーシャル・キャピタル）を強化し、人々の絆やつながりを再構築し、新しい地域（コミュニティ）の再建を進めていくことは、復旧・復興における重要な課題である。

(被災地の再生が示す「新たな地域社会モデル」)

- 東日本大震災の被災地は、高齢者をはじめとする災害弱者、要援護者も多く、今後の復旧・復興において、高齢者のみ世帯、高齢者単身世帯も安心して生活できる地域として再生し、要援護者が地域で医療・介護サービス等に円滑にアクセスできる基盤を構築していくことが重要である。
- 避難地域も広域に及んでおり、国民全体の共助の問題として考えていく必要もある。
- 社会保障制度改革においても、「共助」を軸にした新たな参加保障・包括的支援の絵姿を模索し、「新たな安心して暮らせる地域社会」のモデルを示していくことが求められる。
- このことは、将来の目指すべき「安心社会」の姿を提示すると同時に、今回の大震災を乗り越え、「新たな地域社会」を築きあげていくことにつながるものとする。

IV 社会保障制度改革の基本的方向性

- 社会保障制度改革については、昨年 12 月の有識者検討会報告が基本とする 3 つの理念（①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力）と 5 つの原則（①全世代対応型、②未来への投資、③分権的・多元的供給体制、④包括的支援、⑤負担の先送りをしない安定財源）を踏まえ、必要な社会保障の機能強化を着実に進めることとし、以下にその基本的方向性を定める。

1. 全世代対応型・未来への投資

—「世代間公平」を企図する社会保障制度—

<考え方>

- 人口に占める高齢世代の割合が上昇するとともに、景気低迷、デフレ、不安定就労増加等によって現役世代の経済力が減退する中、現在の社会保障制度は社会の構造変化や現役世代のリスクの高まりに十分対応してきていない。
- このため、現役世代は先行きに対する不安感と負担感を強めており、社会保障制度への不信感も高まっている。
- また、現役世代のみならず、現在の政策形成プロセスに影響を与えることができない将来世代への社会保障費用の先送りも行われており、世代間の公平を図っていくことが喫緊の課題である。
- こうしたことから、社会保障を社会の持続可能性の維持、未来への投資として位置づけ、直接的な受益者である高齢世代のみならず、現役世代や将来世代にも配慮した全世代対応型の社会保障制度への転換を進めなくてはならない。とりわけ、人々の相互連帯、「共助」を基礎として、あらゆる世代が信頼感と納得感を得ることができる社会保障制度を構築することが急務である。
- なお、高齢者への社会保障給付には、私的扶養の代替・補完や、地域経済の下支えという側面があることに留意する必要がある。
- 改革に当たって重要な点は次のとおりである。
 - ・ 現役世代の就労と社会参加を支援しつつ、次世代を育成し、その力を高めること。
 - ・ 老若男女を問わず、雇用を中心に能力を形成し、発揮する機会を拡げること。
 - ・ 厚生年金、健康保険が適用されない非正規労働者の増加、社会保険の負担を支える現役世代の経済的基盤の弱体化などによる「社会保険制度の揺らぎ」を是正し、今後とも社会保障の中核としての社会保険制度を維持していくこと。（関連施策は主に 2（1）第 1 のセーフティネットの拡充強化）

＜施策の方向性＞

- わが国の社会経済を取り巻く困難な状況、今後の人口減少社会の進展等を踏まえ、以下の政策分野を中心に取組を強化し、世代を問わず一人ひとりが能力を発揮して積極的に社会に参画でき、希望をもって将来を目指すことができる社会を構築する。

（１）雇用を通じた参加保障（一人ひとりの自立支援）

- 参加保障・包括的支援の理念に基づき、若年者、女性及び高齢者を中心に「雇用の拡大」と「働きがいのある人間らしい仕事（ディーセント・ワーク）」を実現する。特に、全世代対応型の社会保障への転換の観点から、「現役世代の基礎」であり「将来の中核」でもある若者の自立支援の強化に取り組む。
 - ・ 若者非正規労働者を減少させ、若者を育てる社会づくりによる、若者の安定的雇用の確保
 - ・ 女性の就業率のM字カーブを解消するための施策を講じ、女性の就業の拡大
 - ・ 年齢にかかわらず働き続けることができる社会（生涯現役社会）の実現による、高齢者の就労促進
 - ・ 人々の就労を促進するだけでなく、「働くことが報われること」「ディーセント・ワーク」を実現させる
 - ・ 非正規労働者への社会保険適用の拡大等による、安定した現役生活の保障機能を高める

（２）子ども・子育て支援の強化

- 現在検討中の「子ども・子育て新システム」を実現し、すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、子ども・子育てを社会全体で支援する。
 - ・ 子ども・子育て施策の一元化、基礎自治体による一元実施
 - ・ 社会全体で費用を負担するための包括交付金の導入
 - ・ 幼保一体化、保育の量的拡大・多様な保育サービス充実による待機児童の解消
 - ・ 妊娠期から学齢期まで切れ目のない一貫したサービス提供体制
- 仕事と子育ての両立支援、共働き型家族も含めた多様な世帯に対応した制度設計など、現役世代の「家族形成」を支援する。

2. 参加保障・包括的支援（全ての人に参加できる社会）

—「共助」をベースとした「重層的なセーフティネット」の構築—

<考え方>

- 「共助」の枠組の強化により、社会の分断や二極化をもたらす貧困・格差やその再生産を防止・解消し、社会全体で支え、支えられる社会保障制度の構築、人々が「居場所」と「活躍の場」のある社会の構築を目指す。
- このため、共助をベースとした重層的なセーフティネットを確立し、社会保障のスプリング・ボードとしての機能強化を図る観点から、次のような方向で施策に取り組む。
 - ・ 雇用を軸とした安心の実現、経済と社会保障制度の基盤を強化
 - ・ 第1のセーフティネットの「皆保険・皆年金体制の揺らぎ」を是正し、社会保険制度の機能強化
 - ・ 失業、排除等の課題に対応したトランポリン型の第2のセーフティネット構築
 - ・ 最後のセーフティネットとしての生活保護制度の見直し

<施策の方向性>

（1）第1のセーフティネットの拡充強化

—非正規労働者の増加等がもたらす「社会保険の揺らぎ」への対応—

- 年金未加入・未納問題に象徴されるように、皆保険・皆年金体制は必ずしも盤石ではなく、むしろ「社会保険の揺らぎ」とも言える事態に直面する中、こうした状況を是正し、社会保険の機能強化・効率化を図る。
 - ・ 非正規労働者への社会保険の適用拡大
 - ・ 保険者機能の強化を通じた高齢者医療費増大等に対応した医療保険制度・介護保険制度の持続性の確保
 - ・ 生活習慣病予防や介護予防・重症化予防への保険者による取組強化
- 職業やライフスタイルに関係なくすべての人が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付となる一元的所得比例年金の制度の構築に向け検討する。
- そのためには、社会保障・税に関わる番号制度の導入、税と社会保険料を一体徴収する機関としての歳入庁の創設などの環境整備が必要である。
- 共助＝社会保険システムの揺らぎを税負担により補完する低所得者対策を講じる。
 - ・ 年金の最低保障機能の強化
 - ・ 低所得者を対象とした医療、介護等の自己負担、保険料の総合的軽減策の検討（社会保障・税に関わる番号制度の活用）

- ・ 国民皆保険体制を安定的に維持し、医療保険・介護保険制度の機能強化を図るための、利用者負担・保険料負担両面における低所得者対策の強化

(2) 第2のセーフティネットの構築

—「トランポリン型社会」の構築—

- 第1のセーフティネットでは支えきれない様々な生活上の困難を多重的・同時に抱える個人・家族に対して、個々人の事情に即した横断的・継続的支援を行い、自立へと導く体制を構築する（アウトリーチ型支援、NPO等も含めた様々な支援機関を包含した包括的なネットワーク型支援への展開）。具体的には、次のような施策に取り組む。
 - ・ 職業訓練と訓練期間中の生活を支援し、訓練受講を容易にするための給付を行う求職者支援制度の創設
 - ・ パーソナルサポートサービスの推進・コーディネイト機能の強化
 - ・ 生活保護受給者、住宅手当受給者、母子家庭等へ「福祉から就労」の一貫した支援
 - ・ 「住まいのセーフティネット」の確立・強化の観点からの住宅支援施策の検討

(3) 最後のセーフティネットの適正化

- (1)、(2)を通じた「包括的支援＝共助スキーム」の強化を踏まえ、自立・就業支援、子どもの貧困連鎖防止、不正受給対策の徹底等、公助としての生活保護制度の見直し等を行う。
- また、生活保護基準については、低所得の勤労世帯、満額の基礎年金水準等との整合性に関する指摘や、自立の助長を損なうことのない水準、体系になっているかなど様々な意見があることも踏まえ、客観的データに基づく専門的な検証を行う。

(4) 貧困・格差を把握するための指標の作成

- 社会保障が担う「ナショナルミニマム」の確保のため、「ナショナルミニマム」の概念に関する研究成果等も踏まえつつ、各種貧困・格差指標を整理し、定期的に把握する。

3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制

—多様な主体の連携・協力による地域包括ケアシステム—

<考え方>

- 機能分化や重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワークを構築し、住み慣れた地域（日常生活圏）で必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けることのできる体制（地域包括ケアシステム）づくりを行う。その際、国民の納得と満足が得られるよう、質を担保しながら効率的なサービス提供を実現する。

- なお、震災による危機を乗り越え、社会を再構築していくためには、地域（コミュニティ）を基礎に、人的・物的資源を選択的・集中的に投下し、機能強化と効率化を同時実施していく必要がある。このため、被災地の復興に際して、新たな「安心地域モデル」を提示し、体制整備を先駆的に実施することを検討する。

＜施策の方向性＞

（１）安心で良質な医療・介護の提供ネットワーク

- 急性期医療に対するリソース（人材、財源等）の集中投入を行うことによって機能分化を図り、入院期間の短縮・早期社会復帰を可能にする体制を整備する。
- 同時に、リハビリ医療・慢性期医療への機能分化の推進、グループホームや小規模多機能型居宅介護等の居住系サービスや在宅医療・介護の拡充を積極的に進め、ケアマネジメントの機能強化と相まって、患者・要介護者の状態に即した連続的で切れ目のないサービス提供体制を拡充する。これにより、可能な限り住み慣れた地域・住まいで暮らし続けられる地域包括ケアシステムを構築する。
- 医療機関の機能分化とネットワーク化、医療・介護連携など地域におけるサービス連携を強化し、シームレスなサービス提供体制を構築する。
- 在宅サービスの充実・強化やサービス付き高齢者住宅等の居住系サービスの整備など、要介護者の増加に対応した介護サービスの量的拡充を図り、待機なく必要なサービスを受けられる提供体制を整備する。
- チーム医療の推進や人材確保に取り組む。

（２）給付の重点化・効率化

- 高度医療や高額かつ長期にわたる医療への対応と医療保険の担うべき機能の重点化・集中化、軽症者への給付の予防効果があるサービスへの重点化に取り組むとともに、ICTの利活用、医師、看護師、介護職員などの各職種の役割分担の見直し等により、規制改革にも取り組みながら、サービスの質の向上・効率化を図る。

（３）住宅政策

- 「地域包括ケアシステム」は、①医療、②介護、③予防、④生活支援、⑤住宅の５つがポイントであり、住宅政策のあり方についても検討する。

- 従来の供給量重視の住宅政策は国土交通省（旧建設省）中心で行われてきたが、社会構造・人口構造の変化を踏まえたこれからの住宅政策は機能・質重視に転換する必要がある、サービス付き高齢者住宅など、社会保障的視点を重視した体制としていくことも検討課題。

4. 安心に基づく活力

—新成長戦略の実現による経済成長との好循環—

<考え方>

- 医療、介護、子ども・子育て等、社会保障関連のサービス分野の雇用創出効果は大きく、安心できるサービス提供による消費喚起、雇用情勢の改善等により顕在化できる消費需要は大きい。
- さらには医療・介護分野における各種イノベーションの推進を通じ、成長するアジア市場も含め、世界の需要を日本のサプライチェーンに取り込んでいくことなど、需要面からの成長戦略に寄与する余地が大きい。
- また、若者、女性、高齢者等が就業しやすい環境整備、能力開発等を通じた人的資本の形成など、人材と労働力の供給面においても、成長戦略に寄与する。
- こうした需要面、供給面双方の寄与による日本経済の成長は、社会保険料収入や税収の安定的確保を通じた社会保障の機能強化にもつながる。
- 社会保障給付の改善のみを追求し、日本の財政に対し過大な負荷をかけ続けることも持続可能な社会保障につながらない。したがって、強い経済、強い財政と強い社会保障が好循環を生んでいくことが重要である。

<施策の方向性>

- 新成長戦略に沿って医療イノベーションを推進する（医薬品、医療機器、再生医療、個別化医療等の各分野の検討を進める）。
- 地域での雇用に資する医療・介護・子ども・子育て支援分野での雇用拡大を支援する。
- 就労促進策による雇用の拡大とディーセント・ワークの実現等を図っていく。
- こうした社会保障改革による「安心の創造」を通じて、安心できる社会を構築し、それによる消費の拡大・下支えを実現する。

V 東日本大震災の復興に関する提言

- 今回の大震災では、医療機関、高齢者や障害者等のための福祉施設、保育所、学校をはじめとする子どもの関係施設など、災害弱者のためのインフラも大きな被害を受けている。今後の復興の過程で新たなまちづくりを行っていく中で、行政の縦割りを排除して、こうした災害弱者のためのインフラは優先して安全な場所に造っていくことが必要である。
- 震災前の姿を復旧・復元することにとどまらず、少子高齢化が進むこれからの日本社会の先進的モデルとなるような「新たなまちづくり」「新たな社会保障のネットワーク」を構築しなければならない。
- その際には、PFI等により民間部門の資金やノウハウの活用や、新たなプロジェクトファイナンススキームの活用にはチャレンジし、必要な公共サービスをより良く、より効率的に提供することにも留意すべきである。
- また、被災地の復興に際して、社会保障改革においてその確立が課題となっている「地域包括ケアシステム」（日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される体制の整備）を被災地域の新たなまちづくりの中に取り込むなど、「新たな安心地域モデル」を提示し、体制整備を先駆的に実施することを検討する。
- その際、医療機関のネットワーク、医療・介護連携、地域間の連携についても、モデルケースを創造する。
- 社会保障関係のインフラの再建、地域コミュニティの再建を図っていく上では、自然エネルギーの積極的導入、第1次産業の再生による雇用創出、復旧・復興過程での震災対応分野での被災者の雇用創出、コンパクトシティの実現、行政機関の庁舎等の再築時に地域のサービスの核となる拠点を併設することなど、複合的な政策を同時に追求していくことが重要である。そのため、被災地以外とは前提となる社会条件が根本的に異なることを踏まえた総合特区制度等の活用や、東京一極に集中している様々な首都機能の分散の観点も視野に入れて考えていくべきである。
- 高齢化や職業構造の多様化が進む中で、地域社会におけるニーズへの対応や雇用の確保・創出の観点から、個人事業者の育成・事業承継、地域の実情に即したコミュニティ再建なども目指すべきである。

VI 個別分野における改革の方向性

- 子ども・子育て支援、就労促進、医療・介護、年金、貧困・格差、等の分野ごとの改革の方向性は以下の通り。

1. 子ども・子育て支援

- すべての子どもへの質の高い幼児教育・保育を保障し、子ども・子育てを社会全体で支援する。
 - ・ 幼稚園・保育所の一体化（こども園（仮称）の創設）、保育サービスの量的拡大・多様な保育サービス充実による待機児童の解消等
- 妊娠期から学齢期までの切れ目のない一貫したサービスを提供
- 実施主体は基礎自治体（市町村）とし、費用は社会全体（国・地方・事業者・個人）で負担する仕組みとする。

2. 就労促進

（1）全員参加型社会の実現（就業率の向上）

- 若者の安定的雇用を確保する。
 - ・ 学校でのキャリア教育と産業・社会のニーズを踏まえた実践的な職業教育の充実
 - ・ 大卒者の正社員就職を支援する体制の構築
 - ・ 非正規労働者となった若者への継続的なキャリア形成支援の仕組みの整備 等
- 女性の就業を拡大する（女性の就業率のM字カーブの解消）。
 - ・ 仕事と家庭の両立支援と保育や放課後児童クラブなどサービスの充実（子ども・子育て新システム）を車の両輪として推進
 - ・ 女性の就労を促進するため、勤務時間や賃金といった就労条件・就労環境の改善
 - ・ 女性の就労意欲を阻害している税・社会保障制度の見直し 等
- 高齢者の就労を促進する。
 - ・ 超高齢社会に適合した雇用法制（高年齢者雇用確保措置、雇用保険等）の検討 等

（2）ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現

- 非正規労働者対策を進める。
 - ・ 希望する者ができる限り正規労働者にステップアップできるよう支援
 - ・ 非正規労働者が雇用形態にかかわらず公正な処遇の下で働けるよう環境整備

- ・ 働くことが報われる社会、公正な見返りを得られる社会づくり 等
- 労働者の健康・安全を確保する。
- (3) 人々の就労を促進する政策（積極的労働市場政策）の充実のための体制整備

3. 医療・介護

以下の施策について、診療・介護報酬改定に適切に盛り込むとともに、医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。

(1) 医療提供体制の改革

- 医療の提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。
 - ・ 身近な地域で必要な医療が受けられるための医師確保・医師の偏在是正
 - ・ 病院・病床の機能分化・機能強化（拠点病院機能、救急医療機能等）
 - ・ 在宅医療を支える病院、診療所等の計画的整備、連携拠点機能や連携パスの普及等による在宅医療体制の強化
 - ・ 地域での生活を支えるための認知症対策の強化、介護との連携も含めた精神保健医療の改革
 - ・ 多職種連携、役割分担の見直しによるチーム医療の推進

(2) 介護サービス提供体制の改革

- 介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。
 - ・ 24 時間安心のサービス提供を可能とする地域包括ケアシステムの確立とケアマネジャーの資質向上等のケアマネジメントの機能強化
 - ・ 在宅サービスの充実・強化やサービス付き高齢者住宅等の居住系サービスの整備など、要介護者の増加に対応した介護サービスの量的拡充を通じて、特別養護老人ホームの待機者解消を図る
 - ・ 軽症者への予防事業、リハビリテーションの重点的提供等を通じた介護予防及び重症化予防への重点化
 - ・ 介護職員等の人材確保と資質向上のためのキャリアパスの整備、処遇改善等

(3) 保険者機能の強化を通じた医療保険・介護保険制度の改革

- 医療・介護サービスを支え国民皆保険制度を堅持するために、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化、給付の重点化を進める。
 - ・ 働き方にかかわらず同じセーフティネットを提供する観点から、非正規労働者への被用者保険の適用拡大を図る
 - ・ 市町村国保財政の広域化と低所得者対策の強化
 - ・ 高度医療や高額かつ長期にわたる医療への対応と重点化
 - ・ 保険者機能の強化、高齢者医療費・介護費に係る高齢世代と現役世代の公平な負担

- 利用者・患者の視点に立って、規制・制度改革に積極的に取り組むとともに、持続可能性を確保する観点からの保険給付の重点化を行う。
 - また、以下のような予防の推進、制度運営に当たっての効率化を図る。
 - ・ 生活習慣病の予防、介護予防・重症化予防
 - ・ レセプト電子化による審査支払事務の効率化等、ICT の利活用の推進、介護ロボットの開発
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進
 - ・ 適正受診の啓発・勧奨等、保険者機能の発揮

3-2. 医療イノベーション

- 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発と実用化を推進する。
 - ・ 日本の臨床研究の質・量の向上（国際水準の臨床研究を実施する臨床研究中核病院等の創設、人材の育成、ITの活用等）
 - ・ 個別重点分野の研究開発支援（がん、再生医療、医療機器、個別化医療等）
- 臨床研究の成果等を治験や承認につなげるための基盤整備等を推進する。
 - ・ PMDAによる日本発のシーズを非臨床・臨床試験、治験、承認を経て実用化につなげるための実務的な相談支援（薬事戦略相談）、審査人員の増員などの体制強化等
 - ・ 実用化を見据えたレギュラトリーサイエンス（※）の推進
 - ※ 科学技術の成果について、人と社会に役立てることを目的に、根拠に基づいた確かな予測、評価、判断を行い、人と社会との調和の上で最も望ましい姿に調整するための科学
 - ・ 保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討
- 医療上必要な医薬品・医療機器の患者への迅速な提供（ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグへの対応）を進める。
 - ・ 「申請ラグ」、「審査ラグ」短縮への取組等

4. 年金

(1) 新しい年金制度の骨格

- 制度が複雑で社会の変化への対応が難しく、職業間での格差もある現行の年金制度を、今後は「簡素で、公平で、分かりやすく、間違いの少ない」年金制度にする必要がある。
- 職種を問わずすべての人が加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付となる「所得比例年金」（社会保険方式）を基本とし、高齢期に最低限これだけは受給できる額が明示された「最低保障年金」（税財源による補足給付）を設けるといふ、新たな年金制度について検討する。

(2) 現行制度の改善

- 新しい年金制度の導入には、国民的な合意が必要であるとともに、社会保障・税に関わる番号制度の導入・定着や、歳入庁創設等、税と社会保険料を一体的に徴収する体制の構築などの環境整備が必要なことから、一定の準備期間が必要である。
- したがって、新しい年金制度の目指すべき方向性に沿って、現行制度について所要の改善を図る。
 - ・ 働き方・ライフコースの選択に影響を与えないよう、厚生年金の適用拡大や被用者年金の一元化などを行う。
 - ・ 低年金・無年金問題に対応するため最低保障機能を強化するとともに、能力に応じた負担を求めつつ、年金財政の持続可能性を確保するための制度改善を行う。
 - ・ 公的年金制度を支える業務運営及びシステムについて改善措置を講じる。

5. 貧困・格差

- 「現役世代のセーフティネット」の充実を図る。
 - ・ 職業訓練と訓練期間中の生活支援を行う「求職者支援制度」の創設、生保受給者、住宅手当受給者や母子家庭の母等に対し、自治体とハローワークとの協定に基づく就労支援 等
- 地域の支え合いの基盤となる体制を整備する。
 - ・ 複合的な困難を抱える者の増加に対応し、生活支援から就労支援まで伴走型の一貫した支援を実施
- 「最後のセーフティネット」である生活保護の見直しを実施する（納税者の理解の得られる制度としての生活保護制度）。
 - ・ 稼得能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化
 - ・ 子どもの貧困連鎖の防止（養育・進路相談、地域での学習支援など）
 - ・ 不正受給対策の徹底（医療扶助の適正化や「貧困ビジネス」の排除）
 - これらについて、国と自治体が協力した実効性ある対策（制度見直しも視野に入れた検討）
 - ・ 客観的データに基づく生活保護基準の検証
- 貧困／格差の実態を総合的・継続的に把握するため、複数の客観的な指標を開発する等、施策効果の検証を行う。

5-2. 低所得者対策

(1) 自己負担

- 社会保障・税に関わる番号制度の導入・定着を前提に、制度横断的な利用者負担総合合算制度（仮称）の導入を検討する。
- 増大する長期・高額医療に対応した高額療養費制度の見直しを進めるとともに、医療保険の担うべき機能について重点化・集中化を図る。

(2) 保険料

- 社会保険の基礎を強化するため、以下の施策を検討する。
 - ・ 国民健康保険の低所得者対策の強化
 - ・ 介護保険の低所得者対策の強化
 - ・ 非正規労働者への厚生年金・健康保険の適用拡大

(3) 住宅

- 住宅支援施策について、「住まいのセーフティネット」の確立・強化の観点から検討する。その際、少子高齢化、人口減少社会といった状況に即し、既存の住宅ストックの有効活用やコンパクトシティ化といった点も考慮していく必要がある。

6. 障害者施策

- 障害保健福祉に関しては、障がい者制度改革推進本部において、制度の谷間のない支援の提供等を内容とする「障害者総合福祉法」（仮称）の平成24年常会への国会提出、25年8月までの施行を目指して、検討中。
- 現在の障害保健福祉の給付費は、平成23年度予算で約1兆1千億円。特に、障害福祉サービスについては、過去5年間の平均で年約11%の伸び。今後、制度の谷間の解消、障害者が当たり前に地域で暮らせる社会づくりに向け、更に障害者の地域移行や地域生活の支援を進める必要。
- 障害者の所得保障や障害児支援とあわせ、こうした障害保健福祉の実施に要する財源を安定的に確保していくことが必要。

VII 社会保障改革実現に必要な財源試算

- 社会保障改革に関する集中検討会議における議論を踏まえた上で財政試算を行う。
- 社会保障の持続可能性は財政の持続可能性なしには実現し得ない。社会の構造変化等の状況に合わせた社会保障分野以外の見直しといった点も踏まえ、将来に向けての社会保障の財源を検討していく必要がある。

VIII おわりに

- 以上の社会保障改革の内容は、我が国が取り組まなければならない課題である。実際に改革を実施するに当たっては、税との一体改革の中での財政健全化の同時達成との関係も踏まえ、優先順位を明らかにしつつ工程表に沿って取り組んでいかなければならない。
- また、改革の実施に当たっては、改革の時期も含め国民的な合意が必要であることは言うまでもない。

社会保障制度改革に関する日本商工会議所の意見

平成23年5月18日

産業構造審議会 基本政策部会

1. 社会保障制度改革に対する基本認識

- 将来における社会保障のあるべき姿（負担と給付のレベル）を議論する必要。
- 経済成長の実現、社会保障制度の再構築、財政健全化等を総合的にパッケージとして捉え、中長期的な歳出の見通しを明らかにしつつ、消費税を含む税体系の抜本的改革を進めて、必要な歳入を確保すべき。

- 年金・医療・介護の三分野とも現行の社会保険方式を原則とする。不足する部分を公費負担で補う考え方を堅持。専ら現役世代及び企業に負担を求めていくことは限界。
- 国民負担率の一定の増加はやむを得ないが、税と保険料のバランス、給付と負担のバランスについて再検討することも必要。国と地方の役割分担および民間活用についても検討すべき

- 東日本大震災からの復旧・復興と並行して制度改革はスケジュールに沿って検討すべき
- 震災からの復旧・復興で、国・地方の財政は制約を受けざるを得ず、給付の抑制、自己負担の引き上げについて検討することは一層重要

- 総合的な改革には、社会的インフラとして、社会保障と税に共通した番号制度の早期導入が極めて重要。

2. 成長分野としての健康・医療産業

- 医療機関・医師の適正な地域間配置や緊急医療、産科、小児科等の充実による地域活性化（連携および機能強化）
 - レセプトの電子化と医療IT化の推進による医療情報の収集・分析・活用
 - 医薬品・医療機器の承認審査の迅速化
 - 健康増進・予防およびセルフメディケーションの推進（OTC医薬品の活用促進）
-
- 介護人材確保の方策と地域包括ケアの推進、医療と介護の連携強化
 - 高齢者等のニーズに合致した介護用製品の技術的開発・実用化への支援
 - 介護サービス事業育成のため、規制緩和による事業者の創意工夫や地域に密着した小規模事業者に対する経営支援の促進 等

3. 社会保障制度における効率化等の推進

- 少子高齢化社会において持続可能な社会保障制度とするためには、効率化等が不可欠。
- 東日本大震災の復興・復旧に係る財政制約から社会保障制度の一層の効率化が必要。

(年金)

- 将来的な受給開始年齢の2歳程度の引き上げ。その場合、高齢者の雇用促進策を講ずることが前提。
- 高額所得者に対する所得に応じた基礎年金の段階的な減額
- 経済規模（国民所得）と年金給付総額を連動させる「マクロ経済スライド」を機能させるため、名目年金額を下げるスライド調整を実施 等

(介護)

- 不足している介護人材の充実化を図る基盤整備を行う。
- 要支援・軽度の要介護者に対するサービス給付内容（掃除・洗濯・調理等）の見直し（適正化）。
- 特別養護老人ホームにおける「補足給付」は、低所得者対策としての福祉的な制度と位置づけ、介護保険の対象から外すべき。
- 利用者負担（現行1割）の引き上げを検討。

3. 社会保障制度における効率化等の推進

(医療)

- 患者負担の引き上げ（例：70～74歳の患者負担を法定の2割に戻す 等）
- 効率化（例：出来高払いから医療の標準化の仕組みである包括払いへの移行、保険者機能の強化〔IT化によるレセプトチェック、健康づくりの推進等〕、後発医薬品の使用促進、看護師等のスタッフ人材の増強 等）

(少子高齢化)

- 保育所事業への多様な事業主体の参入促進等、規制緩和
- 子ども手当の財源は全額公費とすべき。また、現物給付とのバランス等を考慮し、手当の水準や所得制限のあり方を検討する必要。
- 高齢者の就業促進による現役世代の負担増の緩和 等（在職老齢年金の見直し等）

4. まとめ

- 新成長戦略や規制緩和の一環として、健康・医療分野の研究開発支援を行うとともに、関連産業の支援を行うことでライフイノベーションを推進すべき。経済成長により税収が増え、ひいては社会保障制度の安定化にもつながる。
- 少子高齢化社会においては、現役世代や企業の負担にも限界があることから、社会保障制度の効率化が不可欠。
- 東日本大震災の復興・復旧と社会保障制度改革は並行して進めるべきであり、復興・復旧に係る財政制約から、給付の抑制等による社会保障制度の一層の効率化を図らなければならない。

医療分野における 社会保障のあり方 ～給付と財源を中心に

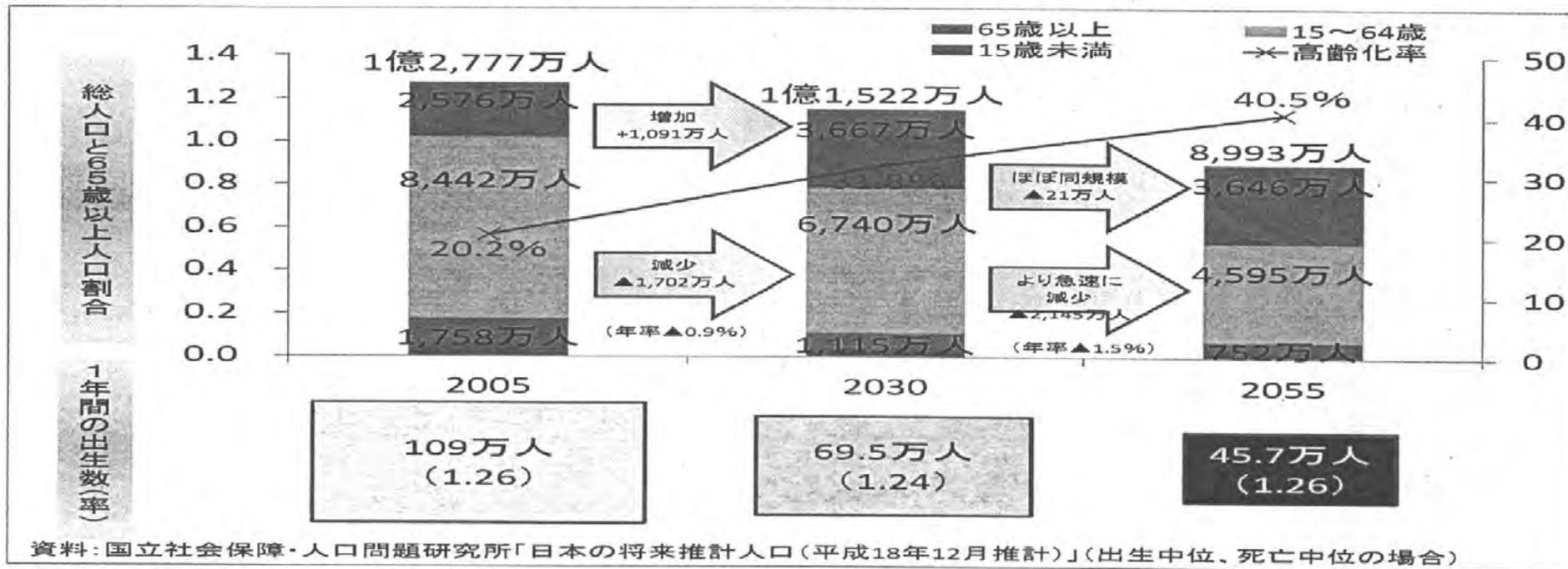


経済産業省産業構造審議会基本政策部会

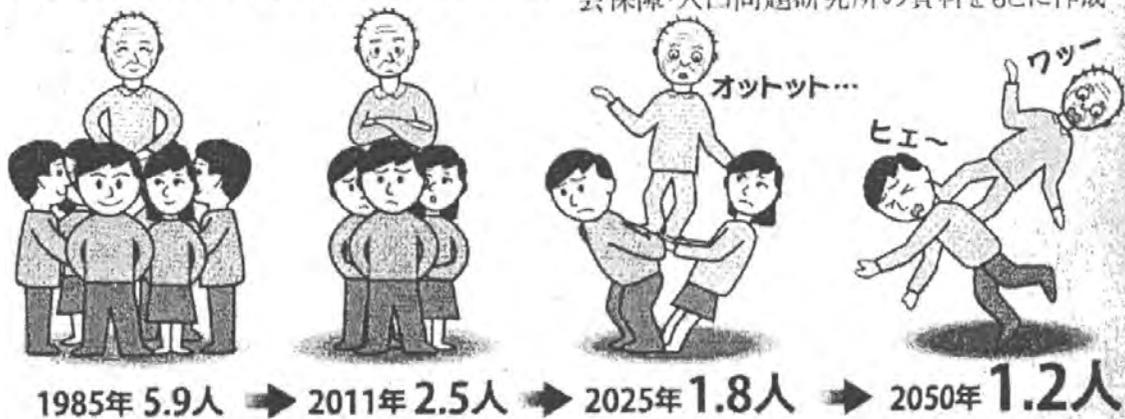
2011年5月18日

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野
教授 川渕孝一

今後の急速な少子・高齢化の進行 ～日本の将来推計人口(平成18年12月推計)～



◎1人の高齢者を何人の現役で支えるか ※65歳以上と20~64歳の人口を比較。国立社会保障・人口問題研究所の資料をもとに作成



2011年2月15日
読売新聞



利用者負担総合合算制度(仮称)は「北欧モデル」か!?



	スウェーデン	デンマーク	日本
人口	930万人	550万人	1億2千万人
国土面積	449,964km ²	43,094km ²	377,914km ²
人口密度	20人/km ² ※全人口の80-85%が 都市部在住	126人/km ²	337人/km ²
一人あたりGDP	37,245ドル(2008)	37,265ドル(2008)	34,115ドル(2008)
失業率	9.3%(2010)	4.3%(2009)	4.9%(2010)
平均寿命	男性:78.9歳 女性:83.0歳(2007)	男性:75.7歳 女性:80.4歳(2007)	男性:79.3歳 女性:86.1歳(2008)
高齢化率	17.3%(2006)	15.4%(2007)	22.8%(2009)
国民負担率	70.7%(2005)	73.7%(2005)	43.5%(2008)
医療費対GDP比率	9.1%(2007) (公的支出7.4%)	9.8%(2007) (公的支出8.3%)	8.1%(2006) (公的支出6.6%)



高齢化はアジア諸国共通のテーマ

国	65歳以上人口の割合		doubling period (years)
	7%	14%	7%→14%
日本	1970	1994	24
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1976	47
アメリカ	1942	2015	73
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1979	115
シンガポール	2000	2016	16
韓国	1999	2017	18
ブラジル	2011	2032	21
タイ	2003	2025	22
チュニジア	2009	2032	23
中国	2001	2026	25



マッキンゼー・アンド・カンパニーの「医療制度改革の視点」によれば、

- 日本の医療費は2035年までに現在(約35兆円)の3倍の85~92兆円(対GDPの12.2~13.8%)に増加。
 - その主な要因は「高齢化(20%)」「医療技術の進歩(30%)」「経済成長(30%)」の3つ。
 - 医療費増加は世界的テーマ(2005-35の年平均伸び率が、ドイツ3.7%、米国2.4%、フランス2.8%、オーストラリア2.7%、カナダ1.8%、日本2.1%、英国2.0%)。
 - 患者の自己負担率(10~30%)を変えずに保険料と公費負担(消費税率)の増加で将来必要な医療費を賄うには現在の(8%、5%)を(24%、5%)、(8%、13%)或いは、(13%、10%)にする必要がある。
- ⇒協会けんぽの保険料がなし崩し的にアップ(8.2%→9.34%→9.5%)
- ⇒しかしドイツでは、1950年の7.8%から現在の14.6%に引き上げるまでに約50年を要している。



総保健医療支出(NHA)に占める公的負担の割合

	カナダ	フランス	ドイツ	韓国	アメリカ	日本
HC.1; HC.2診療及びリハビリ	75.5%	82.7%	80.9%	56.1%	47.0%	85.3%
HC.3 LTC	82.0%	98.9%	70.6%	82.3%	61.9%	88.1%
HC.1~HC.4の外来部分	63.6%	63.8%	69.0%	48.8%	41.1%	82.2%
HC.5外来患者への医療財の提供	35.7%	62.8%	70.7%	51.2%	31.0%	68.5%
HP1病院	81.4%	92.8%	88.4%	61.5%	56.0%	87.4%
HP2長期医療系施設および居住施設	76.3%	100.0%	65.6%	58.0%	61.9%	89.6%
HP3外来医療提供者(診療所)	67.3%	72.3%	74.2%	49.2%	38.7%	82.9%
HP4医療品の小売、供給	35.7%	63.8%	68.4%	55.9%	31.0%	63.9%

(出典)OECD Health Data 2010(2007年の各国データ)を使って医療経済研究機構の
肥塚修子主任研究員が分析したMonthly IHEP2011 5月号を一部改編

次の10年へ 「未来を読む」 出所)2010年1月1日 の日経新聞参照

2021年

・5～10年先(中期)の大規模地震が予測可能に(※1)

・HIV感染を根治させる治療法(※1)

2022年

・全世界の1次エネルギーの1%が風力エネルギーに(※1)

2023年

・一家に1台「お手伝いロボット」が普及、DNAに基づく迅速な携帯型個人認証技術が一般化(※1)

2025年

・首都圏～中京圏を結ぶリニア新幹線が開業(JR東海の目標)

・月の裏側の石を地球に持ち帰る(月探査に関する懇談会のシナリオ案)

・世界の総人口が80億人突破(国連推計)

2027年

・花粉症やアトピーなどアレルギー性疾患を完全にコントロール(※1)

2029年

・がんの遺伝子治療法とアルツハイマー病根治薬を開発(※1)

2030年

・宇宙太陽光発電の商用化(宇宙航空研究開発機構などの目標)

2031年

・ヒトの細胞、組織を組み込んだ人工臓器開発(※1)

2045年

・世界の総人口が90億人を突破へ(国連推計)

2046年

・日本の総人口が1億人を割る(※2)

2049年

・日本の女性の平均寿命が90歳を超える(※2)

2050年

・日本の国内総生産(GDP)が米国、中国の7分の1、インドの4分の1に(日本経済研究センターの07年長期予測)

2052年

・日本の高齢化率が40%に(※2)

2100年

・20世紀末より地球の平均気温が1.8～4.0度、平均海面水位が18～59センチ上昇(気候変動に関する政府間パネル予測)

・日本の総人口が4771万人に(※2)

(注)※1は文部科学省科学技術政策研究所の予測調査、

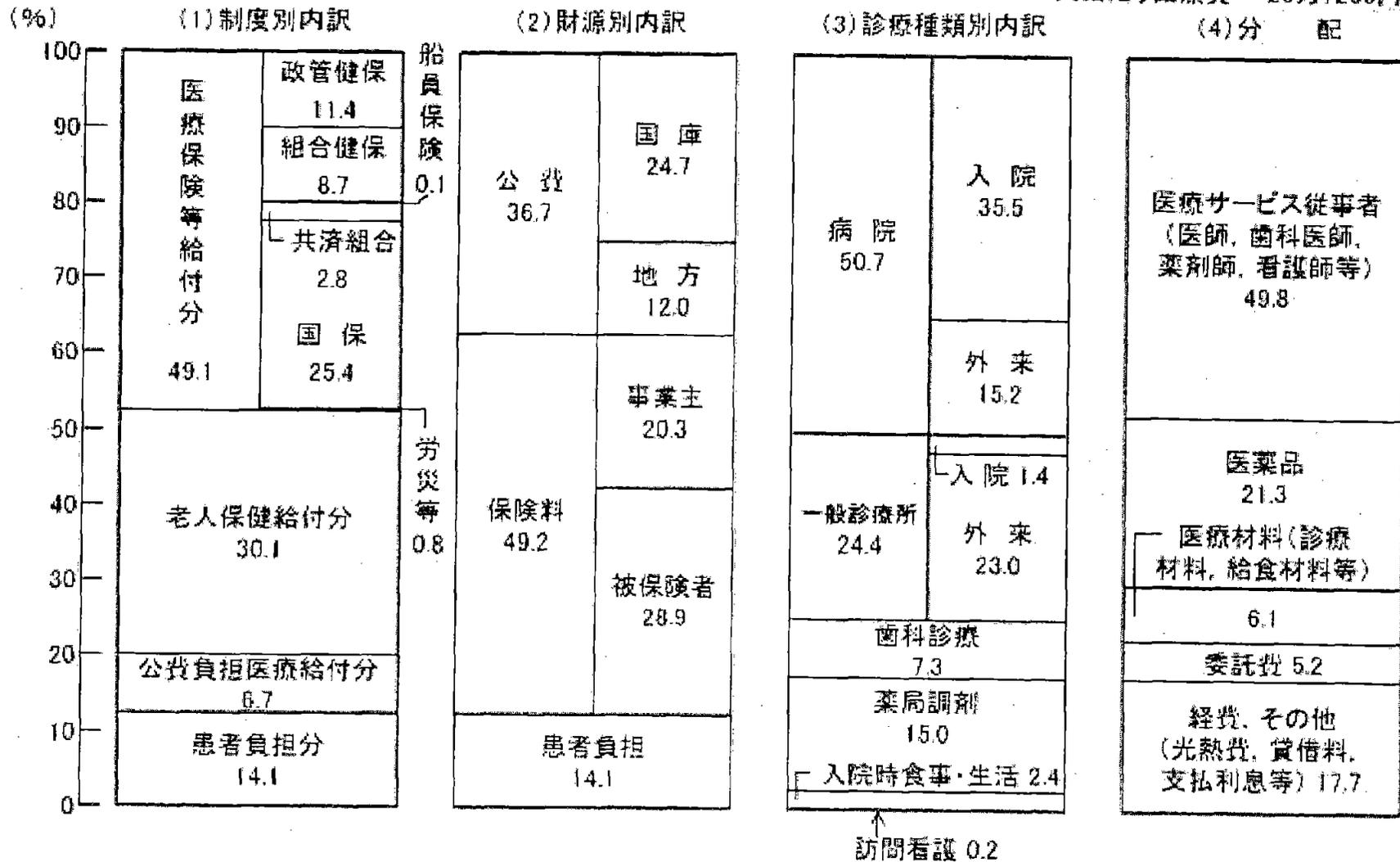
※2は国立社会保障・人口問題研究所の中位推計

city
ics



国民医療費の構造(2007年度)

国民医療費 34兆1360億円
1人当たり医療費 26万7200円



(出所)厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken01/01.html>)

平成19年度国民医療費、医療経済実態調査(平成19年6月)結果等に基づき推計

公費は2007年度12.5兆円(36.7%)、1983年度5.3兆円(36.4%)。

年金・介護の財政収支状況(2007年度)

公的年金制度(46兆3416億円)

公的介護保険(6兆7792億円)



(資料)厚生労働省年金局 年金財政ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/topics/nenkin/zaisei/04/04-01-02-19.html>)

厚生労働省 平成19年度 介護保険事業状況報告 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/06/tp0624-1.html>)より推計

公費は年金が9.2兆円(旧恩給を含む)、介護が3.1兆円。

もし、この財源確保が困難な場合、



どうしたらよいか？

～考えられる2つのシナリオ

1) 更なる財源の確保

- タバコ医療費目的税の導入
- 保険免責制の導入
- 民間保険やMSAの活用
- 患者の自己負担率の引上げ
- いわゆる“混合診療”の解禁(「All or Nothing」から「松・竹・梅」へ)

2) 医療に関する支出の抑制

- 高齢者医療制度と介護保険を統合して「地域包括ケア」の実現
- 医療ICTを使った保険審査の厳格化
- 薬価および診療報酬の引下げ
- 「費用対効果」の低い項目を保険給付からはずす
- 予防に勝る良薬なし!?



日本人は賢く「セルフ・メディケーション」!

タイプ*	対処方法の評価	件数	直接医療費	直接非医療費	間接費用	合計
DR型	適	34	¥9,819	¥2,836	¥20,840	¥33,495
	不適	1	¥20,500	¥2,557	¥43,836	¥66,893
OTC→DR型	適	10	¥8,667	¥2,707	¥24,247	¥35,621
	不適	0	-	-	-	-
OTC型	適	43	¥934	-	¥22,722	¥23,656
	不適	4	¥2,717	-	¥32,877	¥35,594

注)*: 風邪症状発症後の行動に基づき, アンケート回答者を3タイプに分類

- i. 直ちに医療機関を受診した人: DR型
- ii. 最初はOTCを飲んで対処し, 後に医療機関を受診した人: OTC→DR型
- iii. 最初から完治するまでOTCを飲んで対処し続けた人: OTC型

出所) 経済産業研究所 (RIETI) 経済政策レビュー3
拙著「医療改革～痛みを感じない制度設計を～」
(東洋経済新報社2002年2月14日発行)のP.95



ボランティアで介護保険料軽減

高齢者の活動にポイント

実施している自治体	
山形県(天童市)	島根県(邑南(おおなん)市)
栃木県(日光市、小山市)	岡山県(倉敷市)
千葉県(柏市、印南市)	山口県(山陽小野田市)
東京都(千代田区、新宿区、墨田区、品川区、世田谷区、豊島区、足立区、葛飾区、江戸川区、八王子市、町田市、日野市、清瀬市、武蔵村山市、稲城市)	徳島県(鳴門市)
神奈川県(横浜市、相模原市、藤沢市)	香川県(小豆島町)
福井県(福井市)	愛媛県(久万高原(くまこうげん)町)
山梨県(甲府市、富士吉田市)	福岡県(篠栗(ささぐり)町)
静岡県(袋井(ふくろい)市)	佐賀県(唐津市)
愛知県(津島市)	熊本県(天草市、球磨村)
三重県(桑名市)	大分県(豊後高田(ぶんごたかだ)市)
京都府(福知山市)	鹿児島県(薩摩川内市、霧島市)
大阪府(吹田市、寝屋川市)	
計45市区町村	
(今年1月現在、東京都稲城市調べ)	

「換金などの経費は介護保険から支出するため、財政負担を心配する声もあった。だが、東京都稲城市が、市内の高齢者の2.2%に当たる約300人が参加した08年の実績をもとに試算したところ、介護予防効果がポイント換金の負担を上回り、高齢者1人当たり、月額で約11円の費用削減効果があったという。⇒「団塊の世代」をボランティアとして戦力化(出所)2011年2月24日の読売新聞

シンガポールの3M制度



■ Medisave (1984年)

- 被用者および自営業者の賃金の一部(年齢に応じて6.5~9%)を積み立てる制度(積立義務)
- 積立は労使折半
- 本人および扶養家族にかかる一定の入院費、日帰り手術、一部外来診療の支払いに利用
- 中央積立基金(CPF)が運用(2001年の利率は2.5%、2008年の実際利回りは4.0%で非課税)
- 口座を本人または配偶者、子、両親および祖父母の医療費の支払いにあてることが可能
- Medisave口座残高は遺贈・相続の対象となる
- 相続税は適用されない



シンガポールの3M制度

- Medishield (1990年 Medishield Plus)
 - CPFが提供する高額の急性期医療に対する保険制度(任意加入)
 - 掛け金はMedisave口座から自動引き落とし
 - 免責あり. 免責額を超過した場合, その80%を上限として給付を受けることができる
 - 掛け金・給付の異なる3つのプログラムがある
- Medifund(1995年)
 - 低所得者のためのセーフティーネットとして, 政府予算の剰余金で創設した基金
 - 基金の運用益が給付に充てられる

シンガポール(GDP比3.1%)政府の掲げる



医療に関する5大原則

- ① 国民全体に対して身体的、精神的、および社会的な健康を提供すること。
- ② 健康に対する責任は個人が負い、国の福祉や健康保険に過剰に頼らないこと。
- ③ すべての国民に質の高い「基本的な医療サービス」を比較的安価で提供すること。
- ④ 医療サービスを効率化させるうえで市場の競争原理に依存すること。
- ⑤ 市場が医療費の適正化に失敗した際には政府が直接介入を行うこと。



シンガポールから日本が学ぶべき12カ条

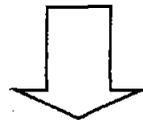
1. よく働き、忍耐強い国民性
(国家が何をしてくれるかではなく、国家に何ができるかという国民性)
2. 大きくもなく、小さくもない、効率的でかつ信頼される政府の存在
3. 「個人主義(個の単位)」と「家族主義(世帯単位)」がうまく融合した国民皆貯蓄制度
4. 税制メリットを加味した資本主義下のセーフティネット制度
5. 若年者がお年寄りを支えるのではなく、お年寄りが若年者に貯金を残す社会
6. 「医療はタダではない」という基本原則
7. 公立病院に対する競争原理の導入
8. 医療提供体制における「公」と「私」との明確な役割分担
9. 予防に重点を置いた医療政策
10. 医療を貿易産業に匹敵する外貨獲得の手段とする国策
11. 一定のルールに基づいた「移民政策」
12. IT(情報技術)を駆使した医療事務の効率化

※厚生労働省案にはない「自助」という発想



わが国にシンガポールモデルは適用可能か？

⇒わが国の社会保障制度を明日からすべて「シンガポールモデル」にもっていくことは得策ではないし、現実的ではない。実際、総医療費に占める3Mの割合は10%で、残りは事業主(35%)、公費(25%)、患者負担費(25%)、民間保険(5%)でファイナンス。また、深刻化する高齢化に対応すべく2000年にEldercare Fund、2002年にはElder shieldを導入してHSAを実現。



SSSA (Social Security Saving Account=社会保障貯蓄口座) 制度
の提案

→現行の社会保障制度に強制貯蓄口座たるSSSA制度を付加

- ・互助・連帯→カタストロフィック・リスクは社会保険で回避
- ・扶助・福祉→公費で「所得の再分配の不備」を補完する
- ・自立・自助→個別性・選択性の高い医療や予防医療etc

SSSA制度化に向けた4つの試算



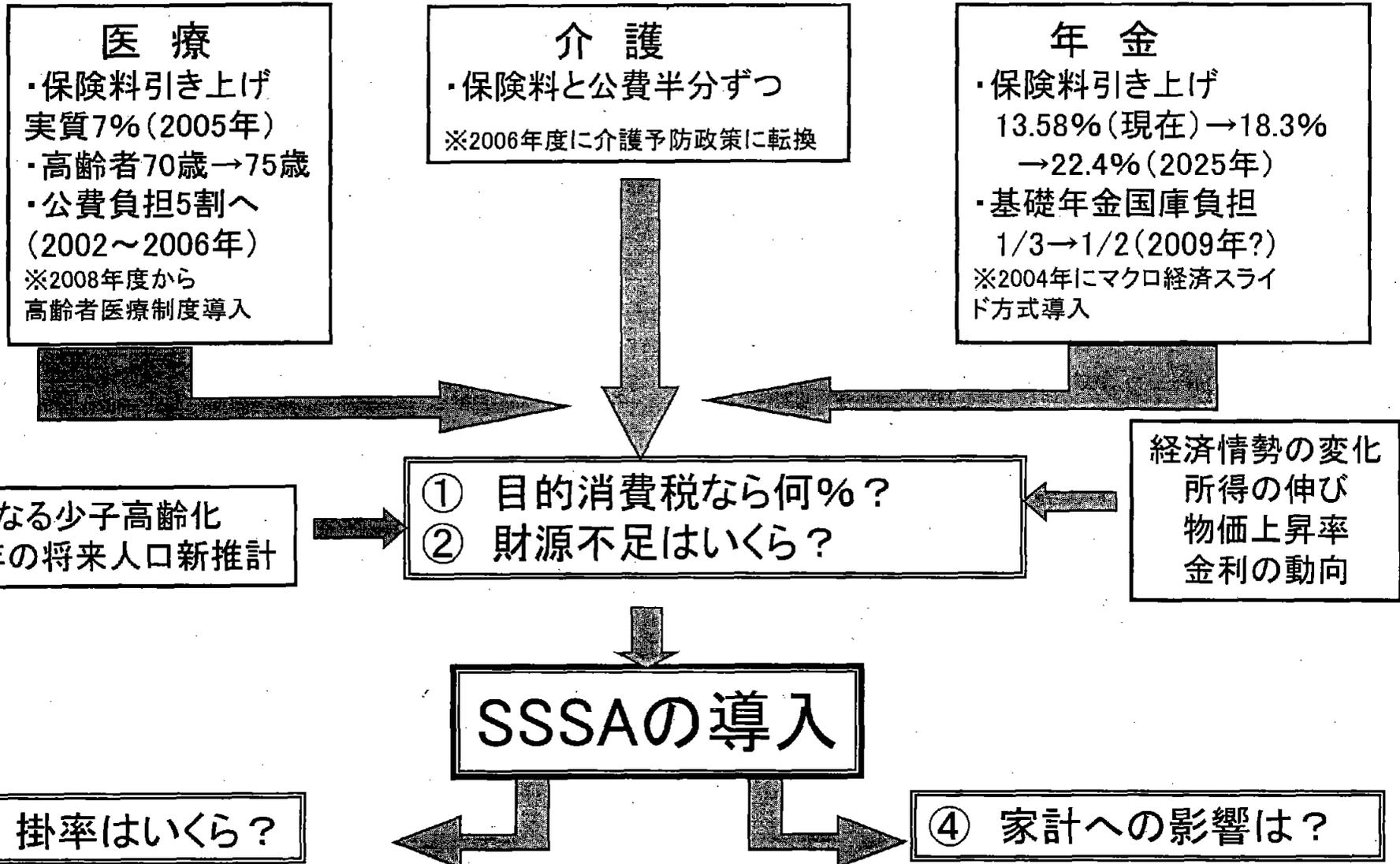
- ①将来における年金・医療・介護の給付増をすべて目的消費税で賄うと、消費税率はどの程度になるか。
- ②消費税率(現行の消費税5%と新たな目的消費税率の合計)の上限を10%とすると、将来において不足する財源はどの程度の金額となるか。
- ③この不足する財源をSSSAを創設して解消する場合、掛率はどの程度となるか。
- ④SSSAを導入した場合と導入しなかった場合とを比較して、家計の消費支出が受ける影響はどうであろうか。

<試算の前提条件>

- ①年金・医療・介護の保険料率は将来変更しないという仮定
- ②年金は人口・経済成長・金利の各条件が1999年財政再計算の推計前提より厳しくなる分だけ、財源が不足するという仮定
- ③医療・介護は次期の制度改革(それぞれ2007年、2005年)までは現行制度の下で収支が均衡し、以後の給付費の増大分につき財源が不足する、という仮定



年金・医療・介護の将来見通しとSSSAの導入





SSSA制度化に向けた試算結果

- ① 将来の年金・医療・介護の給付費の増加分をすべて目的消費税でまかなおうとすると、2025年の消費税率は10%を大きく超える(15.4~19.5%)。
- ② 消費税率の上限を10%とした場合、2025年において年金・医療・介護の財源の不足額は13.5兆円~23.8兆円(現在価値)にも達する。
- ③ この財源不足を解消するためには、2011年から2015年にかけてわが国にSSSA制度を導入し、5.6%~7.1%のSSSA掛率を設定する必要がある。
- ④ SSSAを導入する場合には導入しない場合より2025年の家計消費支出が大きい(※いずれも2001年価格)。
 - ・貯蓄率を「家計調査」から分析した場合→9,679円~18,785円
 - ・貯蓄率を「国民経済計算」から分析した場合→10,154円~21,774円

出所)拙著「日本の医療が危ない」(ちくま新書)のP.219~P.220

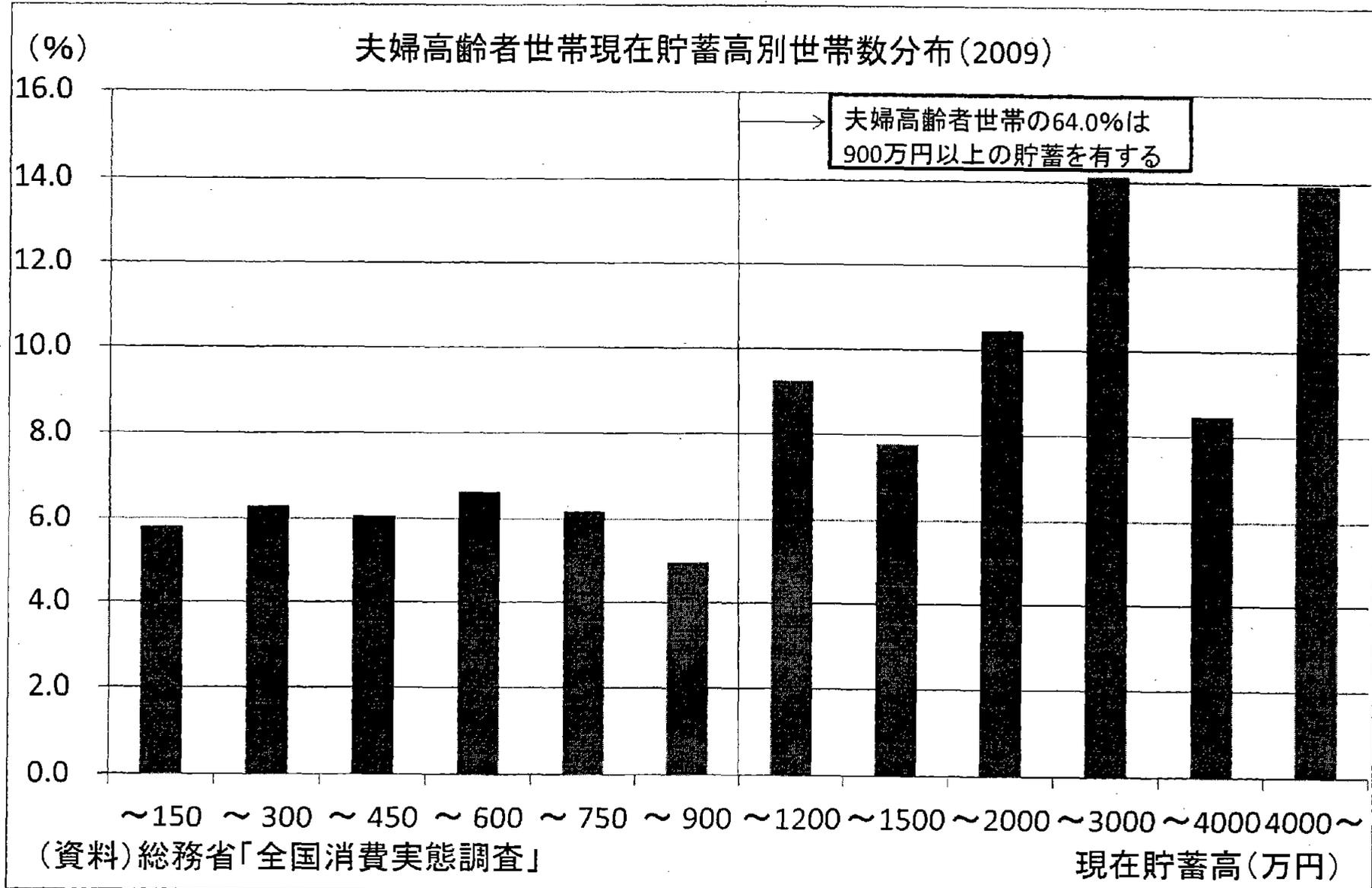


それでは、国民に負担余力はあるのか？

- ・「国民経済計算」によれば、2000年末における家計の金融資産総額は1,415兆円、国民所得は380兆円、家計の純貯蓄は32.2兆円
 - ・SSSA掛金率を最大の掛率7.1%とした場合
 - 年間のSSSA掛金総額は27.0兆円(=380兆円×7.1%) →家計の純貯蓄の約84%にとどまる
 - ・負担困難な経済的弱者に対しては？
 - 公費から年金・医療・介護の給付費を賄う必要がある
- ※但し、高齢者＝経済的弱者とは限らない(夫婦高齢者世帯の64%は貯蓄額が900万円以上)。

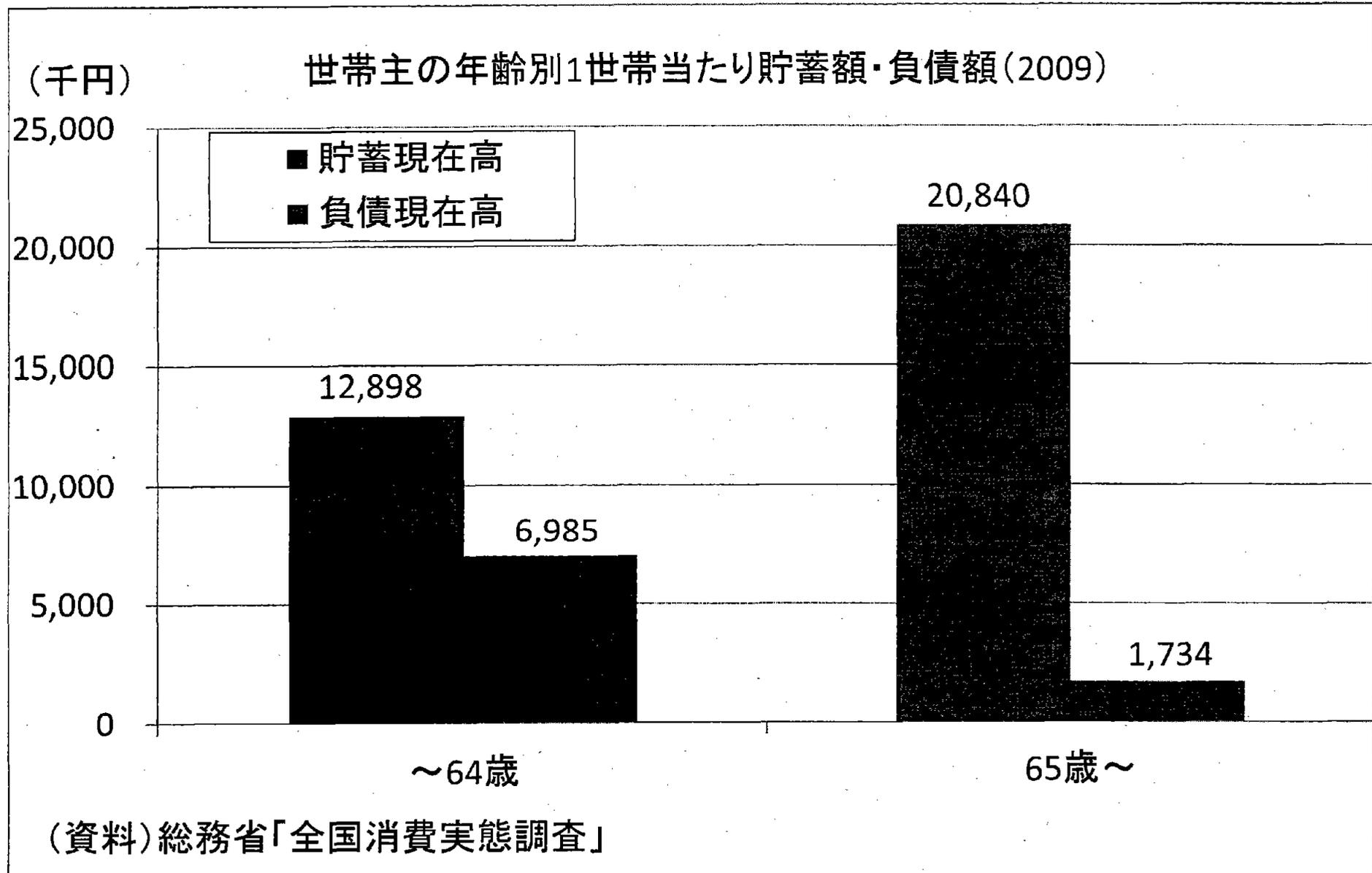


高齢者は必ずしも経済的弱者ではない



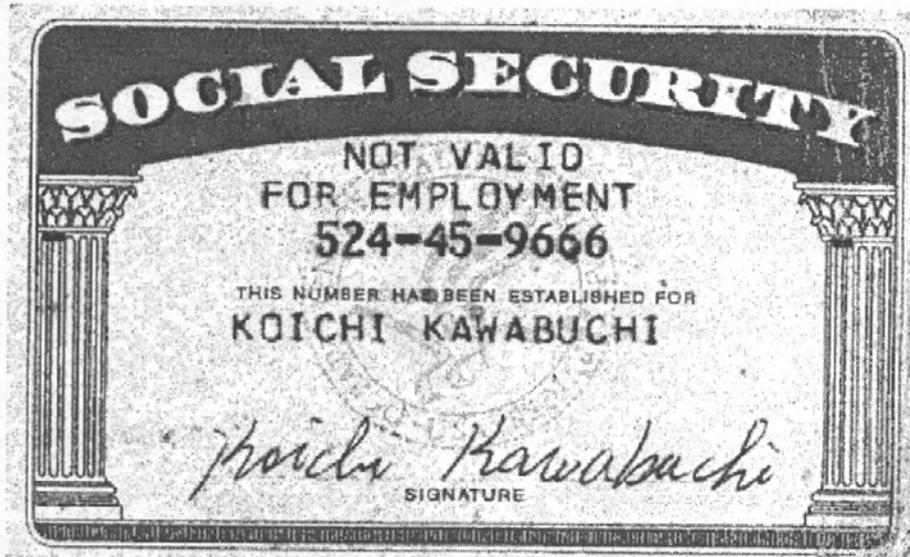


高齢者世帯の貯蓄額





「北欧モデル」にしても「シンガポールモデル」にしても 社会保障・税に関わる番号制度が必要



Do not laminate this card.

This card is invalid if not signed by the number holder unless health or age prevents signature.

Improper use of this card and/or number by the number holder or any other person is punishable by fine, imprisonment or both.

This card is the property of the Social Security Administration and must be returned upon request. If found, return to:

SSA-ATTN: FOUND SSN CARD
P.O. Box 17087 Baltimore Md. 21203

Contact your local Social Security office for any other matter regarding this card.

Department of Health and Human Services
Social Security Administration
Form OA-702 (4-84)

822293272

http://blog.goo.ne.jp/fukuhei_2006/e/e233c02bb3ade380f1f80418eba10a4d

医療改革の課題

医療法人鉄蕉会 理事長
国立大学法人東京医科歯科大学 客員教授
亀田隆明

医療・介護福祉分野における雇用の創造

主な産業別雇用者数（単位：万人）

年 月	農業、 林業	非農林業	製造業	卸売業、 小売業	医療、 福祉	建設業	運輸業、 郵便業	情報 通信業	金融業、 保険業	その他 の分野
平成14年平均	39	5,292	1,111	944	440	504	308	154	161	1,588
平成21年平均	50	5,410	1,015	935	588	422	332	185	161	1,688
増減	11	118	-96	-9	148	-82	24	31	0	100
一年平均の増減	2	17	-14	-1	21	-12	3	4	0	14

年 月	農業、 林業	非農林業	製造業	卸売業、 小売業	医療、 福祉	建設業	運輸業、 郵便業	情報 通信業	金融業、 保険業	その他 の分野
平成20年平均	46	5,478	1,077	941	565	437	326	182	159	1,705
平成21年平均	50	5,410	1,015	935	588	422	332	185	161	1,688
増減	4	-68	-62	-6	23	-15	6	3	2	-17

年 月	農業、 林業	非農林業	製造業	卸売業、 小売業	医療、 福祉	建設業	運輸業、 郵便業	情報 通信業	金融業、 保険業	その他 の分野
平成21年平均	50	5,410	1,015	935	588	422	332	185	161	1,688
平成22年9月	55	5,456	1,014	940	634	400	330	194	158	1,715
増減	5	46	-1	5	46	-22	-2	9	-3	27

（出所）総務省：労働力調査を参照して作成

医療・福祉分野の雇用は、ここ数年、毎年21万人程度ずつ増えてきたが、平成22年は9月現在で前年比、既に46万人増加している。これは診療報酬のプラス改定による影響と考えられる。

医療供給体制における人材不足

有効求人倍率（H22年8月・常用（除くパート））

「医師、歯科医師、獣医師、薬剤師」 5.65倍

「保健師、助産師、看護師」 2.62倍

厚生労働省：「一般職業紹介状況（平成22年8月分）」より



医療者の養成が、そのまま安定した雇用につながる。

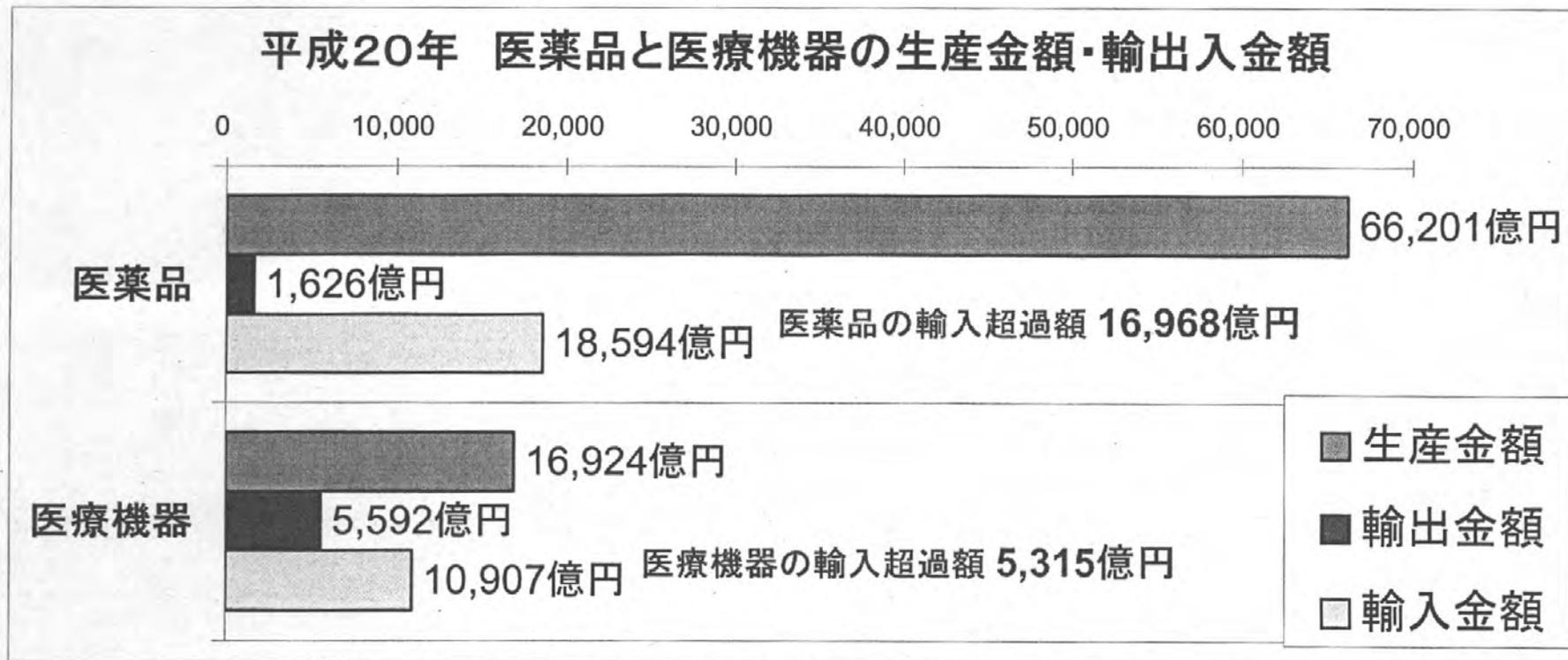
養成には比較的多額の費用がかかるため、養成に対する支援が雇用の増加につながる。

医療提供について

- ◎ 国際的な視野で、
- ◎ 最新・最適な医療をリーズナブルな負担で
国民に提供するための制度を考える。

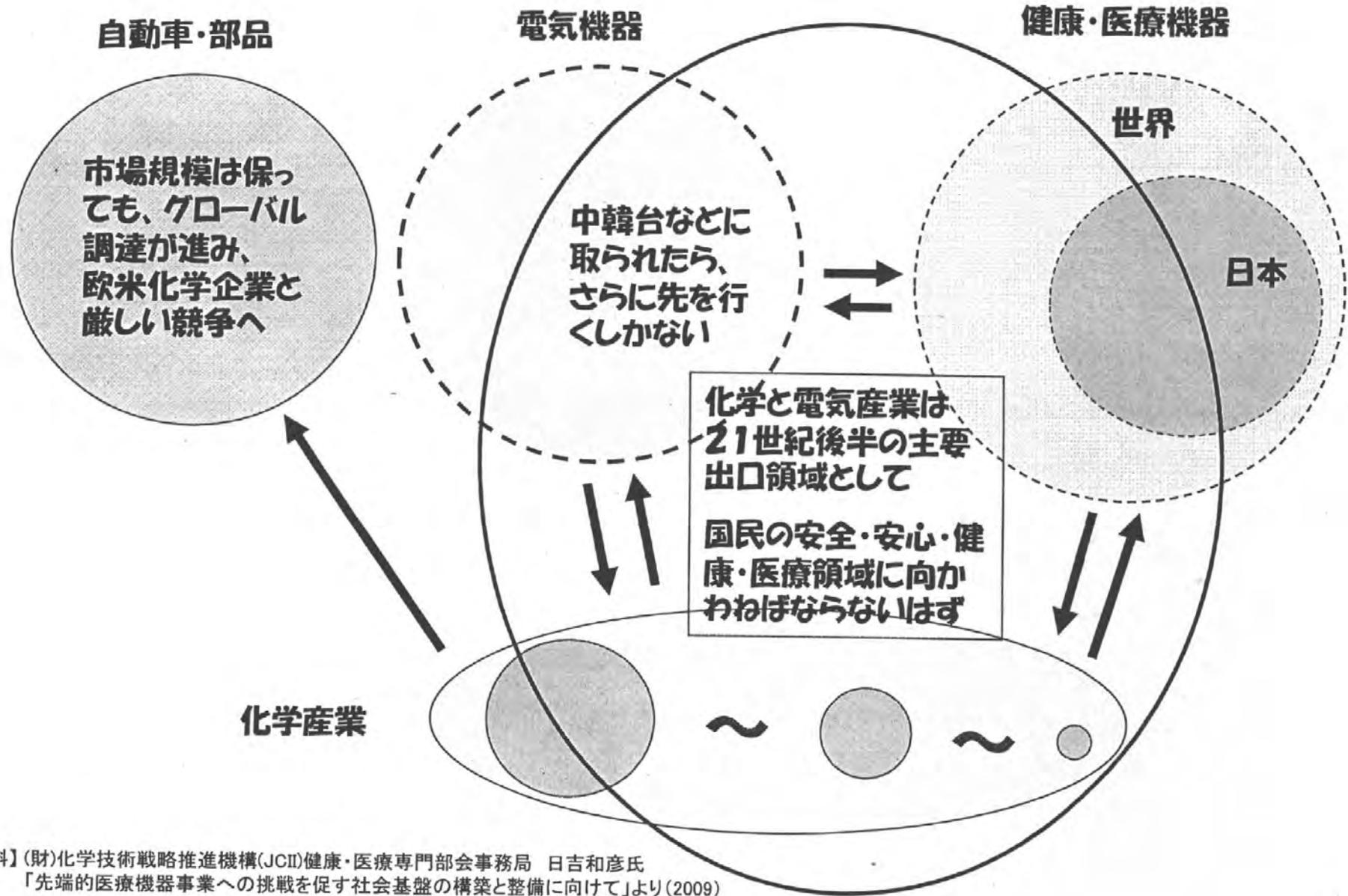
- 様々な未承認薬・医療機器
- 特定保健用食品
- 先進医療
- 適応外使用

成長戦略の視点から、医薬品・医療機器産業を輸出産業として育成する必要がある



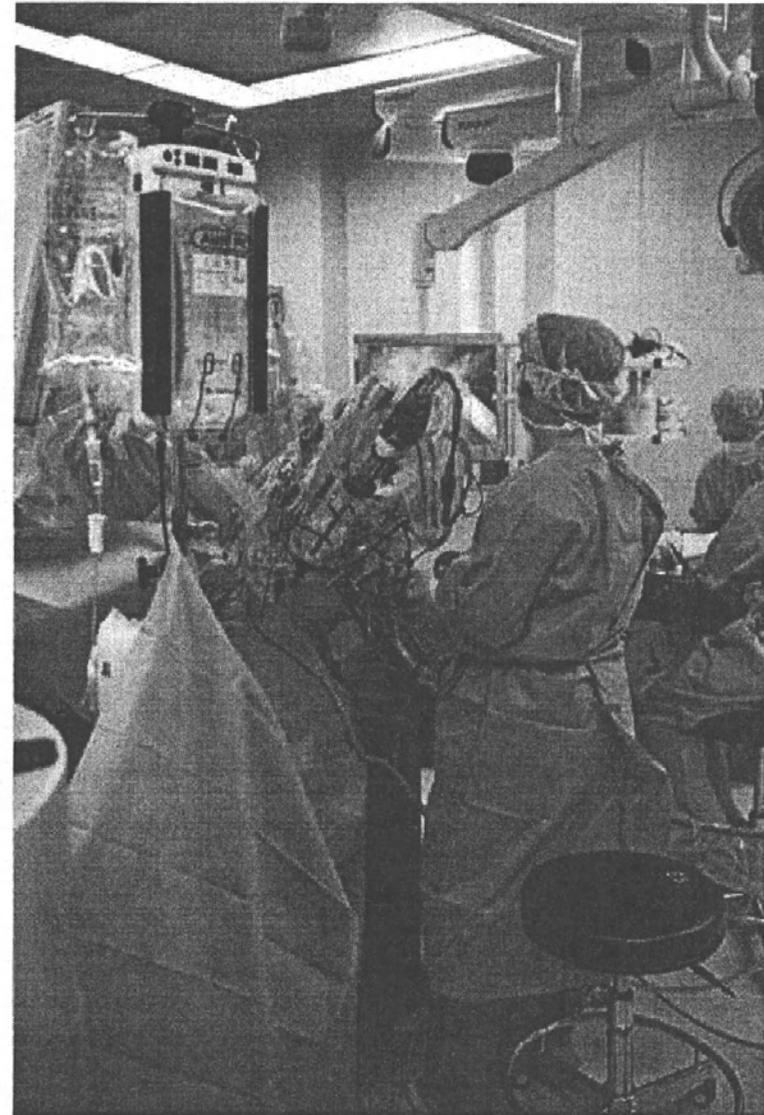
厚生労働省:平成20年薬事工業生産動態統計年報を参考にして作成

不可避のパラダイムシフト



【資料】(財)化学技術戦略推進機構(JCII)健康・医療専門部会事務局 日吉和彦氏
「先端的医療機器事業への挑戦を促す社会基盤の構築と整備に向けて」より(2009)

Da Vinci 手術



セブランス病院（韓国）における ダヴィンチ手術件数

(2005. 7 ~ 2009. 12)

泌尿器科	1, 339
外科手術	1, 829
産婦人科	135
胸部外科	38
心臓血管外科	29
耳鼻咽喉科	43
神経外科	2
Total	3, 415件



日本におけるダヴィンチを使用した手術件数は、
2004年4月～2011年3月の7年間で1,045件に過ぎない。

Da Vinci 手術 請求額

da Vinci 手術 術式別請求額

部位	術式	F大学病院	T大学病院	N大学病院
食道癌	食堂亜全摘	400万円	先進医療準備中	-
胃癌	幽門側胃切除	240万円	-	-
	噴門側胃切除	240万円	-	-
	胃全摘	230万円	-	-
胆膵癌	膵頭十二指腸切除	420万円	-	-
結腸癌	結腸切除	260万円	先進医療準備中	-
	高位前方切除	250万円	-	-
直腸癌	低位前方切除	240万円	先進医療準備中	-
肝臓癌	肝外側区域切除	410万円	-	-
	肝区域切除	420万円	-	-
	肝葉切除	400万円	-	-
	肝拡大葉切除	390万円	-	-
肺癌	肺切除	240万円	先進医療準備中	-
縦隔腫瘍		-	先進医療申請中	-
前立腺癌	前立腺全摘	230万円	150万円	135万円
	膀胱全摘	-	先進医療申請中	-
子宮癌		-	先進医療申請中	-
心疾患	心房中隔欠損	-	先進医療準備中	-
	冠動脈剥離	-	先進医療準備中	-

保険外併用療養費

健康保険では、保険が適用されない保険外診療があると保険が適用される診療も含めて、医療費の全額が自己負担となる。

ただし、保険外診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」については、保険診療との併用が認められており、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険診療と同様に扱われ、その部分については一部負担金を支払うこととなり、残りの額は「保険外併用療養費」として健康保険から給付が行われる。

また、被扶養者の保険外併用療養費にかかる給付は、家族療養費として給付が行われる。

【評価療養】

1. 先進医療
2. 医薬品の治験に係る診療
3. 医療機器の治験に係る診療
4. 薬価基準収載前の承認医薬品の投与
5. 保険適用前の承認医療機器の使用
6. 薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用

【選定療養】

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 特別の療養環境の提供 | 6. 制限回数を超える医療行為 |
| 2. 予約診療 | 7. 180日を超える入院 |
| 3. 時間外診療 | 8. 前歯部の材料差額 |
| 4. 200床以上の病院の未紹介患者の初診 | 9. 金属床総義歯 |
| 5. 200床以上の病院の再診 | 10. 小児う触の治療後の継続管理 |

先進医療及び施設基準の一例

診療報酬点数表

[告示] 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準

先進医療ごとに定める施設基準に適合する病院又は診療所において実施する先進医療

八十八 根治的前立腺全摘除術における内視鏡下手術用ロボット支援

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状
前立腺がん

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

- ① 専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について5年以上の経験を有すること。
- ② 泌尿器科専門医であること。
- ③ 当該療養について2年以上の経験を有すること。
- ④ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として5例以上の症例を実施していること。

(2) 保険医療機関に係る基準

- ① 泌尿器科を標榜していること。
- ② 実施診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
- ③ 麻酔科標榜医が配置されていること。
- ④ 臨床工学技士が配置されていること。
- ⑤ 病床を20床以上有していること。
- ⑥ 当直体制が整備されていること。
- ⑦ 緊急手術体制が整備されていること。
- ⑧ 24時間院内検査を実施する体制が整備されていること。
- ⑨ 医療機器保守管理体制が整備されていること。
- ⑩ 医療安全管理委員会が設置されていること。
- ⑪ 当該療養について5例以上の症例を実施していること。

「国民ID」の導入を前提とした医療におけるITの活用 利用者の利便性の向上と医療費および行政コストの削減(e-Govの推進)

「社会保障カードサービス」

医療費のお知らせ

(鶴川市国民健康保険、亀田健康保険
国民健康保険、社会健康保険にお
ける毎月の医療費額の間覧)

保険種別	保険種別	保険種別	保険種別	保険種別	保険種別
国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険
社会健康保険	社会健康保険	社会健康保険	社会健康保険	社会健康保険	社会健康保険
国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険

保険証資格確認 (亀田総合病院)

利用者本人による加入医療保険の確認
医療機関医事課における保険証資格確認及び、ID変換
による受付業務

鶴川市社会保障カード管理事業

保険証資格確認

氏名: [] 性別: []

生年月日: []

資格取得年月日: []

亀田総合病院健康保険組合
保険証資格確認

ID: 0124-0967

氏名: [] 性別: []

生年月日: []

資格取得年月日: []

()サービス事業者名

年金情報閲覧 (日本年金機構) 年金情報の閲覧

年金情報閲覧

氏名: [] 性別: []

生年月日: []

資格取得年月日: []

診療情報閲覧 (PLANET)

(医療法人鉄蕉会)
医療機関の受診情報の閲覧

PLANET

氏名: [] 性別: []

生年月日: []

資格取得年月日: []



健診情報閲覧

(鶴川市国民健康保険、亀田健康保険)
国保⇒総合健診、がん検診、社保⇒企業検診の閲覧

健診情報閲覧

氏名: [] 性別: []

生年月日: []

資格取得年月日: []

医療保険連携

(鶴川市国民健康保険、亀田健康保険)
加入者、脱退者登録により、国保、
社保間において情報連携

医療保険連携

氏名: [] 性別: []

生年月日: []

資格取得年月日: []

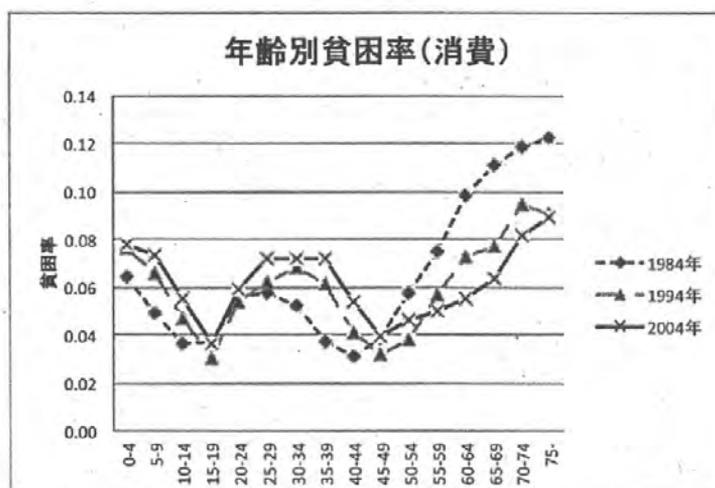
- 利用者向けサービス
- 医療保険者向けサービス
- 医療機関向けサービス

社会保障給付のあり方について

大阪大学社会経済研究所 大竹文雄

1. 現代の貧困に対応した社会保障給付に

1980年代までは、貧困問題は高齢者の問題であった。一人当たり消費で年齢階級別相対貧困率は、1980年代では60歳以上の高齢者の貧困率が際立って高かった。公的年金制度の充実もあって、高齢者の貧困率は低下傾向にある一方で、20歳代および30歳代の若年層と9歳以下の子供の貧困率が上昇している。つまり、現在では、貧困問題は高齢者だけではなく、若者や子供の間でも発生している。若者から高齢者への所得再分配という制度から、年齢に関わらず高所得者から低所得者への再分配という制度に、日本の社会保障給付のあり方を変更する必要がある。



データ：『全国消費実態調査』から小原美紀・大竹文雄が特別集計

2. 具体的な改革案

(1) 世代内での再分配機能の強化： 公的年金等控除の縮減

社会保険料も給付も実質的に非課税という制度は、公的年金の再分配効果を小さくしている。豊かな高齢者への税制上の優遇措置は不要ではないか。

(2) 年金支給開始年齢の引き上げ：

平均寿命が長いにも関わらず、国際的にも日本の公的年金の支給開始年齢は低い。支給開始年齢を引き上げた上で、保険数理的にフェアな早期支給制度を創設するべき。

(3) マクロ経済スライドの実施と強化

人口動態に応じて給付額を変動させるマクロスライド制度は、デフレのもとで物価スライドが実質的に凍結されているため機能していない。物価スライドを完全実施し、マクロスライドが機能するように制度変更をすべき。労働市場の状況を反映したマクロスライドに変更してはどうか。例えば、若年者の被保険者数の変動や失業率に年金給付をスライドさせることを検討すべき。年金受給者が、若年者の雇用や経済成長を促進する政策を政治的に支持しやすい環境を整えることにもなる。

(4) 世代会計の作成と開示

予算審議では、国債発行額の大きさは議論されるが、実質的な債務である社会保障による将来世代の負担超過については明示的に議論されない。このことが政策に関する議論の方向性を歪める可能性がある。例えば、東日本大震災の復興費用の財源を税にすべきか国債にすべきか、という議論がある。標準的な経済学では、震災復興という一時的に多額に出費が必要となるタイプの歳出の財源は、税ではなく国債にして、幅広い世代で負担すべきだと考えられている。しかし、世代会計が存在したならば、現在の社会保障制度によって、現在世代の税・社会保障負担は低く、将来世代のそれが大きいという形で、負担の歪みが発生している。このような世代間負担の格差が発生していることを前提に、復興費用の世代間負担を考える必要がある。社会保障に関わる世代間負担格差が解消されたならば、復興費用は国債で調達し、税負担を世代で均等にすることが望ましい。逆に、社会保障に関わる世代間負担が現状のままであれば、復興費用は現在世代が多めに支払うことが、世代間負担の均等化になる。こうした議論を可能にするためには、社会保障に関わる世代会計を明示すべきである。

社会保障給付に関する若干のコメント

一橋大学経済研究所

小塩 隆士

※ 授業及び教授会のため、本日の会合には欠席いたします。以下では、社会保障給付のあり方について、厚生労働省が先般公表した社会保障改革案の内容も踏まえ、私見を箇条書きにしてまとめます。

1. 厚生労働省案に対するコメント

- 「世代間公平」を社会保障改革の柱として位置づけたことは、極めて適切で妥当な方向。しかし、その実現のためには、少なくとも全体として見て、高齢者向け給付の削減が伴っていなければならないが、そうになっているか。
- 「自助」や「共助」ではどうしても自立できない困窮に陥った場合に、政府が最低限の保障をする仕組みとして「公助」が位置づけられている。しかし、そのためには、改革のベクトルは社会保障給付の一方向的な拡大ではなく、むしろ給付の重点化に向かっていなければならないが、そうになっているか。
- 医療・介護等社会保障関連サービスが新成長戦略の中心に位置づけられている。しかし、そのためには既存の規制を見直し、産業としての効率性を高める方策が併せて提案されていなければならないが、そうになっているか。

2. 年金について

- デフレが進むなかでは、マクロ経済スライドを物価下落時においても実施する必要がある。現行制度は、デフレを想定していない。
- 支給開始年齢の引き上げは、平均余命の伸長度合いやほかの先進国における改革の動きから見ても、日本は出遅れている。早急に着手すべき。
- その場合、私的年金は公的年金の上乗せというよりも、引退から公的年金受給までの、有期限の橋渡し役として位置付けたほうが役割が明確になる。

3. 医療について

- ヨーロッパの医療制度改革の経験を見ても、社会保険と競争原理は十分両立する。保険者機能を強化し、効率化への誘因（インセンティブ）を働かせるようにするなど、ミクロ・レベルでの効率性向上を目指すべき。
- 日本では、MRI や CT スキャンなど高額医療機器の導入度合いが諸外国に比べてかなり高い（とりわけ後者）。医療費増大には医療高度化の要因が大きいが、効率性の観点から見直す余地はないか。

4. 介護について

- 介護サービスの供給主体（社会福祉法人など）の制度改革も検討すべき。資本調達方法や運営費の使途制限の見直し、ガバナンスをめぐる制度の整備など、自主的な改革を促す見直しが必要。
- 重度の要介護者に十分な介護サービスを重点的に供給することには、現物給付である介護給付と現金給付である公的年金との役割分担を明確にし、高齢者向け社会保障給付を全体として効率化するという効果もある。

以 上