

第18回 社会保障制度改革国民会議

議事次第

平成25年7月29日(月)
13:00～15:00
於：官邸4階大会議室

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 報告書のとりまとめに向けた議論
4. 閉会

【資料】

- 資料1 総論部分(案)
- 資料2 各論部分の骨子(案)
- 資料3-1 遠藤委員提出意見
- 資料3-2 駒村委員提出意見
- 資料3-3 永井委員提出意見
- 資料3-4 西沢委員提出意見
- 資料3-5 宮武委員提出意見
- 資料4 榊原委員提出意見

総論部分（案）

はじめに

昨年 11 月 30 日、第 1 回の社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）を開催して以来、〇〇回にわたって会合を重ねてきた。その間、経済界や労働界、地方団体、医療・介護分野の関係者等を交えた議論、個人や団体からの意見募集、委員からのプレゼンテーション、分野ごとの議論の整理など、様々な議論等を経て、今般、国民会議としての意見を取りまとめたので報告する。

少子高齢化の急速な進行、雇用基盤の変化、家族・地域の在り方の変容、経済成長の停滞など高度経済成長以来の我が国の社会保障が前提としてきた社会経済構造が大きく変わる中で、こうした変化に対応したあるべき社会保障制度改革の議論が、党派を超えて、なされてきた。既に、子ども・子育て支援のための新制度の創設や年金制度における基礎年金の国庫負担割合 2 分の 1 の恒久化、短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大や低所得高齢者等への福祉給付の創設など、昨年の国会における審議を経て関係法案が成立し、その具体化が図られているが、社会保障については、引き続き、制度改革が求められている。

国民会議では、こうした経緯を十分に踏まえつつ、社会保障制度改革推進法の規定に基づき、社会保障分野の有識者を構成員とする会議として、論理的かつ実証的に検討を行い、「質が高く持続可能な社会保障制度」を目指して、鋭意議論を重ねてきた。以下は、これまでの検討の成果を取りまとめたものである。

第 1 部 社会保障制度改革の全体像

1 社会保障制度改革国民会議の使命

（1）これまでの社会保障制度改革の経緯

我が国のこの 20～30 年の社会保障制度改革の経緯を概観すると、1990 年代初頭にはバブル経済が崩壊し、日本経済が長期にわたり低迷する中で、1990（平成 2）年には「1.57 ショック」として少子化が社会問題として本格的に意識され、また、1994（平成 6）年には、65 歳以上の人口が 14% を超え、「高齢社会」が到来した。この中で、子育て支援の分野では「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について（エンゼルプラン）」（1994（平成 6）年）が策定され、また、我が国の第 5 番目の社会保険として介護保険制度（2000（平成 12）年）が実施された。

また、2000 年代以降には、社会保障構造改革として、年金制度改革（2004

(平成 16) 年)、介護保険改革 (2005 (平成 17) 年)、高齢者医療制度の改革 (2006 (平成 18) 年) が実施され、これにより、各制度の持続可能性は高まったが、少子化対策の遅れ、高齢化の一層の進行に伴う制度の持続可能性、医療・介護の現場の疲弊、非正規雇用の労働者等に対するセーフティネット機能の低下等の問題が顕在化した。

こうした状況を踏まえ、福田・麻生政権時の社会保障国民会議 (2008 (平成 20) 年)、安心社会実現会議 (2009 (平成 21) 年) において、新しい社会保障の在り方をめぐる議論が開始された。社会保障国民会議では、社会保障の機能強化について具体的な提言が行われ、安心社会実現会議では、社会保障、雇用、教育の連携を踏まえて安心社会への道筋が展望された。また、少子化対策としては、2007 (平成 19) 年に『「子どもと家族を応援する日本」重点戦略』が策定された。こうした議論を踏まえ、平成 21 年税制改正法附則第 104 条には、消費税の全額が「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」に充てられることを含めた税制の抜本的な改革を行うための法制上の措置を 2011 (平成 23) 年度までに講ずることが明記された。

さらに、民主党政権下においても、先の安心社会実現会議等の議論が引き継がれ、2010 (平成 22) 年 10 月には社会保障改革に関する有識者検討会が設置されるとともに、社会保障の具体的な制度改革と税制改正について一体的に検討が進められた。2011 (平成 23) 年 7 月には、「社会保障・税一体改革成案」が閣議報告されるとともに、昨年 2 月には「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、その内容を実現するための関連法案が、昨年の通常国会に提出され、衆・参両議院で合わせて 200 時間以上の集中的な審議を経て、昨年の 8 月 10 日に一体改革関連法案が可決、成立した。

消費税を段階的に 10% に引き上げる税制改革関連法案及び子ども・子育て支援関連法案、年金関連法案の成立により、消費税収 (国・地方、現行分の地方消費税を除く。) については、社会保障財源化されるとともに、消費税増収分の具体的な活用先として、子ども・子育て支援の拡充を図ること、年金分野においては、基礎年金の国庫負担割合を 3 分の 1 から 2 分の 1 に引き上げることのほか、低所得者に対する福祉的給付などの措置が講じられることとなった。

(2) 社会保障制度改革国民会議の使命

社会保障・税一体改革関連法案の国会審議が開始される中で、昨年 6 月、自由民主党、公明党、民主党の三党 (以下「三党」という。) で確認書が合意され、それに基づき、三党の提案で社会保障制度改革推進法案が国会に提出され、他の一体改革関連法案と同時に昨年 8 月 10 日に成立した。社会保

障制度改革推進法（以下「改革推進法」という。）においては、政府は、改革推進法に規定された基本的な考え方や、基本方針にのっとり、社会保障制度改革を行うものとされ、このために必要な法制上の措置については、法律施行後 1 年以内に、国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとされた。また、国民会議の立ち上げに当たっては、三党の合意による国民会議における検討項目が示されている。

このように、2008（平成 20）年の社会保障国民会議以来の社会保障制度改革の議論については、2 回の政権交代を超えて共有できる一連の流れがある。

国民会議においては、こうした議論の流れを踏まえつつ、平成 24 年 2 月 17 日に閣議決定された社会保障・税一体改革大綱その他の既往の方針のみにかかわらず、幅広い観点に立って、改革推進法に規定された基本的な考え方や基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議することをその使命としている。

2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方

（1）自助・共助・公助の最適な組合せ

我が国の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている。

これは、国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクについては、こうしたリスクを分散する「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない困窮などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの「公助」が補完する仕組みとするものである。

この「共助」の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保険方式を基本とするが、これは、自助を共同化することによってリスクに備える（＝自助を支える）仕組みである。

したがって、我が国の社会保障制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される自助の共同化としての社会保険制度が基本であり、「公助」は自助・共助を補完するという位置づけとなる。なお、これは、我が国の社会保障の出発点となった 1950（昭和 25）年の社会保障制度審議会の勧告にも示されている。

社会保障制度改革においては、こうした自助・共助・公助の位置づけを前提とした上で、我が国の社会経済の情勢の変化を踏まえて、その最適なバランスをどのように図るのかについて議論が求められている。

(2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制

現行の社会保障制度の基本的な枠組みが作られた高度経済成長期以降、少子高齢化の進行、生産年齢人口の減少、経済の長期低迷とグローバル化の進行、家族や地域の扶養機能の低下、非正規雇用の労働者の増加による雇用環境の変化など、我が国の社会経済情勢については、大きな変化が生じている。

その中で、子育ての不安、高齢期の医療や介護の不安、雇用の不安定化、格差の拡大、社会的なつながり・連帯感のほころびなど、国民のリスクが多様化するとともに拡大している。こうしたリスクやニーズに対応していくためには、社会保障の機能強化を図らなければならない。

また一方で、経済成長の鈍化と少子高齢化の更なる進行の中で、社会保障費は経済成長を上回って継続的に増大しており、国民の負担の増大は不可避となっている。

こうした中で、既存の社会保障の安定財源を確保するとともに、社会保障の機能強化を図るためには、税や社会保険料の負担増は避けられないが、こうした負担について国民の納得を得るとともに、持続可能な社会保障を構築していくためには、同様の政策目的を最小の費用で実施するという観点から、徹底した給付の重点化・効率化が求められる。

また、社会保障が、現在、巨額の後代負担を生みながら、財政運営を行っていることは、制度の持続可能性や世代間の公平という観点からも大きな問題であり、現在の世代の給付に必要な財源は、後代につけ回しすることなく、現在の世代で確保できるようにすることが不可欠である。

このため、「自助努力を支えることにより、公的制度へ依存を減らす」ことや、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことによって社会保障の財源を積極的に生み出し、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすべきである。

また、ICTの活用や医療データの整備など社会保障の重点化・効率化につながるハード面の整備とそれを活用できる人材の育成などソフト面の整備が重要である。

(3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担

① 国民皆保険・皆年金と社会保険方式の意義

「国民皆保険・皆年金」は、すべての国民が、公的医療保険や公的年金による保障を受けられるようにする制度であり、我が国の社会保障の中核として、国民生活を支えてきた。この仕組みは、「社会保険方式」として運営され、保険証一枚で医療機関にフリーアクセスできる公的医療保険や、

世界最長の長寿社会を支える公的年金は、世界に誇れる我が国の共有財産となっている。

社会保険方式は、国民の参加意識や権利意識を確保し、保険料を支払った人にその見返りとして受給権を保障する仕組みであり、いわゆる自助を共同化し、国民の自立を社会的に支援する仕組みである。

社会保険方式は、保険料の見返りとして給付を受けられることから、権利性が強く、給付と負担の関係が明確であることから、必要な給付水準に対する負担について理解を得られやすく、また、保険というリスク分散の考えに立つことで、社会保障の対象を一定の困窮者から国民全体に拡大した普遍的な制度となっている。

一方、社会保険方式のデメリットは、保険料を納付しない者、制度への加入手続きをとらない者は、保障を受けられないことであるが、我が国は、皆保険・皆年金制度を実質的に確保する観点から、所得水準を勘案した負担しやすい保険料とすることや、免除制度を設けることにより、できる限りすべての者を保険の加入者とするための仕組みを組み込んでいる。

② 皆保険・皆年金のセーフティネット機能の弱体化

近年、被用者保険に加入できず、さらに国民年金や国民健康保険の保険料が未納になることによって皆保険・皆年金の網の目（セーフティネット）からもれてしまう非正規雇用の労働者が少なくないことが大きな問題となっている。

我が国の皆保険・皆年金制度の国民の生活保障として意義を貫徹していくためには、効果的な未納・未加入対策を講じていくことや、非正規雇用の労働者にも社会保障が十分機能するよう、被用者保険の適用拡大など就労形態の変化に対応した制度設計の見直しを図っていくことが課題となっている。また、経済・雇用政策等様々な政策を連携させて、すべての人々が安定して働ける社会を目指すことが求められる。

③ 税と社会保険料の役割分担（P）

社会保険制度の財源は、原則、保険料であるが、我が国の社会保険制度には、多くの公費（税財源）が投入されている。例えば、全国民に給付される基礎年金には国費が2分の1投入され、自営業者や無職者が加入し、医療サービスを受ける国民健康保険には、国費と地方費が2分の1投入され、中小企業のサラリーマンが加入する全国健康保険協会の給付費にも一部国費が投入されている。さらに、後期高齢者医療制度や介護保険制度にも、国費と地方費が2分の1投入されている。税と保険料の役割分担については、どのように考えるべきであろうか。

我が国の医療保険制度や年金制度は、被用者保険と自営業者等を対象とした保険に分かれており、医療保険制度は、それぞれのグループ内において、さらに細かく保険者が分立していること、また、無職者や低所得者であっても、医療保険制度や年金制度に加入するという皆保険・皆年金の考え方をとっていることが特色となっている。

社会保険制度への公費投入の理由は、一つは、無職者や低所得者も保険に加入できるよう、保険料の負担水準を引き下げることであり、もう一つは、保険制度が分立していることによる給付と負担の不均衡を是正することである。

まず、前者については、現行制度の下では、現在、高齢化の進行や非正規雇用の労働者の増加による所得格差が増大する中で、保険料負担の逆進性を強めることとなる。したがって、逆進性緩和の視点から低所得者の保険料軽減や標準報酬月額の高限度額の引上げを行うなど、社会保険料の在り方を再点検した上で、社会保障の維持と機能強化のために公費を投入することが必要となる場合があると考えられる。

一方、後者については、制度分立は保険者の仕組み方の問題であり、基本的には保険制度の中での調整が求められ、公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべきである。

また、給付の大宗を社会保険制度で賄っている年金・医療・介護については、すでに財源の4割弱が公費（税財源）で占められており、これらの給付が増えれば、必要となる税財源が増えていくこととなるが、社会保障をめぐる財政は、社会保障関係費が増大する中で、それに見合った税負担がなされておらず、その不足分をいわゆる赤字公債で補っている状況であり、消費税が増税された後でもこの構造が解消されるわけではない。こうした状況は、国・地方を通じた財政の健全化、社会保障の持続可能性、世代間の公平という観点から極めて問題である。

こうした我が国の財政状況も踏まえれば、社会保険への税の投入については、上記の所得格差の調整を含め、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすべきである。

一方、社会保険は、透明性と納得性にその特徴があることから、制度が必要以上に複雑にならないようにできる限り努力しなければならない。

（４）給付と負担の両面にわたる世代間の公平

① すべての世代を対象とした社会保障制度へ

少子高齢化の進行と現役世代の雇用環境が悪化する中で、これまでの我が国の社会保障の特徴であった「給付は高齢世代中心、負担は現役世代

中心」という構造を見直して、給付・負担の両面で世代間・世代内の公平が確保された制度とすることが求められる。

社会保障の持続可能性にとってとりわけ重要なことは、子育て中の人々など若い人々が日々の暮らしに安心感をもち、将来に対し、夢と希望がもてることであり、社会保障制度改革は、こうした視点から取り組む必要がある。将来に対し、夢と希望を抱くことができる社会保障を構築することによって、若い人々も納得して制度に積極的に参加することができる。

こうした観点から、若い人々も含め、すべての世代に安心感と納得感の得られる全世代型の社会保障に転換することを目指し、子ども・子育て支援など、若い人々の希望につながる投資を積極的に行うことが必要である。こうした取組を通じて、若い人々の負担感ができる限り高まることのないようにすることが重要である。

② 将来の社会を支える世代への負担の先送りの解消

国の基礎的財政収支対象経費に占める社会保障関係費の割合が4割を超えており、税収は歳出の半分すら賅っていない状況に照らせば、社会保障関係費の相当部分を将来の社会を支える世代につけ回しているということになる。

現在の世代が享受する社会保障給付について、給付に見合った負担を確保せず、その負担を将来の社会を支える世代に先送ることは、財政健全化の観点のみならず、社会保障の持続可能性や世代間の公平の観点からも大きな問題であり、速やかに解消し、将来の社会を支える世代の負担ができる限り少なくなるようにする必要がある。高齢化が急速に進む中でも、将来の社会を支える世代の痛みを少しでも緩和するために、現在の世代が、何ができるのかをしっかりと考えなければならない。

いずれにせよ、受益と負担が見合わない社会保障はいずれ機能しなくなり、その結果、社会の活力を失わせてしまうこととなる。このように社会保障制度改革と財政健全化は、同時達成が必須となっている。

③ 「世代間の損得論」と高齢者向け給付の持つ「現役世代のメリット」

年金制度や高齢者医療制度、介護保険制度を念頭に、「世代間の不公平」を指摘する意見がある。すなわち、「親の世代は、少ない負担で多額の給付がもらえたが、若い世代は負担に比べてもらえる給付が少ない」という世代間の損得論の主張である。

しかし、年金制度や高齢者医療制度、介護保険制度は、子どもが老親を扶養するという私的扶養を社会化したものであることに十分留意が必要である。例えば、年金制度が十分に成熟する以前の世代は、親の私的扶養

もしながら、自らの保険料を納めてきたのであり、公的年金の給付と負担だけを見て損得論を議論するのは適切でない。また、介護保険制度の創設により、家計における税・保険料の負担は増加したが、一方で介護サービスが大幅に増加し、その結果、主に女性が担っていた家族内での介護負担は軽減している。

このように年金制度を始めとする社会保障は、単に高齢世代のメリットとなっているだけではなく、高齢世代の生活保障を社会的な仕組みとして行うことによって、その子や孫の負うべき負担を軽減し、現役世代のメリットにもなっていることを考慮する必要がある。

3 社会保障制度改革の方向性

(1) 「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」へ

我が国の社会保障の枠組みは、1961（昭和36）年の国民皆保険・皆年金を経て、年金や医療の給付の大幅な改善が実施された1973（昭和48）年（「福祉元年」と呼ばれる）に完成されたものである。右肩上がりの経済成長と低失業率、それにより形成された正規・終身雇用の男性労働者の夫と専業主婦の妻と子どもという核家族がモデルの下で、「現役世代は雇用、高齢者世代は社会保障」という生活保障モデルが確立し、また、高齢化率も現在に比べるとかなり低いレベルであった。

これに対して、1990年代以降の国内外の社会経済状況の変化の中で、これまでの社会保障が前提としていた我が国の社会経済構造は大きく変化してきている。

まず、日本の人口構成は他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、2025（平成37）年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となり、高齢者の中で高齢の者が増える超高齢社会になっていく。

また、社会保障支出が増える中、支え手である生産年齢人口は少なくなっていく、一方で、核家族化の進行や高齢世帯の増加、さらには夫婦共働きの増加により、家族や親族の支え合いの機能が希薄化し、また、都市化に伴う生活様式の全国的な浸透や人口の減少により、地域の支え合いの機能も低下していくことを免れない。

さらに、高度経済成長期に形成され、安定経済成長期まで維持されてきた日本型雇用システムに代表される企業による生活保障機能についても、経済のグローバル化や経済の低成長に対応するために増加した非正規雇用の労働者については適用されず、これらの人々は企業の保護の傘から外れるといった状況になっている。

こうした社会経済状況の変化を踏まえ、我が国の社会保障制度を「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」に再構築して、国民生

活の安心を確保していくことが、喫緊の課題となっている。

男性労働者の長期安定雇用と専業主婦を前提とした「1970年代モデル」では、社会保障は専ら「年金」、「医療」、「介護」が中心となっていたが、「21世紀（2025年）日本モデル」では、年金、医療、介護の前提となる、現役世代の「雇用」や「子育て支援」、さらには、「低所得者・格差の問題」や「住まい」の問題なども社会保障として大きな課題となってくる。

すなわち、「21世紀（2025年）日本モデル」の社会保障については、子ども・子育て支援を図ることや、経済政策・雇用政策・地域政策などの施策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用の安定・処遇の改善を図ること等を始めとしてすべての世代を支援の対象とし、また、すべての世代が、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障とすることが必要である。

また、限られた資源を有効に活用するとともに、QOL (Quality of Life) の向上という観点から、様々な生活上の困難があっても、地域の中で、その人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくりとして推進することが必要である。

こうしたまちづくりを、21世紀（2025年）の新しいコミュニティの再生と位置づけ、こうした取組を通じて、超高齢化の中にあっても、誰もが安心し、かつ希望をもって生きることができる「成熟社会の構築」に向けてチャレンジすべきである。

(2) すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み

上述のように、「21世紀型（2025年）日本モデル」の社会保障では、主として高齢者世代を給付の対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換を目指すべきである。

その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いになると考えるのではなく、現役世代を支援することで、現役世代が高齢世代を支える力を強めるものと考えべきである。

また、世代間の公平だけでなく、世代内の公平も重要であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらうことが必要である。

このような観点から、これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべきである。

(3) 女性、若者、高齢者などすべての人々が働き続けられる社会

これまでの男性中心の働き手という家族形態から、男性も女性もともに働

き、ともに子育てするという家族形態へ変化してきた。この変化に対応し、子育て支援の充実など夫婦の働き方を問わず子育てができる環境を整備することが、社会保障に求められている。

女性の就業については、夫婦共働きが増加し、就業率が上昇傾向にあるものの、いまだ男性よりも低い水準となっている。また、女性の労働力率を年齢階級別にみると、30歳代を底としたいわゆるM字カーブがみられ、依然として、出産、子育てを機に就業を中断する女性が多い。少子化が進む中、働きながら子育てできる環境整備を進めることが重要であり、また、女性の就業率の上昇は経済成長にも資することからも、子ども・子育て支援新制度による保育の充実に加え、父母ともに育児に関われるワーク・ライフ・バランスを着実に実現していく必要がある。

また、高齢者についても、健康寿命が延伸することを踏まえ、高齢者が培ってきた知識や経験を活かせるよう、意欲と能力がある限り、年齢にかかわらず、働くことができる社会の実現に向けた取組が必要である。

さらに、人口減少社会となった我が国では、明日の社会を支える若者が安定的な雇用に就き、適切な職業キャリアを積むことができるようにすることが、何より重要であり、新規学卒者を含む若者に対する効果的な就業支援等を検討すべきである。

こうした取組により、社会保障の支えられる側、支える側という従来の考え方を乗り越えて、女性や若者、高齢者、障害者を始め働く意欲のあるすべての人が働くことができる社会を目指し、支え手に回る側を増やすことに国を挙げて積極的にチャレンジすべきである。

(4) すべての世代の夢や希望につながる子ども・子育て支援の充実

少子化の問題は、社会保障全体に関わる問題であり、また子育て支援は、親子、家族のためだけでなく、社会保障の持続可能性（担い手の確保）や経済成長にも資するものである。これをすべての世代に夢や希望を与える日本社会の未来への投資であると認識し、取り組むべきである。

子育てを社会全体で支援して、子育てを楽しめる社会としていくことが必要であり、妊娠・出産から子育てまでのトータルな支援や、発達初期の教育・保育などすべての子どもへの良質な発達環境の支援を充実していくことが求められる。

加えて、子どもの発達初期の環境は、後の思春期や成人期の発達にも影響を及ぼすものであり、良質な環境の整備が格差・貧困対策としても効果的であることに留意すべきである。

(5) 低所得者・不安定雇用の労働者に対するセーフティネットの構築

我が国の社会保険制度は、低所得者や無職者でも加入できるよう工夫した仕組みであるが、非正規雇用の労働者等が増大する中で、従来の社会保険制度の適用から外れる者が増大し、他方で国民健康保険などでは低所得のために保険料を支払うことが難しくなる者が増加してきた。

グローバル化等による雇用の不安定が、格差・貧困問題の深刻化につながるよう、働き方の違いにかかわらず、安定した生活を営むことができる環境を整備することが重要である。このためには、非正規労働者の雇用の安定や処遇の改善を図るとともに、非正規雇用の労働者に対して社会保障が十分機能するように、被用者保険の適用拡大等を図っていくことが重要である。

格差・貧困問題の深刻化は、社会の統合を脅かし、社会の分裂を招くとともに、多くの人の能力が発揮されずに終わり、社会的な連帯意識も弱まり、扶助費や行政コストの肥大化を招くことになる。こうした、格差・貧困問題を解決するためには、税制や社会保障制度を通じて、負担できる者が負担する仕組みとするなど所得再分配機能を強化しつつ、経済政策、雇用政策、教育政策、地域政策、税制など、様々な政策を連携させていく必要がある。

また、年金税制等により優遇されている高齢者の問題などを検討し、真の低所得者を把握できるような仕組みを目指すことが重要である。

(6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

今後、大都市では、75歳以上の高齢の高齢者が急増する一方、地方圏では、75歳以上の高齢者数の伸びは緩やかになり、減少に転じる地域も少なくない。一方、過疎化が進む地域では、人口が急速に減少し、基礎的な生活関連サービスの確保が困難になる自治体も増加する。このように地域ごとに高齢化の状況が異なっており、また、地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。

高齢化に伴い患者が急増する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。

過度な病院頼みから抜け出し、QOLを目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするためには、病院病床や施設の持っている機能を、地域の生活の中で確保することが必要となる。すなわち、医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要があり、こ

のためには、コンパクトシティ化を図るなど住まいや移動等のハード面の整備や、サービスの有機的な連携といったソフト面の整備を含めた、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として、医療・介護のサービス提供体制を考えていくことが不可欠である。

このような地域包括ケアシステムの構築は、地域のもつ生活支援機能を高めるという意味において「21世紀型のコミュニティの再生」と言える。

病床機能の分化・連携や、地域包括ケアシステムの構築は、団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025（平成37）年に向けて速やかに取り組むべき課題であり、その実現に向けて早急に着手し、地域の特性に応じて実現可能な体制を見出す努力を早急に開始すべきである。

医療・介護の地域包括ケアシステムの構築により、地域ごとに形成されるサービスのネットワークは、高齢者介護のみならず、子ども・子育て支援、障害者福祉、困窮者支援にも貴重な社会資源となり、個人が尊厳をもって生きていくための、将来の世代に引き継げる貴重な共通財産となる。

（7）国と地方が協働して支える社会保障制度改革

子育て、医療、介護など社会保障の多くが、地方公共団体を通じて国民に提供されており、社会保障における地方公共団体の役割は極めて大きい。制度運営について、住民と直接向き合う地方公共団体は、各地域における社会保障の運営責任者というべき存在であると言える。

したがって、今般の社会保障制度改革については、その成果を確実に国民に還元していくためにも、地方公共団体の理解が得られるような改革とし、自己改革や応分の負担など国と地方公共団体がそれぞれ責任を果たしながら、対等な立場で協力し合う関係を築くことが重要である。

また、社会保障制度改革の推進に当たっては、国が基本的なビジョンを示しつつも、地方公共団体が主体的かつ総合的に改革に取り組んでいけるよう、社会保障における国・都道府県・市町村の役割分担の見直し（（P）例：国民健康保険の保険者など）、地方公共団体の必要な役割・財源の強化（（P）例：地域医療提供体制に関する都道府県の権限強化など）、社会保障制度改革を進めるための基盤整備（（P）例：人材の確保や必要なデータの整備など）について、国と地方公共団体が連携して進めていくことが必要である。

（8）成熟社会の構築へのチャレンジ

2025（平成37）年には、団塊の世代がすべて、75歳以上の高齢者となり、高齢者の中でも高齢の者が増加する。また、人口の減少により、2050（平成62）年には人の居住している地域の2割は無人口化されるといわれる。

こうした中で要介護者が急増するとともに、認知症などが大きな問題とな

り、また、人口減少による限界集落の問題など、多くの解決すべき課題が想定されている。

しかし、その一方で、今後の高齢社会では、平均余命、とりわけ健康寿命が伸びることで老後という、自分が自分らしく生きられる豊かな自由な時間が増え、その中で新しい人生の意味を見つけ出すことも可能となる。

また、従来の支えられる側、支える側という区分を取り払って、こうした高齢者が社会で活躍できるような、経済社会システムづくりを行っていくことが求められる。

例えば、医療の目的は、従来の「治す医療」からよりQOLを重視した「治し・支える医療」への転換が求められる。また、医療・介護の提供体制についても、まちづくりとして考えることが求められ、終末期ケアや看取りの在り方についても、最後まで自分らしく生きるためにどうあるべきかという観点から、国民的な議論を行っていくことが求められる。

社会保障の制度設計に当たって、中年期からの疾病予防など個々人が、リスクの低減に向けた自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みや、サービスの選択肢を増やし、個人が選択していける仕組みを組み込むことも必要となる。

また、健康で長寿を実現することは人類の理想であり、人生90年時代には、これまでの画一的な人生モデルではなく、多様な人生設計が可能となる。90年の人生を健康で、持てる力を最大限に発揮して生きるために、個人が人生設計能力を高める必要がある。

このように、人口構成の変化や高齢化等をネガティブに考えるのではなく、様々な課題に正面から向き合い、一つ一つ解決を図っていくことを通じて、世界の先頭を歩む高齢化最先進国として、超高齢社会の中を充実して生きていける社会づくりを、「成熟社会の構築」ととらえて、チャレンジしていくことが必要である。

4 社会保障制度改革の道筋 ～時間軸で考える～

上記のような考え方に沿った制度の改革については、将来あるべき社会像を想定した上で、短期と中長期に分けて実現すべきである。

すなわち、まずは、消費増税という国民負担を社会保障制度改革の実施という形で速やかに国民に還元するため、今般の一体改革による消費税の増収が段階的に生じる期間内に集中的に実施すべき改革である。また、中長期とは、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025（平成37）年を念頭において段階的に実施すべき改革である。

こうした時間軸に沿って、国民の合意を得ながら、目標に向けて着実に改革を進め、実現していくことが必要である。

そもそも、少子高齢化が急速に進む我が国の現状を踏まえれば、社会保障制度改革の実施は先送りできない待ったなしの課題である。このことを十分に認識しながら、この改革を進めていく必要がある。

このような改革の道筋については、定期的に改革の方向性やその進捗状況をフォローアップしていくことが必要であり、政府の下で必要な体制を確保すべきである。

こうした社会保障制度改革には、以上のような政府（政治や行政）の取組だけではなく、実際にサービスを担うサービス提供事業者の自己改革が必要である。また、社会保障は、国民生活に密着し、一人一人にとって不可欠なものとなっている。こうした社会保障を今後も維持、発展させていくためには、社会保障を国民の共通財産として、守り、育てていくという意識を持つことが大切である。

このためには、政府は、社会保障の現状や動向等についての情報公開等を行うだけにとどまらず、若い時期から、教育現場等において社会保障の意義や役割を学ぶことのできる機会を設けていくことが必要である。

第2部 社会保障4分野の改革

国民へのメッセージ

各論部分の骨子（案）

第 2 部 社会保障 4 分野の改革

I 少子化対策分野の改革

1 少子化対策の意義と推進の必要性

2 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施の必要性

（1）妊娠・出産・子育てへの連続的支援

（2）子どもの発達初期の環境整備と地域の子育て支援の推進

（3）両立支援の観点からの待機児童対策と放課後児童対策の充実

（4）ワーク・ライフ・バランス

3 次世代育成支援を核とした社会保障の理念哲学の構築を

（1）取組の着実な推進のための財源確保と地域の人材の養成・活用

（2）子育て支援を含む社会保障のすべてが支える未来の社会

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(1) 改革が求められる背景

(2) 医療問題の日本的特徴

(3) 改革の方向性

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 医療機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

(3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

(5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

(6) 医療の在り方

(7) 改革の推進体制の整備

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

(3) その他必要な改革

4 介護保険制度改革

Ⅲ 年金分野の改革

1 社会保障・税一体改革までの道のりと到達点、残された課題

- (1) 社会保障国民会議による定量的シミュレーションの実施とその含意
- (2) 2012年の社会保障・税一体改革による年金関連四法の成立による到達点
- (3) 今後の年金制度改革の検討の視点

2 年金制度体系に関する議論の整理

- (1) 年金制度の本来の性格と制度体系選択の制約条件
- (2) 具体的な改革へのアプローチ

3 長期的な持続可能性を強固にし、セーフティネット機能を強化する改革に向けて

- (1) マクロ経済スライドの見直し
- (2) 短時間労働者に対する社会保険の適用拡大
- (3) 高齢期の就労と年金受給のあり方
- (4) 高所得者の年金給付の見直し

4 世代間の連帯に向けて

- (1) 国際的な年金議論の動向
- (2) 世代間の公平論に関して
- (3) 将来の生産の拡大こそが重要
- (4) 財政検証と制度改正の議論

意見書

学習院大学 遠藤久夫

医療に関するデータの利活用

○医療の質の向上を進めるため、国が保有するレセプト等データの利活用を促進すべきである。具体的には、現状は利用者の範囲や使用目的が限定されている使用条件を緩和し、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化に資する対策を講ずべきである。

○保険者においては、ICT を活用しレセプト等データを分析し、加入者の健康づくりの推進や医療費の適正化等に取り組む好事例の全国展開を図るべきである。

○自治体等はレセプト等データを利活用して、2次医療圏等の地域別の医療需要を正しく把握することに務め、地域医療計画に反映させるべきである。

診療報酬と補助金による適切な組み合わせ

○病院・病床の機能の分化・連携においては診療報酬と補助金による誘導が考えられる。これまで分化・連携を進めてきたのは主として診療報酬による誘導であり、平均在院日数の短縮や医師・看護配置の整備等、病院・病床の機能分化・連携においてきわめて有効に機能してきた。日本の医療供給は民間病院主体であり、経営に大きな影響を及ぼす診療報酬の改定には敏感に反応する特性があるため、今後も機能分化・連携を推進するための中核的な手段としては診療報酬を用いるべきである。

○補助金によって分化・連携を行う場合、全国一律に設定されている診療報酬とことなり、地域ごとの実情を細やかに対応することが可能であることは利点である。しかし、施設整備を伴わない場合には補助されない等、補助の対象が限定的となる側面もある。

○したがって、病院・病床の機能の分化・連携を促進する上で、診療報酬と補助金のそれぞれの特性を考慮した適切な組み合わせによる誘導が有効である。

医療提供体制の改革と診療報酬改定

○社会保障・税一体改革では、日本は人口当たりの病床数が国際的にも非常に多いため、今後の高齢者の増加に伴う医療ニーズの拡大に対して、入院患者を抑制しつつ、一方で、外来、在宅医療、介護サービス等で受け止めることにより、病床を増やすことなく対応するとされている。

○このためには、急性期の病床を中心に人的資源を手厚く配置することによって、平均在院日数を短縮化させることと並行して、亜急性期機能、回復期機能及び慢性期機能を有する病床を充実していく必要がある。このような病床機能の分化の推進に加えて、退院後の受け皿である在宅医療や介護体制の整備を車の両輪として同時に進める必要がある。特に、在宅医療・介護体制の充実・普及は喫緊の課題である。

○このためには平成 26 年度の診療報酬改定においても、長期入院の是正を図るとともに、在宅医療の更なる推進のため、例えば、在宅療養支援診療所における看取り等の要件の強化や訪問看護の充実を図るなど、在宅における受け皿の整備を推進すべきである。

○また、病院・病床の機能分化を推進するためには、医療法改正に先行して、26 年度の診療報酬改定を通じて、急性期病床の過剰な数の是正と亜急性期機能、回復期機能及び慢性期機能の充実を並行して図っていく必要がある。

○一方で、病院・病床の機能分化と平均在院日数の短縮を推進する際、入院患者が安心できるよう、受け皿となる施設との連携の強化がさらに求められる。そのため、診療報酬改定を通じて、退院調整などの連携機能の充実をさらに図る必要がある。

病院外来受診に対する負担の在り方

○今後、高齢者の増加に伴い医療ニーズが増加するが、こうした医療ニーズの増加に対応するためには、医療機関間の適切な役割分担が必要となる。

○役割分担の観点から、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診はかかりつけ医に相談するという受診行動を根付かせる必要がある。このことは、限りある医療資源を効率的に活用するという視点に加えて、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。

○このため、例えば、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、自己負担を引き上げることが検討すべきである。現状では、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みなども検討すべきである。

保険医療機関の指定・取消権の都道府県移譲

○保険医療機関の指定は、保険者に代わり、保険診療契約を締結するもので、被用者保険を含めた保険者の代理契約という性格であり、国保だけでなく被用者保険も含めた権限である。

○かつて都道府県知事への機関委任事務だったものを国の直轄事務に改めた経緯があることや、被用者保険者が全国統一的な取扱いが適当として反対していることを踏まえれば、都道府県に権限移譲することは適切ではない。

被用者保険と高齢者医療制度の課題

○国民皆保険制度は、被用者保険と地域保険である国民健康保険により構成される。特に、被用者保険に加入しない者を受け止める最後の砦としての国民健康保険は構造的に財政基盤が脆弱であり、多くの公費が投入されているだけでなく、前期高齢者や後期高齢者に対して多額の拠出金を支払うことを通じて、被用者保険が支援している。

○他方で、被用者保険は、全支出の半分近い金額を高齢者の医療費財源として拠出しているが、今後10年間、団塊の世代が前期高齢者になることに伴い、この割合が50%を超えることが見込まれている。

○国民皆保険制度を将来にわたり維持するためにも、過度に現役世代に依存する構造を見直し、国保や後期高齢者医療を支える被用者保険を持続あるものとする必要がある。

○特に、独自に健保組合を設立できない中小企業の事業主と従業員が加入する、いわば被用者保険の最後の砦である協会けんぽについては、平均給与額が健保組合に比べて低いため、結果的に保険料率が高くならざるを得ない。

○協会けんぽの保険料が上がれば、中小企業が負担に耐えられず、労働時間を減らして被用者保険の適用対象から外すことや、適用逃れをすることにつながる。それにより、本来、協会けんぽが受け止めるべきである保険料徴収が難しい若年の加入者層が国保に流れることとなり、国保の負担がいつそう増えるだけでなく、結果的に公費が増大することにもつながる。

○このような所得の低い者がより高い保険料率を負担するという問題を改善するためにも、まずは、後期高齢者支援金の負担方法について、加入者数に応じた負担から、加入者の所得水準に応じた負担、すなわち全てを報酬額に応じた負担（全面総報酬割）に見直す必要がある。

○全面総報酬割の導入によって生じた財源の使途については、被用者保険関係団体からは、被用者保険の持続可能性の観点から、現役世代に過度に依存する構造の見直しを強く求められていることから、高齢者医療への公費投入など、被用者保険の理解を得ながら進めていかなければ、全面総報酬割の導入自体が進まないと考える。

後期高齢者医療制度について

○ 後期高齢者医療制度は施行から既に5年が経過し、現場では十分定着しており、廃止する必要はない。高齢者医療制度については、現行制度を前提としながらその改善を検討するのが適切である。

国保の都道府県単位化に係る課題

○国民皆保険体制で、財政基盤が最も弱い市町村の国民健康保険については、財政運営の都道府県単位化によって基盤強化を図る必要がある。

○一方で、保険料徴収率の維持や保健事業の実施率の維持等、一部の機能については市町村が運営する方が合理的なものもあり、都道府県と市町村が保険者機能に関する権限と責任を分担する仕組みを目指すべきである。

○また、国保の財政は、実質 3,000 億円の赤字となっているが、この原因は一般会計繰入が 3,500 億円あるからである。一般会計繰入れは、裕福な保険者が、保険料負担を下げるために行っている傾向も見られることから、赤字の原因をよく分析する必要がある。

○平成 27 年度より保険財政共同安定化事業によって全ての医療費を都道府県単位で共同して負担することにより、保険料の平準化を進めていくことになっているが、広域化を進める際、この事業の経験を参考とすべきである。

短時間労働者の社会保険適用

○国保の加入者には短時間労働者などの雇用者が含まれており、現在は、世帯主が被用者である世帯が3割を占めている。

○本来、事業主に雇われている者に対しては、雇われている時間にかかわらず、健康保険の傷病手当金や厚生年金などの充実した保障を受けられる権利を保障するべきである。

○24 年度に成立した法律による短時間労働者への適用拡大は極めて限定的であったが、更に短時間労働者に対する健康保険・厚生年金保険の適用拡大を行うべきである。例えば、短時間労働者への適用拡大を全面的に行った場合、約 400 万人が被用者保険の対象となり、国保の負担は約 1,200 億円軽減される。こうした拡大によって、加入者の権利保障や負担軽減につながるのみならず、国保の負担軽減にも大きく貢献することになる。

保険料の公平性の課題

- 医療保険制度における保険料の負担については、公平性の視点から所得に応じて応分の負担をすることを基本に改革を進めていくべきである。
- 国保は無職者や低所得者が半数を占め、負担能力が低いため、低所得者以外の者が連帯して保険料を負担するしかない。しかし、現状では、給与所得 770 万円が保険料賦課上限となっており、それ以上の所得の者であっても限度額（65 万円）しか負担しないので、結果として、給与所得 400～500 万円程度の間所得層の負担感が大変大きくなっている。このような中間層の負担をできるだけ緩和するためには、高額所得者に対して、負担能力に応じた負担を求めることが必要である。
- 同様の問題が被用者保険においても生じており、国保においては賦課上限額の引き上げを、被用者保険においては標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

医療給付の重点化等（療養の範囲の適正化等）

- 医療保険制度を持続可能なものとするためには、医療の質が維持され、また適切な受療機会が損なわれない範囲において、保険給付の対象となる範囲や患者の自己負担の見直しを行うことは避けて通れない。
- 保険給付の対象となる範囲の適正化については、不断の取組が必要で、具体的には、後発医薬品の使用促進、給食給付の原則自己負担化の検討などを進めるべきである。
- 現役世代に過度な保険料負担を求めることを避けるためには負担能力のある者に適切な負担を求めることも重要である。

70～74 歳の医療費自己負担の見直しについて

- 持続可能な医療保険制度の実現のため、現在 1 割負担となっている 70～74 歳の医療費の自己負担を、早急に本則の 2 割負担に戻すべきである。
- その際は低所得者の負担に配慮しつつ、現在の自己負担割合が引き上げられることがないように、新たに 70 歳になった者から段階的に進めることが必要である。

負担能力に応じた高額療養費制度の見直し

○医療が高度化する一方で、がんや難病など長期にわたって経済的負担が重い患者が増えている。高額療養費制度により所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。

○一方、医療保険制度を維持するためには、負担能力のある者には、相応の負担をしてもらうことが重要。こうしたことから、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。

介護保険の自己負担

○介護保険制度では利用者の自己負担率は所得水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の観点から、所得の高い人の自己負担率は、医療保険同様に引き上げるべきである。

○介護保険は医療保険とことなり、利用者自身が利用するサービスの量を決定できる。そのため、所得水準の高い人は10%の自己負担に耐えられるため、同じ要介護度の低所得の人と比べて多くのサービスを利用する可能性がある。それは、所得の高い人は、多くの保険給付を得ることができることを意味して、不公平だといえる。したがって、所得に応じて自己負担率を変えるべきである。

○介護は長期間に及ぶため、自己負担率を引き上げることに反対の意見もあるが、それは高額療養費制度の適用によって対処すべきである。

医療と介護の統合的な計画の推進

○社会保障・税一体改革で示されたビジョンの実現には、在宅医療・介護における医療と介護の連携が極めて重要である。一方で、医療と介護では、そのカルチャーにおいて隔たりのみだけでなく、それぞれの提供体制、保険制度にも違いがあり、シームレスな連携を阻害している面がある。

○このようなことから、これまでも連携の強化のための数々の施策がとられてきたが、さらにこれを強力に進めることが求められる。

○そのためには、医療制度と介護制度をそれぞれ所管する部局や、それぞれを担う審議会等の垣根を越えた、部局横断的な会議体を設置して、医療と介護の連携強化を促進させ、統合的な計画を推進させる必要がある。

社会保障制度改革国民会議とりまとめに対する意見

平成 25 年 7 月 1 日

慶応大学 駒村康平

*各検討項目別に意見を述べる。

1. 社会保障制度改革全体、すべての制度に関連する部分について

意見 1

社会保障制度の見直しは、2015 年までに行うべき短期目標、2025 年までに行うべき中期計画、2025 年以降の長期構想の 3 つの視点を持って行う必要がある。このことにより国民の社会保障制度への信頼と期待を回復し、国民が自助によって準備すべき目安が見えてくる。

意見 2

社会保障制度改革は、制度横断的な視点が必要である。消費税負担の上昇、マクロ経済スライドによる年金水準の低下と医療・介護の保険料の上昇、各種の窓口負担などを考慮し、制度間での整合性に十分配慮する必要がある。整合性が十分とれない改革を行うと生活保護制度に過大な負荷がかかることも留意する必要がある。

さらに改革に当たっては、1) 最低生活を保障する、2) 困難を抱えている世帯をさらに困窮させるべきではなく、難病など社会保障に関わる様々な不条理な状況を少しでも改善することを基本とすべきである。

意見 3

自助・共助・公助がバランス良く機能するためには、まず自助を発揮できる条件が必要である。具体的には①正規・非正規を巡る雇用制度の課題を解消する、②世代間の貧困の連鎖を解消・防止するため良好な成育環境を子どもたちに保障する、③国民一人一人が自発的に健康維持、増進を行うように刺激する仕組みを整備する、④私的年金加入へのインセンティブを高めるなどを推進する必要がある。

2 年金に関連する意見

(1) 基本的な考え方

意見 1

年金だけでなく、社会保険全体を通じて、なるべく所得・経済力に応じた保険料負担にすべきである。

年金について言えば、戦後一貫して、社会保障制度審議会では所得に応じた保険料体系が理想として模索されてきた。国民年金創設を巡って、当時、非常に多くの自営業者等が存在し、所得捕捉に政府が自信を持てなかったため定額保険料を採用したという経緯がある。そこで所得に応じた保険料体系を段階的に目指すという道筋が想定された。今日、年金加入者にしめる自営業者とその家族の割合は、6-7%までに縮小している。当面は、確実に非正

規・短時間労働者への厚生年金適用を進めつつ、最終的に自営業者等に適用することをなるべく早く検討すべきである。その際には、1) 控除の取り扱い、2) 事業所得と給与所得の扱い、などを整理し、3) 自営業への所得捕捉に関する国民の持つ疑問に答えるなどの作業をする必要がある。これらの課題はすでに50年以上も前からの検討課題であり、先送りをすべきではない。

なお、3)については、年金制度のみに関わる問題ではない。高齢化社会においては、社会保障給付を支えるための負担が増加するが、それはより経済的に余力のあるものが負担すべきである。税制、医療保険料、様々な福祉サービスの利用負担などにおいて自営業等の負担能力に疑義がもたれることは国民の連帯感、公正感を損ない、社会保障制度を複雑にする要因である。本来は、国民から信頼される所得捕捉の仕組みをもっと早く導入すべきだった。

高齢化社会において、財政制約が強まるなかで、公費財源を低所得者に重点的に投入する必要が高まるが、所得捕捉に疑義や問題があれば、適切な再分配の仕組みは機能しない。所得捕捉については、ツール、組織、制度の開発・改革を行い所得捕捉の精度をあげ国民の疑義を払拭すべきである。

最低所得を保障する年金制度については、低所得者・低年金者への年金水準の引き上げ、改善を補足的に行う方法もあれば、低所得者・低年金者の保険料負担・窓口負担を大幅に軽減したり、限定的に住宅手当などを創設することにより、実質的に手取り所得・年金を改善する最低生活保障の仕組みを創設する方法もある。

意見2

マクロ経済スライドによって低下する年金水準を補完するために、私的年金制度の拡充、普及を進めるべきであり、そのために税制上の優遇、支援制度を整備すべきである。

(2) 「残された課題」

1) マクロ経済スライド

意見

マクロ経済スライドは、政府が年金を政治的な状況から独立させて、年金財政を安定化させるコミットメントの手段であり基本は堅持すべきである。また、基本的には経済がインフレ・デフレにかかわらず行うべきである。

また基礎年金におけるマクロ経済スライドの適用は低所得・低年金高齢者を増加させるため、マクロ経済スライドの効果を軽減する工夫を行う必要がある。

加えて、マクロ経済スライドによる障害基礎年金の水準低下については十分な対応措置を行うべきである。

2) 支給開始年齢

意見

年金財政の安定性の確認は、今後の経済前提の設定と財政検証にかかっている。2009年財政検証においても、労働力率の上昇などの想定により経済成長、保険料収入増加などが想定されてきたが、決して楽観できるものではない。50%の代替率割れを回避するためには、

支給開始年齢の引き上げ（基準となる支給開始年齢を 65 歳から 67, 78 歳に引き上げる）や加入期間の長期化は有力な選択肢である。ただし、支給開始年齢の引き上げは、1) 企業の人事制度の見直しを伴うこと、されにこれに関する労働政策が必要になること、2) 生涯における健康で活動的な期間を伸長すること、3) 医療、介護保険にも影響を与えること、4) 健康状態や職業によっては支給開始年齢の引き上げに対応できない方も一定数存在し、この対応も必要であること、を考慮すると時間がかかる。このため、早めに議論を進めておく必要がある。

3) 高所得者の年金給付

意見

年金の公費負担分を低所得者・低年金者に重点化する。基礎年金の国庫負担分の支給停止、あるいは税制の年金控除の見直し、遺族年金への課税等を通じて、高所得高齢者への年金給付を実質的に抑制すべきである。

4) 短時間労働者の適用拡大

意見

確実に非正規・短時間労働者への厚生年金適用を進めるべきである。これに関連し、まず賦課報酬額限度の見直し、さらに将来、企業負担分は、人件費総額を賦課対象とすべきである。

3 医療・医療に関連する意見

(1) 国民健康保険制度の課題

- 1) 市町村国保の財政構造
- 2) 保険料等の地域格差
- 3) 市町村国保の広域化
- 4) 保険者機能

意見 1

国保の加入者には短時間労働者などの多くの被用者が含まれている。厚生年金の適用拡大と同様にこれら国保加入の被用者にも健康保険を適用すべきである。仮に約 400 万人が健康保険に加入すると国保の負担は約 1,200 億円軽減される。こうした適用拡大による国保財政の改善も、国保制度改革の際には考慮する必要がある。

意見 2

国保は高齢者が多い、平均所得が低い、平均医療費が高いという構造的な課題を持っている。職業間で分立している医療保険制度体系である以上、これら構造的な課題の根本的な克服は難しい問題である。しかし、高齢化社会で国民健康保険を維持し、同時に地域医療の提供体制の効率化を推進するためには、今後、都道府県が重要な役割を果たす必要がある。

保険者機能は、①被保険者の適用、②保険料設定・徴収、③保険給付、④審査・支払、⑤保健事業等を通じた被保険者の健康管理、⑥医療の質や効率性を向上させるために医療提供

側へ働きかけること、に分けることができるが、今後は都道府県と市町村が、共同して、これら保険者機能を分担していく必要がある。また市町村別の医療費の違いを保険料に反映させて、給付と負担の一定の対応関係を維持すること、保険者として保険料の徴収や保健事業を行うインセンティブが効く仕組みにする必要がある。したがって、②の保険料の設定、徴収、⑤の保健事業は今後も市町村の役割とすべきである。

その上で、国保の財政赤字については、その原因を分析した上で、国費による支援事業を効果的に行うべきであり、具体的には、未納リスクや急激な給付増等などに備えて財政安定化基金のような仕組みを導入すべきである。

(2) 被用者保険・高齢者医療制度の課題

被用者保険の課題および後期高齢者支援金の総報酬割

意見

後期高齢者支援金は世代間の助け合いであり、現在の加入者数に応じた負担から加入者の所得に応じた負担方法、総報酬割に変更すべきである。この一方で、協会けんぽの保険料率が過度に上昇しないよう、協会けんぽの財政基盤の強化は必要である。仮に、協会けんぽの保険料が上がれば、中小企業が負担に耐えられず、労働時間を減らして被用者保険の適用対象から外すことや、適用逃れをすることにつながり、国保に流入しかえって公費が増大する。また、被用者保険者間の助け合いの仕組みを拡大し、現在行われている健保連の共同事業を被用者保険全体に拡大すべきである。

(3) 医療提供体制の課題

医療提供体制の重点化・効率化と機能分化・連携

意見

診療報酬改定を通じて、急性期病床の過剰な数の是正と亜急性期機能、回復期機能及び慢性期機能の充実を図っていく必要がある。

(4) 健康の維持増進・疾病の予防に向けた取組

意見

健康の維持や増進、疾病の予防、健康寿命の継続的な伸長は社会保障給付の抑制、活力ある高齢社会を構築するための鍵である。そのためには、個人・保険者に対する健診データの提供、インセンティブ作りとそれにかかわる制度・支援が不可欠である。

具体的には、すべての保険者に対し、レセプトのデータの分析、加入者の健康保持増進の計画作り、事業実施、実施後の評価の仕組みの導入を求めるべきである。また、特定保健指導を利用した人、利用していない人の間で健康状態や生活習慣の改善状況を分析し、有効な特定保健指導を開発させる必要がある。

また、地域保険の国保の保険者の見直しに関連し、健康増進を推進する主体は住民により近い市町村が適切であり、市町村が積極的に関われる仕組みにすべきである。

(5) 医療給付の重点化等（療養の範囲の適正化等）

1) 高額療養費の在り方

意見

現在の制度では、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。高額療養費の所得区分を細分化し、低所得者の支援を強化すべきである。

2) 保険料負担の公平化

意見

健康保険の標準報酬月額上限や国保の保険料賦課限度額の引上げにより再分配効果を強めるべきである。

(6) 地域包括ケア

1) 地域包括ケアシステムの構築等、介護サービス提供体制の在り方

2) 医療提供体制改革に対応した介護サービス機能の再編成

3) 地域包括ケアシステム

4) 在宅医療と在宅介護の連携

5) 住宅サービスとの連携

意見 1

2025 年に向けて、都市部において 75 歳以上人口、単身高齢者が急増するのは確実である。在宅医療・介護サービスの充実・普及を早急に行い、地域包括ケアシステムを確立する必要がある。また、在宅医療の更なる推進のため、在宅療養支援診療所における看取りの要件の強化や訪問看護の充実を進める必要がある。

意見 2

在宅医療、介護の推進に当たっては、家族介護者へのケア、仕事と介護の両立が重要である。特に家族介護者の介護離職を防止するためにも介護休業の拡充を進めるべきである。

意見 3

在宅介護・医療を推進するためには、厚労省内で保険局、医政局、老健局、雇用均等・児童家庭局、さらには国土交通省といった関連部局横断的な審議体制、推進体制が必要である。

4 少子化対策に関連する意見

意見 1

すべての子どもへの良好な成育環境の整備を進めるべきであり、特に社会的養護を必要とする子ども、障害を持つ子ども、小児慢性疾患を持つ子どもなどへの福祉給付の拡充を進めるべきである。また貧困の世代間連鎖を防ぐために一人親世帯、低所得世帯への子どもたちへの支援を一層強化すべきである。

意見 2

保育サービスは量の拡充とともに、質の引き上げも進めるべきであり、それに必要な財源を確保する必要がある。

意見 3

保育サービスの量・質の向上に必要な費用の一部については、そのメリットを受ける企業

も一定の負担をすべきである。

意見 4

仕事と子育ての両立を図るために、中小企業、非正規労働者への育児休業の普及と次世代法の継続・強化が必要である。

以上

意見

自治医科大学 永井良三

1 医療関連データ、とくに医療行為の評価を行うためのデータ構築

多くの医療の効果は確率的です。医学の進歩に従い、より低い確率であっても、相対的によいとされる医療が選択されるようになりました。それが本当に意味があるのかは必ずしも明確ではありません。とくに高齢者の医療には確率的医療が多く、多額の医療費が使われています。そのような医療による予後の改善や費用対効果を検証するためには継続的なデータ収集が必要であり、そのための財源の確保を強調してください。

2 医療機関の機能分担を制御するシステムの構築

医療機能の分担と連携には、患者が病状に応じて医療機関や病棟を移動する必要があります。しかしながら、本来、急性期を中心とする高度医療機関に、亜急性期や慢性期の患者が長期入院するケースが多くみられます。これは、職員数の多い病院を患者が好むためです。患者が急性期、亜急性期、慢性期というステージにしたがって病院や病棟を移動するためには、患者側と医療機関側の双方に何らかのインセンティブが必要であり、これを早急に講ずるべきと考えます。医療機能の分担と連携のための制御システムをどのように作るか、草案に記載いただきたいと思います。

3 専門医養成数の制御

専門医制度の議論が進んでいますが、養成数や役割、レベルの維持に国の関与が必要です。後期研修医に対して国が奨学金を用意したうえで、都道府県ごとの専門医養成数を決めるというのも一つの方策と思います。

4 病院の統廃合を促す地域医療再生基金の充実

病院の統廃合は、病院を立て直す時期でないと困難です。統合を条件とする立て直しのためには、地域医療再生基金が必須です。

5 二次医療圏の見直し

現在の二次医療圏は各都道府県で決めています。県境を越えると多くの医療機関が存在し、住民は隣接する他県の病院を受診していることがあります。二次医療圏をより大きくし、県境を含む医療圏の設定も考慮する必要があります。

6 現在の訪問看護ステーションは経営が大変難しいと聞いています。国の補助で、ステーションを維持し、医師や看護師が巡回するシステムが必要と思います。

2013 年 7 月 1 日

起草に関しての意見

西沢和彦

1. 年金分野

(1) 「今回の国民会議では、年金分野において、いかなる制度であろうとも必要となる課題について集中的に議論した旨」を報告書の前段に入れてください。制度のあり方の議論のウェイトが少ないのは、その必要性を委員として感じていないからではないためです。基礎年金が基礎年金拠出金によるいわばフィクションに過ぎないなどの現行制度体系のまま、年金制度を取り巻く諸課題に根本的に、かつ、制度をこれ以上複雑化させることなく、対処するには限界があるという認識を持っています。

以下、個別の項目につきまして、私の意見は第 13 回国民会議資料 1 「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（年金分野）（案）」に適切にまとめていただいていますので、この内容が報告書に盛り込まれることを前提に、この資料に沿って意見および若干の修正を申し上げます。

(2) P 3 5 つ目の○の支給開始年齢について、ここで追加の意見を申し上げます。支給開始年齢の引き上げについては、定量的な試算がないままでは、賛否を表明できません。支給開始年齢の引き上げは、引き上げスピードにかかわらず 100 年間の収支相等への寄与は期待できますが、そのスピードが緩慢ですと、世代間格差を拡大してしまうことともなりかねません。引き上げスピードの緩急が極めて重要であり、複数パターンについて、世代毎の負担と給付を含む試算を踏まえつつ、マクロ経済スライドの見直しなども併せて議論していく必要があると思います。

(3) P 5 1 つ目の○と 2 つ目の○の間。第 13 回国民会議で申し上げたかったことは、積立方式提唱の主眼は、政府あるいはわれわれの世代の作為・不作為（必要な負担と給付の見直しをしないなど）によって、将来世代に財政的ツケ回しをしないことに主眼があるのであって、そうした問題意識自体は広く共有されるのではないかということです。会計を明確にし、払った以上も以下も受け取らないという仕組みにしておけば、作為・不作為を回避しやすくなります（それを積立方式と呼ぶかどうかという問題もありますが）。

これは、政治リスクと言っているのかもしれませんが、そうしたリスクを明示化して制度設計するべきではないかということです。マクロ経済スライドの狙いの 1 つもそうではないかと思います。

(4) 6 つ目の○。「そういう意味で」とありますが、私の主旨は、「そういう意味で」 2.

3倍試算がミスリードと言っているのではなく、割引率の選択や分子にモデル世帯をとっているにもかかわらずそれが一般には分かりにくいことなど方法自体に疑問があるためです。

また、「2階建ての説明も実態を表しているとはいえない」(第12回 資料3-2 西沢委員提出資料) というのも単なる例示ではなく、「2階建て」の説明を改めることは制度に対する理解を深めるうえで重要と考えておりますので、「ミスリードになる」のなかに加えていただければと思います。

(5) そのほか、第13回国議会資料1「これまでの社会保障制度改革国民議会における議論の整理(年金分野)(案)」のなかにはありませんが、第13回に申し上げた「遺族基礎年金の機能強化」をなんらかの形で盛り込んでいただければと思います。

2. 医療分野

医療に関しましては、第9回の資料2-2の私の資料における4点に加え、私の意見として改めて次の3点を確認しつつ、補足させていただきます。

(1) 国保財政を盤石なものとするのが極めて重要な課題であることは承知していますが、後期高齢者支援金への全面総報酬割導入による国庫負担削減分を充てることには反対です。

理由は第10回、第14回で触れていますが、今後の議論のためにも論点を整理します。第1に、国保側の保険料徴収努力、所得捕捉の精度、適切な保険料設定を設定せずに法定外繰り入れをしていないか、および、保健事業の状況などが十分に検証されるべきです。まさに「赤字体質」をあぶりださずに単に公費を追加投入しても、「赤字体質」は変わらないのではないかと思います。

また、事業所得や農林漁業所得の所得捕捉の精度が確認されないまま、すなわち、クロヨンの疑念が残ったまま、サラリーマンの負担を増やして国保に財源を充てることはサラリーマンの納得を得られないと思います。

第2に、世代間の公平の観点から、公的年金等控除の見直しが検討され、それによって、保険料収入の増収が仮に若干であっても図られるべきと考えます。年金受給者は、公的年金等控除が給与所得控除より手厚いことを通じて、国保保険料の課税所得が同じ収入の現役層に比べ相対的に小さくなっているからです。第1と第2の点は、今後、税制と合わせた議論が必要です。

第3に、国保のみならず、国保を支える側にもなっている被用者健保の財政的見通しを得ることが重要です。これらはセットで議論されるべきと考えます。例えば、協会けんぽは、平成26年度まで2年間の時限措置でしのいでいる状況です。協会けんぽは、被用者

保険のセーフティーネットであり、その保険料が上昇していくことになれば、加入する中小事業者による雇用抑制、非正規化、適用逃れ等につながり、こうした人が国保に加入することになれば、国保の財政負担の増加につながります。

(2) 国保の保険者の広域化は方向性として進めるべきと考えます。他方、都道府県とするかどうか、判断に際しては、第16回で申し上げた通り、そもそもその具体像を明らかにし広く国民および関係者の間で共有する必要があると思います。

例えば、究極的な姿として都道府県税と国保保険料だけで国保を運営するというのであれば、都道府県の財政責任が明確になります。そうではなく、現行のように、国庫負担、市町村の一般会計、被用者健保からの前期高齢者納付金が引き続き入るのであれば、財政責任の所在は曖昧なままです。

(3) これからの時代の地域医療を担う医師のあり方とそれに相応しい呼称に関し、それぞれの立場を超えて、一般の国民からみて分かりやすいものへ収斂させていくことが重要だと思います。それによって、国民一人ひとりにイメージが共有されることが、地域包括ケアの推進力の1つになると考えます。

以上

宮武 剛

追加意見

医療・介護分野

都道府県ごとの「地域医療ビジョン」策定による病院の再編成や、市町村国保の都道府県単位化は「皆保険体制」発足以来の大事業である。市町村ごとに中学校校区単位の「地域包括ケア体制」を構築することも介護保険創設時に匹敵する難作業である。しかも、政治・行政の号令で動かし、創り上げられるわけもなく、地域ぐるみの官民協力が不可欠になる。

少なくとも厚労省の関係部局を総動員する医療・介護の改革推進本部を設け、都道府県、市町村でも独自の推進本部設置が急務であることを率先垂範すべきである。

その体制の下で、まず取り組むべきは、官民の人材を集め、先駆例とデータを幅広く渉猟し、各地域の医療・介護等の現状を分析、地域事情に応じ先行きの医療・介護体制のモデル像をできるだけ多く描く必要がある。

データ解析のため新組織を立ち上げる提案もあったが、既存の研究機関を基に、「シンクタンク」機能を委託する形の方が現実的である。そのため消費税引上げ分の一定の財源を充て、改革のスタートを切りたい。

すでに提案された地域医療・介護の「創生基金」についても、このシンクタンクによる作業を通じ、その役割・仕組み・財源規模を確定していきたい。

医療分野

支援金・納付金・拠出金の三種類の仕送りに被用者保険側が不満を持つのは、その金額の大きさと同時に地域保険側に対して実質的に発言権がないことでもある。

市町村の国保運営協議会に一定の条件で被用者保険側の代表が参加はできるものの、意見を述べても聞き置く程度にすぎない。退職者医療関係団体協議会はすでに形骸化している。

都道府県あるいは二次医療圏ごとの病院の再編成、地域保険の都道府県単位化、かかりつけ医（在宅療養支援診療所等）の普及などへ、これら既存の協議会を全面的に見直し、各都道府県で新たな地域保険、被用者保険、行政が一同に会し、財政状況や運営状況について意見を交わし、合意を得られた課題は実行に移す場を設けるべきではないか。いわば各都道府県の保険者協議会の抜本的な機能拡充策である。

（これは懇談会で述べた内容ですが、議事録にはなく、改めて提起します）

介護分野

要支援者を介護保険の給付対象から外す、との意見があるものの、代替策なしの切り捨ては制度創設時の理念、被保険者との契約、現場への影響等の各面で疑義がある。

受け皿として創設された「介護予防・日常生活支援総合事業」を実施する市町村は、なぜ極めて少ないのか。その検証にまず取り組み、実施数を広げ、最終的な地域包括ケア体制の構築へ向け、一定の年数をかけて軽度者対応を図る配慮が必要である。

とりわけ「生活支援」は軽度者にとって切実なサービスである。営利企業による配食や家事代行等では低所得層は利用が難しく、社会福祉法人、NPO 団体、生協、農協などによる低料金の生活支援サービスが望まれる。「介護予防・日常生活支援総合事業」を普及・定着させ、地域包括ケア体制の構築を目指すためにも、この種の取り組みへの助成制度（地域医療・介護創生基金）が必要になる。

2013/07/29

第 18 回社会保障制度改革国民会議への意見

本日の会議に出席できないため、議題である「総論部分」と「各論部分の骨子」について意見を提出いたします。

1. 「総論部分（案）」について

- ▽これまでの討議を丁寧にとりまとめていただいたことに感謝するとともに、「総論」の全体的な構成を支持します。特に「負担の先送りの解消」「1970 年代モデルから 21 世紀日本モデルへ」「全世代を対象とする社会保障へ」「年齢別から負担能力別へ」など、制度横断の改革の方向を明確に示していただいた点を評価します。
- ▽取り組むべき課題を「消費税増収期間に集中実施するもの」と「中長期に実現するもの」の 2 段階に区分けし、改革の工程を示すという考え方にも賛成です。
- ▽こうした「制度横断の改革方針」や「2 段階の改革工程」は、次回会議に示される各論部分において具体的に展開される内容となる必要があると考えます。

2. 「各論部分の骨子（案）」について

I. 少子化対策分野の改革――

- ▽「2」の子ども子育て新制度の着実な実施に関連して、以下の記述を盛り込んでいただくよう、改めて求めます。

「妊娠期からの切れ目ない支援を実現するため、妊産婦や乳幼児とその保護者に対し、総合的相談や支援をワンストップで行う地域センターを整備していく。センターは、養育困難や児童虐待への予防的支援で効果を上げているフィンランドのネウボラやスウェーデンのファミリーセンターの取り組みを参考に、（保健師や助産師、社会福祉士などの）専門職を配置した子育て版の地域包括支援センターとする。」

- ▽「2」で、子ども子育て新制度等の着実な実施に言及し「集中実施」すべき課題を整理するならば、「3」は新制度以後の中長期の課題を整理した章とすべきではないか。（2 段階の改革工程を示すとした総論との整合性をとる上でもそうした独立の章が必要ではないか。）その際、「3」に以下の記述を盛り込むことを求めます。

「少子化への対応は緊急性が最も高い課題であり、（社会保障制度のみならず、社会そのものを持続可能にするためにも、）新制度の実施に伴う財政投資を着実に実行していくことはもちろん、さらに思い切った投資の努力が求められている。」

- ▽「3」の「理念哲学の構築」の部分は国民へのメッセージとして独立の章にするのが適当でないか。その際、総論の P 8（6 行～）と重複しない整理が必要でないか。

II. 医療・介護分野の改革――

▽ 「3」の(3) その他必要な改革の一つとして、「**妊娠・出産の医療無償化**」も明記していただくことを求めます。

※無償化は、妊娠した人の医療へのアクセスを容易にし、未受診妊婦や飛込み出産など周産期医療で起きている混乱の防止につながります。また、母子の保健向上だけでなく、満杯状態が続いている新生児集中治療室（NICU）の問題解消にも資すると期待されます。NICUの医療費（1人1日約10万円）は1か月の入院で300万円にも上り、主要各国は、次世代育成支援の効果だけでなく、費用対効果の面からも導入を図っています。

3. その他

▽総論で「全世代を対象とする社会保障への転換」が明記されたことには重い意味があり、これまで十分ではなかった若者への支援が充実させるべき課題として浮上します。4分野で最も関連があるのは少子化対策のワーク・ライフ・バランスの項目と考えられますが、通常、ワーク・ライフ・バランス施策は既に「仕事」も「家庭」も手にしている人が対象とされるどころ、「仕事」と「家庭」をまだ手に入れない若者のための就労、結婚などの希望実現の支援も入れ込んでいくことが必要だと考えます。

▽総論は、かなりの長文となるため、国民に訴えたい改革の要点が鮮明に伝わるかが懸念されます。ならば、清家会長による「国民へのメッセージ」を、例えば報告書の巻頭に置いてはどうでしょうか。委員が共有する強い危機感を、会長の言葉で明確に書いていただき、この危機を突破する改革に参加するよう全ての国民に呼びかけるメッセージとし、それを最初に読んでもらえるようにしてはどうかと思います。

※太字部分を報告書に盛り込んでいただけない場合は、その理由をご説明いただくようお願いいたします。

読売新聞 榊原智子

2013/7/1

「たたき台」に盛り込むことを希望する少子化分野の要点

- 【1】「子ども・子育て支援新制度」はこの分野の大きな前進。残された課題も取り組みを
- ・戦後からの児童福祉の限界（救貧目的、選別主義）をようやく突破。子育て施策の一元化へも大きな一歩となった。単年度主義の予算制約が常にあった子育て分野に初の恒久財源（年7000億円）も投入され、大きく評価される。
 - ・ただ、「全ての子どもの育ちを社会全体で応援する」理念の実現には課題が残る。具体的には、①財源不足（未確定の年3000億円超の確保）の手当②就学前の教育と保育の普遍的な提供③男女ともに家族責任を果たせる両立の支援（就労支援、節度ある労働時間、休業時の所得保障）④「次世代育成支援行動計画」への接続⑤親の保護からこぼれた子どもに対する「社会の保護養育責任」の強化（社会的養護の質的向上と家庭的養育の保障、自立援助機能の強化）——が必要と考える。
- 【2】21世紀の「人口減・超高齢化・少子化」時代に求められる少子化への視座
- ・低出生率から脱した国々の取り組みから学ぶことは、「少子化は変えられない」という諦観でなく、「産みにくい環境要因を除去し、若者の希望の実現を応援すれば低出生率脱皮は可能」という視点とアプローチが重要であるということ。
 - ・家族福祉と企業福祉に下支えされた（公的負担が軽い）「従来の日本型福祉」がもはや限界にあることを見据え、「高齢者扶養を社会化」した福祉改革にならば、次世代育成施策＝子育て施策でも（家族・企業・地域の扶養力低下を補う）「社会を挙げた次世代育成」（甘利大臣のいう「子育てコストの社会化」？）へ転換する必要あり。
 - ・中高年目線の「少子化対策」でなく、子どもと子育てに普遍的価値を置き子育て世代に寄り添い応援する「次世代育成政策（日本型家族政策）」として推進する。
- 【3】これまでの少子化対策の挫折から学ぶべきこと
- ・予算投入が限定的で、保育施策も規制緩和による定員弾力化や認可外保育の拡充に力点が置かれ、待機児童がいまだ解消されない。育休制度などの両立支援もメニューは整備されたが、対象者も補償水準も限定的で利用できる人はまだ一部。現金給付も、脱少子化の主要国が普遍主義に転換したなか、救貧主義（所得制限）や選別主義（対象年齢の狭さ）が残る。結果、子どもの貧困率の改善にも失敗してきた。
 - ・新制度で就学前の施策が強化される一方、妊娠出産期の支援策の貧弱さが際立つ。周産期の医療保健の自己負担や新生児迎え入れ準備金の負担は主要国と比べ重く、かつ縦割りで部分的施策により「望まない妊娠」「新生児遺棄」「未受診妊婦」「飛び込み出産」「産後うつ」「育児不安」が多発。年20万件以上の人口妊娠中絶も。

【4】今後目指すべき「次世代育成政策」の方向

(1) 欧州8か国（英仏独伊と北欧4）の家族政策分析から、「女性の雇用率と合計特殊出生率」と「子育て世帯への公的支出と出生率」に明白な相関関係があると人口学で指摘されている。欧州で1980年代以降、雇用情勢の悪化と若者就職難、男性賃金低下が広がり、子育て費用の捻出に男女共働きが必要になった時代背景がある。経済情勢が変化するなか出生率回復に成功した国々の共通点は「子育てへの公的支出がGDP比3%以上」「男女とも両立できる政策」とされ、同じ情勢下にある日本も学ぶべき。つまり、社会（と社会保障）の持続性確保へ、日本でも「高い公的支出」と「希望するすべての男女が両立できる政策」の実現を図る、日本版家族政策「次世代育成政策」が必要。

(2) 次世代育成政策は「新制度」を中心に据えた政策パッケージとし、

① 保育と就学前教育の普遍的提供

② 経済支援の拡充と普遍化の検討

③ 妊娠出産期～就学前まで、すべての親と子に切れ目ない支援

（専門職による相談・情報提供・ソーシャルワークをワンストップで行う地域拠点＝日本版ネウボラの整備、周産期の医療保健の無償化、）

④ 社会的養護や一人親家庭など要保護児童への支援の改善

⑤ 子ども・子育てへの公的支出を「GDP比3%」目標に拡大

——に取り組む。とりわけ、若い世代に対する「出産応援」効果の高い③については、当面の緊急課題として早期に実現を図ることが重要と考える。

以上、5月の意見発表と重なる内容ですが、少子化分野についてはこうした意見を反映した記述となることを希望しています。特に、今後求められる取り組みとして、【4】(2)の部分を重視しており、たたき台にも取り入れていただきたいと考えています。

榊原智子