

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 (総論、医療・介護) (第1回～第5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考え方にに基づき、3党協議で示された検討項目について議論すべき。

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。
- ・ 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。

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のではないか。

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

- ・ 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いないので、どのような見直しが行われるか明確になるよう、議論すべき。
- ・ 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。
- ・ 2015年までに最優先でやらなければいけないこと、2025年までに優先的にやっておくべきことを示す必要。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。
- ・ 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。
- ・ 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。

- 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。
- 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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なる観点から、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。
- ・ 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。
- ・ 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、各自治体に取り組むべき。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

給付と負担の見直し

- ・ 介護の重点化・効率化について、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であり、医療・介護 1.6 兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。
- ・ 後発医薬品の使用促進で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。

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。

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。
- ・ 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。
- ・ 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。