

「基本的な考え方」に関するこれまでの主な議論

基本的な考え方	これまでの主な議論
<p>第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする</p> <p>一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと</p>	<p>【自助・共助・公助の適切な組み合わせ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 自助、共助、公助等について、<u>理念をわかりやすく示す</u>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、<u>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。</u> <p>【家族相互・国民相互の助け合い】</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>社会保障は何のためにあるのか</u>整理する必要。高齢者のためだけでなく、いわば「<u>老若男女共同参画社会</u>」を実現していくべき。 高齢者医療制度については、<u>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</u>、議論すべき。 少子化の問題は、<u>社会保障全体に関わる問題</u>と認識すべき。また、子育て支援は、親子のためだけでなく、<u>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</u>。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。 少子化対策としてではなく、<u>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</u>。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。

【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。

基本的な考え方	これまでの主な議論
<p>二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること</p>	<p>【持続可能な制度の実現】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢化の中で<u>質の高く持続可能な社会保障制度の構築</u>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。 ・ <u>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</u>べき。 ・ <u>皆保険、皆年金をどう守っていくのかも</u>含めて、議論すべき。 <p>【若年世代の負担の増大の抑制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、<u>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</u>ではないか。 ・ 将来世代にツケを残さず、制度が持続可能となるよう、<u>負担の引上げ、給付の削減を議論</u>すべき。 ・ 年金財政を健全化する<u>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</u>すべき。 <p>【給付の重点化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>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</u>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、<u>介護でも一定以上所得者の自己負担の議論を進める</u>べき。 ・ 一定以上所得者の<u>給付の見直しは制度横断的に検討</u>すべき。 ・ 同じ要介護度でも<u>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</u>ではないか。

【制度運営の効率化等】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

基本的な考え方	これまでの主な議論
<p>三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、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ること</p>	<p>【保険料と税の役割分担】</p> <ul style="list-style-type: none"> 年金、医療、介護について「<u>社会保険制度を基本とする</u>」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、<u>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</u>。 <u>保険料と税の役割分担を明確にすべき</u>。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、<u>保険原理そのものが成り立たなくなっている</u>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。 <p>【国民負担の適正化】</p> <ul style="list-style-type: none"> 欧州の先進国と比較すれば、<u>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</u>のではないか。 保険料収入の割合が減っているのは、<u>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</u>していることが理由の1つになっているのではないか。 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、<u>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</u>。 欧州諸国では、<u>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</u>。

- ・ 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。

【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な。
- ・ 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な。

【財政基盤の強化】

- ・ 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。

基本的な考え方	これまでの主な議論
<p>四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする</p>	<p>【財政との関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>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。</u> ・ 今後、<u>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。</u>