

## 今後の社会保障制度改革の論議に望む

社団法人 関西経済連合会

国際的にも例を見ない急速な少子高齢化が進む中、政府は本年7月に「社会保障の在り方に関する懇談会」を発足させ、社会保障制度の一体的な見直しを開始した。しかし、一方では、本年6月に施行された年金制度改革関連法に基づき、10月から年金保険料率の段階的な引き上げが開始されるとともに、定率減税の見直しおよび介護保険料負担の拡大が論議されている。この結果、社会保障制度全体の将来像が示されないまま、年金・介護など個別制度における負担増を国民に求めている印象を拭い得ない。

こうした動きは、国民の将来不安を増大させるとともに、企業の国際競争力を低下させる懸念を生んでいる。現在、わが国経済は回復基調を続けているが、今後、中長期的な成長軌道を確保するためには、社会保障制度の抜本的な改革が不可欠である。こうした観点から、当会では今後の社会保障制度改革に関して下記の諸点を要望したい。

### 記

#### 1. 基本的考え方

##### (1) 「持続可能な制度構築」に向けた抜本的見直し

グローバル化が拡大・進展する中で、今後とも社会保障制度を支えていくためには、所得・雇用を生み出す企業の国際競争力を維持・強化する視点が欠かせない。加えて、急激な少子高齢化の進展、さらには深刻な財政赤字が続く状況にあって、従来からの制度を維持することは困難であり、持続可能な制度を構築するために抜本的な見直しが必要である。その際、急増が不可避な社会保障にかかる国民負担をできるだけ抑制するためには、年金・医療・介護それぞれ現行の給付水準の見直しおよび引き下げが求められる。

なお、公的部門は民間による旺盛な自由経済活動を基盤としたものであること、自由な経済活動の果実ともいふべき国民所得の分配に際しては民間の効率的な資源配分にできるだけ任せるべきであり、社会保障を含めた政府の大きさは、潜在的国民負担率からみて今後とも50%以内を堅持すべきである。

## (2) 「自助」「応益」を基本とした総合的・一体的な制度構築

少子高齢社会の急速な進展の中で、現役世代に将来にわたって過重な負担を強いることは適切でない。また、右肩上がりの経済成長を前提に企業の負担に偏した「応能」的な考え方も見直さざるを得ない。

今後、福祉も含めた社会保障制度全般の改革にあたっては、「自助」を基本原則とすべきである。その上で、自己責任・家族支援などが果たせなくなった場合に、「共助」「公助」の視点から潜在的国民負担率で50%を超えない範囲での支援を重点的に行うべきである。

その際、社会保障制度を主体的に担っていくのは、社会保障サービスを「受益」する「個人」であり、「受益」に対して「負担」を行う「応益」的な考え方を重視すべきである。この際、「企業」は雇用の維持・拡大などを通じて「個人」を適切にサポートする。「政府」は「公助」の主体としての役割を果たすとともに、「自助」「共助」に対し必要最低限の環境整備を行うべきである。

## 2. 社会保障給付の見直し・引き下げに向けた視点

### (1) 中長期的な給付抑制目標の設定

潜在的国民負担率を50%以内とするために、高齢化が急速に進む2025年までを目途に、社会保障分野の歳出全体の伸びを2%台に抑制すべきである。これをもとに、年金・医療・介護など制度ごとの数値目標を設定し、この目標達成に向けた具体的方策を立案・実施する。

### (2) 効率化の徹底・重複の見直し

現在、介護保険制度の見直しにおいて検討が進められている、いわゆる「ホテルコスト(居住費・食費)」の自己負担化のほか、現行制度上10割給付(自己負担なし)となっている居宅介護支援費(ケアプラン作成)への自己負担の

導入〔資料1〕また、医療保険制度においては、診療報酬の包括制・逓減制の拡大、さらには終末期医療の負担適正化など、社会保障給付における重複の見直しおよび効率化を徹底する。

さらに、総額で3兆円を超える薬局調剤医療費（調剤費・薬剤費など）は、国民医療費の10%強を占め、対前年度増加率でも16.5%（2001年実績）と看過できない増加を示している。医薬分業のあり方を含め、院外処方にかかる診療報酬の適正化についても早急な実現を図るべきである〔資料2〕。

### （3）民間活用および保険者機能の強化

混合診療を解禁することで、医療における国民の選択肢を増やすとともに、医療・介護における「保険外」および「予防」給付について、民間事業者へ開放・参入促進を図る。

また、介護保険の保険者に事業所指定・報酬設定・請求審査などの権能を付与するとともに、医療保険の保険者による民間の再保険・超過損害再保険の活用を積極的に認め、保険者の「社会保険マネジメント」の機能を強化し、自らが主体的・効率的に運営できるよう環境整備を行う。

## 3．従来の制度の枠組みを超えた抜本的な見直し

### （1）介護保険制度

若年層（満20～39歳）への被保険者の拡大は反対

これまでの実績に照らした総括、および今後の介護保険の負担のあり方に関する本質的な論議がないままに、結果として相対的に企業負担増を強いる安易な若年層への被保険者の拡大を図ることは反対である〔資料3〕。

まず、施設入所者の居住費・食費（ホテルコスト）の自己負担化や在宅利用者の居宅介護支援費に1割負担を導入するなど、サービス利用者の負担および給付範囲や給付率を見直すことによって、給付の抑制・重点化を一層図るべきである。

支援費制度との拙速な統合は不適切

介護保険制度と障害者などへの支援費制度は、それぞれ目的やサービス体系が異なる。また、支援費制度は「公助」の視点から政府が重点的に役割を果たすべき分野の1つであることなどから、両者の拙速な統合は適切ではない。

医療との連携強化・第三者評価システムの確立

医療保険制度における病床区分で、療養病床部分のうち75歳以上を介護保険の介護療養型医療施設に移行する。また、介護サービスの質的向上、効率化を一層促進するために、介護サービス事業者の第三者評価システムを確立する。

個人保険・地域保険への制度移行

介護保険および医療保険の両制度の内容（対象者、リスク、サービス内容等）に鑑み、それぞれの財源は原則として、地域すなわち「公費」と、個人すなわち「個人単位の保険料」および「利用者負担」で構成されるべきである。特に、介護保険の第2号被保険者は、保険料算出において医療保険の被扶養者とは明確に区分した上で、すべての国民から保険料を徴収する。

## （2）医療保険制度

「自助」「応益」を重視した「新・医療保険制度」の提案〔資料4〕

医療保険制度の支え手を「個人」「政府」とし、原則として個人負担（被保険者負担〔保険料〕と患者負担〔一部負担〕）と公費負担でまかなうものとする。企業は患者負担（「応益」部分）を中心とした個人の負担を支える役割を担う。

具体的には、64歳以下の世代にかかる医療保険について、患者負担部分を段階的に5割まで引き上げる。この患者負担の部分について、半分程度を目途に企業が支援する。なお、保険料について、国庫負担・補助は原則として行わない。

高齢者医療制度の創設

「高齢者医療制度」については、（ ）65歳以上74歳以下の「前期高齢者医療制度」、（ ）75歳以上の「後期高齢者医療制度」の二本立てとする。

「前期高齢者医療制度」は、被用者保険の被保険者は「高齢者健保（仮）」、その他は「都道府県国保」を創設し、いわゆる「突き抜け方式（それぞれの現

役世代からの納付)」を中心に運営する。財源構成は、前年給付実績に基づく現役世代からの納付部分 30%、前期高齢者保険料および患者負担をあわせて 50%、残りの 20%を公費（国庫）で負担する。

「後期高齢者医療制度」は、都道府県保険者が一括運営する。財源構成は、「公助」を重点化する観点から、公費（国庫）80%、高齢者保険料および患者負担をあわせて 20%とする。なお、病床区分上の療養病床部分は介護保険制度の介護療養型医療施設に移行し、一般入院と入院外医療に給付を特化する。

#### 保険者の実情に即した統合・再編

都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合は、小規模で財政的に維持・運営が困難な被用者保険、および国民健康保険を対象に進めるべきである。一方、組合健保のうち健全・安定的な財政状況にあるものは当面、自主運営とする。

#### 診療報酬決定基準の明確化・透明性の確保

診療報酬の決定・改定に際しては、中央社会保険医療協議会（中医協）における一層の透明・公正な検討が求められる。また、医療技術および機関に対する評価、診療報酬の決定・改定後の事後評価などをより公平に行うために、中医協を「行政委員会」として独立させるなど、抜本的な組織改革を行う。

#### 医療提供体制のインフラ整備

レセプト（診療報酬明細書）およびカルテの電子化を促進し、臨床から事務に至るまでの医療現場における一層の効率化・迅速化を図る。また、医療機関に関する第三者の評価情報の提供システムの構築など、医療提供に関するインフラ整備も促進すべきである。

### （3）公的年金制度

#### 早急な給付水準の見直し

基礎年金（1階）および報酬比例年金（2階）をあわせた公的年金における給付について、2013年度までを目途に所得代替率を標準モデル世帯で 50%に引き下げる。また、受給額が変動することを前提にして受給開始年齢に選択制を導入する。

## 「年金目的消費税」の創設による年金一元化

基礎年金は、高齢者の必要最低限の生活を全ての国民によって支えるものと位置づけ、2008年度を目途に現行の保険料方式から税方式へ移行する。主な財源には、5%程度の「年金目的消費税」を充当し、保険料は引き下げる。

### (4) 総合的・一体的改革に向けたインフラ整備の推進

海外事例などを参考に、基礎年金番号などを活用して社会保障に関する個人会計制度を創設する。また、国税庁と社会保険庁の統合などにより、社会保険料の徴収を国税・地方税と一体化し、徴収コストの低減と課税の公平性を図る。

## 4. 改革の実現に向けて

社会保障制度の抜本的な見直しに向けては、政治のリーダーシップが不可欠である。本年5月6日には、公的年金制度の一元化を含む社会保障制度全般の一体的な見直しが与野党で合意されたが、その後、具体的な動きは示されていない。国民の最も関心の高いテーマの一つである社会保障制度の将来のあるべき姿について、党派の利害を超えた協議を早急に開始すべきである。

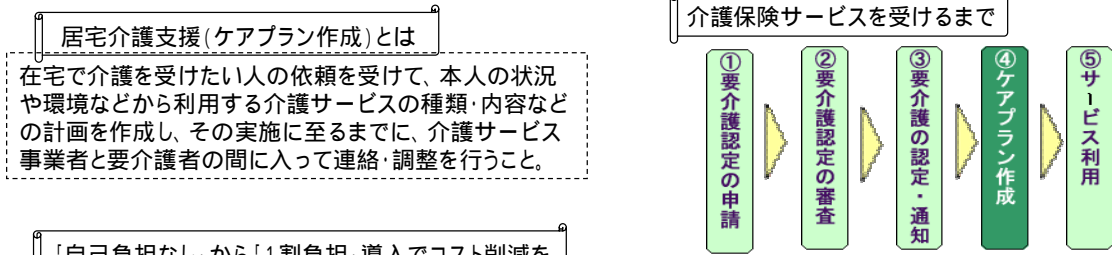
また、国民的な論議に資するよう、厚生労働省はじめ関係省庁は、審議会などの検討状況に関する資料や議事録のホームページへの掲出など、情報の開示・提供を一層迅速におこなうべきである。

以上

## 参考資料

### 【資料1】 居宅介護支援費の自己負担導入

ケアプラン作成で1割の自己負担を実施することで、居宅介護支援費の1割部分(230億円)の財源圧縮ほか、在宅サービス給付費の効率化で約2,000億円、合計で2,200億円程度の圧縮が可能。



**「自己負担なし」から「1割負担」導入でコスト削減を**

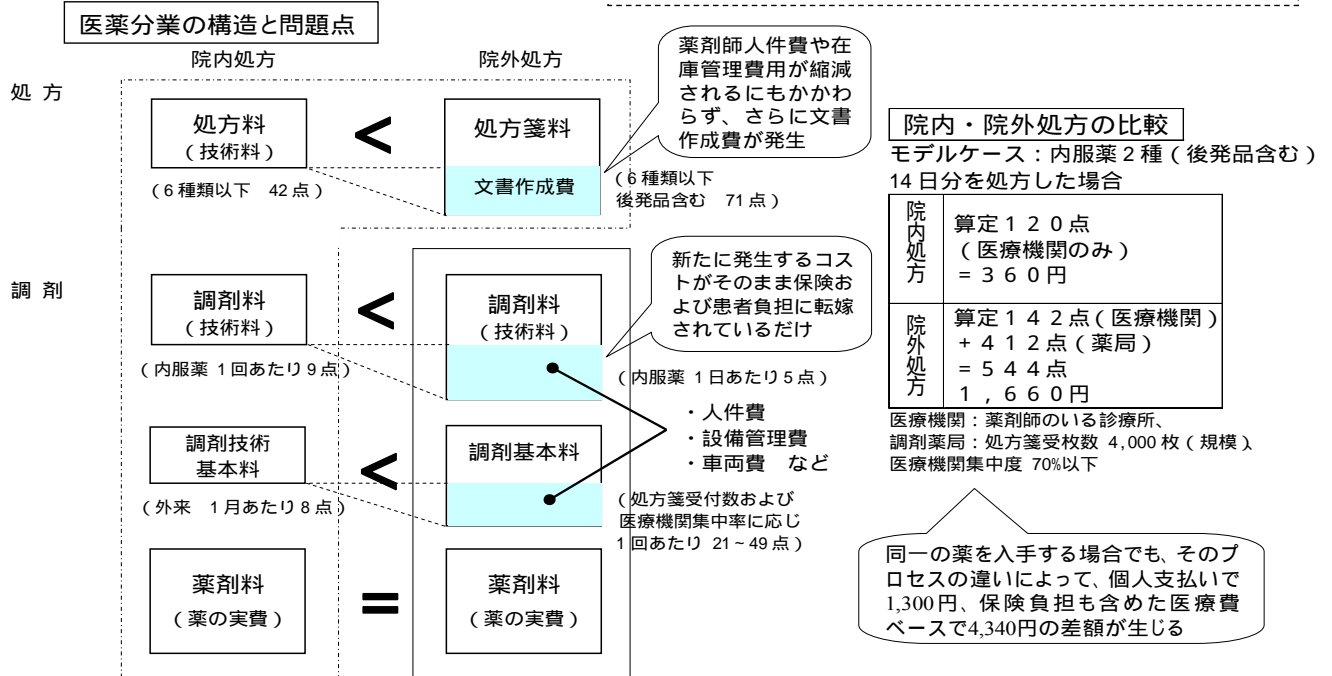
在宅サービス利用の前提たる位置付けとなっている居宅介護支援(ケアプラン作成)は、10割給付(自己負担なし)となっている。しかし、このことがサービス受給者に「ケアプランの作成は無料サービス」との認識を抱かせ、作成されたケアプランに対しコスト意識を持ってチェックできていないという実情にある。そこで、ケアプラン作成で1割の自己負担を実施すれば、現在、年間2,300億円の給付規模となっている居宅介護支援費の1割部分(230億円)の財源圧縮ほか、受給者のコスト意識の向上によって競争・淘汰が進むことにより、在宅サービスの効率化・重点化(給付費ベースで1割圧縮)を実現することも期待される。

	給付費	圧縮額
居宅介護支援費 (平成15年7月~16年6月給付)	2,268.9億円	227億円
在宅サービス給付費(支給限度額管理対象*1) (平成15年7月~16年6月給付)	20,371.8億円	2,037億円
合計		2,264億円

\*1 給付管理を要する、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護の9種類の在宅サービス

### 【資料2】 院外処方にかかる診療報酬の適正化

効率化や重複処方の回避を目指した医薬分業にもかかわらず、同一の診断・処方で院内と院外で費用格差が生じている。



薬局調剤医療費は2001年に3兆2,703億円(国民医療費の10.4%を占める)にのぼり、対前年度増加率は16.5%にもなる(薬剤費を含むが、処方箋料は含まれていない)。医薬分業のあり方を含め、院外処方における拡大費用は早急に適正化されるべきである。

【資料3】

介護保険：被保険者の拡大と企業への影響

若年層への被保険者の拡大(40歳以上から20歳以上へ)は、個人や国庫に比較して事業主への負担額を相対的に増加させる。

その理由は、若年層被保険者(満20~39歳)のうち、事業主が保険料の50%を負担する「組合健保」、および保険料の41.8%を負担する「政管健保」のに加入している割合が、「国保」や「共済」に比べて大きいためである。  
 なお、障害者施策との統合が実現すると、保険料(介護給付費納付金)算定の基礎となる介護給付費に支援費(7,000億円 16年ベース)分が上乗せされる。

【事業主負担推計(平成16年ベース)】

	平成16年	被保険者拡大(想定)	差	
			構成比	実額
総額	17,445 億円	23,560 億円		6,115 億円
被保険者	8,286 (47.5%)	11,167 (47.4%)	▲0.1%	2,281 億円
事業主	4,374 (25.1%)	6,427 (27.3%)	2.2%増	2,053 億円
国庫等	4,785 (27.4%)	5,966 (25.3%)	▲2.1%	1,181 億円

【資料4】 医療保険：「新・医療保険制度」の提案

ポイント

75歳以上では、「公費(税)」を重点投入(負担の80%)し、若年世代や企業から拠出しない。  
 64歳以下の現役世代は、「保険料+自己負担」で100%運営する。  
 企業は個人(従業員)に対し、負担総額の3割程度を支援する(「償還制度」の導入)。  
 65歳~74歳では、「保険料+自己負担」50%+「企業負担」30%+「公費」20%

- 「75歳以上」は、都道府県保険者が一括運営  
 病床区分上の療養病床部分を介護保険制度(介護療養型医療施設)に移行  
 自己負担は介護保険制度とのバランスを考慮し、1~2割に設定  
 ハイリスク者を被保険者とするため、公費を重点投入(市町村国保・政管健保保険料の国庫負担分を充当)
- 「前期高齢者層」の保険者間の調整を回避する観点から新保険者を創設  
 被用者保険を一本化し「高齢者健保(仮称)」が74歳まで、突き抜けて引継ぐ  
 保険者納付金部分は人口比ではなく、給付実績による比例按分で納付部分を分担(保健事業・予防事業実績とのリンク)
- 「64歳以下」は「自助」の観点から自己負担部分を段階的に5割まで引き上げ  
 保険者による一部負担の償還制度(25~30%)の導入(被用者保険保険料の事業主負担分を充当)。  
 慢性疾患など負担が過大になる場合は、減額制や限度額制の導入など検討。  
 償還額の限度額制についても検討

