

- 社会保障制度改革国民会議報告書
（平成 25 年 8 月 6 日）
- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための
改革の推進に関する法律（平成 25 年法律第 112 号）
- 医療法等改正に関する意見
（平成 25 年 12 月 27 日 社会保障審議会医療部会）

社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成25年8月6日

社会保障制度改革国民会議

国民へのメッセージ

日本はいま、世界に類を見ない人口の少子高齢化を経験しています。65歳以上の高齢人口の比率は既に総人口の4分の1となりました。これに伴って年金、医療、介護などの社会保障給付は、既に年間100兆円を超える水準に達しています。

この給付を賄うため、現役世代の保険料や税負担は増大し、またそのかなりの部分は国債などによって賄われるため、将来世代の負担となっています。そのこともあり、日本の公的債務残高はGDPの2倍を超える水準に達しており、社会保障制度自体の持続可能性も問われているのです。

しかしこの日本の人口高齢化は、多くの国民が長生きをするようになった結果でもあります。言うまでもなく長寿は人類長年の願いでもありました。戦後の日本は、生活水準の目覚ましい向上によって、これを実現しました。

そしてこれに大きく寄与したのが、実は社会保障制度の充実でした。医療保険、介護保険が行き渡り、誰でも適切な医療や介護を受けることができるようになったことが人々の寿命を延ばし、年金保険による所得保障が高齢期の生活を支え長寿の生活を可能にしたのです。

日本が人類の夢であった長寿社会を実現したのは社会保障制度の充実のおかげでもあったことを忘れてはなりません。社会保障制度の成功の証が長寿社会です。

その成功の結果が高齢化をもたらし、今度はその制度の持続可能性を問われることになったのです。私たちはこの素晴らしい社会保障制度を必ず将来世代に伝えていかなければなりません。そのために社会保障制度改革が必要なのです。

社会保障制度の持続可能性を高め、その機能が更に高度に発揮されるようにする。そのためには、社会保険料と並ぶ主要な財源として国・地方の消費税収をしっかりと確保し、能力に応じた負担の仕組みを整備すると同時に、社会保障がそれを必要としている人たちにしっかりと給付されるような改革を行う必要があります。

また何よりも社会保障制度を支える現役世代、特に若い世代の活力を高めることが重要です。子育て支援などの取組は、社会保障制度の持続可能性を高めるためだけではなく、日本の社会全体の発展のためにも不可欠です。全世代型の社会保障が求められる所以であり、納得性の高い社会保障制度のもとで、国民がそれぞれの時点でのニーズに合った給付を受けられるようにしていくことが大切です。

福沢諭吉は「学者は国の奴雁なり」と書いています。奴雁とは雁の群れが一心に餌を啄ばんでいるとき一羽首を高く揚げて遠くを見渡し難にそなえる雁のことで、学者もまた「今世の有様に注意して（現状を冷静に分析し）、以って後日の得失を論ずる（将来にとって何が良いかを考える）」役割を担う、という意味です。私たちもまた、社会保障の専門家として、社会保障制度の将来のために何が良いかを、論理的、実証的に論議してまいりました。この報告書は、日本を世界一の長寿国にした世界に冠たる社会保障制度を、将来の世代にしっかりと伝えるために、現在の世代はどのような努力をしたらよいか、ということを考え抜いた私たち国民会議の結論であります。

平成25年8月6日

社会保障制度改革国民会議会長 清 家 篤

社会保障制度改革国民会議 報告書
目次

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
- 2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方 2
- 3 社会保障制度改革の方向性 7
- 4 社会保障制度改革の道筋 ～時間軸で考える～ 13

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 15
- 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と更なる課題 16
- 3 次世代育成支援を核とした新たな全世代での支え合いを 18

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 21
- 2 医療・介護サービスの提供体制改革 26
- 3 医療保険制度改革 33
- 4 介護保険制度改革 37

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 39
- 2 年金制度体系に関する議論の整理 40
- 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（防貧機能）を強化する改革に向けて 41
- 4 世代間の連帯に向けて 44

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

日本のこの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、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）、介護保険制度改革（2005（平成17）年）、高齢者医療制度改革（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た。衆・参両議院で合わせて200時間以上の集中的な審議が行われ、衆議院における修正等を経て、昨年の8月10日の参議院本会議で可決、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、2012（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

日本の社会保障制度は、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対しては、社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組みである「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、いわば自助を共同化した仕組みであるといえる。

したがって、日本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、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の「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、日本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、日本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

社会保障と経済や財政は密接不可分な関係にあり、十分に相互の状況を踏まえながら、一体的に検討することが必要である。

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、日本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、公的制度への依存を減らす」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、日本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、世界に誇れる国民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税と比較して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、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（防貧機能）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・皆年金の網の目から漏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。

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

社会保険制度の財源は、原則、保険料であるが、日本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、自営業者や年金受給者等の無職者等が加入し、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国民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。税と社会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。

日本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、更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。なお、国際的にみても、低所得者や無職者まで含めて制度に加入させる仕組みは一般的なものではなく、1961（昭和36）年という日本がまだ貧しい段階でこれを実現したことは特筆に値する。

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・最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。

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、原則としては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、既に財源の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。

こうした日本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変化する中で、これまでの日本の社会保障の特徴であった現役世代への給付が少なく、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持ち、将来に対し、夢と希望が持てることであり、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、税金は歳出の半分すら賄え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たらえたが、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みて損得論を議論するのは不適切である。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。

なお、公的年金制度が遺族年金や障害年金など若い世代にも起こり得る所得喪失のリスクに対応していること、事後的な社会経済変動にも対応できる仕組みであること、寿命の不確実性をカバーする終身保障であることなど、様々なリスクヘッジ機能を有していることも忘れてはならない。

このようなことに留意しつつ、他方、世代間の不公平論が広まる土壤があることにも目配りが必要である。負担の先送りの解消はもとより、教育現場等を含め、社会保障の意義や若い人々にとってのメリットを正しく理解してもらえよう努力することや、若い人々の納得感が得られる全世代型の社会保障への転換を目に見える形で推進することが重要である。なお、個々の制度の問題ではなく、こうした世代間の不公平論が広まる土壤として、若年層の雇用環境が極めて厳しい現状にあることにも留意が必要である。

また、高齢世代にも、社会保障が世代間の連帯・助け合いの制度であることを理解してもらい、社会保障を持続可能なものとしていく努力を求める必要がある。

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

日本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雇用・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日本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

齡者の中でより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。雇用については、賃金や処遇の在り方を見直すことで、企業内の人材を育て、長期にわたって雇用する仕組みを維持しやすくすることが求められている。

こうした社会経済状況の変化を踏まえ、日本の社会保障制度を「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。

男性労働者の正規雇用・終身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。

なお、1990（平成2）年に「1.57ショック」として、少子化問題が社会的に認識されたにもかかわらず、必要な施策が必ずしも十分に進まなかったのは、こうした施策が年金・医療・介護のように財源調達力の高い社会保険方式を採っておらず、当時、急速に悪化した財政状況の下で、必要な財源が確保されなかった点にも原因があったことに留意すべきである。

したがって、「21世紀（2025年）日本モデル」の社会保障については、必要な財源を確保した上で、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、誰もが安心して、かつ希望を持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。

もとより、こうした社会保障制度の再編・再構築とは、日本の社会保障制度の持つ長所はそのまま生かし、時代に合わなくなった点を見直すことで、これまで以上に良い制度を後代に引き継ぐためのものであり、真に必要な改革を着実に行うことが必要である。

(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をするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。

また、世代間の公平だけではなく、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、障害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、父母ともに育児にかかわれるワーク・ライフ・バランスを着実に実現していく必要がある。

また、今後、要介護者が急増する中、親などの介護を理由として離職する人々が大幅に増加する懸念がある。育児・介護休業法による介護休業・休暇を周知・徹底するとともに、こうした制度を実際に利用できる職場環境の整備を積極的に支援していくことが必要である。

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。

また、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つき、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、社会保障全体にかかわる問題であり、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への対応

日本の社会保険制度は、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、制度的に被用者保険制度の適用から除外されている者が増大し、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らないよう、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、まずは、非正規雇用の労働者の雇用の安定や処遇の改善を図ることが必要であり、また、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、こうした労働者にも被用者保険本来の姿に戻し、制度を適用されるようにしていくこと（被用者保険の適用拡大）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、誰もが働き、安定した生活を営むことができる環境を整備するとともに、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も強化しつつ、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。

一方で、雇用基盤の変化や家族や地域との結びつきを形成できずに高齢期を迎える者が増加し、低所得で社会的な結びつきの弱い単身高齢者の急増が予測されている。年金、医療、介護における低所得者対策の強化に加え、税制抜本改革法の規定に基づく「総合合算制度」（医療、介護、保育等に関する自己負担の合計額に一定の上限を設ける仕組みその他これに準ずるものをいう。）の創設の検討を進め、貧困リスクの高まりに対応するとともに、必要な社会サービスの利用から低所得者が排除されないようにすることが重要である。

こうした施策を実行していくためには、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、低所得者をより適切に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ことによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、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の維持・向上を目標として、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。

また、地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等との間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。

さらに、(5)で述べたように、今後、比較的低所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の「互助」や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。

このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持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」といえる。

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、全国から先駆的実践事例等を収集するなど、地域の特性に応じて実現可能な体制を見出す努力を促すための取組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、個人が尊厳を持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いえる。

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、地方公共団体の必要な役割・財源の強化、社会保障制度改革を進めるための基盤整備について、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、高齢者の中でもより高齢の者が増加する。また、人口の減少により、2050（平成 62）年には現在の人々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、中年期からの健康管理や介護予防など個人が、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

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

少子化対策、子ども・子育て支援策は、すなわち次世代育成支援である。その目的は第一義的に、すべての子どもたちが健やかに成長するために、出生前から乳幼児期、就学後まで一貫して切れ目なく良質な成育環境を保障することにある。

子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながるものである。そのためすべての世代が連携して、すべての子どもの成長を温かく見守り、支えることができる社会の構築を目指すことが、社会保障制度改革の基本をなすものと考えられる。

少子化対策は、1990（平成2）年の「1.57ショック」を契機として始められたが、その後、2005（平成17）年度からの10年間を集中期間として取組が進められてきた。この間、2007（平成19）年の「『子どもと家族を応援する日本』重点戦略」を経て、昨年子ども・子育て関連3法まで、長年の議論を基に着実に施策が積み重ねられてきた。しかしながら、少子化傾向は一向に歯止めがかかっていない。その背景に、今なお子どもと子育てをめぐる厳しい実態があることを直視しなくてはならない。危機感を持って集中的な施策を講じるべきである。

この度、社会保障と税の一体改革の中に、子育て支援が位置づけられ、子ども・子育て支援新制度を設けて、恒久財源の確保が決定されたことは、歴史的に大きな一歩である。これを機に過去の対策を改めて精査し、また少子化脱却に成功した国々の先事例に学びつつ、少子化対策・子育て支援を更に着実に推進していくことが求められる。

少子化の原因の主たるものとして、若年失業者やフリーターが多いなど若者が社会的に自立することが難しい状況であることに加えて、出産・子育ての機会費用が大きいことがあげられる。若い世代の希望を実現することが社会の責務であり、未来は変えられるとの強い意志を持って改革に望むべきである。妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援が必要であり、具体的には、まず出産・子育てと就労継続の二者択一状況を解決することが必要である。とりわけ第1子出産を機に約6割の女性が就労継続を断念している事実は放置できない。内閣府の報告書によれば、日本の女性の就業希望者（342万人）が、仮に希望通りに就業することができれば、単純試算で約7兆円、GDP比で1.5%の付加価値が創造されるとされている。女性の活躍は成長戦略の中核であり、若い世代のニーズをかなえ、社会保障の持続性を守るためにも、M字カーブの解消、子育て期も含めて人生の各ステージで女性が活躍できる社会づくり・環境整備、ワーク・ライフ・バランスの確保が急務である。このことが、ひいては男女を問わず就労環境の改善につながる。子ども・子育て支援新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪として進める必要がある。

施策の推進に当たっては、国・都道府県・市町村・企業が一体となって、それぞれの役割と機能を十全に発揮すべきである。とりわけ地域の実情に即した施策の展開の重要性からも、基礎自治体である市町村の主体的・積極的な取組が求められる。また人材の安定的確保と経済成長の意義を考慮すれば、少子化対策の重要性は企業にとっても大きく、拠出への協力が必要である。

以上、少子化対策分野の施策については、今後も子ども・子育て会議等において関係者により鋭意議論を行い、速やかな実施とともに、長期的な視野に立って検討を積み重ねていく必要がある。

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と更なる課題

新制度は、すべての子どもたちの健やかな成長を保障することを主眼とし、幼児教育・保育の量的拡大や質の向上、地域の子ども・子育て支援の充実などを進めるものである。すなわち共働き家庭の子ども、片働き家庭の子ども、ひとり親家庭の子ども、親のいない子ども、障害や難病・小児慢性疾患を抱えている子ども、都会で暮らす子ども、地方の人口減少地域で暮らす子どもなど、すべての子どもの発達を保障することである。

また、近年、子どもの貧困からくる格差問題、特に母子家庭や父子家庭などのひとり親家庭の貧困は看過できない。子どもの時の貧困格差は、教育や学習等の機会の格差となって、大人になってからの貧困につながるという事実を直視しなければならない。加えて障害のある子どもや、虐待の増加も一因となって、社会的養護の必要な子どもも増えており、一層の取組が求められている。

こうした子どもや子育てをめぐる厳しい実態を放置するとしたら、それは少子化を加速させるだけでなく、そもそも社会の成熟度が問われることである。困難に苦しむ子どもとすべての子育て世代を一人も残すことなく見守り、全世代参加で支援ができる社会を築くことが、社会保障の役割に他ならない。

(1) 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

就学前の発達環境は、子どもの生涯にわたる人間形成の基礎となるものである。子どもの「今」は、社会の「未来」であり、OECD教育委員会は既に1998（平成10）年に「幼児教育・保育政策に関する調査プロジェクト」を発足し、“Starting Strong”を実施しており、日本においても、幼児教育・保育の質・量の充実が必要である。こうした子どもの発達初期の環境整備への投資は、様々な効果をもたらすものであり、子どもの「今」を保障するとともに、その後の発達に大きく影響し、子どもの貧困を解決し、将来の格差を予防する等、まさに未来への投資となることに留意する必要がある。

日本では、従来、就学前の子どもの過ごす場として、幼児期の子どもに対して学校教育法に基づく教育を提供する幼稚園と児童福祉法に基づく保育を提供する保育所があった。それぞれに所管官庁や根拠法等が異なり、主として、前者は

両親のうちいずれか一方が働く家庭の子どもが利用し、後者は両親がともに働く家庭やひとり親家庭の子どもが利用する施設である。

しかしながら、子育て世代の生活環境は変化が激しく、働き方も多様化しつつある。一時仕事を中断したり、再開したりすることもあり、保護者の環境が変化するたびに子どもが保育所から幼稚園に移ったり、その逆の場合もある。保育所を探し回っても適切な保育所が見つからずに就労に多大な影響の出る親が少ない実態もある。こうした現状を改善するため、認可保育所と幼稚園の2つの施設類型を超えて、所管を一元化し、認定こども園法に基づき、幼児期の子どもにいずれも保障されるべき学校教育と保育を単一の施設で受けることができる幼保連携型認定こども園など、認定こども園の普及推進が必要である。

また親は、どの親も慣れない子育てに苦勞し、知識や技術も必ずしも充分ではなく、育児の負担感も大きい。すべての子育て世代の親が、働いている親だけでなく、在宅で子育てをしている親も含め、幼児教育及び保育の専門職のサポートを受けられるようにするためにも、地域の子育て支援の機能に重要な役割を果たす認定こども園等の充実を始めとして、地域の子育て支援施策の一層の推進が不可欠である。

子育て支援は、地域の実情に合わせた施策の立案、実行が必要である。都市部では待機児童問題が深刻化している一方で、地方では子どもの人口減少が進み、従来の施設型の幼児教育や保育環境の維持が困難となる中、子ども同士が集団で過ごす健全な成育環境が阻害されている。認定こども園等との連携を図るなどして質を確保しつつ、小規模保育や家庭的保育の充実など、地域の実態に即して柔軟に対応できる制度への移行が必要である。

(2) 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

大都市部を中心とした待機児童問題の解消は、子どもの成育環境の整備のために必要であることはもちろんのこと、親の就労継続の観点からも喫緊の課題である。2年後に予定されている新制度のスタートを待つことなく、「待機児童解消加速化プラン」を用いて、できることから対策を打つ必要がある。その際には、保育の質の確保の重要性が非常に大きい。待機児童対策においては、認定こども園、幼稚園及び保育所等の事業主体の協力はもちろん、地域の子育て支援に対するニーズを把握し、施策の企画調整及び実施を行う地方公共団体の理解と事業の裏付けとなる財源確保が必須であり、消費税増収分などを活用すべきである。

「小1の壁」の指摘もあるように、学童期の放課後対策が現状、まだ手薄である。学齢期の子どもにとって望ましい環境整備が進められることは、子どもの成長にとって重要なことはもちろんであるが、共働きやひとり親家庭の増加に加えて、地域の治安にも懸念が多くなっている今日の状況からして、その重要性は一層増している。放課後児童クラブは1997（平成9）年に児童福祉法に位置づけられたが、質量ともに課題を残す形で今日に至っている。子どもたちの健やかな育

ちを保障するという観点からして、小学校と放課後児童クラブの連携により、教育と福祉の連続性が担保されるべきである。また指導員の研修の整備、さらには地域の人々が積極的にかかわって、支援していく体制の構築などが必要である。

(3) 妊娠・出産・子育てへの連続的支援

新生児遺棄等が後を絶たず、妊婦健診等を受診しないまま飛び込み出産する事例も見られる。さらには親の育児不安や育児ストレスも深刻化しているなど対応すべき課題が多い。これまでも妊娠期から子育て期にかけての支援は行われてきているが、それらを有機的に束ねた上で対策を強化することが必要である。そのため、市町村（母子保健担当、児童福祉担当）を中心として、保健所、産科・小児科等の医療機関、認定こども園・保育所・幼稚園・小規模保育や家庭的保育、学校等、様々な機関の関係者がその機能の連携・情報の共有の強化を図り、妊娠期からの総合的相談や支援をワンストップで行えるよう、拠点の設置・活用を含めた対応を検討する必要がある。こうした支援について、子ども・子育て支援新制度を踏まえ、今後、更なる拡充の観点から検討すべきである。

(4) ワーク・ライフ・バランス

ワーク・ライフ・バランスの促進は、すべての世代の生き方と社会保障制度全体に大きく影響するものである。これまで、次世代育成支援対策推進法や「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」などを踏まえた取組を推進してきたが、企業の子育て支援に向けた行動変容を促すためにも、企業における仕事と子育ての両立支援について、より一層の取組の推進が必要である。

特に中小企業・非正規については、育児休業の取得が難しい状況にある。これら中小企業・非正規を含め、育児休業の取得促進など様々な取組を通じて、男女ともに仕事と子育ての両立支援を進めていくことが必要である。このため、2014（平成26）年度までの時限立法であり、企業における仕事と子育ての両立支援を推進するための強力なツールの1つである次世代育成支援対策推進法について、今後の10年間を更なる取組期間として位置づけ、その延長・見直しを積極的に検討すべきである。なお、育児休業取得に関しては、中小企業・非正規に加え、取得率の低い男性の取得促進に注力すべきであり、企業の社会的責任も大きい。育児休業を取得しやすくするために、育児休業期間中の経済的支援を強化することも含めた検討を進めるべきである。

こうした企業における両立支援の取組と子育て支援の充実は車の両輪であり、両者のバランスと連動を担保する視点から、引き続き検討を進めるべきである。

3 次世代育成支援を核とした新たな全世代での支え合いを

(1) 取組の着実な推進のための財源確保と人材確保

子ども・子育て支援の充実は、すべての子どもの健やかな成長を保障し、子育

て世代の活躍を促進し、経済成長及び社会保障の持続可能性を担保する上で、必須の要件である。子ども・子育て支援新制度に即した、積極的かつ着実な推進が必要であるが、そのためには財源確保が欠かせない。とりわけ子ども・子育て支援は未来社会への投資であり、量的な拡充のみならず質の改善が不可欠である。そのため今般の消費税引上げによる財源（0.7兆円）では足りず、附帯決議された0.3兆円超の確保を今後図っていく必要がある。

財源とともに施策の推進にとって大切なことは、子ども・子育て支援の理念を理解し、適切な知識と技術を蓄えた人材である。質の高い幼児教育・保育を始めとする子ども・子育て支援を進めるに当たって基本となるのは、それを提供する人材であり、国、地方自治体、教育・保育を提供する事業者は、人材の確保、養成及び就労環境の整備を総合的に推進することが必要である。また、例えば子育てが一段落し、長年企業等で活躍してきた団塊世代などに対する子育て支援についての研修を充実させ、中高年世代が地域の子ども・子育て支援に活躍し、若い世代を支える機会を増やすことも必要である。

（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

今般の一体改革において、高齢世代中心の給付という構造を見直し、全世代型の社会保障への転換が図られ、子ども・子育て支援の充実が約束されたことは画期的であり、これを現実のものとし、若い世代に社会保障の充実の実感が感じられるようにしていくことは、社会保障システム全体に対する国民の理解を深めることにもつながる。このため、子ども・子育て支援新制度に向けた財源確保の重要性は言うまでもなく、少子化対策について、子ども・子育て支援新制度の施行状況を踏まえつつ、幅広い観点から更に財源確保と取組強化について検討すべきである。

また、子育てをめぐる厳しい実態を踏まえ、高齢者も含めたすべての世代が、多様な環境にあるすべての子どもたちや若い世代を支えていくことが大切である。こうした取組や努力を世代間対立の問題にすることがあってはならない。

生まれてくる我が子や自分自身が、将来にわたり人としての暮らしが保障される社会でなければ、子どもを産み育てる希望があっても踏み切ることができない。出産や子育ての直接的な不安に限らず、病気、介護、収入など、高齢期に至るまでの人生の数々の不安を取り除くことも少子化対策にとって必要な視点である。例えば、介護分野の施策を進めることは、若い世代の介護負担を軽減し、現役世代が子育てや就労に励むことにつながる。また、医療・介護分野の人材育成により、若い世代がこのような分野で活躍する機会も増えたと考えられる。

人は、幼少期、学童期、青年期、壮年期、老年期の人生の各段階において、様々なリスクに直面する。こうしたリスクをともに支え合い、子育てはもとよりすべての分野において、若い世代の将来への不安を安心と希望に変えることこそが、社会保障の役割であり、本質である。社会保障の充実が、社会の活力の基盤であ

る。社会保障はいずれの世代にとっても負担ではなく、今の困難を分かち合い、未来の社会に協力し合うためにあるという哲学を広く共有することが大切である。

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

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命 60 歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも 80 歳近くとなり、女性では 86 歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながら QOL (Quality of Life) の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

1970 年代、1980 年代を迎えた欧州のいくつかの国では、主たる患者が高齢者になってもなお医療が「病院完結型」であったことから、医療ニーズと提供体制の間に大きなミスマッチのあることが認識されていた。そしてその後、病院病床数を削減する方向に向かい、医療と介護が QOL の維持改善という同じ目標を掲げた医療福祉システムの構築に進んでいった。

日本では、こうした流れの中で、1985（昭和 60）年に第 1 次医療法改正が行われ、病床数の上限を規制し、都道府県に 5 年ごとの医療計画の作成が義務づけられた。だが、第 1 次医療法改正で病床規制の前に駆け込み増床を誘発してしまい、他国に比した日本の病床数の多さは一層際だったものとなる。医療計画も病床過剰地域での病床の増加を抑えることはできても適正数まで減らすことはできない状況が続いている。

第 2 次以降の医療法改正において、2001（平成 13）年に一般病床と療養病床を区分するなどの見直しが行われたが、医療提供体制の改革の次の大きな動きとして注目すべきは、2008（平成 20）年の福田・麻生政権時の社会保障国民会議である。「社会保障の機能強化」と「サービスの効率化」を同時に実現していくことをうたった社会保障国民会議では、迎えるべき超高齢社会である 2025（平成 37）年度におけるあるべき医療・介護サービスの提供体制を確立する青写真が描かれた。そしてその時に描かれた改革の目的と政策の方向性は、野田政権時の「社会保障・税一体改革大綱」、そして第 2 次安倍政権における「経済財政運営と改革

の方針」と、政権の変遷にかかわらず引き継がれ、医療・介護分野の改革の優先課題として位置づけられ続けてきたのである。

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008（平成20）年6月に公表された「社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

救急医、専門医、かかりつけ医（診療所の医師）等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのままで当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

2008（平成20）年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

（2）医療問題の日本的特徴

日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。

しかしながら、高齢化の進展により更に変化する医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消することができれば、同じ負担の水準であっても、現在の医療とは異なる質の高いサービスを効率的に提供できることになる。2008（平成20）年の社会保障国民会議から5年経ったが、あの時の提言が実現されているようには見えないという声が医療現場からも多く、ゆえに、当国民会議には多方面から大きな期待が寄せられてきた。さらには、医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況を鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない。そして、そうしたシステムの下では、医療専門職集団の自己規律も、社会から一層強く求められることは言うまでもない。

一方、医療における質的な需給のミスマッチが続いてきたとはいえ、日本の医療費の対GDP比は、現在、OECD諸国の中では中位にあり、世界一の高齢化水準を鑑みれば、決して高い水準にあるとは言えない。日本のような皆保険の下では、価格交渉の場が集権化され、支払側が供給側と比較的強い交渉力を持つことが、医療単価のコントロールに資してきた。こうした中、日本の医療機関は相当の経営努力を重ねてきており、国民皆保険制度、フリーアクセスなどと相まって、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたと言える。

だが、GDPの2倍を超える公的債務残高ゆえに金利の上昇に脆弱な体質を持つ日本は、いたずらな金利の上昇を避けるために財政健全化の具体的進捗を国内外に示し続けなければならないという事情を負っている。今後、医療・介護の実態ニーズ（実需）の増大が、安定成長・低成長基調への移行の中で進むことになるという展望の中で、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、必要な安定財源を確保していくための努力を行いながらも、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力も継続していかなければならない。改革推進法第6条に規定されているとおり皆保険の維持、我々国民がこれまで享受してきた日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならないのである。

ここで年金財政と比較をすれば、年金給付費の対GDP比は2012（平成24）年度で11.2%、2025（平成37）年度で9.9%とその比率が低下することが期待されているのに、医療給付費は2012（平成24）年度から2025（平成37）年度までの間に7.3%（自己負担を含む総医療費では8.5%）から8.8%（同10.1%）へと1.5%ポイントの増加が試算されており、同時期、介護給付費は1.8%（自己負担を含む総介護費では1.9%）から3.2%（同3.5%）へと1.5%ポイントの増

加が見込まれ、財源調達の基本となるGDPの伸び率を上回って医療・介護給付費が増加することになる。サービスの効率化を図るとはいえ、医療・介護給付費の増加圧力が高まる中で国民皆保険を維持するということは、国民すべての人々のニーズに応じて利用できるよう準備しておくことが望ましい公的サービスが国民経済の中で規模の厚みが増すということである。ゆえに負担面では、保険料・税の徴収と給付段階の両側面において、これまで以上に能力に応じた負担の在り方、負担の公平性が強く求められることになる。

(3) 改革の方向性

① 基本的な考え方

まず、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準7対1を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要であろう。さらに、これまで長く求められてきた要望に応え、「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直すことなどに、速やかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識すべきである。

また、医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

その際、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体には、中心となって、計画的に養成・研修することを考えていく責務がある。

「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そして、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関側だけでなく、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい。

加えて、今般の国民会議の議論を通じて、地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された。

こうした改革の必要性や方向性は幅広く共有されながらも、実際の行政の取組としては、地域において診療所を含む医療機関の一般病床が担っている医療機能の情報を都道府県に報告する仕組みを医療法令上の制度として設けることなどが計画されてきたにとどまっており、改革が実現に至るにはなお長い道程が見込まれてきた。

しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しつけたりといった事態を招きかねない。改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たずして断行していかねばならないのである。

③ 健康の維持増進等

その際、国民のQOLを高めるとともに、高齢者の社会参加も含め、社会の支え手を少しでも増やしていく観点からも、国民の健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要も生まれてくる。具体的には、医療関連情報の電子化・利活用のインセンティブを医療提供者に持たせるように取り組むとともに、医療保険者がICTを活用してレセプト等データを分析し、加入者の健康づくりを行うなど疾病予防の促進等を図ることで、国民の健康寿命を延ばし、平均寿命との差の短縮を目指していかなければならない。医療保険者はその加入者の健康維持・疾病予防に積極的に取り組むようインセンティブが働く仕組みを構築するとともに、加入者の自発的な健康づくりへのサポートの在り方等も検討すべきである。

総括して言えば、この社会保障制度改革国民会議の最大の使命は、前回の社会保障国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えることにあっても過言ではない。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。さらには、地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を

確保する必要があるものの、次期医療計画の策定期である 2018（平成 30）年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

（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

今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要性が改めて確認された。このため、本年 6 月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

このような状況の下、医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。

効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。ただし、国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

こうした国民健康保険の保険者の都道府県移行は積年の課題であったが、時あたかも、長年保険者となることについてはリスク等もあり問題があるという姿勢をとり続けてきた知事会が、国民健康保険について、「国保の構造的な問題を抜本的に解決し、将来にわたり持続可能な制度を構築することとした上で、国保の保険者の在り方について議論すべき」との見解を市長会・町村会と共同で表明し、さらに、知事会単独で、「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」との見解を表明している。この時機を逸することなくその道筋を付けることこそが当国民会議の責務である。その際に必要となる国民健康保険の財政的な構造問題への対応については後述するが、いずれにせよ、国民健康保険の保険者の都道府県移行の具体的な在り方については、国と地方団体との十分な協議が必要となる。また、当該移行については、次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革の一環として行われることを踏まえれば、移行に際し、様々な経過的な措置が必要となることは別とし

て、次期医療計画の策定前に実現すべきである。

(3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

医療法人等間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。

このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。

複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

あわせて、介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリート等を通じて促進する制度など、総合的な規制の見直しが幅広い観点から必要である。

特に、社会福祉法人については、経営の合理化、近代化が必要であり、大規模化や複数法人の連携を推進していく必要がある。また、非課税扱いとされているにふさわしい、国家や地域への貢献が求められており、低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組んでいくことが求められている。

(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

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするならば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に行われるべきものである。

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことを踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。確かに、地域ケア会議や医療・介護連携協議会などのネットワークづくりの場は多くの市町村や広域圏でできているが、今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。成功しているところでは、地域の医師等民間の熱意ある者がとりまとめ役、市町村等の行政がその良き協力者となってマネージしている例が見られることを指摘しておきたい。

こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組を進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。これと併せて、介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直すべきである。地域支援事業については、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業（地域包括推進事業（仮称））として再構築するとともに、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業（仮称）に段階的に移行させていくべきである。

また、地域包括ケアの実現のためには地域包括支援センターの役割が大きい。かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要である。これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。

さらに、中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようにするため、規制改革等を進めつつ、地域の実情に応じ、介護施設等のもとより、空家等の有効活用により、新たな住まいの確保を図ることも重要である。

なお、地域医療ビジョン同様に、地域の介護需要のピーク時を視野に入れなが

ら 2025（平成 37）年度までの中長期的な目標の設定を市町村に求める必要があるほか、計画策定のために地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理していく仕組みを整える必要がある。また、上記（1）で述べた都道府県が策定する地域医療ビジョンや医療計画は、市町村が策定する地域包括ケア計画を踏まえた内容にするなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・整合的に進むようにすべきである。

いずれにせよ、地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。こうした観点に立てば、将来的には、介護保険事業計画と医療計画とが、市町村と都道府県が共同して策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」とも言い得るほどに連携の密度を高めていくべきである。

なお、地域包括ケアシステムを支えるサービスを確保していくためには、介護職員等の人材確保が必要であり、処遇の改善やキャリアパスの確立などを進めていく必要がある。また、地域医師会等の協力を得ながら、複数の疾患を抱える高齢者が自分の健康状態をよく把握している身近な医師を受診することを促す体制を構築していくことも必要である。

（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

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用していくことになる。ただし、その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされることになる。

その活用手段として、診療報酬・介護報酬の役割も考えられるが、医療・介護サービスの提供体制改革に係る診療報酬や介護報酬の活用については、福田・麻生政権時の社会保障国民会議の際には、体系的な見直しが前提とされていたことに留意する必要がある。医療・介護サービスの在り方が「地域完結型」に変わるからには、それに資するよう、診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進めていく必要がある。

また、今般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。医療機能の分化・連携には医療法体系の手直しが必要であり、また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう。

この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とした柔軟なものとする必要がある。

いずれにせよ、消費税増収分の活用の前提として、地域医療ビジョン、地域包括ケア計画等の策定を通じ、地域の住民にもそれぞれの地域の医療や介護サービスに対する還元のありようが示されることが大切である。

(6) 医療の在り方

医療の在り方そのものも変化を求められている。

高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。

このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

もちろん、そのような医師の養成と並行して、自らの健康状態をよく把握した身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制を構築していく必要がある。これに併せて、医療職種の職務の見直しを行うとともに、チーム医療の確立を図ることが重要である。医療従事者の確保と有効活用の観点からは、さらに、激務が指摘される医療機関の勤務環境を改善する支援体制を構築する等、医療従事者の定着・離職防止を図ることが必要である。特に、看護職員については、養成拡大や潜在看護職員の活用を図るために、看護大学の定員拡大及び大卒社会人経験者等を対象とした新たな養成制度の創設、看護師資格保持者の登録義務化等を推進していく必要がある。

なお、医療職種の職務の見直しは医師不足問題にも資するものがある。医師不足と言われる一方で、この問題は必ずしも医師数の問題だけではなく、医師でなければ担えない業務以外の仕事も医師が担っているために医師不足が深刻化している側面がある。その観点から、医師の業務と看護業務の見直しは、早急に行うべきである。

加えて、死生観・価値観の多様化も進む中、改革推進法（第6条第3号）にも規定されているとおり、「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」が求められている。

医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側

がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること―すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療」―も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

また、慢性疾患の増加は、低い確率でも相対的に良いとされればその医療が選択されるという確率論的医療が増えることにつながる。より有効でかつ効率的な医療が模索される必要があり、そのためには、医療行為による予後の改善や費用対効果を検証すべく、継続的なデータ収集を行うことが必要である。例えば、関係学会等が、日々の診療行為、治療結果及びアウトカムデータ（診療行為の効果）を、全国的に分野ごとに一元的に蓄積・分析・活用する取組を推進することが考えられ、これらの取組の成果に基づき、保険で承認された医療も、費用対効果などの観点から常に再評価される仕組みを構築することも検討すべきである。

さらには、国が保有するレセプト等データの利活用の促進も不可欠である。具体的には、個人情報保護にも配慮しつつ、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。

こうした努力は、データに基づく医療システムの制御という可能性を切り開くものであり、日本の医療の一番の問題であった、制御機構がないままの医療提供体制という問題の克服に必ずや資するものがある。

（7）改革の推進体制の整備

都道府県ごとの「地域医療ビジョン」等の策定、これらを踏まえた医療機能の分化、医療・介護提供者間のネットワーク化等の医療・介護の一体改革、さらには国民健康保険の保険者の都道府県への移行は、いずれも国民皆保険制度発足以来の大事業になる。市町村ごとに中学校校区単位の地域包括ケアシステムを構築することも介護保険創設時に匹敵する難作業となろう。地域ぐるみの官民協力が不可欠な中、国も相応の責任を果たしていかねばならない。

今般の社会保障制度改革を実現するエンジンとして、政府の下に、主として医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための体制を設け、厚生労働省、都道府県、市町村における改革の実行と連動させていかねばならない。

その際、まず取り組むべきは、各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていくことであり、こうし

たデータ解析のために国が率先して官民の人材を結集して、先駆的研究も活用し、都道府県・市町村との知見の共有を図っていくことであろう。また、このデータ解析により、実情に合っていないと評されることもある現今の2次医療圏の見直しそのものも可能となる。

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

知事会が「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」を表明しており、時機を逸することなくその道筋をつけることこそが国民会議の責務であると先に述べた。この国民健康保険の都道府県化とかかわる課題として、国民会議の最優先課題である医療・介護サービスの提供体制改革に加え、改革推進法（第6条第2号）にも規定されているとおり、医療保険制度について、「財政基盤の安定化」と「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」を図ることも必要である。

改革推進法（第6条）はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

具体的には、国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、こうしたこともあり、毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。

このためには、従来保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2（2）で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となろう。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源については、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続

可能となるような仕組みについても検討すべきである。さらに、国民健康保険の保険者を都道府県とした後であっても、保険料の賦課徴収等の保険者機能の一部については引き続き市町村が担うことや、前期高齢者に係る財政調整などを通じて被用者保険から国民健康保険に多額の資金が交付されている実態を踏まえると、国民健康保険の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要であろう。

なお、多くの非正規雇用の労働者が国民健康保険に加入しており、被用者保険の適用拡大を進めていくことも重要である。

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の3分の1を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること（総報酬割）を2013（平成25）年度から2年間延長する措置が講じられているが、支援金の3分の2については加入者数に応じたものとなっており、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっている、健保組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015（平成27）年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

その際、協会けんぽの支援金負担への国庫補助が不要となるが、これによって生ずる税財源の取扱いは、限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、他の重点化・効率化策と同様に今般の社会保障・税一体改革における社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用し、国民に広く還元すべきである。こうした財源面での貢献は、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上での保険者の都道府県への円滑な移行を実現するために不可欠である。

また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要である。

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

併せて、改革推進法（第6条第2号）では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることも求められている。

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、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」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、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、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を検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを

理解してもらわなければならない、患者の意識改革も重要となる。

さらに、今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

また、現在、暫定的に1割負担となっている70～74歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は2割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」のとおり「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わらないよう、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当である。

高額療養費制度については、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。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるといふ保険料負担における考え方と同様の制度改革が求められる。具体的には、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。上記のとおり、70～74歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

今後、後発医薬品の使用促進など既往の給付の重点化・効率化策についても効果的な手法を講じながら進めるとともに、上記を含め、患者の自己負担について「年齢別」から「負担能力別」へ負担の原則を転換するなど、中長期的に医療保険制度の持続可能性を高める観点から、引き続き給付の重点化・効率化に取り組む必要がある。

(3) 難病対策等の改革

希少・難治性疾患（いわゆる「難病」）への対策については、1972（昭和47）年に「難病対策要綱」が策定され、40年にわたり各種事業が推進されてきた。

特に、医療費助成は、難病が原因不明であって、治療方法が確立されていないため、長期にわたる療養が必要となり、その結果、比較的若い時期から長期にわたり高額な医療費の負担が必要となるなどといった難病特有の事情に着目して設けられてきた。

しかし、難病対策については、相対的には他の福祉制度等に隠れて光が当たってこなかった印象は否めず、対象となる疾患同様に原因不明で治療法未確立でも医療費助成の対象に選定されていないケースがあるなど疾患間の不公平が指摘され、予算面でも医療費助成における都道府県の超過負担の早急な解消が求めら

れているなど、様々な課題を抱えている。

難病で苦しんでいる人々が将来に「希望」を持って生きられるよう、難病対策の改革に総合的かつ一体的に取り組む必要があり、医療費助成については、消費税増収分を活用して、将来にわたって持続可能で公平かつ安定的な社会保障給付の制度として位置づけ、対象疾患の拡大や都道府県の超過負担の解消を図るべきである。

ただし、社会保障給付の制度として位置づける以上、公平性の観点を欠くことはできず、対象患者の認定基準の見直しや、類似の制度との均衡を考慮した自己負担の見直し等についても併せて検討することが必要である。

慢性疾患を抱え、その治療が長期間にわたる子どもについても同様の課題があり、児童の健全育成の観点から、身体面、精神面、経済面で困難な状況に置かれ、将来の展望に不安を抱えている子どもやその家族への支援として、難病対策と同様の措置を講じていく必要がある。

4 介護保険制度改革

介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題であるが、それとともに、今後の高齢化の中で、持続可能性を高めていくために、改革推進法（第7条）において、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」こと及び「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」することが求められている。

まず、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」ことについては、上記2（4）で述べた予防給付の見直しのほか、利用者負担等の見直しが必要である。介護保険制度では利用者負担割合が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視点から、一定以上の所得のある利用者負担は、引き上げるべきである。その際、介護保険は医療保険と異なり、利用者自身が利用するサービスの量を決定しやすいことなど、医療保険との相違点に留意する必要がある。

さらに、施設入所の場合には、世帯の課税状況や課税対象の所得（フロー）を勘案して、利用者負担となる居住費や食費について補足給付により助成を受けることとなっている。その結果、保有する居住用資産や預貯金が保全されることとなる可能性があり、世代内の公平の確保の観点から、補足給付に当たっては資産（ストック）も勘案すべきである。また、低所得と認定する所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金や世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう、見直すべきである。

加えて、介護を要する高齢者が増加していく中で、特別養護老人ホームは中重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められている。また、デイサービスについては、重度化予防に効果のある給付への重点化を図る必要があろう。

次に、「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」する観点からは、今後の高齢化の進展に伴う保険料水準の上昇に対応するため、低所得者の第1号保険料について基準額に乗じることにより負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置を拡充すべきである。

第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきである。

こうした取組も含め、負担の公平にも配慮しながら、介護保険料の負担をできるだけ適正な範囲に抑えつつ、介護保険制度の持続可能性を高めるため、引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組む必要がある。

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

社会保障・税一体改革に連なる動きの起点ともいえる 2008（平成 20）年に開催された社会保障国民会議においては、年金制度に関して、社会保険方式で運営されてきた歴史を持つ年金を税方式に転換する際の「移行問題」を可視化する定量的シミュレーションが行われた。具体的には、当時提唱されていた 4 つの移行方法を対象にシミュレーションが行われ、政策のフィージビリティを考える材料が提供された。

この中で納付率の低下（未納の増加）の影響もシミュレーションされ、そこで得られたファクトを基に、社会保障国民会議においては、

- ① 納付率低下（未納の増加）が原因で現行制度が財政的に破綻することはないこと
- ② 未納問題はマクロの年金財政の問題というよりは、将来の低年金者、無年金者の増大によって、国民皆年金制度の本来機能である「すべての国民の老後の所得保障」が十全に機能しなくなるという問題であること
- ③ その観点から、非正規労働者への厚生年金適用拡大や免除制度の積極的活用などの未納対策の強化、基礎年金の最低保障機能の強化等が大きな課題となること

などの考え方を示した。

その後行われた閣議決定（「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた『中期プログラム』」）では、社会保障国民会議で別途行われた医療・介護費用のシミュレーション結果も踏まえ、社会保険方式による制度運営を前提とした基礎年金の最低保障機能の強化、医療・介護の体制の充実、子育て支援の給付・サービスの強化など機能強化と効率化を図る諸改革に取り組むこととされた。

その後、政権交代を経て、社会保障・税一体改革の検討が進められたが、これらの社会保障国民会議において行われた議論は、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大や、最低保障機能の強化（最終的には、三党協議により、低所得・低年金高齢者等への福祉的な給付金として実現）等の改革メニューの下地となった。また、改革推進法の立法過程では、「社会保険方式を基本とする」ことが三党で合意された。

(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

2012（平成 24）年の社会保障・税一体改革により年金関連四法が成立した。これにより、基礎年金の国庫負担割合 2 分の 1 の恒久化や年金特例水準の解消が行われ、2004（平成 16）年改革によって導入された長期的な給付と負担を均衡させるための年金財政フレームが完成をみた。

また、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大や低所得・低年金高齢者等への福祉的給付の創設が行われ、雇用基盤の変化など社会経済状況の変化に対応した社会保障のセーフティネット強化の取組にも着手することとなった。

(3) 今後の年金制度改革の検討の視点

日本の年金制度は、2004（平成16）年改革の年金財政フレームで、将来的な負担の水準を固定し、給付を自動調整して長期的な財政均衡を図る仕組みとしたことで、対GDP比での年金給付や保険料負担は一定の水準にとどまることとなった。その意味において、今後の社会経済情勢の変化に対応して適時適切な改革を行っていくことは必要であるものの、基本的に年金財政の長期的な持続可能性は確保されていく仕組みとなっている。改善すべき課題は残されているが、現行の制度が破綻していないという認識を、一体改革関連法案の審議の過程で、当時の総理大臣も答弁している。

2012（平成24）年の改革では、実施を見送るものの、改革に至る中でマクロ経済スライドや支給開始年齢の在り方についての検討が課題として挙げられ、また、年金機能強化法の附則においても短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大が検討事項として挙げられている。

これらの課題は、上記の年金関連四法による到達点を踏まえると、「長期的な持続可能性をより強固なものとする」、「社会経済状況の変化に対応したセーフティネット機能を強化する」という2つの要請から検討すべき課題と整理できる。

今後は、2004（平成16）年改革の年金財政フレームの中で、長期的な財政均衡を前提に、限られた資金をどのような形で年金給付として分配すれば、社会的厚生を高め、国民生活の安定に寄与するか、就労インセンティブを強化するなど、年金制度においては与件である経済や雇用の活性化にいかに関与するかといった観点で検討を行い、前述した2つの要請に応えていくことが求められている。

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に当たっての現実的な制約

年金制度の本質的な役割である「稼働所得の喪失の補填」という考え方から敷衍するならば、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度とすることは、1つの理想形である。この点については、定額負担・定額給付体系を選択した国民年金創設時の議論においても意識されていたところである。

しかしながら、当時においても、また、現時点においても、我が国において、自営業者を含めた所得比例型の年金制度を目指していくために必要となる、正確で公平な所得捕捉や事業所得と給与所得を通じた保険料賦課ベースの統一（現在、給与収入全額が被用者保険料の賦課対象となっている給与所得者と課税所得ベースで保険料が賦課される事業所得者との間での公平な賦課ベースの設定）等の条件は整っていない状況にある。正確で公平な所得捕捉に向けた努力を続けるこ

とは必要であるが、現時点での政策選択としては、現実的な制約下で実行可能な制度構築を図る観点から行わなければならない。

(2) 具体的な改革へのアプローチ

当国民会議における議論を総括すると、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度とすることは、1つの理想形としてとらえることができるものの、そのための条件が成就するフィージビリティや、定年による労働市場からの引退が稼得機会の喪失を意味する被用者と、引退年齢を自分で決めることができ、多くの場合事業資産を有したまま緩やかに引退していく自営業者との違いを踏まえた年金制度の一元化をどう考えるかに関しては、その距離感や妥当性について、委員の間で認識の違いが存在した。

同時に、このような認識の違いはあるものの、条件が満たされた際に初めて可能となる将来の議論で対立して改革が進まないことは、国民にとって望ましいものではないという認識は、共有されたところである。

一方で、本来自営業者を対象者として発足した国民年金については、被保険者像は大きく変化し、農地や商店等の稼得手手段を有する自営業者は減り、短時間労働者等稼得手手段を持たず、被用者としての保障が必要な者が増加している状況にある。このような状況に対応するためには、被用者にふさわしい保障を実現するために被用者保険の適用拡大を進める必要がある。

また、個人請負のような旧来とは異なるタイプの自営業者や、無職者などの貧困リスクの高い被保険者が制度の保障の網からこぼれ落ちないようにし、負担能力に応じた負担を適切に求めていく観点から、国民年金保険料の多段階免除の積極活用や負担能力を有する滞納者に対する徴収強化を行う必要がある。

これらの対応は、所得比例年金に一元化していく立場からも通らなければいけないステップであることが、以前より、指摘されている。すなわち、年金制度については、どのような制度体系を目指そうとも必要となる課題の解決を進め、将来の制度体系については引き続き議論するという二段階のアプローチを採ることが必要である。

これに併せて、当国民会議における議論を通じて、低所得者に対するセーフティネットの強化に関しては、年金制度だけで対応するのではなく社会保障全体で対応すること、各種制度において重点的かつ公平に低所得者対策を強化していく際に必要となる所得捕捉強化について取り組んでいくべきことについても、認識が共有されたところである。

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（防貧機能）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

マクロ経済スライドによる年金水準の調整は、2009（平成 21）年の財政検証で

は約 30 年間かけて行われることとなっているが、このような長い期間の間には当然に経済変動が存在する。このため、デフレ経済からの脱却を果たした後においても、実際の物価や賃金の変動度合いによっては、スライド調整が十分に機能しないことが短期的に生じ得ることとなる。

他方で、将来の保険料負担水準を固定した以上、早期に年金水準の調整を進めた方が、将来の受給者の給付水準を相対的に高く維持することができる。

このため、マクロ経済スライドについては、仮に将来再びデフレの状況が生じたとしても、年金水準の調整を計画的に進める観点から、検討を行うことが必要である。

2009（平成 21）年の財政検証においては、約 10 年間で水準調整が完了する報酬比例部分に比べて、基礎年金の調整期間が約 30 年と長期間にわたり、水準の調整の度合いも大きくなっている。当国民会議における議論の中では、基礎年金の調整期間が長期化し水準が低下することへの懸念が示されており、基礎年金と報酬比例部分のバランスに関する検討や、公的年金の給付水準の調整を補う私的年金での対応への支援も含めた検討も併せて行うことが求められる。

（2）短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

年金制度体系をめぐる議論の整理のところに記述したように、国民年金被保険者の中に被用者性を有する被保険者が増加していることが、本来被用者として必要な給付が保障されない、保険料が納められないというゆがみを生じさせている。このような認識に立って、被用者保険の適用拡大を進めていくことは、制度体系の選択の如何にかかわらず必要なことである。

実際に、パートタイム労働者のうち、自らが主たる生計維持者となっている（主に自分の収入で暮らしている）者の割合は約 3 割に達しており、若年層の非正規雇用者の約 4 割が正社員への転換を希望しているなど、非正規雇用の労働者についても被用者としての保障の体系に組み入れていく必要性は高くなっている。

一体改革関連法によって、一定の条件下の短時間労働者約 25 万人を対象に適用拡大が行われることとなったが、被用者保険の適用対象外となる週 20 時間以上 30 時間未満で働く短時間労働者は全体で 400 万人いると推計されている。さらに今後も、適用拡大の努力を重ねることは三党の協議の中でも共有されており、法律の附則にも明記された適用拡大の検討を引き続き継続していくことが重要である。

（3）高齢期の就労と年金受給の在り方

高齢化が進展し、生涯現役社会に向けた取組が進められていく中で、高齢者の働き方と年金受給の在り方をどう組み合わせるかについても、今後の検討課題となってくる。

2009（平成 21）年の財政検証では年金制度の持続可能性が確認されている。また、

現在 2025（平成 37）年までかけて厚生年金の支給開始年齢を引き上げている途上にあり、直ちに具体的な見直しを行う環境にはないことから、中長期的課題として考える必要がある。

この際には、雇用との接続や他の社会保障制度との整合性など、幅広い観点からの検討が必要となることから、検討作業については速やかに開始しておく必要がある。

一方、世界に目を向けると、高齢化の進行や平均寿命の伸長に伴って、就労期間を伸ばし、より長く保険料を拠出してもらうことを通じて年金水準の確保を図る改革が多く先進諸国で取り組まれている。

日本の将来を展望しても、65 歳時平均余命でみると、基礎年金創設時（1986（昭和 61）年）には男性 15.52 年、女性 18.94 年だったが、現時点（2011（平成 23）年）には男性 18.69 年、女性 23.66 年と 3～5 年程度延びており、直近の人口推計（平成 24 年 1 月、中位推計）では、2060（平成 72）年時点で男性 22.33 年、女性 27.72 年と、現在よりも更に 4 年程度延びると推計されている。

労働力人口の推計（2012（平成 24）年）をみると、現在の労働力率（15 歳以上人口比約 60%）を維持するためには、雇用継続が義務化された 60 歳代前半はもとより、60 歳代後半の労働力率をかなりの程度（男性で 2010（平成 22）年 48.7% → 2030（平成 42）年 65.0%）引き上げることが必要となることが示されている。

また、これまで、年金の支給開始年齢については、将来の年金の給付規模の伸びを抑制する観点から、専ら年金財政上の問題として議論されてきた。しかし、2004（平成 16）年の制度改革によって、将来の保険料率を固定し、固定された保険料率による資金投入額に年金の給付総額が規定される財政方式に変わったため、支給開始年齢を変えても、長期的な年金給付総額は変わらない。

以上のような状況を踏まえると、今後、支給開始年齢の問題は、年金財政上の観点というよりは、平均寿命が延び、個々人の人生が長期化する中で、ミクロ的には一人一人の人生における就労期間と引退期間のバランスをどう考えるか、マクロ的には社会全体が高齢化する中で就労人口と非就労人口のバランスをどう考えるかという問題として検討されるべきものである。その際には、生涯現役社会の実現を展望しつつ、これを前提とした高齢者の働き方と「年金受給」との組合せについて、他の先進諸国で取り組まれている改革のねらいや具体的な内容も考慮して議論を進めていくことが必要である。

なお、この検討に当たっては、職務の内容と高齢者の対応可能性等も考慮し、高齢者の就業機会の幅を広げることに取り組むとともに、多様な就業と引退への移行に対応できる弾力的な年金受給の在り方について、在職老齢年金も一体として検討を進めるべきである。

（4）高所得者の年金給付の見直し

マクロ経済スライドの発動による年金水準の調整は、中長期にわたって世代間の給付と負担のバランスを図ることを通じて、年金制度の持続可能性を高めるも

のといえる。このことを考慮すると、今後は、年金制度における世代内の再分配機能を強化していくことが求められる。

この点に関して、当初一体改革関連法の内容の一部として提案された、高齢期の所得によって基礎年金の国庫負担相当分に係る給付を調整する規定については、三党協議を踏まえた修正に伴い、検討規定に移されることとなった。

世代内の再分配機能を強化する観点からの検討については、この検討規定に基づく検討のみならず、税制での対応、各種社会保障制度における保険料負担、自己負担や標準報酬上限の在り方など、様々な方法を検討すべきである。一体改革関連法には年金課税の在り方についての検討規定も設けられており、公的年金等控除を始めとした年金課税の在り方について見直しを行っていくべきである。

また、これに併せて、公的年金等控除や遺族年金等に対する非課税措置の存在により、世帯としての収入の多寡と低所得者対策の適用が逆転してしまうようなケースが生じていることが指摘されており、世代内の再分配機能を強化するとともに、給付と負担の公平を確保する観点から検討が求められる。

4 世代間の連帯に向けて

(1) 国際的な年金議論の動向

先進諸国の年金制度やその改革動向をレビューしているOECDのレポート(Pensions at a Glance 2011)では、

- ① 年金政策は常に「給付額の十分性」と「制度の持続可能性」という相矛盾する要請を抱え、そのディレンマの中での舵取りがより困難になっていること
- ② このディレンマから抜け出すルートとして、「就労期間の長期化」、「公的年金の支給努力の対象の中心を最も脆弱な人々とする」、「進行中又は今後必要となる公的給付の削減を補完するために、退職後のための貯蓄を奨励すること」の3つが挙げられること

を指摘している。これらは先進諸国の年金改革に共通する事項であるが、日本が直面する課題とも一致する。

また、本年1月にIMFの主催で開催された「世界危機後のアジアにおける財政的に持続可能かつ公平な年金制度の設計」と題した会合において、

- ① 年金制度で鍵になる変数は将来の生産物であり、積立方式と賦課方式は、単に、将来の生産物に対する請求権を制度化するための財政的な仕組みが異なるにすぎず、積立方式は、人口構造の変化の問題を自動的に解決するわけではないこと
- ② 年金財政問題の解決策は、(i) 平均年金月額の下げ、(ii) 支給開始年齢の上げ、(iii) 保険料の上げ、(iv) 国民総生産の増大政策の4つしかなく、これらのアプローチが含まれていない年金財政改善方策はいずれも幻想にすぎないこと

が明快にプレゼンテーションされている。

これらは、国際的な年金議論の到達点ともいえるものであり、日本における改革の議論も、このような考え方に立脚して進めるべきものである。

(2) 世代間の公平論に関して

個人が納付した、あるいはこれから納付することとなる保険料累計額の現在価値と、受け取った、あるいはこれから受け取ることとなる年金給付累計額の現在価値を比較して、世代によってこの関係が異なることをもって、世代間の不公平を指摘されることがしばしばある。

しかしながら、いわゆる中立命題の本質である私的な扶養と公的な扶養の代替を考えれば、年金制度の中だけで自分が払った保険料と自分が受け取る年金給付を比較する計算は、本来の意味での世代間の公平を表すものではない。仮に、公的年金が存在しなければ、その分同様に私的な扶養負担が増えることとなるだけであり、私的扶養の代替という年金制度が持つ本来機能を踏まえた議論が必要である。

さらに、公的年金制度は、寿命の不確実性のリスクや生涯を通じた所得喪失（障害年金、遺族年金）への対応といった保険としての機能を有しているが、例えば障害年金の周知度は50%程度にとどまって（2011（平成23）年国民年金被保険者実態調査）おり、このような機能の再認識が必要である。

残念ながら、世間に広まっている情報だけではなく、公的に行われている年金制度の説明や年金教育の現場においてさえも、給付と負担の倍率のみに着目して、これが何倍だから払い損だとか、払った以上にもらえるとか、私的な扶養と公的な扶養の代替性や生涯を通じた保障の価値という年金制度の本質を考慮しない情報引用が散見され、世代間の連帯の構築の妨げとなっている。年金教育、年金相談、広報などの取組については、より注意深く、かつ、強力に進めるべきである。

一方で、世代間の不公平の主張の背景には、給付は高齢世代中心で負担は現役世代中心という日本の社会保障の構造や、必要な給付の見直しに対する抵抗感の強さ、制度に対する信頼感の低下や不安感の増加があることも忘れてはならない。諸外国では、家族政策や就労支援等現役世代を給付対象とした給付も一定の規模を占めるほか、年金制度において給付と負担の均衡度合いや平均寿命の伸長等にリンクして給付の調整を行うメカニズムの導入が進められている。日本においても、次世代支援など未来への投資の拡充による「全世代対応型」への転換を進めるとともに、持続可能性と将来の給付の確保に必要な措置を着実に進めるメカニズムを制度に組み込んでいくことも求められるところである。

(3) 将来の生産の拡大こそが重要

IMF会合における指摘を待つまでもなく、年金制度の持続可能性を高めるためには、年金制度にとって与件である経済の成長や雇用の拡大、人口減少の緩和

が重要である。

このため、高齢者や女性、若者の雇用を促進する対策や、仕事と子育ての両立支援の強化に取り組むとともに、年金制度においても、働き方に中立的な制度設計、働いて保険料を納付したことが給付に反映する形で透明感、納得感を高める改革が必要である。

例えば、第3号被保険者制度については、多くの女性の生涯設計に影響を持つ制度となっており、国民の間にある多様な意見に耳を傾けつつ、方向性としては、短時間労働者の被用者保険適用を拡大していくことなど、制度の支え手を増やす方向で検討を進めるべきである。また、一体改革関連法で、産休期間中の厚生年金保険料が免除されることとなったが、さらに、検討規定とされた第1号被保険者の出産前後の保険料免除に関しても、年金制度における次世代育成への配慮を一層強化する観点からの対応が求められる。

(4) 財政検証と制度改正の議論

少なくとも5年に1度実施することとされている年金制度の財政検証については、来年実施されることとなっているが、一体改革関連で行われた制度改正の影響を適切に反映することはもちろん、単に財政の現況と見通しを示すだけでなく、上記に示した課題の検討に資するような検証作業を行い、その結果を踏まえて遅滞なくその後の制度改正につなげていくべきである。

社会保障制度改革国民会議 委員名簿

- 伊藤 元重 東京大学大学院経済学研究科教授
- 遠藤 久夫 学習院大学経済学部長
- 大島 伸一 国立長寿医療研究センター総長
- 大日向雅美 恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授
- 権丈 善一 慶應義塾大学商学部教授
- 駒村 康平 慶應義塾大学経済学部教授
- 榊原 智子 読売新聞東京本社編集局社会保障部次長
- 神野 直彦 東京大学名誉教授
- ◎ 清家 篤 慶應義塾長
- 永井 良三 自治医科大学学長
- 西沢 和彦 日本総合研究所調査部上席主任研究員
- 増田 寛也 野村総合研究所顧問
- 宮武 剛 目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
- 宮本 太郎 中央大学法学部教授
- 山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授

◎は会長、○は会長代理

社会保障制度改革国民会議の開催実績

第1回（平成24年11月30日）

- ・会長の選任、会長代理の指名、会議運営規則の決定
- ・意見交換

第2回（平成24年12月7日）

- ・社会保障4分野のこれまでの取組状況及び今後の課題について意見交換

第3回（平成25年1月21日）

- ・第1回・第2回国民会議における主な議論の確認及び意見交換

第4回（平成25年2月19日）

- ・ヒアリング及び意見交換
日本経済団体連合会、経済同友会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会

第5回（平成25年2月28日）

- ・ヒアリング及び意見交換
全国知事会、全国市長会、全国町村会、財政制度等審議会

第6回（平成25年3月13日）

- ・国民会議におけるこれまでの議論の確認及び「基本的な考え方」の整理に向けた議論
- ・これまでの議論の積み重ね等の共有（医療・介護シミュレーション等）

第7回（平成25年3月27日）（医療・介護①）

- ・関係者を交えての議論
日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、
四病院団体協議会、全国老人福祉施設協議会、民間介護事業推進委員会

第8回（平成25年4月4日）（医療・介護②）

- ・関係者を交えての議論
健康保険組合連合会、全国健康保険協会、国民健康保険中央会、
全国後期高齢者医療広域連合協議会

第9回（平成25年4月19日）（医療・介護中心③）

- ・委員プレゼンテーション（医療・介護）
- ・関係者を交えての議論
日本医師会
※懇談会

第10回（平成25年4月22日）（医療・介護④）

- ・これまでの議論の整理（医療・介護）

第11回（平成25年5月9日）（少子化対策①）

- ・委員プレゼンテーション等（少子化対策）

第12回（平成25年5月17日）（少子化対策②、年金①）

- ・これまでの議論の整理（少子化対策）
- ・委員プレゼンテーション等（年金）

第13回（平成25年6月3日）（年金②）

- ・これまでの議論の整理（年金）

第14回（平成25年6月10日）

- ・2巡目の議論①

第15回（平成25年6月13日）

- ・2巡目の議論②

第16回（平成25年6月24日）

- ・2巡目の議論③

第17回（平成25年7月12日）

- ・報告書のとりまとめに向けた議論

第18回（平成25年7月29日）

- ・報告書のとりまとめに向けた議論

第19回（平成25年8月2日）

- ・報告書のとりまとめに向けた議論

第20回（平成25年8月5日）

- ・報告書のとりまとめ

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

目次

第一章 総則（第一条）

第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等（第二条―第六条）

第三章 社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議

第一節 社会保障制度改革推進本部（第七条―第十七条）

第二節 社会保障制度改革推進会議（第十八条―第二十七条）

第四章 雑則（第二十八条・第二十九条）

附則

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、社会保障制度改革推進法（平成二十四年法律第六十四号）第四条の規定に基づく法制

上の措置として、同法第二条の基本的な考え方にのっとり、かつ、同法第二章に定める基本方針に基づき

る。

(少子化対策)

第三条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、その基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、就労、結婚、妊娠、出産、育児等の各段階に応じた支援を切れ目なく行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、子ども・子育て支援（子ども・子育て支援法（平成二十四年法律第六十五号）第七条第一項に規定する子ども・子育て支援をいう。以下この項において同じ。）の量的拡充及び質の向上を図る観点並びに職業生活と家庭生活との両立を推進する観点から、幼児期の教育及び保育その他の子ども・子育て支援の総合的な提供、平成二十五年六月十四日に閣議において決定された経済財政運営と改革の基本方針に記載された待機児童解消加速化プランその他の子ども・子育て支援の実施に当たって必要となる次に掲げる措置その他の必要な措置を着実に講ずるものとする。

- 一 子ども・子育て支援法第十一条に規定する子どものための教育・保育給付及び同法第五十九条に規定する地域子ども・子育て支援事業の実施のために必要な措置

二 子ども・子育て支援法附則第十条第一項に規定する保育緊急確保事業の実施のために必要な措置

三 保育の量的拡充のために必要な都道府県及び市町村（特別区を含む。次条第七項第一号ロにおいて同じ。）以外の者の設置する保育所における保育を行うことに要する保育費用についての児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）第五十三条の規定による国庫の負担

四 社会的養護の充実に当たって必要となる児童福祉法第三十七条に規定する乳児院、同法第三十八条に規定する母子生活支援施設、同法第四十一条に規定する児童養護施設、同法第四十三条の二に規定する情緒障害児短期治療施設又は同法第四十四条に規定する児童自立支援施設に入所等をする子どもの養育環境等の整備のために必要な措置

2 政府は、前項の措置については、全世代対応型の社会保障制度の構築を目指す中で、少子化対策を全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、幅広い観点からこれを講ずるものとする。

3 政府は、第一項の措置を講ずるほか、子ども・子育て支援法附則第二条第二項の規定に基づき、平成二十七年以降の次世代育成支援対策推進法（平成十五年法律第二百十号）の延長について検討を加え、必

要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(医療制度)

第四条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、医療保険各法

(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。)

第七条第一項に規定する医療保険各法をいう。第七項第二号ニにおいて同じ。)による医療保険制度及び

高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度(同項において「医療保険制度等」という。)に原則として

全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。

2 政府は、個人の選択を尊重しつつ、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励するものとする。

3 政府は、健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進することにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保するため、情報通信技術、診療報酬請求書等を適正に活用しながら、地方公共団体、保険者(高齢者医療確保法第七条第二項に規定する保険者をいう。)、事業者等の多様な主体

による保健事業等の推進、後発医薬品の使用及び外来受診の適正化の促進その他必要な措置を講ずるものとする。

4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療及び在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病院又は診療所（以下このイにおいて「病院等」という。）の管理者が、当該病院等有する病床の機能に関する情報を、当該病院等の所在地の都道府県知事に報告する制度の創設

ロ イに規定する制度により得られる病床の機能に関する情報等を活用した都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化その他の当該構想を実現するために必要な方策

ハ 次に掲げる事項に係る新たな財政支援の制度の創設

- (1) 病床の機能の分化及び連携等に伴う介護サービス（介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスをいう。次条第二項において同じ。）の充実

- (2) 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機関の施設及び設備の整備等の推進

ニ 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

二 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保及び勤務環境の改善

三 医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

6 政府は、第四項の措置を平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険（国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）第三条第一項の規定により行われるものに限る。以下この項において同じ。）に対する財政支援の拡充

ロ 国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和二十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号及び次号において同じ。）の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と

市町村において適切に役割を分担するために必要な方策

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成二十五年法律第二十六号）附則第二条に規定する所要の措置

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ 被用者保険等保険者（国民健康保険法附則第十条第一項に規定する被用者保険等保険者（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第二百二十三条第一項の規定による保険者としての全国健康保険協会を除く。）をいう。以下このロ及び次条第四項において同じ。）に係る高齢者医療確保法第百十八条第一項に規定する後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬総額（国民健康保険法附則第十二条第一項に規定する標準報酬総額をいう。次条第四項において同じ。）に応じた負担とすること。

ハ 被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

二 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等（医療保険各法（国民健康保険法を除く。）

）に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。）の上限額の引上げ

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

八 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを指すものとする。

九 政府は、第七項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

一〇 政府は、この法律の施行の際現に実施されている難病及び小児慢性特定疾患（児童福祉法第二十一条の五に規定する医療の給付の対象となる疾患をいう。以下この項において同じ。）に係る医療費助成につい

て、難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度（以下この項において「新制度」という。）を確立するため、新制度の確立に当たって、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 新制度を制度として確立された医療の社会保障給付とすること。

二 新制度の対象となる疾患の拡大

三 新制度の対象となる患者の認定基準の見直し

四 新制度の自己負担の新制度以外の医療費に係る患者の負担の軽減を図る制度との均衡を考慮した見直し

11 政府は、前項の措置を平成二十六年年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを旨とする。

（介護保険制度）

第五条 政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個

人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。

2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第百十五条の四十五に規定する地域支援事業の見直しによる次に掲げる事項

イ 在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化

ロ 多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策

二 前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し

三 一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し

四 介護保険法第五十一条の三の規定による特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し

五 介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し

六 介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

3 政府は、前項の措置を平成二十七年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを旨とする。

4 政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第一百五十一条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措

置を講ずるものとする。

(公的年金制度)

第六条 政府は、次に掲げる措置の着実な実施のための措置を講ずるものとする。

一 年金生活者支援給付金の支給に関する法律（平成二十四年法律第百二号）に基づく年金生活者支援給付金の支給

二 公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十二号）に基づく基礎年金の国庫負担割合の二分の一への恒久的な引上げ、老齢基礎年金の受給資格期間の短縮及び遺族基礎年金の支給対象の拡大

三 前二号に掲げるもののほか、前二号に規定する法律、被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十三号）及び国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第九十九号）に基づく措置

2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関

連する制度について、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 国民年金法（昭和三十四年法律第四百十一号）及び厚生年金保険法（昭和二十九年法律第一百五号）の調整率に基づく年金の額の改定の仕組みの在り方

二 短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大

三 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方

四 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

第三章 社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議

第一節 社会保障制度改革推進本部

（設置）

第七条 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、内閣に、社会保障制度改革推進本部（以下「本部」という。）を置く。

（所掌事務）

第八条 本部は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 前章の措置についてその円滑な実施を総合的かつ計画的に推進すること。
- 二 前章の措置についてその実施状況の総合的な検証を行うこと。
- 三 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革について、前号の検証の結果に基づき、必要があると認めるときは、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、当該改革に関する企画及び立案並びに総合調整を行うこと。

四 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革について、社会保障制度改革推進会議が第十九条の規定による意見を述べた場合において、必要があると認めるときは、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、当該改革に関する企画及び立案並びに総合調整を行うこと。

(組織)

第九条 本部は、社会保障制度改革推進本部長、社会保障制度改革推進副本部長及び社会保障制度改革推進本部員をもって組織する。

(社会保障制度改革推進本部長)

第十条 本部長は、社会保障制度改革推進本部長（以下「本部長」という。）とし、内閣総理大臣をもつて充てる。

2 本部長は、本部の事務を総括し、所部の職員を指揮監督する。

(社会保障制度改革推進副本部長)

第十一条 本部に、社会保障制度改革推進副本部長（次項及び次条第二項において「副本部長」という。）を置き、国務大臣をもつて充てる。

2 副本部長は、本部長の職務を助ける。

(社会保障制度改革推進本部員)

第十二条 本部に、社会保障制度改革推進本部員（次項において「本部員」という。）を置く。

2 本部員は、次に掲げる者（第一号から第四号までに掲げる者にあつては、副本部長に充てられたものを除く。）をもつて充てる。

一 内閣官房長官

二 総務大臣

三 財務大臣

四 厚生労働大臣

五 前各号に掲げる者のほか、本部長及び副本部長以外の国务大臣のうちから、内閣総理大臣が指定する者

(資料の提出その他の協力)

第十三条 本部は、その所掌事務を遂行するため必要があるときは、国の行政機関、地方公共団体、独立行政法人（独立行政法人通則法（平成十一年法律第百三十三号）第二条第一項に規定する独立行政法人をいう。）及び地方独立行政法人（地方独立行政法人法（平成十五年法律第百十八号）第二条第一項に規定する地方独立行政法人をいう。）の長並びに特殊法人（法律により直接に設立された法人又は特別の法律により特別の設立行為をもって設立された法人であつて、総務省設置法（平成十一年法律第九十一号）第四条第十五号の規定の適用を受けるものをいう。）の代表者に対して、資料の提出、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができる。

2 本部は、その所掌事務を遂行するため特に必要があると認めるときは、前項に規定する者以外の者に対しても、必要な協力を依頼することができる。

(事務)

第十四条 本部に関する事務は、内閣官房において処理し、命を受けて内閣官房副長官補が掌理する。

(設置期限)

第十五条 本部は、その設置の日から起算して五年を超えない範囲内において政令で定める日まで置かれるものとする。

(主任の大臣)

第十六条 本部に係る事項については、内閣法（昭和二十二年法律第五号）にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

(政令への委任)

第十七条 この法律に定めるもののほか、本部に関し必要な事項は、政令で定める。

第二節 社会保障制度改革推進会議

(設置)

第十八条 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、内閣に、社会保障制度改革推進会議（以下「会議」という。）を置く。

(所掌事務)

第十九条 会議は、次に掲げる事務をつかさどる。

一 中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革について、前章の措置の進捗状況を把握するとともに、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、平成三十七年を展望しつつ、総合的に検討を行い、その結果に基づき、内閣総理大臣に意見を述べること。

二 内閣総理大臣の諮問に応じ、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革について、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、調査審議し、その結果に基づき、内閣総理大臣に意見を述べること。

(組織)

第二十条 会議は、委員二十人以内をもって組織する。

(委員)

第二十一条 委員は、優れた識見を有する者のうちから、内閣総理大臣が任命する。

2 委員は、非常勤とする。

(議長)

第二十二条 会議に、議長を置き、委員の互選により選任する。

2 議長は、会務を総理する。

3 議長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

(事務)

第二十三条 会議に関する事務は、内閣官房において処理し、命を受けて内閣官房副長官補が掌理する。

(設置期限)

第二十四条 会議は、第十五条の政令で定める日以前の政令で定める日まで置かれるものとする。

(主任の大臣)

第二十五条 会議に係る事項については、内閣法にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

(本部に関する規定の準用)

第二十六条 第十三条の規定は、会議について準用する。

(政令への委任)

第二十七条 この法律に定めるもののほか、会議に関し必要な事項は、政令で定める。

第四章 雑則

(財源の確保)

第二十八条 第二章の措置のうち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係るものについては、社会保障の安定財源の確保及び財政の健全化を同時に達成することを目指す観点から、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律（平成二十四年法律第六十八号）の施行により増加する消費税の収入及び社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための地方税法及び地方交付税法の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十九号）の施行により増加する地方消費税の収入の活用並びに同章の措

置を講ずることによる社会保障の給付の重点化及び制度の運営の効率化により必要な財源を確保しつつ、講ずるものとする。

(地方自治に重要な影響を及ぼす措置に係る協議)

第二十九条 政府は、第四条第四項第一号イからハまで及び第二号に掲げる事項に係る同項の措置、同条第七項第一号ロに掲げる事項に係る同項の措置その他第二章の措置のうち地方自治に重要な影響を及ぼすと考えられるものを講ずるに当たっては、全国的連合組織（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百六十三条の三第一項に規定する全国的連合組織で同項の規定による届出をしたものをいう。）の代表者その他の関係者と十分に協議を行い、当該措置についてこれらの者の理解を得ることを目指すものとする。

附 則

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 第三章第一節の規定 公布の日から起算して一月を超えない範囲内において政令で定める日

二 第三章第二節の規定 公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日

(被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の一部改正)

第二条 被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の一部を次のように改正する。

附則第百五十九条の三の次に次の一条を加える。

(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律の一部改正)

第百五十九条の四 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成二十五年

法律第 号)の一部を次のように改正する。

第四条第七項第二号ニ中「標準報酬の月額、給料の額及び標準給与」を「及び標準報酬」に改める。

(子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の

一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の一部改正)

第三条 子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法

律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成二十四年法律第六十七号）の一部を次のように改正する。

第六十六条を次のように改める。

（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律の一部改正）

第六十六条 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成二十五年法律第

号）の一部を次のように改正する。

第三条第一項第三号を削り、同項第四号中「児童福祉法」の下に「（昭和二十二年法律第百六十四号）」を加え、同号を同項第三号とする。

第四条第七項第一号口中「市町村」の下に「（特別区を含む。）」を加える。

附則中第五号を削り、第六号を第五号とする。

理由

社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革について、その全体像及び進め方を明らかにするとともに、その推進に必要な体制を整備すること等により、これを総合的かつ集中的に推進するとともに、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革を推進する必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

医療法等改正に関する意見

平成25年12月27日
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、平成23年12月22日に、「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめており、これを受けて、厚生労働省においては、関連する検討会等が設けられ、医療法等の改正に向けての検討が行われてきた。

また、平成24年2月には、社会保障・税一体改革大綱が閣議決定され、社会保障制度改革の方向性が示された。同年8月には、社会保障制度改革推進法が公布・施行され、これに基づき、同年11月に社会保障制度改革国民会議が設置され、社会保障制度改革の内容について、具体的な議論が行われた。この議論については、平成25年8月6日に、社会保障制度改革国民会議報告書として取りまとめられ、これを踏まえ、政府において、同年10月に、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案を国会に提出し、同年12月5日に成立したところである。

こうした政府の社会保障制度改革全体の検討を踏まえ、社会保障審議会医療部会においては、本年6月より10回にわたり、医療提供体制の改革の具体的内容について、さらに議論を深めてきたところであり、これまでの議論を踏まえ、医療法等改正に関する意見を以下のとおり取りまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を十分踏まえ、制度見直しが必要な事項についての法律改正案を次期通常国会に提出する等、改革に早急に取り組み、着実に実施されたい。

I 基本的な考え方

- 今後、高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図るとともに、同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要である。
- また、今後、認知症高齢者、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加していくことも踏まえれば、地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制）を構築することが求められ、そのためには、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供されることが必要であり、医療と介護の連携をさらに推進する必要がある。
- さらに、我が国の医療提供体制については、医療人材の確保の面では、
 - ・ 医師等の地域間・診療科間での偏在
 - ・ 医療需要の多様化、医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴う医療スタッフの業務増大
 - ・ 長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など、厳しい勤務環境といった課題があり、限られた医療資源を有効活用し、良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医師等の偏在の是正、チーム医療の推進、看護職員の確保、医療機関の勤務環境の改善等に取り組む必要がある。
- 加えて、医療事故に係る調査の仕組みを確立することや、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進すること、医療法人に関する制度の見直し等、医療を取り巻く環境の変化に対応した改革も求められている。
- こうした課題に対処し、医療提供体制の改革を進めるため、以下に記載した事項について、実効性ある取組を行っていくべきである。

Ⅱ 具体的な改革の内容について

1. 医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進について

(1) 病床機能報告制度の創設

- 医療機能の分化・連携の推進にあたっては、地域において、それぞれの医療機関が担っている医療機能の情報を把握し、分析することが必要であることから、医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位を基本として、都道府県に報告する仕組みを、医療法上の制度として設けるべきである。
- 医療機能の名称は高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能の4区分とし、一般病床及び療養病床を有する医療機関は各医療機能の内容に照らして、病棟ごとにこの中からいずれか1つを選択して、都道府県に報告することとする。ただし、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、医療機関が併せて報告する具体的な報告事項については、提供している医療の内容が正確な実績として明らかとなるようなものとする必要がある。
- また、具体的な報告事項については、医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、都道府県での地域医療ビジョンを策定する上で必要な情報と、患者・住民・他の医療機関に明らかにする情報を求めることとすべきである。
- 医療機関から都道府県に報告された情報については、患者・国民に分かりやすい形に工夫して公表し、患者・国民の医療機関の選択に資するようにすべきである。
- また、各医療機能の内容（報告の基準）は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値で示すことは困難であるため、制度開始当初は定性的なものとするが、今後、報告内容を分析して、定量的なもの（指標）としていくべきである。
- なお、具体的な報告事項やその公表のあり方等については、引

き続き、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において検討するとともに、各医療機能の区分とそれぞれの内容等については、今後、報告された内容を分析し、その結果に基づき、必要に応じて、見直しがあり得るものである。

(2) 地域医療ビジョンの策定

- 都道府県においては、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進め、医療資源の適正な配分を図ることにより、今後、高齢化の進展により増大する医療・介護サービスの需要に対応できる地域医療提供体制を構築するために、地域医療ビジョンを策定することが必要である。
- 地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の将来の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとし、これを都道府県は医療計画の一部として策定することとすべきである。
- 地域医療ビジョンでは、主に以下の内容について定めることとすべきである。
 - ・ 2025年の医療需要
入院・外来別、疾患別患者数 等
 - ・ 2025年に目指すべき医療提供体制
二次医療圏等（在宅医療については市町村等を単位）ごとの医療機能別の必要量
 - ・ 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保・養成等
- 国においては、今後、地域医療ビジョンのより詳細な内容を検討し、策定のためのガイドラインを作成することとするが、その際には、都道府県、医療者及び医療保険関係者等も参画する検討会を設置し、具体的な検討を行うこととすべきである。
- また、このガイドラインにおいては、二次医療圏等ごとの医療

需要の将来推計、医療機能別の将来の必要量を算出するための標準的な計算式等を示すこととするが、必要量の算出に当たっては、都道府県が地域の事情等の合理的な理由に基づき、一定の範囲で補正を行うことができるようにすべきである。

- 地域医療ビジョンの策定スケジュールについては、平成 26 年度中に病床機能報告制度を開始し、これにより報告された内容を踏まえて、国において、同年度中に地域医療ビジョンのガイドラインを策定するようにすべきである。

それを受けて、都道府県においては、平成 27 年度から平成 28 年度にかけて地域医療ビジョンを策定できるようにすべきであるが、その際には、都道府県の業務負担等も考慮しつつ、都道府県が地域の実情を踏まえて、積極的に考えて、各都道府県にふさわしい地域医療ビジョンを策定することができるよう、策定期限については、一定の幅のあるものとすべきである。

- また、地域医療ビジョンは、医療計画と同様に、医療法の規定に沿って、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療審議会及び市町村の意見を聴くとともに、病院団体を含めた幅広い関係者の参画も得ながら、策定されるべきである。その内容については、医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療を適切に推進していく観点から、今後、定期的に見直し、記載された各項目がより精緻なものとなるようにする必要がある。

(3) 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）

- 医療機能の分化・連携については、まずは、病床機能報告制度によって、医療機関がその有する病床で担っている医療機能の現状を国及び都道府県が把握・分析し、その結果を踏まえて、都道府県において策定される地域医療ビジョンによって、二次医療圏等ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が示されることで、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、進められることを前提とすべきである。
- また、国及び都道府県は、医療機関の自主的な取組を支援し、また、医療機関相互の協議を実効的なものとするために、以下の

措置を講ずるべきである。

① 「協議の場」の設置

- ・ 都道府県は、医療機関や医療保険者等の関係者が参加し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」を設置することとする。
- ・ また、この「協議の場」の協議の実効性を高めるため、医療機関に対して、「協議の場」への参加及び「協議の場」での合意事項への協力の努力義務等を設けることとする。
なお、その組織運営は、公平・公正に行われる必要がある。

② 医療保険者の意見を聴く仕組みの創設

- ・ 都道府県が医療計画を策定する際には、医療保険者の意見を聴くこととする。
- ・ その際には、都道府県ごとに設けられている医療保険者による協議会である保険者協議会の意見を聴くことも必要である。

③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（後述）

④ 新たな財政支援の仕組みの創設（後述）

○ こうした措置を通じて、医療機関による自主的な取組や医療機関相互の協議を実効的なものとし、機能分化・連携を進め、地域医療ビジョンの必要量に向けて病床数を収れんさせていくことが基本となるものである。

○ ただし、仮に、「協議の場」の合意に従わない一部医療機関が現れ、地域医療ビジョンで定めた必要量に照らして過剰な医療機能の病床をさらに増やそうとする場合や、何らかの事情により「協議の場」が機能しなくなり、機能分化・連携が進まない場合等については、これに対処するために、都道府県の役割として、以下の措置を設ける必要がある。

○ その際、以下の措置については、都道府県において、合理的な根拠に基づき、運用されることが重要である。

[病院の新規開設・既存医療機関による増床]

- 都道府県知事は、医療計画の達成上必要な場合には、新規開設・増床の許可の際に、不足している医療機能を担うことを条件に付し、事後的にその遵守を求めることとする。

[既存医療機関による医療機能の転換]

① 既存医療機関が必要量に照らし過剰な医療機能に転換しようとする場合

- 都道府県知事は、あらかじめ、医療機関に対して、医療審議会での説明や転換計画書の提出を求めた上で、転換にやむを得ない事情がないと認める場合には、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請・指示することができることとする。
- 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、現行の医療法上の措置（※）に加えて以下の措置を講ずることができることとする。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
 - ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し
(注) 将来的には、過剰な医療機能の病床への転換について診療報酬による対応を行うかどうかについても検討する必要がある。
- 上記の措置によっても、過剰な医療機能への転換を行った限定的なケースにおいては、一定の手続を経た上で、過剰な医療機能に転換した当該病床に限って、国が保険医療機関の指定を行わないとすることも考えられる。これについては、こうした措置を導入すべきとの意見もある一方、入院患者に与える影響も考慮し、慎重な対応が必要との意見もあることから、今後の機能分化・連携の進捗状況も見ながら、引き続き、検討する必要がある。

※ 現行の医療法においても、管理者が管理をなすのに適さない
と認めるときは開設者に対して管理者の変更を命ずることや、
公的医療機関の開設者に対して、運営に関して必要な指示を行

うこと等ができることとなっている。

② 「協議の場」が何らかの事情により機能しなくなり、医療機関の自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合

- ・ 現行の医療法において、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関等の一定期間稼働していない病床の削減を命令することができることとなっているが、これに加えて、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、公的医療機関等以外の医療機関の一定期間稼働していない病床についても、一定期限までの稼働又は削減の要請を行うことができることとする。
- ・ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関については、過剰な医療機能から不足している医療機能への転換や回復期機能等の充実等の指示を行うことができることとする。
公的医療機関以外の医療機関については、同様の要請を行うことができることとする。
- ・ 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、上記①の場合のイ・ロの措置を講ずることができることとする。

(4) 在宅医療の充実、医療と介護の連携の推進等

① 在宅医療の充実

- 医療機能の分化・連携の推進により、入院医療の強化を図ると同時に退院後の生活を支える在宅医療、外来医療及び介護サービスを充実させる必要があり、また、地域包括ケアシステムの構築のためには、医療と介護の連携をさらに推進し、医療・介護サービスの提供体制を一体的に整備していく必要がある。
- 在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、国、都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等と協働して推進する必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制

(在宅医療を担う病院、診療所、薬局及び訪問看護事業所等)については、市町村の意向を踏まえ、都道府県と市町村で協議を行い、都道府県は、市町村間の調整及び分析を行った上で、適切な圏域を設定し、医療計画の中に在宅医療の提供体制の整備目標を定めることが必要である。

- 在宅医療の提供体制の充実に係るこうした都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にする必要がある。
- また、在宅医療の提供体制の充実のためには、在宅医療に取り組む人材の確保及び育成を推進する観点から、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や在宅医療に関わる医療従事者の資質向上のための研修等を実施する必要がある。また、副主治医の確保など在宅医療に取り組む関係者の負担軽減の取組や、後方病床の確保や救急医療との連携などのバックアップ体制を構築することも重要である。都道府県は、各関係団体や市町村等がこうした取組を実施していくことができるよう支援する必要がある。

② 医療と介護の連携の推進

- 平成 23・24 年度に実施した在宅医療連携拠点事業では、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したなどの効果が得られている。さらに、平成 25 年度から実施している在宅医療推進事業の成果も踏まえ、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における在宅医療・介護の連携拠点としての機能の構築といった医療と介護の連携の推進について、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととする方向で議論が進められている。
- 市町村が主体となった取組を進めるためには、国、都道府県においては、これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村への支援として、これまでの在宅医療連携拠点事業で蓄積されたノウハウや地域の先駆的事例を情報提供すること等が必要である。なお、都道府県は広域的に対応する必要がある調整等に

ついて保健所を通じて市町村の支援を行うことも重要である。

また、市町村や地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等において、医療と介護の連携体制の構築を進めるにあたり、各市町村で中心的役割を担うリーダーや医療と介護に精通した連携のコーディネーターとなる人材育成等が必要であり、その支援を行っていくことが求められる。

- さらに、高齢者だけではなく、NICU（新生児集中治療室）で長期の療養を要した小児などについても、在宅において必要な医療・福祉サービス等を受けることができ、地域で安心して療養できるよう、福祉や教育などとも連携し、地域で在宅療養を支える体制を構築することが必要である。
- 現在、モデル事業として小児等在宅医療連携拠点事業を実施しているが、今後、できるだけ多くの地域で、医療・福祉・教育が十分に連携できるような体制を構築していくことが重要である。また、在宅医療については多様なニーズがあることから、今後構築される在宅医療・介護連携拠点の機能等を活用しつつ、多様なニーズに幅広く対応できるような方向性を目指すべきである。

③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化

- 医療・介護サービスの提供体制の一体的な整備を進めるため、医療計画について、介護保険事業支援計画との整合性及び一体性の確保の観点から以下の見直しを行うべきである。
 - ・ 国が定める医療計画の基本方針及び介護保険事業支援計画の基本指針を整合的なものとして策定することとする。
 - ・ 医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分は中間年（3年）で必要な見直しを行うこととする。
- 在宅医療の提供体制や在宅医療と介護の連携を推進するため、医療計画について、以下の見直しを行うべきである。

- ・ 地域医療ビジョンの中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込むこととする。
 - ・ 在宅医療と介護の連携等に係る市町村の役割を医療計画の中においても明確に位置づけ、市町村が主体となって推進していくこととする。
- 国・都道府県・市町村においては、医療・介護サービスに係るこうした統合的な基本方針や計画を策定し、実行していくために、医療、介護及び保健福祉等の関係者による協議を行うこととする。

(5) 国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民（患者）の役割・責務

- 病床機能報告制度及び地域医療ビジョンの導入を踏まえた国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民（患者）の一定の役割・責務について、医療法に位置づけることを検討すべきである。

(6) 今後の検討課題

- 上記の枠組みにより、医療機能の分化・連携を進めることとするが、今後の進捗状況を勘案し、必要に応じて、更なる機能分化・連携の推進のための方策について、検討すべきである。
- なお、特定機能病院及び地域医療支援病院については、医療を取り巻く様々な環境の変化を踏まえ、早急に承認要件を見直す必要がある。また、今後、医療機関の機能分化・連携の推進の動向等を踏まえ、特定機能病院の更新制度の導入も含め、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方について検討すべきである。

2. 地域の実情に応じた医師・看護師等の確保対策

(1) 医師確保対策

- 医師の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題であり、この解消にさらに取り組むため、以下の施策を実施すべきである。

その際には、偏在の状況を客観的に把握し、明確にすることが必要である。

- 医師の偏在の是正については、医師が自ら医師不足地域で勤務することを希望するようなキャリアアップの支援等の環境整備と併せて行うことが重要である。
- したがって、現在、国庫補助事業として実施している地域医療支援センターについて、キャリア形成支援と併せた医師の地域偏在・診療科偏在の解消の取組をさらに進めるため、地域医療対策協議会で定めた施策のうちのこれらの取組を実施する地域医療支援センターの機能を医療法に位置づける。
- 地域医療支援センターの機能は、そのための組織を必要とするものではなく、また、都道府県が自ら行うことに限らず、病院や大学、公益法人等に委託することも可能とする。
ただし、委託する場合にも、都道府県が適宜、責任を持って状況を把握し、対応することが必要である。
- 都道府県知事が、医師不足病院等への医師派遣要請を病院の開設者等に対して行うことができることを医療法上、明確化する。
都道府県知事による医師派遣要請等については、地域医療支援センターの機能を担う者がこれに関与できることとする。
- また、地域医療対策協議会で定めた医療従事者の確保に関する施策その他都道府県において必要とされる医療の確保に関する施策については、現在、公的医療機関にはこれに協力する義務が、医療従事者にはこれに協力する努力義務が設けられているところであるが、医師確保の取組の実効性をもたせるため、当該施策への協力の努力義務の対象とする医療関係者の範囲を広げることとする。
具体的には、地域医療対策協議会の参加者となっている医師会、特定機能病院、地域医療支援病院及び大学その他の医療従事者の養成に係る機関等は、相互に緊密に連携しながら、都道府県知事からの医師派遣要請、地域における研修体制の構築を含め、地域医療支援センターの機能が十分に発揮されるよう、都道府県の施策に協力するよう努めることとする。

- ・ 専門医の質の向上に向け、各学会が乱立し独自に専門医を認定する現状を改め、今後、学会から独立した中立的な第三者機関が統一的に認定を行う新たな仕組みが、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計されるが、専門医の養成数は、患者数等を基本としつつ、専門医等の分布状況等の地域の実情も総合的に勘案して設定されることが望ましい。国においても、研修施設が地域医療に配慮した養成プログラムを作成すること等に対して、必要な支援を行うべきである。
- ・ さらに、地域医療に従事する医師の確保対策として、平成 20 年度から医学部入学定員を増加し、平成 22 年度から「地域枠」が活用されているが、近年の医療の高度化、女性医師の増加及び病院勤務医の負担増をはじめとする医療を取り巻く環境の変化等を踏まえて、医師需給の見通しについて検証を行う必要がある。

（２）看護職員確保対策

- 社会保障・税一体改革においては、一定の条件の下で、2025 年に看護職員を約 200 万人まで増やすとの試算もされており、この場合、今後、約 50 万人の看護職員を確保していくことが必要となる。そのため、病院、診療所、訪問看護事業所等の在宅サービス及び介護保険施設など、医療や介護の現場等で勤務する看護職員の確保のためには、看護職員の新規養成の拡充や定着・離職防止対策だけではなく、離職した看護職員を復職につなげていくことが重要である。
- しかしながら、看護職員は、医師等と比較しても離職した後の潜在率が高いものの、現在、潜在看護師を把握する仕組みが存在していない。
 - 一方、現在、看護師等人材確保促進法に基づき、都道府県ごとに無料職業紹介事業等を実施するナースセンター制度が存在するが、その利用が進まず、必ずしも十分に機能していない実情にある。
- こうした現状を踏まえ、抜本的な看護職員確保対策を進めていくためには、ナースセンター全体の機能強化を図っていくべきである。その際、ハローワークとの連携促進など、これまでの取組

を更に拡充するとともに、こうした取組では対応できない対象者も含めて、総合的で、きめ細やかな復職支援を実施していく観点から、次の措置を講ずるべきである。

- 看護師等資格保持者のうち今後離職する者その他の一定の状況にある者に対し、住所等の連絡先など必要な情報のナースセンターへの届出・登録を義務化することにより、ナースセンターが看護師等資格保持者の情報を把握できるよう制度的な対応を講ずるべきである。また、その際には、届出・登録義務対象者以外についても幅広く、届出・登録等を行うよう努めることとともに、現行法上の看護師籍や業務従事者届出等の行政機関が保有する情報の活用等についても検討する。
 - 看護職員の離職後、離職理由が解消した後に、スムーズな復職が可能となるよう、離職中における定期的な情報の提供、離職者のニーズに合った適切な復職研修の実施、地域の病院等との連携体制の強化など、ナースセンターがよりきめ細やかな支援を実施する。
 - そのため、看護師等資格保持者（求職者）や医療機関（求人側）がどのような支援を求めているのか等のニーズについて調査研究をする。
- また、ナースセンターによる看護職員確保対策については、医師会や病院団体等も入った中央及び都道府県双方のナースセンター運営協議会等で十分に協議して、進める必要がある。
 - 看護職員のワークライフバランスを考慮しつつ、キャリアパスやスキルアップの支援策を講じていくべきである。

（３）医療機関の勤務環境改善

- 医師や看護職員をはじめとした医療従事者の確保を図るためには、医療機関の主体的な取組を通じて、労務管理面のみならず、ワークライフバランスなどの幅広い観点を視野に入れた勤務環境改善の推進による「医療従事者の離職防止・定着対策」を講ずることが必要である。

- そのためには、国における指針の策定等を通じて、医療機関の管理者が PDCA サイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するなどし、勤務環境改善に向けた取組を行うよう努めることとすべきである。
- あわせて、都道府県において、勤務環境改善の取組を行う医療機関の個別の状況やニーズに応じて、きめ細やかに支援を行う総合的かつ専門的な支援体制を構築する等、より医療従事者の定着率を高める必要性が高い医療機関などに対しては、都道府県が、地域の医療関係団体等と連携して、効果的な勤務環境の改善策を積極的に助言・指導するなどの対応ができることとすべきである。
- また、こうした取組が実効的なものとなるよう、経営改善支援という視点を踏まえるとともに、今後、国、都道府県、医療機関等の役割分担について、引き続き、十分に議論を行うことが必要である。

3. 新たな財政支援の仕組みの創設

- 医療機能の分化・連携の推進のための医療機関の施設及び設備の整備、地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機能の分化・連携の推進に伴う介護サービスの充実等については、2025 年を展望すれば急務の課題である。これらの課題への対応を、地域の実情にも応じて推進するため、種々の制度改正と併せて、新たな財政支援の仕組みを、消費税増収分を財源として活用し創設すべきである。
- その際、診療報酬・介護報酬と新たな財政支援の仕組みの役割分担を明確にしつつ、両者の特性を踏まえ、適切に組み合わせ、実施していくべきである。
- また、新たな財政支援の仕組みは、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものもあることから、都道府県に基金を造成する仕組みとする方向で検討すべきである。
その際、在宅医療については、市町村の役割を念頭においた仕

組みとする必要がある。

また、地域において推進すべき歯科医療に関する事業も対象となる。

- なお、この仕組みによる医療機関への補助に当たっては、医療機能の分化・連携の推進、地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機能の分化・連携の推進に伴う介護サービスの充実等という制度の目的に照らして、公的医療機関及び民間医療機関を公平に取り扱うこととすることを含め、地域にとって必要な事業に適切かつ公平に支援が行われ、透明性が確保される仕組みとすべきである。

4. チーム医療の推進

- 限りある医療資源を有効活用し、良質で適切な医療を安全かつ効率的に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、業務を分担するとともに互いに連携、補完し合うチーム医療を推進していくべきである。
- チーム医療の推進については、チーム医療推進会議において、議論が重ねられてきたものであり、この議論を踏まえ、各医療職種の業務範囲及び業務実施体制等について、以下の見直しを行うべきである。

(1) 特定行為に係る看護師の研修制度の創設

- 現在看護師が行っている行為の中には、診療の補助の範囲が明確でないものが存在するため、診療の補助の範囲を明らかにする必要がある。高齢化が進む中、今後地域の医療提供体制を整備し、かつ医療安全を確保する観点から、これらの行為を行うことができる看護師を育成するための仕組みを構築することが必要である。
- そのため、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為（「特定行為」）を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコールに基づき、特定行為を実施する看護師に係る研修制度を創設する。

- なお、特定行為の内容については、審議会において、十分に検討されるべきである。

また、本研修制度の創設や在宅医療の推進の方向性を踏まえ、看護師の基礎教育のレベルアップのための養成課程の見直しについても検討すべきである。

(2) 診療放射線技師の業務範囲及び業務実施体制の見直し

- 診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる造影剤の血管内投与等の行為について、診療の補助として医師の指示を受けて行うものとして、業務範囲に追加する。
- また、厚生労働特別研究事業による調査研究によって、安全性の担保が十分に可能であることが科学的に確認できた胸部X線撮影について、精度管理のための体制や緊急時の連絡体制等が確保されることを条件として、病院又は診療所以外の場所において、健康診断として、胸部X線撮影のみを行う場合に限り、医師又は歯科医師の立会いを求めないこととする。

(3) 臨床検査技師の業務範囲の見直し

- インフルエンザの検査の際の鼻腔拭い液による検体採取等については、検査と一貫して行うことにより、高い精度と迅速な処理が期待されることから、診療の補助として医師の具体的指示を受けて行うものとして、臨床検査技師の業務範囲に追加する。

(4) 歯科衛生士の業務実施体制の見直し

- 保健所及び市町村保健センター等が実施する付着物等の除去やフッ化物塗布等の予防処置について、歯科衛生士が歯科医師の「直接の」指導（立会い）の下に実施することとされているが、歯科医師の指導の下、歯科医師との緊密な連携を図った上で歯科衛生士がこれらの行為を行うことを認める。

(5) 薬剤師の調剤業務等の見直し

- 薬剤師が患者（居宅）において実施可能な調剤業務として、処

方した医師又は歯科医師への疑義照会を行った上で、調剤量の変更を行うことを追加する等の見直しを行うとともに、薬剤の使用方法に係る実技指導について、関係する検討会等において引き続き検討を行うべきである。

5. 医療法人に関する制度の見直し

(1) 持分なし医療法人への移行の促進

- 持分あり医療法人に関して、地域医療の担い手として、住民に対し、医療を継続して安定的に提供していけるようにするため、移行について計画的な取組を行う医療法人を国が認定する仕組みを法律に位置づけ、技術的助言等による支援を行うなどにより、医療法人による任意の選択を前提に、持分なし医療法人への移行促進策を講じていくべきである。

(2) 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

- 医療法人社団及び医療法人財団の合併に関しては、これを禁止しなければならない理由も無いことから、「医療法人の事業展開等に関する検討会」での検討結果を踏まえて、法整備を行い、必要に応じて活用できるようにすべきである。
- 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直しについては、中小規模の医療法人を大規模集約する目的ではなく、地域の医療提供体制において医療法人間の横の連携を強化し、病床の機能の分化及び連携など地域医療の再構築を進める観点や、地域医療を提供できなくなるおそれのある医療法人を健全な形で再生するという観点から、「医療法人の事業展開等に関する検討会」において、引き続き検討することが必要である。

6. 医療事故に係る調査の仕組み

- 医療事故に係る調査の仕組みについては、平成 24 年 2 月以降、「医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会」において議論が重ねられ、平成 25 年 5 月に「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」が取りまとめられた。

- この取りまとめを踏まえ、医療の安全を確保するための措置として、医療事故が発生した医療機関（病院、診療所又は助産所をいう。）において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を、医療法に位置づけるべきである。

対象となる医療事故は、診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産（予期しなかったものに限る。））とする。

- また、第三者機関が調査報告を収集・分析した結果、再発防止策として重要な事項は、広く周知されるべきである。

7. 臨床研究の推進

- 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院（仮称）として医療法上に位置づけるべきである。

- 具体的には、一定の基準を満たした病院について、厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いた上で、臨床研究中核病院（仮称）として承認し、名称を独占する仕組みとすべきである。

なお、承認後も、質の高い臨床研究を推進していくことができるよう、臨床研究中核病院（仮称）の承認基準の遵守状況について確認を行うべきである。

8. その他の改正事項

（1）外国医師等の臨床修練制度の見直し

- 医療の分野においても、産業の国際競争力を強化し、医療の質の向上に貢献していくためにも、外国医師等の臨床修練制度について、許可の有効年限の弾力化、厚生労働大臣による指導医認定制度の廃止等の手続・要件の簡素化を図るべきである。

- また、臨床修練に加えて、教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師及び歯科医師について、当該外国の医師及び歯科医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを

認めることとすべきである。

- なお、今回の見直しは、外国の医師又は歯科医師免許を日本の医師又は歯科医師免許として認めるものではなく、あくまで一定の目的の場合に医師法の特例を認めるものである点に十分留意すべきである。

(2) 歯科技工士国家試験の全国統一化

- 歯科技工士国家試験を現在の歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が各々行うのではなく、国が実施するよう改めるべきである。
- その際、厚生労働大臣が指定する指定試験機関においても実施できるようにするとともに、歯科技工士の登録の実施等に関する事務を指定登録機関においても実施できるようにすべきである。