

参議院「国民生活・経済・社会保障に関する調査会」

平成 23 年 2 月 9 日

厚生労働副大臣 大塚耕平

厚生労働副大臣の大塚耕平でございます。本日は、国民生活・経済・社会保障に関する調査会における説明の機会を頂戴致しまして、誠にありがとうございます。

30 分の発言時間を賜りましたので、わが国社会保障制度の沿革、現状、課題等について、担当副大臣の立場から説明をさせていただきます。

はじめに、社会保障を巡る世界の歴史の中におけるわが国制度の位置づけ、沿革等について申し述べます。補足資料の 1 頁をご覧ください。

世界の社会保障制度の源流は、英国とドイツに垣間見ることができます。産業革命後の英国においては、職域組織である Trade Union と呼ばれる労働組合と Friendly Society と呼ばれる相互扶助、共済組織である友愛会が自然発生的に誕生しました。労働組合や友愛会は、経営者側が企業福祉に関与すること拒み、あくまで労働者の自主的な組織として運営されていたようです。

一方、英国産業をキャッチアップすることに腐心していたドイツにおいて、労働者を働かせることに主眼を置いて企業福祉制度が誕生しました。

1836 年には、鉄鋼、鉄道、軍需産業で有名なクルップ社が、社内に労働者の疾病に備えた疾病金庫を設置しました。この疾病金庫に、経営者側が資金拠出をしたことが、社会保険の事業主負担の萌芽と言えます。

企業単位での福祉制度が発達し、社会保障制度に対する認識が相対的に進んでいたドイツにおいて、1883 年、ビスマルク首相が初めて労使双方の資金負担による労災や疾病に対する社会保険を法律に基づいて導入しました。

そのドイツに対抗する意味もあって、英国でも 1911 年に国民保険制度が導入され、1942 年にはベヴァリッジ報告が誕生、その後の福祉国家の思想的基礎が形成されました。

日本でも、1890 年代に入って企業福祉が拡がり始め、1905 年には鐘淵紡績がわが国最初の共済組合を創設し、疾病、障害、年金、死亡給付といった保険事業を開始しました。

その後、企業福祉の一部を政府が制度化する動きにつながり、1911 年の工場法、1922 年の健康保険法、1936 年の退職積立金及び退職手当法が制定されました。

1950 年代の戦後復興期から 1960 年代の高度成長期にかけて、企業労働者が急増。企業福祉の充実とともに、政府による公的な社会保障制度が徐々に整備されていきました。

1961 年には国民皆保険、国民皆年金への取り組みが始まり、1962 年の税制適格企業年金、1965 年の厚生年金基金の整備等を経て、年金への物価スライド制等が導入された 1973 年は「福祉元年」と呼ばれています。

配布資料 1 頁、2 頁、3 頁に、戦後の流れの概要をお示ししています。日本の社会保障制度は、1970 年代前半までは総じて貧困の救済と防止に力点が置かれ、70 年代後半以降は長期的、安定的な制度の確立に腐心してきたと言えます。

しかし、その過程で、当時の社会構造や傾向を前提として制度を設計したことに起因し、今日の社会保障制度の構造問題につながる原因がビルトインされていきました。

第 1 は、正規雇用・終身雇用・完全雇用を前提としていたことです。被用者は健康保険組合と厚生年金という職域保険、その他の勤労者は国民健康保険と国民年金という地域保険に加入することで、皆保険・皆年金を目指しました。

1972 年の OECD 対日労働報告書が、戦後復興、高度成長を遂げた日本の成功の秘訣として、終身雇用、年功賃金、企業別労働組合の 3 点を指摘したタイミングと符合します。

第 2 は、右肩上がりの経済成長を前提としたことです。このため、年金や医療の給付の増大は、給与増加による保険料や税の増収によって賄いうるという見通しの下で制度が拡充されました。加えて、人口構造に対する想定もその後の現実とは異なりました。

その結果、高齢者に対する給付が相対的に手厚い社会保障制度が構築され、今日の世代間公平に関連する構造問題につながっています。

第 3 は、妻は専業主婦という特定の家族構成、企業の福利厚生充実等を前提に社会保障全体の制度設計を行ったことです。

そうした前提や想定は大きく変化しています。雇用、家族、地域等の基盤、生活やリスク形態の変化に加え、少子高齢化、経済の長期低迷という事態を迎え、社会保障給付費の対 GDP 比は急上昇しています。さらに、社会保障給付費を含めた歳出の財源確保のために国債発行が激増し、政府債務の対 GDP 比も深刻な水準まで上昇しています。この点については、補足資料の 2 頁をご覧ください。

第 4 に、制度の事務やシステムに間違いはないという無謬性を前提としたことです。年金記録問題に見られるように、事務やシステムの不備も社会保障制度の信頼性、安定性、持続可能性に対する懸念を高めています。

次に、配布資料の 4 頁をご覧くださいながら、国際比較について申し述べます。各国の制度はそれぞれ沿革や歴史があり、特徴や相違があります。つまり、それぞれの国の考え方と国民的合意に基づいて制度が設計され、運営されています。

例えば、米国については、自己責任の精神が社会保障制度にも影響を与えてきました。一方で、大企業では企業福祉が発達している面もあります。公的制度としては、低所得者向けのメディケイドと高齢者向けのメディケアがありますが、全体として民間保険部門の果たす役割が大きくなっています。

もっとも、公的社会保障制度に対する潜在的欲求は高まっており、オバマ政権において、国民が医療保険に加入する義務を負うこと等を内容とする医療制度改革法が成立しました。

英国については、さきほども申し上げましたとおり、1941 年のベヴァリッジ報告を契機に社会保障制度が整備され、戦後は、1948 年に国民保健サービス (NHS) が創設されるな

ど、「ゆりかごから墓場まで」と表現された福祉国家を標榜しました。

しかし、その後、英国病と言われた経済、社会の閉塞状況を経て、1997年以降は、「福祉から就労へ」との考え方の下、自助努力、就労促進的な福祉政策への転換を図りつつあるようです。

ドイツの沿革については先ほど申し述べたとおりです。殖産興業、英国キャッチアップという潜在的動機はともかくとして、労働者の窮乏に対応して世界で最初に社会保険を制度化しました。

介護保険制度も日本に先立って1994年にスタートし、日本の制度はドイツを参考にして策定されました。

ドイツの介護保険制度は、「介護が必要となった人を支えるのは国家の責務」という国民的合意の下、介護事業者だけでなく、家族による家庭内介護にも給付が行われています。ドイツを参考にした日本の制度ですが、この点は異なります。

フランスの社会保険制度は職域に応じて多数に分立した制度となっていることに加え、社会保険料の企業と労働者の負担割合が8:2と圧倒的に企業負担が高いのが特徴です。

最近の動きとしては、2007年に、労働と雇用を社会政策の中心に据え、責任と連帯の均衡を図ることを目指す労働・社会政策の改革が開始されています。

スウェーデンは、ご承知のとおり、高福祉・高負担のモデル国と言える存在です。手厚い社会保障制度の費用を賄うため、国民負担率が国際的に非常に高い水準となっています。

もっとも、そのスウェーデンでも、1990年代には、高い経済成長を前提としていた年金制度の維持が難しくなったことから、与野党の合意をもとに、大規模な年金制度改革を実施しました。

次に、配付資料5頁以下で、わが国の社会保障制度の概要と現状をお示します。

わが国の社会保障給付費は、平成22年度（2011年度）予算ベースで105.5兆円となっており、その内訳は、概ね年金5割、医療3割、その他2割です。その他の20.2兆円のうち、介護は7.5兆円です。

負担の内訳は、保険料が64%、税が36%、保険料の内訳は、被保険者拠出、事業主拠出が半々となっております。

経済規模対比の社会保障給付費と国民負担の国際比較については、配布資料6頁と補足資料3頁をご覧ください。いずれも、米国よりは高く、欧州主要国よりは低いという姿になっています。

次に、年金についてご説明します。現行制度の概要は配布資料8頁をご覧ください。大きくは3つに分かれています。沿革の古い順に申し上げれば、共済年金、厚生年金、国民年金の順番になります。

日本の年金制度は官業の恩給制度に端を発し、その後は民間労働者に拡大。昭和17年（1942年）に厚生年金の前身の労働者年金保険法、昭和36年（1961年）に国民年金法が

施行され、国民皆年金が実現しました。

前述のとおり、物価スライド制が導入された昭和 48 年（1973 年）は「福祉元年」とも言われているほか、昭和 61 年（1986 年）には基礎年金が導入されました。

その後、平成に入ってバブルが崩壊し、年金積立金の運用が低迷。厚生年金の代行返上が頻発し、年金制度の持続可能性について、従来以上に懸念が高まる状況となりました。

そうした背景もあって、平成 16 年（2004 年）にマクロ経済スライドや基礎年金の国庫負担割合 1/2 への引き上げ等を内容とする改革が行われ、今日に至っています。

基礎年金の 1/2 国庫負担の実現には前政権も現政権も腐心しており、その経緯と現状については、配布資料 9 頁をご覧ください。

また、高齢期の所得確保を支援するため、無年金・低年金問題への対策として国民年金保険料の納付可能期間を 2 年から 10 年に延長すること等の見直しにも取り組んでいます。詳細については、配付資料 11 頁をご覧ください。

今後、年金制度をさらに安定的なものとしていくため、現在検討を進めていますが、配布資料 10 頁には、昨年 6 月に政府がとりまとめた「新たな年金制度の基本的考え方について」の抜粋を掲載しております。

年金制度に関する説明は以上でございます。

次に、医療について申し述べます。配付資料 14 頁から 18 頁をご覧ください。

わが国は国民皆保険の下、対 GDP の国際比較の観点からみると、少ない医療費で世界最高レベルの保健医療水準と平均寿命を達成してきたことは事実です。

しかし、近年の急速な高齢化に伴い、高齢者の医療制度をどのように運営していくかが大きな課題となっています。

平成 12 年（2000 年）からスタートした介護保険制度の効果もあって、国民医療費全体に占める定義上の老人医療費の割合は 30% 台で推移しています。しかし、老人医療費の定義上の老人年齢が 70 歳から 75 歳に段階的に引き上げられており、前期高齢者の医療費は含まれていません。したがって、65 歳以上の老人医療費は 14 頁の棒グラフの青い部分にも含まれていることを考えると、介護給付費を含めた老人医療・介護給付費が社会保障や財政全体にとって負担となっていることは否めません。

そうした中で、後期高齢者医療制度が平成 20 年（2008 年）にスタートしたものの、今後、世代間負担・制度間負担の明確化等を企図して制度を見直すこととしており、昨年 12 月には、高齢者医療制度改革会議が改革案の骨子を取りまとめました。詳細は 17 頁をご覧ください。

配布資料 19 頁から 24 頁にかけては、医療の現状に関連する資料を収載しています。

課題のひとつは、医師数の不足、医師の地域的偏在、診療科の偏在です。このため、文部科学省と連携して医師数確保のための医学部定員増加に取り組んでおります。

また、平成 23 年度予算案においては、医師不足病院の医師確保の支援等を行う「地域医療支援センター」等の予算を盛り込んでおります。

それに先立つ平成 22 年度補正予算では、地域医療再生基金の拡充により、都道府県単位を想定した三次医療圏における「地域医療再生計画」を支援する施策等を講じました。

なお、昨年 10 月からは、社会保障審議会医療部会において医療提供体制の今後のあり方について議論を開始しており、諸課題解決に向けた取り組みを加速させていく所存です。

次に、配付資料 25 頁から 29 頁にかけて、介護に関連する資料を掲載しております。

介護保険制度は、利用者数が 10 年間で倍以上の伸びを示しており、着実に国民に浸透しました。

そうした中で、軽度の要介護者の利用、居宅介護の増加が著しいほか、認知症高齢者の増加、高齢者のみ世帯（いわゆる老々介護）の増加、都市部における高齢化の急伸といった課題がクローズアップされています。

今後の高齢者対策の方向性としては、介護、医療、予防に加え、生活支援、住居といった 5 つの視点から包括的に対応することが必要なほか、30 分でかけつけられる日常生活圏域に高齢者の支援体制を構築する「地域包括ケアシステム」を目指しています。

こうした諸課題に対処するため、平成 24 年度から始まる第 5 期介護保険事業計画を策定致します。その中には 24 時間対応サービスの創設に関する施策も盛り込む予定ですが、政府の方向性に呼応して、訪問介護の大手事業者が今年度から 24 時間対応サービスへの取り組みを本格化する動きも見られます。

介護保険制度に基づく介護サービスは、民間事業者との有効な連携があってこそ成り立ちます。介護の現場の実情や民間事業者の動向を踏まえ、制度の充実を図っていきます。

なお、介護サービスの維持、拡充のためには、介護従事者の確保が前提となります。訪問介護員（ホームヘルパー）の賃金は 20 万円強と、全産業の 30 万円強に比べると低い水準となっており、引き続き処遇の改善を図る必要があります。

また、家庭内介護の促進にも注力すべきであり、そうした観点から、昨年 6 月に施行された改正育児・介護休業法では、介護休暇制度の拡充も目指しています。

医療と介護の役割分担、連携についても重要な検討課題であり、不断の見直しが必要です。医療病床数が過大な一方、療養病床数の適正化も道半ばであるなど、従前からの課題にも引き続き取り組みます。平成 24 年度は診療報酬体系と介護報酬体系が同時に見直されることから、十分な検討を行いたいと思います。

なお、診療報酬体系は 2 年毎、介護報酬体系は 3 年毎の改定となっていますが、医療と介護の連携等の観点から、改定年数を揃えることの可否を含め、適切な制度運営のあり方を追求していきます。

次に、児童福祉、子ども・子育てについて申し述べます。関連資料は 30 頁から 40 頁をご覧ください。

わが国の合計特殊出生率は、平成 18 年から 20 年にかけて僅かに改善傾向を示しているものの、依然として少子化が進んでいることに変わりはありません。

そのため、安心して子育てができる環境を整備することが喫緊の課題であり、仕事と生活の調和（ワークライフバランス）とともに、保育等の現物サービスの充実、子ども手当の実施等に取り組んでおります。

昨年6月には改正育児・介護休業法を施行し、男女ともに子育てをしながら働き続けることができるよう、子育て中の短時間勤務及び残業の免除の義務化や、父親の育児休業の取得促進等を図ったところです。なお、本法には、さきほど介護の説明において言及しました介護休暇制度の創設も含まれています。

一方、子育てに係るサービス・給付の拡充については、保育所の増設、毎年約5万人の保育所定員増、幼保一体化への取り組み等を図り、待機児童解消に努めています。昨年11月末には、待機児童解消に積極的に取り組む自治体を支援していく方針も打ち出しました。

社会全体での子育て支援等を企図する子ども手当については、3歳未満については月額2万円、その他については月額1万3千円を支給することに加え、これまでにご指摘頂いた制度的な問題点の改善を図りたいと考えております。

子どもを持つための支援にも注力しております。昨年新たに標準的検査項目に追加したHTLV-1抗体検査を含め、妊婦健診（14回程度）の公費助成継続も予定しております。

高額な不妊治療に対する支援も行います。平成23年度予算案では、低年齢のうちに集中して不妊治療を行う環境を整えるため、1年度目の助成回数を年3回まで（通算5年、通算10回まで）に拡充します（従来1回あたり15万円を2回、通算5年まで）。

母子家庭対策については38頁をご覧ください。母親の就職・就業・雇用条件に伴う困難、子育てと生計を担う過重な負担等を踏まえ、「子育て・生活支援」「就業支援」「養育費確保」「経済的支援」の4つの視点から自立支援策を展開しています。

児童虐待が引き続き社会問題となる中、児童相談所への相談件数が増加を続けていることから、相談所の体制強化など、対策を積極的に進めてまいります。

また、社会的養護が必要な児童を、可能な限り家庭的な環境、安定した人間関係の下で育てるため、施設のケア単位小規模化、里親、ファミリーホームなどを推進しております。

障害者福祉については配布資料の41頁をご覧ください。昨年12月に議員立法によって成立しました改正障害者自立支援法の円滑な施行に努めるとともに、昨年6月の閣議決定に沿って現行法に代わる新たな「障害者総合福祉法」の検討を進めます。

生活保護については配布資料42頁から44頁をご覧ください。直近の生活保護受給者は約198万人であり、過去最少の平成7年の倍以上、保護率は昭和40年代前半と同程度の水準に至っています。特に、現下の厳しい経済、雇用情勢を受けて、失業などに起因する「その他の世帯」が急増しています。

自立・就労支援の促進、貧困ビジネスや医療扶助の不正請求対策など、生活保護に関連する諸課題に対し、地方自治体の意見等も十分に踏まえて対応していきます。

なお、生活保護基準については最新データに基づいて検証を行うほか、水準等のあり方、年金制度改革との関係も含め、検討していきます。

次に、雇用についてです。配布資料45頁から58頁をご覧ください。現下の雇用情勢は依然として厳しい状況が続いています。企業内の雇用保蔵も含めた実質的失業はかなりの水準に及びます。

そのため、雇用を「つなぐ」「創る」「守る」を合言葉に、セーフティネット対策の強化に努めています。

平成22年度補正予算等による雇用対策を切れ目なく実施していますが、とくに新卒者対策として、新卒応援ハローワークの設置やジョブサポーターの増員、卒後3年以内の既卒者を採用した企業への奨励金創設等を行っております。

平成23年度予算案には、労働者の生活安定、再就職促進等を図るため、失業給付基本手当の引上げ、再就職手当の充実等を盛り込んでいるほか、今後、失業給付に係る保険料率引下げ等にも取り組めます。

また、雇用保険を受給できない方に対するセーフティネットとして、無料の職業訓練と訓練期間中の生活支援のための給付を行う求職者支援制度創設も図ります。

高齢者雇用確保措置を講じている企業の割合は96.6%に達しているものの、引き続き、当該措置を講じていない先に対する個別指導、助成金等を活用した再就職の促進、シルバー人材センター事業による多様な働き方の促進等の対策に取り組んでいます。

障害者雇用については、直近の雇用率が1.68%と過去最高を更新したものの、依然として法定雇用率1.8%に届いておらず、今後とも雇用促進が必要と考えています。

以上、年金、医療、介護、子育て、雇用等の社会保障制度全般の現状と課題について説明させて頂きました。

最後に、今後の社会保障制度改革を考えるうえでの留意点について、若干の意見を述べさせて頂きます。

改革の成案を得るためには、以下のような各点について、党派を超えた国民的合意を形成することが重要なポイントと考えます。

第1に人口推移の想定です。増加を前提とするのか、減少を前提とするのか、あるいは一定と考えるのか。

第2に経済動向の想定です。どの程度の成長を想定するのか、あるいは縮小や定常状態を想定するのか。GDPだけでなく、物価上昇率、金利、賃金上昇率等のマクロ経済変数をどのように想定するのか。

第3に、今後の世帯構成、家族構成に対する想定です。モデル世帯を想定するのか、あるいは個人ベースを原則とした検討を行うのか。これも重要なポイントです。

第4に、制度の無謬性を前提とするのか。つまり、国民の側の申告、届出、拠出等の対応、行政の側の記録、管理、給付等の対応、双方に一切ミスや間違いはないと想定するのか、あるいはそうしたことが起こり得るという前提で考えるのか。

個人的には、無謬性を前提とせず、可能な限り簡素で分かり易い内容にすることが、制

度やシステムの対応力を高め、結果的に国民の信頼を高めることになると思います。

また、個々人のあらゆるケースに対応する制度やシステムを構築することも現実的とは言えず、この点も無謬性との関連で慎重な検討が必要です。

第 5 に、世代間公平をどのように考えるのか。この論点は、社会保障財源として議論に上る消費税に関する検討とも関連します。

消費税は、その逆進性が論点としてクローズアップされる傾向がありますが、世代間公平の観点からも考察が必要です。

高齢世代の人口構成比が高くなるということは、消費税に占める当該世代の負担比率も高くなるということです。増大する社会保障給付費を当該世代が相対的に負担するという構造は、過重な負担を強いられつつある若年世代との世代間公平の観点から一定の合理性を有しています。

第 6 に、どういう社会を目指すのか。平易に言えばビジョンということになりますが、社会保障の内容は国によって区々であり、それぞれのビジョンに左右されます。ビジョンを考える際にも、何点かのポイントがあります。

例えば、欧米でも「福祉から就労へ」という理念が拡がりつつある中、就労に重きを置き、自立を促進する方向を目指すのか否か。家族や地域単位のコミュニティを前提として考えるのか、それとも個人単位で考えるのか。

こうしたポイントは、補足資料 4 頁に示した公助・共助・自助及び国・地方の適切な役割分担、政府・企業・家計の適切な負担配分、企業福利厚生における法定分と非法定分の今後の方向性、医療や介護の適正な基礎的圏域の設営等の論点に関係するとともに、2 次医療圏における中核病院や 1 次医療圏の診療所、中学校区単位の小規模多機能型介護施設をどのように配置するのかといった、具体的な対応とも密接に関連してきます。

他にも多岐に亘る前提、想定、論点等がありますが、そうしたことについて国民的合意があつてこそ、安定的な社会保障制度の構築と運営が可能となります。

以上のような諸点、ならびに本調査会で賜るご指摘、ご意見も踏まえ、具体的な検討作業を進めていきたいと思えます。議会においても、社会保障制度改革に向けた議論が収斂することを祈念して止みません。

会長、理事、委員各位のご指導のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

以 上