

連合説明資料

＊本文書は2月17日より開始した
組織討議原案です。

連合「新21世紀社会保障ビジョン」

～「働くことを軸とする安心社会」のための積極的社会保障政策の推進～

日本労働組合総連合会（連合）

2011年2月

— 目 次 —

はじめに	3
------	---

I. 社会保障をめぐるこの間の変化と新たな課題

1. 少子高齢化の進行と家族の変化	5
2. 非正規労働市場の増大と格差・貧困の拡大	6
3. 社会保障の機能不全と国民皆保険・皆年金の危機	7
4. 新自由主義モデルの行き詰まり	8
5. 「日本型福祉社会」の限界	9
6. 社会保障財源の逼迫と再分配機能の低下	9

II. 「新 21 世紀社会保障ビジョン」のめざす社会保障のすがた

1. 連合がめざす社会と社会保障の姿

(1) ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）政策の推進	11
(2) 「人間の安全保障」と社会保障の機能強化	12
(3) 積極的社会保障政策と積極的雇用政策の連携	12
(4) 全世代型の社会保障体系の構築	13
(5) 社会保障の安定財源の確保	13

2. 積極的社会保障政策のスキーム

(1) 就労を軸としたトランポリン型の社会保障へ	14
(2) 能動的・自立支援型の社会保障へ	14
(3) 総合的・包括的システムへ	14
(4) 参加型社会保障へ	14
(5) 全世代支援型の社会保障へ	14

3. 積極的社会保障政策における「5つの重点戦略」

(1) 子ども・子育てを社会全体で支えるしくみをつくる	16
(2) 第2のセーフティネットを確立する	17
(3) 高齢期の安心を保障する	18
(4) 安心の住まいを保障する	19
(5) 「社会保障基金(仮称)」を創設する	20

4. 社会保障機能強化のための基盤整備

(1) 医療・介護・福祉サービス提供の担い手の育成・確保	21
(2) 社会保障における国と地方自治体の役割分担と連携強化	21
(3) 制度運営における当事者自治（参加型社会保障） とガバナンスの確立	22

(4) 積極的社会保障政策を推進するための安定的な財源確保	23
(5) 社会インフラとしての社会保障と税制の「共通番号」 制度の導入	24
(6) 社会保障改革に向けた国民的「協議の場」の設置	24

Ⅲ. 具体的な制度改革の基本方向(各論)

1. 子ども・子育て施策	25
2. 社会的セーフティネット	35
3. 年金制度	43
4. 医療保障	57
5. 高齢者施策	65
6. 障がい者施策	70
7. 居住保障	76

Ⅳ. 積極的社会保障政策の推進と労働組合の役割

1. 社会保障分野における政策提言能力の向上と「社会対話」の推進	82
2. 制度運営への主体的参画(参加型社会保障)の推進	82
3. 社会保険の完全適用に向けた取り組み	83
4. 労働組合自身によるセーフティネット機能の強化	84
5. 雇用確保やワークライフ・バランス推進の取り組み	84
6. 職域での共済活動と労働者自主福祉活動の推進	84
7. 新たな地域コミュニティの形成と参画	84
8. 雇用と年金支給との接続、年金基金等の責任投資の取り組み	84

Ⅴ. 社会保障の給付と負担の将来推計

は じ め に

連合は2002年10月、「21世紀社会保障ビジョン」を策定した。第7回定期大会(2001年10月)で採択された「21世紀連合ビジョン」がめざすべき社会像として示した「労働を中心とした福祉型社会」を実現するため、社会保障の観点から、基本理念と具体的制度改革の方向性を示したものである。2005年9月には、2004年の年金制度改革、2006年の医療制度改革など社会保障制度全般の改革に向けた政府の諸会議の議論や動向等を踏まえ補強・見直しを行った。

その後今日まで、世界でも類を見ない超高齢化の進行、グローバルな経済や金融の激しい変化、労働市場の規制緩和と非正規労働者の増大、貧困と社会的格差の拡大、社会保障財源の逼迫など、社会保障と国民の生活をめぐる状況は大きく変化してきた。しかし今日、こうした社会・経済の変化に社会保障制度が対応できておらず、人々に将来への不安を抱かせている。2008年には社会保障国民会議が最終報告をとりまとめたが、実行には至らなかった。2009年8月総選挙によって、戦後初めての国民の投票を通じた本格的な政権交代が実現し、民主党中心の政権が誕生し、「人に優しい社会づくり」「社会保障と税の一体改革」を打ち出すに至った。

こうした中で連合は、結成20年の節目に当たり、連合「21世紀社会ビジョン」がめざした「労働を中心とした福祉型社会」を更に深化・再定義した社会像「働くことを軸とする安心社会」を2010年12月の中央委員会で確認した。

連合新ビジョンで描く「働くことを軸とする安心社会」とは、

「働くことに最も重要な価値を置き、誰もが公正な労働条件の下、多様な働き方を通じて社会に参加ができ、社会的・経済的に自立することを軸とし、それを相互に支えあい、自己実現に挑戦できるセーフティネットが組み込まれている活力ある参加型の社会である。誰もがいつでも働く機会、参加の場を得ることができる、という安心が、人々の希望につながる社会の要となる」社会である。

人々が就労し、健康で文化的な生活を送るに足る所得を得て、税や社会保険料の負担も分かち合い、みんなで支え合うことができる社会。誰にも居場所があり、孤立することなく安心を感じられる社会である。

この「働くことを軸とする安心社会」を実現するために、この間の社会の変化と多様化に対応し、社会保障の機能強化を図り、誰もが働くことを応援する「積極的雇用政策」と連携した「積極的社会保障政策」を軸に、社会保障のあるべき姿と改革の道筋を再整理することが、連合「新21世紀社会保障ビジョン」の目的である。

連合「新 21 世紀社会保障ビジョン」の特徴

- 連合「新 21 世紀社会保障ビジョン」は、連合がめざす『働くことを軸とする安心社会』を実現するための基盤となる「積極的社会保障政策」のトータルビジョンである。
- 社会の変化と多様化に対応した社会保障の機能強化をはかるために、「積極的雇用政策」との連携により、就労インセンティブを高め、ライフコースの中で起こりうるリスクに能動的に対応する「積極的社会保障政策」を軸に、2025 年の社会保障のあるべき姿を再整理した。
- 従来人生後半期に集中していた社会保障を、子どもや若者を対象とした次世代育成・支援、就業年齢のすべての人に就労機会とディーセントな雇用を保障する就労支援など、社会連帯を基礎に全世代支援型の社会保障へのパラダイムシフトを実現する。
- このため、「子ども・子育て支援」など 5 つの重点戦略をはじめ、積極的社会保障を推進するための「給付と負担」のあり方など、具体的な将来設計のあり方を提起する。

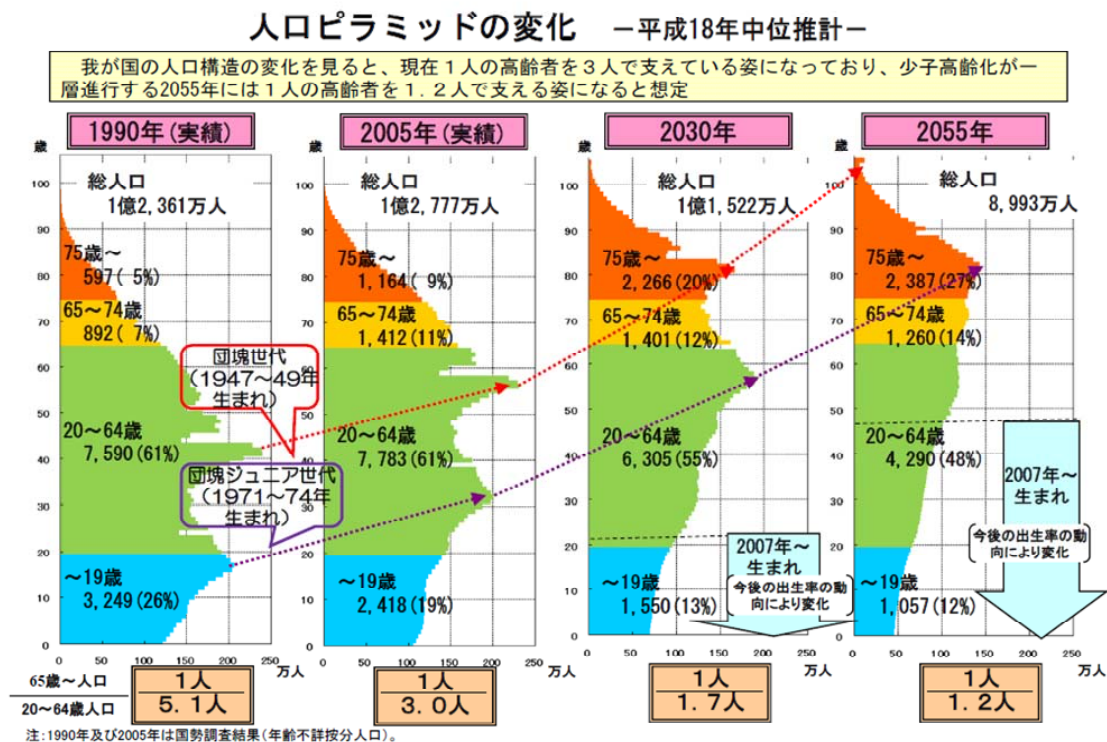
I. 社会保障をめぐるこの間の変化と新たな課題

1. 少子高齢化の進行と家族の変化

～家族の孤立化、無縁化の進行～

少子高齢化の進行と労働力人口の減少

2005 年、日本は人口減少社会に突入し、2055 年までは高齢化が進行する。日本の高齢化は、生産年齢人口の減少はもとより労働力人口の減少を伴う急激な高齢化であるところに世界に類を見ない超高齢社会の特徴がある。こうした人口構造を配慮した今後の社会保障制度改革や社会政策の展開が必要となる。政府の「将来人口推計」（2006 年 12 月発表）は、少子化及び超高齢化傾向がこれまで以上に加速することを示している。2025 年には、高齢化率（全人口数に占める 65 歳以上人口の割合）は 30.5%（2005 年は 20.2%）まで増加、生産年齢人口は 59.5%（同年 66.1%）まで減少している。第 2 次ベビーブーマー（1971～74 年生まれ）以降には出生数のピークがなく、このまま低出生率が続くと、2050 年には、高齢化率は 39.6%に達し、生産年齢人口は 51.8%まで減少する。



6

独立行政法人労働政策研究・研修機構が試算した労働力需給モデルによる将来推計（2009年2月）によれば、女性・若者・高齢者の労働市場への参加が現在より進むとしても2030年で約750万人程度の労働力人口が減少するとしている。

高齢者世帯・単身世帯の増加とニーズの変化

高齢社会は、長寿社会でもある。高齢単身者・高齢者のみ世帯の増加、認知症や要介護の重度化など、高齢者像もこれに伴うニーズも変化・多様化する。医療・介護・年金等の費用・ニーズは質量ともに飛躍的に増大しつつあるが、他方現役世代は減少し、世代間の支え合い機能が低下、社会の支えあいの構造が維持できなくなるおそれがある。

核家族化と単身化の進行により、従来の家族の支えあい機能や子育て機能も大きく変化している。これらに伴い、社会的孤立・無縁化も進行している。これを補う、社会連帯やネットワークをベースにした地域の支え合いや社会的支援の再構築が急務となっている。

2. 非正規労働市場の増大と格差・貧困の拡大

非正規労働者と社会保険未適用者の増大

経済のグローバル化、労働市場の規制緩和とともに、不安定低賃金の非正規労働者が増加し続け、労働人口に占める割合は3分の1を超えた。2008年秋以降の国際金融危機による経済の低迷と相まって、将来の基幹労働力となる若年雇用が脅かされている。最低賃金は国際的にみても依然低水準のままであり、働いていても生活していけるだけの所得が得られないワーキングプアが増大している。完全失業率は、90年以降確実に上昇し続け、最悪の状況（5.6%）を脱したとはいえ、未だ5%前後で高止まりし、有効求人倍率も平均で0.5程度と雇用におけるセーフティネットは十分に機能していない状態にある。

非正規労働者等の多くが雇用保険の適用を受けられず、また適用されている場合でも失業が長期間にわたり雇用保険のセーフティネットから抜け落ちる人が増大している。働くことで経済的自立が叶わなかった人、働くことから排除されることで社会からも排除される人、低年金・無年金で高齢期に困窮する人々が増加している。そのため、生活保護世帯数は増加し続けている。

貧困と社会的格差の拡大

これまでの日本社会を支えてきた「中間層」が二極化、社会的格差の拡大・貧困層の増大が進行し、社会的・経済的ストレスが増大している。経済的な理由による自殺の増大、児童虐待の増大など、社会的病理は一層深刻化している。

いままで、現役世代の生活リスクに社会保障制度は十分に対応してきておらず、雇用と生活保護の谷間をつなぐ手段が不十分であった。一人ひとりが、働くことを通して経済的に自立し、能動的に社会に参加することを支援する仕組みの再構築を通じた「中間層」の再生が課題となっている。

世界的に高い日本の貧困率



出所：厚生労働省「相対的貧困率の公表」
(2006.10.20)

3. 社会保障の機能不全と国民皆保険・皆年金の危機

社会保障の機能不全

社会保障給付費のニーズは年々高まり、2009年度ベースでは社会保障給付費は約99兆円（年金5割・医療3割、その他2割）で、その財源は保険料6割・公費3割で賄われている。社会保障給費の国庫負担は25兆円を超え、国の一般歳出の約5割に至っている。一方、必要な費用を支える税収の伸び悩み、社会保険料を拠出する生産年齢人口の減少と非正規雇用の増加、社会的格差と貧困の拡大は、こうした状況を一層深刻化させている。

国民皆保険・皆年金の危機

1990年代以降、我が国経済は低成長を続けている。経済の停滞、産業の空洞化、税収の落ち込み、公債残高の増加、社会保障費用の増加など、国・地方の財政は極めて厳しい状況にある。このままでは、限られたパイの奪い合いが激化し、医療、介護、福祉サービスなど安心を保障するための社会保障政策に十分な財源を投入できなくなるおそれがある。社会保障の機能強化とこれを支える財政の健全化が喫緊の課題であるが、「社会保障と税の一体改革」を早急に進める必要がある。

また、社会保障の財源と支え手を増やすには、税による財源の確保とともに、質の良い雇用と就労人口・支え手を増やすことである。同時に、福祉・医療・介護・子育て支援など内需に貢献する産業分野を育成し、社会保障分野を国内経済の活性化のイ

ンセンティブとしても積極的に投資、評価の対象としていく必要がある。

4. 新自由主義モデルの行き詰まり

新自由主義モデルの限界

1980年代頃より、グローバリゼーションの進展にともない競争が激化すると、新自由主義的な潮流が世界を席捲することとなった。新自由主義的な成長モデルは、金融・資本市場の自由化、労働市場の弾力化などのサプライサイドのための規制緩和とともに、人々の安心を保障する役割を、公的な制度から自己責任と市場に移行していった。人々の安心を担保する社会保障費用はコストと見なされ、その抑制と自己責任論が経済と政治を支配し、市場原理主義的な改革が進んだ。わが国においても、こうした潮流が経済と政治を支配し、小泉政権下（2002年「骨太方針」）で、社会保障費の自然増分を毎年2200億円、5年間で1.1兆円削減する基本方針が決定したことは、その象徴であった。

こうした流れに対し、「自由化された経済と社会は、大多数の人々の不安を増大し、世界の多くの国で成長を停滞させた」（ILO、*Economic security for a better world*、2004年）など、新自由主義モデルの負の側面も指摘されている。いまや世界は、公正な社会とセーフティネットの再生に向けた試みが各国で取り組まれてきている。そして、米国のサブプライムローンの崩壊をきっかけとする2008年秋以降の世界経済の混乱と金融危機は、新自由主義政策の行き詰まり、市場の失敗を決定的なものにした。

社会保障の機能強化への課題

市場原理主義による雇用の崩壊、社会的格差と貧困の拡大、社会保障の機能低下など、「市場の失敗」に直面した各国は、新たな社会・経済システムへの転換に着手している。日本においても、非正規化の進行やワーキングプアの増大に象徴される雇用危機、貧困と格差の拡大は深刻化な社会問題となっている。

福田内閣は2008年「社会保障国民会議」を、麻生内閣は2009年「安心社会実現会議」を立ち上げ、「小さな政府」から「中福祉・中負担」への転換など、安心を保障する仕組みを再構築することが模索されてきた。しかし、「2200億円削減」の方針は継続されるなど、自民党政権はちぐはぐな政策を続け人々に生活危機と将来への大きな不安をもたらしてきた。

2009年8月の総選挙で政権交代が実現した。民主党を中心とする政権は、これまで経済成長にとってコストと考えられた社会保障を、社会の成長の糧として位置づけ、人材育成と社会保障や子どもに投資することで、雇用を創出し、人々の将来不安を払拭し、経済成長の礎にする方向性を示している。

5. 「日本型福祉社会」の限界

変化・多様化するニーズへの対応の遅れ

都市型のライフスタイル、核家族化や単身世帯の増加、高齢化と少子化の進行と相まって、「家族」や地域のコミュニティ機能は低下してきた。一方、職場のコミュニティ機能も、非正規労働者の拡大、競争の激化による福利厚生の切り下げなどにより、「企業」の福祉機能が低下している。「家族」と「企業」に依存してきた日本型福祉機能はいまや限界に達している。

人生の様々なリスクに対応する福祉や最低生活保障、就労支援などの社会的機能を一層強化し、家族や企業に過度に依存することなく、貧困に陥る前に社会全体で能動的に支え合う“社会的支援システム”へのパラダイム転換をいまこそ図る必要がある。そのためには、誰もが働くことをベースに、家族、地域、職場の支え合い機能を見直し、支え合いを可能とする働き方、地域社会のあり方を模索していかなければならない。また、性別やライフスタイルに中立的な仕組みへの転換も求められている。

これらの変化と課題を、政府、与野党はじめ、すべてのステークホルダーが共有し、当事者や利用者の視点に立ち、負担と給付のあり方も含め、社会保障機能強化のための制度設計議論を積極的に進めていく必要がある。

6. 社会保障財源の逼迫と再分配機能の低下

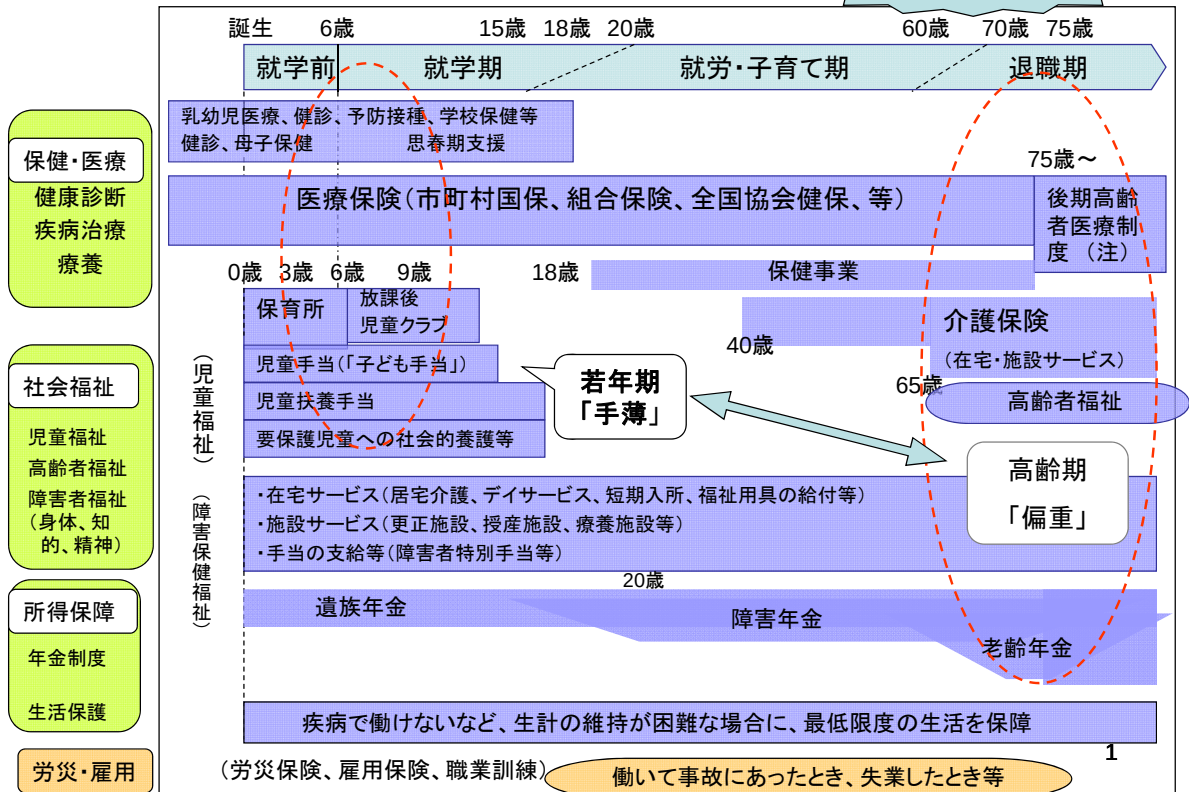
社会保障財源の逼迫

2008年度の社会保障給付費（ILOが定めた基準による）は、94兆848億円であり、対前年度伸び率は2.9%となっている。社会保障給付費の対国民所得比は26.76%となり、部門別では、「医療」31.5%、「年金」52.7%、「介護」7.1%、「福祉その他」8.8%となっている。社会保障給付費中の人生後半期への支出は69.5%となっており、社会保障給付費は現状の制度のままでも高齢化の進行とともに、少なくとも毎年1兆円以上の自然増が見込まれている。

社会保障財源は、「社会保険料」が57兆4476億円（収入総額の56.6%）、「公費負担（税）」が32兆7015億円（同32.2%）となっているが、この公費負担分は国の一般会計の5割を占めており、社会保障経費の増大と財源逼迫に直面しており、将来を見据えた安定的な財源の確保が急務となっている。あわせて、国民の貧困率の増大等に伴い、低所得者層への税の逆進性や社会保障給付による所得の再分配が十分に機能していない実態がある。税と社会保障を財政面からも一体的に見直す必要がある。

国民生活を生涯にわたって支える社会保障制度

「全世代型」支援への転換を



Ⅱ. 「新 21 世紀社会保障ビジョン」のめざす社会保障のすがた ～「働くことを軸とする安心社会」のための積極的社会保障政策の推進～

「新 21 世紀社会保障ビジョン」は、前述のような変化と新たな課題を踏まえ、「働くことを軸とする安心社会」の基盤となる社会保障制度改革の基本的考え方と具体的な制度設計の姿（デザイン）を提起するものである。

社会保障は、社会の安心と安定の基盤であり、その活力の源泉でもある。貧困と社会的格差、人々の孤立が拡大すれば、社会不安から治安の悪化など社会問題が深刻化し、結果として社会的リスクが高まり社会的コストは増大する。社会保障は“社会の安全保障”の基盤といっても過言ではない。

これまでの社会保障は、救貧や貧困への防波堤、病気やけが、加齢などその都度のリスクへの対応といういわば対症療法型の支援、補填が中心であった。これに対し、積極的社会保障は、貧困に陥る前に、就労を軸に積極的・能動的に支援を行う一連の体系を指す。

1. 連合がめざす社会と社会保障の姿

(1) ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）政策の推進

社会的排除と孤立に直面する人々を支えるためには、個人と社会の双方の視点からその原因を探り、個々が直面する多様な社会問題に対する制度的支援及び、精神的な支援などパーソナル・サポートが必要となる。また、性やライフスタイル、家族形態などに中立的で、個々のニーズに対応したサービス提供の総合化と、これを担う専門家の育成、NPO など「新しい公共」を担う人々の協働によるバックアップが大きな力となる。

労働市場への参加、社会への参加、地域コミュニティへの参加、家族への参加など、人々の参加を支援するためには、従来の社会保障の枠組みを越えて、他の分野の政策、特に労働市場政策との連携を強化するとともに、誰もが居場所のある社会、参加型の社会をあらゆる機会を通じて構築していく必要がある。

社会連帯と就労を基礎に支え合い、社会的排除のない希望のある社会の実現にむけ、ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）政策を推進する。そのために、支援型のサービスを基本に、パーソナル・サポートなど包括的な切れ目のないサービス体系を構築する。すべての人々を対象とする「普遍主義」、措置から「利用と契約」へと発展してきた仕組みを踏まえ、さらに社会的排除、社会的孤立を回避することが可能

な社会的包摂を基本とするシステムを構築する。

(2)「人間の安全保障」と社会保障の機能強化

社会の安全と安心、一人ひとりの尊厳を基礎に、誰もが必要な時に必要な支援を受けることのできる社会、「人間の安全保障」が完備した社会をつくる。その際、社会保障はコストとしてではなく「未来への投資」と位置づけ、持続可能な社会を支える成長の糧と位置づける。

(注)「人間の安全保障」とは、人間の生存、生活、尊厳を脅かすあらゆる種類の脅威を包括的に捉え、人々の安全と安心を整備する取り組みの概念である。

サービスの提供にあたっては、生存権や人権に関わるナショナルミニマム（最低基準）については国が責任を持つとともに、各制度の設計やサービスの内容については当事者をはじめとした様々なステークホルダーが参画し、ニーズに即した切れ目のない、利用者本位の制度設計を図らなければならない。

誰もが居場所があり、支えられていると実感できる地域社会づくりのためには、アウトリーチ型(訪問型)の支援サービスやワンストップサービスなど、ニーズに応じて、市民やNPOなど公共を支える多様な人々が手を差し伸べることができる「能動性・積極性」に重点をおいた社会保障に転換していく必要がある。社会保障へのアクセスが容易で、必要なときに直ちに支援の手が差し伸べられる、安心の生活基盤の整備が重要である。

(3) 積極的社会保障政策と積極的雇用政策の連携

少子高齢化のピークを迎える 2025 年を視野に、積極的社会保障政策と積極的雇用政策を連動させ、総合的、一体的な政策として社会保障改革を進める必要がある。

これまで、「働くこと」は主に労働政策、雇用政策の担当分野であり、人々の能動的な労働市場への参加と復帰を支える仕組みは十分ではなかった。同時に、「社会保障政策」は、何らかのリスクが原因で働けない、収入・所得がない・少ない場合の最低限の生活を保障することに重点をおいてきた。それぞれの制度は普遍化してきたが、労働市場と雇用の変化も相まって、ひとたび労働市場から排除され貧困に陥ると労働市場に復帰することが困難な「滑り台社会」と言われる状況に至っている。再び労働市場に戻る手だてが不十分であった。同時に、こうした変化は、社会保障機能を支える根幹である社会保健機能の弱体化をも招いてきた。直面する生活上の問題を改善し、職業訓練や就労支援策により、再び労働市場に戻ることでできるトランポリン型の支援施策の確立が求められている。

積極的社会保障政策と積極的雇用政策は、「働くことを軸とする安心社会」を実現するための車の両輪である。人材育成と就労促進・支援にしっかりとしたインセンティブを持った雇用労働政策、教育政策、社会保障政策を連携させ、就労および様々な形での個人の社会参加を積極的に支援し、社会の担い手としてのあらゆる場面への参加と自己実現を保障する仕組みを構築する。

(4) 全世代型の社会保障体系の構築

従来、社会保障機能の多くを家庭や企業が担っていたために、日本の社会保障体系は高齢期にシフトしていた。しかし、今後の高齢化は生産年齢人口の減少を伴い、社会保障の支えでも減少する。社会保障を支え、社会・経済を活性化するためにも、子どもや若者など次世代の育成を積極的に進め、社会の持続可能性を重視する必要がある。人生前半期・子どもや若者の育成・支援、現役世代への就労支援を重視した全世代型の社会保障体系に改革する。

世代間・世代内の支え合い、助け合いを基本とし、みんなで支え、必要なときに必要な支援を受けることのできるシステムの再構築が急務であるが、現役世代がメリットを実感でき、支援を必要とする人々が安心して暮らすことが可能な制度設計をおこなう必要がある。従来の、家族・企業依存から、社会連帯を基礎とした支援の社会化が求められている。このため、公正なバランスのある負担と給付をベースに、負担者と受給者、各世代など政策決定プロセスへのステークホルダーの参画が不可欠である。

(5) 社会保障の安定財源の確保

社会保障の財源構成は社会保険と税を基本とし、「社会保障と税の一体改革」を通じて、国民合意の下に安定財源を確保する。

その財源は、社会保険料、税、事業主拠出、利用者負担など、社会連帯を基礎に重層的に組み立てられる。個々の制度により財源構成は異なるが、社会保険方式による保険者自治の尊重、社会保障の制度設計と財政を含む運営管理、公正な負担と給付のために、労使や利用者などステークホルダー参画による『社会保障基金（仮称）』の設置など、社会保障の総合的なガバナンス機能が確立される必要がある。

2. 積極的社会保障政策のスキーム

積極的社会保障政策とは、従来の受け身を基本とした救済型のアプローチから、以下のような積極的かつ能動的な自立支援型のアプローチを基本とする社会保障のスキーム及び手法をさす。

(1) “待ちのセーフティネット” から

“就労を軸としたランポリン型の社会保障” へ

就労を軸に誰もが社会に参画し、社会的・経済的自立を可能とする仕組みを雇用政策と社会保障政策が積極的に連携し、社会連帯を基礎に支え合うことを支援する。とりわけ、若者や現役世代が就労を通して社会に参画し、失業や離職の後にも人材育成や職業訓練、生活支援等を通じて、可能な限り早く労働市場に復帰できる支援体系を確立する。

(2) “救貧型” から

“能動的・自立支援型の社会保障” へ

様々な生活上の困難に直面したとき、就労支援や所得保障、家族機能のサポートなどを通じ、貧困に陥る前により能動的にディーセントな仕事や暮らしを獲得できるよう、パーソナル・サポートも含めた、積極的な社会的支援を行う。

(3) “制度縦割り” から

“総合的・包括的システム” へ

制度や課題縦割りでなく、利用者のニーズ及び立場に立って、雇用政策、教育政策、財政政策、税制なども視野に総合的かつ包括的に支援する仕組みを作る。サービス提供に当たっては、できうる限りワンストップ化をはかるとともに、情報提供、説明、納得を通じて、社会保障にかかるリテラシーの向上をめざす。

(4) “保護の客体から” から

ステークホルダー民主主義をベースとした“参加型社会保障” へ

社会保障諸制度の一受給者・一抛出者という受け身の立場から、社会連帯をベースとした決定プロセスへの参加・参画を可能とするガバナンスの仕組みを確立する。抛出者・利用者、市民、労使などステークホルダーがその責任と権限を行使する。

(5) “高齢期偏重” から

“全世代支援型社会保障” へ

子ども、若者、現役への支援を未来への投資と位置づけ、子ども・子育てを社会全体で支える仕組み、若者や求職者への就労支援の拡充など、全世代支援型の社会保障へと転換する。次世代の社会の担い手、ひいては税や保険料の担い手世代の育成を図り、これらを通じて、活力ある経済と安心社会を作る。

〈コラム〉 社会保障の基本的な機能

社会保障は、人々の生存にかかる基礎的ニーズを充足し、生存権を保障する役割を果たす。同時に、老齢、疾病、失業などの所得の急減を緩和し、生活の安定の維持及び所得の再分配に重要な役割を果たす。

基本的には、①生存権と最低生活の制度的保障、②生活と経済の安定機能、③所得の再分配機能、④社会の安全と統合機能、⑤社会的リスクの分散と資源配分の効率化機能、を持つ。

こうした機能を持つことから、社会保障給付費は国民経済の中で大きな比重を占め、人々の生活と経済に大きな影響を与える。最近では、新自由主義政策の中では経済の重荷（コスト）と考えられたが、EU 社会戦略など、社会保障は生産的なものであり経済成長にもプラスになるとして、社会保障の積極的な役割が重視されている。

〈コラム〉 ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）

ソーシャル・インクルージョン政策とは、「社会的排除のない社会」のための政策をさす。「社会的排除」（Social exclusion）とは、「例えば失業、低いスキル、低所得、貧しい住宅、犯罪、不健康、家族崩壊などの複合的な不利に苦しめられている人々や地域に生じている事象を、手っ取り早く表現した概念」（英：「ソーシャル・エクスクルージョン・ユニット」）。個人と社会の双方の関係に焦点を当て、社会の中の個人、社会のあり方そのものを問う。

「ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）」は、単に排除をなくすことだけでなく、社会をどう統合し、安定させていくかの戦略である。グローバリゼーションとポスト工業化の下で経済効率化を追及しつつ、他方で社会の結合や連帯を追求する政策であり、その結節点として労働参加が強調されている。これらの政策は、EU圏で積極的に実施されている。

3. 積極的社会保障政策における「5つの重点戦略」

高齢化のピークと想定される 2025 年を射程に連合が「めざす社会」を実現するためには、積極的社会保障政策への転換が必要である。

少子高齢社会では高齢者人口が増大するとともに、労働力人口が減少する。将来社会の担い手である次世代の育成と就業率の向上を同時に進め、活力ある持続可能な社会を実現することも積極的社会保障の課題である。この政策転換に当たり、以下の 5 つの重点戦略は、人々の安心と希望を保障するための喫緊の課題であり、日本の社会保障を次世代・若者育成支援を視野に、全世代型に転換していく必要がある。すべての国民を対象としたセーフティネット機能を強化していくために、これらを中心に抜本的な改革と制度構築を推進する。

(1) 子ども・子育てを社会全体で支えるしくみをつくる ～子どもの最善の幸福と成長を社会全体で支援する～

人間はすべて子ども時代を経て大人へと成長する。子どもは社会の希望、未来の力であり、子どもを大切に作る社会こそ、成長と発展の可能性のある社会と言っても過言ではない。

しかしいま我が国では「子どもの貧困」が社会問題となっている。2009 年の厚生労働省調査によれば、日本の子どもの貧困率は 14.2%、母子家庭など一人親世帯では先進国中最低の 54.3%（2007 年時点、OECD の計算方法で算出）となっており、子どもと子育てをめぐる状況は深刻である。親の経済的状況や置かれた環境によって、子どもたちに健康格差、教育格差、就業格差、ひいては「希望の格差」までが生じている。少子化が進んでいるのに、子どもへの虐待はむしろ増えている状況にある。大人社会の貧困や所得格差の拡大、社会的ストレスが、子どもたちの安全や安心、健やかに成長できる環境を脅かしており、負の世代間連鎖が生じている。

日本の子ども・子育て関係社会支出は、対 GDP 比約 1.37%（子ども手当を除く）と、OECD 平均を大きく下回り、子ども・子育て支援の先進国であるフランスやスウェーデンに遠く及ばない。子ども・子育てに関わる切れ目のない政策を再構築し、社会全体で子ども・子育てを支える仕組みづくりが急がれる。また、社会保障給付費に占める子ども子育て政策にかかる費用の割合は、子ども手当導入前でわずか 4% である。人生後半期に 85% 程度の費用が配分されてきたが、安定財源の確保と同時に、子どもや若者・人生前半期への支援と財源の投入が不可欠である。子どもや若者は将来の社会の担い手であり、社会的費用の負担者でもある。教育、職業教育、雇用政策とも連動させた、全世代型の社会保障政策への転換が求められている。

具体的には、連合が提案した「子育て基金構想(仮称)」をベースに、子ども・子育てに関わるすべての政策と財源を「子育て基金(仮称)」に統合し、妊娠・出産から、

乳幼児期、学童期を通して成人（20歳未満）までの切れ目のない総合的かつ体系的な支援策を組み立てる必要がある。この政策決定プロセスには、子育てに関わるすべてのステークホルダーが、国レベル、地域レベルで参画する。支援サービスの供給にあたっては、最低基準（ナショナルミニマム）でその質を担保し、現物給付を基本に、子ども手当、児童扶養手当など現金給付を組み合わせる。

妊娠・出産への健康保険適用、乳幼児医療、子育てにかかる親支援、保育所待機児童の解消、学童保育（放課後児童クラブ）の制度化、虐待やネグレクトなど社会的養護を必要とする子どもへの支援強化、思春期支援、両立支援施策の拡充など、安心して産み育てられる社会、子どもがその可能性を存分に伸ばせられる社会を実現する。

これらの切れ目のない子ども・子育て支援策を通じて、女性の就業継続と就業率を高めるとともに、ワークライフ・バランス対策を推進し、少子化対策、次世代育成にも資するものとする。

（2）第2のセーフティネットを確立する

～最低生活保障と総合的な就業支援策で社会的自立を支援～

人生には様々なリスクが存在する。病気、けが、家族の介護、失業、労働災害、貧困など、個人では支えきれない多くのリスクを社会的に支援するセーフティネットの再構築が求められている。旧来の家族扶養と企業内福祉に過度に依存したセーフティネットは、家族の変化や労働市場の非正規化や失業の長期化などによって、機能不全に陥っている。失業、病気、低所得、定年金・無年金などに理由で生活保護を受給する人々は社会的スティグマに直面し、社会的に孤立している。ひとたび労働市場から排除されると、仕事も収入も住宅も失い、貧困に落ち込む「滑り台社会」からの脱却が急務となっている。とりわけ、若者の失業率とともに貧困率が高まっており、就業支援から最低生活保障までを視野に、個々の事情とニーズに応じた切れ目のない能動のかつ自立支援型のセーフティネットの再構築が急務となっている。

雇用のミスマッチ、雇用の質・技能の低下、社会からの孤立、貧困、このような悪循環を断ち切るためには、失業者あるいは経済的に困窮している人々に対して、自らの雇用可能性を向上させる機会を提供し、可能な限り就業につなげていく支援を行うことが、社会的公正と経済的効率を両立させる最善の道である。失業者や就業経験の少ない若年者、そしてひとり親や障害をもつ人々を労働市場に統合するためには、個別のニーズに対応したパーソナル・サポートなど総合的な支援が必要である。

ワーキングプアといわれる働く貧困層の多くは、社会保険制度からも排除され、社会的支援を受けにくい状況にある。フルタイムかそれ以上に働いていても、生活できる賃金や働きがいを得ることができなければ、将来への希望を持つことができない。そのため、連合は、積極的雇用政策と積極的社会保障政策の連携による社会的セーフティネットの再構築のため、「三層構造による社会的セーフティネット」の構築を提

案しており、その試みは既に予算措置も含めスタートしている。

＜第 1 層＞ワークルールの確立と労働市場の社会的規制の強化や職業訓練などによる「雇用ネットの整備拡充」、非正規労働者への社会保険・雇用保険適用の拡大とその徹底による「社会保険ネットの強化」

＜第 2 層＞雇用保険と生活保護の間にできるだけ速やかに労働市場への復帰を可能とするトランポリン型の生活支援給付や職業訓練給付の新設による「求職者支援ネット（第 2 のセーフティネットネット）の確立」。住宅手当などの新たな「社会手当」、給付付き税額控除など所得再分配にかかる税制の見直しなどを含めた総合的な支援策として推進する。

＜第 3 層＞生活保護など「生活保障ネット」の再構築をはかる。

(3) 高齢期の安心を保障する

～年金・医療・福祉・介護・住宅・仕事・生きがい～

高齢期の安心を保障することは、社会保障政策の重要な役割である。2025 年には高齢化のピークに達し、現在よりも、単独あるいは夫婦のみの高齢者世帯が増大し、認知症を有する高齢者など、介護を要する高齢者の数も急増する。そのため、退職から高齢期を通じた、生活の安心と安全そして生きがいを感じられる生活・制度設計、社会づくりが必要になる。とりわけ、高齢期の所得保障の中核としての公的年金制度改革、高齢者の尊厳と個別性の尊重を基本とした医療・介護保障の整備拡充、生活の基盤である住宅保障、仕事・生きがい作り等への総合支援の仕組みを早急に整備する必要がある。

退職後の所得は主に年金に依存するのが通常である。高齢化の進展と雇用の非正規化等による年金保険料の支え手の減少(未加入・未納者の増大)は、賦課方式を基本とする公的年金制度の持続可能性に大きな影響を及ぼしている。一方で、年金水準の引き下げは、高齢者の生活に直結する。年金制度の持続性と信頼を維持するために、現役世代所得と連動した給付水準と負担のバランスを考慮した財源確保策を講じる必要がある。そのため、高齢者の所得保障については、すべての国民を対象に、現役時代の就業インセンティブを発揮する「所得比例年金」を柱とし、所得が十分でない人を対象に、税を財源とした所得調査付きの通減性のある「最低保障年金」を設ける。

医療は、高齢期ほど必要になる。身近な地域に、安心して通院できまたは往診をしてもらえる医療機関の確保が必要である。また、国民皆保険制度の下、安心して医療が受けられるよう、安定的な医療保険制度の運営と財政確保が不可欠となる。急性期から亜急性期、慢性期、リハビリなど、医療から在宅生活復帰をつなぐ、介護と連動した切れ目のない「地域包括ケア」体系の拡充が求められる。

総合的な介護保障の需要は今後急激に増大する。在宅、施設にかかわらず、高齢期

に必要な予防・見守りを含む介護サービスが確立されなければならない。また、介護を担う介護労働人材の確保、身近で介護を行う家族等介護者（ケアラー）への支援も急務となっている。そのために、介護保険制度の普遍化、保険者機能の強化、広域サービスの配置計画、地域包括支援センターの機能強化、医療と介護の切れ目のない連携システム、地域・住民参加の強化が求められる。また、高齢期の尊厳を守り、QOL(生活の質)の高い生活を保障するために、居宅系施設も入所者にとっては「住まい」と位置づけ、所得にかかわらず安心と安全の居場所を確保しなければならない。

さらに、働くことを希望する高齢者が働き続けられる雇用環境の整備も重要である。労働力人口が減少する中で、高齢者の持つ熟練や技能は社会にとっても必要である。また、年金受給年齢と雇用との接続をはかるため、希望すれば全員が 65 歳まで働き続けられる環境・法制度の整備が必要である。仕事を通しての社会参加や所得の確保は、高齢期の疾病や障害などの健康リスクに配慮しつつも、高齢期の生活の安定や生き甲斐にも通じることから、諸環境の整備が求められている。

(4) 安心の住まいを保障する ～居住保障の権利を確立する～

職を失うとともに住居まで失う人々、就職をしても低所得で親元から独立できない若者が多く存在する。また、高齢者や障害者用の住宅、居宅系施設が圧倒的に不足している。居宅系施設でホテルコストが負担できない低所得高齢者は、雑居部屋(多床室)や低所得者向けの「無届老人ホーム」などへの入居を余儀なくされる例が後を絶たない。低所得層ほど家計に占める住宅関係支出の割合は大きく、失業等による所得喪失・低減で住居も失うなど、「居住困窮者」も増大している。尊厳のある暮らしを保障するためには、住居の保障は不可欠要素である。

「居住の権利 (Housing Rights)」は、基本的人権である。国際社会権規約第 11 条は、「自己及びその家族のための相当な食糧、衣類及び住居を内容とする相当な生活水準についてのすべての者の権利」として居住の権利保障を国の責任としている。

「世界人権宣言」においても、第 25 条「衣食住を含む十分な生活水準を享有する権利」を定めている。1996 年には、国連人間居住会議（ハビタットⅡ）が「人間の基本的権利としての居住権」を再確認している。しかし、これまでの日本の住宅政策は、このような居住権や社会保障政策の観点からは進められてこなかった。そのため、社会保障としての住まいの保障（低所得者対象の住宅手当、住宅補助、医療・介護と連携した居住保障、失業や離職に対応しうる居住確保・居住継続など）、居住のセーフティネットを整備する必要がある。

失業や所得の低減、高齢化などが、住居の喪失に直結しないよう、住宅支援制度を確立する必要がある。生活保護制度に組み込まれた住宅扶助を、一定の所得要件を前提とした住宅手当や家賃補助制度など社会給付（社会手当）に転換する。また「自宅」

だけではなく、居住系の福祉施設、介護保険施設、児童養護施設、障がい者居住施設、生活保護施設等を「住まい」と見なし、尊厳ある生活環境を確保する必要がある。社会からの隔離や収容でなく、人と人とのつながりや地域の中で、住まいと生活を保障するべきである。

(5) 「社会保障基金（仮称）」を創設する

～社会保障の運営主体としての「社会保障基金（仮称）」構想～

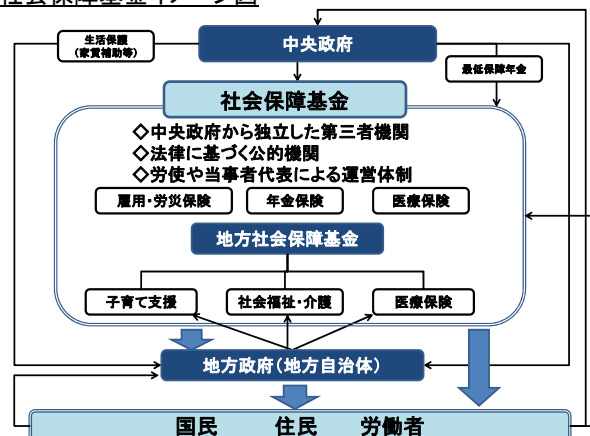
今日の社会保障制度で年金制度などの運営は、中央政府が運営主体であり、当事者である被保険者、利用者等が、直接その運営に関われる仕組みが基本的でないか、あっても不十分である。社会保障制度の透明性を高め、景気の変動やその時々政権政策に左右されることなく、できる限り安定的な制度運営と財源確保をはかるために、社会保険加入者・利用者である国民が主体的かつ直接的に制度の運営に参画し責任を分かち合う、「社会保障基金（仮称）」の設置を追求する。

「社会保障基金（仮称）」は、2002年連合社会保障ビジョンから提起しているものであり、政府から独立した第三者機関とし、当事者自治を基本とした独自のガバナンス機能を持つものである。「社会保障基金(仮称)」は、社会保障政策全般を対象とし、その財源は、社会保険料、税、事業主等拠出分などで、この運営には、労使をはじめとした拠出者、利用者など当事者の参画を保障する。これは、保険料の賦課・徴収、歳入・歳出管理、制度運営など政策決定・執行・評価の各プロセスに参画する仕組みである。年金制度、医療保険、子育て支援など各制度ごとに必要な単位での運営を行うシステムを想定する。

連合の「子育て基金（仮称）」構想、そして現行の健康保険組合、国保組合、共済組合、厚生年金基金などの運営方法がモデルとなる（注）。また、国外ではフランスの「社会保障金庫」、ドイツ「疾病金庫」、スウェーデン「失業保険協会」などが参考となる。

（注）また、神野直彦東京大学名誉教授が提唱する「3つの政府論」（中央政府、地方政府、第三の政府としての「社会保障基金」）などを参考として構想。）

社会保障基金イメージ図



4. 社会保障機能強化のための基盤整備

医療・介護・子育て・福祉等の各ニーズに応え、積極的社会保障政策のための「5つの重点戦略」を推進していくための基盤として、(1) まず、サービスの担い手を確保・育成することが必要である。(2) また、国と地方自治体の役割と責任を明確にした上で、相互の連携をはかる。(3) さらに、社会保障制度の運営は、労使をはじめ拠出者、利用者など当事者自治の発揮（参加型社会保障）によるガバナンス機能の強化・確立、(4) 及び必要な財源確保と「負担の分かち合い」が不可欠である。さらに、社会保障の給付と負担の公平・納得・透明性を高めるため、(5) 社会保障と税の「共通番号」制度導入、国民合意をはかる。(6) 「国民的な協議の場」の設置が必要である。

(1) 医療・介護・福祉サービス提供の担い手の育成・確保

今後、高齢者や単身世帯の増大などを背景に、医療・介護・福祉・子育てサービス分野のニーズは増大する。しかし、サービスの担い手については現在、地域医療を担う医師・看護師等の医療従事者の不足、厳しい労働環境のため介護・福祉分野の人材不足と従事者の非正規化が進行し、保育・児童福祉分野でも人材確保が困難となっている。サービスの質・量ともに人材確保が重大な課題となっている。

このニーズに応え、サービスの質の向上とサービス量を確保するためには、担い手となる専門的な人材育成・確保、関連労働者の労働条件の改善が必要である。そのためには、救急医療、産科・小児科、外科等の医師不足の分野への診療報酬の配分、介護・福祉従事者のキャリア形成や処遇改善措置等を戦略的に推進する必要がある。

なお、社会保障国民会議のマンパワー試算（2008.10）によれば、「大胆な改革シナリオ」の場合、医療・介護分野の職員数は 2007 年の 385 万人から 2025 年に 664 万～679 万人と、279 万～294 万人の増員（年間 15～16 万人増）が必要となっている。

政府の新成長戦略「実行計画」（2010.6 閣議決定）において、医療・介護分野は、2020 年までに内需 123 兆円と 500 万人の新たな雇用創出の重要な戦略分野として位置づけられている。

2020 年までの医療・介護分野での新規雇用を 201 万人（年間 20 万人増）、保育分野で 16 万人増（2017 年）と試算している。

(2) 社会保障における国と地方自治体の役割分担と連携強化

国民・住民のニーズに対応するため、各社会保障分野の機能・性格に基づき、国と地方の役割・責任を明確化し、相互連携を強化していく必要がある。特に、政府が進めている「地域主権戦略」を踏まえ、国民・住民の福祉の向上と住民自治の強化を図る観点から、役割分担を以下のように整理する。

① 国と地方の役割分担

◆ 国が主として役割・責任を果たす分野

- 社会保障制度全体の制度設計、社会保障関連の法律制定、必要な財源確保や人材確保体制の構築等の基盤整備。
- 社会保障政策を総合的に立案・評価するための情報・統計インフラの整備（貧困ライン調査、生活保護の捕捉率など）。
- 全国一律の制度に基づく現金給付（年金制度、子ども手当等）、ナショナル・ミニマムとしての生活保護制度。
- 国民の生命・安全に関わる公衆衛生、感染症対策、医薬品の安全・承認に関わる分野。
- 地域住民の「ナショナル・ミニマム」に関わり基準設定（施設・定員・職員配置等）と、地域が担う医療・介護・福祉サービスの基盤整備への支援。

◆ 地方が主として役割・責任を果たす分野（現物・対人サービスの実施責任）

- 医療・介護・福祉・子育て支援など現物・対人サービスに関わる制度運営・実施は、基本的に地方自治体が責任を持ち、国との連携のもとに地域住民に対する総合的サービスを提供する。
- 政府の情報・統計インフラ整備と連携し、地域における施策の実施・評価のための基礎的な統計・調査を整備する。

（都道府県と市町村の役割分担）

- 都道府県の役割は、広域的な観点から、医療・保健・介護分野の提供機関・施設整備や人材確保・適正配置の基盤整備等（地域医療計画等による医療機関の適正配置・人材確保、国保財政の都道府県単位での広域化等）。
- 市町村（広域連合）の役割は、介護サービス、障害者福祉、高齢者福祉、保育・子育て支援など、より住民に身近な対人サービス分野、介護保険や市町村国保の制度運営（中長期的に国保財政基盤の広域化を推進）。

②参加型社会保障、分権型社会保障の推進

- 社会保障制度の各種制度運営に、地域住民や拠出者・当事者の参加保障制度をビルドインするなど、「参加型社会保障」を推進し、当事者自治・住民自治を促進する。
- 住民により身近な現物サービス（介護、子育て、障がい者福祉等）については、一定の最低基準の確保を前提に、地域のニーズに即した内容・水準を主体的に設計・運営し、地方自治・住民自治を推進する。そのためにも、制度ごとの縦割りによる各種の計画策定を「街づくり・都市計画」等とも連携した「地域総合計画」に組み入れ、住民サービスを包括的・総合的に提供する。

（3）制度運営における当事者自治（参加型社会保障）とガバナンスの確立

- 社会保障制度は、今後とも社会的ニーズの高まりにより、給付・負担増が

避けられない。各制度の加入者・利用者等（国民・住民）の主体的な「参加と責任の分かち合い」による合意形成がなければ、どのような制度であれ持続可能なものとはならない。

- そのため、労使代表の参画によって運営されている健康保険組合（協会けんぽ）や共済組合、年金基金などの制度運営にあたり、拠出者・当事者自治の発揮による保険者・ガバナンス機能の強化など「参加型社会保障」を推進する必要がある。それには、医療保険は、当事者自治による保険者機能を発揮するためにも、職域保険と地域保険の 2 本立てを基本にして、保険者・ガバナンス機能を確立する必要がある。
- 同様に、年金制度をはじめ他の社会保障制度においても制度運営の当事者自治とガバナンス機能を確立していく必要がある。このような拠出者・当事者自治に基づく制度運営を総称として、「社会保障基金（仮称）」の創設を提起している。
- 具体的には、子育て支援サービスのための「子ども・子育て基金（仮称）」の考え方を提起している。介護サービス、障がい者支援サービス等についても、当事者や地域住民などの参画を積極的に推進する必要がある。

(4) 積極的社会保障政策を推進するための安定的な財源確保

- 積極的社会保障政策の推進、サービス提供の担い手を確保するためには、その費用を賄う財源確保とその「負担の分かち合い」が不可欠である。そのためには、「参加型社会保障」の推進を通じて税・保険料負担についての透明性と納得性を一層高める必要がある。
- 現在、社会保障費用は、社会保険料（労使・個人負担）、税負担（国・自治体負担）、利用者負担、事業主拠出（児童手当拠出）等で賄われている。各制度の目的・性格の違いによって、これらの負担割合は異なっている。基本的には現行の枠組みを堅持し、社会保障の中核である 5 つの社会保険制度が持続可能となるよう「国民皆年金・保険」制度の再構築をはかる観点から、これらの負担割合は、個別制度ごとに判断していく必要がある。
- 厚生労働省の将来推計（2006 年 5 月）によれば、2006 年の社会保障の給付総額が 90 兆円（年金 47 兆円、医療 28 兆円、その他 15 兆円（うち介護 7 兆円））で、「低目の経済成長」の場合、2025 年では、給付総額 136 兆円（年金 62 兆円、医療 48 兆円、その他 27 兆円（うち介護 16 兆円））と推計されている。
同様に必要な社会保障の負担総額は、2006 年に 83 兆円（保険料負担 54 兆円、公費 29 兆円）、2025 年で 137 兆円（保険料と公費の額は記載無し）と推計されている。
- 今回の連合「新 21 世紀社会保障ビジョン」による「給付と負担」の将来推計では、現在（2008 年）の社会保障給付費の総額 94.1 兆円が、2025 年度で 165 兆円規模と推計される。その内訳は、年金給付費 64 兆円（うち基礎年金の税方式化で 24 兆円）、医療給付費 57.5 兆円、福祉関係給付費 40 兆円（うち介護 24 兆円、子ども・子育て支援 10 兆円等）である。

これを賄う社会保障の負担総額は 163 兆円で、社会保険料負担が 83.7 兆円、公費負担（国、地方負担）が 79.5 兆円程度と推計される。

【表－V-1：給付と負担の将来推計 参照】

- これらの必要な費用は、国民・住民、加入者・利用者による保険料と税負担で賄うことになる。とくに、社会保障の安定的な税財源の確保にあたっては、「公平、連帯、連帯」の理念に基づいて、所得分配機能の強化に向け社会保障制度改革と税制改革との一体改革が不可欠である。なお、社会保険料の事業主負担は、企業の社会的責任として引き続きその役割は大きい。
- なお、2010 年度のおが国の GDP に対する国民負担率 27.6%（租税負担率 15.2%）は、デフレ経済と税収の大幅な落ち込みもあり、アメリカの 2007 年の国民負担率 28.7%（租税負担率 21.7%）よりも低く、欧米先進国の中では、最も低い水準にある。

連合「新ビジョン」の将来推計では、2025 年度の国民負担率（対 GDP 比）は 41%程度となり、現在(2007 年)のドイツ 39.4%と同水準であり、フランス 45.5%、スウェーデン 48.6%よりも低い水準である。今後、一定の名目成長があれば、この程度の負担は十分に可能であり、同時に社会保障の機能強化が、社会を支える中間層の再生を通じた安定成長の基盤でもある。

【図 V－3：国民負担率の国際比較 参照】

(5) 社会インフラとしての社会保障と税制の「共通番号」制度の早期導入

年金の保険料納付記録と年金給付等の管理、所得比例年金の一元化に向けた所得把握の徹底、さらに、低所得層への「給付つき税額控除」適用等のため、社会保障制度と税制に活用できる「共通番号」制度を早急に導入する必要がある。具体的な制度設計は、政府の「共通番号」検討会が 2010 年 12 月に示した内容(利用範囲は税と現金給付から、住基ネットを利用した新番号、分散管理方式など)を基本にして、具体化をはかるべきである。

(6) 社会保障改革に向けた国民的「協議の場」の設置

社会保障制度への国民の信頼を高めるためには、どのような政権になっても、基本的な制度内容を大きく変更すべきでない。そのため、今後の社会保障制度改革について、政府・与党、各政党がビジョンを示し、超党派、労使、国民各層代表による国民的な「協議の場」を設置し、国民合意のもとに改革を進めていく必要がある。

Ⅲ. 具体的な制度改革の基本方向（各論）

1. 子ども・子育て施策

2025 年の姿

- ① 「チルドレン・ファースト」の基本理念のもと、連合「子育て基金（仮称）」構想を実現し、全ての子どもが成人に至るまで、社会全体で子ども・子育てを支援する仕組みを整備されている。
具体的には、子ども・子育ての費用を社会全体で負担し、その財源が確実に子ども・子育て支援に使われるシステムが確立し、政策決定プロセスとその運営に、中央・地方でステークホルダーが参画する。
- ② 要保護児童、障がいの有無、保護者の所得状況等に関わらず、すべての子どもの豊かな育ちの権利が保障され、「子どもの貧困」及び「ひとり親世帯の貧困」が解消されている。また、児童福祉施設等の設置・運営基準は改善されている。
- ③ 保護者が孤立することなく安心して妊娠・出産、子育てができるよう、生活拠点である市区町村単位で「子ども・子育て総合支援センター（仮称）」を拠点に、「アウトリーチ型（訪問支援型）」の相談・支援や、多様なニーズに対応した子育て支援サービスを受けられる体制が整備されている。
- ④ 幼保一体化により、「こども園（仮称）」、放課後児童クラブ、多様な保育サービスなど、保育・幼児教育環境の整備・拡充がはかられている。
- ⑤ 仕事と子育てを両立しやすい職場環境が整備され、女性の就業継続が可能になっている。この結果、M字型雇用が是正され、女性の就業率が向上している。

(1) 現状認識と課題

いま、子どもの安全や安心、そして豊かに成長できる環境が脅かされている。子どもは本来、保護者の経済的状況や置かれた環境に限らず豊かに育つ権利を有しているが、近年は大人社会の貧困や所得格差の拡大が、「子どもの貧困」、子どもたちの健康格差や教育格差、ひいては「希望の格差」を生じさせる状況をもたらしている。

幼少期の社会的経済的環境は、その後の人生とQOL（生活の質）にも大きな影響を及ぼすことがWHO（世界保健機構）などの検証で明らかになっている。換言すれば、出産年齢期にある親世代への社会的・経済的支援が重要になる。今日、日本の子どもの貧困率は、OECD加盟主要国中アメリカに次いで高く、母子世帯の貧困率は加盟国中最悪である。貧困と格差の負の連鎖を断ち切るためにも、社会問題として「子どもの貧困」を認識し、子どもと子育て全般への総合的支援が求められている。

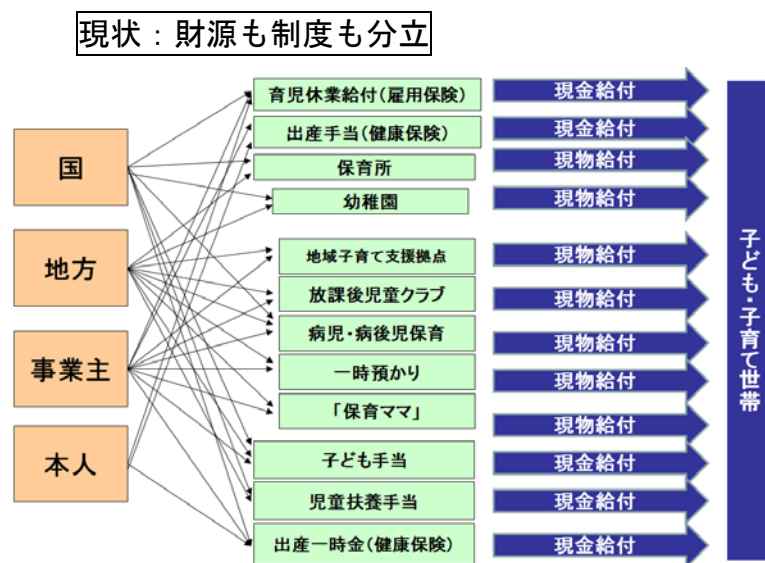
また、伝統的な家庭内福祉の概念が色濃く残されていたわが国においては、子育ては家庭や女性の責任であるとの認識が強く、結婚・出産を期に仕事を中断する女性や、仕事と子育ての両立に悩み出産を断念する女性が少なくない。性別や年齢にかかわらず、働く意欲のある人が働き、仕事と子育てを両立できる社会を実現することは、労働力減少社会を迎えるわが国において、極めて重要な課題となっている。

わが国は2005年に人口減少社会に突入した。1989年に記録された合計特殊出生率、所謂1.57ショックを契機として、矢継ぎ早に子ども・子育て支援に関する政策が実行されてきたが、その後も段階的に低下し続け、2009年には1.37まで落ち込むこととなった。これは以下に示す課題と表裏一体の関係を有している。

未来を支えるのは子どもたちであり、少子・高齢化が世界に類を見ないスピードで進むわが国においては、社会の宝たる子どもの豊かな成長を社会全体で支え、子育てをコストやリスクと感知することのない仕組みを作ることが急務となっている。

① 子ども・子育てを社会全体で支える総合的な仕組みの欠如

- a) わが国の子ども・子育て関係社会支出は対GDP比0.81%（子ども手当26,000円支給の場合は1.74%）と先進諸国中最低の水準（OECD諸国平均2.1%）であり、これまで子ども・子育て支援について、国民的な課題として捉えた上での総合的な政策が実行されてこなかった。
- b) 子ども・子育て支援に関する現金・現物給付の仕組みは、施策や財源構成ごとに仕組みが複雑化・分散化している。結果として、施策間の連携が十分にとれず、子ども・子育てに関する多様なニーズに対応する総合的な支援体制となっていない。



② 子どもの育ちを取り巻く環境の悪化

- a) 児童虐待の増加や「子どもの貧困」等の状況が進行する中、子どもが1日の多くを過ごす保育所や幼稚園、学校の福祉的機能の重要性は増しているが、現場では非正規職員の増加がすすみ、職員の定着が困難となっている。子どもの豊かな育ちを十分に支援できる人員確保が厳しい状況にある。
- b) 家庭や地域社会、学校に「居場所」を見つけない孤独感や、思春期の悩み、自らの将来に対する不安等を原因として、不登校児童や思春期の引きこもりが増加している。
- c) 児童相談所における児童虐待相談件数が40,000件を超える等、社会的養護のニーズが急増する中、その受け皿となる児童養護施設の面積や定員数の最低基準(1人当たり約2畳、1部屋15名以下)が改善されずに長年放置されている。また、施設養護は基本的には大舎制による集団生活、複数職員による交代制勤務による生活が前提であり、子どもの愛着形成など基本的な欲求に応える体制が不足している。
- d) 障がい児と保護者への支援については、障がい者施策、子ども・子育て施策のいずれの面からも不十分なものとなっている。また、近年は、学習障害(LD)や注意欠陥・多動性障害(ADHD)等といった学習面や生活の面で支援を必要とする子どもの数が増えているが、社会的な理解が進まない。
- e) 婚外子(非嫡出子)については、民法における相続権の差別や戸籍上の記載の差別等があり、子どもの人権が対等なものとして認められていない。

③ 脆弱な子育て支援環境

- a) 出産・育児期に十分な支援を受けられず、仕事と子育ての両立を諦めざるを得ない女性が少なくなく、出産・育児期に女性労働力率が低下するM字カーブが

見られる。

- b) 近年は都市化や核家族化、そして人間関係の希薄化等の進行により、保護者の間に子育てへの不安、負担感や育児に関する悩みが多く広がり、子育ての孤立化が進んでいる。
- c) 子どもがいる現役世帯の相対的貧困率は 12.2%（2007 年）と高水準を示しており、今日では保護者の経済的状況や生まれた環境によって子どもの育ちに格差が生じている。また、経済的理由から妊娠・出産を断念する人が増加している。
- d) 子育てニーズが多様化する中、特に大都市部を中心に保育所待機児童が急増するなど、子育てサービスは質・量の両面が不足している。また、2004 年に公立保育所運営費国庫負担金の一般財源化（使途を保育所運営に限定しない地方交付税化）がなされて以降、財政状態が逼迫した市区町村では保育士（保育者）の非正規化が進み、保育や子育て相談に関する専門的な技術や経験を有する職員が少なくなっている。
- e) 児童福祉法上、事業としての位置づけしかなされていない学童保育（放課後児童クラブ）は、施設としての最低基準が定められておらず、施設や指導員が圧倒的に不足している。また、小学校に入学した時点で「保育」と連動した「学童保育」が確立しておらず、子どもが小学校に通い始めることをきっかけに、学童保育体制の不備・不足により、保護者が就業継続を断念したり勤務形態を変更せざるを得ない「小学 1 年生の壁」が存在する。

（２）改革のためのアプローチ

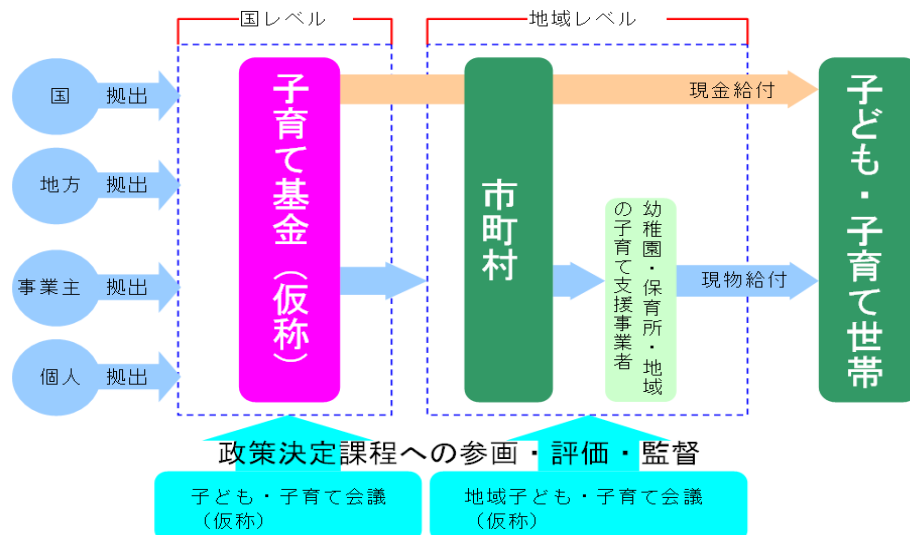
①子ども・子育てを社会全体で支える仕組みの構築を

- a) 子ども・子育てを社会全体で支える仕組みを構築するために、「チルドレン・ファースト」の基本理念のもと、子ども・子育て支援に対する大胆な財源投入を実現する。具体的には、少なくとも OECD 加盟国の平均並み水準の財源を確保する。
- b) 子ども・子育て支援にかかるステークホルダーが、政策決定プロセスや政策運営に参画できる仕組みを整備し、国民合意を形成する。具体的には、政府の下に、労使、利用者、子育て支援サービスの提供者等、子ども・子育てに関わるステークホルダーで構成される「子ども・子育て会議（仮称）」を設置する。この機関に、法律で位置づけ、子ども・子育て政策全般、財源、必要な社会的規制や支給要件を決定（勧告）する権限を与える。

また、子どもや子育て世帯がそれぞれのニーズに応じた支援を受けることができるよう、生活拠点である基礎自治体（市区町村）の子ども・子育て支援にかかるサービス提供体制を拡充するとともに、その実施責任を強化する。これに伴い基礎自治体レベルにおいても「子ども・子育て会議（仮称）」と同様の

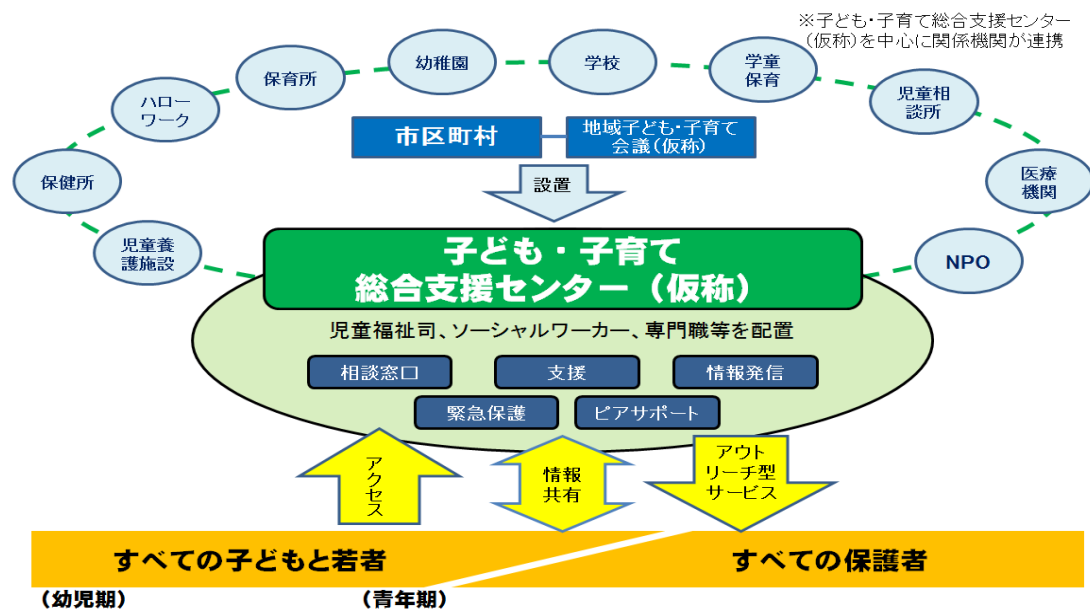
構成による機関を設置し、地域のニーズに即した独自事業（上乘せ、横出し）など政策決定プロセスに参画するとともに、地域の子ども・子育て支援事業全体の実施水準を評価・監督する。

- c) 切れ目のない支援を提供するために、子ども・子育てに関する費用を社会全体で負担し、財源が確実に子ども・子育て支援に使用されるシステム（＝「子育て基金（仮称）」）を作る。「子育て基金（仮称）」は、現在、複雑化・分散化している子ども・子育てに関する政策と財源を総合的に統括・統合する。



- d) すべての子どもと保護者が、切れ目のない総合的な子ども・子育てサービスを受けることができるよう、「子ども・子育て総合支援センター（仮称）」を創設する。「子ども・子育て総合支援センター（仮称）」は市区町村ごとに最低1カ所ずつ設置し、乳幼児期から思春期、青年期に至るまでのすべての子どもとひとり親家庭や低所得者世帯を含むすべての子育て世帯がアウトリーチ（訪問）を含むあらゆる相談・支援サービスをワンストップで受けることのできる機関とする。
- e) 国は現金給付に関する責任を負い、生活拠点である基礎自治体は現物給付の実施責任を負う。国は、最低基準（ナショナルミニマム）を根拠に現物給付の財源を保障する。なお、現金給付・現物給付双方のさらなる拡充を図るが、現金給付があっても、現物給付が整備されていなければサービスが利用できないことから、まずは現物給付の拡充を優先する。

子ども・子育て総合支援センター（仮称）イメージ図



②子どもが豊かに育つことができる環境整備を

- 子どもの生きる力を育む学校教育との連携をはかり、家族や地域社会、保育所や幼稚園、学校等を中心に、子どもの成長を見守る環境を整備する。具体的には子どもの豊かな育ちを見守る役割の重要性に鑑み、幼保一体化施設（こども園（仮称））、保育所や幼稚園、学校等を地域における子ども・子育て支援の中核的存在として位置づけるとともに、現場の人員体制等を整備する。
- 幼少期から成人として社会に羽ばたくまでの切れ目のない支援を実現するため、幼保一体化施設（こども園（仮称））、保育所や幼稚園、学校等の連携を強化する。また、思春期における対策については、学校、児童相談所等との連携をはかり、専門家も入れた相談体制の整備を行う。
- 要保護児童を支援する体制を整備、拡充する。具体的には、予防・保護・育成・アフターケアなど一連の支援の仕組みを強化する。社会的養護を必要とする子どもに対しては、家庭的な環境と一定のプライバシーを保護するために児童養護施設等の設置・運営基準を改善するとともに、子どもが愛着形成をしやすい環境を整備するため、里親やファミリーホームの拡充を図ることで脱施設化を推進する。また、児童虐待への対応は、児童相談所や市町村の権限・機能強化等を通じて速やかに子どもの安全を確保できる体制を整備するとともに、児童養護施設の施設長の資格要件を設ける等してその質を担保する。子どもが、安全や信頼、愛着を形成できるよう、カウンセラーなど専門職員や児童養護指導員等の体制を拡充するとともに、未成年後見制度など権利擁護にかかる充実に図る。
- 障がい児とその保護者への支援は、子ども・子育て施策の一環と位置づけ、「合

理的配慮」を前提として、子どもに普遍的に適用されるサービス全てを提供する仕組みを構築する。また、発達障害については、社会全体の理解を深めた上で、その特性に応じた支援を行う仕組みを構築する。

- e) 子どもの権利条約に沿って関係法制を見直し、民法においては婚外子の相続分は婚内子の相続分の2分の1とするとの規定（第900条第4項）や、戸籍法上の出生届に「嫡出子」または「嫡出でない子」の別を記載しなければならない規定（第49条）をはじめとした、あらゆる差別規定を撤廃する。
- f) 保育所や幼稚園等の子育て支援に関わる現物給付については、地域の子育てニーズに応じた支援体制、開所時間とし、必要とする者全てがいつでも子育て支援サービスを受けられる体制を確保する。なお、誰もが質の高い保育・教育を受けることを可能とするため幼保一体化(こども園(仮称))の創設を進めるとともに、保育労働者等の人材確保とその労働条件・労働環境の改善を進める。
- g) 学童保育(放課後児童クラブ)は、必要とすれば誰でも利用できるようにするとともに、施設や人員配置等の最低基準を法制化し、保育と連続性のある制度とし、安心して子どもを預けることができるような体制とする。

③子育て世帯が子育てに希望を持てる環境作りを

- a) 子育てで孤立したり、困窮することのないよう、地域レベルで子ども・子育て支援サービスをきめ細かく配置する。市区町村における基本的な子育て情報、教育や研修機会の提供、相談・支援などの仕組みを整備するとともに、地域の子育て支援のためのNPOやボランティアなどと協働し、地域における子育て支援体制を整備する。
- b) ひとり親や孤立した環境で育児を余儀なくされている保護者のレスパイトなど、親支援を目的とした一時預りやショートステイ施設の拡充、延長保育や休日保育、病児病後児保育などの多様な保育サービスの質・量の拡充をはかる。
- c) 子育て世帯が将来に不安を抱くことなく子育て可能な環境を整備するため、基本的な就労所得及び環境の整備、妊娠・出産費用の健康保険適用、育児休業手当の拡充、各種社会手当の充実、給付付き税額控除などの税制の整備、教育費の無料化など、子育てに関する経済的な負担を軽減する。また、被用者が育児休業を取得した場合に支給される育児休業手当の額を充実させる。
- d) 仕事と子育ての両立が図れるよう、ワークライフバランス政策を推進する。具体的には、労働時間の短縮を進め、保護者がゆとりをもって仕事と子育てが両立できるよう、短時間勤務などの多様な勤務制度の整備を行う。また、保護者が育児休業の取得を希望する際には、育児休業を取得しやすい環境作りも含めて労働協約や職場環境を整える。さらに、企業が従業員の子育てや両立支援に積極的に取り組むことができる環境整備をすすめる。
- e) 幼保一体化施設(こども園(仮称))、保育所や幼稚園については、OECD平均並みの支出を確保することで、質・

量の拡充をはかるとともに、利用者負担の軽減（3歳未満児は原則無料、3～5歳児は原則1割）を実現する。

<コラム>アウトリーチ型の子ども・子育てサービス

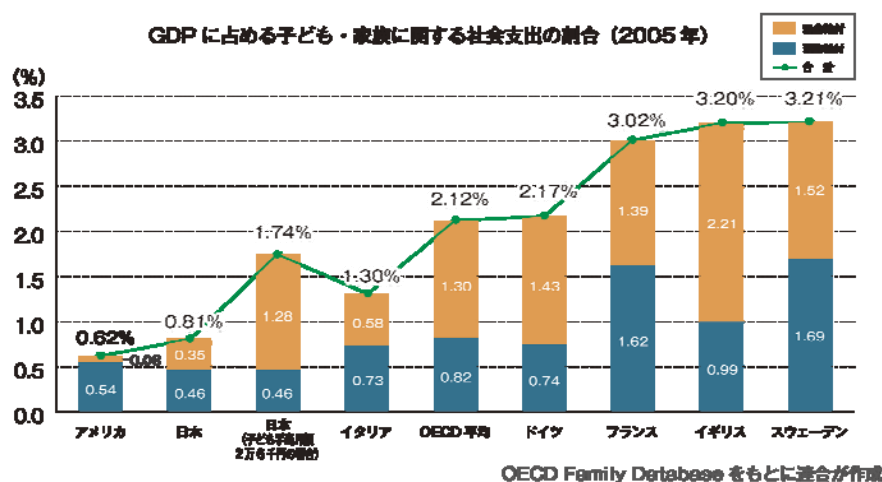
「アウトリーチ」は、日本語で「手を(out)差し伸べる(reach)」という意味を持つ。社会保障を担う機関などが、潜在的な利用希望者にも積極的に手を差し伸べる取り組みである。

現在、わが国で提供されている子ども・子育てに関するサービスは、利用者がサービス機関へ出向き、利用手続きやサービスを受ける形態が多い。しかし、乳幼児期の孤立した育児、思春期の悩みを原因とした引きこもりなど、子ども自身・家族ともに、問題の解決のためにどこにどのように支援を求めたらよいかわからず、地域の相談支援機関などに自ら赴くことは稀である。

親・子ともに適切な情報や相談先へのアクセスが困難な状況にあるとき、第三者の手助けや介在が必要なとき、子ども・子育てに関する専門的なスキルやノウハウを有した者が子育て家庭へ訪問支援を行う、「アウトリーチ型」のサービスが必要となっている。

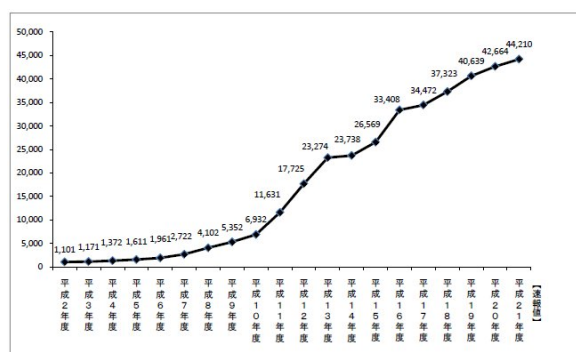
【資料】

1. OECD各国の家族関連政府支出



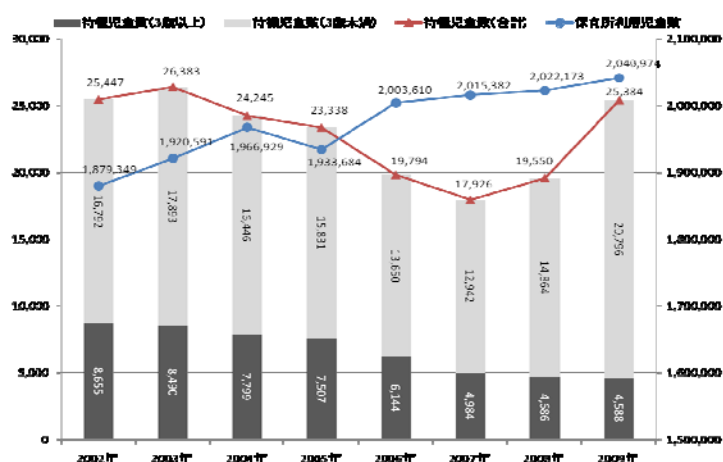
出典：OECD Family Databaseをもとに連合が作成

2. 児童相談所における児童虐待相談件数の推移



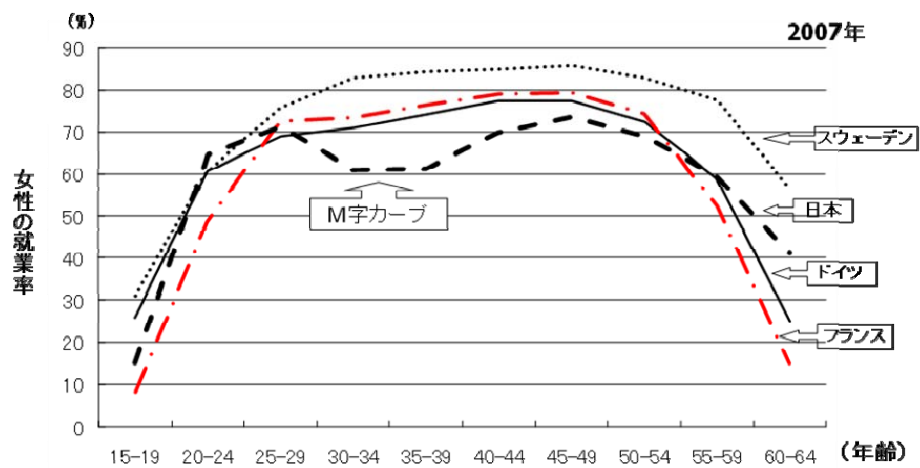
出典：厚生労働省

3. 保育所待機児童の推移



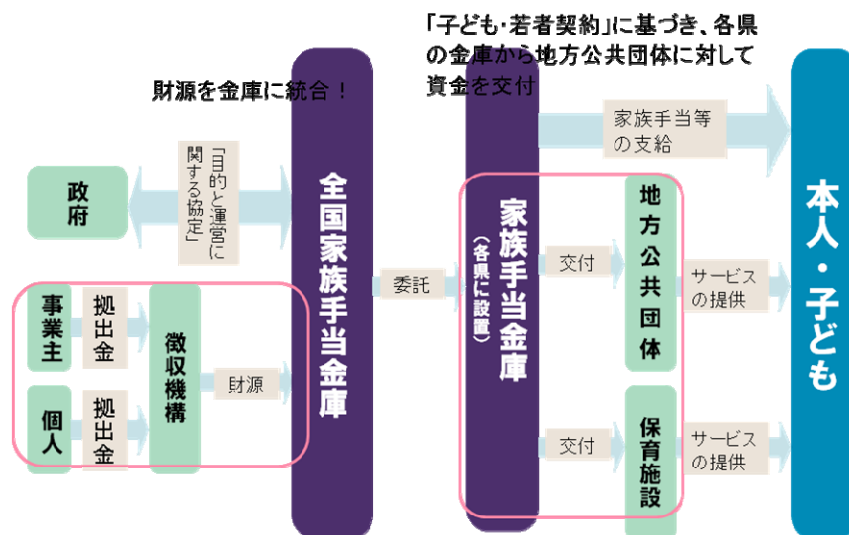
厚生労働省「保育所の状況」をもとに連合が作成

4. M字カーブ：女性の就業率の国際比較



出典：OECD StatExtracts

5. フランスにおける家族手当金庫



出典：連合作成

2. 社会的セーフティネット

2025 年の姿

- ① すべての雇用労働者に社会保険が適用されている。
- ② 三層構造による重層的なセーフティネットの再構築により、雇用労働者、自営業者など就業形態を問わず誰もが安心して働くことができ、やむを得ず失業あるいは疾病した時でも、スティグマが発生しない、利用しやすいセーフティネットが張られている。
- ③ 生活に不可欠な「住宅」、「医療サービス」、または「就学」等への支援は、生活保護に陥る手前から利用することができ、積極的な雇用労働政策と社会保障政策との連携により求職者や失業者等が、できるだけ早期に労働市場へ参加・回帰し、就労や仕事を通じて自立と参加を実現できるセーフティ社会となっている。
- ④ 高齢期における所得保障を確保するため、最低保障年金が創設されている。
- ⑤ 拡大する格差とその固定化を是正するため、低所得者に対する給付付き税額控除を導入等、税による所得再配分機能が強化されている。

(1) 現状認識と課題

生活保障とは、何らかのやむを得ない事情で働けなくなったとき、生活上の困難に直面したときなどに、保障され、あるいは再び働くことができるような支援を受けられることである。稼働年齢層にとって就労は生活自立のためにもっとも大きな要素である。

社会保障と雇用の連携が強化されるとともに、何らかのやむを得ない事情で生活が困窮した人には、誰もが安心して利用できるセーフティネットの再構築が必要である。

戦後日本の社会保障制度の骨格を示した社会保障制度審議会の「社会保障制度に関する勧告」（1950 年）では、「すべての国民が文化的社会の成員たるに

値する生活を営むことができるようにすること」を「生活保障」と言い換えた。そして、その柱に社会保障を捉えると同時に、社会保障だけでは達成できないとし、社会保障と雇用が連携し、経済の発展と結びついて実現されるものとされた。

高度経済成長の終焉、バブル経済の崩壊、グローバリゼーションの進展などにより、かつてのように大多数のひとが安定した仕事に就ける時代ではなくなった。核家族化、少子高齢化により家族の姿も変わってきた。

2008 年のリーマンショック以降、世界中の経済が大きな打撃を受け、わが国においてもリストラ、派遣切り、雇い止め、賃金の切り下げなどが横行した。

自殺者は 1998 年から 12 年連続で 3 万人を超え、また生活保護受給世帯は増加を続け 137 万世帯を超えたばかりでなく、最低生活費未満の低所得でありながら「最後の砦」である生活保護を受けていない世帯が 229 万世帯あまり存在することも判明し、わが国の社会的セーフティネットは十分に機能していないと言わざるを得ない。

① 非正規労働者およびワーキングプアの増大と貧困問題

パート・派遣労働など非正規労働者は、雇用労働者全体の 3 分の 1 を超え、しかも不安定雇用と低賃金で生活保護基準以下の収入で暮らすワーキングプア（働く貧困層）なども増大している。年収 200 万円以下の就労者が 1,000 万人を超え、かつて多数を占めていた中間層が二極化し、格差の拡大にとどまらず、貧困が深刻な社会問題となっている。また、非正規労働者の約 7 割は女性であり、女性の相対的貧困率は 30 歳代以降は全ての年齢層で男性より高く、高年齢になるほど男女差が開いていることも問題となっている。

2008 年のリーマンショック以降の世界金融・経済危機が進行するなかで、わが国では製造業を中心に派遣労働者等の解雇・雇い止めが顕著となった。派遣労働者等は、仕事を失うと同時に住宅も失い、いわゆる「年越し派遣村」などが大きな話題となった。

生活保護世帯数は、2005 年に 100 万世帯を超え、更に 2008 年後半から加速し、2010 年 6 月では 137 万世帯まで増えた。また、生活保護世帯のうち「その他の世帯」、つまり高齢世帯でもない、病気や障がいを抱える世帯でもない現役世帯の割合が増加傾向にあり、2009 年 1 月時点では 11%であったシェアが、2010 年 1 月では 15%のシェアに拡大した。

自殺者の数は 1998 年以来 12 年連続で 3 万人を超えている。自殺の理由のうち経済的理由は、50 歳代男性では 46%、男性雇用労働者全体でも 3 割を占めるなど、経済的な困窮が自殺につながっている。

②先進諸国のなかにおいて高いわが国の相対的貧困率

厚生労働省が 2009 年 10 月に公表したわが国の「相対的貧困率」は、全体で 15.7%、子どもの貧困率は 14.2%となり、前回調査（2004 年）の 14.9%、13.7%より上昇した。（注○）

また、同年 11 月には「子どもがいる現役世帯の世帯員の相対的貧困率」（2007 年）が公表され、子どもがいる現役世帯の相対的貧困率は 12.2%と、全体の貧困率 15.7%よりも低い結果となったが、一方で、子どもがいる現役世帯のうち「大人が一人」の世帯の相対的貧困率は 54.3%と、ひとり親世帯の半数以上が貧困世帯であることが判明した。

2000 年代半ばの相対的貧困率を OECD 30 カ国で比較すると、わが国の相対的貧困率（14.9%、2004 年）は、OECD 30 カ国中 27 位の水準となった。また、子どもの貧困率（13.7%、2004 年）は、30 カ国中 19 位であったが、ひとり親の「子どもがいる現役世帯」の貧困率（58.7%、2004 年）は 30 位、ワースト 1 となった。

なお、2009 年 9 月の政権交代により、2009 年 4 月に一旦廃止された母子加算が、同年 12 月に復活された。加えて、児童扶養手当が支給されていない父子家庭の生活状況等にかんがみ、児童扶養手当が支給されるようになった。

（注：「相対的貧困率」とは、所得中央値の一定割合（50%が一般的。いわゆる「貧困線」）を下回る所得しか得ていない者の割合）

③社会保険未適用および社会保険料未納の増大

被用者年金および被用者健康保険に適用されていない雇用労働者が増大している。本来、国民年金第 1 号被保険者は、農業や自営業者、家族従事者、学生などを対象とするが、近年では第 1 号被保険者の 4 割程度が雇用労働者が占めている。

国民年金保険料の納付率は低下傾向が続き、2008 年度は 62.1%、2009 年度は 60.0%まで低下した（速報値）。こうした国民年金納付率の低下要因として、年金記録問題による不信感や年金制度の持続性に関する不安感なども考えられるが、国民年金第 1 号被保険者の就業状況の悪化や、第 1 号被保険者の属する世帯及び本人の所得水準の低下が最も大きな要因であろう。

また、国民健康保険料の滞納世帯が 2008 年以降急増し、滞納世帯は 2 割を超えた。一方で、国民健康保険料滞納世帯に発行される「短期被保険者証」の交付世帯は増大を続け、115 万世帯にも達し（2007 年）、多くの低所得世帯の人が必要な医療サービスを受けられていない状況にある。

④生活保護の捕捉率

生活保障の「最後の砦」となるのが生活保護制度である。生活保護世帯が増大していることは先に記したが、更なる課題は、生活保護基準未満の所得世帯のうち、生活保護制度を利用できていない世帯が相当多く存在していることである。

2009年12月から始まった「ナショナルミニマム研究会」（厚労省）は、生活保護の対象となる生活水準より収入が少なく、貯蓄など一定の資産もない「低所得世帯」の世帯数などを推計し、公表した。国民生活基礎調査に基づく推計では、最低生活費未満の低所得世帯数のうち、生活保護を受けている世帯数の割合（資産考慮後）は32%と低水準で、補足率が低いことが明らかになった。

⑤蔓延する不安感

少なからぬ若者たちが、これから安定した収入を得て家族をもつことができるのか、先が見えない不安と焦燥感にさいなまれている。本意に反して非正規雇用で働かざるを得ない人々は、低い賃金でどう生活を成り立たせるか苦労を重ね、いつ雇い止めの声がかかるかと日々おそれながら暮らしている。

「働く」ことは人間らしく生き、また自己実現するために欠かせないことであるにもかかわらず、働きたくても働く場がない、働き続けることができない人々が多く存在している。さらに、フルタイムに働いても、低収入に陥っているワーキングプアが多く存在することも、社会不安を増幅させている。

誰もが公正な労働条件のもと「働く」ことを通じて社会に参加でき、自己実現に挑戦できるセーフティネット機能が必要とされている。

（２）改革に向けたアプローチ

社会的セーフティネットを再構築するには、積極的な雇用労働政策と社会保障政策との連携が不可欠である。

積極的な雇用労働政策としては、非正規雇用の増大に歯止めをかけるため、日雇い・登録派遣の禁止など労働者派遣法を見直すとともに、職業訓練の充実や若者への個別指導によるきめ細かな就労支援が必要である。また、パート労働者等の均等待遇の実現、障害者雇用の促進、フリーター、ニート、母子世帯等への就労・自立支援策の充実、最低賃金の大幅引き上げなど雇用ネットの整備・拡充が必要である。

こうした雇用ネットの整備に併せて、三層構造による社会的セーフティネッ

トの再構築により、何らかのやむを得ない事情で働けなくなったとき、あるいは生活が困窮したときに、誰もが安心して利用できるセーフティネットに改革する。

現状の課題のなかで派遣労働者等は、仕事を失うと同時に住宅も失ってしまったこと、また、国民健康保険料の滞納により、多くの低所得世帯の人が必要な医療サービスを受けられていない状況にあることを挙げた。「住宅」や「医療」は全ての人の生活に不可欠なものであり、「最後の砦」である生活保護に陥ってからようやく住宅支援、医療サービスを受けられるようでは、積極的な雇用労働政策と社会保障政策との連携効果は発揮されない。

社会的セーフティネットの再構築のためには、具体的には、三層構造による社会的セーフティネット機能の再構築に向けたアプローチが必要である。なお、第1層から第2層へ、第2層から第3層へ安易に抜け落ちないように、それぞれのネットは細かな編み目とするが重要となる。

- ① 第1層のセーフティネット（雇用ネットの整備・拡充および社会保険ネット）の再整備
 - a) ワークルールの確立と積極的雇用政策の推進
 - b) パート労働者等の社会・労働保険の完全適用および給付改善
 - c) 日本に居住する全ての人が高齢期における一定水準の所得保障を確保するため、所得比例年金の低額者に対しては、最低保障年金を支給する。（「3. 年金制度」参照）
 - d) 誰もが安心して医療を受けられる体制を整備する。生活保護受給者を特別視するような国民健康保険の資格喪失措置は廃止し、医療扶助は国民健康保険の適用を優先させる仕組みとする。（現行の生活保護制度にある医療扶助を生活保護制度から外に出す）。
- ② 第2層のセーフティネットの再整備（求職者支援給付および低所得者向け住宅支援などの創設による自立支援の整備）
 - a) 長期失業者など第1層のセーフティネットである雇用保険制度の適用が受けられない求職者を対象に、訓練と給付金を組み合わせた「求職者支援給付」を創設し、円滑に労働市場に復帰させる、いわゆるトラंपリン型のセーフティネットを整備する。
 - b) 低所得者や失業者など住宅困窮者に対する住宅支援制度（公営住宅などの現物給付、家賃補助などの社会手当を創設する。緩やかな資力調査を条件に、生活保護受給に至る前に、住宅支援制度を利用できるようにする。

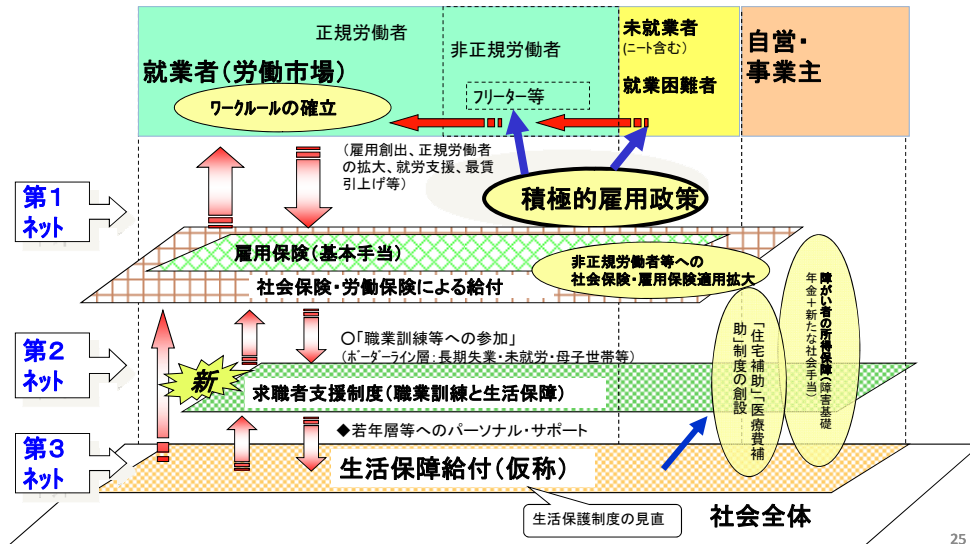
- c) 福祉政策と雇用政策の連携を強化し、十分な収入が受けられないひとり親世帯等が自立するための支援を充実する。
- d) 個別的且つ継続的に相談・カウンセリングを行うパーソナル・サポート（個別支援）を導入する。

③ 第3層のセーフティネットの再整備（生活保護制度の改編）

- a) 細かく張られた第2層のセーフティネットからもやむを得ずこぼれおちる人に対しては、健康で文化的な最低限度の生活を営むための福祉の「最後の砦」として、資力調査を厳格に行いつつ、スティグマ（負い目）が発生しない「生活保障制度」による第3層のセーフティネットで救済する。
- b) 「生活保障制度」による生活保障給付は給付期間を定めない。ただし、その一方で第2層、第1層へ引き上げるためのパーソナル・サポートを行う。
- c) 「生活保障制度」による生活保障給付の保護基準は、現行の生活保護制度基準を維持する。
- d) 不適切な給付抑制を排除し、給付基準を法定化する。

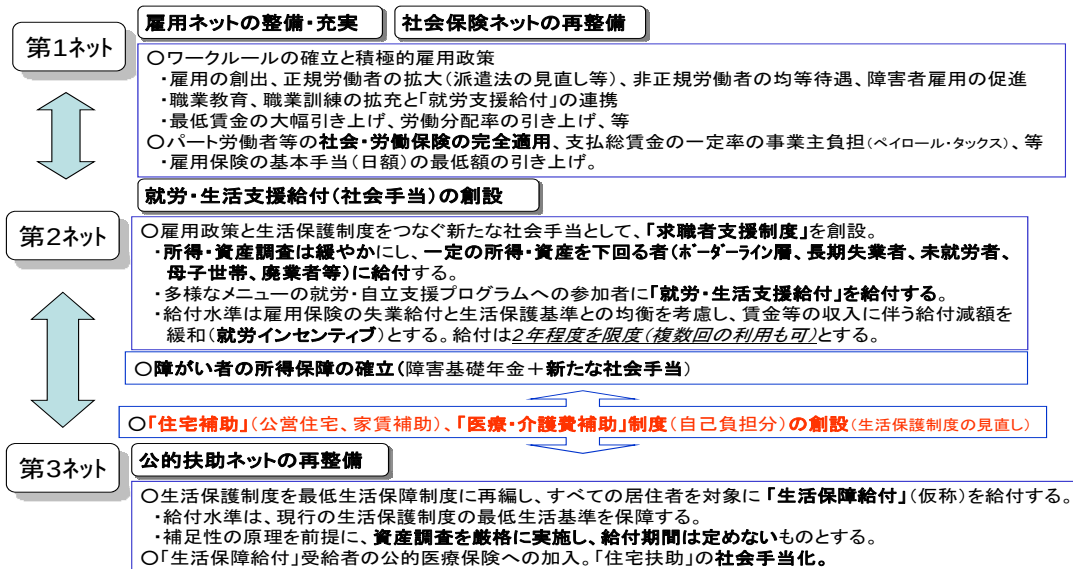
なお、拡大する格差とその固定化を是正するためには、税による所得再配分機能の強化も重要である。例えば、消費税で広く負担を求める場合でも、同時に累進性のある所得税や相続税等の資産課税も同時に再構築しなければならない。所得税については、低所得者に対し給付付き税額控除を導入する等の負担軽減を図ることが必要である。

連合の「三層構造による社会的セーフティネット」構想

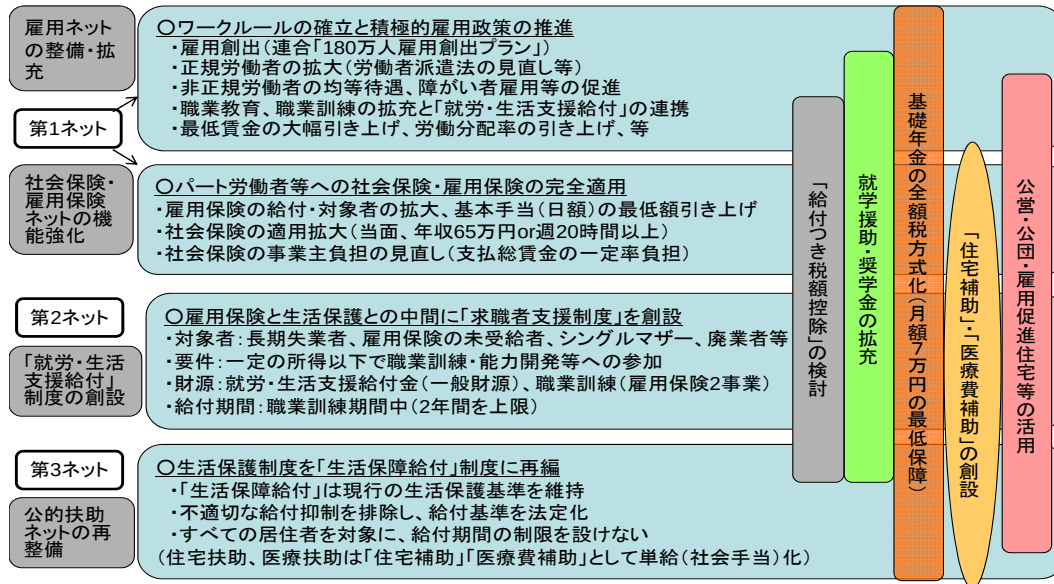


25

積極的雇用政策と新たな最低生活保障制度の構築



縦横につながる「社会的セーフティネット」の概要



3. 年金制度

2025 年の姿

- ① 2025 年時点では、所得比例年金とそれを補完する最低保障年金の新年金制度が創設されている。支給開始年齢は 65 歳を堅持し、標準的な年金水準は所得代替率 50%を維持する。
- ② 業形態にかかわらず全ての人が同じ所得比例年金に一元化されている。
- ③ ナショナルミニマムとしての普遍的保障を実現するために、公費による所得保障（最低保障年金の創設）により、全ての人に高齢期における一定水準の所得保障が確立されている。
- ④ 予測困難な経済社会変動に対応するため、「世代と世代の助け合い」を基本とする（修正）賦課方式となっている。また、少子・高齢化の進展が見込まれるなか、財政面における持続可能性を維持するために、一定の生活保障水準を確保しつつ、現役世代が無理なく納められる保険料率と、年金給付水準についての調整を図られている。
- ⑤ 現行制度から 2025 年の姿に至る新制度への改革は、自営業者等の所得捕捉および自営業者等の所得比例年金の創設には十分な時間と検証が必要なことから、段階的な改革を実施する。
 - 第一段階では、基礎年金の全額税方式および被用者年金の一元化を図る。
 - 第二段階では、自営業者等の所得比例年金を創設したうえで、全ての所得比例年金制度を一元化するとともに、基礎年金を最低保障年金へ転換する。

（１）現状認識と課題

公的年金制度の持続可能性が揺らいでいる。

国民年金の第１号被保険者の保険料納付率は60%台の低迷が続いており、特に若年層の納付率は50%を下回っている。本来、国民年金の第１号被保険者は自営業者や家族従業者などを中心としていたにも関わらず、雇用労働者が約４割を占めている。また、無年金・低年金問題の解決の道筋も示されておらず、現行の制度のままでは、今後国民年金の保険料を納付しても年金が受給できない無年金者が118万人発生すると推計されている。

2004年の年金改正において、給付と負担の見直しに当たっての基本的な考え方を「社会経済と調和した持続可能な公的年金制度を構築し、公的年金制度に対する信頼を確保する」とした。そのうえで、段階的に保険料水準を引き上げる段階保険料方式および上限固定の導入、基礎年金の国庫負担割合を3分の1から2分の1への引き上げ、社会全体の年金制度を支える力の変化と平均余命の伸びに伴う給付費の増加というマクロでみた給付と負担の変動に応じて給付水準を自動的に調整する仕組み（マクロ経済スライド）などが導入された。

2004年改正後はじめて行われた2009年財政検証では、所得代替率50%を確保し、概ね100年間にわたる財政の均衡を確保できるとされた。しかし、財政検証の前提条件となった名目賃金上昇率や年金積立金の運用利回り、国民年金の納付率などが足元の実情と乖離していることが国会の場などで追及され、財政検証の信頼は大きく揺らぎ、公的年金制度への信頼は確保されていない。

①低年金・無年金の問題

国民年金の受給資格期間（25年）を満たしていない人が現時点で約110万人おり、今後保険料を納付したとしても25年に達しないために無年金となる人が約118万人発生すると推計されている。

また、現行の基礎年金額（満額6.6万円／月）は高齢期の基礎的生活費を賄え得る水準で設定されているにも関わらず、月額6万円以上受給している割合が46%、5～6万円が17%、5万円未満が37%となっており、基礎的生活費を賄える水準に達していない高齢者が多い。更に、男性に比べて女性は、かつて専業主婦の任意加入制度があったほか、就業期間が短い、所得が低いなどの理由により基礎年金の給付水準は著しく低く、特に単身女性は生活保護を受けている人が多い。

なお単身者の場合、老齢基礎年金の満額が月額6.6万円であるのに対し、生活扶助基準額は級地に応じて月額6.3万円（地方郡部等）～8.1万円（東京都区部等）となっており、年金と生活保護との間で一部逆転が生じている。

②制度間で異なる保険料負担

厚生年金および共済年金が所得に応じた保険料を納付しているのに対し、国民年

金は所得に関わらず一律の保険料であり、免除制度や猶予制度はあるものの、所得の低い人にとっては保険料の負担感が重く、所得が多い人にとっては負担感が軽いなど、加入している年金制度によって保険料負担感が異なっている。

③不公平な年金制度

国民年金、厚生年金、共済年金それぞれ創設された理由や経緯が異なっている制度を1986年の年金改革で「基礎年金」という共通の土台をつくる制度により基礎年金を「一元化」したものの、基礎年金給付に必要な負担（基礎年金拠出金）が公平な制度になっていない。

また、厚生年金と共済年金の所得比例年金について、労働に関する権利、義務、制約などの違いはあるものの、雇用者間においても負担と給付の関係が公平な制度になっていない。

④未加入・未納の問題

世代間扶養を基本とした社会保険の仕組みのもとで、「強制加入」により国民皆年金を実現する制度になっているにも関わらず、国民年金の保険料納付率は60%台の低迷が続いている。

未加入・未納の問題は、財政的には未加入者・未納者は高齢期において年金がもらえない、または少なくなることから大きな問題ではないとの指摘があるものの、世代間扶養における社会連帯の責任を果たしていないこと、将来の低年金・無年金者には結局は年金以外の公費による支援が必要となることなどの問題がある。まして、保険料を払える能力があるにも関わらず未加入、未納を防げない現行の制度は公平性、公正性に欠ける。

⑤非正規雇用労働者およびパート労働者など短時間勤務者の問題

労働者全体に対する正社員以外の労働者の割合が約4割となるなど就業形態が多様化している。この就業形態の多様化に加え、厚生年金の適用範囲は正社員に近い働き方をする被用者に限定されていることの影響もあり、第1号被保険者の中の被用者の割合が4割弱にまで高まるなど、制度が当初想定したものとは異なる状況となっている。

また、第3号被保険者制度は、パート労働者の取扱いとも密接な関係があり、働き方によって不公平な負担と給付になっている。

⑥信頼性に欠ける2009年財政検証

2009年財政検証では、マクロ経済スライドによる給付水準の調整は2038年度まで適用されることになり（2004年改正では2023年度まで）、年金を受け取り始める時点（65歳）での厚生年金の標準的な年金の最終的な給付水準（所得代替率）は50.1%となり、2105年度までの概ね100年間における財政の均衡を確保できる

とされた。しかし、財政検証の前提条件として、名目賃金上昇率を 2.5%（2004 年改正時 2.1%）、年金積立金の名目運用利回りを 4.1%（同 3.2%）、国民年金の納付率を 80%（同 80%）などとしたことが、足元の実情と乖離していることが国会の場などで追及され、信頼性に欠ける財政検証となった。

（２）改革に向けたアプローチ

「働くことを軸とする安心社会」においては、働き方や雇用形態に関わらず制度を一元化し、所得に応じた保険料を納める社会保険方式による「所得比例年金」を高齢期の所得確保の柱とすることで、老若男女問わず個々人の能力や状況に応じた最大限の稼働能力を発揮できるようにする。同時に、未納、未加入を解消し、真の国民皆年金を実現するとともに、高齢期における一定程度の所得を保障するため、公費負担による最低保障年金の創設が求められる。

2025 年の時点では、年金制度改革が実施段階に入っている。すなわち、職種や就業形態に関わらず全ての年金制度が一元化され、所得比例年金と最低保障年金の組み合わせによる新年金制度が構築されている。

被用者と自営業者等を同じ所得比例年金に一元化するためには、全ての人を対象に所得捕捉の精度を高め、給付と負担の均衡を図る必要がある。給付と負担の均衡を図る手法の一つとして税と社会保障に共通する番号制度を導入する。

自営業者等の所得捕捉が確実に実施されるまでの第一段階の年金改革として、基礎年金の全額税方式化、および被用者年金の一元化を進める。

第一段階の改革とともに、自営業者等の所得捕捉を制度化し、自営業者等の所得比例年金を創設することで第二段階に進める。自営業者等の所得比例年金が制度として構築されたのち、国民の合意の下に、所得比例年金を一元化し、最低保障年金との組み合わせによる第二段階（最終段階）の年金制度改革を行う。

＜第一段階の年金改革＞

１）基礎年金制度の改革

①未納、未加入を解消し、真の国民皆年金を実現するため、

a) 基礎年金を全額税方式とし、日本に居住する全ての人が加入する真の国民皆年金を実現する。

②持続可能かつ安定した基礎年金の財源を確保するため、

b) 基礎年金の税財源は、 $1/2$ を一般財源（国庫負担）とし、 $1/2$ を社会保障目的税（消費税）とする。

c) 社会保障目的税（消費税）の税率は、2015 年時点で 3%とする^{（注 1）}。なお、基礎年金の $1/2$ の財源を社会保障目的税（消費税）にすることで発生する逆進性の緩和策として、給付つき税額控除を導入する。

- ③専業主婦等の保険料負担に関する不公平感を解消するため、
 - d) 現行の分類（第1号、2号、3号被保険者制度）は廃止する。
- ④老齢期における生活保障の一定水準を確保するため、
 - e) 基礎年金の受給要件は、18歳以降5年間日本に居住した者とする。
 - f) 基礎年金の受給額は、40年間居住で満額7.0万円とする。
 - ④ 高齢期における所得格差を縮小するため、
 - g) 年金受給世帯の年収が250万円超の場合、所得額に応じて、いったん支給した基礎年金を国（年金財政）に返金する制度（クローバック方式）を導入する^{（注2）}。なお、年収500万円以上の世帯は基礎年金の全額を返金する^{（注3）}。

2）被用者の所得比例年金

- ①職種や就業形態に関わらず、給付と負担の均衡を図るため、
 - a) 被用者年金（厚生年金、共済年金）を一元化する。
 - b) 正規・非正規を問わず、また短時間勤務者についても、原則被用者年金に加入する。（当面は適用拡大を図る）
- ②雇用労働者の退職後の生活保障の一定水準を確保しつつ、負担可能な保険料とするため、
 - c) 所得に応じた保険料を納付する所得比例年金とする。
 - d) 所得比例年金の保険料は、報酬月額額の15%程度とする。なお、報酬月額が67万円（年収800万円）を超える場合は、67万円を上限とする。
 - e) 標準的な雇用労働者世帯の所得代替率^{（注4）}は、50%以上を維持する。
- ③基礎年金を全額税方式化することで、使用者側の保険料負担が現行制度よりも軽減されることから、
 - f) 所得比例年金の労使負担率は、使用者55%、労働者45%とする。
- ④所得比例年金の持続性、世代間の公平性を一定程度確保するため、
 - g) 所得比例年金の給付額は、「平均余命の延び」と「現役世代の人口減少」がより進んだ場合、スライド調整（マクロ経済スライド）を行う。
- ⑤現行の在職老齢年金非適用者との公平性を確保し、高齢期における就労を妨げないため、
 - h) 在職老齢年金は、総所得（賃金、事業所得、家賃、配当・利子等）をベースに年金給付額を調整する。

3）移行期間および運営、管理

- ①現行制度または移行期間中における低年金者、無年金者対策のため、
 - a) 別途公費による基礎年金の加算（補完）を実施する。
- ②世代間による給付と負担の格差解消を図るため、
 - b) 年金積立金を給付と負担の調整機能として活用する。また、積立金の運用は国内債券を中心に安全運用に徹する。

- ③政治判断に基づく年金給付減額などの政治的リスクを回避するため、
c) 政府から独立した年金財政の管理、運営とする。

注1：基礎年金を全額税方式にするための社会保障目的税(消費税)は、2015 年時点では4 %の水準が望ましいが、国民の合意の下、年金積立金の活用を図り3 %とする。

注2：所得に応じて基礎年金を返金する制度（クローバック）は、基礎年金の財源を全額税にする第一段階から実施する。返金額は、1 年毎（前年）の所得に応じて算出する。

注3：公的年金（基礎年金＋所得比例年金）が250 万円超の年金受給者は26%程度、また、500 万円超の年金受給者は4%程度と推計。

注4：所得代替率＝年金月額÷手取り賃金（ボーナス込み年収の月額換算値）。40 年間夫が厚生年金に加入し、専業主婦世帯の所得代替率とする。

【クローバック方式の採用について】

- ・高齢期における所得格差の是正を図る手法として、第一段階の基礎年金部分にクローバック方式（カナダ方式）を採用する理由は、年金受給者の（前年度）収入が把握できれば「税による減額調整」が可能となるためである。一方、スウェーデン方式は自営業者等を含めた所得比例年金の一元化（40 年間に渡って所得捕捉）が前提となるため、第一段階の年金制度改革での導入は困難である。

【基礎年金の考え方と最低保障年金への転換について】

- ・現行の基礎年金の財源は、1/2 は国庫負担(税)であるものの、1/2 を社会保険料としており社会保険方式の考え方、つまり保険料を支払うことで基礎年金給付を受けるという給付と負担が関係付けられている。
- ・基礎年金の財源を全額税方式にし、そのうち 1/2 を社会保障目的税を財源とする改革を行う。全額税方式とし、給付要件を「居住」要件にすることにより、基礎年金については社会保険方式ではなくなる。つまり、税を負担することで給付を受けることにはなるが、「居住」を要件とするため、金額（量）的な関係はなくなることになる。
- ・クローバック方式を導入することは、高齢期における所得格差を縮小するとともに、基礎年金は生活するに足る基礎的生活保障としての性格を強めることになる。すなわち所得比例年金や年金以外の収入により生活できる所得者層については、必ずしも基礎年金を満額支給する必要がないため、基礎年金の一部、または全額を税として払い戻すことになる。
- ・生活するに足る基礎的生活保障は、生活する単位で保障することになる。夫婦の場合は夫婦を世帯とし、単身者（含む遺族）は単身世帯となる。従って、クローバックの考え方は個人単位ではなく、世帯（夫婦）単位で考えることになる。
- ・基礎年金から最低保障年金への転換は、生活する必要に応じて支給する、一種の社会保障手当の考え方となる。最低保障年金の財源は税とし、給付要件を「居住」とすることは、社会保険方式の考え方とは違うものとなる。また、最低保障年金の額は、世帯（夫婦）単位で計算することになる。

＜第二段階の年金改革＞

1) 自営業者等の所得比例年金

- ①自営業者等の老齢期における生活保障の一定水準を確保するため、
- a) 自営業者等の所得捕捉の徹底を図り、自営業者等が加入する所得比例年金制度（現行の国民年金基金保険料の所得比例化）を創設する。なお、創設時の対応として所得比例年金の保険料率、保険料負担は加入者の合意を図り決定する。

2) 所得比例年金の一元化

- ①国民一人ひとりの多様な生き方や働き方に対応した国民皆年金制度とするため、
- a) 雇用労働者でも、自営業者でも同じ年金制度に加入する。
 - b) 被用者の所得比例年金、および自営業者等の所得比例年金の給付と負担の関係の調整を図り、所得比例年金を一元化する。
- ②国民の就労を促進しつつ、給付と負担の関係を明確にするため、
- a) 誰もが所得に応じた保険料を負担し、納めた保険料に応じた年金を受給する所得比例年金を公的年金の柱とする。
 - b) 所得を過少に申告した人に対する罰則規定を定める

3) 基礎年金から最低保障年金への転換

- ①誰もが安心して高齢期の一定水準の生活を送ることができるようにするため、
- a) 所得比例年金が低い人には、一定額の最低保障年金を支給する。
 - b) 最低保障年金の財源は全額税とし、1／2を一般財源（国庫負担）とし、1／2を社会保障目的税（消費税）とする。
 - c) 社会保障目的税（消費税）の税率は、2025 年時点で4 %程度とする。なお、最低保障年金の1／2の財源を社会保障目的税（消費税）にすることで発生する逆進性の緩和策として、給付つき税額控除を導入する。
 - d) 最低保障年金の水準は、日本に40年間居住し、所得比例年金の低額者には7万円とする（7万円を上限とする）。
 - e) 最低保障年金の支給額は、年金受給世帯の年収が220万円超の場合、所得額に応じて、いったん支給した最低保障年金を国（年金財政）に返金する制度（クローバック方式）を導入する^(注5)。なお、年収500万円以上は支給されない。

4) 移行期間

- ① 現行制度から新制度への移行について、現行制度における保険料納付実績を考慮するとともに、所得比例年金の保険料負担の公平性の確保、および受給権保護を尊重するため、
- a) 最低保障年金が満額要件となる40年程度かけて移行する。

注5：公的年金（基礎年金＋所得比例年金）が220万円超の年金受給者は33%程度と推計。

【給付乗率について】

- ・ 第二段階の給付乗率は、7,081/1,000 として算出する

○理由

- ・ 厚生労働省の平成 21 年財政検証では、給付乗率を 5.481/1,000 としている。財政検証では、被用者の保険料率を 18.3%で固定し、厚生年金の基礎年金拠出金に相当する保険料率（基礎年金拠出金／総報酬）を 4.313%としている。この場合、保険料率 18.3%のうち、所得比例年金へは $18.3\% - 4.3\% = 14.0\%$ が拠出される。
- ・ 本ビジョンでは、所得比例年金の保険料率を 15.0%とするため、上記財政検証の所得比例年金保険料率 14.0%よりも 1%多くなる。そのため、給付乗率を財政検証よりも高い 7.081/1,000 とする。

図1. 第一段階における年金制度改革の概念図

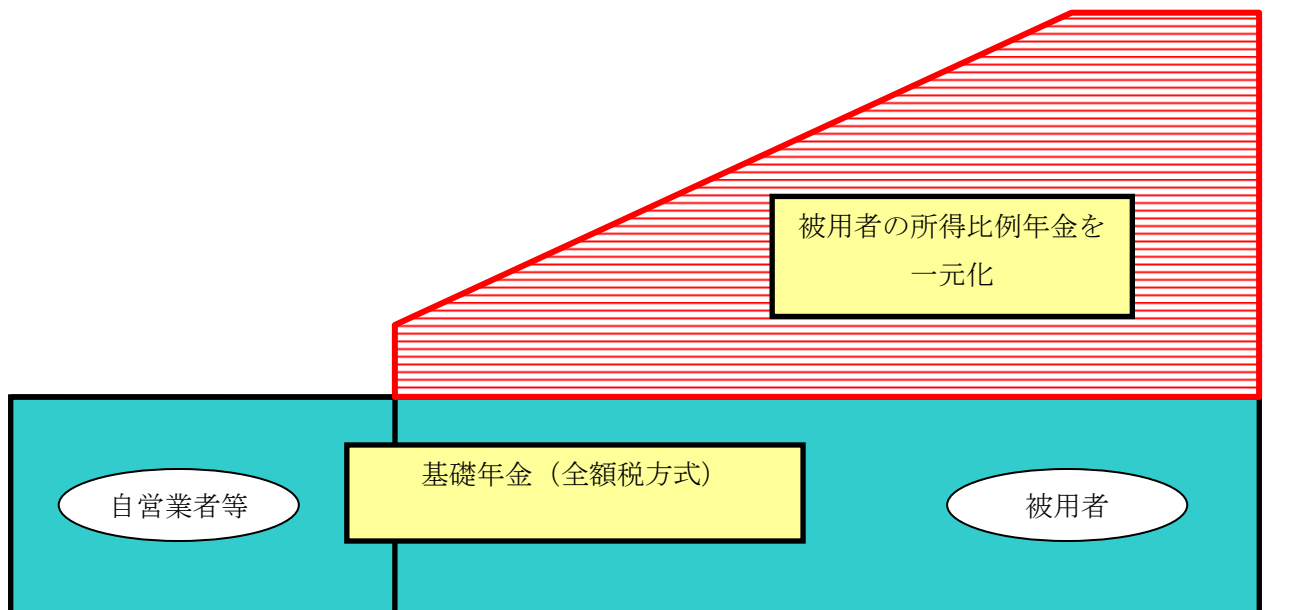


図2. 第一段階に基礎年金の概念図
* 基礎年金返金制度（クローバック）の仕組み

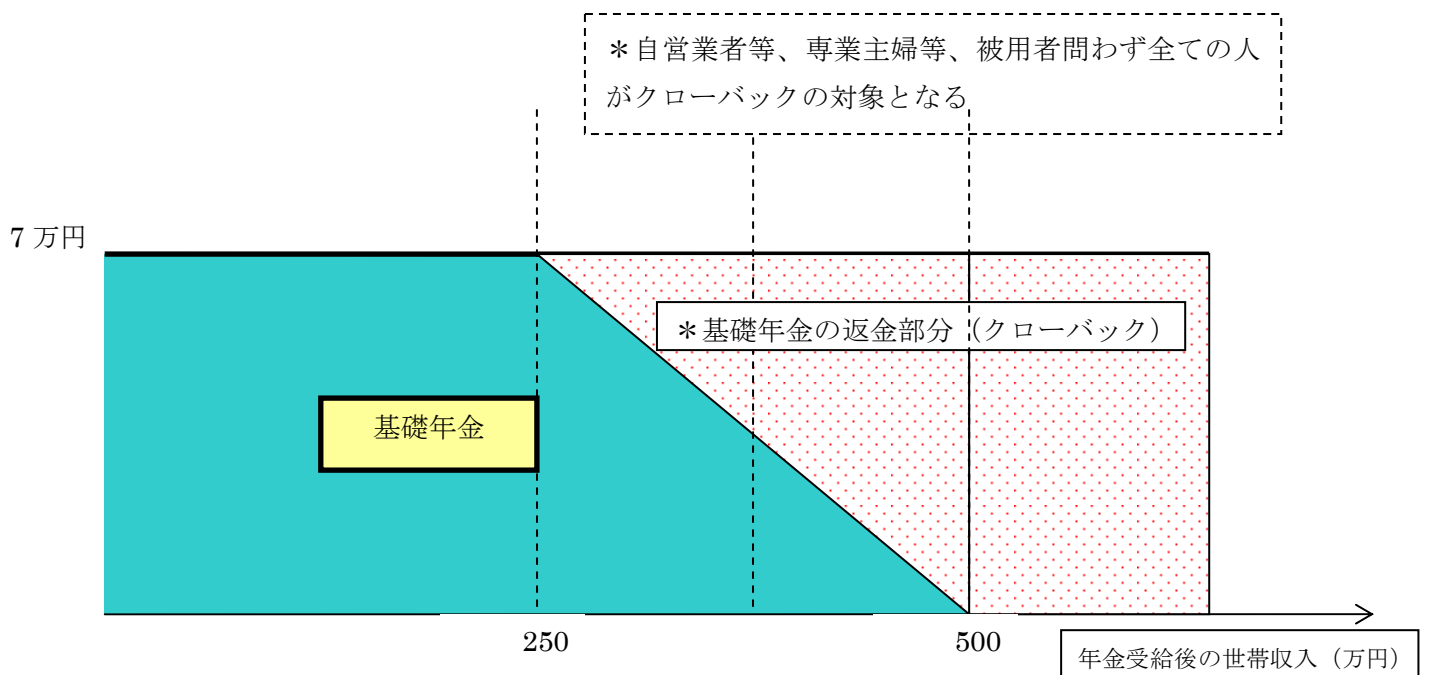
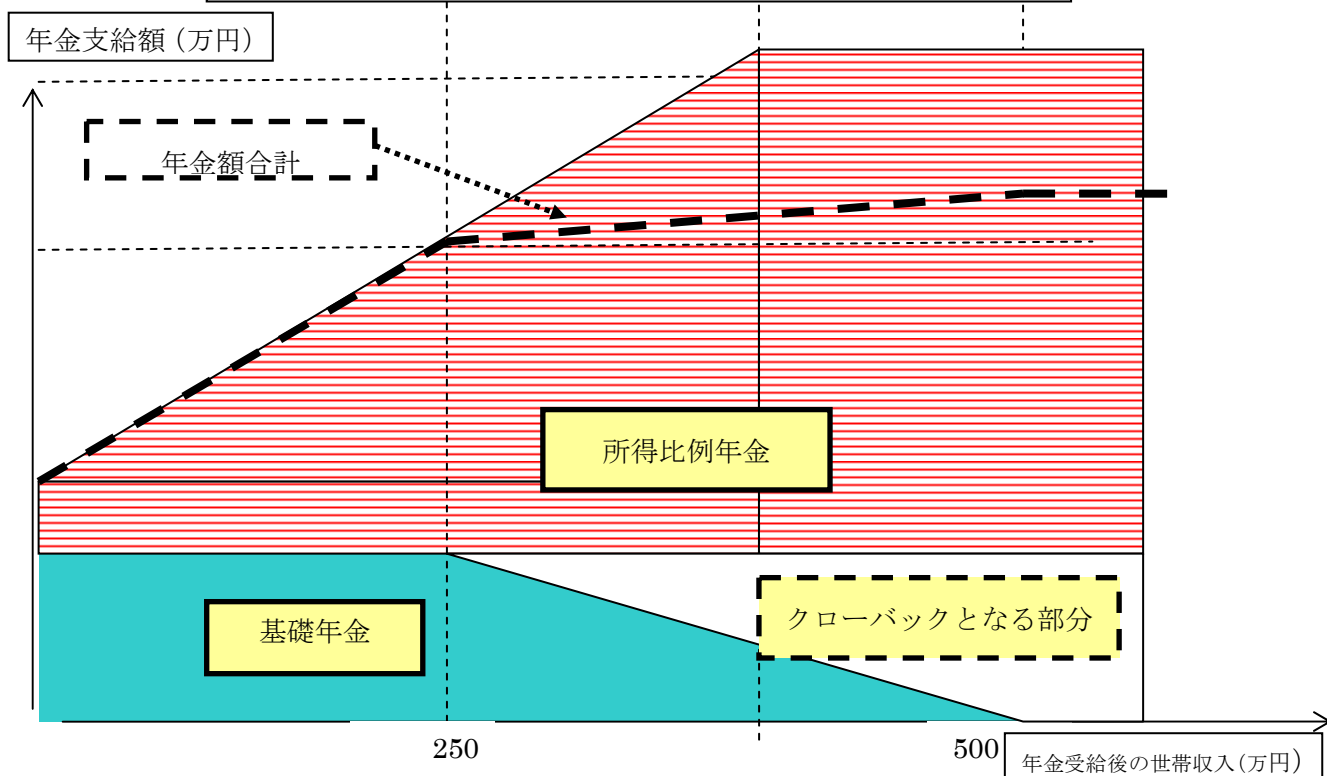


図 3. 第一段階における被用者年金の仕組み



【第一段階の制度の骨格（被用者年金）】

1. 基礎年金と所得比例年金の2階建て年金
2. 被用者年金（厚生年金、共済年金）を一元化する。所得比例年金保険料の労使負担は、使用者 55%、労働者 45%とする。
3. 正規・非正規を問わず、また短時間勤務者についても、原則被用者年金に加入する。
4. 40 年間、保険料率 15%の所得比例年金保険料を納付し、平均年収 400 万円の場合、基礎年金と所得比例年金の合計で一世帯月額約 21.3 万円となるが、1.9 万円/年のクローバックがある。

	(万円、倍)					
現役時の平均年収	200	300	400	515	600	800
所得比例年金	3.7	5.5	7.3	9.4	11.0	14.6
最低保障年金(本人)	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
最低保障年金(配偶者)	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
年金額合計(月)	17.7	19.5	21.3	23.4	25.0	28.6
年金額合計(年)	211.8	233.8	255.7	281.1	299.5	343.4
クローバック額(年)	0.0	0.0	1.9	10.4	16.6	31.4
実最低保障年金(本人)	7.0	7.0	6.9	6.6	6.3	5.7
実最低保障年金(配偶者)	7.0	7.0	6.9	6.6	6.3	5.7
実世帯年金合計(月)	17.7	19.5	21.1	22.6	23.6	26.0
実年金額(年)	211.8	233.8	253.8	270.7	282.9	312.0
所得代替率	105.9%	77.9%	63.4%	52.6%	47.1%	39.0%
負担給付比率	7.8	5.8	4.7	3.8	3.5	2.9

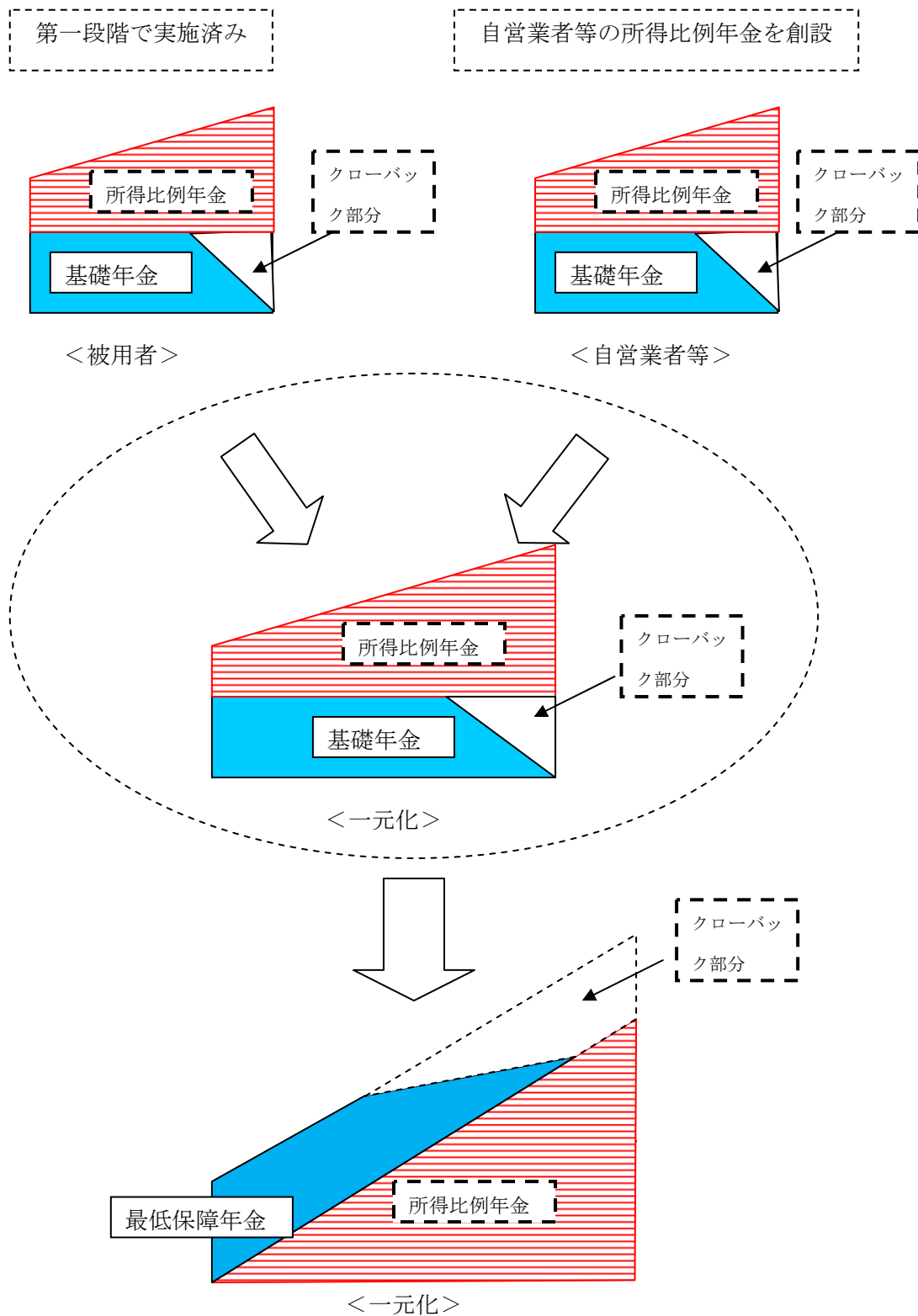
注1: 40年間片働き(配偶者所得なし)の場合

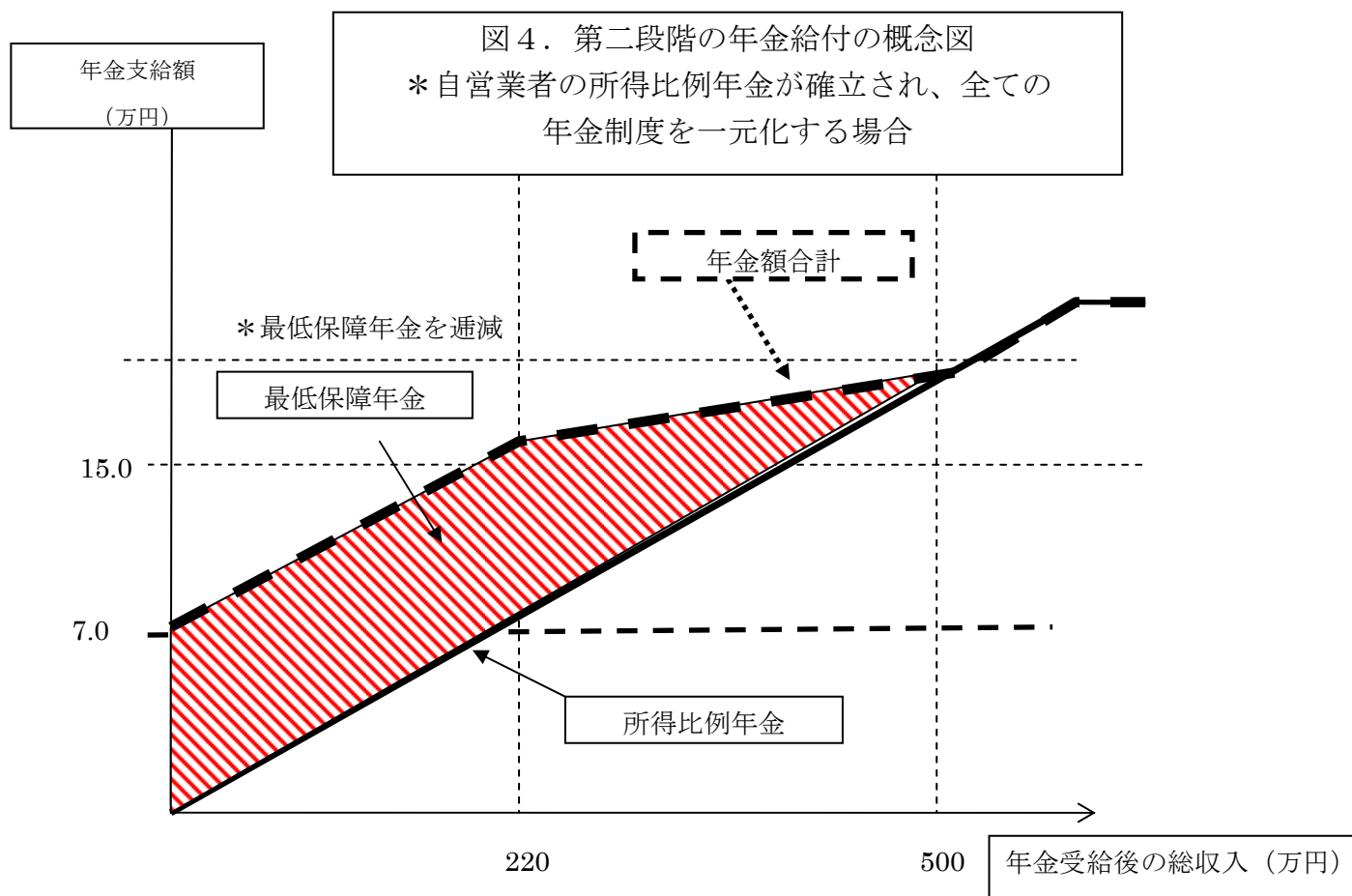
注2: 所得比例年金の給付乗率は5.481/1,000で算出(総報酬制導入後の現行の給付乗率)

注3: 所得比例年金の労使負担率は、使用者55%、労働者45%

注4: 負担給付比率は、65歳以降20年間の年金給付総額/40年間の保険料(本人負担分のみ)

図4. 第二段階における所得比例年金一元化
および 最低保障年金の粗い概念図





【第二段階の制度の骨格】

1. 所得比例年金と最低保障年金の組み合わせ
2. 最低保障年金は、年金受給時の世帯年収 220 万円まで 7 万円を支給（40 年間日本居住の場合）。年収 220 万超は最低保障年金を減額し、500 万円でゼロ。
3. 所得比例年金の保険料率 15% を 40 年間納付し、平均年収 515 万円の世帯の所得代替率は 50% の水準を確保する。
4. 所得比例年金の保険料負担は、雇用者の場合は使用者 55%、労働者 45% とし、自営業者の場合は全額自己負担とする。ただし、報酬月額が 67 万円（年収 800 万円）を超える場合は、67 万円を上限とする。

(万円、倍)

現役時の平均年収	200	300	400	515	600	800
所得比例年金	4.7	7.1	9.4	12.2	14.2	18.9
最低保障年金(本人)	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
最低保障年金(配偶者)	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
世帯年金額合計(月)	18.7	21.1	23.4	26.2	28.2	32.9
世帯年金額合計(年)	224.6	253.0	281.3	313.8	337.9	394.6
クローバック額(年)	0.0	19.8	36.8	56.3	70.8	104.8
実最低保障年金(本人)	7.0	6.2	5.5	4.7	4.1	2.6
実最低保障年金(配偶者)	7.0	6.2	5.5	4.7	4.1	2.6
実世帯年金合計(月)	18.7	19.4	20.4	21.5	22.3	24.2
実年金額(年)	224.6	233.2	244.5	257.5	267.2	289.8
所得代替率	112.3%	77.7%	61.1%	50.0%	44.5%	36.2%
負担給付比率	8.3	5.8	4.5	3.7	3.3	2.7

注1: 40年間片働き(配偶者所得なし)の場合

注2: 所得比例年金の給付乗率は7.081/1,000で算出(総報酬制導入後の現行の給付乗率)

注3: 所得比例年金の労使負担率は、使用者55%、労働者45%

注4: 負担給付比率は、65歳以降20年間の年金給付総額/40年間の保険料(本人負担分のみ)

<参考: 年金以外の収入がある年金受給者の場合>

(万円、倍)

現役時の平均年収	200	300	400	600	800
所得比例年金	3.7	5.5	7.3	11.0	14.6
最低保障年金(本人)	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
最低保障年金(配偶者)	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
年金額合計(月)	17.7	19.5	21.3	25.0	28.6
年金額合計(年)	211.8	233.8	255.7	299.5	343.4
年金以外の収入(年)	250.0	200.0	100.0	0.0	200.0
年収合計	461.8	433.8	355.7	299.5	543.4
クローバック額(年)	145.1	128.3	81.4	47.7	168.0
実年金額(年)	316.7	305.5	274.3	251.8	375.4

4. 医療保障

2025 年の姿

- ① 医療機関の機能分担と連携強化、地域偏在と診療科間の偏在の解消により、地域医療提供体制が再整備され、いずれの地域でも必要な医療の提供が受けられている。
- ② 医療における説明と同意、透明化が進み、患者本位の医療が確立し、患者・家族と医療現場との「信頼関係」が構築されている。
- ③ 在宅医療や医療と介護の機能分化と連携が進み、精神保健を含め「社会的入院」が解消している。認知症医療や終末期医療など高齢期の尊厳ある生活を支える医療提供体制が整備されている。
- ④ 「こころの健康」に対し、産業安全衛生や地域保健の取り組みを通して、予防、相談・情報提供、早期治療、在宅治療など、良質なサービス提供体制が整備されている。
- ⑤ 安定的な財政運営による職域保険と地域保険による国民皆保険の下で、すべての人が負担可能な費用負担で必要とする良質な医療を受けられている。
- ⑥ すべての人々に対する健康増進の社会全体での取り組みが進んでおり、社会的セーフティネットの充実とあいまって「健康格差」が是正されている。

(1) 現状認識と課題

- ① 地域医療を支える病院において、周産期、救急、外科などを中心に医師の確保が困難になり、地域住民の生活に大きな不安をきたしている。それは、医師臨床研修制度の見直しに伴う医師派遣システムの変更、医療費抑制政策、国立病院の独立行政法人化、公立病院ガイドライン、勤務医の労働条件の厳しさ、女性医師と出産・育児による離職の増加、訴訟リスク高い医療現場からの医師の立ち去り一などが複合的に絡み合って、現場を急速に疲弊させてきたことが原因といわれる。患者側の行動も現場の疲弊の原因となっている。その結果、診

療科の閉鎖や救急搬送先、分娩機関の確保が困難な地域が各地に発生した。

いずれの地域に住んでいても必要な医療の提供が受けられるよう、医療人材などの資源が確実に確保でき、効率的に活用する体制を実現することが必要である。

- ② 医療に対する患者と医師の「情報の非対称性」は大きく、医師・医療界と患者の関係は、上下関係になりがちである。診療は医療費の支出を伴うため、両者の間の信頼関係が築かれないと、治療に向けた共同作業の効果は上がらず、医療費の無駄にもつながる。

高騰する医療費を医療保険や患者自己負担、税で賄い、超高齢化時代を乗り越えていくには、医師が患者本位の医療を行い、患者は医師に敬意を払う関係、患者と医師・医療界の間に真の「信頼関係」を構築することが必要である。そのため、十分な説明や情報公開、すべての診療科・診療行為を対象とした無過失補償制度の創設や医療事故調査体制の確立などを図り、患者本位の医療が確立することが不可欠である。

- ③ 2025年には日本の65歳以上人口は全人口の3割に達すると見込まれ、高齢者の医療・介護ニーズが飛躍的に高まる。同時に認知症者等の急増が見込まれる。長寿社会にあって高齢期の尊厳ある暮らしの確保に対する社会的要請は従前に比べ大きくなる。そのため、治療必要度が低い患者が病院を生活の場とする「社会的入院」の解消が必要となる。

併せて、高齢者が自宅や高齢者用住宅、居住系の介護保険施設で暮らしながら、必要な医療の提供を在宅や通院できる範囲の医療機関で受けられる体制が必要である。

- ④ わが国では「精神疾患」国民の生命と健康を脅かす三大疾患の一つとなっている。現在、年間の自殺者が12年連続で3万人を超え、メンタルヘルスへの関心は高まっているにもかかわらず、その取り組みは大きく遅れている。勤労者の労働時間の長時間化、職場の人間関係の希薄化などにより、メンタルヘルス不全者が急増しており、職場におけるストレスの緩和が急務である。また、経済的困窮や社会的孤立心の不調に陥る者、思春期の精神的動揺さらされる若者など、知識や情報の提供、予防と早期支援体制の確立が急務となっている。

- ⑤ 景気が低迷を続ける中、医療保険財政がいずれの保険者にあっても例外なく悪化しており、保険料の引き上げ、高齢者医療への拠出金・支援金負担の増大などで、健康保険の持続可能性が危ぶまれている。多くの非正規労働者は被用者保険から排除された上、低所得者やいわゆるワーキングプアが国民健康保険料を払えず「無保険状態」となり、受診を控えるといった、所得格差に伴う「健

康格差」が指摘されている。

だれもが負担可能な費用負担で必要とする良質な医療を受けられる「皆保険」を維持するため、医療保険制度の再構築を図るとともに、保険者機能の発揮により医療費の効率化が図られる仕組みの構築が求められる。

- ⑥ 生活習慣病、感染症等の予防や対策は、生活の質の向上につながる上、医療費の効率化にも寄与するものである。食生活の改善や運動など健康管理や健康づくりの取り組みを推進することが必要である。

また、新型インフルエンザなど新型感染症の発生や海外からの上陸が懸念されるほか、結核など旧来からの感染症の集団感染が再発している。新型感染症の調査研究や危機管理体制の確保、感染防止のための一層の啓発などが求められる。

(2) 改革に向けたアプローチ

① 安心して暮らせる地域医療提供体制の確立を

- a) 初期医療を担う「家庭医(仮称)」と機能別医療機関による連携体制を確立するため、診療所や中小病院を「家庭医」として制度化し、初期医療から高次医療に至る医療機関の機能分担を明確化し、その相互連携をはかる。
- b) 医療圏及び診療科ごとの医療機関・医師の計画的配置を進める。具体的には、地域医療計画で定める必要数の医師の配置に対し、医科大学や医療機関に協力義務を課す。また、国の責任においてへき地・離島などにおける無医地区を解消する。地域医療計画に基づいて、診療所の設置規制、小児・救急医療体制の確保、高額医療機器の計画的配置と共同利用などを進める。
- c) 人口あたりの病床数をドイツ水準並みに削減し、慢性期から急性期へ医療資源の配分を見直す。また、医師、看護師等の人員配置基準を引き上げ、コメディカルスタッフを含めた入院患者一人あたりの医療従事者数を増やし、入院日数を短縮する。

特に急性期病棟など、必要なところに必要な看護師配置を行うとともに、医療従事者の処遇と労働条件の改善を図り、医師・看護師等の離職防止策を強化する。

- d) 医師の質の向上をはかるため、医科大学の「医局講座制」を解消し、教育は医療と医学を分離する。国家試験合格後の研修は、研修医の生活基盤の確立、患者を全人間的に捉えられるような臨床研修、総合医の育成をめざすものとし、研修生を受け入れる病院の指導体制を強化し、臨床研修の内容の質の向上をはかる。医療職について再教育の義務化と10年ごとの免許の更新制を導入するとともに、研修体制を整備する。そして、医師、看護師、薬剤師、

技師等がそれぞれの専門性を生かして連携しあう対等な関係を構築する。

- e) 政策医療、地域医療を担う公立病院の安定的な運営を可能とするため、二次医療圏内の自治体による公立病院に対する財政支援制度を構築し財政基盤を強化する。
- f) 救急医療のいわゆる「コンビニ受診」や安易な救急車の利用により、重篤な患者の医療を受ける権利が侵害されることがないように、救急相談ダイヤルを全国の道府県に設置するとともに、電話相談によりトリアージを行える体制を整備する。また、地域住民や関係者が参加する地域医療協議会で、理解や啓発に取り組む。

② 医療への信頼回復と患者本位の医療の確立を

- a) 患者本位の医療、患者・家族と医療現場の信頼関係の確立に向けて、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンを制度化し、患者が納得の医療を受けられる態勢を整備する。
- b) 自己の医療情報へのアクセス方法の整備のため、IT 技術を利用し十分なセキュリティ管理のもとでカルテ・レセプトなどの医療情報を開示するとともに、診療明細書の無料発行をすべての保険医療機関に義務づける。また、個人情報保護の上で被保険者証の電子カード化をすすめ、医療と介護共通の番号を整備することによって、重複受診・投薬・検査を防止し、医療費の無駄を排除する。
- c) 「患者の権利法」の制定により、医療情報の開示と患者の自己決定権の確立、患者の苦情処理機関の設置、国・自治体の医療施設の整備義務などを制度化する。
- d) 医療過誤の防止と院内感染を防止するための「安全管理者」を育成、病院への配置を義務づける。また、医療事故調査体制の確立にむけ、行政を含む院内外の複数チェック体制を整備し、事故を起こした医療機関の徹底的な原因究明と再発防止策等の調査・検討を行う第三者機関を設置する。
- e) 難病や希少疾病用や未だ有効な治療方法がない医療ニーズのため、国内新薬の開発促進とそのための公的支援を導入する。また、産業政策との連携により医療材料の国内開発をすすめ、内外価格差の解消をはかる。薬価や医療材料の価格が外国価格に比べ妥当で納得できるものとなるよう算定方法を見直すとともに、新薬・医療材料等の承認・審査手続きの迅速化をはかる。
- f) 安心・安全な出産のため、妊娠・出産に係る費用は、正常分娩を含めすべて健康保険の適用（現物給付化）とし、出産育児一時金は廃止する。
- g) 精神科における「社会的入院」を解消するため、障害者福祉と連携した精神科に係る在宅医療を推進するとともに、心理社会的療法の専門家の育成など医療従事者の資質向上、抗精神病薬の多剤・大量投薬の是正などをすすめ

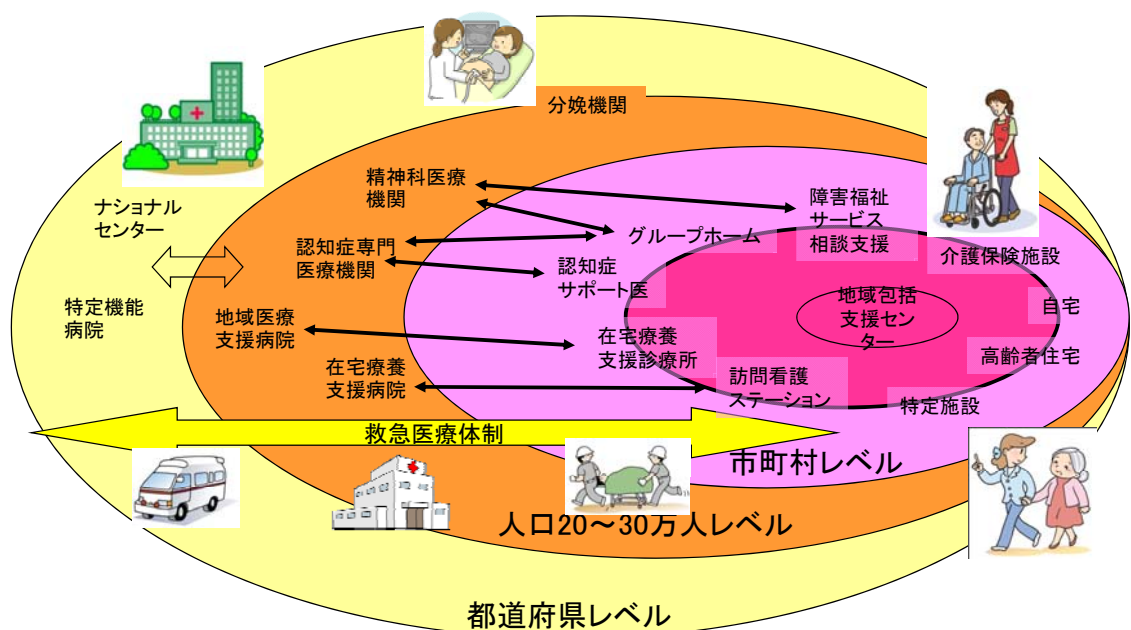
る。また、精神疾患の予防及び早期支援のため、患者と家族への情報提供医や相談体制を確立する。

- h) 患者の尊厳と生存権を尊重した終末期医療の改善をはかるため、リビング・ウィル（文書による生前の意思表示）を定着させるとともに、延命治療の拒否を含め「患者に最善の医療」を選択できる態勢を整え、在宅や施設におけるターミナルケアを充実させる。

③ 高齢期の尊厳ある生活を支える医療の確立を

- a) 在宅医療、訪問看護の充実をはかり、自宅や高齢者専用住宅、居住系の介護保健施設での暮らしを支える医療提供体制を確立する。在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションの設置をすすめる。
- b) 増加する高齢者に対応し、医療的処置を安全かつ効率的に行えるよう、責任関係や報酬のあり方、研修体制の確保などを明確にした上で、看護師と介護福祉士が自立的に基礎的医療を行えるようにする。
- c) 認知症医療の充実とアルツハイマー型認知症の治療法を確立するとともに、地域で暮らす初期の患者が検査を受け、早い段階から専門的な治療が受けられるよう専門医を地域に配置し、「家庭医」との緊密な連携を行う。また、精神科病棟における入院療養からの脱却をすすめる。

地域における医療・介護・福祉の連携



④ 職域保険と地域保険による「皆保険」の確立を

a) 超高齢社会に対応した医療制度

人々に医療を保障するための財源は、社会保険による相互扶助を基本としつつ、少子高齢化に対応し公費の拡充を図る。そのため、医療保険の財源は、超高齢化に対応し、70歳以上の医療費に対し5割の公費を投入する。患者窓口負担は、3歳以下を無料、70歳以上を1割、その他は2割とする。保険者は、保険者機能がより発揮されるよう保険集団の同質性を重視し、職域保険と地域保険の両立による「皆保険」体制とする。

b) 職域保険

就労時間や雇用形態、事業所の規模等にかかわらず、原則としてすべての雇用労働者に対し社会保険（被用者保険）を適用する。職域の同質性という保険者機能の面でのメリットを生かし、健康保険組合の自立的な運営を支援するとともに、共済組合、全国健康保険協会とともに雇用労働者とその家族の医療を支える。保険者はレセプト審査を強化するとともに、医療機関との費用契約、医療機関への調査・立ち入り権限、処分権限を持つ。

被用者保険の事業運営にあたっては、保険料を拠出する労使が主体的に決定する「社会保障基金」の理念に基づくものとする。

c) 地域保険

市町村が保険者である国民健康保険は最後のセーフティネットとしての機能を発揮するため、財政単位の都道府県単位化と公費の投入により財政力を確保しつつ、保険料徴収や健康増進などの保険者機能を発揮する。

受診におけるスティグマ（負い目）を解消すると同時に、医療扶助による過剰診療・投薬を防止するため、生活保護受給者は国民健康保険に加入することとし、保険料（税）と患者自己負担について医療扶助から機動的に支払う仕組みにあらためる。

d) 高齢者の医療保障

高齢期の医療を支える保険制度等は、健康診断や健康づくり、厳格なレセプトチェックの実施など保険者機能が十分に発揮される仕組みを構築する。具体的には、働き続ける高齢者は被用者保険に加入し続けるほか、退職者については、

- ・被用者保険グループが支える「退職者健康保険」に加入する
- ・被用者保険に任意継続加入する
- ・地域の国民健康保険に加入する

—ことを選択できるようにする。

そのため、退職者を加入させることが各保険者にとって財政上の負担とならず、また、高齢者医療費を支える現役世代の負担が過重になることがない

よう、公費の充実をはかり、各保険者からの拠出は負担能力に応じたものとする。

e) 保険医療の充実

保険診療がすべての加入者に対し必要な医療が過不足なく提供されるよう、いわゆる「混合診療」や「先進医療」の安易な拡大は行わない。「患者本位の医療」のため、透明な検討を行うことを前提に、薬事法上未承認の医療技術の導入等に係る承認の迅速化をはかる。

給付の効率化をはかるため、出来高払い診療報酬体系を改める。医療機関の機能分担を踏まえ、初期医療を担う診療所や中小病院は人頭払い制を加味した定額払い、病院は医療内容に対応した疾患・診療群別包括払いを基本とする。その際、EBM（根拠に基づいた医療）の定着をはかり、「医療の質」を確保する仕組みを導入し、粗診粗療につながらないための検証を不断に行う。

なお、保険指定医・医療機関による不正請求や犯罪に対しては厳しい罰則を科す。

e) 保険医療を補完する公費負担医療の充実

障害者施策等と連携をはかりつつ難病などの公費負担医療を充実させる。

⑤ 疾病予防や健康づくりの充実、感染症対策の強化を

- a) 生活習慣病など疾病の原因となる人々の食生活やライフスタイルなどを変えるため、食品産業との連携、若者への一層の啓発などを強化する。また、保険者や自治体が運動や食生活の改善など健康づくりの取り組みを積極的に支援し、自発的な活動を普及させていく。
- b) 管理職に対するメンタルヘルス教育の実施、職場復帰プログラムの普及、長時間労働を行った労働者に対する医師の面接指導や事後措置の義務づけなどを行うとともに、企業及び地域の保健所等への産業医の配置を促進する。
- c) 感染症等の疾病予防のための啓発及び感染予防対策を強化するとともに、新型感染症対策のための国・自治体の危機管理対策、行動計画等を速やかに整備する。平時から国、自治体、医療機関、民間企業、個人にわたる危機管理対策の周知徹底をはかる。新型の感染症に対する医薬品やワクチン等については国の責任で開発・備蓄体制を確立する。

(コラム) ポピュレーションアプローチによる健康増進の取り組み

疾病にかからないよう心身の健康状態を保つことは、一人ひとりの尊厳を保ち、生活の質（QOL）を確保する意味で極めて重要であり、結果として医療費の高騰を抑えることにつながることを期待される。高血圧・高脂血症・糖尿病・肥満などの生活習慣病は、3大死因であるがん、脳血管疾患、心臓病などとの関連が深く、医療費高騰の原因ともなっている。

政府の2006年医療制度改革で特定健康診査・特定保健指導が導入され、40歳以上の加入者を対象としたメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査と保健指導の実施が、2008年4月から各保険者に対して義務付けられている。同年度の同診査の実施率を見ると、中小企業の従業員が多くを占める協会けんぽが29.5%、所得無し世帯が1/4、課税所得100万円未満世帯が半数を占める市町村国保が30.8%。一方、大企業の従業員が多い組合健保が58.0%と、所得の低い層ほど疾病予防対策の対象から外れているのが実態である。

健診などで高い健康リスクを持っている人を抽出した上で対策を取る方法（ハイリスクアプローチ）に対して、集団全体を保健の対象として健康づくりの普及啓発などを行う方法（ポピュレーションアプローチ）による健康増進の取り組みの重要性が指摘されている。英国における食品業界を巻き込んだ減塩運動の実践例の報告や、出生前と子どもの栄養状態の改善が生活習慣病の予防に重要であるとの指摘が行われている。近藤克則・日本福祉大学教授は、厚生労働省の高齢者医療制度改革会議でポピュレーションアプローチによる産業界など社会全体を巻き込んだ個人の行動変容に結び付ける取り組みの重要性を指摘し、同会議の「最終とりまとめ」にそのことが盛り込まれた。

(コラム) 健康格差と「健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health)」

世界保健機構（WHO）は、1998年に「健康の社会的決定要因」にかかる報告書をまとめ、2003年に改訂した。ここでは、所得の格差が命の格差をも生み出す「健康格差社会」の問題を社会疫学の観点から論証。個人を取り巻く人間関係や社会環境が、「健康に影響する社会的決定因子」となって健康に影響することが報告されている。

WHOの2003年改訂版では「貧困、相対的貧困、社会からの排除は、当人の健康に大きな影響を与え、死を早める原因となる」と指摘している。このため、「どの政府にとっても、税、年金などの給付金、雇用、教育、財政や他の多くの分野を通して、所得分配に多大な影響を与える。こうした死亡率や罹患率関連の明白な根拠は、絶対的貧困を排除し、物質的な不平等をなくすことが行政の責務である。あらゆる人は、最低所得、最低賃金を保障され、行政のサービスを受けられるよう守られなければならない」と提言。2005年に「健康の社会的決定要因に関する委員会」を設置している。

（参考：『健康格差社会を生き抜く』近藤克典著、朝日新書）

5. 高齢者施策

2025 年の姿

- ① 在宅であるか施設であるかにかかわらず、誰もが必要なサービスを24時間365日利用でき、年齢や要介護の理由を問わず、介護が必要になったすべての人を対象とした総合的・普遍的な介護保障制度が確立している。
- ② 住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、介護予防や要介護状態の改善、QOL（生活の質）の改善が図られ、医療・介護・保健・福祉が連携した、地域密着型の総合的な支援サービス供給体制が確立している。
地域包括支援センターを中心に「地域包括ケアシステム」が整備され、多様な職種や専門家、コミュニティによる支援体制が整備されている、
- ③ 家族等介護者（ケアラー）への情報提供や相談支援、レスパイトケアの体制が整備されている。家族の介護のために就業を中断する就業者が減り、介護と就労が両立できる条件が整備されている。
- ④ 介護労働者には、適正な賃金・労働条件が担保された安定した職場が確保され、十分な専門性を持った人材が確保されている。介護分野は主要な雇用創出産業として、安定的に人材が供給されている。
- ⑤ バリアフリーの優良な賃貸住宅や公的住宅が整備され、高齢者のニーズに応じた住まいへの住み替えが可能となっている。また、施設における個室は住まいとみなし、低所得者には住宅手当による補填など、誰もが住まい・居場所を持つことができる。
- ⑥ 介護の財源は、総合的・普遍的な介護保険制度による保険料、公費、利用料のバランスが保たれ、低所得者への配慮がなされている。

（1）現状認識と課題

2025 年には、団塊の世代が 75 歳以上となり、高齢化がピークとなる。高齢者の単独・夫婦のみ世帯が増加し、認知症を有する高齢者が急増するなど、介護のニーズは一層高まる（図 1、図 2）。病気や介護が必要な状態になっても、適切なサービスを利用して個人としての自立と QOL を追求することを可能にしていくためには、一

人ひとりの心身状態にあった切れ目のないサービスが提供されることが重要である。

- ① 日本の高齢化は、高齢化率が高くそのスピードも速い。他の先進国が経験したことのない状況で進んでいる。2006 年の「日本の将来人口推計」によれば、高齢化率（65 歳以上の高齢者人口）は、現在 25%程度、2055 年には 40%を超える見通しとなっている。急速な高齢化は、経済社会にも大きな影響をもたらす。就労人口の減少、国民負担率の増大、医療・介護等にかかる需要の増大などに対応した、社会保障制度の再構築が急務となっている。
- ② 2000 年 4 月にスタートした介護保険制度は 10 年が経過したが、この間、介護保険サービスの利用者（2009 年度約 400 万人）、介護保険の総費用（2010 年度 7 兆 4000 億程度）ともに倍増し、必要な介護ニーズに追いつかない現状がある。そもそも介護保険は、増大する医療費と社会的入院の解消、家族介護から社会的介護へ、措置制度のスティグマの解消と権利性の確立、社会連帯を基礎とする保険制度による財源確保を目的に、国民合意の下に導入されてきた。「走りながら考える」とその制度を整備してきているが、財源確保、介護サービスの供給、介護人材の確保など、今後のあり方が問われている。
- ③ 単身・夫婦のみ世帯の増加、認知症高齢者の増大、地域社会で孤立しないよう見守りや医療・介護サービス、成年後見制度による権利保護など、包括的な支援が求められている。在宅での、医療・介護サービスにより、在宅生活を送れることが望ましいが、住宅の老朽化やバリアフリーによる良質な賃貸住宅不足、在宅生活の困難などにより、施設サービスへの需要も待機者 42 万人という現状にある。
- ④ 老老介護、認認介護で共倒れになるケース、家族等介護者（ケアラー）が孤立して介護を担っているケースなどケアラーの不安や疲弊、孤立が深刻な社会問題となっている。介護のために就労中断を余儀なくされた介護者は多くの場合、経済的に困窮し、再就職の見通しも立ちにくく、再就職できたとしても将来の低年金予備軍となる可能性が高い。社会的な支援策が求められている。
- ⑤ 2012 年には介護報酬と診療報酬の同時改定が行われる。安定、安心した医療と介護サービスが供給されるよう、在宅医療や訪問看護の充実、医療と介護サービスの連携と役割分担、保険財源の安定化対策など、高齢化のピークを見越した、戦略的な報酬改定作業が求められている。
- ⑥ 年金支給開始年齢が 2013 年には 65 歳（一部経過措置あり）となることから、就労を希望する高齢者の雇用機会の確保も必要となる。また地域における、経験や技術を生かした社会活動への参加やネットワーク作り、健康事業や予防事業の推進など、QOL を重視した、生活・活動環境の整備が求められている。

(2) 改革のためのアプローチ

① 地域における「地域包括ケアシステム」の確立

市町村(保険者)は介護サービスの総合的な推進機関としての役割を強化するとともに、「地域包括支援センター」の機能を拡充し、介護にかかる総合的なコーディネート、在宅・施設介護の総合相談・支援、寝たきり・認知症予防対策、介護総合相談・ケアラー支援等を実施する。少なくとも小学校区に1箇所設置するなど、生活圏内での総合的なサービス支援を可能とする「地域包括ケアシステム」を確立する。

② 住民参加型のシステム運営とチェック機能

地域包括支援センター運営協議会を発展させ、住民や利用者の代表が参加する「介護サービス運営協議会」を市町村ごとに設置し、介護保険制度の運営のチェックを行う。地域のNPO等地域福祉の担い手の参画により、地域における介護ネットワークを形成し、地域の介護資源や、情報交換、介護保険事業の参加型運営をはかる。

③ 在宅ケアを支えるサービスの充実

急性期医療から在宅医療・訪問看護、リハビリテーション、在宅介護への切れ目のない支援体制の構築に向けて、訪問看護、在宅介護、短時間定期巡回、緊急訪問等を組み合わせて、24時間365日の在宅生活を支える体制を整備する。医療については、地域医療計画において在宅医療に関する計画を策定し、看護・介護体制を支える地域医療を充実する。

④ 医療と介護の役割分担の明確化と連携の強化

高齢者介護は重度になるほど医療と介護のケアミックスを必要とする。急性期医療から在宅看護、リハビリ、在宅介護への切れ目のないケア・サポートを整備するためには、医療的ケアと介護ケアの双方を利用者の状態に合わせて展開していく必要がある。介護と医療は一体的なインフラとして提供される必要があるが、小規模多機能型等の中間型施設、人的連携を総合的にコーディネートしていく仕組みを整備する必要がある。

利用者のニーズ、QOLの確保に対応するため、看護師の一定の医療行為（専門看護師）、介護職員の一定の医療行為については、医療・介護ケアの基礎的インフラとして早急に一定のルールの下、実施可能にしていく必要がある。介護従事者による医療（類似）行為については、公費による研修の整備及び認証、責任の所在など法律による規定を整備する。

これらを踏まえ、限られた財源とサービスを効率的に供給するため、医療費の増大の抑制という観点からも、中間型施設や介護サービスの供給量を拡大していく必

要がある。

⑤ 家族等介護者（ケアラー）支援の強化

家族等の介護者を支援するため、地域包括支援センター等を拠点とした、介護者支援対策の強化—情報提供、相談支援、レスパイトケア、就労支援等の包括的な支援提供体制を整備する。

家族介護を行いながら就労する労働者の増加に対し、退職や長期間の就業中断を回避できるよう、両立支援体制の整備を進める。放置すれば、介護離職者は将来、低年金、無年金者になりかねない。具体的には、勤務時間の短縮など就業環境の整備、情報提供・相談体制作り、介護休業制度の確立と社会保険料免除など一定の経済的支援などが求められる。

（コラム）ケアラー（家族等無償の介護者）支援が急務

ケアラーとは「家族など無償の介護者」を指し、ケアワーカー（介護労働者）とは区別をしている。子どもから高齢者まで幅広い年代層のケアラーがおり、その介護負担の現状や生活への影響は、今まで社会的に顧みられてこなかった。

「ケアラー連盟」の2010年の調査によれば、①性別は、女性83%・男性15%、②年代は、60代29.2%、50代、70代、40代の順に多いが、30代、10代2.4%、20代1.2% など、あらゆる年代に及んでいる。③介護年数は、10~20年が37.6%、5~10年18.4%、20~30年13.2%と長期間が多い、④就業への影響では、勤務時間減33%、退職26%、転職16%などで、収入や将来の年金受給にも大きな影響が及ぶ。。⑤将来の暮らしへの不安は89%が抱え、⑥体の不調を感じる者52%、⑦心の不調を抱える者39%で、このうち受診している者は3分の1に過ぎない。ケアラーの半数が「社会的に孤立している」と感じており、要介護者本人だけでなく、ケアラーへの社会的支援が喫緊の課題となっている。

⑥ 認知症高齢者への支援

「地域総合介護支援センター」が中心となり、地域の介護施設、保健所、医療機関との連携をはかり、認知症の早期発見と治療、情報提供、家族への相談・支援等の包括的なサービス提供体制を整備する。

認知症患者は早期発見と適切な治療で在宅生活が可能なことから、安易な精神病院入院や施設入所を回避し、早期の治療支援、生活支援、地域の見守り体制作りなどが急務となっている。

⑦ 高齢者の住まいの確保

住み慣れた自宅で生活すること、やむを得ず施設入所の場合には個室ユニットを基本とし、自立的な生活と生活の場を確保することが、個としての尊厳、QOLの向上に寄与する。

6. 障がい者施策

2025 年の姿

- ① 国連障害者権利条約に基づき、国内法が整備され、障がい者の人権、社会参加の権利が確立している。障害の定義は、WHO の「国際生活機能分類」や障害者権利条約に即し、従来の医療モデルから社会モデルに転換する。
- ② 実質的な平等を保障するための合理的配慮とポジティブアクションで、障がい者があらゆる分野で活躍・参加するインクルーシブな社会が実現できている。すべての障がい者が社会的、精神的、経済的に自立し、地域で暮らし、学び、働くことをはじめ、あらゆる分野に参加できる生活基盤が構築されている。
- ③ 障がい者が、その能力や希望に応じて職業訓練を受けることができ、多様な雇用・就労機会が整備されている。障害者の一般就労の促進と国際水準以上の法定雇用率を達成する。一般就労が困難な者の就労が可能となるよう、運営に要する賃金補填等経費を公的に補填するいわゆる「社会的就労」等の普及をはかる。福祉的就労は抜本的に見直す。
- ④ 障がい者の施設収容や「社会的入院」が解消され、地域生活とあらゆる場への参画が可能となっている。とりわけ、精神疾患にかかる「社会的入院」32万人の少なくとも半数の地域生活移行を実現する。
- ⑤ 地域生活への移行と地域生活を支援する「障害者地域総合支援センター（仮称）」を設置し、総合的な情報提供、相談、早期支援、生活支援など総合的な生活支援体制を構築する。
- ⑥ 国・地方の政策決定・運営プロセスに障がい当事者が参画している。

（１）現状認識と課題

- ① 内閣府「H22 年版障害者白書」によれば、現在、身体障がい児・者（約 366 万人）、知的障がい児・者（約 54.7 万人）、精神障がい児・者（約 323 万人）

の三障害合わせて約 744 万人の障がい者がいるとされている。しかし、発達障害、高次脳機能障害、難病者など、社会的支援が必要にもかかわらず、未だ「制度の谷間」に置かれている人々が多く存在する。障がい者のニーズを踏まえた各種支援の拡充が求められている。

- ② 障がいのある子どもと家族への支援は、医療、保育、介助、教育、職業訓練など切れ目のない支援サービスを必要としている。障がい児が、障害のない児童生徒とともに、保育や教育を受けるインクルーシブ教育と、同時に本人や保護者の希望に基づく障がい特性に応じたきめ細やかな教育の充実、効果的かつ利便性の高い支援機器等のコミュニケーションツールや、専門家による支援も充実が求められている。
- ③ 我が国の精神障害者の入院者数は現在約 320,000 人でそのうちの半分以上が社会的入院といわれているが、この数は世界的にも異例となっている。精神科病院への入院 5 年以上の患者が 43%、20 年以上 15%を占めるなど、長期入院者が多い。先進国では、1970 年代から、精神障害者の入院治療から地域移行を進め、地域生活支援へと政策転換を図っており、地域生活の方が治療効果も高く、社会参加によって自立可能性も高まることが立証されている。現在でも退院促進事業が行われているが、地域移行に向けた居住の確保、経済的保障、生活支援などの体制が脆弱な現状にある。
- ④ 日本の民間企業（従業員 56 人以上規模の企業）の平成 21 年の障害者雇用率は 1.63%と、もともと諸外国より低い法定雇用率（1.8%）ですら未達成となっている。職場における合理的配慮の欠如や障がい者に対する偏見が雇用の窓口を閉ざしており、就労機会も障がい種別の格差が存在している（身体障がい者約 27 万人、知的障がい者約 5.7 万人、精神障がい者約 0.8 万人）。精神障がい者の雇用は、いまだ義務化されていないことから、特に対応は立ち遅れている。その他の障がい者（難病等）は法定雇用率の対象外であり、雇用状況は明らかではない。障がい者の就業機会を拡大するとともに、働くことが困難な障がい者については、地域で自立するための所得保障の仕組みや社会手当の拡充が急務となっている。

日本政府は、ILO「障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する条約」を 1992 年に批准しているが、障がい者の雇用機会の増進効果は未だ薄い。
- ⑤ 障がい者が日常生活、社会生活において、公共施設・設備、交通機関等を円滑に利用すること、コミュニケーションを円滑に行うことができるよう、バ

リアフリーの取り組みとコミュニケーションツールの活用・拡大の取り組みが不可欠である。

障がい者は、生活のあらゆる場面で情報へのアクセスやコミュニケーションにおける困難に直面している。

- ⑥ 政府は、2009 年秋、内閣府に障がい者制度改革推進会議を設置し、国連「障害者権利条約」の批准と必要な国内法の整備、障害者自立支援法の廃止とそれに代わる新しい障がい者総合福祉法（仮称）の制定など障害者制度改革の取り組みに着手している。この推進会議は障がい当事者が委員の半数以上を占め、当事者参画を体現する画期的な陣容となっており、この作業を通じて、戦後初めての障がい者政策の画期的な見直し作業が進んでいる。

国連障害者の権利条約（以下、障害者権利条約）の批准と国内法の整備が、障がい者政策の検証と発展にとって、大きなインパクトとなっている。

〈参考〉【出典：障害者制度改革の推進のための基本的な方向性について（第一次意見）（抜粋）】

2010 年 6 月 7 日／内閣府「障がい者制度改革推進会議」

障がい者制度改革の基本的考え方

障害者権利条約の締結に向け、国内法制をその理念・趣旨に沿う形で整備するとともに、日本が目指すべき社会である、障害の有無にかかわらず、それぞれの個性の差異と多様性が尊重され、それぞれの人格を認め合う「共生社会」を実現することを目的とし、制度改革を進めるに当たっての基本的な考え方は次のとおりとする。

1. 「権利の主体」である社会の一員

すべての障害者を、福祉・医療等を中心とした「施策の客体」に留めることなく、「権利の主体」である社会の一員としてその責任を分担し、必要な支援を受けながら、自らの決定・選択に基づき、社会のあらゆる分野の活動に参加・参画する主体としてとらえる。

2. 「差別」のない社会づくり

何人も障害を理由とする差別を受けない権利を有することを確認するとともに、差別を禁止し、権利の侵害から救済を受ける法制度を構築し、差別のない社会づくりを目指すものとする。なお、差別には合理的配慮が提供されない場合も含むものとする。また、女性であることによって複合的差別を受けるおそれのある障害のある女性の基本的人権に配慮する。

3. 「社会モデル」的観点からの新たな位置付け

障害者が日常生活又は社会生活において受ける制限は、様々な社会環境との相互作用や社会との関係性の在り方によって生ずるものであるという「社会モデル」的認識を踏まえ、障害のとらえ方や障害者の範囲、障害者への各種支援制度等を見直すとともに、障害者の日常生活及び社会生活のあらゆる分野への参加を可能かつ容易にするため、公共的施設、輸送機関、情報通信等の社会環境の改善をはかる。

4. 「地域生活」を可能とするための支援

すべての障害者が家族への依存から脱却し、自ら選択した地域において自立した生活を営む権利を有することを確認するとともに、その実現のために24時間介助等を含む支援制度の構築を目指す。制度の構築に当たっては、地域間格差が生じないように十分に留意する。

5. 「共生社会」の実現

障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者への支援と人権の確保をはかることにより、障害の有無にかかわらず、それぞれの個性の差異と多様性が尊重され、それぞれの人格を認め合う共生社会の実現をはかる。

(2) 改革のためのアプローチ

障害者権利条約の批准とそのための国内法の整備をはじめ、国、地方における政策決定プロセスへの当事者参画を保障し、社会生活上の様々な解決策を講じる。

① 障がい者の人権の確立

- a) 障害の定義については、WHOの「国際生活機能分類」や障害者権利条約に則し、これまでの医療モデルから社会モデルに基づき障害を認定する。「制度の谷間」に置かれている3障害以外の発達障害、高次脳機能障害、難病者など、社会的支援の必要な人々にも障がいの適用範囲を広げ、抜本的に見直すことが必要である。
- b) 法定雇用率実現のために、公的支援を拡充する。障がい者が社会の一員として地域生活を営み、教育現場や職場をはじめ、生活を送るうえで差別が存在しない社会、そして、誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会、インクルーシブな社会を実現させる。
- c) 障がい者があらゆる分野における自立と参加を保障し、権利の確立を図るために、障がいに基づくあらゆる差別を禁止する「障がい者差別禁止法（仮称）」を制定する。
- d) 合理的配慮が提供されない場合も含めた差別をなくし、障がい者が社会的、精神的、経済的に自立し、地域で暮らし、働くことをはじめ、あらゆる分野に参加できる環境を整備する。
- e) 地域社会で障がい者が自立した生活が営めるよう、中央のみならず地方自治体においても当事者参加による第三者機関（モニタリング機関）を設置する。

② 社会参加

- a) 地域において自立した生活を送るために必要な障害福祉サービスの支給を

保障するため、自立支援法に代わる「障害者総合福祉法」を制定する。

- b) 障害者基本法やバリアフリー新法等に基づき、障がい者の社会参加を保障するための必要な施策の確立と措置を実施する。そのため障がいの特性に配慮した住宅、建築物や、歩行空間、交通機関等の整備を推進し、円滑な利用を実現する。
- c) 情報へのアクセスとコミュニケーションに不自由がないよう、様々な障がいに対応したコミュニケーション支援を拡充する。

③ 所得・就労

- a) 障害者雇用率制度の法定雇用率の達成をはかりつつ、雇用率を国際水準以上に引き上げる。法定雇用率実現のために、公的な支援を拡充する。就労を希望する障がい者に対しては、可能な限り就労機会を保障できるよう、職業訓練、国・地方自治体や事業主による職場環境やサポート体制を整備する。
- b) 一般就労を基本とするとともに、一般就労が困難な者や職業訓練を兼ね、運営に要する賃金補填等経費を公的に補填するいわゆる「社会的就労」等の普及をはかり、社会支援型の就労など、多様な就労機会を創造する。
- c) 福祉的就労は、労働実態があるにもかかわらず、一般労働法規の対象外で、処遇も不十分なことから、抜本的に見直す。
- d) 働くことが困難な重度障がい者（20歳以上）に対しては、所得保障を充実させる。1級年金と特別障害者手当を合わせた水準が生活保護水準となっていることから、税方式化による障害基礎年金の水準引き上げや新たな手当制度の創設、特別障害者手当の充実等により生活保護基準を上回る所得を保障する。

④ 医療・福祉・保健

- a) 施設や病院から地域生活へ移行するための医療面、生活面にかかる一人ひとりのニーズに基づいた地域生活支援体系を確立し、必要な医療提供、介助サービス、福祉サービスを整備する。3障害に加え、発達障害、高次脳機能障害、難病、内部（機能）障害など、安心してくらせる24時間介助制度をはじめとするサービスを提供できる制度とし、入所者・入院者の地域移行を可能とする仕組みを整備する。
- b) 地域生活の受け皿として「地域障害保健センター（仮称）」を設置し、積極的な地域生活移行支援と、多職種の医療・保健・福祉の専門家等による支援、ソフト・ハードのサービスの受け皿を整備する。とりわけ、精神障がい者の「社会的入院」を計画的に解消し、地域生活移行支援体制を強化する。
- c) 入所施設、家庭内、学校、職場、医療機関等において、障がい者に対する虐待の防止やその救済等に関する法整備を行う。
- d) 新たな障害者総合福祉法の制定にあたっては、制度の谷間を生まない障が

いの定義のもとに、障がいのある人々のニーズを踏まえ、公費負担など各種支援を行うなど、すべての障がい者が地域において自立した生活を営むことができる制度構築をめざす。

⑤障がいのある子ども

- a) 障がい児と家族への切れ目のない支援サービスとして、効果的かつ利便性の高い支援機器などのコミュニケーションツールが必要である。障がい児が障害のない児童・生徒とともに、保育や教育を受けるためのインクルーシブなメニューを組みこむ
- b) 障がい児の施策は基本的に子ども子育て一般施策に組みこむ。障がいのない児童・生徒と障がい児を区別しないことを前提に、一般施策でカバーしきれない施策を障がい者（児）施策に組み込む。
- c) 保護者、学校、保育園などと連携し、相談、支援策などを充実し、障害の早期発見、早期治療に努める。

〈参考〉用語解説

（「障害者自立支援用語辞典」障害者福祉研究会 編）

- 「医学モデル」… 障害の「医学モデル」とは、心身の機能・構造上の「損傷」（インペアメント）と社会生活における不利や困難としての「障害」（ディスアビリティ）とを同一視したり、障害を個人に内在する属性としてとらえ、同時に障害の克服のための取組は、もっぱら個人の適応努力によるものととらえる考え方であり、障害の「個人モデル」とも呼ばれる。
- 「社会モデル」… 障害の「社会モデル」とは、損傷（インペアメント）と障害（ディスアビリティ）とを明確に区別し、障害を個人の外部に存在する種々の社会的障壁によって構築されたものとしてとらえる考え方である。社会的な障壁の除去・改変によって障害の解消を目指すことが可能と認識するもの。障壁の解消にむけての取組の責任を障害者個人にではなく社会の側に見いだす考え方である。
- 障害者権利条約・・・障害者の人権および尊厳について保護・促進する初めての国際人権条約。差別を禁止するだけでなく、移動、教育、雇用、医療、文化・スポーツなどあらゆる分野において、障害を理由とする差別を禁止し、障がい者に他者との均等な権利を保障することを規定している。④インクルーシブ（社会）・・・「包摂」を意味し、あらゆる分野において障害者と健常者を分け隔てることなく包含すること、また、そのような社会をめざすこと。

7. 居住保障

2025 年の姿

すべての人々の生存権と尊厳ある暮らしを保障するため、「住まい」を社会保障政策として明確に位置づけ、必要な支援と社会的規制を講じることにより、2025年には次のような改革の姿をめざす。

- ① 失業、社宅の廃止などに伴い住居を失った人が一定期間住まいを確保することができ、自立した社会生活が続けられる環境が整備されている。
- ② 稼得収入が十分でなく資産をもたない低所得世帯、ひとり親家庭、在宅障害者世帯などが確実に入居できる住宅が提供されている。
- ③ 高齢者が良質な賃貸住宅に負担可能な家賃水準で容易に入居ができ、医療・介護サービスの提供と相まって安心して老後生活が行えている。
- ④ 高齢者の「社会的入院」は解消され、良好な居住環境の確保された介護保険の居住系サービス、介護保険施設において尊厳ある暮らしができています。
施設も「住まい」と位置づけ、ユニットケアを基本とした良質な居住環境を整備する。
- ⑤ 母子や児童のための入所施設の利用者、入所施設の障害者が、良好な居住環境の確保された施設において尊厳ある暮らしができています。
- ⑥ 誰もが住居を確保し、安心して暮らせるよう現物給付（公営・借り上げ住宅等）または現金給付（家賃補助等）による「住宅支援制度」を創設する。

（1）現状認識と課題

- ① 日本国憲法第 25 条は、すべての国民が「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」ことを明確に規定している。この「生存権」を保障するため、生活保護法は困窮で最低限度の生活を維持することができない人に対し住居等を金銭給付の方法を基本に国が「保護」を行うことを義務付けている。その上で、国

は持ち家政策を推進する一方で、公営住宅法により自治体を通じ賃貸住宅の整備や賃転貸を行うことにより、低所得者向けの住宅供給の量的な確保を図ってきた。

- ② 1990年代に入り、市場機能を重視したストックを有効活用する住宅政策が推進される一方で、住宅市場メカニズムの下で低家賃民間住宅の供給が十分に行われず、公営住宅の供給も増えず、市場で住宅を確保できない人々の問題が明らかになってきた。2006年に住環境基本法が制定され、「住宅が国民の健康で文化的な生活にとって不可欠な基盤であること」を確認した上で、住宅の「量から質へ」の政策転換を図るとともに、「住宅のセーフティネット」の確保の観点が盛りこまれた。
- ③ さらに2007年には「住宅セーフティネット法」が制定され、低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子どもを育成する家庭等の「住宅確保要配慮者」に対する賃貸住宅の供給の促進をめざすこととなった。しかし、2008年のリーマンショックによる急激な雇用情勢の悪化で、派遣契約の終了または中途解約に伴い、職と住居を同時に失うという事態が起きた。これに対応し、住宅扶助の迅速な適用や住宅手当緊急特別措置事業の創設が行われたが、給付額に見合わない劣悪な居住環境を提供する「貧困ビジネス」の餌食となっているとの指摘がある。あらゆる住宅を必要とする人が安心して暮らせる居住機能を確保した住まいを保障する制度の整備が求められる。
- ④ 要介護の高齢者については、介護保険制度の導入により、施設から在宅への移行が進められている。認知症グループホームや有料老人ホーム、軽費老人ホーム等の居住系サービスの在り手は増加している。一方、介護保険施設は介護療養型医療施設の在り手は減少しているものの、特別養護老人ホーム及び老健施設の入所者は増加し続けている。特別養護老人ホーム、老健施設のユニット化率は政府の目標を大きく下回っており、多床室の施設で生涯を終える要介護者は依然として多い。また、ホテルコストの負担により低所得の要介護者の特別養護老人ホームへの入所を困難にし、無届けの有料老人ホームなど居住環境の劣悪な施設での生活を余儀なくされている実態が指摘されている。特別養護老人ホームを「住まい」と位置づけ、所得の多寡にかかわらず高齢者の尊厳ある暮らしを保障することが必要である。
- ⑤ 持ち家のない要介護状態にまで至っていない高齢者にあつては、賃貸住宅を確保することが不可欠であるが、高齢者の入居を拒否する民間賃貸住宅が一定割合で存在しており、また、低所得者が入居可能な低廉な家賃の住宅の供給は進まず、入居可能な住宅にあつては老朽化等により十分な居住環境が確保できない状況にある。また、地域社会のつながりが崩壊する中、高齢単身者が急増し、孤独死が多発している。「高齢者住まい法」により高齢者専用賃貸住宅などの供給が進めら

れているが、医療や介護、見守りなどの機能と連携した良質で低廉な高齢者向け住宅の供給が進められる必要がある。

- ⑥ 児童養護施設などの社会福祉施設では、虐待事案の急増などで入所する児童が増加しており、子どもたちは健全な発育にふさわしいとは到底言えない居住環境の中での成育を余儀なくされている。2000年に改正された社会福祉法に定められている、「個人の尊厳の保持を旨とし…良質かつ適切なものでなければならない」とする福祉サービスの理念が体现された居住環境の確保が急務である。

(2) 改革のためのアプローチ

【住宅セーフティネット】

- ① だれもが住居を確保し安心して暮らせるよう、家賃補助と現物サービスによる「住宅支援制度」の創設を

<現金給付>

- a) すでに入居中の自宅がある人が、失業や雇い止めなどにより所得等が一定基準を下回ったときには、家賃補助を行う。
- b) 家賃補助の支給額は、現行の住宅扶助特別基準額の水準（住宅扶助の1.3倍程度）を保障しつつ、家賃相場を勘案した基準額を設け、所得に応じ逓減するものとし、支給期間は設けない。
- c) 住宅支援制度の創設により、生活保護の住宅補助制度は廃止する。
- d) 特別養護老人ホーム、グループホーム、介護保険の居住系サービス、高齢者専用住宅等に係る居住費負担額は、利用者の負担能力に応じた水準とするため、家賃補助を居住費に充当できるものとする。

<現物サービス>

- d) 住居を失った人または住居を失うおそれのある人が一定基準以下の所得であるときには、住居の現物支給を行う。
- e) 現物支給する住居の家賃は、所得に応じて逓増するものとし、支給期間は設けない。
- f) 支給する住居は、自治体が公営住宅等の公的住宅または自治体が借り上げた民間賃貸住宅とする。

【居住環境の改善】

② 住居の質の確保を伴った「住宅セーフティネット」を

- a) 「住宅支援制度」による家賃補助について、家賃相場を勘案した支給基準額を定めることにより、居住環境に対して不当に高い家賃の住居に家賃補助が行われることを防ぐ。
- b) 「住宅支援制度」により現物支給される物件や高齢者専用住宅は、「住環境基本計画」が定める最低居住面積（単身 25 ㎡）を満たしたものとする。

③ 個人の尊厳を重視し介護保険施設、社会福祉施設等の居住環境の抜本的改善を

<介護保険施設>

- a) 特別養護老人ホームについては、ユニットケアを基本とし、残存する多床室についてはプライバシーの確保が図れる環境を整備する。
- b) 老人保健施設については、介護保険施設の機能分担の進捗状況を勘案しつつ、長期入所者の居住環境の確保を図る。
- c) 介護療養型医療施設については、機能分担による転換を進め、再編に伴って適切な介護を受けることができない要介護者がでないよう、地域医療や居宅介護サービスの充実を行う。

<社会福祉施設等>

- d) 老人福祉施設、障害者支援施設、母子生活支援施設等の入所施設については、必要な介護や介助のための環境を勘案しつつ、住環境基本計画に定める最低居住面積基準を勘案し、居住環境の向上を図る。
- e) 有料老人ホーム及び有料老人ホームと同種の介護等のサービスを提供する高齢者専用賃貸住宅（高専賃）について、都道府県がすべてを把握し、立入検査・指導・是正等の権限を行使するとともに、情報公開を徹底し、利用者保護と質の確保をはかる。
- f) 児童のための入所施設については、入所児童の発達段階を十分に考慮し年齢階級別の居室面積基準を定め、居住環境を抜本的に改善する。また、そのために必要な施設を確保する。

【まちづくり】

④ 高齢者、単身者などあらゆる居住者が様々な世代の人々となつながら

ら主体的に暮らせるまちづくりを

- a) 保育所、障害者施設、デイサービスなどの一体的な整備、入居者の高齢化している公営住宅を活用した保育所や学童保育の整備など、幅広い世代や立場の人々が接点をもつ街づくりを進める。
- b) 民生委員・児童委員の権限と処遇を向上させるとともに、地域ボランティアの活動を支援するなどし、地域の見守り機能を発揮させる。

(コラム) 住宅手当緊急特別措置事業

2008年9月のリーマンブラザーズの破たんに端を発した金融危機は、投資先企業やその取引先などに広く影響を与える経済危機となった。製造業では大幅な景気の後退で製造計画の変更を行い、製造に携わる派遣社員の派遣契約の打ち切りや、更新をしない「派遣切り」が横行。同年末、派遣先企業が提供していた寮から退出を余儀なくされ、行き場を失った派遣労働者のために、NPO 団体が全国の主要都市に「年越し派遣村」を開設。食事と住居の提供を行った。

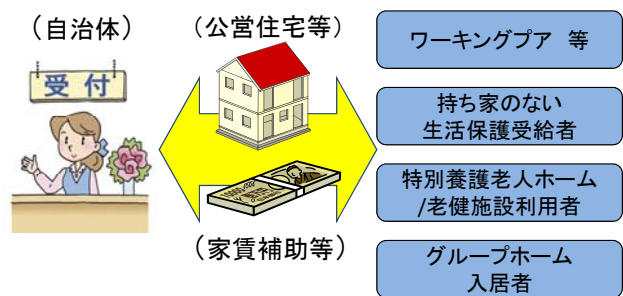
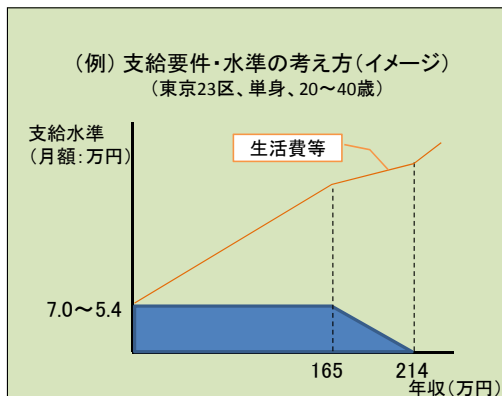
厚生労働省は、麻生内閣の2009年度第1次補正予算により、同年10月から、離職者であって住宅を喪失または喪失するおそれのある人に対し、賃貸住宅の家賃のための「住宅手当」の給付を開始。支給要件は収入 8.4 万円以下（単身）、預貯金 50 万円以下（同）で、支給上限額は住宅扶助の特別基準額に準拠し 53,700 円（東京都 23 区、同）、給付期間は最長 6 カ月とされた。2010 年 1 月までの 4 カ月間の支給決定数は 11,683 件となっている。

収入要件の支給期間の短さ、利用のしにくさから利用実績が伸び悩んでいることから、2010 年 4 月からは、収入 13.8 万円（同）未満の人に対象が拡大され、8.4 万円（同）超の収入に応じて支給額が減額される仕組みが導入された。また、原則週 1 回以上の求人先への応募を満たすことを条件に支給期間が 9 カ月に延長された。

政府が実施している住宅手当は予算措置による事業であり、支給内容が予算に左右される不安定なものとなっている。住宅扶助との関係を整理し、法律に基づく安定的な制度とすることが求められている。

住宅支援制度のイメージ

- 持ち家のない一定水準未満の収入※の人を対象に、住宅の現物または家賃補助等を行い、生存権を保障する。
※給付対象は生活保護制度の最低生活費の1.3倍未満の収入の者を想定。
- 支給水準は、最低居住面積基準を勘案し地域別に国が定める基準単位家賃を上限に、収入に応じて逓減させる。
- 介護保険施設やグループホームの居住費の一部に対する補助としても充てられるものとする。
(支給水準については、現行の補足給付をベースに要検討。)
- 住宅支援制度の創設により、生活保護制度の住宅扶助は廃止する。
- 国が財源を保障し、生活保護制度の実施機関(都道府県または市等)が実施事務を担う。



IV. 積極的社会保障政策の推進と労働組合の役割

社会保障は、「助け合い」（社会連帯）のシステムであり、この「連帯」こそ労働組合の「原点」と「力」である。その意味で、積極的社会保障政策の推進役、及び労働組合自身のセーフティネット機能の役割発揮が労働組合及び労働運動の社会的・歴史的責務である。

- 社会保障の歴史・源流の一つは、「職域における助け合い」のシステムを次第に社会保険など国の制度へと整備してきたものである。特に、日本の社会保障制度は5つの社会保険（医療保険、介護保険、年金保険、雇用保険、労災保険、）が中心となっている。しかし、不安定雇用・低賃金の非正規労働の増大によって、これら社会保険（被用者保険）から排除される層が急増している。また、地域保険である国民健康保険、国民年金における無職者や非正規労働者の加入増と未加入・未納者の急増で、国民皆年金・皆保険制度が大きく揺らいでいる。
- 皆年金・皆保険制度の確立（1961年）から50年を向かえる今こそ、「社会連帯」と「社会的包摂」に基づく国民皆年金・皆保険制度の再構築、そして積極的社会保障政策の推進を通じて、安心社会を実現していくことが、労働組合及び労働運動の社会的役割である。労働組合の原点に立ち返り、自らの組織、体質、行動を根本から見直し、社会に開かれた組織と運動に変革して、主体的に積極的社会保障政策を推進していくことが求められている。
- とくに、長時間労働の解消や賃金・労働条件の確保・改善に向けた職場での労働協約締結とその同業種・地域への適用拡張、共済活動等の「互助、共助」活動など労働組合自身によるセーフティネット機能の強化の取り組みが求められている。また、制度・政策の取り組みと共に、これらの活動を通じて、労働組合の組織率向上に連動させていくことが必要である。そのための以下のような中央・地域、職場段階での取り組みを進める。

1. 社会保障分野における政策提言の能力向上と「社会対話」の推進

中央・地方での政策提言の能力向上・発信力を高め、政府・府省・自治体との協議、与野党との政策協議、審議会对応を進める。また、政労使をはじめ国民各層のステークホルダーによる「社会対話」などを通じ、年金・医療・介護・福祉・子育て支援など社会保障制度の改革・拡充の実現の取り組みを強化する。

そのため、安定的な財源確保を含め、社会保障制度改革に関する超党派、労使、各界代表による国民的「協議の場」の設置と参画の積極的取り組みを進める。

2. 制度運営への主体的参画（参加型社会保障）の推進

「参加型社会保障」を推進するため、健康保険組合（協会けんぽ）、労働保険事務組合（「社会保険事務組合（仮称）」創設）、共済組合、年金基金や「子

ども・子育て基金」など各種制度の運営に、被保険者・利用者・住民代表として労働組合が主体的・積極的に参画・関与していく。

3. 社会保険の完全適用に向けた取り組み

パート・派遣労働者など全ての雇用労働者に社会保険を完全適用させる。そのため、事業所単位の加入に加え、5人未満事業所等を対象にした個人単位での加入方式、事業主負担の見直し（労働保険料、ペイロール・タックスを参考）、中小・零細事業者等の事務を担う「社会保険事務組合（仮称）」制度の創設に取り組む。これら制度改革に加え、労使協議や制度運営への主体的参画の活動を通じて非正規労働者等への社会保険・労働保険の適用拡大に取り組む。

<コラム参照>

<コラム> 非正規労働者の社会保険適用拡大に対する労働組合の役割

連合が加盟組合を通じ、2006年11月に実施した『パート・有期雇用契約労働者等の社会保険適用調査』では、非正規労働者の厚生年金加入の割合が76.8%、労働組合に加入している非正規労働者では82.3%、労組未加入者は73.1%となっている。2008年『連合パート・派遣等労働者生活アンケート調査』（1万2千名回収）でも同様の傾向が見られる。

他の各種調査では、パート労働者は厚生年金加入が概ね3割弱、第3号被保険者が3割、第1号被保険者が3割弱である。連合調査は、他の調査と比較して厚生年金の加入割合が極めて高く、加えて、労働組合加入者は未加入者より約10ポイントも厚生年金加入率が高い結果となっている。勤務時間別でみても、週30時間未満で、組合加入者48.9%、組合未加入者31.7%と、労働組合加入者のほうが厚生年金の加入率が約20ポイントも高い結果となっている。

◆ 週労働時間別の年金加入状況

労働組合 加入の有無	週労働時間	厚生年金加入 (第2号)	第3号被 保険者	国民年金 (第1号)	未加入
労組加入者	30時間未満	48.9%	32.3%	13.1%	5.7%
	30～40時間	93.9%	2.0%	2.5%	1.7%
	40時間以上	87.1%	3.1%	8.6%	1.1%
	(全 体)	82.3%	9.2%	5.9%	2.7%
労組未加入 者	30時間未満	31.7%	47.3%	15.5%	5.7%
	30～40時間	88.3%	4.3%	6.0%	1.4%
	40時間以上	86.6%	2.9%	7.2%	3.2%
	(全 体)	73.1%	15.5%	8.6%	2.8%

連合「パート・有期雇用契約労働者等の社会保険適用調査」（2007年5月）

この結果は、いくつかの理由が考えられる。①まずは、パート等の均等待遇の観点から、労使交渉を通じて労働組合が社会保険の適用拡大の取り組みを進めている成果でもある。②さらに、組合員の範囲・対象を雇用保険や社会保険加入者としている労働組合があるためである。とくに、正社員よりもパート等の非正社員が多い職場では、労働協約の締結に必要な従業員の過半数代表権を得るためには、非正社員の組合組織化が不可欠となる（中村,2009,pp.51-52）。労働組合のある事業所に限定された連合調査は、以上のような理由により、厚生年金の加入率が極めて高いと考えられる。

非正規労働者が急増するなかで、労働組合が労働協約の締結を通じ非正規労働者の厚生年金など社会保険の適用拡大を促進している。これは労働組合の重要な役割であると言える。

(参考文献) 中村啓介, 2009, 『壁を壊す』, (社団法人) 教育文化協会。

4. 労働組合自身によるセーフティネット機能の強化

「36 協定」や企業内最賃など労働協約締結を通じた加盟組合員の労働条件の確保・改善に取り組む。さらに、これら職域における賃金・労働条件の改善を関連産業・業種・地域への拡張適用（産別最賃等）を通じ、未組織労働者の労働条件改善につなげる取り組みを進める。また、労働組合による産業横断的な職業教育、就労支援活動（無料職業紹介等）や非正規労働者を含めた共済活動など、労働組合自身のセーフティネット機能の強化に取り組む。

5. 雇用確保やワーク・ライフ・バランス推進の取り組み

職場・産業における労使協議等を通じた雇用確保、障がい者・高齢者の雇用促進、さらに、時間外労働の短縮・育児介護休業の取得促進、子育て支援の充実などワーク・ライフ・バランス推進に向けた取り組みを進める。また、自治体、NPOとの連携など地域における雇用創出、子育て支援サービスの充実などの取り組みを進める。

6. 職域での共済活動と労働者自主福祉活動の推進

労働組合による共済活動や全労済・労働金庫等の労働者福祉活動による「互助・共助」の取り組みを各業種・地域で拡充・推進し、中小零細・非正規労働者等への普及をはかる。

7. 新たな地域コミュニティの形成と参画

職域での共済活動に加え、地方連合会・地域協議会での労福協・労金・全労済・退職者連合、市民団体・NPOなどとの連携による地域での助け合いネットワーク、「ワンストップ・サービス」（ライフ・サポートセンター等）の取り組みを推進する。さらに、社会的企業やNPO等との連携による「新たな公共」の担い手としての取り組みを通じ、地域コミュニティの再構築に取り組む。

【図IV-2「ワンストップ・サービスの取り組み」参照】

8. 雇用と年金支給との接続、年金基金等の責任投資の取り組み

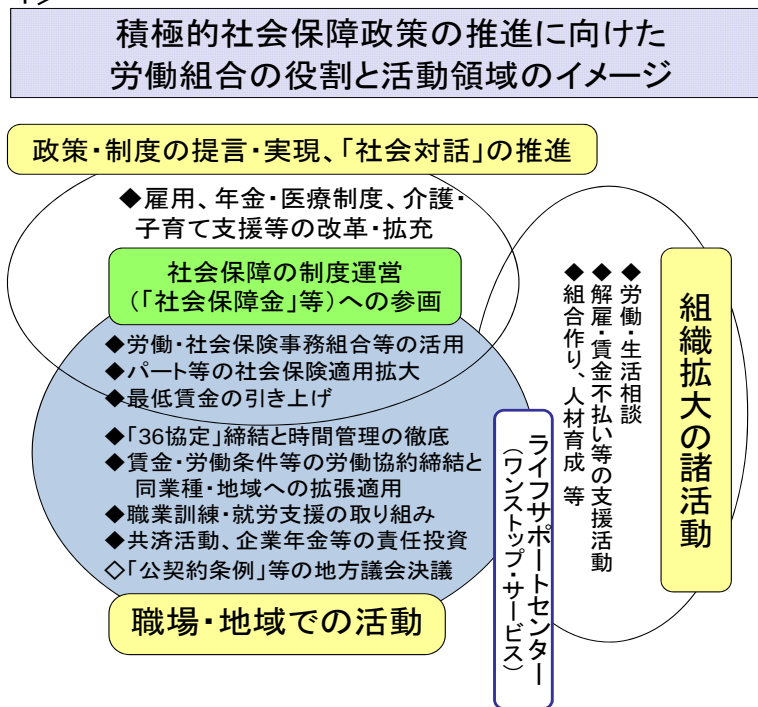
2025 年には、厚生年金等の報酬比例年金の支給開始がすべて 65 歳となる（女性は 2030 年）。年金支給開始年齢と雇用との接続をはかるため、高齢者雇用安定法等の見直しによる環境整備、労使交渉を通じた継続雇用、定年延長等の取り組みで、希望するもの全員が 65 歳まで働き続けられる高齢者雇用を促進する。

また、職域における企業年金等の退職給付制度への労働組合の積極的関与で、確定給付・確定拠出年金の運用リスク軽減など、加入者・受給者の受給権保護に取り組む。

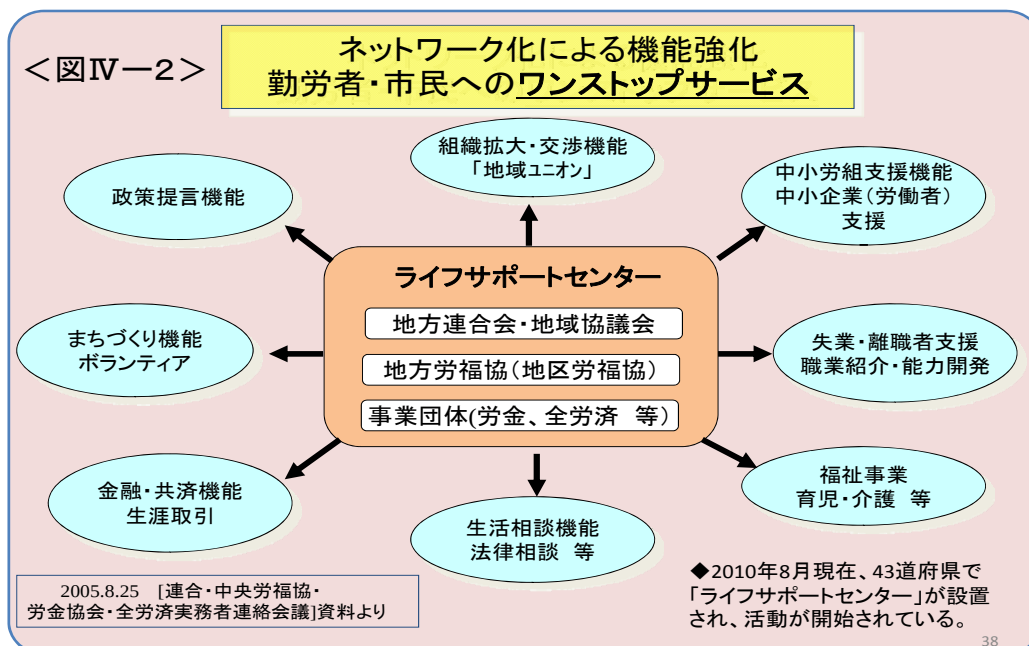
さらに、労働者が拠出した、ないし労働者のために拠出された年金基金等（ワークス・キャピタル）の社会的責任投資に積極的に取り組む（連合「社会的責任投資ガイドライン」（2010.12）等）に沿った活動）。

以上、積極的社会保障政策を推進するための労働組合の役割と活動領域をイメージしたものが、次の（図Ⅳ－１）となる。

<図Ⅳ－１>



<図Ⅳ－２>



V. 社会保障「給付と負担」の将来推計

1. 連合「新 21 世紀社会保障ビジョン」による「給付と負担」の将来推計

連合「新 21 世紀社会保障ビジョン」が描く 2025 年度の「給付と負担」規模、及び「国民負担率」の将来推計を一定の前提のもとに行った。その結果は、2025 年度の社会保障給付費が約 165 兆円、負担総額が 163 兆円と推計される。また、社会保障給付費の対 GDP 比は 26.4%、国民負担率（対 GDP 比）は 41%程度（対 NI 比：56%）となる。うち社会保障負担率（対 GDP 比）が 13.4%（対 NI 比 18.3%）、租税負担率（対 GDP 比）は 27.5%（対 NI 比 37.4%）となる。

◆ 「給付と負担」の推計

社会保障給付の総額は、現在（2008 年度）の 94.1 兆円から、2025 年度に 165 兆円となる。その内訳は、年金給付費 64 兆円（うち基礎年金の税方式化で 24 兆円）、医療給付費 57.5 兆円、福祉関係給付費 40 兆円（うち介護 24 兆円、子ども・子育て支援 10 兆円等）である。

これを賄う社会保障の負担総額は 163 兆円で、社会保険料負担が 83.7 兆円、公費負担（国＋地方負担）が 79.5 兆円程度と推計される。

【表 V－1：社会保障「給付費と負担」推計】参照

◆ 社会保障給付費の国際比較

社会保障給付費の対 GDP 比は、現在（2008 年）19%（高齢化率 21.5%）が、2025 年で 26.4%（高齢化率 30.5%）となる。これは、現在（2007 年）のドイツ 26.2%（高齢化率 20.2%）と同程度であり、スウェーデン 27.7%、フランス 28.9%よりも 1～2 ポイント低い水準である。

【図 V－2：社会保障給付費の国際比較】参照

◆ 国民負担率の推計

わが国の国民負担率は、対 GDP 比で現在（2010 年）27.6%（社会保障負担率 12.4%＋租税負担率 15.2%）で、2025 年度の国民負担率（対 GDP 比）が 40.9%と推計される。その内訳は、社会保障負担率（対 GDP 比）13.4%、租税負担率（対 GDP 比）27.5%となる。この国民負担率の水準は、現在（2007 年）のドイツ 39.4%と同水準であり、フランス 45.5%（2007 年）、スウェーデン 48.6%（2007 年）よりも 5～7 ポイント低い水準である。

【図 V－3：国民負担率の国際比較】参照

◆ 試算の経済前提等

○名目成長率は、内閣府「経済財政の中長期試算」（2010年6月）の「慎重シナリオ」を経済前提とした。その内訳は、2012年以降の名目成長率が1.6%程度、賃金上昇率は名目成長率1.6%と同じと想定、物価上昇率は2015年以降1.2%程度とした。

○なお、2025年度の社会保障分野以外（教育・科学、公共事業、防衛費等）の租税負担率（対NI）を20%程度（2008年度は15%）と想定して国民負担率の推計を行った。

2. 年収別・家族形態別の家計負担（社会保険料・税負担）の将来推計

「給付と負担」の将来推計をもとにした勤労者世帯における年収別、家族形態別の家計負担（社会保険料と税負担等）の推計は、現在、作業・精査中である。

家計負担の推計にあたっては、社会保険料率の将来推計に加え、「第3次税制改革基本大綱」で提起している所得税改革（税率構造の見直し、給付つき税額控除の創設等）、消費税・地方消費税のあり方などを踏まえる必要がある。また、「子ども手当」や「高校授業料無償化」の給付面も勘案して家計負担を試算する必要がある。

表V－1. 連合「新21世紀社会保障部ジョン」による社会保障「給付と負担」の推計(2011年2月)「未定稿」

2012年以降の経済前提 物価上昇率1.0% 賃金上昇率1.8% 運用利回り3.1% 国民所得の伸び率1.3%	2006年：厚生省推計		H20年度「社会 保障給付費」	社会保障国民 会議推計	連合「新社会 保障ビジョン」
	2006年度	2025年度	2008年度	2025年度	2025年度
		Bケース(低目 の経済成長)	現行の実績	B3シナリオ	「慎重シナリオ」
社会保障給付費(A) 兆円	89.8	136	94.1		165
年金(基礎年金＋厚生＋共済)	47.4	62	49.5	(現行制度)	64
うち基礎年金(最低保障年金)	19.4	28	19	28	24.2
医療	27.5	48	29.6	58.2	57.5
福祉等	14.9	27	12.6		40
うち介護	6.6	16	7	22	23.9
うち子ども・子育て			6.0		10.0
うち障がい者福祉			1.2		2.7
うちセーフティネット関連			2.8		1.5
うち住宅補助等			0		1.8
その他(雇用保険、労災 等)			2.4		3.1
◆ 対国民所得比(A/E)	23.9%	27.6%	26.8%	—	36.0%
◇ 社会保障給付費の対GDP比(A/F)	17.6%	20.3%	19.0%	—	26.4%
社会保障に係わる負担(B)	82.8	137	90.2		163
社会保険料負担(C)	54.0	86	57.5		83.7
公費負担〔租税負担：D〕	28.8	51	32.7		79.5
国	(20)	(35)	23.5		(59)
地方	(8.8)	(17)	9.2		(20)
国民所得(E：兆円)	375	492	351.5	547	457
消費税額(％、兆円)	5%		5%		()
◆ 社会保障負担総額の負担率(B/E)	22.1%	27.8%	25.7%		35.7%
① 社会保険料の負担率(C/E)	14.4%	17.5%	16.4%		18.3%
(イ) 社会保障に係わる租税負担率(D/E)	7.7%	10.4%	9.3%		17.4%
(ロ) 社会保障給付以外の租税負担率	16.5%	20%	15.0%		20%
租税負担額(兆円)	90.6		85.4		
② 租税負担率((イ)+(ロ))	24.2%	30.4%	24.3%		37.4%
国民負担率(①＋②)	38.6%	47.8%	40.7%	—	55.7%
「国民負担」の対GDP比率	28.3%	35.2%	28.9%	—	40.9%
F：国内総生産(GDP：兆円)	511	669	494.1	745	623

2012年以降(2007年2月の年金財政試算の前
提)
物価上昇率1.0%
賃金上昇率2.1%
運用利回り3.2%

名目成長率は、内閣府「経済財政の中長期試
算」(2010年6月)の「慎重シナリオ」
2012年以降：
名目成長率1.6%～1.9%
賃金上昇率は名目成長率1.6%と同じと想定。
物価上昇率は2015年以降1.2%

障がい者の対象と給付をOECD水準
並みとする。
介護保険の普遍化で、2兆円程度を
介護保険から給付すると仮定した。

2008年度の実績は「国立社会
保障・人口問題研究所」調査

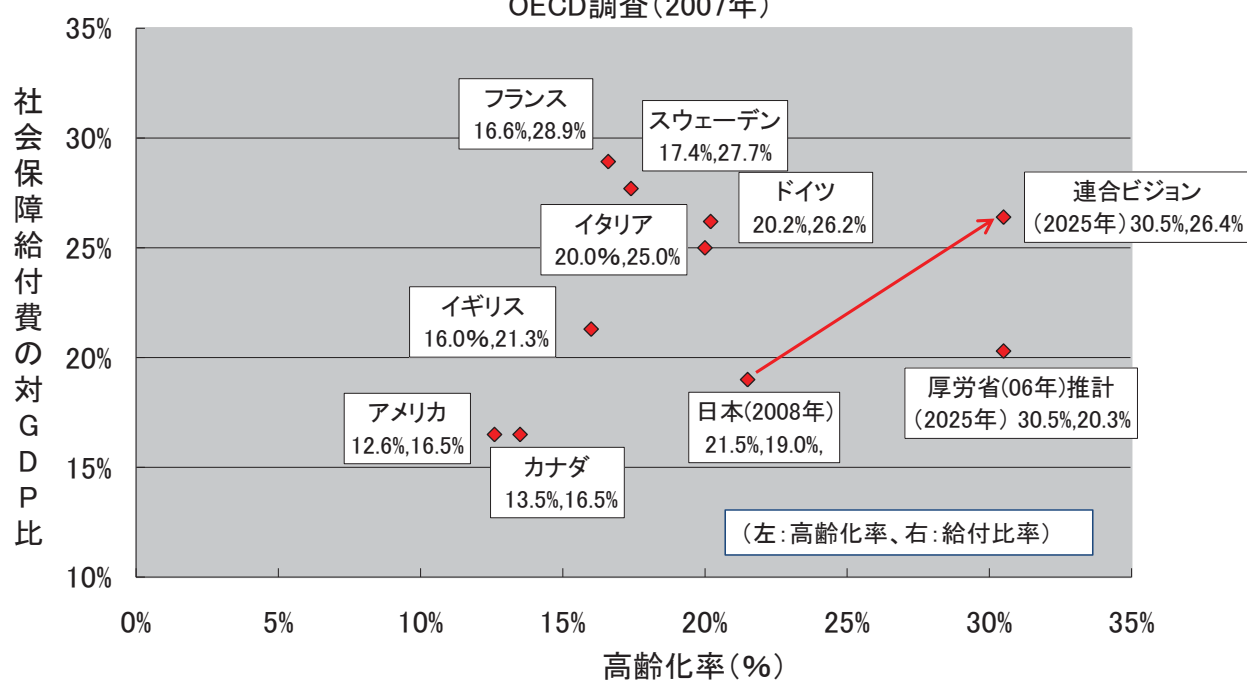
各分野の社会保障負担額
(保険料率)と公費負担(国
と地方)の推計

社会保障以外の租税負担
率を20%程度と想定した。

社会保障以外の租税負担
率を20%程度と想定した。

注1) 厚生労働省推計は2006年5月の推計。2025年度の保険料負担、公費負担の記載がないため、一定の前提で運合が推計した。
注2) 現行実績(2008年度)は、国立社会保障・人口問題研究所の「H20年社会保障給付費」調査による。
注3) 連合「新ビジョン」は、内閣府「経済財政の中長期試算」(2010年6月)の「慎重シナリオ」を前提に推計した。

図 V - 2. 社会保障給付費と高齢化率の国際比較 2011.2(未定稿)
OECD調査(2007年)



国民負担率の国際比較／2011/2/13

図 V - 3 高齢化率と国民負担率の国際比較(2007年) 2011.2(未定稿)

