

だれもが自己実現を目指せる日本をつくるために 社会保障制度の再設計を

2023年4月25日

令和臨調

現状認識と私たちが大切と考える原則

働き方・生き方の多様化

少子高齢化・産業構造の変化

コロナ禍での脆弱性



公正・持続可能・効率の三原則で社会保障制度を再設計すべき

一人ひとりの状況に応じた 給付や負担の公正

- ・働き方に中立的で、就業を支えるセーフティネット構築
- ・医療・介護・子育ての社会保障負担の世代内・世代間の公正
- ・国民のニーズや状況を把握するマイナンバー制度活用

持続可能性を確信できる 制度設計

- ・中長期的視点に立った世代横断的な全体最適
- ・将来世代の育成につながる公正な労働市場と支援環境
- ・将来世代につけを回さない制度設計

データ整備/情報開示と サービスの効率性・強靱性

- ・社会保障各分野の情報基盤の整備と情報開示
- ・データに基づく政策立案と評価によるサービスの効率性の向上
- ・平時から信頼でき緊急時に機能する医療・介護提供体制

私たちが速やかな検討を求める政策：「骨太」に向けた全体像と考え方

多様な働き方・生き方で自己実現

1. 将来不安を軽減する公正な負担と幅広い支援

公正な労働市場の実現

ジェンダーや正規/非正規等による賃金格差や社会保障の差異の解消

子育て支援環境の構築

望むだれもが働きながら安心して子育てできるように安定した財源を確保した上で持続的な支援を実現

公正な負担・支援の実現

働くほど所得や年金が増える仕組みと、所得・資産に対する公正な負担（応能負担）

⇒若年層、現役世代の将来不安を軽減

2. 積極的労働市場政策への転換

「失業を防ぐ」のみならず、「失業しても次の就業を支援する」セーフティネット強化

6. 時代の変化や要請に合わせて社会保障全体を検証し制度設計する、恒常的な政府横断的会議体の設置

平時と緊急時の医療・介護

3. 「かかりつけ医機能を備えた医療者」認定制度

- ・多職種からなる保健医療チームの認定
- ・登録を受けた住民への長期的な健康管理の責任
住民の健康と安心を支えるプライマリ・ケア

4. 柔軟で強靱な救命救急機能確保

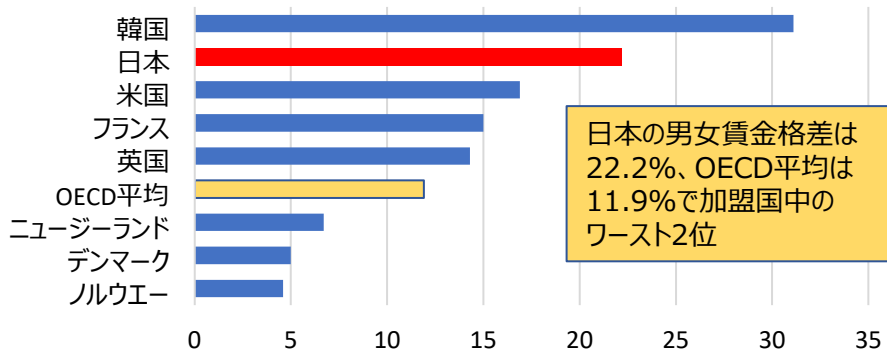
- ・緊急時機能する医療提供体制に向けた情報共有
- ・人材配置と地方自治体・国のガバナンス強化
救命救急機能を地域の中核病院に厚めに配置
かかりつけ医機能を備えた医療者との連携

5. 負担に見合った効果が実感できる制度のための基盤構築

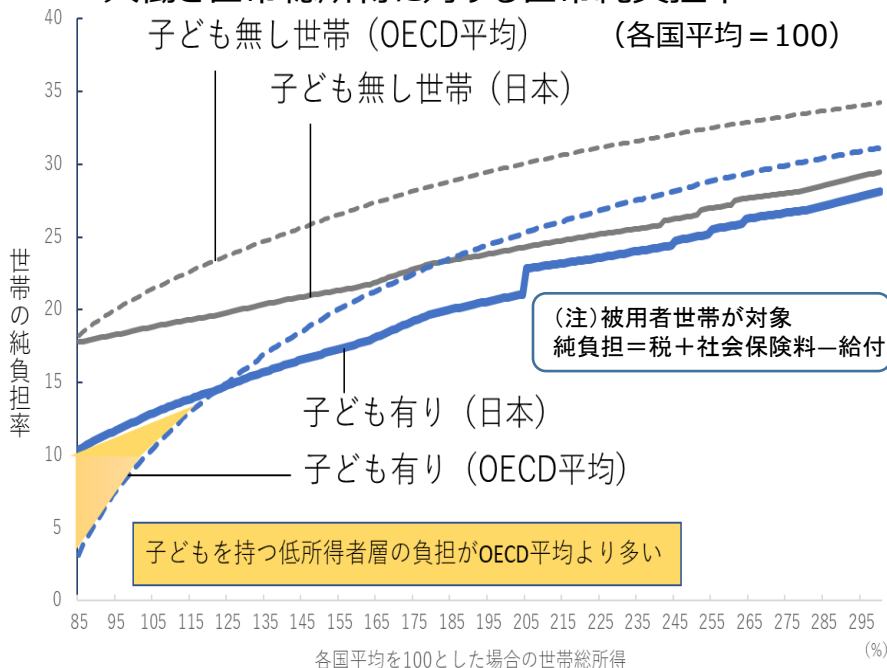
- ・医療政策立案・評価のためのデータ基盤の見直し
- ・医療・介護の事業者別事業報告の義務化と情報開示

1. 将来不安を軽減する公正な負担と幅広い支援

男女賃金格差の国際比較 (2021年) 単位：%



共働き世帯総所得に対する世帯純負担率



(資料) 上：OECD Stat.(2021年) 下：OECD Tax-Benefit Model (2021年)

【現状の課題】

- 働き方が多様化、女性の労働参加率が向上する一方、「企業に定年まで働く正社員夫 + 専業主婦の家族」モデルの社会保障制度が残存する。
- 若年層や正社員以外の就業者の平均賃金は低水準。また、国際的に見て男女賃金格差も著しく、将来不安が大きい。
- 税・社会保険料の負担が歪み、働くほど所得が増える形状となっておらず、労働インセンティブを阻害している。
- 子どもを持つ一定の低所得層に対する負担軽減策が諸外国に比べ不十分。

【対策】

- 公正な労働市場の実現
 - ⇒同一労働・同一賃金原則と、ジェンダーや国籍による待遇・賃金の格差是正
 - ⇒非正規労働者など雇用保険非加入者への漏れのないセーフティネットの構築
- 公正な負担と給付、応能負担原則の実現
 - ⇒省庁横断的な**税・社会保険料・給付等の情報連携基盤整備を加速**
 - ⇒負担・給付の**一体的把握**と、就労意欲を考慮した低所得者への公正な支援
 - ⇒雇用保険非対象者などの所得のマイナンバーでの情報整備と支援
 - ⇒社会保険での所得や資産の保有状況を反映させ**応能負担原則**を強化
- 子育て支援環境の整備
 - ⇒保育環境整備など働きながら子どもを育てる環境を社会全体で支援
 - ⇒無駄の見直しを含む社会保障全体の給付と負担の適正化とともに**税を軸とする安定的な財源確保による持続的な支援**

2. 積極的労働市場政策への転換：求職者支援制度の抜本改革へ

求職者支援制度

概要

・雇用保険の適用されていない非正規雇用の人たち、失業給付期間終了後も就職ができない人たち、自営業を廃業した人たちなどを対象としたセーフティネット。

- ①職業訓練を無料で受講可能
- ②就労支援
- ③訓練期間中の給付金の支給

現状

・コロナ禍の特例措置（世帯収入要件、訓練出席要件の緩和、訓練期間の短期化など）で利用者が増加。

→それでも2021年の受講者3万人弱で、利用率が低い。

就職率は実践コースの場合6割程度。

【現状の課題】

- ・働き方が多様化している一方、非正規労働者など雇用保険非対象者のセーフティネットが欠落しており、将来不安が大きい。
- ・産業構造変化に伴う失業が出てしまった場合、リスキング教育とともに新しい就業を支援する政策が弱い。
- ・失業を防ぐセーフティネットだけでは企業も既存のビジネスモデルの改革が進まず、人への投資にもつながらない。
- ・失敗の代償が大きいため、スタートアップの参入コストも大きくしている。

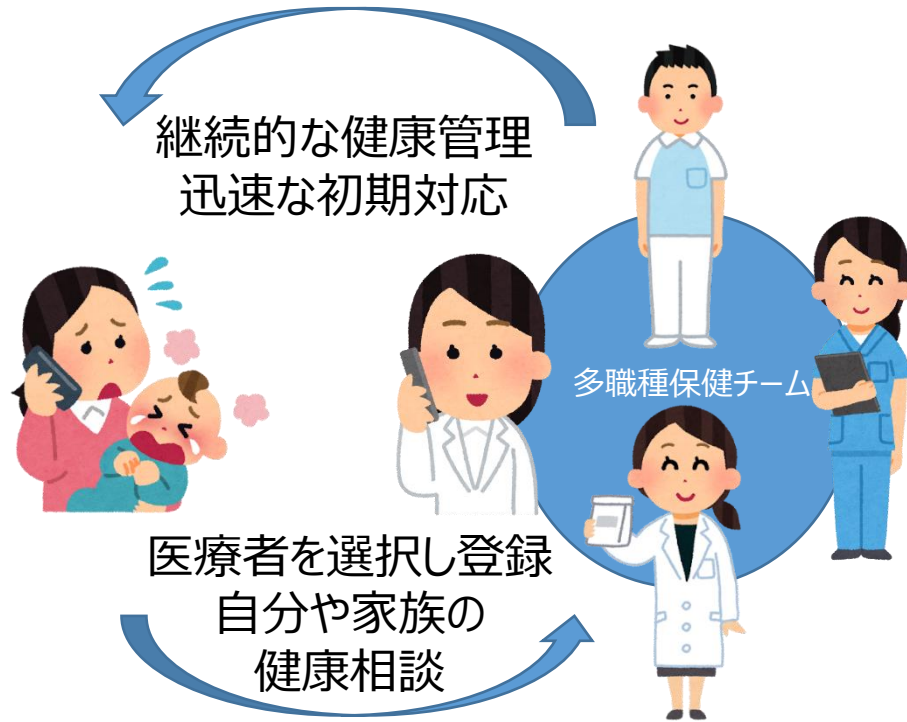
【対策】

- ・求職者支援制度を抜本改革するなど、雇用保険非対象者の就労支援型セーフティネットを拡充する。既存制度の周知強化、利用の要件緩和をさらに進め対象者を拡大する。
 - ・社会で求められる職業能力に柔軟に対応するリスキング・リカレント教育とジョブマッチングなどの就業支援などを実現していく。
 - ・こうしたセーフティネットを今後さらに大きくしていくことにより、積極的労働市場政策への転換を図る。
- ⇒失業を防ぐのみならず、もし失業することがあっても、安心して能力を伸ばして、すみやかに労働移動ができるようなセーフティネットを充実させる。

3. かかりつけ医機能を備えた医療者の認定制度創設

医療者（多職種保健チーム）：

かかりつけ機能（住民・家族の健康に関する適切な相談・治療）の認定にあたり、定期的な研修や評価を受け、住民の健康に対する責任をもつ。



住民：

認定された医療者チームを選択し、登録する。健康管理のための情報を医療者と共有し、体調の異変時も速やかな相談が可能

【現状の課題】

- 国民の46%が、かかりつけ医（健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれるような身近にいて頼りになる医師）を持たない。⇒コロナ禍では、国民の情報不足と医療機関の混乱につながった。

年齢	かかりつけ医 1人いる	かかりつけ医 2人以上いる	いない	わからない
18～44歳	23.0%	7.7%	55.7%	13.7%
45～64歳	31.8%	10.3%	49.4%	8.4%
65歳以上	49.7%	15.3%	29.7%	5.4%
全体	34.1%	10.9%	45.6%	9.5%

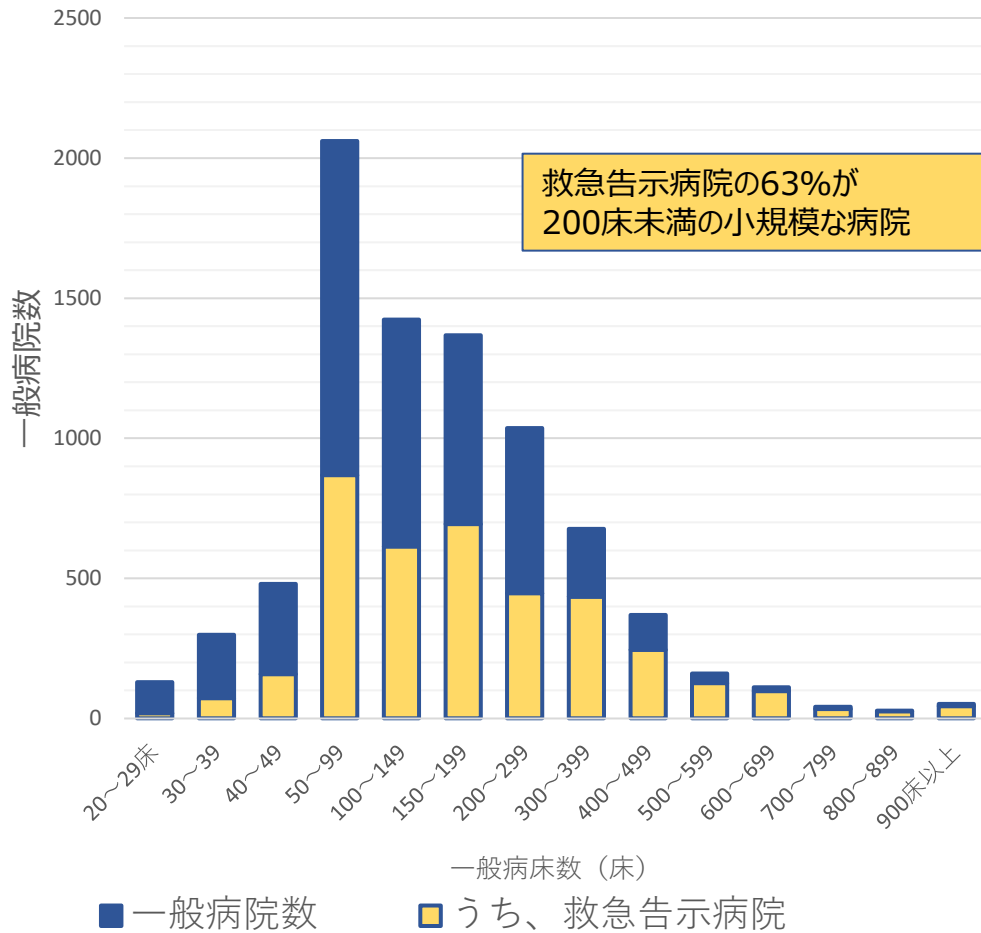
厚生労働省（2020）「人口減少社会における医療・福祉の利用に関する意識調査」（図表49/52）

【対策】

- かかりつけ医機能を備えた医療者（多職種保健チーム：人材の厚みがあり、連携により24時間の初期対応ができる体制）を**認定**する。
- 医療者の認定にあたっては、研修を必須とし、**責任を明確**にする。評価を定期的に行い、住民への**責任に応じた報酬体系**を導入する。
- 住民は**医療者（多職種保健チーム）**を選択、**登録**。長期間の継続的な疾病予防と健康管理のために健康情報を医療者と共有する。

4. 柔軟で強靱な救命救急・高度急性期機能確保

病床規模別一般病院数と救急告示病院数



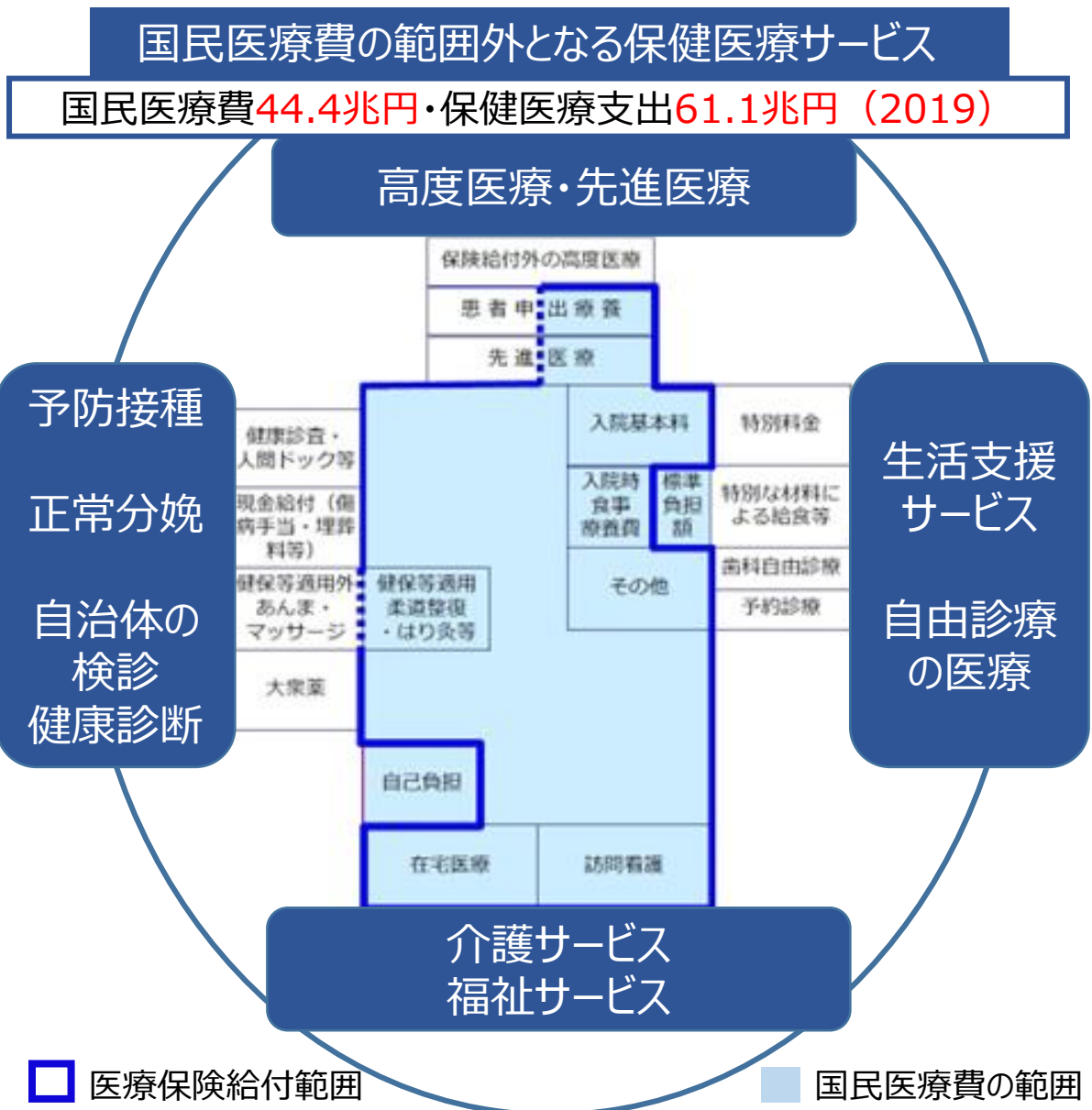
【現状の課題】

- 全国の約3900の救急告示病院（「救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時待機している」とされる）のうち、63%が200床未満の小規模な病院である。
- 「広いが薄い」救急体制であり、緊急時にも集めるべきところに人材が集められない。緊急時の医療対応が混乱し、コロナ禍では、一部の医療機関に大きな負担がかかり、社会活動も制約された。
- 患者の病態に合わせて治療を担当する、という患者のための機能分担が維持できず、緊急時には「助かるはずの命が助からない」事態となった。

【対策】

- 病床の稼働状況を全国的に常時可視化し、情報を共有する。
⇒ **病院の機能と規模の再編**のための現実的な具体策を講じる。
⇒ **緊急性の高い分野（地域中核病院等）への手厚い人材配置**を行う。
- **緊急時における都道府県や国の指揮命令権**を強化する。
⇒ 機能に応じた役割を果たした医療機関への正当な評価につなげる。
⇒ 初期救急から高度救急までの役割の明確化・分担を徹底する。

5. 負担に見合った効果が実現できる制度のための基盤構築



【現状の課題】

- 日本では医療や介護のデータを正確に計測・集約する体制が整備されておらず、実態の把握や政策効果の検証が困難。
- 厚労省が「国民医療費」として示す範囲は「保険診療」の範囲のみであるため、全額公費負担となったコロナ関係の医療費・ワクチン代や接種費用、医療機関への補助金など16.7兆円は「医療費」には含まれていない。
- コロナ禍の2020年の「国民医療費」はこの定義により43兆円と前年度44.4兆円より1.4兆円（3.2%）「減少」しており、実際の医療・介護サービスの利用状況に合っていない。

【対策】

- 情報の分散や統計調査の重複を避け一元化する。
 - ⇒保険医療機関の事業報告書の報告と公開の義務化
 - ⇒公費の流れを保険診療に限らず透明化
- 医療・介護サービスの規模を国際標準の基準で把握する。
 - ⇒OECDのHealth Expenditureを国の公式統計に
 - ⇒医療の質・機能・費用の計測と国際比較を可能に

(資料) 医療経済研究機構 (2010) 「OECD の SHA 手法に基づく保健医療支出推計」をもとに作成
 数値等は厚生労働省 (2020) 「国民医療費の範囲と推計方法の概要」および OECD Health Statistics参照