

参議院常任委員会調査室・特別調査室

論題	厚生労働分野の主な政策課題
著者 / 所属	伊田 賢司 / 厚生労働委員会調査室
雑誌名 / ISSN	立法と調査 / 0915-1338
編集・発行	参議院事務局企画調整室
通号	454 号
刊行日	2023-2-22
頁	109-124
URL	https://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rip_pou_chousa/backnumber/20230222.html

※ 本文中の意見にわたる部分は、執筆者個人の見解です。

※ 本稿を転載する場合には、事前に参議院事務局企画調整室までご連絡ください (TEL 03-3581-3111 (内線 75013) / 03-5521-7686 (直通))。

厚生労働分野の主な政策課題

伊田 賢司

(厚生労働委員会調査室)

1. はじめに
2. 全世代型社会保障の構築に向けた改革方針
3. 新型コロナウイルス感染症対策等
4. 医療・介護
5. 年金
6. その他

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症の発生から3年が経過し、感染症法上の位置付けの変更や次の感染症危機に備えた体制整備等の検討が進められるなど、これまでのコロナ中心の対応から、ウィズコロナの下で政策を推進させる段階に移行した。こうした中、岸田総理大臣は令和5年の年頭会見で、新しい好循環の基盤を起動するための構造的な賃上げの実現や、異次元の少子化対策への挑戦に意欲を示した¹。いずれも社会保障制度を支える重要な対策であり、課題が山積する全世代型社会保障の構築に向けた政府の政策対応が注目される。

そこで、本稿では、全世代型社会保障の構築に向けた改革方針についてまとめるとともに、第211回国会（令和5年常会）に提出が見込まれる法律案を中心に、厚生労働分野の主な政策課題を執筆時点（令和5年2月3日）の情報に基づき、概観する²。

2. 全世代型社会保障の構築に向けた改革方針

(1) 主な経緯

令和元年10月に消費税率の10%への引上げが行われ、社会保障の充実・安定化と財政健

¹ 首相官邸ホームページ「岸田内閣総理大臣年頭記者会見」（令5.1.4）〈https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/statement/2023/0104nentou.html〉（令5.2.3最終アクセス）。以下、本稿における最終アクセス日は同日である。

² 令和5年度予算関係については、島津聖太郎「令和5年度社会保障関係予算」『立法と調査』第453号（令5.2）を参照。

全化の同時達成を目指す「社会保障・税一体改革」³に向けた一連の工程は区切りを迎えた。一体改革後の社会保障については、今後、生産年齢人口が急速に減少していく中で、高齢者人口がピークを迎える2040年頃を視野に入れ、全ての世代にとって安心できる社会保障（全世代型社会保障）に向けた改革が引き続き課題となっている。

政府が進める全世代型社会保障改革の背景には、「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う」⁴との基本的な考え方があり、これまで年金、医療、介護、少子化対策等の分野の法改正を含む対応が行われてきた。そして、令和3年10月に発足した岸田政権においては、11月9日に設置された全世代型社会保障構築会議（以下「構築会議」という。）で全世代型社会保障の課題が議論され、令和4年5月17日、子育て・若者世代に焦点を当て課題等を整理した「全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理」⁵（以下「議論の中間整理」という。）の取りまとめが行われた。また、6月7日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2022」⁶（以下「骨太方針2022」という。）においては、「2023年、2024年を見据えた短期的課題及び中長期的な各種の課題を全世代型社会保障構築会議において整理し、中長期的な改革事項を工程化した上で、政府全体として取組を進める」⁷との方針が示された。その後、構築会議は、岸田総理大臣の求めに応じて、「子ども・子育て支援の充実」、「医療・介護制度の改革」、「働き方に中立的な社会保障制度等の構築」の三つのテーマを中心に検討を進め、12月16日、「全世代型社会保障構築会議報告書」（以下「構築会議報告書」という。）を取りまとめた。そして、岸田総理大臣を本部長とする全世代型社会保障構築本部は、同日、構築会議報告書に基づき、全世代型社会保障の構築に向けた取組を、今後、政府として着実に進めていくことを決定した。

（２）全世代型社会保障構築会議報告書の概要等

ア 子ども・子育て支援の充実（４（１）ア参照）

少子化については、コロナ禍で、出生数が将来推計人口よりも早く減少するなど危機的な状況にあるとして、出産育児一時金の大幅な増額を早急に図ること、親の働き方に関わらない子どもの年齢に応じた切れ目のない支援強化の在り方等が課題とされた。

³ 平成24年8月、民主党・自由民主党・公明党の三党合意の下、社会保障制度改革推進法、子ども・子育て支援関連法、年金関連法、税制抜本改革法が成立した。その後、社会保障制度改革については、「社会保障制度改革国民会議報告書」（平25.8.6）や社会保障制度改革プログラム法等を踏まえ進められてきた。

⁴ 「全世代型社会保障改革の方針」（令和2年12月15日閣議決定）2頁。「社会保障・税一体改革大綱」（平成24年2月17日閣議決定）においては、「年金、医療、介護などの社会保障を持続可能なものとするためには、給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心という現在の社会保障制度を見直し、給付・負担両面で、人口構成の変化に対応した世代間・世代内の公平が確保された制度へと改革していくことが必要である」と言及されており、この考え方が引き継がれている。

⁵ 「議論の中間整理」では、①男女が希望どおり働ける社会づくり・子育て支援、②勤労者皆保険の実現・女性就労の制約となっている制度の見直し、③家庭における介護の負担軽減、④「地域共生社会」づくり、⑤医療・介護・福祉サービスについて、その課題と目指すべき方向性、今後の取組が示されている。

⁶ そのほかの各年における「経済財政運営と改革の基本方針」についても「骨太方針」とする。

⁷ 骨太方針2022 31～32頁

構築会議報告書では、まず、足元の課題として、令和5年4月からの出産育児一時金の50万円への引上げと出産費用の見える化・効果検証の実施、妊娠時から出産・子育てまで一貫した伴走型相談支援と経済的支援の充実等が必要とされた。また、令和5年に早急に具体化を進めるべき課題として、こども・子育て支援の充実を支える安定的な財源について、企業を含め社会全体で連帯し、公平な立場で、広く負担し、支える仕組みの検討、同一労働同一賃金の徹底と育児休業給付の対象外となっている短時間労働者への支援の検討等が求められた。これらの課題については、令和5年度の骨太方針において、将来的にこども予算の倍増を目指していく上での当面の道筋を示していくこととされた。

構築会議報告書を受け、岸田総理大臣は令和5年常会の施政方針演説において、こども・子育て政策を最重要政策と位置付け、児童手当を中心とした経済支援の強化など三つの基本的方向性に沿って、従来とは次元の異なる少子化対策を実現することを表明した。そして、4月に発足するこども家庭庁の下で、政策を体系的に取りまとめつつ、6月の骨太方針までに、将来的なこども・子育て予算倍増に向けた大枠を提示することとした。さらに、内容の具体化に当たっては、各種の社会保険との関係など、様々な工夫を行うとの方針も示された⁸。

イ 働き方に中立的な社会保障制度等の構築（5及び6（2）参照）

国民の価値観やライフスタイルが変化し、働き方の多様化が進む中で、働き方に中立的な社会保障制度等を構築するため、勤労者皆保険の実現とともに、非正規雇用を取り巻く課題の解決と労働移動の円滑化等が課題とされた。

構築会議報告書では、勤労者皆保険の実現に向けた取組について、次期年金制度改正に向けて検討・実施すべき課題として、週20時間以上勤務する短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃、常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消、週所定労働時間20時間未満の労働者や常時5人未満を使用する個人事業所への被用者保険の適用拡大等が示された。

一方、労働市場や雇用の在り方の見直しについては、速やかに検討・実施すべき課題として、無期転換ルールの実効性を更に高めるための見直し、「構造的な賃上げ」につながる労働移動円滑化・「人への投資」への支援の着実な実行等が掲げられた。

ウ 医療・介護制度改革

高齢者人口が2040年頃をピークに増え続けるが、特に2025年までに団塊の世代の全てが後期高齢者となる中で、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを構築するため、医療・介護提供体制の在り方も含めて、医療・介護制度改革の推進が課題とされた。

（ア）医療保険制度（4（1）ウ及びエ参照）

医療保険制度については、足元の課題として、後期高齢者医療制度の保険料負担の在り方の見直し、被用者保険者間の格差是正を早急に実施すべきとされた。具体的には、

⁸ 第211回国会衆議院本会議録第1号（令5.1.23）、第211回国会参議院本会議録第1号（令5.1.23）

後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、負担能力のある高齢者に応分の負担を求めつつ、介護保険制度も参考に、一人当たりの伸び率が均衡するよう、必要な見直しを図るべきとされ、また、保険料の賦課限度額及び所得割率の引上げを行いつつ、制度改正に伴って、低所得者層の保険料負担が増加しないよう配慮すべきとされた。

被用者保険者間の格差是正については、前期高齢者（65歳以上74歳以下の高齢者）の医療費の分担について、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入することが必要とされた⁹。

（イ）医療提供体制（4（1）カ参照）

医療提供体制については、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が足元の課題とされ、その早急な実現に向けて必要な措置を講ずるべきとされた。具体的には、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式（手挙げ方式）とすることが提案され、かかりつけ医機能の定義¹⁰について、現行の医療法施行規則における規定をベースに検討すべきとされた。また、医療機関が自らのかかりつけ医機能に関する情報を住民に分かりやすく提供するため、現行の「医療機能情報提供制度」¹¹を拡充するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設¹²すべきとされた¹³。

（ウ）介護（4（2）参照）

介護については、令和5年に早急に検討を進めるべき課題として、医療・介護等DXの推進、介護職員の働く環境の改善、令和6年度から始まる次期介護保険事業計画に向けた具体的な改革が挙げられた。一方、介護保険制度の持続可能性を確保するための課題である保険料負担や利用者負担の在り方と給付の在り方等については、令和5年度の骨太方針に向けて検討を進めるべきとされるなど、結論は先送りされた¹⁴。

⁹ あわせて、健康保険組合全体として、今回の後期高齢者医療制度の見直しや報酬調整の導入を通じて、負担上昇が抑制されるよう、健康保険組合を対象として実施されている既存の支援を見直すとともに、更なる支援を行うこととし、その際、企業の賃上げ努力を促進する形での支援を行うべきであるとされた。

¹⁰ 現行の医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）別表第一第二の項第一号イ（13）（iii）では、「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの」と規定されている。また、告示では、「厚生労働大臣が定めるもの」として、①日常的な医学管理及び重症化予防、②地域の医療機関等との連携、③在宅医療支援、介護等との連携、④適切かつ分かりやすい情報の提供、⑤地域包括診療加算の届出、⑥地域包括診療料の届出、⑦小児かかりつけ診療料の届出、⑧機能強化加算の届出が規定されている（⑤については病院は除かれる）。

¹¹ 医療機能情報提供制度は、病院等に対して、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、分かりやすく提供する制度である。この制度に対して、財政制度等審議会は、「医療機関の一方的な報告のみに基づくものであり、医療機関を選ぶ基準として十分に機能しているとは言い難い」と指摘した。財政制度等審議会「令和5年度予算の編成等に関する建議」（令4.11.29）35頁

¹² 後掲注45参照。

¹³ このほか、医療法人改革の推進、医療・介護間での情報連携は足元の課題とされた。また、地域医療構想の実現に向けた更なる取組、診療報酬・薬価改定に向けた検討、医療・介護等DXの推進等については令和5年に早急に検討を進めるべき課題とされた。

¹⁴ 構築会議では、土居丈朗構成員から、「介護保険は、事実上、3年に1度しか制度改正を行うことが出来ない中で、今回、制度改正の見送りを行うことは許されない」、「特に利用者負担については、後期高齢者医療制度において2割負担が導入されたところであり、その対象範囲と合わせて、介護保険においても対象範囲を拡大することが明確な論点であるとともに、本件は3年前の介護保険部会においても次期制度改正の宿題として先送りされていた」と指摘された。第10回全世代型社会保障構築会議（令4.12.7）資料7

エ 「地域共生社会」の実現（6（3）参照）

人口構造や世帯構成が変化し、家族のつながりや地縁も希薄化する中で、今後、更なる増加が見込まれる独居高齢者の生活について、住まいの確保を含め、社会全体でどのようにして支えていくのが大きな課題となるとともに、コロナ禍を通じて、孤独・孤立や生活困窮の問題に直面する者が世代に関わらず存在することが浮き彫りとなった。

構築会議報告書では、令和5年度に実施・推進すべき課題として、重層的支援体制整備事業の更なる促進とともに、生活困窮者自立支援制度や住宅セーフティネット制度における住まい支援の強化等が示された。

以上、全世代型社会保障の課題と構築会議報告書の概要等を見てきたが、以下では、令和5年常会において政府（厚生労働省）から法律案の提出が見込まれる分野を中心に、主な政策課題を紹介する。

3. 新型コロナウイルス感染症対策等

（1）次の感染症危機に備えるための法改正に向けた経緯とその概要等

2019年12月末、中国武漢市で原因不明の肺炎の集団感染が発生した後、世界的に新型コロナウイルス感染症が拡大してから3年が経過した。この間政府は、変異を繰り返す新型コロナウイルス感染拡大への対応に追われ、その都度問題が浮き彫りとなってきた。こうした経験を新型コロナウイルス感染症も含め、次の感染症危機に生かすことが課題となっている。

令和3年6月の骨太方針2021においては、感染症有事に備える取組について、より実効性のある対策を講ずることができるよう法的措置を速やかに検討すること、行政の体制強化に取り組むこと等の方針が示されたが、岸田総理大臣は対応の取りまとめを令和4年6月までに行うことを表明したため¹⁵、法改正等の対応は事実上先送りされた。

その後、令和4年6月15日、内閣官房の新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議は、「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」をまとめた。これを受け、6月17日、新型コロナウイルス感染症対策本部は、「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の方向性」¹⁶（以下「対応の方向性」という。）を、また、対応の方向性に基づき、9月2日、「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（以下「対応の具体策」という。）を決定した。

対応の具体策においては、①次の感染症危機に備えた感染症法等の改正、②新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施、③次の感染症危機に対応する政府の司令塔機能の強化、④感染症対応能力を強化するための厚生労働省の組織の見直しが具体的な対応

¹⁵ 第207回国会衆議院本会議録第1号3頁（令3.12.6）

¹⁶ 「今後も感染症によるリスクはなくなる」との認識の下、「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を振り返り、次の感染症危機に備えることが重要」と指摘された。対応の方向性1頁

として示された。速やかに法律案を提出することとされた①については、第210回国会（令和4年臨時会）において改正が行われ¹⁷、また、②から④については、令和5年常会に法律案の提出を目指すこととされた¹⁸。

令和5年常会において、厚生労働省からは、④について法律案が提出される予定である¹⁹。

ア 国立健康危機管理研究機構（仮称）の設置

感染症対応能力を強化するための厚生労働省の組織の見直しとして、①国立感染症研究所と国立研究開発法人国立国際医療研究センターを統合した「国立健康危機管理研究機構（仮称）」（以下「機構」という。）の設置、②感染症対応に係る司令塔機能を担う「内閣感染症危機管理統括庁（仮称）」との連携を図り、平時からの感染症危機への対応準備に係る企画立案や感染症法等に係る業務を行う「感染症対策部（仮称）」²⁰の設置が行われることとされた。

機構は、感染症等に関する科学的知見の基盤・拠点、国際保健医療協力の拠点、高度先進医療等の総合的な提供といった機能を有する新たな専門家組織となり、医療対応、公衆衛生対応、危機対応、研究開発等の機能が一体的に運用される。また、機構は、感染症対策部（仮称）の管理の下で、平時から関係自治体等との連携が行われるとともに、有事には、内閣感染症危機管理統括庁（仮称）の下で、一元的に感染症対策が行われることとなる。機構の設置は令和7年度以降が予定されている²¹。

イ 生活衛生関係組織の一部業務の移管

上記アの感染症対応能力の強化とあわせて、生活衛生等関係行政の機能強化を図るため、厚生労働省から生活衛生関係組織の一部業務の移管が行われることとされた。

まず、食品等の規格基準の策定など食品衛生基準行政については消費者庁へ移管される²²。また、水道整備・管理行政について、水道に関する水質基準の策定その他の水道整備・管理行政であって水質又は衛生に関する事務が環境省に移管される²³。一方、厚生労働省から環境省へ移管されるもの以外の水道整備・管理行政が国土交通省に移管され

¹⁷ 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」（令和4年法律第96号）

¹⁸ ②及び③については、内閣官房から「新型インフルエンザ等対策特別措置法及び内閣法の一部を改正する法律案」が提出される予定となっている。内閣官房「第211回国会（常会）内閣提出予定法律案等件名・要旨調」（令和5年1月23日現在）

¹⁹ 「国立健康危機管理研究機構法案（仮称）」、「国立健康危機管理研究機構法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律案（仮称）」、「生活衛生等関係行政の機能強化のための関係法律の整備に関する法律案（仮称）」、いずれも内閣官房「第211回国会（常会）内閣提出予定法律案等件名・要旨調」（令和5年1月23日現在）

²⁰ 「感染症対策部（仮称）」は厚生労働省健康局に設置される見込みである。対応の具体策8頁

なお、対応の具体策では、感染症対策部（仮称）の設置が令和6年度施行とされていたが、令和5年度予算において、令和5年度の設置が認められることとなった。「令和5年度厚生労働省組織・定員の概要」（令和4年12月23日）

²¹ 対応の具体策9頁

²² 食品安全行政の司令塔機能を担う消費者庁が、食品衛生に関する規格・基準の策定（これまで厚生労働省が所管）を所管することで、食品衛生についての科学的な安全を確保し、消費者利益の更なる増進を図るとされている。対応の具体策9頁

²³ 環境省が、安全・安心に関する専門的な能力・知見に基づき、水質基準の策定を担うほか、水質・衛生にかかわる一部の業務について、国土交通省の協議に応じるなど、必要な協力を行うことで、国民の水道に対する安全・安心をより高めるとされている。対応の具体策9頁

る²⁴。

厚生労働省の感染症対策部（仮称）の設置については、当初、令和6年度とされていたが、司令塔機能を担う内閣感染症危機管理統括庁（仮称）が設置される令和5年度に前倒しされることとなった。しかし、国立健康危機管理研究機構（仮称）については、令和7年度以降の設置を目指すとの方針に変更はない。次の感染症危機に備えるためには、平時・有事における緊密な連携を図ることが重要であり、感染症危機への対応が適切に図られるよう運用面の検討も課題となる。

（２）感染症法上の位置付けの変更

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けについては²⁵、発生当初と比較した重症化率・死亡率の低下や、諸外国におけるウィズコロナに向けた対応等も踏まえ、季節性インフルエンザ並の5類感染症への変更の是非が課題となっていた。

こうした中で、厚生労働省の助言機関である「新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード」（以下「ADB」という。）において検討が行われていたが、令和4年臨時会で審議された感染症法等改正案²⁶において、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けの在り方について「速やかに検討する」旨の規定を追加する修正が行われたことも踏まえ、加藤厚生労働大臣は、その変更について議論を加速する方針を示した²⁷。

ADBでは、新型コロナウイルス感染症の現状が「新型インフルエンザ等感染症」の定義に該当しているかの判断²⁸や感染症法上の位置付けの変更による保健医療体制、医療費負担の影響等について議論が重ねられ、令和5年1月11日に、今後の法的位置付けや対策については、見通しを示しつつ、必要な準備をすすめながら段階的に移行していくことが求められる旨の見解²⁹が示された。そして、1月20日、岸田総理大臣から、原則として、令

²⁴ 水道事業の経営基盤強化、老朽化や耐震化への対応、災害発生時における早急な復旧支援、濁水への対応等に対し、国土交通省が、施設整備や下水道運営、災害対応に関する能力・知見や、層の厚い地方組織を活用し、水道整備・管理行政を一元的に担当することで、そのパフォーマンスの一層の向上を図るとされている。対応の具体策9頁

²⁵ 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号）第6条第7項は、「当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある」と認める新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症及び再興型コロナウイルス感染症を「新型インフルエンザ等感染症」と定義している。この規定に基づき、現在、新型コロナウイルス感染症については、入院勧告・措置、外出自粛等の要請、積極的疫学調査の実施と併せ、医療費の自己負担分の公費負担等が行われている。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けについては、いわゆる「2類相当」と呼ばれることが多いが、この経緯について加藤厚生労働大臣は、新型コロナウイルス感染症について、「最初にどこに当たるかとかが判明しないときに、指定感染症に指定をするという仕組みを使い、そのときに2類相当の措置が可能になるように決めたということから2類相当という言葉が使われている」と述べている。第210回国会衆議院厚生労働委員会議録第5号13頁（令4.11.2）

²⁶ 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」（第210回国会閣法第5号）

²⁷ 厚生労働省ホームページ「加藤大臣記者会見概要」（令4.11.29）〈https://www.mhlw.go.jp/stf/kaiken/daijin/0000194708_00502.html〉

²⁸ 病原性（重篤性）、感染力、今後の変異の可能性等の考慮要素を踏まえ、総合的に判断される。

²⁹ 第113回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（令5.1.11）資料3-10

和5年春に感染症法上の位置付けの見直しを行う旨の方針が示された後³⁰、1月27日、新型コロナウイルス感染症対策本部は、同日の厚生科学審議会感染症部会の「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」を受け、5類感染症への移行を5月8日とすることなどを正式決定した³¹。

我が国の新型コロナウイルス感染症対策は新たな局面を迎えることとなるが、感染力が高く、季節性もない等の特徴を踏まえ、国による適切な対策及び支援が引き続き必要となる。通常の医療体制への移行に向けて、段階的に縮小される医療機関への診療報酬上の上乗せ措置・病床確保のための財政支援とともに、公費負担が段階的に縮小されることにより発生する医療費の自己負担の対応が課題となる。また、感染拡大時の入院・外来の医療体制の整備のほか、病原性の高いウイルスが現れた場合を含めた感染拡大時の対応、新型コロナワクチンの無料接種の取扱い、マスク着用の在り方等も課題となる。

4. 医療・介護

医療・介護制度の改革については、議論の中間整理及び骨太方針2022等に基づき、構築会議で議論が進められるとともに、厚生労働省の関係審議会においても検討が行われた。そして、令和4年12月16日、構築会議が報告書の取りまとめを行い、社会保障審議会医療保険部会は「議論の整理」（12月15日）、同介護保険部会は「介護保険制度の見直しに関する意見」（12月20日）、同医療部会は「医療提供体制の改革に関する意見」（12月28日）（以下「医療部会意見」という。）をそれぞれ取りまとめた。

これらを受けて、令和5年常会に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案（仮称）」が提出される予定である³²。

社会保障審議会の各部会においてまとめられた意見等の内容は、主に次のとおりである。

（1）医療

ア 出産育児一時金の引上げ等

骨太方針2022では、結婚・妊娠・出産・子育てに夢や希望を感じられる社会を目指し、「希望出生率1.8」の実現に向け、出産育児一時金³³の増額の方針が示された。これを受

³⁰ 首相官邸ホームページ「新型コロナウイルス感染症の5類への見直しに向けた議論についての会見」（令和5.1.20）〈https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/statement/2023/0120kaiken.html〉

³¹ このほか、①医療費の自己負担分に係る一定の公費支援については、急激な負担増が生じないよう、期限を区切って継続すること、②医療提供体制については、幅広い医療機関で新型コロナウイルス患者が受診できる医療体制に向けて、必要となる感染対策等を講じつつ段階的な移行を目指すこと、③サーベイランスについては、感染症法に基づく発生届は終了し、定点医療機関による感染動向把握に移行すること、④基本的な感染対策として、マスクについては、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本として検討すること、⑤新型コロナワクチンについては、感染症法上の位置付けの変更にかかわらず、予防接種法に基づいて実施することになるが、令和5年4月以降も、必要な接種については、引き続き自己負担なく受けられるようにすること、⑥水際措置については、5類感染症に位置付けられることに伴い、検査法上の「検査感染症」から外れることとなること等が示された。なお、①及び②については、令和5年3月上旬を目途に具体的な方針が示されることとされた。「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けの変更等に関する対応方針について」（令和5年1月27日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）

³² 内閣官房「第211回国会（常会）内閣提出予定法律案等件名・要旨調」（令和5年1月23日現在）

³³ 出産育児一時金は、出産前後の諸費用の家計負担を軽減するために平成6年に創設された。当時の支給額は、

けて、医療保険部会では、現行原則42万円の一時金の増額の金額や財源確保の在り方とともに、一時金の引上げに伴うサービスに応じた出産費用の見える化等が課題とされた。

医療保険部会の「議論の整理」では、構築会議報告書と同様に、令和5年4月から一時金の額を全国一律50万円に引き上げること³⁴、後期高齢者医療制度からの支援金で一時金の費用の一部を充てることが示された³⁵。また、後期高齢者医療制度からの支援金の導入時期については、同制度の次期保険料率改定が行われる令和6年度から施行することとされた。その際、同制度の支援金の対象額については、新たに同制度からの支援を導入することに鑑み、令和6年度及び令和7年度については激変緩和措置³⁶として、出産育児一時金の全体（公費を除く）の2分の1とし、令和8年度からは一時金の全体とすることとされた。

出産費用の見える化については、適切に医療機関等を選択できるよう、出産費用だけでなく医療機関等の特色やサービスの内容等も併せて公表し、令和6年4月を目途に実施することとされた。また、出産費用の見える化の効果等を踏まえ、引上げ後3年を目途に、出産育児一時金の在り方について検討すべきとされた。

イ 国民健康保険における産前産後の保険料負担軽減措置の創設

国民健康保険の産前産後の保険料については、国会の附帯決議³⁷や、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議事務レベルWG」の議論の結果等を踏まえ、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4か月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除する措置を講ずるべきとされた。

ウ 後期高齢者負担率の見直し、後期高齢者の保険料負担の見直し

後期高齢者医療制度の医療給付費については、公費約5割、現役世代の後期高齢者支援金約4割、高齢世代の保険料約1割で負担することとされ、また、現役世代の負担の増加に配慮し、高齢世代の保険料には、現役世代人口の減少による現役世代一人当たりの負担の増加分について、高齢者と現役世代で折半した分を加算する仕組みが設けられ

分娩介助料、出産前後の健診費用、育児に伴う初期費用等を総合的に勘案して30万円に設定され、平成21年10月には原則42万円（同年1月から支給額に産科医療補償制度の掛金分が上乗せ：現行1.2万円（内数））となっている。一時金の負担は、平成20年4月の後期高齢者医療制度の創設に伴い、75歳未満の者のみで負担する仕組みに転換されている。

³⁴ 8万円の引上げは引上げ幅としては過去最高額となる。一時金の水準については、令和4年度民間医療機関を含めた全施設の平均出産費用の推計等が勘案された。

³⁵ 現行の現役世代・後期高齢者の保険料負担の実績を踏まえ、出産育児一時金の対象額の7%とし、以後は、7%を起点として、出産育児一時金に関する現役世代と後期高齢者の一人当たり負担額の伸び率が揃うよう割合を設定するとされた。なお、出産育児一時金の引上げについては、令和5年度において国費による支援措置が講じられる。

³⁶ 激変緩和措置を講じた場合の財政影響の試算（厚生労働省）によれば、令和6年度の満年度ベースで合計630億円となり、後期高齢者一人当たり600円の負担増が見込まれている。第161回社会保障審議会医療保険部会（令4.12.15）資料1

³⁷ 「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」（第204回国会閣法第21号）に対する参議院厚生労働委員会附帯決議（令和3年6月3日）においては、「（略）国民健康保険については、被用者保険と異なり、（略）産前・産後期間等における保険料免除制度も設けられていないことから、少子化対策等の観点等を踏まえ、財源や保険料負担の在り方等も勘案しつつ、出産に関する保険料における配慮の必要性や在り方等を検討すること」が政府に求められた。

ている³⁸。しかし、後期高齢者医療制度の導入以来、後期高齢者負担率の伸びが約1.2倍であるのに対し、現役世代一人当たりの負担の伸びは約1.7倍となるなど、現行の仕組みに歪みが生じており、この傾向はさらに続くことが見込まれている。こうした中、骨太方針2022では、後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担の在り方等各種保険制度における負担能力に応じた負担の在り方等の総合的な検討を進めるとされた³⁹。

「議論の整理」では、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、介護保険を参考に、後期高齢者と現役世代における一人当たりの負担の伸び率が同じになるよう、次期保険料率改定（令和6年度）から、後期高齢者負担率の設定方法を見直すこととされた。その際、出産育児一時金の費用の一部を支援する仕組みの導入（上記ア参照）にあわせ、負担を強化する観点から、①国民健康保険との均衡を踏まえ、年間の保険料の賦課限度額を現行の66万円から80万円に引き上げること、②現行1対1となっている保険料の均等割と所得割の比率を48対52程度とすることにより、低所得者層の保険料負担が増加しないよう配慮することとされた。一方、激変緩和措置として、③賦課限度額を2年かけて段階的に引き上げること（令和6年度73万円、令和7年度80万円）、④年金収入211万円相当までの所得割の対象者の保険料を2年かけて段階的に引き上げるべきとされた⁴⁰。

前回の医療保険部会の「議論の整理」（令和2年12月23日）と同様に、後期高齢者の窓口負担における現役並み所得の判断基準の見直しや、医療保険制度における金融資産・金融所得の負担の反映については検討課題とされたが、引き続き、窓口負担割合の2割への引上げの影響、預貯金口座へのマイナンバーの付番の在り方、金融所得課税との関係等が課題となる。

エ 被用者保険者間の格差是正

65歳から74歳までの前期高齢者の医療給付費の負担については、前期高齢者の偏在により保険者間の負担の不均衡が生じるため、保険者ごとの前期高齢者加入率に応じて費用負担を調整する制度が設けられている。しかし、後期高齢者支援金で導入されている各被用者保険者の総報酬額に応じた調整の仕組みがないなど、財政力の弱い保険者の負担が相対的に重くなるとされている。

「議論の整理」では、構築会議報告書と同様に、現行の加入者数に応じた調整に加え、部分的に報酬水準に応じた調整（報酬調整）の仕組み等を導入する一方で、報酬調整の

³⁸ 加算後の負担割合（後期高齢者負担率）は平成20年度の10%を起点として2年ごとに設定される。令和4年度及び5年度は11.72%と規定されている。

³⁹ このほか、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」（第204回国会閣法第21号）に対する参議院厚生労働委員会附帯決議（令和3年6月3日）においては、「2022年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること」が政府に求められた。

⁴⁰ ア及びウにおける後期高齢者医療制度の保険料負担の激変緩和措置を講じた場合の、後期高齢者一人当たりの保険料額への影響について厚生労働省が令和6年度及び令和7年度の試算を公表している。それによれば、合計で、年収1,100万円では13万円増、年収400万円では1.4万円増、年収200万円では0.39万円増と見込まれている。第161回社会保障審議会医療保険部会（令4.12.15）資料1

割合が高くなるほど国費が大幅に削減され、結果的に現役世代の負担の軽減にはなっていない等の意見を踏まえ、報酬調整の範囲は3分の1に止めるべきとされた⁴¹。また、健康保険組合に対しても、賃上げ努力を促進する形で、既存の支援の見直しとともに、国費による更なる支援を行うこととされた。

後期高齢者医療制度の見直しを通じて、現役世代の負担上昇の抑制効果が期待される一方、報酬調整の仕組みを導入することに伴い、財政力のある健保組合等の負担が増加することとなる。これらの見直しを通じた現役世代の負担や企業の賃上げに及ぼす影響とともに、国による具体的な支援等が課題となる。

オ 医療費適正化計画の実効性の確保

国・都道府県においては、6年を一期として医療費適正化計画を定めることとされており、次期計画（第4期）では、団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年を対象となる。骨太方針2021では、「医療費適正化計画の在り方の見直し等について、2024年度から始まる第4期医療費適正化計画期間に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる」とされた。

「議論の整理」では、都道府県医療費適正化計画及び国民健康保険運営方針に記載すべき事項の充実化、都道府県ごとの保険者協議会の必置化、医療費見込みの精緻化、医療費適正化に向けた都道府県の役割の明確化等の措置を講ずるべきとされた。

カ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

コロナ禍において地域医療の機能が十分作動しなかったこと、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多くみられる高齢者が今後更に増加すること、生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあること等を踏まえ、地域ごとに必要な医療を必要ときに受けられる体制を確保していくために、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が求められている。骨太方針2022においては、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとの方針が示され、かかりつけ医機能の定義とその明確化、かかりつけ医機能を発揮させるための仕組み等が課題とされた。

医療部会意見では、かかりつけ医機能について、国民・患者はそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用するとの基本的な考えが示されたが⁴²、構築会議が提案した「手挙げ方式」について直接の言及はなされなかった。一方、①現行の医療法施行規則のかかりつけ医機能の定義⁴³を踏まえた法定化、②国民・患者のニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるよう現行の「医療機

⁴¹ 3分の1の報酬調整を前提とした財政影響の試算（厚生労働省）によれば、令和6年度の満年度ベースで協会けんぽ▲970億円、健保組合600億円、共済組合等350億円、国民健康保険20億円が見込まれている。なお、報酬調整の導入に伴う導入部分に係る協会けんぽへの国庫補助の廃止等により、国費は合計▲1,290億円が見込まれている。この影響額を含めた協会けんぽの保険料への影響額は320億円、国民健康保険の保険料への影響額は30億円が見込まれている。第161回社会保障審議会医療保険部会（令4.12.15）資料1

⁴² なお、「慢性疾患を有する高齢者が在宅で医療を受ける場合ははじめ患者が継続的な管理を必要とし、患者が希望する場合に、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容について、書面交付などを通じて説明する」との考えも示された。医療部会意見9頁

⁴³ 前掲注10参照。

能情報提供制度」⁴⁴の刷新、③地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、地域ごとに必要なかかりつけ医機能を適切に確保していくため、「かかりつけ医機能報告制度」の創設⁴⁵を行うべき旨の提案が構築会議報告書と同様に示された。

かかりつけ医機能の制度整備については、医療機関の機能を審査する「認定制」や、患者等がかかりつけ医を任意で登録する制度等を導入すべきとの意見もある⁴⁶。引き続き、運用状況を踏まえ、国民や患者本位のかかりつけ医機能が発揮される仕組みの検討とともに、総合診療専門医を含め人材確保・育成など制度の実効性を確保するための対策も課題となる。

キ 地域医療連携推進法人

医療機関の機能分担や業務連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として導入された地域医療連携推進法人⁴⁷について、骨太方針2022では、その有効活用や、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進することとされた。現行制度では、地域医療連携推進法人において個人立の医療機関等の参加ができない状況であるが、医療部会意見では、少子高齢化の進展や医療の担い手の減少、新型コロナウイルス対応等の課題を踏まえ、個人立を含めた医療機関がヒトやモノの融通を通じた連携を可能とする新類型を設けるべきとされた。一方、個人立の医療機関は、個人用資産と医療資産の分離が難しいことなどを踏まえ、出資・貸付は不可とされた。

ク 医療法人制度の見直し

(ア) 認定医療法人制度の継続

持分の定めのない医療法人への移行を強化するため、出資者の死亡等による相続税・贈与税の猶予・免除制度等の適用が受けられる認定医療法人制度⁴⁸が導入されている。

医療部会意見では、令和5年9月末までの措置とされている同制度を延長すべきとされている。また、移行期限については認定から「3年以内」とされているが、持分の放棄の同意を得ることができず、認定医療法人制度の活用ができない例なども踏まえ、更なる移行促進策として「5年以内」に延長すべきとされた。

⁴⁴ 前掲注11参照。

⁴⁵ 「かかりつけ医機能報告制度」では、医療機関は高齢者のニーズに対応する機能やそれを今後担う意向等を都道府県に報告し、この報告に基づき、都道府県は、地域における機能の充足状況や、これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表した上で、医療関係者や医療保険者等が参画する地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討し、結果を公表すべきとされた。その際には、多様な全ての機能を一人の医師・一つの医療機関だけで担うことは現実的ではなく、個々の医療機関の機能強化に加え、医療機関の適切な連携を通じて、機能の充実強化を図ることが重要とされた。医療部会意見6～7頁

⁴⁶ 健康保険組合連合会ホームページ『『かかりつけ医』の制度・環境の整備について<議論の整理>』（令4.11.8）
<<https://www.kenporen.com/include/press/2022/2022110801.pdf>>

⁴⁷ 令和4年10月1日現在、33法人が設立されている。

⁴⁸ 「持分の定めのある医療法人」から「持分の定めのない医療法人」に移行する計画を作成し、その計画が妥当であると厚生労働大臣から認定を受けた医療法人。大臣認定後3年以内に、持分の定めのない医療法人に移行しなければならない。なお、令和4年3月末における持分のある医療法人は37,490法人、持分のない医療法人は19,284法人である。また、令和3年12月末における認定医療法人は789法人である。

なお、「持分の定めのある医療法人」においては、法人の財産を出資者に対して持分割合に応じて分配が可能であり、「持分の定めのない医療法人」においては、残余財産の帰属先が国等に限られる。

（イ）医療法人の経営情報のデータベースの構築

地域医療の安定的かつ継続的な確保を目的に設立が認められている医療法人に対しては、自主的に運営基盤の強化や運営の透明性の確保が求められている。こうした中で、新型コロナウイルス感染症の感染拡大初期においては、同感染症に対応する医療機関への迅速な支援や、国民への情報提供が十分ではなかったとされている。このため、骨太方針2022では、経営実態の透明化の観点から、医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関する全国的な電子開示システム等を整備するとともに、処遇改善を進めるに際して費用の見える化などの促進策を講ずるとされた。

医療部会意見では、医療法人の経営情報を把握・分析し、医療機関の経営状況を踏まえた政策の企画・立案に活用するとともに、医療の現状と実態を国民に丁寧に説明するため、新たな制度として医療法人の経営情報を収集してデータベースを構築することとし、その施行時期は令和5年度の可能な範囲で早期とすべきとされた。

（２）介護保険

平成12年に介護保険制度が創設されてから20年以上が経過し、総費用額は約3.7倍、保険料は約2倍に増加した⁴⁹。また、次の20年を展望しても、高齢者の人口が急速に増加する一方で、生産年齢人口の急減が見込まれるなど、介護保険制度をめぐっては、サービス基盤・人的基盤の整備、地域共生社会の実現、給付と負担の在り方等が課題となっている。

介護保険制度については、3年を一期とするサイクルで財政収支を見通し、事業運営が行われており、現行の第8期介護保険事業計画は令和5年度に最終年を迎える。このため、令和6年度から始まる第9期事業計画に合わせて、社会保障審議会介護保険部会では、介護保険制度の改正について議論が行われ、令和4年12月20日の「介護保険制度の見直しに関する意見」では、①介護サービス事業者の経営状況の見える化、②介護情報利活用の推進等が必要とされた。具体的には、①については、介護サービス事業者の経営状況を詳細に把握・分析し、介護保険制度に係る施策の検討等に活用できるよう、介護サービス事業者が経営情報を定期的に都道府県知事に届け出ることとし、厚生労働大臣が当該情報に係るデータベースを整備することが適当とされた。また、②については、介護情報等を自治体・利用者・介護事業者・医療機関等が電子的に閲覧できる情報基盤を整備することとし、当該基盤を用いて介護情報等の収集・提供等を行う事業を、保険料と公費の財源により実施する「地域支援事業」として位置付ける方向で検討することが適当とされた。

一方、保険料・利用者の負担や給付の在り方については、構築会議報告書と同様、引き続き議論されることとなった。具体的な工程については、①65歳以上の第1号保険料負担については早急に結論を得るとされ、②利用者負担が2割となる「一定以上の所得」の判断基準、介護老人保健施設・介護医療院の多床室の室料負担については遅くとも令和5年夏までに結論を得るとされた。また、③ケアマネジメントに関する給付、軽度者への生活援助サービス等に関する給付については令和9年度から始まる第10期計画期間の開始まで

⁴⁹ 制度創設時の総費用額は約3.6兆円、保険料は全国平均2,911円、現行（令和4年度）ではそれぞれ約13.3兆円（見込み）、6,014円である。

に結論を得るとされ、さらに、④利用者負担が3割となる「現役並み所得」、第2号被保険者の対象年齢の引下げ、補足給付については「引き続き検討」とされたが、これら中長期的な検討事項については、議論の行方を注視することが必要である。

5. 年金

年金制度については、少なくとも5年に一度、将来の人口・経済の前提を設定した上で、長期的な年金財政やスライド調整期間の見直しを作成し、年金財政の健全性を検証する財政検証が行われ、その結果等を踏まえ、法改正が行われてきた。前回の財政検証は令和元年に行われたことから、令和6年に次回検証が行われた上で、令和7年の法改正が判断されることになる。

令和2年の国民年金法等改正法⁵⁰においては、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大等の措置が講じられたが、同法附則第2条では、①被用者保険の更なる適用拡大、②公的年金制度の所得再分配機能の強化等について検討することが求められた。また、③「資産所得倍増プラン」⁵¹において改革が示された個人型確定拠出年金（iDeCo）など私的年金制度の在り方等が課題となっている⁵²。

構築会議報告書では、被用者保険の更なる適用拡大について、勤労者皆保険の実現に向け、短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃や、常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消について早急に図るべき改革事項に掲げられた。

また、公的年金制度の所得再分配機能の強化等については、マクロ経済スライドの調整期間の長期化等により基礎年金の所得再分配機能の低下が課題とされている⁵³。このため、社会保障審議会年金部会においては、基礎年金の保険料拠出期間を5年延長し65歳までとすることや⁵⁴、基礎年金と厚生年金の報酬比例部分のマクロ経済スライド調整期間を一致させることも検討されている。

iDeCoについては、「資産所得倍増プラン」において、①加入可能年齢の引上げ、②拠出限度額の引上げ・受給開始年齢の上限の引上げが決定された。①については、働き方改革によって、高年齢者の就業確保措置における企業の努力義務が70歳まで伸びていること等を踏まえ、加入可能年齢を70歳に引き上げることとし、令和6年の財政検証に併せて、所要の法制上の措置を講じるとされた。また、②については、同年の財政検証に併せて結論

⁵⁰ 「年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律」（令和2年法律第40号）

⁵¹ 令和4年11月28日、新しい資本主義実現会議決定。

⁵² 岸田総理大臣は、「新しい資本主義実現会議」において、「新しい資本主義が目指す分厚い中間層を形成する上で、家計の賃金所得に加え、金融資産所得を拡大することは大切である。NISAの拡充・恒久化、iDeCo制度の改革、そして、消費者が信頼できるアドバイスの提供の仕組みの創設を中心に取組を推進する」旨述べた。第13回新しい資本主義実現会議議事要旨（令4.11.28）10頁

⁵³ 再分配機能低下の要因については、デフレ下においてマクロ経済スライドの一時停止を繰り返してきたことがあり、その結果、平成16年時点の想定と比べ、年金給付が年8.8兆円程度も多いとの試算もあると指摘された。『日本経済新聞』（令4.9.28）

⁵⁴ 令和元年の財政検証では、保険料拠出期間を40年間から45年間にするとオプション試算において、基礎年金の所得代替率は上昇し、年金給付水準を確保する上でプラスであるとの結果が示されたが、令和5年に公表される予定の将来推計人口の結果次第ではこの試算結果は維持できない可能性もある。また、基礎年金が増加した場合の国庫負担分について、安定財源の確保が必要となることなどの課題もある。

を得るとされた。

6. その他

(1) 旅館業法等改正案

旅館業法等改正案⁵⁵は、旅館業の営業者が新型インフルエンザ等感染症等の症状を呈している宿泊者等に対して感染防止対策への協力を求めることができることとし、当該求めに正当な理由なく応じない場合に宿泊を拒むことができることとするほか、事業譲渡に係る手続の整備等の措置を講ずるものであり、令和4年臨時会に提出され、衆議院において継続審査とされた。

宿泊を拒否することのできる規定については、旅館やホテル等における感染症のまん延防止のためとされているが、感染症患者や障害者への宿泊拒否をめぐり差別や偏見を助長するとの指摘⁵⁶もある。このため、厚生労働省においては、改正に伴い、旅館・ホテルにおいて恣意的な差別が行われないようガイドラインの策定を行うこととしている⁵⁷。

(2) 雇用・労働関係

厚生労働省の労働政策審議会労働条件分科会は、令和4年12月27日、「今後の労働契約法制及び労働時間法制の在り方について」の報告をまとめ、無期転換ルール、裁量労働制等について所要の措置を講ずることが適当とした。

無期転換ルールについては、制度導入後の状況等を踏まえ、無期転換を希望する労働者の転換申込機会の確保、無期転換前の雇止め、クーリング期間、無期転換後の労働条件等の課題への対応が示された。また、裁量労働制については、企画業務型裁量労働制や専門業務型裁量労働制（以下「専門型」という。）の対象業務の明確化を行うとともに、銀行や証券会社の合併、買収等（M&A）の業務を専門型の対象とすることが適当とされた。さらに、専門型について本人同意を得ること等が適当とされた。

(3) 生活保護・生活困窮者自立支援

生活扶助の見直しについては、5年に一度実施される全国家計構造調査の令和元(2019)年調査の結果を受け、社会保障審議会生活保護基準部会（以下「基準部会」という。）が検証等を行った。基準部会において厚生労働省が示した試算⁵⁸では、生活扶助の基準額は最大で8%の引下げがなされることが示されたが⁵⁹、令和4年12月9日、基準部会が取りまとめた「社会保障審議会生活保護基準部会報告書」においては、生活扶助の基準額の引下げに

⁵⁵ 「新型コロナウイルス感染症等の影響による情勢の変化に対応して生活衛生関係営業等の事業活動の継続に資する環境の整備を図るための旅館業法等の一部を改正する法律案」（第210回国会閣法第6号）

⁵⁶ 『東京新聞』（令4.10.23）

⁵⁷ 厚生労働省ホームページ「加藤大臣記者会見概要」（令4.10.14）〈https://www.mhlw.go.jp/stf/kaiken/daijin/0000194708_00488.html〉

⁵⁸ 第51回社会保障審議会生活保護基準部会（令4.12.6）参考資料2

⁵⁹ なお、検証結果の留意点として、「生活扶助基準の検証に用いた2019年全国家計構造調査の実施時点以降、新型コロナウイルス感染症だけでなく足下の物価上昇を背景として、消費実態等の社会経済情勢が変化していることについては、適切に配慮する必要がある」とされた。基準部会報告書40頁

については示されなかった。その後、令和5年度予算案の閣議決定に先立って12月21日に行われた財務大臣・厚生労働大臣の大臣折衝においては、基準部会の検証結果を適切に反映することを基本とした上で、検証年である令和元年以降の日本経済について、コロナ禍による影響や物価上昇の影響を受けるなど、その動向の見極めが困難であることから、当面2年間（令和5年度から6年度）の臨時的・特例的な対応として、現行の生活扶助の基準額が保障されることとなった⁶⁰。

一方、生活困窮者自立支援制度については、平成30年常会の生活困窮者自立支援法等改正法附則第8条の検討規定に加え、生活困窮者の支援について、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の長期化に伴い新たな課題が表面化したこと等を踏まえ、社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会等で検討が行われた。そして、令和4年12月20日、同部会は、「生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度の見直しに関するこれまでの議論の整理（中間まとめ）」を取りまとめ、就労準備支援事業・家計改善支援事業⁶¹の必須事業化、住居確保給付金の特例措置⁶²の一部恒久化等について検討することを示した。同部会は、同中間まとめで整理した方向性等も踏まえながら、法制化を検討していく上で前提となる点等も含め、引き続き、更に検討を深めていくことが必要とした。

（４）その他

国際環境の変化等に伴い離職を余儀なくされた駐留軍関係離職者や漁業離職者については、駐留軍関係離職者等臨時措置法（昭和33年法律第158号）及び国際協定の締結等に伴う漁業離職者に関する臨時措置法（昭和52年法律第94号）に基づき、再就職の促進等のための特別の措置が講じられており、その期限がそれぞれ令和5年5月16日及び同年6月30日に到来する。今後の在日米軍の再編の取組や漁業をめぐる国際協定の締結等を踏まえ、期限を5年延長するための法律案が令和5年常会に提出された。

また、戦没者等の妻に対しては、戦没者等の妻に対する特別給付金支給法（昭和38年法律第61号）に基づき、先の大戦で夫を失った大きな痛手がある上に、生計の中心を失ったことによる経済的困難とも闘ってこなければならなかった精神的痛苦に対して、国として特別の慰藉を行うために特別給付金が支給されているが、引き続き慰藉の念を示すため、令和5年度以降も特別給付金の支給を継続するための法律案が令和5年常会に提出された。

（いだ けんじ）

⁶⁰ 臨時的・特例的な対応として、令和5年10月から、①基準部会の検証結果に基づく令和元年当時の消費実態の水準に世帯人員一人当たり月額千円を加算するとともに、②加算を行ってもなお現行の基準額から減額となる世帯について、現行の基準額を保障することが示された。

⁶¹ 生活困窮者に対し、収入、支出その他家計の状況を自ら適切に把握し、家計の改善の意欲を高めることを支援するとともに、生活に必要な資金の貸付のあっせんを行う事業。

⁶² 住居確保給付金は、離職等により経済的に困窮した者が就労によって自立するため、まずは求職活動の基盤でもある居住の場を確保することにより、就職を容易にすることを目的として、家賃相当額を支給するものである。新型コロナウイルス感染症感染拡大による経済情勢の変動等を踏まえ、その支給対象について、新たに、休業等に伴う収入減少等により住居を失うおそれが生じている者を加えて恒久的な措置が講じられた。このほか、①職業訓練受講給付金との併給を可能とする、②求職活動要件の緩和を認める、③休業等に伴う収入減少等の場合にも3か月再支給を行うなどの特例措置が講じられた。