

成長と分配の好循環実現に向けた社会保障改革

2022年4月13日

十倉 雅和

中空 麻奈

新浪 剛史

柳川 範之

ウクライナ情勢をはじめ、国際的な経済環境が大きく変化する中にあって、新型感染症の影響も続いている。新型感染症によって経済を停滞させることのないよう、ワクチン接種を加速するとともに、本年6月策定予定の感染症対応の体制強化策に基づき、国の司令塔機能の強化も含めて万全の体制を早急に構築すべき。

また、成長と分配の両面で、社会保障機能の強化は重要な役割を果たす。「人への投資」の拡大を通じて成長を牽引し、健康・予防や医療・介護分野でDXを含めたイノベーション¹を創発し成長市場を拡大するとともに国民生活のQOLを高める。分配面では、全世代型社会保障の下での現役世代の給付拡充・負担軽減、性別や正規非正規間の働き方の違いによる賃金格差の是正を通じて、可処分所得を拡大することが重要。その際、人への投資について、制度や財源ごとに仕組みが分かれていることで、子育てと仕事の両立、労働移動に向けた人的能力向上の障害とならないよう、その改善に向けて早期に取り組むことが不可欠である。

同時に、社会保障分野でのDXの徹底を通じて、QOLや生産性を引き上げつつ財政負担を抑制するよう、経済・財政一体改革を継続・強化すべきである。こうした認識に立ち、以下、提案する。

1. セーフティネット強化と積極的労働市場政策による人への投資

若者、女性、高齢者など全ての人が、能力を最大限に発揮して活躍し、所得向上や雇用面での待遇改善を図ることが重要である。このためには、人手不足の状況の下、経済情勢を踏まえつつ、雇用維持から能力強化と兼業・副業を含む労働移動に重点を移していく必要があり、次の改革に取り組むべき。

- 雇用保険の被保険者であっても受給資格を満たさない非正規雇用者の実態を把握し、例えば、失業給付要件の緩和²や職業訓練の充実等、セーフティネットの強化に万全を期すべき。
- 雇用保険の被保険者を対象とする「教育訓練給付」、「公共職業訓練」と、雇用保険を受給できない者を対象とする「求職者支援制度」を、制度横断的に公平性や効果最大化の観点から整理・見直しを行い、働く意思があれば、有業・無業、雇用形態を問わず、誰もがスキルアップできるよう取組を強化すべき。また、内閣府・厚生労働省で進めている公共職業訓練の効果分析の成果も活用しつつ、より効果的な積極的労働市場政策を実施すべき。

¹ ゲノム医療、AI・ICT・ロボットの活用、PHRの推進、創薬分野を含めた量子コンピュータの活用、等

² 弱い立場にあると考えられる倒産、解雇等による非自発的離職者(特定受給資格者)について、失業給付の受給資格は「離職の日以前1年間に被保険者期間が6か月以上ある」という要件を満たす必要があるのに対し、雇用保険への適用要件は「31日以上引き続き雇用されることが見込まれる者」となっており、双方の要件にある期間の乖離が未受給の要因となっている可能性がある。例えば、失業給付の受給資格について、特定受給資格者の被保険者期間の要件を6か月よりも短縮化することが考えられる。

- 育児休業給付は、支給対象が雇用保険の被保険者に限定されている。必要な者には、制度にかかわりなく、子供の養育のために休業・離職していざれ復職するまでの間、給付が行われるようにすべき。また、育休を必要なときに機動的に取得できる環境づくりを目指し、まずは、男性、非正規雇用者の育休取得率の改善等、改正育児・介護休業法に基づく取組を政労使で徹底して推進すべき。
- 上記の雇用や子育て関連の追加的給付の提案実現には、歳出効率化も含め、新たな財源が必要となる。人への投資が成長の源泉となる中、財源の在り方についても、給付と負担の対応関係、新たな機能に対する適切な官民の役割分担、可処分所得への影響といった観点を踏まえて検討を進め、早期実現を図っていくべき。

2. 全世代に対応した社会保障・こども政策

(1) 誰もが安心できる全世代型社会保障の構築

我が国は、2025年に全ての団塊世代が後期高齢者となる。また、20年後の2042年には、65歳以上の高齢者数が最多となり、高齢化率は36%を超える。少子高齢化が加速する中、多くの高齢者が支え手に回るとともに、若者・女性の活躍を支援することが不可欠。2025年にかけての後期高齢者の急増、2040年以降の高齢化のピークを見据え、その間の局面ごとの人口動向の変化³を踏まえつつ、必要な課題を整理し、改革事項を工程化すべき。

- これまで議論の中心であった年金・医療・介護、少子化対策に加え、予防・健康づくり政策、雇用政策や住宅政策、更には財政負担を軽減する共助の強化、を一体として検討・改革すべき。併せて、給付と負担の在り方を見直し、現役世代の社会保険料負担の増加を抑制するとともに、将来世代に負担を先送ることのないようにすべき。
- 今後、地方圏での急速な人口減による担い手確保の問題、さらに大都市圏での高齢者数の増加、特に、東京圏における介護需要増への対応が大きな課題となるなど、全国一律ではなく、地域特性に応じた対応を講じるべき。

(2) こども家庭庁の発足に向けて

少子化に歯止めをかけるとともに、教育格差等による世代を超えた貧困の連鎖をなくすことは、こども家庭庁の重要なミッションである。未来を担うこどもへの投資、生活の苦しい子育て世帯への教育機会や居住への支援がとりわけ重要である。来年4月に発足するこども家庭庁には、その一元的な推進役としての十分な機能が求められる。

- こども政策は、未成年期における保育や学校教育にとどまることなく、若い世代の就労や居住環境、結婚・出産・子育てに至るまでの環境整備を包括的に対象とし、その一元的な推進・調整のために、来年度に向けて、こども家庭庁に人材や予算をしっかりと集約・確保すべき。
- 関係省庁の協力の下、地方自治体が独自に展開している事業を含め、国・地方のこども政策の全体像を把握し、EBPMを徹底して施策を推進すべき。

³ 2025年にかけて、後期高齢者が急増。その後2035年にかけて、高齢者数は多くの地域で安定するも、東京圏では増加が続く。2035年頃から就職氷河期世代が高齢者になり始める。

3. 医療・介護サービス改革の継続・強化

社会保障の充実と成長力強化の両面に資する経済・財政一体改革について、改革工程表に基づき着実に推進し、医療・介護費の適正化を進めるとともに、DXを含む技術革新を通じたQOLや生産性の向上等に取り組むべき。

- 新型感染症対応のこれまでの経験や検証を踏まえ、コロナ入院患者受入医療機関に対する財政支援の手法については、従来の交付金等から、より簡便かつ医療費として「見える化」される診療報酬による災害時の概算払いを参考に見直しを図るべき。また、投薬をはじめとする受診行動の変容を踏まえ、通院回数削減による患者負担軽減を図るため、リフィル処方箋⁴の使用を、患者側の希望を確認・尊重する形で促進し、保険者へのインセンティブ措置⁵も活用して、一気に普及・定着を図るべき。
- 地域医療構想について、民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを着実に進め、医療機能の分化(入院・救急を中心とする高次機能の集約化と在宅医療を含めたかかりつけ機能への分化⁶)を大きく推進していくべき。その際、ガバナンス強化のために医療法上の都道府県知事の権限強化を図るべき。
- 国保の普通調整交付金の配分については、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、地方団体等と議論を継続することとなっているが、進捗していない。年内にも方向性を出すべく議論を加速すべき。
- これまで、我が国医薬品産業の付加価値力向上に向けて創薬へのインセンティブを強化する方向で取組を進めてきたが、新型感染症の下、十分な成果は出せていない。イノベーション力と経済安全保障の強化に対して、国としてしっかり投資していくよう、薬価、補助金・出資金等の在り方を含め、課題を再整理すべき。
- PHR⁷の推進を通じた検診の重複等によるコスト削減、KPIを掲げて取り組む電子カルテの標準化と導入、医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関するデータベースの整備など、データの整備と共有を通じて医療・介護のDXを早急に進め、国民の利便性向上やコスト削減を徹底すべき。
- 今後、医療・介護サービスを一体として、地域の実情に応じて、効率的・効果的に提供していくことの重要性が益々高まる。2025年に向けて構築を進めてきている地域包括ケアシステム⁸について、地域連携、多職種・多機関連携などの面で国がしっかりとリードしながら、2040年を見据えたバージョンアップと実装化を進めるべき。

⁴ 一定期間内に反復利用できる処方箋のこと。

⁵ 国保の保険者努力支援制度や後期高齢者支援金の加減算など。

⁶ かかりつけ医機能の推進については、例えば、薬局・薬剤師と同様に、診療所・医師の「かかりつけ機能」を制度化(要件を満たす診療所を自治体等が認定、利用希望の患者が登録)することなどが考えられる。

⁷ Personal Health Record。生まれてから学校、職場など生涯にわたる個人の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組み。

⁸ 保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組み。

成長と分配の好循環実現に向けた 社会保障改革

参考資料

2022年4月13日

十倉 雅和
中空 麻奈
新浪 剛史
柳川 範之

人への投資①

○ 雇用保険制度の下で、保険適用者は相対的に手厚い給付を受けられる一方、非適用者向けの「求職者支援事業」は小規模にとどまっている。これらについて制度横断的に整理・見直しを行い、誰もがスキルアップできるよう取組を強化すべき。

図表1 教育訓練給付と公共職業訓練と求職者支援事業
～雇用保険非適用者向けの求職者支援事業は、雇用保険財政の下で小規模にとどまっている～

	雇用保険の適用者向け	→雇用保険の非適用者向け	
	教育訓練給付	公共職業訓練(失業給付とのセット)	求職者支援事業
施策の概要	<p><一般教育訓練給付></p> <p>雇用保険の適用者を対象に、自発的に受講した訓練費用の一部(平均3.8万円^(注1))を支給</p> <p>○支給要件: 被保険者期間3年以上(初回1年以上) ○給付内容: 受講費用の20%(上限10万円) ※上記のほか、より支援が手厚い専門実践教育訓練給付[受講費用の50%(上限年間40万円)さらに資格取得・就職等すれば20%を追加給付(上限年間16万円)]等もある。</p>	<p><離職者向け訓練></p> <p>雇用保険の適用者を対象に、無料の職業訓練を提供、訓練期間中は失業給付(平均月額15.5万円^(注1))等を支給</p> <p>○支給要件: 異職日以前2年間に被保険者期間が12か月以上(一般受給者の例)で、ハローワークの求職者 ○給付内容 ・無料の職業訓練 ・失業給付基本手当(離職前賃金の50~80%) +受講手当(500円/訓練日)+通所・寄宿手当 ※手当支給は訓練期間中(3か月~1年)</p>	<p>雇用保険の非適用者を対象に、無料の職業訓練を提供、訓練期間中は月10万円の生活支援金を支給</p> <p>○支給要件: ・[訓練]雇用保険を受給できない者で、ハローワークの求職者 ・[給付金]所得等の制限(本人収入が月8万円以下、世帯の金融資産が300万円以下等)あり ○給付内容 ・無料の職業訓練 ・訓練受講手当(月10万円)+通所・寄宿手当 ※手当支給は訓練期間中(2~6か月)</p>
会計	労働保険特別会計(雇用勘定)		
支出規模・財源(22年度当初)	<p>※失業等給付費の支出規模・財源(教育訓練給付、公共職業訓練、失業給付を含む)</p> <p>【支出規模】1.59兆円^(注2)</p> <p>【財源】0.82兆円^(注3) 保険料収入0.79兆円</p> <p>(料率 年度前半0.2% 後半0.6%、 劳使折半)</p>		
	<p>国庫負担金0.02兆円</p> <p>-雇用情勢・雇用保険財政が悪化:給付費の25% -上記以外:同2.5% -別枠で機動的に国庫からの繰入ができる制度創設</p>		
	<p>【支出規模】0.03兆円</p> <p>【財源】 劳使負担 72.5% 国庫負担 27.5%</p> <p>(劳使折半)^(注4)</p>		

(注)1. 2020年度の値(雇用事業統計年報)、2. この他に雇用調整助成金等への財源織入0.50兆円がある。3. この他に積立金の取崩し1.27兆円がある。4. 失業等給付の保険料の内数。

(備考)厚生労働省労働政策審議会職業安定分科会雇用保険部会提出資料(2022年1月7日)、各種予算関連資料により作成。求職者支援事業は、雇用保険の非適用者に加え、公共職業訓練の支給要件を満たさなかった雇用適用者も受けことができる。

人への投資②

- 「育児休業給付」は、支給対象が雇用保険適用者に限定。必要な者には、制度にかかわりなく、子供の養育のために休業・離職していざれ復職するまでの間、給付が行われるようにすべき。

図表2 育児休業給付制度と育休を取得できる雇用者数

～育児休業給付は雇用保険の適用者に限定、非正規雇用者のうち少なくとも1/3は育休取得に契約更新のハードルが伴う～

	育児休業給付
施策の概要	<p>育児休業を行う雇用保険の適用者を対象に、 育児休業給付金(平均月額13.5万円)を支給</p> <p>○給付要件:育児休業を行う被保険者で、休業開始日前2年間に被保険者期間が12か月以上</p> <p>○給付内容:育児休業開始～6か月:休業開始前賃金の67% それ以降(最長、子が2歳まで):休業開始前賃金の50%</p> <p>○育児休業期間:子どもが1歳に達するまで (保育所に入所できない等、一定の場合は、最長2歳)</p> <p>※育休取得の要件:無期雇用労働者 または、有期雇用労働者のうち子が1歳6か月に達する日までに、労働契約の期間が満了することが明らかでない場合(右表参照)</p>
	<p>会計</p> <p>労働保険特別会計(雇用勘定)</p> <p>支出規模・財源(22年度当初)</p> <p>【支出規模】 0.75兆円</p> <p>【財源】 0.78兆円 保険料収入 0.77兆円 国庫負担金 0.01兆円</p> <p>(料率 0.4%、労使折半) (給付費の1.25%)</p>

＜雇用形態・契約期間別の雇用者数＞
(役員を除く、2021年)

雇用形態 契約期間	正規 雇用者	非正規 雇用者	総数
無期	3,178	612	3,790
有期	239	1,123	1,363
1年以下	49	691	740
1～3年	47	195	242
3年超	84	69	154
期間不明	59	167	226
有無不明	137	317	454
総数	3,555	2,064	5,620

【育児休業の取得について】

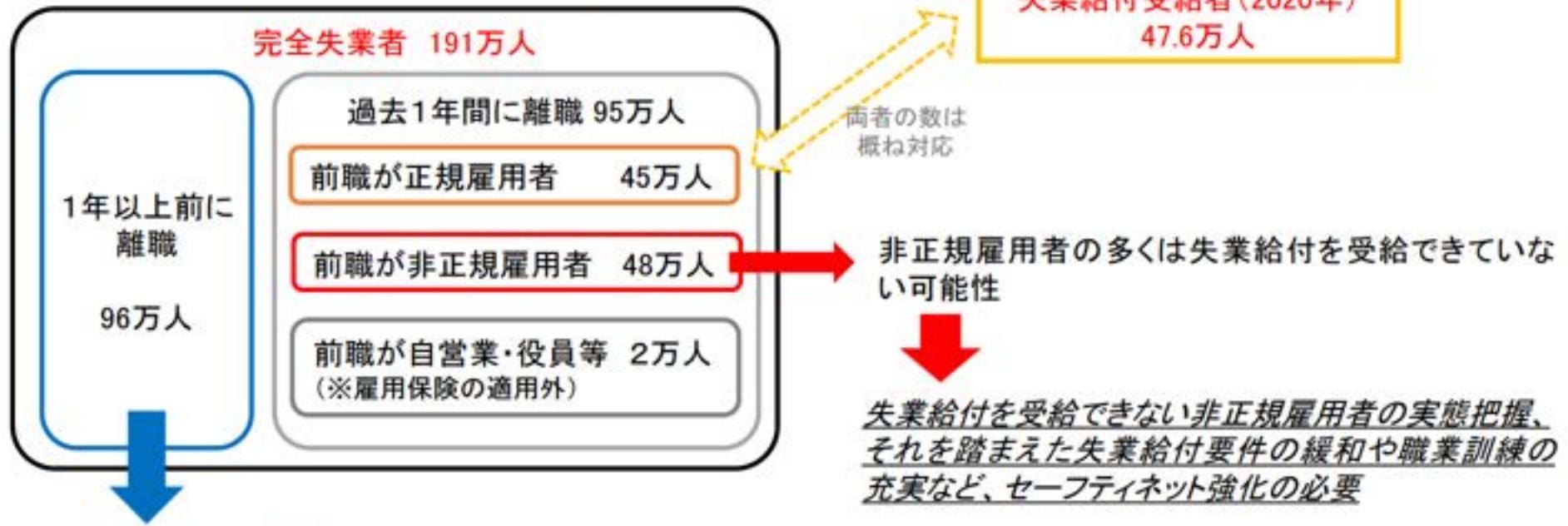
- 無期雇用者3,790万人は取得可能。
- 有期雇用者1,363万人は、契約期間と出産のタイミングによる。ただし、少なくとも**契約期間1年以下の正規49万人、非正規691万人(非正規の1/3)**は契約更新がなければ取得できない。

人への投資③

- 失業者のうち、失業給付の受給期間を過ぎている「1年以上前に離職」した者に対しては、職業訓練の充実により、速やかな就業に導くことが重要。「過去1年間に離職」した者のうち、多くが失業給付を受給できていないとみられる非正規雇用者については、その実態を把握し、失業給付要件の緩和や職業訓練の充実などによるセーフティネット強化で支援すべき。

図表3 完全失業者の内訳(2020年)

～失業者の属性に応じた政策対応を講じる必要～



失業手当の申請期間が終了
給付が受けられない中で、失業の長期化が懸念

職業訓練の充実による就業支援が重要

(参考)失業給付(基本手当)の受給期間

- ・離職した日の翌日から起算して1年間
- ※病気、出産・育児、介護等のために引き続き30日以上就業できない場合は延長可能(最大3年間)

(参考)過去1年間に離職した者で、失業給付を受給していないと考えられる主な失業者

○雇用保険が適用されない失業者

- ・雇用契約が30日以内又は週の所定労働時間が20時間未満の雇用者
- ・自営業者・役員 等

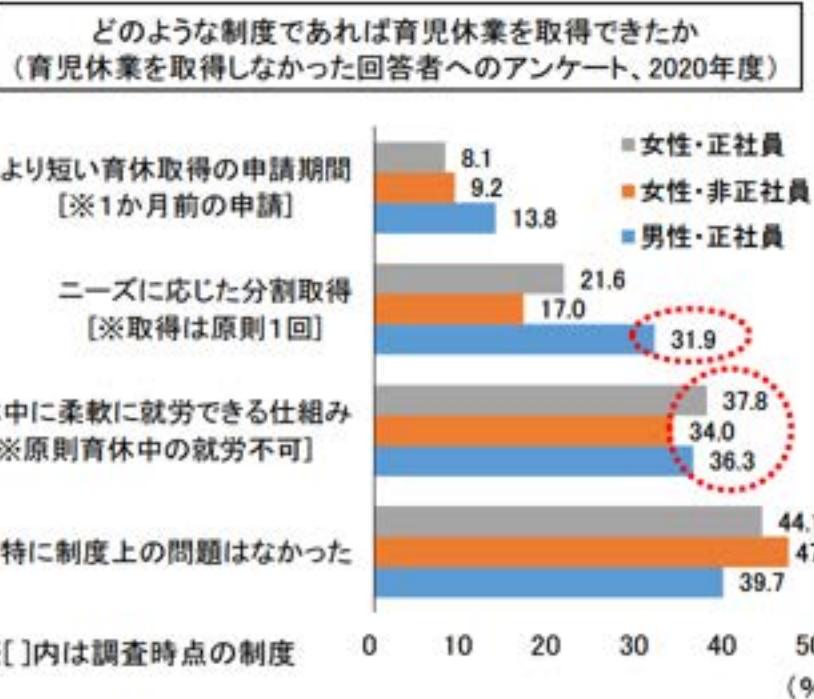
○雇用保険は適用されるものの、失業給付の受給資格を満たさない失業者 (基本手当の受給要件)

- ・特定受給資格者(倒産、解雇等による離職者):離職の日以前1年間に被保険者期間が6か月以上
- ・特定受給資格以外:離職の日以前2年間に被保険者期間が12か月以上

人への投資④

- 育休制度については、本年10月からより柔軟な取得が可能となるが、引き続き、家庭の事情に応じ、必要なときに機動的に育休を取得できる環境作りを目指し、改正育児・介護休業法に基づく取組を政労使で徹底して推進すべき。

図表4 育児休業制度に対するニーズ
～育休取得の柔軟化に対するニーズは高い～



(参考1)育児・介護休業法の改正内容(2022年10月施行)

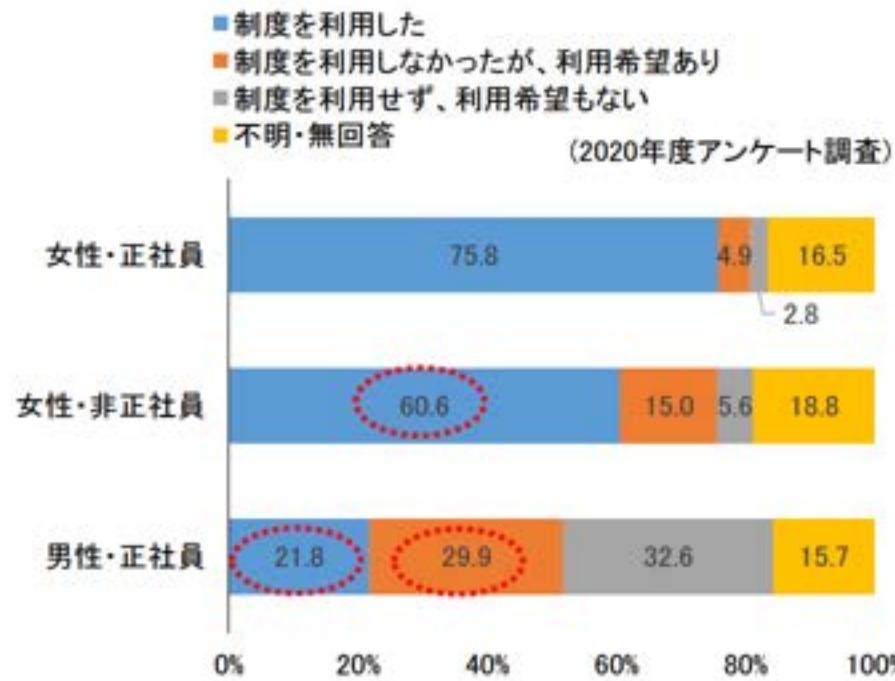
<産後パパ育休の導入>

- ・出生後8週間以内に4週まで男性が取得可能
- 【申請期間】2週間に短縮(従来は1か月前)
- 【分割取得】2回取得可能(従来は分割不可)
- 【休業中の就業】一定の条件下で可能(労使協定を締結しており、労働者と事業主の合意した範囲内で、事前に調整した場合)

<産後パパ育休以外>

- 【分割取得】2回取得可能(従来は分割不可)

図表5 性別・雇用形態別の育児休業の取得割合
～非正社員や男性の育休取得率の改善は引き続き課題～



(備考)図表4及び5は、株式会社日本能率協会総合研究所「令和2年度仕事と育児等の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書」及び全世代型社会保障構築会議資料により作成。

(参考2)育児休業期間 (2018年度、中央値)

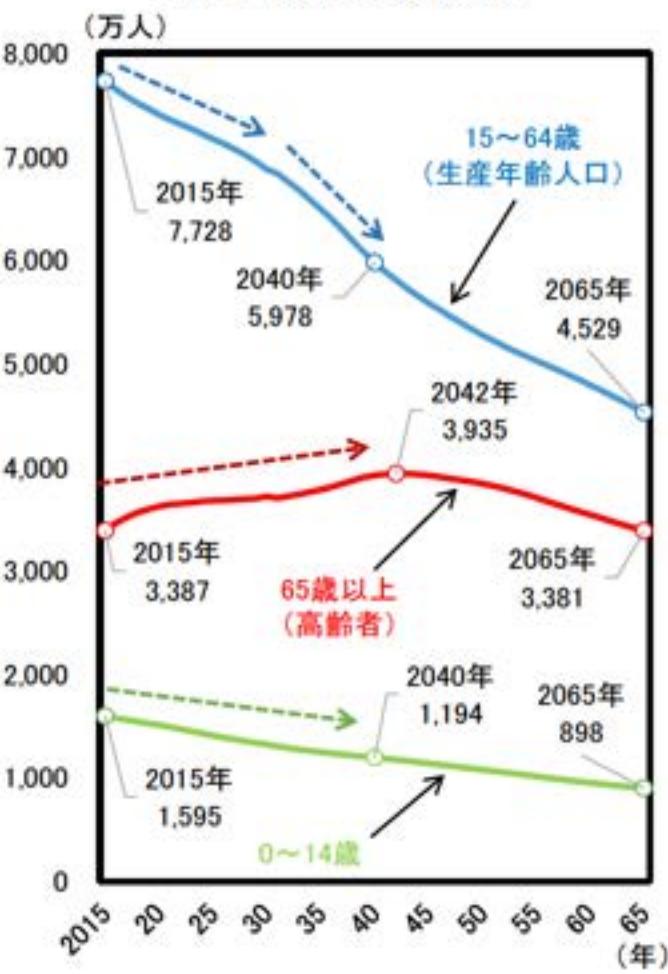
女性:10月以上12か月未満 男性:5日以上2週間未満

(備考)全世代型社会保障構築会議資料により作成。

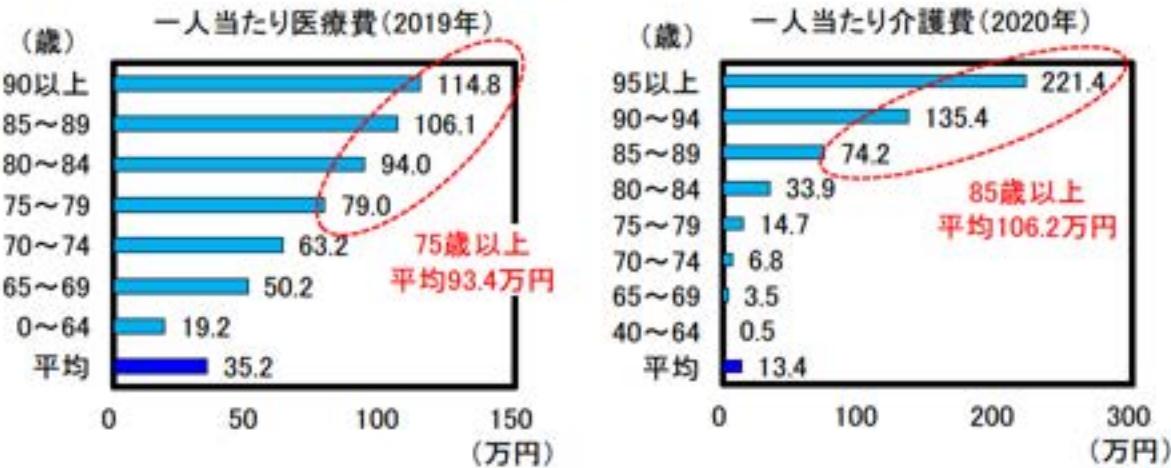
全世代型社会保障の構築に向けて

- 少子高齢化が加速する中、2025年には全ての団塊世代が後期高齢者となり、2042年には65歳以上の高齢者数がピークを迎える(75歳以上人口のピークは2054年、85歳以上人口のピークは2062年)。全世代型社会保障を構築し、医療・介護費の効率化や、現役世代の負担増抑制を図ることが重要。また、東京圏における介護需要増への対応等、地域特性に応じた対応が重要。

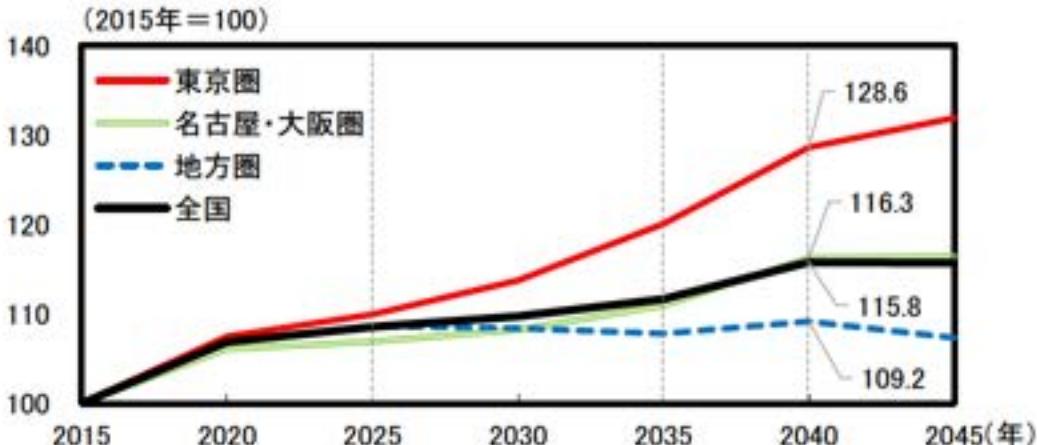
図表6 将来の人口の動向(年齢階級別)
～今後、高齢者数は2042年にピーク、
生産年齢人口の減少は加速～



図表7 年齢階級別人口一人当たり医療費・介護費
～医療費は75歳以上人口、介護費は85歳以上人口の影響を大きく受ける～



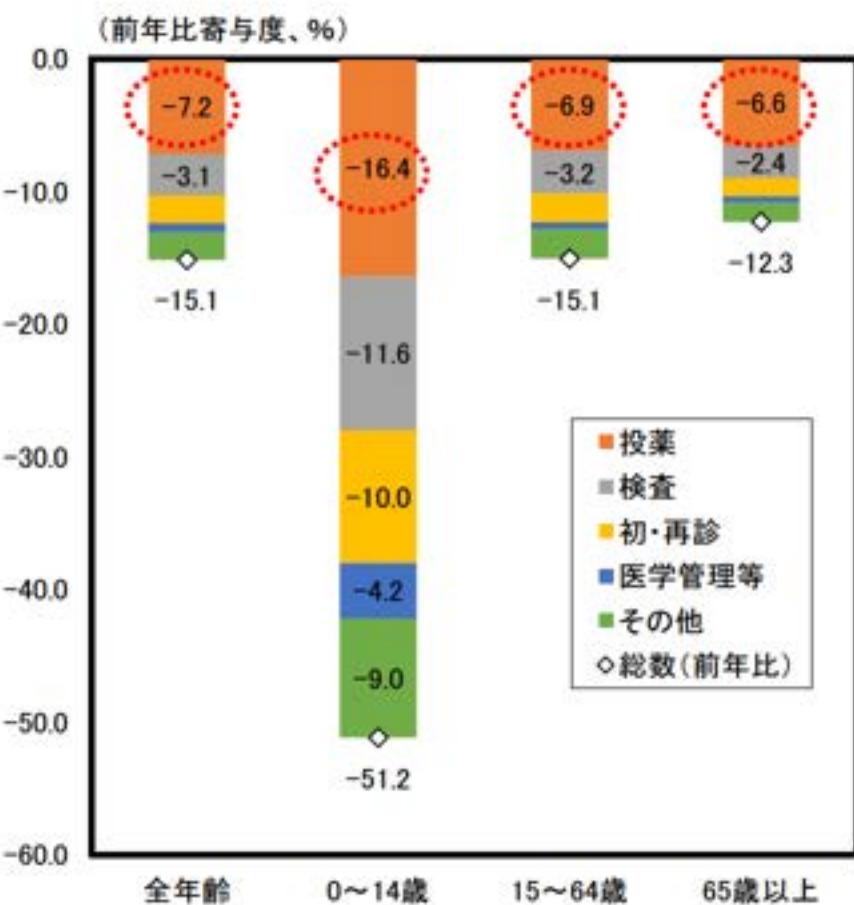
図表8 地域別の高齢者人口の推移
～2025年以降、高齢者数は多くの地域で横ばいも、東京圏では増加が続く～



新型感染症の経験を踏まえた医療提供体制の整備

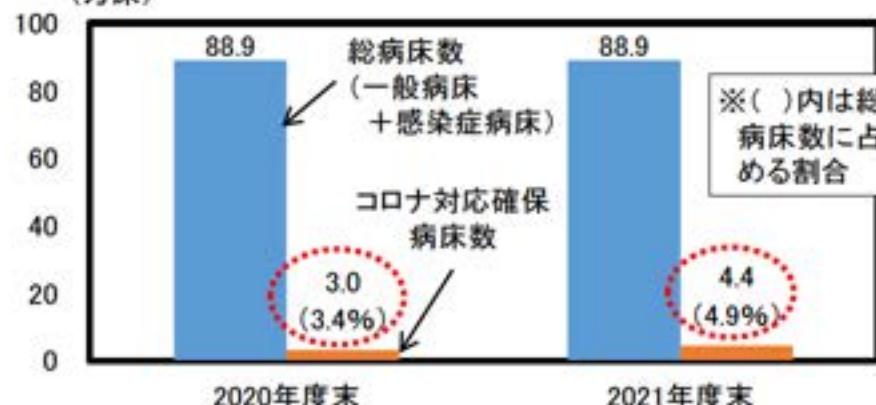
- 投薬診療は患者にとって過度な通院負担であった可能性。リフィル処方箋を患者側の希望を確認・尊重する形で促進すべき。
- 本年度末時点でコロナ対応病床は全体の5%程度。地域医療構想の下で、民間病院も含めた医療機関の機能分化を進め、強靭な医療提供体制を構築すべき。

図表9 入院外の診療回数の変化(2020年)
～コロナ後、投薬を中心に外来の診療回数は大きく減少～



(備考)厚生労働省「社会医療診療行為別統計」により作成。2020年6月審査分と前年同月との比較。

図表10 コロナ対応病床等の確保状況
～コロナ発生から2年経過した今年度末でも病床確保は5%程度～
(万床)



(備考)厚生労働省「医療施設動態調査」及び「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」により作成。総病床数は、病院のうち一般病床と感染症病床の合計。療養病床等は含まない。2021年度末の総病床数は2022年1月末の値。

図表11 地域医療構想に基づく病床の必要量
～コロナ禍で機能しなかった入院・救急を中心とする高次機能の集約化等が必要～



2020年度病床機能報告

(備考)財政制度等審議会資料により作成(出典:厚生労働省「2020年度病床機能報告」等)。6

2025年度必要量

医薬品産業の付加価値力向上

- 我が国の医薬品産業は、国際的に収益力が低く、国際貿易の面でも医薬品の輸入超過額は拡大が続く。医薬品産業の付加価値力向上に向けては、薬価によるインセンティブにとどまらず、政府の補助金・出資金等も含め、課題を再整理すべき。

図表12 主要製薬会社のROAの国際比較(2020年度)

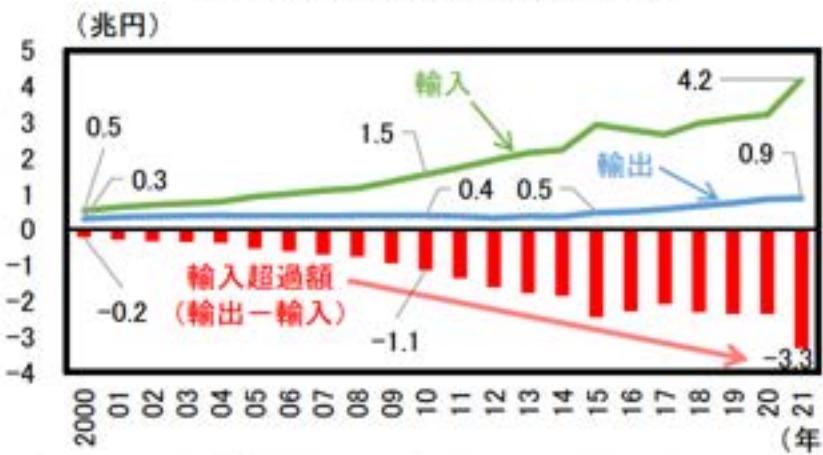
～我が国の医薬品産業は国際的に収益力が低い～



(備考)出所:SPEEDA(株式会社ユーザベース)、有価証券報告書、アニュアルレポート
出典:日本製薬工業協会DATA BOOK 2022 ROA:純資産利益率

図表13 医薬品の輸出入(金額)

～医薬品の輸入超過額は拡大傾向～



(備考)図表13は、財務省「貿易統計」により作成。図表14(1)は、厚生労働省中央社会保険医療協議会薬価専門部会提出資料(2021年11月5日)により作成。新創品:後発品のない先発品のうち新薬創出等加算対象品、新創品以外の先発品:新薬創出等加算の対象ではない、後発品のない先発品、長期収載品:後発品のある先発品。図表14(2)は、健康・医療戦略推進本部、経済産業省、AMED資料等により作成。医薬品プロジェクトには、AMED対象経費のほかに、インハウス研究機関経費44億円が含まれる。

図表14 薬剤費と医薬品の研究開発に関する主な補助金・出資金

～医薬品産業への政策支援は、薬価にとどまらず、様々な補助事業等の有効活用が重要～

(1)薬剤費(薬価×取引量)



新薬創出等加算の対象

(2)補助金・出資金(主なもの)

所管	事業名	概要	予算額
省庁横断※	医薬品プロジェクト (各省の研究開発支援事業の集合)	医薬品実用化の推進のため、創薬標的の探索から臨床研究に至るまで、AMEDを通じて民間の研究開発等を補助。	AMED対象 経費分 326億円 (2022当初)
経産省	ワクチン生産体制強化のためのバイオ医薬品製造拠点等整備事業	ワクチン製造拠点やワクチン製造に不可欠な製剤化設備等に対する、民間企業の投資を補助	2,274億円 (2021補正)
経産省	創薬ベンチャーエコシステム強化事業	AMEDの認定を受けたベンチャーキャピタルによる出資を要件として、創薬ベンチャーの実用化開発等を補助	500億円 (2021補正)
内閣府	医療研究開発革新基盤創成事業(CiCLE)	AMEDが、政府出資を活用し、革新的な医薬品・医療機器等の創出に向けて、産学官連携による研究開発事業に融資	AMEDへの 出資額累計 1,480億円

※ 健康・医療戦略推進本部、文科省、厚労省、経産省が連携