

財政健全化に向けて ～社会保障の改革がカギ～

目 次

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| I. はじめに | III. 全世代型社会保障改革のメニュー |
| II. 財政健全化に向けた概論 | IV. おわりに～議論から実行へ向かうために～ |

統括上席研究員 濱野 展幸

要 約

I. はじめに

財政に対する危機感は、国民の間で共有されているように見受けられる。一方で、具体策については踏み込んだ議論に至っていない。本稿では、歳出の最も多くを占める社会保障を取り上げ、財政健全化に向けた考え方、打ち手を紹介する。

II. 財政健全化に向けた概論

社会保障は、「制度」に基づいて運営されていることから、機動的に増減できない。したがって、財政は構造的・慢性的な課題となっている。現在の状況を改善するには、「経済を成長させる・労働生産性を上げる」「社会保障支出の伸びを抑制する」「税や社会保険料収入を引き上げる」といった、3つの手段を組み合わせることで対応せざるを得ない。

III. 全世代型社会保障改革のメニュー

社会保障改革の各論については、様々なメニューが挙げられるが、本稿では岸田政権発足時にクローズアップされたテーマに絞って取り上げる。

年金については、岸田総理が勤労者皆保険を政策課題として打ち出している。「皆保険」とは言え、政府は「全ての勤労者」と考えているのではなく、厚生年金・健康保険の対象者をどこまで拡大するかが課題である。対象者の拡大は、税・社会保険料の収入増に資する。

医療については、コロナ禍を通じて、「低密度医療」が課題となった。需要に比して病院数が多すぎることの弊害が指摘されているが、対応策としての地域医療構想の進捗は芳しくない。そこで、経済財政諮問会議で提案されている一入院包括払い制度を取り上げ、期待される医療費抑制効果と留意点を解説する。

介護については、岸田総理が掲げる「公的価格の抜本的見直し」（介護職の収入の引き上げ）について、財政問題との両立を図る方策として、ICT化等による生産性向上を通じた人員配置基準の見直しを取り上げる。

IV. おわりに～議論から実行へ向かうために～

財政健全化については、正反対の主張がぶつかるが、「議論」を「実行」に進めるため、「効率的な資源配分を考える」というアプローチを提案する。

I. はじめに

昨年 12 月に閣議決定された令和 4 年度予算案は、一般会計歳出が約 107 兆円と過去最大になった。本稿が発行されている頃には、国会審議を経て成立しているだろう。閣議決定当日あるいは翌日の報道では、「新規事業は全予算の 1%に満たず、成長分野に予算が回っていない」（日経新聞）、「歳入全体の 3 割余りを国債に頼る厳しい財政運営」（NHK）、「歳入の 3 分の 1 以上を借金に頼る危機的な状況」（朝日新聞）等、概ね財政に対する危機感が論じられていた。また、先の自民党総裁選や衆院選において、「負担」を論じず「給付」を競い合う姿勢、あるいは「コロナ克服・新時代開拓のため」とされた経済対策（2021 年 11 月）についての報道や世論からは、拡大する財政に対して、一定数の国民が疑問を持っているように見受けられた。一方、「総論賛成・各論反対」と言われるように、「どのように財政を健全化していくか」の具体策については、踏み込んだ議論に至っていない。本稿では、財政健全化に向け、歳出の最も多くを占める社会保障を取り上げ、どのような考え方で臨むべきかを論じたうえで、どのような選択肢があるのか、賛否双方の主張も取り上げながら紹介する。また、最終的に実行・実現に結びつけるためには、政治・行政の姿勢が重要になってくる。昨年の自民党総裁選以降、様々な立場からの主張があり、いわゆる現代貨幣理論（MMT）や積極財政論と、財政健全化論は交わらないように見えるが、終わりのないような二項対立ではなく、両者が「折り合う」考え方を最後に提案したい。

II. 財政健全化に向けた概論

1. 財政の現状

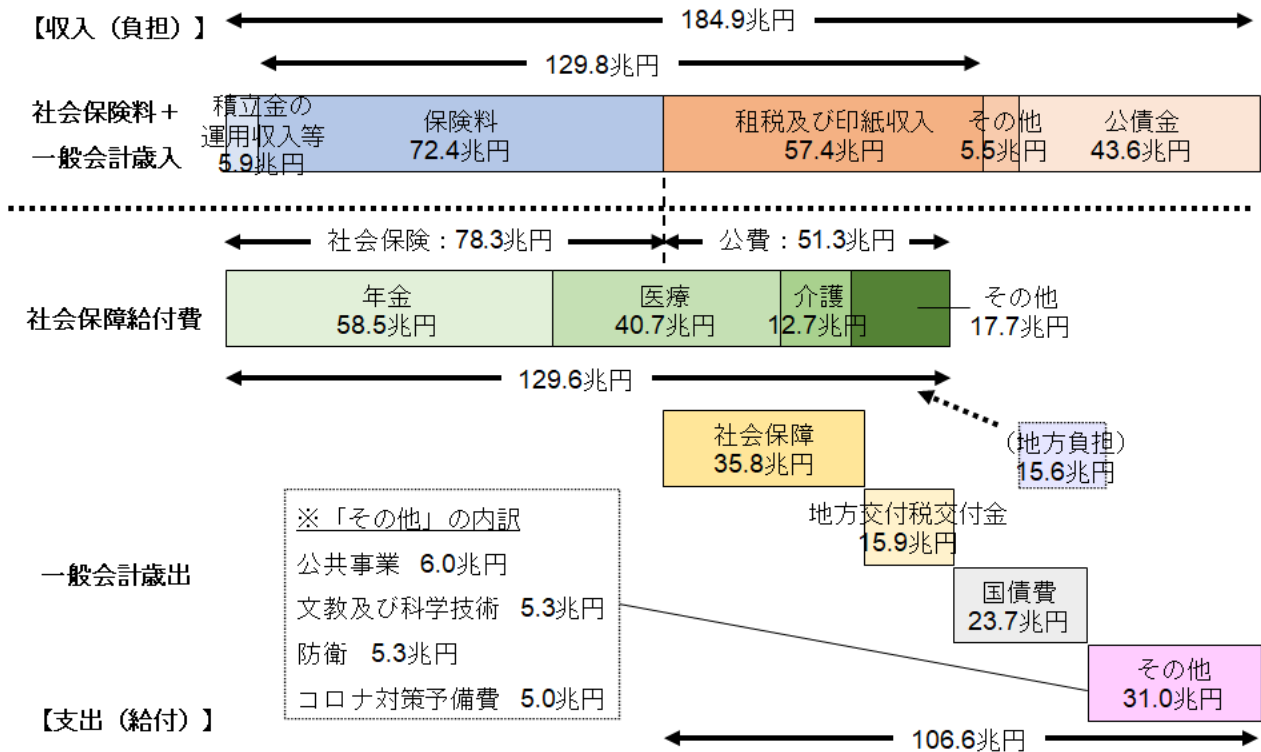
日本の財政、言い換えれば給付と負担を議論する際、一般会計予算だけを見ては不十分である。社会保障は一般会計だけではなく、社会保険制度からも支えられている。国民の目線から言えば、給料をはじめとする収入から、租税と社会保険料を支払っている。そこで、社会保険と一般会計を合算した、いわば「国の連結 PL」を仮想的に作成した（《図表 1》参照）。図表作成時点で、社会保険の令和 4 年度予算が明らかになっていないため、令和 3 年度当初予算を基にしている。また、租税には国税だけでなく特別会計や地方税もあるが、これを加味して図示するとあまりに複雑になることと、国の財政について議論を展開したいため、本稿では捨象して表現している。さらには、構造的な問題に焦点を当てるため、補正予算も加味していない¹。さて、この図表から、社会保障の課題の根深さが視覚的に認識できるだろう。未来への投資とも言える、公共事業や文教及び科学技術への歳出が数兆円規模に留まるのに対し、社会保障給付費は 130 兆円に迫っている。国民が負担している社会保険料 72.4 兆円と租税 57.4 兆円の合計が 129.8 兆円になるため、国が国民から徴収しているお金は、丸ごとすべて社会保障に投入されている状態と言って差し支えないだろう。そして少子高齢化の進展に伴い、2040 年に社会保障給付費は 190 兆円に膨張することが見込まれている²。ここで重要なポイントは、社会保障は「制度」に基づいて運営されており、機動的に増減できないことである。昨今、コロナ禍によって落ち込んだ需要の創出や、わが国の産業競争力強化を目指した投資といった理由で、積極財政が唱えられ、インフレ懸念が生じれば緊縮すれば良いという主張も見られるが、財政の根本問題は、構造的・慢性的なもの、人の身体

¹ なお、本来は緊急的・時限的な措置に対応すべき補正予算の課題については、別稿に譲りたい。

² 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」（2018 年 5 月 21 日）

に例えると、メタボリックシンドロームに陥っている状態なのである。

《図表 1》我が国の「連結 PL」（社会保険+一般会計：令和 3 年度当初予算ベース）

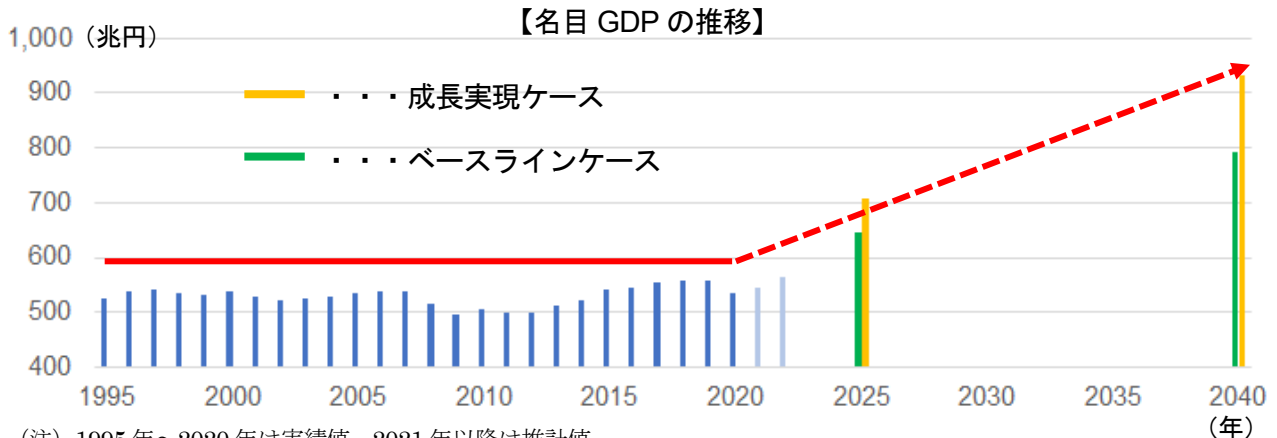


(出典) 厚生労働省「社会保障の給付と負担の現状 (2021 年度予算ベース)」、財務省「令和 3 年度予算のポイント」より SOMPO 未来研究所作成

《BOX 1》「政府の見通し」は正しいのか

政府が発表する各種の試算は、前提・シナリオが甘く、厳しい現実を覆い隠しているとの指摘がある。次頁のグラフは、1995 年度以降の名目 GDP の推移に、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省が共同で 2018 年 5 月に発表)が前提としている名目 GDP (2025 年度・2040 年度)を重ね合わせたものである。1995 年度から 25 年間、概ね 500~550 兆円の間で推移してきた我が国の名目 GDP は、2025 年度に 645 兆円、約 20 年後の 2040 年度には 790 兆円に到達する前提になっている。しかもこれは、保守的とされる「ベースラインケース」であり、「成長実現ケース」の場合は、2025 年度 707 兆円、2040 年度 931 兆円となっている。高い成長を目指すことはもちろん必要だが、社会保障の将来を見通す際に使う前提としてはいかなものだろうか。社会保障「給付」見通しに最も影響を与えるパラメータは、人口動態である。この予測は、それほど外れることはないだろう。一方、社会保障「負担」見通しに最も影響を与えるパラメータは、経済規模である。経済の伸びに対して、社会保険料や税収がどれほど増えるか(弾性値)は、様々な研究・意見があるが、弾性値がいくらであったとしても、「甘い」経済成長を前提に社会保障の将来を見通すと、社会保険料収入や税収、すなわち国民の負担能力が高く見積もられ、社会保障制度の持続性を維持するために必要な改革が「緩む」リスクがある。なお、「2040 年を見据えた社会保障の将来

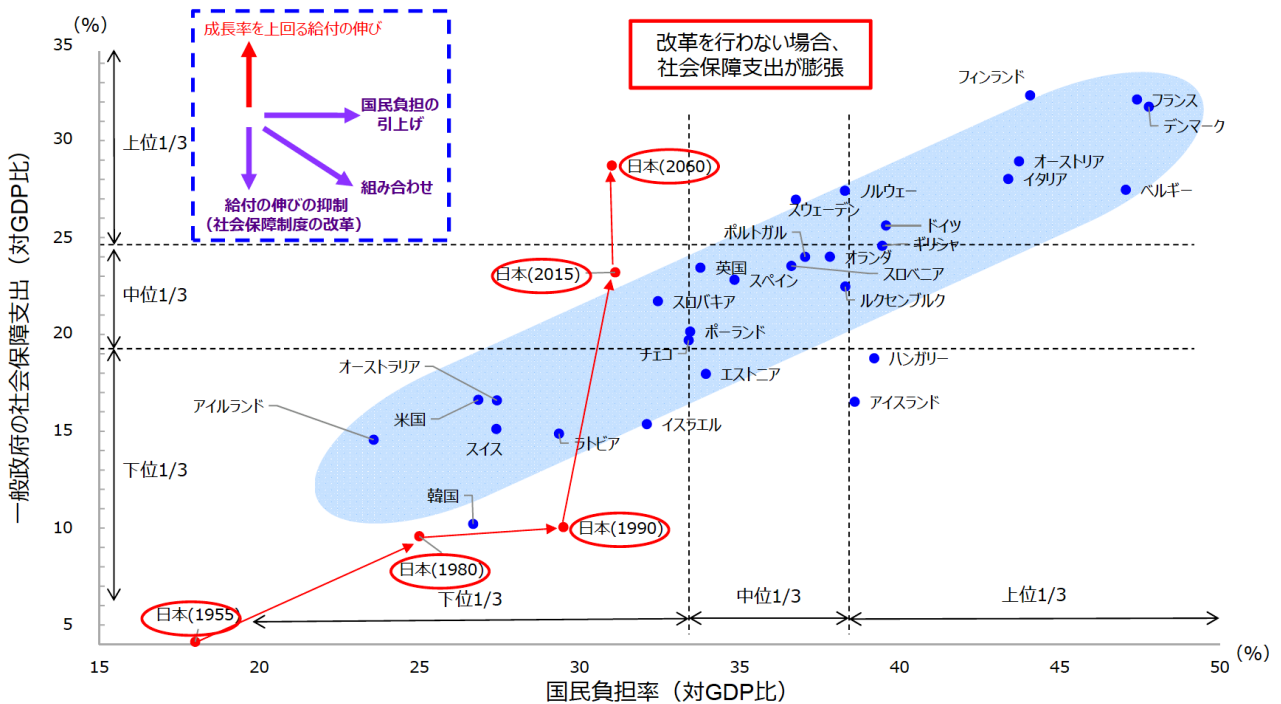
見通し」では、2040年度時点における社会保障負担について、保険料が約107兆円、公費が約80兆円と試算している。



(出典) 内閣府「国民経済計算 (GDP 統計)」、内閣府「令和4年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」(2021年12月)、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月)より SOMPO 未来研究所作成

2. 財政健全化に向けた方向性

《図表2》 社会保障における受益 (給付) と負担の構造



(出典) 財務省「社会保障 (参考資料)」(財政制度分科会、2021年11月)

《図表2》は、国民負担率と社会保障支出の関係を、OECD 諸国で比較したものである。表の中で、右上から左下に描かれている青い帯の中は、「給付と負担が釣り合っている」状態であり、右上に行けば行くほど「高福祉高負担」、左下に行けば行くほど「低福祉低負担」となる。帯の中にある限りにおいて

は、どちらが正しいとは言えず、制度設計は、考え方や国民の合意次第である。ただ問題は、日本がこの帯から上方に位置する、つまり給付と負担が釣り合っていない状況だということである。さらに深刻なことに、1990年以降、給付の上振れが加速しており、将来にわたって状況は悪化する見込みである。こうした状況を食い止める方法を、「メタボリックシンドローム」の改善になぞらえながら、3つに分けることができる。

（1）経済を成長させる・労働生産性を上げる（＝運動して体の活力を上げる）

GDP 成長率が高ければ、社会保障支出の増加を支えることができる。《図表 2》のグラフは、下方に移動する³。規制緩和・企業の投資促進・女性や高齢者を中心とした労働促進といった政策（運動）によって、潜在成長率を引き上げる（体の活力を上げる）のである。

（2）社会保障支出の伸びを抑制する（＝糖分や脂分を控える）

そもそもの社会保障支出を抑える（糖分や脂分を控える）改革の実行も必要である。《図表 2》のグラフは、下方に移動する。最近の事例では、「後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し」⁴が挙げられる。なお、これまでは公費の抑制に主眼が置かれていたが、「給付費そのものへの規律」も今後は検討すべき事項である。

（3）税や社会保険料収入を引き上げる（＝苦い薬を飲む）

それでも財政状況が改善しない（ダイエットできない）のであれば、国民からの不評は承知で、負担の引き上げ（苦い薬を飲む）を検討しなければならない。《図表 2》のグラフは、右方に移動する。代表例は消費税の引き上げであるが、他にも例えば、高齢者等の労働参加を通じて、給付を受ける側だった層が負担する側に回ることも考えられる。

これら 3つの方法は、どれもが容易に実現できないことに加え、財政健全化を達成する（《図表 2》の青い帯に持っていく）には、あまりにも金額が大き過ぎるため⁵、単独で臨むのではなく、3つを組み合わせさせて対応していく必要がある。

《BOX 2》社会保障給付の増加は、GDP にプラスの影響か？

ケインズ経済学モデルを引きながら、財政支出 1 単位が最終的に 1 を上回る需要拡大をもたらす（乗数効果）主張や、社会保障給付のうち、現物給付（サービス給付）である医療・介護は GDP にカウントされることから、「高齢化による医療・介護の伸びが経済成長に寄与する」という主張を目に

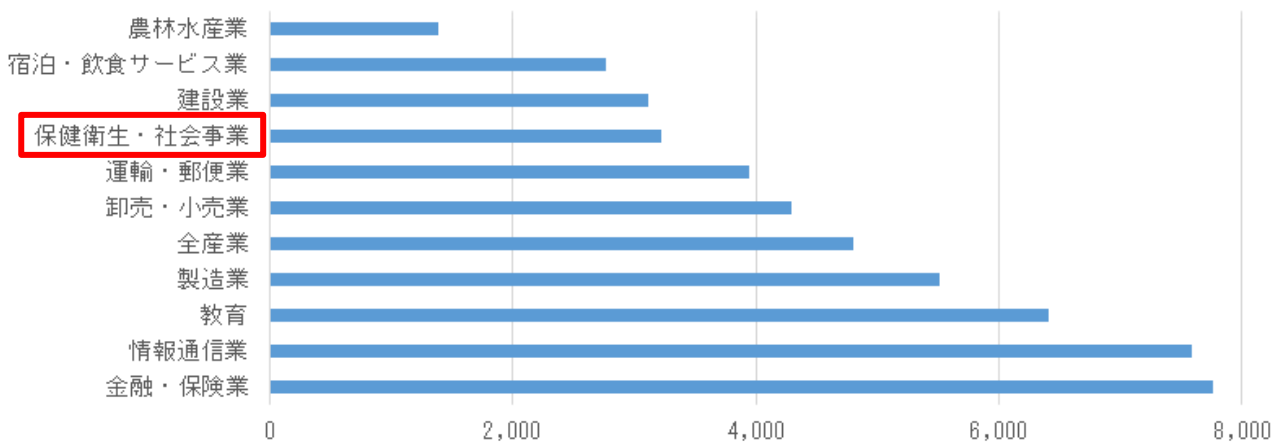
³ GDP 成長に伴って、税や社会保険料収入も増加する。《BOX 1》で触れたように、弾性値については諸説ある。弾性値が 1 を超えていれば、《図表 2》のグラフは右斜め下にシフトする。諸説は概ね 1 を中心に分布していることから、本稿では、弾性値 = 1 として記載した。

⁴ 後期高齢者の患者負担割合について、一定の所得（単身の場合、課税所得が 28 万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が 200 万円以上）がある場合に、窓口負担を 2 割に引き上げる（2022 年 10 月 1 日施行）。

⁵ 例えば、(3) 税や社会保険料の引き上げだけで考えた場合、2060 年時点の試算を「給付と負担が釣り合っている」状態に持つていくためには、国民負担率を GDP 比で約 10%引き上げる必要がある。これを消費税に換算すると約 20%に相当する。もちろん、一定の経済成長等、他の要素も考えられるため、ラフな試算ではあるが、単独の策で対応することが難しいことは分かる。

する。乗数効果は、クラウドイングアウト⁶やRBC (Real Business Cycle) モデル⁷を勘案すると小さくなっていくが、乗数がどの程度であるかは、多くの研究者が推定を行いながら、一致した見解には至っていない⁸。内閣府の経済財政モデル (2018年版) によると、実質政府支出を実質GDPの1%相当増やした場合、実質GDPへのインパクトを1.05%としている (国は乗数を1.05としている)。ただし、乗数効果は政策によって異なるはずである。例えば、内閣府の短期日本経済マクロ計量モデル (2018年版) で乗数を確認すると、公共投資の拡大が1.2~1.3、所得減税が0.2、消費増税が-0.3とされているが、支出の性質上、「社会保障支出が公共投資支出を上回る乗数効果を持つ」とは考えにくい。次に、供給面から社会保障産業が拡大することの影響を考えてみたい。GDPを供給側から見ると、「国内経済活動における付加価値総額を市場価額によって評価したもの」と定義される。一国経済を考えた場合、労働生産性の高い産業から低い産業に労働移動が起こると、GDPは減少する。そこで、我が国の産業別の労働生産性を見ると、下図のとおり、社会保障関連産業の労働生産性は全産業よりも低く、社会保障供給の増加がGDPにプラスとは言えないことが分かる。社会保障関連産業がエッセンシャルワークとして社会に欠かせない重要な産業であることは論をまたない一方で、そうした産業の労働生産性を高めることで、GDPの押し上げを図るとともに、労働生産性の高い産業から労働力を移動させなくてもよい状況を作ることが大事なのである。

【主な産業の労働生産性 (就業1時間あたり、2019年) の労働生産性 (単位: 円)】



(出典) 日本生産性本部「主要産業の労働生産性水準の推移」より SOMPO 未来研究所作成

なお森川 (2015) は、統計データや内外の既存研究に基づいて、様々な政策の定量的な効果を概観しており、社会保障を含めた政府規模の拡大は、経済成長率に対して負の影響を持つ可能性を指摘している。

⁶ 政府が国債の発行、減税などで、公共事業の拡充など財政政策 (政府貯蓄の減少) を行った場合、実質利子上昇を招き、民間の資金調達が圧迫される。これによって、投資が減退し、国民所得の増加を妨げる現象。

⁷ 家計や企業は将来時点も考慮しつつ、異時点間の効用最大化・利潤最大化を目指す経済行動および政府をモデル化したもの。このモデルにおいては、政府が財政支出を増加させた際、民間経済主体は政府債務を償還するための将来の増税を予測し、消費を減少させる可能性がある。

⁸ 森 (2018)

Ⅲ. 全世代型社会保障改革のメニュー

社会保障改革の「各論」については、様々な組織・研究者がメニューを挙げており、それら全てを捕捉するのは難しい。例えば、昨年 5 月に財政制度等審議会が取りまとめた「財政健全化に向けた建議」の中で挙げられているメニューは、《図表 3》のとおりである。本稿ではこの中から、岸田政権発足時にクローズアップされたテーマ（年金：勤労者皆保険、医療：コロナ禍で課題となった医療提供体制、介護：介護職の処遇改善）を取り上げて解説していく。

《図表 3》「財政健全化に向けた建議」（2021 年 5 月）で挙げられた社会保障改革の主なメニュー

<p>(1) 年金</p> <p>①被用者保険の更なる拡大</p> <p>②マクロ経済スライドの名目下限措置の撤廃</p> <p>③保険料拠出期間の延長</p> <p>(2) 医療</p> <p>①医療提供体制の効率化（「低密度医療」の解消・医療資源の最適配分）</p> <p>②「かかりつけ医」の制度化</p> <p>③入院診療の 1 日当たり包括払い（DPC）制度の見直し</p> <p>④医療法人の事業報告書等のデータベース化（データのアップロード）</p> <p>⑤後期高齢者医療の更なる見直し（資産の保有状況も勘案した負担の在り方）</p> <p>⑥医薬品の保険給付範囲の見直し</p> <p>⑦後発医薬品の更なる使用促進</p> <p>⑧多剤・重複投薬、長期処方への対応</p> <p>(3) 介護</p> <p>①利用者負担の見直し（2 割・3 割負担の対象範囲拡大）</p> <p>②介護人材の確保</p> <p>③ICT 化等による生産性向上</p> <p>④ケアマネジメントの利用者負担導入</p> <p>⑤多床室の室料負担の見直し</p>
--

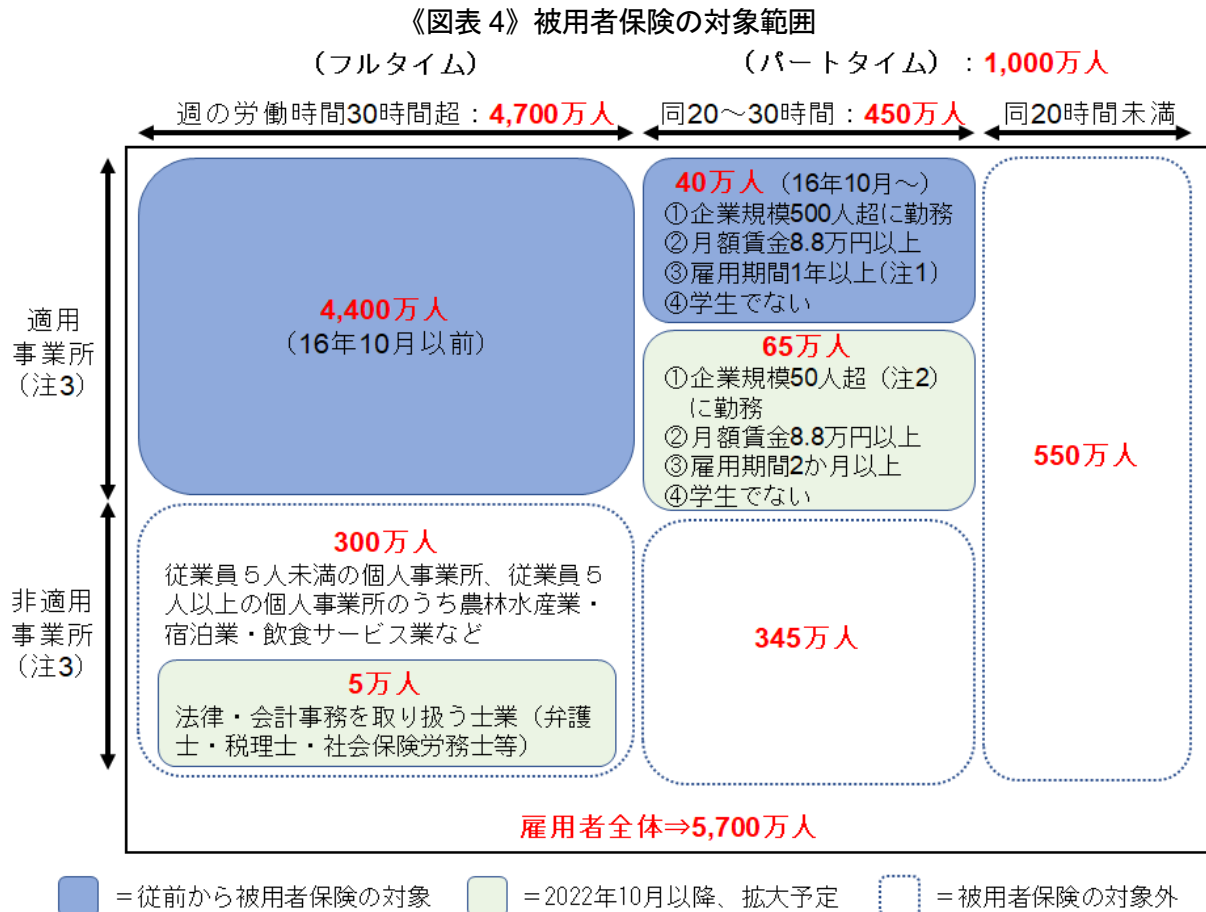
（出典）財政制度等審議会「財政健全化に向けた建議」（2021 年 5 月）より SOMPO 未来研究所作成

1. 年金：被用者保険の更なる拡大（勤労者皆保険制度は実現するのか）

岸田総理は昨年の自民党総裁選から一貫して、「勤労者皆保険」を政策課題として打ち出している。「勤労者皆保険」は、小泉進次郎議員・村井英樹議員・小林史明議員らが中心となって立ち上げた、自民党の「2020 年以降の経済財政構想小委員会」（以下、「自民党小委員会」）によって、2016 年 10 月に取りまとめられた提言の柱の一つになっている。2019 年 5 月には、自民党「人生 100 年時代戦略本部」（当時の本部長は岸田現総理）も提言の中で、「勤労者皆保険」に触れている。では、「勤労者皆保険」とは何なのか。「自民党小委員会」では、「いかなる雇用形態であっても、企業で働く方は全員、社会保険に

加入できるように」としている。その他、様々な公式文書の中で、明確な定義は見当たらないが、前後の文脈を繋ぎ合わせると、「使用者が保険料の一部を負担する厚生年金や健康保険（総称して、被用者保険）に、全ての雇用者（＝誰かに雇用されている者）が加入する仕組み」と言って差し支えないだろう。

（1）被用者保険の現状（勤労者皆保険制度への道のり）



(注1) 2022年10月から「2か月以上」に改正予定

(注2) 2022年10月から100人超、2024年10月から50人超に改正予定

(注3) 法人事業所は全て被用者保険が適用されるが、個人事業主の場合、被用者保険が適用されない事業所がある
(出典) 厚生労働省「年金制度改正の検討事項」(2019年12月)より SOMPO 未来研究所作成

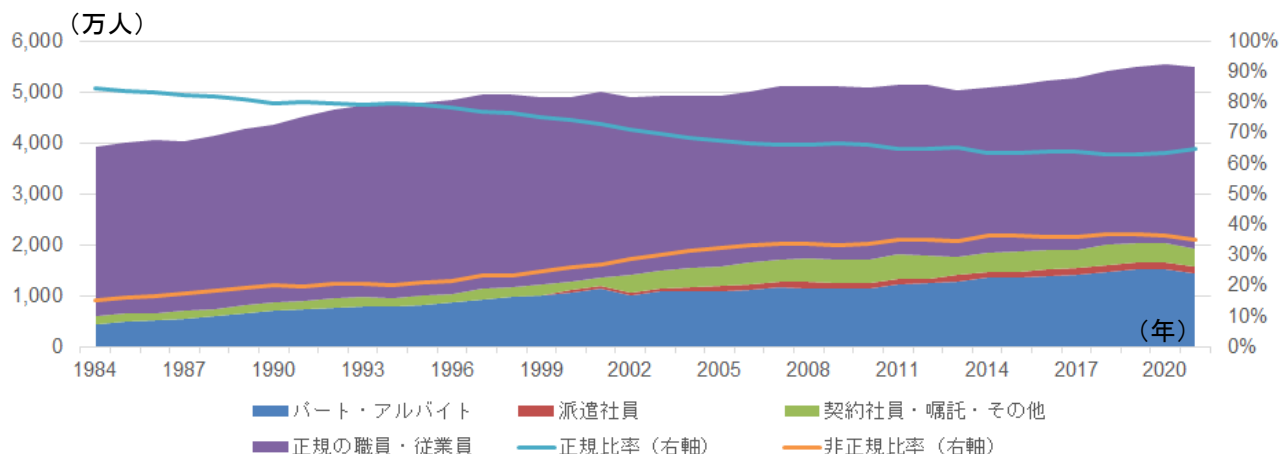
現在、日本の雇用者数は約 5,700 万人とされている。うち、被用者保険の加入者数は約 4,500 万人 (2022 年 10 月以降に予定されている対象拡大を含む) であり、およそ 1,200 万人が対象外となっている (被用者保険の適用条件等は《図表 4》参照)。「皆保険」という表現からは、5,700 万人すべてを対象とするように感じるが、政府もそこまでは考えていないと思われ、要は、対象者を増やすために、被用者保険の適用要件をどのように変えていくか、ということが課題になる⁹。

⁹ 小林史明議員のホームページには、「勤労者」の範囲として、“週 20 時間以上働く者”を「勤労者」と考えるのが素直。”としたうえで、“具体的な範囲は、適用拡大の影響を見極めつつ、今後検討したい”としている。小林史明議員のホームページ (visited 2022 年 2 月 10 日)
<<https://fumiaki-kobayashi.jp/wp-content/uploads/%EF%BC%A6%EF%BC%A1%EF%BC%B12020%E6%9C%80%E7%B5%82%E7%89%88.pdf>>

（２）被用者保険の拡大を検討する背景

現在の被用者保険は、「正規雇用」が中心の社会を念頭に設計されているが、近年は働き方が多様化¹⁰し、雇用者に占める「正規雇用」の割合が減少しているため、制度の再設計・見直しが必要な局面になっていると言えよう（《図表 5》参照）。

《図表 5》雇用形態別雇用者数の推移



(注) 1984～2001年は2月調査、2002～2021年は1～3月平均

(出典) 総務省「労働力調査」より SOMPO 未来研究所作成

被用者保険の拡大を図る効果は、主に次の3点を挙げられる。

- ① 社会保障の「支え手」を増やすことによって、年金制度の安定性が向上する（将来にわたって所得代替率の向上が期待できる）。
- ② 同じ雇用者として働いているにもかかわらず、働き方や就職先によって適用される社会保障が異なるという不公平感を解消できる。特に、やむを得ず正規雇用以外の働き方を選択している層（就職氷河期世代、健康上の理由、育児・家事・介護といった家庭上の理由などが考えられる）は、高齢期になると経済的に困窮する可能性があり、本人に対する経済的なサポートや財政負担上の観点（仮に生活保護になった場合、全て国費で賄われる）から、被用者保険の適用は意義がある。
- ③ 被用者保険の適用基準を背景にした労働調整を抑制できる。本人のキャリア形成や生活の安定に加え、マクロ的にも労働力の確保や生産性の向上が期待できる。

（３）被用者保険の拡大によるインパクト

①雇用者

「月収が8.8万円・年金に10年加入」を例に解説する（《図表 6》参照、金額は2019年12月現在の代表例）。受けられる給付について、被用者保険加入前は「医療費給付」と「基礎年金」のみだが、被用者保険加入によって、「傷病手当金¹¹」と「厚生年金（月額約4,600円）」が追加される（保障が手厚くな

¹⁰ 労働者の価値観の多様化や、女性・高齢者の労働参加促進といった積極的な側面もあれば、企業が正規雇用を抑制し、雇用の非正規化を進めたという消極的な側面もある。

¹¹ 業務外の事由による病気やケガによって就労できず、休業中の給与の支払いがない場合、最長で1年6か月の間、給与の概ね2/3が支払われる。

る)。保険料負担については、被用者保険加入前の社会保険の加入状況によって異なる。

a. 年金＝第1号被保険者・医療＝国民健康保険：単身者、自営業者の配偶者など

被用者保険加入前は、国民年金保険料と国保保険料（併せて月額約19,000円）を支払う。被用者保険加入後は、厚生年金と健保保険料が労使折半となり、個人の負担は月額約12,500円に減る。

b. 年金＝第3号被保険者・医療＝健保の被扶養者：厚生年金被保険者の配偶者（年収が130万円未満）

被用者保険加入前は、保険料負担はない。被用者保険加入後は、厚生年金・健保保険料の負担（月額約12,500円）が新たに発生する。

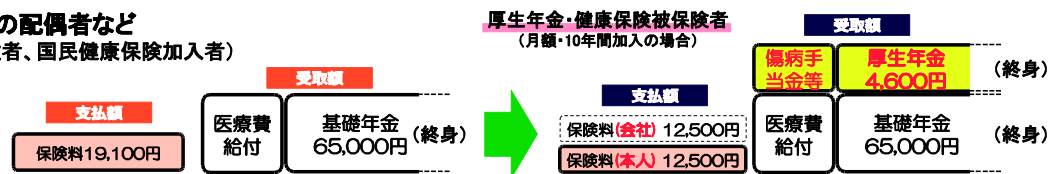
c. 年金＝非加入・医療＝国民健康保険：60歳以上の者など

被用者保険加入前は、国保保険料（月額約2,700円）を支払う。被用者保険加入後は、厚生年金と健保保険料（月額約12,500円）に切り替わる。

《図表6》被用者保険加入による雇用者へのインパクト（イメージ）

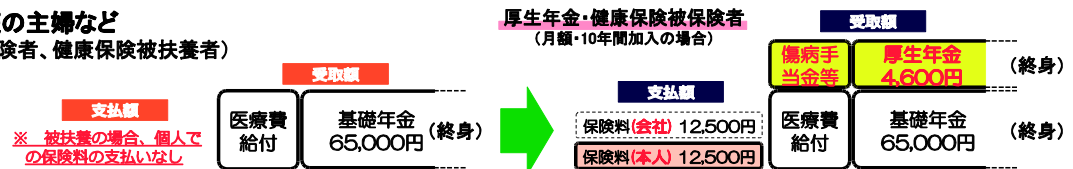
① 単身者、自営業者の配偶者など

（国民年金第1号被保険者、国民健康保険加入者）



② サラリーマン家庭の主婦など

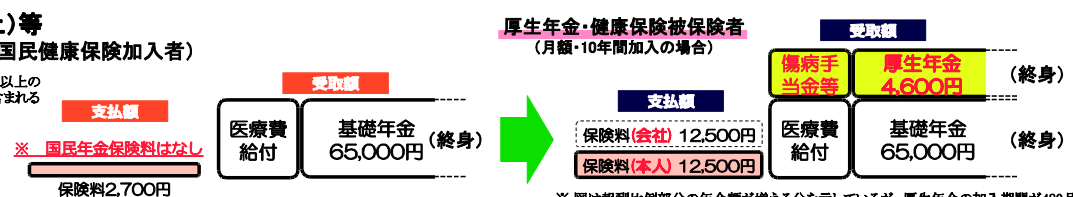
（国民年金第3号被保険者、健康保険被扶養者）



③ 高齢者(60歳以上)等

（国民年金非加入者、国民健康保険加入者）

※ 国民年金非加入者には、60歳以上の者のほか、20歳未満の者等も含まれる



※ 図は報酬比例部分の年金額が増える分を示しているが、厚生年金の加入期間が480月(40年)に満たない者の場合は、更に経過的加算(基礎年金増に相当)が加算される。

（注1）2019年12月時点

（注2）月収8.8万円（年収106万円）・10年加入を想定

（出典）厚生労働省「年金制度改革の検討事項」（2019年12月）

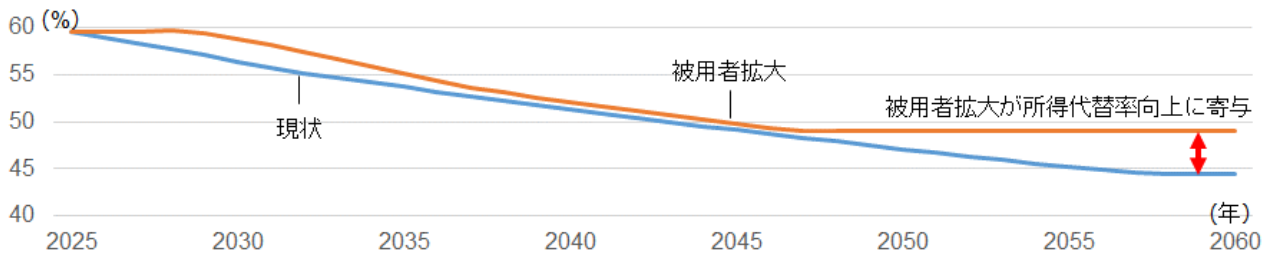
② 事業主

保険料負担が増加する。直近の改正（約70万人の拡大・2022年以降に施行）では、約1,590億円の事業主負担の増加が見込まれている（厚生労働省の試算）。卸売・小売業や、その他サービス業といった、短時間労働者の割合が大きい業種に、負担増が偏ることには留意が必要である。

③財政

低年金・無年金者の減少を通じて、将来の生活保護支給の抑制が期待できる。また、医療財政の改善にも寄与することが見込まれ、直近の改正では、公費支出を約 700 億円（国：約 490 億円・地方：約 210 億円）抑制できるとされている（厚生労働省の試算）。加えて、年金財政自体には中立だが、年金の所得代替率が向上する（《図表 7》参照）。

《図表 7》所得代替率のシミュレーション



（注） 出生・死亡：中位、経済：ケースV（実質経済成長率 0%）、月収 5.8 万円以上の全雇用者を被用者にした場合（1,050 万人増）

（出典）厚生労働省「将来の公的年金の財政見直し（財政検証）（2019 年 8 月）より SOMPO 未来研究所作成

（4）被用者保険の適用条件に関する論点

被用者保険は、生産手段を持たない雇用者が、病傷や老化によって労働力が減退しても、収入を確保できるようにするため、自営業者（生産手段を持つと解される）が加入する社会保険よりも厚い設計になっている。制度の趣旨から考えると、雇用者は全員、同じ保険制度に加入することを原則としながら、現実問題・課題を勘案しながら、着地点を探っていくことになる。

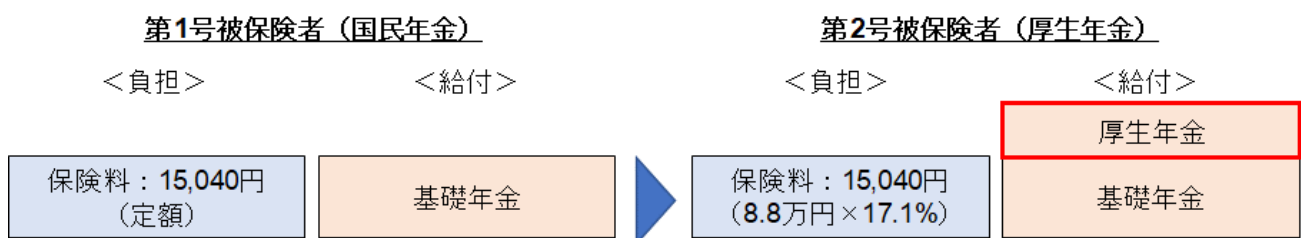
①労働時間が週 20 時間未満の労働者

週 20 時間というのは、1 週間フルに働いている状態（1 日 8 時間×5 日）の半分、ということになる。「被用者保険の適用対象に相応しい雇用者」としての実態を備えているかの判断基準として、雇用保険法の適用基準が準用されているためであるが、「半分」に論理的な根拠はなく、見直しの余地はあろう。特に、「複数の事業所で雇用される者」（以下、マルチジョブホルダー）については考慮する必要がある。被用者保険の適用にあたっては、労働時間を合算せずに事業所ごとに判断するため、例えば 2 事業所で雇用され、それぞれの労働時間が週 20 時間未満であった場合、合算した労働時間数がいくらであっても被用者保険の対象にならない。雇用者自身がマルチジョブホルダーを選択している背景・理由は様々だろうが、中には、いわゆる経済的弱者として、本来は手厚い社会保険が必要な人も含まれるだろう。実務的に難しい面があるのかもしれないが、雇用保険では同様のケースに対し、「マルチジョブホルダー制度」として手当てできていることを鑑みると、検討に値する課題だろう。

②賃金が月額 8.8 万円（年収 106 万円相当）未満の雇用者

いわゆる「106 万円の壁」と言われるものである。2012 年の「3 党合意」¹²の際、「月額 8.8 万円未満を被用者保険の対象にすると、国民年金保険料よりも低い負担で、基礎年金と比例報酬部分の年金を受け取れるので、不公平である。」という議論を経て、現在の基準となった（《図表 8》参照）。ただ、先に述べたように、生産能力を持つ自営業者が加入する国民年金と、厚生年金は性質が異なるものであり、厳密に公平を求めた結果、厚い社会保障を必要とする人が厚生年金に加入できない、というのも本末転倒ではなかろうか。公平性の追求と、被用者拡大の効果を天秤にかけ、国民的合意点がどこにあるかを今一度、探る必要があるだろう。

《図表 8》第 1 号被保険者と第 2 号被保険者の比較イメージ



(注) 保険料・保険料率は3党合意の議論当時のもの

(出典) 社会保障審議会年金部会「被用者保険の適用拡大関係資料集」(2019年9月)より SOMPO 未来研究所作成

③企業規模要件・非適用事業所

週の労働時間が 20～30 時間の雇用者に関しては、企業規模 50 人超に被用者保険を適用するという要件がある（50 人以下は労使合意に基づく任意適用）。企業規模要件は、保険料の事業主負担に関する中小企業への配慮があって、段階的に引き下げられている（2016 年～：500 人超、2022 年～：100 人超、2024 年～：50 人超）が、水準に根拠はなく、まさに「政治的決着」の産物である。岸田政権が「皆保険」を掲げるのであれば、企業規模要件の撤廃がひとつの試金石となろう。また、常時 5 名以上の雇用者がいる個人事業主については、業種によって被用者保険の対象になる場合と、ならない場合があり（《図表 9》参照）、1953 年に定められてから約 70 年間、見直されていない。70 年も経てば社会構造は変わっており、再検討が必要であろう。いずれにせよ、同じ働き方でも、働く場所の規模や業種で社会保障に差が出ることは不合理である。また、中小企業の負担増を懸念する主張もあるが、人手不足が進む中、社会保障に差がなくなることは、採用にあたってのポジティブ面であることは指摘しておきたい。

¹² 民主党政権下において、民主党・自民党・公明党の3党間において取り決められた、社会保障と税の一体改革に関する合意。

《図表 9》被用者保険の適用事業所

- ・ 常時 1 名以上使用される者がいる、法人事業所 (A) …… **強制適用**
- ・ 常時 5 名以上使用される者がいる、法定 16 業種に該当する個人の事業所 (B) …… **強制適用**
- ・ 上記以外 (C) …… **強制適用外** (労使合意により任意に適用事業所となることは可能=**任意包括適用**)

	法人	個人事業主	
		常時5人以上の者を使用する事業所	5人未満の事業所
法定16業種(※)	強制適用事業所 (A)	(B)	
上記以外の業種(非適用業種) 例: 第一次産業(農林水産業等) 接客業(旅館、飲食店等) 法務業(弁護士、税理士等) 宗教業(寺院、神社等) サービス業(飲食店・理美容店)			(C) 任意包括適用

※ 健康保険法3条3項1号及び厚生年金保険法6条1項1号に規定する以下の業種。

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ① 物の製造、加工、選別、包装、修理又は解体の事業 | ⑨ 金融又は保険の事業 |
| ② 土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊、解体又はその準備の事業 | ⑩ 物の保管又は賃貸の事業 |
| ③ 鉱物の採掘又は採取の事業 | ⑪ 媒介周旋の事業 |
| ④ 電気又は動力の発生、伝導又は供給の事業 | ⑫ 兼金、案内又は広告の事業 |
| ⑤ 貨物又は旅客の運送の事業 | ⑬ 教育、研究又は調査の事業 |
| ⑥ 貨物積みおろしの事業 | ⑭ 疾病の治療、助産その他医療の事業 |
| ⑦ 焼却、清掃又はと殺の事業 | ⑮ 通信又は報道の事業 |
| ⑧ 物の販売又は配給の事業 | ⑯ 社会福祉法に定める社会福祉事業及び更生保護事業法に定める更生保護事業 |

強制適用事業所 …… 約229万事業所
任意包括適用事業所 …… 約9万事業所

注: 適用事業所数は、2019年7月現在

(出典) 厚生労働省「年金制度改正の検討事項」(2019年12月)

(5) 被用者保険の拡大にあたっての留意点

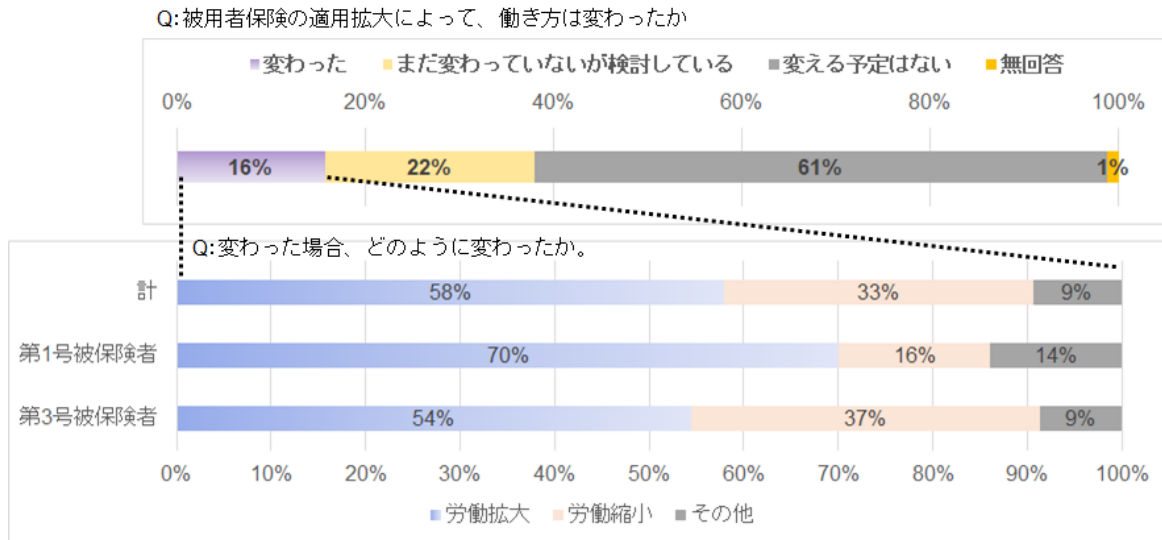
最後に、被用者保険拡大に対する懸念点として、主に挙げられる主張を確認しておきたい。

①就労調整は加速するのか

「106万円の壁」と表現されるように、社会保険料負担によって手取り額が減るケースはある。そのため、短時間雇用者が適用条件を超えないように就労調整を行うことで、人手不足や生産性の低下につながるという指摘がある。この指摘に対しては、2018年に独立行政法人労働政策研究・研修機構(以下、JILPT)が発表した、興味深い調査結果¹³を紹介したい。被用者保険は2016年に、週の労働時間が20～30時間の短時間雇用者を対象に、企業規模500人超等の条件を付けて適用範囲を拡大した(対象人数は40万人)。JILPTは、被用者保険の対象ではなかった短時間労働者に、社会保険の適用拡大によって、どのような働き方の変化があったかを聞いた。働き方を変えた人(全体の16%)のうち、「被用者保険の適用とならないように労働時間を短縮した」等、労働が縮小する方向に向かった割合は約3割という結果だった。「就労調整は起き得る」ものの、「約3割」という数字が被用者保険拡大を見送る決定的な理由になるかは、判断が分かれるところだろう。

¹³ 独立行政法人労働政策研究・研修機構「社会保険の適用拡大への対応状況等に関する調査」及び「社会保険の適用拡大への対応状況等に関する調査」結果(2018年8月)

《図表 10》被用者保険の適用拡大に伴う働き方の変化

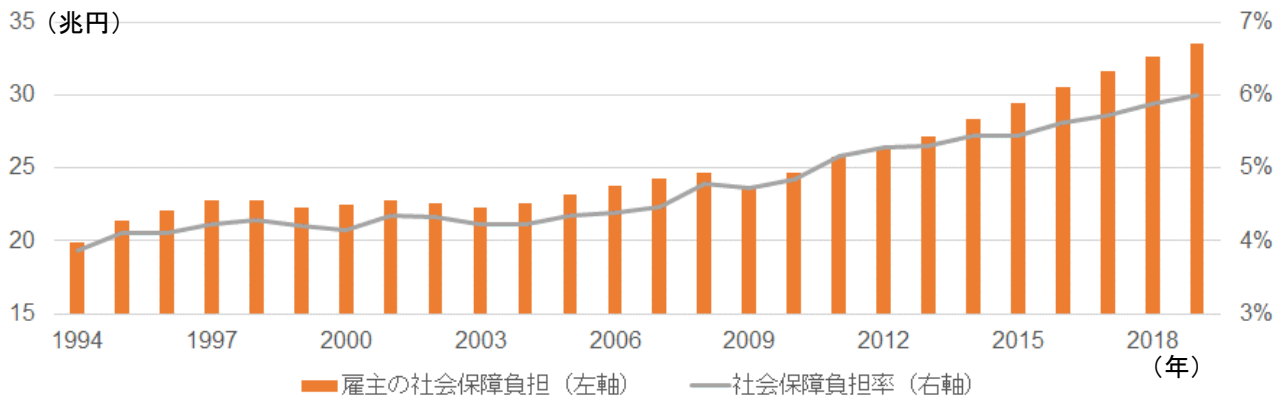


(出典) 独立行政法人労働政策研究・研修機構「社会保険の適用拡大への対応状況等に関する調査」及び「社会保険の適用拡大への対応状況等に関する調査」結果(2018年8月)より SOMPO 未来研究所作成

②企業業績への影響をどう見るか

(4) 被用者保険拡大のインパクトで述べたとおり、被用者保険の拡大は、社会保険料の事業主負担増を伴い、その影響は中小企業、卸売・小売業やその他サービス業といった特定の企業に偏ることが見込まれる。「負担するべきであった社会保障を、今まで負担していなかっただけで、本来の姿に戻すだけ」
「中小企業は既に、税・補助金等で有利な経営環境を与えられており、社会保障負担ができないのであれば市場から退出する方が良い」という考えもあろうが、一方で、社会保障の負担増は、経済的には人件費の増加と同じであり、雇用の調整(労働需要の減退・雇用の非正規化)や、賃金の引き下げ(あるいは賃上げの鈍化)という形で労働者に転嫁される可能性も指摘されている¹⁴。実際、企業の社会保障負担は一貫して増えており、特に2010年代に入って、その伸びは顕著である(《図表 11》参照)。現実

《図表 11》企業の社会保障負担の推移



(注) 社会保障負担率 = 雇主の社会保障負担 / 総付加価値

(出典) 内閣府「国民経済計算」より SOMPO 未来研究所作成

¹⁴ 例えば、独立行政法人経済産業研究所「公的負担と企業行動—企業アンケートに基づく実証分析—」(2012年4月)

解としては、被用者保険の拡大を図りつつ、激変緩和を図るような財政措置を、時限的に併用することが考えられる。

ここまで「被用者保険の更なる拡大」を論じてきたが、この施策は「税や社会保険料収入を引き上げる（苦い薬を飲む）」に分類できよう。

2. 医療：入院診療の1日当たり包括払い制度の見直し

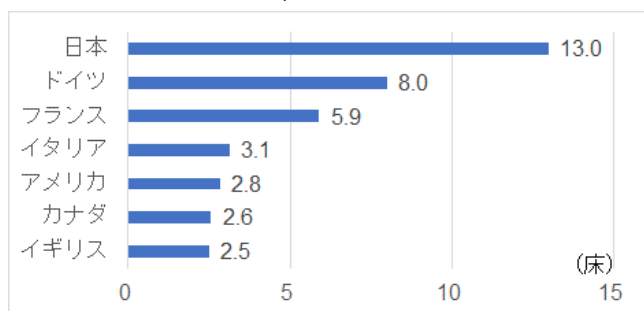
まずは新型コロナウイルス感染症に対し、最前線で治療に当たっている全ての医療関係者に、敬意と感謝の念を表したい。そのうえで、コロナ禍で明らかになった医療供給体制の課題を確認しながら、経済財政諮問会議や財政制度等審議会でも議論されている「一入院包括払い制度」を紹介したい。

(1) コロナ禍で明らかになった医療供給体制の課題

2022年に入ってから、オミクロン株のまん延によって、コロナ感染者は急増し、「第6波」と言える状況になっている。2月10日現在、全国35都道府県でまん延防止等重点措置が実施¹⁵されており、飲食・イベント・その他の行動等を控えるといった要請が出ている。こうした、経済活動の抑制につながる、まん延防止等重点措置や緊急事態宣言の発出を判断する際、陽性率や新規感染者数といった「感染の状況」とともに、確保病床の使用率や入院率といった「医療提供体制等の負荷」も考慮されている。

「第5波」と言われた昨夏には、「自宅療養者が亡くなった」や、「妊婦の入院先が見つからずに新生児が亡くなった」といった痛ましいニュースを目にした。日本は、世界で最も多くの病床数を持ち¹⁶、最も感染症を抑え込んでいる（《図表12》、《図表13》参照）にもかかわらず、なぜ医療崩壊とも言われる、「病床が足りない」事態に陥ったのだろうか。

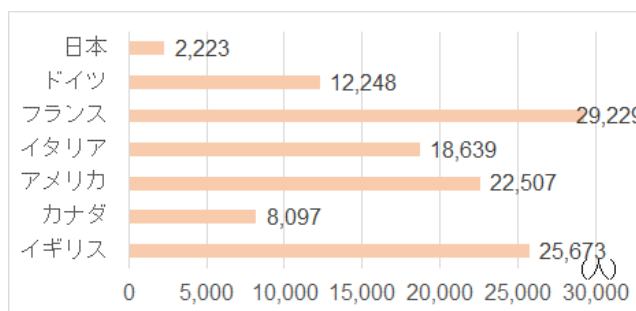
《図表12》 G7各国の病床数
(人口1,000人あたり)



(注) 各国とも2018年現在

(出典) OECD Health Statistics 2021 より SOMPO 未来研究所作成

《図表13》 G7各国の累計コロナ感染者数
(人口10万人あたり)



(注) 2022年2月2日現在

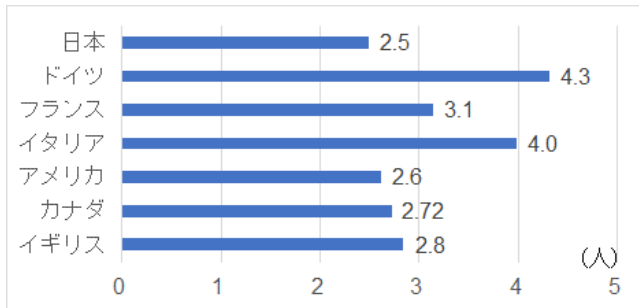
(出典) WHO ホームページより SOMPO 未来研究所作成

¹⁵ 内閣官房ホームページに基づく (visited 2月10日) <<https://corona.go.jp/emergency/>>

¹⁶ 日本には「精神科病床が多い」等、特殊要因も考慮する必要があるが、それらを差し引いても、病床数がトップクラスであることには変わりない。

これに関し、病院が多すぎるため、医療資源が分散して機能が十分に発揮できていないという主張がある。日本の医師数は G7 各国と遜色ない（《図表 14》参照）一方、日本の病院数は 8,000 を上回る¹⁷（《図表 15》参照）。アメリカの約 6,000 と比べると、国土面積や人口を勘案すれば、その多さがイメージできるだろう。

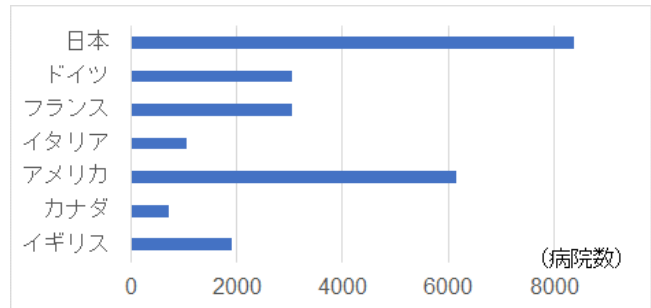
《図表 14》 G7 各国の医師数
（人口 1,000 人あたり）



（注）各国とも 2018 年現在

（出典）OECD Health Statistics 2021 より SOMPO 未来研究所作成

《図表 15》 G7 各国の病院数



（注）各国とも 2018 年現在

（出典）OECD Stat より SOMPO 未来研究所作成

病院あたりの医師数が十分であれば、医師が順番に休みをとっても、病院としては夜間や土日でも継続して稼働できるが、医師数が少ない病院ばかりになると対応も限られる。また、病院で働く医師のワークライフバランスにも支障が出るだろう。こうした、病院あたりの医療従事者が少ない日本の現状は、「低密度医療」¹⁸と称され、医療資源を集約して体制が強い病院に再編する方が効率的という考え方がある。

（2）「低密度医療」の弊害

日本の病院は約 8 割が民間経営であり、存続のためには収益を上げる必要がある。その結果、「低密度医療」は「パンデミック時にすぐに医療崩壊になる」「救急車のたらい回しが起きる」といった医療水準・サービスの観点の他にも、財政の観点で、いくつかの弊害が指摘されている。

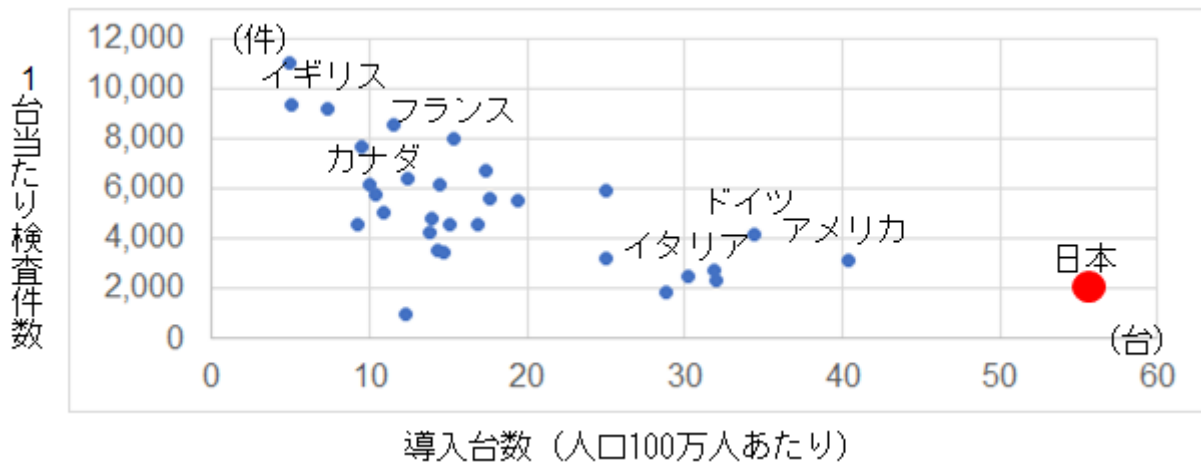
①医療機器の稼働率の低下

各病院は患者に来てもらうため、高額な医療機器の導入を競うようになる。結果、日本国内で導入されている高額医療機器は群を抜いて多いが、利用頻度は最も少ない（《図表 16》参照）。医療機器の導入・維持の費用は、医療費を通じて国民負担（税・保険料）となる。

¹⁷ 厚生労働省の医療施設動態調査によると、日本は 2021 年 1 月時点で、病院 8,236 施設・一般診療所 103,071 施設・歯科診療所 68,024 施設となっている。

¹⁸ 「低密度医療」は、病床 1 床あたりの医師数で示されることもある。日本（0.2 人）は G7 諸国で最小、日本に次いで少ないフランスでも 2 倍以上の 0.5 人、イタリアは 1.3 人である。

《図表 16》OECD 諸国の MRI 導入台数と稼働状況



(出典) OECD Health Statistics 2021 より SOMPO 未来研究所作成

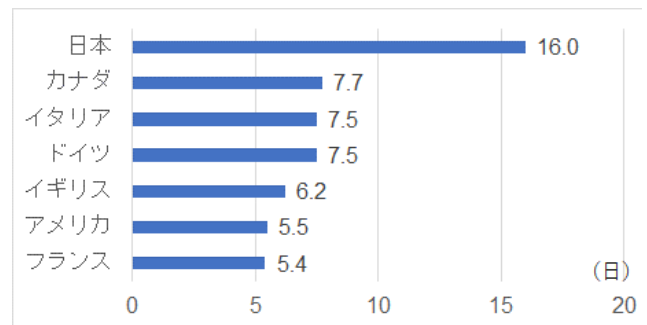
②症例数の減少による質の低下

病院が多くあると、1病院あたりの症例数が減少する。症例数（経験数）と、医療の質の相関は、国内外の数多くの研究で報告されている。また質の低下は、例えば合併症の発症率に現れ、追加的に医療費が発生する可能性が指摘されている¹⁹。

③入院の長期化・外来医療を入院へ誘導

利益を確保するためには、入院病床をある程度、埋めておく必要がある。病院数が多くなると、1人の患者を長く病院に留める、あるいは外来で処置できるにも関わらず、入院を選択することになる。諸外国と比べた、在院日数は、日本が飛び抜けて多い（《図表 17》参照）。2021年10月に行われた財政制度分科会では、治療行為のない入院（食事・投薬のみ）を「素泊まり入院」と呼び、「素泊まり」に使われた医療費が年間で 8,832 億円になるという試算が紹介されている²⁰。

《図表 17》G7 諸国の平均在院日数



(出典) OECD Data より SOMPO 未来研究所作成

④入院医療費と病床数の関係

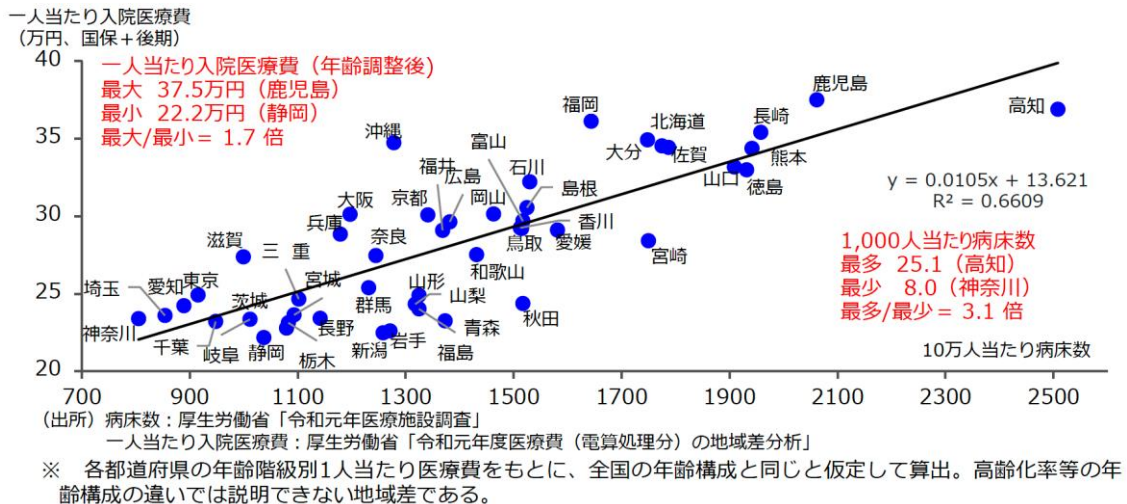
病床数と医療費の高い相関関係はデータからも示されている（《図表 18》参照）。人口当たりの病床数

¹⁹ 例えば、2021年10月11日開催の財政制度分科会で、グローバルヘルスコンサルティングジャパン社の渡辺氏が、「医療の質と症例数には高い相関関係がある」ことをデータによって示している。（visited 2022年2月16日）
<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia202110/11/07.pdf>

²⁰ 財政制度分科会（2021年10月11日開催）において、有識者としてグローバルヘルスコンサルティングジャパン社の渡辺氏が発表。

が最も多い高知県と、最も少ない神奈川県を比べると、約 1.6 倍の入院医療費の違いがある²¹。一方、病床数と平均寿命には相関関係がない（病床数が少ないと、平均寿命が短くなるといった関係は見られない）ことから、因果関係を推定するならば、「医療需要があるから供給体制を充実させ、結果、医療費が上昇している」というよりも、「医療供給体制を維持するために、需要を作り出し、結果、医療費が上昇している」という指摘は、あながち的外れとは思えない。

《図表 18》入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係



(出典) 財務省「社会保障等」（財政制度分科会 2021 年 4 月）

(3) これまでの対応（地域医療構想）

質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築する既存の対策として、地域医療構想の強化がある。地域医療構想とは、将来人口推計を基に、各地域における 2025 年に必要な医療需要を医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）²²ごとに推計したうえで、地域の医療関係者の協議を通じて、病床の機能分化と連携を深める取り組みである。厚生労働省が取りまとめた「地域医療構想策定ガイドライン」に沿って、2017 年 3 月までに、すべての都道府県が地域医療構想を策定した。病床の必要量は、二次医療圏²³をベースに、全国で約 300 の「構想区域」ごとに推計されている。《図表 19》は奈良県南和医療圏（奈良県南部の 1 市 3 町 8 村）の構想イメージである。このように、高度急性期と急性期を需要予測に沿ってダウンサイジングしながら、病院の再編によって機能別に病床を集約化し、医療の強化・効率化を図るのである。地域によっては、再編によって病院数が減ることもあり得る。各構想区域の需要予

²¹ 本データは、年齢調整がかけられており、年齢構成の違いという要因は除去されている。

²² 高度急性期医療：急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。例えば、救命救急病棟や集中治療室等を有する。

急性期機能：急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

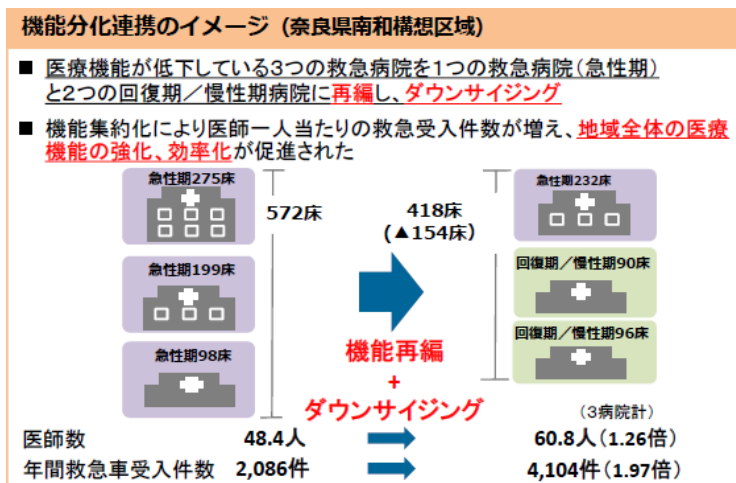
回復期機能：急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

慢性期機能：長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

²³ 複数の市区町村で構成。救急医療を含む一般的な入院治療が完結するように設定されている。

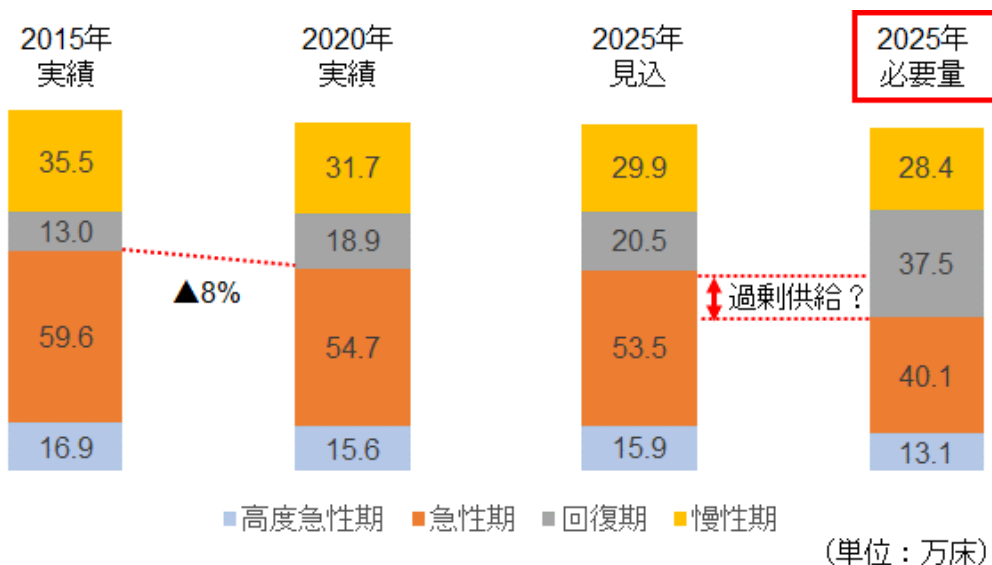
測を足し合わせると、2015年時点と比べ、高度急性期病床は22%減（16.9万床→13.1万床）、急性期病床は33%減（59.6万床→40.1万）となる一方、慢性期病床を増やす計画になっている。この計画の実行にあたっては、医療機関を中心とする地域医療構想調整会議が設けられ、同会議での協議・合意を経て進められることになっている。では、その進捗・成果はどのようなものだろうか。2020年時点の高度急性期・急性期の削減率は2015年比で8%に留まり、転換が進んでいるとは言えない。また、各病院が2020年に報告した「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」を足し合わせると、地域医療構想で推計されている必要量（＝需要）と釣り合っていない（《図表20》参照）。

《図表19》地域医療構想のイメージ



（出典）厚生労働省ホームページ「地域医療構想の実現に向けた取組について」

《図表20》機能別病床数の実績と見込



（注）2025年見込とは、2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

（出典）経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキング・グループ「経済・財政一体改革における主な取組について（社会保障）」（21年11月）より SOMPO 未来研究所作成

ただ、地域医療構想が進まないことは、ある程度やむを得ないと思われる。医療機関が参加する調整会議において、医療機関自らが再編・統合されることを申し出ることは稀であろう。また、地域住民や地方自治体の抵抗もある。例えば、厚生労働省は2019年9月に、「診療実績が少ない」や「近隣に機能

を代替できる民間病院がある」といった基準で、全国 424 の公立・公的病院（全国の公立・公的病院の約 25%）に対し、「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名も公表したうえで、再編・統合に向けた結論を 2020 年秋までに出すように都道府県へ要請した。しかし、地方自治体や地域住民からの反発、さらにはコロナ禍もあり、先延ばしになっている。「地域医療構想の実現に向けたさらなる取組」として、国は「地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する」としているが、これまでも協議を続けてきたことから、構想の進捗が加速することは難しいと思われる。

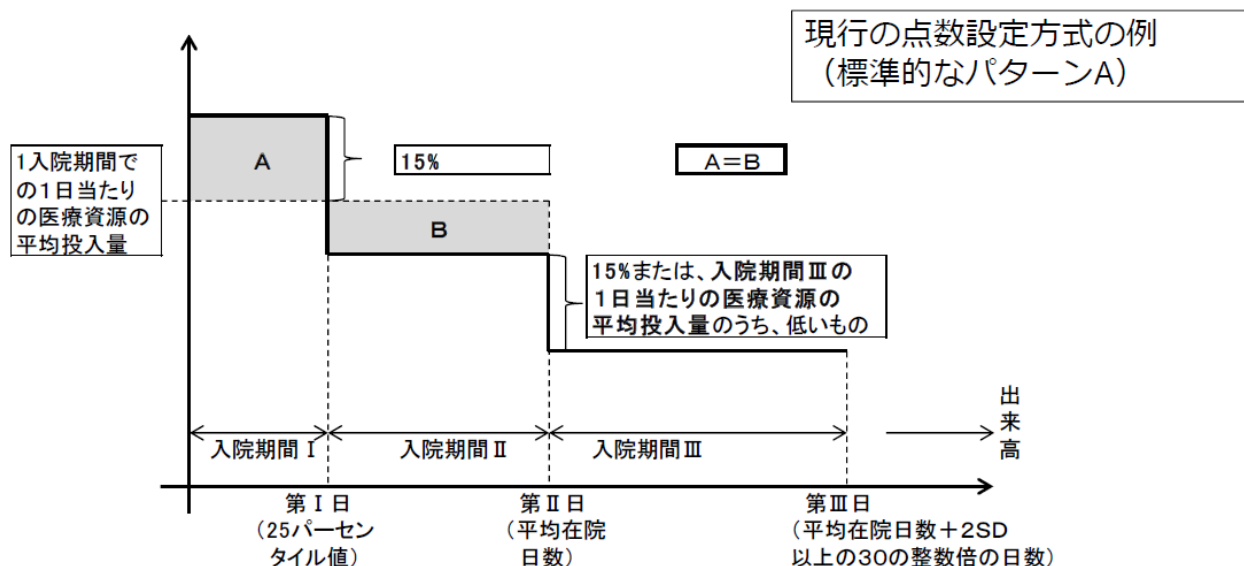
（４）一入院包括払い（DRG）制度の導入検討

こうした「話し合い」では構想の実現が進まない現状に対し、「経営的なインセンティブが必要」とする意見がある。例えば、診療報酬の定め方として、一入院包括払い制度（Diagnosis Related Group／Prospective Payment System、以下 DRG）の導入が挙げられ、経済財政諮問会議でも幾度か民間議員から提案されている²⁴。

①現在の日本の制度

現在、日本で採用されている仕組みは、「1 日当たり包括払い制度」(Diagnosis Procedure Combination／Per Diem Payment System、以下 DPC)²⁵と呼ばれるもので、2003 年から導入されている。その名のとおり、在院 1 日あたりの単価を、診断（医療資源を最も投入した病傷名）と診療行為（手術・処置等）の組み合わせによって定める。組合せの種類は詳細にわたっており、分類数は約 2,500 になっている。在院日数に応じ、単価は段階的に減少する（《図表 21》参照）。

《図表 21》DPC のイメージ図



（出典）厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定の概要 DPC／PDPS」（2018 年 3 月）

²⁴ 直近 1 年間でも、2021 年 4 月 26 日・2021 年 11 月 25 日と 2 度、民間議員から提案されている。

²⁵ 急性期入院医療を対象に、いくつかの要件を満たした病院に適用される。厚生労働省のホームページによると、2020 年 4 月時点で 1,757 病院が対象になっている。

ただ、減額されるとは言え、入院期間中に報酬は発生し続けるので、病床が空いていれば、入院期間を延ばした方が、病院経営の観点からは有利になる仕組みとなっている。

②DRG 制度の概要と期待される効果

これに対し DRG は、病傷ごとに、あらかじめ決められた一定額の報酬を払う仕組みである。支払額が治療内容や入院日数に関わらないため、過剰な治療や不必要な入院を防ぐ効果が指摘されている。この仕組みは、米国で医療費の伸びが問題となったことをきっかけに、1983 年から導入された²⁶。その後、フランス（1996 年から）、ドイツ（2003 年から）など先進各国で導入が進んでいる²⁷。では、なぜ DRG が病院再編に寄与するのか。DPC では在院日数を延ばすと利益につながるが、DRG では在院日数を短くすることが、利益を上げる戦略になる（包括的に報酬の上限が決まっているため）。そうすると病床が空き、新規患者を獲得するため、「診察圏」を拡大するようになる。結果的に、地域における病院間の競争が生じ、再編・統合が進むというストーリーである。ただし、「地域住民の医療機関へのアクセス」も重要であり、やみくもに再編・統合を推し進めるのではなく、地域の事情に根差した対応は必要だろう。

（５）留意点

①DRG による粗診粗療

DRG の導入は、コストを重視するあまり、粗診粗療を招くおそれがある。しかしながら、先行導入した国々では、質の低下は見られないようだ^{26,27}。また、わが国に導入する際、例えば、合併症発症率など医療の価値を評価する仕組み（アウトカムによって診療報酬を変える）を導入すれば、粗診粗療の懸念を払拭できるのではないだろうか。もちろん、「人の命」「健康」に関わることなので、慎重な検討が必要である。「一入院当たりの包括払いはいむしろ再入院の増加や外来での過剰診療など医療にゆがみを生じさせる危険性もある」²⁸という日本医師会の指摘は、専門家の意見として受け止める必要がある。約 40 年前から導入しているアメリカ等、諸外国で蓄積されたデータ・ファクトも活用しながら、議論・検討を行う必要がある。

②保健医療支出の構造

「高齢化率を勘案すると、日本の対 GDP 保健医療支出や対 GDP 社会支出は高くない」という指摘²⁹は受け止める必要がある。ただし、日本の財政状況を勘案すると、医療支出が高くなっても問題ないということにはならず、「公的支出でカバーする範囲を狭くする」「国民負担を引き上げる」「効率的な医療提供体制を整える」という 3 つを組み合わせなければ、国民的合意を得ることは難しいだろう。地域医療構想を進めること自体に対しては、医療界にも大きな異論はないように見受けられる。あとは、その進め方であるが、「急激に病床を再編すると地域医療に混乱をもたらす可能性」²⁸という専門家の意見も考慮に入れる必要がある。

²⁶ 安東（2019）

²⁷ 田中（2019）、松田（2019）

²⁸ 医師会ホームページ

²⁹ 前田（2019）

ここまで「入院診療の1日当たり包括払い制度の見直し」を論じてきたが、この施策は「社会保障支出の伸びを抑制する（糖分や脂分を控える）」に分類できよう。

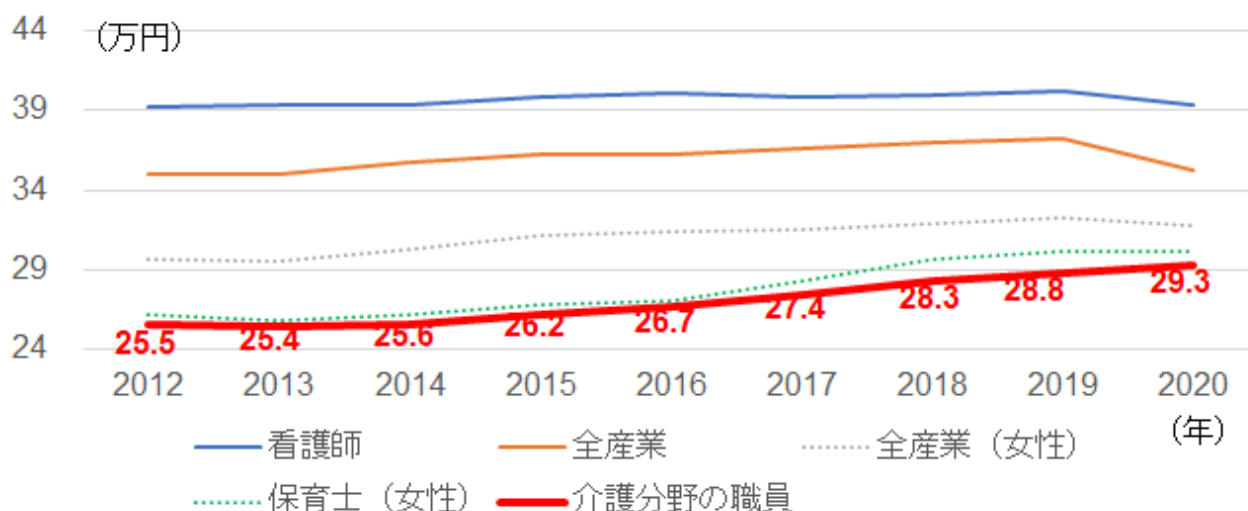
3. 介護：ICT化等による生産性向上（人員配置基準の見直し）

岸田総理は昨年（2021年）の総裁選の際、分配施策の4本柱の一つとして、「公的価格の抜本の見直し」を掲げ、「看護・介護・保育等の収入を引き上げる」とした。ただ、この政策目標には、分配施策としてだけでなく、社会保障制度の維持や財政の観点で、様々な論点が潜んでいる³⁰。

（1）介護職に係る現状

少子高齢化の進展とともに、要介護認定者、つまり介護サービス需要の増加は容易に推測できる。厚生労働省は、介護職の必要数を2040年時点で280万人としている³¹。現在の211万人に対し、69万人増が必要となるが、この数字を満たすことは容易ではないだろう。そもそも生産年齢人口が減少傾向にある中、介護職の職場環境は厳しく、現状でも求人難に陥っている。処遇についても、政府が継続的に処遇改善を報酬加算で賄ってきたことで、改善傾向にあるとはいえ、他産業と比べて依然、見劣りしている（《図表22》参照）。

《図表22》職種別平均賃金（月収換算）



（出典）第1回全世代型社会保障構築会議事務局資料（2021年11月）より SOMPO 未来研究所作成

（2）今回の処遇改善策と今後の課題

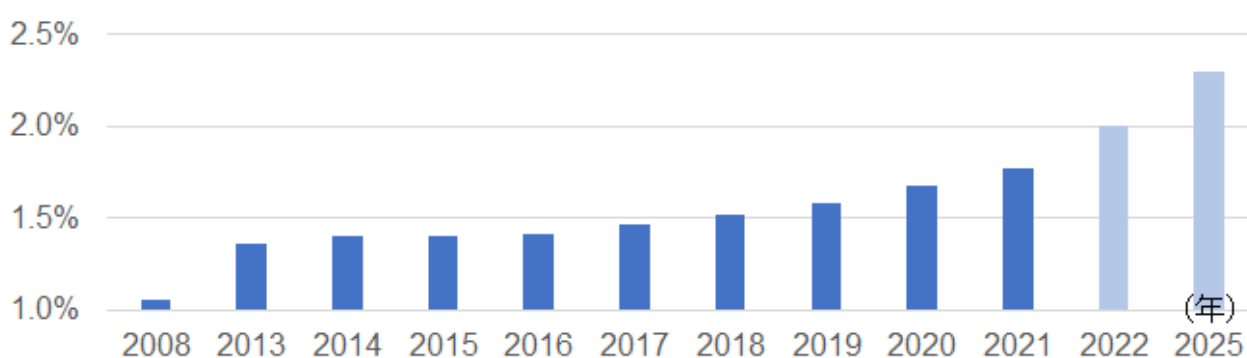
政府は2021年11月に定めた「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（以下、経済対策）の中で、介護職の処遇改善の水準として、「収入の3%程度（月額9,000円）」とした。経済対策で手当てされたのは2022年2月～9月の8か月分、「介護職処遇改善支援補助金」として約1,000億円が国費で賄わ

³⁰ 総裁選で掲げた「令和版所得倍増のための分配施策」の柱とするには、やや迫力不足の感が否めない。

³¹ 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計。

れた。また、2022年10月以降分については、介護報酬の臨時改定（利用者負担・介護保険・国費で賄うことになる）で充当することになった（2022年1月に厚生労働省が発表）。介護職の処遇改善が必要であることは先に述べたとおりであるが、一方でその財源が問題になる。全額が国費で賄われる補助金は、今回のように時限的な措置になるため、恒久的な処遇改善に対しては、介護報酬に何らかの加算を措置することになる。つまり「介護職の処遇をどれだけ改善するか（≒介護報酬にどれだけ加算するか）」は、「介護保険料の引き上げをどれだけ容認するか」と同じ問いになる。今後の介護保険料は、加速度的に上昇することが見込まれている（《図表23》参照）中、今のフレームワークでは、漸進的な処遇改善はできるかもしれないが、抜本的な課題解決には至らないだろう。

《図表23》介護保険料率（健保連の平均料率）の推移と見通し



（注）2021年までは実績、2022年・2025年は健保連の試算

（出典）健保連「令和3年度健康保険組合 予算編成状況について—予算早期集計結果の概要—」（2021年4月）と同「今、必要な医療保険の重点施策—2022年危機に向けた健保連の提案—」より SOMPO 未来研究所作成

（3）大幅な処遇改善に向けて（生産性向上と人員配置基準の見直し）

介護報酬加算（介護保険料）に依存しない処遇改善策として、ICT化による大幅な生産性向上が挙げられる。例えば一部の介護事業者では、「センサーで入居者の状況を確認することで、見回りの回数を減らす」「ロボット等を活用することで、介助の負荷を軽減する」といったことに取り組んでいる（《図表24》参照）。こうしたテクノロジーの導入は、職場環境の改善につながるだけでなく、より少ない人数で、従来よりも高い水準のサービスを提供できることが期待される。膨張する介護需要に対し、少ない人数で対応できると、それだけ介護事業者の収益につながり、介護職員への処遇改善の原資を確保できる。ややラフではあるが、介護報酬を変えなくても、従来のおよそ半分の人数で運営できれば、処遇を倍にできる計算になる。しかしながら、今の制度ではそれは叶わない。介護施設入所者3名につき、少なくとも1人の職員を配置する規制になっている。政府には、この規制を緩和していくことと、生産性向上によって得られた原資を介護報酬の削減（＝介護保険料引き上げの抑制）だけに使うのではなく、介護職の処遇改善に活用することが求められる。また、そうした政策の方向性を明らかにすることが、介護事業者の予見可能性を高め、ICT化推進の原動力となろう。併せて、介護事業者がICTを使いこなせるような支援策も求められる。

《図表 24》介護現場におけるテクノロジー活用事例



(出典) SOMPO ケア「持続可能な介護保険制度の実現に向けた規制改革のご提案」(第7回医療・介護ワーキング・グループ 21年12月)

(4) 留意点と政府の検討状況

人員配置基準の見直しに対しては、例えば日本介護福祉士会が、「介護サービスの提供に支障が生じないのか」として、「時期尚早」との立場である³²。1人の介護職員が担当する入居者の人数が増えるので、「介護職員への負担が増すのではないか」「介護サービスの質が落ちるのではないか」といった懸念が生じるのはもっともである。これに対し厚生労働省は、実証実験を重ねることで、データを収集しながら検討を進める³³としており、実際、2021年度からテクノロジーを活用した場合の夜間の人員配置基準を緩和している。今後は、データの収集と社会実装の可否判断を、いかに早く進めるかが課題だろう。

ここまで「ICT化等による生産性向上」を論じてきたが、この施策は「経済を成長させる・労働生産性を上げる(=運動して体の活力を上げる)」に分類できよう。

IV. おわりに～議論から実行へ向かうために～

財政健全化については、正反対の主張がぶつかり、時には感情的とさえ思える議論になる。自民党においても、「財政再建推進本部」を「財政政策検討本部」に変え、積極財政に向けた議論を始めたかと思えば、総理直轄で「財政健全化推進本部」を組織して、同じ日に会合を開いている。議論はもちろん大切だが、議論ばかりで政策が前に進まないというのが現状である。では、どうすれば良いか。主張が異

³² 日本介護福祉士会ホームページ

³³ 規制改革会議 医療・介護・感染症対策ワーキング・グループで精力的に議論が進められている。

なる点ばかりを言い募るのではなく、共通点を見出すことはできないだろうか。例えば、先の経済対策が成立したのは、岸田総理は財政健全化を重視しつつも、「コロナ克服」という点で積極財政派と一致したことにある。

本稿を通じて議論したかったのは、「健全化のために、何が何でも財政を削れ」ということではなく、「財政健全化に向け、効率的な資源配分は考えられないか」ということである。「MMT 派」「積極財政派」でも「穴を掘って埋めればよい」とは考えていないだろう。「アベノマスクの保管費用」「COCOA の修繕費」「10 万円給付のクーポン発行事務費」に批判が集まった点を見ても、「非効率な資源配分を正す」とすれば、方向性には異論ないはずだ³⁴。

そして、効率化によるインパクトが最も大きいのは社会保障である。先の臨時国会以降、議員の文通費問題（100 万円）が盛り上がっていたが、社会保障（130 兆円）は規模の次元が違う。議論・検討の重点をどこに置くか、再考する余地はあろう（「100 万円が大事ではない」という意味ではない）。もちろん、本稿で示した打ち手だけで財政健全化は達成できないし、そもそも、いずれも様々な議論があり、副作用を十分に検討したうえで進める必要がある。しかしながら、130 兆円の社会保障給付を、わずかに数%効率化するだけで、数兆円の財政寄与になる点は重要である。民間ビジネスにおいて、経営不振に陥った企業が、業務の見直しで数%~10%のコストをカットする例は数多くある。

本稿では、既に提案・議論されているメニューの中から、導入に当たっての論点を示した。財政健全化に向け、誰も見たことも聞いたこともない妙手を繰り出すことは困難である。一つ一つのメニューを、ファクトに基づいて、未来のために何がベストなのか、声の大きさやポリティカルパワーに左右されない、そして既得権益にも捉われない冷静な議論の中で、国民的合意点を探って実行に移していく必要がある。本稿がそのような実行へのきっかけになれば幸いである。

<参考文献等>

- ・内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省（2018）「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」
- ・財務省（2021）「令和 3 年度予算のポイント」
- ・内閣府（2021）「令和 4 年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」
- ・森泰二郎（2018）「財政乗数についての諸議論」『ファイナンス』平成 30 年 7 月号
- ・森川正之（2015）「経済成長政策の定量的効果について：既存研究に基づく概観」RIETI Policy Discussion Series 15-P-001
- ・財政制度等審議会（2021）「財政健全化に向けた建議」
- ・自民党 2020 年以降の経済財政構想小委員会（2016）「人生 100 年時代の社会保障へ」
- ・自民党人生 100 年時代戦略本部（2019）「人生 100 年時代戦略本部取りまとめ」
- ・厚生労働省（2019）「年金制度改正の検討事項」
- ・独立行政法人労働政策研究・研修機構（2018）「社会保険の適用拡大への対応状況等に関する調査」及び「社会保険の適用拡大への対応状況等に関する調査」結果

³⁴ かつての民主党政権が言っていた、「財政の無駄を削減すれば 16 兆円の財源が生まれる」とも異なる。効率的に配分する過程で、一部の層は痛みを伴う可能性がある。

- ・独立行政法人経済産業研究所（2012）「公的負担と企業行動－企業アンケートに基づく実証分析－」
- ・財務省（2021）「社会保障等」（財政制度分科会 2021 年 4 月）
- ・社会保障ワーキング・グループ（2021）「経済・財政一体改革における主な取組について（社会保障分野）」
- ・厚生労働省（2018）「平成 30 年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS」
- ・田中伸至（2019）「ドイツの DRG 包括報酬システム」『健保連海外医療保障』 No.123
- ・松田晋哉（2019）「フランスにおける診断群分類を活用した入院包括払い」『健保連海外医療保障』 No.123
- ・安東時彦（2019）「アメリカのメディケアにおける急性期入院医療の包括払い制度（IPPS）」『健保連海外医療保障』 No.123
- ・前田由美子（2019）「医療関連データの国際比較－OECD Health Statistics2019－」『日医総研リサーチエッセイ』 No.77
- ・健康保険組合連合会（2021）「令和 3 年度健康保険組合 予算編成状況について－予算早期集計結果の概要－」
- ・健康保険組合連合会（2019）「今、必要な医療保険の重点施策－2022 年危機に向けた健保連の提案－」