

# 医療・介護制度の見直しに関する提言 ～持続可能な提供体制・保険制度の構築に向けて～

2022年 10月 24日  
日本商工会議所  
東京商工会議所

## 総括／基本的考え方

わが国において、国民皆保険制度が長寿社会の基礎となってきたことは論を俟たない。他方、同制度の充実が図られた 1973 年の「福祉元年」から約半世紀が経過する中で、社会経済構造は劇的に変化した。特に 1990 年代以降は、バブル崩壊に伴う経済の低迷、労働力人口が減少する中で、高齢化の進展に伴って社会保険給付が増大したことから、現役世代の負担抑制等に向け、社会保障制度の改革が強く求められるようになった。これに対応するため部分的な改善は重ねられたが、それにより、むしろ国民に分かりにくい複雑な制度にもなっている。

これからさらに高齢化・人口減少が進むなか、これ以上、部分最適で綻びを繕うような対処を続けるべきではなく、自助・共助・公助のあり方を改めて検討し直し、これからの日本にふさわしい社会保障制度へと再構築すべきである。現在は、自助・共助を軸とする社会保険で「国民が安心を確保する」とこと、政策による保障（公助）で「国民の暮らしを守る」ことが混然一体となっている。自助・共助・公助の線引きが曖昧かつ複雑なものとなっているため、社会保障サービスの適正水準を不明確なものとし、不公平感にもつながっている。

社会保障制度のなかで、公的年金は、給付水準の是非や保険料負担者の拡大等に関する改革議論の必要性は大いにあるにせよ、高齢世代を現役世代が支えるという構図自体は明確である。負担についても一定の上限キャップのもとでの運営方式が導入され、ある程度の予見性が確保されている。

一方、医療と介護については、保険制度にかかる給付と負担の関係がアンバランスであることに加え、給付はその伸びを抑える手立てが確立されていないことから増加の一途である。その社会保障費全体に占める割合も、2018 年度 41.1%だったものが 2025 年度に 44%台、2040 年度には 49%台へ上昇すると推計されている。これに合わせて、現役世代・事業主の負担もほぼ機械的に増大する図式となっている。政府は、誰が、誰を、どの程度、どう支えるか・支えられるか、を冷静に分析した政策を打ち出す必要がある。併せて、国民に対し、将来の安心なくらし実

現のためにも、痛みを伴う制度改革が不可避との危機感を共有しつつ、一人ひとりが社会保障の受け手であり同時に担い手であるとの視点を持つよう理解促進に努めることが強く求められる。

医療について言えば、受益と負担が世代間等でバランスを欠く中でも、これまで基本的には、誰もがどこでも望むサービスを受けられる形で行われてきた。しかし、人口動態や社会環境の変化を踏まえれば、こうしたサービスを支えてきた医療保険制度を、「年齢ではなく、受益者の負担能力に応じた負担を原則とする」、「ヘルスリテラシーを高め、セルフメディケーションを実践する力をつける」、「全面フリーアクセスのデメリットにも目を向け、医療の機能分化による最適な医療提供を図る」、「治す医療のみでなく、管理・予防の医療を強化する」といった考え方に基づく制度へと転換しない限り、持続可能なものとすることはできない。

介護保険制度についても、受益者の応能負担拡大、人材確保やDXによる生産性向上、健康寿命延伸などを通じて制度の持続可能性を高める必要がある。そのためには、人材不足に対応した高齢者の更なる活用・外国人材の受入れ、ICT や介護ロボットなどテクノロジーの導入・活用の加速化、幾重にも複雑化した介護報酬体系の抜本的簡素化など、制度を大きく変える改革が是非とも求められる。

コロナ禍でも明らかになったが、わが国のDXは他国に比して見劣りしており、社会保障に関わる領域についても同様である。DXの現場実装により、特に個々人の健康・医療に係るビッグデータの共有・活用が進めば、最適な医療・介護サービスの提供や受診行動の判断が可能となるなど、恩恵は多岐にわたる。その基本はマイナンバーの活用であり、マイナンバーカードの完全普及と個人の健康・医療データを共有できる情報基盤システムの早期完備は基本的な必須要件である。

言うまでもなく、社会保障は国民の暮らしのセーフティネットでもある。その大切な役割は守りつつ、わが国の実情に合せた制度となるよう、民間の知恵や工夫、イノベーションを積極的に採り入れた抜本改革が必要である。これにより、サービス水準の適正化や、自己負担による多様なサービス選択を可能なものとし、同時に、社会保障制度の持続性確保と国民の安心な暮らしの実現を図っていかねばならない。

以上の基本的考え方に則り、主に保険料を負担する現役世代と事業者の視点で以下のとおり提言を行う。

## **1. 負担と給付の合理的な見直し**

現役世代は自己負担割合が高く、健康保険料・介護保険料の負担が医療・介護の給付費を超えている一方、高齢者は自己負担割合が低く、給付が保険料の負担を大きく上回っている。こうした世代間のアンバランスがますます拡大することが懸念されるなか、現役世代と事業者の負担や公費投入のあり方に関する抜本的な見直しを進めるべきである。また、過剰なサービス提供（給付）となっていないかの点検を行い、より自立支援に重きを置いた制度への改革が求められる。

### **(1) 高齢者においても負担能力に応じた自己負担割合の引き上げを**

一定以上の所得がある高齢者の医療費窓口負担割合は、年齢に関わらず一律3割とすべきである。その際、周知期間の確保と急激な負担増の回避の観点から、2024年度の診療報酬改定を起点とした段階的な引き上げが適切である。

介護についても、現役世代や企業にかかる負担抑制の観点から、低所得・生活困窮者への過度な負担増に配慮しつつ、現在2割とされている対象を拡大するなど、受益度合いと負担能力に応じて利用者負担を引き上げていくべきである。

なお、介護保険制度は、両親等の介護にかかる現役世代の労力を代替する機能も有している。そうした観点を踏まえたうえで、利用者負担を引き上げた場合の利用控えや介護離職の増加など社会に与えるマイナスの影響も調査・分析し、社会全体として納得のいく負担のあり方を検討することが求められる。

### **(2) 介護保険制度にかかる被保険者・受給者範囲は現状維持を**

2000年の介護保険制度創設時の議論において、40歳以降の世代は、一般に特定疾病の罹患が増える、あるいは親の介護が必要となるなど、介護保険の受益者となる可能性が高まるという理由から、介護保険被保険者（40歳以上64歳以下の2号被保険者）の対象年齢の下限は40歳とされた。

この下限年齢について、以前より引下げの是非が議論されてきているが、要介護者と同居している主な介護者が40歳未満の割合を見ると、2001年が4.2%、2019年が1.5%と、保険メリットを受けているとされる被保険者層が減少していることなどからすれば、年齢の引下げに合理性があるとは考えられない。

また、仮に下限年齢を引き下げた場合、子育て世代と事業主の保険料負担の増加により、消費や雇用に対する悪影響が生じる恐れもある。

こうしたことを踏まえれば、被保険者の範囲を40歳未満へ拡大すべきではない。

### **(3) 介護施設利用者と在宅介護世帯との公平性確保を**

日常生活の支援を目的の一つとする介護老人保健施設や介護医療院の多床室（1部屋を複数名で利用）へ入居している被保険者は、室料が介護保険の給付対象となっているが、自宅で生活しながら介護保険サービスを受けている被保険者の住居費用は対象ではなく自己負担となっており、給付の公平性という面で問題がある。

介護保険財政への負荷軽減の観点も踏まえ、介護老人保健施設等の多床室の室料については、支払能力に応じた有料化を検討すべきである。

### **(4) 地域支援事業の適用拡大による給付の見直しを**

2014年の制度改正により、「要支援者」への訪問介護・通所介護は、予防給付の対象から除外され、自治体によっては、NPOやボランティアなどが主体となった多様な生活援助サービスを提供するなど、全国一律ではない地域の実情にあった事業が展開されている。こうした「地域支援事業」は、当該者の有する能力に応じた自立支援という介護保険法の趣旨にかない、また、自治体の裁量で予算内に抑制することが可能という意味で介護保険財政への負荷軽減の観点からもきわめて重要である。

これに関し、「要介護者」への生活援助サービスについても、地域の実情に合わせて実施した方が効果的であると同時に、介護保険給付の抑制による現役世代や企業の負担抑制と世代間格差是正に繋がると考えられることから、軽度な要介護者に対する生活援助サービスのうち可能なものは、地域支援事業へ移行すべきである。

なお、多様なニーズに応えられる「地域支援事業」への期待は大きいですが、事業運営のうち、住民の主体的参画によるサービス実施については、当初期待されていたほどには広がっていないという課題があり、その改善が強く求められる。

### **(5) 介護ケアマネジメントへの利用者負担の導入を**

保険制度という自助・共助の趣旨に則り、過剰性を排して、要介護度に応じた適切な介護サービスを提供することが求められている。これを円滑に進めるため、専門家としてのケアマネジャーがケアプランの作成から市町村への実績報告までを担う「ケアマネジメント」は制度の最適な運営上きわめて重要である。しかし、介護保険制度創設当初には、適切なケアプラン等の必要性に対する認知度が低かったことから、その活用促進を図るため、ケアマネジメントは無償で実施することとし、そのまま現在に至っている。

介護保険制度が定着し、サービス利用の一般化が進んだことを踏まえれば、現役世代や企業の負担抑制を図る観点からも、ケアマネジメントを利用するうえでの受益者負担について検討を進めることが求められる。

なお、その際は、有料化に伴うサービス利用控えや、不必要・過剰なサービスの要求・提供につながるプラン策定など、不適切な制度運用が生じないように、十分な検証も併せて行うことが必要である。

## **2. 医療・介護の質の維持・向上**

社会保険制度については、給付と負担のアンバランスを解消しつつ、提供するサービスの質も維持・向上させることが求められる。

そのため、健康・健診・医療・介護など広範な健康・医療関連ビッグデータ基盤の国による整備が不可欠である。それら情報の共有・活用は、医療・介護の効率化を促進し、国・社会保障財政や事業者の保険料負担軽減にも貢献する。データの二次利用により、新たな産業の創出や既存産業の事業効率化も図られる。

また、介護分野の生産性向上も大きな課題であり、DX の促進や絶対的に不足することが必至の介護人材確保に対し、国による積極的な支援が必要である。

### **(1) 健康・医療・介護を包含した情報基盤の確立と適切なデータ活用を**

医療・介護サービスの提供サイドにおける生産性向上、診断精度の向上や過剰診療・不適切投薬の回避、国民サイドにおける適切な健康管理・受診選択を可能とするため、広範な個人データを共有・活用できる DX が不可欠である。これにより、健康寿命延伸につながることも期待できる。国は、そのビッグデータ基盤となるプラットフォームの構築、PHR（Personal Health Record）の普及促進を速やかに進めなければならない。

未だ実現できていない「電子カルテの完全導入」および「医療機関ごとに仕様が異なる電子カルテのデータ共有」は、これら DX を進めるうえでの大前提であり、まずはその早期実現が必要である。

データ活用手段の 1 つとして不可欠であり公的医療保険と連動する「オンライン資格等確認システム」については、医療機関における運用開始割合が 2 割に届いておらず、かつ大きな地域差が見られる。また、データ連携の前提となるマイナンバーカードの交付率（取得率）は 5 割前後で足踏み状態にあり、健康保険証としての登録はほとんど進んでいない。

政府は、2022 年度末までを目標に、国民によるマイナンバーカード取得、医療機関等におけるオンライン資格等確認システム導入の概ねの完遂を目指してい

るが、活用メリットの拡充およびその強力なPRの実行が不可欠である。

## **(2) 医療・介護の現場・事業者の生産性向上支援を**

人手不足のなか、限られた人員で効率的に業務を行うため、医療・介護・看護専門職間でのタスクシェア・タスクシフトの推進、介護分野における報酬算定構造の見直し、届出の電子化による事務負担の軽減が必要である。

タスクのシェア・シフトについては、「デジタル田園健康特区」（長野県茅野市、石川県加賀市、岡山県吉備中央市）が参考になる。在宅医療において、一定の研修を経た看護師が、医師の指示を待たずに行える医療行為を増やすことを検討しており、実現すれば、現場でのスピーディーな対応が図られ、医師は医師固有の医療行為へ集中できるようにもなる。規制改革の実行等を通じて3市の取組みを後押しし、その成果を積極的に全国展開することを求めたい。

介護報酬の算定については、制度改正のたびに加算項目が追加され、それにともない、申請時に必要となる書類や、算定基準として割り振られるサービスコードが増加している。このため、介護報酬申請事務の負担がきわめて重くなっており、人材不足や生産性低下の問題を助長していることから、手続書類の簡素化やコードの整理といった抜本的な見直しが不可欠である。文書事務に関しては、2022年度下半期から一部自治体で電子申請・届出システムの運用が開始されるが、全国的な施行に向けて取組みを強化すべきである。

## **(3) 介護分野のDX促進のための資金等支援を**

サービスの質を維持しつつ、介護人材の不足やその原因の一つと言われている重労働による身体への悪影響に対応するため、ICT・AI技術、ロボティクスの活用による介護のDXを通じた生産性の向上が不可欠である。

しかし、現状、現場ではDXの活用が進んでいるとは言い難い。2020年度の調査によると、介護ソフトやタブレット端末といったICT機器については、依然として4分の1の事業所が未活用であり、活用している企業であっても、その用途は、パソコンを用いた社内での情報共有や保険請求処理にとどまっている。また、介護ロボットについては「導入していない」が8割を超えている。

ICT機器や介護ロボットの導入に向けた問題点としては、「導入コストが高い」と訴える声が多い。開発事業者への補助金、介護事業者が導入する際の経費負担免除等の支援により、介護事業者の導入の加速化を図るべきである。

現場から深刻な人手不足の声が寄せられているケアマネジャーの負担軽減に向け、ケアプランの標準仕様化と電子データでの共有の実現、さらにはケアプラン作成におけるAIの活用といった取組みの進展も強く期待する。

#### **（４）介護人材・支援人材の確保支援を**

現役世代人口（日本人）が急速に減少する一方で、増加が不可避と見込まれる介護職員の必要人数を確保するためには、外国人介護人材の受入れ拡大を避けて通れない。しかしながら、介護事業者からは、外国人技能実習生や特定技能者受入の際のコスト負担、独特の方言が多い地方で特に困難と言われる日本語の習得、技能実習制度が抱えるマイナスイメージの影響を指摘する声が寄せられている。

わが国の外国人介護人材受入の仕組みのうち、経済連携協定（EPA）に基づいて受け入れる介護福祉士候補者には、訪日前に政府が日本語習得や日本社会・生活習慣の理解促進のための研修を実施している。これを参考に、待ちの姿勢でなく、政府自らが海外で教育プログラムを展開するとともに、生活全般に関する丁寧な情報発信を行う積極的リクルートの対策を強化すべきである。併せて、厚生労働省の「外国人介護人材受入環境整備事業」の拡充等により、それら外国人材の不安払しょくの一環として取組みを強力に行うことが不可欠である。

なお、地方によっては、外国人に対する日本語教育や生活立上げ支援を提供する場所や機会が少ないことから、国・地方自治体によるきめ細かな日本語教室の設置や生活支援セミナーの開催等支援の拡充が求められる。

もとより、日本人の就業拡大に向けた対策の拡充は不可欠である。併せて、働く意欲を持つ高齢者、個人事業主やフリーランスを、掃除や配膳、見守りなど周辺業務を担う介護助手として活用できるよう、人材の発掘や介護事業所とのマッチング等の取組みを強化することが重要である。

### **3. 健康で安心な暮らしを守る関係者の連携促進**

持続可能な社会保障制度を考えるならば、わが国医療の特長と言えるフリーアクセスのあり方も見直しを検討すべき課題である。外来患者の大病院への集中を軽減し、医療資源活用の適正化に向け、その受入れをかかりつけ医が担う仕組みの構築が必要である。そのため、医師はもとより医療関係者の多職種連携、医療・介護に係るサービス提供者間の連携などを促進すべきである。

また、コロナ禍により、国民の健康への関心が高まったことを好機として、企業や地域等が積極的な連携のもとで人々の健康増進やヘルスリテラシー向上に向けた取組みを進めることが重要であり、そのための支援拡充が求められる。こうしたことを含め、健康経営や人々の健康増進の取組みが、健全な社会保障制度の維持・確保につながるということについて、国を挙げて啓発強化すべきである。

## **(1) 「かかりつけ医」の制度化、医療機関間の機能分化・連携を**

国民皆保険制度と同様、国民の医療に対する「安心」の源であるフリーアクセスについて、その重要性は変わらない一方、大病院への軽症・不急外来患者の集中、頻回受診といった弊害を指摘する声がある。緊急事態等必要な時に必要な医療にアクセスできるメリットを残しつつ、医療機関間の機能・役割の分化と連携、かかりつけ医の制度化・活用により、医療提供体制や保険財政に今以上の負荷がかからない形での「安心」な医療提供体制を新たに確立すべきである。

このため、外来医療について、かかりつけ医を起点とするあり方への見直しが求められる。まずは、本年4月に施行された「外来機能報告」に基づいて明確化される、地域で基幹的に外来を担う「紹介受診重点医療機関」と、かかりつけ医の間の連携が確実に行われることを期待する。かかりつけ医については、多領域にわたる疾患に対処できる能力を持つ「総合診療専門医」の育成強化を進めつつ、複数医師の連携や多職種連携など既存の医療関係者の有効活用により家庭医・かかりつけ医機能が発揮される仕組みの構築等を検討すべきである。国民が複数・多数の疾患を持つ場合でも、医療機関側でこうした連携が行われていれば、安心感のなかで適切かつ効率的な受診行動が可能となる。そのためにも、健康・医療に係るデータ共有やオンライン診療等を可能とする医療DXの実装が不可欠である。

また、急性期病院からリハビリ用の回復期病院へと病床数を均す政策的誘導や、大病院・中小病院（診療所）・在宅医療・介護サービスなどの有機的連携が可能となる「サービス提供者間ネットワーク」の構築により、全体最適な地域医療を実現すべきである。

## **(2) 具体的メリットを提示しての健康経営の普及促進を**

健康経営に取り組む企業は、比較的、離職率が低く、仕事のパフォーマンスが向上した従業員が多い、といった状況を示すデータがあり、健康経営開始後に業績が向上する傾向も見えてきた。

他方、大企業のみならず中小企業経営者においても健康経営の認知度は上がってきているものの、意味や内容を理解している経営者の割合は依然として低い水準に留まっているとの調査結果もある。

商工会議所として、健康経営の普及啓発を積極的に進めているところであるが、現場からは、健康経営推進の具体的効果についての情報不足とメリット拡大を課題として指摘する声が多く聞かれる。健康経営が、人材確保、組織活性化、業績向上にも資するという情報の「見える化」の強化に加え、金融機関の融資や

自治体の入札におけるインセンティブ措置のさらなる拡充等が重要である。

### **(3) 地域活性化にもつなげる健康増進策の強力な推進を**

コロナ禍の広がりを経て、国民の間に健康への関心が高まり、健康志向の活動も増えている。これを好機と捉え、食や自然、温泉といった地域資源活用と健康づくりを組み合わせたヘルスツーリズムやスポーツツーリズムなどが各地で広がり始めた。交流人口拡大、地域活性化を促進する手段として期待でき、自治体や経済界としても取り組みやすいテーマである。

すでに、下松商工会議所（山口県）の「アイランド・トレイル」、蒲郡商工会議所（愛知県）の「蒲郡 de 健康」など、各地商工会議所において取り組みが積極的に展開されている。このような動きを全国へ拡大することが重要であり、観光振興などと組み合わせた支援施策の連携・拡充により強力に推進すべきである。

### **(4) ヘルスリテラシー向上のための情報開示を**

健康長寿社会の実現と医療・介護保険財政健全化に向けては、前述のPHRによる適切な情報把握やセルフメディケーションの実践が可能となるよう、個々人におけるヘルスリテラシー向上が重要である。具体的には、蓄積されたデータに基づく自身の健康状態チェック、医療機関受診の必要性、自身の症状や状態に合う医療機関の選択などに関する知識・判断が求められる。

そうした受診行動の判断に必要な各種情報は、公的医療保険の保険者が集約しているはずのものである。（特定）健診結果やレセプトなどを分析し、被保険者が行うべき受診や再検査の勧奨のほか、被保険者の状態に合った適切な医療機関に関する情報の提供といった取り組みに対してインセンティブを付与するなど、国による後押しが重要である。

以上