

今後の医療・介護制度改革に向けて

2021年10月12日
一般社団法人 日本経済団体連合会

1. さらなる社会保障制度改革の必要性

新型コロナウイルス感染症の拡大が、医療・介護の提供体制に大きな影響を及ぼしている。想定を超える事態の中で、医療・介護従事者をはじめとする関係者の尽力による対応が続けられている。今般の感染症の経験を踏まえ、緊急時の医療提供体制の構築をはじめとする新たな課題への対応を急ぐ必要がある。

一方で、わが国の人口構造を踏まえた社会保障制度改革も待ったなしであり、その歩みを止めてはならない。すでにコロナ禍以前より、少子高齢化が進む中、制度の持続可能性の確保が課題とされており、その対応に向けた取り組みが行われてきた。「社会保障と税の一体改革」¹を通じた制度の充実や安定財源の確保、団塊の世代が75歳以上となり始める2022年を念頭に置いた「全世代型社会保障改革」²など累次の改革である。

漸次、改革は進展してきているものの、世界に類を見ない高齢化の進行などを背景に、今後も医療・介護に要する給付の増加傾向は継続する。2018年に実施された政府推計³では、さらなる高齢化⁴などにより、医療・介護給付費は、2040年に向けて経済成長を上回るペースで増加する見通しとなっている（図表1参照）。人口動態の変化という構造的な要因に伴うこうした趨勢は、上記改革を経ても、あるいはコロナ禍を受けても変わるものではない⁵。

¹ 2013年12月にプログラム法である持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）が成立し、その後順次改革を実施。

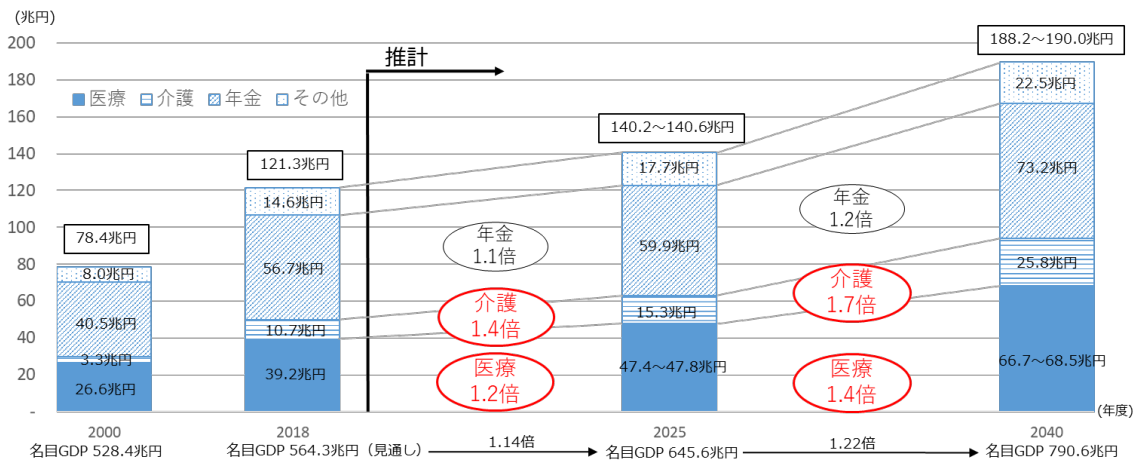
² 2021年通常国会において関連法が成立。

³ 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（議論の素材）」（計画ベース、経済ベースラインケース）（2018年5月）。

⁴ 2040年頃に65歳以上人口がピークに達し、生産年齢人口は2040年以降も一貫して減少する見込み。

⁵ 全世代型社会保障改革の一環である後期高齢者の窓口負担割合の2割への引き上げに伴う給付費削減効果は、1,880億円（2022年度満額ベース）。

【図表 1 社会保障給付費の推移と見通し（2018年時点の推計）】



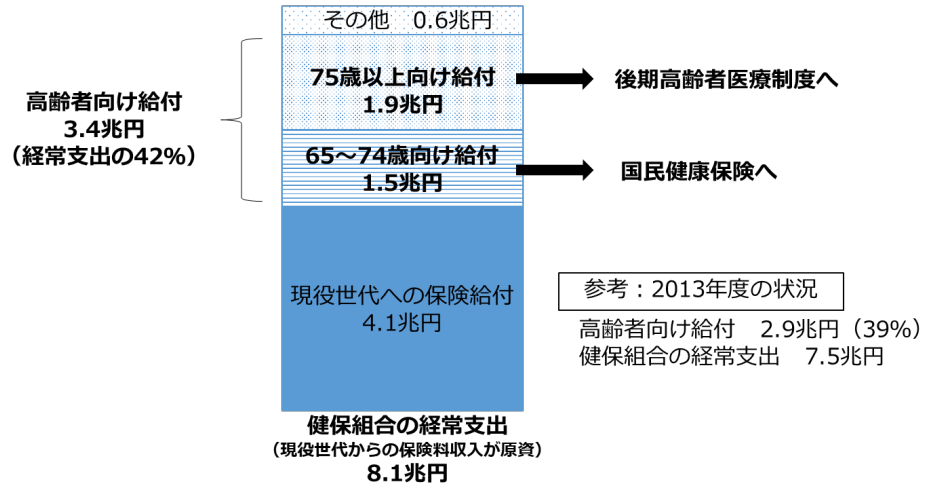
2016年度版)、内閣府「四半期別GDP速報」、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（計画ベース、経済ベースラインケース）（2018年5月）より作成。

この状況を、制度の支え手の視点から概観すると、高齢者の医療・介護給付費の増加は現役世代が負担する保険料の伸びにもつながる構図⁶となっていることが特徴となっている。こうした中で、例えば、医療については、現役世代からの保険料収入のうち約4割が、高齢者向けの給付に充てられている（図表2参照）。

社会保障制度は、国民一人一人が社会経済活動に安心して参画するための基盤であり、経済成長や企業活動に欠かせない社会的共通資本である。こうした観点から、限られた資源を適切に配分するとともに、皆で負担を分かち合っていかなければならない。しかし、医療や介護サービスの提供に際し、資源の活用に非効率性があったり、給付や負担のあり方に過度のアンバランスが生ずることは、制度に対する信頼感や持続可能性の低下につながる。実際、現役世代の保険料負担の増加は可処分所得拡大の足かせとなっており（図表3参照）、制度に対する将来不安も相まって、国内経済の柱となる消費活動にも少なからず影響を与えている。

⁶ なお、後期高齢者医療制度では給付費の約4割、介護保険制度では給付費の約3割に現役世代の保険料が充当。

【図表2 現役世代の保険料収入の使途（2018年度、組合健保、医療）】



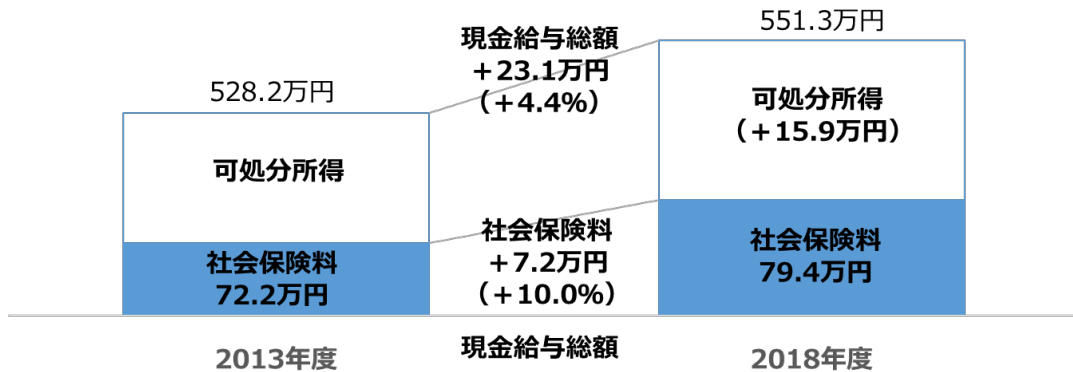
3.5兆円 (経常支出の36%)

(注) 「その他」は、保健事業、退職拠出金など。

(出所) 厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」(2021年1月、2015年12月)より作成。

【図表3 現金給与総額と社会保険料負担額の増加分の比較】

- 給与増の1/3が保険料負担増で相殺
- 増加率は社会保険料の方が高い



+7.2万円の内訳は、医療+2.3万円、介護+0.6万円、厚生年金+5.2万円、雇用△1.0万円。

なお、この医療・介護の保険料の伸びは組合健保の保険料率で計算している。そのため、後期高齢者支援金や介護納付金に対する「総報酬割」の影響も含まれる。

厚生年金保険料率は2017年9月以降は将来にわたって18.3%（これを事業主と被保険者で折半）で固定（国民年金保険料も将来にわたって一定額で固定）。

(注) 常用雇用者数30人以上の事業所における一般労働者が対象。現金給与総額は、現金給与総額指数に基準数値（2015年平均値）を乗じて時系列接続が可能になるよう修正値を用いている。医療・介護の保険料は、組合健保の保険料率をもとに計算。

(出所) 厚生労働省「毎月勤労統計調査」、健康保険組合連合会「健保組合決算見込の概要」をもとに作成。

今後、現役世代の減少が一層顕著となっていく中、医療・介護給付費の増加に歯止めがかからなければ、現役世代の保険料負担の一層の増加も避けられず、さらなる可処分所得の低下を招くことになる。同時に、医療・介護給付に対する公費支出⁷も増え、国や地方の財政の一層の悪化にもつながる。総じて、社会保障制度の持続可能性のみならず、わが国の経済成長にも悪影響を与えかねない。

こうした中であっては、社会保障制度の持続可能性の確保に向け、間断なく次なる改革に取り組むことが不可欠である。とりわけ、わが国の今後の社会経済の安定性を踏まえれば、現役世代の負担上昇を抑制する観点から医療・介護制度のさらなる改革に取り組むことが重要であり⁸、この取り組みが、また、社会保障制度の持続可能性にもつながるものと考えられる。

加えて、制度の持続可能性確保の観点からは、財政的な側面のみならず、冒頭でも触れたとおり、現下のコロナ禍における医療提供体制のひっ迫などの経験を踏まえ感染症拡大時にも適切に対応できる医療の体制を整備し、国民の安心感を高めていくことも求められる。この際、感染拡大した際の緊急時の対応の在り方はもちろんのこと⁹、今回の経験を踏まえつつ、パンデミックにも耐えうるよう、従来から指摘されている機能分化の遅れをはじめとしたわが国の医療提供体制の構造的な課題の解消に向けた改革を進めることも重要である。

⁷ 例えば、後期高齢者医療制度では給付費の約5割、介護保険制度では給付費の約5割に公費が充当。

⁸ なお、「骨太方針2021」において、新たに2022～2024年度の社会保障関係費の目安が設定されたが、現役世代の負担増加につながる改革による目安の達成は避けるべき。

⁹ 本年2月の経団連提言「非常事態に対してレジリエントな経済社会の構築に向けてー新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえてー」に記載のとおり、感染拡大時に柔軟に対応できる体制（都道府県・市区町村や公立・私立病院の境を超えた病床の調整など）を予め整備しておくことも重要。

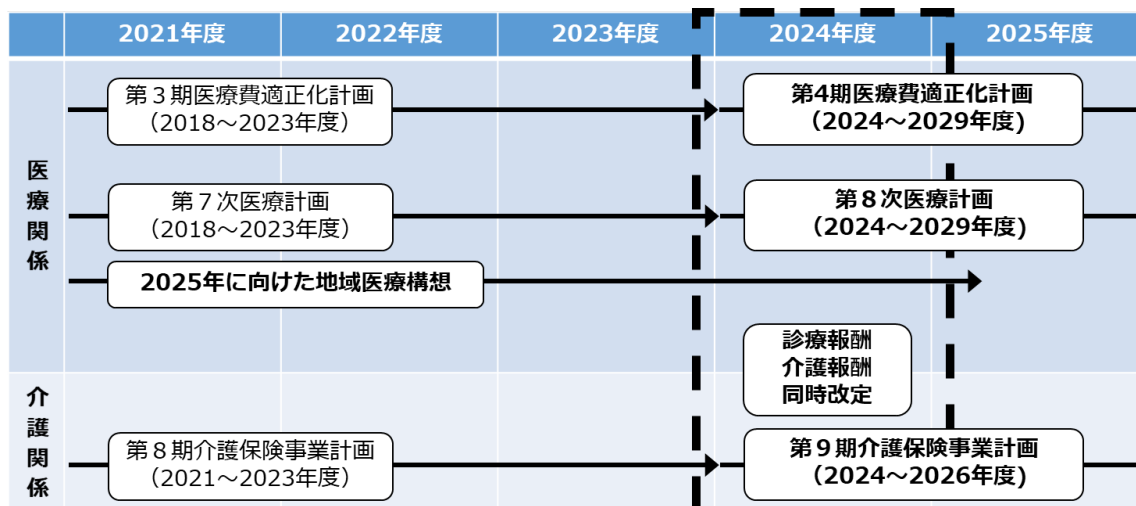
2. 医療・介護制度改革の基本的な考え方

以降では、上述した問題意識を踏まえた次なる制度改革に向けた経団連の大枠の考え方を示す。

(1) 改革の時期

先の全世代型社会保障改革が、団塊の世代が後期高齢者入りする 2022 年を対象としていたところ、今後は当該世代のすべてが 75 歳以上となる 2025 年以降への対応を見据え医療・介護の体制を整えていくことが重要となる。こうした中、2024 年度に医療・介護の制度に大きな影響を与える中期的な計画（医療費適正化計画¹⁰、医療計画¹¹、介護保険事業計画¹²など）が新たな始期を迎える（図表 4 参照）。さらなる改革事項は、こうした中期的な計画にもきちんと織り込まれることが重要である。そのため、各種計画の始期である 2024 年度までには後述する改革事項が実行されるよう、必要な検討や対応を図る必要がある。

【図表 4 2021～2025 年度の想定スケジュール（医療・介護関係）】



¹⁰ 住民の健康増進や医療費の適正化を進めるための6年を1期とする都道府県の計画。

¹¹ 医療提供体制の確保を図るための6年を1期とする都道府県の計画。

¹² 介護サービス量や保険料にかかわる3年を1期とする自治体の計画。

(2) 改革の方向性

経団連は2019年11月に提言「経済成長・財政・社会保障の一体改革による安心の確保に向けて」（以下、2019年提言）¹³を公表し、医療・介護制度改革に関する考え方について詳述した。2019年提言以降、例えば、医療では負担面の改革が一部進展している（図表5参照）。経団連として、今後も当該提言で示した考え方は基本的に踏襲し、実現に向け働きかけを行っていく考えであるが、上述の(1)で示した、2024年度を念頭に置いた次期改革において特に優先的に取り組むべきと考えられる事項などを以下①②のとおり改めて整理する。

【図表5 2019年提言の内容と進展状況】

2019年提言の内容 ^{※1}		進展状況
基本的な視点	具体的な改革事項	(○、△、×)
世代間の公平性の確保に向けた負担の見直し	医療：75歳到達後の後期高齢者医療制度の窓口負担のあり方	○ ^{※2}
	医療：後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準のあり方と後期高齢者の保険料の見直し	×
	☆介護：2割負担の対象者拡大	×
	☆介護：ケアマネジメントへの利用者負担の導入	×
	医療・介護：負担水準の判定に保有資産を勘案するための基盤整備	×
人口減少や技術進歩を踏まえた保険給付のあり方の見直し	医療：受診時定額負担の導入	△ ^{※3}
	医療：医薬品の保険給付のあり方	×
	☆介護：要介護1、2の生活援助サービスの地域支援事業への移行	×
医療・介護費用の適正化に向けた取り組み	☆医療・介護サービス提供体制の効率化に向けた取り組み	△ ^{※4}
	☆医療・介護費の適正化施策の推進	△ ^{※5}
	医療情報等の連携・共有や医療・介護データの活用の推進	△ ^{※6}

(注)「○」は実現、「△」は一部進展、「×」は継続検討。☆の部分は、2.(2)①②で言及している事項。

※1：2019年提言の図表22を引用。

※2：後期高齢者の窓口負担の2割への見直しが2022年度後半に導入予定。

※3：紹介状なしでの大病院受診時定額負担の拡充が決定。

※4：介護の生産性向上策（テクノロジーの活用推進に向けた施策展開、行政文書の簡素化など）が進展。

※5：後発医薬品について、2020年9月の使用割合80%目標の着実な達成を主張したところ、2020年9月時点で78.3%まで到達。

※6：2021年10月からオンライン資格確認等システムの本格運用が開始予定。介護については、2021年度から高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集する科学的介護情報システム（LIFE）が運用開始。

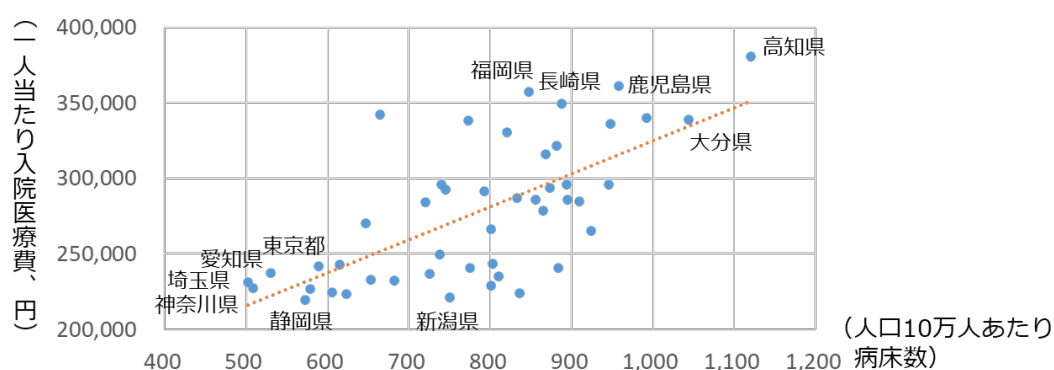
¹³ <https://www.keidanren.or.jp/policy/2019/098.html> の本文の補論参照。

①医療制度改革

医療制度に関しては、上述のとおり「全世代型社会保障改革」において後期高齢者医療制度における負担面の改革に大きな前進が図られたところである。医薬品の保険給付の在り方をはじめ、その他の給付・負担面からの改革についても引き続き検討を進めることは重要と考えるが、同時に、制度の持続可能性を高めるには、高齢化などの進行に伴い増加する医療費について、極力その伸びを抑制していく取り組みが欠かせない¹⁴。そこで、2024年度を見据えた次なる対応においては、特に、医療提供体制の効率化などを含めて医療費そのものの伸びの抑制に優先的に取り組むことが求められる。

例えば、わが国の医療提供体制については、以前から、他の先進国と比べて人口当たりの病床数が多い¹⁵ことや、都道府県ごとの病床数の多寡に起因する入院医療費の地域差の課題（図表6参照）などが指摘されている。こうした状況を是正することに加え、限りある医療資源を有効に活用する観点から、高齢化などの人口動態の変化を踏まえて、医療機能もこれに応じた体制へと最適化していくことが不可欠である。

【図表6 入院医療費(年齢調整後)と病床数の関係】



(注) 入院医療費は一人当たり(市町村国民健康保険+後期高齢者医療制度の合計)。なお、国民医療費全体でも上記傾向に変化はないが、都道府県ごとの入院医療費の差額は縮小)。病床数は人口10万人あたりの一般病床数(病院)。(出所) 厚生労働省「平成30年度医療費の地域差分析」、「平成30年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」より作成。

¹⁴ 医療費(医療給付費+自己負担額)の伸びの抑制は、保険料等の負担や自己負担額の伸びの抑制につながる。

¹⁵ 日本はOECDの37か国の中で、人口当たり病床数が最も多い(OECD「Health Statistics」)。

現在、各都道府県は、医療費適正化計画や、2025年に向けた地域医療構想¹⁶を含む医療計画のもとで、医療費の適正化や効率的な医療提供体制の構築に取り組んでいる。こうした取り組みを、医療費の伸びの抑制に対してより実効が上がるものとするために、都道府県の主体的な取り組みを促していくことが欠かせない。このためには、医療費に関する目標の提示や提供体制整備の達成状況の公表、取り組みの進捗状況のレビュー強化、進捗が遅れる場合の都道府県の責務の明確化をはじめ、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2021」（2021年6月）などで掲げられた事項¹⁷の着実な実現が求められる。併せて、外来医療に関しても、重点化・効率化に資する方策を推進するとともに、国民が安心できる環境整備のために、かかりつけ医機能の推進策について、制度化も含め、対応を検討することが課題である¹⁸。また、医療費の適正化に向けては、提供体制の在り方のみにとどまらず、患者側の受診行動にも起因する要素も少なからずあることに留意することも必要である。

加えて、こうした取り組みを進めるにあたり、前述したとおり、次なるパンデミックにも対応できる体制を考慮することも重要である。従来からの構造的な課題として、わが国では医療機関の林立¹⁹が医療資源の分散を招き²⁰、その

¹⁶ 各都道府県が、2025年時点の必要病床数を機能別に明らかにし、現在の病床数とのギャップを解消するために、地域の実情に応じて、急性期病床の削減や回復期病床の充実など病床の機能分化・連携を推進。

¹⁷ 医療費適正化計画では、医療費の見込みの精緻化、目標として代替可能であることの明確化、医療費が見込みを上回る場合の都道府県の役割や責務の明確化、「医療の効率的な提供の推進」に係る目標及び「病床の機能の分化及び連携の推進」の必須事項化など。地域医療構想では、PDCAサイクル強化、地域医療構想調整会議の協議促進に向けた資料・データ提供の協力、提供体制の整備が未達成の場合の都道府県の責務の明確化など。

¹⁸ 骨太方針2021では、「診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進」も記載。この観点からは、2021年通常国会での医療法改正で創設された外来医療機能報告制度をもとに、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化を実効性ある形で実施することも課題。

¹⁹ 日本はOECDの35か国の中で、人口当たり病院数が3番目に多く、米国（26番目）の約3.5倍（2018年）、英国（16番目）の2.3倍（2018年）（OECD「Health Statistics」）。

²⁰ 社会保障審議会医療部会資料（2019年4月24日）では、都市部での類似の医療機能を持つ医療機関が林立し、医療資源の活用が非効率になっていることを指摘。また、経済財政諮問会議の民間議員資料（2021年4月26日）では、医療従事者が広く分散していることを指摘。

結果として施設ごとの救急医療体制に脆弱性をもたらしているなどの弊害が指摘されている²¹。こうした状況は、平時において効率的・効果的かつ安心な医療提供を妨げるばかりだけではなく、足元のコロナ対応において、重症者の受入れ等の対応における障害の一つとなっていると考えられる。まず、足元のコロナも含めて、地域差なく全国的なまん延が確認されるような感染症への対応にあたっては、国と地方公共団体が連携して、平時から病床や人材の確保の在り方について協議・準備し、有事の際にはそれが機能するような法的な措置を講ずるべきである²²。また、今後、医療計画などの見直しに際し、地域内の医療機関間の医療機能の分化と連携を図りつつ、分散する医療資源を集約化するための有効な方法について検討することは、感染症対応の観点からも安心な医療提供を実現する上で有効である。

②介護制度改革

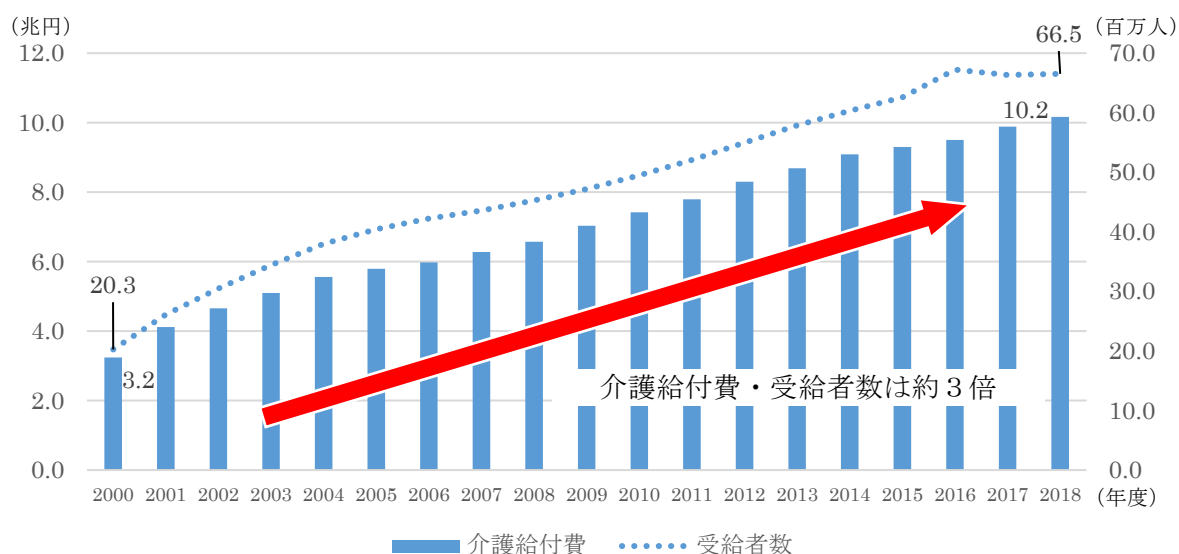
介護保険制度を巡っては創設から約20年を経過し、この間、要介護・要支援の介護保険サービスの介護給付費と受給者数は増加の一途を辿っている。いずれも制度創設当初と比較して約3倍(図表7参照)となっており、この増加に伴い健康保険組合が負担している介護納付金も、約3倍²³に増加している。

²¹ 経済財政諮問会議資料(2021年4月26日)では、救急医療体制について、資源が分散し体制が弱いと指摘。また、一橋大学の高久玲音准教授は日本経済新聞「やさしい経済学」(2021年5月19日)において、平時の医療においても医療機能の分化や患者の集中がなされていない例として、高額な医療機器を持つ中小病院の多くが低い稼働率に悩んでいること、医師の技能研さんの面での問題、高機能病院における看護師不足を指摘。

²² 本年9月に公表した経団連提言「With コロナにおける社会経済活動の活性化に向けた提言ー重症化率等を抑えながら社会経済活動の再開へー」では、地域差なく全国的なまん延が確認されるような感染症への対応は、通常医療とのバランスも踏まえつつ、国が、医療機関や各地方自治体に対し、病床調整・入院調整等に関する直接的な強い指示ができるよう、抜本的な制度改革を将来的に検討すべきことに言及。

²³ 介護納付金については、2000年3,135億円から2018年の8,642億円に推移(厚生労働省「第2号被保険者にかかる介護保険料について」)。

【図表7 介護給付費・受給者数の推移】

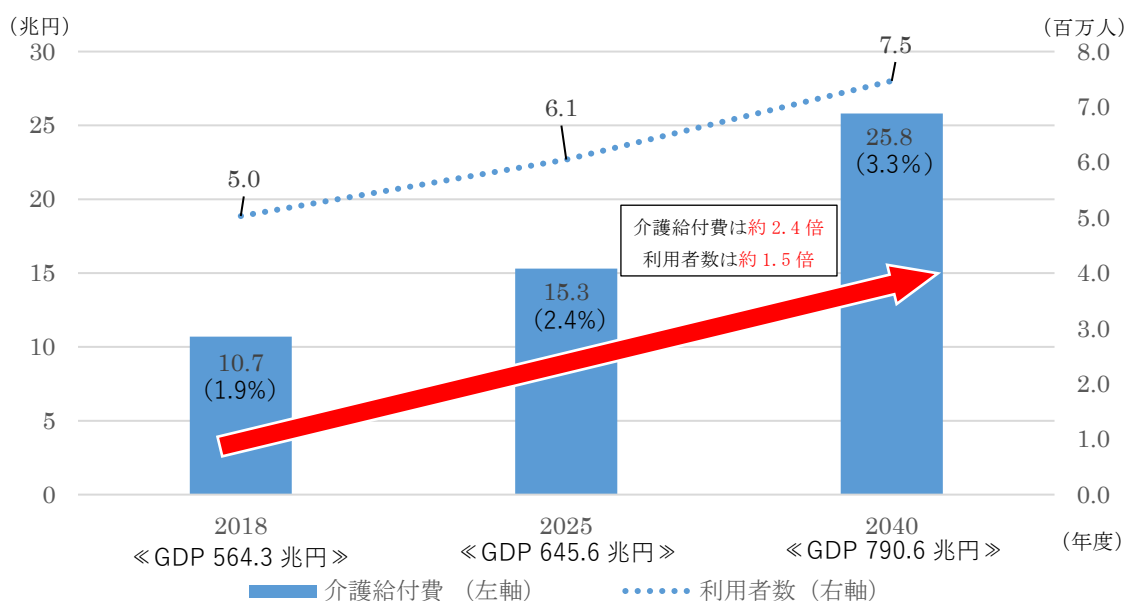


(注) 介護給付費、受給者数は、2000年から2018年までのそれぞれ年間実績。介護給付費は、保険給付費と地域支援事業費の合計で、介護保険に係る事務コストや人件費、利用者負担は含まない。受給者数には、介護予防・日常生活支援総合事業の利用者数を含まない。

(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(2000-2018年)、厚生労働省「第2号被保険者にかかる介護保険料について」(2020年)より作成。

今後、団塊の世代が、介護サービスに対する需要が高まる年齢に到達するにつれ、介護給付費のさらなる増加が想定される。前述した政府推計では2018年から2040年にかけて、利用者数は約1.5倍になることが見込まれている。介護給付費も約2.4倍になると推計されており、医療給付費の伸びを上回って介護給付費が増加するとされている(図表8参照)。保険料負担も増加することは確実であり、特に今後、制度の支え手である現役世代が減少していくことから、個々人の負担の増加は一層顕著になる。

【図表 8 介護給付費・利用者数の推移（政府推計）】



(注) 介護給付費については、保険給付費と地域支援事業費の合算。()内は対 GDP 比。「介護給付費は約 2.4 倍、利用者数は約 1.5 倍」とあるのは、2018 年度から 2040 年度にかけての伸び。

(出所) 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（議論の素材）」（計画ベース、経済ベースラインケース）（2018 年 5 月）より作成。

現役世代の負担の増加を抑制しつつ、制度の持続可能性を確保していく上では、こうした状況を放置することなく早急に対応することが求められる。先行する医療制度における取り組みに続き、介護分野においても、前回の制度改正の議論で引き続きの検討課題²⁴とされた利用者負担のあり方や、給付範囲に関する見直しを 2024 年度から始まる第 9 期介護保険事業計画で確実に実現することが求められる。

具体的には、経団連の 2019 年提言では「利用者負担²⁵ 2 割の対象者拡大」、「ケアマネジメント²⁶への利用者負担の導入」、「要介護 1、2 の利用者にお

²⁴ 2019 年 12 月 27 日社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」。

²⁵ 介護保険制度の利用者負担は、所得に応じて 1 割、2 割、3 割と 3 段階で設定されており、利用者の 90%強が 1 割負担となっている（2020 年厚生労働省介護保険事業状況報告）。

²⁶ ケアマネジメント（居宅介護支援）は、介護サービスを利用する者の要介護状態や生活状況を把握した上で、様々な介護サービスを組み合わせてケアプランの作成等を行う。

る訪問介護の生活援助サービスの地域支援事業²⁷への移行」といった点を実現すべき改革事項として掲げている。

なお、上記改革に加えて、質の高い介護サービスを安定的に提供するためには、介護現場の生産性向上に向けた取り組みの継続が不可欠である。特に介護ロボットやICTなどのテクノロジーの活用促進が有効であり、そのための施策を強力に展開していくことが求められる。安全性や提供されるサービスの質の担保などを前提に、引き続き人員配置の在り方などを含めたさらなる介護現場の生産性向上の方策について、検討していくべきである²⁸。

3. 制度の持続可能性確保に向けて

以上のとおり本提言では、医療・介護制度について次なる改革を2024年度までに確実に実行することの必要性と、その際の大枠の方向性を述べてきた。改革実現に向けては検討体制づくりが急がれる。また、今後の制度持続可能性の確保の基盤として、医療・介護データの利活用を一層推進していくことが欠かせない。具体的には以下(1)(2)に取り組むことが求められる。

(1) 制度の基盤としてのデータの利活用の推進

今後はあらゆる観点から制度の重要な基盤となるのがデータの利活用である。

²⁷ 地域支援事業では、保険給付と異なり、全国一律の基準ではなく、地域の実情に応じ、多様な主体による柔軟な取り組みにより、効果的・効率的にサービスを提供することが可能となることが想定される。要支援1、2向けの訪問介護・通所介護が地域支援事業の一部である介護予防・日常生活支援総合事業に移行された際には、住民主体の支えあいの仕組みや、地域の民間企業と行政の連携による取り組み等を通じ成果を上げている事例もある。

²⁸ 令和3年度の介護報酬改定では、見守り機器などを導入した場合の人員配置基準や夜勤職員配置加算の見直しが行われた。この見直しを踏まえ、「実際にケアの質や職員の負担にどのような影響があったのか等を把握・検証するとともに、実証データの収集に努めながら、介護サービスの質や職員の負担に配慮しつつ、必要な対応や更なる介護現場の生産性向上の方策を検討すること」が、引き続きの課題とされている（『令和3年度介護報酬改定に関する審議報告』（2020年12月23日）社会保障審議会介護給付費分科会）。

現在政府が進めているデータヘルス改革（オンライン資格確認等システム²⁹を通じた健診・レセプト情報の利活用、科学的介護情報システム（LIFE）³⁰を活用した自立支援・重症化防止など）の着実な進展が欠かせない³¹。こうした取り組みは、医療費の適正化（リアルタイムでの診療・薬剤情報の把握による重複受診・投薬の是正）や、各種分析を通じたより質の高いケアの提供、効果的な政策の立案などにつながることも期待される。

また、効率的・効果的かつ安心な医療提供体制を確保するためには、今後、医療提供に関する情報を関係者が一層共有・活用していくことも求められる³²。例えば、地域医療構想の実現に向けては、骨太方針2021でも示されているとおり、地域の関係者間の議論が促進されるよう、医療機関等に関する詳細な資料やデータを含む一層の情報の共有が求められる。また、今般のコロナ禍でも課題となったように、特に医療逼迫時の患者の安定的な受け入れなどに向け、医療機関に関する各種情報のリアルタイムでの把握・共有・活用を一層円滑化する仕組みの構築を急ぐ必要がある^{33,34,35}。

²⁹ ①マイナンバーカードの健康保険証利用と②システム上で健康・医療情報を患者や全国の医療機関・薬局が確認できるようにすることを目的に2021年10月に本格運用が開始し、今後、閲覧可能な情報が増えていく予定。

³⁰ 高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集するため、2021年度から導入。

³¹ 経団連提言「Society 5.0時代のヘルスケアⅡ」（2020年7月）では、「PHR（パーソナルヘルスレコード）の仕組みを用いて、個人のライフコースデータを蓄積し、個人による閲覧や、医療機関との共有を可能とすることで、個人が自身の健康をデザインできるようになる」としている。

³² 経団連提言「Society 5.0時代のヘルスケアⅡ」（2020年7月）では、「医療介護従事者が、オンライン診療やAI診断支援等のデジタル技術を活用するとともに、医療介護施設のデジタル化を進めることで、個人と医療機関、介護事業所のインタラクティブな連携が可能となり、治療効果を維持・向上させつつ、医療介護従事者の負荷を減らし、レジリエント（強靱）、かつ持続的な医療介護提供体制が実現する」としている。

³³ 骨太方針2021では「G-MISにより、重症度別の空床状況や人工呼吸器等の保有・稼働状況、人材募集状況等を一元的に把握し、迅速な患者の受入調整等に活用するほか、地域別や機能別、開設種別の病床稼働率など医療提供体制の進捗管理・見える化を徹底」などの言及がある。

³⁴ また、経団連提言「Society 5.0時代のヘルスケアⅡ」（2020年7月）では、G-MIS等について「COVID-19の今後の感染拡大や、将来の新たな感染症対策への活用を期待する」としている。

³⁵ こうした情報の一層の利活用は、平時における救急医療体制の確保につながることも期待される。

介護分野についても、前述のとおり政府のデータヘルス改革における各種取り組み³⁶の着実な進展や、LIFEの活用のほか、例えば、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための『地域包括ケア「見える化」システム』の一層の活用なども期待される。

こうしたデータの利活用の推進に際し、政府には、医療機関や介護事業所のICT化支援³⁷を進めると同時に、上述したようなメリットをわかりやすく示し、国民や関係者の一層の理解醸成に今後も取り組んでいくことに期待をする。

(2) 改革推進に向けた効果的な検討体制づくり

社会保障制度は、全ての国民の健康・幸福を支えることで、国の発展に関わる制度である。個別テーマごとの調整に終始することなく、人口減少下における「国のあり方」を展望した分野横断的な検討が求められる。これまでの「社会保障と税の一体改革」は、党派を超えて改革の工程を決めるなど、10年がかりで進められてきた。この過程では首相官邸に設置された「社会保障制度改革国民会議」³⁸、「全世代型社会保障検討会議」³⁹など⁴⁰のような分野横断的な検討の場や「社会保障制度改革推進本部」⁴¹のような機関が改革を推進してきた側面が大きい。そこで、2022年1月に設置期限を迎える同本部を後継する、改革の推進役となる機関を設置することや、多面的に検討を行う会議を設けることが重要である。これらの機関や組織が他の政府関係会合（関係審議会等）とも連携するとともに、国民的な議論も交えながら、全世代型の社会保障に向けた改革をさらに進めるべく、まずは、本提言で述べてきた2024年度に向け早急に

³⁶ データヘルス計画では、例えば「介護事業所間における介護情報の共有並びに介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化」などの項目が掲げられている。

³⁷ 現在、政府は、地域医療介護総合確保基金や医療情報化支援基金などを通じて支援。

³⁸ 2012年11月～2013年8月の期間に設置。2013年8月に報告書を取りまとめ。

³⁹ 2019年9月～2020年12月の期間に設置。2020年12月に改革の基本方針を取りまとめ。

⁴⁰ そのほか、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）に基づいて設置された「社会保障制度改革推進会議」などが存在。

⁴¹ 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）に基づき首相官邸に設置。関係閣僚により構成（本部長は内閣総理大臣）。

結論が求められる事項への対応を進め、骨太方針 2022 など政府の重要方針に反映させることが求められる。さらに、中長期視点で「ポスト社会保障と税の一体改革」について腰を据えて検討することが求められる。検討にあたっては、明確な検討スケジュールを掲げて改革を着実に進めていくべきである。

本提言を踏まえて、制度の持続可能性の確保に向けた次の改革議論が早期に進展することを期待するとともに、経団連としても、昨年 11 月に公表した「。新成長戦略」⁴²で掲げた「サステイナブルな資本主義」に資する社会保障制度のあり方について、引き続き検討を行い、政府・与党に働きかけていく。

以 上

⁴² <https://www.keidanren.or.jp/policy/2020/108.html>