



わが国の医療制度の持続可能性を高める

破綻による国民の痛みを回避するために

2015年4月21日

公益社団法人 経済同友会

わが国の医療制度の持続可能性を高める
破綻による国民の痛みを回避するために
提言要旨

医療制度を持続可能にする3つの前提

- (1) 医療財政の健全化 - 給付と負担の世代間格差を是正
- (2) 受益と負担のバランスの確保 - 単なる給付の切り下げにはしない
- (3) 成長産業化 - 経済成長と効率化を実現

早急に取り組みを開始すべき。

提言

提言1：国民の理解を促進する

- ・セルフメディケーションに取り組む
- ・国民の真剣な議論を喚起する

「痛みを伴う」改革
の必要性を理解

提言2：給付と負担を抜本的に見直す

- ・給付を見直す 後発医薬品の利用促進など
- ・負担を見直す 高齢者も所得に応じて負担
- ・医療の財政健全性を確保する ストックに注目
- ・医療提供体制の改革を進める 地域完結型にする

給付減と負担増で
公費の削減

提言3：公的医療保険のあり方を見直す

- ・モラルハザードを防止する チェックの徹底
- ・混合診療を解禁する 医療の高度化・産業

信頼確保と医療の高
度化・産業化の進展

提言4：保険者としての権能を強化する

- ・権能を強化する 費用抑制のメカニズムとして
- ・高齢者向けの支出金を見直す 負担構造の見直し
- ・既存の情報を統合して活用する 権能強化の第一歩

保険者の力で
改革を進展

提言5：医療サービスの効率化とイノベーションを
促進する

- ・利便性の高い地域包括ケアシステムを構築する
- ・総合診療専門医（かかりつけ医）を普及させる
- ・ICTの利活用を促進する

将来の制度の構築に
向けた基盤整備

おわりに

- ・プライマリーバランス黒字化達成年の2020年、および段階世代が後期高齢者となる2025年を目標にする。
- ・終末期医療についての国民的な議論を開始する。

目 次

．はじめに	1
1．現状認識	1
2．本提言のスコープ	5
．課題解決の方向性	6
1．改革に向けた課題	6
2．医療制度を持続可能にする3つの前提	
- 医療財政の健全化・受益と負担のバランスの確保・成長産業化	8
．提言	10
提言1：国民の理解を促進する	10
提言2：給付と負担を抜本的に見直す	11
提言3：公的医療保険のあり方を見直す	14
提言4：保険者としての権能を強化する	15
提言5：医療サービスの効率化とイノベーションを促進する	16
．おわりに	19
1．医療制度改革の進め方	19
2．重要関連事項について	21
．巻末資料編	23
委員名簿	26

はじめに

1. 現状認識

(1) 社会保障・税一体改革の進展

わが国の社会保障制度の持続可能性が問われるようになって久しい。その中で、2012年に与野党が、社会保障・税一体改革について、社会保障の充実・安定化と合わせ、消費税による安定財源確保（全額社会保障目的税化）と財政健全化（税率の引き上げ）に合意したことは画期的なものであった。現在は、「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」（通称はプログラム法）に基づいて国会に関連法案が提出され、その成立を受けた諸施策の実施に向けた対応が行われている。進捗については、社会保障制度国民会議の後継組織である社会保障制度改革推進会議がモニタリングしている。しかし、次に述べるように、この改革を実行したとしても、国民の安心の確保には程遠い状況である。

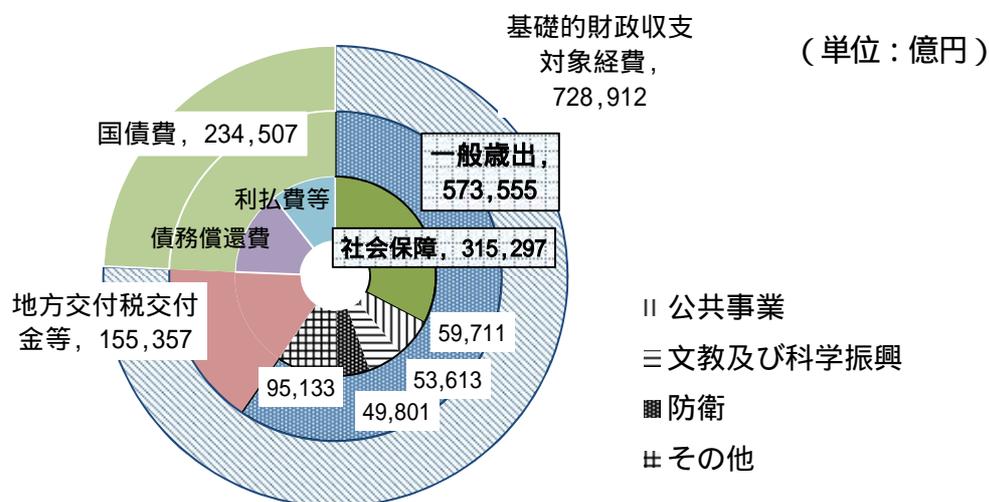
(2) 財政悪化の主要因としての社会保障

政府の「社会保障に係る費用の将来推計（厚生労働省、2012年3月改定）」によれば、社会保障給付の費用は、2015年に119.8兆円、10年後の2025年には148.9兆円になる。超高齢化の進展と合わせ、年平均約3兆円（公費では約1兆円）ペースで増大が続く。これを延伸した場合に、2035年に189.6兆円、2050年には257.1兆円という試算¹もある。2017年に予定通り消費税率を10%に引き上げたとしても、抜本的な抑制策がなければ、財政的に持続不可能であることは、既に明らかである。

2015年度予算案の一般歳出に占める社会保障関係費は55.0%、31兆円を超え、毎年の財政を圧迫し続けてきた（**図表1**、**図表2**）。2014年度当初予算で、わが国の債務は名目GDP比で232%という先進国の中で最悪の水準である。これまでも社会保障関係費の抑制の取り組みは行われたが、それでも自然増が続いている。社会保障関係費の半分を占める年金には、マクロ経済スライドが費用抑制策として備わったが、高齢化に起因する医療・介護費用の増大について、抜本的な対応は手つかずのままである。

¹ 鈴木亘 学習院大学経済学部教授の試算。

図表1 平成27年度一般会計歳出（96兆3,420億円）の構成



一般歳出における社会保障関係費（31兆5,297億円）の割合：55.0%

一般歳出（57兆3,555億円）は、基礎的財政収支対象経費（72兆8,912億円）から地方交付税交付金等（15兆5,357億円）を除いたもの

出典：財務省

図表2 国の一般歳出に占める社会保障関係費の割合の推移 (単位：億円)

年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費
2015	963,420	573,555 (100%)	315,297 (約55%)
2010	922,992	534,542 (100%)	272,686 (約51%)
2005	821,829	472,829 (100%)	203,808 (約43%)
2000	849,871	480,914 (100%)	167,666 (約35%)
1995	709,871	445,504 (100%)	139,244 (約31%)
1990	662,368	366,731 (100%)	116,148 (約32%)

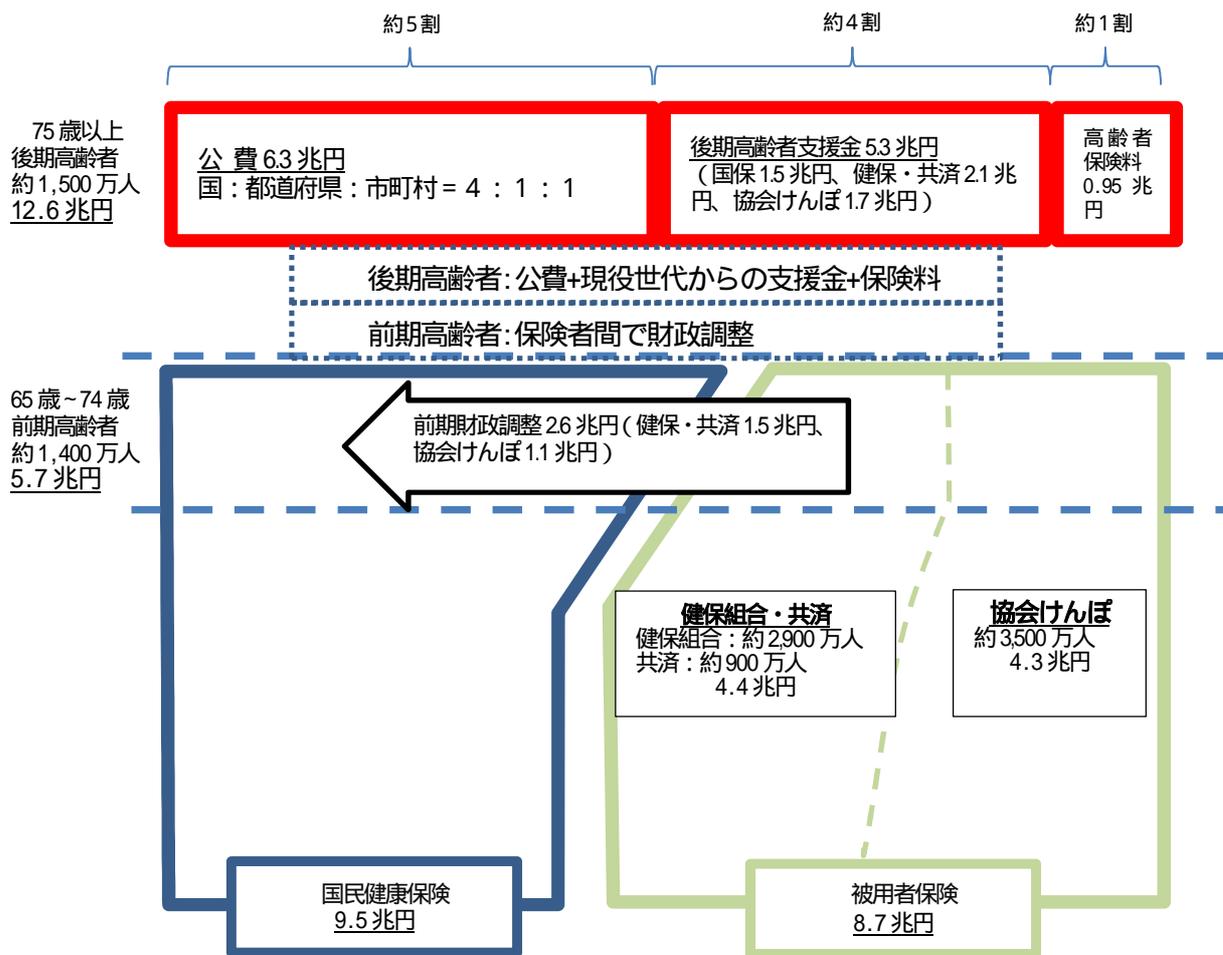
出典：財務省

(3) 負担構造と医療提供体制、産業化への配慮

費用の負担構造に目を向けると、医療費についての負担は現役からの移転を前提とした構造（図表3）となっているため、膨張を続ける高齢世代向けの給付が現役世代に相当な重荷となっている。健保組合では収入の4割が高齢者向けに支出（図表4）されている。国民医療費全体では、65歳以上の医療費が半分以上を占めている（図表5）。これは高齢者一人当たりの医療費が若年層より多額（図表6）であることと、当該年齢層の増加によるものである。働く現役世代への重い負担は、企業の賃上げ努力や、企業の法人実効税率

引き下げの効果を減殺²し、アベノミクスの狙いである「経済の好循環」にも影響を及ぼしかねない。こうした負担構造も含めて、早急に改革が必要である。

図表3 医療保険制度の財政構造（平成24年度）



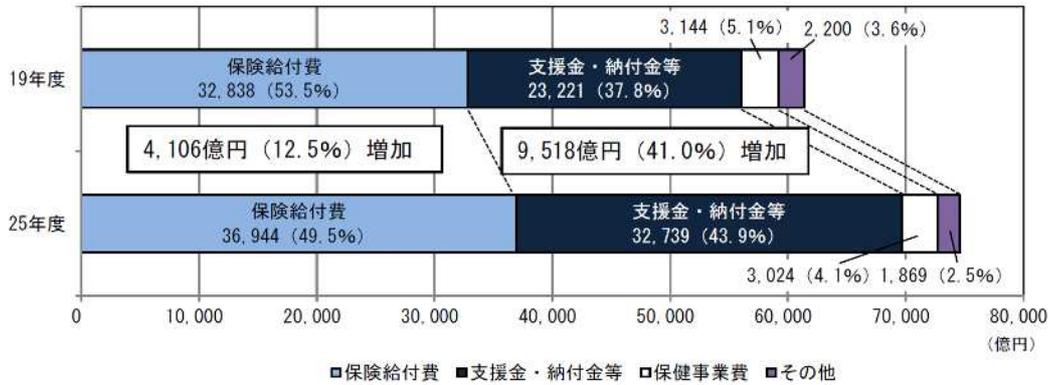
患者負担計 5.7兆円（後期高齢者 1.1兆円、国保 2.1兆円、被用者 2.5兆円）

平成24年度 医療費（ + + + ） 計 36.6兆円（生活保護等の公費負担医療は含まない）

出典：厚生労働省資料より事務局作成

² 高齢者向けの支援金・納付金等を見ると、2013年度で健保組合1,411億円、協会けんぽ2,037億円の前年度比増となっている。仮にこのペースで負担増が進行する場合、法人実効税率の実質減税（2年で4,200億円、2016年度開始予定）をはるかに上回る負担増となる。なお、実際の負担は事業者毎に異なることに注意。

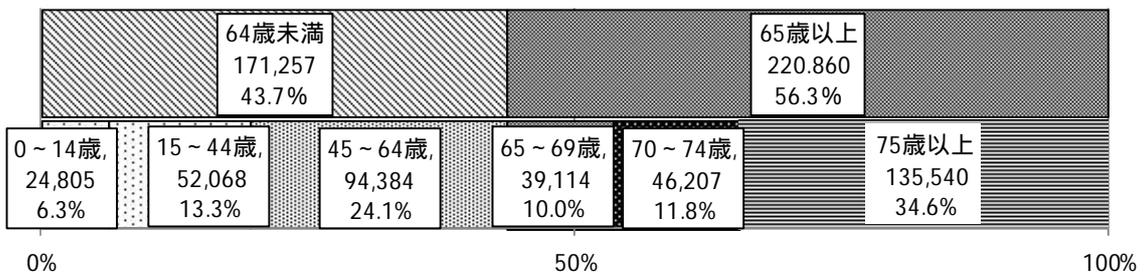
図表4 健康保険組合の経常支出内訳 - 平成19年度と平成25年度比較



出典：健康保険組合連合会

図表5 年齢階級別国民医療費

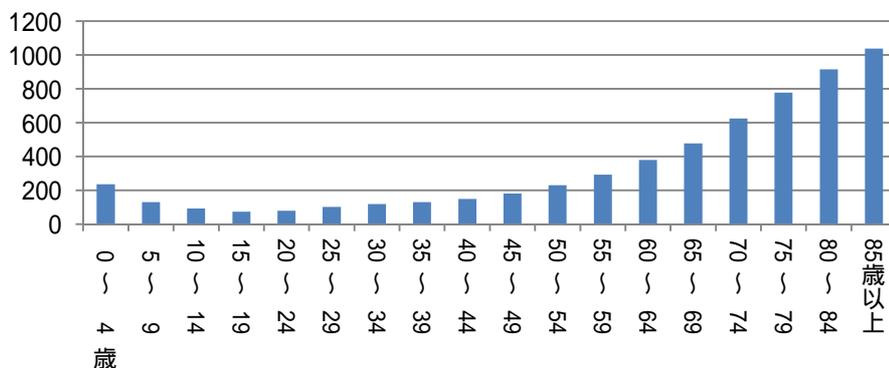
(単位：億円)



出典：厚生労働省 国民医療費（平成24年度）

図表6 年齢階級別の人口一人当たり国民医療費

(単位：千円)



出典：厚生労働省 国民医療費（平成24年度）

他方、医療・健康分野は超高齢化を迎えるわが国において、成長産業として有望視されており、各地で関連産業の集積が立案されている。しかしながら、現状で見ると「岩盤」と呼ばれる各種規制があるなど、産業基盤の弱さは否めない。加えて、長年続いた医療費の抑制傾向が、わが国関連産業の国際競争力（図表7～11、巻末資料編参照）を削いだこととの指摘もある。

財政健全化の観点では、医療費の公費負担の抑制と負担構造の見直しが不可欠であるが、単に一律の抑制・削減を進めるだけでは、医学・医療のイノベーションおよび産業化の阻害要因にもなるため、制度設計や進め方には十分留意する必要がある。

2. 本提言のスコープ

社会保障制度改革国民会議報告書（2013年）を元に、医療・介護サービスの提供体制の制度整備が進んでいることから、本提言では、主に医療を中心に当該分野の持続可能性を高める施策や、その実施に向けた今後の取り組みについて検討する。

将来、医療制度の破綻した場合の国民の痛みを考えれば、給付・負担の両面での改革は待ったなしである。過去の改革は、持続可能性を保障する抜本策とはなり得なかった。国民全体の利益につながる改革を円滑に進めていくためには、制度への信頼性、無駄の徹底排除と効率性の確保などが必要となる。以下では、現在の政府の各種取り組みを考慮に入れつつ、抜本改革の進め方や、個別の項目について論じる。

課題解決の方向性

1. 改革に向けた課題

(1) 抜本改革が遅れる理由

わが国の高齢化はかなり以前から予測され、また実際に世界最高水準の長寿を実現している。同時に、高齢化に伴う社会のコスト増も警告されてきた。高度成長を背景とした寛大な施策が消え、その反対に国民への給付抑制・負担増の施策が次々に打ち出されているが、抜本改革は遅れている。

その理由の一つとして、医療に関するステークホルダーの間で、改革のビジョンを共有できなかったという点を指摘したい。国民の間でも、現役世代と高齢世代では求める改革は異なる。また、同じ医療関係者でも、総合病院と診療所は一枚岩の関係にはない。各保険者も、負担の抑制では一致できても、負担構造に関しては意見が異なる。結果として、これまではステークホルダー間の利害調整が主となる対応が行われた。

わが国だけでなく、多くの国で社会保障改革に関する意見の一致は困難なため、政治的な対応に苦慮した経験を持つ。わが国の場合、国民皆保険によって相対的に低廉で質の高い医療サービスへのフリーアクセスを国民に提供してきた。公的保険制度と合わせて、政府が一元的に医療の需給を管理するという現行の医療システムは、ある意味で完成されたものであるだけに、具体的な改革のイメージを共有することは容易ではない。

(2) 国民の政策決定プロセスへの不満

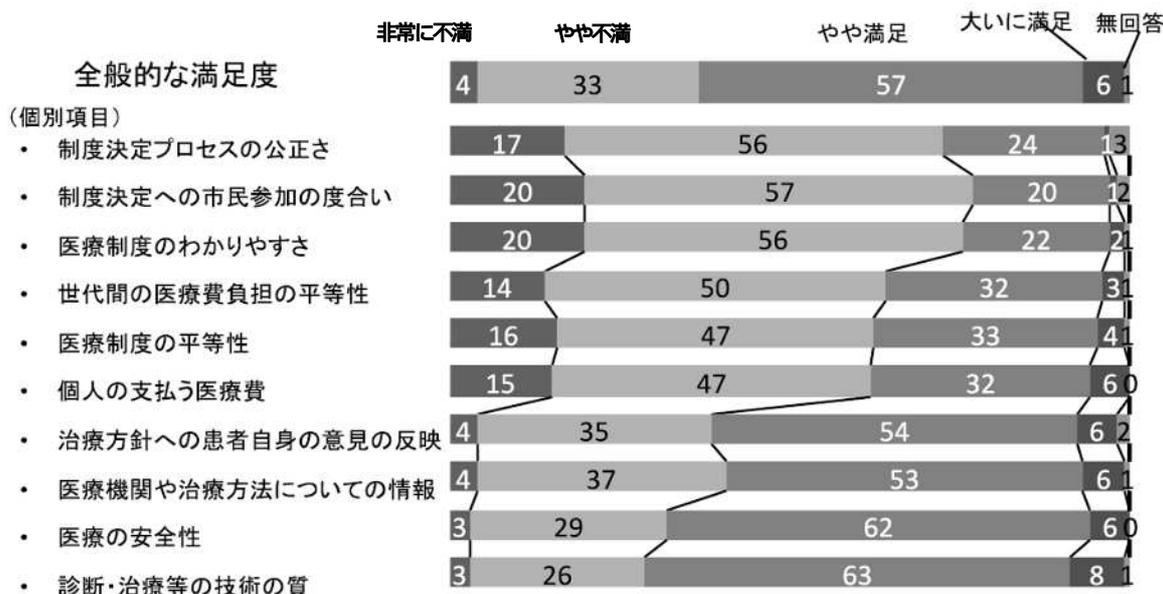
「社会保障制度は国民のもの」といわれながら、医療についての「制度決定プロセスの公正さ」や「制度決定への市民参加の度合い」については、国民の不満が高いという調査結果(図表12)がある。国民は、保険料や税金を納めることで、公共的な資源である医療サービスの提供の他、医学部の教育や公立病院を支えている。それゆえ、負担者である国民目線での議論が必要である。以前より、社会保障の議論に関して、国民の参加を可能とする場を設けることの重要性は指摘³されている。国民は負担増には敏感だが、制度設計まで含めた議論に関与していない。最終的には国民による「どの程度の負担で、どの程度の給付を受けるか」という主体的な判断が不可欠である。現状で、OECD加盟国での国際比較をすると、わが国は「中福祉・低負担」(図表13)といえる。低負担は、財源の裏付けのない財政支出(赤字国債、すなわち将来世代の負担)や、医療関係者へのしわ寄せ(例:

³ 例えば「社会保障改革国民会議最終報告」(2008年11月)。

低賃金や厳しい労働条件)などで実現している。徹底的に効率化を進めた上で、現在の給付水準から大きく低下させないのであれば、「中福祉・中負担」とならざるを得ないが、これにも国民の理解が必須となる。今後の改革を進めていくためには、国民が関心を持てるような、正確でわかりやすい情報提供と啓発、政策の選択肢の提示が不可欠であり、メディアや社会保障教育の役割が大きい。

図表 12 2013 年日本の医療に関する世論調査

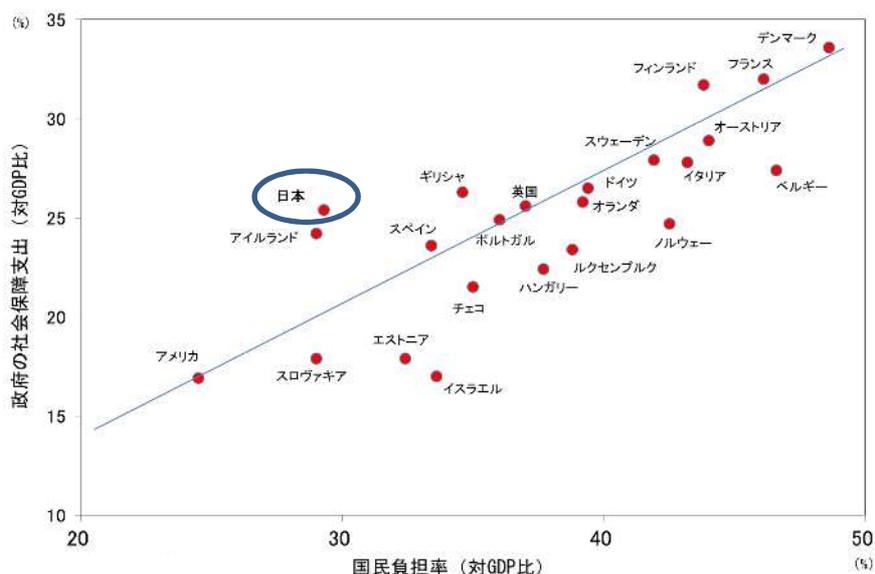
(単位：%)



対象は全国 20 歳以上の男女 1,016 名

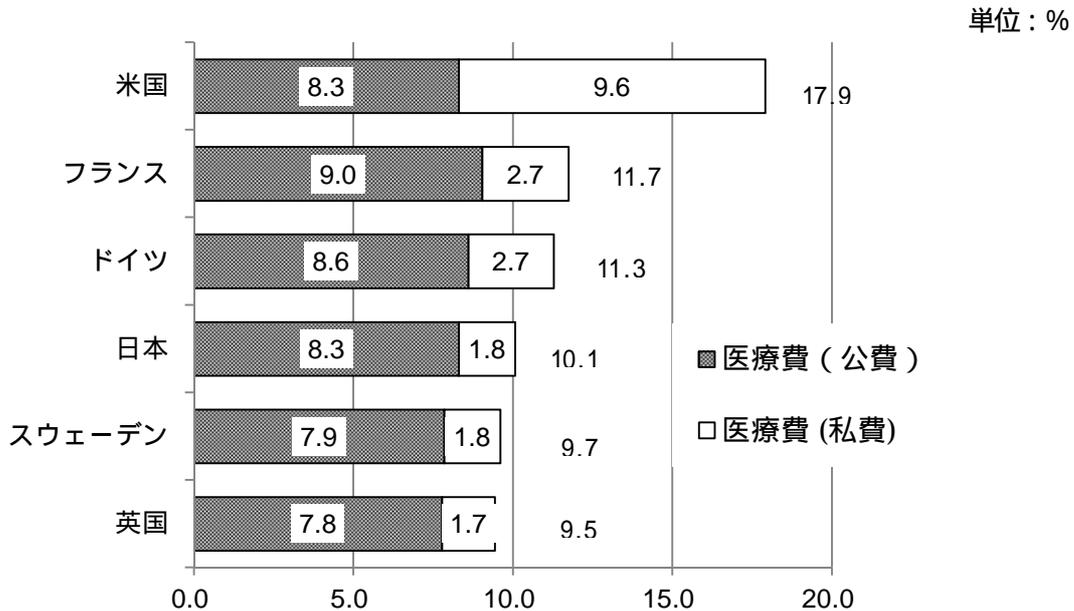
出典：特定非営利活動法人 日本医療政策機構

図表 13 社会保障支出と国民負担率の関係 (2011 年)



出典：財務省

図表 14 主要国の医療費（公的、私的）の対 GDP 比（2012 年）



出典：世界銀行“World Data Index”

2. 医療制度を持続可能にする3つの前提

- 医療財政の健全化・受益と負担のバランスの確保・成長産業化

持続可能な医療制度の構築にあたり、以下の3点を前提として、取るべき改革の方向性を考える。この3点を前提として、従来以上の抜本的な取り組みを進めるためには、入念な配慮が必要となる。

（1）医療財政の健全化 - 給付と負担の世代間格差の是正と共に

先述の通り、増大する高齢世代の給付が現役世代に相当な負担となっており、将来にわたって制度を維持するためには負担構造の見直しが必須である。また、同時に給付の見直しが不可欠である。わが国の社会保障の根幹は国民皆保険であるが、制度維持のために税が相当程度投入されている。社会保障のために全額使われる消費税率について、引き上げ（5%から8%へ、最終的に2017年4月に10%）の目途はついたが、その増収分だけでは、現在でも十分賄えていないし、今後も不足することは間違いない。

（2）受益と負担のバランスの確保 - 単なる給付の切り下げにはしない

負担と対をなす給付のバランスを取ることが必要である。これまでも診療報酬などが随

時見直され、給付の見直しをしてきたが、制度の持続可能性への懸念が払拭されていない。

他方で、国民のための医療制度という観点で見れば、単なる給付の切り下げは国民の厚生を引き下げる。本来、国が提供する社会保障として求められる役割を問い直しつつ、国民の負担に見合う医療の質を一定程度確保していくことで、制度の持続可能性に向けた改革に、国民の理解を得られるようにしていくことが重要となる。

(3) 成長産業化 - 経済成長と効率化を実現

わが国の医療・健康産業の裾野は広く、衣食住の全般にわたる。これらの発展は、わが国の経済成長につながり、パイの拡大によって今後高まる国民の負担の軽減も期待される。

他方「医療は公平・平等に提供すべき」、または「医療は営利を追求してはならない」という根強い考え方があり、医療そのものの産業化についても反発が大きかった。また、医療の効率性を高める規制改革が遅々として進んでこなかった点も、産業化を阻む要因となった。持続可能な医療制度とするためには、成長産業化は必須であり、産業インフラとしての制度設計をすることが不可欠である。

提言

提言 1：国民の理解を促進する

- ・国民が自らの健康に責任を持ち、セルフメディケーションに関心を高める。
- ・「お上（政府）」任せではなく、国民的な議論を喚起し、世論の成熟を図る。

（１）セルフメディケーションに取り組む

医療制度を支えるのは国民自身であり、我々国民が自ら予防や自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てするというセルフメディケーションに関心を持つことが必要である。国民が衣食住を通じて健康管理をしていくことが基本であるが、そうした国民の動きを促す適切なインセンティブ（場合によってはペナルティも検討）の設計を政府が行い、平均寿命と健康寿命の差の短縮を実現することで、公的負担を抑制しつつ、国民自身のクオリティ・オブ・ライフ（Quality of life, QOL）を高めることが必要である。

（２）国民の真剣な議論を喚起する

これまでの医療制度改革論議では、給付と負担というお金の問題は議論されているが、医師の偏在や ICT の利用促進、医療従事者不足など、医療の本質的な議論はおざなりにされてきた。改革を「お上（政府）」任せにせず、まず医療関係者や保険者などのステークホルダーが議論を重ね、合意点や争点を明確化する必要がある。また、広く一般の国民、ジャーナリスト、官僚、政治家等が議論し、国民全般の議論を喚起する必要がある。行政への積極的な国民参加については、民主党政権時の「新しい公共」、および現政権の行政改革担当大臣の私的懇談会⁴の掲げた「自立した参加型の社会」という共通した認識が相次いで示されてきた。これを原則論で語るのではなく、実行に移す時である。

本会では、社会保障改革については、超党派の国会議員を中心とした会議体での検討が必要と提言してきた。議会制民主主義を補完する意味で、特に医療について、我々経営者の視点から国や地域の未来を真剣に捉え、様々な場面で積極的に関与していく。世論の成熟を、改革の推進力とする活動をしていく所存である。

歴史を見れば、時の政権が総力を傾けて取り組む改革は数多い。社会保障は一点突破的な対応はおそらく通じない。受益者であり、負担者であり、かつ主権者である国民の意識の高まりと議論の成熟がなければ、強大な既得権を相手に、政治が「痛みを伴う」改革に

⁴ 国・行政のあり方に関する懇談会（2014年6月）取りまとめ。

は踏み込むことはおよそ困難である。

提言 2：給付と負担を抜本的に見直す

- ・重複受診および頻回受診、平均在院日数の是正、後発医薬品の利用促進などといった給付の抑制を進める。
- ・所得のある高齢者の自己負担3割化など、負担を見直す。
- ・社会保険料収入増加策や、フロー（所得）ではなくストック（資産）に注目するなど、医療の財政健全性を確保するための負担のあり方を検討する。

（1）給付を見直す

被保険者の重複・頻回受診の是正は、保険者によるレセプト（医療機関からの診療報酬請求書）のチェックで相当程度可能である。保険者権能強化は提言 4 で詳述する。

また、他の主要国より長い平均在院日数（**図表 15**）については、疾病の中身を検証した上で是正していく必要がある。これらは都道府県の医療費適正化計画の中で、実効性のある取り組みが必須である。

図表 15 医療分野についての国際比較（2012 年）

	日本	米国	英国	独国	仏国
人口千人当たり総病床数	13.4	3.1	2.8	8.3	6.3
人口千人当たり臨床医師数	2.3	2.5	2.8	4.0	3.3*
病床百床当たり臨床看護職員数	74.3	371.4*	292.3	138.0	143.6*
平均在院日数	31.2	6.1	7.2	9.2	9.1
平均在院日数（急性期）	17.5	5.4	5.9	7.8	5.1
人口一人当り外来診療回数	13.0	4.0	5.0	9.7	6.7
平均寿命（男性）（歳） （ ）内は健康寿命	80.2 (70.4)	76.3	79.1	78.6	78.7
平均寿命（女性）（歳） （ ）内は健康寿命	86.6 (73.6)	81.1	82.8	83.3	85.4

出典：厚生労働省 医療保障制度に関する国際関係資料から抜粋

元データは、OECD Health Data 2014 OECD Stat Extracts

日本人の平均寿命は2014年7月発表の数字

注：「*」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進は、目標（2017年度末に60%、2014年度第2四半期で50%⁵超。）達成に向けて順調に推移している。目標の引き上げ（70%）も含めて、最終的にはほぼすべて置き換わることを目指して推進するべきである。また利用促進と合わせ、諸外国の例を参考に、わが国の後発医薬品の価格水準を再考することが必要である。

（2）負担を見直す

本会は以前より高齢者の所得に応じた保険料負担を提言してきた。超高齢化時代において、所得もあり、健康な高齢者の数が増える中で、年齢だけが負担を軽減する理由にならないからである。

負担の見直しの具体例としては、外来受診の適正化や、70から74歳の医療費自己負担の3割化および75歳以上の医療費自己負担の3割化、また介護については要支援・要介護1・2の給付抑制や介護サービスの自己負担の2割化等を提言してきた。医療・介護の自己負担額が上限額を超えた場合には、「高額療養費制度」ならびに「高額医療・高額介護合算療養費制度」によって負担を軽減する必要がある。なお、本会の過去の意見書では、この負担の見直しと、先述の給付の見直しと合わせ、7.6兆円程度の公費削減効果⁶と推計（図表16）した。

図表16 本会提言等に基づく歳出抑制・歳入拡大の例（医療・介護等） 2025年時点

歳出抑制	後発医薬品の利用促進（ほぼすべて）	2.4兆円
	要支援・要介護1・2の給付抑制	0.6兆円
	平均在院日数の減少	0.6兆円
歳入拡大	受診時定額負担（初診時・再診時100円）	0.2兆円
	外来受診の適正化	0.2兆円
	70～74歳の医療費自己負担の3割化	0.3兆円
	75歳以上の医療費自己負担の3割化	4.3兆円
	介護サービスの自己負担2割化（現行1割）	2.0兆円
合計（公費・給付費含む）抑降額		10.6兆円

出典：経済同友会「『社会保障制度改革国民会議』に向けての意見書～国民に負担増と給付減の選択肢の提示を！～」（2013年3月28日発表）から、未実施の医療・介護の改革に関する推計を抜粋。

⁵ すべての医療用医薬品に対する数量シェアは同時期で33.2%。

⁶ いずれも「『社会保障制度改革国民会議』に向けての意見書～国民に負担増と給付減の選択肢の提示を！～」（2013年3月発表）で提示。「社会保障に係る費用の将来推計（厚生労働省、2012年3月改定）」や財務省試算などを基に経済同友会事務局で推計。

当時の推計では、保険適用等を除外した公費抑制額は合計7.6兆円程度。

(3) 医療の財政健全性を確保する

わが国の社会保障は基本的に社会保険制度が基本となっている。しかし、保険として見る場合、民間保険における「収支相当の原理」(保険収入の総額=保険支出の総額)が必ずしも成り立っていない。経済成長の低下や、現役層の減少、それに収納率の低下もあり、保険料収入が給付の増加に追いついていない現状がある。

信頼性の観点からは、適用事業所漏れの捕捉、滞納者への督促が課題となる。これらについて手は打たれているものの、改善度はそれほど高くない。2016年には従業員501人以上の企業のパート労働者(年収106万円以上)に対する社会保険(厚生年金、および健保組合もしくは協会けんぽ)の適用が始まるが、保険収入の増加は制度の安定性・持続性につながる。その前提として、社会全体として高齢者雇用や女性の活躍推進などによる労働参加率の向上が必要である。

超高齢化が進む中で、保険料についてフロー(所得)ではなく、ストック(資産)にも注目した負担の在り方についても検討の余地がある。高齢者の医療費増加が国家的な課題となる中で、高齢者の所得は一般に少なく、負担は低い。しかし、資産を保有している人は多い。毎年の相続資産は50兆円⁷にも上るとの試算もあり、これに対する課税による収入を医療給付の原資とするだけでも、若年世代の負担軽減に資する。資産課税は技術的に困難を伴うが、検討を開始すべきである。

また、国民健康保険では、経済的な困窮により事実上の無保険者が多数存在している。制度の持続性を考えればこの問題は看過できず、制度設計の再検討が必要である。

(4) 医療提供体制の改革を進める

これからの医療は病院完結型ではなく、地域完結型にしていくことが求められている。介護まで含めれば「地域包括ケアシステム」の構築が課題となる。地域の医療供給全体を見た病院間の機能分化およびネットワーク化に取り組む上で、医療法人・社会福祉法人の再編のために、非営利ホールディングカンパニー型法人制度(地域医療連携推進法人制度(仮称))の導入によって、システム構築の促進を図ることとしている。地域完結型の医療に、経営の大規模化が認められたメリットは大きい。しかし、ダイナミックな再編を目指し、本格的に人材交流・育成などを進めるのであれば、資金調達や組織ガバナンスの面でより実効性のある株式会社形態の導入を検討する必要がある。この新法人制度の創設と合

⁷ 経済財政諮問会議有識者議員提出資料(2014年12月)より

わせて、一定規模以上の医療法人に会計基準の適用と外部監査の義務付けが検討されている。経営効率化と経営の透明性を向上させる上で、早期に実現する必要がある。

人口減少が本格化する中で、地域毎に将来の医療需要は大きく変わる。同じ地域の中でも、病院不足の中心都市部に対し、人口減で供給過剰な周辺部という構図が既に推計されている。こうした推計も参考にしながら、人口分布や疾病構造などの実態に即した効率的な医療供給体制を整備していく必要がある。

提言3：公的医療保険のあり方を見直す

- ・国民皆保険の制度上の問題が引き起こす、診療側および患者側のモラルハザードを防止する。
- ・混合診療を解禁・実施し、公的医療保険の適用範囲を見直し、医療の高度化・産業化を進める。

(1) モラルハザードを防止する

医療費膨張の理由の一つに、行き届いた公的医療保険の仕組みによるモラルハザードが、診療側および患者側の双方に存在する。医療側では、薬の過剰投与や不要な検査や診察、また患者側では、医療機関を渡り歩く「ドクターショッピング」や、健康管理を怠るといったことが指摘される。これでは高まる負担に国民の不満が募る結果となる。そこで診療側についてはDPC制度⁸（Diagnostic Procedure Combination, 包括医療費支払い）の導入拡大、患者側については保険者のレセプトのチェックなどを徹底していく必要がある。

(2) 混合診療を解禁する

医療費全体が増加する中で、保険料および自己負担、および公的負担の増加と同時に、給付の見直しが必要である。2015年1月より高額療養費制度の自己負担額の上限引き上げが行われたが、高価な薬剤や医療機器開発等により増加が続く医療費に今後に対応していくことを考えると、公的保険のカバレッジには限界はある。その中で、混合診療の解禁・実施は、公的医療保険の一部適用による患者負担の軽減につながる他、新たな市場が創造

⁸ 診療項目ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為の有無に応じて、厚生労働省が定めた診断群分類点数に基づいて、1日当たりの金額からなる包括評価部分と出来高評価部分を組み合わせて医療費を計算する。診療の標準化が進み、医療費抑制に寄与するものとして期待されている。

されることで、長年の課題であった医療のコスト削減やサービスレベルの向上が競争によって進むことが期待される。また、医療の高度化・産業化に資することになり、最終的には、国民全体の厚生を高めることになる。混合診療（保険外併用療養）は、国家戦略特区等における検証を行い、全国展開していく必要がある。

提言4：保険者としての権能を強化する

- ・保険者としての「権能」を強化し、対応の幅を広げる。
- ・政省令で決定される高齢者向けの支出金を見直し、保険者が努力できる体制にする。
- ・レセプトや健診情報などの既存のデータの統合的活用を進める。

医療制度改革を推進していく上で、保険者の役割に再び注目が集まっている。保険者（公的な医療保険事業の運営者）は、保険医療機関に委託して被保険者に療養を給付している。しかし、一部の意識の高い保険者を除き、保険者による保険医療機関への監視がまだ十分ではない。現在は、規制改革によって健保組合による調剤レセプトの直接審査・支払いが可能となり、すべての診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入も規制改革会議で検討されている。今後、ベスト・プラクティスの共有を進め、また保険者の権能をさらに強化し、保険者自らが合理的な医療費抑制に取り組む必要がある。

（1）権能を強化する

保険者の「機能」だけでなく、「権能」（権利を主張し、行使できる能力）の強化が必要である。例えば保険料率や療養の給付範囲の自主決定、医療機関の選定、業務委託契約の自由化など、対応の幅が広がり、真の保険自治の獲得が視野に入る。今の問題は、保険者機能が「ない」のではなく、発揮の不足と、すべてを政府が握っているために権能が制限されている点にある。マクロでの一律の費用抑制が難しい中、規制改革によって保険者の権能を現状よりも強化し、保険者と診療側の折衝が費用抑制のメカニズムとして機能することが強く期待される。現時点で権能強化によって保険自治を発揮できる規模の組合は限られるが、将来の規模拡大を展望し、ICT化の進展によって情報の非対称性が改善されていくことで、実現可能性は高まると考える。

（2）高齢者向けの支出金を見直す

高齢者医療制度に対する巨額の支援金・納付金は、保険者の費用低減努力を阻害する大きな要因である。また、政省令で計算式が決められているだけで、保険者にとって負担の

安定性と予見可能性に欠いており、運営する上で著しい支障となっている。負担増には限界があり、高齢者向けの負担構造は見直されなくてはならない。同時に、健保組合は、負担者として国に対して高齢者医療の実態について情報公開および費用抑制策を求める必要がある。

(3) 既存の情報を統合して活用する

保険者が持つレセプトや健診情報などの既存のデータの統合的活用を進めることが、機能発揮していくための第一歩である。医療費抑制が課題であることを踏まえて、健保に保険者機能におけるデータ解析の重要性を理解し、また、診療側と対等な交渉能力を持つ人材を配置する必要がある。これは健保組合に限った話ではなく、国民健康保険や協会けんぽも同様である。地域医療に対するガバナンス強化の視点から、情報の統合的な活用によって情報の非対称性を解消し、持てる機能を十分に発揮できる体制を構築する必要がある。

これまでの保険者は、個人の健康管理の推進という点ではあまり機能してこなかったが、最近では国保の一部⁹でもデータを活用した取り組みが始まっている。2015年度よりデータヘルス計画が各健保に義務付けられる中で、インセンティブのあり方について検討が緒に就いたところであり、試行錯誤を通じたフィードバックが期待される。

提言5：医療サービスの効率化とイノベーションを促進する

- ・関係機関の連携推進によって利便性の高い地域包括ケアシステムを構築する。
- ・総合診療専門医(かかりつけ医)を普及し、専門医との連携で医療資源を有効利用する。
- ・ICTの利活用を促進し、社会保障全般の可視化に活用する。

(1) 利便性の高い地域包括ケアシステムを構築する

2025年度を目途に、介護が必要になっても住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステムの構築に向けて、現在は準備段階にある。全国均一の制度を目指すものではなく、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・個性に応じて作り上げていくため、自ら知恵を絞り、地域内で必要な連携していくという作業が必要

⁹ 岡山県総社市では2013年から国民健康保険加入世帯に、特定健診(メタボ健診)を受け、医療機関で保険診療を1年間受けなかった人に1万円を支給する制度を導入したことに加え、2014年から健康に関する事業参加によるポイント制度も開始した。

となる。利便性の高いケアシステムの構築のためには、ケアサイクルにおける関係機関の連携推進が不可欠であり、多職種（医療・介護）の連携、チームケアの推進、専門外知識の習得などが課題となる。先進地域の事例を参考にしつつ、利用者の立場から見て利便性が高い仕組みを各地で構築していく必要がある。

（２）総合診療専門医（かかりつけ医）を普及させる

患者の立場からすると、医療へのフリーアクセスは利便性が高い。他方で、大病院への外来患者の集中を生み、本来提供すべき高機能の医療サービスの提供が難しくなり、勤務医の疲弊を招いているとの指摘がある。

日本には専門医は多いが、総合診療医の数は極めて少ない。総合診療医は患者の声にじっくり耳を傾け、全体像を見てから専門医に患者を送る。そのため、見逃しのリスクも小さくなる。欧州では専門医と総合医の連携が進んでおり、医療資源の有効利用が実現できている。わが国の地域医療の現場では、総合診療医が必要とされており、その育成が急がれる。また、総合診療医がゲートキーパー機能を果たすことで、大病院へのフリーアクセスの制限についても議論する必要がある。

（３）ICTの利活用を促進する

マイナンバー（社会保障・税番号）が2016年1月から利用開始される。社会保障関係ではまず行政手続きに導入されるが、民間と医療情報での利用は2018年10月を予定している。健康管理データなど医療・介護関連情報を活用した効率化や、情報の有効活用に向けたデータや規格の互換性の確保、多目的で高度なデータ処理のための用語の標準化や体系化、およびそうした情報のネットワーク化が課題である。マイナンバーの利用拡大には一部反対もあるが、様々なデータの分析は給付の抑制と医療の質の向上に資することから、今後積極的に進めるべき重要課題の一つである。

最近では診療の補助やレセプト分析など、人間の活動を支援するIA(Intelligence Augmentation)の実用化が進んでいる。こうしたICTの進歩が、医療の質を向上させるだけでなく、費用抑制にも資する可能性が高い。

医療や介護、福祉などは近接分野でありながら、領域間の壁が高いために、これまで連

携はほとんど進んでこなかった。データの利用に向けた整備が進むことで、EBM¹⁰（Evidence-Based Medicine、根拠に基づく医療）が可能となる他、近接分野との情報連携もしやすくなる。医療関係のデータの蓄積と分析により、医学の研究、病院の評価システム構築にもつながり、医療制度改革を進める上でも重要なエビデンスとなるばかりではなく、効率化に向けた指標にもなる。データの利用拡大によって、新サービスの創出や新しい価値の発見といったイノベーションが起きる可能性が高い。ICTの利活用は今後の重要なキーの一つである。医療に関する情報は極めて高度のプライバシーであり、個人情報保護の対応を進め、国民にわかりやすい説明を行い、理解を得ていくことが不可欠となる。

¹⁰ 最新かつ最良のエビデンス（科学的根拠）を実際の医療の場で活用することにより医療の質を可能な限り高いレベルに向上させるための基本的な考え方。

. おわりに

1. 医療制度改革の進め方

医療制度改革は早急に着手しなければ、手遅れになる可能性が高い。しかし、過去の経験を踏まえれば、その実行には工夫が必要となる。特に、今後のデータ整備は、改革を効果的に進めていくためにも不可欠である。

(1) 目標時期の設定

本会としては、第一に、2020年度を目標とするべきと考える。この年は、プライマリー・バランス（基礎的財政収支、PB）の黒字化目標の達成年（あるいは、今夏に策定される予定の「経済再生・財政健全化計画」の目標となる年）である。これらとの整合が必要であり、当面は費用抑制が最大の課題である。これについては、現在行われている社会保障・税一体改革に基づく制度整備、および各種施策の実施と合わせて、今すぐにも着手できる抑制策から実行していく必要がある。

第二は、団塊世代が後期高齢者となる2025年度である。特区などで実証された施策の全国展開や、今後の改革に向けた本格議論を開始しておく必要がある。2025年以降も高齢化はしばらく進展するため、持続可能な制度設計が重要となる。

こうした目標設定と合わせて、各地の医療計画（地域医療構想）近接する介護や、生活保護（医療扶助）などとの整合を図ることも必要である。

改革に向けて各主体が対応すべき項目は明らかであり、これらの目標時期に合わせて作業を進めていく必要がある。

(2) 必要なデータや事実を利用可能にする

改革を進める前提として、データや事実が何よりも重要である。しかし、現状ではデータ整備が不十分である。過去の医療制度改革およびその検証では、十分な数値の裏付けがあったとは言い難い。データに基づいて具体的に改革を進めていくことは、国民の理解を促す上で必要不可欠であり、データの利用整備は急務である。

(3) 関係者の連携を促し、目標を共有する

改革に関係する人が、共通の問題意識や目標、手法について理解することも重要である。医療に関する情報は、関係者の間で分断されており、連携不足は以前より課題となっている。共通の問題意識を元に、関係者がそれぞれの立場を超えて、中身のある議論ができる

ようにすることが必要である。

医療制度改革の目標と各主体が対応すべき項目（イメージ）

2020 年度：プライマリーバランス黒字化目標達成に向けた、費用の徹底抑制。
2025 年度：団塊世代が後期高齢者になる年を目標に、持続可能な医療制度の構築。

各主体が対応すべき項目

(1) 政府（行政）、政治

- ・ 目標を各主体と共有し、取り組みを束ね、持続可能な制度設計を行う。
- ・ 国家戦略特区、国際先端テストなどを経て、速やかに規制改革を実施する。
- ・ 一体改革の実施に目途をつけ、必要な見直しを行う。その他の計画（地域医療計画、介護保険事業計画）との整合を取る。
- ・ 短期的な抑制（予算策定、診療報酬改定等）実施と合わせ、ミクロの施策を積み上げた、長期的な抑制策を検討する。
- ・ データの利用整備を行い、情報連携を進める。

(2) 企業、健保組合

- ・ 保険者機能をより発揮し、医療費抑制を行う。
- ・ 権能強化に向けた人員の確保など体制強化を行う。
- ・ 規制改革を生かして、関連分野の取り組みを活発化する。

(3) 国民

- ・ 医療制度改革に関心を高めて、議論を開始する。
- ・ セルフメディケーションに取り組む。

(4) メディア

- ・ 社会保障に関する啓発を行い、議論を活性化する。

かつて「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2002」（いわゆる『骨太の方針』）に沿って、毎年度 2,200 億円程度の社会保障関係費の抑制が行われた。これはある期間は成功を収めたものの、やがて大きな反発を受け、2009 年度には実質的に中止に追い込まれた。この苦い経験を繰り返すわけにはいかない。今すぐに着手可能な短期的な抑制策と合わせて、まず比較的長期にわたるマクロの目標を設定し、ミクロの合理的な諸施策を積み上げるという方式を取るべきである。その個別の施策については、制度の合理化やデータ分析で得られた知見を活かして効率化等で抑制を進めるといった方式で、国民に説明責任を果たし、改革が長期にわたって継続できるように綿密に取り組む必要がある。

2. 重要関連事項について

最後に、社会保障制度全般に密接に関係する項目について付言する。

(1) 成長戦略の重要性

社会保障制度の改革、および医療・健康産業の発展は、成長戦略の推進を後押しする。経済成長による税・社会保険料の増収に過度の期待は禁物だが、他方で、成長がなければ、今後の医療を含めた社会保障費の高まる負担の軽減につながらない。過去の寛大な政策の再現には至らないとしても、超高齢化に向けた負担増の痛みを軽減し、安心につながる制度を持続可能にするためにも、成長戦略の推進は重要である。

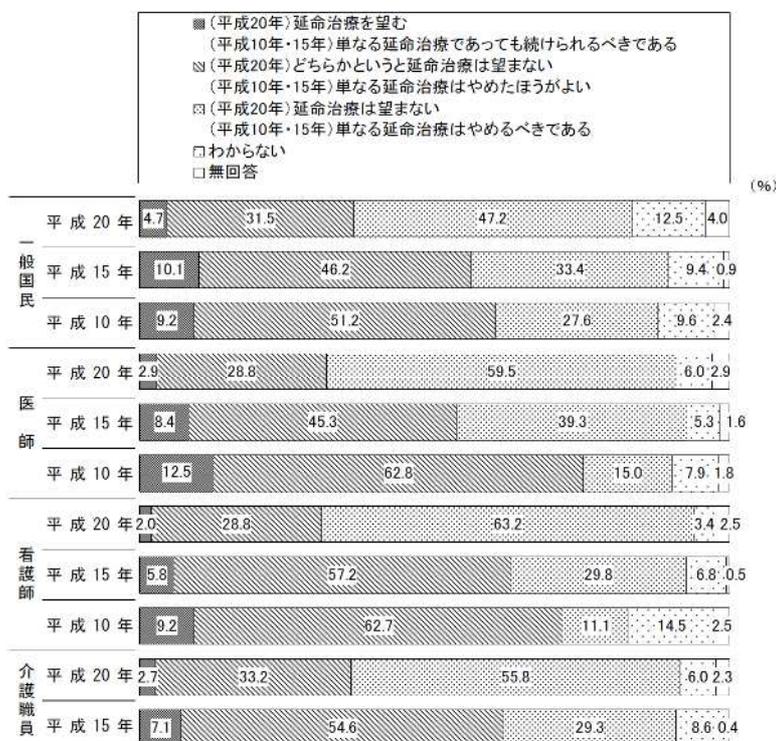
(2) 終末期医療のあり方について議論を開始する

わが国で「終活」という言葉が一般的になり、人生の終わりに向けた準備に関心が高まりつつあるが、社会保障では終末期医療（人生の最終段階における医療）に関する話となる。クオリティ・オブ・デス（Quality of death, QOD）を高める観点から、個人が自らの希望を示すことができなくなるような健康状態に陥った時のために、例えば事前指示書（リビングウィル）によって、前もって表明しておく仕組みがあるが、わが国ではあまり普及していない。

世界的に見れば、多くの議論を経て尊厳死（自らの判断で経管栄養などの延命措置を断って自然死を迎えること）を法制化した国・地域¹¹が増加している。終末期医療のあり方は、超高齢化時代を迎える国民全体が考えるべき課題であり、国民の関心（**図表 17**）も高まる中、議論を開始する時期である。

¹¹ ドイツ、イギリス、フランス、米国、カナダの一部の州など。法律で定められている要件などは各国によって異なる。

図表 17 遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合、延命医療を望みますか。



遷延性（せんえんせい）意識障害 - 俗に、植物状態といわれる病状のこと。

出典：終末期医療に関する意識調査等検討会

「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」（2014年3月、厚生労働省）

（3）年金改革の重要性

超高齢化が進む中、医療制度と同様に、年金制度の持続性は重要である。2015年4月から、年金支給額の伸びを物価や賃金の上昇よりも低く抑える「マクロ経済スライド」がはじめて実施された。同制度の導入は、年金制度の持続性が確保される一手段であり、今後の継続的な適用が必要となる。他方で、現行の年金制度の包含する様々な問題（例：デフレ下のマクロ経済スライド発動、未納率の高さ、支給開始年齢、給付水準、被用者保険の適用拡大）などについても、引き続き取り組みが必要となる。

以上

図表7 日米欧国籍出願人による技術分野別の三極（日米欧）コア出願件数

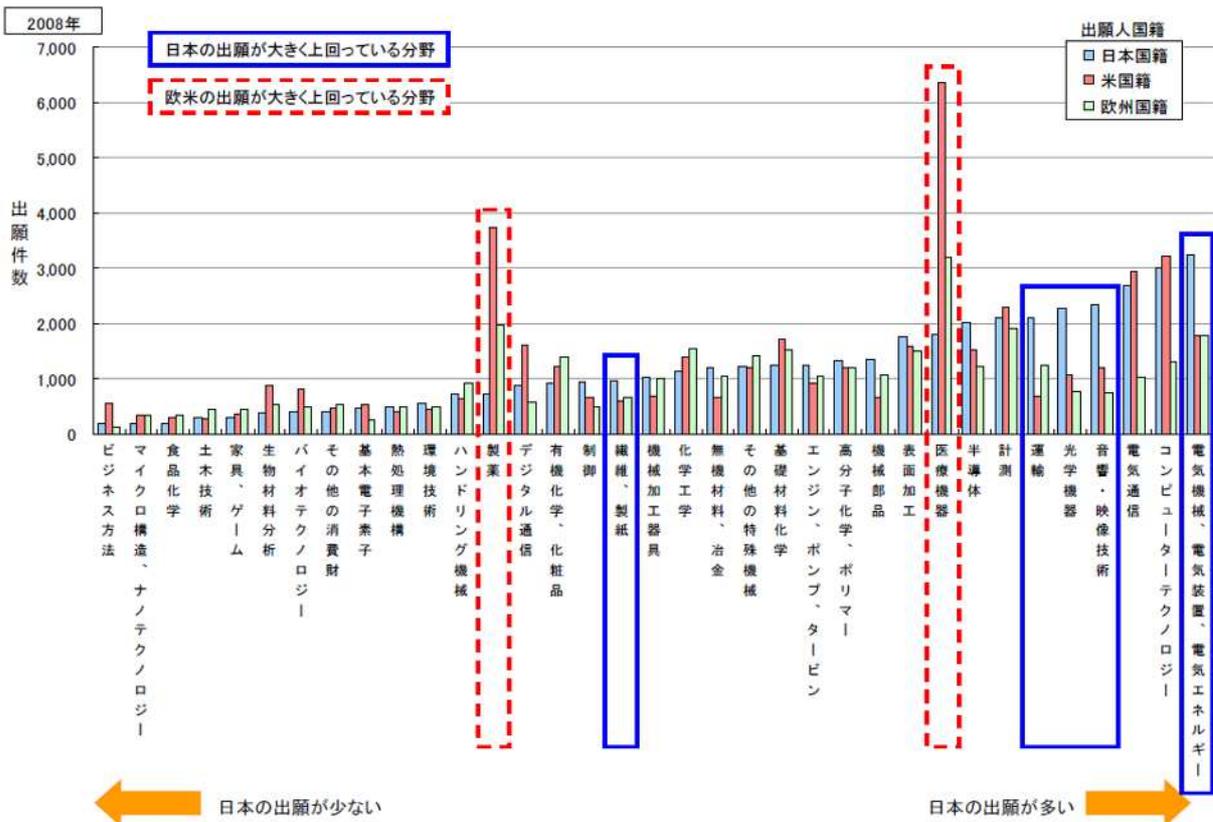
図表8 医薬品産業の輸出入額および競争力指数の推移

図表9 医療機器産業の輸出入額および競争力指数の推移

図表10 医薬品売上高上位30社を国籍別に見たシェア（金額ベース）

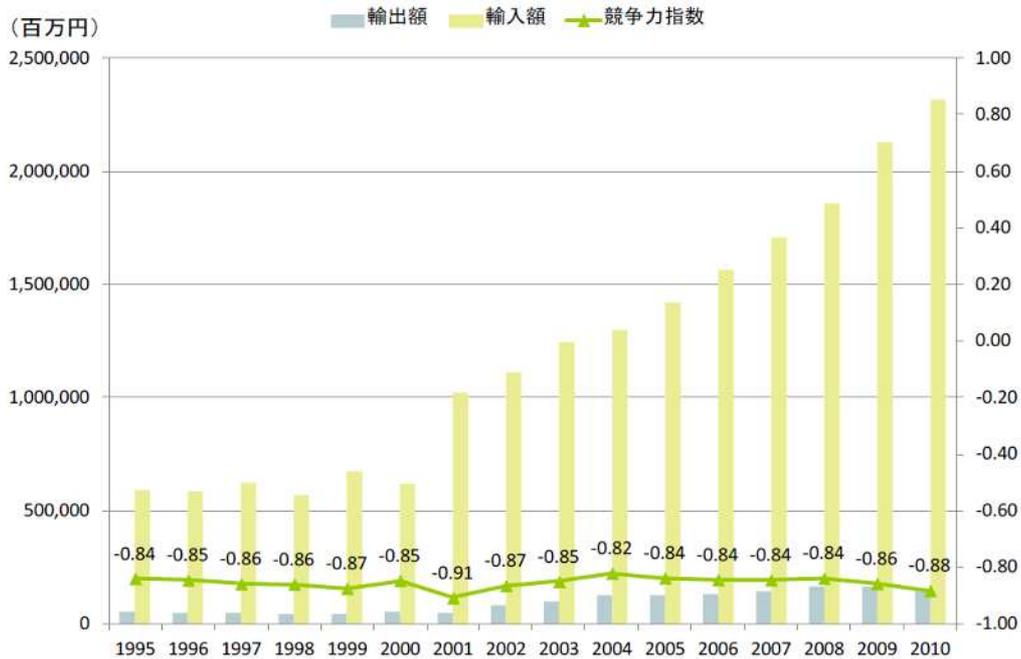
図表11 医療機器の世界市場規模に占める各国市場規模のシェア

図表7：日米欧国籍出願人による技術分野別の三極（日米欧）コア出願件数



出典：特許庁「平成24年度特許出願動向調査報告書」

図表8 医薬品産業の輸出入額および競争力指数の推移



競争力指標（貿易特化係数） = (輸出額-輸入額) / (輸出額+輸入額)

出典：経済産業省「医療分野における研究開発促進に係る調査」報告書（2014年）

図表9 医療機器産業の輸出入額および競争力指数の推移

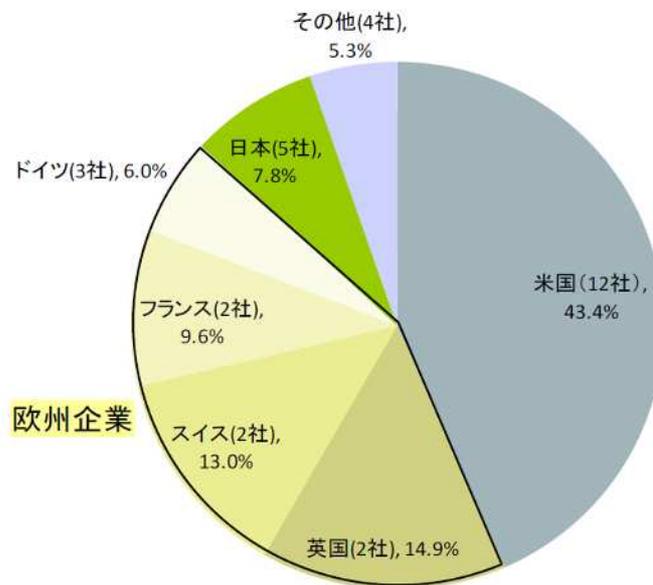


競争力指標（貿易特化係数） = (輸出額-輸入額) / (輸出額+輸入額)

出典：経済産業省「医療分野における研究開発促進に係る調査」報告書（2014年）

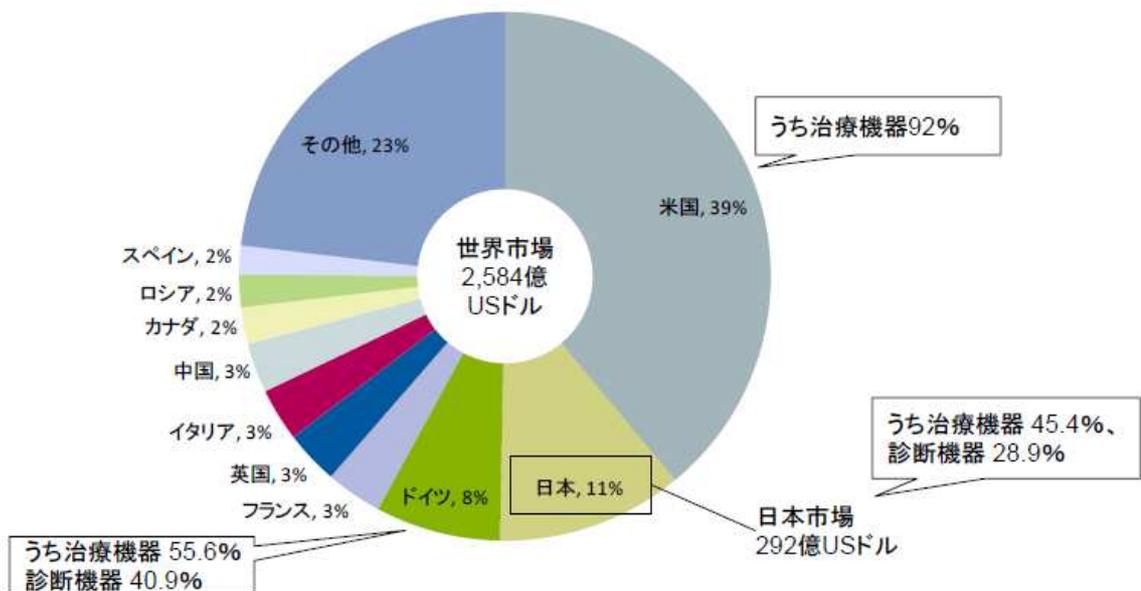
図表 10 医薬品売上高上位 30 社を国籍別に見たシェア（金額ベース）

売上高上位 30 社で世界市場の約 7 割を占める



出典：経済産業省「医療分野における研究開発促進に係る調査」報告書（2014年）

図表 11 医療機器の世界市場規模に占める各国市場規模のシェア



出典：経済産業省「医療分野における研究開発促進に係る調査」報告書（2014年）

2015年4月現在

2014年度社会保障改革委員会

(敬称略)

委員長

橋本孝之 (日本アイ・ビー・エム 副会長)

副委員長

今村隆郎 (日清オイリオグループ 取締役社長)

肥塚雅博 (富士通 執行役員副会長)

斎藤聖美 (ジェイ・ボンド東短証券 取締役社長)

竹川節男 (健育会 理事長)

長門正貢

野呂順一 (ニッセイ基礎研究所 取締役社長)

委員

青木 寧 (花王 常務執行役員)

浅井 勇介 (RGA リインシュアランスカンパニー 日本支店
日本における代表者兼 CEO)

伊藤 守 (毎日コムネット 取締役社長)

稲野 和利 (野村アセットマネジメント 顧問)

井上 正明 (ポピンズ 常務執行役員)

引頭 麻実 (大和総研 常務執行役員)

内山 英世 (あずさ監査法人 (KPMG Japan) 理事長)

榎本 隆 (NTTデータ 顧問)

江幡 真史 (セディナ 特別顧問)

江利川 毅 (医療科学研究所 理事長)

大久保 和孝 (新日本有限責任監査法人 シニアパートナー)

小野 俊彦

小幡 尚孝 (三菱UFJリース 相談役)

梶川 融 (太陽有限責任監査法人 代表社員 会長)

鹿島 亨 (SRAホールディングス 取締役社長)

門脇 英晴 (日本総合研究所 特別顧問・シニアフェロー)

金岡 克己 (ITホールディングス 取締役会長)

河合良秋 (キャピタル アドバイザーズ グループ 会長)
木下信行 (アフラック (アメリカファミリー生命保険) シニアアドバイザー)
幸本智彦 (アクサ生命保険 取締役代表執行役副社長)
児玉正之 (あいおいニッセイ同和損害保険 特別顧問)
坂本和彦 (パソナ 顧問)
櫻田謙悟 (損保ジャパン日本興亜ホールディングス グループ CEO 取締役社長)
櫻田 浩 (FutureOne 取締役社長)
佐藤玖美 (コスモ・ピーアール 取締役社長)
R. バイロン シーゲル (バクスアルタ 本部長)
白石徳生 (ベネフィット・ワン 取締役社長)
杉崎重光 (ゴールドマン・サックス証券 副会長)
住谷 貢 (アクサ生命保険 取締役執行役兼 CFO)
反町勝夫 (東京リーガルマインド 取締役会長)
反町雄彦 (東京リーガルマインド 取締役社長)
谷川史郎 (野村総合研究所 理事長)
豊沢泰人 (ファイザー 執行役員)
中村明雄 (損保ジャパン日本興亜総合研究所 理事長)
中村 薫 (JECC 取締役社長)
西浦天宣 (天宣会 理事長)
馬田 一 (JFEホールディングス 取締役)
早川 洋 (浜銀総合研究所 取締役会長)
早崎 博 (三井住友信託銀行 特別顧問)
林 明夫 (開倫塾 取締役社長)
原 俊樹 (りそな銀行 取締役副社長兼執行役員)
檜垣誠司 (りそな総合研究所 シニアアドバイザー)
尾藤繁樹 (八神製作所 顧問)
平野英治 (メットライフ生命保険 取締役副会長)
廣瀬駒雄 (オーエム通商アクト 取締役社長)
藤島安之 (互助会保証 取締役社長)
堀田利子 (ルネサンス 取締役専務執行役員)
増 淵 稔 (日本証券金融 取締役会長)

増本 岳 (カーブスジャパン 取締役会長兼 CEO)
松井 秀文 (ゴールドリボン・ネットワーク 理事長)
馬淵 祥宏 (馬淵商事 取締役会長)
丸山 明 (野村総合研究所 取締役副会長)
室田 博夫 (シームスヘルスカ・ダイアリティクス 取締役社長 CEO)
矢崎 和広 (諏訪貨物自動車 取締役会長)
山本 幸央 (三井生命保険 顧問)
由利 孝 (テクマトリックス 取締役社長)
林原 行雄 (シティグループ・ジャパン・ホールディングス 常任監査役)
湧永 寛仁 (湧永製薬 取締役社長)
渡部 憲裕 (裕正会 理事長)
鰐淵 祥子 (銀座テラーグループ 専務取締役)

以上 67 名

事務局

藤巻 正志 (経済同友会 執行役)
松本 岳明 (経済同友会 政策調査部 マネジャー)