



2008年度医療制度改革委員会 中間報告書

地域を主体とする医療制度を目指して
～地域医療から考える抜本的改革への処方箋～

2009年6月

社団法人 経済同友会

目次

はじめに	1
・医療制度の課題	2
(1) 医療費の増加への対応	
(2) 提供体制における非効率の解消と医療の質の向上	
(3) 医療保険制度の持続性の確保	
(4) 地域を主体にした医療制度の構築	
・目指すべき地域医療の姿	7
(1) 地域医療に必要な要素	
(2) 地域医療における連携の強化、ネットワーク化の促進	
(3) 地域主体の医療制度に向けた国の役割	
・地域医療における改革の方向性 (医療サービスの提供体制について)	10
(1) 医療機関間の機能と人材等の集約化による効率性の追求	
(2) 疾病構造の変化や患者のニーズに応じた医療サービスの提供	
・地域医療における改革の方向性 (産業としての医療の発展について)	12
(1) 知識集約的産業、サービス産業としての発展	
(2) 医療サービスでの雇用促進	
・地域医療における改革の方向性 (診療報酬、医療保険制度について)	15
(1) 地域医療の改革を踏まえた診療報酬のあり方	
(2) 地域を軸にした公的医療保険の再編・統合	
おわりに (最終提言に向けての課題)	16
2008年度医療制度改革委員会名簿	17

はじめに

存続の危機に瀕する医療制度

わが国では、1961年に国民皆保険が実現した。これにより、国民に広く平等に一律の医療を提供するという、当時の医療制度における目的は、高い経済成長を背景に概ね達成され、わが国の医療制度は、世界的にも高く評価されている¹。しかし、国民皆保険の実現から約半世紀を経た今日、少子高齢化や人口減少、経済成長の低迷等により医療制度を支える経済社会は大きく変容している。また、医療制度が抱える構造的課題への取組みが遅れていることにより、疾病構造の変化、医療技術の進歩、患者のニーズの多様化等に、制度が柔軟に対応しておらず、結果的に、医療制度の存続自体が危機に瀕していると言っても過言ではない。

医療制度の現状

医療に関わる報道等を通じ、医療制度の現状が国民に認識されるようになっているが、それらは断片的である。我々は、医療制度の現状について、より包括的に認識しなければならない。

まず、医療費の推移を見ると、国民医療費は経年的に増加しており、2006年度には約33兆円（対国民所得比8.9%）に達している。一方、医療サービスの提供における非効率性は、医療費の無駄遣いに繋がっていると考えられる。

また、国民が望む医療も変化している。国民皆保険が実現した当時は、医療の量的供給が重視されたが、今日、医療サービスにおいて重視されることは、医師のより高い診断能力や安全性の確保をはじめとする医療の質である。しかし、その質の実現には、相応の負担も伴い得ることが国民に浸透していない。

さらに、患者と医療機関との関わり合い方においても、見直すべき点がある。わが国では、医療機関へのフリーアクセスが実現されているため、患者には、医療機関について多くの選択肢がある。しかし、このことが総合病院等への患者の集中を招き、勤務医等の労働環境を過酷にしている一つの要因になっているとも考えられる。

公的医療保険制度に目を向けると、少子高齢化と人口減少の影響により、その持続性の低下は、より深刻になっている。減少する若年世代の保険料負担により、増加する高齢者の医療費を支えることは、もはや限界に来ている。また、国民皆保険と言いながら、国民健康保険では、保険料の滞納世帯数の割合は約

¹ WHO The World Health Report 2000 で日本の医療制度は、健康水準1位、総合的な目標達成度1位と評価された。

20%に及んでおり²、公的医療保険制度としての機能の低下も懸念される。

医療制度がこうした現状にある中で、医師不足や救急患者の受入れ拒否といった個別事象に国民の注目が集まり、その背景にある医療制度の本質的課題に対する理解は深まっていない。

本中間報告の趣旨

医療制度改革委員会では、約1年間に亘り、医療制度の現状把握と課題を構造的に捉えることに注力して活動を行ってきた。

本中間報告では、「医療崩壊」と称されるような個別事象の背景にある本質的課題を地域医療に焦点を当て整理し、最終提言に向けた医療制度改革の方向性を示したい。わが国には、少子高齢化と人口減少が進む中でも、国民皆保険を前提に、医療のセーフティネットが確保され、かつ質の高い医療サービスが提供可能な医療制度が必要である。その構築には、医療制度が抱える構造的課題に取り組まなければならないが、地域医療にはそれらの解決に向けた糸口があると言えよう。地域医療に焦点を当て、そこで起きている問題とその要因との関係性を把握し、解決への道筋を検討することは、医療制度の構造改革への有効なアプローチになり得る。

については、地域単位で医療サービスの効率化、質の均一化や向上に取り組むこと等を通して、地域主体の医療制度を実現し、その成功事例を踏まえ、わが国の医療制度改革を進めることが考えられる。

・医療制度の課題

(1) 医療費の増加への対応

今後の医療費については、2020年に約56～62兆円になるという推計もある³。医療費の主な増加要因は、医療技術の進歩、経済成長による生活水準の向上、高齢化であるが、これらは豊かさの表れであり、今後も国民が享受し続けたいことである。したがって、医療費の増加を無理に抑制するのではなく、いかに管理していくかが今後の重要な課題になる。

² 厚生労働省「資格証明書の発行に関する調査」の結果（2008年10月）

³ 医療制度改革委員会 第3回正副委員長会議 講師（マッキンゼー・アンド・カンパニー・イノ・ジャパン ディレクター 門永宗之助氏）講演資料

公的医療保険での負担には上限を設ける

医療費の増加を無理に抑制しないとしても、公的医療保険で負担できる範囲には限界がある。医療費のうち社会保障として給付する部分の増加については、高齢者人口の増加や、経済成長の伸びを踏まえ、その上限を設けることが妥当である。医療費が増加の一途を辿る中で、国民皆保険を堅持し、医療制度を持続可能にしていくためには、医療サービスの提供体制を見直し、非効率や無駄をなくすこと、公的医療保険の適用のあり方を検討することが必要である⁴。

混合診療を拡大し、医療サービスの選択肢を広げる

公的医療保険が適用されない医療については、自由診療になる。患者の同意取得と、不当な上乗せ請求を防ぐための厚生労働省への届出制を前提に、公的保険適用の診療と患者の自己負担による自由診療との併用を可能にし、混合診療をさらに拡大する必要がある⁵。

公的保険適用の医療サービスに自由診療にあたる医療を加えることで、全額自己負担になるのは、患者の経済的負担を増加させ、医療サービスについての選択肢を狭めている。また、保険料を支払っている一方で、公的保険が適用されるべき医療サービスについても自己負担になることは、社会保険に求められる役割に十分に応えていないとも考えられる。

(2) 提供体制における非効率の解消と医療の質の向上

医師不足や救急患者の受入れ拒否等の問題に対し、政府は、医学部の定員を増加させる方針への転換や、救急医療対策への予算の充当⁶等の施策を行っている。しかし、医療サービスの提供体制における本質的な課題への取り組みは、充分ではない。

⁴ 先進諸外国では、医療サービスや治療に対し、保険給付の必要性を厳格に判断しているところが多い。例えば、スウェーデン、デンマーク、カナダでは、歯科治療、眼科検診、風邪に対する鎮痛剤処方などは公的保険適用の対象外になっている[医療制度改革委員会 第3回正副委員長会議 講師(マツダ・アト・カバニ・イク・ジャパン ディレクター 門永宗之助氏)講演資料]。

⁵ 保険外併用療養費の支給が認められる医療として、厚生労働大臣の定める「評価療養」、「選定療養」がある(健康保険法 63 条第 2 項 3 号、4 号、同法 86 条第 1 項)。厚生労働大臣の定める「評価療養」には、高度医療を含む先進医療、医薬品や医療機器の治験に係る診療、薬事法承認後で保険収載前の医薬品や医療機器の使用等があり、「選定療養」には、特別の療養環境(差額ベッド等)の提供、予約診療、救急医療を除く時間外診療料、歯科の金合金、大病院の初診等がある。

⁶ 2009 年度予算では、救急医療の改善策の推進に 193 億円を充てている。

IT活用の促進によるサービスの効率化と医療の質の向上

医療サービスを効率化するためには、医療機関間の機能の集約化と役割分担の明確化を行わなければならないが、その前提として、医療サービスの需要と、必要な医療機関や病床数、医師数等についての定量的な把握が必要である。しかし、わが国では、医療統計の整備や体系化が遅れている。2007年に統計法が改正されたが、今後、医療分野では、レセプトやDPC⁷のデータといった業務データを活用した医療統計の整備が求められる。これにより、各地域に必要な医療機関や医師等の人材をよりの確に把握できると考えられる。

医療におけるITの活用促進は、レセプト、DPC等の診療データを蓄積する意味でも必要であるが、医療サービスの効率化においても不可欠である。わが国では、レセプト、カルテの電子化、オンライン化が極めて遅れている⁸。ITを活用し、医療機関間でこれらの情報共有を促進することで、重複検査等による医療費の無駄遣いを削減することもできる。

さらに、レセプトデータ等の蓄積は、標準医療の設定にも寄与し、量的供給から質の向上へと評価すべき医療サービスを変えていくことにも繋がる。

医療機関間の機能集約と医療の質の向上

医療機関間の機能の集約化は、医療の質の向上とも関係する。集約化により、医療機関毎の症例数が蓄積されれば、医師の診断能力や技術が高まり、医療の質の均一化や向上が進む。しかし、実際には、自治体立病院間での診療科の重複解消に向けた調整の難航や、医療機関の経営母体が異なること等から、地域における集約化が進まないと考えられる。

医療の質の向上については、医師数や病床数を需要に応じて適切に配置することも必要である。地域別の医師数、病床数は、西日本に多い傾向があるが、患者数の傾向と合せて見ると、医師数との間にミスマッチがある地域も見られる⁹。

また、診療科別の医師数についても、需要に応じた配置になっているかを精査する必要がある。

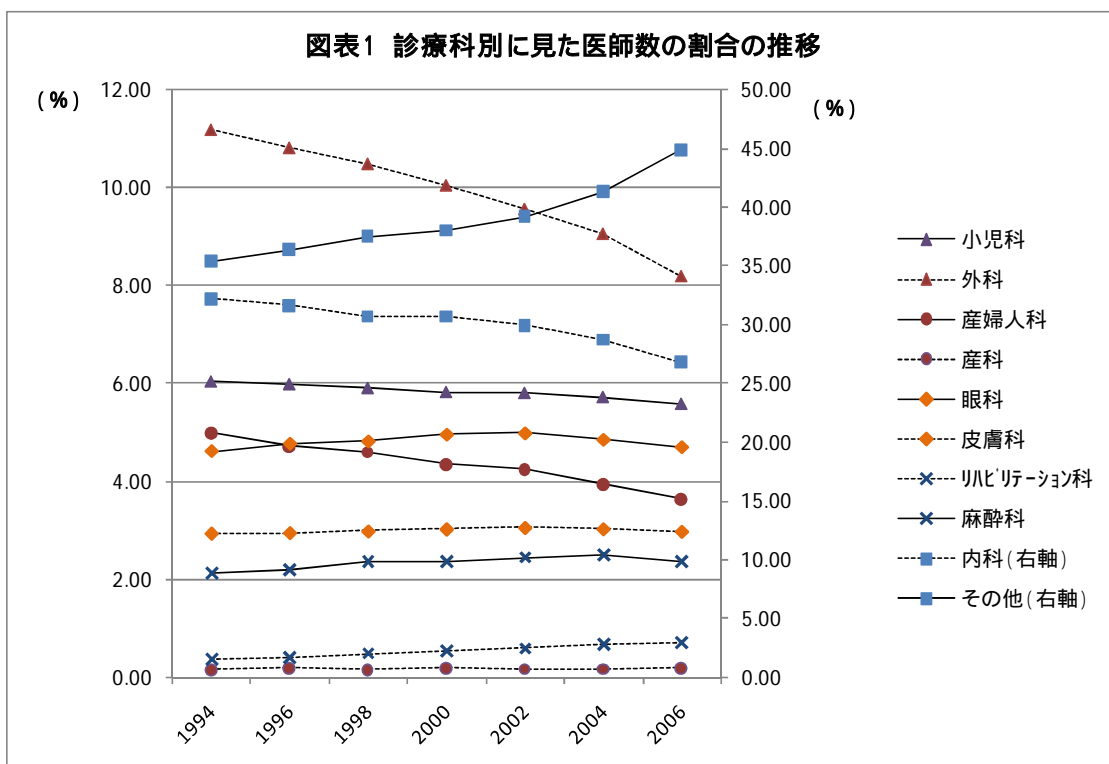
医師不足の問題に関しては、必要な医師数の確保とこれからの医師に求めら

⁷ DPC (Diagnostic Procedure Combination) は、医療費の包括支払い方法の一つ。入院1日あたりの定額で支払う。

⁸ わが国のレセプトオンライン化率が全医療機関の4.8% (2008年12月) に対し、韓国では100%に達している (IT戦略の今後の在り方に関する専門調査会 第1回資料)。

⁹ 厚生労働省「2006年医師・歯科医師・薬剤師調査」における「医療施設に従事する人口10万人に対する医師数(都道府県別)」、「2007年医療施設調査」における「人口10万対病床数(施設の種別、都道府県別)」、「2005年医療施設(静態・動態)調査・病院報告」における「人口10万対1日平均の患者数(都道府県別)」。

れる能力や技術を踏まえた対応が必要である。必要な医師数の養成にあたっては、メディカルスクールの創設も求められる。一方、医師としての能力や技術を高め、それを維持し続けていくためには、初期、後期の臨床研修のあり方を検討することに加え、医師免許更新制の導入といった、医師が生涯を通じてその質を確保する仕組みが必要である。



厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より事務局作成

(3) 医療保険制度の持続性の確保

2008年4月に発足した新しい高齢者医療制度では、75歳以上を対象とする独立した制度を設け、給付費における公費、現役世代からの支援金、高齢者の保険料の割合を明確にした。しかし、現役世代の医療保険制度からの財政調整が後期高齢者支援金、前期高齢者納付金として残され、健保組合等の財政収支に深刻な影響を及ぼしている¹⁰。企業の中には、健保組合を解散し、全国健康保

¹⁰ 2008年度の健保組合の経常収支は、推計で6,322億円の赤字になり、全組合に対する赤字組合の割合は、約9割に登る見込みである(「平成20(2008)年度健保組合予算早期集計結果の概要」)。また、2009年度の経常収支も6,152億円の赤字になる見込みである(「平成21(2009)年度健保組合予算早期集計結果の概要」)。

険協会（協会けんぽ。2008年10月に社会保険庁から政管健保の運営が移行）に移行する事例も出ている。

高齢者医療制度のあり方

高齢者医療制度の財政を支えるために、保険料を通じて、若年世代に過大な負担を求めることは、社会保険の負担と給付の原則から見て問題であるだけでなく、経済社会の活力を失う要因にもなる。

高齢者医療制度については、疾病のリスクや構造が異なる75歳以上を対象にした高齢者医療制度を存置し、税を主要財源にして、適切な医療を確実に提供できるようにするべきである。医療保険制度の持続性を確保するためには、現役世代から高齢者医療制度への支援金の拠出は行わず、高齢者に対しても所得に応じた負担を求める仕組みにせざるを得ない。

また、高齢者医療制度における医療サービスについては、診療データの蓄積とそれに基づいた標準医療を設定し、入院、外来における定額払いを拡大することも求められる。

一方、現役世代の医療費については、保険料と自己負担で賄うことを基本に、税の投入は必要最小限にし、各保険制度の運営主体が規律ある財政運営を行っていくことが必要である。

（４）地域を主体にした医療制度の構築

医療では、地域の特性を踏まえたサービスの提供が必要である。それと合わせて、医療保険制度においても、地域を軸に運営していくことが考えられる。

地域を主体にするものの利点

地域において住民に必要な医療が、効率的かつ、一定水準の質が保障された下で提供されることは、患者にとっても利便性が高い。そのためには、地域医療における連携の強化、さらにはネットワーク化が必要である¹¹。また、医療保険制度も地域を軸にした運営にすることにより、医療サービスの提供とそのための負担の関係をわかりやすくできる。

さらに、地域医療を考える際には、地域経済の低迷や若年人口の減少等、地域医療を支える経済的、社会的基盤にも目を向けるべきである。医療を地域経済を支える産業として捉え、医師、看護師等に加え関連分野の人材を地域で確

¹¹ 2007年の医療法改正では、医療計画制度の見直し等を通じて、医療機関間の機能分化・連携の推進を行うこととした。これに基づき、各都道府県は、脳卒中、がん、小児救急医療等4疾病5事業の具体的な医療連携体制等を盛り込んだ新たな医療計画を策定している。

保することを通して、雇用創造にも寄与できる。

・ 目指すべき地域医療の姿

(1) 地域医療に必要な要素

目指すべき地域医療の姿を考えると、これからの地域医療に何が必要かを明らかにすることが求められる。

地域医療の改革における3つの要素

第一は、社会保障としての医療サービスを確保し、それらを適切に提供することである。今後は、初期診療から急性期医療、専門医療、リハビリテーション、介護、健診・予防等、地域住民に必要な一連の医療や介護のサービスが地域単位で円滑かつ効率的に提供され、地域で全体最適が図られることが必要である。想定される地域の範囲は、人口動態に加え、地理的条件や交通事情と高度先進医療を含む医療サービスへのアクセシビリティとの関係等を踏まえて設定することが考えられる。

第二は、医療サービスの質の充足を図ることである。例えば、初期診療について、診療所の間での競争が行われたり、手術の結果について、患者の入院期間や医療費等も踏まえて医師の評価が行われることにより、医療サービスの質を一定の水準以上に担保する環境が醸成される。地域で医療の質を底上げすることは、地域住民の生活の質の向上にも資する。

第三は、産業としての医療に着眼し、地域経済の活性化に繋げることである。国際的に競争力のある高度先進医療等を有することや、関連分野も含めて患者等の多様なニーズに応えるサービスを提供することを通じて、医療は知識集約的産業やサービス産業として成長させることができる。

(2) 地域医療における連携の強化、ネットワーク化の促進

少子高齢化と人口減少が進むとともに、財政的な制約もあるわが国で、地域医療におけるセーフティネットを確保していくには、先ず、今ある人材や設備等の医療資源を効率的に使わなければならない。そのためには、地域単位で医療機関間の機能の集約化と、役割分担の明確化に取組み、さらに、連携やネットワーク化を一層促進することも必要である。こうした課題に対し、地域単位で必要な医療サービスを提供する地域完結型の医療を目指す事例は既に生まれ

ている。

地域医療における連携やネットワーク化の事例

米国における地域医療ネットワークの I H N (Integrated Healthcare Network ; 地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に垂直統合した事業体) を参考にした千葉県旭中央病院での取り組み。

< 米国 I H N の例 : バージニア州セントラヘルスケア >

純民間の I H N で、基幹病院は Eastern Virginia Medical Center に位置する。急性期病院の他に外来施設、長期介護施設、フィットネスセンター等も持つ医療事業体で、独立開業医とは施設利用契約をしている (オープンシステム) 。

基幹病院は入院医療に専念し、外来医療は診療所等が担うことで機能を分け、両者の連携により、地域にバーチャルな総合病院をつくる福岡市東区での取り組み。

総合病院を中核に、専門病院、研究機関、高度先進医療の提供施設等も含めた医療クラスターの形成を目指す神戸医療産業都市での取り組み。

これらの事例からは、医療機関間で機能の集約と役割分担を行うとともに、連携強化やネットワーク化を通じて、地域住民にとってより良い医療サービスの提供を追求していく考えがある。

こうした取り組みにおいては、地域の基幹病院と診療所や専門病院等との役割分担が重要であるが、初診は、診療所で受け、精密な検査の必要性や症状に応じて、基幹病院や専門病院を受診するというように、患者も医療機関間での役割分担に応じた受診行動を取る必要がある。

基幹病院のガバナンスについて

機能の集約化を進めることにより、地域によっては、基幹病院が地域医療を担う責務とともに、医療サービスの提供側として大きな力を持ち、地域医療における独占に繋がることも考え得る。こうしたことを踏まえ、基幹病院の経営に対する地域住民による監督機能を備えるとともに、地域住民への説明責任があることを明確にする。

また、地域住民のニーズへの対応とともに、安定的な経営を行っていくために、基幹病院については、経営は医療経営の専門家に任せ、医師は医療のみに

従事する経営と執行を分離したガバナンスの構築が求められる¹²。この点では、株式会社制度が持つ特性を活かすことができる。また、顧客（患者やその家族等）の満足度の向上や経営効率化といった点を病院経営において強化していくためにも株式会社による医療機関の設置を認め¹³、基幹病院の経営を多様な法人が担えるようにする。

（３）地域主体の医療制度に向けた国の役割

地域を主体にした医療制度を構築するためには、医療機関間における連携強化やネットワーク化のための環境整備と、医療の質をめぐる競争のルール作りといった国が果たすべき役割もある。

レセプト完全オンライン化の実施

まず、地域が医療機関間の連携強化やネットワーク化に取り組むためには、医療におけるIT活用の促進や、診療データに基づいた標準医療の設定等の環境整備を国の主導により進めなければならない。

特に、レセプトの完全オンライン化は、迅速に進めるべきである。既に2011年度から全てのレセプトをオンライン化することは閣議決定されており¹⁴、実施に向けたスケジュールの確実な履行を求めたい。オンライン化に際しては、レセプトのデータを傷病名コードの統一化等、データベース化や情報処理の効率向上が可能なレセプト様式に変更することも必要である。

さらに、医療においても個人番号制度を導入することで、個人勘定での医療費の把握が可能になる。個人の所得捕捉と合わせれば、所得状況を踏まえたより適切な医療政策の展開にも役立てられる。

わが国では医療政策について、より広く国民の間で、定量的な分析に基づいた議論が行われることが必要である。レセプト、DPCのデータを活用した医療統計の整備や、個人勘定での医療費の把握により、医療に関する需要を定量的に掴むことができる。これらのデータが、個人情報保護等を踏まえた上で、行政のみならず、民間のシンクタンクや研究者等にも共有されるように情報公開が進めば、医療政策について国民的議論を行う素地を作ることができる。

¹² 医療法では、「医療法人の理事のうち一人は、理事長とし、定款又は寄附行為の定めるところにより、医師又は歯科医師である理事のうちから選出する。ただし、都道府県知事の認可を受けた場合は、医師又は歯科医師でない理事のうちから選出することができる。」としている（医療法46条の3、医療法施行規則31条の4）。

¹³ 医療への株式会社の参入については、構造改革特別区域内において、自由診療による高度な医療の提供に限り認められている。

¹⁴ 「規制改革・民間開放推進3か年計画（再改定）」（平成18（2006）年3月31日閣議決定）

医療の質をめぐる競争でのルール規定

医療機関間で機能を集約化していく段階では、医療の質をめくり医療機関が競い合うという方法もあり得る。こうした競争が健全に行われるとともに、それが地域住民への医療サービスの提供に影響することがないように、国が競争のルールを厳格に定める必要がある。

・地域医療における改革の方向性（医療サービスの提供体制について）

（１）医療機関間の機能と人材等の集約化による効率性の追求

医療機関間の機能の集約化は、貴重な人材を集約することにもなり、医師不足への対応にもなる。また、高額医療機器等の設備についても、集約化により投資効率を高めることができる。

診療科の重複の解消とオープンシステムの拡大

地域単位で医療機関間の機能を集約化していくためには、公費が投入されている公立病院の統廃合の促進等により¹⁵、地域における病院間での診療科の重複を解消することが求められる。こうした医療の提供体制における選択と集中の必要性とそれにより期待される効果を、各地域の自治体等が住民に説いていかなければならない。一方で、過疎地域については、ITを活用した遠隔医療の体制整備やドクターヘリ事業の促進等により、医療サービスの提供を確保していく必要がある。

また、医療機関間の連携強化やネットワーク化に合わせて、診療所等の医師が自身の患者とともに基幹病院に行き、そこにある設備、医療機器等を利用し、治療を行うオープンシステムの拡大が重要になる。

（２）疾病構造の変化や患者のニーズに応じた医療サービスの提供

経済成長による生活水準の向上や医療技術の進歩に伴い、患者は医療に対し、質の充足や選択の自由をより求めるようになってきている。一方、増加する慢性疾患や生活習慣病においては、患者への治療はもとより、「病といかにつきあって

¹⁵ 総務省は、2007年12月に作成した公立病院改革のガイドラインで、地方公共団体に2008年度内に公立病院改革プランの策定を求めた。改革プランの対象期間については、経営効率化は3年、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しは5年程度を標準とした。

いくつか」というコンサルティング的な視点が医療にも必要になっていると考えられる。また、これらの予防に地域のコミュニティ等を活用して取り組むことも地域主体の医療制度にすることで、さらに促進される。

地域における医療の質の均一化

原則として医療機関へのフリーアクセスは制限しないが、初期診療や日頃の健康相談への対応は、基本的には診療所の医師が担うとする。これを前提に、地域における医療サービスを一定水準の質の下で提供するには、診療所の医師に、総合的な診断能力やかかりつけ医としての能力のさらなる向上が求められる。また、今後はわが国ではまだ少ない家庭医¹⁶の育成も必要である。

診療所の医師による初期診療後、精密な検査や症状に適した治療等の必要性に応じて、患者が地域の専門病院や基幹病院で円滑に受診できるように医療機関の連携を強化する。一方、医療機関間の機能を集約化することにより、基幹病院等においては、医師の診断能力や技術を高めるとともに、地域の患者を受け入れる十分なキャパシティを確保する。また、これらの病院が、地域の患者の受け入れに対し責任を持つことも明かにし、患者の受け入れが拒否されるような事態が起きないようにする。

医療サービスにおける情報の非対称性の縮小

医療サービスの特徴として、患者側が、サービスの内容や質を理解し、選択するために必要な知識や情報を十分に持っていないという情報の非対称性がある。これを縮小していくためには、医療機関のアウトカム情報の公開を義務化していく必要がある。その際に、例えば、アウトカム情報の公開における指標について地域でガイドラインを設ける等すれば、患者側の選択の基準にもなると考えられる。

加えて、医療行為について、患者の立場に立ち、わかりやすく説明するインフォームド・コンセントの一層の促進や、患者のカルテ閲覧権の確保等を通し、患者にとって納得が得られる医療サービスを提供していく。

疾病構造の変化や患者のニーズに応じた医療サービスの提供に地域全体で取り組むことで、今後、医療をめぐる地域間競争が展開することも期待される。

¹⁶ 家庭医療学を履修した専門医。患者の家庭環境等も踏まえて診察を行う。

・地域医療における改革の方向性（産業としての医療の発展について）

（１）知識集約的産業、サービス産業としての発展

医療には、イノベーションによる医療技術や医薬品、医療機器等の開発が期待される知識集約的産業としての側面と、関連分野も含めた多様なサービス事業の展開が期待されるサービス産業としての側面がある。医療が産業として発展し、わが国の経済成長や地域経済の活性化に寄与するためには、国による環境整備と、グローバルな視点での取組みが必要である。

医療における国際競争力の向上

知識集約的産業としての発展を目指すには、世界水準の医療技術、医薬品等を提供し、国内外から、それらを求める患者を受け入れられることが必要である。医療は、国境を越えて提供されるサービスになっており¹⁷、わが国で未承認の先端医療技術の適用や医薬品の使用を望む患者が、それらを求め外国に行く例も少なくない。また、製薬企業の研究開発拠点が日本国外に移転する動きもあり、研究開発に要するリソースが流出している。

こうした状況への対応として、政府には、医薬品と医療機器の承認期間の短縮・効率化に向けた一層の体制強化¹⁸と、治験環境の改善や国際共同治験¹⁹の推進等に向けた基盤整備が求められる。また、基礎研究の成果を臨床研究に応用していくトランスレーショナル・リサーチを、研究機関や医療機関と企業とのコラボレーションの促進により強化していくことや、臨床研究を新たな治療等に円滑に結びつける取組みが必要である。トランスレーショナル・リサーチを強化すべき例としては、iPS細胞を応用した再生医療等があるが、国際的な研究競争が進む中で、科学技術分野における最優先課題の一つとして、国がより集中的に研究費用を支援するべきである。

医療サービスの市場がグローバル化する中で、国内外の需要を取り込むためには、高度先進医療を提供できる優秀な医師や、ライフサイエンス分野等の研究者の国外流出を防ぎ、国内への流入を促進するといった人材の確保も重要である。

¹⁷ 2006年中に医療サービスを受ける目的でアジア地域を訪れた外国人旅行者数は180万人に達し、その市場規模は約68億ドルに上るとされる（経済産業省「平成19年版通商白書」）。

¹⁸ 医薬品や医療機器などの承認審査を行う独立行政法人医薬品医療機器総合機構では、欧米で承認されている医薬品や医療機器がわが国では未承認のため使えないドラッグ・ラグやデバイス・ラグの短縮に向けて審査人員の増員等に取組んでいる。

¹⁹ 新薬の世界規模での開発・承認を目指して、複数の国、地域の医療機関で同時に実施する臨床試験。

関連分野も含めた多様なサービスの展開

サービス産業としての発展を目指すには、医療の関連分野はもとより、異分野との連携によるサービスの拡大が期待される。例えば、在宅医療を促進していく上でのサポートや、より日常性、快適性のある入院や受診ができる病院内の環境整備等に企業の参入を促進する。

また、治療効果の調査や施術者の教育の充実等を前提にした東洋医学等の代替医療・補完医療におけるサービスの提供や、健康の維持、回復、向上等を目的にした公的医療保険適用外の医療サービスと観光とを組み合わせたメディカル・ツーリズムを、海外からの利用者も対象に展開すること等が考えられる。

これらの取組みについて、政府は規制緩和等の環境整備を担うとし、地域が推進の主体になり、医療を通してグローバルにその魅力を発信できるようになれば、地域活性化の一つのモデルにもなり得る。

(2) 医療サービスでの雇用促進

地域医療の充実や、地域で医療を産業として発展させることは、地域での雇用促進にも繋がり得る。この分野では、医師、看護師、コメディカルといった専門性を要する人材のみならず、例えば病院のユーザビリティを高める業務等、医療におけるサービスの向上を担う人材も求められる。こうした多様な人材の雇用を創出することが、地域での若年層の定着や経済の活性化に繋がり、地域医療を支える社会的、経済的基盤が強化されるという好循環を作り出せる。

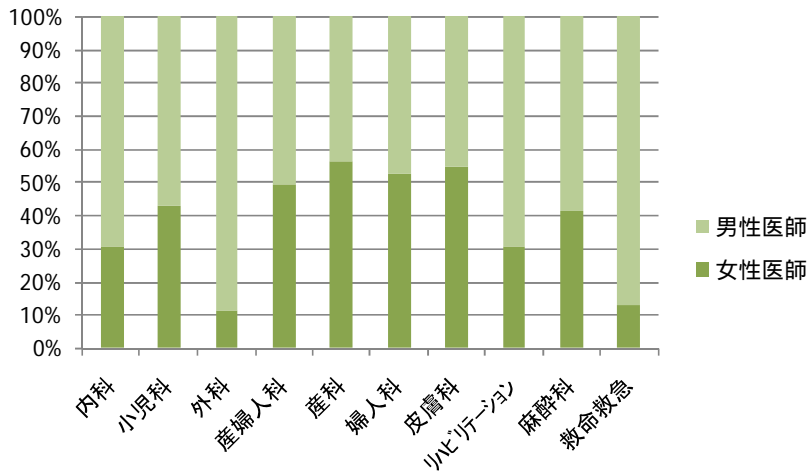
医療従事者の労働環境等の改善と看護師等の専門性の向上

医療サービスへの従事者を増加させるには、労働環境や待遇の改善、キャリアパスの提示等が必要である。規制緩和により、看護師やコメディカルの業務領域を拡大し、専門性を高めることは、医師の労働環境の改善にも繋がる。また、診療報酬を病院、診療所の役割に応じた配分にし、看護師等についても業務内容に応じた処遇ができる仕組みを作ることが求められる。

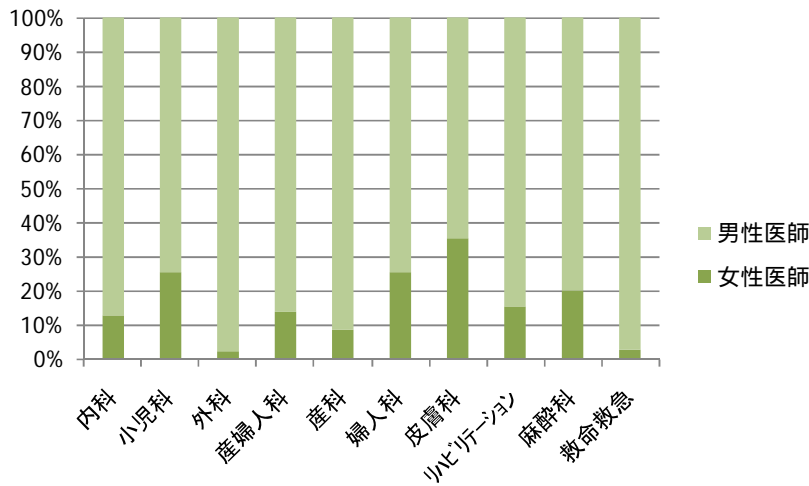
さらに、近年、女性医師が増加していること²⁰、医師不足が指摘される小児科、産科での女性医師の割合が高いことを踏まえ、育児と仕事との両立ができるような勤務形態の実現に医療機関で積極的に取り組むことも、医療サービスでの雇用促進を考える上で重要である。

²⁰ 病院勤務の医師のうち、女性医師の割合は1994年に12%だったが、2006年には18%まで増加している（厚生労働省「2006年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」より）。

図表2 診療科別の医師数における男女の割合
(2006年、20～30代)



図表3 診療科別の医師数における男女の割合
(2006年、40～50代)



厚生労働省「2006年医師・歯科医師・薬剤師調査」より事務局作成

・地域医療における改革の方向性（診療報酬、医療保険制度について）

（１）地域医療の改革を踏まえた診療報酬のあり方

医療サービスに対し支払われる診療報酬についても、本報告書で示す地域医療の改革を踏まえた体系への見直しが望まれる。

医師の技術料の区分と定額払いの拡大

基幹病院と周囲の診療所等との連携を強めるために、オープンシステムを拡大するにあたり、医師の技術料（ドクター・フィー）と病院の開設・運営費（ホスピタル・フィー）を分離することが必要と考えられる。診療報酬体系において、医師の技術料を区分するには、技術評価の方法等について議論を要するが、医療行為の難易度を反映した設定にすることで、医師の技術向上のインセンティブにもなり得る。

また、地域医療における連携強化には、標準医療の設定も重要である。医師が標準医療を行うことを促すためには、定額払いの拡大が求められる。

（２）地域を軸にした公的医療保険の再編・統合

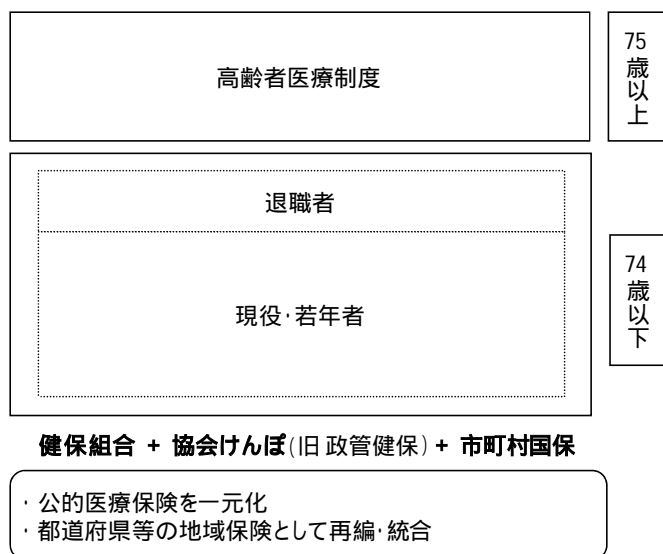
地域単位で医療機関等の連携強化やネットワーク化に取り組むという提供体制の改革に応じて、公的医療保険も地域を軸に再編・統合していくことにより、社会保険として給付と負担の関係がわかりやすくなると考えられる。

公的医療保険の一元化について

現状の公的医療保険においても、市町村国保では、より広域化した運営により、財政基盤の安定化や保険料の平準化が求められている。また、全国単位の公法人を保険者とする協会けんぽでは、都道府県単位での保険料率の設定を行うことになっている。さらに、企業の健保組合についても、地域型健保組合の設立が認められている。

こうした現状を踏まえると、公的医療保険を都道府県等の地域保険として再編・統合し、将来的に一元化することは、公的医療保険制度の今後の一つのあり方として検討に値する。一元化に向けた制度設計においては、個人番号制度による正確な所得捕捉、被用者の保険料における企業負担や、被扶養者の扱い、運営主体等の課題はある。しかし、わが国において保険者がその本来的な機能を発揮し、加入者の代表として医療サービスの提供側に対し一定の影響力を持つためにも、地域を軸にした公的医療保険の一元化が考えられる。

図表4 < 医療保険制度の将来的なイメージ >



おわりに（最終提言に向けての課題）

これからの医療制度には、社会保障の一つとして、国民の身心の健康に関わるセーフティネットの機能を果たすことと、医療サービスに対し多様化するニーズに対応することの両方が求められている。その実現のためには、国が医療制度のすべてを主導するのではなく、国民の生活基盤がある地域が主体になることがより適している。地域の特性を踏まえた医療サービスの提供は、住民にとっての効用を高めるであろうし、医療サービスについて、そのコストの負担と受益の関係が地域において明確になることで、医療制度の持続性について地域住民にも責任があるという認識が深まる。

地域医療を中心にした医療制度の抜本的な改革の提言には、今後、さらに検討が必要であり、具体的には、主に以下のような課題が挙げられる。

- (1) 地域医療改革の一つのモデルとなる体系と関連する制度改革の検討
 - ・ 必要な医師数を確保し、診療科別、地域別の医師の偏在を是正する仕組みの構築
 - ・ 地域医療に従事する人材の確保や定着、医療の質の向上を踏まえた診療報酬制度の見直し
 - ・ 地域を軸にした公的医療保険の一元化に向けた制度設計
- (2) 公的保険適用の見直しと、混合診療の拡大に向けた制度改革
- (3) 医療における将来的な国民負担率についての試算

以上

2008年度医療制度改革委員会

(敬称略)

委員長

高 須 武 男 (バンダイナムコホールディングス 取締役会長)

副委員長

門 永 宗之助 (マッキンゼー・アンド・カンパニー・インク・ジャパン ディレクター)

重 木 昭 信 (NTTデータ 顧問)

渋 澤 健 (シブサワ・アンド・カンパニー 代表取締役)

竹 川 節 男 (健育会 理事長)

中 村 紀 子 (ポピンスコーポレーション 代表取締役)

禰 宜 寛 治 (武田薬品工業 コーポレート・アドバイザー)

委員

荒 井 喜八郎 (荒井商店 取締役会長)

石 川 宏 (NTTアドバンステクノロジー 特別顧問)

井 口 弘 子 (ユアサM&B 取締役)

植 村 裕 之 (三井住友海上火災保険 常任顧問)

牛 尾 志 朗 (ウシオ電機 取締役常務執行役員)

大 川 澄 人 (日本経済研究所 理事長)

大 瀧 守 彦 (ジョンソン・エンド・ジョンソン ビジネスアカパニー代表取締役)

大 竹 美 喜 (アフラック (アメリカファミリー)生命保険) 創業者・最高顧問)

大 室 康 一 (三井不動産 取締役副社長)

柏 木 齊 (リクルート 取締役社長)

角 野 文 和 (プランテックコンサルティング 取締役副社長)

門 脇 英 晴 (日本総合研究所 特別顧問)

河 合 良 秋 (キャピタル アドバイザーズ グループ 議長)

木 村 廣 道 (ライフサイエンスマネジメント 取締役社長)

清 村 千 鶴 (ファイザー 執行役員)

倉 田 進 (KURATA and ASSOCIATES 東京オフィス代表)

河 野 栄 子 (D I C 社外取締役)

小 島 秀 樹 (小島国際法律事務所 弁護士・代表パートナー)

近 藤 忠 男 (キックマン 取締役専務執行役員)

今 野 由 梨 (ダイヤル・サービス 取締役社長・CEO)

斎藤 敏一	(ルネサンス 取締役会長執行役員)
佐藤 玖美	(コスモ・ピーアール 代表取締役)
佐藤 政男	(法研 取締役相談役)
下村 満子	(健康事業総合財団 [東京顕微鏡院] 特別顧問)
瀬下 明	(あいおい損害保険 特別顧問)
高木 邦格	(国際医療福祉大学 理事長)
滝口 進	(エムエム・ホールディングス 取締役社長)
竹中 誉	(エル・ビー・エス 取締役会長)
近浪 弘武	(日本コンベンションサービス 取締役社長)
津川 清	(OFFICE TSUGAWA 代表)
津野 正則	(GPMパートナーズ 代表取締役)
中尾 靖博	(富士物流 特別顧問)
仲條 亮子	(ブルームバーグ L.P. 在日副代表)
長瀬 朋彦	(イマジカ・ロボット ホールディングス 取締役専務執行役員)
長久 厚	(ラクオリア創薬 取締役社長&CEO)
鳴沢 隆	(野村総合研究所 取締役副会長)
西浦 天宣	(天宣会 理事長)
西川 久仁子	(スーパーナース 取締役社長)
野嶋 吉朗	(都市文化振興財団 理事長)
林 良造	(帝人 独立社外監査役)
久野 正人	(ベックマン・コールター 取締役社長)
兵頭 誠	(日本興亜損害保険 取締役社長首席執行役員)
福島 吉治	(F & K コンサルティング 取締役会長)
藤沼 彰久	(野村総合研究所 取締役会長兼社長)
藤原 浩	
松井 秀文	(ゴールドリボン・ネットワーク 理事長)
松林 知史	
松村 茂	(オーヤラックス 取締役会長)
松森 浩士	(ファイザー 執行役員)
宮澤 潤	(宮澤潤法律事務所 代表弁護士)
村上 輝康	(野村総合研究所 シニア・フェロー)
安田 育生	(ピナクル 取締役会長&CEO)

山岡建夫	(JUKI 取締役会長)
山田匡通	(イトーキ 取締役会長)
横山禎徳	(イグレック 代表取締役)
渡部憲裕	(裕正会 理事長)
和地孝	(テルモ 取締役会長)

以上64名

事務局

伊藤清彦	(経済同友会 執行役)
宮崎喜久代	(経済同友会 政策調査第2部 マネジャー)