



抜本的な医療制度改革への提言

～持続可能な制度への再構築と産業としての医療の発展を目指す～

公益社団法人 経済同友会
2010年4月

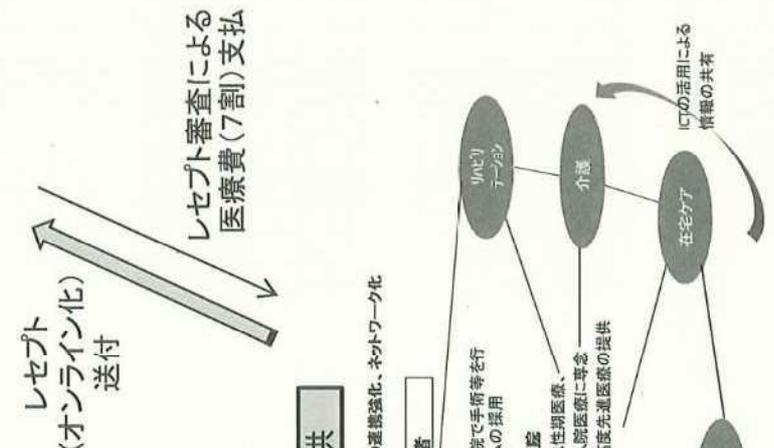
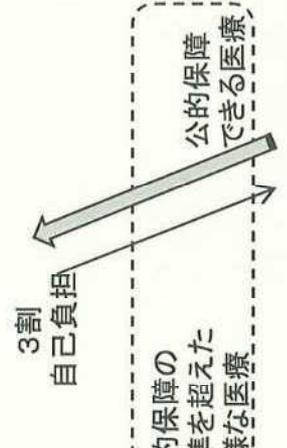
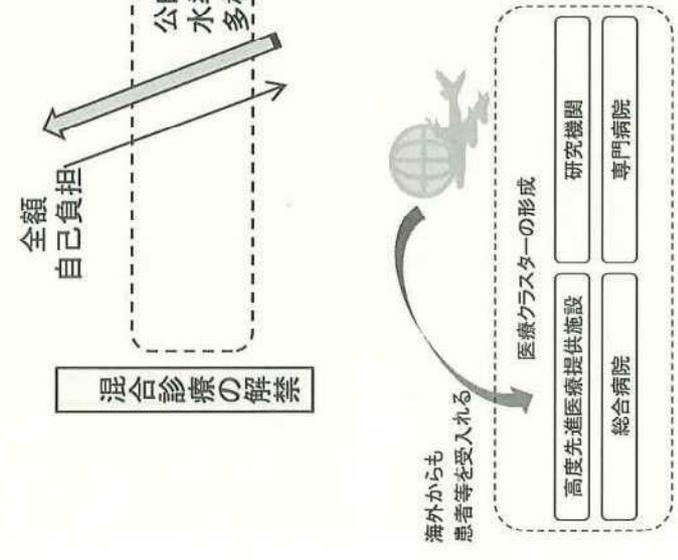
医療制度改革委員会 提言 目次

はじめに	1
. 目指すべき医療制度	1
1 . わが国が目指すべき医療制度の姿	
2 . 本提言の趣旨	
. 社会保障としての医療費の管理・抑制と公的保険の適用のあり方.....	2
1 . 医療費の増加に対して必要な議論	
2 . 社会保障としての医療費は管理・抑制が必要	
3 . 民間保険の活用と公的保険適用外の医療費の増加について	
. 医療財政における税と保険の役割分担のあり方	8
1 . 75 歳以上を対象とする独立した高齢者医療制度への改革	
2 . 74 歳以下を対象とした公的保険制度における保険原理の徹底	
. 公的保険制度の一元化	11
1 . 地域保険への再編・統合による公的保険制度の基盤強化	
2 . 地域保険への再編・統合のプロセス	
. 医療の提供における改革と産業としての医療の発展	12
1 . 医療機関間での機能の集約	
2 . 医療人材の有効活用	
3 . 産業としての医療の発展	
おわりに	15

目指すべき将来の医療の姿



医療保険・高齢者医療	
75歳以上	<p>独立した高齢者医療制度</p> <p>【医療費の財源】 税7割、自己負担3割、保険料なし</p> <p>【運営者】 財政責任を持った運営主体 (都道府県、或いは道州等を単位とする複数の運営主体)</p>
74歳以下 退職者 現役・若年者	<p>地域保険により再編・統合された公的保険制度</p> <p>【国保、協会けんぽ(旧政管健保)、組合健保を一元化(※)]</p> <p>【医療費の財源】 保険料7割、自己負担3割、税の投入なし</p> <p>▼75歳以上を対象とする高齢者医療制度への支拂金の拠出なし</p> <p>【運営者】 都道府県、或いは道州等を単位とする複数の保険者</p>



経済前提：
長期的なGDPの伸び率を1.5%にした場合

はじめに

1961年に国民皆保険が実現され、国民に広く平等に医療を保障することが可能になってから約半世紀を経た今日、生活水準は向上し、医療も大きく進歩したことにより、平均寿命は伸長した。その一方で、皆保険が実現した当時に比べ、生活習慣病の増加等、疾病構造は大きく変化している。また、より質の高い医療を求める等、医療の提供に対する国民の意識も変容してきている。しかし、そうした医療のすべてを皆保険の仕組みで提供することは難しく、求める医療の質に対して相応の負担も必要になっている。

こうしたなかで、現在、医療と我々国民との関わり方がどうあるべきかが改めて問われている。我々がどのような医療を望み、それをいかに実現していくかを考えることは、個々人の病気予防や健康増進に対する意識から、どのように生き、どのような最期を迎えるかといった死生観にまで関わることでもある。

望ましい医療を実現していくにあたって、我々は、経済社会の変化や、わが国が置かれた状況を鑑み、医療を支える公的制度改革と、産業としての医療の発展に取り組まなければならない。

医療制度における課題は、本委員会の中間報告¹で整理したとおり、医療費増加への対応と公的医療保険制度の持続性の確保、医療の提供における効率性と医療の質の向上等、多岐にわたる。

これらの課題が複雑に絡み合い、医療制度全般の機能が低下しており、抜本的な構造改革が求められる。具体的には、公的な医療の保障とそれを支える財政的持続性の向上、地域医療において効率化や質の向上を促す体制の構築、加えて医療における民の活用である。我々は、こうした改革に向けて、経済の仕組みや経営者の観点から政策を提言したい。

．目指すべき医療制度

1．わが国が目指すべき医療制度の姿

わが国の医療給付費は、2007年度には28.9兆円に達し、社会保障給付費総額（91.4兆円）の31.7%となった²。財政的制約があるなかで、医療制度の持続性を向上するためには、国が公的に保障できる医療は、すべての国民に確実に給付

¹ 2008年度医療制度改革委員会 中間報告「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～」

² 国立社会保障・人口問題研究所「平成19年度 社会保障給付費」参照。

するとし、必要な医療を効率的かつ質が担保されて提供する体制を築かなければならない。

一方、公的に保障できる水準を超えた、より多様な需要に応える医療については、民間保険で対応し、国際的にも高水準の医療が提供できる体制を整備しなければならない。

両者を組合せることにより、国民にとって最適な医療を目指す。また、国際的にも高く評価される医療の提供や、国外からでもそうした医療を受けられるようにするためのインフラ整備等を通じて、グローバルな医療の需要を取り込む。

こうした新たな医療の実現には、公だけでなく、民の活用が必要である。医療は経済社会の基盤となるものであるが、同時に経済社会を活性化させるものと位置づけ、その関連分野も含めて、産業として発展させるための環境整備をしなければならない。

2. 本提言の趣旨

本提言では、社会保障としての医療費の管理・抑制と公的保険の適用のあり方、医療財政における税と保険の役割分担、公的保険制度の一元化、医療の提供における改革と産業としての医療の発展について政策を提言する。

医療制度が様々な課題を抱えるなかで、これら四つに焦点を当てる理由は、わが国が置かれた経済社会の状況を踏まえ、医療制度改革の根幹を考えた場合、これらは、国が国民経済の視点に立ち、制度改革や環境整備に主導的に取り組むべき政策課題であると考えたためである。

・社会保障としての医療費の管理・抑制と公的保険の適用のあり方

医療費増加の主な要因は、高齢化、医療技術の進歩、経済成長による生活水準の向上と言われており、わが国の医療費は今後も増加していくことが想定される。医療費をめぐっては、これまでも増加或いは抑制の議論が行われてきているが、必ずしも医療費についての認識を整理、共有した議論になっているとは言えない。「国民医療費」の範囲は傷病の治療費に限られているが、一方で、予防や健康管理、自由診療部分等も含めて広義に医療費を捉えた推計もある³。

また、医療費が増加するなかで、公的保険を適用する医療の範囲や、それを賄

³ 経済協力開発機構(OECD)は、「国民保健計算(National Health Account ; NHA)の国際基準である A System of Health Accounts(SHA)により、予防や健康管理、自由診療部分等も含む広義の医療費(総保健医療支出)の推計を行っている。医療経済研究機構が行った OECD 基準による医療費推計では、2005 年度の国民医療費約 33.1 兆円に対して、総保健医療支出は約 41 兆円(対 GDP 比約 8.2%)で、約 24%上回る。

う財源の確保についての議論も深まっていない。

1. 医療費の増加に対して必要な議論

高齢化、医療技術の進歩、生活水準の向上による医療費の増加を無理に抑制することはできないが、そのすべてを賄うために、税や保険料が名目経済成長率を超えて伸びることは適切ではない。医療制度を持続可能にしていくには、経済・財政の身の丈に合った保障とし、それに応じて給付と負担の水準を均衡させる必要がある。一方で医療とその関連分野を今後の成長産業の一つと考えれば、医療、健康増進等の需要を増加させるとともに、それに応じた技術革新によるサービスの効率化や、競争を通じた新しいサービスの提供が経済成長に繋がるとも考えられる。

税や保険料の増加抑制と、医療ならびにその関連分野を産業として発展させることを両立するために、まずは医療費について、下記のような視点で整理した議論が求められる。

社会保障としての医療費

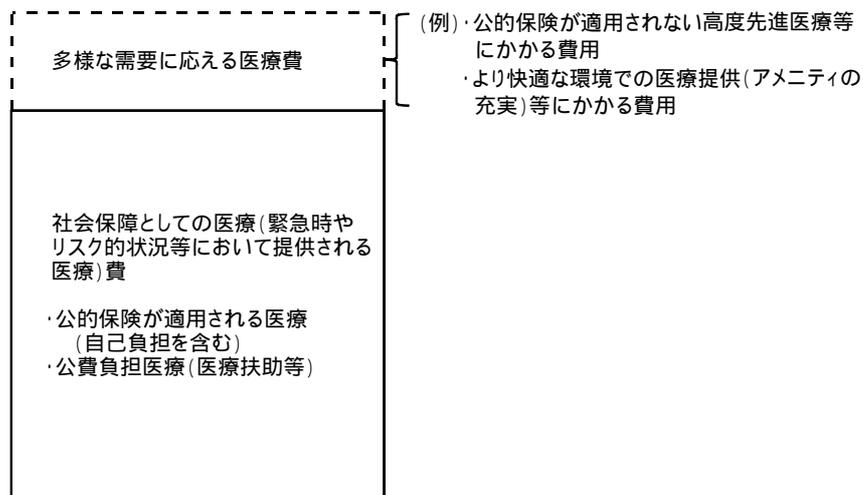
公的保険が適用される医療費（自己負担分を含む）ならびに公費負担医療費（医療扶助等）とする。

多様な需要に応える医療費

公的保険適用外の医療等、自由診療部分にかかる医療費や、より快適な環境での医療提供（アメニティの充実）等にかかる医療費とする。

【図表 1】

医療費についての整理



2. 社会保障としての医療費は管理・抑制が必要

(1) 財政健全化、国民負担率との関連

2009年度の国と地方の基礎的財政収支は40.6兆円の赤字、2009年度末での国および地方の長期債務残高の対GDP比は169%に達する。一方、2010年度予算の一般歳出における社会保障費の割合は50%を超えている。財政健全化と国民負担率の増加を抑制する観点から、社会保障制度の一体的改革が必要であり、2013年度にはこれを実施すべきである。

社会保障全般において受益と負担の均衡が求められるが、仮に両者が均衡しても、財政健全化の必要性を踏まえれば、高福祉・高負担の水準を選択することは、我々が目指すべき社会保障の姿ではない。また、国民所得が増加しないなかで、国民負担率が増加すれば、現役世代を中心に家計における可処分所得が減少し、消費や貯蓄といった個人の裁量による経済活動の余地が狭められる。

こうした財政健全化や国民負担率との関連も含めて考えると、社会保障給付総額の伸び率は、社会保障制度の改革前を基準に、名目経済成長率以下に抑制すべきであり⁴、医療費においても管理・抑制が必要である。

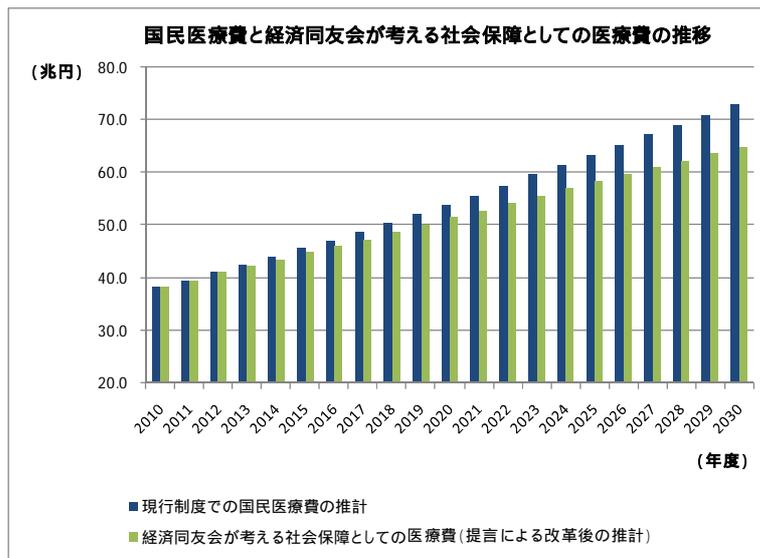
(2) 経済同友会が考える社会保障としての医療費について

経済同友会では、これまで、財政健全化や国民負担率との関連を踏まえ、「公的保険が適用される医療費において自己負担を増やすこと」「公的保険の適用範囲を見直すこと」を提言してきた。これらを前提に⁵、社会保障としての医療にかかる費用について簡単な試算をすると、公的保険の適用範囲の見直しにより、2030年時点で約65兆円（対GDP比9.5%）になり、現行制度を前提に試算した国民医療費約73兆円（対GDP比10.6%）に比べて増加が抑制されることになる。

⁴ 経済同友会では、年金、医療、介護のそれぞれについて制度改革を提言している。年金制度は、1階部分の基礎年金は、財源を全額年金目的消費税で賄うとし、2階部分の報酬比例年金は、民営化（積立方式に移行）する抜本改革を提言している。社会保障給付総額の伸び率の抑制とは、改革前の年金、医療、介護等の総額を基準にした将来の総額の伸び率を、同期間の名目経済成長率以下に抑制する意である。

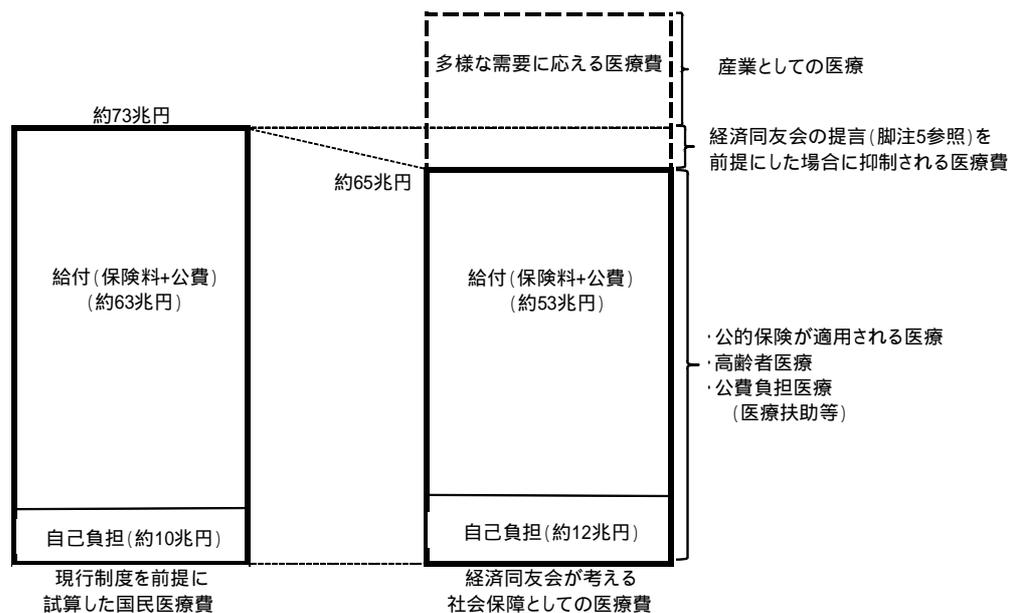
⁵ 今回の試算では、0～74歳までの医療費は、自己負担3割、保険給付7割とすること、75歳以上の医療費は税7割、自己負担3割とすること、高齢者医療への定額制の拡大、医療全般における混合診療の拡大を踏まえて、70歳以上の医療費の伸び率を70歳未満と同じ水準にすること等を反映した試算を行った（経済前提は、長期的なGDPの伸び率を1.5%にした場合。提言の実現は2013年度からを想定）。

【図表 2】



【図表 3】

2030年度における国民医療費と経済同友会が考える社会保障としての医療費について



(3) 社会保障としての医療費を管理・抑制する具体策

公的保険適用の範囲の最適化

公的保険適用の範囲について、保険収載する医療技術や医薬品等の費用対効

果を重視した見直しが必要である⁶。適用対象の選別を、財政面と国民にとって効用の高い医療の提供を踏まえて厳格化することは、公的保険の範囲を最適化する取組みの一つである。適用範囲についての議論は、国民の健康の回復や維持のために限られた財源を最も効果的に使うという視点から、中立的な機関で客観的に行い、適用対象は国民にもわかりやすく明示するべきである。

医療における ICT の活用とデータに基づく医療政策の実施

保険適用対象の選別において、医療技術や医薬品、医学的な実証を伴う予防医療等の評価を客観的に行うためには、診療データの蓄積や医療統計の整備が必要である。診療データを蓄積すれば、標準医療の設定とそれを踏まえた定額制（DRG-PPS⁷）をより拡大することもできる。

こうした意味で、データベース化や情報処理の効率向上が可能なかたちでのレセプト、カルテの電子化・オンライン化は不可欠である。レセプトについては、2011年度から完全オンライン化をする従来からの方針に沿い、着実に実施すべきで、導入率に目標値を設ける等の進捗管理も必要である。

医療における ICT の活用は、診療報酬の審査支払における公正性、効率性も高める。加えて、医療サービスや関連する管理業務等の効率化が図られるとともに⁸、医療機関間における診療情報の共有化が容易になる。これにより、重複検査等が減少し、患者の利便性も向上する。社会保障としての医療費を管理・抑制していく上では、療養病床を削減し、住み慣れた家庭や地域での在宅療養を促すことも重要であるが、在宅療養を円滑に行うためには、ICTを活用した遠隔医療の普及が求められる。

また、社会保障全般への個人番号制度の導入と合わせることで、医療費も個人勘定で効率的に把握できる。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実施にも役立てられる。

混合診療の全面解禁

公的保険が適用されない医療については、自由診療になる。患者の同意取得と厚生労働省への届出を前提に、公的保険適用の診療と患者の自己負担による

⁶ イギリスには、公的保険が適用される治療方法、薬剤、医療機器について費用対効果を考慮してその適用基準を定める独立した機関 NICE（The National Institute for Clinical Excellence；国立医療技術評価機構）がある。

⁷ 疾病群別に患者一人あたりの定額を基本とした支払方式。

⁸ ICT の活用による医療サービスの効率化の事例としては、石川県の恵寿総合病院での取組み等が挙げられる。

自由診療とを併用する混合診療の全面解禁に向けて検討をさらに進めるべきである⁹。これにより、かかる医療費について全額が自己負担になるのではなく、一部が保険適用となるため、患者の選択肢を拡大することができる。また、混合診療の禁止下に比べて患者の経済的負担が軽減されるため、潜在的にある多様な医療への需要が顕在化し、さらに増加することが予想される。こうしたことから、混合診療の拡大は、医療を産業として発展させる施策にも位置づけられる。

3．民間保険の活用と公的保険適用外の医療費の増加について

(1) 民間保険の活用

公的保険における給付の重点化や混合診療の全面解禁に応じて、公的保険を補完する民間保険を導入し、その活用も含めて医療保障の充実を図る必要がある。

具体的には、1階部分を公的保険とし、公的保険の適用外になる医療の費用は2階部分の民間保険で給付するといった2階建て構想や、医療費が最も必要となる高齢期に備えて若年時から積立をする医療貯蓄の商品を民間で提供することが考えられる。

(2) 公的保険適用外の医療費の増加による経済成長の促進

リスク的な状況以外の医療やQOL (Quality Of Life) の改善に関わる医療は、公的保険適用外とする。高度先進医療については、患者の身体にかかる負担がより少ないもの等、費用対効果が高い医療は保険適用していく。しかし、一方で、同様の治療において相対的に費用対効果が低い医療は保険適用から外すようにし、適用範囲が財政的持続性を超えて拡大することがないようにする。

なお、生活習慣病の予防や健康の維持、増進等が期待される医療については、長期的には個々人の医療支出を軽減する可能性はあるものの、リスク的な状況に対応する医療とは異なる。また、健康増進への取組みの有無と、病気になるか否かとの因果関係が医学的に実証されていないものは、公的保険を適用することは妥当ではない。

健康増進に関連するサービスの提供、医療機関におけるアメニティの整備等では、既存のニーズに対応するのみでなく、例えば、異業種におけるサービスとの

⁹ 混合診療の解禁は、外国では広く使用されているが日本では未承認の医薬品、医療用具を使用する場合、専門医の間では有効性が認められているが一般化していない診療方法、科学的に有効性・安全性が立証されている予防医学的な治療、保険で認められた回数(用量)等を超えて使用する場合、QOLの向上等に関するもの等において検討が求められる。

組合せ等によるサービスの開発も期待される。公的保険適用外の医療等への需要が増加し、それに応じた技術革新によるサービスの効率化や新たなサービスの提供が経済成長を促すと考えられる。経済成長による生活水準の向上により、さらなる医療需要が喚起されるといった循環を生み出していく必要がある。

・医療財政における税と保険の役割分担のあり方

現行の75歳以上を対象とする高齢者医療制度では、給付費の4割を現役世代の保険制度からの支援金（後期高齢者支援金）で賄っている。また、65～74歳の医療費に対しても、前期高齢者納付金により現役世代からの財政調整を行っている。

高齢者の医療費を賄うためのこうした財政調整は、組合管掌健康保険（以下、組合健保）等の財政収支に深刻な影響を与え、組合健保の中には、解散し、全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）に移行するところも出ている。このように現役世代からの所得移転で高齢者の医療費を賄う賦課方式による制度は、少子高齢化が進むなかでは持続不可能である。

また、医療費の財源に税と保険料がまざり合っているため、それぞれの役割分担が明らかでなく、受益と負担の関係がわかりにくくなっている。これを是正するためには、医療における給付と、税や保険料による負担の関係が明確な制度設計が必要である。

1. 75歳以上を対象とする独立した高齢者医療制度への改革

（1）独立した高齢者医療制度により疾病特性等に応じた医療を提供する

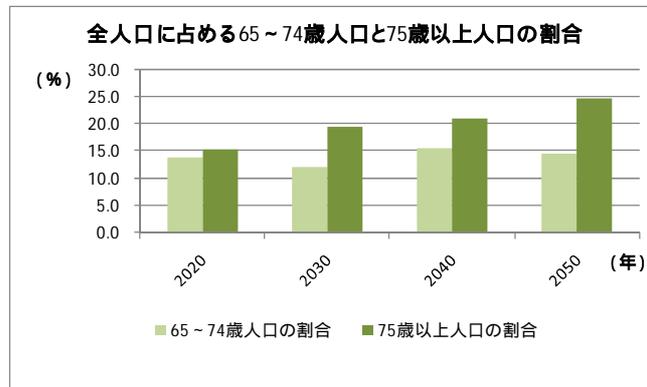
高齢になると病気や怪我が多くなり、罹る疾病も現役世代とは異なってくることを踏まえると、その医療費に現役世代と同じ制度で保険原理を適用することは難しい。独立した高齢者医療制度を設け、必要な医療を確実に提供するとともに、将来に亘り増加する75歳以上の医療費を財政的に持続可能な水準に管理していく。

75歳以上を対象とする背景としては、先ず、生活習慣病について見ると、年齢階級別での特性として、高齢になるほど循環器系の疾患が多くなることが指摘され、その受療率（入院）は、75歳以上で増加する傾向にあると言われている¹⁰。また、国民一人当たりの医療費を年齢階級別に見ると、60～64歳の医療費に対し、65～69歳は1.3倍、70～74歳は1.7倍である一方、75歳以上は2.2倍に増加す

¹⁰ 「平成19年版厚生労働白書 医療構造改革の目指すもの」参照。

る¹¹。さらに、75歳以上の人口が総人口に占める割合も今後増加していく¹²。

【図表 4】



(2) 必要な医療を確実に提供するために税を医療費の主要財源にする

75歳以上を対象とした高齢者医療制度の医療費の財源は、税7割、自己負担3割で賄い、保険料は徴収しない。税を主要財源にして、高齢者に必要な医療の確実な提供と、高齢者の医療費の管理を両立させる。高齢者医療費の増加により、追加的に財源が必要になった場合には、税を投入するが、医療費の管理においては、給付の効率化を図ることも重要であり、医療費の支払方式は、通院、外来ともに定額制にする。

なお、自己負担額が高額となり、高齢者の家計に過重な負担が生じる場合には、現行の高額療養費制度¹³によりその軽減を図ることができる。また、生活が困窮し、自己負担額が払えない場合には、生活保護制度における医療扶助の単給により、必要な医療を受けることができる。

75歳以上を対象とする高齢者医療制度において必要な税(公費)は、現在の国民医療費に投入している税を高齢者医療制度に集中投入して賄うものとする。その財源となる税収が、経済成長率に比例して増加することを前提に簡単な試算をすると、当面は必要な額を確保することができるが、2020年頃から不足し、2030年頃の不足額は、その時の消費税収の推計値をもとに試算すると、消費税率に換算して約1%強になる。

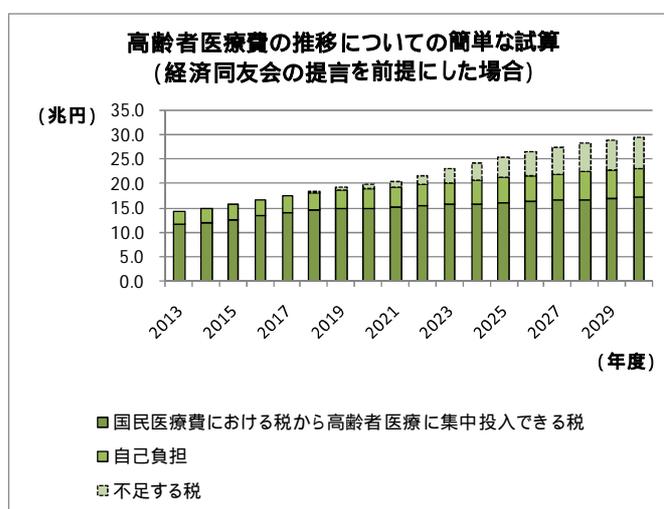
¹¹ 厚生労働省「平成19年度国民医療費の概況」における「年齢階級別 人口一人当たりの国民医療費」参照。

¹² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」参照。

¹³ 高額療養費制度とは、重い病気等で長期に入院したり、治療が長引く場合に、医療費の自己負担が高額となることから、家計の負担を軽減するため、年齢、世帯、所得状況に応じた自己負担限度額を設け、それを超えた分が払い戻される制度。一般的な所得の場合の1ヶ月あたりの自己負担限度額は、現役世代では、80,100円+(総医療費-267,000円)×1%、75歳以上の高齢世代では、44,400円(外来は12,000円)になる。

経済同友会では、今後、消費税率を現在の5%から段階的に引き上げ、2017年度には、年金目的消費税として10%、一般財源として7%(内訳は、国税分2%、地方税分5%)、合計17%にする必要があることを提言している。高齢者医療制度に追加的に必要となる税は、国と地方行政の一般財源として確保する7%から賄うことが考えられる。

【図表5】



(3) 高齢者が安心できる運営主体の確立を

75歳以上を対象とする高齢者医療制度の運営については、財政責任を伴った運営主体を確立し、高齢者が安心できるようにするべきである。こうした観点から、運営主体として、現行の高齢者医療制度における広域連合が適切なのか、或いは都道府県や国が相応しいのかを改めて検討することが求められる。

また、将来、道州制が導入された場合には、広域自治体を運営主体とすることも選択肢として考えられる。

2. 74歳以下を対象とした公的保険制度における保険原理の徹底

74歳以下の医療費は、基本的に保険料7割と自己負担3割で賄い、75歳以上を対象とした高齢者医療制度への支援金の拠出は行わないとする。なお、65~74歳にも64歳未満と同水準の保険料率で負担を求める。

基本的には税の投入は行わず、保険者による経営の効率化や財政規律の維持を求める。ただし、保険者間の年齢構成、所得水準の違い等、保険者の努力が及ばない部分を考慮した保険者間の財政調整は行うべきであり、こうした仕組みも含めて、公的保険制度の一元化を検討することが必要である。公的保険制度の一元

化については、まずは概念の整理、共有が重要であるが、本提言では、単一制度の下、地域単位での複数の保険者により運営する74歳以下の公的保険制度の案を示す。

・公的保険制度の一元化

国民健康保険（以下、国保）を運営する市町村や、組合健保を運営する企業において、保険者規模が小さい場合、高額給付が発生すると、保険者の経営に影響を及ぼす。財政基盤の安定化はもとより、保険者機能の強化のためにも保険者規模の適正化が必要である。現在、市町村や企業規模を基本に複数の保険制度が存立しているが、財政状況の悪い保険制度に税を投入し保険料率の上昇を抑えろといった政策は、給付と負担の原則から逸脱することであり、本来は安易に行うべきではない。

1．地域保険への再編・統合による公的保険制度の基盤強化

公的保険制度の機能は、疾病リスクの分散と、所得の多寡や保持している疾病リスクの高低にかかわらず、加入者が必要な医療を受けられるようにすることである。少子高齢化のみならず、企業間競争のグローバル化、雇用の流動化、雇用形態の多様化といった経済社会の変化に対応可能な公的保険制度を構築し、それに0～74歳の国民が加入する皆保険の基盤を強化するには、給付と負担の関係を地域単位で把握していくことが適切である。

地域単位での保険者の運営においては、保険者間における加入者の年齢構成や所得水準の違い等を考慮した保険料率の調整を合理的に行う仕組みが必要である。ただし、そうした調整後の保険料率の差は残し、保険者に経営努力と財政規律の維持による保険料率の抑制を求めるべきである。

一人当たりの医療費には地域差があり¹⁴、この背景には、各地域における予防、健康改善に向けた取り組みや、入院日数等の違いがあることが考えられている。地域保険に再編・統合し、保険者に経営努力と財政責任を求める仕組みにすることで、加入者への保健指導はもとより、医療の提供側に対し影響力を持つといった保険者本来の役割を果たすようにしていく必要がある。

なお、地域保険への再編・統合後は、企業は保険料（労使折半）を従業員が加入する地域の保険者に支払うこととし、従来企業が行っていた健康増進等は、福利厚生の一つにすることが考えられる。

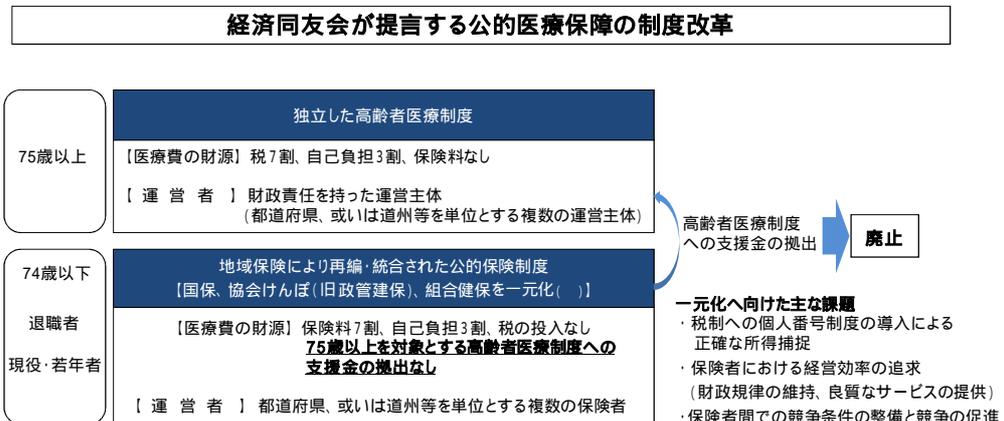
¹⁴ 厚生労働省「平成19年度医療費マップ（国民健康保険）」参照。

2. 地域保険への再編・統合のプロセス

複数の地域保険者を設けることを想定すると、都道府県を単位とする再編・統合が考えられる。まずは国保を都道府県単位へ広域化する。その後、国保と協会けんぽを都道府県単位で統合し、最後に組合健保と統合する。各保険者における加入者の年齢構成、所得水準等を勘案したリスク構造調整を行った上で、医療費の地域差を反映した保険料率を設定する。

一方、地方行財政改革と連携した地域保険への再編・統合プロセスも考えられる。経済同友会は、地方行財政改革の提言で、道州制の導入に合わせて医療保険の運営を広域自治体の役割に位置づけている。したがって、適正な保険者規模を踏まえて、大規模な再編・統合を行い、保険料率については、都道府県単位での再編・統合と同様、リスク構造調整を行った上で設定することも考えられる¹⁵。

【図表 6】



. 医療の提供における改革と産業としての医療の発展

地域における医療機関間での役割分担を明確にし、機能を集約化していくことは、医療の提供における効率化や医療の質の向上のために必要である。

一方、医師不足への対応については、規制緩和等による他の医療職種の業務拡大等、短期的にできることと、医師の養成や研修制度のあり方等、十分な議論を踏まえて中期的に取り組むことに整理して考えるべきである。

政府が2009年12月に公表した新成長戦略の基本方針では、医療を成長分野に位置づけた。しかし、現状では、規制緩和の遅れ等により、多様化する医療需要への対応や、産業としての医療の発展に必要な環境が充分整備されていない。

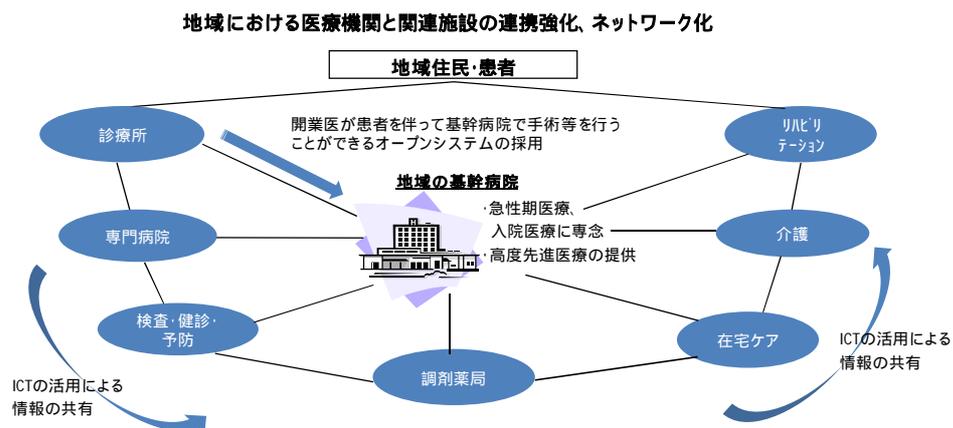
¹⁵ 地域ごとの保険料率の差は、各地域における年齢構成や所得の違いを考慮した調整により平準化が可能である。また、この調整を都道府県単位で行うよりも、さらに広域化された道州単位で行う方が保険料率を平準化できる。なお、各地域における保険料率の将来的な推移については、人口や所得等も含めてより精緻な考察が必要である。

1. 医療機関間での機能の集約

地域において、診療所、基幹病院、専門病院等の役割分担を明確にし、医療機関間で機能を集約化する必要がある。さらに相互の連携¹⁶やネットワーク化を一層促進することで、人材や設備等の医療資源を有効的に活用できる。地域において診療科の重複を解消し、医師を集約すれば、医療がより安定的かつ効率的に提供されるようになる。また、医療機関毎の症例数が蓄積され、医師の診断能力や技術が高まり、医療の質も向上する。

こうした地域医療における全体最適を図るためには、必要な医療機関や医師の数を需要を踏まえて精査し、医療機関を再編・統合していくことも重要である¹⁷。一方、地域の医療を担うという意味で、病院経営には長期的な安定性が必要なことから、再編・統合と合わせて、病院経営におけるガバナンスの改革も求められる。具体的には、病院経営を多様な人材が担えるようにするとともに¹⁸、経営者は経営に専念し、医師は医療に従事するといった経営と執行の分離をすることである。

【図表7】



2008年度医療制度改革委員会 第5回正副委員長会議 講師(総合病院国保旭中央病院 顧問 松山幸弘氏)講演資料を参考に事務局作成

¹⁶ 地域の医療機関における連携を促進している事例としては、福岡市東区での取り組み等が挙げられる。

¹⁷ 人口1,000人あたりの病床数の国際比較(2006)では、日本14.0(8.2)、米国3.2(2.7)、イギリス3.6(2.8)、フランス7.2(3.7)、ドイツ8.3(5.7)である(括弧内は急性期病床の数)。OECD「Health Data 2009」参照。

¹⁸ 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)。

2．医療人材の有効活用

医師不足に対して短期的には、規制緩和により看護師等コメディカルの医療職種の業務を拡大し、医師の業務の一部を他の医療職種でも担えるようにすることが必要である。中期的には、必要な医師数の確保について地域別、診療科別の需要を踏まえた家庭医を含む専門医の育成制度の整備と合わせて行い、医療需要への対応と医師の質の担保との両立を図ることが求められる。

医師以外の医療職種の業務拡大に向けた施策として、ナース・プラクティショナーの導入がある。ナース・プラクティショナーは、簡単な初期診療等を行う看護師で、米国では多数が活躍している。わが国でも既に一部で養成が始まっており、今後、導入に向けた検討を進めるべきである。医療従事者には、医師、看護師以外にも、薬剤師、看護助手、助産師等の多数の職種があるが、それぞれの職種における業務を拡大し、医師と連携することにより、医師は、業務負担が軽減し、より専門性の高い業務に特化することができる。

こうしたコメディカルの専門性の向上に合わせて、その業務内容に応じた処遇ができる仕組みを作れば、人材の確保にも繋がると考えられる。なお、雇用や人材活用の面から見ると、医療職種ごとの専門性を確立することも重要であるが、医療に対する社会的ニーズの変化に応じてその専門性を柔軟に生かすことも重要であり、そうした視点からの医療人材の育成が期待される。

医療人材の確保、有効活用という点では、今後は、海外からの積極的な受入れも必要である。日本とインドネシア、フィリピンとの経済連携協定（EPA）にもとづく看護師、介護福祉士候補者の受入れ人数は当初の予定を下回っており、このままではEPAの意義が問われることになりかねない。わが国での資格取得における基準の再検討等、受入れ体制の改善が求められる。

3．産業としての医療の発展

（1）迅速な規制緩和と発展に必要な環境整備を

医療需要の増加と多様化に公的部門だけで対応することは、税や保険料の負担水準を際限なく上げることになり、不可能である。しかし、民間の力を活用し、医療需要の増加と多様化に応えていくことで、医療とその関連分野を成長産業にしていくことができる。そのためには、まずは規制緩和を迅速に進め、医療の提供面等での制約をなくすべきである。加えて、先端医療開発特区の設置の推進、内外からの企業参入を促す税制や専門性の高い人材の育成、確保といった、産業として発展するための環境整備も必要である。

こうした取組みを省庁横断的に進め、民間の力が充分発揮できるようにし、新

たな需要の創造や市場を開拓する必要がある。

(2) 民の活力を生かした発展への施策

まず、株式会社による医療機関への参入規制を緩和・撤廃すべきである。株式会社による医療機関への参入には、様々な需要への柔軟な対応を通じた患者等の満足度の向上や、病院経営における効率性の追求とガバナンスの強化といった利点がある。病院経営における民間の活用という意味では、厚生年金病院¹⁹、社会保険病院についても整理合理化を具体的に進め、経営面で民間医療法人とイコールフットイングにすることを前提に、運営を民間に委ねていく必要がある。

産業としての医療を発展させる上では、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²⁰を促進することも重要である。クラスター化により、基礎研究と臨床研究の連携、さらにそれらを新たな治療等に結びつけるというプロセスを強化、効率化していくことができるが、上述の先端医療開発特区の仕組みを活用することで、イノベーションの創出をより加速できる。また、こうした医療クラスターにおける最先端医療の実現や、メディカルツーリズムの促進等が、海外からの患者や利用者の増加に繋がることも期待される。医療を国境を越えるサービスとして捉え、その市場をグローバルに拡大することを目指す時期に来ている。

医薬、医療機器の分野においては、ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグを解消するため、承認における期間の短縮や効率化に向けて体制を一層強化すること、治験環境の改善や国際共同治験の推進に向けた基盤を整備すること等が求められる。

医療需要が多様化するなかでは、代替医療・補完医療²¹におけるサービスの提供も患者の選択肢を増やす。治療効果の調査や施術者の教育体制の整備を前提にサービスの充実を図れば、需要が増加することも考えられる。

おわりに

社会保障としての医療と産業としての医療は、車の両輪であり、どちらが欠けても国民にとって望ましい医療は実現しない。我々は、この二つの両立を目指す

¹⁹ 厚生年金病院については、2004年の年金制度改正の際に、本来、年金保険料は年金の給付に使われるべきであり、病院、保養施設等の整備、運営に使うべきではないとされ、整理合理化を進めることになった。

²⁰ わが国での医療クラスターの事例としては、神戸医療産業都市の取組みが挙げられる。

²¹ 日本補完代替医療学会では、代替医療について「現代西洋医学領域において、科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称」と定義している。具体的には、中国医学(鍼灸、指圧等)、インド医学、薬効食品・健康食品の摂取等がある(日本補完代替医療学会ホームページ参照)。

政策を本提言で示したが、今後は、その実現に向けたロードマップの策定が必要である。

早急に取組むべき課題の一つは、2013年度に社会保障制度の一体的改革を行い、75歳以上を対象とする独立した高齢者医療制度を設けることである。少子高齢化の進行と財政的な制約があるなかで、持続可能な医療制度を構築するためには、高齢者医療における財源負担の仕組みと医療提供のあり方を見直さなければならない。

もう一つの課題は、規制改革と医療を産業として発展させるための環境整備を進めることである。医療分野に民間の力や叡智を十分に生かすことにより、制度運営や必要な医療の提供の効率化と、医療技術が生み出す新たな治療やより快適な医療の提供を進めなければならない。

一方、我々が目指す医療制度を実現するためには、制度改革のみに頼らず、国民、企業、産業界それぞれが取組むべきこともある。

国民においては、予防、健康管理に対する意識の向上やジェネリック医薬品に対する理解を深めること等が求められる。今後は、医療におけるICTの活用に伴い、パーソナル・ヘルス・レコード（個人の健康情報を一元管理するシステム）を一人ひとりの主体的な健康の維持・管理に役立てることも可能になる。

企業においては、従業員の身心両面での健康増進に向けた取組みが求められる。また、医薬品の流通構造の改革に見られるような医療とその関連産業において率先して行うこともある。

抜本的な制度改革と国民、企業、産業界におけるこうした取組みの継続により、医療崩壊の危機を乗り越えて世界に誇れるような医療制度を築いていかなければならない。

以上

2009年度医療制度改革委員会

(敬称略)
2010年4月現在

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 (Intrinsics 代表)

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)

瀬 戸 薫 (ヤマトホールディングス 取締役社長)

高 松 則 雄 (住友生命保険 常務取締役)

竹 川 節 男 (健育会 理事長)

中 村 紀 子 (ポピンズコーポレーション 代表取締役CEO)

禰 宜 寛 治 (武田薬品工業 コーポレート・オフィサー)

委員

荒 井 喜八郎 (荒井商店 取締役会長)

伊佐山 建 志 (カーライル・ジャパン・エルエルシー 会長)

石 川 宏 (NTTアドバンステクノロジー 特別顧問)

植 村 裕 之 (三井住友海上火災保険 常任顧問)

牛 尾 志 朗 (ウシオライティング 取締役会長)

碓 井 誠 (フューチャーアーキテクト シニアフェロー)

大 川 澄 人 (日本経済研究所 理事長)

大 瀧 守 彦 (ジ・エックス・エント・ジ・エックス 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)

恩 田 勲 (新日本有限責任監査法人 常務理事)

柏 木 斉 (リクルート 取締役社長)

門 脇 英 晴 (日本総合研究所 特別顧問)

金 田 治 (日本アイ・ビー・エム 副会長)

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	(キッコーマン 取締役専務執行役員)
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)
重久 吉弘	(日揮 日揮グループ代表 相談役)
島田 俊夫	(シーエーシー 取締役社長)
下村 満子	(東京顕微鏡院 特別顧問)
関口 康	(ヤンセン ファーマ 最高顧問)
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	(G P Mパートナーズ 代表取締役)
中尾 靖博	
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 取締役社長)
長久 厚	(ラクオリア創薬 取締役社長&CEO)
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)
芳賀 日登美	(マンパワー・ジャパン 専務執行役員)
林 明夫	(開倫塾 取締役社長)
林 良造	(帝人 独立社外監査役)
東上 征司	(日本アイ・ビー・エム 取締役専務執行役員)
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)
平田 正	(協和発酵キリン 名誉相談役)
廣瀬 勝	(森ビル 監査役)
福島 吉治	(F & Kコンサルティング 取締役会長)
藤森 義明	(日本G E 取締役社長兼CEO)

程 近 智	(アクセンチュア 取締役社長)
松 井 秀 文	(ゴールドリボン・ネットワーク 理事長)
松 林 知 史	(ナショナル・コンピュータ・システムズ・ジャパン 代表取締役 経営最高責任者)
松 森 浩 士	(ファイザー 取締役執行役員)
宮 澤 潤	(宮澤潤法律事務所 代表弁護士)
山 岡 建 夫	(J U K I 取締役会長)
山 口 裕 之	(損害保険ジャパン 取締役常務執行役員)
山 田 匡 通	(イトーキ 取締役会長)
山 本 裕 二	(ヒューロンコンサルティンググループ 取締役社長兼CEO)
横 山 禎 徳	(イグレック 代表取締役)
チャールズD.レイク	(アフラック(アメリカファミリー生命保険) 日本における代表者・会長)
渡 部 憲 裕	(裕正会 理事長)
和 地 孝	(テルモ 取締役会長)

以上71名

事務局

伊 藤 清 彦	(経済同友会 執行役)
藤 巻 正 志	(経済同友会 執行役)
篠 塚 肇	(経済同友会 政策調査第2部 部長)
宮 崎 喜久代	(経済同友会 政策調査第1部 マネジャー)