



持続可能で強靱な医療システムへ ～7つの危機に立ち向かう2つの改革～

2026年4月

公益社団法人 経済同友会

目次

I. はじめに	1
1. 課題認識.....	1
2. 本提言の構成	1
II. 医療を取り巻く7つの危機と具体的施策の方向性.....	2
1. 医療機関経営の危機 — 地域医療崩壊の危険水域	2
2. 医療費膨張と財政硬直化の危機 — 負担限界が迫る国民皆保険	3
3. 医療提供体制の構造的危機 — 病院過多・機能不明瞭・再編停滞.....	3
4. 医療従事者の不足・偏在の危機 — 「量」と「質」両面の低下	4
(1) 医師の偏在	4
(2) 看護職・介護職の不足	4
(3) 在宅医療の需要増と担い手不足.....	5
5. 有事対応の危機 — 感染症・医薬品供給不足・地政学リスク	5
6. 医療機関へのサイバー攻撃の危機 — 診療継続と医療情報を脅かす新たな脅威.....	6
7. 制度ガバナンスの危機 — 診療報酬に過度に依存した意思決定構造	7
III. 提言（2つの改革）	8
1. 中長期のマスタープランに基づく診療報酬改定.....	8
(1) 社会保険医療の消費税課税対象化.....	9
(2) 地域別診療報酬制度の導入.....	10
2. 医療安全保障の実効力強化	11
(1) サイバーセキュリティ対策の強化.....	11
①「専門アドバイザー」派遣事業の創設.....	12
②医療実務とITの両方に精通した人材の養成.....	12
③対策予算の拡充	12
(2) 感染症への対応	13
①政府対策本部長（内閣総理大臣）の権限の明確化.....	13
②訓練の実施等.....	14
IV. おわりに	15

I. はじめに

1. 課題認識

医療は国民の生命と安全を担保する不可欠な社会インフラである。しかしながら、少子高齢化に伴う人口構造の劇的変化や物価高騰という外的不利益に直面し、その持続可能性を揺るがす複合的な「危機」にさらされている。

2040年には、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢期に達し、医療・介護需要が未曾有のピークを迎える一方で、支え手となる現役世代は急激な減少を辿る。2050年には国民の3人に1人が高齢者となる推計もあり、これら構造的変化を看過した「漸進的な改善」に留まる政策では、もはや現行制度の維持は困難な局面に至っている。

医療機関の経営危機や地域医療の崩壊といった喫緊の課題への即応に加え、新興感染症や地政学リスク等の有事を見据えた強靱な体制構築まで、今や制度の根幹に踏み込んだ抜本的な改革の断行が不可避である。

2. 本提言の構成

第Ⅱ章「医療を取り巻く7つの危機と具体的施策の方向性」においては、現行制度が直面する諸課題を「危機」として定義し、各項目における「現状と課題」および「具体的施策の方向性」を網羅的に整理した。本会が累次公表してきた過去の提言内容を引用・再定義しつつ、喫緊に要請される主要な取組事項を提示している。

続く第Ⅲ章「提言」では、既存制度の根底にある前提条件や運用の枠組み自体を抜本的に再構築（パラダイムシフト）すべき、新規性の高い2つの基幹改革に焦点を絞り、その具体的処方箋を詳述する。

これら第Ⅱ章における多角的な現状打破の取組みと、第Ⅲ章における構造的な制度変革を一体不可分なものとして推進することにより、持続可能かつ強靱な医療システムの再構築を目指すものである。

Ⅱ. 医療を取り巻く7つの危機と具体的施策の方向性

1. 医療機関経営の危機 — 地域医療崩壊の危険水域

(現状と課題)

近年、医療機関を取り巻く経営環境は急速な悪化を辿っている。とりわけ一般病院（全病床に占める一般病床の割合が50%超の病院）においては、全国の7割を超える施設が医業収支の赤字に直面しており¹、その事態は極めて深刻である。

この背景には複合的な要因が介在している。収入面では、地方部を中心とした患者数の減少や診療報酬の実質的なマイナス改定が下押し圧力となる一方、支出面では、人件費の高騰に加え、光熱費、さらには建築資材費の上昇が収支構造を著しく圧迫している。こうした採算性の悪化に伴い、小規模病院を起点とした廃院や診療機能の縮小が相次いでおり、本来享受すべき医療サービスへのアクセスが制限される「医療空白地帯」の拡大が危惧される。

(具体的施策の方向性)

物価高騰や賃金上昇に伴う経費の増加を、公定価格である診療報酬の改定のみで補てんすることには限界があり、長期的観点からも適切ではない。医療機関が自律的な経営体として創意工夫を凝らし、生産性や収益性を向上させる自助努力が不可欠である。政府は診療報酬制度に過度に依存しない経営構造への転換を促すべく、税制、補助金、および抜本的な規制改革を重層的に組み合わせた多角的な支援策を講じるべきである。

具体的には、まず医療機関の経営ガバナンスを強化し、経営能力を最大化させる規制緩和が必要である。医療法人の理事長職における兼務制限の緩和や、医師免許保持者に限定されない経営専門人材の理事長就任を柔軟に認めることで、組織運営の高度化と戦略的な意思決定を可能とする体制を構築すべきである。

併せて、公的保険外事業を適正かつ積極的に展開し得る収益基盤の多角化を推進すべきである。国または第三者機関による医療の質的評価を前提とし、一定の基準を充足する医療機関に対しては、予防・未病対策や健康増進に資する関連商品・機器の販売といった収益事業の解禁を広く認めるべきである²。こうした公的保険外市場への参入を制度的に担保することにより、公的医療保険に依拠しすぎない強靱な財務基盤の確立を図り、持続可能な地域医療提供体制の再構築を期すべきである。

¹ 厚生労働省「第25回医療経済実態調査」

² 経済同友会 規制改革委員会提言「規制改革による持続可能な医療提供体制と患者中心の医療の実現 ～タスク・シフト/シェアの推進と経営効率化～」(2024年4月25日)

2. 医療費膨張と財政硬直化の危機 — 負担限界が迫る国民皆保険

(現状と課題)

医療給付費は長期的かつ継続的な増加傾向にあり、国内総生産（GDP）の成長率を大幅に上回る速度で膨張を続けている。とりわけ人口構造の変化に伴い、75歳以上の後期高齢者に係る医療費の伸長が著しい。この傾向は2040年に向けて一段と加速することが確実視されており、今後の国家財政および社会保障財政の運営に対する深刻な圧迫が懸念される。

こうした状況下、現役世代が負担する社会保険料は年々増大の一途を辿っており、企業活動および家計の双方において経済的な余力を著しく減退させている。もはや保険料率の引き上げによる財源確保は限界に達しており、現行の負担構造を維持することは困難な局面に立ち至っている。

(具体的施策の方向性)

公的医療保険制度の持続性を担保するためには、給付と負担の両面における「選択と集中」による、実効性のあるメリハリ付けが不可欠である。限られた財源および医療資源の最適配分を実現すべく、EBPM（証拠に基づく政策立案）を基盤とした「ワイズスペンディング（賢い支出）」を徹底すべきである。負担の在り方についても、年齢を問わず、支払能力に応じて全世代が公平に支え合う「応能負担」の原則をさらに強化する必要がある。

具体的方策としては、医学的エビデンスに基づき、治療効果の認められない「ノーバリューケア」や、費用対効果が極めて低い「ローバリューケア」を公的保険の適用外とする³など、給付範囲の厳格な見直しを断行すべきである。併せて、負担額の算定に際しては、現行の給与収入や年金収入のみならず金融所得等の資産背景を精緻に勘案⁴し、負担の垂直的・水平的公平性を確保する仕組みの構築が強く望まれる。

3. 医療提供体制の構造的危機 — 病院過多・機能不明瞭・再編停滞

(現状と課題)

我が国の医療提供体制は、諸外国と比較して病院数および病床数が過剰な水準にあり、同一圏域内に類似の機能を有する中小規模の病院が混在している。しかし、疾病構造の変化や受療行動の変容に伴い、既存の提供体制が現代の医療ニーズに必ずしも適合していない実態が浮き彫りとなっている。

現在、そして将来の人口構造および疾病構造を見据えた、地域医療の最適設計が

³ 経済同友会 経済・財政・金融・社会保障委員会提言「EBPMの徹底に向けた基本法の制定～国民に信頼されるワイズ・スペンディング～」(2024年3月27日)

⁴ 経済同友会 経済・財政・金融・社会保障委員会提言「こども・子育て政策の財源に関する意見—現役世代の可処分所得の増加を図るため、まずは徹底した歳出改革を—」(2023年11月22日)

肝要である。特に、救急・急性期や産科・小児科といった高度かつ専門的な提供体制が脆弱な地域も散見され、機能分担の明確化と集約化が急務となっている。政府は地域医療連携推進法人⁵の活用や地域医療構想の実現に向けた施策を講じているが、ガバナンスの一元化までには至っておらず、再編・統合の進捗は極めて限定的である。結果として、地域における医療資源の最適配置は依然として道半ばにあると言わざるを得ない。

(具体的施策の方向性)

医療需要およびそれに対応すべき医療提供体制の実態は地域ごとに著しく異なるため、各圏域の特性に即応した柔軟な施策展開を可能とする制度設計が肝要である。

具体的には、地域別診療報酬制度の一部運用によって都道府県知事の裁量権を抜本的に強化するとともに、詳細な将来需要の精査に基づいた医療機関の再編・統合を断行すべきである⁶。併せて、地域医療連携推進法人のガバナンス機能を強化し、経営主体の枠組みを越えた資源の集約化・効率化を図るなど、実効性の高い地域医療ガバナンスの構築が強く求められる。

4. 医療従事者の不足・偏在の危機 — 「量」と「質」両面の低下

(現状と課題)

(1) 医師の偏在

医師の総数は増加傾向にあるものの、地域および診療科間における偏在は、もはや看過し得ない状況に陥っている。とりわけ地方部やへき地においては医師不足が常態化しており、都市部においても高負荷な診療科における人材確保は困難を極めている。

さらに、医師の働き方改革による影響も大きい。2024年4月より施行された時間外労働の上限規制は、労働環境の適正化という側面では肝要である一方、慢性的な医師不足に直面する現場では、診療体制の縮小や救急搬送の受け入れ制限を余儀なくされるなど、医療供給体制の維持に深刻な課題を突きつけている。

(2) 看護職・介護職の不足

看護職、特に若手層の離職率が上昇傾向にある。原因としては、過重労働、メンタルヘルス問題、給与と職務の不均衡などが挙げられる。看護師不足は病床稼働率に直結するため、病院経営にも甚大な影響を与えている。

⁵ 医療機関や介護施設などを運営する設立母体の異なる法人が共同参画し、地域での医療機能の分担や連携を進める法人。

⁶ 経済同友会 医療制度改革委員会提言「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～」(2010年4月22日)

介護分野における慢性的な労働力不足を背景に、外国人材への依存は拡大の一途を辿っている。人手不足の主要な要因として、介護報酬制度に縛られた処遇の低迷が指摘される。医療・介護連携の深化が不可欠な現状において、人的基盤の脆弱性は、サービスの質と継続性を脅かす重大なリスクである。

(3) 在宅医療の需要増と担い手不足

在宅医療への需要が急激に伸長する一方で、その中核を担う医師および看護師の確保は、とりわけ地方部において困難を極めている。多職種連携を基盤とする体制構築が需要の増加に即応できていないのが実情である。一部の地域では訪問診療の提供体制が脆弱であり、医療アクセスの地域間格差が深刻化する要因となっている。

(具体的施策の方向性)

医療・介護の現場を支える多種多様な専門職が、高い倫理観と誇り、そして「やりがい」を堅持しつつ持続的に就業し得る環境の整備は、制度存立の根幹に関わる不可欠な要件である。単なる人員補充の次元に留まることなく、職種間における役割分担の抜本的な再定義、チーム医療の深化、さらには医療 DX を通じた業務プロセスの構造的効率化が強く求められる。

具体的施策としては、処遇改善による経済的基盤の強化に加え、他職種への「タスク・シフト/シェア」の果敢な推進⁷、人工知能 (AI) やロボティクス技術の実装による過度な業務負担の軽減が肝要である。これらの革新的手段を駆使し、専門職がその専門性を最大限に発揮できる「高付加価値な労働環境」への転換を断行すべきである。

5. 有事対応の危機 — 感染症・医薬品供給不足・地政学リスク

(現状と課題)

新型コロナウイルス感染症の世界的まん延は、凶らずも我が国の「医療安全保障」における脆弱性を露呈させることとなった。平時における効率性の追求を優先するあまり、不測の事態に際して医療資源を迅速かつ機動的に確保・配分する機能が著しく欠如していた実態が明らかとなった。

近年、医薬品の供給不安定化が常態化しているが、その主因は後発医薬品メーカーにおける相次ぐ品質不正に端を発した生産停止と、業界全体の増産余力の乏しさに求められる。加えて、サプライチェーンのグローバル化が進展する中、医薬品の原薬や医療機器の生産を特定の国や地域に過度に依存する構造は、地政学リスクの

⁷ 経済同友会 規制改革委員会提言「規制改革による持続可能な医療提供体制と患者中心の医療の実現 ～タスク・シフト/シェアの推進と経営効率化～」(2024年4月25日)

増大と相まって、我が国の医療提供体制に不可欠な資材供給を根底から脅かす懸念がある。国民の生命を保護する観点から、これら供給網の強靱化と国内自給基盤の再構築は、安全保障上の最優先課題である。

(具体的施策の方向性)

平時より官民連携による緊密な準備を徹底し、有事の際、限られた医療資源を迅速かつ機動的に確保・配分し得る体制の構築は、国家的な喫緊の課題である。

具体的には、国が主導してリアルタイムでの情報共有システムを高度化・定着させるとともに、重要医薬品および医療機器の国内生産基盤の強化、増産体制への財政的・技術的支援、さらには戦略的備蓄の拡充を一体的に推進すべきである。これら供給網のレジリエンスに向けた包括的な支援策を講じることにより、いかなる事態においても国民の生命と健康を守り抜く、堅牢な医療供給体制の再構築が強く求められる。具体策は第Ⅲ章で詳述する。

6. 医療機関へのサイバー攻撃の危機 — 診療継続と医療情報を脅かす新たな脅威

(現状と課題)

医療機関を標的としたランサムウェア攻撃や不正アクセスが相次ぎ、電子カルテをはじめとする基幹システムの機能停止により、診療の継続断念や救急搬送の受け入れ制限といった深刻な事態が頻発している。医療のデジタル化が進展する一方で、サイバー攻撃による医療機能の麻痺は、今や国民の生命を直接的に脅かす現実的な脅威へと変質している。

また、患者の機微な情報を含む医療データの流出リスクも増大しており、個人情報保護およびプライバシー保護の観点からも、国民の医療制度に対する信頼を根本から損なう懸念がある。医療DXを加速させる前提として、サイバーセキュリティの確保は単なる情報管理の範疇を超え、医療の安全担保および事業継続計画（BCP）における最優先課題と位置づけるべきである。

(具体的施策の方向性)

医療分野におけるサイバーセキュリティ対策の強化は、国民の生命を保護するための「危機管理投資」の一環として位置づけ、国が主導的な役割を果たす形で強力に推進すべきである。

具体的には、サイバー攻撃に起因するシステム障害を想定した業務継続計画（BCP）の策定を全医療機関において徹底させるとともに、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」および「サイバーセキュリティ対策チェックリスト」に基づく実効性の高い対策を定着させる必要がある。国は、各医療機関の自助努力を促すだけでなく、高度化・巧妙化するサイバー脅威に対し、技術的・財政的な側面から継

続的かつ重層的な支援を講じることが強く求められる。具体策は第Ⅲ章で詳述する。

7. 制度ガバナンスの危機 — 診療報酬に過度に依存した意思決定構造

(現状と課題)

診療報酬制度は公的医療保険制度の根幹を成し、長年にわたり医療提供体制の誘導および資源配分を規定する強力な装置として機能してきた。しかし、現行の2年周期による改定サイクルは、多分に政治的調整の色彩を帯びた対症療法的な短期的プロセスに陥っており、超高齢社会を見据えた中長期的な医療制度設計や構造改革を企図するには、その整合性と連続性に限界を露呈している。

医療・介護ニーズが多様化・複雑化を極める現代において、全ての微細な課題を診療報酬上の点数設定のみで一元的に調整・解決しようとする従来の手法は、制度の複雑怪奇化を招き、既に機能不全の様相を呈している。

(具体的施策の方向性)

診療報酬制度の枠組みに固執することなく、税制措置、補助金、および大胆な規制改革を重層的に組み合わせた、中長期的な視座に立つ医療制度改革プロセスの再構築が不可欠である。

こうした多角的な政策パッケージを基盤に据え、その大局的な改革方針との整合性を図りつつ、各時点における社会経済情勢に即した診療報酬改定の具体的項目を精査・反映させるべきである。従来の短期的・対症療法的な改定作業から脱却し、持続可能かつ実効性の高い医療提供体制の実現に向けた、戦略的な制度設計の確立が強く求められる。具体策は第Ⅲ章で詳述する。

Ⅲ. 提言（2つの改革）

1. 中長期のマスタープランに基づく診療報酬改定

現行の診療報酬制度における意思決定プロセスは、「短期的サイクル」「閉鎖性」「財政交渉偏重」という3つの構造的課題を抱え、中長期的な医療制度改革を阻害する要因となっている。

- ・短期的サイクル：2年ごとの改定は、夏季の議論開始から年末の改定率決定に至る政治決着、さらには年初の各項目策定という過密な行程に縛られている。この時間的制約下では、大局的な「骨太の改革」の断行は困難であり、議論がミクロな点数調整に終始する弊害を招いている。
- ・閉鎖性：厚生労働省の審議会を中心とした既存の枠組みでは、医療DX等の広範な論点に対し、関係省庁や外部機関を交えた包括的かつ多角的な議論の場が十分に確保されていない。
- ・財政交渉偏重：改定率の決定が多分に政治的判断に左右される結果、医療の質や実需、現場の構造改革の必要性よりも、財政上の制約が主たる決定要因となる傾向が顕著である。

これらの構造的欠陥を打破し、意思決定プロセスを「中長期ビジョン型」へと転換することが不可欠である。

具体的には、給付と負担の均衡や医療・介護連携を包含する「医療提供体制のあるべき姿」、および医療安全保障を俯瞰した5～10年単位の「医療制度改革マスタープラン」を策定すべきである。同プランにおいて診療報酬の「原則・方向性・中期目標」を明示し、2年ごとの改定は本プランに基づく「機動的な短期調整」として再定義する必要がある。

マスタープランの策定に際しては、総理直轄の「中長期医療制度改革会議（仮称）」を新設し、関係省庁、医療関係者、有識者が参画する横断的な体制を構築する。その運用にあたっては、以下の2点を最重視すべきである。

- ・格差の是正：医療機関の類型・規模による不均衡や、都市部と地方部の地域間格差を構造的に解消すること。後述する「社会保険医療の消費税課税対象化」および「地域別診療報酬制度の導入」は、この具体例である。
- ・政策ツールの多角化：診療報酬のみに依存せず、税制措置、補助金、規制改革等の多様な手段を一体的に運用すること。

さらに、産官学および地域医療現場と連携し、医療アウトカム、安全性、労働実

態、医療資源、財政等の多峰的なデータを統合した EBPM を推進し、政策効果の厳格な検証を行う体制を確立すべきである。

(1) 社会保険医療の消費税課税対象化

現行制度において、社会保険診療は消費税の非課税取引とされており、医療機関は仕入れに係る消費税を患者に転嫁できず、自院で負担せざるを得ない「控除対象外消費税（いわゆる損税）」の問題を抱えている。

この税負担に対しては診療報酬による補てん措置が講じられており、厚生労働省の調査（2024年度）では、医科・歯科・調剤を合わせた全体の補てん率は100%を上回るとされている⁸。しかし、個別の医療機関に着目すれば、設備投資の規模や診療機能の違いに起因する補てんの「ばらつき」が顕在化している。とりわけ、「医療機関における控除対象外消費税に関する調査報告書（2025年10月）」⁹によれば、療養病床が少なく、高額な医療機器投資を継続する一般病院や急性期拠点病院において補てん不足が顕著であり、病院全体の5割以上が実質的な持ち出しを強いられている実態が明らかとなった。

昨今のインフレ経済への移行に伴う材料費や光熱費の急騰は、控除対象外消費税の負担をさらに増大させ、医療機関の経営基盤を著しく浸食している。こうした構造的な不公平を放置することは、高度医療の維持や設備更新を阻害し、地域医療の質的低下を招きかねない。

もはや診療報酬上の点数加算による技術的な調整では、個々の医療機関の投資実態に即した公平な補てんは限界に達している。この看過し得ない不公平を根本から是正するため、診療報酬から消費税補てん分を切り離した上で、社会保険診療を「課税対象」へと転換し、仕入税額控除を適用可能とする抜本的な税制改革を検討すべき時が来ている。

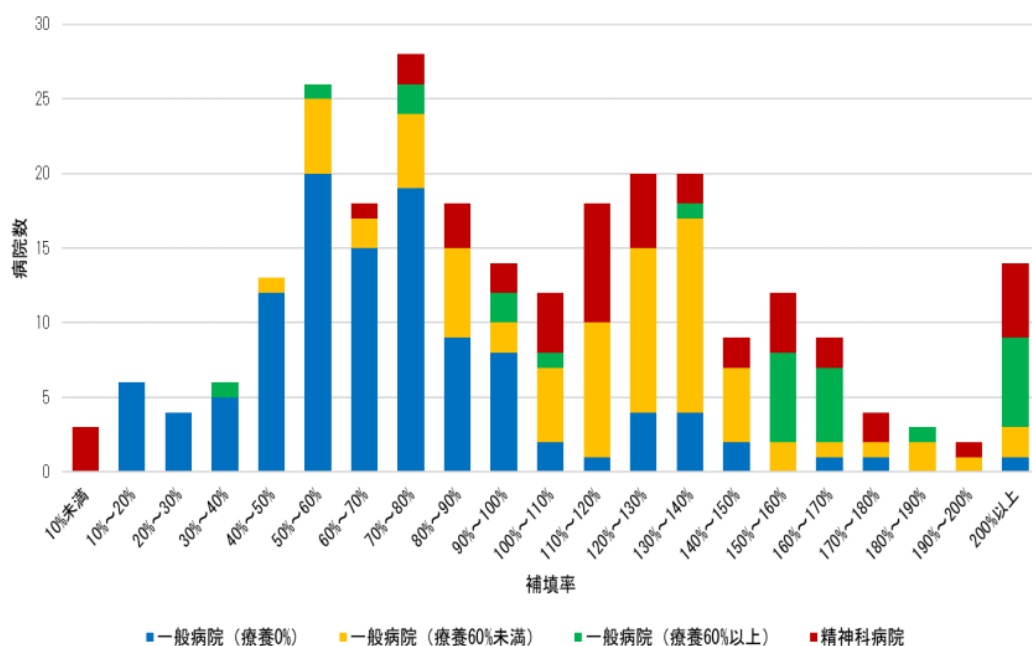
⁸ 2023年度103.1%、2024年度100.3%（出所：中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 第26回医療機関等における消費税負担に関する分科会（2025年11月28日）資料）

⁹ 一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、公益社団法人日本精神科病院協会、一般社団法人日本慢性期医療協会および公益社団法人全国自治体病院協議会が共同で実施。

(参考) 医療機関における控除対象外消費税に関する調査報告書 (2025年10月)

病院種別と補てん状況は以下のとおりであり、一般病院では療養病床が少ない病院で補てんが不足する傾向が見られた。

- ・ 療養病床を持たない一般病院：平均 74.4% (中央値：67.4%)
- ・ 療養病床の割合が60%未満 (0%を除く) の一般病院：平均 118.0% (中央値：121.3%)
- ・ 療養病床の割合が60%以上の一般病院：平均 156.2% (中央値：159.2%)
- ・ 精神科病院は平均 131.5% (中央値：119.9%)



(2) 地域別診療報酬制度の導入

我が国における人口構造、医療需要、提供体制、および医療従事者の偏在状況は地域ごとに著しく乖離しており、全国一律の診療報酬体系を通じて均質な医療サービスを維持・提供することには限界が生じている。地域間の多様な実態に即応し、地域医療構想を担う各自治体の創意工夫を最大限に引き出すためには、地域の実情に応じた柔軟な制度運用を可能とする新たなスキームの構築が不可欠である。

このため、都道府県知事の権限を抜本的に強化し、その実効性を担保する具体的手段として「地域別診療報酬制度」を導入すべきである。

具体的には、診療報酬体系を、国が決定する「基礎診療報酬」と、都道府県が決定する「地方裁量診療報酬」の二階建て構造へと再編することが極めて有効である。基礎診療報酬によって全国共通の質とアクセスを最低限保障しつつ、報酬全体の一部について、地方裁量診療報酬を通じた地域固有の加算・減算措置を認めるべきである。

その運用に際しては、アウトカムデータに基づく政策効果の厳格な検証を前提とし、病床機能、施設類型、あるいは診療科といった多角的な切り口から、地域の実需に合致した緻密な報酬設定を行うことが肝要である。こうした分権的な取組みを通じて、医療資源の最適配分と、中長期的な医療費の適正化が同時に実現されることが強く期待される。

なお、地域別診療報酬制度の導入にあたっては、その実効性を追求する一方で、予期せぬ副作用や制度の歪みが生じぬよう細心の注意を払う必要がある。

具体的には、第一に、特定の地域において診療報酬設定が過度に高騰し、それに伴い患者の自己負担が不当に増大することを抑制しなければならない。

第二に、設定の不備により医療機関の医業収入が著しく毀損され、地域医療の継続性が損なわれる事態を回避するための補助金等のセーフティネットの構築が不可欠である。

第三に、隣接する都道府県間での診療報酬格差が、住民の広域的な受診行動（越境受診）を誘発し、特定の地域の医療資源が枯渇する、あるいは他地域の医療提供体制を圧迫するといった混乱を招かないよう、広域連携を前提とした調整メカニズムの確立が求められる。

こうしたリスクを最小化するため、国は基礎診療報酬による調整機能を堅持しつつ、各都道府県の裁量権行使に対して客観的なデータに基づくモニタリングを実施し、制度の公平性と安定性を担保し続ける責務を負うべきである。

2. 医療安全保障の実効力強化

(1) サイバーセキュリティ対策の強化

地方における医療アクセスの確保や医療機関の生産性向上、さらには医療データの利活用によるイノベーション創出を促進する観点から、医療DXのさらなる推進が肝要であることは言を待たない。その成否の鍵を握るのは、膨大な医療データを埋蔵しつつも、未だ電子カルテの普及が途上にある中小規模病院¹⁰のデジタル化である。

一方で、医療機関を標的としたサイバー攻撃が頻発・巧妙化する現状において、医療DXの推進とサイバーセキュリティ対策の強化は、まさに「車の両輪」として不即不離の関係にある。しかしながら、中小病院においては専門人材の欠乏や予算的制約が障壁となり、対策の強化を個別の自助努力にのみ委ねるには既に限界を露呈している。

このような状況に対し、国が主導する形で支援の枠組みが構築されつつある。具体的には、セキュリティ対策も確保したクラウド型システムへの移行促進を掲げ、

¹⁰ 令和5年医療施設調査（厚生労働省）によると、200床未満の一般病院における電子カルテシステムの普及率は59.0%（3,073病院/5,208病院）となっている。

国が中小病院向けの標準仕様を策定し、2026年夏までに標準仕様に準拠した電子カルテの認証制度を開始する予定である。また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」および「サイバーセキュリティ対策チェックリスト」を策定するとともに、電子カルテを導入する医療機関の外部接続点の適正化支援、医療従事者や経営層等へのセキュリティ対策研修の実施、インシデント発生時の初動対応支援などを行っている。

ただし、その規模は十分ではなく、改善の余地がある。実効力を強化するため、「危機管理投資」の一環として、さらに踏み込んだ対策が不可欠である。具体的には、以下の3つの取組みが求められる。

①「専門アドバイザー」派遣事業の創設

そもそも専門人材が不在でIT知識に乏しい中小病院においては、数多く存在するサイバーセキュリティ対策の中から、自院の実情に即した対策を適切に選定・導入することが難しい。

このため、平時において、医療現場の業務特性や取り扱う情報の機微性を理解した情報セキュリティ専門人材をアドバイザーとして中小病院に派遣し、リスクの可視化から対策の優先順位付け、職員教育までを伴走支援する仕組みを新たに構築すべきである。

②医療実務とITの両方に精通した人材の養成

一般的なサイバーセキュリティ対策の知識にとどまらず、医療分野の特性を踏まえて医療機関に助言できる人材は依然として限られている。上記①の取組みを実効性あるものとするためにも、こうした専門人材を継続的に養成する仕組みの構築が不可欠である。

既に関連する一部の学会や団体では養成の取組みが始まっている。さらには民間企業も加えて取組みの輪を広げ、研修プログラムの充実を図るべきである。

養成された人材は、国が雇用する専門アドバイザーとしてのみならず、医療機関やサイバーセキュリティ対策を担う民間企業など多様な場で力を発揮し、医療分野全体のセキュリティ水準の底上げに貢献することが期待される。

③対策予算の拡充

上記①および②に掲げた新たな取組みのみならず、電子カルテを導入する医療機関の外部接続点の適正化支援などの既存の取組みについても予算を拡充し、医療機関におけるサイバーセキュリティ対策を一層強化すべきである。

(2) 感染症への対応

新型コロナウイルス感染症の世界的まん延は、有事における医療資源の迅速な確保および配分体制の不備を白日の下に晒した。これを受け、政府は2023年9月に内閣感染症危機管理統括庁を創設し、司令塔機能を一元化した。「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」を抜本的に改定し、地方自治体や民間企業との緊密な連携の下、実践的訓練による即応力の向上、重層的なサーベイランスの構築、ワクチンの早期開発・円滑な接種、さらには対策物資の戦略的備蓄・配置といった多角的な取組みを推進している。

各都道府県においても、感染症発生およびまん延時に迅速かつ的確な医療提供体制を構築すべく、医療機関の管理者との協議に基づき、役割分担を明確化した「医療措置協定」の締結を加速させている。

協定に基づき確保された病床や人員が、有事の際に直ちに機能し得るよう、平時から国、地方自治体、医療機関が一体となった実践的な訓練を継続的に実施することが不可欠である。訓練結果に基づく実施状況の厳格なフォローアップを行い、行動計画や協定内容を絶えず刷新するPDCAサイクルを確立しなければならない。併せて、平時・有事の双方において現場が迷滞なく機能するための事務手引や詳細なガイドラインを整備し、運用の標準化を徹底すべきである。

有事における限られた医療資源の最適配分を実現するためには、現場の稼働状況を即時把握し得るデジタル基盤の構築が不可欠である。感染症サーベイランス情報に加え、各医療機関の病床、資材、人的資源の稼働状況をリアルタイムで共有可能なシステムを高度化し、行政と医療現場間における情報の非対称性を解消すべきである。さらに、電子カルテの標準化等を推進し、平時から有事へ円滑に移行可能なデータ連携体制を整備することで、迅速な意思決定と効率的な患者搬送・入院調整を可能とする強靱なインフラを確立すべきである。

さらには特に以下の2つの取組みを実施すべきである。

①政府対策本部長（内閣総理大臣）の権限の明確化

新型インフルエンザ等対策特別措置法においては、まん延防止等重点措置の公示や緊急事態の発生に際し、総合調整に基づく所要の措置が履行されない場合、かつ「特に必要があると認めるとき」に限り、政府対策本部長（内閣総理大臣）が「必要な限度」において都道府県知事等に対し、所要の指示をなし得ると規定されている。

しかしながら、現行法上の「特に必要があると認めるとき」や「必要な限度」といった抽象的かつ限定的な要件は、緊急事態下における政府対策本部長の高度な政治的判断を困難にし、結果として行政対応が後手に回る構造的リスクを内包している。

感染症の爆発的拡大局面においては、地域的な対応に留まらず、全国一律かつ機動的な意思決定が不可欠となる局面が想定される。したがって、有事における国家の統治機能と機動性を担保すべく、政府対策本部長が指示権を行使し得る具体的な発動要件を、あらかじめ客観的な指標に基づき法定しておくことが強く望まれる。

②訓練の実施等

「感染症の日」の制定等を通じた国民的な意識啓発を強力に推進するとともに、地方自治体における実践的訓練の充実および高度化を、不断に継続していくことが求められる。単なる形式的な訓練から脱却し、最新の科学的知見や過去のパンデミックの教訓を反映させたシナリオに基づくシミュレーションを繰り返すことで、地域社会全体の危機管理能力を底上げしなければならない。

民間企業においても、社会経済活動を維持する主体としての責任を認識し、「事業者・職場における新型インフルエンザ等対策ガイドライン」を準拠枠組みとして活用した、実効性の高い事業継続計画（BCP）を策定すべきである。特に、サプライチェーンの断絶や出勤率の低下といった過酷な事態を想定し、テレワークの高度化や代替要員の確保、さらには産業医等と連携した高度な健康管理体制の構築を盛り込むことが肝要である。

平時より従業員を対象とした専門的な研修や多角的な訓練を積み重ねることで、不測の事態に際しても迅速かつ柔軟に適応し得る、強靱な組織的レジリエンスの確立を図るべきである。こうした官民一体となった重層的な備えこそが、次なる感染症危機において国民の生命と生活を保護するための、社会的な防波堤となる。

IV. おわりに

我が国の公的医療保険制度は、社会全体のリスク共有を基盤とし、全国民が「誰でも、どこでも、いつでも」必要な医療を低負担で享受し得る、世界に類を見ない優れた社会システムである。

この卓越した仕組みを次世代へ確実に継承し、全ての国民が公平かつ確実に医療サービスを楽しむ社会を堅持するためには、公的医療保険制度そのものの存立基盤を死守しなければならない。本提言の核心は、まさに「制度を守るために、制度を抜本的に変える」という、退路を断った改革の断行に集約される。

本提言の第Ⅱ章にて詳述した「7つの危機」は、相互に関連し合う構造的課題であり、個別の対症療法では解決し得ない。第Ⅲ章で提示した2つの基幹改革を軸に、提示した諸施策を一体不可分なものとして強力に推進することが不可欠である。

「社会保障国民会議」の設置を契機として、社会保障と税の一体改革に向けた機運がかつてないほど高まっている今、本提言が政党、政府、関係諸団体、および経済界の具体的な行動を喚起し、持続可能かつ強靱な医療システムの再構築に向けた真摯な議論を加速させる一助となることを、切に願うものである。

以上

経済・財政・金融・社会保障委員会

(敬称略)

(※は本提言の取りまとめ担当委員長)

委員長

岩 崎 真 人	(I G P I グループ シニア・エグゼクティブ・フェロー)
深 澤 祐 二	(東日本旅客鉄道 取締役会長)
福 留 朗 裕	(三井住友銀行 頭取CEO)
松 江 英 夫	(デロイト トーマツ グループ 執行役)
武 藤 真 祐 (※)	(鉄祐会 理事長)

委員

相 原 輝 夫	(ファインデックス 取締役社長)
青 木 邦 哲	(A S J 取締役社長)
赤 林 富 二	(ニッセイ・リース 取締役会長)
浅 野 收 二	(東京海上日動あんしん生命保険 取締役社長)
東 佳 宏	(SUMCO CORPORATION 執行役員)
有 田 礼 二	(東京海上日動火災保険 エグゼクティブ・アドバイザー)
池 上 芳 輝	(イケガミ 取締役社長)
石 井 誠 二	(フィン・キャピタル 上席顧問)
石 黒 憲 彦	(日本貿易振興機構 理事長)
石 塚 彰 人	(D B S 銀行東京支店 在日代表)
伊 藤 弥 生	(日本郵政 取締役)
岩 崎 高 治	(ライフコーポレーション 取締役社長執行役員)
上 田 享 司	(マリンクロット ファーマ 取締役社長)
ローチ ウォルター ロバート	(オークローンマーケティング 取締役会長兼社長)
江 口 有一郎	(ロコメディカル 江口病院 理事長)
榎 本 英 二	
大久保 和 孝	(大久保アソシエイツ 取締役社長)

大 倉 正 幸	(ソミック石川 取締役副社長)
大 関 洋	(ニッセイアセットマネジメント 取締役社長)
大 槻 奈 那	(住友商事 社外取締役)
大 西 徹	(かんぽ生命保険 取締役兼代表執行役副社長)
大 場 康 弘	(SOMPOホールディングス SOMPOウェルビーイングCEO)
小 川 嘉 一	(レイヤーズ・コンサルティング マネージングディレクター)
翁 百 合	(日本総合研究所 シニアフェロー)
小 野 健 二	(富士ソフト 常務執行役員 COO)
恩 田 学	(GTM総研 取締役副社長)
梶 川 融	(太陽有限責任監査法人 会長)
香 月 史 秋	(オリバーワイマングループ パートナー・日本代表)
菊 地 唯 夫	(ロイヤルホールディングス 取締役会長)
菊 地 麻緒子	(三井倉庫ホールディングス 取締役)
北 野 泰 男	(キュービーネットホールディングス 取締役社長)
北 野 唯 我	(ワンキャリア 取締役 執行役員)
清 原 健	(清原国際法律事務所 代表弁護士)
熊 谷 亮 丸	(大和総研 副理事長)
久 米 康 樹	(SOMPOひまわり生命保険 取締役社長 社長執行役員)
栗 原 美津枝	(日本政策投資銀行 シニアエグゼクティブフェロー)
黒 川 洋	(野村不動産ホールディングス 取締役兼執行役員)
黒 木 彰 子	(千代田化工建設 取締役)
黒 田 武 志	(リネットジャパングループ 取締役社長)
桑 原 茂 裕	(アフラック生命保険 取締役副会長)
見 學 信一郎	(NTTアノードエナジー 取締役会長)
古 出 眞 敏	(アフラック生命保険 取締役社長)
高 口 博 英	(日本アイ・ビー・エム 特別顧問)
神 津 多可思	(日本証券アナリスト協会 専務理事)
小 室 淑 恵	(ワーク・ライフバランス 取締役社長)
三 枝 則 生	(三菱商事 顧問)

酒井重人	(グッゲンハイム パートナーズ 取締役副会長)
坂本和彦	(丸紅 理事)
桜井伝治	(NTTインテグレーション 取締役社長)
佐藤誠治	(関西エアポート 取締役/監査等委員)
塩田信行	(明治安田生命保険 執行役員)
重竹尚基	(GX推進機構 専務理事)
島田雅史	(アライアンスパートナーズ 取締役社長)
首藤透	(AIG損害保険 常勤監査役)
白井均	(桜美林学園 理事)
末岡晶子	(三菱UFJ銀行 取締役常務執行役員)
菅原彰彦	(SocioFuture 取締役 社長執行役員)
菅原郁郎	(損害保険ジャパン 顧問)
鈴木純	(帝人 シニア・アドバイザー)
関根愛子	(日本公認会計士協会 相談役)
銭高久善	(銭高組 取締役社長)
相馬剣之介	(森トラスト 取締役)
高澤利康	(日本政策投資銀行 取締役常務執行役員)
高田恭介	(富山銀行 取締役専務執行役員CGO兼CSO)
高橋栄一	(ジェダイトメディスン 取締役社長CEO)
高橋知裕	(HEROZ 代表取締役)
高畑勲	(インフィニオンテクノロジーズジャパン 相談役)
瀧俊雄	(マネーフォワード グループ執行役員)
田熊範孝	(NECファシリティーズ 取締役会長)
田中浩一朗	(田中貴金属グループ 取締役社長 グループCEO)
田中茂明	(日本製鉄 執行役員)
田沼千秋	(グリーンハウス 取締役社長)
玉井孝直	(ジョンソン・エンド・ジョンソン 取締役社長)
玉城国博	(沖縄ツーリスト 取締役)
土屋陽子	(メットライフ生命保険 執行役常務)

手 島 恒 明	(ニッセイ基礎研究所 取締役社長)
手 納 美 枝	(デルタポイント インターナショナル 代表取締役)
寺 澤 辰 麿	(横浜銀行 名誉顧問)
富 樫 直 記	(TG Partners 代表取締役 パートナー)
外 池 ジャナリ	(ナショナルオーストラリア銀行 在日代表)
富 田 秀 夫	(CDP Worldwide-Japan 代表理事)
豊 島 俊 弘	(マーキュリアインベストメント 代表取締役)
豊 田 高 行	(Craif CLO 法人部門責任者)
中 島 好 美	(積水ハウス 取締役)
長 田 英 知	(Airbnb Japan株式会社 執行役員)
中 野 裕	(SocioFuture 取締役 取締役会議長)
永 久 幸 範	(YNFMG 代表取締役)
中 村 悟	(M&Aキャピタルパートナーズ 取締役社長)
中 村 善 二	(UBS証券 取締役会長)
ロバート・ナカムラ	(シティグループ証券 取締役社長 兼 CEO)
永 山 妙 子	(FRONTEO 取締役)
中 山 泰 男	(セコム 特別顧問)
新 家 寛	(西村あさひ法律事務所・外国法共同事業 執行委員パートナー)
野 澤 康 隆	(浜銀総合研究所 取締役会長)
野 澤 遼	(enechain 取締役社長)
野 田 由美子	(ヴェオリア・ジャパン 取締役会長)
塙 栄 一	(日本生命保険 専務執行役員)
林 明 夫	(開倫塾 取締役社長)
板 東 徹 行	(ケーユーホールディングス 取締役社長)
藤 本 宏 樹	(住友生命保険 常務執行役員)
伏 石 敏 郎	(パナソニック コネクト 執行役員 アソシエイト・ヴァイス・プレジデント)
星 久 人	(福武財団 特任顧問)
細 谷 仁 詩	(学研ホールディングス 取締役常務執行役員)
堀 井 昭 成	(キヤノングローバル戦略研究所 理事 特別顧問)

本 田 桂 子	(エウレカ 代表取締役)
前 田 栄 治	(ちばぎん総合研究所 取締役社長)
増 渕 稔	(日本証券金融 名誉顧問)
松 村 洋 季	(E Y新日本有限責任監査法人 理事長)
松 本 一 則	(フロンティア・マネジメント 専務執行役員)
三 毛 兼 承	(三菱UFJ銀行 特別顧問)
三 宅 康 晴	(原田工業 取締役社長)
森 浩 志	(三菱UFJ銀行 顧問)
森 正 勝	(国際大学 特別顧問)
森 田 敏 夫	(野村ホールディングス 顧問)
守 田 道 明	(イーレックス 取締役)
森 本 晋 介	(アフラック生命保険 取締役副社長)
安 田 育 生	(ピナクル 取締役会長兼社長兼CEO)
山 内 麻 理	(アモーヴァ・アセットマネジメント 社外取締役)
山 岡 浩 巳	(フューチャー 取締役)
山 極 清 子	(w i w i w 会長)
山 口 公 明	(アーカス EOM ベンチャーパートナー)
山 田 和 広	(カーライル・ジャパン・エルエルシー マネージングディレクター 日本共同代表)
山 本 浩 実	(住友生命保険 上席執行役員)
横 田 成 人	(ヨコタエンタープライズ 代表取締役)
横 山 文	(OXYGY エグゼクティブアドバイザー)
横 山 隆 吉	(不二工機 取締役社長兼グループCEO)
吉 田 浩一郎	(クラウドワークス 取締役社長CEO)
吉 田 淳 一	(三菱地所 取締役会長)
チャールズD.レイクII	(アフラック生命保険 取締役会長)
湧 永 寛 仁	(湧永製薬 取締役社長)
和 田 千 弘	(ランサーズ・ストラテジック・コンサルティング 取締役社長CEO)
渡 辺 治 子	(A I G ジャパン・ホールディングス 取締役 バイスチェアマン)

以上137名

事務局

菅原晶子	(経済同友会 常務理事)
上玉利茂	(経済同友会 政策調査部 グループ長)
児島健太郎	(経済同友会 政策調査部 プログラム・オフィサー)
高橋ひなの	(経済同友会 政策調査部 プログラム・オフィサー)