

公的医療保険制度を死守するため 退路を断った改革断行で 医療の「7つの危機」を克服せよ

経済・財政・金融・社会保障委員会 (2025年度)

委員長／武藤 真祐

(インタビューは5月14日に実施)

医療は今、少子高齢化に伴う人口構造の劇的な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。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できる公的医療保険制度を守り、次世代に継承するために必要なことは何か。医師として現場を知り尽くす武藤真祐委員長が語った。

武藤 真祐 委員長
鉄祐会 理事長

1971年埼玉県生まれ。2002年東京大学大学院医学系研究科博士課程修了。東京大学医学部附属病院、三井記念病院にて循環器内科に従事後、宮内庁で待医を務める。その後マッキンゼー・アンド・カンパニーを経て、2010年医療法人社団鉄祐会を創業、現在に至る。2023年5月経済同友会入会。26年度より副代表幹事。23～24年度規制改革委員会委員長、24年度経済・財政・金融・社会保障委員会予防・健康づくり検討チーム副座長、25年度経済・財政・金融・社会保障委員会委員長、26年度より医療・介護改革委員会委員長。

持続可能性を脅かす「7つの危機」 展望なき「制度疲労」が背景に

今回の提言では、医療が抱える課題を「7つの危機」として定義しました。

まず「医療機関経営の危機」について、特にコロナ禍以降、外来患者数の減少や物価高騰などの影響を受け、全国で医療機関の経営が厳しくなり、廃院や機能縮小も相次いでいます。

第2の「医療費膨張と財政硬直化の危機」は、よりマクロな視点での問題意識となります。現役世代の社会保険料負担の限界が迫る中、国民皆保険制度を維持するためには、ワイズスペンディングによる保険給付のめりはり付けや全世代による金融所得も含めた「応能負担」のあり方を真剣に考えるべき段階に至っていると考えます。

第3の「医療提供体制の構造的危機」は、私が医療法人の運営を担う中で痛感していることです。狭い地域に似たような機能を持つ中小病院が乱立し、共倒れを起こしつつある一方、地域によっては産科や小児科、救急医療を担う病院が足りなくなっています。

同様に深刻なのが、第4の「医療従

事者の不足・偏在の危機」です。医師が東京に一極集中し、地方では循環器内科や脳神経外科、心臓血管外科など以前からハードワークを伴ってきた診療科を中心に、医師が急激に少なくなっています。いくら補助金を投入して病院を存続させても、手術をする医師がいなければ医療は立ち行かなくなります。地域医療の最前線はこのような危機的な状況に陥っています。

第5の「有事対応の危機」については、コロナ禍はもとより最近の緊迫する中東情勢によっても、手袋や防護具、点滴や注射器などの医療資材が入手しにくくなっています。医薬品や医療資材がなければ、医師がいても治療はできません。

第6の「医療機関へのサイバー攻撃の危機」も深刻です。ランサムウェア攻撃などによって電子カルテをはじめとする基幹システムが停止し、患者の情報が閲覧できず、診療を停止する事態が頻発しています。

これらの危機を引き起こす根本的な原因が、第7の「制度ガバナンスの危機」に集約されます。「2025年問題」や「2040年問題」は以前から指摘されて

きましたが、これほど急激に地方から病院や医療従事者が減っていく事態は想定されておらず、制度疲労を起こしている状況です。医療制度をどのように設計するのかという中長期的なプランが存在せず、社会の急激な変化に制度が追いついていないことが、最大の課題だと考えます。

中長期のマスタープラン 診療報酬改定は調整手段の一つ

こうした「7つの危機」に対し、提言では「中長期のマスタープランに基づく診療報酬改定」と「医療安全保障の実効力強化」という二つの改革案を提示しました。

診療報酬改定については2年に一度、厚生労働省と財務省による短期間の調整を経て決定する現行のプロセスに限界が来ています。点数の微細な調整だけで日本の医療政策全体を変えることはもはや不可能です。そこで、まずは5年から10年単位の「医療制度改革マスタープラン」を策定し、診療報酬改定はこのプランに基づく「機動的な短期調整」に位置付けるべきだと提言しました。



マスタープランで私たちが重視する視点が「格差の是正」と「政策ツールの多角化」です。都市部と地方の地域間格差や医療機関の規模による不均衡を解消するためには、正確なデータを把握し、現場や政策にフィードバックする仕組みが必要です。また、診療報酬だけに依存するのではなく、税制、補助金、規制改革といった多角的な手段を一体的に用いることが重要です。

社会保険医療の消費税課税対象化 地域別診療報酬制度の導入

「格差の是正」のための具体策は2点示しました。医療機関は仕入れにかか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」の問題を抱えています。現状では診療報酬による補てん措置が講じられていますが、療養病床が少なく高額な医療機器投資を行う病院ほど補てん不足が顕著となっています。この不均衡を抜本的に解決するためには、社会保険診療を消費税の課税対象へと転換することが求められています。

また、東京と地方とでは医療を取り巻く環境が大きく異なり、全国一律の

診療報酬で対応することはもはや限界です。都道府県が決定する「地方裁量診療報酬」部分を設け、地域の実情に応じた報酬設定ができる仕組みへと再編していく必要があると考えます。

医療と経済は不可分 リスクから守る医療安全保障

コロナ禍や近年の地政学リスクを経て、私たちは「医療と経済は不可分」という事実を痛感しました。注射器などの物資やワクチンの供給が止まり、医療提供体制が崩壊すれば、人々は安心して活動することができず、経済も回りません。国家の安定的な経済活動の前提として、医療品製造の内製化や調達ルートの多角化が不可欠です。

また感染症対応については国主導で法整備が進み、新たな司令塔組織もつくられましたが、平時から有事への移行をスムーズにするため、政府対策本部長（内閣総理大臣）の権限を明確にすることや、国民の理解を得ながら実践的な訓練を平時から官民一体で繰り返すことが重要でしょう。

さらに、サイバーセキュリティ対策も重要で、医療DXと両輪で進める

必要があります。国はクラウド型電子カルテの普及などの支援を進めていますが、そもそも中小病院の約3分の1で電子カルテが導入されておらず、ITと医療の両方が分かる専門人材も圧倒的に不足しています。そのため、国が「専門アドバイザー」を派遣する仕組みの創設や、ITと医療実務の双方に精通した人材を学会や団体を通じて育成することなど、危機管理投資としての踏み込んだ施策が求められています。

健全な医療インフラは 健全な経済活動の基盤である

今回の提言は過去3年間、経済・財政・金融・社会保障委員会や規制改革委員会で議論してきた医療にかかわる提言の集大成であり、これをいかに実現していくかが次なる課題です。

アプローチすべきステークホルダーは多岐にわたります。与野党の政策担当者のほか、消費税の問題は財務省や厚生労働省、医療安全保障は経済産業省との協議も重要になります。また、地域別診療報酬制度を実現するには全国知事会など地方行政の方々の理解も不可欠ですし、日本医師会や日本病院会などの医療団体の皆さまとも丁寧な対話が求められます。私個人のネットワークも活かしつつ、各機関のキーパーソンの方々と「膝を突き合わせる」対話を重ねていきたいと考えています。

医療は個人の生活にも社会にも密着したインフラです。健全な経済活動の基盤であり、医療と経済は密接不可分の関係にあります。会員の皆さまにはぜひ医療を「自分ごと」として捉え、それぞれの立場から忌憚のないご意見をいただきたいと思っています。

提言概要(4月23日発表)

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～

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医療は、その持続可能性を脅かす複合的な「危機」にさらされており、「漸進的な改善」にとどまる政策では、もはや現行制度の維持は困難である。医療機関の経営危機や地域医療の崩壊という喫緊の課題への即応に加え、新興感染症や地政学リスクなど有事を見据えた強靱な体制構築まで、根幹に踏み込んだ抜本的な改革が不可欠

である。

本提言では、現行制度が直面する諸課題を「危機」として定義し「具体的施策の方向性」を網羅的に整理した上で(第Ⅱ章)、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、新規性の高い二つの基幹改革に焦点を絞り具体的処方箋をまとめた(第Ⅲ章)。

医療を取り巻く7つの危機と具体的施策の方向性(第Ⅱ章)

7つの危機	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	・医療機関自らが創意工夫によって生産性や収益性を高める規制緩和 ・政府は診療報酬以外の手法(税制改革など)も組み合わせる支援
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	・給付と負担のめりはり付け(EBPMに基づくワイズスペンディング&応能負担の徹底)
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	・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
4. 医療従事者の不足・偏在の危機 —「量」と「質」両面の低下	・多種多様な専門職が高い倫理観と誇り、「やりがい」を堅持しつつ持続的に就業し得る環境の整備 ・職種間の役割分担の再定義やチーム医療の深化、業務効率化など
5. 有事対応の危機 —感染症・医薬品供給不足・地政学リスク	・平時から官民連携による緊密な準備を徹底し、有事に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
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	・危機管理投資の一環として、国が主導的な役割を果たす形でサイバーセキュリティ対策の強化
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	・診療報酬のみならず、税制措置、補助金、規制改革を重層的に組み合わせ、中長期的な視座に立つ医療制度改革プロセスの再構築

提言 二つの改革(第Ⅲ章)

1. 中長期のマスタープランに基づく診療報酬改定

- ・診療報酬制度の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
- ・医療制度全体を俯瞰した5～10年サイクルのマスタープランを策定し、その中で診療報酬改定に関する「原則・方向性・中期目標」を示し、2年ごとの改定は「機動的な短期調整」として再定義

●重視すべき「格差是正」に向けた二つの具体策

(1) 社会保険医療の消費税課税対象化

診療報酬から消費税補てん分を切り離し、社会保険診療を「課税対象」へ転換

(2) 地域別診療報酬制度の導入

地域の実情に応じた柔軟な制度運用に向けて、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」の二階建て構造とする地域別診療報酬制度を導入

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

- ・サイバーセキュリティ対策の強化を個別の中小病院の自助努力にのみ委ねるには既に限界を露呈
- ・国主導による支援の実効力を強化するため「危機管理投資」の一環として、さらに踏み込んで以下の三つの対策が不可欠
 - ①「専門アドバイザー」派遣事業の創設
 - ②医療実務とITの両方に精通した人材の養成
 - ③対策予算の拡充

(2) 感染症への対応

- ・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、現場の稼働状況を即時把握し得るデジタル基盤の構築とともに、特に以下の二つの取り組みを実施すべき
 - ①政府対策本部長(内閣総理大臣)の権限の明確化
 - ②訓練の実施など

詳しくはコチラ

