

2023 年 12 月 1 日

令和国民会議（令和臨調）

将来も安心な日本の医療・介護を考える

－持続的な制度の実現に向けた改革－

本提言では、持続可能な社会保障制度の実現に不可欠であり、また、子育て財源の確保の観点からも目下喫緊の課題である社会保障の歳出改革を提案します。その中でも特に重要な「医療・介護保険の給付面の改革」に絞って、これを推進するために必要な視点を指摘し、改革の具体策を示します。

1. 現状認識と課題

政府の社会保障給付費の水準は、現時点で既に、2018 年時点で想定された 2040 年の値を上回り、GDP の 4 分の 1 に迫っています。¹ さらに今後 20 年間では、生産年齢人口は 15 百万人減少する一方で、高齢者人口は 3 百万人増加するなど急激な人口構成の変化が予測されています。² このように「支え手」が大幅に減少する中で、持続可能な社会保障制度を再設計する必要があります。

社会保障給付は、現在、共助（公的保険料）6 割、公助（税・公債）4 割で支えています。公助部分も、社会保障給付目的の消費税などの税財源だけでは賄いきれず、借金（国債発行）に頼っているのが現状です。今後の人口動態や財政状況の変化にも耐えられるよう制度の持続性を確保するには、将来にわたり国民負担（保険料と税）が過大にならないよう社会保障支出を適正化することが避けて通れない課題です。

とりわけ公的保険の給付対象となる医療と介護は、人びとの自己実現、そして日本社会や経済を支える重要な基盤である以上、サービスの質と国民にとっての透明性・信頼性の向上が不可欠であり、それを通じて給付の適正化を図るべきと考えます。

¹ 将来推計については、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省（2018）「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」より。経済は内閣府試算のベースラインケース、社会保障の各種計画（地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画）を基礎とした「計画ベース」の場合。2021 年度については、国立社会保障・人口問題研究所「令和 3(2021)年度 社会保障費用統計の概要」より。

² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和 5 年推計）」（出生低位(死亡中位)推計）より、2043 年と 2023 年を比較したもの。

2. 医療・介護の給付の適正化に向けて：視点と具体策

(1) 価値の高い医療・介護を提供するための医療・介護保険の適用範囲の見直し

① 視点：

公的保険の存在意義は、突然生じ得る傷病の治療等により国民の生活が脅かされるといふ経済的負担のリスクに注目し、強制加入の大規模な集団でそのリスクをプールすることにあります。しかし、実際には、医療保険が負担の小さな医薬品等にも適用されており、また有効性や必要性の乏しくなった治療や医薬品等に対しても、一旦適用された保険が適用外となることはほとんどありません。

このことは、治療の効能や効果の情報が日々更新されている事実を照らして合理性を欠いており、医療技術や医薬品等の新陳代謝を阻害しています。結果的に、保険適用の必要性が乏しいサービスに、提供者も利用者も過度に依存する構造を作り出しており、患者にとって価値の高い医療が提供される機会を妨げ、無駄な給付にもつながっています。また、介護保険についても同様の問題が生じています。

② 具体策：

公的な医療保険や介護保険の本来の役割に立ち返り、その保険適用範囲について国民的議論を行い、以下のような検討をすべきです。

医療保険では、第一に、有効性や必要性の乏しくなった保険診療を選定療養（保険適用外の治療）に変更すべきです。第二に、小さなリスクに対応する軽度な治療薬である OTC 類似薬（薬局で処方箋なしで購入できる医薬品とほぼ類似の効果を持つ保険適用の医薬品）等の保険給付範囲や償還率を見直すなど、薬剤自己負担の見直しについて議論を深めるべきです。第三に、高齢患者の多剤服用に関しては、治療効果のない服薬を減薬する見直し³を進めるべきです。これはむしろ健康上の効果が高いことが知られています。さらに、こうした改革を進めるうえでは、中央社会保険医療協議会（中医協）での議論において、医療の質をエビデンスベースでより客観的に評価する制度上の改善が不可欠といえます。⁴

介護保険では、軽度者（要介護1・2）に対する日常的な生活援助を含む訪問介護や通所介護にどこまで公的保険を適用し、どのような場合に公的保険外の民間サービスを組み合わせ提供できるようにするか、また、ケアプラン作成に関する自己負担の在り方、福祉用具貸与費・住宅改修費の適切な負担の在り方、サービス付き高齢者住宅等における適正な介護保険サービス提供の在り方などの検討を深めるべきです。

³ 服薬の履歴や効果を把握するなど、医療ビッグデータの活用による医療 DX の加速や、医療者によるかかりつけ機能の発揮は、多剤服用の減薬による相互作用の防止に効果があると考えられます。

⁴ 医薬品や医療技術の評価に関する専門家の役割の大幅な引き上げ、費用対効果評価専門部会の抜本的な機能強化を行うことや、それらの評価結果を尊重する制度改善などが考えられます。

(2) サービスの質と経営情報の開示による信頼性向上並びに医療・介護費適正化

① 視点：

医療や介護などの現場サービスが存在する産業で、これまで「歳出改革」（給付の適正化）が先送りされてきた根本原因は、事業者ごとのサービスの質や経営情報が可視化されなかったことにあります。医療についてみれば、医療機関間の比較ができないまま診療報酬が決まり、患者との信頼感の醸成や治療の質の高度化が進まず、それが結果としてサービスの質と関連のない過剰な給付につながっています。

たとえば、患者の疾病予防に継続的に責任を持ったうえで、患者の医療サービスの過剰な消費を適切に減らそうとするのが、本来期待される、かかりつけ医の機能ですが、そのような信頼性の高いかかりつけ医は限られます。このため、1人の患者が頻繁に多くの医療機関で、多数の検査、診療や処方を受けることにつながり⁵、結果的に患者の健康への悪影響が及びかねないばかりか、重複的給付から財政負担も大きくなっています。医療保険では患者の自己負担は11.6%にとどまることから⁶、患者の需要が医療機関の供給によって誘発されやすく、処方薬など必要以上の医療サービスが提供されていることも見逃せません。

介護も同様であり、介護サービスのアウトカムが不透明なのに加えて、要介護認定率の地域差も大きい状況が長年にわたり解消されず、「見える化」による是正が課題となっています。⁷

② 具体策：

利用者が、質の高い医療・介護サービスを適切に選択するには、医療機関など事業所の経営情報⁸や、医療機関の管理するヘルスレコード（治療のアウトカム）、介護事業者の介護サービスのアウトカムの比較情報が必要です。

それらを健康保険組合や市区町村などの保険者が積極的に活用できるようにして医療・介護事業者の質の向上と経営改革を促すとともに、広く国民に情報公開し、国民が医療・介護サービスの質について、信頼できる情報をもとに、利用する事業者を主体的に選択できることが重要です。そして良質なサービスを提供する事業者がその恩恵を受けられるようにすべきです。さらに、国際的な比較を可能とするために、共通の指標によって、医療・介護サービスの量と質を明示的に示すことが重要となります。

⁵ 健康診断でも、過剰な検査が多く、医学ガイドライン上患者の意思が反映されないなど、過剰・過少診療が起りやすい問題が指摘されています。（葛西龍樹・井伊雅子（2022）「ケアの現場で陥りやすい過剰・過少診療を減らすために」フィナンシャル・レビュー、2022（2）、40-60、財務省財務総合政策研究所）

⁶ 厚生労働省「令和3年度国民医療費の概況」より。

⁷ 特に軽度者において地域差が顕著であり、要介護認定が公正に実施されているか検証が必要です。こうした認定がサービスの提供量の地域差に直結しており、地域間の不公平が大きな問題となっています。

⁸ 厚生労働省「医療法人の経営情報データベース」の個別医療機関ごとの開示が重要です。

医療機関毎の経営情報やアウトカム情報の開示を進め、上述のような、かかりつけ医機能を持つ医療者を増やすことにより、事業者経営の健全化と患者の医療の質向上を促しながら、頻回受診や重複投薬などを抑制し、経営実態を踏まえた診療報酬の適正化を図ることが可能になります。

介護事業者についても、データ連携を全国レベルで進め、サービス利用者の機能レベルの定期的評価を施設単位で集計してアウトカムのベンチマークを行い、質の高いサービスが効率的に提供される環境を作る必要があります。

(3) 医療・介護の機能分化と連携、報酬体系見直しによる入院医療費等の適正化

① 視点：

COVID-19 対策として、2020～2022 年度で医療機関に 8.8 兆円もの包括支援交付金が投入された一方で、「発熱外来」「即応病床確保」「医療機関の連携」が十分に機能しなかったことは記憶に新しく、これらを検証することは不可欠です。⁹

日本の医療提供体制に関して、過剰な病床の存在や平均在院日数が長い点、医療機関の機能分化が不十分な点、それらの地域差が大きいことは以前から問題視されてきました。こうした問題は、感染症の急速な拡大という事態の中で巨額の公費を投じてでも急には変更できないことが明らかになりました。従って、介護体制との連携も含めて平時から抜本的な改革に取り組む必要があります。

また、かかりつけ医機能の実質化や在院日数の長期化回避などのためには、報酬体系の変更も実施すべきといえます。

② 具体策：

機能分化により医療機関経営の規模の経済性を高め、また他医療機関との連携のインセンティブを強める必要があります。特に高齢者が増加する中、プライマリ・ケア充実による地域の住民に対する 24 時間 365 日対応のチーム医療は、ケアの質の向上と、社会保障給付適正化の両立に欠かせません。さらに、高齢期の慢性疾患や認知症を持つ住民に対して、可能な限り生活面での自立を目指した、医療的ケアと生活支援サービスのバランスを検討すべきです。

そのためにも、かかりつけ医の認定制度構築¹⁰とともに、地域医療構想における地方自治体の権限を強化して、医療機関の機能分化と医療機関同士および介護、薬局など

⁹ 緊急包括支援金（医療分）執行済状況は、2020 年度 2.5 兆円、2021 年度 2.9 兆円、2022 年度 3.4 兆円となっています。なお、緊急包括支援金のほか、ワクチン接種支援、感染防止対策、ワクチン接種および検査の費用など医療提供体制のために主なものだけで 21 兆円程度の国費による支援が行われています。

¹⁰ 現行で検討されている、かかりつけ医機能の報告制度のみでは不十分であり、かかりつけ医の責務を明確にしつつ、資格認定制度を設け、住民による任意の登録制とすることが必要です。

も含めた連携¹¹を促進することが急務といえます。

こうした医療提供体制の整備には、報酬体系の構造的な改革も必要となります。住民の健康と提供者の事業収入・サービスの安定のためにも、プライマリ・ケアについてはサービスの質を可視化し、住民が選択して登録する仕組みとして、従来の出来高払いを変更し、一人あたり包括払い化を実現すべきです。これは、より良質な医療サービスを提供する医療機関が選ばれるようなインセンティブとなります。登録したかかりつけ医においてプライマリ・ケアを受ける場合は包括払い化する一方で、それ以外の医療機関を受診する場合は、ワンコインの定額負担を導入する工夫も検討すべきです。入院医療についても1日あたりの包括払いを1入院あたりの包括払いに変更することを求めます。

これらの医療機関の機能分化と連携や報酬体系改革によって、患者の安心と医療の質の向上を図りながら、長期入院や過剰病床といった非効率を改善し、医療給付の適正化を行うことが可能になるはずです。

同様に、介護においても介護医療院等での長期入院を短縮化するなどの給付適正化の余地があり、医療提供体制改革を下支えする制度改正・報酬改定が介護でも必要です。特に、介護従事者の低賃金が頻繁な離職等を引き起こし、介護サービスの生産性を低下させている一因であることはかねてより指摘されています。この点に留意し、生産性上昇がもたらされるような適切な賃金体系を設計することが求められます。

(4) デジタル技術やデータ活用・規制改革による医療・福祉サービスの生産性向上

① 視点：

高齢化は経済成長の結果ともいえ、先進国では概ね医療や福祉が量的に拡大しています。日本は対GDP比の保健医療支出が世界的にみても高く、歳出における非社会保障支出を圧迫しています。一方、量的拡大に比してそのサービスの質は不透明で、医療のイノベーションが進んでいません。支出の規模や生産性の低さが社会・経済や財政の足かせになれば、大きな問題です。さらに、来年度から医師の働き方改革が実施されることから、デジタル化などによる業務の効率化と生産性の向上は不可欠です。

② 具体策：

医療や福祉は労働集約的な産業ですが、例えば、介護現場の人員配置基準や薬局の処方箋40枚規制¹²などの規制改革を行い、業務のデジタル化・オンライン化、AI・ロボティクスや遠隔医療の活用を進めることで、人によるサービスの質の向上と、省人化による生産性の向上を図るべきです。特に、患者や利用者の情報を適切に共有して従

¹¹ リフィル処方箋は、2022年10月時点で0.1%と極めて少ない状況です（日本保険薬局協会調べ）

¹² 1日平均処方箋40枚の取り扱いに対して薬剤師を一人以上配置する必要があります。

事者の業務効率や働き方を大幅に改善し、労働生産性や働き甲斐を高める余地は大きいといえます。また、人口減少地域では、現状の業務をより少ない医療者で担う仕組みを整備する必要があり、そのためにもこうした取り組みが急務となります。

これらの規制改革や、デジタル化を促進するための事業者や患者・利用者のインセンティブをより効果的に組み込むとともに、ディスインセンティブも導入することによって、デジタル化に努力する医療機関や介護事業者ひいてはその従事者が報われる工夫をさらに推進し、それによって診療報酬の中期的な適正化を実現して国民の負担を軽減すべきです。

3. おわりに

今回の提言では、子育て財源確保に向けた「徹底した歳出改革等」の議論も念頭に置きつつ、見直すべき改革の視点と無駄の排除を進める施策を例示しました。別添資料の別表に示す通り、ここに挙げた施策の中で試算可能なものを実施するだけでも、少なくとも年間 1 兆円以上の社会保障費の圧縮が可能と推計できます。また、病床や介護費用などの地域差は大きく、医療提供体制の是正や医療・介護のデジタル化が進めば中長期的にさらにこれを上回る大幅な医療・介護費適正化の余地があるものと考えます。引き続きこうした改革の実現に向けて議論を継続していく必要があります。

なお、改めてこれらの施策の究極的な目標を確認しておきます。ここで提案した施策は、単に無駄を省くだけでなく、医療の質の向上、現場のサービスの生産性やイノベーションの向上、そこで働く医療・介護従事者の満足度の向上を図ることを目指すものです。その達成に向けて、これらの施策の効果は非常に大きいと期待されます。

また、こうした見直しは保険料増加抑制のためにも不可欠であり、働く人たち、特に現役・子育て世代を含む若年層の実質賃金の向上にもつながる施策です。この点で、今回は詳しく論じないものの、高齢化の進展に伴い、負担の公正化、すなわち年齢ではなく「能力に応じた負担」に変えていくことは急務となります。具体的には高齢者の保有が圧倒的に多い金融資産の保有状況を保険料率に反映すること、また、保険料率算定の標準報酬月額の上限¹³を撤廃することなどは喫緊の課題であることも指摘しておきたいと思います。

令和臨調は、日本の社会の基盤ともいえる医療・介護の持続性確保と質的改善のために、今こそ正面からこれらの改革に取り組むことを提案します。

以上

¹³健康保険については料率算定の基礎となる標準報酬月額には上限があり、上限は 139 万円（年収換算 1,668 万円）。