



宮島香澄

みやじま かずみ  
日本テレビ放送網報道局解説委員



亀田信介

かめだ しんすけ  
医療法人鉄蕉会亀田総合病院院長



川渕孝一

かわぶち こういち  
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授  
21世紀政策研究所研究主幹



斎藤勝利

さいとう かつとし  
副会長 / 社会保障委員長  
第一生命保険会長



〈司会〉  
久保田政一  
くぼた まさかず  
専務理事

社会保障制度改革の工程を定めた「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(以下、プログラム法)の施行、今年四月の消費税率引き上げにより、社会保障と税の一体改革が本格始動する。プログラム法は、三・八兆円程度の社会保障の充実に一・二兆円程度の重点化・効率化を一体的に進める改革の姿を描いているが、受益と負担の均衡がとれた制度改革の実現が強く求められている。そこで、焦点となる医療・介護制度を中心に、ICTの活用を含めた給付抑制策のあり方、自助努力の推進、医療機関としての貢献策など、多面的な観点から、今後の改革の行方を探る。

◆座談会◆

Round-table Discussion

社会保障制度改革の行方

——受益と負担の均衡がとれた持続可能な制度の確立を目指して



社会保障制度改革への取り組みについては、控除対象外消費税の問題、消費税増収分を活用した新たな基金の設置、今回の診療報酬改定など、現場の医療機関としては納得できない点がいくつかある。亀田グループでは、民間主導の地域包括ケアの構築に向けて、情報基盤の整備などを進めている。この前提となるのは国民共通ID(マイナンバー)であり、医療の効率性・透明性・質の向上のためにも、政府には、ICTの活用を推進してもらいたい。(亀田信介)

企業は、経済成長を牽引する主体であると同時に、新たな雇用機会を創出し、税や社会保険料負担の担い手として、社会保障制度をはじめとする国民生活の基盤を支えている。成長と両立する社会保障制度を構築するためにも、給付の重点化・効率化と、社会保険料と税の役割の一体的見直しを欠かせない。これらは、政治の強いリーダーシップのもとで着実に推進することが求められる。経団連としても、引き続き、政府・与党など関係方面への働きかけを強化していく。(斎藤勝利)



## 社会保障制度改革への取り組みをどう見るか

久保田 まずは、これまでの社会保障制度改革への政府の取り組みについて、医療・介護分野を中心に、皆様のお考えを伺います。はじめに、経済界の視点から、斎藤副会長にご発言をお願いいたします。

すが、一方で、社会保障給付費の重点化・効率化という点では踏み込み不足といわざるを得ません。例えば、病床の機能分化、連携を徹底して、平均在院日数を短縮し、四四〇〇億円程度の公費負担を削減することが見込まれていますが、どの程度達成されるのかは、未知数です。また、国民医療費の五割を超えている高齢者医療制度についても、ほとんど議論がなされていません。

この四月には二年に一度の診療報酬改定が実施されます。経済界としては、国民のさら

## 成長と両立する持続可能な社会保障制度の再構築のために

斎藤 日本では、世界に類を見ない急速なペースで少子高齢化が進行し、社会保障制度の持続可能性が危ぶまれています。経済界は、持続可能で成長と両立する社会保障制度の確立に向けて、社会保障と税の一体改革の必要性を訴えてきました。

二〇二五年には、社会保障制度の支え手である生産年齢人口は九〇〇万人規模で減少するのに対し、社会保障給付は団塊の世代全員が後期高齢者となることもあり、約四〇兆円増加する見込みです。また、二〇五〇年には高齢者一人をほぼ一人の現役世代が支える、いわゆる「肩車型」の社会が到来します。今後も減り続ける現役世代が、増え続ける高齢者の社会保障給付を負担するならば、現役世代の働く意欲や社会の活力を削ぐことになりかねません。

中長期的な人口動態と社会保障給付費の伸びを考えれば、制度をできる限り早く改革し、すべての世代が支え合い、安心して暮らせる経済社会を構築していく必要があります。

こうしたことを背景としまして、昨年末、社会保障制度改革のプログラム法が成立しました。これにより、改革の全体像や進め方が明示され、医療や介護など個別分野における検討項目と実施時期が法律で定められました。

なる負担増を避けるためマイナス改定を主張してきましたが、全体で〇・一％とはいえ、プラス改定となったことは残念に思います。また、診療報酬改定と並んで、効率的な医療提供体制の構築を進めるために補助金等の手段が用いられると聞いていますので、あわせて有効に活用されることを期待します。

久保田 次に、医療経済学を専門とされている川渕教授に、ご発言をお願いします。

## ファイナンスング、ペイメント、デリバリーについての議論が不十分

川渕 二〇一三年八月六日に出された「社会保障制度改革国民会議」の報告書を熟読しました。内容は多岐にわたり、当然、医療・介護の割合が大きいのですが、子育てに関する項目が入ったのは注目すべきです。

僭越ながら21世紀政策研究所で「持続可能な医療・介護システムの再構築」という報告書を取りまとめ、同会議のパブリックコメントにも郵送しましたが、全く相手にされなかったようです。そこで本日はその内容を踏まえて、お話ししたいと思います。

社会保障給付費のなかで、金額的には年金が最も多くなっています。二〇一三年現在の約五四兆円が、二〇二五年には約六〇兆円になると試算されています。しかし増加額では医療が最大で、三五兆円が五四兆円になり、介護は、八・四兆円から二〇兆円になります。

今後は、この時間軸に沿って、政府の審議会などで個別分野に関する具体的な議論が詰められていくと承知しております。プログラム法のもととなりました「社会保障制度改革国民会議」の報告書では、すべての世代を給付やサービスの対象とする「全世代型」の社会保障制度や、高齢者を一律に支えられる側としてとらえるのではなく、「負担能力」に応じて負担していく方針などが掲げられました。こうした考え方は、持続可能な社会保障制度を構築するという点では、妥当なものだと思います。

プログラム法にのっとり、四月より、七〇歳から七四歳の医療費の自己負担割合が、新たに七〇歳を迎える方から順次、特例の二割から本則の二割に戻されます。さらに、介護保険における高所得者の自己負担割合を、現行の一割から二割へ引き上げる内容を盛り込んだ、介護保険法の改正法案についても、国会での成立を目指す方針が示されるなど、改革に進展の動きが見られます。

また、今回の改革の目玉となる医療提供体制の再構築については、国民会議の報告書で示された「病院完結型の医療から、地域完結型の医療」という方向性に従い、病床の機能分化と連携、在宅医療の推進などが具体化されていくこととなります。

こうした各種の具体的施策が着実に実行されるかどうか、経済界としても注目していま

問題は、年金が現金給付であるのに対し、医療・介護は現物(サービス)を支給するという制度設計にあります。現物給付は効率化しにくいのです。一度、保険で認められたものは、政治的な配慮もあり、なかなか打ち切ることができません。

医療・介護について、私は、「ファイナンスング」「ペイメント」「デリバリー」という三つのキーワードで論じています。本来、順番としては、どのように医療・介護サービスを提供すべきかという「デリバリー」について考え、次に、そのあるべき医療・介護提供体制を実現するために価格をいくらにするかという「ペイメント」を考えます。そして最後に、その財源をどう確保するかという「ファイナンスング」を考えるべきなのです。ところが日本ではあべこべで、ファイナンスングから逆算していく志向が強いように思います。現在、国民医療費のうち、保険料の占める割合は五〇％弱で、自己負担が十数％で、残りは税金で賄っています。介護も、約四五％は公費で賄っています。しかし、これでも足りず借金というかたちで後生につけを回している状況では、逆算も無理からぬといえます。

ただ、国民会議では、三つの論点のいずれについても具体的かつ抜本的な改革に至るような議論をしていません。また、本報告書に基づいてまとめられたプログラム法について



地域ごとに異なる状況に対応しようとしている点、国民健康保険(国保)の保険者機能を強めようとしている点で、今回の社会保障制度改革は評価できる。医療と介護を一体化する方向性も良い。しかし、重点化・効率化に関しては、十分に議論がなされていない。また、医療資源の効率的な活用のためには、国民の意識改革も必要である。困難は承知しつつも、抜本的な改革は必要だと思う。その青写真の共有につながるよう先進的な取り組みを紹介するなど、丁寧な報道を心がけたい。(宮島香澄)



医療・介護は、ファイナンス(財源)、ペイメント(支払)、デリバリー(提供体制)という三つの観点から議論しなければならないが、残念ながら社会保障制度改革国民会議では、いずれについても十分な議論がなされなかった。ヘルスケア分野は利害関係者が多く、改革を進めるのは容易ではない。しかし、日本の社会保障制度のサスティナビリティを維持するには、もはや待ったなしの状況にある。利害関係者が譲歩できるような、実現可能な工程表を早急につくらなければならない。(川渕孝一)

も十分に踏み込んだものとはいえません。

まず、ファイナンスですが、今回のプログラム法は、ひと言でいえば「取れるところから取る」というかたちになっており、疑問を感じます。年金の場合、保険料を多く納めた人は、多く受給できます。これは、現金給付だから当然ですが、医療・介護に関しては、お金のある人もない人も、互いにリスクヘッジしようという考え方で成り立っています。しかし、健康保険料をたくさん払って

るから病院に何度も行くという富裕層は、いまいけないので、あまり露骨な応能負担を課すこと、皆保険の空洞化”につながります。

他方、ペイメントについては、国民会議では、中央社会保険医療協議会に任せられたのか、具体的に触れられていません。また、デリバリーに関しては、ミクロからマクロへの積み上げがありません。例えば人口10万人あたりの医師数は、地域によって随分異なります。医師が、足りている所もあれば、全く足りない所もあるのです。国民会議の報告書は、そうした地域事情を踏まえて書かれていません。医療・介護提供体制に関する数値や患者の個票データを正確に入れて「見える化」を行い、それぞれの地域事情を踏まえて方針を示さなければ、現場の人たちのやる気を削ぐこととなります。その結果、改革が絵空事に終わってしまいかねないと危惧しています。

久保田 病院経営者のお立場から、亀田院長、いかがでしょうか。

### 医療の現場から見た 社会保障制度改革の問題点

亀田 今回の社会保障制度改革の取り組みについて、現場の視点から、いくつかの問題点に関する意見を申しあげたいと思います。

まず、控除対象外消費税の問題です。税は公平でなければなりません。消費税のように一般性の高いものはなおさらです。しかし、

消費税を最終消費者に転嫁できない業種で、すでに支払った消費税の扱いが不公平になっています。社会保険診療に消費税は課されませんが、施設・設備を含め、医療機関が購入するものには、消費税が課されます。これでは、設備投資に積極的な医療機関ほど、負担が重くなることとなります。

消費税は、個々の医療機関に還付すべきもので、診療報酬に上乗せするべきではありません。データに基づく消費税の還付は、輸出品にかかる免税制度などでは実施されているため、技術的に難しいということはありません。次に、「消費税増収分を活用した新たな基金」の問題があります。これは、国民会議報告書のなかで「医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援」として言及されているのですが、担当官の裁量で分配されますので、行政による医療機関の支配強化につながりかねないと危惧します。地方自治体が経営する病院に、安易な補助金の投入を行えば、サービスの向上が見込めないばかりか、コストばかりがかさむ事態に陥る懸念があります。

例えば、千葉県の二〇一二年病院事業会計の決算見込みによると、事業全体で収益が約四四〇億円、費用が約四二七億円で、約一三億円の黒字とされていますが、収益のうち一〇六億円は負担金・交付金、つまり税金なのです。民間でいえば、約九三億円の赤字に

なります。また、補助金は行政から使用目的を指定されるため、各医療機関は自由に使うことができません。こうした仕組みは、サービスを向上させようという医療機関の意欲を削ぐこととなります。

最後に、診療報酬のマイナス改定の問題も指摘しておきます。今回の診療報酬改定では、改定率こそ〇・一％の微増となりましたが、そのうちの二・三六％が消費税引き上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分ですので、これを除いた実質的な

改定率は一・二六％のマイナスとなります。さらに、その配分は、消費税の影響を受けない初診料などの基本料に厚く付けられており、高額な投資を行わず、数をこなすだけの医療機関は仕入れにかかった消費税負担以上の補填がなされる一方、多種多様な高額な医療機器を必要とする救急医療や高度急性期医療を担う医療機関に対しては十分な補填がなされないと予想されます。

地域における医療崩壊とは、診療所の不足問題ではなく、救急医療など命にかかわる医療の提供が困難になることであり、今回の改定は、国民のニーズと異なったものであるといわざるを得ません。地域の医療崩壊は、雇用創出という側面からも地域経済に打撃を与えます。こうした点から、今回の社会保障制度改革は、再度、大きな方向転換を迫られる可能性が高いと考えています。

久保田 それでは、皆さんのご発言も踏まえ、宮島解説委員にお願いします。

### 重点化・効率化をさらに 進める必要がある

宮島 今回の社会保障制度改革については、医療・介護を一体化するという点においては、正しい方向に向かっているとみています。また、地域の状況に合わせて再構築を図ろうとしていること、国保の保険者機能を強めよう

川渕先生がおっしゃるように、医療・介護分野は、社会保障のなかでも、年金のような現金給付ではないので、改革のやり方次第では、国民の満足度を上げながら、財政支出を抑えることが可能です。

重点化・効率化という部分では、まだまだ議論が足りないと感じています。「医療は地域によって課題が違う」というお話がありました。例えば、都心のように高度な医療が充実している地域でも、今後は、急性期医療、リハビリが可能な医療機関、複数の慢性疾患に対応できる病院などが不足すると予想されています。国民のイメージと地域の実態の間にもギャップがあるのではないのでしょうか。

亀田院長のお話にもありましたが、基金による財政支援という手法がどのような実効性を発揮するのか、今後もしっかり見ていかなくてはなりません。

メディアは、「診療報酬が上がったのか、下がったのか」などのシンブルな報道になりがちですが、川渕先生がおっしゃるペイメントの部分、医療サービスに対するプライシングが適切かどうかは、慎重に議論されなければなりません。抜本的な改革、仕組みの再編が必要ですが、行政や自治体、国民の間で青写真の共有ができていないことは大きな課題です。

介護については、介護保険が創設されて一〇年がたち、転機を迎えています。介護保険

図表1 社会保障給付の重点化・効率化の具体例

分野	項目
医療	後発医薬品の使用促進
	診療報酬・療養費の不正請求にかかわる指導・監査の強化
	70~74歳の患者負担の本則化(1割→2割)
	医療保険の給付範囲の見直し(一部の高度医療の適用除外・保険免責制等)
	医療の標準化、外来診療を含む診療報酬の包括払いの推進
介護	医療保険給付費の総額管理制度の検討
	軽度者の訪問介護給付から生活援助を除外
	予防給付を再編し自治体独自の高齢者福祉事業で吸収
	補給給付の除外(税で対応)
	所得や要介護度に応じた負担率の設定
	ケアプランの作成への利用者負担の導入
	特別養護老人ホームの利用者限定(重度者・低所得者)
年金	区分支給限度基準額の引き下げの検討
	マクロ経済スライドの見直し(物価変動率がマイナスあるいは低い場合でも発動)
	低年金者に対する福祉的給付の見直し(制度廃止も視野)
子育て	高所得者の年金受給額の適正化
	児童手当の特例給付の廃止や所得限度額の見直しの検討
	民間活力を活かした保育サービスの拡充 ①認可保育所の設置等において法人格による差を設けない ②株式会社が設立した保育所への施設整備費や賃料の助成を拡充
	「幼保連携型認定子ども園」への株式会社の参入を認める

出所：経団連「社会保障制度改革の推進に向けて」

ているところでは、ヘルスケア産業の提供するサービスが、国民に広く行き渡れば、健康寿命を延ばし、個人のQOL(生活の質)の向上を図ることができ、ひいては医療や介護給付費の軽減にもつながるものと思います。また、こうし

た産業の振興を通じて、国民にセルフケアという考え方が浸透して、「健康の維持・増進や疾病予防に努めていくことは当たり前である」と思えるような社会になれば、医療・介護給付の重点化・効率化についての理解が進むのではないかと期待しているところでは

また、今年六月には新たな成長戦略が打ち出されますが、そのなかでヘルスケア産業が成長分野として取り上げられることが決まっております。今後、新たな雇用機会を創出していくことも期待されます。

こうした個人の取り組みに加え、企業単位でも健康経営への取り組みが重要です。従業員の健康維持・増進は、本人のQOLを高めるだけでなく、生産性の向上や医療費の削減にもつながりますので、企業にとっても大いに関心を寄せるテーマであると思います。経団連でも、「企業行動憲章 実行の手引き」のなかで、「従業員の安全と健康の確保は企業経営における最優先事項の一つ」とし、健康経営の取り組みを強化することの重要性をうたっています。

この健康経営をさらに促進する取り組みとして、昨年六月の「日本再興戦略」で打ち出された「データヘルス計画」にも期待されています。ICT化の進展によって、レセプトや健診データが電子化され、従来は困難とされていたデータに基づく医療費の内容や受診傾向の分析がしやすくなりました。「データヘルス計画」では、各保険者に対して、健康づくりや疾病予防の効果などを高めるために、データの活用に基づく計画の策定と、具体的な事業をPDCAサイクルで実施することを求めています。

健保組合では、二〇一四年度中に「データ



## 医療・介護分野の重点化・効率化策

久保田 持続可能で成長と両立する社会保障制度の再構築に向けて、とりわけ、医療・介護分野における給付の重点化・効率化は、避けて通れない課題です。この点につきまして、齋藤副会長、いかがでしょうか。

創設のころ、私は厚労省担当の記者でした。当時は、「家族が担っていた介護を社会化すること、それを国民に認知・理解してもらうこと」が課題でした。現在ではそうした認識が広がり、介護サービスの利用者も増えました。その分介護費は、当初の二倍以上に膨らんでおり、今後、制度を維持していくために重点化・効率化することが課題になっているといえます。

以前、高齢者の利用率を見て、戦前生まれの世代は、「公の世話になること」に抵抗があるのか、九〇歳を超えても介護保険を利用する人が多くなくて驚きました。一方で、これからの介護が必要となってくる戦後世代、団塊世代は、明確な権利意識を持っています。当然、利用者が激増することが予想されます。

そうしたなか、現役世代の負担能力とのバランスを考えながら、同じ高齢者でも、余裕がある人の自己負担割合を増やすといった措置は必要です。しかし、それだけではまだまだ不十分で、社会保障全体として、すべての世代で負担を公平化するための、大胆な見直しが求められます。

久保田 持続可能で成長と両立する社会保障制度の再構築に向けて、とりわけ、医療・介護

久保田 持続可能で成長と両立する社会保障制度の再構築に向けて、とりわけ、医療・介護分野における給付の重点化・効率化は、避けて通れない課題です。この点につきまして、齋藤副会長、いかがでしょうか。

創設のころ、私は厚労省担当の記者でした。当時は、「家族が担っていた介護を社会化すること、それを国民に認知・理解してもらうこと」が課題でした。現在ではそうした認識が広がり、介護サービスの利用者も増えました。その分介護費は、当初の二倍以上に膨らんでおり、今後、制度を維持していくために重点化・効率化することが課題になっているといえます。

以前、高齢者の利用率を見て、戦前生まれの世代は、「公の世話になること」に抵抗があるのか、九〇歳を超えても介護保険を利用する人が多くなくて驚きました。一方で、これからの介護が必要となってくる戦後世代、団塊世代は、明確な権利意識を持っています。当然、利用者が激増することが予想されます。

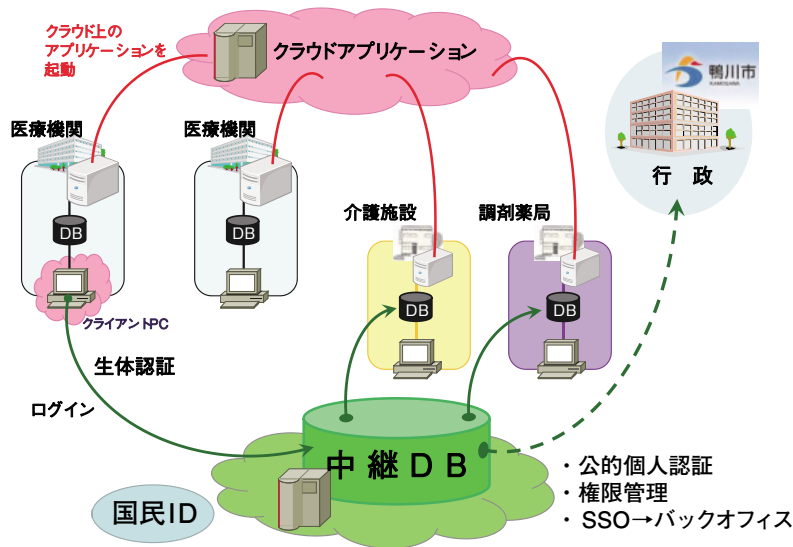
そうしたなか、現役世代の負担能力とのバランスを考えながら、同じ高齢者でも、余裕がある人の自己負担割合を増やすといった措置は必要です。しかし、それだけではまだまだ不十分で、社会保障全体として、すべての世代で負担を公平化するための、大胆な見直しが求められます。

こうした観点から、疾病予防や健康管理、高齢者の生活支援といったサービス・製品を提供するヘルスケア産業に、経済界は期待しております。昨年末に、政府において「次世代ヘルスケア産業協議会」が発足しましたが、私自身も参加をし、積極的に意見を申し述べ

## これからのヘルスケア産業の役割と健康経営の取り組み

齋藤 日本が世界有数の長寿国となった背景には、国民皆保険制度の貢献があるといわれています。この国民の財産とも呼べる皆保険制度を、将来の世代にまで引き継いでいくためには、膨張する社会保障給付のさらなる重点化・効率化の必要性があると考えます。経団連では、昨年十月に、あらためて社会保障制度改革の推進に向けた提言を取りまとめ、例を掲げています(図表1参照)。まずは、

図表2 新ネットワークシステムの概念図



提供：亀田総合病院

ヘルス計画」を策定し、二〇一五年度から事業に取り組みることになっていますが、先駆的な一部の健保組合や企業においては、すでに取り組みが開始されています。例えば、厚生労働省が昨年取りまとめた「事例集」により、まずと、健診データから生活習慣病が疑われる従業員に対して、集中的に介入を行うといったケースもあれば、インセンティブ・ポイントを付与し、多くの従業員の健康意識の向上を図るといったケースなどもあり、それぞれの企業と健保組合が協力し、工夫を凝らしていることがわかります。

私も第一生命でも、健康の維持・増進に向けた取り組みを行っておりまして、健保組合と連携し、健診データ等を分析して「健康白書」を作成するなど、さまざまな事業を実施しています。その結果、医療費の削減に対して有意な改善も見られますので、こうした方向での取り組みは意味のあるものだと思います。今後、それぞれの健保組合や企業の間で先進的な取り組みをベンチマークにするなどして、大いに裾野を広げていければよいと考えています。

久保田 次に、亀田院長より、ご発言をお願いします。

**ICTを活用した地域包括ケアの実現に向けて**

亀田 地域包括ケアの推進が叫ばれているな

地域全体でのチーム医療・介護が可能になります。

地域包括ケアの実現には、こうしたシステムの構築が絶対に必要です（図表2参照）。私たちは「安房一〇万人計画」を提唱していますが、この地域包括ケアのためのシステムが実現すれば、地域のブランディングにもつながり、人口減少に歯止めをかけることもできる

川淵 私は、「医療・介護構造改革八策」をつくり、実現可能な改革案を提示しています。

その第一にあげたのが、すでにお話のあったICT化の促進です。例えば、世田谷区にあるメディアヴアという企業は、クラウド技術を活用したシステムを構築し、在宅医療・介護の支援事業を行っています。スマートフォンなどの端末からデータ入力ができるので、医師が普段の業務のなかで利用することができるようになってい

次に、医療政策では疾患ごとに地域別の適当な入院日数を算出し、各都道府県の地域医療計画に5W1日の付記を義務付けてはどうか。また、産業政策では「選択と集中」政策のもと、医療機関・介護事業者のより一層の再編を達成するために、諸外国の例を参考に「規模の経済」に加え「範囲の経済」を追求、保健・医療・介護を

**現行の診療・介護報酬制度の根本的な見直しが必要**

久保田 続いて、川淵教授、いかがでしょうか。

一方、中継サーバーによる公的個人認証、権限管理、シングルサインオン（SSO：Single Sign-On）等の構築により、利用者主体の情報連携を実施します。さらに、医療情報だけ

一体化する複合体・グループ化を促進することも重要です。

これを具現化すべく四番目にあげているのは、いわゆる「トヨタ方式」の導入です。近年、企業は、増収モデルから増益モデルへの転換を図ってきました。これに対して、「制度ビジネス」たる医療・介護分野では、税と保険料が企業でいう売り上げに当たります。これが増えれば当然、国民負担も増えてしまいます。ですから、医療・介護も経営を効率化し、増益モデルへの転換を考えなければなりません。

そこで五番目にあげたのは、医師・看護師不足のなか、供給過剰とされる歯科医師を有効に活用する方策です。歯科医師と医師が連携して「脱胃ろう化」を進めてはどうかと考えます。また、特に不足が著しい麻酔科医として活用してはどうかと、一〇年前に特区申請しましたが、専門学会から反対されました。しかし、今やそのような既得権争いを続けている時間的な余裕はありません。

「待ったなし」といえば保険給付のルール化も然りです。現行の薬価制度を、努力する者が報われる仕組みに改変することで、医療費削減のためのジェネリック化の促進や、スイッチOTC化（注3）さらには高価な分子標的薬（注4）の保険外併用療養費化を図ることが求められます。

そのためには、先ほど申しあげたペイメン

かで、ベンチマークとなるような事例がほとんどなく、無駄に助成金が使われていると感じています。斎藤副会長からICTの活用についてお話がありましたが、これに関して、私たちの事例をご紹介します。

理想的な地域包括ケアを構築するためには、情報の開示と共有、地域におけるサービスの標準化と評価、サービス提供者間における包括的協定の遵守などが必須です。現時点では、地方自治体レベルでこのようなシステムを構築することは難しいでしょう。亀田グループでは、民間主導の地域包括ケア構築に向け、情報基盤の再整備、在宅サービスにおける公開仕様の作成、包括的協定を実現するためのインセンティブづくりを開始したところ

具体的には、「Aolaniプロジェクト」では、コミュニティ情報ネットワークシステムの構築を目指しています。考え方としては、一人の市民に一つのヘルスケアデータを作成し、すべての機関で共有できるようにすることで、医療情報システムについては、クラウド技術により、地域で同一のアプリケーションを利用し、情報共有、診断機器や人的資源の有効活用につなげます。

一方、中継サーバーによる公的個人認証、権限管理、シングルサインオン（SSO：Single Sign-On）等の構築により、利用者主体の情報連携を実施します。さらに、医療情報だけ

でなく、介護や行政サービスなど、分野を越えた情報の共有と活用を行うことも目指しています。なお、これらの基盤として、国民ID（マイナンバー）や生体認証の活用が必須であり、システムの前提となります。

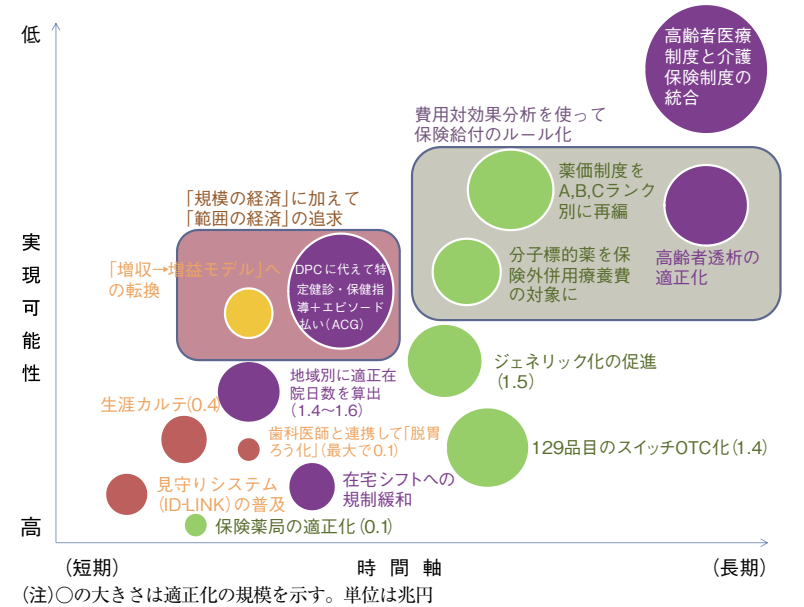
また、公開仕様書（P.A.S.：Publicly Available Specifications）の作成により、地域の医療・介護の質を保証するとともに地域のブランディングを図ります。当グループでは、第一弾として、在宅サービスにおけるP.A.S.の作成と活用を計画しています。

さらに、包括的な連携協定を構築することによって、医療の質の向上と効率化が具体化でき、本来の目的に沿った地域包括ケアが可能となると考えています。まず、クラウド技術を活用し、電子カルテシステムの基幹アプリケーションを共有することにより、情報共有、プロセス管理、ビッグデータの二次利用等の具現化を目指します。ネットワークへ参加する機関には、人材支援、機器の共同利用をはじめ多くのメリットを提供して、参加を促します。ネットワークへの部分的な参加は認めず、参加のための義務を明確化し、厳守することを求めています。例えば、医療機関に新来患者様が来院した際に必ずデータ利用についての承諾をお願いすることによって、初めてビッグデータの活用が可能になりますし、カルテの電子入力と公開を義務付けることにより、医療プロセスの標準化、効率化、

（注3）スイッチOTC化：一般用医薬品のうち、医療用医薬品の有効成分が転用されたもの  
（注4）分子標的薬：体内の特定の分子を狙い撃ちし、その機能を抑えることによって病気を治療する薬

（注1）Aolani：ハワイ語で「心地よい雲」の意  
（注2）シングルサインオン（SSO：Single Sign-On）：医療機関ユーザーが一度認証を受けただけで、許可されているすべての機能を利用できるようになるシステム

図表3 社会保障制度の再構築に向けたロード・マップ



提供：川淵孝一氏

トに関する構造改革も必要です。私は、現行の診療・介護報酬制度を根本的に見直すべきだと訴えています。入院、通院、在宅、あるいは、医科、歯科、薬科の連携を強化し、一人の患者・利用者に対する一連の診療行為を「エピソード」としてとらえることで、生涯コストの算出が可能です。諸外国では、これを「エピソード払い」と呼び、当たり前前に包

疎外する」という意見もありますが、国民も納得しなければならぬのは、今、求められる医療のあり方とは、誰でも好きな時に好きな病院に行くことができるフリーアクセスではなく、その人にとって本当に必要な医療を適切に受けられるようにすることです。そうした意識を国民が持つことも重要だと思えます。

そうした医療のベースとして、皆さんがおっしゃっている情報共有は必須でしょう。現在、レセプト情報などのデータの共有の議論が進んでいますが、重点化・効率化の観点から有効だと考えます。ただし、個人情報情報の流出などには十分に気を付ける必要があります。

介護については、地域で高齢者を見守っていくという方向のなかで、公的なサービスと民間の自由なサービスの連携を強化する必要があります。また、高齢者を、一方的に介護サービスを受ける対象として見るのではなく、地域のなかで役割をつくることができれば、高齢者も元気になり、地域にもメリットがあります。地域包括ケアを単なる理念で終わらせないために、家族だけが背負う在宅ケアではなく、地域も一体となって支えていける環境づくり、制度づくりが必要です。

久保田 亀田院長は、家庭医制度について、どのようにお考えでしょうか。

亀田 私どもは日本において、家庭医の育成

括払いされているのですが、最も高齢化が進行している日本に、いまだに取り入れられていません。そして最後の八番目にあげている、高齢者医療費制度と介護保険制度の統合も重要です。介護保険優先原則があるため、現状では例えば、要介護者が医療保険を使って回復期のリハビリを受けたとしても、介護保険で維持期のリハビリしか受けられないというケースが散見されます。いずれにしても、費用対効果の分析と保険給付の明確なルール化は喫緊のテーマです。この場合も情報やデータを持たない行政が決めるのではなく、現場の専門家が裁量権を持つことが不可欠です。

これらを管理するためのロード・マップもあわせて提示しました(図表3参照)。

久保田 では、宮島解説委員、お願いいたします。

**家庭医制度によって医療資源の効率的な活用が可能**

宮島 患者の側から見ても、現在の医療シス

を最初に始めた医療機関の一つです。しかし、当初、一〇人の優秀な家庭医を教育するためには、今の日本の診療報酬制度では、年間で一億円近くの持ち出しになりました。

また、家庭医とともに、ホスピタリスト(総合医)の育成も喫緊の課題です。地域の病院で最も必要とされているのは、家庭医と同じく、さまざまな疾病に対する適切な診療を行うことができ、高度医療へつなげることもできる総合医です。これも私たちが、日本で最初に育成プログラムをつくりました。

また、介護については宮島解説委員のおっしゃるとおり、高齢者の地域社会への参加が重要です。それも、ボランティアによる地域貢献ではなく、有償で働けるような仕組みにすべきだと思います。私たちも、そのためのNPOを立ち上げる予定です。

そこで重要なのは、ファンドレイジング(資金調達)です。日本では、欧米のように寄付文化が成熟しているとはいえません。ファンドレイジングに対するフィードバックと評価ができる仕組みをつくれれば、日本にも寄付文化が醸成されると考えて、取り組みを始めています。

**今後の制度改革に向けて**

久保田 給付の重点化・効率化を具体的に進めていくためには、政府のみならず、経済界、

テムは無駄が多いと感じています。公定価格のままに出来高払いにしている現行の制度では、診療数をこなすこと、薬を多く出すことにインセンティブが働き、医療の質などプラアルファの部分報酬に反映できません。患者側も不安があるため、医師から「念のため検査をしますか」「念のため薬を多めにしますか」と問われれば、「無駄になるかもしれない」と思っても、ついお願いしてしまう。悪質な場合は除いても、そうした傾向は、医療側にも、患者側にもあるのではないのでしょうか。

また、医療資源を効率的に使うために、専門性の高い大病院と地域の病院の役割分担が必要だといわれていますが、かかりつけ医を持たず、病気になる慌ててインターネットで調べて、症例の多い病院に駆け込むという人も多いと思います。自分の状況とどう対応すべきかがわからないのです。そこで、私は、欧州やカナダで定着している家庭医の制度が有効であると考えます。さまざまな疾病に関する専門的な知識を持ち、能力の高い家庭医が普及すれば、医療資源の有効な活用が可能で、特に、高齢化に伴って慢性疾患、複合的な病気が増えることが予想されます。適切に患者をケアできる家庭医を育て、それが成り立つように報酬などを変えていく必要があるでしょう。

そうした制度は「患者のフリーアクセスを

医療界、マスコミ等も、改革の推進に自ら貢献していくことが求められます。こうした観点も踏まえ、これから始動する「ポスト国民会議」への期待など、今後の改革の展望について、ご意見をいただきたいと思います。まず、川淵教授、いかがでしょうか。

**利害関係者が譲歩できる実現可能な工程表が必要**

川淵 日本だけではなく、諸外国でもヘルスケア・リフォームはうまくいっていません。なぜなら、ヘルスケアという分野は利害関係者が非常に多いからです。改革しようとする、利害関係者のなかで意見調整ができず、頓挫してしまうのです。また、政権交代が起こると、前の政権と逆の政策がとられることが多く、行ったり来たりを繰り返すことになってしまふことも多々あります。

しかし、日本の社会保障制度のサステイナビリティを維持するためには、もはや待たなしの状況です。利害関係者が譲歩できるような、実現可能な工程表を早急につくらなければなりません。先に紹介した工程表で、真っ先に取り組むべきは、政府の助成を受けてすでに存在する医療情報システム(ID-Link)や社会保障カードシステムなどを活用することです。具体的には地域包括ケアシステム実現に向けたICT化を促進すること、在宅シフトを加速化する規制緩和を行うこと、

二つです。

例えば、北海道の社会医療法人高橋病院が政府の助成を受けて構築したシステムは、手書きのカルテを読み込んで貼り付けていくという、ある意味ローテクなものです。しかし、二〇一三年六月現在、被災県を含め二九都道府県二〇一三の医療機関(うち公開用サーバー設置施設は一四八)が利用しています。こうした、すでにあるものを使っていくことが、反対も少なく、手っ取り早いと思います。

一方で、国に先んじて自前でシステムを構築しているケースもあります。こうしたところのやる気を削いではいけません。そこで重要なのが、グレイゾーン解消制度です。この制度を活用すれば医療・健康分野での新たな試みに関して、規制に抵触するの否か、事業を開始する前に確認できます。この分野における新規のサービス開発が促進されることで加速度的に改革が進み、クリティカル・マスに至るかともみえています。

また、もう一つ、オプトイン／オプトアウトという考え方も重要です。例えば、マイナンバー制度一つとっても、積極的に参加を希望する人や自治体もあれば、あくまで参加を拒否する人や自治体もあります。亀田院長らがつくられた社会保障カードサービスも、初めから参加を希望する患者や医療機関もあれば、参加を拒否する者もあると思います。そこは、各医療機関の自由意志を尊重すればよ

要はなく、まずはIDの活用を望む人に利用してもらい、その効果を示しながら広げていけば良いと思っています。

久保田 宮島解説委員、いかがでしょうか。

### 国民の意識改革も必要

宮島 メディアの役割としては、社会保障制度改革が重要な課題であることを訴え続けることです。また、亀田院長たちのように先進的な取り組みをされている事例を紹介していくことも欠かせません。大枠の話だけでなく、ミクロな状況を丁寧に伝えることも、私たちの役割だと思います。

医療・介護は、サービスを受けるのも、それを支えるのも、私たち国民です。より良い医療・介護を実現するために、一人ひとりができることに取り組むという合意形成が必要です。特に、現役世代の負担を考えると、財源問題とは切り離せませんが、できる限り自助努力をすることで重点化・効率化が可能になると思います。そうした国民の意識改革も必要です。

子育て支援として、都内では中学生までは医療費がほぼ無料になります。例えば、部活動で打撲した時に、薬局で湿布を買おうとお金がかかりますが、病院に行けば無料でもらえるわけです。子どもたちは、高校生になって初めて医療はお金がかかるのだと気づいたり

いのではないのでしょうか。参加することのメリットが大きいうことが認知されれば、自ずと参加するはずだと思います。「20XX年」に近いわが国では、「えーじゃないか」乱舞のように、ビッグデータ下でなし崩し的に改革が進んでいくと思います。

久保田 続いて、医療界の立場から、亀田院長にご発言をお願いします。

### 医療・介護分野は日本の経済フローの最大セクター

亀田 グローバル化が進むなかで、第二次産業の空洞化はさらに進んでいくと予想されます。バブル崩壊以降、製造業や建設業で減り続けた雇用の受け皿となったのは医療・介護分野です。しかし、いまだに医療・介護はコストセンターと位置付けられています。今後、日本の経済フローは第三次産業を中心に構築されると考えるべきで、なかでも医療・介護は、大きな雇用機会の創出を見込める分野といえます。社会保障としてセーフティネット機能の改善を図ると同時に、経済フローの最大セクターと位置付けたいうえで、規制緩和・制度改革を行うことが求められます。

一例として、急性期病床(注5)における平均在院日数の是正と病床規制の撤廃があります。現在、各都道府県は地域医療計画における基準病床数(注6)によって病床規制をしていますが、こ

子どもの医療費負担軽減は大切で賛成ですが、工夫が必要だと思います。「社会保障は、国民みんなが支えている」という意識を根付かせ、「本当に必要な医療とは何か」を自分で考えるようなやり方にすべきです。

久保田 お三方のご発言を踏まえ、最後に、齋藤副会長、ご発言ください。

### 社会保険料と税の一体的な見直しを

齋藤 経済界としても、持続可能で成長と両立する社会保障制度の再構築に向け、全力で取り組んでいるわけですが、今回、皆様からいろいろご提案がありましたように、現場の知見がより行政に反映されるように努力していきたいと思っています。

企業の保険料負担のウェイトが低いという指摘がございますが、国立社会保障・人口問題研究所の「社会保障費用統計」により、二〇一一年度の社会保障料の民間事業主拠出額は約二四兆円と、社会保障給付費の二・三％に相当する金額を負担しています。

これは、同じ年度の国と地方を合わせた法人税収一五・九兆円と比べて約一・五倍の金額です。なおかつ、企業は赤字であっても社会保険料を負担しなければならぬので、税よりも負担感が重いという事情もございます。これまでの社会保障と税の一体改革の議論で

の基準病床数の計算式には合理的な根拠がなく、地域の医療ニーズを反映しておりません。その証左の一つとして、日本の病床数が世界標準よりも極めて多くなっているという事実があります。そして、この背景には、平均在院日数が世界標準と比べて非常に長いというわが国の医療の特徴があります。つまり、在院日数を世界標準にまで短縮化すれば、病床数も必要な数量にまで減少するのです。

また、その実現には、従来の基準病床数に基づく各都道府県知事による行政指導は適していません。政府が、入院基本料の算定要件になっている在院日数の見直しや、入院料の算定方法を現行の一日払いから疾病ごとの入院包括払いにするといった制度の大枠さえデザインすれば、各医療機関は望ましい方向に誘導されます。行政は、根拠のない数字で規制するのではなく、合理的なインセンティブを持った制度設計を行って、地域の医療ニーズにあった誘導を促すべきです。

川淵先生が提案されたオプトイン／オプトアウトという考え方には、私も賛成です。しかし、二〇一六年にスタートするマイナンバー制度には、医療・介護分野での活用があげられていません。ICTの活用は、医療の効率性・透明性・質の向上、ビッグデータの二次利用、さらには地域包括ケアにとって不可欠であり、その基盤として国民共通IDは必須です。個人的に拒否する人には強制する必

は、財源としての消費税率の引き上げが中心となり、もう一方の財源を担う社会保険料について、どうあるべきかという議論が十分ではありませんでした。今後、社会保障と税・社会保険料の一体改革という方向で、設置が予定されている「ポスト国民会議」で十分な議論がなされることを期待します。

本日はご議論いただいた改革は、いずれも待たなしの課題です。企業としては従業員のQOLの向上、健康寿命の延伸につながる健康経営の努力を続けていきたいと思えます。また、給付の重点化・効率化策を、政治の強いリーダーシップのもとで着実に推進することも不可欠ですので、経団連としても、政府・与党など関係方面への働きかけを強化していきます。あわせて、改革の必要性についても、国民各層からの理解と納得が得られるよう、わかりやすい情報発信にも努める所存です。加えて、税や保険料負担によって社会保障制度を支える民間企業としては、ビジネス機会を積極的に捉えて、収益を拡大させることで、社会保障財政に貢献していくことが重要となります。また、政府には成長戦略を速やかに実行していただくことを期待したいと思います。

久保田 本日は、貴重なご意見をありがとうございます。ありがとうございました。

(二〇一四年二月五日 経団連会館にて)

(注6)基準病床数：都道府県が設定する医療圏ごとに割り当てられる病床数。病床の地域偏在を是正し、一定水準以上の医療を確保する観点から、国が定めた全国統一の算定式により決められる。既存病床数が基準病床数を超える場合、都道府県知事は増床を許可しないことができる。

(注5)急性期病床：症状が重く、集中的な医療が必要な患者向けの病床(ベッド)