

持続可能な 保健医療システムへの 道筋

社会的合意が期待される
三つの視点



HGPI Health and Global
Policy Institute

2026年1月
特定非営利活動法人 日本医療政策機構
Health and Global Policy Institute

目次

はじめに ━━━━━━━━━━━━━━━━ 02

**視点 1 医療技術の高度化と超高齢社会の進展を踏まえ、
保険給付の範囲を再設計する** 05

1-1 低価値医療等を保険給付から除外し、必要な医療に資源を集中する ━━━━━━ 05
1-2 医薬品の給付を最適化し、イノベーションと持続可能性を両立する ━━━━━━ 06

**視点 2 健康寿命の延伸や人口減少の進行を見据え、
より公平な負担を実現する** 08

2-1 健康寿命の延伸を踏まえ、高齢者を相対的に再定義する ━━━━━━ 08
2-2 所得と資産も含めた、より公平な応能負担を実現する ━━━━━━ 09
2-3 人口減少時代を前提として、負担の再設計を進める ━━━━━━ 09

**視点 3 科学的根拠と社会的な合意形成を基盤として、
保健医療システムを次世代に継承する** 11

3-1 保険者や審査支払機関等が連携し、エビデンス創出に向けた社会基盤を強化する ━━ 11
3-2 複線的な制度を見える化するとともに、共通業務を集約化して効率性と透明性を高める 12
3-3 国民的な対話の場を設け、若年層や現役世代の参画を促進する ━━━━ 13

おわりに ━━━━━━━━━━━━━━ 14

はじめに

医療の高度化や高齢者人口の増加が進むなかで、医療におけるイノベーションの適切な評価と持続可能な保健医療システムの両立を実現し、効果的で効率的な保健医療システムを維持、発展させることは、公的医療保険制度を持つ多くの国々に共通する喫緊の課題である。日本も例外ではなく、持続可能な保健医療システムを将来世代に引き継ぐための選択肢とその実現に向けた社会的合意が求められている。

我が国では2016年以降、経済財政諮問会議等で薬価制度を中心とした政策議論が進み、国民医療費の抑制には一定の効果が見られた。一方で、イノベーションを評価しアクセスを確保する視点は充分ではないとして多くの懸念も表明されてきた。さらに、国民皆保険制度を基盤とした保健医療システムの持続性を支える給付と負担のあり方や、その将来的な方向性について社会全体で十分に議論が深まらないまま、薬剤費部分の抑制のみが先行したという指摘もある。

また、社会的な合意形成やそのプロセスのあり方も大きな課題である。社会保障審議会医療保険部会では、自己負担額の引き上げを中心とした高額療養費制度の見直しが長年にわたり検討が重ねられてきたが、その議論の過程における患者・当事者の参画は必ずしも十分とは言えなかった。結果として、2024年には患者・当事者等による集中的な働きかけを受け、同審議会の方針が再検討されるに至っている。今後は、保健医療システムの設計に関わる専門家や関係団体等のみが政策議論を主導するのではなく、より幅広い関係者が信頼と納得をもって政策議論に関わり、社会全体として責任を分かち合う合意形成プロセスへとさらに発展させることが不可欠である。

とりわけ、長く「中福祉・低負担」と言われてきた日本のあり方は大きな転換点にあり、その将来像をめぐる社会的合意の重要性が一層高まっている。これまで負担を抑えながら充実した医療・福祉を維持してきた結果、その差分は財政赤字すなわち将来世代の債務として積み上がっている。医療の高度化と高齢者人口の増加が重なるなかで、高水準の保健医療サービスを低い負担の

まま保ち続ける前提是現実的ではなく、現行の構造を保つだけでは、基本的な医療の提供すら危うくなる恐れがある。

この局面を乗り越えるためには、国民皆保険を基盤とする我が国の保健医療システムの姿を現実に即して改めて描き直すことが求められている。公的な医療保険で支える領域、私的な医療保険に委ねる領域、自助で備える領域を整理し、社会として支える保健医療と個人や市場の役割に委ねる保健医療の境界について、共通の原則や認識を育てていくことが重要である。考え方が広く共有されてはじめて、給付と負担をめぐる議論は方向性を持ち、個別の技術的な制度設計も一貫性を保ちながら進められる。保険給付の範囲を再設計する取り組みは、単なる制度改正や技術論ではなく、社会全体が目指す方向性を問い合わせ直す営みでもあり、患者・当事者に留まらず多様な市民を含めた社会的な合意形成が欠かせない。

あわせて、保健医療システムを支える社会保険料や自己負担の仕組みも、制度全体の構造のなかで再点検していくことが重要である。国民医療費の増加にともない、税をはじめとする公費を保健医療に厚く振り向けるには、患者・当事者に限らず社会全体の理解が不可欠となり、合意形成の難易度も高まる。財源の組み合わせは、誰がどの程度を負担し、どのような医療を将来に残すのかという社会の選択を直接反映するものである。

保健医療システムは、医療保険や医療提供体制だけで完結するものではない。医療・介護・福祉に、就労や教育、地域の支え合いが重なり合うことで、人々の生活と社会の安定を支える基盤として機能する。将来世代に負担を先送りするのではなく、現役世代と高齢世代がそれぞれの能力に応じて責任を分かち合い、貧困や社会的排除を防ぎ、負担が集中しがちな現役の中間所得層の疲弊にも向き合う必要がある。そのための新しい道筋と社会的合意を、多様な関係者と共に築いていく姿勢が求められる。

こうした現状を踏まえ、日本医療政策機構は、産官学民のディスカッションメンバーとともに、持続可能な保健医療システムの将来像とあるべき道筋について複数回の討議を行った。本提言はその成果をもとに、「給付」「負担」「社会実装プロセス」という三つの視点から社会が納得と安心をもって次世代に保健医療システムを継承するための方向性をディスカッションメンバーの総意として社会に提示する。

DISCUSSION MEMBERS

ディスカッションメンバー (敬称略／順不同)

天野 慎介 一般社団法人 全国がん患者団体連合会 理事長／一般社団法人 グループ・ネクサス・ジャパン 理事長

安藤 伸樹 前 全国健康保険協会 理事長／東和薬品株式会社 社外取締役・監査等委員

後藤 励 慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授

佐野 雅宏 健康保険組合連合会 会長代理

鈴木 康裕 国際医療福祉大学 学長／初代 厚生労働省 医務技監

濱田 いずみ ノボノルディスク ファーマ株式会社 取締役 医療政策・渉外本部 本部長

安川 健司 アステラス製薬株式会社 代表取締役会長

矢野 康治 国際医療福祉大学 社会保障政策研究所長／元 財務省 事務次官

乗竹 亮治 日本医療政策機構 代表理事・事務局長

医療技術の高度化と 超高齢社会の進展を踏まえ、 保険給付の範囲を再設計する

日本では、科学的根拠に基づく多様な医薬品や医療技術が公的な医療保険の対象とされ、誰もが必要な医療にアクセスできる体制が築かれてきた。一方で、急速な技術革新と高齢化の進行により、医療への期待やニーズは広がり続けている。理想を言えば、全ての人にあらゆる医療を等しく保障することが望ましい。しかし、限られた財源のなかで、負担を抑えたまま給付を維持しつづけることは現実的ではなく、むしろこのままでは基本的な医療まで圧迫されかねない局面を迎えている。社会として公的に保障すべき保健医療の範囲と資源配分のあり方の見直しは避けて通れない。

ただし、保険給付の範囲を再設計するプロセスは、技術的な作業だけでは完結しない。もちろん、エビデンスに基づいて低価値医療等を保険給付から除外し、真に必要な医療に資源を集中させる制度設計は不可欠である。その一方で、公的な医療保険が担うべき社会として支える医療と、自己負担や私的医療保険に委ねる医療との役割分担に関する判断は、社会が共有する価値観と密接に結びついている。だからこそ、その線引きの考え方を国民と広く議論し、患者・当事者を含む幅広い関係者による社会的な合意形成を同時に進める必要がある。

1-1

低価値医療等を保険給付から除外し、 必要な医療に資源を集中する

低価値医療は、患者の健康状態をほとんどまたは全く改善しない医療行為を指す^{※1}。代表的な例として、ウイルス性の風邪に対する抗菌薬の処方や、適応外や不必要な検査・手技等が挙げられる^{※1}。こうした医療は患者にとって利益がないどころか、副作用を伴う場合が多く、限られた医療資源の浪費にも繋がる。そのため、低価値医療を可視化し、保険給付の範囲から見直す動きが国際的

に広がっている。日本でも低価値医療の定義づけやリスト化が始まりつつある。全体像の把握や体系的な評価はさらなる発展が期待される段階であるものの、既に特定の低価値医療が一部の医師や地域において、より多く提供されている傾向が報告されている^{※1}。今後はレセプトや電子カルテ等のリアルワールドデータを活用し、低価値医療を定量的に把握・評価するための評価基準を

整備すると共に、継続的な研究を通じて状況の改善に繋げていくことが不可欠である。

低価値医療の保険給付からの除外や自己負担率引き上げは、短期的には財政の適正化への影響が限られているとしても、いち早く取り組むべきである。資源をより適切に配分するうえで合理的な第一歩となるだけではなく、「低価値医療ではない医療を公的な医療保険で支える」というメッセージを通じて、持続可能な保健医療システムの維持と発展に向けた明確な方向性を示すことができる。特に、医薬品の場合は、薬事承認後に原則として速やかに薬価基準に収載され、公的な医療保険の給付対象となる仕組みが整備されている。一度薬価収載されると、その後もほぼ永続的に保険適用が継続することが一般的である。さらに医薬品製造販売業者には安定供給義務が課されていることも影響し、保険給付の範囲から除外されない限り、リアルワールドデータで効果が乏しいと判明した医薬品であっても使用が続きやすい構造になっている。近年、薬価基準からの削除手続きの明確化や経過措置期間のルール整備が進められているものの、削除の対象や判断基

準はなお限定的であり、低価値医療の観点を踏まえた制度の一段の見直しが求められる。

低価値医療は、医学的な基準のもとで同定され、費用と負担は直接考慮されないことが多い。今後、エビデンスの蓄積が進むにしたがって、明らかな低価値医療とまでは言い切れないが、費用や負担に比べて効果が十分とは言い難い中間的な医療（中価値医療）の実態がより鮮明になっていくと考えられる。中価値医療については、費用対効果や財政への影響を踏まえながら、独立性と透明性を備えた枠組みのもとで客観的かつ中立的な評価を行い、その結果を社会的な合意形成のプロセスと結びつけることが重要である。国際社会ではChoosing Wiselyという医療従事者が自ら必要性の低い医療を特定し、公表する取り組みやPay for Performance（P4P）といった、医療機関の成果に連動して負担を決定する試みが先行している。日本でも学会や職能団体、保険者、患者団体等が連携し、こうした取り組みから得られた知見を保険給付の見直しに着実に反映させていくことが期待される。

1-2 医薬品の給付を最適化し、 イノベーションと持続可能性を両立する

医療技術の進展により、ゲノム医療や再生医療等、これまでにない高度な仕組みを持つ医薬品が相次いで登場している。これらの医薬品は根治の可能性や生活の質の大幅な改善といった高い治療効果が期待される一方で、最先端の研究成果等を背景とする分だけ価格が高額になる場合が多く、医療費や財政への影響は一段と大きくなりつつある。そのため、費用と効果のバランスや限られた財源との関係を踏まえて、利用方法や価格を柔軟に調整できる制度設計が求められている状況である。国内でも、効果に見合わない価格設定や、財政への影響が大きい場合には、

利用の制限や価格の見直しを検討すべきという議論が進んでいく。

もっとも、費用と効果のバランスを評価する作業は単純ではない。一度の投与で大きな効果が期待できるワンショット型の治療と、長期にわたり継続的な投与を前提とする治療を比較する際には、薬剤費だけでなく、効果の持続期間、再入院や介護の減少に伴う医療・介護費の変化、患者や家族等の就労や心身の負担への影響等、多様な要素を総合的に勘案する必要がある。公的な保健医

療システム全体にとって望ましい選択肢を多面的に比較評価する枠組みは発展途上にあり、今後のさらなる展開が期待される。

これまで、医薬品は薬事承認後に原則として速やかに薬価基準に収載され、公的な医療保険の給付対象となる仕組みが整備されてきた。健康保険法等の改正議論では、保険給付率70%(自己負担30%)を基本とする考え方が法附則や附帯決議で繰り返し確認され、必要な医療へのアクセスを守るうえで重要な役割を果たしている。他方で、諸外国では医療上の重要性や疾患などに応じて保険給付率を変える制度がある。今後は海外事例も参考に、患者アウトカムや安全性のデータを基盤として、価格や給付率、給付期間を柔軟に調整できる保険給付の仕組みを導入していくことが望ましい。

持続可能な保健医療システムを維持するためには、価格(Price)や使用量(Quantity)に加え、給付期間(Time)など複数の視点を組み合わせて総合的に対応することが重要である。国内では高額医薬品の一部について、施設基準や最適使用推進ガイドラインの設定、先進医療や患者申出療養といった保険外併用療養費制度の活用を通じて、使用方法や対象患者を絞り込みつつ、公的

な医療保険の枠内で柔軟な運用を図る取り組みが進みつつある。一方で、制度全体の設計はいまだ過渡期にあり、混合診療の原則禁止や国民皆保険の理念、公的な医療保険、私的な医療保険、自助の役割分担を含め、制度間の理念と仕組みの整合性を一段と高めていく必要がある。なお、疾患によっては生活環境や就労状況等の社会経済的要因(SDH: Social Determinants of Health)の影響も極めて大きい場合もあり、医療的な対応がもたらす中長期的な経済効果にばらつきが生じやすい領域では、慎重かつ丁寧な制度設計が求められる。

さらに、超高齢社会では、高齢者医療のあり方そのものを社会全体で議論する必要がある。例えばスウェーデンでは、日本より附加価値税(消費税)や社会保障負担率が高く、医療に充てる公的財源を厚く確保しているにもかかわらず、国民的な議論を重ねて高齢者医療のガイドラインを策定し、医療の優先順位を明確にしようと取り組んでいる。同様に日本でも、まず税や社会保険料を含む歳入の確保や制度の効率化を通じて負担の最適化を図り、それでも財政的な余地が不足すると判断される場合に、給付の優先順位を社会的合意にもとづいて検討するという順序が重要である。

健康寿命の延伸や 人口減少の進行を見据え、 より公平な負担を実現する

日本の社会保障制度は、保険料と自己負担を主な財源とする社会保険方式を基礎として、質の高い保健医療システムの実現に寄与してきた。しかし、2023年度には国民医療費は48兆915億円（対GDP比率8.1%）※2と過去最高を突破し、少子高齢化と長期的な経済停滞も相まって、若年層や現役世代の負担感は一層強まっている。他方、労働力人口総数のうち65歳以上の割合は13.4%と右肩上がりであり※3、定年を超えて働きたいと回答している人が男性で66%、女性で53%という報告もある※4。こうした社会変化を踏まえれば、年齢だけに頼るのではなく、資産状態や健康状態（医療の利用度）も加味した多層的な負担のあり方を再設計することが求められている。

2-1

健康寿命の延伸を踏まえ、 高齢者を相対的に再定義する

近年の研究によって、65歳以上の高齢者において、身体機能が向上している可能性が示唆されている※4。政府も2018年の高齢社会対策大綱で「65歳以上を一律に高齢者とする現状はもはや現実的でない」と明記しており、日本老年学会・老年医学会も2017年、2024年と2度にわたり高齢者の定義を75歳以上に見直すべきと繰り返し提言してきた。

一方で、2008年の高齢者医療制度創設以降、65歳から74歳は前期高齢者、75歳以上を後期高齢者と区分する設計となった。そのなかで自己負担割合等についても原則年齢を基準に決められているが、年齢を主な基準として自己負担割合を変える仕組みは、主要なOECD諸国の中でも極めて例外的であり、日本特有の

制度構造と言える。今後は、健康状態、就業・社会参加等の実態を踏まえて、長く固定してきた高齢者の65歳基準を見直すとともに、自己負担の水準等を段階的に引き上げていく必要がある。高齢者全体の健康状態等の変化に合わせて高齢者の定義や負担の線引きを調整する、応能負担的な概念による「健康長寿スライド」とも言えるような発想も検討してはどうか。2025年の高額療養費制度の在り方に関する専門委員会においても、高齢者等のある特定の世代全体の自己負担割合を見直しても、健康状態への影響は限定的と示された※5。ただし、制度を切り替える際には、保険者間の財政構造の違いや、高齢者世帯の所得・資産状況の多様性に十分配慮し、段階的かつ丁寧な説明を通じて社会的な納得を得る姿勢が重要である。

2-2

所得と資産も含めた、 より公平な応能負担を実現する

日本の社会保障制度は、所得に応じて負担する応能負担を原則としてきたが、その結果として保険料負担が現役世代に集中しやすい構造となっている。一方で、家計金融資産は高齢期に大きく偏在しており、55歳以上が家計金融資産全体の70%以上、70歳以上が40%近くを保有しているとの分析もある^{※6}。純金融資産についてもごく一部の人に集中していることが知られ、資産の偏りは世代を超えて拡大している。また、65歳以上の高齢者世帯のうち約40%が住民税非課税世帯（課税の有無が不詳の世帯を含む）であり^{※7}、その多くが保険料の減免措置を受けているが、住民税自体が所得に着目した応能負担の仕組みであるため、所得以外の資産状況は十分に反映されていない。実際の負担と負担能力のずれが固定化しつつある現状を踏まえれば、公平性の高い応能負担の仕組みを再構築することは必須である。

本来、応能負担は社会全体の納得感と公平性を支える基本的な

原則である。しかし、資産分布の偏りが進むなかで、所得のみを基準にした負担の設計には限界が明らかになりつつある。今後は、所得と資産の双方を組み合わせた負担制度への見直しや、保険料減免制度の再設計等を通じて、世代間・世代内の公平性を高める負担構造へと転換していく必要がある。

諸外国では、マイナンバー制度に相当する個人識別番号を活用し、個人の所得と資産を一体的に把握したうえで給付と負担の設計を行い、現金給付や医療費控除を迅速かつ公平に実施している例も見られる。日本でも、給付付き税額控除の検討が進むなかで、より正確で公平な制度設計の重要性が増している。所得と資産の双方を踏まえた持続可能な負担の再設計に本格的に取り組むためには、我が国でもマイナンバー制度を社会の基盤として位置づけ、マイナンバーカードの取得と金融口座情報との連携等を義務化することが極めて重要である。

2-3

人口減少時代を前提として、 負担の再設計を進める

日本は2008年をピークに人口減少局面へ転じ、2050年には総人口が1億人を割るまで減少すると見込まれている^{※3}。さらに同じ期間に生産年齢人口（15歳から64歳）も5,540万人にまで落ち込む一方で、65歳以上人口割合の高齢化率は37.1%まで上昇すると

予測されている^{※3}。このような人口動態の変化は、保健医療システムを支える財源の担い手が減る一方で、支えられる側が増えることを意味しており、保健医療システムの持続可能性と財源構造にも大きな影響を及ぼしている。

実際に、2023年度の国民医療費は48兆915億円(対GDP比率8.1%)と過去最高を更新し、その財源は保険料50.2%、公費37.5%、その他のうち患者自己負担11.8%という割合であった^{※2}。日本の社会保障制度は社会保険方式を基盤としているものの、既に公費依存の傾向が高まっていることがわかる。さらに、高齢者の加入率が高い国民健康保険や後期高齢者医療保険は公費による支援の度合いが大きく、被用者保険から拠出される前期調整額、後期高齢者支援金もその運営を支えていると同時に被用者保険者の財政を圧迫している。高齢者人口がピークに近づく2040年には国民医療費が約80兆円(GDP比約10%)まで拡大するとの見通しがあるなかで^{※8}、医療財源全体として公費に頼る傾向は今後さらに強まることが予想される。

一方、人口減少が進行するなかで、現役世代からの保険料と特定の層の自己負担のみで、増えつづける医療費を長期間にわたり安定して支えきることは極めて困難である。公費の一部は国債によって補われているが、国債発行は将来世代への負担の先送りにも繋がっており、人口減少社会ではそのリスクは一層高まる。こうした状況を踏まえると、税・保険料・自己負担の全体構造及びその割合を見直し、持続可能で世代間・世代内の公平な財源構成へと転換することが不可欠である。

とりわけ、医療財源の安定性を保ち、将来世代への過剰な負担の先送りを避ける観点からは、消費税(付加価値税)の役割がこれまで以上に重要となる。我が国の税体系を俯瞰すると、所得税は個人の収入に課税されるため景気変動の影響を受けやすく、法人税は国際競争が激化するなかで企業活動を推進するには大幅な税率の引き上げは難しい。一方で、消費税は雇用形態や世代を問わず広く負担を分かち合える税であり、比較的安定した税収を確保しやすい。経済活動への歪みも小さいとされる。しかも、日本

に居住する人だけでなく一時滞在者等も含めて、保健医療システムの受益者たる全ての人々に関わる仕組みであることから、人口構造や社会経済構造が変化しても世代間・世代内の公平な負担を実現しやすく、社会全体の連帯を支える財源基盤(social solidarity tax)とも位置付けることもできる。

その反面、日本の標準税率は10%(生活必需品等への軽減税率は8%)に留まる。OECD諸国の付加価値税(消費税)の標準税率は平均でおよそ19%から23%台で推移しており^{※9}、主要国の中では相対的に低い水準と言える。つまり、保健医療システムを支える安定財源としての消費税には、将来世代への過度な負担の先送りを避けながら、一定の引き上げ余地が残されていることを示している。くわえて、現行の消費税法では、増収分の使途が社会保障四経費に限定され、地方消費税の配分も広く福祉医療分野に充當されている。今後は使途をよりわかりやすく示し、なつかつ社会保障への安定的な充当を前提としたうえで、消費税率の段階的な引き上げも視野に入れた、多層的な財源構成への転換を冷静に議論していくべきである。

あわせて、多層的な財源の一つとして、支払い能力に応じた応能負担の強化に加え、応益負担の考え方に基づく定額負担の導入も検討に値する。例えば、所得や年齢にかかわらず医療機関を受診するたびに数百円程度の基本サービス料を上乗せし、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ料」等として、所得に応じた応能負担に加え、医療サービスの利用に応じた応益負担を組み合わせる方法も一案である。過度な受診抑制を招かないように金額設定等で配慮措置を講じつつ、低所得者への配慮や受診抑制の影響を考慮し、医療資源を利用することへの負担を社会全体で共有する仕組みを整えることが、持続可能な保健医療システムの維持と発展に寄与する。

科学的根拠と 社会的な合意形成を基盤として、 保健医療システムを次世代に継承する

国民皆保険制度の創設から60年以上が経過し、社会構造や価値観は大きく変容してきた。近年は情報公開が進み、会議のオンライン中継や議事録公開を通じて、患者・当事者、市民が政策情報にアクセスしやすい環境が整いつつある。その一方で、医療技術の進歩等を背景に保健医療システムをとりまく関係者は多様化し、利害関係が一段と複雑になったことで、合意形成の難易度も高まっている。このような状況下で、保健医療システムを持続可能な形で次世代に引き継ぐためには、科学的根拠に基づく判断と、信頼と透明性に裏打ちされた意思決定の仕組みがこれまで以上に重要となっている。

3-1

保険者や審査支払機関等が連携し、 エビデンス創出に向けた社会基盤を強化する

証拠に基づく政策立案(EBPM: Evidence Based Policy Making)は、持続可能な保健医療システムを設計し、社会的合意を得るために出発点である。そのためには、保険者や審査支払機関等が保有するレセプト情報や健診情報等の健康・医療情報を個人で生涯にわたり統合的に記録・分析できる情報基盤が不可欠である。

そのためにはまず、健康・医療情報の保存期間を戦略的に延長する必要がある。現在、多くの情報の保存期間は概ね5年程度と指定されているが、予防接種記録については死亡後5年まで保存期間を延長する方針が示されるなど、長期的な情報の利活用に向けた動きがみられる。全国健康保険協会(協会けんぽ)が約4,000

万人分のレセプト・健診・問診データを自主的に長期保存し、分析に活用しはじめていることは、その可能性の大きさを示しているが、本来こうした健康・医療情報の維持と管理は、個々の保険者の努力に委ねるのではなく、社会の制度として安定的に実施されるべきである。

また、前期・後期高齢者等の制度区分を超えた情報の接続も欠かせない。現行制度では、転職、退職や75歳で保険者が切り替わるたびに情報が分断され、個人の生涯を通じた情報分析が困難になっている。今後は、医療DXの中核を担うとされる支払基金等が保険者横断の連携プラットフォームを整備し、保険加入履歴や資格情報と一体的に健康・医療情報を追跡できる仕組みを構築す

ることが求められる。

さらに、健康・医療情報の標準化と質の向上は必須である。現在、医療費や診療内容は主にレセプト（診療報酬明細書）で請求データの形に収集され、各機関が月単位で集計・管理している。そのため、診療1回ごとの内容や経過を精緻にかつ適時に分析するには限界が生じている。また、電子カルテやレセプトコンピュータの仕様やコード体系はベンダーや医療機関ごとに異なり、医療機関をまたいだ分析を難しくしている。電子カルテの単なる普及ではなく、標準化を前提とした普及へと方向転換し、医療機関をまたいで診療単位で分析できる全国規模の一貫したデータベースを構築することで、特定の治療がどの患者群に対して、いかなる水準の効果を示すかを日々の臨床情報から明らかにできる。その基盤は、保険給付の見直しや予防策の立案にも直結し、

限られた資源をより効果的に配分するための土台となる。

あわせて、こうした情報基盤を実際の政策改善につなげる仕組みが必要である。各保険者の内部に分析・研究機能を位置づけ、大学や研究機関との連携を体系的に進めることで、データに基づく知見を継続的に創出できる。国としても、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB: National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan）やマイナンバーを活用し、健康・医療情報から得られた知見を保険給付の設計や診療報酬改定、予防施策の立案に還元するデータ活用の循環を明確に示すべきである。そのサイクルが国民にも見える形で機能すれば、マイナンバーを通じて自らのデータを託すことの意味が共有され、保健医療システム全体の透明性と信頼性の向上につながる。

3-2

複線的な制度を見る化とともに、 共通業務を集約化して効率性と透明性を高める

日本の保健医療システムは、国民皆保険の下で高い成果を維持してきたが、職種や雇用形態、年齢、居住地に応じて複数の保険者が並立する複線的な構造となっている。これは社会、特に雇用形態の多様化に柔軟に対応してきた結果であるが、その分だけ制度全体を直感的に理解することは難しくなり、国民が給付と負担の関係を適切に理解し、政策議論に主体的に参加するうえでの障壁にもなっている。

そのため、医療財政に加えて、保健医療システム全体の構造を見る化する必要がある。国民健康保険、健康保険組合（単一・総合）、全国健康保険協会（協会けんぽ）、共済組合、後期高齢者医療制度等について、それぞれの役割、財源構造、加入者の特性を整理し、国民一人ひとりが自らの加入制度の位置づけを理解でき

るようになることが、給付と負担をめぐる建設的な議論と合意形成の前提となる。

同時に、限られた人員と財源を加入者の実情に応じた保健事業へ振り向けていくためには、複線的な制度のもとでも、保険者を横断して共通する業務を可能な限り集約し、効率性と透明性を高める必要がある。とりわけ、保険給付の審査・支払は保険者だけでなく審査支払機関にも共通する中核機能であり、その標準化とデジタル化を通じて、負担の軽減と質の向上を同時に実現できる余地が大きい。現在、レセプトについては審査支払機関による審査に加え、保険者側での再点検が行われるなど、二重のチェック体制がとられている。不適切請求の是正には一定の効果があるものの、同じレセプトを複数の主体が個別に確認する構造は、事

務負担やコストの増大にも繋がっている。

今後は、保険給付の審査・支払プロセスを全国的に標準化し、AIを含むデジタル技術を活用して審査対象の絞り込みや査定ロジックの高度化を進めることが求められる。すでにレセプトの振り分けにAIを活用し、査定の可能性が高い案件に重点的に人手

を振り向けることで、職員数の増加を抑えながら査定額を高めている事例も聞かれている。現行システムの更新時期が近づくなかで、こうした成果を踏まえた共同システムの開発・共同利用を早期に具体化し、生まれた余力を保健事業に再配分していくことが重要である。

3-3

国民的な対話の場を設け、 若年層や現役世代の参画を促進する

社会保障制度の持続性確保には、世代や立場を超えて将来像を共有し、共に議論・構想する対話の場が不可欠である。これまでの政策議論は経済関連団体や職能団体、高齢者団体が主導してきたが、近年は患者・当事者や市民の参画も着実に拡大している。今後は若年層や現役世代がより積極的に議論に参画できる仕組みの実現が期待される。

とりわけ、社会保障国民会議のように幅広い関係者が集い、保健医療システム全体の課題を議論できる場の設置は社会全体の意思を反映するうえで極めて意義が大きく、強く歓迎される。今後

は、公的な対話の場により幅広い世代の参画を推奨すると共に、オンラインプラットフォーム等新たな合意形成の仕組みの積極的な導入も検討すべきである。誰もが安心して発言でき、政策形成に主体的に関われる環境を整えることで、現行の政策が将来世代に及ぼす影響もより的確に反映される。保健医療システムへの信頼は、透明な意思決定と合意形成によって育まれる。科学的根拠と市民対話を重ねることで、保健医療システムを社会全体の共有財産として次世代へ継承していく責任に自覚的になり、現代の世代として役割を果たすべきである。

おわりに

本提言は、持続可能な保健医療システムの実現に向けて、給付・負担・社会実装プロセスの三つの視点から、社会的合意形成の方向性を示すものである。これらは互いに密接に関わっており、いずれか一つだけを選んでいては本質的な前進は望めない。重要なのは、「財政制約があるから給付を抑制する」という消極的な発想ではなく、「次世代に高品質な医療を継承するために今何を選択すべきか」という前向きな姿勢で議論を進めることがある。その実現には、科学的根拠に根ざした分析と、多様な立場による建設的な対話の両立が不可欠である。日本の保健医療システムは国民皆保険という理念のもと、世界に誇る成果をあげてきた。この貴重な社会的資産を次世代へ確実に継承するため、本提言が今後の社会的議論の一助となることを期待したい。

〔参考資料〕

- ※1 Miyawaki A, Mafi JN, Abe K, Klomhaus A, Goto R, Kitajima K, Sato D, Tsugawa Y. Primary Care Physician Characteristics and Low-Value Care Provision in Japan. *JAMA Health Forum*. 2025 Jun 7;6(6):e251430.
- ※2 令和5(2023)年度 国民医療費の概況. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/index.html>. (閲覧日:2025年12月4日).
- ※3 令和6年版高齢社会白書(全体版)(PDF版). 内閣府. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html. (閲覧日:2025年12月4日).
- ※4 高齢者および高齢社会に関する検討ワーキンググループ報告書2024. 日本老年学会. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/important_info/pdf/20240614_01_01.pdf. (閲覧日:2025年12月4日).
- ※5 第3回「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」資料. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_62476.html. (閲覧日:2025年12月4日).
- ※6 令和6年度 年次経済財政報告. 第3章ストックの力で豊かさを感じられる経済社会へ 第1節 家計の金融資産投資構造の現状と課題. 内閣府. <https://www5.cao.go.jp/j-j/wp/wp-je24/h03-01.html>. (閲覧日:2025年12月4日).
- ※7 2024(令和6)年 国民生活基礎調査の概況. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa24/index.html>. (閲覧日:2025年12月19日).
- ※8 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」等について. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000207382.html>. (閲覧日:2025年12月4日).
- ※9 消費税など(消費課税)に関する資料. 財務省. https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/itn_comparison/j04.htm. (閲覧日:2025年12月4日).

日本医療政策機構 寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1.ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2.政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

3.事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4.資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5.販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6.書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。



提言の独立性について

本提言書は、各会合での議論をもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、専門家や登壇者等の関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構(HGPI: Health and Global Policy Institute)は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています(2021年1月時点(最新データ))。

著作権・引用について



本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 – 非営利 – 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。

- ・表示:出典(著者/発行年/タイトル/URL)を明確にしてください
- ・非営利:営利目的での使用はできません
- ・継承:資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 – 非営利 – 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。
<https://hgpi.org/copyright.html>

担当者

河野 結 日本医療政策機構 マネージャー

河田 友紀子 日本医療政策機構 マネージャー

大河 明咲子 日本医療政策機構 アソシエイト

