

社会保障における持続可能な医療制度に関する提言 ～医療のデジタル化と自助・イノベーションの強化を～

2022年3月17日
日本商工会議所
東京商工会議所

基本的考え方と概要

新型コロナウイルス感染問題を通じて、「いのちを守ること」と「医療を守ること」は同時に達成すべき目標であると、改めて気づかされた。困難ながらもきわめて重要なこの目標の両立に向け、現在わが国が直面する医療制度をめぐる諸課題に正面から向き合い、解決に向けた取組みを力強く進めなければならない。

政府においては、年金・医療・介護をはじめ全世代型社会保障制度のあり方全般に関し、持続可能性を高めるための総合的検討を行ってきた。給付費ベースで約3割を占める医療について、政府や地方自治体において次期医療費適正化計画の策定をはじめ医療制度に関する議論が本格化するこのタイミングをとらえ改めて課題を明確化したい。

もとより、日本の医療は、医療関係者の日々の懸命な活動と国民皆保険制度に支えられている。皆保険の根幹は公的医療保険制度であるが、少子高齢化に伴い、制度の主な担い手である現役世代が減少する一方で、医療受診機会の多い高齢者や高額医療の増加などを要因として医療保険給付の拡大が続いており、保険財政は厳しい状況にある。

国民のいのちと健康を守るために不可欠な社会インフラである公的医療保険制度を持続可能な形で維持していくためには、現行制度における自助・共助・公助のあり方を含め、国民に広く納得感のある制度へと不断の見直しを行うことが求められる。政府は、遅れている医療分野のデジタル化を一気に進めるとともに、コロナで国民の間に医療への関心が高まっている今を好機と捉え、従来からの制度改善にとどまらず、国民の意識改革にも踏み込んだ新たな取組みも同時に進めていただきたい。

併せて、健康・医療関連産業を経済成長に結び付ける方策、新興の感染症蔓延といった危機的状況への対応など、コロナ禍を奇貨として、わが国の経済社会全体のレジリエンス強化に国を挙げて取り組まれない。

そうした状況を踏まえ、以下のとおり提言し、その実現に向け意見活動を行う。

【総括的概要】

1. 公的医療保険財政構造の見直し

職域における被用者保険（現在の組合健保、協会けんぽなど）からスタートしたわが国の健康保険制度は、国民皆保険として市町村単位の国民健康保険（以下、「市町村国保」）、さらに後期高齢者用の保険制度を加えながら今日に至っている。

高齢者向け保険給付を被用者保険（現役世代が加入）と公費で支える収支構造が複雑化し、非常に分かりにくいものになっている。また、増加を続ける現役世代と事業者の負担や公費投入のあり方に関する見直しが進んでおらず、公平性の観点からの課題も大きい。

国民皆保険の持続可能性向上に向け、給付と負担のバランスを改善する応能負担の拡大、ひいては公的医療保険制度の運営・財政構造全体について抜本的な改革を進めることが必要である。

2. 「医療DX」の強力な推進

コロナ禍を通じて、わが国の医療分野におけるデジタル化・ICT化とその活用（以下、「医療DX」）の遅れが、「いのちと医療」を守るうえでの障害となっていることが明らかになった。国を挙げて「医療DX」の強力な推進を急がねばならない。これにより、国民・関係者がともにメリットを受け、医療保険財政の負荷軽減や医療の発展にもつながる。

「医療DX」を進めるにあたって重要なことは、個人データの共有化と適切な活用である。現在行われているのは主に治療の処置記録であり、本人不在のデータ収録・管理に過ぎないとの指摘もある。病歴・受診歴等の個人情報・データは当該個人に帰属するものであるという基本認識を国民、政府、関係機関がしっかり共有しなければならない。そのうえで、国が情報プラットフォームを整備し、かつ適切に管理し、必要な情報を各個人同意のもとに活用できるデータヘルス¹を進めることが強く求められる。また、医療機関ごとに仕様が異なる電子カルテのデータ共有とオンライン診療等の推進、感染症発生情報ならびに医療機関の稼働状況等情報の一元管理が必要である。

「医療DX」により、平時における医療の効率化・医療（給付）費の削減やデータ利活用による診断・医療技術等の発展はもとより、大規模自然災害や新興感染症流行等による危機的状況にも適時適切な医療提供体制と医療資源の確保が可能となる。

なお、忘れてならないのは、個人情報に関する徹底したセキュリティの確保であり、サイバーリスク対策にも万全を期すことが不可欠である。そうした対策とともに国民的理解と同意を得ることを大前提として進めなければならない。

3. セルフメディケーションの浸透促進

わが国の公的医療保険は、国民や事業者が負担する保険料を基（原資）とする共助制度に公助（税金投入）を組み込んだ制度となっている。現役世代や事業者の更なる負担増は回避しなければならないが、国の財政にはさまざまな制約要因があり、公助への過度の依存が難しいことも自明である。

このように、保険財政における「収入」には限界がある。そうした中で持続可能な制度運営を図るために重要なことは、「支出」すなわち保険給付の増加を適切に抑制することであり、われわれは「自助」たるセルフメディケーションの促進を強く提案する。誰もが健康寿命の延伸を願っている。コロナ禍により健康・疾病への関心が高まっている今こそ、セルフメディケーションを普及拡大させる絶好のチャンスである。

セルフメディケーションには、個々人のヘルスリテラシー²向上、データに基づいた健康管理の推進が求められるため、基本ツールとしての「医療DX」が欠かせないが、併せて、日常的な相談に対応してもらえる家庭医的存在も重要である。「かかりつけ医」「かかりつけ薬局・薬剤師」について、国民的合意が得られる機能と役割の検討を深められたい。

4. 健康・医療関連産業におけるイノベーションの推進

世界に先駆けて少子高齢化が進展してきたわが国においてこそ、医療・健康関連産業のイノベーションを強力に推進し、その成果を国民の健康増進とわが国の経済成長につなげることが求められる。がん検査・治療に関する日本の内視鏡AIの技術が世界標準になっ

¹ 協会けんぽや健康保険組合等の保険者が、電子化された健康医療情報の分析結果を踏まえて実施する、加入者の健康状態に即したより効果的・効率的な取組みのこと。

² 健康状態を把握し、自分で手当てが可能か、医療機関を受診すべきかを定めるための知識と判断力のこと。

ている例などに続かねばならない。日本発の医療機器・医薬品の開発が進められるよう、官民を挙げた積極的な取組みが必要である。

特に、政府の「健康・医療戦略推進本部」による関係省庁の連携強化、産学官の垣根を超えた資金投入や人材育成・流動性確保などを促進することが重要である。「革新的創薬」への取組み強化も求めたい。

いのちや未来の医療をテーマとする「2025年大阪・関西万博」は、日本の医療・健康産業のポテンシャルを世界に示す絶好の機会であり、その成功をステップとして、関連産業のイノベーションを加速すべきである。

【各論】

1. 公的医療保険財政構造の見直し

公的医療保険財政の全体像を見ると、被用者保険から市町村国保（現在は都道府県との共同運営）へ前期高齢者納付金（以下、「納付金」）として3.7兆円、被用者保険と市町村国保から後期高齢者医療制度へ後期高齢者支援金（以下、「支援金」）として6.2兆円がそれぞれ拠出されている。また、同制度には公費が7.6兆円投入されている（いずれも2018年度）。

高齢者が多い市町村国保と75歳以上が加入する後期高齢者医療制度は、保険料で医療給付費を賄えず、現役世代や事業主が保険料を負担している被用者保険からの納付金・支援金や公費で収支均衡を図っている。今後、団塊世代が順次、後期高齢者に到達することなどから、現役世代、事業主や公費による負担はさらに膨らむ恐れがある。

加えて、市町村国保は、被用者保険から納付金を受け入れる一方、後期高齢者医療制度へ支援金を出すなど、公的医療保険制度全体の財政構造がきわめて歪である³。

公的医療保険財政の健全化を進めて持続可能性を高めるため、政府は、現役世代や事業者の負担増の抑制、医療費減少につながる以下の施策を迅速に実行されたい。

（1）応能負担の原則化と医療費窓口負担の公平性確保

現役世代は自己負担や健康保険料支払額（負担）が医療費（受益）を超えている一方、高齢者は受益が負担を大きく上回っている（図1）。世代間の受益と負担のアンバランスが顕著であり、抜本的な見直しが求められる。後期高齢者の一定所得層について医療費の窓口負担が22年10月から2割に引き上げられることとなり⁴（図2）、改善の一步は進んだが、同等の所得があっても年齢による負担割合が異なる状態は解消されておらず、依然として公平性に欠けたままである。

医療費の負担は、年齢でなく支払能力に応じた形にすることを基本とすべきである。一定以上の所得がある高齢者の窓口負担割合は、年齢にかかわらず一律3割とすることとし、影響緩和の観点から、例えば2年に一度の診療報酬改定のタイミングに合わせるなどスケジュールを決めて段階的に引き上げるべきである。

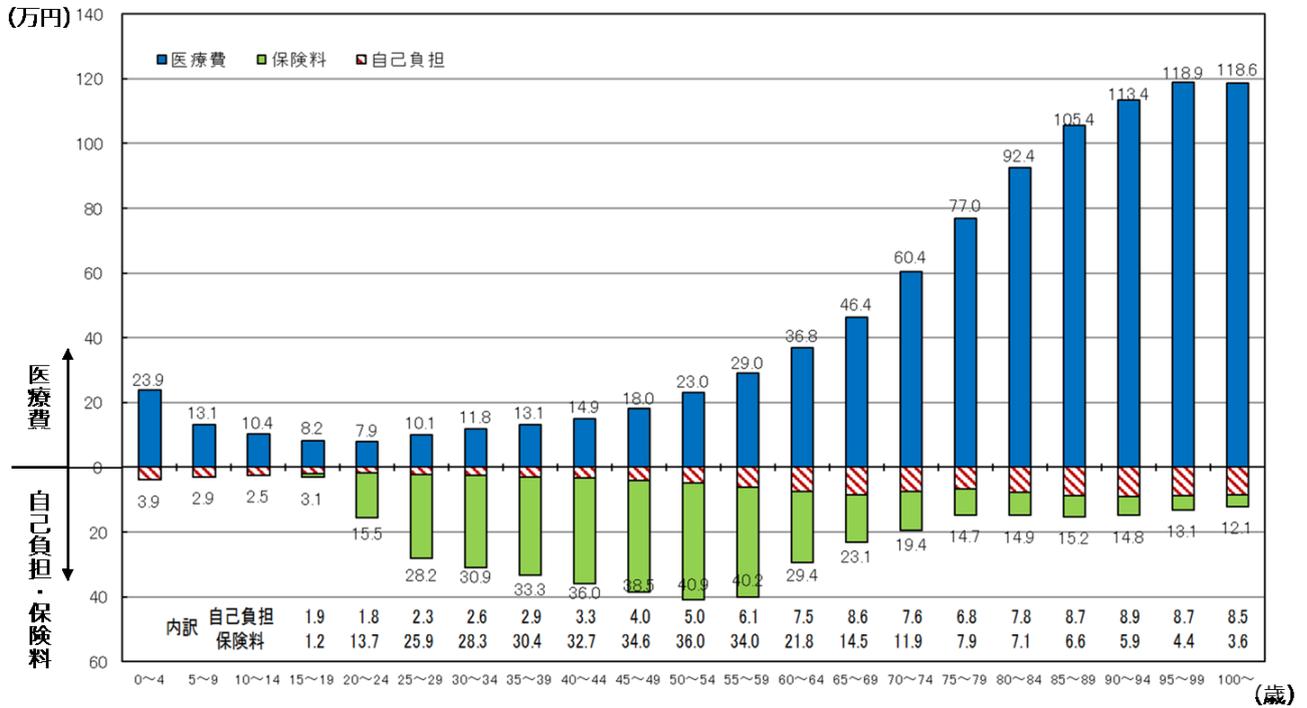
また、高齢者のみならず、現役世代を含めて広く薄く国民全体を対象としたワンコイ

³ 厚生労働省社会保障審議会医療保険部会（2021年9月22日）資料より。

⁴ 2022年10月1日施行開始。

ン型受診時定額負担制度を導入し、医療保険収支の改善が図られるようにすべきである。本制度の導入により、後述する「かかりつけ医」の定着や、大学病院を中心に過重労働が問題となっている勤務医の負担軽減につながることも期待される。

(図1) 医療に関する自己負担・保険料(負担)と医療費(受益)の関係(年齢層別)



出典：第145回社会保障審議会医療保険部会 資料

(図2) 医療費の窓口負担割合(単身世帯の場合)

75歳以上	年収383万円以上	3割
	年収200万円~383万円	(2022年10月から 1割→2割)
	年収200万円未満	1割
70~74歳	年収383万円以上	3割
	年収383万円未満	2割
70歳未満	年収要件なし	3割

2022年10月1日から	
区分	医療費負担割合
年収383万円以上	3割
年収200万~383万円 ※1	2割 ※2 ※3
年収200万円未満	1割

- ※1 複数世帯の場合、新たに2割負担となる世帯年収基準は320万円以上。
- ※2 対象者は約370万人。被保険者全体に占める割合は、20%。
- ※3 激変緩和措置として、施行後3年間は、1割負担の場合と比べた負担増がひと月当たり3,000円に収まるようにする。

出典：厚生労働省資料等を基に事務局作成

(2) 処方・投薬の適正化による医療費削減

保険財政の健全化に向けては、医療費全体の約2割を占めると言われる薬剤の処方・投薬の適正化を図ることも必要である。

後述するように、小さなリスクには「自助」で対応するという考え方を普及させる中で、うがい薬や湿布薬等と同様に、OTC⁵類似医薬品（市販薬と成分が同等の、医師が処方する医療用医薬品）の範囲を拡大して保険給付対象外の医薬品を増やすといった見直しを進めることが必要である。フランスで実施されている事例を参考に、薬剤の種類や有効性等に応じて自己負担割合を引き上げるという方策も検討に値すると考える。

また、医師・医療機関が患者に対して行うべき医薬品使用方針に関する説明用資料である「フォーミュラリー」の積極活用を図るべきである。広く策定・活用が進めば、約3,000億円の薬剤費削減につながるとの試算⁶もある。政府主導で、地域の医療機関の連携による「地域フォーミュラリー」の策定を促進することも検討されたい。

なお、東京都葛飾区や墨田区では、薬局が「節薬バッグ」を用いて残薬戻しを促す取り組みがなされ、薬剤師とのより密接なコミュニケーションにより、服薬指導の徹底や飲み忘れ解消も図られている。全国に広がると、最大で約3,300億円の医療費削減につながるという試算⁷もあり、政府として各自治体に働きかけていただきたい。

(3) 医薬品の安定供給に向けた取組みの促進

保険財政の健全化（医療費削減）のための薬剤費低減は1つの方策であるが、近年の継続的な薬価引き下げは医薬品（特に、ジェネリック医薬品）の安定供給を損ないかねないとの声が出ている。実際、コロナ禍による海外からの原材料の調達難や海外工場の未稼働、および需要量の急増等により供給量が不足するリスクが顕在化し、また一方向的なコストカット要請による薬剤メーカーの疲弊や品質低下の懸念も指摘されている。

国民が安心して必要な医薬品を選択できることが重要であり、ジェネリック医薬品等の供給を安定させるため、政府には、製造・取引価格の適正化を図りつつ、原材料の調達から製造までを国内で一貫して行い得る環境を整備することが強く求められる。

(4) 公的医療保険制度における不合理性を見直し

わが国では、国民皆保険が確立する過程と人口高齢化の動きが並行して進んだことを背景に、公的医療保険制度を構成する保険が幾つも並立している。近年、高齢者向け保険を被用者保険が支える構造が非常に歪なものとなっており、増加する一方の現役世代と事業者の保険料負担が人々の将来不安要因と考えられるまでになっている。

政府には、被用者保険の負担増加抑制にもつながる医療保険制度間の収支バランス改善のため、公的医療保険制度全体の運営・財政構造見直しの一環として、以下の対応策を進めていただきたい。

① 被用者保険が拠出する後期高齢者支援金の計算方法の見直し

75歳以上が加入する後期高齢者医療制度は、収入の約4割を被用者保険と市町村

⁵ 「Over The Counter : オーバー・ザ・カウンター」の略。OTC医薬品は、いわゆる市販薬のこと。

⁶ 健康保険組合連合会の試算による。

⁷ 九州大学大学院の島添隆雄准教授の試算による。

国保からの後期高齢者支援金に依存しているが、市町村国保が拠出する支援金の一部も結果的に被用者保険が負担する調整が行われている。

被用者保険側が二重に負担しているともとれる同支援金の計算方法を見直し、負担の適正化を図るべきである。

② 市町村国保における前期高齢者向け給付原資の見直し

前期高齢者（65歳～74歳）が多く加入する市町村国保に対し、被用者保険から、前期高齢者向け給付充足のための前期高齢者納付金を拠出している。しかし、同納付金は、計算上、調整額外の給付もあると考えられ、不合理である。

市町村国保においては、会計区分を見直すなどして、被用者保険から拠出するのは、前期高齢者に対する給付原資の不足分のみとすべきである。

③ 保険料滞納者に対する保険給付サービスの限定化

負担能力を有するにも関わらず保険料を滞納している被保険者が、保険料を支払う者と同等のサービスを受けられる現状は、共助による保険制度の趣旨から外れるとともに、公平性・納得性の点から問題がある。

社会的な合理性に照らして、保険料滞納者に対する保険給付サービスに差を設けるなど、納得できる仕組みを検討されたい。

2. 「医療DX」の強力な推進

いのちを守るとともに公的医療保険財政への負荷軽減を図るには、限りある医療資源を有効かつ適切に活用する「医療マネジメント」が必要である。

そうした観点から、「医療DX」を強力に進めることが不可欠の課題となっている。現状を見ると、今般のコロナ禍に対応するため政府等が各種システムの整備を行ったものの、医療現場等での導入・活用が進んだとは言えない。「医療DX」は、ビッグデータの利活用により、重複診療・過剰投薬の回避や遠隔地医療の実施、病気発見、医療技術・新薬開発などへの期待を背景として、平時の効率的な治療や医療提供、医療の進化にも必要不可欠なものとなりつつある。世界的に劣後してきた「医療DX」の遅れ（図3）を取り戻すため、関係者における取組みを一気に加速すべきである。併せて、画像データの通信・処理等にも耐え得る情報ハイウェイの全国的敷設が必要と考える。

「医療DX」を進めるうえで重要なことは、個人情報管理と活用のあり方に関し認識を整理・共有することである。すなわち、個人情報は、人々のいのちと健康を守るためにこそ集約・管理・活用されるべきものであって、その帰属先は当該個人であり医療機関や政府ではないこと、を明確にしなければならない。そうした基本認識のうえで、国民のニーズに合った診療・治療のために、個人情報が有効活用されることが重要であり、政府はそのための信頼に足るプラットフォームを整備する役割を担うべきである。

特に、電子カルテの統一的活用、オンライン診療の拡大などにより、真に必要とされる相談・診断・治療の普及が進められることを望む。

(図3) 医療分野におけるDXの進捗状況



出典：OECD, HCQI survey of electronic health record system Development and Use (2017)

(1) 感染症発生報告用システム等の確実な利用促進

現在、感染症発生報告用のシステムとして、感染症サーベイランスシステム（NESID。ネシッド）と、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS。ハーシス）が運用されている。

今回のコロナ禍では、保健所が医療機関からFAX等紙ベースで受け取った感染症発生情報をオンライン入力するNESIDに替わり、医療機関も直接オンライン入力できるシステムであるHER-SYSが導入された。しかし、医療機関での活用が進まず、迅速な情報集約、保健所の作業負担の軽減が進まなかった現実がある。

今後も起こり得る新興感染症蔓延等の緊急事態に備え、各医療機関においてHER-SYSの利用が確実に進むよう対策を進められたい。

なお、医療機関等から独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）への報告が義務付けられているワクチン接種後の副反応疑い情報と、デジタル庁が運営している「ワクチン接種記録システム（VRS）」のデータ連携なども「医療DX」の一環として検討されたい。

(2) 医療資源に係る情報システムの普及拡大と新たな法的枠組みの検討促進

医療機関の稼働状況、病床空き状況、医療従事者配置状況、医療機器・資材確保状況を、保健所や地方自治体、政府や医療機関が一元的に把握できる医療機関等情報支援システム（G-MIS）が2020年5月から稼働している。

同システム利用に必要な登録については、病院（病床20床以上）ではほぼ完了してい

るのに対し、診療所（同 19 床以下）ではおよそ 3 割に留まっている⁸。情報共有を通じた医療資源の有効活用が促進されるよう、情報入力の手軽化やシステム導入および運用に対するインセンティブ付与などにより、G-MIS の普及拡大を図りたい。

また、緊急事態においては、可能な限り多くの医療資源を機動的に確保・活用することが必要であり、政府や地方自治体が医療資源を総動員できる法的枠組みの検討を速やかに開始するべきである。

(3) 電子カルテの統合化、データ連結の推進

医療に関する個人情報のすべては個人のカルテに集約されており、これを電子化することが「医療DX」の必須の条件であり、データヘルス改革のカギとなる。電子カルテによって、一定条件のもとに医療機関が診療歴・服薬歴等の個人情報を閲覧できれば、新規受診・医療機関の変更および突発的な傷病などの際に、迅速・適切な処置や薬剤処方等が可能となる。現在も一部で電子カルテが採り入れられているが、各医療機関における個別・独自のシステムによる運用となっており、仕様が統一されておらずシステム間の互換性もないため、医療機関間で情報・データ共有ができない。

政府において、基幹となる統一仕様の電子カルテシステムの構築を推進するとともに、仕様が異なるシステムを導入している医療機関間でデータの共有が可能となるよう、コンバージョン機能を整備すべきである。併せて、電子カルテ未導入医療機関に対する同システムの導入および運用に関する財政的支援などの促進策を検討されたい。

(4) マイナンバーカードの普及・活用促進

2021 年 10 月からマイナンバーカードの健康保険証利用の運用が開始された。医療機関（患者本人の同意が必要）が、必要なデータを閲覧できることで、災害時や緊急搬送時において、より迅速・適切な治療や重複受診・過剰投薬の解消等につながる環境が整備された。

政府は、医療機関・薬局における「オンライン資格確認等システム」⁹の導入・活用（2022 年 3 月 6 日現在 13.2%）ならびに国民におけるマイナンバーカードの取得と保険証利用の登録・利用が進むよう強力で後押しする必要がある。併せて、閲覧可能な情報の範囲を、レセプト¹⁰情報、カルテ情報、予防接種の受診歴、OTC 医薬品の服用歴等にまで、できるだけ拡充すべきである。

医療に関する個人情報は、政府が管理し医療機関等が必要に応じて活用できるものとすべきである。政府は、「国民のいのちと健康を守るために必要」という基本認識の浸透と、情報セキュリティへの不安払拭が図られるよう、国民に丁寧な説明と強力な理解浸透を行い、早期に全国民のマイナンバーカード取得（2022 年 3 月 1 日現在 42.4%）と健康保険証としての利用登録（同 3 月 6 日現在 14.2%）を実現していただきたい。

(5) オンライン診療・服薬指導の取組み促進

⁸ 2021 年 7 月 6 日現在、病院の登録数は 8,301。診療所の登録数は 29,653。厚生労働省資料より。

⁹ 医療機関・薬局に設置されるカードリーダーにマイナンバーカードをかざすことで、健康保険への加入の有無を確認できるシステム。

¹⁰ 医療機関が作成する診療内容や投与薬剤等を記載した明細書。

遠隔地や自力での移動が困難な患者の利便性向上に向け、オンラインによる診療・服薬指導の拡大が求められる。これに関連し、電話・オンライン診療実施可能と厚生労働省へ登録した医療機関の数は、2021年6月末時点で約17,000、全医療機関数の15%¹¹に留まっている。オンライン診療・服薬指導が進まない理由として、「オンラインでは十分な診療・判断ができない」と考えている医師等が多いことから、オンライン診療・服薬指導が行えるICT環境の施設等整備の促進と併せ、その習熟に向けた医師・薬剤師の育成強化を図ることが必要である。

(6) 電子処方箋、リフィル処方箋の活用促進

マイナンバーカードの普及拡大と並行して、電子処方箋の活用・管理の仕組みを構築することが重要である。電子カルテやお薬手帳との連動性を図り、総合的なデータヘルス改革を進めていただきたい。特に、慢性疾患等で症状に大きな日常的变化がないと見込まれ、同じ内容の診療・薬剤の処方箋で十分と判断される患者に対しては、オンライン診療と電子処方箋の組み合わせで対応することが効率的であり、医療機関に運用のためのインセンティブを付与するなどしてこれを促進すべきである。また、一定期間内であれば反復利用可能な「リフィル処方箋」の交付への切り替え促進を図られたい。

患者にとっての受診効率化（時間、費用の低減）とともに、医療機関や薬局における事務作業軽減を通じた医療資源の有効活用にもつながることが期待される。

(7) 地域医療におけるデジタル実装の普及・促進がカギ

「医療DX」は、環境が整備されるだけでは意味がない。政府による適切な情報管理のもとに、デジタル化の社会実装がどう進められるかがポイントである。すでにICT活用の取組みが進んでいる次のような地域もあり、参考になる。

秋田県医師会では、スマホ等の活用により個人と医師や薬剤師、ケアマネージャーらとのコミュニケーションを進める「ナラティブブック秋田」を構築し、住民に安心感のある医療を実現している。

香川県では、県庁と医師会が、患者の診療情報や調剤結果を病院や診療所、薬局で共有する「かがわ医療情報ネットワーク（K-MIX R）」を運営。緊急時にも正確な個人情報に基づく治療を受けることが可能となっている。

ICTの活用により個々の患者の状態に適した医療を実践しているこうした事例を参考モデルとして全国の自治体等で取組みが進むよう後押しをされたい。

3. セルフメディケーションの浸透促進

公的医療保険制度を持続可能な形で維持していくためには、保険財政の支出面に焦点を当て、保険給付の増加を適切に抑制することが不可欠であり、国民全体でセルフメディケーションの重要性を認識・実行していくことが必要である。

セルフメディケーションは、世界保健機関（WHO）が、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義している。これを実践するためには、自身の健康状態を把握し、自分で手当てすべきか・可能か、医療機関を受診すべ

¹¹ 厚生労働省オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会（2021年10月7日）資料より。

きかを判断できるだけの知識と判断力（ヘルスリテラシー）が必要である。

そうしたリテラシーの習得を支えるアドバイザーとして、身近にいて相談できる「かかりつけ医」や「かかりつけ薬局・薬剤師」（以下、「かかりつけ医等」とする。）が重要である。かかりつけ医等の活用が進めば、軽度の疾病の大病院での受診抑制にもつながり、結果として外来医療の機能分化と医療資源の有効活用が図られることになる。

また、セルフメディケーションを後押しする主体として、雇用者たる事業所の取組みもきわめて重要である。社員が健康で長期間働ける環境を整えることが事業継続・発展に有効であることはもとより、これが共助たる社会保険制度の収入基盤強化につながる観点から、健康経営を進める企業を増やしていくことが必要である。

政府は、人々におけるヘルスリテラシーの向上を通じたセルフメディケーションの促進が図られるよう、以下の施策を講じられたい。

(1) ヘルスリテラシーの向上による自助の促進

コロナ禍により通院回数を減らした人のうち、66%が「健康状態は変わらなかった」とする調査結果がある¹²。他の先進諸国に比して1人当たりの外来受診回数が多い¹³わが国において、人々の受診行動に大きな課題が突き付けられたとも言える。

政府には、国民の自助たるセルフメディケーションの実践に向け、ヘルスリテラシーの向上につながる以下の対策を推進していただきたい。

① ヘルスリテラシー向上に向けた活動への支援

事業主が保険者（健康保険組合等）や産業医と連携して健康増進の取組みを行うコラボヘルスが進められるよう、政府として、各都道府県の地域医療構想調整会議や保険者協議会との連携が促進される環境づくりを図られたい。

また、ヘルスケア産業が創出する健康増進ツールや各種サービスはヘルスリテラシー向上にも役立つことから、そうした情報が関係者に適切に提供・共有される仕組みを作られたい。

② 予防・健康づくりに関する費用や効果の「見える化」促進

国民のセルフメディケーションの取組みを促進するためには、予防・健康づくりの行動が、医療保険制度と自らの医療費支出の負担軽減にどれくらい貢献するのかを知ることが重要である。現在の厚生労働省の公表統計「国民医療費」には、予防接種のワクチン代や各種検診の費用、OTC医薬品代が含まれないなど、個々人が判断できる材料に乏しい。

政府として、予防・健康づくりに係る費用の総額を把握（推計）するとともに、費用対効果を算出・検証するなどして情報の一層の「見える化」を進められたい。

③ 若年世代における健康・医療等に関する理解促進の取組み強化

ヘルスリテラシー向上のためには、若年時代からの教育・理解促進が欠かせない。厚生労働省は、文部科学省と連携して、高校生対象の社会保障のモデル授業の開発

¹² 東京大学大学院薬学系研究科の五十嵐中准教授が実施した受診動向調査結果より。

¹³ 日本の国民1人あたりの年間外来受診回数（医科、歯科の合計）は12.6回。OECDのなかでは韓国に次いで2番目に多い（OECD平均は6.8回）。

に着手しているが、学校医等も活用した、より低年齢からの幅広い年代層にわたる一貫した健康教育に取り組まれない。

また、医療・医薬・保険に関する若い世代の社会人向け情報提供・理解促進も重要である。健診の徹底等を通じたヘルスリテラシー向上のための教育推進を図る必要がある。

(2)「かかりつけ医等」の活用促進

医療資源の有効活用を図るため、軽度な傷病や慢性疾患等の外来受診については、個々人のヘルスリテラシー向上と「かかりつけ医等」の利用を適切に組み合わせたセルフメディケーションを進めることが重要である。「かかりつけ医等」には、治療および健康に関するアドバイスや予防医療を提供する機能と、それらをオンラインでも行い得る態勢・環境の整備を求めたく、政府は、そのための支援を強力に行うべきである。その前提としても、政府主導の「医療DX」による病歴や服薬・診療履歴などの個人情報登録・閲覧システム稼働が必要である。

なお、「かかりつけ医」については、医療行為の数量に応じて収入が増える出来高払い方式での診療報酬制度を見直す必要がある。例えば、年間契約方式（人頭払い方式）や予防・健康づくり支援に対する包括払いなど、「かかりつけ医」に期待される役割に基づく報酬体系となるよう仕組みを工夫すべきである。

(3) OTC医薬品や零売（非処方箋医療用）医薬品の積極的活用

セルフメディケーションを促進するため、国民に、ヘルスリテラシーを高めて自分の健康状態を見極め、体調が優れない場合は軽症のうちにOTC医薬品を服用して早期に回復することが重要との意識を浸透させる方策が望まれる。

また、零売医薬品（処方箋がなくとも薬剤師の指導の下に購入可能な医療用医薬品。約1.5万種類ある医療用医薬品のうち約半数の7,300種類）もセルフメディケーションの促進に寄与することから、国民に対する周知強化を通じて、その活用を積極的に促進されたい。

(4) セルフメディケーション税制の拡充と医療費控除との統合

セルフメディケーション税制¹⁴は、保険給付の対象となる医療用医薬品ではなくOTC医薬品の使用を促進することに有効ではあるが、その対象となる医薬品の範囲が限定的であり、かつ、購入者に分かりづらいこと、課税所得から控除できる金額が少ないこと、現行の医療費控除¹⁵との併用が認められていないことなどから、利用件数は令和2年（2020年）分で約2万5千人にとどまっている。

このため、同税制の対象医薬品の更なる拡大、減税効果を高めるため購入費用から差し引く下限額引き下げや、現行の医療費控除との統合などにより、セルフメディケーションの実践につながる使い勝手の良い制度へと見直す必要がある。

¹⁴ 対象医薬品を1世帯年間12,000円以上購入した場合、その超える金額を所得税の課税所得から控除できる制度。

¹⁵ 治療費等を1世帯年間10万円以上支出した場合、その超える金額を所得税の課税所得から控除できる制度。

(5) 健康経営の普及促進に向けた取組みの強化

① 政府主体による健康経営の更なる普及促進

セルフメディケーションの実践とヘルスリテラシーの向上を促進するうえで、企業単位での取組みとしての健康経営の普及が有効である。中小企業の従業員数は企業全体の約7割を占めるが、日本健康会議が認定する「健康経営優良法人」の中小企業等の認定数は12,255、健康経営への取組みを宣言している事業者まで広げても5万社強であり、全体（300万社以上）から見るとまだ僅かである。

健康経営の普及促進に向け、金融機関の融資や自治体の入札におけるインセンティブ措置の更なる拡充など、企業経営へのメリット拡大に向けた取組みの強化を図りたい。

② 「健康スコアリングレポート」「事業所カルテ」の積極的活用

中小企業への健康経営の普及促進には、経営者への積極的なアプローチが不可欠である。従業員の健康状態や予防・健康づくりへの取組み状況を数値で示しつつ、取り組むことによるメリットについての理解促進を図ることが有効である。特に、自己の健康に関心の低い若い世代への健診促進が重要である。

各地商工会議所や協会けんぽ、日本年金機構ならびに民間保険会社が、日本健康会議の「健康スコアリングレポート」¹⁶や全国健康保険協会（協会けんぽ）の「事業所カルテ」¹⁷を活用して、健康経営に取り組む意義の周知・PRを行っているが、そうした取組みが一層進むよう政府の強力な後押しをお願いしたい。

4. 健康・医療関連産業におけるイノベーションの推進

新型コロナウイルス感染症の蔓延により、検査薬、医療機器、ワクチン、治療薬等が社会・経済基盤を維持するために必須であることが改めて認識された。感染症だけでなくがんを始め多くの分野で医薬品・医療機器等が国民の健康に果たす役割は大きくなっている。公的保険で償還される医薬品や医療機器は、社会保障の枠組みの中では抑制が求められる一方で、革新的な医薬品や医療機器は、ものづくり、イノベーションであり、世界で通用するものを開発し、海外展開により収益を上げることで、税金・歳入を増大することができる。国民の健康、経済成長のいずれにおいても大きく貢献する健康・医療関連産業のイノベーションを推進していくことが求められている。

(1) 関係省庁が一体となった健康・医療産業政策の展開

医療機器、医薬品産業において、革新的技術の開発や創薬を行うためには、アカデミアとベンチャー・企業が持つ技術や設備を持ち寄り、協働することが重要である。

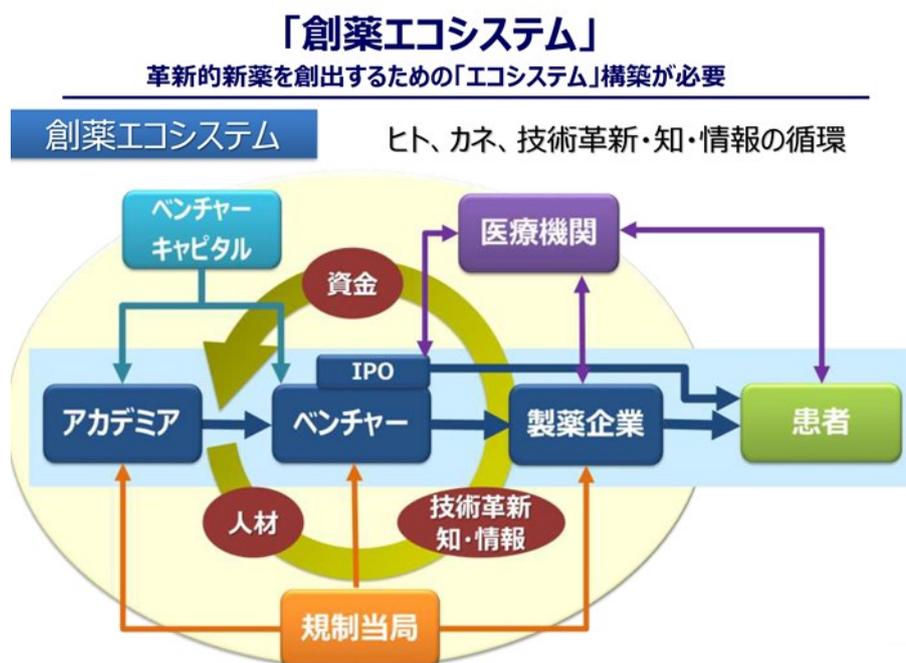
このような活動を促進するためには、関係者が円滑にコミュニケーションを図り、協働によりイノベーションを創出する仕組みとしての「ヘルスケアイノベーション創出エコシステム」とでも言うべき基盤を構築することが有効と考える（参考：図4）。このた

¹⁶ 健康保険組合ごとに加加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、全健保組合や業態平均と比較したデータを「見える化」したもの。厚生労働省、経済産業省、日本健康会議が連携して作成。

¹⁷ 全国健康保険協会（協会けんぽ）が、事業所ごとの従業員の1人当たり医療費や、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙、メタボリスク等の保有率を、全国平均・支部平均・業種平均との比較で「見える化」したもの。

め、政府の「健康・医療戦略推進本部」の総合調整のもとに関係省庁の連携を一層深め、官民一体となって健康・医療産業政策を展開することが不可欠である。実現に向けては、技術開発等の実施主体として重要な役割を果たすべき国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の機能の充実・強化とともに、規制当局による承認の迅速化を求めたい。

（図4）【参考】「創薬エコシステム」



出典：日本製薬工業協会資料

（2）産学官にわたる人材交流・流動性の促進

米国は、健康・医療分野のイノベーションにおいても最先端で世界をリードするが、その強さの背景には、研究開発に従事する産学官のプレーヤーが流動する中で、技術・知・情報などの革新資源と併せて投資資金が機敏に反応して循環していることがあると言われている。

わが国においても、産学官にわたる人材の交流・流動性を促進し、エコシステム全体をよく理解している優秀な人材を育成・循環させ、将来的には、その環を海外にも拡大していくことが重要である。

（3）2025年大阪・関西万博を契機としたイノベーションの加速化

「2025年大阪・関西万博」は、「いのち輝く未来社会のデザイン」をテーマとし、サブテーマの一つとして「Saving Lives」（いのちを救う）を掲げており、AIやIoTなどの次世代技術を活用した未来の医療をはじめ、日本の健康・医療産業のポテンシャルを世界に示す絶好の機会である。

このため、次世代技術等を活用した様々な実証事業に対し、開催前の現時点から国を挙げた強力な支援を行い、産学官連携による技術やサービス等のブレークスルーを通じたイノベーションを加速すべきである。

(4) 革新的創薬の推進

2021年9月に公表された「医薬品産業ビジョン2021」には、絶え間ないイノベーションにより創薬力を強化する「革新的創薬」が基本的方向性として掲げられており、これを強力に進めていただきたい。

そうした「革新的創薬」の具体策推進にあたっては、医療用医薬品に加え、是非ともセルフメディケーションを支える医薬品として重要なOTC医薬品も念頭に置いた検討を行われたい。

以 上