

新政権が掲げる医療政策の概要と評価

—財政面からみた課題を中心に—

《ポイント》

・本レポートは、民主党を中心とする新政権が掲げる医療政策について、主に財政面からそのポイントと課題をとりまとめたものである。「民主党の政権政策 Manifesto2009」や「民主党医療政策」を整理すると、新政権の医療政策は①後期高齢者医療制度の廃止や市町村国保への財政支援の強化をはじめとする「公的保険制度の抜本改革」、②医療費の増額や無過失補償制度の創設、公的病院の維持等、「安心して医療を受けることのできる環境整備」、の二点に要約される。必要な財源は基本的に公費で賄われ、保険料は概ね現行水準を維持（高齢者については軽減も）するとされている。

・これらの政策により、医療に対する不信の強まりに歯止めをかけるという効果が期待されるものの、所期の目的を達成するためには、今後詰めていくべき課題が存在する。具体的にはまず、政策全体にかかる費用の精査と財源の明確化である。民主党マニフェストによると、医療・介護の再生に必要な財源は2012年度以降で毎年1.6兆円である。しかし、後期高齢者医療制度の廃止に伴う負担増だけで1兆円超になると試算され、公立病院への経営補助や無過失補償制度の運営にもコストがかかることを考えると、トータルで1.6兆円を上回る公算が大きい。財源の手当を確実にするとともに、優先順位の高い政策から段階的に実施する等、柔軟な対応が求められよう。

・さらに、個々の政策について、以下のような課題が指摘される。

- ①主な財源が保険料から公費にシフトすることは、直接的には負担の現役依存を高めることを意味するが、結果として将来世代への負担の先送りにつながりかねない。制度に対する不信感をさらに強めることがないよう、制度改革の意義や必要性を国民に十分説明することが求められよう。
- ②医療費の地域格差の要因を精査しないもとでの市町村国保への財政支援の強化は、レセプト審査の強化をはじめとする合理化努力を弱める結果になりかねない。保険者機能を働かせるためには、財政支援は現行の財政調整交付金でカバーしきれないものに限定する等の措置が必要である。
- ③地域中核的な公的病院を政策的に淘汰しないという方針は、生き残りをかけて効率化を進めてきた公的病院のこれまでの努力を反故にするという副作用を生む懸念もある。経営健全化努力を促す仕組みを導入すると同時に、近隣の民間医療機関との連携を強化し、公・民併せた医療システム全体で地域医療を守るという発想を持つことが重要である。
- ④人員増強に対応できる一部の大病院に手厚い診療報酬を支払う政策は、医療従事者の獲得を巡る混乱

を生じさせる懸念がある。混乱を最小限に抑えるためにも、診療報酬の改定に際しては各方面との調整・協調を十分に行うことが求められよう。

・わが国の医療制度は、これまで部分的な見直しが繰り返されてきた結果、複雑かつ多くの問題を抱えるに至っている。医療保険体系の抜本改革を目指す新政権の誕生は、混沌化した現状を一新するチャンスである。望ましい医療の実現には解決すべき課題も多いが、新政権においては超党派で取り組むことを期待したい。

1. はじめに

8 月末の衆議院選挙での結果を受け、民主党を中心とする新政権が発足した。政権交代によって実際に国民の生活がどう変わるのかについては不透明な部分も多いが、少なくとも社会保障の分野については、民主党の政権公約集からその概要を窺うことができる。具体的には、「脱官僚主導」のスローガンのもと、これまで厚生労働省主導のもとで設計されてきた制度体系を抜本的に見直す方針が示されており、例えば年金制度では、基礎年金を廃止して消費税を財源とする「最低保障年金」を創設するとともに、二階部分については、名称を「厚生年金」から「所得比例年金」に変更し、適用対象を被用者以外にも広げることが検討されている。

医療についても、年金と同様に大きな制度の見直しが行なわれる見通しである。そこで、以下では「民主党の政権政策 Manifesuto2009」（「マニフェスト 2009」）および「民主党医療政策」を基に新政権の医療政策の概要とポイントを整理したうえで、実現に向けた課題を考察する。なお、医療の質の問題も重要なテーマであるものの、昨今の厳しい財政事情に鑑み、本稿では主に財政面から検討を行った。

2. 新政権の改革案の概要

改革案は、大別すると①公的保険制度体系の抜本的な見直し、②安心して医療を受けることのできる環境整備、の 2 本柱で構成される。具体的には、以下の通りである。

（1）公的保険制度体系の抜本的な見直し

公的保険制度体系については抜本的に見直され、具体的には①高齢者医療制度、②市町村国保や被用者制度などの一般制度、に分けて行われることになる。

a) 高齢者医療制度

高齢者医療制度については、75 歳以上を対象とする後期高齢者医療制度（長寿医療制度）を廃止する一方、70～74 歳については患者負担を 1 割に据え置く。

まず、長寿医療制度については、負担の世代間格差の是正などを目的として 2008 年 4 月に創設されたが、新制度への理解が徹底されていなかったこともあり、スタート直後から順風満帆とはいえない状況が続いていた。保険料の軽減などの暫定措置が採られたものの、新政権では廃止されることになる。

廃止後は、75 歳以上の者は若人と同様に就業状態や扶養状態に応じて全国健康保険協会（協会けんぽ）、組合管掌健康保険組合（健保組合）等の被用者制度や市町村国保に再び加入することになる。給付費の負担構造、すなわち各保険者が加入者の分を全額負担するのか、あるいは何らかのルールに従って公費と各保険者が負担を分担し合うのかについては触れられていない。もっとも、保険制度体系の改革に必要な公費負担が 8,500 億円という党の試算を基に逆算すると、おそらく長寿医療制度の前身である老人保健制度と同様の構造になるものと推測される。具体的には、給付費の半分を公費が負担し、残りの半分以上を各保険者が 75 歳以上を含めた加入者数に応じて拠出する。

一方、70～74 歳の自己負担については、2006 年制度改正で 2008 年 4 月からそれまでの 1 割から 2 割に引き上げられることが決まっていたが、急激な負担増を回避するため、2010 年 3 月までの暫定措置として 1 割に据え置かれていた（注 1）。2010 年 4 月以降については今後の検討課題とされていたが、新政権のもとでは暫定措置の期限切れ以降も 1 割に据え置かれることになる。

b) 一般制度

74 歳までを対象とする一般制度の見直しについては、まず、短期的な対策としては、市町村国保への財政支援を強化し、地域間の負担の格差を是正する。そもそも、市町村国保の保険料は計算の方式や方法が市町村によって異なるため、単純に比較することはできない（注 2）。そこで、特定のモデル世帯について比較を行った毎日新聞の調査をみると、2008 年度の 1 世帯当たり年間保険料は最高が 50 万 4030 円、最低が 13 万 9900 円であった（注 3）。最大 3.6 倍の格差が存在するわけであるが、新政権では、保険料の高い市町村に公費を投入することにより、保険料の地域格差が是正される。

一方、将来的な対策としては、地域医療保険として医療保険制度の一元的運用を図る。所得に対する保険料の比率をみると、協会けんぽの 8.2%、健保組合の 7.308%に対して、市町村国保は 8.72%（2007 年度、なお、市町村国保は世帯当たり）と開きがある。さらに、被用者制度では保険料の半分が事業主によって負担されるが、市町村国保にはこのような事業主負担は存在しない。そこで、新政権では被用者制度と市町村国保を一元的に運用することにより、制度間・制度内の負担格差の是正が図られる。（政権政策の実施スケジュールである工程表には盛り込まれていないので、具体的な実施時期は不明確である）。

なお、これら医療保険制度の見直しは各制度の保険料に影響を与えると思われるが、マニフェスト 2009 では保険料負担について、若年者については現行水準を概ね維持、高齢者については現行水準の概ね維持または軽減とされており、残りは公費割合の増加でカバーするとされている。

（2）安心して医療を受けることのできる環境整備

安心して医療を受けることのできる環境整備については、医師養成数の引上げ、救急、産科、小児科はじめとする医療提供体制の整備、勤務医の就業環境の改善等、前政権の政策と重なる内容が多い。そこで、新政権の特徴を明らかにするために、前政権では行われなかった政策について整理すると、①医療費増加路線への転換、②無過失補償制度の創設、③公的病院の維持、に分けられる。

a) 医療費増加路線への転換

2006 年度以降保持されてきた社会保障給付費の抑制方針（年 2,200 億円）を撤廃し、今後は総医療費

対GDP比をOECD加盟国平均まで引き上げる。ちなみに、2005年における日本の総医療費対GDPは8.2%、加盟国平均は8.9%であった。これを2005年度の国民医療費（33兆1289億円）に当てはめると、約3兆円の増額と計算される。

一般に医療費を引き上げる方法としては、大きく①サービス量の拡大、②価格（診療報酬）の引上げ、の2つがある。まず、量の拡大については、療養病床の削減計画が凍結される。社会的入院の解消や平均在院日数の短縮などを進めるため、2006年医療制度改革では38万床ある療養病床を、2011年度末までに15万床（その後、25万床に引上げ）まで削減することが決められた。新政権は、2025年時点で必要な療養病床は38万床との試算結果を示し、現在の水準を維持するとしている。

一方、診療報酬については、一律に引き上げるのではなく、対象を特定化したうえで集中的に引上げが行われる模様である。具体的には、医師のほか看護師、医療クランクをはじめとするコメディカル従事者の増員に努め、地域医療を守る医療機関を対象に、入院の診療報酬が増額されることになる。

b) 無過失補償制度の創設

2009年1月から産科において無過失補償制度が導入されているが、新政権では産科に限らず、すべての公的保険医療機関、薬局、介護施設において発生した医療事故などを対象に、公的な無過失補償制度が創設される。現在の産科における制度では、保険料の負担は医療機関や助産所等の医療機関（1件当たり3万円）であるが、新制度では、補償原資は保険料、健康保険料および公的支出となる（注4）。

c) 公的病院の維持

地方財政の悪化や派遣医師の引き揚げなどを背景に公的医療機関の閉鎖・規模縮小が続くなか、新政権では公的病院の維持を打ち出している。具体的には、4疾病5事業を中核的に担う公的な病院を政策的に削減しない（注5）。また、厚生年金および社会保険病院についても、公的病院に位置づけて原則存続させる。

（注1）ただし、現役並み所得者は除く。

（注2）例えば、計算の方法についてみると、(1) ①所得割、②固定資産税額などに係る資産割、③人頭方式で係る均等割、④世帯単位で係る世帯割、のすべてを保険料の構成要素とする4方式、(2) ①③④を要素とする3方式、(3) ①と③を要素とする2方式、がある。

（注3）毎日新聞 2009年6月8日。モデル世帯は、世帯所得200万円で40歳代夫婦と未成年の子供2人の4人家族、固定資産税は5万円。

（注4）保険料は分娩費に転嫁されることになるが、同時に出産育児一時金が35万円（2009年10月から2011年3月まで39万円）から38万円（同42万円）に引き上げられたので、利用者の負担は実質的には増えないとされている。

（注5）がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病の4疾病と、救急医療、災害時医療、僻地医療、周産期医療および小児医療の5事業。

3. 新政権医療政策の効果・影響

では、これらの政策によってどのような効果・影響が考えられるだろうか。

まず、プラス効果として医療に対する不安の強まりに歯止めをかけることが期待される。例えば、財政悪化が深刻化する市町村国保への財政支援の強化は、ラスト・リゾートの確保を通じて国民皆保険の基盤をより強固にするであろう（注6）。また、医療費の増加を公約したことは、診療報酬の度重なるマイナス改定で疲弊しきった医療機関にとってはプラス材料となるであろう。

このように新政権の政策には評価される点も多いが、その一方で円滑に政策を展開するとともにプラスの効果を最大限に引き出すため、一層の工夫が求められる面も指摘される。課題抽出のために予想しうる影響について①保険制度、②医療供給体制、に分けて論ずれば、以下の通りである。

（１）保険制度

a) 給付と負担の関係があいまいに

まず、最大の支出項目である給付費の負担については、**主な財源が保険料から公費にシフトすること**を背景に、**給付と負担の関係があいまいになることが懸念**される。給付費に対する公費と保険料の割合をみると、高齢者給付費への公費負担の拡大に伴って足元で公費のシェアが高まってはいるものの（注7）、おおまかには公費4、保険料6で推移してきた。これは、市町村国保で50%、協会けんぽで13%（ただし、長寿医療制度への支援金については16.4%）等、公費の支出を給付費の一定水準に留めてきたためである。保険料はほぼ全額が給付財源に充てられることを考えると、保険料を主財源とするいわゆる保険方式は、給付費の増加が保険料の引き上げに反映されることを通じて医療に対する国民のコスト意識を高めると同時に、保険者に対して効率化インセンティブを与えてきたといえよう。

これに対して新政権では、保険料負担は現行水準程度に維持され、足りない部分は公費でカバーされる。ちなみに、2025年度における給付費の財源内訳を試算すると、保険料が2007年度の57.3%から39.8%に縮小する一方、公費は42.7%から60.2%へ拡大し、両者のシェアは逆転する見通しである（注8）。このような財源の公費への偏りは、目的税を税源としない限り、給付と負担の関係があいまいになることを通じてこれまでの保険方式のメリットを弱める方向に働く可能性は否定できない。

b) 負担の現役依存の高まり

さらに、公費のシェアの拡大は、**負担の現役依存が高まることを意味**する。すなわち、世代間の負担の格差是正を主な目的として創設された長寿医療制度を廃止して元の老人保健制度に似た制度に戻すことに加えて、高齢者の保険料水準を現状維持あるいは引き下げ、残りは公費で賄うという政策は、結果的に高齢者の負担を抑制する一方、税と保険料を併せた現役世代の負担を増やすことになる。さらに、国債発行等によって財源が調達されるようなことになれば、負担の将来世代への先送りという結果にもなりかねない。

c) 市町村国保の保険者機能にマイナスに働く懸念

個別の制度では、特に市町村国保で**効率化インセンティブにマイナスに働くことが懸念**される。これは、自治体への財政支援の強化を通じて保険料の負担格差が是正されることになるためである。

市町村国保内での保険料格差には、加入者の所得や年齢構成などの格差、人口当たり病床数の格差、

効率化をはじめとするいわゆる保険者機能の格差等、様々な要因がある。まず、病床数の格差については、病床数が多い地域ほど1人当たり入院医療費が高く、結果として保険料水準が高くなる傾向がある。また、保険者機能については、例えば保健指導や健康づくりに積極的に取り組んできた長野県では1人当たり医療費が少なく、保険料水準も全国的に低くなっている。さらに、加入者の所得や年齢構成の格差については、すでに財政調整交付金というリスク構造調整によってある態度の格差は是正されている。このようにみると、現在みられる地域間格差の要因を精査しないもとでの安易な財政支援は、かえって市町村国保の保険者機能を弱めるのみならず、医療受療の満足度の面において地域間の不公平感を高める結果になりかねない。

(2) 医療提供体制

a) 公的病院の効率化に疑問

医療提供体制については、**公的病院の効率化に疑問が残る**ことが指摘される。現在、公的病院は地方財政の悪化や派遣医師の引き揚げ等を背景に厳しい経営状態が続いており、例えば地方公共団体が運営する公立病院では「公立病院改革ガイドライン」に沿って経営の効率化や再編・ネットワーク化の推進、経営形態の見直しなどが進められている（注9）。新政権では、4疾病5事業を中核的に担っていれば公的病院は経営状態には関係なく存続が認められることになっており、効率化努力が継続される保証はない。

b) 診療報酬改定に伴う混乱が懸念

医療提供体制の第2は、診療報酬の改定に際して混乱の発生が予想されることである。これまでも、2008年度改定で看護職員の7:1実質配置基準が導入された際、看護師の争奪戦が繰り広げられた経緯がある（注10）。この背景には、看護師の増員に対応できた病院には対応できなかった病院に比べて手厚い診療報酬が支払われることになったことが指摘されている。新政権でも同様に、医療従事者の増員に努める医療機関に対して入院の診療報酬が増額されることになる（ただし、「地域医療を守る」という条件つき）。その場合、医師のみならずコメディカルの分野でも熾烈な人員獲得競争が展開されることになる。

加えて、7:1基準導入の際に即時に対応できた病院は5%程度（注11）であったことを踏まえると、さらなる医療従事者の増員が可能となるのは一部の大病院に限られ、対応できない多くの病院では収益環境が一段と悪化する可能性は否定できない。診療科目数の縮小や診療活動そのものの停止を余儀なくされる医療機関が増える場合には、地域住民に混乱が及ぶことも考えられよう。

（注6）国民健康保険法第5条では、被用者制度や生活保護制度などでカバーされない全ての住民が市町村国保の被保険者となることを規定しており、これが日本で国民皆保険が達成している根拠となっている。

（注7）高齢者給付費に対する公費負担の割合は、2003年10月から2007年10月にかけて段階的に3割から5割へ引き上げられた。

（注8）新政権は「国民皆保険制度を守る」としている（「マニフェスト2009」、下線は筆者）。もともと、給付財源に占める保険料のシェアが半分を割ることを考えると、もはや「皆保険」ではなく「皆医療」といえよう。

（注 9）総務省公立病院改革懇談会、2007 年 12 月 24 日。

（注 10）①入院患者 7 人に対して看護職員が 1 人実際に働いている、②看護職員のうち看護師の比率が 70% 以上、③平均在院日数が 19 日以内、の 3 つをクリアした病院は、急性期入院を担っていると評価され、他の病院に比べて 2 割以上高い入院報酬を受けることができる。

（注 11）7：1 基準導入の 1 ヶ月後の時点（2006 年 5 月 1 日）で、同基準をクリアした病院の数は一般病棟入院基本料を届け出た病院の 4.8%であった。ちなみに、2006 年 10 月には 9.5%、2007 年 5 月には 14.1%にまで拡大したが、いまだ 8 割以上の病院がクリアできていない。

4. 新政権医療政策の実現に向けた課題

以上でみてきたことを踏まえ、新政権の医療政策が所期の目的を達成するために今後解決していくべき課題を①制度全般、②個別項目、に分けて整理すると、以下の通りである。

（1）制度全般

制度全般については、財源の精査と明確化が指摘される。

マニフェスト 2009 によると、当面の所要額は公的保険制度の見直しに 8,500 億円程度、安心して医療を受けられる環境整備に 9,000 億円程度であり、2012 年度以降は介護の再生を併せて 1.6 兆円が必要になる見通しである。一方、財源については税金の無駄遣いの見直しや、いわゆる埋蔵金の活用で手当するとしており、消費税率は 2013 年度まで引き上げないと公約している。

そこで、いくつかの政策について必要な公費支出を試算してみた。

まず、保険制度体系の見直しについては、後期高齢者廃止に伴う負担増だけで、所要額は当初の 8,000 億円程度から 2013 年度以降は 1 兆円を超える見通しである。

次に、無過失補償制度の創設については、補償内容の詳細が不明なので粗い試算にならざるを得ないが、アメリカのケースを前提に行ってみた。アメリカの高齢者医療制度（メディケア）では、外来医療（パート B）の診療報酬が国によって決定されており、その構成要素の 1 つである訴訟費用は報酬全体の 4%を占めている。そこで、診療報酬の 4%が補償原資に充てられると仮定すると、2010～2013 年度で毎年 1.6～1.8 兆円の負担が追加的に必要になる。補償原資の負担は医療機関からの保険料、健康保険料および公費とされている。医療機関からの保険料については、その分が医療費に上乗せされ则认为ると、健康保険料を通じた負担と併せて、保険料の引き上げによって賄われることになる。ただし、保険料の水準は現状維持とされているので、実質的にはその大半を公費が負担することになる。その結果、補償制度への直接的な支払も含めて、同制度の創設についてはそのほとんどを公費が負担することになる。

このようにみると、保険制度体系の見直しと公的補償制度の創設に関する負担で、すでに当初見積もられた所要額（2012 年度～毎年 1.6 兆円）を上回る公費が必要になる。財源の精査と具体化を進めるとともに、優先順位の高い政策から予算を手当し実行に移していく等の柔軟な対応が求められるといえよう。

（２）個別項目

a) 現役世代に対する説明責任

第 1 は、制度についての現役世代への説明責任である。

新政権では、保険料から税への財源シフト等、結果として現役への負担依存を通じて制度体系の維持が図られる。もっとも、現役世代の理解を得ない段階での彼らへの負担の転嫁は、不公平感や将来不安の増大等、制度に対する不信感を強める懸念が大きい（注 12）。すでに市町村国保の加入者で保険料を滞納している世帯の割合は 2 割を超えており、医療制度への不信がさらに強まる場合には空洞化が深刻化することは不可避と思われる。

このようにみると、新政権が掲げている国民皆保険を堅持するためには、保険料の滞納を可能としている制度上の問題を解決することと併せて、制度改革の意味や必要性を国民、とくに現役世代に十二分に説明し、理解を得ることが求められよう。

d) 市町村国保の保険者機能の強化

第 2 は、市町村国保の保険者機能の強化である。

前章で述べた通り、市町村国保への財政支援の強化はかえって保険者機能にマイナスに働く結果になりかねない。市町村国保への財政支援は、財政調整交付金ではカバーしきれないリスク格差に起因するものに限定する等、一定のルールの下で行われる必要があると考える。

c) 公的病院への効率化インセンティブ

第 3 は、公的病院への効率化インセンティブをどう確保するかである。新政権では、厚生年金病院や社会保険病院を含めた公的病院については、基本的には継続の姿勢を示している。もっとも、開設主体が公であれば存続させるという方針は、これら病院がこれまで取り組んできた合理化・効率化努力を結果的に反故にしてしまう懸念がある。無駄な財政支出を抑えるためにも、病院存続の条件として経営健全化への取り組みを促す仕組みを導入することが求められる。同時に、近隣の民間医療機関との連携を強化し、公・民併せた医療システム全体で地域医療を守るという発想を持つことが重要であろう。

d) 改革をスムーズに展開するための協議体制

さらに第 4 は、改革に伴う混乱を最小限に抑えるための協議体制である。

例えば、診療報酬改定についてみると、今回の 2010 年度改定が新政権の方針通りに行われる場合、医療従事者の争奪戦の再燃や、医療機関の機能強化を通じた民間中小病院の淘汰等、前回改定と同様の混乱が生じる可能性を否定できない。

このような混乱は、最終的には医療を受ける国民に跳ね返ってくることを考えると、診療報酬の改定は、予想される影響や混乱を未然に防ぐ対策の検討等、各方面との調整・協調のもとで実施されることが望ましい。現在、診療報酬の改定は中央社会保険医療協議会（中医協）で協議されることになっており、新政権では中医協の構成・運営等の改革が行われる方針である。看護師等、医師、歯科医師、薬剤師以外の医療職を新たに構成メンバーに加える他、地域の実情に応じて特例を認めるなど、現場スタッフや地域住民に開かれた議論がなされることを期待したい。

(注 12) さらに、新政権では将来的に市町村国保と被用者制度を一元化して地域医療保険を創設するとしている。長寿医療制度廃止後は地域医療保険成立までの暫定期間と位置づけられるが、新制度の仕組みや移行時期が明らかにされないままでは、将来不安が一段と強まる可能性は否定できない。

5. 政権交代は真の改革の好機

最後に付言しておきたいことは、**政権交代は混沌化したわが国の医療制度を一新する最大のチャンス**ということである。これまでの医療政策を振り返ると、当面の課題に対応するために部分的な見直しが続けられてきた結果、わが国の医療制度は複雑かつ多くの問題を抱えるに至っている。リスク・シェアを本分とする保険システムを原則としながら、高齢者を別枠扱いにしたことが一例である。すでに国によって医療保険制度が整備されている場合、相対的に罹患リスクの高い高齢者はこの保険制度によってカバーされることが最もシンプルな対応であり、実際、公的保険制度を採用する諸外国では高齢者も現役世代と同じ保険制度によってカバーされている。高齢者の罹患リスクを保険システムから切り離し、税と保険料の二重のルートで支えるという現行の仕組みは、一般制度の財政の悪化を先送りする効果はあったものの、一方で医療に流れるお金の流れを不透明にする、高齢者医療に対する責任の所在を曖昧にする、等の問題を生じることになった。

このようにみると、**年齢とは無関係に地域単位に再編する**という新政権の目指す方向性は、これまでの医療制度を根底から見直すものであり、一本の太い軸に沿って制度設計が進められていくことを期待したい。もっとも前章で述べた通り解決すべき課題も多く、議論には多くの時間を費やすことが予想される。

医療は国民生活にとって必要不可欠なサービスであり、国民生活の安全、安心を守るためには国の役割は重大である。その意味において、政権のいかんによって医療政策の軸が大きくぶれることは望ましくない。前回の 2006 年改正では、野党との間で十分な議論を踏まえないまま、衆議院での圧倒的多数を背景に当時の与党の案が強行採決されたことは記憶に新しい。新政権においては、前回のプロセスを反面教師とし、**望ましい医療制度の実現に向けて超党派で取り組むことを期待したい。**

以 上

◆『日本総研 政策観測』は、政策 이슈 に研究員独自の視点で切り込むレポートです。本資料に関するご照会は、下記までお願いいたします。

調査部 ビジネス戦略研究センター 飛田 (Tel : 03-3288-4663)