

2014年6月20日 全9頁

経済構造分析レポート - No.25 -

拡充される混合診療について

それでも高額な保険外診療は患者の選択肢となりうるか

経済調査部 研究員
石橋 未来

[要約]

- 6月中に政府から成長戦略の改訂版が公表される予定である。その中で「混合診療」については、対象となる医療技術や医薬品が大幅に拡充され、患者にとって治療の選択肢が拡大することが期待されている。
- 具体的には、①保険診療と保険外診療を併用する「保険外併用療養費制度」の対象を拡充すること、②治験に参加しておらず他に治療法のない患者に未承認の薬を使えるようにする「日本版コンパッションエートユース」の導入、③患者の希望により国内未承認の新薬や医療機器を利用できる「患者申出療養（仮称）」の創設、④費用対効果が低く高額な医療技術や医薬品を保険対象から除外すること、などが検討されている。
- しかし、①や②、③で混合診療が認められたとしても、保険外診療が高額であることには変わりなく、積極的に治療に踏み切れる患者は限られる。また、④で、保険適用から除外された診療については混合診療が可能だとしても、その保険適用の有無に関する評価が単に費用面によってのみ行われまいよう工夫する必要があるだろう。治療費が高額であることが理由で保険適用から外されるのならば、患者の支払い能力の差によって、受けられる治療に差が生じてしまう。高額な保険外診療に関しては、保険適用とされるのが本来は望ましいだろう。
- ただし、毎年1兆円ずつ増え続け38.6兆円（2011年度）に達している医療費による財政悪化懸念を鑑みれば、高額な医療技術や医薬品が多く含まれる保険外診療を広く保険適用としていくことは、今の段階では現実的ではないと言える。そのため、予防をメインとした自助努力が求められると同時に、自己負担割合が低く抑制されている高齢者に対する軽減措置の見直しや受診時定額負担・保険免責制の導入、市販品類似薬の保険適用除外などによる医療費負担の適正化が検討できるだろう。
- 1入院全医療費（1回の入院でかかる全体の医療費）に占める先進医療の割合も増加傾向にある中、医療費の増加をできるだけ抑制しながら、新しい医療技術や医薬品のメリットが少しでも多くの国民に行き渡るためには、救済すべき疾患を見極めつつ、技術進歩に応じて保険の範囲を柔軟に見直していく必要があるだろう。

新成長戦略における混合診療について

6月中旬に政府から成長戦略の改訂版が公表される予定である¹。その中で医療分野においては、患者の選択肢を増やすとともに医療技術の革新を促す「混合診療」について、対象となる医療技術や医薬品を大幅に拡大することが明記されるようだ。

具体的には、①保険診療と保険外診療を併用する「保険外併用療養費制度」の対象の拡充、②治験に参加しておらず他に治療法のない患者に対して未承認の薬を使えるようにする「日本版コンパッションネートユース」の導入（2015年度から）、③患者が希望した場合に国内未承認の新薬や医療機器を利用できる「患者申出療養（仮称）」の創設、④費用対効果が認められない高額な医療技術や医薬品を保険対象から除外すること、などが挙げられるだろう。

本稿では、混合診療に関する議論を整理するとともに、今回検討されている混合診療の対象の拡充が、実際に患者にとって選択肢の拡大となりうるのか再考したい。

拡充される混合診療

わが国では公的医療保険が適用される保険診療と、保険が適用されない保険外診療（自由診療）を併用する、いわゆる混合診療は原則認められていない。そのため、治療の過程で一部でも保険外の治療や投薬を受ければ、本来は保険診療である検査や入院、手術、薬の処方などの費用まで保険の適用から外れ、全額自己負担となる。

ただし、厚生労働省が安全性を確認した一部の先進医療²を受けた場合や、安全性や人に対する有効性の確認を行う治験に参加して診療を受けたときなどは、将来的に保険適用するための「評価療養」として、また、個室等に入院したとき（差額ベッド代）や歯の治療で特殊材料を使ったときなどは、患者の要望に応じたサービスを提供するための「選定療養」として、それぞれ保険診療との併用を例外的に認めている。この仕組みを「保険外併用療養費制度」という。

現在、保険診療との併用が可能な先進医療として認められている医療技術や医薬品は、第2項先進医療（先進医療A）³で56種類、第3項先進医療（先進医療B）⁴で39種類の合計95種類（2014年6月1日時点）⁵に限られている。そのため患者が受けたいと思う治療が「評価療養」に含まれていない場合、保険診療分を含め全額自己負担となる。

¹ 2014年6月16日、第17回産業競争力会議にて『日本再興戦略』の改訂について（素案）が発表されている。

² 厚生労働大臣によって定められた高度な医療技術を用いた療養のこと。有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により保険診療との併用ができる。

³ 先進医療技術とともに用いる医薬品や医療機器等について薬事法上の承認・認証・適用がある場合、または承認等が得られていない検査薬等を使用する先進医療技術であっても、人体への影響が極めて小さいもの。

⁴ 薬事法上の承認等が得られていない医薬品や医療機器を用いても、一定の条件を満たせば保険診療との併用が可能としたもの。

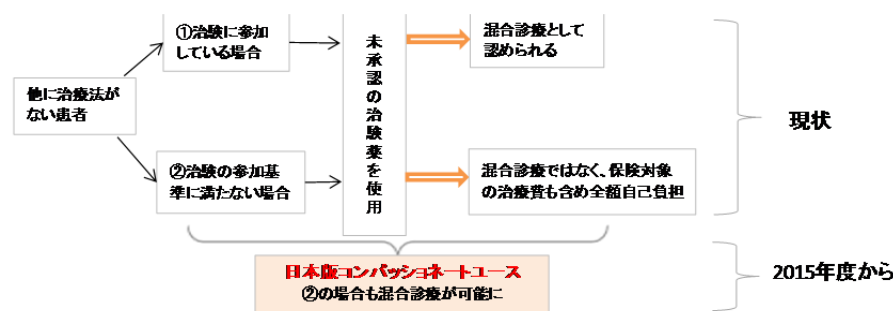
⁵ 厚生労働省ウェブサイト 「先進医療の各技術の概要」

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan03.html>)

また、治験に参加した場合、保険適用前の未承認薬の使用が混合診療として認められるが、治験に参加するには、年齢や病状などが細かく制限されている。そのため、条件と適合しない患者は治験に参加することができない。現時点では、治験に参加していない患者が未承認薬を使用した場合については混合診療が認められず、保険診療分も併せて全額自己負担となる。

そのため政府は、これら①「保険外併用療養費制度」の対象となる「評価療養」の範囲拡大や、②治験に参加できない患者であっても未承認薬を使う場合の負担を軽減できるよう、「日本版コンパッションエートユース（図表1参照）」と呼ばれる制度の導入を新たに検討している。

図表1 日本版コンパッションエートユースの仕組み



（出所）産業競争力会議「成長戦略進化のための今後の検討方針」（平成26年1月20日）より大和総研作成

加えて、医師からの提案がなければ実施されてこなかった先進医療や治験で使用されるような国内未承認の新薬や医療機器を使う治療について、③「患者申出療養（仮称）」が創設されることにより、患者側からの申し出を可能とすることが検討されている。患者側から申し出のあった治療法に関しては、国内初の症例であれば国の専門会議にて6週間、2例目以降であれば中核病院がより短い2週間で安全性や有効性を審査する。これまでは、医師ら医療機関側からの申請のみが認められており、その治療法の審査期間も3～6ヶ月かかっていた。これら①、②、③の制度が整備されることにより、患者にとっては治療の選択肢が増えるとともに、迅速に治療が受けられる可能性が広がるなど、利点が増える。

混合診療が認められない現状では、例えば、100万円の保険診療（A）と100万円の保険外診療（B）の治療を両方受けた場合、保険診療であるはずの（A）も全額自己負担となり、合計200万円の支払いが発生してしまう。しかし、今後、（B）の治療が「評価療養」に加えられたり、「日本版コンパッションエートユース」、「患者申出療養（仮称）」として使用されたりする場合、混合診療として認められるので、（A）についてはそのまま保険が適用され、（A）と（B）両方を受けても自己負担額は1割負担の患者で110万円、3割負担の患者で130万円⁶となる。これまで200万円の治療をあきらめたり、負担に感じたりしていた患者が、新たな制度の導入により、110万円～130万円の支払いで（A）と（B）両方の治療を受けられるようになる、というのである。

⁶ 実際は、高額療養費制度により自己負担額は月ごとに一定額までとどまるが、ここではわかりやすく単純化している。

混合診療でも高額な保険外診療

しかし、実際は、混合診療が認められたとしても、保険外診療が高額であることには変わりはない。例えば、がん治療における陽子線や重粒子線による治療は、正常細胞への影響を最小限に抑えながら一定の治療効果が認められており、年間実施件数も陽子線で 2,170 件、重粒子線で 1,286 件にのぼる（2012 年度、図表 2）。しかし、その治療費はどちらも総額 300 万円前後にのぼり、かなり高額である。そのため、陽子線や重粒子線による治療を積極的に選択できる患者は事実上限定されるだろう。

また、多くの高齢者が患う白内障のレンズ移植手術において、（1992 年度から）保険が適用される単焦点眼内レンズを移植した場合、決めた焦点以外を見るためには別途眼鏡等で調整する必要がある。一方、多焦点眼内レンズを選択した場合、焦点が遠近両方であるため、眼鏡の使用頻度が低下するなど患者の QOL（生活の質）は改善するが、「評価療養」であるため自己負担は高額である。多焦点眼内レンズを用いた治療（多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術）にかかる費用は保険診療分を除く自己負担額で約 50 万円（両眼）（図表 2）になる。保険診療である単焦点眼内レンズを使用した場合は 1 割負担の場合で 2 万円程度、3 割負担でも 6 万円程度なので差は大きい。

これらの例にも見られるように、①、②、③により拡充される混合診療で承認される医療技術や医薬品が、いつまでも「評価療養」や「日本版コンパッシュョネートユース」、「患者申出療養（仮称）」に留まるならば、治療費は高額のまま据え置かれることとなり、積極的に治療を選択できる患者は限られる。前頁の例でいえば、（B）の治療も保険適用とされ、（A）と（B）の両方の治療を行っても自己負担額が 20 万円～60 万円に済む方が、110 万円～130 万円の負担より、治療を断念する人の割合は少ないだろう。混合診療が認められる保険外診療については、一定の治療データが蓄積され、安全性や有効性が確認されれば、保険収載（保険適用の対象とすること）へ移行させていく道程についても示されることが望まれよう。

図表 2 先進医療の例（平成 24 年 7 月 1 日～平成 25 年 6 月 30 日）

	平均治療総額 (保険給付分も含む) (円)	うち一件当たり平均 保険診療分の費用 (円)	うち一件当たり平均 先進医療費用 (円)	平均 入院期間 (日)	年間 実施件数 (件)
凍結保存同種組織を用いた外科治療	7,994,137	7,229,397	764,739	52.6	40
陽子線治療	3,152,653	566,741	2,585,912	17.7	2,170
重粒子線治療	3,395,471	358,642	3,036,829	18.6	1,286
多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術	584,987	71,821	513,167	1.3	5,248
腹腔鏡下子宮体がん根治手術	1,079,707	554,784	524,923	11	289
光トポグラフィ検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助	125,741	113,522	12,219	4.3	1,959

（出所）厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第 268 回） 「2 先進医療保険導入、先進医療実績報告について（先進医療会議からの報告）」資料（総-2-1）「平成 25 年 6 月 30 日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」（平成 26 年 1 月 22 日）より大和総研作成

また、新たに発表される成長戦略の中では、④すでに保険適用されている医療技術や医薬品のうち、高額で費用対効果が認められないものについては保険診療から除外することについても明記されることが見込まれている。近年、医療技術の進歩により、高額な医療技術や医薬品が登場している。例えば、心臓移植を待つ重症心不全の患者の移植までのつなぎを主な目的として使われる「左心補助人工心臓システム」⁷は、2011年4月に保険適用されたが1,800万円以上もする。また、「慢性腎不全による人工透析」⁸は、一人当たり月額医療費が約40万円である。人工透析を受ける患者数は毎年約1万人ずつ増加し、2012年末時点で31万人⁹。人工透析だけで年間医療費は約1.5兆円にのぼるともみられる。

こういった国民医療費全体の膨張に影響を及ぼすような高額な医療を中心に、保険診療とすべきかを費用対効果の面から見直すという。その際、この保険適用から除外された治療法や医薬品を患者が継続する場合、混合診療として認めるという。先ほどの例でいえば④の場合は、100万円の治療（A）と100万円の治療（B）は両方とも保険診療であったため自己負担分は20万円～60万円で済んでいたが、（B）が保険適用から除外された場合には保険外診療となるため、今後は混合診療での治療となり、110万円～130万円の支払いが必要になるのである。

医療技術の進歩や新たな医薬品の創出といった医学の功績が、我々の健康を支えていることに疑う余地はないが、一方で膨大な医療費となり負担ともなっている。そこで一部の医療技術や医薬品について保険適用から除外されることが検討されるのは必然ともいえるが、その効果を図る基準が、単に費用分析¹⁰や費用最小化分析¹¹のみに依るならば、本来の患者のニーズと合致しない判断がなされる可能性も考えられる。費用対効果の概念は近年わが国でも聞かれるようになり、英国など諸外国の制度を参考にしているようだが、英国では費用だけではなく、QALY（質調整生存年）という生存年数とQOL（生活の質）の双方を考慮した効果指標を費用対効果の基準として採用している。しかし、この基準は絶対的なものではなく、例えば基準となる金額を超えるような場合でも、終末期の医療に用いられる薬剤など、「強い理由」があれば給付が可能とされる¹²。患者の疾患の状況に応じて柔軟に対応されるなど、患者の視点が重視された医療が行われているのである¹³。わが国でも参考にすべき点は多いだろう。

⁷ 高額な医療の例として挙げられているだけで、具体的に保険適用除外の対象とされているわけではない。「医療技術の費用対効果評価を巡る動き」厚生労働省保険局医療課 吉田易範氏資料より（平成24年9月6日）
(<http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HTA/events/2012-09-06/documents/hta20120906-yoshida.pdf>)

⁸ 注7と同じ。

⁹ 一般社団法人日本透析医学会「図説 わが国の慢性透析療法の現況 2012年12月31日現在」

¹⁰ 効果の違いについては考慮せず、費用のみで比較を行う手法。

¹¹ 効果が同等である場合に費用の比較を行う手法。

¹² 五十嵐中[2013]「医薬品の経済評価事例と活用の可能性」国立保健医療科学院『保険医療科学』2013 Vol. 62 No. 6 p. 605-612

¹³ 英国の医療制度については、石橋未来[2014]「英国の医療制度改革が示唆するもの 国民・患者が選択する医療へ」大和総研レポート2014年3月27日参照。

(http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mlothers/20140327_008371.html)

高額な保険外診療をどのように負担していくべきか

新たな成長戦略においては、混合診療として認められる医療技術や医薬品の範囲の拡充が見込まれており、患者にとって治療の選択肢がある程度増えるだろうことが期待される。しかし、実際は、保険外診療は高額であるため、積極的に治療に踏み切ることができる患者はそれでも限定される。また、これまで保険診療であったため治療が受けられていた患者の中にも、混合診療に移行することで、治療の継続を断念する患者が現れる可能性もあるだろう。

高額な保険外診療については、民間保険会社に対応を求めるという考えもあるだろうが、各民間保険会社が保険対象となる疾病の条件を限定してしまうのではないかと懸念、また民間保険加入者と加入できない人との間に新たに発生する医療格差拡大などの問題が指摘されており、これらの点については今後十分な検討が必要と思われる¹⁴。

わが国の皆保険制度が、罹患による経済的負担に対するリスクを分散し、社会全体で共助していくという考えのもとに成り立っているならば、困難な疾患を抱えた場合に、どこまでを保険範囲とするのが制度として公平と言えるのか、医療が進歩した今、再度検討する必要があるだろう。技術革新により実現した新しい医療技術や医薬品が保険適用によって国民に利用可能となることは、本来的には望ましいことと言える。

ただし、毎年1兆円ずつ増え続け38.6兆円（2011年度、厚生労働省「平成23年度国民医療費」）に達している医療費増加による財政悪化懸念を鑑みれば、高額な医療技術や医薬品が多く含まれる保険外診療を広く保険適用としていくことは、今の段階では現実的ではないと言える。実際、保険料負担も大企業健保を中心に毎年引き上げられ、限界に達している。

そこで、限られた医療資源を効率的に配分するということがさらに重要となるだろう。例えば、石橋[2013]¹⁵が指摘するように、日本では特に高齢者の自己負担割合が低く抑制されているが、多くの国では、診療や処方薬の自己負担に対して、所得や疾患による差異は設けても年齢による差異を設ける（高齢者について一律に低率負担とする）ことは一般的ではない。70～74歳までの前期高齢者に対して行われている窓口負担の軽減措置（国庫負担分）は直近で1,900億円を超えており（2011年度）、1年間に行われる先進医療を含む医療の総額約204億円（2012年度）の10倍近い額にのぼっている（図表3参照）。また、初期診療の重要性は言うまでもないが、一般的な診療に関しては、受診時定額負担や保険免責制を導入するなど、ある程度保険の適用範囲を圧縮することも考えられる。その他にも、大衆薬で対応できるものは保険診療から除外するなど、大胆な策も検討に値するだろう。医療費の増加をできるだけ抑制しながら、新しい医療技術や医薬品のメリットが少しでも多くの国民に行き渡るためには、技術進歩に応じて保険の範囲を適正化していくのと同時に、患者側にも予防や健康維持をメインとした自助

¹⁴ 民間を活用した医療保険の在り方については、石橋未来[2013]「米国の医療保険制度について 国民皆保険制度の導入と、民間保険会社を活用した医療費抑制の試み」大和総研レポート2013年12月16日参照。

(http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mlothers/20131216_008016.html)

¹⁵ 石橋未来 [2013]「超高齢社会医療の効率化を考えるーIT化を推進し予防・健診・相談を中心とした包括的な医療サービスへ」大和総研レポート2013年8月15日

(http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mlothers/20130815_007565.html)

努力が求められる。

図表3 1年間で実施された先進医療の実績と前期高齢者に対する軽減特例措置の金額

対象期間	技術数	実施医療機関数	全患者数	総金額	保険診療分の総額	先進医療の総額	1入院全医療費のうち先進医療分の割合
平成24.7.1 ~平成25.6.30	107	604施設	20,665人	約204億円	約71億円	約133億円	65.3%

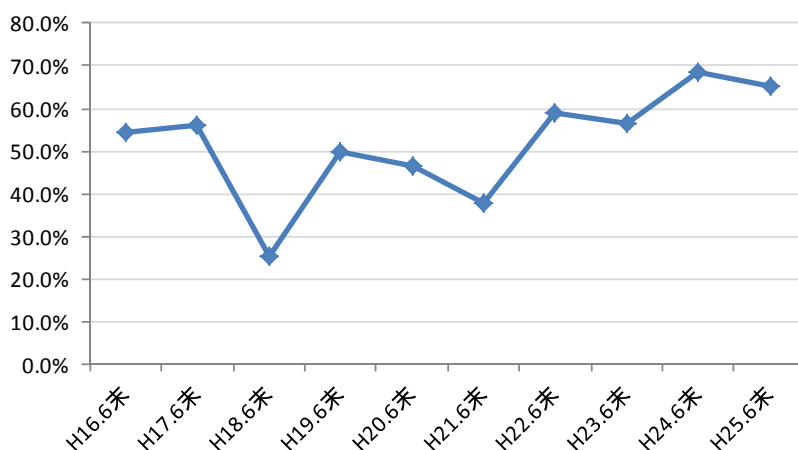
70～74歳の患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分

国民医療費	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
軽減特例措置	1,813億円	1,864億円	1,872億円	1,941億円

(出所) 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第268回) 「2 先進医療保険導入、先進医療実績報告について(先進医療会議からの報告)」資料(総-2-1)「平成25年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」(平成26年1月22日)、厚生労働省「平成23年度 国民医療費」より大和総研作成

新たに拡充される混合診療が、実際に患者にとっての治療の選択肢の拡大となり、医療システムの改善に結び付くのか、現時点では不透明な部分も多い。皆保険制度が誕生した頃とは、救済が必要な疾患の種類も、可能となった医療技術や医薬品の種類も変化してきており、1入院全医療費¹⁶に占める先進医療の割合も増加傾向にある(図表4参照)。財源が無尽蔵でないことを認識しつつ、高額な先進医療などの保険外診療をどのように負担していくのか、引き続き検討が必要であろう。

図表4 1入院全医療費のうち先進医療の割合



(注1) 先進医療制度は平成18年7月に創設され、平成18年10月に従来の高度先進医療制度と統合されて、現在に至る(高度先進医療制度は廃止)。

(注2) 平成18年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。

(出所) 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第268回) 「2 先進医療保険導入、先進医療実績報告について(先進医療会議からの報告)」資料(総-2-1)「平成25年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」(平成26年1月22日)、総会(第161回)「先進医療専門会議の報告等について」資料(総-4)「平成21年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」(平成22年1月20日)より大和総研作成

¹⁶ 先進医療の技術料に加えて、公的医療保険の対象となる診察・検査・投薬・注射・入院料など、1回の入院にかかる全体の医療費のこと。

【経済構造分析レポート（旧：経済社会研究班レポート）】

- ・ No. 25 石橋未来「拡充される混合診療について—それでも高額な保険外診療は患者の選択肢となりうるか」2014年6月20日
- ・ No. 24 石橋未来「超高齢社会における介護問題—人材・サービス不足がもたらす「地域包括ケア」の落とし穴」2014年5月9日
- ・ No. 23 溝端幹雄「成長戦略の効果を削ぎかねない隠れた要因—電子行政の徹底等による行政手続きの合理化が急務」2014年4月11日
- ・ No. 22 石橋未来「英国の医療制度改革が示唆するもの—国民・患者が選択する医療へ」2014年3月27日
- ・ No. 21 小林俊介「設備投資循環から探る世界の景気循環—期待利潤回復、不確実性低下、低金利の下で拡大局面へ」2014年2月6日
- ・ No. 20 小林俊介「円安・海外好調でも輸出が伸びない5つの理由—過度の悲観は禁物。しかし短期と長期は慎重に。」2014年2月6日
- ・ No. 19 小林俊介「今後10年間の為替レートの見通し—5年程度の円安期間を経て再び円高へ。3つの円高リスクに注意。」2014年2月6日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・小林俊介・石橋未来・神田慶司「日本経済中期予測（2014年2月）—牽引役不在の世界経済で試される日本の改革への本気度」2014年2月5日
- ・ 神田慶司「今春から本格化する社会保障制度改革—真の意味での社会保障・税一体改革の姿を示すべき」（2014年1月29日）
- ・ 鈴木準・神田慶司「消費税増税と低所得者対策—求められる消費税の枠内にとどまらない制度設計」（2014年1月20日）
- ・ 溝端幹雄「安倍政権の成長戦略の要点とその評価—三本目の矢は本当に効くのか？」（2014年1月20日）
- ・ No. 18 石橋未来「診療報酬プラス改定後、効率化策に期待—持続可能な医療のためには大胆かつ積極的な効率化策が必要となろう」2014年1月15日
- ・ No. 17 石橋未来「米国の医療保険制度について—国民皆保険制度の導入と、民間保険会社を活用した医療費抑制の試み」2013年12月16日
- ・ 小林俊介「米国金融政策の変化が世界経済に与えるもの」2013年10月25日
- ・ No. 16 小林俊介「「日本は投資過小、中国は投資過剰」の落とし穴—事業活動の国際化に伴う空洞化が進む中「いざなぎ越え」は困難か」2013年10月16日
- ・ 神田慶司「これで社会保障制度改革は十分か—「木を見て森を見ず」とならないよう財政健全化と整合的な改革を」2013年10月11日

- ・ 神田慶司「来春の消費税増税後の焦点—逆進性の問題にどう対処すべきか」2013年9月20日
- ・ No. 15-1 小林俊介「QE3 縮小後の金利・為替・世界経済（前編）—シミュレーションに基づく定量的分析」2013年9月9日
- ・ No. 15-2 小林俊介「QE3 縮小後の金利・為替・世界経済（後編）—グローバルマネーフローを中心とした定性的検証」2013年9月9日
- ・ No. 14 石橋未来「超高齢社会医療の効率化を考える—IT 化を推進し予防・健診・相談を中心とした包括的な医療サービスへ」2013年8月15日
- ・ No. 13 小林俊介「量的緩和・円安でデフレから脱却できるのか？—拡張ドーンブッシュモデルに基づいた構造 VAR 分析」2013年8月15日
- ・ No. 12 溝端幹雄「成長戦略と骨太の方針をどう評価するか—新陳代謝と痛みを緩和する「質の高い市場制度」へ」2013年7月25日
- ・ 鈴木準・近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「超高齢日本の30年展望—持続可能な社会保障システムを目指し挑戦する日本—未来への責任」2013年5月14日
- ・ No. 11 溝端幹雄「エネルギー政策と成長戦略—生産性を高める環境整備でエネルギー利用の効率化と多様化を」2013年2月6日
- ・ No. 10 神田慶司「転換点を迎えた金融政策と円安が物価に与える影響—円安だけでインフレ目標を達成することは困難」2013年2月5日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2013年2月）—成長力の底上げに向けて実行力が問われる日本経済」2013年2月4日
- ・ No. 9 溝端幹雄「超高齢社会で変容していく消費—キーワードは「在宅・余暇」「メンテナンス」「安心・安全」」2012年8月10日
- ・ No. 8 神田慶司「失業リスクが偏在する脆弱な雇用構造—雇用構造がもたらす必需的品目の需要増加と不要不急品目の需要減少」2012年8月10日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012年7月）—グローバル化・高齢化の中で岐路に立つ日本経済」2012年7月27日
- ・ 鈴木準「医療保険制度の持続可能性を高めるために—コスト意識の共有を進めながら、国民の健康を増進させよう」2012年4月13日
- ・ No. 7 溝端幹雄・鈴木準「高齢社会で増える電力コスト—効率的な電力需給システムの構築が急務」2012年4月9日

その他のレポートも含め、弊社ウェブサイトにてご覧頂けます。

URL : <http://www.dir.co.jp/>