

持続可能で質の高い医療提供体制構築に関する提言

【2021年10月：追加資料】

2021.10

株式会社日本総合研究所
持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けた研究チーム

持続可能で質の高い医療提供体制構築に関する提言を公開

持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けて、政策提言を進めている。

「ポストコロナに望まれる日本のあるべき医療の姿」

日時：2021年5月11日（火）8:30～10:00 実施済



松下明 氏 日本プライマリ・ケア連合学会/副理事長
藤沼康樹 氏 医療福祉生協連家庭医療学開発センター/センター長
康永秀生 氏 東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学/教授
岡本薫明 氏 元財務事務次官
堀真奈美 氏 東海大学健康学部健康マネジメント学科/教授
梅田一郎 氏 新時代戦略研究所/理事長
翁百合、西沢和彦、川崎真規（日本総研）

■ 提言

持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けた提言

- 1 プライマリ・ケアチーム体制構築
- 2 価値に基づく医療の実装
- 3 必要な医療財源を確保

■ 主催：株式会社日本総合研究所（JRI）

持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けた研究チーム

- 協賛：米国研究製薬工業協会（PhRMA）
後援：一般社団法人 新時代戦略研究所（INES）
運営：GR Japan株式会社（GR Japan）
株式会社ジャパン・カウンセラーズ（JC）

動画：日本総研YouTube 公開

<https://www.youtube.com/watch?v=x9myWq-KwRE>

資料：日本総研ホームページ 公開

<https://www.jri.co.jp/column/opinion/detail/12629/>

提言概要 ポストコロナに望まれる日本の医療のあるべき姿に向けて

国民・社会の関心が高い今こそ、既存制度でできることだけでなく
国民目線での医療のあるべき姿の検討に向けた「考え方の転換」が必要である。

国民目線に基づく
医療制度全体での提供価値向上



皆保険制度維持のために
財政の健全性確保

👥 プライマリ・ケアチーム体制整備

- ・ コロナ禍だからこそ見直すべき「かかりつけ医」の役割
- ・ 国民の一生涯の健康を地域多職種連携でみる
プライマリ・ケアチーム体制整備

プライマリ・ケアチーム



デジタル/データ利活用



病院-診療所間の機能分担

♥ 価値に基づく医療の実装

- ・ デジタル化が可能にする質の高い医療の選択を加速化
- ・ 健康増進と医療革新を促進するために
価値に基づく医療を実装

価値の収集・評価



医療の質の継続改善

🔑 必要な医療財源を確保

- ・ 国民皆保険を将来世代に引き継ぐために、コロナ禍の今こそ考えるべき医療財政
- ・ 情報提供を進め国民的理解を得て
必要な医療財源を確保

国民的理解の獲得



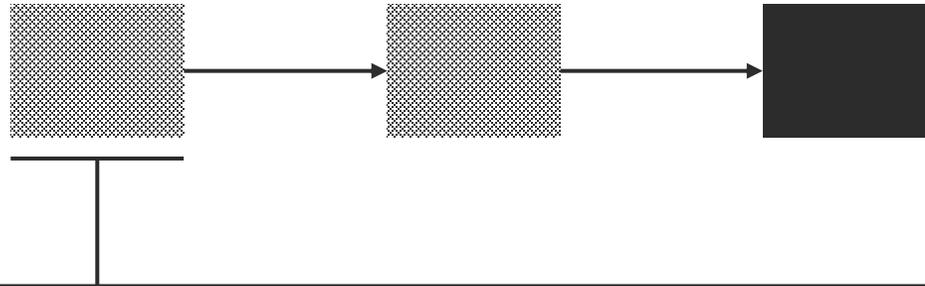
給付に見合った負担確保

※当該提言資料は以下に掲載 <https://www.jri.co.jp/column/opinion/detail/12629/>

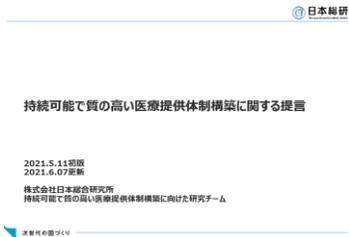
本資料は提言の追加資料の位置づけ

有識者の方々との意見交換などで得た知見、追加調査の内容を還元すべく追加資料として取りまとめたものである。

2021.5.11 提言 ~2021.6.30 意見交換 2021.8 当該資料



提言資料 (プレゼン版)



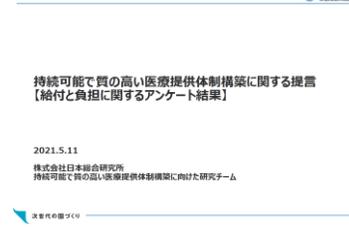
[リンク](#)

提言資料 (文書版)



[リンク](#)

国民アンケート (給付と負担)



[リンク](#)

シンポジウム動画



[リンク](#)

3つの提言ごとに頂いた質問に対応

各提言について、意見交換を通して得た気づきを基に構成した。

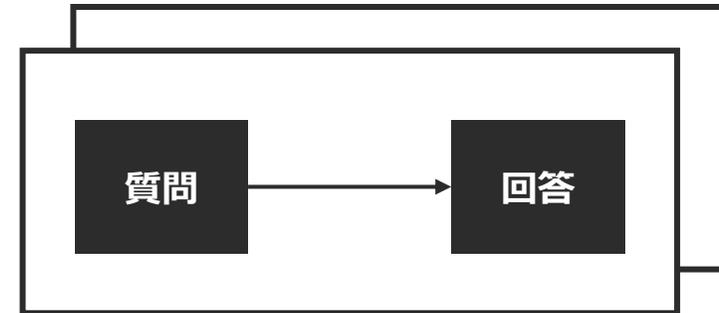
提言ごとに資料構成

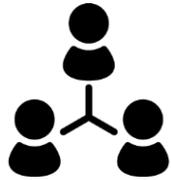
3つの提言ごとに追加資料を構成した。

-  プライマリ・ケアチーム体制整備
-  価値に基づく医療の実装
-  必要な医療財源を確保

意見交換を基に資料構成

意見交換で頂いた質問への回答として構成した。





国民の一生涯の健康を地域多職種連携で診る

プライマリ・ケアチーム体制整備

質の高い医療を提供するためには、病気だけでなく一生涯の健康を診るプライマリ・ケアの推進が必然である。実践的なプライマリ・ケアチーム体制の確立を医療政策の中心に据えることが、国民の健康増進と将来の感染症対策にもつながる。

重要事項

- プライマリ・ケアチーム
- デジタル・データ利活用
- 病院－診療所間の機能分担推進

いただいた質問

お伝えする内容

ページ

地域包括ケアや地域医療構想との関連



地域包括ケア、地域医療構想を促進

7-10

看護師・薬剤師の役割で検討すべきこと



慢性疾患管理等において
看護師・薬剤師の役割を精査・推進

11-12

多疾患併存患者への利点



診療科室横断で診てもらいやすい

13-14

支払制度の方向性



多様な支払制度を検討可能

15

フリーアクセスへの影響



かかりつけ医は任意選択も可能
(ドイツ・フランスモデル)

16-18

施策実行の道筋



検討会を立ち上げ、診療報酬や民間保険、
家庭医療の生涯学習等の課題詳細化

19

1.1 プライマリ・ケアは、地域包括ケアで重要となる多職種連携を促進する

プライマリ・ケアチーム体制の構築は、患者の健康状態を把握した医療従事者の存在を明確にし地域包括ケアシステムを促進する。

問 「地域包括ケア」と「プライマリ・ケア」の関連は？

**現在：医療視点で地域の司令塔が不在となりやすく
医師と介護の連携不足に懸念**

介護視点ではケアマネージャーが司令塔だが、
医療視点での司令塔は不明確となりやすい。

- 地域包括ケアではかかりつけ医の存在が明記されている。これは、かかりつけ医が「患者の健康状態を把握・管理し、責任をもって対応する医療従事者」であることを意味している。
- しかし、現状、必ずしもかかりつけ医が上記の役割を担えているとは限らない。

医療視点での司令塔が不在であるため、健康問題/疾患が生じた際の相談先、対処方法が分かりにくい場合がある。

- 医師が不足する地域では、在宅医療や病診連携が進まず、入院医療から在宅医療に移行できない場合がある。

**期待：プライマリ・ケアを担うチームが地域にあることで
多職種間の連携に貢献**

家庭医療を支える医師が地域にいて、
多職種の連携が必要となる地域包括ケアが、円滑に推進される。

- 岡山県で、家庭医が地域の医療の司令塔として、多職種連携に貢献している。この取り組みでは、訪問診療数の増加や地域看取り率の向上が見られる。

出所：厚生労働行政推進調査事業費補助金

「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」報告書
第6 部総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集 奈義町での取り組み（松下明）

事例：プライマリ・ケアで、地域包括ケアシステムの実装に貢献（岡山県）

家庭医が地域の医療の司令塔として、地域包括ケアシステムで重要となる多職種連携に貢献している。

医師不足を 家庭医育成で対応

- 岡山県奈義町は、人口約6,000人、高齢化率約33%であり、1995年以前は無医地区の危機にあった。
- 「日本で家庭医を育成する」という理念のもと、奈義町・医療法人清風会・川崎医科大学総合診療部の三者合意で奈義ファミリークリニックを運営し、家庭医療後期研修の場とした。
- 研修修了者が、近隣地域に開院し、グループで家庭医教育に取り組むようになり、岡山家庭医療センター（FPCO：Family Practice Center of Okayama）を設立。

※川崎医大との連携は中止、全国公募での後期研修医運営に切り替わった

医療・介護等 多職種が定常的に情報交換し連携

- 毎週ミーティングを開催し、ケアマネジャー・訪問看護師・医師・看護師・事務で患者の情報共有を実施。各自が持つ心理社会的な情報を活用している。
- 月1回の地域ケア会議を開催し、奈義町内での困難事例のカンファレンスなどで地域包括ケアチームを顔の見える関係とした。
- 専門医療機関と家庭医療の後期研修を通して培った顔の見える関係づくりなどを通して円滑に連携。

地域の課題に包括対応でき 診療所・病院間の役割分化・連携に貢献

- 訪問診療数の増加や地域看取り率（患者が望む最期を迎えられる割合）の向上（2年間で37.7%→48.1%）が見られた。
- プライマリ・ケアの導入により、在宅医療の体制強化が進み、患者に対してより幅広い選択を提示できるようになった。

出所：厚生労働行政推進調査事業費補助金

「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」報告書
第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集 奈義町での取り組み（松下明）

1.2 プライマリ・ケアは、地域医療構想が目指す病診機能分化・連携を促進する

プライマリ・ケアチーム体制の構築により、病診の機能分化・連携が進み、地域医療構想の実装につながる。

問 「地域医療構想」と「プライマリ・ケア」の関連は？

現状：病院の機能分化を進めているが、地域での日常的な医療の受け方に検討余地あり

現状は、機能分化された病院を「川上」、退院患者を受け入れる地域を「川下」と捉えられている。

- 2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書にて、機能分化された病院を「川上」、退院患者を受け入れる地域を「川下」とし、急性期医療への重点配分、入院期間短縮、在宅医療整備を進めている。
- 地域医療構想では、地域は「病床削減後の受け皿」として期待されている。

患者視点では、日常的な疾病・ケガに対する医療が身近にあり、この整備も含めた医療計画とする必要がある。

- 在宅で対応できない場合は、病院の慢性期病床で対応することになる。
- 在宅医療を進めることができる環境を整備することで、結果として慢性期病床の削減が可能となり、病床数適正化につながる。

理想：プライマリ・ケアを推進し、日常的な医療の強化を図り、慢性期病床数の適正化を目指す

高知県の地域医療構想では、保健所を拠点に市町村や関係者と連携しつつ、「日常的な医療」の強化を図っている。

- 高知県の地域医療構想は安芸、中央、高幡、幡多の4つの構想区域がある。このうち、最も人口が多い「中央」区域の下に、4つの「サブ区域」を保健所ごとに設定。保健所を拠点に市町村や関係者と連携しつつ、かかりつけ医機能や福祉・介護との連携、リハビリテーション、退院調整などの「日常的な医療」の強化を図っている。「病床数ありき」で進みがちな地域医療構想の欠点をカバーする取り組みと言える。

在宅医療含めたプライマリ・ケアが普及すれば、病院の慢性期病床を最適化できる可能性がある。

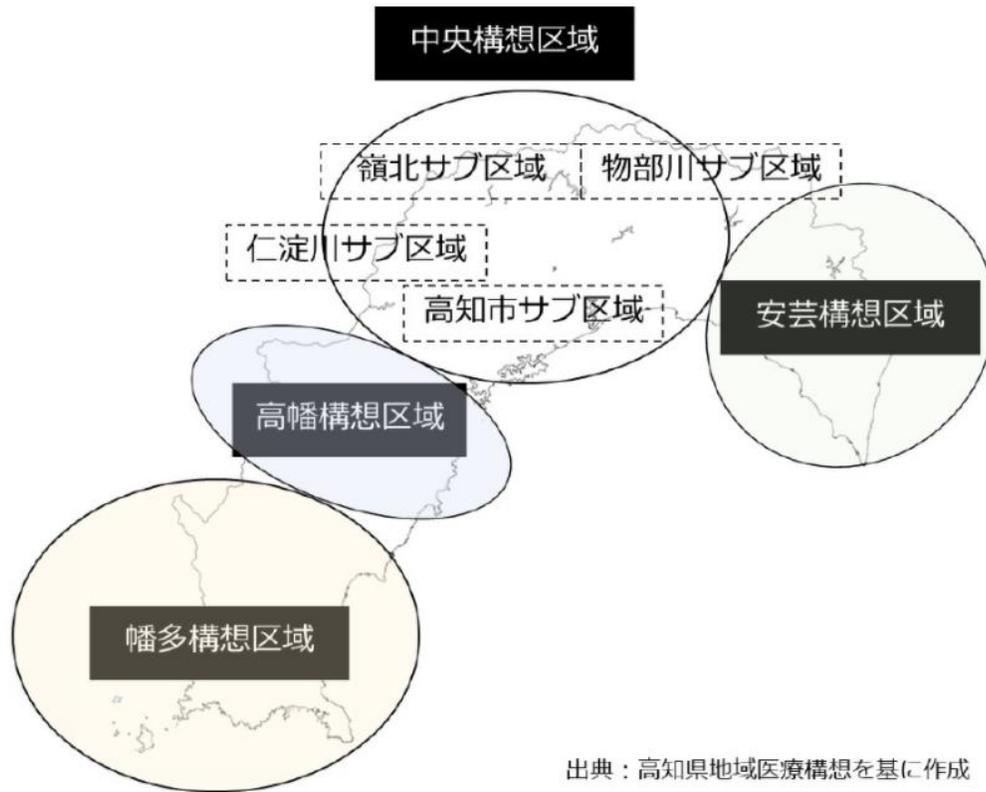
- 在宅で対応しない場合には、病院の慢性期病床で対応することになる。
- 在宅医療を進めることができる環境を整備することで、結果として慢性期病床の削減が可能となり、病床数適正化につながる。

出所：三原岳「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く（4）－日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの重要性」を基に日本総研作成

事例：「日常的な診療」強化とともに、地域医療構想を推進（高知県）

高知県では、病院の機能分化と合わせて、「日常的な医療」の強化も実施している。今後の成果に期待が持たれる。

高知県の「サブ区域のイメージ」



高知県が進める「日常的な医療」の強化

- 保健所を拠点に市町村や関係者との連携
- かかりつけ医機能強化
- 福祉・介護との医療の連携
- リハビリテーション、退院調整の強化

求められる具体的な施策

- 地元医師会と連携した在宅医療の普及
- 住民向けの説明会の開催
- 退院調整や連携パスのガイドライン作成
- 多職種連携に向けた研修会の開催
- 福祉・介護行政を担う市町村との連携、プライマリ・ケアの能力を持った総合診療医の育成・配置

出所：三原岳「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く（4）－日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの重要性」を基に日本総研作成

1.3 慢性疾患管理等において看護師・薬剤師の活躍余地がある

プライマリ・ケアチーム体制の構築において、慢性疾患管理等において看護師・薬剤師の役割の精査・推進が必要と考えられる。

問 「看護師」と「薬剤師」の役割で検討すべきことは？

【看護師】 プライマリ・ケアの一員として、慢性疾患対応等で担える役割の精査

いくつかの国では、看護師はナースプラクティショナーとして、慢性疾患等の一定条件下で患者の病態を観察して一部の診療行為を担う。

- オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、イギリス、アメリカなどでは、ナースプラクティショナー制度があり、医師の指示を受けず一定の診療行為を担える。

一方で、限定した業務範囲を設定している国もあり、各国の事情を鑑みた段階的な検討(例えば慢性疾患)が重要である。

- フランスやドイツでは、医師の指示なしに看護師が担える業務に制限がある。
- 日本は、特定行為研修制度を設けており、研修を終了した看護師は特定行為に対しては医師の包括的な指示のもと医療行為を行える。

【薬剤師】 かかりつけ薬剤師としての慢性疾患管理等での役割の推進

海外では、薬剤師が服薬指導に加えて、慢性疾患管理や予防接種等を担当できる。

- オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、イギリス、フランス、ドイツでは、薬剤師が服薬管理だけでなく、予防接種、慢性疾患の管理、医薬品の処方等を担当。

国民がかかりつけの薬剤師を持ち、自身の服薬指導をより受けられる環境整備に余地がある。

- ドイツでは、国民の6割がかかりつけ薬剤師を持ち、患者個々に対して服薬指導を行っている。
- 日本では、かかりつけ薬剤師・薬局を決めている方は全体の7.6%、70歳以上でも15.4%である。(2020年度「薬局の利用に関する世論調査, 内閣府」)

事例：看護師・薬剤師がプライマリ・ケアの一員として重要な役割を担当

海外では、看護師・薬剤師が、予防接種/慢性疾患管理等を担い、重要な役割を果たしている。日本でも、プライマリ・ケアを推進するために、看護師・薬剤師の活用余地があると考えられる。

	看護師	薬剤師
日本	<ul style="list-style-type: none"> - 医師の補助的な役割を担う。 - 特定行為研修制度がある。 	<ul style="list-style-type: none"> - 服薬指導・疑義照会などが期待されている。
オーストラリア	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nurse Practitioner制度あり。 ✓ 医師と同等に、慢性疾患等の患者ケアを実施。医師より数が多くプライマリ・ケアの担い手として一大勢力。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 服薬指導、予防接種、処方箋の延長等を実施。
カナダ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nurse Practitioner制度あり。 ✓ ある特定の疾患については、医師と同程度の裁量を持つ。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 州ごとに役割は異なるが、今後統一を図りプライマリ・ケアをサポートする役割を担う。
ニュージーランド	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nurse Practitioner制度あり。 ✓ 医師と同等に、慢性疾患等の患者ケアを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 服薬指導、予防接種、処方箋の延長等を実施。
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nurse Practitioner制度あり。 ✓ 医師と同等に、慢性疾患等の患者ケアを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 予防接種、慢性疾患の管理、医薬品の処方等が可能。
フランス	<ul style="list-style-type: none"> - 医師の監督なしに看護師が担える業務には限界があるとの指摘があり、看護師の業務範囲は限定的。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 服薬指導の他に、慢性疾患患者サポート、遠隔医療サービスの提供、インフルエンザワクチン接種、狭心症の迅速診断等多くの役割を担う。
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> - 医師の監督なしに看護師が担える業務には限界があるとの指摘があり、看護師の業務範囲は限定的。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 服薬指導等が徹底され、国民の6割がかかりつけ薬剤師をもつ。

1.4 多疾患併存患者への治療がさらに求められる

多疾患併存患者のケアを診療科室横断で診れるプライマリ・ケアチームが行う余地がある。

問 「多疾患併存患者」に対するプライマリ・ケアの利点は？

現状：多疾患併存患者が今後増えると考えられ、対応の必要性が増す

多疾患併存患者は高齢者に多く、今後増加する見込みであり対応が必要である。

- 日本の研究で、65歳以上の63%が多疾患併存患者であると示されている。
- 今後、日本では高齢者が増えるため、プライマリ・ケアによるケアは必要不可欠。

理想：診療科室横断で診るプライマリ・ケアで、多疾患のケアに対応する

専門科室の視点のみで治療すると、全体として最適化された治療とならない可能性が指摘されている。

- 「悪性疾患＋消化器疾患＋泌尿器疾患＋心血管疾患＋代謝性疾患」の組み合わせの他疾患併存では顕著な多剤投薬状態が発生している。
- 「悪性疾患＋消化器疾患＋泌尿器疾患」、「呼吸器疾患＋皮膚疾患」、「骨疾患＋関節疾患＋消化器疾患」の3つのパターンの他疾患併存では、一日の服薬の回数がより多いとの結果がある。

海外では、多疾患併存患者に対する対応は重要視されており、ガイドラインに沿って、プライマリ・ケア医が対応することが求められている。

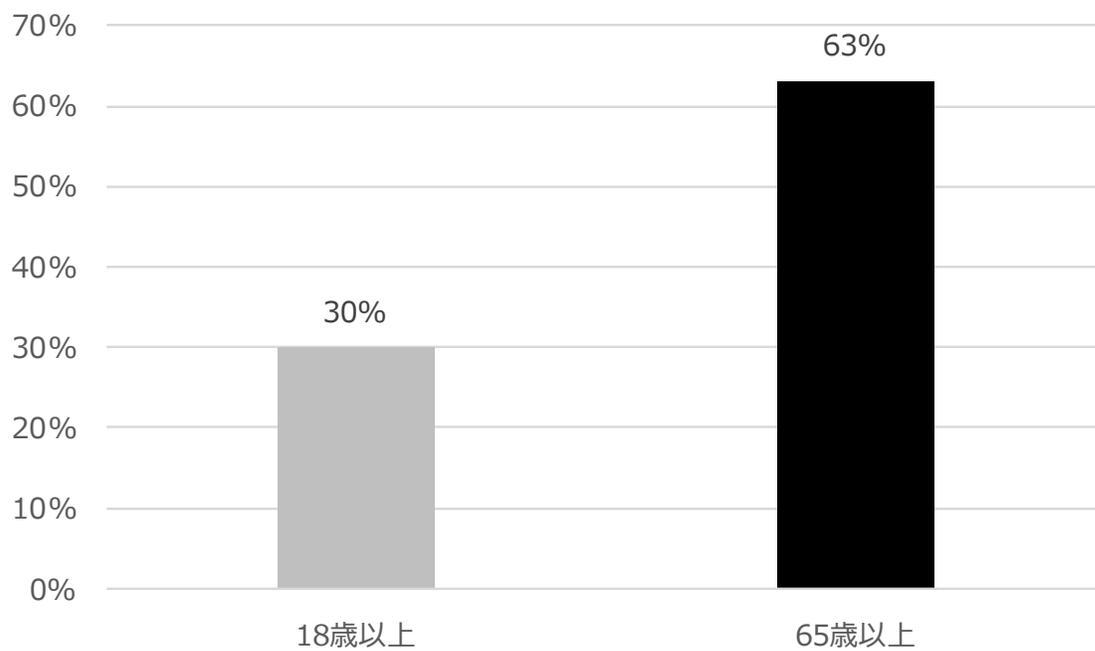
- 多疾患併存患者のケアに関して、これまで、英国のNICE、米国老年医学会、欧州連合の専門家会議、国際的な研究者ネットワークのそれぞれによるガイドランスが公表されている。
- 例えば、2016年の英国 NICE ガイドラインの推奨事項では、多疾患併存患者が抱える治療負担の主要な要因となっているポリファーマシーや、複数医療機関受診を減らすと強調されている。

出所： Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population

事例：多疾患併存患者は複数の専門科室に跨る疾病を抱える

多疾患併存患者の割合は高齢者に多い。
その多くは複数の専門科を跨ぐ疾患を抱えており、多疾患全体をカバーすることが必要。

高齢者の多疾患併存患者の割合が多い



複数の診療科の受診が必要となる可能性がある

パターン	疾患名	診療科名(例)
心血管/腎代謝 疾患パターン	心疾患、脳卒中、 高血圧、腎疾患、 脂質異常症、糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> 循環器内科 腎臓内科 臓血管外科 内科
神経/精神 疾患パターン	神経疾患、 精神障害	<ul style="list-style-type: none"> 神経内科 精神科・精神神経科
骨/関節/消化器 疾患パターン	腰部疾患、間接疾患、 膠原病、消化器疾患	<ul style="list-style-type: none"> 整形外科 膠原病・内科 皮膚科 消化管内科
呼吸器/皮膚 疾患パターン	呼吸器疾患、 皮膚疾患	<ul style="list-style-type: none"> 消化管内科 皮膚科
悪性/消化器/泌尿器 疾患パターン	悪性疾患、消化器 疾患、泌尿器疾患	<ul style="list-style-type: none"> 腫瘍内科 消化器内科 泌尿器科

出所：Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population

1.5 多様な支払制度を検討可能

プライマリ・ケアチーム体制の支払制度は、各国によって様々。日本も自国に適した支払い制度を検討できる。

問 プライマリ・ケアの診療報酬での「支払制度」は？

**現在：プライマリ・ケアの支払い制度は、
様々なものがある**

**イギリスのプライマリ・ケアは、
初期は人頭払いで始まったが、現在は異なる**

- イギリスでは、従来は人頭払いをベースとしプラスして出来高加算であったが、2004年より「基本サービス」「追加サービス」「高度サービス」に再編され、義務的提供の「基本サービス」は人頭払いだが、後者は任意での出来高払い提供となった。
- 治療成績の良い医師(GP：ジェネラルプラクティショナー)にボーナスを支給する試みがなされている。

各国の支払制度は様々であり、人頭払い前提ではない

- 海外では、プライマリ・ケアを人頭払いで実装している国もあれば、出来高払いで実装している国もあり、プライマリ・ケア＝人頭払い、というわけではない。

**理想：日本の支払制度に応じた、
日本版の支払制度の検討**

**日本では、「プライマリ・ケア＝人頭払い」という
認識・固定観念があった**

- 1985年に設置された「家庭医に関する懇談会」で検討はなされたが、制度には至らなかった。
- 当時の反対理由は、新しい診療報酬体系が、完全な人頭払いとなり国の医療への統治が強まるという懸念や、家庭医と専門医の分断が生じることへの懸念があった。

日本において、日本の制度に応じて、プライマリ・ケアにおける支払制度の実装を検討することは可能

- 既存の支払制度をベースとして、日本版のプライマリ・ケアの支払制度を検討することが可能である。

1.6 フリーアクセスを制限せずに検討することが可能

ドイツ・フランスのように医療アクセスを制限せずに、プライマリ・ケアを実装することも検討可能である。

問 プライマリ・ケア実装による「フリーアクセス」への影響は？

現状：プライマリ・ケアの実装が、日本のフリーアクセスを阻害するとの懸念

プライマリ・ケア＝フリーアクセスの阻害、と捉えられることがある。

- 1985年に設置された「家庭医に関する懇談会」では、当時の日本医師会からの反対があった。反対理由としては、フリーアクセスの阻害の可能性を危惧したことが挙げられる。

患者中心の考え方に基づくと、患者が自由に医療機関を選択できることが必要。

- 患者が自由に自分の判断で医療機関を選択できることは、患者が受けたい医療にアクセスでき、必要なことである。
- さらに、誰もが日本中のどの医療機関にでも受診できるため、日本中の医療機関同志が自由競争環境にあり、医療の質が低下することを防いできたという側面もある。

理想：患者がプライマリ・ケアを受けることを選択できる仕組みを設計し対応

強制的なアクセス制限をせずに、既存の患者と医師のつながりを強化していくという方向で、プライマリ・ケアを実装できる。

- フランスでは、プライマリ・ケアを導入するにあたり、医師の登録義務を設けずに、既存の患者と医師の関係性を重視して、フリーチョイスとした。
- 結果として、GPの指名は1年後には80%に、専門医への直接のアクセスは、2007年には50%、2009年には30%程度へと減少した。

何科に行けば良いか迷う場合に、ファーストチョイスできる医療機関があることで、患者は安心できる。

- 自分が何科にかかれば良いか分からない場合に、アクセスできる医療機関があることで、患者は安心できると考えられる。

出所：Dumontet, M., et al., Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the Medecin traitant reform. Health Policy, 2017. 121(6): p. 675-682.

事例：G7の多くが公的専門資格としてのプライマリ・ケア医を有しており、支払い制度は様々

諸外国では、プライマリ・ケアを担う医師への教育が制度として確立しており、プライマリ・ケアが実質的に機能している。プライマリ・ケア医を患者が選択する仕組みは多くの国であり、人頭払いではない制度設計も可能である。

国	公的専門資格を有する プライマリ・ケア医師数	教育制度	患者がプライマリ・ケア医を 選択できる環境	支払制度
日本	0	2年の専門教育 (2021年第1回試験)	n/a	n/a
アメリカ	99,609	3年の専門教育	患者が選択 (医療保険加入時)	個別
ドイツ	58,940	6年のプライマリ・ケア 専門教育	患者が選択 (9割が選択)	出来高払いが中心
フランス	59,399	2.5年の一般医教育 (複数の診療科を回る)	患者が選択 (医師登録制)	
カナダ	n/a	4年のプライマリ・ケア 専門教育	n/a	
イギリス	49,569	4年の専門教育	患者が選択 (医師登録制)	人頭払いが中心
イタリア	54,000	n/a	患者が選択 (医師登録制)	

事例：既存医師にプライマリ・ケアを担当いただく現実的な取り組み（フランス）

フランスでは日本と同様に専門医へのアクセス制限がなかったが、支出増加・ケアの断片化が問題視され、政治的にゲートキーピング機能を導入。既存のかかりつけ医師の指定を推奨することで、スムーズに専門医へのアクセスを減らすことに成功した。

従来のフランスの考え方

- フランスの医療制度は、自由主義が重要視されて、歴史的に患者の選択の幅を大きく広げてきた。患者の専門医へのアクセスに関する規制を最小限に抑えられ、どのように誰から医療を受けるかについて、自由が尊重されていた。

問題意識の芽生え

- しかし、左記のような制度によって支出の増加やケアの断片化が生じていることが問題視された。

ゲートキーピング機能を導入

- 2005年に専門医へのゲートキーパーとしてのGPの役割を強化することを目的とした法律が成立。
- 患者は、専門医療の最初の窓口となる優先的な医師（*medecin traitant*）を選ぶことが求められた。
- 義務付けは行わず、既存のかかりつけの医師を指定したことで、混乱が起きなかったと考えられる。
- すでに教育を受けたGPが多数存在していたことが制度を導入できた要因である。

政策誘導の効果

- GPの指名は2006年には80%に。
- 専門医への直接のアクセスは、2007年には50%、2009年には30%程度に。
- 上記の20%の国民が、直接専門医を訪ねることが減り、不必要な受診を一定程度減らすこともでき、リソースの効率化が図られたと言える。



一方で、専門医は、収入の低下を危惧し
反発

1.7 プライマリ・ケアチーム体制の構築に向けた道筋

日本版プライマリ・ケア体制の構築に向けて、5つのステップを進めるべき。

1. 議論の体制整備準備会設置

- 議題の設定、事前調査事項への対応など。



3. プライマリ・ケア教育充実制度設計

- 地域での多職種間生涯学習の推進
- 医療従事者(卒前)の教育機会充実
- 国民教育充実



2. プライマリ・ケアエビデンス構築促進

- 日本におけるプライマリ・ケアでの生活習慣病の重症化予防の効果など、さらなるエビデンス構築・研究促進を行う。
- 国民の一生涯を診る多職種が連携するプライマリ・ケアチームを構築・評価するために、他国の出来高・包括・人頭払いなどの利欠点を参考に、日本の医療制度に適した日本版プライマリ・ケア診療報酬体系検討の研究班を設ける。



4. プライマリ・ケア促進制度実装

- プライマリ・ケアの初診・再診料の患者負担が5%ほど軽減される制度
- 健康診断の結果が悪化した際に地域のプライマリ・ケアチームの健康指導を受けられる制度
- 親子共同でプライマリ・ケアの受診を促す制度
- 地域の後期高齢者医療制度加入者のプライマリ・ケアチーム保有状況に応じて国等から自治体へ当該地域のプライマリ・ケア医療従事者支援や育成・教育に活用できる予算が支給されるプライマリ・ケア促進制度等



5. 多職種間での臨床データ共有基盤構築促進

- 一生涯の健診・検診データや治療・服薬履歴を国民1人ひとりが自ら把握できる環境が数年で実現される状況を踏まえ、地域の多職種連携を促進する。そのために、各医療従事者が国民・患者の一生涯において、どこで・何のデータをもとに・どのように関わるかあるべきユースケースの検討・審議の場を政府内に設ける。
- 患者の生活習慣病の重症化予防などから検討をはじめプライマリ・ケアチームが担うべき活動をもとに標準化されたデータ基盤を整備する。





健康増進と医療革新を促進するために **価値に基づく医療の実装**

個々人に応じた価値の高い医療が評価・選択され、
価値の低い医療が自然退出する姿を目指し、
医療制度のさらなる強化を進めるべき

重要事項

- 価値の収集・評価
- 医療の質の継続改善

いただいた質問

お伝えする内容

ページ

既存制度での問題



保険適用後の医療の再評価に課題

22-28

既存制度をどう変えるか



医療介入の体系的な再評価

施策実行の道筋



国民・各ステークホルダーの価値に対する議論と
合意の下での制度設計

29

2.1 公的医療保険に収載された医療を継続的に評価すべき

医療の質を最大限に高めるためには、既収載医療を体系的に評価する必要がある。
医師が患者にとってよりよい医療を提供するために、これらの評価結果が最大限活用されるべきである。

問 現行制度の問題と対処方法は何か？

現状：医療の継続的な評価を行う仕組みが、 現行制度に十分組み込まれていない

保険収載されると安全性の理由を除いて、
保険収載から外されることは少ない

- 患者に対して比較的価値の低い医療技術となっても、保険収載から外されることは少ない
- 患者へ行う治療の選択肢があることは重要だが、その選択肢ごとの患者への価値が継続して評価されているわけではない

保険収載された医療技術の有効性や安全性などの価値は、
継続的な評価なしには明確に把握できない可能性がある

- データに基づく医療の実現に向けた、臨床現場のエビデンス収集やそれらを促す評価制度は、日本の公的医療保険制度には十分実装されていない
- 医療技術全体の評価を行う仕組みを構築すべき

理想：患者中心医療の実現のために、 疾患ごとの医療行為を再評価すべき

医療の保険償還価格は、
アウトカムを中心に評価されているわけではない

- 現行制度の医療の評価は、コスト抑制に焦点があたっており、提供された医療による患者が重視する価値の向上については十分には考慮できていない
- 各治療の価格改定における評価は、ある疾患に対するアウトカムと医療費を踏まえて、患者が重視する価値に応じて評価される仕組みを追求すべき

オーストラリアとオランダの制度が参考にし得る

- オーストラリアは、最新の臨床結果に基づいて保険収載されている医療の刷新を実施するタスクフォースを設立した。5年間で5,700件以上の医療が体系的に検討され、タスクフォースは継続的なレビューメカニズムの作成を提言した。
- オランダは、患者への質の高い医療を提供し、患者の健康増進を図るとともに、不必要な費用を抑制するために、価値の低いまたは不必要な医療を特定し、それを抑制するための制度を実装した。

解説：日本の医療制度では特に保険適用後の医療の評価が十分でない

既存の診療報酬制度において、保険適用後の医療の再評価が課題と考える。市場規模等による再評価対象の選定ではなく、患者中心医療実現のための体系的な医療介入の選定により、医療の提供価値の最大化を図るべきである。

		新規承認/保険適用				保険適用後	
		審査 examination	迅速審査 fast track	条件付早期承認 conditional approval	医療技術評価 HTA	価格改定/再評価 Revision/Reassessment	医療技術評価 HTA
現状	技術・サービス	<ul style="list-style-type: none"> 学会等から提出された技術評価提案書に基づき実施 				<ul style="list-style-type: none"> 学会等から提出された技術再評価再提案書に基づき実施 	
	薬剤・材料	<ul style="list-style-type: none"> 類似薬効比較方式/機能区分比較方式 原価計算方式 	<ul style="list-style-type: none"> 先駆的/先駆け審査制度 	<ul style="list-style-type: none"> 条件付承認制度 (医薬品・医療機器) 条件および期限付承認制度 (再生医療等製品) 	<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果評価制度 (市場規模等で選定) 	<ul style="list-style-type: none"> 実勢価格調査をもとに引き下げ 市場拡大算定等 チャレンジ申請 (医療機器) 	<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果評価制度 (市場規模等で選定)
評価	n/a	n/a	<p>医薬品・医療機器では「重篤な疾患」が対象であるが、リアルワールドデータの整備を見越した対象の検討が必要 (再生医療等製品では、重篤との規定はない)</p>	<p>制度は整いつつある (保険適用の遅れがあると患者利益に影響)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 保険適用となった医療技術は、排出されにくい 患者が重視する価値の高い/低い医療の把握困難 市場拡大算定は、希少疾患等に対する研究および適応拡大に対する動機に影響し得る (患者利益に影響) 		
あるべき	n/a	n/a	<p>「重篤な疾患以外」でも早期に患者へ医療を届けられる対象の追求</p>	<p>経済合理性と患者が重視する価値を踏まえた評価</p>	<p>リアルワールドデータを活用した再評価を追求し、医療の提供価値の最大化・患者中心医療を実現</p>		

解説：医療技術も含めた再評価の在り方の検討が必要

現行の仕組みは、例えば、医薬品あるいは医療機器の費用対効果分析は主にコスト(価格)に着目しており、実施時の企業・行政に対する負荷が高いなど、現行の仕組みをそのまま拡大して対応することは現実的ではない。

	再評価対象		実施実態・課題
	薬・機器など	技術	
再審査制度	○	—	<ul style="list-style-type: none"> 新薬・新機器について、承認後一定期間が経過した後に、承認された効果効果や安全性について実臨床データを基に再度確認を行う 医療技術は対象外
再評価制度	○	—	<ul style="list-style-type: none"> すでに承認されている薬・機器について、現時点の学問水準に照らして、品質、有効性および安全性を確認するものであるが、全製品が定期的に再評価されているわけではない 薬効再評価実績は公開されているもので3件。(プロナーゼ、リゾチーム塩酸塩、抗菌薬) 医療技術は対象外 行政・企業への負担が大きい
診療報酬改定	○	○	<ul style="list-style-type: none"> 実勢価格や実臨床での診療実態の変化に応じた償還価格の修正を行うものであり、有効性の再評価を行うものではない
医療技術評価	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 医療技術評価のうち、費用対効果評価は実装されているが、経済性以外の価値に対する医療技術の評価は実装されていない
費用対効果評価	○	—	<ul style="list-style-type: none"> 定量的算定が可能な部分のみを評価するものであり、患者が重視する価値評価の役割は限定的 医療技術が対象外 行政・企業への負担が大きい

さらなる仕組みが必要

※日本総研による有識者ヒアリングより

※現行の再評価制度や、新しく導入された費用対効果評価の仕組みを活用するにしても、1剤当たりの企業側のコストは、数千万円単位

※再審査・再評価等での製造販売後調査において、2018年4月から医療情報データベースを用いた申請資料の収集、作成が可能

解説：医療介入の体系的な再評価が行える仕組みが必要

理想的には、体系的な再評価として、患者のケアパスにおけるすべての医療介入について、一生涯のアウトカム向上の視点での検討を目指すべき。これにより、高価値医療が選択され、低価値の医療介入は自然に却下される仕組みを実現するべき。

現在

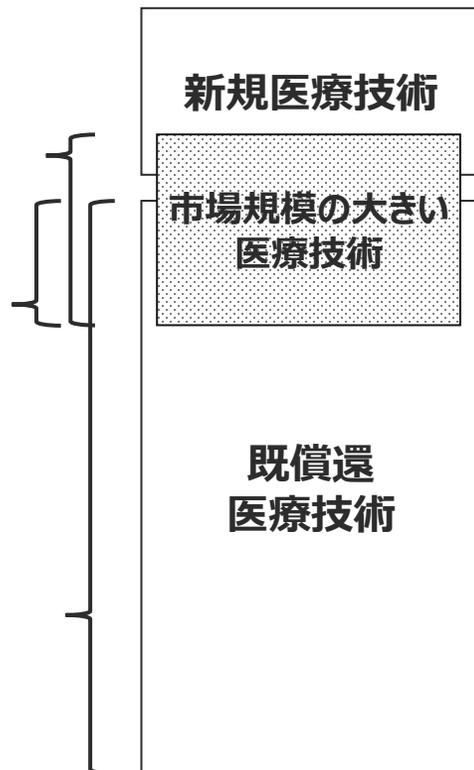
費用対効果評価制度

- ✓ 新規医療技術に対しては保険適用の遅れが懸念

市場拡大再算定等による削減

- ✓ アンメットメディカルニーズが残存する疾患への適応拡大に対して、ディスインセンティブとなる。

技術再評価再提案書・ 実勢価格調査による削減



あるべき



「医療介入」の体系的な再評価

- ✓ 単一の医療技術に対してではなく、国民一生涯の健康をアウトカムとした総合的な医療介入に対する評価手法を導入
- ✓ 臨床的、経済的、倫理的、社会的影響等、多様な価値を考慮
- ✓ 市民/医療従事者/企業/保険者/政府間で、定義や目的に合意し、その目的の達成に向けて協力をして刷新を図る仕組みを構築
- ✓ 再評価を見すえたデータ駆動型のエビデンス収集基盤/評価基盤を構築

事例：保険適用後の医療に対し、再評価を体系的に実施

オーストラリア、オランダでは、それぞれ保険適用後の医療に対し、再評価を体系的に実施。低価値の医療を特定・削減し、患者に対する医療の質を向上することに貢献している。

	施策	概要	対象	導入された価値の概念
オーストラリア	MBS(Medical Benefits Schedule) Taskforce Review 2015-2020	タスクフォースを設立し、最新の臨床エビデンスに基づき刷新を実施	保険適用の5,700以上の医療を5年間かけ検討	<ul style="list-style-type: none"> • 手頃な価格での普遍的なアクセス • ベストプラクティスでの医療の提供 • 患者に対する提供価値 • 医療システムに対する提供価値
オランダ	Appropriate Care (Zinnige Zorg) Program	基本的な診断および医療介入が患者指向か、効果的かつ効率的な方法で使用されているかどうかを評価する。	ICD-10分類システムを使用し、低価値介入を同定する体系的な評価手法を採用	<ul style="list-style-type: none"> • 患者中心医療への志向 • 患者と臨床医の間での意思決定の共有 • 段階的なケアの提供 • 医療関係者がプロセス全体を通じて関与

事例：オーストラリア: MBS Taskforce Review

概要

- ✓ 2015年6月、オーストラリア政府はMBSレビュータスクフォース(Taskforce)を設立し、MBSの5,700以上の項目に対し、最新の臨床エビデンスとベストプラクティスを合致させ、患者の健康アウトカムを改善するためのレビューを実施した。

価値の概念

- ✓ タスクフォースはオーストラリア政府に対し、MBSの4つのコア目標に関して勧告を提示した。
 - 手頃な価格での普遍的なアクセス
患者、特に農村部の患者のためのサービスを改善する
 - ベストプラクティスヘルスサービス
個々の項目/内容が可能な限り、最新のベストプラクティスおよびエビデンスと合致していることを保証する
 - 患者の価値
患者のニーズに適したサービスの提供をサポートすることにより、本当の臨床価値を提供し、不必要なリスクや費用に患者をさらさない
 - 医療システムの価値
臨床的価値を提供しないサービスの量を減らす。特に現在これらのサービスに容易にアクセスできない患者のために、価値が証明されていないながらも、使用されていない新規および既存のサービスを再発掘する

アプローチ

- ✓ タスクフォースは、臨床委員会やワーキンググループ、消費者代表、消費者パネルの協力に基づき推進された。
 - 既存のMBS項目を見直すために100以上の臨床委員会とワーキンググループが設立され、700人以上の臨床医が参加。各臨床委員会は臨床医の専門家が議長を務め、臨床医、医療システムの専門家、タスクフォースメンバー、消費者代表などのメンバーで構成。委員会は、関連するデータ、文献、臨床ガイドライン、および協議に基づいて項目の詳細なレビューを実施。項目の臨床的有効性、安全性や地理的要因などのさまざまな問題を検討した。
 - タスクフォースは、既存の項目の継続的なレビュー、修正、削除(必要に応じて)を提供するための継続的な評価制度の作成を提言した。

結果

- ✓ タスクフォースの最終報告書は2020年12月にオーストラリア政府に提出され、MBSを改革するための21の主要な勧告と、特定の項目番号に関する1,400の勧告が含まれた。2021年4月現在、政府はこれらの勧告のうち520以上を実施することに合意し、230の勧告を実施した。

事例：ニュージーランド: Zinnige Zorg Program

概要

- ✓ 健康保険法・介護法の対象となるケアに対し、ICD-10分類を使用して定義された条件から、データ駆動型およびエビデンスベースのアプローチを用いて、低価値の医療提供を同定する体系的な評価手法を導入。

価値の概念

- ✓ この手法は、次の視点に基づいている。
 - **患者の中心的医療への志向**
患者視点で全体のヘルスケアパスを特定する
 - **患者と臨床医の間での共有意思決定**
 - **段階的なケア**(※必須要件ではない)
ケアはステップバイステップでの計画に基づいて提供されることを前提とし、最も負担の少ない効果的な治療が最初に使用され、不十分な結果を与える場合にのみ、より複雑/侵襲性の高い介入が提供される
 - **医療関係者の関与**
様々な相談機会への出席、外部調査局の調査の監督に参加する機会、報告書の草案についてコメントする機会など、プロセス全体を通じて関与

アプローチ/結果

- ✓ 評価プロセスは、スクリーニング、詳細分析、実証、モニタリングの4つのフェーズで構成。
- ✓ 様々な医療技術の評価が進んでいる。

スクリーニング	詳細分析	実証	モニタリング
ケアの質と有効性を向上させる可能性があるトピックを選択	各トピックのベストプラクティスと適切なケアを特定するために、詳細な分析を行い改善レポートを作成	改善レポートを基に、患者、臨床医、支払機関等によって実証を実施	改善レポートに対する結果をモニタリング (ZiNによって実施)
<ul style="list-style-type: none">• 血液・免疫システム• 筋骨格系と結合組織• 皮膚および皮下組織感染性および寄生虫病• 眼および付属器• 耳および乳様突起• 消化器系	<ul style="list-style-type: none">• 子宮頸部の異常• 骨盤底の苦痛• 静脈血栓症と肺塞栓症• 下気道感染症と肺炎• 尿路感染症• 喘息• COPD• 実装可能な除細動器• 腰の苦情• LVB• 睡眠時無呼吸• 骨粗鬆症• 精神病• 心的外傷後ストレス障害• 非黒色腫皮膚癌または放基性角化症患者の治療後の監視	<ul style="list-style-type: none">• 末梢動脈疾患• 胸痛(不安定狭心症)• 終末期(腸がん、肺癌)• 去勢耐火性前立腺癌に対する高価な治療• 乳癌のケア後	<ul style="list-style-type: none">• 股関節/膝関節置換

2.2 価値に基づく医療の実装に向けた道筋

価値に基づく医療制度の整備に向けた各種検討を行うべき。

1. 価値に関する議論

- 現状認識、および多様な価値に関する理解と、価値を定量化し反映させる仕組みの議論
- 価値を主軸にした評価に転換させるためのロードマップ策定



2. 医療の価値評価に資する

ICT基盤整備

- 価値の測定・評価に向け、活用可能な既存データの連携の在り方・人材育成・関連する規制制度改革等の基盤整備



3. エビデンスの構築

- 国民一生涯の健康をアウトカムとした、医療の価値評価の推進
- 厚生労働省・PMDA・中医協等が保持する既存の評価機能を強化するとともに、保険者やアカデミア等の第三者による評価機能の確立・拡充を図る



4. 適切な医療の選択への活用

- エビデンスを基に、医療-患者間の相互理解を図り、個人や地域医療にとっての最適な医療の選択を推進



5. 診療報酬制度・公的医療保険の 給付範囲への反映

- 技術評価提案書/技術再評価提案書上の価値の訴求強化、経済合理性だけに依らない医療介入評価対象の選定方法の改善、出来高払いの包括化、医療機関に対するアウトカム評価および新選定療養等に対し、エビデンスに基づき制度設計を図る





情報提供を進め国民的理解を得て **必要な医療財源を確保**

持続的な国民皆保険制度に向け、現状維持を続けた際の課題についての国民理解醸成と、あるべき医療の姿から精査された給付に見合った負担の確保を進めるべき

重要事項

- **国民理解の獲得**
- **給付に見合った負担の確保**

いただいた質問

お伝えする内容

ページ

赤字国債の年間規模



毎年約7.8兆円が該当

財源確保のために取り得る打ち手



負担能力を反映させる制度、
中長期的な財源確保の議論が必要

国民理解を得るためにすべきこと



正しい情報を分かりやすく伝え、
将来について考えられる機会をより設定すべき

施策実行の道筋



医療制度の現状理解の浸透を進めるべき

32-33

34-39

40

3.1 中長期的な視点で、必要な財源を確保しつつ持続的な姿を目指す必要がある

赤字国債を発行し続けており、財源確保に向けて国民理解のもと中長期的な取り組みが必要である。

問 赤字国債は毎年どの程度か？

**毎年7.8兆円規模の公債にて
将来への付け回しを行っている**

2021年の公債依存度で公的負担を按分すると、約7.8兆円が公債に依存していることになる

2020年10月の財政審資料によると、2021年予算では国民医療費47兆円のうち25.3%が国庫負担、約13.1%が地方負担となっている
R3年度の一般会計歳入における特例公債の比率は約40%である

問 財源確保のために取り得る打ち手は？

窓口負担・社会保険料の負担を増やしても不足分を埋めることはできず、税財源の議論が必須

窓口負担・社会保険料の負担を増やしても最大2~3兆円程度の財政効果である。

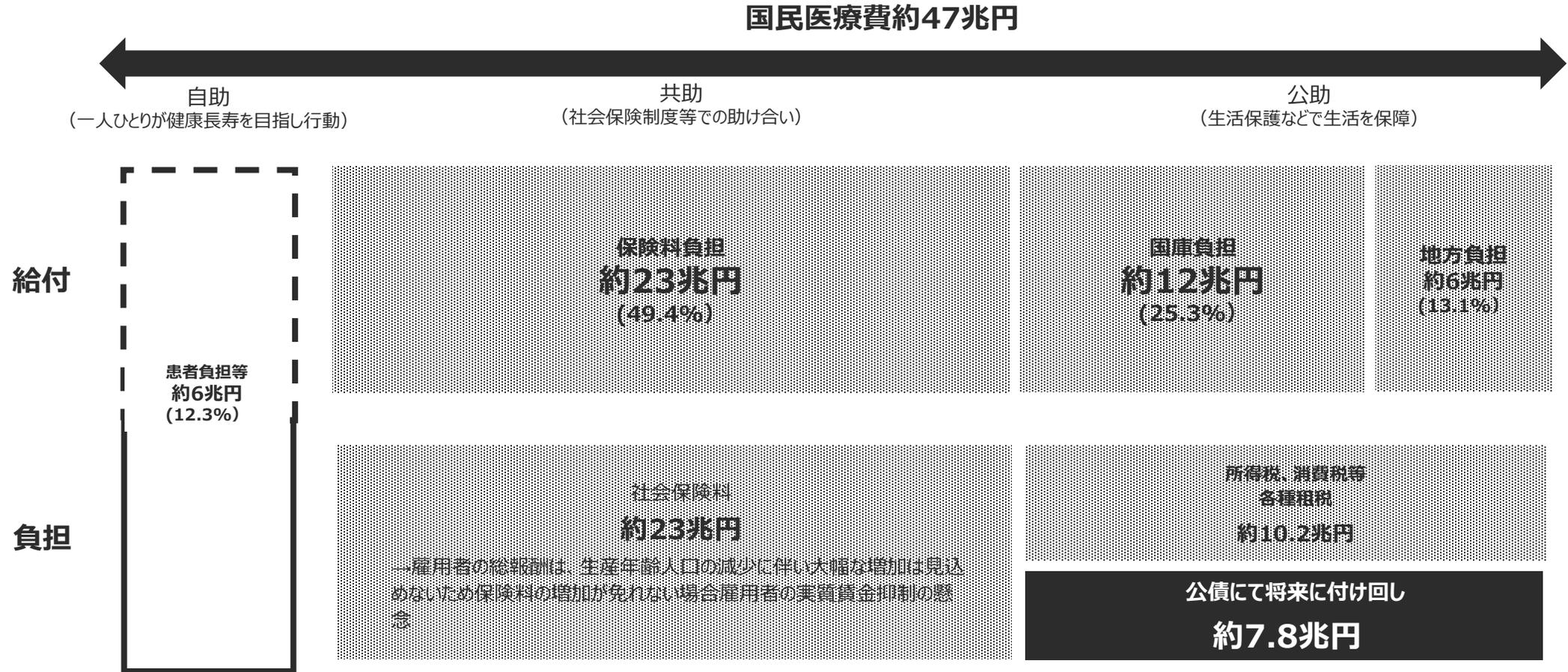
高齢者の原則窓口負担2割の実施で約8000億円の試算、年金所得や企業間での保険料差に対する公平の徹底を行っても、最大2~3兆円規模の財政効果と想定される

現状の社会保障を維持するためには税財源の確保の議論が必須

社会保障の維持のためには税財源の確保の議論が必要であり、中長期的な国民理解が必須

図解：給付に対する負担の確保を考える背景

約7.8兆円規模の公債にて将来への付け回しを行っているが、この費用が、既存制度維持のためだけでなく、将来のあるべき医療に向けた投資にもつながるものであるべき。



※税および公債の費用比率はR2年度の一般会計歳入における租税：特例公債の比率により按分
R2.10 財政審「社会保障について①（参考資料）」を基に日本総研作成

3.2 正しい情報を分かりやすく伝え、将来について考えられる機会をより設定すべき

医療保険制度やその財政状況を伝えことでより議論が進み、これらの情報に接する機会も増やすべきと考える。

問 現状の財政状況や課題について、国民理解を得るためにすべきことは？

国民が議論に参加できるよう
正しい情報をさらに提供すべき

- 負担や制約を伴う施策の選択率において、医療保険制度やその財政状況を説明する前と後では、説明後は選択率が向上した。
- 情報を提供すれば短期的には負担となるもの、将来のための施策を選択する方が増える傾向にある

日本総研では3000名規模のアンケートを実施し、調査の途中で現状や問題についての説明画面を挿入し、その前後で、国民皆保険制度維持のために必要な負担や制約についての考えに変化が生じるかを確認した。この結果、説明を聞いた後の方が、負担や制約を伴う施策への選択率が向上した。

わが国の医療の状況を知り、
将来を考える機会を増やすべき

イギリスでは、小・中・高など学生に自国の医療保険制度について考えるきっかけを体系的に整備している

NHS(National Health Service)について、医療関連の仕事や制度の理解を年齢階層ごとに考える機会が提供されている。

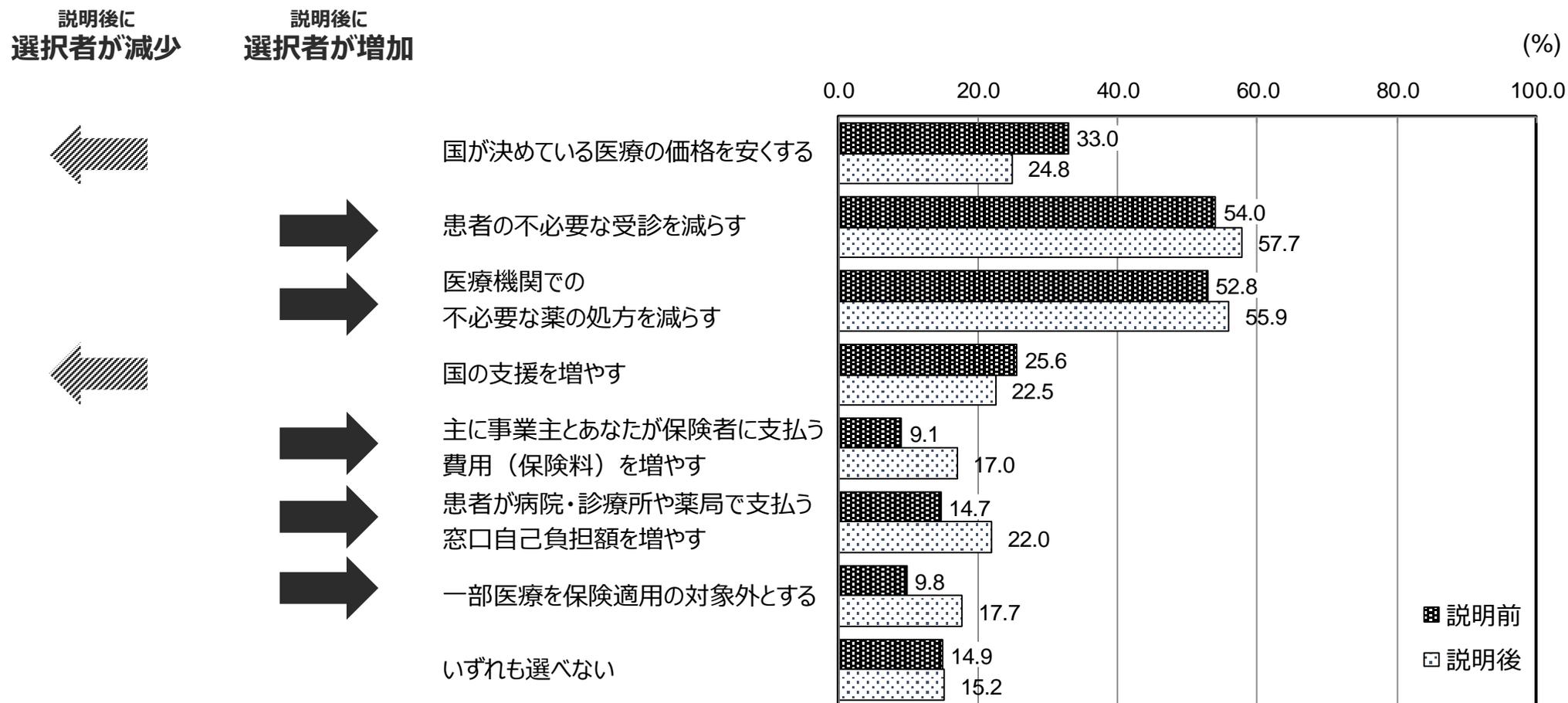
日本では医療の受け方、
在り方について検討する機会は限定的

2021年3月に高校向けの社会保障教育に関するモデル授業検討会が実施されたが、義務教育での教育機会は限定的である。

解説：非効率な医療の見直しを選択する方が増加

不必要な受診・薬の処方を減らすこと、保険料・窓口負担の見直し、保険適用外への調整を選ぶ方が増加した。

Q：国民皆保険制度維持のために必要な取り組み



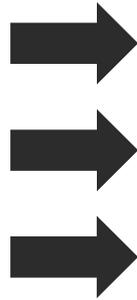
解説：致し方ないと考える施策を選択する方が増加

窓口自己負担の紹介状なしの自己負担、保険料などの増加を致し方ないとして選ぶ方が増加した。

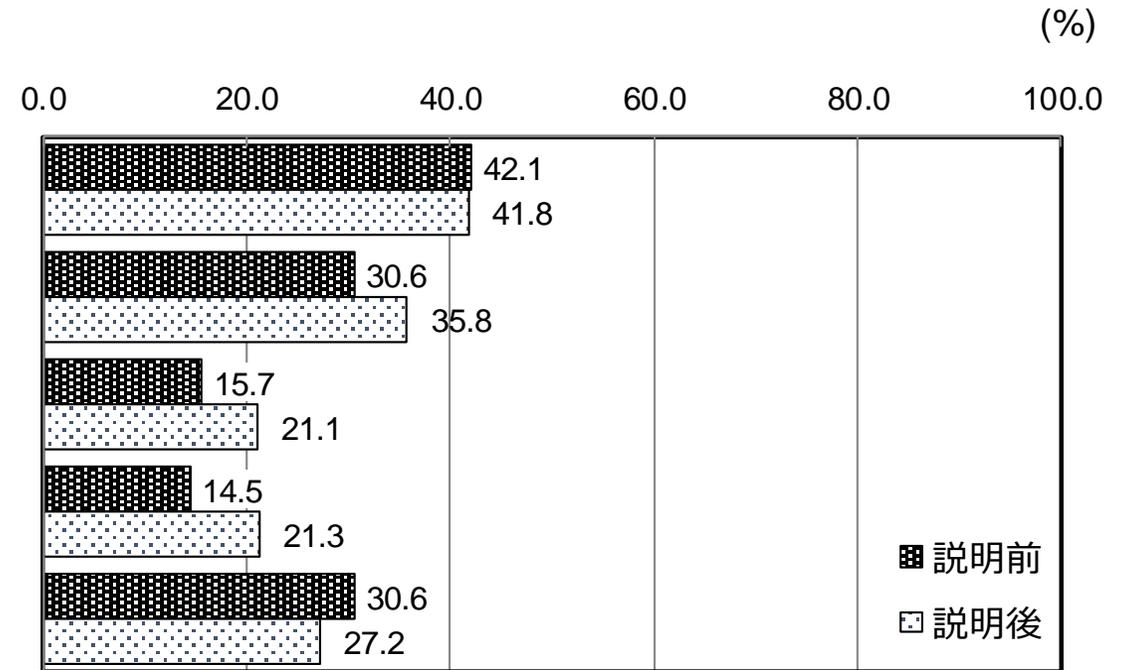
Q：国民皆保険制度維持のために「致し方ない」負担

説明後に
選択者が減少

説明後に
選択者が増加



- 窓口自己負担の1～2割増
- 紹介状なしの大病院受診時の
窓口自己負担の数千円増
- 保険料の1～2割増
- 国の支援を増やすための数%増税
(消費税の数%増など)
- 上記にあてはまるものがない



N=3000 複数選択

解説：公的保険で賄うべき医療の精査を選択する方が増加

処方箋なしで薬局購入可の薬、効果の乏しい医療等を公的保険から外すことを致し方ないと思える方が増加した。

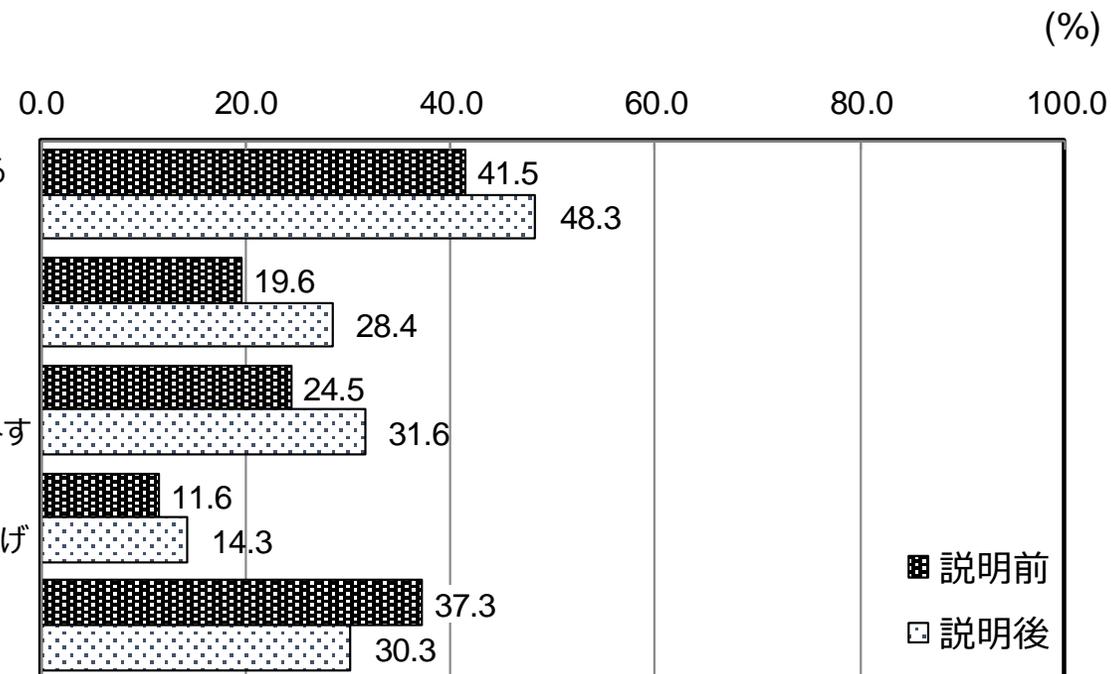
Q：国民皆保険制度維持のために「致し方ない」制約

説明後に
選択者が減少

説明後に
選択者が増加



- 薬局で健康保険証を提示しなくても買える薬は、保険適用の対象医療から外す
- 単価が安く患者の家計負担が小さい医療は、保険適用の対象医療から外す
- 類似した医療と比べて、健康への効果に乏しい医療は保険適用の対象医療から外す
- 高額療養費制度の対象医療の縮小、補填額の引き下げ、月額限度額の引き上げ
- 上記にあてはまるものはない



N=3000 複数選択

解説：医療制度に関する国民的関心・支持が高い国はあり参考にできる

イギリスではNHS(National Health Service)制度を持続させるための負担や価値(Value for Money)の低い治療をしないことなどについて国民支持が高い。

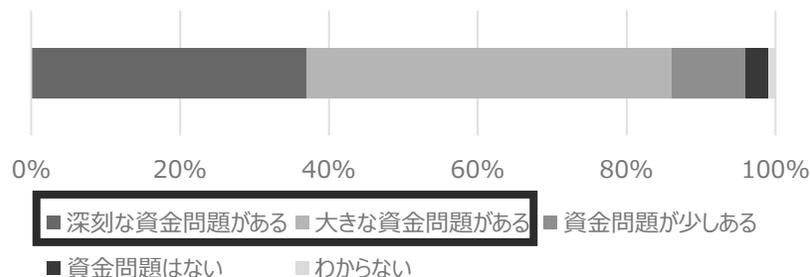
制度維持への国民的関心が高い

■ NHS制度に対する認識（2017年）

NHS制度は重要であり、維持のために何でもすべきである **77%**

NHS制度は大規模プロジェクトであるが、何をやっても現状維持はおそらくできない **23%**

■ 資金問題への認識（2017年）



必要な負担や価値の高い治療の追求を支持

■ 資金不足への対応方法（2017年）

NHS制度の現状のサービス、ケアの水準を維持するために必要な支出の分だけ増税する。 **64%**

NHS制度の現状のサービス、ケアの水準を維持するために他の福祉や教育サービスの支出を減らす。 **17%**

NHS制度の支出増加や増税をする必要がないようにNHS制度で提供されるサービス、ケアの水準を切り下げる。 **9%**

いずれでもない **10%**

■ 増税以外での資金不足への対応策（2017年）

価値の低い治療の提供をしない **49%**

緊急ではない治療のアクセス制限を行う **22%**

特に何もしない（自発性に任せる） **16%**

NHS制度の治療を受けられる基準となる閾値を上げる（NHS制度のケアを受ける前の状態が今よりも体調が良くない状態となる） **9%**

治療や診断を受ける前の待機時間を長くして治療を遅らせる **2%**

わからない **2%**

出所：堀真奈美(2021)「NHS制度に対する国民の認識の実態と理解促進に向けた取り組み」『健保連海外医療保障』No.127 pp37-54を基に日本総研作成

解説：初等教育から医療関連の職業や制度を学んでいる

イギリスでは、日本と比較して若い時期から医療関連の仕事や制度の理解を年齢階層ごとに考える機会を提供している。

英国

Step into the NHS
 NHS関連事業で働くことに興味を持っている若者に必要な情報を提供

- 様々な医療に関連する仕事とそれぞれに求められる技能の違いを学習
- 体調が良くなかかりつけ医に相談するケースから様々な医療従事者が連携し合う仕組みを学習

- 350個の医療関連の仕事の中から1つを選ぶ。30問のクイズからいくつか適正に合う仕事を探すことも可能
- 医療制度と医療サービスやケアについて学習

- 医療に関連する仕事に求められるスキルを理解
- 等

Knowing your NHS
 NHSから提供される11-14才向けの指導用ツールキット

- 適切な医療にかかるためのNHSサービスの全体像
- NHSで年間にかかっている予算、診療所の数、1日当たりの医療行為の回数等



日本

モデル授業案を検討中
<授業内容案>
 ・人生には様々なライフイベントが存在し、社会保障があること
 ・公的医療保険制度の仕組み
 ・国民皆保険制度（共助）の重要性
 ・日本の公的医療保険制度の課題

出所：<https://www.stepintothens.nhs.uk/> を基に日本総研作成

3.3 医療制度の現状理解の浸透に向けた取り組みを進めるべき

給付に見合った負担の確保に向けて各種検討を行うべき。



1. 準備会設置

議題の設定、調査事項への対応等



2. 給付と負担の丁寧な説明

- ・ 給付と負担についての説明をさらに国民へ広く周知。
- ・ 医療制度の持続性確保のためには将来世代の利益を守る解決策を選ばなければならない状況になっていることを分かりやすく示し、政府任せではなく、政府・学術・メディア・シンクタンクなども現状を正しく国民に伝えるために国家プロジェクトなどを立ち上げ協力して展開すべき。

3. 給付に見合った負担制度設計

- ・ 経済成長と福祉政策の充実とともに、保険料・税(昨今の経済状況から性急な消費増税は消費抑制の懸念があり慎重な対応が必要)で医療制度の持続性を担保し医療制度に係る将来不安払拭に努める。
- ・ 水平的公平を徹底して実現し、いまできる財源確保を愚直にすすめるとともに、現状の問題についての認識が広く理解された上で、保険料や税の議論を行う。



本提言は、株式会社日本総合研究所
「持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けた研究チーム」が
公正・公平な視点を心がけて、
患者・医療従事者視点で、中長期的な観点から社会貢献をしたいと考え、
意見をとりまとめ、提示するものである

我々は、中長期的に検討が必要な
重要課題があるべき姿とともに政府の「骨太の方針」に記載され、
具体的な改革に向けた道筋が工程化されることを望んでおり、
本提案については患者、医療提供者、保険者、
政府(厚生労働省、財務省等)、経済界・産業界などの
関係者と目指す方向性の一致は可能と考える

持続可能で質の高い医療提供体制構築に関する提言【2021年10月：追加資料】

株式会社日本総合研究所

持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けた研究チーム

取りまとめ 川崎 真規 リサーチ・コンサルティング部門 シニアマネジャー
社内アドバイザー 西沢 和彦 調査部 主席研究員
南雲 俊一郎 リサーチ・コンサルティング部門 部長
社内メンバー リサーチ・コンサルティング部門
小倉周人 鈴木麻友 徳永陽太 野田恵一郎 山本健人

協賛：米国研究製薬工業協会（PhRMA）

<連絡先>

〒141-0022 東京都品川区東五反田-2-18-1
大崎フォレストビルディング

川崎 真規 シニアマネジャー

E-mail: kawasaki.masaki@jri.co.jp

小倉 周人 コンサルタント

E-mail: ogura.shuto@jri.co.jp

本提言は「持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けた研究チーム」の見解であり、
日本総研の公式見解を示すものではありません