

「持続可能で質の高い医療提供体制の構築」に関する 日本総研コンソーシアム立ち上げに向けて

第2回 ラウンドテーブル プライマリ・ケアチーム体制の整備

2022年2月3日

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

※ 株式会社日本総合研究所は、三井住友フィナンシャルグループに属するシンクタンクおよびコンサルティングを主な事業とする企業
※ 健康・医療分野の政策研究・提言において、シンクタンクおよびコンサルティングの両事業がチームを組んで取り組んでいる

■ コアメンバー

康永秀生 教授、医師

東京大学大学院 医学系研究科公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学分野

堀真奈美 教授

東海大学 健康学部（学部長）
東海大学大学院 人間環境学研究所人間環境学専攻

吉村健佑 特任教授、医師

千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター（センター長）
千葉県 医療整備課 医師確保・地域医療推進室 元厚生労働省医系技官

西沢和彦 主席研究員

株式会社日本総合研究所 調査部

■ メンバー（RT2有識者）

草場鉄周 医師

日本プライマリ・ケア連合学会理事長

仲井培雄 医師

地域包括ケア病棟協会 会長

占部まり 医師

宇沢国際学館 代表取締役

佐藤主光 教授

一橋大学 経済学研究科

三原岳 主任研究員

ニッセイ基礎研究所 保険研究部

0.1 提言概要：持続可能で質の高い医療提供体制に関する提言

[ファイナンス]

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
～マクロでの給付と負担の均衡性の確保～

- **医療のあるべき姿、提供体制を国民目線で検討**し、それを実現するにあたっての必要な給付を考え、その給付に必要な財源を考える必要がある。
- 医療費＝医療保険給付対象の費用となっており、予防なども含めたデータでなく、**議論の前提となるデータ自体の整備**も必要。
- 現在世代の誰かが得をする議論ではなく、国民皆保険がもたらす便益を**将来世代に確実に引き継ぐための責任ある議論**が必要である。

[医療提供体制]

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

- 健康不安時の対応、生活習慣病の重病化対応などにおいて、臓器ごとの専門医だけでなく、全人的・包括的に複数科／疾病の患者も診ることができ、患者の地域や家族の状況も踏まえて診察できる地域ごとの**プライマリ・ケアチームが必要**である。
- 将来の公衆衛生危機や今後の少子高齢化も踏まえ、地域における病院・診療所間連携、在宅支援の在り方も含めて、**かかりつけ医の役割・機能を見直す**べき。
- 国民一人ひとりが、自らが選んだ一生涯のかかりつけの多職種医療従事者チームに診てもらえる「**国民の一生涯を見るわが国流のプライマリ・ケア**」の仕組みが必要。



2021年5月にシンポジウムを開催
(動画公開中)

[基本的思想]

健康増進と医療革新を
促進するために患者が重視する
価値に基づく医療の実装

- **医療のデジタル化**を進め、既存医療や新たな医療の価値を評価し、**価値の高い医療がより選択され**、価値が高いとはいえない医療の提供が自然と少なくなる仕組みを構築すべき。
- これにより、国民は**正確なデータを活用した価値の高い医療**を受けられる。
- 支払制度においてもデータを活用し、医療サービスの投入量評価から価値評価へ転換できる領域を見出し、**価値に基づく医療のさらなる実装**を追求すべき。

0.2 ラウンドテーブルの位置づけ

【～2020年度】

【医療保険財政】
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
～マクロでの給付と負担の対応性の確保～

あるべき姿から検討した提言を発出

【医療提供体制】
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・ケアチーム体制の整備

【基本的思想】
健康増進と医療革新を
促進するために患者が重視する
価値に基づく医療の実装

検討ステップ

熟議すべき論点を整理する
何を論点として、
何から順番に検討すべきか整理
(有識者の助言を頂く)

会議体

RT1 RT2 RT3
ラウンドテーブル

期待成果

■ 検討すべき論点を理解・整理

提言内容の具体化および実装に向けて、今後、
どのような論点をどのような順番で検討すべきか整理。

【2021年度】

業界団体・法人などへ協賛依頼

【2022年度】

国民視点での熟議・提言実装を
進める仕組みを運営

JRI主催で、複数の協賛を頂き
継続した議論を行う機会を提供

コンソーシアム

■ 継続した議論の実施

ラウンドテーブルで導出した論点を基に、
議論を推進し、国民的理解向上への貢献を目指す

第1回ラウンドテーブル

マクロでの給付と負担の 均衡性の確保

事務局認識

- 国民皆保険制度の持続可能性を確保するための議論が専門的で分かりにくい

本日のラウンドテーブル

第2回ラウンドテーブル

あるべき医療提供体制の 姿とその実現へ

～プライマリ・ケアチーム体制の整備～

事務局認識

- コロナ禍を経て、家庭医療といった外来医療の受け方・あり方を議論すべきでないか
- 病気になってからでなく予防も含めて検討すべき
- 価値の高い医療へ医療予算がメリハリを持って配分される状況ではない

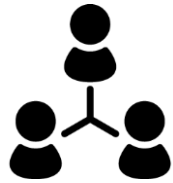
第3回ラウンドテーブル

政策課題に対する国民的 理解・関心の醸成

事務局認識

- 誰に何をどのように伝えるなどすると、政策課題に対する国民的理解・関心の醸成が進むのか
- 国民が受け入れられる医療制度が何かや、目指すあるべき姿が伝わる取り組みが十分でない

日本総研として具体策を今後検討したいと考えており、
このテーマにて有識者の皆さまにご議論頂く機会を設定



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。

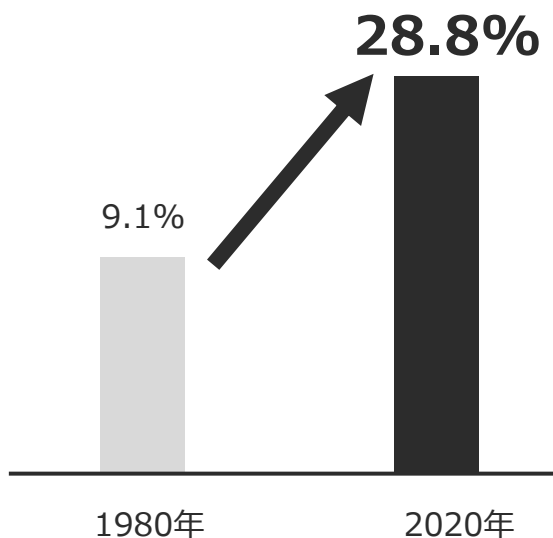
重要事項

- 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

1.1 人口動態・疾病構造・家族構成の変化

ここ数十年で、人口動態・疾病構造・家族構成が大きく変化している。

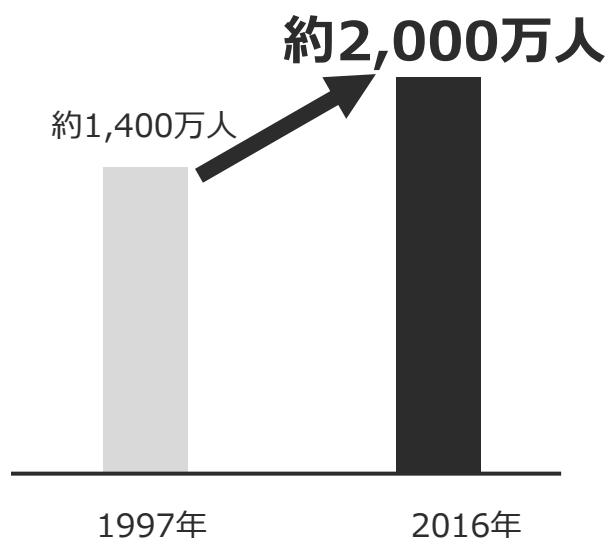
人口動態の変化 高齢化率が上昇



出所：内閣府「令和3年版高齢社会白書」を基に日本総研作成

Keyword
多疾患併存

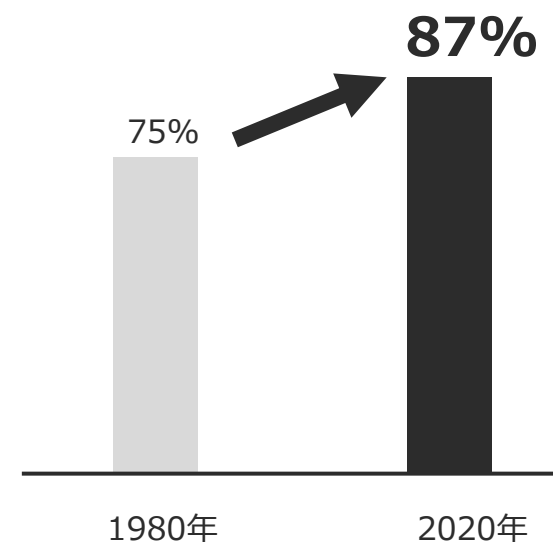
疾患構造の変化 生活習慣病患者増



出所：厚生労働省「国民健康・栄養調査」を基に日本総研作成
※重症化とは病状が重篤化すること

Keyword
予防・重病化予防

家族構成の変化 核家族率が上昇



出所：総務省「人口動態・家族のあり方等社会構造の変化について」を基に日本総研作成
※核家族率は、親族世帯に占める核家族数の割合

Keyword
日常的に生じる健康問題の相談先

1.2 提言：国民の一生涯の健康を地域多職種連携で診る姿（日本総研研究チーム提言）

国民一人ひとりが、健康時から病気時全ての段階において、自分の医療・生活情報を把握し適切なアドバイス・治療・投薬の提供を受けられる、一生涯の健康を診るチームを持つべき。

出産・育児期



子どもの
体調変化の
相談

ワクチン接種時



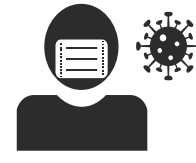
予防接種の相談、
接種後の体調変化時の
相談

健康診断時



健康診断の
毎年問診で
面談

体調変化時



体調変化時に
オンラインなどで
相談

多疾患併存時



複数疾患の
相談、介護などの
相談

終末期



緩和ケアの
相談

地域の医療基盤

- 90%程度の
疾病対応可能
- 緩和ケアも担当

あなたの一生涯の健康を診るチーム
(日本版プライマリ・ケアチーム体制)



看護師

(プライマリ・ケア看護師)



医師

(プライマリ・ケア医)



薬剤師

(プライマリ・ケア薬剤師)



介護士・
ケアマネジャー
など



多職種間の医療・データ連携

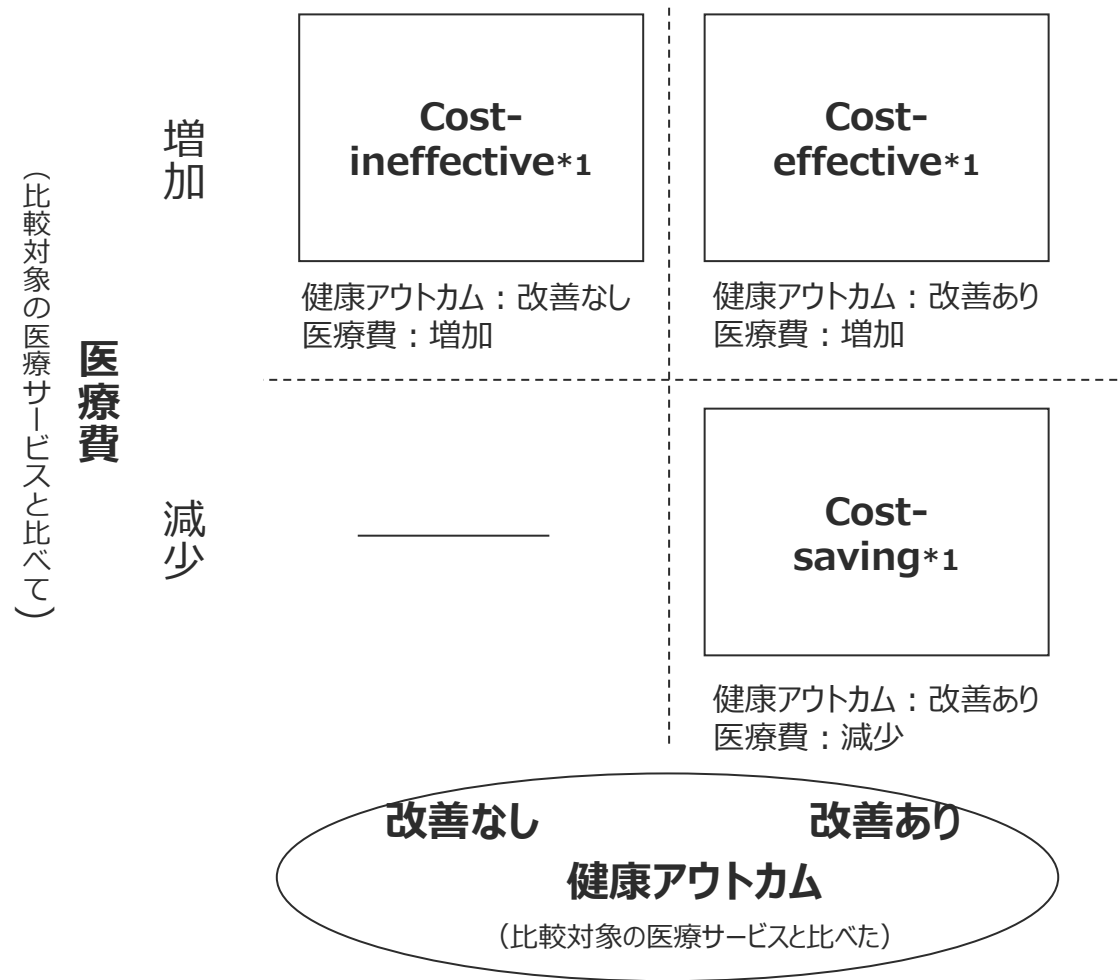


専門医

保健所など

1.3 医療サービスにおける健康アウトカムの評価が必要 (日本総研研究チーム理解)

提言を進めるうえで、プライマリ・ケアチーム体制による健康アウトカムおよび医療費への影響に係る日本での検討・研究の推進に我々は貢献したい。



ここに関するアカデミアや各種団体の検討に我々としても貢献したい

*1 以下書籍を参考に記載。
「そろそろ医療の費用対効果を考えてみませんか？」 (著者：康永秀生、小西孝明、小寺聡)、中外医学社

1.4 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"> 既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

更なる仕組みが必要

※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、作成は可能

1.5 保険適用後の医療の評価が十分でない

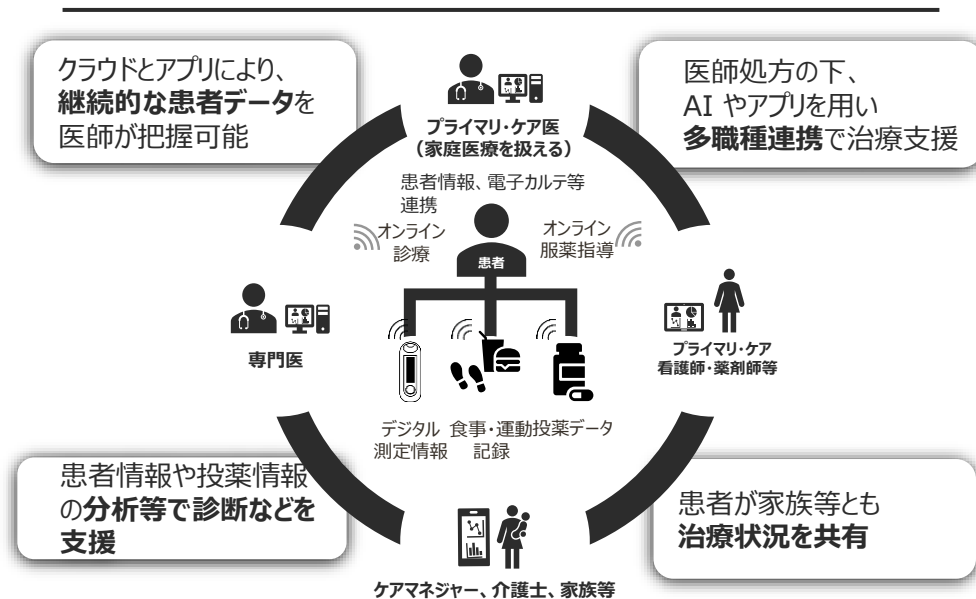
既存の診療報酬制度において、保険適用後の医療の再評価が課題と考える。市場規模等による再評価対象の選定ではなく、患者中心医療実現のための体系的な医療介入の選定により、医療の提供価値の最大化を図るべき。

		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) 条件及び期限付承認制度 (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>		

1.6 デジタル活用で、プライマリ・ケアチーム体制実現を加速化

データを活用し、患者の状態に合わせた診療・助言が更にでき、患者個別のニーズに基づく医療をさらに提供できる。

デジタルを活用したプライマリ・ケア (一人ひとりに適した個別化医療へ)



出所：米国デジタルセラピューティクスアライアンスHPの内容をもとに日本総研作成

2013年、日本医師会・四病院団体協議会は、**患者・国民の健康に、生涯にわたって幅広く対応していくことを目指して、「かかりつけ医」の養成、「かかりつけ医機能」の充実に努めることとした。**
https://www.med.or.jp/people/info/people_info/009627.html
⇒現在は、当時からデジタル技術の革新が進み、より実現できる状況となっている。

■ 期待される姿

プライマリ・ケア×デジタル化を進めることで、
(医療機器プログラム：SaMDの発展にも期待)

- ✓ 個人の医療・健康・患者背景データがチーム間でより共有される
- ✓ 個人の状態に合わせて、科室横断的な診療・助言がしやすくなる

データが蓄積され、解析が進むことで、
価値に基づいて医療が評価でき、

それに基づいて、
患者個別のニーズに基づく医療がさらに提供できる。

医療データではなく、患者の願いや思いを、医師・医療従事者や家族と共有する取り組みとして、**ナラティブブック秋田の事例が挙げられる。**
患者が何を望むかという情報をステークホルダー全員が共有して、尊重した形での、診療・介護を目指している。

1.7 プライマリ・ケアに関する歴史的背景

プライマリ・ケアを実践する医師制度は長年議論されており、2015年にはじめて総合診療専門医が位置付けられた。

1956年

医療保障委員からの
最終答申

- 専門医確立の一環として家庭医を設けるべきだとの内容を社会保障制度に関する勧告の中で提言しているが、実現には至らなかった。

1985年

家庭医に関する懇談会での
議論

- 厚生省の家庭医に関する懇談会において、
 - (1)初診患者への対応
 - (2)健康相談・指導
 - (3)医療の継続性重視
 - (4)総合的・包括的医療の重視、医療福祉関係者チームの総合調整などの機能を満たす家庭医が必要とする考えが示された。
- 厚生省はモデル事業を進めるように試みたが、ステークホルダーの合意を得られずに実現せず。

1996年 2008年

関連する診療報酬改定

- 主治医が総合的・継続的に診ることを算定要件とする診療報酬が新設されたが、数年で廃止されている。
 - ✓ 老人慢性疾患外来総合診療料（1996-2002）
 - ✓ 後期高齢者診療料（2008-2010）

2015年

専門医の在り方に関する
検討会

- 18の診療科別専門医と並ぶ「19番目の専門医」として総合診療専門医を位置付けた。

出所：各種資料を基に日本総研作成

1.8 プライマリ・ケア関連の今期の政府の検討状況と課題

プライマリ・ケア関連の議論は政府で進んでいるものの、目指すプライマリ・ケアの絵姿の議論は限定的であり、プライマリ・ケアの価値や、誰がどのように担うのが望ましいかなど、実装に向けた議論がなされていない。

中医協

令和4年1月14日の中医協総会でプライマリ・ケアに関連する論点として下記が整理されている。

- **紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲**を見直し。また、対象患者についてその診療に係る保険給付範囲および**定額負担の額等**を見直し。
- **外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、共同して**必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。
- 地域包括診療料等について、対象疾患を見直すとともに、成人に対する予防接種の増加を踏まえ、**予防接種に関する相談への対応**を要件に追加。
- 地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、**機能強化加算について要件**を見直す

外来機能報告等に関するWG

- 全国の病院が外来データを都道府県に報告し、そのデータを踏まえて、各地域で「紹介中心型の病院」を明確し、病院/診療所の機能分化を促進する。2022年度から制度実装。
- 今年度は、「かかりつけ医」に関する調査・研究が行われている。「かかりつけ医」と「高機能の病院外来」との双方を明確にすることを目指している。

財政審

- 令和3年10月11日の財政審で、日本プライマリ・ケア学会理事長草場先生より、**プライマリ・ケアの実装に関する根本的な改革の必要性**を主張する趣旨の提言が発表された。
- 特に、**チーム制、登録制、出来高払いから包括払いへの変更**等これまでは政府ではあまり取り上げられていない内容が議論された。

- 目指すプライマリ・ケアの絵姿について、財政審で一部議論されているが、政府の会議において
- **プライマリ・ケアの実装(制度等)とプライマリ・ケアの価値に基づく議論が十分**なされていない。
 - **プライマリ・ケアや家庭医、GP、かかりつけ医など用語の定義・認識が十分統一**されていない。
 - **プライマリ・ケアの具体的な実装方法の議論**まではなされていない。

出所：各種資料を基に日本総研作成

1.9 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。

地域の医療資源の有効活用が必要 (現状の問題意識)

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。

地域に応じた診療所・病院の役割分担へ (地域医療構想の実現へも貢献)

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

1.10 本日の論点①：今後検討すべきと考える論点案(事務局案)

論点案（1）望ましいプライマリ・ケアチーム体制およびその要件

- 望ましいプライマリ・ケアチーム体制が提供すべき「サービス」、そのサービスにより解決できる「課題」サービス提供のために必要な「機能」、およびその「担い手」は何か。
- プライマリ・ケアチーム体制を地域で実現し、その価値を継続的に評価するために、地域の医療従事者、地方自治体、教育機関などに**求められる要件**は何か。

論点案（2）多職種連携や人材確保などプライマリ・ケアチーム体制構築の課題

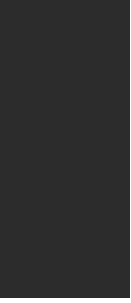
- 既存の医療提供体制にて**不足しているサービス・機能・担い手**は何か。
- 地域の特性に応じた体制構築のために**必要となる担い手**はどの程度必要か。

論点案（3）プライマリ・ケアチーム体制実現に向けて必要となる制度・教育改革

- わが国に適した**制度**（診療報酬改正、フリーアクセス等）は何か。
- プライマリ・ケアチーム体制構築の担い手をいつまでにどのように**確保**すべきか。

論点案（4）プライマリ・ケアの価値・効果に係るエビデンス構築

- プライマリ・ケアは、既存の医療と比較して、どのような患者・疾患・地域において**コストエフェクティブネス**が優れているか。（提案をまとめ厚労省へ提案するなど）

- 
- コンソーシアム構想

2.1 コンソーシアム概要

【検討基盤の理念】

中立・公正・公平を重視し、医療に関連する事項(教育・生活など)を総合的に扱い、戦略的思考に基づく問題設定・課題検討を重視するとともに、政策決定者等へ具体的な提言を提示する。

私達は、持続可能で質の高い医療提供体制の構築に関する提言の社会実装を進めこれにより、国民の社会保障への不安が軽減し、多くの方がより豊かな人生を送れている姿の実現に貢献する。

Mission

- 医療に関連する事項(教育・生活など)を総合的に扱い、国民の理解促進を追求し、政策決定者等へ具体的な提言を提示

Vision

- 国民の社会保障への不安が軽減し、多くの方が安心して豊かな人生を送れている社会

Value

- 国民視点
- 中立・公正・公平
- 傾聴と対話
- あるべき姿から検討
- 学際的アプローチ重視
- 複数による協賛

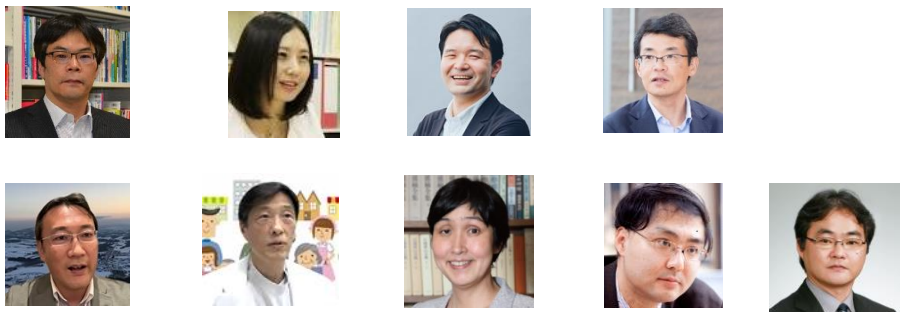
2.2 本日の論点②：コンソーシアムへの期待

- **コンソーシアムに期待する役割について**
- **過去に、継続して参加する価値に乏しいと感じたコンソーシアムなどがありましたら、その要因について**

- 
- 検討結果（概要）

3. 第2回ラウンドテーブル：検討結果（概要）

第2回 ラウンドテーブル



実施レポート

「持続可能で質の高い医療提供体制の構築」に向けて

第2回 ラウンドテーブル
プライマリ・ケアチーム体制の整備
実施レポート



主な意見

- 診療所と患者の関係だけでなく、病診連携・介護との連携等のプライマリ・ケアがカバーする領域を明確化すべき
- 海外事例を踏まえて、日本に適した登録制・支払い制度を検討すべき
- プライマリ・ケアの質の評価方法について検討すべき
- 薬剤師や看護師の職能・役割拡大を検討すべき
- 国民の適切な医療のかかり方に関するリテラシーの醸成が必要
- 自治体や保険者をコンソーシアムに参画させるべき

開催概要・登壇者紹介	P1
提言概要：持続可能で質の高い医療提供体制の構築に関する提言	P2
開催背景：ラウンドテーブル開催の背景	P3
議論概要：プライマリ・ケアチーム体制の実装に関して議論を期待する点	P4-5
議論概要：提言実装に向けた新たな会議体(検討中)への期待	P6

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

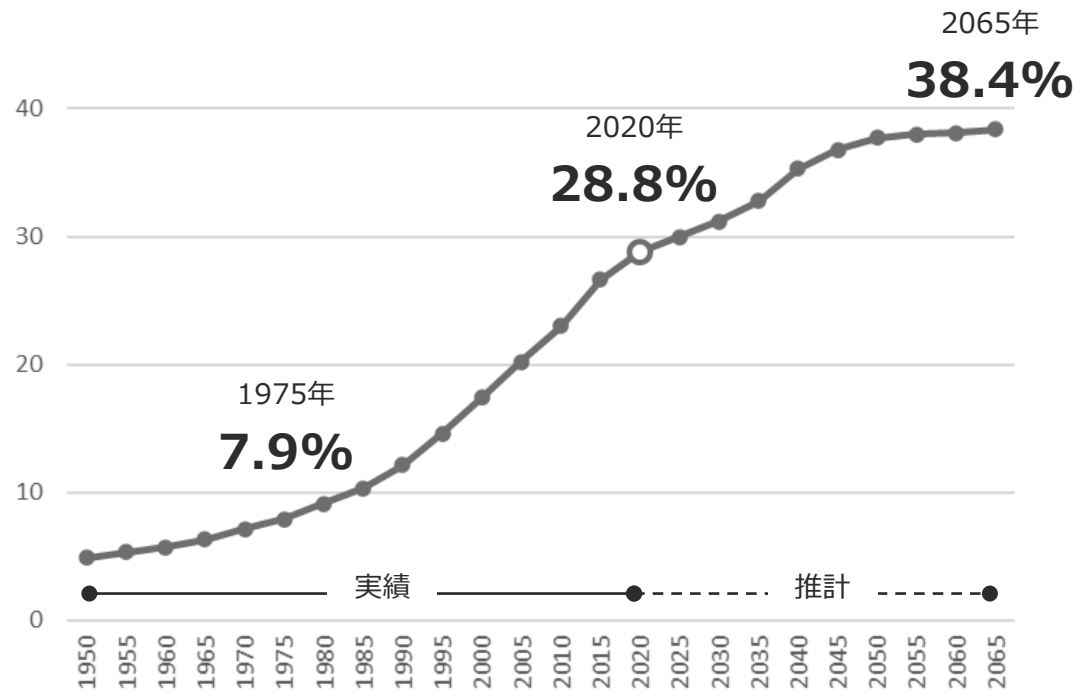


- 参考資料

(参考) 複数の疾患を持つ患者

高齢化率の上昇に伴い、複数の慢性疾患をもつ患者の割合が増えると考えられる。

少子高齢化が 今後も進む



出所：内閣府「令和3年版高齢社会白書」を基に作成

高齢者の多くが 複数の疾患を持つ

日本での研究①
18歳以上約3割、
65歳以上約6割が多疾患を併存

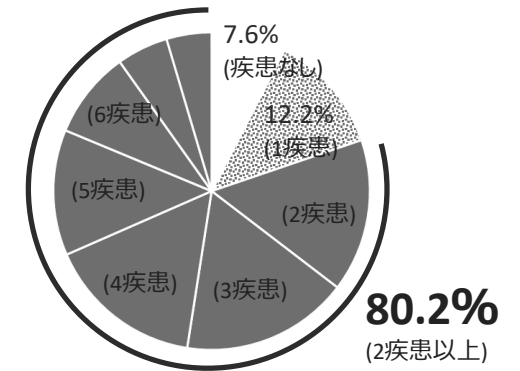
18歳以上
(対象：3,256人) **29.9%**

65歳以上
(対象：1,480人) **62.8%**

研究①：Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, et al. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. Sci Rep. 2018; 8(1): 3806. doi: 10.1038/s41598-018-21917-6.

注意：高橋亮太, 岡田唯男, 上松東宏は、多疾患併存の定義の統一など、日本における多疾患併存の更なる研究の必要性を指摘。(プライマリケアにおけるmultimorbidityの現状と課題、日本プライマリ・ケア連合学会誌2019, vol. 42, no. 4, p. 213-219)

日本での研究②
75歳以上の約8割が
慢性疾患を併存



研究②：Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, et al. Patterns of cooccurrence of chronic disease among older adults in Tokyo, Japan. Prev Chronic Dis. 2019; 16: E11. doi: 10.5888/pcd16.180170 ※補足：2013年9月～2014年8月(N=1,311,116)の間における東京都の後期高齢者約131万人分のレセプト(診療情報明細書)情報の分析結果。東京都健康長寿医療センター研究所の石崎達郎研究部長、光武誠吾研究員らの研究グループが研究。

(参考) 複数の診療科で治療を受ける可能性

現在の医療提供体制下では、基本的に複数の診療科を受診し多疾患の治療を受ける。

多疾患併存のパターン*1	疾患名*1	診療科名(日本総研研究チーム記載)
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">循環器内科泌尿器科血管外科など
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・精神神経科など
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">整形外科皮膚科消化器内科など
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">呼吸器内科皮膚科など
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など

*1 Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, et al. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. Sci Rep. 2018; 8(1): 3806. doi: 10.1038/s41598-018-21917-6.

(参考) 多疾患併存患者の増加に伴う影響

健康アウトカム、患者の治療負担、医療資源利用に対する影響が想定される。

■ 健康アウトカムへ影響*1

多疾患併存状態により、死亡率上昇*2, QOL (quality of life) 低下*3, 身体機能低下*4などの健康アウトカムへの負の影響が示唆されている。

*1プライマリケアにおけるmultimorbidityの現状と課題、日本プライマリ・ケア連合学会誌2019, vol. 42, no. 4, p. 213-219

*2 Menotti A, Mulder I, Nissinen A, et al. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality : The FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). J Clin Epidemiol. 2001; 54(7): 680-686.

*3 Fortin M, Lapointe L, Hudon C, et al. Multimorbidity and quality of life in primary care : a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2: 51. doi: 10.1186/1477-7525-2-51.

*4 Kadam UT, Croft PR, North Staffordshire GP Consortium Group. Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. Fam Pract. 2007; 24(5): 412-419.

■ 患者の治療負担へ影響*1

疾患ごとに専門医受診が必要となることによる受診回数増加*4, ケアの分断, 疾患毎の処方によるポリファーマシーとの関連が報告されている*5,6,7。

*1プライマリケアにおけるmultimorbidityの現状と課題、日本プライマリ・ケア連合学会誌2019, vol. 42, no. 4, p. 213-219

*4 Salisbury C, Johnson L, Purdy S, et al. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract. 2011; 61(582): e12-e21. doi: 10.3399/bjgp11X548929.

*5 Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, et al. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. Sci Rep. 2018; 8(1): 3806. doi: 10.1038/s41598-018-21917-6.

*6 Nobili A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. J Comorb. 2011; 1: 28-44.

*7 Mannucci PM, Nobili A. REPOSI Investigators. Multimorbidity and polypharmacy in the elderly: lessons from REPOSI. Intern Emerg Med. 2014; 9(7) : 723-734. doi : 10.1007/s11739-014-1124-1.

■ 医療資源利用へ影響*1

多疾患併存患者の増加により、医療機関受診、予定外入院、医療費増加等への影響が海外で報告されている*8,9。

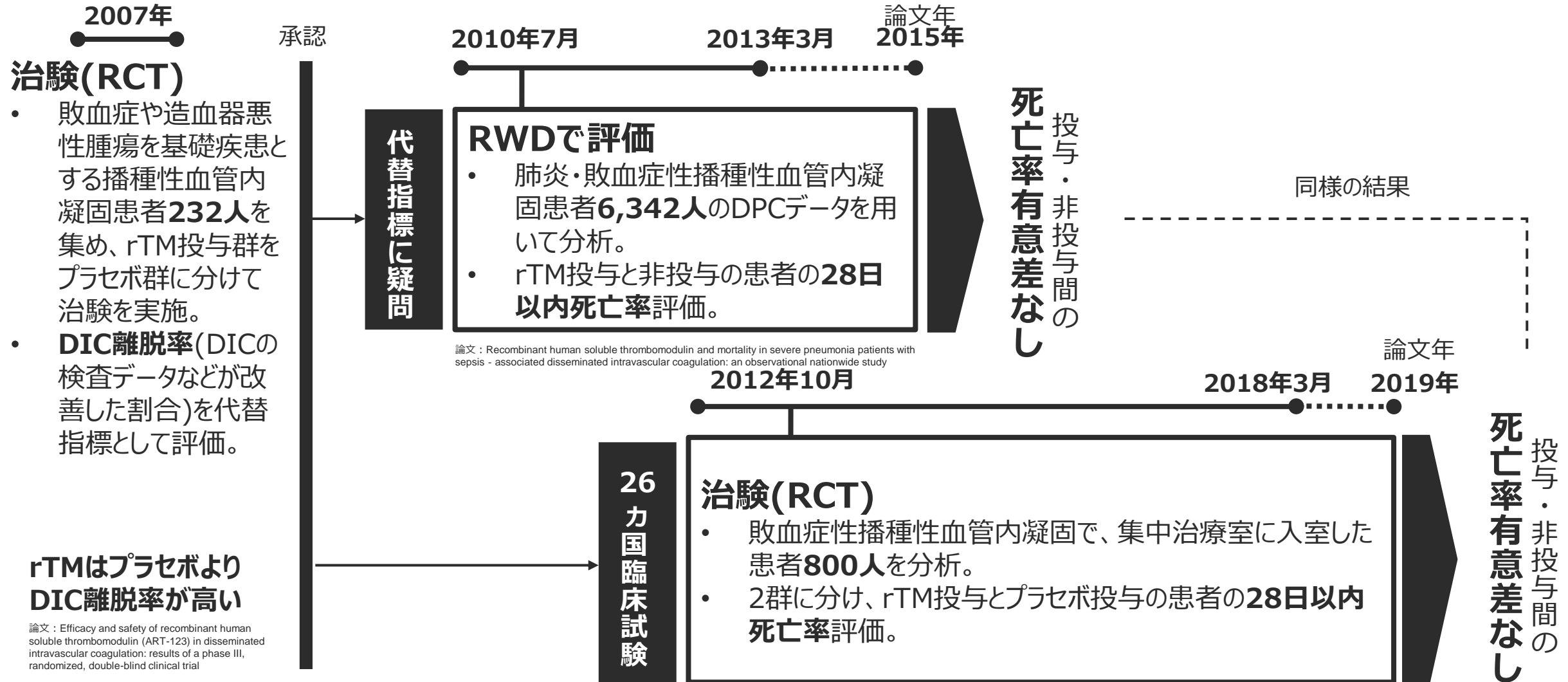
*1プライマリケアにおけるmultimorbidityの現状と課題、日本プライマリ・ケア連合学会誌2019, vol. 42, no. 4, p. 213-219

*8 Glynn LG, Valderas JM, Healy P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. Fam Pract. 2011; 28(5): 516-523. doi: 10.1093/fampra/cmr013.

*9 Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med. 2002; 162(20): 2269-2276.

(参考) 承認済み医療をリアルワールドデータを活用し再評価できる可能性

RWDを用いた研究は、RCTと同様の質をもたらし得る可能性がある。



rTM:遺伝子組換えトロンボモジュリン製剤

出所: 康永秀生「超入門! スラスラわかる リアルワールドデータで臨床研究」を基に日本総研作成

(参考) 承認済み医療技術の再評価に挑戦 (オーストラリア・オランダ)

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 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

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

<東京本社>

〒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

<大阪本社>

〒550-0001 大阪市西区土佐堀2丁目2番4号