

非効率な医療の特定とその改善に向けた提言

2022年10月18日

株式会社日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門
「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」

川崎 真規、野田 恵一郎、青山 温子、富田 奈央子、
川内丸 亮介、辻 恵子、長崎 俊憲、上田 健史

概要

日本の医療費は高齢化の進行と生産年齢人口の減少、医療の高度化を背景に、今後も増加する見込みである。そのため社会保障給付費、特に医療給付費の適正管理に資する医療制度全体の改革を検討する必然性は高く、議論が進められている。一方で、医療における非効率性を是正することで、より効果的・効率的な医療提供体制を構築することが求められる。

本提言では、医療について指摘される非効率性を整理し、それらを改善することで期待される医療費削減可能性を定量化することを目指した。また、医療の非効率性の改善のためには、医療提供体制や医療技術におけるイノベーションを促すことが極めて重要であることから、医療への投資による国民への影響の整理を行った。

本提言では医療における需要と供給のバランスから、需要に対して供給が過剰である状況を「ムダ」、需要に対して供給が過少である状況を「ムリ」、ムダとムリが混在・偏在化している状況を「ムラ」と定義した。これらの視点から可能な限り定量化が可能な課題点に対し、政府統計資料・会議資料等の各種公開情報や有識者による意見を参考に、それぞれの事象・論点について、医療費・医療資源の非効率性の観点から課題があると考えられる範囲を示すことを目指した。

検討結果として、数兆円にも上る医療費の削減可能性を特定した。特に「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」は、ムリ、ムダ、ムラの解消に寄与すること、ムダの解消により数兆円規模の医療費削減が可能であることが明らかになった。具体的には、調剤薬局に関連した「重複投薬等の是正」「後発医薬品の普及に伴うインセンティブ廃止」といった非効率性の是正では数千億円程度の規模で削減可能である。また、入院にまつわる「過剰病床」や「長期入院」の項目で削減可能な推計額が大きく、優先的に着手すべき事項であると考えられる。

非効率性を是正し医療費を削減することは少子高齢社会において患者負担を増大させないという観点から極めて重要な課題である。また、医療現場におけるムリ、ムラは、医療の質・アクセスを低下させ、国民全体の健康に好ましくない影響を及ぼし得る。同時に、最長寿社会となった日本において、在住する誰もが最先端の医療を享受し続けられるよう、イノベーションは最重要施策と位置づけられるべきである。持続可能で質の高い医療提供体制を実現するためには、聖域なき非効率性の改革とイノベーションの推進を両輪で大胆に進めることが不可欠である。

1. はじめに

2020年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えなどにより、概算医療費は2019年度に比べて3.2%減の42兆2,000億円となったが、2021年度は新型コロナウイルス感染症関連の医療費が増加した影響で、2020年度に比べて4.6%増の44兆2,000億円と過去最高を更新した。日本の医療費は高齢化の進行と生産年齢人口の減少、医療の高度化を背景に、今後も増加する見込みではあるが、日本総研推計で約7~8兆円の赤字国債が毎年累積しており、国民皆保険制度を「給付（受益）を赤字国債に依存した負担」に依存して運営し続けることは持続可能性に乏しい。そのため社会保障給付費、特に医療給付費の適正管理に資する医療制度全体の改革を検討する必然性は高く、2024年4月の、診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬のトリプル改定に向けた議論が進められている。

上述のように全体としての医療財政の在り方について検討が進められているが、医療における非効率性を是正することで、より効果的・効率的な医療提供体制を構築することが求められる。例えば、病院数・病床数の多さは需要を喚起し医療費の増大を招くことが指摘されている。また、新型コロナウイルス感染症による医療の逼迫が起きた要因として、病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少なく、医療資源が散在し、手薄な人的配置による「低密度医療」となっていることや、医療機関相互の役割分担や連携が不足している等の課題が挙げられる。経済対策のための補助金等まで含めると、大きな歳出を伴う事態になっている。さらに、既存の医療においても各業務の非効率性は散見され、その業務負荷が医療従事者の献身的な労働によって賄われてきた側面もある。

2022年7月、日本総合研究所は医療に関わるさまざまなステークホルダーが集まり、中長期的な医療制度全体の改革の議論を進めるために、「健康・医療政策コンソーシアム」を設立した。当コンソーシアムは、国民視点で解決すべき課題を設定し、中立・公正・公平な視点で“効果的・効果的な医療提供体制構築”を構築するための提言の策定活動を推進しており、特に「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」「マクロでの給付と財源の均衡」の3つの論点に焦点を当てた検討を進めている。

図表 1. 健康・医療政策コンソーシアムにおいて検討を進める論点

国民の一生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

- ・プライマリ・ケアの意義を医療的側面・財政的側面から明らかにし、日本の現状に即した医療制度（登録制度、支払制度）について、価値に基づく医療の考え踏まえた、具体的な施策を検討する。

患者が重視する医療の提供に向けた価値に基づく医療の実装

- ・医療の価値およびデジタルインフラの問題と解決策を集約し、中医協 医療技術評価分科会でも議題にあがった「既存医療の再評価を中立的な立場から行う役割」の強化に繋がる、「第三者による既存医療の継続評価」の仕組みを検討する。

国民的理解を得たマクロでの給付と財源の均衡

- ・公的保険料・租税の原則と実態の差異などの問題を示し、価値に基づく医療の実現とともに一体的な議論を行い給付を精査する必要性を提言する。また、医療予算の策定方法を整理し、価値に基づく医療の考え方を実装した方法の可能性を検討する。

2. 目的・方法

本検討は、「健康・医療政策コンソーシアム」の個別プロジェクトとして医療について指摘される非効率性を整理し、それらを改善することで期待される医療費削減を定量化することを目指した。また、医療の非効率性の改善のためには、医療提供体制や医療技術におけるイノベーションを促すことが極めて重要であることから、医療への投資による国民への影響の整理を行った。

本検討は次の進め方で実施した。まず、医療における非効率性の要因の定義を試みた。非効率性の要因の定義においては、国民に対しても分かりやすい表現や区分となるよう専門用語の使用を避け、効率化手法で有名であるトヨタ生産方式¹を参考とし、有識者の意見も交えて定義した。

非効率性の要因の定義を行った後、要因ごとに政府統計資料や各種公開資料を調査し、医療費削減額について整理した。また、公開資料の整理だけではなく有識者インタビューを実施し、非効率性の定義や要因分析、ヘルスケア関連産業への投資等について意見を聴取し、本提言の内容に盛り込んだ。

着目したのは医療における需要と供給のバランスであり、需要に対して供給が過剰である状況を「ムダ」、需要に対して供給が過少である状況を「ムリ」、ムダとムリが混在・偏在化している状況を「ムラ」と定義し、整理を試みた。¹ 本定義については有識者の意見を参考に日本総合研究所として定義したものであるが、需要に対して供給が過剰か、過少かという判断については非常に難しい点があることに留意する必要がある。例えば、患者として十分な医療を受けたい、医療従事者として十分な医療を提供したいという想いに対し、そのニーズを満たす供給量が適正であるかとの判断が困難であるという課題がある。

本検討では上記の定義に従い、可能な限り定量化が可能な課題点に対し、政府統計資料・会議資料等の各種公開情報を参考に、それぞれの事象・論点について、非効率性の観点から明らかに対応すべき範囲を示すことを目指した。特に、先の検討である「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」の実装による貢献の特定に当たっては、医療上の効果に加え、費用削減余地の大きさも考慮した。

図表 2. 本検討で用いた非効率性の要素の定義

定義	概要	財政への影響
ムダの無い医療	需要に対して供給が過剰である状況の解消 ・ 資源・機能の重複の排除 ・ 供給の最適化（エビデンスに乏しい医療の排除、医療経済性で優位な医療の推奨）	減少
ムリの無い医療	需要に対して供給が過少である状況の解消 ・ 資源の補充 ・ 業務プロセスの効率化を支援する技術の導入	直接的には定量化できないが、長期的に医療費の削減に寄与する
ムラの無い医療	ムダ・ムラが偏在化している状況の解消 ・ 資源・機能の連携による、キャパシティ・負荷の平準化	

¹ (株) OJT ソリューションズ『トヨタ 仕事の基本大全』（中経出版、2015年）

3. 各非効率の要素に対する分析・検討

各要素の非効率性として、政府統計資料等における分類から、入院・入院外・調剤薬局の観点にて整理した。各項目として、入院における「過剰病床」、入院外における「頻回受診」、入院・入院外共通の医療機関の課題として「治療成果に結びつかない非効率な処方・診療」「高度医療機器への過重投資」「医療従事者の診療科・地域偏在」「医療機関内の業務の非効率性」、調剤薬局における課題として「重複投薬・ポリファーマシー・残薬」「後発医薬品の普及に伴う制度改定」を特定した。（図表 3 参照）

これらの項目に対して、費用削減の規模を検討した結果、特にムダが発生する項目に対し、国民医療費ベースで数兆円規模の削減が可能であると整理した。ただし各要素は連動しているため、足し合わせることは適切ではないことに留意する必要がある。一方で、ムリやムラの解消に向けては、一時的に金銭的・人的・イノベーション的な投資を図るべきであると整理される。

3.1. 過剰病床

国民医療費のうち入院医療費は全体の 38.1%と最も大きなセグメントである。²都道府県別の入院医療費と病床数は高い相関を示し^{3,4}、その原因として過剰な病床が入院治療を誘発する「医師需要誘発仮説」が唱えられてきた。OECD 加盟国間で比較すると、日本の 1,000 人当たりの病床数は韓国に次いで 2 位であり、3 位以下と比較して突出して高くなっている。⁵このような状況から、かねてより病床数の適正化は医療費削減政策の一環として進められてきたが、近年は総病床数、人口 10 万人当たりの病床数共に大きな縮小は見られない。⁶したがって、病床数の多い日本においては、効率的な医療提供体制を構築し不必要な病床を削減する余地はまだまだ大きいと考える。

各都道府県では、国の地域医療構想に基づき 5 年ごとに医療計画を策定している。医療計画では全国統一の算定式により基準病床数を算定し、病床開設の可否判断に用いることで病床数の地域的偏在の是正を目指している。基準病床数は各都道府県の病床削減目標ではないとされてはいるものの、基準病床数は現在の医療需要に対して適正な病床数であり、各都道府県が基準病床数まで病床を削減した場合、最大で 2.2 兆円の入院医療費が削減されることが期待される。（図表 4 参照）

ただし、病床の削減は医療へのアクセスや質の低下を招く恐れもあり、多くの議論がなされているものの、いまだ具体的な着地点を見いだせていないのが現状である。したがって本稿においても、入院医療費の削減額についてはポテンシャルを示すにとどめ、下記に具体的な削減の施策案を紹介する。

² 厚生労働省 令和元年国民医療費（2019 年）

³ 厚生労働省 令和 2 年度医療費の地域差分析（2020 年 6 月）

⁴ 厚生労働省 令和 2（2020）年医療施設（静態・動態）調査（確定数）・病院報告（2020 年）

⁵ OECD Health Statistics 2022 Health Care Resources（2022 年）

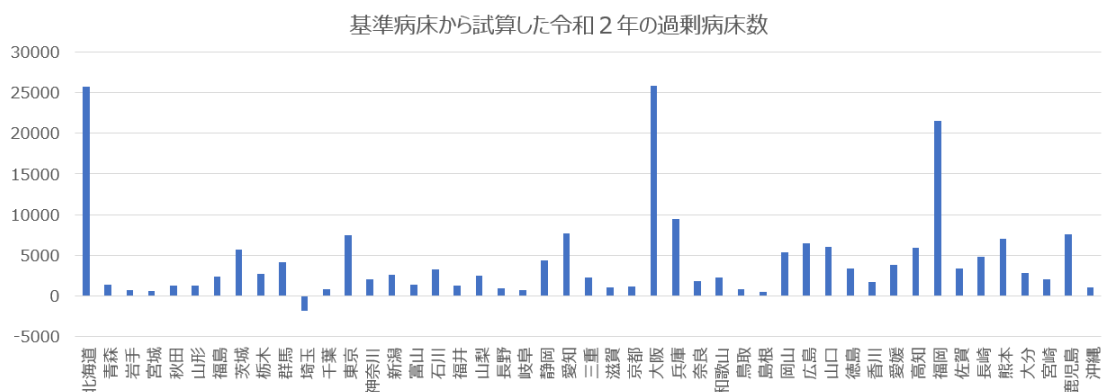
⁶ 厚生労働省 医療施設調査・病院報告（2010 年、2013 年、2016 年、2018 年、2020 年）

図表 3. 本検討により特定した非効率性の項目と、費用削減余地

領域	要因	非効率性	論点※	費用削減余地	説明
入院	△ダ・△リ・△ラ	過剰病床	PC	約 2.2 兆円	2018 年に各都道府県の医療計画で算定された基準病床数まで病床を削減した場合、約 2.2 兆円の入院医療費の削減が想定される。
	△ダ	長期入院	VBHC PC	約 2.6 兆円	65 歳以上の社会的入院の受診率が高い都道府県の入院受診率を全国最小値を目標に減少させた場合、在宅介護費の増加を加味しても 2.6 兆円の削減効果があると試算される。
(入院外) 外来	△ダ	頻回受診	VBHC PC	約 1,556 億円	頻回受診の一因となる処方目的の受診は、リフィル処方箋の普及・置き換えにより 1,556 億円削減できると試算される。
調剤薬局	△ダ	重複投薬・ポリファーマシー・ 残薬	VBHC	約 5,730 億円	65 歳以上のうち 5 種類以上服薬している患者が 1 種類減薬した場合の減薬効果の推計値は 5,730 億円となっている。
	△ダ	後発医薬品の普及に伴う 制度改定	VBHC	約 1,400 億円	現行制度の金銭的インセンティブの廃止により、約 1,400 億円の削減が試算される。
入院・入院外共通	△ダ・△リ	治療成果に結びつかない 非効率な診療・処方	VBHC	-	診療行為・処方単位で治療成果をデータで明らかにする必要があるが、俯瞰的な検討はなされていない。
	△ラ	高度医療機器への 過重投資	PC	-	現状では地域に偏在している高額医療機器の共同利用を促すことで、診療所における 2016 年と 2020 年の CT の共同利用件数割合は約 18%、約 39%、MRI は約 8%、42%となっており、△ラ（医療機器偏在）の削減は進んでいる。
	△ラ	医療従事者の 診療科・地域偏在	PC	-	地域・診療科・開業医/勤務医間における偏在が、△ラと△リを発生させている。 診療報酬体系、給与体制（インセンティブ）の推進、単純な医学部定員抑制ではなく、地域枠の維持、保険医定員制度の導入等の、インセンティブ/ディスインセンティブの設計により、偏在を是正する必要がある。 地域枠による医師数は 2016 年度 403 人、2024 年には 9679 人が見込まれている。
	△ダ・△リ・△ラ	医療機関内の業務の 非効率性	PC	-	医師の業務のタスクシフトにより、他職種に分担可能な 5 業務に費やした時間平均 240 分のうち、約 47 分（20%弱）がタスクシフト可能と報告されている。 ICT 導入の一事例として、看護師の SNS の活用により院内での移動が減り、患者のベッドサイドへ行ける時間は 60 分増えたと報告されている。

※健康・医療政策コンソーシアムにおいて検討を進める論点のうち、プライマリ・ケアチーム体制整備 = PC、価値に基づく医療の実装 = VBHC と記載する。

図表 4. 基準病床数から試算される医療費削減効果（単位：病床数）



入院医療費の削減額は次の式で推定を行った。

$$\begin{aligned} \text{削減額} &= \text{令和2年入院医療費} \times \left(1 - \frac{\text{全国の基準病床数}}{\text{全国の令和2年既存病床数}}\right) \\ &= 16,201,903,555,848 \text{円} \times \left(1 - \frac{1,300,943 \text{床}}{1,507,526 \text{床}}\right) \\ &= 2,220,218,982,809 \text{円} \end{aligned}$$

出所：厚生労働省「令和2年度医療費の地域差分析」、厚生労働省「令和2年度医療施設調査」および各都道府県の平成30年度医療計画を基に日本総研作成

3.1.1. 社会的入院の是正

本来在宅や介護施設などで生活可能な患者を長期間にわたって入院させる、いわゆる社会的入院は患者の生活の質の低下や過剰の医療費につながる。土居丈朗研究会の報告では、65 歳以上で15 日以上入院を要する回復慢性期の入院受療率の地域差に着目し、介護サービスにより長期入院の入院受療率を是正する施策が検討されている。⁷

3.1.2. 素泊まり入院の是正

グローバルヘルスコンサルティングでは、入院を要する治療の前後に、投薬や食事のみのために入院を行うことを素泊まり入院と定義している。素泊まり入院はムダな入院医療費の増大を招くだけでなく、医療従事者の分散を招き、低密度医療による医療の質の低下をもたらすとして、是正の必要性を指摘している。⁸

3.1.3. 一入院当たりの包括支払いの導入

日本では2003 年よりDPC/PDPS（診断群分類に基づく1 日当たり定額報酬算定制度）を導入し、急性期の入院治療の効率化に一定の効果をあげてきた。一方でDPC 病院内でもいまだ入院期間にばらつきがある点、また1 日当たり支払いのため早期退院のインセンティブが働いていないなどの問題点がある。日本でも度々一入院当たり包括支払い、すなわちPDPS からPPS への変更が検討され、実際に「短期滞在手術等基本料」という形で一部の治療には組み込まれている。PPS が適正に運用されれば、医療内容の質を担保しつつ、過剰な医療のインセンティブが抑制され、医療財政上の効果も大き

⁷ 慶應義塾大学 土居丈朗研究会 医療・介護の持続可能な提供に関する政策提言（2015 年 11 月）

⁸ グローバルヘルスコンサルティングジャパン 財政制度分科会 資料1-2（2021 年 10 月）

いと考えられる。

上記のように入院治療についてはさまざまな視点から効率化が議論されている一方で、医療の質やアクセスへの影響を鑑みて具体的な施策を実行することは難しい。いかに医療の質、アクセスを落とすことなく、入院治療の医療資源を最大限活用し、非効率を是正していくかが議論の鍵であり、明らかなムダの定義付けについて今後も議論を行っていく必要があると考える。

3.2. 頻回受診

頻回受診とは同一の疾患で同一の医療機関を過度に受診することを指し、以前より医療扶助による外来受診者について問題視されてきた。医療扶助を受ける生活保護受給者は医療費が全額公費負担であり、頻回受診が発生しやすい。厚生労働省は 2000 年より生活保護受給者の頻回受診対策として適正受診の指導を行っており、2011 年と比較して 2019 年ではその割合は半分以下になるなど、大きな成果をあげている。⁹しかし、生活保護受給者以外の頻回受診については対策が取られていないのが現状である。

より広く外来受診のムダを考えた場合、広義な頻回受診である、医薬品の処方を受けるのみの受診が挙げられると我々は考える。厚生労働省の受療行動調査において、外来受診の受診目的に「診察・治療・検査などを受ける」と回答した 88.7%のうち、42.4%が「定期的な診察と薬の処方をうける」（全体の 37.6%）と回答している。¹⁰2022 年度の診療報酬改定からリフィル処方箋が導入されているが、導入 1 カ月後の調査では、発行経験のある医師は 5%にとどまることが明らかとなった。¹¹リフィル処方箋により再診料および処方箋発行料が約 1,556 億円削減されとの報告もあり¹²、リフィル処方箋の普及は急務であると考えられる。

3.3. 重複投薬・ポリファーマシー・残薬

医師は、患者がすでに服用している薬を患者の自己申告によって把握する。医師の確認不足や患者の申告漏れによって、同じ薬を複数の医療機関から処方される「重複投薬」や、多剤服用により薬物有害事象や服薬過誤につながる「ポリファーマシー」の問題が起きやすい。本来患者が飲むべきではない薬の処方が増え、それを飲む患者には健康上の問題が生じ、飲まない患者には「残薬」が生じて医療経済上の不利益が生じる。

厚生労働省は、2017 年に中央社会保険医療協議会において、多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取り組みを提示した。¹³入院患者や外来患者において多種類の服薬を行っている患者に対して減薬した場合を評価する「重複投薬・相互作用防止加算」の改訂、薬局における処方箋の疑義照会を評価する「外来服薬支援料」の改訂などが行われている。これらの改訂を実施した 2016 年は、実際に重複投薬・相互作用等防止加算および外来服薬支援料の算定件数が増加している。

⁹ 厚生労働省 第 7 回医療扶助に関する検討会 資料 1（2022 年 7 月）

¹⁰ 厚生労働省 令和 2（2020）年受療行動調査（概数）の概況（2020 年 9 月）

¹¹ m3.com リフィル処方箋発行、医師の 5%にとどまる【改定 1 カ月後調査】（2022 年 5 月）

¹² 前田あゆみ・菅野敦之、リフィル処方制度導入がもたらす経済性の効果予測 社会薬学 39, 35-39（2020 年）

¹³ 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第 367 回）（2017 年 11 月）

一方で重複投薬・ポリファーマシー・残薬の問題は是正されたとはいにくい状況にある。2017 年に行われた「患者の残薬の経験」に関する厚生労働省の調査では、定期的に受診し処方されている薬がある患者の内、4 割程度の患者が過去 1 年間に残薬の発生を経験していることが分かった。多剤投与の実態として、特に高齢になるほど薬剤種類数の高い患者の割合が増加する傾向があり、75 歳以上の院外処方を受ける患者の約 4 分の 1 は 7 種類以上の薬剤を処方されている。¹⁴この高齢者に着目して、65 歳以上の内 5 種類以上服薬している患者が 1 種類減薬した場合の医療費適正効果額は、年間 5,730 億円と推計されている。¹⁵ただし、この推計は副作用のない多剤服用も対象にしている点、高齢者のみを対象にしている点、1 種類の薬剤だけでなく複数薬剤を減薬する必要のある患者を考慮していない点から、実際の医療費適正効果額とは増減があることは留意しておきたい。

これらの問題は、患者の健康を害し、医療経済上のインパクトも大きいと強く是正していくべきである。7 種類以上の服薬をしている高齢者の副作用率は高い一方で、医療費適正化計画では 15 種類の服薬まで許されている点は矛盾している。また、重複投薬の改善は医師・薬剤師による人的な介入のみでは現状解決しきれていない。多剤投与に関する新たな基準を設けるとともに、電子処方箋の導入により意図せず処方が増えてしまう現状を改善することが期待される。

3.4. 後発医薬品の普及に伴う制度改定

厚生労働省では 2013 年 4 月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、2020 年 9 月に後発医薬品の使用割合を 80%とする目標に向けて取り組みを推進した。2021 年 9 月のシェアは 79.0%と、10 年前に比べ 39.1 ポイント拡大したが、目標に対しては未達となった。2021 年 6 月には目標が再修正され、後発医薬品の品質および安定供給の信頼性確保を図りつつ、2023 年度末までに全ての都道府県で 80%以上とすることが目標として新たに設定された。¹⁶

財務省によると、後発医薬品調剤体制加算について、2023 年度末までの新目標による適正化効果の増分が 200 億円である一方、現行制度では年間 1,200 億円程度の加算になると推計している。¹⁷後発医薬品普及に係る金銭的インセンティブは、普及率が低い状況では合理性が認められるものの、現在の普及率が向上した状態では、その弊害が目立つようになってきていると考えられる。金銭的インセンティブの廃止によって、約 1,400 億円の削減が可能であると試算も示されており、後発医薬品の品質や安定供給の信頼性確保には留意しつつ、金銭的インセンティブ廃止により、後発医薬品の使用による医療費抑制効果を最大化させるべきだと考える。¹⁸

¹⁴ 厚生労働省 令和 3 年社会医療診療行為別統計（2021 年 6 月）

¹⁵ 全国健康保険協会福岡支部「多剤投薬と不適切処方等に関する調査報告書」（2019 年 7 月）

¹⁶ 厚生労働省 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進について 参考資料 1 後発医薬品の使用割合の目標と推移（2022 年 9 月）

¹⁷ 財務省 財政制度分科会提出資料（2021 年 11 月）

¹⁸ 日本総合研究所 後発医薬品使用促進政策の転換をインセンティブは医療提供側から患者へ、目標は数量から医療費抑制額へ（2021 年）

3.5. 治療成果に結びつかない非効率な診療・処方

政府は経済性の観点から一般用医薬品（スイッチ OTC）等によるセルフメディケーションを促進しており¹⁹、既存医薬品の保険給付範囲の見直しについても（1）スイッチ OTC 等を保険給付範囲から除外する方法と、（2）医薬品を保険収載したまま、薬剤の有用性、負担する薬剤費等に応じて保険給付範囲を縮小する方法および保険給付対象から除外する検討がされている。³

（1）に関連して、一般財団法人社会保険福祉協会・医療経済研究 医療経済研究機構（IHEP）の公的医療保険の給付範囲の見直し等に関する研究会²⁰および第 31 回経済財政諮問会議一体改革推進委員会²¹では、価値の高い医療の給付化、および価値の低い医療を選定療養化し保険給付の対象外とすることを目指した新選定療養が提案された。ここでは、エビデンスに乏しく費用対効果の低い医療に関しては医療の選択肢を確保するために承認は維持しつつも保険給付の対象外とすること、同時に、健康づくり給付として、エビデンスが認められた健康づくり活動を給付対象とすることが提案されている。また、OTC への置き換えによる医療費削減効果について厚生労働省 セルフメディケーション推進に関する有識者検討会にて検討され^{22,23}、既存領域 2,330 億円・新規領域 880 億円、合計 3,210 億円の医療費削減効果が見込まれるとされている。わが国においては、歯科領域ですでに患者が感じる価値によって医療を選択できる仕組みは実装されている。医薬品・医療技術の価値・追加的な有効性に基つて自己負担率を変えることも検討するべきではないかと考える。

一方で、この問題を検討する際には、OTC 類似薬は公的医療保険の給付対象であるべきかを議論することは本質的な議論ではない。本質的には、OTC で済む医薬品を処方している（処方してほしいと考える）ことについて議論がなされるべきと考える。価値の高い医療を評価し／劣る医療を排除する制度設計に向けて、介入によりどれだけ効果が見込めるか（どのような価値を提供できるか・医療費が削減されるか）を経時的・多角的な視点で検討しつつ、今後生まれる新たな価値を取り込む余地を持たせることができるかを含め制度設計を行うことが重要である。

また、診療行為については、新選定療養新設の提案において、エビデンスが十分でないものの事例として消炎鎮痛等処置が挙げられた。²⁴これは、選定療養として回数・日数が制限されているリハビリテーションに類似しているにも関わらず、回数・日数制限がないものであるとして選定された。このように、現在提供されている医療の中で、エビデンスが十分でないものや非効率的なものを制限することで医療費削減に寄与すると考えられるが、非効率的な診療行為と効果的な診療行為の線引きは非常に難しい。診療行為別に治療成果をデータで明らかにする必要があるが、現状は俯瞰的な検討はされていない状態である。現在はストラクチャー・プロセスベースの出来高払いを基本とした診療報酬体制が中心となっているが、今後は診療行為別に診療の内容・回数・治療成果等のデータを蓄積することで、アウトカムベースの

¹⁹ 内閣府 規制改革実施計画（2020年7月）

²⁰ 一般財団法人 社会保険福祉協会・医療経済研究 医療経済研究機構 公的医療保険の給付範囲の見直し等に関する研究会 報告書（2019年3月）

²¹ 第31回経済財政諮問会議一体改革推進委員会（2020年3月）

²² 日本 OTC 医薬品協会 「新たな日常」を支えるセルフメディケーションの推進 報告書（2020年11月）

²³ 厚生労働省 第1回セルフメディケーション推進に関する有識者検討会 資料2（2021年2月）

²⁴ 規制改革推進会議医療・介護 WG 第3回 資料1（2019年12月）

診療報酬体制に見直すことが必要になると考えられる。そのために、データ収集と利活用に向けたシステム構築が一層期待される。

3.6. 高度医療機器への過重投資

日本は人口当たりの CT や MRI の台数は世界でも群を抜いて多く、OECD の平均値と比較しても 3 倍程度の台数である。この問題は単に高度医療機器の数が過剰なだけでなく、高度医療機器の偏在が問題の中心である。日本の CT や MRI の一台当たりの検査数は OECD の中でも最低水準であり、結果として一台当たりの稼働率は低くなり、診療所・病院の経営の圧迫の一因となっている。²⁵

医療機器の偏在といった“ムラ”の解消のために 2020 年度より都道府県が作成した外来医療計画に沿って、共同利用の推進が進められている。診療所における 64 列以上マルチスライス型 CT の共同利用の割合は 2016 年では約 18%、2020 年では 39%、また診療所における 3.0 テスラ以上の MRI の共同利用の割合は 2016 年では約 8%、2020 年では約 42%となっており、近年共同利用の割合は増加傾向にあるといえる。²⁶

このように、高度医療機器の過重投資による偏在を解消することで、医療機関の経営を改善すると同時に CT・MRI の稼働を平準化し持続的で質の高い医療に貢献できると期待される。

3.7. 医療従事者の診療科・地域偏在

2020 年度末の医師・歯科医師・薬剤師統計における医師数は 33 万 9627 人と過去最高を記録しており、過去 40 年間で 2 倍以上に増加している。しかし、医師数の増加に関わらず、医師の地域偏在や診療科偏在に関する課題は解消されていない。

人口 10 万人当たりの医師数の最多は徳島県の 338.4 人、最少は埼玉県の 177.8 人となっており、地域によって人口当たりの医師数に大きなばらつきがある。また、医師数全体は増加傾向にあるものの、プライマリ・ケアを担う内科医数や産婦人科医師数はほぼ横ばいの状況である（但し、例えば埼玉県は東京都等の近隣で診療を受けている患者も相当数があると推測され、医師数のみで一概に医療へのアクセスを評価することができない点は留意する必要がある）。

このような地域偏在・診療科偏在の問題はムラ・ムリを発生させている。医師個人の志向性として研究や医療技術の研鑽、地域医療を一手に担うことへの不安等から都市部に集中する傾向にあるだろう。また、医療機関の経営面では公定価格による市場原理が働かず、医師不足の地域で医療の価格を十分にあげることがかなわない状況が根底に存在する。このような要因から地域ごとのムラが生じているといえる。また、現在の施策として地域枠による医師の育成があげられる。地域枠による医師数は 2016 年度には 403 人、2024 年度には 9,679 人が見込まれており²⁷、地域枠の維持をした医学部定員の調整は今後必要となるであろう。

²⁵ 厚生労働省 医療従事者の需要に関する検討会 第 28 回 医師需要分科会（2019 年 2 月）

²⁶ 厚生労働省 第 9 回第 8 次医療計画等に関する検討会（2022 年 6 月）

²⁷ 厚生労働省 医療計画策定研修会（2018 年 2 月）

3.8. 医療機関内の業務の非効率性

医師の1週間の労働時間の実績では60時間超労働の医師は41.8%であり、他業種の平均14%と比較して医師が最も高い値となっている。また、厚生労働省のアンケート調査によると、医師の時間外労働の主な理由として、診察行為の他に「記録・報告書作成や書類の整理」が55.6%と主要な原因となっている。このように、医師・医療従事者の業務には非効率的な部分が残っており、その非効率性が医師の働き方のムリを生んでいると考えられる。

現状の施策としてタスクシフトやICTの導入を通して、医療機関内の業務の効率化が図られている。厚生労働省の調査では「医師の業務のうち他職種に分担可能な5業務（患者への説明、血圧などの基本的なバイタルデータ測定、医療記録、医療事務、院内物品の補充・運搬・患者の輸送）のうち8~33%は分担可能であると報告されている。²⁸また、ICTの導入により業務負担を減らした事例も存在する。例えば、看護師の業務効率化の事例であるが、病棟を区分したチームごとに対応し、連絡はSNSで取りあうことにより看護師1人当たりの移動距離が2.4km短縮し、患者のベッドサイドへ行ける時間は60分増えたと報告されている。²⁹

一方で、有識者より雑用等のタスクシフトによる医師の業務負担軽減には限界があるとの意見があった。医師の業務を大幅に見直して、看護師に包括的な指示を与えることで看護師が判断して処方するなど、大胆な改革がなければタスクシフトは実現しないだろうと言及されている。

3.9. 本検討に関する分析の限界

本検討は医療のムダ・ムリ・ムラを明らかにし、非効率の削減余地を明らかにするものであるが、適切な医療は地域性や患者背景、医療提供者の状況により異なるものである。その観点では医療のムダ・ムリ・ムラの明確化のためには患者のレセプトデータの個票など、よりマイクロなデータを精緻に分析する必要があるが、本検討は政府統計データやNDBオープンデータ、既存の検討に基づいて行ったものであり、概算を試算するにとどまるものである。

4. 医療に対する投資の重要性

上記に述べたように、日本の医療提供体制が抱える非効率性を是正し、医療費の削減を目指すことは重要であるが、過剰な医療費抑制政策は、医療現場や医療産業におけるムリ・ムラを発生させ、医療の質・アクセスに影響し、最終的には国民の健康指標の低下、および経済的影響を招く恐れがある。

そのため、非効率性の是正により生まれた削減額は、医療機関・医療技術等に対して、効率性を高めるイノベーション導入のための投資に対して再配分すべきであると考えられる。具体的には患者中心医療を目指しつつ、包括的な医療提供体制となるよう地域医療構想の推進やICTの利活用、医療技術の適正使用を促進しながら改善を図るべきと考えられる。

²⁸ 厚生労働省 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（2016年4月）

²⁹ 特定非営利活動法人 日本医療政策機構 医療従事者の働き方改革に関する課題と今後の展望（2022年）

4.1. 医療が健康を維持することによる、社会的影響の側面

現状では、医療費削減策として、総額予算での統制と医療技術の単価削減策が継続されているが、下図に示したように医療現場やヘルスケア関連産業への影響を通して多方面に波及し、経済成長・安全保障の観点からも大きな懸念を招くことが想定される。

図表 5. 過剰な医療費の抑制政策による影響の側面

<p>医療現場への影響</p> <ul style="list-style-type: none">医療にかかるリソースが不足することで、医療機関のキャパシティが低下し、適切な医療を受けることができなくなる。新規医療技術の導入の遅れ、ドラッグ／デバイスのラグ／ロス、安定供給にかかるコストの不足が生じ、治療の選択肢が不足する。 <p>ヘルスケア関連産業への影響</p> <ul style="list-style-type: none">研究開発資金の減少に伴い、イノベーション創出のための研究開発力が低下する。医療従事者・医療産業従事者の雇用を維持することができず、人材および技術の断裂（非継承）、流出が促進される。 <p>医療の質の低下</p> <ul style="list-style-type: none">他国で受けることができる医療が自国で展開されないなど、相対的な医療の質の低下が生じる。日本でのエビデンスが不足することにより、医師の処方・患者の選択判断に影響を与える。 <p>医療へのアクセスの悪化</p> <ul style="list-style-type: none">患者負担増による受診控え、医療機関への過大負荷等により、国民が適切な時期に適切な医療を受けることができない。 <p>国民の健康指標の低下（Universal Health Coverage の毀損）</p> <ul style="list-style-type: none">罹患率・死亡率・平均寿命・健康寿命等の悪化に影響を与える。 <p>経済的影響</p> <ul style="list-style-type: none">全産業における生産年齢人口減により、国全体の税収の悪化に影響を与える。医療産業からの税収が低下する。
--

厚生労働省は 2019 年 5 月に策定した「健康寿命延伸プラン」において、健康寿命 75 歳以上の達成を 2040 年の目標として設定している。³⁰医療産業は「新たな治療の選択肢を作り、これまで治療できなかった人を助ける」「診療の個別最適化により、従来よりも治療成績の質を高める」「従来よりも早く、安く治療にアクセスできる」「早期に治療を完了することで、迅速に社会復帰できる」ことを支援し、健康寿命の延伸に寄与する産業である。医療のイノベーションを適正な使用を図ることを前提に適切に評価し公的医療保険に速やかに組み入れていくことは、さらなる健康増進と持続可能で強靱な公的医療保険体制の維持にも貢献することになる。

³⁰ 厚生労働省 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部とりまとめ（2019 年 5 月）

4.2. 医療への投資による経済波及効果

医療は、国民に安心・安定をもたらす、また減収・不況時の支えとなるだけでなく、現在や将来における社会全体の活性化にも寄与するという点で「社会から社会への投資」「国民から国民への投資」と評価されるべきものである。³¹

医療の生産効果、GDP 波及効果、雇用効果は他のサービス産業に比べて高い産業である。有働正治 元参議院議員は、産業連関表を活用し、医療、福祉等の各分野（産業）に一定の予算を投入した場合の波及効果を試算した。³²結果では、医療に 1 兆円を投入した場合の国の波及効果として、医療において 2 兆 4,657 億円の生産効果、1 兆 3,615 億円の GDP 効果、262,893 人の雇用効果を示した。これらは、公共事業と比較すると生産効果 0.95 倍、GDP 効果 1.04 倍とほぼ同等であり、雇用効果は 1.51 倍となり、医療は極めて波及効果の大きい投資先と見なすことができる。

4.3. バイオテクノロジー関連他産業への寄与

バイオテクノロジー関連産業の出口市場は「健康医療分野」だけではなく、持続的・一次生産システムや木材活用大型建築・スマート林業等の「一次生産分野」、高機能バイオ素材・バイオプラスチック・バイオ生産システム等の「バイオ製造分野」等、多岐にわたって存在している。日本はバイオ戦略 2020 にて、2030 年に向けて総額 92 兆円へ拡大させる計画を進行しており、バイオ関連技術の研究開発に加え、既存産業のアセット／商流の活用、エコシステムの構築が必要になる。

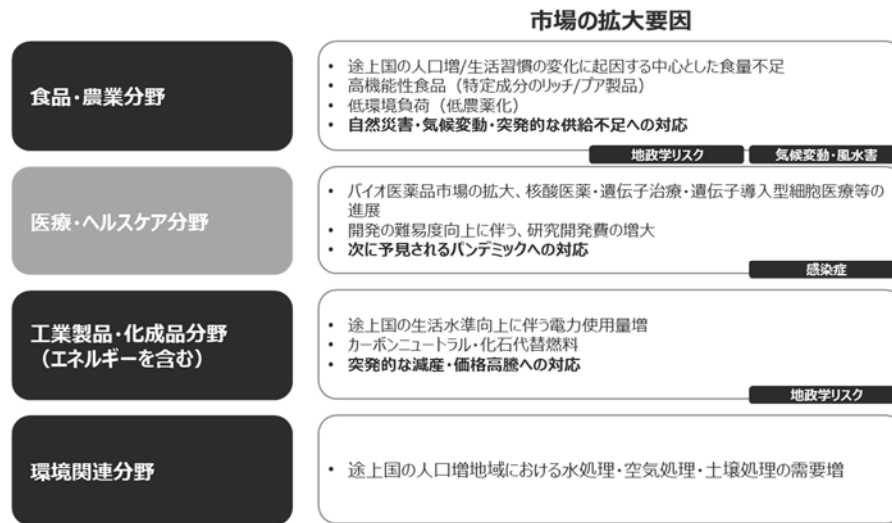
革新的医療技術の発展は、医療産業や他産業における基盤技術としての寄与も期待される。例えば遺伝子を改変するゲノム編集関連技術は創薬の基礎研究に資するだけでなく、広くは農畜産業・物質産生・バイオ燃料等、バイオテクノロジー関連産業の発展にも貢献する技術でもある。このような技術革新を促す技術・製品・サービスの創出をコストとして捉えるのではなく、次の社会の礎となるための投資として考えるべきである。

また、近年の新型コロナウイルス感染症のパンデミックや、地政学的リスクの高まりを経て、バイオテクノロジー関連技術への投資は「危機管理投資」として、さまざまなリスクの最小化に資する研究開発の強化・人材育成の重要性等が認識されつつある。これらへの投資を通して、大きな市場環境変化に対してビジネスチャンスを描くことが必要になる。

³¹ 日本パブリックアフェアーズ協会 国民皆保険制度を次世代に引き継ぐために（2021 年 4 月）

³² 自治体問題研究所 有働正治元参議院議員 医療・福祉拡充は雇用・経済発展の力—国と自治体に見る（2021 年 3 月）

図表 6. バイオテクノロジー関連産業の市場拡大要因



5. まとめ

本提言において、日本の医療提供体制が抱える非効率性の特定と、2兆円以上にも上る医療費の削減余地を特定した。また、医療の非効率性の改善のために、医療提供体制や医療技術におけるイノベーションを促すことが極めて重要であるとの考えに至った。医療への投資は多面的に高い波及効果を達成する。そのため、削減余地からの再投資だけではなく、「需要適正化を踏まえた成長投資」を追求すべきであるとする。これにより、医療産業はコスト産業から国家の重要成長産業に転換し、革新的医療をより多くの市民が享受でき、研究開発機能を持つ先進国として国際的な貢献により関与できるだろう。そこで、これらを実現するために着手すべきこととして以下3点について述べる。

5.1. 医療産業の国家的成長産業としての位置付けの強化

2021年6月の成長戦略実行計画で、「ライフサイエンスは、デジタルやグリーンと並ぶ重要戦略分野であり、安全保障上も重要な分野」であるとし、医療産業を国家の成長産業と位置付けられている。³³

一方で、医療関連予算は、様々なルールによる薬剤費の削減によって抑制されることが常態化している。例えば、新薬創出・適応外薬解消等促進加算は、特許期間中新薬の薬価を維持する制度であるが、適用要件が2018年の改定で厳格化され、2020年改定で一定の見直しがなされたものの、今や半数以上の特許品が価格下落の対象となっている。国民医療費に占める割合が約20%である薬剤費を削減し医療費総額を調整する姿は、直接影響を受ける医薬品産業を含む医療関連産業全体の研究開発投資に対する意欲を阻害するものである。この状況を打開するためには、医薬品産業を含む医療関連産業が、イノベーション（例えば革新的な医薬品・ワクチン）の創出により、健康寿命の延伸、国民の社会経済活動の維持向上、国の経済成長に貢献していることを改めて認識する必要がある。

また、予防可能な疾患を防ぐことに資する医療産業への投資も必要となる。個々人の健康状態の変遷や疾患の予兆を早期に捉える技術開発、生活習慣の改善（健康的な食事、運動、禁煙、禁酒）

³³ 内閣府 成長戦略実行計画（2021年6月18日）

を促すための技術開発に対して投資を強化するとともに、産業として成立するための環境整備や、国民に対する継続的な努力・教育を促すための啓発活動を進めるべきと考える。

5.2. 医療におけるデジタルへの投資

医療における非効率性を是正するためには、データおよびエビデンスに基づき医療の現状を正しく評価する医療情報 ICT 基盤をより強固にしていく必要がある。

現状のデータヘルス改革においては、ビッグデータの連結は「疾病・介護等の予防策や新たな治療法の開発、創薬等のイノベーションの実現」が主眼であり、医療の価値を測定・評価することが目的となっていないことが課題として挙げられる。一方で、次世代医療 ICT 基盤協議会 標準的医療情報システムに関する検討会では「医療の実態評価・臨床研究等へのリアルワールドデータの活用の実現」が目指す方向性に記載されている。データヘルス改革の計画・構想に当たっては、患者や社会が限られた資源における最適な医療を享受するという観点で、医療の価値を測定・評価することを大上段においた全体構想を検討すべきであると考えます。

特にビッグデータや病理片・カルテデータ等が個人とひもづく必要があるが、現状の個人情報保護法の兼ね合いで日本ではできない状況がある。ひもづけを行うことのできる事業者の要件の緩和と事業者の拡充、また罰則の設定や保険料算定で差別が行われないような制度検討が必要である。また、実効性を高めるための、保険者機能の強化やデータセットを分析できる人材の確保が必要となる。

5.3. 成長投資の必然性や、給付に見合った負担の理解浸透

真に必要な医療の実現のためには、国民の自己負担増加も含む歳出増施策も含め検討されるべきであり、内閣および財務省・厚生労働省・経産産業省などとシンクタンクやメディアとともに、国民へ医療への成長投資の必然性や、給付に見合った負担への理解を促す発信をするべきである。

現状では制度の持続性を確保するうえで、給付と負担の均衡を目指すことや、給付に見合った負担について検討すること自体が、支持率や視聴率低下リスクにつながり得るため、積極的に当該論点を扱う政治家やマスメディアは稀有となっている。また、政治家・メディア・官僚の政策的論点が、歳出減に係る専門的・個別的な内容となり、国民的理解が得難いことも問題である。

一方で、歳出削減だけではない給付と負担のバランスに関する議論を行い、政治的・国民的支持を得る必然性は高まり続けている状況にある。安易に歳出減に誘われないための制度設計と、その制度に対する国民理解の取得が必要であり、特に現状で供給よりも負担の割合が大きい若年層に対しては、健康を見守ることによる医療の貢献と、将来にわたる持続的な医療アクセスの重要性を訴求していく必要がある。

※ 本提言の策定は、健康・医療政策コンソーシアムの活動の一環として、米国研究製薬工業協会（PhRMA）の協賛を受けて実施したものである。