
**効率的・効果的な
医療提供体制構築に関する提言
(第2.2版)**

2020.6 更新

**株式会社日本総合研究所
効率的・効果的な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)

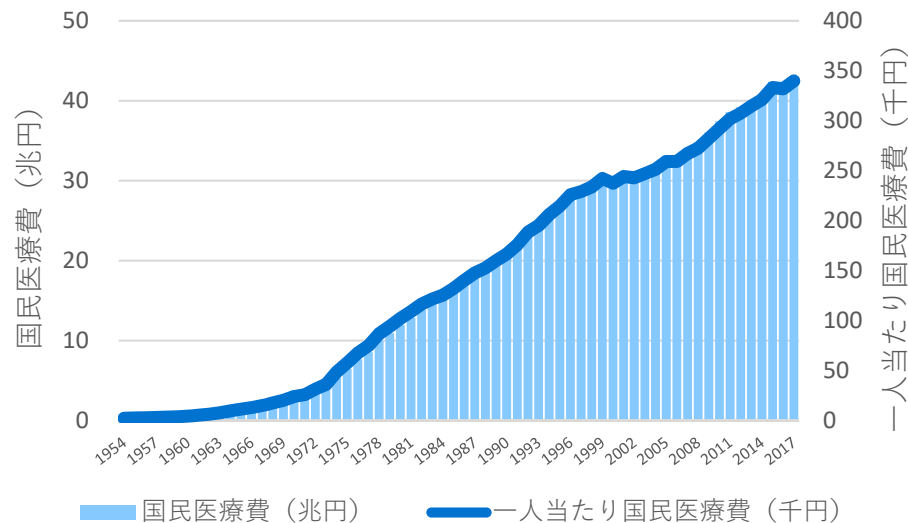
本提言は、株式会社日本総合研究所
「効率的・効果的な医療提供体制構築に向けた研究チーム」が
公正・公平な視点を心がけて、
患者・医療従事者視点で、中長期的な観点から社会貢献をしたいと考え、
意見をとりまとめ、提示するものである

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骨太に記載され、
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

限られた医療費財源を効率的・効果的に配分するシステムへ

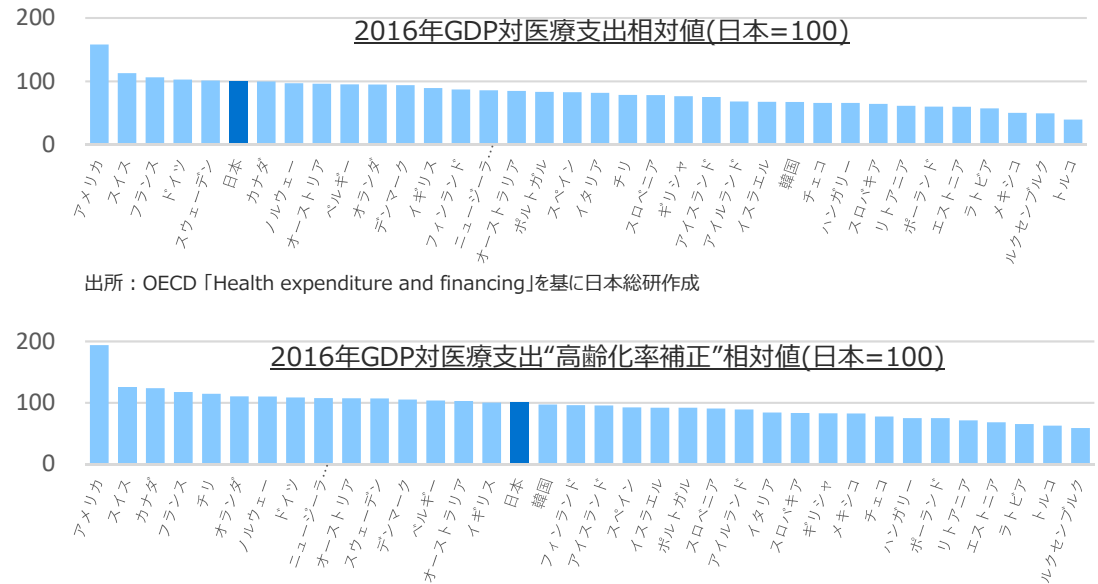
- COVID-19をはじめとする公衆衛生上の危機への対応力のあるシステムの構築、医療従事者の働き方の改革、デジタル化の対応を踏まえたあるべき医療提供体制の構築が必要である。
- 国民医療費の増大により、「医療費削減」が各所でうたわれているが、高齢化率で補正した国際比較をすると日本の医療費は突出して高くはない可能性があり、適正な規模の財源確保についても検討すべき。
- 2060年代に高齢化率40%に達すると推計されている高齢化の進行と極めて厳しい財政状況を鑑みれば、**限られた医療費財源を効率的・効果的に配分するシステム**への転換が必要。

— 国民医療費・1人あたり国民医療費は増加 —



出所：総務省「国勢調査」（年齢不詳人口を除く）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）、厚生労働省「平成29年度 国民医療費の概況」を基に日本総研作成

— 高齢化率を踏まえると突出して高くはない可能性 —



出所：OECD「Health expenditure and financing」、OECD「Population Statistics」、厚生労働省「平成28年度 国民医療費の概況」、柿原浩明、和久津尚彦、迫田さやか、田村正興『医療費の国際比較—高齢化率補正の試み—』（週刊社会保障No.2885 [2016.8. 1]）を基に日本総研作成

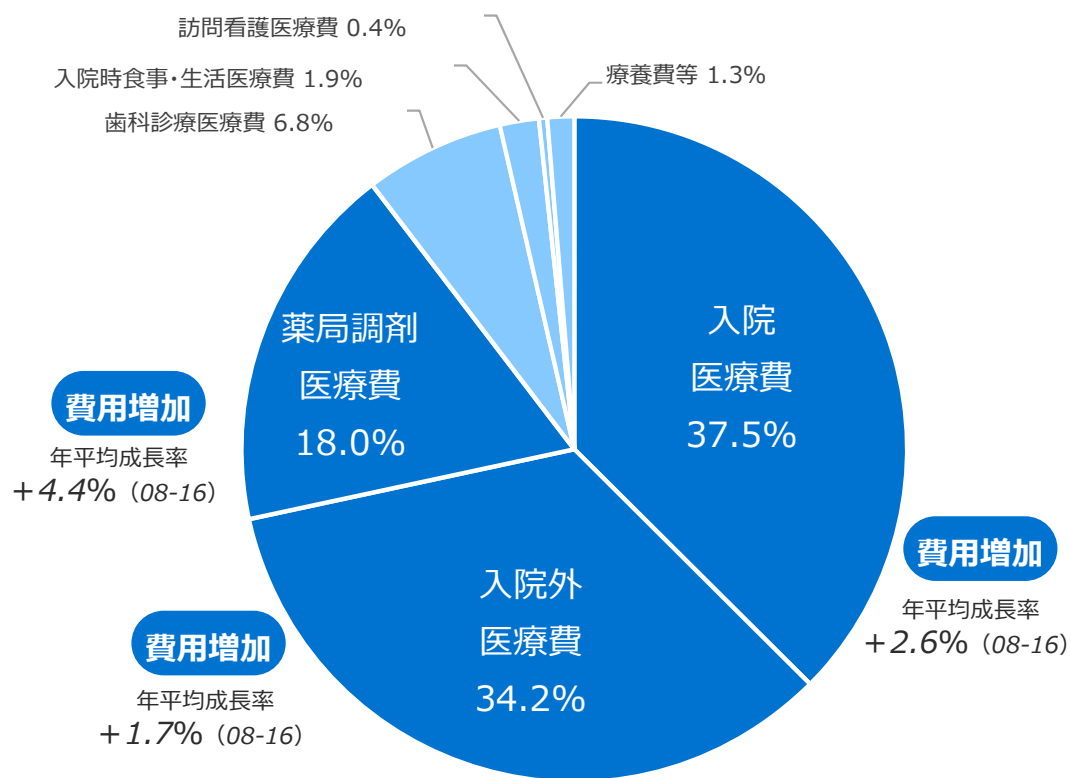
※OECDデータの医療費は国より定義が異なるため要注意

- 注1：高齢化率を基に補正したものであり、医療の効率性を評価したものではない
 注2：医療費の国際比較をする際には、負担の状況についても考慮に入れることが必要

医療制度全体の改革が不可欠

- 医療費削減の多くを薬価・材料改定により賄っており、支出増大の要因全体を捉えた対策が可視化された上で検討されているとは言い難く、今後も持続的な医療制度を確保するためには、**医療制度全体の改革が不可欠**である。
- 本提言では、**適切な財源のもと、医療制度全体において効果的・効率的な医療提供体制を構築するために、政策決定者がどこに優先して目標を設定して医療資源を充当し、工程化して実現を図るべきか**という観点でまとめた。

診療種類別国民医療費（2016年）



出所：厚生労働省「国民医療費統計」、厚生労働省「平成28年度 国民医療費の概況」を基に日本総研作成

診療報酬改定額（2016年）

（新規収載した医療と既存医療の合計の前年比）

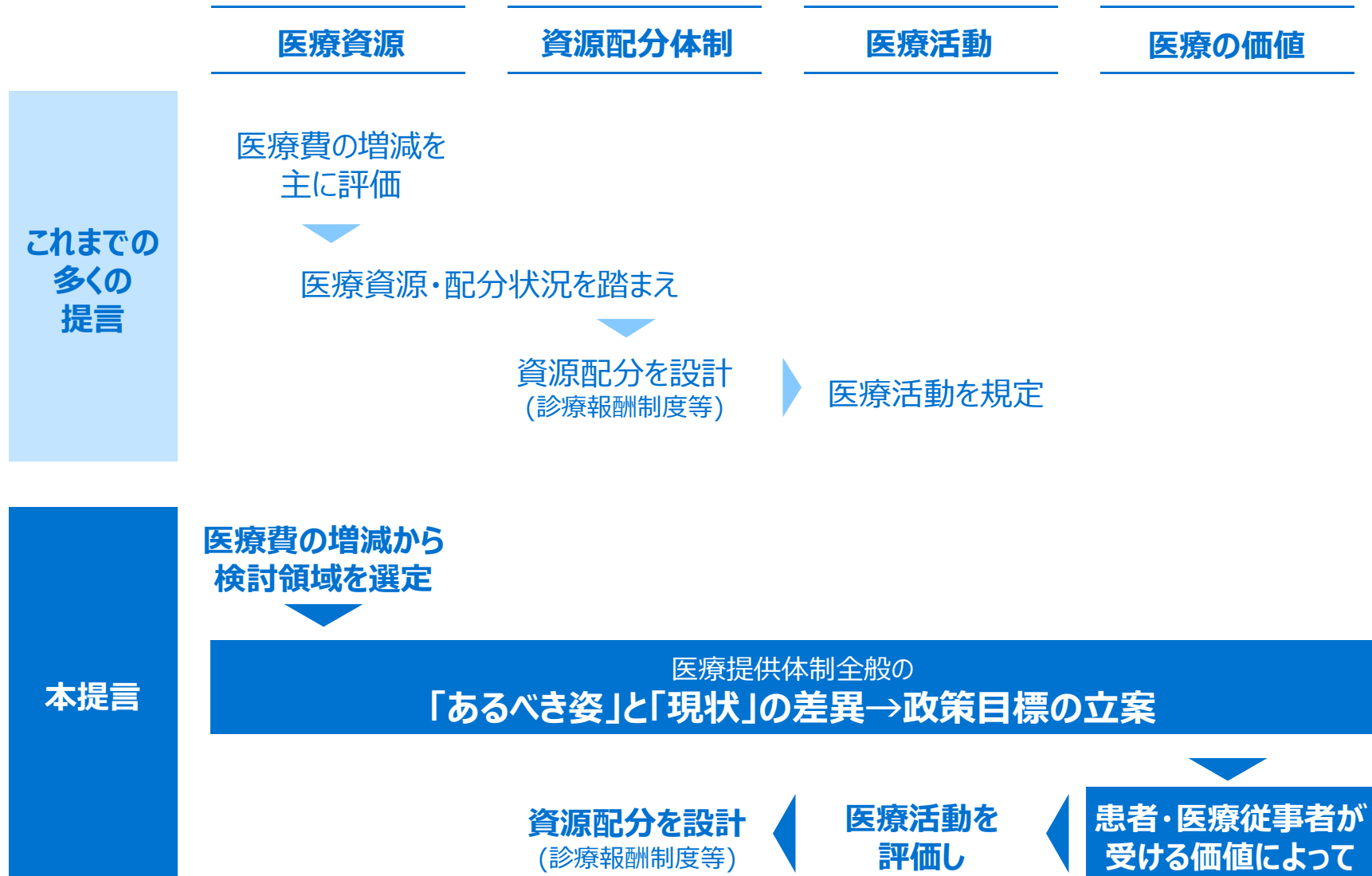


増減内訳(国費：本体・薬価・材料抜粋)[実勢価格]
出所：財務省「社会保障関係予算のポイント」を基に日本総研作成

- 増減額や増減率の**議論の過程等**が十分に分かりやすく国民に提示されているとは言えず、全体を捉えた対策がなされているか**把握が難しい**

本提言の新しさ

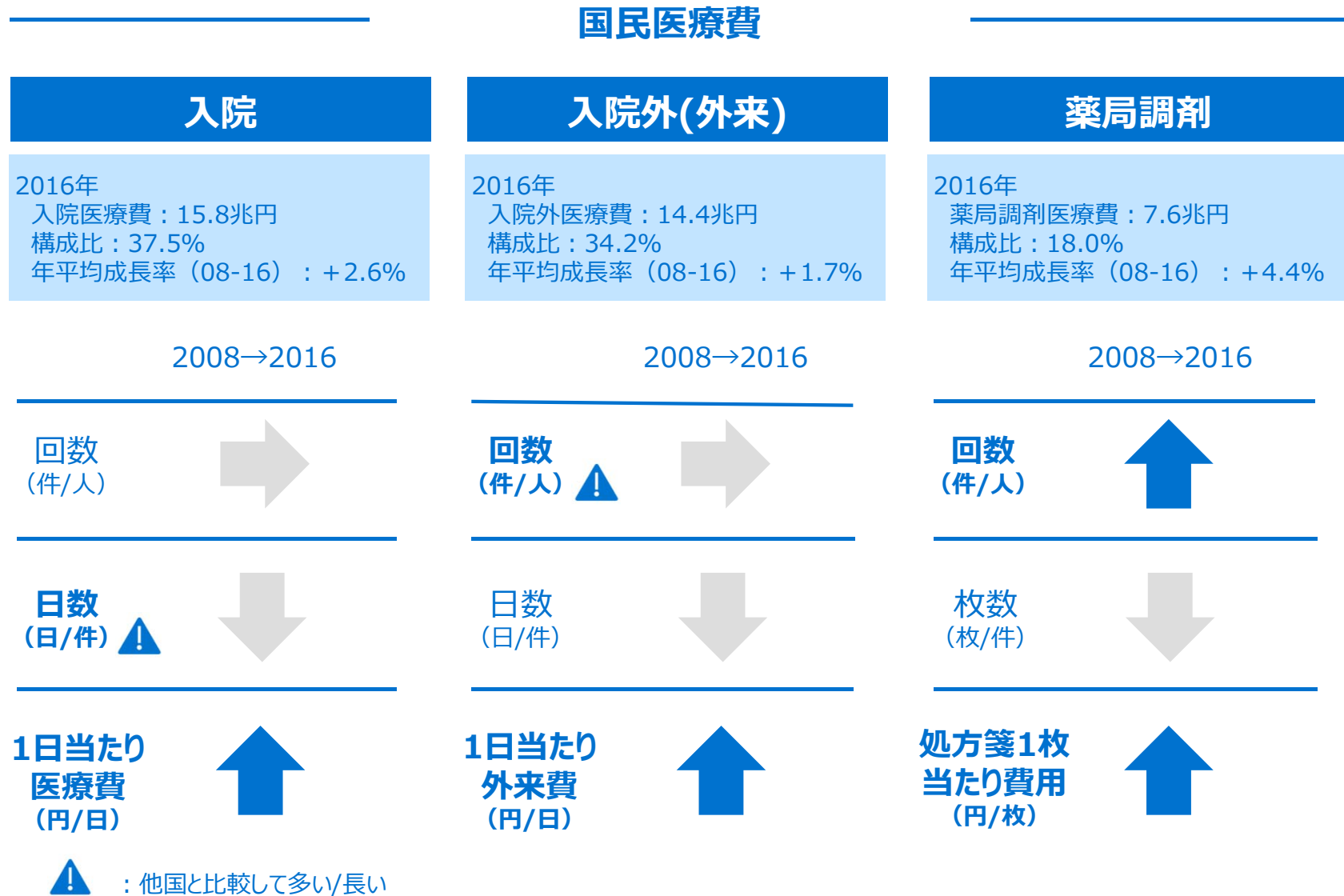
- 本提言は、医療資源投入量(=医療費の増減)を主な評価指標とし、改革・改定を進めるのではなく、**患者・医療従事者の視点で、価値に基づく医療がより実現されるべく、資源投入量・医療活動の最適化を進める体制を提言**するものである。



出所：日本総研作成

診療報酬・入院日数・訪問回数から検討領域を選定

- 国民医療費の国内経年比較により、各分野(入院・入院外・薬局調剤)の診療報酬単価と処方回数の増加、国際比較からは、平均入院日数の長さと、外来受診回数の多さを把握し検討領域を選定した。



出所：厚労省「国民医療費統計」、「医療給付実態調査」、「社会医療診療行為別統計（※各年6月審査分のみを対象）」、「調剤医療費の動向（※電算処理分のみを対象。但し電算化率は99%超。）」を基に日本総研作成

提言①～⑤

効率的・効果的な 資源配分の実現

提言⑥

超高齢化社会を踏まえた 給付と負担適正化

(本提言では、提言①～⑤を中心に扱い、提言⑥は問題提起が中心)

[全体]

提言① 医療保険全体に対する**価値に基づく医療の実装の拡充**

[全体]

提言② 既存医療の**第三者有効性再評価制度強化**

[入院]

提言③ 地域医療構想の展開に対応した患者目線での**在宅支援強化**

[外来]

提言④ 重症化予防・疾病管理も診るかかりつけ医と患者のマッチングの仕組み確立
(=家庭医)

[薬局調剤]

提言⑤ 地域での対人業務強化に向けた**開局薬剤師の臨床能力等強化**

① 医療保険全体に対する価値に基づく医療の実装の拡充：課題

- 効率的・効果的な医療の速やかな導入(イノベーション促進)と、非効率・非効果的な医療の退出を促す、医療の効率的・効果的な資源配分の仕組みが**完全ではない**。
- 外来を中心とした医療サービスの投入量に着目した診療報酬体系では、投入するサービス量の増大を招きやすく、効率的・効果的な医療制度の構築が難しい。

評価項目		制度全体
制度	医療サービスの投入量ではなく、価値に基づく医療に着目した制度	特に外来は投入量・単価を起点とした制度 (包括化に向けた取り組みは進んでいる)

評価項目		医薬品、医療材料、 再生医療等製品	技術料 (検査料等、一部医療材料は包含)
制度	診療報酬・価格搭載時の有用性評価の予見性のある仕組み	新薬の有用性に対する価格評価のルールはあるが要件が頻繁に変更し、予見性に乏しい仕組み	有効性を指標とした価格調整は検討されているものの十分には行われていない
インセンティブ	安全性・有効性の観点で優れた医療がより高く評価され、そうでない医療は低く評価され、イノベーションを促進する予見性ある仕組み	新薬創出加算、新規材料の画期性加算、チャレンジ申請などの制度	
	市場が拡大した場合に価格調整する仕組み	長期収載品・後発品価格引き下げ	
有効性再評価の仕組み	有効性再評価の品目・対象カバー状況	一部の医薬品・医療等に有効性を一定期間内で再評価する制度は存在	技術料に対する「有効性再評価」は検討されているものの十分には行われていない
	既存有効性再評価(再審査・再評価)の行政・企業コスト	企業で数千万円程/1回当たり	

※本資料では、上記の表を「ヒートマップ」と記載



出所：日本総研作成

① 医療保険全体に対する価値に基づく医療の実装の拡充：提言

- 医療の「投入量」ではなく、医療保険全体に対する価値に基づく医療がより評価される環境により、効率的・効果的な医療がなされ、イノベーションが促進されている状態があるべき姿。
- あるべき姿の実現に向け、**価値に基づく医療を実現する医療制度への変革**を政策目標に据え、制度の研究・工程立案を行うべき。

あるべき姿

医療の「投入量」ではなく、 医療保険全体で「価値に基づく医療」が より評価される制度・環境



【国民・患者】

効果の高い・低い医療について十分な教育を受け、**高いリテラシーを有する。**



【医療従事者】

患者への医療効果により着目した診療報酬制度のもと、**効率的・効果的な医療を提供できている。**



【医療産業】

効果的・効率的な医療がより評価され、**イノベーションが促進されている。**



【保険者】

取り組みが評価され、**国民の保険者機能に対する理解が深まり、保険者機能強化が進んでいる。**

取り組むべき事項

価値に基づく医療への変革を 政策目標へ設定

- 診療報酬制度全体を価値に基づく医療中心に抜本的に改革し、国民負担の軽減と医療の質の向上を目指す旨を**骨太**などに記載

診療報酬・関連する 制度の研究・検討

- 価値に基づいて医療が評価され、医療資源配分やイノベーション促進に寄与する制度の研究
- 患者・産業界・医療提供者などを含めた検討**

具体的な 工程の立案

- 価値に基づく医療の考え方をどのように診療報酬制度に反映させるか**工程設計**を行う。
 - 国民・患者教育強化
 - RWE医療再評価制度立案
 - 情報基盤整備
 - 保険者機能強化など

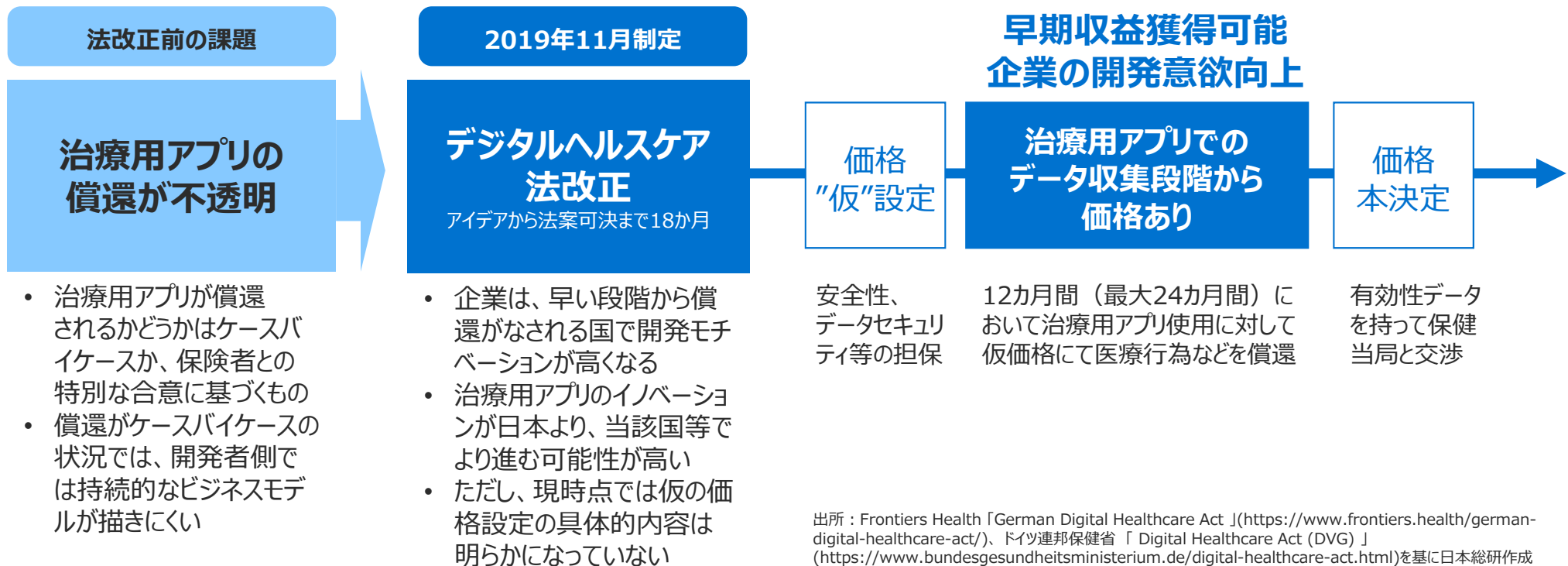
RWE:リアルワールドデータエビデンス

出所：日本総研作成

① 補足：デジタル治療に関する制度においてイノベーション促進に遅れ

- ドイツでは、2019年11月に制定したデジタルヘルスケア法（DVG）において、治療用アプリ等の開発の加速化に資する償還制度が導入され、**開発企業からみたビジネス上の予見性が大幅に向上し、患者の医療アクセスが加速化する見込み**。
- 日本は、ドイツに比べて償還予見性の低さや開発コストがネックとなり、償還を目指す治療用アプリへの投資に影響が出る恐れがあり、既存技術から効果のある治療用アプリへの代替が進みにくくなる可能性がある。
- 日本でもオンライン診療や診断へのデジタル活用は進みつつあるが、**治療用アプリ分野の更なる発展が不可欠**である。

ドイツでのデジタル治療の加速化



日本で今後検討すべきこと

- データ収集段階から償還が行えるように環境整備し、デジタル治療に対するリアルワールドデータを活用した開発を促進
- 「医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」の活動も参考に、企業のデジタル治療関連の開発を促す制度構築

① 医療保険全体に対する価値に基づく医療の実装の拡充：まとめ

- 医療サービスの投入量に着目した診療報酬体系では、効率的・効果的な医療制度の構築が難しい。
- 医療保険全体に対しての「価値に基づく医療」への転換を政府目標に据え、実装を進めるべき。
- 効率・効果的な医療の導入促進**と、**非効率・非効果的な医療の退出**を促す制度の導入が必要。

	評価項目	評価
分析	医療サービスの投入量ではない、価値に基づく医療の実装の拡充。	全体的には投入量重視
あるべき姿	【制度】医療の「投入量」ではなく医療保険全体に対する「価値に基づく医療」がより評価される制度・環境。	全体には実装されていない
	【国民・患者】効果の高い・低い医療について十分な教育を受け、高いリテラシーを有する。	高くない
	【医療従事者】価値に基づく医療に、より着目した診療報酬制度のもと、患者へより効率的・効果的な医療を提供できている。	既存医療の継続した再評価情報の未普及
	【医療産業】効果的・効率的な医療がより評価され、イノベーションの促進が進んでいる。	薬価・材料中心での仕組み
	【保険者】効率的・効果的な医療の促進を支える重要機関として、保険者が情報発信し、その取り組みが評価され、国民の保険者機能に対する理解が深まり、保険者自体のサービス強化も進んでいる。	国民が保険者機能を十分活用できていない

← 評価 →

低 高

	提案	現行進捗
取り組むべき事項	【効率・効果的医療重視への制度改革】 出来高(投入量)中心から医療保険全体での「価値に基づく医療」への医療制度の改革。	制度全体の転換方針ではない(方向性あり)
	【既存の医療を低コストで再評価する仕組み検討】 医薬品・医療材料・医療技術に対して有効性を低コストで再評価できる仕組みを検討。(提言②)	制度はあるが企業・行政のコスト高い
	【国民・患者の医療リテラシーの向上強化】 国民・患者が、高い医療リテラシーを有し、有効性の高い・低い医療について認知し、それに基づき行動できるための啓発活動を支援。	有効性の高い・低い医療のリストなし
	【医療・予防・介護などの情報基盤整備】 患者の医療・予防・介護などにおける情報が把握できるデータインフラを整備し、追跡・分析を実施。	データはあるが連携までは至っていない
	【医療産業全体のイノベーション促進】 効率的・効果的な技術が評価され、非効率・非効果的な医療の評価が見直される診療報酬上の制度導入。	算定過程が可視化されていない部分がある
	【効率的・効果的な医療を推進する保険者評価】 現行の保険者評価指標に加え、有効性の高い医療を被保険者(年齢階層別等)が受けた割合の高さなどを踏まえて、効率的・効果的な医療の提供に寄与した保険者をより評価。この結果を活用し、国民・患者が保険者の取り組みをより理解できるようにする。	指標・結果分析などあるが国民理解は十分でない

出所：日本総研作成

② 既存医療の第三者有効性再評価制度強化：課題

- 有効性・効率性の高い医療が速やかに導入され、有効性・効率性の劣る医療が退出する仕組みの構築が不可欠。
- このためには、認可された医薬品・医療機器・医療技術について継続的に有効性を検証する機会が必要となるが、実際にはそのような機会はあまりなく、**有効性の根拠に乏しい医療が漫然と実施されてしまう可能性**がある。(保険収載から退出することはほぼない)
- 一方で、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	再生	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、有効性及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
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、有効性再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

継続的に有効性の再評価が、可能な仕組みとは言えない

※弊社による有識者ヒアリングより

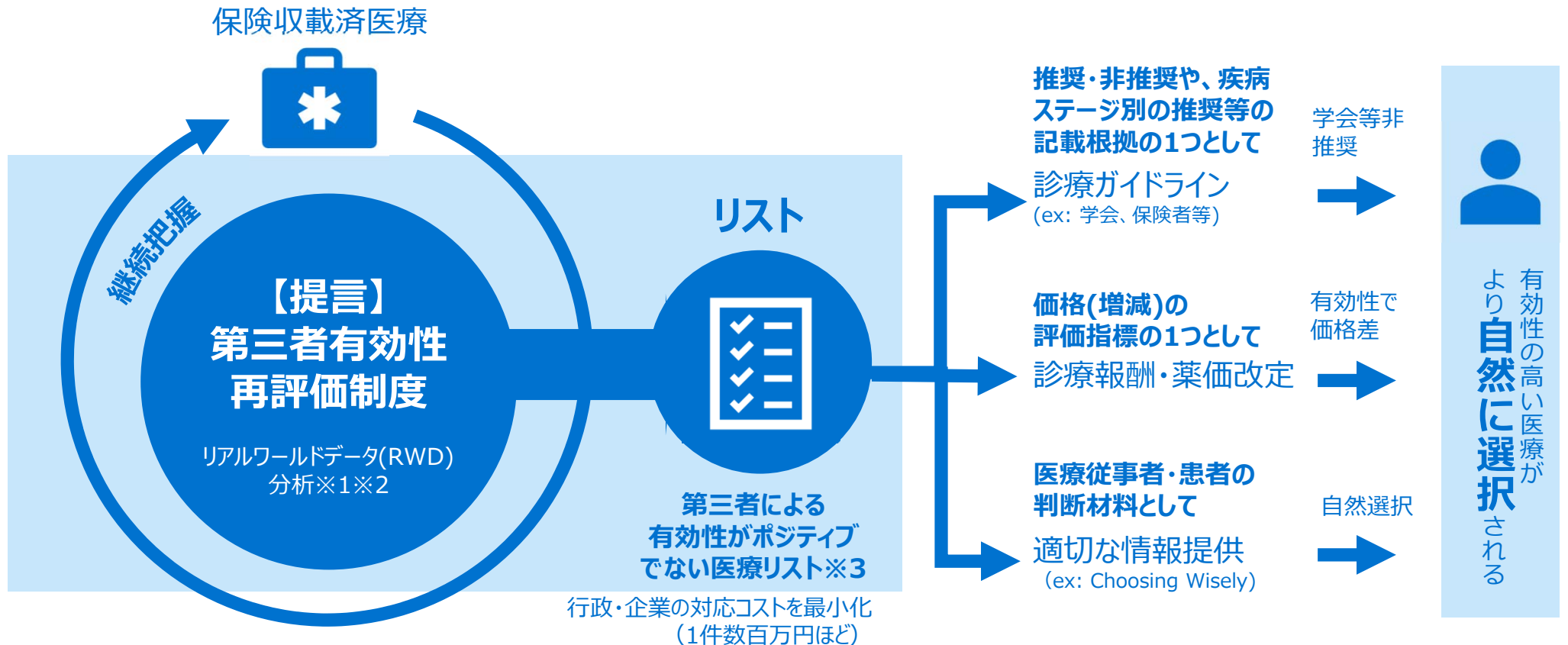
※現行の再評価制度や、新しく導入された費用対効果評価の仕組みを活用するにしても、1剤当たりの企業側のコストは、数千万円単位

※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

出所：日本総研作成

② 既存医療の第三者有効性再評価制度強化：提言

- 近時の研究の進展により、実臨床データ（RWD:リアルワールドデータ）があるものについては、低コストで継続した検証が可能となりつつあり、期待された有効性を発揮できていない医療を「有効性がポジティブでないリスト」として示すことが可能となってきた。
- 国が主導して実臨床データを整備したうえで、第三者が「**有効性がポジティブでない医療**」を可視化・公表し、これを診療ガイドライン、診療報酬・薬価改定に反映する仕組みを作ること、**有効性・効率性の高い医療がより自然に選択される仕組みを構築**すべき。



※1 RWDで分析できる医療の評価対象範囲の拡大が必要。
当該制度の将来的な実現に向けて、政府にて中長期的な工程を示し検討に着手すべき。

※2 優れたRCT(ランダム化比較試験)は適応交絡を排除できる可能性が高く、この点、RWDは交絡の影響が避けられないため応用的な統計手法を用いても交絡を完全には排除できない。しかし、適切な手順を踏めば、RWDでRCTに準ずる分析結果を導き出すことが可能。
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

※3 日本では、2015年に論文分析等によりまとめた「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015：日本老年医学会」があり、「慎重な投与を要する薬物のリスト」「開始を考慮すべき薬物のリスト」が取りまとめられた。ただし、継続した取り組みではない。

出所：日本総研作成

② 既存医療の第三者有効性再評価制度強化：まとめ

- 保険収載後の医療(認可された医薬品・医療機器・医療技術)の有効性評価の機会が限られ、有効性に乏しい技術が使われている可能性あり。
- 現行の医薬品等の再評価や費用対効果評価は、企業・行政に対する負荷が高いことから、有効性の判断を継続して行う仕組みとしてそのまま拡大して活用可能とは言い難い。
- 第三者機関が、**RWDを用いて既存医療の有効性の再評価を行い**、診療ガイドラインや診療報酬に反映する制度とし、有効性・効率性の高い医療が選択され、**有効性・効率性の劣る医療が退出する仕組みを構築すべき**。

	評価項目	評価
分析	入院：1日当たり入院費(2008→2016)	増加
	入院外：1日当たり外来費(2008→2016)	増加
	再評価で有効性評価が公開されてる件数	薬効再評価(有効性の観点)で3件
	数百万円単位での簡易的な再評価制度	ない
あるべき姿	【国民・医療従事者】有効性に関する再評価結果が診療ガイドラインや診療報酬の検討に活用され、国民や医療従事者に内容が周知されている。	継続した再評価は十分でない
	【制度①】収載後の全ての医薬品・医療機器・技術に対する継続した有効性評価の仕組みが導入されている。	継続した再評価実施の仕組みは十分でない
	【制度②】有効性の再評価制度が、シンプルかつ低コストで実施できている。	高コスト
	【制度③】医療の有効性に基づいて、診療報酬価格が検討されている。	継続した再評価に基づく価格設定は十分でない

	提案	現状進捗
取り組むべき事項	【第三者有効性再評価制度の検討】 企業ごとで実施する再評価より社会的なコスト負担が少なく、短期間で実施できる再評価制度の検討。 当該再評価で有効性があるといえない医療に関するリスト化と、これを診療ガイドラインの改定や診療報酬の反映へ繋げる仕組みの検討。	低コストでは有効性の再評価困難
	【再評価制度の人材・データ基盤整備】 再評価業務を担う、医療統計およびデータ分析に携わる人材の育成、患者の電子カルテの統合などデータ整備/データアクセス環境の強化。 個人情報保護法における課題整理。	分析者不足、データ蓄積・整備に課題
	【有効性があるといえない医療の国民理解】 有効性があるといえない医療について、患者・医療従事者・政府などへ提示・周知。	有効性が低い医療のリスト未整備

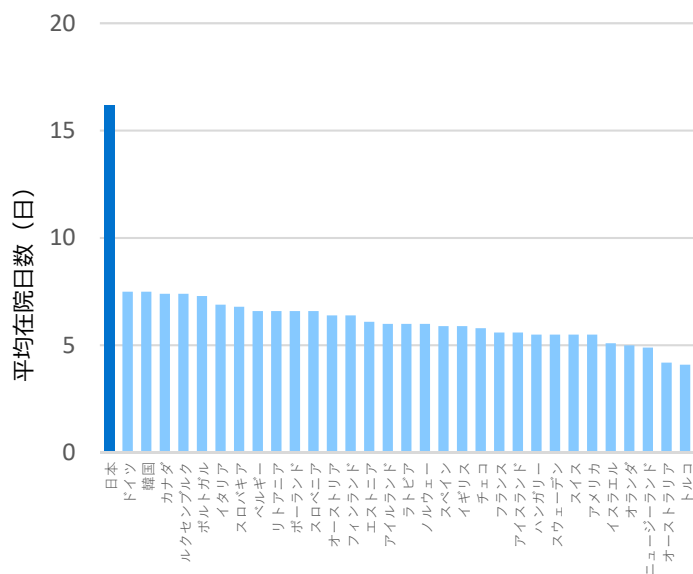


出所：日本総研作成

③ 地域医療構想の展開に対応した患者目線での在宅支援強化：課題

- 患者視点では、家族の希望、入所先の確保の難しさなどで退院が簡単に進まない現実もあり、**患者ができる限り早期に退院できる環境のさらなる整備**が必要。
- 急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築すべく地域医療構想において計画が進み、現在は計画を**如何に住民・医療従事者の理解・協力を得ながら進めるか**が課題。

入院日数が長い可能性



出所：OECD Health Statistics 2019を基に日本総研作成

※OECDデータでは、病床の定義が各国で異なる場合があり、病床機能別の平均在院日数の議論をする際は注意が必要。グラフに記載されていないOECD加盟国、チリ、デンマーク、ギリシャ、メキシコは公表データなし

退院できない理由

医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない方の「退院できない理由」で多いものは以下。

- 家族の**希望に合わない**ため
- 入所先の施設の事由により**退院の確保ができない**ため
- 上記の全体の**調整・マネジメントができない**ため

出所：厚労省「平成30年度入院医療等の調査（患者票）」を基に日本総研作成

計画の推進に課題

- 地域医療構想では、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制の構築に向けて、2025年の医療需要、目指すべき医療提供体制(在宅医療・介護施設等の計画的な整備等)も検討された。
出所：厚労省「地域医療構想」を基に日本総研作成
- 現在の課題は、**住民や現場の医療従事者等の理解・協力を得ながら計画を如何に推進するか**。

※弊社による有識者ヒアリングより

③ 地域医療構想の展開に対応した患者目線での在宅支援強化：提言

- 対象患者像をより明確にした在宅分野の強化、各自治体の**外来患者数の将来動向を踏まえた病院経営への影響分析、病床数適正化後の空きスペースの活用や雇用創出策**の関係者への提示・周知が求められる。
- 国、都道府県の方針に基づき、地域の公立・民営病院の病床割合なども考慮した課題検証と計画実行が必要。
- 今後の地域医療構想の見直しの際には、COVID-19への対応に関する検証結果を反映することも必要。

— 計画推進のための関係者の理解・協力促進 —

- 地域ごとの更なる理解に向けて、公立・民間病院の病床割合による病院課題の違い等の検証・整理が必要。
- 病院経営者と課題を共有できるよう将来の人口減が与える経営上の脅威などの分析を支援。
- 患者が抱く不安を理解し、その対策などを明確に説明。

公・民の
課題の
差異分析

地域別の公立・民間の
病床割合による課題差異分析

病院経営
視点の
分析支援

患者・医療従事者減による
病院経営課題分析支援
(地域別の将来高齢化率や
高齢化頭打ち時期など)

患者不安
の解消

病床数適正化により
影響を受ける患者像と
受け皿環境の整備

— 病院の対応事例共有 —

【例：富山県あさひ総合病院】

- 看護師数の推移を予測し「良質かつ効率的な医療の提供」を念頭に、3階・4階・5階病棟を4階・5階病棟に集約(199床⇒109床)
- 3階を従業員が利用できるスペースや認知症患者向けのサービス提供スペースとするなどし活用。
- 当該計画を住民や患者へ説明し、理解を得ながら推進。
- 急性期病床の再編検討424病院として指定されているが、昨今は上記の取り組みを実施。

出所：伊関友伸「人口減少・地域消滅時代の自治体病院経営改革」を基に日本総研作成

病床数
適正化
事例共有

空きスペースを活用した
新たな医療サービス展開事例

病床数適正化を進め、
雇用を創出した事例など

③ 地域医療構想の展開に対応した患者目線での在宅支援強化：まとめ

- 平均在院日数は国際的にみて長い可能性が高く、患者ができる限り早期に退院できる環境整備が更に必要。
- 患者、医療従事者、病院経営などの観点で適切な在院日数・病床数で医療が提供されるべき。
- 都道府県の計画のもと地域の状況に応じ、関係者との合意形成に向けた**データ・事例整備、推進体制の強化が必要**。

			評価項目	評価
分析	入院	回数	1人当たり入院件数(2008→2016)	横ばい
		日数	入院1件当たり日数(2008→2016)	減少
			平均在院日数の国際比較	長い
		費用	1日当たり入院費(2008→2016)	増加
あるべき姿	【コンセプト】病床数適正化の意図が都道府県や更に詳細な地域で、住民・患者・医療従事者・行政などの関係者間の共通理解となっている。			共通理解となっているとはいえない
	【患者】入院期間が短くなり金銭的な負担が減り、家で過ごしたり働いたりしたい、という願いが最大限実現できている。			入院期間は短縮するも受入れ体制に課題
	【医療従事者】「患者が早く回復し、早く退院できるようにしたい」という願いが実現できている。			
	【病院経営】在院日数の短縮と病床稼働率の低下の両立による病床の最適化、スペースの活用による新たな医療サービスの提供や雇用創出ができている。			一部事例はあるが全国的ではない

	提案	現状進捗
取り組むべき事項	【病床数適正化の地域ごとの体制整備】 各地方自治体において、医療機関の医療費支出を分析し、各地の病床数適正化に向けた国・都道府県・医療機関、住民・患者も含めた検討における役割と責任を明確化。今後の地域医療構想の見直しの際に、COVID-19への対応に関する検証結果を反映する。	在宅支援の強化も踏まえた患者目線の体制検討余地あり
	【患者・医療従事者減による病院経営課題分析】 病床機能別の入院単価にもとづく病床削減効果の試算、各地域の公立・民間病床数の割合、今後の患者・医療従事者数の増減を踏まえた、既存病床数を維持した際の病院経営への影響などについてデータを提示。	地域別の将来の病院経営の環境分析を更に進める余地あり
	【病床数適正化の対象患者に対する影響周知】 病床数適正化で影響が生じる対象患者の疾病程度などを明らかにし、病床数適正化の影響などについて検証し、患者を含めた関係者への情報共有・説明を推進。	対象となる患者の疾病程度などが明確でない
	【地域での受け皿機能強化】 = 在宅支援機能強化 地域で必要となるかかりつけ医など医師・看護師(診療看護師等)・薬剤師、介護士・保健師などの人材や、設備・体制面での現状との差異分析と対応策、雇用確保などの計画の設定。	長期的な雇用確保の計画と明確に紐づいていない

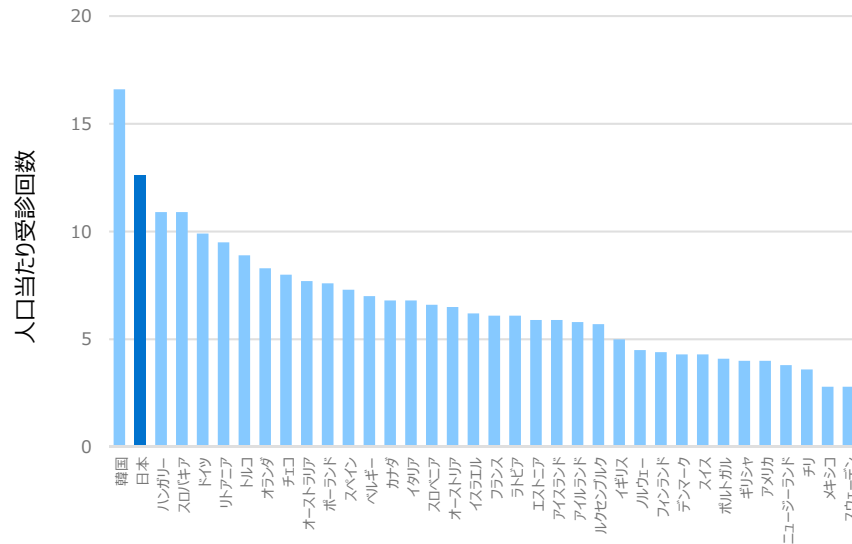


出所：日本総研作成

④ 重症化予防・疾病管理も診るかかりつけ医と患者のマッチングの仕組み確立：課題

- 国際的に一人当たり受診回数が多い可能性が高く、日本の医療保険制度の特徴の一つである「フリーアクセス」のもと、**適切な施策がなされない場合、 unnecessary 外来診療を生む要因のひとつとなり得る。**
(大病院などへの紹介状なしの初診患者比率は、61.4%を占める：紹介状なしの定額負担5,000円未満病院、H29時点)
- 定額負担を支払って大病院を受診する理由からも、**患者が安心して判断・納得できる情報やリテラシーが十分でなく、 unnecessary 受診が発生する余地がある**といえる。

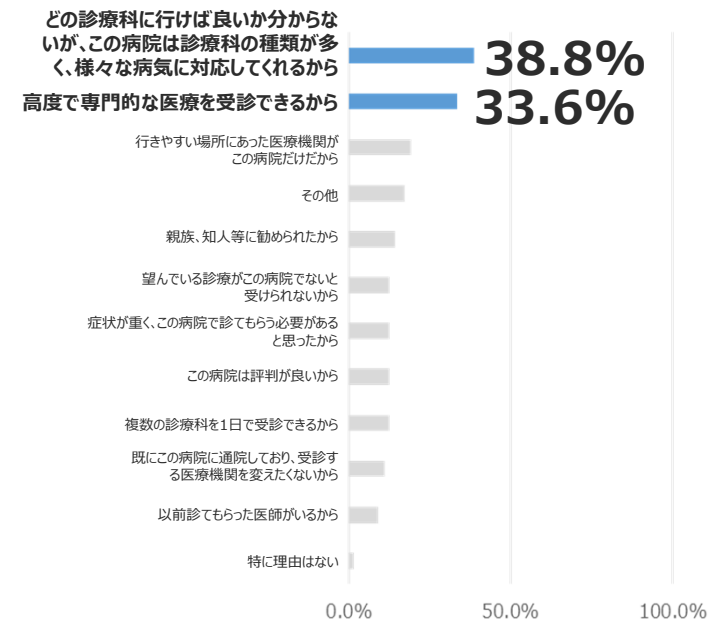
1人当たり受診回数が多い可能性



出所：OECD Health Statistics 2019を基に日本総研作成

注 ギリシャは2004年、イギリスは2009年、アメリカは2011年、ポルトガルは2012年、イタリアは2013年、アイスランドは2014年、チリ、フランス、アイルランド、日本は2016年、その他の国は2017年のデータ

患者の情報リテラシーに課題



一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院に定額負担を支払って受診した理由 (複数回答、初診、n=134)

出所：厚生労働省『平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)かかりつけ医・かかりつけ小児科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査報告書(案)』を基に日本総研作成

④ 補足：適正な受診に繋がるプライマリケアの推進が必要

- 不必要な受診の削減に向けて、**適正な受診を促すプライマリケアの推進が必要**と考える。
- COVID-19のような公衆衛生上の危機を念頭に置いた場合には、かかりつけ医による専門診療の必要性の評価に加え、病院や専門医、保健所、地域の医師会等の関係団体との連携による、かかりつけ医のバックアップ体制の確立も極めて重要である。

— プライマリケア推進により削減可能性のある受診 —

必要以上に 高頻度な受診

- ✓ 処方を受けるだけの受診
- ✓ 検査結果を知るだけの受診

必要以上な複数 医療機関受診

- ✓ 一つの医療機関で完結する受診を、複数の医療機関に受診
- ✓ 患者が自己判断で受診先を変更

不適切な 医療機関の受診

- ✓ 適切な医療にかかるまでの不必要な受診
- ✓ とりあえずの医療機関の受診
- ✓ 急を要さない症状での受診

出所：日本総研作成

他国のプライマリケア事例

【フランス】

- フリーアクセス制限せず(患者による選択制など)、減少する医療報酬を補填する制度を導入しプライマリケアを推進している。
- 特に皮膚科は制度導入で患者数がかなり減ったとされるため、条件によって20%の損失補てんが行われた。

【オーストラリア】

- 病院アクセスへの高い自己負担と、診療所グループ化を介した診療の質向上により、フリーアクセスを制限することなく、プライマリケアを推進している。

出所：厚生労働省「丸山構成員提出資料」(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000153186.pdf>) を基に日本総研作成

プライマリケアで強化すべき領域(青色)



出所：日本総研作成

参考：病院外来患者数の制御（診療所外来患者数の増加）による医療費削減効果の試算として、現状の診療所外来患者数が72%→80%となると7,000億円の削減効果がある。
出所：伊藤敦「日本の病院外来患者数を制御することによる医療費削減」

④ 重症化予防・疾病管理も診るかかりつけ医と患者のマッチングの仕組み確立：提言

- 現状の医療制度に応じた**患者主権によるかかりつけ医の登録促進**や、患者が安心して医療を受けられる地域での**複数医師＋多職種でのチーム組成**を検討すべき。

- 国民、患者は、医療リテラシーを高め、自らの意思でかかるべきかかりつけ医やチームを把握・任意選択でき、医師との信頼関係の中で、必要に応じてかかるべき専門医を受診し、適切な医療を効果的に受けることができる。
- 専門医は、自身の専門領域の患者が、適切にかかりつけ医から紹介があり、専門領域に専念して診断・治療が行える。患者の情報共有を通じて、かかりつけ医と専門医の連携・情報共有がなされる。
- かかりつけ医は、チームとして役割の強化された看護師や薬剤師などと連携し、診断や治療だけでなく、重症化予防または疾病管理などの領域にも注力し患者と接する。
- 保険者は、被保険者の医療リテラシーを高め、診療行動に変化を与え(外来受診頻度を適正化させ)医療費を適正化させることができる。
- 例えば、COVID-19のような新興・再興感染症のアウトブレイク時には、発熱時の相談等のかかりつけ医の初期対応に加え、保健所や地域の医師会が設けた地域外来・検査センターが検査・診断を行うことで、より効率的で迅速な対応が可能となる。

かかりつけ医のマッチング促進



かかりつけ医を量的に拡大

- 必要目標数を明らかにしたうえで、かかりつけ医の適正数確保に向けた工程を作成し実行



かかりつけ医候補を探索

- 総合診療医、認定かかりつけ医、家庭医療専門医、プライマリ・ケア認定医などの取得をしたかかりつけ医候補が検索できる仕組み
- 疾病や地域などの情報から検索できる仕組み
- 近くにかかりつけ医がない場合は、オンライン診療ができる診療所からも検索できる仕組み



かかりつけ医を登録(マッチング)

- 患者自らの意思で、かかりつけ医やその医療チームを任意選択する仕組み
- 登録するにあたり、患者への情報提供の在り方、患者教育の在り方も併せた制度を検討

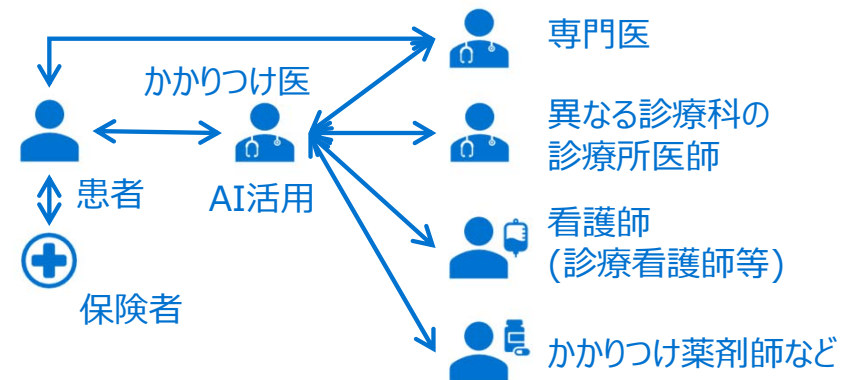
プライマリケア体制の促進

かかりつけ医の評価の仕組みづくり

- 包括医療などで、患者を複数回親身に診ている医師が適切に評価されるなどの仕組み構築が必要

患者が登録した医療チームが継続して診る

- 患者が、かかりつけ医やその連携チームを任意登録すると、患者の受診・服薬等情報が登録したかかりつけ医などに共有され、安心して継続した診療が受けやすい環境の構築



出所：日本総研作成

④ 重症化予防・疾病管理も診るかかりつけ医と患者のマッチングの仕組み確立：まとめ

- 受診件数は国際的にみて多い可能性が高く、一人当たり外来費は増加傾向にある。
- 患者がより高い医療リテラシーを持ち、かかりつけ医と専門医などが連携した環境があるべき姿。
- かかりつけ医と患者のマッチングと任意登録、患者データの医療機関横断の共有基盤の構築などが必要。
- COVID-19をはじめとする公衆衛生上の危機への対応にも、かかりつけ医や、その機能を補完する地域の医師会の役割が重要である。

			評価項目	評価	提案	現状進捗		
分析	入院外(外来)	回数	1人当たり受診件数(2008→2016)	横ばい	【プライマリケアを担う医療従事者の目標数設定】 各地域での重症化予防・疾病管理も診るプライマリケアを担える医療従事者の育成目標数の設定。	目標と現状との差異分析は見当たらず		
			受診件数の国際比較	多い				
		日数	受診1件当たり日数(2008→2016)	減少			【患者とかかりつけ医等のマッチングと任意登録】 患者が自身の年齢、疾病、ライフサイクルなどに応じたかかりつけ医等のマッチング、および任意登録制度の検討。(任意登録すると、患者の受診・服薬等情報が登録したかかりつけ医などに共有されるなど) 国民のかかりつけ医の利用を推進。	かかりつけ医等を一括で検索できない
			費用	1日当たり外来費(2008→2016)				
あるべき姿	【国民】 高い医療リテラシーのもと、かかりつけ医などを把握・選択でき、必要に応じて専門医にかかるなど、効果的な医療を受ける考えが浸透している。		かかりつけ医などの把握や選択困難	【プライマリケアにおける医療従事者連携】 プライマリケア実現に向けた医師・看護師・薬剤師などの役割や情報連携体制の強化。在宅で看取れる体制構築。	一部検討や取り組みが進んでいる			
	【かかりつけ医】 意欲・スキルのあるかかりつけ医として、重症化予防・疾病管理に関する行為が適切に評価され、患者の健康増進・維持へ価値提供ができています。		かかりつけ医としての評価制度は十分でない					
	【専門医】 自身の専門領域の患者が、適切にかかりつけ医から紹介され、専門領域にて提供する医療の効果で適切に評価される。		紹介状無し患者比率が半数以上			【プライマリケア促進の制度課題検討】 プライマリケア浸透の現状分析や効果を踏まえた適切な診療報酬制度の検討。かかりつけ医の評価制度検討。	プライマリケアのあるべき姿と現行制度との差異分析見当たらず	
	【保険者】 被保険者の医療リテラシーを高め、患者にとって不要な外来受診などを削減し、医療費の適正化により貢献できている。		患者の医療リテラシーが十分でない					
				【患者情報の医療機関横断での共有】 患者の入院・外来・投薬・検査などの病院間での情報共有基盤の構築。患者情報の共有化、つまりは地域医療情報ネットワーク化を全国で実装。	介護なども含めた全国的な情報共有に至っていない			

取り組むべき事項

← 評価 →

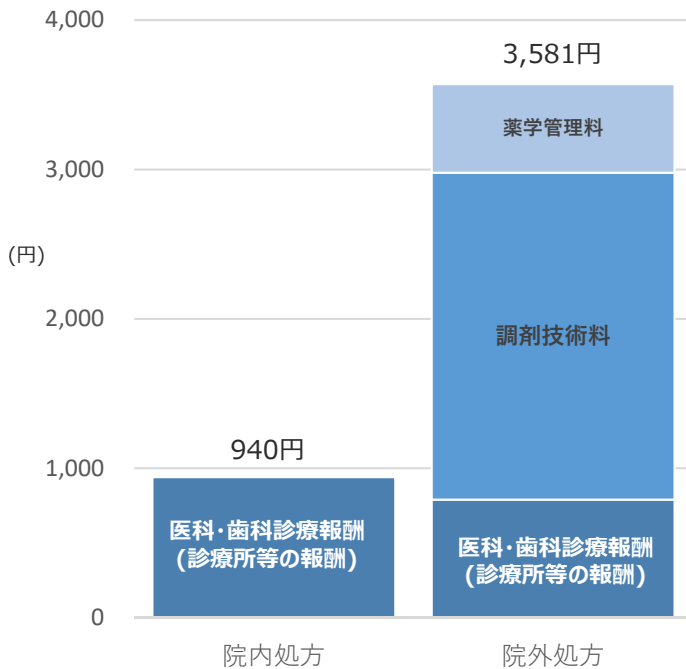


出所：日本総研作成

⑤ 地域での対人業務強化に向けた開局薬剤師の臨床能力等強化：課題

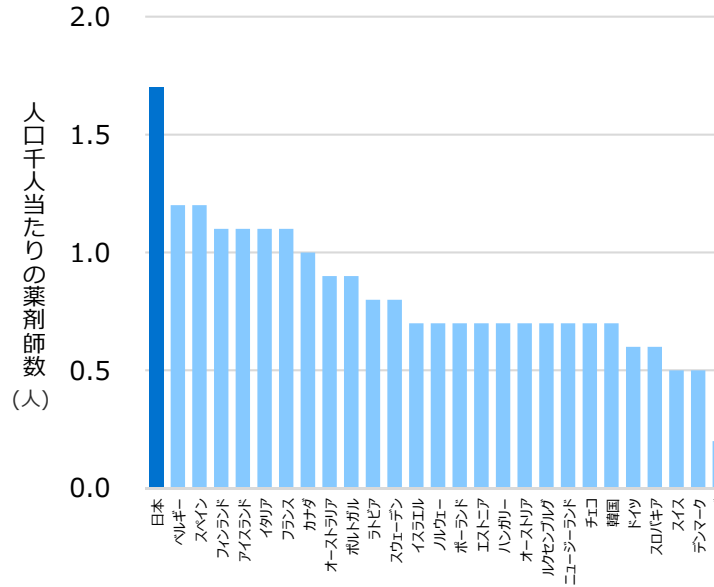
- 院外処方料金は、院内処方よりも3.5倍高いが、患者への追加的な価値提供は十分ではない。
- 開局薬剤師は人口当たりで多い可能性が高いが、**調剤業務に時間をとられており、対人業務での価値提供が行い難い環境**にある。
- 業務量の比較的多い薬局(ドラッグストアや門前薬局など)での、**対物業務から対人業務中心への転換**が重要となる。

院外処方 は 院内処方 よりも
平均3.5倍高い



出所：厚労省「平成30年社会医療診療行為別統計の概況」を基に日本総研作成

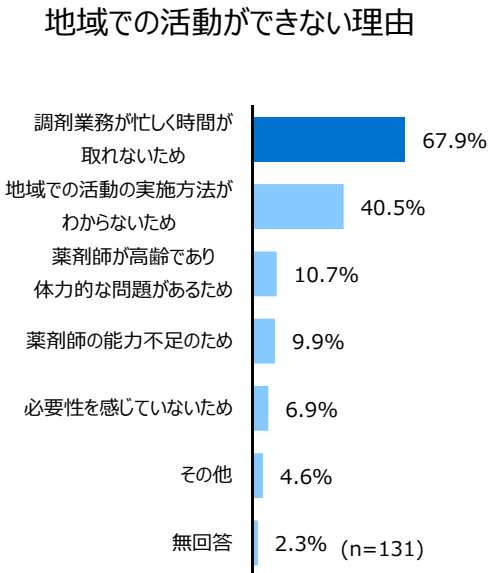
人口当たり薬剤師数は
他国より多い可能性



- 補足
- 薬剤師の職能定義は国より異なる点注意必要
 - 日本では、前年一年間の一日当たり処方箋枚数40枚につき、1名の薬剤師の設置を推奨している
 - 日本のデータは2014年

出所：OECD Health Statistics 2017を基に日本総研作成

調剤業務が忙しい



出所：厚労省「平成29年患者のための薬局ビジョン実現のための実態調査報告」を基に日本総研作成

ただし、対物業務に特化し、収益を獲得するために調剤業務に忙しい薬局が存在する可能性は否定できない

⑤ 地域での対人業務強化に向けた開局薬剤師の臨床能力等強化：提言

- 調剤支援員が調剤業務を支援し、**薬剤師が患者に対する業務により専念できる環境**を目指すべき。
- 例えば、高血圧疾患の患者などを対象に、患者がオンライン処方をもっと活用しやすい制度・環境の検証、登録販売業者有資格者も活用した薬剤師の調剤業務負荷軽減の検証などを進めることを提言する。
- ただし、**医療の出発点は医師としている日本の制度上の利点も踏まえ、慎重な検討**が必要。

開局薬剤師		米国 (1つの州で可能ならあり)	日本	
予防接種		あり	なし	
処方権	医師と独立した処方権	なし	なし	
	契約ごとの処方権(プロトコール型)	あり	なし	
	一定期間内での再処方権	あり	なし ただし、分割調剤対応は可能	高血圧疾患を保有する患者等がオンライン処方をもっと活用しやすい制度・環境の検証
調剤テクニシャンズ(調剤支援員)	あり	なし ただし、2019年に非薬剤師が可能な業務が厚労省から明示された	登録販売業資格の有資格者も活用した薬剤師の調剤業務の軽減に向けた仕組み検証	
調剤等業務		あり	あり	



出所：アメリカ労働統計局「OCCUPATIONAL OUTLOOK HANDBOOK」を基に日本総研作成

⑤ 地域での対人業務強化に向けた開局薬剤師の臨床能力等強化：提言

- 開局薬剤師の多くは、患者の他の薬局での処方履歴や検査値などのデータを把握し得ない。
- 医療機関は生活習慣病などで、**処方箋に患者の検査値を記載し、開局薬剤師と連携した取り組みを進めるべき。**
- 薬剤師においては**育成・薬局業務の見直し**、患者においては**医療リテラシー向上**が必要。

処方箋に検査値の情報を記載

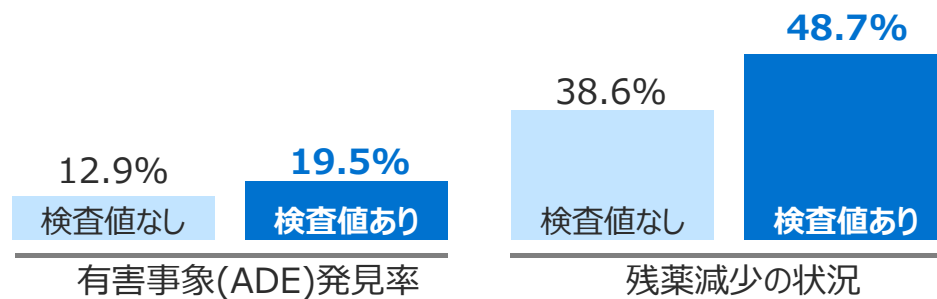
京都大学では過去4ヶ月以内に測定された直近の値を記載

検査項目	WBC	Hb	Plt	PT-INR	AST	ALT	T-Bil	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K+	HbA1c
検査日	7/23	8/9		8/9	8/9	8/9	8/9	8/9	8/9	8/9	8/9	8/9	8/9
検査値	4.9	8.9		1.54	13	12	0.4	0.7	50.2	26	23.2	4.7	4.9

- WBC(白血球数)
- Hb(血色素量)
- Plt(血小板数)
- PT-INR(血液の凝固能を示す検査値)
- AST(肝臓、心臓等の障害の指標)
- ALT(肝臓障害の指標)
- T-Bil(黄疸の確認用)
- 血清Cr(腎機能・筋肉量の指標)
- eGFR(腎機能の指標)
- CK(筋肉に含まれる酵素)
- CRP(炎症や組織の障害の指標)
- K+ (電解質のバランスの指標)
- HbA1c(血糖コントロールの指標)

出所：京都大学医学部附属病院薬剤部ホームページ
<https://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~yakuzai/yakkyoku/sample.pdf>

検査値を処方箋に記載した結果、患者の健康に貢献



ADE: Adverse Drug Event 薬物有害事象

出所：平成25年度厚生労働科学研究費補助金「地域医療における薬剤師の積極的な関与の方策に関する研究」を基に日本総研作成

取り組むべき主要事項

開局薬剤師業務・役割見直し

- どのような情報をもとに、どのような判断基準でどう判断すべきか等更なる明確化
- 対人業務等に従事した薬剤師がより評価される等、自然に対人業務を行える方が増え、適正な薬剤師の総数が管理される仕組み



対人業務強化に向けた取り組み

- 対人業務・検査値等の読み取りに関する教育
- 薬学部の育成カリキュラムの強化
- 対人業務に従事する薬剤師が評価される仕組み



患者の医療リテラシー向上

- セルフメディケーションの促進等



注) 本提言では、国民医療費の薬局調剤費(開局薬局)を分析しているが、医療提供体制という意味では、病院薬剤師の役割(患者入院時の減薬への貢献など)も重要である。

出所：日本総研作成

⑤ 地域での対人業務強化に向けた開局薬剤師の臨床能力等強化：まとめ

- ・ 院外処方が院内処方より料金が低い。人口当たり薬剤師数は他国より多い可能性が高いが、調剤業務に忙殺されている。
- ・ 薬剤師がより患者の健康に資する業務に携わり、患者もその価値を認識できている姿が望まれる。
- ・ 医療機関や薬局間での患者データ共有、薬剤師の臨床能力強化、国民の医療リテラシー強化が必要。

評価項目			評価	
問題	薬局調剤	回数	1人当たり件数(2008→2016)	増加
		日数	1件当たり枚数(2008→2016)	減少
		費用	1日当たり薬局調剤料(2008→2016)	増加
あるべき姿	【患者】 院外処方において、院内処方より高い調剤技術料を払うメリットや、かかりつけ薬剤師選定のメリットが実感できている。		院外処方の患者負担の高さについての国民理解は限定的	
	【開局薬剤師】 薬局における対物業務の薬剤師の負担が適正され、対人業務強化に向けて、どのような判断・助言を期待されているか実務的に明確になっており、その取り組みが適切に診療報酬制度にて評価されている。		期待役割と現行診療報酬制度の差異分析は見当たらず	

提案	現状進捗
【開局薬剤師の対物業務負荷軽減】 開局薬剤師の対物業務の負荷軽減に向けた各都道府県の状況の把握と、課題の対応。1日当たり処方箋枚数当たりの必要薬剤師数の見直し。	業務負荷を軽減する方向性にはある
【開局薬剤師の将来的な業務拡大の検討】 分割調剤制度の普及課題、開局薬剤師の在宅/オンライン服薬指導の普及課題の検討。開局薬剤師の、かかりつけ医・薬剤師・看護師(診療看護師等)との多職種連携業務や役割の設定。	各制度の普及課題の検証結果は見当たらず
【対人業務評価の更なる拡大】 薬局が患者の健康向上・維持に貢献できる業務を重視しやすい診療報酬制度と現状との差異分析と対応。	対人業務の評価拡大検討余地有
【国民の医療リテラシーの強化】 セルフメディケーションの推進状況の分析と対策の検討。	税制優遇策等浸透余地あり
【患者の服薬・検査値履歴の薬局共有】 処方箋への検査値の記載、患者の服薬・検査履歴の医療機関および薬局間でのデータ連携基盤整備。	全国で制度が整備されてはいない
【薬剤師の育成・業務の見直し】 開局薬剤師の期待業務の明確化、大学および資格取得後における育成強化の検討。電子薬歴や副作用情報などをもとに副作用リスクを減らすなどシステムを活用した育成など。	臨床教育・能力強化の機会が十分でない

取り組むべき事項



出所：日本総研作成

⑥ 超高齢化社会を踏まえた給付と負担適正化：課題

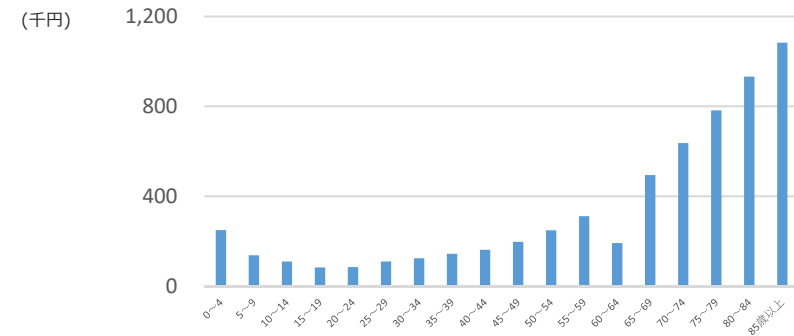
- ・ 高齢者人口の急増に伴う歳出増に加え、生産年齢人口の急減に伴う歳入減が進行。
- ・ 所得や医療費支出の状況によらず公費が投入され、**給付と負担の関係が崩れている**。
- ・ 国民が、医療保険制度が実際よりも安価に運営されていると錯覚しかねず、需要行動を歪める要因となり得る。

高齢化率増



出所：内閣府「平成30年版高齢社会白書」を基に日本総研作成

年齢階層別一人当たり医療費



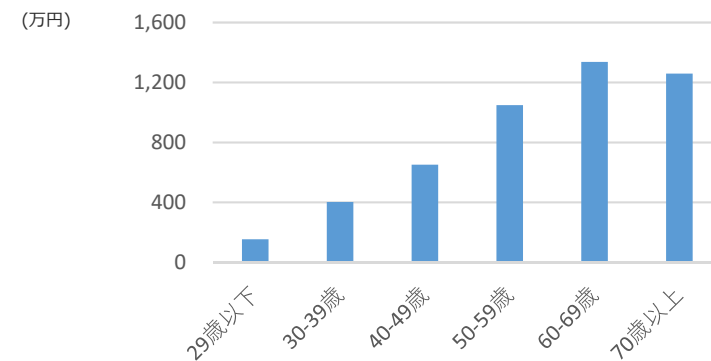
出所：厚生労働省「平成29年度国民医療費の概況」を基に日本総研作成

生産年齢人口減少



出所：内閣府「平成30年版高齢社会白書」を基に日本総研作成

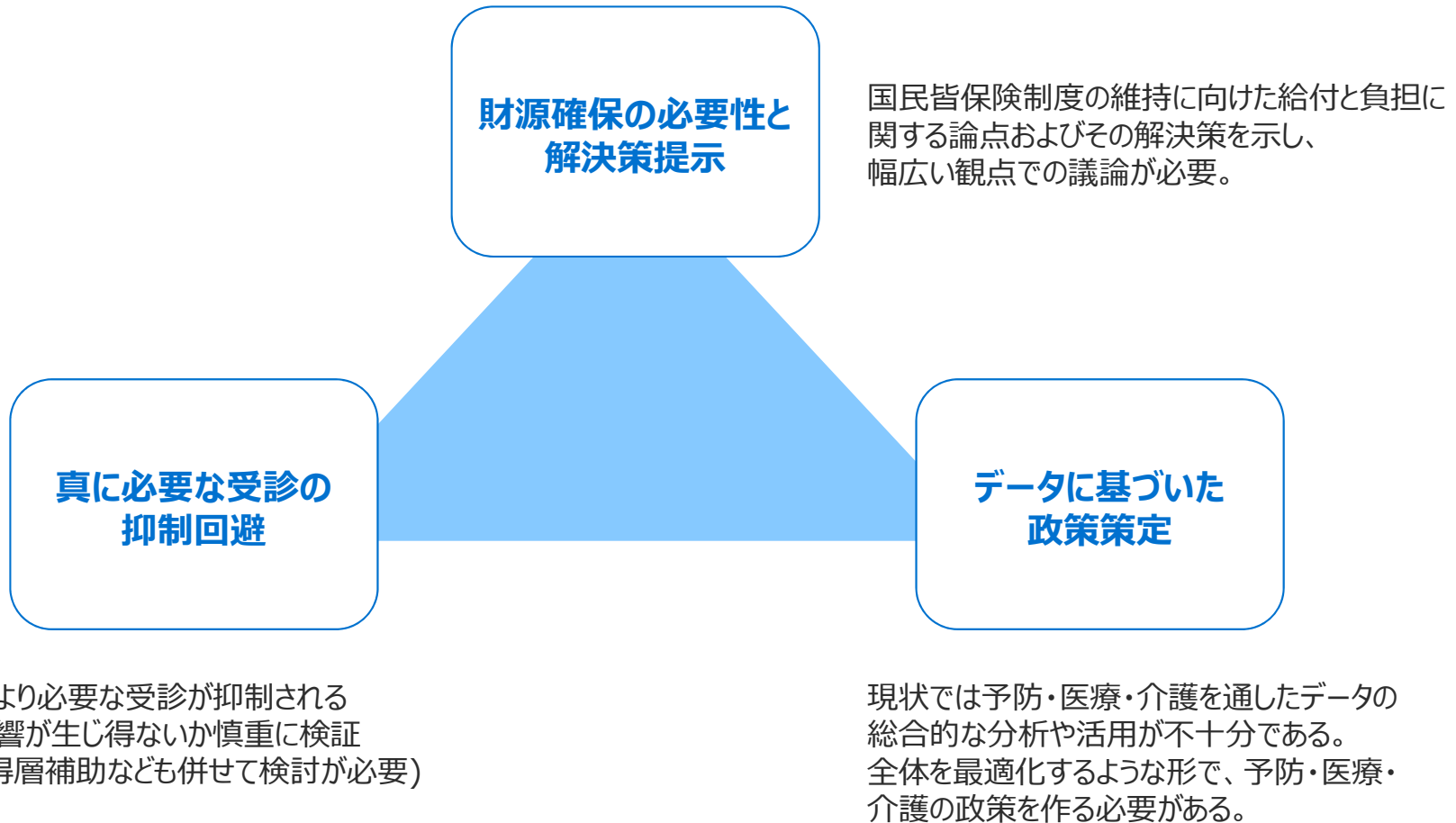
世帯主年齢別の1世帯当たり平均貯蓄額



出所：厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」を基に日本総研作成

⑥ 超高齢化社会を踏まえた給付と負担適正化：提言

- 超高齢化社会の実態に応じて、医療費の適正な規模の財源確保についても検討すべき。



出所：日本総研作成

⑥ 超高齢化社会を踏まえた給付と負担適正化：まとめ

- ・ 超高齢化社会がさらに進み、このままであれば国民皆保険制度の維持が難しくなる可能性。
- ・ 適正な医療費の財源確保について国民の理解を得ながら検討がなされるべき。
- ・ **国民皆保険制度の維持・強化に関する課題の国民理解と、データに基づいた検討が必要。**

評価項目		評価	提案	現状進捗
分析	現在歳出の3分の1を占める社会保障費	2020年代前半以降に急増見込み(団塊の世代が後期高齢者へ)	【財源確保の必要性と解決策提示】 国民皆保険制度の維持に向けた給付と負担に関する論点およびその解決策を示し、幅広い観点での議論を促進。	国民の共通理解とまではなっていない
	生産年齢人口	急減		
	財政の赤字拡大圧力	強まる		
あるべき姿	【ビジョン】 超高齢化社会および人口減少社会における公的医療保険のあるべき姿が、国民・医療関係者・政策決定者に共有されている。	国民皆保険維持が難しくなる可能性等脅威が全国で共有できてない	【真に必要な受診の抑制回避】 必要な受診が抑制される負の影響が生じるか検討し、慎重に検討すべき。(窓口負担増の影響、低所得層補助の検討などが必要)	今後の政策で評価
	【負担】 支払い能力に応じた負担なども検討され、必要な受診行動を抑制せず給付と負担のバランスがとれている。	現在検討が進んでいる		
	【財源】 財源確保も含めた、持続的な社会保障財源が確保されている。	医療をコストとして捉える等削減中心の議論が多い		
			【データに基づいた政策策定】 現状では予防・医療・介護を通じたデータの総合的な分析や活用が不十分である。全体を最適化するよう形で、予防・医療・介護の政策を作る必要がある。	医療費データ中心の検討

取り組むべき事項



出所：日本総研作成

骨太への提案：① 医療保険全体に対する価値に基づく医療の実装の拡充

- 効率的・効果的な医療の導入促進と、非効率・非効果的な医療の退出を促す制度の導入が必要。

深堀 既存の取組みの
拡大・深化

新規 新たな取組み

提案項目(再掲)	骨太2019(抜粋編集)	骨太への記載提案
<p>【効率的・効果的な医療重視への制度改革】 出来高(投入量)中心から医療保険全体での「価値に基づく医療」への医療制度改革。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 効率的・効果的な医療の実現に向けて、「価値に基づく医療」をどう実現するかを、政府として課題を特定し、目標に掲げたいうでで工程化 <p style="text-align: right;">深堀</p>
<p>【既存の医療を低コストで再評価する仕組み検討】 医薬品・医療材料・医療技術に対して有効性を低コストで再評価できる仕組みを検討。(提言②)</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 医療の有効性を低コストで再評価し、医療の選択を促すことで、有効性の高い医療が導入され、有効性の劣る医療が退出する仕組みを検討 <p style="text-align: right;">新規</p>
<p>【国民・患者の医療リテラシーの向上強化】 国民・患者が、高い医療リテラシーを有し、有効性の高い・低い医療について認知し、それに基づき行動できるための啓発活動を支援。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 国民・患者の医療リテラシーの現状把握と課題を明らかにし対策を講じる <p style="text-align: right;">新規</p>
<p>【医療・予防・介護などの情報基盤整備】 患者の医療・予防・介護などにおける情報が把握できるデータインフラを整備し、追跡・分析を実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報などを患者本人や全国医療機関で確認できる仕組み構築。その他データ項目を医療機関などで確認できる。電子カルテの標準化を進める。 介護情報との関係を進めるに当たっての手法などについて継続検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護に加え、予防なども含めた国・地方横断での患者情報の連携基盤の構築にあたっての手法を検討 予防などの分野における新たなエビデンスの構築 <p style="text-align: right;">深堀</p>
<p>【医療産業全体のイノベーション促進】 効率的・効果的な技術が評価され、非効率・非効果的な医療の評価が見直される診療報酬上の制度導入。</p>	<ul style="list-style-type: none"> イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する。AIを活用した医療機器の開発や、医薬品等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院の医療設備稼働率、購買価格や人件費などの実勢価格に基づき、イノベーションの高い機器やデジタル技術の開発が進みやすい診療報酬の価格改定検討 診療報酬の各加算項目の効果有無の判断指標と、その評価を活用した価格改定 <p style="text-align: right;">深堀</p>
<p>【効率的・効果的な医療を推進する保険者評価】 現行の保険者評価指標に加え、有効性の高い医療を被保険者(年齢階層別等)が受けた割合の高さなども踏まえ、効率的・効果的な医療の提供に寄与した保険者をより評価。この結果を活用し、国民・患者が保険者の取り組みをより理解できるようにする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> インセンティブ評価指標(例えば、糖尿病等の重症化予防事業)について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げ、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。 インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取組む保険者を重点的に評価する。 ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、事例を横展開する。 	<ul style="list-style-type: none"> 効率的・効果的な医療提供体制に寄与した保険者の評価指標の設置と評価 被保険者が保険者の取り組みをより理解するための現状の問題と対策の検討 <p style="text-align: right;">深堀</p>

出所：日本総研作成

骨太への提案：② 既存医療の第三者有効性再評価制度強化

- **RWDを用いて既存医療の有効性の再評価を行い、診療ガイドラインや診療報酬に反映する制度とし、有効性・効率性の高い医療が選択され、有効性・効率性の劣る医療が退出する仕組みを構築すべき。**

深堀 既存の取組みの
拡大・深化
新規 新たな取組み

提案項目(再掲)	骨太2019(抜粋編集)	骨太への記載提案
【第三者有効性再評価制度の検討】 企業ごとで実施する再評価より社会的なコスト負担が少なく、短期間で実施できる再評価制度の検討。 当該再評価で有効性があるといえない医療に関するリスト化と、これを診療ガイドラインの改定や診療報酬の反映へ繋げる仕組みの検討。	記載なし	• 有効性の根拠が乏しいながら行われている 既存医療を選定し、当該有効性を第三者が低コストで再評価する環境整備の課題を検討 <div style="text-align: right;">新規</div>
【再評価制度の人材・データ基盤整備】 再評価業務を担う、医療統計およびデータ分析に携わる人材の育成、患者の電子カルテの統合などデータ整備/データアクセス環境の強化。個人情報保護法における課題整理。	記載なし	• 再評価の分析ができる 医療統計の専門人材の必要数と現状の差異、対策を示す <div style="text-align: right;">新規</div>
【有効性があるとはいえない医療の国民理解】 有効性があるとはいえない医療について、患者・医療従事者・政府などへ提示・周知。	記載なし	• これまで 習慣的に実施されている医療や、患者や医者の中で有効性が本当にあるのか疑問に感じている医療を継続して一覧化できる仕組みを検討 <div style="text-align: right;">新規</div>

出所：日本総研作成

骨太への提案：③ 地域医療構想の展開に対応した患者目線での在宅支援強化：

- 各自治体の外来患者数の将来動向を踏まえた病院経営への影響分析、病床数適正化後の空きスペースの活用や雇用創出策の策定。関係者との合意形成に向けたデータ・事例整備、推進体制の強化が必要。

深堀 既存の取組みの拡大・深化
新規 新たな取組み

提案項目(再掲)	骨太2019(抜粋編集)	骨太への記載提案
<p>【病床数適正化の地域ごとの体制整備】 各地方自治体において、医療機関の医療費支出を分析し、各地の病床数適正化に向けた国・都道府県・医療機関、住民・患者も含めた検討における役割と責任を明確化。今後の地域医療構想の見直しの際に、COVID-19への対応に関する検証結果を反映する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。 地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。 	<ul style="list-style-type: none"> 既存の医療費の分析を行い、確実な病床数適正化により、在宅支援強化も含めて、国・各都道府県・医療機関などの役割・責任・権限の整合性に問題がないか検討し、推進体制上の対応策を検討 COVID-19や将来の感染症発生の可能性も含めた検討の推進 <p style="text-align: right;">深堀</p>
<p>【患者・医療従事者減による病院経営課題分析】 病床機能別の入院単価にもとづく病床削減効果の試算、各地域の公立・民間病床数の割合、今後の患者・医療従事者数の増減を踏まえた、既存病床数を維持した際の病院経営への影響などについてデータを提示。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 地域ごとの外来患者数の減少時期や減少率の違いなど病院経営の将来環境変化をデータで示す 既存の病床や設備を維持した場合の将来的な病院経営上のリスク、病床数適正化で空いたスペースの先行活用事例を提示 <p style="text-align: right;">新規</p>
<p>【病床数適正化の対象患者に対する影響周知】 病床数適正化で影響が生じる対象患者の疾病程度などを明らかにし、病床数適正化の影響などについて検証し、患者を含めた関係者への情報共有・説明を推進。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想の対象患者像を明らかにし、患者が入院から在宅・外来に移行した際の具体例を提示 病床数適正化により国民が不安に感じる事項へ説明 <p style="text-align: right;">新規</p>
<p>【地域での受け皿機能強化】=在宅支援機能強化 地域で必要となるかかりつけ医など医師・看護師(診療看護師等)・薬剤師、介護士・保健師などの人材や、設備・体制面での現状との差異分析と対応策、雇用確保などの計画の設定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。 2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅等の受け皿となる体制構築に関する人材・設備などの現状と、あるべき姿との差異分析を行い、対応策を検討 <p style="text-align: right;">深堀</p>

出所：日本総研作成

骨太への提案：④ 重症化予防・疾病管理も診るかかりつけ医と患者のマッチングの仕組み確立

- ・ かかりつけ医と患者のマッチングと任意登録、患者データの医療機関横断の共有基盤の構築などが必要。

深堀 既存の取組みの拡大・深化

新規 新たな取組み

提案項目(再掲)	骨太2019(抜粋編集)	骨太への記載提案
<p>【プライマリケアを担う医療従事者の目標数設定】 各地域での重症化予防・疾病管理も診るプライマリケアを担える医療従事者の育成目標数の設定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成課程を整備するとともに、改正医師法に基づき、総合診療専門研修を受けた専攻医の確保数について一般社団法人日本専門医機構で議論しつつ、総合診療医の養成を促進するなどプライマリ・ケアへの対応を強化する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ プライマリケア実現に向けた、プライマリケア医など医療従事者の必要数、および現状との差異分析と対策の検討 <p style="text-align: right;">深堀</p>
<p>【患者とかかりつけ医等のマッチングと任意登録】 患者が自身の年齢、疾病、ライフサイクルなどに応じたかかりつけ医等のマッチング、および任意登録制度の検討。(任意登録すると、患者の受診・服薬等情報が登録したかかりつけ医などに共有されるなど)国民のかかりつけ医の利用を推進。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医候補を検索しやすい仕組みを構築 ・ 海外(仏・豪など)のプライマリケア制度の仕組みやCOVID-19時のかかりつけ医の役割も参考にし、患者が個人の疾病やライフスタイルに応じてかかりつけ医を把握・任意登録(患者の受診・服薬等情報提供)する制度の検討 ・ かかりつけ医を持つ国民を増やす <p style="text-align: right;">新規</p>
<p>【プライマリケアにおける医療従事者連携】 プライマリケア実現に向けた医師・看護師・薬剤師などの役割や情報連携体制の強化。在宅で看取れる体制構築。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院と診療所の機能分化・連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、医療機関へのかかり方について行政・保険者等が連携し啓発を行う。 ・ 人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について、人生会議などの取組を推進するとともに、在宅看取りの好事例の横展開を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医など医師、看護師(診療看護師等)、薬剤師が、地域のプライマリケア体制でどのような業務の連携等が期待されるか先行事例を提示 <p style="text-align: right;">深堀</p>
<p>【プライマリケア促進の制度課題検討】 プライマリケア浸透の現状分析や効果を踏まえた適切な診療報酬制度の検討。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者・医療従事者が求めるプライマリケア制度の実現において、診療報酬上の課題検討を行う <p style="text-align: right;">新規</p>
<p>【患者情報の医療機関横断での共有】 患者の入院・外来・投薬・検査などの病院間での情報共有基盤の構築。患者情報の共有化、つまりは地域医療情報ネットワーク化を全国で実装。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報などを患者本人や全国医療機関で確認できる仕組み構築。その他データ項目を医療機関などで確認できる。電子カルテの標準化を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療情報ネットワークを全国実装に向けて検討 ・ 予防などのデータをもとに新たなエビデンス構築を推進 <p style="text-align: right;">深堀</p>

※国民が健康になる観点から、当該提言の実現が最優先と考える。

出所：日本総研作成

骨太への提案：⑤ 対人業務強化に向けた開局薬剤師の臨床能力等強化

- 医療機関や薬局間での患者データ共有、薬剤師の臨床能力強化、国民の医療リテラシー強化が必要。

深堀 既存の取組みの
拡大・深化

新規 新たな取組み

提案項目(再掲)	骨太2019(抜粋編集)	骨太への記載提案
<p>【開局薬剤師の対物業務負荷軽減】 開局薬剤師の対物業務の負荷軽減に向けた各都道府県の状況の把握と、課題の対応。1日当たり処方箋枚数当たりの必要薬剤師数の見直し。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師の対物業務の負荷軽減に向けた設備導入促進や調剤業務を支援する人材の拡大 薬局規模などに応じた、処方箋枚数当たりの必要薬剤師数の見直し <p>新規</p>
<p>【開局薬剤師の将来的な業務拡大の検討】 分割調剤制度の普及課題、開局薬剤師の在宅/オンライン服薬指導の普及課題の検討。開局薬剤師の、かかりつけ医・薬剤師・看護師(診療看護師等)との多職種連携業務や役割の設定。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県などにおける薬剤師数や業務実態を踏まえて、分割調剤制度の活用課題、在宅/オンライン服薬指導の普及課題、および地域での多職種連携課題を検証 <p>新規</p>
<p>【対人業務評価の更なる拡大】 薬局が患者の健康向上・維持に貢献できる業務を重視しやすい診療報酬制度と現状との差異分析と対応。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方については引き続き検討を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 対人業務評価の割合を引き上げた場合において、薬剤師が足りない地域など地域ごとの影響の検討も踏まえた薬局での対人業務評価の拡大策を検討 <p>深堀</p>
<p>【国民の医療リテラシーの強化】 セルフメディケーションの推進状況の分析と対策の検討。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 一般用医薬品等の普及などによりセルフメディケーションを進めていく中で、健康サポート薬局についても、その効果を検証しつつ取組を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 左記同様
<p>【患者の服薬・検査値履歴の薬局共有】 処方箋への検査値の記載、患者の服薬・検査履歴の医療機関および薬局間でのデータ連携基盤整備。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関と薬局間の処方箋情報の共有基盤構築および、処方箋への基本的な検査項目の記載 <p>新規</p>
<p>【薬剤師の育成・業務の見直し】 開局薬剤師の期待業務の明確化、大学および資格取得後における育成強化の検討。電子薬歴や副作用情報などをもとに副作用リスクを減らすなどシステムを活用した育成など。</p>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 大学薬学部および薬剤師資格取得後においても、対人業務における期待役割に応じた臨床教育の強化など育成課題の検討 <p>新規</p>

出所：日本総研作成

骨太への提案：⑥ 超高齢化社会を踏まえた給付と負担適正化

- 超高齢化社会の実態に応じて、**医療費の適正な規模の財源確保**についても検討すべく、**国民皆保険制度の維持・強化に関する課題の国民理解と、データに基づいた検討が必要。**

深堀 既存の取組みの
拡大・深化

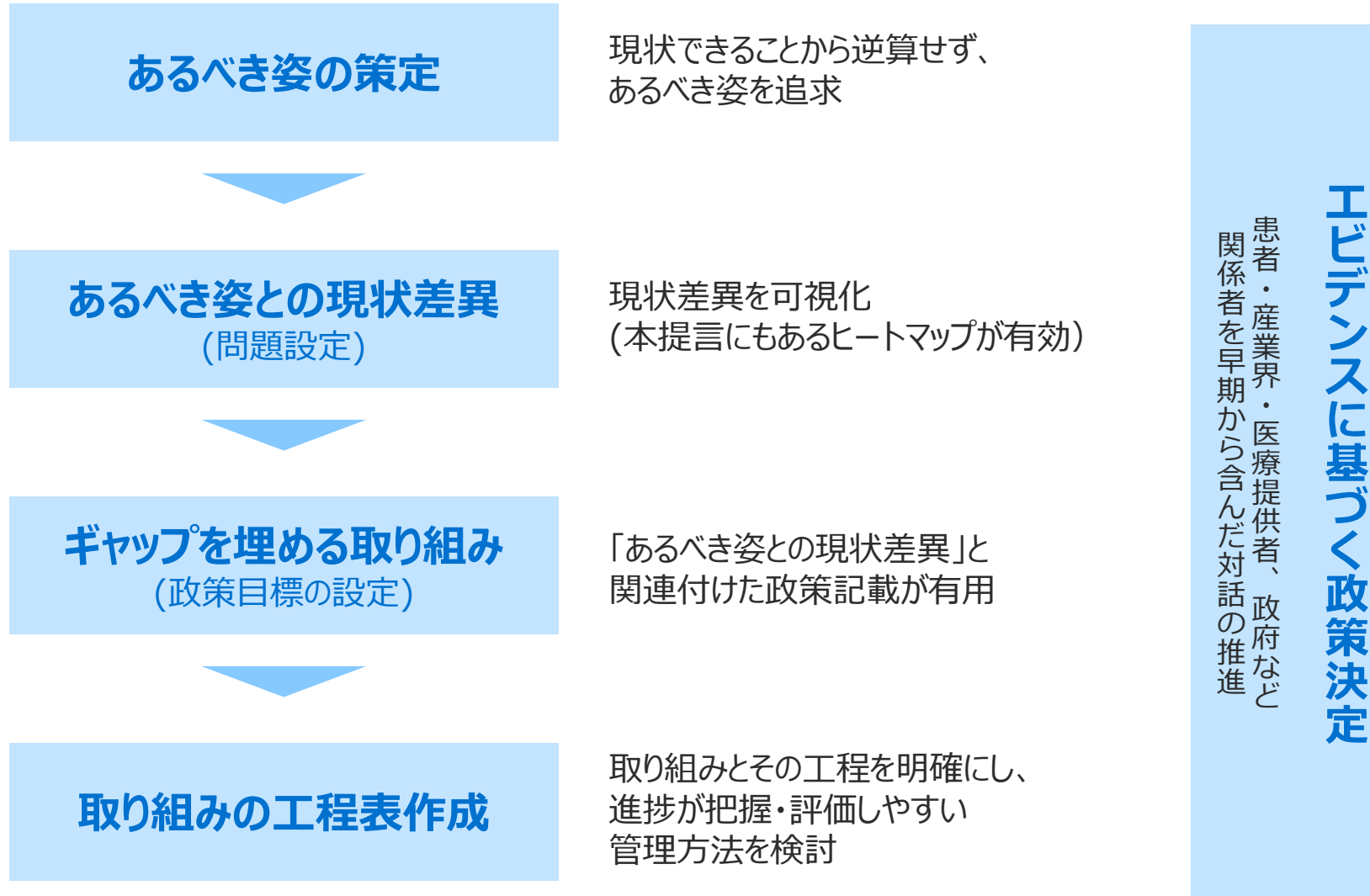
新規 新たな取組み

提案項目(再掲)	骨太2019(抜粋編集)	骨太への記載提案
<p>【財源確保の必要性と解決策提示】 国民皆保険制度の維持に向けた給付と負担に関する論点およびその解決策を示し、幅広い観点での議論を促進。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 骨太方針2020において給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。 国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。 社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018 及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。 	<ul style="list-style-type: none"> 日本は国際的に最も高齢化が進んでおり、高齢であるほど一人当たり医療費は高くなるため、国全体の医療費負担は高い ただし、日本は高齢化率を踏まえると突出して高いとはいえない可能性があり、日本の高齢化率も踏まえた適正財源の確保を検討 <p style="text-align: right;">深堀</p>
<p>【真に必要な受診の抑制回避】 必要な受診が抑制される負の影響が生じるか検討し、慎重に検討すべき。 (窓口負担増の影響、低所得層補助の検討などが必要。)</p>	<p>記載なし</p>	<ul style="list-style-type: none"> 給付と負担の課題を検討する際に、本来受診すべき方が受診をためらう負の行動を促す政策とならないことや、低所得層への補助も含めて検討 COVID-19で抑制された受診と、それによる健康への影響についての分析を検討 <p style="text-align: right;">新規</p>
<p>【データに基づいた政策策定】 現状では予防・医療・介護を通じたデータの総合的な分析や活用が不十分である。全体を最適化するような形で、予防・医療・介護の政策を作る必要がある。</p>	<p>記載なし</p>	<ul style="list-style-type: none"> 予防・医療・介護横断で我が国の状況を分析し、政策の検討に活用 <p style="text-align: right;">新規</p>

出所：日本総研作成

あるべき姿との現状差異分析に基づく政策検討

- 国民の理解がより得られるべく、医療のあるべき姿を提示したうえで、問題設定、政策の計画を分かりやすく示すべき。



出所：日本総研作成

効率的・効果的な医療提供体制構築に関する提言

株式会社日本総合研究所

<効率的・効果的な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)
社内メンバー 南雲 俊一郎 (リサーチ・コンサルティング部門 部長/プリンシパル)
リサーチ・コンサルティング部門
青山温子 芦沢未菜 安部航司 石井達也 小倉周人 川舟広徒 木下友子
田川絢子 徳永陽太 野田恵一郎 望月弘樹 森下宏樹 山本健人

<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

TEL 03-6833-6300 FAX 03-6833-9480

川崎 真規 シニアマネジャー

E-mail: kawasaki.masaki@jri.co.jp TEL : 06-6479-5566

小倉 周人 コンサルタント

E-mail: ogura.shuto@jri.co.jp TEL : 03-6833-6704

本提言は「効率的・効果的な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