

「プライマリ・ケアを核とした地域医療」「価値に基づく医療実装」 「持続可能な社会保障制度を目指す合意形成の在り方」に関する提言

～持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けて～

提言資料

健康医療政策コンソーシアム

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

2023年4月20日

背景

- 少子高齢化により拡大する需要と、限られた医療財源との**需給の均衡**を取ることが喫緊の課題である
- 人口動態や疾病構造が変化し、身体的・心理的・社会的など多面的に支援する**全人的アプローチ**が求められる

検討事項

- 「医療・介護・生活」を包括的にみる**地域特性**に応じた**多職種が連携**できる体制が必要である
- 提供されている医療が、データに基づき**迅速に把握・評価**でき、データの**利活用が促進**される仕組みが必要である
- 複雑な医療制度や社会保障制度に対して、**国民理解**を深めるための情報提供が必要である

長期的な展望で、最適な医療制度を維持するために ポストコロナに望まれる日本の医療 のあるべき姿



国民の一生涯の健康を地域多 職種連携で診られている

感染・罹患していない健康な方を含め、健康不安時やワクチン接種時などにおいて、自分や家族の一生涯の健康を診る医師・看護師・薬剤師・ケアマネジャー・介護士などによる地域多職種チームへ相談・受診などができる姿。



医療の価値に基づき健康増進と 医療革新が進んでいる

国民一人一人の体調、自分や家族の多様な人生観などに応じ、患者にとって価値の高い医療が評価・提供され、医療従事者は全国で提供されている既存医療の価値を容易に把握し診療に活用できており、医療関連企業は価値に応じて評価される制度のもと日本での製品開発・販売投資に注力している姿。



国民皆保険を将来世代に引き継ぐ 為の財源が確保されている

経済成長策と低所得者層などに向けた福祉政策充実を行うとともに、機能分担と適正な資源配分のもとで必要な給付がなされている姿。結果として、財源確保が避けて通れない場合は、その必要性の理解を国民に求め財源確保を行い、国民が安心できる医療制度を提供できている姿。

日本の医療のあるべき姿に向けた3つのテーマ

テーマ①

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

コロナ禍を経験したいま
見直すべき
「かかりつけ医」の役割

テーマ②

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**

デジタル化が可能にする
質の高い医療の
選択を加速化

テーマ③

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**

国民皆保険を将来世代に
引き継ぐために、
コロナ禍を経た今こそ
考えるべき医療財政

テーマごとのポイント

プライマリ・ケアチーム体制整備

- 国民生活に根差した**地域ごとの多職種連携**からなるプライマリ・ケア提供体制を構築すべき

価値に基づく医療の実装

- 提供されている医療をデータに基づき評価し、**医療提供の価値に基づく診療報酬制度**を構築すべき

給付と財源の均衡性確保

- 医療制度に関する国民理解促進と**国民的議論活性化**に資する情報提供を強化すべき

提言 2023年度に着手し実施すべきこと

テーマ

プライマリ・ケアチーム 体制の整備

国民生活に根差した地域ごとの多職種連携からなるプライマリ・ケア提供体制を構築すべき

- 第8次医療計画の策定で地域特性に応じた多職種連携の在り方が検討・反映されるよう、都道府県レベルの計画策定において、かかりつけ医機能に係る整理を含む多職種連携の望ましい方向性を示すべき
- プライマリ・ケアを進めるにあたり、担い手の育成方針、オンライン診療や患者の受診歴などのデータ活用を含む、デジタルを活用した個別化医療の将来構想をまとめるべき

提言

価値に基づく 医療の実装

医療提供の価値に基づく診療報酬制度を構築すべき

- 医療の提供プロセスや構造に対して報酬が支払われる既存の診療報酬制度に対して、医療提供の価値に基づく評価や支払体制を新たに取り入れるため、価値に基づく医療に関する議論を継続的に行う仕組みをつくるべき
- 価値に基づく医療の実装による利点を明らかにするためグランドデザインを作成し、社会保障制度で取り扱うべき価値について特定すべき
- 医療の価値を測定・評価するために、ヘルスデータの利活用を推進するべき

マクロでの給付と 財源の均衡

医療制度に関する国民理解促進と国民的議論活性化に資する情報提供を強化すべき

- 国民が医療制度や社会保障制度の現状と将来、考えられうる選択肢等について理解を深め、自分ごととして捉えることができる情報提供を強化し、国民との適切なコミュニケーションの在り方について検討をはじめべき

骨太に記載されるべき事項

～2023年度中に取り組むべきこと～

[医療提供体制]

国民の一生涯の健康を
デジタル技術も活用し地域多職種連携で診る

プライマリ・ケアチーム 体制整備

- ① 具体的な**プライマリ・ケアチーム像**を地域特性を加味し示す
- ② デジタル技術等も活用して**地域の課題を効果的に解決する事例**を示す
- ③ 地域での**プライマリ・ケアチームの担い手の育成方針**を示す

[基本の考え方]

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

- ① 価値に基づく医療が**実装された社会像(グランドデザイン)**を示す
- ② ヘルスデータの利活用促進に向けた**データ基盤、データガバナンスの在り方**を示す
- ③ 提供されている医療全体を対象に**データ等を用いて検証する仕組み**を示す

[医療財政]

国民的理解を得た

マクロでの給付と 財源の均衡

- ① 医療や社会保障制度の現状と将来、考えられうる**選択肢等**について、国民が自分ごと化できる伝え方、**コミュニケーション戦略**を取り入れた**情報提供手法**を示す
- ② 医療制度等をどうすべきか・どうあるべきかを**患者・市民も参画し議論する場(座談会等)**を設ける

骨太に記載されるべき事項（詳細）

～2023年度中に取り組むべきこと～

【医療提供体制】

国民の一生の健康を
デジタル技術も活用し地域多職種連携で診る

プライマリ・ケアチーム 体制整備

- 生活モデルに基づいて、地域特性に応じた多職種連携の在り方が検討・反映されるよう、かかりつけ医機能に係る整理を含む多職種連携の望ましい方向性を示す
- プライマリ・ケアを進めるにあたり、担い手の育成方針、オンライン診療や患者の受診歴などを踏まえたデジタルを活用した個別化医療の将来構想とロードマップをまとめる

【基本の考え方】

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

- 医療全体・社会保障制度として扱うべき多様な価値、および価値に基づく評価に着手できる領域を設定し、継続的に議論を行う仕組みを構築する
- 国民・患者・医療機関・医療従事者・医療産業・保険者・行政にとって価値に基づく医療による利点がかかるグランドデザインを策定する
- ヘルスデータを利活用したユースケースを設定・整理し、これらに対応する医療情報利活用に関するデータ基盤、データガバナンスの検討を行う

【医療財政】

国民的理解を得た

マクロでの給付と 財源の均衡

- 医療や社会保障制度の現状と将来、考えられうる選択肢等について、国民が自分ごと化できる伝え方、コミュニケーションのあり方の検討を開始する
- 国全体でのコミュニケーションに続き、地域での対話の場形成に向けて、地域単位の医療財政の現状を理解・共有し、医療提供のあり方に関する課題を設定し、住民の検討参加機会を検討する

国民の一生涯の健康を診る プライマリ・ケアチーム体制の整備

国民一人一人の健康を生活・地域特性に合わせて診るために、
あるべき姿の再定義を進め、政策・医療提供体制構築・医療者教育を
連動させた検討を推進する必要がある

プライマリ・ケアチームを検討する背景

現状では、個人に対する医療・介護・生活への対応が縦割り化されており、全ての国民が自身の健康に対して的確な解決策を得られない状況である。

国民

- 国民は自身の健康について、**症状の背景の理解を深める支援、治療を受けながら継続的な生活を送る上での気持ち・価値観に寄り添った支援、日常生活の行動変容などの支援、家族への支援や行政なども含めた社会的な支援を必ずしも適切に得られていない**
- インターネットやSNS上に様々な情報があふれており、適切な情報がまとめられていないため、リテラシーをもって自身で適切な情報を集めることも限界

国

- **個人に対する医療・介護・生活へのアプローチが分断されており、病院では一部の疾患を除き医学モデル※に基づいた医療が主に提供されている現状**

※医学モデル：疾患は患者の特定の生理学的機能障害に起因すると考え、病因を排除したり、メカニズムの異常を正常化したりすることで疾患を治癒する

- 医療計画においては、あくまでも**疾病や障害を持っている人に対する医学モデルを前提とした医療・介護の連携**や、高齢化に伴う**人材不足による医療提供体制維持の課題や働き方改革の課題の対応策としての連携やタスク・シフト/シェア**に留まっている。
- 総合確保方針においては、「切れ目のない医療・介護提供体制」として**医療・介護の連携に検討が限られている**。
- 全世代型社会保障においては、**社会保障全般の総合的な検討を行うため医療・介護・保育・障害福祉を含めた包括的なケアの提供体制整備が検討されているものの、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能をかかりつけ医が担う形**となっており、**情報のタッチポイントや内容が限られる**。

生活モデルを前提としたプライマリ・ケアチーム体制が必要

変化する人口動態や疾病構造に適応し国民の一生涯の健康を診ていくために
多面的に検討する生活モデルを前提とした
全人的アプローチを行うプライマリ・ケアチーム体制が必要



出所：「生物心理社会モデルと行動科学のまとめ」2011年1月10日 医学会新聞を基に日本総研作成

現状は、「なんでも相談できる」環境とは必ずしもいえない

自分



自分

腹痛・便秘がちで
不快感がある

受診すべきか

病気というほどでもないから、
体調が悪くなったら受診するか考えるとよいのだろうか

家族・
親しい方

妻が頭痛持ちで
心配

何科の受診をすべきか

頭痛なので脳神経科クリニックがよいのだろうか・・・
妻の体調が悪くなってから受診を薦めるとよいのだろうか

娘の様子が
最近良くなさそう

何をどこに相談したらよいか

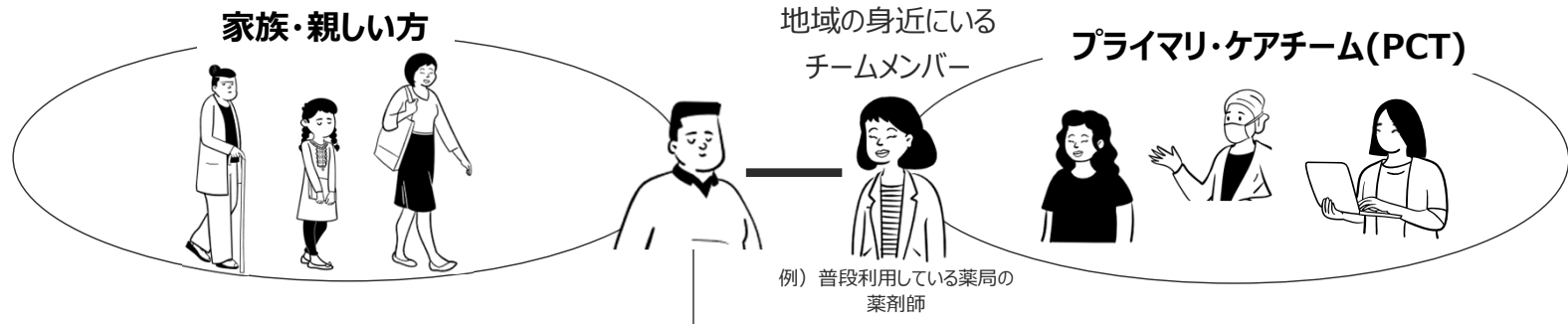
病気といえるのか分からないため、
娘の調子が悪くなってから受診を薦めるとよいのだろうか

母の足腰が
弱ってきており心配

不調はないが相談できないか

整形外科クリニックがよいのだろうか・・・ 病気とまではいえ
ないので、**悪くなってから受診を薦める**とよいのだろうか

理想は、病気だけでなく不調・悩みも地域で相談できること



自分	腹痛・便秘がちで不快感がある	受診すべきか	症状から市販薬利用も含めた助言と、いきみ方の指導を受け、あわせて生活習慣全般に関して助言を得られた
家族・親しい方	妻が頭痛持ちで心配	何科の受診をすべきか	症状をわかりつけ医に相談し、専門病院に受診する必要性について助言をもらえた
	娘の様子が最近良くなさそう	何をどこに相談したらよいか	小学校の養護教諭との連携について助言をいただき、相談できるようになった
	母の足腰が弱ってきており心配	不調はないが相談できないか	要介護認定が無くても利用出来る予防事業サービス等を紹介いただき、社会福祉士の方にも相談できるようになった

現状

プライマリ・ケアチーム体制のあるべき姿についての**定義付けがされていない**

プライマリ・ケアチーム体制の構築に向けた**検討が具体化されていない**

必要となる取り組み

プライマリ・ケアの目指すべき姿の具体化

- 国民一人一人の社会的背景や状況、地域特性を鑑み、多面的な生活モデルを前提とした全人的アプローチを行うプライマリ・ケアチーム体制の在るべき姿を政府が2023年度中に定義すべき

あるべき姿の実現を目指すための検討事項の具体化

- プライマリ・ケアチーム体制構築に必要な教育の充実と個別化医療も見据えたデジタル活用の在り方についての検討を2023年度から開始し2024年度中に具体化すべき

あるべき姿を各地域で展開するための施策具体化

- 地域特性に応じたプライマリ・ケアチーム体制の取り組みを分析し地域でプライマリ・ケアチームを構築する際に必要な「実施項目・検討の進め方」に関するモデルを2024年度までに構築すべき

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. 在るべき姿・必要な取り組みを議論する場の整備

- 学会や省庁でのプライマリ・ケア体制の定義の統一・認知度向上を2023年度中に実施
 - 医療関係者以外も含めた多職種および住民の顔合わせが出来る場の設定
 - 議題の設定、事前調査事項への対応



2. 個別化医療も見据えたプライマリ・ケア体制のデジタル活用促進

- データ収集・連携・解析の一連の仕組みやルールの検討を2023年度から開始し、2024年度までに具体化
 - 多職種連携や地域特性の把握に必要なデータの把握
 - 国民の一生の健康に向けたデータ活用方法の検討
 - コミュニケーションやデータ連携効率化を見据えたデジタル活用方針の検討
 - オンライン診療などを利用した人材育成や多職種連携の促進



3. プライマリ・ケア教育の充実に向けた制度設計

- プライマリ・ケア体制を既に進めている事例から構築に必要な教育制度を2023年度までに把握し、2024年度までに具体化
 - 地域での多職種間生涯学習の推進
 - 医療従事者の教育機会（卒前・卒後）充実
 - 研究環境の整備
 - 国民教育の充実



4. プライマリ・ケア体制の取り組みの検証

- 各地域で新たに取り組み始めたプライマリ・ケア体制や既に取り組まれてきたプライマリ・ケア体制の状況を把握
- 安定的な体制構築までの各段階における成功要因や課題点を改めて事例数を増やして2024年度までに分析



5. プライマリ・ケア体制構築の指針策定

- 住民も巻き込んだプライマリ・ケア体制を構築するうえで重要なポイントをまとめた指針を2024年度までに作成
 - チェックシートなどのツールの提供

求められるプライマリ・ケアチーム体制

下記のプライマリ・ケアチーム体制を構築し、どの年代に対しても病気の時も健康な時も継続的に関わり、国民へのWHOが提唱する健康の提供を提言する。なお、本体制構築は人材不足や働き方改革の課題解決にも繋がる。

求められる

プライマリ・ケアチーム体制の要件

プライマリ・ケアの5つの理念*

- チームメンバーは**地域住民と身近な関係性で普段からかかわりを持っている**
 - 住民はいつでもどこでも**気おくれすることなく**、気軽に困り事や悩み事を相談できる
- それぞれのチームメンバーの**専門性を活かして、医療以外の介護・生活・福祉や地域の社会的な課題まで包括的に扱う。**
 - **診療科ごとの医学モデルの脱却**
 - 一人での対応から**チームでの連携対応**（医療・介護従事者の人材不足や働き方改革の課題解決）
- **地域に基づくチーム内だけでなく、二次医療圏レベルでの連携や地域住民との連携を行う**
 - 二次医療圏レベルでの連携による**入院や退院後のシームレスな支援**
 - 地域住民との連携による**地域特性や地域課題の把握や住民視点・住民活動の取り入れ**
- **どの年代の住民に対しても病気の時も健康な時も継続的に関わり、必要に応じて対応する**
- **チームの一員として責任をもつ**
 - **たらい回しの対応の防止**

近接性

包括性

協調性

継続性

責任性

※日本プライマリ・ケア連合学会HP (<https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>) (2023年3月確認) 参照

国民にとっての変化

- 医療や福祉制度、地域課題に関する知識を持つ**普段から接する機会の多いチームメンバーに気軽に様々な困り事や悩み事を相談できる**
- チームメンバーが困り事の背景も含め個人を理解しようとしてくれるため、**俯瞰的に課題を認識し、必要に応じて適切な解決策を得ることができる**
- 普段から接する機会が多いため、自分で気が付くことが出来なかった変調に気づいてもらい**未然に対処**することが出来る。

WHOの提唱する健康

肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。

在るべきプライマリ・ケアチーム体制の全体像

ライフサイクルのステージに合わせた情報の入り口・共有範囲

成長・ライフステージの変化、病気の段階の変化

介護施設・介護事業所

訪問看護事業所

診療所・病院

薬局

企業

保育園・幼稚園・学校

公共施設

住民・住民家族・支援者など生活のネットワーク

様々な情報のタッチポイント



ライフサイクルのステージなど
に応じた接点

情報の連携・評価分析

住民それぞれの状況に根差した プライマリ・ケアチームの構築

- ・住民の受療行動パターンなど地域の住民特性の考慮
- ・住民の家族・支援者など個々人の生活状況の考慮



プライマリ・ケアチームメンバー

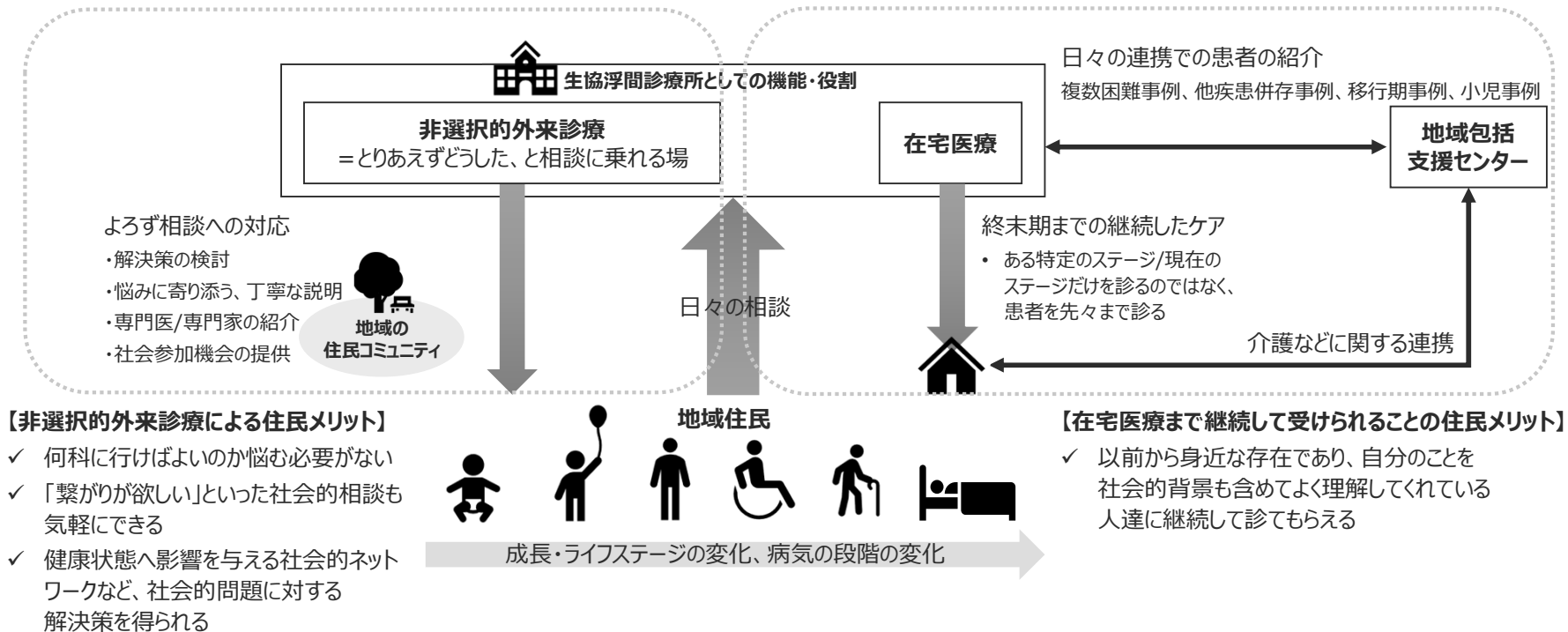
- ・医師・歯科医
- ・薬局の薬剤師
- ・看護師
- ・地域包括支援センター事務員
- ・デイサービスの介護士
- ・ケアマネージャー
- ・保健師
- ・社会福祉士
- ・学校の養護教諭
- ・会社の産業医
- ・近所のコミュニティ

etc...

様々な困り事や悩み事の
気軽な相談 個々人に合わせたチーム連携による
プライマリ・ケアの提供

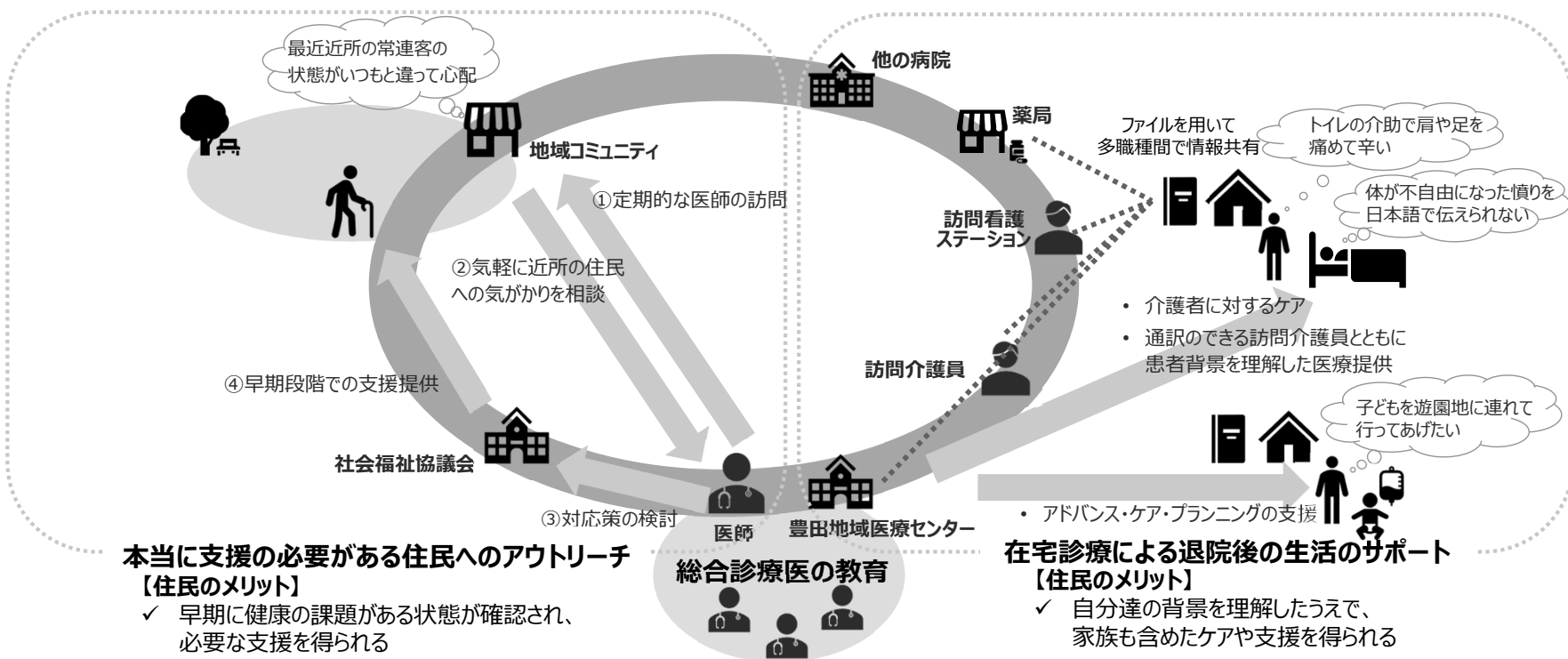
事例紹介1：生協浮間診療所（東京都北区）

世界一の大都市である首都圏でのプライマリ・ケア展開を意識。非選択的外来診療と在宅医療を提供し、全世代のよろず相談への対応から、高齢者であれば自立から要介護5まで診ることに取り組んでいる。



事例紹介2：豊田地域医療センター（西三河北部医療圏など）

地域特性を理解したうえで、退院後の訪問診療による家族も含めたケアや支援を行うとともに、医師が地域に出向き支援の必要がある住民へのアウトリーチを実施する多職種・地域連携体制を構築。総合診療医の教育も提供。



プライマリ・ケア医によるかかりつけ医機能の展開

個人の病気やその治療を重視する医学モデルから多面的な生活モデルへ転換していくうえで、プライマリ・ケア医が担うかかりつけ医機能が必要であり、現在少ないプライマリ・ケア医を増やすべきである。

	プライマリ・ケア医がかかりつけ医機能※を担う場合のイメージ	分野別・臓器別専門医がかかりつけ医機能を担う場合のイメージ
特徴	<ul style="list-style-type: none"> 総合診療専門医やプライマリ・ケア認定医のように、生活モデルとして国民を多面的に診ることに長けている <ul style="list-style-type: none"> 多角的に診る：一つの臓器や診療科にとどまらず推論する 家族や生活背景まで診る：家族や職場とも連携・コーディネートし、病気の根っこまでアプローチして、家族丸ごとケアする 地域全体を診る：保険・福祉・介護にとどまらず住宅環境、働き方、町全体の行政関係にも広げ、住民医療ニーズを把握し地域に反映し、予防や社会と人とのつながりを紡ぐ 	<ul style="list-style-type: none"> 医学モデルとして生理機能面の介入に長けている <ul style="list-style-type: none"> 分野別・臓器別の専門領域に特化している かかりつけ医のスキルに関する指標基準はないため、医師と患者との間でのかかりつけ医機能に関する認識合わせが必要である 様々な機関と連携する 特定の患者を継続的に診ることができる
支援や診療	学問的に 住民を総合的に診ることを極めた存在 として住民を診る	内科や外科など 各々の専門バックグラウンドがある中で患者を総合的に診る
	地域や地域住民を 総合的に診ることが担保されている	各医師の専門領域に関して重点的に診療が受けられる 一方で 専門外も含めて総合的に診ることが難しいケースもある
	保健所、自治体、急性期病院、介護施設なども含む 多職種連携に積極的	多職種や他施設との 連携に至らないケースもある
	国民はほとんどの健康問題を相談でき、 医療以外の支援も得られる	予防医療や健康増進支援も受けられるが、 何かしらの健康症状があったから患者としてのかかわりとなるケースが多い
法定感染症管理や医療計画管理といった公衆衛生的業務も 自分事として積極的に携わる	専門医療が主で、公衆衛生的業務も義務付けられているものの 公衆衛生に触れる機会が乏しいケースもある	

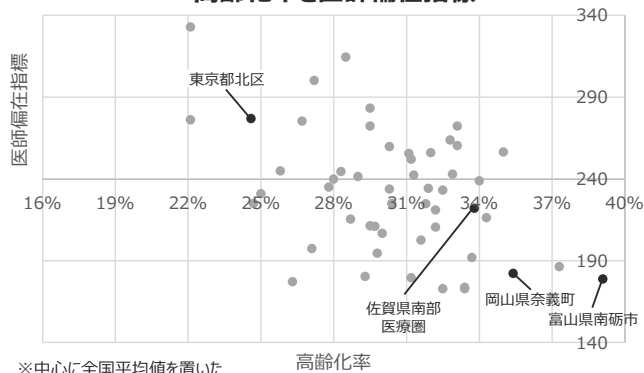
※かかりつけ医機能：身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う

出所：葛西龍樹「地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題」医療経済研究 Vol26 No.1 2014、財政制度分科会（令和3年10月11日開催）議事録、香取照幸「第13回全世代型社会保障構築会議 提出意見 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案（医療法改正部分）について」2023.2.24、一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「プライマリ・ケアとは（一般の方向け）」日本プライマリ・ケア連合学会HP（2023年3月確認）、上手な医療のかかり方.jp「「かかりつけ医」ってなに？」厚生労働省HP（2023年3月確認）、全世代型社会保障構築会議「全世代型社会保障構築会議 報告書」（令和4年12月16日）を基に日本総研作成

プライマリ・ケア実践事例ヒアリング

現在、一部の地域ではすでにプライマリ・ケアが実践されている。
これらの活動に取り組んでいる下記の4つの事例において医師に対しヒアリングを実施した。

ヒアリング地域+47都道府県別の
高齢化率と医師偏在指標



家庭医療学開発センター
センター長
藤沼 康樹 先生

- 主な活動地域：東京都北区
- 2005年に日本生活協同組合連合会医療部会が家庭医療学開発センターを設立し、都市型総合診療医養成プログラムを運営。都市部での健康問題対応のために積極的な取り組みを続けている。

富山大学医学部
富山プライマリ・ケア講座
客員教授
山城 清二 先生

- 主な活動地域：富山県南砺市
- 2004年の富山大学附属病院総合診療部創設時に初代教授として就任。2007年より富山県の南砺市民病院元院長からの依頼をきっかけに地域医療再生に取り組み、「南砺市モデル」を実現させる。

奈義・湯郷・津山ファミリー
クリニック 所長
松下 明 先生

- 主な活動地域：岡山県奈義町
- 2001年に奈義ファミリークリニック所長に就任、川崎医科大学附属病院の家庭医育成からの撤退を受け、民間が運用を行う形式で再スタートさせる。家庭医療専門研修プログラムとして医師を全国公募し、医師体制や診療体制を充実させた。

佐賀大学医学部附属病院
総合診療部 副部長
多胡 雅毅 先生
織田病院 副院長
織田 良正 先生

- 主な活動地域：佐賀県南部医療圏
- 85歳以上の人口急増を背景に、織田病院では「治す医療」から「治し支える医療」への転換を掲げ、中部医療圏の佐賀大学医学部附属病院をはじめとする医療機関と連携しながらこれに挑戦している。

事例におけるプライマリ・ケアの取り組み

各事例において、それぞれの地域の特性や状況を踏まえた取り組みや工夫から、地域の関係者との信頼や連携体制を強化し、個別性の高い対応やスムーズな対応を実現している。

取り組み・工夫

変化や成果

東京都 藤沼 先生	<ul style="list-style-type: none">世界一の大都市でのプライマリ・ケア展開を意識し、人口構成、産業構成、収入、格差問題を考慮して地域に応じたプライマリ・ケア体制を検討した在宅診療と、とりあえずどうしたという相談に乗れる非選択的外来診あ療の双方を重視し、高齢者であればその人の自立から要介護5まで診ることを目指した横の連携によりプライマリ・ケア教育体制を構築した	<ul style="list-style-type: none">地域包括支援センターとの信頼関係構築により複数困難事例や他疾患併存患者への連携対応を実現した多職種の対立点を明示して意見を言いやすい関係性が作られることで連携が強化した
富山県 南砺市 山城 先生	<ul style="list-style-type: none">地域での人材育成、住民参加をキーワードに、住民や市議員に対しセミナーを通じて医療崩壊の原因や医師不足に関する理解、住民行動を促した医療従事者や行政、福祉関係者を交えたワークショップを実施しヒューマンネットワーク構築を目指したその後も様々な講座やプログラムの開設、ケアセンター開業に取り組み、地域のケア体制、住民参加体制を構築・強化した	<ul style="list-style-type: none">セミナーを通じて地域住民や市長、議員が地域の課題を理解し、自分事としてとらえるようになったワークショップが情報交換の場となり、専門職、住民、行政を交えたネットワークが形成された総合診療医が増加し、教育の提供ができるようになったことで看護師や介護士も増えつつある
岡山県 奈義町 松下 先生	<ul style="list-style-type: none">ケアマネージャーや訪問看護師が参加する定期的な在宅ミーティングを開し、関係者間の信頼関係構築を目指した多職種連携の教育の場を設け、困難事例の検討などを実施した看護師や薬剤師向けに教育プログラムを構築した	<ul style="list-style-type: none">関係者間で些細なことでも相談しやすくなり、患者の個別性の高い会話ができるようになった各職種への理解の深まり、技量の底上げの効果が見られ、多職種連携体制調整にも役立っている
佐賀県 南部医療圏 多胡 先生 織田 先生	<ul style="list-style-type: none">織田病院ではかかりつけ医、クリニック、介護施設と日々連携し、佐賀大学でも近隣病院への医師派遣などを行い、気軽に紹介いただけるシステムを整備した介護施設や患者の自宅生活などの介護部分も理解し、時には医療の要素を下げてでもそのバランスを取り、患者が家に帰れることを重視したケア継続のために関連職種を病棟配置とし、各職種からの視点を持ちよった多職種カンファレンスを実施した	<ul style="list-style-type: none">多職種で顔を合わせ一緒に取り組むことで関係性が強化された多職種連携によりスムーズ情報連携と対応を実現した

事例から見たプライマリ・ケア実践における重要ポイント

4つの事例における医師に対するヒアリングの結果、教育・人材育成体制の構築、地域特性を踏まえた多職種連携チームの構築や行政・住民・医療機関の連携が重要であることが明らかになった。

教育・人材育成

大学での基礎の学び、地域での実践の学びによるプライマリ・ケア人材育成と、地域関係者との学びの機会の創出が重要になる

- 大学病院でプライマリ・ケアについて学んだ人材を関連医療機関に派遣できた
- 地域で実践を通じて学ぶこと、地域での人材育成も重要であり、地域で学べる環境を築いたことで人材が集まってきた
- 行政や住民、医療者がともに学び考える機会を創ったことで地域関係者の理解が深まった

多職種連携 チームの構築

多職種間でお互いを理解し気軽に相談や意見を言い合える関係性の構築がチーム連携において重要である

- 多職種間でお互いの役割や力量を把握することが効果的なチーム連携につながった
- 顔を合わせる関係になること、一緒に何かをすることが連携において重要である
- 多職種間の対立点を明示したり、各職種としての情報を持ち寄りすることで、意見を言いやすい関係性が作られていく

地域や行政との 連携

地域の関係者からの理解獲得・信頼構築を実現し、地域特性を理解したうえで連携や機能を向上させていくことが必要である

- 地域の課題が明確であることが重要である
- 行政・住民・医療者の理解や信頼関係、連携が重要であり、関係者の必死さ、熱意が成功に大きく影響する
- 地域住民の受療行動パターンや、人口構成、産業構成、収入や格差問題などの地域特性の考慮が必要である

医療機関の 連携

地域の状況を理解し、各医療機関の機能や役割を活かした横の連携が必要である

- 周囲の状況やリソースの程度を把握したうえでの医療機関の横の連携が重要である
- 日本のプライマリ・ケアの担い手は病院であり、地方では病院外来が総合診療所機能を持つ場合もある
- 医師を多く派遣できる県または大学病院を交えた連携や、医療政策にマッチした医師配置の実施が必要である

事例から見たプライマリ・ケア体制の維持・展開における課題

一方で、現在のプライマリ・ケア体制の維持・向上や、全国的にプライマリ・ケア体制を広めていくためには、リソース不足や地域特性の十分な理解の不足、職種や領域、施設の垣根を超えた連携の難しさといった課題が存在する。プライマリ・ケアの既存体制維持や全国的な展開は困難な状況にある。

教育・研究の環境不足/ 環境構築の リソース不足	プライマリ・ケアを十分に学び研究する体制が整っておらず、全国的な人材育成やプライマリ・ケアの地位向上が難しい状況にある <ul style="list-style-type: none">・ 教育体制の構築・維持に人や資金などのリソースが必要となる・ 全国的にプライマリ・ケアの基礎やアカデミックな視点をしっかりと学べる環境が乏しい・ 卒前・卒後教育や研究体制が不十分で、次世代教育、プライマリ・ケアの地位向上の地盤が弱い
多職種間の 関係性構築の 難しさ	医療や介護、一つの施設などの枠組みを超えた多職種間での接点を持つ機会が乏しい <ul style="list-style-type: none">・ 多職種で顔を合わせる機会が乏しく、また他職種が学んでいることやできることを知る機会も乏しい・ 医療主体になりがちで、介護や日々の生活、予防や健康といった点も含めて包括的にみて連携することが容易ではない・ 一つの施設や団体を超えた多職種連携が容易ではない
地域実態の理解/ 行政・住民・医療 者の連携の難しさ	国民の健康を取り巻く情報の収集が難しく、地域実態を把握しきれないほか、行政・住民・医療者が議論をする機会をもつことが難しい <ul style="list-style-type: none">・ 地域の実情や特性が十分に関係者に把握・理解されていない、把握のための適切な情報をスムーズに得ることができない・ 行政や住民、医療者がそろって顔を合わせ、連携の下で議論する機会が乏しい・ プライマリ・ケア体制の構築がやる気のある人や団体の頑張りによだねられている状況にある
医療機関の密な 連携のための リソース・機会不足	広い視野の下での総合的な連携体制を構築するためのインフラやリソース、連携機会が不足している <ul style="list-style-type: none">・ 連携における人の派遣や受入れに一定のインフラや体力が必要となる・ 特に健康時や予防段階、在宅における個々人の情報収集や施設を超えた情報連携が難しく、医療のみならず、介護や生活、健康の広い視点から連携することが容易ではない・ 行政や地域特性、医療計画と合わせて総合的に連携することが容易ではない

課題に対する対応策

これらの課題に対し、教育・研究体制の整備のほか、地域計画の中でプライマリ・ケア体制の議論拡充の指針を示し、各地域で地域特性を考慮した、健康全般における関係者連携体制を促進していく必要がある。

課題	必要な対応	対応策案（国）	対応策案（地域）
教育・研究の環境不足/ 環境構築の リソース不足	<ul style="list-style-type: none"> 卒前よりプライマリ・ケアや地域医療を学べる教育体制づくり アカデミックな視野の育成、研究成果の蓄積のための研究体制の構築 教育・研究体制の構築・維持のためのリソース支援 	<ul style="list-style-type: none"> 卒前・卒後教育カリキュラムの整備・拡充 大学や研究機関におけるプライマリ・ケアを継続的に学び研究できる体制の構築 卒前・卒後教育、研究体制構築の資金や人の支援 オンラインによる教育機会創出の支援 	<ul style="list-style-type: none"> 地域実践教育を行える環境の維持・構築 プライマリ・ケアを学ぶ人たちを受け入れる地域・住民体制の構築 プライマリ・ケア事例の創出・蓄積 実践教育を行う機関への資金や人の支援 オンラインによる教育機会創出
多職種間の 関係性構築の 難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 医療や介護、施設や団体の枠を超えた顔合わせの場の創出 多職種の役割を知る機会の創出 	<ul style="list-style-type: none"> 卒前・卒後教育での多職種理解の機会整備 職種や施設の枠を超えた顔合わせや議論の機会の構築 オンライン多職種連携体制の整備支援 多職種連携円滑化のためのデータ基盤整備 	<ul style="list-style-type: none"> 職種や施設の枠を超えた顔合わせや議論の機会の構築 行政・住民を交えた多職種理解の機会整備 オンラインによる多職種連携機会の拡張 データを活用した連携円滑化の推進
地域実態の理解/ 行政・住民・医療 者の連携の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 地域実態理解のための情報収集・蓄積基盤の構築 行政・住民・医療者の議論の場の創出 やる気のある人に頼りきらない体制づくり 	<ul style="list-style-type: none"> プライマリ・ケアの議論拡充、支援ツールの整備 各地域への地域特性把握の促し 各地域が地域特性を理解するためのデータ基盤の整備 	<ul style="list-style-type: none"> データや地域住民、医療機関とのかかわりからの地域特性の把握 地域特性に基づく地域計画の策定 行政・住民・医療者での継続的な会話、連携
医療機関の密な 連携のための リソース・ 機会不足	<ul style="list-style-type: none"> 人の派遣・受入れのためのリソース支援 健康全般を網羅する連携機会創出 地域特性や地域計画と整合性のとれた医療機関連携の実現 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関連携のための情報や人の連携基盤の整備あるいは整備支援 健康全般を通じた医療機関連携の議論拡充 オンライン医療機関連携体制の整備支援 	<ul style="list-style-type: none"> 情報や人の連携基盤の整備支援 地域の医療機関の状況の把握 地域計画における医療機関連携方針策定 オンラインを活用した医療機関連携機会創出

個別化医療も見据えたプライマリ・ケア体制のデジタル活用促進

プライマリ・ケアチーム体制構築・展開に向けてデジタル活用が重要であり、データ基盤の整備は個別化医療の実現化にも重要な要素となる。

事例調査で明らかになったデジタル活用の課題

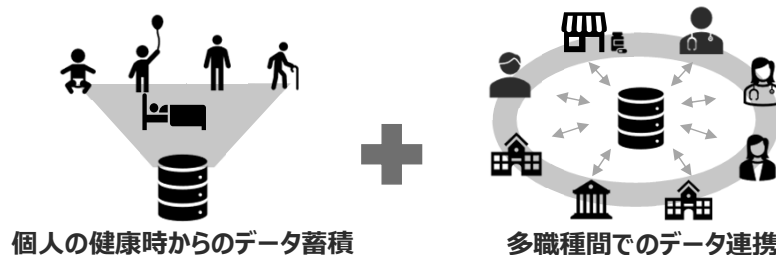
- 全国で情報インフラが統一されておらず施設を超えた情報連携が困難
- 多職種間でスムーズに情報連携が出来ず、素早い対応や質の高い医療提供に限界がある
- 地域特性把握の上でデータの把握や収集に時間がかかる
- 特に医療から離れる健康時や在宅での個々人の情報収集が困難

個別化医療の面で必要なデータ基盤

- 個別化医療は国民一人一人の健康の実現のために重要であり、プライマリ・ケアの実践が個別化医療の実現に繋がる
- 個人の情報がデータ蓄積し、解析されることで個人の体質や好みを把握することにより、個人の最適な支援提供に繋がる
- 様々な人のデータ蓄積し、解析されることで困り事に効果の高い支援アプローチが分かり、症状に最適な支援提供に繋がる

プライマリ・ケアチーム体制構築円滑化と 個別化医療実践のためのデジタル活用の在り方を示す

- 個別化医療や多職種連携、地域特性把握に必要なデータとその収集方法の具体化
- 国民の健康を取り巻くデータを誰がどのように活用していくかの明確化
- データ収集、連携、解析の一連の仕組みや規制の策定
- コミュニケーションやデータ連携効率化を見据えたデジタル活用方針の提示



データ解析を活用したプライマリ・ケアチーム体制による個別化医療の推進

プライマリ・ケア教育の充実に向けた制度設計

今後のプライマリ・ケアチーム体制構築・展開において、教育体制も重要となる。教育環境整備実現に向けた検討を進め、継続性のあるプライマリ・ケア体制基盤の全国的な展開と維持を目指すべき。

事例調査で明らかになった教育面の課題

【プライマリ・ケア提供者側】

- プライマリ・ケア人材が全国的に少ない
- 卒前教育体制が十分に整備されておらず、早期から学ぶことが難しい
- 資金や人不足から実践的な卒後教育を受けられる場が少ない
 - ボランティア体制で対応している現状
- プライマリ・ケアのアカデミックな視点を学び、研究できる機関が全国的に少ない
- 卒前・卒後を通じて他職種について理解したり議論したりする機会が限られている

【行政・住民側】

- 行政や住民の協力が重要であり、まず理解してもらうことが必要になる

体制構築に求められる教育や環境の在り方を示す

- プライマリ・ケアや地域医療の理解や興味の促進に向けた内容を**卒前教育の中に盛り込む**
 - 学部4年生頃にプライマリ・ケアの実践現場に触れる機会を設ける
 - 学生の時から多職種が学んでいる内容や具体的にできることを学ぶ
- **卒後のプライマリ・ケア実践教育体制を整備する**
 - **教育に適した診療所を選定し派遣する体制の整備**
 - 多職種で1患者さんへの対応を継続検討できる機会や地域共同カンファレンスの**資金援助なども含めた提供支援**
 - **多職種を理解し連携や議論を継続していくための環境整備を行う**
- **プライマリ・ケアの価値向上や次世代教育のための研究基盤の構築推進**
- **行政や住民の理解や協力を得るための方針策定**
 - ロジックモデルなども活用した、検討内容に関する**住民への積極的な情報公開**
 - 地域の医療検討会議などに対して**住民が参加しやすい体制構築**

プライマリ・ケア体制の取り組みの検証および体制構築の指針策定

単純な好事例の焼き増しではプライマリ・ケアチーム体制の構築は不可能である。地域特性を踏まえ住民とプライマリ・ケアチーム体制を構築する助けとなる指針を策定し、地域医療構想策定ガイドラインに盛り込むことにより、都道府県レベルでの施策策定を推進していく。

現状

- プライマリ・ケアチーム体制を構築している地域が少なく、事例が少ない
 - 厚労省にて、かかりつけ医機能に関する事例を整理され、多職種連携も含めた理解促進に努めている。しかし、地域の特性に応じて多様なかかりつけ医の姿があると考えられ、地域特性を踏まえたさらなる整理が必要と考えられる。
- 地域特性に依存するため、各取り組み内容が大きく異なる
 - プライマリ・ケアチーム体制構築を成功させるためにより具体的な要素まで分析が困難
 - 他地域の好事例を単純に模倣するだけでは、プライマリ・ケアチーム体制構築は出来ない

プライマリ・ケア体制の取り組みの検証

- ・ 各地域で新たに取り組み始めたプライマリ・ケア体制や既に取り組みまれてきたプライマリ・ケア体制の状況を把握。
- ・ 安定的なチーム体制構築までの各段階における成功要因や課題点を改めて事例数を増やして分析。
 - 持続可能な体制構築に向け、複数の医師・医療機関によるグループ診療や、働き方改革も踏まえた体制を検討する

プライマリ・ケア体制構築の指針策定

- ・ 住民も巻き込んだプライマリ・ケア体制を構築するうえで重要なポイントや複数のアプローチ方針をまとめた指針の策定
- ・ 地域特性を把握・理解するためのチェックシートなどのツールの提供により、地域特性を活かせるアプローチ法の選択肢候補を提示
 - 各地域で、重要なポイントは抑えながら地域特性に対して適切なプライマリ・ケアチームメンバー構成やアプローチ法の柔軟な検討や、複数の方法の組み合わせや強みとなる活動の強化による相乗効果を生み出せるようにする
- ・ 地域医療構想策定ガイドラインに上記内容を盛り込むことにより、都道府県レベルでの2025年度以降の地域医療構想においてプライマリ・ケアチーム体制構築に関する施策を策定できるようにする

プライマリ・ケアチーム体制検討における重要要素と活用のイメージ

ヒアリングを行った事例から、地域に根差したプライマリ・ケアチーム体制構築には「地域特性」「住民との接点・チームの柱」「現在の医療提供体制」といった要素がかかわることが分かった。

これらの要素を中心に重要となる要素や体制の在り方を整理し、2024年度中に指針を構築すべき。

プライマリ・ケアチーム体制検討における重要要素

地域特性



住民との接点・
チームの柱



現在の医療提供体制

人口構成

年齢構成、家族構成、性別、など

産業構成

一次産業、二次産業、三次産業、など

収入・格差勾配

正規・非正規雇用、自営業・フリーランス、など

住民との接触ポイント

薬局、地域コミュニティ、公共施設、など

チームの中核になる人

プライマリ・ケア医、保健師、ケアマネジャー、など

受療行動パターン

複数の診療所受診、越境受診、など

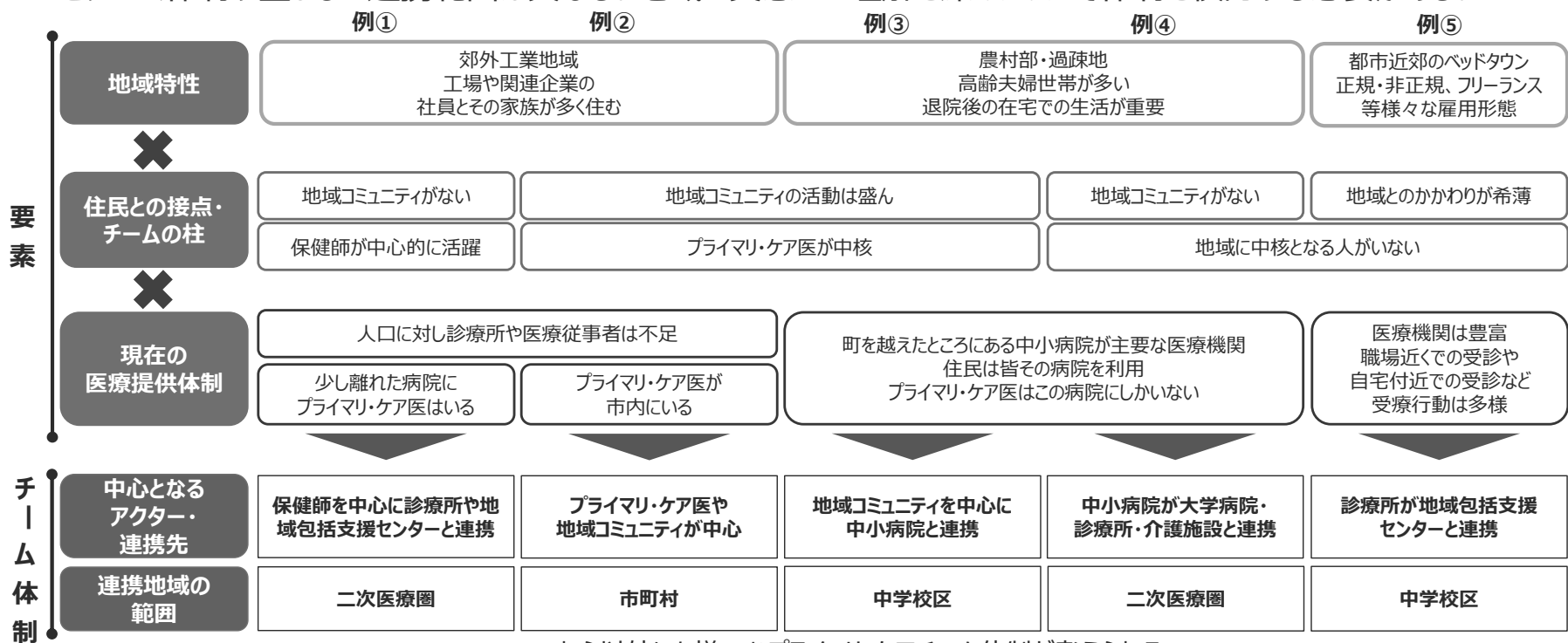
プライマリ・ケア医
の所属地

診療所、中小病院、など

その地域にあるべきプライマリ・ケアチーム体制の姿
および連携地域の範囲の導出

指針から導き出されるチーム体制の姿および連携地域の範囲のイメージ

似たような人口・産業構成の地域でも、中核となる存在や地域コミュニティの有無、医療提供体制によって、目指すべきチーム体制や望ましい連携範囲は異なる。地域の実態への理解を深めたうえで体制を検討する必要がある。



これら以外にも様々なプライマリ・ケアチーム体制が考えられる

※中学校区：おおむね30分以内に必要サービスが提供される日常生活圏

プライマリ・ケアチーム体制の整備 サマリ

課題認識

- 人口動態や疾病構造の変化に適応していくために、身体的・心理的・社会的な健康に関する広範なニーズを考慮した全人的アプローチが求められる。
- 国民のニーズや状況に応じた予防・医療・介護の提供や背景にある社会的課題を解決するため、地域特性に応じたプライマリ・ケアの在り方を検討する必要がある。

長期目標 (ゴール)

- 地域特性に応じたプライマリ・ケアの在り方を検討し実現する仕組みを作り、疾病の有無に関係なく全世代の国民の一生涯の健康を地域連携で診ていく、プライマリ・ケア提供体制の実現に貢献する

マイルストーン

- 5つのステップを経て、長期目標（ゴール）に到達する
 1. 在るべき姿・必要な取り組みを議論する場の整備
 2. 個別化医療も見据えたプライマリ・ケア体制のデジタル活用促進
 3. プライマリ・ケア教育の充実にに向けた制度設計
 4. プライマリ・ケア体制の取り組みの検証
 5. プライマリ・ケア体制構築の指針策定

本提言作成 に向けた 活動概要

- すでにプライマリ・ケアを実践されている医師に対しヒアリングを行い、プライマリ・ケアチーム体制の必要性や課題を明らかにした
- 今後のプライマリ・ケアチーム体制の展開における、教育の充実とデジタル活用推進の必要性について検討した
- 地域特性の多様性や現状のプライマリ・ケア普及状況から、今後の取り組みに関する検証の必要性およびプライマリ・ケアチーム体制検討における重要要素を検討した

必要となる 取り組み

- 国民一人一人の社会的背景や状況、地域特性を鑑み、多面的な生活モデルを前提とした全人的アプローチを行うプライマリ・ケアチーム体制の在るべき姿を政府が2023年度中に定義すべき
- プライマリ・ケアチーム体制構築に必要な教育充実制度と個別化医療も見据えたデジタル活用の在り方についての検討を医療介護総合確保促進会議などで2023年度から開始し2024年度中に具体化すべき
- 地域特性に応じたプライマリ・ケアチーム体制の取り組みを分析し、地域でプライマリ・ケアチームを構築する際に必要な「実施項目・検討の進め方」に関する指針を全世代型社会保障構築会議などで2024年度までに整備すべき

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

検討メンバー：日本総研 野田恵一郎、辻恵子

価値に基づく医療の実装

現状

従来の社会保障制度は
**多様な価値の概念を
踏まえて設計されていない**

価値に基づく医療の普及による
**ありたい姿の共通理解が
なされていない**

価値の評価のための
デジタルインフラが未整備

必要となる取り組み

価値に基づく医療の取り組みに対する政府方針の設定

- 医療全体・社会保障制度として扱うべき価値、および価値に基づく医療として着手できる領域を設定し、継続的に議論を行う仕組みを2023年度から構築する。

価値に基づく医療に対する国民・ステークホルダーの理解促進

- 2023年度に国民・患者・医療機関・医療従事者・医療産業・保険者・行政にとって価値に基づく医療による利点が見えるグランドデザインを策定する。

ヘルスデータ利活用による価値に基づく医療の推進

- 2023年から、ヘルスデータを利活用したユースケースを設定・整理し、これらに対応する医療情報利活用に関するデータ基盤、データガバナンスの検討をはじめめる。

価値に基づく医療の実装に向けた道筋

価値に基づく医療の実装に向けた段階的なロードマップを設定しつつ、実装・整備に向けた各種検討を行うべき。

1. 多様な価値に関する議論

- 多様な価値に関する理解と、価値を評価し診療報酬制度へ反映させる仕組みの議論を2023年度より実施
- 価値に基づく医療による利点が見えるグランドデザインの策定を実施



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を2023年度より実施



(エビデンスの蓄積)

- データを利用した研究が推進される
- 国民一生涯の健康をアウトカムとした、医療の価値評価が推進される
- そのためには、研究費の拡充・人材育成の強化が必要



3. 適切な医療の選択への活用 エビデンスに基づいた政策立案

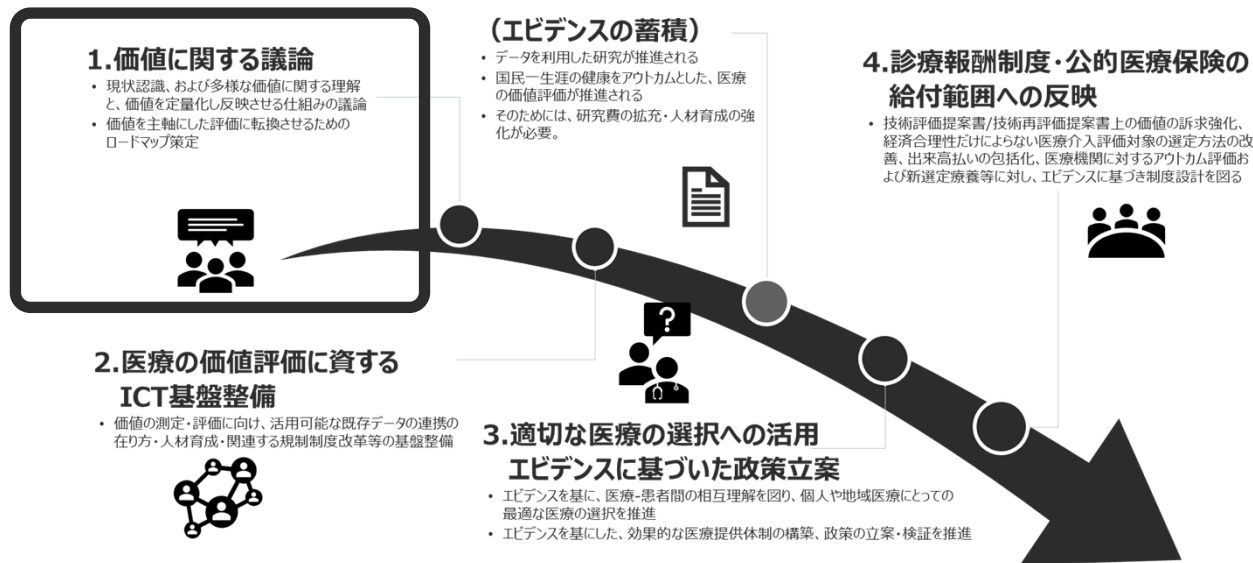
- エビデンスを基に、医療-患者間の相互理解を図り、個人や地域医療にとっての最適な医療の選択を推進
- エビデンスを基にした、効果的な医療提供体制の構築、政策の立案・検証を推進

4. 診療報酬制度・公的医療保険の 給付範囲への反映

- 医療介入における既存医療の有効性再評価、医療機関に対するアウトカム評価等に対し、エビデンスに基づく制度設計を図る
- 効率的で世界最先端の医療が継続的に導入される高水準の医療提供と、革新的な医療技術へのアクセス確保をめざす



1. 価値に関する議論



価値に基づく医療における「価値」とは…

臨床上のアウトカムはもとより、患者の社会復帰や家族・介助者の負担軽減、医療従事者の業務効率化などの
医学的観点だけではなく、社会的な観点も含めた多様な価値を踏まえて設定される
医療提供の質の向等上に資する要素

「価値に基づく医療の実装」とは…

提供された医療の価値評価を診療報酬制度に組み入れ、
医療提供の価値に基づく診療報酬制度を構築するプロセス

医療の価値に向き合う必要性

外部環境の変化により 求められる要素

新型コロナ禍

エビデンスに基づく政策決定
柔軟な医療連携体制

少子高齢化

拡大する需要と
限られた供給のバランス

働き方改革

医療従事者の効率的な業務

医療財政

ムダ・ムリ・ムラの適正化と
費用削減

価値に基づく医療に向き合う必要性は高い

一方で、価値観は多様であり、追求すべき価値は明確には定まっていない

国民・患者



- ・ 最適な治療の選択肢の享受
- ・ 安心・安全な医療提供体制の享受
- ・ 診察、処置、検査、処方回数が最適化されることによるコストの削減

医療機関・医療従事者



- ・ 患者にとってより良い医療を提供できることによる、他施設との差別化
- ・ 医療の価値を追求する取り組みが評価されることによる経営の安定化
- ・ 限られたリソースで最適なパフォーマンスを発揮し、効率的で質の高い医療の提供

医療産業



- ・ 価値を追求するイノベーションの推進と、市場からの製品・サービスの評価による収益増
- ・ 非効果的・非効率的な医療の退出による医療産業の高度化・技術革新
- ・ 時流に沿って変革する必要性のあるビジネスモデルと現行制度の乖離の低減

保険者



- ・ 被保険者の健康増進に関与することによる支払いコストの最適化
- ・ 被保険者への利益の還元
- ・ 医療費が即時的にも長期的にも削減される

行政



- ・ 医療資源配分を効率的・効果的に検討可能。資源の最適な活用を目指す政策の立案
- ・ 必要な財源を確保するための、国民への説明・理解の向上、公的医療保険の給付対象の精査
- ・ 価値を定量的に評価することで、国際共同治験等の国際連携やデータの相互利用が加速

医療の非効率性に関する項目と費用削減余地

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。検討結果として、数兆円にも上る医療費の削減可能性を明らかにした。

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	ムダ・ムリ・ムラ	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。
	ムダ	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)	ムダ	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	ムダ	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。
	ムダ	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	ムダ・ムリ	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。
	ムラ	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、ムラ（医療機器偏在）の削減は進んでいる。
	ムラ	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、ムラとム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/デイ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。
	ムダ・ムリ・ムラ	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く時間は 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。

出所) 非効率な医療の特定とその改善に向けた提言 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 (2022年10月19日)

なぜこれまで検討ができていないか

価値に関する議論を行う場や機会が乏しい

扱うべき価値の概念のすり合わせができていない

- 価値のとらえ方は享受する主体によって多様。
各ステークホルダー間の利益相反が起きる可能性もあり、合意形成がはかられていない。

従来の社会保障制度は価値の概念を踏まえた設計ではない

- 医療サービスの提供プロセスや、医療機関の構造に対する支払であったため、患者の転帰（アウトカム）などの“医療の価値”を追求する制度設計になっていない。

既存制度における価値評価は限定的

医療介入への取り組みの多くが費用対効果に着目

- 現在の医療技術評価制度（HTA）では、費用の計算は対象疾患の医療費のみで評価され、社会的な価値は評価されない。たとえ間接費（医療従事者・介助者の負担）に影響するような疾患の介入であっても評価されていない。
- **医療機関に対する評価も限定的**
 - 評価の多くは、ストラクチャー指標、プロセス指標であり、アウトカム指標の導入例は少ない。

価値評価に必要となるデジタルインフラが未整備

散在する健康・医療情報を横断的に集約できていない

- 国民の一生涯の健康状態（カルテ情報・健診結果等）やワクチン接種情報などが医療機関を横断する形で紐づき記録されていない。
- 現在市で行われている医療の価値を即座に把握することが難しく、評価側のリソースも不足。すべての医療を評価することは困難。

価値評価に資する健康・医療情報の収集ができていない

- 利活用を意図した情報入力を実施されていないため、仮にデジタルインフラが整備されたとしても価値の評価は達成できない。

目指す 方向性

価値に関する議論から始め、その普及によるありたい姿の共通理解に基づく “価値に基づく医療”を描くべき

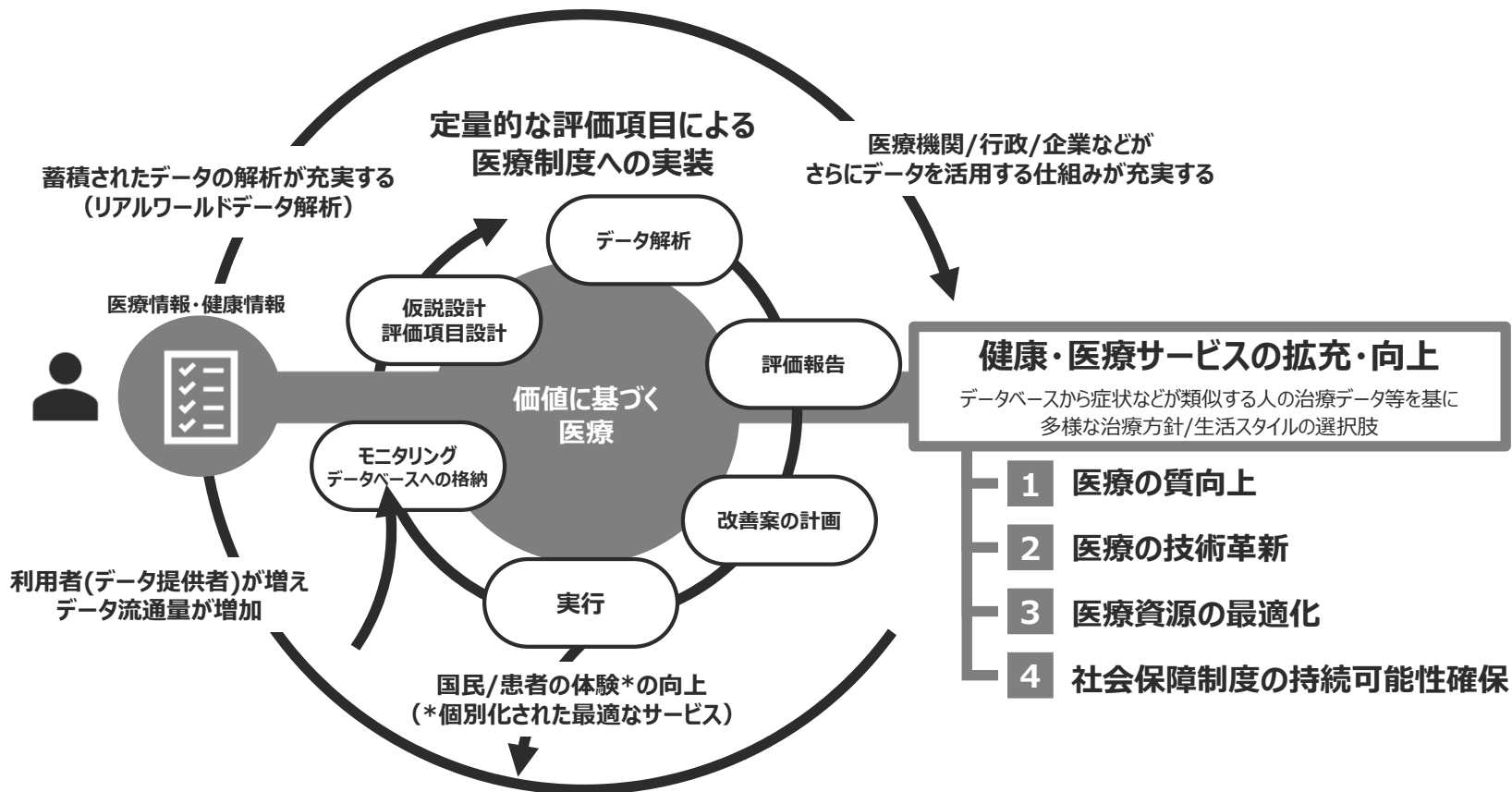
重視すべき価値の議論をしつつ、介入によりどれだけ効果が見込めるか（どのような価値を提供できるか・医療費が削減されるか）を経時的・多角的な視点で検討する必要がある。

また、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必要がある。

提言

- 医療全体・社会保障制度として扱うべき多様な価値、および価値に基づく評価に着手できる領域を設定し、継続的に議論を行う仕組みを2023年度から構築するべき
- 2023年度に国民・患者・医療機関・医療従事者・医療産業・保険者・行政にとって価値に基づく医療による利点が見えるグランドデザインを策定すべき
- 2023年から、ヘルスデータを利活用したユースケースを設定・整理し、これらに対応する医療情報利活用に関するデータ基盤、データガバナンスの検討を行うべき

“価値に基づく医療”の普及によるありたい姿

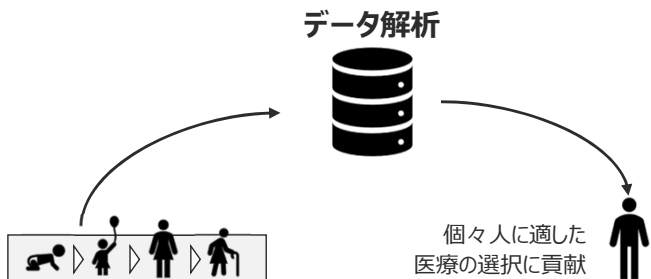


“価値に基づく医療”の普及によるありたい姿（1/2）

[1] 医療の質向上に向けて

[あるべき姿]

様々な選択肢から最適な医療を検討

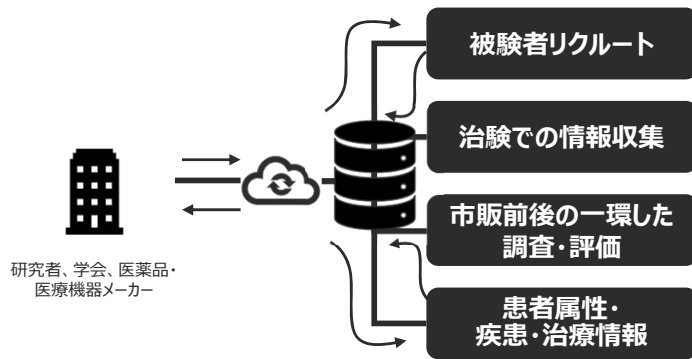


- 既往歴や服薬状況、体質など様々な要因により、どのような治療効果があったかなど、**国民の健康増進のために解析が進みデータが蓄積**されている。
- データにもとづき、個々人に応じた**最適な治療の選択肢**を医療従事者とともに検討し、それらを個々人が選択でき、個々人に適したよりよい治療が受けられている。

[2] 医療の技術革新に向けて

[あるべき姿]

データ利活用によりイノベーションを迅速に



- データに基づき、**希少疾患においても、被験者リクルートが容易**にできるようになる。
- 質の高いエビデンスとして活用できるデータを豊富に集めることができることで、より**低コストで臨床試験・治験を実施**できる。
- 上市後の市場後調査・評価がリアルタイムでできるようになり、**市販前のデータも含めて一貫した評価**ができ、**問題の迅速発見とその措置や改善を迅速**に行える。
- 医師・研究者は、追加の入力が少ない業務で、追跡調査の研究も行きやすい仕組みのもと、**臨床研究で必要な情報によりアクセス**できている。

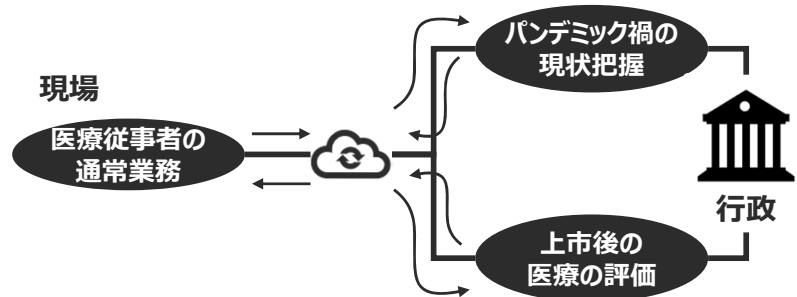
出所) 株式会社日本総合研究所 持続可能で質の高い医療提供体制構築に関する研究チーム ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル、“医療データの利活用促進に関する提言”(2023年2月9日)

“価値に基づく医療”の普及によるありたい姿（2/2）

[3] 医療資源の最適化に向けて

[あるべき姿]

通常業務を通じた各種の報告
(医療現場の負担軽減や業務効率化)

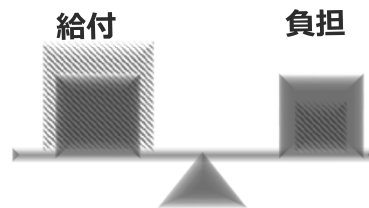


- ・ コロナ病床の配分や、過疎地域における診療科、病床数、医師・看護師数などについて、如何に**効率的・効果的に配分**していくかデータに基づき検討できる。
- ・ 国民・患者がどこに住んでいても、最善の治療が受けられる状態をより実現するために、限られた医療資源を効果的に配分できている。
- ・ パンデミック禍において、誰がどのような状況にあり、市中の医療機関はいまどのような状況であるか、**医療現場の状況を高い業務効率で把握でき、行政も現状を即時把握することで様々な措置を迅速に行えている。**

[4] 社会保障制度の持続可能性確保に向けて

[あるべき姿]

蓄積されたデータに基づき議論がさらに進む



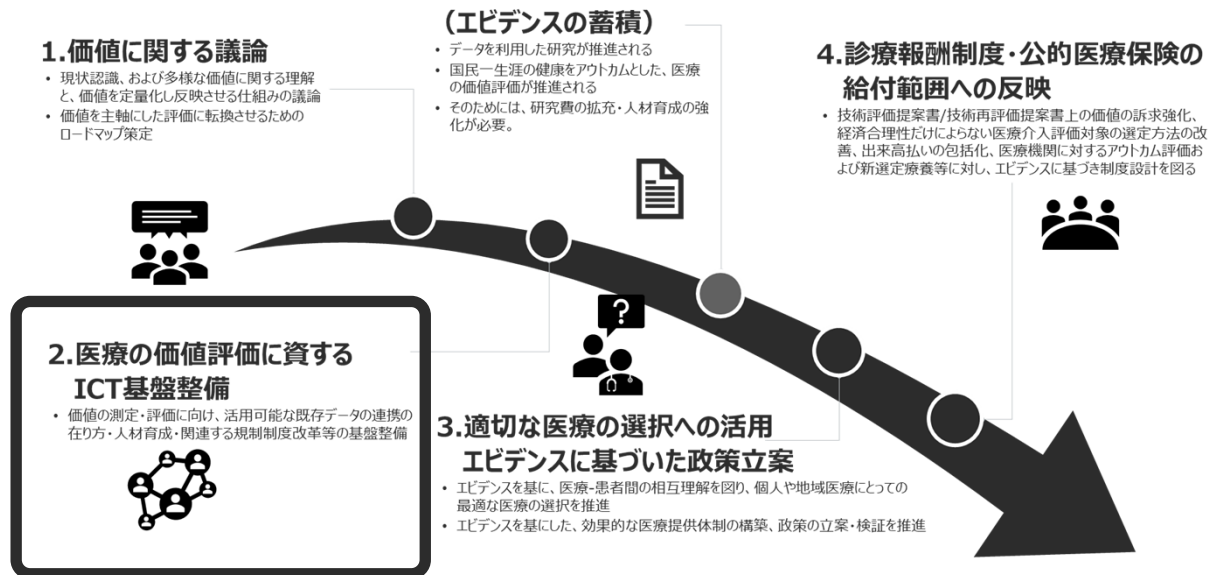
※マクロ的視点で記載

※ここでの負担は、公的保険料、自己負担、租税。特例国債は含めていない。

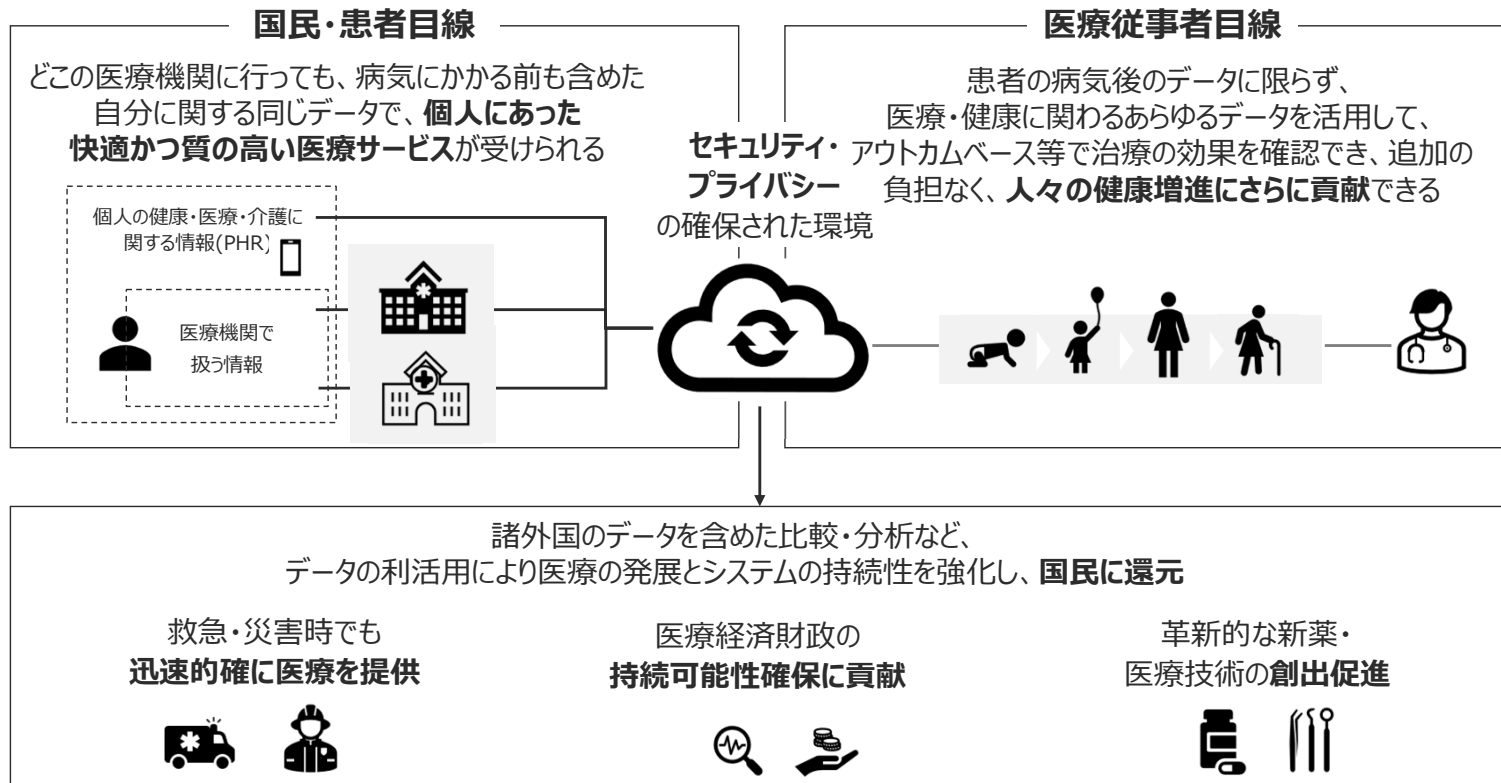
- ・ 医療保険財政の持続可能性のために**どこに財源を使うか**、最終的には優先順位を決めるということになる。そのためには、たとえばワクチンを誰から摂取するのが良いかということ効果をデータで把握できている。どのような医療が誰にどの程度の効果があったのか、**データに基づいてその価値が可視化**されている。
- ・ 上記などの結果、**公的医療保険の給付対象が精査**され、国民的に理解につとめ、**必要な負担を確保**する政策的議論がなされている。

出所) 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関する研究チーム ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル、“医療データの利活用促進に関する提言”(2023年2月9日)

2.医療の価値評価に資するICT基盤整備

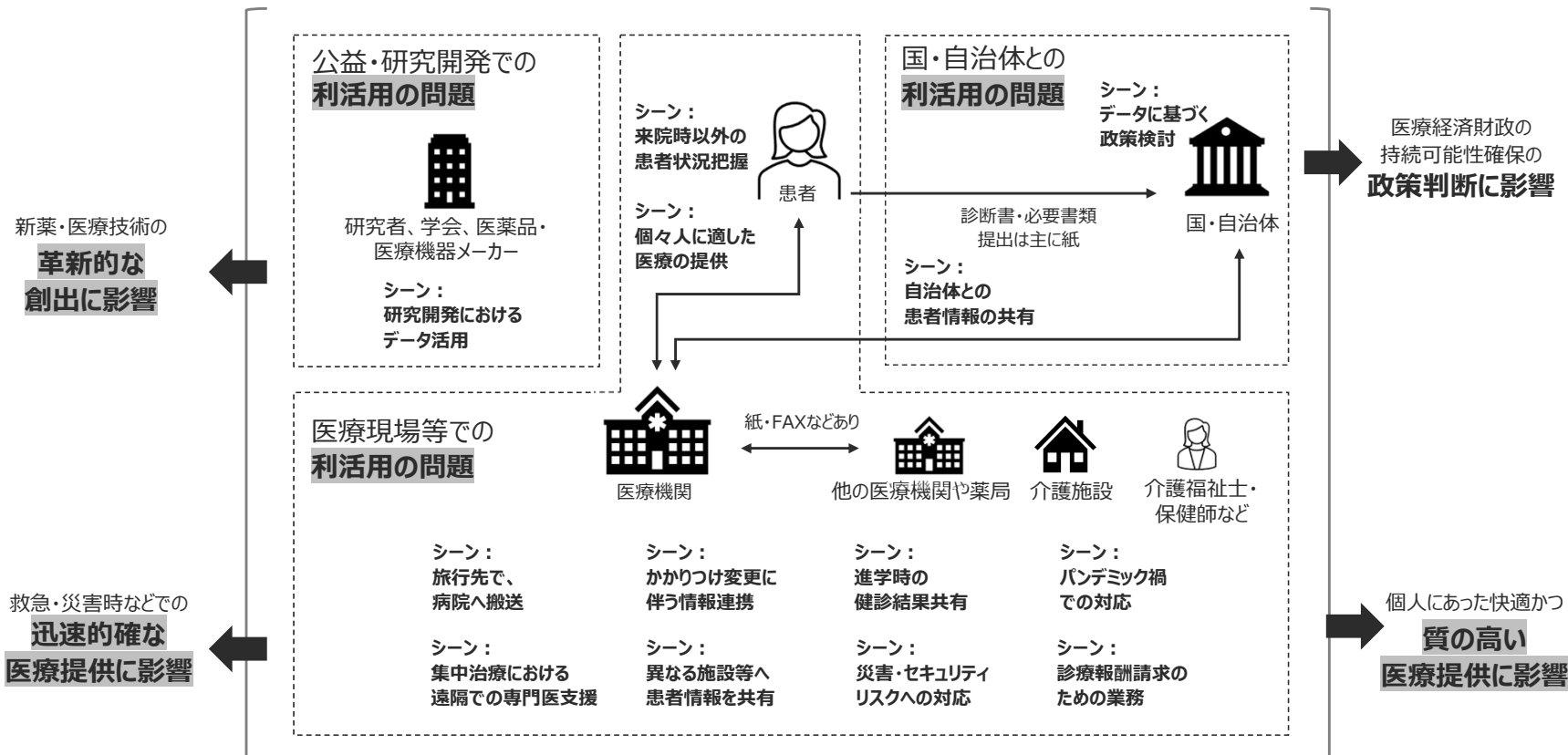


医療の価値評価に資するICT基盤整備としての実現したい姿



出所) 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関する研究チーム ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル。“医療データの利活用促進に関する提言”(2023年2月9日)

ヘルスデータの利活用における問題



出所) 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関する研究チーム ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル.“医療データの利活用促進に関する提言”(2023年2月9日)

医療の価値評価において、問題が生じる要因

- ① 医療分野におけるデジタル化の
全体像・包括的なシステムの体系が存在していない
- ② 民間医療機関が多く、ヘルスデータのシステムが多様で拡散しており、国際整合性を踏まえて標準化されたヘルスデータ共有するための
情報基盤が存在していない
- ③ データの取得、管理、利活用や、同意の在り方、
医療従事者が見るべき範囲などについての国際整合性も含めた
基本的なルール*が定められていない

※患者の診療等に関する自身利用に関しては個人情報保護法、医療研究等に関する公益・研究開発での利用に関しては個人情報保護法のほか、次世代医療基盤法、がん登録法などがある。しかし、国民・患者・医療従事者のデータ利活用のニーズ、医療分野のイノベーションの促進、国際的なデータ連携の必要性、医療資源の最適化、医療制度の持続可能性確保など、ヘルスデータの利活用・共有の促進の必要性・重要性を踏まえた、ヘルスデータ全般についての利活用・共有に関する明確なルールはない。

出所) 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関する研究チーム ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル。“医療データの利活用促進に関する提言”(2023年2月9日)

ヘルスデータの利活用促進に関する提言

本コンソーシアムでは、デジタル改革によるヘルスデータの連携と利活用を推進するため、森田朗東京大学名誉教授をはじめとした有識者と共に検討会を開催し、その内容を踏まえ3つの提言を2023年2月9日に取りまとめた。

現状

ヘルスデータの利活用
についてどうあるべきか
全体像がない

電子カルテの標準化は
途上、3文書6情報*
から情報連携を検討

ヘルスデータの利活用の
重要性も踏まえた
ルールの未整備

必要となる取り組み

[提言①：グランドデザインの構築]

ヘルスデータの有効かつ適切な利活用を促進するため、一次利用及び二次利用というヘルスデータの利活用全体について、体系的なあるべき制度・システムの全体像を示すべき

[提言②：データ基盤の整備]

ヘルスデータの有効かつ適切な利活用を促進するため、関連するあらゆる情報の適切な連携を可能とするプラットフォームの構築を目指すべき

[提言③：データガバナンスの実装]

ヘルスデータの有効かつ適切な利活用を促進するため、入口規制から出口規制への転換を行い、ID(マイナンバー)を連携・活用し、上流から下流までヘルスデータの利活用のあらゆる側面について適切なデータガバナンスを実装すべき

*3文書6情報情報

3文書 ① 診療情報提供書、② キー画像等を含む退院時サマリー、③ 健康診断結果報告書
6情報 ① 傷病名、② アレルギー情報、③ 感染症情報、④ 薬剤禁忌情報、
⑤ 検査情報（救急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査）、⑥ 処方情報

一次利用：自身の治療等利用目的
二次利用：公益・研究開発利用目的

上記の「理想」や「取り組みべきこと」は、異なる立場からみた際にさまざまな考えがあり得る。よって、これらの論点について多様な関係者とともに議論がなされる必要がある。

出所) 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関する研究チーム ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル。“医療データの利活用促進に関する提言”(2023年2月9日)

ヘルスデータの利活用促進に関する工程案

“医療データの利活用促進に関する提言”では、工程案として、2023年度から直ちに着手し、スピード感を持って進めていく必要がある3事項を取りまとめた。

検討体制整備

検討実施

① グランドデザイン構築

- ヘルスデータの利活用の目的の共通認識化を図る**重点ケース設定**
- 多様なユースケースに適用できる**データ基盤・ガバナンス方針**の設定
- 医療情報連携推進**特別法などの必要性の判断**

② データ基盤整備

- データ形式の標準化課題精査
- **組織トラスト**に基づく、相互運用性のある地域医療クラウド等構想設定
- データ連結のための**ID整備**方針策定
- 効率的な**出入力業務**実現のための設計方針の明示
- あらゆる関連する情報の適切な連携を可能とするプラットフォームの構築

③ データガバナンス実装

- **権利保護を伴う包括的な同意**等の方針設定
- データにアクセスしたユーザを判別できる**ID管理**の構想設定
- 二次利用の**目的等に応じたアクセス制御(出口規制)**の考えを精査
- データ利活用の出口規制を担う**公的管理機関や規定**等整備
- 上流から下流までヘルスデータの利活用のあらゆる側面について適切なデータガバナンスを実装

出所) 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関する研究チーム ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル、“医療データの利活用促進に関する提言”(2023年2月9日)

3.適切な医療の選択への活用・エビデンスに基づいた政策立案

4.診療報酬/支払い制度・公的医療保険の給付範囲への反映

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



(エビデンスの蓄積)

- ・データを利用した研究が推進される
- ・国民一生涯の健康をアウトカムとした、医療の価値評価が推進される
- ・そのためには、研究費の拡充・人材育成の強化が必要。



4. 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、経済合理性だけによ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



3. 適切な医療の選択への活用 エビデンスに基づいた政策立案

- ・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
- ・エビデンスを基にした、効果的な医療提供体制の構築、政策の立案・検証を推進

価値に基づく医療

わが国の経済成長が鈍化する中で、今後の高齢化と感染症対策による財政支出が膨らめば、従来の部分的な支出削減では賄いきれず、医療システムの持続性を揺るがしかねない。



限られた資源を最大活用し、医療システムの持続性を維持するための…

Cost /Structure/Process basedな
診療報酬体系

+

Value basedな
診療報酬体系

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ために、医療の価値を定義し、診療報酬体系の価格の決め方に対して価値を反映させるべきである。

医療介入（医療技術）

医療機関

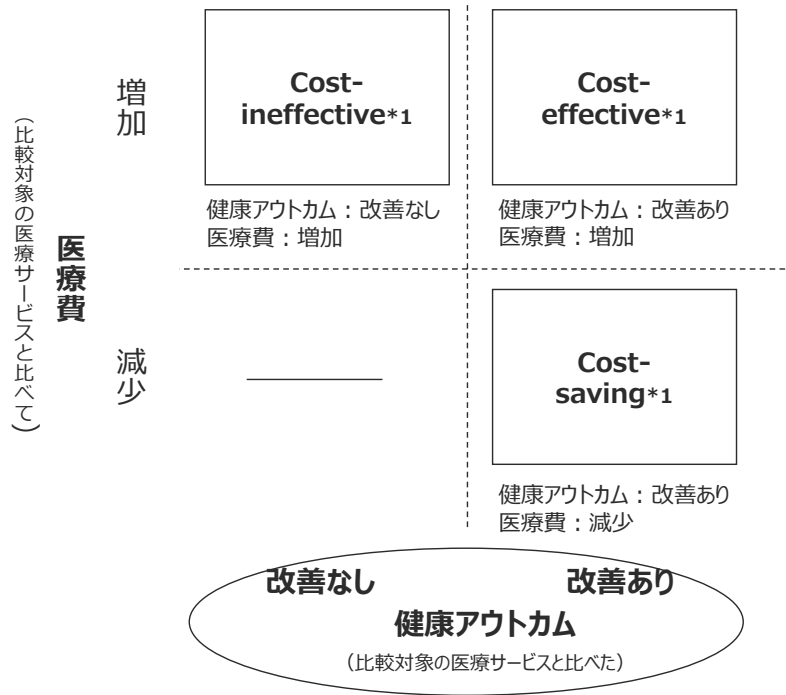
【医療介入】保険適用後の医療の評価が十分でない

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"> 費用対効果評価制度（市場規模等で選定） 	<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 	<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果評価制度（市場規模等で選定）
	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"> 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） 	
	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>	

【医療介入】医療サービスにおける健康アウトカムの評価が必要 (弊社研究チーム理解)

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

【医療介入】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

【医療介入】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、低価値の医療介入が自然に淘汰される仕組みへ。

現在

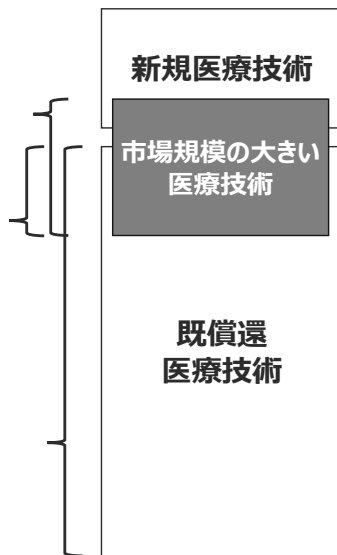
費用対効果評価制度

- ✓ 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

新規医療介入

既償還医療介入

価値の高い医療介入

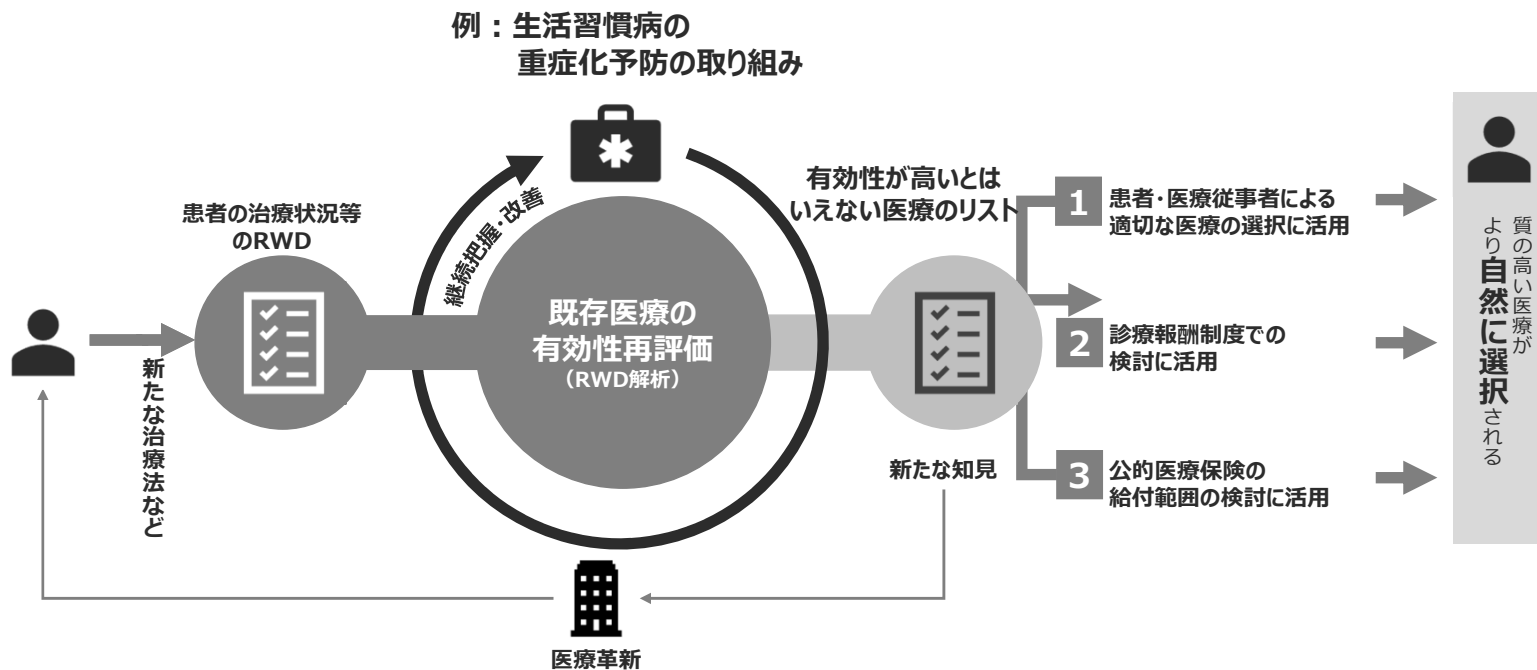
価値の低い医療介入

「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

【医療介入】患者が重視する価値に基づき、質の高い医療が自然に選択される姿

治療状況が解析されることにより新たな知見が生まれ、次の診療で活かされ医療革新に繋がる仕組み。まずは価値が測定可能な生活習慣の重症化予防等から有効性の収集・分析を進めるべき。



【医療機関】医療機関における価値評価が十分でない

医療機関の医療の質を評価する手法として、医療の「ストラクチャー:構造」、「プロセス:過程」、「アウトカム:結果」に着目した指標が提唱されている。

価値の高い医療の提供に向けては、これらを組み合わせた俯瞰的な評価が重要となるが、医療機関に対する評価の多くは、ストラクチャー指標、プロセス指標が主体となっている。

ストラクチャー指標

医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標。

医療機関の機能や病床数、人員配置等が地域医療計画に応じて設定されている。

プロセス指標

医療サービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標。

実際に提供された医療の適切さを、診療ガイドラインの適用、患者安全対策、適切な記録、過不足のない説明、患者経験等を以て評価されている。

アウトカム指標

提供された医療サービスの結果としての住民/患者の健康状態を測る指標。死亡、罹患、障害、健康関連 QOL 等が含まれる。

アウトカムの把握・評価に期間を要するため、臨床検査値等の代替（サロゲート）のアウトカム指標を用いる場合もある。

課題

- 患者に対する価値提供に直接測定する指標ではなく、各資源の効率性・活動状況によっては、患者のアウトカム改善につながらないこともあり得る。

課題

- 医療の適切さを直接計測するものであるが個々の指標が代表できる質の範囲が限られている。
- 数多くの指標が必要になり、かつ対象者や対象診療行為の定義が複雑になりやすい。
- 個々の患者状態に応じた医療提供を実施する必要があり、ガイドラインにどこまで準拠したかの評価が困難。

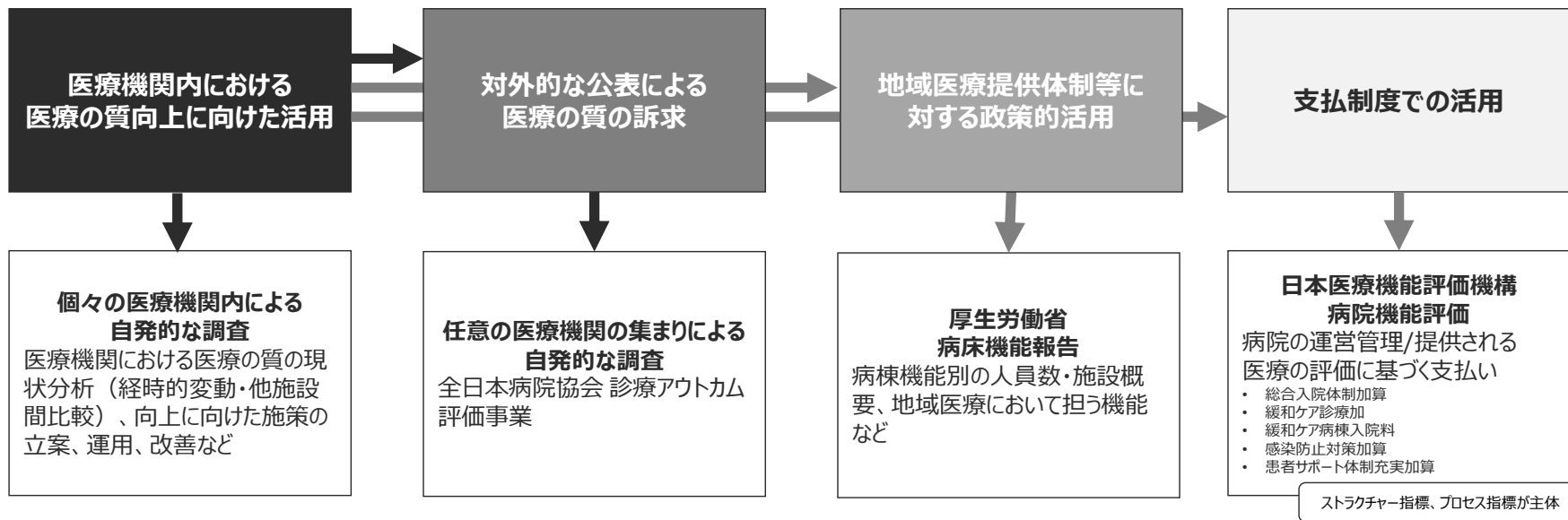
課題

- ADL維持向上等体制加算（2014年）、回復期リハビリテーション病棟入院料（2016年）、療養病床の褥瘡に係る加算（2018年）に限られている。
- P4P（Pay for performance）が医療の質の向上に寄与するかの判断は限定的。

【医療介入】 価値評価による活用が十分でない

医療の質評価は段階に応じ、医療機関における医療サービスの向上に活用されているが、日本における政策的活用・支払制度への活用は限定的。

医療情報を利活用する制度の整備と併せて、医療機関から有益な情報を取得するための制度設計が必要。



【医療機関】包括的な評価が行える仕組みが必要

理想的には、包括的な評価としてアウトカム向上の視点も含めた評価体系を目指すべき。これにより、高価値な取り組みをおこなう医療機関が評価される仕組みへ。

現在

- ✓ 病床数
- ✓ 医師数、特定の専門医の数
- ✓ 病床あたりの看護師数 等

- ✓ 早期リハビリテーション開始率
- ✓ 糖尿病患者の合併症評価の実施率

- ✓ ADL維持向上等体制加算
(ADL維持率)
- ✓ 回復期リハビリテーション病棟入院
(FIM得点改善率)
- ✓ 地域包括ケア病棟・療養病棟
(在宅復帰率)
- ✓ 療養病床の褥瘡
(褥瘡発生率)

ストラクチャー指標

プロセス指標

アウトカム指標

あるべき

ストラクチャー指標

プロセス指標

アウトカム指標

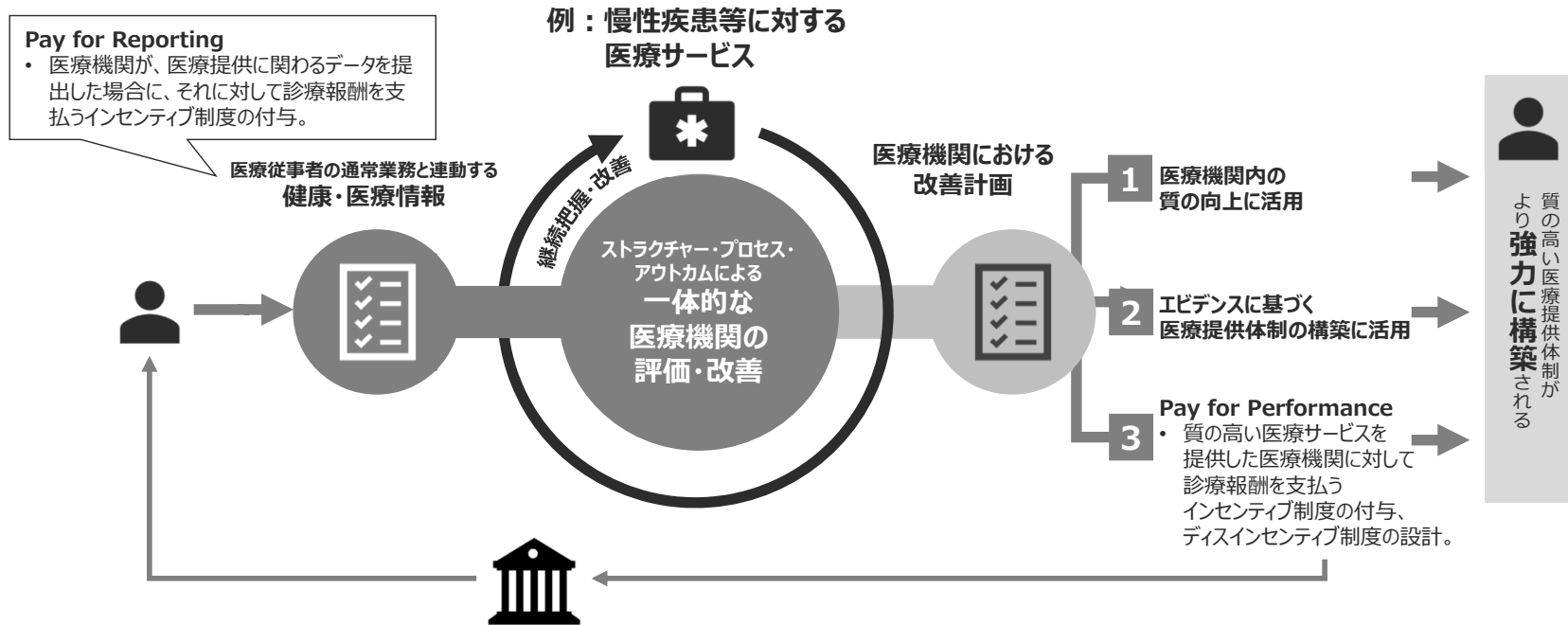
「医療機関」の包括的な評価

- ✓ プロセス指標、ストラクチャー指標に加え、アウトカム指標の範囲を拡大し、包括的な評価制度を実装
- ✓ 各指標の得意とするところ/不足する視点を補い合う形で適切に評価をおこない、医療機関の診療行為の品質、安全性、有効性、効率性等の観点で総合的に評価を行う
- ✓ 医療サービスの質や効率の向上により、患者満足度や信頼度を高めることに貢献

【医療機関】医療機関から質の高い医療を収集し、医療提供体制が強力に構築される姿

医療機関からのデータの自律的な提出を促すために、データ提出自体のインセンティブ付与を導入し、質に関わるデータ提出を根付かせるべき。

また、将来的には一部の任意の医療機関・患者を対象に保険者より慢性疾患等の管理プログラムを提供して、医療の質の向上に貢献した医療機関にインセンティブ/ディスインセンティブを与える制度の導入も視野にいれるべき。



【医療機関】P4R（Pay for Reporting）を普及させるための検討事項

想定される問題

合意形成が難しく、
各ステークホルダーが納得しづらい

データの質を高めるための課題

対応の方向性

- 各ステークホルダーが納得しやすい、医療情報を提供することによる価値に基づく医療への貢献の姿への理解を促しつつ、グランドデザイン・ユースケースから議論を行い合意形成を目指す。
- 既に合意のある質の指標で計測したデータ（NCDデータ）を活用した事例を基に、医療関係者に納得してもらおう。

- 「少数事例のマスキングの撤廃」「個票情報におけるリスク補正およびアウトカム項目の入力の必須化」等を制度化し、広範な活用が可能な医療情報基盤としての確立を目指す。
- インセンティブ制度設計と併せて、データ基盤として十分に運用されるための必要項目の検討・入力方法の標準化を進める必要がある。

平成30年度産業経済研究委託事業（経済産業政策・第四次産業革命関係調査事業費）（新たな経済社会システムに対応した社会保障のあり方に関する調査研究）

【参考】【医療機関】診療アウトカムを診療報酬・支払いに反映する海外制度

地域	評価プログラム	誰の (評価対象)	何を測り (評価指標)	どう反映しているか
英国	QOF(Quality outcome framework)	GP*	「臨床ケア」と「公衆衛生」の2領域について、合計77指標が設定。(2019-20年度)。 生活習慣病から精神保健、喫煙、肥満まで、主にプロセス評価、一部アウトカム評価の指標がある(年度によって指標は変更)。	各臨床指標の定められた範囲に応じてポイントが算出され合計される。ポイントに応じた診療報酬が支払われる。
	CQUIN(Commissioning for Quality and Innovation)	医療機関	毎年、全国目標と地域目標とを発表しており、後者は各地のCCGIによって策定される。 全国目標と地域目標を掲げておりレベルの大きなものとなっている(施設ごとのマイクロ目標ではない)	目標に対する達成率で診療報酬が支払われる。病院になされる通常の診療報酬の2.5%までとの決まりがある。
ドイツ	DMP(Disease Management Programs)	GP	気管支喘息、COPD、乳がん、I型糖尿病、II型糖尿病、冠状血管性心疾患の6種類の慢性疾患が適応対象となる。具体的なプログラムの基準は共同連邦委員会の勧告に基づいて定められている。	GPに対しては患者のDMP登録時に実施される初診での診断と診断記録作成に報酬が設けられている。
フランス	ROSP(Rémunération sur Objectifs de Santé Publique)	GP 専門医(循環器医、消火器医、内分 泌専門医、糖尿病専門医) 栄養士 保健センター	それぞれの職種に対して指標が設けられている。一例として、一般医の「成人に対するROSP」は、予防が10指標、慢性疾患の経過観察が6指標、処方の適正化と効率化が7指標、このほかに宣言型指標が4指標であった。	指標に対する目標を達成した場合に経済的なインセンティブが支払われる。
米国 (メディケア)	VN(Value Modifier Program)	医師	急性心筋梗塞などの特定疾患の死亡率や特定の医療関係感染症の発生率、医療ミスの発生率を指標としている。	医師の治療の質をLow、Average、Highの3段階で評価すると共に、総医療費も同様の3段階して、その組み合わせによって、医師に対する支払額に対して最大で4%増減させる。
	HAC(Hospital Acquired Conditions Reduction Program)	医療機関	特定の医療関係感染症の発生率を指標としている。	成績下位25%の医療施設に対する支払いを1%減額する。

* GP = General Practitioner

価値に基づく医療の実装 サマリ

課題認識	<ul style="list-style-type: none">安定的で質の高い医療提供は、医療の価値として重要な事項であるため、持続可能な仕組みを検討していく必要がある。医療財政において、複数の医療介入のムダ・ムリ・ムラにより生じている費用には削減余地があり、拡大する需要と供給のバランスを取りつつ、価値の高い医療を提供する必要がある
長期目標 (ゴール)	<ul style="list-style-type: none">医療機関・医療技術・薬価・特定医療材料などを含めた医療全体を対象として、価値の高い医療が評価され（価値の低いものは自然淘汰される）仕組みを作り、医療提供の質の向上、医療の技術革新、医療資源の最適化、社会保障制度の持続可能性確保に貢献する
マイルストーン	<ul style="list-style-type: none">4つのステップを経て、長期目標（ゴール）に到達する<ol style="list-style-type: none">1. 価値に関する議論2. 医療の価値評価に資するICT基盤整備3. 適切な医療の選択への活用エビデンスに基づいた政策立案4. 診療報酬制度・公的医療保険の給付範囲への反映
本提言作成 に向けた 活動概要	<ul style="list-style-type: none">医療財政における非効率性について、課題認識を定量的に明らかとした（非効率な医療の特定とその改善に向けた提言 2022年10月）ヘルスデータ利活用を推進するためグランドデザイン、データ基盤、データガバナンスに関し提案した（医療データの利活用促進に関する提言 2023年2月）医療機関・医療介入に対する価値・評価手法のデスク調査、および、有識者との意見交換を実施し価値に基づく評価を導入すべき対象領域と、実装の進め方に関して検討を進めた
提言	<ul style="list-style-type: none">医療全体・社会保障制度として扱うべき多様な価値、および価値に基づく評価に着手できる領域を設定し、継続的に議論を行う仕組みを2023年度から構築するべき2023年度に国民・患者・医療機関・医療従事者・医療産業・保険者・行政にとって価値に基づく医療による利点がわかるグランドデザインを策定すべき2023年から、ヘルスデータを利活用したユースケースを設定・整理し、これらに対応する医療情報利活用に関するデータ基盤、データガバナンスの検討を行うべき

健康増進と医療革新を促進するために マクロでの給付と財源の均衡

医療や社会保障制度の現状と将来、考えられうる選択肢等について、国民が自分ごと化できる伝え方、コミュニケーション戦略を取り入れた情報提供手法と、年齢・性別等異なる国民それぞれの立場から、医療制度をどうするべきか・どうあるべきかを議論する場が必要

検討メンバー：日本総研 山本健人、望月弘樹、田川絢子

マクロでの給付と負担の実装

現状

医療や社会保障制度についての正確な理解が十分に広がっていない

今後の医療制度のあるべき姿について国民を巻き込んだ議論が十分なされていない

必要となる取り組み

医療や社会保障制度に対する共通認識の獲得

- 医療や社会保障制度の現状と将来、考えられうる選択肢等について、国民が自分ごと化できる伝え方、コミュニケーション戦略を取り入れた情報提供手法についての検討を2023年度より実施すべき

国民的議論の場の設定

- 年齢・性別等異なる国民それぞれの立場から、医療制度をどうするべきか・どうあるべきかを議論する場（座談会等）を2023年度より設定すべき
 - 医療制度ありきではなく、国民自身が将来どうありたいかを基点とした議論を実施すべき
 - 個々の立場からの医療ニーズ、それに伴う負担のあり方等の議論から持続可能な医療制度のあるべき姿について合意形成を図るべき

国民医療費の現状

現状、年約4兆円弱を将来世代に先送りしている計算になる。さらにここ10年においては医療費は年平均1.6%増加しており、今後も医療費は増大する懸念。

年平均**1.6%**（2012年度～2021年度）で増大

令和2年度 財源別国民医療費 約43兆円

患者負担など
約5.2兆円
(12.1%)

保険料負担
約21.2兆円
(49.5%)

国庫負担
約**11兆円**
(25.7%)

地方負担
約5.4兆円
(12.7%)

一般会計歳入の公債比率（34.3%）で按分すると

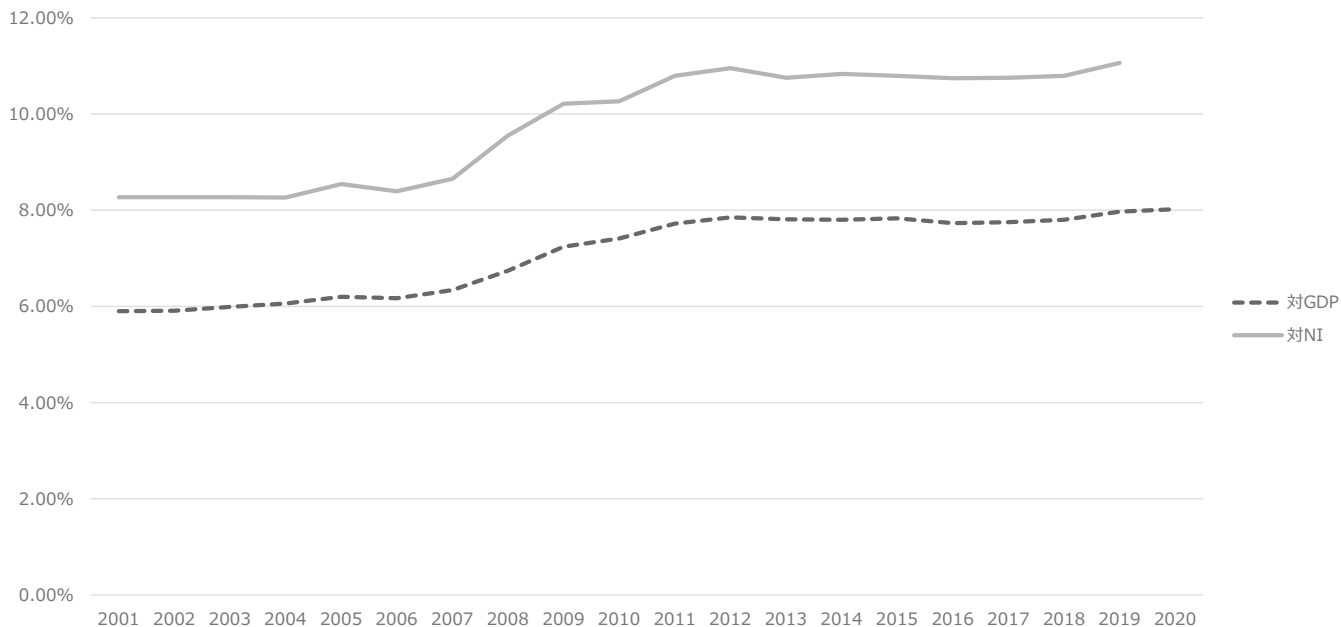
約**3.8兆円**を将来世代に先送り

出所：厚生労働省「令和2年度国民医療費の構造」、財務省財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障（参考資料）」（令和4年11月7日）を基に日本総研作成

国内総生産（GDP）、国民所得（NI）に対する国民医療費

GDP、NIに対する国民医療費の比率も上昇を続けており、生活や経済活動にも大きく関連。

国内総生産（GDP）、国民所得（NI）に対する国民医療費の比率（%）



出所：厚生労働省「令和元(2019)年度 国民医療費の概況」、「令和2(2020)年度 国民医療費の概況」を基に日本総研作成

医療の非効率による費用削減余地の試算

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が、医療の非効率を解決することで得られる費用は、数兆円規模であり、**将来世代への先送りを削減しきれない**わけではない。

	非効率性	検討余地	説明
入院	過剰病床	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（出所：非効率な医療の特定とその改善に向けた提言 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（2022年）を参考に記載）
	長期入院	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。（出所：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）を参考に記載）
入院外（外来）	頻回受診	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。（出所：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）を参考に記載）
調剤薬局	重複投薬・ポリファーマシー・残薬	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。（出所：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）を参考に記載）
	後発医薬品の普及に伴う制度改定	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。（出所：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）を参考に記載）
入院・入院外共通	治療成果に結びつかない非効率な診療・処方	-	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。
	高度医療機器への過重投資	-	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、ムラ（医療機器偏在）の削減は進んでいる。（出所：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）を参考に記載）
	医療従事者の診療科・地域偏在	-	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。
	医療機関内の業務の非効率性	-	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。（出所：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）を参考に記載） 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。（出所：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）を参考に記載）

※各要素は連動しているため、費用削減余地を足し合わせることは適切ではない

出所）非効率な医療の特定とその改善に向けた提言 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（2022年10月19日）

過剰な医療費の抑制策がいきすぎると・・・

財源の引き締めといった、過剰な医療費抑制策は、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。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。

過剰な医療費の抑制策

医療現場への影響

- 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、国民は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、安定供給にけるコストの不足が生じ、治療の選択肢が不足する。

医療産業への影響

- 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。

医療の質の低下

- 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。

医療へのアクセスの悪化

- 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。

国民の健康指標の低下

(Universal Health Coverageの毀損)

- 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。

経済的影響

- 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。

他国における医療費抑制策による弊害

他国における、財政破綻等の影響から公的医療費抑制策（低負担低給付）を選択せざるを得なかった事例では、医療の質の低下、アクセスの悪化、医療従事者への過重負荷等の弊害が見られる。

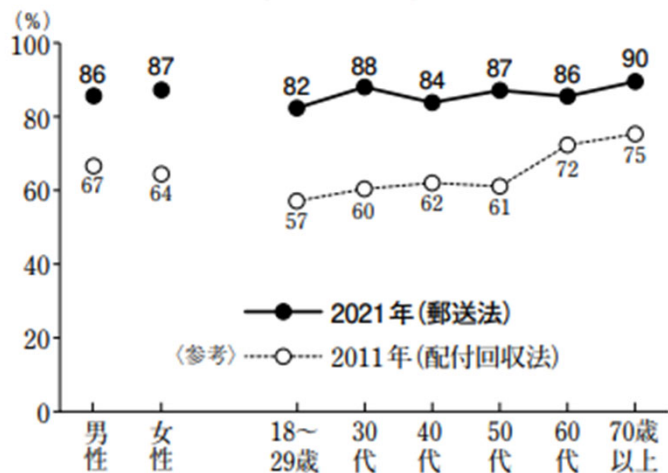
日本の医療給付がここまで低下するまで財政的に悪化するとの見通しは少ないものの、現在の高給付を持続的に維持するためには、高負担が必要となるとの国民の理解を得る必要がある。

	ニュージーランド	スペイン	韓国
公的医療費抑制の背景	<ul style="list-style-type: none">・ オイルショックに起因する財政危機<ul style="list-style-type: none">- 2度にわたるオイルショック- 大規模国家プロジェクトの失敗による多額の負債	<ul style="list-style-type: none">・ リーマンショックに起因する財政赤字<ul style="list-style-type: none">- 不動産バブルの崩壊- 大規模な景気刺激策の不発による財政赤字- 国有化銀行による経営赤字の隠匿と、政府の説明放棄により、国民は預金を海外に移動- 政府は財政危機のあおりを受けて、医療費削減に着手	<ul style="list-style-type: none">・ (公的医療保険制度を維持しながらも、国の財政負担は最小限に抑えたい意図があるとされる。)※文 太俊 韓国医師会 名誉会長のコメント
公的医療費抑制策	<ul style="list-style-type: none">・ 1980年代に行われた、ロジャーノミクスと呼ばれる 新自由主義的な経済政策 (医療、福祉、教育などあらゆる公共事業の民営化)	<ul style="list-style-type: none">・ Royal Decree Law 16/2012 (財政赤字解消のための緊縮政策)<ul style="list-style-type: none">- 給付対象者の制限 (正規雇用者、年金受給者、失業給付受給者、登録求職者等の被保険者・被保険者家族に限定)- 自己負担額の調整	<ul style="list-style-type: none">・ 低給付、低負担、低診療報酬を特徴とする公的医療保険制度 (いわゆる、3低政策と呼ばれる制度体制)・ 選択医療制度<ul style="list-style-type: none">- 日本でいう混合診療を認めているもの
抑制策による弊害	<ul style="list-style-type: none">・ 貧民層の健康問題・ 公立病院の利益第一主義による医療の質の低下・ 公立病院における医療のアクセスの悪化・ 医療従事者の過重労働	<ul style="list-style-type: none">・ 医療の質の低下・ 経済的負担・予約待ちの問題により、医療にアクセスできない患者がいる・ 医療従事者の労働環境悪化	<ul style="list-style-type: none">・ 高い自己負担額 (高齢者でも高い負担額)・ 混合診療の許容による、保険診療で享受できる医療の制限

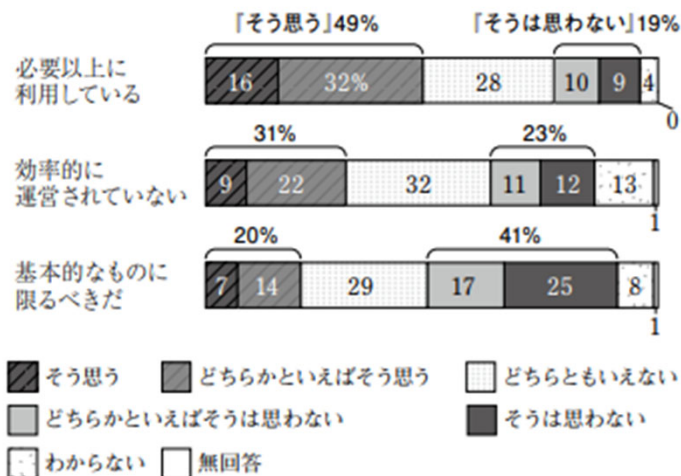
医療制度に対する信頼

コロナ感染症の流行への対応なども影響があると考えられるが、医療制度に対する信頼度は高まっている。他方で、医療サービスが過剰に提供されていると認識している人が比較的多く、行動を変える素地はあると考える。

医療制度を「信頼している」割合が高まっている



日本の医療や医療制度を必要以上に利用しているとの認識の割合が高い



出所：世論調査からみえる健康意識と医療の課題（村田ひろ子）
https://www.nhk.or.jp/bunken/research/yoron/pdf/20220901_5.pdfより引用

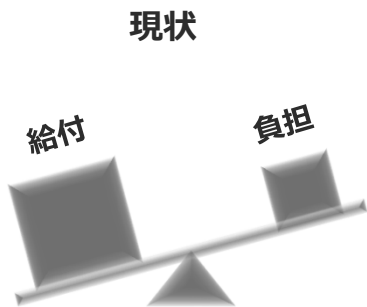
国民的理解が浸透し、給付と負担について活発に議論される状態を目指す

成り行きのままではどこかで限界が生じ、今と同様の医療を享受できなくなる懸念。給付と負担の対応性の確保を実現するためには、まず、医療保険制度の仕組みや成り行きへの理解が浸透することが必要ではないか。

制度の持続性が
危ぶまれる現状



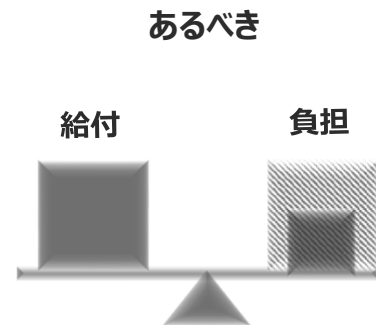
給付と負担の
対応性を確保



※図はマクロ的視点から記載

医療保険制度の仕組み
への理解

あるべき医療の姿についての
国民理解浸透



※図はマクロ的視点から記載

目標達成に向け何を実現すべきか

税財源含め、現状に対する共通理解の構築と、それに基づく議論を国民を中心として実施し、その内容をもとに制度への実装すべき。

仕組みを知らない

- 医療や社会保障制度についての正確な理解が不足
 - 保険と税についての理解、成り行き of 将来に関する知識の不足

何も感じない

- 正確な理解のない状態であるため、自身や周囲の状況に即した現実的なニーズが出ない

短期的に「手を付けやすい」制度実装

- ニーズの聴取が困難であるため、政策立案者が手を付けやすい「やりやすい」点に手を付けてしまい、パッチワーク的な財源論に終始

仕組みについて正確な情報を知る

- 医療や社会保障制度はどのような思想で構築されたものなのか
- 現状のままだとどのような将来が起こりえるのか
- どのような選択肢がありうるのか

意見表明・発出する

- 自身や身近な医療現場の現状から、どのような将来を望むのか
- そのために何を優先とし、何を劣後とするのか

持続可能な制度として実装する

- それぞれのニーズを制度にどう実装していくのか、長期的な観点から持続可能な制度への転換も含め実装すべき

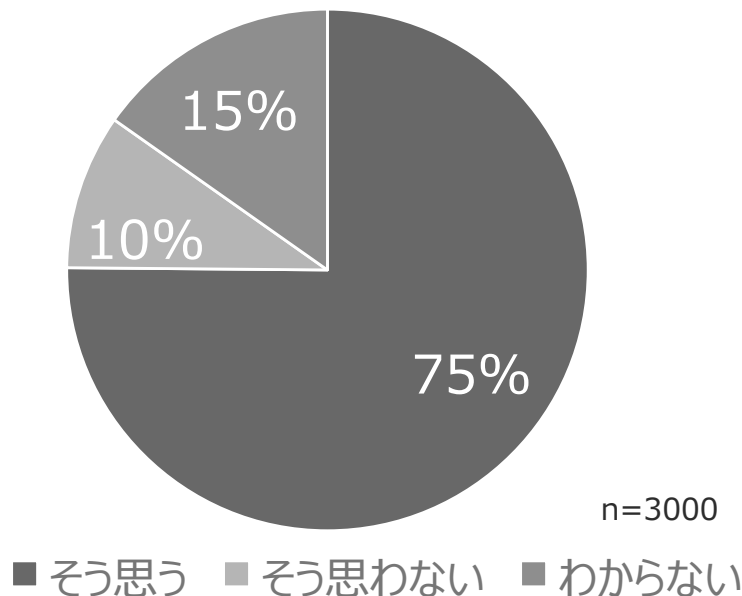
国民による現状に対する一定の共通理解と、それに基づく意見表明を含む議論の場の必要性

議論に基づき制度としての実装

情報提供や社会保険・租税についての認識共有が不足

そもそもの現状認識・基礎知識に関して不足している懸念があり、あるべき負担のあり方の理解に加えリテラシーの向上も必要と思料。

問い：国民皆保険制度の維持に向けて、国民がより理解できるための説明や情報提供が今後さらに必要と思いますか？



公的な世論調査も行うなど検証をさら進めるべき

出所：日本総研(2021.5) 持続可能で質の高い医療提供体制構築に関する提言【給付と負担に関するアンケート結果】

一定の共通理解を得るためのコミュニケーション戦略における留意点

社会保障に関するコミュニケーション戦略において、「難しく」「正しすぎる」メッセージは逆効果となりうる。

情報の非対称性下のコミュニケーションにおいて、

- 専門知ゆえに一般の人が理解不能な言葉を使うこと (The Curse of Knowledge)
- 一般の人が「知らない」ことを知らないこと (Expert Blindness)

によりコミュニケーション戦略を間違える恐れ

「このままだと破局が待っている」というメッセージは

- 怖いものからは目を背けたいこと (Danger-priming Effect) →無関心
- 「このままでも持続可能である」という気持ちを掻き立てること (Backfire effect) →反発を生む可能性がある

「正しい」だけの情報は逆効果になりうる

恐怖や不安を伴う情報の提示は文脈と関係なくそのもの自体への忌避感が高まることが示されている。

- 自分の信条を否定されるデータを示されると、**かえってその信条に固執**したくなる (Backfire effect)
- **恐怖や不安をとまなう情報**を提示されると、文脈とは関係なく、そのもの自体への**忌避感が高まる** (Danger-priming effect)

2014年、アメリカ・ダートマス大学の研究チームは、ワクチンに対する情報提供と接種意欲の関係について検討した (* Pediatrics. 2014 Apr;133 (4) :e835-42)。子どもを持つ親1759人をランダムに5群に分け、「**MMR (三種混合) ワクチンに関してどのような情報を提供すれば、接種への意識が向上するか**」調べた。

[当該研究で対象となった方法]

- ① ワクチンと自閉症の関係を否定するデータを示す
- ② ワクチンで防げる感染症のデータを示す
- ③ 感染症で重症化した子をもつ親の「語り」を聞かせる
- ④ 感染症にかかった子どもの写真を見せる
- ⑤ ワクチンとは関係のない情報を聞かせる (対照群)

接種意欲が有意に「低下」

ワクチンと自閉症の関連を疑う人が増えたり、
重大な副作用を心配する人が増えたりした

<結果>
どの方法も
「効果なし」

出所：東洋経済オンライン「正しい医療情報に拘る人」がわからない本質 時と場合によって「正しさ」は変わってくる市川衛 (2020/10/6)

社会保障に関する広報について継続した検討が必要と考える

現状の社会保障に関する政府からの広報を踏まえた目指すコミュニケーションの姿の検討が必要になる。

[現状] 恐怖心に訴える情報

はじめに

これからの日本のために 財政を考える

I 日本の財政の状況 II 高齢化で増え続ける社会保障関係費 III 持続可能な社会保障制度の構築に向けて IV 財政健全化に向けて

5 「借金」の問題点

- 日本では、歳出と歳入の差額が広がり借金が膨らんでおり、受益と負担の均衡がとれていない状況です。現在の世代が自分たちのために財政支出を行えば、これは将来世代に負担を先送りすることになります。

負担の先送り

→ 社会保障の給付と負担のアンバランスな状況をはじめ、借金返済の負担が先送りされることで、将来の国民が社会保障や教育など必要なものに使えるお金が減少したり、増税などによって負担が増加するおそれがあります。



財政の余力(ゆとり)が少なくなる

→ 借金が膨らむと、自由に使えるお金が少なくなってしまい、大きな災害などによって多くのお金が必要となった場合に、すぐに対応できなくなってしまうおそれがあります。



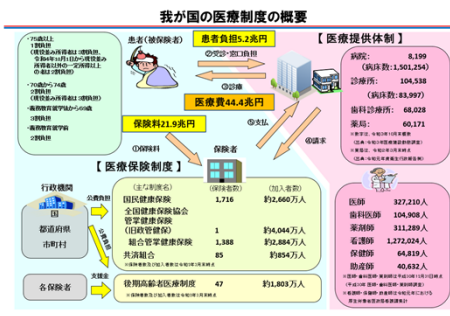
出所：財務省「日本の財政を考える」

[現状] 詳細で専門的情報

医療保険制度の患者一部負担の推移

項目	昭和30年(1955年)	昭和40年(1965年)	昭和50年(1975年)	昭和60年(1985年)	平成元年(1989年)	平成10年(1998年)	平成20年(2008年)	平成30年(2018年)
国民健康保険	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割
国民健康保険共済	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割
国民健康保険外共済	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割
国民健康保険外共済	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割
国民健康保険外共済	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割
国民健康保険外共済	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割
国民健康保険外共済	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割
国民健康保険外共済	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割
国民健康保険外共済	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割	1割

(注) 昭和30年に国民健康保険制度が創設され、国民健康保険人と国民健康保険外共済者から、国民健康保険と国民健康保険外共済者からなる医療保険制度が創設された。平成10年に国民健康保険外共済制度が廃止された。



出所：厚生労働省「我が国の医療保険について」

コミュニケーション戦略を取り入れた情報発信手法と国民的議論の場の設定が必要

正しい現状を基にした議論が進むことが理想であるが、そのために社会保障についての広報・発信および意見の収集についての戦略を策定・発信するとともに、議論の場を設定すべき。

実施事項

実施主体

コミュニケーション戦略を取り入れた情報提供手法についての検討

- ・ 医療や社会保障制度の現状と将来、考えられうる選択肢等について、国民が自分ごと化できる伝え方、コミュニケーション戦略を取り入れた情報提供手法を検討
- ・ 「正しい」だけでなく、自身の生活にどのように結びついているのか、医療保険制度の維持やそのための変革がどのような具体的なメリットを国民生活に与えるのかを細分化、ポジティブな形で広報すべき
- ・ そのための広報体制についても併せて拡充すべき

厚生労働省広報室など

国民的議論の場の設定

- ・ 年齢・性別等異なる国民それぞれの立場から、医療制度をどうするべきか・どうあるべきかを議論する場（座談会等）を設定すべき
- ・ 医療制度ありきではなく、国民自身が将来どうありたいかを基点とした議論を実施する
- ・ 個々の立場からの医療ニーズ、それに伴う負担のあり方等の議論から持続可能な医療制度のあるべき姿について合意形成を図る

厚生労働省→各自治体など

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. 医療や社会保障制度に対する共通認識の獲得

- 医療や社会保障制度の現状と将来、考えられる選択肢等について、国民が自分ごと化できる伝え方、コミュニケーション戦略を取り入れた情報提供手法についての検討を2023年度より実施。



2. 国民的議論の場の設定

- 年齢・性別等異なる国民それぞれの立場から、医療制度をどうするべきか・どうあるべきかを議論する場（座談会等）を2023年度より設定する。
 - 医療制度ありきではなく、国民自身が将来どうありたいかを基点とした議論を実施する。
 - 個々の立場からの医療ニーズ、それに伴う負担のあり方等の議論から持続可能な医療制度のあるべき姿について合意形成を図る。

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急激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。



マクロでの給付と財源の均衡 サマリ

課題認識	<ul style="list-style-type: none">国民に対し、医療保険制度の仕組みや成り行きの未来への理解が浸透することが必要。国民自身がどうありたいか、どのような医療を受けたいか、そのために財源も含めどのような制度設計とすべきかを自分ごととして考える医療制度リテラシーの獲得が必要。
長期目標 (ゴール)	<ul style="list-style-type: none">医療に限らず、法、財政、税などの仕組みや全体像、問題点など国民の共通認識に基づき、国民の健康観とそれに紐づく医療ニーズ、医療制度自体のあるべき姿を持続的に議論する場の形成
マイルストーン	<ul style="list-style-type: none">下記3つのステップを経て、長期目標（ゴール）に到達する<ol style="list-style-type: none">コミュニケーション戦略を取り入れた情報提供手法医療制度の現状理解を正しく促すための情報提供幅広い年齢層からなる座談会の設置・議論
本提言作成 に向けた 活動概要	<ul style="list-style-type: none">国民的な議論、合意形成のための対話の場形成に関するコミュニケーション論等に関して意見交換を実施現行制度による成り行きの未来について統計データ等活用した推計を実施
必要となる 取り組み	<ul style="list-style-type: none">医療や社会保障制度の現状と将来、考えられる選択肢等について、国民が自分ごと化できる伝え方、コミュニケーション戦略を取り入れた情報提供手法を実施する。年齢・性別等異なる国民それぞれの立場から、医療制度をどうするべきか・どうあるべきかを議論する場（座談会等）を設定する。

参考資料

9団体20企業と、政策研究と提言の社会実装に取り組んでいる

組織名・設立

- **健康・医療政策コンソーシアム（設立：2022年7月12日）**
事務局：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

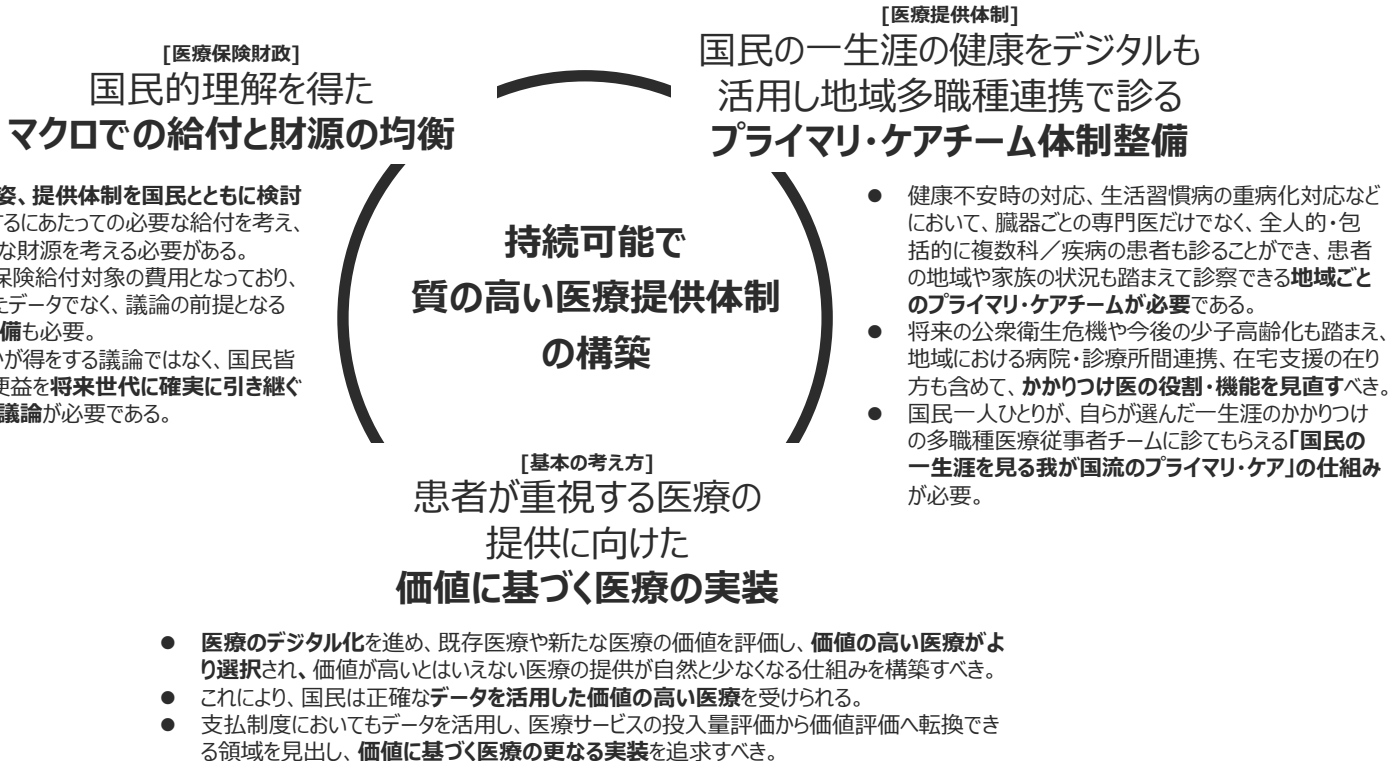
設立理念

- 中立・公正・公平を重視し、医療に関連する事項を総合的に扱い、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。
- 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。

活動内容

- 国民視点で解決すべきと考える問いを設定し、**継続して議論**を行う
- 事業や経済・財政政策などの視点まで含めた**一体的な議論**を推進
- 国家レベルの問題だけでなく、地方自治体で発生している具体的な問題についても議論を深め**迅速な社会実装**に貢献

健康・医療政策コンソーシアムの3つの基本テーマ



数兆円規模の非効率検討余地 + ヘルスデータ利活用についても提言

非効率な医療の特定とその改善に向けた提言

提言概要

- 数兆円規模の医療費削減の可能性を特定。
- 医療の非効率性を改善するためには、医療提供や技術におけるイノベーションを促進することが重要。
- 非効率性の改革とイノベーションの促進を共に大胆に進めることが肝要である。

医療の非効率
に関する
プロジェクト

給付と財源の
均衡性確保

プライマリ・ケア
チーム体制構築

持続可能で質の高い
医療提供体制の構築

価値に基づく医療の
実装

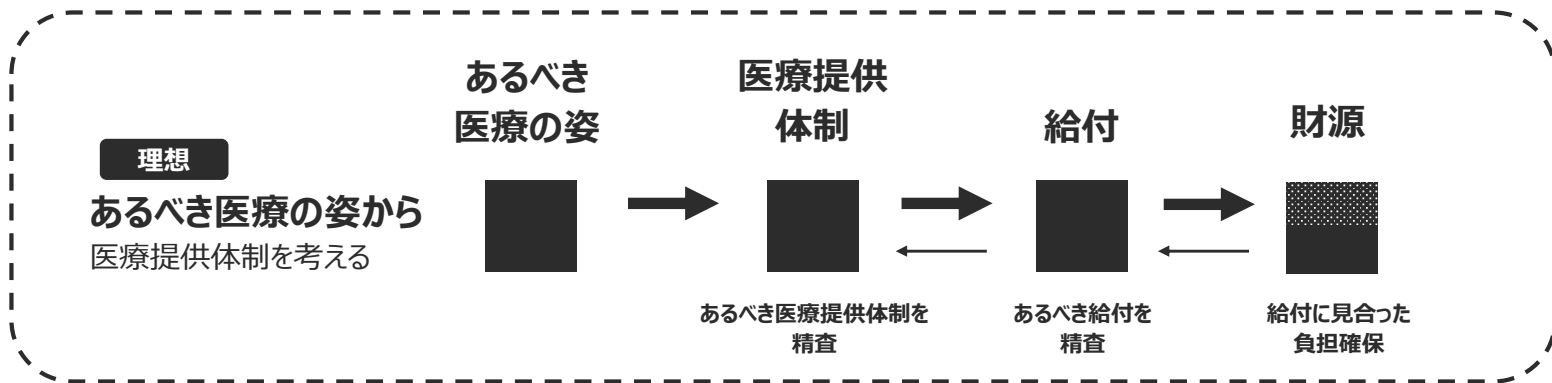
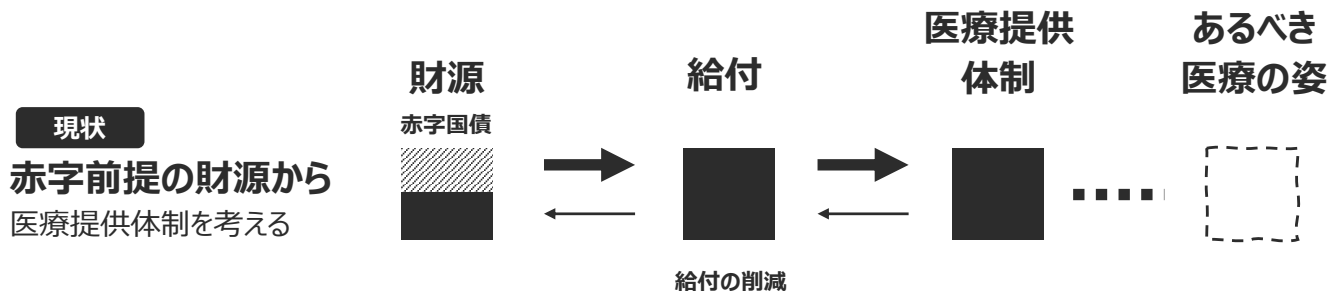
ヘルスケア
デジタル改革
ラウンドテーブル

ヘルスデータの利活用促進に向けた提言

提言概要

- 国民に医療のデジタル化の利点をより伝える必要がある。このために、デジタル化の「意義」を明示すべき。そして、ユースケースの拡充が必要だ。
- 一次および二次利用のデータ活用が進んでいない。データ利活用を促進するデータガバナンス機能や、同意の在り方等を国際的動向を踏まえ検討すべき。
- デジタル化で中長期的に目指すプラットフォーム構想の継続的更新

持続可能な制度で、あるべき医療の姿を実現するために



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検討チーム
200010-JRI_Healthcare_consortium@ml.jri.co.jp
(健康・医療政策コンソーシアム統括 川崎真規)