

持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けて

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、マクロでの給付と負担の均衡に向けた
3つの観点およびそれらを実現するための政策実現に向けた地域行政改革

政策提言2024

2024.3.13

株式会社日本総合研究所
健康・医療政策コンソーシアム

持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けて

2024年3月13日
株式会社日本総合研究所
健康・医療政策コンソーシアム

《政策提言2024》

■プライマリ・ケアチーム体制整備

提言1-1 災害時対応から示唆される「主となるかかりつけ医」を登録する

提言1-2 医道審議会にて「総合診療の標榜」を再検討する

提言1-3 多職種による「実践的なプライマリ・ケアの学びの場」を地域につくる

■価値に基づく医療の実装

提言2 ムダ・ムリ・ムラ改善へ「診療科別地域課題」を住民と共有する

■マクロでの給付と負担の均衡性確保

提言3 「公的保険除外対象と捻出財源用途」を中医協で示す

■政策実現に向けた地域行政改革

提言4-1 約200の医療福祉先進自治体で「プライマリ・ケア推進チーム」をつくる

提言4-2 保険者等参画する地域医療構想推進の「広域諮問機関」を設ける

はじめに

- わが国は、超高齢社会での医療需要拡大と医療技術の発展により、医療に関する給付費が拡大する傾向にある。
- このままでは、財源確保には限界があり、持続可能な医療提供体制を維持することは、提供されている医療の徹底的な見直しがされないと難しくなる。例えば、少子高齢化が進み多疾患併存患者が増える状況下において、提供した医療の回数の多さで医療機関の報酬総額が高くなる出来高払いを中心とした現行外来制度には改善の余地がある。
- しかし、これらの課題は、専門家の中で課題として認識されているものの重要なステークホルダーである住民の視点や住民自身の関心を伴った議論が十分になされていない。
- そこで、我々は持続的な医療提供体制の構築に向けて検討する健康・医療政策コンソーシアムを組成し、さまざまなステークホルダーの方々との対話を通して議論を重ねた。この度、この検討結果をもとに、2024年度にわが国で検討すべき事項を提言する。

目指す姿



一生涯に亘り、自身や家族の健康相談を地域で行えている

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において、自分や家族の一生涯の健康を相談できている姿。



価値の高い医療で、健康増進と医療革新が進んでいる

住民一人ひとりの体調、自分や家族の多様な人生観に応じ、多様な主体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、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。

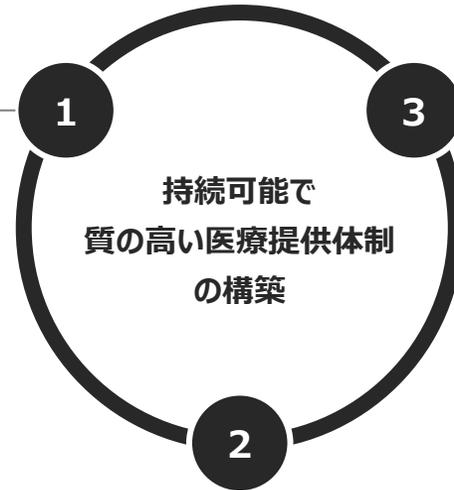


持続可能な国民皆保険制度が将来世代に引き継がれている

経済成長策と低所得者層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おり、財源確保が避けて通れない場合は、その必要性を国民・住民に示し財源確保を行い、持続可能な制度として国民皆保険制度が提供がなされている姿。

基本方針

地域多職種連携で診る
デジタルを活用した
プライマリ・ケア
チーム体制整備



国民的理解を得た
マクロでの
給付と財源の均衡

多様な主体からみた
価値に基づく医療の実装

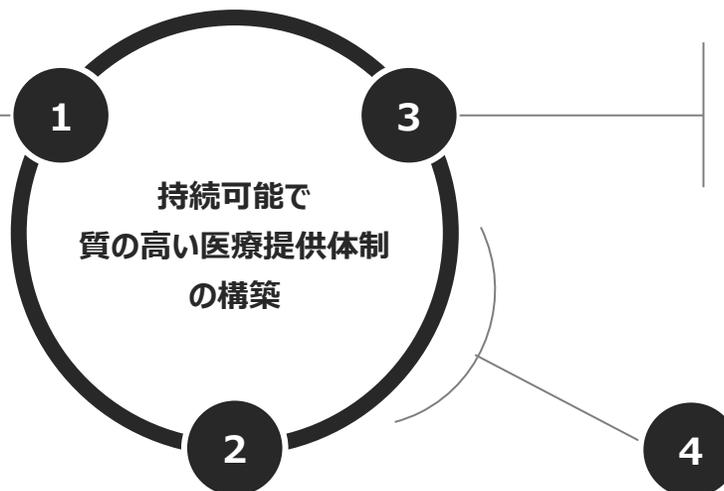
提言概要

地域多職種連携で診るデジタルを活用した
プライマリ・ケアチーム体制整備

- 1-1 災害時対応から示唆される「主となるかかりつけ医」を登録する
- 1-2 医道審議会にて「総合診療の標榜」を再検討する
- 1-3 多職種による「実践的なプライマリ・ケアの学びの場」を地域につくる

多様な主体からみた
価値に基づく医療の実装

- 2 ムダ・ムリ・ムラ改善へ「診療科別地域課題」を住民と共有する



国民的理解を得た
マクロでの給付と財源の均衡

- 3 「公的保険除外対象と捻出財源用途」を中医協で示す

これら提言を実現するための追加提言
[政策実現に向けた地域行政改革]

- 4-1 約200の医療福祉先進自治体で「プライマリ・ケア推進チーム」をつくる
- 4-2 保険者等参画する地域医療構想推進の「広域諮問機関」を設ける

① プライマリ・ケアチーム体制整備

1-1

災害時対応から示唆される「主となるかかりつけ医」を登録する

現状

わが国では、住民は自由にかかりつけ医を選ぶことができるものの、そのかかりつけ医と住民の間の「かかりつけ」としての関係を明確にする制度はない。

問題

現状のままでは災害時に、適切な第三者が、被災者の健康・治療状況を主に把握しているかかりつけ医が誰か迅速に確認できず、迅速な被災者支援の実現に影響が生じる。

提言

既存の小児かかりつけ医登録制を参考に、かかりつけ医を住民が登録できるようにし、かかりつけ医が医療の人的ネットワークと医療情報ネットワークの要となる。

1-2

医道審議会にて「総合診療の標榜」を再検討する

現状

わが国では、総合診療科が、臓器や疾患にとらわれず多角的・総合的に診療する科として2018年に専門医制度の基本領域の1つに加わった。

問題

医療機関は「総合診療科」を院外の看板で標榜できず、総合診療を専攻しても医師は、内科・小児科として標榜せざるを得ない。

提言

住民が総合診療によりアクセスしやすく、総合診療医が総合診療としての開業ビジョンを描けるように、医道審議会を開催し、総合診療の標榜を検討する。

1-3

多職種による「実践的なプライマリ・ケアの学びの場」を地域につくる

現状

総合診療専攻医は、年間200～300名認定される。ただ、総合診療を学んだ医師は住民2,000人に対し1名必要*と考えると約6万であり、現状足りない。

問題

プライマリ・ケアを教育できる人材は少なく、開業医が地域でこれらを学ぶ機会は十分にはない。

提言

基礎自治体が、総合診療科を有する医療機関を核として、プライマリ・ケアに関する地域での学びの場を支援する事業を行う。

*厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会（第4回）平成24年(2012年1月11日) 議事録

② 価値に基づく医療の実装

② ムダ・ムリ・ムラ改善へ「診療科別地域課題」を住民と共有する

現状

過剰病床・長期入院、頻回受診、重複投薬・ポリファーマシー・残薬・後発医薬品普及不足が生じている。

問題

住民はどのような改革がどの程度、どのような効果を得ながら進んでいるかを知る機会は多くなく、自分事として、これらの問題を捉えることは難しい。

提言

厚生労働省および地域医療課題を研究する地域シンクタンク（例：千葉大学附属病院 次世代医療構想センター）が、各地域の将来における診療科別の病床数や医療従事者数を踏まえた将来の医療提供体制（需給の過不足の分析結果）を住民へ共有する。

③ マクロでの給付と負担の均衡性確保

③ 「公的保険除外対象と捻出財源用途」を中医協で示す

現状

中医協は、学会等からの申請をもとに公的医療保険の適用がなされている医療技術を保険対象から外す審議を行っている。

問題

実際に保険対象から外された医療技術をみると、現在実施されていないものや、代替処置があるものが主である。

提言

学会のガイドラインにてエビデンスレベルが低いとされる医療や推奨されていない医療、OTC医薬品として得られる薬は、公的保険除外対象とする。これに向けて、保険者や医療経済系学会等が、公的保険除外対象の素案を提案し、さらに「保険適用から外す」ことで捻出される財源の金額を可視化し、出口策としてその財源をイノベーション財源として使うための検討機能を中医協に設ける。

④ 政策実現に向けた地域行政改革

4-1

約200の医療福祉先進自治体で「プライマリ・ケア推進チーム」をつくる

現状

地域のプライマリ・ケアの啓蒙やプライマリ・ケアチーム体制構築に向けた活動を行うには、1つの医療機関／企業だけではなくチームで行う必要がある。

問題

プライマリ・ケアを提供する医療機関が、基礎自治体との連携を求めても、行政側に明確な担当部署が存在しないことから十分な議論が行えていない。

提言

最小で人口2～3万人あたりに1つ市町村の垣根を越えた対応窓口を構築し、過疎化や財政破綻といった将来課題に共同で対応する地域での基盤を築くことが必要である。

4-2

保険者等参画する地域医療構想推進の「広域諮問機関」を設ける

現状

地域医療構想は、わが国における人口減少や高齢化に伴う医療ニーズの変化を踏まえ、都道府県単位で、医療機関の機能分化・連携を進めていくために2025年を見据えて策定された。

問題

わが国の人口減少を鑑みると、1つの都道府県だけでは十分な医療提供体制を確保できない事象が生じている。

提言

都道府県を越えた広域単位で将来の医療需給分析を行い、都道府県と共に地域の医療機関へ勧告する機能を担う、被保険者のために費用抑制とサービスの質向上を図る保険者のデータも活用した広域単位の諮問機関を設ける。

1

プライマリ・ケアチーム体制整備

① プライマリ・ケアチーム体制整備

目指す姿（社会像）

- 住民は、身近に全人的（特定の部位や疾患に限定せず）に全人的に寄り添う「主となるかかりつけ医」を持つことができ、日常での体調不良から災害・パンデミック時に至るまで、健康・医療に関して誰に相談すればよいか分かっている。
- 医療従事者や行政等は、必要に応じて患者の主となるかかりつけ医を即座に調べ、主となるかかりつけ医と連絡を取り合える。
- 主となるかかりつけ医は、退院後の在宅医療を在宅診療機関とともに全人的サービスを提供しており、地域医療において病院と診療所(クリニック)の役割分担も進んでいる。
- 総合診療外来を行う医療機関は、問診に十分な時間をかけても事業運営ができる報酬制度のもと、「患者中心の医療」をさらに実践でき、住民もそれを実感している。
- 地域では、プライマリ・ケアや総合診療を実践的に学べる機会が、医師、薬剤師・看護師などの多職種にも提供されており、プライマリ・ケアチームが地域医療の核として医療を提供している。

プライマリ・ケアで住民は

特定の部位・疾患を限定しない 「全人的な医療」を受けることができる



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

① プライマリ・ケアチーム体制整備

提言1-1 災害時対応から示唆される「主となるかかりつけ医」を登録する

現状

わが国では、住民は自由にかかりつけ医を選ぶことができるものの、そのかかりつけ医と住民の間の「かかりつけ」としての関係を明確にする制度はない。

問題

人口減少や医師不足が進むわが国で、住民一人ひとりの心理・社会的側面も踏まえた心身の不安や困りごとの解決、疾病の予防を実現していくには、誰がその住民に対して全人的な医療を提供しているのか、住民とかかりつけ医の双方が認識できている必要がある。しかし、現在のかかりつけ医制度ではそれはできない。さらに、わが国では地震をはじめとする大規模な災害が発生するものの、現在の制度では災害時に、適切な第三者が、被災者の健康・診療状況を主に把握しているかかりつけ医が誰か迅速に確認できず、迅速な被災者支援の実現に影響が生じる。

提言

住民が、日常の実生活において自身の健康に全人的に寄り添う主となるかかりつけ医や、一人ひとりの住民の健康に責任をもつかかりつけ医を登録（問診前は仮登録、問診後は本登録）できるようにする。既存の小児かかりつけ医制度で実施している登録制を参考に検討する。これにより、かかりつけ医が、医療の人的ネットワークと医療情報ネットワークの要となる。

現在、住民は信頼できると思った医師であれば、 どの診療科の医師でも何人でも、かかりつけ医と呼べる

「かかりつけ医」をもとう！

Q 自分で選んでいいの？

かかりつけ医はご自身で選択できます。
日常生活における健康の相談や体調が悪い時などにまず相談する。
自分が信頼できると思った医師であればかかりつけ医と呼んで構いません。

Q 選ぶのは一人なの？

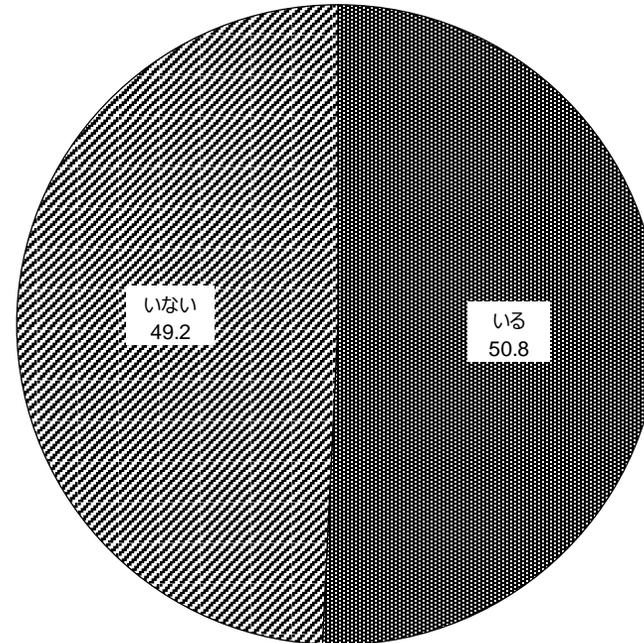
かかりつけ医は一人に決める必要はありません。
例えば内科のかかりつけ医の他に眼科にも通院しているという場合には
眼科の医師もかかりつけ医と言えます。

Q 何科の医師を選べばいいの？

内科医がかかりつけ医と思われがちですが、
どの診療科の医師でもかかりつけ医になります。



かかりつけ医と呼べる医師が いる方・いない方の割合は同程度である



(%)
n=3,000

調査仕様

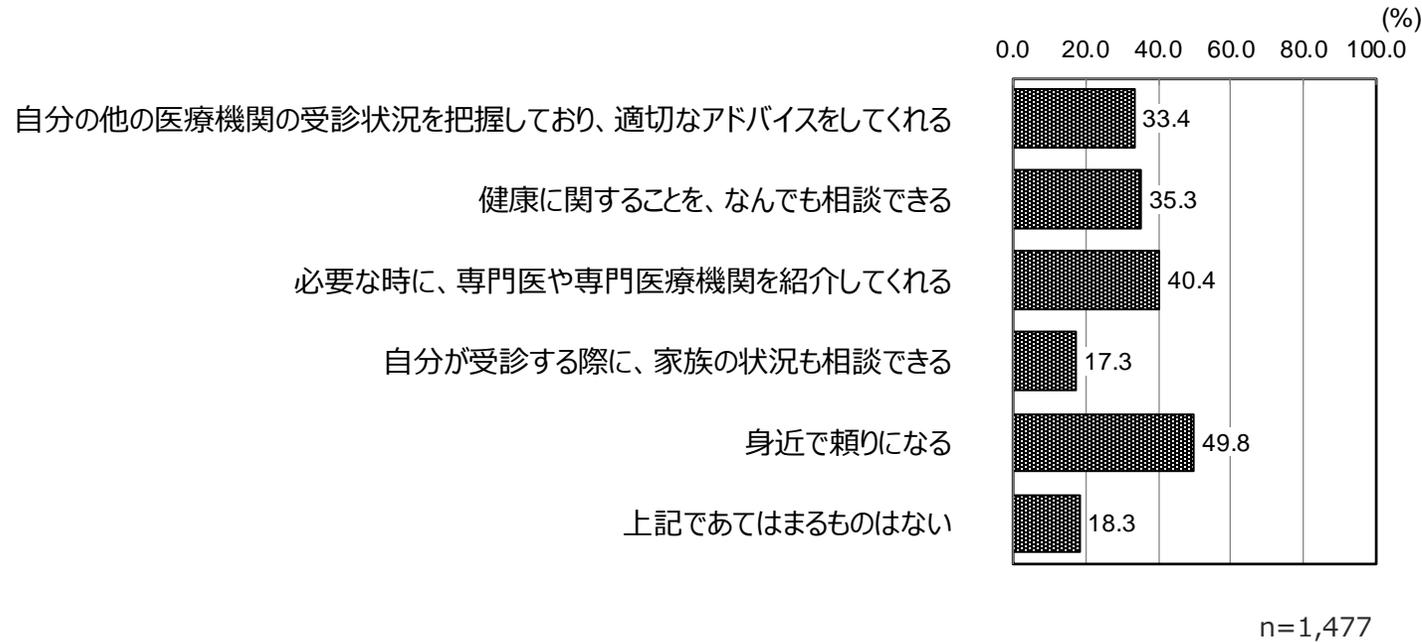
- 調査名 (回答者への表示) : あなたご自身に関するアンケート
- 調査地域 : 全国
- 調査対象 : 20歳以上の男女
- サンプルサイズ・割付 : 3,000名
*総務省統計局「人口推計 (2022年10月1日現在)」の人口分布を基に、性年代・居住地を割付け回収
- 調査手法 : インターネットアンケート
- 調査時期 : 2023年7月28日～7月31日

Q. あなたには、かかりつけ医※と呼べる医師がいますか。(単回答)

※かかりつけ医とは、「熱がある、体がだるい、食欲がないなど体調が悪いなど感じた時にまず相談する自宅近くの診療所や病院の医師」(出所: 東京都医師会Webサイト かかりつけ医とは | 公益社団法人 東京都医師会 (med.or.jp)) を意味します。

出所: 日本総研「公的医療保険制度の持続可能性に関する国民調査」(2023年8月31日)

かかりつけ医と呼べる医師がいない方の半数は 身近で頼りになるかかりつけ医を持ちたい



Q. (かかりつけ医と呼べる医師が「いない」方)
どのようなかかりつけ医を持ちたいと思いますか。(複数回答)

調査仕様

- 調査名 (回答者への表示) : あなたご自身に関するアンケート
- 調査地域 : 全国
- 調査対象 : 20歳以上の男女
- サンプルサイズ・割付 : 3,000名
*総務省統計局「人口推計 (2022年10月1日現在)」の人口分布を基に、性年代・居住地を割付け回収
- 調査手法 : インターネットアンケート
- 調査時期 : 2023年7月28日～7月31日

出所 : 日本総研「公的医療保険制度の持続可能性に関する国民調査」(2023年8月31日)

災害・緊急時に、 被災者・患者のかかりつけ医を即座に把握できない

- 被災者・患者のかかりつけ医が誰か、**データとして登録されていない。**
- 災害・緊急時において、患者がかかりつけ医と呼んでいる医師が誰か、他の医師や行政が**即座に把握することは難しい。**
- 日常の場面において、自分の**かかりつけ医は誰か登録できない。**

「小児かかりつけ医登録制度」を 参考にした登録制度が検討できる

- 「小児かかりつけ医制度」は、2016年から始まっており、**小児かかりつけ医を登録する制度はわが国に既にある。**
- 6歳未満の患者は、4回以上受診した医療機関である等の要件を満たした**医療機関を1つかかりつけ医として登録**できる。
- 患者は医療機関に、**かかりつけ医としたい旨を伝える**ことができ、患者は、**診療時間外の急病などの際に相談**ができる。
- 小児かかりつけ医制度を参考に、**かかりつけ医登録制度を検討**できる。

提言1-1 災害時対応から示唆される「主となるかかりつけ医」を登録する

既存の小児かかりつけ医登録制度を参考にしつつ、住民が、医療の人的ネットワークと医療情報ネットワークの要となる主となるかかりつけ医を登録できるようにする

災害や緊急時に、かかりつけ医を即座に把握できない

わが国には既に「小児かかりつけ医登録制度」がある

主となるかかりつけ医を登録できる制度を設ける

- 小児かかりつけ医制度同様に、かかりつけ以外の医療機関にも患者は受診できる。
- マイナポータル上で、健康な方でも主となるかかりつけ医を1名仮登録でき、受診後に本登録とする。
- 将来的に、保険者は、かかりつけ医候補一覧を被保険者に提示し、登録しやすい環境整備に貢献する。

① プライマリ・ケアチーム体制整備

提言1-2 医道審議会にて「総合診療の標榜」を再検討する

現状

わが国では、専門医制度の基本領域の1つに、臓器や疾患にとらわれず多角的・総合的に診療を行う総合診療科が2018年に加わった。

問題

日本では規制により医療機関は「総合診療科」を院外の看板で標榜できず、住民が総合診療科を見つけることは困難である。このような現状においては、今後も住民の総合診療科に対する認知・アクセスが高まることは期待できない。さらに、総合診療を専攻した医師は、「総合診療」を院外で標榜できないため、開業時には内科・小児科として標榜せざるを得ず、将来における総合診療医としての開業ビジョンを描きにくい状況に置かれている。

提言

住民が総合診療によりアクセスしやすく、総合診療医が将来の総合診療としての開業ビジョンを描けるように、住民代表も参画した医道審議会を開催し、総合診療の標榜を検討する。

総合診療に関わる医療従事者を探すことは難しい

住民は、臓器等を特定せず相談ができ、自身が伝えたいストーリーを聞いていただける心理的安全性が確保された「患者中心の医療」を「生物・心理・社会モデル*」に基づき実施している医療従事者を見つけることは難しい。

院外標榜されていない

「総合診療科」
「家庭医療科」
「かかりつけ科」
いずれも
標榜することはできない
(医療法施行令第3条の2)

▼
標榜科となっていないため
認知されにくい

WEBでは記載にバラツキ

「総合診療」を総合的な内科と
誤解しかねない記載が
Web等にある

▼
総合診療に関する記載の
規制がなく正しく伝わりにくい

総合診療を受けられるか不明

かかりつけ医機能を報告した
医療機関かは、2025年4月から
分かるようになるものの、
総合診療を受けられるかは
分からない

▼
総合診療を提供する
医療機関か否か判断できない

*原因を医学的に追究するだけでなく、受診者を取り巻く家族・職場・社会環境等も踏まえて、受診者の抱える悩みや不調の理解を行い対応する

総合診療の「標榜」の必要性について国会で議論された

第211回国会 厚生労働委員会第6号（令和5年4月4日）

■日本総合研究所 川崎真規 参考人

「1つは、医療法施行令第三条の二において、**総合診療科、家庭医療科、かかりつけ医科という標榜が認められていないため**です。このため、私たちは町中でこれらの看板を目にすることはありません。」

■プライマリケア・連合学会 草場鉄周 参考人

「標榜科に関しては、先ほど川崎委員がおっしゃったとおり、例えば、現にもう育成が進んでいる総合診療専門医についても、**標榜科として総合診療科が存在しない**。ですので、我々も家庭医療ということでやっていますが、**内科、小児科という形でしか今でも表現できていません**。ですから、どこにジェネラルに診るドクターがいるのかというのが今でも分からない。」

第211回国会 厚生労働委員会第7号（令和5年4月5日）

大岡敏孝 議員

「現在は総合診療医を**標榜できない**と。恐らく、私の認識が正しければ、もう総合診療医を養成し始めて十年ぐらいたっている。まだ確かに開業をされる先生方というのは少ないのかもしれませんが、当然、この総合診療医というものを標榜することができるようにするべきだと思いますけれども、どうでしょうか。」

池下卓 議員

「かかりつけ医を**標榜できるように**、やはり現役世代も含めた、原因は分からないけれども体調不良を訴える皆さんも、医療機関がむげに、本当にむげに断られているケースもたくさんあると聞いているんですけれども、積極的に受け入れてくれる医療体制を構築すべきだと思いますけれども、加藤大臣の御意見を伺いたいと思います。」

田中健 議員

「私たち患者がお医者さんを選ぶ場合に、これは先ほども議論があったんですけれども、プライマリケアの医療従事者を探すということは難しく、資料にもありましたけれども、**標榜できない**、また、記載がばらつきがある、資格保有者が少ない、いろいろな、今、まだまだ課題があって、提供はしてくれるけれども、私たち患者の立場に立つと、それは本当に、かかりつけ医として選ぶのに、まだまだハードルがあるし、不十分だという指摘がありました。」

提言1-2 医道審議会にて「総合診療の標榜」を再検討する

国民の健康に関する不安の解消に向け、医道審議会にて総合診療の標榜を検討する

医道審議会の意見を伺い 慎重な検討が必要との政府回答

総合診療の標榜について 医道審議会で検討する

第211回国会
厚生労働委員会第7号（令和5年4月5日）

■政府参考人

「判断に当たっては、独立した診療分野を形成していること、国民の求めの高い診療分野であること、国民が適切に受診できること、それから、国民の受診機会が適切に確保できるよう、診療分野に関する知識、技術が医師に普及、定着していることといった基本的な考え方を踏まえて、総合的に判断をした上で、医学医術に関する学術団体や**医道審議会**の御意見をお伺いして標榜可能な診療科を定めるということにしているところでございます。」

「御指摘の、昨日の参考人質疑でもお話があった総合診療科という診療科目名につきましては、現時点では、こういった今御紹介した四つの考え方に照らして、それらに合致すると判断できる状況にないことから、まずは学会や医療機関における知見の収集、蓄積の状況を注視していきたいというふうに考えているところでございます。」

■厚生労働大臣

「かりつけ医科を標榜するという話については、先ほど標榜可能な診療科については局長から答弁がございました。そういった点から見ても、診療科目としてかかりつけ医機能には多様な機能が含まれることから、**慎重な検討が必要だ**というふうに考えているところでございます。」

- 2008年に医道審議会診療科名標榜部会にて議論がなされて以降、**標榜部会は開催されていない。**
- 住民が**総合診療によりアクセス**でき、**総合診療医が将来の総合診療としての開業ビジョンを描ける**ように、医道審議会にて総合診療の標榜を検討すべきである。

① プライマリ・ケアチーム体制整備

提言1-3 多職種による「実践的なプライマリ・ケアの学びの場」を地域につくる

現状

2018年から始まった総合診療に関する専攻医数は、年間200～300名前後である。全国的にプライマリ・ケアを提供するためには総合診療を学んだ医師が住民2,000人に対し1名必要*と考えると、日本では約6万人が必要になる。

問題

現状では、地域の医療従事者が、総合診療の専門的知見を継続して学べる機会は十分になく、総合診療を受けられる住民は一部に限られてしまう。自主的に医療従事者間の実践的な教育活動を実施している医療機関は一部あるものの、全国的な取り組みではない。プライマリ・ケアを教育できる人材は少なく、地域でこれらを学ぶ機会も十分にはない。

提言

地域での多職種の医療従事者による総合診療やプライマリ・ケアについての実践的な学びの場が、総合診療の知見を迅速に地域で広げるためには必要である。そこで、基礎自治体が、総合診療科を有する医療機関を核として、プライマリ・ケアに関する地域での学びの場を支援する事業を行う。

*厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会（第4回）平成24年(2012年1月11日) 議事録

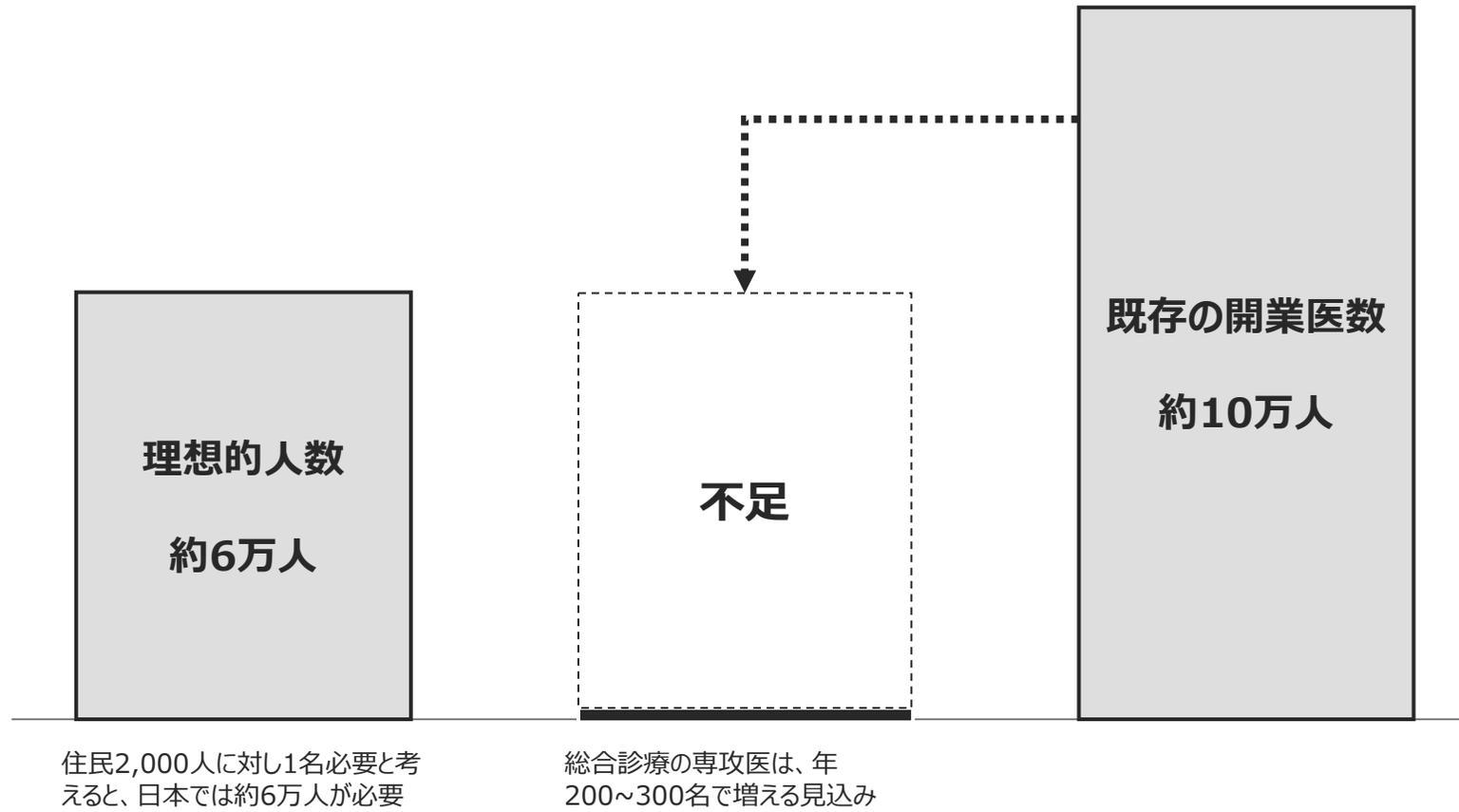
総合診療の専攻医採用数は、年200~300名である

| 診療科 | | 平成30年 (2018年) 採用実績 | 平成31年 (2019年) 採用実績 | 令和2年 (2020年) 採用実績 | 令和3年 (2021年) 採用実績 | 令和4年 (2022年) 採用実績 | 令和5年 (2023年) 採用実績 |
|-----|------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 | 内科 | 2,670 | 2,794 | 2,923 | 2,977 | 2,915 | 2,855 |
| 2 | 小児科 | 573 | 548 | 565 | 546 | 551 | 526 |
| 3 | 皮膚科 | 271 | 321 | 304 | 303 | 326 | 348 |
| 4 | 精神科 | 441 | 465 | 517 | 551 | 571 | 562 |
| 5 | 外科 | 805 | 826 | 829 | 904 | 846 | 835 |
| 6 | 整形外科 | 552 | 514 | 671 | 623 | 644 | 651 |
| 7 | 産婦人科 | 441 | 437 | 476 | 475 | 517 | 481 |
| 8 | 眼科 | 328 | 334 | 344 | 329 | 343 | 310 |
| 9 | 耳鼻咽喉科 | 267 | 282 | 266 | 217 | 256 | 203 |
| 10 | 泌尿器科 | 274 | 255 | 323 | 312 | 310 | 338 |
| 11 | 脳神経外科 | 224 | 252 | 247 | 255 | 237 | 217 |
| 12 | 放射線科 | 260 | 234 | 247 | 268 | 299 | 341 |
| 13 | 麻酔科 | 495 | 489 | 455 | 463 | 494 | 466 |
| 14 | 病理 | 114 | 118 | 102 | 95 | 99 | 93 |
| 15 | 臨床検査 | 6 | 19 | 14 | 21 | 22 | 36 |
| 16 | 救急科 | 267 | 286 | 279 | 325 | 370 | 408 |
| 17 | 形成外科 | 163 | 193 | 215 | 209 | 253 | 234 |
| 18 | リハビリテーション科 | 75 | 69 | 83 | 104 | 145 | 136 |
| 19 | 総合診療 | 184 | 179 | 222 | 206 | 250 | 285 |
| | 計 | 8,410 | 8,615 | 9,082 | 9,183 | 9,448 | 9,325 |

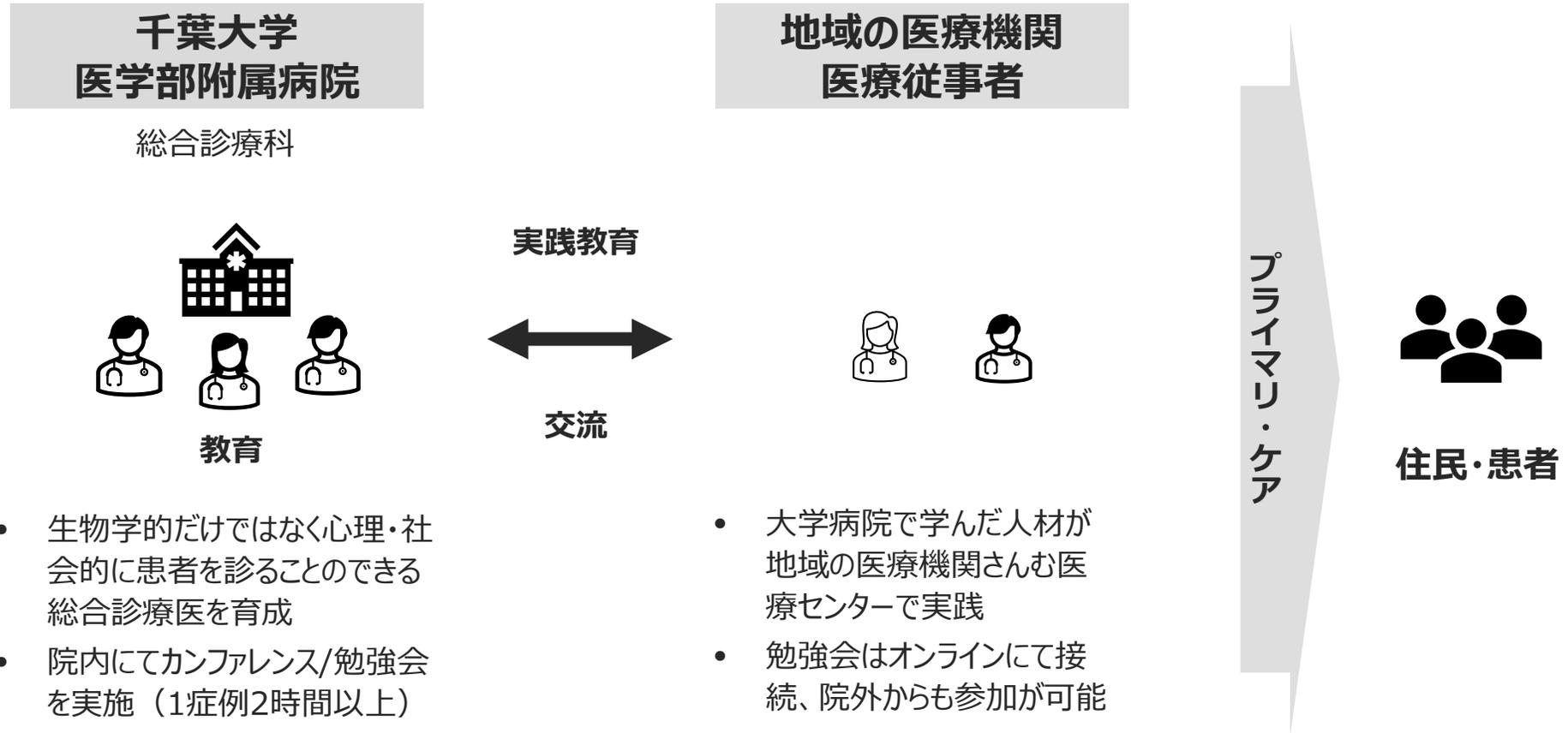
※黄緑色のセルはシーリング対象の科

出所：厚生労働省「令和5年度の専攻医採用と令和6年度の専攻医募集について」（2023年6月22日）
橋本佳子「草場鉄周・日本プライマリ・ケア連合学会理事長に聞く◆Vol.2総合診療専門医の一期生誕生が節目」（2019年4月23日）

既存の開業医による プライマリ・ケアの実践が重要になる

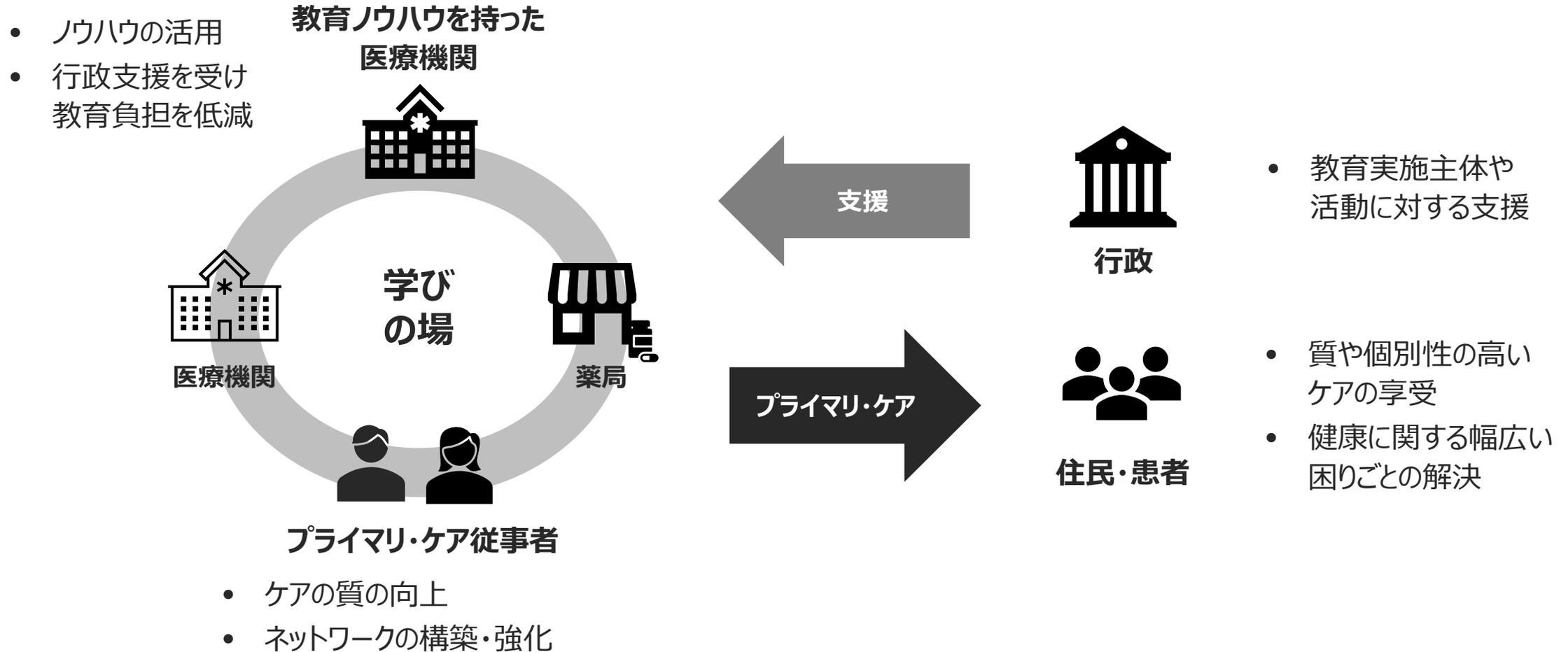


千葉県では中核病院を核とした プライマリ・ケアの実践的な教育が行われている



提言1-3 多職種による「実践的なプライマリ・ケアの学びの場」を地域につくる

基礎自治体が、総合診療の知見を迅速に広げるために、総合診療科を有する医療機関を核として、プライマリ・ケアに関する地域での学びの場を支援する事業を行う



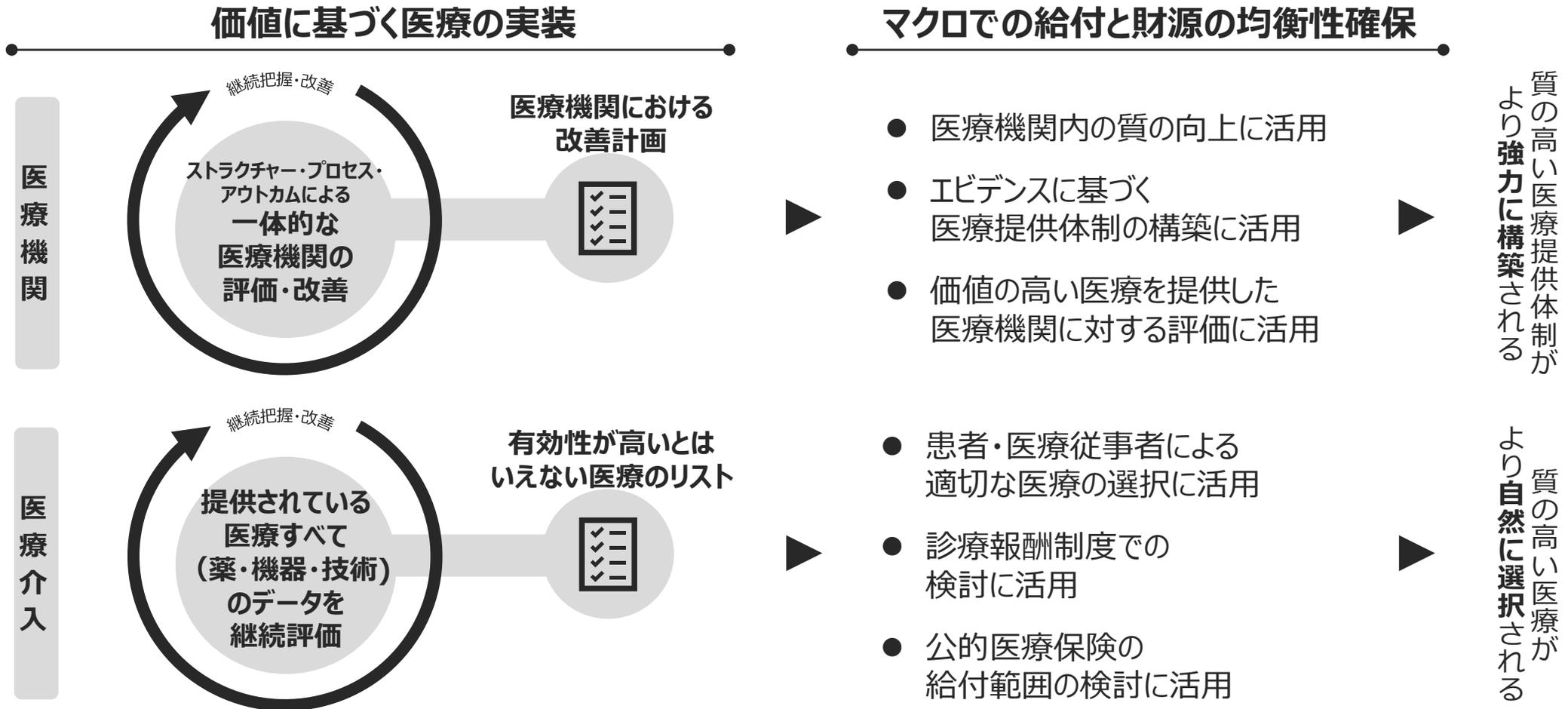
- 2 **価値に基づく医療の実装**
- 3 **マクロでの給付と負担の均衡性確保**

② 価値に基づく医療の実装 / ③ マクロでの給付と負担の均衡性確保

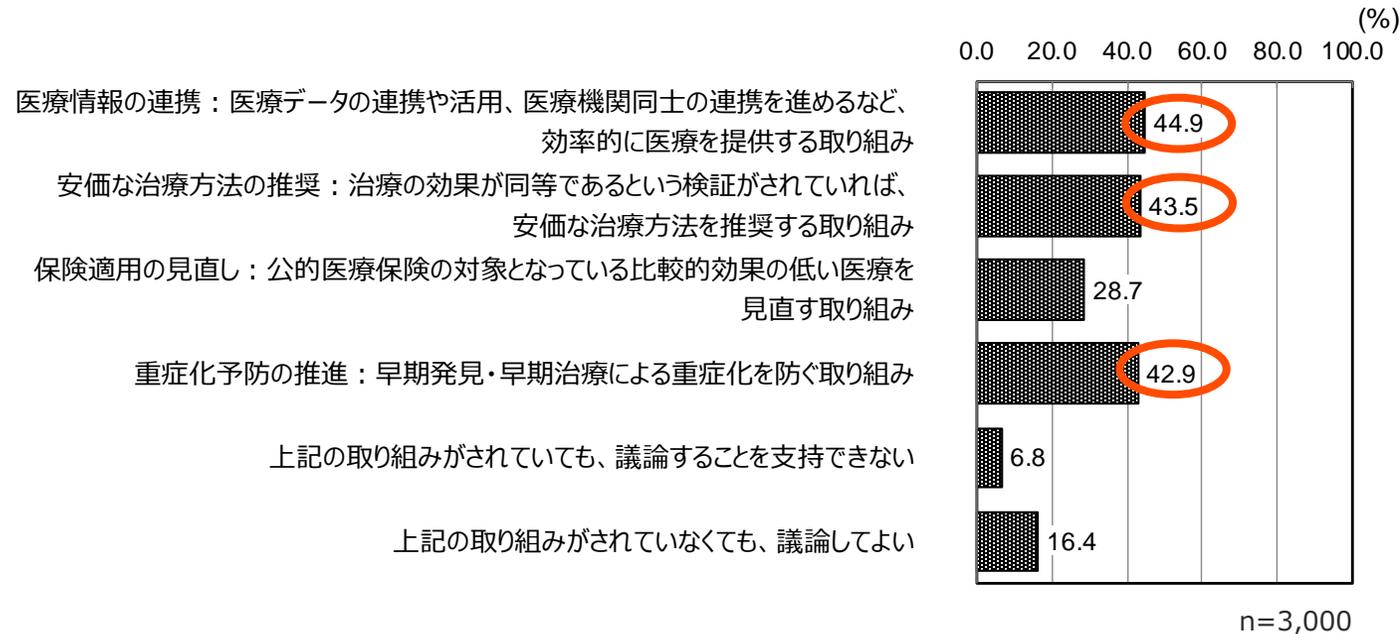
目指す姿

- 厚生労働省および地域医療課題を研究する地域シンクタンクが、医療費の「ムダ・ムリ・ムラ」の定量化とその解消状況を住民へ定量的に示している。
- 中央社会保険医療協議会(中医協)は、公的保険適用対象外となる退出候補の審議と併せて、新規の医療技術や薬剤等に対する保険収載にあたっての評価を行っている。
- 住民は、医療財源の効果的な活用に向けた取り組みが進んでいると実感しており、健康保険料率について一定程度納得している。
- 多くの住民が、高齢化や先進的診療・医薬品等の保険適用に起因する医療予算増に伴う国民負担増を議論することになっても、公的医療保険制度を将来世代へ持続させるために、ここまで効果的な医療財源の利用を追求しているのであれば、負担に関する議論をすること自体は「やむなし」と思っている。

価値に基づく医療を実装し、マクロでの給付と負担の均衡性確保へ



質の高い医療提供体制構築への取り組みがなされていれば、 国民負担増の議論はやむなしと考える方は4割以上いる



Q. 公的医療保険制度を維持するために、国民の負担増を議論することが必要になる可能性があります。あなたは、医療にかかる費用を削減するために政府がどのような取り組みをしたら国民の負担増を議論してよいと思いますか。（複数回答）

調査仕様

- 調査名（回答者への表示）：あなたご自身に関するアンケート
- 調査地域：全国
- 調査対象：20歳以上の男女
- サンプルサイズ・割付：3,000名
*総務省統計局「人口推計（2022年10月1日現在）」の人口分布を基に、性年代・居住地を割付け回収
- 調査手法：インターネットアンケート
- 調査時期：2023年7月28日～7月31日

出所：日本総研「公的医療保険制度の持続可能性に関する国民調査」（2023年8月31日）

② 価値に基づく医療の実装

提言2 ムダ・ムリ・ムラ改善へ「診療科別地域課題」を住民と共有する

現状

わが国では、限られた財政・医療資源を活用する必要があるものの、医療提供体制において、これらの「ムダ・ムリ・ムラ」がある。これらは、過剰病床・長期入院、頻回受診、重複投薬・ポリファーマシー・残薬・後発医薬品普及不足である。

問題

日本総研によるアンケート調査結果によると、医療にかかる費用を削減するために質の高い医療提供体制が構築されているのであれば、国民負担増の議論はやむなしという結果が確認されており、住民とのコミュニケーションは一層重要となる。ただ、住民はどのような改革がどの程度、どのような効果を得ながら進んでいるかを知る機会は多くなく、自分事として、これらの問題を捉えることは難しい。国民的な関心が必要であるものの十分な理解を得ながら改革を進められてはいない。

提言

厚生労働省および地域医療課題を研究する地域シンクタンク（例：千葉大学附属病院 次世代医療構想センター）が、各地域の将来における診療科別の病床数や医療従事者数を踏まえた将来の医療提供体制（需給の過不足の分析結果）を住民へ共有する。

本提言における価値の定義

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
医療提供の質の向上に資する要素

追求すべき価値は主体によりさまざまある

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、処方の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する、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

持続可能な医療提供体制に向けて、 解消すべき「ムダ・ムリ・ムラ」を定義した

ムダ

供給 > 需要

- 医療機関の機能の**重複**で生じる医療
- 効果ではなく、提供**回数**が評価される医療

ムリ

需要 > 供給

- **過度**な働き方に支えられた医療
- **効率的でない**業務プロセス

ムラ

上記の
組み合わせや偏在

- 医療従事者への**負荷の偏在**

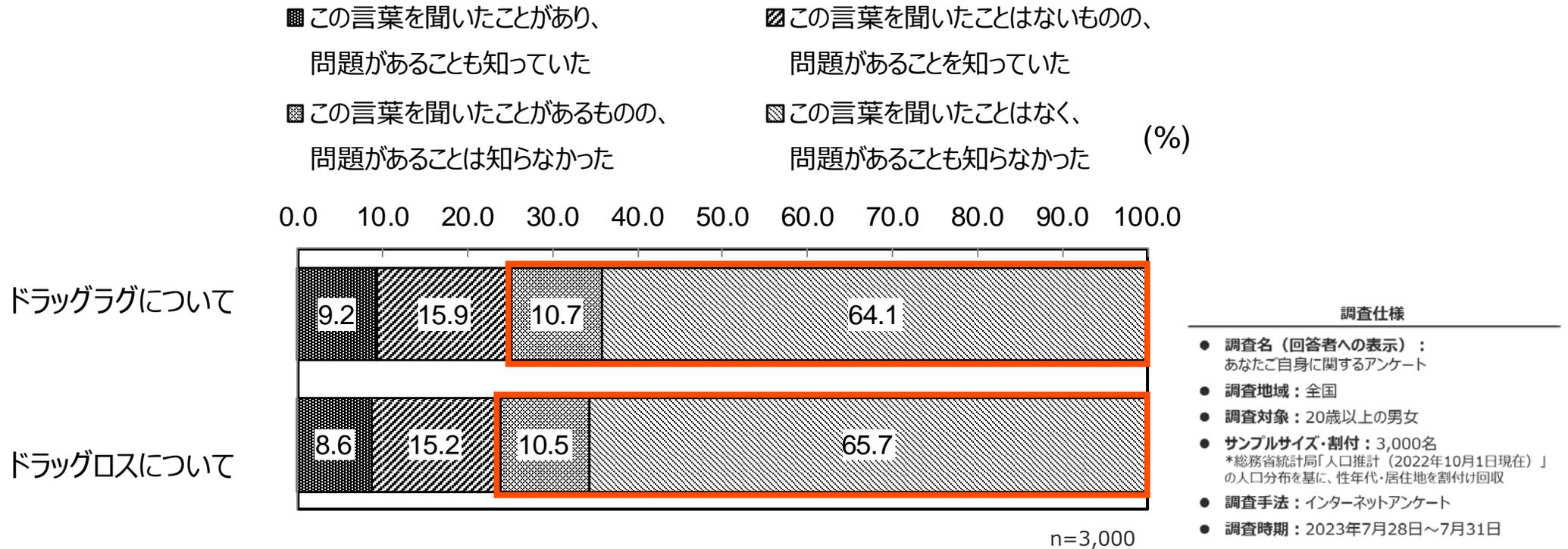
「ムダ・ムリ・ムラ」の改善余地は、 年間数千億円規模で存在する

| | 要因 | 改善余地 | 備考 |
|----------------|----------------------|-------------------------|--|
| 入院 | 過剰病床 | 約2.2兆円 同一事象を異なる側面で試算 | 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、2025年までに合計約2.2兆円の入院医療費の削減が想定される。年単位では数千億円の削減。 |
| | 長期入院 | | 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。 |
| 外来 | 頻回受診 | 約1,556億円 (詰め替え処方普及) | 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(詰め替え処方)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。 |
| 薬局調剤 | 重複投薬・残薬・多剤服用 | 約5,730億円 (多剤服用抑制) | 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。 |
| | 後発医薬品普及へのインセンティブ | | 現行制度の金銭的インセンティブ約1,400億円を新たな薬局業務の評価へ活用する。 |
| 共通 (入院・入院外) | 治療成果に結びつかない非効率な診療・処方 | 検証必要 | 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。 |
| | 医療従事者の診療科・地域偏在 | | 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 | | 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。 |

提言資料：日本総研「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)

医療に関する問題の国民的理解・関心は高くない

(国民の7割*は、ドラッグラグ・ドラッグロスを知らない)



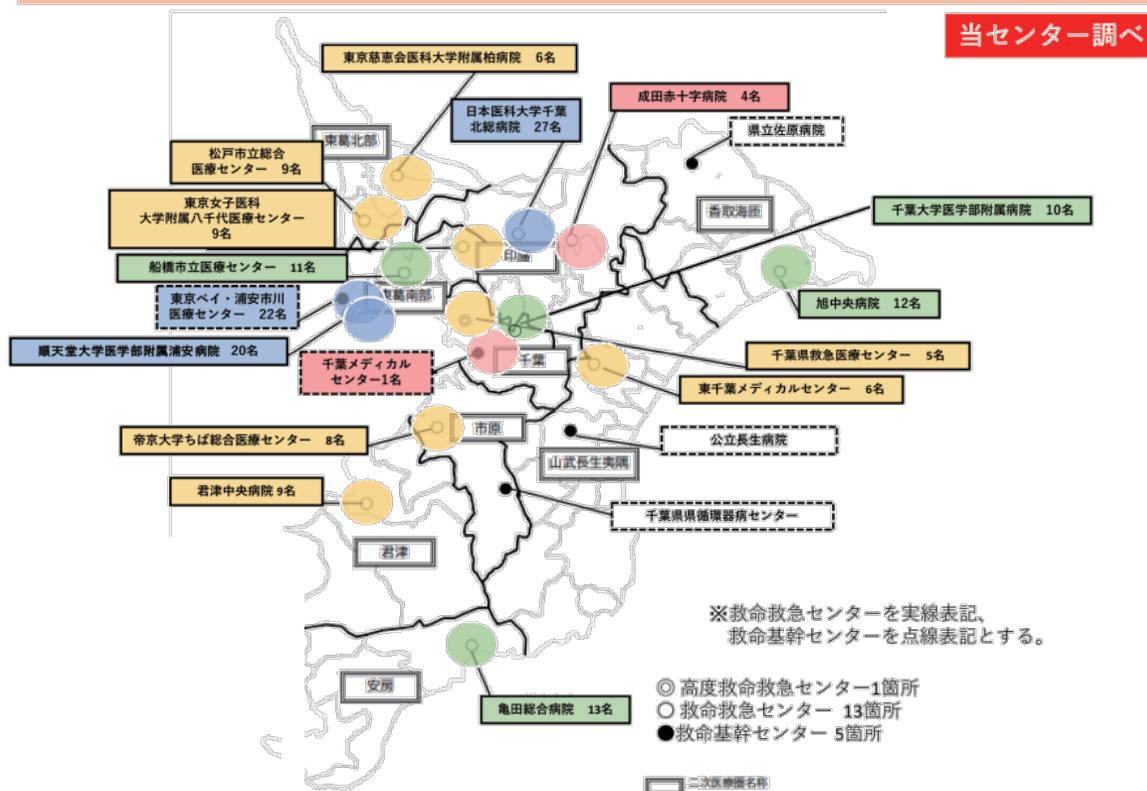
Q あなたは、ドラッグラグ・ドラッグロスという言葉を知ったことや、ドラッグラグ・ドラッグロスという問題があることを知っていましたか。(単回答)

*「この言葉を聞いたことがあるものの、問題があることは知らなかった」
「この言葉を聞いたことはなく、問題があることも知らなかった」計

出所：日本総研「公的医療保険制度の持続可能性に関する国民調査」(2023年8月31日)

千葉県で地域の救急・小児・麻酔科等状況を 独自にデータを集め、問題提起する次世代医療構想センター

千葉県内の救命救急センター及び救命基幹センター常勤医師数（2021年12月8日現在）



| | |
|---------------|--------|
| 常勤医師数0人・非常勤のみ | 3/19病院 |
| 常勤医師数5人未満 | 2/19病院 |
| 常勤医師数5人～9人 | 7/19病院 |
| 常勤医師数10人～15人 | 4/19病院 |
| 常勤医師数16人～ | 3/19病院 |

出所：次世代医療構想センター「2021年度 次世代医療構想センター 活動報告」

病院全体の病床数での検討

- 地域医療構想では病床機能ごとに調整計画を立てたが、診療科によって病床の必要数が異なり、病床削減や病床機能の変更が難しい。
- 医師の働き方改革を掲げたが、それに伴う医師の再配置はできておらず、医療が成り立たなくなる地域・診療科が出てくる。

診療科別の地域課題を示す

- **地域別**に将来の医療需給の情報を提示することで、住民に自身が住む地域の将来について実感してもらいやすくする。
- **診療科別**に将来の需給を分析することで、病床・医師の再編の議論をしやすくする。
- 厚生労働省および地域医療課題を研究する地域シンクタンクがこれらを示す。

- 医師の働き方改革を前にして、急性期の診療、24時間体制が必要となる産科や新生児科、麻酔科、小児外科の地域ごとの将来像を示すべきである。
- これらの検討は、地域におけるムラ・ムダ・ムリの透明化につながり、例えば、高度な手術を行う施設をどこに集約するのかや、重複した診療行為をどこに集約するのか、といった議論にもつながる。
- 地域課題の共有は、国の指揮のもと地域で分析等を担える機関が行うことが望ましい。

③マクロでの給付と負担の均衡性確保

提言3 「公的保険除外対象と捻出財源用途」を中医協で示す

現状

持続可能で質の高い医療提供体制を実現するためには、非効率的な公的保険対象を見直し、捻出した財源は革新的なイノベーションに利用する必要がある。例えば医療技術に関し、中医協は、現在でも学会等からの申請をもとに公的医療保険の適用がなされている医療技術を保険対象から外す審議を行っている。

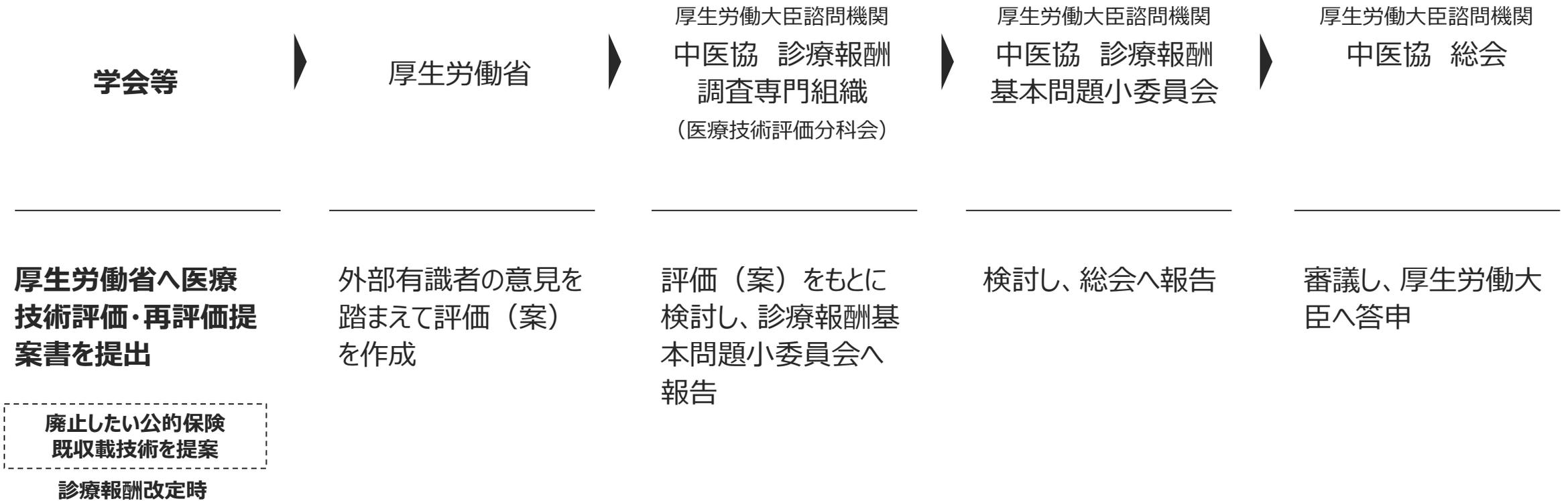
問題

実際に保険対象から外された医療技術を見ると、現在実施されていないものや、代替処置があるものが主である。現在、厚生労働省は「保険収載されている医療技術の再評価方法を策定するための研究」と題した政策科学総合研究事業を2025年度完了めどで実施しており、今後は再評価対象の選定について方針検討が進むことが期待される。しかし、現時点では、医療財源の観点からの示唆に基づく審議は十分なされていない。

提言

学会のガイドラインにてエビデンスレベルが低いとされる医療や推奨されていない医療、OTC医薬品として得られる薬は、公的保険除外対象とする。これに向けて、保険者や医療経済系学会等が、公的保険除外対象の素案を提案し、さらに「保険適用から外す」ことで捻出される財源の金額を可視化し、出口策としてその財源を何に使うかを示す検討機能を中央社会保険医療協議会(中医協)に設ける。これにより、住民は、持続可能な医療財政のためにどのような取り組みがなされており、どのような財源(租税・公的保険料・窓口負担の組み合わせ)で賄われるべきかについて関心が高まり、将来的なマクロでの給付と負担の均衡性確保の足掛かりとなる。

公的保険既収載医療技術を 外す機能は既に中央社会保険医療協議会(中医協)にある



直近で外した医療技術は、 実施されていないか、代替処置があるもの

診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会医療技術評価・再評価提案書 保険収載廃止申請事例

| | 申請団体 | 対象となる医療技術 | 保険収載廃止申請の理由 |
|-------|------------------|-----------------------------|--|
| 令和5年度 | 日本小児精神神経学会 | WISC-R知能検査 全訂版田中ビネー知能検査 | 代替検査が既に保険収載されており、本検査は現在使用されていないため |
| | 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科 | 上顎洞、篩骨洞鼻外手術 など6術式 | 現在は代替術式が実施されており、本術式は廃止術式であるため |
| | 公益社団法人日本麻酔科学会 | 低血圧麻酔 | 合併症の増加や他の医療技術の発展とともに本麻酔が実施されることが少なくなってきたため |
| | 日本臨床検査医学会 | 2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性 など4検査 | 体外診断用医薬品がなく、現在は測定できないため |
| 令和3年度 | 日本医学放射線学会 | 遠隔画像診断管理加算3 | 別の診療報酬に統合可能であるため |
| | 日本小児精神神経学会 | WISC-R 知能検査 全訂版田中ビネー知能検査 | 代替検査が既に保険収載されており、本検査は現在使用されていないため |
| | 日本整形外科学会 | 椎間板ヘルニア徒手整復術 | 現在、保険診療で行われていない術式であるため |
| | 特定営利活動法人日本歯科保存学会 | 歯科用合着・接着材料Ⅲ | より性能の優れた代替品が存在するため |
| | 特定非営利活動法人日本歯周病学会 | 歯周ポケット搔爬 | 他の処置がある中で、本治療を歯周病の初期の処置として実施することは不相当と判断されたため |

※提案書内で「4 保険収載の廃止」の区分に○が付いているものを抽出。
ただし、実質的に医療費の増額を目的とした申請についてはリストから除外。

出所：厚生労働省「診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会医療技術評価・再評価提案書」令和5年度（2023年11月20日）、令和3年度（2021年11月4日）

直近2回で外した医療技術は総額34億円

| | 申請団体 | 対象となる医療技術 | 保険区分 | 保険除外による医療費減少額 |
|------------------|------------------|--------------------|----------------|---------------|
| 令和5年度 | 日本小児精神神経学会 | WISC-R知能検査 | D283-2 | 0円 |
| | | 全訂版田中ビネー知能検査 | D283-2 | 0円 |
| | 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科 | 上顎洞、篩骨洞鼻外手術 | K358 | 4,863,300円 |
| | | 前頭洞、篩骨洞鼻外手術 | K359 | 0円 |
| | | 篩骨洞、蝶形骨洞鼻外手術 | K360 | 0円 |
| | | 上顎洞、篩骨洞、蝶形骨洞鼻外手術 | K361 | 1,515,600円 |
| | | 上顎洞、篩骨洞、前頭洞鼻外手術 | K362 | 1,834,300円 |
| | 前頭洞、篩骨洞、蝶形骨洞鼻外手術 | K363 | 0円 | |
| | 公益社団法人日本麻酔科学会 | 低血圧麻酔 | L008 | 589,017,530円 |
| | 日本臨床検査医学会 | 2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性 | D007-55 | 0円 |
| セクレチン | | D008-35 | 24,000円 | |
| 癌関連ガラクトース転移酵素 | | D009-22 | 0円 | |
| 細菌核酸検出（白血球） | | D023-1 | 46,800円 | |
| 令和3年度 | 日本医学放射線学会 | 遠隔画像診断管理加算3 | E通則第7号 | 436,800円 |
| | 日本小児精神神経学会 | WISC-R知能検査 | D283-2 | 0円 |
| | | 全訂版田中ビネー知能検査 | D283-2 | 0円 |
| | 日本整形外科学会 | 椎間板ヘルニア徒手整復術 | K117-3 | 0円 |
| | 特定営利活動法人日本歯科保存学会 | 歯科用合着・接着材料Ⅲ | M005 | 90,062,076円 |
| 特定非営利活動法人日本歯周病学会 | 歯周ポケット搔爬 | I011-3 | 2,728,098,600円 | |

**総額34億円
(令和3年・5年)**

※提案書内の「⑩予想影響額」を参照。
 ※提案書に金額の記載がないK358～K363の項目については、第8回NDBオープンデータの点数と算定回数より算出した。

出所：厚生労働省「診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会医療技術評価・再評価提案書」令和5年度（2023年11月20日）、令和3年度（2021年11月4日）、第8回NDBオープンデータ

公的保険既収載技術を外したい旨の 提案ができる学会は限られている

ここでいう学会等とは、

「日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、
外科系学会社会保険委員会連合又は日本歯科医学会分科会
（認定分科会含む）の何れかに属する学会、
日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合」

出所：厚生労働省「平成24年度第1回診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会
資料 技-2」（2015年2月24日）

提言3 「公的保険除外対象と捻出財源用途」を中医協で示す

保険者や医療経済系学会が提案でき、「保険適用から外す」ことで捻出される財源の金額を可視化し、
出口策としてその財源を何に使うか、その用途を示す検討機能を中医協に設ける

- 現在、厚生労働省は「保険収載されている医療技術の再評価方法を策定するための研究」と題した政策科学総合研究事業を2025年度完了めどで実施しており、今後は再評価対象の選定について方針検討が進むことが期待される。
- ただ、現時点では、医療財源の観点からの示唆に基づく審議は十分なされていない。
- 学会のガイドラインにてエビデンスレベルが低いとされる医療や推奨されていない医療、OTC医薬品として得られる薬は、公的保険除外対象とする。これに向けて、**保険者や医療経済系学会等が、公的保険除外対象の素案を提案**し、さらに「保険適用から外す」ことで捻出される財源の金額を可視化し、出口策としてその財源を何に使うかを示す検討機能を中医協に設ける。

4

政策実現に向けた地域行政改革

④ 政策実現に向けた地域行政改革

目指す姿

- 基礎自治体と地域のプライマリ・ケア提供者が、密に連携し、地域のプライマリ・ケア体制の整備に取り組んでいる。
- 医学知識に基づき中長期視点からも施策を推進できる人材が、地域医療構想の実現に向けて、国と地方の要望を踏まえ、さまざまな自治体を支援している。
- 地域の将来課題が、都道府県を越えた広域の視点からも認識されており、その対策も進んでいる。
- さらに、十分な医療サービスが、デジタルを活用して提供されており、国民皆保険制度により蓄積されている医療データの利活用も進んでいる。

④ 政策実現に向けた地域行政改革

提言4-1 約200の医療福祉先進自治体で「プライマリ・ケア推進チーム」をつくる

現状 地域のプライマリ・ケアの啓蒙やプライマリ・ケアチーム体制構築に向けた活動を行うには、1つの医療機関／企業だけでは限界があり、国や自治体からの支援や協力が必要となる。

問題 プライマリ・ケアを提供する医療機関が、基礎自治体との連携を求めても、行政側に明確な担当部署が存在しないことから十分な議論が行えていない。

提言 最小で人口2～3万人あたりに1つの対応窓口を設けることも可能とし、地域によっては市町村の垣根を越えて窓口を構築し、過疎化や財政破綻といった市町村が将来直面し得る課題に共同で対応する基盤を築く。

医療機関・企業と基礎自治体が、地域のプライマリ・ケア体制構築に向けて具体的な議論や検討を連携して行う体制は十分にはない

医療機関・企業

地域でのプライマリ・ケアの
啓蒙や推進のために
行政と連携して体制構築したい

- 地域でのプライマリ・ケアチーム体制構築や、そのためのデータ収集・活用は、1つの医療機関・企業だけでは実現が難しい
- 日本の今後の変化を考え、早急に具体的なチャレンジをしていく必要があるが、一企業では限界がある

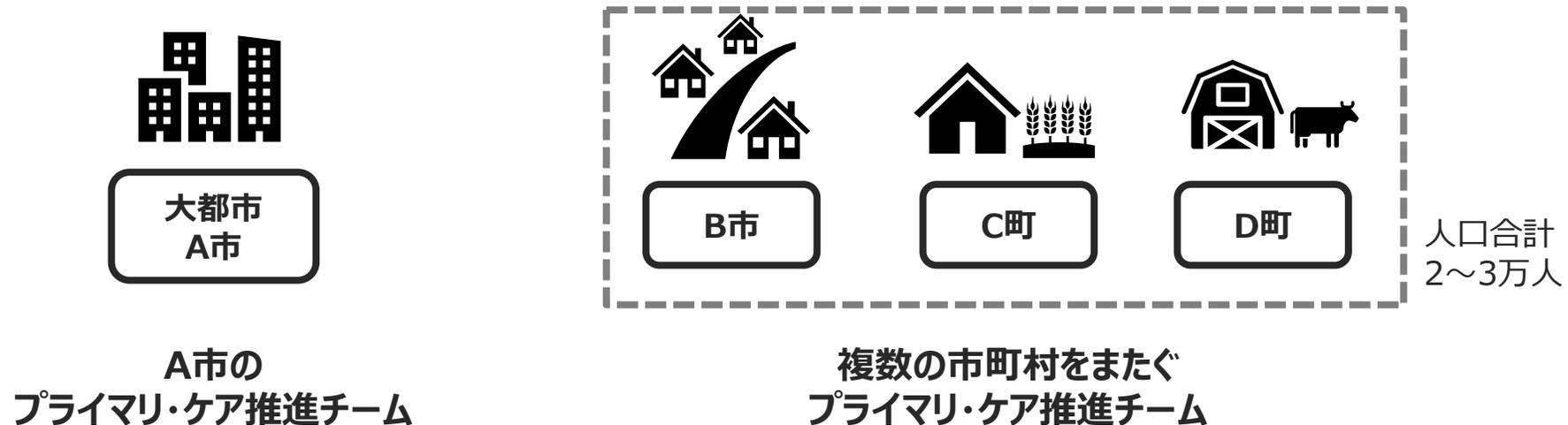
基礎自治体

プライマリ・ケアを明確に
担当する部署はほぼない

議論や検討が行えず、
プライマリ・ケアの普及や
体制構築に向けた活動が進まない



市町村の垣根を越えた プライマリ・ケア推進チームを構築する



- 市町村の垣根を越えたチームは、人口2~3万人あたりに1つの窓口を設けることも可能とし地域の実情に応じて構築する
- 過疎化や財政面の課題についても共に対応する

約200の自治体が包括的な相談を 取りまとめる体制構築事業に手上げた

重層的支援体制整備事業における各事業の概要

| | |
|---------------------------|--|
| 包括的相談支援事業 | <ul style="list-style-type: none"> 属性や世代を問わず包括的に相談を受け止める 支援機関のネットワークで対応する 複雑化・複合化した課題については適切に多機関協働事業につなぐ |
| 参加支援事業 | <ul style="list-style-type: none"> 社会とのつながりを作るための支援を行う 利用者のニーズを踏まえた丁寧なマッチングやメニューをつくる 本人への定着支援と受け入れ先の支援を行う |
| 地域づくり事業 | <ul style="list-style-type: none"> 世代や属性を超えて交流できる場や居場所を整備する 交流・参加・学びの機会を生み出すために個別の活動や人をコーディネートする 地域のプラットフォームの形成や地域における活動の活性化を図る |
| アウトリーチ等を通じた継続的支援事業 | <ul style="list-style-type: none"> 支援が届いていない人に支援を届ける 会議や関係機関とのネットワークの中から潜在的な相談者を見つける 本人との信頼関係の構築に向けた支援に力点を置く |
| 多機関協働事業 | <ul style="list-style-type: none"> 市町村全体で包括的な相談支援体制を構築する 重層的支援体制整備事業の中核を担う役割を果たす 支援関係機関の役割分担を図る |

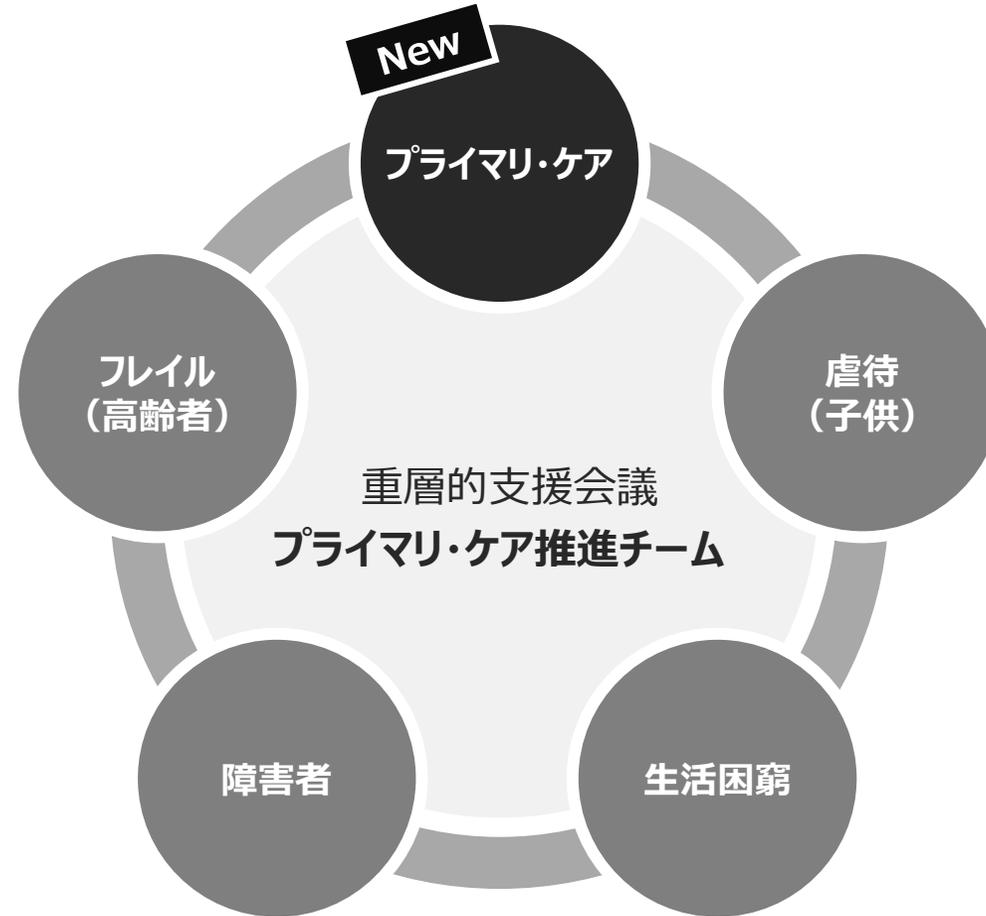
令和5年度 重層的支援体制整備事業 実施予定自治体 (R4.11時点)

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|------|------|-------|------|--------|------|-----|-----|
| 北海道 | 旭川市 | 埼玉県 | 川崎市 | 福井県 | 福井市 | 滋賀県 | 彦根市 | 岡山県 | 岡山市 |
| | 七飯町 | | 越谷市 | | 敦賀市 | | 長浜市 | | 美作市 |
| | 妹背牛町 | | 狭山市 | | あわら市 | | 草津市 | | 呉市 |
| | 鷹栖町 | | 草加市 | | 越前市 | | 守山市 | | 三原市 |
| 津別町 | 橋本市 | 坂井市 | 甲賀市 | 東広島市 | | | | | |
| 厚真町 | ふじみ野市 | 甲州市 | 野洲市 | 廿日市市 | | | | | |
| 音更町 | 川島町 | 松本市 | 高島市 | 宇部市 | | | | | |
| 鹿追町 | 旭山町 | 飯田市 | 米原市 | 長門市 | | | | | |
| 広尾町 | 船橋市 | 伊那市 | 竜王町 | 高松市 | | | | | |
| 轟別町 | 柏市 | 飯綱町 | 京都市 | 香川県 | | | | | |
| 鯉ヶ沢町 | 市川市 | 岐阜市 | 長岡京市 | さぬき市 | | | | | |
| 青森県 | 盛岡市 | 千葉県 | 市川市 | 岐阜市 | 豊中市 | 愛媛県 | 宇和島市 | 高知市 | |
| | | | 木更津市 | 関市 | 高槻市 | 高知市 | | | |
| 岩手県 | 遠野市 | 松戸市 | 熱海市 | 枚方市 | 高知県 | 本山町 | 黒潮町 | | |
| | 矢巾町 | 市原市 | 函南町 | 八尾市 | | 中土佐町 | | | |
| 宮城県 | 岩泉町 | 香取市 | 岡崎市 | 東大阪市 | 福岡県 | 久留米市 | 八女市 | | |
| | 仙台市 | 八王子市 | 豊田市 | 富田林市 | | 糸島市 | | | |
| 秋田県 | 涌谷町 | 墨田区 | 半田市 | 高石市 | 佐賀県 | 大牟田市 | 岡垣町 | | |
| | 能代市 | 大田区 | 春日井市 | 交野市 | | 佐賀市 | | | |
| | 大館市 | 世田谷区 | 豊川市 | 大飯狭山市 | | 大津町 | | | |
| | 湯沢市 | 渋谷区 | 稲沢市 | 坂南市 | | 益城町 | | | |
| 山形県 | 由利本荘市 | 中野区 | 東海市 | 太子町 | 熊本県 | 大津町 | 中津市 | | |
| | 大仙市 | 豊島区 | 大府市 | 姫路市 | | 津久見市 | | | |
| 福島県 | 山形市 | 立川市 | 知多市 | 尼崎市 | 大分県 | 竹田市 | 杵築市 | | |
| | 福島市 | 調布市 | 豊明市 | 明石市 | | 九重町 | | | |
| 茨城県 | 須賀川市 | 国分寺市 | 長久手市 | 芦屋市 | 宮崎県 | 日向市 | 三股町 | | |
| | 土浦市 | 始江市 | 東浦町 | 伊丹市 | | | | | |
| | 古河市 | 西東京市 | 美浜町 | 加東市 | | | | | |
| | 那珂市 | 鎌倉市 | 武蔵町 | 奈良市 | | | | | |
| 栃木県 | 東海村 | 藤沢市 | 四日市市 | 奈良県 | 鳥取県 | 三郷町 | 都城市 | | |
| | 宇都宮市 | 小田原市 | 伊勢市 | 川上村 | | 189自治体 | 小林市 | | |
| | 栃木市 | 茅ヶ崎市 | 松阪市 | 和歌山県 | | | 和歌山市 | | |
| | 市貝町 | 逗子市 | 桑名市 | 鳥取市 | | | 倉吉市 | | |
| 野木町 | 栗野市 | 米子市 | 米子市 | 智頭町 | | | | | |
| 群馬県 | 太田市 | 富山市 | 亀山市 | 鳥取市 | 北栄町 | 鳥根県 | 松江市 | | |
| | 館林市 | 氷見市 | 鳥羽市 | 鳥羽市 | 磐前町 | | 出雲市 | | |
| | みどり市 | 金沢市 | いなべ市 | いなべ市 | 北栄町 | | 大田市 | | |
| | 上野村 | 小松市 | 志摩市 | 志摩市 | 美郷町 | | 吉賀町 | | |
| みなかみ町 | 能美市 | 伊賀市 | 伊賀市 | 御浜町 | | | | | |
| 玉村町 | | 御浜町 | | | | | | | |

出所：厚生労働省「令和5年度 重層的支援体制整備事業 実施予定自治体」、厚生労働省HP「重層的支援体制整備事業について」

提言4-1 約200の医療福祉先進自治体で「プライマリ・ケア推進チーム」をつくる

プライマリ・ケアと親和性の高いと考える既存政策である重層的支援体制整備事業において、令和5年度に手をあげた189自治体を対象に地域政策担当の機能を設けることを提言する



④ 政策実現に向けた地域行政改革

提言4-2 保険者等参画する地域医療構想推進の「広域諮問機関」を設ける

現状

地域医療構想は、わが国における人口減少や高齢化に伴う医療ニーズの変化を踏まえ、都道府県単位で、医療機関の機能分化・連携を進めていくために2025年を見据えて策定された。2025年の病床必要量と病床機能報告上の病床数に乖離のある地域が報告されており、今後も継続した取り組みが求められている。

問題

わが国の人口減少を鑑みると、1つの都道府県だけでは十分な医療提供体制を確保できない事象が生じている。

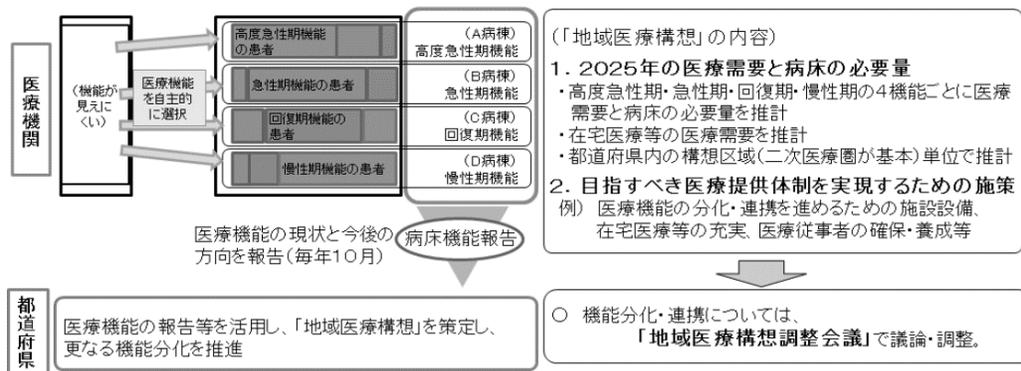
提言

都道府県を越えた広域単位で将来の医療需給分析を行い、都道府県と共に地域の医療機関へ勧告する機能を担う、被保険者のために費用抑制とサービスの質向上を図る保険者のデータも活用した広域単位の諮問機関を設ける。

地域医療構想は2025年以降も 取り組みが進む予定である

2014年に制定

- ✓ 各都道府県等における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能ごとに推計し、地域医療構想として策定している。
- ✓ 医療機関の足下状況と今後の方向性を「病床機能報告」により見える化しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施している。



2025年以降も取り組む予定

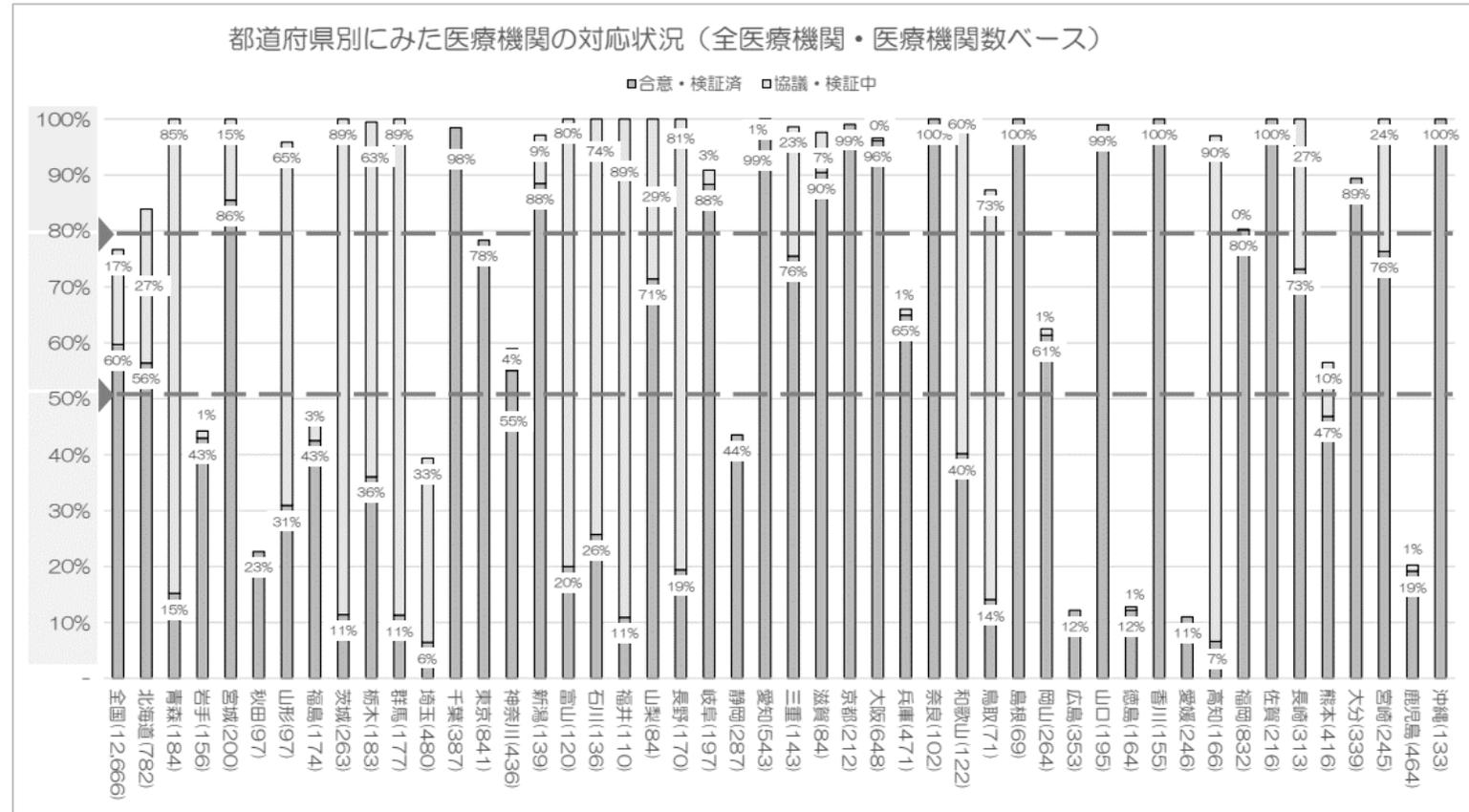
- ✓ 2025年以降も、今後高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要があると整理されている。

(検討のスケジュールのイメージ)

| | 2022年度 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 | 2026年度 |
|-----------------|----------|---------------|--------|--------------|-------------|
| 新しい地域医療構想の検討・取組 | | 国における検討・制度的対応 | | 都道府県における策定作業 | 新たな構想に基づく取組 |
| 現行の地域医療構想の取組 | 構想に基づく取組 | | | | |

出所：厚生労働省、第93回社会保障審議会医療部会 資料3-3“地域医療構想の推進について”（2022年11月）、厚生労働省“地域医療構想について”

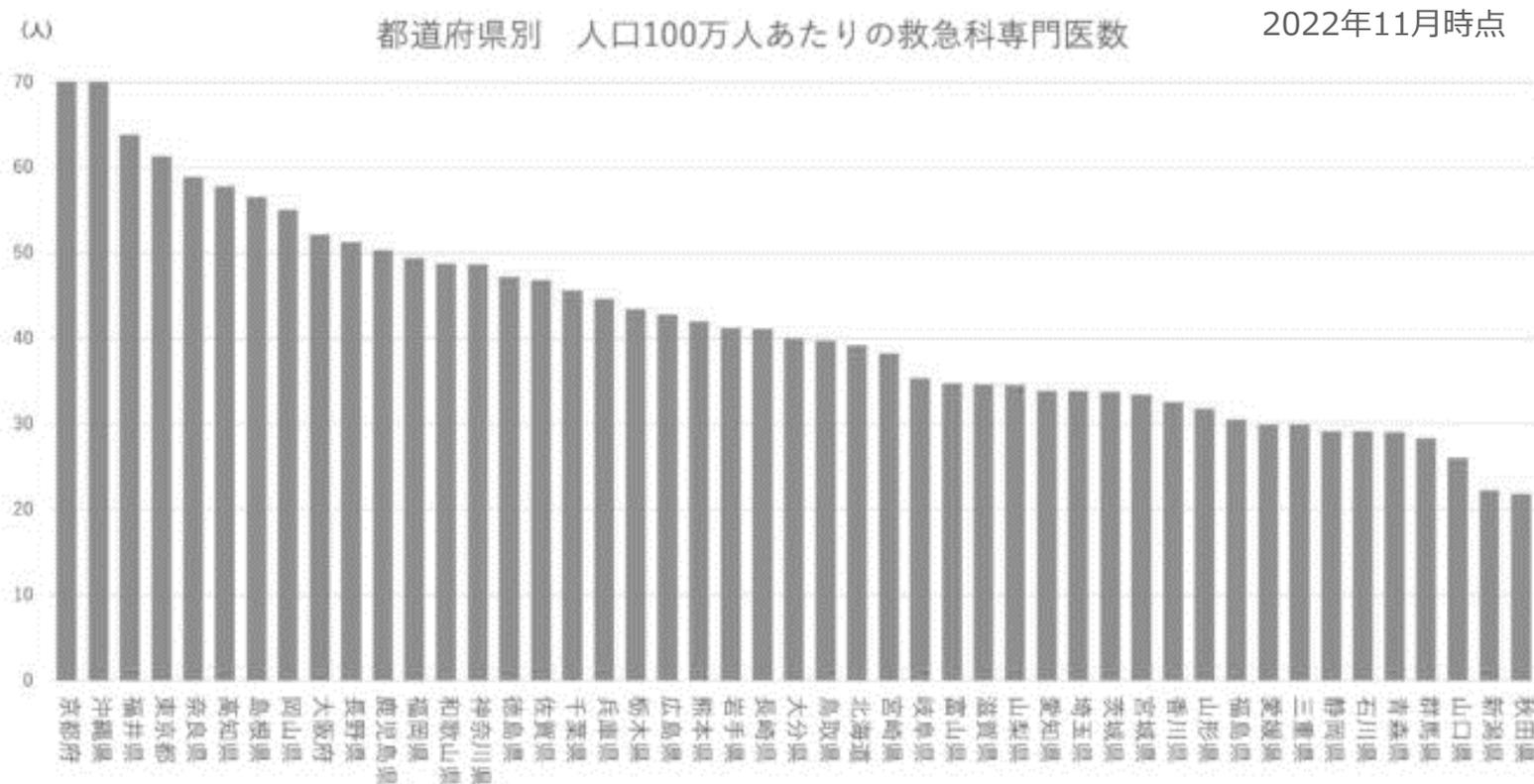
都道府県で検討状況にはばらつきがある



地域医療構想を協議する都道府県別の地域医療構想調整会議で、
対応方針などについて地域内で「合意・検証済とした医療機関の割合」が8割を超えるのは16府県。

出所：厚労省・地域医療構想調整会議における検討状況等調査の報告・第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG（2023年5月25日）

都道府県別人口あたり医療資源には格差があり 都道府県を越えた「広域」での検討が必要である



出所：日本救急医学会「救急医の基本データ」（2022年11月）

都道府県を越えた広域医療連携が 既に求められている



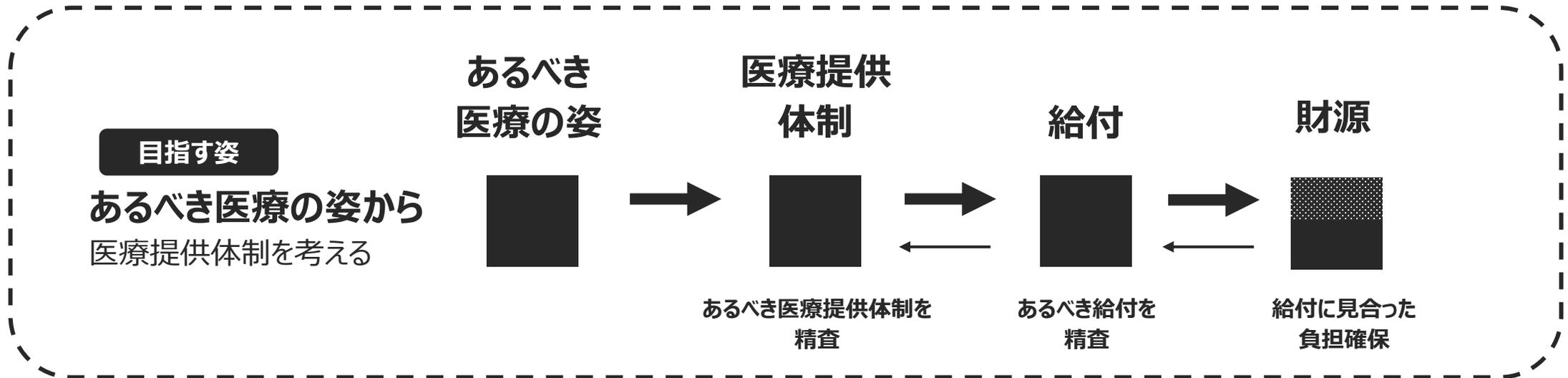
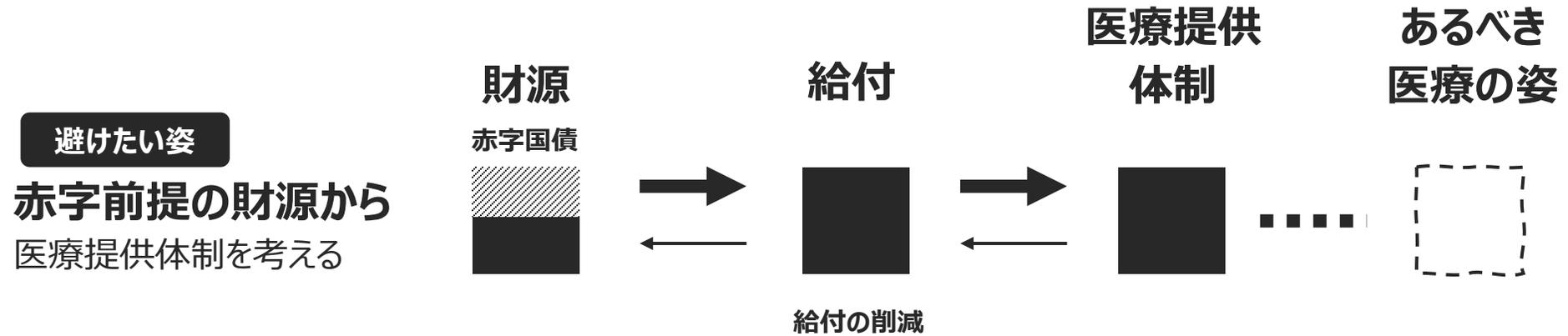
出所：関西広域連合広域医療局「関西広域救急医療連携計画 ～コロナを克服する社会における医療連携～」(2021年2月)

提言4-2 保険者等参画する地域医療構想推進の「広域諮問機関」を設ける

被保険者のために費用抑制とサービスの質向上を図る保険者の機能を活用し、広域単位で将来の医療需給分析を行い、都道府県と共に地域の医療機関へ勧告する機能を担う広域単位の諮問機関を設ける

| 特徴 | 説明 |
|------|---|
| 管轄区域 | <ul style="list-style-type: none">広域単位（隣接都道府県単位） |
| 会議体 | <ul style="list-style-type: none">広域単位の諮問機関 |
| 参加者 | <ul style="list-style-type: none">保険者、各都道府県の代表者 |
| 役割 | <ul style="list-style-type: none">病床に関する課題報告改善状況の監査結果報告医療機能転換に関する勧告 |
| 権限 | <ul style="list-style-type: none">広域単位での諮問 |

持続可能な制度で、あるべき医療の姿を実現する



検討体制

■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

取りまとめ 川崎真規



メンバー 野田恵一郎
川舟広徒
高橋洋絵
辻恵子
上田健史

■アドバイザー

株式会社日本総合研究所
理事 西沢和彦
調査部 主任研究員 成瀬道紀
リサーチ・コンサルティング部門
ヘルスケア・事業創造グループ 部長 南雲俊一郎

■助言 ■監修



千葉大学医学部附属病院
次世代医療構想センター
センター長 吉村健佑
(医師・元医系技官)

■会員（21企業・9団体）

- 患者団体
- 医薬業界団体
- 医療機器業界団体
- 保険者組合
- 医師団体
- 薬局薬剤師団体
- 医療流通業界団体
- 医薬・医療機器
- 情報系企業

※本提言は、すべてのアドバイザー・会員の意見を代表したものではありません。

株式会社日本総合研究所 健康・医療政策コンソーシアム

持続可能で質の高い医療提供体制構築に向けた研究チーム

取りまとめ 川崎真規

メンバー 野田恵一郎・川舟広徒・高橋洋絵・辻恵子・上田健史

[アドバイザー]

・千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター センター長 吉村健佑

・株式会社日本総合研究所

理事 西沢和彦

調査部 主任研究員 成瀬道紀

リサーチ・コンサルティング部門 ヘルスケア・事業創造グループ 部長 南雲俊一郎

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

株式会社
日本総合研究所

〒141-0022

東京都品川区東五反田2丁目18番1号 大崎フォレストビルディング

〒550-0001

大阪市西区土佐堀2丁目2番4号 土佐堀ダイビル