

# 効率的・効果的な 医療提供体制の 実現に向けた論点

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  
ヘルスケア・事業創造グループ シニアマネジャー)



はじめに、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）により亡くなられた方々やご家族、ご関係者の皆様に謹んでお悔やみ申し上げますとともに、罹患された方々に心よりお見舞い申し上げます。また、日々ご尽力くださっている医療従事者や医療政策関係者の皆様へも深く感謝申し上げます。

COVID-19の発生により、補正予算が組まれ、税収63.5兆円に対して、歳出は160.3兆円となった<sup>1</sup>。

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賸いきれず、医療システムの持続性を揺るがしかねない。部分最適の対応策ではなく、医療制度全体において、国民の健康に資する医療について国民理解を得ながら継続的に向上させることが不可欠である。

また、わが国の総人口は、令和元（2019）年10月1日現在、1億2,617万人であり、65歳以上人口は、3,589万人と、総人口に占める割合（高齢化率）が28.4%に上る。このように、わが国は超高齢社

会に突入しているものの<sup>2</sup>、高齢化率を補正したGDP対医療費をみると国際比較では必ずしも高くない<sup>3</sup>。医療費の削減のみを追求することは、将来的な医療技術の発展を抑制することでもあり、現状を多面的に捉えたバランスのとれた政策が求められる。

しかし、これまでの多くの提言は、医療費削減やその削減額の大小に焦点が当たり過ぎており、国民の健康増進を支える医療制度のあるべき姿について、国民的な共通認識が得られていないのではないだろうか。

そこで、弊社の検討チーム（効率的・効果的な医療提供体制構築に向けた研究チーム）では、患者・医療従事者の視点を重視し、中長期的な視点で社会貢献をしたいとの考えのもと、世の中へ正しい提言をし、その提言の実行課題が検討され、実現できるよう取り組んでいる。

本稿では、本提言で取り上げた6つの取り組むべき事項を紹介する。

1. 医療制度全体に対する価値に基づく医療の実

装の拡充

2. 既存医療の第三者有効性再評価制度強化
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
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
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
6. 超高齢化社会を踏まえた給付に見合った負担の確保

キーワードは、『価値に基づく医療（VBHC：Value Based Healthcare）の実現』『プライマリケア体制の整備／デジタル化』『給付に見合った負担の確保』である。これらを医療政策目標の中心に据えること、そして、それを実現するための制度設計・工程立案を進めることを本稿で提言したい。これらは、中長期的な観点で、医薬品卸売業の皆様にも共感頂けるのではないかと考えている。

本稿が、皆様の医療政策研究・提言に活用できる点があれば幸甚である。そして、日本の医療制度が、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更に強化が進めば、筆者としては望外の喜びである。

## 1. 医療制度全体に対する価値に基づく医療の実装の拡充（提言①）

医療に対して国民が最も強く期待することは、健康に生活ができる時間をより長くすることへの支援ではないだろうか。そのためには、提供される医療の安全性の確保を前提に、優れた医療が速やかに日本の医療機関で使えるようになり、国・各学会等から推奨されていない医療が使われなくなる環境が構築されることが重要である。医療（医薬品、医療材料、医療者等の技術）が価値に基づいてより評価される環境整備が進み、それらの情報も活用した効率的・効果的な医療提供がなされている『価値に基づく医療が実現されている姿』が、あるべき姿と考える。

例えば、優れた医療の速やかな導入については、今後、普及が期待される「医療用アプリケーショ

ン（以下医療用アプリ）」を例に紹介したい。医療用アプリとは、患者の健康増進を支援するための、スマートフォンやタブレットなどで使うための、国の薬事承認を受けたアプリである。これまで日本ではニコチン依存症治療用アプリが初めて薬事承認され、米国では、糖尿病治療用アプリ、慢性不眠症治療用アプリ、子どもの注意欠陥多動性障害（ADHD）治療用アプリなどが承認されている。医師は、医薬品等を処方するのと同様に、患者の状況に応じて医療用アプリのコードを患者に発行（処方）し、患者は当該コードを使ってアプリにログインし利用する。例えば、糖尿病治療用アプリであれば、毎日の食量や運動量などの情報を入力することで、自宅にいながらその日の服薬量や注射量についての指示のほか、継続的な食事改善や運動を行うための助言を医師などから受けることが可能となる。これは、従来の医療技術である「医薬品」「医療材料」「医療者等の技術」に加え、我々国民が新たに享受できるようになった第四の医療技術と言える。

ただ、2010年に米国で世界初の治療用アプリ（糖尿病治療用アプリ）が承認され使われ始めたが、わが国においてはそれに遅れること10年、2020年8月に初めての医療用アプリが薬事承認<sup>4</sup>された。これは、日本の薬事承認が遅いというよりは、企業が日本で医療用アプリを薬事申請すべきか投資判断する際に、日本での市場規模などを予見するために必要な情報の入手が、医療制度上難しい点が挙げられる。例えば、わが国では、医療用アプリは医療機器として薬事承認を得ることになったが、診療報酬価格の決定においては、十分な情報がない状況である。これは医療機器共通の状況であり、医療用アプリのみに生じているわけではないが、医療用アプリ単体として価格設定されるのか、既存の医療技術料に包括されるのか、既存の医療技術料に新たな枝番を増やし金額が設定されるのかや、価格の算定方法は他国の類似価格を参照するのか、コスト積み上げで決定するのかなど、医療用アプリに関しては特に前例がなく、企業が投資後の将来の事業性を予見することが著しく難しい状況にある。

そこで、例えば、使用実績を踏まえて保険収載後に新規機能区分の該当性の評価を再度行えるという医療材料における仕組み（チャレンジ申請<sup>5</sup>）の考え方を、医療用アプリにも活用することが考えられる。また2019年12月に施行されたドイツのデジタルヘルスケア法（Digitale-Versorgung-Gesetz DVG）では、治療用アプリは保険償還対象であると明示され、アプリの安全性、機能性、品質、データセキュリティ、データ保護の取り組みについて確認した後に、有効性を実利用でのデータを用いて判断し、最終的な償還額を決定する仕組みとしている。わが国でも、安全面や財政面での対応も踏まえながら優れた医療を国民が更に享受できるよう、医療用アプリに関する制度の強化を進める余地がある。

次に、我々が日常受けている既存の医療技術について考えてみたい。医薬品や医療機器等の販売直後は、企業が安全性などの情報収集を行うことが定められており、新医薬品等については再審査（薬機法第14条の4）が行われている。承認後の定期的な評価に関しては、医薬品では再評価制度（薬機法第14条の6）があり、承認などから原則5年ごとの定期的再評価および臨時再評価（薬発第456号薬務局長通知）が制度としてある。医療機器または体外診断用医薬品では、承認時および承認後に使用成績評価制度（薬機法第23条の2の9）があり、承認後は「一定期間を経て、使用成績評価の対象として指定される場合には、従来の再評価に係る通知等を必要な読み替えを行ったうえで適用すること（薬食機参発1121第44号）」とされている。使用成績評価の対象に指定されるのは「旧法における再評価制度のように、当該医療機器に係る安全性等の観点から、承認後一定期間を経て使用成績評価の対象とする場合を想定している（平成27年12月28日事務連絡）」とある。この再評価および使用成績評価では、厚生労働大臣が薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて対象とする範囲を指定し、薬事・食品衛生審議会では担当の分科会にて文献調査などを行い、厚生労働大臣に意見する役割を担っている。

ただし、患者データ連携における技術的・法的

（個人情報保護法など）制約もあり、全ての既存医療のデータを継続的に第三者が計測・評価する仕組みとまではなっていない。文献になっていない既存医療に関する問題の発見や、リアルタイムでの再評価がなされているわけではない。つまり、全ての医療が継続的に第三者によって評価され、その結果がデータとして完全に蓄積されているわけではない。現状は、限られたデータや人的リソースの中で、関係者が最善を尽くしながら医療政策や価格決めがなされている。

そこで、効率的・効果的な医療提供体制を構築するためには、既存医療の継続的な評価方法を検討する余地があると考えられる。この点について、次の章で深掘りする。

## 2. 既存医療の 第三者有効性再評価制度強化 (提言②)

上述した通り、既存医療の継続的な評価がなされ、それをもとに優れた医療（有効性の高い医療）がより選択される社会の実現が理想と考える。

しかし、現状では、一度、薬事承認された医薬品・医療機器・医療技術など全てが、継続してその有効性などが第三者により再評価される機会は限定的である。

例えば、既存制度では一定の条件を満たせば薬価改定時に「真の臨床的有用性に係る加算」が適用される<sup>6</sup>。ただし、その場合「企業にて、市販後に集積した調査成績に基づき、真の臨床的有用性が直接的に検証されていることが、国際的に信頼できる学術雑誌への論文の掲載等を通じて公表されること」などが必要となる。資金力が十分でない企業では、新たなデータを収集できず対応できない場合も想定される。それによって、有効性の根拠に乏しい医療が生き残り、我々が日常受ける医療でそれが実施されてしまう可能性がある。

我々国民は、国（厚労省）で承認された医療技術（医薬品、医療材料、医療者等の技術、医療用アプリ）と聞くと、それだけで自身にとって効果があるものと信じてしまうのではないだろうか。ただ、



医療技術には段階があり、米国の医学研究者ルイス・トマス (Lewis Thomas) は、医療技術を①非技術 (Non Technology)、②途上の技術 (Halfway Technology)、③純粋技術 (Genuine Technology) に整理している<sup>7</sup>。この分類のように、実は我々が受けている医療技術は全てが純粋技術であるとは言いきれないのが実態である。むしろ、国 (厚労省) にその効果が認められ承認はされている医療技術であっても、医療従事者・企業・行政などが引き続き最善を尽くしながら純粋技術となるべく、作り上げていく必要がある。

この点に関して、東京大学の康永秀生先生の著書<sup>8</sup>で紹介されている事例を共有する。2007年に、種々の原因による播種性血管内凝固症候群 (DIC: Disseminated Intravascular Coagulation) の患者232例を対象に、遺伝子組換えトロンボモジュリン製剤の治験が行われた。結果として、指標としたDIC離脱率 (DICに関する検査データなどが改善した割合) がヘパリンよりも有意に高い<sup>9</sup>ことが分かり、その後日本で販売された。しかし、当該内容に疑問を感じた康永先生など研究者の方々がリアルワールドデータ (RWD) の1つであるDPC (診断群分類: Diagnosis Procedure Combination) データを用いて、これら過去の既存データを用いた研究を行った。この研究では、対象を重症肺炎に伴う敗血症性DICに絞り、入院当日または翌日から人工呼吸器管理およびノルアドレナリンなどの投与を要した6,342人に絞りDPCデータを用いて、28日死亡率を指標として分析がなされた。この結果、投与群と非投与群に有意差が認められなかったことが分かり、2015年に論文が発表された<sup>10</sup>。その後、2019年には、敗血症性播種性血管内凝固で集中治療室に入室した患者800人を対象にしたランダム化比較試験 (RCT: Randomized controlled trial) において28日死亡率を指標とした評価結果が論文発表<sup>11</sup>され、投与群と非投与群に有意差が認められなかった。大規模なRWD研究 (6,342人、既存データ) と、RCT (800人、新データ) が同様の質をもたらしており、既存の医療の有効性を評価するうえで、RWDの更なる活用も期待される。

ただ、既存の制度では、企業・行政に対する負

荷が高く、既存医療の評価を、既存制度を全てそのまま拡大活用すればよい、というわけではない。

そこで、我々は再評価制度や承認後の使用成績評価などの制度が更に活用され、患者や医療従事者がより効果の高い医療を受けたり、提供できたりするために、第三者が既存医療のデータを分析・解析し、まずは「有効性がポジティブであるとは言えない医療」をリスト化する仕組みが必要と考える。研究者はこのリストを見ながら、研究すべき領域を検討し易くなり、研究がより進むことが期待される。各学会においては推奨／非推奨とすべき医療を検討する際の情報としても活用され、国民向けにも効果の乏しい医療がより伝わり社会全体として効果の高い医療が選択されやすくなり、優れた医療が使われている社会が構築できるのではと考える。病状の進行度に応じて、効き方の弱い薬から処方することもあり、カテゴリなどに分けて、これらの有効性が評価されるのが望ましい。

まとめると、上述の「有効性がポジティブであるとは言えない医療」がリスト化され、将来的に診療ガイドラインや診療報酬の検討にも参照され、我々国民にも分かりやすく示されることで、より優れた医療を国民が享受できる仕組みを構築すべく、国は中長期的な視点での当該制度の設計を工程化し、検討・準備を更に進めるべきである。

ただ、これは言うのは簡単だが、実際には非常に難しい課題が山積している。例えば、有効性を検証するには、その目的に則した精度が担保されたデータがないと、分析自体の信憑性が低くなる。また、既存医療全体の再評価をしたいと考えても、データが存在していない場合もある。現状では、診療報酬金額の算定で使うレセプトデータ、算定対象病院での入院時の診療報酬算定に使われるDPCデータ、学会などが独自に収集している患者レジストリデータなどを組み合わせて分析が行われている。また、人材面では、医療ビッグデータ統計学などを学んだ人材は多くなく、実行面でも課題がある。

しかし、現在の制度・データでは短期的に実現するのは難しいが、このまま何もしないと日本が

医療分野のデジタル産業で技術や人材面において、他国に後塵を拝す可能性が極めて高い。

データに基づき医療の価値が継続的に評価でき、その価値に基づき医療が提供される社会が形成されるべく、国は、医療に関するデータの連携（電子カルテ含め）や活用を法的側面などからも支援し、医療分野のデジタル産業の発展、人材の育成を進め、この分野における国際競争力の強化を図るべきと考える。

次章では、入院、外来（入院外）、薬局調剤の順に国民医療費の分類に沿って提言を紹介したい。

### 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③）

患者目線では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状況があるべきではないだろうか。また、医療従事者からみても、「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状況があるべき姿と考える。

一方で、日本の平均在院日数は、国内のデータでは短縮傾向にあるものの、OECDデータ（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）では、国際的に見て長い<sup>3</sup>。医療機関が過剰な病床を有する場合、患者を早期に退院させるより、病床の利用率を維持すべく退院日数を長くする方が、医療機関として収益が高くなる場合もある。

また、患者視点では、家族の希望や入所先の確保の難しさなどで、退院が簡単にできない現実もあり、患者ができる限り早期に退院できる環境の更なる整備が必要となっている。例えば、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の上位は、「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」、「全体の調整・マネジメントができないため」である<sup>12</sup>。

これらの問題に対しては、まずは地域の医療提供体制のあるべき姿を検討すべく、将来の地域の

人口減少や高齢化の速度を踏まえながら、外来・入院患者数や地域の医療従事者数がいつどの程度減少するか各地域で共通認識を持てるよう整理を進めるべきである。現状の認識も踏まえ、将来の地域における各医療機関の役割分担などのあるべき姿についての共通認識化が進むことが重要と考える。

例えば、今後の役割を入院主体から外来や訪問看護・認知症予防などにシフトして新たな雇用創出を実現した成功事例などもあり、各地域の実情に応じた施策を病院経営者等へ届けられるよう取り組むべきと考える。

また、退院可能な患者の退院促進に向けては、地域で退院者の受け皿となる機能の更なる強化が必要である。患者やその家族だけでなく、地域で支援ができる医師・看護師・薬剤師、ケアマネジャーなどの人材がより連携できるためのシステムやデータ連携の仕組みが必要と考える。このためにも、地方行政においても、医療と介護政策を総合的に扱う部門・機能の設置や人材の確保は必須と考える。地域の人口動態の変化、医療機関などの数や役割、各施設での従業員数や提供サービス、患者の声を踏まえた課題の洗い出し、課題対応の優先順位付けなどがデータをもとに継続して実施され、改善が進む体制の構築が求められる。

多忙を極める医療従事者の個々の連携を期待するだけでなく、働き方改革による医療従事者の負荷軽減も進めながら、地方自治体も積極的に旗振りをし、地域の現状や目指す姿についてデータをもとに整理し、関係者との連携を更に促進することが今後も必要と考える。

### 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④）

外来での理想的な状況としては、患者と医療従事者の間に信頼関係が構築されている上で、患者は自身の体調がおかしいと思った際には緊急事態でなくても、受診した方がよいのか・どこを受診したらよいか等を医療従事者に事前に相談できる

環境と考える。医療従事者としては問診の限られた時間だけでなく生活習慣病を患う患者に対しては、患者の同意のうえ日々の活動・食事量の情報や検査値などの情報を得ながら患者の体調変化の兆しに気付いたり、医師が患者の家族等の体調や悩み・環境変化なども踏まえて患者の状態を包括的に診れたりし、予防に関する助言なども行えており、国民の健康により貢献できている姿ではないだろうか。

一方で、日本は、国際的に一人当たりの受診回数が多く<sup>3</sup>、日本の医療保険制度の特徴の1つである「フリーアクセス」の下、適切な施策がなされない場合、不必要な外来診療を生む要因の1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（徴収金額5,000円未満の病院において）は61.4%<sup>13</sup>であり初診患者数の半数を超える状況にある。また、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院の初診患者の38.8%<sup>14</sup>が「どの診療科に行けば良いか分からないが、この病院は診療科の種類が多く、様々な病気に対応してくれる

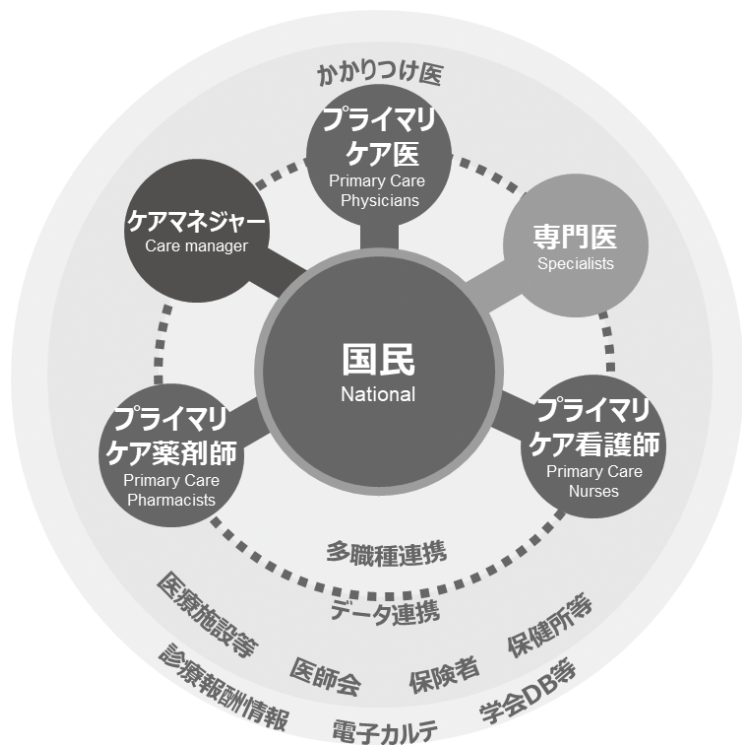
から」という理由から受診しており、患者に判断・納得できる情報が十分伝えられていない／相談できる環境が十分整備されていないと考えられる。

これらの問題に対しては、「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能<sup>15</sup>」としての『プライマリケア体制の整備』を政策の中心に据え、この実現のための多職種連携の促進、国民・医療従事者がプライマリケアを受けられる／実施できる環境の整備、それらを後押しするデジタル化が必要と考える。これらを国が重要政策と設定し、制度設計に向けた工程化を進めることを提言したい。

患者目線では、自身もしくは家族を診てもらえるプライマリケアチームがあると理想的と考える。そのためにも、プライマリケア医は包括的な医療や予防を提供したり、重病の可能性がないかを検討したりし、看護師は日々のケア、薬剤師は服薬関連、ケアマネジャーは介護というように、多職種が連携してプライマリケア体制を構築できている姿が望ましいのではないだろうか。これらの実現に向けて国・地方も含めて検討が進むべきと考える。(図1)

これらの実現に向けて、現状のフリーアクセスの環境に加えて、プライマリケアを受けられる手段を国民に提供することを提言したい。例えば、国民自らが居住している地域からプライマリケアチームを容易に探せる環境が提供されるよう整備を進める必要がある。居住している地域の医師からプライマリケア医、地域の薬局からプライマリケア薬剤師というように国民自らがスマートフォン等のアプリケーションを通して地域の医療従事者を設定でき、個人ごとのプライマリケア体制を構築する仕組みなどが考えられる。

図1：プライマリケアを実現する多職種連携像



出典：筆者



また、プライマリケアを提供する医療従事者には、患者の状況が共有され、対応方針や計画などを効率的に検討できるための制度・システムなどが必要である。例えば、情報基盤として、診療報酬情報だけでなく、患者の疾病情報や治療方針、検査値、日々の服薬情報や食事・運動に関する情報、過去のワクチン接種や健康診断の結果、入院された方の場合には退院時の計画、介護が必要な方はケアプランなどが患者の同意のもとプライマリケア医によって、チーム内に共有される姿を目指すべきではないだろうか。

ただ、これらも容易に実現できない背景や要因がある。例えば、プライマリケアの普及にとともに診療報酬体系によっては医療機関の収益が大幅に減少し、医療提供の担い手が確保できなくなるのではという懸念や、プライマリケア医自体が十分にいないため、すぐには実現できない点などがある。これはいずれも重要な視点であり、制度設計においてはそれらの視点も踏まえた検討がなされるべきと考える。例えば、プライマリケアを実施した場合に現状の収益と大きく乖離しない価格設定や補償制度の可能性、地域ごとの状況・課題に応じたプライマリケア体制の目指す姿や対応の時間軸などを検討する必要がある。

## 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⑤)

調剤薬局での開局薬剤師のあるべき姿としては、患者の情報が共有され把握できており、薬を提供することに加え、患者の健康に貢献する活動により注力できている姿ではないだろうか。

ただし、現状は、院外処方料金は、院内処方よりも平均3.5倍高く<sup>16</sup>、国だけでなく、患者自身の自己負担額も同様に院外処方の方が高く支払っているが、この点について国民的な理解には至っていない。また、この価格差に見合った患者への価値提供においても十分ではないと考える。

一方で、開局薬剤師の視点に立つと、患者のデータや過去の診療情報を知ることはほぼなく、患者

に対して何の病気で受診したかなどを毎回聞かないと分からない環境にある。患者としても、新たに行く薬局で毎回名前や病気について記載しなければならなかったり、改めて病状を説明することを求められたりしていることに煩わしさを感じることもあると思うが、開局薬剤師側もそうしなければならぬ環境にある。

そこで、例えば、生活習慣病などでは、患者の同意のうえ、処方箋に患者の検査値を記載し、医療機関と調剤薬局・開局薬剤師と情報連携する取り組みが全国的に広がるべきと考える。

また、日本の薬剤師数は国際的にみて、人口当たりで多い<sup>3</sup>が、例えば米国の薬剤師が実施できることと比べるとその内容は限定的である<sup>3</sup>。さらに数年前までは、調剤業務を薬剤師以外が実施してよいのか明確には記載されておらず、開局薬剤師が調剤業務に時間をとられ<sup>17</sup>、患者に対するサービスに注力しにくい環境にある。

今後は、調剤業務などの対物業務の負荷を軽減するとともに、対人業務中心への転換を支援することが期待されており、例えば、調剤支援を行う方が開局薬剤師をサポートし、開局薬剤師の負担を軽減し患者に対する業務により専念できたり、開局薬剤師間の連携により業務負荷を平準化したりするなどがしやすい環境の整備が進むべきと考える。人材面でも、医師と連携した開局薬剤師の活躍機会の増加、臨床能力向上に資する育成機会の提供も必要と考える。

## 6. 超高齢化社会を踏まえた 給付に見合った負担の確保 (提言⑥)

わが国の医療保険制度が維持・強化され、国民がより健康でいられている姿が理想であり、そのためには超高齢社会が更に進むことも踏まえながら、社会保障給付費（年金・医療・介護・福祉他）に見合った負担（公費負担・事業主負担・被保険者負担）がなされ、社会保障制度の持続可能性の維持、財政悪化の回避に日本社会全体が向かっているべきである。

ただ、現状では、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しており、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<sup>18</sup>。これにより、我々国民は、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、過剰もしくは安易な受診行動を誘発してしまう要因ともなり得る。超高齢化社会の実態に応じた財源確保について検討する必要がある。

現状のまま公費が多く投入されることが続き、例えば、国際社会からみた日本の信頼の低下が生じるなど、その時の政権を取り巻く環境によっては医療に関する予算制約が厳しくなり、現状の医療制度に制限や制約を課す政治的判断がくだされる可能性が高まる。この場合、国民が受けられる医療が制限され、健康増進よりも医療費削減が優先されるため、新たな優れた医療の日本への導入が遅れ、既存医療の新陳代謝も進まず、医療従事者の雇用も難しくなり医療提供が滞る可能性も考えられる。

給付と負担の対応関係は複雑であることから完全にその対応関係を示すのは難しい場合もあるが、ここは国だけではなく我々の様な第三者機関も含め、財源の状況や何をどうすべきか分かりやすく世の中に更に発信していく必要がある。例えば、社会保障制度の持続可能性の維持については、我が国としての医療ビジョンを示し、経済成長、税財源確保、社会保障給付費増加率抑制の各方策について、継続して分かりやすく国民に示すことが重要と考える。

## 最後に

さて、ここまで様々な観点から論じてみたが、我々国民から見ると多岐にわたる政策があり、それらを全て理解することは難しい。そこで、国には、目指している医療の「あるべき姿」から、まずは国民の理解が更に進むべく継続してそれを示すことがより必要と考える。

また、国民とのあるべき姿や現状についての共通理解が進み、あるべき姿と現状の差異（＝問題）

が、ヒートマップ（問題を色などで示した表現方法）で表されるなど可視化され、各政策がその実現に向けてどのように影響しているか、進捗も紐づけて示すことが重要と考える。

そして、最後に、わが国における効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けて、医療産業、政府、保険者に期待したいことを記載する。

医薬産業へ期待することは、医療を受けている患者への薬などの医療の効き方についての更なるモニタリングと関与である。薬を出すまで、医療材料や医療技術を提供するまで、薬や医療材料などを運ぶまで、という従来の役割だけでなく、患者に医療を届けた後のデータに基づく国民の健康増進への更なる貢献が期待される。ただし、患者のデータを企業として収集し活用するためには制度・法規面の課題がある。

そこで、政府へ期待することは、「価値に基づく医療の実現」や、「プライマリケア体制の整備」が進むためのデータ連携・活用を含めたあるべき姿の設定と、その実現を医療政策の中心的な目標に掲げることである。

保険者に期待することは、被保険者のデータに基づく、被保険者の健康管理への更なる関与、医療機関へのフィードバック、企業経営者への生産性向上や企業価値向上に対する助言などである。わが国において、国民の健康増進を考えるうえで、レセプトデータを持つ保険者の役割は非常に重要と考えている。国民的な理解としては、保険者はどこも同じであるように認識されている可能性があるが、我々としては被保険者のためにデータを活用し真摯に取り組んでいる保険者の事例を収集し、優れた取り組みが我が国で更に広がることに貢献できればと考えている。

これらの方々を含め関係者がそれぞれの立場を超えて、求められる真のニーズを特定し、できる手段を速やかに実施・対応することで、効率的・効果的な医療提供体制の構築が実現できるものと考えている。今後、我々のチームでは、ここで記載したあるべき姿を局所的にでも実現している方々の事例を把握する活動を進める予定であり、我々のチームから連絡があった際には是非ご協力を頂き



たい。

本提言は、株式会社日本総合研究所の効率的・効果的な医療提供体制構築に向けた研究チーム（本チーム）による検討の現時点の到達点である。検討に際しては、本チームの理念、即ち「公正性・公平性を重視し、患者及び医療従事者の両方の立場

を踏まえ、中長期的な観点から社会貢献を行うこと」にご賛同くださった団体からの協賛を受けた。

また、本提言の作成過程においては、多くの有識者の皆様から貴重な助言をいただいた。ヒアリングなどに協力いただいた方々には、この場を借りて厚くお礼申し上げたい。

- 
- 1 財政制度分科会（令和2年6月1日開催）資料 財務省
  - 2 令和2年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 内閣府
  - 3 効率的・効果的な医療提供体制の構築に関する提言（令和2年7月）日本総合研究所
  - 4 事務連絡 新医療機器として承認された医療機器について（令和2年8月21日）厚生労働省
  - 5 平成30年度 保険医療材料制度改革の主な概要 厚生労働省
  - 6 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（第155回）資料 厚生労働省
  - 7 医療経営人材育成テキスト [Ver.1.0] 技術戦略 経済産業省
  - 8 『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』（2019）康永秀生
  - 9 Efficacy and safety of recombinant human soluble thrombomodulin (ART-123) in disseminated intravascular coagulation : results of a phase III, randomized, double-blind clinical trial
  - 10 Recombinant human soluble thrombomodulin and mortality in severe pneumonia patients with sepsis - associated disseminated intravascular coagulation : an observational nationwide study
  - 11 Effect of a Recombinant Human Soluble Thrombomodulin on Mortality in Patients With Sepsis-Associated Coagulopathy : The SCARLET Randomized Clinical Trial
  - 12 平成30年度 入院医療等の調査（患者票）厚生労働省
  - 13 第107回社会保障審議会 医療保険部会資料（平成29年10月4日）厚生労働省
  - 14 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）の報告案について 厚生労働省
  - 15 日本プライマリ・ケア連合学会HP
  - 16 平成30年社会医療診療行為別統計の概況 厚生労働省
  - 17 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 厚生労働省
  - 18 財政制度分科会（令和元年10月9日開催）資料 財務省