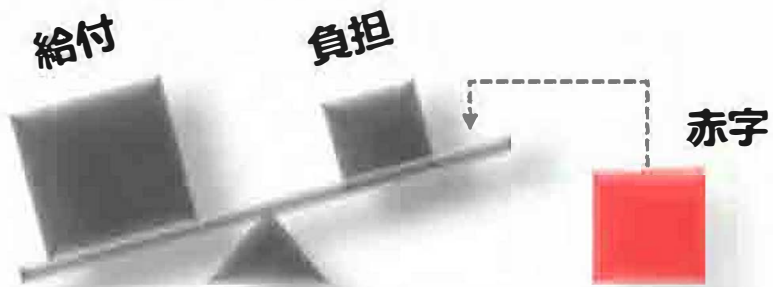


# [4] 社会保障制度の持続可能性確保に向けて

[ 現状 ]

給付の精査が進まず負担と対応しない



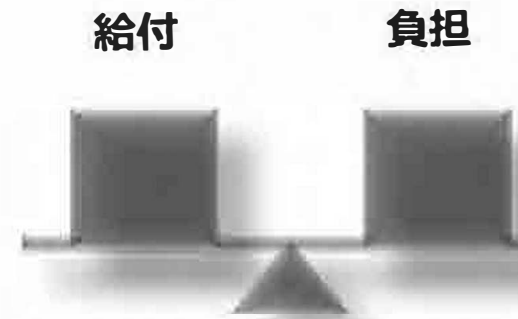
※マクロ的視点で記載

※ここでの負担は、公的保険料、自己負担、租税。赤字国債は含めていない。

- 医療全体を対象としたアウトカム評価やプロセス評価などに基づき、医療の給付対象を精査する仕組みが十分あるとはいえない。
- 負担を構成する公的保険料、自己負担、租税を一体的に捉え、必要な給付に向けてこれらをどう設定するか議論が十分でなく、赤字国債に依存した公的医療保険制度運営となっている。

[ 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。赤字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ことができている。例えば、ワクチン接種をどのような対象の方から行うと良いか、データでその効果が把握できている。そして、どのような医療が誰にどの程度の効果があったか、データに基づいてその価値が可視化されている。
- データに基づき公的医療保険の給付対象が精査されており、この検討の進め方自体の国民的な理解も進んでおり、給付に見合った必要な負担が検討され、それを確保するための政策的議論がなされている。

# データを活用し非効率性な領域を改善することで経済的効果も見込まれる

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。
（外来） 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。
	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)

## 今後、政府等で検討されるべき事項

骨太の方針等の政府方針として明記し

### 取り組むべきこと

1. 医療データ利活用の目的の  
共通認識化を得る取組みの強化
2. 多様なユースケースに  
適用できる将来構想の設計

- **医療データ利活用が社会保障制度維持につながる意義の共通認識化**  
医療データの連携・利活用が、社会保障制度の維持につながる意義を示し、そのために必要な制度・体制、予算等の論点について国民と共通認識を図る。
  - **医療データ利活用に向けた患者中心医療やリスク等の共通認識化**  
治験を最小限にしてRWDを活用する医薬品開発事情の変革の中で、医療データの利活用を進める。国民の健康増進だけでなく、医療産業発展を進めるために、患者中心医療やリスク等について国民と共通認識を図る。
- 
- **医療データ利活用に関して優先して作成すべきユースケースの明示と作成**  
新型コロナウイルスのパンデミックで国民的関心が高いと考える救急・災害、集中治療、かかりつけ(外来)等、どのようなユースケースの拡充に注力する。
  - **ユースケースに適用したデータ基盤・データガバナンスの設計**  
国民・患者、医療従事者、行政、研究・開発などさまざまな視点で作成したユースケースを満たすデータ基盤やデータガバナンスなどの将来の姿は設計する。
  - **現場業務効率を上げる診療報酬制度の検討指針の明確化**  
情報連携・利活用により、医療機関が、重複し得る検査を行わない方がメリットを享受できる仕組みなどを構築する。そして、外来での出来高支払中心での細かい診療報酬体系を見直すなど、デジタル化の意義を現実的に進めるために、診療報酬制度の在り方について、今後どのような指針のもとで検討をするか明確にする。

# 目次

---

医療データ利活用の問題と要因	5
提言1. グランドデザインの構築	10
<b>提言2. データ基盤の整備</b>	<b>20</b>
提言3. データガバナンス実装	30
今後の進め方	44
参考資料	49

---



# 提言2. データ基盤の整備

## 理想

データ形式、接続データベース、データ連結ID等が設計され、セキュアで相互運用性があるクラウドでのデータデジタル型等でのソフトウェア、セキュリティが確保されたハードウェアを備えたプラットフォームが整備されている

## 現状

医療機関個々でセキュリティやデータ管理し、医療機関廃業等時にはデータが消滅する可能性もあり、地域では医療機関のボランタリーによる仕組みが乱立するなど情報基盤が存在していない

## 早急に取り組むべきこと



骨太の方針等の政府方針として明記し

## 取り組むべきこと

1. 生涯の診療記録を蓄積する標準化されたデータ形式の設定
2. 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築
3. データ連結のためのID整備  
(マイナンバー：災害時の有用性)
4. 効率的な出入力業務設計  
(マン・マシーン・インターフェイス)
5. 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