

政策提言書

日本の保健医療システムの持続可能性と強靱性の向上を目的とした 保健医療データと新型コロナウイルス感染症の経験の利活用

エグゼクティブサマリー

新型コロナウイルス感染症（COVID-19: Coronavirus Disease 2019）は、日本の保健医療システムに異常な状況をもたらし、持続可能性とともに、高水準の治療と公平なアクセスを提供し続ける能力に挑戦している。コロナ禍の影響を軽減するために、我々はどうすべきだったのか。保健医療システムの持続可能性と強靱性のためのパートナーシップ（PHSSR: Partnership for Health System Sustainability and Resilience）プロジェクトは、ガバナンス、財政、労働力、医薬品・医療技術、サービス提供、人口保健政策、環境の持続可能性等様々の観点から、この問題を検討した。新型コロナウイルス感染症の発生より、各分野は、不十分な保健医療データのインフラおよびデータ利活用という長年の難題によって影響を受けてきた。この政策提言書では、この課題の克服を開始し、それによって長期的に保健医療システムの持続可能性と強靱性を向上させるための3つの具体的な第一歩を提言する。

- **医療従事者や患者にとって有益なデータ収集・分析ができるようにデータ・インフラを整備する**
政府は、医療施設における標準的な電子カルテシステムの導入に対するインセンティブを設けるとともに、全国的にケア改善、生産性向上、ベンチマーキングに利活用できるようなデータ・インフラ整備を検討すべきである
- **データに基づくポリシーメイキングやそのための産官学民連携を促進するために新しい組織を創設する**
政府は、保健医療データを利活用して、保健医療システム全体に迅速な医療政策の分析・比較を開発し、研究費を支援することを使命とする新しい担当局を厚生労働省内に設置すべきである
- **データを利活用して、危機の際に保健医療システムのガバナンス構造を再考する**
政府は、感染症危機が発生した際に、中央政府が保健医療システムの提供に対してより大きな統制力を持つよう、法的措置を進めるべきである

それぞれの背景や提言の詳細については、以下をご覧ください。

はじめに

2019年以降、新型コロナウイルス感染症（COVID-19: Coronavirus Disease 2019）は100年に一度の医療危機を引き起こし、世界中の保健医療システムの機能継続を圧迫している。現在までに、全世界で約5億人の患者が発生し、600万人以上が死亡している。日本は多国に比べて厳しい対応をしているが、それでも国内では500万人以上の患者が発生し、2万5千人強が亡くなっている。また、この病気とその対応策は、社会経済活動にも大きな影響を及ぼしている。

しかし、新型コロナウイルス感染症のような規模のパンデミックは、世界においても日本においても初めての経験ではなかった。我々は、この危機に対してより良い備えをしておくべきであった。なぜそうしなかったのか。新型コロナウイルス感染症への対応は、社会への影響を最小化することができたのだろうか。日本は、新型コロナウイルス感染症対応策を評価し、その評価から学んで、将来さらに強靱性を兼ね備えた保健医療システムを構築するために十分な方策を行っているのだろうか。

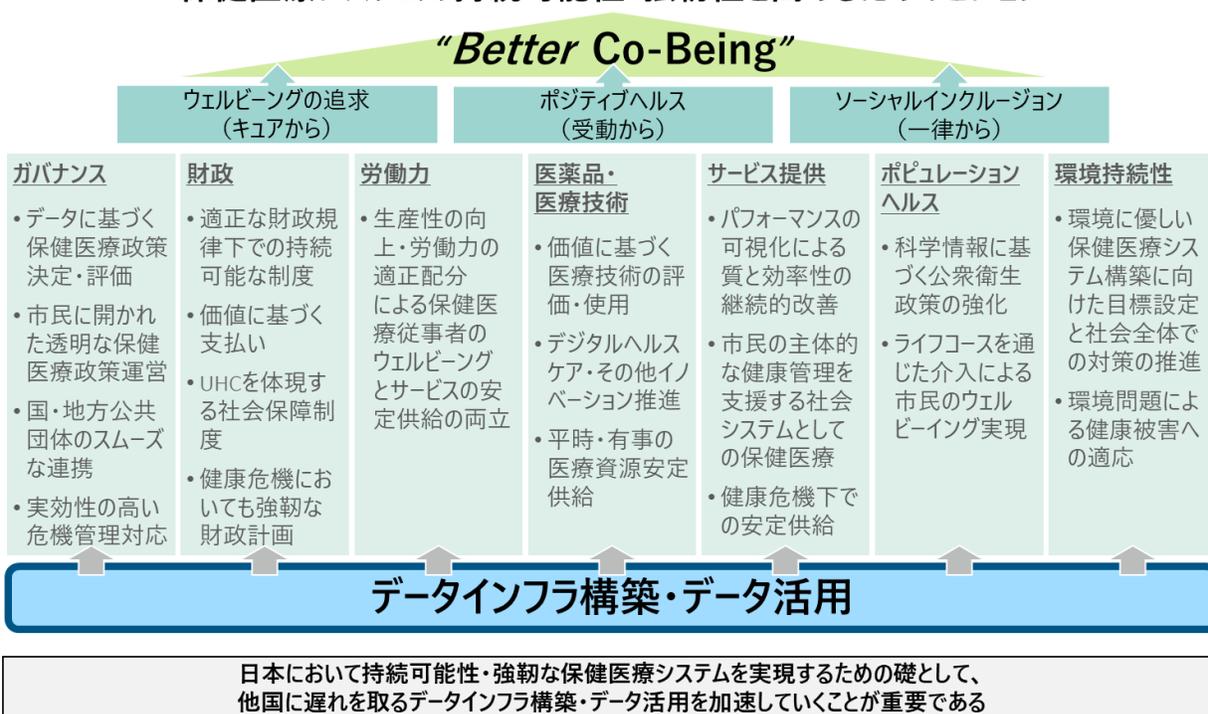
保健医療システムの持続可能性と強靱性のためのパートナーシップ（PHSSR: Partnership for Health System Sustainability and Resilience）は、2020年にロンドン・スクール・オブ・エコノミクス（LSE: London School of Economics）、世界経済フォーラム（WEF: World Economic Forum）、アストラゼネカ社が協働で開始したプロジェクトで、世界各国でこうした疑問に答えるべく取り組んでいる。このプロジェクトは、世界中の保健医療システム、および、新型コロナウイルス感染症のパンデミックへの対応に関する調査と分析を通じて、何が問題だったのか、何をすればよかったのか、新型コロナウイルス感染症のような危機が増えていくであろう将来に向けて、保健医療システムはどう備えればいいのかを考えようとするものである。具体的には、このプロジェクトは、保健医療システムがより持続可能になること（保健医療システムの主要機能を継続的に提供でき、アクセスの公平性を確保し、人々の健康を向上できるようになる）、また強靱性が向上すること（人々の健康への影響や保健医療サービスの中断を最小限に抑えるため、危機に対する備え、適応、学習、変革、回復できるようになる）を目的としている。

日本では現在、慶應義塾大学と日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）がPHSSRプロジェクトを主導している。日本医療政策機構は、学术界、市民社会、政府、経済界から10名の専門家を招聘し、このプロジェクトの報告書と政策提言書の作成を指導・支援するためのアドバイザリーボードを設立している。この提言書は、アドバイザリーボードの専門家との複数回の会合やヒアリングで得られた意見や情報をもとに作成されたものである。

PHSSRプロジェクトとアドバイザリーボードは、日本の保健医療システムの現在の持続可能性と強靱性、そして今後の改善策について検討することを目的としていた。このプロジェクトでは、保健医療システムの7つの領域（ガバナンス、財政、労働力、医薬品・医療技術、サービス提供、人口保健政策、環境の持続可能性）に焦点を当てた。複数の会合やヒアリングをもとに、上記の領域を議論し、将来の医療システム強化のためのビジョンを含んだ報告書を作成した。（下図にビジョンは「Better Co-Being」と

呼んでいる。) ウェルビーイング、ポジティブヘルス、ソーシャルインクルージョンを促進することで、より良い持続可能性と強靭性を達成する保健医療システムを思い描いている。そのためには、各保健医療システム領域で一定のアクションが必要である。下図に示すように、これらのアクションの多くは、データのインフラ構築と利活用の推進に依存している。この提言文書では、将来により優れた持続可能性と強靭性を最終的に達成するために、データ・インフラとデータ活用の改善のための 3 つの具体的な第一歩を提案している。

保健医療システムの持続可能性・強靭性を高めるためのビジョン



第一段階の提言は、次の 3 つである。1) 医療従事者や患者にとって有益なデータ収集・分析ができるようにデータ・インフラを整備する、2) データに基づくポリシーメイキングやそのための産官学民連携を促進するために新しい組織を創設する、3) データを利活用して、危機の際に保健医療システムのガバナンス構造を再考する。詳細は以下の通りである。

日本の保健医療システムの持続可能性と強靱性の向上に向けた保健医療データ・インフラと利活用の強化に向けた3つの具体的な第一歩

提言1：医療従事者や患者にとって有益なデータ収集・分析ができるようにデータ・インフラを整備する

課題：特に危機対応においては、症例がどのように異なるのか、地域や施設レベルでどのような対応がなされているのか、また、それらの対応が他の地域の対応と比較してどうなのかを理解するために、患者や病院レベルの標準的なデータが必須である。新型コロナウイルス感染症で問題となったのは、国と各県が独立したデータフォーマットを使用していたことがあったため、比較・分析が困難であった点である。この問題に対しては、様々な対応策があり、その中で最近特に議論されているのが、日本全国での電子カルテの導入と標準化である。これは日本にとって非常に重要なステップである。現在、「大病院」（400床以上の病院）の85%で電子カルテが導入されているが、日本の8,300以上の病院のうち、「大病院」の割合はわずか9.3%に過ぎない。

これまでこの問題が進展しなかった背景には、電子カルテの導入やデータ収集が医療機関の負担になっていること、医療機関が保健医療データベースと連携することで医療従事者や医療施設がメリットを得られるようなシステムの開発が進んでいないことが大きいと思われる。例えば、医療従事者にとって電子カルテシステムは、医療機関横断的に患者の病歴を把握し、ポリファーマシーの削減を含む治療管理を行い、処方や請求のプロセスを効率化するために有用であるが、これらの機能が全国規模で展開され活用されているとは言い難い状況である。実際、電子カルテシステムの普及が進まない背景には、医療従事者が「使いにくい」「患者さんへの対応に時間がかかる」と感じていることがあると考えられている。

これは医療だけの問題ではない。社会保障制度全体を通じて、介護や福祉の分野でも、より質の高い標準的なサービスを提供するために、データの収集と比較を進める必要がある。データの価値は、他者との比較を可能にすることで改善の動機付けとなる点である。インドなどでは、政府が新型コロナウイルス感染症の対応策の州別比較を公表し、改善を促している。日本も、第一線で働く社会保障制度関係者の仕事を楽にし、より大きなインパクトを与えるために、データをどのように活用できるかを更に検討する必要があるのではないだろうか。

何をすればよいのか：この問題に直面しているのは、日本だけではない。医療に限って言えば、世界の多くの国でも全国的な電子カルテシステムの導入に苦勞している。一方で、成功例から学ぶべきこともあるはずである。例えば、米国ではHITECH（Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act）により、2008年には全病院の10%だった電子カルテ導入率が、2015年には全病院の86%まで上昇し、大きな成功を収めた。これは、電子カルテシステムを導入した施設に金銭的な報酬を用いることで達成されたものである。電子カルテシステム利活用が医療従事者に長期的に利益をもたらすようなサービスを開発することに加え、**医療施設における保健医療データシステムの導入と利活用に対するためらいを軽減するための、インセンティブやディスインセンティブについての検討が必要である。**

どのようにすべきか：新しい保健医療システムのインフラは、医療従事者や患者がそのシステムを利活用するために必要な労力を考慮して開発される必要がある。新型コロナウイルス感染症の開始当初から、政府は新型コロナウイルス感染症に関する新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS：Health Center Real-time Information-sharing System on COVID-19）など、新しい症例を監視・追跡するさまざまなシステムを開発した。このシステムは、新型コロナウイルス感染症に関連する医療を効率化するために、データ入力負担を保健所から医療機関に移し、医療機関は医療提供に専念できるように設計されているが、データ入力負担が増えることでかえって保健医療システムの効率が悪くなっているという不満も出てきている。電子カルテシステムの標準化・普及を進めるにあたっては、日本の中小病院にとって何が本当に可能なのか、またそのようなシステムを国が開発することが本当にベストなのかということについて検討されるべきであろう。米国などでは、電子カルテとその関連システムは、病院レベルや民間企業によって開発されている。データの標準化に加えて、現場の医療機関がより簡単にデータを入力・利活用できるようなシステムのあり方を、民間企業の競争力育成も含めて検討すべきであろう。

この提言を実現するために必要なこと：米国の場合、電子カルテの標準化と普及のために、新たな法律の整備と 250 億ドルの補助金が必要であった。日本においても、この問題は大きな投資を必要とする可能性がある。

医療従事者と国民双方に利益をもたらす、電子カルテを中心としたサービスの開発を促進するためには、政府は、保健医療データの保護と公衆衛生向上のための保健医療データ利活用の法的バランスを再考する必要がある。さらに、セキュリティ対策とその対策に必要なコスト等、電子カルテ管理のインフラへの配慮も求められる。データシステムの管理は、医療機関にとって大きな財政負担となることもある。将来的にコストに関する課題を回避するために、国レベルでセキュリティ対策を管理できるクラウドベースのシステムの構築を検討すべきである。

提言 2：データに基づくポリシーメイキングやそのための産官学民連携を促進するために新しい組織を創設する

課題：危機対応をモニタリングし、対応の有効性を検証するためには、保健医療データを迅速に報告・分析するシステムの整備が不可欠である。日本はすでに膨大な量のデータを保有しているが、そのデータは必ずしも研究者が使えるような構造にはなっておらず、政策変更には有効なデータにはなっていない。例えば、日本政府は新型コロナウイルス感染症の予防接種に関する追跡データを保持しているが、このデータは政府内でしか簡単にアクセスできず、患者の健康を長期にわたって追跡している他の大規模な保健医療データソースと接続されていない。英国などの他国では、ワクチンに関するデータは病院データや死亡等アウトカムデータとリンクしており、ワクチンの副作用をサブグループやアウトカムごとに分析することができる。一方、日本のワクチン安全性データは個別症例安全性報告によるもので、健康

データやアウトカムデータとリンクしておらず、事象を確実に報告できていない可能性がある。このため、ワクチンに関する政策の形成や、ワクチン接種へのためらいの広がりには歯止めをかけるのに寄与するようなエビデンスの開発には役立っていない。もう一つの例として、日本には世界最大級の保健医療データベースである「全国健康保険請求・特定健診データベース（NDB）」があり、そこには約 10 億 5000 万件の医療サービスの記録が登録されている。このデータベースは日本にとって非常に大きな資源となるはずだが、データにアクセスできる人、データを見るために必要な承認プロセス、データの品質と組織の問題などの厳しい規制が、この資源を使った研究の促進を妨げてきた。これらのことから、大量のデータが収集された後、政策立案に適切に活用されていない現状を改善するための仕組みが必要である。

これは主にアクセス権限と人的資源の問題である。中央政府は保健医療データにアクセスする権限を持っており、厚生労働省内でも近年、エビデンスベースの政策立案にデータを活用しようという動きがあるが、こうした取り組みは急速には進んでいないようである。一方、日本国内には保健医療データを政策的に分析しようとする研究者が多く存在するが、データへのアクセスの難しさや研究費の少なさから、これらの人材が十分に活用されていないのが現状である。このような長年の課題の結果、新型コロナウイルス感染症の期間中、日本では地域レベルで多くのパンデミックモニタリングの取り組みが展開され、異なるデータソースや異なるモニタリング指標を使用し、異なる政策利活用がなされ、全国的なデータに基づく対応は実現されなかった。

何をすればよいか：日本政府は、厚生労働省に、迅速な保健医療データ・政策分析の実施・整理を使命とする医療情報・システム局を新設すべきである。

どのようにすべきか：新局の設立にあたっては、現在の日本のデータ活用の問題点を踏まえ、強力な連携・助言の機能を持たせることが最も効果的である。分析・政策立案を一手に引き受けるのではなく、保健医療データ分析のための予算を与え、それを社会全体の医療研究者に分配することで、システム全体で多くの課題に効率的に取り組むことができるようにすべきである。なお、新局は、学者や民間企業によるデータ分析を促進するよう努めるべく、解析計画の倫理審査する機能を持つのが望ましい。

また、同局が事務局となって、有識者会議によって医療政策研究の実施や、同局が作成したデータをもとに大臣や医政局長に保健医療システム戦略について助言することもインパクトがある。この有識者会議には、大臣や医務総長に加え、保健セクター内外の幅広いステークホルダーが参加し、公平な視点を確保するとともに、こうした業務に必要な多くの分野の技術的専門性がカバーされることが必要である。厚生労働省内に新局の設立に加え、新局の取り組みをサポートし他局との業務分野の区分を支援するため、内閣官房にも医療情報・システム企画課の設立を検討するのが望ましい。

この提言を実現するために必要なこと：厚生労働大臣が検討し、新局の設置およびその業務について閣議決定する必要がある。

提言 3：データを利活用して、危機の際に保健医療システムのガバナンス構造を再考する

課題：保健医療システムのガバナンスは、平時でも複雑である。現在、中央政府が医療に関する政策を立案し、医療予算を管理し、医療サービスの均一料金を設定している。国の政策は、都道府県の医療計画によって地域レベルで実行に移される。そして、その計画に基づき、日本の約 18 万件の医療機関（うち 81.6%は民間企業）が医療サービスを提供している。これらの医療機関は、全国に 3,000 以上ある健康保険事業から診療報酬を受け取ることで、計画の目標を達成するインセンティブを得ている。

このシステムは、高齢化や慢性疾患など、日本が抱える長期的な健康問題に対処する上で、長期的な視点で医療体制を変化させるインセンティブを生み出すことができるため、うまく機能していると言えるだろう。しかし、感染症危機の際にはこの仕組みが問題となる。感染症は人から人へ、地域から地域へと急速に伝播し、変異しながら進行するため（新型コロナウイルス感染症で見たように）、一カ所で問題が収束するのを防ぐことができる一律で迅速な全国的対応が最良の対応となるのである。しかし、日本ではそれがなかなかできない。

政府の感染症対策について定めた新型インフルエンザ等対策特別措置法では、中央政府は、地域の実情に応じた災害対策を行うため、地方公共団体に方針を出し、地方が主導して対応するように協力を要請している。中央政府は総合調整の権利と、総合調整を行っても対応ができない場合にのみ指示ができる。そのため、新型コロナウイルス感染症の期間中、日本では地域レベルで対応に不整合や、国の方針との齟齬などがみられた。これは、感染症問題が拡大する前に食い止めるために必要な、真に標準化された対応を実施する上で、大きな障害となっている。

何をすればよいのか：ガバナンスの時代には、中央政府には、地方レベルでの医療提供について決定する権限と責任を強化することが必要である。**危機の時代には、地域の保健医療システム提供に関する特別な権限を政府に与えるための法的措置を進めるべきである。**

どのようにすべきか：危機対応の指揮系統や責任の所在は、最終的にはデータに基づいて決定されるべきであり、この提言は、以下に提案するデータ基盤整備の方向性の一要素であると考えられるべきである。感染症の場合、感染拡大のスピードや程度、患者の感染の深刻さ、治療・ワクチン・検査の有無などに基づいて基準を設定すべきである。このほか、自然災害や軍事危機なども考慮すべき危機であるが、これらの問題については、関連する専門家の意見に基づき、基準を変えるべきであろう。

この提言を実現するために必要なこと：これは主に法的措置である。政府は、議員や健康安全保障の専門家による連盟を立ち上げ、法的措置の草案を作成し、危機の際に国と地方の意思決定のプロセスの切り替えを判断するために用いるといった各基準の具体的な数値について議論することが必要である。

謝辞

本取りまとめの作成にあたり、2022年明けより、産官学民の多くの方からご意見を頂戴いたしました。本プロジェクトに対して専門的な見地からご助言をくださり、本とりまとめの趣旨にもご賛同くださった PHSSR 日本プロジェクト・アドバイザー・ボード・メンバー（五十音順）の小黒 一正 氏（法政大学 経済学部 教授）、澤田 拓子 氏（塩野義製薬株式会社 取締役 副社長）、鈴木 康裕 氏（国際医療福祉大学 副学長／前厚生労働省医務技監）、武見 敬三 氏（参議院議員）、豊田 郁子 氏（患者・家族と医療をつなぐ NPO 法人架け橋 理事長）、永井 良三 氏（自治医科大学 学長）、橋爪 真弘 氏（東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学 教授）、林 玲子 氏（国立社会保障・人口問題研究所 副所長）、堀田 聡子 氏（慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授）、武藤 真祐 氏（東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科 臨床教授）、その他、専門家会合の開催やヒアリングにご協力いただいた多くの皆様に深く御礼を申し上げます。※ご所属・肩書はヒアリング当時のものになります。

本提言は、PHSSR プロジェクトに関わる保健医療分野の専門家との複数回の会議・ヒアリングで得られた意見・情報を基に日本医療政策機構の責任のもとでとりまとめました。そのため、本プロジェクトに対してご参画いただいた専門家や他の PHSSR プロジェクトパートナーが必ずしも本提言の内容を承認または支持するものではございません。

共著者（順不同）

マカナニ マット（日本医療政策機構 シニアマネージャー）

河田 友紀子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）

乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事・事務局長/CEO）