

日本医療政策機構 保健医療システム持続可能性プロジェクト**医療システムの持続可能性とイノベーションの両立に向けて****～薬価制度改革に求められる視点を中心として～**

2024 年から 2025 年度活動のとりまとめ提言

**背景**

医療の高度化や高齢者人口の増加に伴い、日本の医療費は増加傾向にある。医療費の対国内総生産（GDP: Gross Domestic Product）比で見れば今後の伸びは過去と比較して緩やかになるとの見方もあるが、高齢化の進展に伴う一定の増加は避けられず、経済協力開発機構（OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development）も加盟諸国の医療費の対 GDP 比は今後とも上昇していくと予想している。このような状況下で、医療におけるイノベーションを適切に評価しつつ、持続可能な保健医療システムを構築することは、日本のみならず、公的医療制度を持つ多くの国々が今まさに直面している喫緊の課題である。

日本の保健医療システムは皆保険制度を前提とした社会保険方式で成り立っており、保険料と患者負担による「相互扶助」の理念が基盤となっている。2021 年度の国民医療費は 45.0 兆円に上り、そのうち 12.1%（5.4 兆円）が患者負担、87.9%（39.6 兆円）が医療保険等で賄われている（厚生労働省「令和 3 年度 国民医療費の概況」）。しかし、医療保険財政（医療給付費）の内訳をみると、保険料が占める割合は 53%（22.3 兆円）に留まり、公費への依存度が 32.5%（13.7 兆円）に達している。特に、後期高齢者医療保険や国民健康保険（市町村国保）が公費負担を年々押し上げている。一方で、医療費の患者負担率は現役世代で 30%と定められているが、高額療養費制度等のまさに「相互扶助」の理念を制度化した仕組みが機能しているため、上述の通り、国民医療費全体に占める患者負担の割合は約 12%に緩和することができている。しかしながら、このように患者負担が相対的に一定程度は軽減されている反面、制度全体の財政負担は増加し続けている。

さらに、保健医療システムの支え手の中核を担う現役世代が減少し、GDP も低成長が続くなかで、患者・当事者、市民一人ひとりの保険料や税の負担能力が低下し、負担感が増す一方である。国民負担率（租税負担と社会保障負担の合計が国民所得に占める割合）は、1970 年度の 24.3%から 2024 年度には 45.8%へと上昇しており、特に社会保障負担率は同期間に 5.4%から 18.0%へと 3 倍以上に増加している（財務省「国民負担率の推移」）。このような厳しい財政環境において、保健医療システムの持続可能性を確保し、制度改革を進めるためには、患者・当事者、市民の意見や価値観を反映した議論と合意形成が不可欠である。

こうした背景を踏まえ、日本医療政策機構では、患者・当事者の視点を中心としたヒアリングを実施し、主に薬価政策の視点から我が国の医療システムの持続可能性とイノベーションの両立にむけた政策提言を取りまとめた。誰もが安心して安全な医療を受けられる環境が今後も維持されるよう、本提言が関係者の政策立案の参考となるとともに、この政策提言の作成・公表過程そのものが社会の合意形成の一助となることを期待したい。

## 論点 1：保健医療システム全体の効率化・適正化

### 提言 1：国全体の医療費の「見える化」を迅速かつ継続的に推進するべき

患者・当事者、市民一人ひとりが保健医療システムの全体像を把握できるよう、国全体の保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率の「見える化」を強化する必要がある。厚生労働省では、医療保険制度における財源等の仕組みを国民に広く理解してもらうことを目的として、令和 2 年度（2020 年度）から医療保険財源を中心にグラフ等を活用した資料「医療費の見える化」を作成・公表しており、毎年更新されている。また、経済・財政再生計画改革工程表においても、社会保障分野における「見える化」の推進が継続的に位置づけられてきた。しかし、公表されるデータには約 2-3 年のタイムラグが生じてしまう。

今後は可能な限り見える化の即時性を高め、国民がより迅速に最新の医療保険財政の状況を把握できる環境を整備すべきである。見える化の根拠となる情報の多くは既に迅速に公表されている。例えば、医療保険システム全体の財政バランスは「医療保険制度の財政構造表」（医療保険に関する基礎資料）として毎年 12 月頃に、医療費の概要や伸び率は「最近の医療費の動向—MEDIAS—」として翌年度に公表されている。また、診療報酬や薬価の改定頻度、薬価収載の機会が増加するなかで、保健医療システム全体の効率化・適正化を促すためにも、患者・当事者、市民のみならず政策立案者が最新情報をわかりやすい形で入手し、長期的かつ機動的に保健医療システムの持続可能性に関する議論に貢献できる環境を整備することは重要である。

なお、見える化の推進が直接的に医療費抑制につながるかどうかについては、今後の実証的な検証が必要である。見える化はあくまで国民の理解促進と議論の基盤整備を目的とするものであり、その効果については継続的なモニタリングが求められる。また、「見える化」の効果を高めるためには、単にデータを公表するだけでなく、国民が給付と負担の関係や全体像を的確に理解できるよう、情報の内容や提示方法を工夫し、それを精査することも必要である。

### 提言 2：個人の医療費や診療内容の「見える化」も一体的に促進するべき

国全体の保険給付率と患者負担率の全体像だけではなく、患者・当事者、市民が自らの保険料や医療費のバランスを正確に理解するためには、診療内容等の「見える化」にも一体的に取り組む必要がある。現行の請求制度の実態を明らかにすべきという指摘がある。現在、入院・外来を問わず、医療機関等で発行される領収書では医療費の総額（点数）と患者負担額（自己負担・窓口負担額）が把握できる。ただし、これは一回の受診当たりの金額に留まっているため、例えば同一機関の年間総額も表示する等を検討する必要がある。

また、2028 年度以降には医療機関等で明細書の発行が完全義務化される。明細書では、個別の医療行為や使用した薬剤、検査内容等の項目名等とその診療報酬上の点数が明記されるため、患者には自分がその日に受けた医療の内容と価格を即座に知ることが可能になり、情報公開の一環としても重要な基盤が整う。明細書の様式は厚生労働省の作成基準に基づいているが、診療報酬明細書（レセプト）が元になっていることから点数表記が一般的である。保健医療システムの持続可能性に資するという意味では、患者・当事者の実感に近い円（値段）表示を積極的に検討するほか、点数表記のままでも項目を単に点

数から点数／値段とする等の工夫の余地がある。ただし、円表示への移行に際しては、医療機関の事務負担増についても十分な配慮と支援策の検討が必要である。なお、マイナポータル等では個人の年間医療費の総額を確認できる仕組みが整備されつつあるが、その利用率は未だ低調である。利用が低調である背景には、医療費総額の提示だけでは、自らが受けている受益（給付）と保険料や税（負担）との関係が実感しにくいという課題がある可能性がある。給付と負担の関係を個々人に対してもより明確にかつ直感的に伝えるためには、個人が支払った保険料と実際に受けた給付を対比して提示する等、情報提供の在り方に工夫が求められる。

### 提言 3：保健医療システムの効率性・適正性に関する指標の統一を検討すべき

現行の保健医療システムの効率化・適正化に向けて「見える化」を進めた後には、その効率性や適切性を評価し、対応する必要がある。医療の効率化については、他国と比較し長い入院日数、重複受診、多剤服用（ポリファーマシー）、ウイルス性の風邪に対する抗菌薬の処方等の医療行為が問題視されてきた。昨今では、患者の健康アウトカムに寄与しないエビデンスの低い医療、いわゆる低価値医療あるいは無価値医療の同定に向けて、データを活用した研究分析が進んでいる。

この動き自体は歓迎すべきものである。しかし、例えば多剤服用の効率性や適切性には長年疑問が呈されているが、根本的な定義が定まっていないため、データの活用や分析がしづらい環境にある。具体的には、日本老年医学会のガイドラインでは、「高齢者に対する処方の実態から考えると、5-6 種類以上を多剤併用の目安と考えるのが妥当」であるが、健康保険法に基づくデータヘルス計画の策定・実施等に係る指針では「多剤投与率（6 剤・15 剤）」という共通評価指標を設定している。また、医療費適正化基本方針では、都道府県は「9 種類以上の投薬を受けている 65 歳以上の高齢者」についての効果額を算定することと記載されている。さらに、診療報酬では、いわゆる 7 剤ルールとして「1 回の処方で 7 種類以上の内服薬を投薬した場合」に処方料、処方箋料、薬剤料が 1 割低く算定される。さらに、医療保険（社会保険）の範囲外にはなるものの、医療扶助（生活保護）まで踏み込むと、多剤服用の指導対象者は「同一月内に 15 種類以上の医薬品の投与を受けている者」という通知がある。

もちろん、患者背景によって多剤服用の基準は異なり、一概に線引きはできない可能性もあるが、それでも計画・方針や財源の種別によって医学的に適切な処方量（処方数）が異なることに合理的な理由は認められないはずである。2023 年 1 月から電子処方箋の運用が開始され、臨床の医療従事者も政策の研究者も重複投薬や多剤服用を確認しやすい環境が整備されている。将来的には医療の適正化や効率化につなげるためにも、新たな情報基盤を活用しながら、省庁・部局・学会が協働して、医学的・社会的・倫理的な妥当性も含めた議論を進めながら、計画・方針や財源の種別に依らず定義の統一を図るべきである。なお、保健医療システム全体の効率性を高めるためには、臨床現場での診療内容の適正化に加え、受診行動や診療行動に影響を与える医療提供体制の在り方（かかりつけ医機能の強化、医療機関の機能分化・連携等）についても、継続的な検討が求められる。

## 論点 2：保険給付の歳出の適正化

### 提言 1：医薬品の保険収載の在り方について、継続的な検討を進めるべき

医療技術の進歩に伴い、新たな医薬品が次々と開発される一方で、既存の医薬品の中には臨床的な役割が変化しているものも存在する。医療技術では新規医療技術の保険収載を提案する際に、既存技術の削除や減点を検討する仕組みが導入されており、2年に1度の診療報酬改定時に数件から10数件の医療技術が削除される。診療報酬改定時には約1,000件の提案書が提出されるが、新たに保険収載される医療技術は年間約150-400件であり、全てが保険収載される訳ではない。医薬品についても同様の仕組みを検討する等、保険収載の在り方を継続的に検討していくことが重要である。

日本の保険医療システム下では、医薬品は薬事承認後、希望すれば原則的に60-90日以内にほぼ全ての医薬品が薬価収載され、年間約50-100件の新規医薬品が保険収載されている。2025年3月時点でその数は約17,500品目に達しており、医薬品の数は増加傾向が続いている。国際的にも医薬品の保険給付範囲の見直しについては議論が分かれている。各国の医療技術評価（HTA: Health Technology Assessment）制度の知見も参照しながら、医薬品へのアクセス確保と保険財政の持続可能性のバランスを踏まえつつ、保険収載の優先順位付けや、臨床的役割が変化した医薬品の給付範囲の見直し、また、それらの前提となる価値評価の在り方について、患者・医療者・保険者・製薬企業等の関係者を交えた検討の場を設け、具体的な議論を開始すべきである。実際に、英国の国立医療技術評価機構（NICE: National Institute for Health and Care Excellence）NICE や韓国の保健医療研究院（NECA: National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency）等では、HTAの協議過程に患者・当事者等が参加し、その経験や価値観を反映させながら、技術の有用性や費用対効果に関して検討が行われている。

こうした医薬品の保険収載の在り方の見直しは、財政の観点に加えて、「ドラッグ・ラグ」や「ドラッグ・ロス」の解消等を通じた、必要な医薬品へのアクセスの確保という観点からも検討されるべきである。日本でも年間50件程度の新規有効成分含有医薬品（NME: New Molecular Entity）が承認されている一方で、欧米で承認されながら国内では未承認の医薬品が存在する「ドラッグ・ラグ」や、そもそも国内での開発が行われない「ドラッグ・ロス」が問題視されている。特に、日本法人を持たない海外の新興バイオ医薬品企業（ベンチャー企業）が開発した医薬品や、希少疾病用医薬品、小児用医薬品の領域でこの傾向が顕著であり、さらなる改善が求められる。

なお、特に低価格で高い品質が担保されている基礎的な医薬品については、価格上の保証と安定供給の確保も不可欠である。

### 提言 2：医薬品が持つ多面的な価値を考慮しながら、特に革新的な医薬品に対して適正な価格を算定するべき

低分子医薬品からバイオ医薬品に研究開発の主軸が移り、今まで治療が困難であった疾患への革新的な医薬品が誕生している。これらの医薬品は患者の健康アウトカムに大きく寄与する一方で高額となる傾向がある。さらに、長期間にわたる服用が前提となる医薬品も多い。新薬の薬価算定においては、類似薬がある場合は類似薬効比較方式、類似薬がない場合は原価計算方式が適用されており、近年は前者が約7割、後者が約3割を占めている。2018年度の薬価制度改革以降、原価計算方式にも類似薬効比較方



式と同様の補正加算が導入され、加算係数の在り方については議論の余地があるものの、薬価の計算方式を問わず、新規性や迅速性等のイノベティブな点を評価する仕組みが充実してきている。また、厳格な管理のもとで実施される臨床試験で示された有効性や安全性、効能効果等といった従来の医学的・科学的な価値以外の視点も考慮される環境に変容してきている。

そのなかで、今後は患者報告アウトカム（PRO: Patient Reported Outcome）等の活用についても議論を深める必要がある。具体的には、痛みや痒み、腫れ等の身体的機能の制限に関する患者・当事者本人の実感や、生産性損失の解消、介護負担の軽減等の社会的な価値がある。また、感染症領域の場合は公衆衛生上の価値も重要である。なお、議論の際は、薬事承認上の有効性、薬価算定上の有用性加算（既存の類似薬と比較したときの医療上の有用性）と費用対効果評価（既存治療と比較した場合の費用と効果の増分にに基づく評価）の差異を理解し、それぞれの評価体系の目的と限界を踏まえた議論が求められる。

また、新薬の効能拡大が市場拡大再算定に直結する構造への対応も重要な課題である。現行の価格調整システムは革新的な医薬品が臨床現場で広く受容されて売り上げが増大すると、そのこと自体が価格の大幅引き下げにつながる設計となっており、イノベーションの持続可能性には負の影響をもたらす。特に希少疾患等の革新的な新薬が創出されづらい領域は新薬の創出だけではなく、効能拡大への期待も大きく、現行制度はこうした期待と必ずしも十分に整合性が取れているわけではない。なお、市場拡大再算定の特例（特例拡大再算定）については、皆保険制度の維持に資する対応であることを社会に明確に示す観点から、その名称の見直しまで踏み込んだ検討が進められている最中である。現時点では、当初案であった「国民負担軽減価格調整（仮称）」に代わり、「持続可能性価格調整（PASSS: Price Adjustment for Sustainable Health System and Sales Scale）（仮称）」といった名称案が提示されている。政府においても「医薬品産業ビジョン 2021」や創薬エコシステム強化策等を通じて革新的医薬品の適正な評価に向けた取組が進められており、こうした動向とも連携しながら精緻な議論を深めることが重要である。

### **提言 3：感染症対策に必要な医薬品の安定供給を確保するため、薬価制度上の特別な配慮を検討するべき**

感染症対策に必要な抗菌薬や抗ウイルス薬等については、平時の使用量が限定的であっても、パンデミックや耐性菌問題への対応として安定的な供給体制を維持することが医療安全保障上不可欠である。しかしながら、現行の薬価制度では、使用量に基づく市場実勢価格が薬価改定の基準となるため、流通慣行・商慣習の影響のみならず、平時の需要が限定的な感染症治療薬であればあるほど、制度が前提とする市場での取引実績と、実際に社会が求めている安全保障上の備えとの間にギャップが生じやすい構造にある。その結果として薬価が低下すると、製薬企業の採算性が悪化し、製造からの撤退や供給不安を招く要因となる。

実際に、抗菌薬の供給不足は既に顕在化しており、医療現場では代替薬の確保に苦慮する事態が生じている。また、新型コロナウイルス感染症流行時には、治療薬やワクチンの国内開発・供給体制の脆弱性が浮き彫りとなった。重点感染症リストの見直しや、感染症協議会等における感染症危機対応医薬品等（MCM：Medical Countermeasures）の利用可能性確保の議論等を通じて、主に開発・生産体制強化の視点から整理が進んでいるが、将来の新興・再興感染症への備えとしても、感染症領域の医薬品について

は、医療安全保障の観点から薬価制度や費用対効果評価の運用上等においても特別な配慮が必要である。具体的には、一定の薬価を保証する仕組みや、備蓄体制と連動した価格設定、あるいは公衆衛生上の価値を薬価算定に反映する仕組み等を検討すべきである。

さらに、感染症治療薬の安定供給を確保するためには、薬価制度や費用対効果上の対応に加え、原薬の調達先の多様化や国内製造拠点の確保といったサプライチェーン全体の強靱化も重要な課題である。安全保障の観点からもその重要性は増しており、関連施策を一体的かつ総合的に検討することが求められる。

#### **提言 4：医療機関等が革新的な医薬品を躊躇なく、無駄なく管理・提供できる環境を国や地域、医療機関等が一体となって整備すべき**

医療機関や薬局が高額な医薬品を必要な患者に対してためらうことなく提供できる環境を国や地域、医療機関等が一体となって整備する必要がある。例えば、高額医薬品の販売包装単位については、製剤数は薬価算定の複雑化にも影響しているため、国際社会の動向も考慮しながら、実態に合った製剤設計が求められる。また、高額な医薬品の増加に伴い、在庫負担や廃棄リスクの軽減を促す仕組みの必要性も増している。販売包装単位が複数人分で 1 つのセットとなっている医薬品も少なくないことから、全てが使用されない場合等は医療機関や薬局の大きな負担となっている。国だけではなく、地域や医療機関等でも工夫が求められる。

このような国や地域、医療機関等の独自の仕組みや工夫とあわせて、医薬品に関わる制度や基準について国際的な整合性を高めることも重要である。一例として、国際共同治験において日本独自の投与量設定が存在する場合、日本が国際的な臨床研究への参加が困難になる事例も報告されている。国際調和は日本の患者が最新の治療法にアクセスする機会を確保するためにも不可欠である。なお、国際共同治験への参加促進については、治験実施体制の整備、薬事規制の国際整合性、審査の迅速化等、より構造的な国内課題への対応も不可欠である。本提言は主に医薬品の管理・使用に関する運用面での改善を求めるものであるが、これらの構造的課題についても並行して検討が進められることが期待される。

### 論点 3：保険給付の歳入の最適化

#### 提言 1：社会保険料の増加や応能負担等の負担の在り方を優先的に検討しつつも、税負担の増加も正面から議論すべきである

保健医療システムの持続可能性を維持するためには、医療費削減の焦点が薬価の引き下げだけに偏らないよう留意すべきである。薬剤費が医療費全体に占める割合は約 22%に留まっており（中医協「薬剤費等の年次推移について」）、医療従事者の人件費や診療報酬の「本体部分」への議論が不可欠である。一方で、賃上げや働き方改革等に対応せざるを得ないなかで、本体部分・薬剤費の財源の種別を問わず、歳出の管理だけでは限界を迎えている。

日本の健康保険を含めた社会保障制度は、民間企業の長期雇用を前提とした被用者保険の仕組みに支えられてきた。地域を問わず比較的小さい負担で国民の安心を実現してきたが、現在の日本は「中福祉・低負担」の構造にあると指摘されている。高齢化がさらに進行する中で給付は増加する一方、支え手となる現役世代は減少している。この構造を維持するためには、負担の在り方を根本から見直す必要がある。

国民負担率は 1970 年度の 24.3%から 2024 年度には 45.8%へと上昇しており、特に社会保障負担率は 5.4%から 18.0%へと 3 倍以上に増加している（財務省「国民負担率の推移」）。高齢化の進展に伴い、今後も社会保障負担の増加圧力は続く見込まれる。保健医療システムを含む社会保障制度を持続可能なものとするためには、給付と負担の在り方について包括的な議論が必要である。ただし、消費税等の間接税には逆進性の問題があり、低所得者層への影響に十分配慮した制度設計や軽減措置の検討が不可欠である。同時に、消費税を含む税財源は、医療・介護・年金・子育て等の社会保障の重要な財源として位置づけられており、社会全体の所得再分配の仕組みの一部を構成していることにも留意する必要がある。負担増を議論する際には、世代別・所得階層別の分配影響についても丁寧な分析と説明が求められる。なお、負担の在り方を議論する際には、まず社会保険方式を基本とする現行制度における保険料負担の構造（労使負担割合を含む）について検討を深めることが重要である。公費の投入を議論する場合にも、その根拠と制度設計上の位置づけを明確にする必要がある。

#### 提言 2：保険の理念を踏まえつつ、自治体による医療費助成の在り方について議論を深めるべきである

公的医療保険は、個人で負担しきれない重大な疾病リスクへの財政的保護を目的としており、一定程度の自己負担金（免責）を前提とする保険の理念の上に成り立っている。一方で、乳幼児医療費無料化等の自治体独自の助成制度が、子育て支援策等として広く普及してきた現状がある。

健康保険を含む社会保障制度は、本来、所得水準（経済力）に応じて相応の負担を求める応能負担を基本的な原則としている。所得水準に関わらず、一律に自己負担を無料化する仕組みや現金給付は、応能負担の原則に照らし合わせるかぎりにおいて、高所得者層にも同様の恩恵が及ぶという点で整合性に課題がある。また、過度な無料化は、不要な医療需要を喚起する可能性も指摘されており、給付と負担が明確に連動していることは、制度の持続可能性の観点から重要である。

ただし、自治体による医療費助成の見直しについては、社会的受容性にも十分な配慮が必要である。医

療費助成等は住民サービスとして定着しており、急激な制度の変更は住民生活に大きな影響を及ぼすおそれがある。見直しを検討する場合には、段階的な移行措置や低所得者層への配慮、代替となる支援策の整備等、丁寧な議論と移行プロセスが求められる。さらに、診療報酬や薬価制度との整合性の観点からも、全国一律の価格とサービスが提供できることの意義について国民的な議論を深める必要がある。

自治体による医療費助成の在り方を検討するにあたっては、自治体が深く関わる国民健康保険の役割にも目を向ける必要がある。国民健康保険は都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村と共に運営しており、相互扶助の精神に基づく最低限の保障として、国民皆保険を支える大きな基盤の 1 つである。しかし、被保険者の高齢化や低所得者層の増加、被用者保険適用拡大に伴う構造変化等、財政上の構造的課題が指摘されている。これら課題を踏まえ、制度運営の工夫や支援の在り方について、引き続き検討を深めていくことが期待される。

### **結語：薬価制度の最適解と患者・当事者及び市民の合意形成**

本提言では、医療システムの持続可能性とイノベーションの両立に向けて、主に薬価制度改革の視点から 3 つの論点を提示した。第 1 に保健医療システム全体の効率化・適正化、第 2 に保険給付の歳出の適正化、第 3 に保険給付の歳入の最適化である。

現行制度の中で、予防の視点から保健医療システム効率化と適正化を図るうえでは、保険者の二大事業（保険給付・保健事業）が果たす役割も大きい。保険者は健診や健康づくりを通じて予防活動を支援しているが、さらなる強化が期待される。また、保険者は保険給付の一環で、傷病手当金も支給する。最大 1 年 6 か月受け取ることが可能であり、給与の約 6 割が保険者から支給される。なかでも、メンタルヘルスの不調を理由とした申請が増加傾向にあり、傷病手当金の支給金額は全国保険協会（協会けんぽ）だけでも 1 か月あたり 150 億円近くにのぼる場合もある。さらに令和 3 年度以降、女性の支給件数が男性を上回る傾向が続いている。保険料が本人と事業者との折半する仕組みを踏まえれば、事業者による積極的な関与も求められる。特にメンタルヘルスを含む予防的アプローチは、医療費削減や健康寿命の延伸に寄与するため、真剣に取り組むべき課題である。

こうした課題は、レセプトや各種統計等のデータを継続的に分析することで初めて可視化されるものであり、エビデンスに基づいた政策議論の一層の強化が不可欠である。科学的な根拠とデータ分析に裏打ちされた議論を通じて、患者・当事者及び市民を含む多様なステークホルダーが、薬価制度の在り方も含めた保健医療システムの将来像について合意形成を目指すことが期待される。



## 本提言の限界と今後の課題

本提言は、保健医療システムの持続可能性とイノベーションの両立という観点から、主要な論点を整理し、政策議論の方向性を示すことを目的としている。本提言の方向性は国際的な政策潮流や財政的な観点とも整合的であると考えるが、具体的な政策として実装するためには、いくつかの課題が残されていることを認識している。

第 1 に、本提言では各施策の定量的な効果試算を提示していない。医療費の削減効果や税収増の見込み、あるいは各施策に伴うコストについて、今後より精緻な分析が求められる。第 2 に、負担増に関わる施策については、世代別・所得階層別の分配影響分析が不足している。特に逆進性の問題や低所得者層への影響については、慎重な追加分析が必要である。第 3 に、医薬品の保険収載の在り方や安定供給に関する論点については、国際的にも議論が分かれる領域であり、医療資源の適切かつ効率的な活用の仕組みや工夫について各国との比較検討を含め、さらなる知見の蓄積が求められる。第 4 に、政治的・制度的な実現可能性及び社会の納得感や合意形成についても、より具体的な検証が必要である。

これらの限界を踏まえ、本提言はあくまで政策議論の出発点として位置づけられるものであり、今後、関係者との対話や追加的な分析を通じて、より実効性のある政策提案へと発展させていくことが期待される。

保健医療システムの持続可能性という課題は、特定のステークホルダーだけの問題ではなく、全ての国民に関わる問題である。現在の給付水準を維持しながら、革新的な医薬品や医療技術へのアクセスを確保するためには、負担の在り方を含めた正面からの議論が不可欠である。本提言が、産官学民の幅広いステークホルダーによる建設的な対話の契機となり、誰もが安心して適切な医療を受けられる社会の実現に貢献することを期待する。

## 寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

### 1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

### 2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

### 3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがあります。それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

### 4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

### 5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

### 6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

## 協賛企業（五十音順）

アムジェン株式会社

塩野義製薬株式会社

サノフィ株式会社

## 提言の独立性について

ヒアリングにご協力いただきました全ての皆様に深く御礼申し上げます。本提言書は、ヒアリングや各会合での議論をもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

## ご協力いただいた皆様（五十音順、敬称略）

- 天野 慎介** （一般社団法人 全国がん患者団体連合会 理事長／  
一般社団法人 グループ・ネクサス・ジャパン 理事長）
- 安藤 伸樹** （前 全国健康保険協会 理事長／東和薬品株式会社 社外取締役・監査等委員）
- 香取 照幸** （兵庫県立大学大学院 社会科学研究科 経営専門職専攻 特任教授／  
一般社団法人 未来研究所 臥龍 代表理事）
- 門永 登志栄** （公益社団法人 日本リウマチ友の会 会長）
- 桜井 なおみ** （キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長）
- 武川 篤之** （認定 NPO 法人 日本アレルギー友の会 理事長／  
一般社団法人 アレルギー及び呼吸器疾患患者の声を届ける会 代表理事）
- 山家 京子** （NPO 法人 つばめの会 代表）
- 吉井 弘和** （慶應義塾大学 総合政策学部 准教授／  
元 社会保険診療報酬支払基金 理事長特任補佐）

その他、匿名でのご協力を含め、多くの皆様から貴重なご意見をいただきました。

## 日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点（最新データ））。

## 著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示－非営利－継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。



- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示－非営利－継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

**特定非営利活動法人 日本医療政策機構**

〒100-0004

東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティグランキューブ 3 階

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

E-mail: [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)

Website: <https://www.hgpi.org/>