医療経済研究機構レター
Monthly IHEP
Institute for Health Economics and Policy
5
2023.May
No.329

Contents

特別寄稿
かかりつけ医制度の行く末(2)
医療経済研究機構副所長
印南 一路

医療機関・施設インタビュー
難病の克服を目指した取り組み
大阪大学大学院医学系研究科　中性脂肪学共同研究講座　特任教授
平野 賢一 氏

研究部・政策推進部レポート
アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
医療経済研究機構政策推進部副部長（企画推進担当）　兼　研究部主席研究員
服部 真治
豊明市市民生活部共生社会課長　兼　医療経済研究機構客員研究員
松本 小牧

IHEPレポート
令和4年度薬剤使用状況調査の概要
～アメリカ・イギリスからの報告～

Monthly IHEP 2023 年 5 月号 No.329

CONTENTS

特別寄稿 …… 1
かかりつけ医制度の行く末（2）
医療経済研究機構副所長　印南　一路

医療機関・施設インタビュー …… 6
難病の克服を目指した取り組み
大阪大学大学院医学系研究科　中性脂肪学共同研究講座　特任教授
平野　賢一 氏

研究部・政策推進部レポート …… 10
アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
医療経済研究機構政策推進部副部長（企画推進担当）　兼　研究部主席研究員
服部　真治
豊明市市民生活部共生社会課長　兼　医療経済研究機構客員研究員
松本　小牧

IHEP レポート…… 18
令和 4 年度薬剤使用状況調査の概要～アメリカ・イギリスからの報告～

お知らせ …… 28

特別寄稿

かかりつけ医制度の行く末（2）

医療経済研究機構副所長
印南　一路

前回は、かかりつけ医に関する議論の経緯、英国の家庭医制度、日本の「かかりつけ医」の概念、本年3月における法改正の結論（いわゆる骨太方針における「制度・整備」）について述べた。今回は、日本の医療提供体制の現状と、それを踏まえた上で、かかりつけ医機能に対してどのような期待ができるかを考えてみよう。それは、かかりつけ医が単に新型コロナ禍に対する対策としてクローズアップされたのではなく、平時の医療保障制度の欠点を補う制度改革として期待され議論されたことと関連する。そして、このことが結果的に、今回の法改正の結論に対する評価軸になる。

日本の医療保障体制の特徴

日本の医療を保障する体制の特徴がどのようなものかについては、古くから多くの論者が論じているので、データ等は全て省略し要点のみを記述する。医療保障体制は、マンパワーや施設などの医療提供体制と、医療費をどう賄うかという医療費の保障体制に二分できる。後者（診療報酬支払制度喪服）については、今回は述べない。国民皆保険体制のおかげで、医療への財政的なアクセスはかなりよく、出来高払いを原則とする診療報酬のおかげで、過少医療の問題は少ないとだけ述べておこう[1]。

病院・診療所等の医療施設や医師・看護師などの人材の育成が足りていなければ、医療への物理的アクセスが阻害される。OECD諸国の人口当たりの医師数でみれば、そん色があるわけではない。医師不足問題が長く叫ばれているが、本質は地域偏在、診療科偏在であり、そして地方病院における医師確保の困難性、病院勤務医の過酷な労働状態であろう。これらを一緒くたに医師不足問題と呼んでいるだけである。偏在している限り、いくら医学部定員を増やし有資格者数を増やしたところで、問題は解決しない。かかりつけ医の議論との関係では、診療科偏在が重要である。総合診療医やプライマリケア医の不足が顕著であるからである。

看護師については、有資格者数ではやはりそん色はない。病院の地域偏在に沿った偏在や診療科ごとの偏在は存在する。かかりつけ医の機能では、チーム医療、さらに地域包括ケアの担い手として特に訪問看護ステーションの訪問看護師は重要であるが、不足状態と言ってよいだろう。薬剤師・薬局については過剰状態であるが、同様に地域偏在が著しい。訪問薬剤師は、これだけの薬剤師過剰状態の中でも人手不足である。他の医療スタッフについては、全般的に不足状態と言ってよい（医療DXの遅れと相まって、医師の負担を重くしている）。

医療施設の代表である病院については、病院数、病床数とも極めて多く、過剰状態であり、地域偏在が存在する。民間主体で、しかも中小病院が多い。1970年代のいわゆる老人病院・病床の急増を反映し、急性期、回復期、療養期の機能分化が遅れている。病床数は、1991年をピークに漸減している。機能分化の遅れと過剰病床への対応として、地域医療計画が立てられ、地域医療構想が実施されているが、効果は乏しい。公立病院主体の欧州では、強制力を用いた病床削減等を行いやすいが、民間主体となると、この点は難しい。加えて、日本では公立・公的

1　病床数や医師数、医療の提供量などについて、「過少」や「過剰」の表現を用いるが、その場合には一般的に比較対象として使う先進諸国（OECD加盟諸国やもっと限定した先進國首脳会議の参加国G7）と比べて断じているだけである。「過少」や「過剰」というと、では「適正」な量が存在するのか、あるいは経済学でいうような「最適」な量が点で存在するかどうか等については、ここでは問題にしない。

病院と民間病院、民間病院間、民間病院と診療所間の競争が激しい。

病床が過剰で中小病院に分散しているため、地域住民から見た医療へのアクセスは比較的高い。しかし、マンパワーの問題と合わせると、病床当たりマンパワー（医療従事者数）は先進諸国の中で極端に低く、医療密度が低い。ある意味では、米国との対極にある。この低密度医療体制が日本の病院医療の最大の特徴である。新型コロナ禍では、病床が過剰にあるはずなのに、病床がひっ迫し、新型コロナ重症患者への対応が遅れた根本原因である。また、一般的に平均在院日数が長くなる一因ともなっている。

諸外国との比較で、日本の病院医療の顕著な特徴は、かなりの外来患者を診ていることである。外来は診療所等の小規模施設で対応し、専門医療に特化した病院は入院治療を中心に行うのが一般であるが、日本の病院の場合、医師は少なくとも午前中に多数の外来患者を診ることになっている。これが医師の過重負担の一因であるが、さらにこれは外来偏重の診療報酬体系に原因がある。病床数が多いので、入院基本料の引き上げは財政的に容易ではない。入院基本料が低ければ、在院日数は短くなりにくい。この悪循環に陥っているとみることもできる。かかりつけ医によるゲートキーピング機能が発揮されれば、病院は入院施設に特化することができ、これがまさに機能分化の基礎なのであるが現状は程遠い。逆に言うと、かかりつけ医の議論は、この部分に対する期待もある。

医学教育に目を転ずれば、日本の医学教育は臓器別に極めて専門特化していると言ってよいであろう。卒後臨床研修制度が改善され、総合診療医も専門医の一つして認定されるようになった。しかし、患者を総合的に診る総合診療医やいわゆるプライマリケア医は日本では圧倒的に不足している。英国では、新たに卒業する医師の約半数がプライマリケア医だとされるのと対照的である。高齢者は複数の疾患を持つのが普通であり、世界で最も高齢化が進んでいる日本で、プライマリケア医が求められるにも関わらず不足している事態が、かかりつけ医の議論の根幹にある。

なお、良し悪しの判断は分かれるが、日本には高度医療機器に関する規制がほとんどないために、諸外国と比べ、中小病院もかなり重装備である。MRIやCT等へのアクセスは極めてよい。診療所も同様に重装備である。診療所については、地域医療計画、地域医療構想、都市計画法に至るまで開業場所に関する規制はない。したがって、地域偏在が一層著しい。しかも、自由に診療科を標榜できる。また、ソロ・プラクティスが基本である。ある意味徹底したプロフェッショナル・フリーダムが確保されている。この点は、かかりつけ医の問題を考えるには極めて重要である。

アクセスの視点から

医療提供体制は、国民から見れば、医療への物理的アクセスの問題である。日本の医療保障制度の一つの特徴としてフリーアクセスがあげられる。よく用いられる表現は「保険証さえあれば、全国どこの医療機関でも医療を受けられる」というものである。もう少し考えれば、アクセスは水平的アクセスと垂直的アクセス（タイミングの問題）の二種類があることがわかる。

水平的アクセスとは、同一の医療機能を持った医療機関間の選択の自由度をさす。日本では、この水平的フリーアクセスは完全に近い。診療所は自宅近くのどの診療所にかかってもよく、勤務地の近くの診療所にかかっても良い。診療所も総合的な診療所は少なく、内科、整形外科、耳鼻咽喉科など分立しているので、複数の診療所に自由にかかることになり、さらに同一の診療科の診療所であっても、いくつかかかっても良い。このような自由な制度の利点は、診療についての判断について、複数の医師から容易に意見をもらえることである。日本では、セカンド・オピニオンやサード・オピニオン制度があまり議論にならないのは、既にこれらを得る自由が存在するからである。一般に診療判断は難しい。誤診率は、予想外に高い。複数の医師から遠慮なく判断を聞けるのは、患者からみて大きなメリットである。

一方で、デメリットも多い。一つは、無駄な受診、重複受診、過剰受診である。医療DXが一般診療所まで普及し、カルテや受診歴が複数の医療機関で共有されれば

話は別であるが、現状では同一診療科に同一疾病（の疑い）で受診しても、医療機関側では分からない。その結果、ポリファーマシー（多剤処方・不適切処方）が深刻な問題になる。複数の医療機関で受診し、同一のあるいは類似の処方を受け、薬局でのチェックが効かなければ（調剤薬局そのものも複数のものに自由にかかれ、処方情報も同一チェーン薬局内ですら全く共有されていない）、過剰な服薬によって健康を阻害する可能性が大である。水平的なフリーアクセスは、医療の質の面から問題であるだけでなく、医療費適正化の観点からも重要な論点である。

もう一つのデメリットは、医療機関の受診そのものが増え、待ち時間が増加することである。時間コストの低い高齢患者が診療所に多く訪れれば、診療所は混み合い当然待ち時間は長くなる。受診そのものが半日がかりになれば、忙しい現役世代にとってはアクセスが阻害されることになる。オンライン診療が自由化されれば、この問題は解決するが、現状そのようにはなっていない。

しかし、これまで指摘されてこなかったと思われることであるが、水平的なフリーアクセスの最大の欠点は、責任が不明確になることであろう。医師から見れば、明らかである。今日は自分のところに来ても、明日は別の診療所に行き、自分が関知しない診療を受けるかもしれない患者に対して、自分が行った個別の医療行為以上の責任を持てるはずがない。つまり、水平的なフリーアクセスはリスクと責任は最終的には患者側にあることを意味する。

もう一つの垂直的なフリーアクセスの問題は、診療所、中小病院、大病院の間のアクセスをさす。診療所にかからずに、いきなり大病院を受診する自由が垂直的なアクセスの保障になり、これも日本では原則保障されている。複数の診療科を抱える医療機関であれば、単科の診療所の場合と異なり、1回の受診で複数科を回ることにより、病院への訪問回数で見れば、受診回数は減る。一方で、体の不調を自覚した患者が、いきなり細かく専門分化した大学病院等の外来にかかれば、病名を特定するだけで診療科の間を転々とする可能性がある。英国の家庭医制度の下では、プライマリケア⇒専門治療という流れがしっかり決まるので、医療機関（病院・診療所）の間の機能分化が進み、大病院への無駄な受診・診療がなくなる。患者の時間コストも軽減する。このような垂直的アクセスの制限には異論がない。日本でも2016年度からは紹介状なしの大病院への外来初診・再診の場合には、追加的な定額負担を国民に求め、順次その対象医療機関を拡大し、負担金額を増加させてきている。かかりつけ医制度がゲートキーパー機能を持てば、一層この垂直的アクセスの制限が進むことになる。この意味で、かかりつけ医の議論を行う論者も多い。

かかりつけ医に期待される機能

政策の形成過程論から見みると、かかりつけ医に関する議論が進んだのは、新型コロナ禍でのワクチン接種の拒否、重症患者の在宅放置が起きた等の一部診療所の機能不全に対する批判を政治的モーメンタムとして利用し、社会問題として課題設定に成功したからである。しかし、新型コロナのような新興感染症に対する制度的対応として、かかりつけ医をみる論者は少ない。新興感染症に対する対応は、保健所および感染症病床を持つ公立病院を中心に考えるべきものである。現在のソロ・プラクティス中心の開業医に感染症対策を担わせるには、これまで感染症対策の中心が医療機関ではなく保健所だった歴史を見れば無理がある。むしろ、日本の平時の医療提供体制の問題点に対する対策として、かかりつけ医を論じるべきであろう。このような意味で、かかりつけ医に期待される機能は何かを考えたい。

（1）プライマリケアの提供

まずは、初期的な診断と治療であるプライマリケアの提供である。これは臓器別の専門医療に対する総合的診療というアンチテーゼでもある。特に高齢者は生活習慣病を中心に複数疾患を抱えるので、身体全体を継続的に診る必要がある。さらに、初期的な診断を真摯に行おうとすれば、患者の生活環境を含め全人的に把握する必要がある。ということは、訪問診療は当然機能の一部になるはずである。オンライン診療の導入には医療現場での抵抗があったが、コロナ下でオンライン診療を始めた医

師の多くは、普段患者の口から聞いていた家庭生活環境が患者の背景として目で見ることができることの利点を感じたはずである。実際に、患者の生活の場を訪問すれば、全人的な医療は一層行いやすくなる。総合的診療は、訪問診療、オンライン診療と親和性が高い。

もう一つ派生的に出てくるのは、24時間365日体制であろう。そうでなければ、継続的な医療は提供できないからである。実際プライマリケアを提供するのは、その専門性から見ても、24時間365日体制の構築の困難さからみても、一人の医師では難しい。診療所で診療しながら、訪問診療やオンライン診療を随時行うのも困難であろう。そもそも日本の医師は、プライマリケア教育を受けていないし、総合診療医の数も極めて少ない。複数の医師で補いながらかかりつけ医機能を果たすというのが現実的であろう。プライマリケアの育成が進んでいる英国でも、現在の家庭医は基本的にグループ・プラクティスである。ソロ・プラクティス中心の日本の診療所の医師に、英国型の家庭医を期待するのは無理がある。したがって、日本では一部の医師を除いて、かかりつけ医の基本的な担い手は、グループ診療の医師達（その代表者）ということになる。

関連する論点は、中小病院の医師にもかかりつけ医を認めるかどうかである。中小病院には複数の診療科があるから、一種のグループ・プラクティスとみることもでき、複数の医師で24時間365日体制をとることも可能である。訪問診療の医師をかかえ、訪問看護ステーションを併設し、訪問看護師と連携することもしやすい。一方で、人頭払いのような診療報酬を考えると、多くの問題が生じる。これは次回述べよう。

（2）専門医の紹介

かかりつけ医はあくまで初期的な診断治療を行うので、より専門的な診断治療が必要と判断される場合には、速やかに専門医を紹介する必要がある。この議論は、実は垂直的アクセスが非常に限られている英国型の医療保障制度を前提にしているように思われる。つまり、英国ではもともと国民は大病院にはアクセスできないので、プライマリケア医を通じて、専門医にアクセスする機能を担う（ゲートオープナー）という話である。

日本では地域偏在の問題はあるものの、診療所、病院ともかなりの数が存在し、そもそも専門医療へのアクセスが限られているわけではない。垂直的なフリーアクセスがかなりの程度認められるので、専門医の紹介と言っても、これまで以上に積極的に紹介すべきと言っているのではなく、逆に、大病院へいきなりアクセスすることを防止する意味合いの方が大きい。つまり、ゲートキーパーとしての意義であろうか。既に述べたように、紹介状なしの大病へのアクセスには現在経済的な誘導が行われていることを考えあわせるべきであろう。　この他、予防医療の推進、地域包括ケアの担い手としての役割が考えられる（図１参照）。これらについても次回に回したい。

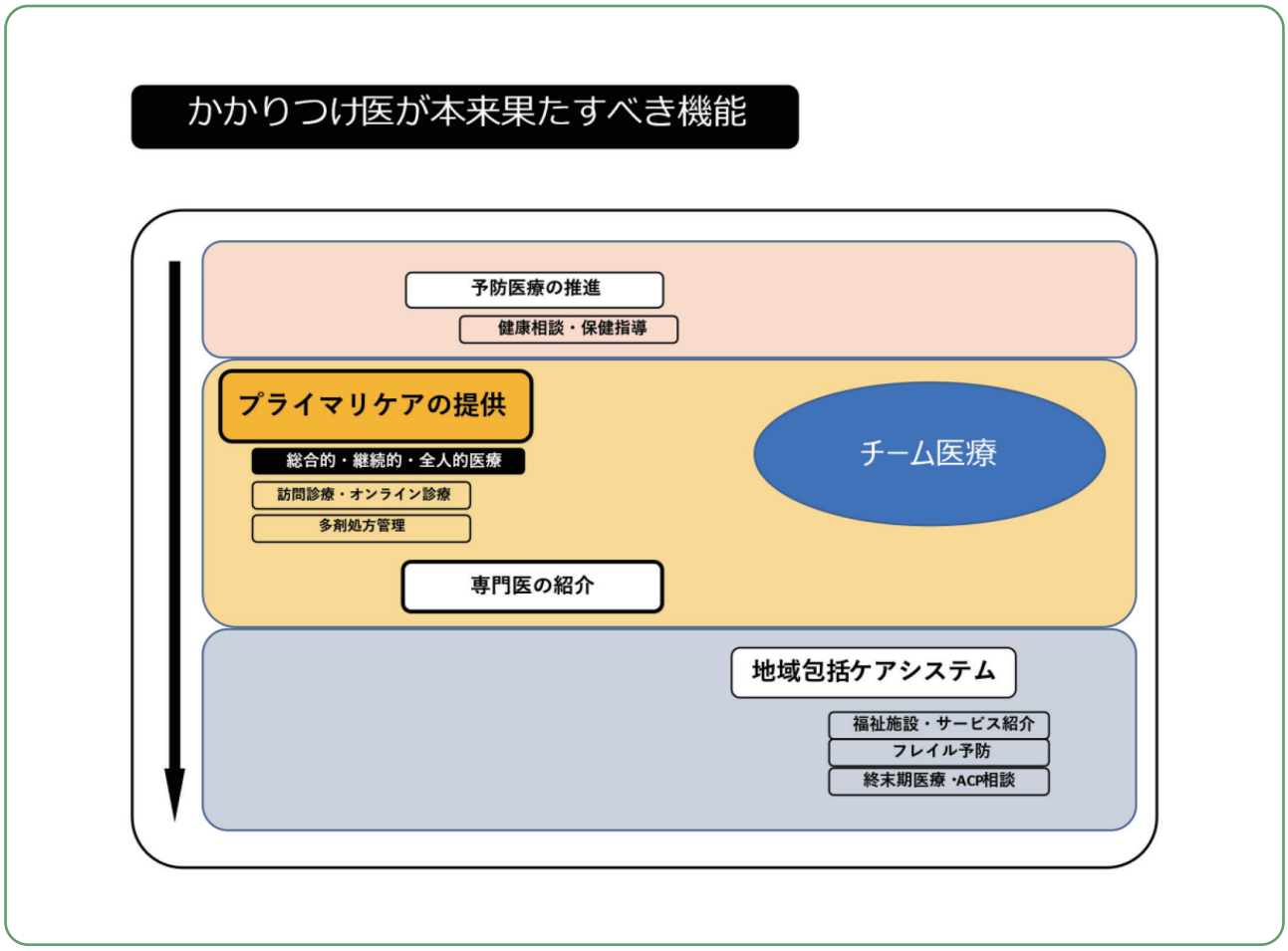
登録制について

以上を踏まえて、制度化の要である登録制について考えたい。患者サイドと医療機関サイドの問題がある。

まずは、患者からみた登録制であるが、国民一人ひとりを、あるいは家族単位で、一人のかかりつけ医あるいは一つの診療所（医師グループ）に登録するという案は支持されないであろう。現在の日本人は、フリーアクセスの下で長らく暮らしており、かかりつけ医制度の導入によって、今後自由に医療機関にかかれなくなるという案は受け入れ難く非現実的である。フリーアクセスは、最終的なリスクを患者が負うことになると述べたが、このフリーアクセスを放棄しない限り、医師に最後まで責任を求めるのは無理である。住所を基礎に、地域の一人の医師をかかりつけ医として割り当てられるのは、著者自身もお断りである。日本医師会に気兼ねして明確に言う論者は少ないが、もともと開業医に対する信頼が高いわけではない。したがって、国民から見れば任意制にならざるを得ない。

医療機関、特に診療所から見た場合にはどうであろうか。これも一定数の地域住民を割り当てられても困るというのが実感であろう。医師と患者の間は信頼関係の存在が前提としてあるべきで、一方的に割り当てることにはなじまないであろう。しかも、診療所の地域偏在は著

図1



しい。そのような中で公平に患者を割り当てるのは不可能に近い。

このようにしてみると、患者から診ても診療所から見ても、任意の手上げ方式にならざるを得ない。フリーアクセスとプロフェッショナル・フリーダムの下では、登録制は困難である。

医療機関・施設インタビュー

難病の克服を目指した取り組み

難病法（難病の患者に対する医療等に関する法律）では、難病を「発病の機構が明らかでなく、治療方法が確立していない、希少な疾病であって、長期の療養を必要とする疾病」と定義し、幅広い疾病を対象として調査研究・患者支援等を推進している。難病の一つである、中性脂肪蓄積心筋血管症（TGCV）の克服を目指した取り組みについて、本疾患の第一人者である、大阪大学大学院医学系研究科中性脂肪学共同研究講座　特任教授　平野　賢一氏に、これまでの取組みと今後の展望についてお話を伺った。

大阪大学大学院医学系研究科　中性脂肪学共同研究講座　特任教授　平野　賢一　氏

―中性脂肪蓄積心筋血管症（Triglyceride deposit cardiomyovasculopathy, TGCV）との出会い

中性脂肪蓄積心筋血管症（Triglyceride deposit cardiomyovasculopathy, TGCV）は、2008年に我が国の心臓移植待機症例から見出された新規疾患概念である。2009年から厚生労働省難治性疾患克服研究事業として研究が進められてきた。心筋細胞、血管平滑筋細胞、内皮細胞等に中性脂肪（TG）が蓄積し、心不全、心筋症、不整脈、冠動脈疾患などを呈する。罹患臓器・細胞の主たるエネルギー源である長鎖脂肪酸（Long chain fatty acids, LCFA）の細胞内代謝異常の結果、蓄積するTGによる脂肪毒性（Lipotoxicity）とLCFAが供給されないためのエネルギー不全（Energy failure）を生じると考えられている。TGが異所的に細胞内に蓄積することが特徴で、血清TG値や体格指数（Body mass index）などは、診断的価値がない。2022年12月までの累積診断数は、640例である。内、11例では細胞内TG分解の必須酵素である、adipose triglyceride lipase（ATGL）をコードするPNPLA2遺伝子のホモ型変異が報告されている。残りの629例では遺伝的原因は明らかでない。前者を原発性TGCV、後者を特発

性TGCVと分類している。原発性TGCV、特発性TGCVいずれにおいても発症の機構、病態進展機構は未解明である（図1）。5年生存率は71.8%であり、循環器指定難病の一つである拡張型心筋症の予後とほぼ同程度である。

本疾患との出会いは、大阪大学医学部附属病院循環器病棟　病棟医長として従事していた2006年12月にさかのぼる。当時、心臓移植を希望している患者に対してドナーの数が非常に少なく、心臓移植を受けるまでの待機期間は3年を超えていた。体外循環装置をつける患者さんもいたが、現在と比べると外出制限が多く、非常にQOLが悪かった。拡張型心筋症様の心不全を呈した患者さんで、埋め込み型除細動器の適応となった症例において、埋め込みの際に同意取得後得られた皮膚線維芽細胞を培養した所、著明なTGの蓄積が観察された。それをきっかけに、研究活動を始めたところ、同様な病態を呈する別の患者さんが心臓移植適応になり、その患者さんの心臓の病理標本を検討したところ、この症例でもTGが蓄積している状態が認められ、さらにTGCVに関する知見が深められた。これらから研究を進め、得られた培養皮膚線維芽細胞を色々な化合物と反応させた中で、カプリン酸を添加した細胞にて顕著な細胞内TGの減少を認めたため、治療法開発のきっかけを得ることができた。

TGCVの知見をさらに深めるために全国の病理医と連携を取り、各病院・研究期間で保存されているホルマリン固定心臓標本を検討した所、一定数のTGCVを疑う心臓が見出された。その結果より、TGCVを呈する重症心臓病患者が一定数存在する可能性が示唆され、患者数は全国で4～5万人程度と推定された。

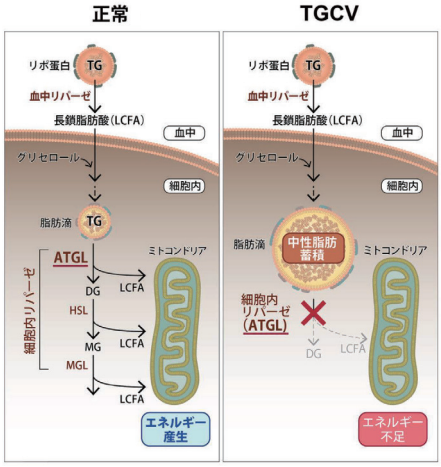
カプリン酸は中鎖脂肪酸の一つであり、自然界に存在し、母乳にも含まれる栄養成分である。我々はTGCVに対するカプリン酸のトリグリセリド体であるトリカプリン（tricaprin/trisdecanoin）を用いてその影響を評価する研究に着手した。AMEDにより研究支援を受け、第Ⅰ相試験、第Ⅰ/Ⅱa相試験、第Ⅱa相試験を順調に終えることができたが、AMEDの研究費支援が終了し、研究継続が困難となる、いわゆる医薬品開発の「死の谷」に遭遇した。

図1

中性脂肪蓄積心筋血管症（Triglyceride deposit cardiomyovasculopathy, TGCV）

中性脂肪蓄積心筋血管症
(Triglyceride deposit cardiomyovasculopathy, TGCV)

1. 2008年、わが国の重症心不全症例から見いだされた希少難病。(Hirano K, et al. N Engl J Med. 2008)
2. 細胞内のTG分解障害によりTGが蓄積する。
3. 細胞内のTG蓄積量と血漿TG値は、必ずしも相関しない。BMIや体重とも関連がない。
4. 患者は、コレステロール低下療法や冠動脈カテーテルインターベンション等、既存の治療法に抵抗性を示す。
5. 累積診断数（2022年12月全国67施設で診断）640例、内93例は既に死亡。原発性（ATGL遺伝子ホモ接合体）=11例。特発性=629例。
6. 平均診断年齢 64才、5年生存率 71.8%



（厚生労働省　難治性疾患政策研究事業　TGCV研究班）

―栩野(とちの)財団の支援

現在、栩野財団は、大阪大学の栩野義博先生の篤志の元、中性脂肪に関する基礎および臨床研究プロジェクトや患者団体を支援し、それらの研究や要望に基づいた関連製品の開発を推進している。栩野財団の設立に、実は本研究は深い関わりがある。

当時、AMEDの研究費が絶たれ、途方に暮れている中、長年、動物実験でご指導頂いていた栩野先生から「自分の資産を平野先生が見つけた病気の患者さんのために使って欲しい」とお申し出を頂いた。ただ、寄付を受けるだけでは申し訳ないという気持ちがあり、栩野先生の意志やお名前を残したいとの思いから、2017年に栩野財団を設立した。この財団は現在、大阪大学と共同研究契約を結び、TGCVの研究を継続するに至っている。

―TGCV患者会との関わり

TGCV患者会は2013年に設立され、患者さんとそのご家族、およびTGCV患者会の主旨にご賛同いただける個人のボランティアで構成されている。本会では、会員同士の交流や情報交換、会報発行等、様々な啓発活動を通して、患者とそのご家族のサポート活動を行っている。TGCVの患者とその家族はまだ社会一般に知られていない希少難病との闘い、症状の増悪、高額な医療費負担への不安が大きく、とても困っているという思いで活動しており、社会や医療から孤立しないようこの難病と闘っていくためにも、患者会では国の指定難病化実現に向けて声をあげている。現在、指定難病化に向けた署名活動に力を入れており、11,793筆の署名が全国から集まっている(2023年3月15日現在)。2023年1月18日に「TGCVの指定難病化を求める陳情」について、厚生労働副大臣に面会し、直接、陳情書提出するなど、積極的に活動している。

―指定難病への道のり

2014年5月23日に持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律として「難病の患者に対する医療等に関する法律」(難病法)が成立し、2015年1月1日に施行された。現在本研究は、TGCVの指定難病の認定取得を目指している。指定難病については、指定難病検討委員会において、「発病の機構が明らかでない」、「治療方法が確立していない」、「長期の療養を必要とする」、「患者数が人口の0.1%程度に達しない」、「客観的な診断基準等が確立している」の5要件を満たしているか検討がなされるが、TGCVは指定難病の各要件は満たされているため、指定難病の認定を得られると信じている。

指定難病の認定を受けることで、医療費助成を受けることにつながるだけでなく、難病の認知度が高まり、医師による早期診断に繋がることが期待でき、我々は早期の指定難病の認定、医薬品の早期承認を強く望んでいる。

―トリカプリンの治療開発から感じる日本の課題

トリカプリンは前述したように母乳にも含まれる安全性の高い栄養成分であるが、我が国の法規制や患者の治療へのアクセスのために医薬品としての開発が必要となった。現在の法規制では、食品と医薬品の中間に位置づけられる米国でのmedical foodのようなカテゴリーが存在しておらず、食品か医薬品の二択となっている。その結果、新薬としての開発を余儀なくされ研究開発のため膨大な時間、労力、コストが必要となった。研究開始が2006年12月であるにも関わらず、未だに治験実施中というのは生命予後に直結する難病TGCV患者さんへの対応としては大きな問題があると考える。もしトリカプリンを医薬品と食品の中間的カテゴリーとして位置づけできればより早く患者の手元に届けることができたのではと考えられる。この点を勘案した政策、規制、行政改革を求めたいと考えている。

―読者へのメッセージ

TGCVは、我が国の青年～壮年層における重症心不全、突然死の原因として重要であるだけでなく、狭心症発作や息切れなど心不全症状からQOLが大きく損なわれる疾患である。TGCVは希少難病の一つであり、患者の多くは、

図2
希少難病の問題点

希少難病 Rare Disease の問題点

- 25%　診断遅延（診断まで5-30年）
- 40%　別診断
- 16%　必要のない手術
- 33%　適切な治療を受けられない。
- 10%　心身症として治療を受けた。
- 25%　診断を受けるために別の地域へ
- 2%　診断治療を受けるために海外に行った。
- 患者数が少ないため臨床試験の立案が困難
- たとえ治療法ができても薬価が高くなる。

(Lancet 2008など)

他の希少難病と同様、未診断・別診断・診断遅延で苦しんでいる（図2）。実際、TGCV患者会の調査によると症状出現から診断まで平均10年が必要となっている。診断基準を広く啓発し診療体制を構築することでTGCV患者を診断・早期治療することが可能になる。

現在、前述の如くAMED事業として医師主導で展開し先駆け審査制度指定・希少疾病用医薬品指定を受けたTGCV治療薬CNT-01（tricaprin/trisdecanoin）は国内製薬企業が幸い開発を承継し数年以内の薬事承認を目指し検証的治験が実施されている。TGCV患者は臓器移植・人工透析など高額な治療を受けている。本症の早期診断・治療アルゴリズムの確立は超高齢化を迎えて爆発的に増加している医療費の効率の良い利用効果が見込まれ、マクロな視点でも医療経済的にも貢献できると信じている。

今後、公益財団法人　難病医学研究財団 国際シンポジウム開催事業に採択された「中性脂肪と希少難病 ―多様性の理解と孤立解消のために―」を2023年10月21日～22日に京都でハイブリッド開催（https://tgrare.org）、一般社団法人　中性脂肪学会（https://tgbm.org/）第6回学術集会を2023年7月1日にオンライン開催し、本取り組みを紹介することで、指定難病化を目指したいと考えている。

（インタビュー　2023年4月5日：川野真秀、宮澤洋嗣）

研究部・政策推進部レポート

アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム

医療経済研究機構政策推進部副部長（企画推進担当）　兼　研究部主席研究員　服部　真治
豊明市市民生活部共生社会課長　兼　医療経済研究機構客員研究員　松本　小牧

1. はじめに

地域包括ケアシステム構築の目途である2025年まで残り３年を切るところとなった。

介護保険制度においてはこの間、在宅医療介護連携推進事業や介護予防・日常生活支援総合事業など、市町村を中心として地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいくための各種事業が整備されてきた。しかし市町村の実態を見れば、それらの事業を地域課題の解決のために使いこなせず、中には、次から次へと整備される事業の実施自体が負担になっている市町村も見受けられる。

それらの状況を受けて平成29年の介護保険法改正では、全市町村が保険者機能を発揮して自立支援・重度化防止に取り組むよう、立案や制度運用に関するPDCAサイクルを推進するための①データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）、②適切な指標による実績評価、③インセンティブの付与が制度化された。他方、地方厚生局や都道府県などは、研修や個別支援などによる市町村支援を強化してきた。しかし、令和4年度において介護予防・日常生活支援総合事業の上限額を超過し、厚生労働省と個別協議を行った市町村が336にのぼるなど、残念ながら十分に成果を上げているとは言えない。

以上から、厚生労働省では地域包括ケアシステム構築の加速化[1]が急務とされたが、そのためには構築が進まない市町村の底上げに加えて、全国の地域包括ケアシステムの構築ノウハウを集積し、継続的な支援や技術移転を担う「中央推進基盤」を創設し、各地に他の市町村を牽引できるような「リーディング自治体」を輩出することも必要と考えられる。

そこで弊機構と藤田医科大学地域包括ケア中核センターは、令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業[2]により、「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」の開発と実証研究を行ったので、その概要を報告する。

2. なぜ、地域包括ケアシステムの構築が進まないのか

地域包括ケアシステムの構築が進まないのはなぜだろうか。市町村の担当者や専門職等に尋ねてみると、地域包括ケアシステムの目指す姿「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」や、2025年がターゲットイヤーであることは共有されているが、「可能な限り」であるが故に到達点が曖昧で、また「自分らしい暮らし」は百人百様であることもあって、いわば「理想郷」のような、はるか遠い目標と捉えている人が少なくない。加えて、認定、給付、保険料算定といった制度運用、施設整備や事業所指定、指導監督、地域支援事業、そして個別支援と、介護保険や高齢者福祉に関する業務は多岐にわたり、各業務によって見えている範囲や価値観、行動原理、さらに高齢者の状態像も異なるため、それぞれが考える「望ましい状態」にもズレが生じていることに気づく。また、各担当者は「前

1　地域づくり加速化事業（令和４年度新規事業）（https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001068287.pdf）
2　医療経済研究機構、令和４年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築の加速化向けた推進基盤に関する調査研究報告書」、令和５年３月

任から引き継いだ事業を継続しているが、成果が感じられない」「困難ケースの対応に追われて、政策を立案する時間がない」「好事例を模倣したが上手くいかない」といった現状を改善したいとは思っているものの、それも、事業がうまく進まないことを課題と捉える、いわば「手段の目的化」に陥っていて、本来の目的である高齢者や地域の課題解決まで至っていないことが多い。

そもそも、地域の実情に応じた政策立案を行うためには、現状把握、真因分析、課題設定等、課題解決の基本的な技法が必要になるが、これまではそれらの習得支援が不足していたのではないだろうか。また、政府の行政改革においては、目指す姿（あるべき姿）や設定した課題を関係機関や専門職などと共有し、合意形成を行うとともに、関係者が柔軟に軌道修正を行い目指すゴールに近づけていく技法（アジャイル型政策形成[3]）等の提言がなされているが、地域包括ケアシステムの分野ではほとんど議論されていない。

3. 実施方針と到達目標

以上から、地域包括ケアシステムの構築を進めるためには、基本的な課題解決技法とアジャイル型政策形成を市町村の組織に根付かせることが不可欠ではないかとの仮説を立てた。そのため、本プログラムは単なる研修やアドバイザー派遣のようなレクチャー型ではなく、問いかけや対話により組織としての意思を形成していくメンタリング型のプログラムとし、プログラム期間内に組織としての意思決定を促し、実践へと導くことを実施方針とした。

なお、先進自治体職員が人事異動により現場を離れてしまうなど、市町村への伴走支援ができる人材はなかなか充実せず、支援を拡大することができない状況にある。そこで、到達目標として以下を設定した。

・全国の地域包括ケアシステム構築に係る課題やノウハウが集約・展開される中央推進基盤を創設し、本プログラムに参加した市町村や当該支援に関わった都道府県・国（本省・地方厚生局）等の行政職員が異動しても、そのノウハウを中央推進基盤に蓄積し、継承していくことが可能となること

・参加市町村が課題解決プロセスの体験と実践を通じて、伝承可能な推進ノウハウを獲得することにより、他の自治体を牽引する伝承者となる効果が期待されること

4. プログラム開発とメンター

プログラムの開発にあたっては、日本社会事業大学専門職大学院客員教授の蒲原基道氏（元厚生労働省事務次官、老健局長）の監修のもと、内閣官房「行政改革推進会議アジャイル型政策形成・評価の在り方に関するワーキンググループ」委員、内閣官房行政改革推進本部EBPM補佐官である亀井善太郎氏を始めとした、地域包括ケア推進のノウハウを有し、市町村・都道府県支援等の経験が豊富な有識者による開発チームを編成した。なお、本研究は実証研究であるため、開発チームがメンターを兼ねた（図表1）。また、オブザーバーとして厚生労働省老健局総務課課長補佐の菊池一氏の参画を得た。

5. 実施内容

2日間、全5回の各回のプログラムは、インプット講義と各市町村に対するメンタリング（各回1市町村あたり合計約1時間半）で構成した。インプット講義では、課題解決や政策立案に関する基礎的な技法や、多主体に働きかけを行う上で市町村職員に求められる考え方や姿勢を伝えた。またメンタリングにおいては、前回以降の実践期間で考えたことや取り組んだことについての進捗報告とフィードバックを行い、次回のプログラムまでに取り組むこと（ネクストアクション）を明確化して実践を促す設計とした。また、各回終了後にはメンターとコミュニティマネジャーによる個別フォローアップ時間を1自治体あたり1時間設定し、検討や実践の方向性について個別に相談できる場とした（図表2）。

なお、プログラムの全課程は中央推進基盤が全国の自治体を支援するモデルを想定し、全てオンラインで実施した。

さらに、学習効果を最大化するためには参加市町村のコミュニティを形成する必要があることから、オンラインツール（Microsoft Teams）を活用し、参加者間の情報共

3　内閣官房行政改革推進本部事務局「EBPMガイドブック」ver.1.0,2022.11.7

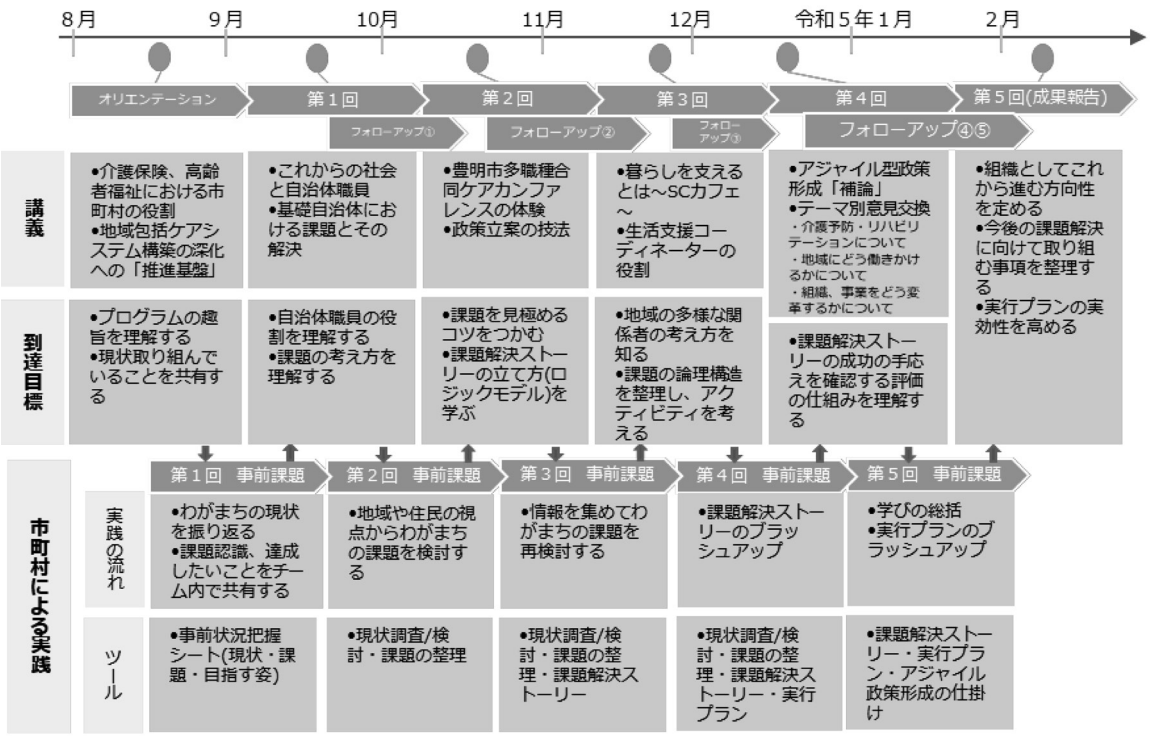
図表1

メンター一覧（五十音順、敬称略）

氏名	所属・役職
池田　寛	藤田医科大学地域包括ケア中核センター課長 （社会福祉士　介護支援専門員）
岩名　礼介	三菱 UFJリサーチ＆コンサルティング主席研究員 兼　中央大学大学院客員教授
亀井　善太郎	PHP総研主席研究員 兼 立教大学大学院特任教授
高橋　拓朗	NTTデータ経営研究所地域未来デザインユニットシニアマネージャー
都築　晃	藤田医科大学 講師・地域包括ケア中核センター （博士（医学）　理学療法士　介護支援専門員）
服部　真治	医療経済研究機構 政策推進部副部長（企画推進担当） 兼 研究部主席研究員
松本　小牧	豊明市市民生活部共生社会課 課長 兼・医療経済研究機構 客員研究員
三原　岳	ニッセイ基礎研究所 ヘルスケアリサーチセンター主任研究員

図表2

プログラム全体の流れ



有を通じた相互の学びを促進し、チャットを活用した日常的な参加者同士の交流やメンターによるフォローアップを行った。

6. 参加市町村

参加市町村はメンタリングの運営や個別支援に適切な人数を考慮し、12市町村を全国から公募によって募集、選定を行うこととした。なお、高齢者を支える地域づくりに取り組む市町村職員を主たる参加者とし、以下を要件とした。

- 第9期介護保険事業計画に向けて組織として地域包括ケアシステム構築のための実践的で有効な取り組みを実践していく意思があること
- 2名以上のチームを編成して参加すること
- 市区町村職員がチームの代表者となること
- プログラム全課程に参加すること

選定された11市町村1広域連合とそれぞれが取り組んだテーマは図表3のとおりである。

図表3

取組テーマと参加市町村

テーマ（事業等）	市町村	タイトル
ハイリスクアプローチ（対象者把握、インテーク、ケアマネジメント）	横手市	「小さなつまずき」を早期に発見し「自分らしい生活」を諦めない横手市へ
	磐田市	それは、あなたが望んでいる暮らしですか？～本人ができることをみつけて支えて～
	赤穂市	「元の生活を取り戻す」しあわせ大作戦
	須崎市	ちょっとつまずいた高齢者を弱り待ちにさせない支援体制づくり
リエイブルメント（短期集中C、地域ケア会議、生活支援体制整備事業、地域リハビリテーション活動支援事業）	八街市	やりたいことを諦めてほしくない～少しつまずいても元の暮らしを続けられる街へ～
	大井町	高齢者が「元の生活」を取り戻し自分らしい暮らしを続けるためにできること
生活支援（食の確保）	中津川市	「食べることは生きる力」を支える地域づくり～中津川～
ポピュレーションアプローチ（一般介護予防事業、多様な活動、参加の場）	安八郡広域連合	【神戸町】身体状況の変化にとらわれず、周囲の協力を得ながら自分の望む生活を継続させていこう！ 【輪之内町】高齢者の今までの暮らしの継続を可能にする地域づくりの推進 【安八町】高齢者の暮らしを守る“チームあんぱち大作戦！”
	宿毛市	これからも「ここで生活している自分」を想像できる宿毛市を目指して
包括的相談支援（重層的支援体制整備事業）	宇部市	困りごとを気軽に相談できる地域をめざして～それぞれの強みを生かした支援～
高齢者支援（尊厳保持、生きがい）	宇和島市	地域の高齢者にとって「いい状態」を実現するための施策検討
	宇検村	「ごめんね」から「ありがとう」へ～ここに居てもいいと思えるシマづくり～

なお、市町村支援に携わる地方厚生局や都道府県、本プログラムに関心のある市町村、地域づくりに携わる地域包括支援センター運営法人や介護事業者もオブザーバーとしての参加を可能としたところ、100名以上の登録があった。

7. 実施結果

(1)参加市町村の到達状況

参加市町村は、約半年間のプログラムにおいて地域の現状・課題分析を行い、「課題解決ストーリー」、「実行プラン」及び「アジャイル型政策形成の仕掛け」という構成で最終報告をまとめた。全参加者に対し、報告した内容に対する自信や手応えを確認したところ、7割以上の参加者が「自信・手応えがある」「やや自信・手応えがある」と回答した。さらに、手応えがあると回答した市町村は既に動き出していたり組織内の合意形成が取れていたりと、実際に取組みを始めていた(図表4)。

(2)代表的な取組事例〜岐阜県安八町(安八郡広域連合)

安八町は福祉課(地域包括支援センター)課長補佐の保健師を中心として、同じ所属の地域包括支援センター長の保健師や安八郡広域連合係長の計3名のチームを編成して参加した。参加当初は、「フレイルチェック参加者が少ない(65歳以上の約10%/年)」、「ハイリスク者が通所型サービスCにつながらない(年2〜3人)」、「フレイル予防会議(介護予防のためのケース会議)がうまくいかない」といった現状・課題を持っていた。安八町では地域の医療・介護資源が限られており、特に入院ともなれば、隣接する大垣市に行かなければならないという事情があるため、できるだけ地域で長く暮らせるようにするためにはフレイル予防が重要と考えていた。しかしながら、フレイルチェックは一部の健康意識の高い住民の参加に留まり、フレイル予防会議もうまくいかず中断するなど、様々な事業の実施意義を見出せない状況に陥っていたのである。

そこで参加メンバーらは、住民、通いの場、介護申請の内容、フレイル予防会議の内容を調査し、改めて何が問題なのかを考えた。その結果、例えば、フレイル予防会議では、本人の意欲向上に向けた話し合いをしたいと考えていたのに、実際に会議の場で話されていたのは病気や身体のことが中心で、「本人の生活の質を向上させる」という視点が欠落していたことに気づいた。さらに、高齢者本人や家族・友人、専門職、行政に至るまで、「支援の本質は本人の望む暮らしを実現すること」と理解し

図表4

最終報告した内容に対する自信・手応えと進捗状況

自信・手応えの度合い →

実現可能性 ↓

	自信・手応えがない	あまり自信・手応えがない	やや自信・手応えがある	自信・手応えがある
まだチーム内だけの案である	1	2	3	
まだ組織内で協議中である		6	3	
組織内で合意されており、進み始めそうである		1	12	2
既に動き出している		2	16	

ていなかったことに気づいた。

これらを踏まえ、「フレイル予防会議の再開」、「通いの場の洗い出しと活用」、「医療専門職の通いの場への関与」、「独居高齢者のエコマップを作成し、民生委員らと共有」という4つの実行プランを考えた。特に、フレイル予防会議の再開においては、本人の意欲向上につながる会議に変えて再開しようという結論に至った点が極めて重要である。外見上同じように見える取り組みであっても、そこに込められた想いによって具現化された会議のありようやその結果の活かし方は大きく異なる。本プログラムを通じて、過去の失敗を踏まえて会議を見直すという程度ではなく、全く異なる思想に転換し、事業を再設計しようとしていることは、安八町の大きな成果であると言える。

8. 考察

(1)目指す姿の合意形成〜当事者起点への転換〜

参加当初、市町村職員の多くは「通いの場の参加者が減少している」「生活支援コーディネーターを社会福祉協議会に委託しているが思うように動いてくれない」等、目の前の事業がうまく進まないことを課題として捉えていた。しかしながら、そのような役所都合のサプライヤーロジックでは、行政職員とは異なった価値観や行動原理で動く専門職や地域の関係者の共感を得ることはできない。そこで、本プログラムでは、まず市町村職員の視点を当事者起点に転換させるため、地域に出向き、当事者や関係者の話を聴くよう促し、高齢者や家族が暮らしの中でどのようなつまずきを抱えているかを把握するよう求めた。その後、集めてきた情報を元に「なぜそれが生じるのか」「どうなったらよいのか」「何を解決しないといけないのか」についてチームで話し合いを重ねるよう求め、異なる視点や価値観を持ったチームメンバー間の「目指す姿」の合意形成を促した。

(2)コミュニケーションツールとしてのロジックモデル活用

地域包括ケアシステムの構築のためには、役所内の他部署はもとより、地域包括支援センターや地域の介護事業所、医療機関や自治会等、とかく部分最適の行動になりがちな多様な関係者を、地域全体にとって望ましい方向に動かしていく必要があるが、具体的な行動の変化を求めようとすると総論賛成・各論反対になりがちである。そのため、本プログラムにおいては、多様な関係者の視点や意見を可視化し、それを基に丁寧にコミュニケーションを重ねるよう促すツールとして、インプットが主体別に分かれているロジックモデルを採用した(図表5)。

参加市町村が、自らの意思で各主体に対する働きかけ(アクティビティ)を書き込んでいき、働きかけた相手にどのような望ましい変化が起きることを狙うのか(初期アウトカム)、それにより当事者(高齢者・家族)の望ましくない現状を引き起こしている要因(真因)が取り除かれ、本当に当事者の課題が解決されるのか、ロジックモデルをコミュニケーションツールとして活用し、参加メンバーで何度も話し合いを行うようガイドした。これらを通じて、参加市町村が組織として進むべき方向性を定め、多様な関係者と目指す姿を合わせていくことを狙った。

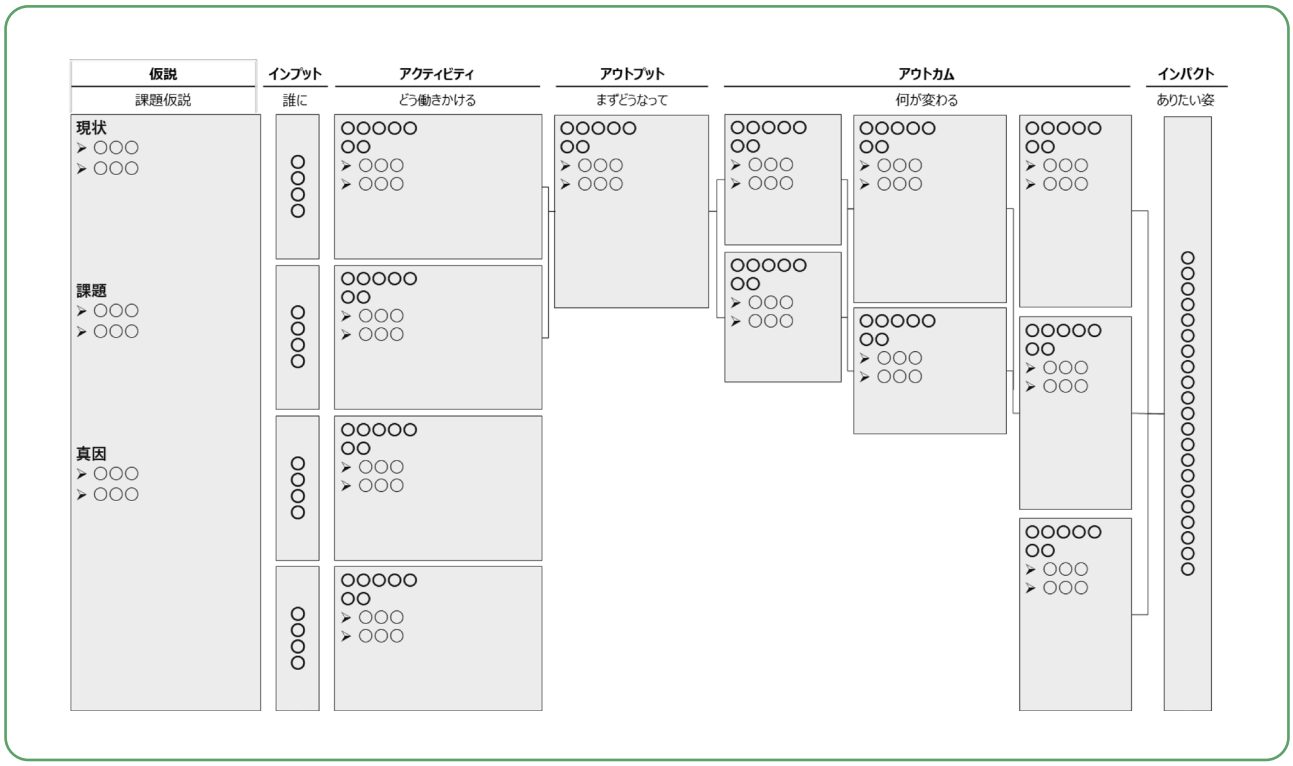
このロジックモデルは、93%以上の参加者が今後、自分たちの事業を考えたり組織内外で進むべき方向性を共有したりする上で役に立つと答えており(図表6)、地域包括ケア政策形成支援において有効な手法であったと考えられる。

(3)次なる改善を行うための「動的」な評価

参加自治体に限らず、市町村における地域包括ケアシステムの構築においては、事業の実施の有無に力点が置かれ、実施した結果、何がどう変化したのか、効果発現の経路と有無については、残念ながら極めて意識が薄い。地域包括ケアシステムの構築とは、多様な専門職や地域関係者が連携して進めていかなければならないものであり、行政が何らかの事業や働きかけを行えば、思惑通りの望ましい変化が起きるというほど簡単なものではない。そのように考えると、地域包括ケアシステムの構築における「評価」のあり方は、一度定めた計画を正しいものとして実施の有無を確認するのではなく、むしろ計画は適宜柔軟に見直していくべきものであり、現在の取り組みが本当にアウトカムを実現につながっているのか、取り組みの試行錯誤のためのモニタリングと理解すべき

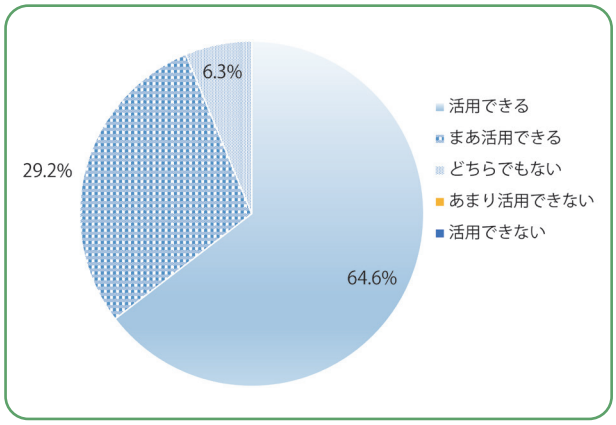
図表5

ロジックモデルの様式



図表6

ロジックモデルの活用性



ではないだろうか。つまり、これまで「評価」は、「評定」のような「静的」なものと理解されてきたが、アジャイル型政策における「評価」は、次なる改善を行うための仕組み又は仕掛けであり、「動的」なものであるというのは重要な点である。

以上のような観点から、本プログラムにおけるロジックモデルの指導においては、初期アウトカムの設定に重点を置き、当該アウトカムを確認するためのモニタリングの視点や方策をあらかじめ設計することで、できるだけ多くの頻度、短い間隔で評価と修正を行い、効果が発現していなければアクティビティを適宜見直していく習慣（アジャイル型政策形成）を参加市町村の組織内に浸透させることを狙った。

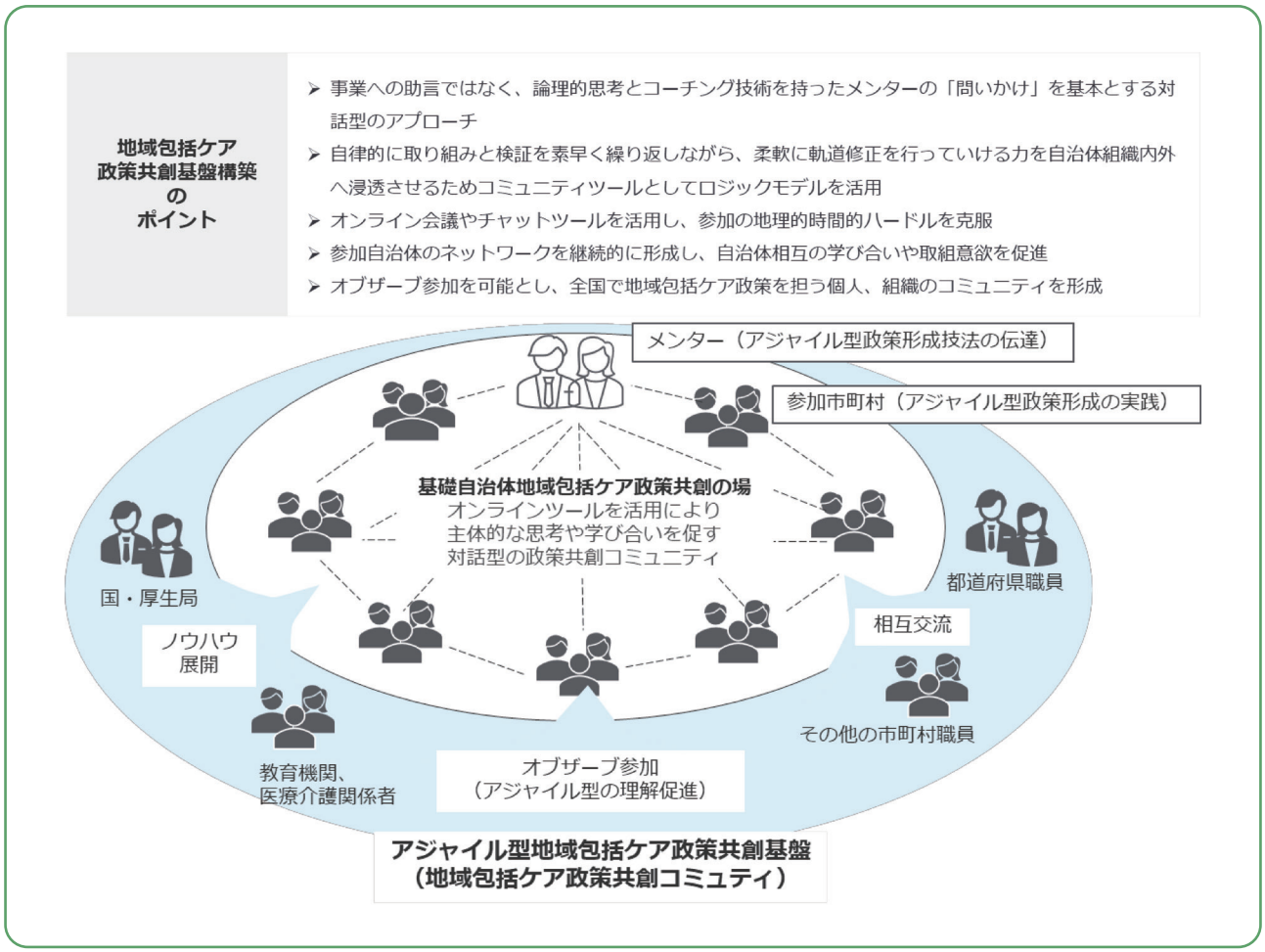
このように本プログラムで作成したロジックモデルをいわば「航海図」として、本プログラム終了後も、設計した取り組みを進めながら、参加市町村が自律的に効果の把握検証とアクティビティの試行錯誤を短いサイクルで回すようになり、組織としてアジャイル的に政策形成していくことが可能になるのではないかと考えた。

9. おわりに

本事業で実証した中央推進基盤は、参加した市町村が地域の実情に応じて地域包括ケアシステムを構築していくために必要な基礎的な政策形成技術を実践の中で学び体得していく上で効果的であり、かつ、全国の地域包括ケアシス

図表7

アジャイル型地域包括ケア政策共創基盤の整備



テムの構築に向けて、再現可能なノウハウを継続的に収集、蓄積していく場としても有効であることが示唆された。また、本事業をオブザーブした市町村や都道府県、地方厚生局、あるいは、あらゆる地域包括ケアの実践者・支援者にとっては、参加する市町村の地域課題設定や政策立案プロセスのあり方に対する理解を深めることができ、幅広い技術移転の場となる可能性が見えてきた。

また、政策推進における障壁や可能性を発掘する場となり、市町村や都道府県への新たな支援策を検討する機会にもなり得ることも明らかになった（図表7）。

なお、本プログラムは中央推進基盤たり得るよう、全てオンラインでのプログラム実施としたが、現地支援と遜色のない政策立案支援ができただけでなく、地理的なハードルを克服し、参加市町村の複数の関係者がチームとして参加することにより、関係者の合意形成や意思決定がスムーズになり実効性が向上した。また、オンライン会議やチャットツール、録画コンテンツにより、参加市町村のみならず、オブザーブした市町村、都道府県、地方厚生局にとっても高度な政策立案を習得できるコミュニティが形成された。

これら本事業の成果を踏まえ、上述した全国の関係者が集う地域包括ケアの高度な政策立案の場（政策形成コミュニティ）に発展させていくことが必要ではないだろうか。

※なお、この報告は、令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築の加速化向けた推進基盤に関する調査研究」報告書の概要を抜粋したものである。また、次号では、参加市町村のうち現地取材を実施した神奈川県大井町の取組について、現地レポートを報告書から転載する予定である。

IHEP レポート

令和４年度薬剤使用状況調査の概要
～アメリカ・イギリスからの報告～

厚生労働省保険局医療課からの委託事業として実施した「令和４年度　薬剤使用状況等に関する調査研究」のためにオンライン調査等を行った。各国の調査において印象に残ったトピックスについて、レポートをお届けさせていただく。

調査結果の詳細については、当機構発刊の報告書をぜひご覧いただきたい。

○アメリカにおける調査結果

医療経済研究機構　企画渉外部　　渡辺　彰悟

1. 調査期間と調査施設

調査期間：2023年1月18日（水）～2023年2月1日（水）

調査施設：オンライン面談

・米国アクセシブル医薬品協会：AAM（Association for Accessible Medicines）
・米国医療薬剤師会：ASHP（American Society of Health-System Pharmacists）
・米国ヘルスケア流通アライアンス：HDA（Healthcare Distribution Alliance）
・米国地域薬剤師会：NCPA（National Community Pharmacists Association）
・米国研究製薬工業協会：PhRMA（Pharmaceutical Research and Manufacturers of America）
・製薬企業：Pfizer Inc.

調査メンバー：

・恩田　光子 先生（大阪医科薬科大学 薬学部 社会薬学・薬局管理学研究室 教授）
・久米　隼人 氏（在米国日本国大使館 一等書記官）
・須賀　幹郎 氏（JETRO New York 厚生部長）
・渡辺　彰悟（医療経済研究機構 企画渉外部）

2. バイデン政権が薬剤給付に与える影響

メディケアの薬剤費適正化のため、2022年8月、Inflation Reduction Act（IRA）が可決した。本法の３つの柱は、ア）インフレーションペナルティ（リベート）、イ）パートＤプログラム給付の再設計、ウ）HHSによる薬価交渉（2026年から開始予定）、である。

（ア）Inflation Penalties

薬価の上昇がインフレ率を超えた場合、メーカーは罰金（インフレーション・リベート）を支払う。罰金は、メディケアおよび民間保険でカバーしている医薬品に課される。

ただし、ジェネリック医薬品、FDAが作成している不足医薬品リストに掲載されている薬剤（抗生物質やワクチンなど）、バイオシミラー、オーファンドラッグ、血漿分画製剤、またメディケアの支出合計額が年2億ドル以下の場合などはペナルティから除外される。

（イ）Medicare Part D Redesign（OOP Cap）

患者自己負担上限額（2,000ドル）の設定や分割支払制度を導入する。また、新たな製造販売責任（liability）を課し、カバレッジギャップ（いわゆるドーナッツホール）の解消を目指す。患者負担上限額を超えた部分は、メーカー（20%）、保険プラン（60%）、政府（20%）の割合で負担する。

また、インスリンについて患者側のコストシェアに上限額が設けられ（月額35ドルまで）、ワクチンはコストシェアリングがゼロ（無料）になった。さらに保険料の上昇に関しても上限値が設けられた。

（ウ）Government Price Setting（Negotiation）

連邦政府（HHS長官）が一部の医薬品について、製薬企業と直接価格交渉を行い、最大公正価格（MFP：Maximum Fair Price）を設定することを可能にする。対象薬の要件として、メディケアパートBおよびパートDにおいて支出額上位100品目に含まれている、ジェネリック医薬品またはバイオシミラーが存在しない、FDAの承認を受けてから少なくとも9年間（低分子医薬品）または13年間（生物学的製剤）経過したものである。2026年から実施される予定であるが、価格決定の方法に関しては、まだ正式に公表されていない。MFPを設定する際に考慮されるであろうと想定されている項目は以下のとおりである。

・R&Dコスト
・製造・流通コスト
・創薬・開発における連邦補助金が出ていたか
・特許申請データ、FDAが独占性を認めているか
・後発薬・バイオシミラーの承認
・米国でのマーケットデータ、売上、売上数量
・既存の代替薬に比べて治療上どれだけ進んでいるか
・代替薬のコスト
・FDA承認の処方情報や代替治療
・特定の集団への効果も含めた代替治療に対する有効性比較
・薬剤や代替はアンメットニーズに対応しているか

今後、2023年9月に、HHSが、対象になる10の薬剤リストを発表する予定である。その後、製薬企業は、2023年中に必要なデータをHHSへ提出する必要がある。そして、2024年中に価格交渉がおこなわれ、薬価リストが発表される。実際にこの薬価が有効になるのが2026年、実際に保険給付されるのは2028年からと見込まれている。連邦政府はMFP以上の保険償還は行わない。

製薬企業が交渉後の薬価で製品を売らない場合、使用されたすべての薬剤数量に対して高額の税金を支払う義務が発生する。また、政府のプログラム、メディケア、メディケイド、その他すべての連邦政府のプログラムから、この製品を撤退させなければならない。

3. 医薬品価格決定の最新動向

（ア）Value (Outcome) based contract

製薬会社と保険者の間の価格交渉の条件として薬剤が奏効すれば（アウトカムが得られれば）価格が高く設定される、逆であれば価格は低く設定される。従来、Value-based contractは、保険者とメーカーがリスクを共有する契約であるが、保険会社がメーカーに対して一方的にリスクを転嫁する傾向が強く、交渉が決裂することがある。メディケイドでは、オンコロジー分野で「奏効しなければ100%ディスカウント」という厳しいValue-based contractに合意している事例もあるが、総じてあまり進んでいない。

新規支払いモデルの例として、2021年夏から開始されたパイロットプログラム「Pfizer Pledge Warranty Program for XALKORI」がある。これは、医師が最適な治療法としてファイザーの当該医薬品を推奨した場合、当該医薬品がFDAに承認された適応に従って期待される効果が得られなかった時には、企業が患者および保険者（メディケアパートD及び民間保険者）に対して、支払った薬剤費と同額を保証するというものである。当該プログラムは、良好な結果を得て2022年の夏に終了し、PANZYGAのためのワランティープログラムが開始された（Pfizer Expanded Warranty Program to PANZYGA in July 2022）。患者のPANZYGAに対する奏効性が良好でない場合（アウトカムは使用中止、治療中断の有無）、患者並びに支払者が負担したコストを払い戻すという内容である。

（イ）価値評価（value assessment）

Innovation and Value Initiativeという組織が、ヘルス・

エクイティ（健康格差）に焦点を当てたバリュー・アセスメントに着目している 。米国において、薬剤の価値評価にQALYを使用する最大の問題点（欠点）と認識されているのは、現在使用されているQALYを算出する根拠データに、特定の重篤な疾患や障害を有する、または特定の人種に属する患者集団のデータが含まれないのに加え、症状改善の度合いが相対的に低いことから、これらの患者のQALYが低く見積もられ、結果としてICERが高く試算されてしまうことが不公平であるという点である。

Inflation Reduction Act（IRA）においても、公平性の観点からQALYを用いた費用対効果分析について注意喚起され、実質的には使用が禁止されている。IRA承認後に発出された大統領令では、HHSに対して「CMMI（The Center for Medicare & Medicaid Innovation）を通して、薬価や薬剤支出の節減に焦点を当てたバリューベースの評価スキームの開発を指示する内容」が含まれている。ただ、大統領令には法的強制力を有しておらず、現時点で政府がメディケアにおける薬価交渉で、どのようなバリュー・アセスメントを適用するのかは不明である（2022年度調査時点では、もうすぐ報告書が発表されるとのことであった）。製薬関連団体は、薬価交渉プロセスにおいて患者からのフィードバックや患者アウトカム（治療満足度など）を重視すべきと要請している。

QALYの使用を補完するための新しい考え方として、ICER（Institute for Clinical and Economic Review）のHPでは、evLYG（Equal Value of Life Years Gained）が紹介されている 。これは、治療が患者のQOLを改善するかどうかにかかわらず、生命の長さの増加を均等に測定するものである。言い換えれば、ある治療法が、がん、多発性硬化症、糖尿病、てんかん、重度の障害など、脆弱な患者集団の寿命を1年延ばす場合、その治療法は、地域社会の健康な人々の寿命を1年延ばす別の治療法と同じevLYGを付加される。

4. 再生医療等製品等の高額な医薬品（CAR-Tなどの細胞医療・再生医療製品、遺伝子治療薬、核酸医薬等）等の取扱い

米国の病院にとって、高額薬剤の投与は臨床的・経済的に大きな負担となっているため、保険者から事前承認を受け確実に保険償還されることが、使用の絶対条件となっている。また、償還額が低く抑えられる傾向にあるため、高額薬剤の投与により大きなマージンを得ることはできていない。

保険請求の際には、財務チームと共同して病院独自に設定した計算式をケースごとに適用して請求金額を計算する。一般的には、請求金額＝用量×薬価（WACベース）×マークアップ（%）であるが、高額医薬品の場合、「イノベーティブメディケーション」という特別の枠を設定し、別途チャージして請求する。毎会計年度、病院内のファイナンスチームが外部の会社を使って、マークアップのパーセンテージが倫理的にも適正であるか、また、市場の状況に照らして適正であるかということを評価している。

従来型のマークアップ料率は、各薬剤の価格に基づいて設定される。しかし、イノベーティブな薬剤に関しては、価格やコストに関わらず、1つのマークアップ料率が適用され、それに病院の状況によりプラスアルファーフィーを加算する。マークアップ料率や追加のフィーを加算するかは、基本的に病院の裁量で決めるが、最終的には、病院が提出したチャージに対して保険者が償還額を決定する（ASP＋6%）。入院患者に使用される薬剤は、DRG（Diagnosis Relating Group）に基づく金額である。

高額薬剤の保険償還に際して、病院は保険者と交渉するためにLOA（Letter of Agreement）を作成し保険者と締結する。LOAには、償還のタイムライン（購入した薬剤費の支払日は極力遅く、保険償還日は極力早く設定する）や償還金額が明記されている。

5. 後発医薬品使用促進に係る施策の動向（バイオシミラー）

アメリカ独自の事情として、インターチェンジャビリティの指定の取得が、バイオシミラーの普及に貢献する可能もある。特に、インターチェンジャビリティの指定がバイオシミラーの使用動向に影響することが想定されるのは、薬局で患者に供給される医薬品である。インターチェンジャビリティの指定がある場合、薬剤師は医師に相談せずに、ブランド薬からインターチェンジャブルな製品に代替調剤することができる。たとえば、インスリ

ン製剤の代替などはその好例である。また、6割以上の医療機関が、インターチェンジャビリティの指定を受けたアダリムマブバイオシミラーでなければ安心して処方できないと回答しているとの調査結果もある。

さらに、IRAの一環として、バイオシミラーの普及を促す内容が盛り込まれ、医療機関がバイオシミラーの使用を開始した最初の5年間は、2%上乗せした保険償還額（ASP＋8%）を得ることができる。

6. おわりに

昨年に引き続きオンラインによる調査を実施するにあたり、今年度も多くのご施設にお力添えいただきました。本研究調査において多大なるご協力をいただきました各調査施設の皆様に御礼を申し上げます。また、調査研究者としてオンライン調査や執筆についてご指導いただきました大阪医科薬科大学 薬学部 社会薬学・薬局管理学研究室 教授の恩田光子先生、各政府施設との調整に多大なるご尽力をいただきました在米国日本国大使館 一等書記官の久米隼人様、JETRO New York 厚生部長の須賀幹郎様および通訳のシミズ実和子様にこの場を借りて、御礼申し上げます。

○イギリスにおける調査結果

医療経済研究機構　企画調査部　　川野　真秀

1. 調査期間と調査施設

【調査期間】

デスクリサーチ：2022年11月1日（火）～2023年2月28日（火）、現地渡航調査：2023年1月17日（火）～1月20日（金）

【調査施設】6施設

・英国製薬工業協会　ABPI（The Association Of The British Pharmaceutical Industry）
・英国保健福祉省　DHSC（Department of Health and Social Security）
・NHS（National Health Service）England
・国立臨床評価研究所　NICE（National Institute for Health and Care Excellence）
・Takeda Pharmaceutical, UK
・Astellas Pharma LTD, UK

【調査メンバー】

白岩　　健 先生（国立保健医療科学院　C2H　上席主任研究官）、
田中　広秋 様（在ロンドン英国日本大使館　一等書記官）、筆者

2. 英国の医療保障制度

●医療保障制度の概要

第二次世界大戦中の1942年に出されたベバレッジ報告書は、第二次世界大戦後の英国の社会保障制度の土台となったものであり、1945年の総選挙で労働党のアトリー内閣が成立したことから、その実現へと向かった。National Health Service（NHS）は、1946年に制定された国民保健サービス法（NHS法：National Health Service Act of 1946）に基づいて1948年に創設された。税（約8割）と社会保険料（約2割）を財源としている。当初はNHSに

おける自己負担はすべて無料であり、現在もその原則が維持されているものの、イングランドでは処方薬等に対する自己負担も存在する。

NHSにおける一次医療と二次医療の役割は明確に区別されている。国民は自分でGP（General Practitioner）又はGP診療所を選び、予め登録しなければならない。ただしGPの変更をいつでも自由に行うことができる。NHSでは応急外来及び緊急ケア（Emergency and Urgent Care）を除いて、まずGPの診察を受ける仕組みになっている。病院や専門医の診察はGPの紹介が必要であることから、GPは医療保障制度における「ゲートキーパー」と呼ばれている。二次医療および三次医療の担い手である病院は、原則としてGPの紹介に基づいた治療を行うため、救急以外は予約された患者（Elective Patient）が利用する。公立のNHS病院だけでなく、民間病院も契約を交わしNHSの下で医療サービスを提供することができる。

なお、NHSは4つの地域（イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランド）において、それぞれ独立して運営されており、NHSの制度も異なっている。ここで記載しているのは主にイングランドのものであることに留意が必要である。

NHSは保健福祉省（DHSC：Department of Health & Social Care）の所掌である。NHSの特徴としては、「サービス提供機能」と「サービス購入機能」を分離させることにより「内部市場（internal market）」を作り出し、NHSという公的枠組みの中でも競争的な環境を作り出しているところにある。2022年7月以前、予算は、NHS Englandから地域医療を運営・管理する組織である160（2021年11月末現在）のCCG（Clinical Commissioning Group）に分配されていた。このサービス購入機能を持つCCGが、foundation trustやNHS trust等のサービス提供者と契約等を結び、医療サービスを購入する。ただし、希少疾患等の特殊なサービスについては、CCGが高額な治療の提供を嫌がる可能性があるので、NHSが直接トラスト等と契約している（specialized commissioning）。しかしHealth and Care Act（2022）に基づき、2022年7月に42のintegrated care board（ICB）がイングランドに設置され、CCGは廃止された。

かつてのCCGは予算管理を行い、GPと地域の医療提供者（NHSの標準、規格に合うプロバイダー）とで構成され、予算の範囲内で自らが管轄している地域で必要とされている保健サービスを購入し、それらのサービスを継続して提供する責務を負い、地域の人口に見合う十分なGPの確保、患者のアクセスだけでなく、病院、歯科、精神科医療、救急移送、薬局など他のサービスについても管理していた。また、地域の健康増進に対しても責務を負い、効率的かつ統合されたサービス提供が求められていた。

患者の自己負担については、NHS制度の下で提供されるサービスは原則無料だが、イングランドにおける薬剤費については、1薬剤につき9.35￡の自己負担があるが、少しずつ上昇している（病院診療における自己負担は薬剤費を含みすべて無料）。薬剤費自己負担について継続して薬剤給付を受ける場合は、PPC（Prescription Prepayment Certificate）という制度があり3か月・12か月の負担上限が設定されている。

●医療費及び薬剤費の推移

2020年の保健医療費支出（NHS、民間および患者自己負担分の総額）は、2,576億￡（国民1人あたりの金額換算で3,840￡）であり、前年より9.9%増加した。GDPに占める割合は12.0%である。保健医療費支出の年次推移は図表1-1のとおりである。支出の大部分（83.0%、2,134億￡）を公的セクター（NHS）が占めている（図表1）。

2021/22におけるNHSの総医療費に対する薬剤費は178億￡で、2020/21年の164億￡から8.32%増加した。2021/22は、病院での使用は総費用の49.3%（87.7億￡）を占め、2019/20年の42.2%（75.1億￡）から増加した（図表2）。

3. 医薬品の価格決定システム

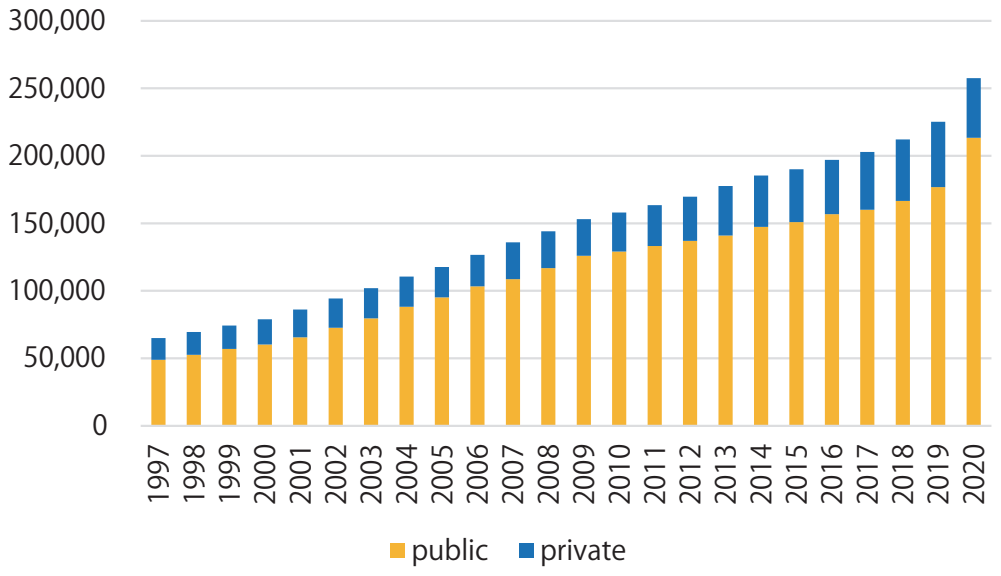
●医薬品価格決定方法

先発医薬品（ブランド医薬品）と後発医薬品は、製薬企業が個々の医薬品については自由にリスト価格を設定できる。ただし、一度設定したリスト価格は自由には変更できず、価格を変更する場合には、DHSCに申請し承認を得る必要がある。

一方で実勢価格は、以下のように決定される。

図表1

医療費支出の年次推移（£ millions）



参照：Total current healthcare expenditure by financing scheme, UK, 2020より作成

図表2

NHSにおける薬剤費支出の推計値

	病院薬局			一次医療での処方			薬局で調剤した病院の処方			薬局で調剤した歯科の処方			総額	
	金額（百万£）	前年比（%）	比率（%）	金額（百万£）	前年比（%）	比率（%）	金額（百万£）	前年比（%）	比率（%）	金額（百万£）	前年比（%）	比率（%）	金額（百万£）	前年比（%）
2016/2017	6,188.7		40.4	8,970.8		58.5	140.2		0.9	30.4		0.2	15,330.2	
2017/2018	6,634.9	6.7	44.1	8,262.1	-8.6	54.9	119.1	-17.7	0.8	28.5	-6.6	0.2	15,044.6	-1.9
2018/2019	6,834.3	2.9	45.5	8,049.4	-2.6	53.6	101.9	-16.9	0.7	29.7	4.0	0.2	15,015.3	-0.2
2019/2020	7,140.8	4.3	45.4	8,475.9	5.0	53.8	94.6	-7.7	0.6	31.4	5.5	0.2	15,742.6	4.6
2020/2021	7,510.3	9.0	42.2	8,799.1	8.5	49.5	82.1	-24.2	0.5	22.8	-30.4	0.1	16,414.2	8.5
2021/2022	8,769.6	18.6	49.3	8,896.6	4.7	50.0	85.1	-11.1	0.5	29.3	-7.4	0.2	17,780.6	11.5

参照：Prescribing Costs in Hospitals and the Community – England 2021/22　より作成

・薬局用医薬品（先発・後発医薬品）…卸等を通じて医薬品を薬局が購入する。NHS Business Service Authorityを通じて支払われる償還額はDrug Tariffに基づくものである。このDrug tariffは薬局や卸を通じて収集した情報を基にして、毎月DHSCにより更新される。Drug Tariff価格には薬局マージン（約10%）が含まれており、総額で約8億ポンドとなっている。

・競合品のない先発医薬品（二次医療）…2019年のVPASに基づき、原則としてすべての新薬がNICEのTA（Technology Appraisals：技術評価）プロセスの対象となった。そのため、NICEによりICER（Incremental cost-effectiveness ratio：増分費用効果比）が閾値内に収まると判断される価格（価格交渉はNICEは実施しない）により原則として購入されることになる。

・競合品のある先発医薬品あるいは後発医薬品（二次医療）…複数の入札者がNHSイングランドとFramework agreementを結び、購入者は契約を結んだFramework tenderの中から購入先を選択する。

マクロレベルについては、ABPIとDHSCとの協定に基づき利益率と薬剤費全体の伸び率等が規制されている。この協定は原則5年ごとに見直され、2014年1月から5年間適用されたものまではPPRS（Pharmaceutical Price Regulation Scheme）という名称であったが、2019年に発効した協定は、Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access（VPAS又はVoluntary Scheme）という新たな名称となった。このようなVoluntary Schemeは1957年から開始され英国において長い歴史を持つ（利益率規制は1969年から、PPRSの名称は1978年から）。なお、このVPASに参加するかどうかは各社任意であり、参加しない場合は法定（statutory）スキームが適応される。しかし、一般には法定スキームの方が企業にとって不利であり、払戻額等の条件が厳しいため、多くの企業はVPASに参加している。

2019VPASにおける主な合意事項は、以下のとおりである。これらは、2023年12月まで適用されることになる。

・年間の許容成長率は、毎年2%を上限とすること（2014PPRSでは2014年から2年間は0%、2016年～2017年は1.8%、2018年は1.9%であった）。
・2018年1月以降に承認された新規有効成分の新薬については、承認から36か月間（3年間）は支払いの対象となる売上から免除されること。
・患者アクセスの向上の一環として、抗がん剤を含めた全ての新薬がNICEの評価の対象となること。NICEが推奨した薬剤については、財源確保のタイムラインを3か月間として医薬品アクセスのスピードアップを図ること。

2022年2月現在確認できる状況としては、2021年の支払率は5.1%であった。これは500万£を超える売り上げを持つ企業の場合、純売上の5.1%を払い戻すことを意味する。また、2022年は15.0%と想定されている（図表3）。

英国の薬価制度は、企業による自由な価格決定という自由主義の原則を維持しながらも、マクロの薬剤費レベルではVPASによる総額予算制（伸び率上限2%）と利益率規制、ミクロの医薬品価格についてはNICEによる科学的な費用対効果の推計という2つの手法により成り立っている。両者ともに実運用上は様々な課題を抱えているものと認識しているが、財政的安定性のもとで科学的な意思決定を行うという観点からは合理性を有するシステムである（またシンプルで透明性の高い規制が好ましいという観点からも）と評価されている。

●Value-based pricing（VBP）をめぐる動向

2010年の選挙では、労働党が敗北したものの保守党も過半数を取れず、第3党の自由民主党との連立政権が発足したが、そこでは既存のPPRSにかわりvalue-based pricing（VBP, 価値に基づく価格）が導入されることが公約されていた。これは、当時は抗がん剤等をめぐってNICEのガイダンスにより医薬品へのアクセスが阻害されているとの批判が高まっており、そのことを改善するための取り組みであった（※注）。

そこで当時の保健省（Department of health）は"A

図表3

2019VPASにおける許容成長率と支払率

	2019	2020	2021	2022	2023
成長率*	1.75%	2.58%	9.38%		
予測成長率*				5.79%	5.48%
支払率	9.60%	5.90%	5.10%	15.0%	
予測支払率					26.0%

参照：DHSC, The 2019 voluntary scheme for branded medicines pricing and access: payment percentage for 2022

new value-based approach to the pricing of branded medicines"というconsultationを公開した。そこでは、NICEのrecommendationによって医薬品のアクセスが絶たれるのは問題であり、PPRSを2014年で終了し、すべての医薬品の薬価を費用対効果のよい水準で設定する、すなわち費用効果分析を実施してICERが閾値以下になるような価格設定を目指すことが示された。

Value-based pricingの評価方法としてQALY（Quality-Adjusted Life Years：質調整生存年）に関する課題も指摘されており、

・現在のQALYは必ずしも医薬品の価値を十分に評価できていないので、"broader range of relevant factors"を考慮して、閾値を調整する。
・具体的には、標準的なthresholdを定めた上で、(a) "burden of illness"の大きいもの、(b) "therapeutic innovation"の大きいもの、(c) "social benefit"の大きいものは閾値を引き上げる。

といった方向性が記述されていた。しかし、この野心的な目標は短期間では実現することができず、2014年においてもPPRSは継続されることとなった。2014年のPPRSにおいては、value-based pricingの実現に向けて、「NICEにおける価値の評価はcost/QALYだけでなく、ある治療がNHSにとって価値があるかを考えるために、その他の要因も考慮している。政府はNICEに、VBPのもとで、医薬品の価値を評価する権限を与えており、NICEは一貫性があり、包括的で、透明性が確保され、予測可能性の高い方法で幅広い要因を考慮できるVBPにおける価値評価方法を開発中である。」とされ、NICEにおいてvalue-based pricingの実現に向けた方法論上の検討が進められることとなった。

2019年のVPASではすべての新薬がNICEの評価対象となり、ICERが閾値を下回る価格を設定しない限り実質的にはNHSでの使用が難しくなった。また、上記に対応するcost/QALYのmodifierが導入されたことから、このvalue-based pricingの概念が実質的には実現されたものと思われるが、現在のところこの仕組みはvalue-based pricingとは呼ばれていない。

（※注）日本においてもNICEにより医薬品アクセスが阻害されているという批判が強まったことがあった。そもそも英国NHSは厳しい予算制約の下で新薬の導入が非常に遅く、NICEの評価はそれを改善するために「NICEが推奨したものについてはNHSに導入する」ということを原則としたものであった。つまり、仮にNICEが否定的な推奨を出さなかったとしても、（特に高額な）新薬へ早急にアクセスできるようになるかというのは大きな疑問であり、それは日本の医療状況と異なることを認識する必要がある。

4. 医薬品の償還制度

●英国の償還制度の特徴

英国における医療は厳しい予算制約の下で実施されており、1980年代から90年代の特に医療費が抑制されていた時代には、新薬が上市されても予算の関係からなかなか導入されず、それが地域差をともなって生じるいわゆる"postcode lottery"と呼ばれるような状況が起こっていた。そこで1997年に発足した労働党ブレア内閣は医療費の増加を進める一方で、医療の効率化と地域差の縮小を目指して医療技術評価を実施するNICE（The National Institute for Clinical Excellence: 当時）を設立した。

NICEでは、NHSで使用する医療技術について医療技術評価を行い、①NHSでの使用を推奨する、②条件付きで使用を推奨する、③使用を推奨しない（only in a research context含む）等のrecommendationを含んだガイダンス（TA）を出す。この医療技術評価にあたって、費用対効果を重視することがNICEガイダンスの特徴であり、費用対効果の悪い医療技術については、医薬品としての製造販売承認を得ていても原則として使用が推奨されない。

NICEが①NHSでの使用を推奨するというガイダンスを発出した場合、NHSは予算を確保し、3ヶ月以内にガイダンスを施行できるように対応しなければならないことが定められている。一方で③使用を推奨しないという結論を出した場合、一律に使用を否定するわけではないが、厳しい予算制約の中で日常的に使用することは実質的に困難となる。このように、英国における医薬品の償還においては医療技術評価あるいは費用対効果の影響が極めて大きい役割を果たしている。

NICEの評価対象となる医薬品は長らくDHSCの指定する一部のものに限定されてきたが、2019VPASにおいて

全ての新薬がNICEの評価対象となった。

●CDF：Cancer Drugs Fundについて

NICEによる評価では多くの抗がん剤は費用対効果が良くないため、NHSでの使用が推奨されていなかった。この問題点に対応するため、2011年から2016年3月までの期限付きでNHS EnglandにCancer Drugs Fundが設立された。これは、2010年に労働党から政権を奪取したキャメロン保守党内閣の選挙公約であった。当初CDFからの給付対象薬剤は、NICEにおいて非推奨の薬剤（適応）すべてであったが、時間が経つとともに支出が予算を大幅に超過し、2014年に基金で支払う抗がん剤のリストから、25品目を除外するなど対応の変更を余儀なくされた。

そこで、2016年7月に、CDFの役割が変更された。CDFは、NICEが非推奨とした抗癌剤は給付の対象から外す一方で、評価において費用対効果の点で有望だが不確実性が大きく、新たな（あるいは継続的な）データ収集によってそれが改善すると考えられる抗がん剤について、データ収集期間のみCDFで薬剤費をカバーするものとなった。年間予算額は3億4,000万£である。CDFの年間固定予算額を支出額が超過した場合、CDF償還対象薬剤を持つ製薬企業が使用実績に応じて請求されるリベートを支払うことになる。

それにあわせて、販売承認予定の抗がん剤や新規効能はすべてNICEが評価することとなった。そして、NICEのガイダンスでは使用を「推奨」または「非推奨」するとの評価結果に加え、新たに「CDF内での使用を推奨」とするものが出せるようになった。加えて抗がん剤の早期アクセスを可能にするため、Final appraisal determination（FAD）の段階で「推奨」または「CDF内での使用を推奨」との結果が出た場合、仮拠出（Interim Funding）として、最終ガイダンス発行前でもCDFでの使用が可能となった。

CDF推奨の要件としては、①NHS給付条件を満たせるだけ費用対効果が良好になる可能性があること、②データを用いて臨床的な不確実性を解消できること、③再評価までにデータを収集・分析できること、の3つが示されている。CDF推奨となった薬剤は、CDF下で使用するためにManaged Access Agreement（MAA）が締結される。

MAAでは、NICEの評価により「CDF推奨」となった癌治療薬をCDF下で使用するための要件を定めており、主にData Collection Arrangement（DCA）とCommercial Access Agreement（CAA）の2つから構成されている。DCAでは、NICEがCDF下での使用を評価する際に特定した「臨床的不確実性」を解決するために収集が必要なデータ収集方法について合意するものである。CAAは、CDF期間中（Managed Accessの期間）の医薬品価格や総予算を決定する。これは、NHS Englandと製薬会社との秘密協定となるが、製薬企業は、NICEによって決定された費用対効果の閾値を潜在的に充たすであろう妥当な範囲で、評価（価格）を申し入れる必要がある。

MAA締結後は最長2年間償還され、期間が終了した後において「推奨」の場合はNHSでの償還が可能となるが、「非推奨」であれば継続使用をする場合、医薬品は企業負担となる。

●CDFの運用状況

2016年7月に新CDFが始まって以来、2021年3月末までの期間で、約71,500名の患者が、204の異なるがんに対して91種類の薬剤で治療を受けるために登録された。この患者のうち、14,900人以上が、暫定資金調達手続き（IFA）の結果として、治療への早期アクセスの機会を得ることができた。さらに41,400人以上が大幅に割引された価格のMAAによって新たな治療にアクセスできたことが報告されている。2016年7月以降、49（2022年1月時点）の治療法がMAAとして企業とCDFの間で合意されたが、うち18件は、CDF終了プロセスの再評価が行われ、15件がNHSでの使用が推奨された（1件は非推奨、1件は評価終了、1件は撤退）。データ収集期間の中央値は27ヶ月、最短で9ヶ月、最長で5年間となっている。

●IMF：Innovative Medicines Fundについて

NICEのTAプロセスが抗がん剤のみならず、すべての医薬品に対象が広がったことを受けて、CDFを非抗がん剤にも拡張したイノバティブ・メディシン・ファンド（IMF）が設立された。年間予算額はCDFと同額の3億4,000万£である。IMFは、抗がん剤対象であるCDFを非抗がん剤にも対象を拡大し、特に希少疾病など治療効果の不

確実性の大きな医薬品について、NICEが期限を切って推奨することで早期アクセスを実現しようとするものである。これはNICEとのMAAに基づき実施されるが、MAAはCDFと同様に(1) IMFに収載されている間にデータ収集を行うData Collection Agreement(DCA)と(2) 価格を低下させるためのPASあるいはCAAからなる。当所期間終了後にはNICEによる再度の評価を受ける。なお、2023年1月時点で適応された薬剤はゼロであった。

5. おわりに

今回、英国の医療保障制度、医薬品の価格決定システム、医薬品の償還制度について報告書の内容を一部紹介した。英国は、BrexitによりEU離脱したため、2021年1月以降、医薬品承認はEMA(欧州医薬品庁)ではなく自国のMHRA(医薬品・医療製品規制庁)の決定に基づくが、北アイルランドのみは北アイルランド国境問題によりEMAのみの承認の医薬品でも使用が可能であるなど、法規制の複雑さがより一層増している。また、本年はVPASの期限を迎える2023年であるため、VPAS更新の交渉年である。VPAS締結後、医薬品市場の成長率は上限2%に抑えられているため、払い戻し率が急増し2023年は売上高の26%となる約33億ポンド(1ポンド160円換算で5280億円)の返還が求められると予測されている。これは製薬企業にとってかなり大きなパーセンテージであり、企業側の不満も蓄積しているようである。このことに抗議するため(法定スキームは企業にとって経済的なメリットはないためそのように推測される)アッヴィとイーライリリーがVPASの離脱を表明した。2023年は2024年から新たに始めるVPASの交渉の年にあたるため、今後の動きが注目される。

最後に、コロナ禍の影響が緩和しつつある中、本調査研究は3年ぶりの現地での対面形式によるインタビューを実施した。多大なるご協力をいただいた現地各調査施設の皆様に心より感謝申し上げますとともに、調査研究者としてオンライン調査・執筆、貴重なご示唆をいただいた国立保健医療科学院の白岩健先生、現地調査の準備・実施に多大なるご尽力をいただきました在英日本国大使館一等書記官田中広秋様、および現地の情報共有、通訳をいただいた君和田貴子様にこの場を借りて、御礼申し上げたい。

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構
2023年度（第27回）研究助成
若手研究者育成研究助成　募集要項

1．主旨

医療経済及び医療・介護政策分野において医療経済研究の発展を目指すとともに、若手研究者層の裾野を広げるために研究助成を行い、もってわが国における医療・介護政策の発展に寄与することを目的とします。

2．募集課題

研究対象となる課題を以下の5つの中から1つお選びください。

① 医療保険及び介護保険に関する政策的研究
② 診療報酬及び介護報酬に関する政策的研究（①を除く）
③ 費用便益分析・費用効用分析・費用効果分析等を用いた政策的研究
④ 医療・介護産業に関する政策的研究
⑤ 医療・介護の提供体制に関する政策的研究

※大規模データベース（NDB等）のみならず、自ら一次データを収集して行う研究や公的統計データを用いた研究も推奨します。

3．研究実施期間

2023年10月～2024年9月末の1年間とし、期間前に開始する研究は対象外とします。

4．対象者

当該研究助成の応募対象者は、上記の分野に関する科学的実証的研究を志向する個人又はグループとし、 かつ、主たる研究者が2023年4月1日現在で、下記の（1）、（2）のいずれかに該当する方のみとします。

（1）大学院生（修士課程又は博士課程在籍者、及び専門職学位課程在籍者）
（2）40歳以下で、国内研究機関に常勤で勤務する研究者

※過去に当機構の助成を受けた方は、主たる研究者として当該助成に応募が出来ません。
※選考に際して、身分を確認させていただく場合があります。
※研究計画書の内容によっては、利益相反（COI）に関する申告書の提出をお願いする場合があります。

5．助成額

1件当たり概ね50万円～100万円を予定。

※審査の結果、助成希望額を減額させていただく場合があります。
※所属機関の間接経費は助成対象に含みません。
※助成金受入口座が所属機関の寄附金管理口座の場合は、当該助成への応募は出来ません。
（但し、所属機関の間接経費を助成金から徴収しない場合はこの限りではありません）

6．申請手続き

（1）申請方法

所定の研究計画書および共同研究同意書に必要事項を記入し、事務局にE-mailで送付下さい。

（2）期限

2023年6月23日（金）（必着）

（3）対象とならない研究、助成の取り消し

他の助成金交付が確定している研究計画、および複数年に亘る研究計画全体の一部のみを対象とする研究計画は、当機構の助成対象といたしません。

なお、同一ないしは類似したテーマで他の助成金を獲得し既に研究に着手、あるいは研究を終了し学会等で発表している等の行為が明らかになった場合には、助成取り消し及び助成金の返還を求める場合があります。

7．審査ならびに結果の通知

（1）選定委員会における審査に基づき、採否を決定します。

委員長　田中　　滋（埼玉県立大学　理事長）
委　員　小林　廉毅（東京大学　名誉教授）
高久　玲音（一橋大学　大学院経済学研究科　准教授）
中村さやか（上智大学　経済学部経済学科　教授）
西田　在賢（県立広島大学　特任教授、ＨＢＭＳ地域医療経営研究センター長）
濱島ちさと（帝京大学　医療技術学部　看護学科　教授）
福田　　敬（国立保健医療科学院　保健医療経済評価研究センター　センター長）
堀　真奈美（東海大学　健康学部　教授）

（敬称略、50音順）

（2）研究計画の評価

専門的・学術的観点から以下の評価事項に基づき審査を行います。政策的インプリケーションの大きい研究を重視するとともに、若手研究者が行う独創的な研究についても支援します。

①政策との関連性、②研究の独創性・新規性、③研究方法の妥当性
④倫理面への配慮、⑤研究実施上の問題点

（3）採択結果は、2023年9月末日までに採択者へ直接通知するとともに、当機構ホームページに掲載いたします。

8．研究成果の報告ならびに公表

（1）報告書提出期限

①2024年3月末日までに研究進捗報告書（中間状況レポート）
②2024年9月末日までに最終研究報告書、研究要旨

（2）成果報告会

助成対象研究の更なる発展、医療経済・政策研究者とのネットワーク拡大を目的とした成果報告会（2024年11月に開催予定）で、研究成果をご発表いただきます。

（3）当機構による公表

研究要旨は当機構月刊誌「Monthly IHEP」及び当機構ホームページに掲載します。

（4）採択者による公表

・成果の公表は最終研究報告書提出後とすること（部分的な成果の発表は要事前確認）
・研究成果は必ず専門誌へ投稿すること（投稿先は「医療経済研究」を推奨）
・「医療経済研究」以外に掲載された場合、論文の別刷り1部を当機構へ提出すること
・研究成果の公表・発表に際しては、医療経済研究機構の助成による旨を明示すること

9．資料請求先・照会先・提出先

（1）募集要項及び応募書類入手先・照会先

当機構ホームページ（https://www.ihep.jp/business/grant/）にてダウンロード下さい。
また、お問い合わせは当機構ホームページ掲載の問合せフォームにてお願い致します。
郵送や電話による資料請求・お問い合わせはお取扱いいたしておりません。

（2）照会先研究計画書提出

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構「研究助成事務局」 E-mail:grant@ihep.jp

※研究計画書に記入された申請者の個人情報は、当研究助成に関する業務のみに使用いたします。

医療経済学会　第18回研究大会
研究大会長　近藤　克則

「医療経済学会　第18回研究大会」のご案内（第一報）

拝啓
会員の皆様方には益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、医療経済学会・千葉大学予防医学センター共催の「第18回研究大会（2023年度）」を下記の要領にて開催する運びとなりました。つきましては、ご多忙中のこととは存じますが、万障お繰り合わせの上、ご参加頂きたくご案内申し上げます。

敬具

記

Ⅰ．研究大会

期　　日：2023年9月2日（土）
会　　場：千葉大学（西千葉キャンパス）と一部ZOOM配信によるハイブリッド
〒263-8522　千葉市稲毛区弥生町1-33
※開催形式は決定次第、改めてご案内させて頂きます。
参　加　費：普通会員　（事前）5,000円
学生会員　無料
非会員　　（事前）10,000円
※事前申込は7月初旬より開始予定です。
※当日申込・お支払いは受け付けておりません。参加費は事前に振込でのお支払いをお願いいたします。

Ⅱ．総会

研究大会当日、総会を開催致します。

Ⅲ．一般演題募集要項

●一般演題の公募について

一般演題は公募します。本研究大会では、医療経済学に関する幅広い分野を対象とします。なお、演題の採否の決定については、プログラム委員会にご一任ください。

●申込資格

演者は医療経済学会の会員に限定しております。
申込時、会員でない方は、演者となりましたら別途会員登録をお願い致します。

●演題関連スケジュール

募集開始：2023年2月6日（月）
募集締切：2023年5月12日（金）
採否通知：2023年6月下旬

（参考）採用された方
報告論文提出：2023年7月28日（金）
発表Power Point（PDFも可）提出：2023年8月30日（水）

- 報告論文は、指定討論者へ事前送付致しますので、指定討論者が事前に十分に発表予定の演題内容について把握し、討論準備ができるように作成し、上記期限までに事務局へご提出をお願い致します。なお、報告論文は公開されません。
- 研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（公的機関や私的企業の名称、研究科題名、補助時期など）を謝辞の中に明記してください。

●申込方法

一般演題申込希望者は、下記の要領にて記載した日本語または英語による演題要旨とともに、フォームよりお申し込みください。演題要旨は医療経済学会ホームページよりダウンロードできます。

（演題要旨）

必ず指定のフォーマットを用い、下記の文字数を守ること

- 日本語で図表なしの場合、総文字数（演者・所属・演題名・抄録本文の合計）で1,200文字以内。図表は1枚のみ添付可で、その場合、1,000文字以内
- 英語で図表なしの場合、総単語数（演者・所属・演題名・抄録本文の合計）で400語以内。図表は1枚のみ添付可で、その場合、300語以内

（留意点）

- 一般演題は、PowerPoint（PDFも可）による口頭発表とします。
- 一般演題は１人１演題までですが、共同演者として複数の演題の登録が可能です。
- 口頭発表は指定討論者による討議を予定しておりますので、申込の際に、必ず希望する指定討論者2名をご記入下さい。なお、指定討論者の決定はプログラム委員会が行います。
- 指定討論者は、基本的に学会会員として下さい。
- 演者および共同演者全員が大学院に在籍する場合、教員１人の推薦を必要とします。
- 掲載済論文と同一の内容の発表は対象外とします。

●プログラム委員　**（敬称略・順不同）**

	ご所属	氏　　名
研究大会長	千葉大学予防医学センター 教授 ／ 国立長寿医療研究センター　研究所　老年学・社会科学研究センター　老年学評価研究部長	近藤　克則
委員長	慶應義塾大学　大学院経営管理研究科 教授	後藤　　励
委　員	国際医療福祉大学　大学院医学研究科　教授	池田　俊也
委　員	津田塾大学　総合政策学部　教授	伊藤由希子
委　員	横浜市立大学　国際商学部　講師	加藤　弘陸
委　員	京都大学　大学院医学研究科社会疫学分野　主任教授	近藤　尚己
委　員	岡山大学　社会文化科学学域　教授	岸田　研作
委　員	京都大学　大学院医学研究科 医療経済学分野　准教授	國澤　　進
委　員	国立保健医療科学院　保健医療経済評価研究センター　センター長	福田　　敬
委　員	上智大学　経済学部　教授	中村さやか
委　員	一橋大学　社会科学高等研究院（HIAS）　教授	中村　良太
委　員	東北大学　大学院経済学研究科　准教授	湯田　道生

Ⅳ．その他

●駐車場について

公共交通機関のご利用をお願いします。

お問い合わせ先

〒105-0001
東京都港区虎ノ門1-21-19東急虎ノ門ビル3F
一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構内
医療経済学会事務局　TEL：03-3506-8529　　FAX：03-3506-8528
E-mail：conference@ihep.jp　　https://www.ihep.jp/jhea/

2023 年度

ヘルスリサーチ研究に関する
第32回 助成案件公募のご案内

ヘルスリサーチとは、一人ひとりのクオリティー・オブ・ライフ（QOL）の向上を目的として、自然科学（医学、薬学、健康科学等）や社会科学（法学、経済学、社会学等）の成果を基に、保健・医療の受け手の観点から、変化する社会の中で全ての人が最適なケアを享受できるための仕組みを研究し、社会に提言する問題解決型の学問です。
国内におけるヘルスリサーチ振興のために、下記のとおり研究助成案件を募集致します。

応募期間
2023 年
4月3日（月）～
6月30日（金）
採否決定
2023 年10月下旬

■ 募集内容

国際共同研究：国際的観点から実施する共同研究

上限 300万円 × 8件 程度

期　　間：2023 年 12 月 1 日 ～ 2024 年 11 月 30 日
共同研究：海外研究者を 1 名以上含めること

国内共同研究（年齢制限なし）：国内での共同研究

上限130万円 × 14件 程度

期　　間：2023 年 12 月 1 日 ～ 2024 年 11 月 30 日
共同研究：同一教室内研究者のみとの共同研究は対象としない

国内共同研究（満39歳以下）：国内での共同研究（年齢制限：1983年4月2日以降生まれの方）

上限100万円 × 14件 程度

期　　間：2023 年 12 月 1 日 ～ 2024 年 11 月 30 日
共同研究：同一教室内研究者のみとの共同研究は対象としない
また、共同研究者はすべて満 45 歳以下とすること

■ 助成対象研究

国内におけるヘルスリサーチ領域の問題解決型の共同研究であること。

■ 応募方法

本財団のウェブサイトより、応募書類をダウンロードの上、オンラインにてご応募下さい。（郵送不可）
なお、ご応募に際しましては、募集要項などの資料をご一読いただけますようお願い致します。

▶▶▶URL：https://www.health-research.or.jp

お問い合わせ先
お問い合わせは、下記、事務局メールアドレス宛にお願い申し上げます。
E-mail：hr.zaidan@pfizer.com
公益財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団

医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌

「医療経済研究」

投稿論文募集のご案内

医療経済・医療政策研究分野の論文の投稿を広く募集しております。

- 投稿者の条件はありません。
- 採用された論文の掲載料金は無料です。
- 投稿規定、執筆要領は医療経済研究機構ホームページ（https://www.ihep.jp/）をご覧下さい。

編集委員長	野口晴子	（早稲田大学政治経済学術院 教授）
編集顧問	池上直己	（久留米大学医学部 客員教授）
	西村周三	（京都先端科学大学経済経営学部 教授／医療経済研究機構 特別相談役）
編集委員	菅原琢磨	（法政大学経済学部 教授）
	杉山雄大	（国立国際医療研究センター糖尿病情報センター医療政策研究室長／筑波大学医学医療系教授）
	濱島ちさと	（帝京大学医療技術学部看護学科 教授）
	福田敬	（国立保健医療科学院 保健医療経済評価センター センター長）
	安川文朗	（横浜市立大学国際商学部 教授）
	康永秀生	（東京大学大学院医学系研究科 教授）
	山田篤裕	（慶應義塾大学経済学部 教授）

本冊子に関するお問い合わせは、医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌「医療経済研究」担当まで
TEL：03−3506−8529 ／ FAX：03−3506−8528 ／ E-mail：kikanshi@ihep.jp

医療経済学会 入会申込書

【学会設立の趣旨】
　医療経済学の研究者を広く糾合し、医療経済研究の活性化を図るべく、「医療経済学会」を設立する。この学会が医療経済学の研究成果の発表の場として、広く研究者が交流する場となることで、その学問的成果に基づく政策や医療現場での実践が行われ、ひいては質の高い効率的な医療が提供されることを期待する。

入会希望の方は下記様式にご記入の上、事務局までメール、FAXまたは郵送下さい。
なお、入会申込書に記載いただいた個人情報は、当学会のご案内・ご連絡にのみ使用を致します。

年　　月　　日申込

会員種別 どちらかに○	・普通会員（年会費 10,000 円）		・学生会員（年会費 5,000 円）	
ふりがな		男・女	生年月日	西暦　　年　　月　　日
お名前				
E-mail			TEL	

普通会員へお申し込みの方

ご所属先名称		学部・部署役職等	

学生会員へお申し込みの方

学校名		学部・学科	
学生証期限	※大学、大学院またはこれに準ずる学校に在籍し、学士・修士・博士・専門職学位課程に在籍する者とします。学生会員を希望される方は、学生証コピーの提出をお願い致します。		

郵便物送付先	・ご所属先　　・ご自宅	
送付先ご住所	〒	

【お申込み先】
　医療経済研究機構内　医療経済学会事務局
　〒105-0001　東京都港区虎ノ門1-21-19　東急虎ノ門ビル3階
　TEL 03－3506－8529　FAX 03－3506－8528
　https://www.ihep.jp/jhea/
　E-mail：gakkai@ihep.jp

Monthly IHEP バックナンバーのご案内

医療・介護政策、厚生行政などに関する幅広い情報提供を行うことを目的として、医療経済研究機構レター「Monthly IHEP」を発行しています。医療関係有識者へのインタビューや厚生労働関係者へのインタビュー、「医療経済研究会」の講演要旨、有識者論稿などを掲載し、年間 11 回発行しています。

2022 年 10 月号　No.323

●特別寄稿
規制改革推進会議と医療介護 DX ③
～医療 DX の過去、現在、未来～
社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ相談役
武藤　正樹 氏

●研究部・政策推進部レポート
ILC-Japan の活動に関するご紹介
政策推進部　副部長／国際長寿センター
中村　一朗

●研究会報告
薬価・流通に係るくすり未来塾提言について
薬価流通政策研究会・くすり未来塾　共同代表
武田　俊彦 氏

2022 年 11 月号　No.324

● IHEP 事務所移転記念　特別企画
第三世代に向けての期待
―医療経済研究機構の組織改正と事務所移転に際して
（一財）医療経済研究・社会保険福祉協会
評議員会会長
宮川　公男 氏

●厚生労働省インタビュー
地域における薬局薬剤師のさらなる活躍について
厚生労働省　医薬・生活衛生局　総務課　薬事企画官
太田　美紀 氏

●医療機関・施設インタビュー
地域包括ケアシステム構築と地域共生社会に向けた人材育成
つしま医療福祉グループ 代表／日本医療大学 理事長
対馬　徳昭 氏

●研究部・政策推進部レポート
介護保険保険者の PDCA サイクルによる介護保険事業展開の実態
－第 8 期介護保険事業計画における主観的指標の設定状況とその課題－
医療経済研究機構　政策推進部
専門研究員／研究部　特任研究員
松本　佳子

●研究会報告
社会保障改革～ポスト一体改革の課題～
上智大学総合人間科学部教授／
一般社団法人未来研究所臥龍代表理事
香取　照幸 氏

2022 年 12-1 月号　No.325

●年末・年始のご挨拶
医療経済研究機構　所長
辻　哲夫

● IHEP 事務所移転　特別企画
IHEP 事務所移転記念企画　座談会
幸田　正孝 氏、岡部　陽二 氏、中澤　優一 氏、
西村　周三 氏、辻　哲夫

●特別寄稿
費用対効果と価値評価―費用対効果でわかること・わからないこと（上）
公立大学法人横浜市立大学医学部　公衆衛生学　准教授
東京大学大学院 薬学系研究科・薬学部 医薬政策学　客員准教授
五十嵐　中 氏

●医療機関・施設インタビュー
東北医科薬科大学が目指す、医療人の育成と地域医療への貢献
東北医科薬科大学　副学長・医学部長
大野　勲 氏

●研究部・政策推進部レポート
医療・介護レセプトを連結した訪問薬剤師の実態把握研究の試み
医療経済研究機構　研究部　研究員
田口　怜奈

●研究会報告
医療・健康 DX のさらなる推進
前厚生労働省事務次官
吉田　学 氏

2023 年 2 月号　No.326

●特別寄稿
費用対効果と価値評価―費用対効果でわかること・わからないこと（中）
公立大学法人横浜市立大学医学部　公衆衛生学　准教授
東京大学大学院 薬学系研究科・薬学部 医薬政策学　客員准教授
五十嵐　中 氏

●官公庁インタビュー
産学官連携でつくる「くすりの富山」
～「くすりのシリコンバレー TOYAMA」創造コンソーシアム設立の背景と展望～
富山県厚生部くすり政策課　課長　石田　美樹 氏
富山県厚生部くすり政策課　くすりコンソーシアム推進班　班長　建部　千尋 氏
富山県厚生部くすり政策課　くすりコンソーシアム推進班　副主幹　竹田　享代 氏
富山県厚生部くすり政策課　くすりコンソーシアム推進班　主査　小森　洋 氏

●医療機関・施設インタビュー
日本の Academic Research Organization（ARO）の最前線
～基礎と臨床の橋渡しによる新規医療開発、伴走型海外ベンチャー支援、疾患レジストリ活用法の構築～
公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　医療イノベーション推進センター　センター長
川本　篤彦 氏

●研究部・政策推進部レポート
韓国における韓方医療の医療費と利用実態
医療経済研究機構　政策推進部　専門研究員／研究部　特任研究員
佐々木　裕伊

●研究会報告
＜第 28 回 医療経済研究機構シンポジウム 開催概要＞
資源地政学と医薬品の原料問題

IHEP 事務所移転　特別企画　インタビュー企画①
ミアヘルサホールディングス株式会社　皆川　尚史 氏
IHEP 事務所移転　特別企画　インタビュー企画②
医療経済研究機構 元専務理事　上條　俊昭 氏

2023 年 3 月号　No.327

●官公庁インタビュー
健康寿命日本一を目指した大分県の挑戦
大分県　福祉保健部　理事 兼 審議監（保健担当）
藤内　修二 氏

●官公庁＆医療機関・施設インタビュー
へき地医療の現状と課題
～行政・へき地医療拠点病院・へき地診療所へのインタビューより～
大分県　福祉保健部　理事　兼　審議監　藤内　修二 氏
大分県　福祉保健部　医療政策課　課長　小野　宏 氏
社会医療法人　長門莫記念会　理事長　長門　仁 氏
佐伯市国民健康保険因尾診療所　看護師　内那　純子 氏

2023 年 4 月号　No.328

●特別寄稿
かかりつけ医制度の行く末（1）
医療経済研究機構副所長
印南　一路

認知症ケアの価値評価―抗体薬の評価とともに―
公立大学法人横浜市立大学医学部　公衆衛生学
准教授
東京大学大学院 薬学系研究科・薬学部 医薬政策学
客員准教授
五十嵐　中 氏

Monthly IHEP
2023.5 May
No.329
医療経済研究機構レター
発行：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

〒105-0001
東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3F
TEL:03-3506-8529　FAX:03-3506-8528
https://www.ihep.jp/