



2035年、
日本は
健康先進国へ。

2035年、 日本は健康先進国へ。

子どもからお年寄まで、また患者や住民、医療従事者まで、
すべての人が安心していきいきと活躍し続けられるように
様々な暮らし方・働き方・生き方に対応できる
20年先を見据えた保健医療システムをつくる。

急激な少子高齢化や医療技術の進歩など
保健医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、
日本の経済成長と財政再建にも貢献し
ひとりひとりが主役となれる健やかな社会を実現していく。



目次

1. はじめに	5
2. 2035 年の保健医療システムに向けて	6
(1) なぜ 2035 年をターゲットとするビジョンが必要なのか	6
(2) 2035 年の保健医療のあるべき姿	7
(3) 現状 (2015 年) の保健医療の背景と課題	8
(4) 2035 年までに必要な保健医療のパラダイムシフト	9
3. 基本理念	11
4. 2035 年に向けた 3 つのビジョン	13
(1) 「リーン・ヘルスケア ~保健医療の価値を高める~」	13
(2) 「ライフ・デザイン ~主体的選択を社会で支える~」	13
(3) 「グローバル・ヘルス・リーダー ~日本が世界の保健医療を牽引する~」	14
5. ビジョン実現のためのガバナンス	15
6. 2035 年のビジョンを実現するためのアクション	17
(1) 「リーン・ヘルスケア ~保健医療の価値を高める~」	17
i) より良い医療をより安く享受できる	17
ii) 地域主体の保健医療に再編する	20
(2) 「ライフ・デザイン ~主体的選択を社会で支える~」	23
i) 自らが受けるサービスを主体的に選択できる	23
ii) 人々が健康になれる社会環境をつくり、健康なライフスタイルを支える	25
(3) 「グローバル・ヘルス・リーダー ~日本が世界の保健医療を牽引する~」	28
7. 2035 年のビジョンを達成するためのインフラ	31
(1) イノベーション環境	31
(2) 情報基盤の整備と活用	33
(3) 安定した保健医療財源	34
i) 公的医療保険の機能や役割	34
ii) 財源確保方策	34
iii) 財政的なガバナンスの強化	36
(4) 次世代型の保健医療人材	36
(5) 世界をリードする厚生労働省	38
8. 今後に向けて	41
おわりに	42
(参考) ビジョン達成に向けた時間軸	43

GOAL

目標

人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献する。

PRINCIPLES

基本理念：新たなシステム構築・運営を進めていく上で基本とすべき価値観・判断基準

公平・公正（フェアネス）

自律に基づく連帶

日本と世界の繁栄と共生

VISION

2035年の保健医療が実現すべき展望

1

LEAN
HEALTHCARE

リーン・ヘルスケア

保健医療の
価値を高める

2

LIFE
DESIGN

ライフ・デザイン

主体的選択を
社会で支える

3

GLOBAL
HEALTH LEADER

グローバル・ヘルス・リーダー

日本が世界の
保健医療を牽引する

INFRASTRUCTURE

ビジョンを達成するための基盤

（横断的な手段、体制、リソース）

イノベーション環境

情報基盤の整備と活用

安定した保健医療財源

次世代型の保健医療人材

世界をリードする厚生労働省

1. はじめに

健康長寿でありたいという願いは、世界中の誰もが、世代を超えて持っている。我が国は、この願いの実現に最も近い位置にいる国であり、その保健医療水準は世界に誇るべきものである。しかし、今や、経済成長の鈍化と人口動態の変化、医療費をはじめとする社会保障費の急増が見込まれる中で、財政は危機的状態にあり、保健医療制度の持続可能性が懸念されている。パッチワーク的な制度改正による部分最適を繰り返してきた日本の保健医療制度は、長期的な視点に基づく変革が求められている。

保健医療の機能を発展させるとともに我が国や世界の繁栄と安定に貢献するためには、こうした危機感と期待感を共有した上で、これまでの発想や価値観を転換させ、技術の革新などを最大限活用することが必要である。そうすれば、一見ピンチに見える現状も、逆に大きなチャンスをもたらすものとなる。

この「保健医療 2035」の目的は、既存の取組を総花的に並べるものではなく、20年後を視野に入れたビジョンを構想することにある。この目的を達成するために、2035 年を展望した上で、保健医療において守るべき基本理念や価値観、求められる変革の方向性について検討した。

既存の取組の中でさらに加速すべきものはないか。様々なしがらみや縦割りの制度・組織の中で正面から取り組むことに躊躇しているが、中長期的には避けられない重要な課題はないか。今から準備し、あるいは国民的な議論を真摯かつ率直に喚起すべきものはないか。さらにはグローバル化の進展を見据えて、視野を世界に広げ、日本が貢献できることや日本へのヒントはないか。こうした視点からメンバーが議論を重ねた。

未だかつて誰も経験したことのない少子高齢社会を乗り越え、日本が更に発展し、世界の成熟をリードすることで尊敬を集めるための新たなビジョンを国内外に向けて提示し、その具体的な改革を進めていくための方向性を示す提言が、「保健医療 2035」である。

2. 2035 年の保健医療システムに向けて

(1) なぜ 2035 年をターゲットとするビジョンが必要なのか

保健医療の改革には、短期の施策のみならず、共有されたビジョンに基づく中長期にわたる継続した努力が必要である。保健医療の改革については繰り返し議論が行われてきたが¹、これまでの経験を踏まえると、大きな制度改革が行われるためには、改革の議論から制度の施行まで、少なくとも 5~10 年を超える時間が必要である。現在、2020 年の社会保障を含めた財政再建²、そして、2025 年の地域包括ケアシステムの実施³が大きな節目であるが、その先を見据えた将来ビジョンは存在しなかった。

今後 20 年間は高齢化のさらなる進展と人口減少という大きな人口構造の変化に伴い、保健医療のニーズは増加・多様化し、必要となるリソースも増大することが予想される⁴。医療費に関しては、技術革新等により引き続き医療費が伸びると言われている。

こうした状況の中で、団塊ジュニアの世代が 65 歳に到達し始める 2035 年頃までには、保健医療の一つの「発展形」が求められることになる。さらに、今後 20 年間は、我が国の国内外の社会経済状況やライフスタイルも大きな変化が継続すると考えられる。多くの発展途上国においても、2035 年までには疾病構造の重心が感染症から

¹ 例えば近年の議論としては、平成 9 年に『二十一世紀の国民医療～良質な医療と皆保険制度確保への指針～』(与党医療保険制度改革協議会)、平成 13 年に『医療制度改革試案－少子高齢社会に対応した医療制度の構築－』(厚生労働省)、平成 17 年に『医療制度改革大綱』(政府・与党医療改革協議会)等がある。

² 第 186 回国会における安倍内閣総理大臣施政方針演説において、以下の通り、2020 年までに基礎的財政収支の黒字化を目指すことが掲げられている。
「経済の再生なくして、財政再建なし。経済の好循環を創り上げ、国・地方の基礎的財政収支について、2015 年度までに 2010 年度に比べ赤字の対 GDP 比の半減、2020 年度までに黒字化、との財政健全化目標の実現を目指します。」

³ 団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することとされている。

(参考) 地域包括ケアシステム

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-ho-ukatsu/

⁴ 内閣府の「平成 24 年版高齢白書」によると、高齢者人口のうち、前期高齢者は「団塊の世代」が高齢期に入った後に平成 28 (2016) 年の 1,761 万人でピークを迎える。その後は、平成 43 (2031) 年まで減少傾向となるが、その後は団塊ジュニア世代の高齢化に伴い、平成 53 (2041) 年の 1,676 万人に至ることが見込まれる。その後は、減少に転じると推計されている。なお、75 歳以上人口は増加を続け、平成 29 (2017) 年には 65~74 歳人口を上回り、その後も増加傾向が続くものと見込まれている。

<http://www8.cao.go.jp/koureい/whitepaper/w-2012/zenbun/index.html>

非感染症に移り、健康水準も先進国に接近する⁵と共に、高齢化の課題に直面する。また、イノベーションサイクルが20年程度であるとされることも踏まえると⁶、2035年の保健医療に関する技術は大きな進歩を遂げていることが予測される。

世界最高の健康水準を維持し、同時に将来世代にツケを残さないためには、2035年までに予測される需要の増加・多様化、グローバル化、技術革新に対応できるような、保健医療におけるパラダイムシフトが必要である。このような観点から、今回のビジョン策定に当たっては、20年後の2035年を一つのターゲットとすることとした。

（2）2035年の保健医療のあるべき姿

2035年に向け、予測可能な人口構造の変化を除き、保健医療を取り巻く外的・内的環境の変化（人々の価値観や働き方、社会経済や財政の状況、テクノロジーの進歩など）を見通すことは容易ではない。しかし、例えば、以下の様な変化を念頭に置く必要がある。

- ・ 少子高齢化や人口減少が加速し、地方によっては、生活インフラが維持できない、あるいは財政困難に直面する。また、都市部においても急速な高齢化が進み、それを支える人材の確保が重要な課題となる。
- ・ 後期高齢者の急増、独居者の増加により、保健医療サービスに対する量的・質的な需要は増大・多様化する。
- ・ 保健医療に活用し得るテクノロジーの進展が期待できる。一例を挙げれば、
 - ① ウェアラブル端末などの測定ツールが普及し、個人ごとの健康情報を活用できる仕組みが構築され、健康データによる疾病管理・健康管理などの個別化医療が進む⁷
 - ② がんの新たな治療法の開発、認知症の早期診断・治療の大幅な進展、再生医療や遺伝子治療によって多くの難病に治療法が開発される
 - ③ 診療支援機器、看護機器、介護機器、ロボット開発により、遠隔医療や自動診断が汎用化されるなど医療、介護の効率化、省力化が大幅に進むなどが想定される。
- ・ グローバル化の進展によって、経済的・社会的な各国との相互依存・補完関係

⁵ Jamison DT et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013;382:1898-955.

⁶ Christensen CM, Grossman JH, Hwang J (2008). *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care*, New York, New York, USA: McGraw-Hill.

⁷ その一方で、個人情報の保持・利用などの倫理的課題が生じる可能性がある。

が強まる。それに伴い、保健医療人材やサービス面での交流や連携が大幅に進む。

しかし、どのように環境が変化しても、保健医療が果たすべき役割、実現すべき価値を守らなければならない。それは「健康長寿の実現」であり、それを支えるシステムは「人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能なもの」であり、「我が国及び世界の繁栄に貢献するもの」でなくてはならない。これが保健医療の目標である。このような保健医療は、年齢、疾病や障害に関わらず、あらゆる人に、自らの能力を発揮できる持ち場をもたらし、お互いを尊重する社会の礎となる。特に地方での雇用を支え、経済活動の基盤としての存在感を高めていく。

本懇談会では、これらを念頭に保健医療のあるべき姿を設定し、それを達成するための保健医療システムの構築に向けて、掲げるべき基本理念、ビジョン、それを実現・達成するためのアクションとインフラという観点に分けて、多角的に検討した。

（3）現状（2015年）の保健医療の背景と課題

1961年に達成したユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、高度経済成長、若い人口構成という社会情勢のもと成立した。我が国は、国際水準からみて、高い平等性・手厚いセーフティネット⁸・フリーアクセス・世界一の良好な保健アウトカムを、比較的低い医療費で達成してきた⁹。これは、先達の叡智と国民の努力の賜物である。

しかし、少子高齢化の急速な進展、疾病構造の大幅な変化（生活習慣病や多疾患などの慢性化・複雑化）、保健医療に係るリソースである財源・サービス・マンパワーに対する需要の増加などがいずれも大きく変化する中、その将来展望は開けていない。また、技術革新を含めた医療ニーズの変化も顕著であり、医療のグローバル化も進んでいる。これに現在の医療制度や提供体制が十分に対応しているとは言い難い。

医療や介護のサービス提供も、必ずしも患者にとっての価値に見合っていない。施

⁸ ここでは経済的リスクからの保護機能（financial risk protection）を指す。

⁹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). World Population Prospects: The 2012 Revision, Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections, Working Paper No. ESA/P/WP. 235.

医療費の対GDP比の国際比較をみると日本の総医療費の対GDP比はOECD加盟国内で10位（2012年）。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000076442.pdf>

設を中心に医療従事者の専門細分化が進み、高度医療については国際的にも極めて高い水準ではあるものの、プライマリケアや慢性期の医療の質は大きな課題となっている¹⁰。特に、長期にわたる療養、介護については、地域や日常生活から切り離され、経管栄養や胃ろう等の終末期医療（人生の最終段階における医療）の在り方についての課題も指摘されている。

また、複数施設間の電子カルテなどによる情報の共有などが進まず、医療の提供及び利用における過剰診断、過剰治療、過剰投薬、頻回・重複受診¹¹などの弊害が生じている。これは、保健医療の質や効率を下げるだけでなく、医療従事者の負担を増加させ、結果、その潜在能力が必ずしも十分発揮されない状況となっている。

これまでの保健医療制度は、ややもすると近視眼的な見直しを繰り返し、却って制度疲労を起こしている。例えば報酬改定による価格面からのコントロールに偏っており、診療報酬のマイナス改定により一時的には給付費の削減を図ったとしても、一定期間経過後には需要が喚起され、量的な拡大を引き起こすといったような現象も見られた。また、保健医療以外の産業で有効な手法をそのまま転用したり、漸進的な自己負担増や給付の縮減のためのアプローチだけでは、その効果に限界がある上、国民と未来展望を共有することはできない。

このように、単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、新たな価値やビジョンを共有し、イノベーションを取り込み、システムとしての保健医療の在り方の転換をしなければならない時期を迎えている。高齢社会の先進国である日本が、どのように先陣を切ってこうした課題を克服するのか、国際社会が注目している。今、まさに、日本と世界の繁栄に寄与する、新たな保健医療の在り方が問われている。

（4）2035年までに必要な保健医療のパラダイムシフト

これらの課題を克服するには、これまでのように単に保健医療の制度そのものを維持するという発想では不十分である。これからは、保健医療サービスのあり方は、公的セクターの制度だけで決定されるものではなく、民間セクターやNPOなどのサービスや財、人々の意識や行動様式、労働環境、住居やコミュニティ、経済活動、

¹⁰ Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, Izumida N, Noguchi H, Yasunaga H, Miyata H, Acuin JM, Reich MR. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? Lancet. 2011;378:1174-82.

¹¹ このほか、過少医療、医療事故なども考えられる。

それらを支える人々の価値観などの様々な要素も考慮し、社会全体の文脈のなかで決定付けられるものである。こうしたことから、新たな「社会システム」としての保健医療の再構築が必要となる。

2035年に向けて、介護などの関連サービスはもとより、住まい、地域づくり、働き方と調和しながら機能する「社会システム」とするため、これまでの保健医療制度を規定してきた根底の価値規範、原理、思想、すなわち「パラダイム」を以下のように根本的に転換すべきである。

□ 量の拡大から質の改善へ

あまねく、均質のサービスが量的に全国各地のあらゆる人々に行き渡ることを目指す時代から、必要な保健医療は確保しつつ質と効率の向上を絶え間なく目指す時代への転換

□ インプット中心から患者にとっての価値中心へ

構造設備・人員配置や保健医療の投入量による管理や評価を行う時代から、医療資源の効率的活用やそれによってもたらされたアウトカムなどによる管理や評価を行う時代への転換

□ 行政による規制から当事者による規律へ

中央集権的な様々な規制や業界の慣習の枠内で行動し、その秩序維持を図る時代から、患者、医療従事者、保険者、住民など保健医療の当事者による自律的で主体的なルールづくりを優先する時代への転換

□ キュア中心からケア中心へ

疾病の治癒と生命維持を主目的とする「キュア中心」の時代から、慢性疾患や一定の支障を抱えても生活の質を維持・向上させ、身体的のみならず精神的・社会的な意味も含めた健康を保つことを目指す「ケア中心」の時代への転換

□ 発散から統合へ

サービスや知見、制度の細分化・専門化を進め、利用者の個別課題へ対応する時代から、関係するサービスや専門職・制度間での価値やビジョンを共有した相互連携を重視し、多様化・複雑化する課題への切れ目のない対応をする時代への転換

3. 基本理念

上記で記した目標を実現していくために、新たなシステムの構築や運営を進めていくことになるが、その際、基本とすべき価値観・判断基準は、公平・公正（フェアネス）、自律に基づく連帯、日本と世界の繁栄と共生の3つである。

《公平・公正（フェアネス）》

保健医療システムが国民から信頼され、納得されるものであるためには、何よりも公平・公正な仕組みであることが求められる。「保健医療2035」で考える公平・公正な仕組みとは、（1）短期的な維持・均衡のみを目指すのではなく、将来世代も安心、納得できる、（2）職業、年齢階層、所得階層、家族の有無等によって、健康水準に差を生じさせない、（3）サービスの提供においては、サービスの価値に応じた評価が行われる、というものである。

《自律に基づく連帯》

健康は、従来の医療の枠組みを越え、コミュニティや社会システムにおける日常生活の中で、一人ひとりが保健医療における役割を主体的に果たすことによって実現されるべきものである。そのためには、すべての人々が、家庭、職場、地域等のあらゆるレベルにおいて、自らの健康を向上させるための主体的な判断や選択ができる環境が整備されることが必要である。

一方、個々人の自立のみに依存した健康長寿の実現はなく、必要十分な保健医療のセーフティネットの構築と、保健医療への参加を促す仕組みによって社会から取りこぼされる人々を生じさせないことも保健医療システムの重要な役割である。特に、所得格差の拡大や貧困層の増加、健康リスク放置層の顕在化などの中で、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの土台が崩れないような目配り、巻き込みも忘れないことが重要である。

また、地域の保健医療システムは、透明性と説明責任が確保されるとともに、そこに住む人々が主体的に参加し、自律的に運営されることが必要である。その際、患者、医療提供者は、医療が希少資源であることを認識し、コスト意識をもって利用、提供することが大切である。

《日本と世界の繁栄と共生》

保健医療への投資により、人々の健康増進のみならず、わが国の経済・社会シス

ムの安定と発展にも寄与する。特に、保健医療は、高付加価値サービスそのものであり、また社会の持続可能性を高めるという面で、我が国の国力の柱となるものであるという認識に立つ。

特に、保健医療システムが有効に機能することにより、

- ・国民の無用な将来不安をなくし、本人や家族の健康上の不安による勤労への悪影響や生産性の低下を防ぐことができ、我が国の経済活力を下支えする
- ・保健医療に関する新たな付加価値をもたらすサービスや商品の開発、インフラの整備などの進展を促す
- ・地域経済における雇用の機会を維持・拡大することができることにより、財政にも好影響を与える

といった貢献につながる。

さらに、我が国は、すべての人が安心して生き生きと活躍し続けられるように、様々な暮らし方、働き方、生き方に対応できる「健康先進国」として、地球規模の共通課題である保健医療の課題解決を主導する。我が国は世界のイノベーションを積極的に取り込み、国際社会との協働の下で、平和と繁栄の中で共生できる世界を構築する。

4. 2035年に向けた3つのビジョン

前述の目標、そしてその達成のための基本理念となる価値観・判断基準に基づいて、2035年 の保健医療が達成すべきビジョンをリーン・ヘルスケア、ライフ・デザイン、グローバル・ヘルス・リーダーの3つとした。

（1）「リーン・ヘルスケア¹²～保健医療の価値を高める～」

20年後に向け、世界最高水準の持続可能な保健医療システムを構築するためには、保健医療システムへの投入資源に対して、人々が得られる価値を最大化することが必要である。しかし、これまで、投入される資源を最大限効果的・効率的に活用し、患者の得られる価値に応じた価格設定や予算投入などを行う方法や方針が必ずしも明確でなく、保健医療の持つ価値の最大化が実現されていなかった。

今後、限られた財源をできる限り効果的・効率的に活用し、保健医療サービスから得られる価値の最大化を図ること、つまり、価値の高いサービスをより低コストで提供することが必要であり、これをリーン・ヘルスケアと位置付ける。いわば「より良い医療をより安く」というコンセプトが、これから の保健医療システムを考える上で重要となる。

（2）「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」

現在、保健医療においては、サービスの選択肢やそれを選ぶための情報が極めて限られている。人々が自ら健康の維持・増進に主体的に関与し、デザインしていくと同時に、必要なサービスを的確な助言の下に受けられる仕組みが確立している必要がある。これをライフ・デザインという。

健康は、個人の自助努力のみで維持・増進できるものではなく、自己責任で片づけられるものではない。個人を取り巻くさまざまな環境、いわゆる「健康の社会的決定要因」¹³を考慮する必要がある。この社会環境因子の改善があつてはじめて、個人が各々の価値観や死生観に基づいて健康で豊かな人生を全うすることができ、社会的弱者の健康や生活も守られる。高齢者や疾病や障害をもつ人を含め、あらゆる

¹² リーン（lean）は、「引き締まった、贅肉の無い」という意味。

¹³ Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

人に、就労を含め自らの能力を発揮できる持ち場があり、多様性を認め互いを尊重する。それは、健康なライフスタイルそのものが「日常」として定着していくことを意味する。

（3）「グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～」

パンデミックインフルエンザやエボラ出血熱の例を見るまでもなく、疾病には国境がないため、我が国自身の対策にも資する国際新興・再興感染症の封じ込めや災害時の支援などに貢献する機能を強化し、「世界の健康危機管理官」としての地位を確立する。

これから創られていく我が国の保健医療システムは、世界に先駆けて構築される新しいモデルである。我が国が、グローバルなルール作りに積極的に貢献し、保健医療システムを国際展開していくことは、諸外国の保健医療水準を向上するとともに、ひいては我が国の保健医療の向上や経済の成長に資するような好循環を生み出すことになる。

これらを通して、諸外国に信頼され、協力・連携を求められ、緊急時には率先して対応を行う「保健医療の世界のリーダー」として貢献し、国際的に我が国の名譽ある地位を確立する。

5. ビジョン実現のためのガバナンス

以上の3つのビジョン達成に最も重要なものは、透明かつ説明責任の確保された保健医療システムの確立と、それを具体化する制度設計を推進するための財政制度、提供体制の両面にわたる政策ガバナンス（財源、人材などのリソースの確保・配分・評価等の在り方に関する意思決定・合意の仕組み）の改革である。

我が国の保健医療制度の特徴の一つに、現物給付による診療報酬制度がある。マクロでは、一元的な診療報酬改定率等により医療費等の管理を行う一方で、ミクロでは保険適用や診療報酬体系における価格設定により保健医療の技術革新やニーズの変化に適応することを可能としてきた。国際的にも評価されるこうした政策ガバナンスの構造は確保した上で、必要な改革は行っていくべきである。

例えば、2年に一度の診療報酬改定では短期的な医療費の伸びや抑制を念頭に、いわばパッチワーク的な制度改正や財政調整を余儀なくされることもあるが、将来的には、中長期的な視点に基づいた制度改正を可能とするようなプロセスも検討すべきである。また、複数年度にわたるマクロ的な社会保障予算の枠組み等により、関連制度や投入資源の両面から、介護を含む保健医療システム全体の最適化を行うべきである。

保険適用や価格設定などの資源配分、疾病・分野別の対策、地域における医療計画をはじめ、保健医療に関わる政策は、公的資金の割合が高く、かつ多くの関係者に影響を与えるものであるため社会的説明責任が強く求められる。従って、政策の計画と成果は行政や医療提供者だけでなく、患者・国民を含めた関係者の中で広く共有され、継続的に評価される必要がある。客観的な指標に基づいた体系的な政策評価を行うことで、政策が成功した場合、失敗した場合、また現場担当者が異動した場合にも、関係者が政策の内容と進捗を共有し、次の取り組みに向けた課題を同定することが可能となる。

限られた財源の中、選択と集中を図りつつ、戦略的かつ科学的エビデンスに基づき診療報酬等を設定する中央社会保険医療協議会の分析機能の強化のために、各委員を支援する仕組みを確立することが必要である。さらに、政策についてはその目的を達成するに至るまでの因果関係を明示すること、また、目的については政策により実現する成果を志向した客観的な指標で測定されることが望ましい。

このような政策評価の枠組みに基づいて計画-実行-評価-改善（PDCA）サイクルを継続的に実行することは、より良い政策の実現には不可欠の要素である。政策評価を

有効に機能させるためには、根拠となる医療・介護のデータを体系的に収集する体制、現場のニーズに基づいた実証的分析を行う人材、得られた観点に基づいて制度改正や施策立案のアクションを行う機能などが必要となる。保健医療の全体最適化に向けて、政策決定を行う者（国及び地方自治体）は必要となる制度改正・人材育成・機能を強化するべきである。

高齢化のさらなる進展と人口減少という大きな人口構造の変化に伴い、保健医療のニーズが増加・多様化する中で、地域によって、その課題は大きく異なることから、画一的な制度設計は困難になることが見込まれる。このため、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの基本であり、国民に安心を提供するセーフティネットとしての公的医療保険の役割は守り、診療報酬や保健医療のシステム設計における地方公共団体や保険者等の関係者の自律的な努力を支援するなど、地域の実情や課題に応じたローカル・オプティマム¹⁴を可能とする分権的な仕組みも今後検討する。

我が国の医療提供体制は、患者が自由に医療機関を受診できるフリーアクセスと、民間主体の医療提供者が自由に開業し診療科を標榜できる自由開業制・標榜制に特徴づけられてきた。医療に対する患者のアクセスを十分確保しつつ、今後は、地域のかかりつけ医が身近なコーディネーターとして患者や社会を支えていく必要がある。

さらに、保健医療提供体制としては、地域主体で再編されていくことになるが、国としても技術的助言を含めこうした動きを積極的に支えていくべきであり、地方分権と地域保健医療システムにおける各主体の自律性を基本としつつ、基礎的なサービスについては国が責任を持ち、規制の在り方を含めた改革を検討していく。

¹⁴ 「地域における最適な状態」をいう。

6. 2035 年のビジョンを実現するためのアクション

(1) 「リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～」

i) より良い医療をより安く享受できる

2035 年に目指すべき姿

- ◆ 最善の質と適切な量の保健医療が、必要とする全ての人に最適なタイミングと適切な価格、多様なアプローチで提供されている
- ◆ 健康増進や予防、診断、治療、疾病管理、介護、終末期（人生の最終段階）までが切れ目なく一貫性を持った保健医療として提供されている
- ◆ 資源のインプット量ではなく、患者にとっての価値を主眼とした評価体系を日本が確立し、世界標準として普及させている
- ◆ 保健医療のベンチマー킹と情報開示が進み、ケアの選択肢も現在より大幅に多様化している

〔具体的なアクションの例〕

- ① 医療提供者の技術、医療用品の効能などの医療技術評価を導入し、診療報酬点数に反映する
- ・ 平成 28 年度診療報酬改定における一部導入も視野に入れながら、速やかに、医療技術の費用対効果を測定する仕組みを制度化・施行する。
 - ・ 先進的又は高額な医療が良い、あるいは検査や薬剤処方も量を投入すればするほど良いとするのではなく、国民の保険料や税金一円あたりの効果・価値を高め、2035 年までに、「より良い医療をより安く」という価値観へ転換する。
 - ・ 医療技術評価の実施には、医療技術と医療経済に関する専門性を有するスタッフを獲得し配置するため、政府内外の専門家との連携が必要である。厚生労働省の外部からもスタッフを募りつつ、医療技術や保健アウトカムなどの評価を継続的に主導できる部門を厚生労働省内に設置¹⁵する。
 - ・ 将来的には、経済性と有効性の評価に重点を置き、欧米諸国で導入されている保健アウトカム指標（例：QALY）をそのまま移入するのではなく、時代環境に応じた患者の総合的な価値に関する指標を定め、主な医療サービスのパフォーマンスの評価を体系的に行うことができる体制を整える。さらに、医療・介護サービスの一貫性を担保するために、例えば、要介護者の状態像の改善について評価するなど、その報酬設定の基本的な考え方の整合を図る。

¹⁵ 提言書中 7. (5) (39 ページ) 参照

② 医療機関のサービスの費用対効果の改善や地域医療において果たす機能の見直しなど、医療提供者の自律的努力を積極的に支援する

- ・個々の病院は診療行為の実態や費用対効果の改善に向けた課題を、地域における自らの位置付けを踏まえて把握する。これにより、各医療機関が、個々のサービスの向上を図るだけでなく、地域医療における役割を果たすための連携体制を構築する。
- ・専門医制度と連携した症例データベースである National Clinical Database (NCD)¹⁶をさらに普及させる。NCD は、詳細な臨床データに基づくリスク分析、プロセス指標の提示による最善の診療の事前検討や、自施設診療科のパフォーマンスの検討と全国平均との対比（ベンチマーク）による治療成績の改善を可能とするものである。このような「医療現場主導」の取組を積極的に支援する。
- ・また、世界各国で急速に広がっている「賢い選択（Choosing Wisely）」の取組み¹⁷、すなわち、検査や治療の選択において必要性を的確に吟味し、無駄を控えるように推奨するなどの専門医学会等による自律的な取組みを進める。
- ・上記のエビデンスに基づいて医療機関や専門団体は、領域全体としての医療機関や医師ごとに異なる医療技術や診療プロセスの現状を把握し、医療サービスの過少・過剰部分を同定する。その上で、改善に向けた検討課題を把握し、最善の診療の普及を支援し、改善を達成できた領域にはインセンティブを設定する。
- ・高難度な治療や低難度な治療において、各地域または複数地域間の医療機関が連携と機能分化を進めて、地域と病院が患者側に最善の選択肢を提供できるように、地域を越えた医療機関間の情報共有と機能連携を進める。

③ 医療機関や治療法の患者による選択とその実現を支援する体制を強化する

- ・上記の取組みによる医療機関に関する情報を基に、患者は自らが望む保健医療を選択するにあたって必要かつ適正な情報やアドバイスを得て、治療に必要な選択肢の提供を受けることができ、かつその選択が実施される体制を構築する。例えば、自分の手術にはどの様なリスクがあり、死亡・合併症がどのくらいの確率で

¹⁶ National Clinical Database は、外科手術情報等のデータベースである。現在は、一般外科医が行う手術の 95%以上の情報が登録(参加 4,000 施設以上。年間 120 数万件)されており、施設等のベンチマークや、手術を受ける患者のリスク予測等への応用が可能。

¹⁷ 医師の自律的な取組による「過剰な医療」の適正化キャンペーンをいう。医療における過剰な検査の実施は偽陽性の危険性を増し、さらなる侵襲的な精密検査で有害事象をもたらすことがある。例えば、人間ドックや脳ドック、がん PET 検診など、自由診療で行われる健診検査などでも、陽性所見がみつかれば、医療機関での保険診療による侵襲的な精密検査が実施されることも多い。また、治療薬については、高額な新薬よりも古くからあるよい薬を利用する方が費用対効果が高い場合も多い。また、高齢者に対する過剰な多種類処方は、副作用の危険性が高く、有害事象を起こすことが多い。

Choosing Wisely. An initiative of the ABIM Foundation.

<http://www.choosingwisely.org>

発生するのか、どういった治療法や服薬の組み合わせが現状では最善なのかといった情報が手に入るようになり、これにより、医療サービスの過少・過剰部分を是正する効果も期待される。

- ・自らが受ける医療の選択の際には、地域のかかりつけ医や保険者からの助言を受けられる体制を整備する。特に、保険者が、個人ごとの健康管理を的確にサポートすることが重要である。その際、例えば、情報提供、相談を最適なタイミングかつ多様なアプローチで受けられるような支援機能の強化及び保険者再編による効率の改善を図る。
- ・保険者は、保健医療の質と効率の双方の改善を進めるために、個人ごとの保健医療関連情報の統合と活用を推進する。人々の健康リスクを同定し、前もって適切な保健医療を提供するなどして、予防・健康管理における積極的な役割が求められる。さらに、必要とする全ての人に切れ目なく一貫したケアが提供されるための基盤の運営を担う。

ii) 地域主体の保健医療に再編する

目指すべき 2035 年の姿

- ◆ 日常生活圏域での保健医療ガバナンスが強化され、住民の理解・納得に基づく、地域ごとの実情に応じたサービスが提供されている
- ◆ 医療提供体制については、地域医療構想や地域包括ケアシステムを踏まえ地域主体で再編されていくが、国としても技術的助言を含めこうした動きを積極的に支援・促進していく
- ◆ 地域の特性に応じた健康な地域が形成され、優れた事例が国内外で共有されている

〔具体的なアクションの例〕

① 地域における保健医療のガバナンスを強化する

- ・ 地域包括ケアシステムの実現にあたっては、地域のことは、地域で主体的に決めていくことが重要である。地域の状況やニーズに応じた保健医療を計画するために、行政、医療従事者、保険者（被用者保険・国民健康保険）、シビル・ソサエティーや住民による、制度横断的な地域独自の意思決定の場を構築する。
- ・ 地域包括ケアに対応するために、他の専門職との連携・調整に優れたマネジメント能力を持った専門人材の育成や総合的な資格創設（医療・看護・介護・リハビリ含めた対応が可能な職種）の検討を進め、人材不足の解消とニーズにあった雇用の創出を図る。
- ・ 地域医療構想の実現とそれによる病床の再編等を進めるに当たっては、自治体の政策立案・遂行能力の向上が不可欠であり、首長のリーダーシップのもと、保健医療政策人材の育成、確保等を行う。特に、リソースの不足、ニーズの増大が見込まれる中で、全ての自治体に全てを揃えようとする発想から脱却し、自治体間での資源の共有、分担を推進する。
- ・ 地域主体という名の国から地方への単なる「丸投げ」は厳につつしみ、国として必要な支援、助言や法規制などの責任を全うすべきである。国は、基礎的なサービスについては責任を持って支援・促進するとともに、地方が自律するための体制の整備（インセンティブや規制の在り方を含む構造改革）を進めていく。

② 地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保する

- ・ 都道府県は「医療資源のニーズと配置の適切性の検証」を進める観点から、保

健医療関連の結合データを用いて患者の受診状況等を把握・分析するとともに、医療機関は ICT を活用し臨床情報を体系的に把握し、医療の質向上を図る。これにより、更なる病床と病院機能の再編等を進める。

- ・ マクロ・ミクロレベルでの地域差に関する総合的な要因分析をさらに進め¹⁸、都道府県¹⁹の責とすべき運営上の課題とそうでない課題を精査する。都道府県の努力の違いに起因する要素については、都道府県がその責任（財政的な負担）を担う仕組みを導入する。一方、都道府県には、市町村の努力を支援するための財政的インセンティブを設計する権限を持たせる。介護保険についても要介護認定率などのばらつきにより、給付費の地域差が生じており、地域差を縮小させるための仕組みを導入する。²⁰
- ・ 診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画²¹において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。²²
- ・ また、2050 年には、現在の居住地域の 6 割の地域で人口が半減、うち 2 割が無居住化する趨勢²³を踏まえると、遠隔地でも必要なサービスや見守り等ができる遠隔医療のための ICT 基盤や教育システムの整備を今から開始する。さらに、急速に進む人口減少に対応するため、地域包括ケアシステムと新たなまちづくりの融合や司令塔となるプラットフォームの構築を促進する。
- ・ さらに、将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合においては、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討を行い、プロフェッ

¹⁸ 例えば、療養病床の入院受療率については都道府県間で最大 6 倍の格差があり、このような地域差について、医療の公平性と効率性の観点からより適正化できるか否かを判断する。

¹⁹ 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案（平成 27 年 5 月 27 日成立）」に基づく医療保険制度改革により国保の財政運営の責任を都道府県が有することとなることを想定して、こうした取組みを導入する。

²⁰ 現在、医療費については、地域差を含めて国庫負担が行われる仕組みとなっており、医療費の高い地域の国庫負担分を全国の税収により賄うという構図が生じており、一定の地域差分については、当該地域において負担するという考えを導入するもの。

²¹ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に基づき、都道府県が 5 年毎に 5 年を 1 期として定める、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画。都道府県医療費適正化計画においては、医療費適正化を推進することによる計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項等を定めることとされている。

²² 仮に都道府県が医療費の地域差を負担することとなった場合、疾病予防という取組み以外にも医療費を都道府県自らが適正化できる具体的な権限を有することが望ましいため、診療報酬に係る一定の権限を都道府県に付与することが考えられる。

²³ 「国土の長期展望」中間とりまとめ（国土交通省）
<http://www.mlit.go.jp/common/000135838.pdf>

ショナルとしての医師のキャリアプランを踏まえつつ、地域住民のニーズに応じて、地域や診療科の偏在の是正のための資源の適正配置を行うことも必要となる。

③ 地域のかかりつけ医の「ゲートオーパー」機能を確立する

- ・ 高齢化等に伴い個別の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加し、医療技術の複雑化、専門化が進む中、身近な医師が、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする「ゲートオーパー」機能を確立する。これにより、患者はかかりつけ医から全人的な医療サービスを受けることができ、また適切な医療機関の選択を可能とする。
- ・ このためには、総合的な診療を行うことができるかかりつけ医のさらなる育成が必須であり、今後 10 年間程度すべての地域でこうした総合的な診療を行う医師を配置する体制を構築する。
- ・ 総合的に医学的管理を行っている地域のかかりつけ医が行う診療については、包括的な評価を行う。特に、高齢者と子どもについては、かかりつけ医が重要であり、かかりつけ医をもつことを普及させる。このため、総合的な診療を行うかかりつけ医を受診した場合の費用負担については、他の医療機関を受診した場合と比較して差を設けることを検討する。これにより、過剰受診や過剰投薬の是正等の効果も考えられる。
- ・ 2035 年には、必要な保健医療と介護サービスが、地域において切れ目なく提供されるよう、行政、医療機関、介護施設、NPO が協働・連携し、統合的に提供できるようにする。その際、在宅医療・介護は大きな社会的・経済的な負担を伴う側面を踏まえ、単なる在宅回帰にならないよう、地域社会ごとに、施設入所やレスパイトケア、さらには、住環境の改善などを組み合わせた多様な保健医療・介護を実践できるサービスの在り方を検討する。

（2）「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」

i) 自らが受けるサービスを主体的に選択できる

2035年に目指すべき姿

- ◆ 健康に対する知識や意識が向上、患者一人ひとりが自らの医療の選択に主体的に参加・協働している
- ◆ 個人の人生や医療における選択や意思決定を支えるケアの支援が確立・普及している
- ◆ 健康や予防に関するエビデンスや指標づくりと、その活用が進み、患者・国民がより賢明な選択を納得して行うことができる

〔具体的なアクションの例〕

① 自ら最適な医療の選択に参加・協働する

- ・ できる限り患者と医師の情報の非対称性を縮小し、患者自らが医療の不確実性も理解しつつ、医療従事者と協働して最適な医療の選択に参加できる基盤を作る（例：医療機関や医師ごとの技術や能力の多様性を患者が理解でき、自分に適したサービスを見出し、選択できる情報基盤と活用体制の整備・情報活用の補助を担うスタッフの育成）。
- ・ これまで、医療サービスの利用者は、健康医療に関わる基礎知識の不足や受け身的な関わり方により、医療への過剰な期待や反応を持つ傾向があった。こうした点を是正するため、学校教育、医療従事者、行政、NPO 及び保険者からの働きかけなどによってヘルスリテラシーを身につけるための支援をする。
- ・ また、2035年には死者が毎年160万人を上回る時代²⁴であることを踏まえると、「死」の在り方（quality of death）について、一人ひとりが考え、選択することも必要となる。特に終末期（人生の最終段階）について、意思能力のあるうちに事前指示（advance directive）として、自らの希望する医療やケア、療養場所に関して選択や意思表示ができるようにするといった、quality of death の向上のための取組（望まない医療を受けないことや在宅療養の選択等）を進める。また、そのための啓発・教育活動を保険者や自治体、かかりつけ医が行う体制を確立する。
- ・ 医療機関に対するフリーアクセスが可能である現状においては、情報の公表や活用は、時に、一部医療機関への集中によるアクセスの悪化や、医療機関側の

²⁴ 日本の将来推計人口（平成24年1月推計）によれば、2035年の死者数は約166万人と推計されている。

リスク回避を招く可能性があり、適切な医療を患者側が受ける機会を阻害する可能性もある。医療機関や医師の技術力の評価を継続的に行うことは重要であるが、情報の公表の範囲や方法のあり方について検討する。加えて、一定の自己負担の設定によるアクセスへのコントロールなども検討する。

- ・個人の選択に応じた負担のあり方を検討する。例えば、後発医薬品でなくブランド薬を使用した場合の追加的な負担や、在宅でサービスを受ける場合と入院・入所によりサービスを受ける場合とで、異なる自己負担を導入すること²⁵などが考えられる。

② 自ら意識的に健康管理するための行動を支援する

- ・電子健康記録（e-HR）に介護サービス情報を含めた個人レベルでのポータブルな情報基盤と、その活用を支援、補助する体制の整備を図ることにより、個人ごとの保健医療・介護情報を自ら把握し、主体性を持って、サービス選択や健康管理が実現されるようとする。
- ・国民が自ら健康を育むことを支援する。例えば、制度的な位置付けを含め、OTC薬²⁶を活用したセルフメディケーション²⁷の支援を行う。従来の門前薬局から抜本的に機能を見直し、薬局再編の姿を示す「患者のための薬局ビジョン」の具体化を推進する。
- ・また、今後、各種検査はもとより、遺伝子解析の情報などにより、市民や患者が情報を得られる一方で、必要以上の混乱や不安を招くことも考えられる。こうした場合に備え、遺伝子情報の取扱いに関する法整備とともに、医学的知見や本人の社会的・経済的情報を踏まえた助言・支援を行うことのできる体制の整備を図る。また、必ずしも情報を与えれば個人が選択できるというというわけではなく、その情報を選択して、活用できる人材の育成・配置を行う。

²⁵ 在宅入院・入所による給付費の差や、家族によるケアとその機会費用等を考慮する考え方。

²⁶ 薬局やドラッグストアなどで処方せんなしに購入できる医薬品。

²⁷ 自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること。

ii) 人々が健康になれる社会環境をつくり、健康なライフスタイルを支える

2035年に目指すべき姿

- ◆ 地域包括ケアシステムを軸に「自然に健康になれる」コミュニティや社会が実現している
- ◆ 一人ひとりが個人、職域、地域などの様々なレベルにおいて、自分自身だけでなく周囲や社会の健康を守り育む主体として貢献している。
- ◆ 予防に関する取組みが飛躍的に進展し、科学的エビデンスの集積と活用で世界をリードしている
- ◆ 「たばこフリー社会」が全国で実現している

〔具体的なアクションの例〕

① 「自然に健康になれる」コミュニティと社会づくり

- ・ 今後予想される、高齢者の単独世帯の増加や、個人の社会的孤立の拡大に対応するため、健康の社会的決定要因を考慮したコミュニティやまちづくりを進め、個人が「自然に健康になれる」社会環境をつくりだす。
- ・ 保健医療、介護・福祉サービスを、切れ目なく提供し、高齢者や障がい者、生活困窮者等あらゆる人々がコミュニティで共生できる、地域包括ケアシステムの実現を推進する。そのため、総合相談窓口として、地域総合ケアステーションを設置する。
- ・ 地域包括ケアシステムの推進や、健康なコミュニティづくりは、行政の施策や公的サービスだけでは実現できない。行政だけではなく、医療従事者、企業関係者、住民などのあらゆるステークホルダーが、その立場や役割、官民の垣根を越えて協働するプラットフォームを構築する。
- ・ 地域総合ケアステーション、生活支援センター、民生委員、保健師、学校等と連携し、生活困窮者や認知症当事者とその家族等、あらゆる住民が、健康上、生活上のあらゆる課題について、ワンストップで身近に相談することができるための総合相談サービスも充実させる。これらの実施についても、企業を含む民間セクターやNPOが主体的な役割を果たしていく。
- ・ 地域ごとに医療や介護の分野で、その地域の強みや特性を活かした、まちづくりを進める。健康による食事やライフスタイル、仕事や居場所があるコミュニティ、自然に歩きたくなるまちづくりなど、保健医療政策とまちづくり・都市政策を一体となって進めるため、全国30市町村程度を「保健医療2035モデルシティ」として認定・表彰し、地域ごとの取組みを横展開していく。

- ・ 貧困やストレス、労働環境、社会的孤立など、健康の社会的決定要因を把握するとともに、ハイリスク集団へのサポートや社会環境の整備を通じて国民の健康を守るための対策を強化する。

② 生涯を通じた健康なライフスタイルの実現

- ・ 子どもから高齢者に至る生涯を通じた予防・健康づくりを、社会を挙げて支える必要がある。このため、保育・幼児教育から職場やコミュニティ等のあらゆる場で、世代を超えた健康に関する教育の機会を提供し、ヘルスリテラシーを身につけるための取組みを促進する。
- ・ 女性がそのライフコースを通じて包括的な医療・ケアを受けられ、妊娠、出産、育児に際して、男女ともに十分な社会的支援を享受できる体制を構築する。また、子育て世代が育児や介護などを両立しながら、自らも健康に就労を続けられる支援体制を強化する。
- ・ 人々の健康は企業などにとっても重要な資産である。特に、企業の生産性向上の大きな阻害要因となりつつあるメンタルヘルスへの取組を早急に強化する。このため、うつ病等の早期発見・早期対応について企業をあげて実施するモデルを構築するなど、心の健康推進企業を支援する。あわせて、地域におけるメンタルヘルス対策を推進する。
- ・ 高齢者固有の特性を踏まえた肺炎予防や、低栄養高齢者に対する栄養指導といった高齢者に対する予防的介入を強化する。虚弱化による転倒・骨折リスクの予防、社会的孤立の予防のため、就労や社会参加を促進し、年齢にとらわれず高齢者が生きがいをもって暮らせる社会を目指す。
- ・ 口腔ケアは、口腔機能の維持のみならず、誤嚥性肺炎予防や糖尿病等の改善などにも密接に関連する。ライフコース全般にわたる予防・健康管理の観点からも、今後さらに医科歯科連携を促進する。
- ・ 高齢者の健康状態が医療の発達とともに改善していることから、定年の撤廃による労働人口の増加や生涯複数職の普及を推進する。それに伴って、高齢者が就労を通して社会とより長く関わることが可能となり、健康長寿の推進につながることも期待できる。

③ 予防・健康の推進とエビデンスの強化

- ・ 健康への投資は生活の質を向上させ、労働生産性を向上させることから、高齢者の介護予防、現役世代からの健康づくり等²⁸の予防・健康管理に関する取組み

²⁸ 病気に向かいつつある状態（手足の冷えや体の疲れ、胃腸の不調など）を指す「未病」といった概念もある。

を進める。それらにより、食やスポーツなど健康関連の新たなビジネス創出にもつながり、雇用経済を下支えすることも期待される。

- ・効果が実証されている予防（禁煙、ワクチンなど）に関しては、積極的に推進する。特に重症化予防は、医療費削減という観点からも確実に進めるべきである。例えば、糖尿病が強く疑われるにもかかわらず治療がなされていない者に対して受診勧奨などのデータヘルスの推進に基づく重症化予防を徹底する。
- ・診断・治療に比べると、予防に関する科学的エビデンスは圧倒的に少ない。例えば、健康な個人に対する行動変容を促すインセンティブの効果は限定的である。²⁹予防に対する取組みをさらに加速させるため、例えば、ライフログや生体センサーによるデータ、健診のデータやクリニカルデータ等の突合を促進し、それらを広く活用するなど、予防・健康づくりに関する科学的エビデンスに関し、世界で最もデータ集積が進んだ国を目指す。

④ 「たばこフリー」社会の実現

- ・喫煙予防への介入は、疾病や死亡のリスクの減少や介入の費用対効果に関する科学的根拠が確立している。WHOは、2040年までに「たばこのない世界」の実現を掲げているが、我が国は、その前倒しを図り、2020年の東京オリンピック開催までに、受動喫煙のない「たばこフリー」オリンピックを実現することを目指す。このため、東京都と連携し、そのための法律的整理を速やかに行う。また、2035年までの早期に喫煙者自体をゼロに近づけるため、たばこ税増税、たばこの広告・パッケージ規制、喫煙者に対する禁煙指導・治療、子ども防煙教育のさらなる促進などのあらゆる手段を講ずる。

²⁹ Cutler DM. Behavioral health interventions: What works and why? In: Anderson NA, Bulatao RA, Cohen B, editors. National Research Council, Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Later Life. Washington, DC: The National Academies Press; 2004. Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education.

(3) 「グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～」

2035年に目指すべき姿

- ◆ 日本が国際健康危機（グローバル・ヘルス・セキュリティ）に対応できる保健医療システムを構築しグローバル連携において世界をリードしている
- ◆ 世界の健康増進と格差是正を、日本の対外戦略の柱として据え、「健康長寿大国」として、日本の知見で世界を主導、ルールメイキングで主導的な地位を確立している
- ◆ 日本が世界の保健医療エコシステムの形成をリードし、世界中の保健医療ニーズを持つ人々を受け入れるサービス拠点となり、世界中でネットワークされた保健医療の中核的存在となっている

〔具体的なアクションの例〕

① 健康危機管理体制を確立する

- ・ 健康危機管理をグローバルに主導していく観点から、人類の脅威となる感染症が発生した際に、最も早くその対処方法を世界に発信し、発生国における封じ込め支援をリードし、平時においては公衆衛生の司令塔としての機能を持つ健康危機管理・疾病対策センター（Center for Health Protection and Promotion）（仮称）の創設を行う。国際保健規則（IHR）³⁰に記された機能を実行できない地域や国に対しては、人材を含め脆弱な保健システムの強化支援を行う。
- ・ 中長期的に、アジア西太平洋地域をはじめとする国々との広範な保健安全保障体制の確立に向けた体制整備を図り、特に災害医療については、日本の強みとして、国の災害派遣医療チーム（DMAT）³¹や国際緊急援助隊（JDR）³²に加えて、自衛隊、NPOや市民社会などとの連携を進め、広範な健康危機への国際支援体制を強化する。

② 日本がグローバルなルールメイキングを主導する

- ・ 我が国が誇る保健医療システム、日本式の医療サービスの普及などを含めた、

³⁰ World Health Organization. International Health Regulations (2005).
<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en>

³¹ 医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期（おおむね 48 時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チーム。

³² 国際緊急援助隊の派遣に関する法律（昭和 62 年法律第 93 号）に基づき、海外の地域、特に開発途上にある海外の地域において大規模な災害が発生し、又は正に発生しようとしている場合に、当該災害を受け、若しくは受けるおそれのある国（政府又は国際機関の要請に応じ、国際緊急援助活動を行う機関）。

国際保健外交を通じて、世界に貢献し、世界一の健康長寿国家としての地位を国際的に確立する。特に、高齢化対応の地域づくり、生活習慣病や認知症対策などの分野に焦点を当てた貢献を図る。

- ・ G7 等の機会を積極的に活用し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジをはじめ保健医療分野でのアジェンダ設定を主導するため、「グローバル・ヘルス・サミット（仮称）」を開催し、日本での常設化を図る。
- ・ グローバル・ヘルス・リーダー育成のため、グローバルな知見を持つ行政官・医療従事者・研究者の交流・育成を強化する。例えば、若手人材を WHO 総会などに積極的に派遣する。このため、グローバル・ヘルスを担う人材を官民一体となって育成し、プールする仕組みを創設する。
- ・ グローバル・ヘルスへの貢献が、包括的かつ戦略的に行われるよう、社会インパクト投資などが促進されるような仕組みを支援し、保健関連 ODA を大幅に増加させる（現行の 2 %から欧米並みの 20%程度までの引き上げ）。さらに、WHO 等への任意拠出金や我が国が主体となった官民連携型の国際機関などの効率的・効果的なグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築についても積極的に貢献していく。

③ 保健医療のグローバル展開を推進する

- ・ ボーダーレス化の時代を迎えるにあたって、医療関係職種が諸外国でも活動できるよう教育課程や資格制度の調和を図っていくことが必要である。国内においては、まずは、外国人が医療を安心して利用できる診療体制や医療通訳の提供体制の構築を進め、オリンピックの開催までに早急にインフラを作り上げ、ショーケースとして世界に発信する。
- ・ 医療の国際展開を図るため、アジアの国などにおいて、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、国民皆保険制度、医薬品・医療機器承認制度（レギュラトリ－・サイエンスなど）のシステム構築の支援を行う。
- ・ 食事、運動などの予防から治療、制度、医薬品・医療機器さらにはその土台となる医療の人材や IT インフラまでのパッケージ支援を展開する。
- ・ 単一の病院や名医の海外進出を支援するだけでなく、海外を地域単位で支える医療提供体制のグローバル連携を進める。病院群が連携して中核クラスターを構成し、過疎地域のスーパー診療所³³との連携により地域全体を支える体制は、国際展開と支援においても有効に機能する可能性がある。こうした国際展開の発展型として、診断・治療提供だけでなく、保健医療の制度設計や運用を含む

³³ 専門医を中心とする医療チームの拠点を医療過疎地域等に設け、災害やパンデミックなどの緊急時にはチームを国内外に派遣する診療所。

地域包括ケアシステムそのもの、つまり、地域単位での医療・介護システムの輸出も目指す。

- ・ 他国の最新の政策動向の把握・分析機能の強化を図り、日本の施策を絶えずベンチマークすることで国際的に検証・改善するとともに、新たな課題解決への共同研究事業を行うなどにより、常に世界的な保健医療システムに関する国際的な課題解決をリードする存在を確立する。
- ・ このような考え方に基づく包括的な「グローバル・ヘルス・イニシアティブ」を関係省庁と連携しつつ、厚生労働省が主体となって早急に策定し、戦略に基づく施策の展開を進める。

7. 2035 年のビジョンを達成するためのインフラ

これらの 3 つのビジョンに基づき 20 年後の保健医療システムの方向性を実現していくためには、横断的な手段、体制、リソースなどが必要であり、ビジョンを達成するための以下の 5 点のインフラを整備する。

- ・イノベーション環境
- ・情報基盤の整備と活用
- ・安定した保健医療財源
- ・次世代型の保健医療人材
- ・世界をリードする厚生労働省

(1) イノベーション環境

イノベーションは、単に技術革新を指すのではなく、新たな価値や新たなアイデアを創造することで、社会に変革をもたらすことにその本質がある。保健医療においては健康長寿をより早く、より手軽に、より安く実現させるための イノベーション戦略を構築する必要がある。したがって、疾病的診断や治療のみならず、その予防やリスク管理、リハビリ、介護の各分野、これらを横断する分野でのイノベーションが求められる。

イノベーションの実現を推進する環境として、技術開発のみならず、それに対応したシステムの更新が必須である。イノベーションを常時積極的に促進・取り入れる仕組みの構築や産業基盤への投資を進めるべきである。また、開発された技術が評価され、産業として普及するためには産業基盤の整備としての資金提供・産業規範の確立、そして競争促進のためのアウトカム評価が必要となる。

保健医療分野のイノベーションを促すためには、基礎・臨床医学だけではなく、公衆衛生や疫学等の社会医学、医療経済・政策学、経営学、経済学、行動科学、工学などにおける、あらゆる知見を分野横断的に結集し活用する必要がある。また、それらは、政府や地域における保健医療政策立案・実行や政策評価にも資するものとする。このような学際的かつ実践的な取組みを推進させるための研究・教育環境の整備や人材育成を進めるための環境づくりを早急に進める。

政府機関が質の高い公的統計を収集する体制、がんや認知症の予防、根治療法の研

究やその基盤、あるいは、治験や臨床試験のプラットフォームとなるゲノムやコホート研究など、これからの中高齢化の中でウェイトを占めるものについて、新たな研究資金を確保するため方策の多様化（一般的な政策経費の拡充に加え、寄付、民間資金又は保険財源の効率化相当分の一部を研究に用いる仕組みの構築など）を図る。

日本医療研究開発機構（AMED）、国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）、臨床研究中核病院などの機関や、医薬品・医療機器メーカー、医薬品医療機器総合機構（PMDA）が連携してネットワークを構築し、疾患登録情報を活用して治験に関する情報の収集を容易にするためのインフラ整備を加速していくことが求められる。これにより、臨床開発における日本の市場価値を高めるとともに、参加メーカーの開発コストを軽減し、国内外から英知を取り込んで臨床開発を加速化させる。

また、世界最高の再生医療の研究開発についても世界最高の環境を用意することが必要である。再生医療は、難病への光であり、創薬への貢献も期待される。実用化に向けて、研究開発が増大、集積するように「再生医療集積都市」を指定し、世界中から研究者、関連産業が集積する場を創る。そこでは、研究、実績拡大のための再生医療実施費用の低コスト化を強力に推し進めると同時に、安全性の世界スタンダードを構築する。

さらに、革新的な医薬品・医療機器を世界中の人々が享受できるよう、医薬品・医療機器規制の国際協調を進めていく必要がある。この分野において、日本がリーダーシップを発揮し、グローバル・スタンダードの設定を主導することで国際市場での日本の競争力を強化する。こうした国際規制協調の取組を戦略的かつ強力に推進するため、中長期的なビジョンや施策の優先順位を明確化したレギュラトリ・サイエンス・イニシアティブを早急に策定するとともに、例えば、アジア医薬品・医療機器薬事トレーニングセンターをPMDAに設置することなどを通じて、諸外国の薬事担当者育成などに取り組んでいく。

国内人材の育成とあわせて、国外の優秀な人材を日本に集めていくことで、イノベーションを加速させることが重要である。アジアをはじめ世界と日本の保健医療の知見を学び合う産官学のプラットフォームを構築し、日本の知見を発信する一方、世界最先端の知見やイノベーションを日本が学び集積・吸収する好循環を作っていく。

（2）情報基盤の整備と活用

2035年においては、ICT等の活用により、医療の質、価値、安全性、パフォーマンスが飛躍的に向上していかなければならない。膨大な保健医療データベースを活用し、治療の効果・効率性や医薬品等の安全対策の向上が実現され、国民が、その効果を実感できることが重要である。

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）、国保データベース（KDB）、介護保険レセプトデータのデータベース、要介護認定データについては、現在、十分な連結がされていない。DPC³⁴データ等を参考に、治療以外の保健医療・介護に関連する包括的データについても、これを全て連結し、HDN2035（Healthcare Data Network 2035）（仮称）として広く活用できるようする。この場合において、KDBやNDBは保険者が変わるとデータが断絶する状況にあるが、これについても、医療等ID（仮称）を用いて、保険者を超えてリンクできるようにするべきである。これにより、危険因子や患者の状態像と治療行為とのリンクにより治療実績を把握することや、重複受診・重複投薬の防止、保険者単位での予防の取組具合と保険給付の状況の追跡実態調査、ベンチマークによる比較とその検証が可能となる。

NCDなどの各専門領域で構築されるデータベースも充実が図られてきている。2035年に向けて、NCDレベルのデータベースを全疾患を対象に構築することや、DPCのデータベース、NDB、KDB等の公的統計の質と量の両面での充実を図る。さらに、米国のHIPAA（Health Insurance Portability and Accountability Act）³⁵などを参考にした法的整備や標準化などの統計の基本的基盤を確立する。それによって、政府機関に加えて大学機関・研究機関、学会などがそれぞれの役割に応じて、プライバシーなどを確実に保護しながら、各種データをより広く活用できるようにする。さらに、看護の質データベースの構築など、医学系専門分野以外における質向上のための取組も推進すべきである。

さらには、がん登録制度において登録されているがん患者のコホート研究や、予防接種データ、検診データ、治療データ、介護関係データを一連のものとして蓄積・分析することが可能となるなど、生涯を通じた健康・疾病管理を可能とする。一方、

³⁴ 入院期間中に治療した病気の中で最も医療資源を投入した一疾患のみに厚生労働省が定めた1日当たりの定額の点数からなる包括評価部分（入院基本料、検査、投薬、注射、画像診断等）と、従来どおりの出来高評価部分（手術等）を組み合わせて計算する診療報酬体系の方式。

³⁵ 米国で1996年に策定された「医療保険の携行性と説明責任に関する法律」。2003年に発効。医療関連データについての電子化の推進、安全性およびプライバシー保護のための標準規格が決められている。

介護保険についても、要介護認定データと介護保険レセプトデータが統合され、介護サービスの利用実態、要介護認定者の健康状態による必要な介護サービスの実態等を把握することが可能となっている。これにより、市町村はデータに基づく介護サービスの提供体制の改革をより一層進めることができることになる。

こうしたデータ管理以外にも、ICT によって遠隔診断・治療・手術などの基盤が整備され、専門の医師がいない地域においても、良質な医療を安全に受けることを可能とし、予防、診断、治療、疾病管理、介護、終末期（人生の最終段階）までの過程を積極的に支援する。医師らの医療従事者は、医学的判断、侵襲的医行為や患者との合意形成などに集中することで、より効率的に医療が提供できる。

（3）安定した保健医療財源

日本の保健医療システムが、公費への依存度を高め、結果的に財政赤字により、将来世代に負担を付け回している現状を直視し、真摯に解決策を考える必要がある。その際、2020 年に 75 歳以上人口の伸びは一度踊り場となるが、2021 年以降、急速に増加することに留意すべきである。

国民が世界最高水準の保健医療を享受できるため、提供される医療の効果・質に見合った価格設定を行うとともに、将来世代に負担を強いることのないよう、公的医療保険の機能と役割、給付と負担のあり方やあらゆる新たな財源確保策についても議論を重ね、保健医療システムの持続可能性を引き続き高めていく。

i) 公的医療保険の機能や役割

公的医療保険の機能や役割については、必要かつ適切な医療サービスや重大な疾病リスクを保障するという公的医療保険の基本原則を守りつつ、不断の検証を行っていく。こうした検討の結果、公的医療保険の範囲から外れるサービス³⁶を患者の主体的な選択により利用する際に、活用できる新たな金融サービス、寄付による基金など公的保険を補完する財政支援の仕組みの検討も重要である。

ii) 財源確保方策

公的医療保険の機能や役割について i) の不断の検証を行った上で、必要となる財

³⁶ 例えば、基礎となる国の公的医療保険の土台に、地域や職域保険が選択的に提供できるサービスを新たに追加できるようにし、その一部を付加的なサービスととらえ保険範囲外とすることや、重症度・救命性が低く費用対効果の低いサービスの一部を保険範囲外とすることなど、さまざまな手法が考えられる。

源については、患者負担、保険料、公費のいずれかで賄わなければならない。それぞれの財源について、より公平・公正なものとなるよう必要な見直しを行いつつ、負担の引上げに理解を得ていく必要がある。その際、ある程度長期的な視点に立って給付に見合った負担を求めなければ、将来世代が高齢者になったときに大幅に給付が削減されるなど、世代間の不公平が拡大される懸念がある。

まず、患者負担については、現在、後期高齢者の患者負担の軽減など年齢によって軽減される仕組みがあるが、これらについては、基本的に若年世代と負担の均衡や、同じ年齢でも社会的・経済的状況が異なる点を踏まえ、検証する必要がある。この他、必要かつ適切な医療サービスをカバーしつつ重大な疾病のリスクを支え合うという公的医療保険の役割を損なわないことを堅持した上で、不必要に低額負担となっている場合の自己負担の見直しや、風邪などの軽度の疾病には負担割合を高くして重度の疾病には負担割合を低くするなど、疾病に応じて負担割合を変えることも検討に値する。介護保険制度においても、ケアマネージメント・プラン作成のサービス利用における利用者負担の設定など、給付を受けているが利用者負担のないものについて見直しを検討する。

また、患者負担や保険料については、負担能力に応じた公平な負担という観点から、所得のみならず、資産も勘案したものにすることや、資産に賦課した上でリバースモゲージの活用も含む死後精算を行う仕組みとすることなどについても議論していくことが望まれる。

一方、高齢者については、年金、介護という形でコストもサービスも配慮されているのに対し、子育てについては、社会保険における負担面での配慮が十分されていないことから、扶養の有無に応じた負担の公平性の観点から検討されるべきである。また、国民健康保険において子どもの数に応じて保険料が増加する仕組みとなっているが、その取扱いについても検討されるべきである。

公費（税財源）の確保については、既存の税に加えて、社会環境における健康の決定因子に着眼し、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税、また、環境負荷と社会保障の充実の必要性とを関連づけて環境税を社会保障財源とすることも含め、あらゆる財源確保策を検討していくべきである。ただし、所得などの社会経済的要因と生活習慣は関係性が認められる³⁷と言われており、低所得者層の生

³⁷ 社会経済的要因と健康・食生活 日本における実態と今後の生活保護受給者支援に向けて（第2回厚生労働省社会・援護局生活保護受給者の健康管理に関する研究会資料）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokushougaihokenfukushibu-Kik>

活習慣等の改善の機会を提供することが同時に求められることに十分留意する必要がある。

また、財政調整に関する仕組みが複雑化する中で、給付と負担の関係が不明確となり、高齢者医療制度等に対する拠出について被用者保険の理解を得ていくための措置についても検討していく必要がある。³⁸

iii) 財政的なガバナンスの強化

2035年には、医療保険制度の運営主体である保険者が、健康づくり・予防、疾病管理、ICT等を活用した情報提供による医療の質の改善、リテラシー教育を行うなど、被保険者を総合的に支援することを通じて、自律的に給付と負担のバランスを図り、持続可能な保険システムとなっていなければならない。³⁹

こうした観点から、医療費適正化計画について、定期的に、計画に基づく全国の医療費の伸びについて実績を確認し、推測していた効果が期待通りとなっていない場合においては、乖離した原因を分析し、さらなる予防施策の推進や給付範囲の見直し、新たな財源の確保等を関係者と議論し、決定する仕組み（中期調整システム）を導入すべきである。あわせて、都道府県単位での地域差是正への取組の促進（都道府県への権限移譲等）を行う。⁴⁰

（4）次世代型の保健医療人材

あらゆる医療機関において医師をはじめとする医療従事者が、常に良い保健医療の提供に邁進できるよう、ゆとりを持った労働環境で医療従事者による医療の提供を可能とする必要がある。また、保健医療システムがその役割を十分果たせるよう、技術の進歩や時代の要請の変化を捉えた医療従事者像、医療像を常に検討し、その実現に向けて人材育成のあり方も更新し続ける必要がある。

今後、医師の配置、勤務体系の在り方を見直すとともに、技術進歩の活用などにより、医師の業務が生産性の高い業務に集中できるようにすべきである。例えば、複

akuka/0000064273.pdf

³⁸ 医療保険制度や医療提供体制に関する自治体、中でも都道府県の権限行使について、費用拠出者である被用者保険が参画する仕組みを充実させることが考えられる。

³⁹ 持続可能性を維持するためには、国による規制、医療従事者の自発的な取り組みが必要であるのみならず、地域の実情に応じて、例えば、都道府県が独自に診療報酬の設定、保険医療機関の指定、地域独自の資格免許の発行などを可能とするなど、保険者の機能を強化することが考えられる。

⁴⁰ さらに、6.（1）（21ページ）に記載した地域差に係る都道府県の負担の導入等も検討する。

数の疾患を有する患者を総合的に診ること、予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントに関する能力を有する医師の養成や、国家試験のあり方、医学部教育の見直し、チーム医療の更なる拡大、病院の専門医から地域のかかりつけ医に転職時の再教育システムなどにより、医師一人当たりの生産性を高めることが考えられる。この際、MOOC⁴¹などICTの活用を含め医師をはじめとする医療従事者の教育を効率的・効果的に進め、医療従事者が働きやすい環境づくりや女性医師の活躍モデルの構築などを図る。

公衆衛生大学院の増設等、特に地域での医療政策を主導できる人材の育成とキャリアアップを図る仕組みを創設する。また、医療機関の経営については、医学的な臨床やデータサイエンスのみならず、リーダーシップなどについても高めていくことが求められており、経営学や公衆衛生等の学際的な教育課程を今後充実させていかなければならない。

それぞれの地域においては、医師の高齢化や地域偏在などに伴い、不足する診療科及び診療内容について精査する必要がある。医療計画の策定責任者である都道府県は、その精査する過程で、総合診療を含め、不足している診療科別の地域医師確保計画を策定し、対策を講じるべきである。具体的には、過当競争の診療科から不足する診療科に転科を促すための支援策を策定する。例えば、奨学金や強化型研修プログラム等により、医師の配置、診療科への誘導等をできるようにすることが考えられる。臨床研修や専門研修に当たっても、偏在を是正する観点を組み込んだ方策を講じるべきである。

地域において病院の機能分化等を行っていく中で、専門医と総合的な診療を行うかかりつけ医の連携強化や有機的なネットワークの構築を図っていくことが必要である。こうした機能分化は、自治体の枠を超えて自治体間での機能分化することも積極的に推進する必要がある。

また、へき地の小規模医療機関においては、最先端の医療技術や医療の知識に触れることが難しいため、へき地の小規模医療機関においても、常に臨床と研究の両方の側面から、リサーチマインドをもって研鑽し続けることができる体制を構築する必要がある。このため、地域基盤型リサーチネットワークの構築や治験ネットワークの拡大など、地域の医師が最先端の教育、研究、臨床にアプローチできる環境を

⁴¹ Massive open online courses（オンラインで公開された無料の講座を受講し、修了条件を満たすと修了証が取得できるサービス）

作る。

高齢化や慢性疾患の増大は世界的な傾向であり、保健医療人材不足、財源不足、地域ケアシステムへの移行などもアジア諸国を中心に共通の課題となってきている。医学部においては、日本の地域医療と海外、特に発展途上国における数ヶ月程度の医学研修を導入する。さらに、卒後教育においても、国外で臨床研修を行うグローバル臨床研修制度や、国内地域とアジア等での地域医療の展開等を行うグローカル臨床研修制度⁴²を導入するなどの環境整備を行う。

高齢社会において、多様な疾患を抱える患者に対して統合ケアを実施していくことが必要となるが、医師のみならず、看護師などのパラメディカルについても、専門分野が多く分かれています。専門分野ごとに全ての職種において従事者不足を解消する方策として、資格ごとの役割の重複を精査の上、一定の経験、研修により他の関連職種の仕事もできるようにする。この際、訪問看護について人材確保を進めることに加え、医療の高度化に対応した業務を行うことができるよう、看護等の専門性を高めるとともに、パラメディカルが行える業務の更なる拡大を行うことが求められる。

少子高齢化が進む中で、地域包括ケアを総括的に進める者の育成を図るとともに、医療と福祉の多職種連携を前提とした人材育成を実施すべきである。また、現場のニーズや各職種の専門性にも十分配慮しつつ、地域包括ケアシステムを担う人材として、医療や福祉の資格の共通基盤（養成課程等）を整備すべきである。また、医療事務を担う職員や保険者の職員等、地域の保健医療に関与する人材の資質の向上を図ることが重要である。

（5）世界をリードする厚生労働省

現在の厚生労働省や関係省庁等の最も脆弱な部分は、年金・医療・介護等の社会保障制度や住まい・まちづくり・都市計画等に係る制度を横断的に見直し、その社会保障全体の最適化を図る機能である。特に国の一般会計予算は約90兆円であるにもかかわらず、社会保障給付費は国・地方で約110兆円にも達しており、その資源配分の在り方を見直すことは、我が国の経済財政全般の在り方と並び立つ最重要の課

⁴² 地域医療の現場で臨床研修を行いつつ、一定期間アジア等の海外で地域医療を実践する臨床研修制度。

題である。

また、「保健医療2035」の内容を推進していくためには、厚生労働省の組織・マネージメント体制の改革も必要となる。従来、各制度に基づくサービスが分立していたことを反映した縦割りの組織となって、組織内の総合調整機能には大きな労力を要する。年金、医療、介護、福祉、雇用といった広範な所掌事務を抱え、そのいずれにおいても業務量が大きく増加する中、人員数はそれに見合う形で確保されていない。

また、リーダー層が多岐にわたる全分野を把握することの負荷が大きく、巨大組織内で分野横断的な調整機能が低下し、迅速かつ的確な政策判断を行うことが、今後ますます困難になる可能性が高い。このため、徹底した業務改善を行い、必要な人員を確保した上で、現場とのコミュニケーションを取るべき地方厚生局も含め、横断的なマネージメントやコミュニケーション機能と能力を強化し、機動的で積極的に現場とつながることのできる組織としていく必要がある。

政府間で積極的な政策対話や相互ベンチマークが行われている欧米と比べ、我が国の保健医療政策は、他国政策の動向把握・分析や学び合いの機能が弱く、例えば医療技術評価の手法の導入やICT活用などの面で、他の後塵を拝している。2035年に向けては、厚生労働省が、世界中の保健医療関係機関の中で、イノベーション、グローバル・ヘルス、健康危機に対して最も迅速かつ的確に動く組織として認識される水準にいることを目指していかなければならない。

具体的に必要なことは、保健医療政策について、総合的なアドバイスを首相や厚生労働大臣に対して行う「保健医療補佐官(Chief Medical Officer)」の創設(任期5年)である。保健医療政策に関する技術的、公衆衛生的な専門性・中立性を担保しつつ、大臣等の政治家をサポートする。また、それを支える省内基盤として世界の最新情報や学術論文を即時適切に収集・分析し、日本の知見を国内外に発信する体制の構築が必要である。それに加えて、保健医療におけるイノベーションを開発段階から費用対効果の評価まで横断的に推進するため、「医療イノベーション推進局」を創設し、イノベーション、医療技術評価及び医療ICT基盤の推進をする。

今後、我が国が世界に最も貢献できる手段としての保健医療の国際展開について、包括的なビジョン(グローバル・ヘルス・イニシアティブ)を策定するとともに、世界と対話を積極的に行っていく機能や情報発信・分析機能を強化するため、「グローバル戦略官」(仮称)を創設する等の体制強化が必要である。これによって、あら

ゆるグローバル対話・政策形成の先導的役割を確立する。

さらに、世界における新興感染症対策や健康危機対策をリードし、新たな脅威の探知、P4 レベルの検査、治療方法の開発、封じ込めを担う公衆衛生の司令塔となる健康危機管理・疾病対策センターを創設することが必要である。同時に、がん、循環器系疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患等の非感染性疾患対策を強化し、国民運動や地域保健を展開し、世界にその知見を発信していくために、非感染症対策に関する部局横断的な組織を創設していくべきである。

これらの体制強化に加え、厚生労働省内の人材の環流や職員のキャリア開発を支援するため、意欲ある若手職員や外部の人材の積極的な登用など、事務系や技官などに細分化された採用・育成など一連の人事制度の見直しにより、能力に見合った適材適所への人材の配置と、それによる組織のパフォーマンス向上を図るべきである。

8. 今後に向けて

本提言をもとに、厚生労働省内で実行推進本部を設置し、提言内容について広く国民的議論を喚起するとともに、十分な議論を経たのちに、実行可能な短期の施策から着実に実施すべきである。さらに、「保健医療2035」の進捗を適宜フォローアップしていくための体制を構築する。

また、保健医療システムは、自己完結的な体系ではあり得ず、介護サービスやまちづくりなどの関連領域との関わりをより一層深めることから、それらとの連動や総合化を念頭に置いた議論をさらに深めていく必要がある。

おわりに

今回この提言書をとりまとめるにあたり、4名のアドバイザーをはじめ、多くの有識者、政府幹部などから、現状の課題や将来の認識に至るまで貴重なご意見をいただいた。また、「塩崎大臣へ、私のアイディア 2035」と題して4月24日から5月20日まで国民からの意見を募集、149件の貴重な意見が寄せられた。また、厚生労働省の全職員を対象に省内パブリックコメントも同期間に実施した。これらのご意見等については、一つ一つに目を通し、そのいくつかについては、この提言書で採用させていただいた。

この「保健医療 2035」策定懇談会は、20年後においても現役世代である平均年齢42.7歳のメンバーによる提言書である。既存の枠組みや制約にできるだけとらわれることなく、20年後の世界を建設的かつ創造的に提言すべく議論を重ねてきた。20年後を見据えた提言を行うにあたり、敢えて議論を喚起する提案も施策例として記載している。その内容や是非も含め、この提言書に関して忌憚のないご意見・ご批判をいただき、国民的議論の端緒としていただきたい。そのような議論こそが、よりよい未来を創造する第一歩になるものと確信している。

また、保健医療政策に関して本提言書のように、20年後のビジョンを示したものは世界的にも少ない。この提言書の英語版も同時に作成し、世界に日本の施策のあり方を問い合わせ、グローバルな議論も深め、日本と世界に知的な貢献をしていきたい。

(参考) ビジョン達成に向けた時間軸

	～2020	～2035
リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～	<ul style="list-style-type: none"> ・医療技術評価の制度化・施行 ・現場主導による医療の質の向上支援（過剰医療や医療事故の防止など） ・「ゲートオーパー」としてのかかりつけ医の育成・全地域への配置 ・地域と病院が患者側に最善の選択肢を提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供者の技術、医療用品の効能など（医療技術）を患者の価値を考慮して評価し、診療報酬点数に反映 ・医療機関のパフォーマンスの見える化とベンチマークによる治療成績の改善 ・地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保
ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～	<ul style="list-style-type: none"> ・「たばこフリー」オリンピックの実現に向けた環境整備の促進（例：子ども防煙教育、たばこ税増税、たばこの広告・パッケージ規制、喫煙者に対する禁煙指導・治療） ・効果が実証されている予防の積極的推進、特に、重症化予防の徹底による医療費削減 ・「健康への投資」による生活の質と社会的な生産性の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・2035年までに「たばこフリー」社会を実現 ・電子健康記録に介護サービス情報を含めた個人レベルでのポータブルな情報基盤の普及・活用を支援 ・住民が健康・生活上の課題をワンストップで相談できる総合サービスの充実 ・健康の社会的決定要因を考慮したコミュニティやまちづくり
グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～	<ul style="list-style-type: none"> ・健康危機管理体制の確立（健康危機管理・疾病対策センターの創設） ・オリンピック開催までに早急に国際的な医療の提供体制の確立 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症の封じ込めや災害時の支援など健康危機管理で国際的に貢献する機能を大幅に強化し、世界の「健康危機管理官」としての地位を確立

		<ul style="list-style-type: none"> グローバル・ヘルスを担う人材の育成体制の整備と官民一体となって人材をホールする仕組みの創設 アジアなどでのユニバーサル・ヘルス・カバレッジや医薬品等承認制度などのシステムの構築支援 	<ul style="list-style-type: none"> 政府、自衛隊、NPO や市民社会などと連携した保健安全保障体制の確立 地域包括ケア等の医療・介護システムの輸出 国際機関などによるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築への貢献
2035 年のビジョンを達成するためのインフラ	イノベーション環境	<ul style="list-style-type: none"> 治験や臨床試験のプラットフォーム整備 学際的かつ実践的な取組みを推進させるための研究・教育環境の整備や人材育成 	<ul style="list-style-type: none"> がんや認知症などの研究推進のための多様な研究財源の確保 国内外のイノベーション人材の我が国への集積
	情報基盤の整備と活用	<ul style="list-style-type: none"> ヘルスケアデータネットワークの確立・活用（公的データなどの医療等 ID による連結） 検診・治療データの蓄積・分析による予防・健康・疾病管理の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ICT による遠隔診断・治療・手術などの基盤確立 予防、診断、治療、疾病管理、介護、終末期（人生の最終段階）において、データを活用した政策評価プロセスが確立
	安定した保健医療財源	<ul style="list-style-type: none"> 医療費の伸びが予測を上回る場合の中期調整システムの導入 	<ul style="list-style-type: none"> 公的保険を補完する財政支援の仕組みの確立 都道府県ごとの地域差に対応するための権限移譲等
	次世代型の保健医療人材	<ul style="list-style-type: none"> 予防、公衆衛生、コミュニケーション・マネジメント能力を有する医師の養成 グローカル臨床研修制度を導入 公衆衛生大学院の増設等による医療政策人材の育成 	<ul style="list-style-type: none"> 医療や福祉の資格の共通基盤（連携の促進や養成課程等）を整備 医師の偏在等が続く地域における保険医の配置・定数の設定等

	世界をリードする 厚生労働省	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「保健医療補佐官（Chief Medical Officer）」の創設（任期 5 年） ・ グローバル・ヘルス・イニシアティブの策定 ・ 「医療イノベーション推進局」の創設 	<ul style="list-style-type: none"> ・ あらゆるグローバル対話・政策形成において先導的役割を確立
--	-------------------	--	--



保健医療2035

<http://www.mhlw.go.jp/healthcare2035>