



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）

自律に基づく連帯

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革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/chiiiki-houkatsu/

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/kourei/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/file/06-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ただけでなく、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必要がある。

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・社会システ

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ってはじめて、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誉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。