

「保健医療 2035」の提言集（120 項目）

リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める～

1	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
2	医療技術や保健医療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
3	将来的には、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
4	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
5	専門医制度と連携した症例データベースである National Clinical Database や「賢い選択（Choosing Wisely）」等の「医療現場主導」の取組を積極的に支援し、改善を達成できた領域にはインセンティブを設定する
6	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、地域と病院が患者側に最善の選択肢を提供できるよう、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
7	医療機関に関する情報を基に、患者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、その選択が実施される体制を構築する

8	保険者による、個人ごとの保健医療関連情報の統合と活用を推進する
9	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
10	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を育成する
11	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）を検討する
12	自治体における保健医療政策人材を育成・確保する
13	地方が自律するための体制を整備する（インセンティブや規制の在り方を含む構造改革）
14	都道府県による保健医療関連の突合データを用いて患者の受診状況等を把握・分析する
15	医療機関における ICT の活用により臨床情報を体系的に把握する
16	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による都道府県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
17	都道府県の努力の違いに起因する要素について、都道府県が責任（財政的な負担）を担う仕組みを導入する
18	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都道府県に付与する
19	介護保険の地域差を縮小させるための仕組みを導入する

20	サービス提供の量に応じて診療報酬の点数を変動させる仕組みの導入を検討する
21	将来的には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（診療報酬の一部を都道府県が主体的に決定する等）
22	遠隔医療のための ICT 基盤や教育システムを整備する
23	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を構築する
24	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た、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
25	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「ゲートオープナー」機能を確立する
26	すべての地域で総合的な診療を行うかかりつけ医を配置する体制を構築する
27	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
28	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、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
29	行政、医療機関、介護施設、NPO が協働・連携し、必要な保健医療と介護サービスを、地域において切れ目なく、統合的に提供できる体制を構築する

ライフ・デザイン ～主体的選択を社会で支える～

30	患者・医師の情報の非対称性の縮小、及び最適な医療の選択に参加できる基盤作りを行う
31	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るヘルスリテラシー向上支援を行う
32	人生の最終段階での事前指示をできるようにするなど、quality of death向上のための取組を推進し、啓発・教育活動を保険者、自治体、かかりつけ医が行う体制を確立する
33	医療機関や医師の技術力の評価に関する情報の公表の範囲や方法のあり方について検討する
34	一定の自己負担の設定によって医療機関へのアクセスのコントロールを検討する
35	個人の選択に応じた負担のあり方を検討する ・後発品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の異なる負担の導入など
36	個人レベルでのポータブルな情報基盤の活用を支援する体制整備を図り、個人が主体性を持った、サービス選択や健康管理を実現する
37	国民が自ら健康をはぐくむことを支援する ・OTC薬を活用したセルフメディケーションへの支援や ・「患者のための薬局ビジョン」の具体化など

38	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を整備し、その情報を選択して、活用できる人材を育成・配置する
39	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
40	健康なコミュニティづくりに向けたあらゆるステークホルダーが協働するプラットフォームを構築する
41	あらゆる人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し、そのための地域総合ケアステーションを設置する
42	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
43	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する
44	健康の社会的決定要因を把握し、ハイリスク集団へのサポートや社会環境の整備を行う
45	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を促進する
46	女性が包括的な医療・ケアを受けられ、妊娠等に際して、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

47	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
48	うつ病等の早期発見・対応を実施する企業モデルを構築するなど、心の健康推進企業を支援する
49	地域におけるメンタルヘルス対策を推進する
50	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
51	高齢者の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
52	ライフコース全般にわたる予防・健康管理の観点から、医科歯科連携を促進する
53	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
54	予防・健康管理に関する取組を推進する
55	効果が実証されている予防、特に重症化予防を積極的に推進する
56	予防・健康づくりに関する科学的エビデンスに関して、世界で最もデータ集積が進んだ国を目指す
57	「たばこフリー」オリンピックの実現のため、東京都と連携し、法律的整理を行う
58	2035年までの早期に喫煙者ゼロに近づけるためのあらゆる手段を講じる

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～

59	健康危機管理・疾病対策センター（Center for Health Protection and Promotion）（仮称）を創設する
60	国際保健規則（IHR）に記された機能を実行できない地域や国に対し、人材を含め脆弱な保健システムの強化を支援する
61	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を整備する
62	国の災害派遣医療チーム（DMAT）や国際緊急援助隊（JDR）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
63	国際保健外交を通じて、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）
64	「グローバル・ヘルス・サミット（仮称）」を日本で開催・常設化する
65	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・育成を強化するため、若手人材のWHO 総会などへの積極的な派遣やグローバル・ヘルスを担う人材を官民一体となって育成し、プールする仕組みの創設を行う。
66	保健関連 ODA を現行の 2% から欧米並みの 20% 程度まで引き上げる
67	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・ガバナンスを構築する

68	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
69	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（レギュラトリー・サイエンスなど）のシステム構築を支援する
70	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
71	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、保健医療の制度設計や運用を含む地域包括ケアシステムそのもの（地域単位での医療・介護システム）を輸出する
72	他国の最新の政策動向の把握・分析機能を強化し、新たな課題解決への共同研究事業を行うなど、国際的な課題解決をリードする存在を確立する
73	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

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）

74	保健医療のイノベーションを促すための、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行う
75	新たな研究資金を確保する方策の多様化（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
76	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行う
77	再生医療の研究開発が増大・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
78	国際規制協調の取組を推進するための、レギュラトリー・サイエンス・イニシアティブを早急に策定するとともに、アジア医薬品・医療機器薬事トレーニングセンターをPMDAに設置するなどを通して、諸外国の薬事担当者育成に取り組む
79	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する

2035年のビジョンを達成するためのインフラ（情報基盤の整備と活用）

80	NDB、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、これを全て連結し、HDN2035（Healthcare Data Network 2035）（仮称）として広く活用する
81	KDB や NDB について、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
82	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
83	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
84	米国の HIPAA 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
85	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る
86	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
87	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する

2035年のビジョンを達成するためのインフラ（安定した保健医療財源）

88	公的医療保険の基本原則を守りつつ、公的医療保険の機能や役割の不断の検証を行う
89	（上記検討の結果）公的医療保険の範囲から外れるサービス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を検討する
90	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について、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
91	患者負担について、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、疾病に応じて負担割合を変えること（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等）を検討する
92	介護保険制度において、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
93	患者負担や保険料について、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事、資産に賦課した上でリバースモーゲージの活用も含む死後精算を行う仕組みなどについて議論する

94	子育てについて、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する。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、その取扱いを検討する
95	税財源について、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する
96	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を検討する(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)
97	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)を導入する
98	都道府県単位での地域差是正への取組を促進する(都道府県への権限移譲等) ※「リーン・ヘルスケア」に記載している、地域差に係る都道府県の負担の導入等も検討する

99	<p>医師一人当たりの生産性を高める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の配置、勤務体系の在り方の見直し、 ・ 複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、 ・ 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の構築、 <p>など</p>
100	<p>MOOC 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を構築する</p>
101	<p>公衆衛生大学院の増設等、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</p>
102	<p>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し、都道府県の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</p>
103	<p>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：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)</p>
104	<p>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</p>

105	病院の機能分化を行っていく中で、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。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
106	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作る
107	日本の地域医療と海外、特に発展途上国における数カ月程度の医学研修の導入や、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バル臨床研修制度を導入するなどの環境整備を行う
108	資格毎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
109	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
110	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行う
111	医療や福祉の資格の共通基盤（養成課程等）を整備する
112	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

2035年のビジョンを達成するためのインフラ（世界をリードする厚生労働省）

114	地方厚生局を含めて、横断的なマネジメントやコミュニケーション機能と能力を強化する
115	「保健医療補佐官（Chief Medical Officer）」を創設する
116	「医療イノベーション推進局」を創設する
117	「グローバル戦略官」（仮称）を創設する等の体制強化を図る
118	健康危機管理・疾病対策センター（Center for Health Protection and Promotion）（仮称）を創設する（再掲）
119	非感染症対策に関する部局横断的な組織を創設する
120	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