

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、疾病の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に、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、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して、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にする。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可能になる。

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ー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-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-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た。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カ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バル臨床研修制度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おり、十分に対応できないケースが見受けられる。このため、統合ケアの実現を進めるとともに、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、他国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たることを目指していかなければならない。

具体的に必要なのは、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とまとめるにあたり、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きました。また、「塩崎大臣へ、私のアイデア 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、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。