



塩崎恭久厚生労働大臣が求めた、長期的視点をもった保健医療の“改革案”としてまとめられた「保健医療2035」。「都道府県の主体的な取り組み」や「医師の定数・配置設定」などにまで言及する大胆な提言となっている。その意図するところを、「保健医療2035」策定懇談会 事務局長の小野崎耕平氏に聞いた。

(聞き手は、日経メディカル開発 編集担当 千田 敏之)

「保健医療2035」策定懇談会

事務局長 小野崎 耕平 氏 (日本医療政策機構 理事)

短期的な施策も考えながら目指す “贅肉がない”効率的な医療の実現

○ 長期的視点に立った 保健医療の改革案を提言

—最初に、「保健医療2035」策定の目的、2035(年)と名付けた由来からお話してください。

小野崎耕平氏 「長期的な保健医療のビジョンを策定すべき」という塩崎恭久厚生労働大臣の発案からスタートしました。単なる給付削減などの短期的な改革では日本の保健医療はよくなる。まず、長期的なビジョンを設定し、そこに至る道筋を明確にして、短期的な施策も同時に考えることが目的です。

20年後の2035年としたのは、医療改革には時間がかかるからです。例えば米国のオバマケアはアイゼンハワー大統領の時代、1960年代からずっと議論されてきました。30年、50年先に設定すべきという考えもありましたが、より現実感を持って検討

できる20年後に落ちつきました。

20年後の2035年は人口減少が顕著になり、人口構造の地域差が今よりも拡大していると考えられます。また技術のイノベーションサイクルも20

年ぐらいと言われています。

——「保健医療2035」策定懇談会のメンバーは平均年齢も40代前半と若いですね。

小野崎氏 塩崎大臣や懇談会座長の渋谷健司氏(東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授)が中心になって、20年後も現役でいられる人を選びました。また、課長・室長クラスの官僚が4人、メンバーに加わっているのも特徴です。通常、官僚はメンバーではなく懇談会や諮問機関などを運営する側ですから。

懇談会での議論は非公開だったこともあり、普段は省内、医師会、関連団体を慮って発言できないような本音の意見、提言もたくさん出ました。

これまでの保健医療のパラダイムを2035年に向けてどう変えていかなければならないかということも話し合いました。その結果5つのパラダイム



※保健医療2035(参考資料)より抜粋、改編

20年後の保健医療システムを構築する3つのビジョンとアクション

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、納得を得ることが出来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。

基本理念 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

2035年までに達成すべき3つのビジョンとアクション

LEAN
HEALTHCARE
リーン・ヘルスケア

1 保健医療の
価値を高める

- 患者にとっての価値を考慮した新たな報酬体系
- 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)
- 「ゲートオープナー」としてのかかりつけ医の育成・全地域への配置

LIFE
DESIGN
ライフ・デザイン

2 主体的選択を
社会で支える

- 「たばこフリー」オリンピックの実現
- 効果が実証されている予防(禁煙、ワクチンなど)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

GLOBAL
HEALTH LEADER
グローバル・ヘルス・リーダー

3 日本が世界の
保健医療を牽引する

- 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)
- ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや医薬品等承認などのシステム構築の支援
- グローバル・ヘルスを担う人材の育成体制の整備やまちづくり

※保健医療2035(参考資料)より改編

シフトとして「量の拡大から質の改善へ」、「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」、「行政による規制から当事者による規律へ」、「キュア中心からケア中心へ」、そして「発散から統合へ」を提案しました(図1)。

5つ目はわかりにくいかもしれませんが、日本は病院の7割ぐらいが200床以下の中小病院で地理的にも「発散」しています。これらを集約化、「統合」化、大規模化していくべきではないか、という議論の結果でもあります。

2035年のあるべき姿を3つのビジョンで表現

——ビジョンということで「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つが提示されています。それぞれのキーワードが示す2035年の保健医療とは、どのようなものでしょうか？

小野崎氏 まず、これらのビジョンを固める前に、ゴールと基本理念を先に議論しました。基本理念は文字通り価値判断基準のことで、「公平・公正」、「自律に基づく連帯」、「日本と世界の繁栄と共生」と決まりました。理念を決めたことでビジョンの議論はスムーズに進みました(図2)。

「リーン・ヘルスケア」では、「保健医療の価値を高める」ことを目指します。今まではヒト、モノ、カネなど医療資源をどれだけ投入したかという量を評価していました。看護師の配置基準や高額な医薬品・医療機器の使用が象徴的です。これに対して、よりよい医療をより安く、少ない医療資源で最大の効果を出せるようにしようということで、アウトカム志向とも言

えます。「リーン(lean)」というのは、筋肉質で、無駄がない、贅肉がないという意味の言葉です。

2つ目の「ライフ・デザイン」は個人の「主体的選択を社会で支える」ということです。言葉自体は自ら健康維持、増進を行い、健康をデザインしていくという意味ですが、個人の自己責任に帰着させるものではありません。

健康というのは、疾病治療にとどまらず、個人の食生活などのライフスタイル、社会・経済的地位や所得、教育などさまざまなファクターが影響することがわかっています。個人を取り巻く、「健康の社会的決定要因」に着目した地域作り、まちづくりを進めていくことも含みます。

エコノミストなどから、不健康な人へのペナルティー論なども出ていましたが、それに対するアンチテーゼの意味も込めました。

3つ目の「グローバル・ヘルス・リーダー」は「日本が世界の保健医療を牽引する」ということで、健康危機管理やヘルスケア分野でのグローバルなルールメイキングを指しています。

すでに、感染症をはじめ、糖尿病、認知症などの疾病治療だけでなく、医療需要の増加、医療の高度化、医療・介護連携などさまざまな課題が世界共通のものとなっています。これらの課題に対して、世界最速で高齢化が進んでいる日本がどう対応していくかをあらゆる国が注目しています。日本がきちんと範を示し、世界の保健医療のリーダーシップを取ることを目指そうと提案したのです。

費用対効果を評価し医療資源を効率的に投入

——なかでも「リーン・ヘルスケア」が最も医療機関に関連するビジョンとな

図3

5つの検討チームが担当する検討事項と関係部局

検討事項	関係部局
1 総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立	医政局、保険局
2 患者の価値やアウトカムを考慮した診療報酬体系・インセンティブの設定	保険局、厚生科学課
3 たばこフリーを進めるとともに、効果が実証されている予防、特に重症化予防の積極的推進	健康局、老健局、保険局
4 情報基盤の整備と活用の推進(保健医療・介護の関連データの連結、National Clinical Databaseの全疾患への対象化など)	情報政策担当参事官室、厚生科学課、医政局、医薬食品局、健康局、老健局、保険局
5 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プールする仕組みの創設	国際課、厚生科学課、医政局、健康局、医薬食品局、保険局

※第1回 保健医療2035推進本部 資料より抜粋、改編

りそうですね。「よりよい医療をより安く」提供していくために、どのように進めていくか、具体的にお聞かせください。

小野崎氏 この背景には、医療費の伸びの抑制があることはみなさん理解されていると思います。「プライマリーバランスの黒字化、2020年必達」も政府の大きな目標です。しかし、エビデンスもなしに、一律的、機械的に削減しても目指す保健医療には至りません。メリハリのある資源投入のためには、医療技術や費用対効果の評価が必須ですから、医療技術評価ができる人材を育成し、政府や医療機関、大学などに配していかなければなりません。

また、医療現場主導の改革を強く打ち出しています。例えば、専門医の学会が主体的に自ら過剰医療、無駄な医療を適正化するキャンペーン「Choosing Wisely」が世界的に広がっています。日本でも始まりつつありますが、このような医療現場の医師、医療従事者の自律的な取り組みにも期待しています。

——この提言では、地域主体の保健

医療ということで都道府県の役割が強調されているように思えます。例えば、医療費が適正化計画より上回っている場合は、診療報酬の一部を都道府県が決定できるなど結構大胆な提言をされていますね。

小野崎氏 医療システムには、すでに地域差が生じています。地域差を中央政府がすべてコントロールすることは不可能でしょう。できる限り地域主体で改革案を策定、実施しなければ対応できません。

地方自治、住民自治の本旨に照らすと、基本的には自治体あるいは地方団体が歳入・歳出やその使い道も決めるのが筋です。同時に、地域の実情に応じたサービスを提供できるのは地域なので、特に医療については都道府県が主役になっていく流れです。病院機能の変更については補助金などが用意されていますが、具体的な機能変更などは、地域医療構想などで取り組むこととなります。地域が主体的に医療機関の集約化などを進めていかなければなりません。

少し厳しい話をすると、地域差は大きく、例えば療養病床の入院治療

率では6倍ぐらいの地域差があります。医療提供体制も医療費もかなりのばらつきがあります。オーバー分は結局公費でカバーしているので、今後、精査した上で都道府県の努力の違いに起因するような地域差は、都道府県でその責任を負ってもらうことも想定して、提言しています。

医療費の目標を設定して、設定した目標を上回った分は切り下げるといふドラスティックな案を示しましたが、それぐらいの改革は必要ではないかと考えています。

● 地域偏在の解消を目指した医師の「配置・定数設定」案

——医師の「配置・定数設定」の提案も、大胆でした。

小野崎氏 患者のアクセスは基本的にはほぼフリー、医師の開業もフリーという2つの自由を今後も本当に続けていけるのかを検討しました。「医師の偏在などが続く場合においては」という前提で、保険医の配置・定数を設定して自由開業・標榜を見直すという案です。イメージ的には二次医療圏ごとに定数を決めていく感じです。保険医登録制度などを使うことなどが考えられると思います。

患者については、かかりつけ医、総合診療医が役割を果たすことが考えられます。医師については何らかの改革が必須だと考えています。

——無駄を削減する一方で、一部の患者の負担増につながる提案もあります。この負担増は、基本理念にある「公平・公正」の実現と密接に関連しているようですね。

小野崎氏 財源の話で、患者負担に



PROFILE

小野崎 耕平 氏

「保健医療2035」策定懇談会 事務局長

1969年三重県生まれ。「ジョンソン・エンド・ジョンソン」勤務を経て、ロータリー財団国際奨学生として渡米。帰国後、2007年に日本医療政策機構(HGPI)に参画。医療政策担当ディレクター、事務局長代行として政策提言や政策研究に従事。その後、「アストラゼネカ」執行役員コーポレートアフェアーズ本部長(法務・広報・政策担当)を経て、2014年よりHGPIに復帰し理事に。厚生労働省保健医療政策担当参与。ハーバード公衆衛生大学院理学修士課程(保健医療政策)修了。

ついて所得だけではなくて資産も考慮して……、といった議論もありました。「公平・公正」の基本理念に沿えば、将来世代にツケを回さないために世代間の不公平の拡大を最小化すべきです。後期高齢者の負担増も含めた患者負担増はやむなしという考え方です。

基本的には、今の公的な医療保険などの制度を維持するために、自己負担増や無駄の削減にも徹底的に取り組むべきという観点から提言はまとめられています。

○ 多職種連携と業務拡大が地域包括ケアに不可欠

——インフラの部分では、医師をはじめとした専門職の職能と連携にも言及されていますね。

小野崎氏 地域包括ケアを進めていく上では、多職種連携は不可欠です。それから、看護師など医師以外の医療従事者の業務拡大も不可欠です。

医師の場合も、これから複数の疾患を持っている高齢者が増えてくるな

「ドラステイックな案を示しましたが、それぐらいの改革は必要ではないかと考えています」

——小野崎 耕平 氏

かで、予防・公衆衛生や総合診療能力とともにコミュニケーション能力にも長けた医師が必要になります。そのためには国家試験のあり方や医学部教育の見直しなども必要でしょう。

——今後の進め方について、お聞かせください。

小野崎氏 まず、厚労省内に設置された推進本部が作った工程表をモニタリングしながら進めていくことになります。アクション項目を「すぐにやるもの」、「検討するもの」、「現時点では難しいもの」の3つに分類して、それぞれ定期的に進捗状況を確認していきます。

また、重点的に進めるべき項目を推進するため5つの検討チームを作って対応しています(図3)。「情報基盤の整備と活用の推進」、「グローバル・ヘルスを担う人材の育成……」については、省外の有識者も交えた懇談会、大臣直轄の懇談会を作り、注力しています。

——重点課題を中心に着々と進めていくわけですね。

小野崎氏 一見、大胆な提案も多いのですが、この提言が議論を深める契機になればと思います。2035年に向けて保健医療の改革が大きく前進することを期待しています。