

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。

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キングと情報開示が進み、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（ベンチマーキング）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、陽性所見がみつければ、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剤処方は、副作用の危険性が高く、有害事象を起こすことも多い。Choosing Wisely. An initiative of the ABIM Foundation.
<http://www.choosingwisely.org>

発生するのか、こ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あたっては、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

健医療関連の突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直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>

シヨ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「ゲートオープナー」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「ゲートオープナー」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年間程度で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を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年の死亡者数は約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にする。
- ・ 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。健康によい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のが可能となり、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する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の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（レギュラトリー・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。