

2030年を展望した医療と社会

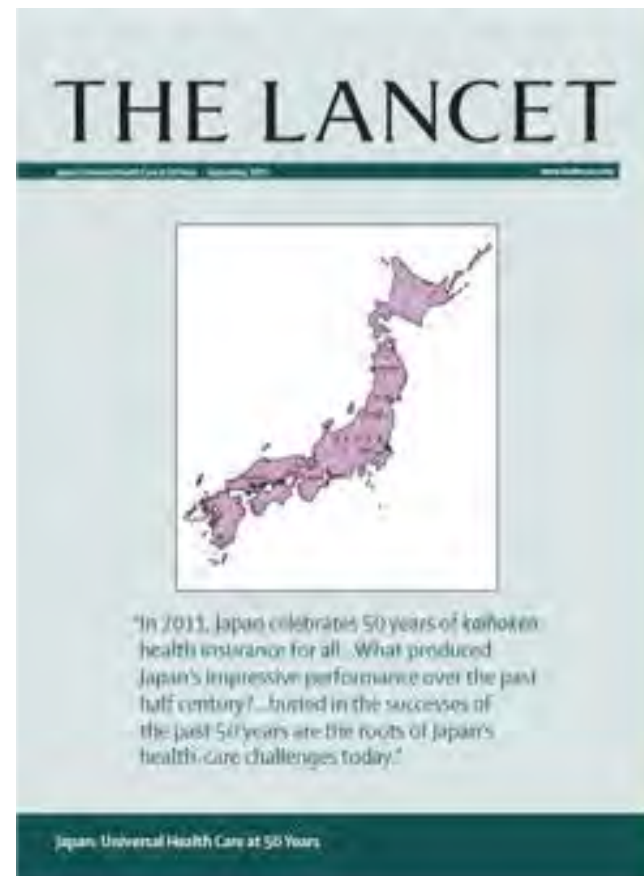
経済財政諮問会議 2030年展望と改革タスクフォース

2016年10月20日

小野崎 耕平

- 保健医療ニーズの増大、社会環境・価値の多様化、格差の増大、グローバル化の進展
- 単なる負担増と給付削減による現行制度の維持ではなく、価値・ビジョンを共有し、「社会システム」としての保健医療の再構築が必要
- 保健医療におけるイノベーション(新たな社会価値の創造)を通じて我が国の経済成長や発展の主軸として寄与
- 財政再建にも真摯に向き合い、日本の経済財政に積極的に貢献
- 少子高齢社会を乗り越え、これから高齢化に直面する国際社会をリードすることで、健康長寿大国としての地位を確立

- 「日本の保健医療制度は日本国民のみならず、世界の人々の健康のバロメーターであるという点でも、きわめて重要である。」
- 「日本は大変なソフトパワーを持っている。世界における確固たる地位を確保する努力と国内での政策を改善する力を発揮しようとしている。」



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、イノベーションを活用したシステムとしての保健医療を再構築し、経済財政にも貢献

保健医療のパラダイムシフト

これまで

2035年に向けて

量の拡大

質の改善

インプット中心

患者の価値
中心
(アウトカム)

行政による
規制

当事者による
規律

キュア中心

ケア中心

発散

統合

具体的なアクション(例)

- ヘルスケアデータネットワークの確立・活用
(公的データなどの医療等IDによる連結)
- アウトカム指標に基づく報酬体系への移行
- 過剰医療の削減や医療サービスのベンチマーキング
- 上記による、患者の主体的な選択の支援
- 保健医療・介護の資源配分の地域による決定とそのための方衆衛生・政策人材の育成
- 「健康への投資」による生活の質と社会的な生産性の向上
- 「たばこフリー」オリンピックの実現
- グローバルリーダーシップの確立(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや健康安全保障)

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

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

LEAN
HEALTHCARE
リーン・ヘルスケア

1

保健医療の
価値を高める

LIFE
DESIGN
ライフ・デザイン

2

主体的選択を
社会で支える

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

INFRASTRUCTURE ビジョンを達成するための基盤

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

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。

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
- 効果を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
- 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

- **患者にとっての価値を考慮した保健医療 (Value-based healthcare):** 患者の価値は、臨床アウトカムのみならず早期退院やケアの負担軽減などを含む
- **「現場主導」の改革、規制から規律へ:** 国民の圧倒的な信頼を得ている医療専門職(医師・看護師・薬剤師等)の自律的な改革に期待したい
- **健康の社会的決定要因 (SDH: Social Determinants of Health)とコミュニティー:** 「自然に健康になれる」まちづくり。健康は個人の自己責任だけでは維持・増進できない
- **「社会システム」としての保健医療:** 保健医療課題は、保健医療的アプローチ「だけ」では解決できない。地域／総合政策が今後のカギ
- **「グローバル」課題としての保健医療:** グローバルではない保健医療課題はない。例) 医療介護連携、認知症施策、医薬品・ワクチン開発・製造の国際協調
- **組織論と人材育成:** 例) 厚生労働省の組織強化、医師のキャリアパスの多様化、公衆衛生、医療経済・政策学等の学際的な教育研究の加速、自治体の政策人材の育成

日本の強さ

- 医療保険、介護保険、高額療養費制度
- 水道、道路、ガス、電気などの高品質な生活インフラ
- がん治療など医療の劇的な進歩
- 健康的なライフスタイルや「Work Ethic」

過度に悲観したり不安になる必要はまったく無し

未来は必ず変えられる

参考・補足資料

2035年の姿のコミュニケーションの一例

※詳細は「保健医療2035」特設ページ(厚生労働省)参照



私はシングルマザーで、2人の子どもを育てています。地元の食品工場で働きつつ、なんとか仕事と子育ての両立をしてきました。

長男は高校を出た後、友人の多い地元での就職を希望しました。そして、「人の役に立ちたい」「人と接することが好き」という動機から介護施設に就職。近所の方からも長男の熱心な仕事ぶりを聞くことが多く、誇りに思っています。

その長男が、今年ついに結婚するんです！ 相手は、同じ職場の女性とのこと。長年苦勞しつつも大きな愛情を注いできたので、喜びもひとしおです。最近の介護施設を経営する企業は、経営マネージメントがしっかりしていて、介護サービスの質にも定評があるようです。長男が勤めている施設も、とても評判がいいんですよ。

長女は県の奨学金をもらって、県立大学で看護師の資格を取得しました。薬の処方管理ができる資格も持っていて、幅広く活躍する看護師として同僚から尊敬されているようです。2人の子どもの成長を見ていると、喜びとともに、医療や介護が地域の雇用・経済の核になっているんだなという実感もわいてきますね。

2035年の姿のコミュニケーションの一例

※詳細は「保健医療2035」特設ページ(厚生労働省)参照



私の部署は、必要な保健医療と介護サービスが地域のニーズにあった形と量でシームレスに提供されるよう働きかけていくのが主な業務です。そのために、市町村・医療機関・介護施設・NPO・民間企業の相互連携を促進しています。

自分が保健医療行政に携わるようになったこの数年だけでも、状況は大きく変わりつつあります。保健医療のデータベースを用いた分析に基づき、関係者が積極的に話し合いの場を設け、病床と病院機能の再編や遠隔医療の強化が進められてきました。

医療費適正化計画の見直しの年には、これまでの関係者の努力があったにも関わらず、やや医療費の伸びが上回る可能性があったんです。しかし、住民や医療機関を含む関係者と「どうしたら医療費を抑えつつ、必要な医療を確保できるか」という議論を重ね、最終的には皆が納得できるような施策に落とし込めたと感じています。

最近では隣の県とも協力し、高価な医療機器の検査や専門医を共有するなど、新しい動きを仕掛けています。この取り組みは国より表彰を受け、全国的にもモデルケースとなってくれたようで嬉しいです。私も、他の自治体の取り組みから学ばせてもらうことは多いですね。

保健医療分野では、必要な知識が多岐にわたります。昨年より、私は県の支援を受けて働きながら公衆衛生大学院で医療政策を学んでいましたが、先日ようやく修了して学位を頂きました。今後はここで学んだことを活かして、より地域にあった保健医療をデザインしていきたいですね。

医療「改革」を困難にするもの

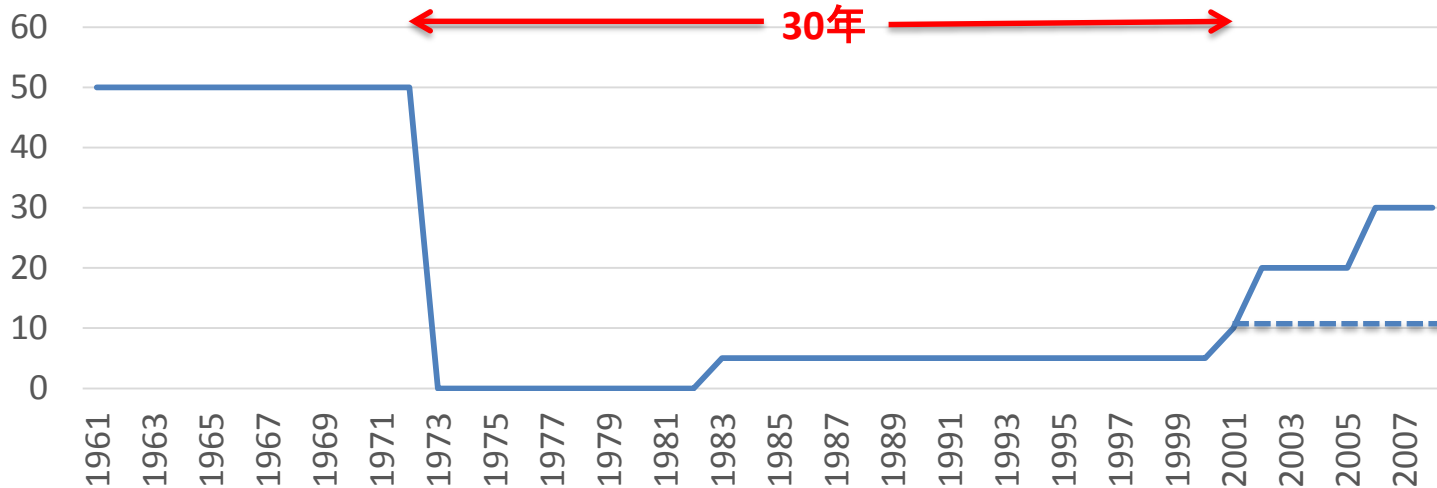
- 改革には長い時間がかかる
- 複雑な制度、多数のステークホルダー
- ステークホルダーの政治的影響力と統治機構
 - 「シルバー民主主義」、「団体民主主義」(造語)
 - 頻繁な国政選挙と「民主主義の限界」
- 医療や社会保障は「ハイリスクエリア」
 - 後期高齢者医療制度の混乱
 - 「医療崩壊」ブーム
 - 年金問題
- 一方で・・・かけがえの無い「いのちの重さ」

(参考) 日本は、高齢者の医療費自己負担を無料化した後、定率負担に戻すまで30年もの歳月を要した

高齢者の医療費自己負担率推移

%, 1961~2008,

— 現役並み所得者
- - - 一般・低所得者



国民皆保険達成当時、自己負担割合は5割と高く、特に高齢者にとっては受診の大きな障壁となったため、高齢者の有病率は中年より高かったものの、医療機関への受診率は低かった

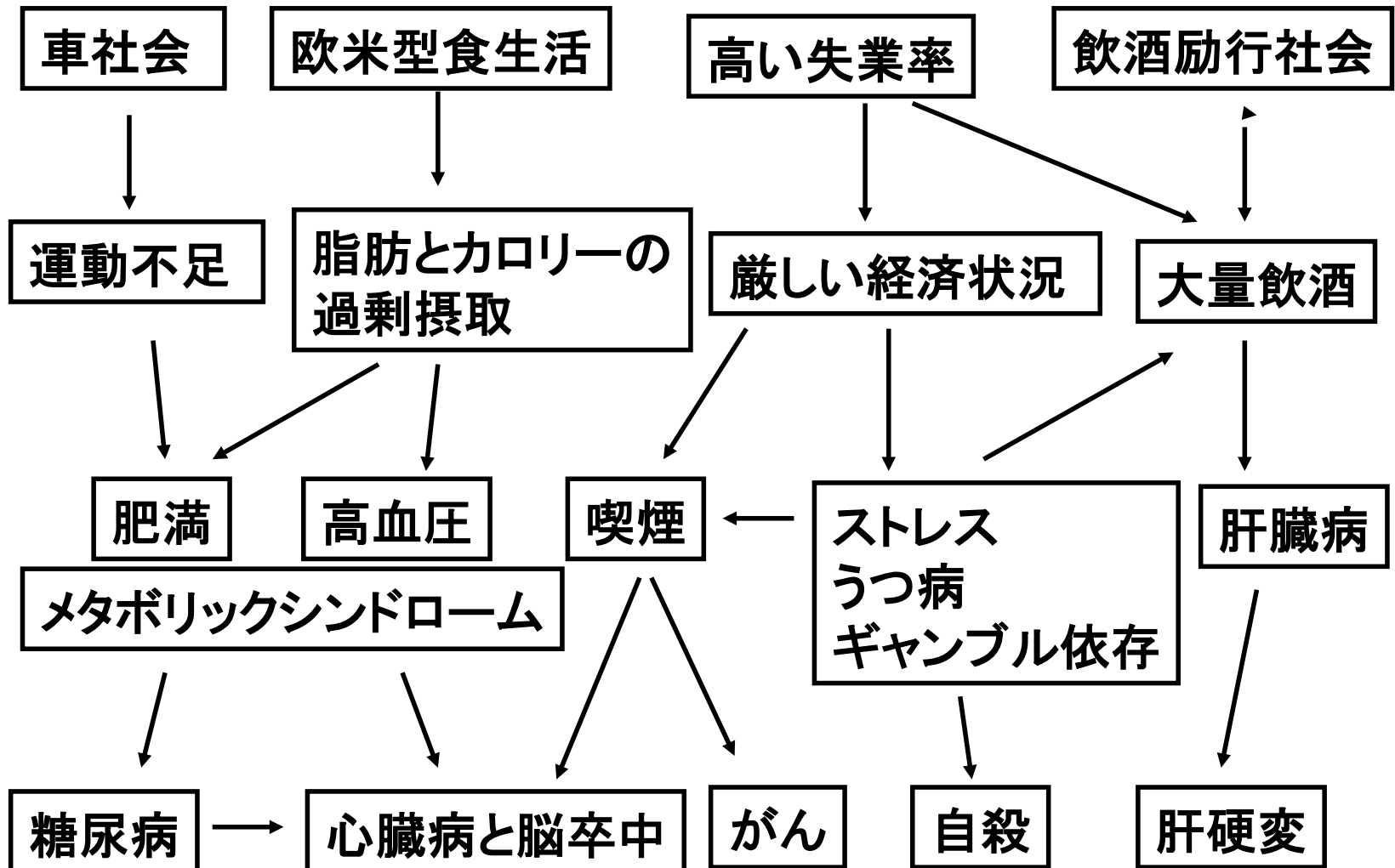
1973年政府が自己負担を一般財源で手当することで、高齢者の医療費自己負担を無料化

高齢者の受診率や入院期間が大幅に上昇し、高齢者医療に対する政府の補助金が倍増

1983年老人保健法により、高齢者に小額の自己負担を課すことで、「無料」を終わらせた

高齢者の医療費自己負担を無料化のち、定率負担に戻すまで、約30年もの歳月を要した

病気と社会の関係



保健医療の「都市伝説」(1/3)

初 期 的

よく聞かれる「都市伝説」

A 終末期医療は、医療費の大部分を占める

B 予防の推進により、医療費が削減される



研究者等による現時点での一般的見解

終末期(死亡1か月前の医療費)は、国民医療費の約3-4%(死亡1年前の医療費でも約7-9%程度)

予防は健康状態の改善につながるものの、医療費の削減に通じるものは禁煙やワクチンなど一部だけ

- 疾病管理や重症化予防は、プログラム設計によりばらつきがあるものの、医療費を削減する場合は多い
- 健康増進や早期発見等は、健康状態改善につながるものの、医療費削減につながる事例は一般的に少ない

保健医療の「都市伝説」(2/3)

初 期 的

よく聞かれる「都市伝説」

C 個人への金銭的インセンティブにより健康的な行動を促せば医療費の削減につながる

D 健康は個人の自己責任である

研究者等による現時点での一般的見解

健康的な行動への個人への金銭的インセンティブの効果は一時的。インセンティブを与えた期間の当初は効果的だが、長期間（1年半以上）継続したり、インセンティブをなくして数か月すると、その効果は消えてしまう

個人や集団の健康は、所得、教育レベル、社会とのつながりや居住コミュニティなどの社会・経済・政治的な、健康の社会的決定要因（SDH）により大きく決定づけられる。個人の意識改革や行動変容にのみ着目した介入では、健康指標の大きな改善は期待できない

保健医療の「都市伝説」(3/3)

初 期 的

よく聞かれる「都市伝説」

E 患者窓口負担を増やすと、受診回数が減り、国民医療費が削減される

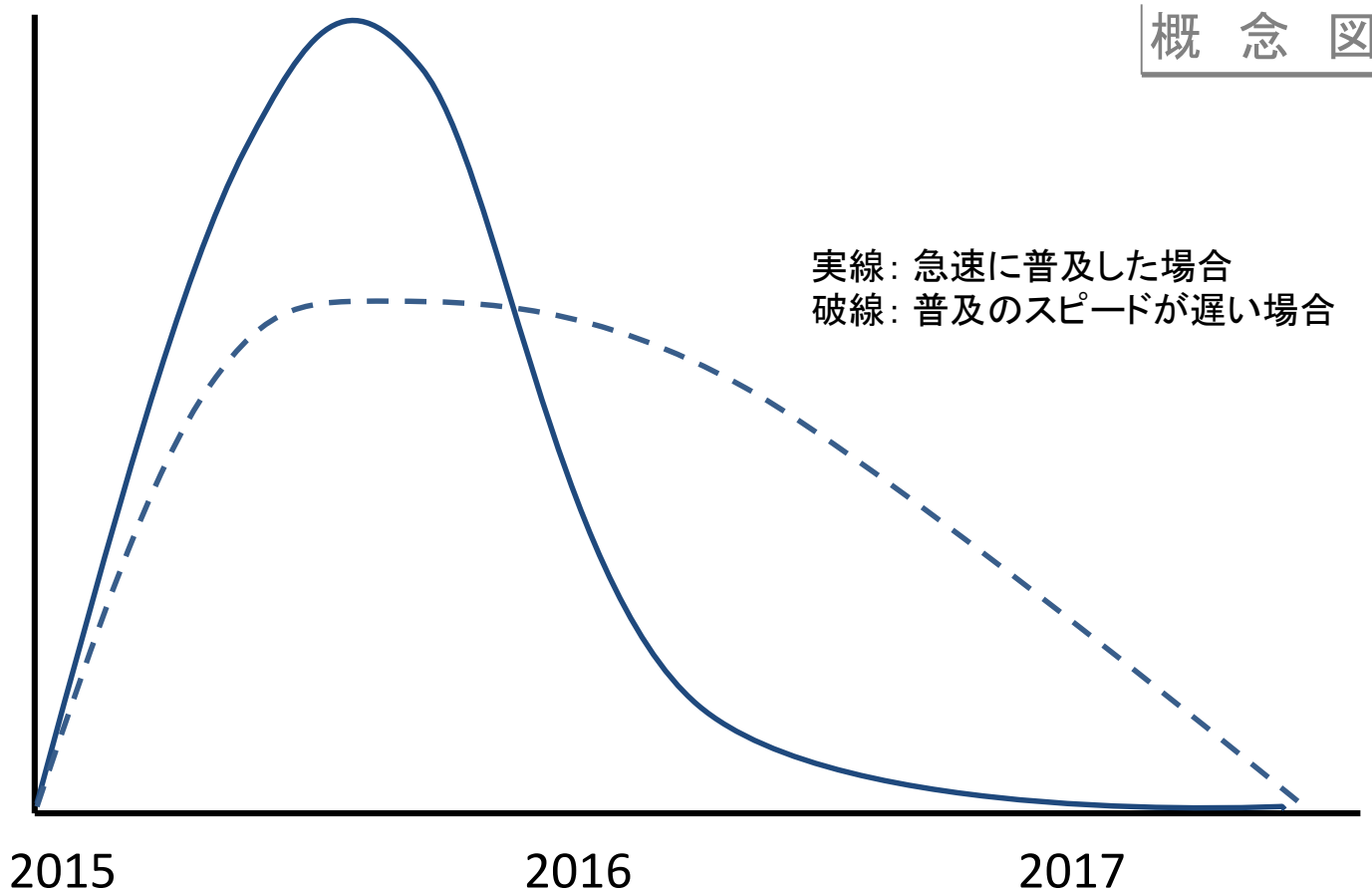
F HTA (医療技術評価)により、医療費や薬剤費が削減できる

研究者等による現時点での一般的見解

- 患者窓口負担増により受診回数はいったん減少する。ただし、その後元の水準近くに戻ったりやや入院が増えるとする報告も多い
- 一方で、患者の窓口負担増により必要性の高い受診までも抑制され、長期的な健康状態の悪化につながり、結果として総医療費の増大につながるというエビデンスは乏しい

そもそもHTAの目的は、医療費削減ではなく、限られた資源のもとで保健アウトカムを最大化することで、効率的な資源配分を促すもの。常に医療費の削減につながるものではない
(HTAを導入した国においても、必ずしも薬剤費の伸びが抑制されてはいない)

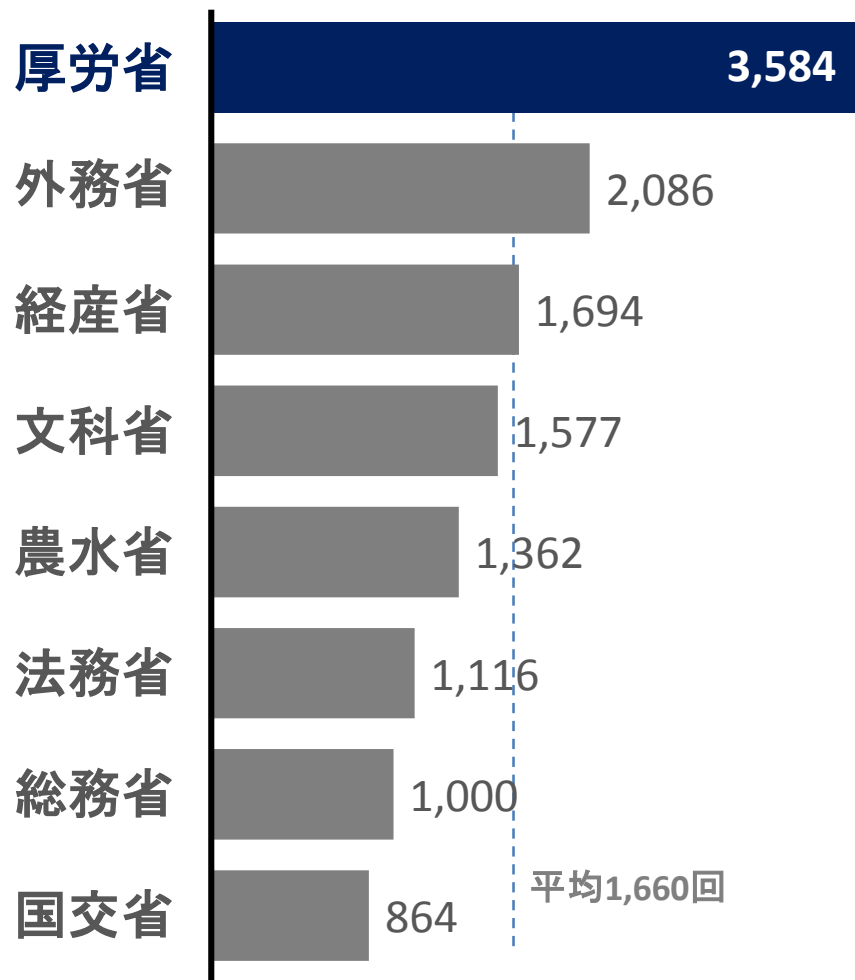
C型肝炎治療薬の普及スピードと売上



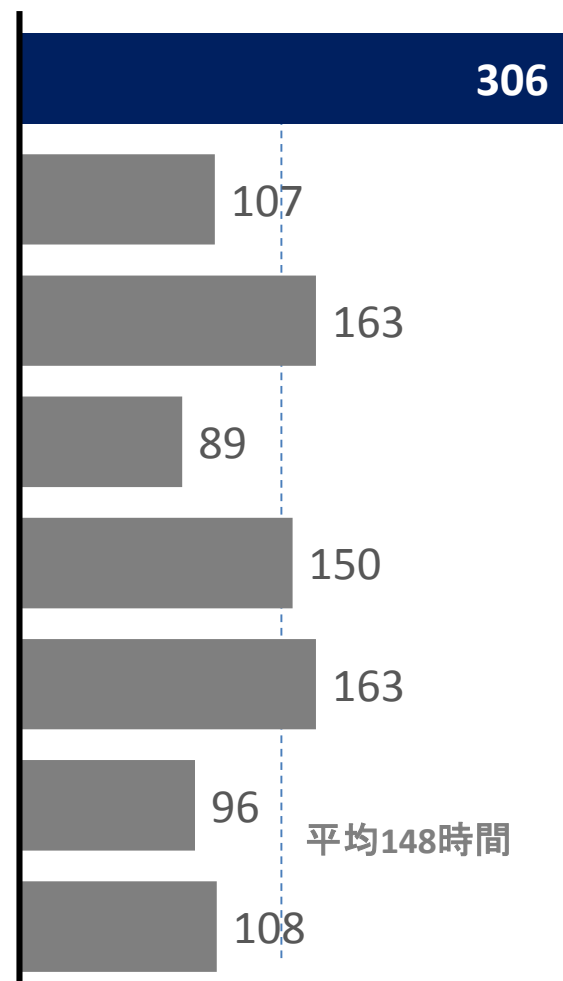
→ 結局のところ、「いつ売れるか」というタイミングの問題。「費用対効果」は、そもそも複数年度で考えるもの。

厚労省の業務量が多い

国会答弁回数



所管委員会審議時間

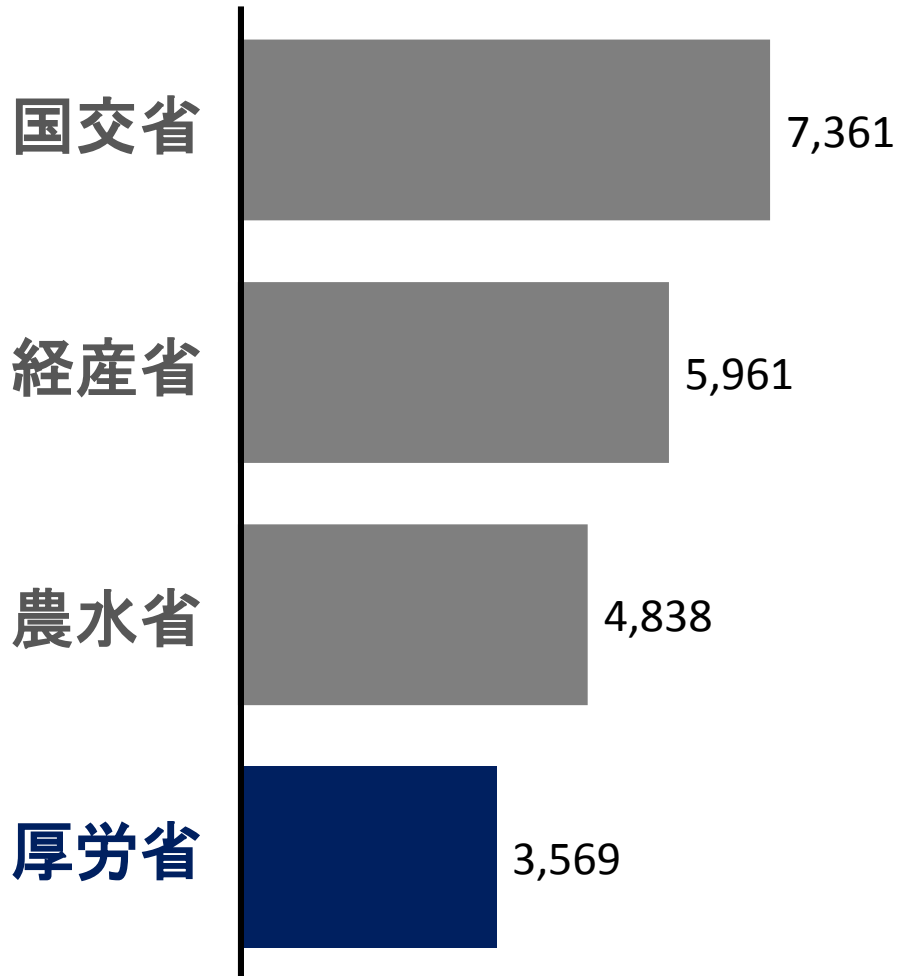


* いずれも平成27年通常国会

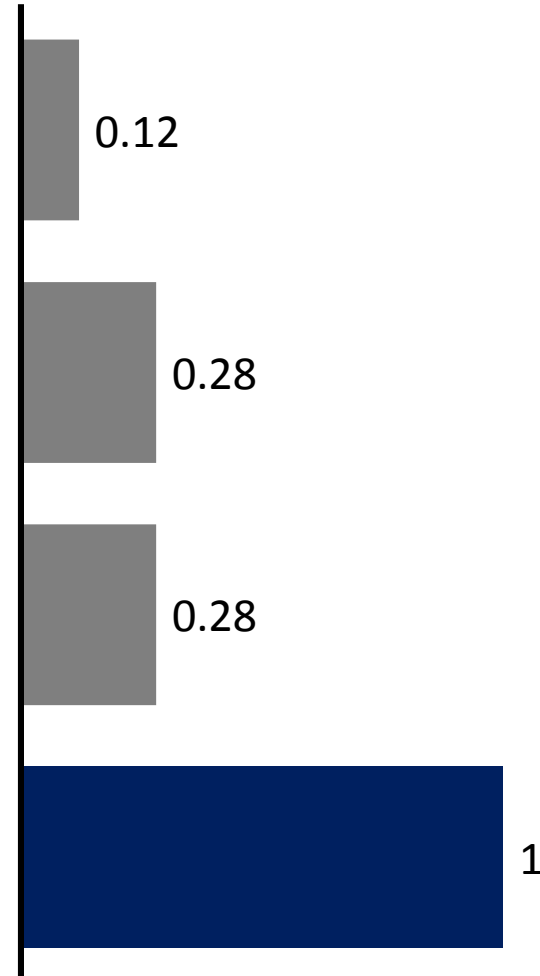
* 答弁回数は政務三役(大臣・副大臣・政務官)の合計、所管委員会は各委員会を指す(厚労委等)

圧倒的に「忙しい」厚労省

本省・庁の定員数



1人当たり国会答弁数



* 平成27年7月1日現在(人事院)

* 定員数は、観光庁・気象庁・運輸安全委員会・海保(国交)、工ネ庁、特許庁・中小企業庁(経産)、林野庁・水産庁(農水)、中労委(厚労)をそれぞれ含む