

医療政策サミット 2015 報告書

高齢先進国日本が迎えた分岐点 “グローバルモデルか、ガラパゴスか”

2015年2月21日（土）



主催： 特定非営利活動法人日本医療政策機構

共催： 公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金、東京大学グローバルイノベーション人材教育成促進事業

後援： 外務省、厚生労働省、文部科学省

協力： 政策研究大学院大学グローバルヘルスイノベーション政策プログラム

日本医療政策機構は、2004年に非営利・独立・超党派のシンクタンクとして活動をスタート、昨年10周年を迎えました。国民が真に必要な医療を実現するには、幅広いステークホルダーを結集し、政策の選択肢をオープンに議論し、責任ある決定を求めるプロセスの確立が不可欠であるとの考えのもとに、活動を行ってまいりました。

我が国でも、ますます医療・医療政策に関する関心が高まっています。政府は新成長戦略の重点領域の一つとして健康・医療分野を掲げ、2014年7月には「健康・医療戦略」が閣議決定されました。また、世界の主要国のなかでも最速のスピードで高齢化が進む日本では、医療を持続可能なものとするための取組もますます重要になってきています。

このような中、今回のサミットでは医療政策の重要課題を、マルチステークホルダーで、そして国内のみならずグローバルな視点からも議論を行い、参加者ひとりひとりが立場を越えてアクションを起こせるような場としたいと考えております。



日本医療政策機構 代表理事
黒川 清

目次

1. 主催者挨拶 / 目次	・ ・ 1
2. 医療政策サミット2015概要	・ ・ 2
3. 医療政策サミット2015レポート	
• Session 1 高齢化と医療のサステナビリティ	・ ・ 3
• Session 2 開かれた医療とUHC、先端医療促進	・ ・ 4
• Session 3 国際連携がもたらす日本の未来	・ ・ 5
• 総括	・ ・ 6

テーマ:

高齢先進国日本が迎えた分岐点 “グローバルモデルか、ガラパゴスか”

日時: 2015年2月21日(土) 10:00~18:30

会場: ホテルニューオータニ

主催: 特定非営利活動法人日本医療政策機構

共催: 公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金、東京大学グローバルイノベーション人材教育成促進事業

後援: 外務省、厚生労働省、文部科学省

協力: 政策研究大学院グローバルヘルスイノベーション政策プログラム

プログラム:

敬称略

10:00-10:10	開会の辞 ・ 黒川 清 (日本医療政策機構 代表理事)
10:10-12:00	Session 1 高齢化と医療のサステナビリティ ・ 伊藤 元重 (東京大学大学院経済学研究科教授) ・ 関原 健夫 (公益財団法人日本対がん協会 常務理事) ・ 野木森 雅郁 (アステラス製薬株式会社 代表取締役会長) ・ 宮田 俊男 (日本医療政策機構 エグゼクティブ・ディレクター)(モデレーター)
12:00-13:30	ランチセッション 日本医療政策機構の活動報告 ・ 小野崎 耕平 (日本医療政策機構 理事・事務局長)
12:50-14:40	Session 2 開かれた医療とUHC、先端医療促進 ・ 末松 誠 (慶応義塾大学医学部長) ・ 武田 俊彦 (厚生労働省大臣官房審議官(医療保険担当)) ・ 横倉 義武 (公益財団法人日本医師会会長) ・ 石黒 光 (日本医療政策機構 理事)(モデレーター)
14:50-16:40	Session 3 国際連携がもたらす日本の未来 ・ 渋谷 健司 (東京大学医学系研究科国際保健政策学教授、(社)JIGH代表理事) ・ スリングスピー B.T. (公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金CEO兼専務理事) ・ 武見 敬三 (参議院議員) ・ スミス アン (日本医療政策機構シニアアソシエイト)(モデレーター)
16:40-16:50	閉会の辞 ・ 黒川 清 (日本医療政策機構 代表理事)
17:00-18:30	レセプション

所属、肩書については当時のものを使用しています



*「医療政策サミット2015」は、グローバルヘルス技術振興基金(GHIT Fund)、東京大学グローバルイノベーション人材育成促進事業、みらかホールディングス株式会社のご支援のもと実施いたしました。

高齢化と医療のサステナビリティ

先進諸国の多くにさきがけて少子高齢化と人口減が進行する中で、従来国民が享受してきた医療サービスの提供体制を継続・改善し、さらには、人口構成の変化に対応してサービス内容を充実させていくには何が求められるか。加えて、社会保障制度全体を財源面で維持し支えていくにはいかなる方策が求められるのか。望ましい政策の大枠を明らかにする。

伊藤 元重（東京大学大学院経済学研究科教授）

関原 健夫（公益財団法人日本対がん協会 常務理事）

野木森 雅郁（アステラス製薬株式会社 代表取締役会長）

宮田 俊男（日本医療政策機構 エグゼクティブ・ディレクター）（モデレーター）



モデレータの見解

現政権の政策評価として、アベノミクス第一の矢である金融政策は、株価上昇や税収増、失業率低下など一定の効果があったと考えられる。第三の矢である成長戦略により日本経済全体をどのように持続的に拡大していくかが課題であり、民間投資を喚起する成長戦略が重要である。また、2015年までにプライマリーバランスの赤字半減を達成することに關しては、アベノミクスにより10兆円以上税収が増えたためにおおむね達成可能だが、それ以上に社会保障費が伸びることもあり、2020年の目標である黒字化は困難と見られる。そのため、今後は財政健全化目標達成に向け、本格的な社会保障の見直しを含めた議論がなされる可能性がある。

一方で、金融緩和により円安が進み、輸入品を用いる病院の経営は厳しくなった。また、増税先送りに伴い、2014年介護報酬改定は戦後2番目のマイナスとなった。これらの事情を踏まえると、医療の質を落とさずに医療費の伸びを抑えるために必要な政策を形成する上で、「新たな医療技術をどこまで皆保険に含めるか」「地域間比較を通じた高コスト地域に医療費削減の検討」「フリーアクセスをどこまで担保するか」「非営利ホールディングカンパニー型法人制度の活用」「調剤薬局が地域包括ケアシステムの中で本来果たすべき役割の実行」等の視点が必要だろう。

薬価制度については「製薬企業が儲け過ぎ」、「後発医薬品の比率をもっと高めるべき」等の意見の一方、アンメット・メディカル・ニーズ解消のために、さらに新薬を継続して出していくことが必要であり、製薬会社にとってのモチベーションにもつながるといった意見もある。医療を単にコストと考えると抑制する方向にしかならないが、投資によって育てていくという視点も持ち、国民皆保険制度のサステナビリティとイノベーションの促進の両立を考えるべきではないか。

一方、財源が限られている中で、国民からの「病院より在宅で治療やケアを受けることができる体制整備」「認知症や脳卒中など、リハビリが必要な分野の手当」「緩和ケアに重点を置いた終末期医療制度」など、病院以外でケアを受けることができる体制作りへの要望が議論の中で挙げられた。地域包括ケアシステムにより病院から在宅に医療がシフトしていく中、介護報酬マイナス改定の影響もあり、在宅・終末期医療などの経営環境も非常に厳しい。しかし、在宅での診療やケアに携わる医療提供者の不足は大きな課題であり、確保・定着をさらに進めていかなければならない。さらにわが国では、国民のクオリティ・オブ・デスへの考えが他国と比べて十分広がっていないという指摘もある。これからの地域包括ケアを考える上では、この点の議論をしていくことも必要だろう。

同時に、健康や予防に国民がより自発的に取り組むための政策も必要である。現在、自治体や企業において予防や社会的活動にインセンティブを付与する事例がみられるが、人は一つ一つの意思決定において、合理的な事柄のみで行動することは少ないという意見もあるため、金銭的なインセンティブにとどまらず、モラルやルールの問題も含めて国民全体を巻き込んだ議論をしていくことが重要だろう。

最終的に種々の医療分野改革を考えていく中で、政府のみに行動を求めるのではなく、もっと幅広く、教育、産業のあり方、国民一人一人の取り組みまで含めてよく考えを練っていくべきである。社会構造の改革、教育、国民の意識にも踏み込んで、各ステークホルダーが緻密な戦略を考えていかなければならない。

登壇者の主な発言

[医療費に関する考え]

伊藤：医療費の問題について、他産業では地域間比較を行い、より高コストな申請をしているところは認めない形をとっているが、医療も地域差を利用してコスト削減していくことが必要ではないか。

伊藤：薬価は公共料金であり、その負担は最終的に国民が負うことになるため、薬価決定はできるだけ透明性、説明責任、合理的な決定メカニズムをもってやっていくべき。

野木森：新薬は継続して出ることが重要であり、そのコストが薬価に反映されることで次の新薬開発のモチベーションにつながる。今後はジェネリック普及により医薬品が高過ぎるとの印象は徐々に薄れていくのではないか。

[医療サービスにおける優先順位]

野木森：介護には非常に大きな需要があるが、職場環境や処遇などの課題が多い、今後は介護をコストという側面のみではなく、経済成長のための投資という面でも見ていくべき。

関原：あえて医療の優先順位をつけるならば、命に関わる、お金のかかる病気はきちんと保険でカバーしてほしいということになる。つまり病気によって負担割合を変えるなどの形で医療費全体を落としてでも、皆保険を守っていけないか。

関原：終末期医療に関して、濃厚な医療ではなく、痛みや苦しみを救う緩和ケアを充実することが国民大多数の願い。また、認知症、脳卒中などのリハビリが必要な分野なども優先順位を上げ、政策を推進するべき。

開かれた医療とUHC、先端医療促進

現政権は、成長戦略の柱として国民が必要とする最先端の医療が受けられる社会の実現を目指しているが、開かれた仕組みの中で、国民皆保険制度を維持しつつ先端医療をも推進していくには、いかなる政策が求められるのか。

末松 誠（慶応義塾大学医学部長）

武田 俊彦（厚生労働省大臣官房審議官（医療保険担当））

横倉 義武（公益財団法人日本医師会長）

石黒 光（日本医療政策機構 理事）（モデレーター）



モデレータの見解

「開かれた医療」とは、新しい仕組み、技術、ノウハウなどが国際的に融通しやすい医療の形、制約が必要最小限に抑えられているような医療の形、必要な情報がスムーズに関係者に共有されるような医療の形である。「健康医療戦略」で安倍政権は最先端の医療技術で健康長寿社会をつくり、新たな産業の創出と海外展開の促進による経済成長を目指し、世界における医療福祉先進国モデルとなることを目標に掲げている。

TPPIによる規制緩和には医療産業の活性化を促し、国民にとっては治療の選択肢の増加や競争の促進と需要の拡大を通じた単価の低下といったメリットが見込まれるものの、一方では、混合診療の拡大につながり、国民皆保険制度の存立を危うくするという意見もあった。混合診療の解禁や価格規制の撤廃などはTPPがなくても要求可能であるが、実際にそのような要求が行われる見込みが小さいことを考慮すると、TPP自体への反対にエネルギーを使う意味は小さいのではないか。

先般、患者の申し出に基づいて国内未承認薬等を混合診療として使えるようにする新たな仕組み「患者申出療養（仮称）」の方向性が示された。先進医療を希望する患者の期待に応えるために、今後この制度の利用は進むであろう。その場合は、安全性や有効性が確認できない診療が横行することのないよう、制度利用に際しては科学的エビデンスや費用対効果の面も含めた徹底した実施可否判断体制を整備することが必要である。一方で、先進医療の国民医療費全体へのインパクトは小さく、本来保険適用可能な治療に自己負担を求める範囲が小さくならないように努めることのインパクトも、さして大きなものではないのではないか。

必要となる世界最先端の医療等を受けられる社会の到来が、長期的には慢性疾患の根本的治療を通じて、医療・介護関連の社会保障費の抑制につながる可能性がある。そうであったとしても短期的には医療費の増大圧力は避けられない。現状でも国民皆保険は危機的状況にあり、すでに無保険者（国保滞納者）が372万世帯、無料低額診療利用者も年700万人にのぼる。負担増は無保険者、生活保護受給者を増やしてかえって公的扶助支出を増大させる可能性がある。

「負担増」の実行が困難を伴うのであれば、支出削減しかない。かかりつけ医制度の拡充、大学病院の外来診療の中止といった病院の機能分化促進によるフリーアクセスの制限、無駄な薬や検査の削減、me-too drugsやジェネリックが存在する薬品の薬価引き下げ、そして医療ITの活用、HTA(医療技術評価)の導入等を進めることが求められる。画一的な支出削減ではなく、資源の有効配分を徹底することにより、先端医療促進と国民皆保険の維持の両立を可能にし、世界へ寄与できるモデルの模索が可能となる。

登壇者の主な発言

[AMEDについて]

末松：先端医療の開発研究のため、患者の治療や介入データを含めて分析できる医療のR&Dに特化したデータベースを、国を挙げて作るべきではないか。

末松：ナショナルクリニカルデータベース(NCD)は外科の現場のニーズを踏まえて医師のインセンティブを考慮することによって現場のデータ入力の上昇によって進化してきた。経時的な正しい臨床情報入力に基づいて、創薬アンメットニーズを探索できる国主導のデータベース作りをAMEDとしてもお手伝いできればと思う。

武田：NCDは大変魅力的である。厚生省も協力し、診療報酬上のデータの扱いと整合性をとり、医療現場に手間をかけずにデータが自動的に集める仕組みも作ってきたい。

横倉：AMEDこれがうまく動き出せば現場では助かることが多いと思う。日本医師会としてもAMEDの発展のため臨床現場からの声を届けていきたい。

[負担増支出抑制策について]

武田：2020年のプライマリーバランス達成には、9.4兆円のさらなる歳出歳入ギャップの解消、または歳出のカットが必要で、それはカットするなら医療しかないというのが現在の議論。それに対抗するためには、これくらいお金が必要で、負担増も必要だという議論が必要。今回の法案で保険料の上限引き上げも入れているが、さらに消費税増税をどうしていくか議論しなければ9.4兆円の歳出カットという議論を避けられない。医療界から声をあげなければ切られてしまうだろう。

武田：国として先端研究にいくらお金を使うべきか。財源不足の中、研究費確保や診療報酬の面も踏まえ、ターゲットゾーンを決め各省庁で一致して取り組むとことが必要。

武田：日本の医療の構造問題を解決することで医療資源の配分調整ができるのではないかと。端的にいうと病床の地域差の話だ。加えて、価格引き下げへの圧力が強くなっているが、価格と量の双方を見るべき。価格を下げるばかりでは量がいびつになる。むしろ量の問題に切り込むべきではないか。診療回数、薬の量、病床数、高齢者に対する過剰な薬の投与などいくらでも課題はある。ただ、それを全部やっても9.4兆円の歳出カット実現は厳しい。

横倉：2025年に向けそれぞれに地域で機能集約をしていくべき。急いでやると軋轢が生じ大混乱を招くので、10年かけて進めていくべき。

国際連携がもたらす日本の未来

成長戦略や研究開発実用化の推進は、積極的な世界市場開拓や直接的投資の拡大をもたらしてきた。経済成長は保健システム整備にどう関わっているのだろうか。また、日本が国際保健に目を向け、貢献する意義とは何か。変化を続ける世界市場、日本の貢献、そして日本の国際貢献がなぜ内外のステークホルダーにとって重要なのか。

武見 敬三 (参議院議員)

渋谷 健司 (東京大学医学系研究科国際保健政策学教授、(社)JIGH代表理事)

スリングスピー B.T. (公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金CEO兼専務理事)

スミス アン (日本医療政策機構シニアアソシエイト) (モデレーター)

モデレータの見解

グローバルヘルス分野を見ると、経済が著しく成長する一方で保健システムが成長に追いつくべく苦闘している国々が見られる。ヘルスセクターへの適切な投資無くしては、成長が、西アフリカの Ebola 出血熱やパキスタンのポリオのよう急速な感染症拡大につながる可能性がある。低所得国における非感染性疾患(NCDs)増加もまた保健システムが成長に伴わないことの結果であろう。

日本のODAにおける健康への直接的な投資の割合は、2011年の2.5%から増えたとはいえ、2012年も僅か5%に留まっている。ODAは、新興国への経済成長の支援が結果的に健康状態の改善にも繋がるの考えに基づいて組み立てられている。しかし、2014年には、成長が必ずしも容易に健康をもたらさないことが判明した。もし健康を真の目的とするならば、構造的な問題に対処するために医療制度基盤、研究開発、イノベーションへの直接的な投資を増やさなくてはならないだろう。これらの要因を無視することは、結果的に日本のこれまでの投資を無意味なものとし、新興国の経済を大きく後退させることになりうる。世界経済フォーラムによると、非感染性疾患(NCDs)への取り組みが失敗すれば、今後20年で21.3兆ドルの経済損失が低中所得国で生じると推測されている。

安倍首相が、UHCを日本のグローバルヘルス外交の柱とすることを2013年9月のランセット誌記事や同年開催の国連総会で表明したことを受け、UHC関連の外交が勢いを増してきている。2016年日本で開催されるG7サミットに向けて、UHCを普及させるための明確な目標と手法が研究され、開発されている。UHCのテーマが曖昧との批判があるが、医療制度改善をさらに推し進めるものだとすれば、そうした取り組みは歓迎すべきものである。包括的なヘルスケアサービスへの安価なアクセスは、包括的なアプローチ、すなわち過去の疾病中心のイニシアチブとは異なるアプローチを必要とする。UHCを世界に広めるためには、正しい意図では足りず、周到で洗練された大規模な活動が必要となる。

日本のここまでのUHC確立の過程から世界へ向けて発信できることがらも数多くある一方、継続的な国際連携からも日本のヘルスケアにおける問題の画期的な解決法がもたらされたり、ヘルスイノベーションが推進されるなど日本にとって大きな成果を生み出されると見込まれる。また国際保健活動の強化は、日本の人材を世界的な水準に保ち、日本の長年にわたる医療制度問題の解決に努めさせることにもつながる。国際連携が日本の医療制度の未来にとって有益なことは間違いない。

登壇者の主な発言

[国内の医療政策への世界的影響]

武見: 新しいモデル作りは、他国への貢献となりうる。健康な高齢者を雇用することなどで社会保障制度を維持していくための政策的解を見出すことができる。



武見 敬三氏



渋谷 健司氏



スリングスピー BT氏



スミス アン氏

武見: ケアワーカーが不足する中、アジアから入れることで対応できる可能性もある。ヘルスケアのグローバルライゼーションが重要な課題となるだろう。

渋谷: 他国は日本が以前取り組んだ問題を解決しようと試みている。例えば、アジア諸国では、皆保険の持続可能性や介護について議論されており、日本を参考にしている。同時に様々な政策の試みが多く行われており、我々が他国から学びうる事や政策オプションも数多く存在する。つまり我々が新興国に提言するだけではなく、同時に我々が彼らから学ぶということでもある。

[最近のグローバルヘルストrend]

武見: エボラのようなアウトブレイクについてはナショナルセキュリティの視点も必要。感染症のアウトブレイクはこれからも可能性があり、国際的に対応について合意し準備を進めなければならない。政府だけでなくNGO等のステークホルダーをどう取り込むか。長期的・安定的な仕組み作りが重要。

渋谷: 国際保健分野への興味は増してきている。優秀な学生達が国際保健を通じた新しい価値の創造を選択することが増えてきている。これは学生達が世界を変えることに興味を持っているということでもある。彼らは日本がどのように社会を変化させるのかを注視している。我々は模範とならなくてはならない。

スリングスピー: イノベーションは利用可能でない限り無価値である。患者が使用しない限り意味がない。使用すればするほどコストは下がる。また、より多くの人利用すれば収益性が大きくなる。量とともに成長がある。成長は新興の市場からもたらされるが故に、そうした国々を本当に苦しめている問題に取り組むことが必要である。

[ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)]

武見: われわれがUHCを議論する中で、健康寿命の延伸が共有のテーマになった。平均寿命と健康寿命の差を短くする政策が目標となってくる。

渋谷: LancetはUHCについての日本の経験について執筆してほしいと我々の元へ来た。今後日本がどうしたいのか、世界から日本に期待が寄せられている。

[国際連携の価値]

武見: 我々はより国際的な立場から活動できるリーダーを必要としている。グローバルヘルスは新たな情報あるいはフィードバックを得、コンセンサスを点検評価するための契機あるいは場となる。さらに、国際的な視点を政策決定過程に取り込む必要がある。

スリングスピー: グローバルシフトは日本の製薬にとって重要である。製薬業界の成長を日本やアメリカ、ヨーロッパの市場に依拠できる時代ではない。そういう意味で新しい市場の成長を支えることが必要。国際的な協力関係を通じ、日本の組織は意志疎通、経験、実行を通じて学習する。これは単にグローバルに話し合うことではなく、グローバルに“なる”ことを意味する。

総括

医療政策サミット2015においては、医療政策の現在の重要課題を、多様な関係者を交え、そして国内のみならずグローバルな視点から議論し、以下の点を明らかにしました。

Session 1 高齢化と医療のサステナビリティ

人口構成の変化に対応したサービス内容の充実、また、社会保障制度全体を財源面で維持し支えるため、望ましいと考えられる政策について議論した。

- 医療をコストとして捉えるのみではなく、投資という視点を持ち、民間投資を喚起する成長戦略を推進する。
- 予防政策に関する国民的議論の場を設定する。
- 社会構造の改革や、教育、産業界のあり方にも踏み込み、将来のビジョンや戦略を各ステークホルダーを巻き込みつつ構築する。

Session 2 開かれた医療とUHC、先端医療促進

開かれた仕組みの中で、国民皆保険制度を維持しつつ先端医療をも推進していくにはいかなる政策が求められるのかを議論した。

- 創薬を通じた健康医療分野の総合力強化、地方自治体や民間レベルでの好事例集積と発信、質の高いデータセットの構築と活用、若手アントレプレナーの育成。
- 先端医療推進に向けて、R&Dのためのデータベースを診療報酬関連のデータと整合性をとりつつ構築すべき。
- 先端医療の推進にいくら資金投入すべきか、ターゲットゾーンを決めて省庁が矛盾のない取り組みを行うべき。

Session 3 国際連携がもたらす日本の未来

医療戦略、グローバル化、2016年のサミットに向けてUHCをどうするかなど、どのように日本と海外が連携すべきか、様々なポイントで議論ができた。

- グローバルヘルスは日本にとって新たな情報あるいはフィードバックを得、コンセンサスを点検評価するための契機あるいは場となる。
- 出生率が低下し、高齢化が進むため、日本は新しいシステムを作らなければならない。同時に他国は今抱える問題、すなわちかつて日本が直面していた問題を解決する際に日本の成功から学ぼうとしている。
- グローバルヘルスにおける国際的な協力関係をとらして、日本の組織は建設的な貢献を進めつつ、コミュニケーションと経験を通じて学んでいる。

今回のサミットで明らかにした点を踏まえ、日本医療政策機構は、ひき続き将来を見据え、幅広い政策の選択肢を提供し、ステークホルダーそれぞれがとるべきアクションを明らかにすることで、変革を促す原動力となるべく活動していきます。



HGPI

Health and Global Policy Institute

特定非営利活動法人 日本医療政策機構
Health and Global Policy Institute

〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-28 7階
TEL: 03-5511-8521 Fax: 03-5511-8523
info@hgpi.org www.hgpi.org

