

日本における医療提供体制の パラダイムシフト



山田謙次

CONTENTS

- I 2030年に向けた医療提供体制のパラダイムシフト
- II 健康データベースにより誘発される医療の根源的变化
- III 医療・介護保険制度と提供体制の再構築
- IV 実現に向けての課題と方策

要約

- 1 2025年には団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者となり、要介護者、認知症高齢者などが量的にほぼ最大化する。政府は2025年に向けて、医療提供体制改革を開始した。2012年に社会保障・税一体改革への取り組みが与野党で合意され、現在の医療保険制度とそれに基づく医療提供体制を前提に、10年先に向けて維持可能な形に調整することを目標にしている。
- 2 本稿は2025年のさらに先を見通した医療提供体制のパラダイムシフトについて提案する。2030年を見通すと、国民の医療や健康管理にかかわる情報は健康データベースとして整備され、医療技術研究の基礎データとしても活用される。予防技術の高度化は、発症前の先制医療へと発展する。地域単位で予防を含む医療・介護を積極的に活用して重度化を防止し、健康寿命の延伸を推進する体制整備を提言する。
- 3 また2030年には、難病に対する高度医療技術の実用化が手の届くところに来ている。難病治療は、地域医療とは異なり、拠点性の高い高度急性期病院での施術とすることが現実的である。このような高度医療にかかわる医療保険と提供体制は、地域医療・介護にかかわる保険とは別に構築する必要がある。
- 4 積極的な健康管理と高度医療技術進歩の成果を、国民が漏れなく受け取るために、既存の枠組みを超える新しい仕組みの発想と国民合意形成が必要であると考えます。

I 2030年に向けた 医療提供体制のパラダイムシフト

1 2025年に向けて着手されている 医療提供体制改革

政府は2025年に向けて、医療提供体制改革を開始した。2012年に社会保障・税一体改革への取り組みが与野党で合意され、消費税引き上げとともに2013年に社会保障改革推進法、社会保障制度改革国民会議の報告を経て、社会保障改革プログラム法が成立した。それらに従い、医療介護総合確保法、国民健康保険法改正、医療法改正など、一連の制度改革関連個別法が施行され、その具体化が進められている。

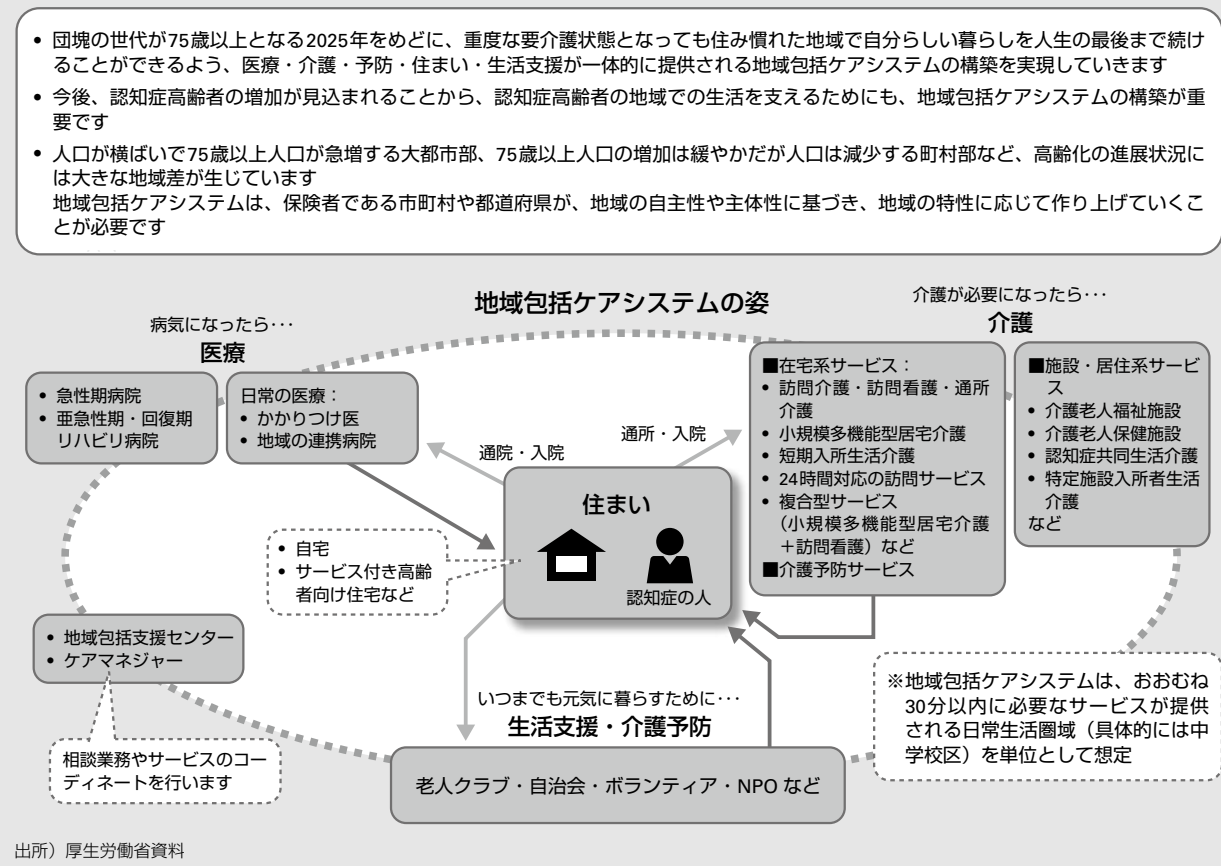
2025年は、団塊の世代がすべて75歳以上の

後期高齢者となるため、要介護者、認知症高齢者などが量的にはほぼ最大化する。また、高齢者夫婦のみ世帯、単独世帯もさらに増加し、特に都市部では75歳以上の後期高齢者の増加が見込まれている。

このような環境下で、各地域でそれぞれの実情に合ったケアの仕組みを構築していかねばならない。政府は、「地域包括ケアシステム」という概念で、その時点での仕組みのイメージを提示している（図1）。

その内容は、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現」「今後、認知症の高齢者の増加が見込ま

図1 地域包括ケアシステムのイメージ図



れることから、認知症高齢者の地域での生活を支える」「地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」としている。

その一方で財政的な制約から、介護保険において軽度者（要支援）を保険の給付対象から除外するとともに、特別養護老人ホームの利用対象の中重度者への限定、介護療養型医療施設の廃止などを行う。そのため、在宅での医療提供体制を整えるとともに、住民団体などによる要支援者への生活支援、施設入所に替わる高齢者の住まいの場づくりなどを、地域の実情に合わせて構築していくことになる。

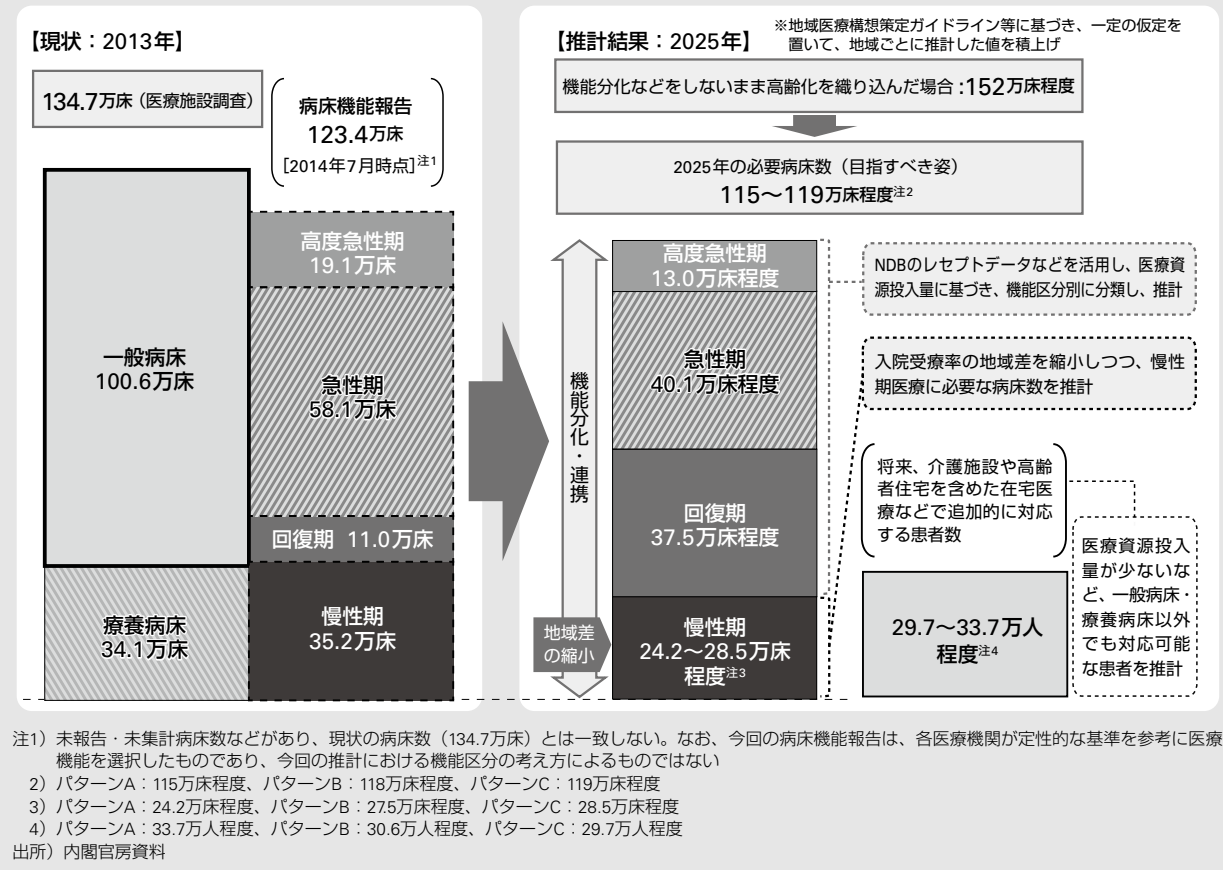
具体的な地域医療改革の必要性と方向性は「社会保障制度改革国民会議報告書(2013年)」に示されており、要約すると下記のとおりである。

- 急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で主に青壮年期の患者を対象とする医療は、救命、延命、治癒、社会復帰を求める「病院完結型」の医療。平均寿命80歳以上の社会では病気と共存しながら生活の質の維持・向上を目指す「地域完結型」の医療。地域完結型医療とは、医療、介護、住まい、生活支援が切れ目なくつながる医療。
- 日本は世界一の高齢国家であるにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムがまだ支配的。日本は医師が医療法人を設立し、病院などを私的所有で整備してきた歴史的経緯から、政府が強制力を持った改革ができない。1970～80

年代の欧州でも「病院完結型」であったが、政府が強制力を持って地域完結型の医療福祉システムを構築した。

- GDPの2倍を超える公的債務残高を持つ日本は、財政健全化の具体的進捗を国内外に示し続けなければならない。今後、医療・介護の実需が低成長基調の中で進むという展望の中で、患者のニーズに適合した医療・介護資源の効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力も継続しなければならない。
- 日本は人口当たり病床数が多い一方で、職員数が少ないことが、密度の低い医療と長い入院期間をもたらしている。他方、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。
- そこで、急性期から亜急性期、回復期などまで、患者が状態に見合った病床でふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。このとき、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

図2 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果



このような考え方から、新たな概念による地域医療計画である「地域医療構想(ビジョン)」の策定が進められることとなった。地域医療構想は、都道府県単位で客観的データに基づく地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの病床などの必要量を示し、地域内で合意の上で、調整を図ることとしている(図2)。そのために、医療機能の分化と連携が適切に推進され、医師・診療科の偏在を是正し、高額医療機器の適正配置も視野に入れる。

現在全都道府県で検討会議が開催され、遅くとも2016年度末にはすべての都道府県で、

地域医療構想がまとめられる見通しである。

2 2030年に向けたパラダイムシフト

(1) 現在の医療保険制度の限界

ここでは2025年のさらに先を見通した医療提供体制のパラダイムシフトについて記述する。現在行われている医療提供体制改革は、現在の医療保険制度とそれに基づく医療提供体制を前提としており、まずは現在の医療機能の分化と連携を図ることを目標としている。

2025年以降も続く高齢社会を維持するためには、社会保障制度改革国民会議が指摘した考え方をより具体的な制度として実現する必

要があり、そのためには、医療保険と医療提供体制を一步進めて変革していく必要がある。

本稿が提言する医療提供体制のパラダイムシフトは、次の要因や必要性によって起こると考える（図3）。

- ①健康管理に対する国民意識の向上と予防技術の高度化
- ②財政逼迫の一方、国民皆保険への国民的支持のもと、持続可能性を高めるための制度改革の必要性に対する国民の理解の深化
- ③高齢期の在宅医療需要拡大と地域包括ケアの具体的な医療提供体制の整備
- ④治療技術の高度化を享受できる医療提供体制の整備

これらの国民的な要望を実現するためには、現在の医療保険制度や医療供給体制では構造的に対応しきれない。現在の医療費は、人口の27%を占める高齢者が全体の57%を使っており、この延長線上では保険原則が崩れ

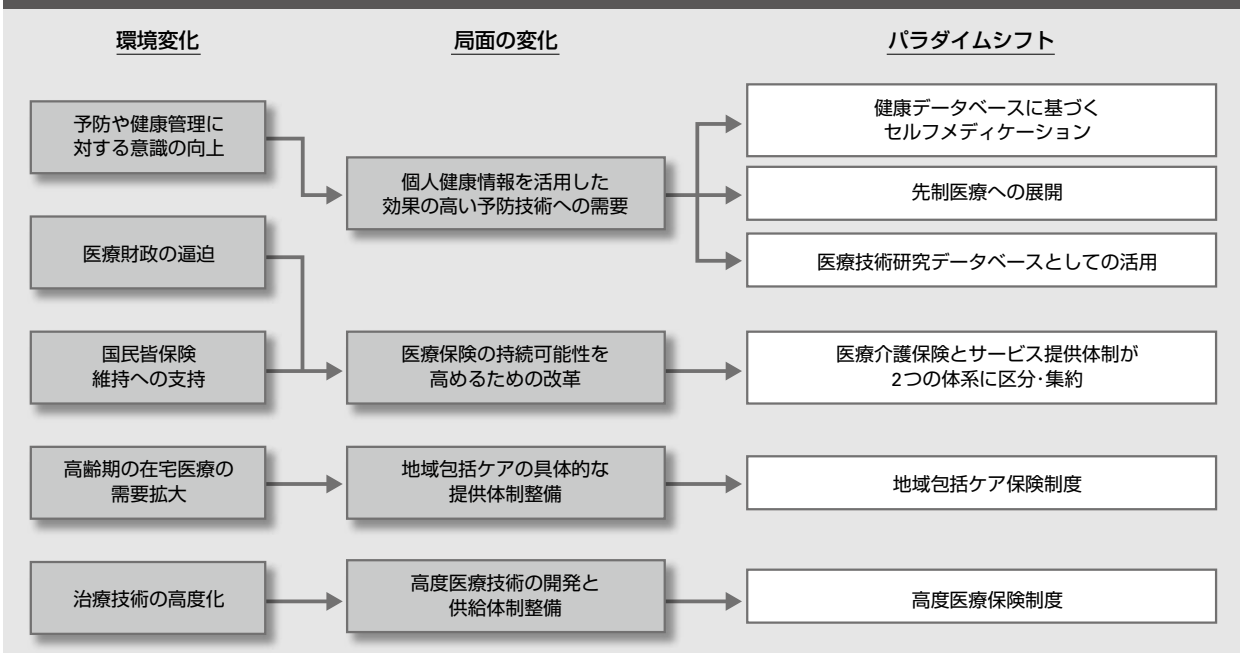
てしまう懸念がある。

高齢者の増大とともに、求められる医療需要は変化しつつあるが、主に青壮年期の患者を対象とする急性期の疾病リスクをプールする考え方を中心に構築されてきた日本の医療保険制度は、予防を含む新しい医療需要をカバーするものとなり得ない。現在の日本の医療保険制度は、全国民に対して一つの保険で介護療養から高度医療まで幅広い医療リスクをプールしている。疾病は、年齢を経るに従い、感染症や外科的な手術で治療できる病気から、生活習慣により発症する病気、さらに加齢に従い発症し、長く付き合いながら悪化を防止する病気へと変化する。

若い世代が人口の中核を占める時代は、急性期医療を医療保険の中心に置いておけばよかったが、高齢者が人口の30%を占める時代になると、慢性期の医療ももう一つの中心としなくてはならない。しかし、それぞれは発症の仕方も治療の仕方も全く異なっている。

もともと介護も医療保険の枠内で行ってい

図3 2030年に向けた医療提供体制のパラダイムシフト



たが、保険の原理が全く違うため、介護保険として独立させた。それと同じように、急性期の医療と慢性期の医療は別のものとして独立させ、それぞれ異なる保険原理で運営すべきであるとする。

(2) 新たに構築すべき医療保険制度

2030年を見据え、現在政府が施策として推進している、予防に関する技術開発と国民の生活への定着、地域医療構想と地域包括ケアの概念を活かしながら、医療保険および提供体制については、「予防・初期医療・慢性期医療および介護」と「高度急性期医療」との2つの制度に分立することを提言する（図4）（詳細な内容はⅢ章で記述する）。

① 予防の保険制度への取り込み

社会全体の高齢化とともに、個人の健康管理への意識は極めて高まる。また、政府も医療費の抑制と産業振興の両立を目的として、成長戦略（日本再興戦略）において、国民の「健康寿命の延伸」を「戦略市場創造プラン」として掲げている。「健康」が国民と政

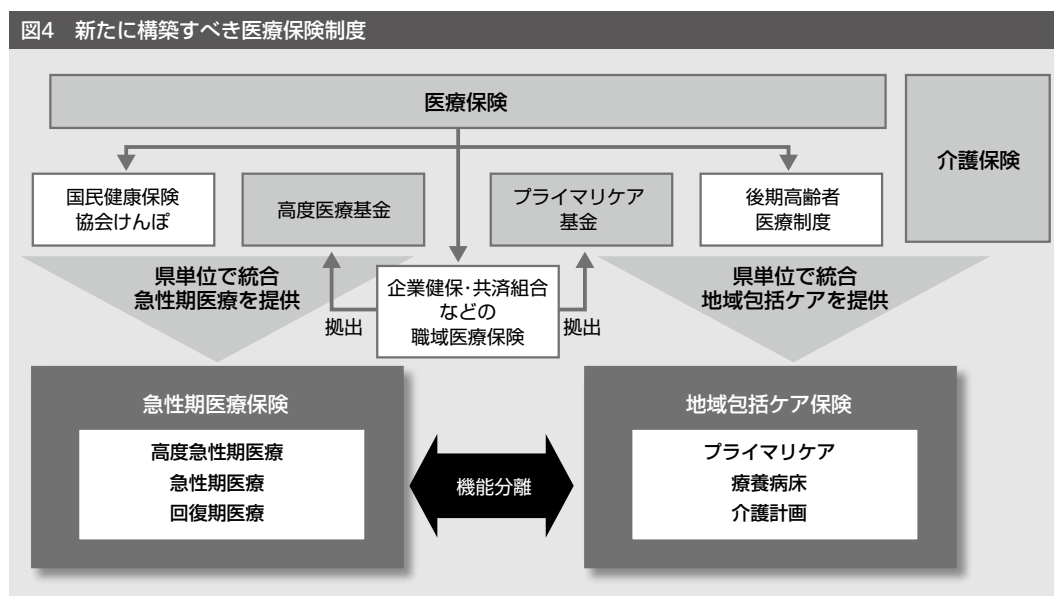
府がともに求める価値であることの共通認識が高まりつつある。

個人の健康や医療に関する情報はデータベースとして蓄積され、個人情報保護のもとで多くの主体が利用可能なものとなる。個人の健康情報がデータベースとして蓄積されると、その情報をもとにセルフメディケーションプログラムの立案が可能となり、健康の維持増進を図ることが可能となる。さらに予防技術の進展は、疾病の発症前に治療する「先制医療」という新しい概念の治療技術の開発を促す。

このような予防という領域を、明確に医療保険の活動として位置づけ、被保険者は予防に関する指導も医療保険に支払う保険料の対価として受け取れる仕組みを再構築することが必要と考える。

② 地域包括ケア保険制度

地域包括ケアシステムの概念のもとに、地域完結型医療を提供する医療保険として、予防・初期医療・慢性医療および介護を統合した保険制度を想定する。



提供する医療内容は、地域住民を対象として、疾病の発症の抑制や発症時の初期的な治療、慢性疾患の重度化を抑制するような治療という医学的なケアと、介護領域全般である。

現在の医療制度では、健康診断、主に診療所、歯科診療所で受診する医療、往診・在宅医療、夜間診療などを範疇とする。

また、地域包括ケアの概念のもとでは、高齢者に対しては医療と介護の境界領域が拡大し、身体機能の維持と生活の質の維持が、医療・介護両面のサービスとして、複合的に提供される必要があることから、介護保険サービスについても、この保険制度で一括して提供されるべきであると考えられる。

医療保険者としては、県単位で集約された地域型の医療保険制度を想定する。市町村が運営する国民健康保険および介護保険、県単位で運営される後期高齢者医療制度、協会けんぽが母体となって集約されることを想定する。また、組合健保などの職域保険は現在の後期高齢者医療制度と同様に、県単位の医療保険にその地域に居住する従業員分の保険料を拠出する。

③高度急性期医療保険制度

専門性の高い治療については、急性期の二次的医療に加え、がんや難病など高い医療技術が必要な治療に対応する保険制度を想定する。

まだ決定的な治療法がない疾病に対する医療技術の開発にはコストがかかり、研究者が技術開発を行うインセンティブを付与しつつ、技術向上の果実を国民全員が享受するための保険制度が必要である。

急性期医療については、個人の医療情報の解析をもとに診断がなされ、個人に適した治療法（オーダーメイド医療）が選択される。これらの医療技術は高度化し、安全管理を含め、より限定された医療機関で提供される。一方、現在の多くの治療法は標準化され、地域の身近な病院で提供される。このように、重度化した疾病に対しては、高度急性期医療保険を適応し、病院を中心とする医療機関が役割分担をもとに治療を提供する。

II 健康データベースにより 誘発される医療の根源的变化

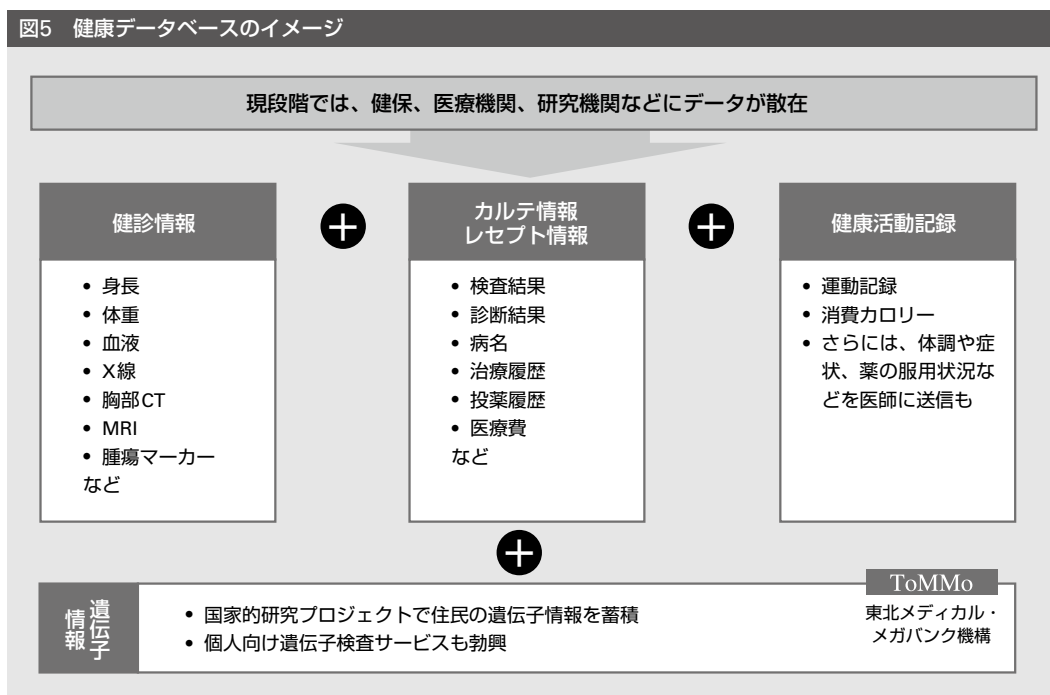
個人の健康に関するさまざまな情報が蓄積されると、個人にとっての健康管理だけでなく、医療技術開発にとっても有用なデータベースとなる。

現在は、個人の健康に係る情報の多くはデジタル化されているが、統合されたものにはなっておらず、データベースとして利用できない状態にある。しかし、2030年には、後述するような動きが加速され、利用可能なデータベースとなっていると考える。

まず、健康診断や人間ドックの結果は、個人に結果が示されるが、現段階では多くは紙情報である。しかし、医療機関など健診の実施機関の内部にはデジタル情報が存在している。また、特定健診制度による健診の場合は、医療保険にその結果が送られるが、データ形式はまちまちである。

また、病歴や診療歴は医療機関で発行されるレセプトやカルテ、退院時サマリーなどに記述されている。レセプト情報は既に大部分がデジタル化されている。カルテ情報、退院

図5 健康データベースのイメージ



時サマリー情報は、大病院ではデジタル化されているが、中小病院では未だ紙情報である。しかし、一般的にはこれらの情報を患者が所持することはなく、いくつかの先端的な医療機関のみインターネットなどを通じて患者が閲覧できる形になっている。

さらに近年、診療上の必要性に応じて遺伝学的検査が行われるようになってきている。また、東北メディカル・メガバンク機構などの国家的研究でも、住民の同意のもとに遺伝子検査のデータベース化が行われている（たとえば、東北メディカル・メガバンク機構では、地域住民コホート調査、三世代コホート調査、地域子ども長期健康調査などへの住民参加において、多くの人が遺伝子検査とその活用同意している）。また、個人レベルでも、いくつかの民間企業が遺伝子検査サービスを開始している。まだ利用者は少ないが、検査を提供している会社は、検査結果をデー

タベース化して、製薬会社などでの研究開発へ提供することを事業の視野に入れている。

また、近年スマートフォンの普及により、運動記録を簡単に蓄積できるようになり、それに対して行動を促すようなアドバイス機能を持ったアプリが多数開発されている。

ここで論じる健康データベースは、このようなレセプト、カルテ、健康行動、遺伝子などの情報が個人別に統合されたものである（図5）。これまで述べたように、既に多くの情報がデジタル化される一方で各地に散在しているが、個人の許諾により、データを閲覧可能にするミラー型ポータルを構築することは技術的には可能である。2030年までには、ポータルサイトを構築する事業主体が構築され、医療保険や製薬会社などのデータ利用者の負担のもとに、継続的な運営が可能となり、そこにミラー型でデータが集約されているであろう。個人情報保護はもちろん、デー

タの精度管理など、超えるべきハードルは多いが、蓄積されることのメリットの方がはるかに大きいと認識する個人が多数となろう。

データベースができれば、個人の許諾により、疾病発病可能性の判定、医薬品や食品などの研究開発、健康管理サービスにおける時系列データ、などとして多様な活用が可能となる。

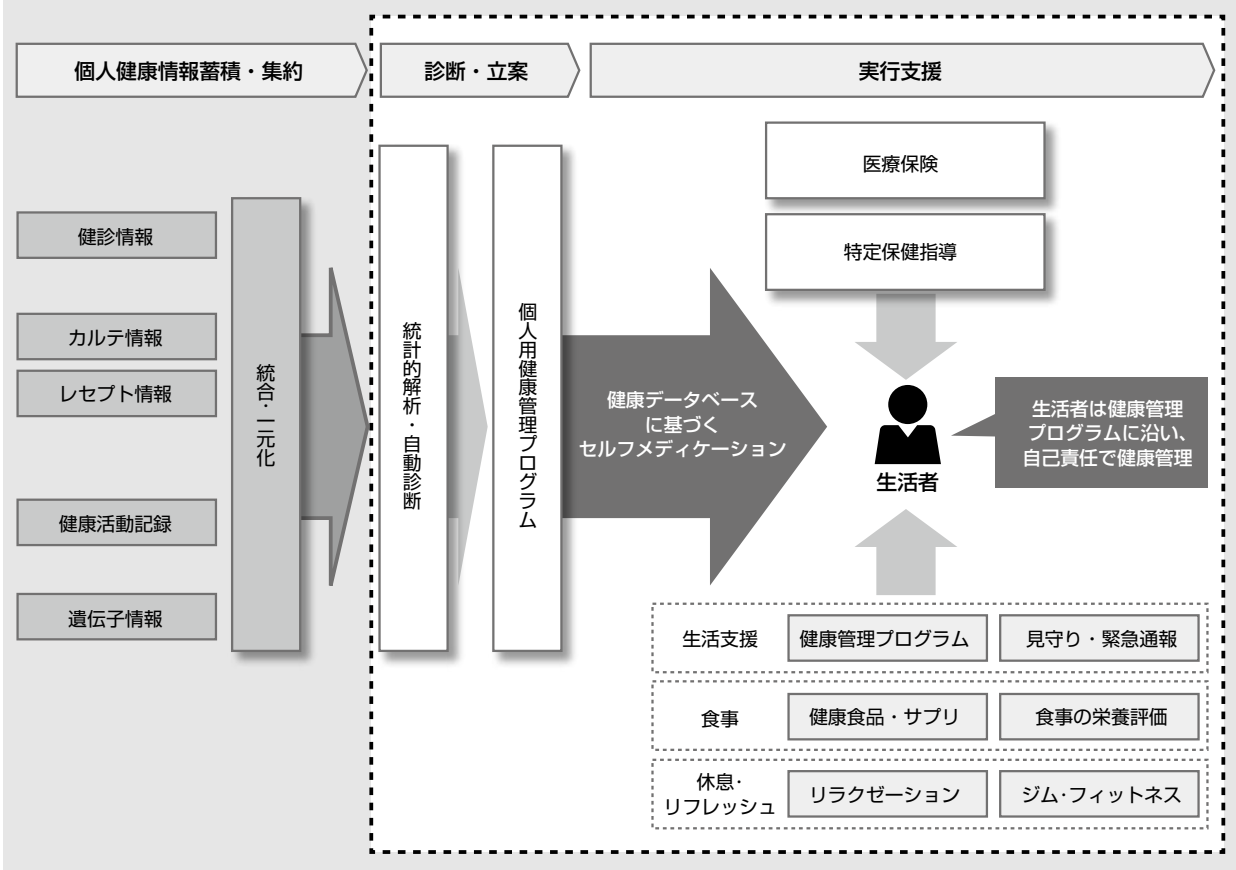
1 健康データベースに基づく セルフメディケーションの進展

多くの健康情報が統合されると、健診・検査情報、遺伝要素、活動状況、環境因子などを要因として、疾病の発症状況を分析することにより、個人の疾病発症を確率的に予測することが可能となる。そのような分析力の蓄

積をもとに、個人に向けては自動診断により個人用健康管理（セルフメディケーション）プログラムが立案される時代となる（図6）。

まず、セルフメディケーションプログラムの第一の活用者は医療保険者となろう。現在、政府は医療保険に対し、特定健診・特定保健指導事業を義務化し、データヘルス計画の立案を求め、予防事業への取り組みを促している。しかし、現段階ではこれらの事業の費用対効果が明確でなく、予防事業への取り組みは十分とはいえない。しかし、健康データベースにより、発症可能性などが明確になってくれば、費用対効果の高い対象者の選定や、セルフメディケーションプログラムが活用され、現在よりもはるかに能動的に予防・健康管理活動を強化することが予想される。

図6 健康データベースによる個人用健康管理プログラムの立案



医療保険が提供するプログラムのコンテンツは、慢性疾患の重度化予防だけでなく、介護予防も含まれ、生活支援、食事指導、休息・リフレッシュなど幅広いソリューションへの拡大が予想される。これらのデータをもとに、さまざまなプレーヤーがコンテンツやソリューションの提供者となろう。

2 予防技術の進展と

先制医療への進化

高齢化が進む社会の中では、病気の中でも非感染症疾患への治療の比率が増大する。非感染症疾患とは、心臓血管病、がん、慢性肺疾患、糖尿病など、細菌やウイルスなどがもたらす感染症以外の疾患である。

非感染症疾患は、遺伝要因、環境因子に加えて個人の健康行動の相互作用により発症が規定されるといわれている。無症候期が長いことが特徴であり、加齢により発症確率が高まる。これまでは、血圧、血糖、コレステロールなどの検査値を指標として、発症リスクが診断され、これらの値を維持・低下させることにより、発症確率を下げる治療が行われてきた。今後は、より詳細に発症メカニズムが研究され、このメカニズムの知見をもとに発症を抑制する治療法が開発されていくと考えられている。このような治療法を「先制医療」と総称している。

既に、アメリカでは、100万人のデータを研究対象とした研究開発プロジェクトが発足しており、オバマ大統領は2015年1月の一般教書演説の中で、“Precision Medicine Initiative”を表明した。先制医療については、今後世界中で開発競争が行われると見込まれている。

先制医療では発症前診断が行われ、発症前介入（予防的介入、ないしは治療的介入）が行われることになる。現在の公的な医療保険制度では発症前の診断や治療的介入は保険給付対象としておらず、日本でこのような医療技術をどう制度的に位置づけるか自体の検討から始める必要がある。一方で、国民にとっては身体の不安を解消する夢の医療となる可能性もあり、多くの人々が活用を希望することが予想される。

3 健康データベースがもたらす

医療技術開発のパラダイムシフト

健康データベースはセルフメディケーション情報も加えた上で、医薬品、医療機器、再生医療などの新しい医療技術の研究開発のデータベースとしても活用されよう。

たとえば、同じ遺伝子を持っていても、疾病を発症する人としない人がある。今後の医療技術研究においては、この発症抑制メカニズムの研究が極めて重要であるが、現在のパラダイムのもとでは発症していない人のデータはほとんど蓄積されていない。健康データベースには発症していない人のデータが豊富に蓄積されることになり、発症を抑制している遺伝子の同定など、発症抑制メカニズムの研究に極めて重要なデータとして供せられることになる。

また、現在研究中の高度医療技術は、安全性が確認され、有効性が推定される場合、期限付・条件付承認の形で、いったん承認され、医療現場で適応されながらその後の治療実績やさらなるメカニズムの研究により、有効性を検証するとともに、新たな疾病への適応可能性を探索することになる。健康データ

ベースは、治療終了後の健康状態を確認することにより、長期間の治療効果の検証を可能とし、当該治療を適応しなかった人との比較により、より効果の高い技術へと発展させるための重要なデータとなる。

医薬品開発において、人に投与して効果を検証する臨床試験・治験は最もコストがかかり、小規模な企業にとっては新たな研究への参入を妨げる最大の要因となる（治験患者一人あたり費用は50～300万円程度であり、サンプル数は医薬品の特性により数百～1万以上にのぼることがある）。健康データベースが存在すれば、これほどの費用はかからない可能性が高く、小規模な企業や異業種からの参入者にとっても、ハードルを大きく下げる可能性がある。

Ⅲ 医療・介護保険制度と提供体制の再構築

1 医療保険制度の2区分と県単位での再編

公的医療保険については、現在の標準的な医療については、職域、地域の2つのシステムの医療保険が、全国民に対しそれぞれすべての医療をカバーしている。職域については、大企業を中心とする組合健康保険と中小企業従業員を対象とする全国健康保険協会、公務員・教員などを対象とする共済がある。全国健康保険協会は、かつては政府管掌健康保険として全国で一つの政府直轄組織であったが、地域の実情を踏まえた自主運営を行うため、都道府県単位に分割された民間連合体組織に改組された。

地域保険は職域保険の対象とならない自営

業者や無職者を対象として、市町村が運営する国民健康保険が中核である。このうち75歳以上の後期高齢者については、県単位で広域連合組織として運営する後期高齢者医療制度に移行され、公費50%、他の医療保険からの支援金（拠出金）40%、自己負担10%で運営される。

この後期高齢者医療制度は、設立時に大きな議論を呼んだ制度であるが、多くの示唆を含んだ制度となっている。本来の制度の趣旨は、主治医および訪問看護師、薬剤師などがチームとなって、患者の慢性的な疾患を継続して管理し、治療計画の作成を通じて、外来から入院への紹介、退院後の在宅医療まで継続して治療にかかわることを主眼としていた。この制度は年齢で区分して医療給付を変更しようとしたことや、移行時の保険料負担の増加に批判が集中し、曲折を経て現在に至っているが、2030年を見通した場合、この制度の趣旨は地域住民全体に広げるべき観点を含んでいる。

また、政府は現在医療費の適正化を目的に、県単位での医療費の使用状況を分析し、医療費水準をベンチマークして、平準化を図る施策を講じている。これは県単位程度の広域性とまとまりを持った地域単位で保険集団を形成し、その中で適切な医療保険を運営していくことが規模感として適当と認識されていることを示している。

既に記述したように、一つの医療保険で地域包括ケアと高度医療を同時にカバーすることには限界が生じ、異なる疾病リスクに応じて異なる保険制度に再編することが望ましい。その結果、現在の医療保険の保険原理と医療給付を2つに区分した県単位の新医療保

険制度を構築すべきと考えた。

また、急性期の入院医療については、別途県単位での急性期医療保険を構築する。2030年を見通した場合、高度ながん治療、再生医療、遺伝子治療など、多様かつ治療効果の高い治療が実用化されていることが見込まれる。このような治療については、受療の頻度や確率は低いですが、いったん受療するとなると、徹底的な治療を目指し、高額な医療費が必要となることが予測され、国民が漏れなく適切に受療できるような医療保険が必要と考える。

現在、医療費は企業も負担している。この負担を継続するとすれば、職域保険を維持することとなり、それぞれの医療保険は地域包括ケア保険と急性期医療保険に拠出する形で財政調整を行う、二段階制の医療保険となる。

2 地域包括ケア保険制度——一次医療と介護が一体化した供給体制

地域包括ケアシステムとは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」仕組みとされているが、現段階ではまだ具体的な内容は規定されていない。本稿は、介護だけでなく、地域住民全体の健康管理やプライマリケアも含めて、主治医を中心とするチーム医療によりサービスが提供される体制を想定する。

住民の健康管理、慢性疾患の管理、初期的治療、入院が必要になった場合の紹介、退院後の在宅医療を主治医およびそのチームが責任を持って担い、公費および医療保険の拠出

のもとに運営する。

総合診療医が主治医となり、多くの初期的な疾病も診察する。受療が必要な住民に対し、訪問看護や服薬指導に加えて、ケアマネジャーとも協業して治療計画を策定し、ケアプランを参照しながら、介護サービスの提供状況やその成果についても共同管理する。医療費は地域全体の健康管理を行う観点から住民の人数に応じて支払われるような総額管理制度を念頭に置く。

地域包括ケアシステムは生活支援サービスも含む幅広い概念であり、プライマリケアは予防を含む初期的な医療と、本来は異なる概念であるが、医療サービスの観点からは重なる部分も多く、むしろ介護を含む生活支援まで幅を広げて、重層的に提供されるべきものと考えた。

地域包括ケア保険における医療介護提供体制は、単なる連携にとどまらず一次医療と介護が一体化した提供体制になろう。一体化といっても、医療機関と介護提供会社が一つの法人になる必要はない。複数の異なる事業主体であっても、患者・利用者の身体状況や受療状況を一体的に共有し、適切な医療と介護を同時提供できる協業関係ができていればよい。

また、医療保険は予防についても経費負担を行い、地方自治体は生活支援を行うことから、これらの活動とも継続性を持って連携する必要がある。

在宅での医療・介護では、ICTを活用した患者情報の集約により、診断やサービス提供方針の決定や共有が効率化される必要がある。その一方で、治療やケアの提供には対面による人的サービスが徹底される。さらに、

在宅で初期診断するようになるため、簡便で安価な家庭用検査・画像診断技術などの開発が求められる。医療スタッフが不足する新興国で開発される医療技術が流入する可能性もあるだろう。

地域包括ケアシステムのための医療保険をどのような単位で構築するかは、今後研究が必要である。地域包括ケア自体は1～2万人の単位での包括的なサービス提供体制構築が求められている。保険単位は当然それより何層も大きな単位でなければ、リスクがプールできないが、大きくなりすぎると、サービス提供と財政調整との間に距離ができ、実態に応じたサービス給付や保険料のコントロールが難しくなる。

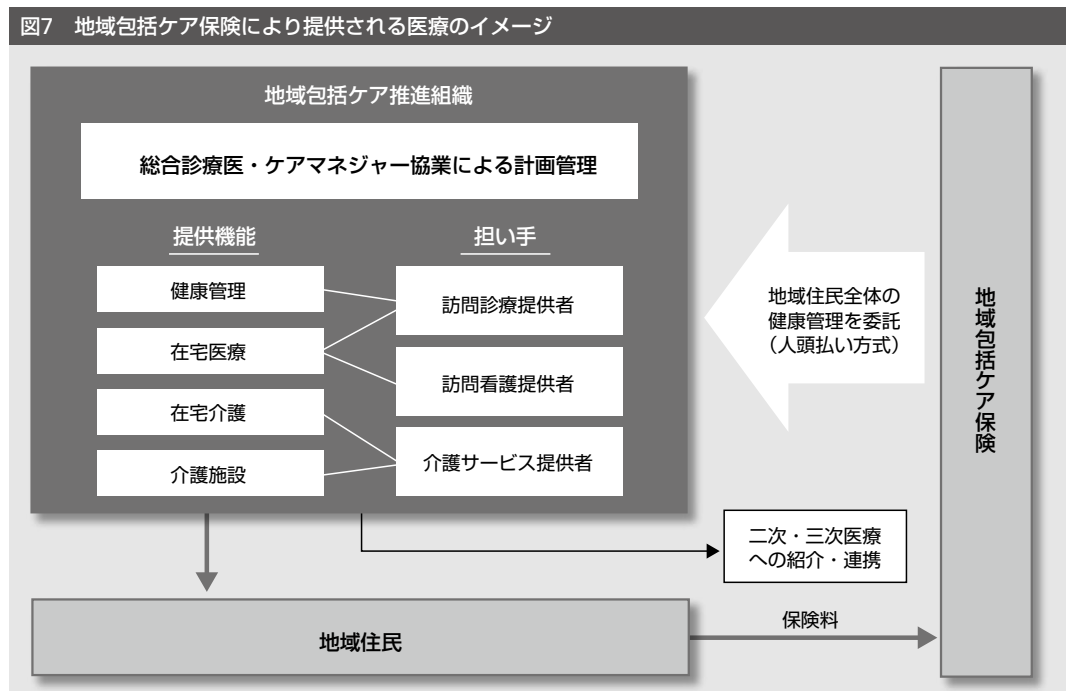
本稿では、市町村国民健康保険などの地域保険を県単位に統合し、医療保険の母体を県単位で形成することを想定する。組合健保などの職域保険は現在後期高齢者医療制度に拠出している形態を踏襲し、従業員などの居住地に人数案分して拠出する。形態としては、

職域保険と地域保険の二段階制度となるが、医療供給自体は県単位の地域包括ケア保険が一括して行うことを想定する（図7）。

3 高度医療保険制度——日本版医療連携推進組織による供給体制

高度医療技術については、アンメット・メディカル・ニーズの解消を目指して、多様な発展が予測される。国民の希望は、がんを中心とする難治性の疾病への医療技術の進歩の果実を安心して享受できることである。今後、個人の特性に応じた診断により、より確度の高い治療法を選択していくことになる。医療は疾病群を対象にするのではなく、個人の特定の疾病を対象としたものに変化していく。具体的には、再生医療、遺伝子治療、免疫療法などの研究成果の臨床適応が期待される。

これまでは、医薬品も治療法も、適切なものを選ぶだけの診断方法が十分ではなかったが、2030年には、健康データベースか



ら個人の遺伝子情報などを抽出し、同じような条件を持つ人々の発症・治療履歴とその成果の解析から、より治療効果の高い治療法を選択することが可能となる。過去に開発された治療法は標準化され、安全で確度の高い急性期治療と、研究の高度化により、繊細な管理のもとに難病を治療する高度急性期医療に二極化する。高度医療を提供できる医療機関は限定的にならざるを得ず、高度な医療機器の集中投資も必要である。

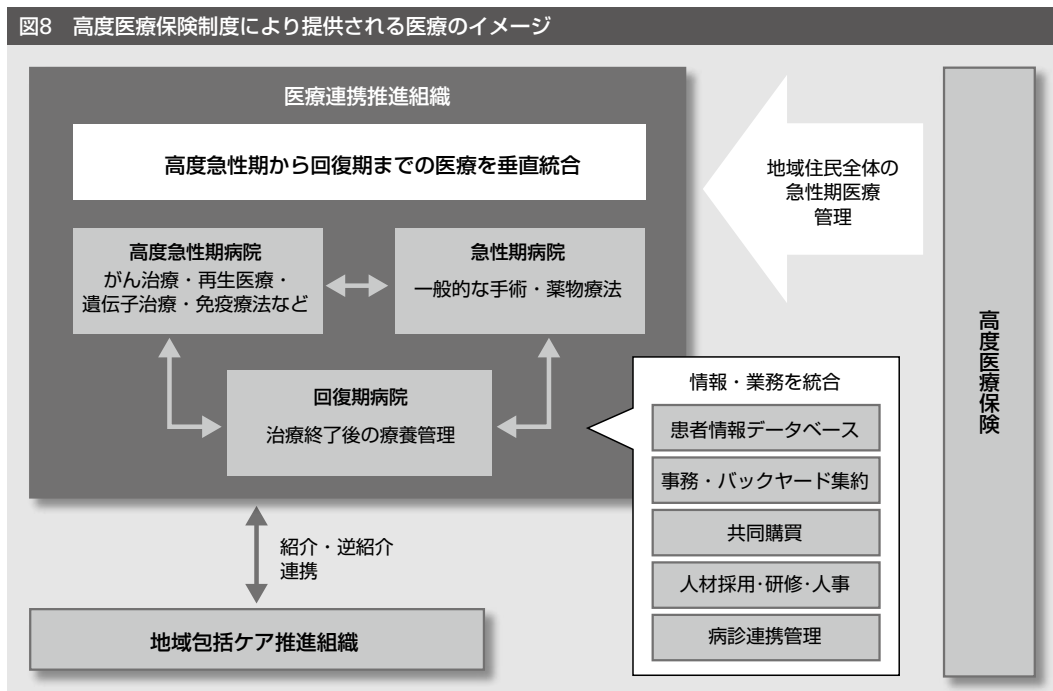
現在、地域医療構想のもとに、高度急性期、急性期、回復期、療養期の4区分で病床を区分し、医療需要予測をもとに県単位でその再配置を検討している。このうち、上記のような未来型の高度医療技術は高度急性期病院（病床）により提供されよう。現在の高度急性期病院で提供されている治療技術は標準化され、確実に安全な治療技術として、急性期病院で提供されるであろう。また、回復期病院は、上記のような身体的負荷の大きい治療が終了し、通常の生活に復帰するための療

養を行う場となる。さらに、療養期の病院（病床）は地域包括ケアの中で提供されるべきであると考えられる。

新しい医療技術は、条件付・期限付承認を得た後に患者申出療養などの制度化なども踏まえた拡大する自由診療で治療実績を蓄積する。治療実績の分析による有効性などのエビデンス蓄積により保険収載される仕組みとなる。

高度急性期医療から回復期医療は、垂直に機能統合する医療連携推進組織により提供される（図8）。この連携組織は米国で発展した病院のグループ形態であり、患者情報や医療技術を集積連携する。現在制度化された地域医療連携推進法人の発展型となることを想定している。

日本版医療連携推進組織は、患者情報から事務バックヤード機能などを集積し、効率的な経営基盤を支持するとともに、さまざまな治療および経営指標を共有して、治療成績の向上と経営の安定の両立を目指す。



IV 実現に向けての課題と方策

1 健康データベース実現に向けた課題と対応

健康データベースの構築においては、健診・診療情報のより一層の電子化・デジタル化の促進、利用者・患者の健康データの外部利用への許諾、データを集約する事業主体の出現、という3つの課題がある。

健診・診療情報のより一層の電子化・デジタル化の促進は、政府の成長戦略においても重要施策となっている。特に中小病院や診療所における電子カルテの導入が遅れており、これまでは導入において、診療上にも経済的にも大きなメリットがなかった。政府が検討している、診療情報の電子化における診療報酬上の手当は必須であるとともに、地域医療構想における機能分担・連携が不可避であるとするれば、中小病院や診療所にとっては患者情報の共有が必須となり、生き残りのためにも情報投資を行うものと考えられる。

また、利用者・患者の健康データの利用許諾については、個人の健康管理への活用はほぼすべての人から望まれると考えられるが、そのデータを一般化して医療技術研究に活用されることについては、賛否があろう。しかし、既に各地でデータ蓄積が進められている遺伝子データの研究活用については多くの人々が許諾しており、民間企業の事例としてもディー・エヌ・エー（DeNA）が開始した遺伝子解析サービスにおいて、8割以上の利用者から許諾があったことが報告されている。

最終的にはデータ集約を実施する事業主体であるが、本来であれば政府が行うことが最も望ましい。成長戦略によれば、2018年度ま

でを目標に地域医療情報連携ネットワーク（病院と診療所間の連携を含む）の全国各地への普及の実現と、患者本人が自らの医療情報を経年的に把握して健康管理に活用できるよう、マイナポータルを含むマイナンバー制度のインフラを活用した仕組み構築を目指すとの記述がある。

マイナンバー制度の活用そのものについても、多くの議論、問題提起を経た国民的議論と合意が必要であり、その実現は予断を許さないが、今回の提言のような全体像を国民に提示することにより、合意を得ていくことは不可能ではないと考える。

この事業は、既に金融ポータルが民間企業から提供され始めており、民間企業の事業としても成立すると考えられる。しかし、個人の健康情報という機微にかかわる情報だけに、政府の関与は不可欠であると考えられる。

2 医療保険制度の再構築に向けた課題と対応

医療保険制度の再構築においては、県単位の医療保険に統合する際の都道府県の役割とその運営能力に対する評価、職域保険の役割と県単位の保険制度との関係性の整理、地域包括ケア保険における受診できる医療機関などの限定（フリーアクセスの制限）が本質的な課題となる。

現在の地域保険は、国民健康保険および介護保険を市町村が、後期高齢者医療制度を都道府県が、協会けんぽは、社会保険庁を解体し民間組織として再編した全国健康保険協会が運営している。本稿では、これらの組織を統合し、（地域包括ケア保険と高度医療保険

の2系統に)再編することを提言している。

この場合、都道府県に運営組織を置くことがまず想定されるが、これまで都道府県は後期高齢者医療制度を運営するにあたって、過去に直接医療保険を運営した経験がないこと、財政面での補填が強制される可能性があることなどから、知事会でも意見が分かれてきた。

保険運営ノウハウは過去の組織や職員から移行するため、十分確保可能であると考えられるが、都道府県の組織とするのか、全国健康保険協会のように独立した組織とするのか、まだまだ議論が必要であると考えられる。しかし、ここまで記述してきたように、後期高齢者医療制度の理念は、今回の提言を考える上での基礎ともなるものであり、今後の制度設計には極めて重要な基盤となると考える。

次に、職域保険との関係性であるが、職域保険はこれまでの日本の国民皆保険制度の基盤をなしてきたものであり、企業の保険料負担(多くの職域保険では、雇用主が保険料の5割を負担している)が福利厚生制度の中核をなしていることから、職域保険を残しながら、地域保健に資金拠出する形態が望ましいと考えられる。その際に、予防事業や医療給付が効率的かつ効果的に実施されるよう、地域保健が十分な活動を行う監視機能や、従業員の健康管理については、職域保険も直接タッチできるような制度設計も検討すべきであろう。

最後に、地域包括ケア保険における、受診可能な医療機関などの限定(フリーアクセス

の制限)について述べる。フリーアクセス制度は日本の医療保険の美点として、日本の医療者とその職能・学術団体である日本医師会が、国民皆保険制度を支持するにあたって、基本的な価値として維持してきたものである。

本稿の提言では、地域で活動する総合診療医を中心に住民の健康管理や一次医療を委ねることを想定しているが、この総合診療医の役割、機能、医学的な位置づけなどについては、現在も議論が続き、その実質化については活動が始まったばかりである。その証左として、まだ日本の大学医学部、医科大学には、総合診療医を育成する機能が十分ではないことが指摘されている。

しかし、2030年を見通すと、社会保障制度改革国民会議の報告書にある「日本の医療の美点であるフリーアクセスも『いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる』から、『必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける』に転換する必要がある』という考え方に対して、異論は少ないものと考えられる。こうした点を踏まえ、今後、国民合意と医学界との対話を通じて、解決策が見い出されるものと期待する。

著者

山田謙次(やまだけんじ)

消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部ヘルスケア担当部長上席コンサルタント

専門は社会保障政策研究、ヘルスケア産業に向けた戦略コンサルティング