

「医師不足、医療崩壊」なき医療実現に向けて

現場からの医療改革推進協議会
第二十回シンポジウム
セッション8：医師不足、医療崩壊

2025年 11月2日

元厚生労働大臣 塩崎 恭久

「医師不足、医療崩壊」なき医療実現に向けて（その1）

「大胆な規制改革」、「医療DXの強力推進」、「患者還元の徹底」を三位一体で実装、健康と成長の両立を目指す。

政治の目的：国民一人ひとりの「健康」を含めたウェルビーイング実現

- 「医学・医療」：「病気治療」に止まらず、広く「健康実現」に貢献すべき
- どういう医療、医師像を目指すべきか？
 - ⇒ 地域医療、臨床に止まらず、あらゆる健康ニーズに応え得る医療、医師像
 - ⇒ 「『インプット重視』から『アウトカム重視』の医療へ」
——「保健医療2035提言書」〈2015年6月〉
- 誰でも、どこでも、いつでも、最先端を含めた医療に、負担可能なコストで、アクセス可能な国造りを目指す。

「健康ダイバーシティの時代」の健康データ・医療DXインフラ構築

- “Personalized Medicine”、“Precision Medicine”が不可欠
- 全国民の個人ヘルスデータが、「いつでも、どこでも入手・ビッグデータ化、利活用可能」なインフラ整備が焦眉の急（参考：内閣府・「医療等情報利活用検討会」〈森田朗座長〉）
 - ⇒ 医療DX、データサイエンスインフラ整備（現状、全く不十分な各種データ標準化等）、AI活用の格段加速、等
—— EHDS（European Health Data Space）は、既に2025年3月に発効。日本が共通インフラ化すれば、EU・日本は「健康共同体」に。

「医師不足、医療崩壊」なき医療実現に向けて（その2）

「イノベーション」、「パラダイムシフト」の大幅加速なくして、多様な健康なし！」

- 医療イノベーションにおけるテクノロジー革命推進により、「医療のパイ」を拡大せよ！
 - ⇒ 「消費税収の予算制約」が不可避な「現行皆保険財政」の「くびき」（「縮み志向」）を解き放て！
 - 例：「先進医療C」
 - ⇒ 「良質な『自由診療』の推進」+「民間医療保険の活用」により、「パイ拡大」
 - 「個人輸入をしなくて済む摘要拡大の抗がん剤治療」等の実現
- 「多様なニーズに応え得る医師（MD）なくして、多様な健康なし」
 - 「狭義」：地域医療、臨床現場
 - 「広義」：創薬（製薬メーカー）、行政（健康・保健、バイオセキュリティ、保健外交、環境等）、社会デザイン、市民社会、等

多様な医療・医師（MD）ニーズに応え得る医師の働き方、医師養成システム構築

- 医師を含め、「少子・超高齢・多死社会」でのウェルビーイングとは？
 - ⇒ 「パラダイムシフトなくして国民のウェルビーイングなし」
 - 「医師は、医師しかできない事に集中」
 - 大胆なタスクシフト、タスクシェアリング推進（例：過疎地からNurse Practitioner導入（Uberも同様）等
 - 医師の人生設計にも最大限配慮した働き方を実現。
- 「『偏在』が問題で、『絶対数』は足りている」との発想に実効性なし
 - 形骸化した「国民皆保険」（制度を守るより、国民の健康を守る方がはるかに重要）
- 「サプライサイド偏重の医療」⇒ 「ディマンドサイドにも十分配慮する医療」へ
 - 「疾患中心の医療」⇒ 「人間中心の医療」
 - 「豊かで深みのある医学教育は、リベラルアーツ4年間卒業後」も一案では（ただし、ロースクールの失敗を繰り返すな！）

パラダイムシフトにより、世界最高水準の健康先進国へ

「保健医療2035提言書」(2015年6月9日)

■我が国の保健医療が目指すべき目標

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。

■2035年までに必要な保健医療のパラダイムシフト

保健医療が、住まい、地域づくり、働き方と調和しながら「社会システム」として機能するため、これまでの保健医療制度を規定してきた価値規範や原理、すなわち「パラダイム」を根本的に転換すべきである。

- 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
- 発散から統合へ



「保健医療2035」策定懇談会の構成

渋谷健司座長(東大教授〈当時〉)はじめ14名。

平均年齢42.7歳