医療システムの改革や医療の価値に関する
国民・患者・当事者の意識調査

日本医療政策機構

2021 年 5 月

HGPI Health and Global Policy Institute

内容

Ⅰ．イントロダクション 1
II．調査の実施概要 5
III．調査結果 7
1．医療制度に関する意識調査 7
（1）医療および医療制度に対する満足度について 7
（2）医療制度のための負担について 8
主な学び 1：国民は現在のところ、負担増の必要性を十分に感じていない。 8
主な学び 2：国民は基本的に応能負担を支持している。 10
（3）現在の給付水準の維持・縮小について 14
主な学び 3：アクセスを維持・改善する政策よりも質を維持・改善する政策のための負担増が支持された。 14
（4）今後投資したい医療イノベーションについて 18
主な学び 4：患者数の少ない重症疾患より、患者数が多い疾患のためのイノベーションを支持している。 18
2．医療政策の参画に関する意識調査 25
主な学び 5：医療政策について、国民はオーナーシップを持っていると感じていない。 25
IV．終わりに 27
V．謝辞 28

Ⅰ．イントロダクション

日本は 1961 年に国民皆保険制度を確立してユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成して以来、我が国の医療システムは世界トップクラスの長寿社会を支えてきた。しかし、昨今の人口構造や疾病構造の変化、先進的ではあるが高額な医薬品や医療技術の開発などにより、国民医療費は膨張を続け、国民皆保険制度の持続可能性が脅かされている。さらに、支え手となる現役世代の人口は減少しており、医療をはじめとした社会保障費の財源の供給能力が低下している。実際に、2019 年 10 月の日本の高齢化率は 28.4%となり、世界的にも高齢化先進国である。また、国民医療費の対 GDP 比は、国民皆保険制度確立から間もない 1965 年度には 3.32%であったのに対し、2018 年度には 7.91%まで上昇している。また、扶養家族一人当たりの労働人口は、国民皆保険制度が確立された当時は約 12 人であったのに対し、現在その数は約 2 人に近づいており、将来この数がさらに縮まると予想されている。

また社会保障負担率をみても同様の傾向がみられる。1990 年から 2018 年にかけて社会保障負担率は約 7%増加しているが、平均一世帯所得の増加は約 1%にとどまっている。社会保障給付費の財源（120 兆円（2019 年））のうち、医療は約 40 兆円である。この費用は保険料（給付費財源の約半分）のほか、税金、公債、資産収入等で賄われるが、医療費が上昇を続ける中で、医療制度の持続可能性を確保するための改革の選択肢は限られている。医療制度の財政的持続可能性を確保するためには、①医療費の削減による支出の抑制、②保険料や税、自己負担額からの増収、③国債発行額のさらなる増加のいずれかと考えられる。これまで、日本は主に保険料や公債金の引き上げを通じて医療費の上昇に対応してきた。例えば、公債金は 1990 年から 2020 年にかけて約 6 倍（5 兆 6000 億円から 32 兆 6000 億円）に増加したが、この間税収等の収入は 1.15 倍しか増加していない（60 兆 6000 億円から 70 兆 1000 億円）。すなわち我が国は、主に保険料の増収を通じて減少傾向にある今日の労働人口の負担の増加、および国債のさらなる発行を通じて未来の減少していく労働人口の負担の増加を強いている状態であると言える。医療システムの持続可能性が問題視されている主因とも考えられるこの課題に対し、財政の抜本的な改革がなければ、現在の医療の質とアクセスの水準を担保し続けることは困難である。

この問題を解決するためには、前述の通り抜本的な政策改革が必要と考えられる。医療システムの持続可能性は、長年にわたってポリシー・コミュニティの間で議論されてきた問題であるが、今日までに解決には至っていない。また、伸び悩む経済成長も大きな課題である中、「収入が低く家計が厳しくても負担率を高めます」というメッセージは、国民の支持をえづらい。医療システムの財源の拡大を訴える考えは、医療システムの持続可能性の観点からは合理的かもしれないが、医療財政の課題を国民と共有しなければ、このような政策は実現しえない。

このような医療システムの持続可能性を確保するための政策を実現するためには、政治的リーダーシップが不可欠である。政治のリーダーシップのもとで、医療システムの財政的持続可能性が喫緊の課題であるという課題意識を、ポリシー・コミュニティ間での課題意識から、国民全体の共通の課題意識として醸成する必要がある。

オヴァートンの窓の概念では、下図のように、あり得ない（unthinkable）ものから実際に政策として実現するもの（policy）まで、あらゆる政策アイデアをスペクトラム上で考え、あるアイデアは、政治的な議論の変遷や社会規範の変化に伴ってスペクトラム上を移動すると捉えている。この概念では、政治的な議論には受容可能性の範囲（窓：下図内青枠）があり、あるアイデアはその内外を移動すると考えられている。医療システムの持続可能性に関する第一のチャレンジは、財源問題をどのようにしてこの窓に入れ、この議論を喚起するかということである。

この課題への取り組みを促進するため、2019 年度、日本医療政策機構「医療システムの持続可能性とイノベーションの両立」プロジェクトは、医療システムの持続可能性に関する様々な政策課題がオヴァートンの窓のどこに位置するのかを把握することに加え、国民の政策参画に関する課題を抽出するために一連の調査を実施した。その目的を達成するために、全国世論調査、フォーカスグループインタビュー、および患者団体、患者支援団体代表者へのインタビューを実施し、以下の研究課題を追求した。

1. 医療システムの財源を増やす議論は、国民にとってありえるか
2. 医療システムの負担の公平性（誰が、どれくらい負担するか）について、国民はどのように感じているか
3. 医療システムの給付と負担に関して、国民は、負担に見合う給付を受けていると感じているか
4. 後の医療システムにおける質向上やイノベーションに対して、国民はどのような期待を抱いているか
5. 医療政策への参画について、国民はどのように考えているか

すなわち、「将来にわたって持続可能かつイノベーションのある医療システムを実現するために、財源をどのように増やすことができるか、どこから予算を削減できるのか」について、国民の意識を調査し、持続可能な医療システム実現に向けて、国民を巻き込んだ意思決定を推進するためのヒントを模索した。

本報告書では、それぞれの調査結果を詳細に紹介し、本調査や今年の活動から現時点の医療システム政策議論に関する 5 つの「主な学び」と、必要な改革の実現に向けて国民的議論を推進するための 2 つの「主な課題」を抽出した。

主な学び

1. 国民は現在のところ、負担増の必要性を十分に感じていない。むしろ、医療需要の少ない人などは、社会保障のために支払っているだけでベネフィットをえておらず損をしている感覚を持っている人も多い。
2. 国民は基本的に応能負担を支持し、多くの人が、支払いができる人はもっと支払うべきだという考えを支持した。
3. アクセスを維持・改善する政策よりも質を維持・改善する政策のために医療システムのための負担増加を支持する傾向がある。
4. イノベーションについて、患者数は少ないが、重症な疾患の治療に寄与する医薬品・医療機器の開発より、患者数が多い疾患の治療の全体的な質を向上させる医薬品・医療機器の開発に期待が表明した。またオンライン診療など、治療以外のイノベーションへの期待は比較的高かった。
5. 国民は自身が医療政策のステークホルダーであること、オーナーシップを持っていることを感じていないようである。

全体的に見て、我々が調査から受け取った主なメッセージとしては、負担の増加は回答者自身に影響を及ぼす可能性があり支持しない一方で、負担減による給付水準の低下に対しては比較的肯定的な傾向がみられた。医療システムが社会に提供している価値と、人々がその価値を自分の生活の中で感じている程度との間には乖離があると考えられ、このような観点から、当機構は、以下の課題についてマルチステークホルダーによる議論を深め、別途提言を取りまとめる。

主な課題

1. 医療政策への参画について、国民は当事者意識を持っていない

現状の医療制度において、保険料や、自己負担を通して、国民一人一人がどれくらいお金を払っているのか、支払った保険料や税金が何に使われているのか、見えづらいことも課題である。特に医療を受けることの少ない人々は、これらの課題により、医療制度や医療政策へ関心を持ちづらい。社会保障制度および医療制度の役割や国民の政策参画の方法などについて、国民への発信あるいは教育を通して、必要な情報をわかりやすく届けることが必要である。

2. 患者関係者として意思決定の場に参加することは難しく、参加したとしても発言が難しい

受療経験などによって当事者意識を強く持った個々人が医療政策に参画するにあたり、患者としての個人の体験にとどまらず、広く公衆衛生的な知識を備える必要がある。そのための努力をすることは、経済的、時間的な制約が多く、患者代表として検討会などの意思決定の場に参加するに至るのは容易ではない。また、検討会などにおける多様な委員の選出においては取り組みがなされているものの、他のステークホルダーと患者関係者のフラットな意見交換に課題を感じる声が多い。

II. 調査の実施概要

本調査では、調査会社パネルのモニターである全国 15 歳以上 80 歳以下の男女 2,000 名を対象として、2020 年 11 月にインターネット上での定量的な世論調査を実施した。回答者の内訳と構成を図 1 に示す。なお、地域・年齢・性別に関しては、全国の人口動態と同様の比率とした。

フォーカスグループインタビューは、世論調査に回答した 2,000 名の中から 18 名を対象とした。10-30 代、40-50 代、60-70 代の年齢別グループをそれぞれ 2 グループずつとし、各グループの性別が偏らないよう 3 人ずつの年齢別グループとした。実施にあたり、Zoom ミーティングシステムを用いて、オンライン形式でインタビューを行った。

患者、患者支援団体代表者（以下患者リーダー）へのインタビューは、疾患の多様性を考慮し 8 団体、9 名を対象とし、Zoom ミーティングシステムを使用したオンライン、あるいは対面で実施した。

近年、郵送や訪問面接による従来の社会調査の回収率の低下や、調査不能の増大などの調査環境の悪化に伴い、インターネット調査に対する期待が高まっている。一方で、インターネット調査の特徴として、回答者がインターネットを使用できる人に限定されること、インターネットリテラシーと教育水準に相関があることなどから、一定のサンプリングバイアスが生じることが指摘されており[1][2][3]、本調査の解釈についても、こうした限界に留意する必要がある。

調査方法概要 図1

- **調査期間：2020年11月**
- **調査方法：インターネット調査**
- **対象者：調査会社パネルのモニターである全国の15歳以上80歳以下の男女 2,000名**
- **有効回収数：2,000**
- **回答者内訳**

地域別		年齢別		性別	
北海道・東北	12.0 %	15-29歳	18.2 %	男性	49.6 %
関東	40.9 %	30-39歳	15.5 %	女性	50.4 %
中部	14.8 %	40-49歳	18.4 %		
近畿	19.1 %	50-59歳	15.6 %		
中国・四国	7.7 %	60-69歳	23.4 %		
九州・沖縄	6.6 %	70-79歳	9.2 %		

[1] Smith MA, Leigh B, 1997, Virtual subjects: Using the Internet as an alternative source of subjects and research environment. Behav Res Meth Instrum Comput, 29, 496–505.

[2] 三浦麻子，小林哲郎，2015,「オンライン調査モニタの Satisfice に関する実験的研究」,『社会心理学研究』31，1-12.

[3] 埴淵知哉，村中亮夫，安藤雅登，2015,「インターネット調査によるデータ収集の課題―不良回答，回答時間，および地理的特性に注目した分析―」，E-journal GEO，10（1），81-98.

Ⅲ．調査結果

1．医療制度に関する意識調査

（1）医療および医療制度に対する満足度について

■ **「日本の医療および医療制度」について 57.3%が満足。項目別では「国民全員が公的保険に加入している」ことや「医療の安全性」などアクセスや質に対する満足度が高い傾向が見受けられたが、保険料の負担額や医療費負担に関する公平性など負担に対する満足度が低かった。**

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

日本の国民皆保険制度は、特に医療の質や安全性の高さや医療へのアクセスの良さなどをはじめ、世界に誇る医療制度であり、これらの点を中心に満足度が高いことは、日本の医療制度の特徴、素晴らしさをよく反映しているという意見があげられた。

- ✓ 日本の医療制度に関する満足度が高いという結果は、安全性やフリーアクセスの点などを中心に、諸外国の医療制度と比較して日本の医療制度の給付水準を考えると納得感がある。（患者リーダー）

患者団体、患者支援団体代表者からは、「わからない」と回答した割合が多かった項目について、理解度や情報発信が不足しているといった意見が寄せられた。

- ✓ 「わからない」がこれだけ多いということは問題だと思う。医療制度について、国民がこれだけ理解できていないことを示しているとも捉えられる。（患者リーダー）
- ✓ 国債やデータの部分など「わからない」が多かったものは、そこに関する情報発信が足りていないと考えられる。（患者リーダー）

（2）医療制度のための負担について

主な学び 1：国民は現在のところ、負担増の必要性を十分に感じていない。

特に、医療需要の少ない個人や親族等の医療または介護の受給経験がない個人からは、社会保障のために支払っているが給付を受けておらず、損をしている感覚を持っているという意見も多く寄せられた。

図3

医療の給付と負担のバランスについて、現在、負担している以上の給付を受けていると思いますか。自分の意見にもっとも近い選択肢はどれですか。

（2020年11月 n=2,000）

■ **「わからない」を除いて、「負担しているよりも少ない給付を受けている」と回答した割合が最も多かった。**

図4

今後、質の高い医療を必要な時に確実に受けられるようにするための負担について、あなたの意見に最も近い選択肢はどれですか。

（2020年11月 n=2,000）

■ **67.6%が「今の負担を維持しながら可能な範囲で現状の医療制度を維持したい」と回答した。**

■ **今後の医療と国民負担について、42.4%が現在の医療の水準を維持できなくても、国民負担率のさらなる上昇は抑えてほしいと回答し、給付水準の低下よりも負担の増加に反対する意見が多いことが示された。**

以上 3 問について、患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：
現在の給付と負担のバランスについて、定量調査結果では健康状態の違いによる統計的に有意な回答の違いは確認されなかった。一方で定性調査を通じて、多くの人が自身の受療頻度や罹患経験のある疾患の重篤度を考慮して給付と負担のバランスを判断したことが確認された。

- ✓ 年に何回か風邪とかで行くくらい。行ったとしても、え？こんなにかかるの？という請求がくるわけではない。高いとも感じないので、負担に見合った給付になっているのかなと。（30 代女性、東京都、正社員、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
- ✓ 単身 1 人暮らしだし、若いのでほとんど病院に行くことはなく現時点では医療費をほとんど払っていないが、毎月給料から保険料をただ引かれて終わっているような感じがするので「負担しているよりも少ない」という風に思った。（20 代女性、東京都、公務員、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
- ✓ 病院に定期的に行き血圧、コレステロールの薬などをもらい、色々検査もして今の健康にいたっているため見合ったことを受けているのではないかと思う。（60 代女性、東京都、パート、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）

主な学び 2：国民は基本的に応能負担を支持している。

国民は基本的に応能負担を支持し、多くの人が、支払いができる人はもっと支払うべきだという考えを支持した。

■ **「資産や所得によって負担割合を変えてほしい」と回答した割合が 44.9%と最も多かった。一方で、「医療を受けている頻度に応じて負担割合を変えてほしい」と回答した割合も 25.7%と比較的高かった。**

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

医療需要の高い人や貧困層の人が医療を受けられるように、といった回答があげられた。

- ✓ ずっと病院に行かなければいけない人の負担を考えて（30 代男性、東京都、正社員、世帯年収 200 万円以上 400 万円未満）
- ✓ 最低限の医療は全国民が受けられるようにすべきだと思っている。そこは所得や資産に応じて負担割合を変えた方が良い。（20 代女性、東京都、パート、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）

受療頻度の低いのに負担することへの不公平感を訴える応益負担を支持する理由が多く、これに対し患者リーダーからは、医療制度の共助やリスク分散機能への理解度の不足を危惧する意見があげられた。

- ✓ 病院を利用しないのに払うのは不公平（50 代女性、東京都、パート、世帯年収 1000 万円以上 1200 万円未満）
- ✓ 応益負担をサポートする回答は余裕のなさの表れ。自分が疾患にかかるという想像力が欠けていることや啓発が足りていないことの表れ、だと思う。（患者・当事者リーダー）

■　**「現役世代が支えられるような医療の給付に制限してほしい」と回答した人が 40.0%と最も多かった。**

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

高齢者の負担が増えるのはかわいそう、親や自身が高齢者になった時のことを考えてという意見が多かった。また、医療の効率化に対する期待も寄せられた。

- ✓ （高齢者の負担が増えると）将来自分の親や自分に返ってくるという気がしたから。（30 代女性、東京都、正社員、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
- ✓ やはりお金がないから。自己負担が増えるのもきつい。2055 年は私は高齢者に入らないけど、現役が大分少なくなるので。湿布などの無駄な処方を削減すべき。（40 代男性、長崎県、正社員、世帯年収 800 万円以上 1000 万円未満）
- ✓ 現役世代の負担は今の負担とそう変わらないぐらいで、必要ないところを制限する形にして必要な人にはしっかり回るような仕組みに。（40 代男性、神奈川県、正社員、世帯年収 600 万円以上 800 万円未満）

労働可能な高齢者の労働環境を整え、収入や資産のある高齢者の負担を増加するといった意見があげられた。

- ✓ 高齢者の方でもお金がある人がいるので。お金のある高齢者の人は、同じ水準で払ってほしい。（10 代女性、東京都、大学生、世帯年収 1400 万円以上 1600 万円未満）

定年制を廃止し、高齢者も働ける人は働ける環境を作った上で負担もしてもらう。（50 代男性、神奈川県、正社員、世帯年収 600 万円以上 800 万円未満）

■　**「自分のお金は自分のために使いたい」という回答が 53.9%と多かった。**

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

「困っている人のために自分のお金を使いたい」と回答した理由：医療保険制度の前提である共助に賛成する意見があげられた。

- ✓ 保険料を払って困っている人が使うのが保険の基本（50 代女性、東京都、個人事業主、世帯年収 1000 万円以上 1200 万円未満）
- ✓ 困っている人の定義次第。高額医療でないと治せない病気やそういう方々を国の財源でサポートしていく考え方には賛同できる。（40 代男性、神奈川県、会社員、世帯年収 600 万円以上 800 万円未満）

「自分のお金は自分のために使いたい」と回答した理由：利己的に自分のお金は自分のためにという意見や、共助ではなく自助の必要性を訴える意見があげられた。患者リーダーからは、医療保険制度の共助の意識が薄れていることへ危惧された。

- ✓ ある程度の自助努力が必要。資本主義的に。（50 代男性、神奈川県、会社員、世帯年収 600 万円以上 800 万円未満）
- ✓ そんなに人のためにお金は使わない。（70 代女性、兵庫県、専業主婦、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
- ✓ 払うお金が将来自分が受けるであろう医療へ投資される所まで考えられていない。（患者リーダー）
- ✓ 「医療制度（への支払い）を通じて、困っている人の助けになっている」という視点を持つ人が少ない可能性がある。保険料や税金の使い道が不透明とも言える。（患者リーダー）

■ **「自費による医療提供の促進」「自己負担割合を下げ、税金や保険料を主な財源とすること」「税収における応能負担」を支持する回答がそれぞれ全体の 46.6%、49.7%、52.4%であり、「わからない」を除いて半分以上の割合が支持した。**

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

国債を社会保障の財源の一部としていることについて、課題意識を持つ回答者が多かった。一方で、新型コロナウイルス感染症の流行や少子化などの問題もあり仕方ないと考える回答者、国債を借金と捉えず国債の発行に対して楽観的な意見もみられた。

- ✓ 国債で財源を確保するのが本当にお金の回転としていいのか（40 代男性、神奈川県、正社員、世帯年収 600 万円以上 800 万円未満）
- ✓ 消費税とか色々言っているが、今の経済状況だと国債の課題をなかなか改善できない気がする（30 代女性、東京都、正社員、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
- ✓ 赤字国債が果たして借金なのか。国民の現時点の負担を減らして今を回さないといけない。（50 代男性、神奈川県、正社員、世帯年収 600 万円以上 800 万円未満）

自費による医療提供の促進について、今後の公的医療保険の限界や自費医療による選択肢の拡充から賛成の声があげられたのに対し、自費医療により格差が広がるなどの反対意見もあげられた。

- ✓ 公的保険だとかなり財源は厳しくなっていると思う。ある程度、自分で私的な保険に入ってカバーできる選択肢が今以上にあるほうがいい（50 代女性、東京都、個人事業主、世帯年収 1000 万円以上 1200 万円未満）
- ✓ お金がある人はいろいろな医療を受けることができるが、お金がない人は何も受けられないということになるので、そうなると格差が広がる（30 代女性、埼玉県、正社員、世帯年収 800 万円以上 1000 万円未満）

（3）現在の給付水準の維持・縮小について

主な学び 3：アクセスを維持・改善する政策よりも質を維持・改善する政策のための負担増が支持された。

アクセスを維持・改善する政策よりも質を維持・改善する政策のために医療システムのための負担増加を支持する傾向がある。

- **医療の安全性、医療の質、先進医療への投資を支持する割合が多かった一方、アクセスや病院の利便性への投資は支持しない割合が約 50%となった。**

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

給付と負担のトレードオフについて、個人の既往歴や受療経験が、医療制度に関する価値観に大きく影響を与えるため、定量調査結果に加え、マイノリティへ配慮した制度設計が必要であるという意見があげられた。なお、本定量調査結果においては既往歴との相関関係は確認されなかったが、今後、受療経験のより詳細な調査を含む定量調査により、受療経験が医療制度の給付と負担に対する考えに与える影響の検討が期待される。

- ✓ どこまで医療を受ける経験があるかどうかによって変わってくると思う。利便性やアクセスについては、それに関する苦しい思いをしたことがない人は、安全性などに意見が傾くのは理解できる。コロナ禍で基礎疾患があるかどうかなどを考えるようになり、災害などがあれば、アドボカシー効果がある。いかに国民に医療制度について伝えていくか。（患者リーダー）
- ✓ フリーアクセスの制限について、実際にその局面に立たされないと、わからないということがある。（患者リーダー）

■ 国民全員が公的医療保険に加入していることの重要度が最も高いという回答が 42.6%と、他の選択肢と比較して多かった。

■ 医療費増加を抑制する手段として、所得や個人の支払う年間医療費に応じて公的医療保険の対象者を限定することが優先であると回答した割合が 45.5%と他の選択肢と比較して多かった。

■ **フリーアクセス、公的医療保険で受けられる医療の対象範囲の制限に反対する割合がそれぞれ 75.9%、73.5%と高かった。**

以上 3 問について、患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：
フリーアクセスの制限について、反対の理由として患者と医療提供者との相性の尊重、セカンドオピニオンの担保、利便性、病院や医者の競争意識の維持などが難しくなることがあげられた。一方で、賛成の理由としては、資源の効率的な分配があげられた。

- ✓ 地方では、自由に選べないと特に不便（40 代女性、長崎県、正社員、世帯年収 800 万円以上 1000 万円未満）
- ✓ 極論を言うと当たりはずれが出ると怖い。指定されたところのクオリティーが高くない、質が良くない場合は困る。セカンドオピニオン的な別の意見を知りたい時にできない、お金がかかると言われるとちょっと困る。（50 代男性、神奈川県、正社員、世帯年収 600 万円以上 800 万円未満）
- ✓ 一次医療みたいな形で指定病院で受けて、そこでふるいにかけて二次医療、専門医療にしていく考え方もあるかなと思っている。海外に住んでいてイギリスだったけど、そこはまさにそういう制度だった。非常にストレスになるが、医療財政としてはかなり日本より少ない。（40 代男性、神奈川県、正社員、世帯年収 600 万円以上 800 万円未満）
  難病患者の視点から考えると、適切な医師に辿り着くことが大切なのでフリーアクセスは重要だと思うので、フリーアクセスの制限はできるなら反対。フリーアクセスを制限するのであれば、必要な専門家にたどり着けるような紹介制度などを整えたうえで。（患者・当事者リーダー）

（4）今後投資したい医療イノベーションについて

主な学び 4：患者数の少ない重症疾患より、患者数が多い疾患のためのイノベーションを支持している。

イノベーションについて、患者数が多い疾患の治療の全体的な質を向上させる医薬品・医療機器の開発に期待が表明した。またオンライン診療など、治療以外のイノベーションへの期待は比較的高かった。

図14

医療の質を上げるために、医薬品・医療機器イノベーション（技術革新）への投資が議論されています。イノベーションへの投資に対するあなたの意見に最も近い選択肢はどれですか。

（2020年11月 n=2,000）

■ **患者数の多い疾患治療（43.6%）へのイノベーションを支持する割合が多かった。**

図19

新型コロナ感染症ワクチンの迅速な供給が求められているように、緊急時に最新の医療をより早く利用できるようにするために、審査過程が議論されています。審査は安全性を担保する観点からも行われていますが、安全性の重要性についてあなたの意見に最も近い選択肢はどれですか。

（2020年11月 n=2,000）

先進医療を導入する際には、緊急時であっても安全性の担保（53.5%）を重要視する回答が多かった。

以上 2 問について、患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：
患者数が多い疾患のためのイノベーションについて、経済効果が高いなどの理由で賛成意見があげられたが、一方で、重症患者の治療法がなければ困るという意見があげられた。患者リーダーからは、自己体験がなければ患者数の少ない疾患へのイノベーションの重要性がイメージしづらいといった意見もあげられた。

- ✓ 大前提として人の命は平等なので、可能であれば全員の命を救いたい。ただ今の国の財政状況ではかなり無理があるので、どちらを救うか選ぶという話になる。1 人でも多くの人の病気が治り、ちゃんと生活して働いて経済を回したり税金を納めたりしてくれた方が、国にとっても社会にとってもプラス。（20 代男性、東京都、公務員、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
- ✓ 重症患者の治療方法がなければ困るし放っておくわけにもいかない（60 代男性、大阪府、フリーランス、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
- ✓ 私の兄が ALS で亡くなってしまって、その時にすごく思ったのが、変わった病気の薬の開発がいかに少ないか。絶対に助からないという状況をなくしてほしい。（50 代女性、東京都、パート、世帯年収 1000 万円以上 1200 万円未満）
- ✓ 全体として、「個人が良ければ良い、個人が一番恩恵を受けたい」と思っている人が多いと感じた。マイノリティが切り捨てられる不安を感じる。どう全体の傾向を変えていくかが課題。（患者リーダー）
- ✓ 自分に関わるところからお金を使ってほしいという声の表れかもしれない。（患者リーダー）

■　**オンライン診療の促進を支持する割合は 42.0%、対面の診療を支持する割合は 37.0%と意見が分かれた。**

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

「オンライン診療を促進してほしい」と回答した理由：コロナ禍だからこそオンライン診療に期待しているという意見や便利だからという意見とともに、対面での診察が必要な場合は適切な使いわけを求める声があげられた。

- ✓ 医療従事者の不足ということで病院に行きにくかったり、新型コロナの関係で病院内でクラスターが発生したりということがあるので、簡単な病気ならオンラインで接さずに回した方がスムーズになるかなということで、オンライン診療の促進に賛成。（30 代男性、東京都、正社員、世帯年収 200 万円以上 400 万円未満）
- ✓ 皮膚科などは直接診てもらいたいので、対面もありつつオンラインも進んでいってほしい（10 代女性、東京都、大学生、世帯年収 1400 万円以上 1600 万円未満）

「対面で診療してほしい」と回答した理由：皮膚科などオンラインでは難しいものもあるという懸念や、医師の顔を見たほうが安心という理由があげられた。

- ✓ やっぱり顔を見た方が安心。オンラインもだんだん良くなってきたから悪くないかなとも思うが。（70 代女性、兵庫県、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）

■ 「医師（人）だけによる診断を維持してほしい」を支持する割合 27.0%に比べ、「AI を活用した診断の促進」を支持する割合が 36.6%と多かった。

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

「AI を活用した診断を促進してほしい」と回答した理由：医師不足や医師の偏在などへの対応として AI の活用へ賛成という意見が多かったのに加え、AI にできることと人にしかできないことを整理し、適材適所の活用を求める声もあげられた。

- ✓ 医師不足の問題や、医療費の削減を考えて AI の活用に賛成。（20 代男性、東京都、公務員、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
- ✓ 離島では元々リモート診断のようなものをしている。AI だけではできないこともあるので、うまく融合することが必要（(40 代女性、長崎県、正社員、年収 800 万円以上 1000 万円未満)）
- ✓ 適材適所。AI でできることは AI に任せていくのもよい。AI にできないことはヒトが。（30 代女性、埼玉県、会社員、世帯年収 800 万円以上 1000 万円未満）

「医師（人）だけによる診断を維持してほしい」と回答した理由：AI はまだ信用できないという意見や、医師にみてほしいという意見が寄せられた。

- ✓ あまり AI を信じられない。普通に風邪とかそんなに重要な病でなければ AI でもいいと思うが、重要な疾患は医師の方が経験とかもあると思うので（10 代女性、東京都、大学生、世帯年収 1400 万円以上 1600 万円未満）
- ✓ 何となく AI は信用できない。人の方が信用できる。技術が進み良くなれば良いが、まだ人しか信用できない。（70 代女性、兵庫県、専業主務、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）

■ **医療データの活用について、自分自身あるいは国民全員のために「活用してもよい」という回答はそれぞれ 37.8%、34.9%と多く、データの活用が支持された。**

患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

国民は医療データの利活用に前向きであると考えられる。活用に際する懸念として、個人情報保護に関する問題が多くあげられた。医療データを活用するメリットと合わせ、個人情報保護に関する適切な情報発信を求める意見が寄せられた。

- ✓ 結局匿名性とか、個人情報が守られたうえで、データというのは数が多いほうが効率はいい。（50 代男性、神奈川県、正社員、世帯年収 600 万円以上 1000 万円未満）
- ✓ データ活用に反対する人は、活用されたときの身近なメリットが感じられないから反対なのだと思う。個人情報保護に関する説明と合わせて、なぜデータが必要なのか？国から国民に伝えてほしい。（患者・当事者リーダー）

■　**予防医療の充実化を支持する割合は 46.8%と多かった。**

左患者リーダーインタビュー／フォーカスグループインタビューからの関連するコメント：

医療費の観点、生活の質（Quality of Life: QOL）の観点から予防医療の充実化を望む意見が多くあげられた。また、患者リーダーからは予防の取り組みの推進に向けたインセンティブ設定の重要性が指摘された。

- ✓ 予防できれば一番いいと思うので、防げるものであれば、お金が一番かからないのではないかと思うので。（50 代女性、パート、東京都、世帯年収 1000 万円以上 1200 万円未満）
- ✓ 予防に関して、未病であることにインセンティブを付けるべき。自動車保険の無事故者への割引のように診療代減額など。病気になることは仕方ないが、病気になる前の健康行動は評価されるべき。（患者・当事者リーダー）

2. 医療政策の参画に関する意識調査

主な学び 5：医療政策について、国民はオーナーシップを持っていると感じていない。

国民は自身が医療政策のステークホルダーであること、オーナーシップを持っていることを感じていないようである。

フォーカスグループインタビュー結果

- 全ての対象者が医療政策に参画しているという意識を持っていないと回答した。
  - ✓ 決まったことを聞いているだけでこちらの意見や要望は全然言えてないから全然参画してない。こういう時の決め方がバランスよく本当に決めているのかが気になっている。国民全体がバランスよく負担するようになっているように決めてくれていればいいけど、それが気になるから参画できるならならしてみたい。（70 代男性、大阪府、無職、世帯年収 200 万円以上 400 万円未満）
  - ✓ 第三者の役割として一般市民が政策決定に参画した方がいいと考えている。そうすれば大人の事情が少しでも軽減されるのではないかと（60 代男性、大阪府、無職、世帯年収なし）
- 医療政策の参画について、67%は参画したいと回答した。

  ＜参画したいと答えた理由＞
  - ✓ 今の自分に大きく関わっていないので積極的にしたいわけではないが、病気はいつでも誰でもあり得る話だし、自分に全く関係ないという話ではないので（30 代女性、東京都、正社員、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
  - ✓ 現状で介護をしていて、直接関わっているので興味がある。（40 代女性、長崎県、正社員、世帯年収 800 万円以上 1000 万円未満）
  - ✓ 参画できるかも知らなかった。できるなら参画したい。（40 代男性、東京都、正社員、世帯年収 800 万円以上 1000 万円未満）
- 医療政策の興味を持たない人が興味を持つようになるためには、医療制度や社会についてのわかりやすい発信や教育が必要という回答、若年層には SNS や漫画などを媒体とした発信を求める声が多かった。
  - ✓ 前に「老後 2,000 万円必要です」と言われた時のように、そういう具体的な数字をテレビで報道されたりすると、考えようになると思った。（30 代男性、正社員、福岡県、世帯年収 400 万円以上 600 万円未満）
  - ✓ 現状これくらいの保険料でこれくらい費用がかかっているのか情報がないからなかなか言いづらい。情報を正しく発信してくれたら分かると思う。（70 代男性、無職、大阪府、世帯年収 200 万円以上 400 万円未満）
  - ✓ 働いている人は何らかのかたちで興味を持つと思う。マンガやドラマが子供は興味を持つと思う。（40 代女性、正社員、長崎県、世帯年収 800 万円以上 1000 万円未満）
  - ✓ 学校の課外授業で、医療制度について教育する。（50 代女性、個人事業主、東京都、世帯年収 1000 万円以上 1200 万円未満）
- 国政選挙の候補者を選ぶ際、経済対策等のその他の分野に比べ医療制度に関する候補者や所属の政党の方針を考慮する割合は、10-30 代では 0%から 10%、40-50 代では 0%から 30%、60-70 代では 10%から 70%だった。
  - ✓ 3-5%くらい。病院に行かないので。（10 代女性、学生、東京都、世帯年収１４００万円以上１６００万円未満）

- ✓ 5%くらい。経済、子育て、教育など医療費より他に考えていかなければならないことがたくさんある。（30 代女性、正社員、埼玉県、世帯年収８００万円以上１０００万円未満）
- ✓ 30%。多分若い頃は考えていなかったが、この年齢になると親も後期高齢者なので、医療がかなりの関心事。（50 代女性、個人事業主、東京都、世帯年収１０００万円以上１２００万円未満）

患者リーダーインタビュー結果

主に、政策の意思決定に関わる会議体等への、患者・市民団体関係者の参画に関する課題、および医療制度に関する国民の当事者意識に関する課題があげられた。

1. 患者・市民団体関係者の政策過程への参画について

- 行政の会議等の意思決定の場に参加する委員の多様性が限られている。
  - ✓ 行政の会議では学会の偉い方、それから医師の偉い方、病院の一番上、そして自分のような構成が多く、年齢や性別も全員 60 代から 70 代、男性など非常に偏っている。若年層や女性など多様な意見を取り入れるようになるとよい。（患者リーダー）
  - ✓ サービスを提供するという立場の人間が圧倒的に多い。ユーザーである患者や家族の比率が非常に少ないが、患者や家族にもいろんな立場や考えの方もいる。患者や家族も他の立場の人と同じぐらい、少なくとも複数参加させるべき。（患者リーダー）
- 国民と行政がフラットな意見交換をできる場、国民の声を政策に反映させる取り組みが少なく、また疾患などによっても差がある。
  - ✓ オンラインタウンホールなど、行政がアウトリーチして国民の声を収集するような活動を通して、相互理解を促進するような活動があるとよい。Twitter など SNS を通した意見交換も含めて。（患者リーダー）
  - ✓ がん領域では比較的患者の意見が政策に反映されているなど疾患による違いや地域格差などもあるため、患者の参画について法律の中で規定されるべき。（患者リーダー）
- 公衆衛生的な広い視野を備え、エビデンスに基づいて意見を述べる患者関係者が少ない。
  - ✓ 個人の体験に基づく感情ベースの議論になってしまうことが多い。（患者リーダー）
  - ✓ 患者代表になれる人は経済的に余裕のある人に限られる。患者代表になるには罹患経験に加えて多くの学習や経験が必要となるが、病気を患うと医療費や収入の減少で余裕がなくなる人がほとんど。患者代表を支える、養成するような制度が必要。（患者リーダー）

2. 医療制度に関する国民の当事者意識について

- 国民全体にとって医療が遠い存在になっている
  - ✓ 医療や医療制度への考えは個人の経験に大きく左右される。病気にかからない人は医療や医療制度への関心が低い。（患者リーダー）
  - ✓ 病気にかかっても医師任せで受け身の人が多い。学校教育の中に社会保障や医療制度、医療のかかり方についての内容を拡充し、国民一人一人の医療制度への関心を高めることが重要である。（患者リーダー）
  - ✓ 教育に加え、医療制度を自分事と捉えることへのインセンティブや行動科学の知見も用いた対応が求められる。（患者リーダー）

IV. 終わりに

医療システムは、国債や税金などの公費や保険料、自己負担を財源としており、国民の負担で成り立っているが、本調査結果からは、医療政策における財源の分配方法に関する意思決定について、現状の国民のオーナーシップ意識が低いことが示された。また、オーナーシップ意識を持つための医療システムに関する国民の理解、例えば、医療システムのために負担している金額とその負担によって享受する給付に対する認知度が低いことが示唆された。

医療システムの財源の確保は日本にとって深刻な問題であり、抜本的な打ち手がない限り今後も解決が難しいと考えられる。今後の医療システムは、人口構造の変化や平均寿命の延伸に対応し、最も効果的な医療を提供できる医療システムを検討することが求められる。この間には、地球温暖化による新たな健康上の脅威や新たな疾病、パンデミックの発生など、医療を取り巻く環境変化の可能性も考えられ、これらの健康問題にも対応可能な医療システムの検討と、その医療システムを支えるための国民の負担に対する理解の醸成を進める必要がある。

本調査は、医療政策に主眼を置いたが、一部の結果からは医療だけでなく、我が国の政策の意思決定過程全般に通ずる課題が示唆された。現代では、インターネット等の普及により、これまでよりも政府が国民へ情報発信することや、国民が自らの意思を表明することが容易になっている。新しいテクノロジーの発達とともに社会が変化していく中で、効果的な意思疎通、意思決定の方法について一層の検討が必要であると考えられる。

日本医療政策機構は、本調査報告書および今後の取り組みを通して、医療システムが直面する課題をすべてのステークホルダーと共有し、医療システムの持続可能性を高めるための議論を喚起する一助となることを目指す。医療システムの直面する課題を共有し、課題解決に向けた解決策を見出すために力を尽くしていく。

V. 謝辞

日本医療政策機構は、本調査の実施にあたり、世論調査にご協力いただいた回答者、フォーカスグループインタビューにご協力いただいた皆様、インタビューにご協力いただいた以下の患者団体、患者支援団体代表者に心より感謝申し上げる。

阿真 京子（医療と子育て くらしと命 代表）
大井 賢一（認定特定非営利活動法人 がんサポートコミュニティ 事務局長／プログラムディレクター）
小幡 恭弘（公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）事務局長）
櫻井 なおみ（キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長）
宿野部 武志（一般社団法人ピーペック 代表理事）
豊田 郁子（患者・家族と医療をつなぐ NPO 法人架け橋 理事長）
布谷 嘉浩（NPO 法人 IBD ネットワーク 副理事）
長谷川 三枝子（公益社団法人 日本リウマチ友の会 会長）

プロジェクトチーム
マカナニ・マット（特定非営利活動日本医療政策機構 シニアマネージャー）
近藤 由衣子（特定非営利活動日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
柴田 倫人（特定非営利活動日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
菅原 丈二（特定非営利活動日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
坂内 駿紘（特定非営利活動日本医療政策機構 アソシエイト）
坊野 成寛（特定非営利活動日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）
バイロン シーゲル（特定非営利活動日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）
佐藤 大輔（特定非営利活動日本医療政策機構 インターン）

世論調査およびフォーカスグループインタビュー調査委託：
株式会社クロス・マーケティング

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004 年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となることを目指しています。

日本医療政策機構　寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

ミッションへの賛同

当機構は「フェアで健やかな社会を実現するために、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となる」ことをミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

協賛：エドワーズライフサイエンス株式会社
ギリアド・サイエンシズ株式会社
ヤンセンファーマ株式会社　（五十音順）

特定非営利活動法人 日本医療政策機構
〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2　大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階
Global Business Hub Tokyo
Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378　E-mail: info@hgpi.org
本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します