

日本の医療のグランドデザイン

2030

日本医師会総合政策研究機構

日本の医療のグランドデザイン

2030

日本医師会総合政策研究機構

日本の医療のグランドデザイン2030 作成に向けて

日本医師会総合政策研究機構 所長 横倉 義武

平成の最後の年である平成31年4月1日、日本医師会総合政策研究機構(以下「日医総研」)は、2030年を視野に、この国の医療のグランドデザインを作成、発表することとした。

日本医師会は、日本が高齢社会に転じた2000年に「2015年医療のグランドデザイン」を発表し、国民の生存率、自立率、就業者率の向上のための将来ビジョンを提言した。2015年に当時予測した医療・介護提供体制の検証を行ったが、病床数、病床稼働率は予測を下回ったものの、常勤医師数は予測通りで、それ以外の雇用数は予測を下回っていた。また医療需要が予測を大きく下回り、介護需要は大きく上回っていた。この結果は社会環境が変化する中での将来予測の困難さを示しているが、変化の予測を行い、その対応を考え続ける姿勢は重要である。

近年、地球温暖化、不安定な国際情勢、急激な人口増加、大きく変わりつつある人類社会の中で、わが国も歴史の転換期に立っている。世界全体の流れとは逆行する人口減少、また、少子高齢化というかつて経験したことの無い変化の中、貧困層の増大と格差の拡大、労働力の外国人依存などの変化も進行している。変化に直面すれば、それが果実をもたらすものであっても、人は不安になる。ましてや、未知の変化、負の変化であればその不安は増幅するであろう。この様な変化の中で医療者は何を求め、どう患者に接すべきなのか？ また、医療機関をいかに運営し、社会に位置づけるべきか。日進月歩の進化を遂げる科学と技術は、人類を次々と未踏の道へいざなう。医療者は、あらたな知見や技術をどう評価し、活かしていくのか？ 医療という、制度、文化、集団に、歴史が問いを発している。

この認識を踏まえ、2030年に向けて、この国に暮らし生活している全ての人々のために、医療がどうあるべきか、医療をどう設計し、改善し、運営すべきか。これに応えるために、日医総研は「日本の医療のグランドデザイン2030」を作成、発表する事としたのである。

グランドデザイン 2030では、冒頭で「医療のミッション」とは何かという
ことについて、我々の認識を提示する。次にそれに基づき、2030年に向け
た「あるべき医療の姿」を描く。ここで取り上げたテーマが全てを網羅して
いるわけではない。日医総研の持つ今日までの研究の蓄積や、そこから得た
問題意識からテーマを設定した。そのテーマについての論述は、担当する研
究員がそれぞれの考察に基づき自由に素材を提供した。その素材を基に編集
責任者が編集を行った。ここではテーマごとの方向性を統一することを企図
してはいない。全体を貫く共通の認識を踏まえた上で独自性を尊重し編集を
行っている。あるべき姿について、一つの結論を提示するとともに今後の議
論のたたき台を提供することを目的としているのである。第2部ではデータ
の分析と評価、課題の抽出を行っている。第1部で描いた「あるべき姿」と
の対比で、将来に向けた行動計画が立案される基盤となるであろう。

人類の歴史が、医療に、いかにあることを求めているのか？ 何を使命と
して背負っているのか？ この問いについての解答が明確に描かれずに将来
に向けた医療の設計はできない。医学の社会的適応である医療は、また社会
的共通資本であるべきと考える。存在するあらゆる人を守る使命を背負って
いると考える。人は、有能かどうかなど、そのありようにかかわらず、悪意
のある人や犯罪者ですら、医療に守られる対象であらねばならない。医療は、
一人ひとりの必要に応え、一人ひとりを守り続ける。そしてまた、心身に危
機が訪れたとき、「医療」があるという認識は、社会と歴史の変容の中で、人々
の不安を軽減し、人類をより幸福な将来へ導く。

「日本の医療のグランドデザイン 2030」は未来を見据えた礎石の一つであ
りたいと祈念している。

日本の医療のグランドデザイン2030 目次

第1部 あるべき医療の姿

I	医療のミッションとあるべき医療の姿	2
II	あるべき医療の姿を実現するために	4
1.	人類(ヒト)の生命と尊厳を守る人類(ヒト)を苦痛から解放する	5
(1)	命と尊厳を守る医療の推進	5
1)	人間の尊厳と個人の意思の尊重	6
2)	人が生まれ出るための環境と医療	7
3)	65歳と75歳、高齢者の概念を変える	9
4)	医療における倫理、今日の問題	10
5)	虐待と自殺への対応	11
(2)	健康をつくる医療の推進	14
1)	かかりつけ医と地域ネットワークの構築	15
2)	たばこ、アルコール対策	17
3)	産業医(産業保健)の活用	19
4)	働くということの哲学的生理学的意味の研究	20
5)	怒り、ストレス、暴力への対応、医療の役割	21
(3)	人生100年時代への医療のあり方～健康寿命の延伸と尊厳ある終末～	23
1)	超高齢社会において求められる医療	24
2)	高齢者の医療需要とポリファーマシー	26
3)	医療における益害バランスと賢明な選択	29
4)	生活習慣病(NCD)対策からフレイル対策へ	31
5)	将来のための医療・保健から、今を生きるための医療・保健へ	35
(4)	健康な人づくり教育への貢献	38
1)	生活習慣と生活習慣病	39
2)	適切な生活習慣に関する情報	41
3)	国民のヘルス・リテラシーが低いことによってもたらされる事態	42
4)	学校における健康教育と医療界のかかわり	43
5)	学校医の役割 ～臨床医療と教育の現場を結ぶ学校医への期待～	45
6)	国民の生涯教育への医療者の貢献	47
7)	多様性への寛容さ	48
8)	NCD対策と国際貢献	49

2. 人類（ヒト）の暮らす基盤を支える	51
(1) 社会を支える	51
1) セーフティネットの強化	
～病診、診・診連携、多職種連携と共同化の推進	52
2) 社会の多様性を支える医療	53
3) まちづくりと地域間連携	54
4) タスクシフティング、タスクシェアリング	56
5) 医療の生産性の向上	57
6) 医療保険のかたち（2030年・給付と負担）	58
7) 在宅医療のあるべき形と多職種連携	59
(2) 担い手を育てる～社会的環境～	64
1) 患者と潜在患者の医療への認識	65
2) 医師・患者関係	66
3) 地域格差を解消するために	68
4) 大学のあるべき姿	69
5) 在宅医療の担い手が育つ環境	70
(3) 担い手を育てる～医師の働き方と医師の養成、医師の研鑽～	73
1) 働き方改革	73
2) 医師の働き方の現状	74
3) 医師の働き方改革における二つの立場	76
4) 医療の質の確保のために	79
5) 専門医制度の動向	80
6) 医師の数は充足しているか	81
7) 医師の需要を増大させるその他の要因	82
8) 医師の働き方を変えるためには	83
9) 医師の研鑽の特殊性	87
10) 医師の生産性を高めるためには	88
11) 国民、患者の理解	90
(4) 財源論	92
（慶應義塾大学商学部教授／日本医師会総合政策研究機構 客員研究員 権丈 善一）	
1) 国民経済と社会保障	92
2) 給付先行型福祉国家と今後の財政運営	94
3) 財政のフローと公的債務のストックをつなげるドーマー条件	95
4) 全員野球型の財源調達	96
5) 財政運営の留意点	99
6) 日本医師会の財源論	101
7) 全世代型社会保障への留意点	103

3. 人類（ヒト）の明日に備える	105
(1) 危機に備える～有事の医療～	105
1) 自然災害に対応した医療	106
2) パンデミックを想定した医療	107
3) 被災後の住民保護のありかた	108
4) CBRNE災害をも含めたテロリズムおよび周辺有事に対応する医療	109
5) 医療情報のサイバーセキュリティーの確保	110
(2) 進化する医療	112
1) 健全な情報システムの整備	113
2) オンライン診療（2030年のDtoP〈Doctor to Patient〉）	115
3) 健全な医療情報産業育成へのプラットフォームづくり	116
4) 科学・医療技術の進歩と医療倫理	118
(3) 健康管理におけるICTの活用	120
1) 2018年、政府が進める「データヘルス×マイナポータルの連動」	120
2) PHRの普及における課題	121
3) 受療時のPHRの活用とオンライン受診	122
4) PHRに対しての専門家の役割	122
4. あるべき医療の姿を求めて	124
(1) がんとの闘い：個別化医療のあるべき姿 （公益法人がんプレジジョン医療研究センター 所長／日本医師会総合政策研究機構 客員研究員 中村 祐輔）	124
(2) ライフコースデータにおける母子保健、学校健診情報のデータベース化、 方法とベネフィット（京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 教授 健康・医療・教育情報評価推進機構（HCEI） 常務理事 川上 浩司）	132
(3) 医療データ分析と地域医療の設計 （山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授／日本医師会総合政策研究機構 客員研究員 村上 正泰）	141
(4) 「知識」から「意識」の教育へ （東京女子医科大学 がんセンター長 化学療法・緩和ケア科 教授 林 和彦）	147
(5) 総合診療医とかかりつけ医の連携 （東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学講座総合診療 医学分野 教授 竹村 洋典）	154
(6) あるべき精神保健、あるべき精神医療 （前厚生労働省健康局長 福田 祐典）	162
(7) 医療と社会システム～あるべき医療の姿であるために～ （日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 細谷 辰之）	170

第2部 日本の医療 現状と検証

I 医療と社会	178
1. 社会の現状 住民と患者	178
(1) 医療を取り巻く社会環境の変化	178
(2) 平均寿命と健康寿命のギャップ	183
(3) 格差拡大と健康	185
2. 医療提供の実態 (久留米大学特命教授〈医療政策担当〉／日本医師会総合政策研究機構 客員研究員 佐藤 敏信)	199
(1) 予防医療 現状と検証	199
(2) 検査・治療技術の進歩と改善	210
(3) 技術のイノベーション	217
(4) ICT化への対応 (病院情報システムの問題点)	218
(5) 災害医療の実態	219
II データで見る医療の現状と今日的課題	228
1. 財政事情と医療・福祉	228
(1) 社会保障と財政	228
(2) 産業としての医療・福祉	233
2. 医療保険財政	236
(1) 医療費の財源構成	236
(2) 保険者財政	239
(3) 高額療養費	245
(4) 先進医療	247
(5) 現状のまとめと課題	249
3. 医療の需要と供給	251
(1) 患者の動向	251
(2) 医療提供体制	253
(3) 医療関係職種	260
(4) 現状のまとめと課題	263
4. 医療関連データの国際比較	265
(1) 保健医療支出	265
(2) 医療従事者数	267
(3) 病床数	268

(4) 健康・その他	270
(5) 社会保障の負担と給付	272
(6) 現状のまとめと課題	274
5. 医業経営（収入とコスト）	275
(1) 診療報酬と医業収入	275
(2) 診療所（入院外）のレセプト関連指標	277
(3) 給与費	280
(4) 公的保険外収入	282
(5) 設備投資	284
6. 病床機能の分化・連携（地域医療構想）	285
(1) 公立・公的医療機関の改革プランの位置づけ	285
(2) 民間と公立・公的医療機関等の競合	287
(3) 公立・公的医療機関の経営状況	290
(4) 2025年のその先、2030年へ	297
7. 医療費の地域差	298
(1) 都道府県別医療費	298
(2) 医療費と暮らし	303
(3) 医療費適正化計画と都道府県別診療報酬	305
Ⅲ 国民の意識と地域医療体制	308
1. 医療に対する国民意識	308
(1) かかりつけ医への国民の期待	308
(2) 今の医療に対する国民の評価	314
(3) 国民は今後の医療に何を期待しているか	321
2. 地域医療体制の現状	326
(1) 医師数の推移	326
(2) 医師の地域偏在の原因と過疎地域の将来	335
(3) 診療科偏在の原因と外科の将来	341
Ⅳ 課題の提起	349
1. 人口減少が迫る医療政策の転換 高齢者の「住まい方」を含めた 改革が急務だ（ジャーナリスト 河合 雅司）	349
(1) 医療人材の確保	349
(2) 医療機関へのアクセス	352
(3) 医療・介護を経済のブレーキとしないために	353

2. 医療ICTの課題

(日本医師会ORCA管理機構(株) 代表取締役社長 上野 智明)……………	357
(1) ICTリテラシーと高齢化 ……………	357
(2) 情報の量と質 ……………	358
(3) 個人情報保護とプライバシー ……………	359
(4) ビッグデータとPHR ……………	360
(5) 最後に ……………	361

3. 地域医療の課題、問題点

(日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 細谷 辰之)……………	363
(1) 法と正義と地域医療 ……………	363
(2) 経済合理性との相克～最大効用を何で計るか?～ ……………	364
(3) 選択の合理性～将来図を如何に描くか～ ……………	365
(4) 制度と地域 ……………	367

4. 地域包括ケアシステムの課題とまち創り

(一般社団法人福島県医師会 副会長 公益財団法人星総合病院 理事長 星 北斗)……………	369
(1) 地域社会の明るい将来と健康的な再生を目指して ……………	369
(2) 生涯を通じた健康づくりの基盤 ……………	373
(3) 医療がまち創りをリードする ……………	377

5. 認知症高齢者尊厳の維持への提言

(医療法人原土井病院 副理事長 日本医師会総合政策研究機構 研究部長補佐 原 祐一)……………	378
(1) はじめに ……………	378
(2) 認知症の定義と種類 ……………	378
(3) 認知症患者に起きやすいBPSD (認知症に伴う行動・心理症状) ……………	379
(4) 身体拘束と対応 ……………	381
(5) 最後に ……………	383

6. 現行の医療関連法規の課題

(弁護士/日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 水谷 渉)……………	384
(1) 医療基本法の制定に向けて ……………	384
(2) 医療事故調査制度 ……………	384
(3) 医療安全と刑事司法の介入 ……………	385

7. 医療技術の進歩と経済評価

(山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授

日本医師会総合政策研究機構 客員研究員 村上 正泰)	387
(1) 医療経済評価への関心が高まる背景	387
(2) 医療経済評価の留意点	389
(3) 費用抑制と研究開発費との関係	392

8. 新たな健康概念の提案

(一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事 長谷川敏彦)

代表理事 長谷川敏彦)	393
(1) 従来の健康の定義の問題点…WHOの定義を中心に	393
(2) 健康の概念…医学史、言語学、人類学、社会学からの分析	396
(3) 共に老いる世界での日本の位置	398
(4) 日本から、新たな健康概念の発信	401

第1部

あるべき医療の姿

I 医療のミッションとあるべき医療の姿

「人はひとたび生を受ければ、無条件で尊重され守られるべき存在である」

我々人類の生存戦略は、存在する個体をすべて生き残らせようとするものであった。あるいは長い時間をかけ、その方向に編集されてきた。そして、その結果として得られた資質としての多様性が、我々が種として生き残る可能性を高めてきた。無論今日でも、我々人類は、生存環境の変化、直面する多くのストレスに柔軟に対応し、子孫の鎖を後世につないでいくために、遺伝的多様性を必要としている。

進化の過程で脳を大きく発達させ、知性を持つにいたったわれわれ人類にとって、「生きる」ということは、生物として生き続けるということだけにとどまらず、周囲の人類の中で、あるいは自分自身により、その存在が認められ尊重されるということが必要としている。紆余曲折を繰り返しながらも、近年、特にルネッサンス以降、人類の歴史は人権を育むことによりこれに答えてきた。

「ヒト」は、ひとたびこの世に生を受ければ、共同体の中で尊重され守られなければならない。これにより、ヒトは生存そのものに付随する基本的なストレス、すなわち外界からの危険、他者の悪意や侮蔑によるストレスが軽減される。このことが、社会の矛盾、格差、不安定さからヒトを守り、そして社会に安定をもたらすのではなかろうか。

医療は、現代の人類社会において「ヒトを守る」を最も直接的に果たしてきた。しかも、医療により「ヒトを守る」が行われる頻度はきわめて高い。「ヒト」が個として守られ続けるため、すなわち、人類社会を持てる力と可能性で支えていくため、日本医師会は医療のミッションを以下のように設定した。

- ① 人類（ヒト）の生命と尊厳を守る
- ② 人類（ヒト）を苦痛から解放する
- ③ 人類（ヒト）の暮らす基盤を支える
- ④ 人類（ヒト）の明日に備える

「グランドデザイン2030」は、三部から構成される。第一部は人類のあり方、医療のミッションから、現在の日本のあるべき医療の姿を描く。第二部は現状の認識である。そして第三部では、第一部、二部を踏まえ、日本医師会が何をしていくのかというアクションプランを提示する。これは、広くは、人類の生存環境の変化、ローカルには、所得、経済、高齢化などの社会変化、医療供給体制の劣化などに対応しつつ、医療者と社会の成員が、あるべき医療の姿を実現し、医療に課せられたミッションを果たしていくための提言である。

Ⅱ あるべき医療の姿を実現するために

ここでは、我々が目指すべきと信じる医療の姿を、前章で提示した医療のミッションの項目に沿って4章にわけて提示をする。1章から3章までは生命を守り苦痛から解放する、人の暮らす基盤を支える、そして明日に備えるという視点から項目を立て論じている。そして4章では、分野や視点にかかわらず、独立した論を掲載している。

そもそも治療としての医療は、受ける機会がないことが最善である。医療者が、患者を救うために全力を上げることは当然の責任であるが、また一方で、人々が医療を受ける必要が生じることを未然に防ぐ努力がより重要である。これが、個人の幸福、QOLの最大化、あるいは、受ける苦痛と不幸を最小化することにほかならないからである。同時に、結果として、治療という狭義の医療の需要を減少させることとなる。そのためには、正しい医療知識、理解が社会の中に広がり深まることが必要である。医療には、より先制的なあり方が求められている。

1. 人類（ヒト）の生命と尊厳を守る 人類（ヒト）を苦痛から解放する

（1）命と尊厳を守る医療の推進

わが国は、平均寿命が最も長い国の一つである。これは、社会としての成果である。しかし、我々人類にとって、「生きる」ということは、生物として生き続けるということだけにとどまらず、周囲の人類の中で、あるいは自分自身により、その存在が認められ尊重されるということである。生物として生き続けるということを確保することはもとより、自他共に認められ、尊重される尊厳を守ることも果たされなければならない。現在、日本国内では平均寿命と健康寿命のギャップが大きい。生存し続けるだけでなく、それぞれの身体的条件や環境の中で、生きることを享受できる時間を延伸することが求められている。また、高齢化が解決すべき深刻な問題として認識されている。しかし、現在高齢者とされている人々は本当の「高齢者」なのであろうか。高齢者の定義が作られたときの条件と環境は変化しているのではなかろうか。所謂高齢化が進むことによって社会に現出するとされている問題の多くは、「高齢者」の定義を現実に合わせて見直すことで緩和されるのではないか。さらには、命を守り、よりよく生きるためには、人生そのもののあり方、人生の完成の仕方についても考えることが必要ではないか。リヴィングウイル、遺伝子治療、移植医療、AIの導入など、医療を取り巻く今日の問題と向き合う上で、生命、人生、死について考えることは極めて重要なことである。社会の都合に合わせて個人が犠牲になるのではなく、個の尊厳と生命を守ることを正義と据え、努力を重ねることが結果として社会を守ることになるのであろう。

1) 人間の尊厳と個人の意思の尊重

人間の尊厳とは何か。これは、フランスの生命倫理法の影響にあるユネスコの人権宣言から導入された概念である¹。また、ドイツの哲学者であるカントは、モノのように価格をつけることのできないかけがえのない価値を「尊厳」と言った²。尊厳という概念は古代ギリシャに起源をもち、ルネサンス時代に、人間の独自性を特徴づける指標として発展した。そして、近代以降は市民権の拡大に伴い、「個人の尊厳」という意味で使用された³。

尊厳という言葉や概念は、医療・介護の文脈でもよく用いられる。ここでは特に、人生の終末期に焦点をあてて論じたい。

医療技術の進歩や公衆衛生対策等によって、それまで治癒不可能だった感染症の治癒が可能となった。20世紀後半には、人工透析や心肺蘇生術、人工呼吸器等の生命維持治療が開発され、何もしなければ死に至ると考えられる人を救命することが可能となった。こうした技術の開発・発展が人々の健康に大きく寄与してきたことは言うまでもない。

その一方で、死に行く人にとって負担が大きく治癒やQOL（Quality of Life、生活の質）の維持が期待できない場合や、本人が希望していない場合にも、こうした技術が用いられるケースが出てきた。このような状況に対し、米国では1970年代以降、生命維持治療の希望について患者が事前に書面等で示しておく「リビング・ウィル」、そして、自分の代わりに治療方針への同意・決定をする「医療代理人」の指名とあわせた「事前指示」が法制化された。こうした個人の自己決定や意思を尊重する動きは欧米を中心に、近年はアジアの一部の国・地域にも広がっている。さらに、欧米を中心とした一部の国や地域に限られてはいるが、安楽死を合法化する動きもある。

日本では、2018年3月、厚生労働省が「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を改訂し⁴、患者の意思を尊重することを原則として、患者の家族、医療・介護従事者等が医療・介護等について十分に話し合うことの重要性を明記した。これがアドバンス・ケア・プランニ

1 額賀淑郎：第八章 日米における事例比較分析、In 『生命倫理委員会の合意形成 日米比較研究』、勁草書房、東京、2009；204-205。

2 奈良雅俊：第2章 倫理理論、In 赤林朗編、『改訂版 入門・医療倫理 I』、勁草書房、東京、2017。

3 松井富美男、人間の尊厳とは何か：差異化と水平化の二重機能（第14回日本生命倫理学会年次大会シンポジウム）、生命倫理、2003；13（1）：58-62。

4 2015年、厚労省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007年策定）の名称を変更。さらに、2018年の改訂で「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更した。

ング（ACP）である。ACPの考え方は、人口の多い団塊の世代が75歳以上になり、社会保障費が大幅に増える「2025年問題」を突き付けられている日本において必要な対応策の一つとなりうる。

ACPの取組みに実効性をもたせるためにはどうしたらいいのか。もちろん、医療機関以外の選択肢、例えば、介護施設や自宅で最期を迎えるための支援策を国が講じることが大前提だ。そのうえで、次の2点を提案したい。一つは、話し合いにかかわる医療・介護従事者等への教育研修およびその後のフォローアップを十分に行う必要がある。話し合いをいつどのように始めるか、具体的に何をどのように話し合うのか、といった課題があるためである。現在、国はこうした話し合いに応じる人たちの研修事業を展開しているが、こうした事業の効果と課題を十分に検証する必要がある。もう一つは、患者となる一般市民とその家族が、将来の医療や介護のみならず、人生の価値観や心配事等についても、専門家から十分な情報や助言を得たうえで自ら考えることである。考えない、知らされない自由も当然あるが、加齢や病気の進行で考えられなくなる前の比較的元気な時点で考えたり話し合ったりすることは重要である。なぜなら、自ら考え話し合うことが、医療・介護の方針にとどまらない、その人の人生のあり方を考え尊重することにつながるからである。周囲の人が患者本人の希望や価値観・人生観を知ったうえで判断するのに助けとなる。

さらに、今後は、家族など身寄りや親しい友人等がいない人たちが増える可能性もある。人生の最終段階において、こうした人たちの思いや意思を尊重した医療をどう提供するか、といった問題に具体的に対処する必要がある。また、安楽死の問題はこれまで、東海大医学部付属病院事件の横浜地裁判決（1995年）が出されるなど、大きな事件が発覚した後に社会的、法的に問題視されたことはあっても、国民的な議論にはなりにくかった。安楽死が合法化されている国や地域の実態を十分に検討し、どのような課題があるのか等大いに議論する必要があると考える。

2) 人が生まれ出るための環境と医療

わが国では人口減少が危機として認識され、出生数と出生率の減少が解決すべき課題とされている。2008年に1億2808万人とピークを迎えた総人口は

以降減少を続け2048年には1億人を割り込むと予想⁵されている。出生数と、出生率も減少傾向にあり現在2017年出生数94万6065人、出生率は1.43であったが、50年前の1967年には出生数193万5647人、出生率は2.23であった⁶。出生数では50年間で半分以下になり出生率も大幅に低下している。人口が減少することが本当に社会にとって危機的にかつ解決すべき問題かどうかは議論を要すると思うが、人口、出生率共に減少していくことを前提に社会設計をすることが必要と思われる。またこの問題とは別に、子どもを生き育てたいという希望が、さまざまな条件により阻害、制限されることは極力避ける努力がなされなければならない。医療施設調査からは、出産のできる医療機関の施設数の減少、施設あたりの分娩数の増加⁷傾向が指摘されていて、出産を支える医療環境は悪化していることがわかる。一方、若年層、単身者の相対的貧困率は高く⁸、子どもを生き育てるといふ動機への大きな阻害要因になっていると思われる。

医療の側面から、子どもを生き育てたいという希望を支える方法として、第一に、医療人材、分娩需要のバランスをとり、人材の適正配置を仕組みの設計を、全国を俯瞰する視点で設計することが必要である。医療人材の配置と需要のアンバランスは産科医に限られたことではないが、大学が複数参加する供給源の形成、地域の実情に合った施設の配置（再構成）、学会による派遣の調整が有効と思われる。一方それぞれの地域でも、妊婦健診、乳幼児健診データの医療機関、行政機関との共有など有効活用、保健指導、妊産婦のメンタルケア、育児へのサポート、育児放棄や虐待防止、貧困対策、発達障害の子どもと家庭への支援を積極的にすすめ、それぞれの地域特有のシステムを構築し、更新し続けることが必要である。

昨今ベビーカーの通勤電車内への持込に対する非難、保育所などの建設への地元住民や不動産業者の反対など、育児に対する不寛容とも思われる反応が報道されている。今日、子どもを生き育てるといふことの重要性、難しさを社会が共通認識としてもち、子育てをする人（家庭であろうが、単身であ

5 平成27年版厚生労働白書

6 平成29年厚生労働省人口動態統計（確定数）

7 一般病院における施設ごと分娩数は1984年9月中33.3件その後減少し1990年に28.2件になったが、その後増加傾向が続き2008年には42.3件に達した。一般診療所での分娩数は一貫して増加傾向にあり1984年12.3件から2008年には29.7件に達している。

8 30歳未満の相対的貧困率は27.8%と30～49歳の14.4%のおよそ2倍で、単身者の相対的貧困率は34.7%である。平成27年内閣府・総務省・厚生労働省「相対的貧困率等に関する調査分析結果について」

ろうがかかわりなく)をサポートする環境と、システム作りが必要であろう⁹。

3) 65歳と75歳、高齢者の概念を変える

われわれ人類にとって「生きる」ということは、生物として生き続けるにとどまらない。「ヒト」としての「生きる」が十分に実現されることが求められる。すなわち、自らと周囲の人々によってその存在を認められ尊重されること、個人の尊厳が保障されることを必要としている。

社会には、科学や制度の成果によって、ヒトがより長くその生を享受できる環境を整える責務がある。それが法の命じる正義であろう。現在、日本国内では平均寿命と健康寿命のギャップが大きいことが指摘されている¹⁰。この問題は、介護に要する労力や経済的負担の増加を問題視する文脈で語られることが多いが、それ以上に、個々のヒトの幸福の劣化の問題として捉えられるべき問題である。ここに、ひとつの重要な医療の役割が見出せる。すなわち、一人ひとりのヒトが一日でも長く自らの意思で思うように活動できるような環境を作る役割である。

わが国では65歳になるとヒトは高齢者になり、75歳になるとヒトは後期高齢者になることが制度化されている。そして、社会では、高齢者の全人口に占める割合が増加することを忌避すべき事態と広く認識されている。これは、高齢者が社会参加や生産をしない被扶養者として捉えられているからであろう。社会を支えるために、個人が犠牲になり高齢化しても働けということであれば、問題である。しかし、一日でも長く、一人でも多く社会参加をし、孤立せず、役割を担っていく。これは、多くの人々が幸福に人生を完成させることができる環境を作ることに他ならない。ここでは、医療は、単に、病気と闘い治療をする役割にとどまらず、保健、予防、健康管理、などの分野で一人ひとりを支えてゆくことができる。特に、かかりつけ医の果たす役割が期待される。医療の助けや社会の制度を活用しつつ健康を維持し65歳になっても75歳になっても活躍できるための社会作り、また、高齢者の概念につい

9 前掲の「相対的貧困率等に関する調査分析結果について」によれば、大人1人と子どもの世帯の貧困率は54.6%で大人2人以上と子どもの世帯の12.3%に比べ極端に高い。親が単身の世帯の生活困窮が明らかである。

10 平成27年厚生労働省都道府県別生命表によると、平均寿命は女性87.67歳、男性81.78歳に対し、健康寿命は女性74.21歳、男性71.19歳である。

ての社会的認識の変更が必要である。

2012年、北海道紋別市は「紋別のグランドデザイン」を作成し、65歳から75歳を高齢者としなない街づくりを発表した¹¹。また神奈川県大和市も2014年に「60歳代を高齢者と言わない都市やまと」を宣言している¹²。さらに2017年1月、日本老年学会などは高齢者の定義を75歳以上に修正することを提言した¹³。

現状では、これらが社会の趨勢を形成するにはいたっていないが、過去に定義された、医学的、生物学的、社会学的根拠のない数字にこだわることなく、高齢者の定義を変更することが必要であろう。しかしそれが国家や集団の都合からではなく、個々の人生の中で、尊厳を守り、幸福の劣化を軽減させることを目的としていることが重要である。そして医療はかかりつけ医の充実と、かかりつけ医を軸のひとつとした多職種連携を核にこの新しい社会を支えていかなければならない。

4) 医療における倫理、今日の問題

近年の医療技術革新とわが国における超高齢化の進展により、人々がその命、尊厳、医療の倫理について考えなければならない局面が今まで以上に増加している。高齢者医療、救急、在宅、終末期、精神医療、認知症治療、臓器移植、遺伝子治療、再生医療など広範な分野で、医療機関の種類や診療科など関係なく、医療者が患者・住民に寄り添い、共に重大な決断を行うことが求められる。わが国にそのベースはしっかりと築かれているであろうか。

人間の尊厳は、1948年に採択された世界人権宣言第1条に「すべての人間は、生れながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である。」と示されている。日本国憲法第13条には「すべて国民は、個人として尊重される。」と規定されている。一方、世界医師会の医の倫理マニュアル¹⁴は、医の倫理の基盤となる価値は、共感、能力、自律としている。さらに、日本医師会の綱領は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指す、と規定している¹⁵。

11 2012年 紋別市、保健・医療・福祉連携推進事業

12 大和市は2018年「70歳代を高齢者と言わない都市やまと」宣言をしている。

13 「高齢者の定義と区分に関する、日本老年学会・日本老年医学会 高齢者に関する定義検討ワーキンググループからの提言」

14 World Medical Association 医の倫理マニュアル 原著第3版 日本医師会 2016

15 日本医師会「日本医師会綱領」2013

医の主体者である医師はこれらに則り、人々から高く信頼されるプロフェッショナルとして、研鑽を通じて得た知識を用い、患者や家族に真摯に向き合うことが求められる。そこでは、人としての倫理観の高さがまず必要であることは言うまでもない。医師の資質のさらなる向上に向けて、医学教育を行う大学はもとより、学会や日本医師会をはじめとする医師の専門団体が、その責務をしっかりと果たさなければならない。限られた一部の医師による問題行為や事件・事故に対して、自律的かつオープンに厳格な対応を行うことは社会的責務である。

一方、わが国の同質性をよしとし、同調を美德とする文化は少しずつ変化している。新しい時代を迎え、今後の国の成長に向けて、一人ひとりの個性や価値観がより大切にされる社会、多様性を容認する社会を目指すことが重要であり、そのような社会が、医療における個人の尊重、人間の尊厳の維持につながる。尊厳にかかわる情報提供を今後も広く行うとともに、献身的に働く多くの医師自身も大切にされ、高い倫理観が維持できる勤務環境の整備を進めていくことも必要である。医師、患者・住民がそれぞれの役割を果たし信頼感を高めるなかで、ヒトが命を委ね尊厳を維持できる医療が実現できると考える。

5) 虐待と自殺への対応

児童虐待と自殺は、日本社会そのものを揺るがしかねない深刻な社会問題である。それらの未然防止において、特に地域住民とのつながりの深い「かかりつけ医」をはじめ、全ての医療関係者に、社会が期待する役割は大きい。

ア) 児童虐待防止における医療関係者の役割

すでに現行の法制度において、児童虐待を発見した者にはその通告義務が課せられている(児童福祉法 第25条)。さらに、医師をはじめ病院勤務者等、要保護児童を発見しやすい職務上の立場にある者には、早期発見の努力義務が課せられている(児童虐待防止法 第5条)。また、「児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者」(前同 第6条、下線筆者)に通告義務があると法律に定められており、すなわち、虐待を疑った時点で通告義務があるとされている。つまり、児童虐待対策において、法制度上の整備は相応になさ

れており、あとは地域住民、そして医師をはじめとする全ての医療関係者間の制度の認知度とその実効性という課題が残っている。これが現状である。

児童虐待の通告は医療者の責務であり、決して親（保護者）に対する裏切り行為ではない¹⁶。このメッセージを医療界の常識とする必要がある。これまで、関連するさまざまな現場向けの知見が集積されてきている¹⁷。それらを活かし、医師会活動等を通じて、専門家として地域住民のみならず行政をもリードする姿勢が、医療関係者には求められている。なお、ここで言う虐待には、いわゆるネグレクト（育児放棄や妊婦健診の懈怠）を含む。また、要介護高齢者や障害者など、あらゆる社会的弱者への虐待対策にあたって、医療関係者の基本的なスタンスは同じであるべきと考える。

イ) 自殺防止における医療関係者の役割

自殺防止に関する既往研究の成果を端的にまとめれば、自殺未遂が最も強いリスク因子であり、未遂者の自殺再企図防止対策を講じるにあたっての主要課題ということになる。そして近年の日本では、「自殺対策のための戦略研究・ACTION-J」が実施され、その研究成果が世界に先駆けて自殺防止対策の方向性をエビデンスに基づいて提示した。さらにそこでの知見は、政府が掲げる「自殺総合対策大綱」に援用され、厚生労働省が所管する行政事業の具体的中身にも活かされている。そして残る課題は、研究成果のさらなる政策への応用と客観的政策評価、医療現場への普及、そして医学と社会科学の連携強化による自殺対策研究の一層の推進である¹⁸。

上記のように、自殺予防に関する研究と対策は世界と伍する環境にあるものの、依然、統計データで見る日本の自殺者数は先進国の中で最悪の水準にある。年間3万人を超える状況からは改善されたが、それでも年間2万人を

16 詳しくは次の記事参照。日本医師会 医療安全推進者ネットワーク「虐待通告は医療者の責務 親への裏切りではありません」2017年5月。 <http://www.medsafe.net/recent/169gyakutai.html>

17 例えば、次のようなものがある。日本小児科学会「子ども虐待診療の手引き 第2版」2014年3月。 https://www.jpeds.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=25

東京都福祉保健局「医療機関のための子育て支援ハンドブック 『気になる親子に出会ったら』」2006年。 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/koho/ko_shien_handbook.html

18 この段落の執筆にあたって次の記事を参照した。本橋豊「自殺総合対策大綱5年ぶりの見直しとその意義」『日本精神科病院協会雑誌』37(6), 531-537, 2018-6、河西千秋「自殺企図者への対応：自殺対策のための戦略研究・ACTION-Jから得られた知見」『心身医学』56(8), 801-805, 2016、精神・神経科学振興財団、国立精神・神経医療研究センター、ACTION-J 研究グループ「自殺企図の再発予防にケース・マネジメントが有効 — 6か月にわたって自殺企図を抑止 —」（プレスリリース資料）2014年9月8日。 <https://www.ncnp.go.jp/pdf/press140908.pdf>

超える人々が自殺を選択している¹⁹。さらに、若い自殺者の増加や地域差といった新たな課題もある。対策には、より地域に密着したきめ細かな行政の対応が重要と専門家は指摘する²⁰。その文脈において医療関係者は、特にかかりつけ医と地域の医師会は、専門家集団として地方行政をリードする存在たることが望ましい。日本医師会には、平時の国家安全保障としての公的皆保険制度をはじめとする社会保障制度の重要性について積極的かつ継続的に情報発信し、地域の草の根活動を支援する役割が求められる。

19 警察庁統計（速報値）によれば、2018年の自殺者数は20,598人である。

20 江川紹子「自殺対策にみる統計の効用と信頼度」『Yahoo!ニュース』2019年1月28日。
<https://news.yahoo.co.jp/byline/egawashoko/20190128-00112650/>

(2) 健康をつくる医療の推進

「ヒト」は、本当に必要とするときに、適切な医療を受けられなければならない。「ヒト」がその恩恵に浴することができるよう社会は環境や制度を整えなければならない。しかし、「ヒト」にとって、最も望ましいのは生涯のなかで医療を受ける必要が生じないことである。必要な人に適切な医療を受けられるような環境を整備する以上の資源と努力を、医療を受ける必要をなくすことに注ぐべきかもしれない。医療を受けずに済むために、かかってしまった疾患と闘う力を強化するために、さらには、ヒトが、でき得る限り、長く活動と選択の自由をもっていられるために健康をつくるための医療を推進すべきである。

1) かかりつけ医と地域ネットワークの構築

健康とは、「病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」とWHO憲章は定義している¹。プライマリ・ケアの充実した国では、そうでない国に比べて健康指標が高いという結果が示されており²、国民の真の健康に向けて、プライマリ・ケアの充実が求められている。

わが国でプライマリ・ケアを担う診療所のかかりつけ医³は、日常的な健康管理、必要に応じた専門医への紹介、夜間緊急時の対応、在宅医療、介護への橋渡しなど役割は多岐にわたる。機能強化に向けて、日本医師会や地域医師会がかかりつけ医向け研修を精力的に実施し、国も診療報酬上での後押しを進めている。しかしながら、現場の診療所医師の多くは1人で多様な役割を果たさなくてはならず、多忙で、すべての機能をこなすことには限界がある。今後のかかりつけ医機能の強化に向けて、さらなる対策が求められている。

かかりつけ医機能の強化とともに、地域でより多くの国民が「かかりつけ医を持つ」ことも重要である。ただし、現時点で自身にかかりつけ医がいる人は70歳以上では8割を超えるが、働き盛りの40歳代などは4割程度となり、全体では5割強にとどまっている⁴。当然ながら、病気にならないという理由から、かかりつけ医がいない若者も多い。かかりつけ医を持つことの意義への認識が十分でなかったり、見つけづらかったり、普及の仕組みができていない状況と推測される。

これらの提供側と受療側の課題に対応する1つの提案として、以下では、かかりつけ医のネットワーク化（グループ化）について述べる。

もとより、地域にはすでにさまざまな形でフォーマル、あるいはインフォーマルな連携やネットワークが存在している。例えば、在宅療養支援診療所の要件として複数医師が連携して在宅医療を実践している。また、救急医療に備えて医療機関同士がネットワークを構築し、かかりつけ医が患者と事前に

1 世界保健機関憲章前文“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.

2 Kringos DS et al. (2013) . Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Affairs, 32 (4) :686-694

3 「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」（日本医師会・四病院団体協議会合同提言 2013）

4 日医総研ワーキングペーパーNo.384「第6回日本の医療に関する意識調査」江口成美、出口真弓 2017

合意形成を行っている地域もある⁵。都市部では、医療モールなどの名前で複数診療科が1つのビルで開業するグループ診療⁶もある。ICTを活用して患者情報の共有を行う地域医療連携ネットワークが全国各地に構築されているし⁷、病院を中心とした地域医療連携推進法人も構築されつつある⁸。これらの取り組みと並行して、診療所を核とした複数診療科あるいは同一診療科で、比較的緊密なネットワークを形成し、かかりつけ医ネットワークとして地域住民により明示的に示すことについてパイロット的に研究を行ってはどうだろうか⁹。

診療所のネットワーク化を行えば、休診や夜間緊急時などの対応や、資源の共有による医療サービスの効率化が可能となる。看護職員などの人材を補完し合い、医療機器の共有を行い、有床診療所の空床を開放病床として活用することも考えられる。医療材料などの共同購入も可能であろう。ネットワーク化の構築によって、住民へのかかりつけ医機能をより充実させ、地域包括ケアシステムの構築や連携が行いやすくなることも期待できる。

既存調査では、地域でネットワークを構築し、人材共有や共同購入をすることについて、「関心がある」施設が「関心がない」をやや上回っていた¹⁰。ただし、医療機関同士自らが、形成やその調整を図ることは利害関係もあり極めて難しく、地域の医師会が中心となる必要がある。かかりつけ医機能を充実させるための方策の一つとしてインセンティブを要望していくことも必要と考える。

一方、かかりつけ医にかかる地域住民や患者にとっては、地域にかかりつけ医のネットワークがあることで、かかりつけ医の不在時や夜間休日などの対応や、ネットワーク内の他の診療科への紹介がスムーズになり安心感を得られる。1人の医師だけでなく、複数の医師がバックアップとして支えてくれることで、かかりつけ医機能への満足度が高まるであろう。一般に、かかりつけ医がいる人でも、その医師の退職などを機にかかりつけ医不在となる

5 日医総研ワーキングペーパーNo.294「かかりつけ医機能の強化に向けた調査研究」江口成美 2013

6 武蔵浦和メディカルセンター など <http://www.musashiurawa.jp/>

7 日医総研ワーキングペーパーNo.386「ICTを利用した全国地域医療連携の概況」渡部愛 2017

8 直近では日本海ヘルスケアネット など <https://nihonkai-healthcare.net/>

9 グループ診療の推進は厚生労働省の検討会でも議論が行われている。「医療従事者の需給に関する検討会 第26回医師需給分科会（平成30年12月26日）」資料1-1

10 地域でのネットワークの構築については、「わからない」が最も多く40.8%、「関心がある」が31.4%、「関心がない」が23.0%であった。全国有床診療所連絡協議会会員対象 n=976 日医総研ワーキングペーパーNo.394「平成29年有床診療所の現状調査」江口成美 2017

ことが多いが、診療ネットワークがあれば安心である。診療ネットワークによって、かかりつけ医機能の包括性と連続性を強化でき、地域でより明示的となり、かかりつけ医を持つ国民の後押しになるかもしれない。

わが国独自のプライマリ・ケアを充実させるべく、地域事情に応じて、既存の取り組みと連携しつつ、かかりつけ医のネットワーク構築を将来に向けたさまざまな可能性の1つとして探ることが必要と考える。

2) たばこ、アルコール対策

① たばこ対策

「国民健康・栄養調査」(厚生労働省)によると、「現在習慣的に喫煙している」割合は2010年に初めて2割を切り、2017年調査では17.7%と、年々低下している。しかし、「受動喫煙」については、職場、路上で約3割、飲食店で約4割が依然として経験している。国内で喫煙が起因する死亡者数は年間で12~13万人^{11、12}と推計されているが、受動喫煙が原因とみられる非喫煙者の肺がん、虚血性心疾患、脳卒中、SIDSの死亡者数も年間約1万5千人という推計結果がある¹³。

喫煙の健康被害を止める方法は禁煙である。喫煙は、個人の意思のみで止められるものではなく、ニコチン依存症によるもので、治療が必要な疾患である。禁煙外来を受診した患者で、治療開始から1年後の禁煙成功率は3割弱であるが、禁煙外来を規定の診療回数全て受診した患者では約半数が禁煙に成功している¹⁴。

日本医師会はこれまで、「禁煙推進に関する日本医師会宣言」(2003)や「日本医師会受動喫煙ゼロ宣言~子どもたちを受動喫煙から守るために~」(2012)の実施、関連学会と合同で「日本COPD対策推進会議」の設立(2010)など、組織を挙げてさまざまな禁煙対策に取り組んできた。2017年には、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会と合同で「受動喫煙防止対策を強化・実現するための署名活動」を行い、約264万筆を集めた。しかし、

11 Murakami Y, et al.; EPOCH-JAPAN Research Group. Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: a pooled analysis of 180,000 Japanese. *Prev Med.* 2011; 52: 60-65.

12 Katanoda K, et al.; Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol* 2008;18 (6) : 251-264

13 片野田耕太、笹月 静ほか「受動喫煙と肺がんについての包括的評価および受動喫煙起因死亡数の推計」厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 分担研究報告書 2016 6-17

14 厚生労働省 中央社会保険医療協議会(中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会(第54回))資料4-2「ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果等に関する調査報告書」 2017年11月10日開催

2020年4月から全面施行される改正健康増進法は、多くの人が利用する施設は原則禁煙となったものの、敷地面積による例外規定も残された。

日本医師会が目指すものは「例外や特例がない」受動喫煙防止対策である。政府等関係各機関への働きかけを続けることと共に、禁煙希望者への医学的支援、喫煙がおよぼす健康被害についての健康教育の実施など、禁煙の推進や意義について更なる裾野を広げていくことが必要であろう。

② アルコール対策

厚生労働省の研究班¹⁵によれば、2013年に全国でアルコール依存症の診断基準を満たす人は推計58万人、アルコール依存症の疑いがある人は推計113万人であった。継続的に医療を受けているアルコール依存症の総患者数は入院・外来合わせて年間約4～5万人¹⁶で推移しており、殆ど治療に結び付いていない現状がある。本疾患に陥る背景の一つとして「孤独感」も挙げられ、「孤独の病気」ともいわれる¹⁷。

健康日本21（第二次）では、2022年度までに「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している割合の減少（目標値：男性13.0%、女性6.4%）」、「未成年者の飲酒をなくす」、2014年までに「妊娠中の飲酒をなくす」をそれぞれ目標としている。2014年6月1日からは、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止や支援の充実を目的とした「アルコール健康障害対策基本法」も施行された。

アルコールは発がん因子の一つであり¹⁸、過度な飲酒が心身にさまざまな悪影響をもたらすことは知られている。妊娠中の飲酒は少量でも胎児に影響を及ぼす¹⁹ことや、飲酒開始の年齢が早いほどアルコール依存症のリスクが

15 樋口 進、尾崎 米厚 ほか「わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査2013年 2003年、2008年全国調査との比較」厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 分担研究報告書 2013 19-28

16 厚生労働省「傷病別年次推移表「アルコール依存症」平成26年患者調査（傷病分類編）39頁

17 厚生労働省「依存症対策」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070789.html>

18 American Society of Clinical Oncology (ASCO)「Alcohol Linked to Cancer According to Major Oncology Organization: ASCO Cites Evidence and Calls for Reduced Alcohol Consumption」<https://www.asco.org/about-asco/press-center/news-releases/statement-alcohol-linked-to-cancer-november-2017>

19 公益社団法人日本産婦人科医会「関沢教授の周産期講座10. 妊娠中の飲酒について」

<http://www.jaog.or.jp/lecture/10-%E5%A6%8A%E5%A8%A0%E4%B8%AD%E3%81%AE%E9%A3%B2%E9%85%92%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6/>

20 Grant, Bridget F.; The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. Alcohol Health & Research World, 1997;22 (2) , 144-147

高まる²⁰ことは、既存研究でも指摘されている。成年年齢の引き下げに伴い、飲酒・喫煙可能年齢を18歳以上に引き下げることが、今後も容認すべきではない。

医師会として、過度な飲酒がもたらす健康についての啓発活動も必要で、学校における健康教育も有用である。また、かかりつけ医がアルコール依存症患者を早期発見、専門治療の紹介、関係機関との連携に基づく地域でのフォローアップなどを担うことも重要である。

3) 産業医（産業保健）の活用

働く人々の健康を増進する上で産業保健が果たす役割は大きい。その領域で重要な働きをするのは産業医である。

産業医は、労働者が職域において健康かつ快適に働けるよう指導・助言等の活動を行う責務を担っており、疾病の治療を行う臨床医等とは異なる立場と視点から、疾病予防や健康の維持管理に貢献できる立場にある。

この産業医の特性を活かし、機能を強化していくことは国民の健康増進に大きな意義がある。

上記の観点も踏まえて、労働安全衛生法等が改正され（2017年6月1日施行）、産業医の強化が図られた。そのポイントは、(1) 産業医が健康管理等を適切に行うために必要な情報の提供の義務化、(2) 産業医からの勧告の尊重、(3) 長時間労働に対する面接指導や作業所巡視等の強化、等である。

このように産業医に係る法制が見直されたことは一歩前進である。

しかし、産業医が、実際の現場で適正かつ円滑に機能発揮をする上では課題もある。ここでは2つ取り上げたい。

① 産業医が活動する対象範囲の問題

法律上、産業医は常時50人以上の労働者を使用する事業場は義務だが、それより小さな事業場は義務付けられていない。

この点では、産業医制度の対象をより中小規模の事業場に広げていくこと、中小企業が産業医を共同利用できる仕組みを強化すること等が考えられる。

② 制度としての運営コストの問題

産業医の活動は当該医師への報酬も含め、相応の費用と手間がかかる。事業主が産業医への報酬や運営費を払うため、中小企業にとっては経営上の負

担になる場合がある。また、報酬を支払う事業主に対する産業医からの対応が鈍ることもあり得よう。

健康な職場環境整備の点からも、産業医が公正な立場で十分な活動が行えるよう、運営コストへの公的財源の拡充があつて良いと思われる。

健康経営や働き方改革等が叫ばれるなか、雇用領域における医療への期待とニーズはますます増大していく。労働者の健康増進のため、課題等乗り越えて、産業医の特性を活かした機能の強化を推進していくことが必要である。

4) 働くということの哲学的生理学的意味の研究

1999年第87回ILO（国際労働機関）総会でファン・ソマビア事務局長の報告の中で提唱されたDecent WorkについてILOは2009年の総会で、21世紀のILOの目標とした²¹。Decent Work、権利が保障され、十分な収入を生み出し、適切な社会的保護が与えられる生産的な仕事すなわち、働きがいのある仕事である。

働くということの意味は過去の歴史の中で多様な変遷を遂げてきた。時間的な長さにおいて人類の歴史の99%をしめる狩猟採集の時代では、労働時間は3時間程度で、過去に想像されたよりはるかに豊かで多様な食料を得ていたことが指摘されるようになった²²。労働時間が飛躍的に長くなったのは農耕が始まってからだとされている。

旧約聖書創世記の第3章で、アダムは蛇にだまされ禁じられた知恵の実を食べたことへの罰として「一生苦しんで地から食物をとる」²³とされた。すなわち、ここでは労働は神より与えられた罰だったのである。プロテスタントイズムでは労働は神への神聖な義務とされ、そして資本主義経済では、労働者が生きてゆく為を選択せざるを得ない苦痛に満ちた道という解釈さえされた。Decent Workという概念はそうした歴史の上に、ヒトがヒトらしく生きてゆく為に価値ある人生の行為として「働く」を進化させようとする試みである。

21 日本政府もこの概念の普及と実現に努めるとされている。2012年閣議決定された「日本再生戦略」にはこれの普及が盛り込まれた。

22 地球時代の「狩猟採集民」の現在一彼らにとっての生物多様性とは？一池谷和信（国立民族学博物館・総合研究大学院大学教授）

23 旧約聖書創世記第3章第17節

一方、わが国では、2015年一人の女性の自殺が引き金となって、「働き方改革の推進」という大きなうねりがあらわれた。2017年3月28日、政府は働き方改革実現会議をひらき、長時間労働の是正のための残業時間の上限の明記、同一労働同一賃金などを決めた。いたるところで蔓延していた、サービス残業などの過重な長時間労働や、非正規雇用労働者の割合が増加するなかで、正規雇用労働者との賃金格差への対応が急がれたのである。従来、わが国では、雇う側と雇われる側の関係性が極めてアンバランスで、雇われる側に無償でサービスの提供を求めることが異常なことと認識されていない傾向があると思われる。

2017年5月、労働基準監督署の立ち入り調査を受け、改善が求められた聖路加国際病院は土曜日の外来の診療科目を34から14に減らした。これで、医師の長時間労働については改善されるであろうが、患者の受診機会、医師の応召義務の遵守には問題が生じるかもしれない。労働基準法を遵守することによって、研修医など、若い医師の研鑽の機会が失われているという問題提起も少なくない。

立場、職種、環境、などの多様な条件を考慮し、より本人にとっても社会にとっても質の高い「働く」を考える必要があるだろう。それぞれのケースで、いかなる働き方をすれば、幸福度が増し、無用で過大なストレスから逃れられるか、キャリアや職能を得ていくことができるか、身体的に無理はないかについて考えて一定のあり方の提示と、そのあり方の定期的な見直しをする場をも設ける必要がある。このあり方の提示には、より健康的で無理のない、あるいは過重なストレスに圧迫されない働き方という点で、医療の果たす役割がある。

現在では、精神科医の指示による労働者の休職の件数も増えている。医療は、心身を壊してからの介入だけでなく、その前の働き方のあるべきあり方の提示への参加が求められている。

5) 怒り、ストレス、暴力への対応、医療の役割

近年、日本国内の暴力的犯罪の発生件数は凶悪犯、粗暴犯ともに減少傾向にある。2013年発生件数は凶悪犯で5300件、粗暴犯で5万2200件に対し、2017年では凶悪犯3800件で粗暴犯4万7400件である²⁴。しかし一方でネット

の普及によるサイバー暴力という、かつては存在しなかった新たな暴力が生まれている。深刻な社会問題のひとつである、「いじめ」についても、インターネットを媒介にした暴力が登場した²⁵。対面で相手が存在しない、さらには匿名性が確保されるネット環境でのコミュニケーションでは、暴力性に歯止めが利かなくなりがちである。感情を制約なく発揮し、他者を攻撃することが比較的容易なネット環境が新たな暴力を生み出している。法律上犯罪にはいたらないが、深刻な暴力を生む環境が形成されているのである。

また、昨今、経済格差が拡大固定化し、貧困世帯が増えていることが問題視されている。これは中長期的な経済発展のために、あるいは経済発展に必要な健全な市場環境のためには好ましくはないが、それ以上に社会にフラストレーションや、ストレスの蓄積を生み出すことになろう。一方、長時間労働や、労働生産性の低さ²⁶、職場でのハラスメントなど劣悪な労働環境の問題もある。例えば、民事上の労働紛争相談のなかの「いじめ・嫌がらせ」の件数は2008年度では3万2242件であったが、2017年度7万2067件に増加している²⁷。ここにも社会にフラストレーションやストレスが蓄積される要因がある。

個々のストレス、暴力被害への対応への医療の対応もより効果的になされることが必要であるが、対面での物理的あるいは言葉による暴力にせよ、ネット環境でのそれにせよ、「怒り」の発生、「怒り」にいたる感情、「怒り」を発生させるチャンスを希求する心理など、「怒り」のメカニズムの研究と、研究成果の広く社会的な情報共有が必要であろう。

一般的な疾病への対処として、あるいは健康づくりに、予防医療の果たす役割はますます大きくなると思われるが、よりよい社会環境を獲得する点に、怒り、ストレス、暴力と向き合う局面でも医療が果たせる役割は大きいと思われる。また、その成果が個々の健康と幸福の実現に寄与するであろう。

24 平成30年警察白書人口10万人あたりの主要犯罪率の推移

25 参考資料、「高校生におけるネットいじめの実態」原田恵理子、東京情報大学研究論集Vol17、2013
鈴木佳苗・坂元章「インターネット利用といじめの関係性に関する研究」平成23年、総務省・安心ネットづくり促進協議会「インターネット上の有害情報による青少年等の社会性への影響に関する調査研究」平成23年

26 OECD加盟国の中で時間当たりの労働生産性は1980年以降つねに20位前後で英米仏独伊加など欧米主要国には及ばない。

27 厚生労働省、個別労働紛争解決制度状況、平成29年度

(3) 人生100年時代への医療のあり方～健康寿命の延伸と尊厳ある終末～

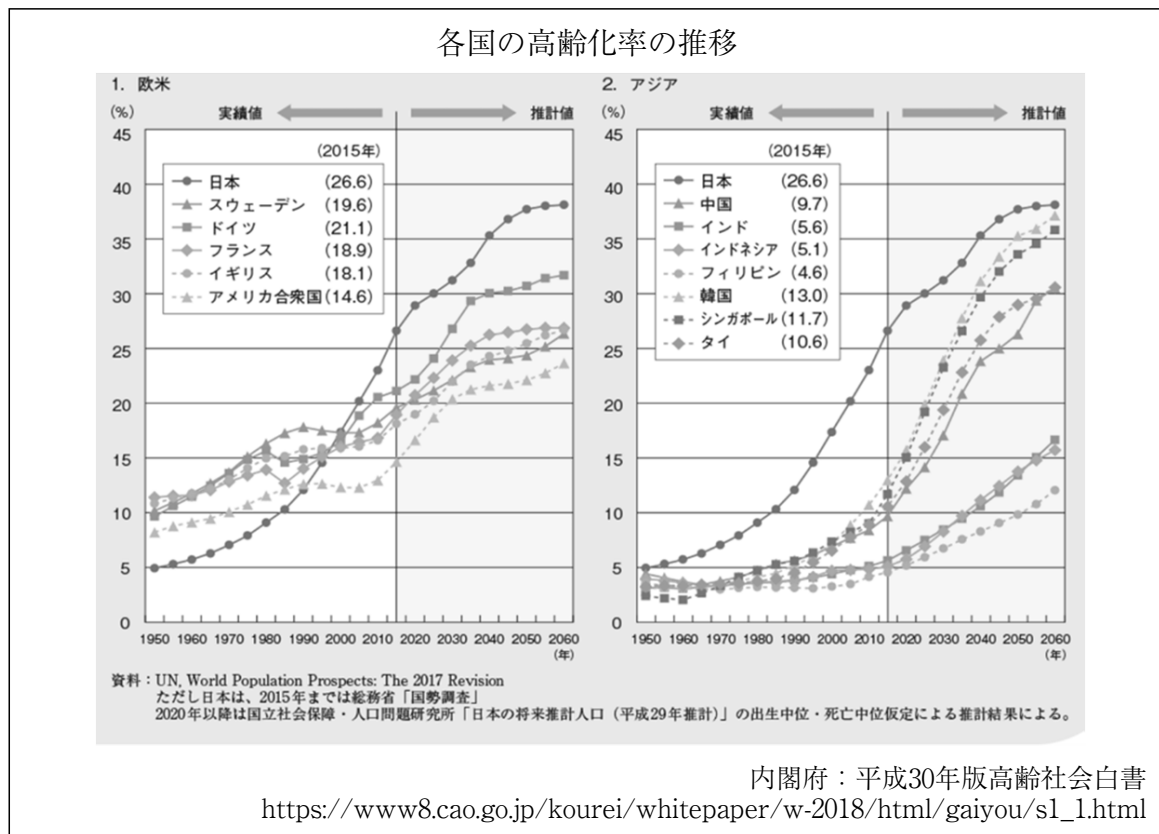
わが国の平均寿命はこの100年間で急激に延伸した。第二次世界大戦以前は、乳幼児の死亡率の高さなどもあり、40歳代にとどまっている。2018年までに男女ともに80歳を超え、女性では90歳に近づいている。今後も平均寿命は延伸していくことが予想されている。すなわち、第二次世界大戦後には想像もできなかった世界に我々は生きているのである。

今日までの常識にとらわれることなく、人生100年時代を想定した医療のあり方が求められている。

1) 超高齢社会において求められる医療

国連と世界保健機関（WHO）は、65歳以上の人口が7%を超えると高齢化社会、65歳以上の人口が14%を超えると高齢社会、65歳以上の人口が21%を超えると超高齢社会、と定義している。この定義に従えば、わが国はすでに超高齢社会に入って約10年が経過している（図表1-2-1-1）。

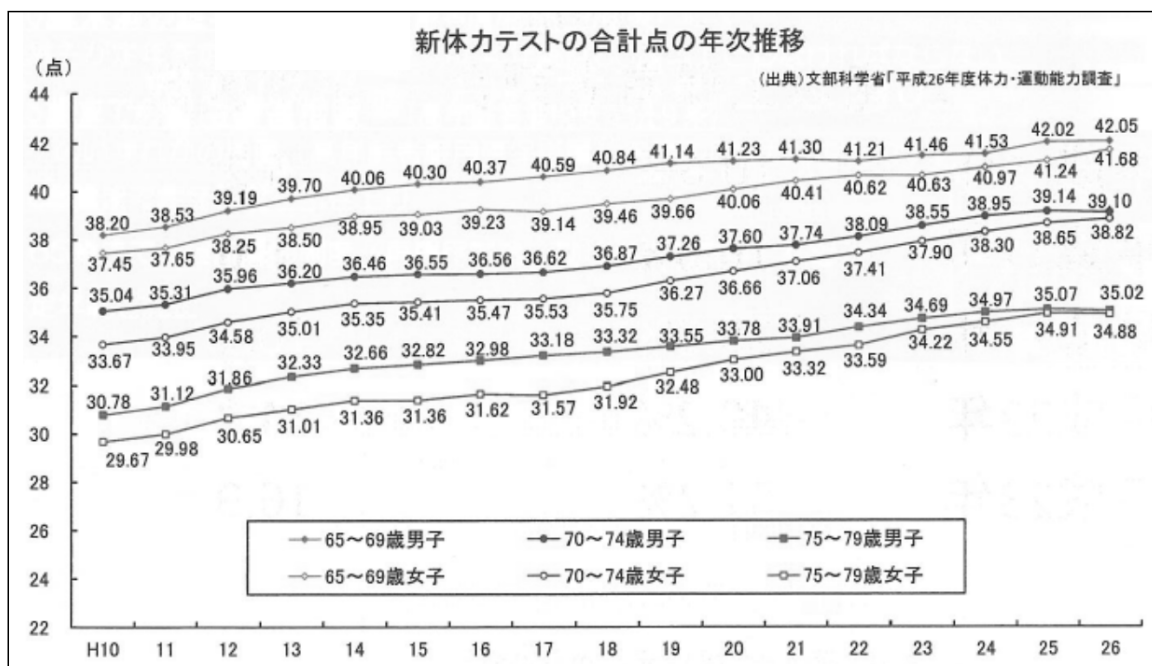
図表1-2-1-1



2017年、日本老年学会と日本老年医学会の合同ワーキンググループは下記の提言を公表した。

近年のデータを検討した結果、現在の高齢者は10～20年前と比べ加齢に伴う身体機能変化が5～10年遅延、「若返り」現象がみられる。65歳以上の人でも、特に65～74歳の前期高齢者においては、心身の健康が保たれ、活発な社会活動が可能な人が大多数を占めている（図表1-2-1-2）。

図表1-2-1-2



また、各種意識調査によると、社会一般でも65歳以上を高齢者とすることに否定的な意見が強くなっており、内閣府の調査でも、70歳以上あるいは75歳以上を高齢者と考える意見が多い。そして、合同ワーキンググループは、次の定義を提案した。

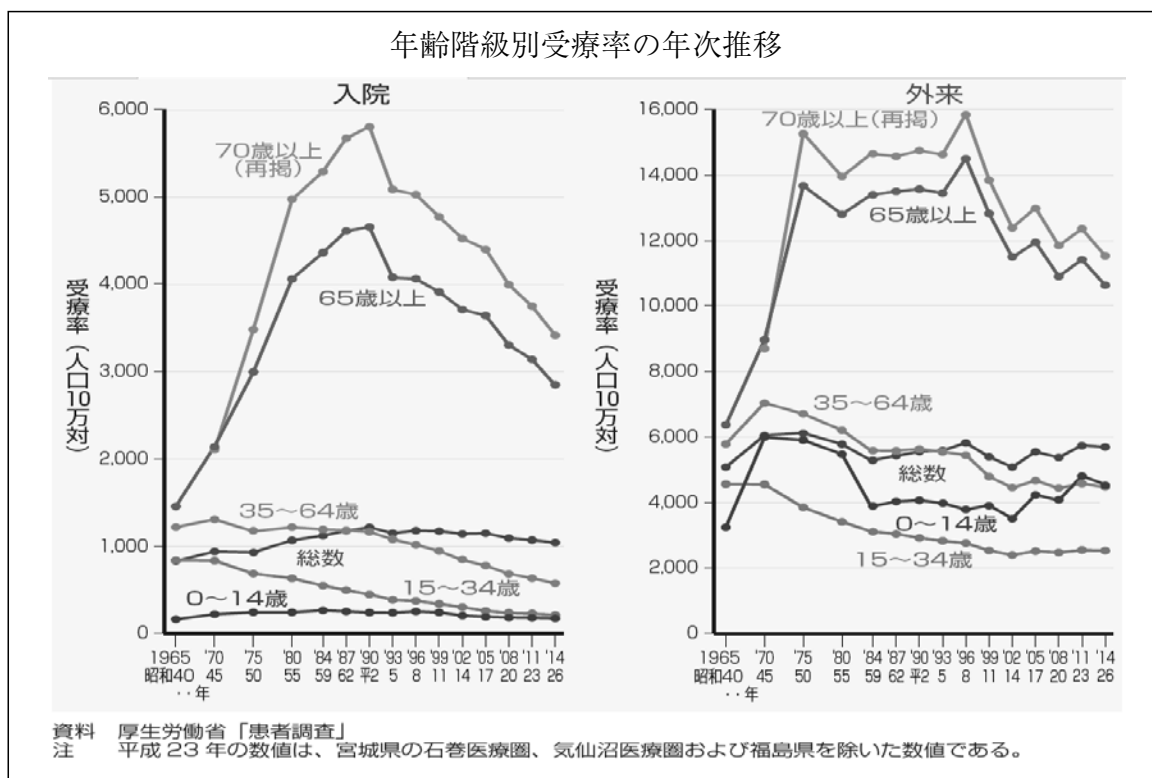
65～74歳は、准高齢者または准高齢期（pre-old）、75～89歳が高齢者または高齢期（old）、そして90歳～を超高齢者または超高齢期（oldest-old, super-old）とする定義である。

国際的に合意している65歳以上を高齢者とする定義では、わが国の実態に対応できていないのである。

2) 高齢者の医療需要とポリファーマシー

それでは、高齢者の医療需要はどのようなになっているか、当然のことながら、高齢になるにつれてさまざまな疾患に罹患し、医療需要は高まる。一方、日本老年医学会が指摘しているように、医療需要の高まる年齢自体も高年齢にスライドしている。その結果わが国の医療現場では、超高齢患者が多くを占める状態となっている（図表1-2-1-3）。

図表1-2-1-3



高齢になるほど、多数の疾患をもち（図表1-2-1-4）、多数の専門医の治療を受け、結果として医薬品の多剤使用（ポリファーマシー）となりやすい（図表1-2-1-5）。2018年6月に厚生労働省が公表した高齢者の医薬品適正使用の指針によると、

ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態であり、何剤からポリファーマシーとするかについて厳密な定義はなく、患者の病態、生活、環境により適正処方も変化す

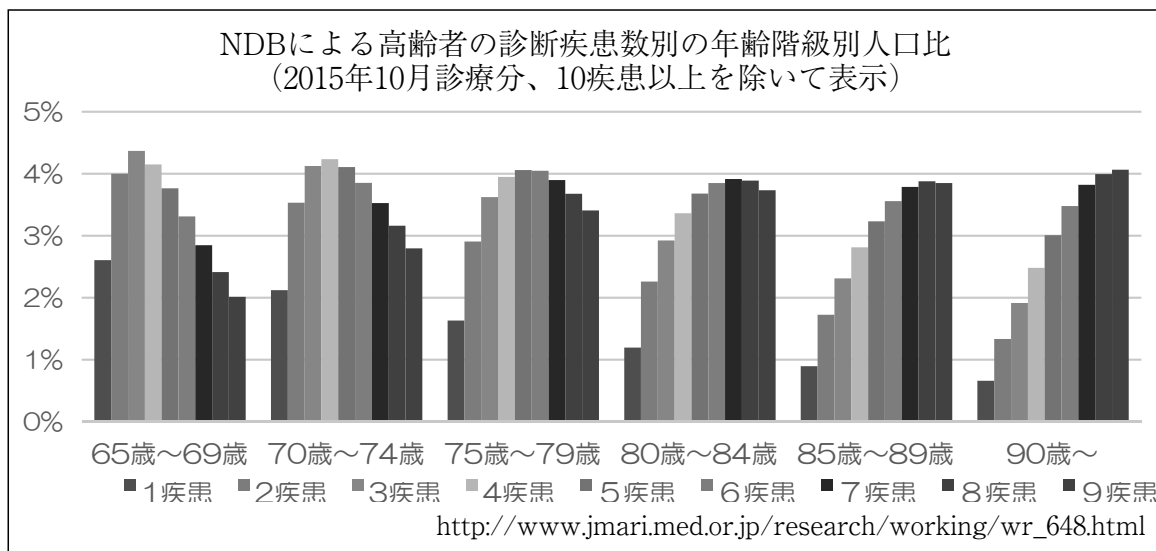
る。ポリファーマシーが形成される典型的な例としては、

- ・ 新たな症状が加わる度に新たな医療機関又は診療科を受診することによる服用薬の積み重ね
- ・ 薬物有害事象に薬剤で対処し続ける「処方カスケード」

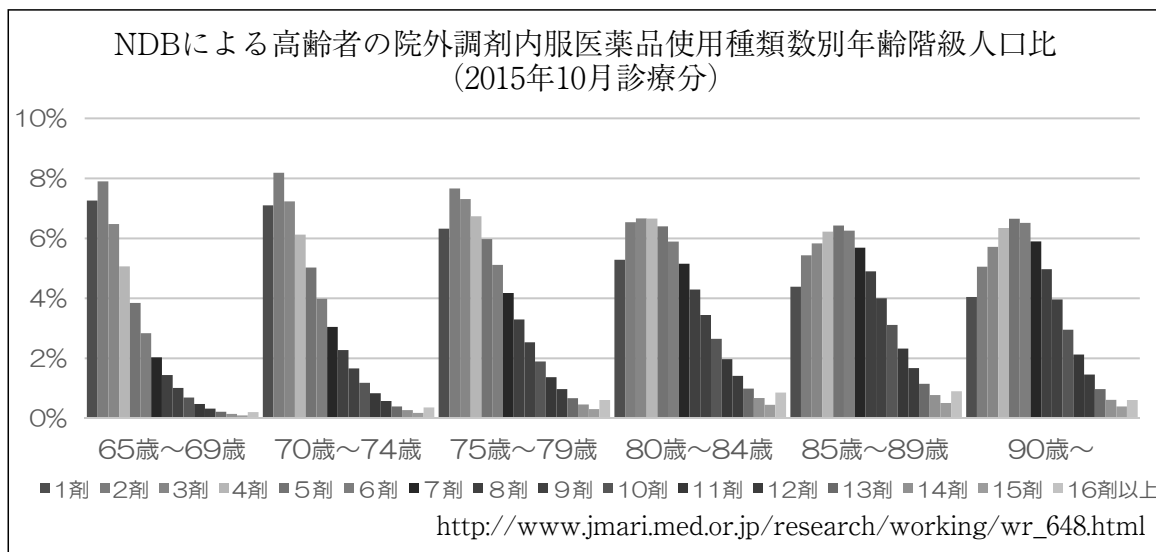
といったものが挙げられ、これらによるポリファーマシーは、例えばかかりつけ医による診療が開始された際に薬剤の処方状況全体を把握すること、又は薬局の一元化などで解消に向かうことが期待されている。

とまとめている。

図表1-2-1-4



図表1-2-1-5

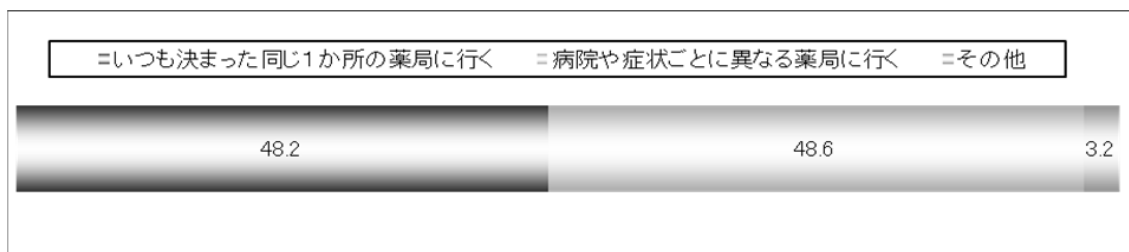


かかりつけ医には、司令塔として全体を把握することにより、優先順位付け、同一薬効薬剤の調整など、ポリファーマシーの解消に向かわせることが期待される。

一方、薬局については、複数の薬局の使い分け行動があり（図表1-2-1-6）、お薬手帳についても1冊にまとめて常に提示している人は3分の1程度であるなど、患者側が薬局にポリファーマシーの調整を求めていると言い難い状況がある。さらに薬局にはそもそも病名が知らされない体制のなかで、薬局薬剤師にポリファーマシーを解消させる役割を期待することはできない。

図表1-2-1-6

かかりつけ薬局の有無



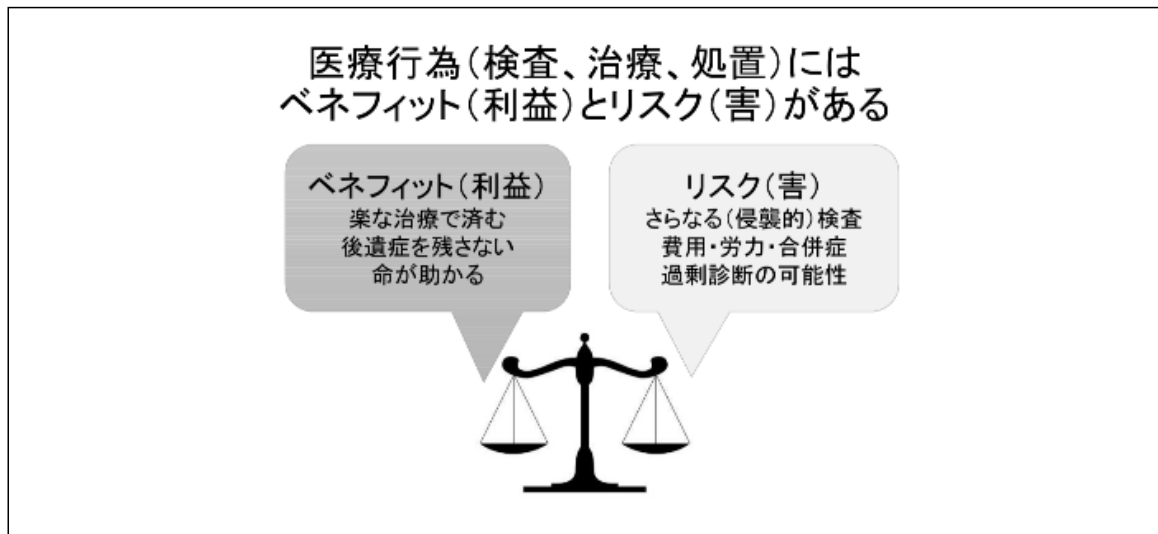
大阪府クイック・リサーチ2016「主観的健康感と生活習慣、受療行動」に関するアンケート
<http://www.pref.osaka.lg.jp/kikaku/mr/oqnet2016-2.html#juryoukoudou>

ポリファーマシーの解消、回避は、患者への有害事象の発生を防ぎ、健康寿命の延伸につながるものである。そのためには、患者がポリファーマシーについての知識を高め、かかりつけ医に調整を求めるようになることが重要である。患者教育、患者になる前の市民教育、さらには基礎教育における受療行動の意味についての教育が求められる。

3) 医療における益害バランスと賢明な選択

日本医療機能評価機構のEBM普及推進事業（Minds）では、診療ガイドラインは、「診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総対評価、益と害のバランス（図表1-2-1-7）などを考慮して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書」と定義されている¹。

図表1-2-1-7



第2回高齢者医薬品適正使用検討会 北澤京子構成員資料より
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000169173.pdf>

医療自体、益と害のバランスを考慮して選択されていくべきものである。

人生100年時代において、高齢になるほど、益よりも害の多い治療行為が増えていくことは必然である。高齢者においては、より一層、得られる便益と予想される危害のバランスから判断された医療こそ最も質の高い医療として選択されなければならない、かかりつけ医による全人的な診療機能に求められるところは大きくなる。

他方、2017年6月、日本医師会館において、日本医学会シンポジウム「医療における“賢明な選択（Choosing Wisely）”を目指して」²が開催されたが、賢明な選択はまさに益害バランスから導き出される方向と捉えることができる（図表1-2-1-8）。

1 <http://minds4.jcqh.or.jp/minds/guideline/manual.html>

2 http://jams.med.or.jp/symposium/pdf_abstract151.pdf

図表1-2-1-8

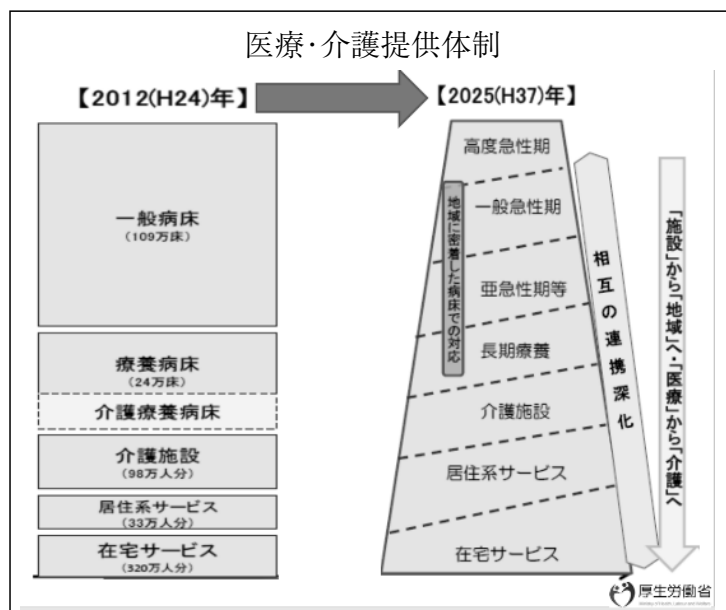
Choosing Wiselyの6原則
1. 臨床医主導 (clinician-led) : 政府や保険者主導ではない。このことは臨床医と患者の信頼を維持する上で特に重要
2. 強調すべき基本メッセージは、 ケアの質と有害事象の予防 であり、費用削減ではない
3. 臨床医と患者のコミュニケーション : 患者に焦点を当て、患者の関与を促す
4. 根拠(エビデンス)に基づく : 推奨は根拠に基づくこと、また継続的に見直すことによって、信頼性を保つ
5. 多職種連携 : 可及的に医師、看護師、薬剤師、その他の医療職を含める
6. 透明性 : 推奨作成プロセスの公開、利益相反の明示

Source: Levinson W, et al. BMJ Qual Saf. 2015;24:167-174.

適正な益害バランスの判断のためには基礎的な知識とデータが必要である。臨床医、特に急性期医療を担当する臨床医は、その入院期間の短かさ等から、益害バランスを判断するために必要なアウトカム情報を得ることが難しい。医療者間の連携によって、アウトカム情報を共有する必要があるのではないか。

さらに、急性期（図表1-2-1-9）を脱した後、かかりつけ医が全人医療を展開するのであれば、複数疾患への罹患状態も医薬品多剤使用の状態も把握することが可能であるが、実際には、部分的にかかりつけ医を受診しつつも、複数の専門医の診療を受けている患者は多い。その場合、一体誰が受療の全体像を把握し、全体の治療計画を立てているだろうか。本来それがかかりつけ医の役割であり、かかりつけ医はいわば司令塔となるべきである。しかし、残念ながら、複数の専門医を受診している患者にとって、かかりつけ医はこれまでのところ、全情報を掌握する司令塔と認識されていない。

図表1-2-1-9



また、患者および患者家族においても、益害バランスを判断するための基礎的知識が必要である。残念ながら、現在のわが国の義務教育においては、疾病の基礎知識や公衆衛生学的な考え方を学習する機会是与えられていない。当面は医療者、公衆衛生担当者等が一般市民を啓発していくことが必要であり、長期的には義務教育において、疾病の基礎知識や公衆衛生学的な考え方の学習の機会を確保すべきであろう。

4) 生活習慣病（NCD）対策からフレイル対策へ

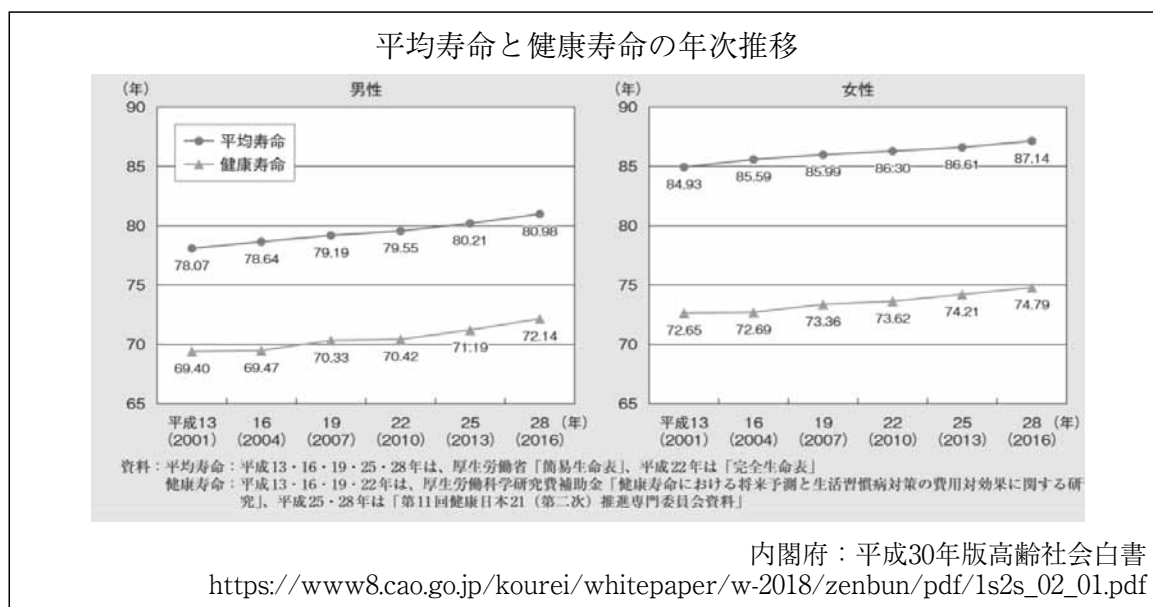
2002年、栄養改善法が健康増進法となり、2005年には食育基本法、2006年、がん対策基本法、2018年には脳卒中・循環器病対策基本法（健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法）が制定されている。今や、国際的にもNCD対策が疾病対策において最も大きな位置を占めているが、わが国はいち早くNCD対策に着手したのである。

生活習慣病（NCD）対策は対象の世代によって、目標を設定する必要がある。子どもたちには、将来を見据えた生活習慣教育と健康医療リテラシー教育、働く世代には適切な生活習慣の履行とともに、早期発見、早期治療、そして、高齢者には健康寿命の延伸、と設定することができよう（図表1-2-1-10）。

高齢になると、生理的予備能、ストレスへの抵抗力、そして生活機能が低下し、“Frailty（フレイル）”という中間的な段階を経て徐々に要介護状態に陥る、と考えられている。

フレイルとは、筋力が低下して動作の俊敏性が失われ転倒しやすくなるなどの身体的問題とともに、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を抱えた状態である。「虚弱」「老衰」「衰弱」「脆弱」などの日本語訳では“加齢に伴って不可逆的に老い衰えた状態”という印象を与えてしまう。しかし、Frailtyには適切な介入で再び健常な状態に戻る可逆性があるため、「フレイル」として、対策が構築され始めている。

図表1-2-1-10



2016年度に国立長寿医療研究センターで行われたフレイルの進行に関わる要因に関する研究による評価基準は以下のとおりである（図表1-2-1-11）。

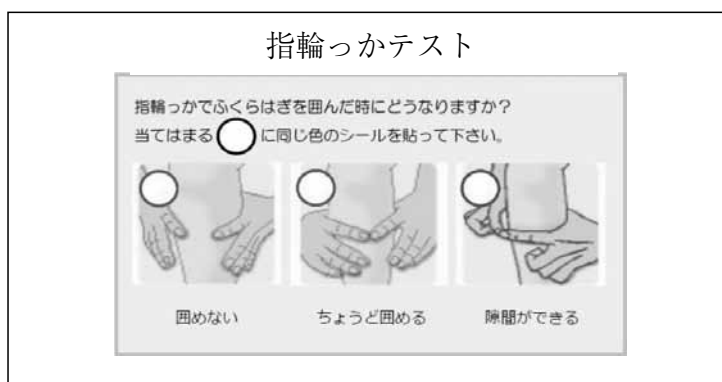
図表1-2-1-11

フレイル評価基準	
評価項目	評価基準
1. 体重減少	「6 か月間で2～3kg 以上の（意図しない）体重減少がありましたか？」に「はい」と回答した場合
2. 倦怠感	「（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする」に「はい」と回答した場合
3. 活動量	「軽い運動・体操（農作業も含む）を1週間に何日くらいしていますか？」及び「定期的な運動・スポーツ（農作業も含む）を1週間に何日くらいしていますか？」の2つ問いのいずれにも「運動・体操はしていない」と回答した場合
4. 握力	利き手の測定で男性26kg 未満、女性18kg 未満の場合
5. 通常歩行速度	（測定区間の前後に1mの助走路を設け、測定区間5mの時間を計測）1m/秒未満の場合

表の5つの項目のうち、3つ以上該当する場合はフレイル、1～2つ該当する場合はプレフレイル、いずれにも該当しない場合は健常または頑健とする、という基準である。こういった評価をかかりつけ医が率先して実施することで、高齢者自身の自覚の促進が期待できる。

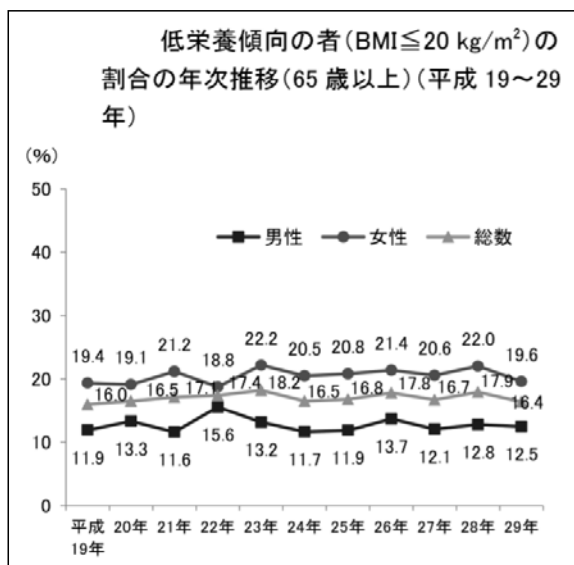
一方、フレイルの早期発見、早期介入のためには、市民が主体となってフレイル予防に取り組むことも重要であることから、飯島勝矢教授（東京大学高齢社会総合研究機構）によって、「フレイルチェック」が考案されている。フレイルチェックのうち、指で輪っかをつくり、ふくらはぎを囲んでチェックする「指輪っかテスト」は、簡易チェックとして、市民によって展開が可能である（図表1-2-1-12）。こうした市民の取り組みにも、医療界は関心を寄せるべきである。

図表1-2-1-12

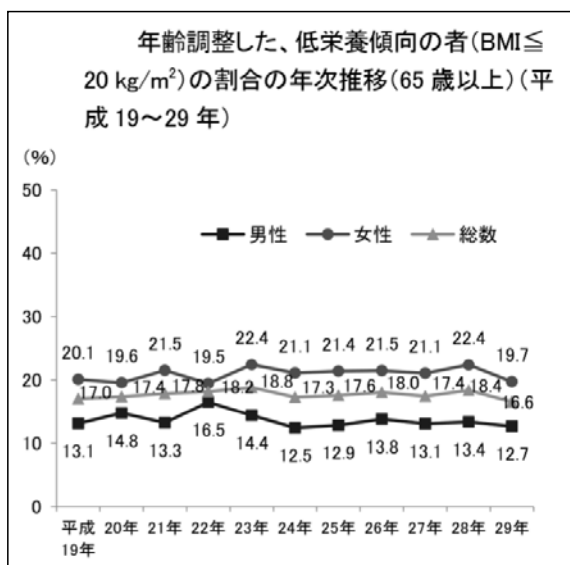


フレイルのサインである体重減少、体力低下の要因として、低栄養が挙げられる。2017年の国民健康・栄養調査は、高齢者の健康・生活習慣の状況をテーマとした。65歳以上の低栄養傾向の者（BMI \leq 20kg/m²）の割合は16.4%、男性12.5%、女性19.6%であり、この10年間ではいずれも有意な増減はみられなかった（図表1-2-1-13）。性・年齢階級別にみると、80歳以上では男女とも約2割が低栄養傾向にあった（図表1-2-1-14）。

図表1-2-1-13



図表1-2-1-14



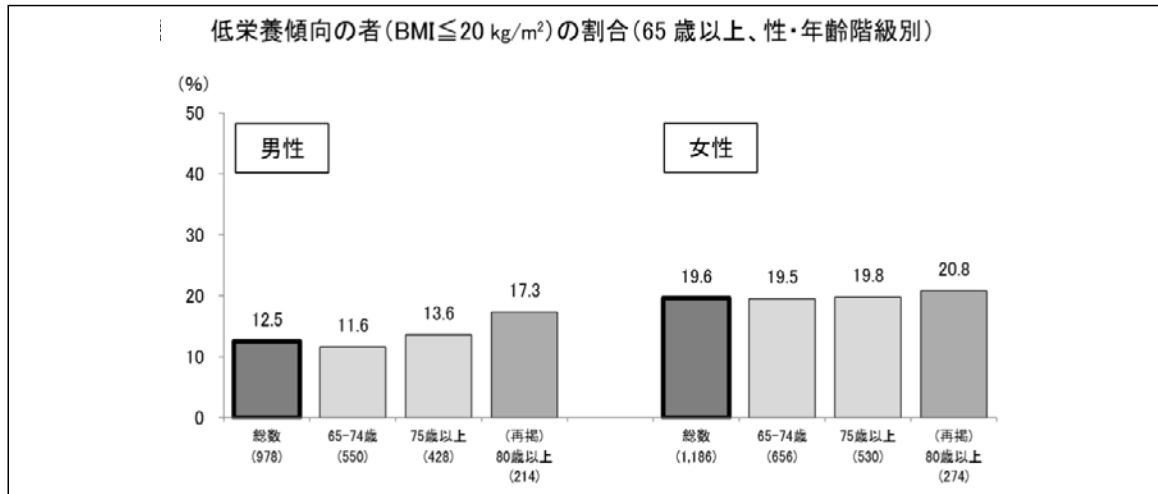
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000351576.pdf>

「健康日本21（第二次）」では、「やせあるいは低栄養状態にある高齢者」ではなく、より緩やかな基準を用いて「低栄養傾向にある高齢者」の割合を減少させることを重視している。その際、「低栄養傾向」の基準として、要介護や総死亡リスクが統計学的に有意に高くなるポイントとし示されているBMI 20以下を指標として設定している（図表1-2-1-15）。

生活習慣病（NCD）対策としては肥満の防止が大きな位置づけとなっているが、高齢者では低栄養が課題となっている。

老いには大きな個人差があり、一概に「いつ」とは決められないが、どこかの時点で、「太らない」から「やせない」へ切り替えなければならない。この意識変革は、医療者だけでもたらずことはできず、社会全体の認識を変えていくことが必要である。

図表1-2-1-15

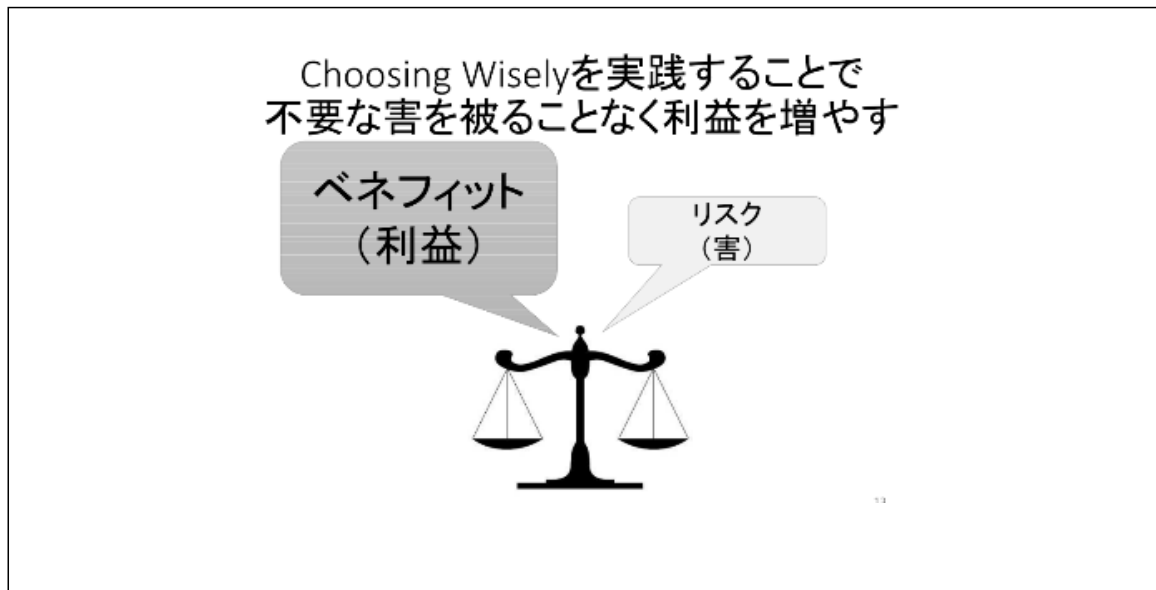


5) 将来のための医療・保健から、今を生きるための医療・保健へ

おなじく生活習慣病(NCD)対策のなかで、健(検)診は重要であるが、はたして、超高齢者にとって、将来の疾病のための健診がどれほど意味をもつだろうか。

早期に発見したからといって、早期介入、早期治療が有益か否か、慎重に見極めなければならない。「賢明な選択」は超高齢者において、特に重要な方向性といえよう(図表1-2-1-16)。どこかの時点で「調べる」から「見守る」への転換が求められる。

図表1-2-1-16



第2回高齢者医薬品適正使用検討会 北澤京子構成員資料より
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000169173.pdf>

慢性疾患の治療、特に未然防止のための医薬品使用についても、超高齢者については、いつまでどれだけ使用するのか、考慮する必要がある。漫然と継続していくと、むしろリスクを高める場合もある³。

2018年3月、厚生労働省は人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書を公表した。報告書では冒頭で、下記を指摘している。

- 人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人による意思決定を基本として行われることが重要である。
- 現在、我が国では、団塊の世代が75歳以上になる2025年を目指し、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、「地域包括ケアシステムの構築」を推進している。
- こうした中、全ての方が自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるようにするため、人生の最終段階における医療・ケアにおいて十分に本人の意思が尊重されるよう、国民に対し、人生の最終段階の医療・ケアに関する情報を適切に提供することや、普及・啓発を図ることが

3 <http://www.jmari.med.or.jp/research/working/index-1.html>

必要である。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）についての話し合いにおいて、本人や家族と信頼関係のあるかかりつけ医の存在は極めて大きい。最終的には個人の人生観によって選択されていく問題であり、個人、家族が考える場をもつよう促すことも、かかりつけ医の役割であろう。

(4) 健康な人づくり教育への貢献

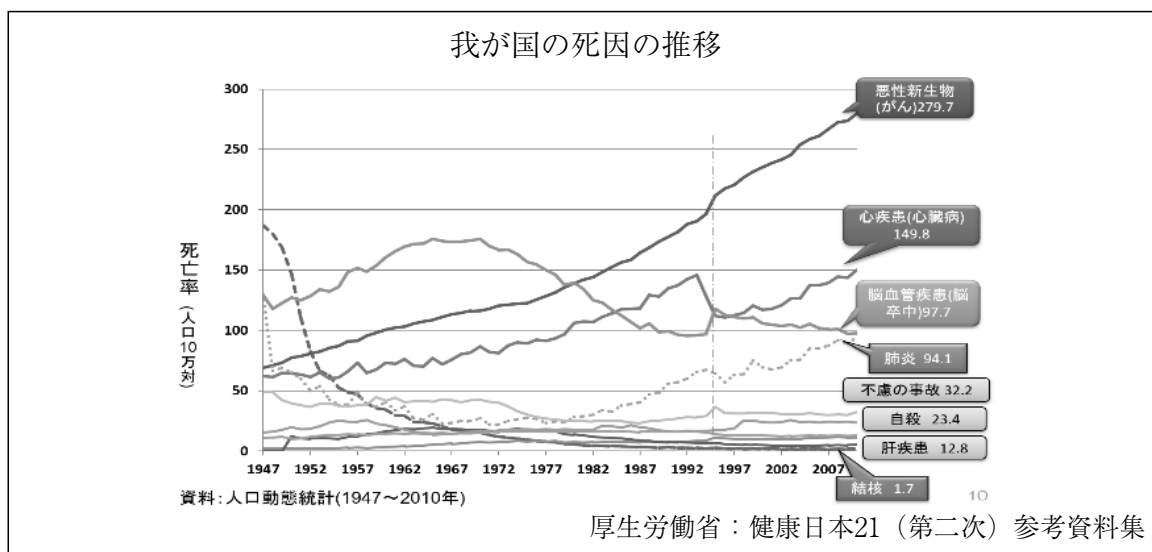
「ヒト」は、自らの身体と健康について関心を持ち、より合理的な行動選択をすることがのぞましい。疾病に罹患する、あるいは健康が脅かされていくメカニズム、主な疾病のこと、医療の仕組み、などについて、基本的な知識や理解があれば、より合理的な行動選択をする人が増え、それに伴い健康上のリスクを軽減することに成功する人が増えていくと思われる。またその結果として、医療需要も低減されると予想される。

しかし、現在の義務教育においては、人の身体と健康、主な疾病、医療の仕組みについて十分に学べる配慮はなされていない。多くの人々の生活の行動選択が合理性を高め、予防医療が実現する環境を作るためにも、医学、医療教育を大胆に盛り込むことが、特に初等教育に求められている。

1) 生活習慣と生活習慣病

1996年、厚生労働省はそれまで「成人病」として対策を講じていた疾患群の呼称を「生活習慣病」に変更した。「齢をとったらやむを得ない」ではなく、「食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与する」つまり、本人の努力と環境の整備で予防したり、発症を遅らせたりすることができる、という考え方である（図表1-2-1-17、1-2-1-18）。

図表1-2-1-17



図表1-2-1-18

生活習慣と生活習慣病

	禁 煙	健康な食事	身体活動の増加	リスクを高める飲酒の減少
が ん	○	○	○	○
循環器疾患	○	○	○	○
糖 尿 病	○	○	○	○
C O P D	○			

厚生労働省：健康日本21（第二次）参考資料集

そして、2002年、栄養改善法が健康増進法となり、国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向や国民の健康の増進の目標に関する事項等を定めたものとして「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(いわゆる「健康日本21」)が示された(図表1-2-1-19)。2012年からの第2次健康日本21については2018年9月に中間評価が公表されているが、生活習慣病と生活習慣については、下記のように評価されている(図表1-2-1-20)。

図表1-2-1-19

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少* がん検診の受診率の向上* 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 高血圧の改善 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上* 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少
<p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> 脂質異常症の減少 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 糖尿病合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少 糖尿病の治療継続者の割合の増加 糖尿病有病者の増加の抑制 COPDの認知度の向上

<https://www.mhlw.go.jp/content/000378312.pdf>

一定の評価はされているものの、行政として設定した目標値との関係においての評価であり、保健医療行政で実施できる範囲においての評価である。

図表1-2-1-20

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

栄養・食生活	身体活動・運動	休養	飲酒	喫煙	歯・口腔の健康
<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加* 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少* 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> 未成年者の飲酒をなくす 妊娠中の飲酒をなくす* 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> 成人の喫煙率の減少* 未成年者の喫煙をなくす 妊娠中の喫煙をなくす* 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少* 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> 歯の喪失防止 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加
<p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> 適正体重を維持している者の増加 適切な量と質の食事をとる者の増加 共食の増加 	<p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活における歩数の増加・運動習慣者の割合の増加 	<p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 	<p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 	<p>c:悪化した</p> <ul style="list-style-type: none"> 歯周病を有する者の割合の減少 	<p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> 口腔機能の維持・向上

<https://www.mhlw.go.jp/content/000378312.pdf>

2) 適切な生活習慣に関する情報

それでは、「適切な生活習慣」とは何か、どういった生活習慣が何をもたらすか、といった健康に関する知識を、人々はどこで獲得しているだろうか。

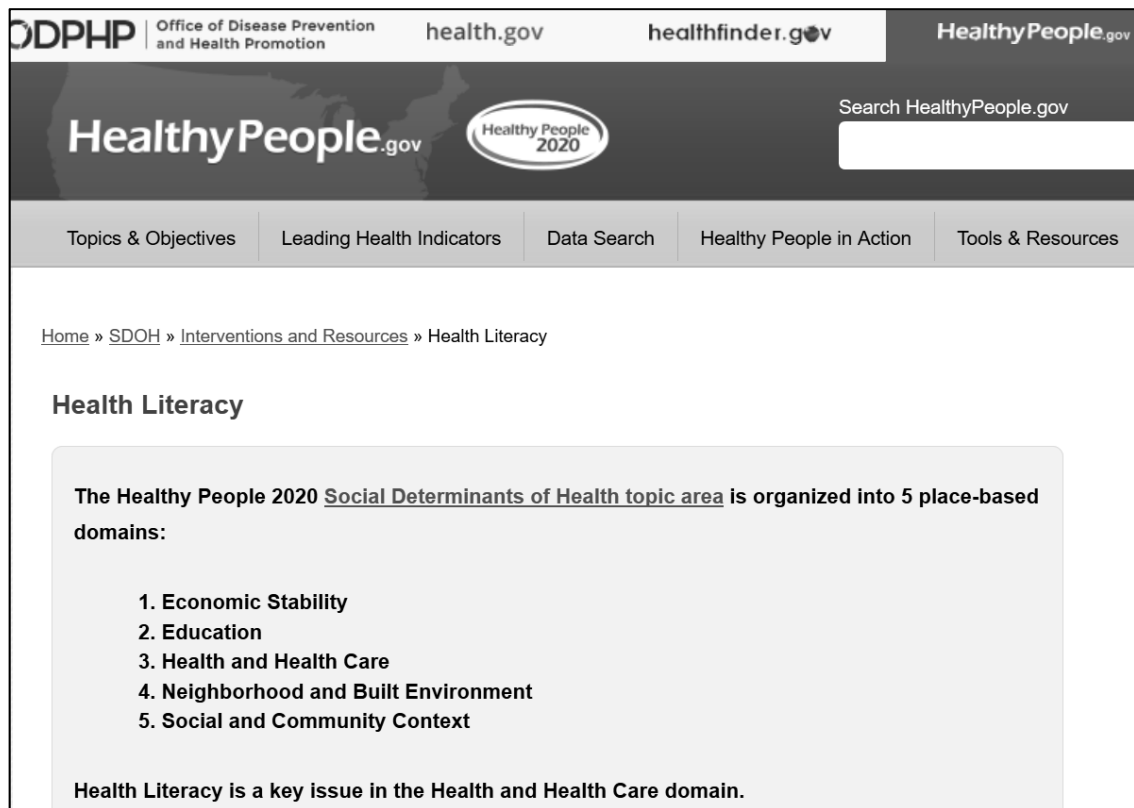
いわゆる健康情報は氾濫している。しかし、脳卒中、心疾患、糖尿病などを診療している専門家からは、患者の疾病についての理解の低さ、誤解や誤認に基づく誤った行動の多さが指摘されている。

このため、健康増進法（2002年）、食育基本法（2005年）、がん対策基本法（2006年）、そして脳卒中・循環器病対策基本法（健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法2018年）においても、知識の普及、啓発が行政の責務として掲げられている。また、各専門学会や医療機関も、正確な情報をさまざまに発信している。しかし、人々はこういった行政や専門家による正確な情報をあまり入手しようとはしていない。健康や医療に関する情報の選択と理解が不十分、つまり、「ヘルス・リテラシー」が低いのである。

「リテラシー literacy」は元来、「読み書きの能力（識字力）」を意味していたが、今では「情報を理解して活用する能力」といった意味で用いられている。

健康日本21は健康増進法に基づく国民計画として、第3次に入っているが、先立って策定された米国のHealthy People2000のいわば第3期、Healthy People2020では、ヘルス・リテラシー Health Literacyが項目として大きく掲げられている（図表1-2-1-21）。

図表1-2-1-21



3) 国民のヘルス・リテラシーが低いことによってもたらされる事態

国民のヘルス・リテラシーが低いことは、国民にとっては、

- ・適切な行動（生活習慣）をとらないために疾病の罹患、増悪がもたらされる。QOLが低下する。
- ・医療の受療において、適切な理解と判断を欠くことによって治療効果が損なわれる。

例えば、医薬品へのアドヒアランスが低いために期待される効果が得られない。

- ・誤った情報等のために無用な不安が生じ、医師との信頼関係構築の障害となる。
- ・不適切な受診行動は医療制度の維持を困難にするおそれがある。
- ・ヘルス・リテラシーの高さによって健康格差が生じる。

医療者にとっては、

- ・治療効果が十分得られない。

・患者とのコミュニケーションの障害となり、診療に余分な負荷がかかる。
 国全体として

- ・健康寿命延伸の障壁となる。
- ・医療資源が非効率に消費されるため、医療制度の維持が困難となる。

情報への理解力を高めるための学習の機会を、大人になってから得ることは極めて困難である。学校教育において、人生100年時代を健康に生きるためのヘルス・リテラシーを涵養することが望まれる。

4) 学校における健康教育と医療界のかかわり

学校教育は未来に向かう子どもたちを対象としている。教師は、未来をもつ子どもたちと「今」を共有している。しかし、子どもたち自身の未来に生じる健康障害の状況については、教師個人の体験を除けば、まず接点はない。一方、臨床医は、日々、生活習慣の積み重ねの結果としてさまざまな疾病に罹患した患者と対面している。つまり、臨床医は「結果」を知っているのである。

一方、学校教育は学習指導要領に基づいて実施される。

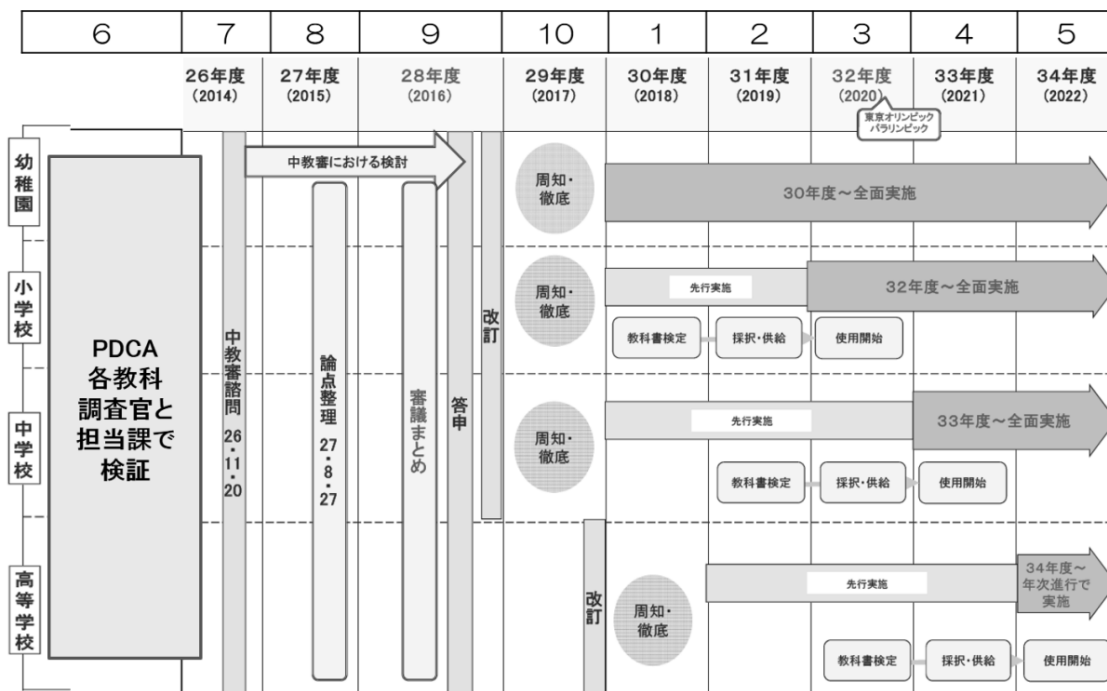
生活習慣および生活習慣病については、すでに20年前から学習指導要領に盛り込まれており、また、がん対策基本法により、学校教育においてもがん教育が開始されることとなった。



また、2017年3月、予測困難な未来社会を自立的に生き、社会の形成に参画するための資質・能力を一層確実に育成するため、学習指導要領が改訂された（図表1-2-1-22）。

図表1-2-1-22

学習指導要領の改訂プロセス



文部科学省資料「新しい学習指導要領の考え方—中央教育審議会における議論から改訂そして実施へ—」より抜粋・改変

学習指導要領は学年ごと、教科ごとに示される。健康や生活習慣については、具体的にはどこでどのように扱われるか、をみると、例えば改訂された2020年からの中学校学習指導要領においては「保健体育」「技術・家庭」「道徳」「特別活動」など関係する教科に分かれて取り上げられている。

しかし、いずれの教科においても、健康や生活習慣について、多くは、「学習時点での自分」つまり、子どもの時点での健康と健全な発達発育のための生活習慣についてであり、将来大人になってからの健康や疾病については十分とりあげられているとはいえない。このため、臨床で、脳卒中、心疾患、糖尿病などを診療している専門家からは、学校教育は、未来の自分の生涯を

通じての健康管理、疾病予防という視点には立っていない、との指摘がある。

また、2005年に制定された食育基本法には当時臨床側からも大きな期待が集まったが、教科としての「食育」があるわけではないこともあり、栄養教諭が授業を行う場面は限定的であることや、食文化、地産地消、生産者への感謝、残食の低減といった食料供給や環境問題など幅広い内容となっているために、生活習慣病予防という観点が薄まっていることは否めない状況である。

日本医師会は日本健康会議への参画とも相俟って、糖尿病対策を進めてきており、地方自治体も対応しているが、学校教育の現場にまで十分浸透しているとは言い難い。

2018年12月に成立した脳卒中・循環器病対策基本法において、啓発普及が盛り込まれたことは、脳卒中や心疾患などの生活習慣病についての啓発や教育の現状が不十分であることの反映である。

そこで、医療界として、約10年後に改訂が見込まれる次期学習指導要領が、このような観点に立つものとなるよう、改訂に向け各方面への働きかけを強めていくことを提案したい。

なおその際、学習指導要領は時代の変化や社会の要請により、改訂を重ねるたびにその内容が增強されてきており、これ以上の内容の増加は現実的でなく、また健康教育は前述の通り保健体育を中心に各教科に分散していることから、健康教育全般を一度棚卸ししたうえで、生活習慣を基軸に組立直すことを提案したい。

5) 学校医の役割 ～臨床医療と教育の現場を結ぶ学校医への期待～

生活習慣は、子どもたちが育っていく環境のなかで形成されるものである。成人してから生活や嗜好を変えることは容易ではない。人生100年時代において、成人後の期間は教育を受ける期間の4倍以上となっており、また40・50歳代で生活習慣病に罹患すると残りの人生50年間疾病を抱えた生活となる。生活習慣が出来上がった成人に情報を提供し、意識・行動の変容を促すアプローチでは機会と効果に限界があり、学校教育課程におけるアプローチが必要である。

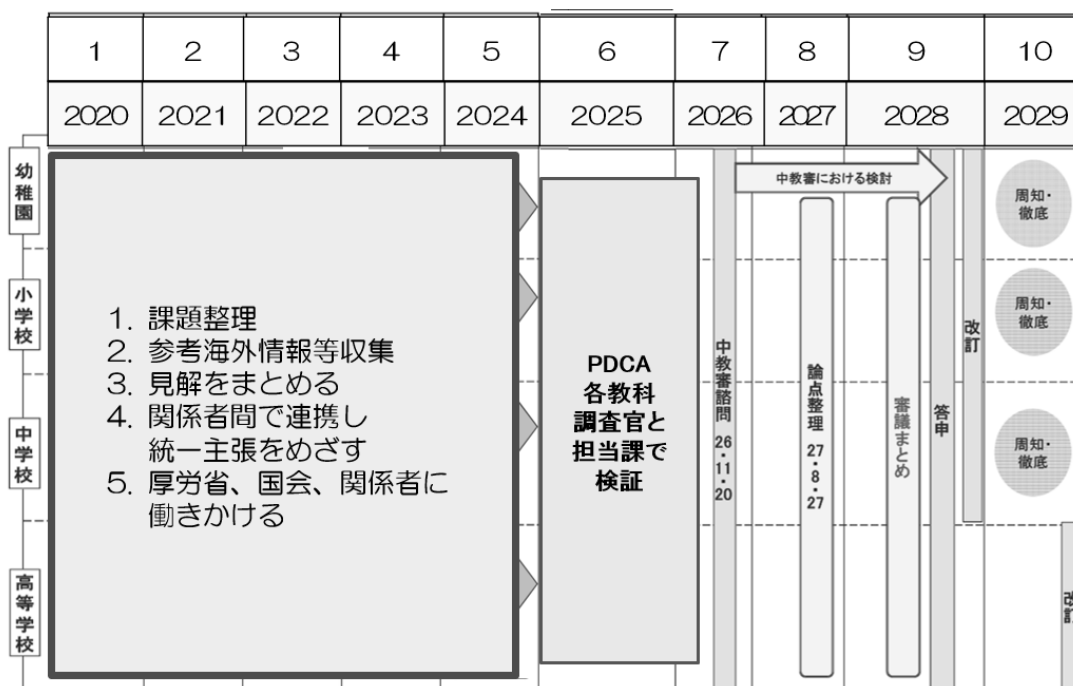
現時点で医療界としてできることの筆頭が、医療と教育の双方の現場を知

る学校医の役割の見直しである。

人口減少が続くなか、地域によっては学校医を引き受ける医師自体が減少しているとはいえ、学校において唯一の医療側からの参加者が学校医である。子どもたちの将来の健康について、学校医が学校に情報をもたらす活動には大いに期待する。あわせて医師会は、行政や学校保健会等の関係団体と連携して、学校医がこういった活動をするための資材や好事例を提供し、支援する役割を期待したい。

図表1-2-1-23

行動スケジュール



文部科学省資料「新しい学習指導要領の考え方—中央教育審議会における議論から改訂そして実施へ—」より抜粋・改変

これから新学習指導要領による教育が始まり、さらにその10年後からの対応で間に合うのか、といった見方もあるかもしれないが、医療界が働きかけを開始することで、教育界の視点も広がり、可能な範囲で対応は始まると期待できる（図表1-2-1-23）。10年後からであっても小学校高学年～中学生では、学校で得た知識や教材を家庭に持ち帰り、家族への情報提供者、つまり

プロバイダーとしての機能も期待できる。今から直ちに医療界が教育界へアプローチするための準備を開始すれば、次の改訂には間に合うのである。

6) 国民の生涯教育への医療者の貢献

子どもたちへの教育が最も確実であるが、現在の大人たちへの生涯教育も継続しなければならないことは言うまでもない。

医療法 第六条の二 第3項には、

「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。」

と国民の責務が規定されている。しかし、医療提供体制や医療の選択について、学ぶ機会はほとんどないのが現状である。

行政が機会を用意してもなかなか当事者には届かない。医療の場面での啓発、医療者としての啓発活動であれば、患者、国民の関心と理解を喚起する可能性が高い。

多忙な診療のなかでは患者に対して個別に啓発していく余裕はないが、コミュニティや行政に協力することで、専門家としてプロバイダーの役割を担うことは可能ではないか。

一方、働く人へのアプローチについては、産業医の役割が大きい。もちろん、産業医としての責務が数多く課せられているうえに、働く人のヘルス・リテラシー教育までは困難かもしれないが、資料教材等を整備することができれば実行可能かもしれない。産業保健分野の指導者には、働く人のヘルス・リテラシーを高めることも産業保健の向上に寄与することを理解していただきたい。

もう1点、保険者の取り組みとしても、被保険者のヘルス・リテラシーを高め、適切な受診行動を促すことは、本人の治療効果を高めると同時に医療経済上も合理的な効果が期待できる。保険者の取り組みに際しても医療の内容が中心に置かれるよう、臨床医が関与していくことが望まれる。

7) 多様性への寛容さ

文化・思想・哲学・宗教・民族・人種等の違い。そして、医療の文脈でいえば、希少性・難治性・先天性の疾患や障がいのある人。世界は多様な人で構成される。しかし、今、世界は人の多様性への寛容さに背を向けようとしている。

2017年8月、米東部バージニア州で白人至上主義グループと反対派が衝突し、20人超が死傷した¹。白人至上主義が勢いづく背景には、米国第一主義を掲げる米大統領のドナルド・トランプ氏の存在もある。トランプ氏はまた、反移民の立場もとっている。移民排斥の動きは米国にとどまらない。欧州でも反移民を掲げる極右政党が続々と台頭しているのだ²。

日本でも、衆議院議員が、性的少数者（LGBT）のカップルは子どもを作らないから「生産性がない」とする主張を雑誌に寄稿。その後組まれた同様の特別企画も国内外で批判され、雑誌が休刊する事態となった³。また、東京医科大学の女子受験生への一律減点問題も記憶に新しい⁴。東京医科大学の件に関して日本医師会は、横倉義武会長名で「公平性、平等性を欠く行為で大変遺憾」との声明を公表⁵。勤務環境の改善が講じられるべきなのに、性別による差別が脈々と行われていたことが問題視された。

こうした多様性への寛容さが損なわれる背景には何があるのか。個人のレベルでいえば、生きづらさ、ストレスや孤独感、自己否定感、自分と違う考え方・外見等への違和感。もう少し大きな視点で考えると、働き方、貧困、経済格差、教育格差、健康格差、他国との戦争や内戦、複雑な歴史的経緯。枚挙にいとまがない。ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）を介して、誰もがいともたやすく、時には匿名で他者を攻撃できる現代。時代の閉塞感からか、自らが他者よりも優位でありたいという人の奥底にある意識、ねたみ、そねみ、憎悪——。これらが、社会状況や政治的思惑等と複雑に絡み合い、さまざまな形で社会に噴出している。

1 朝日新聞「白人至上主義者、反対派らと衝突 米東部、車突入1人死亡」（2017年8月14日）

2 日本経済新聞「欧州、勢いづく極右、スウェーデンで第1党うかがう、「反移民」支持集める」（2018年8月9日）

3 東京読売新聞「『LGBT生産性ない』自民・杉田氏 月刊誌に寄稿 批判多数」（2018年7月31日）、CNN. Japanese politician under fire for calling LGBT community 'unproductive'. 26 July 2018.

<https://edition.cnn.com/2018/07/25/asia/japanese-politician-criticism-intl/index.html>, 朝日新聞「『新潮45』が休刊 LGBT巡る杉田氏寄稿・企画に批判 新潮社『限りなく廃刊に近い』」（2018年9月26日）

4 日本経済新聞電子版「医大の入試不正が問う女性差別の病理」（2018年8月8日）

5 毎日新聞「東京医科大：男子受験優遇 日本医師会が『平等性欠く』」（2018年8月4日）

重要なのは、一般市民が、人は多様であり他者との相違は誰にでもあること、つまり、他者との相違を正しく理解することである。世の中には精度の低い情報や悪意のある情報があふれている。こうした情報に惑わされないことである。これには報道機関をはじめ、医療・教育・経済等各界の果たす役割も大きい。2030年、さらにその先、閉塞感が排され、圧倒的に住みやすくなる社会が訪れるという保障はない。SNSのさらなる発展が見込まれ、誤った情報や悪意のある情報があつという間に拡散するおそれも高まる。特に、社会に提起されうるさまざまな医療問題に対して、日本医師会や医療系の専門職団体・学術団体等医療のプロフェッショナル組織が迅速に、かつ、積極的に、エビデンスに基づいたレスポンスを行うことがますます重要になるだろう。

政策レベルでは、多様性への寛容さが損なわれる背景要因を明確にし、それらを取り除く必要がある。そして、いかなる差別も社会は絶対に許さないという機運を醸成することが重要である。

8) NCD対策と国際貢献

疾患予防や健康増進に関する生涯教育の必要性は国際医療保健の大きな課題である。その中で、NCD（非感染性疾患：生活習慣の改善により予防可能な疾患）は心血管疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患、精神疾患などを含み、NCD対策（注：わが国においては「生活習慣病対策」として進められている。）は最優先課題の1つである⁶。背景には、全世界の死亡者数の71%に当たる4,050万人はNCDが原因とされており、うち約8割は低所得・中所得国家での死亡という事実がある⁷。世界保健機構（WHO）は2030年までにNCDによる死亡を3分の1減少させることを目標としている（SDGs持続可能な開発目標3.4）。

NCD対策において重要な役割を果たすのは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）である。UHCは医療サービス、対象者、費用負担の3つの側面から医療を支えることができるからである。また、予防の観点からプライマリケアの確保と推進も必須である（図表1-2-1-24）。

6 世界保健機関（WHO）は「NCDsの予防と管理に関するグローバル戦略の2013年～2020年行動計画」を策定

7 WHO、Global Health Observatory（GHO）data

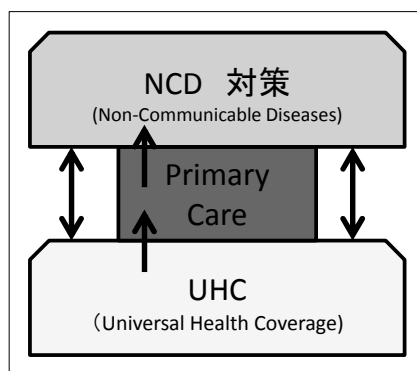
わが国は国民皆保険制度を築き、世界の最長寿社会を成し得ており、先進国として、NCD対策における国際的な役割がある。2018年9月の国連総会第3回NCDハイレベル会合では、国際社会が協力してNCD対策に取り組むべきとする政治宣言が採択されたが⁸、世界医師会会長として出席した横倉義武日本医師会会長は、プライマリケアを土台とした強力な保健医療システムとそのための投資の必要性を主張している⁹。

従来、わが国ではJICA（国際協力機構）やさまざまなNGOを通じた国際貢献が広範に行われてきているが、NCD対策に対する国民的理解も高め、対象国からの人材の招致や、育成のための研修機会をより多く実施していくべきである。例えば、肥満防止の食事や地域の認知症プログラムをはじめ、保健所や学校保健プログラムなど、わが国には、NCDの減少に向けて発信できるプライマリケアの貴重な経験や情報が多数ある。

国ごとに状況は異なるが、NCD対策の加速に向けて国際組織と連携し推進していくべきである。そのためには、国際医療保健を担う国内の人材不足を補い、人材育成を行っていくことも必要である¹⁰。国際貢献活動をより見える化して、広く日本の国民に示し、国全体としての機運を高めて推進していくことが重要である。

図表1-2-1-24

NCD対策、UHC、プライマリケア



8 国連総会第3回NCDハイレベル会合 http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2

9 <https://www.wma.net/news-post/wma-calls-for-stronger-healthcare-systems-based-on-physician-led-primary-care/>

10 日医総研ワーキングペーパーNo.342 「国際的潮流と我が国の国民皆保険等を踏まえたグローバル・ヘルス戦略の研究」畑仲卓司、江口成美、出口真弓 他 2015

2. 人類（ヒト）の暮らす基盤を支える

(1) 社会を支える

医療には社会を支える役割がある。それは公衆衛生学的なアプローチにとどまらず、個を守る、その個を守るという行為が周囲に安心を生み出す。その集積が社会の基盤を支えるということである。人類史上はじめての超高齢社会の到来、人口減少、過疎地域の拡大、所得や生活環境の格差の進行、こうした複雑な環境変化の渦の中で医療が的確に供給され、人々がここに安全を獲得し、安心を見出すことが、社会の基盤を強化する。と同時に、医療も、その複雑な環境変化の中で適応し、適切に変容を遂げていかなければならない。

あらたな何かを作り出す事によるだけではなく、まずある医療資源を、いかにより役に立つものとし社会を支えていくか。そうした角度からもあるべき医療の姿を考える。

1) セーフティネットの強化～病診、診・診連携、多職種連携と共同化の推進

疾病、外傷、加齢による劣化、障害等、医療に関わる人々のリスクは多岐にわたる。法律や制度はそれぞれの特定の分野での対応を想定しており、横断的な対応を想定してこなかった。市町村の担当もそれぞれの法律と制度、分野によって縦割りの対応をしており、相互の連携は一般的ではない。障害者に対しては障害者の保護等を企図した諸法¹、高齢者に対しては高齢者の保護等を企図した諸法²、児童については児童の保護等を企図した諸法³がある。しかし、住民の安全を脅かす問題は必ずしも一分野に専門的に起こるわけではなく、関わるすべての法律間制度間担当者間の共同が必要であるが実際には十分に実現しているとはいえない⁴。

医療機関については、病気と闘い、治癒を目指すところにとどまらず、健康を獲得し、維持し、増進する、また生活の質（QOL）を向上させ改善するために、患者の生活を柱とした機関相互の連携の必要性は広く認識されているであろう。この連携は、医療機関の間にとどまらず、介護福祉施設、救急搬送を担う消防、生活困難者の救済や保健を担う行政との間にも広がる必要がある。第一に、保健・検診情報、カルテ、投薬情報、介護情報の一元化がなされ、個人情報保護に留意しつつも住民を守る目的で必要としている機関が必要となるときにアクセスできなければならない。

生活困難者の救済については、患者の外傷の有無、健康状態を観察できる医療機関が、学校や職場でのいじめの被害者、DV被害疑い、生活困難疑いを発見し、行政などと情報を共有して、救済につなげるゲートキーパーの役割を果たせる仕組みづくりが求められる。

発達障害の児童のケアには、発達や生活の記録をとり、できるだけ早く小児科医の診断を経て必要な配慮を始めることが大切であるが、人口や施設の数膨大な大都市部、あるいは施設や専門医が近在しない人口過疎地などで、迅速に医療の介入を実現する仕組みづくりも必要である。

小中学校の検診情報も、多くが高等学校進学以降、あるいは就職以降活用

1 身体障害者福祉法（1950年施行）、知的障害者福祉法（1961年施行）、障害者雇用促進法（1960年）等
2 老人福祉法（2016年施行）、介護保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（2017年施行）、高齢者虐待防止法（2006年施行）等
3 児童福祉法（1948年施行）、児童虐待防止法（2000年施行）
4 静岡県富士宮市は2006年度「ワンストップ福祉総合相談支援体制」を構築し成果を挙げつつある。

されずに破棄されてきた。貴重な情報の個人でのあるいは、学校、地域単位での利活用が必要である⁵。

2) 社会の多様性を支える医療

LGBTの人々が不当な差別を受けるべきでないという社会的認識は、徐々にひろがりつつある。同性婚については、2001年オランダではじめて認められて以来、ベルギー、スペイン、フランス、英国（北アイルランドを除く）ドイツなど欧州の主要国のほとんどはこれを認めてきた。アジアでも2019年台湾が認めるにいたったが日本ではまだ認めるにいたっていない⁶。2015年東京都渋谷区は「渋谷区男女平等及び多様性を尊重する社会を推進する条例」をさだめた。このなかで、いわゆる同性のカップルに対するパートナーシップ制度のさきがけとなった。パートナーシップ制度に法的拘束力はないが、法の許す範囲の中で同性のパートナーシップの尊重を制度的に実現しようとする試みであった⁷。

一方、2018年12月改正出入国管理法が採択された。同法は政府が指定した業種で、一定の技能を有する外国人労働者に対し、新たな在留資格を付与するもので、外国人労働者の受け入れ拡大に備えることを企図している。しかし、すでに外国人労働者は年々増加しており、2008年の48万6398人から2017年には127万8670人に増加している⁸。総務省が2018年7月11日に発表した人口動態調査によれば、20歳代の同年代の日本の総人口の5.8%が外国人で、東京都ではおよそ1割に及んだ。東京都で最も外国人居住者の多い新宿区では、20歳代では日本人の人口はこの5年間で7%減少したが、外国人は48%増加している。こうした傾向は多かれ少なかれ全国的な傾向で、日本人の人口減少が進む一方、外国人の増加が日本国内の居住人口の減少を緩やかにしている。また、人件費を抑え、安価な労働力の獲得を求める企業や事業主が不法就労をさせているケースもあとを絶たない。

5 本書 第1部II-4-(2) ライフコースデータにおける母子保健、学校健診情報のデータベース化、方法とベネフィット参照

6 日本国憲法は第24条1項で「婚姻は両性の合意のみに基づいて成立」定めている。

7 市町村と東京特別区では、世田谷区、伊賀市、宝塚市、那覇市、札幌市、福岡市などが制度を導入している。

8 内閣府「外国人労働力について」2018年2月20日、厚生労働省「外国人雇用状況のまとめ」に基づく集計（隔年10月末の統計）

国際連合に加盟し、国際法を遵守するとし、法の一般原則を尊重する法治国家である日本国は、国籍、立場、宗教、信条に関わらず、たとえそれが違法行為を行っているものであったとしても、その人権と尊厳を尊重する責務がある。生命を守ることに直接関わる医療においてその責務は明らかである。今後ますます多様化することが予想される社会においても、一人一人がその属性に関わらず、必要なときに医療が受けられることが保障されなければならない。このことは、医療を必要としているヒトを守るだけにとどまらず、必要としていないヒトの「安心」をも生み出し、社会に好ましい安定をもたらすと思われる。「この国は、それぞれの事情に関わらず、命と尊厳の尊重は必ず果たそうとする社会である。」という認識が広く定着することが望ましい。

定住していない外国人の医療費の未払い問題、診療時の言語の違いによる壁などすでに、現場の医療機関が受けている負担は大きい。公的に解決を図る必要がある。また、不法滞在者、不法就労者については、その弱い立場ゆえに人権が蹂躪され、また、必要な医療を受けられていない可能性も高いと推測される。滞在就労の違法性とは別に、医療がこれらの人々の健康と人権を守る仕組みも必要であろう。

3) まちづくりと地域間連携

医療は平時の安全保障と言われる。医療は、地域住民が必要なときにいつでもどこでも十分な医療サービスを受けることができるという状態を提供するインフラであり、人々はその安心・安全な状態から便益を受けている⁹。種々の感染症の蔓延抑止の機能も果たしている。つまり、地域において医療の充実は、罹患に関わる事前リスクと事後リスクの両方を軽減しているといえる。この点で、医療は地域・まちが備えておくべき重要な機能の1つである。事実、人が都市圏から過疎地へ移住しようとするとき、医療アクセスと教育機会が2大懸念事項として挙げられることが多い。

戦後の高度成長を通じて都市が拡大するとともに車依存が進み、多くの人々が都市郊外に居住するようになっていった。しかし、少子高齢化が起き、東

9 森宏一郎 (2013) 『人にやさしい医療の経済学：医療を市場メカニズムにゆだねてよいか』 信山社

10 増田寛也 (2014) 『地方消滅 東京一極集中が招く人口急減』 中公新書、山下祐介 (2014) 『地方消滅の罫 「増田レポート」と人口減少社会の正体』 ちくま新書、飯田泰之、木下斉、川崎一泰、入山章栄、林直樹、熊谷俊人 (2016) 『地域再生の失敗学』 光文社新書

京や大阪のような大都市圏を除くと、急速な人口減少が起き始めた。地方存続の危機がささやかれ始めたのである¹⁰。この動向と合わせて、地方では地方都市中心部への集約化が起き始める。インフラを維持できるほど人口密度がなくなってきたため、中心部への移住を進めるべく、インフラやインフラ機能を担うサービスなどを中心部へ集約し始めたのである。医療も例外ではなく、病院の統廃合を通じて都市部への集約化の動きがすでに起きている。

他方、郊外に多く居住していた人口は高齢化し、車依存も限界を迎え、郊外に居住することはかえって高コストになるようになってきた。郊外では移動距離が長く、車を自由に使えなければ、医療機関に通院するのは困難となる。しかし、中心部へ移住しようとしても、数十年前には多く存在していた診療所（いわゆる町医者）は消えてしまっている。人口が郊外化するのに合わせて、診療所も中心部から姿を消したのである。

上述の歴史的動向を背景に、逆転の発想があり得る。それは、まちづくりに先行して医療機関を配置し医療サービスを充実させるという考え方である。冒頭で述べた通り、医療サービスは、そのまちに居住するための2大考慮事項のひとつである。高齢化が進んだ今、医療サービスがまちづくりの中核になり得る。医療サービスが充実しているからこそ、人が移住してくるようになるからである。人が集まれば、商業施設の活性化も起きる。

この論理を実現した事例が香川県高松市にある高松丸亀町商店街振興組合の「医商連携」である¹¹。商店街の1階部分は商店が入っているが、商店街の空中階を居住エリアに改変し、商店街の中心地に診療所を配置し、その診療所を核にして空中階同士で連結された居住エリアの医療サービス需要に対応しているのである。訪問診療にも対応しており、タブレット端末を活用としたネットを介した診療の可能性を研究中であるともいう。ネット診療の結果、問題がある場合だけ訪問あるいは外来で治療することで医師不足を緩和する狙いがある。しかし、現行では法制度が追い付いていない状況だともいう。いずれにしても、医療を中核とした商店街の改変（まちづくり）によって、疲弊した商店街は生まれ変わった。通りには人があふれ、多くの高齢者が徒歩で買い物を楽しんでいる。このような光景は他の地方商店街では皆目見当たらない。

11 坂口一樹、森宏一郎（2018）「医療による地域活性化：仮説構築に向けたケーススタディ」日医総研ワーキングペーパー、No.411.

丸亀町商店街は象徴的な事例であるが、医療サービスあるいは医療機関がまちづくりの中核を担っているケースは他にもいくつか存在する¹²。しかし、医療サービスを十分に受けられないような状況は困るという意味での「平時の安全保障」を考慮することは多いものの、医療サービスを中核に据えて、まちづくりを担っていこうとする動きはあまり見られない。地方では多かれ少なかれ香川県高松市と類似の状況にあると考えられる。医療機関を戦略的に配置して、移住を促して、都市機能を復活・新生させる試みを積極的に展開していくべきだろう。この視点は、人口減少社会における戦略的な都市創生・地方創生を医療によって生み出すことになるのではなかろうか。

4) タスクシフティング、タスクシェアリング

高度にICT化された時代にあっても、医療行為を担うのはあくまで人、すなわち医師その他の医療従事者であり、これらの人材を軸に、国民（患者）への安全で質の高い医療が提供される。しかしながら、医療従事者数には限りがある一方で医療需要はますます増大すると見込まれる。医療機関での組織化された対応がなければ、安全で質の高い医療を継続的・安定的に提供することは困難となろう。

組織対応の切り札が、タスクシフティング（業務の移管）、タスクシェアリング（業務の共同化）である。いずれも、院内の同一職種或いは多職種の医療従事者同士の連携、場合によっては地域内の他医療機関に跨がった連携が前提となる。

タスクシフティングの大まかなイメージを医師、看護師について見ると、医師なら「診断、治療、手術」、看護師なら「看護」といったコア業務とその遂行上必要なマネジメント業務に特化し、その他の業務は、医師からは看護師あるいはその他医療従事者に移管し、また看護師からは看護補助者や事務職に移管する、といった形が一例として挙げられよう。加えて定型的業務については、AIやRPA¹³の活用へのシフトが行われることになるだろう。

タスクシェアリングの一例を医師について見ると、患者の理解の下で行われる「複数主治医制」や「非常勤医の活用によるシフト制」が挙げられよう。また、地域の「かかりつけ医」等との連携も有効であろう。

12 脚注11を参照。

13 robotic process automationの略

なお、タスクシフティングやタスクシェアリングと重ねて、各職種が担う業務のピーク時間を予測し、要員配置をきめ細かい時間割で行うことも検討に値するのではないか。また、業務の移管や共同化を受ける医療従事者に対して、当該業務の重要度に応じ、個別の組織における人事評価と紐付けたインセンティブを設けるといった支援策にも留意する必要があるだろう。

以上のような工夫により、タスクシフティングやタスクシェアリングをうまく組み合わせた体制が構築できれば、組織としての生産性向上に寄与する他、医師その他の医療従事者個人や女性の働き方の改善にも繋がると期待される。

上記の体制構築のためには、医療機関が主体的にマネジメントし、医師その他医療従事者の職種別業務のピーク分析、職種別定型的業務の括り出しと標準化、公正な人事制度の導入・定着、充実した職員研修制度の開発と活用促進の他、導入されるシステムの互換性確保等多岐に亘る課題の解決を早期に図ることが望まれる。

5) 医療の生産性の向上

高齢化と生産年齢人口の減少を背景に、日本のあらゆる産業において「生産性の向上」が求められている。医療分野においても、限られた資源で増大する需要に対応するため、生産性の向上は社会的要請である。医療の生産性を測れなければその向上はあり得ないが、現状、それを計測する確たる指標はない。

医療の生産性計測にあたっては「臨床の生産性」と「医療機関経営の生産性」の2つに分けて考えるべき、というのが本グランドデザインの提案である。医療の場合、巷間の議論のように、労働生産性にのみ着目しても適切な評価はできない。したがってここでは、「臨床」と「医療機関経営」、それぞれの生産性を計測可能にするための方法論について述べる。

ア) 臨床の生産性

「投入した医療資源」(e.g.医療費や人員)に対する「質の向上」(e.g.死亡率・重症度・ADL等の改善度)で測られるべきである。医療の質の向上については、ドナベディアン以来、構造・プロセス・アウトカムに分けて指標化し、科学的に評価する手法が普及・発展してきた。これらを応用

し、外部効果まで考慮して評価すべきである。そのためには、個別の医療機関のみならず、日本全体あるいは地域別といったマクロレベルでも、医療の質を評価できるデータベースが創設されることが望ましい。これに加えて日本全体あるいは地域別に投入された医療資源のデータがあれば、マクロでの臨床の生産性が計測可能になる。次世代医療基盤等の大規模データベースの整備と並行して検討すべき課題である。

イ) 医療機関経営の生産性

経営の生産性を測る指標は、すでに経営学・会計学の領域において確立されている。代表的には「労働生産性」「設備生産性」の2つである¹⁴。

問題は、日本全体あるいは地域別といったマクロレベルで、これらの指標を計測できないことである。まずは、医療機関経営に関わるマクロのデータベースの整備から始めなければならない。その整備にあたっては、既存の統計調査を進化させたり、都道府県行政への届け出事項を発展・応用したりする等の方法が考えられる。

「臨床の生産性」と「医療機関経営の生産性」が全体として向上してはじめて医療の生産性が向上したと言える。行政が中心となって臨床と医療機関経営の生産性に関わるデータが整備されれば、限りある医療資源の有効な活用方法について、住民・患者のニーズに即した建設的な議論も可能になるであろう。

6) 医療保険のかたち (2030年・給付と負担)

1922 (大正11) 年に労使関係の対立緩和等を目指して健康保険法が設立され、1961 (昭和36) 年には国民皆保険を達成した¹⁵。その後半世紀を経て、公的医療保険は公費負担割合が上昇し、保険から保障に変容しつつあった。後期高齢者の増加にともなって、国民医療費に占める公費割合は2016年度に38.6%に到達した。一方、1961年度に患者負担は27.5%であったが、2016年度には11.5%に低下し、国民皆保険のありがたみが薄れようとしていた。

2030年、公的医療保険は「相互に重複のない医療」になった。すなわち学校教育や職場研修を通じて「患者力」が高まって医療法の理念にも謳われて

14 労働生産性 = 付加価値 ÷ 平均従業員数、設備生産性 = 付加価値 ÷ 有形固定資産
15 「平成23年版 厚生労働白書」を参考に記述。

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/01-02.pdf>

いる国民の責務が浸透し¹⁶、医療へのかかり方が格段に“上手”になり、重複受診がなくなった。保険料へのインセンティブが導入されたことにより「看取られぷらん」¹⁷の作成も進んでいる。

外来は診療所、入院は病院という機能分化が進み、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師との連携によって重複投薬もなく、アドヒアランスも向上した。

予防・健康づくりや両立支援の取り組みを経て、2030年には、生涯さまざまな場で、さまざまな働き方で、働ける時間に就労の機会を得ることができるようになった。その結果、現役被保険者が増加し、保険料収入が拡大して保険基盤が強固になった。

2030年には、国の集中的な研究支援によってゲノム情報の活用が進み、治療、薬剤の有効性が飛躍的に高まり、高額療養費の問題も回避されている。

2030年、「誰もが、必要なときに、必要な医療を」受けることができる国民皆保険は、さらなる未来に向かって持続している。

7) 在宅医療のあるべき形と多職種連携

在宅医療の必要性とその背景

近年、在宅医療の必要性が高まった主な要因は、先進諸国（2015年現在17.6%¹⁸）を大きく上回る高齢化である。国立社会保障・人口問題研究所（「日本の将来推計人口（平成29年推計値）」によれば、わが国の65歳以上人口は2015年現在における3,387万人（高齢化率26.6%）から2030年には3,716万人（31.2%）に増加する。重要な点は、既に高齢化が進んでいる地方に加えて、今後は、都市部においても高齢者数そのものも急速に増加していくことである。さらに、高齢化進展の影響により疾病構造の変化と死亡数の増加傾向も続く。疾病構造は、感染症から生活習慣病へと変化し、生活習慣病関連疾患による死亡割合はすでに約6割¹⁹に達している。最も年間死亡数の多い2040年と2015年では、年間に約36万人の差が生じると予想される。わが国の死亡の場所の約8割が病院という現状であるが、これから先、病床数がほとんど

16 医療法第6条の2第3項 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

17 看取りまでの計画を保険者に提出することで保険料を割り引く。もちろん変更も可能。

18 UN, World Population Prospects : The 2017 Revision

19 「平成24年度人口動態統計」による。多い順に悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、COPD、糖尿病、高血圧疾患など。

変わらない場合、病院以外での看取りの体制を整えることが喫緊の課題であり、医療提供体制の一つとして、在宅医療についてもその役割を担う必要がある。

現代の在宅医療

以上のような背景から、今後のわが国においては、地域で疾患を抱えながらも日常生活を送ることのできる医療・介護のモデルが不可欠であり、医療提供体制を医療機関ごとの機能に分化させ、「地域包括ケアシステム」の構築を推進することとなった。そのシステムの中核を担う機能が、かかりつけ医が中心となって行う在宅医療である。在宅医療は、心身の機能が低下した通院困難な患者やその家族に対し、患者の自宅や居宅としての居住系施設²⁰において、かかりつけ医が訪問診療を中心として、多職種連携による「生活を支える医療」を提供する診療形態である。現代の在宅医療は、1992年に行われた第2次医療法改正による法的根拠²¹に位置づけられ、診療報酬においても制度整備が進められてきた。日本のように医師自らが訪問して在宅医療を提供する形態は希少であり、台湾や香港などの海外からも高い関心が寄せられている²²。

在宅医療の今後の課題

在宅医療に関する今後の最大の課題は、在宅医療に対応できる医療機関の裾野を広げ、地域に必要な在宅医療の担い手（医師）をいかに増やしていくかである。今後は首都圏や都市部を中心に、一層需要が高まるであろう。地域包括ケアシステムが持続可能であるためにも、在宅医療に参画するかかりつけ医は今後も確保されなければならない。

厚生労働省「医療施設調査（平成29年）」によれば、24時間体制の届出の有無にかかわらず訪問診療を実施している全国の医療施設は、病院が約2700施設（病院全体の約3割）、診療所が約2万施設（診療所全体の2割）、調査

20 在宅医療における在宅の定義が明確になされたのは2008年の医療保険制度改定においてである。居住系施設とは、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス・有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）、小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）、特定施設など。

21 第一条の二2項における「医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない。」

22 国際在宅医療会議シンポジウム 2018年9月開催

月に実際に看取りの実績があった病院では病院全体の6%、診療所では診療所全体の4%超であった。在宅医療にかかる診療報酬は、2006年以降大きく整備され、医療機関にとっても経営的に取り組みやすくなっているはずであるが、2014年の調査結果との比較ではほぼ横ばいとなっている。既存の調査研究においても、在宅医療を行う医師の活動継続意向は約6割程度である。

日本医師会がこれまで提唱してきたメッセージである「午後から地域へ」という外来の延長としての無理のない在宅医療のとらえ方にもとづき、「日医かかりつけ医機能研修制度」等の研修の充実は今後も続けるべきである。そして、地域の医師会では、医師向けの在宅医療への導入のためのプログラムを進めてもよいだろう。在宅医療を行っている医師と新規参入意向のある医師との情報交換の場を提供するなど、これからは地域の事情に即した取り組みが必要である。

多職種連携

在宅医療の対象となる患者は、医療と介護の両方を必要とする状態であり、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、関係機関が連携して、包括的かつ継続的な医療・介護を提供していかなければならない。そのため、2014年度の介護保険法の改正により、郡市区医師会等と地域包括支援センターが連携し、在宅医療と介護を連携して提供する枠組みである「在宅医療・介護連携推進事業」が定められた。都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進するという法的根拠を持つ事業²³として創設され、全国展開が進められている（図表1-2-2-1）。これにより、在宅医療における多職種連携は、これまでの意欲のある医療・介護関係者による俗人的・献身的な活動から、制度へと位置づけられた。

23 在宅医療と介護の連携推進については、これまでの厚労省医政局施策である在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療連携推進事業（平成25年度～）として実施された。これらの成果を踏まえ、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業として創設。

図表1-2-2-1 在宅医療・介護連携推進事業について



出所）厚生労働省老健局老人保健課「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2（案）」

図表1-2-2-1に示した在宅医療・介護連携推進事業の8つの（ア）から（ク）の具体的取組の実施にあたり、在宅医療・介護連携を支援する相談窓口が設置される。在宅療養患者を支える多職種が連携するためのコーディネート機能を備え、地域の医療機関・介護事業者等に関する情報の収集・提供や、住民が退院して在宅療養を開始するに当たっての相談対応などの機能を担っている。

市区町村は、8つの事業項目を通じて、地域の実情に応じた在宅医療と介護の連携体制の構築、充実を図っていくこととされているが、その際に「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 2（案）」（厚生労働省老健局老人保健課）において、「地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築」することや、「各地域における医療・介護提供体制のあるべき姿（目標）や進め方の全体像を医療・介護の関係者と共有した上で、各取組を一体的に行

うことが重要である。」と明記されている。在宅医療の連携基盤がようやく整った。地域の実情を踏まえた「ご当地」の地域包括ケアシステムと円滑な連携にもとづく在宅医療の実現に向けて、行政と継続的で密な関係を構築していくべきである。

(2) 担い手を育てる～社会的環境～

医療の担い手の育成について視点を大きく2つに分けた。すなわち需要を生み出す担い手（患者、潜在的患者）と周辺、すなわち社会環境と、供給サイドの担い手すなわち医療者である。あるべき姿の医療をそれぞれにフォーカスして考える。ここでは社会環境について、次の（3）で医師の育成について、その働き方のあるべき姿も描きつつ述べる。

1) 患者と潜在患者の医療への認識

社会保障費の増大が見込まれるなか、わが国の社会保障の持続可能性に向けて、患者と住民（潜在患者）は医療に対してどのような認識を持つことが必要であろうか。そのためには、社会や制度をどのように変えていくべきであろうか。以下では、人々の医療に対する認識と今後について述べる。

受けた医療に対する人々の満足度と医療全般への満足度は、いずれも過去15年間上昇傾向にあり¹、医療そして医療者に対して人々の理解が高まっていることを示唆していると考えられる。また、診療における意思決定に自ら関わろうとする意識も高く、医療・医学情報を容易に入手できる社会環境の変化と、医療提供側の意識の変化も影響していると推測される。さらに、対象者の約半数は「人々は医療を必要以上に利用している」という問題意識を持っており、医療の適正利用に向けて、救急車を安易に呼ばないことや、かかりつけ医を持つことが重要と考える人は多い²。

ただし、一部の人々がそれぞれの事情や不安から、過度な医療利用を行い、勤務医を含む医師の過重労働と疲弊を招いていることも事実である。そこで、厚生労働省は医療のかかり方を再考するための懇談会を昨年開き、住民・患者の役割の明示化と啓発活動を開始している³。わが国の社会保障制度の持続可能性を維持するため、社会や医療が抱えるさまざまな課題を、より多くの国民に正確に理解してもらうことが重要である。

今後、以下の点についての推進も必要と考える。第1に、住民・患者が正しい情報を活用して、賢い患者を目指すことである。それには、行政や医療関係者が、一般の人々にとって理解しやすい、わかりやすい、正確な情報提供を行うことがまず必要である。自身の診療情報についても、今後はICTを活用して、健診やカルテ情報、レセプト情報などを住民・患者と共有することが、医療への理解や意識を高めることにつながる⁴。第2に、健康や病気の不安への対応が行われ、より多くの住民・患者が不必要に医療利用を行わないことである。緊急時の医療体制を、多職種で整備し普及させることが今後の課題である。さらに、不安の軽減には、診療の場での医師とのよりよい

1 日医総研ワーキングペーパーNo.384、No.331「第6回日本の医療に関する意識調査」「第5回日本の医療に関する意識調査」江口成美、出口真弓 2017年、2014年

2 「第6回日本の医療に関する意識調査」

3 厚生労働省 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会 2018年10月～12月

4 1例として、恵寿総合病院では患者さんがパソコンで自身の診療情報を閲覧・保管できる仕組みを備えている。 http://www.keiju.co.jp/news/pages/detail.html?news_id=259

コミュニケーションが必要で、医療者の研修を進めることも重要である。現在、Choosing Wisely キャンペーン⁵が諸外国で広がり、わが国においても推進団体の活動が開始されている。まずは、そのコンセプトを患者と医療者の間で広く共有していくべきである。特に、フリーアクセスが可能なわが国で、過剰な医療（検査、治療、処置）を控え、賢い選択を目指すことが必要であろう。第3に、より多くの国民が、身近なかかりつけ医を持ち、自身の健康増進をさらに進めることである。かかりつけ医を持つ人は持たない人より、より健康意識が高まる⁶。信頼されるかかりつけ医を地域で育て広めていく役割を医師会が担っている。

2) 医師・患者関係

医師・患者関係は医療の重要な部分を占めている。医師・患者関係を考える際に重要なのが、自律的な規制である倫理綱領である。近代の倫理綱領に影響を及ぼした「ヒポクラテスの誓い」。これは、伝統的な医師・患者関係として⁷、医師が判断・決定し患者はそれに従うというパターンリスティックな考え方や、善行・無危害原則を示唆しているとされる⁸。

第二次大戦後、倫理綱領に変化が見られた。患者の権利意識の高まりに加え、生活習慣病の治療や終末期医療において治療の選択肢が増えたことによって、患者の意向を尊重しない医療のあり方が批判され、インフォームド・コンセントを重視する患者中心の医療が強調されるようになったのだ⁹。1973年に米国病院協会が「患者の権利章典」を、1980年には米国医師会が「医の倫理原則」を公表。世界医師会は1981年、「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」を採択した。日本医師会も2000年に「医の倫理綱領」を公表、2004年に策定した「医師の職業倫理指針」において「医師は患者の利益を第一とし、患者の権利を尊重し、これを擁護するように努めなければならない」と明記。2014年には日本医師会医事法関係検討委員会が患者の権利と義務を

5 Choosing Wisely Promoting conversations between patients and clinicians <http://www.choosingwisely.org/>

6 日医総研ワーキングペーパーNo.331「第5回日本の医療に関する意識調査」江口成美、出口真弓 2014

7 WMA. 医の倫理マニュアル 原著第3版. 2016年. p.30

8 額賀淑郎：第7章 医療従事者・患者関係. In 赤林朗編、『改訂版 入門・医療倫理I』勁草書房、東京、2017

9 児玉聡、赤林朗：医療・健康 生命倫理. In 『現代用語の基礎知識2013年版』自由国民社、東京、2012：812

含む「医療基本法（仮称）案」を提示するに至った。

近年、良い医師・患者関係を構築するには、医師・患者の双方の関与が重視されている。これは、患者の権利から一歩進み、自分が望む医療を受けるには、患者の側も一定の責任を持つ必要があるというものである。日本では、認定NPO法人「ささえあい医療人権センターCOML（コムル）」が、10カ条で構成される患者の心構えを公表している¹⁰。例えば、医療には不確実性や限界があること、医師とのより良い関係づくりには患者にも責任があることなどである。また、市民の側から、患者の権利擁護をはじめ、行政や医療従事者等の責務、患者の責務にも言及した「医療基本法要綱案」の発案もある¹¹。

これまで述べたことから、より良い医師・患者関係の構築に何が必要かを考えると、主に次の2点を指摘することができる。一つは、大学での医学教育はもとより、臨床においても継続的な医療倫理教育を充実させることである。本グランドデザインにおいてすでに述べられているように、医療技術の発展に伴い終末期医療や生殖医療のあり方等多様な倫理的問題が日々生じている。また、医療のグローバル化によって新型感染症や渡航移植、渡航幫助自殺といった自国内だけでは対処できないような倫理的問題が存在している。このような中、患者との関係性において倫理的問題が発生した際にどのように議論したらよいかを考えるためである。もう一つは、患者が自分の医療に関する責任があるという意識を持つことである。これは、「知らない」「知りたくない」というのではなく、患者自身が自分の状況やこれからの治療について理解する力をつけるということでもある。一方通行の関係ではなく、医療をめぐる医師と患者がともにつむぐ関係づくりが必要である。

10 ささえあい医療人権センターCOML. 新・医者にかかる10箇条. <http://www.coml.gr.jp/katsudo-naiyo-ippan/kokorogamae.html>

11 患者の権利法をつくる会. 医療基本法要綱案（改訂版）. 2013年. <http://www.iryu-kihonho.net/14706218616480>

3) 地域格差を解消するために

それぞれの地域に生じる医療の格差は先進諸国が抱える共通の課題の1つである。わが国も医師数の地域差は大きく、人口10万人あたりの医師数は徳島県が最も多く316人であるのに対して、埼玉県は最も少なく160人で約2倍の違いがある¹²。各都道府県の中でも二次医療圏別に比較するとさらに差が見られる¹³。へき地・離島や過疎化の進む地方都市での医師不足は、地域住民の健康維持を阻害し、医療の平等性を崩す。このような状況下、地域医療提供体制を確保するために、2018年に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が制定され、今後、国を挙げて対策が進められていくことが決定している。厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」は継続して審議を行っており、人口あたりの医師数でなく、診療科や年齢分布なども考慮した医師偏在指標を作成し、医師少数区域での医師確保策を精力的に進めていくことが計画されている。今後の推進にあたって、以下の点について考慮が必要と考える。

まず、地域住民が持つ医療ニーズの感覚と、計算上の数値との整合性である。医療は地域に根ざしており、言うまでもなく、それぞれの地域事情に沿った特有の施設利用が行われている。数値上は医師多数であっても、患者集中で勤務医などの負担が極めて重い地域や、逆に、数値上は医師少数であるが、提供者や住民の間に不足感がない地域があるであろう。計算値に加えて、現場ニーズの把握と十分な考慮が必要である。次に、遠隔診療やICT技術の活用は、地域医療の偏在解消に貢献しうる。既存研究でも、遠隔診療が効果的な医療提供に貢献したことが報告されている¹⁴。医療水準を低下させないことを条件に、ICT技術を利用して地域住民の利便性を図り、地域格差を縮小することは推進されるべきである。

さらに、地域の医師数など医療資源の数や量の格差を減らすことは、医師の負担軽減の側面から進める必要があるが、格差解消の最終目的は、地域住民に提供される医療の中身を平等にすることである。医学教育をはじめさま

12 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成28年

13 日医総研ワーキングペーパーNo.419「二次医療圏別医師数データ集 ―医師の地域別・診療科別偏在に関する地域別報告」高橋泰、江口成美、石川雅俊 2018

14 Donglan Zhang¹ et al. (2018) . Expansion Of Telestroke Services Improves Quality Of Care Provided In Super Rural Areas, Health Affairs 37 (12)

さまざまな事情から、地域によって診療や診断に差があると推測され¹⁵、今後は、診療・診断のバラツキの縮小にも注力すべきであろう。科学的根拠に基づき系統的な手法により作成された、学会等による診療ガイドライン等を、医学教育や生涯教育の中に組み込み、推奨していくことが望ましい¹⁶。最後に、へき地や地方部の医療を担う医師を増やすために、医学生に地域医療の魅力伝えることをさらに推進すべきである。地方部の診療所を含む医療機関が、医学生を短期的に受け入れるなど、さまざまな機会を検討してはどうであろうか。国民がどこにいても高い水準の医療が同じように受けられる平等性の確保に向けて、今後の取り組みが注目される。

4) 大学のあるべき姿

いわゆる地方やへき地での医師不足の直接の原因に、医局講座制のもとの人事が機能しなくなったことがある。2004年新医師臨床研修制度がスタートし、2年以上の臨床研修が必修化されると同時に、幅広い診療能力を育成するためのスーパーローターと称される総合診療方式が導入された。さらには研修医の処遇も整備し研修に専念できる環境を制度化した。それまでは、所属医局の単一の診療科による研修が主で、また研修医の7割以上が出身大学での研修をうけていた。また処遇が十分でないため、アルバイトをしながら研修をうけることも珍しくはなかった。新しい制度の導入によって、幅広い診療の応力を身につけることができる（可能性）ようになり、また処遇の改善により研修に専念できる環境もできた。一方、医局に所属することなく医師のキャリアをスタートすることができるようになったため医局に所属せず、自由に職を選び従事している医師も増えた。入局者が減少すれば、大学は各地の病院に派遣できる医師の数も減少する。また大学間で医局の入局者数に大きな差異が生じている。競争力の高い大学の、有力な関連病院と、競争力の低い、過疎地域の病院の間の医療環境の格差は著しく大きくなる。現行新制度のよい点は残しながらも、新たな医局講座制的環境をつくる必要はあるのではなかろうか？ 教授（医局）の恣意的な人事に医師が翻弄される危険性を低減させ、有効なキャリアビルディングを実現できるように、人事

15 日医総研ワーキングペーパーNo.403「糖尿病診療の実態 —全国12自治体の国保データから—」江口成美、渡部愛、坂口一樹、佐藤敏信 2017

16 公益財団法人日本医療機能評価機構では、日本の学会等が作成した診療ガイドラインを評価し、Mindsガイドラインライブラリーとして広く掲載している。<https://minds.jcqhc.or.jp/>

とキャリアプランを可視的にする。まずは、医局は新人に選ばれるようなプランと環境を整備する。また制度によって強制力を働かせるのではなく、制度によって大学の努力を後押しする施策を実施する。また、医学生理学の教育に終始しがちな卒前教育で、医療の社会的な位置づけ、医療供給のあり方、医療行為のあり方などの教育プログラムを充実させることでも、新たに医師として社会に出る医学生により賢明な道を選択できる力を養えると思われる。

次に大学自体のあり方である。2003年国立大学法人法が成立し、2004年、すべての国立大学は独立行政法人に移行した。このころから日本の研究力(学術論文)の国際競争力が質量ともに低下している¹⁷。論文数と正の相関にある高等教育機関研究従事者数、公的研究資金では先進国中最低である¹⁸。また独立行政法人化以降、大学への配分予算である運営費交付金はおおむね毎年1%ずつ削減されている。近年、市場競争の原理を持ち込み、大学の生産性の向上を図ろうとする傾向も著しい。ただしここでは研究機関同士の競争がいかなる構造、環境で行われているかの視点が欠如している。

大学のあり方を見直し、経営の改善をすることは必要であるが、大学における経営の最適化とはどういうことかの再確認が必要であろう。「金」で評価できる民間企業の経営とアウトカムの異なる大学経営には、企業とは違う基準で評価する経営の最適化が求められるべきである。企業であろうが大学であろうが病院であろうが、経営の最適化とはその機関が生産すべき価値を、最も効率よく生産することである。すなわち、大学にあっては、大学が生み出すべき、教育、研究の分野の成果を、あるいは価値を投入資源に対してもっとも効率よく生産することであろう。医療者の教育にとどまらず、その土壌となる大学のあり方について、短絡的な「改革」ではなく、あり方、あるべき姿、ミッションも含め深くその存在について考え直すことが社会に求められている。

5) 在宅医療の担い手が育つ環境

今後のわが国においては、地域で疾患を抱えながらも日常生活を送ること

17 豊田長康 (2019) 「科学立国の危機—失速する日本の研究力」東洋経済新報社

18 一方、研究費あたりの論文数の少ない公的(政府)研究機関に政府負担研究開発資金の半分以上が投下されている。これに対して論文数の8割を占める大学への投入は4割未満にすぎない。

のできる医療・介護のモデルが不可欠であり、医療提供体制を医療機関ごとの機能に分化させ、「地域包括ケアシステム」の構築を推進することとなった。在宅医療の需要は今後ますます増加することが予想される。これまで医育大学などの教育機関は在宅医療の担い手を積極的に育成してはこなかったが、今後は、国民の医療ニーズとして医療界が対応していくためには、在宅医療の担い手を育てる環境や仕組みを確立することが不可欠である。2030年に向けて、担い手を育成する環境として重要な点は大きく3つである。

第一に、医師に限らず在宅医療に関係する人材全体の育成という観点からは、市区町村を中心とした地域ごとの医療・介護連携にもとづく顔の見える関係づくりができる土壌があることである。2014年度の介護保険法の改正により、「在宅医療・介護連携推進事業」が郡市区医師会等と地域包括支援センターが連携し、在宅医療と介護を連携して提供する枠組みが定められた。全国の市区町村で展開される事業であり、当該事業において、実質的な連携や連携促進のための研修が開催されることになる。在宅医療の担い手すべてが関わり、必要な知識や情報共有が行われることで、関係者の資質が向上することが期待される。

第二に、在宅医療を担う医師の育成という観点からは、在宅医療の導入研修として日本医師会が提供している「日医かかりつけ医機能研修制度」¹⁹等を医師にしっかりと活用してもらうことである。本研修制度は、2016年4月1日より実施されている。日本医師会が、かかりつけ医を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と位置づけ、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための新たな研修制度である。実施主体は、本研修制度の実施を希望する都道府県医師会であり、かかりつけ医機能である

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践、について受講できる。

今後も、在宅医療の導入研修として良質で有用なものであり、継続的に提供される必

19 日医かかりつけ医機能研修制度 <http://www.med.or.jp/doctor/kakari/>

要がある。

第三に、大学医学部の教育カリキュラム、すなわち医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて在宅医療に関する講座を通じた基礎教育の位置づけである。医学教育モデル・コア・カリキュラムは、すべての医学生が履修すべきコア・カリキュラムであり、将来の進路、社会的需要に多様化に対応した選択性カリキュラムである。2001年3月に医学教育の抜本的改善を目指して教育内容を精選したガイドラインとして文部科学省から公表されている。現在、在宅医療や支える医療が、医学教育のコア・カリキュラムに組み入れられ講義や実習など大学ごとに特色ある取組がなされている。大学医学部の教育の成果が、医学部学生の将来の選択肢としての在宅医療への関心の高まりや、将来臨床医となった際の医師としての資質向上に資するものとして、期待されるところである。

(3) 担い手を育てる～医師の働き方と医師の養成、医師の研鑽～

1) 働き方改革

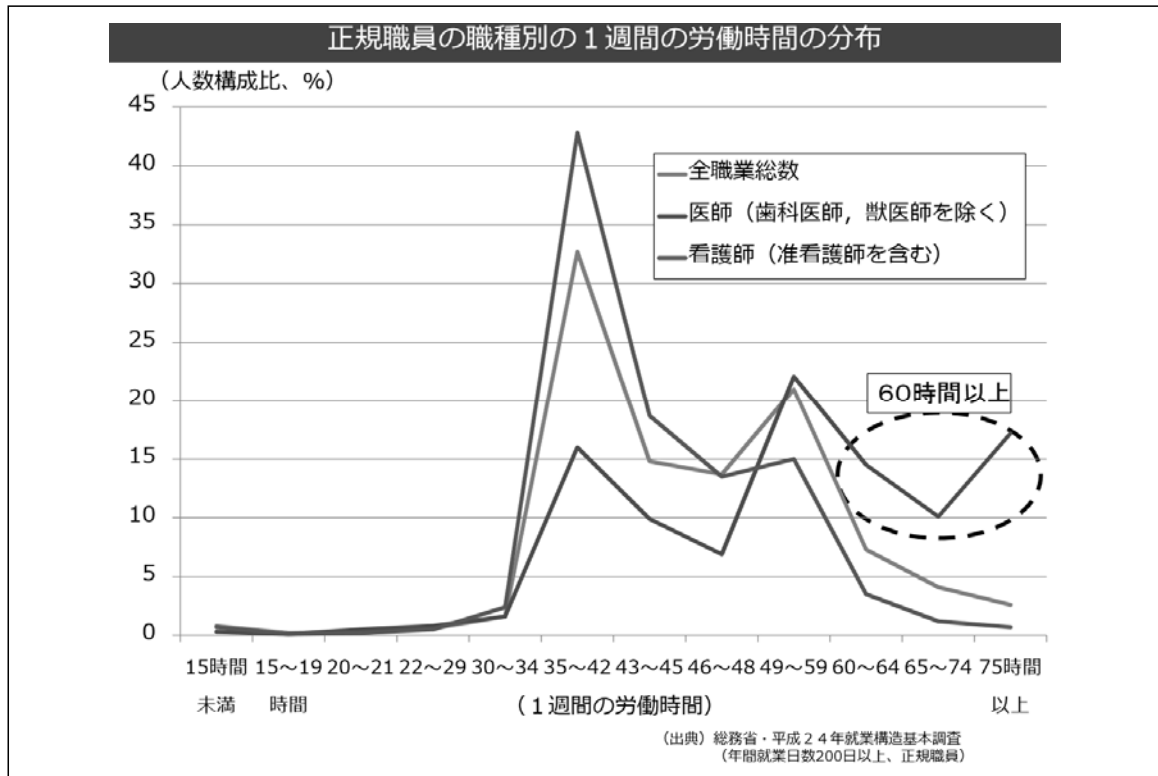
2017年3月に政府が働き方改革実現会議の決定として公表した働き方改革実行計画には¹、働き方改革の意義として、経済社会の現状から、「日本経済の再生を実現するために、投資やイノベーションの促進を通じた付加価値生産性の向上と、労働参加率の向上を図る必要がある。そのためには、誰もが生きがいを持って、その能力を最大限発揮できる社会を創ることが必要である。」と述べられており、「長時間労働を是正すれば、ワーク・ライフ・バランスが改善し、女性や高齢者も仕事に就きやすくなり、労働参加率の向上に結びつく。」として、「非正規雇用の処遇改善」、「賃金引上げと労働生産性向上」と並んで「長時間労働の是正」、さらに、テレワークや副業・兼業など「柔軟な働き方がしやすい環境整備」、「女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備」「病気の治療と仕事の両立」「子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労」「雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援」「教育環境の整備」「高齢者の就業促進」「外国人材の受入れ」が掲げられた。これらを、2017年度から2026年度までの10年間で展開していく、とされ、関係法令の整備が次々と進められている。

1 https://www.kantei.go.jp/jp/singi/hatarakikata/pdf/honbun_h290328.pdf

2) 医師の働き方の現状

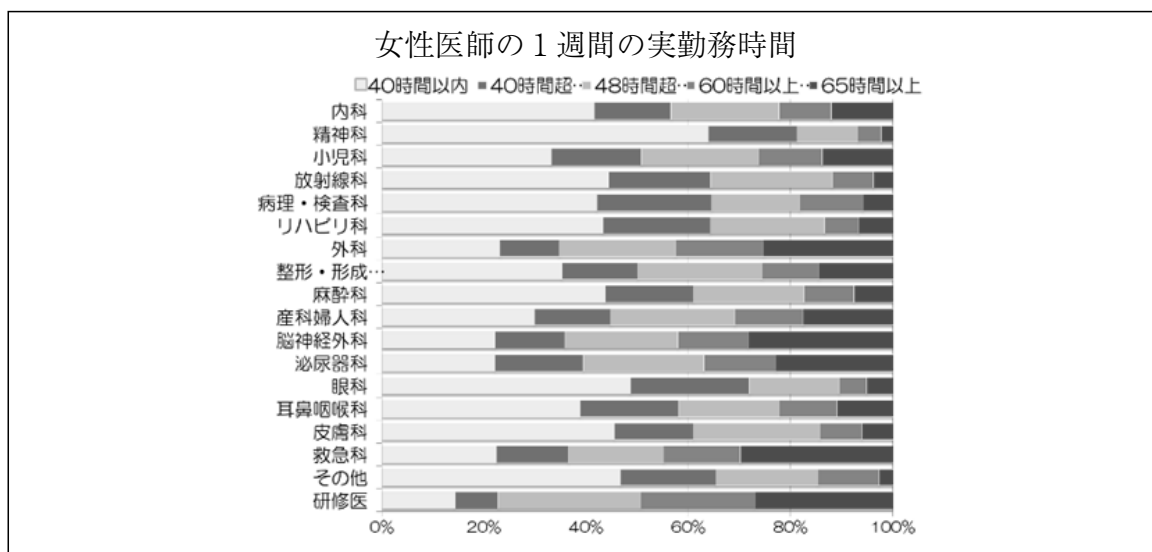
医師の勤務実態についてはすでに数多くの調査が示すとおり、診療科や診療体制、地域等に差異はあるにしても、基本的に長時間勤務が常態化している（図表1-2-2-2）。

図表1-2-2-2

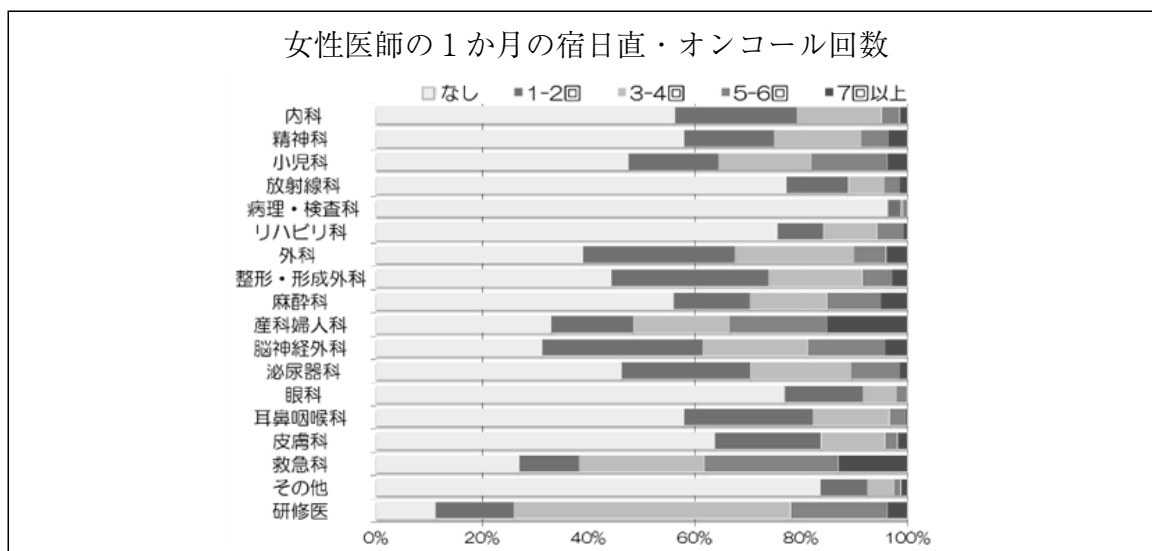


日本医師会が実施した病院勤務女性医師の勤務環境の実態に関する調査(2017年)によると、回答者10,373人のうち38%が小学生以下の子育て中でありながら、診療科によっては1週間の実勤務時間がいわゆる「過労死ライン」(週60時間以上)を超えている割合が4割を超えている領域が複数あった(図表1-2-2-3)。また、1か月の宿日直・オンコール回数も月5回以上が3割を超えている領域が複数あった(図表1-2-2-4)。

図表1-2-2-3



図表1-2-2-4



同じく日本医師会が実施した勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査によると、2015年の調査において、「(当直日以外の) 平均睡眠時間5時間未満」が9.1%、さらに、「自殺や死を毎週/毎日具体的に考える」が3.6%にのぼるなど、過酷で深刻な勤務実態が明らかとなっている(図表1-2-2-5)。

図表1-2-2-5

勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査		
	2009年 (平成21年) (n=3,879)	2015年 (平成27年) (n=3,166)
■ 勤務状況		
8) 最近1ヶ月間で休日なし	8.7%	5.9%
9) 自宅待機・オンコールが月8日以上	20.1%	17.9%
10) 平均睡眠時間5時間未満(当直日以外)	8.6%	9.1%
11) 当直回数が月4回以上	26.4%	22.5%
11a) 当直日の平均睡眠時間4時間以下	49.8%	39.3%
12) 半年以内に不当なクレームを経験	45.9%	37.0%
■ 健康状況		
13) 主観的健康観(健康でない・不健康)	21.5%	20.1%
14) 他の医師への健康相談あり	45.9%	55.1%
29) 自殺や死を毎週/毎日具体的に考える	5.7%	3.6%
18-33) 抑うつ症状尺度 QIDS 中等度以上	8.7%	6.5%
18-33) 抑うつ症状尺度 QIDS 重度以上	1.9%	1.1%

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20160330_1.pdf

医師は、医師である前に一人の人間であり、長時間労働による健康への影響が懸念される。過労死や健康を損ねる要因については労働の質と量の両面から評価する必要があるとしても、一人ひとりの医師の健康確保のために長時間労働を是正していかなければならない。

3) 医師の働き方改革における二つの立場

働き方改革実行計画のもとで、長時間労働の是正のために、労働基準法が改正され、罰則付きで、労働時間の上限が設定されたが、医師については、

- ・ 不確実性 (疾病の発生や症状の変化が予見不可能であること、治療の個別性、治療効果の不確実性があること)
- ・ 公共性 (国民の求める日常的なアクセス、質 (医療安全を含む)、利

- 便性、継続性等を確保していくこと、職業倫理が強く働くこと)
- ・ 高度の専門性（医師の養成には約10年の長期を要し、業務独占とされており、需給調整に時間がかかるなか、医師でなければできない仕事が存在すること)
- ・ 技術革新と水準向上（常に知識・手技の向上を必要とし、新しい診断・治療法の追求と、その活用・普及（均てん化）の両方が必要であり、それらは医師個人の努力に依存してきたこと)

といった医療の特性があること、さらに、医師を労働者として直ちに（2019年4月から）改正労働基準法を適用した場合、臨床医療の現場に混乱をきたすため、5年間の猶予が与えられた。

しかし、そもそも「自分は労働者であり、労働法規で守られる必要がある」という認識は勤務医に一般的であろうか。医師は、患者のために最善を尽くすことが「当たり前」であり、自己研鑽することは義務でなく権利である、ととらえていることが多いのではないか（図表1-2-2-6～8）。

図表1-2-2-6

<p>労働時間には2通りのものがある</p> <p>①将来執刀するためのトレーニングにつながるもの 手術、患者を診察して内服治療＋点滴指示 自己研鑽(手術ビデオや本を読む、学会参加、論文活動など)</p> <p>②将来につながらないもの 指示の入力、確実にできる簡単な手技の繰り返し(ガーゼ交換) カルテ記載、退院サマリー＋診断書など書類業務 ある程度落ち着いているICU術後患者のつきっきり治療</p> <p>患者＋家族に対する手術の説明など</p> <p>労働時間を減らすことを目標とすると①はそのままに②の負担を減らしてほしい</p> <p>第3回医師の働き方改革に関する検討会 心臓外科医の立場から：畝参考人資料</p>
--

図表1-2-2-7

自己研鑽の重要性

- 常に必要で臨床医にとっては重要
- 仕事の一環といってもいいが、区別や勤務時間としての扱いは難しい

第3回医師の働き方改革に関する検討会
救急科・後期研修医の実態：赤星構成員資料

図表1-2-2-8

医師の勤務時間が長くなる要因を どのように考えるか？

- 医師の担当する業務の多様性と不確実性
– 外来、病棟、手術、研究、教育、経営
- 勤務時間=病院における医師の総仕事量/医師の人数+自己研鑽

業務の種類	単純労働	医師しかできない労働	自己研鑽
左側 (現状)	10	7	5
右側 (改革後)	7	10	5

医師しかできない仕事は減らすことは難しいため、単純労働の効率性をあげるかシェアする必要がある。

第3回医師の働き方改革に関する検討会
大学病院勤務医の立場から：猪俣構成員資料

また、世代によっても現状への認識に隔たりがある（図表1-2-2-9）。

図表1-2-2-9

労働時間の上限規制はあったほうがいいか
「必要」だが「現実的に現状のままなら不可能」

- 大半の病院が経営や医師数に余裕がないので結果的に現状のまま上限規制を設ければ、
 - 1) 上限規制が有名無実となる
 - むしろ各病院が存続のために抜け道を見つけ、長時間勤務や、無給勤務を強いる形を誘発しかねない。
 - 2) 提供する医療の質が低下する
 - 1)を実現できない場合は医療の質を下げる。
- 診療科ごとの差、地域や施設間の差、年代による差もあり、「一律」に時間制限を設けることが非常に難しいと予想される。
- 業界に根付く奉仕や過労を美談/苦勞話とする文化や精神の影響が大きく、年代的にも診療科のトップクラスの方に多い為、働き方の改善が尊重されないことが多い。

第3回医師の働き方改革に関する検討会
赤星構成員ヒアリング資料

他方、労働法制の専門家、労働組合、労働基準監督側にとっては、勤務医は当然労働者であり、労働基準法等の労働法制で「守られるべき対象」に含まれている。

この大きなギャップによって、医師の働き方改革検討の場においても議論がかみ合わない状態から開始することとなった。

しかし、こういったギャップは医師の場合のみに生じているものではない。学校の教諭の働き方議論においても同様のギャップのなかで議論が進められていた。教諭については、5年間の猶予なしに、改正労働基準法は2019年4月から適用される。教諭の場合の対策も参考にしつつ、議論を進めるのも一法ではなからうか。

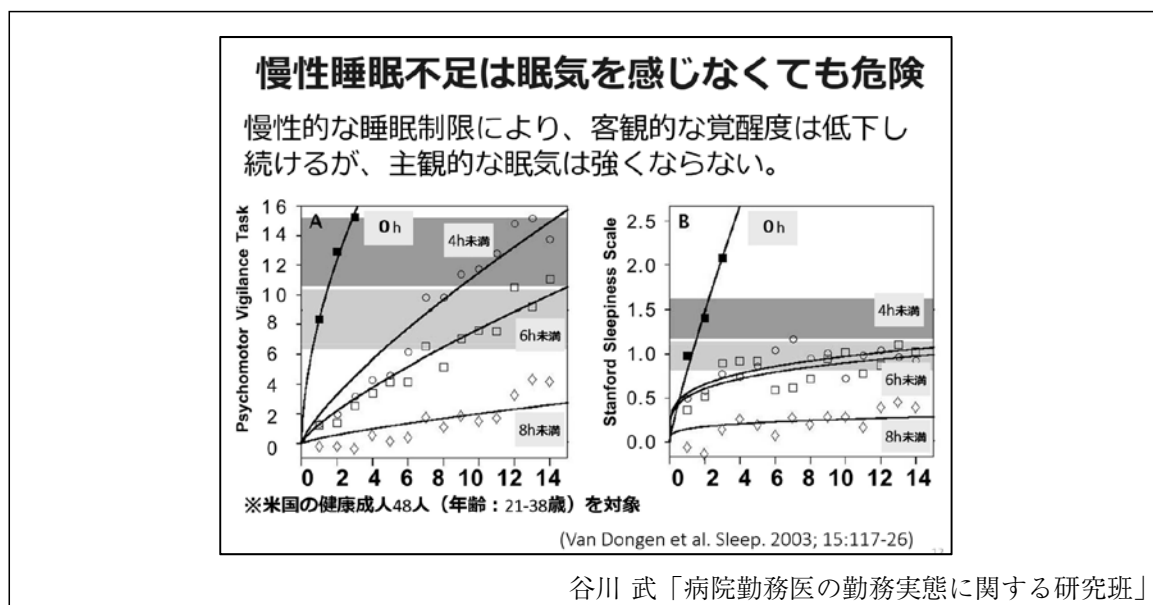
4) 医療の質の確保のために

提供する医療の質や安全を確保する観点からも、医師が疲弊せずに働ける

ことは重要である。必要な睡眠時間は個人によっても異なり、また、睡眠の質によっても異なるものの、一定の睡眠時間の確保は必要である（図表1-2-2-10）。

また、ワーク・ライフ・バランス（ライフ・ワーク・バランス）を担保することも、医師の勤務継続のために必要であり、ひいては医療の質の確保につながるものである。

図表1-2-2-10



5) 専門医制度の動向

2018年4月、日本専門医機構による19の基本領域で構成されている専門医制度が開始された。専門医を希望する研修医はいずれかのプログラムに所属してその連携病院内で必要な症例等を経験して研修を行わなければならない。専門医には、認定後も最新の知識と技術を学び続けることが義務づけられ、資格を更新する必要がある。

専門医制度の意義については、①研修プログラムを充実させることにより、医師の診療能力が高まる－専門医の質を保証できる ②医師が自ら修得した知識・技能・態度について公の認定を受け、それを社会に開示出来る ③患者が診療を受けるに際し、受診する医師の専門性の判断が出来る ④医師の役割分担を進めることにより、効率よい医療システムの確立に役立つ ⑤プ

ロフェッショナル集団としての医師が誇りと責任を持ち、患者の視点に立ち自律的に運営する制度」と説明されているが、これまでの各学会で構築していた制度からの移行は必ずしも順調とはいえない。

さらに、各基本領域に応じて、サブスペシャリティ領域が設定されているが、サブスペシャリティ領域については日本専門医機構は今のところ十分には関与していない。

こういったなかで、研修医をはじめとする若手医師は、全体像が明瞭となっていない制度を注視しつつ研修を続けており、一つの心理的負荷となっている。

専門性の担保は重要であるが、専門医である前に、医師としての責務、役割を認識する場として、大学医学教育と研修医制度が重要である。初期研修医については厚生労働省と都道府県が臨床研修病院を指定している。行政も一体となって、指導医と協働して内容の充実に努めていかなければならない。たとえば、初期研修において在宅医療を経験した医師が在宅医療をめざした例もあるなど、研修医のOJTの効果は極めて大きい。

6) 医師の数は充足しているか

2018年5月に公表された医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第3次中間取りまとめでは、需給推計（全国レベル）について、

- ・ケース1 医師の労働時間を週55時間に制限する場合：2033年頃に約36万人で需給が均衡し、2040年医師供給が約2.5万人過剰となる
- ・ケース2 医師の労働時間を週60時間に制限する場合：2028年頃に約35万人で需給が均衡し、2040年には医師供給が約3.5万人過剰となる
- ・ケース3 医師の労働時間を週80時間に制限する場合：2018年頃に約32万人で需給が均衡し、2040年には医師供給が約5.2万人過剰となる

としている。

この将来需給推計を無条件に是とするものではないが、医学部の定員を増員し、養成力を増大させることは必ずしも解決策にはならない。医師の養成には長い時間がかかること、養成のための要員として現場の医師の実働数をむしろ減じてしまうおそれもあること、地域偏在、診療科偏在は単に養成数を増員しただけでは解決しないこと、などを考慮しなければならない。

7) 医師の需要を増大させるその他の要因

医師の需要を増大させるその他の要因として、外国人医療の拡大、産業保健需要の増大も重要である。

2018年12月、外国人労働者の受け入れ拡大に向けた改正出入国管理法が成立した。在日外国人の増大とインバウンドの増大も相まって、医療ツーリズムといった特殊な場合ではなく、国内の外国人医療は拡大し続けている。外国人医療については、疾病の特殊性よりも、診療や医療事務における言語と習慣、前提となる医療制度に関する認識が異なることが大きな課題となる。

このため、東京都における医療通訳事業、石川県や神奈川県における外国語対応マニュアルの整備などさまざまな事業やツールが開発されつつあるが、最終的には医療現場の時間と人手を要する。

一方、生涯現役社会となり、高齢労働者が増えるなか、職業と疾病治療の両立支援が大きな課題となっている。診療側の両立支援についての理解と支援も重要であるが、産業保健がますます大きな役割を担うこととなる。

わが国の事業場数をみると圧倒的に小規模事業場が多い。現在の労働安全衛生法では50人未満事業場には産業医の選任義務はない。しかし、高齢労働者割合はむしろ小規模事業場に多く、産業保健の充実を最も必要としている。産業医資格保持者が10万人となった現在、従来、日本医師会が主張しているように、50人未満事業場にも産業医の選任義務を課し、産業保健の充実を図る時期にきている（図表1-2-2-11）。

図表1-2-2-11

現在の産業医制度				
産業医の選任義務（安衛則第13条第1項）				
	1～49人	50～999人	1000～3000人	3001人以上
産業医の選任義務の別	選任義務なし (医師等による健康管理等の努力義務)	産業医 (嘱託可 [※])	産業医 (専属)	2人以上の産業医 (専属)
※ただし、有害業務に500人以上の労働者を従事させる事業場においては、専属の産業医の選任が必要。				
産業医の職務（安衛則第14条第1項）		産業医の権能		
次の事項で、 <u>医学に関する専門的知識を必要とするもの</u> ① 健康診断・その結果に基づく措置 ② 長時間労働者に対する面接指導・その結果に基づく措置 ③ ストレスチェック、高ストレス者への面接指導・その結果に基づく措置 ④ 作業環境の維持管理 ⑤ 作業管理 ⑥ 上記以外の労働者の健康管理 ⑦ 健康教育、健康相談、労働者の健康の保持増進措置 ⑧ 衛生教育 ⑨ 労働者の健康障害の原因の調査、再発防止 ●…具体的措置を、産業医以外の他の医師に委ねることができるもの		◇ 事業者、総括安全衛生管理者への勧告 (安衛法第13条第3項、安衛則第14条第3項) ◇ 衛生委員会における労働者の健康障害防止対策等の調査審議 (安衛法第18条) ◇ 衛生管理者への指導、助言 (安衛則第14条第3項) ◇ 労働者の健康障害防止のための職場巡視及び現場における緊急的措置の実施 (安衛則第15条) 《平成29年6月施行》 ◇ 長時間労働者等に関する情報の把握 (安衛則第51条の2、第52条の2等)		

8) 医師の働き方を変えるためには

医師数の充足については、医師の働き方、医師の役割とともに医師の実働数が大きな要素となる。

前項の裏返しであるが、医師の働き方を変えるためには実働医師数を増やすことが必要である。

2018年、東京医科大学の入学試験における合否操作が発端となって、大きな社会問題となった。女性医師の割合が今後、ますます増加していくことは明らかである。女性医師の実働割合は、正確には把握されていないが、大きな鍵となることは間違いない。妊娠・出産というライフ・イベントを確保しつつ、活躍し続けるために必要な条件整備が急がれる。子育てと医師業務の両立は女性医師に限った課題ではなく、現在の若手医師や医学生の意見からみても、医師におけるワーク・ライフ・バランス（ライフ・ワーク・バランス）の確保は、医師の実働数を確保するために極めて重要な課題となっている。

厚生労働省が開催している医師の働き方改革に関する検討会第5回（2017年12月22日）阿部参考人提出資料は若手医師と医学生からの提言であった。

若干長くなるが、その提言要旨を以下にそのまま引用する。

医師の長時間労働の法規制に関する若手医師と医学生からの提言書
「壊れない医師・壊さない医療」を目指して

Advocacy team of Young Medical Doctors and Students

提言要旨

医師の長時間労働の法規制についての議論が進む中で、私たちは現在最も長時間労働を行っている若手医師と、これから長時間労働を行うことになるであろう医学生の率直な意見が正当に議論に反映されているのか疑問に思った。そこで、2017年11月に卒後10年以下の若手医師と医学生を対象にしたオンライン質問紙調査を行った。

821名からの回答を得た。その結果をもとにして、ここに若手医師と医学生からの提言を行う。

1. 私たちは、医師が原則として国の定める労働時間の上限規制と労使協定を遵守する必要があると考えている。それは患者の医療安全と医師の安寧（Well-being）を保ち、医療の持続可能性を高めることにつながる。
2. 私たちは、日本の人口構造の変化や様々な医療提供体制の問題、業務量の多さ、長時間労働を美德とする医師の慣習や封建的な風潮によって長時間労働を余儀なくされている。私たちは、この全国的に常態化している医師の長時間労働が将来に渡って継続または増悪することに強い危機感を抱いている。若手医師や医学生を含む医師自体が長時間労働に身を投じて、助けを求めることが遅れてしまうメカニズムに配慮した対策が必要不可欠である。
3. 私たちは、多くの若手医師や医学生が労働基準法の定める労働時間の上限規制や労使協定について理解していないことを知った。卒前教育や卒後教育を通して、若手医師と医学生が労働基準法を理解し、それを遵守する必要性を学ぶ機会を設けることを提案する。そして、私たちの指導医や雇用主が率先して労働基準を遵守し、職場を挙げて持続可能な労働環境の整備に向けて取り組むことを要望する。政

府には彼らが労働時間の上限規制を遵守できるように医療提供体制を構築するよう要望する。

4. 私たちは、現状のままでは国民の医療へのアクセスや医療の質を保ちながら、医師が労働基準法を遵守することができないことを認識している。下記に挙げる項目について、国民や行政、立法、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力して、包括的かつ長期的な目標を設定し、実質的に医師が労働基準法を守れるような労働環境を段階的に実現していくよう求める。たとえ改革に時間がかかったとしても、決してこれまでのように医師にとって労働基準法があってないようなものになってはいけない。そして、私たちも無関心を装ってはいけない。
 - a. 90%以上の若手医師と医学生が「医師の健康診断や休息の確保」や「医師の抑うつやバーンアウト、自殺を予防する対策」、「医師の子育て支援とキャリア支援（産休や育休、保育園、再就職支援を含む）」を必要としている。特に女性医師と医学生は子育て支援とキャリア支援を重要視している。
 - b. 94%の医学生が長時間労働の上限規制に際して、「研修の質の維持とモニタリング」を必要と考えている。限られた労働時間の中でも、必要不可欠な研修が受けられるように医学教育方法に工夫を要望する。
 - c. 約80%の若手医師と医学生が「医療安全のモニタリングの実施」や「患者の各地域での救急医療へのアクセスの確保」、「医療の質、患者の健康指標、患者の満足度のモニタリングの実施」を必要だと答えた。医療と介護、その他のデータの統合と利活用を進めて、これらのモニタリングを実現する必要がある。そして、モニタリングの結果が業務改善に反映される仕組みを作ることが重要だと考えている。
 - d. 80%以上の若手医師と医学生が「医師自身の働き方に対する意識の変革」が必要と答えた。若手医師や医学生の意識改革だけでは長時間労働は是正できない。指導医や雇用主が率先して意識改革を行い、職場ぐるみの取り組みが必要である。

- e. 80%以上の若手医師と医学生が「医師の労働時間の定期的なモニタリングの実施」が必要と答えた。労働時間は医師の労働環境をモニタリングするための1つの指標である。他の指標と共にモニタリング結果を公開し、職場間が競いあって労働環境の改善に取り組む材料にすることを提案する。
- f. 80%以上の若手医師と医学生が「オンコールや自己研鑽、研究活動を労働時間に含むか否かの明確化」を切実な問題であると捉えていた。法的もしくは自主的に明確なルールの策定とそれらの啓発が必要である。
- g. 80%以上の若手医師と医学生が「医師の給与の維持」が必要であると答えた。若手医師の多くは研修の機会を得るために、研修病院の訓練投資分を給与から差し引かれた給与で生活している。若手医師の健康で文化的な生活が保障されるように給与の維持は必要である。
- h. 86%の若手医師が臨床現場の実感をもって「タスクシフティング（業務を他職種に移管）やタスクシェアリング（業務を他職種と共同化）の推奨」が必要であると答えている。コメディカル等と相談しながら進めていくべきである。また、新しい技術の親和性や安全性に配慮しながら「AIやICT、IoTを活用した仕事の効率化」も進めていく必要がある。
- i. 70%以上の若手医師と医学生が「国民（地域住民）の理解を得ること」や「医師の需給の再検討」、「医師の地域偏在への対策」、「医師の専門科偏在への対策」、「病院機能の地域内での調整（規模や範囲の集約化等）」が必要であると答えた。これらはいずれも医師の長時間労働の根源的な課題であり重要視している。特に私たちは医師の地域偏在や専門科偏在の対策のために、若手医師や医学生が研修の名目で医療資源の隙間を埋めるための労働力として使われて疲弊してしまうことを危惧している。地域毎や専門科毎の研修枠の設定等の議論には、必ず多くの若手医師や医学生の意見を取り入れるべきだと考える。
- j. 72%の若手医師と医学生は、「医師の応召義務の見直し」が必要で

あると答えた。医師の応召義務は医師の職業倫理とも密接に結びついており、医師の労働基準法への理解が進まない原因の1つかもしれない。若手医師や医学生も巻き込んだ十分な議論のもとで検討されるべきである。

医師の実働数を増やすためには、まず、医師の配置数（雇用数）を増やさなければならない。「ポストを増やしても医師がいないため、充足しない」との声はよく聞かれるが、若手医師と医学生からの提言からも読み取れるように、勤務環境の改善なくして今以上に実働数は増えない。勤務時間をはじめ、勤務条件を改善するためには人件費、研修費等を増額する必要がある、これらは診療報酬で賄われるべきものである。過酷な勤務条件と不明確な報酬体制のまま、医師の責任感と義務によって維持される医療提供体制は、これ以上は続かないと考えるべきであり、世界に誇る医療提供体制を維持するためには、先進諸外国並みに財源を確保して、医師の働きに見合うだけの報酬を支出するべきである。

9) 医師の研鑽の特殊性

2019年現在、前年の労働基準法等の改正をうけて検討されている医師の働き方改革においては、診療と自己研鑽を明確に区分することにより労働時間か否かの線引きが行われようとしている。しかし、症例報告、症例報告論文執筆のための資料解析などの研鑽を、果たして医師個人のための自己研鑽と括ってしまってよいのだろうか。

もちろん、いかなる職業においても研鑽が進歩を支えている。「生涯教育」は医師だけのことではなく、医学医療以外の分野においても業務に直接関係がなくとも必要な研究的行為はある。しかし、それは所属する事業体や、個人の利益や栄誉のためと括ることができよう。

一方、医学・医療の進歩のためには、症例報告は欠かせない。実験施設中の研究者だけ、海外のデータだけで、日本人の症例、日本人のデータなしには、日本人の医学・医療の進歩はない。報告対象となった患者個人からみれば診療行為ではないが、症例報告はいわば日本人全体への診療のための行

為であり、これを個人の研鑽のためと扱うことには違和感がある。医学・医療における研鑽行為は、その対価を国民全体で負担すべきものであると考えられる。つまり、研鑽行為に対してはそれを労働時間と括って取り締まられるべきものではないが、対価を国民全体が負うべきものではなからうか。

10) 医師の生産性を高めるためには

実働数を増やすとともに、医師の働き方における生産性を高める必要がある。具体的には、若手医師と医学生からの提言にも挙げられている、タスクシフティング、タスクシェアリング、およびAIやICT、IoTを活用した仕事の効率化である。

まず、特定行為の看護師へのタスクシフトは一定進んではいるものの、さらに看護師以外の職種へのタスクシフトも含め、さらにドラスティックに進める必要がある。また、そもそも医師がすべき職務とはいえないような業務が大量に課されている実態に対して、早急な対応が必要である。しかし、医師について5年間の猶予が設定された改正労働基準法により、2019年4月から医師以外の医療機関従事者には勤務時間に上限が設定されているため、むしろ、医師から他の職種へのタスクシフティングは進みにくいようにも見受けられる（図表1-2-2-12）。

図表1-2-2-12

<p style="text-align: center;">医師1年目 大学附属病院 心臓血管外科研修医</p> <p>朝から晩まで看護師に混じり病棟業務、当直は無し 8時から22時ごろまでの勤務</p> <p>8時～ 小児採血 スタッフの回診について回りパソコンの指示入力 病棟業務 食事管理や薬剤指示出し、パソコンに入力+書類書き 翌日の手術の輸血製剤準備(クロスマッチなど) 患者の運搬や検査の手配、書類など物が無いときに探すなど 21時 or 22時ごろまで</p> <p>術前カンファレンスの日は夜2時程度まで</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>自己研鑽はゼロ。手術室に入ることすらなかったが手術について学ぶ時間も自分で勉強する時間も作れなかった。看護師や事務員の代わりであり処方内容もよく理解できず入力のみ。どちらかというと事務仕事。勤務時間も区切りの無い延々としたものであった。</p> </div> <p style="text-align: right;">4</p>	<p style="text-align: center;">医師3～5年目 済生会 心臓外科研修医</p> <p>心臓外科研修 当直は月に20回ぐらい 1番多い時で月29日</p> <p>ICUは不慣れであったためずっと診ている必要があった。</p> <p>手術や病棟業務など絶え間ない仕事。仕事の間を縫って自己研鑽</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>今後も手術後を誰かが代わりに診てくれるとは思えない。結局、心臓手術後の集中治療医と心臓外科医という異なる2つの仕事、両方のトレーニングを受ける必要があるのが現状でありしんどい。当然、仕事時間や自己研鑽の時間は単純に2倍となる。</p> </div> <p style="text-align: right;">6</p>
<p style="text-align: center;">医師6～9年目 私立の心臓専門病院 心臓外科医員/医長</p> <p>心臓専門研修。当直は月に6-8回程度。8時から19時程度勤務。</p> <p>専門病院で看護師も慣れていたので比較的早く落ち着いて帰宅できていた。術後3時間程度診て落ち着いたら帰宅していた。状態が悪いとエンドレスでつきっきりは変わらず行っていた。</p> <p>手術の勉強は各自で行い、教科書を買って読んでいた。学会参加もすることによって知識をアップデートしていた。留学を見据えて英語の勉強も行っていた。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>趣味と呼べるものもないため空き時間は手術の勉強や研究(確率統計を用いて治療効果を判定する)を行うこととなる。</p> <p>多くの心臓外科医にとってこれらは嫌な時間ではない</p> </div> <p style="text-align: right;">7</p>	<p>労働時間には2通りのものがある</p> <p>①将来執刀するためのトレーニングにつながるもの 手術、患者を診察して内服治療+点滴指示 自己研鑽(手術ビデオや本を読む、学会参加、論文活動など)</p> <p>②将来につながらないもの 指示の入力、確実にできる簡単な手技の繰り返し(ガーゼ交換) カルテ記載、退院サマリー+診断書など書類業務 ある程度落ち着いているICU術後患者のつきっきり治療</p> <p>患者+家族に対する手術の説明など</p> <p style="text-align: center;">労働時間を減らすことを目標とすると①はそのままに②の負担を減らしてほしい</p>

第3回医師の働き方改革に関する検討会
参考人資料

タスクシェアリングについても、一部の医療機関では進みつつあるが、患者及び患者家族の理解なしには十分進めることができない。別項で論じるヘルス・リテラシー教育の一環として、子どもから高齢者まで、広く働きかけていかなければならない。

一方、AI、ICT、IoTの活用としては、オンライン診療 (D to P)、Webカンファレンスや遠隔医療 (D to D)、そして自己研鑽のためのe-Learningなどが一部の領域、一部の医師では始まっているが、まだ大きな流れとはいえない状況である。とくにオンライン診療が普及しない要因として、診療報酬が見合わない、といった指摘がある。しかし、診療報酬以前に、たとえば、生活習慣病をもちながら働きつづける人が増えるなか、オンライン診療は医師の働き方のみならず、職業と治療の両立を支える大きなツールとなるはずであるが、患者側がまだ自らのニーズに気づいていないように見える。

また、オンライン診療については2018年3月、指針が公表されているが、たとえば、OTCについての指導も診療にあたる、と定義されているなど、かなり窮屈な部分もあり、本来の患者のニーズよりも机上の指針が先行しているように見受けられる。

まず、医療の受け手側の実態とニーズを把握し、医療提供側が何をすべきか整理していく必要がある。

行為に見合う対価を確保し、医師でなければできない行為に特化した働き方を確保することができれば、若手医師や医学生の将来の活躍も期待でき、すでに医師資格を有し、研修、経験を積みながら、潜在化している医師を現場に戻すこともできるのではないだろうか。

11) 国民、患者の理解

医師の働き方を変えるためには、患者、ひいては国民の理解が欠かせない(図表1-2-2-13、14)。これまで、医師側も、患者に対して、患者が理解可能な説明を十分にしてきたとはいえないが、今後は、医師は患者に理解を求め、患者、国民も医療の受け手として、医療体制の維持のために理解と協力をしていかなければならない。

図表1-2-2-13

2007年2月日本大学女性研修医過労死
年間の宿直回数は77回

姉に話していた
【信じられる？
寝ているときに起こされるんだよ。
しかもたいした病気じゃないの
に来るんだよ】

12日間休んで、復帰する予定の日に自殺

第5回医師の働き方改革に関する検討会
東京過労死を考える家族の会：中原参考人資料

図表1-2-2-14

「すぐ病院へ行くようにすすめた」の割合	
#8000	小児科オンライン
19.9%	0.7%

平成29年度#8000情報収集分析事業報告書
2016/5/30以降の小児科オンラインの実績より
橋本 直也：第22回日本遠隔医療学会学術大会

(4) 財源論

慶應義塾大学商学部教授
 日本医師会総合政策研究機構 客員研究員
 権丈 善一

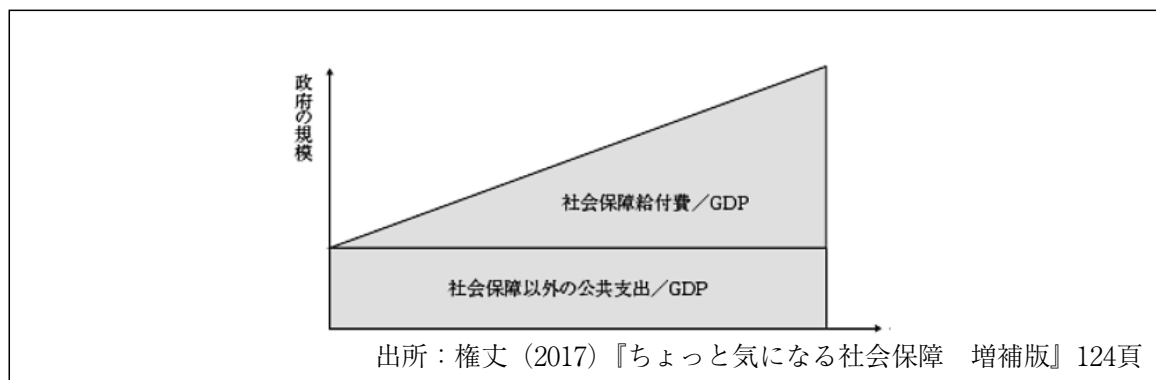
2018年5月、65歳以上の高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有するための議論の素材が、政府（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省）より公開された。そこでの医療・介護給付費の見通しの対GDP比は、提供体制の改革や適正化の取組みが各種計画通りに進められる計画ベースでは2018年8.8%から2040年11.7~11.9%へ2.9~3.1ポイント増というものであった（年金は2018年10.1%から9.3%への減少で、社会保障給付費全体では2018年21.5%から計画ベースでは23.8~24.0%へと2.3~2.5ポイント増、対GDP比でおよそ1.1倍）。

医療と介護で今後必要となる財源を、どのように調達すべきか、そしてその際に留意しておくべきことはどのようなことなのか。

1) 国民経済と社会保障

医療保障をはじめとする社会保障は「市場問題」と「生活問題」の両方を解決する手段として一国の中枢に位置づけられている。政府規模を国際比較すれば、基礎的なインフラが整備された後は、政府の規模を大きくしていくのは社会保障になる（図表1-2-2-15）。

図表1-2-2-15 政府の規模と国の形のイメージ



この当たり前の話を、2015年春に大流行したピケティの文章から紹介しておこう。

「保健医療・教育への国家支出〔現物給付〕と代替・移転支払〔現金給付〕を足すと、社会支出は総額で国民所得の25-35%となる。これは20世紀の富裕国における政府歳入増加のほとんどすべてを占める¹」。ピケティの住むフランスも、日本を含む他の多くの国々でも、20世紀に入って拡大した政府活動のほとんどは、資本主義の成熟化と社会の変容の中で市場問題と生活問題を同時に解決する手段としての社会保障が大きくなってきたことによる。その財源については、再度ピケティを引用すれば、「万人にかなりの拠出を求めなければ、野心的な社会給付プログラムを実施するための国民所得の半分を税金〔や社会保険料²〕として集めるのは不可能だ³」——つまりは、財源を高額所得者に求めるだけではまったく足りず、どうしても万人の協力を得なければならなくなる。

複利計算というのは、長期で見ると多くの人々が想像するよりも数字が大きくなることで知られており、その怖さを知らない人たちが、情報弱者として金融市場などで犠牲になったりする。この複利の怖さに匹敵するものとして、薄く広くの「広さの怖さ」というものがある。日本人にひとり1万円を配ると1兆2,700億円が必要で、これだけでも、国が得るたばこ税の収入（約9,000億円）をはるかに超えてしまうし、1人10万円を毎月国民全員に配れば1年で152兆円超を要し、直近2016年度の社会保障給付費120兆円を上回る。そうした「広さの怖さ」がある現実の中で、福祉国家では広く国民全般を対象とした給付を増やしてきたのだから、給付側面での広さの怖さを、財源調達側面での「広さの強み」で迎え撃つのは自然であった。再々度ピケティに登場を願えば、「現代の所得再分配は、金持ちから貧乏人への所得移転を行うのではない。……それはむしろ、おおむね万人にとって平等な公共サービスや代替所得、特に保健医療や教育、年金などの分野⁴」であり、そうした万人を対象とした広い範囲に受給者をもつ福祉国家では、財源調達を広く求めるしか方法はなかった。

20世紀の半ばころから、西欧の福祉先進国で広く国民全般に協力を求める

1 ピケティ (2014) 『21世紀の資本』 498頁

2 ピケティ (2014) には「政府の巨額の税金や社会保険料を徴収」(496頁) と記述されている。

3 ピケティ (2014) 516頁

4 ピケティ (2014) 498頁

付加価値税が普及していったのは、そうした理由による。日本ではそれは消費税だったのであるが、この国では消費税は逆進的であるという呪文が流行り、健全な福祉国家の建設を阻んでいった。だが、この逆進性批判はあまりにも一面的に過ぎた。負担面で逆進性と言っても、その税収で社会保障を充実させれば、給付額から負担額を差し引いたネットの受取額は低所得者の方が多くなり、社会全体の格差は縮小して貧困は少なくなる。こうした、負担と給付をセットとして見る理性的な論点は、広く給付を行う社会保障の財源論としては不可欠となる。

2) 給付先行型福祉国家と今後の財政運営

財源論を考える上で不可欠な観点として、他に、財政収支とマクロ経済との関係についてのものがある。

カウンターシクリカル（景気変動抑制的）⁵に財政を運営する政策を唱えたケインズでさえ、完全雇用が達成される時には財政は黒字になること、つまり「完全雇用余剰」が生じることを想定していた。典型的には雇用保険がそうであるように、長期的に財政バランスをとっていくためには、財政は黒字と赤字を景気の変動とは逆方向に繰り返していかざるを得ない。そうであるのに、日本は、赤字国債を継続的に発行しながら社会保障の給付を先行させるという「給付先行型福祉国家」を作り上げてきた。その過程では、給付のみならず、景気も先取りしてきた。給付先行型福祉国家が形成される過程で、日本の財政にはバブル景気（1986年12月～1991年2月）、いざなぎ景気（2002年2月～2009年3月）、そしてバブル期を超えるとされる今も（2012年12月～）、完全雇用余剰が生まれたことがない。

大衆民主主義の下での政治では、財政収支の黒字、赤字を裁量的に調整することはできないと批判していたブキャナン——公共選択論の創始者——たちも、実のところ、ケインズ理論は完全雇用余剰を前提とするものとして批判していた。今のように、労働市場が逼迫するほどに雇用が改善している時でも財政収支の赤字が継続する状況は、ブキャナンの予言通りかも知れないのだが、その状況は、墮落した似非ケインズ状況でしかなく、今の日本の状況に疑問を感じない論者にケインズの名を語る資格はないであろう。

かつてフェルドシュタイン——サプライサイド経済学の総帥——は、成長

5 権丈（2017）『ちょっと気になる社会保障 増補版』100頁参照

する経済を考えれば、国債の借換えを続けると償還に伴う増税は永遠に必要なく、経済成長率が金利を上回っていれば、国債の利払いは自然増収でまかなうことができると論じたことがある。これはポンジー・スキーム（Ponzi scheme：ねずみ講と邦訳される）と呼ばれることがあり、このスキームを前提とすれば、給付を先行させた福祉国家に持続可能性が付与されることにはなる。しかしこの論に対して、合理的期待学派のバローは経済成長率が金利を上回る状態は続かないと反論した。なお、フェルドシュタイン、バローのいずれも、ケインズに対しては批判的立場にあり、成長率と金利の大小関係をどう見るかという点については、学派で分けるのは難しいようである。ちなみに、ケインジアンとして知られるトービンは、バローよりも先に経済成長率が金利を上回る状態は持続的ではないと指摘していた。

いずれにしても、経済成長率が金利を上回る状態が継続することが確定的でない限り、それが逆転するリスクを視野に入れて財政運営を行う必要があるのは、リスク管理の要諦である。

3) 財政のフローと公的債務のストックをつなげるドーマー条件

今後の財政運営のあり方を考える上での基礎知識に、単年度の財政のフロー、すなわちPB（＝プライマリーバランス＝税収T－政策的経費G＝税収－利払費）と、財政状況を表す債務ストック指標である公的債務残高Bの対GDP比（B/Y）との関係への理解がある。これら財政フローと債務ストックは、金利 r 、成長率 g との関係を介してつながっている。

B/Y、 r 、 g 、PB（＝T－G）、4つの変数の一体的関係は、次の式で表される——添え字（-1）は前年度を示す。

$$\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} = (r - g) \left(\frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \right) - \frac{T - G}{Y}$$

この式は、ドーマー条件とも呼ばれ、この条件式から、債務ストック指標である債務残高の対GDP比（左辺）の政策運営は、金利 r と成長率 g の大小関係と、財政のフローであるPBが赤字であるか黒字であるかに依存して決まることが分かる。

具体的には、 $\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}}$ が発散しない、つまりゼロ以下であるためには、仮に $r > g$ であるならばPBは黒字でなければならない。このため、B/Yが2を

超えるような大きな債務ストックは、財政運営のフローにとって相当に重い存在となる。そうした意味が、2013年の『社会保障制度改革国民会議』に「GDPの2倍を超える公的債務残高ゆえに金利の上昇に脆弱な体質を持つ日本」という文章に込められている。

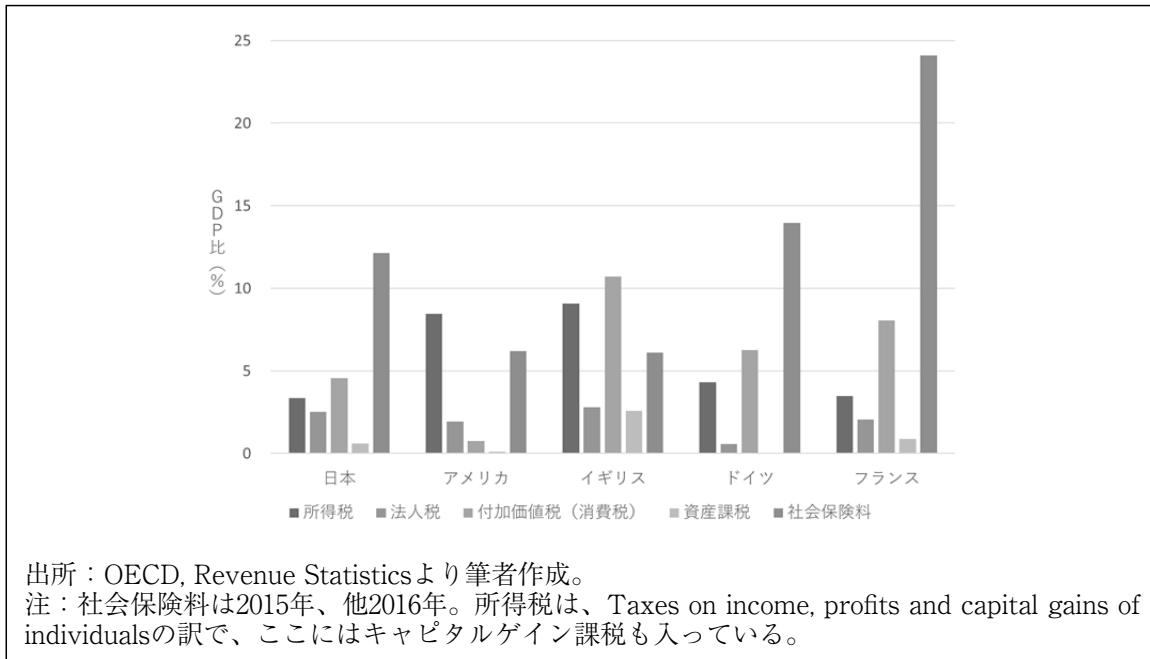
もっとも、通常は、経済成長率 g の上昇に伴い金利 r が上昇しても、金利が低い時期に発行していた国債をより高い金利で借換えていくまでにはタイムラグが生まれる。そのため、内閣府が試算する「中長期の経済財政に関する試算」などでは、国・地方の公債等残高対GDP比（B/Y）は、試算対象としている10年先ほどまでは低下するように描かれることになる。しかしながら、2019年1月に示された内閣府試算の（注）にもあるように、「なお、長期金利の上昇に伴い、低金利で発行した既発債のより高い金利による借換えが進むことに留意が必要である」という「なお書き」は、10年先ほどの中期ではなく、長期的な財政運営を考える上で極めて重要であることを理解しておくべきであろう。

そうした理解の上に立つと、今は、財政のフローをPBで議論することが許されているが、いずれは、債務ストック指標である公債等残高対GDP比（B/Y）の安定化を図るために、財政フローは財政収支（=PB+利払費）で議論せざるを得ない日がくることがわかる。PB黒字化という目標は財政再建の通過点に過ぎず、その先において公的な医療や介護の保障をはじめとした社会保障を安定的にこの国で確保して国民の生活を守る方法を今から考え、準備に取りかかっていく必要がある。

4) 全員野球型の財源調達

日本医師会の財源論に関する基本方針は、後述する『平成28・29年度医療政策会議報告書』にある「日本では、今後も医療費の主財源は社会保険料であり続け、それを消費税をはじめとした様々な公費で補う」にある。次の図を見れば分かるように、日本では、所得税も、付加価値税（消費税）も低い。逆に、法人税は、比較した国々よりも若干高い水準にある（図表1-2-2-16）。

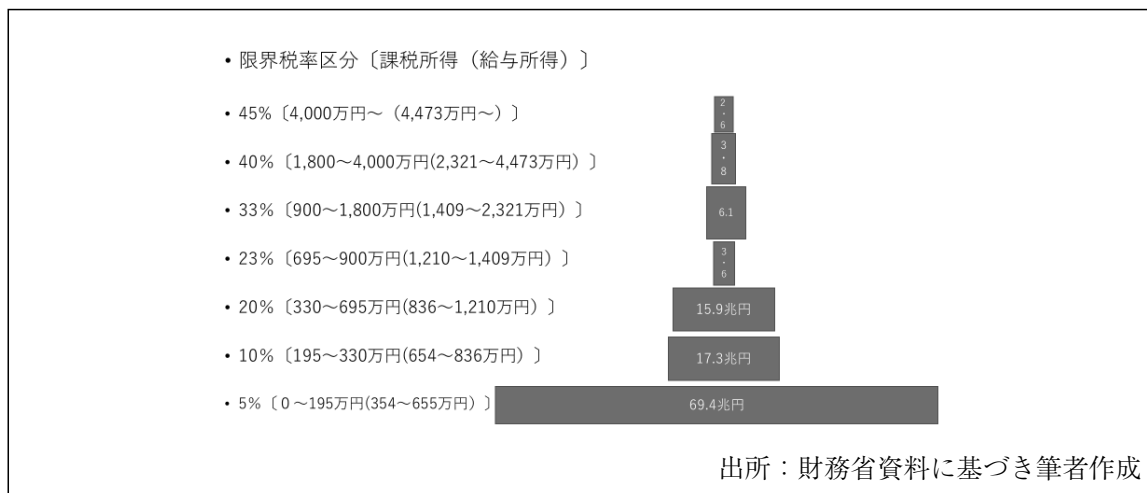
図表1-2-2-16 GDPに占める租税(2016年)・社会保険料収入(2015年)の割合



消費税率が10%になる今年まで、1979年の一般消費税導入の挫折から40年かかり、年速0.25ポイントでしか進むことができなかった日本を考えると、他の国にもまして、財源調達は「全員野球」でやらなければならない側面は強いのもかもしれない。その際、おさえておかなければならないことがある。それは、財源調達で、消費税と並び、野球の3番、4番バッターとなりうる所得税が日本で低いのは、他国に比べて中所得以下の層への課税が低いからであり、決して高所得者の負担が軽いからではないことである。

次の図表1-2-2-17に見るように、所得税を課すことのできる課税所得は「漏斗」を逆さにしたような「逆さ漏斗型」とも言える分布をしている。漏斗の注ぎ口あたりに課税をしても、多くの税収を得ることはできない。

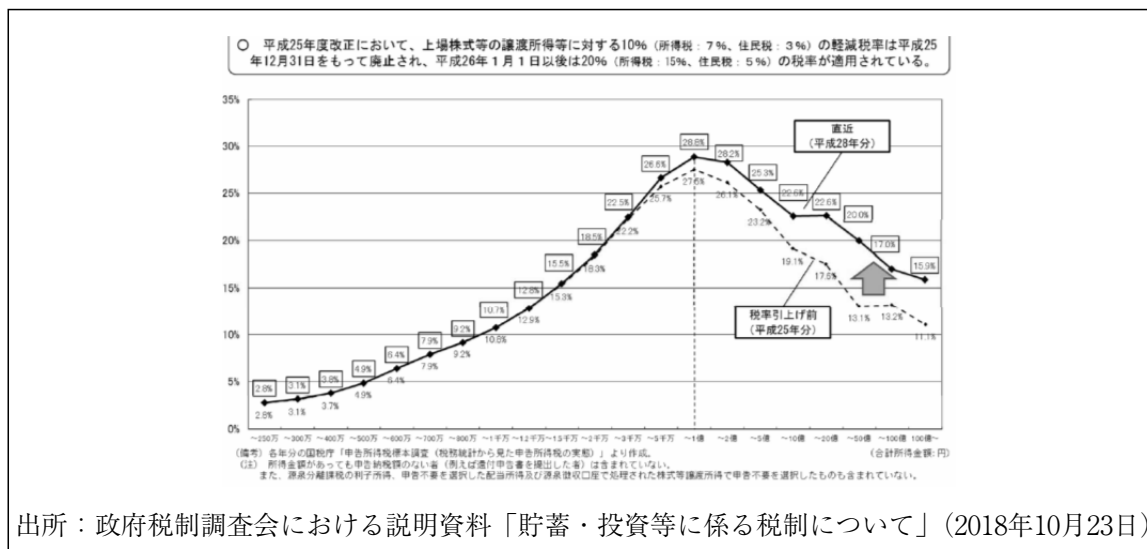
図表1-2-2-17 税率区分毎の課税所得の逆さ漏斗型分布



いずれ仮に、フランスの一般社会拠出金（CSG: la Contribution sociale généralisée）——一部の例外を除き所得をはじめあらゆる収入に課される contribution——のような社会保障目的の財源を考えると、課税所得の分布が逆さ漏斗型になっている事実は広く共有しておく必要がある。高所得層に課すだけでは多くの税収を期待できないのである。

もっとも、公平性の観点から、資産所得に対する分離課税の見直しも重要である。株式の譲渡益などは所得の多寡にかかわらず一定税率（国・地方合計で一律20%）が適用されている（分離課税）。そのため、高所得者層ほど所得に占める株式の譲渡益などの割合が高いことから、（図表1-2-2-18）に見るように、所得が1億円を超えると、本来上昇すべき負担率が逆に減少するという問題が生じている。このことは看過することはできず、将来的な総合課税を視野に入れながらも2014年以降の上場株式等の譲渡所得比例税率の引き上げに効果があったことを考慮すれば、さらにその方向に改革を進めていくべきであろう。

図表1-2-2-18 申告納税者の所得税負担率



その上でやはり財源調達においては、先に述べたように「広く国民全般を対象とした給付を増やしてきたのだから、給付側面での広さの怖さを、財源調達側面での広さの強さで迎え撃つ」選択肢、具体的には、社会保険料をはじめとした全員野球の財源論を視野においていかなければならない。

5) 財政運営の留意点

日本医師会は、民主主義の中で健全なる専門職団体としての役割を果たすことができるように、今の若者や将来生まれてくる世代にどのような未来を残すべきかも議論し続けている。給付先行型福祉国家のままでは、若い世代にとって、30年、40年後には「高負担だったら中福祉、中負担だったら低福祉」ということになりかねないということには共通の理解がある。このあたり少し説明しておこう。

経済学は、一国に1人しかいない代表的エージェント・モデルでものを考えがちである。日本には1人しかいないと仮定した世界で、国債が国内で買われているとすれば、国債はその国の中でお金をぐるぐる回しているだけで、資金を将来の生産力の増強に有効活用し切れなかったゆえの機会費用の損失はあるとしても、分配面ではなんら問題なしとなる。当然であろう——1人しかいないのだから。しかし、国債費は社会保障と歳出において競合する。そして、社会保障費よりも国債費の方が歳出の優先順位は高い——ゆえに、

国民負担が変化しない状況下で国債の元利払い費である国債費が増えていけば社会保障は減らされ、国債費、とりわけ利払費を賄うために増税がなされたとしても、社会保障は増えず、いずれにしても国民負担相応の福祉を享受できなくなる。代表的エージェント・モデルではなく、少なくともPoor、Middle、そしてRichがいるモデルで給付先行型福祉国家を考えると、その行き着く先は社会保障給付費を犠牲にすることによってRichの資産を守るといふ、PoorやMiddleからRichへの所得の逆再分配が予測されることになる。それのみか、なによりも、社会保障は本質的に「中間層の人たちによる中間層の人たちの間の助け合いの制度」であり、この社会保障が極めて薄い社会になってしまえば、PoorとMiddle、そして場合によってはRichまでもが生活リスクに対して互いに助け支え合う社会全体でのリスクヘッジ機能が失われることになって、中間層の貧困化が顕著な社会に陥ってしまう。それゆえに、将来の、「高負担だったら中福祉、中負担だったら低福祉」が問題視されるのである⁶。

今の20代の若者たちは、生まれた時から消費税が当たり前のようになり、買い物時の税金の高い海外にもよく行っている世代である。彼らには「どうして消費増税でこんなに大騒ぎするの？」とみえるようである。確かな社会保障を将来世代に伝えるために⁷、日本医師会はあるべき財政運営の姿を示し続けていく必要がある。ただし、あるべき財政運営を進めようとする際に障害になることがある。それは、今を生きる大人たちの先入観である。『平成28・29年度医療政策会議報告書』には次がある。

- ▶ 人口減少社会で重要な経済政策の指標は1人当たりGDPであり、総GDPではない。
- ▶ 日本の1人当たりGDPの伸びは、他の先進諸国と比べて遜色のない伸びを示してきた——問題は、労働、資本、土地という生産要素間の機能的分配と、高・中・低所得階層間の個人的分配のあり方である。

つまり、日本経済の成長力そのものは世間で言われるほどには病んでおら

6 『平成28・29年度医療政策会議報告書』には「代表的エージェント・モデルではなく、少なくともPoorとRichがいるモデルで給付先行型福祉国家を考える（権丈担当箇所）」とあるが、これを本稿のように、「少なくともPoor、Middle、そしてRichがいるモデル」に修正している。その理由は、福祉国家を特徴づける制度である「社会保障というのは、中間層の人たちによる中間層の人たちの間の助け合いの制度」（権丈（2017）『ちょっと気になる社会保障 増補版』34頁）だからである。

7 2013年『社会保障制度改革国民会議報告書』のタイトルは、「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」であった。

ず、政策的対応が必要な喫緊の課題は分配の改善である。また、実質国内総生産（GDP）の伸びに実質個人消費の伸びは劣るが、これらは、2014年の消費増税で一時的に落ちたものの前後を均せば伸び続けてきた。日本経済は、今を生きる大人たちの多くが信じているほど、過去も今もそんなに病んでいない。

しばしば、財政の健全化を図ることは、景気回復の芽を摘む摘芽型財政政策と呼ばれたり、増税によって「ドカ貧」になればもともともないと言われることがあるが、日本の歴史はそうした事実を記録していない。デフレ下では成長は起こらないという命題についても、日本の経験をはじめ、世界の歴史がさほど強いエビデンスを持っていないことも、財源調達問題を語る上での前提としておさえておきたいことである。そして、中央銀行の財政従属に期待する議論は、通貨の信認、物価の安定を損なってきた歴史の教訓に鑑みるべきであろう。

6) 日本医師会の財源論

日本医師会の3大会議の一つである医療政策会議の『平成28・29年度医療政策会議報告書「社会保障と国民経済——医療・介護の静かなる革命」』では財源調達に関してもまとめられている。このグランドデザインにおける財源論では、2018年4月、横倉会長に手交された『平成28・29年度医療政策会議報告書』の財源論に加えて、本稿で論じた点を斜字として、二点加筆しておく。

財政と国民経済

- 財政健全化、経済成長、社会保障の機能強化は一体的に考える必要がある。
- 完全雇用余剰、ドーマー条件の知識は不可欠である。
- 未だに埋蔵金論議をする者がいるが、ストックはストックへは大原則である⁸。

財源

- 日本では、今後も医療費の主財源は社会保険料であり続け、それを消費

8 仮に特別会計に剰余金が生まれたとしても、それは公的債務の返済に回す。それがストックはストックへという意味である。さらに言えば、そもそもそうした一時金は一回限りのものであるため、社会保障のようにフローの財源としては安定財源にはなりえない。

税をはじめとした様々な公費で補う必要がある。

- 2019年10月の消費税増税を確実に行うこと。
- 消費税10%の先の検討をすみやかに開始するべきである。その際には毎年1ポイントの引上げも視野に入れて検討してもらいたい（2004年年金改正後の保険料引上げを参考）。
- 「能力に応じた負担の在り方、負担の公平性が強く求められる」（『社会保障制度改革国民会議報告書』24頁）方向性の徹底という観点から次の施策を図るべきである。
 - 軽減税率の見直し
 - インボイス制度の2023年10月からの確実な実施、さらには前倒し導入も検討
 - 所得税の所得ブラケットを見直して中高所得層への課税を強化するとともに、課税最低限についても再考
 - 恒久的減税や制度減税によって生まれた控除や分離課税を見直し（たとえば効果があった2014年以降の上場株式等の譲渡所得比例税率のさらなる引上げ）、徐々に所得総合課税に近づけていき、課税ベースの拡大を図る
 - 公的年金収入を給与収入と等しく課税し、非課税年金を見直す。

社会保険料については介護保険の見直しと被用者健康保険の一元化として次のように記述されている。

- ・ 介護保険の被保険者範囲の見直し
 - 被保険者を40歳以上から20歳以上にすることにより、今の40歳以上の人たちの負担を平準化して今後の保険料の引上げ余地を作り、介護保険の財源調達力を高めるべきである。ちなみに、介護保険は65歳以上の被保険者が給付費の98%を利用しており（医療58%）、高齢期に支出が集中している側面は、年金と類似している。そして年金では、20歳以上が被保険者となることにより、各年齢時における負担を平準化することに成功している。
 - 介護保険の被保険者範囲の見直しは、将来構想としての「子育て支援連帯基金⁹」——年金保険、医療保険、介護保険など各種社会保険が、

9 権丈（2018）『ちょっと気になる医療と介護 増補版』358-367頁

権丈（2018）『ちょっと気になる政策思想』63-71頁参照。

自らの制度の持続可能性を高め、将来の給付水準を高めるために子育て支援連帯基金に資金を拠出する構想——においても重要となる。今のままでは、社会保険の中でも介護保険の40歳未満の現役期のみが、この連帯基金に関わらないことになるからである。

- ・国保の都道府県化…都道府県への医療政策再編
 - 被用者保険の都道府県単位への一元化を実現し、保険料率を揃えることにより負担の公平化、財政の安定化も図るべきである。
 - 日本医師会は、2010年「国民の安心を約束する医療保険制度」において「職域保険として、共済組合を協会けんぽに統合し、組合健保を段階的に協会けんぽに統合する」（18頁）ことを提言している。これは武見太郎会長時代からの地域、職域保険の一本化への経過措置としての提言であるが、被用者保険の都道府県単位への一元化は極めて妥当である。そしてこの被用者保険一元化は、これまで進められてきた都道府県単位への医療政策再編の流れ（図表1-2-2-19）にも沿ったものであるとも評価できる。

図表1-2-2-19 都道府県単位への医療政策再編の動き

1985年	第一次医療改正 ・地域医療計画の策定（1989年3月までに全都道府県で完了）
2006年	医療制度改革関連法 ・都道府県単位の保険財政共同安定化事業（2006年10月より） ・広域連合単位の後期高齢者医療制度（2008年4月より） ・全国1つの政府営業健康保険から47都道府県の協会けんぽへ（2008年10月より）
2014年	医療介護総合確保促進法 ・地域医療構想の策定（2015年4月～2018年3月であるが、2016年半ばまでが望ましい）
2015年	医療保険制度改革関連法案 ・国民健康保険の保険者、都道府県化（2018年4月より）

出所：筆者作成

・権丈（2018）『ちょっと気になる医療と介護 増補版』71頁

7) 全世代型社会保障への留意点

医療と介護をはじめとした、これからの社会保障は、65歳以上がピークを迎える2040年頃を見据えた折り返し地点2030年を目指し、①全世代型、②持続可能性、③人生100年時代という少なくとも3つの観点から考えていく必

要がある。このうちの全世代型社会保障については、2013年8月にまとめられた『社会保障制度改革国民会議報告書』に、次のような当然のことが書いてある。この文章は、日本医師会に関わる人たち皆が財源論の常識として押さえ、この国の皆が知っておくべきことであろう。

高齢者世代を給付の対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換を目指すべきである。その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。

3. 人類（ヒト）の明日に備える

(1) 危機に備える～有事の医療～

これから起こりうる危機、社会と人々の安全への危機に対して、医療がどうその危機を予想し、またこれに備えるか。実際に訪れるであろう、危機への対応だけでなく、それを明示することにより、不要な不安で社会が混乱することを防ぐことも大切である。

したがって日本国民を支える医療は日常だけでなく、災害や有事の際に、つながりあい支え合う仕組み作りと、有事の際に国全体で対応できる正しい知識を共有することが求められる。

1) 自然災害に対応した医療

わが国はこれまでに様々な自然災害に見舞われてきたが、2011年に発生した東日本大震災はマグニチュード9.0の大地震およびそれに伴う津波により死者19,418人、行方不明者2,592人に及ぶ未曾有の大災害となった。被災地の医療支援のために、DMATやJMAT、日赤救護班、JRAT¹、AMDA²、HuMA³、TMAT⁴、国境なき医師団、国立病院機構の医療班など多くの医療チームが駆け付けたが、被災地外からの医療チームの受け入れ態勢は十分でなかったため⁵、指揮命令系統や情報連絡体制は統一されず、現地入りした医療チームは所属組織の指示の下で各々活動せざるを得なかった。被災地の混乱にもつながった。

震災後もなお、新たに精神医療専門のDPAT（災害派遣精神医療チーム）⁶、公衆衛生専門のDHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）⁷、福祉専門のDCAT（災害派遣福祉チーム）⁸など相次いで発足されているが、官民含めて多様化するあらゆる災害派遣チームを総合調整する仕組みづくりは未だ十分とはいえない。

たとえば、米国のNIMS（National Incident Management System）は、国がすべての種類に対するあらゆる脅威と危険に対して、共通する管理計画と管理方法を提供している。それは、原因、規模、場所、複雑さにかかわらず、すべての災害時や有事に適用することができる。NIMSの中心概念が緊急時総合調整システム（ICS：Incident Command System）であるが、それぞれの組織の立場を尊重しながらも、一つの組織構造の下すべての関係者が機能的に活動することを促す⁹仕組みとして参考になる。今後想定される首都直下地震や南海トラフ巨大地震その他有事に対応するために、2030年までに推進すべき指針の一つであろう。平時から災害時まですべてをつなげられるシステムとして、米国の例を参考にし、医療チームの増加、対応の多様化、

1 大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team）

2 アジア医師連絡協議会（AMDA：The Association of Medical Doctors of Asia）

3 災害人道医療支援会（Humanitarian Medical Assistance）

4 特定非営利活動法人TMAT

5 厚生労働省災害医療等のあり方に関する検討会「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」2011年10月。

6 災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team）

7 災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team）

8 災害派遣福祉チーム（Disaster Care Assistance Team）

9 公益社団法人日本医師会（2014）「緊急時総合調整システムIncident Command System（ICS）基本ガイドブック」東京法規出版

多機関化などに対処するための枠組みとシステムの構築が必要である。

2) パンデミックを想定した医療

今、結核が再び国際的な注目を集めている。2010年WHO世界結核対策報告書によると、2009年の結核の発病者数は年間約940万人、死亡者数は年間約170万人にのぼる。国連の「持続可能な開発目標 (SDGs) 3.3」には、2030年までに結核を終息させることが掲げられており、その目標を達成するため、国連総会結核ハイレベル会合 (2018年9月26日開催) は、各国から首脳級、閣僚級および国際機関の長ら参加のもと、結核対策を促進させる政治的なコミットメントを確認した¹⁰。

わが国にとって結核は、戦後劇的に死亡率の減少に成功した過去の感染症と思われがちだが、近年は「外国生まれ」の方の罹患率が急増し問題となっている¹¹。結核患者は、出入国管理及び難民認定法により日本への入国が規制されているが、本人に自覚症状がなくその後発症していることが考えられたことから、政府は日本に長期滞在を予定するアジア出身者の外国人に対して、入国前に指定病院で検査を受けることを義務付ける新たな制度を設け、結核の国内への持ち込みを防ぎ、国内の結核罹患率の低下を図る考えである。

2019年にはラグビーワールドカップ、2020年には東京オリンピック・パラリンピックの開催を控えたわが国には、今後ますます諸外国からの入国者が増えてくる。現に2015年時点で2,000人近くの外国人旅行者が日本を訪れており、政府は東京オリンピック・パラリンピックが開催される2020年までに訪日外国人旅行者数4,000万人を目指している¹²。訪日外国人の倍増に伴い、結核のみならず、エボラ出血熱やラッサ熱など海外で流行し国際的に脅威となる感染症が日本に持ち込まれる可能性が高まることが懸念される。特に、国内でこれまで探知されていない感染症が仮に持ち込まれたら、それは日本にとって未知の新たな脅威となる。

新興感染症に対しては迅速な診断キットの開発・普及および疾患ワクチンの生成が鍵になる。本課題に対しては、日本のみならず世界保健機関(WHO)

10 外務省ホームページ「国連総会結核ハイレベル会合 (概要と評価)」

11 2016年の外国生まれの結核患者数は1,338人であり、前年と比べて174人増 (第9回厚生科学審議会結核部会資料より)

12 明日の日本を支える観光ビジョン「明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定」2016年3月30日

や世界医師会、各国医師会との国際的なネットワークの構築をさらに推し進めるべきである。

3) 被災後の住民保護のありかた

1991年雲仙普賢岳の噴火、1993年北海道南西沖地震と大津波、1995年阪神・淡路大震災、2004年中越地震、2011年東日本大震災、2016年熊本地震、2018年の平成30年7月豪雨と平成になって以降、数多くの自然災害に襲われてきた。

このように、頻回に自然災害のおきる環境にある日本では災害への十分な対応も医療に求められている。被災直後の救急救命のシステム整備など、緊急性を必要とする医療の出動についての環境は、特に阪神・淡路大震災以降整備されてきた¹³。

しかし、一方で、救助あるいは保護された被災者の生活環境については、必要最低限のものが用意されてきたとは言い難い。2011年の東日本大震災では発生から7日間で38万人が公民館、学校など公共施設等の避難所に収容されている。震災発生から6カ月経過した時点でも2万7000人が、避難先にとどまっていた。避難所・避難生活学会によると、震災関連死3523人のうち33%が、2016年の熊本地震でも震災関連死180人のうちやはり33%が避難生活に関連する原因で死亡したとされている¹⁴。また、2004年の中越地震で、避難所生活における健康被害として「エコノミークラス症候群」が注目された。

プライバシーが保てず、トイレなどの必須の設備も十分でない公共施設利用の避難所で健康を保つことは楽ではなく、ほかにも、鬱、トイレを我慢することに関連する膀胱炎、脱水症、熱中症、感染症、パニック障害、老人のコミュニティからの孤立によるアルコール依存、認知症の発症などによる健康被害が報告されている。

南海トラフや富士山の噴火などの自然災害のリスクが増しているといわれる今日、避難所の指定、運営、管理について早急にありかたを検討し、具体的な対策を立案する必要がある。東日本大震災では、被災に関連した自殺者

13 東京都は2004年災害派遣医療チーム東京（DMAT）を制度化した。2005年厚生労働省は日本DMATを制度化した。以降都道府県ごとにDMATが制度化されている。

14 避難所・避難生活学会からの提言（2017）

数も2011年の55人以降、2015年の23人まで毎年20人から30人が自殺をしている¹⁵。被災者の被災後の精神的な健康についての配慮ができるシステムや環境が用意されなければならない。

特に南海トラフや富士山の噴火では、首都圏、中京圏など人口密集地を直撃する可能性が高く、救助や災害復興活動が困難を極めると予想される。

甚大な自然災害での被災においては、被災者に対し「生命が保持できた」というところで満足するであろう（すべきである）という空気ができやすい。そこから、生きていくことのできる最低限の条件を満たせばよいという判断にいたることが多い。しかし、一定頻度で自然災害に見舞われることが現実視されているこの国で、そうした認識は好ましくない。医療界は列島に暮らす住民を守るために、あるべき自然災害との付き合い方として、被災後の住民保護の方策を考え、提言をしていかなければならないと考える。そしてこの課題は解決への緊急性が極めて高い。

4) CBRNE災害をも含めたテロリズムおよび周辺有事に対応する医療

2020年東京オリンピックなど大規模な国際的イベントの開催に際して、CBRNE災害¹⁶に対応した医療体制の構築は急務である。

化学物質等によるテロ災害で重要なキーワードは、ゾーニングとゲート・コントロール、およびDECON¹⁷である。1995年の地下鉄サリン事件では行動可能な被災者が個々に医療機関を受診し、医療者の2次的なサリン被害を惹起したケースもあった。これを防ぐために、同心円状にホットゾーン、ウォームゾーン、コールドゾーンを設定し、ウォームゾーンからコールドゾーンへの移動に関しては除染を確実に行うことが重要であり、除染が済んでいない被災者をコールドゾーンに移動させないゲート・コントロールが必要になる。また、目に見えない化学物質等の拡散状況を把握する手段として、NIHが監修したWISER¹⁸が有益である。WISERはあらゆるCBRNE災害の対応策が示されていて、その症状からいかなる化学物質の中毒症状なのか、拮抗剤はなにかまで掲示されている。特筆すべきは、発生場所と風向きさえ入力すれば、拡散範囲が掲示され、ゾーニングの基礎情報として使用可能であ

15 内閣府自殺対策推進室「東日本大震災に関連する自殺者数 平成27年」(2017年)

16 化学：Chemical・生物：Biological・放射性物質：Radiological・核：Nuclear・爆発物：Explosive

17 Human Decontamination：人体の除染措置

18 Wireless Information System for Emergency Responders：https://wiser.nlm.nih.gov/

る。

爆発物によるテロ対策としては、2013年のボストンマラソン爆弾テロ事件の教訓が参考になる。このとき、爆弾による四肢の出血性外傷に際してマンシェットによる市民レベルでの止血主義により多くの命が救われた。これは米国政府と国土安全保障省の主導で立ち上げられたStop the Bleeding Campaign¹⁹を通して国民の意識向上を働きかけたことによるところが大きい。四肢の大動脈損傷による大量出血が致死性出血に至るゴールデンタイムはわずか3分であり、救急隊到着前の処置として重要であることから、ボストンをはじめ全米主要都市では、除細動器と同時に止血用マンシェットが整備されつつある。日本においても、有事の現場での救急救護の手段として、こうした市民レベルでの止血方法の教育・普及は急務であろう。

5) 医療情報のサイバーセキュリティの確保

2018年5月に次世代医療基盤法が施行され、さまざまな健診データや診療データ、さらには介護データを解析し、医療に活用していく取組が加速している。ここで重要なのがデータの秘匿性である。医療・健康データは究極の個人情報であり機密性が高く、情報市場では他の情報より高価格での売買がされる。ブロックチェーンなどの技術を用いた仮想通貨が普及した現在のウェブ上では、医療データは究極の個人認証情報であるがゆえに、クレジットカードナンバーの10倍の高価格がつけられることもある²⁰という。実際、医療データを大量に販売するウェブ・サイトも確認されている²¹。

ソフトウェア大手のシマンテック社の調査によれば、「トロイの木馬」タイプのマルウェア(悪意のあるソフトウェア)を拡散する組織的な攻撃グループが確認され、感染被害にあった業種の39%を医療業界が占めているとされる²²。マルウェアは医療事務の他、レントゲンやCT、MRIなどの暗号化の難しい画像情報を処理するソフトウェアが稼働する機器でも発見され、旧式のOSが依然として稼働している医療業界では容易にマルウェアの侵入を許す

19 米国の国土安全保障省とホワイトハウスが主導で、一般市民レベルまで出血を止める全国的な意識向上キャンペーンである。訓練を受けた一般市民が止血帯を装備し、緊急時の止血術を行い救命することを目的として行われている。また、州によっては中学生に止血方法の授業を行っているところもある。

20 <https://www.fortinet.com/blog/business-and-technology/healthcare-experiences-twice-the-number-of-cyber-attacks-as-othe.html>

21 <http://www.security-next.com/092650>

22 <https://www.mcafee.com/enterprise/ja-jp/assets/reports/rp-health-warning.pdf>

状況にあると考えられている。

医療機関への大規模なサイバー攻撃の例としては、米国のコミュニティ・ヘルス・システムズ（2014年）、ソニー・ピクチャーズ・エンタテインメント（2014年）、医療保険者Anthem（2015年）への、いずれも国外からのサイバー攻撃が報告されており、Anthemのケースでは顧客による損害賠償請求の集団訴訟が提起された。2016年4月に起きた米国メリーランド州のメッドスター・ヘルスという病院グループにおけるランサムウェア攻撃では、10か所の病院が1週間以上中央ネットワークにアクセスできないまま操業せざるを得ない状態となった。2016年2月のハリウッド・プレスビテリアン・メディカル・センターに対するランサムウェア攻撃ではデータを回復するためにビットコインで1万7,000ドル（約200万円）を支払うことになった²³。わが国でも2018年10月に奈良県の宇陀市立病院がランサムウェア攻撃を受け、患者1133人分の電子カルテが閲覧不能になったことが公表され²⁴、日本では初めての医療機関に対するサイバー攻撃として報道された。

新しいウェアラブル・デバイスの開発により、ごく近い将来に様々なInternet of Medical Things（IoMT：医療機器のインターネット）機器の普及が予測される。しかしこうしたIoMT機器の多くが、サプライヤーの部品とソフトウェアとをサイバーセキュリティーを意識せずに組み合わせ製作されているため、患者個人がサイバー犯罪の標的とされたり、リンクする医療機関への進入経路（オープン・ドア）となるリスクも考慮しておく必要がある。

医療関係者の多くの意識は、患者へのケアの質を向上させるという部分のみに集中され、他分野への、特にサイバーセキュリティーの分野への関心は薄い。医療機関は国民の貴重な秘匿情報を日常的に取扱い、また国民からの信頼も厚い。その信頼にこたえるためにも医療機関はサイバーセキュリティーに関する知識と情報を獲得し、能力を向上させる必要がある。そのためにICTリテラシーに通じた人材の養成及びバックオフィスの強化²⁵が急務である。

23 https://www.nikkei.com/article/DGXLASGM20H1E_Q6A220C1NNE000/

24 <http://www.city.uda.nara.jp/udacity-hp/oshirase/change-info/documents/press-release.pdf>

25 日本医師会ORCA管理機構・プログラミング講座・メディカルICTリーダー養成講座 <https://www.orcamo.co.jp/>

(2) 進化する医療

ラッセル・アインシュタイン宣言は、核兵器と世界平和の問題にとどまらず、人類の営みそのものが内包している潜在的危険性に警鐘を鳴らしている。人類の獲得してきた、あるいは獲得していく科学と技術の進化、進歩を、人類とその社会が咀嚼し、消化し、適当に位置づけることは簡単ではない。制御することも簡単ではない。我々人類は、科学の進歩、技術の進化を飛躍的にもたらすほどには賢くはあったが、それを的確に評価し、文明の中に位置づけ、制御できる知性を十分に持ち合わせてはいないのかもしれない。人間の存在の根源に深く関わる医療行為においては、特に深い考察とよりバランスの取れた判断が求められる。

1) 健全な情報システムの整備

まずは未来予想の簡潔な描写から始めよう。すでに今日、科学としての医学、その実践としての医療ともに、テクノロジーとしての情報通信技術なしには成立し得なくなっている。そして近い将来、特に人工知能を活用したビッグデータ解析・IoT・ブロックチェーンといった新技術の進歩と現場への導入にあわせて、これら3者の結びつきはますます強固になる。さらに今後は、住民・患者の日常生活にも、それらの新技術が取り入れられてゆく。すなわち、人々の生活に関わるあらゆるデータが医学・医療の関連情報としてシステムティックに収集され、個人の健康管理や治療といった私的な目的だけでなく、科学技術の進歩や社会制度の設計といった公的な目的のためにも、活用されるようになる。

以上のような将来展望を踏まえると、未来の情報システムには高度なセキュリティはもとより、高い「健全性」が求められると強調しておきたい。ここで言う「健全性」には、いわゆるビジネスとしての健全性、そして情報を取り扱う人々の倫理としての健全性という、2つの意味合いがある。以下に詳述する。

ア) ビジネスとしての健全性

システムの需給者間の情報の非対称性を利用した業者による過度な搾取は望ましくない¹。それを防ぐためには、住民・患者そして医療現場のICTリテラシー向上の取り組みを通じた非対称性そのものの解消、そして業者の監視者かつ市場のレフェリーとしての政府の活用が期待される。

前者においては、官民挙げた地道な教育活動の推進が唯一の解決策である。例えば日本医師会は、既存の会員向け生涯教育制度に加えて、すでにICT戦略子会社を通じたEラーニングによる通信教育の一般提供を開始している²。

後者においては、特にICTに関わる補助金に対する政府の監視および評価機能の強化を求めたい。そのためには単に補助金の分配者としてでなく、事後の効果検証や政策評価も含めて政府あるいは日本の統治機構をより有効に

1 たとえば、日本病院会の実態調査報告書の緒言や考察に書かれているような問題意識が参考になろう。日本病院会 医業経営・税制委員会「平成28年度 医療機器・医療情報システム保守契約費用に関する実態調査報告書（概要版）」（2017年3月） https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20170424_01.pdf

2 「メディカルICTリーダー養成講座（初級・中級）」や「プログラミング講座」が会員以外にも広く提供されている。詳細は、日本医師会ORCA管理機構ウェブサイト参照。 <https://www.orcamo.co.jp/>

3 ここで言う政府とは、中央の各省庁からなり、内閣が担ういわゆる行政府のこと。統治機構とは、立法府（国会）や司法府（裁判所）そして地方政府を含めた、日本の統治システム全体を指す。

活用する方策について³、私たち自身がコミットする必要がある。医療の専門家集団として国民とともに歩むとするならば、日本医師会はその先導となるべきである。

イ) 情報を取り扱う人々の倫理としての健全性

ヒトの健康に関する情報は究極の個人情報であり、官民あるいは個人・法人を問わず、それを取り扱うすべての者には高い倫理観が求められる。わかりやすく言えば、世界的には「ヘルシンキ宣言」⁴、日本国内では「医師の職業倫理指針」⁵や「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」⁶といった医療者向けの倫理指針があるが、それらと同等レベルの倫理観をヒトの健康情報を取り扱うすべての者に求めるべき、との提言である。

具体的にはまず、それらの倫理指針の存在を医療情報システムに関わる民間事業者のみならず、広く国民一般に知らしめることが必要である。次に、ヒトの健康情報を取り扱うすべての者を対象として、新たな倫理指針が策定されることが望ましい。さらに、特に民間の営利事業者に対しては、必要に応じて指針の法制化も検討すべきだろう。

4 世界医師会「ヘルシンキ宣言 人間を対象とする医学研究の倫理的原則」。日本医師会ウェブサイト
に英文・和文で掲載されている。 <http://www.med.or.jp/wma/helsinki.html>

5 日本医師会「医師の職業倫理指針 第3版」(2016年10月) http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20161012_2.pdf

6 文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2014年2月22日策定、2017年2月28日一部改正) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000168764.pdf>

2) オンライン診療 (2030年のDtoP (Doctor to Patient))⁷

オンライン診療が診療報酬上で明確化されたのは2018年のことだ。当時は規制が厳しすぎるという批判もあった。しかし、それは安全性・有効性を確認するために必要なステップであり、その後もエビデンスを集積しつつオンライン診療の拡大は慎重に進められていった。

一方で、オンライン診療を取り巻く環境は大きく変化した。第一に、ICTが目覚ましいイノベーションを遂げた。個人認証はもちろん、盗み見も盗み聴きもされない「診療つなぐシステム」が完成した。医師と患者の会話はAIがチェックして、医師への助言や患者への補足説明を行なう。医師は日本医師会が認定する「オンライン診療医師ライセンス」を保持している。第二に、オンライン診療は、いつでもどこでも、医師と患者がコミットした時間に対応できるので、医師のワークライフバランスの向上に寄与するものになった。第三に、ホームモニターが普及し、対面では得られない患者の家庭での様子を把握できるようになり、家族ぐるみで、かかりつけ医をもつようになった。

2030年も、オンライン診療は外来診療の補完として、症状が安定しかつ継続性⁸が大事な疾患を対象としているが、在宅医療の患者や家族にとっては必要な時に医師や多職種と「つながる」ことができ、安心感につながっている。

2030年には対面診療も再評価されている。医師の偏在が解消し、自動走行システムによって医療機関へのアクセスが良くなった。国民も医師も働き方改革を通じて時間に余裕をもち、医師から充実したコンサルテーション（予防・健康から診療、治療まで）を受けられるようになった。患者は「対面」を楽しみにしている。

2030年の日本は「効率化」から「ゆとり」社会へと変わりつつある。

7 DtoD (Doctor to Doctor) もあるが、紙面の関係上DtoPに絞った。

8 国民の間で予防・健康づくりが進み、治療の継続性が必要な禁煙指導などには積極的に活用されている。

3) 健全な医療情報産業育成へのプラットフォームづくり

1990年代のパソコンやインターネットの普及により、社会や人々の生活は激変した。

ビジネスにおいて、電話やFAXで伝達していた情報は電子メールに代わり、情報伝達の正確性や情報量が飛躍的に向上する。また、電子商取引のような電子的な決済手段が導入されることで、利便性の向上が図られると共にビジネスのスピードも増した。個人においても、図書館に足を運んで調べていたようなことを自宅に居ながらにして調べることができるようになり、また、ホームページを作成して、自ら情報発信をすることもできるようになった。当時、このような変化はIT革命と言われ、政府も2000年に「高度情報通信ネットワーク社会形成基本法」を成立させ、日本における情報化社会の形成を重点的に推進した。そして、この流れは留まることはなく、情報を探す、取得する世界から、あらゆるモノが人と繋がり、様々な知識や情報が共有され、新たな価値を生み出すというSociety5.0という世界が志向されている。IoT (Internet of Things) や人工知能 (AI) は、Society5.0を形成する中心的な技術である。

これら全ての中心にあるのは情報であり、情報産業は、その情報を収集、加工、提供することで高度に成長を遂げている。医療分野も例外ではなく、レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) や医療情報データベース (MID-NET) が本格的に運用され、次世代医療基盤法に基づき医療情報を収集し、匿名加工の上、提供することで研究開発を促す仕組みが動き出す。これらは、医療情報を収集、加工、提供するための仕組み、枠組みであり、医療情報産業の中核として技術の発展や医療分野のデータサイエンティストのような人材の輩出に寄与して行くと思われる。また、Deep Learningにより、AIに診療の支援をさせる試みも夢の世界の話ではなくなって来ており、医療という、より複雑な情報のインプットを得て、更なる高度な処理技術の開発も想定される。当然であるが、医療において情報技術の活用、また、その産業を切り離すことは不可能な時代である。

一方、新たな社会の変革は、光の側面だけでなく闇の側面も持ち合わせている。プライバシー侵害や個人情報の漏洩の問題、またデジタルデバイドと言われる情報技術を活用できる者とそうでない者との格差が生じている。医

療分野においては、個人情報の漏洩、それに伴うプライバシーの侵害は、すなわち医療・健康に関わる情報であり、他の情報と比して社会や個人に対する被害は大きい。風評被害の範囲に収まらず、様々な差別を助長したり、個人の社会的地位も揺るがしかねない。デジタルデバイドは、医療に接する機会の格差を招く可能性もある。

個人情報の取り扱いについては、2003年に「個人情報の保護に関する法律」が成立し、更に2017年には改正を実施して、それまで規定がなかった「要配慮個人情報」を規定した。約15年を経て、ようやく医療情報は特に保護すべき情報となった。ただし、この個人情報保護法は、あくまで個人情報を適切に流通させ、効果的に活用する法律であることに留意しなくてはならない。これは、医師に科せられる秘密漏示に対する刑罰とは立法の趣旨が異なる。この点は、情報を収集して、加工して、提供することを主として成長を遂げてきた産業界と患者の尊厳を守り、その情報を保護し、プライバシーへの配慮に重きを置く医療界との大きな差異である。

平成という30年間だけで、技術の進展は目まぐるしく、それまでの技術は急速に陳腐化し新たな技術に置き換わって来た。今後もその流れは変わることはない。今ある技術も、更に高度で効率的な技術に置き換わって行く。しかし、情報社会である限り、情報を扱うことに変わりはなく、その情報を社会や個人の発展、幸福のために使う必要がある。その時、医療に関わる情報を扱う産業界や人が患者・国民の尊厳を守りながら、情報は保護し、プライバシーへの配慮を忘れないという意識を持つことが最低限求められる。そして、その意識を基礎として、法整備や技術開発をすることが健全なプラットフォームづくりとして必要である。

4) 科学・医療技術の進歩と医療倫理

20世紀、科学・医療技術は劇的な発展を遂げた。例えば、英国で1996年、クローン羊ドリーが作成され、体細胞クローニング技術が世界中で注目された。そして21世紀。ヒトの生命の設計図にたとえられるゲノム(全遺伝情報)の塩基配列を解読する国際プロジェクトが完了し、ゲノムを活用したオーダーメイド医療や創薬が現実味を帯びた。昨今、がん治療の分野では、がん細胞の遺伝子変異を網羅的に調べて特定し、より効果の高い治療法を探るがんゲノム医療体制の整備が進みつつある⁹。また、新しい遺伝子解析・編集技術が飛躍的に発展し臨床・研究に応用され、動植物の品種改良にまで及ぶ。さらに、各国で対応が分かれる受精卵のゲノム編集が、2019年春をめぐり日本でも生殖補助医療を扱う基礎研究に限って解禁される見通し¹⁰。そして、1998年に樹立されたヒトES(胚性幹)細胞株や、2007年に日本の山中伸弥・京都大学教授らが作成したヒトiPS細胞など、多能性を有する幹細胞を用いた研究が進められ、再生医療への期待が高まっている。

このように、近年の科学・医療技術の飛躍的な進歩・進展は、医療にも大きな影響を及ぼしている。例えば移植医療である。1980年代に入り、臓器移植による治療成果が飛躍的に向上した¹¹。これは、免疫拒否反応抑制剤シクロスポリンが開発されたことが影響している。日本でも、1997年、脳死体からの臓器摘出を容認する臓器移植法が施行された。しかし、全体の提供数は伸び悩んでいる¹²。どうしたら提供数を増やすことができるのか。これには、他国の取組みから学ぶ必要がある。

さらに近年、海外で動物の体内で人の臓器を作る試みも行われている。日本でも、文部科学省の専門部会がこれまでの方針を転換し、人の細胞を含む動物性集合胚を動物の子宮に戻し出産させることを容認したが、安全性や倫

9 厚生労働省 第1回がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議。配布資料。2018年8月1日。 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00774.html, 朝日新聞デジタル「ゲノム医療に多くの課題 遺伝子検査の保険適用目指す」(2018年11月12日) <https://digital.asahi.com/articles/SDI201811104108.html>

10 ヒト受精卵へのゲノム編集技術等を用いる研究に関する合同会議(第4回)。配布資料 ヒト受精卵に遺伝情報改変技術等を用いる研究に関する倫理指針(案)。2018年9月28日。 <http://www.lifescience.mext.go.jp/2018/09/430928.html>, 日本経済新聞「ゲノム編集、受精卵で解禁 来春にも、不妊研究に光明、医療応用は禁止、文科・厚労省」(2018年9月29日), 朝日新聞「受精卵のゲノム編集 来春にも 国の有識者会議がルール案、不妊の基礎研究に限定」(2018年9月29日), 日本経済新聞「受精卵ゲノム編集、来春解禁へ、基礎研究に限り容認、文科省指針案、妊娠・誕生は認めず」(2018年12月5日)

11 前田和彦, 塚田敬義: 第6章 脳死・臓器移植の問題。In 改訂版 生命倫理・医事法, 医療科学社, 東京, 2018.

12 日本臓器移植ネットワーク。臓器提供・移植データブック 2017。 https://www.jotnw.or.jp/datafile/data_book/index.html

理面で議論もある¹³。

科学・医療技術の飛躍的な進歩によって、これまで治癒不可能あるいは難治性の病気を有する患者に治療の選択肢をもたらす可能性が生まれたり、将来病気になる可能性まで予測できたりするようになった。これは人にとって大きな希望である。このような新しい技術の開発・発展は2030年までに、これまで以上に加速するだろう。

しかし、上記に述べた課題のほか、効果の程度、プライバシー、人間の本質や尊厳、生命の価値、遺伝子を理由にした差別といった、より複雑で多様な倫理的・法的・社会的問題が発生することにも留意する必要がある。また、巷ではエビデンスに基づかない科学・医療技術や手法が独り歩きし、患者やその家族を惑わせている。国は審議会等での議論、法制定や指針策定等の対策を講じている。また、日本医師会をはじめ関連学会も関連指針や声明等を公表している。しかし科学技術の発展は日進月歩であり、その対応には慎重さと迅速さの両方が求められるだろう。また、これらの問題は日本国内だけの問題にとどまらない。実際、2018年11月には、受精卵にゲノム編集を行い、世界で初めて双子を誕生させたと主張する中国の研究者が現れ、安全性や倫理面などから批判を浴びた。国際社会と協調して十分に議論し、これらの倫理的・法的・社会的問題に速やかに対処していかなければならない。

13 文部科学省 科学技術・学術審議会 生命倫理・安全部会（第38回）。配布資料 動物性集合胚の取扱いに係る関係指針等の改正について。2018年7月20日。 <http://www.lifescience.mext.go.jp/2018/07/3830720.html>, 朝日新聞「ヒト臓器、動物から作る 米で研究先行、日本は倫理面議論」（2017年2月23日）、同「動物体内で人の臓器、容認 来年度に指針改正 文科省方針」（2017年10月25日）、同「動物の体内でヒトの臓器、幅広い研究へ一歩 倫理面も検討 文科省、指針改正了承」（2018年7月21日）

(3) 健康管理におけるICTの活用

ICTの健康医療分野での活用のうち、健康医療産業の振興のための匿名化ビッグデータの活用、および、医師支援・勤務環境のためのICT活用については別項に譲り、ここでは人々の健康管理や医療を受療するためのICTの活用を対象とする。情報の内容については、Personal Health Record（以下PHRという）を想定して述べる。

1) 2018年、政府が進める「データヘルス × マイナポータル」の連動

官民データ活用推進基本法（2017年）の規定（第8条第7項）に基づいた「世界最先端IT国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画」は2018年6月に全部変更され、このなかで、健康医療分野については「データヘルス × マイナポータル」の連動」として、次のように記載されている。

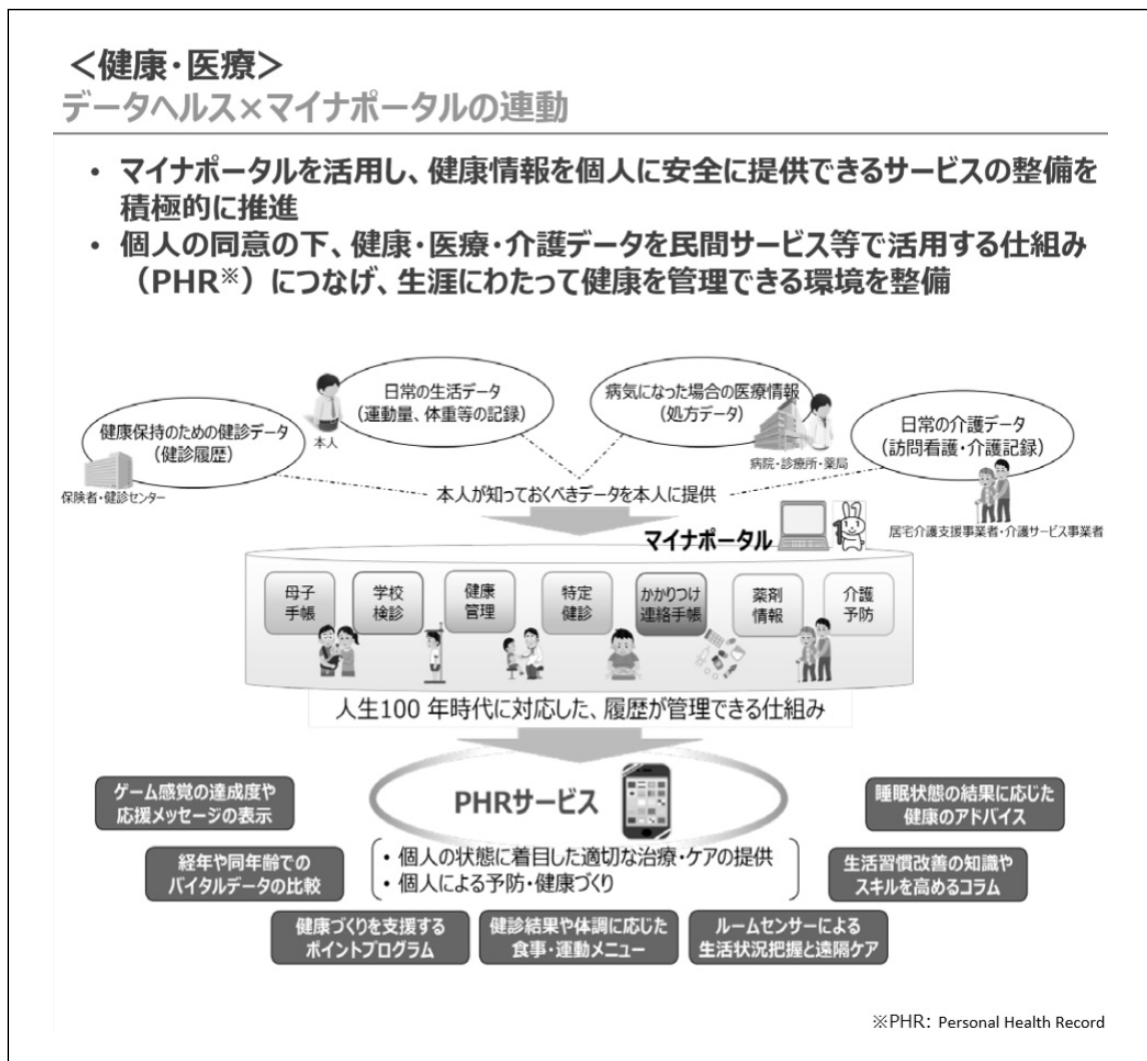
日本は世界に先駆けて超高齢社会に直面する。そうした超高齢社会においては、子供から高齢者まで、一人ひとりが人生100年時代を想定した健康生活を改めて考えていく必要がある。

どの時点の、どのような情報を、どう活用し、どのような健康生活を実現するのかを具体化し、地域における持続的な健診・医療・介護等の連携体制構築、地域社会での各種サービスの高度化とそれを活用するための手続の利便性向上、個人情報保護・安全性への配慮等を実現する情報利活用の基盤整備を進める。

今後は、マイナポータルを活用し、健康情報を個人に安全に提供できるサービスの整備を積極的に推進する。具体的には、特定健診データ、医療費情報、薬剤情報等をマイナポータル上で確認できるシステムを構築し、将来的には、乳幼児健診、学校健診等、市販医薬品や個人が測定する多様な健康関連データなどとの連携も視野に入れる。加えて、個人の同意の下、健康・医療・介護データを様々な民間サービス等で活用する仕組みにつなげ、生涯にわたって健康を管理できる環境を整備する。

これにより、データを活用した健康管理・病気予防のスタイルを確立するとともに、国民の「健康づくり」の基盤を構築する（図表1-2-3-1）。

図表1-2-3-1



まさに、この記述のとおり網羅的に健診情報、医療情報、介護情報の履歴が個人のPHRとして本人閲覧が可能となれば、個人による健康づくりと疾病予防に大いに資する。しかし、マイナポータルはマイナンバーを基軸としたものであり、本来の医療情報とどこまでリンクするのか（すべきか）、意見が分かれているところである。臨床現場を置き去りにした大型ICT事業は、これまで幾度となく、立ち上げられては予算終了とともに姿を消している。

2) PHRの普及における課題

「マイナポータル」として発展していくのか、別のシステムによるのか、いずれにしても、一貫したPHRは必要であり、個人の健康管理に必ず資す

るものである。データの保護のみならず、そもそものデータの信頼性担保のために、医療界としてデータ構築に関与すべきである。

さらに重要な点は、こういった健康医療情報を閲覧した個人の理解、受け止め方、つまり、ヘルス・リテラシーを有しているか否かによって、情報の有益性と有害性が生じる。健康医療情報は単にデータの列挙であると、結果を理解してどのように行動するかまで、活用できるものではない。一般の人々のヘルス・リテラシー向上が求められる。

3) 受療時のPHRの活用とオンライン受診

PHRは本人の健康づくり、疾病予防のための生活習慣の見直しとともに、医療を受診した際にも重要な情報となる。医療者は、PHRを保持する受診者から積極的に情報を引き出して、診療、とくに受診者への指導に活用すべきである。一方で、受診者は、自分の健診結果にどれだけ関心をもち、重要性を認識しているだろうか。

医療におけるICTの活用のなかで、オンライン診療は大きな領域を占める。オンライン診療については2018年3月、厚生労働省が「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を公表している。この指針はもっぱら診療上の秘密をどのようにして守るか、個人情報や診察医がどのようにして守るかを示しているが、一方で、受診する側はどのような認識をもって受診しているのだろうか。

4) PHRに対しての専門家の役割

医師はかかりつけ医、学校医、産業医等の立場から、人々のヘルス・リテラシーの涵養のために力を尽くさなければならない。

また、治療方針の選択や患者への指導に際して、PHRをどのように活用するか、活用方策と限界について整理しておく必要がある。

こうしたPHRに関連した医師の役割については、医学教育のなかで取り扱われるべきである。さらに、PHRの進化にキャッチアップしていくために、医師の生涯教育のなかでもPHRにまつわるICTの現状等について学びつづけなければならない。こうした教育を通じた認識の醸成に基づき、医師は、ヘルス・リテラシーの涵養のために力を尽くすべきである。

システムについては、ICT分野の専門家にゆだねる必要があり、彼らとのコミュニケーションを十分にとることによって、合理的、現実的で持続可能なシステムを構築していく必要がある。PHRの保護とデータの信頼性のために、データ構築に関与すべきである。

他方、システムの利用に際しては、医師を始めとする医療保健分野の専門家が十分にデータを活用できるよう、臨床現場を置き去りにせず、ICT分野の専門家からの技術的支援を受けられる支援の仕組みを国がしっかりと構築すべきである。

4. あるべき医療の姿を求めて

(1) がんとの闘い：個別化医療のあるべき姿

公益法人がんプレジジョン医療研究センター 所長

日本医師会総合政策研究機構 客員研究員

中村 祐輔

がんは1981年に死因の1位となったが、その後も増加の一途をたどり、現在では、日本人の二人に一人以上が罹患する病気となり、死因の約3分の1を占める。がん治療は過去数十年に急速に進歩し、外科的治療法にロボット・内視鏡手術が導入され、細胞傷害性の高い抗がん剤に加えて、がん細胞だけを狙い撃ちした分子標的治療薬が多数開発された。そして、放射線治療も重粒子線・陽子線などの新しい種類の放射線療法や人工知能技術を組み合わせた4次元レベルでの照射に加え、小線源療法など、がん組織だけを狙い撃ちする技術が進み、正常組織のダメージが回避されるようになってきた。また、免疫チェックポイント抗体の成果によって、患者自身のもつ免疫力の重要性が科学的に実証され、免疫療法は新たな時代を迎えつつある。

がんの治癒率は改善してきているが、依然として、がんを診断されれば、約三人に一人はがんで死亡する。がんの治癒率をさらに改善するためには、(1) がんを早期に見つけ出すこと、(2) 効果の期待できる薬剤・副作用リスクを予測し、無駄な治療や副作用を回避すること、(3) 早期発見しても治療の難しいがんや転移・再発がんに対する画期的な新薬の開発などが求められる。

がん患者のQOLを高めるためには、個々の患者の特性やがんの個性を科学的に評価することが必要である。臨床医は、(1) 転移のしやすさを含め、がんの進行の速さには大きな個人差があること、(2) 化学療法や放射線療法に対する患者ごとの反応がきわめて異なること、(3) 副作用の強さも千差万別であることなど、患者の多様性を実感してきた。20世紀の後半になって、がんが遺伝子異常の蓄積によって起こる病気であることが明らかにされた。さらに、21世紀になり、遺伝子・ゲノム解析技術が急速に進展し、安価で短時間に全ゲノムの解析が可能となった結果、個々のがんで起こっている

遺伝子異常は大きく違っていること、そして、それらが「がんの個性」の背景となっていることが明らかにされた。

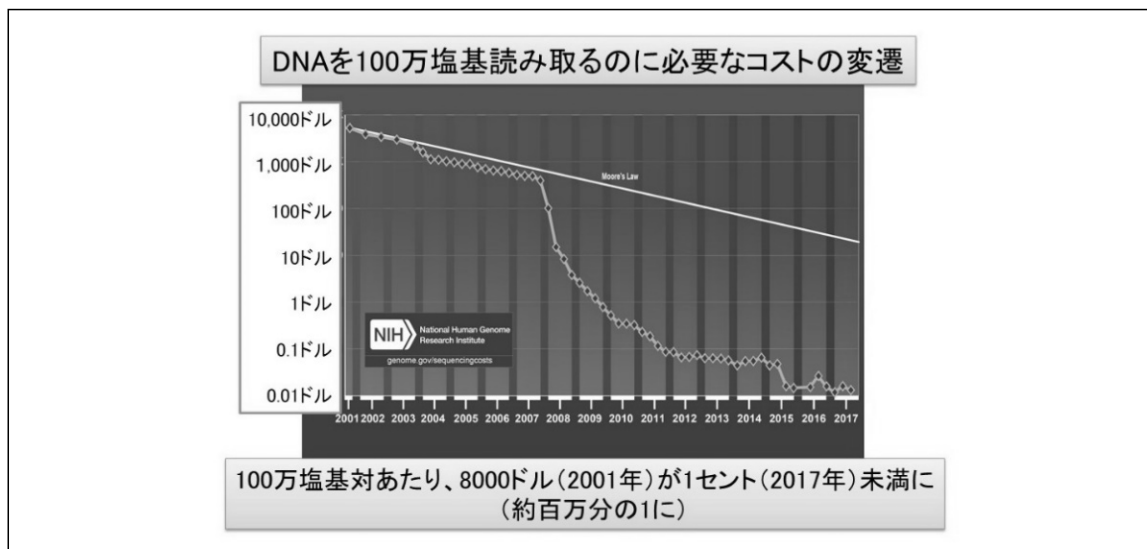
私は、1996年に、遺伝子情報に基づいて、個々の患者の特徴（体質のようなもの）やがん細胞で生じた異常（がんの個性）を見極めて、個々の患者に応じて「必要な時に、必要な薬剤（治療）を、必要な量だけ提供するオーダーメイド医療」という概念を提唱した。まさに、この項で取り上げる「個別化医療」のことである。この「個別化医療」は、欧米では「プレシジョン医療」という言葉で表現されることが多くなっている。それは、2015年に当時の米国大統領であったオバマ氏が一般教書演説（日本の首相施政方針演説に相当）で「プレシジョン医療政策」（Precision Medicine Initiative）を提言し、国策として「プレシジョン医療」が進められているからである。

画期的な新薬の開発には、遺伝子異常をもとにした分子標的の選択が重要である。また、抗がん剤療法や放射線療法の効果にも、がん組織での免疫環境が大きな影響を与えることが明らかにされている。本稿では、「ゲノム（遺伝子）」というキーワードによって、がん医療の場で起こりつつある革命的变化を中心に2030年のがん医療の姿を予測する。ゲノム情報の活用によって、「がんを見つけること（がん検診）」、「最適の治療薬を見つけること（治療法の選択）」、「新しい免疫療法に応用すること（個別化免疫療法）」などの分野で、がん治療体系が根底から様変わりすると考えている。

1) ゲノム解析技術の進歩

がん治療に大きな変革を引き起こしつつある最大の要因はゲノム解析技術の急速な進歩であるが、それを明確に示しているのが、DNA解析コストの価格の減少である（図表1-2-4-1）。

図表1-2-4-1 急速なDNA解析技術の進歩(NIHのウェブページ掲載のグラフを改変)



2001年と2017年の17年間に、DNA解析コストが約100万分の1に低下した。特に2007年後半から2009年半ばにかけては、次世代シーケンサーの開発によって2年弱で一気に1000分の1となっている。1990年から2003年にかけての国際ヒトゲノム解析計画では一人分のゲノム解析コストが3000億円に達したが、今や、10万円未満と隔世の感がある。今後も低下する（全く別の形の斬新的な技術が生まれる可能性もある）と期待されるので、2030年にはゲノム情報が一般診療の中で日常的に利用されるものと考えている、以下、これらを応用したがん医療の姿を紹介する。

2) がん検診

日本では、肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮がんなどの検診が公的負担で行われているが、男性の前3者の検診受診率は40~50%、女性の5つのがん検診受診率は30~40%と低い（国民生活基礎調査、2016年）。欧米諸国での乳がんや子宮がんの検診率は60~70%程度であるので、かなり低い数字と言える。検診を受けず、何らかの症状が出現してから発見された場合には、進行がんであるケースが少なくない。がんの治癒率向上の観点から、検診率の向上は不可欠である。

しかしながら、がんリスク年齢に達した人たち全員ががん検診を受けるには、十分な検診供給体制が整っていないのが現状である。したがって、ゲノ

ム情報や生活習慣による「がんリスク」を階層化した上での個別化検診制度の導入、もしくは、もっと簡便で安価ながんのスクリーニング法の開発が必要となってくる。後者として注目され、実用化が進められているのが、「リキッドバイオプシー法」という技術である。

リキッドバイオプシーは、リキッド、すなわち、生体から得られる液体（血液・尿・唾液など）を利用した診断法のことである。現在の遺伝子解析技術は、血液中に含まれるわずかな異常遺伝子を検出することを可能とした。血漿中には、微量のDNA（cfDNA = cell free DNA）が含まれており、がんが体内のどこかに存在している場合には、ごくわずかではあるが、がん細胞由来のDNA（正常細胞由来DNAに比して、その0.01%～数%）が含まれている。ジョンズホプキンス大学グループが2018年に報告した「サイエンス」誌の論文によると、「外科手術切除可能ながん患者をリキッドバイオプシーで調べたところ、70%程度で異常遺伝子の検出が可能だった」という。卵巣がんと肝臓がんでは100%近く、胃がん、膵臓がん、食道がんでは70%前後の患者で遺伝子異常が検出された。800人以上のコントロールでの擬陽性率はわずかに0.8%であった。われわれも類似のデータを得ており、リキッドバイオプシーががん検診に実用化される日は遠くない。

3) がん治療体系を変えるリキッドバイオプシー

がん検診に加え、リキッドバイオプシーによる、(1) 適した治療薬の選択、(2) 手術後に残存しているがん細胞の検出、(3) 速やかな治療薬の効果の判定（治療開始後2～4週間）、(4) がんの再発の超早期発見などへの応用に関する検証が進められている。薬剤選択に関しては、生体組織（手術やバイオプシーで入手）を用いた遺伝子解析による分子標的薬の選択が主流となっている。バイオプシーには出血などの合併症のリスクが伴うが、リキッドバイオプシーの場合には、このリスクを回避できる利点がある。また、体内に複数の腫瘍巣が存在する場合には、1カ所のバイオプシーでは、がんの多様性は考慮されないが、リキッドバイオプシーは、複数の腫瘍の全体像を反映すると考えられている。さらに、手術後のがん細胞の残存（身体のどこかにがんが潜んでいること）を正確に知ることができれば、抗がん剤治療の必要性の有無の判定に応用でき、不必要な抗がん剤の回避につながる。そし

て、がんの超早期再発の検出は、がん細胞数が非常に少ない段階での治療開始を可能にし、治癒の確率を高めると考える。

4) 最適の治療薬の選択

2019年春には、100～300種類程度の遺伝子をパネル化した検査法が保険収載された。現在の遺伝子パネル検査は、臨床試験が実施されている薬剤、もしくは、医療保険で利用可能な分子標的治療薬を選別するために実施されている。現状では保険でカバーされる対象者が限られているが、筆者は、今後はすべてのがん患者に対して、まず、遺伝子検査（手術やバイオプシーで得られた組織、あるいは、それが困難な場合にはリキッドバイオプシー）を行い、それに基づいた薬剤選択が行われるようになると推測している。無効な薬剤による治療によって、副作用で苦しむ、その間に病状が悪化すれば、QOLの低下につながることは必至であるので、薬物療法が必要な全症例に対する遺伝子検査の保険診療化が待たれる。

ただし、技術革新によって、全エクソン・全ゲノム情報や全遺伝子発現情報を遺伝子パネル検査とほぼ同じコストで実施することが可能となっている。さらに、後述するネオアンチゲン療法には、全エクソン情報が不可欠であることから、手術やバイオプシーで組織が得られる場合、遺伝子検査の費用対効果を考慮すれば、遺伝子パネル検査ではなく、全エクソン・全ゲノム検査を最初から行った方がはるかに効率的である。

5) 新たな免疫療法

新しいタイプの免疫療法開発が「がんを治癒させる」ゴールへの鍵を握っている。免疫チェックポイント抗体治療薬は10～30%のがんに対して非常に有効である。このタイプの薬剤の作用機序として、「がん細胞を直接殺すのではなく、がん細胞を殺す働きのあるリンパ球を活性化する」ことが示され、がん患者自身の持つ免疫力の重要性が再認識された。特に、これらの抗体治療が有効であった症例で、「がん特異的抗原を認識する細胞傷害活性を持ったリンパ球の活性化」が必要となることが示された意義は大きい。また、B細胞系の腫瘍に対するCAR（Chimeric Antigen Receptor、キメラ抗体受容体）を利用したT細胞療法（CAR-T療法）の高い有効性や、効果は限定的で

あるもののTIL（Tumor-Infiltrating-Lymphocyte）療法の成功は、次世代の免疫療法の進展につながる有用情報を提供したと言える。

CAR-T細胞は、キメラ遺伝子（細胞外にがん細胞特異的表面抗原を認識できる抗体を作る遺伝子と細胞内にT細胞を活性化させる分子に相当する遺伝子）を導入した人工的リンパ球である。細胞外の抗体部分をいろいろながん特異的分子に置き換えられたものが作られ、検証されている¹。このCARに代わって、がん抗原特異的なTCR（T cell receptor、T細胞受容体）を利用する動きも進んでいる。このがん抗原特異的TCRを見つけ出すのに不可欠な技術が全エクソーム（あるいは、全ゲノム）解析である。がんのゲノム解析の結果、がん細胞には平均的に約50–100カ所でアミノ酸置換を引き起こす遺伝子異常が存在することが明らかになっている²。

この遺伝子変異を利用して、がん特異的なリンパ球の活性化を目指すのが、ネオアンチゲンワクチン療法である。「ネオ」は新しい、「アンチゲン」は抗原であり、ネオアンチゲンは「遺伝子異常によって生まれた新しいがん特異的抗原」を意味する。すべての遺伝子を解析し、がんで起こっている遺伝子異常（+がん細胞における発現レベル）を解き明かせば、ネオアンチゲンは予測可能である。ネオアンチゲンはHLA（Human Leukocyte Antigen）と結合して、細胞表面上のがん特異的抗原として、免疫細胞に提示される。これを人工的に合成して注射すれば、体内の免疫系はこれらを非自己（正常な細胞には存在しないので）と認識して、これを目印に攻撃すべく、免疫系の活性化が起こる。これらのプロセスを検証する技術はすでに確立されている。しかし、難点は、個々の患者での遺伝子異常が非常に多様であることとHLA分子も非常に個人差が大きいことから、患者ごとに個別化ネオアンチゲンを準備する必要があることである。

しかし、ネオアンチゲンを利用すれば、簡単にネオアンチゲン特異的Tリンパ球を見つけ出すことができる。このTリンパ球で作られているTCR遺伝子情報を獲得して、それを患者由来のリンパ球に導入すれば、ネオアンチゲン特異的TCR導入T細胞療法につながる。技術的には、がん組織入手から3カ月弱で10億個単位のネオアンチゲン特異的T細胞を準備することが可能に

1 B細胞系腫瘍に対するCARの抗体部分は、B細胞特異的な分子であり、腫瘍特異的ではない。このため、正常なB細胞が欠落する副作用が起こる

2 がん種や個人間で大きな差があり、数カ所しかアミノ酸置換が起こっていないケースや数千にも及ぶアミノ酸置換が起こっているケースもある。

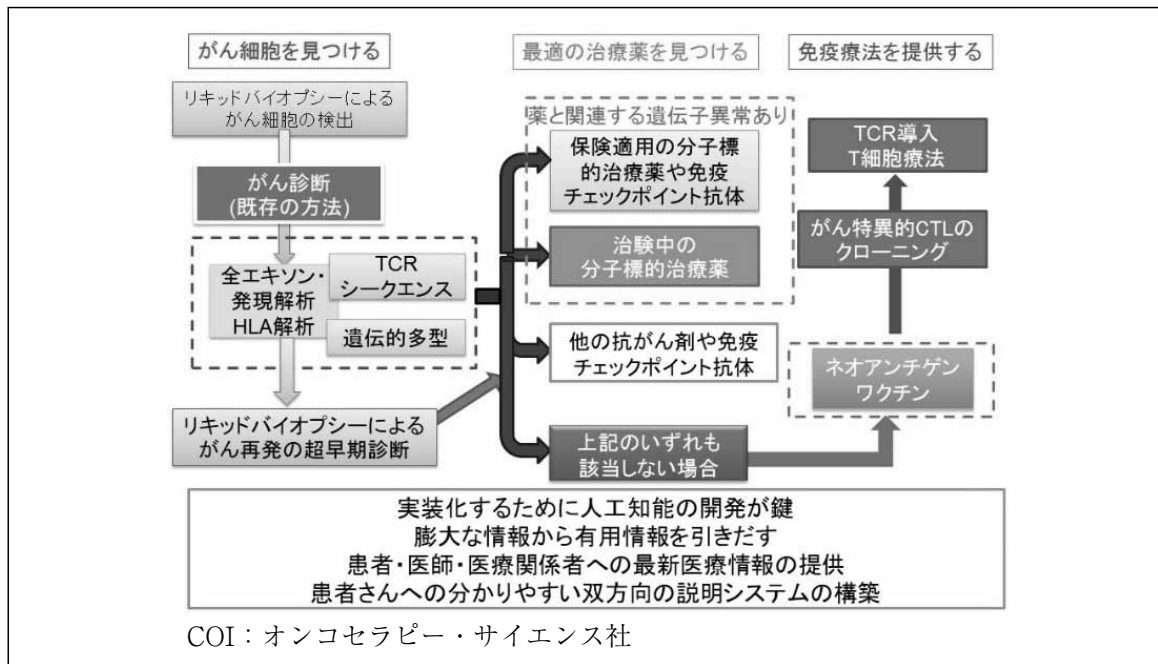
なっている。個別化療法はコストがかかるが、システムが整えば、今のがん治療費と同レベルでの提供が可能となり、がんの治癒率の向上につながるだろう。

6) まとめ

2030年に確立されているであろう「がん個別化治療体系予測」をまとめたものが図表1-2-4-2である。がんの検診や治療後のモニタリング、最適化薬剤の選別、新規の免疫療法の進展が一体となって、がん治療が大きく変革する。また、ここには書き込んでいないが、放射線療法も呼吸などの体位移動に伴って照射部位が連動する4次元的な治療が確立されているだろう。さらに、より多くの新しい分子標的治療薬が開発されているものと期待される。このようなますます高度化・複雑化・多様化・個別化が進むがん医療の現場で不可欠となるのが、人工知能による補助機能である。放射線診断・治療、種々の画像情報の読影、ロボット手術、内視鏡検査の補助や、ゲノム情報の解析などに人工知能は欠かせない。そして、もっと重要なことは、専門家と一般の医療関係者間、医療関係者と患者・家族間の知識ギャップの解消である。必要な情報、知っておかなければならない情報を抽出して、タイムラグなしに、わかりやすく情報を伝達できるようなe-ラーニングシステムにも人工知能は必要である。働き方改革の中で、勤務時間をより効率的に利用するには、診療記録や看護記録を音声から文章化して残すことができるような音声認識技術も欠かせない。

「ゲノム」・「免疫」・「人工知能」をキーワードにがん医療は大きな変革期を迎えている。

図表1-2-4-2 ゲノム情報に基づくがん個別化医療



(2) ライフコースデータにおける母子保健、学校健診情報のデータベース化、方法とベネフィット

京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 教授
健康・医療・教育情報評価推進機構（HCEI）常務理事
川上 浩司

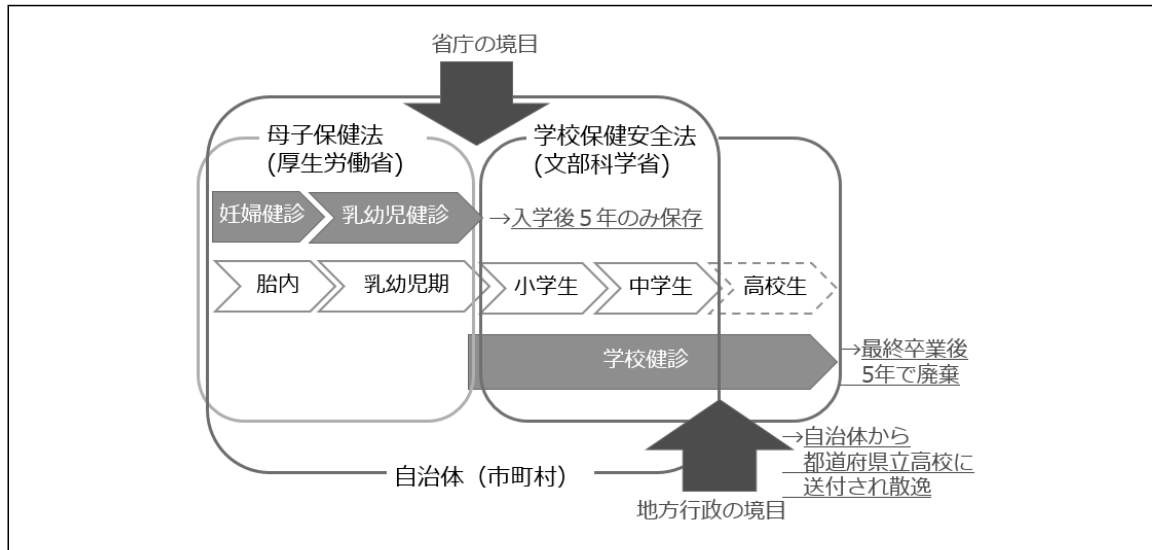
1) はじめに

2018年5月に医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（以下、次世代医療基盤法）が施行された。本稿では、次世代医療基盤法の制定に先駆けて、自治体等が保有する情報を収集して各種の健康政策の立案へとつなげている、一般社団法人健康・医療・教育情報評価推進機構（以下、HCEI）の取り組みを概観し、ライフコースデータの基盤構築と活用の可能性について論じる。

2) HCEIにおける取り組み

HCEIでは、全国の自治体との契約のもと、健康情報のデータベース化や利活用に取り組んでいる。特に対象としているデータは学校健診情報及び母子保健情報の2種類である。図表1-2-4-3のように、母子保健は厚生労働省が所管、学校保健は文部科学省が所管であり、さらに、学校保健においては、公立の場合には小学校1年生から中学校3年生までの9年分が自治体所管、高等学校は都道府県が所管となり、省庁の縦割り、地方行政の縦割りによって分断されている。

図表1-2-4-3 分断されている母子保健と学校保健



そこで、いずれについても自治体の財政的あるいは人的負担は発生しないように、現場の負担軽減にもなるように工夫しつつ情報の収集とデータベース化が行われている。

① 学校健診情報のデータベース化

学校健診は、1958年から学校保健安全法に基づき、児童、生徒を対象に実施されてきた。自治体においては、小学校1年生から中学校3年生までの9年分が健康診断票に手書きで記入され、高校進学時には高校へと送られ、最終卒業後5年間保存した後、廃棄されている。2018年度までにHCEIは約120の自治体と協約を締結しており、それ以外にも100以上の自治体が2019年度以降に参画実施を検討している（図表1-2-4-4）。

図表1-2-4-4 全国の連携自治体



連携に向けた手順は、まずHCEIの担当者が自治体に赴き、教育部門、健康福祉部門等の関係部局職員同席のもと、部局横断的な事業導入の調整力を有する首長や役職者に対して概要を説明する。その後、自治体における既存の個人情報保護条例との整理、校長会や養護教諭部会での説明資料が提供される。実施に向けた合意形成を終え、協約の締結に至ると、HCEIの職員が中学校を訪問し、教諭の立ち合いのもとで健康診断票をスキャンする。これは、健康診断票の学外持ち出しを禁止している、文部科学省監修のマニュアルにしたがっているためである。診断票から個人情報を除いたデータだけがHCEIの担当者のパソコンに蓄積されるシステムを用いている。スキャンの対象となるのは、中学校3年生時点で9年分が記載された健康診断票で、読み取ったデータをセンターに持ち帰り、クリーニング、解析へと移る。

自治体が本取り組みに参画する意義は、後述の医療・健康領域における政策立案への活用のほか、HCEIが提供している一人ひとりの生徒に還元される健診レポートにある。このレポートには、9年間の身長や体重、BMIといった成長の記録、齲歯の状況をはじめとする健康の状況、小児科医が作成した健康へのアドバイス等が記載されている。レポートはHCEIから自治体に電子媒体で提供され、自治体や学校で個人識別情報と繋ぎ戻ったのちにプリントアウトされた状態で生徒に還元されている。さらに、レポートにはQRコー

ドが付随しており、携帯端末等に読み込むことで、電子生涯健康手帳（PHR）の一環として、将来にわたり健診記録を本人が保存、閲覧できるようになる（図表1-2-4-5）。

図表1-2-4-5 電子生涯健康手帳（PHR）にむけた、自身の学校健診の閲覧の仕組み



PHRには、将来、何らかの疾患に罹患した場合、医師に過去の記録を見せることで、より適切な医療を受けられるという大きなメリットがある。

また、連携自治体における保護者へのアンケート調査によると、住民の約84%が健康データを統合して病気の予防のために活用すべきだと回答している。くわえて、子どもの健診レポートが配布されたことで保護者自身の健康診断受診の意欲が高まったかという問いに対しては、56%が受診意欲の高まりを回答している。子どもへの健診レポートの還元を通して、地域全体の健康に対する意識の高まりへとつながっていると考えられる。

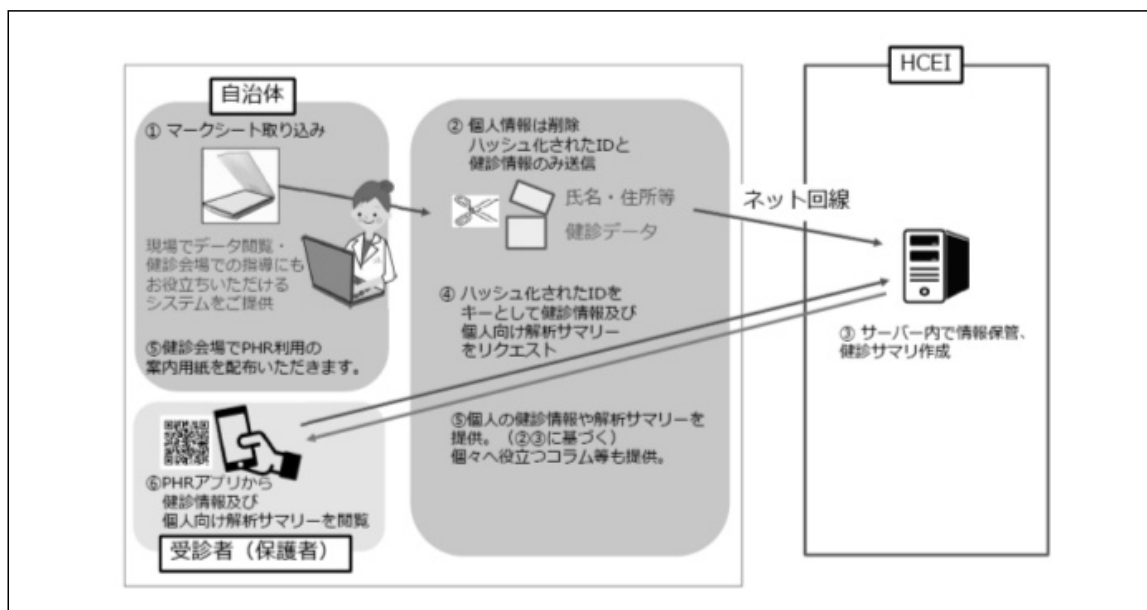
② 乳幼児健診情報のデータベース化

わが国では、母子保健法に基づき、全ての自治体で乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）が行われている。悉皆で乳幼児健診が実施されているのは他に類をみず、充実した制度である一方、問診内容や帳票の保存年限、対象とな

る乳幼児の月齢は自治体の裁量に任せられてきた。2018年から、厚生労働省の主導の下、乳幼児健診の標準化及び電子化が進められているが、その対応を迫られる自治体や業務を担う保健師の負担は大きい。HCEIでは、厚生労働省の標準項目検討に合わせた、マークシート方式の乳幼児健診帳票を開発することで、自治体や保健師の負担軽減に貢献するとともに、健診データベースを構築している。

マークシート帳票は、3～5か月健診、1歳6か月健診、3歳児健診について、自治体が印刷可能なシステムを無償で提供している。このマークシート方式の帳票には、標準項目の他に若干の自治体独自の問診内容を盛り込める。そして、健診会場で記入済みの帳票がスキャンされると、個人情報を除いたデータがHCEIのサーバーへ移送される仕組みである（図表1-2-4-6）。

図表1-2-4-6 乳幼児健診帳票のデジタルスキャンからデータベース構築へ



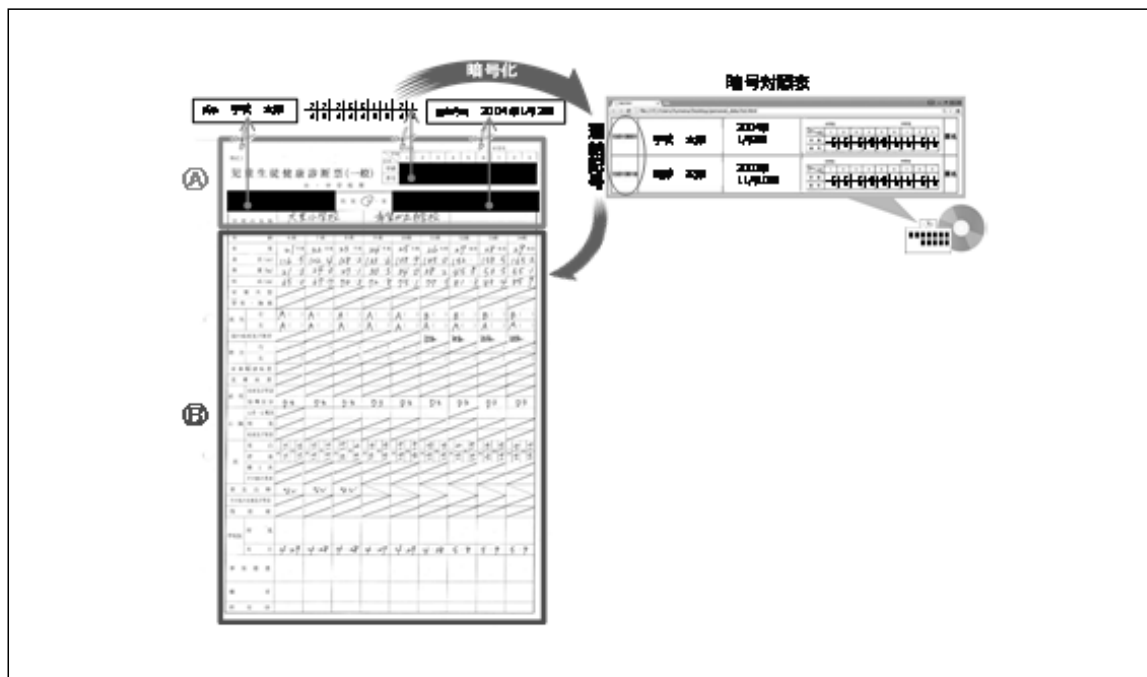
学校健診情報と同様に、保護者向け及び地域への健診分析レポートの提供や、保護者の携帯端末での閲覧機能も準備している。また、自治体には、HCEIからデータ化された帳票の内容が還元されるため、国へのデータ提出が簡便になるというメリットがある。

3) 個人情報への配慮

改正個人情報保護法では、第2条3項にて、病歴を要配慮個人情報とし、健康診断情報もこれに準ずるとされた。あわせて、第76条1項にて、大学その他の学術研究を目的とする機関もしくは団体又はそれらに属する者において、個人情報取扱事業者の義務は適用されないとする。これらの規定及び文部科学省・厚生労働省の発出による「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき、本事業における個人情報の取り扱いについて、HCEIは情報公開と拒否の機会の提供を自治体に依頼し、配布用の保護者へのお知らせの文書などを全て提供している。自治体によって、すべて個別の同意を保護者から取得するという場合、その運用も支援している。全国の保護者などからの質問や拒否の対応窓口もHCEI内に設置されている。

技術的な配慮としては、学校健診情報では、**図表1-2-4-7**のように、学校現場での帳票のスキャン時に、個人情報が含まれる画像とそれ以外の健診情報の画像は、パソコン内の別々のフォルダに格納される。そして、学校には、個人情報部分と自動的に生成された連結記号を提供し、HCEIの担当者は匿名化された健診情報のみをデータセンターへ持ち帰る。その後、国際基準で高いセキュリティシステムを持つデータセンターでクリーニング、解析される運びである。

図表1-2-4-7 個人情報と健診情報は分離され、健診情報のみ現場から暗号情報として搬出される



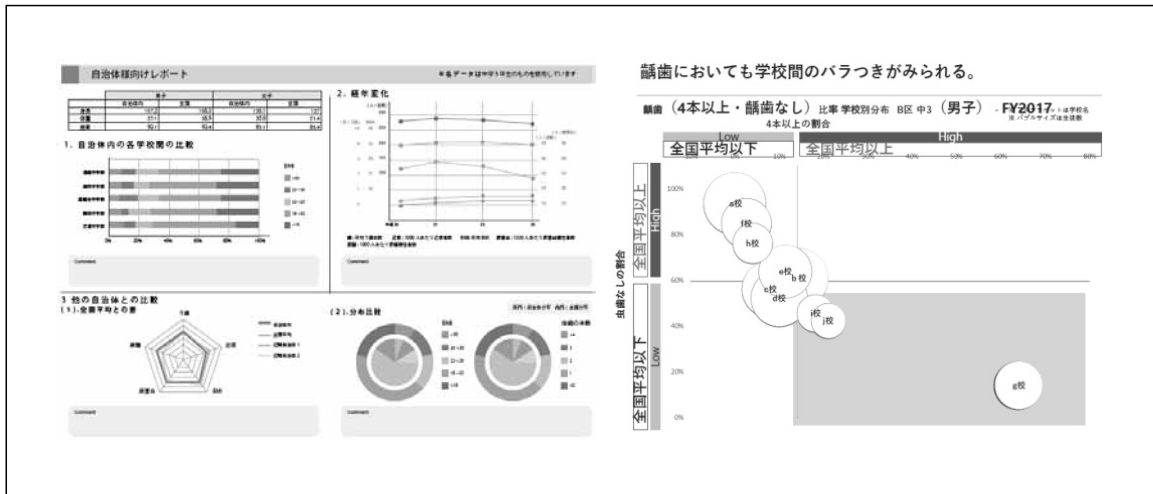
なお、HCEIが作成する、生徒へ還元されるレポートは個人情報が入り込まない状態である。その情報を学校が保有する個人情報部分と連結記号を用いて突合することで、一人ひとりのレポートとして出力される。

母子保健情報については、健診会場でスキャンされた帳票の情報から、個人が識別される情報が切り離された状態で、データがHCEI内のセンターへ送られ、解析される。母子保健の個人向けレポートは、個人のみがスマートフォンなどで確認できる仕組みである。これらの技術的な取り組みにより、個人情報の流出を防ぐとともに、法の規定及び関連指針にしたがった、非常に厳格な運用を行っている。

4) 構築されたデータベースによる分析から政策へ

HCEIは、連携自治体に対して、自治体内の学校ごとの健康情報による地域内健康格差の把握、経年変化、他の自治体や地域との健康状態の比較等が記載されている（図表1-2-4-8）。

図表1-2-4-8 学校健診における自治体での健康可視化の例

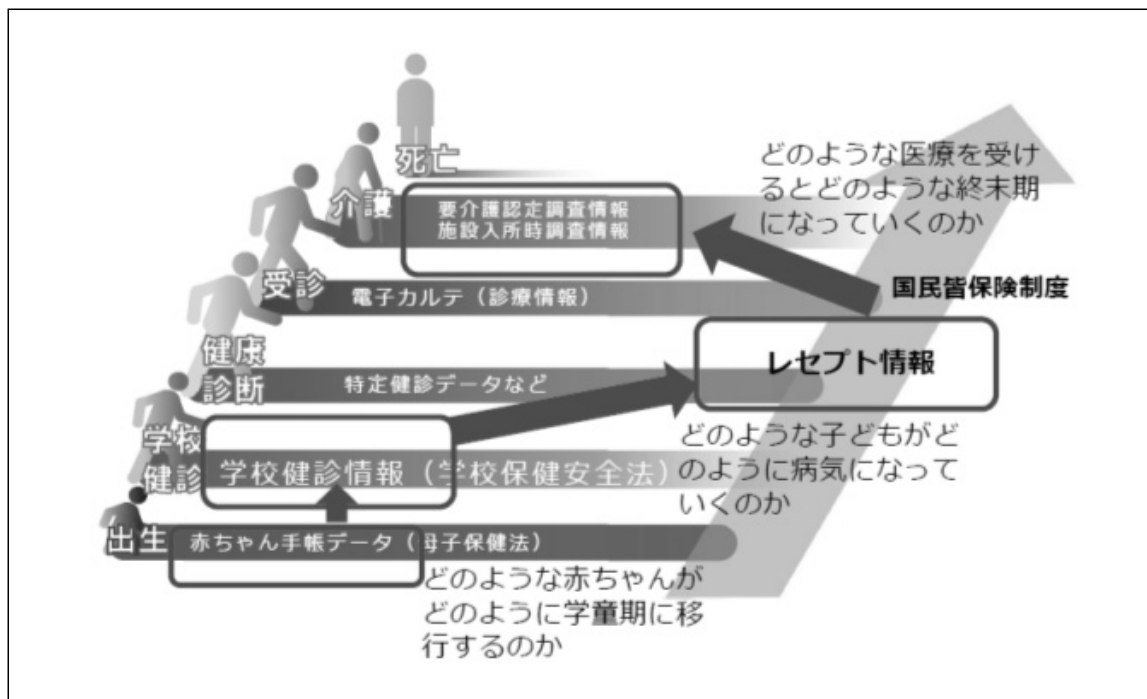


例えば、独自の取り組みとしてフッ素洗口を実施していた自治体では、レポートを活用して全国平均と比較し、齲歯の発生率が統計的有意に低いと確認、事業評価を行う際の根拠としている。今後、データの蓄積が進むことで経年変化の把握が可能となり、自治体における政策立案につながる事例が増えると期待される。

5) おわりに

人間の一生において、切れ目ない健康支援は重要にもかかわらず、これまでは各種の健診情報や医療情報が分断されており、個人にも医学にも活用されていなかった。図表1-2-4-9のように、ライフコースデータの基盤を確立することが実現しつつある。特に、母子保健と学校健診の15年間を紡ぐデジタルコホートの構築により、医学的にも多くの予防医療や難病の理解に資する知見が集積されると期待している。

図表1-2-4-9 ライフコースデータの概念図



(3) 医療データ分析と地域医療の設計

山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授
日本医師会総合政策研究機構 客員研究員
村上 正泰

1) 地域医療データ分析の必要性

地域の医療ニーズに見合った医療提供体制を構築する上では、データ分析に基づくエビデンスが欠かせない。今後、人口減少と少子高齢化による急速な人口変化が見込まれる中であって、医療ニーズも必然的に大きく変化していくため、医療データ分析に基づく医療提供体制の再構築の重要性はますます高まっている。

今後の医療提供体制改革においては、高度で専門的な診療密度の高い医療は集約化が避けられない。医療が高度化する中で、その機能を発揮するためには一定以上の症例数の確保が必要となり、人口の減少が進む中で、医療従事者や設備の分散配置は持続不可能である。特に高額医療機器などの重複投資は経営の非効率を生む。また、医療従事者の手薄な配置は過重労働や質の低下にもつながる。他方で、日常的な医療ニーズに対応するための医療では、治療だけでなく、全体の病態や患者の生活などを総合的に考慮した、生活支援も含めた役割が求められ、日常的で頻度の高い医療ニーズは地域密着型の医療機関で対応する必要がある。ただし、それらの医療機関でも、患者数を踏まえた病床規模などの適正化や機能の見直しなどが必要となり得る。必要な機能をバランスのある形で配置していくためには、人口変化と医療ニーズの動向をしっかりと踏まえる必要がある。

これからの人口変化の影響は地域によって大きく異なる。大都市部では75歳以上の後期高齢者が大幅に増加する一方、地方では後期高齢者の増加率も緩やかにとどまり、2030年～2035年にはピークを迎え、その後は減少に転じる県も多い。地方でも、とりわけ過疎化が進む郡部などでは、すでに後期高齢者数がほぼピークとなっており、今後は概ね横ばいから減少局面に入る地域もある。他方で、若年人口は日本全体で大きく減少することになるが、特に地方においては減少スピードが加速すると見込まれている。

こうした人口変化は、医療提供体制にも大きな影響をもたらす。地域ごとに異なる人口変化は、それぞれの地域の患者数の推移に違いを生む。大都市部では患者数が大きく増加するものの、地方では早くも患者数が頭打ちとなり、減少局面に入り始める。患者数が減少する地域では、医療機関の持続可能性が大きな課題となってくる。また、地域によって患者数が増加するにせよ、減少するにせよ、高齢化に伴って患者像も変化する。外来受療率は85歳以上になると減少するため、超高齢社会では外来患者から減少し始めるが、入院においても、医療密度の高い典型的な急性期医療を必要とするような患者の割合は相対的に低下し、慢性疾患を抱えながら療養生活を継続する患者や、軽度な急性増悪などを繰り返しながら複合的な医療・介護ニーズを抱え、さまざまな施設の間を双方向的に行き来するような患者のウェイトが一層高まることになる。近年、地域包括ケアシステムの構築が推進され、「治す医療」から「治し、支える医療」の重要性が指摘される所以である。疾患別の動向を見通すと、がんなどに比べて、肺炎、骨折、後遺症も含めた脳血管疾患、心不全など、高齢者に顕著な疾患の患者数の増加率が大きくなると見込まれる。

こうした医療ニーズの変化が具体的にどの程度の規模で、どれぐらいのスピードで生じることになるのかは、地域によって人口動態に違いがある以上、おのずからそれぞれの地域で異なってくるが、地域によって違うのはそれだけではなく、医師や看護師などのスタッフ数、医療機関数や病床数などの医療資源の多寡も同様である。また、具体的な診療のあり方にしても、地域やそれぞれの医療機関によって、さまざまな特性が見られる。したがって、それぞれの地域の中でどの医療機関が如何なる診療機能を担っているのか、どのような患者の受診行動が地域に生じているのかという、医療提供体制をめぐる現状と課題を可視化することは、医療ニーズに見合った医療提供体制の再構築に取り組む上での大前提となる。

データを分析していけば、医療機関によって得意とする診療科や疾患、術式や治療法などによる患者の多寡、救急患者とがん患者などでの受診行動の違いなどが見えてくる。それは、地域の関係者であれば、日頃から肌感覚として感じている実態かもしれないが、数字で定量的に示すことにより、現状と課題への共通理解が深まる。そして、それらのエビデンスを関係者間で共

有した上で、これからの急速な人口変化の中でも持続可能で質の高い医療提供体制を構築するためにはどのような対策が必要なのか、検討を深めていくことが求められているのである。改めて言うまでもなく、医療提供体制は一朝一夕に出来上がるものではない。したがって、目先の状況だけではなく、中長期的な視点での検討が不可欠である。

しかも、医師や看護師などのスタッフにしろ、病床や医療機器などの設備にしろ、医療資源には当然のことながら限りがある。限りある医療資源を有効に活かしながら、地域の医療ニーズに適切に対応できる医療提供体制を構築するためには、地域内での医療資源の適正配置が不可欠である。医療資源の適正配置のためにも、医療データの分析を通じ、現状と課題を可視化した上で、それぞれの地域の医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを是正していかなければならない。医療資源の適正配置と持続可能な医療提供体制の確保は地域住民に対する責務でもある。データ分析による医療提供体制の可視化は地域医療を守るためにこそ不可欠な取り組みなのである。

2) 地域独自の取り組みの意義

地域医療データ分析に取り組む上では、一般公開されている統計データに加えて、第三者提供が行われているNDB（National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan；レセプト情報・特定健診等情報データベース）や急性期医療のDPC（Diagnosis Procedure Combination；診断群分類）データなども、厚生労働省に申請を行った上で利用可能な体制が整備されている。ただし、レセプトデータやDPCデータを用いて詳細な分析を行うには、データベース言語を用いたデータ処理が必要になるなど、技術的なハードルも存在する。関係者による幅広い利用を促進するには、技術的な支援体制を構築するなどの工夫も必要になると考えられる。また、厚生労働省は都道府県の医療計画作成担当者に「データブック」を配布しており、都道府県医師会や大学等で医療計画策定に関わる有識者も利用できるようになっている。なお、レセプトデータやDPCデータなどを分析するに当たっては、厚生労働省に利用申請するのではなく、地域で独自にデータベースを構築することも考えられる。それ以外にも、地域で必要に応じてさまざまな実態調査を実施することなどもあり得る。

こうした地域医療データ分析に取り組む場合には、都道府県医師会や大学医学部の社会医学系講座、都道府県や市町村の行政機関が協力し合う必要があるだろう。筆者が所属する山形大学医学部では、山形県医師会、山形県健康福祉部、関連病院会などとともに「蔵王協議会」を組織し、医療提供体制や人材育成のあり方について連携しながら協力する体制を構築している。蔵王協議会では、山形県内の医療機関を対象として、医療機関別の診療機能や経営状況、患者の受診行動、医師の勤務実態等について各種調査を継続的に実施しており、県内全てのDPC病院から独自に収集したDPCデータの解析などにも取り組んでいるが、筆者の講座でそれらの研究を担当している。その経験を踏まえ、地域の関係者が協力して医療データ分析に取り組むことの意義として3点を指摘しておきたい。

第1に一般公開されているデータだけでなく、独自のデータ分析の必要性である。一般公開されているデータだけでは、臨床現場の実態を踏まえた地域ごとの受診行動の特性や個別医療機関の視点による議論には限界がある。例えば、患者の受診行動は二次医療圏別だけではなく、その中をさらにいくつかの分析圏域に分けて分析した方が有用な場合も少なくない。そうした分析を行うには、一般公開されているデータでは困難であり、独自のデータ分析が必要となってくる。他方、レセプトデータやDPCデータを利用するには、前述した通り、データ分析の知識や技術が必要となる。特に独自にデータベースの構築や実態調査などを行う場合には、専門家の協力が不可欠であるが、大学医学部の社会医学系講座などの専門家を活用することにより、そうしたデータ分析も可能となる。

第2に地域事情に精通した地元専門家の活用の有用性である。データだけでは、個別の背景事情に関する十分な解釈や実効性のある解決策の検討にも限界がある。地理的条件や歴史的経緯が分からなければ、いくらデータばかり見ても、地域ごとの医療提供体制の分析はできない。また、個別の医療機関の診療機能は、歴史的経緯などに加えて、そこに勤務する個々の医師の能力などによっても大きく左右される。それらも含めて、自らの地域の臨床現場に根差した視点からデータを分析し、その意味するところを解釈することが求められる。それは地域外の研究者やコンサルタントなどでは難しく、だからこそ、都道府県医師会や郡市区医師会と地元の大学医学部などが協力し

合いながら取り組む必要があると言える。

第3に医師配置や人材育成と一体的な取り組みの必要性である。医療提供体制改革は医師の配置と表裏一体の問題である。医師不足対策や医師の「働き方改革」も結局は医療提供体制の構造に帰着する問題であり、これらの問題への対応も含め、医療提供体制改革には医師の配置のあり方と統合的な検討と対応が求められる。しかもそこには、医師としての人材育成やキャリアパスのあり方も関わってくる。それゆえに、都道府県医師会や郡市区医師会と地域での人材供給源たる大学医学部が協力する意義は高く、医療提供体制改革のための医療データ分析においても、こうした視点を欠かすことはできない。

以上のように考えると、それぞれの地域において関係者が協力して医療データの分析と評価に取り組むことは、今後の医療提供体制改革において不可欠であり、その成否が地域医療を大きく左右すると言っても過言ではないだろう。

3) データ分析の意義と限界：医療提供体制改革で問われる「地域力」

データ分析によるエビデンスがなければ、自らの地域の医療提供体制をどのように再構築すべきなのか、十分な検討ができない。政策立案においては、ともすれば「勘と経験と度胸」が重視されがちであったが、近年はEBPM (Evidence Based Policy Making；エビデンスに基づく政策立案) が重視されるようになってきている。それは地域医療をめぐる政策においても同様である。医療提供体制には地域特性が大きく作用していることから、医療計画を中心として、都道府県の役割が強化されているが、都道府県が十分にその役割を果たし得るのかという点には疑問も拭えない。それゆえに、すでに議論してきた通り、地域の医療関係者が協力し合ってEBPMを推進していかなければならない。

しかし、政策立案に必要なありとあらゆるデータが入手可能なわけではなく、仮にさまざまなデータが揃ったとしても、そこから機械的に正しい答えを導き出せるわけではない。例えば、医療機関ごとの医師数や疾患別の患者数、手術件数、救急車受け入れ件数、医療圏ごとの流出入割合などのデータがあっても、どの水準であれば適切なのかという絶対的な基準値が存在しな

い以上、それらのデータだけで直ちに良し悪しの判断が可能になる保障はない。むしろ、さまざまなデータのどこに着目し、それをどう解釈し、どのような政策に結び付けるかという判断力や思考力こそが問われてくるのである。

また、急速な人口変化が進む中、医療ニーズの将来推計を踏まえた医療提供体制の計画的な整備が必要になるが、全てが将来推計通りになるとは限らない。将来推計は、足元の年齢階級別の受療率のまま、それに将来推計人口を掛けることにより将来の患者数を推計するのが一般的だが、おおよそのトレンドとしては重要な情報をもたらしてくれはするものの、受療率を含めた患者の受診行動や、治療法を含めた医療提供のあり方に何らかの変化が生じれば、将来時点における現実と将来推計との間には一定程度の乖離が生じることは避けられない。いずれにしても、データは多くの前提の上に成り立っている。データに内在する限界も含めて、データの意味するところを正確に読み解く必要がある。

つまり、医療提供体制改革には医療データ分析は不可欠だが、データを揃えるだけでは十分とは言えない。地域医療のあるべき姿についての判断力や思考力も重要であり、これからの方向性を関係者で協議して実現に至らしめる地域全体での実行力も必要となる。医療提供体制を再構築する上では、それらを全て包含した「地域力」こそが求められているのである。

(4) 「知識」から「意識」の教育へ

東京女子医科大学 がんセンター長
化学療法・緩和ケア科 教授
林 和彦

新しい中学校、高等学校の学習指導要領では保健科、保健体育科でがんについて学ぶことが明記された。本来は大綱的な内容のみで構成される学習指導要領に特定の疾患名が記載されたのは、1998年改訂時のAIDS以来、実に約20年ぶりのことである。移行期間を経て中学校では2021年度から、高等学校では2022年度から、全国一斉にがん教育が開始されるが、なぜ今、学校でがん教育が必要なのであろうか。

わが国では超高齢社会を迎え、がん患者の急増が大きな社会問題になっている。日本人の死因の第一位はがんであり、生涯罹患リスクは、男62%、女性47%にも達している¹。がんはもはや国民病であるとの観点から、2007年にはがん対策基本法が施行され、その実践に向けてがん対策推進基本計画が策定された。国を挙げてがんに立ち向かう法的基盤が整備されたことにより、がん研究や新規治療の開発、がん専門医療者の育成、チーム医療の充実、緩和ケアの提供などには大きな進歩がもたらされ、がん治療成績は年々向上している。2018年10月には本庶佑京都大学特別教授が抗PD-1抗体薬の開発によりノーベル賞を受賞した。わが国5人目のノーベル生理学・医学賞受賞者であり、わが国のがん医学研究が世界水準であることは疑いようがない。

しかしながら、全国各地で様々な啓発活動が行われてきたにも関わらず、人々のがんに対する理解や意識はほとんど変わっていない。テレビや新聞、雑誌から毎週のように流れてくる有名人の苦しい闘病生活や訃報の影響力も大きく、いまだに多くの人々はがんを「治らない病気」、「死んでしまう病気」として認識している。がん告知を死刑宣告のように捉え、がんと診断されただけで「もう終わりだ!」と悲嘆にくれ、パニックに陥って自暴自棄になっ

1 がんの統計編集委員会編：がんの統計〈16年版〉。がん研究振興財団。東京、2017。

たり、家庭生活が破綻してしまうようなケースもしばしば見られる。きちんと治療すれば完治する可能性が高いのに、無責任な報道や伝聞を盲信して手遅れになるがん患者も多い。

がんに対する誤った理解から、がん患者が就労や結婚で理不尽な差別を受けることも多く、がんと診断された勤務者の34%が職を失っているという、驚くべき事実も報告されている²。雇用主はもちろん、がん患者自身もがんと診断されただけで死を意識し、早期に解雇されたり、半ば強制的に依願退職に追い込まれることが多いのである。また、先進諸国では常識になりつつあるがん検診も、わが国の受診率は伸び悩み、現在でも約40%にすぎない³。

早期がんの5年生存率は90%を超えており¹、早期発見、早期治療ががん医療の基本であるにも関わらず、わが国では主体性を持って自らのからだを守ろうとする意識が乏しく、自覚症状が出現してから医療機関を受診して、手遅れの進行がんや診断される患者が今も後を絶たない。日本人のヘルスリテラシーは世界的には最低レベルであるとされているが^{4, 5}、がんのリテラシーも例外ではなく、極めて低いと言わざるを得ない。

また、近年「病」や「死」に対する人々の意識は大きく変わりつつある。人類の長い歴史において「病」や「死」は常に家庭や地域社会の最重要課題であった。わが家で愛する家族が目前で病み死んでいくというその恐ろしい体験は、生物学的には不可避で厳しい現実ではあるが、人々の心に深く刻まれ貴重な学びになるとともに、社会的にも文化人類学的にも大きな意義があったはずである。ところがわが国では高度成長期に国民皆保険制度が整備され、人々が等しく世界最高水準の医療を受けることができるようになると、それまで家族が共有し真摯に対峙してきた「病」や「死」は家庭内から遠ざけられ、病人はすみやかに医療機関に委ねられるようになった。在宅死亡率

2 「がんの社会学」に関する研究グループ：2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書「がん向き合った4,054人の声」。2016年8月。

3 厚生労働省：平成28年国民生活基礎調査の概況。2017年6月27日。

4 Sorensen K, et al. Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 12:80, 2012

5 Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, Truong TQ, Nguyen KT, Oo WM, Mohamad E, Su TT, Huang HL, Sorensen K, Pelikan JM, Van den Broucke S, Chang PW. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol. 27 (2) p80-p86, 2017

は急激に低下し、人が死ぬ瞬間を見たことのない人々が急増した。日常生活において命の大切さや健康の有難さを意識する機会が失われた現在、多くの国民にとって、「病」や「死」は非日常であり、もはや忌み嫌うべきものになりつつあるのかもしれない。

最近の子どもたちは会話の際に、いとも簡単に「死ね！」と言い放つ。それを目撃した保護者や教員は、「そんなことを言うものではありません。」と注意するであろうが、もちろん子どもたちは本気でそう思っているわけではない。人が死ぬところを見たことのない彼らにとって、「死ね！」は単なる戯れ言であり符丁にすぎないのである。2012年に策定された第二期がん対策推進基本計画では、『健康については、子どもの頃から教育することが重要であるが、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分である。』と指摘し、『子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識をもつよう教育することを目指す』としている。

がん医療の更なる向上のためには人々の理解と協力が不可欠であるが、家庭での実体験に基づく学びが期待できなくなった今、次世代を担う子どもたちに対する「がん」教育が、啓発の切り札として注目されているのである。「がん教育の在り方に関する検討会」報告書⁶では、「がん教育は、健康教育の一環として、がんについての正しい理解と、がん患者や家族などのがんと向き合う人々に対する共感的な理解を深めることを通して、自他の健康と命の大切さについて学び、共に生きる社会づくりに寄与する資質や能力の育成を図る教育である。」と定義している。がんをほかの疾病等と区別して特別に扱うことが目的ではなく、がんを扱うことを通じて、ほかの様々な疾病の予防や望ましい生活習慣の確立等も含めた健康教育そのものの充実を図ることが求められているのである。

がん教育には以下の2つの大きな目標がある。

- ① がんについて正しく理解することができるようにする

6 文部科学省「がん教育」の在り方に関する検討会：学校におけるがん教育の在り方について 報告. 平成27年3月.

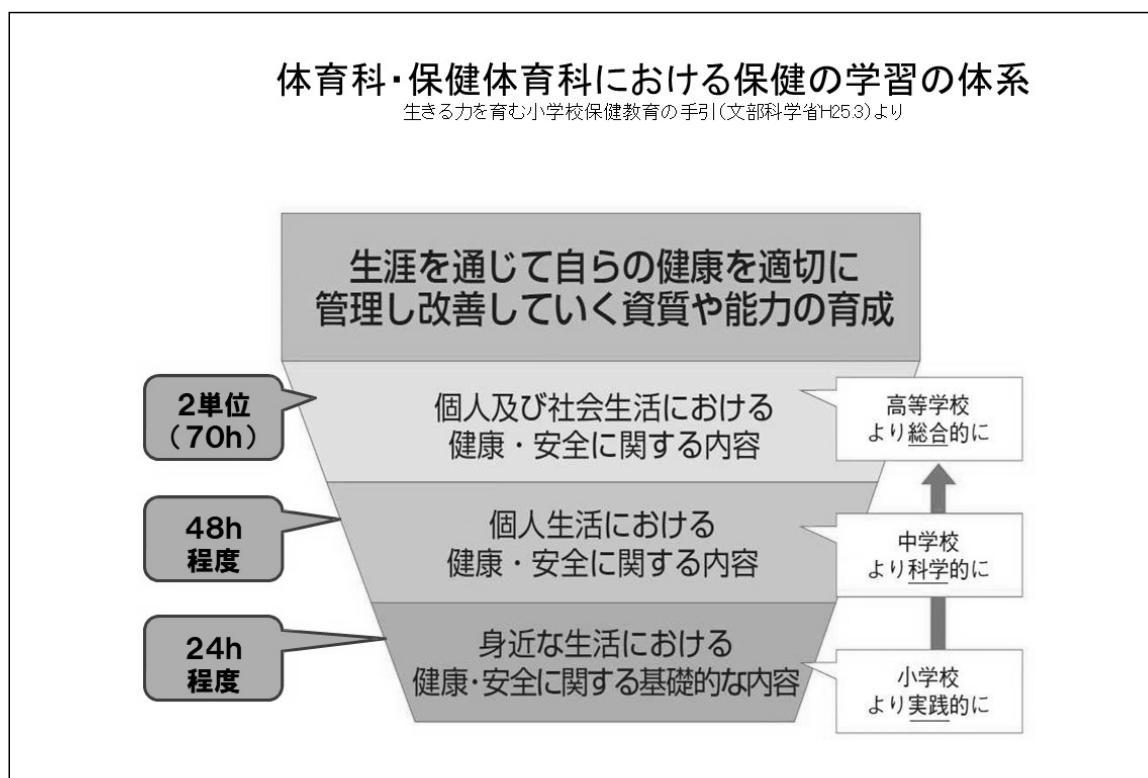
がんが身近な病気であることや、がんの予防、早期発見・検診等について関心を持ち、正しい知識を身に付け、適切に対処できる実践力を育成する。また、がんを通じて様々な病気についても理解を深め、健康の保持増進に資する。

② 健康と命の大切さについて主体的に考えることができるようにする

がんについて学ぶことや、がんと向き合う人々と触れ合うことを通じて、自他の健康と命の大切さに気づき、自己の在り方や生き方を考え、共に生きる社会づくりを目指す態度を育成する。

がん教育は知識の教育ではなく、意識の教育である。子どもたちに現在を「生きる力」、未来を「生き抜く力」を与えるためには、単なるがんの知識の教授だけでは不十分であり、心や命の問題を主体的に考えさせ、それが身近で極めて重要なことなのだという認識を持たせなければならない。防災や人権と同様の意識教育であるから、1度行えばそれでよいというものではない。小学校、中学校、高校と、発達段階に応じて体系的なカリキュラム・マネジメントを確立することで、確かな意識を醸成し定着させる必要がある（図表1-2-4-10）。

図表1-2-4-10

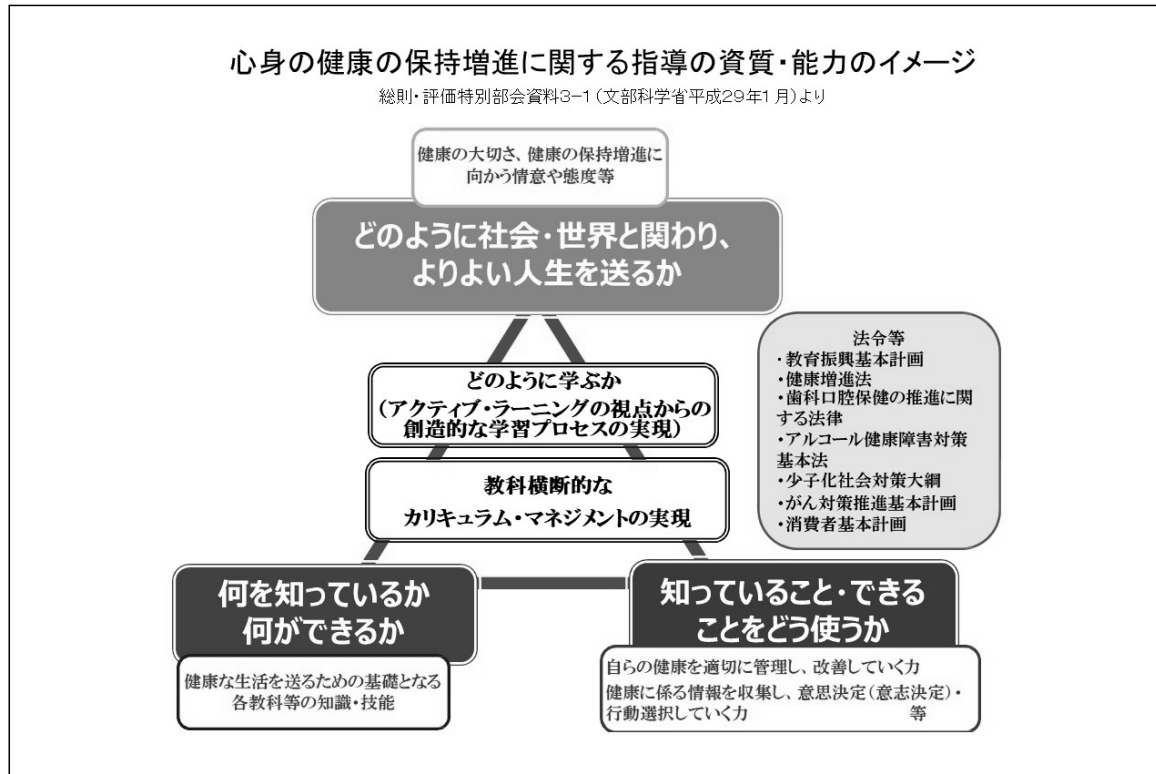


学校における健康教育は、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善していく資質や能力を育成することを目指して実施されるべきものである。家庭や地域でがんと向かい合う機会がなくても、学校でがん教育を行うことで、子どもたちはがんという病気を正しく理解し、健康であることの素晴らしさを実感し、家族の一員として家族全員が健康な家庭生活を送れるように気を配るようになる。さらにはがん患者の苦悩を理解し共感しようとする過程で、他人を思いやり、命を大切にすることが育まれる。がん教育の目的は、がんをがん以外の疾病と区別して特別に扱うことではなく、がんを通じて健康教育そのものの充実を図ることなのである。

新しい学習指導要領では、「知識及び技能」、「思考力、判断力、表現力等」、「学びに向かう力、人間性等」の三つの資質・能力の育成に必要な、主体的・対話的で深い学びの実現に向けた教育を求めている（図表1-2-4-11）。これまで行われてきた、知識を伝達する授業からの脱却ともいえるが、このプロセスはヘルスリテラシーの涵養には非常に重要であり、がん教育は、まさに

この観点から行われるべきである。医療者やがん経験者などの外部講師が参加することで、子どもたちによりリアリティーのある学びの場を提供し、グループワークや外部講師とのやり取りを通じて対話的な学びも可能になる。

図表1-2-4-11



重要なのは、がん教育でどれだけの知識を与えるかということではなく、子どもたちが当事者意識を持って学び、そこで得た知識をもとに自らの今後の健康課題に臨機応変に対応することができるような、包括的な健康教育を行うことであろう。言い換えれば、がん教育の究極の目標は、がんという身近で命に関わる病気を題材にして、子どもたちのヘルスリテラシー全般を高めることだともいえよう。

実効性のある地域包括ケアの要は、医療者ではなく地域住民である。いくら重厚な体制整備をしても、住民の理解と共感を得なければ推進することは不可能である。自分自身を大切にすることを学んだ子どもたちは、いずれ必ず他人の命を思いやり、社会や国の将来をも考えられる大人になって、新た

な力強い社会を創り上げる一人となることが期待される。健康教育の力点は、学校におけるがん教育を契機に「知識」から「意識」の教育へと大きく変わろうとしているのである。

(5) 総合診療医とかかりつけ医の連携

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
全人的医療開発学講座総合診療医学分野 教授
竹村 洋典

1) 総合診療医とは

総合診療医は、地域住民のニーズに応じて自身が規定される。たとえ医師が様々な領域の医療が必要な機能と思っても、ニーズがなければその領域を実行することはない。例えば小児がいない地域では小児診療は必要ないかもしれないし、一方で高齢者がたくさんいれば在宅医療が強く求められるであろう。その逆もありうる。多くの総合診療医は、このように地域住民のニーズに応えられることに、総合診療への魅力を感じていると思われる。

このような地域住民のニーズに応じるためには、総合診療医は5つの機能が必要と言われている（図表1-2-4-12）。5つのCとも呼ばれている。

図表1-2-4-12

表： 総合診療医が備える機能（5つのC）
包括性（Comprehensiveness）
連携性（Coordinating）
患者中心性（Patient/Person-Centered）
近接性（First Contact）
継続性（Continuity）

① 包括性（Comprehensiveness）

患者の臓器、性別、年齢にとらわれず、様々な医療などを提供できること

② 連携性（Coordinating）

専門診療科との連携、病診連携、診診連携、そして多職種連携など様々な連携ができること

③ 患者中心性（Patient/Person-Centered）

診断や治療するのみならず、症状に対する患者の考え、期待、感情、社会

的機能への影響を認知し、さらには患者の心理的社会的なバックグラウンドを認識すること。総合診療医の対象が健康な人、または健康と思っている人も含むので人中心性（person-centered）とする場合もある。

④ 近接性（First Contact）

距離的、時間的、または心理的に医師が患者の近くにいること

⑤ 継続性（Continuity）

長期間、患者のケアをしていること

世界では、総合診療医はfamily physicianやgeneral practitionerなどと呼ばれており、各国の医療システムの基盤を形成している。日本においては、現在、日本専門医機構にて総合診療専門医が育成されているが、地域で活躍するかかりつけ医の中にはその域に達している医師がかなりいると思われる。

2) 「あるべき医療の姿」と総合診療医が求める医療との関連

① 命と尊厳を守る医療の推進

総合診療が「患者中心の医療」を前提とするため、単に症状から疾患を診断して治療するテクノクラートではなく、症状から患者自身が考える疾患（「病い」）やそれゆえに患者が医療に期待すること（例えば処方してほしい、検査してほしい、画像をとってほしいなど）をも重視する。すなわち「疾患」を明らかにして治療するのみならず、患者の考える「病い」そしてその期待をも対象とする。もちろん患者の期待に迎合する必要はないが、非医療者のその言葉、その世界を認識しておく必要がある。その際には、不安、抑うつなどの感情、患者の社会的な状態に与える影響、そして宗教や信条、生き様をも考慮する。その点で「命と尊厳を守る医療の推進」は総合診療の患者中心の姿勢と合致している。

② 健康をつくる医療の推進

総合診療医の「患者中心の医療」には、目の前にいる患者のみならず、その家族、そしてその地域／コミュニティーをも対象とする。自医療施設に来院した患者のみならず、来院していない、来院したくない、来院できないような住民も対象としたいという思いがある。それゆえに医療の対象になって

いないような健康な人々、または健康と思っている人々に対する健康増進、予防医学的なアプローチをよく行っている。健康教室や健康診断、がん検診、予防接種などである。学校医、産業医の活動も含まれる。その点で「健康をつくる医療の推進」も総合診療医の活動と合致しているといえよう。

③ 人生100年時代の医療の在り方

日本人の高齢化が進む昨今、高齢者の健康寿命の延伸は重要なテーマである。世界がうらやむ長生きできる国、日本の高齢者は幸福であってほしい。長寿を目指す多くの国々にとって日本の高齢社会は明るい未来であってほしい。そのためにも、ただ延命するのではなく、栄養、運動、そして社会参加、生きがいなどに配慮して、総合診療医は高齢者のケアにあたらなくてはならない。特に在宅医療では、これらの事項を考慮に入れた診療が要求されている。また、そのための新たなコミュニティー構築も必要になるかもしれない。これらを配慮した医療を総合診療医は行うであろう。

④ 健康な人づくりのための教育への貢献

経済成長とともに疾病構造が感染症主体から生活習慣病主体に変化した日本においては患者個人の生活習慣への教育がとても重要となっている。総合診療医の診察室では、減量、塩分摂取、脂質摂取、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣に係る注意が患者に話され、またパンフレットなど患者教育に関連する資料が置かれていることが多い。さらに若年から生活習慣を変えるために、学校の生徒や学生に対する健康教育も重要性が増している。また、自分の健康を我が事ととらえ、行政ではなく自分の健康を自らが守る態度も重要である。近年、日本において地域共生社会や社会的処方が進められているゆえんである。そのためには住民にある程度のメディカルリテラシーが要求される。それに対応するためにも総合診療医は地域住民に対して健康にかかわる教育をする必要がますます大きくなっている。このように「健康な人づくりのための教育への貢献」は総合診療医にとって、今後、ますます重要となっていくであろう。

⑤ 社会を支える

総合診療医は、様々な専門診療科の医師との同職連携を行っている。病院内で、病院と診療所の間で、または診療所同士で連携する。総合診療医は適宜、他診療科へのコンサルトや紹介をしている。自身で抱え込まず周りの医療などと連携をすることは、患者に安心をもたらしもする。一方、病院内でも栄養、リハビリ、歯科など、多職種での連携は頻繁に行われる。さらに在宅医療において多職種連携は欠かせない。医療と介護の両者を対象とすることでより効果的な総合診療が実施できる。地域の様々な職種と連携して地域包括ケアを実現している。さらに、行政、さらには市民と連携を取って地域共生社会を構築する必要もある。これらのことから総合診療医は「社会を支える」ことが重要なタスクになっていると言えよう。

⑥ 担い手を育てる

日本の医学部・医科大学は医学教育モデル・コア・カリキュラムに従って医学教育をしている。2016年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて、総合診療は臨床実習において必ず経験すべき診療科となっており、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急科とともに総合診療科の名前があげられている。また全国の医学部・医科大学は国際標準に合致した医学教育を提供するために認証評価を受けている。その基準となる2018年度版医学教育分野別評価基準日本版に重要な診療科として内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、そして総合診療科があげられている。さらに2018年度に日本専門医機構は専門研修のうち基本領域専門医の研修制度を設立したが、総合診療専門医はその19番目の専門医と認識され、総合診療専門研修制度が開始されている。そして日本専門医機構によって総合診療専門研修プログラムが認定され、そして現在、総合診療専門研修医の養成が行われている。また、総合診療専門医に認定することで総合診療医の完成形になるのではなく、そこがスタートであって、そこからさらに生涯教育が義務づけられ、より熟練度が高い総合診療医に育成されていくことになる。このように総合診療医は「担い手を育てる」ことに積極的である。

⑦ 財源論

日本は人口が減少し、少子高齢化が進んでいる。そのため高齢者人口は年々増大している。高齢者人口の増加は2040年までは続くであろう。特に都市部においては、著しい高齢化があり、また1人暮らし・高齢者世帯が増加しており問題はさらに深刻である。日本においては、いまだに70%弱の日本国民の死亡場所は病院となり、人口当たりの病床数はOECD諸国で最大となっている。一方、介護医療・介護など在宅支援の整備は十分に進んでいない。都市部においては経済格差による医療・介護格差がますます顕著になりつつある。

ところで一般会計に占める社会保障関連費は約30%と大きく、医療に係る支出は現在も年々増加を続けている。防衛、文教などの予算が5～6%であることと比較すると、社会保障にかかわる予算は一般会計のかなり大きな部分を占めている。それゆえに国民皆保険を維持するためには相当な努力が必要となる。地域医療構想や（新）公立病院改革プランの実施、在宅医療のさらなる推進が行われつつある。しかし状況は好転していないように思われる。

我々の研究では、包括性、連携性、患者中心性、近接性、継続性などの総合診療的機能をより多く持つ医師の存在で、その医師をかかりつけ医としている患者の時間外医療、入院を減少させ、受診、健診・検診率を向上させることが明らかになりつつある。また在宅医療を実施する医師は、包括的医療を実施し様々な職種と連携が取れ、医療が患者中心である必要があることは解明されてきた。それはまさしく総合診療的機能を備えた医師である。

したがって日本が抱える医療に係る「財源」の問題を解決するためには、総合診療医、または総合診療能力を備えた医師の育成が少なくともその一つの解決策といえよう。実際、海外では医療費高騰の問題を解決するために、総合診療医育成がその対策の中心となっている。現在、厚生労働省などの医療や医師養成に係る省庁や、医療や医学教育に係る団体において、総合診療医に大きな期待が寄せられている。

⑧ 危機に備える～有事の医療～

日本はこれまで地震、津波や水害などの数多くの自然災害を被ってきた。そして近年では自然災害では包括性、連携性のある総合診療医が活躍するよ

うになってきた。救急医療が発災後の超急性期や急性期において活躍するのに対し、総合診療医は災害の亜急性期、慢性期や復興期において効果的に活躍していた。JMAT（日本医師会災害医療チーム）などの活動はその一例である。さらには超急性期や急性期におけるDMAT（災害派遣医療チーム）の活動においても、特に若手の総合診療医が多く参加している。また、今後起こるかもしれないテロや周辺国との有事などの人為災害においても、総合診療医は効果的に活動できると思われる。

⑨ 進化する医療

年々、様々な高度先進医療が開発され、それをキャッチアップしなくてはならないのは総合診療医においても同じである。日々の診療録においても電子カルテ化が進んでいる。2025年そして2040年と医療の資源が不足すると考えられるが、そのような状況で、AI（人工知能）やICT（情報通信技術）、そしてロボットなどが総合診療医の診療活動の支援に使われつつある。例えば診察にてAIを使用することが開発されつつある。また、独居老人などの生存確認、医療連携、地域包括ケアや災害医療に必要な情報を収集するためにICTが使用されている。介護の領域ではロボットも使用されるようになってきた。総合診療医はこのような「進化する医療」に追随するために努力が必要となっている。

以上から、日本で育成されている総合診療医はまさしく日本医師会の掲げる医療のミッションを追求する診療領域とも言える。

3) 近未来に来る高齢者の増加と財源の不足に対する現実的な対応

2025年に団塊の世代が75歳を迎え、それ以降2040年まで高齢者人口は増え続ける。2030年には、労働人口のさらなる減少により財源が減り、社会保障関連の予算を捻出できなくなるかもしれない。抗がん剤などの効果的な薬の開発によって、薬の高額化は大きな原因ではあるが、薬価についてのこれ以上の削減は難しいであろう。社会保障関連予算の不足に対応するための一つの対策として、総合診療医を育成しそれを基盤に医療システムを構築することがあげられる。しかし、2018年度に開始された総合診療専門研修プログラ

しれない。

日本が2030年においても国民皆保険制度を維持し人々が等しく医療を享受でき、多くの日本の高齢者が健康であり、そして年齢、性別を問わずすべての人々が幸福であることは、我々の夢であり、また今後日本と同じく高齢化社会を迎えつつある世界の人々の希望でもある。このような地域のニーズ、日本の医療のニーズに応えることは、総合診療医の目的そのものである。そしてその総合診療の充実に日本医師会が果たすべき、果たしうる役割は非常に大きいと考える。

(6) あるべき精神保健、あるべき精神医療

前厚生労働省健康局長

福田 祐典

1) はじめに

「入院医療中心から地域生活中心へ」という政策の基本理念を実現するため、政府においては過去各種施策がなされてきた。また、精神医療は従来の統合失調症（近年、入院患者の高齢化、減少が著しい）を中心とするものから、うつ病、発達障害、依存症、認知症等をはじめとする、広がりが増著である。このため医療と保健（公衆衛生）が一体となった取り組みが必要とされてきている。さらに、障害者権利条約、差別禁止、合理的配慮、地域共生社会等の国際約束と課題を進めるために医療への期待は大きい。「保護より機会を」、医療でなければ取ることのできないリスクを的確にとりつつ、当事者・家族の思いを実現する、人間中心の医療が求められている。

2) 政策と関係団体等の動向をレビューする

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書（2009年9月。以下「あり方検討会報告」という。）」においては、地域精神医療の強化が明確かつ具体的に方向づけられた。入院医療については、急性期に特化していくことが示され、長期療養の入院患者については、原則として地域生活支援体制整備をすすめるなかで、入院外の医療や生活支援を基本とする方向が示された。あり方検討会報告書を踏まえ、2010年6月には①退院支援、地域生活支援、②強制入院・保護者制度、③人員体制の充実、について検討することが閣議決定された。

現在の長期療養の入院患者については、「重度かつ慢性」の患者を除き、入院外サービスに移行させることや、今後は新たな1年以上の入院はさせないという方向が、精神科医療の機能分化と人員体制の充実とともに、2012年6月28日に取りまとめられた「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」の今後の方向性に関する意見の整理において明確に示された。退院

支援、地域生活支援については、2010年の検討会で提言されたアウトリーチの充実に向け、2011年度からのモデル事業等が実施された。これらのことは、精神保健福祉法改正（2013年）及び、改正法に基づく厚生労働大臣指針に具体的に反映され、2014年診療報酬改定にも反映された。

2017年の通常国会に提出された精神保健福祉法改正案は廃案となったが、法改正にそなえた議論は、退院患者支援、そのためのケア・コーディネーションの必要性、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築などについて、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（2017年2月。以下「新あり方検討会報告」という。）」にまとめられた。

精神科救急医療体制に関する報告書（2011年9月）では、ミクロ救急体制の強化が、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会報告書（2014年7月）」における「構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）」では、病棟の機能分化・ダウンサイジングによる入院機能の高度化と、入院外医療・地域生活支援の充実による地域精神医療の高度化が明確に示された。

この間の日本精神科病院協会（将来ビジョン戦略会議 我々の描く精神医療の将来ビジョン（2012年5月））、日本精神神経科診療所協会（精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト（2016年12月））、日本医師会精神保健委員会プロジェクト報告（2016年5月）やこれら団体による国会、政府への要望内容においては、以下に示す共通のキーワードが示された。代表的なものから列挙すると、多機能型地域支援センター、医療強化型グループホーム、地域精神医療の充実（アウトリーチ）、デイホスピタル、患者主体（ピア活動含む）、医療側・福祉側の地域支援の経験と理解の深化・拡充、ケアマネジメント機能の充実、地域責任制と連携などであり、認識と価値観になお細かな違いはあるものの中核となる考えについては共有されていることがうかがわれる。

3) あるべき精神保健、あるべき精神医療

① 基本認識

あり方検討会報告では、医療法に定める地域医療計画に精神疾患を明確に位置付けるべきという提案がなされた。他の先進国同様、日本においても精

神疾患の国民生活や社会経済において占める負荷がきわめて大きいことが背景であったわけだが、一般医療の整備の行政計画である医療計画に精神医療を明確に位置付けるという意味においても、重要な意味を持っていたのである。その後、社会保障審議会医療部会等での審議を経て、2011年には医療計画への精神疾患の追加が決定され、2013年度からの医療計画に盛り込まれることとなった。地域において必要な精神医療サービスを検討し、整備していくことが行政計画として位置付けられたことは、地域精神医療の充実を通じて、精神障害者の地域生活の実現を目指すという合意が関係者間で得られたことを意味する。

あり方検討会における医療計画への精神疾患追加の妥当性の議論の際には、精神科病院の入院機能、入院外機能の機能分化について、急性期入院医療から、地域生活支援のための入院外の精神保健医療福祉サービスまで同一医療機関がフルラインまたは複数の機能を有することについて、地域医療確保のためには、必要なことであり、認めるべきであるという認識が委員の中で共有されたことも、機能分化と連携を基本とする医療計画に精神疾患が追加されることへの追い風となったことを入念的に強調しておきたい。

② 精神医療圏域

精神医療の他の医療にない特色に非同意入院制度がある。日本の場合には、措置入院と医療保護入院の二本立てになっており、精神保健福祉法において目的、要件、手続き等が定められている。人権確保を第一に適切な医療と保護が提供されることが重要である。

精神医療圏域を、非同意入院医療を適切に提供する医療圏域として制度的に位置付けていくことが重要である。その意義は、高い非同意入院率と長い非同意入院期間が我が国の精神医療の課題として人権や障害者の権利の観点から長く論じられており、この課題の解決なしに、医療法にいう精神疾患にかかる医療圏の目的の達成はないと考えるからである。

世界の精神医療法制度は、患者の意思決定能力評価・支援、家族・ケアラー支援、入院決定における司法手続き等の導入、入院期間の制限など、本人重視、入院制限と地域生活基本、の大原則強化の方向性が顕著である。2013年の精神保健福祉法改正では医療保護入院について保護者制度の廃止等を含む

改正により、2017年の精神保健福祉法改正案（廃案）においては、措置入院について改正が試みられた。今後の法改正等の検討に当たって、精神医療圏域の再定義と医療圏域ごとの医療の状況のモニタリングと評価が検討・充実されることを期待したい。

③ 精神保健圏域（ゆるやかなキャッチメントエリアの導入）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが政策に位置付けられたことは歓迎するが、政策としても現場にとってもいまだ混乱がある。いたずらに、地域精神科医療提供機能、地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能等の拠点をすべての疾患ごとに決めることを急いだことも拍車をかけた。ここに提案する精神保健圏域とは、障害者基本法に規定する基本原則を実現する地域の単位として位置付けている。すなわち基本的な、保健、医療、生活支援を基礎的自治体の責任のもと地域のあらゆる資源が協働してとりくむ諸活動の場と定義する。構築には、擬似的（ゆるやかな）なキャッチメントエリア、地域に責任を持つ、24時間ミクロ救急実施を柱に、地域の医療機関が提供できるものを示し、地域内で丁寧な協議をすすめることが現実的である。これらの実現については、多機能型の医療機関の役割に期待したい。精神科病院についても前述の「構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）」が精神保健圏域の基盤となっていくことが期待される。

2018年度から地域生活支援促進事業（精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業）の中で新たなアウトリーチ支援にかかる事業が創設された。エリアの設定や保健を含むサービス内容、医療機関への委託など精神保健圏域につながるものとして、各自治体・医療機関の取り組みに注視したい。新あり方検討会報告書で示された論点と議論の深化により、2030年までの早い時期に法改正等を含む制度の充実が必要である。

④ 児童発達障害対策において特に考慮すべきアプローチ

特に、発達障害児（者）支援については、家庭、地域、学校等において児童が、日々の生活や学習といった日常環境のなかで、その人にふさわしい成長発達の機会の確保を精神保健圏域において新たに構築することが急務である。具体的には、家族の心配事や当事者の「困り感」等について、家族や、

当事者が集団の中で多くの時間を過ごすことになる保育園・幼稚園・学校等へのアウトリーチによるコンサルテーション支援やアウトリーチ支援の仕組みと、支援の中核となる支援組織を地域で構築することが重要である。

⑤ 認知症対策における医療の役割と関わり

新オレンジプランにもとづき、早期集中支援チームと、認知症疾患医療センターが、担当する圏域内において、機能を発揮していくことが重要である。

⑥ アルコール、薬物、ギャンブル等依存症対策

WHO「HIV予防・治療ガイドライン（2013）」においては、「薬物問題の非犯罪化」の考え方が示されている。地域における啓発も含む治療体制（孤立させない、排除しない）の充実が必要である。

⑦ 技術的留意事項

ア. 患者中心、社会モデルの理解の促進（専門医養成改革）、ピア

患者中心とは、「社会モデル」へのパラダイムシフトが前提である。専門医教育や治療ガイドラインを含め、社会モデルを基本に改定、改善が必要であり、それに基づいた研修体制の拡充が急務である。病気や臓器を診る医療から人間、生活、地域を診ることのできる精神科医の養成のための講座、専門医養成プログラムが必要である。そのためにIoT（Internet of Things；モノのインターネット）、遠隔診療等も積極的に取り組むべきである。「重度かつ慢性」については、患者、家族、及び精神以外の社会の識者等を含めた場で、社会モデルを基本とした新たな定義に基づいた精神保健医療が実施されていかなければならない。

イ. 対象の層別化

従来ひとまとめに扱われがちであった対象者を対象の特性、必要なサービス、到達目標等の観点から層別化し、最適化した支援哲学と標準化した支援手法（ケア・コーディネーションを含む）を導入し、そしてその進捗を可視化し、モニタリングと評価をするべきである。

ウ. ケア・コーディネーションの導入

2006年の障害者自立支援法（以下、「自立支援法」という。）施行以降、福

祉分野を中心にサービス内容の充実と財源の充実、サービス利用計画策定義務化等がなされている。しかしながら、精神疾患を有する精神障害者の地域生活支援には十分にはつながっていないことが、課題として顕在化している。

英国やカナダの例をみるまでもなく、患者中心の原則のもと、医療を含む適切な支援計画の作成とそのマネジメントが精神障害者、特に中程度から重度の患者の地域生活に有効であるという事実が積みあがってきている。日本では医療観察法指定医療機関におけるケア会議等でその成果を実感することができる。

2013年の精神保健福祉法改正で医療保護入院を対象に取り入れられた退院支援計画は、2018年に通知された退院患者支援計画GLにおいて、考え方や具体的な内容が欧米標準に追いついたと考えられる。患者監視との批判もあったが、今後は実績をつみかさね、次期精神保健福祉法改正の中核に位置付けるべきであろう。サービスをつなぐだけでは十分ではない。サービスの統合こそが肝要なのだ。

エ. アウトリーチの機能別分化

あり方検討会報告書では、治療への早期アクセスの確保の重要性が認識され、治療継続性が地域生活への移行と定着の鍵を握るという理解から、「アウトリーチ（医療専門職等による訪問サービス活動）」の強化の必要性を提案した。入院ベッド数を減らした国においては、入院機能の代替の観点も含め、地域の医療的対応の充実のために訪問系サービスを充実させており、たとえば英国では、重症者への包括的ケア、危機介入、早期支援、通常訪問というように対象者を層別化したうえで、必要な提供体制を目標値を置いて整備することを通じて、地域における訪問サービスの充実強化を推進していった。アウトリーチサービスの充実は、患者本人への質の高い医療を継続的に提供するのみならず、早期の退院の実現や、家族支援の観点からも有効であることから、地域の中核医療機関が率先して充実を図るべきである。

訪問サービスの基本型であるCMHT（Community Mental Health Team；地域精神保健チーム）に対象者・目的別のチームを編成する形で、柔軟にシステムを構築することが地域で可能となるような制度や報酬体系を目指すべきであろう。地域包括ケアの実現は、生活者の生活の場が医療の場でもあることを踏まえ、アウトリーチの場所に職場や学校の追加、支援対象者に家族

を明確化するなども実現が必要である。

オ. 就労支援強化ダイケアの確立

福祉的就労が膨大なボリュームゾーンに急速に成長している。一方では、必要以上に福祉に滞留することで精神障害者の「機会」が奪われることへの強い懸念がある。治療成績の向上、当事者の意欲の反映、合理的配慮等環境の変化を踏まえ、ダイケアの新たな主要機能として、一般就労へのファスト・トラックを支援する就労促進型ダイケアをハローワーク、IPS（Individual Placement and Support；個別就労支援）型支援の手法、社会適応訓練事業の実績、労働法制等の動きと整合をとりつつ確立することが急務である。ダイケアにジョブコーチやES（Employment Specialist；就労支援員）を置き、プログラムの開発、実施、精神障害者の可能性と希望の優先、就労企業確保、ハローワーク等関係機関との調整等により、就労支援強化の実現が可能である。特に企業がダイケアを訪問し、ダイケアのジョブコーチやES、さらにはダイケア自体が企業を訪問する、相互アウトリーチ型の実現に期待したい。

企業の不安を解消し、患者の状態変化への迅速対応が可能な点においてもダイケアに優位性がある。一般就労は、なによりも当事者の自己肯定感の維持向上に大きく寄与する。一般就労自体が、患者のメンタルヘルスの維持向上のための要なのだ。

カ. クロザピン、持効性注射薬、mECT（modified Electronic Convulsion Therapy；修正型電気けいれん療法、標準処方導入）

欧米ではクロザピンは治療抵抗性患者への優先使用を考慮すべき薬として定位置を占めつつある。持効性注射薬は、アドヒアランス向上のみならず社会生活機能への負の影響を最小限にできる等の高い質的な効果についても評価が定まりつつある。日本においての利用状況は欧米に比してなお低いものの、ともに利用状況は医療者の努力により高まりつつあり、さらなる普及が期待される。mECTについては国際的なGL等に基づきmECTを行うことのできる中核医療機関との連携体制の整備が必要である。

キ. 身体管理の充実、健康寿命の延伸、健康経営

重度精神疾患患者の平均余命が10～20歳程度短いことが知られている。適切な身体管理は喫緊の課題である。精神保健について高等学校の学校保健教育（学習指導要領）の位置付けがなされた（2018年4月公示。2022年4月入

学者より適用) ところであり、さらなる充実が必要である。

4) おわりに

2030年に向け今なすべきことは、端的に言うところ「OECD医療の質レビュー(2014)の提言「地域社会でのケア体制の構築に投資する。」ことである。アウトリーチによるコンサルテーション支援の充実と支援組織の強化を人的金銭的資源の大胆な地域重視(シフト)を通じ実現することにあることを重ねて強調しておきたい。

(なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。本論文は、著者の個人的見解に基づくものであることを念のため申し添える。)

(7) 医療と社会システム～あるべき医療の姿であるために～

日本医師会総合政策研究機構 主任研究員

細谷 辰之

1) 歴史の中、社会の中での医療の位置づけ

「人はひとたび生を受ければ、無条件で尊重され守られるべき存在である」。歴史の中、社会の中のあるべき医療の位置づけは、本グランドデザインの冒頭で掲げたこの言葉に深く結びついている。

樹上の生活と、チンパンジーとの共通の祖先に決別して、地上で二足歩行を始めたわれわれが、集団で助け合い（時には殺し合い）、強力な捕食者から身を守りながら利他の概念を進化させ、組織化された社会を営むにいたった。いわゆる先史時代に、生まれつき障害のある者や、外傷や病気を患い日常生活に不自由を強いられた者が、長く生存した痕跡を示す発見は多々ある。シャニダール1号¹と称されるネアンデルタール人の事例は、現生人類とネアンデルタール人の違いこそあれ「かつてわれわれが弱者に優しく、助け合っ
て暮らしてきた」ストーリーとして語られている。残念ながら、現在まで、ネアンデルタール人の骨でこの事例に当てはまる他の個体の骨は一体も発見されておらず、一般化の根拠としてはきわめて脆弱ではある。とはいえ、人類は「生命」を何よりも尊重し守ろうとする（主に西欧の歴史の中で）「文明国に許容される法の一般原則」を形成してきた。「正義」の概念を育成してきた。また、法治という知恵を生み出し育ててきた。

個々の人の生命と尊厳を尊重する為に、社会は全力を尽くす。有能であるとか、犯罪者であるとかそうした属性や条件とは関わりなく、人は尊重され守られなければならない。この原則が、生存そのものが危険にさらされるストレスから人類を解放する。自分の属する共同体が確実に自分の生命と尊厳を守ってくれると確信できれば、共同体の求心力は強くなり社会秩序は安定するであろう。生存そのものに付随するストレスが低減されたことにより、そのエネルギーをより生産的なこと、創造的なことに振り向けることができることにもなる。

医療は、生命が危険に直面したとき、苦痛に苛まれたときに人を救うもの

1 イラク北部クルド人の居住地域のシャニダール洞窟で1957年発見された壮年（推定40歳から50歳）のネアンデルタール人。

である。生命を守り、苦痛を緩和するだけでなく、安心を生み出すものである。疾病や外傷を負わないと保障された人類の固体は一体もない。すべての人がそのリスクを負い長い人生を生きていく。したがって、医療により人が救われるという事例は、社会の人を守るという機能が果たされていることを、最も強く社会の成員に実感させることができるのである。そうした意味から医療は人類にとって安全保障システムである。

2) 提供される価値としての医療

医療の受益者は誰かという問いは、医療をどう捉えるべきか、どう運用、提供していくかという問題について重要なヒントを描き出す。重篤な疾患に罹患し、生命の危機に直面した人が、医療を提供されたことによって健康を回復したら、その人はもちろん医療の受益者である。最大の受益者といってもよい。

かつて、医療が、いわゆるサービス業かどうかという議論が盛んにされたことがあった。金銭を支払ってサービスを得ているのだから、サービス業だという主張である。また顧客満足度になぞらえた患者満足度が計られるようになったのもそうした流れの中であった。入院中の快適度が、ホテルのそれと比較されたり、また名高い料亭やフランス料理店の仕出しを誇る病院も現れた。しかし提供される価値（サービス）の本質は、ホテルやレストランのような、いわゆるサービス業とは異なる。医療は、プラスの価値をもとめて受けに行くものではなく、受ける側にとって病気や怪我といった「不幸」を前提としているからである。最新の設備と医療機器の病院で優秀で親切な医師や看護師などのスタッフに囲まれ、最善の医療を受ける。病気にかかった、怪我をしたという前提があればこれは幸福なことであろう。しかし、こうした最善のサービスを受けるために病気にかかるあるいは怪我をした人はいらぬであろうか？ 特異な趣味や好みをもっている人をのぞけば大多数は望まないであろう。すなわち医療は、必要とする人には的確に提供されなければならないが、多くの人にとって、できれば、提供される「羽目におちいりたくない」種類のサービスなのである。その意味から、医療の提供される医療機関は、ホテルやレストランに類似しているのではなく、消防署に似ている

2 消防署が提供するサービスも、火災、傷病、被災などの「不幸」を前提としている。

のではなかろうか²。冒頭、医療の最大の受益者は、命を救ってもらった人であると書いたが、最善の受益者は、命を救ってもらう人を横目に見て（いざという時は救ってもらえるのだなど）安心し、一生医療の受診をしないで生涯を終える人なのかもしれない。ここに「豊かな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような社会的装置」³としての医療の特質が十分に発揮されている。

3) 医療を支える社会基盤～新たな資源配分への経済的根拠～

医療を支える費用をいかに捻出するか。誰が負担すべきか。国民医療費が40兆円を超え、そのうち患者負担が12%に対して国家支出が39%、保険料負担が49%である⁴。

医療費がどれほど増大しても、経済そのものは破綻しないが、支払いシステムは支出超過が対応できないレベルに達すれば破綻する。平成に入ってから30年の間に国民医療費は倍増した。国家予算に占める社会保障費は3倍に迫る勢いで増大している。高齢化が進むなか、さらに医療福祉の費用は増大することが予想されている。直接医療サービスを受ける患者だけが受益者ではないことを考えれば、患者負担を増やすことで増加分をまかなうことは合理的ではない。消費税の増税を増加分に充当するといわれているが、医療を含む社会保障費の負担の仕組みを考え直す必要がある。

医療という（社会保障という）社会的装置にどれくらい資源を投入することが合理的なのか？ 医療が（社会保障が）どれくらいの社会価値を生み出しているのかを正確に計測し医療へのあるべき資源投入の大きさを決定すべきである。医療には、実際の医療行為によって生み出している経済価値のほかに、医療を受けることによって回復された健康が生み出す経済価値、社会価値⁵、医療があることで生み出される安心の経済価値、社会価値がある。しかし、実際の医療行為からの経済価値以外はあまり議論の俎上にのらない。定量的な計測や評価が困難なことが障害になっている。伝統的な経済統計では「消費者余剰」や「技術革新による豊かさ」を計ることはできない。社会

3 2000年宇沢弘文『社会的共通資本』岩波書店

4 平成28年度厚生労働省国民医療費の概況より

5 医療を受けることで改善された健康や、救われた命を一定の定量評価する社会価値会計的なシステムの導入が考えられる。また治療や薬効の費用対効果の評価も有用であろう。

を安定的に発展させるためには、医療があることで生み出される価値（豊かさ）も、現在の経済統計では表せないことを考慮して、医療へのあるべき資源配分の大きさを決定する必要がある。

前節で医療は、多くの人にとって、できれば、提供される「羽目におちいりたくない」種類のサービスであるとした。ただし予防医療はそうではない。現在の不幸への対応ではなく先の人生のリスクと不幸に出合う確立を低減させる先制的な手段である。幸福を生み出す医療といってもよい。しかし過去の歴史の中で、予防医療に対して、その価値にふさわしい資源配分が行われてきたとは言い難い。将来の医療費削減のためではなく、豊かさ、幸福度を生み出す医療としてより充実した資源配分が行われるべきである。教育による、将来の「賢明な選択」の必要性も、同じ文脈で説明できよう。住民が、必要な、知識や判断力を得るために、医学、医療、健康に関する知識を初等教育の段階から教育として受ける体制作りが必要である。

4) 医療を支える社会基盤～医療者とその社会環境～

2018年7月11日日本医師会は「医師の働き方改革に関する意見書」の概要を発表した。これは2017年8月2日第1回会議が開催されスタートした厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」に意見書として提出されている。この意見書は「医師」という職業と、医療の持つ特殊な事情について説明し、労働時間の一律の上限設定には慎重を期すべきと主張している。同時に、長時間労働にさらされがちな医師の健康確保の重要性も訴えている。

「働く」という行為や様式にはさまざまな意味があり、捉えられ方がある。アダムスの原罪による神から与えられた罰だと認識している人が多いとは思われないが、労働をできれば避けたい、生きていくためにとらざるを得ない手段として捉えている人もあれば、趣味であったり、人生そのものの価値と同一視している人もいるであろう。それぞれのパーソナリティー、文化、地域、国、宗教、職業的特性、構造の違いや、自己裁量分の多寡、強制の有無、離脱自由度などの条件によって「働く」ということの意味は多様に解釈される。個々人の個性の違いについてはともかく、医師という職業がもつ特性を考えて制度が設計されるべきだということは言うまでもない。もちろん、医師の健康の確保は前提となる条件であるが、確保されるべき健康にはストレスと

幸福度という視点を重要視することも必要であろう。

身体的疲労との兼ね合いはありながらも、やりたい仕事を制限されるストレス、中途半端にせざるを得ないストレス、やりたい仕事をやることによってえられる幸福、十分にやりきったという達成感による幸福、そうした因子がどれほど働く医師の心身の健康と幸福にむすびつくかという考察が求められていると思う。

医療に関わる研究と教育が主として行われてきたのが大学であった。ボローニャ⁶やパリ⁷に最初の大学が設置されて以来、大学は医学部に限らず、教育により人を育成し、研究成果を生産し蓄積することをミッションとしてきた。それは今日でも変わることはない。わが国でも明治の初めに欧米のそれを範として官立、私立の数多くの大学が設立され教育と研究の成果を生産、蓄積してきた。最近では、課題解決型人材育成や、実学重視が好まれる傾向もあるが、伝統的にリベラルアーツが重視されてきた。一般的な学部に対して職業訓練校的性格の強い医学でもその色彩は強く、実社会に医療従事者を送り出すことが要請されているにもかかわらず、カリキュラムは医科学の教育に重点が置かれ、医療を行う専門職に必要な教育は重要視されてはこなかった。患者という人と接し、社会の中で医科学に基づく医療を行う以上、医科学の教育で得られた知識と理解から、患者に医療行為を行わなければならない。この視点を重視した専門職としての医療者の育成が大学教育に求められている。医療とは何か。医療にはいかなるミッションと産むべき社会価値があるのか。自らの医療行為を通じて医師は何ができるのか。どう患者や他職種の人とコミュニケーションを取るべきか。医療における法と正義とは。いかにキャリアを作っていくことができるのか。従来型の医局や現場での教育に依存しきることなく、大学として真摯に取り組む必要がある。また逆説的ではあるが、人に接し医療に従事するからこそ、医師など医療職の育成にはリベラルアーツも重要である。役に立つ知識は動物でも学ぶ。人類の特権として、役に立たない（と一見思われる）学問の探求が、人としての厚みをはぐくみ、視野を広くし、考えを柔軟にする。環境変化に対応できる応用力を育てることができる。国公立、私立を問わず、経営環境が悪化する中で、

6 1088年創立の最古の大学とされることなどから“Alma Mater Studiorum”「母なる大学」と称される。

7 1150年ごろの創立、同じころ、モンペリエ大学、オックスフォード大学、ケンブリッジ大学が設立されている。当時の大学教育は国家に属せず、ローマ法王庁の管轄下にあった。国家の管轄化におかれた高等教育機関の登場には1530年フランソワ1世が創設した王室教授団(Collège Royal)をまたねばならない。

本来のミッションあるいは、自らの存置価値を柱とした教育を行うことが大学に求められている。

5) 社会変化と医療の役割

狩猟採集の時代数百万人程度であったとされるわれわれホモサピエンス・サピエンスの人口は現在では75億人を超えている。2050年には96億人に達すると予測されており急激な人口増加はとまらない。この世界の人口増加はさまざまな解決困難な問題を生み出し、地球環境を変化させてきたといわれている。一方わが国では人口は減少を始めており、また高齢化が進んでいる。ほとんどすべての産業で労働力が不足して外国人の労働力に頼らなければ成立しない産業も少なくない。

変化と、変化が生み出す社会不安に対し、「人を守る」医療が解決すべき課題は多い。たとえば、増え続ける「高齢者」を社会的孤立から守り、幸福を求められる人生を続けるための医療を提供する。健康寿命を延伸させ、予防や心身のメンテナンスに努め、求める人には、一人でも多く、社会参加、あるいは「仕事」に従事してもらえるようにする。そのために必要な研究を進め、成果を臨床に役立てる。そうした営みが医療に課せられた歴史的使命であろう。

「日本の医療のグランドデザイン2030」を編むことで浮かび上がった諸問題について、解決の道を明示していくことが求められている。

第2部

日本の医療 現状と検証

I 医療と社会

1. 社会の現状 住民と患者

(1) 医療を取り巻く社会環境の変化

「医療とは医学の社会的適用である」（元日本医師会長 武見太郎氏）

戦後日本において最も人口に膾炙した「医療の定義」は、この言においてほかにあるまい。私たちは、日々積み上げられる医学的知見をいかに世の中に適用してゆくべきだろうか。この問いは、本グランドデザインが掲げる医療のミッション「人はひとたび生を受ければ、無条件で尊重され守られるべき存在である」の遂行にあたって、検討すべき重要論点のひとつである。

このミッション遂行のためにはまず、医療者自らが自分たちを取り巻く環境の変化に敏感であるべきである。本節では、最近の日本において着目すべき社会環境の変化をいくつかピックアップし、医学・医療との関わりについて議論しておきたい。

1) 人口構造の変化（超高齢化、生産年齢人口の減少、少子化）

人口動態統計に基づく将来予測は、数ある予測の中でも、最も精度が高いもののひとつである。まずは最新の予測結果をベースに、現状を検討してみよう。

本グランドデザインがターゲットとする2030年に向けての人口動態予測を観るに、(i) 85歳以上の超高齢者の急増、(ii) 生産年齢人口（15～64歳）の減少、(iii) さらなる少子化の進行の3つが主な課題となる。それらの課題解決に対して、臨床現場で、あるいは基礎医学の領域で日々産み出される知見をいかに応用するか。医療政策を専門とする社会学者や政策立案者たちが知恵を絞るべきターゲットはここにある。

第一に、「85歳以上の超高齢者の急増」という点においては、増え続ける認知症および軽度認知障害（MCI）の人々をどのように社会的に包摂してゆ

1 「老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆性老人の把握方法等について」1992年2月、老計29号、老健14号。川越雅弘「認知症高齢者／認知症ケアの現状と課題 -その1（全2回）-」先見創意の会、2014年9月16日。 <http://senkensoi.net/column/2014/09/16991> 朝田隆、泰羅雅登、石合純夫、清原裕、池田学、諏訪さゆり、角間辰之「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）総合研究報告書、2013年3月。
http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf

くか、が重要課題のひとつとなろう。85歳以上の年齢階層は、認知症の出現率が顕著に増加する年齢層であることが既に分かっている¹。今後、認知症の画期的治療薬の開発に期待する手もあるが、手堅いのは、認知症フレンドリーな社会とは何か、現段階からその検討と準備を始めることだろう。現在の医学では、一部の症例を除き、発症した認知症の根治は不可能である。しかし、早期に発見すれば、重症化予防、徘徊や暴言暴力などの周辺症状のコントロールは可能である。認知症の発症予防・重症化予防という点においても、普段から患者・地域住民と接する機会の多い「かかりつけ医」が果たす役割は大きい。

第二に、「生産年齢人口（15～64歳）の減少」については、「生産年齢」そのものを定義し直し、まずは「生産年齢人口」の数自体を確保する必要がある。日本老年学会と日本老年医学会は、共同で以下のような見解を表明している²。

近年の高齢者の心身の健康に関する種々のデータを検討した結果、現在の高齢者においては10～20年前と比較して加齢に伴う身体的機能変化の出現が5～10年遅延しており、「若返り」現象がみられています。従来、高齢者とされてきた65歳以上の人でも、特に65～74歳の前期高齢者においては、心身の健康が保たれており、活発な社会活動が可能な人が大多数を占めています。また、各種の意識調査の結果によりますと、社会一般においても65歳以上を高齢者とすることに否定的な意見が強くなっており、内閣府の調査でも、70歳以上あるいは75歳以上を高齢者とする意見が多い結果となっています。

上記を根拠に、例えば20～74歳を新たに生産年齢として定義し直せば、とりあえず数としての生産年齢人口は維持できる（2015年における15～64歳の人口は77,282千人。2030年における20～74歳の予測人口は77,991千人）。そこで今後、医療者が注力すべき課題は、労働に従事する層が比較的高齢になることを踏まえて、働く人々の健康維持に一層取り組むことである。換言すれ

2 「高齢者の定義と区分に関する、日本老年学会・日本老年医学会 高齢者に関する定義検討ワーキンググループからの提言」 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/definition_01.pdf

ば、医学の知見を応用して働く高齢者たちの生産性をいかに上げるかがカギということである。

第三に、「さらなる少子化の進行」については、一朝一夕に何とかなるといふ問題ではない。人口減少社会の専門家の言を借りれば、「どうしても呑気な」現状の政治を動かし、「すべての国の事業に優先して歳入から相応の予算額を確保」して少子化対策を実行できる社会・政治環境をつくるべきだろう³。そのためには、医療界からも地道に声を上げ続けるべきであり、日本産婦人科医会⁴や日本医師会母子保健検討委員会⁵が行ったような提言活動を積極的に継続すべきと考える。

2) 多様化（人種、民族、性別）

現政権は必ずしも肯定していないようだが、日本はすでに事実上の移民大国になっているとの指摘がなされている。現状で明らかになっている移民数の統計データを見ても、ドイツ、米国、英国に次いで、日本はすでに世界第4位の移民大国であるという事実を確認できる⁶。

日本が移民国家であるか否か、あるいは移民国家を目指すべきか否か、の議論はひとまず擱くとしても、昨今、日本国内に存在する外国籍の人々の数が増加傾向にあることに異議を唱える人はいないだろう。日本の人口は減少しているが、世界の人口は増えている。したがって今後も、日本に流入する外国籍の人々の数は増え続けることが予想され、必然、医療制度も外国籍の人々が増えることを前提とすべきである。また、移民を多く受け入れている国にありがちな、社会保障の給付と負担のバランスをめぐる新旧の住民間での衝突をできるかぎり回避するような取り組みも、あわせて重要になる。

外国籍の人々の増加は、人種・民族の多様化を意味する。日本国内に存在する人種・民族が多様化すれば、すなわち疾病・患者も多様化する。すでに、外国からの流入によって日本では昔の病気とされていた結核患者が各地で見つかるといった事象が起きている。今後も、珍しい感染症が外国人経由で入っ

3 河合雅司『『出生数100万割れ』に鈍感な政治家たち』先見創意の会、2017年7月25日。
<http://senkensoi.net/column/2017/07/251595>

4 日本産婦人科医会「日本産婦人科医会が提言する少子化対策」2014年7月9日。
http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/01/78_140709.pdf

5 日本医師会母子保健検討委員会『少子化対策に関する政策提言書—中間答申—』2015年4月。
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20150415_2.pdf

6 岡田豊「数字で確認！すでに『移民大国』な日本の現実」『東洋経済ONLINE』2018年11月26日。
<https://toyokeizai.net/articles/-/250036>

てくるリスクは確実に高まるとみてよい。水際作戦にも限界があろう。医療者の教育・訓練を含む人的資源、施設・医薬品等の物的資源の整備が必要である。

性別の多様化への医療的配慮も見逃せない課題である。近年、LGBTやLGBTQといった略称の認知度の高まりにあわせて、セクシャル・マイノリティに関する社会の意識が高まっている。最近の研究では、そういった人々の医学的脆弱性を指摘する知見も散見される⁷。他方で報道等を観察する限り、セクシャル・マイノリティへの偏見や差別意識は、未だに厳然と存在するのが現実と言えよう。ただし、少なくとも「医療提供者はそういった少数派に対する偏見や差別意識を持つべきではない」という点については、おおむね社会的合意があるとも言えるのではないだろうか。性の多様化に医学がどう応えてゆくか。臨床のみならず、社会医学的見地からも検討すべき課題である。

3) デジタル・テクノロジーの進歩 (IoT、人工知能、ブロックチェーン)

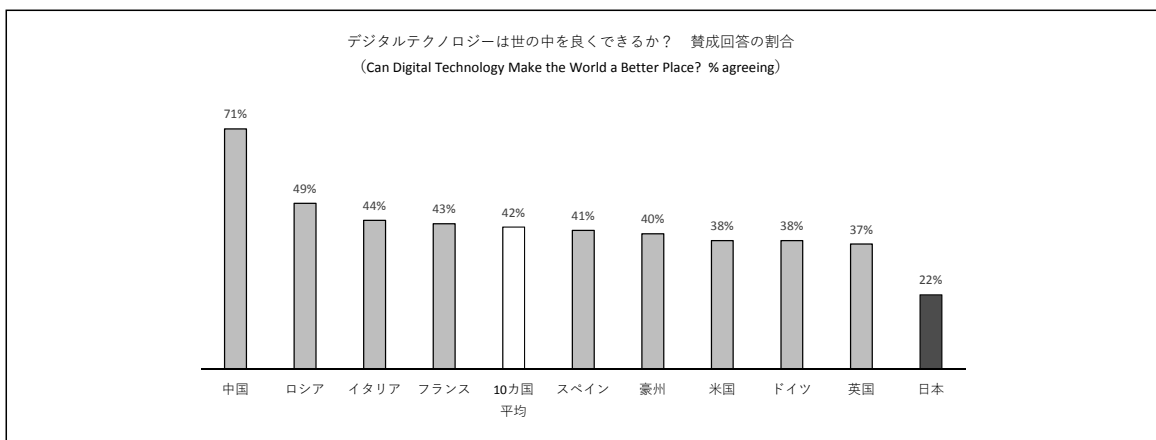
これについては2つの視点が考えられる。ひとつは、デジタル・テクノロジーの進歩によって医療提供の技術を進化させ、未解決の問題（治療法がない疾病や非効率な状況など）をどう解決してゆくかという視点。もうひとつは、デジタル・テクノロジーの進歩が人間社会のあり方を変え、そこで生じた問題の解消に医学の知見をどう適用するかとの視点である。

前者の視点に関わる問題は、本書の別のパートでも議論されるであろうし、現状すでに多士済々が取りあげて論じている問題である。他方で後者についての議論は、ずいぶんとお留守になっている感を否めまい。例えば、「ここ半世紀でデジタル・テクノロジーの進歩は人々の生活をどのように変え、どのような問題が新たに生じたのか。そして、それらの問題解決に医学の知見がどのように貢献できるのか。」このような問いに関して、わが国では個別の議論はともかく、少なくとも包括的な議論はなされていないのではなからうか。

7 Irish, M., Solmi, F., Mars, B., King, M., Lewis, G., Pearson, R., Pitman, A., Rowe, S., Srinivasan, R. and Lewis, G., Depression and self-harm from adolescence to young adulthood in sexual minorities compared with heterosexuals in the UK: a population-based cohort study, *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3 (2), pp91-98, 2019. 他にも、Beach, L., Turner, B., Felt, D., Marro, R. and Phillips II, G., Risk factors for diabetes are higher among non - heterosexual US high - school students, *Pediatric Diabetes*, 19 (7), pp.1137-1146, 2018. 等。

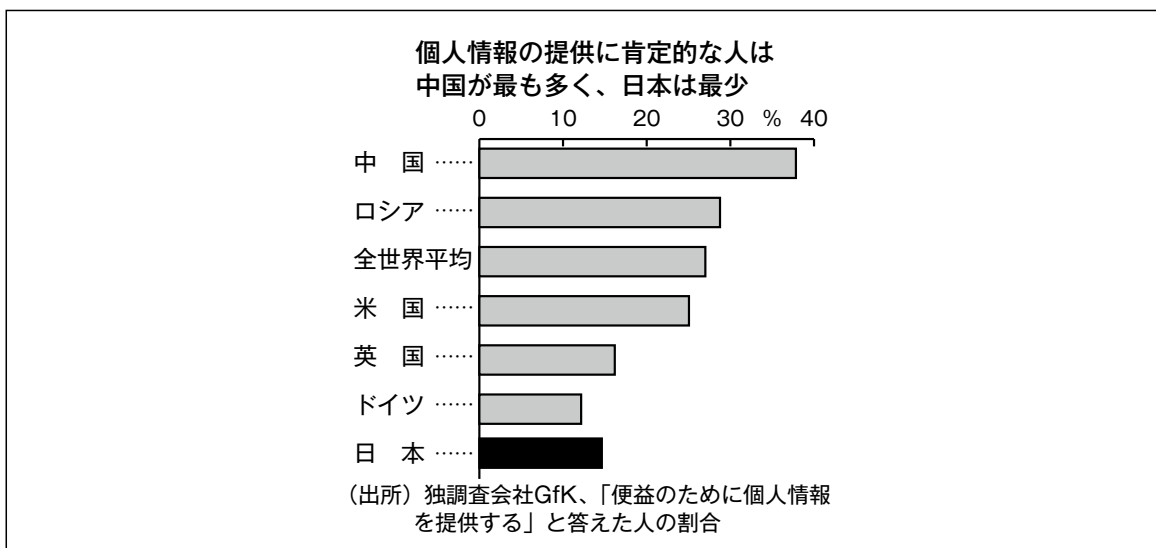
例えば、2017年に実施された国際調査によれば、デジタル・テクノロジーが世界をより良くできると感じている日本人は顕著に少ないことが分かっている（図表2-1-1-1）。ヒトや企業が産み出すデータを社会価値の向上に活かそうという経済、いわゆる「データエコノミー」に対しても、日本では非常に警戒感が強いことが指摘されている（図表2-1-1-2）。むろん公害・環境問題のように、テクノロジーには負の側面もあり、慎重であること自体が悪いことではない。ただし、それらの原因の究明と対策の立案、そして、そこに医学がいかなる貢献をできるのかについては、一考の価値がある課題だろう。

図表2-1-1-1 デジタル・テクノロジー各国の認識



出典：Dentsu Aegis Network

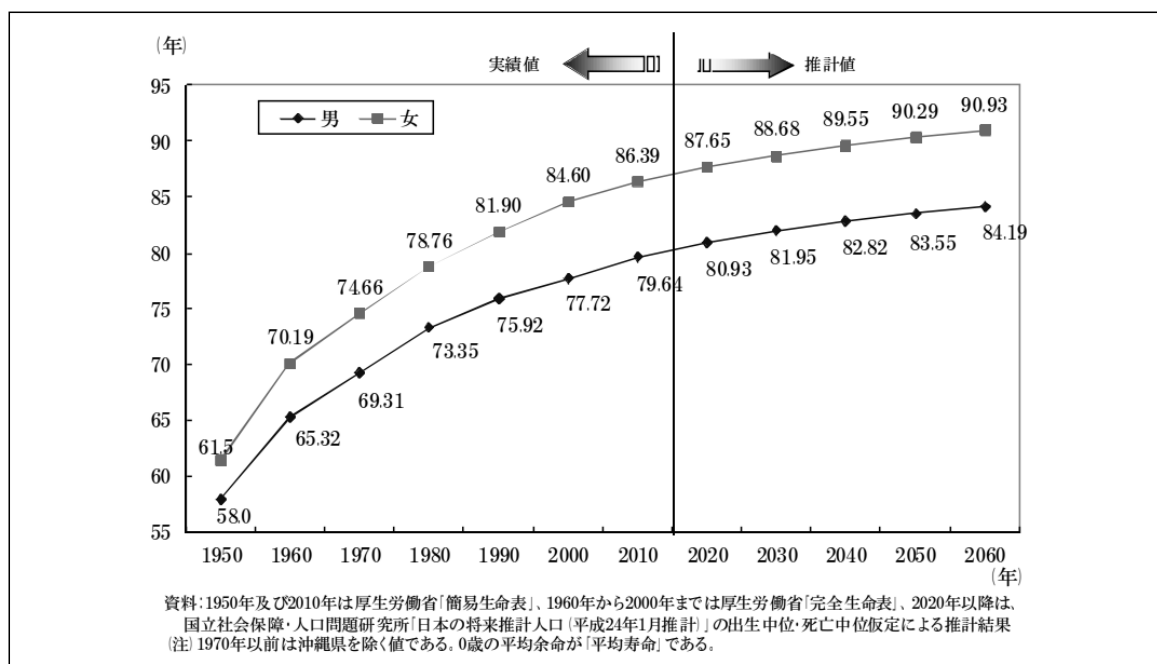
図表2-1-1-2 データエコノミーに対する警戒感



(2) 平均寿命と健康寿命とのギャップ

平均寿命とは、0歳時点での平均余命のことであり、マクロレベルでの総合的な健康指標のひとつとして長らく用いられてきた。わが国では、特に戦後復興と高度経済成長の過程を経て、人々の平均寿命は目覚ましく延伸し、1990年代には男性の平均寿命は75歳、女性の平均寿命は80歳を超え、世界の最長寿国の一角を占めるまでになった（図表2-1-1-3）。

図表2-1-1-3 平均寿命の推移



他方で、健康寿命とは、「人の寿命において健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義される。厚生行政の歴史を振り返れば、2000年に策定された初代の「健康日本21」において、健康寿命の重要性やその概念についての言及がある。さらに、2012年に発表された「健康日本21」（第二次）では、健康寿命の現状報告とともに、今後の健康増進の目標や基本的な方向性の中に、健康寿命が位置づけられた。

さらに最近では、安倍政権が掲げる「日本再興戦略」における「健康寿命の延伸」についての言及とともに、民間を代表する各界のリーダーが参集した日本健康会議でも「健康寿命の延伸」が共通の政策課題として挙げられる

など、健康寿命に関する社会の関心はますます高まっている。わが国では、人類史上類を見ない超高齢化社会を迎えるにあたり、人々が単に長寿であるというだけではなく、健康で長生きであることが社会的にも経済的にも、ますます重視されるようになってきている。

ここで、今世紀に入って以降の平均寿命と健康寿命の具体的なデータを確認しておこう（図表2-1-1-4）。データから確認できることは、男女ともに、この15年ほどの間に平均寿命も健康寿命も2年間超、延伸したということである。他方で、これも男女ともに、この15年ほどの間では平均寿命と健康寿命のギャップがほぼ横ばい傾向で推移してきたということである。

図表2-1-1-4 平均寿命と健康寿命

	年	健康寿命	平均寿命	ギャップ
男性	2001	69.40	78.07	8.67
	2004	69.47	78.64	9.17
	2007	70.33	79.19	8.86
	2010	70.42	79.64	9.22
	2013	71.19	80.21	9.02
	2016	72.14	80.98	8.84
女性	2001	72.65	84.93	12.28
	2004	72.69	85.59	12.90
	2007	73.36	85.99	12.63
	2010	73.62	86.39	12.77
	2013	74.21	86.61	12.40
	2016	74.79	87.14	12.35

資料：厚生労働省「2016年簡易生命表」、厚生労働科学研究「健康寿命のページ」
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumu/>

現状までのデータを観察する限り、男性で9年間前後、女性で12年間超の平均寿命と健康寿命のギャップが存在する。今後は、平均寿命と健康寿命をともに延伸するための取り組みに合わせて、両者のギャップを埋める取り組みに対しても、意識的な政策が実施されることが望ましい。

健康寿命の延伸は、現役世代として社会経済活動に従事し、生産・消費活動に参加し、納税者としても国家や地域社会に貢献できる期間が延びることを意味する。社会保障制度や国家財政の持続可能性を保つ取り組みとしても、その意義は大きいと考える。

(3) 格差拡大と健康

1) はじめに

① 問題の所在

社会の格差の拡大や貧困に係る問題やそれに起因する有形無形の社会経済的リスクの高まりへの懸念や関心が国際的に強まっている。

格差の拡大や貧困は、それ自体が問題であるとともに、多大な影響を社会の各方面に及ぼす。その中でも重要なものは個人や社会の「健康」に関わるものである。

貧困の増大や格差の拡大が健康に悪影響を及ぼし、「健康格差」を生み、また、「健康格差」が格差の拡大や貧困の増大を増長し、さらに将来に向かって、貧困の再生産や格差の固定化を招く。これは個人の健康や幸福な人生の問題だけにとどまらず、社会全体の健康、社会経済の健全な発展にとっても大きな問題である。

我が国でも、近年、貧困や格差の拡大とともに健康格差の拡大が懸念されている。貧困や格差拡大と健康の問題は社会経済の様々な方面に関わるが、保健医療の置かれた立場と果たす役割は重要である。

本稿では、以上の問題意識を踏まえ、社会経済的格差と健康格差について整理し、保健医療の視点から政策的考察を行う。

② 絶対的貧困と相対的貧困（格差）

貧困は、物質的資源の獲得力の絶対的低さ（絶対的貧困）だけでなく、「社会経済的不公平」＝「格差」の視点（相対的貧困）を含む。

先進国で近年危惧されているのは、「相対的貧困」の拡大、言い換えれば、所得格差や社会経済における様々な「格差」の存在とその拡大が引き起こす問題である。

国や地域等の社会集団の中で、所得の中央値の一定割合（50%が一般的、いわゆる「貧困線」）を下回る所得しか得ていない者の割合を相対的貧困率と言う。

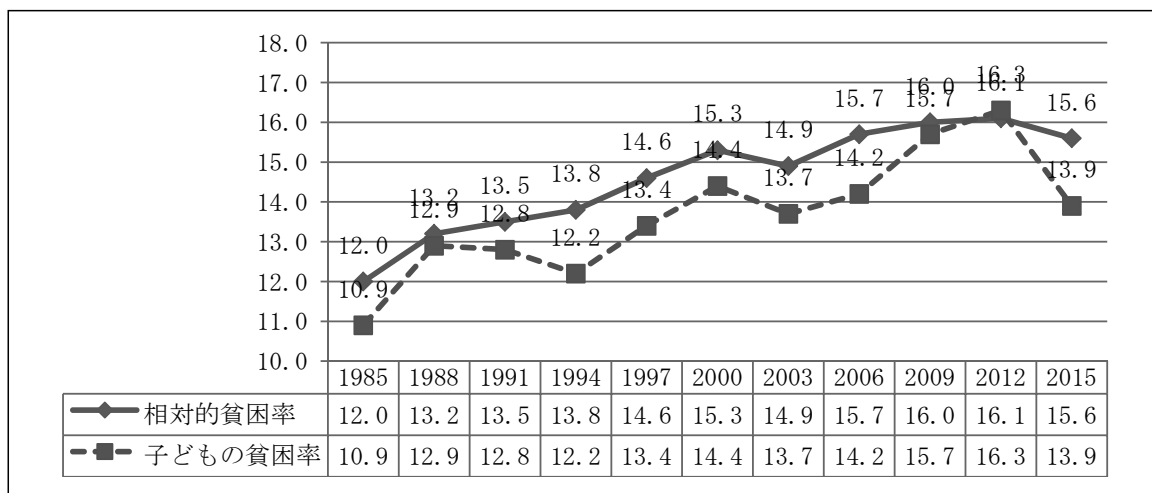
我が国の相対的貧困率の推移を見ると、バブル崩壊時に既に10%以上に達して以降、悪化傾向が続いている。このことは、我が国の貧困や格差拡大が

景気循環的現象ではなく、原因の大きな部分が社会経済の構造的変化にあることを示唆している。

さらに問題なのは、「子どもの貧困率」が社会全体の「相対的貧困率」の上昇を上回る勢いで、上昇（悪化）してきていることである（図表2-1-1-5）。

国際的にみても、我が国はかなり劣悪な水準に位置している。OECDによると、2010年時点の「相対的貧困率」は先進国30カ国中4番めに悪い数字であった。

図表2-1-1-5 我が国の相対的貧困率と子どもの貧困率



(出所) 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」から筆者作成

また、貧富の格差の程度を表す指標としてジニ係数がある。ジニ係数は0～1の範囲をとり、値が大きいほどその集団における格差が大きいと言える。例えば、所得格差を表した場合、0なら各人の所得が均一で格差が全くない状態を示し、1なら、たった1人が集団の全ての所得を独占している状態を意味する。

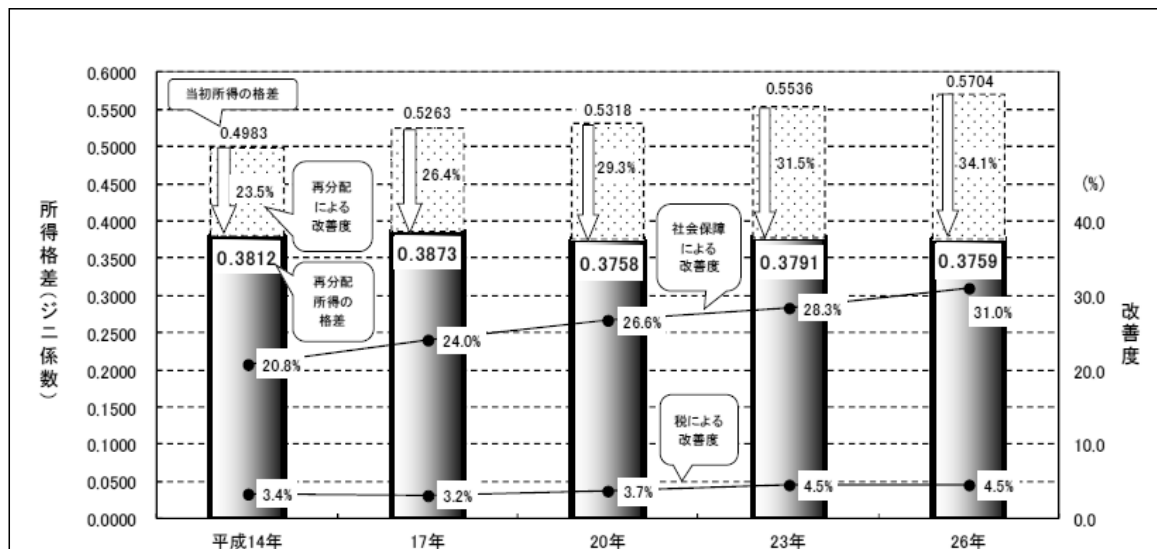
我が国の所得分配に関するジニ係数の推移を見ると、当初所得ベースで上昇してきている。

これは格差拡大を示唆しているが、近年の人口の高齢化による高齢者世帯の増加や単独世帯の増加等の社会構造の変化も影響している。

一方、再分配所得ベースはほぼ横ばいで推移してきており、税と社会保障

による所得再分配機能が働いていることが確認できるが、その貢献度合いを見てみると、年金、医療等の社会保障が貢献している割合が圧倒的に大きい。これには、過去、所得税の累進税率を緩和してきたことも影響している（図表2-1-1-6）。

図表2-1-1-6 我が国のジニ係数の推移



(出所) 厚生労働省「平成26年所得再分配調査」

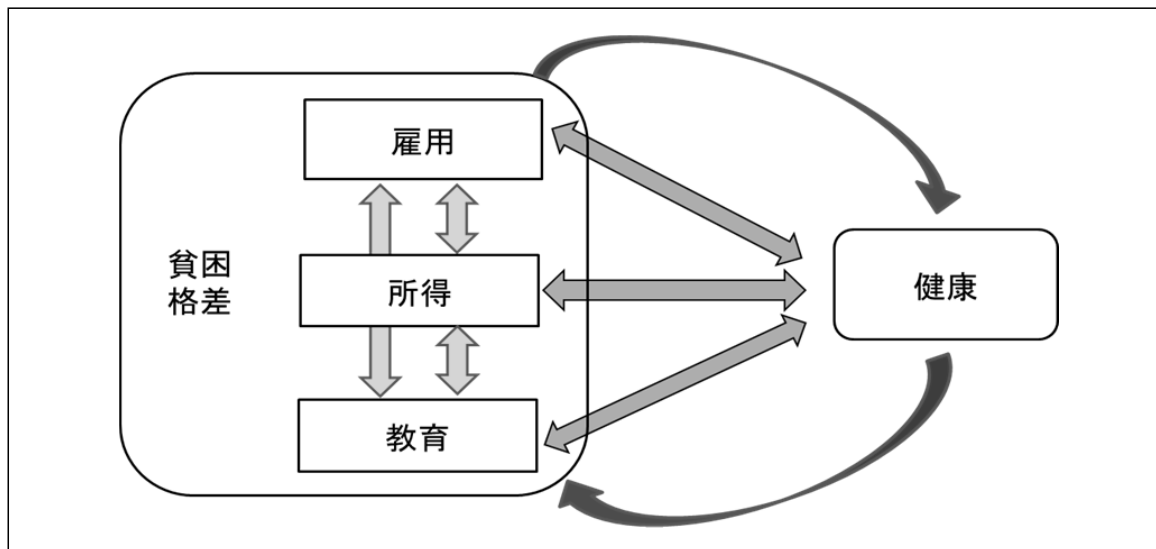
③ 貧困や格差の連鎖・固定化の問題

所得、雇用、教育等の格差は、それらが相互に作用しあって、新たな格差や貧困を生んでいく。そのプロセスにおいて、健康面の悪化も生じ、それがまた雇用や教育において不利に働く。健康状態の悪化は雇用面では失業や非正規労働につながり、教育面では学業継続の困難や進学断念等を招き、「格差」を強めることになる。

要するに、社会経済的要因と健康との関係は双方向であり、健康は、社会経済状態の「結果」であるが、「原因」でもある（図表2-1-1-7）。

さらに問題は、貧困や格差が当該世代内においてだけでなく、次世代の貧困や格差を生んで、それが固定化していくことである。「子どもの貧困」問題が社会にとって重要なのは、世代を超えた連鎖・固定化の問題につながることが懸念されるからである。

図表2-1-1-7 貧困・格差と健康の相互連関



(出所) 筆者作成

2) 社会経済的要因と健康の関係についての整理 (理論面)

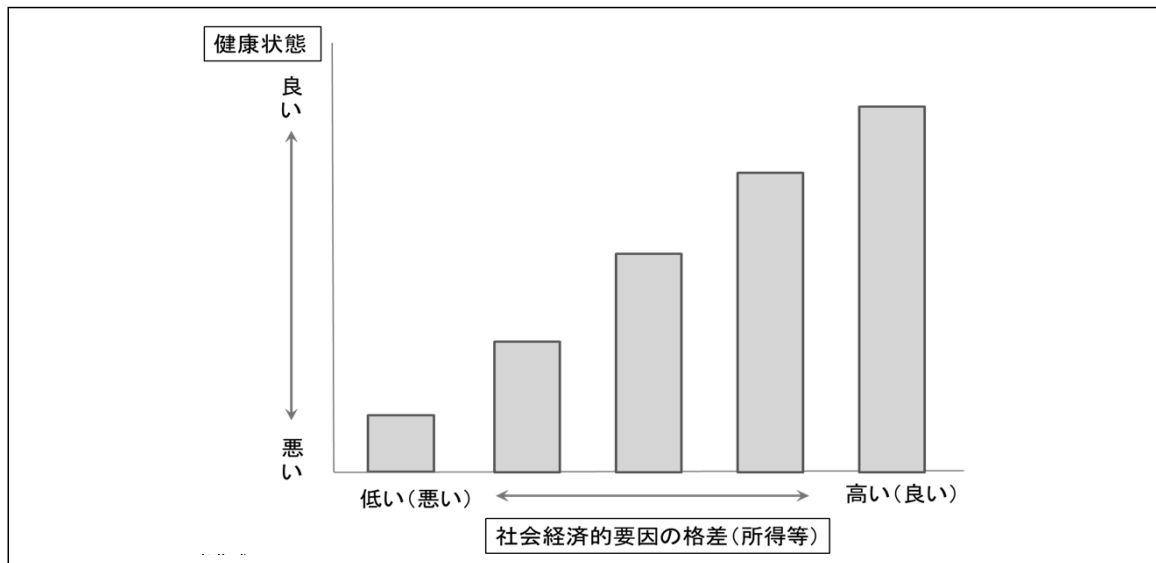
① 社会経済的な「格差」と健康の関係性

社会経済的な「格差」と健康との関係性に関しては、ホワイトホール研究をはじめとする実証研究等によって、社会的地位が下層の者ほど健康状態が悪いこと、格差によるストレス等の社会経済的要因による健康への影響が大きいこと、等が指摘されてきた(図表2-1-1-8)。

健康に影響するのは、絶対的な所得水準の高さだけではなく、社会の所得分布における相対的な差による部分も大きい。

さらに、格差の存在は社会経済環境の悪化を引き起こし、社会の効率を低下させ、社会的コストを増大させるとともに、社会を構成する人々全ての健康を悪化させることになる。つまり、社会経済的な「格差」は社会全体の健康を悪化させる、と考えられるのである。

図表2-1-1-8 社会経済的な「格差」と「健康格差」の関係性（イメージ）



（出所）筆者作成

② 「格差」が社会の健康を悪化させるメカニズム

「格差」が社会全体の健康を悪化させるメカニズムには、次のようなものがあると考えられる。

ア. 所得再分配政策の機能低下

富裕層は社会保障の拡大に抵抗しがちである。社会経済的な格差が拡大すると、本来なら生産や投資に使われるべき資本が、富裕層自身の権益や権利保護に使われるため、経済の効率が低下し、再分配政策の効果が減少する。これが人々の健康に特に大きく影響し、さらに社会全体の健康レベルを悪化させるであろう。

イ. 社会「連帯」の低下

格差によって異なる利害を持った人々が増え、相互の信頼や協調が失われ、協力関係が劣化する。また、社会的排除が生じる。「ソーシャル・キャピタル」の減少である。これが人々の健全な生活を妨げ、健康を悪化させると指摘されている。

ウ. 相対的剥奪感

他者比較による相対的な劣位の認識等は心理的影響（ストレス等）を生み、それが健康を損ねる。この相対的剥奪感は、他者と相対的な優劣比較から来るものなので、富裕層の中でも生じ得る。

③ 健康に関する主な社会経済的要因

○社会階層

所得や職業、学歴等によって、個人は社会の中で重層的構造を形成する。これらの社会階層は、社会経済的要因として、健康に作用し、健康格差を生じさせる。

所得は、基本的な社会経済的要因であり、生活の水準や内容を左右する。一般に所得階層が低いほど、平均寿命は短くなり、疾病リスクが上昇する傾向がある。

職業は、多くの場合、社会的地位とほぼ同義であり、人は仕事を通じて自らの社会的役割とアイデンティティを確認している。失業は所得の喪失とともに社会的役割や関係性も失うことで、心身に高ストレスを与え、健康を悪化させる。

教育は、職業や社会的地位に少なからず影響し、健康への意識水準や行動を左右する。

○媒介因子

社会階層と健康をつなぐ媒介因子として、次のようなものがある。

・生活習慣・生活様式

食生活、運動、飲酒、喫煙の大小等による影響が考えられる。

・居住・生活環境

住居の構造・設備、居住環境の良し悪し、都市構造等による影響が考えられる。

・人間関係、社会関係

健康的で幸福な生活の形成に人間関係、社会的なネットワーク等が影響する。

・ストレス

ストレスは、所得格差や職業格差、人間関係等、様々な経路で生じる。

・胎児期から幼少児期の成育環境

胎児から幼少児期の環境は人生や健康に影響し、貧困や格差に関連する。

・保健医療のアクセシビリティ

保健医療の制度や政策へのアクセシビリティは健康の重要な要因である。

これらの社会経済的要因は、人の身体的要素（遺伝を含む）から、生活行動・生活様式、住環境、雇用、教育、そして、地域環境や社会制度というように、重層的に拡がり、健康に影響する因子として相互に関連しあっている。

以下で、各要因別に、具体的にやや詳しく見ていく。

④ 所得階層と健康の関係

社会全体として見た時、所得格差が大きい国ほど国全体の健康レベルは低くなる。例えば、ジニ係数が大きい国ほど、死亡率が高く、健康寿命も短い傾向がある。

所得と健康に関するリスク因子の関係では、所得が低いほど、リスク因子の値が悪い傾向にあることが知られている。

厚生労働省「国民健康・栄養調査」等では、肥満者割合は世帯所得600万円以上に比べ200万円未満で有意に高い。また、健康診断の未受診者割合は、低所得世帯ほど高くなる傾向がある。これは受診に係る費用負担が影響していると考えられる。

所得格差の縮小には、社会保障や税の所得再分配機能の有効性を強めることが望まれる。特に我が国は、税の所得再配分機能が相対的に弱いことが問題点である。

⑤ 職業階層と健康の関係

職業の内容に関する要素は様々であり、その要素における差異によって、健康に与える影響も異なったものとなる。

また、職業から健康への影響だけではなく、健康から職業へ及ぼす影響も大きい。健康状態が良ければ、良い成果を挙げて高い社会的地位を得ることができるが、健康状態が悪いとその逆となると考えられる。

慢性的なストレスは様々な疾病のリスクを引き上げるため、職場でのストレスが大きい人の健康度は悪くなる傾向があることが実証的に示されている。

職業階層の序列による健康への影響については、例えば、英国の実証研究では、男性非熟練労働者の死亡率は男性専門職の2倍であったことが報告されている。

我が国では、職業階層の序列による明確な「健康格差」は確認されていないが、近年の我が国特有の現象として、管理職・専門職の死亡率の上昇が見られる。これは、バブル崩壊以降の仕事量の増加やストレス等が影響していると考えられる。

さらに、非正規雇用は正規雇用に比べ、喫煙が多く、健康診断の未受診率も高い。現在、我が国の労働者全体の約35%が非正規雇用であり、非正規労働者の健康は社会全体にとっても大きな問題である。

⑥ 教育階層と健康の関係

教育の程度（学歴等）が職業や社会的地位、所得等に影響することを通して、健康に影響を及ぼす。一般に低学歴者は死亡率が高く、循環器疾患危険因子が多い。

学歴と健康のリスク因子となる生活習慣との関係では、高学歴の人は健康に関する知識が豊かで、意識や行動の水準が高い。例えば、学歴が高いと食品摂取のバランスがよく、運動する習慣を持っている、等の実証研究がある。

保健医療へのアクセスの点では、教育年数の短い人たちは受診を控える傾向や健康診断を受けない傾向があることが明らかになっている（例えば、内閣府2006年「医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動」）。これは、健康への意識や行動の不十分さの問題とともに、低学歴の人は職業や所得の点でも不利な状況にあることが多いので、それらの要因が複合的に作用していると考えられる。

⑦ 生活習慣と健康の関係

一般に、社会階層が低いほど健康に悪い生活習慣を持っている。社会階層が低い人は喫煙率が高く、運動習慣が少なく、栄養摂取が不適切であることが多い。

生活習慣の格差は、肥満、糖尿病、高血圧等の発症リスクを高め、最終的にがん、脳血管疾患、心臓病等の罹患や死亡につながる。

生活習慣には、個人の健康に関する知識や意識等に加えて、家族の生活習慣、所属する集団・コミュニティの規範等も影響を与えている。また、所得、教育、職業等の社会階層との関連が実証的に明らかにされつつある。

⑧ 居住環境と健康の関係

居住環境も健康に大きく影響する。

建材等の物理的・化学的状況、住居の設計構造、設備やユーティリティ（水道、電気等）の水準等が健康へのリスク要因として挙げられる。さらには、居住地域の物理的・化学的環境、街区のあり方や都市の構造等による健康への影響も重要である。

建材等から出る化学物質が原因と考えられる健康被害や疾病には、多くの化学的実証研究等がある。

また、住宅の断熱性・気密性と心疾患、脳血管疾患との関係も明らかにされている。例えば、我が国では、住宅内での死亡者数と季節変動には明確な相関関係があり、室温の高さがリスク因子である高血圧の程度に影響していると考えられる。

⑨ 人間関係、社会関係と健康の関係

人間関係は、健康的で幸福な生活の形成において、少なからぬ影響をもたらすことが分かっている。人間関係が豊かな人は死亡率が低いとの実証研究がある。

一般に、職業・学歴等の社会階層が高い人ほど人間関係が豊かで、友人や仕事仲間が多い傾向がある。人間関係のネットワークが小さいと、他者からのサポートが少なくなる等の要因により、健康状態の悪化を招くと考えられている。

また、「ソーシャル・キャピタル」が豊かな地域は、主観的健康感が良好で、死亡率が低く、精神病の有病率も低く、犯罪率も低い等が明らかになっている。

⑩ 保健医療のアクセシビリティと健康の関係

保健医療の制度や政策へのアクセシビリティが、人々の健康の維持向上に果たす役割は大きい。

戦後、我が国が世界に冠たる長寿国となった大きな要因が、国民皆保険の実現にあることは論をまたない。

しかし、現実には、所得、職業や保険種類等の要因によって、保健医療へ

のアクセシビリティには格差がある。例えば、健康診断の受診率は低所得世帯や自営業者で低いことが確認されている。これらの人々は、概ね国民健康保険の加入対象と考えられる。

こうした違いは、利用者の経済状況や知識や態度等だけでなく、サービスの提供体制や利用環境も影響していると考えられる。例えば、事業所規模では規模が大きいほうが健康診断等の受診率が高い。また、都道府県や市町村によっても、補助の有無、自己負担額、実施方法などに違いがあることが指摘されている。

⑪ 子ども時代の環境と健康の関係

親の貧困は、胎児期から幼少児期の子どもの健康に大きな影響を与えるだけでなくその後の人生の社会経済的状況、健康状態にまで長期に及ぶことが指摘されている。

家庭の社会階層が低く、幼少児期に低栄養やストレスにさらされると、成人後に、心臓病、脳卒中、肺がん等の死亡率が高いことが報告されている。

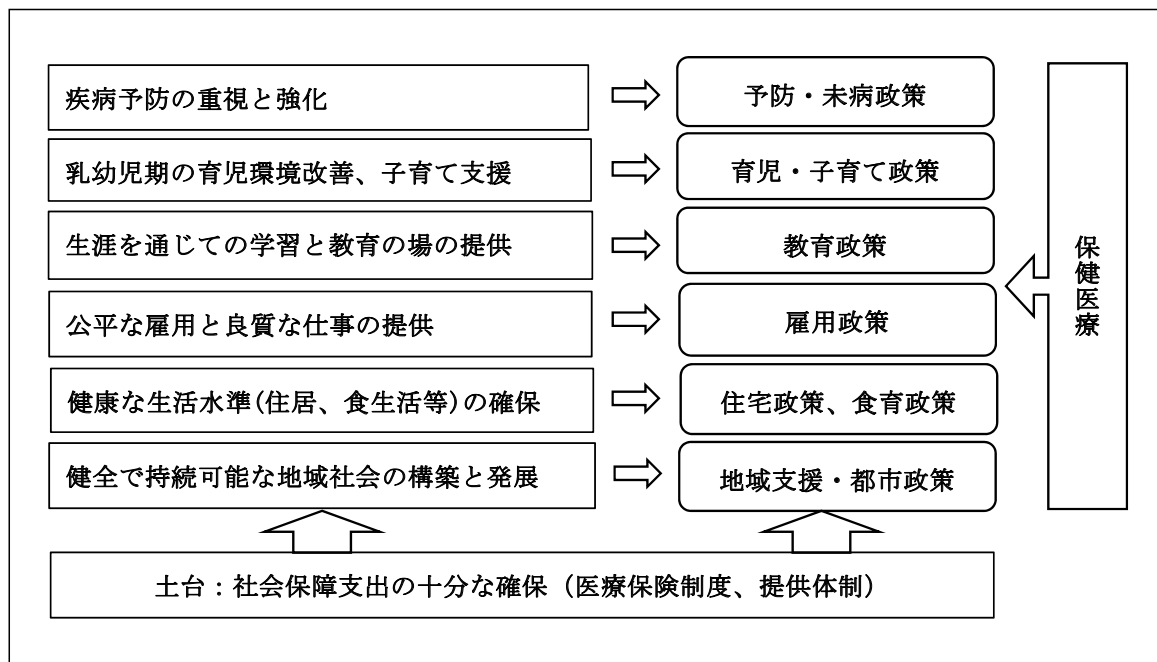
子供の貧困は、社会全体の健康や生産性を損ね、医療財政を悪化させるとともに、将来の「格差」を再生産すると考えられ、将来社会にも影響する重要な問題である。

3) 「格差」縮小に向けた対応についての考察

① 社会経済的な格差と健康格差に対する政策

「格差」は人々の生活やそれを取り巻く社会経済の様々な領域における要因と関連している。「格差」の縮小には、幅広い視野での多面的な対応が必要である（図表2-1-1-9）。

図表2-1-1-9 健康格差縮小のための政策



（出所）筆者作成

② 公的社会支出確保の重要性

社会や人々の生活を支える基盤としての社会保障は、社会経済的な格差に対処する機能を有しており、住民・患者の健康を保持増進していく上で、土台的役割を担っている。

この点では、十分な公的社会支出を確保していくことが重要である。

③ 国民皆保険の脆弱化の防止

国民皆保険制度の中で、貧困等のため、利用が制限されたり無保険となったりしている人々が少なからず存在している。「社会保険」というスキームを採っている以上、保険料を納めない場合になんらかのペナルティがあるの

はやむを得ない面もある。しかし、この問題が拡大していくと国民皆保険の脆弱化が進む危険性がある。

この問題に対する妙案は無いが、例えば、医療保険を一元化すれば、頑強な仕組みとなり、連帯が強化され、制度的に無保険者を減らすこともできるであろう。

④ 保健医療の各領域における政策的貢献

ア. 雇用の領域

雇用領域での健康対策の大きなものは、非正規雇用等の雇用環境の改善、職業性ストレス等のメンタルヘルスへの対応、があげられる。

上記のような問題に関して、保健医療が果たせる部分は大きい。

具体的には、産業医の機能強化が考えられる。産業医は、疾病の治療を行う臨床医と異なるアプローチで、「健康格差」の縮小により貢献できる立場の医師と言える。この観点からも、産業医の強化には意義があると思われる。

健康経営の推進や働き方改革等が叫ばれるなかで、この方面での医師や医療従事者の役割はますます増大していくと思われる。

イ. 地域社会とアクセシビリティの領域

健康に影響する社会経済の媒介因子として、個人の生活習慣や家族生活以外にも、人間関係や地域社会の「ソーシャル・キャピタル」等の重要性を確認した。

ここでは、かかりつけ医が極めて重要な役割と機能を果たせる。

かかりつけ医は、家庭や地域に密着し、健康に関する社会的ネットワークの軸となる。また、保健医療のアクセシビリティの観点からも、かかりつけ医の定着と活動の充実は大きな意義がある。

ウ. 教育、その他の領域

小中学校、高校、さらには大学等の教育機関での学校医の働きは重要であり、学校医の一層の機能強化と充実した健康教育の推進、また、一般社会における健康に関する啓蒙の強化等、教育の領域においても、医師や医療従事者が適切な内容と方法で関与することが望まれる。

エ. 住居、街づくり・都市政策

居住環境に関しても、保健医療ができることは大きい。

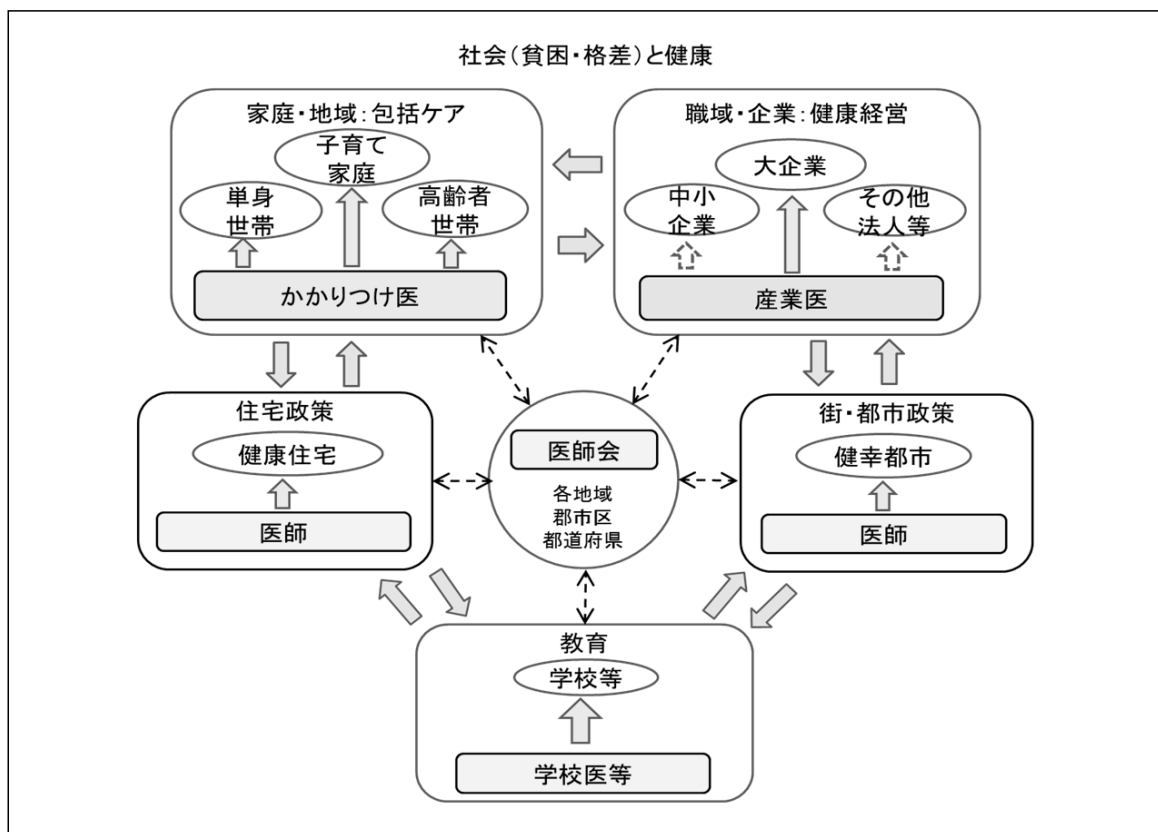
経済効率性・省エネ性や住宅性能と健康との両立を図る「健康住宅」への取組や利便性・快適性と健康の両立を目指す「健幸都市」、「コンパクトシティ」の実現においても、保健医療にできることは少なくない。

⑤ 医師会の組織的な対応の重要性

様々な領域で、保健医療的な視点から、健康のための諸施策を円滑かつ積極的に進めていく上で、各地域における医師会が果たす役割は極めて大きい。

全国各地の医師会は、自治体や学校、企業等と連携しながら、住民の健康を守る様々な取組を行っているが、その役割は今後ますます大きくなっていくと思われる（図表2-1-1-10）。

図表2-1-1-10 社会と健康の関係での産業医・かかりつけ医・学校医等



(出所) 筆者作成

4) 残された論点や課題

健康な方向へ人々の行動変容を促すには、幾つかのやり方がある。

通常、力（多くの場合、法的）で強制し、悪い行動にはペナルティを科す。

しかし、強制やペナルティは社会的に問題がある上、上手くいかない場合も多い。特に喫煙、飲酒、偏った栄養摂取等に関しては、誘惑や欲望に屈しがちである。

そこで、行動心理学や行動経済学の知見を活用し、「インセンティブ」を用いて行動変容を促す方法等を用いて、個人や集団に働きかける手法が有効である。

例えば、喫煙に関しては、非喫煙者の保険料を割引することや建物のフロアを数階程度上る場合に階段を使えば何らかのメリットが得られる、等が考えられる。

我が国の「格差」は欧米と比べると未だ相対的に小さいとの見方があるが、相対的貧困率や子どもの貧困率が高止まりするなか、十分な注意と対応が必要である。対応を怠れば、世界最高レベルの健康社会をいつまでも維持できるとは限らない。

国民の健康を守り続けるために、社会経済の様々な領域で保健医療にできること、果たすべきことは多く、医師および医師会の担う役割と機能は今後ますます重要になっていこう。真に国民に必要な保健医療の提供を実現する上でも、「格差」が小さく、健やかで幸せに暮らせる社会を作っていくことが必要である。

2. 医療提供の実態

久留米大学特命教授（医療政策担当）

日本医師会総合政策研究機構 客員研究員

佐藤 敏信

（1）予防医療 現状と検証

1) 予防の種類

予防は、一次予防、二次予防、三次予防に分けて考えることが多い。

一次予防は病気になる原因やリスク要因を除去することで疾病に罹患しないようにすること。二次予防は罹患しても早期に発見し早期に治療すること。三次予防は、早期に発見できなくとも治療等により疾病の増悪を防止するとともに、機能障害を残さないようにすることである。

厚生省（現・厚生労働省）が2000年にスタートさせた、「21世紀における国民健康づくり運動」、いわゆる健康日本21はこれらの全ての予防を包含している。

2) 予防の内容と今日的意義

① 共通的事項：健康教育

共通的な事項として、まず健康教育について触れておく。宮坂忠夫は「健康教育とは、個人、家族、集団または地域が直面している健康問題を解決するにあたって、自ら必要な知識を獲得して、必要な意志決定ができるように、そして直面している問題に自ら積極的に取り組む実行力を身につけることができるように援助することである」¹と定義している。

こうした考え方は、いわゆる生活習慣病と言われる疾患の対策を推進する上で極めて有効のように思われる。しかし実際には、簡単ではない。その理由を列挙する。

1 個人差

疾患の特性上、個々の嗜好品、生活習慣などの健康への影響には相当の個人差があること。

1 健康教育論（最新保健学講座）2013 宮坂忠夫（著），吉田 亨（著），川田智恵子（著）

2 科学的な論拠

事柄の性質上、RCT（Randomized Controlled Trial:無作為割付試験）のように科学的に信頼性の高い研究ではなく、観察研究中心にならざるを得ないこと。具体的な事例は後述する。

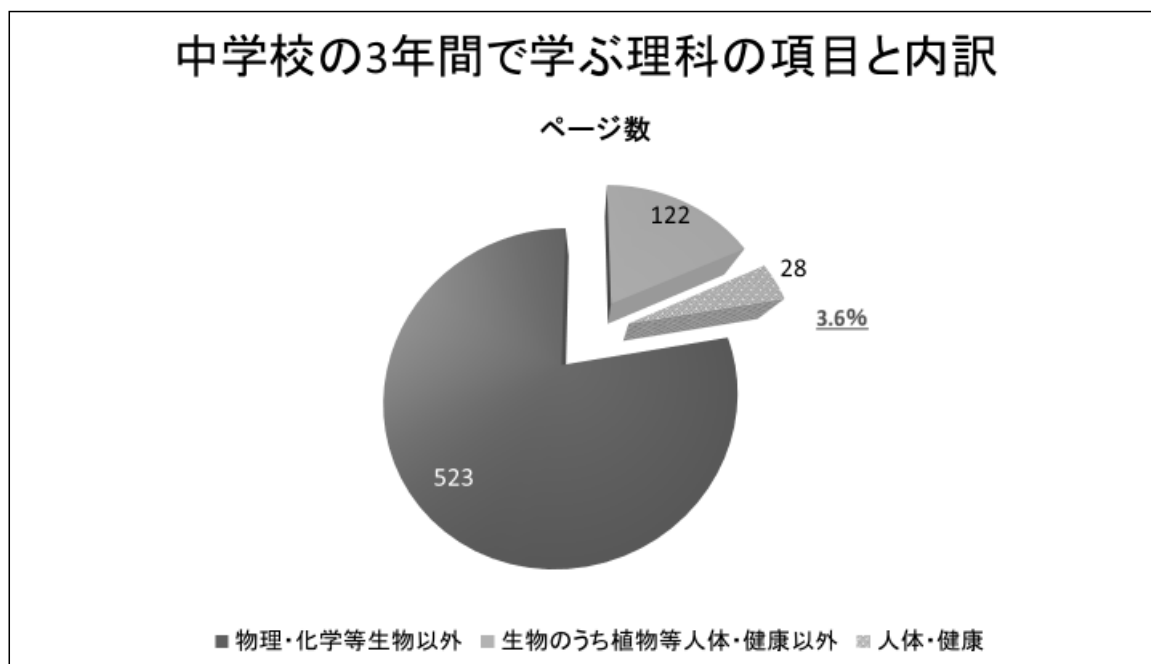
3 理科、とりわけ生物に関する知識

健康教育を理解する上では、生物に関する知識が不可欠だが、現在の学校教育では生物のウェイトが低く、しかも生物のほとんどが植物や昆虫など、人体や健康とは直接関係のないことで費やされている。

筆者が、ある出版社の教科書3年分について内容を見たところ、図表2-1-2-1のように、人体や健康に関連する記述は全体のページ数の中の3.6%に過ぎなかった。基礎的な知識が十分でない中で、その応用と言えるがんの予防や治療²、肥満とコレステロールの話をして、正しい理解は進まないだろう。

つまり、表面的な知識の習得、理解までは何とか進んでも、その基礎がしっかりしていないので、「行動の変容」とその維持には繋がりにくいだろうと考えられる。

図表2-1-2-1 中学校3年間の理科教科書の総ページ数の項目別の内訳



出典：筆者がある特定の出版社の教科書の3年分を調査して作成

2 文部科学省のがん教育 http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1370005.htm

② 一次予防

代表的なものはたばこ対策であろう。たばこ以外にも発がん作用をはじめ、健康に影響を及ぼすような嗜好品、食品はあるかもしれない。たとえばアルコールがそうであるが、アルコールの健康への害については学者も一般社会も比較的寛容である。

前述のように、個人差が大きく、しかも科学的な根拠が十分とは言えない予防法が、もっぱら健康教育の形で実施されている。たとえば高血圧の予防は、長年、「一律に」減塩と運動とが推奨されてきたが、近年では原発性アルドステロン症のように、塩分摂取とは直接に関係のない高血圧も相当数あることが報告されている。

コレステロールについても同様で、卵などはかつて高コレステロール血症の原因としてやり玉に挙がっていたが、実際には、肝臓による生合成の影響が大きいことが分かり、卵を含む食品制限の意味が相当程度失われてしまった³。

学校現場等でしばしば喧伝される朝ご飯の効用⁴や「朝ご飯抜きは肥満の原因」なども、多くは観察研究の結果に基づいている。それなりに科学的なデータが出ているように見えても、対象はラットであったりする⁵。ヒトを対象にしてRCTを行った信頼できる研究では、朝食抜きと肥満との間に相関はない⁶。公平を期するために、朝食抜きが循環器疾患による死亡率を上昇させるという報告も提示しておく⁷。

いずれにしても、一般的にはRCTに比べて信頼性が劣るとされる観察研究に基づき、その結果をやや誇張気味に伝えてしまっていることで、かえって健康教育、健康づくり全体への信頼性を損なっている。

ところで、日本ではこれほど健康に関する情報があふれ、しかも情報を求める声の大きいにもかかわらず、一次予防という観点で非常に強力な手段で

3 2015–2020 Dietary Guidelines for Americans https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf

4 文部科学省「早寝早起き朝ごはん」国民運動の推進について http://www.mext.go.jp/a_menu/shougai/asagohan/

5 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0206669>

6 <https://academic.oup.com/ajcn/article/100/2/507/4576452>

7 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27046951>

あるはずのワクチン（予防接種）に対する関心は低く、中には反対するグループさえある⁸。

まとめると、嗜好品、食品や運動にターゲットを絞った一次予防は、一定の意義はあるものの「絶対ではない」ということである。理由の第一は、前述の個人差である。第二も前述で、科学的なエビデンスが十分でない理論に基づくキャンペーンが多いことである。第三は、体内の生合成・代謝の影響その他が大きく、当人が無意識のうちに体内で「調節」が行われているにもかかわらず、食餌だけで体内のバランスが左右されていると考えている人が（これは指導する側にも）多いということである。第四に、健康に関する基礎的な知識の貧弱さである。

ワクチンは別格として、一次予防の意義が低いということではない。肥満や嗜好品の対策を中心に意義のあるものも多いと思う。しかし、将来的には、個々人の遺伝的素因、体質、基礎疾患等に応じたきめ細かな指導や実践が行われるよう期待する。そうなれば、その効果はまた違ったものになるだろう。

③ 二次予防

代表的なものは健診（検診）⁹である。ここでは健診に絞り込んで述べる。

1 健診の実施において考えておくべきこと

健診は、循環器疾患を念頭に置いた一般健診と、がん検診とに大別される。健診を考える上での最大の課題は、その効果やその程度が必ずしも科学的に明確にされていないということである。

がんの場合は、厚生労働省とがんセンター研究研究部とで、がん検診ガイドラインを作成しており、その中で各健診の推奨の程度（推奨グレード）を提示している（図表2-1-2-2）。

8 Anti-vax movement among top 10 global health threats for 2019, World Health Organization says <https://www.cbsnews.com/news/anti-vax-movement-among-top-10-global-health-threats-for-2019-world-health-organization/>

9 学問的には、長年「検診」が用いられてきた。両者の違いを解説したものは日本医師会のサイトにある <https://www.med.or.jp/forest/gankenshin/what/checkup/>。なお、「健診」という言葉は、1983年に老人保健法に基づく各種健診がスタートしたおりの厚生労働省の造語である。ここでは混乱を防ぐために、がんの場合のみ「検診」とする。

図表2-1-2-2 各がん検診の推奨のまとめ

「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」より引用・改変

対象部位	対象者	検診の方法	推奨グレード ^{*1}	判定結果 ^{*2}		実施体制別の推奨		
				死亡率減少効果の証拠 ^{*3}	不利益の大きさ ^{*4, *5}	対策型検診(住民検診等)	任意型検診(人間ドック等)	
胃	50歳以上男女	胃X線検査	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する	
		胃内視鏡検査	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する	
		ペプシノゲン法	I	不十分	利益より小	推奨しない	個人の判断により実施可	
		ヘリコバクターピロリ抗体	I	不十分	利益より小	推奨しない	個人の判断により実施可	
大腸	40歳以上男女	便潜血検査	A	あり	利益より小	推奨する ^{*8}	推奨する	
		S状結腸内視鏡検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	推奨する	
		S状結腸内視鏡検査+便潜血検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 ^{*9}	
		全大腸内視鏡検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 ^{*9}	
		注腸X線検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 ^{*9}	
		直腸指診	D	なし	—	推奨しない	推奨しない	
肺	40歳以上男女	非高危険群に対する胸部X線検査、及び高危険群に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	B	あり	利益より小	推奨する ^{*10}	推奨する	
		低線量CT	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断により実施可 ^{*7}	
子宮頸部	20歳以上女	細胞診(従来法)	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する	
		細胞診(液状検体法)	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する	
		HPV検査を含む方法 ^{*11}	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断により実施可 ^{*7}	
	40-74歳	マンモグラフィ単独法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する	
	40-64歳	マンモグラフィと視触診の併用法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する	
	乳房	40-74歳	マンモグラフィ単独法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		40-64歳	マンモグラフィと視触診の併用法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		40歳未満	マンモグラフィ単独法及びマンモグラフィと視触診の併用法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断により実施可 ^{*7}
		全年齢	視触診単独法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断により実施可 ^{*7}
		全年齢	超音波検査(単独法・マンモグラフィ併用法)	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断により実施可 ^{*7}

^{*1} 推奨Iの判断はガイドライン作成時の判断であり、現状では証拠不十分だが、将来的には判定が変わる可能性がある。
^{*2} 死亡率減少効果及び不利益に関する証拠の詳細は各種ガイドラインを参照。
^{*3} 死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分と判定された検診の実施は、有効性評価を目的とした研究を行う場合に限定することが望ましい。
^{*4} がん検診の不利益とは、偽陰性や偽陽性だけでなく、病気になる場合でも必ずしも必要ではない精密検査が行われることや、精神的不安、本来必要としない医療費が追加となることなども含む。
また、たとえがんであっても精密検査や治療を受けた結果、予期できない重度の合併症が生じたり過剰診断にあたる場合も不利益とする。ただし、検査による医療事故や過剰なものは不利益に入らない。
^{*5} がん検診の利益(死亡率減少効果)に比べ、不利益がどの程度に大きさを比べる。
^{*6} 死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。
^{*7} がん検診提供者は死亡率減少効果が証明されていないこと、及び当該検診による不利益について十分説明する責任を有する。任意型検診として実施する場合には、現時点では効果が不明で、効果の有無が明らかになるにはまだ時間を要する状況にあることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく個人の判断による受診は避けられない。
^{*8} 化学法に比べて免疫法は感度・特異度ともに同等以上で、受診者の食事・薬制限を必要としないことから便潜血検査は免疫法が望ましい。
^{*9} 安全性を確保するとともに、不利益について十分説明する必要がある。
^{*10} 死亡率減少効果を認めるのは、二重読影、比較読影などを含む標準的な方法を行った場合に限定される。
標準的な方法が行われていない場合には、死亡率減少効果の根拠があるとは言えず、肺がん検診としては勧められない。
また、事前に不利益に関する十分な説明が必要である。
^{*11} HPV検査を含む方法にはHPV検査単独・HPV検査と細胞診の同時併用法・HPV検査陽性者への細胞診トリアージ法がある。
細胞診によるスクリーニング後にトリアージとして行うHPV検査は検診ではなく、臨床診断として取り扱われているため本ガイドラインの対象には含まれない。
任意型検診において、特に若年者にHPV検査(単独法)あるいはHPV検査と細胞診の同時併用法を行う場合、若年者には一過性の感染HPV感染率が高いため、慎重な対応が必要である。

出典：国立研究開発法人国立がん研究センター社会と健康研究センター 検診研究部

ここで注意すべきは、前述のように死亡率減少の効果で見たときに、科学的には「不十分」なものも混じっているということである。最近になって、厚生労働省が図表2-1-2-2以外も含め、効果が不明の検診については注意を喚起する方向にあるとの報道があった¹⁰。

2 世界の動向

世界的にはどうだろうか。2015年10月のBMJ(British Medical Journal : Why cancer screening has never been shown to “save lives”—and what we can do about it : なぜ、これまでがん検診の救命効果は証明できていないのか？それで我々はどうすればいいのか?)¹¹は、個々のがんで見ると死亡率は減少しているのに、全死因による死亡率に差がないと報告している。

がん検診以外のいわゆる一般健診と呼ばれるものについても、同様の報告がある。国際NGOであるコクラン共同計画がメタ解析による検証を行っており、その結果が2012年に、やはり同じBMJにGeneral health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis¹² (成人における一般健診の有病と死亡の減少について、コクラン共同計画・メタ解析の結果) のタイトルで掲載されている。これによれば、元々の症状がない人々を対象とした健康診断には、罹患率、入院、障害、心配ごと、追加の医師受診、欠勤に関して、有益な効果は見出されなかったとある。さらにまた、がんや循環器疾患による死亡率を減らす効果もないとされている。

こうした結果もあって、2015年には、NHS health checks are a waste of resources¹³ (イギリスの国営医療サービス事業による健診は無駄) との報告まで出るに至った。

特に衝撃的なのが、デンマークで実施されたInter99¹⁴の結果である。2014年の報告によれば、単に健診を行っただけでなく、不健康な生活習慣のある人々には、5年間にわたって禁煙やダイエットや運動についてのアドバイスを行い、必要に応じて、医療機関への紹介も行っている。しかし、

10 毎日新聞2019年1月21日ほか <https://mainichi.jp/articles/20190121/ddm/003/040/063000c>

11 <http://www.bmj.com/content/352/bmj.h6080>

12 <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7191>

13 <https://doi.org/10.1136/bmj.h1006>

14 <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3617>

10年後、虚血性心疾患や脳卒中の発生率、総死亡率のいずれにおいても、介入群と対照群の間で有意差はなかったとしている。

3 なぜこういう評価になるのか

がん検診を例にとって解説を加えると、検診で早期発見したように見えても、実は早期に発見しようがしまいが、結果としてその人の生命の延長に影響を与えないものを発見する可能性がある。つまり、早期に発見して手術し、一定の期間、生存率が良好であり、効果があったように思えても、実は放置していたとしてもそのがんが元々患者と共存し、生命の延長には特段の影響を与えないものであった可能性がある。つまり(観察期間中に)死亡したとしても、その死因は、たとえば脳血管疾患や肺炎等の他疾患であって、死因とはならないような類のがんを早期発見しただけということが考えられる。韓国などで実施された甲状腺がんの検診がそれに当たるだろう^{15, 16}。

逆に、発見したとしても現在の医療水準では救命しえないような極めて悪性のものを早期発見することも考えられる。手術、化学療法などいずれもが奏功せず、結局は死に至るようなケースである。この場合、治療による効果が全くなかったとしても、早期発見した分(時間)だけ、生命が延長したように見えるのである。このことは公衆衛生学上、リードタイムバイアス¹⁷とされている。

4 健診の効果について考えておくべきこと

また、健診が仮に有効としても、別の効果・影響もあるということを忘れてはならない。一つは健診受診のために、勤務等を一時的に休んで、時間をかけて健診会場に赴くことによる「遺失利益」である。

もう一つは、偽陽性の確認のためのコストである。スクリーニングである以上、一定の確率で偽陽性(false positive)が存在する。この偽陽性を

15 Screening for Thyroid Cancer Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force, Jennifer S. Lin, MD et al. JAMA. 2017; 317 (18) : 1888-1903. doi:10.1001/jama.2017.0562

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2625324>

16 Cancer Statistics in Korea: Incidence, Mortality, Survival, and Prevalence in 2012, Cancer Res Treat. 2015 Apr; 47 (2) : 127-141. doi:10.4143/crt.2015.060 Kyu-Won Jung et al.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4398120/>

17 公衆衛生学の教科書レベルの話であるので、列挙するにとどめ、詳細はそれぞれで確認されたい。1) Selection bias、 2) Compliance bias、 3) Lead time bias、 4) Length-bias sampling、 5) Over diagnosis bias。この中で最も重要なのはOver diagnosis bias (過剰診断バイアス)である。

排除するために、結果的には相当程度の対象者に費用をかけて特別の検査をする必要がある。また仮に最終的に陰性（negative）と判定されたとしても、そう判定されるまでの間の対象者の心理的な負担も相当なものになる。

さらに重要なことは健診を単に医療費の節約に資するという観点のみで見てもいけないということである。個々人が健康になり、寿命が延びることにより、医療費や介護費を含めて最終的には費用は増大する方向に向かうだろう。そのこと自体は、本来医学が目指してきたゴールそのものであり、喜ぶべきことである。一方で、医療費の節約の面にだけ着目するのではなく、健康を回復することで、職場に復帰し、社会に貢献できるケースもあるので、その経済的価値まで含めて考慮すべきであろう。本人や家族の心理的な満足感も相当なものであるはずである。

話を日本の健診に戻すと、本来ならある一つの健診の本格導入の前に、RCT等で一定の効果を確認してから開始すべきであったはずだが、「早期発見はできるし、それを早期に治療すれば、予後は必ずいいはず」との臨床的な経験に基づいて開始されたものがほとんどである。しかし、実際には前述のバイアスがあり、科学的には明確に健診・検診の効果を証明できないまま今日に至っている。

5 日本の健診を充実させるためには

仮に個々の健診・検診に効果があったとして、もう一つの問題がある。それは日本においては健診の精度管理が十分でないということである。従来から、健診の受診率だけが重要視され¹⁸、最終的な死亡率の改善、それが無理でもせめて疾病の発見率を把握しておく必要がある。しかし実際にはそうでないケースもあるということである。がん検診の場合の評価は、**図表2-1-2-3**のように分類され実施されている¹⁹。

18 2018年12月10日第16回経済財政諮問会議の根本臨時議員提出資料においても、相変わらず重要視されているのは実施率、つまり検診受診率向上である。

https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2018/1210/shiryo_03.pdf

19 国立研究開発法人国立がん研究センター 社会と健康研究センター検診研究部による

図表2-1-2-3 がん検診を評価する際の指標

指標	具体例
技術・体制的指標	検診実施機関の体制確保（設備、医師・看護師・放射線技師など） 実施手順の確立（標準的撮影法、二重読影など）
プロセス指標	受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率
アウトカム指標	がん死亡率

出典：国立研究開発法人国立がん研究センター 社会と健康研究センター検診研究部

ところが、実際の制度管理の状況を見ると、最も歴史のある胃がん検診でさえ、「がん発見率」を把握していないところが2県もある²⁰。さすがに、要精検率や精検受診率は全都道府県で把握しているが、年齢、性別まで把握しているかと問うと途端に把握数が減る。

つまり検診が「受けっぱなし」「やりっぱなし」になっていて、しかも個々の検診実施者（業者）の質の評価がしっかりとされていないケースが散見されるのである。

6 実施に伴うその他の問題点

がん検診のこうした現状の遠因として、検診費用の「一般財源化」が考えられる。元々老人保健法時代にはがん検診は「補助金」であり、実施主体である市町村の実施数に応じて補助金が配布されていた。ところが1999年に一般財源化された。各自治体に交付された交付金の中に、がん検診の費用も算定されてはいるはずだが、がん検診をやればやるほど、他の事業に振り向ける金額は少なくなる。つまり他の事業が優先され、がん検診は後回しになる。

人材不足という別の問題もある。事業の実施主体である企業や自治体には保健師はいても、医師や公衆衛生の専門家はたいていの場合不在か、いても少数である。したがって科学的な事業計画やそのレビューが十分に行われているとはいえない。

もう一つは、健診の制度の主体が異なっていて実施主体相互で連携が取れておらず、結果として個人単位のデータが収集・分析されていないことである。具体的には、児童生徒の時期には学校保健、成人すれば特定健診・

20 http://canscreen.ncc.go.jp/pdf/h24_kekka.pdf

特定保健指導となる。個人は、年齢とともに制度や職場を移動するにもかかわらず、それらのデータが一貫して収集され分析されるものになっていない。つまり有効に活用されないまま、これも個々に「記録しただけ」になっている可能性があるということである。

7 OECDの提言

④ 三次予防

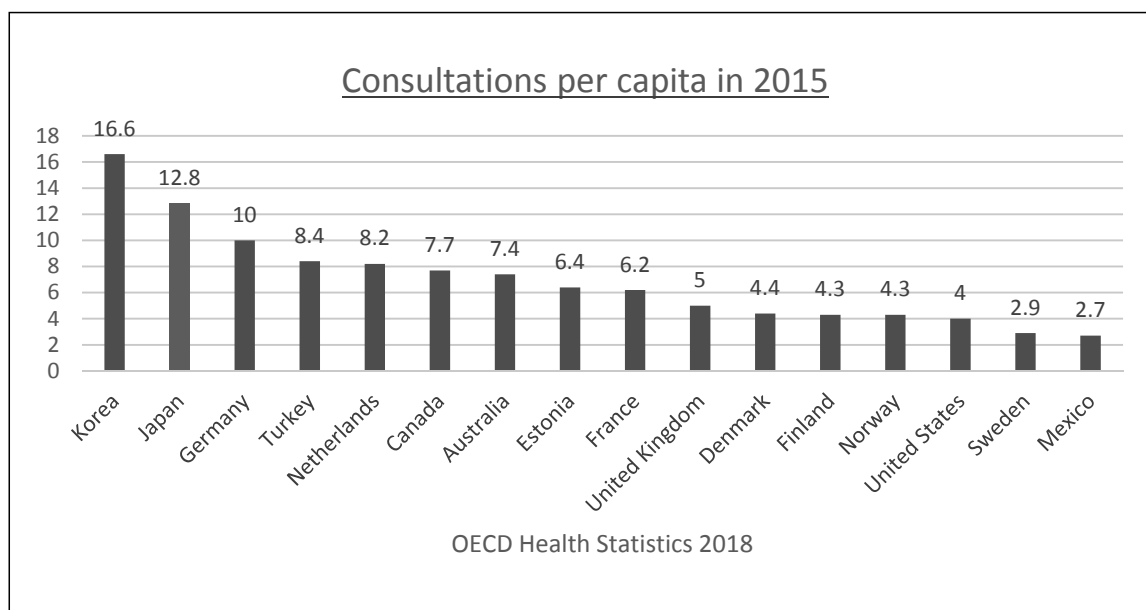
医療保険制度の下では、治療後も定期的にフォローアップがなされている。必要に応じてリハビリテーションなども実施されている。さらに介護が必要になれば、デイケア等も実施される。いずれにしても、それぞれ適切に実施されているとみていいのではないか。

⑤ おわりに

日本の国民1人が医師の診察を受ける回数は年13回程度とOECD主要各国のほぼ倍で、米国の3倍程度である（図表2-1-2-4）。世界的な基準で捉えると、早期発見、早期治療は、保険制度の中で相当程度に実現できていると言える。

また、ここまで述べてきた日本の健康問題の解決の方向、とりわけ健診の問題点については、2019年2月6日の経済協力開発機構（OECD）の提言において同様の指摘・提言がなされているので²¹、参考にされたい。

21 OECD Reviews of Public Health: Japan A Healthier Tomorrow Published on February 06, 2019
<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-reviews-of-public-health-japan-9789264311602-en.htm>

図表2-1-2-4 OECD主要各国の人口当たり外来受診数²²

出典：OECD OECD Health Statistics 2018を元に、筆者作成

²² 各国のデータが比較的揃っている2015年を選択。米国、英国はデータが欠落しているため、直近のデータとして米国は2011年、英国は2009年を使用。人口規模の小さい国のデータは除いている。

(2) 検査・治療技術の進歩と改善

1) 健康保険制度と検査・治療技術の進歩

日本の診療報酬制度の支払い方式は、長年にわたって「出来高払い」であった。出来高払いは、診療に要した費用は原則として償還されるので、「包括払い」に比べて新技術の導入には促進する方向に働くと言われてきた^{1, 2}。

現行の医療制度の中では、技術が進歩し、また医療自体が個別化するなかで、個々の医薬品、医療機器に一定の効果があるかどうかを科学的に検証し、さらにその償還価格等³を決定するという作業が必要になる。また、それらの組み合わせである検査、処置、手術についての保険収載の可否や方法については、中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会において議論されることになる。

2) 日本発の検査・治療技術（製品）を生み出すためには

これまでの政府の取り組みを見ると、

- ・2013年6月「医薬品産業ビジョン2013」・「医療機器産業ビジョン2013」策定
- ・2014年7月「健康・医療戦略」閣議決定
- ・2015年6月「『日本再興戦略』改訂2015」閣議決定
- ・同年9月「医薬品産業強化総合戦略」策定

と続き、2016年には産業競争力会議の中で「日本発の優れた医薬品・医療機器等の開発・事業化」を打ち出している⁴（その一部を図表2-1-2-5に示す）。

確かに、医薬品についても医療機器についても、このところ既存の概念を覆すような革新的な発明は少ない印象を受ける。そうした中で、ここでは視点①～③として課題を列挙している。しかし、それらの詳細を見ても、「オールジャパンでの医薬品・医療機器開発における連携推進」「保険適用申請相談事業の実施」「医療のイノベーションを担うベンチャー企業の振興に関する懇談会の立ち上げ」などの言葉が並ぶだけで、さほど目新しいものはなく、実効性には疑問符が付く。

1 https://www.jstage.jst.go.jp/article/iken/26/2/26_179/_pdf/-char/en

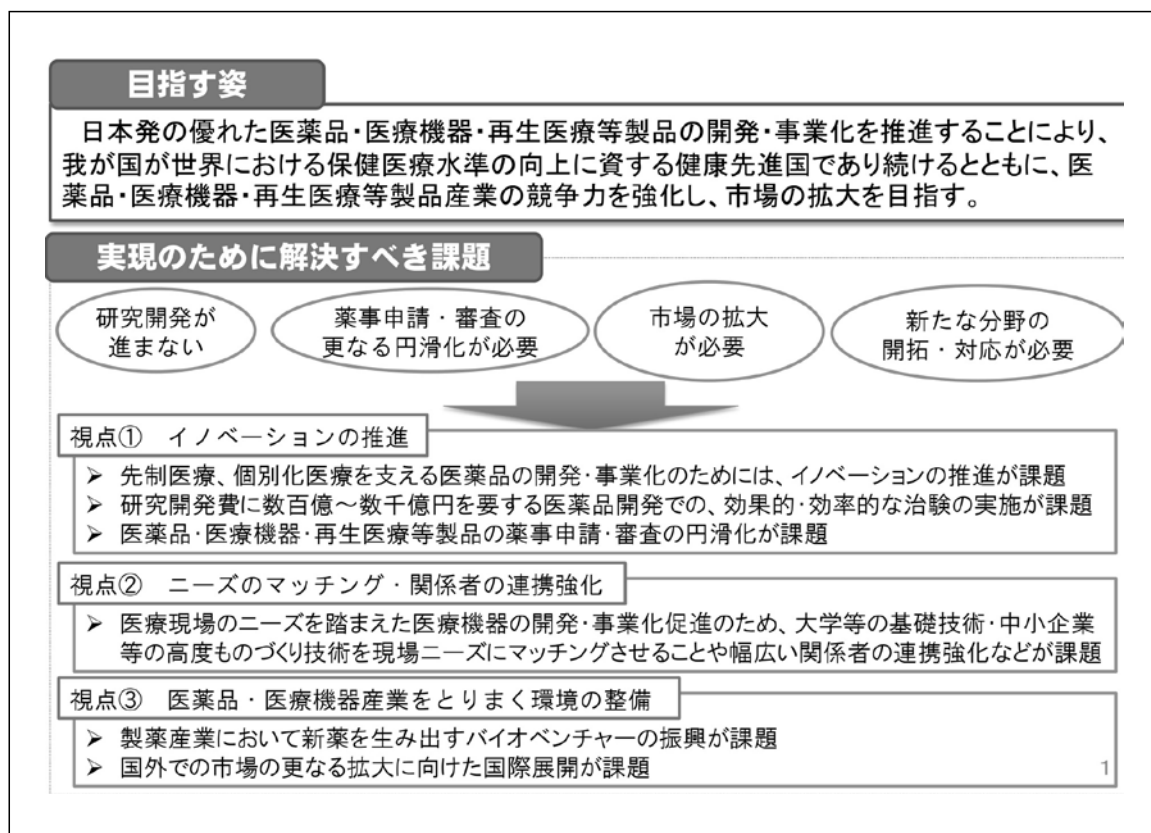
2 もっとも、日本のDPCの場合は、手術、放射線治療、1000点以上の処置等は包括の外で、出来高算定が可能となっているので、この点ではあまり問題にならないはずである。

3 医療機器等の場合は、個別の償還価格でなく技術料に包括される形で評価されることがある。

4 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/jjkaigou/dai35/siryou4.pdf>

このうちの「医療のイノベーションを担うベンチャー企業の振興に関する懇談会」を例にとると、その報告書として「医療系ベンチャーをイノベーションの牽引車に！」⁵が公表されているが、医療系ベンチャー振興の重要性が強調されるだけで、掘り下げた具体的な提言とはなっていないようだ。大企業では難しいのに、なぜベンチャーを育成・活用すればイノベーションが進むのかについての説明は見当たらない。

図表2-1-2-5 日本発の優れた医薬品・医療機器等の開発・事業化について



出典：産業競争力会議 第35回実行実現点検会合 2016年3月23日厚生労働省提出資料

2013年に内閣官房に設置された「健康・医療戦略室」の提言はもう少し具体的だ。2019年度予算における統合プロジェクトには次のような項目が並ぶ⁶。

- a) オールジャパンでの医薬品創出プロジェクト
- b) オールジャパンでの医療機器開発プロジェクト

5 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10807000-Iseikyoku-Keizaika/0000131780.pdf>

6 2016年 https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/siryou/pdf/h31_gaiyou.pdf

- c) 革新的医療技術創出拠点プロジェクト
- d) 再生医療実現プロジェクト
- e) 疾病克服に向けたゲノム医療実現プロジェクト
- f) ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト
- g) 脳とこころの健康大国実現プロジェクト
- h) 新興・再興感染症制御プロジェクト
- i) 難病克服プロジェクト

ただしこれらも重要な内容ではあるが、その実際の進め方についての踏み込みは十分とは言えず、これでブレークスルー的な研究が立ち上がり、成功するのかどうかは疑問である。

一方、学者、研究者の間では、しばしば研究費の額が問題とされるが、それ以前の体制や周辺環境に問題があるように思える。この点は後述する。

前述のような問題に対して、先日ノーベル賞を受賞された本庶佑先生が、極めて的確にしかも簡潔に指摘をされている。受賞が決まった後の日経新聞のインタビュー⁷に答えたものである。詳細は該当記事を読んでいただくとして、ポイントを紹介しておく。

ア) 政府は介入を避けよと。もちろん研究費の支出は当然だし、大まかな方向付けは重要だとして、細かな計画と目標を立てて、一定期間内にこれを達成するような目的指向型の研究はイノベーションではないと断じておられる。

イ) 関連して、いつ実を結ぶともわからないような基礎固めのために、研究者が自由な発想で研究できるようにすべきと。

ウ) そして「目利き」の必要性である。医薬品や医療機器の開発は目的指向型の研究では難しいが、そうした中で、製薬メーカー等においては将来性のある研究に着目する目利きが必要と指摘されている。

エ) 関連して「海外の製薬企業の経営層に医学博士や研究畑の人材が多い。(中略) かつては日本の製薬企業も医学博士がトップに就いたが、現在は減

7 2018/12/3 日経新聞 <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO38389950Q8A131C1TJM000/>

り全体の流れが悪い。」とも指摘されている。

後段について補足して整理をすると、要するに開発の段階からもう少し医師・医学者が関与する必要があるということである。医薬品を例にとれば、医薬品が全て化学物質であってその化学的な効果・反応であった時代であれば、これまで通りの研究・開発体制でいいのかも知れない。しかし現在はそうではなくなった。たとえば抗体医薬品はたんぱく質であり、純粋な化学物質ではない。また薬が体内でどう移動し、どう代謝されるかは解剖学や生理学の知識が不可欠である。同時に、本来は利用者である医師の視点が重要ということである。

いずれにしても、医師・医学部出身者は、臨床の知識や経験は元より、生化学、生理学を学んでいるので、その知識と経験を開発に生かすべきであろう。もちろん医学部の側にも問題はある。元々、教員、研究者の数が十分でない中で、医学教育や臨床上の評価が一層重視されるようになり、地道な基礎研究に割くことのできる時間が減少している。医学部の学生のキャリアパスの中にも、臨床医や研究者という想定はあっても医薬品、医療機器開発はない。学生や医師の進路の決定に当たって、こうした情報が伝えられることも重要である。

3) 今後注力すべき分野は

そうした中で、日本に誇れるもの、潜在力があるとすると、何だろうか。おそらくは、近年急速に構築されつつある診療のデータベースとその活用ではないだろうか。病院単位であれば診療報酬請求のデータ(レセプトデータ)、そしてそれを全国的に集積したNDB (National Data Base) がある。NDBは現時点で150億件に及び、一定の手続きを経てそのデータを閲覧し、分析することができる(図表2-1-2-6)。

図表2-1-2-6 NDBにおいて提供されているデータの種類の種類

NDBにおいて提供されているデータの種類の種類				中医協 総-3参考(改 29.7.1)
	特別抽出	サンプリング データセット	基本データセット	集計表情報
基本的な イメージ	申出者の要望に応じ、データベースにある全データのなかから、該当する個票の情報を抽出し、提供する	探索的研究へのニーズに対応し、抽出、匿名化などを施して安全性に十分配慮した、単月分のデータセット	入院、外来、疾患別など目的に合わせて年度ごとに紐付けが可能で、簡易に分析することが可能なデータセット	申出者の要望に応じ、データを加工して作成した集計表を提供する
提供データ	個票	一部匿名化等を行った個票	大幅に加工した個票	集計表
含まれている データ項目例	レセプト情報、特定健診等情報に含まれている、ほぼすべての項目	希少な情報があらかじめ匿名化・削除されたレセプトデータ	患者の基本属性情報以外は、主傷病名、診療識別情報、要望に応じたコードなど	集計表
利用にあたり 具備すべき セキュリティ	データ利用時に、情報セキュリティマネジメントシステムを確実に運用できる利用環境を整える	特別抽出で求められるセキュリティ水準と比較してある程度具備しやすいセキュリティ水準での利用が可能		
想定される 利用者像	レセプト研究に一定の知見があり、申出内容や抽出条件を吟味し、大量のデータを高速に処理することを想定している利用者	レセプト研究に関心はあるが経験がまだ十分でなく、データの特徴や各項目の概要を把握したいと考えている利用者	レセプトの構造を踏まえながら研究するよりも、基本的項目について簡単に分析を試みたいと考えている利用者	集計された結果を必要とし、データ処理を行うことを想定していない利用者

出典：中医協総会参考 2017年

個々の病院の入院患者については、さらに詳細なデータであるDPCデータが入手可能である⁸。

2010年に厚生労働省保険局に設置された「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」は、こうした視点の下に議論が進められている。2013年6月にまとめられた日本再興戦略等においても、「医療の質の向上や研究基盤の強化を進めるため、国が保有するレセプト等データの利活用を促進する。」という指摘があった。有識者会議はその後も議論を深め、2014年には民間利用について検討し、最近ではNDBに倣う形でDPCの利活用についても着実に方向が示されている。

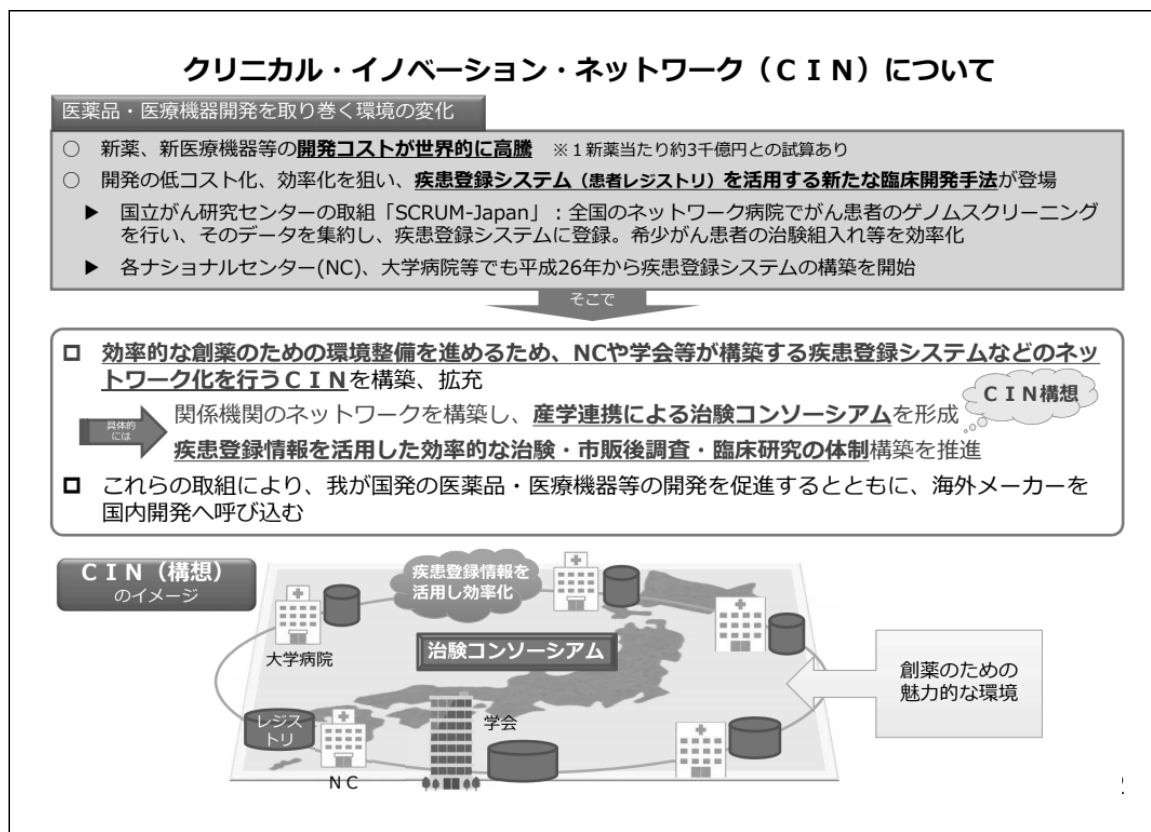
レセプトデータ以外にも、外科領域の全国の手術関連データであるNCD、個々の病院単位であれば電子カルテ等の種々の臨床データがある。将来的には介護保険のデータベースとの連携も想定されている。

8 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000174511.pdf>

それらの巨大なデータを活用し、AIの手法などを用いてベストプラクティスを探し、導き出すということが可能になる。たとえば、ある特定のがんの治療において、手術単独、手術に抗がん剤を付加、抗がん剤単独のそれぞれで、年齢、性別、進行度、合併症の有無などを調整しながら効果やその程度を判定することができる^{9、10}。将来的には介護のデータベースとの連結も想定されているので、世界的にも稀有なそして大規模なデータに基づいて研究を行うことが可能になる。

厚生労働省医政局もそうした考え方を「臨床・イノベーション・ネットワーク（CIN）」として推進する方向である（図表2-1-2-7）。

図表2-1-2-7 臨床・イノベーション・ネットワークについて



出典：第5回次世代医療機器開発推進協議会（2018年）資料5

9 RCTであれ、case-control studyであれ、最も重要なことはバイアスを取り除くことである。対象、対照ともに代表性があるかどうか研究計画を立てる上でのポイントである。ところがNDBのような「全数」データを用いると、こうしたバイアスの問題のかなりの部分を考えなくてすむ。

10 データベース研究の医療技術評価への利活用—企業の立場から— 薬剤疫学 Jpn J Pharmacoepidemiol, 23 (1) Jan 2018 : 41

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjpe/23/1/23_41/_pdf/-char/en

こうした方法ならば、検査法、治療法等の開発で日本が世界に発信できるような成果も見えてくるのではないか。

4) おわりに

2011年に内閣官房医療イノベーション推進室が、2015年には健康・医療戦略室が、さらに国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）が設立された。以降も2016年に未来投資会議が設置されている。このように、経産省、厚労省、文科省をはじめ政府一体となって、目標を持って研究開発を進める体制が構築されたことは一定の進歩なのだろう。しかしながら、これまでの成果を見ると「とりまとめ」や「調整」に重きが置かれ、様々な部署や検討会が乱立し、それぞれの中身を見ても、いつかどこかで見た内容が表現ぶりを変えて出てきているという印象である。前述のCINを除いては、具体的な成果も想像しにくく、結果として現状で考えられること、すでに進んでいることを総花的に視覚化したのではとさえ思える。

分野間・省庁間の研究の重複や整合性の整理だけで、今後の日本の研究開発が劇的に進むとは思えない。現在はこうした体制や仕組みが構築されたばかりなので、その先の真の成果に期待したい。

(3) 技術のイノベーション

1) 2030年の社会的課題と技術イノベーション

日本における2030年に向けた社会的課題として少子高齢化による労働力不足が挙げられており、一人ひとりの健康意識の向上と予防により高齢者になっても働きつづけられるよう、さらなる健康維持と増進、病気の早期治療に資する医療技術のイノベーションが求められている。

医療技術においては、製薬技術開発における基礎生物学メカニズムの解明から始まるバイオテクノロジーの進展や臨床ニーズから始まる診断のより高度な標準化や治療における低侵襲化・非侵襲化のための技術開発が期待されている。

さらに、大規模自然災害の発災における継続的な医療提供のための技術開発も不可欠である。

2) 日本の科学技術開発の現状とAIホスピタルの実現に向けた取組み

政府全体のイノベーション創造のためのプログラムとして、2018年度から開始された第2期SIP (strategic innovation promotion program/戦略的イノベーション創造プログラム)において医療分野の研究開発が初めて採択され、「AIホスピタルによる高度診断・治療システム」(2018年度-2022年度)の医療現場への実装のための研究が開始された。この研究開発では、AI、IoT、ビッグデータ技術を用いた「AIホスピタルシステム」を開発・構築することにより、高度で先進的な医療サービスの提供と、病院における効率化(医師や看護師の抜本的負担軽減)を実現し、社会実装することを目的としている。

3) 医師による技術開発への期待

医療技術開発においては、医療現場でのニーズ探索や医療技術開発エコシステム(戦略的事業連携)の構築が重要である。日本医師会は「医師主導による医療機器開発・事業化支援」を通じて医師による発明、目利き、技術向上への支援を推進し、医療機器開発プラットフォームの構築を目指している。

今後、国民皆保険と医療の非営利性の堅持のため、イノベーションによる先進的医療技術の医療現場への取込みと標準化により、貧富の差なく、全ての住民・患者に高い水準の医療を提供していく。

(4) ICT化への対応（病院情報システムの問題点）

病院の中には、オーダリングシステム、電子カルテ、医事会計システムなど各部門間を連携する病院情報システム（Hospital Information System）、放射線科情報システム（Radiology Information Systems）、PACS（医用画像管理システム：Picture Archiving and Communication Systems）、さらには、他の医療機関や介護施設、調剤薬局、行政等までを連携する地域医療連携システムなど多くのシステムが存在する。

厚生労働省の医療施設調査¹によると、一般病院における普及率は、診療録電子化（電子カルテ）41.4%（3024/7353施設）、オーダリングシステム55.6%（4088/7353施設）、医用画像管理システム（PACS）80.1%（5892/7353施設）であり、多くの病院でシステム化が進んでいる。

異なるシステムを連携することは、多職種・他部門で情報を共有できる、患者サービスの向上、業務の効率化、経営的サポートなどのメリットがある。一方で、標準化が図られていない、導入しているシステムやベンダー、規格、マスターが異なるなどの理由により容易ではなく、そのための費用負担も必要である。

また、現行の診療報酬には、電子化連携加算、電子画像管理加算、電子的診療情報評価料、オンライン診療料などICT関連の項目がいくつかあり、要件を満たせば算定可能である。しかし、システム導入費用、毎月発生し続けるランニングコストを賄うには至っておらず、費用対効果がいいとは言えない。

システムを導入することに主眼が置かれがちであるが、それをうまく活用できなければ意味を持たない。

日々の運用に加え、個人情報保護対策、情報漏洩に備えたセキュリティ対策、システム停止時や災害時の対応策、システムに長けた人材の確保、後継者育成など、そのシステムを安定的に稼働していくための長期的な計画が必要である。

1 平成29年（2017）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/>

(5) 災害医療の実態

わが国は、これまでに地震、津波、火山噴火、台風による豪雨被害など様々な自然災害に見舞われ、2011年に発生した東日本大震災と福島第一原子力発電所事故は未曾有の複合災害となり世界を震撼させた。ひとたび災害が起きれば、被災者の医療と健康を守るために医療者は全力を尽くすべく奔走する。災害後には事後検証を行い、次こそはという思いで対策を講じ、自己研鑽を惜しまない。こうして災害医療は、より最適な姿へと変貌を遂げてきた。

しかしながら、そう遠くない将来、東日本大震災を超える巨大地震の脅威が潜んでいると言われている。南海トラフ巨大地震である。今後30年以内に80%の確率で発生すると予期され、東日本大震災の20倍に相当する最大32万人の死者をもたらすと試算されているが、この未知の巨大地震に直面したとき現行の災害医療体制はどこまで対応できるだろうか。わが国の災害医療体制は、まだまだ進化の余地があるのではないか。

本節では、現行の災害医療体制が構築されるに至った過去の主な災害を振り返りつつ、将来の脅威として東日本大震災を超える巨大地震の様相を紐解いていく。

1) これまでの災害を振り返る

① 急性期医療が注目された「阪神・淡路大震災」

今日の急性期災害医療体制は、阪神・淡路大震災を契機に確立されたものである¹。1995年1月17日、淡路島を震源とするマグニチュード7.3（最大震度7）の地震が、神戸市を中心とする阪神地域および淡路島北部を襲い、死者6,434人、行方不明者3人、建造物の倒壊や大規模火災により43,792人が負傷²した。

この地震で8割の方が「圧死」³—つまり、土砂中埋没、重量物落下、構造物間狭圧状態に巻き込まれ、胸腹部が圧迫され呼吸運動の障害により窒息

1 小井土ら（2011）「東日本大震災におけるDMAT活動と今後の研究の方向性」保健医療科学60（6），495-501.

2 消防庁「阪神・淡路大震災について（確定報）」2006年5月19日
<http://www.fdma.go.jp/bn/1995/detail/941.html>

3 厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計からみた阪神・淡路大震災による死亡の状況」
 ※1995年1月から6月までの間に市区町村に届け出られた死亡届及び死亡診断書を基に作成された人口動態調査死亡票に、「震災による死亡」と記載されたもの（外国人を含む）について集計したもの

4 厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計からみた阪神・淡路大震災による死亡の状況」

して亡くなった。しかもその多くが地震発生当日のことであった⁴。

この教訓から災害急性期の救命率を高めるために、行政機関や消防、警察、自衛隊による救助活動と並行して、医師が災害現場で医療を行う必要性が認識されるようになり、その最たるものが災害派遣医療チーム（DMAT：Disaster Medical Assistance Team）の創設である。DMATは、災害時に被災地に迅速に駆けつけ、急性期（概ね48時間以内）に活動できる機動力をもち、救急治療を行うための専門的なトレーニングを受けた医療チームである。災害時には可及的速やかに被災地に入り、被災地での緊急治療や病院支援を行いつつ、被災地域で発生した傷病者を被災地外に搬送できれば、死亡や後遺症の減少が期待できる⁵と考えられた。実際2007年に発生した新潟中越沖地震のときには、発災直後から救出・救助が行われ、傷病者を災害医療拠点病院に集中し、重症者を航空機や救急車で機能している災害拠点病院に搬送することにより、生命的・機能的予後の改善⁶に貢献した実績を残した。

② 40万人を超える避難者を生んだ「東日本大震災」

しかしながら、その後、“災害医療とは何か”を改めて考え直すきっかけとなる「東日本大震災」が起きた。2011年3月11日、三陸沖を震源とするマグニチュード9.0（最大震度7）の地震が東北地方を襲い、関東地方の一部（茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉）でも震度6が観測され、被害は広範囲に及んだ。さらに相馬などの沿岸部では、地震による津波に巻き込まれる被害が甚大であった。地震および津波による死者は19,418人、行方不明者2,592人となった。

被害の範囲についてみれば、阪神・淡路大震災では、兵庫県南部の局所的な災害であったのに対し、東日本大震災は東北地方を中心に一部関東地方も含み広範囲に及ぶものであった。また、阪神・淡路大震災のときには8割が「圧死」であったが、東日本大震災では亡くなった方々の9割が津波による「溺死」⁷であった。被災地では、急性期医療よりも、避難を余儀なくされた40万人を超える被災者の医療と健康をいかに守るか、亜急性期から慢性期医療のニーズと復興を見据えた長期的支援が最重要課題であった。

5 「日本DMAT活動要領」2016年3月31日改正

6 「日本DMAT活動要領」2016年3月31日改正

7 防災白書 http://www.fdma.go.jp/concern/publication/higashinihondaishinsai_kirokushu/pdf/honbun/03-01_02.pdf

これまで我が国の災害医療は、阪神・淡路大震災の教訓を生かして超急性期の外傷を中心とする救命医療に重点が置かれてきた⁸が、東日本大震災は全く様相の異なる事態であった（図表2-1-2-8）。

日本医師会では、このことを予期していたかのごとく、東日本大震災の一年前から、災害医療対策は急性期のみでは十分でないことや救急医療中心のみならず地域医療の観点から考えることの重要性を説き、日本医師会災害医療チーム（JMAT：Japan Medical Association Team）の創設を目指すことを公表していた。震災発生時にはこの構想のもとに全国から医師会の協力を募り、JMAT 1,398チームを被災地に派遣した⁹。同年7月15日には診療支援中心の“JMAT”から災害関連死を未然に防ぐため“JMAT II”に切り替え、診療支援のみならず、心のケア、訪問診療、健康診断活動、予防接種支援などを行った。JMATおよびJMAT IIを合わせると、派遣チーム数は2,763チームにのぼり、派遣期間は震災発生の2011年3月から2016年3月21日までの約5年間継続した。

8 小井土ら（2011）「東日本大震災におけるDMAT活動と今後の研究の方向性」保健医療科学60（6），495-501.

9 日本医師会「東日本大震災におけるJMAT活動について」2016年4月12日
<http://dl.med.or.jp/dl-med/eq201103/jmat/jmatandjmat220160321.pdf>

図表2-1-2-8 阪神淡路大震災と東日本大震災の比較（出典：平成30年防災白書附属資料18）

	阪神・淡路大震災 (日本)	東日本大震災 (日本)
発生日時	平成7年1月17日5:46	平成23年3月11日14:46
マグニチュード	7.3	9.0
地震型	内陸(型)	海溝型
被災地	都市部中心	農林水産地域中心
震度6弱以上県数	1県(兵庫)	8県(宮城、福島、茨城、栃木、岩手、群馬、埼玉、千葉)
津波	数十cmの津波の報告あり、被害なし	各地で大津波を観測(最大波相馬9.3m以上、宮古8.5m以上、大船渡8.0m以上)
被害の特徴	建築物の倒壊。長田区を中心に大規模火災が発生。	大津波により、沿岸部で甚大な被害が発生、多数の地区が壊滅。
死者 行方不明者	死者6,437名 行方不明者3名 (平成18年5月19日)	死者19,418名 行方不明者2,592名 (平成28年3月1日時点)
住家被害(全壊)	104,906	121,809 (平成28年3月1日時点)
災害救助法の適用	25市町(2府県)	241市区町村(10都県) (※)長野県北部を震源とする地震で適用された4市町村(2県)を含む
震度分布図 (震度4以上を表示)		

(注) 平成8年に震度階級が改定され、5弱、5強、6弱および6強が新たに加わった。
出典：内閣府資料、消防庁資料、UNOCHA資料をもとに内閣府作成

被災地にはDMATやJMATのほかにも日赤救護班、JRAT¹⁰、AMDA¹¹、HuMA¹²、TMAT¹³、国境なき医師団、国立病院機構の医療班など多くの医療チームが支援に駆け付けたが、医療チーム等の受け入れ態勢が十分でなかった¹⁴。各医療チームがそれぞれの組織の指揮命令系統の下で独自のルールで活動しており、混乱をきたすこともあった。米国では、緊急時総合調整システム（ICS：Incident Command System）という考え方があり、それぞれの組織の立場を尊重しながらも、一つの組織構造の下、すべての関係者が機能的に活動することを促す概念がある¹⁵が、わが国ではこのような仕組みは十分確立されておらず、多様な団体の医療チームの派遣調整や連携体制の脆弱さが浮き彫りとなった。

東日本大震災以降、その教訓を生かし、災害医療コーディネータの委嘱が全国的に普及し、多様な医療チームの派遣調整を行う仕組みが機能した事例がいくつかある。たとえば、2015年9月の関東・東北豪雨により鬼怒川堤防決壊の被災を受けた茨城県では、筑波大学附属病院に地域医療コーディネータ本部が設置され、DMAT、JMAT、日赤救護班、JRATなど多様な医療チームが参集し、茨城県災害医療コーディネータの指揮のもと情報一元化、医療チーム間のシームレスな連携が実現した¹⁶。2016年4月の熊本地震では、阿蘇地区に「災害保健医療復興連絡会議（ADRO: Aso Disaster Recovery Organization）」が設置され、阿蘇保健所・阿蘇郡市医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会、JMATやDPAT、地域医療機関、地元消防や警察等が参集し、急性期後の保健医療救護体制等の復興に貢献した¹⁷。同様の機能として、2018年7月西日本豪雨では、倉敷市保健所に「倉敷地域災害保健復興連絡会議（kuraDRO :kurashiki Disaster Recovery Organization）」が設置された。

数々の災害経験を通じて、厚生労働省は大規模災害時の保健医療活動に係

10 大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team）

11 アジア医師連絡協議会（AMDA：The Association of Medical Doctors of Asia）

12 災害人道医療支援会（Humanitarian Medical Assistance）

13 特定非営利活動法人TMAT

14 厚生労働省災害医療等のあり方に関する検討会「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」平成23年10月。

15 日本医師会（2014）「緊急時総合調整システムIncident Command System（ICS）基本ガイドブック」東京法規出版

16 日医総研ワーキングペーパー「多様な災害医療派遣チームの連携に関する研究」No.383.

17 熊本県阿蘇保健所「熊本地震～阿蘇の拠点“ADRO”の活動報告～」

http://www.phcd.jp/02/kensyu/pdf/2016_temp05.pdf

る体制整備にあたり、保健医療活動チームの派遣調整、情報連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置する考えを示す通知を都道府県に発出している¹⁸が、全国的な普及と整備にはまだ至っていない。国は、新たに精神医療専門のDPAT（災害派遣精神医療チーム）¹⁹、公衆衛生専門のDHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）²⁰、福祉専門のDCAT（災害派遣福祉チーム）²¹を発足させ専門分化している。民間においてもチームはますます広がりを増している。今後、東日本大震災を超える大規模災害が起こると総力戦を要することに鑑みれば、行政区、官民、団体の垣根を越えて全国な総合調整の仕組みづくりは急務ではないか。

2) 最大32万人の生命を脅かす「南海トラフ巨大地震」の脅威

今後、我々はどのような災害に見舞われるのか、ここでは南海トラフ地震に注目する。南海トラフ地震は、駿河湾から日向灘沖にかけてのプレート境界を震源域として、これまでも概ね100～150年周期で繰り返し発生しては多大な被害をもたらしてきた最大級の地震である。この大規模地震が、今後30年以内に80%の確率で発生すると予測されている。図表2-1-2-9は、南海トラフ巨大地震の震度予測である。仮に発生すれば、西日本を中心に甚大な人的・物的被害をもたらすだけでなく、国内生産・消費活動の低迷、日本経済のリスクの増加を通じて、影響はわが国全体に及ぶことが想像される²²。

18 厚生労働省通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」2017年7月5日

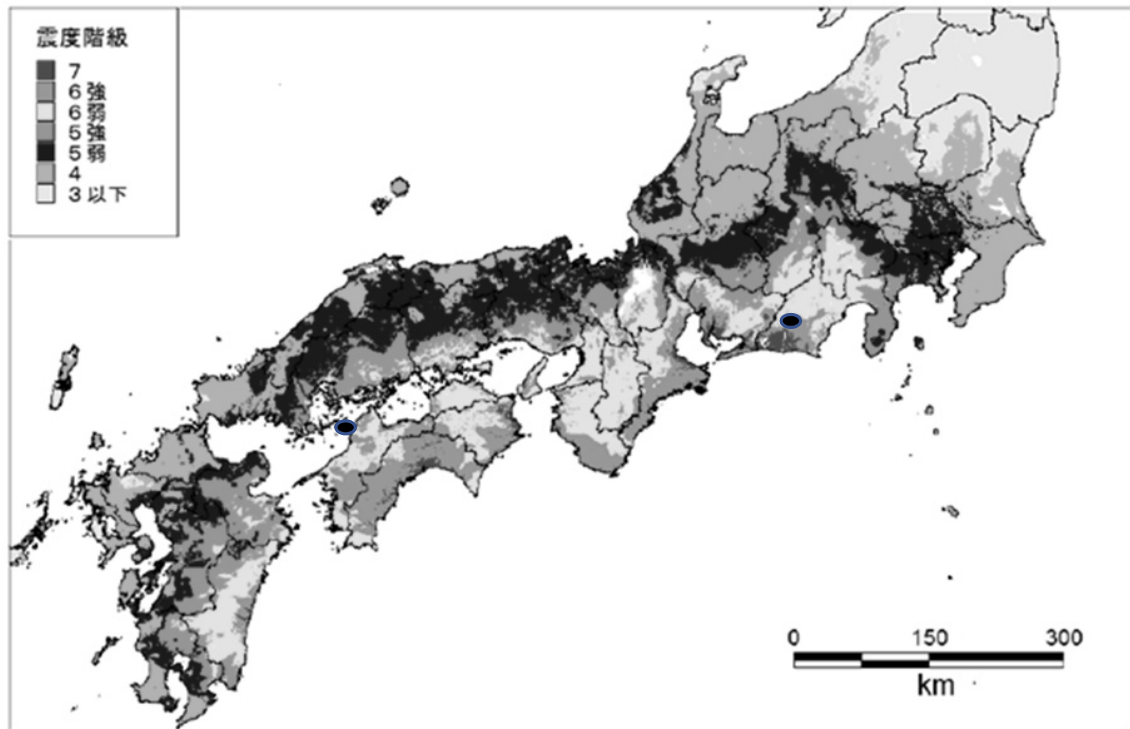
19 災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team）

20 災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team）

21 災害派遣福祉チーム（Disaster Care Assistance Team）

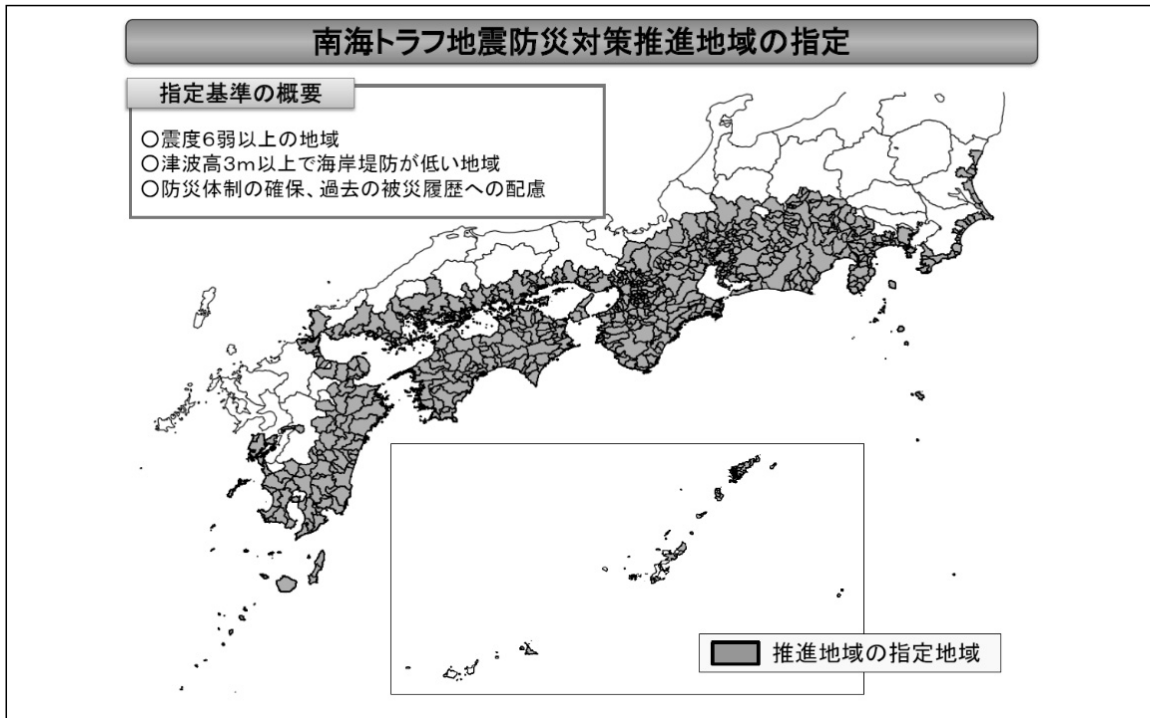
22 中央防災会議「南海トラフ地震防災対策推進基本計画」2014年3月28日

図表2-1-2-9 南海トラフ巨大地震の震度分布（出典：気象庁）



国は、震度6弱以上、津波高3m以上が予想される地域でその水位よりも高い海岸堤防がない地域を「地震防災対策推進地域」に指定しているが、これが全国47都道府県のうち6割以上（28都府県）の広範囲にわたる（図表2-1-2-10）。中でも、静岡・愛知・三重・滋賀・奈良・宮崎・四国4県は県内全域に及ぶ。また、地震発生から30分以内に津波による浸水が30m以上になる地域を「地震津波避難対策特別強化地域」として14都県が指定されている（図表2-1-2-11）。

図表2-1-2-10 南海トラフ地震防災対策推進地域



(出典：内閣府防災情報ページ「南海トラフ地震に係る地域指定」)

図表2-1-2-11 南海トラフ地震津波避難対策特別強化地域



(出典：内閣府防災情報ページ「南海トラフ地震に係る地域指定」)

死者・行方不明者数は32万人を超え、東北地方太平洋沖地震の約17倍に相当する桁違いの甚大な被害がもたらされる（図表2-1-2-12）。中央防災会議防災対策推進検討会議の報告²³によると、阪神・淡路大震災で甚大な被害となった「建物の倒壊」による死者は約3.8万人から約5.9万人、東日本大震災のとき大多数を占めた「津波」による死者は約11.7万人から約22.4万人、津波から逃れるために中高層階に避難したものの、低層階が浸水して救助が必要となる方が約2.6万人から約3.5万人発生するとされている。医療需要については、被災都府県で対応が難しくなる患者数は最大で入院が約15万人、外来が約14万人と予測されている²⁴。避難所の避難者数は約240万人から約500万人で、東日本大震災の10倍以上の規模である。さらに、帰宅困難者が中京都市圏で約100万人から約110万人、京阪神都市圏で約220万人から約270万人にのぼるとされ、避難所では避難者と帰宅困難者の区別がつけられずに混乱するともいわれている。さらにいえば、静岡には浜岡原子力発電所が、愛媛には伊方発電所が立地しており、2011年に東日本大震災に起因して発生した福島第一原子力発電所事故のように、南海トラフ地震とそれに伴う津波により原子力災害が発生しないとは必ずしも言い切れない。

東日本大震災は確かに未曾有の大災害であったが、南海トラフ巨大地震はそれを超え広範囲に桁違いの甚大な被害をもたらす。災害時の限られた医療資源をいかに活動調整していくのか、改めて東日本大震災の経験を通じて災害医療体制のあり方が問われている。

図表2-1-2-12 東北地方太平洋沖地震と南海トラフ地震との被害比較

	マグニチュード ^{※1}	浸水面積	浸水域内人口	死者・行方不明者	建物被害 (全壊棟数)
東北地方太平洋沖地震	9.0	561km ²	約62万人	約18,800人 ^{※2}	約130,400棟 ^{※2}
南海トラフ巨大地震	9.0(9.1)	1,015km ² ^{※3}	約163万人 ^{※3}	約323,000人 ^{※4}	約2,386,000棟 ^{※5}
倍率		約1.8倍	約2.6倍	約17倍	約18倍

(出典：南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ（第一次報告）追加資料)

23 中央防災会議防災対策推進検討会議南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ「南海トラフ巨大地震の被害想定について（第二次報告）～施設等の被害～【被害の様相】」2013年3月18日。

24 内閣府防災担当「南海トラフ巨大地震の被害想定（第二次報告）のポイント～施設等の被害及び経済的な被害～」2013年3月18日

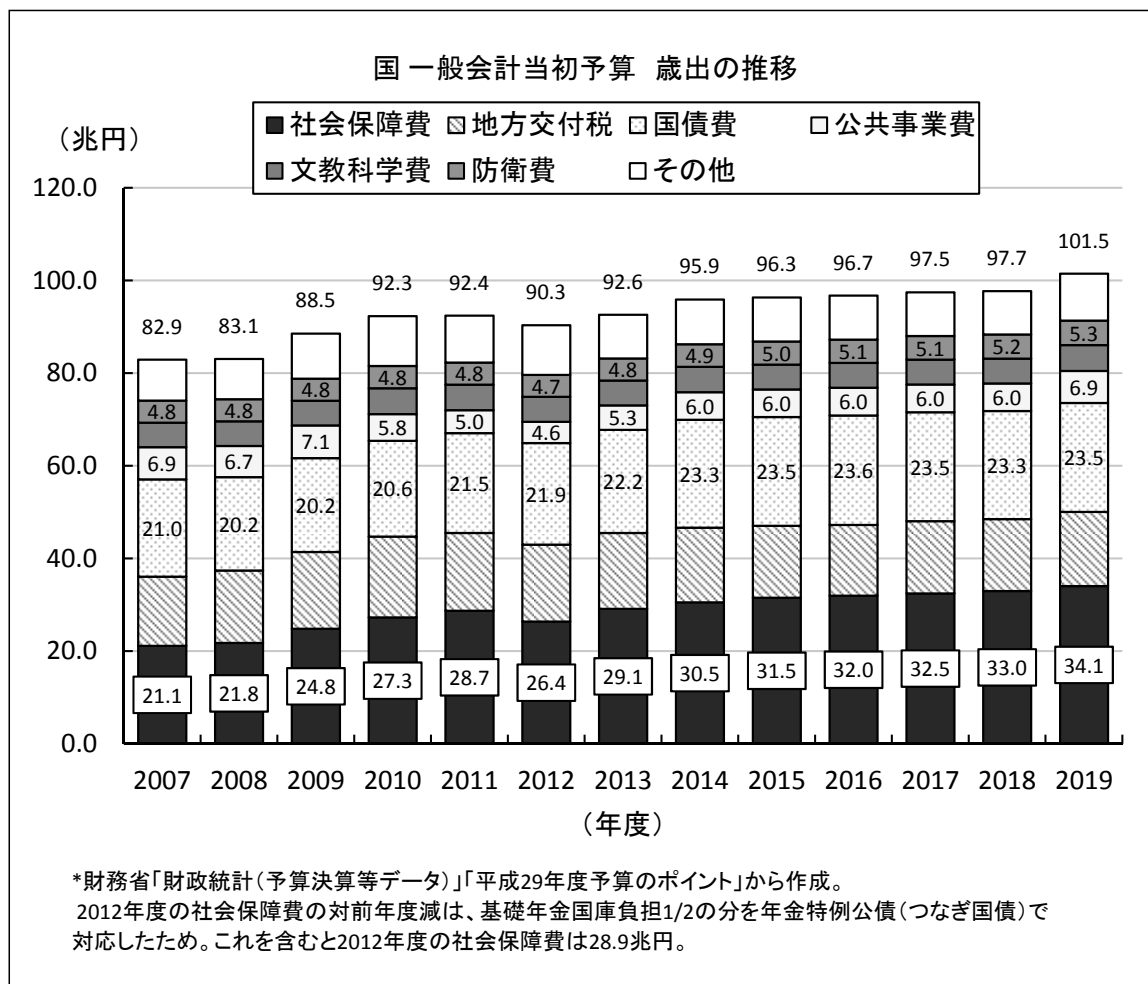
Ⅱ データで見る医療の現状と今日的課題

1. 財政事情と医療・福祉

(1) 社会保障と財政

国（中央政府）の一般会計当初予算は2019年度で101.5兆円であり、このうち社会保障関係費（以下、社会保障費）は34.1兆円（33.6%）である（図表2-2-1-1）。

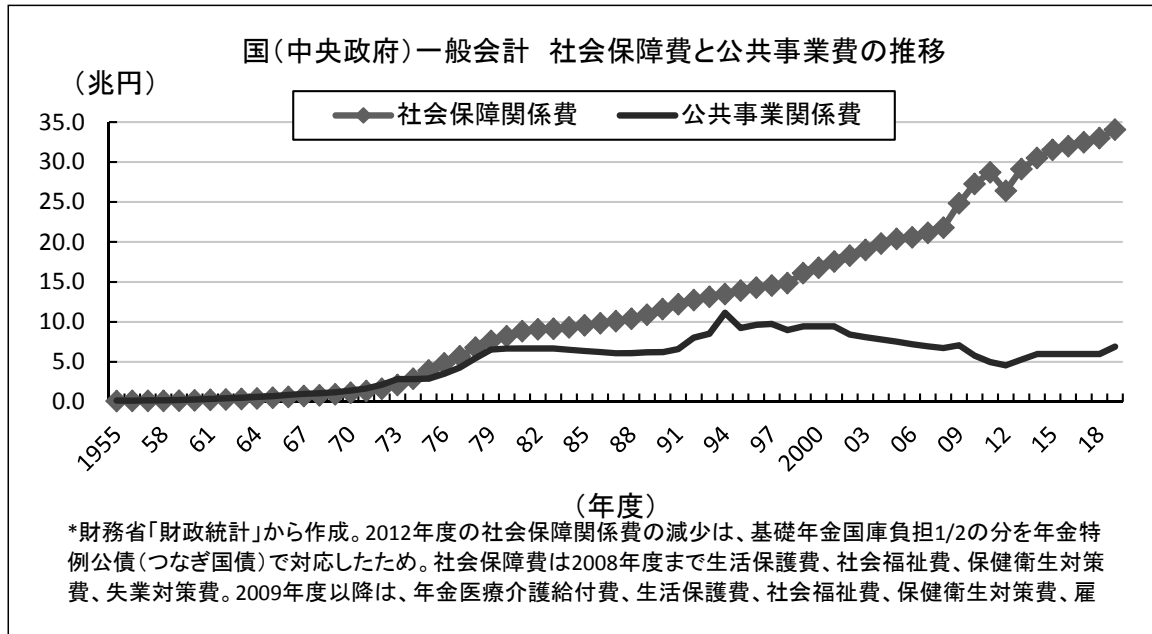
図表2-2-1-1



社会保障費と公共事業費を比較すると、1990年代に日本は日米構造協議を受けて1,000兆円規模の公共投資を行い、国一般会計の公共事業費も高水準

で推移した¹。2000年代以降は、公共事業費が減少した一方で、社会保障費の上昇が続いている（図表2-2-1-2）。社会保障費には人口増減と高齢化からなる自然増があり²、人口は減少しているが、高齢化が人口減による医療費マイナス効果を上回っているため、社会保障費の抑制は難題である。

図表2-2-1-2



政府は、国・地方を合わせた基礎的財政収支（PB：Primary Balance）を2020年度までに黒字化することを目指していたが³、消費税率10%への引き上げによる消費税増収分の用途を、財政再建から教育の無償化等へ一部変更したことなどから、黒字化目標を2025年に先送りした⁴。直近の内閣府試算

1 1989年9月の日米構造問題協議で米国側から「輸出拡大につながる民間の投資よりなぜ公共投資を増やさないか」との発言があった(1989年11月8日 日本経済新聞 朝刊)。1990年2月の「公共投資基本計画」で1981～1990年度の10年間の公共投資総額をおおむね430兆円とすることとされ公共投資総額をおおむね630兆円とすることとされた。

以上、「内閣府経済社会総合研究所月例経済報告、経済対策、経済財政諮問会議等の文書一覧 V. 政府のマクロ経済政策に関する方針文書」を参考に記載。

http://www.esri.go.jp/jp/prj/sbubble/data_history/data_history_list.html

2 自然増とは1人当たり医療費が今年も来年も変わらないとして、人口増減および年齢構成の変化だけで上昇する分。

3 「当面の財政健全化に向けた取組等について－中期財政計画－」2013年8月8日閣議了解、「経済財政運営と改革の基本方針2015について」2015年6月30日閣議決定

4 「経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～」2018年6月15日閣議決定

http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/2018_basicpolicies_ja.pdf

ではPBの黒字化はさらに遅れる見込みである（図表2-2-1-3）。

図表2-2-1-3



基礎的財政収支は、借金をせずに税金等だけで借金返済以外の基礎的財政収支対象経費を賄えるかを示している。国（中央政府）・一般会計の場合、2019年度予算では基礎的財政収支対象経費77.9兆円、税金等68.8兆円であり、PBは▲9.2兆円（四捨五入差あり）である（図表2-2-1-4）。基礎的財政収支対象経費に占める社会保障費の割合は年々増加しており、2019年度当初予算では43.8%である。

基礎的財政収支が赤字であれば新たな借金を重ねることになる。基礎的財政収支が黒字になればその分を借金返済に回すことができる。

図表2-2-1-4

国(中央政府)・一般会計の基礎的財政収支 (兆円)						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
税金等	62.6	63.6	59.9	65.7	66.0	68.8
社会保障費	30.2	31.4	32.2	32.5	33.0	34.1
地方交付税等	17.1	16.8	15.3	15.6	16.0	16.0
その他	29.4	27.6	27.9	27.5	29.6	27.9
基礎的財政収支対象経費	76.7	75.8	75.4	75.6	78.6	77.9
基礎的財政収支	▲ 14.1	▲ 12.2	▲ 15.5	▲ 9.9	▲ 12.6	▲ 9.2

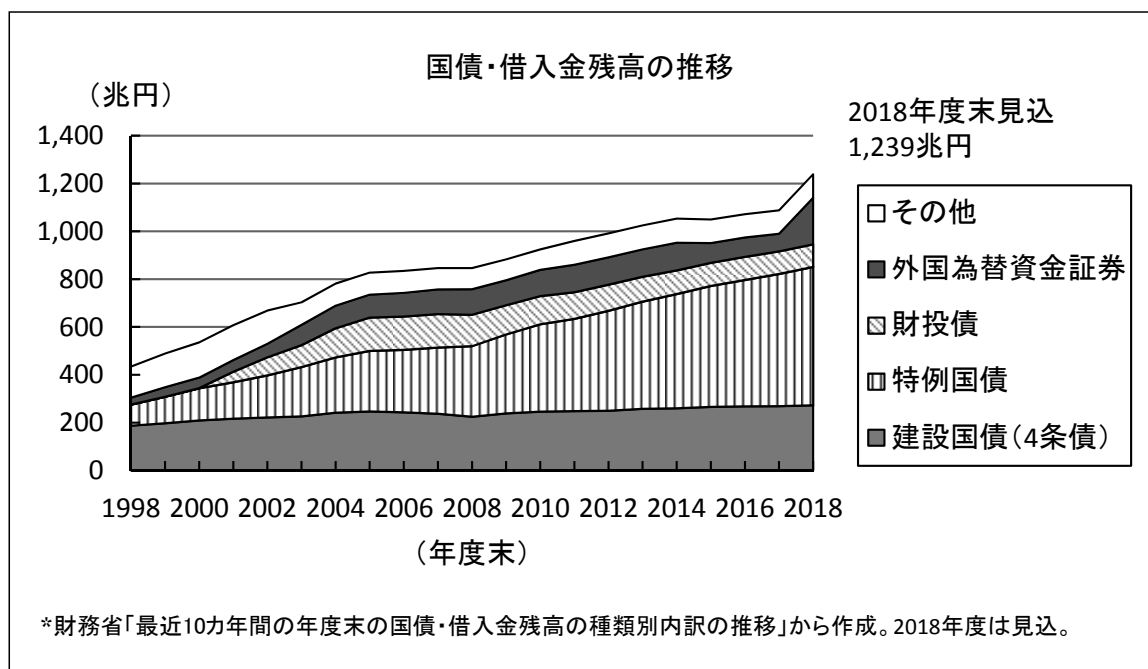
2017年度までは決算、2018年度は補正予算政府案(第2号)、2019年度は予算政府案。
 上表は国(中央政府)・一般会計のみ。
 *内閣府「中長期の経済財政に関する試算(2019年1月30日経済財政諮問会議提出資料)」から作成

日本では、財政法第4条において、公共事業費、出資金及び貸付金以外の財源を国債で賄うことが認められていない。赤字国債を発行するときにはその都度、特例法を定めなければならなかったが、2016年3月31日に成立した特例公債法⁵で、2016（平成28）年度から2020（平成32）年度まで、予算成立時に赤字国債を発行できるようになり、当面、毎年の審議と法律の制定が不要になった。

5 財政運営に必要な財源の確保を図るための公債の発行の特例に関する法律

国（中央政府）の借金（ここでは国債・借入金残高）は、2018年度末で1,239兆円の見込みである（図表2-2-1-5）。赤字国債（特例国債）、外国為替資金証券の増加で過去最大になった。国の基礎的財政収支対象経費の中では社会保障費がもっとも大きな割合を占めており、近年の借金は、主に社会保障費によるものといえる。しかし、借金の残高ということで見ると、建設国債も一定の割合を占める。日本の国債は60年償還ルールであり、60年前の借金が残っているためである。すなわち、現在の新たな借金も60年後までにその影響を残す。

図表2-2-1-5



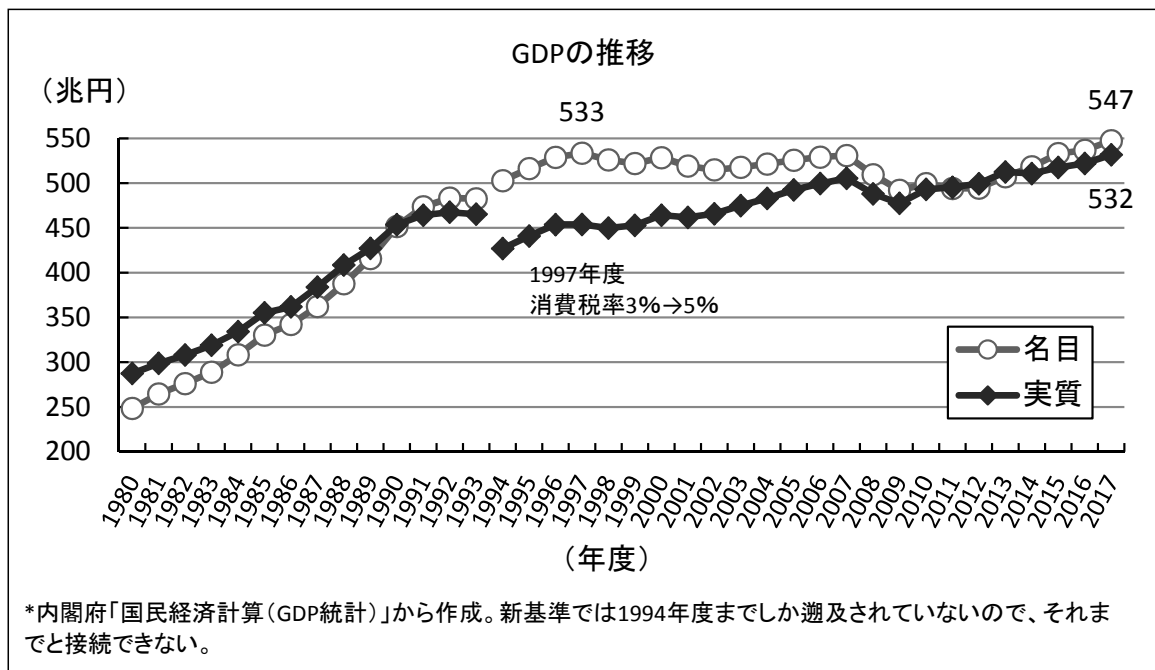
対名目GDP公債残高縮小のためには、基礎的財政収支の黒字化と同時に経済成長の実現が重要である。また、長期金利については、内閣府の試算では当面ほぼゼロで推移し2020年度以降上昇するとの前提が置かれているが（試算であり政策ではない）⁶、金利が前倒しで上昇すれば、対名目GDP公債残高の分子である公債残高の減少は進まない。すなわち、基礎的財政収支、経済成長率、金利のいずれもが対名目GDP基礎的財政収支を変動させるので、基礎的財政収支の黒字化が急がれる。

6 内閣府の試算は、経済・財政・社会保障を一体的にモデル化した内閣府の計量モデル（経済財政モデル）を基礎としており、成長率、物価及び金利などはモデルから試算されたもので、あらかじめ設定されたものではない。

(2) 産業としての医療・福祉

対名目GDP基礎的財政収支の改善に向けては、経済成長も重要な要素である。分母のGDPが増加すれば、対名目GDP基礎的財政収支は縮小する。名目GDPは2017年度には547兆円となっており、過去最高である（図表2-2-1-6）。

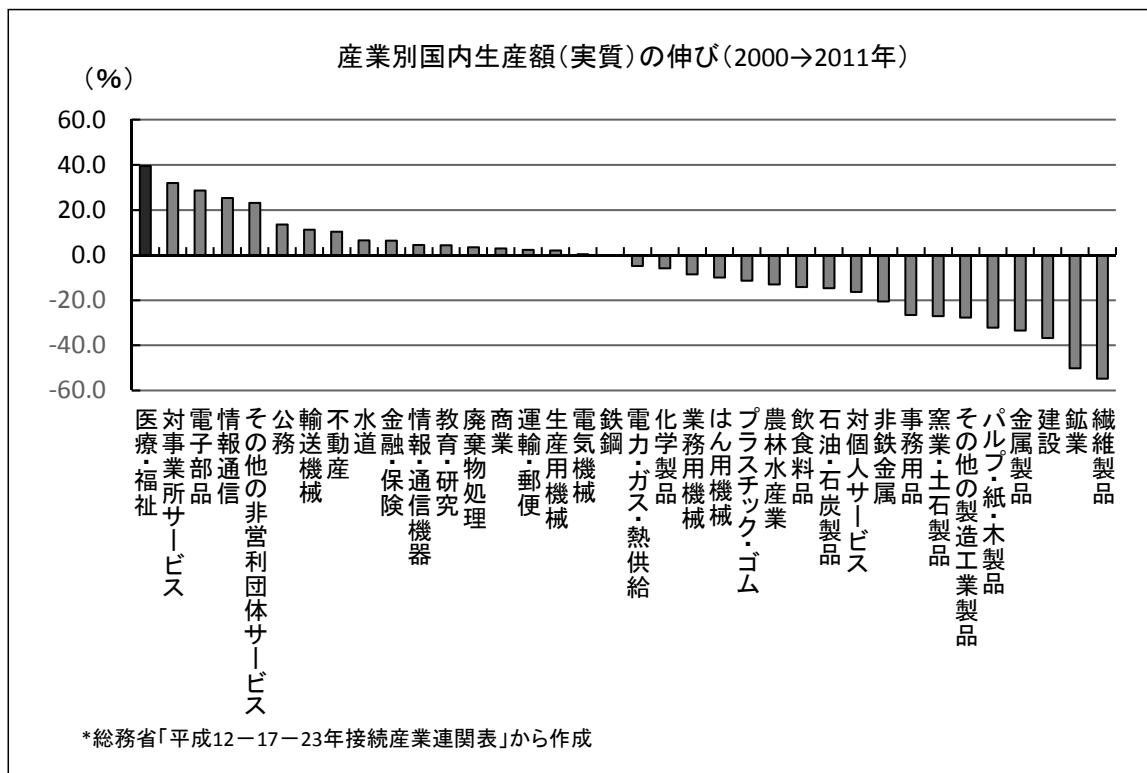
図表2-2-1-6



2000年から2011年にかけて（※）、GDPの伸びにもっとも寄与したのは医療・福祉分野であり、医療・福祉、人材派遣等の対事業所サービス、IT関連が現在の三大成長産業である（図表2-2-1-7）。

※「産業連関表」は2011年版（2015年6月公表）が最新である。原則として、西暦の末尾が0および5の年が対象年であるが、2011年は「経済センサス－活動調査」が2011年実施であったため。次回2015年版は2019年6月頃公表見込み。

図表2-2-1-7

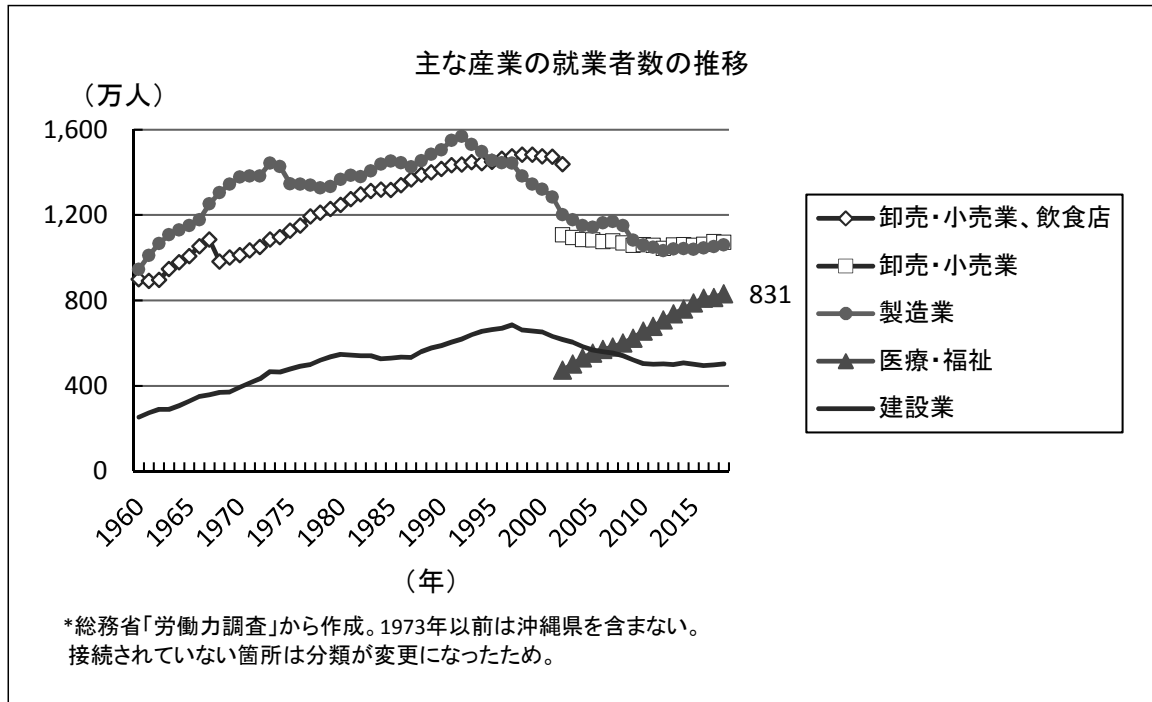


医療・福祉は雇用の場としても重要なポジションを占めている。総務省の「労働力調査」によると、2018年の医療・福祉分野の就業者数は831万人、就業者総数の12.5%に上っている（図表2-2-1-8）⁷。

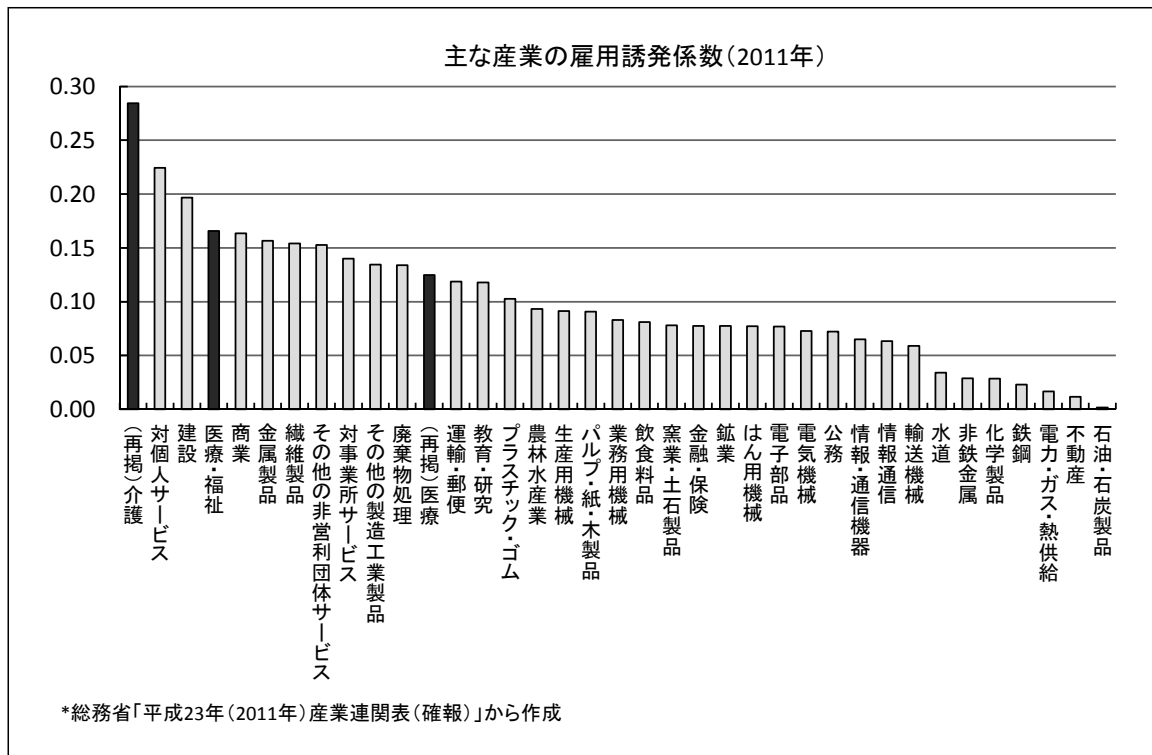
雇用誘発係数は、ある産業に1単位の需要が生じたとき、他の産業も含めてどのくらいの雇用が誘発されているかを示している。雇用誘発係数は、医療・福祉で0.17、医療0.12、介護0.28で高い水準にある（図表2-2-1-9）。なお、雇用誘発係数は1人当たり平均賃金が低いことの裏返しでもあり、医療・福祉分野のさらなる処遇改善が必要である。

7 「国勢調査」では2015年の医療・福祉就業者割合は11.9%。「国勢調査」は5年に1回のデータになってしまうので「労働力調査」を用いた。

図表2-2-1-8



図表2-2-1-9



2. 医療保険財政

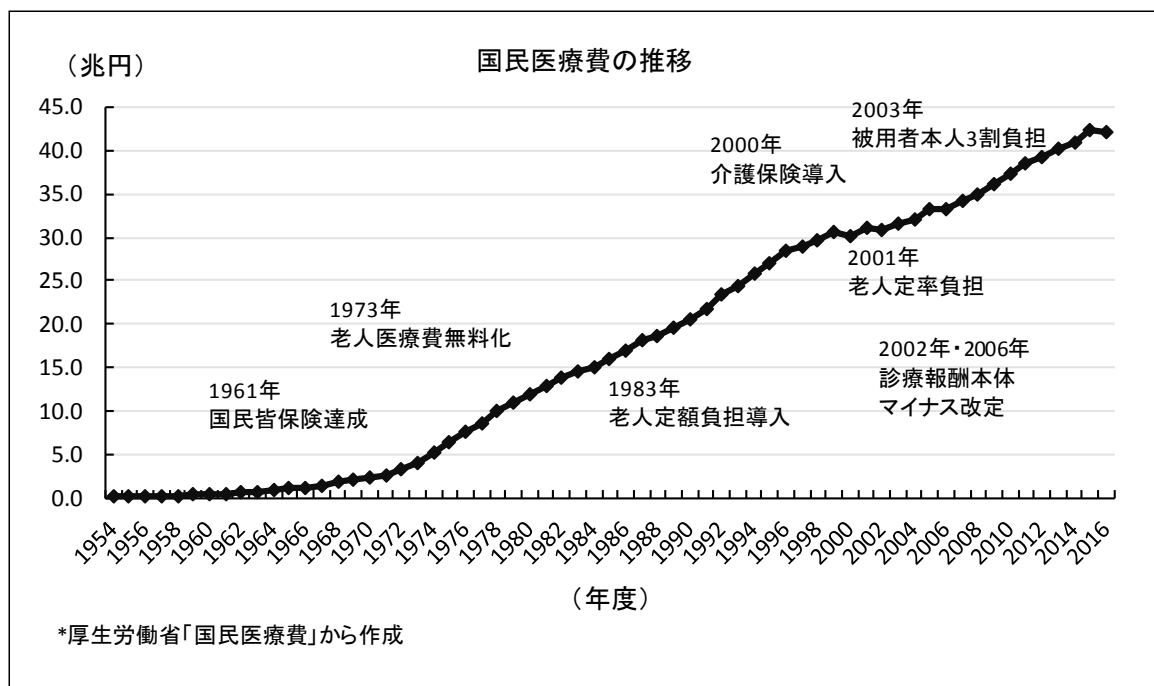
(1) 医療費の財源構成

1961（昭和36）年に国民皆保険を達成した後、1973年に老人医療費が無料化され、国民医療費（以下、医療費）は大幅に増加した¹。2000年には介護保険導入により医療費の一部が介護保険に移行し、その後、患者負担引き上げ時には医療費の伸びが鈍化した時期もあるが、2013年度に40兆円を突破した（図表2-2-2-1）。

2015年度は高額かつ患者数の多いC型肝炎治療薬の薬価収載により医療費が増加したが、2016年度にはその薬価引き下げと使用量の一巡により2006年度以来10年ぶりに医療費が減少した。

この間、2002年度および2006年度の医療費の対前年度比マイナスは診療報酬本体マイナス改定によるものである。

図表2-2-2-1



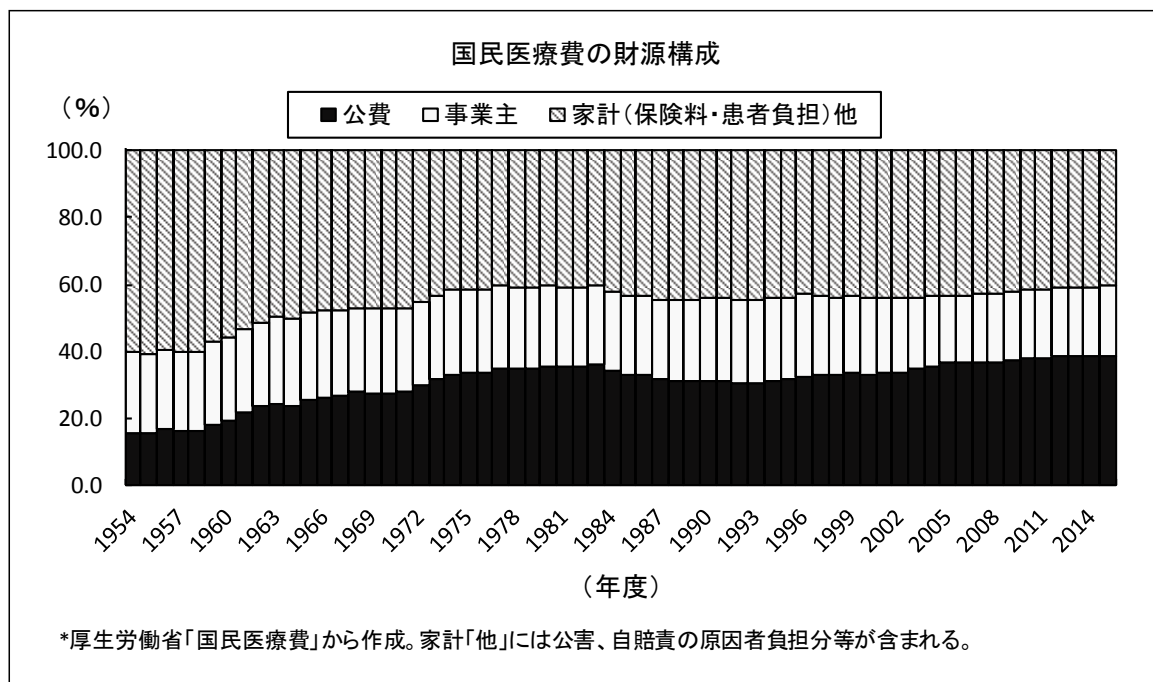
1 「医療保険制度における自己負担の推移」（2015年11月20日 社会保障審議会医療保険部会資料）を参考に記述。

2016年度の国民医療費の財源構成は、公費38.6%、事業主20.8%、家計（保険料、患者負担）他²40.5%である（図表2-2-2-2）。公費負担割合の高い高齢者の増加によって、公費の割合が上昇している。事業主負担は1990年代の半ばまで約25%であったが、現在は約20%である。

制度別では、2016年度は医療保険等給付分が³46.4%、後期高齢者医療給付分が33.6%である。公費負担医療給付分³の占める割合は、1990年代半ばには4%台であったが、2016年度は7.5%まで上昇している（図表2-2-2-3）。

患者負担割合は、1960年代に大きく低下し、老人医療費の無料化でさらに低下した。患者負担割合の低い高齢者の増加、高額療養費の増加、公費負担医療の増加等が相まって2016年度の患者負担割合は11.5%と10%をやや上回る程度である（図表2-2-2-4）。

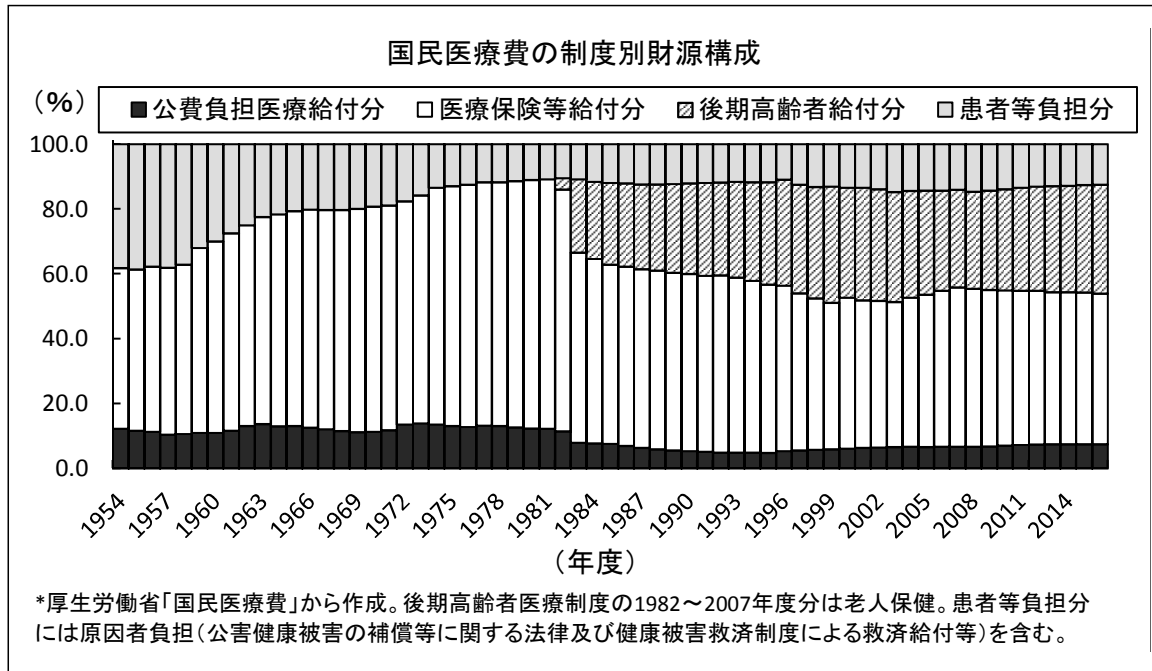
図表2-2-2-2



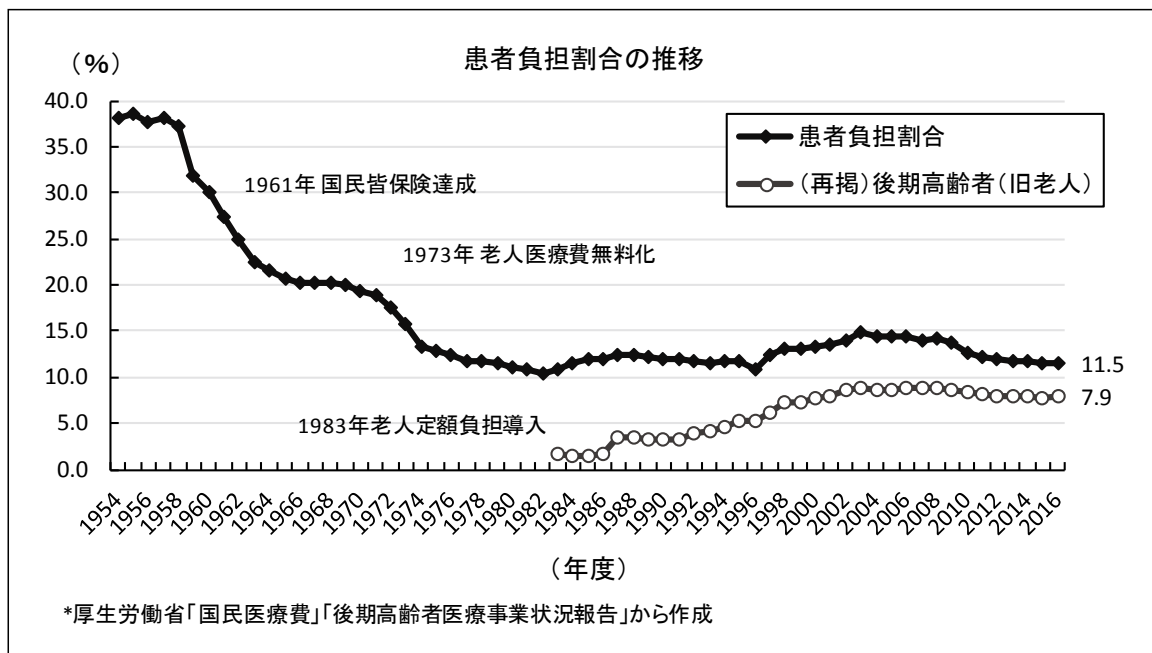
2 患者負担の「他」は公害、自賠償の原因者負担。

3 生活保護法、結核予防法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者総合支援法、老人福祉法、母子保健法、児童福祉法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（1993年度以前は、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律）、戦傷病者特別援護法等による医療費及び地方公共団体単独実施に係る医療費。

図表2-2-2-3



図表2-2-2-4



(2) 保険者財政

日本の公的医療保険を連結した財務諸表は公的には存在していない。厚生労働省が一覧表を作成しているが、保険者間の拠出等を控除していないので、2015年度の保険料等経常収入保険者合計が49.9兆円になっている（国民医療費よりもはるかに多い）⁴。

そこで、各保険者の決算書を企業会計的な（あくまで「的な」）ものに組み替え⁵、重複を粗々控除して連結して示した（データの制約上介護分を含む）。なお、支払基金、国保連合会を連結できていないので、その部分は不完全である。組み替えにあたっては損益計算書的な要素を抽出しており、準備金等からの繰入、準備金等への積立等は除外している。また、健保組合、地方公務員共済、国保には財政調整事業、共同事業等の保険者間の互助があるが、おおむね差し引きゼロになるのでこれも除外した。

保険者はマクロでは2016年度は黒字である（図表2-2-2-5）。当然であるが、保険給付に見合った保険料を徴収すれば黒字になる。

4 「医療保険に関する基礎資料～平成27年度の医療費等の状況～」

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/kiso_h27.pdf

5 組合健保については健保連が2016年度分まで「損益計算書」「貸借対照表」を作成・公表していたが、2017年度分から経常収支のみの公表になった。

図表2-2-2-5①

保険者の損益計算書（2016年度・試算）

	協会 けんぽ	船員保険	健保組合		国共済	地共済	私学 教職員	国保 市町村	国保組合	後期高齢者 医療制度	単純合計	重複	連結
			医療	介護									
協会けんぽ・船員保険													
健保組合													
掛金					2,825	8,326							
負担金					2,777	8,215							
保険料	91,863	422	78,475		5,602	16,542	2,609	26,515	4,652	11,300	237,979		237,979
介護保険料				7,576	496	1,446	219	2,396	467		12,600		12,600
国庫補助金等	13,425	30	27	0				32,710	2,952	49,164	98,308		98,308
都道府県支出金								7,900	55	12,104	20,059		20,059
市町村支出金										14,722	14,722		14,722
公費負担	13,425	30	27	0	0	0	0	40,610	3,007	75,990	133,089		133,089
後期高齢者交付金										59,456	59,456	✓	0
療養給付費等交付金								3,190	0	0	3,190	✓	0
前期高齢者交付金				1				35,226	50		35,277	✓	0
その他											0		0
交付金等	0	0	1	0	0	0	0	38,416	50	59,456	97,923		
一般会計繰入金								13,193	0		13,193		13,193
保健事業収入			602								602		602
その他	182	1	385	11	0	349		473	39	204	1,643		1,643
事業収益	105,469	453	79,490	7,587	6,098	18,336	2,828	121,605	8,215	146,949	497,030		399,107

(億円)

図表2-2-2-5②

(億円)

	協会 けんぽ	船員保険	健保組合		国共済	地共済	私学 教職員	国保 市町村	国保組合	後期高齢者 医療制度	単純合計	重複	連結
			医療	介護									
保険給付費	55,994	269	38,392		2,481	7,218	1,228	92,419	4,545	142,574	345,120		345,120
休業給付・付加給付等			854		183	1,116	195				2,348		2,348
後期高齢者支援金	17,699	63	14,990		1,338	3,412	591	17,040	1,515		56,649	✓	0
前期高齢者納付金	14,884	32	16,796		1,160	3,371	384	12	507		37,145	✓	0
退職者給付拠出金	1,093	4	1,032		92	229	38				2,489	✓	0
その他	0	0	0		0	0	0	1	0		1	✓	0
納付金等	33,676	99	32,818		2,590	7,012	1,013	17,053	2,022	0	96,284	✓	0
介護納付金	9,503	31		7,357	539	1,403	219	6,437	730		26,219		26,219
保健事業費	1,014	5	3,276					1,123	203	339	5,960		5,960
一般管理費	483	26	1,130		6	39	18	2,082	316	412	4,513		4,513
その他	0	0	828	1	26	560	1	1,023	119	2,886	5,445		5,445
事業費用	100,670	431	77,298	7,358	5,825	17,349	2,674	120,136	7,936	146,212	485,889		389,605
事業利益	4,799	22	2,192	229	272	987	154	1,469	279	737	11,141		9,502

*各保険者の事業報告等から作成。四捨五入差により合計が原本と合致しない箇所がある。 ※)協会けんぽ、船員保険は保険料に介護保険料を含む。

協会けんぽは保険料率の引き上げ、被保険者数の増加により増収となり、2010年度以降黒字である。この結果、協会けんぽでは法定準備金が2017年度末で1兆7,467億円に積み上がっており、その分の国庫補助の減額措置が適用されている。健保組合では法定準備金と別途積立金の合計が4兆円規模である（図表2-2-2-6）。

図表2-2-2-6

保険者の資本など

国保、後期高齢者は資本の内訳が非開示のため基金等保有額、次年度への繰越金を記した (億円)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
協会けんぽ	政府出資金	66	66	66	66	66	66	
	法定準備金	242	3,517	6,619	8,397	12,672	17,467	
	繰越欠損金	0	0	0	0	0	0	
	利益剰余金	3,275	3,103	1,778	4,274	4,796	6,179	
	計	3,583	6,685	8,463	12,737	17,533	23,712	
船員保険	政府出資金	5	5	5	5	5	5	
	法定準備金	369	386	379	388	414	438	
	繰越欠損金	0	-7	0	0	0	0	
	利益剰余金	16	0	9	26	25	28	
	計	390	383	392	418	443	471	
健保組合	法定準備金	18,178	17,721	17,521	17,538	18,082	開示なし	
	別途積立金	13,955	14,364	16,231	18,791	21,619		
	その他	4,389	4,065	3,821	3,713	3,555		
	次期繰越利益	359	722	891	734	1,014		
	計	36,881	36,872	38,464	40,776	44,270		
国共済	支払準備金	437	434	441	448	448	未公表	
	欠損補てん金積立金	223	261	262	265	267		
	積立金	239	444	939	1,357	1,632		
	計	900	1,139	1,642	2,069	2,347		
地共済	支払準備金	764	950	1,737	2,438	3,814	未公表	
	資本準備金	1,347	1,328	1,340	1,351	1,351		
	災害給付積立金	0	0	0	0	0		
	欠損補てん積立金	156	144	156	431	180		
	積立金	430	604	778	772	782		
計	2,696	3,026	4,011	4,991	6,127			
私学教職員	開示なし							
国保市町村	基金等保有額	2,996	3,155	3,134	3,045	3,195	未公表	
	次年度への繰越金	3,350	3,330	3,123	2,669	3,682		
	計	6,346	6,485	6,257	5,714	6,877		
国保組合	基金等保有額	2,380	2,392	2,451	2,589	2,690	未公表	
	次年度への繰越金	903	834	894	807	907		
	計	3,283	3,226	3,346	3,395	3,597		
後期高齢者	基金保有額	1,862	1,208	1,690	1,949	2,012	未公表	
	次年度への繰越金	2,946	4,236	5,315	4,212	4,887		
	計	4,808	5,444	7,006	6,161	6,899		
*各保険者の決算書等から作成								
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
協会けんぽ法定準備金必要最低額		4,145	4,541	4,676	4,627	4,548	4,635	
*健康保険法施行令にもとづき計算								

健保組合は、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金など拠出金の合計が保険給付費を超える規模である。健保組合では後期高齢者支援金、前期高齢者納付金の負担が大きく赤字組合が4割に達している。協会けんぽや他の被用者保険も後期高齢者支援金、前期高齢者納付金の負担が大きい（図表2-2-2-7）。

図表2-2-2-7

拠出金と交付金の関係（2016年度）

(億円)

	事業収益					計
	保険料	公費	前期高齢者 交付金等	後期高齢者 交付金	その他	
協会けんぽ	91,863	13,425			182	105,469
船員保険	422	30			1	453
健保組合	86,051	27	1		998	87,077
国共済	6,098				0	6,098
地共済	17,987				349	18,336
私学教職員	2,828				0	2,828
国保市町村	28,912	40,610	38,416		13,666	121,605
国保組合	5,120	3,007	50		39	8,215
後期高齢者	11,300	75,990		59,456	204	146,949
計	250,579	133,089	38,467	59,456	15,438	—

国保の一般会計繰入金は公費ではなくその他に計上

(億円)

	事業費用						計
	保険 給付費	前期高齢者 納付金等	後期高齢者 支援金	介護 納付金	拠出金等	その他	
協会けんぽ	55,994	15,977	17,699	9,503	43,179	1,497	100,670
船員保険	269	36	63	31	130	32	431
健保組合	39,246	17,828	14,990	7,357	40,175	5,235	84,656
国共済	2,664	1,251	1,338	539	3,129	32	5,825
地共済	8,334	3,600	3,412	1,403	8,416	599	17,349
私学教職員	1,423	422	591	219	1,232	19	2,674
国保市町村	92,419	13	17,040	6,437	23,490	4,227	120,136
国保組合	4,545	507	1,515	730	2,752	638	7,936
後期高齢者	142,574				0	3,637	146,212
計	347,468	39,635	56,649	26,219	122,503		—

保険者の決算方法が異なるので拠出金(支出)と交付金(収入)は完全には一致しない。保険給付費には附加給付等を含む。前期高齢者交付金等には療養給付費等交付金(退職者)を含む。
*各保険者の決算書等から作成

国民健康保険（市町村）では、一般会計からの繰入金のうち法定外繰入金
が2016年度に3,298億円あり、うち決算補てん目的のものが2,526億円ある（図
表2-2-2-8）。

法定外繰入金が発生している保険者は約7割であり、一般会計から法定外
の繰入をしていない保険者は約3割である（図表2-2-2-9）。法定外繰入金は、
必ずしも赤字の穴埋めのために投入されているわけではなく、黒字でも繰り
入れる保険者、赤字でも繰り入れない保険者がある。

図表2-2-2-8

国保（市町村）一般会計繰入金（法定外）

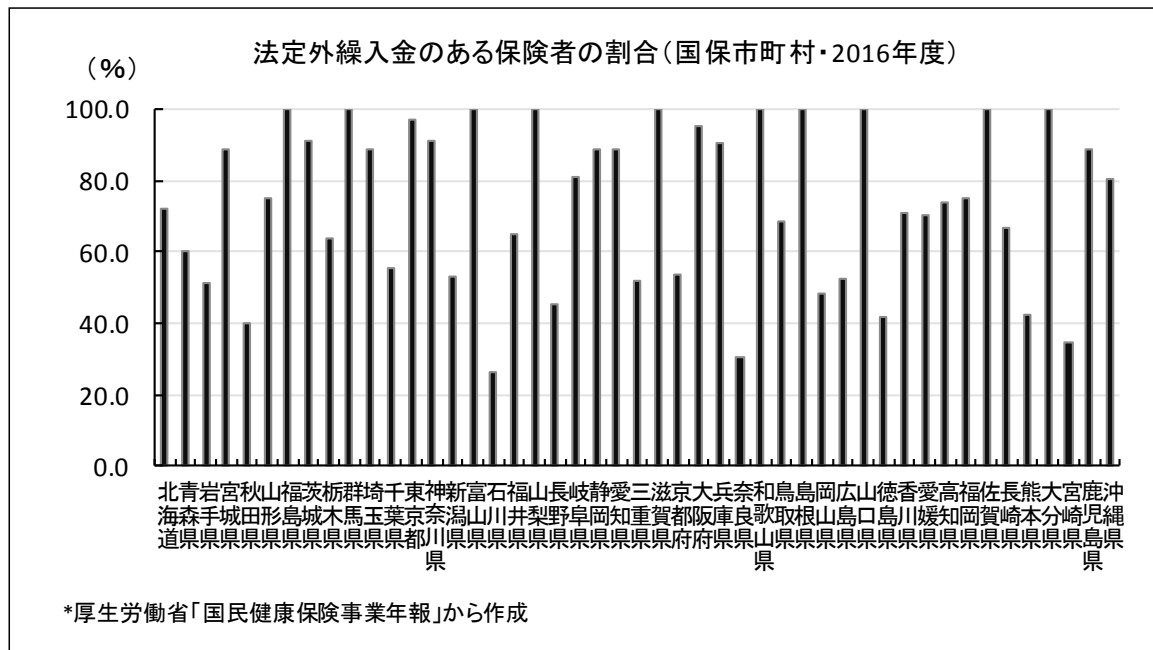
	(億円)					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
一般会計繰入金(法定外)	3,903	3,882	3,895	3,783	3,855	3,298
① 決算補てん目的	3,509	3,534	3,544	3,468	3,039	2,526
② その他	394	348	351	314	816	773

① 決算補てん目的: 事後的な決算の補てん、地方独自の保険料の負担緩和等に充てる

② 保健事業や事務費に充てる

*厚生労働省「国民健康保険事業年報」から作成

図表2-2-2-9



(3) 高額療養費

高額療養費制度は、1973年に当時定額負担であった被保険者本人に対し、被扶養者は定率負担であったので、この負担軽減措置として月収の50%程度の自己負担限度額で創設され、1984年に被保険者本人も対象になった⁶。その後、「所得水準の上昇に見合った引上げが行われず」⁷、2002年度改定前には自己負担限度額が月収の22%に低下していた。

現在、給与所得者の月収に対する高額療養費自己負担上限額の割合は20～30%程度と推計される（図表2-2-2-10）。高額療養費の自己負担上限は、所得（年収）比例になっていない上、その計算式故、階段状にはね上がる。

図表2-2-2-10

月収に対する自己負担限度額割合の粗い試算

一月の医療費が100万円するとき 69歳以下・単身世帯

	一月の上限(世帯ごと)	月収(例)	一月の負担額(円)	自己負担限度額割合(%) ^{※)}
年収約1,160万円～	252,600円+(医療費-842,000)×1%	120万円	254,180	21.2
年収約770～約1,160万円	167,400円+(医療費-558,000)×1%	80万円	171,820	21.5
年収約370～約770万円	80,100円+(医療費-267,000)×1%	50万円	87,430	17.5
～年収約370万円	57,600円	30万円	57,600	19.2
住民税非課税者	35,400円	10万円	35,400	35.4

一月の医療費が1,000万円するとき 69歳以下・単身世帯

	一月の上限(世帯ごと)	月収(例)	一月の負担額(円)	自己負担限度額割合(%) ^{※)}
年収約1,160万円～	252,600円+(医療費-842,000)×1%	120万円	344,180	28.7
年収約770～約1,160万円	167,400円+(医療費-558,000)×1%	80万円	261,820	32.7
年収約370～約770万円	80,100円+(医療費-267,000)×1%	50万円	177,430	35.5
～年収約370万円	57,600円	30万円	57,600	19.2
住民税非課税者	35,400円	10万円	35,400	35.4

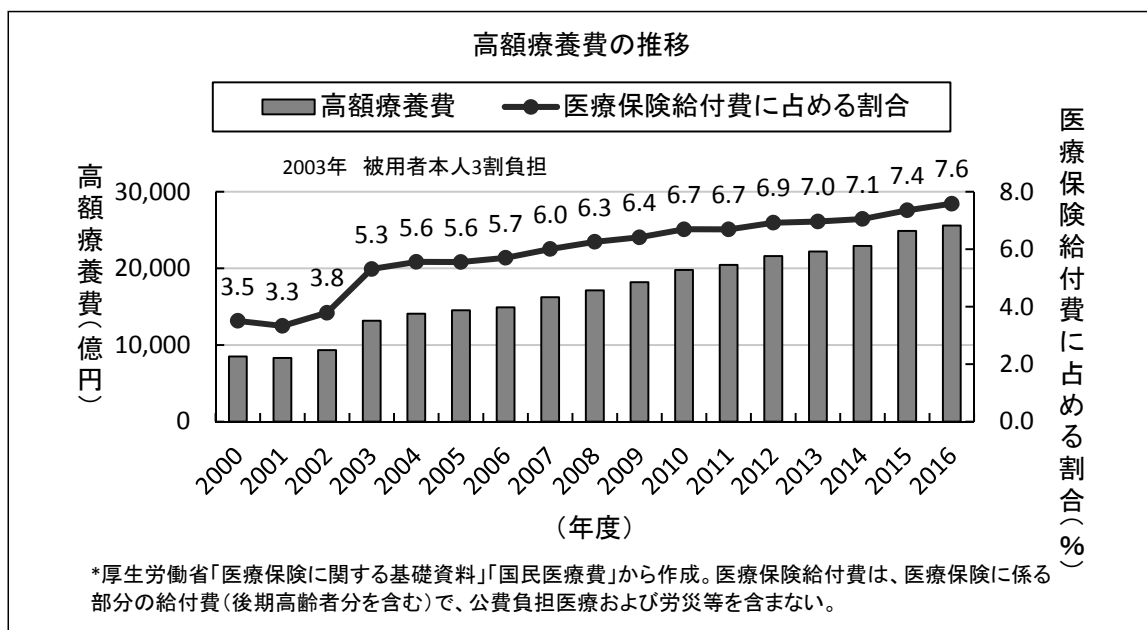
※)月収(例)に占める一月の自己負担限度額の割合

6 「保険給付の在り方についてI」(2005年7月29日 社会保障審議会医療保険部会資料)を参考に記述。
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9d.html>

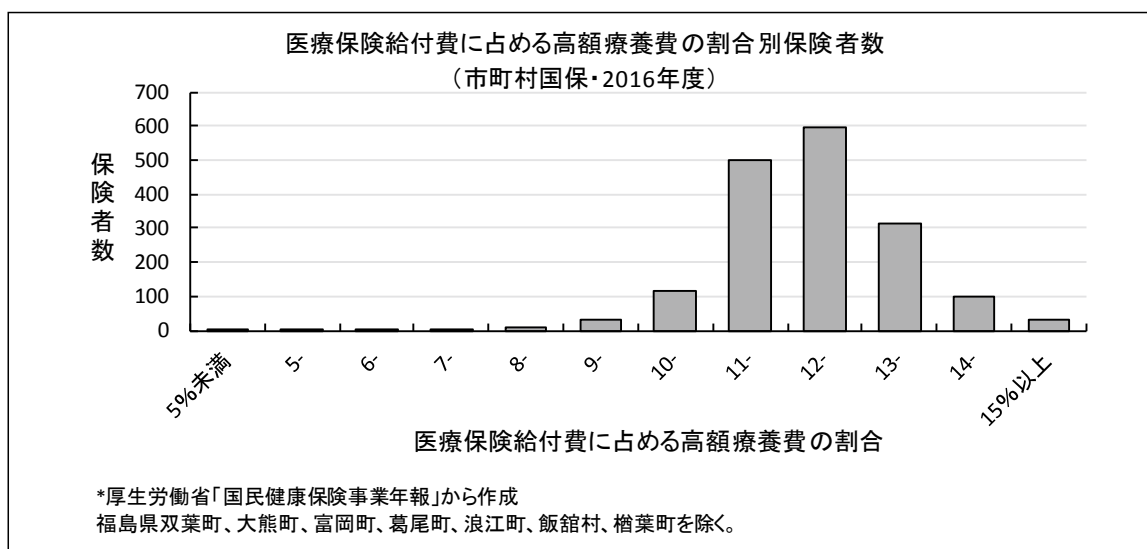
7 同上

高額療養費は2016年度には2兆5,579億円であり、医療保険給付費に占める割合は7.6%である（図表2-2-2-11）。市町村国保では、2016年度に医療保険給付費に占める高額療養費の割合が10%以上の保険者がほとんどである（図表2-2-2-12）。国保に限らず小規模の保険者では年によって高額療養費が巨額になることもあり、保険者の自助努力だけでは対応できない状態にある。

図表2-2-2-11



図表2-2-2-12



(4) 先進医療

先進医療は保険外併用療養費制度の枠組みの中で、保険導入のための評価を行う評価療養に位置づけられている⁸。

先進医療技術には先進医療A、Bがあり、先進医療技術は、先進医療会議で科学的根拠があると評価された技術について、中医協医療技術評価分科会(医技評)で保険導入の可否を検討し⁹、その報告をもとに中医協で保険導入の可否を審議する¹⁰。

先進医療A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術 ・ 未承認、適応外の体外診断薬の使用を伴う医療技術等であって当該検査薬等の使用による人体への影響が極めて小さいもの
先進医療B	<ul style="list-style-type: none"> ・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴う医療技術 ・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術であって、当該医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの

8 健康保険法第63条第2項3 厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、前項の給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養(次号の患者申出療養を除く。)として厚生労働大臣が定めるもの(以下「評価療養」という。)

9 医技評では、関係学会等から提案された技術についても保険導入の可否を検討する。

10 2018年度診療報酬改定以降の流れ。

2017年（2017年7月1日～2018年6月30日）の実施件数は、先進医療Aは27,832件、先進医療Bは707件である（図表2-2-2-13）。先進医療Aのうち件数シェアがもっとも高いのは多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術であり、2008年に適用されて10年以上経過し675施設で実施されている。陽子線治療、重粒子線治療はそれ以前に適用されたが、実施医療機関は限定的である。

図表2-2-2-13

		2012	2013	2014	2015	2016	2017
総数	全患者数(人)	20,665	23,925	28,153	24,785	32,984	28,539
先進医療A	実施件数	19,699	22,726	26,677	23,728	31,893	27,832
	1件当たり費用(万円)	65.5	74.2	74.3	75.2	63.0	84.7
先進医療B	実施件数	966	1,199	1,476	1,052	1,091	707
	1件当たり費用(万円)	40.6	42.7	47.1	54.3	57.1	61.9

全患者数：先進医療A・B実施件数の合計に相当するが一部一致しない。
 2017年は2017年7月1日～2018年6月30日実施分（ほかの年も準じる）
 *厚生労働省「先進医療の実績報告について」(中医協総会資料)から作成

技術名	適用年	年間件数	実施医療機関数		1件あたり先進医療費用(円)
			シェア(%)	施設数	
多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術	2008	23,859	85.7	675	656,419
陽子線治療	2001	1,663	6.0	13	2,716,016
重粒子線治療	2003	1,008	3.6	5	3,133,672
その他	—	1,302	4.7	—	—
計	—	27,832	100.0	—	—

*「平成30年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」(2019年2月13日 中医協総会資料)

(5) 現状のまとめと課題

① 被保険者の意識改革（負担と給付）

患者負担割合が低下し、国民皆保険の有り難みが薄れてきているのではないと思われる。そこで、保険者が個人単位の「医療費財源明細通知」（医療機関が発行する診療報酬明細書の保険者版のようなもの）を発行することを提案する。具体的には、医療費通知に本人が支払った保険料、共助による保険料（他の被保険者が払った保険料（たとえば若い人の後期高齢者支援金でいくら賄われているか）、公費（国、地方）の割合を記載する。

② 前期高齢者の被保険者本人延長（雇用延長）と予防・健康づくり

雇用延長により被用者保険の被保険者本人として継続する前期高齢者の増加を目指す¹¹。前期高齢者の就労延長はマクロで保険料の増収となる。保険者の前期高齢者加入割合が高まれば納付金負担は減少する。その分給付費が増加するが、予防・健康づくりを通じて給付費削減を目指す。

③ 高額療養費の応能負担と新たな財政調整

高額療養費の上限を月収に対して定率（現在のように階段状ではなく）にし、かつ所得（年収）比例にして財源を確保することを提案する。しかしそうすると高所得者の負担が大きくなる。そこで任意加入の保険を創設し（加入者は高所得者に限らないが）、加入者本人の負担分を賄うほか、剰余金で巨額な高額療養費が発生した保険者に対する支援を行う。いずれにせよ、高額療養費については、保険者をまたぐ財政調整の仕組みが求められよう。

④ 先進医療の新たなルール

先進医療は保険導入のための評価を行うものであるが、適用後長い年月を経てもなお、先進医療にとどまっているものがある。日本では、有効性や安全性が確認され、必要かつ適切な医療は保険適用することが原則である。先進医療という保険外併用療養に留めおくことは、保険外併用療養の安易な拡大（とりあえず保険外併用でやってみる）につながりかねない。先進医療を

11 最近では、「経済政策の方向性に関する中間整理」（未来投資会議 まち・ひと・しごと創生会議経済財政諮問会議 規制改革推進会議 2018年11月）が65歳以上への継続雇用年齢の引上げを掲げている。

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/chukanseiri.pdf>

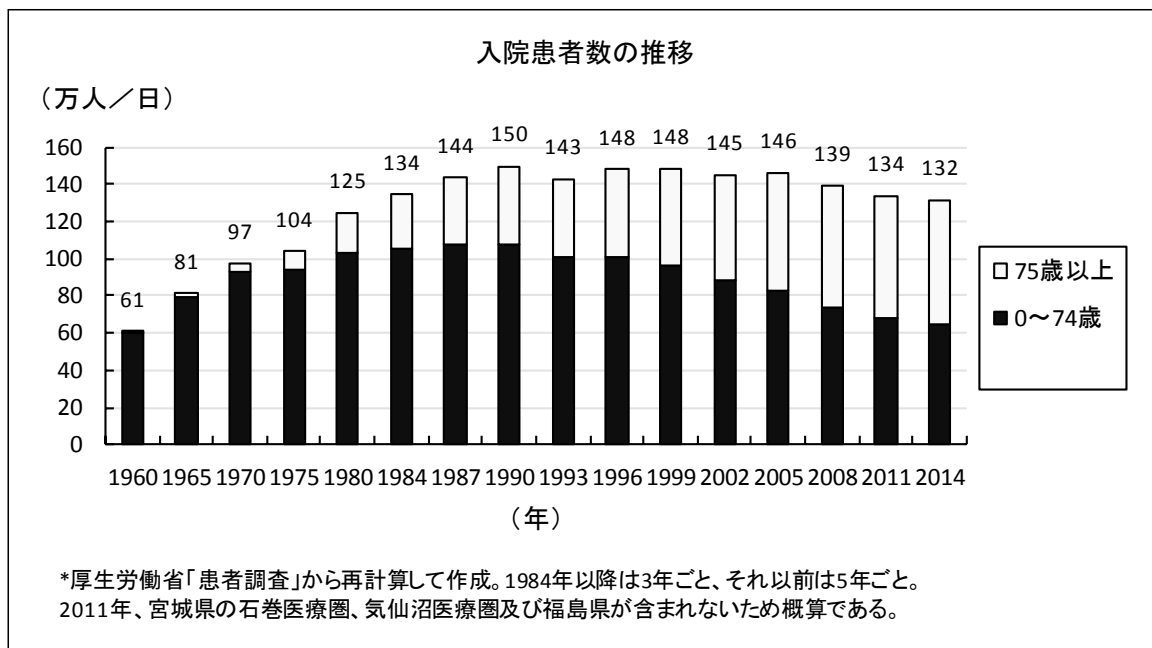
一定期間かつ一定数実施した後には、保険収載するか、先進医療から退出するかのルールが必要である。

3. 医療の需要と供給

(1) 患者の動向

入院患者数は1990年代をピークに減少している（図表2-2-3-1）。2000年に介護保険がスタートして入院患者の一部が介護保険に移行したことや、平均在院日数短縮化政策が要因である。

図表2-2-3-1

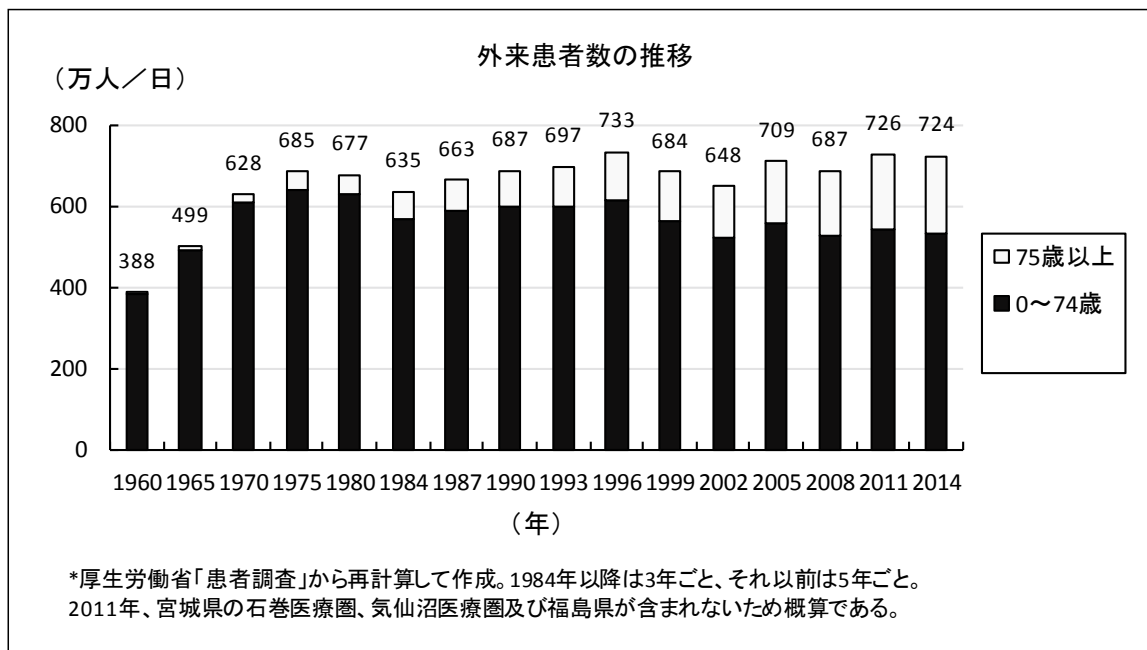


外来患者数は、過去10年でほとんど伸びていない（図表2-2-3-2）。受診頻度の高い高齢者が増加しているが、一方で長期処方により通院間隔が開いているためである。

※)「患者調査」のデータを使用しているが、同調査は抽出調査で、患者数は、調査日当日の患者数であるため年によってばらつきがある¹。また直近の「患者調査」は2017年に実施されているが、2019年2月末日現在結果が公表されていないので、2014年までのデータで示した。

1 2017年患者調査の調査日は、病院の入院・外来患者については2017年10月17日（火）～19日（木）の指定された1日。一般診療所の入院・外来患者については2017年10月17日（火）、18日（水）、20日（金）のうち、指定された1日。

図表2-2-3-2



厚生労働省は2025年度、2040年度の患者数等を推計している。今後も需要の減少がつづく場合、入院患者数はほぼ横ばい、外来患者数は2025年から2040年にかけてかなり減少する（図表2-2-3-3）。いずれも全国レベルの推計であり、人口減少地域では患者数の減少はより前倒しになる

図表2-2-3-3

患者数・利用者の将来推計

計画ベース(需要減) (万人)

		2018年度	2025年度	2040年度
医療	入院	132	129	131
	外来	783	787	731
介護	施設	104	117	148
	居住系	46	56	70
	在宅	353	412	464

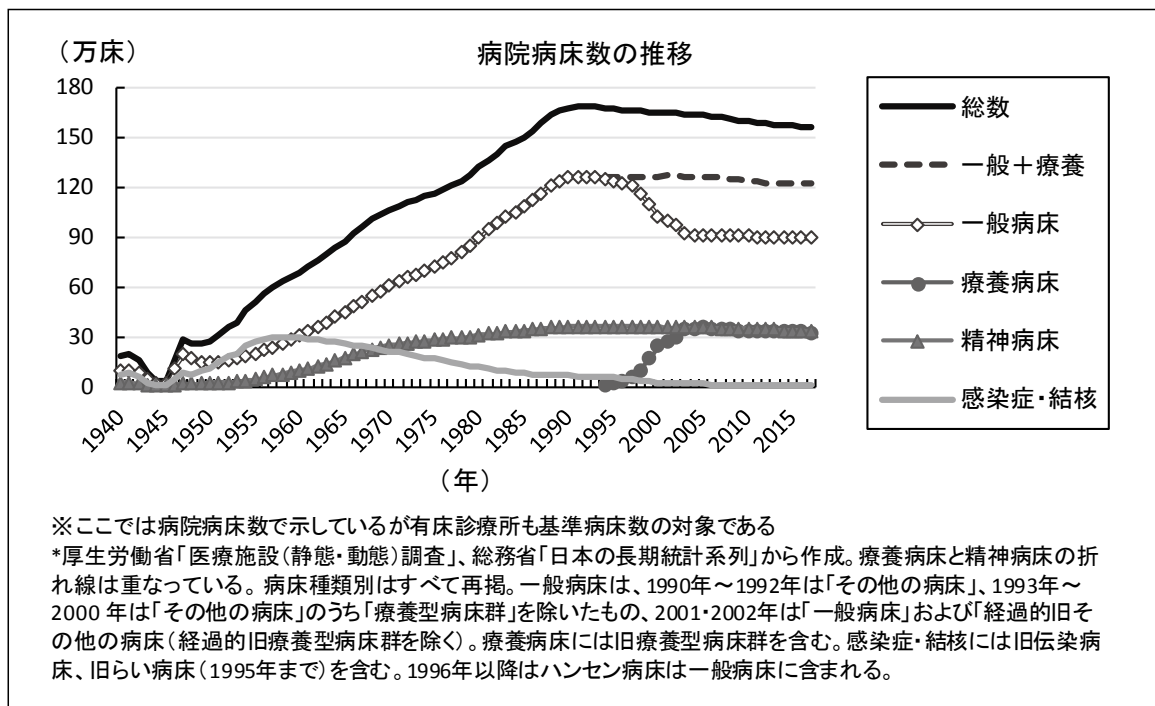
計画ベース(需要減): 各種計画値(地域医療構想、医療費適正化計画、介護計画)を基礎とし、加えて、高齢期における医療や介護を必要とする者の割合(受療率等の医療・介護需要)が低下した場合
*厚生労働省「『2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)』に基づくマンパワーのシミュレーション」(2018年5月21日)5頁から作成
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000207401.pdf>

(2) 医療提供体制

1) 病床数

病院病床数は1945年に3万床にまで減少していたが1949年以降増加、そして1985年の病床規制による駆け込み増床が終わった後は²、一般病床の減少が続いている（図表2-2-3-4）。療養病床は1993年に療養型病床群、2001年に療養病床が創設されたが、介護療養病床は2023年度末までに廃止される予定である³。

図表2-2-3-4



2 1985年、第1次医療法改正で二次医療圏ごとに基準病床数(当時は必要病床数)が設定された(いわゆる病床規制)。改正医療法施行までの間「駆け込み増床」が相次いだ。

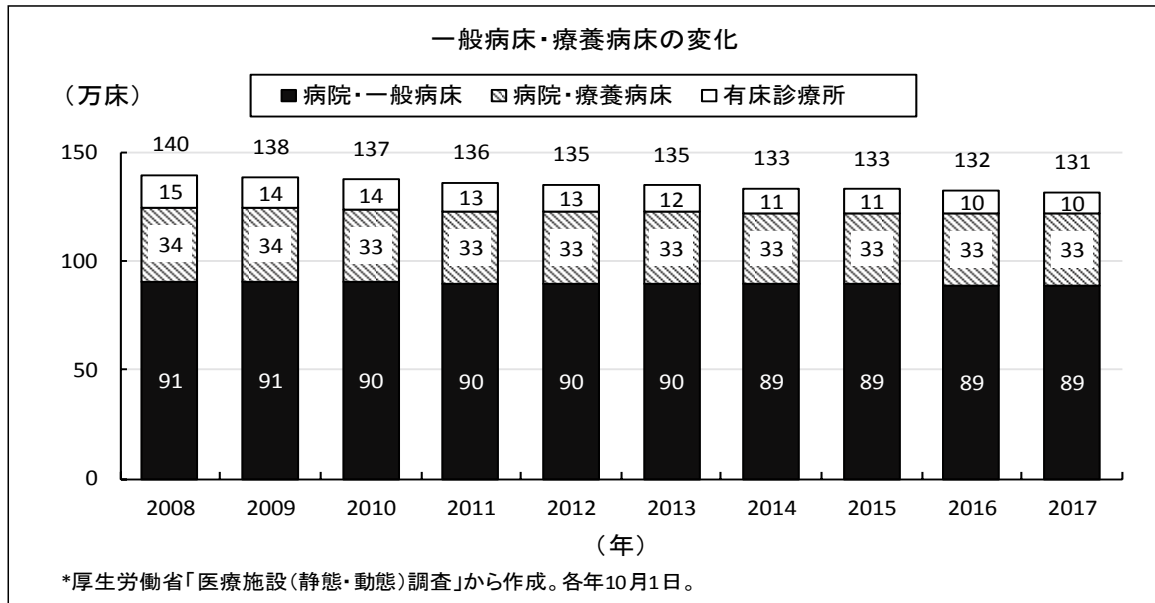
3 2006年の医療制度改革関連法で、療養病床のうち介護療養病床を2011年度末で廃止することが決定した。その後、2011年の健康保険法等の一部を改正する法律により介護療養病床の廃止・転換期限は2017年度末まで延長、さらに6年間(2023年度末まで)延長された。

厚生労働省「介護療養病床・介護医療院のこれまでの経緯」を参考に記載。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000204431.pdf>

直近の病院・有床診療所の一般病床、療養病床の合計は131万床である。1年間に1万床に近いペースで減少している（図表2-2-3-5）。

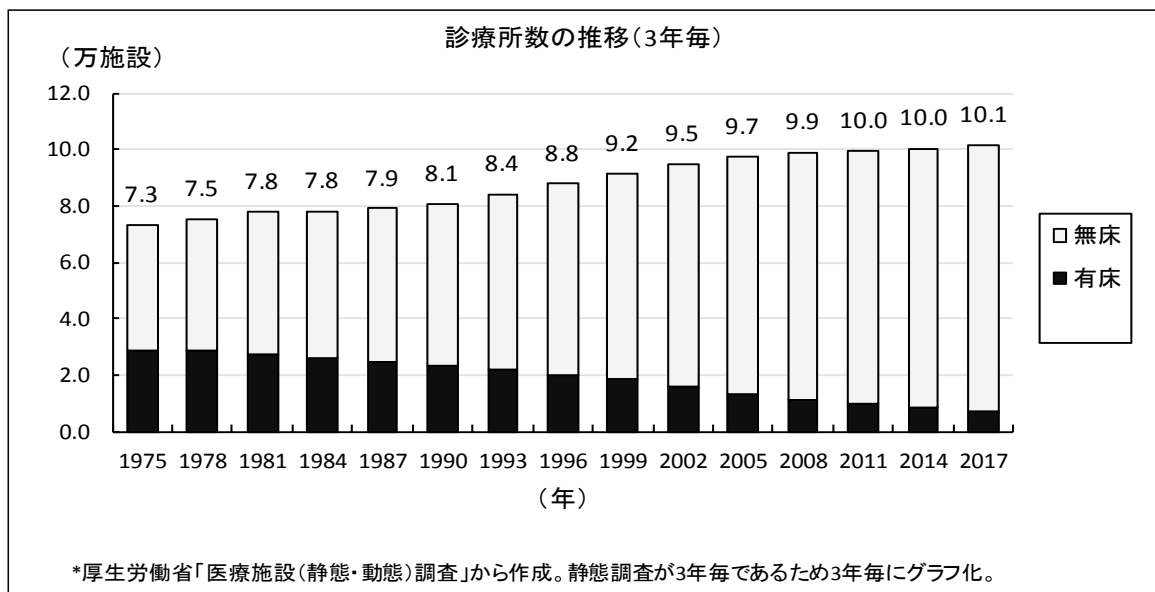
図表2-2-3-5



2) 診療所数

診療所数の伸びは全体では頭打ちである（図表2-2-3-6）。

図表2-2-3-6

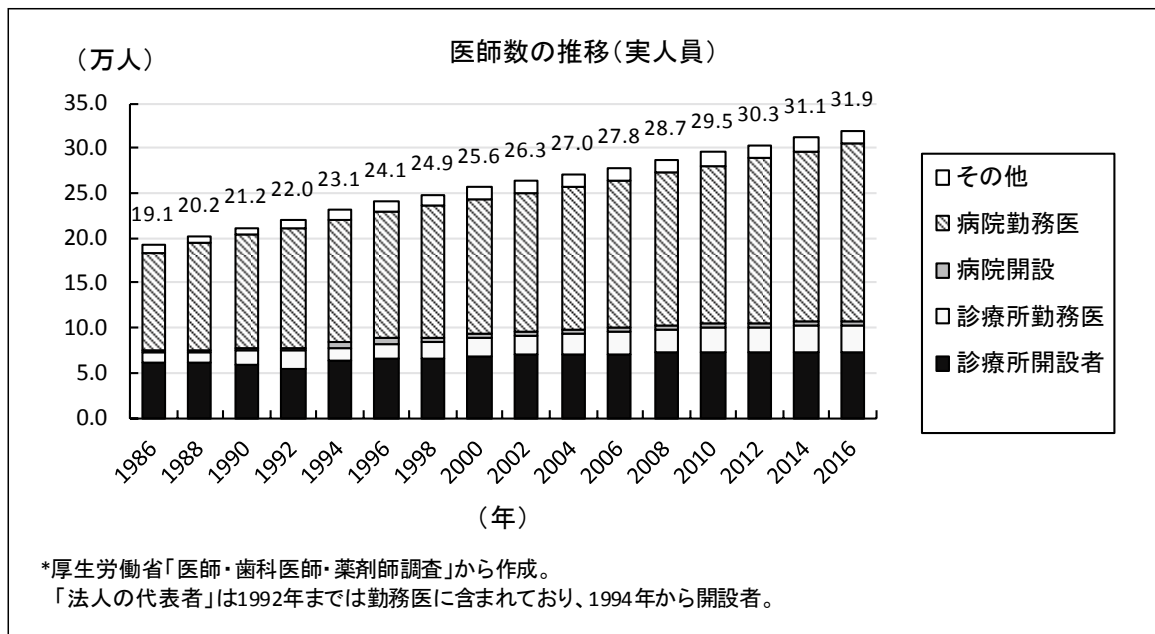


3) 診療所医師数

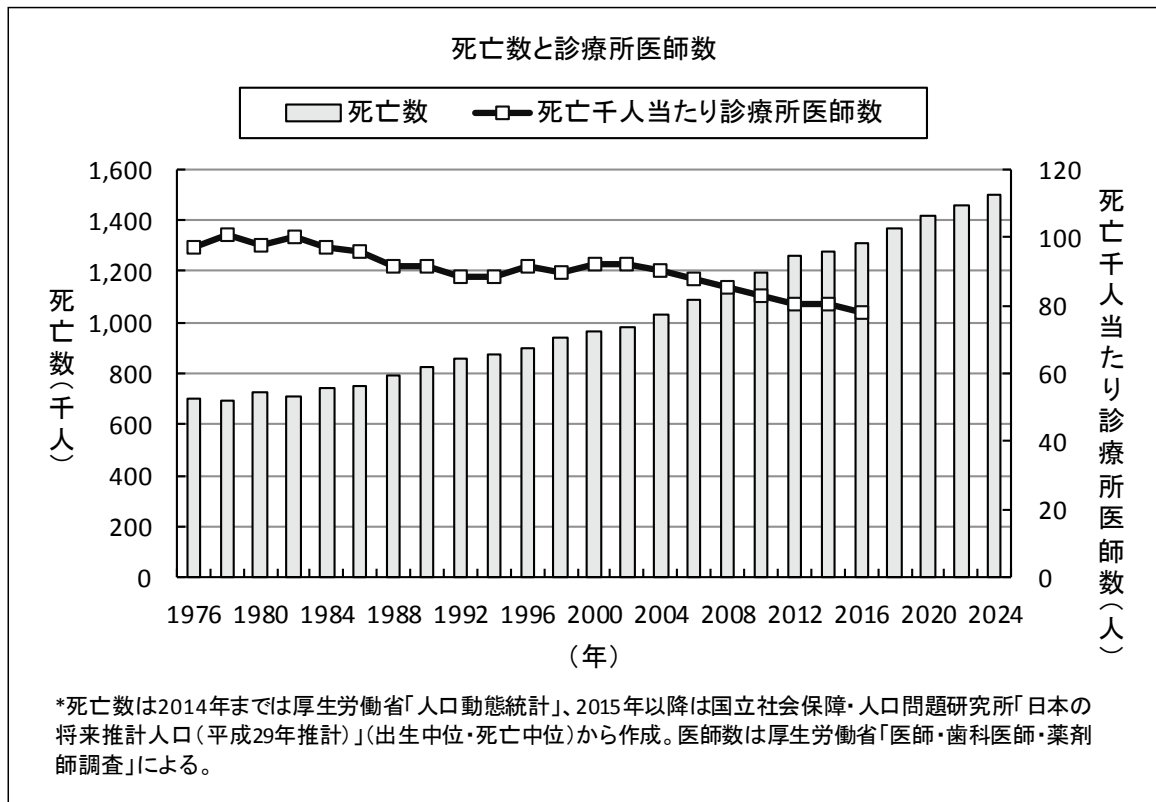
これまでの医師数増加分の多くは病院で増えており、診療所医師数の伸びはマクロでは緩やかである（図表2-2-3-7）。

今後、死亡数のさらなる増加が見込まれ、かつ国は在宅医療を推進しているが、在宅看取りを行う医師の確保が課題である。すでに死亡千人当たり診療所医師数は減少傾向にある（図表2-2-3-8）。

図表2-2-3-7



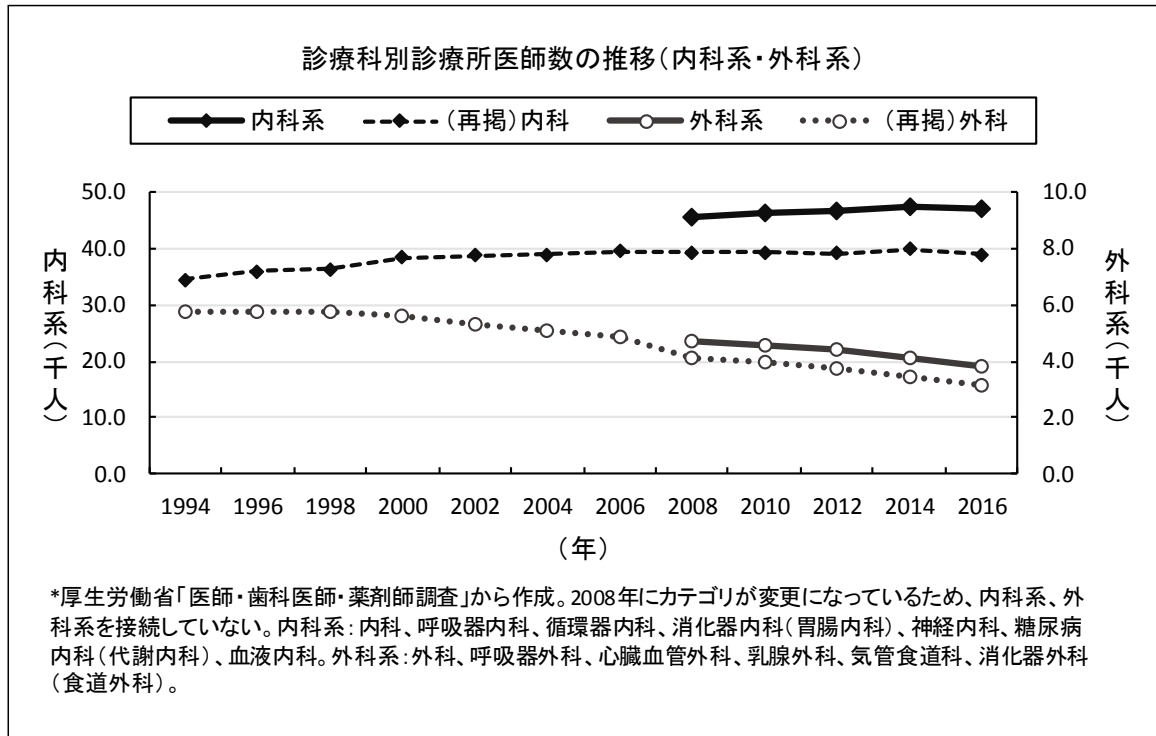
図表2-2-3-8



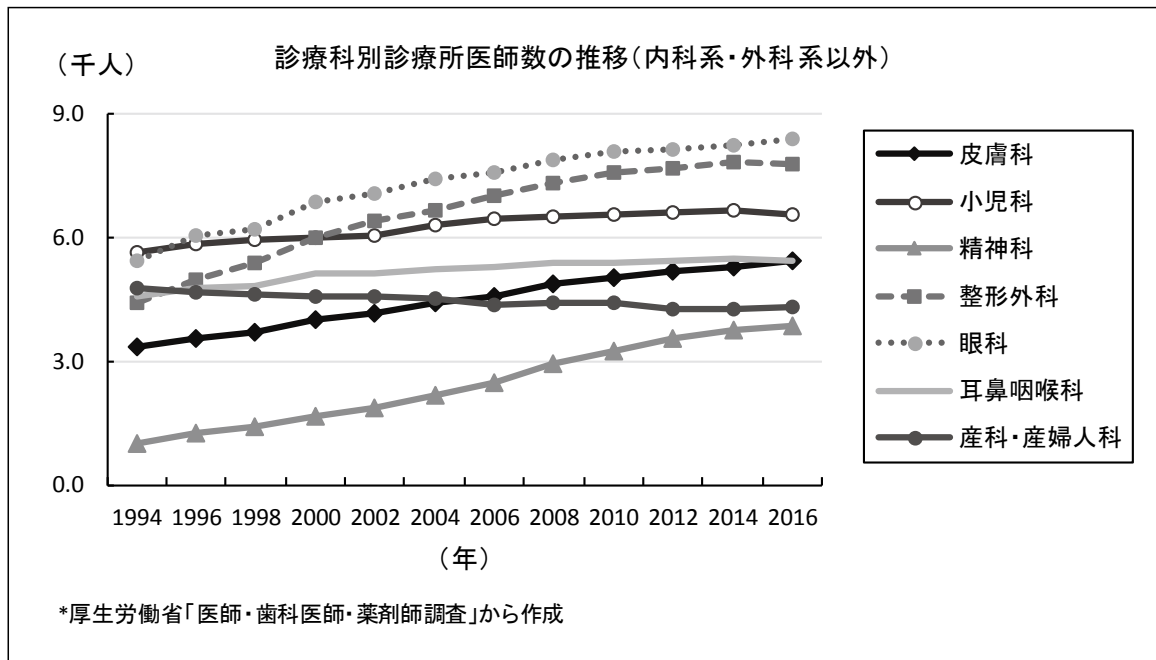
診療所では内科、外科の医師が総合的な診療を担うことが多いが、内科系医師数は伸び悩んでおり、外科系の医師は減少している(図表2-2-3-9)。

眼科、整形外科、皮膚科、精神科では医師が増加している(図表2-2-3-10)。皮膚科医師のように、東京都にいちじるしく集中しているケースもある(図表2-2-3-11)。

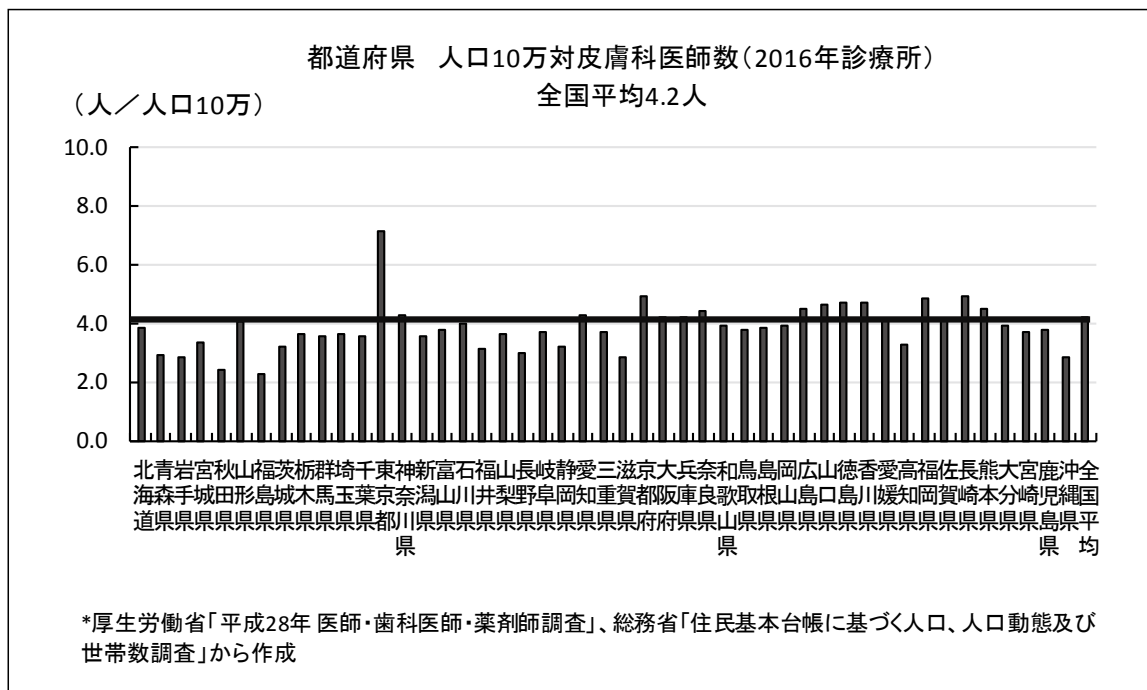
図表2-2-3-9



図表2-2-3-10



図表2-2-3-11



4) 病院医師数

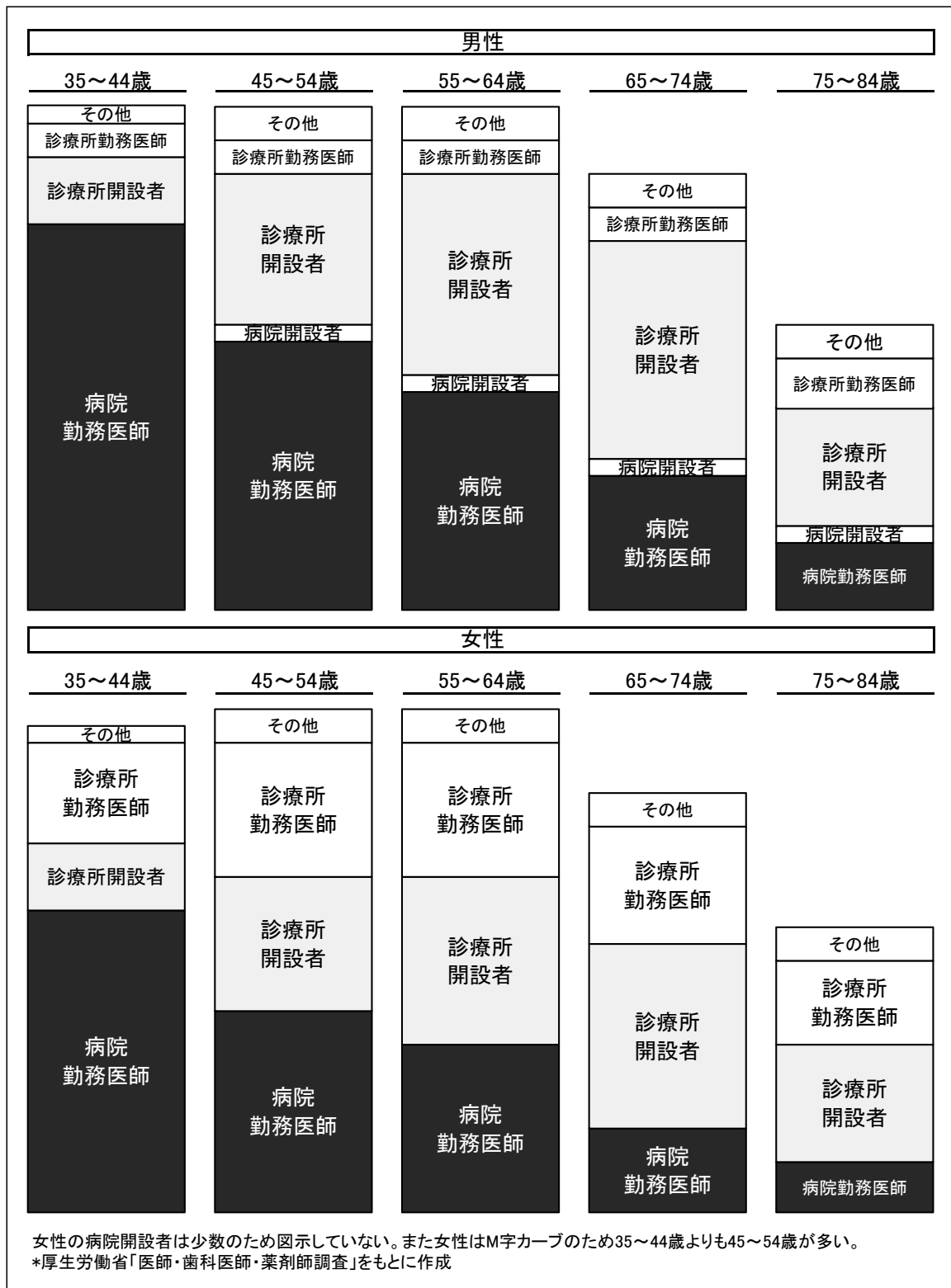
厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から推計すると、病院勤務医師は65歳を超えたところで半減する⁴（図表2-2-3-12）。同調査では常勤医師以外を完全に捕捉できていないと推察されておりその影響もあるが⁵、いずれにせよ、病院勤務医師の半数は定年（65歳頃）を境に非常勤か無職になっているとみられる。

4 2016年に55～64歳、65～74歳、75～84歳だった医師ベースに10年ずつ遡って作成しているため、35～44歳の医師は1996年時点での状況であり、現在の医師の状況とは異なる。

5 定年後アルバイトのみなど、いわゆるホームグラウンドがない医師は、自ら届出票を入手することが必要である（保健所に問い合わせるか、ホームページからダウンロードする）。

図表2-2-3-12

病院医師のキャリアパス（粗い試算・イメージ）

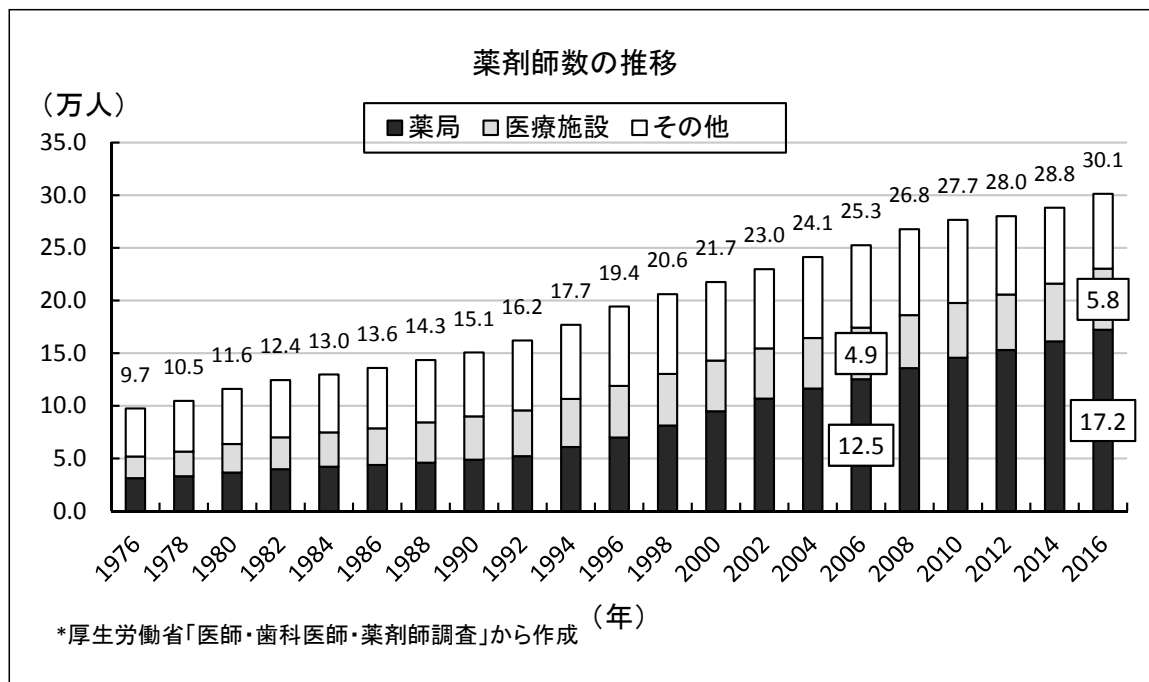


(3) 医療関係職種

1) 薬剤師

薬局に従事する薬剤師数は10年前と比べて1.4倍になったが、医療施設に従事する薬剤師数は1.2倍である（図表2-2-3-13）。

図表2-2-3-13



2) PT・OT

理学療法士（PT：Physical Therapist）・作業療法士（OT：Occupational Therapist）の増加が著しい（図表2-2-3-14、図表2-2-3-15）。1998年に、柔道整復師養成施設がその指定基準を満たしているにもかかわらず厚生大臣（当時）が指定を行わないのは違法であるとの判決が下されたこと⁶、規制緩和で「許可制・認可制等から届出制へ」⁷の移行が求められたことにより、医療関係職種の養成校の開設が増加したことが背景にある。

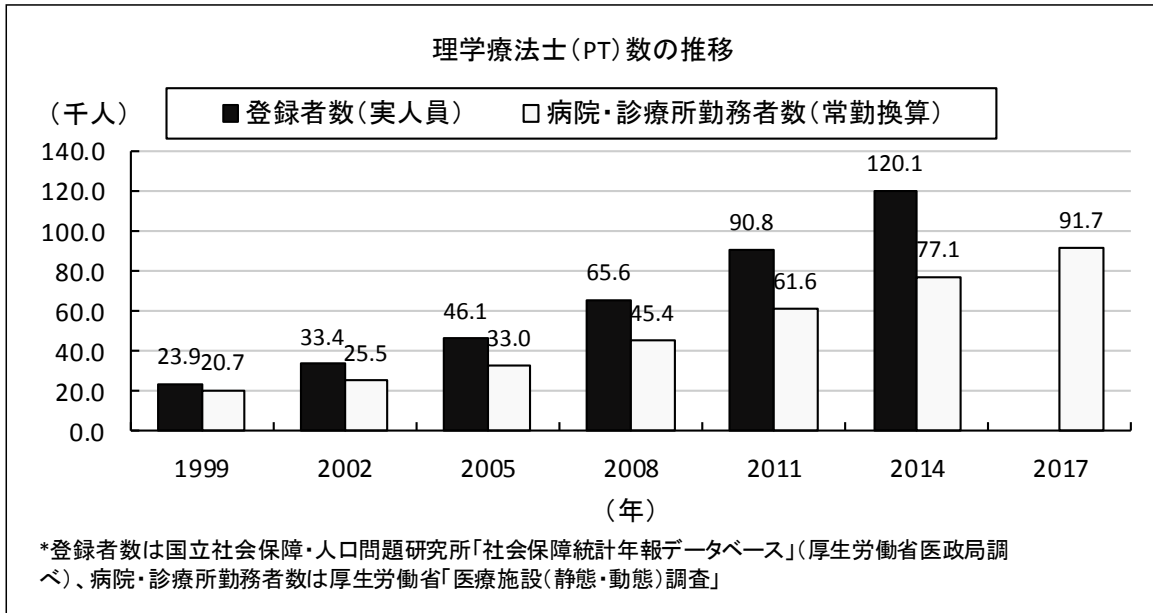
PT・OTの増加は病院、診療所での雇用では吸収できず、就職先は介護サービス事業者、スポーツクラブ、フィットネス事業者などに拡大し、保険外（理

6 平成9（行ウ）31 柔道整復師養成施設不指定処分取消請求事件 1998年08月27日 福岡地方裁判所
<http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/AFC4CEDD28B71BE849256D41000B08F7.pdf>

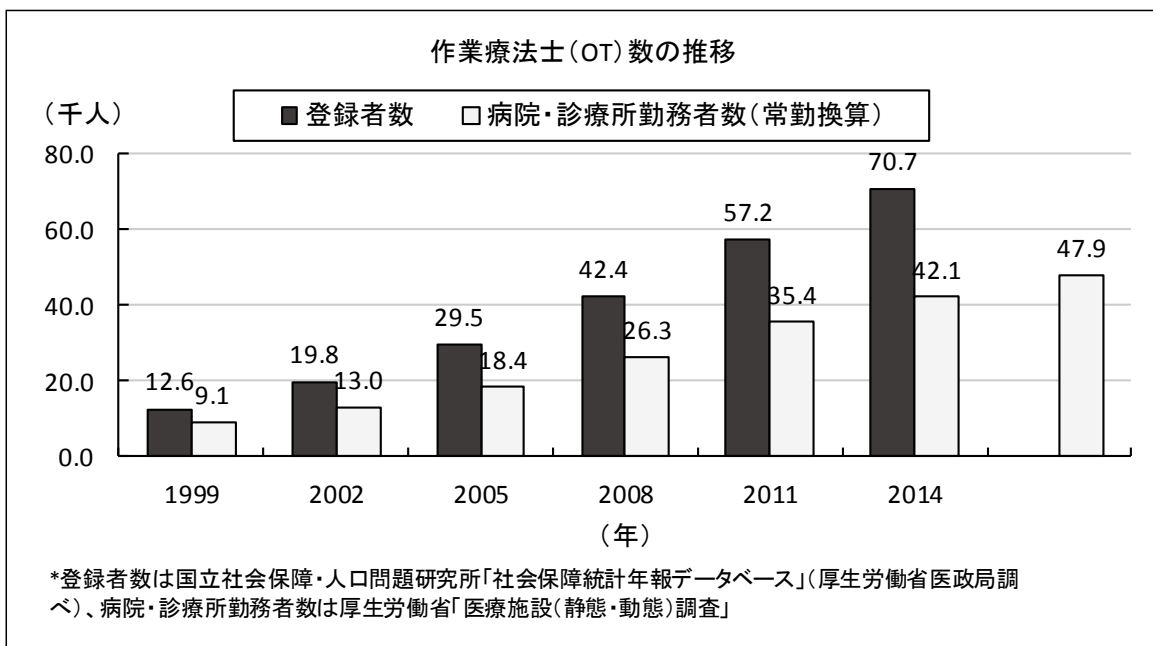
7 「規制緩和推進3か年計画（改定）」1999年3月30日閣議決定
http://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8200327/www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/cologne99/k_kanwa.html

学療法、作業療法以外) で開業するケースもある。

図表2-2-3-14



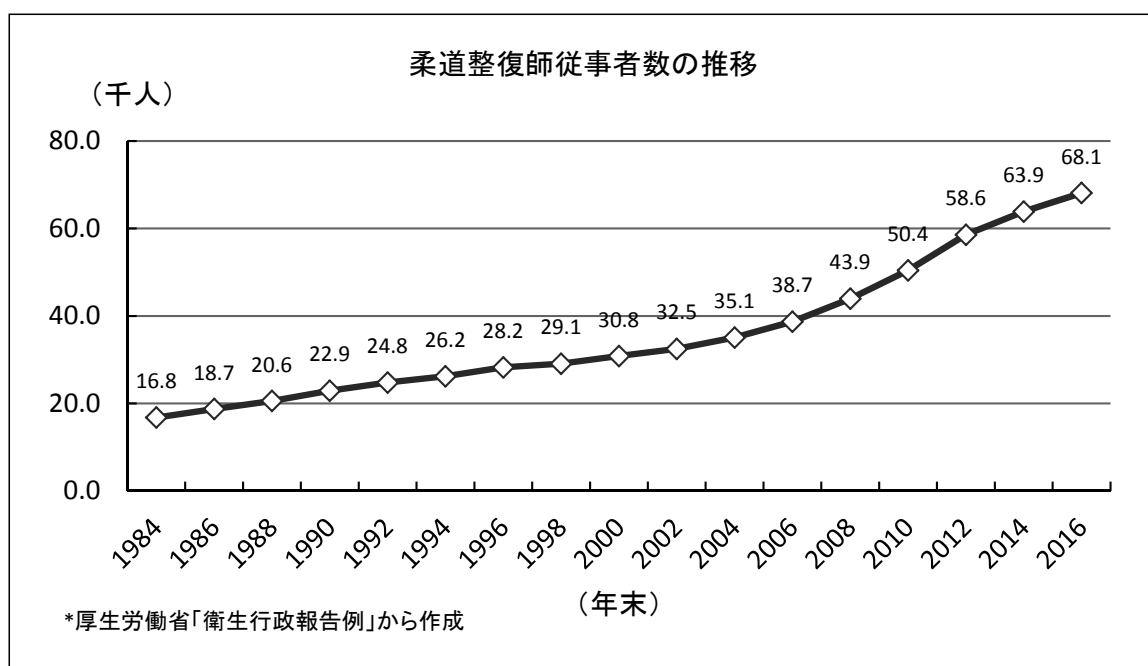
図表2-2-3-15



3) 柔道整復師

柔道整復師は、病院・診療所のリハビリテーション科で従事することもあり、介護保険サービスにおいて配置が求められる機能訓練指導員⁸の対象資格のひとつでもある。また柔道整復師は、施術所において独立開業をすることができる。柔道整復師数も近年大幅に増加している（図表2-2-3-16）。PT・OTのところで述べたように、養成校の開設規制が緩和されたためである。

図表2-2-3-16



8 通所介護事業所や介護老人福祉施設に配置することが義務付けられている。対象は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師の資格を有するものである。

(4) 現状のまとめと課題

1) 外来版地域医療構想

地域医療構想では、将来の患者需要（病床数の必要量）が示されており、それにむけた自主的な取れんが進んでいる。一方、外来については、地域ごと、疾病ごとの将来需要を示したものがなく、診療所医師の診療科偏在、地域偏在が進んでいる。開業した場合にいたずらに競合状態を発生させないためにも、開業を検討する医師らが、地域の将来需要に簡単にアクセスできる仕組みが早急に必要である⁹。

2) 医療・介護ワンストップ施設

療養病床の地域差解消が進められているが、介護施設等の受け皿整備および単身でも在宅医療が可能な環境整備は必須である。2018年に介護医療院が創設され、病棟の一部を転換した医療機関併設型での設置もできるようになったが、市町村の財政的制約から移行が順調でないところもある。

そこで、病床ダウンサイジング後の空き病床をより有効活用できるようにすること、および慢性期医療、在宅医療、介護が切れ目なく提供できるよう、医療保険、介護保険双方から拠出して財政調整を行えるようにすることを検討すべきではないかと考える。

3) かかりつけ医応援団

診療所医師の専門分化により、かかりつけ医の確保がますます困難になることが予測される。一方で、病院医師が次々に定年退職し始める。医師は定年後も何らかの業務に従事しているとは推察されるが、さらに定年後世代を戦力化するために、かかりつけ医応援団を結成することを提案する。かかりつけ医の相談にのったり、かかりつけ医の学会出張中に代診したり、在宅医療に同行したり、地域の予防・健康づくりを支援したりする。

9 厚生労働省医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会で診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化について検討されている。

「診療科ごとの将来 必要な医師数の見通しの明確化について」2019年2月18日同分科会資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000480275.pdf>

また、二次医療圏ごとの医師偏在指数も公表されている（診療科別のデータはない）。

「医師偏在指標」<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000480270.pdf>

4) 地域に出る医師

医師以外のメディカルスタッフが急速に増加しており、公的保険外の市場で供給が需要を喚起することが予見される。経済成長重視でセルフメディケーションが推進されており、ドラッグストアやコンビニエンスストアでの健康相談や健康チェックも始まっている。こうした中で、医師自身の公的保険外サービスへの適切な関与が重要になる。かかりつけ医自身が地域に出て、関係者と協働して受診への橋渡しをしつつ、地域住民の予防・健康づくりを進めていくことが必要である。

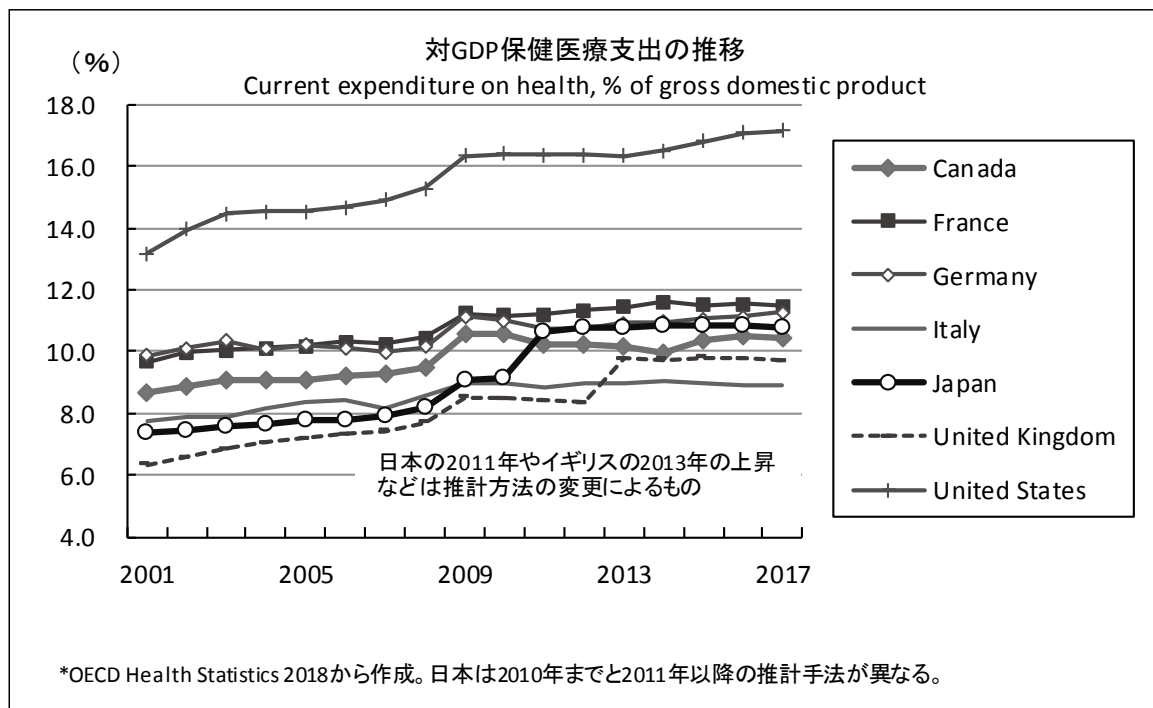
4. 医療関連データの国際比較

(1) 保健医療支出

OECDの保健医療支出は、日本の場合、国民医療費、介護サービス費のほか、一般薬、予防接種、健康診断、保険者の管理コスト等も対象である。日本では全額自費医療や政府の一般保健医療管理業務費は計上されていないが、そういった事情は他の国も同様である。そもそも各国の保健医療制度は大きく異なるので、国際比較は慎重に行う必要がある¹。

日本の対GDP保健医療支出は10.7%であり、OECD加盟35か国中6位である²。この水準の高さが問題指摘されることがあるが、米国を除くG7の対GDP保健医療支出は一定の範囲に収まっている（図表2-2-4-1）。

図表2-2-4-1

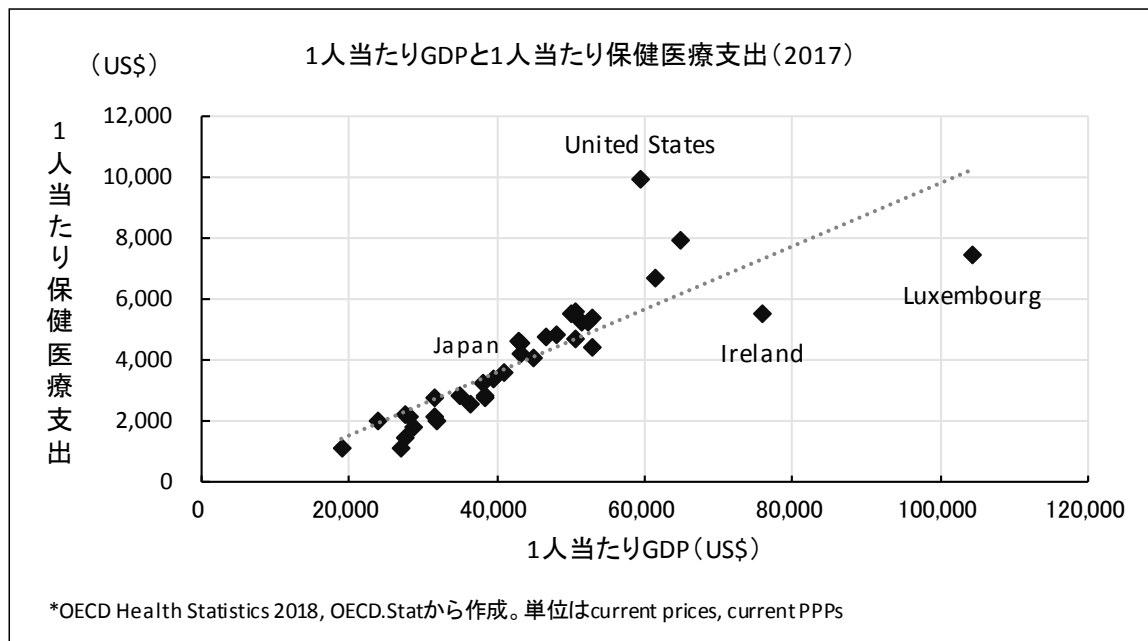


1 日本の対GDP保健医療支出は2011年以降、OECDの新しい推計基準（SHA2011）を適用し介護保険サービス等を追加した。その後、GDPに新しい推計基準（2008SNA）を適用し、2011年以降の遡及修正を行った。英国が2013年度に上昇しているのも、SHA2011による修正を行ったためである。過去何年遡及修正するかは国によってさまざまである。

2 OECD加盟国は2018年7月にリトアニアが加入し、現在は36か国である。

1人当たりGDPと1人当たり保健医療支出には相関があり、日本の保健医療支出も経済力に見合った水準である（図表2-2-4-2）。しかし後述するように日本では負担と給付のバランスがとれていない。

図表2-2-4-2



(2) 医療従事者数

日本では2008年以降、本格的な医師養成数の増員に転じ、その成果が徐々に出てきていることに加えて、分母である人口が減少しているため、人口1,000人当たり医師数は英米の水準に近づいている（図表2-2-4-3）。ドイツ、フランスは外国で訓練された医師（他国で最初の医師免許を受けた医師）の増加等によって、医師数が増加している。

日本の薬剤師数はOECD諸国の中でもっとも多い。日本では2003年に大学学部・学科の設置基準が緩和された後、薬剤師養成数が急増した。薬学部定員数の多さに対する危機感や、医療現場では医薬分業のメリットが感じられないという声もあるが、現在も薬学部定員数はほぼ維持されている。

図表2-2-4-3

人口1,000人対従事者数

	医師 ※1)		薬剤師 ※2)		看護職員 ※3)	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016
カナダ	2.0	2.6	0.9	1.0	9.4	9.9
フランス	3.0	3.1	1.1	1.1	8.5	10.2
ドイツ	3.3	4.2	0.6	0.6	11.5	12.9
イタリア	3.4	4.0	1.1	1.2	4.8	5.6
日本	1.9	2.4	1.5	1.8	10.1	11.3
英国	2.0	2.8	0.7	0.9	8.4	7.9
米国	2.3	2.6	—	—	10.9	11.6

※1) 医師: 英国はNHSの医師のみ。検眼の医師、非常勤医師を含まない。米国はMDとDO (Doctor of Osteopathic Medicine) が対象。

※2) 薬剤師: 英国は研究機関、行政職を含む。2010年はカナダは2012年、フランスは2011年、イタリアは2013年。

※3) 看護職員: 日本は就業看護師、准看護師の合計。英国はプライベートセクターを含まない。フランス、米国は研究機関の看護職員を含む。

*OECD Health Statistics 2018から作成

(3) 病床数

国際比較において、日本の病床数の多さや急性期病床における平均在院日数の長さがしばしば問題にされている。しかし医療提供体制は各国によって異なり、単純に比較できるものではない。

日本では、急性期病床 (Curative (acute) care beds) は一般病床の回復期リハビリテーション病棟等も含まれる。また、日本では病院病床数 (Total hospital beds) に精神病床数を重複して含んでいるが、諸外国では Psychiatric care beds (精神病床) は別掲である (図表2-2-4-4)。英国は病床区分ごとの病床数を提出していないし、米国はAHA登録病院数である³。

そのことを踏まえた上で先進国の病床数を提示すると、日本の人口1,000人当たり急性期病床および回復期病床の合計はドイツよりも少ない。

図表2-2-4-4

人口1,000人当たり病床数

	調査年	Total hospital beds	Curative (acute) care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other hospital beds ※	Psychiatric care beds ※
カナダ	2017	2.55	1.99	0.12	0.43	0.01	0.34
フランス	2016	6.05	3.14	1.58	0.47	0.86	0.86
ドイツ	2016	8.06	6.06	2.01	0.00	0.00	1.28
イタリア	2015	3.20	2.64	0.41	0.15	0.00	0.09
日本	2015	13.11	7.82	—	2.66	2.63	2.63
英国	2016	2.58	—	—	—	—	0.40
米国	2015	2.80	2.46	0.05	0.18	0.10	0.21

※日本、フランスのOther hospital beds(その他)とPsychiatric care beds(精神病床)は重複計上

*OECD Health Statistics 2018-June 2018から作成

3 AHA (American Hospital Association、全米病院協会) に登録するには一定の基準を満たす必要がある。たとえば6床以上が必須で、しっかりとしたガバナンスが求められている。

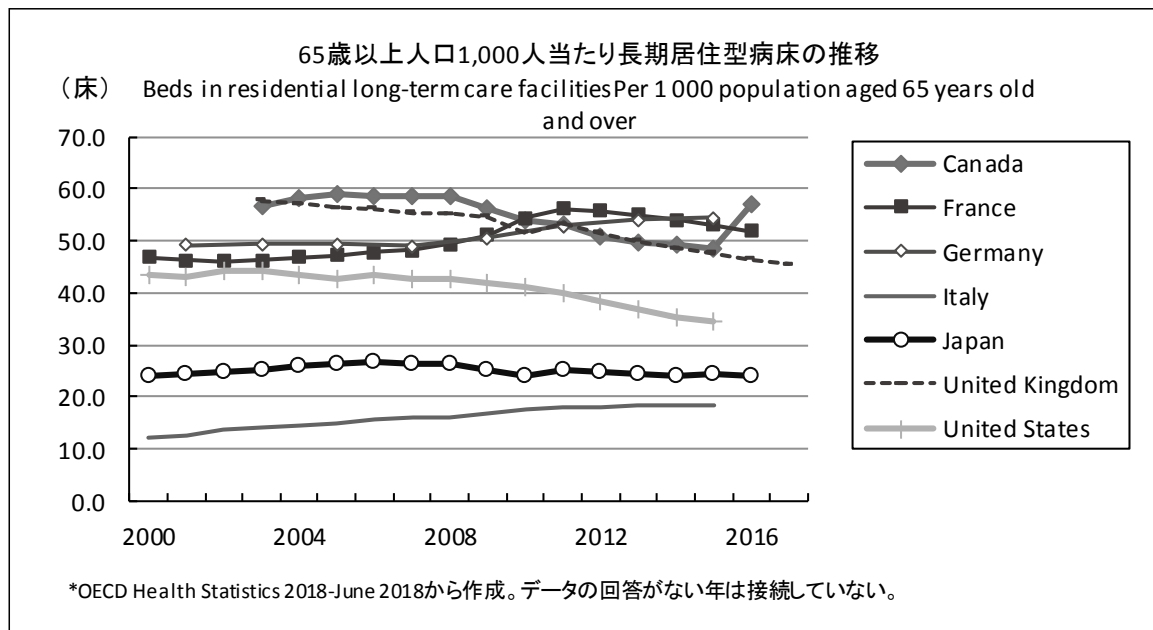
“Registration Requirements for Hospitals Feb 2, 2018” (全米病院協会)

https://www.aha.org/system/files/2018-02/REGISTRATION_FY_08.pdf

全米病院協会ホームページ <https://www.aha.org/front>

日本はLong-term care facilities（ここでは長期居住型施設と訳す）として介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）定員数を報告している。長期居住型施設も各国定義がさまざまであるといえ、日本の水準は先進国に比べて低い（図表2-2-4-5）。フランスは要介護高齢者滞在施設が対象で⁴、日本の特養、老健施設に相当すると考えられるが、日本の2倍以上である。日本の有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）は自立高齢者も入居するので全体を介護施設というわけにはいかないが、これらを加えても、日本の65歳以上人口1,000人当たり長期居住型病床は46.4床に過ぎない。日本は在宅医療を推進しているが、介護医療院の拡充など施設系の整備も急務である。

図表2-2-4-5



4 EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

(4) 健康・その他

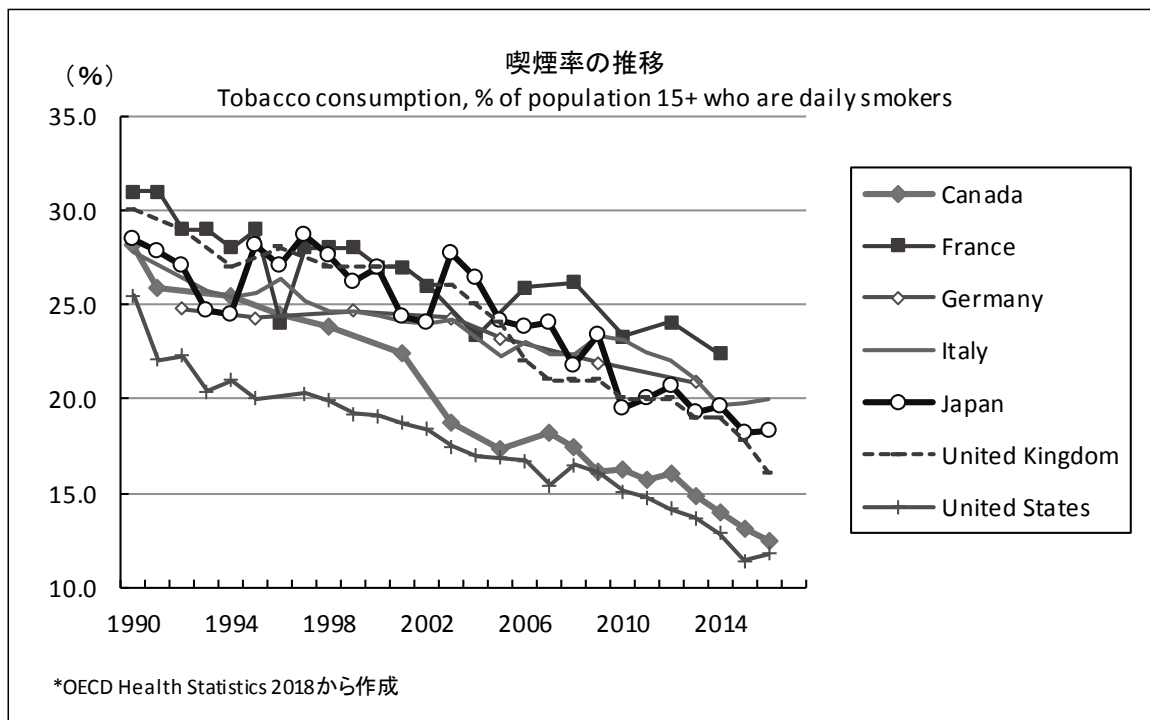
1) 喫煙率

日本における日常的にたばこを吸う人の比率（以下、喫煙率）は先進国中上位である（図表2-2-4-6）。なお、日本の喫煙率データは、「国民健康・栄養調査」のものであるが、対象者数が少ない点が課題である⁵。特定健診データでは日本の喫煙率は23.0%（2014年度）である⁶。

2) 自殺死亡率

日本の人口10万人当たり自殺死亡率は、いわゆるバブル崩壊以降は低下しているが、それでも先進国中もっとも高い（図表2-2-4-7）。

図表2-2-4-6

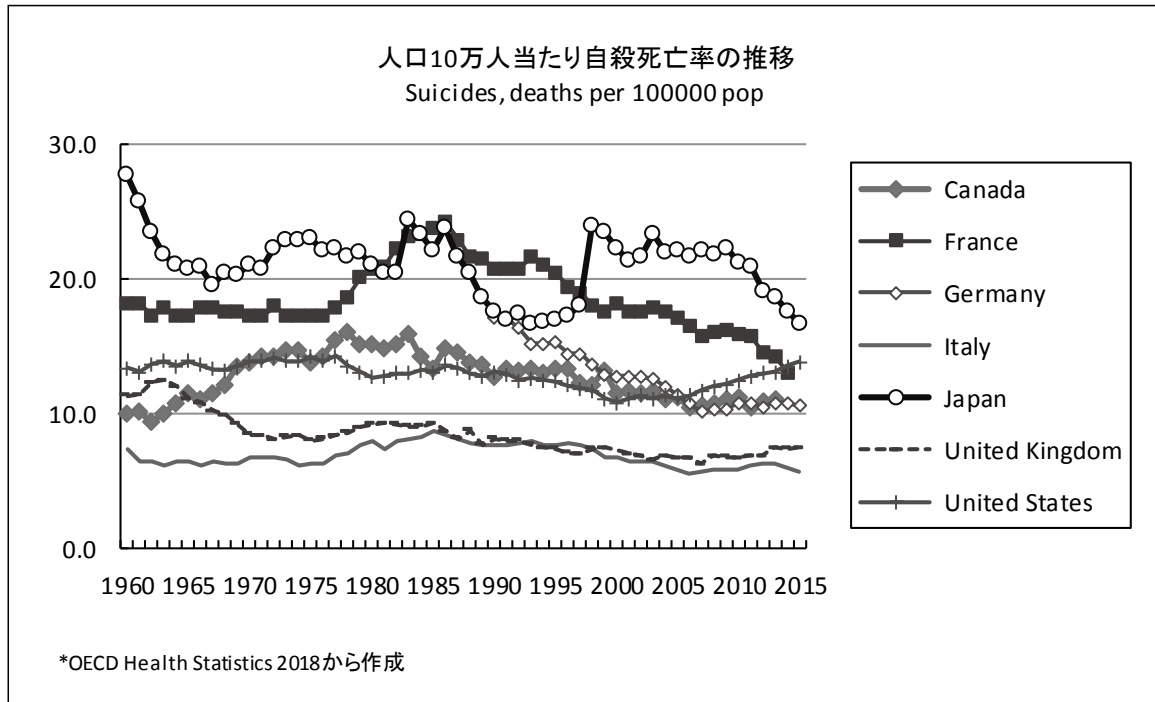


5 「国民健康・栄養調査」（拡大調査）の2016年の調査人員は25,638人。

6 厚生労働省「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ標準的な質問票の分析」（2014年度実施分。総数：男性8,307,013人、女性6,698,389人）によると、「現在、たばこを習慣的に吸っている」のは男性30.8%、女性7.5%、男女計20.4%。

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000158933.pdf>

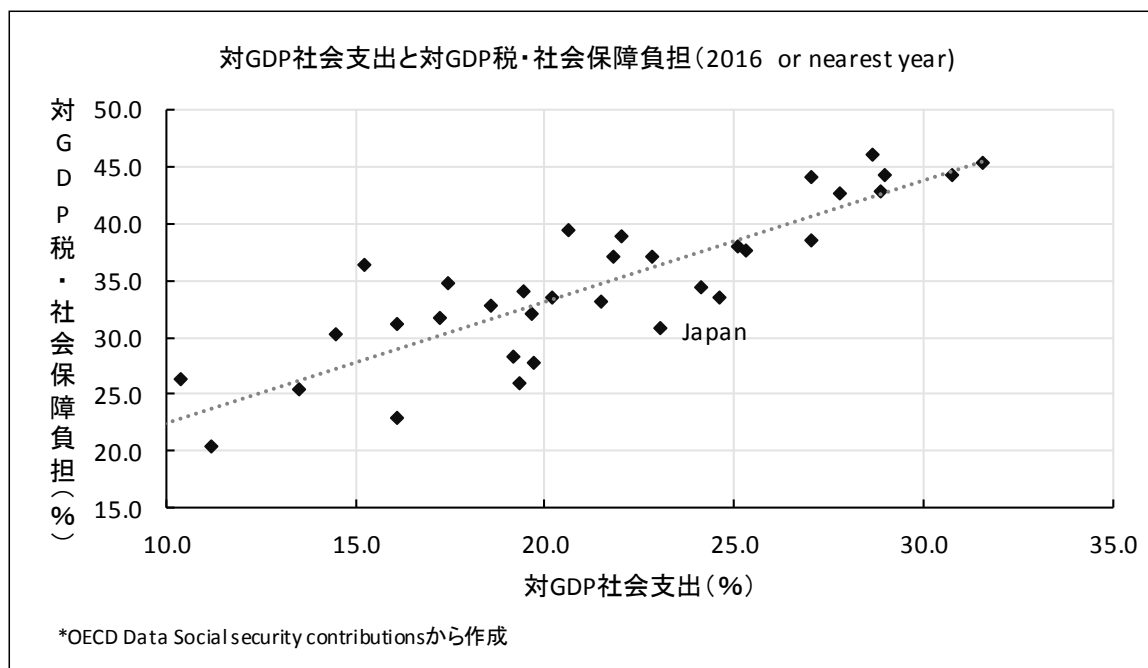
図表2-2-4-7



(5) 社会保障の負担と給付

日本では、諸外国と比べると社会支出⁷の割に税・社会保障負担が小さい(図表2-2-4-8)。日本は先進国と比べると税負担が低く、消費税率を段階的に引き上げているが、社会保障負担も先進国と比べると高いほうではない(図表2-2-4-9)。

図表2-2-4-8



7 社会支出：年金給付、医療給付、介護給付、障害給付、失業給付、子ども手当など。

図表2-2-4-9

対 GDP 税負担および社会保障負担

対GDP税負担 (％)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
カナダ	27.2	26.1	26.0	26.3	26.2	26.5	27.2	26.9
フランス	25.1	25.9	26.9	27.8	28.5	28.4	28.5	28.5
ドイツ	22.2	21.3	21.9	22.5	22.9	22.9	23.1	23.4
イタリア	28.9	28.8	29.0	30.8	30.9	30.5	30.3	29.9
日本	15.3	15.6	16.1	16.5	17.1	18.3	18.6	-
英国	25.4	26.4	27.3	26.5	26.5	26.2	26.4	26.9
米国	16.8	17.4	18.4	18.6	19.5	19.7	20.0	19.8

対GDP社会保障負担 (％)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
カナダ	4.8	4.6	4.5	4.7	4.7	4.7	4.8	4.8
フランス	16.3	16.1	16.2	16.5	16.7	16.9	16.8	16.7
ドイツ	13.9	13.7	13.8	13.9	13.9	13.9	14.0	14.1
イタリア	13.2	13.0	12.9	13.1	13.1	12.9	13.0	13.0
日本	10.6	10.9	11.4	11.7	11.8	12.0	12.1	-
英国	6.2	6.2	6.2	6.2	6.1	6.0	6.1	6.3
米国	6.3	6.1	5.5	5.5	6.2	6.2	6.2	6.2

*OECD Data Social security contributionsから作成

(6) 現状のまとめと課題

国際比較は各国で医療（保険）制度、用語の定義が異なるので、軽々に行えるものではない。たとえば、日本の急性期病床の平均在院日数の長さが問題指摘されるが、日本の急性期病床は回復期リハビリテーション病棟等を含んでいる。こうした問題点はあるが、国際比較から得られる示唆から以下をまとめとしたい。

1) 日本の対GDP保健医療支出は先進国（米国を除くG7）と同じ程度の水準である。当然ながら経済力がなければ保健医療支出に割くことはできないので、経済力と保健医療支出はある程度相関する。日本では対GDP保健医療支出の水準よりも、負担と給付のバランスがとれていないことが課題である。すでに受益と負担の「見える化」の重要性が指摘されているところであるが⁸、「社会保障通知」の発行を提案したい。医療、介護、年金、子ども・子育ての分を一体化し、自身が負担した保険料や税金、自身以外が負担した保険料や税金、そして自身への給付分（あるいは将来の給付分）を示す。こうした手順を踏むことではじめて、負担と給付のあり方についての国民的議論が進むだろう。

2) フランスは社会保障目的税を導入するなど、社会保障の租税化を進めている。日本の消費税も目的税といえれば目的税であるが⁹、税負担か、保険料負担かという議論を尽くした上で、将来は健康増進につながる目的税の導入を検討することも考えられよう¹⁰。

3) 先進国と比べると日本の長期居住系施設は少ない。国際比較を単純に行えないという問題はあるが、相当低い水準である。療養病床をさらに介護医療院のような施設として活用することや、病床ダウンサイジング後の設備等の有効活用を進める必要がある。

8 「新たな財政健全化計画等に関する建議」財政制度等審議会 2018年5月23日
https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia300523/06.pdf

9 消費税収（国分）は社会保障4経費（年金、医療、介護、子ども・子育て）に社会保障目的税化されているが、必要経費を賄っていない。

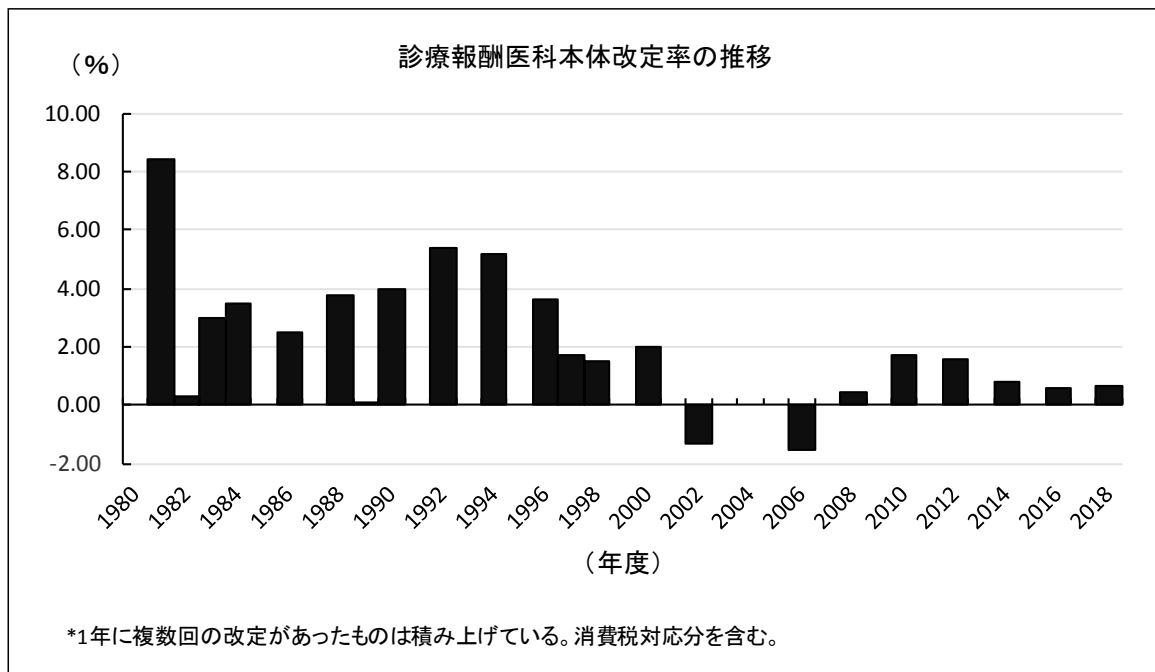
10 健康増進ということでは、たばこ税が挙げられるが、たばこ特別税は1998年に国鉄清算事業団の長期債務及び国有林野事業の累積債務の一般会計への承継に伴い、この償還を行なうための目的税として紐づけされている。

5. 医業経営（収入とコスト）

（1）診療報酬と医業収入

診療報酬医科本体改定率は、2008年度から2018年度まで6回連続してプラス改定であり、最近では2014年度0.82%（消費税対応分を含む）、2016年度0.56%、2018年度0.63%である（図表2-2-5-1）。

図表2-2-5-1



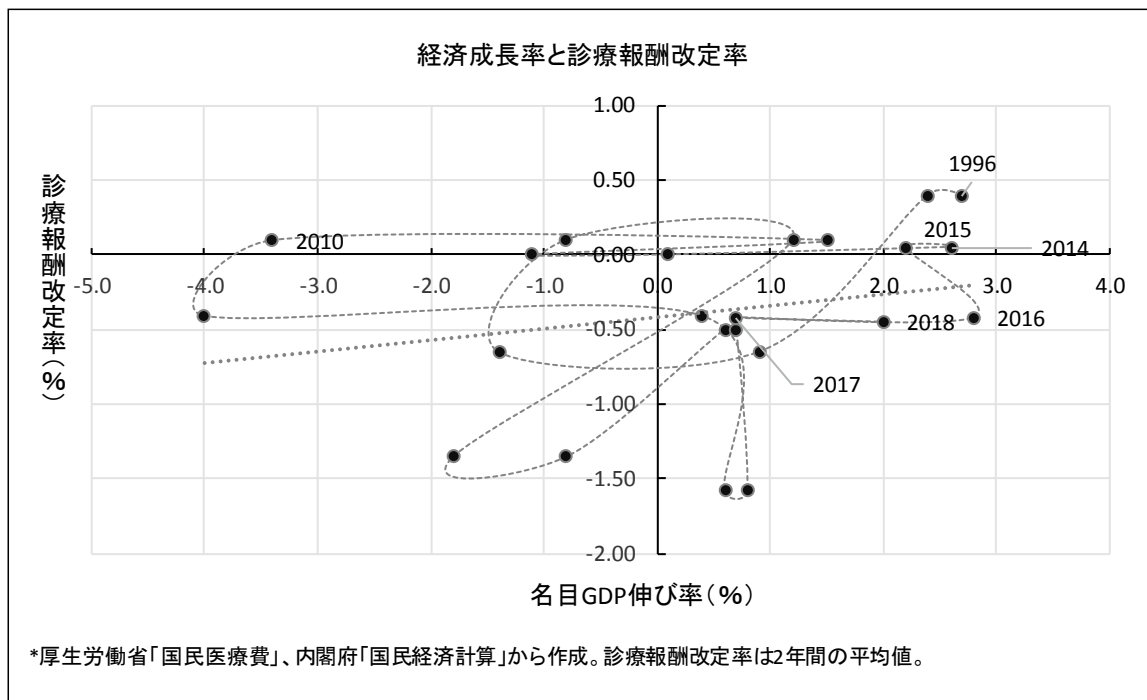
診療報酬改定は賃金や物価の動向、医療機関の経営状況等を踏まえて行われきた（もちろんそのほかの政策要因もある）。この結果、診療報酬改定率と経済成長率（名目GDP）は長期的に一定の相関があり、特に4～5年のタイムラグをとったときに、高い相関があること（経済の影響が遅れて診療報酬改定に反映されること）が確認されている¹。診療報酬が経済状況の影響を受ける結果、国民医療費も長期的に経済成長率との相関があった。

しかし最近では、経済状況にかかわらず診療報酬改定率が一定の範囲内に収まっているように見受けられる（図表2-2-5-2）。ここ数年は大胆な薬価マイナス改定が行われていることも診療報酬改定率が低い一因であるが、医療

1 「医療費の伸びと経済成長率について」 2007年3月22日 医療費の将来見通しに関する検討会資料
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0322-11d.pdf>

機関の収入拡大が難しい状況になっている。

図表2-2-5-2



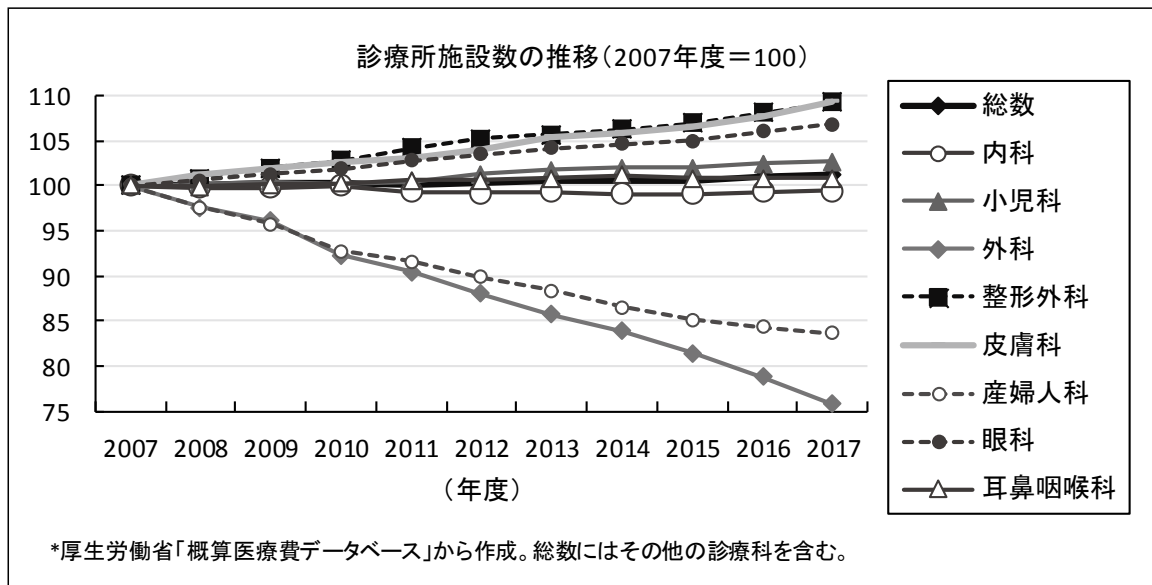
(2) 診療所（入院外）のレセプト関連指標

ここでは厚生労働省「概算医療費」²から、1施設当たり医療費（以下、1施設当たり保険収入）等の指標を示す。

需要に比して施設数が増加している診療科があり、患者を分け合っていると見受けられる面がある。たとえば、小児科では小児人口が減少している中で施設数が若干増加しており（図表2-2-5-3）、1施設当たり入院外件数（実患者数に相当）の伸びが鈍い（図表2-2-5-4）。

施設数は整形外科、皮膚科、眼科で増加しており、このうち、皮膚科では1日当たり単価が横ばいで、1施設当たり入院外保険収入が伸びていない（図表2-2-5-5）³。なお、データに用いた厚生労働省「概算医療費」には、最近増加している精神科の区分がない。

図表2-2-5-3



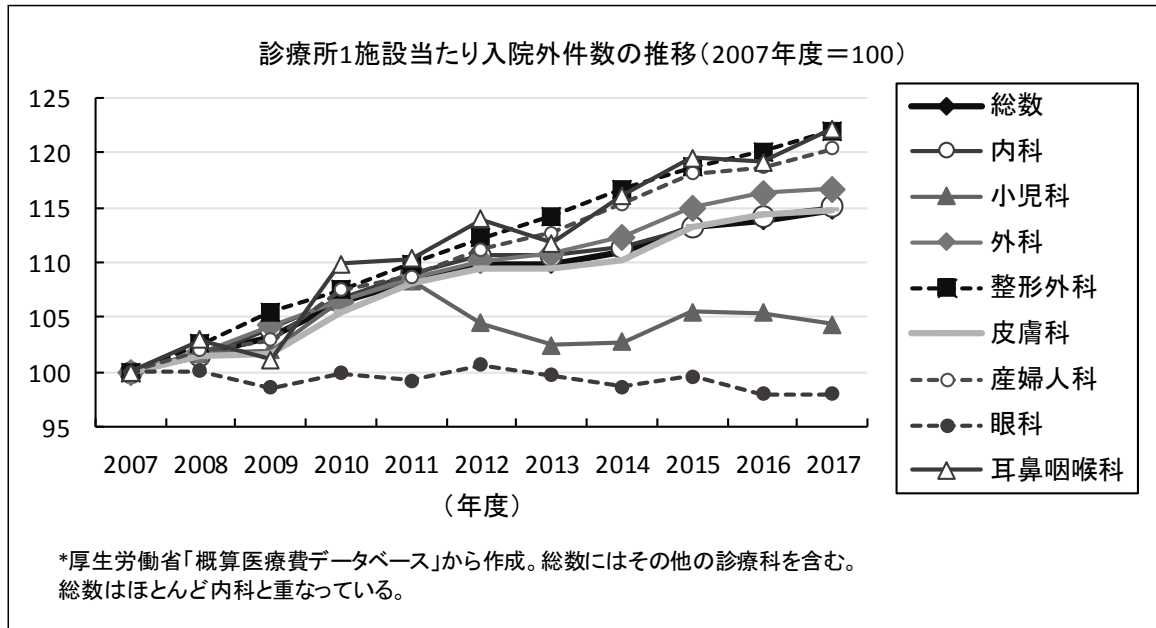
外科、産婦人科では施設数が減少し（図表2-2-5-3）、かつ1施設当たり入院外保険収入が伸びていることから（図表2-2-5-5）、一定水準の規模、技術力がある診療所に集約されつつあるのではないかと推察される。

2 厚生労働省「概算医療費データベース」

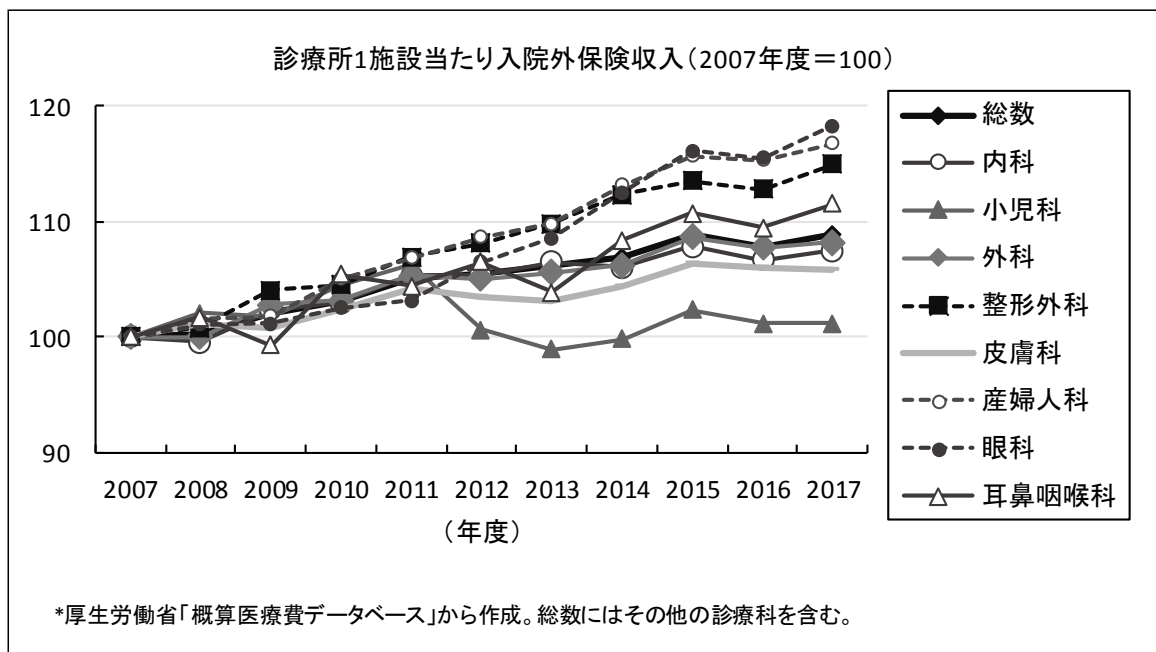
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken03/01.html>

3 皮膚科は地域偏在が顕著であり、人口10万人対皮膚科医師数は全国平均4.2人、東京都7.1人（東京都区部のみでは8.4人）。厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」より。都市部では保険収入だけでなく、一定程度の自由診療収入があることも都市集中の一要因ではないかと推察される。

図表2-2-5-4



図表2-2-5-5

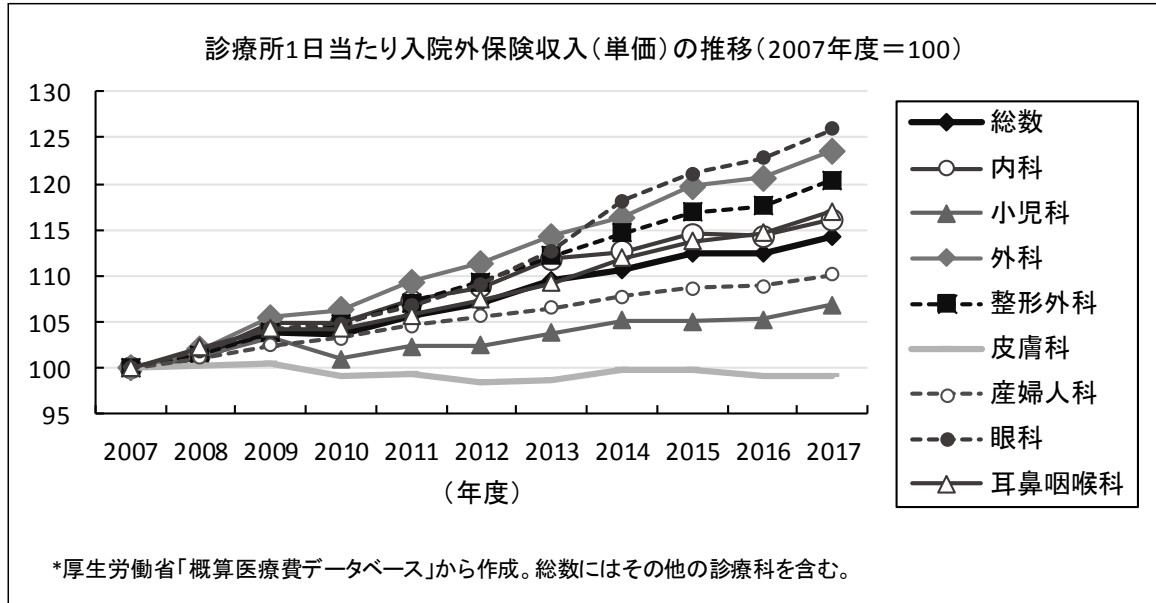


1施設当たり入院外医療費がもっとも上昇している眼科は手術の割合が高く、1日当たり単価が上昇している(図表2-2-5-6)。皮膚科は初・再診料への依存度が高く、1日当たり単価は横ばいである。

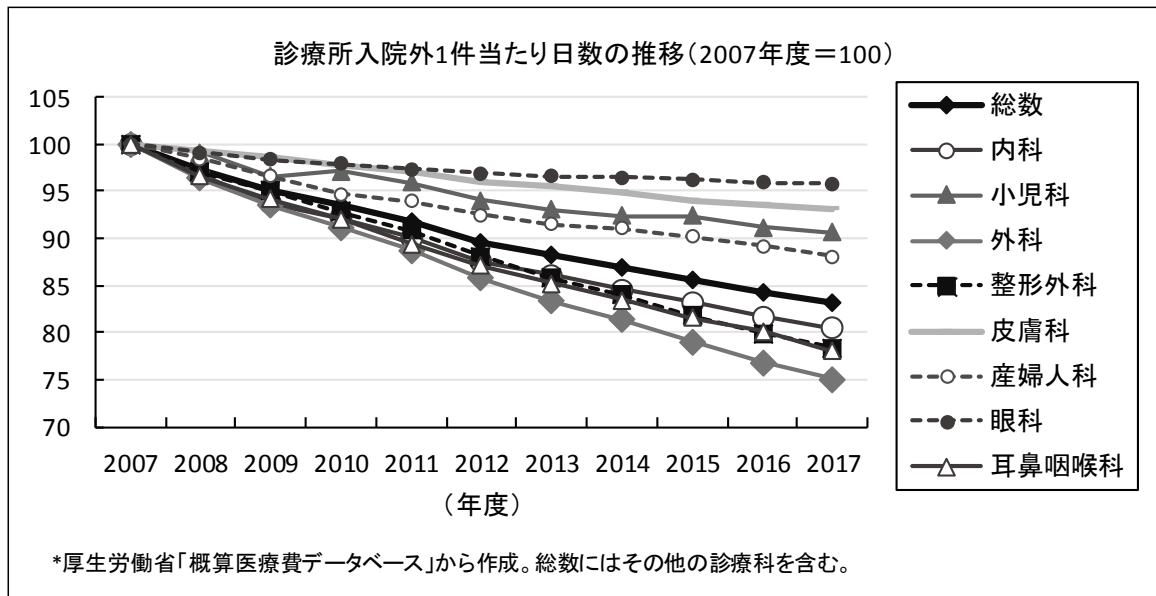
また、すべての診療科で1件当たり日数(月の通院回数)が減少している(図表2-2-5-7)。長期処方の結果であり、診療報酬プラス改定による単価の

上昇を打ち消している。

図表2-2-5-6



図表2-2-5-7

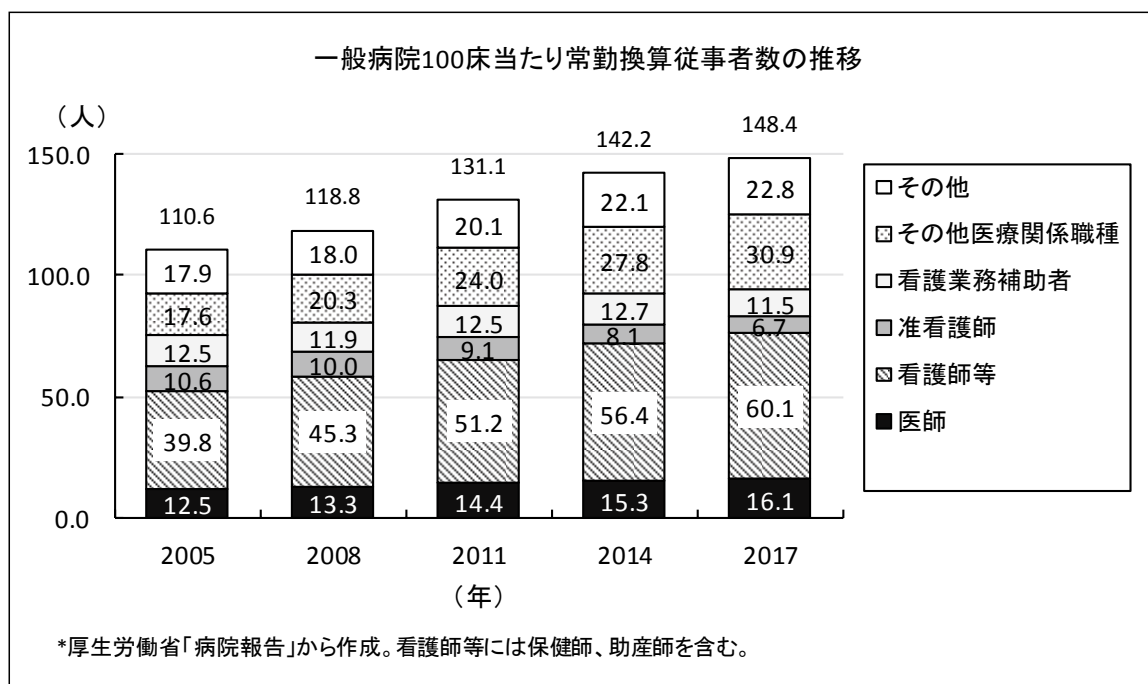


(3) 給与費

中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査」では、一般病院、精神科病院の損益差額率はそれぞれ過去3回の調査中2回で低下している⁴。収益性低下の背景に給与費（人件費）比率の上昇がある。給与費上昇要因のひとつは医療関係職種の増加である（図表2-2-5-8）。診療所でも特に有床診療所の理学療法士が増加している（図表2-2-5-9）。

現在の診療報酬には、こうした医療関係職種の増加やチーム医療の現実が反映されていない可能性がある。その上、今後はさらに人材確保が難しくなり、給与費（人材派遣事業者の紹介手数料も含めて⁵）も委託費も上昇すると予測される。医療関係職種の給与について、国の十分な支援が求められる⁶。

図表2-2-5-8



4 中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査」は第19回調査（2013年実施）から本格的に直近2事業年度調査を採用した。各医療機関に前年、前々年度（たとえば第19回調査では2012年度、2011年度）の損益状況等を調査しており、その分は定点調査である。

5 2019年に厚生労働省職業安定局が人材紹介事業者の調査を実施予定。

6 介護人材はこれまでも介護報酬以外の国費で処遇改善が行われてきたが、さらに経験・技能のある介護職員（勤続10年以上の介護福祉士）について月額8万円以上または全産業平均賃金（年収440万円）以上確保できるよう国の予算措置が講じられた。この結果、介護職員の給与は看護師給与に近い水準になる。財務省「平成31年度社会保障関係予算のポイント」（2018年12月）。

看護師1人当たり年収は、「賃金構造基本統計調査」では478万円（2017年）、「医療経済実態調査」では准看護師を含む看護職員平均で455万円（2016年・医療法人）。

図表2-2-5-9

診療所 1 施設当たり常勤換算従事者数

(人)

		2005	2008	2011※	2014	2017
有床	医師	1.5	1.6	1.7	1.9	1.7
	看護師	1.7	2.2	2.6	3.4	3.7
	准看護師	3.0	2.8	2.8	3.1	2.7
	看護補助者	1.1	1.2	1.3	1.2	1.0
	理学療法士	0.1	0.2	0.3	0.4	0.4
	その他	5.5	5.9	6.4	6.3	5.5
	うち事務職員	2.7	2.9	3.1	3.0	2.6
	計	13.0	13.9	15.1	16.2	15.0
無床	医師	1.1	1.1	1.2	1.2	1.3
	看護師	0.7	0.8	0.9	1.0	1.3
	准看護師	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7
	看護補助者	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
	介護福祉士	0.2	0.3	0.3	0.1	0.1
	その他	2.9	3.1	3.3	2.7	2.7
	うち事務職員	1.8	1.9	2.0	1.7	1.6
	計	5.9	6.2	6.5	5.9	6.3

※)2011年は宮城県の石巻医療圏および気仙沼医療圏、福島県を含まない。

*厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」から作成。看護師には助産師、保健師を含む。

(4) 公的保険外収入

経済産業省は、2025年のヘルスケア産業を33.0兆円と推計している（図表2-2-5-10）⁷。このうち、健康保持・増進に働きかけるもの（サプリメント・健康食品、OTC、ヘルスツーリズム、フィットネスなど）が12.5兆円である。

他方、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省が公的保険下の医療給付費を推計している⁸。これによると医療給付費は2018年度39.2兆円、2025年度49.3兆円（成長実現ケース〈計画ベース〉）である。この医療給付費に比べると、ヘルスケア産業市場はきわめて大きな市場ではない。

しかし、ヘルスケア産業には、さまざまな業種が節度なく参入してくることが予想される。人々が広告宣伝に煽られたり、利便性を優先したりして、ヘルスケアサービスを利用し、受診を後回しにするおそれがある。その結果、医療本体が侵食されれば国民の健康も害される。

図表2-2-5-10

ヘルスケア産業の市場規模

	(兆円)		
	2016	2025	2030
ヘルスケア産業	24.9	33.0	40.5
健康保持・増進に働きかけるもの	9.2	12.5	15.5
(再掲) サプリメント・健康食品、OTC・医薬部外品	3.2	4.2	—
(再掲) フィットネスクラブ、トレーニングマシン等	0.7	1.6	—
患者／要支援・要介護者の生活を支援するもの	15.7	20.6	25.0
(再掲) 第三分野保険料	7.2	9.4	—
(再掲) 要支援・要介護商品・サービス	8.4	10.9	—

「一」記載なし

*日本総合研究所「平成 29年度健康寿命延伸産業創出推進事業調査報告書」(2018年3月)から抜粋して作成
http://www.meti.go.jp/medi_lib/report/H29FY/000240.pdf

現在、国のグレーゾーン活用制度を利用して、医師からの指導・助言に従い、フィットネスクラブで運動指導を行うことの適法性が確認されている。

7 経済産業省・厚生労働省「予防や健康増進に資する保険外サービスの活性化」2018年4月13日 未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合資料。

当会議に提出しているのは2026年の予測値。この出典は、日本総合研究所「平成 29年度健康寿命延伸産業創出推進事業調査報告書」474～493頁、2018年3月

http://www.meti.go.jp/medi_lib/report/H29FY/000240.pdf

8 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」2018年5月21日

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000207399.pdf>

介護予防プログラムを病院外施設で有料提供する事業やドラッグストアでの体操教室なども始まっている⁹。公的保険外サービスはきわめて大きな市場ではないが、医師が地域のさまざまな公的保険外サービスに関与し（たとえば健康スポーツ医とフィットネス、かかりつけ医と健康相談）、医療への適切な受診の橋渡しを行うことが期待される。また、行政によるさまざまなヘルスケア事業者の交通整理も必要である。

9 「第9回新事業創出WG事務局説明資料②（アクションプラン2017の進捗状況について）」2018年4月11日

http://www.meti.go.jp/committee/kenkyukai/shoujo/jisedai_healthcare/sinjigyo_wg/pdf/009_03_00.pdf

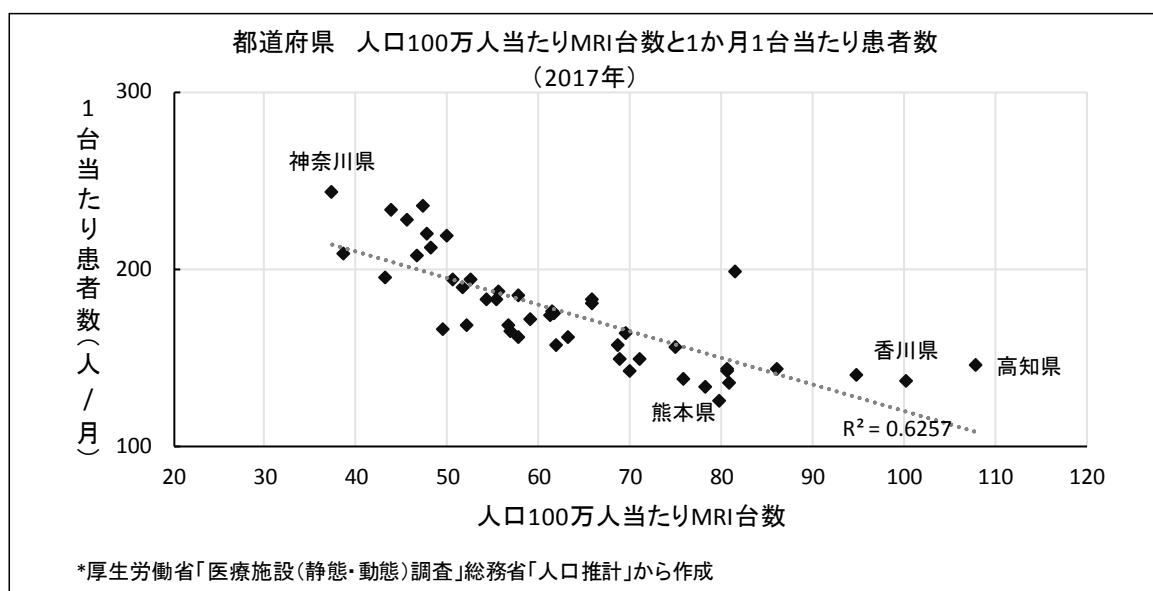
(5) 設備投資

2019年度の税制改正で、CT、MRIの特別償却制度の対象は、① 既存機器の買い替えについては有効利用率が一定以上であること、② 新規は共同利用を行う前提であること、③ それ以外の場合には地域医療構想調整会議で認められたものに限定されることになった。

MRIを例に挙げると、人口当たりのMRI台数が多い都道府県では、1台当たり患者数（稼働率）が少ない（図表2-2-5-11）。非稼働分の診療報酬は請求されず医療費は発生しない。しかし全国的に稼働率が低い状況になると、「医療経済実態調査」の結果（平均値）が赤字になり、医療機関経営が苦しいとして診療報酬改定での是正（プラス改定）要請につながりかねない（現実的にはさまざまな要素を勘案して改定が行われるが）。したがって、今後設備の適正配置を求める税制その他の施策が強化されることが予想される。

税制にかかわらず、需要が縮小する中であっては投資の前倒し回収がきわめて重要である。医療機器については稼働率の計画を慎重に見込み、キャッシュ・フローやROI（Return On Investment, 投資利益率）¹⁰を理解して投資を進める必要がある。

図表2-2-5-11



¹⁰ ROI = 利益 ÷ 投資額 × 100 (%)

病院全体の投資のみならず、ある設備を投資してその設備がどのくらいプラスの利益を生み出すかといった個別の投資判断にも有効。

6. 病床機能の分化・連携（地域医療構想）

（1）公立・公的医療機関の改革プランの位置づけ

地域医療構想は、当該構想区域において不足している病床機能を充足する仕組みである。2025年度の病床数の必要量を見つつ、各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を通じて、病床機能が次第に収れんされていくことを目指している¹。2016年度末までにすべての都道府県で地域医療構想が策定された。

公立病院は「新改革プラン」²を、公的医療機関等は「公的医療機関等2025プラン」³を策定している。公立・公的医療機関等のいずれも、当該病院のプランと地域医療構想調整会議の協議との間に齟齬が生じた場合には、当該病院のプランを修正する。

民間医療機関にはプランの作成は求められていないが、病床機能の大きな転換がある場合には、今後の事業計画を策定し、調整会議の俎上に載せる必要がある。また、病床がすべて稼働していない病棟を有する医療機関、新たな病床を整備する予定の医療機関、開設者を変更する医療機関も、調整会議への参加が求められる⁴。

1 「地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により、収れんを次第に促していく」地域医療構想策定ガイドライン26頁

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000088510.pdf>

2 「新公立病院改革ガイドライン」2015年3月31日付総務省自治財政局長通知

http://www.soumu.go.jp/main_content/000350493.pdf

3 「地域医療構想を踏まえた『公的医療機関等2025プラン』策定について（依頼）」2017年8月4日 厚生労働省医政局長

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000191733.pdf>

4 「地域医療構想の進め方について」2018年2月7日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000196004.pdf>

「新公立病院改革ガイドライン」(抄)

今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある。

新改革プラン策定後に、地域医療構想の達成を推進するために行う関係者との協議の場(以下「地域医療構想調整会議」という。)の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」策定について(依頼)」(抄)

「公的医療機関等2025プラン」を策定するとともに、地域医療構想調整会議に提示し、具体的な議論を進めていただくようお願いします。また、策定したプランについては、地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には見直しを行うなど、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性を図っていただくようお願いします。

【公的医療機関等2025プランの対象医療機関】

- 公的医療機関 (都道府県、市町村等を除く※)：日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合

※都道府県、市町村等の公立病院は「新改革プラン」を作成

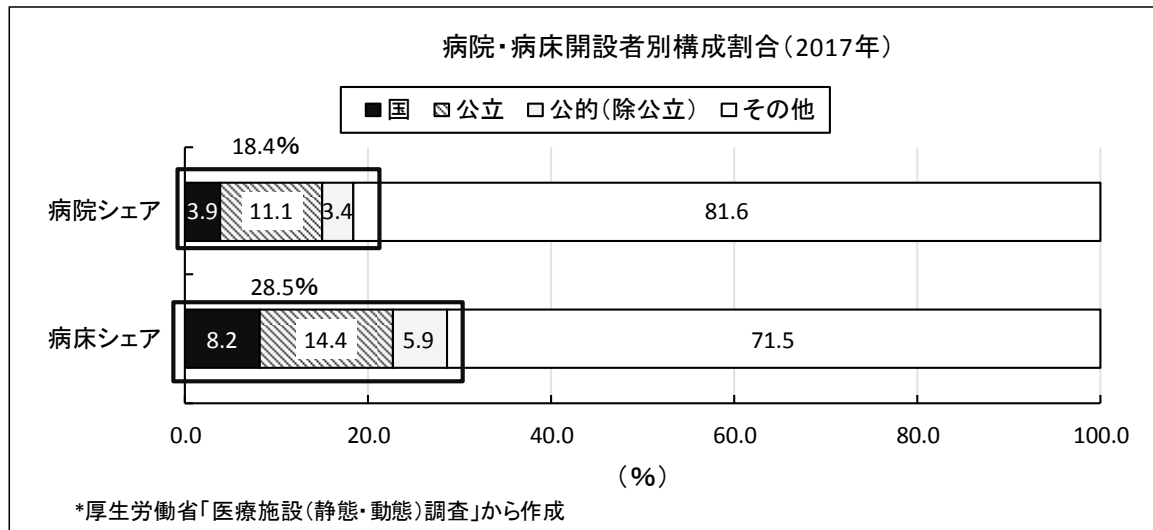
- 国所管：独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人地域医療機能推進機構
- その他：国家公務員共済組合連合会、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合、国立大学法人、特定機能病院、地域医療支援病院

(2) 民間と公立・公的医療機関等の競合

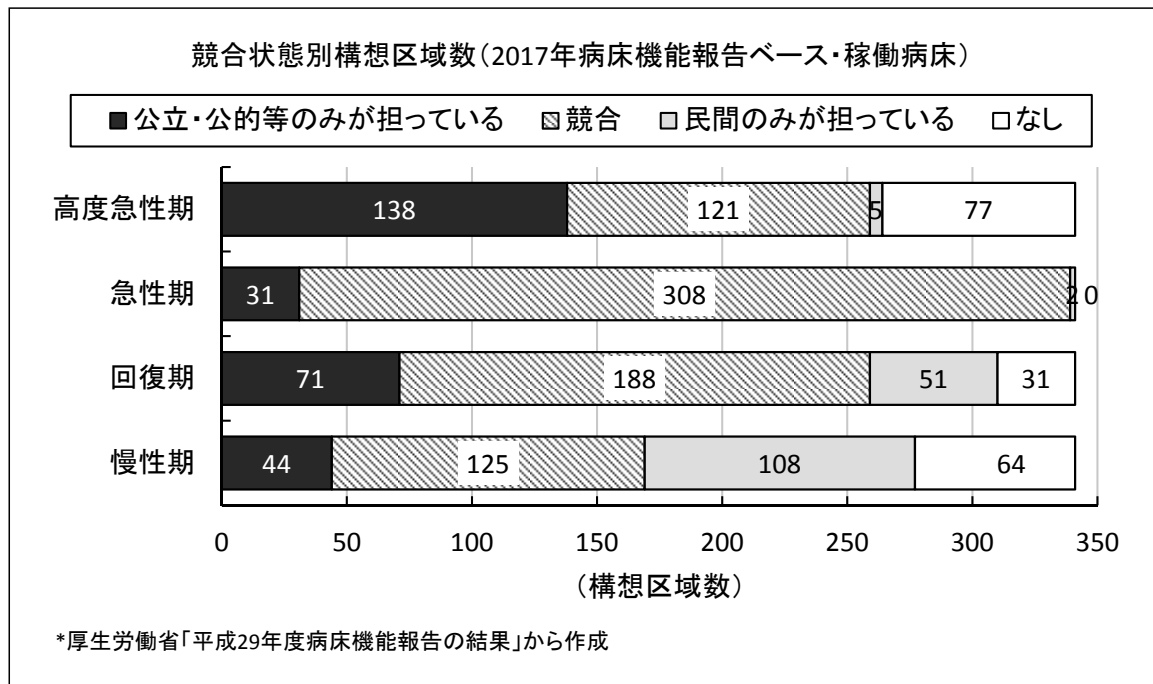
公立・公的医療機関の病院シェアは18.4%、病床シェアは28.5%である（図表2-2-6-1）。

高度急性期は公立・公的医療機関等⁵しか担っていない区域が約4割あるが、急性期では構想区域の約9割で民間と公立・公的等が競合している（図表2-2-6-2）。

図表2-2-6-1



図表2-2-6-2

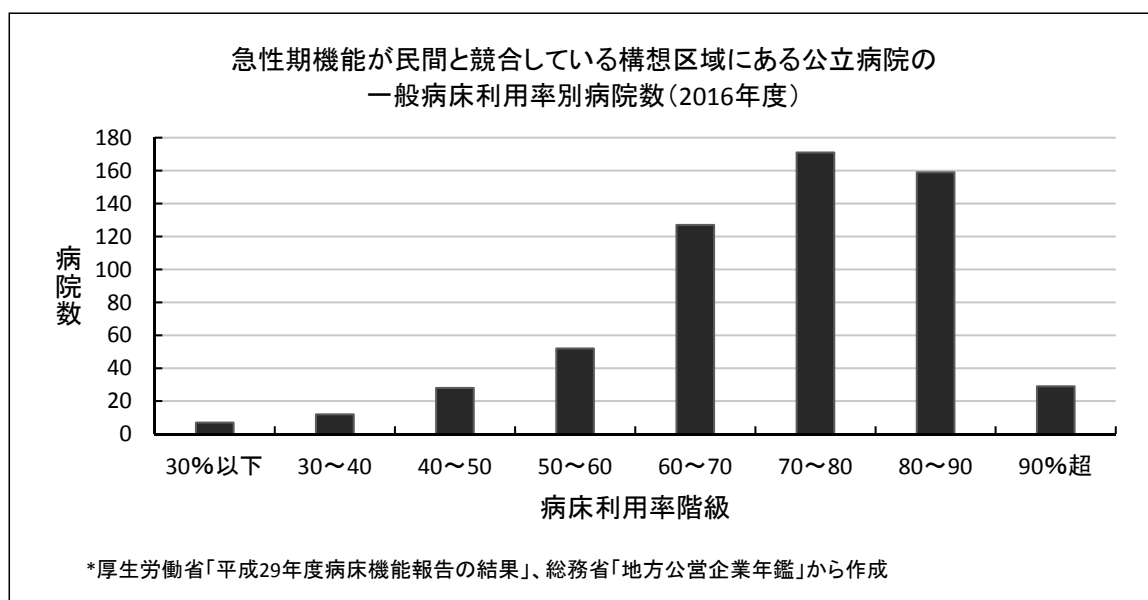


5 「新改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」策定対象病院

地域医療構想では、民間医療機関しか機能を担っていない場合には、民間医療機関がそのまま対応する。公立・公的医療機関等しか機能を担っていない場合には、当該公立・公的医療機関等のプラン内容を開示し、民間および他の公立・公的等から意見表明がなければ、そのまま当該医療機関が対応することになる。

民間と公立・公的等が競合している場合には、地域医療構想調整会議での協議になる。その際、病床稼働率がひとつの指標になる。公立病院の一般病床を例にとると、構想区域内で民間と競合している病院のうち1割近くが病床利用率50%未満である（図表2-2-6-3）⁶。

図表2-2-6-3



6 データの制約から病院平均値で計算したが実際には病棟ごとの判断になる

個別の機能の確認も重要である。一例として全身麻酔を挙げると、公立・公的等しか実施していない区域が約2割あり（図表2-2-6-4）、この区域では民間が新たに実施しない限り公立・公的等の機能を維持する必要がある。このほかの機能についても丁寧に確認していく必要がある。

図表2-2-6-4

全身麻酔の実施状況別構想区域数

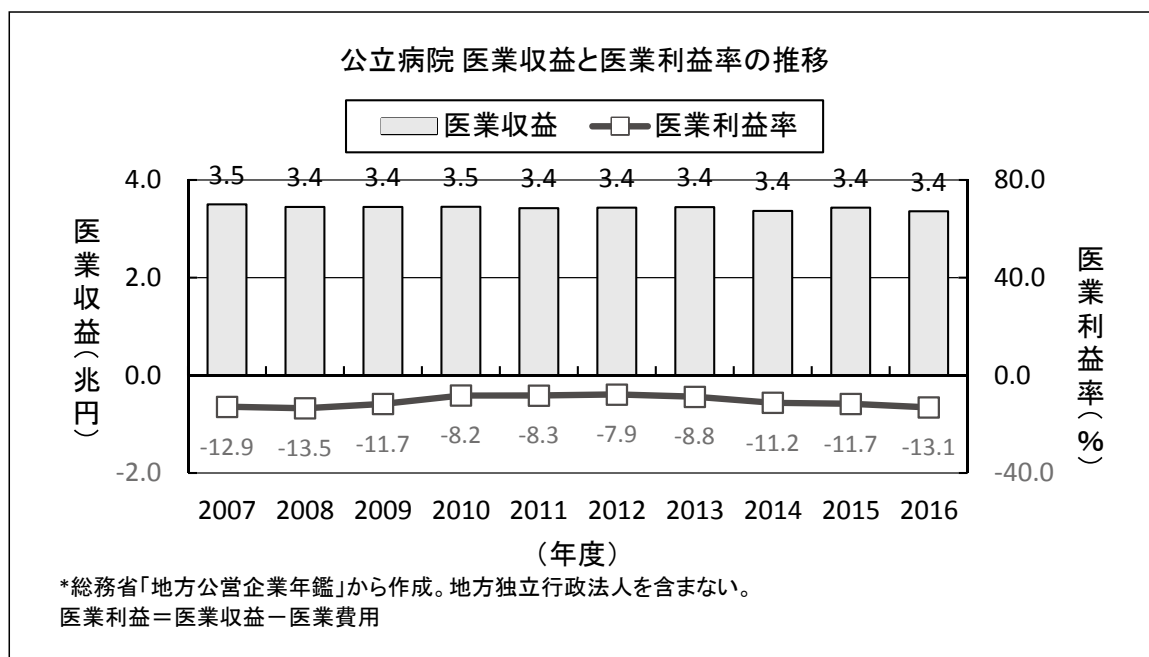
	民間が実施している	民間が実施していない	計
公立・公的等が実施している	269	65	334
公立・公的等が実施していない	6	1	7
計	275	66	341

厚生労働省「平成29年度病床機能報告の結果」から作成

(3) 公立・公的医療機関の経営状況

公立、国立、公的の一部について経営概況を例示すると、いずれも2010年度に収益が改善したが（急性期入院医療に手厚い診療報酬改定であった）、その後の収益性は悪化傾向にあるということである（図表2-2-6-5、図表2-2-6-6、図表2-2-6-7）。

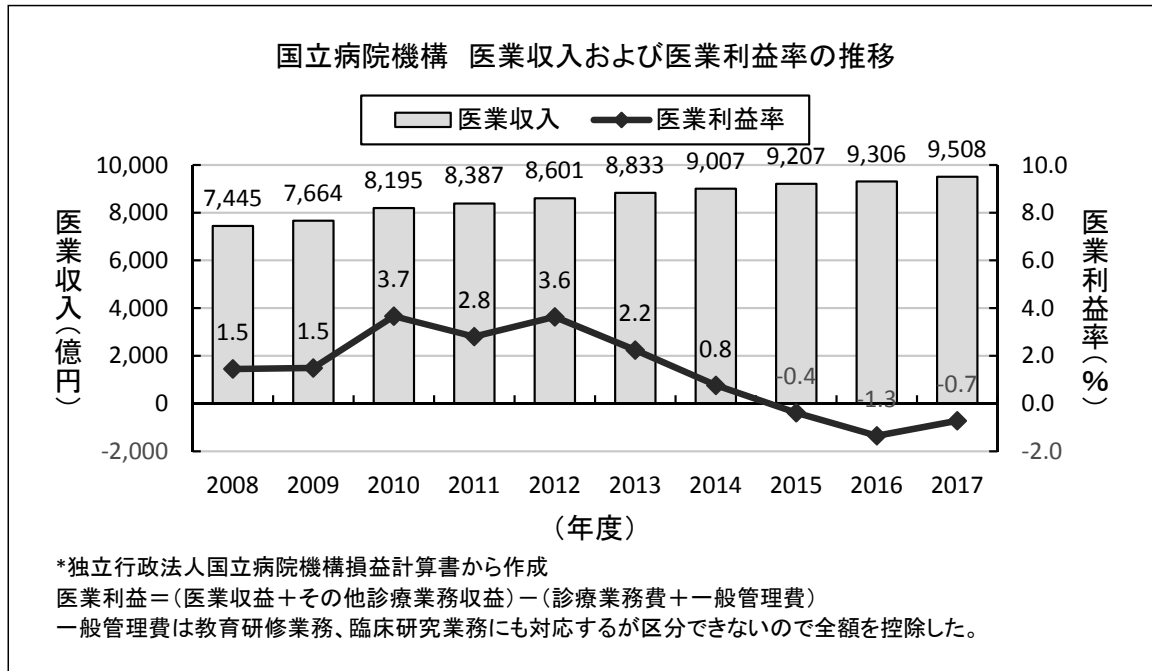
図表2-2-6-5



※) 医業利益は他会計負担金を含まずに計算。ただし、診療等の対価として一般会計から支払われるもの（救急医療、集団検診等）は医業収益に含んで医業利益を計算。

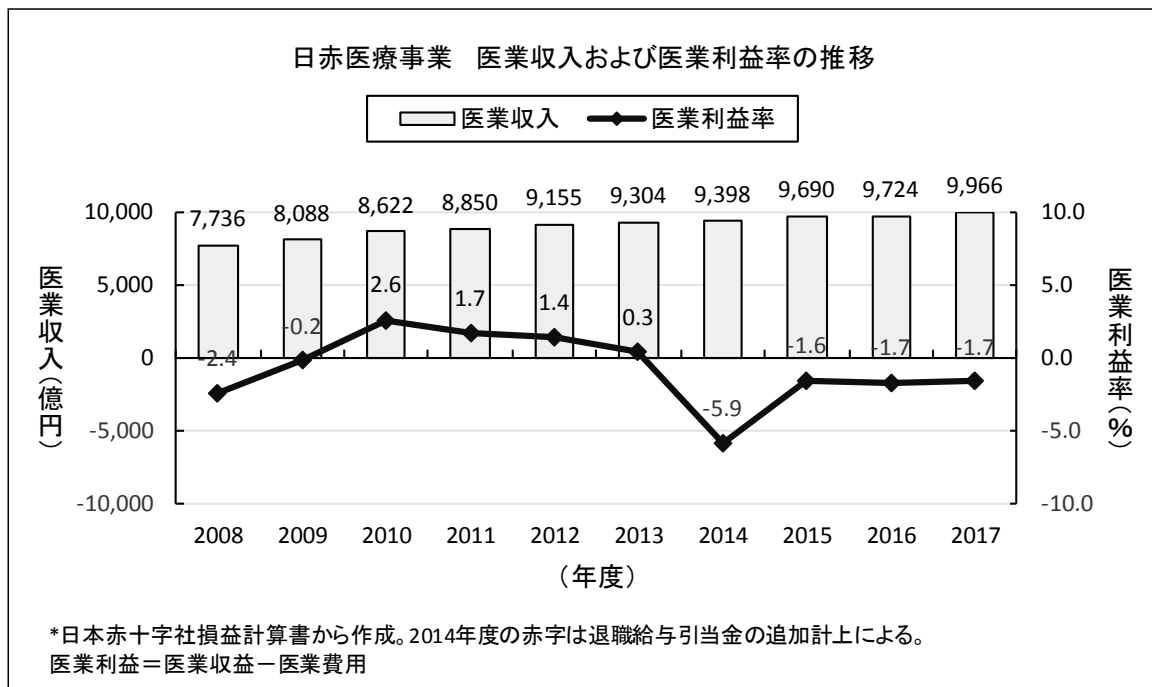
- 他会計負担金（医業外収益）：病院建設、へき地医療、不採算医療、結核医療、精神医療、周産期医療、小児医療、リハビリテーション医療、高度医療、看護師（准看護師）養成所の経費に対するもの。

図表2-2-6-6



※) 補助金等収益および資産見返運営費交付金戻入を含まずに医業利益を計算。

図表2-2-6-7



図表2-2-6-8

公立病院の損益計算書

(億円)

	2015	2016	摘要
1. 総収益	40,542	39,790	
(1) 経常収益	40,108	39,364	
医業収益①	34,337	33,598	
入院収益	21,954	21,491	
外来収益	10,179	9,905	
その他医業収益	2,203	2,202	
他会計負担金	1,097	1,102	法17条の2第1項第1号(除看護師養成所)救急医療に要する経費、保健衛生に要する経費(集団検診、医療相談等)
室料差額収益	325	312	
公衆衛生活動収益	236	240	
医療相談収益	177	172	
その他	370	375	
医業外収益	5,772	5,766	
(再掲) 国庫補助金	58	53	
(再掲) 都道府県補助金	118	114	地域医療再生基金を活用した補助金等
(再掲) 他会計補助金	1,090	1,064	法17条の3(災害対策、経営改革、医師確保など)
(再掲) 他会計負担金	2,636	2,679	法17条の2第1項第2号経費(病院建設、へき地医療、不採算医療、結核医療、精神医療、周産期医療、小児医療、リハビリテーション医療、高度医療など)および看護師(准看護師)養成所
(再掲) 資本費繰入収益	91	99	建設改良費に充てた企業債に係る元金償還金に対し、一般会計から繰入を行う場合で、当該繰入金を長期前受金に計上することなく当該年度に収益計上した額
(2) 特別利益	433	425	
(再掲) 他会計繰入金	153	93	
2. 総費用	41,244	40,765	
(1) 経常費用	40,656	40,213	
医業費用②	38,346	38,014	
職員給与費	18,723	18,858	
材料費	8,270	8,021	
経費	7,995	7,773	
減価償却費	3,100	3,115	
資産減耗費	97	86	
研究研修費	161	162	
医業外費用	2,310	2,199	
(2) 特別損失	588	552	
3. 経常利益	575	418	黒字病院の経常収益-経常費用
4. 経常損失	1,123	1,267	赤字病院の経常費用-経常収益
5. 純利益	605	455	黒字病院の総収益-総費用
6. 純損失	1,307	1,430	赤字病院の総費用-総収益

*総務省「地方公営企業年鑑」「地方公営企業決算状況調査表作成要領」から作成。「法」は地方公営企業法。

(再掲)本稿での医業利益率の計算

(億円)

	2015	2016	摘要
医業収益①	34,337	33,598	
医業費用②	38,346	38,014	
医業利益①-②	-4,009	-4,416	
医業利益率(%)	-11.7	-13.1	$(①-②) \div ① \times 100(\%)$

図表2-2-6-9

国立病院の損益計算書

(億円)

	2013	2014	2015	2016	2017
I 診療業務収益	8,874	9,053	9,251	9,353	9,552
医業収益 ①	8,781	8,959	9,157	9,255	9,454
(再掲)入院診療収益	7,002	7,097	7,170	7,186	7,317
(再掲)外来診療収益	1,607	120	1,802	1,884	1,946
資産見返運営費交付金戻入	5	4	2	1	0
補助金等収益	34	38	39	44	42
寄附金収益	3	3	2	2	2
資産見返物品受贈額戻入	0	0	0	0	0
施設費収益	0	0	0	0	0
その他診療業務収益 ②	52	48	51	51	54
II 教育研修業務収益	51	51	52	54	54
(再掲)運営費交付金	6	6	1	2	2
(再掲)補助金等収益	0	0	5	6	6
III 臨床研究業務収益	107	113	124	122	108
(再掲)運営費交付金収益	32	32	32	31	24
(再掲)補助金等収益	3	3	12	3	2
IV その他経常収益	228	177	137	138	139
経常収益	9,260	9,394	9,564	9,667	9,853
I 診療業務費 ③	8,357	8,662	9,112	9,302	9,446
給与費	4,445	4,612	4,932	5,021	5,098
材料費	2,134	2,214	2,343	2,404	2,449
委託費	420	431	446	476	498
設備関係費	944	991	1,004	1,027	1,024
(再掲)減価償却費	624	653	650	653	642
研究研修費	4	4	4	4	4
経費	410	409	383	369	374
II 教育研修業務費	78	78	80	82	80
III 臨床研究業務費	124	133	149	140	140
IV 一般管理費 ④	278	277	130	130	131
V その他経常費用	107	95	86	82	78
経常費用	8,944	9,245	9,557	9,735	9,874
経常利益	317	149	8	-68	-22

*独立行政法人国立病院機構「財務諸表」から作成

(再掲)本稿での医業利益率の計算

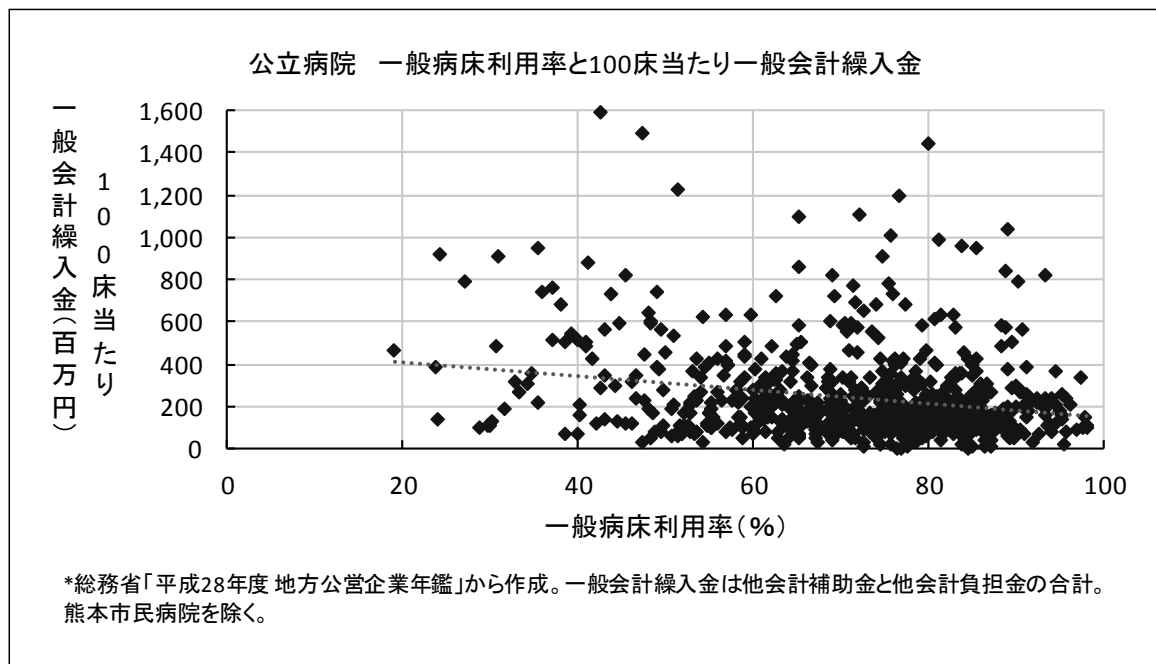
(億円)

	2013	2014	2015	2016	2017
医業収益 ①	8,781	8,959	9,157	9,255	9,454
その他の診療業務収益 ②	52	48	51	51	54
診療業務費 ③	8,357	8,662	9,112	9,302	9,446
一般管理費 ④ ※	278	277	130	130	131
医業利益((①+②)-(③+④))	198	69	-35	-125	-68
医業利益率(%)	2.2	0.8	-0.4	-1.3	-0.7

※)診療業務がほとんどであるので一般管理費を全額計上

公立病院に対する一般会計負担金等は5,000億円超である（図表2-2-6-11）。総額は減少しているが、1病院当たりおよび100床当たりの一般会計負担金等はむしろ増加傾向にある。病床利用率がきわめて低く、多額の繰入金が入入されている病院も散見される（図表2-2-6-10）。これらの病院は、地域の需要がない、あるいは地域住民から選択されていないにもかかわらず、地域住民が財政面で負担をしていることになる。病床機能のみならず、財政的支援の状況をも地域医療構想調整会議の俎上に載せ、かつ地域住民にも提示してその是非を問うべきである。公的財政支援なしで住民に選択されている病院が地域住民への貢献度が高い病院であり、その視点で見ると、自ずと収れん方向性が見えてくるだろう。

図表2-2-6-10



図表2-2-6-11

公立病院および独立行政法人への補助金等

勘定科目／補助金・負担金	2013	2014	2015	2016	2017
医業収益／他会計負担金	1,134	1,081	1,097	1,102	未公表 (2019年 2月時点)
医業外収益／国庫補助金	71	61	58	53	
医業外収益／都道府県補助金	126	113	118	114	
医業外収益／他会計補助金 ※	1,117	1,109	1,090	1,064	
医業外収益／他会計負担金 ※	2,707	2,638	2,636	2,679	
医業外収益／資本費繰入収益	0	75	91	99	
特別利益／他会計負担金	226	453	153	93	
公立病院	5,383	5,530	5,244	5,204	
合計	5,666	5,775	5,457	5,410	

	2013	2014	2015	2016
1病院当たり	642	678	646	657
100床当たり	277	294	283	290

※当該自治体の一般会計等他会計

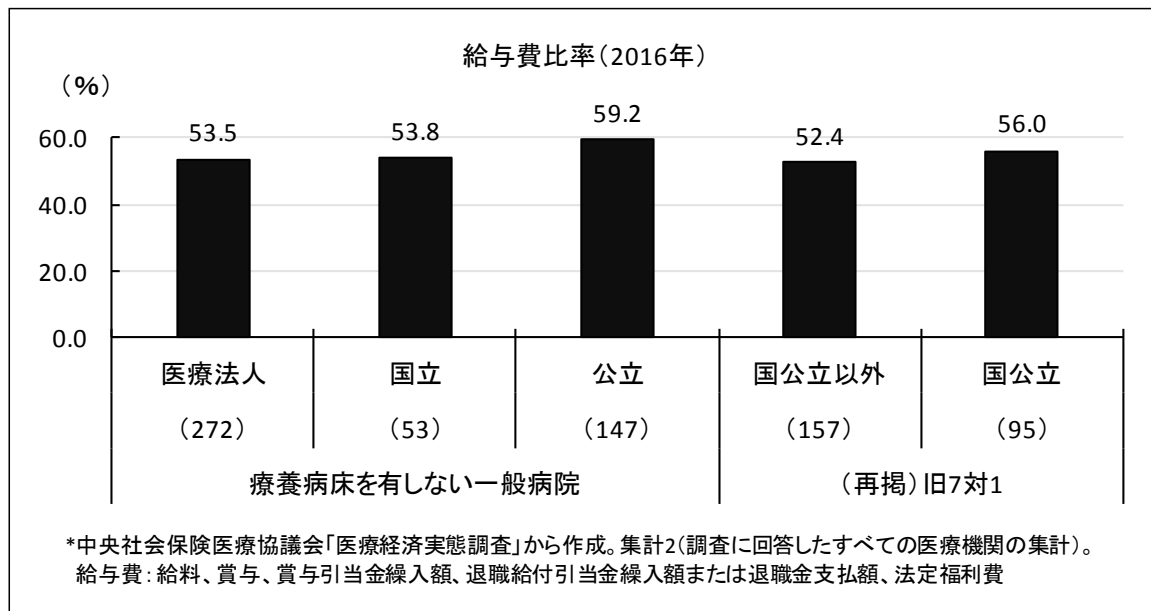
*各法人の財務諸表、総務省「地方公営企業年鑑」から作成

勘定科目／補助金・負担金	2013	2014	2015	2016	2017
診療業務収益／運営費交付金収益	5	4	2	1	0
診療業務収益／補助金等収益	34	38	39	44	42
教育研修業務収益／運営費交付金収益	6	6	1	2	2
教育研修業務収益／補助金等収益	0	0	5	6	6
臨床研究業務収益／運営費交付金収益	32	32	32	31	24
臨床研究業務収益／補助金等収益	3	3	12	3	2
その他経常収益／運営費交付金収益	194	143	102	102	102
その他経常収益／補助金等収益	0	0	0	2	3
国立病院	275	228	194	190	181
経常収益／運営費交付金収益	8.5	7.7	9.3	4.7	8.2
経常収益／補助金等収益	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
労災病院(労災病院、専門医療センターセグメント)	8	8	9	5	8
診療業務収益／補助金等収益	—	9.2	9.5	10.1	10.4
介護業務収益／補助金等収益	—	0.1	0.1	0.1	0.1
教育業務収益／補助金等収益	—	0.1	0.4	0.2	0.4
その他経常収益／補助金等収益	—	0.2	0.3	0.2	3.4
JCHO	—	9.5	10.3	10.7	14.4
国立・労災・JCHO計	283	245	213	206	204

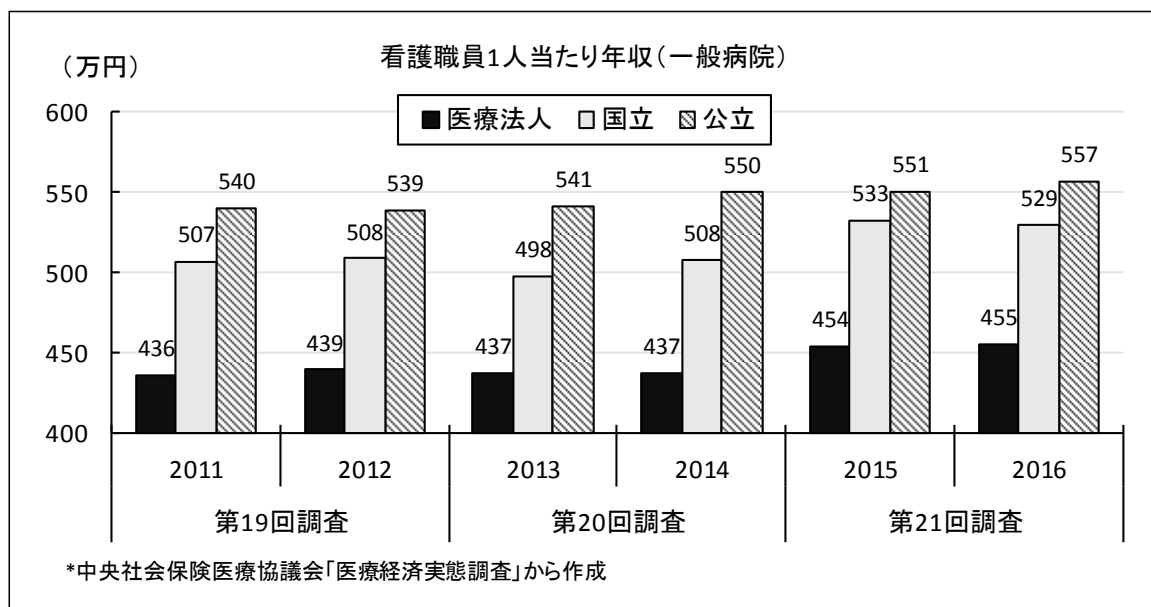
*各法人の財務諸表、総務省「地方公営企業年鑑」から作成

公立・公的医療機関の収益性悪化の背景には、給与費水準の高さもある（図表2-2-6-12）。職員数の多数を占める看護職員を例にとると、公立病院の看護職員給与は医療法人に比べて100万円程度高い（図表2-2-6-13）⁷。

図表2-2-6-12



図表2-2-6-13



7 中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査」は、第19回調査（2013年実施）から本格的に直近2事業年度調査を採用した。各医療機関に前年、前々年度（たとえば第19回調査では2012年度、2011年度）の損益状況等を調査しており、その分は定点調査である。

(4) 2025年のその先、2030年へ

病床の追加的整備に関して、医療法改正等により病床数の必要量等と病床の追加的整備との関係が明確化されている。

まず、病床非過剰（基準>既存）の医療圏であっても、2018年7月の法改正で⁸「許可 \geq 必要量」かつ「基準>必要量」の場合には、都道府県知事が新設、増床の許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができるようになった。

また、病床過剰地域であっても、将来「許可<必要量」となる場合には、毎年基準病床数を見直し、特例で基準病床数を引き上げることができるようになった^{9、10}。以上に即して集計すると、条件付も含め病床の新設、増床が可能な医療圏は51医療圏（15.2%）である¹¹。

しかし、2025年から2030年にかけても総人口が増加するかという視点を加えると、新設または増床可のうち人口増は3医療圏、条件付可のうち人口増は10医療圏に過ぎない¹²。この13医療圏のうち多くは首都圏およびその近郊である。現在、東京都では慢性期において東京都以外へ流出する動きがある¹³。都内の病床数が少ないためやむなく選択する場合だけでなく、自主的な選択もあり、その動きが拡大する可能性もある。

ほとんどの地域で医療需要は減衰している。病床のダウンサイジングを行う場合も、それで終わるのではなく、活用できる資源は有効活用（介護医療院をはじめとする介護サービス拠点への転換のみならず、一般住宅、健康および文化の拠点など）し、町の中心として生まれ変わっていくことを期待したい。

8 医療法及び医師法の一部を改正する法律 2018年7月18日成立 同月25日公布

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000349466.pdf>

9 医療法第30条の4第7項の特例。

10 「医療計画について」2017年3月31日厚生労働省医政局長通知（2017年7月31日一部改正）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159901.pdf>

11 厚生労働省の集計結果（2018年10月26日 厚生労働省地域医療構想に関するWG資料2-1 5頁）に同じ

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000375677.pdf>

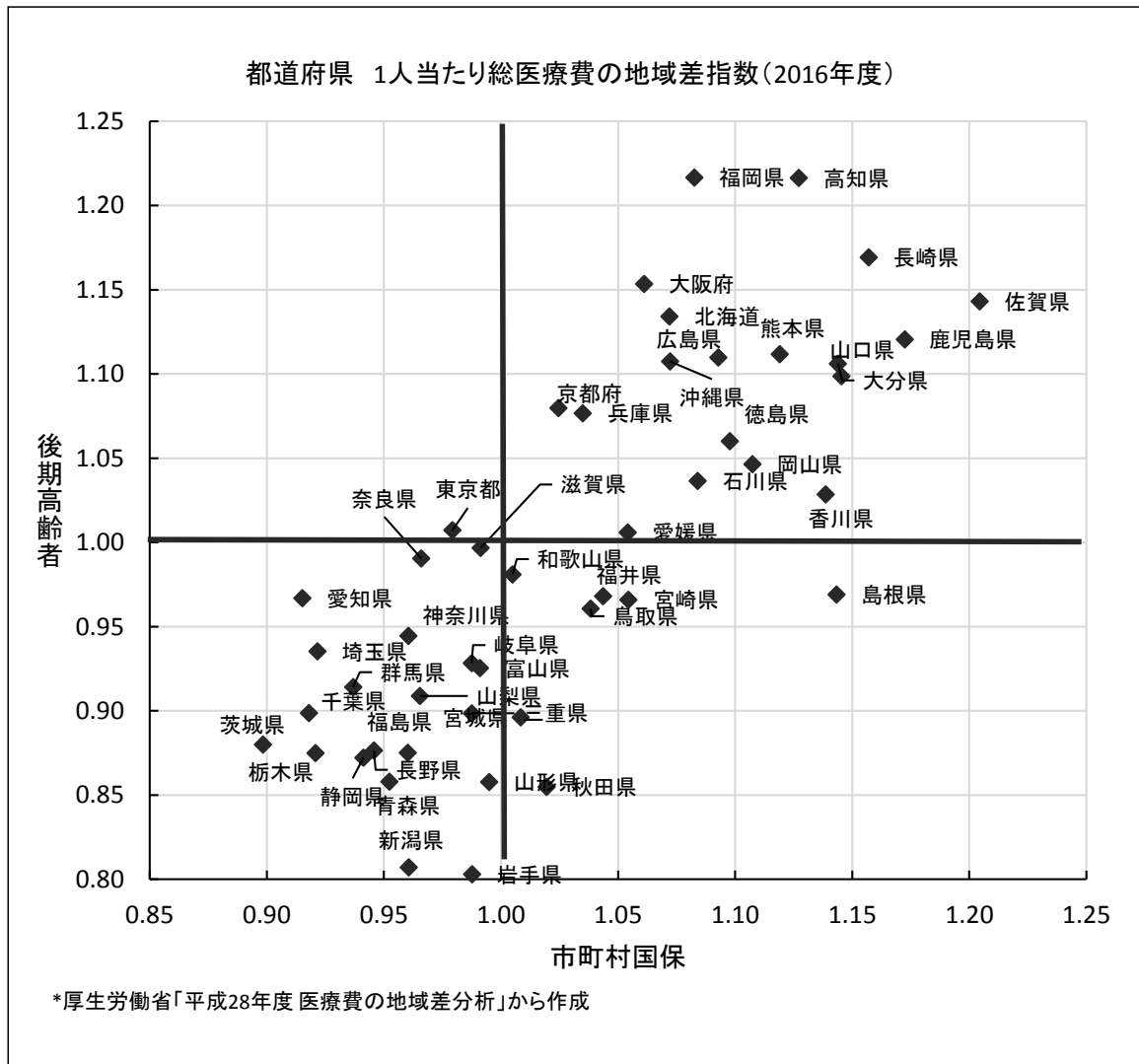
12 詳細は、前田由美子「基準病床数と病床数の必要量等の関係について」日医総研リサーチエッセイ No.67（2018年12月）参照。http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_662.html

13 東京都では慢性期において東京都以外への流出が1,729人分。

東京都「地域医療構想」より。病床数の必要量に換算されているので、正確には単位は「床」。

市町村国保と後期高齢者の1人当たり年齢調整後総医療費には、一定の相関がある（図表2-2-7-2、相関係数0.768）。しかし市町村国保の医療費は高いが、後期高齢者の医療費が低い県、その逆の県もあり、これらの県では市町村国保と後期高齢者とで対策が変わってくる。

図表2-2-7-2

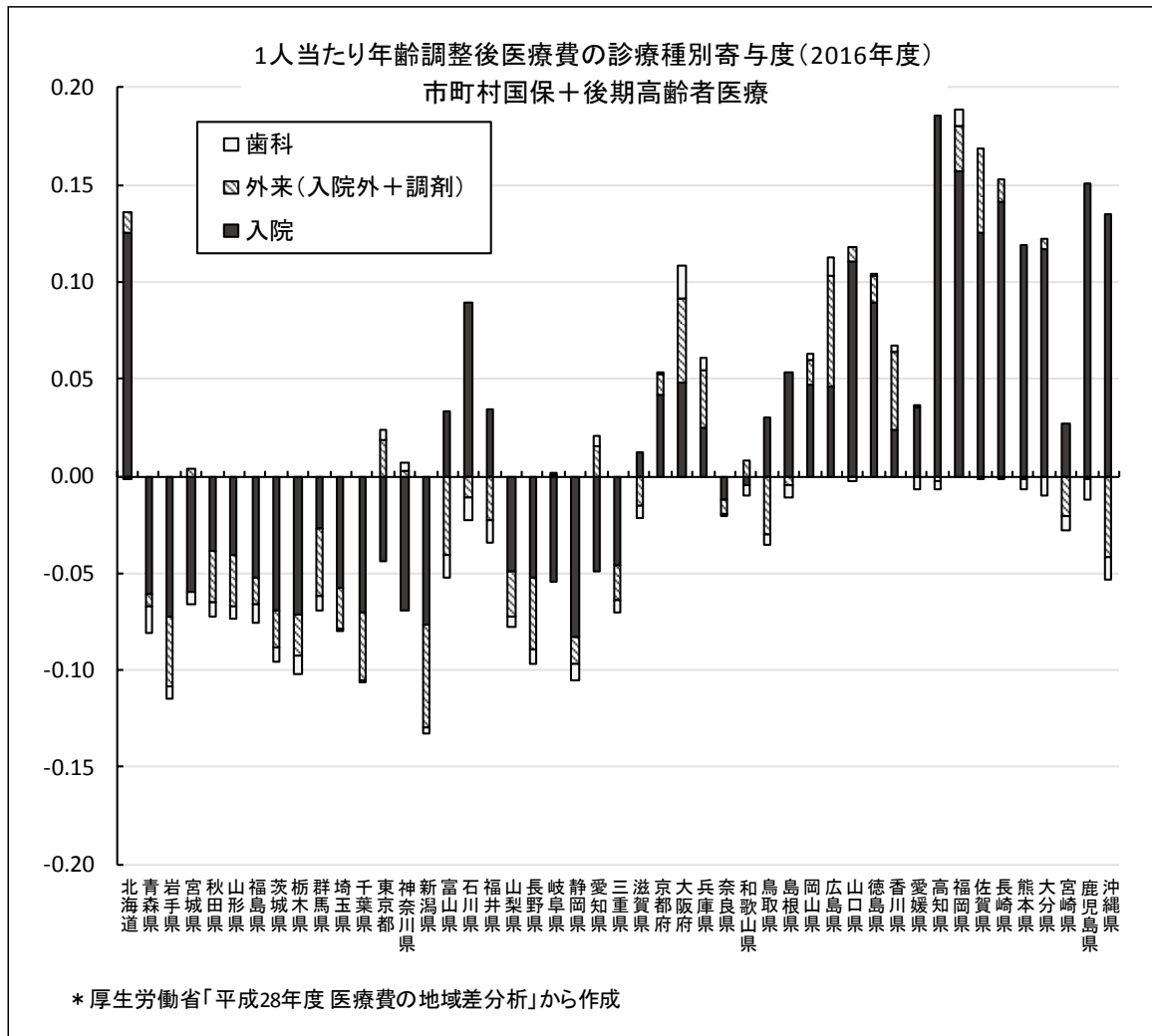


※地域差指数

= 1人当たり年齢調整後医療費 ÷ 全国平均の1人当たり医療費
 地域差指数は全国平均を1とする。

1人当たり年齢調整後医療費について、多くの県でプラス、マイナスとも入院の寄与が大きいのが、外来が寄与している県もある（図表2-2-7-3）。

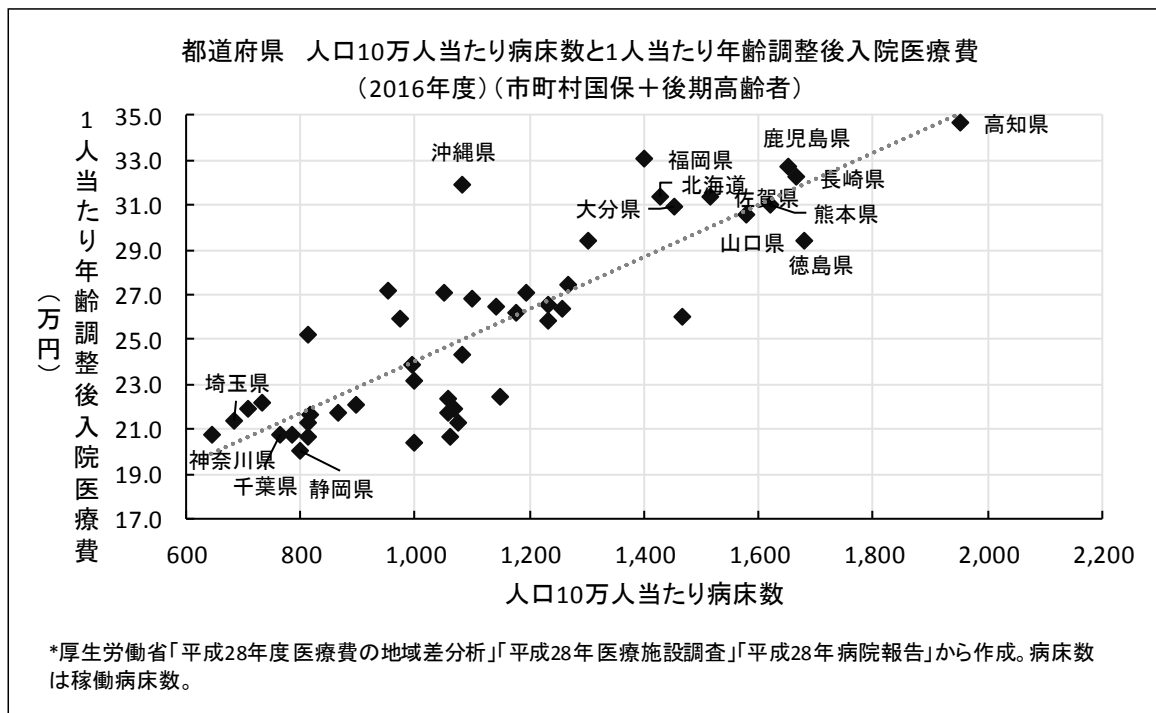
図表2-2-7-3



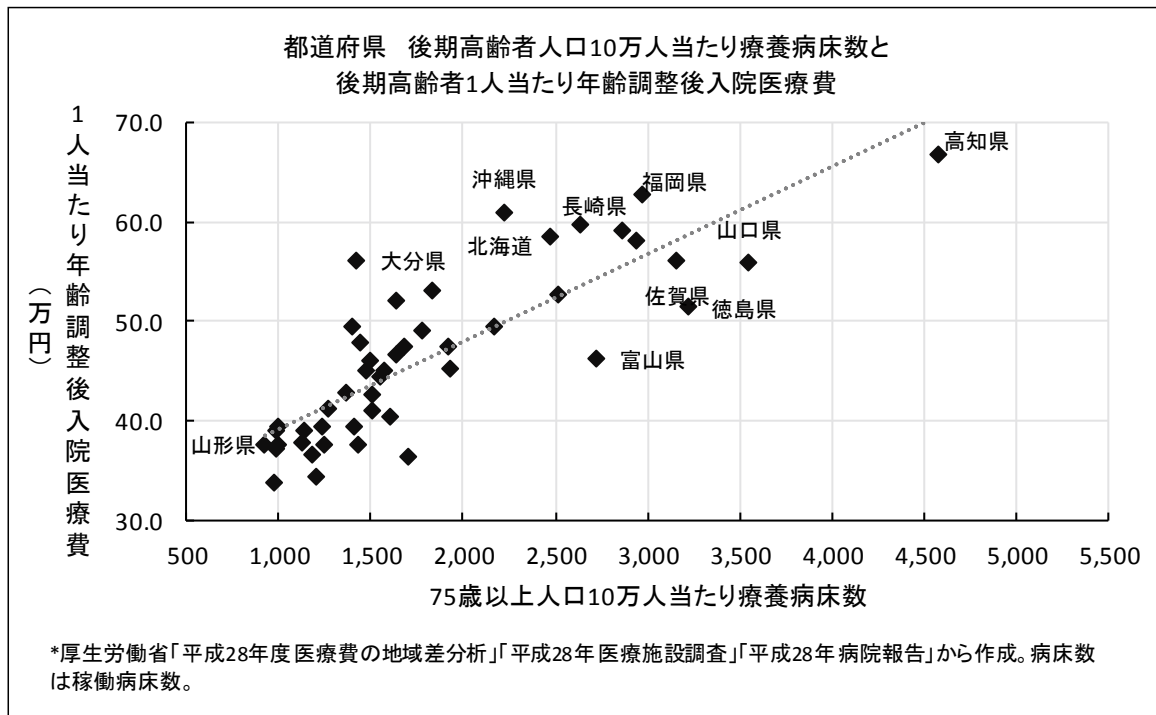
人口10万人当たり病床数と入院医療費には強い相関がある（図表2-2-7-4、相関係数0.848）。後期高齢者人口10万人当たり療養病床数と後期高齢者1人当たりの入院医療費にも強い相関がある（図表2-2-7-5、相関係数0.824）。しかしいずれも病床数は少ないが医療費の高い県、その逆の県があり、これらの県では病床数以外の要因分析が重要になる。

75歳以上人口10万人当たり療養病床数と特別養護老人ホーム定員数は弱い相関ではあるものの負の相関であり（相関係数-0.248）、療養病床が多い県で特養の整備が進んでいない県がある（図表2-2-7-6）。地域医療構想では療養病床入院受療率の地域差解消を目指しているが、各地域の介護施設の整備状況や在宅医療の対応可能性と一体で検討する必要がある。

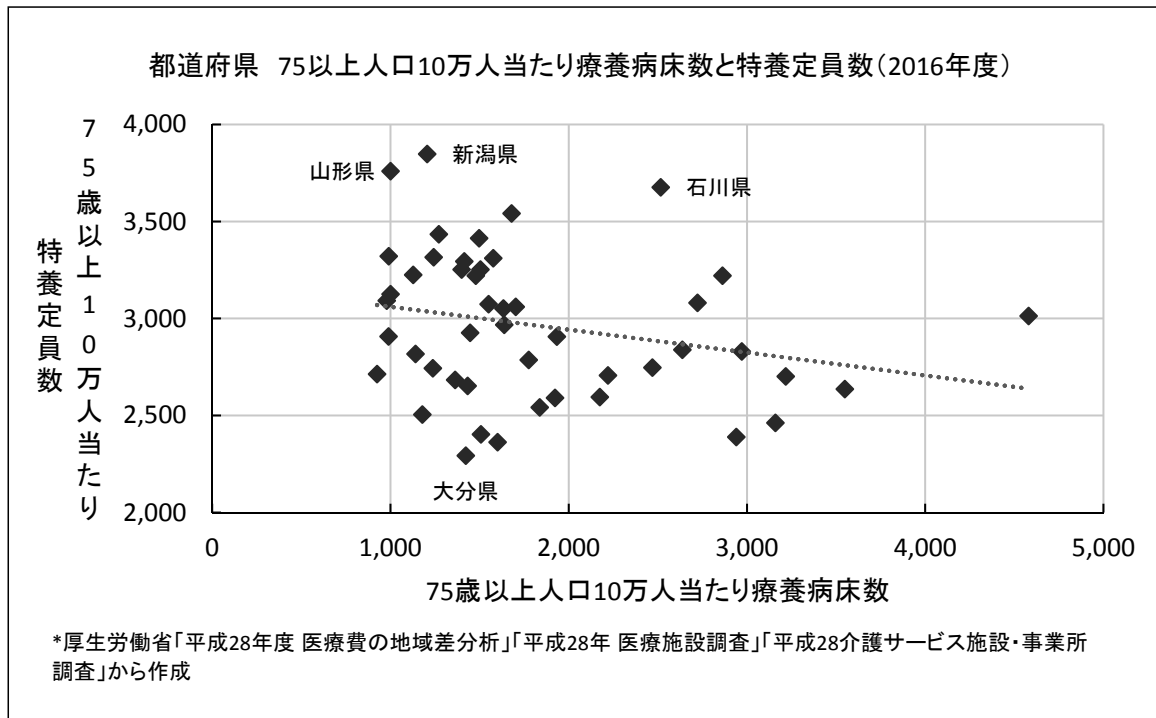
図表2-2-7-4



図表2-2-7-5



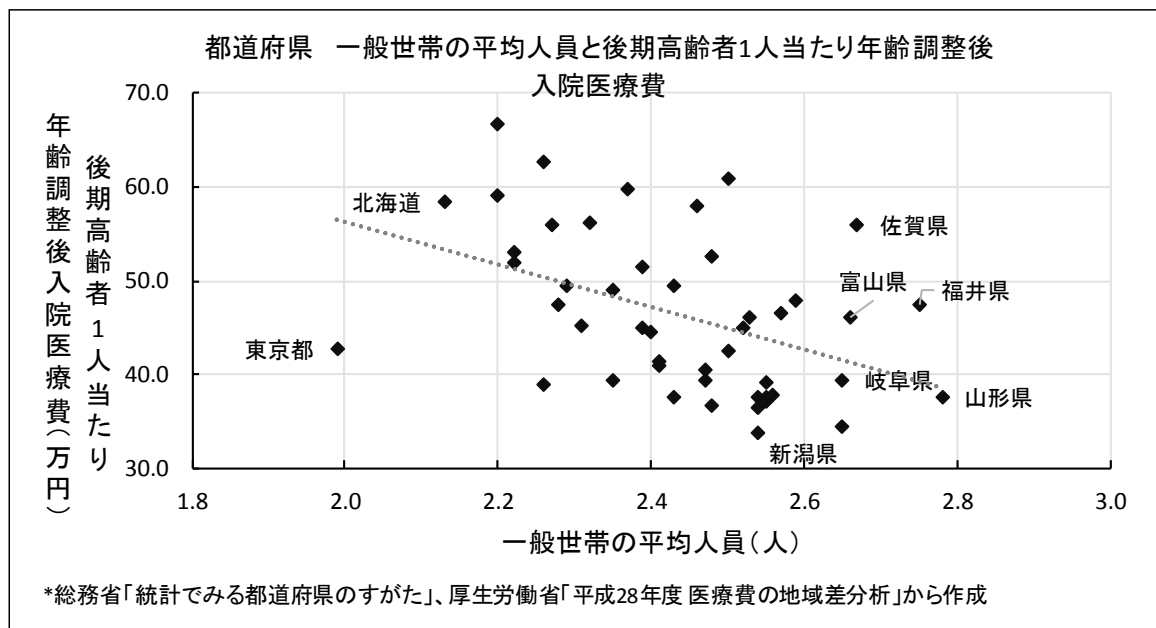
図表2-2-7-6



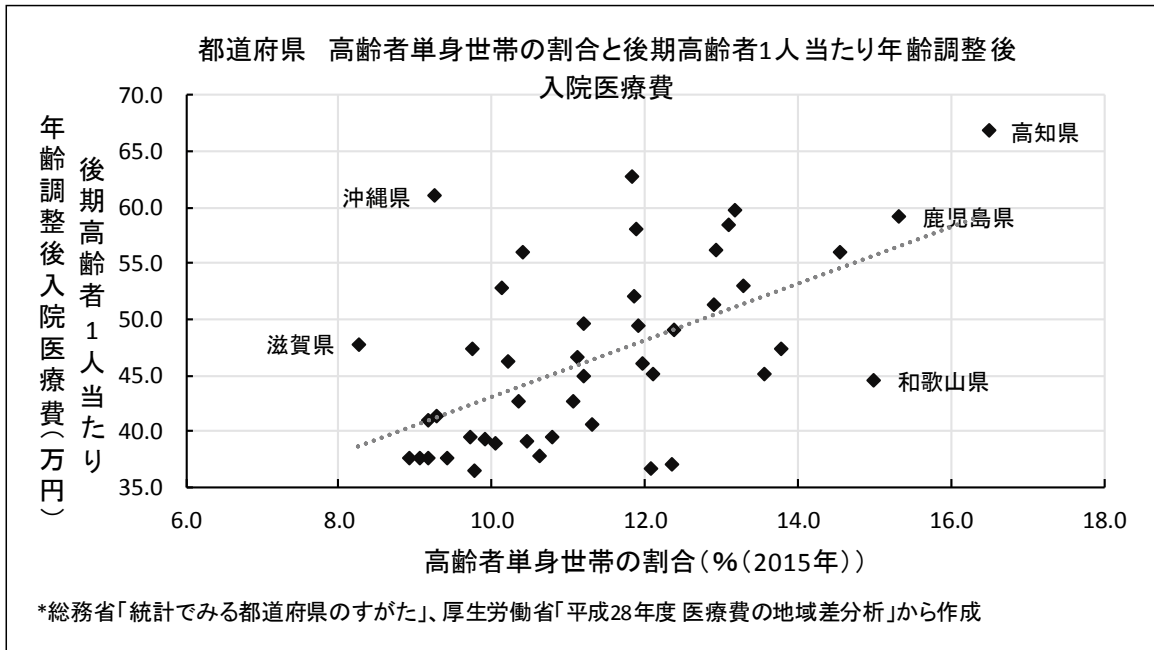
(2) 医療費と暮らし

一般世帯の平均人員と後期高齢者1人当たり年齢調整後入院医療費には負の相関があり(図表2-2-7-7、相関係数 -0.445)、高齢者単身世帯の割合と後期高齢者1人当たり年齢調整後入院医療費には正の相関がある(図表2-2-7-8、相関係数 0.556)。高齢者の入院医療費が住まい方とも関連していることを考慮するとともに、高齢者を孤独にしない町づくりも進めていきたい。

図表2-2-7-7



図表2-2-7-8



(3) 医療費適正化計画と都道府県別診療報酬

1) 医療費適正化計画の目標

医療費適正化計画には、全国医療費適正化計画（以下、全国計画）と都道府県医療費適正化計画（以下、都道府県計画）とがある。都道府県計画では、高齢者の医療の確保に関する法律（以下、高確法）第9条第3項にもとづき、「① 住民の健康の保持の推進に関し達成すべき目標」、「② 医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標」を立てる（図表2-2-7-9）²。

第2期医療費適正化計画は2017年度に終了した。この途中経過を見ると、「① 住民の健康の保持の推進に関する目標」のうち、特定健診実施率については目標70%に対して³、ほとんどの県で2015年度は40%超であり、到達率（目標に対する実施率の到達度）が60%を超えている（図表2-2-7-10）。

図表2-2-7-9

医療費適正化計画の取組目標		
	第2期(2013～2017年度)	第3期(2018～2023年度)
住民の健康の保持の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の実施率70%以上 ・特定保健指導の実施率45%以上 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率25%以上 ・たばこ対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の実施率70%以上 ・特定保健指導の実施率45%以上 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率25%以上 ・たばこ対策 ・予防接種 ・生活習慣病等の重症化予防(糖尿病の重症化予防の取組など) ・その他予防・健康づくりの推進(個人へのインセンティブの取組など)
医療の効率的な提供の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> ・平均在院日数の短縮 ・後発医薬品の使用促進に関する目標 	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の数量シェア80%以上 ・医薬品の適正使用の推進に関する目標(重複投薬、多剤投与の適正化)

2 全国計画でも健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標を立てる。

3 香川県は80.0%、北海道は69.0%、青森県は68.0%、奈良県、広島県、高知県、鹿児島県は65.0%。東京都は公表していない。

厚生労働省「第二期全国医療費適正化計画の進捗状況」より

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12403550-Hokenkyoku-Iryoukaigorenkeiseisaku/0000188599.pdf>

2) 都道府県別診療報酬

厚生労働大臣は、医療費適正化計画終了の翌年度に、全国計画と都道府県計画の実績に関して評価を行う。

都道府県医療費適正化計画は、まず都道府県が評価し、それを厚生労働大臣に報告する。その際、都道府県は保険者協議会で十分協議し評価することが重要である。

保険者協議会は、保険者協議会設置要領にもとづいて設置されるもので⁴「医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会などの関係団体との連携が不可欠」で、「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師・薬局や関係団体との連携・協力が不可欠」であることから、かかりつけ医等を代表する団体（医師会等）の参加を得て開催することが明確化されている。

医療費適正化計画の実績評価を行った結果（高確法第12条）、「② 医療の効率的な提供に関する目標」を達成するために必要があると認められたときにはじめて、高確法第14条にあるように「地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内」に限って、厚生労働大臣は中医協の諮問・答申を経た上で高確法第14条による都道府県別の診療報酬を定めることができる。

ただし高確法第14条は、医療費の適正化にむけて医療の効率的な提供の推進に関する目標が達成できないときの最終手段である。そこまで至らないよう、医師会も参加する保険者協議会で地域の実情に沿った医療費適正化計画を作成すること、医師会と保険者等が協力して計画の内容を実施すること、評価にあたって保険者協議会で議論を尽くすことが重要である。

4「保険者協議会開催要領」の一部改正について」2018年1月15日 厚生労働省保険局保険課長
国民健康保険課長、高齢者医療課長、医療介護連携政策課長
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000191422.pdf>

Ⅲ 国民の意識と地域医療体制

1. 医療に対する国民の意識

医療提供体制をはじめとする医療政策の今後の検討において、受け手である国民の医療に関する意識を確認することは極めて重要である。本章では、日医総研が2002年より実施している意識調査（「第6回日本の医療に関する意識調査¹」）をベースに、（1）かかりつけ医への国民の期待、（2）今の医療に対する国民の評価、（3）医療に対する今後の期待について、分析結果を示す。

（1）かかりつけ医への国民の期待

高齢化社会と医療技術革新の中でプライマリケアの役割が増加している。かかりつけ医の普及とかかりつけ医機能の強化は、わが国の今後の地域医療の充実と効果的な医療提供の実現に向けて重要な鍵となる。

健康のことを何でも相談でき、必要なときは専門の医療機関へ紹介してくれる、身近にいて頼りになるかかりつけ医²がいる割合は全体では55.9%であった。年齢が上がるに従ってかかりつけ医のいる人の割合が増加し、70歳以上では81.6%で約8割にのぼる（図表2-3-1-1）。

一方、現在、かかりつけ医はいないがかかりつけ医が欲しい、と考える人は全体の14.4%で、若年層の間で高い割合であった。全国の年齢階層別人口³に割合を掛け合わせて、かかりつけ医が欲しいと考えている20歳以上の人口を推計してみると、かかりつけ医を持ちたいと思っている国民は全国で約1,500万人にのぼる。

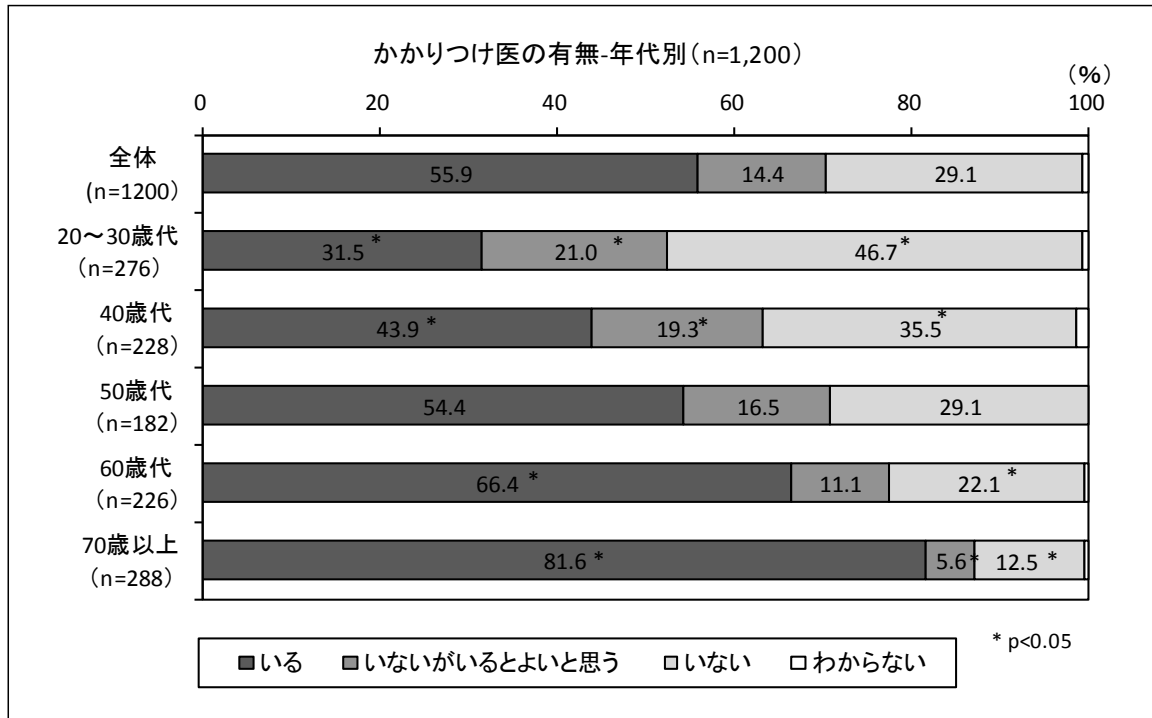
1 日医総研ワーキングペーパーNo.384 「第6回日本の医療に関する意識調査」江口成美 出口真弓 2017

第6回日本の医療に関する意識調査の調査概要は以下の通りである。対象は20歳以上の男女、電子住宅地図を用いた層化3段無作為抽出法により、全国の21大都市45地点、その他の市94地点、町村18地点の計157地点を対象地域とした。調査は面接員による個別面接聴取法で、回収数は1,200。

2 「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」（日本医師会・四病院団体協議会合同提言 2013）

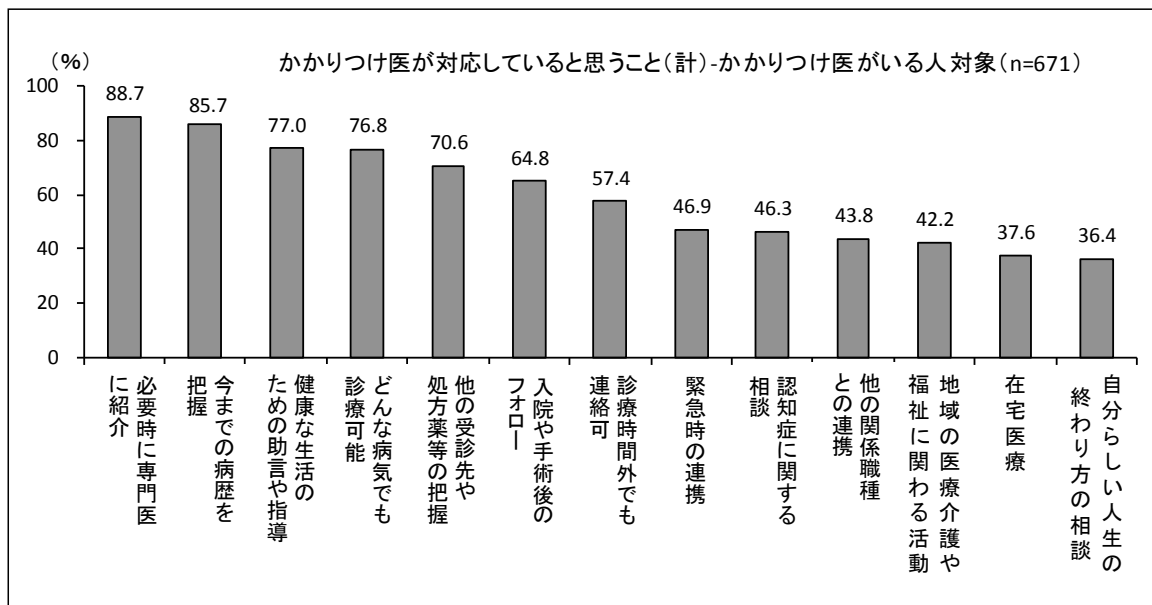
3 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 平成30年1月1日現在」

図表2-3-1-1 かかりつけ医の有無



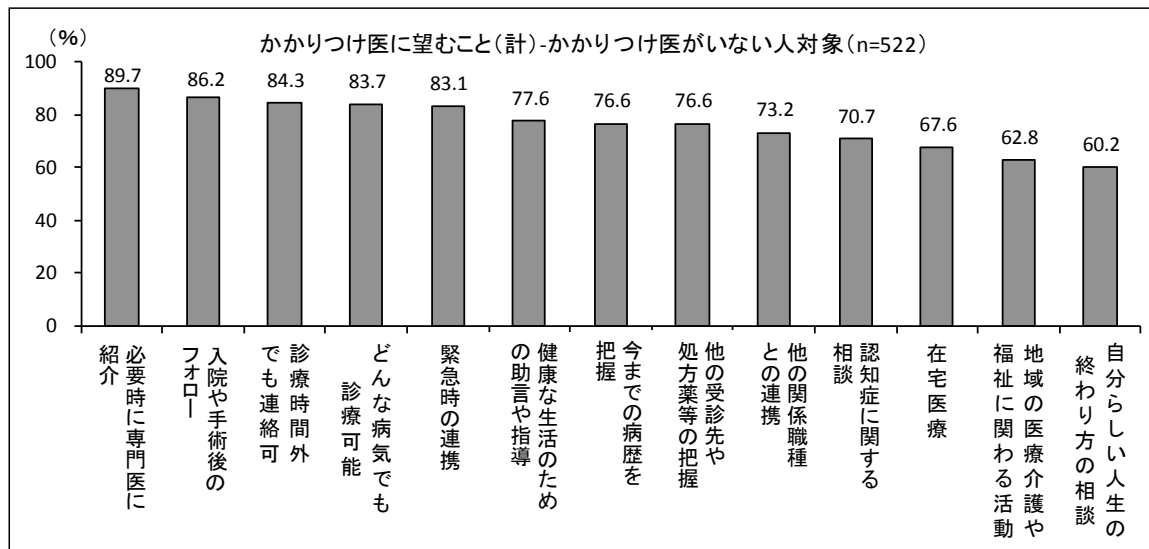
かかりつけ医の診療について挙げてもらうと、専門医への紹介、病歴の把握、健康のための助言や指導、どんな病気でも診療可能、緊急時の連携、がそれぞれ約7割～約9割を占めた（図表2-3-1-2）。

図表2-3-1-2 かかりつけ医が対応していると思うこと



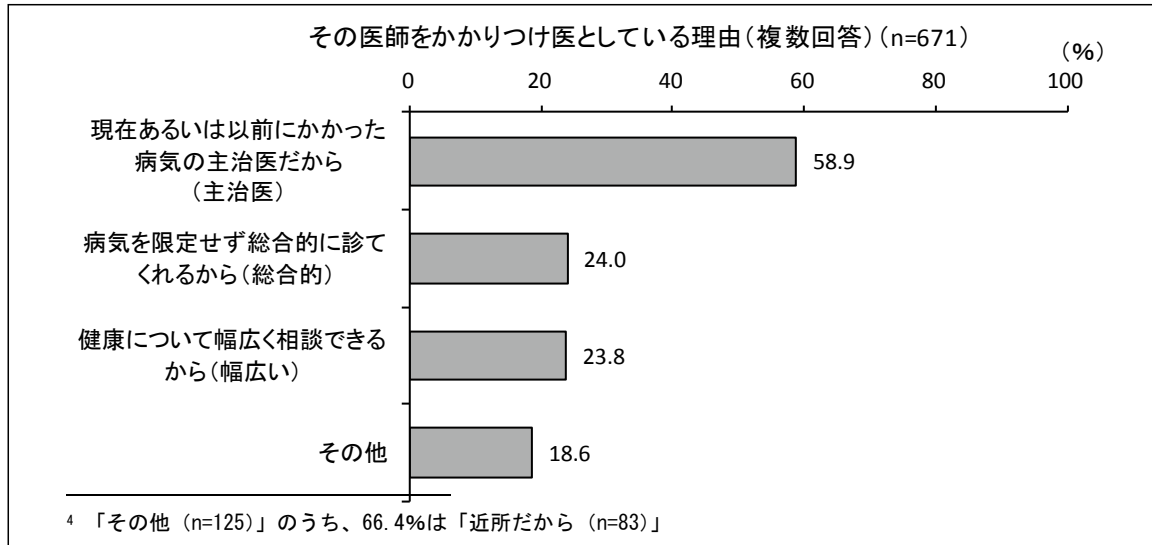
一方、かかりつけ医がない人も、専門医への紹介やその後のフォロー、健康のための助言や指導、どんな病気でも診療、緊急時の連携をかかりつけ医に期待している。自分らしい人生の終わり方の相談をかかりつけ医に求める人も6割を占めている（図表2-3-1-3）。

図表2-3-1-3 かかりつけ医に望むこと



その医師をかかりつけ医としている経緯は、現在（以前）の主治医が約6割を占めるが、総合的に診てくれる、あるいは幅広く相談できる、ことが理由としている人は重複回答を除くと合わせて4割弱近くになる（図表2-3-1-4）。

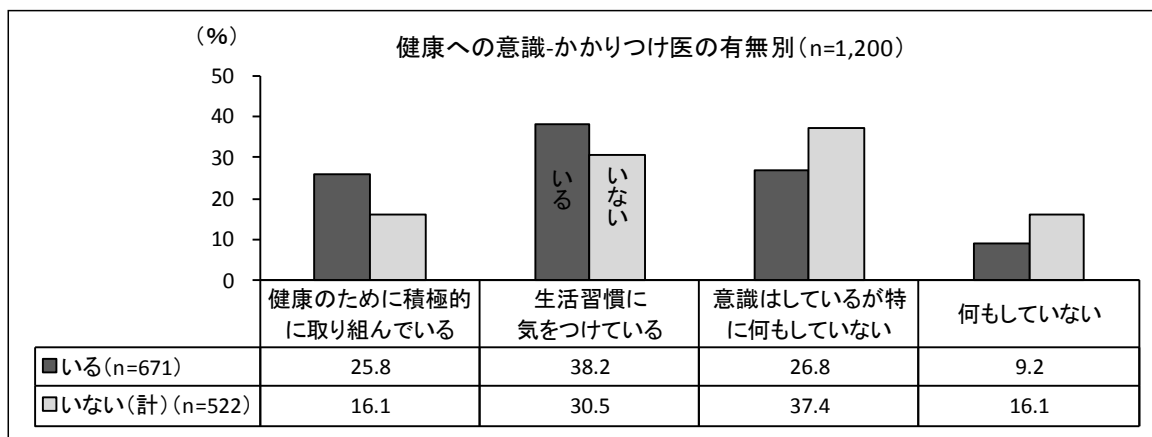
図表2-3-1-4 その医師をかかりつけ医としている理由⁴（複数回答）



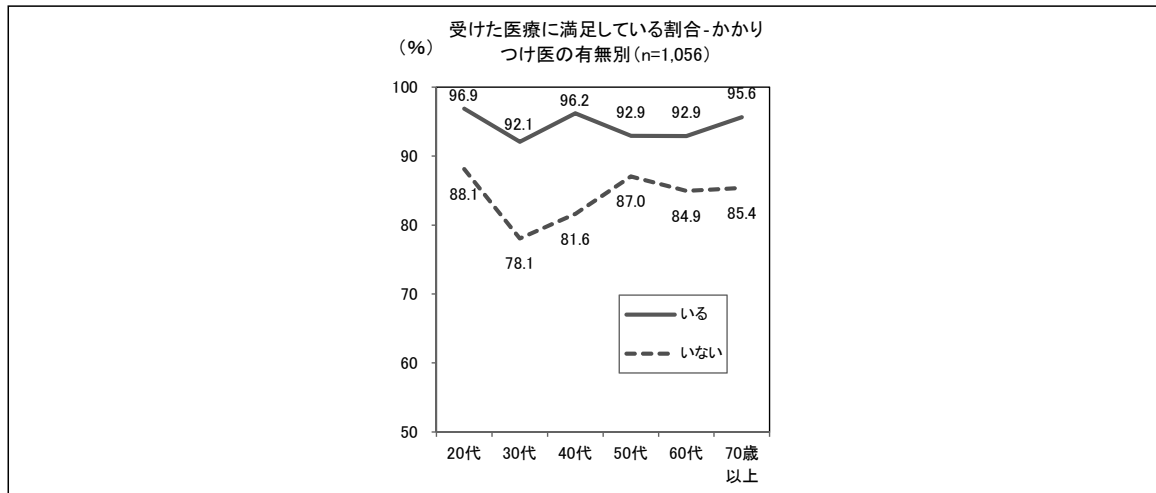
現在のかかりつけ医の普及率を上げ、より多くの国民にかかりつけ医を持ってもらうには、かかりつけ医機能の強化や医療機関情報等の提供の強化とともに、かかりつけ医を持つことの意義について広く理解されることが必要である。

一般に、かかりつけ医がいる人はいない人に比べて、健康意識が高く、かかりつけ医の有無と健康意識の間には有意に正の相関関係が見られ、かかりつけ医を持つことの効果という見方もできる（図表2-3-1-5）。また、かかりつけ医を持つ人は、持たない人よりも医療に対する満足度が高い傾向も見られ、身近で相談できるかかりつけ医の役割は大きい（図表2-3-1-6）。

図表2-3-1-5 健康への意識-かかりつけ医の有無別（全体）

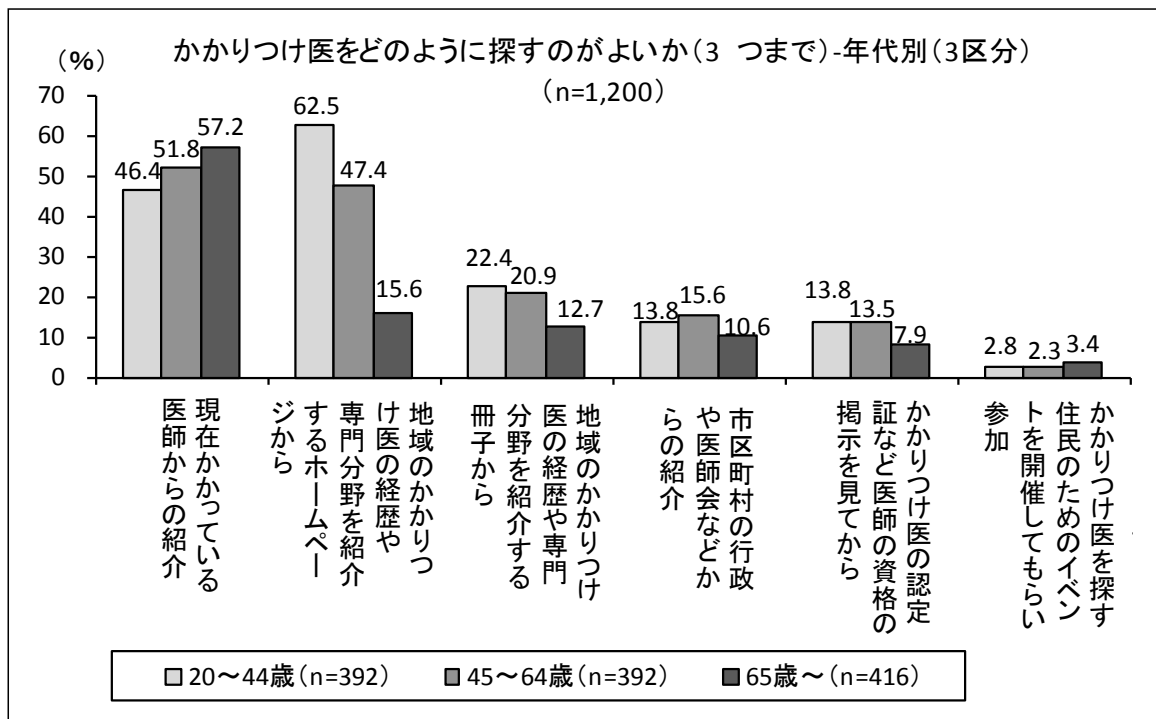


図表2-3-1-6 受けた医療の満足とかかりつけ医の有無



今後のかかりつけ医の普及にむけてかかりつけ医をどのように見つけるのがよいかを尋ねると、現在かかっている医師からの紹介、ホームページの情報利用、がそれぞれ半数を占めた（図表2-3-1-7）。年齢層によって見つけ方が異なることを踏まえ、かかりつけ医の普及に向けた対応が必要である。

図表2-3-1-7 かかりつけ医の探し方



最後に、かかりつけ医機能に関する国民の要望を自由回答から抜粋して掲載する。満足しているという回答も多いが、コミュニケーション、総合的な診療、健康アドバイス、緊急時への対応への要望、期待が強く、今後の参考としたい。

1,200人中263人からの要望（抜粋）

<医師・患者関係に関して>（113件）

- ・ 近隣にあり、人的にコミュニケーションよくとれる医師がほしい（50代・男性）
- ・ 総合的に診療出来る医師が増える事を望む（20代・女性）
- ・ 病状の説明をもう少し丁寧に教えて欲しい（30代・女性）
- ・ 人の方を見ないでパソコンばかりを見ているし、パソコンに向いて対話する（70代・男性）
- ・ 診断の結果で今は大丈夫だとしても今後気をつけること等のアドバイスが欲しい（30代・女性）
- ・ 健康について総合的な相談ができるとよいと思う（50代・女性）

<医療体制に関して>（159件）

- ・ 入院や手術などのあとに、その病院と連携してフォローすること（40代・男性）
- ・ 大きい病院を紹介してくれる（男性・70代）
- ・ 子どもがいます。小児科の夜間休日診療対応（30代・男性）
- ・ 夜間休日や休診日の緊急時に連携が取れば良い（70代・女性）
- ・ 終末期でも在宅医療が一人暮らしでも可能であるようにして欲しい（60代・女性）
- ・ 往診して欲しい（60代・女性）

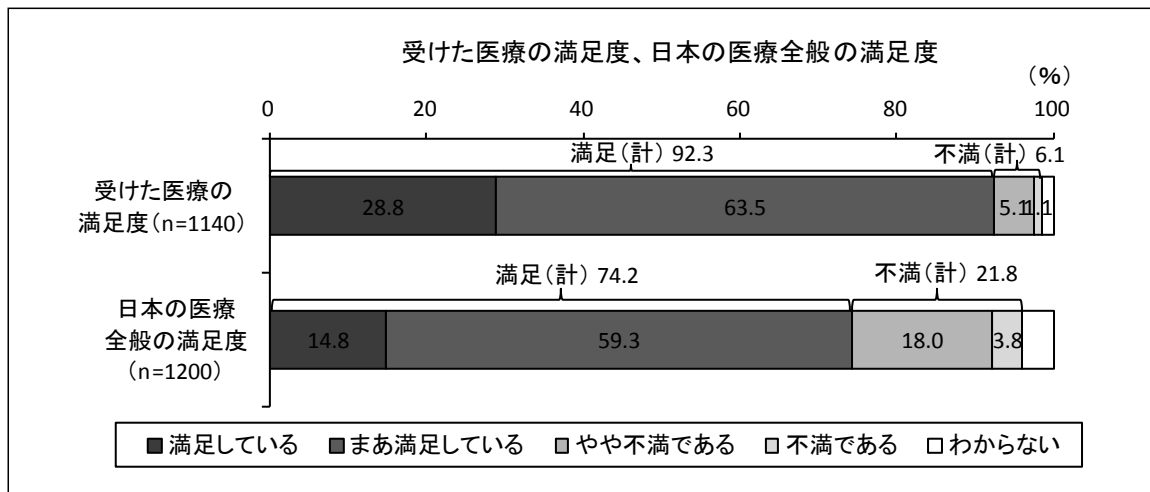
多くのかかりつけ医が地域に根差した医療を実践している中で、かかりつけ医機能のさらなる強化に向けて、今後の対策を検討していくべきである。

(2) 今の医療に対する国民の評価

わが国は、国民皆保険のもと、国民は保険証があれば全国どこの医療機関でも受診できるフリーアクセスを可能とし、世界最高水準の平均寿命を実現している。国民の医療への満足度は高く、受けた医療と日本の医療全般の満足度は2002年調査からほぼ上昇傾向にある。直近の2017年調査では、約9割(92.3%)が受けた医療に満足し、約7割(74.2%)が日本の医療全般に満足している⁴。また、いずれの満足度も過去上昇傾向にある(図表2-3-1-8)。

一般に満足度は、インターネット調査でやや低い傾向があり、面接調査と並行して実施した2014年のインターネット調査では、受けた医療の満足度が76.2%で、医療全般が48.7%であった⁵。このような違いは見られるが、いずれの調査でも満足度の上昇傾向が見られ⁶、医療提供者のさまざまな努力と国民の医療や医療者に対する理解の高まりの結果と推測される。医療に対する国民の全般的な評価が高いことは、医療提供者にとって大きな励みとなることは間違いない。

図表2-3-1-8 受けた医療の満足度、日本の医療全般の満足度



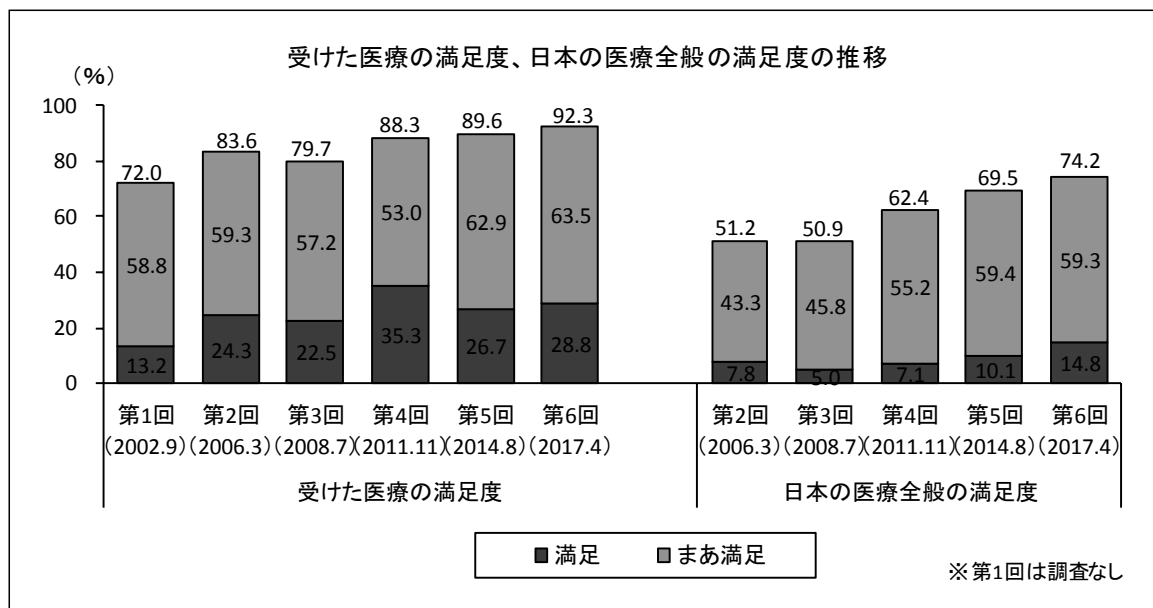
4 日医総研の調査では、相対的に満足度が高い。この点について二木立氏が「回答率が低く医療に好意的な意見を持つ人に偏っている可能性があり、少し差し引く必要がある」と指摘している。ただし「満足度が上昇し続けているという方向は間違いない」との指摘も行われている。二木立「日医総研「日本の医療に関する意識調査」から何が読みとれるか? [深層を読む・真相を解く (68)]」日本医事新報No.4876 (2017.10.7) P.20 日本医事新報社

5 特定非営利活動法人 日本医療政策機構が実施しているインターネット調査では、医療制度全般への満足度は68.1% (2018年)。

6 日本医療政策機構「日本の医療に関する世論調査」(2016年、2017年、2018年)

ただし、受けた医療へ満足している人（計）のうち「満足」と「まあ満足」を比較すると、「まあ満足」の割合が高い特徴がある。受けた医療については「満足」が28.8%に対して、「まあ満足」が63.5%、医療全般については「満足」が14.8%で、「まあ満足」が59.3%であった。国際的に実施される医療満足度調査で、しばしば日本の国民の満足度が低い傾向が見られるのは、このようにまあ満足している人の割合が高いことに起因していると推測される⁷（図表2-3-1-9）。

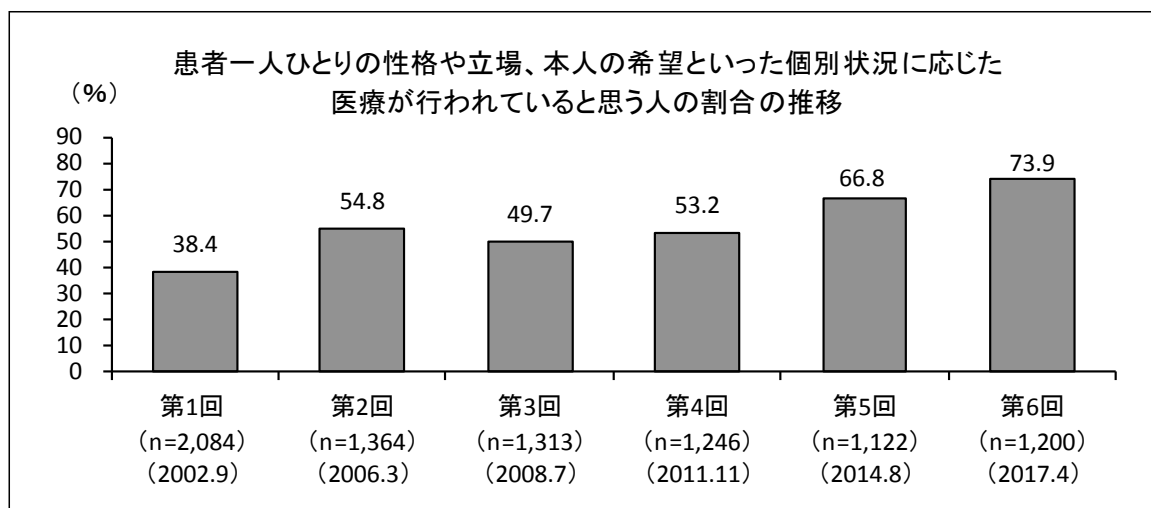
図表2-3-1-9



⁷ 医療制度に「非常に満足している（1%）」+「とても満足している（9%）」+「おおむね満足している（34%）」の合計43%は、約30か国の中で下から7番目に低い。ISSP Research Group「International Social Survey Programme：Health and Health Care - ISSP 2011」2015

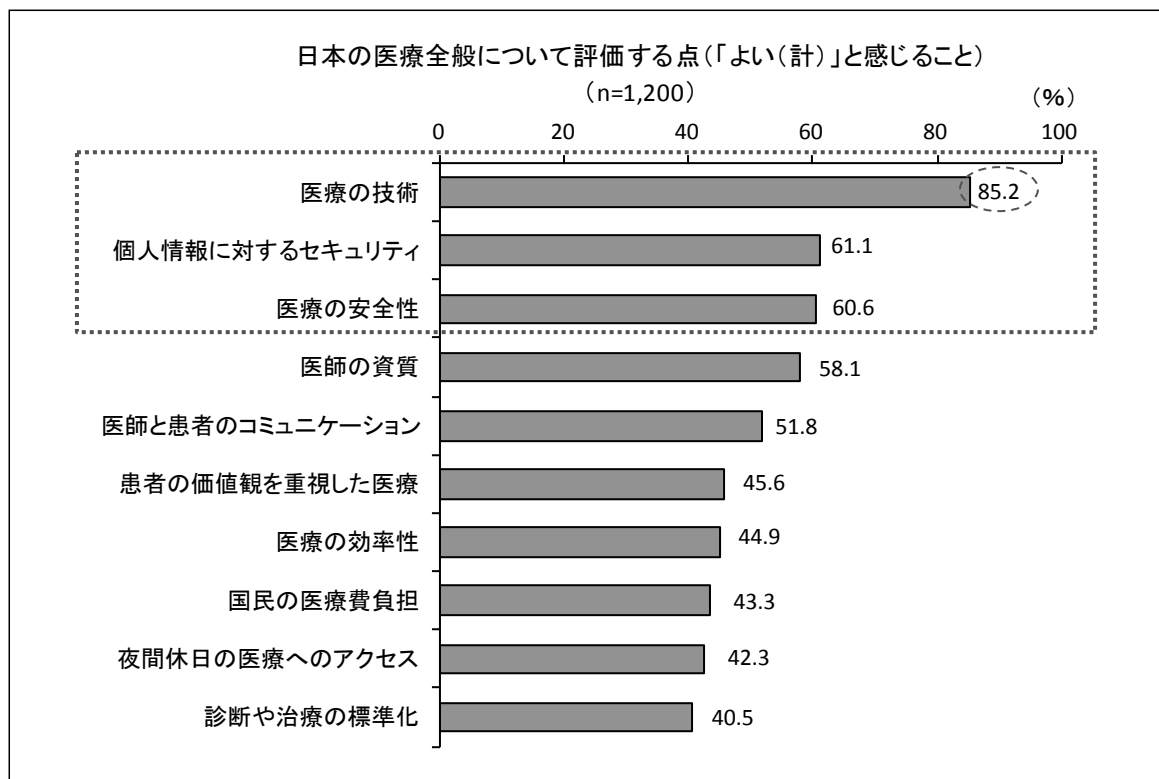
一方、患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別の状況に応じた医療が行われているかについても増加傾向がみられ、受けた医療の満足度と医療全般の満足度の上昇につながっていると推測される（図表2-3-1-10）。

図表2-3-1-10 患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別状況に応じた医療が行われていると思う人の割合の推移



さらに、医療全般については、約9割（85.2%）の国民が、医療技術（提供される医療内容）を評価している⁸。また、個人情報に対するセキュリティ、医療の安全性（医療事故防止）もそれぞれ約6割がよいと捉えており、医療の安全性全般に対する国民の信頼感が高いことを示している。一方、医療の効率性（重複検査が無いなど）、医療費負担、夜間休日のアクセス、診断・治療の標準化（医療機関の間での差やバラツキがない）については、評価がやや低い傾向が見られる（図表2-3-1-11）。

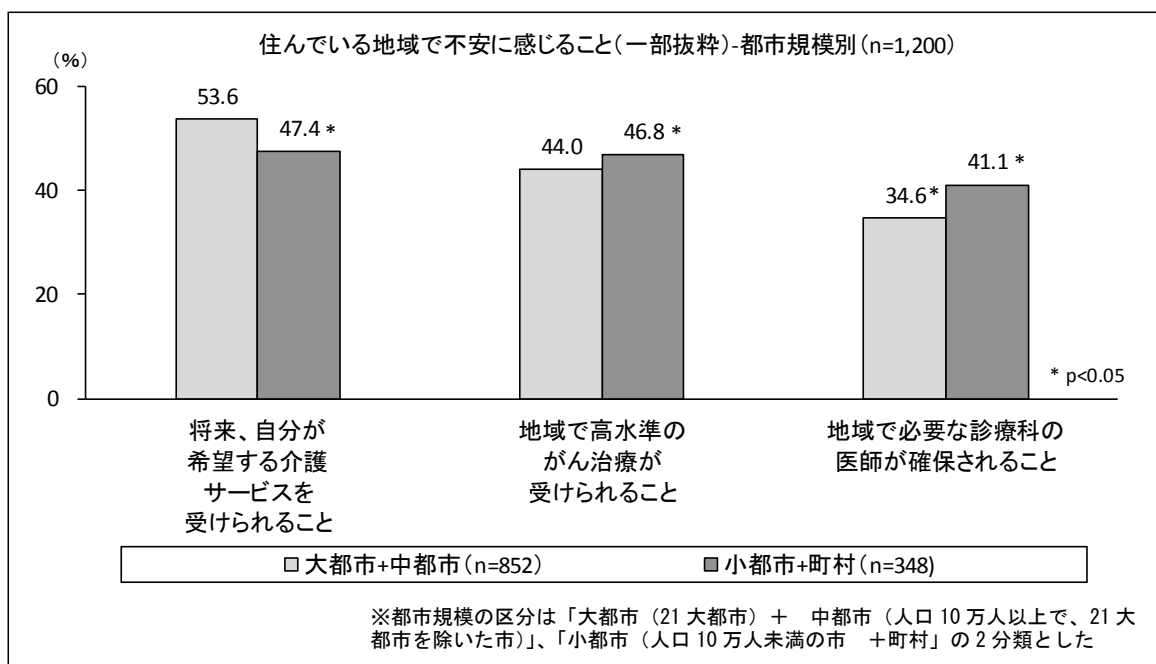
図表2-3-1-11 日本の医療全般について評価する点



8 5 択の設問で「よい」、「まあよい」の両方を含む。

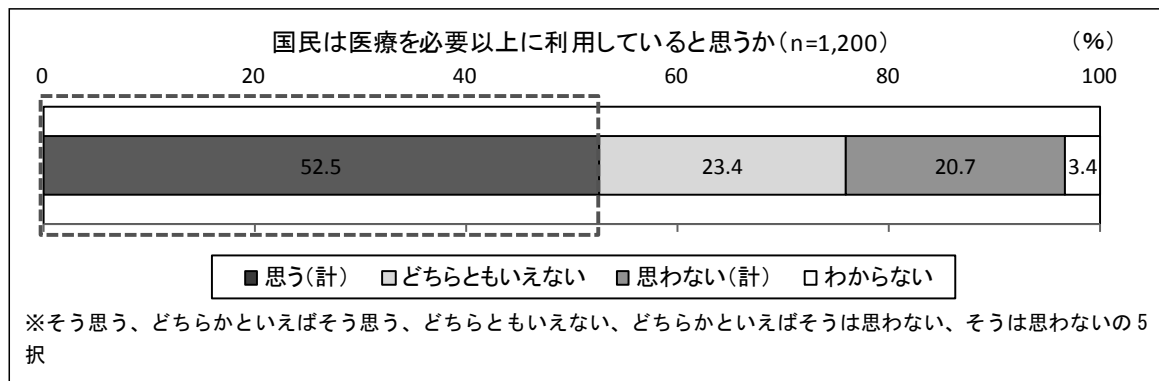
それぞれの地域で住民が抱く不安に注目すると、介護に関する不安感を抱く人の割合が高い。将来、自分が希望する介護サービスを受けられることについて、大都市・中都市では53.6%、小都市・町村では47.4%が不安を持っている。小都市・町村では、高水準のがん医療や、必要な診療科の医師確保などの医療や医療資源面での不安が、大都市・中都市に比べて高い傾向が見られた（図表2-3-1-12）。医療介護資源の地域格差の解消については、今後の対策に期待したい。

図表1-3-1-12 住んでいる地域で不安に感じること（抜粋）



最後に、国民は、わが国の医療について高い満足度を持ちつつも、受療や医療提供の適切性について問題意識を抱いている。約半数の国民は医療が必要以上に利用されていると考えている。年齢や地域による差は見られなかった（図表2-3-1-13）。この傾向は諸外国の間でも見られ⁹、日本でも国民の間で一定の意識が広がっていると推測される。

図表2-3-1-13 国民は医療を必要以上に利用していると思うか

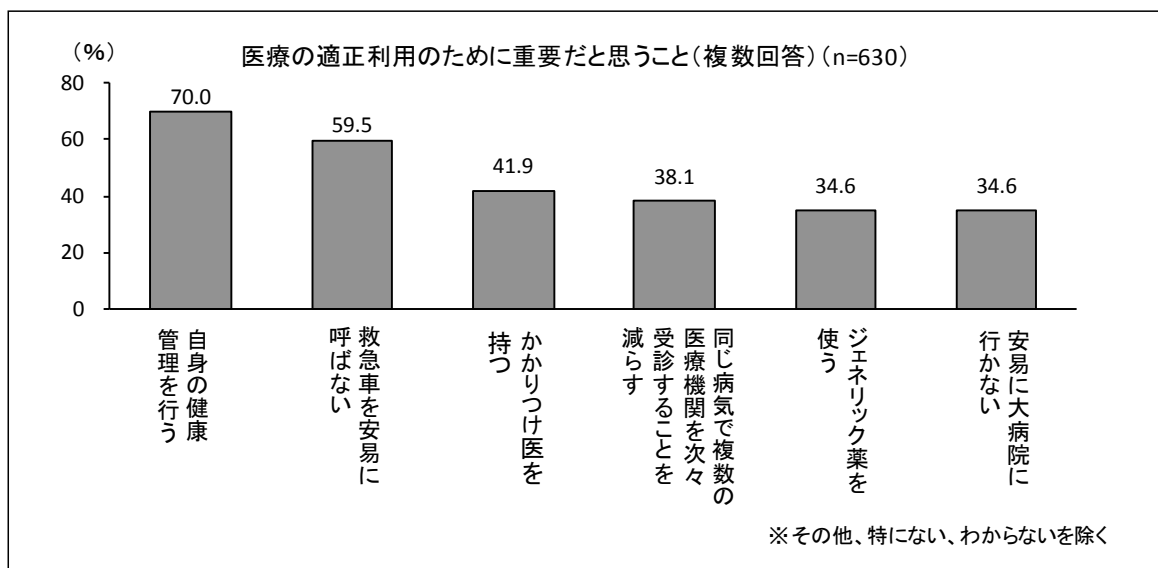


9 国際研究組織 International Social Survey Programme (ISSP) が世界約30カ国の国民を対象に実施した「健康に関する国際比較調査 (2011)」では、「人々は、医療を必要以上に利用していると思う」に対して日本は54%で31か国中、上から14番目であった。必要以上に利用していると思う割合が最も高かった国は、スイスで80%、次いでフランスの71%であった。(選択肢は、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらともいえない」「どちらかといえばそうは思わない」「そうは思わない」の5択)

医療の適正な利用に向けて必要なこととして、自身の健康管理を行う(70%)、救急車を安易に呼ばない(59.5%)、かかりつけ医を持つ(41.9%)、同じ病気で医療機関を次々と受診しない(重複受診をしない)(38.1%)があがっている(図表2-3-1-14)。

これらの国民の医療に対する評価や意識を、今後の医療のあり方を検討する際の参考とすることも重要である。

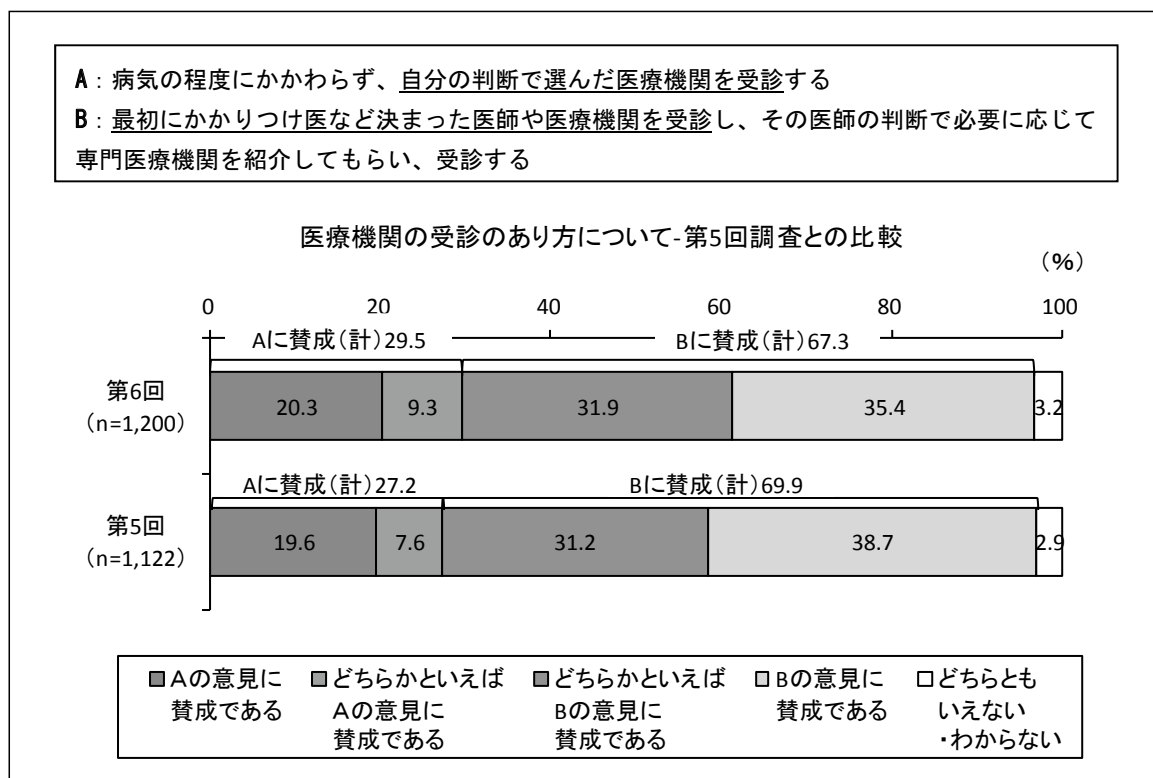
図表2-3-1-14 医療の適正利用のために重要だと思うこと(「必要以上に利用」と回答した人対象,複数回答)



(3) 国民は今後の医療に何を期待しているか

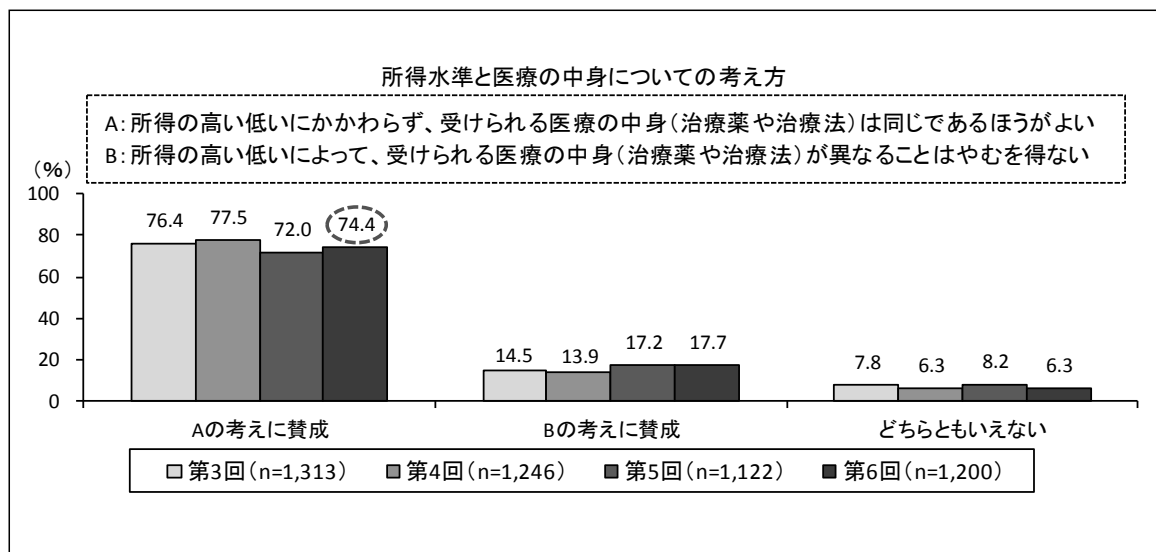
わが国の国民は医療機関や医師へフリーアクセスが可能であるが、一方で、最初にどの医療機関にかかればよいのか分かりづらいという現状もある。医療機関の受診のあり方について、最初にかかりつけ医など決まった医師や医療機関を受診することを望む人は全体の67.3%にのぼっている（図表2-3-1-15）。自分の判断で選んだ医療機関を受診することに賛成の人（29.5%）を大きく上回っており、前回の調査結果とほぼ同様である。地域による差はほとんど見られなかった。さらに、かかりつけ医がいる人は、最初に決まった医師や医療機関を受診することに賛成の人が73.9%で、いない人（59.2%）を大きく上回っている。

図表2-3-1-15 医療機関の受診のあり方について-第5回調査との比較



次に、国民の間で医療の平等性に対する意識が高いことにも留意すべきである。所得の高低に関わらず、受けられる医療の中身は同じであるほうがよい、と考える人は全体の74.4%で、過去の調査を通じて7～8割の割合で固定している。所得の高低によって受けられる医療の中身が異なることはやむを得ない、と考える国民は1～2割弱にとどまる（図表2-3-1-16）。所得水準別（等価所得）に見ても大きな違いはない。国民の間でさまざまな格差が広がるなかでも、医療の平等性を維持することへの要望が高いことがわかる。

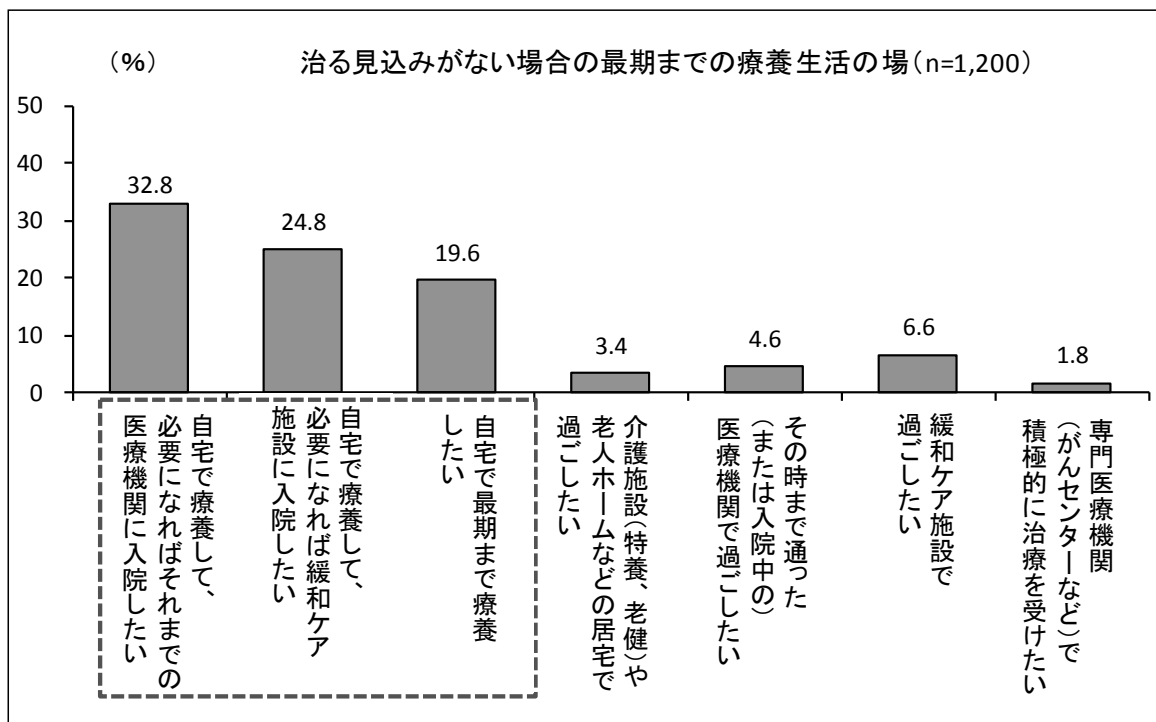
図表2-3-1-16 所得水準と医療の中身についての考え方の推移



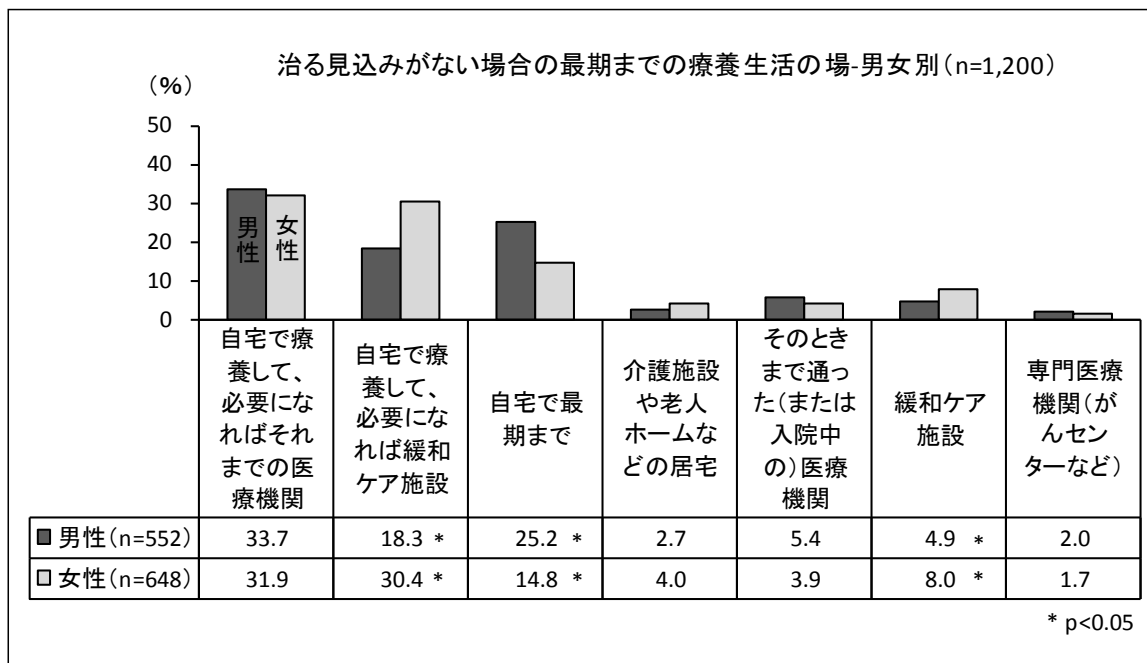
一方、わが国が直面する超高齢社会、多死社会の中で、最期の場所についても考えておく必要がある。治る見込みがない場合の最期までの療養生活の場については、「自宅で療養し、必要になれば医療機関に入院したい」が32.8%、「自宅で療養し、必要になれば緩和ケア施設に入院したい」が24.8%で、合わせると約6割にのぼる。「最期まで自宅で療養したい」という回答は19.6%で全体の2割であった（図表2-3-1-17）。

男女によって意識の違いが顕著に見られ、特に、女性は自宅で最期までを望む人が男性より少なく、必要になったときに緩和ケア施設や病院に入院することの要望が強い（図表2-3-1-18）。最期までを自宅で過ごすことについては、必ずしも現実的ではないケースもある。本人の希望に沿いつつ、最適な看取りの場について検討することが求められている。

図表2-3-1-17 治る見込みがない場合の最期までの療養生活の場

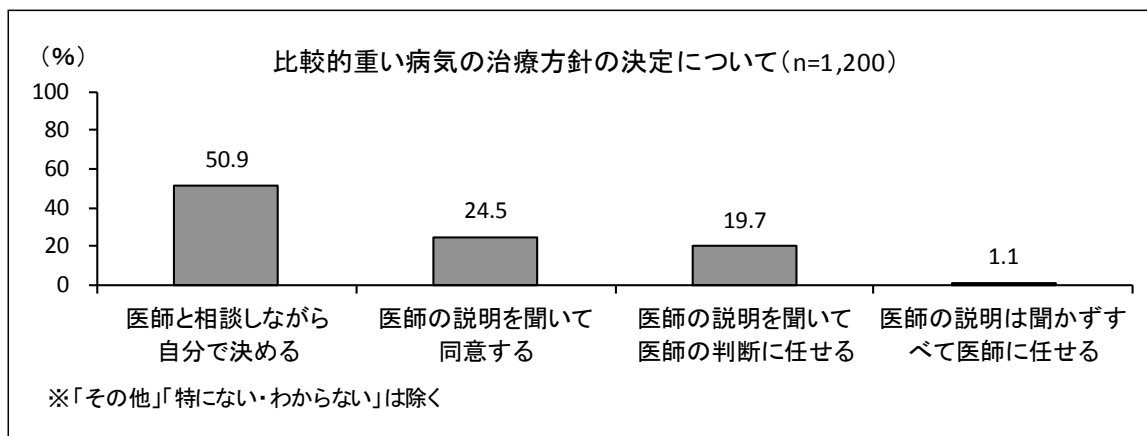


図表2-3-1-18 治る見込みがない場合の最期までの療養生活の場-男女別



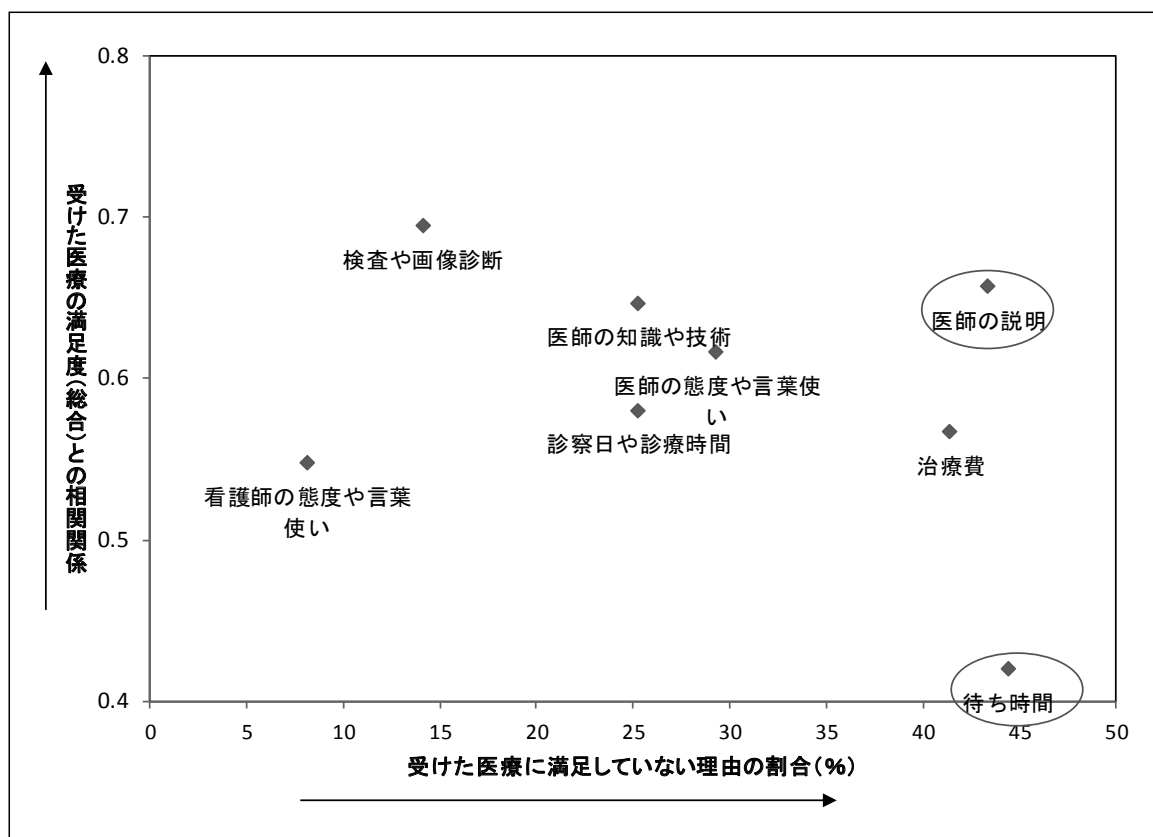
最後に、診療の意思決定に関する患者の積極的関与と患者・医師間のコミュニケーションの強化が、今後さらに進められることが期待される。比較的重い病気の治療方針の決定について、医師と相談しながら自身で決めたいという人の割合が50.9%、医師の説明を聞いて同意する人が24.5%で、合わせて75%を占めている（図表2-3-1-19）。説明を聞いて医師の判断に任せたい人は約2割である。医療に主体的に関わる患者の意志が示されており、患者それぞれの価値観を重視した医療の推進が期待される。

図表2-3-1-19 比較的重い病気の治療方針の決定について



また、国民のかかりつけ医に関する自由回答意見からは、自身のかかりつけ医とのよりよいコミュニケーションへの期待が示されている。たとえ待ち時間が長くても、医師からの説明がきっちりと行われれば、医療の満足度が高くなることも判明している¹⁰（図表2-3-1-20）。今後、ICTを活用した医療が普及すると考えられるが、そのような中でも、医師と患者のコミュニケーションは、診療の質の面からも、また患者の満足度の面からも重要であることに留意する必要がある。

図表2-3-1-20 受けた医療の満足度と不満の理由



10 重回帰分析の結果も、受けた医療の満足度に最も影響を与えているのは「医師の説明の分かりやすさ」であった。日医総研ワーキングペーパーNo.260 第4回日本の医療に関する意識調査 2012

2. 地域医療体制の現状

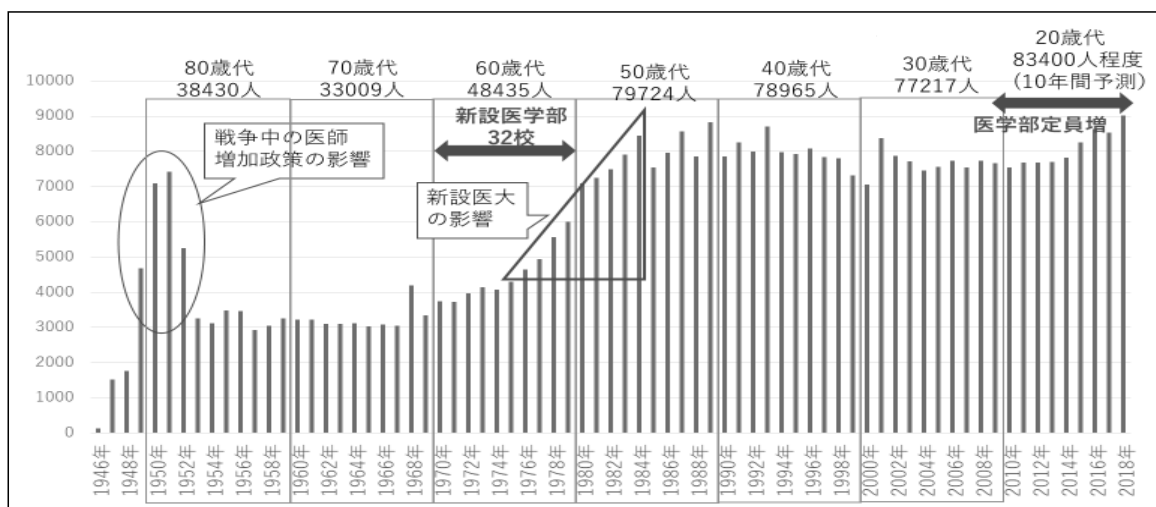
(1) 医師数の推移

1) 医師国家試験の合格者数と医師数の推移について

わが国の医師数推移は、他国との医師の流入・流出が少ないので、「ある年の医師国家試験の合格者が医師の仲間入りし、その学年がその後少しずつ減少していく」という繰り返しの流れのなかで考えることができる。

図表2-3-2-1は、医師国家試験合格者数の年次推移を示している。1946年の第1回医師国家試験から今年（2018年）に行われた第112回試験までに43万6,309人の合格者が輩出された。1950年前後に一時的に合格者数が多いのは、戦時中に戦地で働く医師を増やすためにとられた医師養成数増加政策の影響である。その後、1952年（昭和27年）から1974年（昭和49年）にかけては、3,000人から4,000人のペースで、毎年医師が輩出されてきた。1970年の秋田、杏林、北里、川崎医大の医学部の新設を皮切りに1979年の琉球大学まで1970年代に32大学で医学部が新設された。1970年に新設された医学部の第1期生が卒業した1976年から、1979年に新設された医学部の第1期生が卒業した1985年にかけて医師国家試験の合格者数は4,000人から8,000人に急増した。その後1985年から2015年にかけての30年間は、8,000人±500人程度で推移してきた。2009年に医学部定員増が打ち出され、その成果が本格的に表れる2018年から、9,000人程度の合格者が輩出されることが予想される。

図表2-3-2-1 医師国家試験合格者数推移



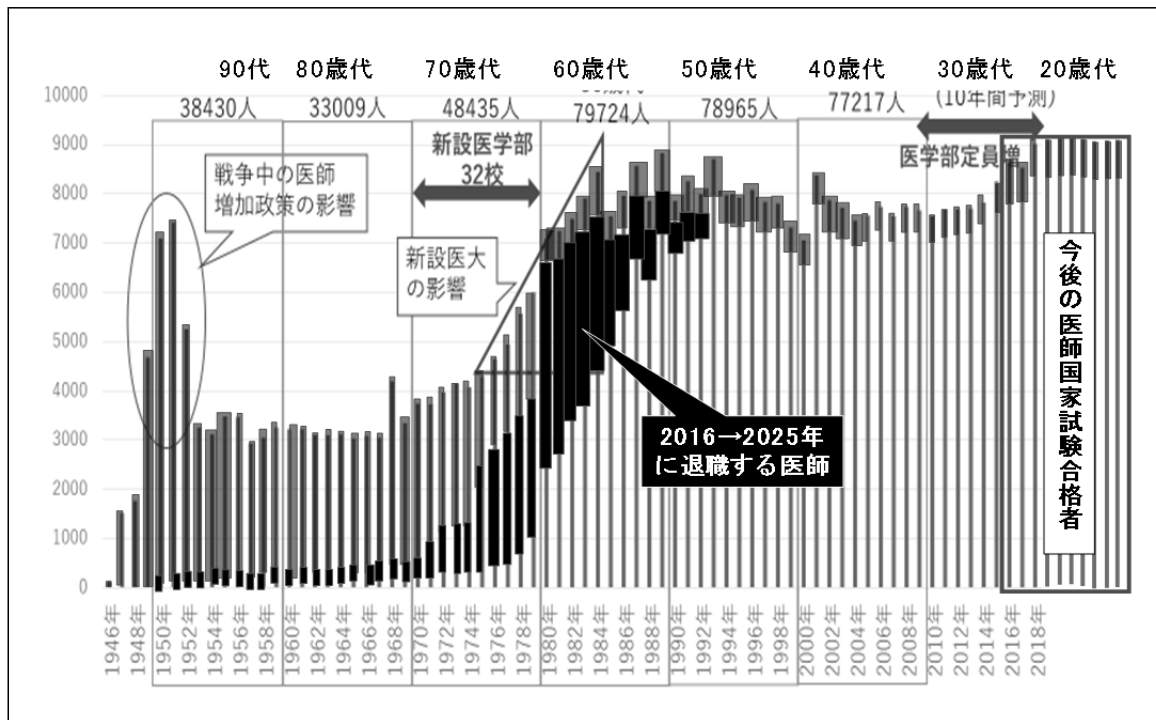
2) 今後の医師数推移の予測

図表2-3-2-2は、2016年から2025年にかけての医師数の増減を表す推計である。この間にまず、図の右側の長方形に囲まれた部分に相当する医師が増加する。国家試験の合格率が現在と変わらないと仮定すると、この間9万人近くの医師が誕生する。一方、この期間は1980年代に国家試験に合格した医師の多くが60歳代になり、グラフの濃い黒色で示された退職する医師が増加し始める。同じく1970年代に国家試験に合格した医師の多くが70歳代になり、大半の医師が退職していることが予想される。

10年前の2006年から2015年の期間において、8万人弱の医師が国家試験に合格し、1970年代に国家試験に合格した5万人弱の医師が退職し始め、1960年代合格の3万人強の医師の大半が退職した。60歳代、70歳代を退職世代と考えるならば、2006年から2015年にかけての退職世代は、約8万人であり、その中の14万人が退職した。その結果、この期間に、医師数は4万人を超えるレベルで増加した。

退職世代は、2006年から2015年の約8万人から2016年から2025年の約13万人に増加し、約7万人が退職することが予想される。2016年から2025年は、医学部定員の効果が表れ9万人以上が新たに医師になることが期待されるが、退職医師増大の影響が大きく、これまでのように医師が増えず、医師数の増加は、2万人を切ると思われる。更に2026年から2035年は、退職世代が約16万人に増加し、医師数の増加幅は縮小するであろう。

図表2-3-2-2 2016年から2025年にかけての医師数推移予測



3) 性別にみた医師数の推移

以下は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」（以降、三師調査）の個票データの分析に基づく¹。このデータは一般に公開されておらず、統計法（平成19年法律第53号）第33条の規定に基づき申出を行い、三師調査の個票データの一部について、厚生労働省のデータの取り扱い方法に関する審査を受けて、厚生労働大臣の許可を得て入手した。三師調査は、医師、歯科医師及び薬剤師について、調査年の12月31日現在の性、年齢、業務の種別、従事場所及び診療科名等による分布を明らかにして、厚生労働行政の基礎資料を得ることを目的として、2年に1回行われている。

図表2-3-2-3に、三師調査へ届け出た医師数（以降、届け出医師数）の時系列推移を示す。また、図表2-3-2-4は、その結果をグラフ化したものである。届け出医師数は、1996年24万908人が2006年に27万7,927人になり、この間15%の増加を示した。また、2016年に31万9,480人になり、この間も15%の増加、1996年から2016年の20年間に33%の伸びを示した。

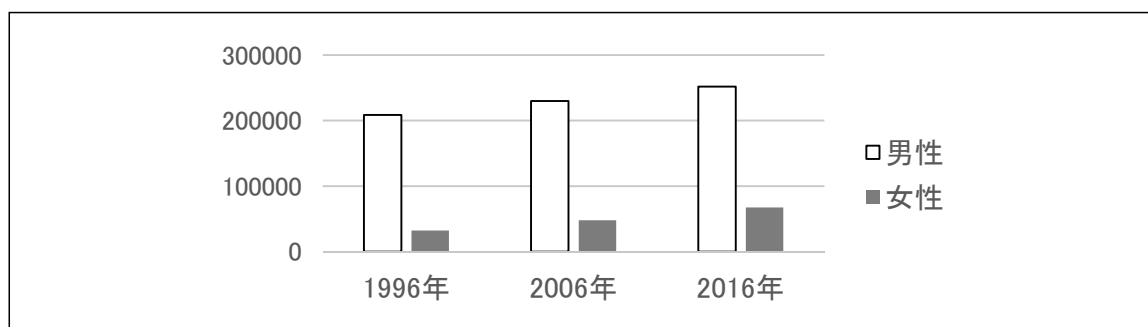
医師の増加について性別にみると、男性医師は、1996年の20万8649人から2016年の25万1987人へと21%増加した。一方女性医師は、3万2,259人から6万7,493人へと109%の大きな伸びを示した。この結果、全医師数に占める女性医師比率は1996年の13%から2006年17%、2016年21%と上昇した。

図表2-3-2-3 性別・届け出医師数の時系列推移

		1996年	96→06 増減率	2006年	06→16 増減率	2016年	06→16 増減率
全国	総計	240908	15%	277927	15%	319480	33%
	男性	208649	10%	229998	10%	251987	21%
	女性	32259	49%	47929	41%	67493	109%
	女性比率	13%		17%		21%	

1 日医総研ワーキングペーパーNo.419「二次医療圏別医師数データ集 - 医師の地域別・診療科別偏在に関する地域別報告」高橋泰、江口成美、石川雅俊 2018

図表2-3-2-4 性別・届け出医師数男女別の時系列推移



4) 地域区分（大都市、地方都市、過疎地域）別にみた医師数の推移

図表2-3-2-5に、地域区分（大都市、地方都市、過疎地域）別にみた医師数の時系列推移を示す。1996年から2016年にかけて、全国で医師が33%増加した。これを大都市、地方都市、過疎地域別に増減率を比較すると、大都市は41%増加、地方都市は30%増加した一方で、過疎地域はわずか4%の増加となっていた。

更に年齢階級別医師数推移予測によると、今後過疎地域の医師数の減少とともに医師の高齢化が急速に進むことが予想され、緊急な対策が必要である。

図表2-3-2-5 大都市、地方都市、過疎地域別総医師数推移

総医師数	1996年		1996→ 2006	2006年		2006→ 2016	2016年		1996→ 2016
	総医師数	比率	増減率	総医師数	比率	増減率	総医師数	比率	増減率
全国	240,908	100%	15%	277,927	100%	15%	319,480	100%	33%
大都市医療圏	111,080	46%	17%	130,061	47%	20%	156,252	49%	41%
地方都市医療圏	109,974	46%	15%	126,906	46%	12%	142,551	45%	30%
過疎地域医療圏	19,854	8%	6%	20,960	8%	-1%	20,677	6%	4%

5) 診療科別の臨床医数推移

総医師数から臨床を行っていない「その他」医師数を除いた医師数を、「臨床医数」と表現する。図表2-3-2-6に、診療科別の臨床医数の1996年から2016年にかけての推移を、図表2-3-2-7に、臨床医増加の診療科別の内訳を示す。

図表2-3-2-6に示すように、臨床医は、1996年から2006年にかけて、23万0,297人から26万3,540人へと3万3,243人（14.4%）増加した一方で、外科総数が2万6,070人から2万3,224人へと10.9%減少し、産婦人科総数も1万2,422人から1万1,783人へと5.1%減少した。一方、形成外科は46.1%、リハビリテーション科は105.2%と激増していた。また2004年から臨床研修が始まり、臨床研修医が1万4,402人増加した。

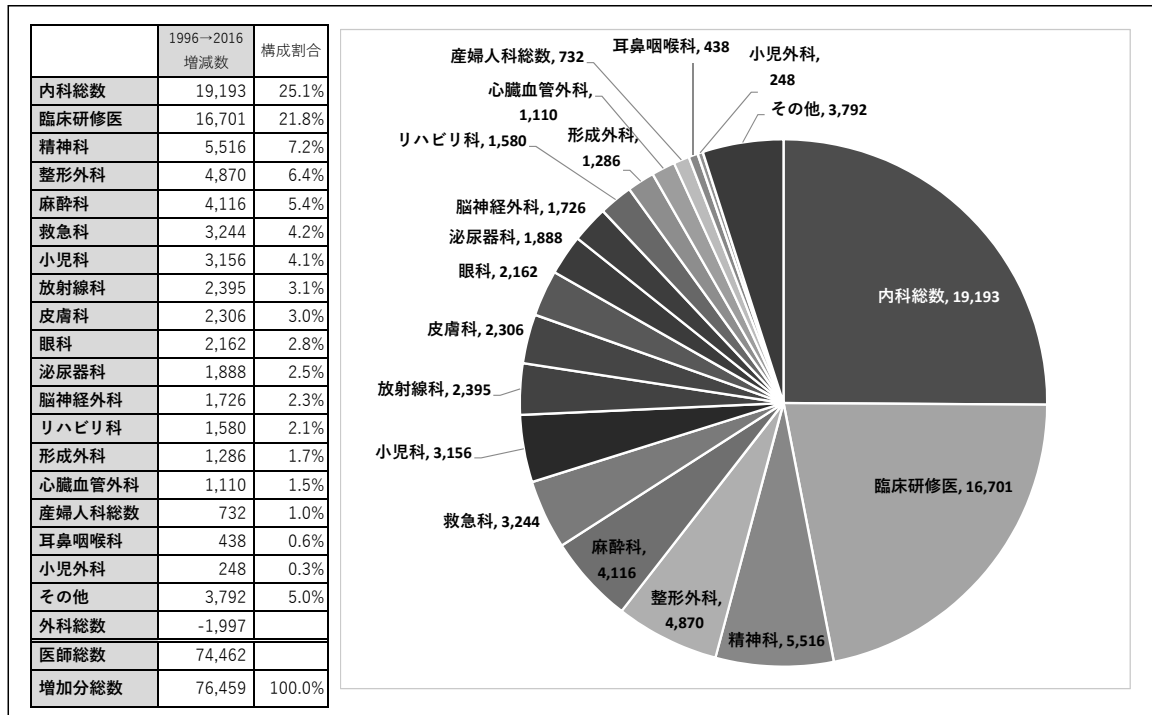
2006年から16年にかけて、臨床医は、26万3,540人から30万4,759人へと、4万1,219人（15.6%）増加した。この期間は全ての診療科において医師が増加しているが、特に救急科の91.0%が顕著である。外科総数3.7%、眼科6.3%、耳鼻咽喉科4.1%と微増である。

1996年から2016年は、外科総数のみ7.7%と減少であり、他の診療科は増加した。リハビリテーション科、形成外科、麻酔科、その他、放射線科、心臓血管外科、精神科が大きく伸び、耳鼻咽喉科が5.0%、産婦人科総数が5.9%と微増であった。

図表2-3-2-6 診療科別の臨床医数の推移

診療科区分	医療施設・総数								
	1996年	1996→2006		2006年	2006→2016		2016年	1996→2016	
		増減数	増減率		増減数	増減率		増減数	増減率
医師総数	230,297	33,243	14.4%	263,540	41,219	15.6%	304,759	74,462	32.3%
内科総数	94,495	5,702	6.0%	100,197	13,491	13.5%	113,688	19,193	20.3%
小児科	13,781	919	6.7%	14,700	2,237	15.2%	16,937	3,156	22.9%
精神科	10,093	2,381	23.6%	12,474	3,135	25.1%	15,609	5,516	54.7%
外科総数	26,070	-2,846	-10.9%	23,224	849	3.7%	24,073	-1,997	-7.7%
小児外科	554	107	19.3%	661	141	21.3%	802	248	44.8%
心臓血管外科	2,027	558	27.5%	2,585	552	21.4%	3,137	1,110	54.8%
脳神経外科	5,634	607	10.8%	6,241	1,119	17.9%	7,360	1,726	30.6%
整形外科	16,423	2,447	14.9%	18,870	2,423	12.8%	21,293	4,870	29.7%
形成外科	1,307	602	46.1%	1,909	684	35.8%	2,593	1,286	98.4%
皮膚科	6,796	1,049	15.4%	7,845	1,257	16.0%	9,102	2,306	33.9%
眼科	10,982	1,380	12.6%	12,362	782	6.3%	13,144	2,162	19.7%
耳鼻咽喉科	8,834	75	0.8%	8,909	363	4.1%	9,272	438	5.0%
泌尿器科	5,174	959	18.5%	6,133	929	15.1%	7,062	1,888	36.5%
産婦人科総数	12,422	-639	-5.1%	11,783	1,371	11.6%	13,154	732	5.9%
リハビリテーション科	904	951	105.2%	1,855	629	33.9%	2,484	1,580	174.8%
放射線科	4,192	691	16.5%	4,883	1,704	34.9%	6,587	2,395	57.1%
麻酔科	5,046	1,163	23.0%	6,209	2,953	47.6%	9,162	4,116	81.6%
救急科	0	1,698	-	1,698	1,546	91.0%	3,244	3,244	-
臨床研修医	0	14,402	-	14,402	2,299	16.0%	16,701	16,701	-
その他	5,563	1,037	18.6%	6,600	2,755	41.7%	9,355	3,792	68.2%

図表2-3-2-7 1996年から2016年に増えた医師の診療科別比率



6) 従事場所（病院/診療所）別の臨床医数推移

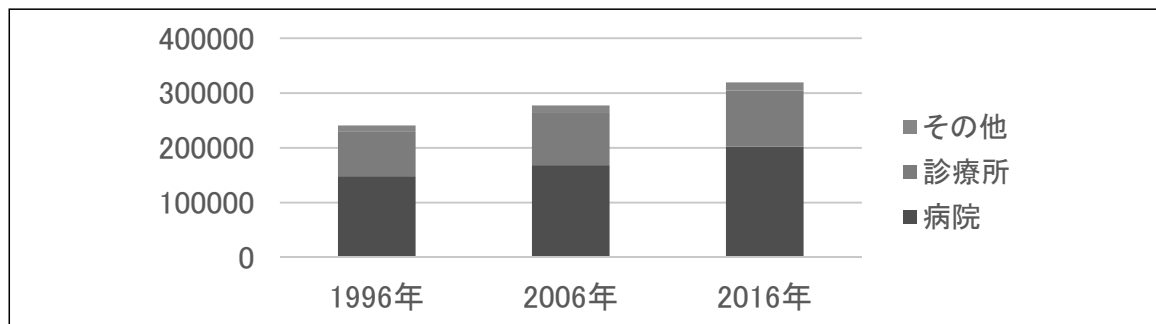
図表2-3-2-8に、従事場所別の届け出医師数の時系列推移を示す。また図表2-3-2-9は、その結果をグラフ化したものである。病院で働く医師は、1996年14万8,199人であり、1996年に届け出を行った医師の62%を占める。1996年から2006年にかけて、病院で働く医師は14%増え16万8,327人になり、医師の61%を占める。2006年から16年にかけて、病院で働く医師は20%増え20万2,302人になり、医師の63%を占める。

このように、病院医師数、診療所医師数をみると、過去20年間、いずれも順調に伸びているように見えるが、次節で示すように、図表2-3-2-8からは読み取れない今後の診療所医師数の減少、特に、過疎地域の診療所医師数の急激な減少の可能性が示唆される。

図表2-3-2-8 従事場所別医師数推移

年次	1996年		1996→2006 増加率	2006年		2006→2016 増加率	2016年	
	医師数	構成比率		医師数	構成比率		医師数	構成比率
総医師	240,908	100%	15%	277,927	100%	15%	319,480	100%
病院勤務医	148,199	62%	14%	168,327	61%	20%	202,302	63%
診療所勤務医	82,098	34%	16%	95,213	34%	8%	102,457	32%
その他医師	10,611	4%	36%	14,387	5%	2%	14,721	5%

図表2-3-2-9 勤務場所別医師数推移



7) 医師数の推移のまとめ

1996年から2016年にかけては、年間約8,000人の医師国家試験の合格者が生まれ、3,000人から4,500人程度の医師が現役を引退してきたため、20年間で約8万人の医師が増加した。しかし今後引退をする医師の急増による医師

の増加スピードの急速な低下が予想されるので、その対応が必要になる。

またこの20年間で、医師の地域偏在、外科系医師の減少による診療科偏在が進行し、これらの偏在への早急な対応が必要である。

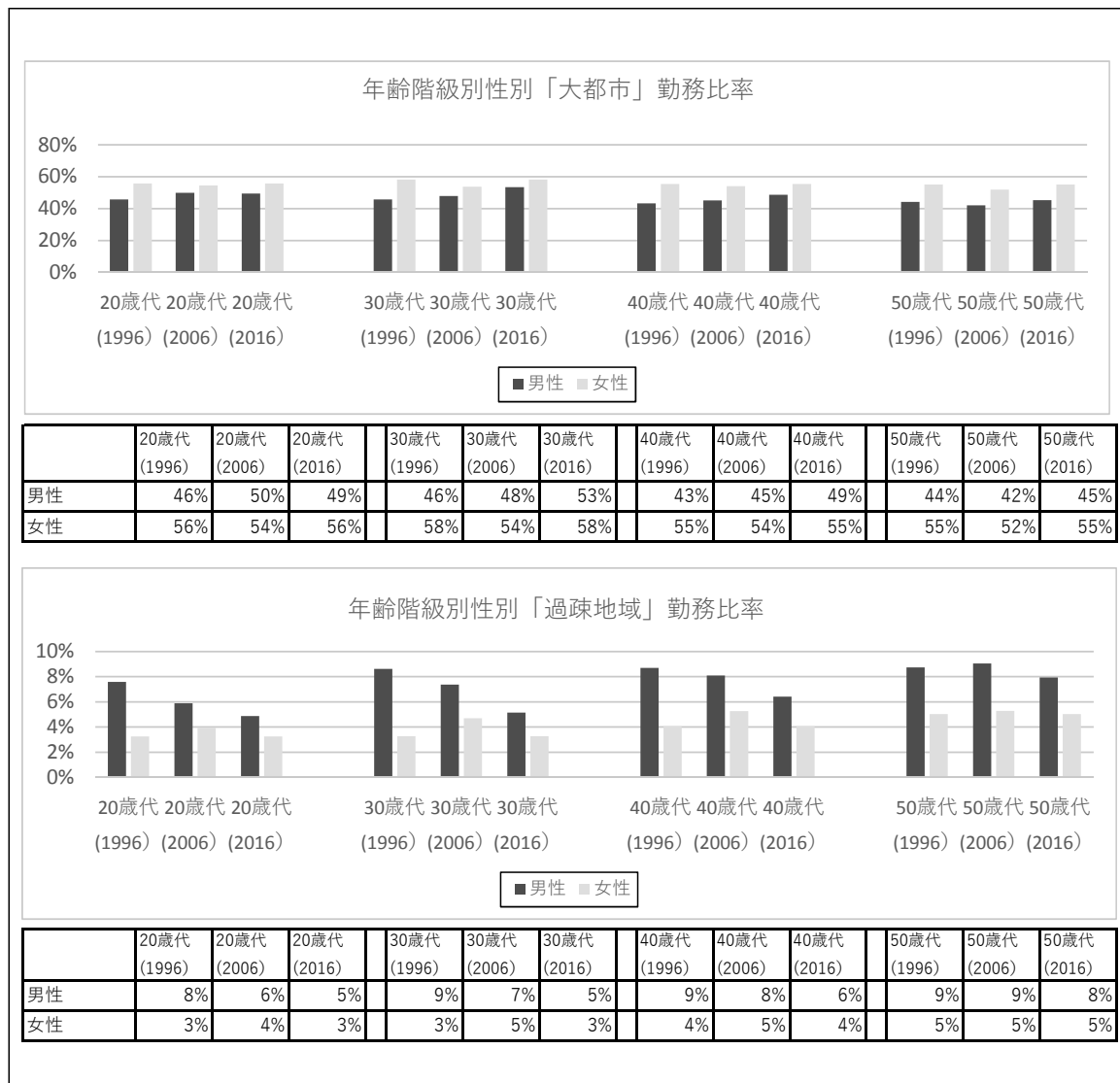
(2) 医師の地域偏在の原因と過疎地域の将来

この節では、医師の地域偏在が進んだ主な原因と、現状のまま医師の推移が続いた場合、過疎地がどのような状況になることが予想されるかを示す。

1) 地域偏在が進んだ主要な原因について

図表2-3-2-10は、臨床医全体における「過疎地域」と「大都市」の勤務比率の性年齢階級別の推移を示す。この図は、例えば、1996年には、20歳代の男性臨床医の8%、女性臨床医の3%が過疎地に勤務していたことを示している。

図表2-3-2-10 「過疎地域」と「大都市」の勤務比率の性年齢階級別推移



この図より、

- ① 1996年から2016年まで、全年齢を通して女性の「過疎地勤務比率」は、男性と比べて一貫して低く、「大都市勤務比率」は高い
- ② 近年、若い男性臨床医の「過疎地勤務比率」が急激に低下し、「大都市勤務比率」が上昇している

ことが読み取れる。もともと過疎地での勤務比率が低い女性臨床医の増加と、男性若手臨床医の過疎地勤務比率の急速な低下が相まって、過疎地の医師数は伸びず、若手医師が急減していることが、地域偏在の主要な原因と思われる。

2) 地域区分別臨床医数推移と将来推計

図表2-3-2-11に、今回行った全国レベルの臨床医数の推移と将来推計を示す。2006年の30歳代医師が6万4,602人、この世代が10年後2016年の40歳代の6万8,344人になっているので、2006年→2016年の30歳代→40歳代の「移行率」は105.8% (=68,344/64,602) と計算される。同様に、各年齢階級別の移行率が変わらないものと仮定した場合の、2016年から見た10年後、20年後の2026年、2036年の医師数を算出した。なお、2026年、2036年ともに20歳代の医師数は医学部の定員が増減しないものと仮定して移行率を1.0としている。30歳代以降は、各年齢階級の移行率に10年前の医師数を乗じて算出し、このように各年齢階級別に算出した医師数を合計して全世代医師数を算出している。

また同様の方法で、大都市、地方都市、過疎地域の医師数の推計を行った。

図表2-3-2-11 年齢階級別、臨床医数推移と将来推計

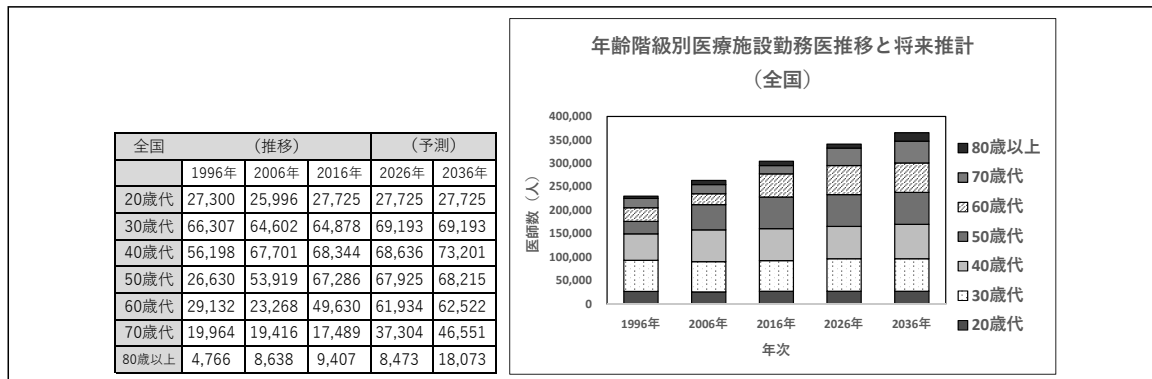
		1996年	1996→2006		2006年	2006→2016		2016年		2006→ 2016年 移行率	2026年 (予測)		2036年 (予測)	
		医師数	増減数	増減率	医師数	増減数	増減率	医師数	構成比率		医師数	構成比率	医師数	構成比率
全国	全世代	230,297	33,243	14.4%	263,540	41,219	15.6%	304,759			332,716		347,408	
	20歳代	27,300	-1,304	-4.8%	25,996	1,729	6.7%	27,725	9.1%	100.0%	27,725	8.3%	27,725	8.0%
	30歳代	66,307	-1,705	-2.6%	64,602	276	0.4%	64,878	21.3%	249.6%	69,193	20.8%	69,193	19.9%
	40歳代	56,198	11,503	20.5%	67,701	643	0.9%	68,344	22.4%	105.8%	68,636	20.6%	73,201	21.1%
	50歳代	26,630	27,289	102.5%	53,919	13,367	24.8%	67,286	22.1%	99.4%	67,925	20.4%	68,215	19.6%
	60歳代	29,132	-5,864	-20.1%	23,268	26,362	113.3%	49,630	16.3%	92.0%	61,934	18.6%	62,522	18.0%
	70歳代	19,964	-548	-2.7%	19,416	-1,927	-9.9%	17,489	5.7%	75.2%	37,304	11.2%	46,551	13.4%
	80歳以上	4,766	3,872	81.2%	8,638	769	8.9%	9,407	3.1%	48.4%	8,473	2.5%	18,073	5.2%

① 全国レベルの医師数の推移と将来予測

図表2-3-2-12に、上記の方法で行った1996年から2016年にかけての全国の年齢階級別臨床医数の推移と将来推計の結果を表とグラフの形で示す。

これらの推計結果は、全国では2016年以降、50歳代以下の臨床医数は変わらず、60歳代、70歳代、80歳以上の臨床医が増加していくことを示している。

図表2-3-2-12 全国の年齢階級別臨床医数の推移と将来推計

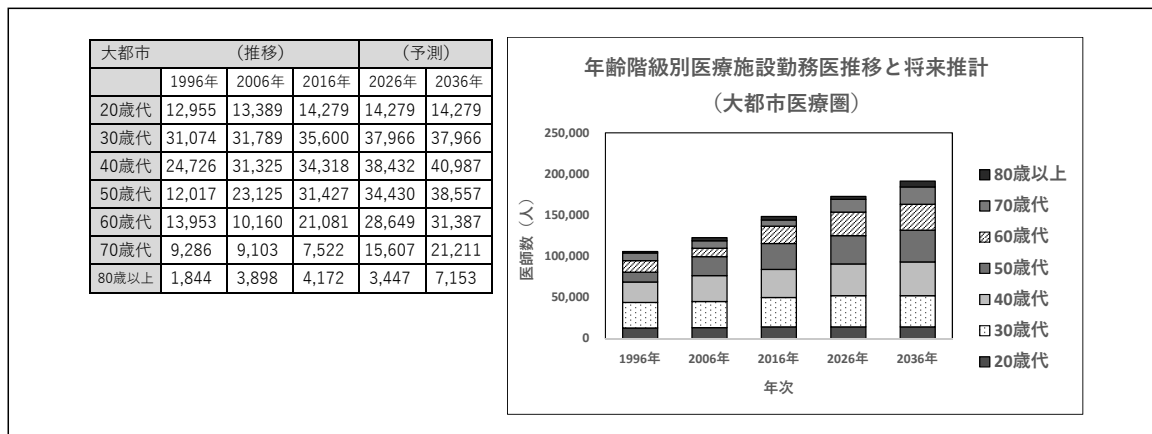


② 大都市の医師数の推移と将来予測

図表2-3-2-13に1996年から2016年にかけての「大都市」の年齢階級別臨床医数の推移と将来推計の結果を表とグラフの形で示す。

大都市医療圏では2016年から2036年にかけて、臨床医数は全国と同様の傾向で増加し、40歳代、50歳代が微増、60歳代、70歳代、80歳以上の医師が増加していく。

図表2-3-2-13 大都市の年齢階級別臨床医数の推移と将来推計

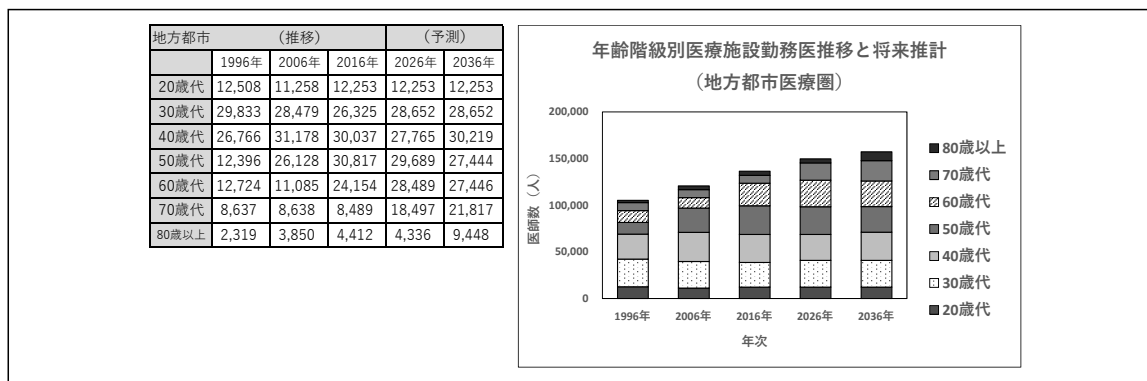


③ 地方都市の医師数の推移と将来予測

図表2-3-2-14に1996年から2016年にかけての地方都市の年齢階級別臨床医数の推移と将来推計の結果を表とグラフの形で示す。

地方都市医療圏では2016年から2036年にかけて、臨床医数は増加していくが、40歳代、50歳代、60歳代がほとんど変わらず、70歳代、80歳以上が増加していく。

図表2-3-2-14 地方都市の年齢階級別臨床医数の推移と将来推計

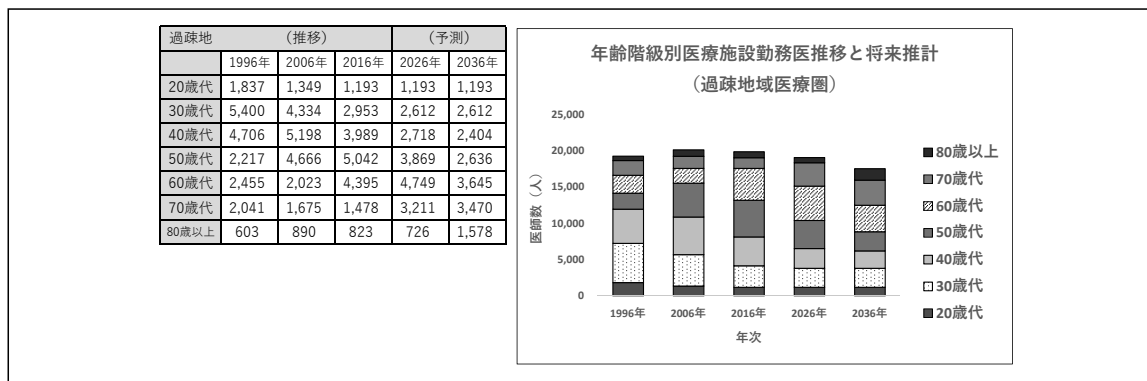


④ 過疎地域の医師数の推移と将来予測

図表2-3-2-15に1996年から2016年にかけての「過疎地域」の年齢階級別臨床医数の推移と将来推計の結果を表とグラフの形で示す。

過疎地域医療圏では2016年から2036年にかけて、臨床医数は減少していく。特に、60歳代以下が減少し、70歳代、80歳以上の臨床医が増加していくと推計された。

図表2-3-2-15 過疎地域の年齢階級別臨床医数の推移と将来推計



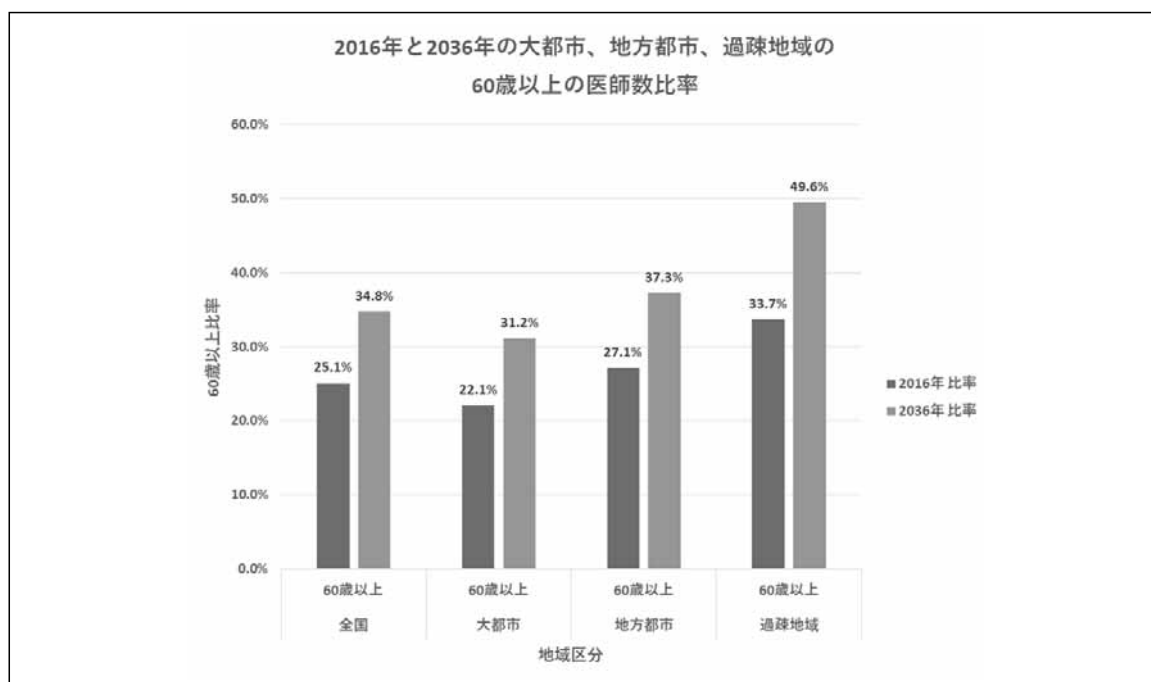
3) 医師の高齢化の地域差について

図表2-3-2-16と図表2-3-2-17は、2016年と2036年における大都市、地方都市、過疎地域別の60歳以上医師数の推計と比率を示す。今後、大都市、地方都市、過疎地域のいずれにおいても60歳以上医師の比率が高まるが、特に過疎地域においてその傾向が顕著である。

図表2-3-2-16 2016年と2036年の大都市、地方都市、過疎地域の60歳以上医師数比率

		2016年		2036年	
		医師数	比率	医師数	比率
全国	60歳未満	228,233	74.9%	238,334	65.2%
	60歳以上	76,526	25.1%	127,147	34.8%
大都市	60歳未満	115,624	77.9%	131,790	68.8%
	60歳以上	32,775	22.1%	59,750	31.2%
地方都市	60歳未満	99,432	72.9%	98,567	62.7%
	60歳以上	37,055	27.1%	58,711	37.3%
過疎地域	60歳未満	13,177	66.3%	8,845	50.4%
	60歳以上	6,696	33.7%	8,692	49.6%

図表2-3-2-17 2016年と2036年の大都市、地方都市、過疎地域の60歳以上医師数比率



4) 地域偏在のまとめ

今回の報告の一つの成果は、このままだと過疎地域において、今後更なる医師不足と地域医療の存続が難しくなるレベルの激しい医師の高齢化に悩む可能性が高いことを明らかにしたことである。女性医師や若手男性医師が今後、現在と同様の勤務地選択を行うとすると、2016年から36年にかけて、大都市では25%臨床医が増える一方で、過疎地域では12%臨床医が減少する。地域の人口が臨床医の減少率（12%）以上に減少する地域が多いので、人口当たりの医師数などの指標はむしろ改善する可能性が高いだろう。しかし一定水準の医療や救急体制を維持するには、一定水準以上の臨床医の人数が必要であるので、臨床医の実数が減ることは、地域にとって大きな痛手となる。

更に、過疎地域の勤務医は現在33.7%が60歳以上であるが、2036年までにその比率が50%程度まで跳ね上がると予測される。当直医の配置など、現在の提供モデルを前提とした場合、とても夜勤体制は組めないだろう。

このような過疎地の医療事情の危機的な状況を乗り越えるためには、

① 卒後5年から10年の若手医師全員に強制的な過疎地で勤務医を最低半年ぐらい働く

あるいは、

② 診療所（開業）を含め、医療施設の長になるには、1年以上の過疎地域での勤務経験があることを必要要件とする

などの、若手医師が過疎地勤務を行うようにする、大胆な政策誘導的な政策が必要であろう。

(3) 診療科偏在の原因と外科の将来

この節では、診療科偏在が進んだ主な原因と、現状のまま手を打たない場合、特に外科が危機的な状況になることを示す。また外科の危機的状況にむけた解決策を提言する。

1) 診療科偏在が進んだ主要な原因について

国家試験に合格した医師の多くは、20歳代で卒後臨床研修を終えたのち自分の専攻する診療科を選び、30歳代になると自分の専門とする診療科で臨床を行い、その後数十年間、臨床活動を行うのが、一般的な臨床医の経歴だと思われる。従って、30歳代のグループがどのような診療科、勤務地を選んだかが、今後の医療提供体制に大きな影響を及ぼす。図表2-3-2-18は、1996年と2016年における、30歳代の診療科別・性別の医師数を示す。

図表2-3-2-18 1996年と2016年の30歳代医師の診療科別・性別の人数比較

	総数					男					女				
	1996年		2016年		96→16 増減率	1996年		2016年		96→16 増減率	1996年		2016年		96→16 増減率
	医師数	比率	医師数	比率		医師数	比率	医師数	比率		医師数	比率	医師数	比率	
医師総数	66307	100%	64878	100%	-2%	56653	100%	44523	100%	-21%	9654	100%	20355	100%	111%
内科総数	24365	37%	22471	35%	-8%	20717	37%	16065	36%	-22%	3648	38%	6406	31%	76%
小児科	3354	5%	4204	6%	25%	2431	4%	2421	5%	0%	923	10%	1783	9%	93%
精神科	3221	5%	3101	5%	-4%	2594	5%	2075	5%	-20%	627	6%	1026	5%	64%
外科総数	7843	12%	5495	8%	-30%	7586	13%	4442	10%	-41%	257	3%	1053	5%	310%
小児外科	177	0%	290	0%	64%	152	0%	208	0%	37%	25	0%	82	0%	228%
心臓血管外	933	1%	962	1%	3%	916	2%	858	2%	-6%	17	0%	104	1%	512%
脳神経外科	2239	3%	1593	2%	-29%	2181	4%	1411	3%	-35%	58	1%	182	1%	214%
整形外科	5618	8%	4251	7%	-24%	5460	10%	3873	9%	-29%	158	2%	378	2%	139%
形成外科	645	1%	944	1%	46%	554	1%	542	1%	-2%	91	1%	402	2%	342%
皮膚科	1849	3%	1918	3%	4%	1158	2%	642	1%	-45%	691	7%	1276	6%	85%
眼科	3295	5%	2116	3%	-36%	2188	4%	1186	3%	-46%	1107	11%	930	5%	-16%
耳鼻咽喉科	2387	4%	1651	3%	-31%	1987	4%	1140	3%	-43%	400	4%	511	3%	28%
泌尿器科	1935	3%	1528	2%	-21%	1886	3%	1340	3%	-29%	49	1%	188	1%	284%
産婦人科総	2697	4%	3170	5%	18%	2158	4%	1181	3%	-45%	539	6%	1989	10%	269%
リハビリテ-	327	0%	320	0%	-2%	260	0%	159	0%	-39%	67	1%	161	1%	140%
放射線科	1822	3%	2018	3%	11%	1523	3%	1311	3%	-14%	299	3%	707	3%	136%
麻酔科	2154	3%	3376	5%	57%	1648	3%	1619	4%	-2%	506	5%	1757	9%	247%
救急科	0	0%	1403	2%		0	0%	1181	3%		0	0%	222	1%	
臨床研修医	0	0%	2238	3%		0	0%	1714	4%		0	0%	524	3%	
その他	1446	2%	1829	3%	26%	1254	2%	1155	3%	-8%	192	2%	674	3%	251%

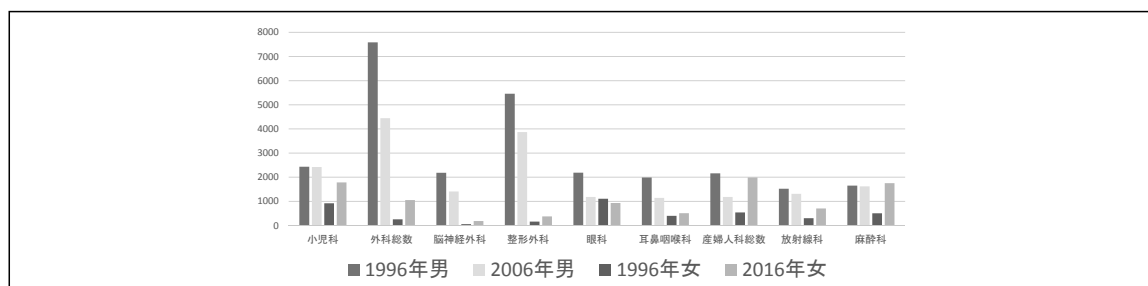
臨床医数は、1996年6万6,307人から2016年6万4,878人と2%減少している。

男性は、1996年5万6,653人から2016年4万4,523人と21%減少しているが、女性は、1996年9,654人から2016年2万0,355人と111%も増加していることに注目すべきである。総数が減少傾向にある理由はいくつか考えられるが、女性医師が増加するなか、産休・育休により、この期間に三師調査を提出しない女性医師の増加は、30歳代臨床医総数の減少の主要な原因の一つと考えられる。

1996年から2016年にかけて、男性医師全体の減少率（21%）を大きく超えて減少した診療科は、外科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、リハビリテーション科である。一方、女性医師全体の増加率（111%）を大きく超えて増加した診療科は、外科、小児外科、心臓血管外科、脳神経外科、形成外科、泌尿器科、産婦人科、麻酔科、その他である。

今後の医療提供体制に大きな影響を及ぼしそうな診療科を抽出し、その医師数の推移を図表2-3-2-19に示す。例えば、30歳代の小児科全体の医師数は1996年から2016年の20年間に25%増加しており、その増加は女性小児科医の増加によるものである。外科総数、脳神経外科、整形外科は、男性医師が大きく減少しており、女性医師は2～3倍と大きく増加しているが、男性医師の減少を補っていない。30歳代の眼科、耳鼻科医師は全体で36%、31%の減少しているが、特に男性医師の減少が顕著である。産婦人科や放射線科は全体で増加しているが、男性医師の大幅な減少を上回る女性医師の増加の結果である。麻酔科も急増したが、男性が2%減少となった一方で、女性が247%増加し、30歳代では女性医師の数が男性医師の数を上回る状況になった。このような若手医師の診療科選択の変化が、診療科偏在の主要な原因であると思われる。

図表2-3-2-19 30歳代医師の診療科別・性別の人数推移（特徴的な診療科を抜粋）



2) 外科医の偏在について

次に、診療科偏在において最も深刻な外科の偏在に焦点を当てる。図表2-3-2-20に、年齢階級別、病院/診療所別の外科総数の1996年と2016年の実数と、2026年の推計値を示す。

先にも述べたように、外科医の全数は、1996年26,070人から2016年24,073人へと1,997人、率にして8%減少している。また、2026年にかけて23,278人へと35人（1%）減少することが予想される。一方、病院/診療所別の外科医数の推移に注目すると、病院勤務は20,112人→20,067人と20年間ほとんど変わらないが、診療所勤務は5,958人→4,006人と33%も減少し、2026年には2,867人まで減少する。外科医の減少は、診療所勤務の外科医減少によるものである。

図表2-3-2-20 年齢階級別、病院/診療所別の外科総数の推移

外科総数	総計						
	1996年		2016年		2026年		
全数	26,070		24,073		23,728		
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	
合計	20,112	5,958	20,067	4,006	20,861	2,867	
全 国	20歳代	3,289	22	1,177	3	1,177	3
	30歳代	7,562	281	5,413	82	5,209	37
	40歳代	5,079	1,007	5,374	463	4,936	188
	50歳代	2,118	1,126	4,700	908	4,428	560
	60歳代	1,423	2,120	2,478	1,209	3,468	899
	70歳代	511	1,205	679	751	1,344	854
	80歳以上	130	197	246	590	299	325

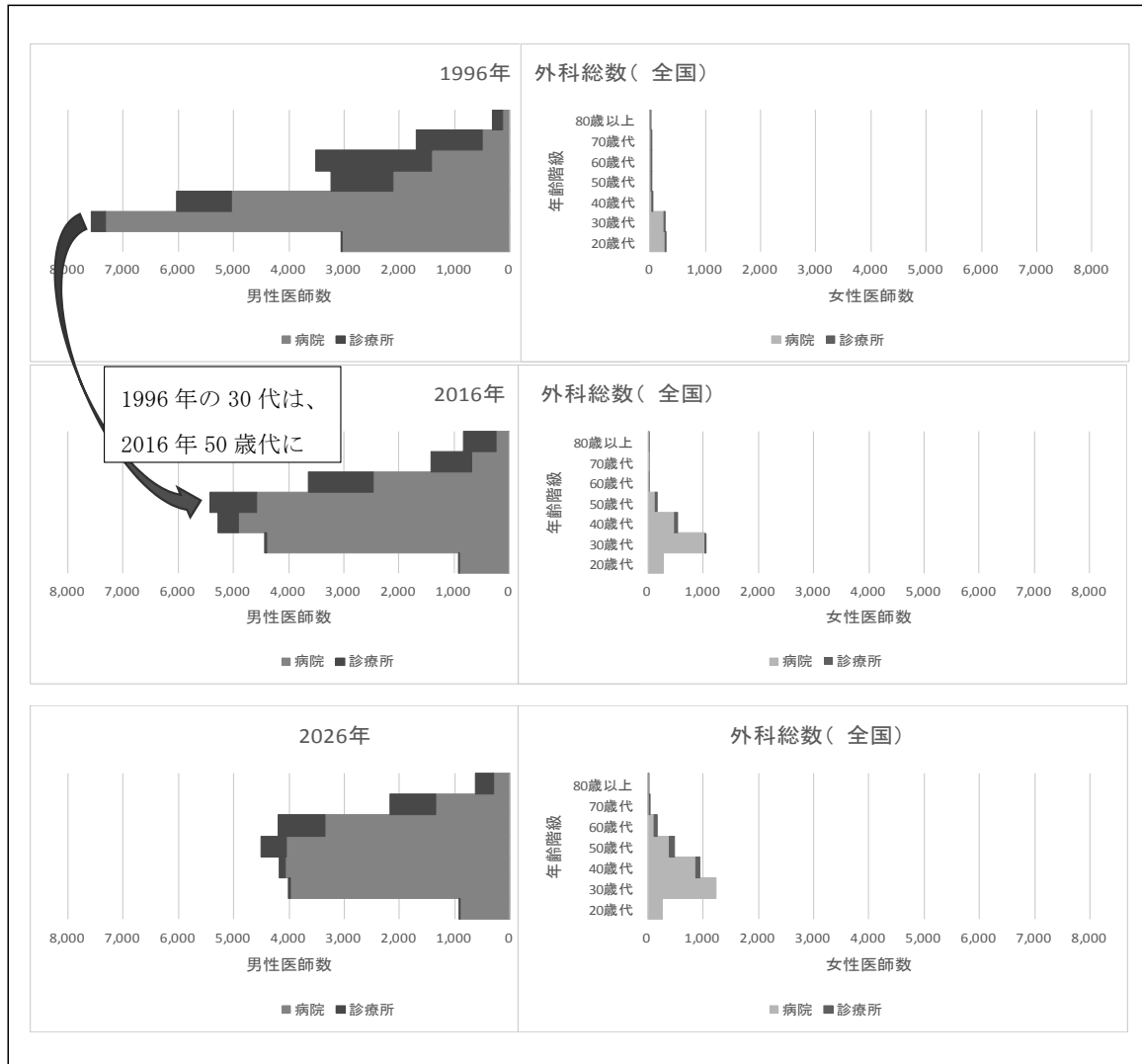
また図表2-3-2-21は、全国の性別、年齢階級別、病院/診療所別の外科医総数の推移と2026年の推計値を示すグラフである。

30歳代の病院勤務の外科医数は、男性外科医が1996年7,318人→2016年4,393人→2026年3,970人と減少する一方、女性外科医は1996年244人→2016年1,020人→2026年1,239人と急増している。1996年に30代であった男性外科医7,318人は、2016年50歳代になっても4,574人が外科医として病院勤務を続けており、1996年の50歳代病院勤務男性外科医2,123人と比べ50歳代の外科医が2,451人も増加している。図表2-3-2-21に示すように、1996年30代男性外科医の7,318人が、2016年50歳代4,393人に移行している。同様に、1996年40代男性外科

医の5,043人が、2016年60歳代2,463人に移行している。1996年から2016年にかけて20歳代、30歳代の男性外科医が急減しているにも関わらず、病院勤務の外科医数が保たれているのは、この間の女性外科医の急増と、50歳代60歳代で病院勤務をしている男性外科医の増加による部分が多い。50歳代、60歳代の外科医の比率が高まり、病院外科医の数は変わらななかつたことは、外科医の高齢化が急速に進んだことを意味する。

2016年に50歳代、60歳代である外科医は、2026年には60歳代と70歳代になり、外科医としての戦力は確実に低下する。2016年から2026年にかけて病院勤務の外科医数は大きく変わらないが、女性外科医の増加と、若手男性外科医の減少、高齢男性外科医の増加傾向が更に進むことが予想される。その結果、日本全体の手術提供能力が今後急速に低下し、「癌になっても、手術は半年待ち」というような事態が日本各地で頻発する可能性も決して低くないであろう。

図表2-3-2-21 性別、年齢階級別、病院/診療所別の外科総数の推移と2026年の推計値

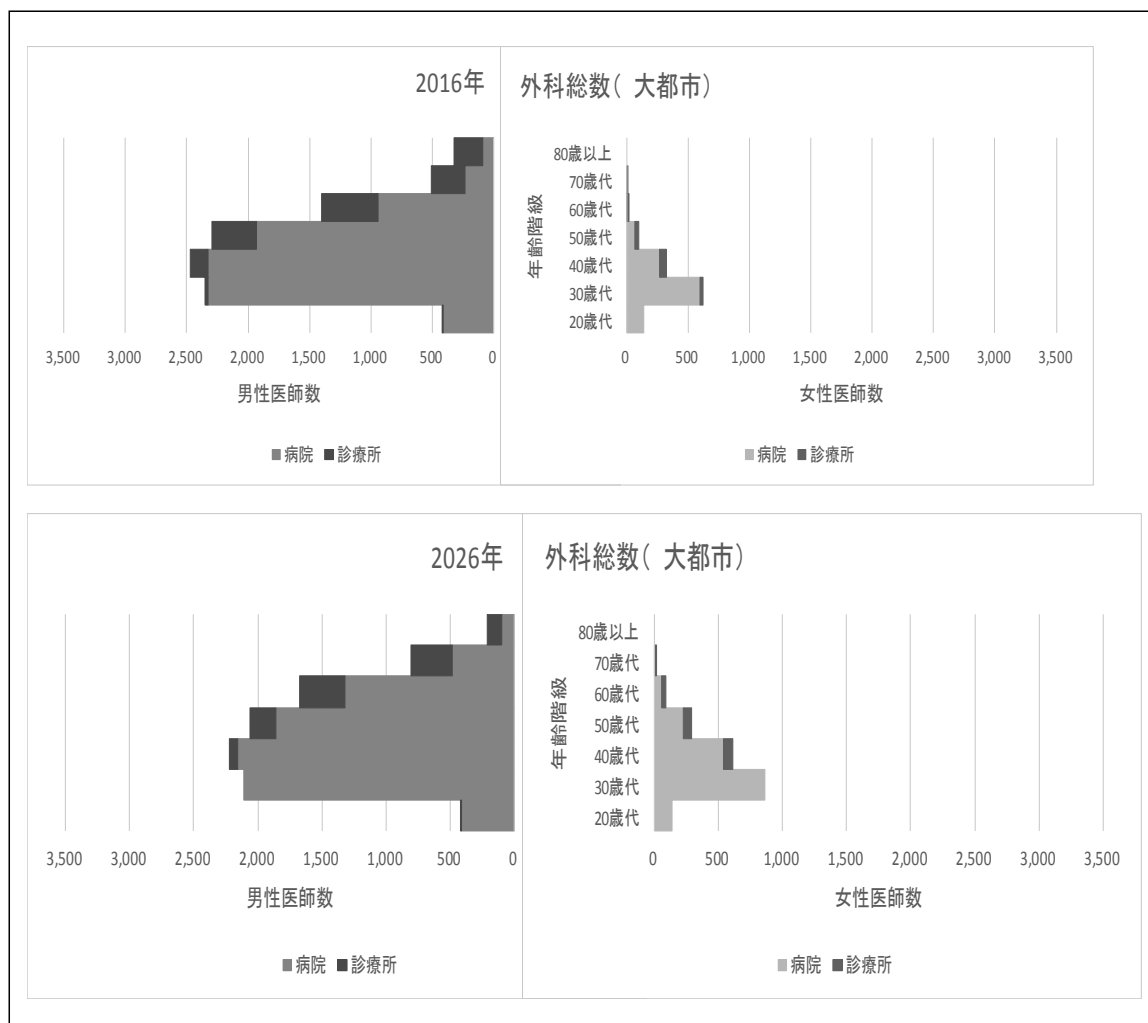


図表2-3-2-22に大都市の、図表2-3-2-23に過疎地域の、2016年の性別、年齢階級別、病院/診療所別の外科総数と2026年の推計値を棒グラフで示す。

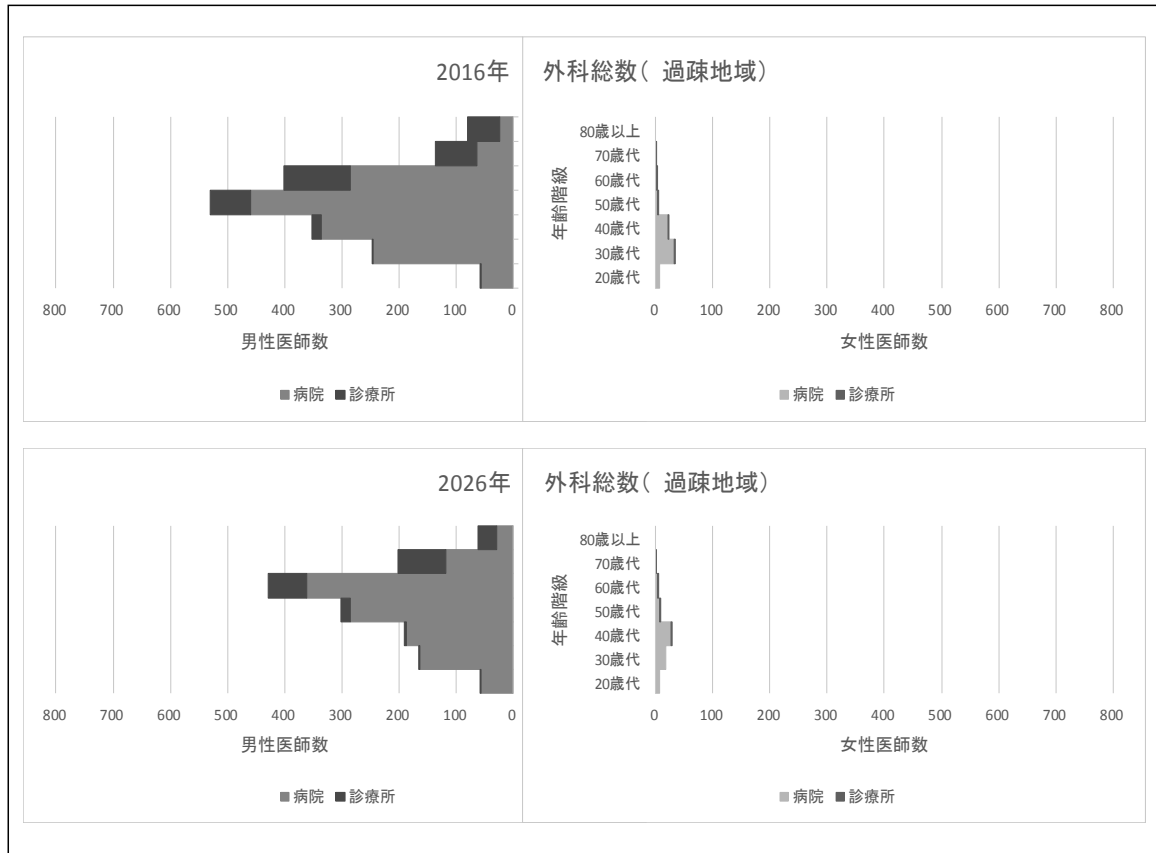
先にも述べたように、女性医師は大都市志向が強く、また近年男性医師も過疎地域で勤務する比率が急速に低下しており、外科医でも同様の傾向が見られる。その結果、2016年の大都市では、30歳代、40歳代の男性外科医と女性外科医が多く、過疎地域では50歳代の男性外科医が多い。また、2016年から2026年にかけて大都市は外科医の増加が期待でき、若手医師が加わることにより、外科医の年齢構成も2016年と大きく変わらない。一方過疎地域は、若手外科医が増えず、外科医の大幅な減少と更なる高齢化が進行し、現在の

主力である50歳代医師が60歳代になっても主力となって外科を運営せざるを得ない状況が予想され、虫垂炎などでも救急車で大都市や地方都市の病院へ搬送しなければならない状況が訪れる可能性が高い。

図表2-3-2-22 大都市の2016年26年性別、年齢階級別、病院/診療所別外科医総数



図表2-3-2-23 過疎地域2016年26年性別、年齢階級別、病院/診療所別外科医総数



3) 診療科偏在のまとめ

現状のまま診療科偏在を放置すると、「手術は半年待ち」というような事態が日本各地で頻発する可能性が高く、特に過疎地域においては、虫垂炎などの簡単な手術すら受けられなくなる可能性が高いことを指摘した。

診療科偏在、特に外科医減少・高齢化による危機的な状況を乗り切るためには、外科医の働き方を根本から変え、外科医が手術に専念できる体制を早急に整える必要がある。具体的には、主治医制という慣習が続いている医療機関では、複数主治医制やチーム制に変更することが不可欠である。複数主治医制やチーム制をとることを医療機関が宣言し、患者の理解を得ることが大切である。

また他の職種、特にNP（ナース・プラクティショナー）やPA（フィジシャン・アシスタント）への仕事の移譲、またNPやPAを促進する場合、法改正が必要となるが、この議論を進め速やかに結論を出す必要がある。緊急手術

の場合、一医療機関では解決できない問題も出てくるので、都道府県単位での輪番制の確立や地域によっては特定の診療科に関する集約化等の取り組みが必要となるであろう。さらに医療機関の役割分担に関しては、地域医療構想の実現と並行して診療報酬の適正化などで促進する必要がある。

IV 課題の提起

1. 人口減少が迫る医療政策の転換 高齢者の「住まい方」を含めた改革が急務だ

ジャーナリスト

河合 雅司

日本の人口減少が加速度を増してきた。厚生労働省の「人口動態統計」（年間推計）によれば、2018年の自然増減数はマイナス44万8000人となる見込みだ。40万人台への突入は初めてである。今後も自然減少幅は拡大を続けていく。国立社会保障・人口問題研究所（＝以下、社人研）の「日本の将来推計人口」（2017年）は、2050年代半ばになると毎年90万人程度減っていくとの予想をしている。

人口が激減していくこともさることながら、年齢構成の激変が日本社会に大きな変化をもたらす。

社人研の推計ではさらに高齢者数は増える。65歳以上人口のピークは2042年の3935万2000人だ。当面、日本社会は高齢者数が増加することへの対策に追われることになる。一方で、過去の出産数の減少に伴い、女の赤ちゃんが減り続けてきたため、今後は妊娠可能な年齢の女性数の減少が確定してしまっている。すなわち、しばらく少子化は止めようがないということだ。高齢化と少子化が同時に進むのだから勤労世代（20～64歳）も減る。2017年の6997万人から1400万人余りも少なくなり、2040年には5543万人となるというのだ。

こうした人口動態の変化は、日本の医療を取り巻く環境にも例外なく影響を及ぼす。2030年に向けた医療を考えると、それを踏まえなければ意味をなさない。

（1）医療人材の確保

では、どのような影響が現われてくるのだろうか。第1は医療人材の確保がこれまで以上に困難となることだ。1400万人余りも減少したならば、すべ

ての産業で人手不足が続くだろう。かねてより医師や看護師の不足は社会問題化してきたが、社人研の推計では出生数は2045年に70万人、2065年には56万人ほどとなる。大学進学において医歯薬関係の学部ばかりに志願者が偏ることになれば、他の職種は人材を獲得できなくなる。

厚労省は社人研の推計値を基に2040年の就業者数の予測値をまとめたが、経済成長と労働参加が進まない場合には2017年に比べて1285万人（約20%）減の5245万人になるとしている。このうち65歳以上が約15%にあたる793万人を占める。

この推計を5歳区分別に見てみると、男性は59歳以下、女性は54歳以下のすべての年代で減少し、70歳以上の就業が2017年の364万人から232万人増えて596万人になっている。30～40代の働き盛り世代が2855万人から2166万人へと689万人も減るというのだ。少子化の影響で出生数が減り、年齢の若い働き手ほど人数が少なくなっていくためだ。高齢者の労働参加が進んだからといって、若い働き手の減少傾向が改善されるわけではないのだから当然である。

さらに詳細に分析すると、この厚労省の推計は75歳以上の就業が157万人から287万人へと1.8倍増になることを前提としていることが分かる。だが、いくら高齢者の肉体面での能力がかつてと比べて「若くなった」とはいえ、75歳を超えれば、さすがに若い頃のようにはいかなくなるだろう。

高齢者の就業が進めば非正規雇用として働く人も増えよう。現役時代に比べて短時間で働く仕事を選ぶ人が増えるためだが、それは就業者数の減少以上に「社会の支え手」が減ることでもある。

そもそも若者でなければできない仕事もあれば、むしろ年配者のほうが適した業務もある。政府も産業界も高齢者の就業が進むことに大きな期待をかけているが、年齢面を考慮せず皮算用をしたところで、現実的な人手不足の解決策とはなるまい。

これを医療人材の確保に置き換えて捉え直してみよう。厚労省はほとんどの業種について就業者数が減少するか横ばいになるとの予想をしている。そうした中で「医療・福祉」分野については就業者が大きく伸びるとの見通しを示している。経済が成長し、高齢者や女性などの労働参加が進んだ場合には167万人増、進まないケースでも103万人増になるとしているのだ。

ちなみに、政府が2018年に公表した2040年度の医療福祉分野の就業者数予測では、医療は2018年度から19万人増の328万人、介護は171万人増の505万人、その他の福祉分野を合わせ1065万人の就業が必要になるとしている。厚労省の推計通りに就業者が増えたならば、かなり人材不足は改善することとなる。

しかし、そう都合よく行くのか疑問だ。若い世代は人数が減っていくのだから、今後は各分野で奪い合いになることだろう。分散こそすれ、「医療・福祉」だけが潤沢に人材が集まるとは思えない。厚労省の推計は法改正によって受け入れが拡大されることとなった外国人労働者の影響は加味されていない。それでも「医療・福祉」分野に就業が進むというのであれば、中高年層が集まらなければ辻褄が合わなくなる。

だが、「医療・福祉」は専門性を必要とし、体力的にきつい仕事も少なくない。だれもが他の業種からスムーズに移れるわけではないだろう。介護現場などでは現状でも業務内容の厳しさの割に処遇条件が恵まれているとはいえず、慢性的な人手不足が続いている。これで本当に中高年層は集まるだろうか。厚労省の産業別見通しは甘いと言わざるを得ない。

仮に政府の思惑通りに外国人労働者の受け入れが進んだとしても、事情は大きくは変わらないだろう。各国の事情を見れば、外国人労働者が多数を占める職場では賃上げが進まず、むしろ抑えこまれる傾向にある。外国人労働者が増える以上に、日本人の就業が減ったならば、かえって人手不足が進むことにもなりかねない。

社会の支え手の減少幅の大きさを勘案すれば、医療・介護スタッフを増やすために無理を重ねるのではなく、むしろ小規模のスタッフで患者や要介護者に効率よく対応し得る態勢を組めるよう考えていくほうが賢明だ。

さらに考えなければならないのが、医師の高齢化だ。厚労省の「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」(2016年)によれば、施設ごとの医師の平均年齢は、病院(医育機関以外)が46.7歳、診療所59.6歳、医育機関付属病院38.8歳だ。地域医療の担い手である診療所の場合、30代は4.4%に対し、60代28.9%、70代以上も18.4%を占める。人口動態の変化で地域住民が減り、医療経営が成り立たないエリアが増えてくることが予想されるが、一方で医療機関が複数ない地域では医師の高齢化による廃業や医師自身の死亡によって医業が途絶えることも起こり得る。現在医師が1人しかいない地域で、その医

師が高齢の場合、突如として「無医地区」になり得るということだ。

厚労省は都道府県ごとの地域医療構想をもって医療機関の連携や役割分担を進めていく方針だが、そのベースとなる診療所の医師の年齢を考慮する必要がある。

(2) 医療機関へのアクセス

医療にもたらす影響の2つ目は、患者の医療機関へのアクセスを難しくすることだ。総務省が「自治体戦略2040構想研究会」に示した資料によれば、自治体職員や税収の確保が困難になってくる自治体が増えてくるというのだ。自治体職員数については2013年を基準として2040年に確保できる規模を予測しているが、「人口1万人未満の町村」では24.2%減になるという。公務員までが確保できなくなるのでは、行政サービスはもとより、さまざまな公的サービスが行き届かなくなる地域が広がってくるだろう。

この点についても医療分野に当てはめて考えてみよう。若き働き手が減れば、救急車を運転する人や、担架を運ぶ人が十分に確保できなくなる。それ以前に救急車を製造する人や、病院を建設する人も、大型医療機械を備え付ける人も確保できなくなる。

救急搬送がままならなくなり患者が医療機関にたどりつけなくなったならば、どんな立派な病院を建設し最先端の機器を整え、名医をそろえようと意味をなさない。それこそ、そこに医療機関が存在しないのと同じである。

医薬品だけでなく、入院ベッドに不可欠なシーツや毛布をはじめ医療サービスを提供するために必要な物品は無数存在する。それらを随時運び込めなければ、やはり十分な医療を提供することはできない。運転手が足りなくなれば医療も介護も成り立たないと認識すべきなのである。医療器機のメンテナンスや税務など医療事務にも人手は必要である。日本の人口減少とは、社会全体が持続可能性を損ないかねないほどに深刻だ。個別の業種の人手不足が解消したとしても、問題の解決には至らない。

医療機関にたどりつけないのは救急搬送の患者だけではない。通常の外来患者だって医療機関へのアクセスを困難とする人が増えてくることだろう。社人研の推計によれば、2042年まで65歳以上の人口が増え続けるが、65～74歳は減り始めている。増え続けるのは75歳以上だ。2040年代終盤になると総

人口の15%以上が80歳以上となる。2042年の90歳以上は544万7000人となる予測だ。

しかも、独居の高齢者が増える。社人研の「日本の世帯数の将来推計」(2018年)によれば、2040年の高齢者に占める1人暮らしの割合は男性が20.8%、女性は24.5%に上昇する。90代まで生きる人が珍しくなくなったが、より歳を召された高齢者が当たり前となる社会においては、男女の平均余命が大きく物を言い始める。すなわち、今後は「よりお年を召された女性高齢者の1人暮らし」が各地に増えてくるということだ。

地方の高齢化率は高まってきており、地方によっては集落の全員が90代の女性の1人暮らしといった状況になっているところもある。自動車の運転もままならず、バスなどの公共交通機関が機能しなくなれば、日常生活はもちろんのこと通院も大変な状況となる。

大都市部でも通院のための障害は多い。駅や歩道などのバリアフリーは整備されてはきているが、高齢者数が激増した場合、いまのエレベーターなどの設置数ではとても間に合わないだろう。90代の患者が付添人もなく、電車やバスを乗り継いで医療機関に通うのは想像しがたい。

(3) 医療・介護を経済のブレーキとしないために

人口動態の変化は、医療や介護をはじめとする社会保障の基盤たる日本経済の成長にブレーキをかけかねない。第3の影響は医療・介護自体が「ブレーキ役」になりかねないという点だ。

政府は伸び続ける社会保障費の抑制策の目玉策の一つとして、病院や施設での医療・介護から、自宅を含む住み慣れた地域で最期まで暮らせるようにしようという「在宅」へのシフトを推進している。その受け皿として「地域包括ケアシステム」を打ち出したが、高齢者の1人暮らしの増大で地域包括ケアシステムが成り立たないエリアが拡大し始めている。

地域包括ケアシステムは医療や介護の専門職だけでは機能しない。買い物や洗濯、掃除など、患者や要介護者の日常生活の多くは家族や地域住民による手助けを当て込んでいる。だが、地域の支え合いどころか、肝心の家族や地域住民がいないのである。

1人暮らしでなくとも高齢夫婦のみの世帯も珍しくなくなってきている。

かねてからの過疎地などでは、すでに高齢者が点在して住んでいるところも目立ち始めた。先にも触れたが、地域住民が全員高齢者という集落もある。一方、都会では近所づきあいが乏しく、住民同士の助け合いが期待できない地区が少なくない。

地域包括ケアシステムとは、名前に「システム」と付けられているが、中心となる医師の力量に依存しているところが大きいのも実情だ。現状で機能している地域も、中心的ポジションを担っている医師が引退した途端に停滞したり破綻したりすることが懸念される。こうした点を十分に織り込んでいない地域包括ケアシステムを全国に展開させることにそもそもの無理があったのではないのか。

政府の推計によれば、高齢者数がピークに近づく2040年度には、医療や介護、年金などの社会保障給付費が2018年度の約121兆円から最大1.6倍膨らみ約190兆円になる。厚労省は社会的入院を無くす必要性に迫られてきたわけだが、「在宅」は病院や施設での医療・介護に比べてどれだけの歳出削減効果があるのかは明確ではない。確かに、医療の進歩によって入院日数は短くて済むようになってきた。必要度の低くなった人が退院することによって医療費を抑制できた部分はある。社会保障費だけを切り取った試算ならば、「地域包括ケアシステム」に一定の削減効果があることは間違いない。

しかしながら、1人暮らしの高齢者や高齢夫婦のみの世帯が増える中で、「在宅医療・介護」を支えるために多大なマンパワーを使ったり、買い物支援や地域の公共交通機関の維持を図ったり、生活必需物資を届けたりといった他の政策経費まで含めて考えなければ、実際の削減効果は図れない。これらのコストが社会保障費の縮減以上に大きく伸びたのでは意味がなくなる。人口激減エリアが広がり、日常生活を支えるためのコストがますます膨らんでいくであろうことを考えれば、むしろ病院や福祉施設で集中的に患者のケアにあたったほうが効率的ではないのか。

少子高齢、人口減少社会において、社会保障費の抑制を社会保障制度の枠内だけで実現しようとするには限界がある。地域包括ケアシステムの見直しだけでなく、本稿で取り上げてきた人口減少に伴う医療への影響を克服しようとするならば、社会保障をもう少し広義に捉え直すことが求められる。

これから「高齢化した高齢者」が増え、認知症患者や加齢に伴って生活力

が衰える人がますます増大する。地域包括ケアシステムを確立する以前の問題として、その地域の日常生活を維持するためのサービスを住民にどう届けていくかが社会課題となろう。

家族の力を当て込んだ医療や介護を押し進めていけば、巡り巡って日本経済を大きく減速させかねない。介護離職の増大だ。

家族の支援を前提とする地域包括ケアシステムは、安倍政権の主要政策である「一億総活躍」とも矛盾する。総務省の「就業構造基本調査」(2017年)によれば、家族の介護や看護のために仕事を辞める介護離職が高止まりしているのだ。2016年10月～2017年9月の1年間に離職した人は約9万9000人になる。5年前の前回調査(約10万1000人)と比べれば微減ではあるが、勤労世代が激減していく中では決して小さくない数字といえよう。

介護をしている40～50代は少なくない。いちばんの働き盛りで、職場のリーダー的役割を果たす年代の社員が突如職場を去ったならば、業務の混乱は避けられない。介護離職まで至らなくとも介護のために早退や遅刻をせざるを得ない人が増えてくれば、生産性は下がり日本経済への影響は必至だ。それによって税収が落ち込んだならば、社会保障財源もますます確保困難となる。

介護離職者の8割は女性であり、この点も安倍政権が掲げる「女性の活躍推進」に大きく水を差す。ただでさえ勤労世代が減り行くのに介護離職の増大をこのまま許すならば、ますます人手不足が拡大することになる。

介護保険の発足によって介護離職者は減り行くはずであった。それが10万人近くの水準で高止まり状態にあること自体、地域包括ケアシステムが絵に描いた餅であることを示すものだといえよう。在宅医療・介護へのシフトを見直し、政策大転換のときにある。

政府は2020年代初頭までに特別養護老人ホーム(特養)などを前倒して整備し、施設数も拡充する方針を明らかにしているが、高齢者が今後激増するのは大都市部だ。地価が高く、思ったように進むかどうか定かではない。

そこで、福祉政策と住宅政策の融合を提案したい。すでに地域包括ケアシステムが機能しているところは別として、成り立ち得ないところについては高齢者向けの低家賃住宅を整備するのだ。年金の最低保障機能を充実させることが難しい以上、現行の給付額で暮らせるような仕組みを考えていくしかない。

空き家が増えてきており、すでに本来の政策目的を終えた公的な建物をリフォームして低家賃で提供し、高齢者が集まり住めるスペースを提供することは可能であろう。住み慣れた自宅にすぐ戻れるよう、地域ごとに「高齢者タウン」として整備し、それぞれの収入に応じた物件が選べるようにすることだ。

特養と高齢者住宅が一体化するのも選択肢だ。例えば、1階から3階までは住宅とし、4階・5階は特養として使うイメージである。敷地内に住宅と特養を併設するのもよい。

自宅と医療機関などを直接結ぶスマートハウスや、地域によっては特養のベッドの空きがありながら、スタッフが足りず待機者を入所させられずにいる例もみられるが、一方で入所待ちもなくなる。こうした mismatches の解消も組み合わせていく。

「高齢者タウン」の普及によって高齢者同士が助け合いながら暮らすことが当たり前の社会が実現すれば、医師が往診するにしても移動距離を短くできよう。医療・介護の提供者を簡単に増やすことができない時代が到来する以上、サービスの受け手のほうが集まり住んで効率的な社会を築く発想が不可欠となるのだ。新たな高齢者住宅では、住民が歩いて生活のすべてを賄えるようにする。高齢者の自立を促すことで介護離職者を減らし、経済成長の阻害要因を少しでも無くしていくのである。

2030年まで多くの時間が残っているわけではない。高齢者の「住まい方」を含めた広義の社会保障改革に一刻も早く着手することが求められている。

2. 医療ICTの課題

日本医師会ORCA管理機構(株)
代表取締役社長
上野 智明

西暦1700年代初旬に発明された体温計は、当時の医師たちには歓迎されず、器具による体温測定が診断の標準となるまでに150年以上もかかったと聞く。この後、テクノロジーの進歩と医療の関係は加速しながら連綿と続いてきた。新しいテクノロジーは、社会で十分に成熟してからようやく医療現場でも市民権を得る、という傾向がある。近年では、FAXやコンピュータがそうであった。

今はいわゆる第四次産業革命と言われる、IoT、ロボット、人工知能（AI）、ビッグデータといった社会の在り方に影響を及ぼす新たな技術の進展が医療にも関わりを持ち始めている。2030年頃にはこれらの技術はある程度成熟し、そののちに医療分野にも普及していくものと思われる。本稿では、その過程と結果で生じるであろう課題について述べる。

(1) ICTリテラシーと高齢化

政府の人口推計では2040年頃のピークに向けてさらに高齢化が進むとされている。医療現場は、そもそも高齢者が患者としてかなりの割合を占める場所である。つまり、医療現場は患者もそして医師も高齢化率が世間一般よりも高いことに注意が必要である。これからの医療のICT化政策には、患者と医療提供者のICTリテラシーに考慮した進め方が必要であろう。

例えば厚生労働省で2001年に策定された「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」では、平成18年（2006年）度までに全診療所の6割以上に電子カルテを普及させる、という目標が掲げられたが、20年近くたった今でもいまだに達成できていない。現在でも、地域医療で多忙を極めている開業医が、日々の診療途中で一念発起をして電子カルテを導入するケースはかなり少ない。年間の電子カルテの導入数は4,000～5,000件と言われており、

その大半は新規開業と医院の承継が占め、電子カルテ世代医師への世代交代のスピードに依存している。

クラウドの活用についても同様である。民間企業の多くが効率と安全性を求めてクラウドの利用にシフトしており、政府も調達的第一選択にクラウドを考慮する「クラウド・バイ・デフォルト」を掲げる時代となった。しかしながら多くの医療機関からは「クラウドはまだ早い」といった意見を聞くことが多い。

こういった状況から、オンライン診療や電子処方箋、マイナンバーカードの導入などのICT政策においても、長い目で効果を判定するKPI (key performance indicator) が必要と考える。

(2) 情報の量と質

2018年11月、中国のテクノロジーイベントで無人のクリニックが発表されたことは記憶に新しい。AIを使った診断を受けたあと、希望すれば遠隔で人間の医師が確認し正式な診断を下すという。よく使われる薬の自動販売機も併設されている。AIによる診断のデータは、既に2億人のユーザがいるオンライン診察などのアプリで蓄積されたものが活用されているという。

インドでは10年をかけて12億の国民に生体認証（指紋と虹彩）を使った電子IDが付与された。国民の半分が身分証明書を持っていなかったため、貧困層や農村部への社会保障を行き渡らせることを主な目的として構想されたものである。現在はさまざまな行政サービスやヘルスケアのデジタル化、決済サービスなどに活用されている。

世界各国がデジタル的なさまざまな手法で国を整備しつつあるなか、このように国土の広さや人数が桁違いに大きい国から、今後、ヘルスケア分野においても新しいサービスや潮流が出てくることは想像に難くない。

この流れに対して日本はデータの「質」で対抗するべきとの意見もある。しかしながら、現状の電子カルテにはメーカーや製品毎の互換性がなく、リプレイス時のコストも問題となっている。医療機関同士が情報交換をするための国の標準規格はあるが、診療所向けの電子カルテでは、標準規格による出力に対応できていないものが大半である。病院の情報システムにおいても、大抵は別途購入が必要なオプションである。そして診療スタイルもさまざま

異なる医療機関のカルテに書かれた全ての情報の項目が、規格で網羅されているわけではない。指示・実施予定情報や、患者状態の情報、検査の解釈などは、記載するかどうかは医療従事者任せであり、使われている語句も標準化されていない。介護分野にいたっては情報交換の標準規格すら整備されていない。

全ての医療機関から広く「質」を得るためには、国を挙げて診療録内の記述方式の標準化とデジタル化へ向けた取り組みが必要となる。こういった状況であるため、2018年5月に施行された次世代医療基盤法に向けた日本医師会の取り組みでは、医療、健診、介護などの各データを受け取る側で、標準化とできる限りのクレンジングを行い格納する手法をとっている。

一方、検査技術のデジタル化に伴い、一人当たりの医療情報が膨大なデータ量となる時代となった。また、医師をはじめとする医療提供側が知っていなければならない最新の専門知識の量も膨大であり、この傾向は今後も増大するばかりであると思われる。今後は、病気の見逃しを防ぐために、テクノロジーを利用した診断手法が主力になっていくだろう。様々なテクノロジーの進歩を今後どう安全に医療に適応していくかが最大の課題となる。

最近「AI」という言葉が万能薬として使われがちだが、AIを安全に利用するには、一定の法規制が必要である。正確さのみならず、治療方針等の決定への寄与の大きさなどを考慮した、医薬品医療機器法での早急な対応が望まれる。

(3) 個人情報保護とプライバシー

これまで患者個人の医療情報は、紙の書類として医療機関や保険者毎に比較的安全に分散管理されてきた。また、いわゆる医師の守秘義務などによって守られてきた。のちに、電子化が義務化されたレセプトをはじめ、診療録や検査結果、健診結果など、デジタルの時代となって情報の可用性・見読性・保存性は向上した。しかし、デジタル情報には扱う機器のサポートやメンテナンスも必要となり、医療情報に触れうる立場の者は、院内の医療従事者に特定できない時代となった。こういった問題に対して従来の個人情報保護法は充分ではなく、改正個人情報保護法が施行され、病歴が要配慮個人情報に指定されるとともに、新たに罰則規定が設けられた。

個人情報を守るための安全管理措置は、医療機関においても他の業種同様に守らねばならない。そのためのガイドラインは医療情報の機微性から他の業種のものよりも厳しい傾向にある。医療機関にとっては、出入り事業者への安全管理措置や従業員への監督義務に関するリスクが増している状況である。顧客の個人情報を武器にビジネスを行う営利企業では情報化投資と同時に安全対策もとる必要があり、そのコストは対価に反映できる。しかし、保険診療の世界で医療に従事するものに同じリスクとコストを課すのはそろそろ限界なのではないだろうか。政策として医療機関のICT化を進めるのであれば、セキュリティリスクの増加に対する手当も今後は同時に検討していくべきだろう。

(4) ビッグデータとPHR

医療情報のデジタル化が進み、現在は、政策的にも学術的にも商業的にも医療情報を蓄積してデータベース化する事業が花盛りである。分析に耐えるデータの標準化の必要性についても、ようやく多くの人々が理解しつつある。

政策的には、内閣官房の次世代医療基盤法、総務省の情報信託銀行、内閣府のAIホスピタル、厚生労働省のNDBをはじめとする国策データベースとマイナポータル、もしくは全国保健医療情報ネットワーク等々、省庁毎に方向が異なる。このうちのいくつかはかつての「どこでもMY病院」のように雲散霧消する可能性もある。

学術的には各学会が独自にデータベースの構築に取り組んでいる。専門医などの条件を満たす範囲でデータを収集する向きもある。なんらかの形で統合したシステムで管理されることが望ましい。

商業的には、ビッグデータそのものを提供するサービスや、保険者や個人向けのPHRサービスなどに大別される。問題はデータ収集の手段と管理である。例えば保険者が大量のレセプトや健診の情報の分析を契約先の事業者へ業務委託し、事業者はそのデータを加工して第三者に販売するというビジネスが存在する。匿名加工がどのような手法で行われているか、個々の被保険者（患者）はそのことを知っているのかなど疑問に思う点も多い。

その他、医療機関や患者個人からの医療データの収集においては、謝礼、

サービス、ポイント付与などの対価を支払う試みが増えてきている。マイナンバーカード政策が功を奏した場合、2030年には人々の大半がマイナポータルをPHRとして活用することとなる。人々が手元の携帯端末からマイナポータルに接続することを前提とした、民間のPHRサービスが多く出現し、付加価値を競うであろうことが予想されている。

このケースの問題は現在の個人情報保護法では本人の「同意」さえあれば利活用の際に万能であり、誰でも事業が行えることである。「医療情報は宝の山」と良く言われるが、医学の進歩の話だけではない。ゲノム情報や購買情報などと組み合わせれば、ビッグ（マーケティング）データとなることは自明であり、事業内容や参入などに対して何らかのルールが必要であろう。本人による情報のコントロール権も重要となる。実現には、政府や民間の個々のサービスに対する同意を手元の一カ所で管理できる、いわば「同意ポータル」のような仕組みが必要なのではないだろうか。

上に述べた各データベースは、医療等の分野における安全な専用IDがあって初めて効率的な名寄せが可能となる。被保険者証の記号番号の個人番号化が専用IDとして有力であるが、執筆時点では最終的な結論は出ていない。

また、データのやりとりを行う医療等分野の安全な専用ネットワークの整備も必要である。多くのデータは医療機関を発生源として発出される。現状でもレセプトのオンライン請求や、診療機器やソフトのメンテナンスなどの接続、地域医療連携との接続、業務に必要なインターネット接続等々、多くの接続を別々に行っている状況である。コスト的にも安全管理的にも、施設からの出入り口を一つにまとめる環境整備が今後必要であろう。先進的な取り組みで目標とされることが多い北欧の国などでは、こういったインフラを構築した上で各種行政のサービスが稼働していると聞く。

（5）さいごに

インターネットやスマートフォンの出現と普及がそうであったように、ICTの分野では5年後より先を予想するのは難しい。ICTを主軸とするグローバル企業の多くがヘルスケア分野での取り組みを行っており、また新興国の追い上げも激しい。わが国は世界各地から発信されるイノベーションの後追いをするだけでなく、まずは公的皆保険制度と、ICT化されていく社

会との融合を果たさねばならない。そしてこの次世代の皆保険のみならず、子育て、教育、健康、医療、介護、障害者福祉等の情報を、必要な相手とだけ共有できるインフラ整備が求められる。最終的には、様々な関係職種、住民を含む多様な主体がお互いに協力し合うことで、妊娠前から死後のグリーンケアまで、地域とともに創っていく社会の実現が、社会保障分野での第四次産業革命と言えるのではないだろうか。

3. 地域医療の課題、問題点

日本医師会総合政策研究機構 主任研究員
細谷 辰之

(1) 法と正義と地域医療

医師など医療の専門職の偏在は地域医療の大きな問題点として認識されてきた。しかし、これは医療に限った話ではない。専門職の偏在傾向は他の職種にも見られるのである。日本弁護士会の統計によれば、日本の登録弁護士数は2018年3月31日現在で4万66人である。そのうち、東京都1万8879人、大阪府4562人、愛知県1958人、神奈川県1635人と大都市を有する4都府県で全体の7割を占める。弁護士1人あたりの人口では最大は秋田県の1万2769人、これに対して最小は東京都の727人、その差は17倍強である¹。これは法的なトラブルに対して住民の司法アクセスが十分でない地域が多い現状を示している。地域において、法が、守るべき人や制度を守っているか。もちろん、これを担保するのは司法アクセスと弁護士の数だけではない。しかし、司法の介入や判断から遠い地域では、法の正義よりも旧来の慣習や、地域社会の力関係が優先されることが多くなる。

また、地方自治体等での法理解にも問題があることが多い。制度を決め立法を行っている中央から物理的にも組織的にも距離があるところでは、制度趣旨や立法趣旨の説明が十分に伝わらず、条文の塊だけが伝達される。「個人情報保護法」を遵守するあまり、生命を危険に晒すような「誤り」が横行することとなる。救急搬送の現場でも、器物損壊罪や住居侵入罪を犯すことを恐れるあまり、傷病者の安全確保や保護が後回しにされる事例も少なくない²。法の軽重や違法性阻却事由などの法理の理解が浸透していないことが理由であろう。「個人情報保護法」の解釈については、医療や介護の、また多職種連携の現場で障害となることも少なくない。個人を守るために立法された法律の拘束力が、その適当な範囲を超えて発揮され、かえって個人の安全や生命に損害を与えるようなことになっては本末転倒である。必要不可欠

1 日本弁護士会 「弁護士白書2018」

2 救急隊が出動、現場到着をした時点で、傷病者がいるとされる家屋等が施錠され、内部を見ることができず、到着を知らせても応答がない場合で、鍵や窓を損壊して内部に進ませざるを得ないときに、損壊や侵入の許可を与える権限のない警察や家族などの同意を得ようとする内部ルールが多数存在する。

な法理の理解と、ルールのトリアージが、いかなる地域のいかなる場面にあっても合理的になされなければならない。医療や介護の現場、あるいは救急の現場では、起こりうる法解釈の困難な事例を洗い出し、現場が合理的に解釈をして迅速な行動ができるようなプロトコルの整備も必要であろう。何か問題が起こる度に現場の医療従事者に適切な法解釈を求めることは現実的ではない。

特に、司法アクセスの十分でない人口過疎地域においては十分な配慮が必要である。

(2) 経済合理性との相克～最大効用を何で計るか？～

かつては放漫が許された公的機関の経営について厳しい目が向けられるようになってから久しい。同じような文脈で医療機関の経営についても、公的医療機関か民間医療機関かを問わず経営の合理化が進められるようになっていった。2007年総務省が行った公的病院の経営改革³、2003年の国立大学の独立行政法人化による大学医学部附属病院の経営改革はその中でも大きなイベントであった。

投入した資源に対して、もっとも大きな効用が得られるように計るという経営の合理化は必要なことである。投入できる資源には限りがあるからである。また、最大の効用が得られるように計る（短期的にではなく）ということで、業務が合理化され制度と質が向上することも予想される。提供される医療の質の向上が実現される起因になりうる。しかし、一方で、その経営の合理化の成果をどう評価するかという問題が生じる。

総務省の進めた改革では、第一に公的病院の赤字体質が問題とされた。「黒字化」をはかる。黒字化できないとされた病院には、閉鎖、売却、民営化という選択肢も提示された。有限資源の有効活用という視点で「赤字体質の放置」は許されない。放漫な経営は質の低下の温床にもなる。ここからの脱却は必要な改革である。しかし、最終的な改革ではない。医療機関が金銭的利益を生むことを目的として設置されていないからである。

経営の最適化が、経営主体の実現すべき目的をいかに合理的に行うかであるとすれば、医療機関の実現すべき目的、主として診療による臨床成果を如

3 総務省自治財政局「公立病院改革ガイドライン」

何に合理的に達成するかで医療機関の経営の最適化が図られるべきであろう。

地方の自治体病院の経営については未だに多くの病院でいわゆる「赤字」であり⁴、自治体議会での経営問題に関する議論は、医師確保と「黒字化」に終始しがちである。病院など医療機関の設置、あるいは医療アクセスの確保は行政の責任である。自治体や国は、赤字であっても必要な医療を提供できる最低限の医療インフラを整備しなければならない。

地域医療を提供する医療機関の経営における（図られなければならない）経済合理性は、期待される医療の供給量をアウトカムとして評価されるべきであろう。もちろん「金銭的」尺度で評価される病院経営の健全な収支バランスの維持も重要であるが、これは期待される医療の供給を継続的に行っていくためのもので、経営そのものの主たる目的ではないことを共通認識としなければならない。

他方、居住地域を選択する際の条件として、医療機関は学校と並んで重要視されているという調査報告は多い。自治体病院の存在は地域価値を高めているという点で、地域経済にとって病院の収入以上の経済価値を生み出していると解釈しうる。

（3）選択の合理性～将来図を如何に描くか～

居住する地域を選択するとき、病院などの医療機関の充実が条件として重要視される傾向であることを前節で指摘した。事実、IターンやUターンの転入を呼びかける自治体のホームページでは医療機関の充実を訴えかけているものは多い。一方、域内で病院の規模や機能開設診療科の数が十分でないと認識されている自治体では、一日も早い「医療の充実」が強く求められる。「住民の安全」が不合理に危険に冒されている状態は改善されなければならないという至極当たり前の欲求からであろう。必要最小限度の「住民の安全」の確保のための「必要最小限度の医療の確保」は住民が当然の権利として求めるべきであり、また自治体はそれを実現しなければならない。北海道のある自治体の地方議会の選挙の際、すべての候補者が「医療の確保」を公約に掲げていた。これはこの自治体に限った傾向ではなく国内のほとんどの地方

4 2014年度で全自治体病院のおよそ55%がいわゆる赤字である。総務省地方公営企業年鑑

議会の選挙で見られる傾向である。しかし、ここで問題となるのは、確保すべき医療が何かという問いである。

一般的な傾向としては、市町村は、それぞれの市町村内で完結した医療を求める。少なくともひとつは総合病院をもち、想像し得るほとんどの診療科の開設を求める。十分に見える「医師数」と「黒字の経営」を求める。そして24時間365日間断のない医療の提供を求めるのである。ここで求められているのは、需要に対して必要な供給を行うことではなく、必要そうに見えることへ十二分な供給ができる医療である。また、市町村の住民の市町村ない完結型医療に対しての「愛国心」的思いも随所で観察できる。

患者数（症例数）や機会も含め、医療資源は有限である。法治国家であるはずの日本国において、著しいあるいは非合理で、また固定化された不公平の放置を法の正義は許さない。個別最適の集積が全体最適を意味しない現実もある。十二分な、分不相応な備えでなく、愛国心的思いでもなく、必要最小限度の、本当に必要な医療を整備することを求めるべきであろう。地域で必要としているのは、豪華な病院でも、必要以上の「医師数」でも、需要と関係なく開設された多数の診療科でもなく、必要最小限度の、本当に必要とされている医療供給である。あるいは、医療への非合理でないアクセスである。十二分な安心ではなく、必要最小限の安全を確保することを優先するべきである。

また、市町村の境界線は医療機関の配置や、人口の分布などの状況を考慮して医療を提供することを想定して設定されているわけではない。市町村や他の行政区分をベースにするのではなく、需要と資源配置、移動、アクセスの条件に応じて疾患ごとの医療圏が設定されることが望ましい。北海道紋別市では、基幹病院である広域紋別病院での急性心筋梗塞の治療の機能を持たないことにした⁵。紋別市の中心部から45kmあるJA北海道厚生連遠軽厚生病院（紋別郡遠軽町）に依存することを選択した。そのために紋別消防の保有するすべての救急車に12誘導心電計を配備し、心電計の解析コードで該当コードが出た場合は心電図を遠軽厚生病院の循環器科と共有し直ちに搬送する方式を導入した。それによりカテーテル治療等を必要とする傷病者には心

5 紋別市では、脳卒中疑い患者の救急搬送については、94kmはなれた北見市の病院との連携で、病院前スケールにより救急隊が判断、市内の病院に運ばず直接北見に搬送する方式を設計し脳卒中疑い患者の搬送について、平均で3時間近くかかった搬送時間を1時間20分程度に短縮した

電図を読解した専門医が準備をして待っている遠軽のカテ室に直接搬送することになった。救急車が現場を離れ、治療ないしは検査が始まるまでの時間が平均40分を切ることに成功している。循環器の医師が1名の紋別病院に循環器の医師を招聘し急性期の治療を行う環境を作ることを目指すのではなく、すでに6名の循環器の医師が常勤し、カテーテルセンターが機能している遠軽町の遠軽厚生病院に集約する選択をしたのである。急性心筋梗塞と循環器の疾患に対する、必要最小限度の医療供給が紋別市民に対し確保できただけでなく、医療資源でもある患者＝症例数を遠軽に集約することによって、遠軽の循環器の機能を維持するための環境も整備された。こうした、市町村の境界を越える医療の供給体制を整備することが全国で求められている。

必要な医療供給体制を整備し、住民の安全を守るためには、まず、何が重要か見極め、地域や周辺の医療資源を観察し、有機的に連携させる基盤づくりが重要である。そのために、従来の市町村完結型医療や、愛国心的要求とは決別しなければならない。

(4) 制度と地域

制度は全国一律になりがちである。制度が基本的に中央官庁で考えられることから、中央の環境のイメージが制度の設計にどうしても影響するのではなかろうか？地域によって医療に関わる環境や条件は大きく異なる。医師や看護師などの医療従事者の数だけでなく、施設の偏在も大きい。医療圏と病院を1次、2次、3次に分けている。機能分化を円滑に運営する為に必要な分類であることは疑いない。しかし、やはり医療従事者や施設が十分でない地域では、1次、2次の間に1.5次的機能の必要が生じることもあり、また、あらゆる患者をすべて受け入れ必要に応じて割り振りをするゲートキーパー的な役割をどこかの機関が引き受けざるを得ない場合もある。そこで障害となるのは「1次、2次、3次」という言葉の拘束力である。

中央官庁の立案する制度は、中心の素材としつつも、地域的特性に対応し加工、修正する必要があるだろう。それに伴い、医療従事者や住民が、制度は加工修正するものだという認識を共有することも重要である。都市部でも人口過疎地でも、医療に関わる問題は基本的に共通のものが多い。しかし、それぞれの地域がまったく異なる医療環境や、地理的環境、気候条件を属性とし

ており、問題に対応する制度や政策は、それに応じて変わらなければならないのである。また制度やシステムは、完成した瞬間から劣化するものだという認識も共有化しておく必要がある。

国全体での制度の設計、修正や、新たなスタート、大きな方向転換を行うことの難易度はきわめて高いが、市町村、特別区などの地域では比較的やりやすい。たとえば、住民の賢明な選択の能力は、今後医療の需要のコントロールだけではなく、一人一人のQOLや幸福度の向上に繋がる。学習指導要領を変更し、全国的に医療、医学、健康教育を行う必要はあるが、実現するまでに長い道のりがある。しかし、市町村でははるかに短時間で代替になるものを実現できる。制度設計や、時代の変化への対応は「地域」を単位に指導することがより現実的なものかもしれない。それには、多くの自治体でみられる中央依存のメンタリティーを捨て去る必要がある。

なお、ここで、とりあげた「地域医療」は、いわゆる人口過疎地での「地域医療」にとどまらず、都市部の「地域医療」も含まれている。人口が少ない地域、医療過疎といわれる地域の地域医療はもちろん大変であるが、人口が密集し、施設やプレイヤーも密集している都市部、特に首都圏の地域医療はより深刻な問題に直面しつつあるのかもしれない。

4. 地域包括ケアシステムの課題とまち創り

一般社団法人福島県医師会 副会長

公益財団法人星総合病院 理事長

星 北斗

(1) 地域社会の明るい将来と健康的な再生を目指して

戦後、特に高度成長期以降には地方から多くの若者が都市部に流入し、日本の大都市を形成して日本の繁栄を支えてきた。都市部の成長が結果として地方を含む日本全体の成長に繋がるという古典的な発展の図式は、次第に崩れつつある。

現在、この都市部の繁栄を築いた団塊の世代の医療や介護ニーズの増大によって、更に地方から、あるいは新たに外国から多くの人材を引き寄せようとしている。地方の側から見れば、地域社会の担い手を二世帯にわたって奪われてしまうことになり、崩壊への道を辿ることは明白である。これを避けるためにはそれぞれの地域内で完結する医療や福祉の提供体制を築くための基礎固めが不可欠である。専門職の養成、働く場の確保など、人口の流動化によらず産業としての医療介護福祉が地域内で完結し、同時に地域全体が連帯できるようなアイデアと具体的な取り組みを示す必要がある。

地域の内部に目を向ければ、世代間の分断や核家族化や都市部への人口集中などを背景に人口が集積する都市だけでなく地方においてさえ地縁血縁関係が薄れる傾向がますます広がっており、それぞれの地域ごとに異なる対応が必要となるが、いずれも早急な対策が求められている。

1) 団塊ジュニア世代の高齢化

多くの識者たちは現在の課題を団塊の世代の高齢化に見ており、2025年問題として注目を集めている。しかしながら、そのたった5年後の2030年には団塊ジュニア世代が60歳を迎え高齢者の仲間入りをする直前の状況となることを忘れてはならない。現在の出生数は年間100万人を切っているがこの世代は200万人を超えており、大きな社会的負荷を与える可能性と今後の社会を支える中心的な役割を果たす可能性を秘めている。

一方で、この世代は受験戦争と就職氷河期の世代と重なり、不登校や引きこもり、非正規雇用などが社会問題化して「不遇の世代」とも呼ばれている。敢えて言うなら、引きこもりや非正規雇用など何かと問題を抱える世代であり、このままこの世代が高齢化に突入する事態となれば、更なる分断と孤立を招き、社会的な要支援者が爆発的に増加して共助や公助のシステムが破たんする可能性さえある。この世代の人口が多いことを逆手にとれば、これまで以上に地域における社会的な役割を付与、拡大していくことが可能となり、今後の地域づくりの中心的な役割を果たすことが期待される。

2) 高齢者の定義や要支援者の捉え方

健康な地域社会の実現は、個人の健康の確保が前提となる。この際、高齢者や要支援者は年齢や扶助の必要性の有無によって定義されるべきではない。税金を納める側とその税金によって公的扶助を受ける側といった単純な図式は、今後の社会では意味を持たない。それぞれの人が受けた命は、多くの地域の仲間たちと一緒に生まれ、何らかの形で地域社会に役立つ存在になり、何らかの事故や病気、あるいは行為によって社会からの扶助が必要になったり、また不要になったりする。しかし、この過程で一方的で全面的な扶助を必要とする存在になったり、全く扶助を受けたりすることなく一生を終えることは、むしろ稀なことである。

多くの人がある時は扶助の必要な時期や分野を持つ一方で、残っている機能や意欲によって社会に参加し、貢献することは当然に行われていくべきであり、そのような社会保障のシステムが地域内に構築されるべきである。

3) 地域包括ケアシステムの概念と課題

厚生労働省は、地域包括ケアシステムの概念の説明資料として、「5つの構成要素と自助・互助・共助・公助」と題した地域ケア研究会報告書を平成25年に公表しているが、この時点での定義は、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す」ことであった。その後高齢者だけでなく子どもや子育て世代などを追加しようとしてはいるものの、やはり主眼は高齢者に置かれ、「住み慣れた地域」の概念を超越するには至っていない。

つまり、新たな地域内での繋がりと新たなまち創りの視点が欠けている。

また、あらゆる世代によって構成されるべき地域社会が、学校や職域にある人たちを制度設計上の理由から排除している側面はどうしても拭いきれない。本来の包括ケアは、人の出生から死までの連続性のなかでこそ意味と意義のあるものになる。

4) 地域に必要な人材の養成と確保

医療介護分野における人材不足は制度によって引き起こされる側面がある。最も象徴的であるのは、医療保険における看護基準であり、患者一人あたりの従事看護師数が多ければ高点数が付与される仕組みが導入されたら、市場から看護師がいなくなったり、逆に今後この基準が緩和されると容易に看護師の職が失われたりする可能性がある。病院という単位で見れば仕方のない経済誘導に従わざるを得ない動であるが、働く看護師のキャリアという意味でいえばこの間の損失は計り知れない。7対1看護基準の下で人数として存在すれば良いという働き方を経験した一部の看護師は、技術や能力を開発・獲得すべき時期にアセスメントや記録に追われ、臨床上に必要な経験数や看護実践内容が足りないために十分な能力を持たずに病院を離れ、市場から消える運命にある。

看護師などの職能は、資格を持っただけでは本来のプロフェッショナルとしての価値を持つことにはならない。もちろん再教育は必要であるし、これによる能力の向上は期待できる。しかし、例えば看護の提供をその数で評価する（ストラクチャー）から結果で評価する（アウトカム）へと変えようとする動きがあるなかで、看護師が直接の患者への看護の提供からアセスメントや記録へとシフトし、その役割を別な職種に委ねるなら、看護師の必要数は劇的に減少することになるだろう。

地域で本当に必要とされる専門職の数と質、それを支える職種の数と質はその地域で必要とされる医療や介護の内容と量に依存するはずであり、この必要数は、家族や地域住民による更なる補完状況とも関連していると考えべきである。つまり、人口あたりの人数やベッド数あたりの人数を考えるのではなく、提供側と受け手側、そして地域力を考慮したうえでその議論を進めていかなければならない。例えば、前述の団塊ジュニア世代において特別

のスキルを持たないグループに、その地域で必要とされる能力開発を実施して施設における正規雇用の道を拓いたり、退職後に何らかの能力を獲得させ、短時間でも働けるようにしたりするなど、「全国共通、提供、資格者数ベース」でなく「地域ごと、需要、能力総和ベース」での養成と確保へとシフトすべきである。

5) 障害者と医療の関係について

身体障害をはじめとして、近年特に注目を集めている発達障害や不登校などを含めて、社会への適応に何らかの支援を必要とする障害児や障害者に対する各種の施策は、長らく「かわいそうな障害者に対する福祉援助」という枠組みで取り扱われてきた。2006年の障害者自立支援法、2012年の障害者総合支援法の成立を経て、障害者の概念に「精神障害」を加えて扱うようにはなり、更に障害者の自立を促す形式が整ったものの、現在でもなお、障害を持つ人への「援助」的な要素が強く、「福祉行政の中核」をなすものであることに変わりはない。

障害者雇用の問題を一つとってみても、単に雇用者数に応じた法定雇用率を決めて、罰金的な要素で企業（医療機関を含む）に押し付けていると受け止められても仕方のない法律の構造となっており、その率を上げることで福祉の向上と誤解しているように見える。本当の意味で障害者の社会参加を促すのであれば、例えばリハビリテーションをしながら個々の障害を評価して適切な職場環境や職種を提案できるよう、医療という側面からのサポートがもっと必要であろうし、例えば医療現場など従業者と利用者の双方に危険を伴う事業所での障害者雇用のあり方について、もっときめ細やかな議論が求められている。

更に、本当の意味での共生社会を目指すのであれば、それぞれの地域において障害者の支えとなる医療がもっと身近にあり、それぞれの事業所が単独に努力して障害者雇用に取り組むだけでなく、地域が一体となった雇用の場の創設が求められている。生活の場でもある医療福祉施設における対人サービス以外の分野には大きな可能性がある。

(2) 生涯を通じた健康づくりの基盤

個人の一生を考えた時、健康的な生活習慣を身につけ、同時に連続した健康管理を行い健やかに過ごすためには、3つの要素が必要であり、それらが社会のシステムとして連動して機能することが重要である。1つ目は本人の一貫した健康意識の醸成である。2つ目は、母親や家族地域社会による誘導、3つ目はヘルスプロフェッショナルによる評価と介入である。

地域包括ケアシステムの本質は、多様な属性を持つ住民が構成する地域全体に対するあらゆるサービスの提供が連続性を持って確保されるとともに、住民自身が単なる受け手として存在するのではなく、あらゆる相互関係において成立する考え方であることに気づかなければならない。更に、日本全国一律に制度化され運用されている「支援・サービスの提供体制の構築」は、共助と公助のツールとして実現された医療保険や介護保険を始めとする各種社会保険とともに、地域内でそれぞれの地域が持つ資源や特性を背景としてそれぞれの地域の実情に応じたものである必要がある。言い換えれば、既述したとおり自助と互助の概念を地域ごとに「社会化」という新たな概念が必要となる。

ここでは3つ目の要素、即ちかかりつけ医を始めとする地域の存在するヘルスケアプロフェッショナルの連続的な関与という観点から考えたい。更に医療介護等の担い手が地域社会の再構築、すなわち「まち創り」に積極的に関与するために、現在のプロとしての能力をベースに、今後開発し備えるべき能力にも目を向ける必要性を指摘したい。

1) 母子保健、学校保健、職域保健、老人保健の連続性の確保について

母子保健の担い手は産婦人科、小児科を中心とした地域のかかりつけ医であり、学校医や学校に配置される養護教諭もそれに加わる。予防接種の時期を終えると、子どもは安定期に入り、医療との接点が少なくなる時期を迎える。保育園には常駐するヘルスケアプロフェッショナルが配置されていないが、ほとんど母親が働きながら子育てをする現在において、まずは母親の相談相手や児の健康問題の早期発見と医療への橋渡し役として身近なヘルスケアプロフェッショナルを配置すべきである。同時にこのヘルスケアプロフェッショナルは、健康的な生活習慣の獲得に対する支援と医療的援助の必

要な児に対する直接のサービス提供者としての役割も担うことができる。

義務教育の後期に入ると、更に医療需要は低下する。日本の優れた制度の1つである学校医と各学校のヘルスケアプロフェッショナル、すなわち養護教諭が大きな役割を担う時期でもある。身体成長のための栄養や運動の重要性が高まる時期であるとともにメンタルヘルスに最も気を使うべき時期であり、その後の健康的な行動様式を獲得すべき大切な時期であることから、学校に閉じた環境だけではなく外部のヘルスケアプロフェッショナルがかかわる必要がある。

高校、大学にかけ、飲酒や喫煙、あるいは薬物、性的行動への誘惑の時期となる。この時期は、本来ならあらゆるヘルスケアプロフェッショナルによる関与が望まれる時期であるにもかかわらず、生涯で最も医療サービスから遠い時期でもある。同時にこの時期は、ピアカウンセリングが有効な時期でもあり、その意味からも学校での取り組みが望まれる。

職業を持つようになると、同時に生殖の時期を迎える。正しいリプロダクティブヘルスの実践のためには、産婦人科の医師や助産師による濃厚な介入による効果が期待できるが、現在はほとんどなされていない。この分野の取り組みの改善が望まない妊娠の回避や合計特殊出生率の向上に寄与する可能性に着目すべきである。更に職業を持つ世代は、生活習慣病の発症の時期でもあり同時にそれを回避する生活の実践と幼少期に身につけるべきであった健康的な生活の再習慣化を可能とする期間でもある。その意味で、病気でない状態にある多くの労働者は、生活習慣病と隣り合わせにあるとも言える。身近なヘルスケアプロフェッショナルの存在が重要であるにもかかわらず、病気でない多くの人にとっては、多忙な生活の時期であることと、相まってヘルスケアプロフェッショナルとは縁遠い時期でもある。

産業医の仕組みは整備されているものの、その関与は限定的であり、身近な相談者を配置する必要がある。例えば、一定規模以上の事業所に医師や他の常勤専属のヘルスケアプロフェッショナルを配置したり、小規模事業所には巡回したりするような仕組みが考えられるだろう。これらの人材に明確な役割と責任を与えることによって労働世代の健康管理を更に推進することもできるだろう。この身近な相談者が地域の医療サービスとの距離と時間を縮めることにより、この世代の健康の維持増進に大きな役割を担うことになる。

老人保健は、市町村の保健師が大きな役割を果たしている。しかしながら今後増大する需要に応えるためには、直接雇用の保健師だけでなく地域の医療機関との役割分担や、退職したヘルスケアプロフェッショナルの活用などまだまだ開発の余地がある。

2) 子どもと子育ての社会化について

過去においても未来においても社会の活性化は子どもを中心に進んでいくものであり、単なる少子化への対応とか子育て支援という切り口で捉えるのではなく、広い意味での「地域包括ケアシステム」が地域内のあらゆる世代の互助の中核となすものと理解すべきことは既に述べた。

子どもと子育てを地域社会が積極的に取り組む姿勢は、地域と各世代に対して将来への不安解消や発展への期待を抱かせる強いメッセージとなるものであり、欠かすことができないことでもある。核家族化、一家庭あたりの子ども数の減少、学校教育への過度な期待や地域内での世代を超えた教育機能の低下などを背景に、地域における子育て力の低下が起きている。母親が子育てにおいて孤立する危険が指摘されており、産後うつは周産期死亡の最大の原因とも言われている。家庭だけでなく地域全体で子育てに取り組むことによって、子どもを産み育てるというイベントに対するあらゆる世代の理解が進み、出生率の上昇や将来的に支援を受ける人口の減少に寄与することも期待できる。

子育てと言えば、病気やけがについては医療の関与があるものの、一見健全な子どもにあっては、学校教育や保育事業など福祉が主導してきた分野である。しかしながら、不登校やいじめの問題、肥満やメンタルヘルス、情報機器の普及による視力低下、更には発達障害など複雑で長期間のかかわりが必要な課題が今後ますます増加している。これらの問題解決には、医療・医師の積極的な関与とともに、新たな専門分野の開発に向けた取り組みが求められ、同時に地域内における子どもにかかわるあらゆる資源と協調協力していくことが求められている。

具体的に言えば、地域内での総合相談窓口が開設され運用されているが、医療機関や医師がこの活動に積極的にかかわるとともに、地域内に不足する資源、例えば保育園や認定こども園の運営にもこれまで以上に深くかかわる

ことができるだろう。更に、小児精神科医療の普及や発達障害児に対する訓練、アレルギー対策や食育を推進するための病院栄養士の取り組みなど、医療機関が積極的に地域に出向く姿勢なども評価されるだろう。

(3) 医療がまち創りをリードする

福島第一原発災害後に避難した住民が帰還する条件の一つとして医療の充実が挙げられている。住民が安心して生活するために医療が必要であることに疑う余地はないが、一方で住民の帰還が進まなければ医療体制を構築し維持することは困難である。言うまでもなく、医療はその提供のために多くの人材を要し、かつ365日24時間の提供体制が地域の中で完結しなければならず、そのためには医療に従事する人材の多くが地域内またはごく近隣地に在住し、そこに家族を含めた「生活」と属すべき「地域社会」が存在しなければならない。

言い換えれば、医療はまち創りの基本的な構成要素であると同時に、医療に従事する全ての人材はまちの構成要素である、と言える。医療に従事していることを以て社会に貢献し地域社会に寄与していると考えがちだが、その考えは間違いである。医療提供者は、社会サービスたる医療の担い手ではあるが、同時に社会の構成者であり、医療以外の分野では受益者であり、かつ自助・互助の観点から言えばその担い手でもある。

医療を基礎としたまち創りには二つの側面がある。一つは医療提供者であり事業者である者が、多くの医療関連のスキルを持つ事業者として地域に必要とされる新たな取り組みを組織として提案し事業化することである。これは、国が全国一律の制度を作ってリードすべきものではなく、既述のとおり地域のニーズに耳を傾けることと事業者の創意工夫、地域住民の自助・互助を基礎とした参画があって初めて価値を持つものであり、そのような仕組みであるべきだ。

もう一つは、個々の医療従事者が一人の社会人として自助、互助を基礎とした様々な仕組みに参画し、これらの社会化に寄与することである。地域に目を向ければ、在職中からでもできる取り組みは現在でも数多く存在する。一方で、医療を背景に持つ個人が参画できるような取り組みを一つ目に示した事業者の取り組みとすることもあろう。いずれにしても、医療に携わる者が地域に目を向け、地域を育むという意図を以て積極的にまち創りに取り組む姿こそが、地域における医療への信頼をより強めることに疑う余地はない。

5. 認知症高齢者尊厳の維持への提言

医療法人原土井病院 副理事長
日本医師会総合政策研究機構 研究部長補佐
原 祐一

(1) はじめに

高齢者の増加に伴って認知症高齢者の数も急増していくことが予測されている。現在の認知症高齢者は約520万人と推定されているが、2025年には高齢者の約15%である約730万人、2040年は約950万人になると予測される（内閣府高齢社会白書平成29年度）。

(2) 認知症の定義と種類

認知症は、DSM-5¹において、図表2-4-5-1のような定義となっている。

図表2-4-5-1 認知症の定義

- ・以下のうち一つ以上の認知能力の低下
 - ①複雑性注意、②実行機能、③学習及び記憶、④言語、⑤知覚－運動、⑥社会的認知
 - ・日常生活に支障を与える
 - ・せん妄の除外
 - ・他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）の除外
- 〔出典：DSM-5〕

認知症の種類であるが、①アルツハイマー型認知症（67.6%）、②血管性認知症（19.5%）、③レビー小体型認知症（4.3%）、④前頭側頭葉変性症（1.0%）、⑤その他という報告がある（都市部における認知症有病率と認知症生活機能障害への対応：2013年、朝田隆他）。

認知症には様々な原因があるが、遺伝的要因に加え、昨今では糖尿病の関

1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2 Ohara, T., Doi, Y., Ninomiya, T., Hirakawa, Y., Hata, J., Iwaki, T., Kanba, S., Kiyohara, Y. : Glucose tolerance status and risk of dementia in the community : the Hisayama study. Neurology, 77:1126 - 1134, 2011.

与が強いと言われる²。認知症高齢者の増加を緩やかにするためには、今以上の糖尿病対策が必要であろう。

(3) 認知症患者に起きやすいBPSD（認知症に伴う行動・心理症状）

一方、社会的には認知症高齢者の日々の対応が重要な課題である。特に、BPSD³を発症した認知症高齢者の対応が社会的には重要な課題である。認知症高齢者が他の疾病を発症・受傷した場合にBPSDを発症することが多く、現在でも多くの医療機関、介護施設、家庭で困難を感じている。（図表2-4-5-2）

産業医大の松田教授らの研究では、大腿骨頸部骨折、脳梗塞で入院した患者が認知症も発症している割合は年々増加傾向とされている⁴。これらの認知症を持った患者の入院中の医療、看護がいかに大変であるかは想像に難くない。

認知症高齢者は環境の変化に弱く、入院や手術、点滴による長時間の安静を行うと、一般の患者に比較して容易に「せん妄」を発症する（図表2-4-5-3）。認知症患者が一旦せん妄を起こすと、様々な精神症状を呈し、入院の継続が困難になることも多く、加療半ばで退院し介護施設や家庭に戻り、そこでの看護・介護を受けることも多いと推測される。

図表2-4-5-2 BPSD

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

・心理症状

不安、抑うつ、アパシー、誤認、幻覚、妄想

・行動症状

焦燥、不穏、徘徊、攻撃性、拒絶、拒食、異食、睡眠覚醒リズム障害、社会的に不適切な行動

3 Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

4 松田晋哉：医療介護総合データベースを用いた大腿骨頸部骨折患者の医療介護サービス利用状況、社会保険旬報、No2647、6-11、2016. 8. 1

図表2-4-5-3 ICD-10 DCRによるせん妄の診断基準

ICD-10 DCRによるせん妄の診断基準

- A. 意識混濁、すなわち、周囲に対する認識の明瞭性の衰退、注意を集中したり、持続させたり、あるいは移行させたりする能力の減退を伴う
- B. 次の認知障害が共にあること
 - (1) 即時想起および近時記憶の障害、遠隔障害は比較的保たれる
 - (2) 時間、場所または人物に関する見当識の障害
- C. 次の精神運動障害のうち、少なくとも1項があること
 - (1) 寡黙から多動への予想しがたい急激な変化
 - (2) 反応時間の延長
 - (3) 会話の増加あるいは減少、驚愕反応の増強
- D. 次の睡眠または睡眠・覚醒周期障害のうち、少なくとも1項があること
 - (1) 不眠、重症例では、完全な睡眠の喪失があり、日中に眠気を伴ったり、伴わなかったりするし、また睡眠・覚醒周期の逆転も起りうる
 - (2) 症状の夜間増悪
 - (3) 混乱した夢および悪夢、それらは覚醒後に錯覚や幻覚として残ることもある
- E. 急激な発病と症状経過の日内変動
- F. 上記A～D項に記載した臨床症状発現の原因と考えられるような基礎となる脳疾患または全身性疾患（精神作用物質には関与しないもので）の存在を、神経学的診察を含む身体的診察や臨床検査、または病歴において客観的に確認できること

出典：中根允文、岡崎祐士、藤原妙子、中野秀之、針間博彦訳：ICD-10 精神および行動の障害：DCR 研究用診断基準 新訂版、医学書院、2008.

(4) 身体拘束と対応

認知症患者のBPSDやせん妄は、介護施設や家庭での介護放棄、ネグレクトなどが起きる遠因ともなっている。そのため、以前から医療機関にて身体拘束などが行われてきた。認知症高齢者の治療の中で、高齢者の尊厳が奪われる場面が多々あるものと思われる。入院中の患者のせん妄対応として、厚生労働省は「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」を2014年から全国で実施しているが、受講している医療従事者はまだ少数に過ぎない。

介護施設においては、建物の出入り口やエレベーターを施錠する施設も多くみられる。このように自由な出入り（特に建物から出ていけない）を制限することも、広い意味での身体拘束である（図表2-4-5-4）。

図表2-4-5-4 身体拘束にあたる項目

身体拘束にあたる項目

- 1 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 2 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 3 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む
- 4 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- 5 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- 6 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- 7 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- 8 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
- 9 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
- 10 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- 11 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

出典：厚生労働省 身体抑制ゼロへの手引きより

病院においては、出入り口を施錠し、建物の中にいる患者の自由な出入りの制限を許可しているのは、精神科病棟の医療保護などの入院患者に対してのみである。そうするためには、精神保健指定医による診断、保護者の選定など法的な裏付けが必要である。一方、介護施設においては、精神科医どころか、医師の判断などもないにもかかわらず、出入り口を施錠し自由に外に出られないようにしている建物が多数存在する。

介護保険では身体拘束が禁止されているものの、多くの施設で入所者の安全を守るためという名目で出入り口の施錠が実施され、行政もその理由を受け入れている。しかし、このまま現状を放置すれば、今後急増が予測されている認知症高齢者がこのような広義の身体拘束を受けることが懸念される。

現状では、認知症の対策として認知症サポート医、認知症相談医などの研修を行い、初期認知症対応チームなどの制度の構築を行政や医師会の主導で行っているが、十分とは言い難い。また、介護保険法の身体拘束禁止の条項も徹底して行われているとも言い難い。また、介護施設の経営者、管理者には認知症の理解に乏しい者も多く、十分な研修も実施されていないのが現状であろう。

そこで、いくつかの提案を行いたい。

1. ICTを利用した監視システムをすべての介護施設に導入し、出入り口の施錠や暗証番号入力を禁止する（特に建物から出る場面において）。
2. 介護施設の経営者、管理者に認知症対応の研修を義務付ける。
3. 認知症患者が入院するすべての病院に精神科医の関与を義務付け、入院時に発症する可能性が高い精神症状の緩和を行う。
4. すべての診療科の医師に認知症患者がBPSDを発症した際の基本的な対応方法の研修を義務付ける。
5. 認知症高齢者を人権的に保護する基本法を制定する。
6. これらの実施のために、政府は対策に十分な予算措置を取るとともに、診療報酬、介護報酬を引き上げ、各施設が経営的に成り立つようにすべきである。

(5) 最後に

今後、認知症の画期的な予防法や新薬が開発されない限り、数十年にわたり、認知症高齢者は急増していくことは自明である。自分の両親や自分自身が認知症になり、不本意ながら広義の身体拘束を受けることも考えられる。認知症高齢者の対応問題は日本のみならず世界のすべての国で起こっている、もしくはこれから起こる問題である。上記の施策を実施すれば、本邦は認知症患者の対応で世界一の先進国になれるはずである。認知症患者の対応の中で創られるソフトウェア、ハードウェアは全世界で使用されることになり、日本の大きな輸出産業になる可能性もある。

認知症高齢者の尊厳の保持、社会的対策、新規技術開発が同時に行われるような施策を切に望む。

※) 補足

明治期、呉秀三（注）は当時の精神病患者の処遇があまりにもひどく、私宅監置といういわば座敷牢に精神病患者を閉じ込めている実態の調査を行った。その結果を大正期に「精神病患者私宅監置の実況およびその統計的観察」⁵を公表した。そのなかで、「わが邦十何万の精神病患者は実にこの病を受けたるの不幸の外に、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」と述べている。現代から見ると、私宅監置というのは倫理的にも人権の面からも許されるものではない。同様に、数十年後の世界から今を見たら、認知症患者の身体拘束をしている、鍵が掛かる部屋に閉じ込めておくなどの実態を知ったら、我々が明治期の精神病患者処遇を非人道的と思うように、同様の糾弾をされるであろう。ぜひ、早急に認知症患者の身体拘束を中止すべきである。

注：呉秀三（1865年2月17日～1932年3月26日）は東京帝国大学医科大学の精神病学教授。日本における近代的な精神病学の創立者。日本の精神病患者監護法を改正。

5 呉秀三、樫田五郎：精神病患者私宅監置の実況およびその統計的観察、東京医学会雑誌、1918

6. 現行の医療関連法規の課題

弁護士

日本医師会総合政策研究機構 主任研究員

水谷 渉

(1) 医療基本法の制定に向けて

現行の医療法は、医療機関の開設・管理や医療法人の制度等を定めることで医療提供体制を規律している。また、現行の医師法は、医師の役割や資格を定める法律である。

近時、成育基本法、がん対策基本法、肝炎対策基本法など医療における個別分野での基本法が成立しているが、これまで我が国の法律には、医療の基本理念をさだめ、医療を提供する者、医療を受ける者をはじめとする国民の役割を明らかにする基本法はなかった。

そのため、すべての人々が、安心、安全な医療を等しく受ける権利を有し、医療提供者と患者等の信頼関係にもとづいた医療が実現されることを目的とした医療基本法を制定することがのぞまれている。

これまで日本医師会では、医事法関係検討委員会において、医療基本法の具体的な法案を提案しているが、医療者にとっても、患者にとっても、すべての人々のために有益な法律であり、早期に立法化されることがのぞましい。

(2) 医療事故調査制度

1999年1月、都立広尾病院において、消毒液の誤注射により患者が死亡した医療事故、横浜市立大学において患者の取り違えの事故が発生し、医療事故が民事・刑事の裁判で裁かれるようになった。

医療界においても、自主的に医療事故の原因を究明し再発防止に努めようとする動きがあったが（モデル事業）、あくまでも自主的な取り組みにとどまるものであった。

その後、2008年に、厚生労働省から、医療事故調査制度の法制化案が公表されたが、医療関係団体からの反発があり、政権交代に伴い廃案になった。

さらに、2013年に厚生労働省から、院内事故調査を基本とする医療事故調査制度の法案が公表され法制化されるに至った。

これにより、2015年10月より、医療事故調査制度がスタートした。これは「提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産」で管理者が予期しなかったものが発生した場合に、医療機関が院内調査をおこなうことを制度の柱とし、それを都道府県医師会が支援し、日本医療安全調査機構が第三者機関として調査を行う仕組みとなっている。

現在も毎月約30件の調査が行われているが、院内調査に関する医療機関（とりわけ診療所）の負担はかなり重く、都道府県医師会の充実した支援が望まれている。また、調査すべき事故も死亡事故に限られている上に、調査対象となる範囲の明確化が求められている。

日本医師会総合政策研究機構では、具体的な調査事例を元に、より良い調査制度のあり方を調査・研究している。調査事例が多く積み重なることで、類似の事故の発生が防止されることが望ましいが、医療の発展とともに新しい類型の事故も増え、医療安全のためにこの分野のいっそうの調査と研究が望まれる。

（3）医療安全と刑事司法の介入

1999年の都立広尾病院事件、横浜市立大学患者取違え事件以降、医療事故に対する刑事介入が多数見られた。医療は本質的に不確実で、医療現場の日常は一般社会では想像の及ばない世界であり、患者との間で不幸な行き違いが生じた結果、捜査機関が多数介入するに至った。

2006年に福島県の病院で産婦人科の一人医長が帝王切開の希な症例で、逮捕・勾留後、起訴された（福島県立大野病院事件）。2008年に福島県立大野病院事件は無罪となり、その後、医療事故が刑事事件化するケースは統計上は激減した。ただし、起訴に至らなくても、警察による捜査が始まり対応を求められているケースは現在も多数存在している。

これまで、医療事故は主に民事裁判で争われてきたため、医療をめぐる刑事事件に対応できる人材やノウハウは不足している。そのため、いかにして、医療側の事情を捜査機関や裁判所にわかりやすく、かつ、正しく伝えるか、医療刑事裁判のその調査・研究は、きわめて重要である。

医療をめぐる刑事事件は、とりわけ専門性が高く、手続的負担が重く、長期の時間と多額の費用がかかるうえ、捜査情報は開示されないことから、医療安全の妨げにすらなっていることが指摘されている。

そのために、医療刑事裁判のあり方について、医療界のみならず司法界においても、その改善が必要である。

その具体的な方策としては、①医療事故の刑事介入の入り口である医師法21条の明確化及び死因究明制度を整備すること、②現行の刑法211条の業務上過失致死罪は処罰の範囲が不明確でありその明確化が必要であること、③一旦司法解剖がなされると司法解剖のレポートが捜査機関により独占され起訴前の段階で真相解明の妨げとなっており、これを開示すること、などが考えられる。また④すべての刑事事件に共通する問題であるが、弁護人に取調べへの立会権を認め、かつ「人質司法」と呼ばれる長期間に及ぶ身柄拘束制度を改善しなければならない。

医療事故は、医療事故調査制度を活用するなどして、できる限り、医療者の手で解明されることが医療安全・再発防止に重要である。そのような制度を実現するためには、医療の現場の実情や医療安全・再発防止についてより広範な理解が得られるよう、まず医療関係者自身が努めなければならない。

7. 医療技術の進歩と経済評価

山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授
日本医師会総合政策研究機構 客員研究員
村上 正泰

(1) 医療経済評価への関心が高まる背景

近年、医療経済評価に対する関心が高まっている。政府の中央社会保険医療協議会（中医協）において、2012年に費用対効果評価専門部会が設置され、2016年より費用対効果評価の試行的導入が開始されるなど、実際の政策応用が進められている。

その背景には、医療費の増加が続く中、医療技術の進歩に伴い、高額な治療法が相次いで登場していることが大きく影響している。最近では、2016年に免疫チェックポイント阻害薬オプジーボ（一般名：ニボルマブ）の高額な価格設定が社会問題化した。オプジーボの医療費全体に対する影響について、一部の医師などからは明らかに過大な推計値に基づいて、過剰なまでに危機感を煽るような不適切な主張がなされるなどした。ただし、高額であったこと自体は間違いなく、結局、その後に薬価の大幅引き下げによって対応することになったが、こうした高額な治療法の登場を契機として、医療技術の進歩と国民皆保険を如何に両立させることができるのかという問題に注目が集まることとなった。

医療費が増加を続ける理由の1つには高齢化の影響があるが、高齢化と並んで、もしくはそれ以上に影響していると言われているのが医療技術の進歩である。そのこと自体は今に始まった話ではなく、これまでもさまざまな形で医療技術の進歩による医療費の増加に対処してきた。諸外国においては、1990年代から医療技術の保険償還の可否や価格設定に医療経済評価が用いられるようになった。医療経済評価の具体的な活用方法は国によって異なっているが、有名なのが英国でNICE（National Institute for Health and Care Excellence；国立医療評価院）による費用効果分析に基づき、一定の閾値を基準に推奨・非推奨の判断を行っている取り組みである。英国の場合でも、

必ずしも杓子定規の判断は行っておらず、非推奨の場合でも患者アクセスを確保するための仕組みを設けるなどしているが、こうした海外での事例も参考にしながら、日本においても、医療経済評価の活用方法について議論が重ねられてきている。

これまでのわが国においても、経済評価の視点が全くなかったわけではない。医薬品を例に挙げれば、新規に保険収載される医薬品の価格は類似薬効比較方式で決められ、これに新規性がある場合には補正加算が加えられる。この仕組みは、形を変えた独自の費用対効果評価を行っていると思えることができる。類似薬がない場合には、原価計算方式が採られるが、この場合でも、既存治療法と比較した場合の革新性や有効性、安全性の程度に応じて、営業利益率に一定の範囲でメリハリが付けられてきた。わが国の薬価算定ルールにおいても、こうした形で部分的に費用対効果の考え方が反映されてきた。しかし、これらの加算などは定量的な根拠が必ずしも明確ではなく、他方ですでに述べた通り、高額な治療法が相次いで登場している。こうした状況に対応する上で、医療経済評価に対する関心が高まるのは当然のことだと言えよう。

したがって、医療経済評価の視点自体を無視することはできないし、適切でもない。と同時に、医療経済評価は万能薬でもなく、それ自体にさまざまな限界や問題点も抱えており、活用方法次第では、弊害を生むことさえあり得る。本稿の目的は、医療経済評価の具体的な内容について技術的な解説を加えるものではなく、以下では、医療経済評価をどのように活用していくべきかという基本的な考え方について、国民皆保険との両立という観点と政策応用上の留意点を中心に述べることにしたい。

(2) 医療経済評価の留意点

1) 医療経済評価の政策上の活用方法：価格調整を基本とすべき

医療技術の進歩の医療費への影響について議論する場合、しばしば非常に高額な価格を所与の前提として話が進められる場合がある。その結果、「高額な新規治療法を全て保険収載しようとする」と、医療保険財政が悪化してしまうため、不可能であり、それらは保険収載せず、民間保険などに委ね、保険診療と併用できる混合診療を広げるべき」といった不毛な主張が出てくることにもなる。しかし、そうなってしまうと、新規治療法が「必要かつ適切」な医療であっても、保険対象外に据え置かれ、利用できる患者が限られ、所得による医療格差が広がることになりかねない。「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の理念が揺らいでしまう。

しかし、価格はあくまで政策によって設定される「政策変数」であり、所与の前提として議論すべきではない。なぜなら、高額な価格設定が問題なのであれば、価格を引き下げることにも政策的には可能だからである。価格とは、それぞれの財やサービスの「価値」を反映すべきものである。すなわち、相次いで登場する新たな治療法の価値はその効果で評価すべきであり、既存治療法と比較して、本当にそれだけ高い効果があるならば、高額な価格設定も許容され得るが、価格に見合うほどの高い効果がないにもかかわらず、あまりに高額な価格設定がなされる新規治療法については、その価格こそが是正されるべきだと言える。そのための価格の適切性の判断根拠として、費用対効果評価を活用することはあり得るだろう。それは、現行の診療報酬・薬価制度を基本としながら、その評価体系を精緻化することにもつながる。

中医協の検討でも、費用対効果評価は医薬品や医療材料の価格調整に用いることとされているが、それは適切な判断であり、将来的にも堅持していくべきである。しかし、高額な治療法の登場が相次ぐ中で、費用対効果評価を保険収載の可否の判断に用い、費用対効果の低い高額な治療法は、いわゆる「混合診療」の拡大や民間保険の活用で対応すべきという主張が繰り返される危険性は否定できない。だが、保険収載の可否の判断に用いてしまい、「必要かつ適切な医療」でも保険対象外に据え置かれるとなれば、国民皆保険が空洞化することになりかねない。しかも、保険対象外となれば、利用できる患者数が限定的になってしまい、結局のところ、イノベーションの果実

を社会に還元することもできなくなる。したがって、医療経済評価によって保険収載の可否を判断するというのは望ましくないのである。

個々の治療法について、何が「必要かつ適切な医療」なのか、医学的見地からの議論はあり得るが、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の理念は堅持すべきである。他方で、医療技術の進歩による医療費の増加に対応するためには、費用対効果の視点も無視し得ない。こうした中、費用対効果評価により、価格を適正化（価格評価を精緻化）していけば、医療技術の進歩と国民皆保険を両立させることは十分に可能である。すなわち、今後とも高額な治療法の登場が話題になり続け、国民皆保険との両立可能性が議論になると思われるが、給付範囲を制限する方向へと流れるのではなく、医療経済評価の視点から適正な価格設定を推進しながら、国民皆保険を堅持していく必要がある。

2) 費用対効果評価の測定上の課題や倫理的問題

費用対効果評価を活用するにせよ、そこには測定上の課題や倫理的問題があることも忘れてはならない。本稿では技術的な解説まで詳細に展開しないが、中医協での長年にわたる協議を経て、効果指標としてはQALY（Quality Adjusted Life Years；質調整生存年）を用いることを基本とし、既存治療法に比べて新規治療法の1 QALY延長当たりの追加的な費用を評価するICER（Incremental Cost Effectiveness Ratio；増分費用効果比）によって費用対効果評価を行うこととされている。これ自体は医療経済評価において一般的に用いられている方法であり、妥当だと考えられるが、実際に政策応用する上では留意すべき点も少なくない。

効果指標として用いるQALYは、国際的にも医療経済評価でよく用いられる指標ではあるものの、算出に多くの手間を要する割には完璧な指標というわけではない。QALYは生存年に「1」（完全な健康）～「0」（死亡）の間のQOL（Quality of Life；生活の質）の値を掛け合わせたものだが、QOLの評価は人それぞれで異なるはずのものである。医療経済学の教科書などでも、「序数性」を前提とした効用を「基数」のように個人間で比較することは不可能であるという「アローの不可能性定理」の観点から、指標としての問題点が指摘されている。また、QALYの推計値には推計方法や前提となるデー

タなどによってバラツキが生じて、結果が不安定だという問題もある。他方で、QALYを煎じ詰めれば、命を「1」～「0」の間で価値付けることになりかねず、倫理的問題も指摘されている。これらは決して目新しい問題ではなく、これまでも繰り返し指摘されてきたものである。費用対効果評価の活用は必要なことではあるけれども、実際の政策応用においては、費用対効果評価に内在する問題も十分に考慮する必要がある。

他方、効果指標としてQALYを基本にするにせよ、それに限定する必要はなく、海外でもQALYと生存年を併用している国がある。疾患や治療法の特性に応じて、QALYと生存年などの指標を組み合わせることもあり得る。また、2018年度診療報酬改定において、ロボット支援下内視鏡手術について、従来の前立腺がん、腎臓がんに加えて、胃がん、食道がん、肺がん、子宮がんなどの12の術式に新たに保険適用が拡大したが、その際、前立腺がんと腎臓がんでは認められていた加算が、既存の内視鏡手術と比較して有意性が示されていないことを理由として、見送られることとなった。これも、医薬品や医療機器に導入する費用対効果評価とは異なるものの、医薬品における類似薬効比較方式と同様、ある種の医療経済評価だと見なすことができる。こうした事例も含め、効果に着目して価格を設定するという流れは共通しつつも、評価する指標や手法については必ずしも1つに固定されるものではなく、さまざまな形で広い意味での医療経済評価を活用していくことが現実的であろう。

(3) 費用抑制と研究開発費との関係

医療経済評価に基づき、高額な新規治療法の価格を引き下げの場合、しばしば問題となるのが研究開発費との関係である。価格が引き下げられれば、研究開発のための原資が枯渇し、研究開発が進まなくなるという指摘である。しかし、問題は、新規治療法に価格に見合った効果があるのかどうかという点にある。逆に言えば、既存治療法に比べて効果の高い新規治療法を開発すれば、高い価格設定がなされることになり、画期的な研究開発へのインセンティブになり得る。他方で、効果の違いに着目するのではなく、研究開発費の高さだけを理由にして高額な価格設定を正当化することは難しい。

なお、価格が引き下げられるのであれば、保険収載しないという行動が生じる可能性も否定できないが、程度問題ではあるものの、価格をある程度引き下げても、保険収載した方が利用患者数は増加し、価格の引き下げを受け入れず、保険外に据え置かれた場合よりも、研究開発費を回収しやすくなることも指摘しておきたい。

とは言え、研究開発に莫大な費用を必要とすることは改めて指摘するまでもない。研究開発に着手してから成功までに要する期間の長さや成功確率の低さ、画期的な効果を生むような研究開発の対象は非常に限られていることなどを考慮すれば、研究開発費をカバーできるような支援体制は不可欠である。

しかし、研究開発に対する支援をどのような形で行うべきかについては十分な検討が必要であろう。なぜなら、社会保障制度を担う公的医療保険を通じた研究開発支援は、制度本来の目的にそぐわないからである。これまで述べてきた通り、価格は当該治療法の臨床上の価値、すなわち治療効果を反映すべきものである。新規治療法について、効果の高さに応じた価格を設定することで、研究開発を促進することはあっても、それ以上の支援を医療費という枠組みの中で行うことは、本来的におかしい。研究開発支援は補助金などを通じて行うべきものである。わが国でも2015年度から日本医療研究開発機構が創設されるなどしているが、諸外国と比較して、予算規模などの面で不十分な状況にある。医療分野においてもイノベーションが推進される中、充実させるべきは医療費を通じた過度な後押しではなく、これらの研究開発補助金などの予算措置であろう。

8. 新たな健康概念の提案

一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事
長谷川敏彦

(1) 従来の健康の定義の問題点…WHOの定義を中心に

今「健康とは何か」その概念を巡って国内外で大きな論争が巻き起こっている。その理由は、従来幅広く用いられてきた世界保健機関（WHO）憲章前文に書かれた健康の定義（1946年）が「理想的すぎる」、「現場で使えない」、「測れない」、「ある種の病態には適さない」とこれまで批判されており、そのうえ、これから人口の多くを占めることになる高齢者にとっては「多くの疾病や不自由を抱え、多くの場合それが不可逆的で、WHOの健康概念ではケアの指針とはなりえない」との根本的な批判が起きているからである¹。

WHOによる定義は、その前身である国際連盟保健機関（LNHO）スイス人医師らにより提唱された「ポジティブヘルス」の概念を引き継ぎ、組織成立以前に国連創設に関わった中国、アルゼンチン、カナダの3人の医師が提案し、医史学者シゲリストの考えを参考にしたユーゴスラビアの医師によって起草されたとされる。健康の定義は健康権の提案とともにWHO憲章の重要な部分を構成している^{2, 3, 4}。

(健康の定義)

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的に

1 文部科学省新健康観プロジェクト2013-4「新たな健康概念の提案」（文部科学省 科学技術・学術政策研究所客員研究官 長谷川敏彦）（2014.7.8改定）

2 安田佳代：国際政治のなかの国際保健事業--国際連盟保健機関から世界保健機関、ユニセフへ--、2014年、ミネルヴァ書房、京都

3 Lars Thorup Larsen : Legitimizing Positive Health for All Genealogy of the World Health Organization's Definition of Health, the American Political Science Association 113th Annual Meeting "the Quest for Legitimacy : Actors, Audiences and Aspirations" 2017, San Francisco, U.S.A.
<https://pure.au.dk/ws/files/120910908/APSALarsThorupLarsenWHOHealthDefinition.pdf>

4 白田寛、玉城英彦、河野公一：WHOの健康定義制定過程と健康概念の変遷について、2004年、日本公衆衛生誌第51巻第10号、東京

も、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること。(日本WHO協会訳)

(健康権の定義)

The right to health is one of the fundamental rights to which every human being, without distinction of race, sex, language or religion, is entitled.

健康権は、人種、性別、言語または宗教による差別なく、全ての人々に与えられた基本的人権のひとつである

これらの2つは対をなしており、第2次世界大戦後の世界秩序を構築するための国連の理念を体現したものであり、当時の国際情勢や熱気を反映した政治イデオロギーの色彩が強い⁵。

WHO自身も専門分野における国際機関の役割を強化するにつれ、この定義の見直しに迫られてきた。1978年のプライマリーヘルスケアを重視したアルマ・アタ宣言では、1974年カナダの厚生大臣ラロンドらの提言、健康場(Health Field)による健康増進(Health Promotion)の影響を受け、定義は変更しなかったものの、健康を理想状態でなく「活動の目標」と捉える方向を打ち出した⁶。さらに、1986年のオタワ憲章では、健康増進概念を元に、更に具体的活動、本人参加の提唱や資源の確保を打ち出した。その背景には、先進国において疾病構造の中心が外的原因の感染症と栄養によるものから生活習慣による慢性疾患に転換し、患者の参加の必要性、医療費等の高騰が課題となっていたからと考えられる。

一方、世紀の変わり目、1999年にはアラブ諸国によって「身体、精神、社会のみならず霊性を、必要状態に加えるべき」との提案がなされたが、採択されず、その後も定義の変更には至らず、62年間にわたって使われ続けている。ただ、障害者権利擁護の活動により、従来の国際疾病分類ICD(1900-)と国際障害分類ICIDH(1980-)を統合し、障害者を支えるための環境を重視する国際生活機能分類ICFをWHOが2001年に発表した。この動きはさら

5 伊藤ちぢ代：国際機構の諸文書における「健康権」概念について—健康権の考察のための予備的分析一、2006、日本大学大学院総合社会情報研究科紀要No.7. 469-479

6 Lalonde, M.: A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa: Information Canada, 1974

に加速し、2006年国連レベルでの障害者権利条約の採択に至っており、障害や疾病の概念については見直しが進んでいる。

こういった見直しの潮流の中で、2011年にはオランダのフーバーらがWHOの健康概念を再考し、「難病患者など長期に疾病や障害を持つ者にとっては疾病があってもその状況に適応して生活することができる力があれば健康である」という考えを提案した⁷。「障害は不自由だけど一つの個性で、異常ではない」といった障害者を巡る国際世論の高まりがその背景にあると考えられるが、やはり「多数の疾病を抱え、不自由さは免れなくても、生き生き元気に暮らして最後に普通の死を迎える」高齢者がケアの対象として急増していることが想定される^{8、9}。

7 Machelde Huber et al. How should we define Health? In BMJ2011, 343(4163):235-237.

8 Olshansky, S.Jay and Ault, A.Brian. "The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Disease" The Milbank Q.64(3):355-391, 1986.

9 長谷川敏彦：在宅ケアの基本概念—地域における高齢者の長期ケアのシステム化に向けて「都市問題研究」10:58-72,1989.

(2) 健康の概念…医学史、言語学、人類学、社会学からの分析

「健康」という概念は元来、近代西洋語からの訳語であるが、明治以前は元気、丈夫、お達者などの語が使われており、この言葉が使われたのは歴史的には新しい。WHOの定義にもかかわらず、一般によく信じられている健康の定義「疾病がない状態」は近年西洋からもたらされたもので比較的新しい考え方である^{10, 11} (図表2-4-7-1)。

図表2-4-7-1

日本における健康概念の成立	
1790年代	オランダ語の訳語の1つとして健康という語が作られる。
1796年	『波留間和解』でオランダ語(welstand, welzyn)の訳語として用いられた
1810年代	複数の類義語が試される。
1836年	高野長英『漢洋内景説』で健康の用語をつかう
1836-37年	緒方洪庵『遠西原病約論』にて健康の概念を医学用語として用いるが公刊せず
1849年	緒方洪庵『病学通論』にて健康の概念を用い公刊
1850年代	医学書のなかで健康が支配的になる。
1854年	常瀬元恭『人身窮理書』にて健康の概念をオランダ語(gezondheid)の翻訳に用いる
1859年	福沢諭吉、オランダ語をやめ英語に切り替える。咸臨丸で渡米
1860年	英中辞典に日本語の訳語を加え『増補華英通語』を出版。Healthは精神と訳される
1869年	『西洋事情外編』にてhealthを健康と訳す
1870年代	啓蒙書で類語と一緒に使用されはじめる。
1890年代	一般的に広く知られる語となる 福沢諭吉が貢献
© T Hasegawa RIFH, Japan	
北澤一利『健康ブームを読み解くから改変』	

各国での健康を意味する語や、その語源を調べると健康という語が「salute:安全、共通印欧語根語soloから派生」、「health:全体性全体、完全、無傷を意味する共通印欧語根語kailo-から派生」というように多義的であることが分かる^{12, 13}。

疾病に対する考えも、医療人類学によると文化によって多様で、一般には「なにか悪い状態が身体に生じる」と考えるよりも「体調のバランスが崩れる」ことによると考える文化が多いとしている^{14, 15}。

10 北澤一利：健康の誕生、健康ブームを読み解く第2章2003年、青弓社、東京

11 新村拓：健康の社会史 養生、衛生から健康増進へ、2006年、法政大学出版局、東京

12 寺澤芳雄編：英語語源辞典、1997年、研究社、東京

13 下宮忠雄、金子貞雄、家村睦夫編：スタンダード英語語源辞典、1989年、大修館書店、東京

事実、歴史的には、ギリシャ、インド、中国の伝統医学では何らかの体液やエネルギーのアンバランスにより病気が生じると考えられてきた。特定の要因を疾患の原因と捉える考えが中核となったのは最近であり近代になってからである¹⁶。

近年の医療社会学の調査でも、一般人の間では健康は「何らかの悪い状態（病気）がない状態」だけでなく、「体調のバランスがとれている」、「環境に適応できる」と言う考えも多いとされている^{17, 18}。

14 長谷川敏彦「医学人類学のもたらしたもの」理想、No.627、8月号、194-210、1985

15 Arthur Kleinman. *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* University of California Press, 1980

16 Frederick L Dunn., *Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems* 133-158 University of California Press, 1977

17 Mildred Blaxter, , *Health and Lifestyles* Routledge, 1990

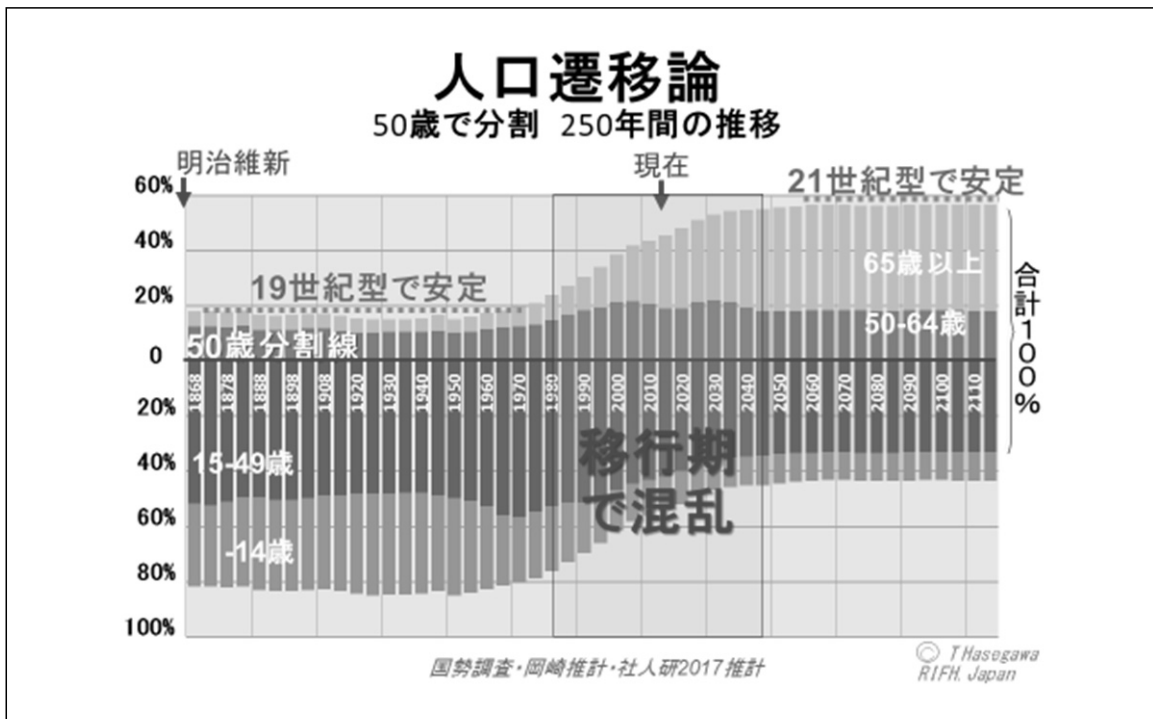
18 Hart, G. and Carter, S, 'A Sociology of Behavior', in S.J. Williams, J. Gabe and M. Calnan (eds), *Health Medicine and Society* Routledge 2000

(3) 共に老いる世界での日本の位置

従来用いられてきた高齢者定義の65歳は、ドイツの宰相ビスマルクの国会での政敵が65歳以上であったので、排除するためにそこに高齢者の線を引いたにすぎないといわれており、生物学的根拠はない。生殖可能年齢は50歳前後に終了し、一般に75歳以上にならないと重篤な障害ははじまらない。ビスマルクの呪いによる65歳分割では過去から未来への展望は見えない。

そこで永い間人類の歴史上の生殖・生産期の上限であった50歳で、人口構造を区切り捉え直してみると、「人口遷移」つまり、明治維新1868年から2015年までの250年で、1970年ごろまでは50歳以上割合は15~20%と安定しており、その後次第に上昇し、2060年ごろからは57%となって安定する現象が認められる。15~20%はかつて他の多くの国でも同様の値をしめし、18~19世紀から何世紀も続いてきていると想定される^{19, 20} (図表2-4-7-2)。

図表2-4-7-2



近代西洋の価値観や制度はそのような過去の標準的人口構成である50歳ま

19 長谷川敏彦：新しい医療需要と病院の整備—健康転換概念による分析「病院」 53巻1号:25-31、1994

20 長谷川敏彦「ケアサイクル論…21世紀の予防・医療・介護統合ケアの基礎理論」社会保障研究 創刊号 Vol.1 No.1 54-77 2016

での人口をもとに設計されてきた。事実、日本では最近まで定年は55歳で、そのころ子育てを終える家族が多かった。社会は、人生の第1期「生育期0～14歳」と第2期「社会参加期15～50歳」を中心として、世代ごとにぐるぐる回転交代し時代が進んできた。運悪く（運良く）そこからこぼれ長生きすれば人生第3期「隠居期50歳以上」がまっていた。そこから約1世紀弱で、第3期が絶対多数を占める社会に遷移する。親や労働者など社会の側から与えられた役割を持たない人が3分の2近く、大多数を占める社会となる。つまり2060年には日本は全く別の国になる。新しい医療の体系、健康概念はその様な社会の中で想定し、設計されるべきである。

動物は長い進化の歴史の中で、生産・生殖を終えると死ぬことになっている。人間はその例外であったが、その生殖・生産後の人口が多数派となる。価値観の大転換を伴う壮大な社会実験を、日本がその先頭に立って牽引することとなる。

驚くべきは、世界も同時に、2060年までに急速に老いることである。とくにアジア、東アジアでそれが著しい。

社会価値と社会負担を合わせて総合的に示す高齢化指標65歳人口割合に戻って世界の未来を分析してみよう。2015年にたった3カ国であった超高齢社会つまり21%以上の国は、たった45年間で世界201カ国のうち100カ国、半分に上ると予測されている。高齢社会は35カ国。35カ国合わせて135カ国で世界の国々の3分の2をしめる（図表2-4-7-3）。

図表2-4-7-2-3



最上位は日独伊から日韓台の東アジア3カ国となり、上位10位の中にシンガポール、香港が入る。10位の半分がアジアの国となり、残りはポルトガル、ギリシア、スペイン、イタリアなど南欧の国が占め、伝統的高齢国、北欧のスウェーデン、フィンランド、デンマークは56、59、65位と大きく下位に下がる。一方、タイと中国は26、27とならんで上昇し、ポーランドが6位に上昇することが目を引く。インドはまだ111位から118位と中間位にとどまる。日本が人口遷移を完了するとき、世界は一斉に高齢化するが、日本はそのままトップを走り続けるのである。

日本は高齢先進国として新しい健康概念を世界に、とりわけアジアに発信する責務を負っている²¹。

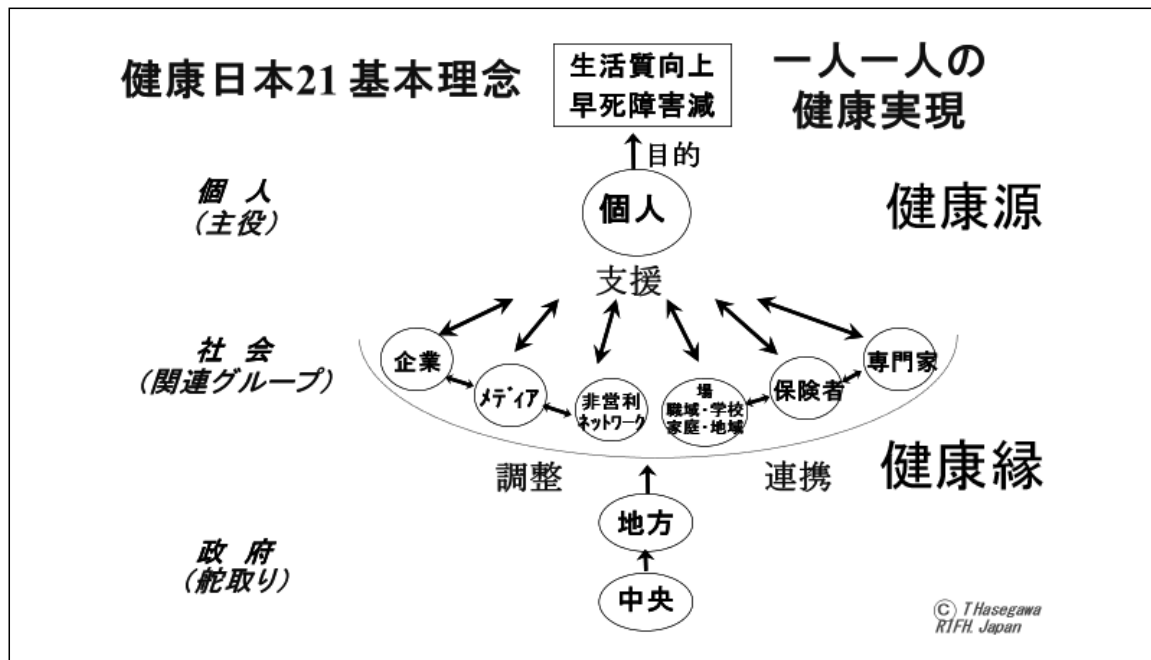
21 Toshihiko Hasegawa: Chapter 22 FUTURE CHALLENGES AND POSSIBLE DIRECTIONS FOR JAPAN IN THE 21ST CENTURY Demographic Drift and a Care Cycle Concept: The Foundation to build Health Care and Welfare in the 21st Century Reference on Healthcare Policy in East Asia Health Care Reforms and Policy Research in Japan (in print) Volume 2 Editor: Toshihiko Hasegawa World Scientific Singapore May 2019

(4) 日本から、新たな健康概念の発信

2000年、日本では21世紀の超高齢社会を想定した健康政策として健康日本21が策定され、「健康実現」Health Actualizationという基本概念が提案された。健康は画一的な考えを押し付けられて増進するものではなく、「個々人が自分の価値観にあった健康を自分で選び、まわりの資源を用いてそれを自ら実現するもの」という考え方である。その実現を個人をとりまく友人、専門家、行政が支援する運動が健康日本21である^{22, 23} (図表2-4-7-4)。

そもそも年齢によって健康の意義はそれぞれ異なり、おそらく若い人では「美しいこと」、「スポーツを楽しめること」、「学習ができること」、中年期では「働けること」、「病気ではないこと」、高年期では「不自由ではないこと」、「元気でおれること」、「自立して生活がおくれること」が主要な目的ではなからうか。専門家や一般の人がイメージする健康も異なりうる。独りの人にとってもその時間や役割の変化によって異なった健康観を持ちうる。健康観は元来多元的といえる。

図表2-4-7-4



22 長谷川敏彦：21世紀の日本の新健康政策「健康日本21」、第1章 世界の健康増進政策「概要と進行状況」、ヘルスプロモーションの科学、pp3-8、建帛社、2005.4.20

23 北野誠一：ケアからエンパワメントへ—人を支援することは意思決定を支援すること—、2015年、ミネルヴァ書房、京都

概念の定義はその概念をどう使うかによって異なる。WHOの定義も状態の把握ではなく、追求すべき理想と捉えれば有用である。一方、状態の改善や評価には別の定義が必要となる。多元的な健康観のもとで、使用目的により定義が異なる健康概念には、元々普遍的で客観的な一つの定義を想定することに無理があったのではなかろうか。

これからの健康概念は、従来考えられてきた「疾病がないこと」や、WHOが定義した「理想論」に限定することなく、「本人が自分らしく生きる、その意志決定ができる能力を持つこと」で、それを「支援する環境や過程」を含めて健康を捉えるべきである^{24, 25}。

24 長谷川敏彦：Ⅱ. 2 健康、健康寿命の定義「新健康概念」日本医師会公衆衛生委員会答申 201805
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180606_2.pdf.

25 Toshihiko Hasegawa, Toru Kakuta : Letter to the Editor The recent development in the new health concept and health indices. . JMA J. 2018;1(1):73-74.

日本医師会総合政策研究機構研究員

研究部長	澤 倫太郎
研究部長補佐	原 祐一
研究部専門部長	前田由美子
研究部専門部長	江口 成美
主席研究員	尾崎 孝良
主席研究員	角田 政
主席研究員	上家 和子
主任研究員	石尾 勝
主任研究員	王子野麻代
主任研究員	坂口 一樹
主任研究員	田中 美穂
主任研究員	堤 信之
主任研究員	出口 真弓
主任研究員	野村 真美
主任研究員	細谷 辰之
主任研究員	水谷 涉
主任研究員	矢野 一博
主任研究員	吉田 澄人
主任研究員	和田 勝行
主任研究員	渡部 愛
	順不同

執筆協力者
滋賀大学国際センター教授
日本医師会総合政策研究機構 客員研究員
森 宏一郎

日本の医療のグランドデザイン2030

発行 日本医師会総合政策研究機構
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
日本医師会館内 TEL：03-3942-7215

発行人 日本医師会総合政策研究機構 所長 横倉 義武

編集人 日本医師会総合政策研究機構 研究部長 澤 倫太郎
日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 細谷 辰之

平成31年3月26日 発行

日本の医療のグランドデザイン

2030