

# 平成 29 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

と き 平成 29 年 10 月 21 日 (土) 10:00 ~ 17:30

ところ 札幌グランドホテル

主 催 日本医師会

担 当 北海道医師会

日本医師会の主催、北海道医師会の担当により標記協議会が札幌市にて開催された。本会部会からは前川部会長、本会から加藤、白澤、中村が出席した。

## 特別講演

### I. 世界に羽ばたく日本の医療

日本医師会長 横倉 義武

演題は「世界に羽ばたく日本の医療」になっているが、日本の医療が世界に羽ばたくためには、日本の医療がしっかりしないといけない。今の日本の医療、今後の医療がどうなるかということを中心に、社会保障と経済成長という話と、目の前に迫った平成 30 年度の同時改定、今後の高齢社会を乗り切るための、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの推進・構築と世界医師会長就任を受けての 4 点についてが本日の講演内容である。

人口構成について、団塊の世代が 2025 年には 75 歳以上になり、その後もまだ高齢社会は続いていくが、どのような高齢社会にするかということが大きな課題である。これは実は日本だけの問題ではなくて、アジアを中心にして、高齢社会が一気に進みつつある。すべての国が、日本がこれをどう乗り切るのだろうか、非常に注目している。高齢社会を乗り切るための一つのキーポイントは、やはりユニバーサル・ヘルス・カバレッジがきちんと構築できているかどうかである。

日本では、昭和 36 年に国民皆保険の体制ができ、安心して仕事のできる、いわゆる生活の基盤がしっかりでき上がり、それが急速な経済成長につながってききた。しかしながら、高齢社会を支える若い人口が非常に減っていくわけで、そのよ

うな時代にどのような社会保障を考えていくか。やはり時代に即した改革は、われわれサイドからも主張していかなければならない。

財政主導という言葉で言われるように、財務省や厚労省を中心として医療費削減の要求・要請が出るが、国民が必要とする医療・介護を維持するためには、われわれもコスト意識を持った医療提供に臨んでいかなければならない。

私が医師になった昭和 44 年当時は、日本経済は右肩上がり、どんどん医療保険を使い得る状態で、昭和 45 ~ 47 年にかけて循環動態を診るためにスワングアンツカテーテルというものが開発されたときであり、どんどん使っても保険請求ができるからいいよという話であった。すべての患者にスワングアンツを入れて、循環動態をチェック、管理をしようというようなことをしていたが、本当に必要な患者だけにそのような物を使うというのが本来の姿であった。

現在は、経済は縮小傾向にあり、医療提供側から国民の皆さんに、将来にわたり必要な医療を継続して受けられるためには、ある程度、我慢することが重要だということも言っていかなければならない。健康な高齢者をつくっていくということが一番重要だ。

社会保障の分野から考えると、社会保障が充実すると国民の不安が解消されていく。そのためには経済が好循環に回るようにしないといけない。この点については日医もいろいろ考えており、一億総活躍、働き方改革、人づくり改革、そのようなものを使ってできるだけ多くの人が社会参加できるようにしていく。従来からわれわれは主張しているが、被用者保険の保険料率を一定にする。

企業の内部留保が 406 兆円余りあるわけで、

この 1%でもいいから賃金に回してほしい。賃金が増えれば、保険料率は一定なので、保険の金額は増える。また、所得税が増え社会保障の充実に回せる。そうなれば、医療は事業や雇用拡大に非常に有効であり、経済成長や地方創生に回って、好循環に回っていく。

ところが『日本経済新聞』が、これはどちらかというと財界の代弁をされる新聞であるが、9月ぐらいから「砂上の安心網」というシリーズを組んだ。私もインタビューを受けているが、今のような社会保障のあり方では、日本の社会保障は壊れるということを彼らは主張しており、給付を制限し、自己負担を増加させるべきであるということだ。当然のことながら給付の制限ということになると、新薬や技術が開発されたときに、それを制限する、もしくは低度医療といわれるような風邪の場合は、自費で受診するということにもなる。

そのような給付の制限をすることになれば、何らかの形で経済的なカバーが要するということになり、民間医療保険を導入しなければならない。それが一番『日本経済新聞』の言いたいことであろう。新聞やテレビのコマーシャルで、たくさん民間医療保険の宣伝をしているが、現在の日本の民間医療保険は病気をしたときの現金給付だ。病気をしたときの収入が減るから「これに入ってあげばカバーしますよ」もしくは「公的医療保険の足しになるような部分を現金給付でカバーしましょう」ということなら良いが、この民間医療保険が拡大をして現物給付をとると、公的医療保険の給付が抑制されて、民間医療保険に入っている人だけが該当する医療を受けられるようになると思われる。当然のことながら、加入者の選別をするし、所得や資産の多寡によって、国民の間に医療の格差が出てくることになる。その結果、国民の中には経済格差による医療格差が生じることに對する不満が出てくる。そうすると、国民不安が増大するということになる。このような社会保障のあり方だけは避けなければならない、好循環、明るい高齢社会をつくっていく必要がある。

そのために重要なことは、健康寿命を延ばして、高齢者になっても社会参加ができるような仕組みづくりが必要だ。国の借金が 1,200 兆円弱になっ

ており、放置しておけば国家の財政破綻を生むことが避けられない。国は金融資産もたくさん持っているのだから、実際の差額としては 520 兆円程度だが、それでも国債の発行残高が大きい。

一方で、先ほどお話ししたように、企業の利益剰余金は急速に増えており、国民の間でも将来不安があるから家計の金融資産は 180 兆円ぐらいある。企業の利益剰余金はこれほどたくさん要らないわけで、できるだけ賃金に回していくということが重要ではないか。

社会格差を、できるだけ小さくしないといけませんが、継続的に見ると格差が徐々に増大しており、何とか是正しないといけぬ。そのために、特に医師会の役割というのは重要であろうと思う。子どもの貧困ということがマスコミでよくいわれる。特に一人親家庭の子どもたちの生活が非常に厳しい。われわれはすべての小中学校に学校医を派遣しているわけだが、子どもの貧困の早期発見、またそれに対する適切な助言、解決への問題提起なども学校医としての役割の一つではないか。

また、産業医も医師会から多く参加をさせていただいているが、産業医の助言による職場の環境の改善ができる。

われわれは地域で、かかりつけ医として活動しているわけで、自分の患者の家庭状況を把握して、どのような改善策があるということの問題提起していく。非常に医師会の役割は今後重要になってくるのではないかと考える。

こういうものを通じて、市長、知事、行政に対してもさまざまな提言、住宅政策であれば健康住宅とか、健康都市をどう造り上げていくとかいうことの提言ができるのではないかと思います。

来年 4 月から同時改定になる。本来であれば、この 9 月からはさまざまな与党の党内調整に私どもも参画をして、何とか財源を医療費として確保する努力をしているところだが、総選挙になった。結果がどのようになるにせよ、われわれとしては年末に医療費の財源をしっかりと確保していかなければいけない。その配分について、中央社会保険医療協議会でさまざまな課題についての検討をしている。今回は同時改定ということで、両者のあり方についてさまざまな議論が行われてい

る。

診療報酬の基本方針は、社会保障審議会の中の医療保険部会と医療部会で議論し、ほぼ固まりつつある。そして 11 月頃に医療経済実態調査の結果が報告されるが、従来からこの医療経済実態調査では医療が崩壊しているという指摘がされている。今年の報告がどうなるか、まだ分からないが、実感としては各医療機関、特に急性期病院の経営状況が悪化しているというような結果が出るのではないか。

そのような中で、診療報酬の基本方針を 12 月の社会保障審議会で策定する。同時に薬価調査の内容、価格調査の結果報告が出る。これにより、天皇誕生日前後に予算の方針が決まって、本体をプラスにするか、マイナスにするかということが決定されるということである。

改定にあたっての基本認識としては、人生 100 年時代を見据えた社会の実現、また、どこに住んでいても、適切な医療が安心して受けられる社会の実現、さらに制度の安定性・持続可能性の確保と、医療・介護現場の新たな働き方の推進ということである。

今後の日本の大きな課題は、国民皆保険を中心とする社会保障制度の継続である。改革の基本的な視点としては、地域包括ケアシステム構築と、医療機能の分化・強化・連携の推進ということで、さまざま地域医療計画が立てられつつあるが、各病院の病棟単位の機能分担ということで、急性期から療養期に至るそれぞれのものに対して、どのように評価していくか。そして、それがどのような機能を選択し、運営ができるような報酬をどう付けていくかということがポイントになってくる。さらには、新しいニーズに対応できる安心・安全で質の高い医療の実現、また、医療従事者の負担低減、働き方改革の推進、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上ということになる。

2015 年の年頭方針で、過去 3 年間の社会保障費の伸びが 5,000 億円程度あったので、今後も 3 年間の社会保障関係費の伸びを、高齢化のために伴う 5,000 億円程度を目安とするということが決められた。そこで 2016 年の予算では、さまざま

な制度変更をしながら、ほぼ 5,000 億円前後に医療費の伸びを抑えてきた。最終年度の 3 年目においても、自然増が 6,300 億円程度と予想が出されているので、5,000 億円とのギャップが 1,300 億円あるわけだが、それをどうするかということと同時に、改定で特に私どもが主張しているのは、過去 2 年間で最低賃金がずっと引き上げられたことによる人件費の 2%の伸びを、診療報酬で確保してもらわないと困るということを主張している。

平成 30 年度の社会保障関係費の伸びは、医療 2,800 億円、介護 1,000 億円、年金 1,500 億円、福祉 1,200 億円等ということで、6,300 億円が自然増として見込まれている。そして、財務省が認めた自然増は 5,000 億円だが、同時に高額医療費の見直しや介護納付金の総報酬割ということで、29 年度に決められて当年度中に導入されている分があり、その分が上乗せにできる。さらには薬価・材料価格改定が行われるので、何とか本体をプラスに持っていこうとしている。このようなことが、実は皆保険を維持していけるということへつながってくる。

そのような主張をしているさなかに、安倍総理が 2019 年 10 月に消費税を 8%から 10%に引き上げる、そして財政再建に充てる、当初予定であった、4 兆円のうちの半分、2 兆円規模を子ども・子育て支援や教育へ使途を変更するという話をされた。

この子ども・子育て支援や教育だけでなく、医療をはじめとする社会保障の充実に、われわれとしては充ててほしいということが一番の希望だが、たとえこの 2 兆円が子ども・子育て支援や教育ということであっても、子どもの医療ということにも使えるのではないか。この使途変更ということが、ある意味では社会保障の充実につなげてこられるものであろう。

しかしながら、問題はもう一つある。北朝鮮問題だ。わが国の防衛費は、予算総額にするとそう多くない。しかしながら、周辺の状況が不安定になってくると、やはり増額という話にならざるを得ず、そうなった場合に、その財源をどこから持ってくるかということ、社会保障を切り込まざるを得

ないという議論が当然出てくる。ということは、やはり平和というものがいかに大事かということだ。平和であるからこそ、十分な社会保障ができるということ、常に申し上げているわけだが、この防衛費の増大が社会保障に影響を及ぼさないかということも、しっかりと今後注視していく必要があるかと思っている。

医療費の本体部分は常に増やしていくということを考えておかなければいけない。医療に携わる人が全国で 300 万人を超えた。ということは、家族を含めると 1,000 万人を超えている。その人たちの給料というのが十分に手当てされておらず、常用労働者の現金給与総額の伸びが足を引っ張っているという状態である。

なお、全就業者のうち医療・福祉にする女性従事者は 20% を占めており、地方に行くほどその割合が高くなる。地方の中小都市では医療・福祉が非常に大きな産業になっている。女性の活躍という面からでも重要である。

かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムについては、資源がそれぞれの地域によって違うので、地域に応じた医療提供体制を組んでいく必要がある。特に、かかりつけ医による地域密着型の診療所に期待するところが大きい。

そのために、昨年度から、かかりつけ医機能研修制度がスタートした。毎年 7,000 ～ 8,000 人が研修を受けている。国民もかかりつけ医を持つという意識がかなり上がってきている。そのようなものを通じて、医療のあり方を改革していく。

最後に、世界医師会長就任について、1947 年に世界医師会がスタートした当時に、ヒポクラテスの誓いを現代版に直したジュネーブ宣言が規定されたが、このたび初めてそれに大幅な改定を行った。「私は、最高水準の医療を提供するために、私自身の健康、安寧および能力に専心する」という働き方改革につながるような文言が入った。やはり、良い医療を行うためには、医師自身が健康でないといけないということで、このような文言が入ったということだ。

世界医師会の使命というのは、さまざまな世界の医療形態がある中で、それぞれの国の国民が適切な医療を受けられるように、また、医療を提供

する医師がしっかり仕事ができるような体制を作ることであり、いろいろな国が、日本の支援を望んでおられる。先生方にもご協力いただきながら進めていきたいと思うので、よろしく願います。

11 月 1 日、日本医師会の創立記念日でもあるが、語呂合わせで“いい医療”ということで、国民の皆さんと医療について考える日にしたらどうかということで、「いい医療の日」として登録をしたので、ぜひ先生方も患者さんと医療のあり方について一緒に考えていただければと思う。また、今年が創立 70 周年の節目に当たる。特に大きなセレモニーはないが、日本医師会医学賞受賞者の素晴らしい講演があるので、ぜひ聴講いただければと思っている。

〔報告：山口県医師会理事 中村 洋〕

## II . 人口減少時代の医療提供

内閣官房健康・医療戦略室次長 大島 一博

もともと厚労省の人間で、社会保障に関わってきた。本日は、人口減少時代における医療提供というテーマで、簡単な答えはないけれども、乗り切れる方法がないか、ということで、いくつかお話しする。医療政策の目標は、これは原点なので、常に思い返さないといけないが、いい医療をあまねく、公平に提供することと思う。時代の背景として、人口が高齢化・少子化し減少してきた。財政面では経済成長が鈍化し、赤字が増えてきた。一言で言えば、厳しいということができ、これを乗り切れるか、というのは別の問題で、プラス面もあり、工夫もある。皆が課題を認識し、力を合わせれば乗り切れない課題ではないと思う。この議論は明確になっていないが、来年もしくは再来年にははっきりしてくると思われる。

長い期間の人口で見ると、2004 年にピークを迎え 1 億 2 千 8 百万人になり、2100 年には 5 千万人ぐらいになるだろう。これほど大規模な減り方は世界初かもしれないことから、どのように対処するかが世界的に注目されている。20 年前までは、仕事を増やさなければならぬという時代であった。団塊の世代が 65 歳を過ぎて定年し、社会的に働き手が少なくなってきたという実感を持った最初の変化と思われる。もう少し詳

しく見ると、2010 年時を 100 として、0～14 歳、15～64 歳、65 歳以上の層を見ていくと、どの層の人口も 2060 年には減り始める。2060 年を過ぎると、人口はバランスが取れ、2040～2060 年もバランスに近い状態である。2010～2040 年は人口の若い方は減るが、65 歳以上は増え続ける、最も難しい時期である。医療介護の需要が増える一方で、牽引世代が減ってくる。2040 年が最終目標地に近く、この時期に日本の高齢化率が 40% ぐらいになり、この時点をどのように乗り切ることが天井の議論になる。2019 年 10 月に消費税が 10% に上がると、その次の議論が始まる。2007～2008 年から消費税の議論が活発化した、その時は 2025 年がターゲットであった。

これから、消費税であるかどうかは別にして、中長期の次の議論は 2040 年をターゲットイヤーとしてどうするか、になる。2025 年は 75 歳以上が 2,200 万人になり、団塊の世代の全員が 75 歳に到達するが、2040 年は 65 歳以上が 40% になり、介護で言えば、85 歳以上がピークになる。この 2 つの年をどのように乗り切っていくかということになる。今 2025 年に向けて胸突き八丁でかなりきつい第一の坂を登っている。さらにその坂を登ったら 2040 年があることになるが、これをあまり悲観的に見ることはない。例えば、年金は 2004 年に大きな改正を行い、長い期間を設定し、安定化させるための方策を講じ、毎年徐々に上げ、年率、保険料率を上げていって、今年 9 月にあげる時期が終わっている。来年以降、年金・保険料は上がらない。社会保障の問題は医療と介護である。医療は 2035 年か 40 年にピークが来る。介護は少し遅れて 2060 年ごろにピークが来るので、それに向けて良い対策を立て、長い目でどのようなことをやっていくかを考えていく。

財政面で言えば、医療も介護も公的なものなので、本人負担はごく一部で、公費と保険料が 9 割であり、税収や保険料収入によってかなりの影響を受ける。このように、経済力との関係が密接である。経済が親亀、医療・介護は子亀の関係になり、親亀が安定していれば子亀も安定するが親亀が転げれば子亀も転げる。この 20 年間は、

親亀が転げていた。GDP が 1997 年は 533 兆円であり、その後それを下回ったが、去年初めて 537 兆円となり上回った。この 20 年間にはリーマンショックもあり、大震災もあった。親亀が転けた 20 年の間に、医療は 30 兆円規模が 40 兆円規模になった。介護はなかったが、10 兆円規模になった。親亀が転けたにもかかわらず、この厳しい 20 年間で医療も介護もなんとか生き延びた。経済が惨憺たる状況であったにもかかわらず、医療は 30 兆円が 40 兆円になり、ギリギリの線を保てた。医療・介護は生活の基盤であり、この間、いろんな人手を吸収する重要な分野であった。保険料率を上げたり、税金を上げたりして、なんとか医療・介護を賄ってきた。

これからの 20 年を考えた時に、できれば親亀がしっかりし、政府目標、年間 GDP 実質 2%、名目 3% の成長を達成してほしい。これが実現するとギスギスした議論をしなくても医療・介護が通常の安定的な運営が可能になる。ここまでの成長が可能なのか、ということもあるので、親亀があまり元気でなくても、子亀がしっかりやっていく方策も考えなければならない。

国民医療費と GDP の比較であるが、国民医療費が GDP の伸びを上回る状態が続くと、保険料率のアップ、増税、赤字国債の発行をしなければならなくなる。リーマンショックや大震災があったので、やむを得ない面もあるが、この差を同じくらいの水準にしなければならない。今後、2040 年まで、どうやってやっていくかという時に、国民医療費が伸びた原因を要因分析しなければならない。要因には高齢化、人口減少がある。以前は、医療費が 3% 伸びたら、高齢化が 1.5% ぐらいを占めていた。今は人口減少があるので、1% ぐらいの伸びになっている。その他の要因が 2% ぐらいあり、これは医療の高度化が要因と言われている。内訳をみると、診療報酬の改定がない年に 1% ぐらいの伸びがあり、診療報酬改定年には 0.1% ぐらいの伸びになっている。診療報酬の改定があるときには薬価が抑えられていることがあると思われる。改定がない年は、高い新薬などの影響があるのではないかと、薬価が潜在的に 1% ぐらいの伸びがあると考えている。入院はほ

とんど横ばいになっている。受療率を見ると、どの年齢層も下がってきている。外来も 2000 年以降、受療率が横ばいから減ってきている。高齢化にもかかわらず、入院・外来とも利用者が減ってきている。入院の方は総量規制や平均在院日数が短縮してきているので、理解できるが、この現象の原因を学者に分析してほしいが、はっきりしていない。原因の一つは若返りだと思っている。新体力テストの結果を見ると、この 15 年の間に、5 歳以上体力が若返っている。歯の方で 8020 運動があったが、75 歳から 84 歳の 20 歯以上の保有者割合は平成 5 年は 10.6% だったが、平成 28 年は 51.2% に増えている。平均歯数も 6.2 から 16.9 まで増えている。80 歳以上の人も若返っており、このようなところが受療率に影響している。高齢化と言われている割には医療費は増えていない。地域差がものすごくあり、0 歳から 64 歳を見てみると全国平均で 25.7% 減少するが、40% 以上減少する地域もかなりある。75 歳以上の人口は佐渡島や能登半島などを除いてほとんどの地域で増えており、2 倍以上増えることになる。全国的に見たものと地域で見た場合は違い、医療需要が増える地域と減る地域がある。増える地域も 20 年、30 年経つと医療需要は減ってくる。厚木、相模原、八王子、川崎、所沢、埼玉、成田、船橋、千葉といったドーナツ状の地域はどんどん 75 歳以上人口が増加する。首都圏では医療介護の需要が増えてきている。医療介護難民を防ぐ意味で重要な課題となる。

財政的な持続可能性、あるいは医療保険を持続させる方法を検討すると 3 つある。A は患者負担を増やす、保険給付範囲を狭くする、診療報酬単価を引き下げるといった強力なやり方である。即効性があるが確実に効く。しかし辛さがあり、患者の負担が増える、医療従事者の給料が減るといったことで即効性はあるが厳しい。これは昭和 50 年から平成 18 年ごろまで厚労省がやってきたやり方であり、18 年以降は大きなものは行われていない。A の手法は限定的である。国民にも大きな影響があり、政治的にも難しく、役所レベルで単独でできなくなった。B の方法としては、提供方法や提供内容の見直しである。これは即効性や

確実性は A の方法よりは劣るが、ジェネリックの普及のように即効性や確実性のあるものもある。その他には、入院期間の短縮、在宅医療の推進、多剤服用対策などが含まれる。患者自身や医療者の辛さの少ない B の方法が今は主流である。C の方法として、予防・健康管理、医療の質の向上がある。やり方によって、医療費の伸びを抑制できるように思われる。良い医療の原点とも思われ、やり遂げなければならない課題である。

政府としては、骨太方針 2015 の中で、2020 年にプライマリーバランスを黒字化するというところで、最初の 3 年で社会保障費の伸びを 1.5 兆円、1 年間で 5,000 億円にしていく計画である。具体的な計画の中で、先ほどの A の方法もあり、外来時定額負担、高額療養費制度の見直し、参照価格制度といった記述がある。これは検討事項であって決定事項ではないが、これを追求するのは手詰まり感がある。薬価に関しては、4 大臣合意があって、毎年改定、新薬の価格のつけ方、費用対効果のあり方など、かなり抜本的な見直しの答えを出さなければならぬになっている。

解決方法として、よりよい医療と財政維持の両立に向けて、もっと国民の合意が得られる方法として、一つ目は予防・健康づくりである。国民のためになる、いい医療の原点になるものであるが、財政的な効果はわからなくてもするべきテーマで、ターゲットとしては中高年の糖尿病の予防、糖尿病腎症の重症化予防、高齢者にはフレイルの対策である。医療保険者、企業、市町村それぞれが、こういった取り組みについて、やる気になっている。医療保険者は保険者機能やデータヘルス、企業は健康経営、市町村は「健幸都市」と言っており、みんなで健康に必死になって進めていこうとしている。医療保険者にとっては来年度から実施すれば保険財政にも影響が出てくる。評価指標や点数も決まっている。健保組合、共済組合であれば、1. 特定健診・特定保健指導の実施、2. 要医療者への受診勧奨・糖尿病などの重症化予防、3. 加入者への分かりやすい情報提供、特定健診データの保険者間の連携・分析、4. 後発医薬品の使用促進、5. がん検診・歯科健診など、6. 加入者に向けた健康づくりの働きかけ、個人へのインセンティブ

の提供、7. 事業主との連携、被扶養者への健診・保健指導の働きかけ、は点数化がなされている。これを実施するかどうかで評価をし加算減算をする。国保の場合は、加算減算ではなく、国から都道府県に 800 億円規模の交付金が来年度から配分される。この配分の有無がこの点数で、1 から 6 までは同じである。7～11 は国保特有のもので、保険料の収納率、医療費等の分析、医療費通知、地域包括ケアへの参加、第三者求償によって評価を行い交付金の配分が行われるようになる。

フレイルに関しては、認知症・高齢者の増加を見越しての対策で、食事と身体活動と社会参加、食事は低栄養防止、バランスのとれた食事、口腔ケア、身体活動はたっぷり歩こう、ちょっと頑張っ て筋トレを行おう、社会活動は働ける人は就労、出かけて行ってお友達と話をする、生涯現役ということになる。この 3 本柱を行うことによって、高齢者がより一層健康を保ち、認知症の予防にもなる。これに関しては、市町村の行政の役割が大変重要である。市町村だけではなかなか動かないので、都道府県の方から市町村の背中を押していただくことが必要である。高齢者の存在する場所を作ることになる。

介護の方でも、従来の方法から自立支援を充実した介護に切り変えていくことになる。家族が楽になるとか、いうのは細くなるので、家族として受け入れられるかがポイントになるが、介護の世界も介護保険の中に自立支援ということが法律に書いてあるので、本来の目標に向かっての意識改革が必要である。

二つ目は、地域包括ケアである。縦軸と横軸があり、横軸の地域包括ケアは、医療・介護があっても高齢者は生活が完結できないので見守りをしてもらったり、住まいや地域の中で支え合いがいる。縦軸の地域包括ケアは医療機関間と介護指導者を含めた機能分化と連携、都心部では在宅医療推進、ほぼ在宅・時々入院といった、なるべく自分の家での暮らしを中心にする。このサポートはかなりの部分をかかりつけ医が行うことになる。縦の系列では急性期病院から在宅を目指した取り組みが必要になる。

三つ目は、ICT・データの活用である。オンラ

イン診療で、バイタルデータを日常的に管理できる可能性があり、これは医療の質を高める。ケアプランを AI を使って作ることも可能になる。データを適切に管理すれば、質の向上につながる。なお、データは 2 種類に分けて考える必要がある。レセプトや健診など様式が統一化されているもので行政や保険者が集めやすいデータと、各病院の電子カルテの血液検査、CT、MRI のデータがある。レセプトや特定健診、介護情報などは様式が統一されているので、この情報を診療報酬などに使うことができる。匿名化情報として使うことができる。レセプトを個人名を明らかにして使う場合、本人の同意があるが、どの医療機関や薬局でどのような薬品が使われているかを診療情報として使うことができる。診療情報は各病院で様式がバラバラなので、統一化して統計処理することは難しいが、平成 29 年 5 月にそれを促進する法律ができ、一定の加工業者を国が認定して統一しようという動きもある。個人情報として診療情報を使うシステムとして地域医療情報連携がある。全国約 250 の地域で中核病院と診療所をつなぐシステムがあるが、課題は運営費や地域間の連携などである。それを解決するためには、クラウドの活用や情報を匿名化して研究利用料を確保する等である。情報のマトリックスは世界的にも、正しい情報を多量に集めて、AI とゲノムを結びつけて活用しようという動きがある。この分野では日本は遅れているが、日本はレセプトや特定健診、介護情報が皆保険の中であるので、これをうまく使えば、追いつけると思われる。

四つ目は科学技術である。オプジーボのような効く高額な薬もあるが、これからはそこそこの価格で効く薬の開発である。可能性はある。一滴の血液でがんの早期発見ができる。これで、スクリーニングができるので、がんの早期発見ができる。そんなに、高くない画期的な医薬品は出てくる可能性があり、医薬品の開発は進めなければならない。

最後は地域づくりである。本格的な高齢化社会における地域での暮らしの重要性が増す。人生 100 年時代の可能性があり、60 歳で定年となり、その後の 30～40 年後の地域の中での暮らしの

重要性が増す。生活支援、予防、健康づくり支援は必須である。市町村の責任は大で、社会資源を活かしたり、盛り上げたり、外出先を作ったりと生涯現役の場所を作ることが大事である。市町村の実力に差があるので、都道府県の後押し、医療介護の専門職団体としての医師会が市町村と連携して、地域づくりをしていただきたい。

まとめとして、

- ・高齢化、人口減少、財政赤字など、日本の医療をとりまく状況は厳しい。
- ・一つの鍵は、経済成長、政府の目標どおり成長すれば、医療も大丈夫である。
- ・もう一つの鍵は、経済成長が不調になることも想定した、持続可能性を高める医療改革である。痛みを伴う見直しもあるが、三方良し型の見直しもある。①予防・健康づくり、②地域包括ケア、③ICT・データの活用、④科学技術、⑤地域づくり、などを行い、地域型・科学型の健康長寿社会を目指すことによって、2040年をどうにか乗り切れると考える。

[報告：山口県医師会常任理事 加藤 智栄]

### 日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良平

日本医師会勤務医委員会委員長の泉 先生より以下の5項目について報告があった。

1. 平成 28 年 11 月より、28～29 年度日本医師会勤務医委員会への横倉日本医師会長からの諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動について」を受け、委員会活動を開始し、10 月までに勤務医委員会を 5 回開催した。また、平成 26～27 年度の諮問「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備—その推進のために日本医師会が担う役割—」の答申に沿う形で大都市圏からの委員が加わり、同委員会は 14 名の委員による構成に再編された。

2. 平成 29 年 5 月 10 日、日本医師会館にて「平成 29 年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会」を開催した。協議会のテーマは「医療事故調査制度」及び「新たな専門医の仕組み」とした。

議論の概要は、

○「新たな専門医の仕組み」

- (1) 女性医師ライフイベントや留学時の対応等への専門医制度新整備指針公表
- (2) ダブルボードの認定
- (3) 医師会で実施する専門医「共通講習」(感染症・医療安全・倫理) など

○「医療事故調査制度」

- (1) 日本医師会による医療事故調査制度における都道府県医師会の支援団体活動に関する実態調査報告
  - 1) 支援団体等連絡協議会はすべての都道府県で設置済
  - 2) 代表者や事務局はごく一部を除いて医師会の役員と事務局
  - 3) 運営経費の問題、「事故調査制度」というネーミングについての意見
  - 4) 支援団体等連絡協議会の運営等に必要な経費の支援（日本医師会が受託）
- (2) 日本医師会による支援団体向け研修会
  - 1) 全国での事例の共有の必要性
  - 2) 日本医師会としての取り組みの紹介であった。

### 3. 勤務医座談会

『日医ニュース』の「勤務医のページ」の企画として、隔年で開催している。平成 29 年 8 月 4 日に開催、全国より 5 名の勤務医が出席し、「医師の働き方」「新たな専門医の仕組み」「医療事故調査制度」「医師会への期待」などについて、意見交換等を行った。内容については『日医ニュース』に平成 29 年 9 月より 3 回にわたり掲載。

### 4. 勤務医委員会内での協議の概要

日本医師会「医師の働き方検討委員会」への委員会としての積極的な関わりとして、以下の 5 つについて調査を行った。

- (1) 時間外労働の定義（研修や教育など）
- (2) 労働者としての医師
- (3) 時間外労働を規制されることによる医療への影響
- (4) 地域医療への影響と軽減のために必要な対策

(5) 医師の働き方を変革するために必要な取組み

5. 諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動」にかかる答申について意見集約を行った。

最後に、「勇気と志」で医師会活動へ参加をお願いしたい、と述べられた。

[報告：山口県医師会理事 白澤 文吾]

## シンポジウム I 「地域の現状とその対応」

### 1. 人口減少時代の地域と医療

#### ～若者と女性活躍の可能性

#### 一般社団法人北海道総合研究調査会

理事長 五十嵐 智嘉子

私は 2 年間、内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局に出向し、人口減少についての調査研究を行っていた。本日は、人口減少時代をどう捉えるか、どう乗り切るかについてお話したい。

もう一つ、私は医療機関や医師の働き方そのものの調査研究を深くはしていないが、この人口減少時代を乗り越えるための働き方、女性の活躍をどう進めていくかは、全産業的な課題であり、そうした意味では少し一般論になるかもしれないが、ぜひ、医師や医療機関を超えて、産業界連携をしていくつもりでお話を聞いていただければと思っている。

人口減少社会は、出生率・出生数が低下していることと、地方から大都市へ人口が流出していることが大きな要因であり、その対応策として、出生率・出生数を上昇させる、あるいは地方圏の人口転入を促進させることが、まずダイレクトな方法である。そのためにも、共生の社会を構築し、男女とも働ける、子育てをしながら女性も働ける社会を作る時代に差し掛かったのだと理解している。地方創生の観点からの、働き方改革の女性活躍という点でお話をする。

古くからの日本の人口の推移をみると、仮に出生や死亡が今のままであれば、急降下で人口が減少していく。よく日本の減少人口はジェットコースターに例えられる。実際にはないと思うが、このままでは計算上では 3000 年には約 2,000 人になる。

人口減少がなぜ進んでいるかは、理屈としては単純な話で、亡くなる方と生まれる子供の数の差で人口の増減が決まる。近年では年間 130 万人の方が亡くなって、100 万人弱しか生まれていない。そうすると 30 万人が毎年減る。この差が 50 万人になり 100 万人にもなる。合計特殊出生率が 2.07 ないと人口が維持できない。人口の再生産ラインが約 2.1 ということになるが、現在 1.44 ということでかなり下回っている。これは日本全体もそうだが、北海道の市町村ベースで見ると昭和 30 年ぐらいに人口のピークを迎え、それ以降人口が減少している。特に農村・漁村部で圧倒的で、その大きな要因は、冒頭申し上げた人口の転出であり、プラスマイナスを圏域別に見ると、地方圏から東京、大阪、名古屋の三大都市圏に人が出て行くが、近年は東京の独り勝ちで大阪、名古屋はマイナスに転じている。約 12 万人が東京に行くが、この多くが若者で、年代別に見ると 15～29 歳、大学入学時と就職時が圧倒的だ。50 歳、55 歳、60 歳ぐらいを超え始めると地方にまた戻ってくる方々もいる。一度東京に出たけれども、50 代のまだ若いうちに地方に戻って、もう一度地方で何かをしてみよう、あるいは親の介護等いろいろな理由があると思うが、戻ってくる方もおられる状況だ。

人口減少は日本ではどう進んでいるのかを見ると、北海道は東京に次いでワースト 2 の少子化、合計特殊出生率である。大体は、東京や大阪等が出生率が低い。一番高くても沖縄の 1.94 だ。都道府県ベースで見ると、人口維持できる所がない。特に東京圏を中心とした大都市圏に若者を中心に人口が流出していて、一方で地方では少子化が進んでいる。その若者が転入している大都市圏だが、東京は 1.17 という超低出生率なので、人口減少に歯止めがかからない。こういうメカニズムで、地方も都市圏も人口減少に拍車をかけるというような要因が働いている。

出生率が低い要因として、結婚されない方が増えていることと結婚しても産む子どもの数が減っていることがある。現在の未婚の若者に聞くと、9 割は、いずれは結婚したい、結婚した後 2 人の子供がほしいと答えている。今、結婚していない

方々の希望が叶うとすれば、あるいは将来 2.07 程度に出生率が戻るとすれば、かなり人口が押し上げられるという推計である。出生率、出生数が回復しても、急には効果が出てこないわけだが、2060 年を超えると徐々にその効果が出てくる。この対策を今打たないと大変である。

ちなみに、このままでいくと 40% 台で高齢化率は推移し安定的になっていくわけだが、今の若者の希望が叶うとするならば高齢化率は 2090 年頃には 27% になる。また、高齢化という定義を 70 歳にすると、その頃には 21% まで下がる。元気な高齢者が増え若者の希望が叶えば、高齢化社会も少し風景が変わってくるだろう。

北海道については、市町村ごとに人口減少の進み方が相当違ってきている。市町村別の 2010 年を基準にすると、2040 年には実に 47% の自治体で今の人口の 6 割以下になる。特に日本海側は厳しい状況だ。

また、中山間地、特に真ん中辺りの林業を中心としていた所が非常に厳しい状況になっている。

もう一つ考えていく必要があるのは、中心都市として人口の流出に歯止めをかけられているかということであり、実は函館と釧路は厳しい状況にある。通常だと中心都市は周辺から人口が流入してきて、札幌や東京に人口が出て行くというパターンだが、函館と釧路は周辺からの人口の流入が減ってきている。一方で、札幌はご承知のとおり一極集中で、全道から人口が流入してきていて、東京に人口流出をしている。特に若者だ。もう一つ気になるのが女性の動きである。実際の移動人数は男性が多いが、純移動で見ると女性が多い。おそらく女性が就く仕事は、医療・福祉・小売り卸の仕事が主であるが、その他の職業に就こうとすると札幌に出てくるか東京に行くかということになってしまう。女性の移動が非常に大きくなっていることが注目される。もう一つの課題には都市部における高齢化である。

地方創生における働き方改革の位置付けについては、冒頭に申し上げた出生に着目してみると、結婚して子供を産むことが、日本の出生の基本的なパターンであり、今ここに対する非常に大きなストレスがある。経済的な問題や仕事と家庭の両

立の難しさや育児負担の重さ等を踏まえると、働き方改革は重要な意味を持つ。このような枠組みで地方創生、働き方改革、経済的な問題や仕事と家庭の両立ということが位置付けられる。この因果関係が必ずしも明確ではないが、枠組みとしては考えていく必要がある。

働き方改革の背景には、産業構造が変化して、特にサービス労働では時間が測りづらいため、その生産性が見えづらいたいことが出てくる。また、人口構造やライフサイクルの変化が進んでおり、働き改革の全体の方向性としては、夫婦共働き社会を形成していくことが望ましい。女性の社会進出が進んだと言われているが、それは、男性型社会の中に女性が進出してきたのであり、現在、さまざまな課題に直面しているため、今回の働き方改革で是正していこうということがあるかと思う。

長時間労働の状況については、男性で 25～39 歳で週 60 時間以上働いている方の割合は、全国平均は 18% だが、札幌では 30%。京都も高い。この背景には、作業のサービス化があると考えられる。平成 24 年度就業構造基本調査によると札幌が 30% で高いが、医師は 41% ということで非常に高い状況である。特に、高度な技術提供をしている職業を持っている方々の特徴として、供給と消費が同時に行われるというサービス産業の特性がより濃く出ているので、単純に長時間労働の是正というわけにはいかないという背景がある。勤務医の男性医師と女性医師の労働時間の分布を見ると、やはり男性が 60 時間で 41%、女性も 28% で非常に高い。ただし、他の職業との分担ができる割合を見てみると、全体では 20% 弱だが、特に医療事務や物品の搬入、あるいはバイタルチェック等は看護師や医療事務との連携が考えられる。

私どもが、ある公立病院においてさせていただいたケーススタディーだが、18 名なので少し数字にばらつきがあるかと思うが、結果として医師の労働時間に占める中で、医療クラークが対応可能な時間はほぼ半分との実態もある。

女性の活躍支援については、男性と女性では就職後の意識の持ち方が変わっている。女性は最初

は昇進意欲があったものの、途中からなくなった割合が高く、もともとなかったが昇進意欲が出た男性は 35%だが、女性は 18%に留まっている。

女性の働く意欲をそぐ要因を追究することが大事ということがよく言われるが、正規男性社員の雇用を前提とした雇用制度に女性を合わせる、結婚したり子育てをしたりしている女性も同じように働けなければいけないという雇用制度の中に、何か課題があるのではないかと考えざるを得ない。

若者のチャレンジについては、北海道は比較的若い人たちが移住をしたいという希望がある地域で、ネット調査の結果、全体的に見ると北海道への移住は 14%ぐらいで、若い男性の約 25%が北海道に移住してもいいと考えており、住んだことのある人ほど高い。

厚労省の調査では「大都市以外で勤務してもいい」と言っているのは全体の 44%、20代では 60%、30代では 52%である。そういうことを考えていくと、全体としては女性の雇用や若者、特に研修医のような人材の活用、それから ICT の活用や役割分担等、さまざまなことが考えられる。そこが個々の医療機関にどのようにフィットさせていくのかというのは、それぞれの医療機関の風土やそれまでのやり方等によってさまざまな方法がある。

政策の全体としての方向性とそれを具体化するためには、個々の医療機関、女性や若者へのアウトリーチの支援が重要になるのではないかと。

## 2. 地域医療の現況調査から～医師の高齢化と偏在 函館中央病院臨床顧問 山田 豊

北海道医師会勤務医部会は 1986 年 6 月に発足して 31 年となる。北海道の勤務医の率は 70%で全国一高く、勤務医が非常に大事な地域。医師不足や過重労働が悪化しているという実感があるので、実態を調べることになった。

全国と同じく、全道の 10 万人当たりの医師数は右肩上がりになっている。病院勤務医と診療所の医師や医育機関に従事する医師すべてが全体的に右肩上がりだ。全国の医師数は東京だけは別だが西高東低である。

2 次医療圏間の人口・面積だが、人口に関しては大阪市が一番多く 266 万人、次に札幌で 234 万人、次に名古屋。2 次医療圏の面積に関しては、一番目は十勝で 1 万 828 平方キロメートル、次が釧路、次が北網、次が遠紋、8 番目まで全部北海道で占めている。

まず高齢化について、総常勤医数の比較だが 20～60 代の各年齢層及び総数でみている。総数では 3,527 人が 4,116 人になって、1.2 倍に増えている。20 代も平成 26 年、28 年でそれぞれ 1.1 倍、1.4 倍に増えているが、特に増えているのが 50 代、60 代。40 代以下がほとんど変わっていないが、50 代以上では 1.7 倍に増えている。

研修指定病院と研修指定病院ではないグループとでは、差が出るのではないかと考えデータを取って見たところ、研修指定病院は、この 3 年間で 1.6 倍に増えているが、30 代は少し減少、40 代は 1.1 倍で微増、50 代は 1.8 倍、60 代は 2.1 倍まで増えている。20 代も少しは増えているが、メインは 50 代以上で 1.8 倍増えている。

研修指定病院外だが、これは悲惨な状況である。20 代は平成 14 年に 58 人しかいなかったのが、26 年、28 年には 25 人、22 人と 0.4 倍に減っている。30 代も 0.6 倍になっている。40 代も微減。50 代、60 代が 1.8 倍まで増えている。40 代以下は 0.7 倍に減っていて、50 代は 1.7 倍に増えており、高齢化がより進んでいる。

次に偏在の問題について、平成 26 年度の地域別診療科別の医師数では、札幌市と旭川市が多く、2 つの土地に勤務する医師の総医師数に占める割合では、小児科は 41%から 42%に 1%増えただけだが、後はかなり増えており、5 割か 5 割以上が札幌プラス旭川という形になっている。人口の割合は旭川市 6%、札幌市 35%で合わせて 41%。勤務医は旭川市 12%、札幌市 43%で合わせて 55%であり、14%の乖離がある。やはり都市部に偏在している。

地域別診療科別の医師数では、平成 14 年度と 26 年度を比べると減っており、特に釧路、根室で激減している。この釧路、根室地域の医師数がどのぐらい減っているかを見ると、小児科医は 30 人から 18 人で 12 人で 3 割ぐらい、外科医

が 57 人から 31 人で半減している。整形外科医も 3 分の 2 ぐらい、脳神経外科医は半減、産婦人科医は 70% ぐらいに、麻酔科も半減している。もともとの人数が少ない中でこれだけ減っているということは、釧路・根室がかなりひどい状況だと思う。

平成 29 年の北海道の 2 次医療圏別の医師数のデータでは、札幌、旭川が全道平均よりも多い。道内の卒後臨床研修医の状況で、医育大学に残った人、臨床研修病院に行った人についてだが、臨床研修制度が始まった平成 16 年当時は、まだ札幌医科大学、旭川医科大学、北海道大学にある程度は残った。それがどんどん減少し、特に旭川医科大学はわずかしか残っていない。旭川医大は特に道東、道北に医師を派遣していることが多いことから、それらの地域が悲惨な状況になってきている。

WHO は 2010 年に、地方出身の人、そのまま診療医を続けている、キャリア早期での地域医療を経験する、地域医療の実情を反映したプログラムを卒業した人たちが地域に行きやすいと言っている。

慶應義塾大学の権丈先生によると、エビデンスベースでは偏在対策として打つべき政策は 3 つで、地元出身の学生を医学部に入学させること、総合診療医（家庭医）を育てること、若いうちに僻地の医療現場に留学させることであり、この 3 つを、医学教育、保険医登録、管理者要件の各段階にどのように組み込んでいくかが制度設計の問題であるとのことである。

おそらく、もっとも良い僻地対策は地域枠の拡充と思う。札幌医科大学は定員が 100 人から 110 人に増え、その中で地域枠もだんだん増えて、最終的には 90 人になる。貸付枠が 15 人。旭川医科大学は、122 人まで増えて、地域枠は 55 人、貸付枠が 17 人まで増えている。全道でいくと、入学定員が 344 名で、地域枠が 145 人、貸付枠が 32 人である。

道内の勤務医の高齢化及び偏在は明らかである。上記の二つの現象に加えて、北海道の広域性、気象条件の厳しさが、医療へのアクセスの困難さをもたらしている。地域枠の中でも、やはり地元

枠を中心とした偏在対策がもっとも効果的ではないかと考えている。

### 3. 広域医療情報ネットワーク

#### ～メディネットたんちょうの取り組み

市立釧路総合病院副院長 長谷川 直人

非常に悲惨だという釧路のほうから現状を訴えに来た。その少ない医療資源を何とか利用しようということで取り組んでいるネットワークについてお話ししたい。

根室はわれわれの医療圏だが悲惨な状態だ。ご存じのように、この医療連携システムは、各病院の情報を一元化しようというシステムであり、さまざまな会社から出ているが、道内の医療連携システムで一番多いのが NEC の ID Link で、道内、函館周辺で普及している。あとは、ファーストブレスの Area Connect、富士通の Human Bridge 等のシステムが採用されている。北海道大学では、全道の各病院とネットワークでつないで、お産システムを構築しようという動きもでている。

当院の状況だが、病床数は 600 床余りで、一般病棟約 535 床。診療科は循環器内科、呼吸器内科、救急科については医療圏の中では当院のみしかないということで、手術等の合併症を持った患者さんにどうしても循環器の処置が必要ということになると、われわれの病院で受ける、3 次救急はほとんどわれわれの病院で行っている状況であるが、その割には常勤医が 80 名と過酷な状況である。

釧路・根室地域医療情報ネットワークでは釧路市内には 5 病院あるが、500 床超えの 3 病院を中心にやっている。あと、周辺はすべて公開病院になっている。この情報を地域医療機関、歯科医院、調剤薬局などでみる。札幌の北海道がんセンター、溪仁会病院、それから北海道大学と、同じネットワークのシステムを採用しているので、そこも接続してもらっている。

稼働実績だが、登録件数が 1 万 2,000 件、患者数にして 6,000 件弱。平均月 130 人程度の登録があり、堅調に進んでいる。圧倒的に病病連携が主体になっている地域なので、公開病院の患者登録が圧倒的に多い。

接続件数は順調に伸びているが、500 床超えの市立釧路総合病院、釧路労災病院、釧路赤十字病院の 3 つの病院の接続、業績が主というのが現状だ。

当院からの紹介と他院からの紹介で診療情報提供書の補助ツールとして、ネットワークにデータを載せるという形で使っている。ところが閲覧施設のほうからは、データを公開してほしいという要請が来る。開示施設からは救急搬送等での案件で接続をすることが少しある。

共有画面にエクセルファイルを追加してアップロードしていく形で連携部分の内容を載せるという仕組みでやっている。

数は少ないが大きな病院間で連携を組んで行っている。一般的な処方、注射、画像等が公開対象になっている。サマリ、情報提供書、もしくは医師の診療録の開示を目指しているが、なかなか同意が得られないので、進まない状況だ。

日医総研のワーキングペーパー 2015 での全国 of データと比較しても、医師記録の公開の比率が少し少ないようだ。わがネットワークでも、ぜひとも医師記録の公開を進めていきたいと思っている。

ここで、実際の使用例についてお話しする。

大腸がんの患者さんで、近医で内視鏡にて大腸がんと診断され、紹介となった。当院で精査を行い、手術加療を行った。手術後に逆紹介するとき、病理報告、検査、処方、画像等を ID link 経由で公開している。診療情報提供書の簡略化も可能である。

近医にて胸部異常陰影を指摘され情報公開病院 R 病院に紹介された肺がんの患者の例。当院受診前に化学療法の治療になるのか手術の治療になるのか、おおよその治療方針を決定するために、情報公開を先に行って、方針をある程度決めてから当院の内科を受診するのか外科を受診するのかが決定できた。

救急に対しては迅速性が大事。腹膜炎患者の事例である。情報公開病院の N 病院から消化管穿孔の診断により当院へ紹介があった。

羅臼の病院から、搬送に 2 時間以上かかるが、この間にある程度、情報をいただいていると、本

当に腹膜炎なのか、緊急性があるのか等、画像とデータから判断できることがある。情報があらかじめこちらに来ているということは非常に重要であり、もし手術になりそうだとすることであれば、手術場から何から全部準備して迎え入れることができる。

複数施設のデータの集約化について。N 病院で動脈瘤破裂の疑いで K 病院に紹介され胸腔ドレナージを行ったら、食道穿孔の診断となった。2 病院のデータを踏まえて、救急車で当院に搬送してきた。複数の病院のデータを一元化することができ、緊急手術ということになった。

ドクターヘリの搬送症例。交通事故で N 病院から当院へドクターヘリにて搬送され、当院に入院、保存的加療で軽快した。N 病院に逆紹介したが、その際にも情報ツールとしてお互いにネットワークを活用している。

今後の問題点として、できるだけ多くの情報の開示をしたいものの、費用がかかるためになかなか情報を増やせない。

また、同意の取り方について、必ず個別に同意を取っているが、できれば掲示板や入院案内に提示して、包括同意にできないかということも検討している。

他施設のデータでそのまま診療、手術しても良いかということだが、匿名化されて画像に名前がない状況なので、取り違える可能性があるという問題があり、実際取り違えがあった。時間的余裕があれば、自施設で再検を行うようにしたほうがよいのではないかと。

さらに、院外処方のための薬局への情報提供については、ようやく開始した段階で、まだ情報内容は血液検査等だが、提出いただいている。

介護施設への情報提供を行えるのだが、このシステムにはメール機能があって、双方向の連絡機能があるが、実際には介護施設との連携までは難しい。

#### <総合討論のまとめ>

- ・地域に限らず大都市も含め、もっとも大きな課題は人口減少である。
- ・地域医療をどう守っていくかという話に加えて、

そもそも地域を維持できるのかという話にもなってくる。

- ・タスクシフティングについては、少し時間がかかるのかもしれないが、取りあえずクラークの方にもお願いできることは、どんどんお願いしていく。
- ・外国人を起用して効率化を図っていくことも大事。
- ・効率よく働いてもらうために、できるだけ効率的な医療を提供していく必要がある。
- ・30 代医師がいなくなった理由についても、きちんとデータで追跡調査等をして分析することが重要。
- ・専門医制度については、どのような専門医を何人ぐらい配置すれば、この国の医療としてはいいデザインになるのかというのは国が分かっているべきではない。単に専門医制度で突っ走っているという状況であり、地方のことを無視しているのは無責任。
- ・地域枠が随分たくさんあるが、地域枠の方が果たして専門医制度のカリキュラムの中に乗れるように行けるかどうかという問題があるなどの討論が行われた。

[報告：中村 洋]

## シンポジウム II 「地域社会をつなぐ新たな挑戦」

### 1. 広域での医療格差を解消するために

#### ～ Medical Wings の運用

医療法人 溪仁会 手稲 溪仁会 病院

救命救急センター長・救急科主任部長

奈良 理

2017 年 7 月 30 日から北海道で本格運用された医療専用小型飛行機導入の経過を説明したい。北海道は広く、韓国ぐらいの広さで、医療の集約化・平準化が求められている。現在 4 機のドクターヘリが活動しており、それぞれ年間 400～500 件の緊急搬送を行っている。

古くは 1964 年に最初の搬送があったと言われているが、1996 年から北海道防災ヘリの運航が行われ、緊急搬送が行われている。年間 100 件の患者搬送がなされていた。従来のシステムの問題点として、患者搬送専用の機体ではなく、医療

機器などの持ち込みが必要となる。搬送機体の選択ができないし、緊急性が重視されるが、その定義は明確でなく、搬送をコーディネートする専任医師がいないことが挙げられる。唯一、医療専用の搬送が可能なのは、自衛隊機動衛生ユニットであり、災害派遣に位置付けられており、都道府県知事からの要請で、公共性や緊急性あるいは非代替性があれば搬送可能で、現在まで 31 例の運送実績があり、小児の補助循環症例、ECMO 下の搬送が行われた。

そこで、医療優先固定翼機でメディカルウィングを開始した。酸素、ストレッチャー、吸引、電源が取れる。機体としては、ジェット機とプロペラ機がある。それぞれに、このユニットが搭載され、モニター、除細動器も搭載されている。この機体を使って、北海道にある 12 の空港を使って運航を開始した。依頼に関しては、ドクターヘリと同様で、運航管理者の方が依頼を受けて、運航会社の方が運航についてのコーディネートをし、われわれが要請をかけてきた医師と連絡を取り、どのような資材があるかをお話して、病院から病院までをわれわれがコーディネートしている。実際にフライトするのは、ドクヘリでは機長が一人であるが航空機は機長と副機長、整備士、必要に応じてわれわれが搬送に加わるシステムを取っている。

第一回の研究運航は 2010 年 9 月 6 日～10 月 2 日まで行い、この間の搬送は 16 件であった。この時は医師の搬送や臓器搬送もあった。その後の第 2 回の研究運航は、新たな北海道地域医療再生計画による 2011～2013 年まで運航を行った。ここで問題となったのは、ヘリコプターと違い冬季の運航も可能と考えていたが、日本中でビジネスジェットの実績がなく、かなり厳しい航空規制となり、一般の旅客機が飛んでいる気象条件や滑走路の状態でも、運航が出来なかった。長期間の研究運航と航空会社が滑走路の制動距離を測定したりして、かなり規制は緩められた。実際には、延べ 12 か月の研究運航期間で、要請件数 134 件、未出動 48 件であり、このほとんどが冬季間の運航（運航率 64%）であった。出動は 86 件であったが、搬送できなかった症例が 1 例あり、

実際には 85 件の搬送であった。成人 60%、小児 31%、周産期 6%であった。疾患は多岐にわたり、70%は札幌への搬送で、道外の搬送もあった。緊急、準緊急、計画搬送があった。

国内で、航空機による搬送が行われているのは、北海道、東京、沖縄であった。東京は離島があるからで、これらの地域では、固定翼機による搬送が同じくらい行われている。2014 年度に「本邦における固定翼機による救急医療活動の実態調査」のアンケートを行ったところ、全国の救急科専門施設 83 施設から回答があり、「固定翼機による傷病者搬送は必要と思いますか」との問いに対し、64%が必要であるとの回答であった。問題は費用、航空機を確保すること、スタッフの問題や調整などであった。

研究運航後 3 年間の道内における長距離搬送の実態を調べた。367 件の搬送があり、固定翼機による道外搬送は 10 件、道内の搬送の中で固定翼機を使ってもいいという搬送は 241 件あった。

実証運航、有償運航を行った。27 件の問い合わせがあったが、実際の患者搬送は 4 件であった。最大の問題は費用負担であった。チャーターすると 300 万～500 万円かかる。頸部損傷の患者を人工呼吸しながら搬送した。

また、本格運航に向けた要望活動を各方面に行った。われわれも、各省庁にお願いに行った。いろいろな方々のご協力で、本年 7 月 30 日からの運航開始となった。予算は、「へき地保健医療対策実施要項」の中にメディカル・ジェットという言葉が書きこまれた結果である。運航に関しては、研究運航の体制と一緒に、統括医療機関は札幌医大で、運航管理病院が手稲溪仁会病院となっている。対象は計画運航で、緊急運航は対象外になっている。最近の運航は、要請件数は 13 件で、計画搬送は 10 件である。緊急搬送 3 件は予算の関係で実施していない。未出動は 4 件で実際の出動は 6 件であった。新生児 1 例、乳児 1 例、成人 4 例で、すべての搬送時間は 2 時間ぐらいで飛行時間は 50 分前後であった。地域の医師の負担を軽減するため、われわれだけで搬送したケースもある。

固定翼機をどんでんではなく、ドクターヘリ 4 機、中型ヘリ、固定翼機メディカルウィングを統括するシステムが必要と考えている。日本には 51 機のドクターヘリが運航されており、1 機 2 億円かかっている。メディカルウィングは、その倍の運航経費がかかると言われているが、2～3 機で十分活用できるのではないかと考えられ、国民一人当たり 150 円ぐらいの経費で実現できると考えられる。

## 2. ゲノム情報が拓く新たな医療

社会医療法人 榊心会札幌榊心会病院 総長／

東京大学客員教授 今井 浩三

文科省が現在行っているプロジェクトであるが、10 年後の社会を見据えたビジョンを出しなさいということで、テーマはヘルスビッグデータを用いた健康長寿イノベーションである。2つの機械、ゲノムを解析する次世代シーケンサーとスーパーコンピューター(東京大学の医科研にある)を使った仕事である。例えば、がんの場合だと、がんだけに存在する遺伝子の変異を見つける仕事である。

例として、胆管がんの変異は 4 つのクラスターに分けられるが、クラスター 4 は予後がよく、クラスター 1 は予後がよくない。

肺がんでは、EGFR 変異のあるものが半分ぐらいあり、ゲフェニチブを使うと従来の化学療法よりも効く、変異がないものに投与すると逆に悪いということがわかってきた。ALK 融合蛋白が見つけれ、4%内外ある。これに効く薬も開発された。これも日本人の活躍であるが ROS1 陽性肺がんには 7 割は効くということがわかってきた。

がんの免疫療法であるが、がんは遺伝子変異による抗原を持っている。これをマクロファージが見て、T リンパ球を育てて、CTL というものを持って、がんをやっつけている、というように言われてきた。また、昔からがん細胞の周りに免疫細胞が多い例は長期間生存するということがわかってきたが、これが、なぜかということが最近わかってきた。T 細胞は組織適合抗原に新しいものがあることを見つけ、がんを攻撃していたが、がん細胞も PDL1 を用いて攻撃にブレーキをかけ

ていた。PD1 の抗体を切ってやると、T 細胞が活性化し、がん細胞を殺す。この前半部分の発見で Doherty と Zinkernagel が 1996 年にノーベル賞を取っている。T-cell には抑制のマーカがあり、PD1 は本庶先生が、CTLA4 は Allison が発見した。どのくらい効くかという、悪性黒色腫に抗 CTLA4 抗体を使用すると 10 年間で 20% の症例は再発がない。さらに、PDL1 抗体と併用すると、3 年で 58% の人が治ってくる。

肺がんに戻ると、PD1 の抗体が日本でも承認されている。がん細胞は変異を起こすが、変異を起こせば起こすほど、T 細胞に攻撃されやすいことがわかってきた。変異があればあるほど、ニボルマブやペンブロリズマブは効きやすく、そのようながん種に保険収載されるようになってきている。

アメリカの FDA は、特殊な遺伝子異常を持った癌には、どんな癌であっても治療を認めるという通達を出した。

Liquid Biopsy で血液を使って遺伝子異常を見つけられる。薬を使うと遺伝子変異が変わってくる。治療すると治っていくのがわかってきた。遺伝子変異に対応した薬を使っていく時代になってきた。Circulating tumor DNA と言われ、こういうものも見られる時代になった。

最後に、65 歳の急性骨髄性白血病の症例である。化学療法からの血球回復が遅れた。その原因として、この症例が通常の急性白血病ではなく、二次性の AML で骨髄異形性から進展した二次性の急性白血病であると推測した。ゲノム解析をすると、STAG2 という遺伝子が見つかった。これを突き止めるのに何週間もかかったが、人工知能のワトソンを使うと 10 分で解析した。治療法もわかり、メチル化阻害薬を使うと造血機能は回復した。ここに至るには、臨床医の何か変だぞという目が大事であり、AI を有効に使うことができる。医科研の血液科で解析した 113 例で治療薬が新たに提案されたのは 27 例で、実際に介入できたのは 8 例であった（日本に薬がないなどの理由で他の症例では介入できなかった）。

### 3. IBM Watson Health と医療の世界

日本 IBM (株) ワトソン事業部

ヘルスケア事業開発部長 溝上 敏文

Watson Health 事業の成り立ちと Watson solution の話をしたい。Watson Health は 2003 年から、Life science の問題はコンピューターの問題ということになって、こぞって研究者が研究を始めた。コンピューターが人間に勝ったというのは単なる通過点に過ぎない。循環器病やがん研究を、病院の医師と一緒に切磋琢磨して、事業化を図っている。がん、Oncology、ゲノム異常、AI solution、世界の Hospital system の開発、医療画像を使った診断システムの開発を進めている。

また、各地の医療機関、医療機器メーカー、製薬企業と協力して、開発を進めている。がん関係のパートナーの数が多く、ニューヨーク癌センターとは Watson for Genomics を共同して作り、東大医科研でも使っていただいている。スローンケタリン癌センターと共同して作ったのが Watson for Oncology である。MD アンダーソンとの共同で作っている solution もあるが、技術的問題以外のところでストップしている。

Watson for Genomics では、厚労省が進めている、癌医療推進のコンソーシアムの動きもある。2 年前から、医科研にも導入されている。臨床シーケンス、がん患者から資料をもらってシーケンサーで遺伝情報を読み取って、スーパーコンピューターで変異解析する。がん細胞の場合、変異は千、万、十万といった単位である。その変異の一つひとつのどれが、Driver mutation であるかを見出だす。そして、それに効く薬があるかどうか、マトリックスされているのか、臨床試験の phase 1,2,3 のどこかでやっているのかを、手作業でやっていたところを解析するのが Watson for Genomics である。

Watson for Oncology は、電子カルテの情報を読み取り、ガイドラインやエビデンスから、診断、治療の決定を支援させるシステムである。昨年、Breast cancer symposium がサンアントニオで開かれ、実際の結果が発表された。ダブルブラインドで、転移のない初期の乳がん治療では、

Watson の選択と Dr. の選択とほぼ一致するが、転移のある進行がんでは、一致率はまだ 46% にとどまっている。最終判断は医師がすることになる。多様な情報を、患者さんに役立つ情報として提供し、医療業務を助けるというスタンスである。

Watson for Imaging は、FDA で認可が下りている。CT の読影はほぼできる。Deep learning という方法で読影力をつけており、98.8% の精度で判別できる。胸部動脈瘤は診断可能。大動脈解離、肺塞栓、冠動脈の石灰化部分を取り出してスコア化できる。医師の助けになるツールとして開発を進めていきたい。

[報告：加藤 智栄]

## シンポジウムⅢ

### 「次世代を担う若手医師の意識」

座長を北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員長の藤根美穂 先生と同副委員長の村山友規 先生、コメンテーターは北海道医師会副会長の小熊 豊 先生が務められた。

#### 1. 世代間ギャップの現況調査の結果から～指導医として伝えたいこと、若手が望むこと

札幌徳洲会病院プライマリセンター

センター長 中川 麗

日本における卒後臨床教育は、めまぐるしく変化してきた。1947 年から 1968 年までは、インターン制度が敷かれ、医師国家試験受験資格を得るための条件として、大学医学部卒業後、1 年以上の診療及び公衆衛生に関する実地研修が義務化された。身分的・経済的保障がなく、研修期間が短いこと等が問題とされ廃止されて以降は、医学部卒業と同時に医師免許を取得し、研修医も一人の医師として医局制度のもとで働くようになった。新米医師の大部分は医局に所属し、医局員として医局の統制下で臨床経験を蓄積し、研究や留学をしながら生活費を得てきた。しかし、研修医の処遇は不十分でアルバイトをせざるを得ず、出身大学やその関連施設での研修が中心で研修内容や研究成果の評価が十分行われていないのではないかと指摘もされる時代が来た。このような環境下、「臨床研修は医師が、医師としての人格を

涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割と認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診察能力を身につけることのできるものでなければならない」(医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する医師臨床研修に関する政令)ことが強調され、2004 年度より、新医師臨床研修制度が導入されることになった。それを受け、2006 年の厚労省の調査結果によると初期臨床研修修了後に大学に入局を希望する医師は 60% にとどまった。しかし、2018 年度より新専門医研修制度に則って教育がなされるようになる中、再び、入局する医師たちは増えてきている。このように、若手医師が所属する教育機関にゆさぶりがかかり、また、新しい制度が導入されるに伴って、研修医に対する労働者としての保障を充実させようとしてきた。そして、若手医師は、労働者としてより学習者として守られる存在になってきているとも言える。では、この変化の先に、医師の技能とその文化はどのように伝承されるようになってゆくのだろうか。その予測をする上で、各世代間にどのような意識の違いがあるかを理解することは重要と考える。その違いをお互いに理解することは、世代を超えた伝承の一助となると期待し、「世代間ギャップアンケート」を行った。アンケートの主な結果は以下のとおりである。

(1) 「週の勤務時間は、どの世代でも 50 時間以上が普通」であるが、研修医が休暇を申し出る理由は多様化しており、レジャー等も気後れすること無くその理由としてあげるようになってきている。また週 60 時間以上の時間外勤務を 30 % 以上の医師が行っている。

(2) 研修医が指導医に求める能力は「指導力」「質問しやすい雰囲気」が最も多かった。指導医が研修医に求める能力は「自発性」であった。また、医師に求められる重要な資質は、研修医は「医療スキル」が最も多く、30 代の医師は「思いやりと優しさ」、40 代以上の医師は「プロフェッショナルリズム」が最も多かった。

## 2. 世代間ギャップの現況調査の結果から～ジェンダーイクオリティに対する意識の違い

旭川医科大学病院産科婦人科助教 上田 寛人

背景として、「女性が輝く社会」が国の最重要課題の一つと位置付けられているのは昨今広く知られるところである。少子高齢化社会の到来に伴う労働人口の減少は、女性の職業生活における活躍の推進なくしては対応できない。近年の医師国家試験合格者に占める女性の割合は30%以上で経過しており、診療科によっては若い世代で男女比の逆転が起きている。男女間におけるジェンダーイクオリティに対する意識の違いを認識し、相互理解を深めることで勤務医の労働環境改善を図る一助として、北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会による「世代間ギャップアンケート」のうち男女共同参画に関連する設問について検討した。その結果概要は以下の通りであった。

調査対象4,676件のうち回答は663件であった(回答率14.2%)。男女比は男性75.3%、女性22.9%であった。年代別の女性比率は20～30代では32.0～34.0%であるのに対し、40代以上では8.4～18.7%であった。既婚者(離婚・死別含む)の割合は男性86.0%、女性61.2%であった。診療科のうち女性比率が30%を超えていたのは産婦人科(46.3%)、皮膚科(50.0%)、麻酔科(41.7%)、眼科(42.1%)、病理科(43.8%)、臨床検査科(50.0%)、リハビリテーション科(60.0%)であった。勤務地、勤務する病院の規模は男女間で傾向に違いを認めなかった。勤務形態において「常勤の割合」に男女間で差を認めた(男性93.4%、女性74.3%、 $P < 0.001$ )。男女の地位に関する意識では「職場」、「社会通念・慣習」において「男性優遇」が「平等」よりも多かったが、男女間で意識の違いが特に顕著であったのは「家庭生活」、「法律や制度」、「社会通念・慣習」であった。職場での男女共同参画に必要なものとして男性は「休暇の際の代替医師の確保」と「給与面の優遇」を、女性は「男女ともに家庭と仕事を両立できる勤務時間」と「男性も家事育児をするのは当たり前といった考え」を異性よりも希望する傾向があった。「子育てに協力的な職場環境」は男女とも必要と考えている者の割合が多かった

が、特に女性においてより重要と考えられている傾向があった。

以上のアンケート結果の考察として、「診療科によって差はあるが、女性医師の割合は若い世代ほど増加しつつある」、「勤務医の労働環境改善のためには女性医師がモチベーションを持って継続的に働くことができる環境整備が必要と考えられる」、さらに「女性医師は夫の多くが同職者であることを考えると、男性医師が家庭生活に関われるように職場全体が配慮することで、結果的に男女とも仕事とプライベート双方に対する満足度を向上させ得るものと推察される」と述べられた。

最後に、「世代間ギャップの現況調査の結果からジェンダーイクオリティに対する男女間の意識の違いが明らかとなった。本邦における男性優遇の社会通念や慣習を早急に変化させていくことは容易ではないが、われわれ勤務医のワークライフバランス問題は既に待たなしの状態であり、全国医師会主導の先進的な取組みが求められる」と結ばれた。

## 3. 地域で働く明日のために～地域枠医師に対する行政・大学からの視点と当事者たちの不安を見据えて～

NTT 東日本札幌病院泌尿器科 西田 幸代

広大な北海道において地域医療に従事する十分な人材を確保するのは言うまでもなく極めて重要な課題である。北海道では、地域の医師不足解消を目的として平成20年度から医学生に道が奨学金を貸与し、卒後9年間の義務年限により返還免除となる「地域枠制度」が設けられている。地域枠医師の義務年限においては、4年間の研修(初期研修2年間、選択研修2年間)と5年間の地域勤務が求められている。一方、札幌医大では北海道が設ける地域枠を特別枠と呼称し、それとは別に「地方枠制度」「北海道地域枠制度」(卒後2年間の研修(札幌医大+研修指定機関)、その後7年間は札幌医大の診療科に所属し、道内の医療機関に勤務)を設け、行政・大学ともに地域で働く医師の確保に奔走し将来の地域医療の中核を担う「地域枠医師」(本日は「地域枠制度」「北海道医療枠制度」にかかわる医師をまとめて「地域枠

医師」と呼称)が順調にキャリアを積み重ねていくことを期待している。しかしながら、20 歳前後でいずれかの制度を選択した者たちが、実際に医師になる現実を前にして、来年度から始まる新専門医制度が地域で長期に働く彼らにとって不利益とならずに済むのかどうか、限られた情報の中で当事者たちは大きな不安にさいなまれている可能性がある。また、私自身が地域医療に従事していた頃には、そのメリットは十分な症例数・経験を積めることであった。一方、医師の職務として、地域では 24 時間の拘束が当たり前であり、十分な休養も取れず、心身ともに疲弊していたことも事実であり、現在地域で働く者たちが同様に疲弊していないか心配になる。また、中小規模の医療施設では勤務する同僚や上司との密接な人間関係が彼らの日常において極めて重要なポイントになることは容易に想像でき、人間関係の構築がうまくいっているのかも懸念される。そのようななかで、日本泌尿器科学会男女共同参画委員会が学会員を対象に平成 29 年 2 月に行ったアンケート調査では、他の世代の男性医師と比較して 30 代男性医師の QOL・ワークライフバランス志向が顕著に認められた。かつてのような単なる高報酬や野戦病院的に経験を積めるといっただけでは医師が定着するとは言えない可能性を示唆して

いる。一方で、モチベーションの高い若手医師にとって、200 床以下の病院で勤務することが複数年義務付けられるような場合、十分なキャリアが積めるのか、将来を漠然と不安視している可能性もある。また、この度北海道医師会が道内で勤務する医師を対象に行ったアンケート調査では、長年地域医療施設にて勤務するベテラン医師には若手医師からの刺激を、ある意味楽しみにしているような気風も感じられた。若手医師が家族・友人からも離れ、誰も知らない土地で勤務するような場合、心身ともに追いつめられる可能性があるが、実は周りにはしっかりとサポートしてくれる同僚・上司がいるということかもしれない。かつての私がそうだったように、一人でも多くの若手医師が地域医療に明るさを見出し、自身の明日からのキャリアアップに前向きになっていただければ、またそのような環境のなかでこそ「若手医師とベテラン医師の相乗効果で、地域医療に変化が生まれる可能性もありうる」と結ばれた。

[報告：白澤 文吾]



かなえたい  
未来がある。

応援してください。  
やまぎんも、私も。  
石川 佳純

YMFG  
Yamaguchi  
Financial Group

山口銀行  
YAMAGUCHI BANK