

# 社会保険研究委員会 答申

諮問：医療者からの医療制度改革への提言2017  
－保健医療2035提言書への対案として

国民の健康や生活の安定なくしては、国家財政の再建もなしえない。  
医療・介護等の充実によって内需を拡大するとともに、国民の健康  
不安・将来不安を取り除くことが重要である。

今般、塩崎厚労相の肝入りで策定された「保健医療 2035」提言書を検討した結果、その医療に対する基本認識と医療制度改革の方法論において、非常に大きな疑念が残った。

国の債務残高や国家予算の推移を詳細に検討すれば、「国の財政赤字拡大の主な原因が医療費の増加にあり、医療費抑制で国家財政が改善する」といった“前提（基本認識）”は誤りであり、偏見に近いものであることがわかる。

この事実は決して医療における無駄の存在を容認するものではないが、必要な医療は萎縮することなく提供されるべきであり、同時に医療者自らが襟を正し、自浄作用を発揮してゆくことが求められる。

また、我が国の国民皆保険制度を維持・発展させるための手段として、極端な“パラダイム・シフト”による大変革や“不要不急の改革（組織改革を含め）”は極力避けなければならない。我が国の社会保障制度自体は、必ずしも絶望的な状況にあるわけではなく、短絡的思考による改革はかえって事態を悪くするのみである。現場を混乱させない“地に足のついた改革の継続”こそが必要かつ十分な条件であると考ええる。

2017 年 6 月

京 都 府 医 師 会  
社会保険研究委員会

2017 年 6 月 1 日

京都府医師会長

森 洋 一 様

京都府医師会社会保険研究委員会

委員長 西 村 秀 夫

## 答 申

本委員会は、2015 年 11 月 19 日に開催の第 1 回委員会において貴職より諮問のありました「医療者からの医療制度改革への提言 2017－保健医療 2035 提言書への対案として」について、計 16 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、その結果を取りまとめたので、ここに答申いたします。

# 社会保険研究委員会

敬称略

委員長	西村 秀夫 (西村耳鼻咽喉科医院 院長)
副委員長	小森 直之 (なぎ辻病院 理事長)
委員	高折 晃史 (京都大学大学院医学研究科血液・腫瘍内科学 教授)
	田中 聖人 (京都第二赤十字病院第二検査部部長・消化器内科副部長)
	田中 誠 (たなか往診クリニック 院長)
	藤 信明 (済生会京都府病院 副院長)
	藤田 祝子 (ふじた医院 院長)
	水野 敏樹 (京都府立医科大学大学院医学研究科神経内科学 教授)
担当副会長	水谷 正太 (みずのや医院 院長)
	安達 秀樹
	古家 敬三
	城守 国斗
担当理事	米林 功二

# 目 次

I	はじめに	1
II	「保健医療 2035」の提言とその背景	2
III	「保健医療 2035」が目指す変革の方向性とその問題点	3
1.	3つのビジョンとそのアクション	4
(1)	「リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～」	4
①	より良い医療をより安く享受できる	4
②	地域主体の保健医療に再編する	5
(2)	「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」	5
(3)	「グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～」	6
2.	ビジョンを達成するためのインフラ	7
(1)	イノベーション環境と情報基盤の整備・活用	7
(2)	安定した保健医療財源	8
(3)	次世代型の保健医療人材	8
(4)	世界をリードする厚生労働省	9
3.	本提言書におけるその他の問題点	9
(1)	医療の(営利)産業化について	9
(2)	診療報酬におけるアウトカム評価の導入	13
IV	持続可能な国民皆保険制度を構築するために(医療者からの対案)	15
1.	20年後(2035年)の人口推計と国民医療費	15
(1)	人口構成の変化	15
(2)	今後の国民医療費の推移について	17
2.	地域医療をどう構築しなおすか?	19
(1)	地域包括ケアシステムと“かかりつけ医”	19
①	“かかりつけ医”、「総合診療専門医」とゲートオープナー機能	19
②	“かかりつけ医”以外を受診した場合における定額負担の導入について	20
③	地域におけるフリーアクセスの制限は真に効率的な医療をもたらすのか?	21
(2)	地域医療構想について	21
(3)	慢性期医療と在宅医療	23
(4)	地域連携医療に対するICTの役割	25
3.	超高齢社会における認知症への取り組みについて	27
(1)	認知症治療の現状と課題	27
(2)	認知症治療の将来展望について	30
(3)	これからの地域における認知症ケア	31
4.	高額な医薬品・医療材料に対する対応	32
(1)	「より良い医療をより安く」はありうるか?	33
(2)	「費用対効果評価」等に関連して	33
(3)	高額薬剤等の将来展望(再生医療も含め)	35
5.	財源の確保—国民負担の在り方について	35
(1)	国の財政赤字と国民医療費	35
(2)	我が国における国民負担率の推移と国際比較	36
V	まとめ	39



## 「医療者からの医療制度改革への提言 2017

### －保健医療 2035 提言書への対案として－

## I はじめに

### －国の財政赤字拡大は医療費によるものか？－

2015 年 6 月、塩崎厚労大臣の私的懇談会である「保健医療 2035」策定懇談会(2015 年 2 月 24 日－6 月 8 日、計 8 回開催)は、20 年後(2035 年)における我が国の保健医療のあるべき姿を構想した上での改革ビジョンを示すため、「保健医療 2035 提言書」を公表した。これに対して、森 洋一会長より、表題のごとき諮問を受けた。

「保健医療 2035」の内容は、保健医療の非常に広範な部分を取り扱っているためか、焦点が拡散して具体性にも乏しいので難解であるが、その本質をあえて要約すれば、「医療の質を高めながらも医療費を削減し、その過程において経済成長にも貢献する」ことを目指す、となるのであろうか。その発想の原点は、「現在の我が国の医療には非常に無駄が多く、国の財政破綻にも深く関わっており、制度や価値観の大変革(パラダイム・シフト)は避けられない」との基本認識にあると思われるが、この認識は果たして正しいのであろうか。

国債や借入金、政府短期証券をあわせた「国の借金」は、2014 年度末に 1,000 兆円を超えたとのことである(負債のみの数値で資産は勘案されていない)。そして、その主たる原因が社会保障給付費(特に医療費)にあるかの如く巷間流布されている。しかしながら今日の「国の借金」は、“バブル崩壊”前後の様々な政策対応の失敗が主たる原因であり、社会保障給付費(特に医療費)の増加とは直接関係がないと思われる。我々は、医療が主因となって、このように膨大な国家債務を発生させることは、理論的に不可能であると考えている。

厚労省の直近の統計によれば、2014 年度の国民医療費は 40.8 兆円であり、そのうち国庫負担は 10.5 兆円(25.8%)で、あとは保険料、地方、患者負担によって賄われ、収支は一応均衡している。また、これまで公表されてきた医療費の将来推計は多分に恣意的で過剰な傾向がみられてきたことも事実であり、“国民負担と受益”の在り方に関しても真摯な国民的議論が行われてきたとは言い難い。医療費に限らず公費等の無駄使いは避けなければならないが、過剰な支出削減によって国民の健康不安・将来不安および医療者(特に病院勤務医)の極度の疲弊を助長すれば、財政再建はむしろ危ういものとなるのではないだろうか。

医療の当事者たる我々には、現在と未来における医療環境を具体的に見据え、我が国の国民皆保険制度を持続可能で、より発展的なものにするための道筋を示す責務が課せられている。よって我々は、この「保健医療 2035」の策定された経緯やその問題点について詳細に分析するとともに、その対案としての医療者からの提言を取りまとめ、以下の如く答申する。

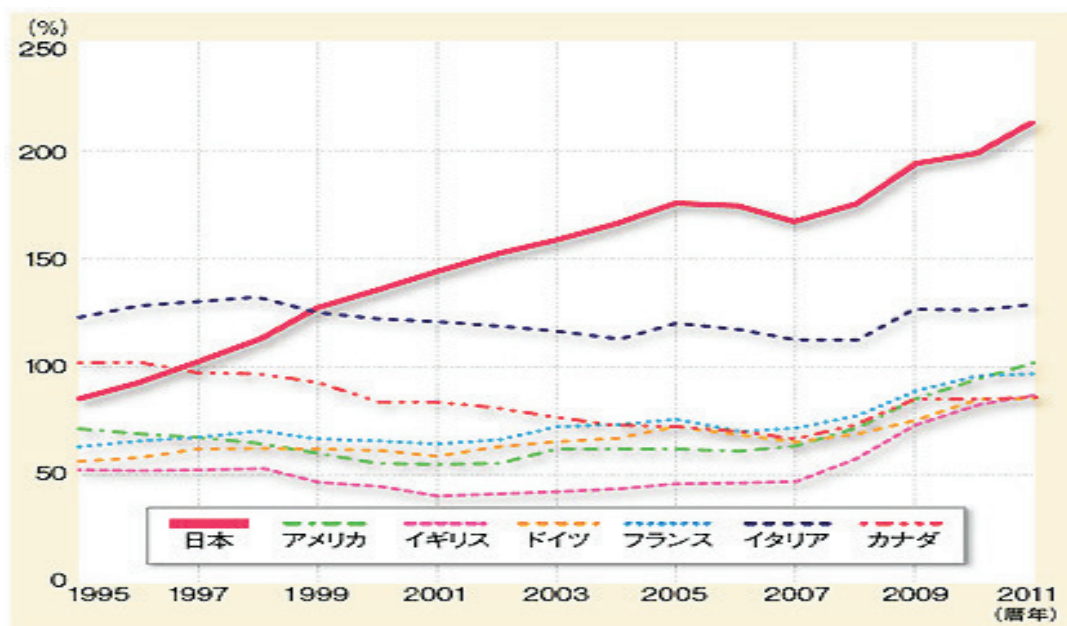
## Ⅱ 「保健医療 2035」の提言とその背景

我が国は、1961 年(昭和 36 年)に国民皆保険制度を確立し、紆余曲折を経ながらも制度を発展させ、世界にも類を見ない健康長寿社会を実現した。それは、比較的低い医療費で欧米をはるかに凌ぐ豊富な医療を提供してきたことの成果であるとも言えるが、この点に関しては、「保健医療 2035」も“先達の叡智と国民の努力”と評価している。

しかし我が国の経済は、高度経済成長期(1954－1973 年)から安定成長期(1973－1991 年)を経て、“バブル崩壊”(1991 年－)を迎える。金融政策が迷走し不良債権処理に手間取る中、国の財政収支は急速に悪化、経済も深刻なデフレ・スパイラルに陥る。それまで諸外国並みであった国の対 GDP 比債務残高は、突如急上昇を開始する(OECD “Economic Outlook89”(2011 年 6 月): 図表 1)が、今日の膨大な「国の借金」は、ここに端を発している。更に付け加えれば、とくに純債務残高(総債務残高から、政府が保有する金融資産を差し引いたもの)の対 GDP 比は、“バブル崩壊”後も数年間(1996 年まで)は、ドイツ、フランス、英国よりも低い水準を維持していたのである(“OECD Economic Outlook 83”(2008 年)より)。

このような背景のもとで行われた小泉構造改革(2001－2006 年)は、非常に厳しい医療費抑制政策をとり、その後の医療崩壊(病院勤務医の疲弊と“立ち去り”など)を招いて大きな社会問題となった。この苛酷な大改革も国家財政の改善をもたらすことはなかったが、それは論理的に考えれば当然の帰結だったのかもしれない。

また、度重なる大震災による財政支出の増大なども、これに拍車をかけることとなる。国のみならず地方や保険者も、税収・保険料収入の伸び悩みに苦しみ、合計特殊出生率の低下による高齢化と人口減少も相まって、我が国は極めて閉塞的な局面にあるとされている。



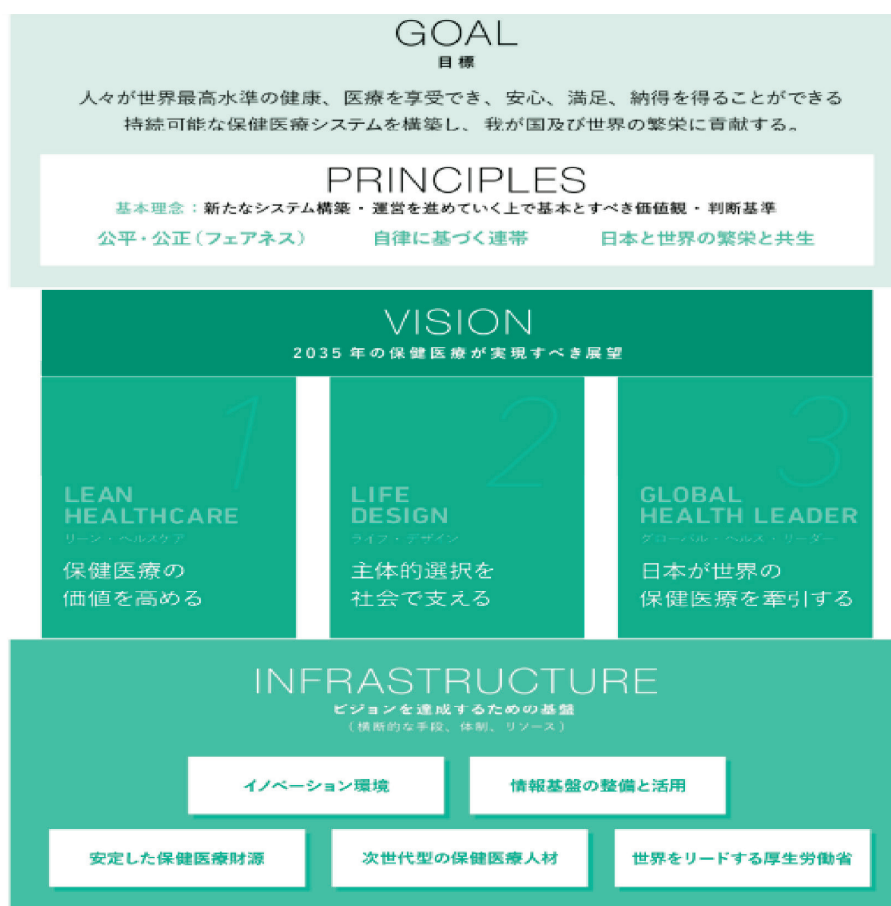
図表 1 債務残高の国際比較(対 GDP 比)  
(OECD “Economic Outlook89”(2011 年 6 月)より)

「保健医療 2035」は、こうした状況を打開するために取りまとめられたものであるが、その内容をつぶさに検証すると、デフレ脱却・経済最優先を企図する「アベノミクス・成長戦略」の存在も見え隠れする。これは本提言書の核心部分の一つでもあり、次章(Ⅲ)第3節の(1)「医療の(営利)産業化について」の項で詳しく述べる。

### Ⅲ 「保健医療 2035」が目指す変革の方向性とその問題点

この章では、第1節と第2節において「保健医療 2035」の概要を紹介する。

この提言書の“目標(GOAL)”には、「人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献する」という高い理想が掲げられており、目標実現への“基本理念(PRINCIPLES)”として、「公平・公正(フェアネス)」、「自律に基づく連帯」、「日本と世界の繁栄と共生」の3つをあげている。更にその下に、2035年への3つの“展望(VISION)”とそれを達成するための5つ“基盤(INFRASTRUCTURE)”が置かれている(図表2)。ただそれぞれの具体的な関連性は、定かではない。



図表2 (保健医療 2035 提言書より)

この懇談会の座長は、医師としての臨床経験もある渋谷健司氏(東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授)で、メンバーの平均年齢は 42.7 歳と若く、構成は臨床医師 2 名、現役厚労省官僚 4 名、学者 4 名、民間 3 名、うち女性 3 名である。またアドバイザーとして横倉義武日医会長も名を連ねている。

以下この章では、「保健医療 2035」の主たる内容について紹介するが、全体として医療現場に馴染みのないカタカナ英語が多く、かつ観念的で具体性に乏しいため難解なものとなっており、可能な範囲で解説や補足を加えた。

## 1. 3つのビジョンとアクション

提言書は、2035 年の保健医療が達成すべき展望(VISION)として「リーン・ヘルスケア」、「ライフ・デザイン」、「グローバル・ヘルス・リーダー」の 3 つを掲げている。

### (1)「リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～」

この部分が、おそらく本提言書の中核をなす部分であろう。「リーン」とは、“引き締まった、贅肉のない”という意味であるが、これまでの日本の医療を、「投入される資源を最大限効果的・効率的に活用し、患者の得られる価値に応じた価格設定や予算投入などを行う方法や方針が必ずしも明確でなく、保健医療の持つ価値の最大化が実現されていなかった」「贅肉のついた医療」と批判し、「価値の高いサービスをより低コストで提供することが必要であり、これをリーン・ヘルスケアと位置付ける。いわば“より良い医療をより安く”というコンセプトが、これからの保健医療システムを考える上で重要となる」としている。

なお、「リーン・ヘルスケア」実現のための具体的なアクションとして、次のような政策が掲げられている(主なものを抜粋・要約)。

#### ①より良い医療をより安く享受できる

- ◆平成 28 年度診療報酬改定における一部導入も視野に入れながら、速やかに、医療技術の費用対効果を測定する仕組みを制度化・施行する。
- ◆医療技術や保健アウトカムなどの評価を継続的に主導できる部門を厚生労働省内に設置する。
- ◆専門医制度と関連した NCD (National Clinical Database：外科手術情報等のデータベースで、一般外科医が行う手術の 95%以上の情報が登録されている)の活用。自施設診療科のパフォーマンスの検討と全国平均との対比(ベンチマーキング)による治療成績の改善を可能とする。
- ◆「賢い選択(Choosing Wisely)」の取組みで、検査や治療の選択において必要性を的確に吟味し、無駄を控えるように推奨するなどの取り組みを進める。
- ◆地域を越えた医療機関間の情報共有と機能連携を進め、地域と病院が患者側に最善の選択肢を提供する。
- ◆自らが受ける医療の選択の際には、地域の“かかりつけ医”や保険者からの助言を受けられる体制を整備する。

## ②地域主体の保健医療に再編する

- ◆地域包括ケアシステムの実現にあたっては、行政、医療従事者、保険者のみならず住民も参加し、地域のことは地域で主体的に決める。
- ◆地域医療構想の実現は、自治体の政策立案・遂行能力の向上が不可欠であり、全ての自治体に全てを揃えようとする発想から脱却し、自治体間での資源の共有、分担を推進する。
- ◆ICT (Information Communication Technology)を活用し、地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保する。
- ◆医療費をより適正化する手段を強化するため、地域ごとのサービス目標量を設定し、都道府県が独自に診療報酬に介入できるシステムの導入を検討する。
- ◆遠隔医療のための ICT 基盤や教育システムの整備を今から開始する。
- ◆将来的に医師の偏在等が続く場合には、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しなどについても検討も行う。
- ◆地域の“かかりつけ医”の「ゲートオープナー」機能を確立する。このためには、総合的な診療を行うことができる“かかりつけ医”のさらなる育成が必須であり、今後 10 年間程度ですべての地域でこうした総合的な診療を行う医師を配置する体制を構築する。
- ◆総合的に医学的管理を行っている地域の“かかりつけ医”が行う診療については、包括的な評価を行う。総合的な診療を行う“かかりつけ医”を受診した場合の費用負担については、他の医療機関を受診した場合と比較して差を設けることを検討する。

①の「より良い医療をより安く享受できる」は、小泉構造改革時代の「骨太の方針 2001」の中の一文「医療の質を落とさずに、コストを下げることによって、『価値』ある医療制度を実現し、医療費総額の伸びの抑制を行う」を想起させる。過去に批判を受けた考え方であり、この点については主に次章(Ⅳ) **第4節**の(1)で論評を加えたい。その他のアクションについても、従来型の政策や実際には実現困難な政策が多い。また、「アウトカム」や「ベンチマーキング」など成果主義が強調されている。この点については、本章(Ⅲ) **第3節**の(2)で、詳しく述べる。

また、②については、医療費抑制の手段が列挙されているが、結果として医療の質を低下させる政策がかなり含まれており、賛同できない部分が多い。これらについても次章において、もう少し詳しく述べたい。

## (2)「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」

このビジョンは、医療に対する各人の自律・自助を推奨しており、冒頭に「現在、保健医療においては、サービスの選択肢やそれを選ぶための情報が極めて限られている。人々が自ら健康の維持・増進に主体的に関与し、デザインしていくと同時に、必要なサービスを的確な助言の下に受けられる仕組みが確立している必要がある。これをライフ・デザインという」と書かれている。基本的には、保健医療に関する国民の知識や意識を向上させようとするものであり、ある程度賛同できる部分である。

具体的なアクションとして記載されているものの中から、問題のある、あるいは議論のあるものだけを次に抜粋した。

- ◆「死」の在り方(quality of death)について、一人ひとりが考え、選択する。特に終末期について、意思能力のあるうちに事前指示(advance directive)を残す。
- ◆一定の自己負担の設定による医療機関へのアクセスのコントロールなども検討する。
- ◆先発医薬品を選択した場合や在宅ではなく入院・入所サービスを選択した場合など、個人の選択に応じた負担のあり方を検討する。
- ◆電子健康記録(e-HR)に介護サービス情報を含めた個人レベルでのポータブルな情報基盤と、その活用を支援、補助する体制の整備を図ることにより、自ら意識的に健康管理するための行動を支援する。
- ◆OTC薬を活用したセルフメディケーションの支援を行う。

これらは、自らの健康に対する自助・自律を促すものであるが、様々な問題を含んでいるため、十分な検討と国民への説明が必要であり、この後も関連する部分で触れてゆきたい。

この他に、国民の“ヘルス・リテラシー”向上のための取り組み、メンタル・ヘルスへの取り組み、「たばこフリー」社会の実現、定年の撤廃による労働人口の増加や生涯複数職の普及を推進、糖尿病の重症化予防推進など、共感できる政策も述べられている。また、電子健康記録(e-HR)や「データ・ヘルスケア」などに関しては、ICTに対する過大な期待が感じられ、費用対効果に疑問が残る。

### (3)「グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～」

ここでは、国際的な新興・再興感染症の封じ込めや災害時の支援などに対する日本の国際貢献に言及し、「我が国が、グローバルなルール作りに積極的に貢献し、保健医療システムを国際展開していくことは、諸外国の保健医療水準を向上するとともに、ひいては我が国の保健医療の向上や経済の成長に資するような好循環を生み出すことになる」としている。

このビジョンは、2015年12月12日発行の英国のランセット誌に掲載された安倍総理による寄稿文「世界が平和でより健康であるために」と深い関わりがある。この寄稿文は、G7伊勢志摩サミットに向けて2014年10月に立ち上げられた「2016年G7サミットに向けたグローバルヘルス・ワーキンググループ(以下WG)」で取りまとめられた論文「人間の安全保障を実現するために：伊勢志摩サミットのための提言」と同根である。このWGの委員長は武見敬三氏、総括者は「保健医療2035」を取りまとめた渋谷健司氏その人である。保健医療における国際貢献は理解できるが、外交・貿易問題を社会保障と直接関係付けて論じることは無用の混乱を招くもととなり、この提言書をより解りにくいものにしているのではないか。

アクションについては、このWGで取りまとめられた一連の施策と類似しているが、主なものは以下の如くである。

- ◆健康危機管理をグローバルに主導していく観点から、人類の脅威となる感染症が発生した際に、最も早くその対処方法を世界に発信し、発生国における封じ込め支援をリードする。
- ◆我が国が誇る保健医療システム、日本式の医療サービスの普及などを含めた、国際保健外交を通じて、世界に貢献し、世界一の健康長寿国家としての地位を国際的に確立する。
- ◆保健医療のグローバル展開を推進する。国内においては、まずは、外国人が医療を安心して利用できる診療体制や医療通訳の提供体制の構築を進め、オリンピックの開催までに早急にインフラを作り上げ、ショーケースとして世界に発信する。
- ◆医療の国際展開を図るため、アジアの国などにおいて、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、国民皆保険制度、医薬品・医療機器承認制度(レギュラトリー・サイエンスなど)のシステム構築の支援を行う。
- ◆単一の病院や名医の海外進出を支援するだけでなく、海外を地域単位で支える医療提供体制のグローバル連携を進める。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは、「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを指し、その実現は、2012年12月の国連総会で国際社会の新たな共通目標として決議されている。もちろん我が国においては、国民皆保険制度として既に定着している。上記の施策からは、我が国の医療制度そのものや医療関連の様々なシステム・技術などを丸ごと輸出することで、我が国の成長戦略に資するものとしたいとも読み取れる。しかし医療制度や社会保障制度は、その国の長い歴史の中から生まれてきたものであり、容易に輸出できるようなものとは思えない。

## 2. ビジョンを達成するためのインフラ

上記の3つのビジョンを達成するため、以下の5点のインフラを整備するとしている。

- ◆イノベーション環境
- ◆情報基盤の整備と活用
- ◆安定した保健医療財源
- ◆次世代型の保健医療人材
- ◆世界をリードする厚生労働省

### (1)イノベーション環境と情報基盤の整備・活用

本項の冒頭では、「保健医療においては健康長寿をより早く、より手軽に、より安く実現させるためのイノベーション戦略を構築する必要がある」と述べられている。すなわち、イノベーションが“より良い医療をより安く”をもたらすとの主張である。また「これからの高齢化の中でウェイトを占めるものについて、新たな研究資金を確保するため方策の多様化(一般的な政策経費の拡充に加え、寄付、民間資金又は保険財源の効率化相当分の一部を研究に用いる仕組みの構築など)を図る」とも書かれているが、“保険財源の効率化”で研究資金を捻出するという発想は、到底容認できるものではない。

更に ICT への過大な期待があり、「レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)、

国保データベース(KDB)、介護保険レセプトデータのデータベース、要介護認定データについては、現在、十分な連結がされていない。DPC データ等を参考に、治療以外の保健医療・介護に関連する包括的データについても、これを全て連結し、HDN2035 (Healthcare Data Network2035)(仮称)として広く活用できるようする」と書かれている。これらによって治療行為と治療実績の関係を把握することや、重複受診・重複投薬の防止、保険者単位での予防の取組とその成果の調査等が可能になるとしているが、コストに見合うだけの効果があるかどうかは甚だ疑わしい。イノベーションも含め、上記については本章第3節(1)「医療の(営利)産業化について」の項で詳しく述べたい。

## (2)安定した保健医療財源

我が国が、超高齢社会を迎える中で、「将来世代に負担を強いることのないよう、公的医療保険の機能と役割、給付と負担のあり方やあらゆる新たな財源確保策についても議論を重ね、保健医療システムの持続可能性を引き続き高めていく」との前置きがある。

また「公的医療保険の機能や役割については、必要かつ適切な医療サービスや重大な疾病リスクを保障するという公的医療保険の基本原則を守りつつ、不断の検証を行っていく。こうした検討の結果、公的医療保険の範囲から外れるサービスを患者の主体的な選択により利用する際に、活用できる新たな金融サービス、寄付による基金など公的保険を補完する財政支援の仕組みの検討も重要である」としている。すなわち、どのような疾病が公的医療保険の対象となるかを常に見直し、そこから外れるものは、他の私的保険等で対応すべきと読める。しかしこれは我が国の皆保険制度の根幹にかかわる問題であり、広範な議論が必要である。

財源については、患者負担、保険料、公費(税)の3つについて、それぞれに財源確保策が述べられている。まず患者負担については、世代間の公平性という観点からの後期高齢者の窓口負担率の検証、疾病の軽重による負担率の細分化(例えば風邪などの軽医療は負担割合を高くする)。また保険料については、所得のみならず資産も勘案したものにすることや、リバースモーゲージの活用も含む死後精算を行う仕組みも提案。公費については、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税、更には環境負荷がもたらす社会保障への影響を関連づけて、環境税を社会保障財源とすることも提起している。しかし、消費税の再引き上げや所得税や法人税の課税強化策、保険料の上限の見直しなどについては全く触れられておらず、これに関しては次章の第5節「財源の確保—国民負担の在り方について」で論評する。

## (3)次世代型の保健医療人材

この項では、今後の医師の需給に関する問題を取り扱っている。冒頭に「あらゆる医療機関において医師をはじめとする医療従事者が、常に良い保健医療の提供に邁進できるよう、ゆとりを持った労働環境で医療従事者による医療の提供を可能とする必要がある」としており、「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」の中間取りまとめ案においても、将来の医師需給推計について、この「保健医療 2035」の提言を踏まえて、ゆとりのある推計を行ったことが述べられている。

その他、どのような医師を養成すべきかについても提言を行っている。「例えば複数の疾患を有する患者を総合的に診ること、予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントに関する能力を有する医師の養成や、国家試験のあり方、医学部教育の見

直し、チーム医療の更なる拡大、病院の専門医から地域の“かかりつけ医”に転職時の再教育システムなどにより、医師一人当たりの生産性を高めることが考えられる」とある。また“ゆとり”を提言する一方で医師の生産性の向上も主張しており、このことが“より良い医療をより安く”にどのように結実するのかは不明であるが、この「保健医療 2035」が、今後の国の保健医療政策の策定根拠として用いられる可能性は十分ある。

#### (4)世界をリードする厚生労働省

この項は、本章、**第1節**(3)「グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～」と重なる記述が多いので、重複しない部分だけを述べる。

「欧米と比べ、我が国の保健医療政策は、他国政策の動向把握・分析や学び合いの機能が弱く、例えば医療技術評価の手法の導入や ICT 活用などの面で、他国の後塵を拝している」との認識のもと、保健医療政策について、総合的なアドバイスを首相や厚生労働大臣に対して行う「保健医療補佐官(Chief Medical Officer)」の創設(任期5年)を提案している。これは米国の公衆衛生局(Public Health Service)のヘッドである「医務総監(Surgeon General)」に倣ったものと思われるが、我が国においては厚労省の次官級ポスト「医務技監」として間もなく実現するであろう(現在国会審議中)。

また、「それに加えて、保健医療におけるイノベーションを開発段階から費用対効果の評価まで横断的に推進するため、『医療イノベーション推進局』を創設し、イノベーション、医療技術評価及び医療 ICT 基盤の推進をする」と書かれている。既に2010年、首相官邸に医療イノベーション会議が設置され、その下に「医療イノベーション推進室」が設置されていたが、2013年2月、健康医療戦略室の設置により、これらは廃止された。それをまた元に戻そうということなのか、実際の動きとの間に齟齬があり理解に苦しむ。

### 3. 本提言書におけるその他の問題点

「保健医療 2035」における上記の個別各論以外に、全般に亘る横断的問題点について指摘しておきたい。

#### (1)医療の(営利)産業化について

我々には、医療そのものを産業と捉えることに若干の違和感がある。医療が雇用や内需拡大に大きな役割を果たすこと、また医療に関連する産業が経済成長に寄与することについて異論を唱えるつもりはないが、我が国の医療は非営利が原則であり(特に医療法人は医療法に規定)、医療関連分野においても極端な営利主義は認めがたい。

「保健医療 2035」提言書の背景に“アベノミクス成長戦略”が関わっていることは既に述べたが、本項ではこの両者の関連に焦点を絞って、検討を加える。

アベノミクス 3本の矢	
➤ 第1の矢	大胆な金融緩和
➤ 第2の矢	機動的な財政政策
➤ 第3の矢	民間投資を喚起する成長戦略
第2次安倍内閣	

図表 3

新たな3本の矢	
➤ 第1の矢	希望を生み出す強い経済 GDP600兆円
➤ 第2の矢	夢を紡ぐ子育て支援 出生率1.8
➤ 第3の矢	安心につながる社会保障 介護離職 ゼロ
第3次安倍内閣	

図表 4

周知のごとく、デフレ脱却を目指す安倍内閣は「3本の矢」(図表3)を提示したが、成長戦略である第3の矢は、未だ明確な効果が見られない。また、「新たな3本の矢」(図表4)には数値目標が掲げられているが、いずれも実現困難と思われる。安倍内閣は、これら成長戦略の目標達成の方策として「日本再興戦略」を閣議決定した。その医療分野の多くの戦略が、今回の「保健医療 2035」の中にも色濃く反映されている。両者に共通する具体的政策を以下に掲げる。

#### 【日本再興戦略や日本再興戦略一改訂 2015 に見られる記述】

- ①一般用医薬品のインターネット販売の解禁。
- ②医療・介護・健康分野も、これまで以上に“産業としての活性化・生産性の向上”といった視点を持つことが必要である。
- ③「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として“データヘルス計画(仮称)”の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」、「匿名化した医療等のビッグデータの活用も進めることにより、医療や介護とも密接に連携した健康・予防関連サービスが活性化する」。
- ④高品質な日本式医療サービス・技術の国際展開(医療のインバウンド<sup>\*1</sup>)。

#### 【「保健医療 2035」に見られる記述】

- ① OTC 薬を活用したセルフメディケーションの支援を行う。
- ②「日本医療研究開発機構(AMED)、国立高度専門医療研究センター(ナショナルセンター)、臨床研究中核病院などの機関や、医薬品・医療機器メーカー、医薬品医療機器総合機構(PMDA)が連携してネットワークを構築」、「保険財源の効率化相当分の一部を研究に用いる仕組みの構築」。

1 医療ツーリズムとほぼ同義語。

③レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB<sup>\*2</sup>)、国保データベース(KDB<sup>\*3</sup>)、介護保険レセプトデータのデータベース、要介護認定データについては、現在、十分な連結がされていない。DPC データ等を参考に、治療以外の保健医療・介護に関連する包括的データについても、これを全て連結し、HDN2035(Healthcare Data Network2035)(仮称)として広く活用できるようにする。

重症化予防は、医療費削減という観点からも確実に進めるべきである。例えば、糖尿病が強く疑われるにもかかわらず治療がなされていない者に対して受診勧奨するなどのデータヘルスの推進に基づく重症化予防を徹底する。

④外国人が医療を安心して利用できる診療体制や医療通訳の提供体制の構築を進め、オリンピックの開催までに早急にインフラを作り上げ、ショーケースとして世界に発信する。

①～④の政策の一致は、「保健医療 2035」がアベノミクス成長戦略を強く意識した提言であることを物語っている。①～④について、以下に若干の説明を加える。

①は、公的医療費削減を目的とするセルフメディケーションの推進である。2014 年 6 月の薬事法改正により、一般用医薬品のインターネット販売が解禁された。スイッチ OTC もスイッチ後原則 3 年で一般用医薬品に移行され、ネット販売可能となる。また 2017 年 1 月からは、セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)も施行された。

②は、医療等分野を産業として活性化することで、我が国の医薬品・医療機器の極端な輸入超過を是正したいとの思いが AMED の設立の動機であることを示唆している。AMED については、様々な問題も内在しているようであるが、日本発の医療技術の発展に貢献するものとして、今後の推移を見守りたい。

③医療等情報のデータベースについては、今後飛躍的に集積と連結が進むと思われるが、ICT はあくまで手段であり目的ではない。これらのデータ蓄積や利活用には(セキュリティの問題も含め)、莫大な費用と労力がかかる。具体例として、厚労省の推進する「データ・ヘルスケア計画」が挙げられる。その目的は、保険者がレセプトデータ・健診データを活用して被保険者の健康管理を行って医療費を削減することであり、指標の達成状況に応じたインセンティブ(ペナルティ)制度が検討されている。レセプトデータは医療政策の立案や診療報酬改定作業には有用であるが、これをいくら分析しても被保険者の疾病予防や健康づくりに貢献する可能性はほとんどない。保険者による被保険者への健康管理は医療費節減の観点から必要なものではあるが、効果がない政策に費やされる労力や経費(システム肥大化のため)が、保険者や国家財政の更なる負担となることは厳に避けるべきであり、むしろこれらの政策の“アウトカム評価”こそがなされるべきである。

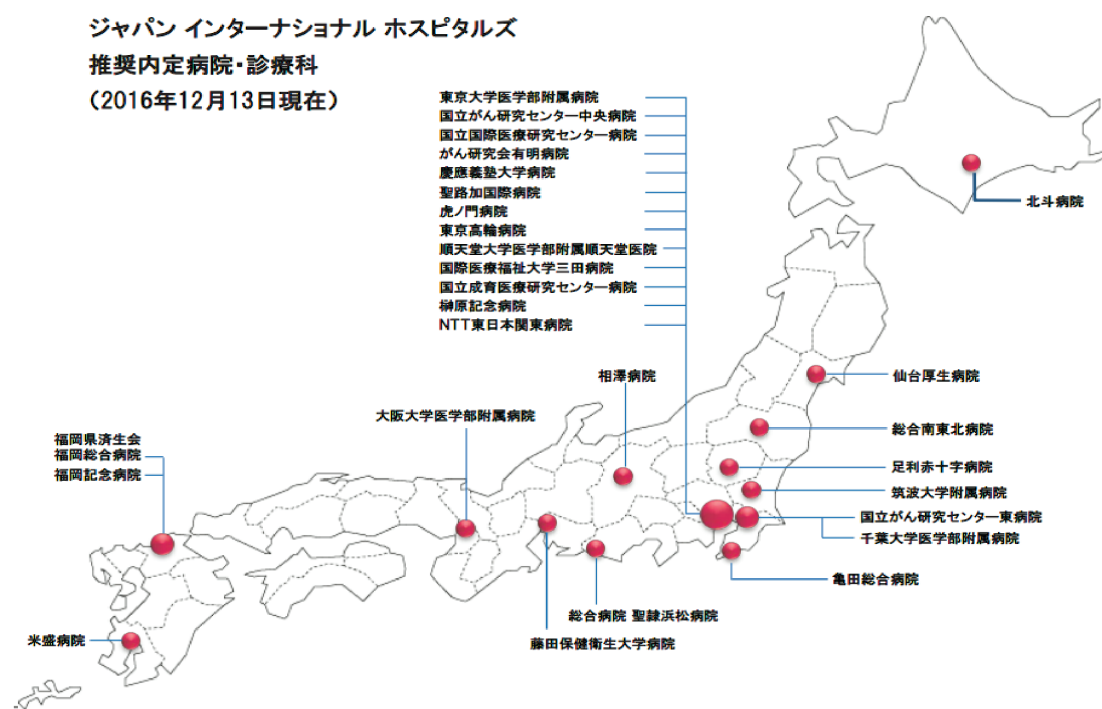
ICT の利活用の在り方については、次章第 2 節(4)「地域連携医療に対する ICT の役割」で解説するが、ICT の推進に当たっては、全般的な基盤整備の在り方や個々の政策の費用対効果等も十分検討しておく必要がある。

2 「レセプト情報・特定健診等情報データベース」のことで、電子化された全レセプトデータや特定健診データに匿名化処理を行い、国のサーバーに蓄積したもの。レセプトデータは 2009 年度から収集が開始され、間もなく 100 億件を超える。

3 「国保データベース」のことで、国保中央会が管理する「特定健診・特定保健指導」「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報。

④医療のインバウンド事業(医療ツーリズム)は、従来から成長戦略に位置付けられているが、「保健医療 2035」でもその推進が明記されている。2013 年 7 月、内閣府を中心に、総務省、外務省、文科省、厚労省、経産省、MEJ<sup>\*4</sup>なども参加して医療国際展開タスクホースが立ち上げられた。外国人患者を受け入れる意欲と能力のある病院は、ジャパン・インターナショナル・ホスピタルズ(JIH)として登録されることが決定した。全国で 150 病院程度を目標に、公募と登録が進められる予定で、2017 年 1 月 31 日に 28 病院の登録リストが公表された(図表 5)。また 2016 年 4 月には、千葉県成田市に国家戦略特区の事業として国際医療福祉大学に医学部が新設されている。これらの事業は、医療を産業として国際展開するためのプラットフォームになる。2016 年 11 月 7 日、経産省主導により「海外における日本医療拠点の構築に向けた研究会」が立ち上げられた。これは医療のアウトバウンド事業(海外展開)に関連して、「2020 年度までに海外における日本の医療拠点を 10 カ所構築し、海外の医療技術・サービス市場を 1.5 兆円獲得する」という政府目標を支援するためのものである。

外国人に対するものであっても人道的な見地からの医療提供は否定しないが、組織的に営利を追求するような医療ツーリズムや医療の海外展開については、我が国の医療提供体制に大きな負荷をかける可能性があり、安易に容認することはできない。



図表 5 (一般社団法人 Medical Excellence JAPAN ホームページより)

4 一般社団法人 Medical Excellence JAPAN のこと。官民一体で、日本の医療、並びに医療に係わる機器・サービス・仕組み等を一体のシステムとして海外へ提供するコーディネート事業や外国人患者に対して日本の医療サービスを日本で提供するコーディネート事業(インバウンド事業)を行う。

## (2) 診療報酬におけるアウトカム評価の導入

2016 年診療報酬改定において、「回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価」が導入され、耳目を集めている。リハビリの効果(実績指数)が一定基準に満たない回復期リハビリ病棟では、1 日に出来高算定できる疾患別リハビリテーション料が 6 単位に制限される(通常は 9 単位まで)というもので、医療の質を問う新たな試みといえよう。

「保健医療 2035」においては、リーン・ヘルスケアの「より良い医療をより安く享受できる」の部分(本答申書では、P4 に記載)に、「医療技術や保健アウトカムなどの評価を継続的に主導できる部門を厚生労働省内に設置する」との記載がある。その他の部分でも、アウトカム、ベンチマーキングといった文言が多く見受けられ、アウトカム評価やその情報開示を強く推奨しているように感じられる。

今回、診療報酬に導入されたアウトカム評価の計算式と具体的設定例を図表 6、7 に示す。

実績指数(過去 6 か月の実績)＝

$$\Sigma [\text{各患者の退棟時の FIM 得点 (運動項目)} - \text{各患者の入棟時の FIM 得点 (運動項目)}] \div \Sigma [\text{各患者の入棟から退棟までの在棟日数} / \text{各患者の状態ごとの回復期リハビリ病棟入院料の算定上限日数}]$$

※実績指数が「27 未満」の場合に、効果が低いと判断される

※FIM (Functional Independence Measure : 機能的自立度評価表)

図表 6 疾患別リハビリテーション効果(実績指数)の計算式

\* ごく簡単にいうと、入院によって増加した FIM 得点を入院日数で割ったものが実績指数となる。

### 【設定例】

前月までの 6 か月間に 50 人退棟し、FIM 運動項目が「入棟時 50 点、退棟時 80 点」だった人が 30 人、「入棟時 40 点、退棟時 65 点」だった人が 20 人。

このうち、30 人は大腿骨骨折手術後(回復期リハビリ病棟入院料の算定日数上限が 90 日)で、実際には 72 日で退棟、残り 20 人は脳卒中(回復期リハビリ病棟入院料の算定日数上限が 150 日)で実際には 135 日で退棟した。

### 【計算例】

$$\Sigma [(80 \text{ 点} - 50 \text{ 点}) \times 30 \text{ 人} + (65 \text{ 点} - 40 \text{ 点}) \times 20 \text{ 人}] \div \Sigma [(72 \text{ 日} / 90 \text{ 日}) \times 30 \text{ 人} + (135 \text{ 日} / 150 \text{ 日}) \times 20 \text{ 人}] = 33.3$$

※この例では、「27」を上回っているので、今回の 6 か月についてはリハビリの効果は低くないと判断される。

図表 7 厚労省が示す具体的設定例

この計算式から明らかなように、実績指数をクリアするためには、「分子である FIM 運動項目の得点をできるだけ上げること」や「分母である在棟日数を可能な限り短くすること」が求められる。リハビリの質が高まることに異論はないが、患者の選別が行われたり、過剰な退院勧奨が行われてリハビリ難民が生じる懸念もあり、今後の成り行きについては十分注視してゆく必要がある。

2018 年度の診療報酬・介護報酬同時改定においても、こうしたアウトカム評価が更に推進される可能性がある。リハビリの評価に限らず、診療の質の評価は容易ではない。同じ疾患でも、重症度や合併症の有無、その他様々な要因によって、アウトカムは左右される。そしてこれらのアウトカム情報を一般に流布することは、想定外の結果をもたらす可能性があることを注意喚起しておきたい。

## IV 持続可能な国民皆保険制度を構築するために(医療者からの対案)

前章においては、「保健医療 2035」の問題点について検討した。これらの観点も踏まえ、我が国の国民皆保険制度を今後も持続可能なものとするためには、いったい何が必要で何が必要でないのかについて考察する。

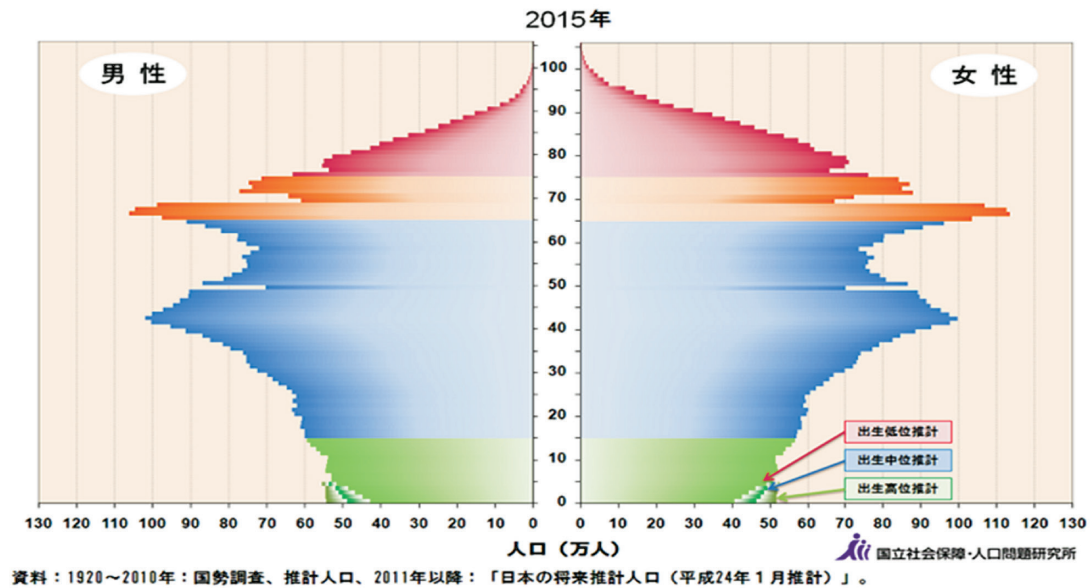
我が国の医療提供体制に影響を及ぼす要因は極めて膨大かつ複雑であり、これらを大まかにでも整理検討し正しい結論を導き出す作業は、事実上相当な困難を伴う。しかし端的に言えば、「我が国の医療制度を“パラダイム・シフト”といった考えに沿って、大きく変革する必要があるのかどうか、さもないと我が国の医療に未来はないのか」といったことが、まず最大の論点となる。よって便宜上いくつかの大きな問題に絞って検討を加え、この論点に沿って整理し、医療者からの対案としたい。

### 1. 20年後(2035年)の人口推計と国民医療費

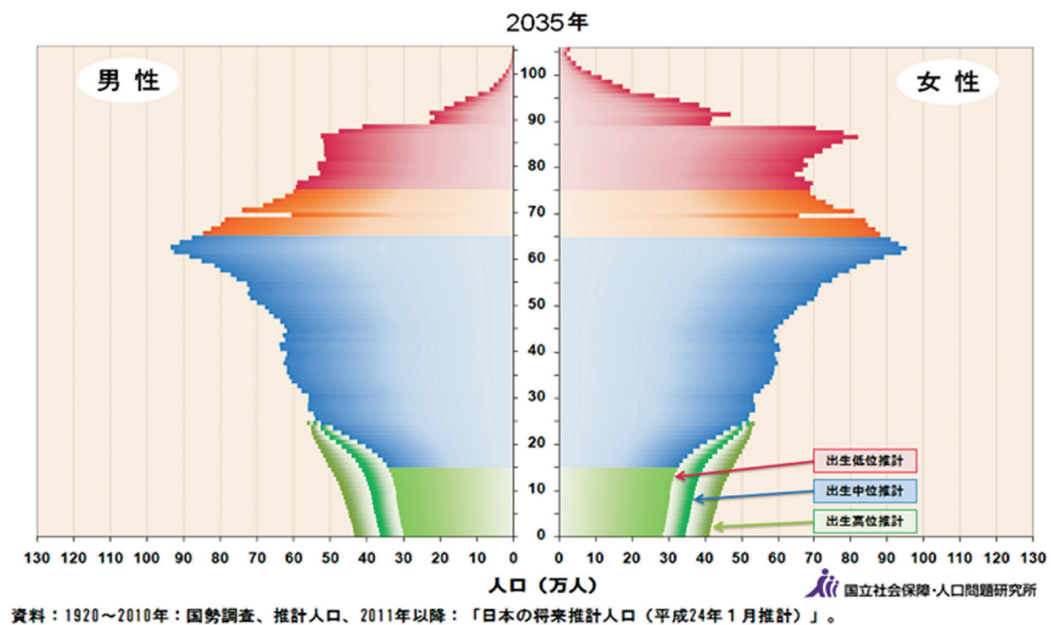
#### (1)人口構成の変化

総務省の人口推計によれば、我が国の総人口は2007年の1億2777万人をピークとして減少に転じており、今後も更に人口減少と少子高齢化が進展するとされている。こうした人口問題が将来の社会保障制度に極めて大きな影響を与えることは論を俟たない。今後この問題に何らかの介入が行われなければ、我が国の国民皆保険制度のみならず、社会保障制度全般が立ち行かなくなる可能性を孕んでいる。このような観点から、2015年を起点とし、20年後(2035年)の人口推計等とを比較検討し、今後の社会保障制度の持続可能性について概観してみる。

国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口(平成24年1月推計：出生中位(死亡中位)推計)によると(図表8)、2015年の総人口は126,597,295人であり、そのうち0-14歳(緑の部分)は15,827,156人(12.5%)、15-64歳(青)は76,818,271人(60.7%)、65歳以上(橙・赤)が33,951,869人(26.8%)であり、既に「超高齢社会」(WHOの定義では、65歳以上人口が21%を超えた社会)となっている。どの年代を“現役世代”とするかについては議論のあるところであるが、現在我が国では15歳以上65歳未満の年齢に該当する人口が「生産年齢人口」と定義されている。よってこれを基準として、その他を従属人口(被扶養人口)と定義すれば、生産年齢人口(15-64歳)と従属人口(0-14歳および65歳以上)の比は、1.54:1となる。つまり現在は、被扶養者1人を支える現役世代が1.54人いることになる。



図表 8 2015 年における日本の人口ピラミッド  
(国立社会保障・人口問題研究所ホームページより)



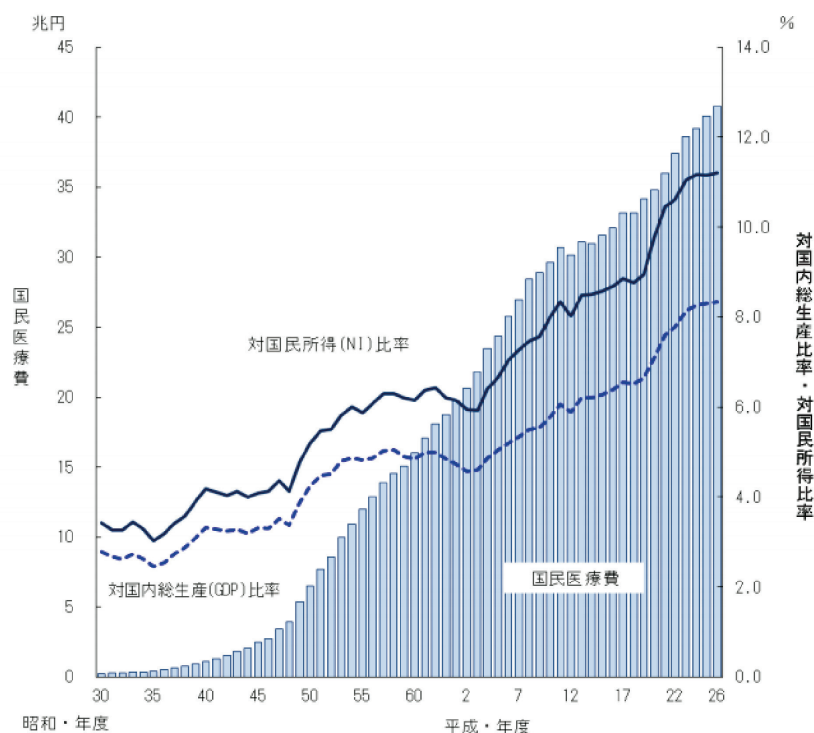
図表 9 2035 年における日本の人口ピラミッド  
(国立社会保障・人口問題研究所ホームページより)

20 年後の 2035 年は、団塊ジュニアの世代が前期高齢者 65 歳に到達し始める時期であり、総人口は 112,123,574 人で、0 - 14 歳は 11,286,769 人(10.1%)、15 - 64 歳は 63,429,623 人(56.6%)、65 歳以上が 37,407,182 人(33.4%)と推計されている。図表 9 から明らかなように 65 歳以下の層がかなり薄くなっていて、生産年齢人口と従属人口の比は 1.30:1 となり、いわゆる“肩車型社会”に近づく。

しかし、仮に生産年齢人口の上限を5歳上にずらして現役世代を15－69歳とすれば、15－69歳は71,387,688人(63.7%)、70歳以上は29,449,117人(26.3%)となり、生産年齢人口と従属人口の比は1.75：1となって、理論的には現役世代の負担が2015年より随分軽くなる。無論、今後20年間で、健康寿命が5歳も伸びると思えないが、医療技術等の進歩により労働意欲を持った健康な高齢者が著しく増加することは間違いのない。少子化対策が重要であることは論を俟たないが、併せて高齢者の雇用確保や健康増進などを即効性のある政治的重要課題と位置付けて施策を講じれば、社会保障の未来は必ずしも暗いものとはならないであろう。

## (2) 今後の国民医療費の推移について

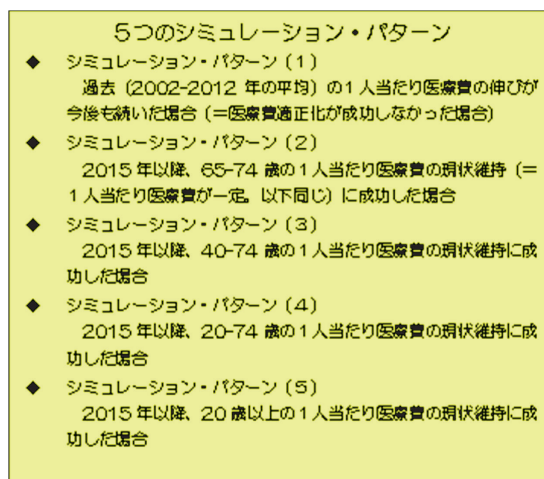
今後の国民医療費は、どのように推移してゆくのであろうか(これまでの国民医療費や対GDP比などの年次推移の概観を図表10に示す)。厚労省の最新の統計によれば、2014年(平成26年)の国民医療費は40.81兆円であり、その15年前の1999年(平成11年)は30.70兆円、更にその15年前の1984年(昭和59年)は15.09兆円となっている。逆算すれば、1984－1999年の15年間は、年平均4.84%で医療費が伸びてきたが、1999－2014年の15年間は1.91%と急速に伸びが鈍ったことになる。このまま2.0%前後の伸びが続けば、2035年(21年後)の国民医療費は単純計算で61.85兆円前後となるが、今後の人口動態や医療環境を勘案すれば、おそらくこのような高い数字にはならないであろう。



図表10 国民医療費・対国内総生産・対国民所得比率の年次推移  
(厚生労働省ホームページより)

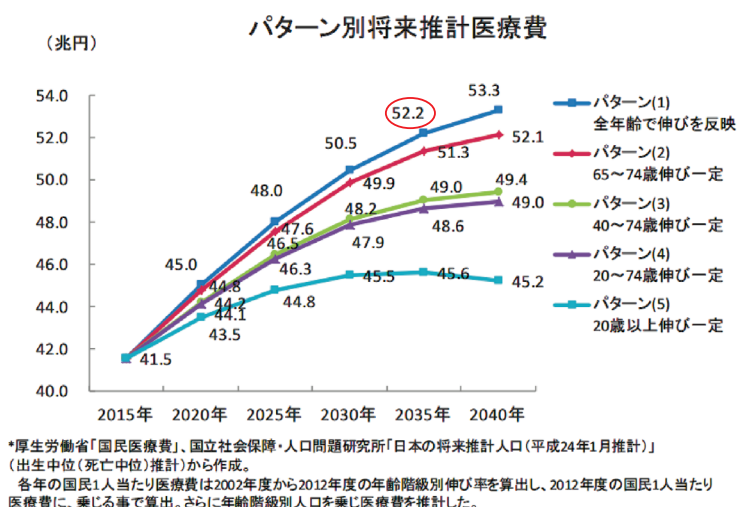
2025年の医療費推計の資料はいくつかあるが、2035年における推計資料は日医総研のワーキングペーパー「将来の人口動態等に基づく医療費推計：5つのシミュレーションから

(坂口一樹, WP343:2015.)」以外ほとんど見当たらない。このワーキングペーパーでは、年齢階級別(5歳刻み)の1人当たり医療費の伸び率(2002 - 2012 年度における年間伸び率)を加味しながら人口動態の推移予測を反映させる手法で、5つのパターン別に将来の医療費推計(2015 - 2040 年)を行っている。5つのパターンとは図表 11 の如くで、医療費適正化(抑制)がどの年齢階層にまで及んだかによって大まかに試算されたものである。



図表 11 (日医総研ワーキングペーパー(坂口一樹, WP343:2015.)より)

また年齢階級別の医療費の年間伸び率については、2002 年度から 2012 年度までの 10 年間のデータに基づいて算出されており、0 - 4 歳の階級が 3.0%で最も高く、20 - 24 歳は - 0.2%で最も低い。他の階級は 1%前後が多く、85 歳以上は 0.4%となっている(全階級の平均伸び率は 2.4%)。この伸び率と今後の人口動態をもとに試算したものが図表 12 である。医療費適正化政策が全く成功せず、現在の医療費の伸びが今後も継続した場合(パターン 1)、2035 年の国民医療費は 52.2 兆円となる。また、65 - 74 歳(前期高齢者)のみの医療費の伸び率をゼロに抑制できた場合(パターン 2)は、51.3 兆円と若干低くなっている。医療費適正化が全く成功しないパターン 1 であったとしても全体の年間平均伸び率は 1.21%であり、今後の GDP との比較においても、必ずしも過大な数値にはならないことになる。



図表 12 (日医総研ワーキングペーパー(坂口一樹, WP343:2015.)より)

ちなみにパターン3では49.03兆円、パターン4で48.64兆円、更にパターン5では45.60兆円となっており、このワーキングペーパーは、生活習慣病対策等によってパターン3を導き出すことが比較的現実的なのではないかと述べている。これらの推計を考慮すれば、たとえ今後の医療制度改革が現在の政策の延長線上にあったとしても、2035年の国民医療費が50兆円台前半を大きく超えることは想定できず、不必要な政策によって保険者等に重い負担をかけなければ、医療財政自体が破綻するとは考えにくい。

## 2. 地域医療をどう構築しなおすか？

### (1) 地域包括ケアシステムと“かかりつけ医”

国は、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます」としている(図表13)。厚労省にとって、まさにこのシステムの構築こそが改革の一丁目一番地であり、診療報酬改定や地域医療構想の策定(医療計画)などあらゆる手段によって、その実現に邁進している。またこのシステムの中では、“かかりつけ医”(開業医)がリーダーシップを発揮して中心的役割を担い、在宅医療にも貢献することを求めている。



図表13 (厚生労働省ホームページより)

#### ① “かかりつけ医”、「総合診療専門医」とゲートオープナー機能

日本の“かかりつけ医”は「古き良き町医者」が原点であり、時を超えて伝承され、幅広い臨床能力を身に着けることも求められてきた。その中で、“かかりつけ医”機能を更に強化し、学問的に裏付けられた資格として養成されようとしているのが「総合診療専門医」である。しかしこれに対しては、立場の違いによる様々な思惑が交錯

し、問題をより複雑なものにしている。

日医は、従来の“かかりつけ医”機能を更に充実・強化することを目的にして「かかりつけ医機能研修制度」立ち上げた。「地域の開業医は既に“かかりつけ医”機能を有しており、この制度によって更に機能強化すればよく、新たに『総合診療専門医』を目指す必要はない」、「“かかりつけ医”は、総合診療専門医に限らず、全ての専門医を包含した幅広い概念」というのが日医の立場である。しかし現場の医師からは、「日医の言う“かかりつけ医”」「総合診療専門医」が将来的に診療報酬上で区別されるのではないかという懸念の声も上がっている。

これに対して国が目指す医療は、「保健医療 2035」に掲げられている「費用のかからない、効率的な医療提供体制」であり、その先に見えてくるものは、国民皆保険制度の変質であるように感じられる。比較的安価な医療を選ぶか(例えば、窓口負担の少ない“かかりつけ医”)、それ以外の医療を選ぶかは、患者の自己責任となり、医療機関は患者の支払能力(窓口負担等)に応じて、提供する医療内容を考える傾向がより強まる可能性がある。これらを通じて患者の大病院志向を是正し、地域包括ケアシステムを深化させ、地域の“かかりつけ医”の機能強化を図る狙いがあると思われる。国が求める“かかりつけ医”は、①複数領域の現開業医と置き換え可能な総合的診療能力を有し、②より専門的な医療へのゲートを管理するゲートオープナーとして患者の受診行動のコントロールを行い、③専門医より低く設定された窓口負担、およびそれとセットになった相対的に低い包括診療報酬を受け入れ、④医療以外の分野にまたがる大量の仕事を主体的に担ってくれる医師であり、これが先に述べた「総合診療専門医」ということになる。

## ② “かかりつけ医”以外を受診した場合における定額負担の導入について

高齢者は、内科疾患、整形外科疾患などを併せ持つことは多く、更に難聴、白内障、排尿障害などのため耳鼻科、眼科、泌尿器科など、それぞれで“かかりつけ医”を持っていることが多い。しかし、国の言う“かかりつけ医”は、診療報酬で主治医機能を評価された「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を算定する医療機関の医師を指している。その医師には、患者の他科受診の把握、服薬管理など、「継続的かつ全人的な医療を提供する」ことが求められ、患者と医師の「1対1」の関係性を前提とするいわばホームドクター、家庭医ということになる。

現在議論されている「“かかりつけ医”以外を受診した場合における定額負担の導入」の目的は、いまだ全医療機関の5%にも満たない「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を算定する医療機関を増加させ、患者をそこへ誘導することにある。

しかし、これには2つの点で問題がある。まず一つは“かかりつけ医”というゲートを通することなしに、他医療機関へアクセスすることを戒めるものであること(フリーアクセスの制限)。今一つは、経済的理由で“かかりつけ医”の診療を優先、もしくは選択せざるを得ない患者層とそれ以外の医師の診療も自由に受けられる患者層を生み出しかねないことである。

我が国においては、“かかりつけ”であるか否かは医療側や行政が決めてきたわけではなく、患者の想いに委ねられてきた。そして医療者はその信頼と負託に答えるべ

く日々研鑽する、というのがこれまでの姿である。上からの政策誘導による“かかりつけ医”の強要は、医療現場に混乱をもたらすのみであり、決して国が考えるような効率的な医療にはならないであろう。

### ③地域におけるフリーアクセスの制限は真に効率的な医療をもたらすのか？

もし地域における専門医へのフリーアクセスが閉ざされ、まず総合的な診療を行う“かかりつけ医”のゲートをくぐることを義務付けられた場合、医療の質が保たれ、医療費も減るのであるだろうか。現在の受診率に大幅な抑制をかけないと仮定すれば、それらは全て“かかりつけ医”に殺到することになる(アクセスの悪さからこの段階で受診抑制がかかるかもしれないが、医療の質は著しく低下する)。その後専門医に照会されることになった一定割合の患者は、二度手間(無駄)を踏むことになり、医療費も高くなる。また専門医への照会がなく、ゲートオープナーで相談や治療を受けた場合、専門医と近似する効果を得るための医療介入量はむしろ増える可能性がある。更にゲートでの重大な疾病の見落としも覚悟する必要がある。したがって、これらの経済的・時間的損失や誤診の危険性・治療開始の遅れなどのデメリットを勘案すれば、我が国の医療制度にゲートオープナー機能を導入することのメリットはほとんどない。ただこれらは地域の実情にも関わるため、全てを否定することはできないが、少なくとも都市部におけるゲートオープナー機能の導入はデメリットが多すぎると推察される。これらの得失について、数学的に論じることは難しいが、安易に他国の制度を我が国に適用することは非常に危険である。もし国が敢えてこれを導入するのであれば、「財政事情により、医療の質の大幅な低下を甘んじて受け入れてほしい」と国民に説明しなければならない。現在の医療提供体制が万全であるとは思わないが、極端な“パラダイム・シフト”によって混乱に陥るよりは、専門性の強い既存の“かかりつけ医”がより幅広い知識の習得に努め、医療の質の向上と無駄の排除に尽力するほうが、よほど現実的・効率的であると考ええる。医師会や行政の役割は、このような医師の研鑽・使命感を昂揚・支援することであり、また性善説のみに立つのではなく、医療機関に対する医療者によるピア・レビューや適切な監督も不可欠である。国はそれを可能にする法整備に努めるべきであり、こうした環境が整わなければ、医師会による自浄作用も実効性の乏しいものになる。

### (2)地域医療構想について

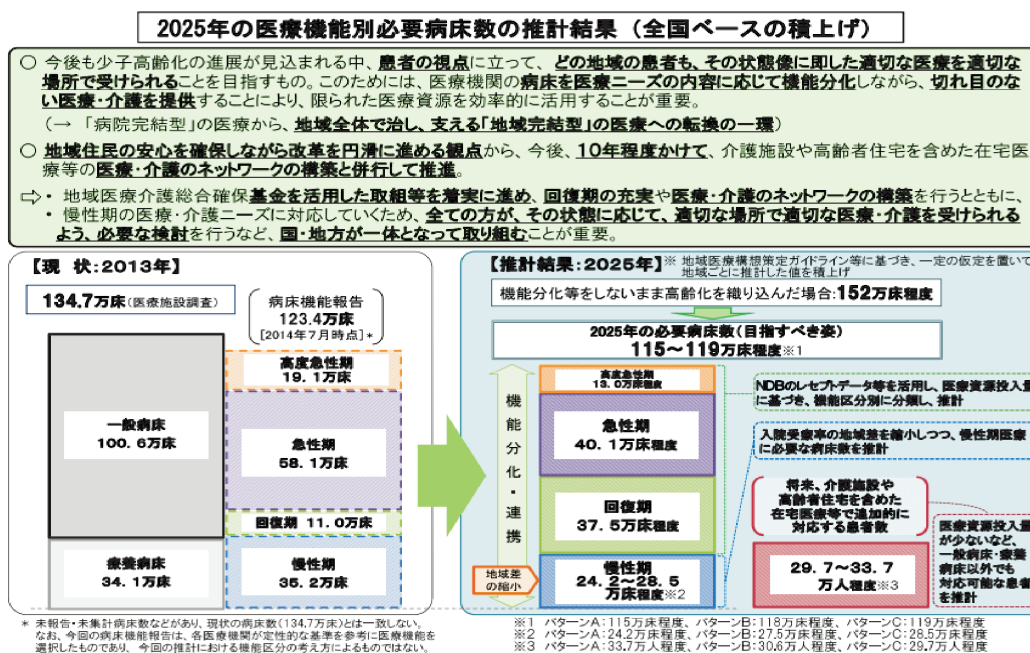
2014年6月、「医療介護総合確保推進法」が成立し、都道府県は地域における効率的・効果的な医療提供体制を確保するために、医療計画の一部として「地域医療構想(ビジョン)」を策定することを義務付けられた。このビジョンは、前項で述べた地域包括ケアシステムとともに今後の医療制度改革の中核をなすものであり、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期・在宅への流れを加速することによって医療費削減を図る政策と考えられている。

「保健医療 2035」においても、「(1)リーンのヘルスケアの②地域主体の保健医療に再編する」の中で、「地域医療構想による病床の再編等に当たっては、自治体が主体的に進め、国がこれを支援・促進すること」、また「医療費をより適正化する手段を強化

するため、地域ごとのサービス目標量を設定し、都道府県が独自に診療報酬に介入できるシステムの導入を検討すること」などと書かれている(本答申書 P.5 を参照)。

後者の医療費適正化手段としての“都道府県独自の診療報酬”については「高齢者医療確保法」第 14 条(診療報酬の特例)において、既に法的には導入可能となっている(2006 年 6 月)。直近の財政制度等審議会財政制度分会(2017 年 4 月 20 日)においても、「医療分野での都道府県のガバナンス強化に向けた具体策」として、この第 14 条(地域別診療報酬の特例)の活用が俎上に上がっている。しかしながら、我が国においては、医師も患者も県境を越えて絶えず移動を繰り返している。また、一人当たり医療費に都道府県間格差が存在することは確かであるが、一方で同じ都道府県内でも地域格差は存在する。こうした状況下において、この一物多価制度が実際に運用されれば、様々な方面で極めて複雑な混乱を引き起こすことは必至であり、当然のことながら認められない。

「地域医療構想」の実現に向けた、関係者による「協議の場」の名称は「地域医療構想調整会議」と決まり、その調整過程において、「既存の医療機能を維持する場合には、転換を強制されることはない」としているが、疑心暗鬼は払拭できず、病院団体からは不安の声が上がっている。特に、2015 年 6 月 15 日に内閣府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が公表した第一次報告「医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」(図表 14)では、示された数値をめぐる様々な議論や憶測が飛び交った。この報告によると、現状(2013 年)における病床数は 134.7 万床であり、2014 年 7 月時点の病床機能報告では、123.4 万床となっている。また、2025 年の必要病床数(目指すべき姿)は 115 ～ 119 万床程度とかなり低い数値となっており、その病床削減を補填するため、介護施設や在宅医療で対応する患者数として 29.7 ～ 33.7 万人程度が提示されている。しかも回復期病床が、37.5 万床程度と 2014 年の病床機能報告の 11 万床に比べ大幅に増え、高度急性期・急性期・慢性期が大きく圧縮される形となっている。都道府県別にみると、東京都などの首都圏と大阪府では病床数が現在より不足するとされる一方で、その他の道県では現在よりも概ね少ない病床数が推計されている。京都府は全体の病床数には大きな変化はないが、やはり回復期に圧迫される形で高度急性期・急性期が減少する推計となっている。地域的に見れば、京都市・乙訓医療圏のような都市部では影響は少ないであろうが、北部など医療資源が限られているところは、この構想によって大きな問題が生じる可能性がある。



図表 14 （医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告より）

地域医療構想や地域包括ケアシステムが目指す「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」という発想自体は理解できるが、在宅医療を支える医療機関の整備は思わしくなく、今後大幅に応需体制が強化される可能性は低いと言わざるを得ない。また、在宅医療・在宅介護の中で最も大きな負担を強いられるのは家族であり、医療費抑制の観点のみで施設から在宅への誘導を推し進めれば、介護離職も増加してアベノミクス成長戦略にも逆行することになる。元来、介護保険制度の理念は「介護の社会化」にあったはずであるが、この理念にも反するのではないか。

地域医療における需要と供給の間には、様々な歴史的経緯や地理的事情などが介在しており、今日の医療提供体制はこれらの実情を踏まえながら営々と構築されてきた。更に今後においても、高齢化の進展やそれを支える社会資源の整備状況は地域によって異なってくるため、地域医療構想策定支援ツールによって機械的に算出された“全国一律”の医療提供体制では適切な対応が困難であり、地域ごとの医療需要予測などを勘案しながら、その地域にふさわしい体制を構築していくことが求められる。

### （3）慢性期医療と在宅医療

国が目指す慢性期医療のあるべき姿は、「地域医療構想による病床再編に基づき、各疾病の病態にかかわらず慢性期と判断された時点において、病院での入院医療から在宅医療でのケアへと移行する」というものである。このため各都道府県では、これらの患者をすみやかに在宅医療へと移行できるよう、市町村単位で国が描く地域包括ケアシステム(在宅医療を核とする)を構築しておく必要があり、これに従えば、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生最後まで続ける」という形は整うことになる。

換言すれば、「治す医療」から「支える医療」への変換を促しており、医療提供側の我々

にとって“パラダイム・シフト”を提言されているとも言える。つまり、複数の慢性期疾患をかかえて暮らす高齢者を家族や地域社会全体で支えるため、関係者が連携して可能な限り自宅や介護施設で終末期を支え、最後は在宅で看取る仕組みを構築していかなければならないことになる。

しかし実際に在宅医療を提供している者としては、このような国の政策指針に対して強い違和感を覚える。なぜなら、我々の現場ではすでに地域包括支援センター等を介して近隣の病院、訪問看護、居宅支援事業所等と連携して在宅医療を提供する環境が徐々に整いつつあり、特段の行政介入がなくとも各地域の実態に即した形での在宅医療提供体制が整備されていくと思われるからである。また在宅での終末期医療や看取りに関しても、その提供体制はまだ不完全なものであり、病院での看取りが大半をしめている現状に鑑みれば、これらの早期推進への国民の理解を求めることは時期尚早と言わざるを得ない。すなわち、国の地域医療構想に基づく“地域包括ケアシステム”構築のスピード感が実態にそぐわない可能性もあり、国民皆保険制度の根幹であるフリーアクセスとの整合性が取れなくなることも懸念される。国は各都道府県で地域医療構想調整会議を通じて地域性を考慮したケアシステムの構築を試みる姿勢を見せてはいるが、本音は地域医療の効率化にあり、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年以降に向けて病床再編（削減）と医療費削減を目指しているのみとしか思えない。

加えて、慢性期医療を“地域包括ケアシステム”での在宅医療で診ていくことが、真に医療費削減に繋がるか否かは疑問も残る。国は医療・介護への ICT 活用を進めており、これらの政策は膨大なレセプトデータ等を分析する中から生まれてきたものであると思われるが、レセプトデータはあくまで受診できた人だけのデータであり、様々な理由で受診できない潜在的な患者のそれは含まれておらず、将来見込まれる医療需要を推計するには甚だ心もとないものではある。既に国民皆保険制度下のフリーアクセスにしたがって“かかりつけ医”を選び、その“かかりつけ医”を介して医療を受けることで他の先進国よりも安価で良質な医療提供体制ができている現状に鑑みればなおさら懐疑的にならざるを得ない。そもそも島国で地域に根ざして暮らしている日本人は、未だに顔の見える関係で地域社会を構築してきており、医療機関への受診の際も隣人の紹介によることがまだまだ多い。つまりフリーアクセスによって、主体的に“かかりつけ医”を選定することに慣れている高齢者にとって、用意された医療ネットワークの枠にはめ込まれることには大きな違和感が生じるであろう。そうではなく、患者やその家族によって主体的に選定された“かかりつけ医”を介してセッティングされた、近隣病院も含む多職種連携の医療・介護チームで、在宅医療中心に慢性期医療を診ていくことが望ましいのではないだろうか。このような形でできた「ケア」のチームは、お互いに顔の見える関係にもなりやすく、介護困難な認知症合併の高齢者等に対してもチーム全体で寄り添うことが可能となり、結果として無意味な重複診療やレスパイト入院等も減らすことができると思う。

超高齢化が進む中で慢性期医療は在宅医療中心になっていくことは避けられない状況であるが、病床数に制限をかけて強引に在宅医療を推進してゆけば、医療資源が乏しい地域では在宅医療の受け皿ができずに混乱が生じることになる。結果として、高齢者やその家族は受け皿を求めて住み慣れた地域を離れ、見知らぬ土地の介護施設で看取られ

るといった最悪の事態をひきおこす可能性もあり、“地域包括ケアシステム”が本末転倒となる恐れがある。

#### (4) 地域連携医療に対する ICT の役割

昨今の ICT の進化に呼応して、「保健医療 2035」においても ICT に関する記載が多く見受けられる。また、財源が逼迫してゆく中で効果的・効率的に保健医療サービスの価値の最大化を図ることを、「リーン・ヘルスケア」として、繰り返し強調している。それらを実現するためには、何らかのあらたな手法が必要であることは確かであり、その重要なものの一つが ICT であるということであろう。「保健医療 2035」の中では、具体的な課題として「複数施設間の電子カルテなどによる情報共有が進まず、過剰診断、過剰治療、過剰投薬、頻回・重複受診などの弊害が生じている。これは、保険医療の潜在能力が必ずしも十分発揮されない状況となっている」という批判が述べられている。

これらの問題解決の実質的な方法論として提言に記載されているのは、「ライフ・デザイン」の中の「電子健康記録(e-HR)を含めた個人レベルでの情報基盤と活用体制の整備」の部分である。医療施設個々に情報が連携されないままバラバラに保管されている状態では、統合された情報となりえないが、この方法論は患者単位での情報集積と運用を主眼にしたものであり、われわれ医療者としても期待を寄せるうるものであろう。

##### ① ICT 化の障壁—アプリケーション層—

しかしながら、これらを実現する上での障壁もまだまだ多い。まずアプリケーション層の問題として、診療情報の標準化がなされていないことが挙げられる。昨今議論されている大規模な標準化は、おおむね大学病院を中心とした大規模施設での運用に焦点をあてたものであり、全国に悉皆性をもって広げてゆくには導入時の個々の財政負担が大きすぎる。血液検査データ一つとっても標準値、基準値が異なることは日常的に見られる現象であり、これらを数値データとしてやり取りすることの意味がどの程度あるのかという疑問も残る。現在は紙ベースでのやり取りがなされ、それで十分に情報交換ができていることから、非常にレガシーな方法ではあるが、スキャンデータを PDF で共有・連携するだけで十分ともいえる。すなわち高度な技術処理を要する情報を絞り込み、その他はスキャンを行うなどで画像として簡単かつ一般的な方法で共有すれば、医療者の認識の工夫で有用な交換が可能になり、無駄が省ける可能性が大きい。

診療情報の中には連携により効果が得られるものと、効果の薄いものがあり、その細分化もなされていない。前者は血液検査を基本とするさまざまな結果や投薬情報であり、これらの情報共有は無駄を回避し、効率的な医療をもたらす可能性が十分期待できるものである。後者としては構造化されていない情報、すなわち典型例として文章で書かれた問診情報や患者状況が挙げられる。その内容には有用性が高いものが多く含まれているにも関わらず、表記や定義、用語認識が統一されていないため、情報となりえないものである。これらの標準化を行うにあたって、実質的な解決がなされるべきである。具体的には学会などを中心として用語の統一を図ることが急務であると思われる。全国どこでも同一の定義で同一の表記がなされていれば、医師の記載する情報は有用性が高まる。現在展開されている、あるいは展開されつつある大規模データベースでは、選択式

で入力されることが多い。文章で記載されるいわゆるテキスト情報を極限まで減らすことで、表現の揺れの無い構造化された情報となり保管、運用が容易になるよう設計されている。今後医療情報の統合、連携を推進するためには、こういった日々の診療で得られる重要な情報を漏らさず、運用できるような統一され標準化された ICT 化が図られなければ、医療者に無用な負担を強いるだけの結果になることが予想される。ただし現場の医療者側も、「全国で同じものを使用するよう強制されているのではなく、標準化されてはいるものの個々が使用しやすい環境整備を行う」というスタンスで受け入れる姿勢も求められるであろう。

## ② ICT 化の障壁—インフラ層—

アプリケーションの標準化も大きな問題ではあるが、インフラの問題はもっと深刻である。患者情報を扱う際にセキュアなやり取りが必須であることは共通の認識であろうが、個人情報の流出事件が多く報道されてきたために、より強固な慎重論が広がる結果となっている。それにより医療情報インフラの利用を専用の回線、すなわち通常のインターネット回線ではなく、VPN (Virtual Private Network) などのように秘匿性は高いが、高額な構築費用・維持費用を要する回線に依存することが普通になっている。このため、勢い自治体や国の敷設する公共インフラに頼る結果となり、自治体ごと、地域ごとにしか接続できないインフラがバラバラに広がる結果になっている。患者単位の情報蓄積を実現するためには、患者は自由に移動するという当然の権利を保障するために全国どこでも利用できるインフラが必要であり、この点の議論がなければ進捗しないことは自明である。今後は物理インフラ、回線による情報保護を行うという考えを捨て、認証技術や情報の秘匿技術をデータベースやソフトウェアで行う方向に舵を切る必要がある。大規模データベースにおいてはこの物理インフラへの依存脱却が図られており、地域単位での技術変遷に対する理解も重要である。とはいえ、このような状況を作ったのは個人情報の保護に対するやや過剰な感情論であるともいえる。「秘匿すべき情報とは何を指すのか」という議論をしっかりと行うとともに、「プライバシーが侵害される」という呪縛に捕らわれず、「診療情報を共有することによる患者の利益を提示する」という視点をもって、個々の医療者が考えを変えてゆくプロセスも必要であると思われる。

## ③ 今後の ICT 化の運用に求められるもの

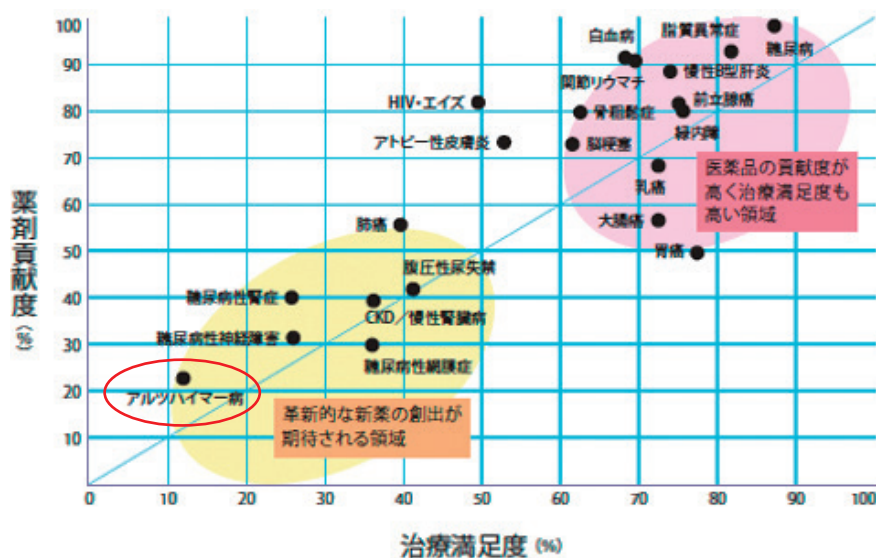
ICT 化の恩恵が大きいことは多くの医師が認識しているものの、その拡がりや理解を求める努力は圧倒的に不足している。医療情報を考えるものとして技術的、学術的な効果の追求に陥るのではなく、実質的な運用の礎になるような想いが重要であると考え。医療情報・地域連携に関わるものとして、より実質的な運用が図れるように努力しなければならない。

### 3. 超高齢社会における認知症への取り組みについて

今後の更なる高齢化によって、国民の有病率は高まるであろうが、医療技術等の進歩によって疾病を抱えながらも生き生きとした社会生活を送る高齢者の増加も期待される。しかしその一方で、身体的な寿命の延びに比例して認知症を抱える高齢者も増加する懸念がある。すなわち、身体年齢に脳年齢が追いつかない高齢者が増加し、我が国の高齢者問題をより複雑で深刻なものにしている。今後、この身体と脳の年齢差を確実に縮小させるような医療技術や方法論が開発されれば、日本の「超高齢社会」の将来にも希望の光が差し込むことになる。認知症の疫学的研究や治療薬等の現状とその将来展望について、以下に述べる。

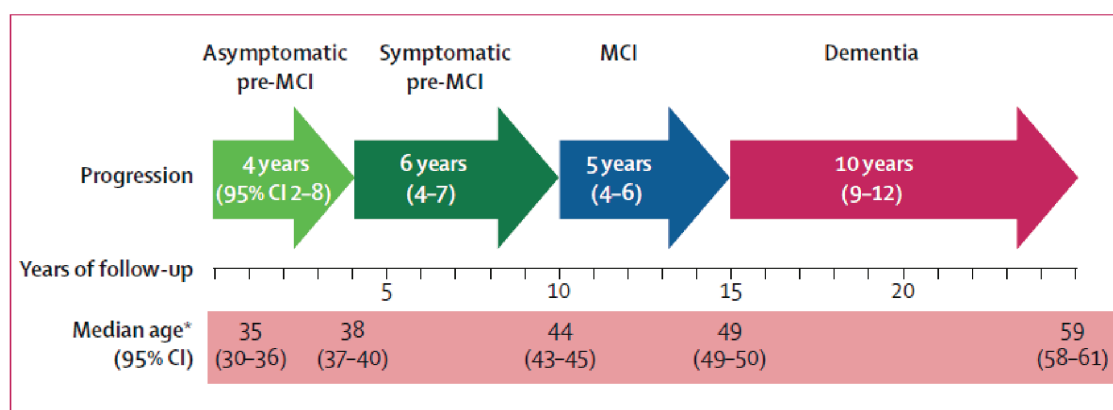
#### (1) 認知症治療の現状と課題

認知症におけるもっとも大きな問題点は、満足のできる有効な治療法がないということであろう。現在上市されている薬剤についての満足度調査では、糖尿病などと比較して薬剤貢献度、治療満足度共に低い数値となっている(図表 15)。認知症の治療薬は二つの観点から考える必要がある。現在用いられているドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンのアセチルコリン増強薬はアルツハイマー型認知症で低下しているアセチルコリンを増やすことで症状の改善を目指す薬剤であるが、現在開発中の多くの薬剤は疾患の発症機序をブロックすることで疾患発症抑制を目標とする disease modifying therapy (DMT) である。



図表 15 治療満足度と薬剤の貢献度の相関図(日本製薬工業会ホームページより)

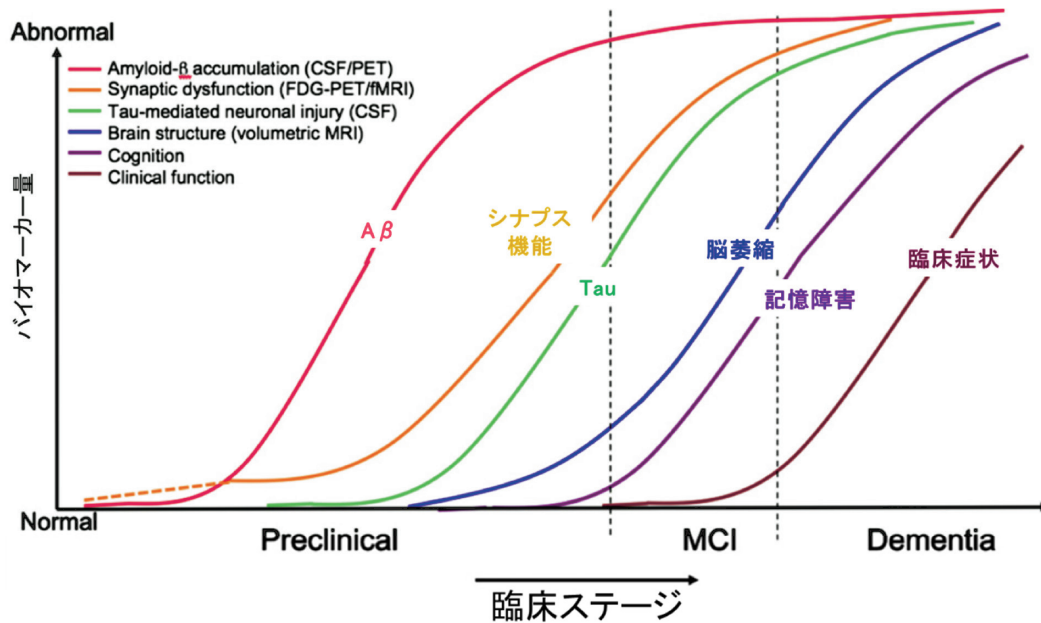
しかし認知症をきたす神経変性疾患に対する DMT は他の臓器と比較して難しい側面がある。神経細胞は再生能力が低く、胎児期から乳幼児期に生まれた神経細胞を一生涯使う必要がある。このため予備能力として 140 億個の神経細胞が作られるものの、加齢と共に 1 日 10 万個のスピードで減少してゆく (Terry RD, et al. Ann Neurol, 21:530-539, 1987.)。アルツハイマー病など認知症を来す神経変性疾患はさらにその神経細胞の減少を加速するが、そのプロセスは 1 年程度の短期間ではなく、10 ～ 20 年間に亘ることがわかってきた。



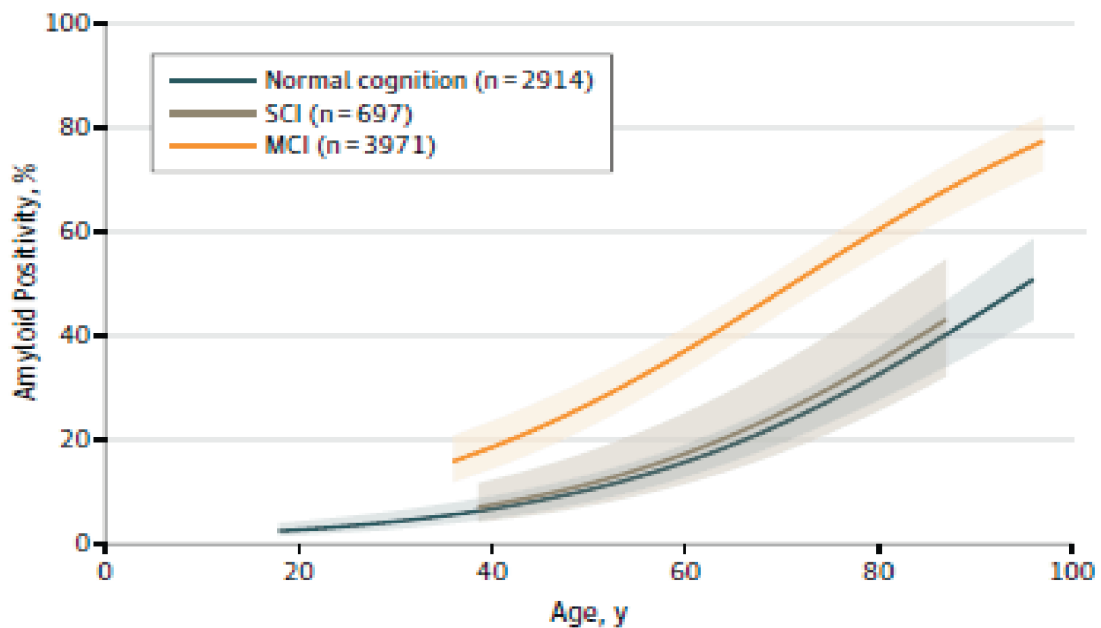
図表 16 DIAN 研究から見た認知症発症の時間経過  
(Acosta-Baena, et al. Lancet Neurol. 10: 213, 2011)

その自然史を明らかにした DIAN 研究(図表 16)では、平均 49 歳で認知症を発症する患者は記憶障害だけを示す軽度認知症障害 mild cognitive impairment (MCI) の時期が平均約 5 年、症状が発症する前 MCI (Symptomatic pre-MCI) の時期が約 6 年、全く無症候だが病理学的変化の始まる (Asymptomatic pre-MCI) 期間が約 4 年あり、認知症発症前に合計 15 年ほどの経過があることが示されている。

遺伝性アルツハイマー病は若年発症で経過も早いですが、孤発例のアルツハイマー病患者ではさらに長い病前期間が想定される。その間にアルツハイマー病の病理学的変化であるアミロイドβ蛋白の蓄積、リン酸化タウの蓄積、神経細胞の減少により脳萎縮が進行し、臨床症状としての認知症が発症することがアメリカで行われてきた ADNI 研究により明らかにされ、図表 17 のような臨床ステージの進行が提唱されている (Alzheimers Dement 7:280-292, 2011.)。現在、PET を用いたアミロイド蓄積のメタアナライシスでは、正常の加齢変化でも 70 歳で 20% 以上、発症前期と考えられる MCI では 60 歳で 30% 以上の陽性であった(図表 18)。このため根本治療としては、このアミロイドを如何に増加させないか、タウ病変を抑制できないかが大きなターゲットとなり、アミロイド産生を抑制する BACE 阻害薬、異常な蛋白凝集の元となるアミロイドβオリゴマーやタウオリゴマーを除去する抗体療法やワクチン療法などの開発が進められている。



図表 17 バイオマーカーから見たアルツハイマー病の進展様式  
(Sperling RA, et al. *Alzheimers Dement* 7:280, 2011.)

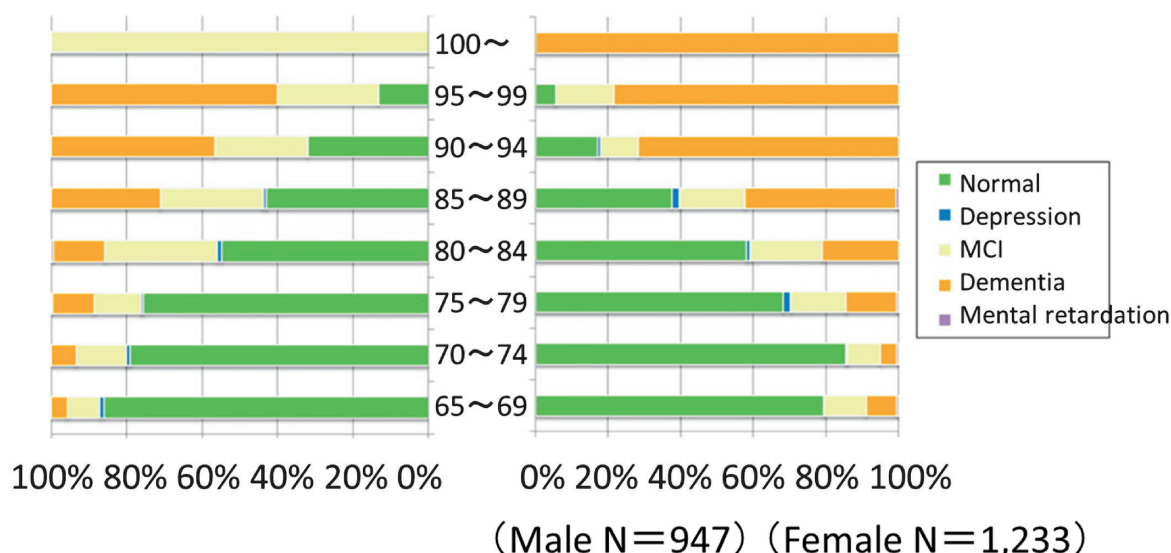


図表 18 アミロイド陽性率と年齢の相関(Jansen WJ et al. *JAMA*. 313: 1924, 2015)

しかしこれまでの治験により新薬の開発には大きな問題点があることがわかってきた。病変悪化進展の抑制は疾患発症後では困難で、既に蓄積したアミロイドを除去するだけではタウ病変進展の抑制は難しく、症状が進行することが、アミロイドワクチンの治験から示された。さらに薬剤の効果判定にも課題があり、発症予防効果を現在の治験の枠組みの中で科学的に証明することは容易ではない。

## (2) 認知症治療の将来展望について

現在、癌や虚血性心疾患の治療の進歩により、年齢調整死亡率は1995年以降いずれも低下傾向が続いている。1995年以降70歳代の平均余命は男性で3.1歳、女性で2.7歳伸びており、これらの疾患での死亡率低下が寄与しているものと推察される。これに比し認知症発症予防には十分な効果がでていないと言え難い。せっかく癌や心疾患を克服しても、次の認知症発症を待つのみということになる。



図表 19 男女別認知症の発症頻度(朝田隆 臨床神経 52: 962, 2012)

図表 19 は朝田らが示している年齢別の認知症、MCI の発症率である。このグラフが示すように男女ともに 80 歳代から急速に認知症の発症率は上昇する。2025 年には団塊の世代が後期高齢者に入り、間もなくこの 80 歳を越えてゆく。残された 8 年間の認知症治療はどうすべきであろうか。もし 5 年間、認知症の発症を遅らせることができれば、脳の加齢速度は他臓器のそれに近づき、社会に対する認知症治療の負担を軽減できるかもしれない。では、どのような手段で予防を行うのか？

最初にそれを明確に示した研究は、尼僧を対象として行われた nun study である。大学教育を受け、生活習慣もベストと言える高齢の尼僧の認知機能を毎年継続的に評価し、最終的に病理解剖を行った結果はアメリカでも大きな話題となった。この研究の最も重要な結論は「ラクナ梗塞を合併すると認知機能が低下してアルツハイマー病発症させやすく、かつ重症化させる。一方ラクナ梗塞がない場合、たとえアルツハイマー型病理変化があっても認知機能は保たれ、アルツハイマー病を発症しにくい」というものである。この研究以降の多くの疫学研究は、動脈硬化がアルツハイマー病の大きな危険因子であり、高血圧・糖尿病・高脂血症・喫煙などは動脈硬化促進の危険因子であると共に、認知症の危険因子でもあることを示した。また定期的な運動や地中海食などは認知症予防への効果が期待される結果も得られており、これは動物実験でも裏付けられている。

昨年発表されたアメリカの Framingham study では、1980 年代前半までと比較して年齢・性別を補正した 5 年間の認知症累積発症率は 1990 年代前半までで 22%，2000 年

代前半までで 38%，2010 年代前半までで 44%と持続的に低下したと報告され、その主な理由は明らかではないが、脳卒中、心房細動、心不全の低下と関連しているのではないかとされている。単独の動脈硬化危険因子の改善による発症予防効果はそれほど高くはないかもしれないが、動脈硬化予防と生活習慣改善を組み合わせた複合効果があれば認知症発症率を低下させる可能性があり、数年間の MCI から認知症発症を予防することは全くの夢物語ではないと考えられる。MCI と診断された患者でも運動の継続で症状の悪化が予防されている例は日常臨床でもしばしば経験される。また 70 歳代の多くの人に認知症発症を意識した定期的な運動習慣が広がることなども期待でき、これらによって認知症発症を予防する、または発症年齢を遅らせることは、2025 年までにできる最も効果的な認知症対策と考える。

更に 10 年後の 2035 年の人口構成は前述のグラフになる(P16. 図表 9)。2025 年の時点ではまだ第二次ベビーブームの世代が大きな介護力を担える人口構成であるが、2035 年にはその世代も 65 歳を超えてくる。この時期からの問題は介護力の不足であり、(1)で述べた根本治療薬の開発による高齢者の自立、およびロボットや海外からの介護力の補充がないと乗り越えることは難しい。今後 10 年間の薬剤、ロボットなどに関するイノベーションがどうしても必要であろう。

### (3) これからの地域における認知症ケア

上記の認知症発症予防とともに、既に発症した認知症患者をいかに社会全体で支えてゆくのか、その仕組み作りは重要である。認知症になってもストレスなく生活ができ、認知症のない人と同じように病気の治療が受けられ、そしてとぎれない医療・介護サービスによって最期まで安心して過ごせるような社会システムの構築が必要である。以下、初期の認知症患者へのケア、進行した認知症患者へのサポート、認知症のターミナルケアについて論じてみたい。

#### ①初期の認知症患者へのケア

MCI や認知症初期の患者を、早期に見つけ出し対処してゆくシステムを構築することは重要である。そのためには、子供も含めた地域住民に対して、認知症に関する正しい知識や認知症患者への適切な対応法を啓発・教育する場を広げてゆくことが大切で、まわりの誰かが異変に早く気が付いて正しく対応できれば、初期の患者が医療機関を受診するチャンスが増える。診断されたら進行を遅らせる治療も可能であるし、何より周囲の環境を整えることにより精神的な安定を得て周辺症状の発現を減少させることができる。また、今後のことについて本人がよく考える機会も得ることができるし、職場での無理のない仕事の継続や認知症カフェなどへの参加も促すことができる。これらは、本人の QOL にとっても、家族や周囲の人の介護負担の観点からも重要である。医療機関で MCI や初期認知症と診断された場合、本人への告知をどのようにするのか、心理や倫理、法律の面も含めたコンセンサスをしっかり構築しておく必要がある。「保健医療 2035」でもワンストップで身近に相談できる総合相談サービスの充実が挙げられている。地域住民への啓発活動や総合相談サービスをすべてボランティア活動でまかなうのか、何らかの公的な支援を行ってゆくのか、今後議論が必要である。

## ②進行した認知症患者へのサポート、ターミナルケア

この時期の認知症患者が入院を要する疾病に罹患した時、入院により容易にせん妄を引き起こすため、入院の継続が困難となることがしばしばある。入院中、家族が継続的な泊まり込みを余儀なくされることもあるし、十分な治療を受けられないこともある。また、検査や治療について本人がうまく意思決定できない場面も想定される。病院スタッフへの認知症ケアの教育、認知症患者受け入れに対する病院への支援、施設的环境で治療も受けられる中間的施設の創設、認知症患者における意思決定支援の在り方などについて議論、検討してゆくことが重要である。

また、生活の場をどこに置くかという問題も生じてくる。高齢認知症患者の独居や老老介護も増えているため、終始自宅で過ごすことが困難な認知症患者にとって最期まで生活することができる施設は第二の居宅として重要である。しかし、施設における看取りは介護職員の教育や日々の指導など医師や施設管理者にかかる負担や労力が大きいし、施設全体での取り組みも必要である。認知症患者が住み慣れた施設で最期まで過ごせるために、看取りを行う施設や医師への支援が重要と考える。また、多くの認知症患者は複数の身体疾患を合併しているため、認知症ケアと同時に医療的サポートが必要になる。たとえば医療職が手薄なサービス付き高齢者向け住宅では、一定以上の重さの疾患をもつ認知症患者が安定した生活を送ることは困難である。比較的重度の身体疾患を合併する認知症患者の、施設での安定した生活、看取りまでのケアを実現するためには、看護職が常駐する施設を拡大するなど医療を提供できる施設を拡充してゆくことが今後重要である。

老人施設と保育所を併設することは興味深い試みである。高齢者にとって子供とのふれあいは意欲や活動性の向上につながるであろうし、子供にとっては高齢者や認知症患者を理解する学習機会となる。中学や高校での介護実習や企業におけるボランティア活動なども同様な意義がある。社会を構成するひとりひとりが認知症のことをよく理解し日常生活の中で認知症患者とふれあってゆく機会を作ることが、認知症高齢者を社会全体で受け入れ、支えてゆくための重要なポイントであると考えられる。

## 4. 高額な医薬品・医療材料に対する対応

1985年、中曽根・レーガン合意に基づき、日米 MOSS 協議が開始された。それは日本市場の閉鎖性を問題視し、市場開放を求める米国内の声に呼応するものであった。特に医薬品・医療機器については、その承認審査の迅速化が求められ、これを境として、医薬品や医療機器の輸出入は著しい日本の輸入超過へと傾くこととなる。CT・MRIなどの体外検査機器はともかく、体内で使用する医療機器については、我が国の貿易収支は惨憺たる状況となった。

これまでから、血液製剤、抗癌剤、生物学的製剤、循環器の医療材料(ペースメーカー、カテーテル、人工血管、人工心臓)など非常に高額な医薬品・医療機器が問題となってきたが、特に最近では、ハーボニー配合錠などのC型慢性肝炎治療薬やオプジーボ(この薬剤は日米共同開発)のような「免疫チェックポイント阻害剤」の出現が、我が国の皆保険制度を危うくするのではないかと、マスコミをも賑わすようになってきた。

### (1)「より良い医療をより安く」はありうるか？

何をもって“より良い医療”とするのかについては、死生観や宗教観等によって左右される場合もあるが、今日の日本人気質を踏まえれば、それはより高い治癒率を有する最先端の医療技術と解釈するのが一般的であろう。昨今のグローバルな資本主義社会において、「より良い医療をより安く」の実現可能性は当面は極めて低いと言わざるを得ない。新規医薬品・医療機器の創出に要する膨大な開発費を、そのまま保険償還価格に反映させれば、いくら医療従事者が低賃金・重労働に甘んじたとしても、“より安く”なることはなく、間違いなく“より高く”なるであろう。したがってこれを緩和するためには、今後の先端医療や新規医薬品等の保険収載・適応症の範囲・価格設定等についての適切なルール作りや開発費の在り方の見直しが必要である。2016年に試行的導入が始まった「費用対効果評価」もこれらの方策の一つであり、その将来展望について、以下で考察する。

### (2)「費用対効果評価」等に関連して

「保健医療 2035」の3つのビジョンの最初の「リーン・ヘルスケア」で筆頭に位置するのが「より良い医療をより安く享受できる」であり、この項目中の具体的なアクション例の先頭に掲げられているのが費用対効果である(本答申書 P.4)。費用対効果という単語はこれを皮切りに注釈中も含めて提言書に7回登場し、重要なキーワードとして扱われている。しかし、そもそも「リーン(lean)」なる耳慣れない語句を採択せざるを得なかったことから、提言書をまとめる際の苦勞が窺われる。この費用対効果評価は2016年度診療報酬改定において試行的に導入され、現在本格的導入の検討中である。本項では、費用対効果評価導入の背景と課題、更にこれと関連して市場拡大再算定、保険外併用療養費制度についても触れてみたい。

2012年に中央社会保険医療協議会(中医協)において費用対効果評価専門部会が設置され、それまで必要性が指摘されていた保険収載や償還価格の判断材料における費用対効果評価が俎上に載ることになった。次いで、2014年度診療報酬改定に係る附帯意見、日本再興戦略改訂2014および経済財政運営と改革の基本方針2015(骨太の方針)の中で、2016年度診療報酬改定での費用対効果評価の試行的導入が明記された。その評価の指標としては一定の効果を得るために必要な費用である増分費用効果比(ICER: Incremental cost-effectiveness ratio)が一般的に用いられる。本邦では、費用に関しては原則として公的医療費を、効果指標に関しては質調整生存年(QALY: Quality-adjusted life year)を用いることを基本としている。QALYが汎用される理由として、疾患特異性がなく、複数の効果を同時に評価でき、結果が解釈しやすいことなどが挙げられている。費用対効果評価は欧州諸国で導入が進んでいるが、効果指標をQALYに統一して医療経済的観点を重視するイギリスの制度を本邦では参考に行っているようである。一方ドイツでは、効率性フロンティア概念という独自の方法で評価を行い、効果指標はQALYに限定せずに疾病や治療法に応じた指標を用いており医学的観点を重視しているといえる。フランスでは医学的評価を優位にした上で両方の観点で評価を行なっている。2016年度では、C型肝炎治療薬(ソバルディ、ハーボニーなど)、抗PD-1抗体製剤(オプジーボ)などの医薬品7品目、医療機器5品目が費用対効果評価対象品目とし

て既に選定され、企業による分析結果の提出後の再分析グループによる再分析が始まっているものと思われる。2017年度には、費用対効果評価専門組織において総合的評価（アプレイザル）が実施され、薬価算定組織または保険医療材料専門組織において費用対効果評価専門組織の評価結果に基づく価格調整および価格算定案の作成が行われ、中医協総会にて了承されるスケジュールである。今回の試行的導入では、通常の薬価または医療材料価格の算定（再算定）方法を用いた後に費用対効果評価専門組織による評価結果を価格調整に用いる位置付けとする、価格調整の具体的方法は2018年度診療報酬改定時に検討する、とのことであるので、費用対効果評価はまさに緒に就いたばかりである。

費用対効果を論じる際に不可避であるのが市場拡大再算定の制度であり、今までにも増加を続ける医療費に対して幾分かの抑制効果を果たしてきた。市場拡大再算定の制度は、2001年の中医協薬価専門部会（第1回）で既に薬価再算定ルールの一つとして議論されていた。2016年度改定時では、ソバルディ、ハーボニーなどの品目に関しては、従前制度に加え年間販売額が極めて大きい品目の取扱いを特例措置の新設で対応した。オプジーボについては、「市場拡大再算定の特例」の対象品目選定から外れた上に、超高額な薬価を維持したまま適応が拡大する状態を放置できないという認識が広がっていた。そこで、2016年11月の中医協で、次期（2018年度）薬価改定を待たず（期中改定）、また従前のような薬価調査を経ずして、市場拡大再算定の仕組みを活用した「緊急的な対応」を行うことで合意に至った。「2015年10月から2016年3月までの間に効能効果が追加」され、かつ「年間販売額1000億円超、当初の市場予測から10倍以上の拡大」の薬剤を「市場拡大の程度が極めて突出した薬剤」として位置付け、薬価を引き下げる方針を提示したのである。同時に、厚労省は「最適使用推進ガイドライン」の作成と「留意事項通知」の発出によって診療報酬上の取扱いの明確化を図るようである。

このように、費用対効果評価および市場拡大再算定の制度を概観しても、やはり医療費のコントロールが非常に難しいことがわかる。「保健医療2035」を極端に要約すると、「費用対効果評価に代表される効率化の徹底と地域や個人への自己責任の啓発によって、医療費の抑制を図りながらも高水準の医療の享受を維持しようとするもの」とも言える。確かに両者とも非常に重要なものではあるが、果たしてそれによって提言書の目標にある「世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築」できるのであろうか。現在、少なくとも医療従事者は安心、満足の医療を提供できるだけの体力と気力を失いつつあり、極めて憂慮すべき状況にある。医療提供者の安心、満足、納得が覚束なければ、医療享受者に安心、満足、納得を得られる保証はないのであり、「保健医療2035」には、明らかにこれらの視点が欠けている。

疲弊した医療現場からは、「混合診療全面解禁」、「保険外併用療養費制度の拡大」、「国庫負担投入量の増大」などを求める声も上がる。その背景にあるものは、高額医薬品・医療機器の増加が、限られた医療費の中で医療従事者の技術料を圧迫し、現場に限度を超えた過重労働を強いている実態への、やり場のない憤りと悲痛な叫びである。多くの医療者は、良質な医療が全国民に平等に提供されることを望んではいないが、“医療資源は決して水や空気のような存在ではない”ことも事実である。医療者も国民も、お互いの痛みを十分踏まえた上で、我が国の医療はどうあるべきかについて、全国民的議論がなされることを求めたい。

### (3)高額薬剤等の将来展望(再生医療も含め)

近年(ここ10年)の新薬開発とその臨床現場への導入は、前述のハーボニーやオブジーボに代表されるように、明らかに多くの疾患予後を改善し、「より良い医療」をもたらしてきたが、その一方で「より高く」提供してきたことも事実である。その傾向は今後益々高まると考えられるが、これを費用対効果等の指標導入によって調整することが本質的に可能か否かは疑問の残るところである。特に、その開発が医療等分野の産業としての活性化を期待される再生医療においては、その傾向はさらに強いものとなるであろう。従って、高額薬剤の将来展望を考えた時、新たな産業創出が可能であると仮定しても、よほど革命的な技術革新がもたらされない限り、「より良い医療をより安く」という理念の実現は困難であると思われる。国がAMEDなどを通じて医療の研究開発により積極的な投資を行うとともに、その産業創出によって生み出された利益を、社会や医療に還元する方策についても、今後検討してゆく必要があるだろう。

## 5. 財源の確保－国民負担の在り方について

「保健医療 2035」では、前章第2節の(2)「安定した保健医療財源」に記載した如く、患者負担、保険料、公費(税)の3つについて、それぞれに財源確保策が述べられている。患者負担については、後期高齢者の窓口負担率の見直しや疾病の軽重による負担率の細分化(例えば風邪などの軽医療は負担割合を高くする)が挙げられており、保険料については、所得のみならず資産も勘案したものにすることや、リバースモーゲージ活用の提案もなされている。公費については、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税、更には環境税を社会保障財源とすることも提起している。しかし消費税率、所得税の累進課税、法人税(日本の法人税の法定正味税率は高いが、グローバル企業の実効税率は著しく低い)等の在り方、および保険料の上限の見直しなどについては触れられておらず、景気(アベノミクス)の成り行きに配慮した内容とも思える。しかし国の財政規律を重視するならば、医療費抑制のみでなく税収・保険料収入等とのバランスにおいて、どのような形が最も望ましいのかの議論も必要であろう。

### (1)国の財政赤字と国民医療費

冒頭に述べた如く、2014年度国民医療費は40.8兆円、うち国庫負担は10.5兆円(25.8%)である。また、2014年度の国の決算では、赤字国債発行額(新たな借金)は38.5兆円に対し国債費(借金返済)は22.2兆円であり、プライマリー・バランス(基礎的財政収支)黒字化のためには、約16.3兆円の租税増収か支出削減、あるいはこれらの組合せが必要となる。すなわち極言すれば、国民医療費をゼロにしてもプライマリー・バランスの黒字にさえ程遠く(単純計算で約5.8兆円足りない)、“医療費を抑制すれば、国の財政は健全化する”などと考えるのは大きな誤りであることがわかる。

2014年度診療種別国民医療費(図表20)で入院、外来(入院外)など種別で医療費を見てみても、一般診療所の外来医療費は8.3兆円であり、これに対する国庫負担はおよそ2.1兆円である。如何に外来医療費を抑制しても財政効果は極めて限定的であり、国の財政健全化には程遠い。やはり国民にとって、できるだけ公平かつバランスのとれた形での租税収入増加も検討する必要があるのではないか。景気回復の名の下に社会保

障費のみを抑制しても、決して問題解決につながらないだけでなく、長い目で見れば国民の健康不安・将来不安が高じて景気の足を引っ張る可能性の方が大きい。

診療種類	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)
総 数	408,071	100.0
入院医療費(病院)	148,483	36.4
(一般診療所)	4,158	1.0
入院外医療費(病院)	56,956	14.0
(一般診療所)	82,909	20.3
歯科診療医療費	27,900	6.8
薬局調剤医療費	72,846	17.9
その他	14,820	3.7

図表 20 2014 年度診療種類別国民医療費(厚生労働統計より)

※その他：入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費等

## (2)我が国における国民負担率の推移と国際比較

はたして、我が国の国民負担率(特に医療について)は諸外国と比較して高いのであろうか。国民負担率とは、租税負担と社会保障負担の合計を国民所得で除したものであり、次の式で表される。

$$\text{国民負担率} = \frac{\text{租税負担} + \text{社会保障負担}}{\text{国民所得}}$$

また図表 21 は、我が国における国民負担率の推移を 5 年刻みで表示したが、その数値は徐々に上昇し、ここ 30 年(1983 - 2013 年)で 8.5%(潜在的国民負担率は 10.2%)増加し、2013 年で 41.6%となつてはいる。

年度	租税負担 (%)	社会保障負担 (%)	国民負担率 (%)	潜在的な 国民負担率 (%)	国民所得 (兆円)
1983	23.3	9.7	33.1	40.1	231.3
1988	27.2	9.9	37.1	38.5	302.7
1993	24.8	11.5	36.3	43.0	365.4
1998	23.6	13.5	37.1	47.7	369.4
2003	21.2	14.1	35.3	45.8	368.1
2008	24.1	16.2	40.3	48.8	355.0
2013	24.1	17.5	41.6	51.3	359.1

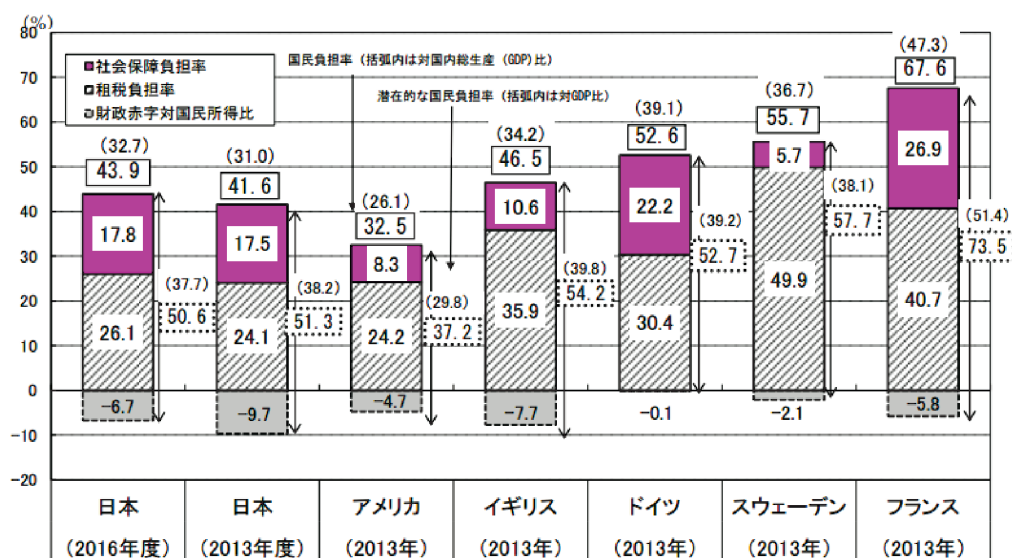
図表 21 国民負担率(対国民所得比)の推移(財務省公表資料より抜粋)

※潜在的な国民負担率：国民負担率に財政赤字の負担率を加えたもの

しかしながら、図表 22 (2013 年における欧米先進国との国民負担率の比較)に見られるように、アメリカ以外の国は我が国より国民負担率が高く、特に租税負担率が高い国が多い。現状においても、我が国の国民負担率は決して高いとはいえない水準で推移している。

### 国民負担率の国際比較

〔国民負担率＝租税負担率＋社会保障負担率〕〔潜在的な国民負担率＝国民負担率＋財政赤字対国民所得比〕

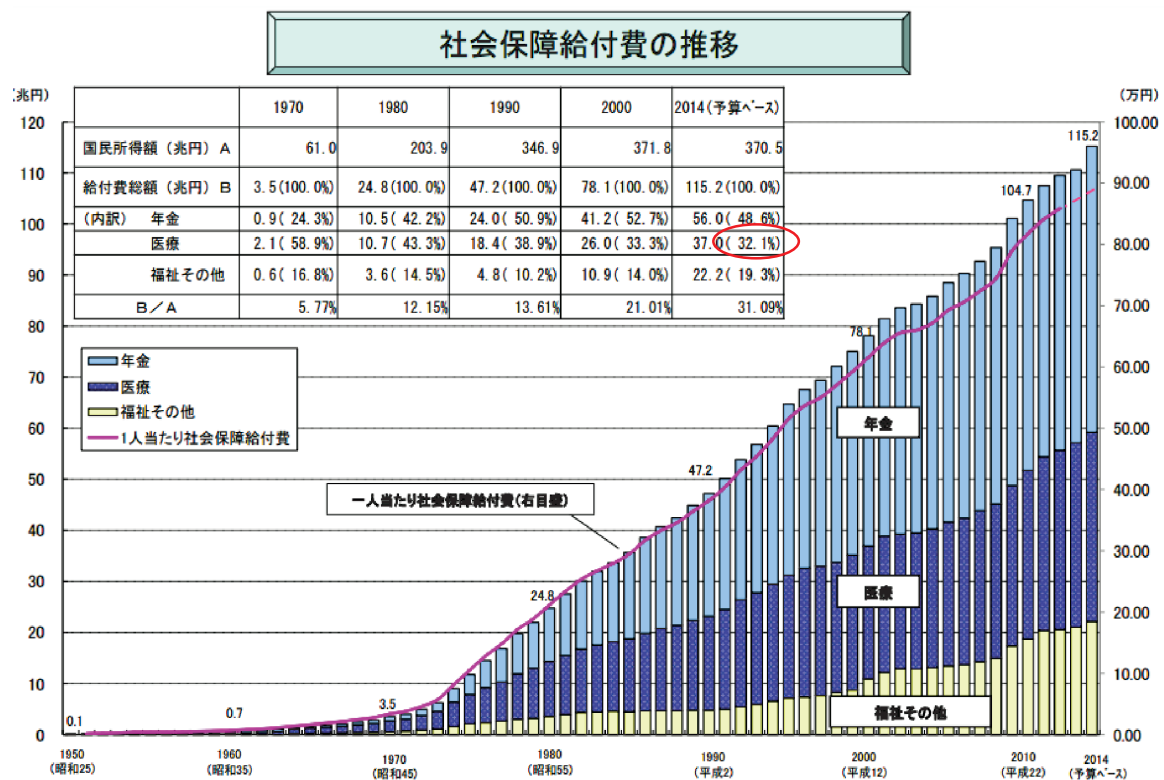


(注) 1. 日本は2016年度（平成28年度）見直し。諸外国は2013年実績。  
 2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。  
 【諸外国出典】“National Accounts” (OECD)、“Revenue Statistics” (OECD) 等

図表 22 （財務省ホームページより）

また図表 23 は、我が国における社会保障給付費（自己負担を除く）に占める年金、医療、福祉の総額・割合などの推移である。棒グラフは、一人あたりの社会保障給費を示しているが、経年表の数字は 10 年刻みの給付費総額（単位兆円）とそれぞれの割合（%）の推移を表している。この経年表をみると社会保障給付費に占める医療の割合が確実に減少している（2014 年予算ベースでは 32.1%）。要約すれば、我が国における国民負担率は、欧米先進国に比べれば低い水準にあり、また近年における国民負担率増加の主たる原因も医療にはないことがわかる。

この節の冒頭などでも述べた如く、医療費抑制のみでは何ら解決に結びつかず、やはり消費税、法人税、所得税の累進課税、保険料などを含めた総合的な財源の見直しが必要であることを指摘しておきたい。



図表 23 (国立社会保障・人口問題研究所資料より)

※棒グラフは、一人当たりの社会保障給付費。経年表は総額(兆円)と割合(%)。

## V まとめ

我々は「保健医療 2035 提言書」について詳細な検討を加えるとともに、我が国の医療が抱える様々な課題やその将来展望について分析を行った。

「保健医療 2035」から感じとれたものは、“非常に崇高な目標や理念が掲げられているが、日本の医療に対する基本認識や制度改革の方法論が間違っているのではないか？”という疑問であった。

我が国の国民皆保険制度を将来に亘って維持・発展させるためには、相応の改革が必要であることは論を俟たない。しかし、複雑かつ完成度の高い現制度を極端な“パラダイム・シフト”によって大変革することは事実上不可能であり、敢えて実行すれば既に限界にある医療現場に更なる混乱をもたらし、最後のトドメを刺しかねないものとなる。20 年後の医療については非常に多くの課題があるが、関連資料等を分析する中で、“必ずしも絶望的なものではない”ことも窺えた。広範な領域において、どのような改革が必要で、かつ可能であるのかをつぶさに検討し、丁寧にしかし着実に改革してゆくことが、結局は近道であると考ええる。

また、国の膨大な債務の主たる原因が医療費にあったのではないこと、極端な医療費削減を行ってもプライマリー・バランスの黒字化すら程遠いことも指摘した。医療費抑制によって、国の財政が大きく改善するかの如き幻想からは、一刻も早く目覚めなければならない。しかしながら、これは決して医療における無駄の存在を容認するものではない。医療者は、必要なものは必要として萎縮することなく良質な医療提供を心がけ、同時に自らの襟を正す自浄作用にも注力しなければ、国民の理解は得られない。

天然資源に恵まれない我が国にとって、輸出産業が一定の重要性を有していることは確かである。しかし、日本は元来内需が大きく、輸出依存度(総務省統計局のデータによると、ここ数年は対 GDP 比 14%前後で推移。韓国は 40%以上)は存外低い。つまり、我が国への「貿易立国」との呼称は必ずしも正しいものではなく、むしろ「内需依存型経済」の国家とするべきであろう。医療や介護サービスなど社会保障の充実には内需を大いに喚起するものであり、これらによって国民の健康不安・将来不安等が取り除かれれば、景気や経済のみならず様々な方面に好循環をもたらすものと考ええる。社会保障や教育をより一層充実させて雇用促進を図り、高齢者や女性も安心して活躍できる豊かな社会を創造してゆくことを強く提言する。