

# 社会保険研究委員会 答申

諮問：給付と負担について

－日本の将来、医療と国民の融和点は

2021年6月

京都府医師会

社会保険研究委員会



2021年6月17日

京都府医師会長

松井道宣様

答申

本委員会は、2019年10月29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「給付と負担について－日本の将来、医療と国民の融和点は」について、2年間15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ましたので、ここに答申いたします。

京都府医師会社会保険研究委員会

委員長 出木谷 寛

# 社会保険研究委員会

敬称略、順不同、( )内は2021年6月現在

- |       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 委員長   | 出木谷 寛<br>(出木谷医院 院長)            |
| 副委員長  | 米林 功二<br>(よねばやし皮膚科クリニック 院長)    |
| 委員    | 井口 福一郎<br>(耳鼻咽喉科いぐちクリニック 院長)   |
|       | 池田 栄人<br>(京都第一赤十字病院 病院長)       |
|       | 北川 昌洋<br>(市立福知山市民病院 救急救命センター長) |
|       | 丹生 智史<br>(にう診療所 院長)            |
|       | 福州 修<br>(衣笠医院 院長)              |
| 担当副会長 | 濱島 高志                          |
| 担当理事  | 山下 琢                           |

# 目次

1. はじめに	P 1
2. 医療費の問題は二方面から	P 2-7
3. 国民皆保険制度を維持するための保険外併用療養費制度	P 8-10
4. 医療費に占める割合が増大し続ける薬剤を効率よく使用するには	P 11-13
5. 救急医療における給付と負担（附記：コロナ対応） ～求められるのは効率的な体制と適正な受療行動！～	P 14-17
6. 行政機関よし・医療機関よし・国民よし いわゆる「三方よし」の提案 2 点	P 18-19
7. CGA や ACP は医療経済を救えるか？	P 20-22
8. 大病院受診時の定額負担の問題点と個々の医療機関の役割について	P 23-25
9. 国家の繁栄と国民の安寧のための医療を考える	P 26-29
10. オンライン診療を適切に施行するための課題の検討	P 30-31
11. あとがき	P 32

# 1. はじめに

1961年に制定された国民皆保険制度の発展により、我が国の平均寿命は世界最高レベルに達している。近年では高額医薬品や高額な医療技術の登場で、その恩恵を受ける一方で、医療費はますます増大し医療財政がひっ迫している。

この財源を確保するために、収入面では景気を良くして確実に徴収し、支出面では必ずしも適切とは言えない受療行動を制限して理不尽な抜け穴をふさぐことも必要である。また、空気のように当たり前に存在する社会共通のインフラである医療を提供するには、当然ながらコストが発生する。現在のフリーアクセス制度の下で行われる、救急医療機関へのコンビニ受診。今後専門医シーリング・医師の働き方改革の議論が進む中で、医療資源を有効に活用するには、国民の医療機関への上手なかかり方も必要になる。また、高齢化が進む中で本人や家族の意思に沿わない医療を回避するには、普段から個人の意思を家族で共有することも重要である。

本来、給付すべき保険診療の範囲はどうあるべきか。特定の患者層に対して高額な医療財源を投入することに軸足が偏るあまり、標準的な医療を提供することができなくなることはないのか。従来の治療法以上にADLを追求するあまり、高額な分子標的薬まで皆保険制度でカバーする必要はあるのだろうか。一方で前内閣において閣議決定されている「ゲノム医療」をいち早く整備することによって、世界に先駆けて我が国がイニシアティブを取り、国家繁栄の知的財産を得なければならない。

今回諮問を受けた後、未曾有のCOVID-19感染症の問題が発生した。全世界を襲うこの情勢の中で、我が国の医療提供体制の長所・短所も見え始めている。感染症対策においては、必ずしも十分とは言えなかったこれまでの体制については、今後の感染拡大の状況を的確に把握し、今後起こり得る新興感染症に備えられる体制を構築することが喫緊の課題となっている。入院治療を要する患者を受け入れる医療機関を中心として、今後の医師の働き方改革の問題と合わせて十分な検討が必要である。新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）が構築され、また京都独自で空床状況や治療内容を共有するCOVID-19重症医療機関病院長会議が立ち上がり、医療機関同士また行政との間でのスムーズな情報交換が可能になったという側面もある。災い転じ、こういった取り組みを糧として、今後の地域医療構想を進めていく上で、感染症以外の分野でも医療提供体制を強化する方策を構築していかなければならない。一方、元々は時限的措置であった初診からのオンライン診療を恒久化する方針が政府によって掲げられているが、この方向性は本当に正しいものなのであろうか。確かに有用な部分も認められるが、無秩序に施行されることの危うさについても指摘しておきたい。各項目の中で、COVID-19感染症が拡大することによって給付と負担に与える影響についても、可能な範囲で言及する。

## 2. 医療費の問題は二方面から

これからも国民皆保険制度を維持していくためには、医療費の支出面では無駄を省き非合理的な医療を排除し、収入面では景気を浮揚させて公費負担の原資である税収の確保と社会保険料の確実な徴収に尽きると思われる。

### 1 支出面

世界有数の長寿国となった日本であるが、健康寿命の観点から見ると、まだまだ課題は多い。例えば、胃瘻を増設し植物状態の高齢者を生かし続ける延命治療は、国民の死生観に大ナタを入れない限り減らないであろうし、親の年金が頼りで生活の糧になっている人々にとっては有難いことも事実である。老衰死と思われる高齢者が救急搬送されれば、誰も望んではいないはずの延命のための高額で結果の伴わない医療をしなければならない現状は、総医療費に占める終末期医療費の割合がそれほどではないにしても改革する必要があるはしないだろうか。ACP（日本語の愛称は「人生会議」）の議論は前に進めなくてはならない。

また、救急患者を異常なしとして帰宅させた後に急変して問題となることのリスクを回避する余り、結果的に不必要な検査を行って医療費を高騰させている側面もある。医療にも不確実なことや限界があることを国民に理解してもらい、通常の何ら落ち度の無い診療で予期せぬ結果になった場合でも刑事事件化されることの無いよう、国民からも信頼される形で医療事故調査制度が整備されることが望まれる。

外国製高度医用材料（特に米国製のペースメーカー、人工弁、人工血管、カテーテル、ステント、人工レンズ、人工関節等々）の内外価格差は問題である。当然これを解決することが先決ではあるが、内外価格差があっても医療費の高騰を抑止するためその適応は慎重にも慎重を期すべきであり、これには医療者側の意識改革も必要である。

医薬分業の意義は何であったのか。政府資料（「規制改革会議の健康・医療ワーキング・グループ（2015.05.11）」）によれば、意義は2つ挙げられている。

まず、その一つは「薬物療法の安全性・有効性の向上」である。これは処方内容のチェック、丁寧な服薬指導、残薬の解消が当てはまり、これに調剤薬局が貢献していることは否定しない。

もう一つの意義は、「医療保険財政の効率化等への貢献」である。医薬分業で医療費削減に寄与できたかどうかであるが、後発医薬品の使用割合の上昇・残薬の解消を通じた薬剤費の削減効果等が当てはまる。

しかしながら、平成19年度の医科診療医療費は25兆6418億円、薬局調剤医療費は5兆1222億円で、平成29年度はそれぞれ30兆8335億円と7兆8108億円で、この10年間の伸び率はそれぞれ120%と152%であった。これでは、医薬分業で医療費削減に寄与できたとは到底言えまいが、一つ目の意義を担保するための必要経費と見るべきか。

長期滞在外国人による国民健康保険不正加入・国保保険料の滞納・海外療養費支給制度（海外でのケガや病気の治療費の一部が還付される制度）の悪用等、これらは論外である。日本では3ヵ月以上の在留資格を持つ外国人は、国民健康保険に加入する義務がある。権利ではなく「義務」である。つまり「留学目

的」で来日すれば合法的に国民健康保険に加入できるのである。本当は医療目的であってもそれを隠して来日し、不正に「留学ビザ」を取得すれば健康保険に加入でき抜け目なく合法的に医療を受けることができる。「留学ビザ」の他にも、日本で事業を行う際に発行される「経営・管理ビザ」で入国する方法もある。留学ビザや経営・管理ビザだけでなく、日本の企業に就職すれば、国籍関係なく社会保険加入することが義務付けられている。そして、本国の両親や祖父母を「扶養」にすると、この両親や祖父母は日本に住んでもいないのに健康保険に加入することができる。日本で治療を受けた後、本国に戻ってからも治療を継続した場合にかかった本国での医療費を日本の健康保険が一部負担してくれる「海外療養費支給制度」までである。このように不正な手段で入国し合法的に日本で医療を受けられる健康保険制度の抜け穴が現に存在する。医療費を抑制しようとしている一方で、国民が支払う社会保険料および血税を以て運営される国民健康保険を一時滞在の外国人が安直に利用できてしまう制度では、国民の納得は到底得られまい。

今般、新型コロナウイルス感染症が指定感染症に指定（令和2年1月28日）されたことに伴い、患者に対する入院措置や適切な医療の提供は公費により実施されることになった。そして、これは我が国に入国した非定住外国人であっても対象となる。国民の生命及び健康に重大な影響を与える恐れがある感染症であるならば致し方ないが、感染症に限らずその他の疾病でも、外国人に巧みに利用され日本人自身が満足な医療を受けられなくなれば本末転倒であり、法の抜け穴は即刻塞いでもらいたい。長期滞在外国人専用の医療保険制度を整備すべきであり、短期であっても海外旅行保険は義務付けるべきである。

## 2 収入面

2012年8月の社会保障・税一体改革により、今後の消費税率引上げによる増収分を含む消費税収（国・地方、消費税率1%分の地方消費税を除く）は、全て社会保障財源に充てられることになった。これまでの高齢者3経費（基礎年金・老人医療・介護）と呼ばれる主に高齢者のための社会保障から、社会保障4経費（年金、医療、介護、子育て）という、高齢者だけでなく子供や孫の世代までの「全世代型対応」の社会保障を充実させるための改革である。しかしながら、消費増税分の税収では社会保障4経費の合計額にはまだ足りていないという。

これまでの消費増税を巡る議論の中で、国債と借入金、政府短期証券を合わせた「国の借金」が1000兆円を超えていることを理由に、「財政再建」と「金融緊縮」を至上命題として消費増税が推し進められてきた。

2014年4月に消費税が5%から8%へ引き上げられた時は、直前に大きな駆け込み需要が発生し、その反動で消費は落ち込んだ（前年同月比4.6%減）。その後次第に消費は回復すると考えられていたが、国内の個人消費は低迷が続き、2年以上経過しても思うように回復しなかった。増税すればさらに消費が冷え込み、日本経済が再びデフレに逆戻りするかもしれないとの判断で、2017年4月に10%へ引き上げる予定が、2年半延期された。そして、2019年10月1日、遂に消費税が8%から10%に引き上げられた。

総務省が発表した家計調査によると、2019年10月から2020年3月までの増税後の半年間の2人以上の世帯当たりの消費支出は27万9671円、27万8765円、32万1380円、28万7173円、27万1735円、29万2214円であり、物価変動の影響を除いた実質で前年同月比5.1%減、2.0%減、4.8%減、3.9%減、0.3%減、6.0%減であった。半年間連続して落ち込んで



おり、消費税率を5%から8%に引き上げた時よりも落ち込み幅は大きかったことになる。単に税率を上げれば社会保障費が賄えるといった単純なことではない。社会保障を消費税で賄うことは、本当に理にかなった方策なのであろうか。この点に関しては、別項を設けて詳述する。

財政難の原因として、増え続ける医療費がやり玉に挙げられてきた訳であるが、消費増税以外に歳入(税金)を増やす努力、即ち所得税収を上げる景気の浮揚策は充分なされてきたのだろうか。全く不十分と言わざるを得ない。バブル崩壊後国民所得が伸び悩んでいるのは、経済政策の失政と言っても過言ではない。

最新の国民医療費の概況によれば、平成29(2017)年度の国民医療費は43兆710億円、前年度の42兆1381億円に比べ9329億円、2.2%の増加となっている。

財源別にみると、公費は16兆5181億円(構成割合38.4%)、そのうち国庫は10兆8972億円(同25.3%)、地方は5兆6209億円(同13.1%)となっている。保険料は21兆2650億円(同49.4%)、そのうち事業主は9兆744億円(同21.1%)、被保険者は12兆1906億円(同28.3%)となっている。また、その他は5兆2881億円(同12.3%)、そのうち患者負担は4兆9948億円(同11.6%)となっている。

年齢階級別にみると、65歳未満は17兆195億円(構成割合39.7%)、65歳以上は25兆9515億円(同60.3%)である。人口一人当たり国民医療費をみると、65歳未満は18万7000円、65歳以上は73万8300円で、75歳以上に限定すれば、92万1500円であり、0~14歳を除くと高年齢になるほど増える傾向にある。

民間保険では、病気になる確率の高い有病者はそもそも加入できないか保障されないし、高齢者ほど保険料は高くなる。その意味では、低所得者には一定の減額措置等きめ細やかな議論が必要ではあるが、後期高齢者の保険料若しくは窓口負担を増やすのもある意味仕方が無いとも言える。しかし、そうすると今後必要になるかも知れない医療費に備えて国民の、特に高齢者の消費はさらに冷え込み、消費増税分も絵に描いた餅になるかも知れない。

また、特定健診を受けていない被保険者や受けていて異常を指摘されているにも拘らず医療機関を受診せず受診勧奨にも応じない被保険者に対し、保険料の割増制度のような懲罰的対策も考えるべきである。

一方で、人口一人当たり国民医療費が16万2900円の0~14歳に対する負担軽減は、少子化対策として少なくとも逆効果にはなることは無いはずなので、乳幼児のみならず15歳未満の医療費助成制度は拡充すべきである。

法人税・消費税(損税)の納付を免れている特定の大企業や地方税・健康保険料を滞納している一部の個人。その他にも、制度の欠陥を悪用した社会保険料逃れが現実に存在する。例えば個人事業主が低額の報酬を受ける小規模な法人を設立し、そこで社会保険に加入することで高額な保険料が課せられる国民健康保険には加入せずに済むような制度的な抜け穴がある。こうした社会保険料の徴収漏れがどれほどになるのか実態は不明であるが、正直者が馬鹿を見る不公平さには憤りを禁じ得ない。国税庁と違い地方自治体の徴税部門は極めて脆弱であることもその一因であり、国税庁を財務省から切り離し、日本年金機構の徴税部門と合併させて、新たに税金と社会保険料の徴収を一括して行う米国の「歳入庁」のような行政機関の新設も取りざたされているが、地方税と一部の医療・介護の保険料徴収は各地方自治体が行っており、被用者の保険料はそれぞれが加入する健康保険組合や協会けんぽ、共済組合がそれぞれに

徴収しているので、国の「歳入庁」に一元化することは容易なことではない。地方自治体の徴税権を奪うことにもなり、地方自治体の強い反発も予想される。しかし、それでも社会保険料の確実な徴収に向けての取り組みは是非とも前へ進めて貰いたい。

医療費が今後際限なく増え続けることは当然のことながらよしとはしないが、如何に社会保障費の原資である税収を増やし徴収漏れや不正受給を無くしていくか、また限りある財源の中で無駄で非合理的な医療を排除していくことに、為政者も医療者も取り組んでいかななくてはいけない。

### 3 社会保障費を消費税で賄うことについて

経団連をはじめとして、財界は皆一致して消費税増税に賛成している。消費税10%では不十分で、もっと上げないといけないという声も上がっている。若い人の負担を減らし、社会保障を安定化するためと言うと一見正論であるが、実は消費税増税に賛成する理由は別にある。社会保障費は労使折半で経営者側も払っており、人件費の中でも大きな割合を占めている。従って、人件費を抑えたい財界としては、企業の社会保障費負担が減ることになるから消費税増税に大賛成なのである。アルバイトやパートタイマーのような非正規雇用者が増えたことも社会保険料の減収につながっており、正規雇用を増やすことも重要な課題である。

社会保障は公的な保険であり、本来共助の精神に立ち保険料で賄うべきものであるはずである。使う人は使い、使わない人は使わない。しかし財源が足りないのので、その足りない分を「税金で賄う」ことで、財界と政府の思惑が一致したのであろう。元々大蔵省（当時）は、社会保障費に税金を投入することに反対していたはずである。

では、消費税はいつから社会保障のために使うことになったのか。自民党竹下内閣時に消費税法が成立し、翌1989年（平成元年）4月1日に施行され、税率3%でスタートした。1994年の自社さ連立政権の村山内閣で3%から5%に増税され、2011年（平成23年）12月民主党野田政権で消費税を2014年（平成26年）4月に8%、2015年（平成27年）10月1日に10%にそれぞれ増税する案が提出され成立した。そして、2012年12月に野田内閣で消費税増税を柱とする社会保障・税一体改革関連法案が成立し、消費税を社会保障のために使うことになったのである。その後、第二次安倍政権の2014年4月1日に5%から8%に増税されたが、増税による可処分所得の低下により消費の低迷が起きて10%への増税は2度見送られた。しかし、最終的には2019年10月に税率は10%になった。その後の消費低迷については前項で述べたとおりである。

景気に左右されない安定した財源とされる消費税ではあるが、消費を鈍らせて景気を衰退させる税制度であるので日本の社会にはなじまないと個人的には思うが、消費税そのものが悪いわけではない。ここで問題は、社会保障を税金で手厚く賄って衰退した国もあることである。例えば、第二次世界大戦から1970年代までのイギリスは、北欧諸国と並んで『ゆりかごから墓場まで』と言われた福祉国家の典型であった。しかし、福祉の充実は財政赤字をもたらし、ポンドの価値は低下した。おまけに、1950年代末以降のイギリス経済は、他の欧米諸国に比較して相対的に凋落傾向にあり、ストも頻発して1970年代のイギリス経済は「イギリス病」と呼ばれ国家は衰退した。政府が国民を一生面倒見る英国型の社会保障は、結局破綻した。

最近では、米国の医療保険制度改革、通称オバマケアは増税に次ぐ増税で税収を社会保障につぎ込んだ例が挙げられる。社会主義的な経済政策に対し、税金の無駄遣いを批判した減税運動が2009年から

始まったが、この運動は1773年当時の宗主国の英国が植民地のアメリカに課した茶法（税）に対して起こされた抗議運動になぞらえてティーパーティ運動（Tax Enough Already）と呼ばれた。オバマ政権の増税で疲弊した米国は経済成長が止まった。トランプ政権になってからは徹底した所得税の大減税を行いアメリカ国民の使える現金を増やしたことで消費景気が盛り上がり、株価は史上最高値となり、雇用は増え米国の経済成長率は3%に上った。蛇足ながら、米国新大統領となったバイデン氏は、環境インフラ部門に4年間で2兆ドルの財政出動を行い、その財源は大企業への法人税や富裕層への所得税の税率引き上げで賄う意向らしいが、果たしてどうなるか。

日本では民主党政権時代の「社会保障と税の一体改革」案により社会保障を安定化するために消費増税したが、国民には消費に回すお金の余裕が無いのに消費税を上げたことで経済成長は停滞したままである。安定財源を確保することで社会保障の充実・安定化と将来世代への負担の先送りの軽減が同時に実現されると言うが、これは幻想である。

消費税率1%分は約2.8兆円に相当すると見込まれるので、5%から10%への増税による増収分は約14兆円である。社会保障と税の一体改革では社会保障の充実に2.8兆円（税率1%分に相当）、残り11.2兆円（税率4%分に相当）を社会保障の安定化に使うこととされている。この社会保障の安定化とは、具体的にいえば、基礎年金の国庫負担の財源不足の穴埋め（国庫負担割合の2分の1への引上げ）に3.2兆円、消費税率引上げに伴う社会保障4経費増への対応に0.8兆円、後代への負担のつけ回しの軽減に7.3兆円が充てられる。後代への負担のつけ回しの軽減とは、社会保障経費を赤字公債等で賄っているところを、消費税の増収分で賄えるようにすることである。赤字公債の発行が抑制できる分、今の社会保障給付から恩恵を受けられない将来世代が負う借金返済の負担を軽くできるとしている。しかし、後代への負担のつけ回しの軽減のためとは名ばかりで、結局のところ消費税収を赤字公債による借金返済に充てることである。更に、この後代への負担のつけ回しの軽減分の一部を子育て支援や教育無償化など歳出拡大の財源に充てようという話であるが、論点がずれるのでここでは割愛する。

繰り返すが、本来社会保障は保険料で賄うべきものである。社会保障の一部を消費税で賄うことになれば、年金や医療の財源を安定させるためには仕方がないと、消費税率を上げ続ける良い口実になる。そうなれば消費は更に落ち込み、税収増も期待できず持続的な経済成長は絵に描いた餅になる。社会保障の安定化、即ち後代への負担のつけ回しの軽減のためという名目で恐らく、消費税は今後も上げ続けられることであろう。

#### 4 まとめ

では、保険料だけでは足りなくなった社会保障費を税金で賄わないとしたら財源はどうするのかという問題は残る。保険料を上げるのも一法だが、せめて国民所得を増やす努力も必要ではないだろうか。景気を浮揚させ、経済を活性化させることが問題解決の一助につながるはずである。しかし、その前に見直すべきことは、保険料の確実な徴収である。

京都府内の市町村国保の徴収率は平均90数%程度とのことであり、是非とも100%を目指して引き続き徴収率向上に尽力願いたい。組合健保や職能団体の国保組合は恐らく徴収率は高いと思われるが、協会けんぽの徴収率は公表されておらず不明である。

年金は、掛け金を払っていない人には支払われない。これは大変分かり易い。しかし、中小零細企業が年金保険料を従業員から徴収していながら国庫には納めていなかったという事例は過去に無かった話で

はない。日本国民が払っている消費税や所得税より年金のための社会保障費の方がはるかに多いが、強制的に徴収されるので税金と同じである。合法的にあるいは脱法的に徴収逃れをしている法人や個人がいるとすれば、徴収するシステム・制度の不備であり不公平感は否めない。まずは、徴収の抜け穴を塞ぐことである。「社会保障と税の一体改革」であるならば、社会保険料（年金と健康保険）も税と一体で確実に徴収するような国税庁のような捜査権を持つ組織があつて然るべきである。

また、健康保険制度に関しては、「保険証を忘れた」、「今、現金の持ち合わせがない」と言われても倫理的な観点から診療しない訳にはいかない。更には、保険料を納めずに健康保険に加入すらせず、病気にかかった時だけ自費診療で済ませる元気な若い世代も居る。物事の判断基準を拝金主義的な損得勘定ではなく、「善悪」にしないといけないと切に思う。

2019年の日本の社会保障費の財源は約40%が税金である。医学の進歩に際限は無いが、多額の税金を投入してまで高度先進医療を健康保険制度で賄うことの是非について、団塊の世代が後期高齢者に突入する2025年を控えて、国民として医療のあり方を今一度考え直す時期に来ている。

### 3. 国民皆保険制度を維持するための保険外併用療養費制度

現在の医療保険制度の抱える問題点の一つに、超高額医療が無制限に行われているため、収支のバランスが崩れていることが挙げられる。国民皆保険制度は、国民の納める保険料と患者窓口負担、公費により支えられているが、経済成長の低下、労働人口の減少などが原因となり、収入が減少している。患者窓口負担割合を増やす、保険料を増やすなどにより、計算上、収入を増やすことは出来るが、高度経済成長期でもない現在、国民にさらなる負担をかけるのは賛同を得にくいであろうし、実際に支払えない家庭も多いと思われる。また、一方で、高齢者人口の増大や医療技術の高度化に伴い医療費が増大し、支出が増加している。2025年には、50歳以上の割合が人口の半数を超えると予想されている。また、オプジーボ、キムリアなど最新の治療薬は、これまでにはないほどの高い薬価が設定されている。収入を増やすことが難しいとするならば、支出を減らす必要がある。しかし、その明確な方針については打ち出されていない。社会保障制度の精神に立ち返って考えた場合、医学の進歩に伴い、より良い治療方法、検査方法を提供出来るようになったからといって、全国民に最高の、最新の医療を提供することが、本来の目的にかなっているのだろうか。

確かに、最新の高額な治療薬が、自分や家族の罹っている病気に適応があるのであれば、使いたいと思うのが心情である。国民保険制度を維持するだけの財源が潤沢にあるのなら、全国民に最新の高額医療の提供することが望まれる。しかし、国民医療費の総額は、毎年1兆円を超えるペースで増えており、2025年には医療費が54兆円にまで膨れ上がる試算がなされている。今後、日本の経済成長や少子高齢化などが急激に改善することが見込めない現状において、我が国は国民皆保険制度を維持できるかどうか重大な局面に立たされている。

国民健康保険制度の歴史をたどれば、その目的は、貧困のため病院にかかることすらできない困窮者を扶助することにある。日本国憲法第二十五条に、「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」とあり、「国は、すべての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と規定されている。1950年10月の社会保障制度審議会では、社会保障の中心は、自らそれを必要な経費を負担する社会保険制度としつつ、保険制度のみでは救済し得ない困窮者に対しては国家が直接扶助し、その最低限度の生活を保障しなければならないという考え方を示している。そして、その後、1961年国民皆保険制度が達成された。1965年の国民医療費は1兆1224億円、国民所得26兆8270億円、国民医療費の国民所得に対する比率は4.18%であった。2017年の国民医療費は43兆0710億円、国民所得は404兆1977億円、国民医療費の国民所得に対する比率は10.66%である。国民皆保険制度が始まった当時と比べ、明らかに国民医療費は高騰し、かつ、国民所得に対する割合も増大してきている。国民皆保険制度が始まった頃は、高齢者の割合が現在よりも少なかったため、現役世代の納める健康保険料と医療費のバランスが保たれていた。しかし、現在は少子高齢化しており、現役世代と事業主の支払う健康保険料だけではまかないきれなくなっており、国民皆保険制度を維持するために、公費を投入し赤字を補填しているような状況である。20

13年の国民医療費は、史上初めて40兆円を超えた。その半分以上の23兆円は65歳以上の高齢者のために使われ、75歳以上の後期高齢者だけで3分の1以上の医療費が使われている。さらに、一人当たりの医療費をみても高齢者の医療費は他の年代に比べて著しく高い。15～44歳では、年間11万円ほどの医療費がかかっているが、75歳以上ではその8倍以上の90万円ほどの医療費が必要となっている。特定の世代に財源が集中的に投入されているのである。

ここで、日本の医療が抱える別の問題として、経済状況による健康格差について考えてみたい。バブル経済崩壊後の平成不況では、しばしば社会的弱者として非正規雇用者の問題が取り上げられてきたが、経済的な問題だけでなく、健康面でも格差が生じていることが示唆されている。石川県金沢市の筋（あざみ）医師が全国の医療機関96施設（53病院、43診療所）の協力を得て、40歳以下の2型糖尿病患者782人を対象に調査を行った。25～34歳男子の雇用形態を調べたところ、無職の割合は全国平均6.7%のところ、対象患者群では、16.3%であった。また、正規雇用の割合は、全国平均77.0%のところ、対象患者群では55.5%であった。また、世帯年収も対象患者群の57.4%が200万円未満であった。非正規雇用の場合、短期契約の仕事が中心となることが多く、法律で定められている定期健康診断の対象にならない場合が多々あるため、病気が見逃されていることが多い。また、時給で働いているため、病院を受診すると、その分、働く時間が減り、給与が減るため、特に症状がなければそのまま放置することが多い。世帯所得による食生活や生活習慣の違いも指摘されている。世帯所得が低いほど炭水化物の摂取量が増え、肉や野菜などの摂取量が減ることが知られている。安く効率よくカロリー摂取量を増やそうとするためだと考えられている。そして、このことは、労働者本人のみならず、その子供たちにも影響する。意外にも、日本の子供の貧困率は世界の先進国で最悪レベルにあるという。子どもの相対的貧困率（国民年間所得の中央値122万円に満たない世帯で暮らす17歳以下の子供の割合）は、1980年代から上昇し、2012年には16.3%に達し、6人に1人の子供が貧困状態にある。これは、OECD加盟36か国中11番目に高い。健康面のみならず、教育の面でも一般家庭と比べ不利に働き、将来的に貧困から抜け出せず、負の連鎖を生むと言われている。生活にゆとりのない家庭の子供は、肥満率が高い、虫歯の数が多い、運動習慣がないなどの傾向があり、将来的に健康を損ない、ますます健康格差が拡大すると考えられている。

社会保障制度の根幹を担う国民皆保険制度について本来の意味を考えた場合、国民全体の健康レベルの維持のために広く財源が利用されるべきであり、給付する対象の範囲を見直す必要があるのではないだろうか。例えばアレルギー性鼻炎に対し、抗ヒスタミン薬の処方健康保険でカバーしたとしても、高額な分子標的薬の処方までカバーする必要があるのだろうか。現在の日本の財政状況をみると困難であると言わざるを得ない。しかし一方で、高額でも最新の医療を受けたいと考える患者層がいるのも事実である。こういった患者層には保険外併用療養費制度を利用して、給付範囲として設定することを提言したい。個人の健康、公衆衛生を維持するために必要な医療の限度を設定し、これを保険診療の範囲とする。適応疾患や対象薬剤を選択し、医療財源の集中を図る。そして、さらに保険診療以上の最新医療、高額医療を望む場合は、保険外診療として、追加でかかる費用については、受益者が負担する。その際、問題となるのは、患者自身が高額医療を必要とするのかどうかを判断する必要があるということである。医学知識が不足した状態では正しい判断が難しいと思われるため、意思決定を支援する工夫が必要にな

るであろう。

現在、貧富の差によって受けられる医療に格差が生じる可能性があるとして保険適応が厳格化されているが、すべての国民が超高額医療を等しく受けられることを重視するばかりに、保険制度が崩壊してしまっは本末転倒である。全国民に広く標準的な医療を提供できることこそ平等な医療と呼べるのではないであろうか。

## 4. 医療費に占める割合が増大し続ける薬剤を効率よく使用するには

国民医療費全体に占める薬剤に要する比率は正確には把握できないが、20%前半と推定されており、人口の高齢化による伸びの部分以外で医療費に与える影響は大きい。医療行為において無くてはならない医薬品に係る問題につき、現行の薬価制度をはじめ、どのようにすれば有効かつ適切に使用することができるのかを考える。

これまでの薬価制度の変遷をみると、昭和25年当初はバルクライン方式（医薬品の個別銘柄を取り引き値の安い順に並べ、90%に相当する量に対応する価格を薬価基準と定める方式）から修正を経て、平成4年に現行制度の基礎となる加重平均値方式が採用された。その後薬価差解消の流れの中、R幅（リーズナブルゾーンの略称で、流通経費や損耗廃棄・有効期限など妥当性がある幅）の縮小が行われた。既収載医薬品の価格改定では大幅に引き下げられる一方、新規医薬品の価格面での評価では、画期的の観点から加算体系の改革が進み、新薬創出とドラッグラグ解消のため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の導入に至った。ここ数年は抗がん剤に多くみられる高分子のバイオ医薬品、免疫チェックポイント阻害薬などの高額医薬品が登場している。これまで時世に応じて適切な改革が行われてきたが、いくつかの問題があると思われる。

例えば新薬を算定する際の原則は類似薬効比較方式であるが、類似薬が無い場合には原価を積み上げる方式になる。すなわち原材料費や製造経費に加えて、営業利益・流通経費その他を加えた計算式によって算出される。薬価基準に収載する際には、メーカーが需要予測を示して厚労省と価格交渉をするが、収載時に薬価設定の前提とされた条件から、患者数が大きく変化する、あるいは適応対象患者の範囲が変化するといった様に、市販後の実態が大きく乖離した場合には、薬価は是正されなければならない。原価計算方式による新薬は概ね予想を大きく上回って売れているという実態がある。薬価の審議を行う薬価算定組織については、委員情報や審議内容など非公開情報が多いため、結論に至ったプロセスの透明性が問われる。しかしながら原価関連の情報が十分に開示されないままに薬価が決定されている懸念はぬぐいされない。製薬企業が保有する知的財産の情報をどこまで開示する必要があるのか、デリケートな問題も含まれているが、国民の理解が得られるような決定プロセスを形成する必要がある。

次に公的な医療保険と私的な製薬企業の関係について考えてみる。例えば米国の様に、公的な医療保険が存在せず、民間の保険会社との契約ということになれば、保険会社と製薬企業の折衝によって薬価を決定するという事は認められるかもしれない。しかし我が国は国民皆保険制度であり、その負担は税金に近い性格をもつ保険料と公的な税金となっている。一方で製薬企業の生産販売活動は市場経済の私的な領域となる。国民に寄与するという点からみれば、国内の製薬企業にはより良い創薬に努め、国民全体の健康に貢献して頂くとともに、我が国の経済の牽引役を担っていただくことを期待するところである。しかし公的な医療保険により償還されている以上、正確な需要予測に基づくデータ提出による適正薬価制定は必要不可欠であり、限りない薬価の高騰による医療財政圧迫は喫緊の課題である。



一方で、2018年度に薬価制度抜本改革の一環として、「市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、従前2年に一度であった薬価改定について、中間年度においても必要な見直しを行う」方針が明確化された。この中間年改定の目的は、個々の医薬品の価値に着目した上で、市場実勢価格との乖離を是正するものであり、乖離率が大きい品目は現行薬価が医薬品の価値に合致していないことになるため、改定の対象範囲となる。昨年には、財務省の財政制度等審議会は「秋の建議」において、全品改定を実施すべきと主張した。令和2年9月の薬価調査の結果、平均乖離率は前期とほぼ同じ約8%と示された。製薬業界からは「イノベーションを損なわないよう、対象範囲を平均乖離率より著しく大きい品目に限定すべき」との主張がなされたが、昨年末の田村厚労相と麻生財務相の大臣折衝を経て、中医協において5%超の品目が対象と了承された。これは市場で流通している1万7550品目の69%となる1万2180品目が該当する。新薬では59%の1350品目が、また新薬創出加算品目に絞ると40%の240品目が対象となる。今後、製薬企業の創薬への意欲が維持できるのかどうか懸念されるところであり、薬価改定の在り方については今後議論が必要である。

2020年度診療報酬改定に際して、中医協でもその導入に関して議論されたフォーミュラリーについて厚労省は、「医療機関等における標準的な薬剤選択の使用指針に基づく採用医薬品リストとその関連情報。医薬品の有効性や安全性、費用対効果など踏まえて、院内の医師や薬剤師等で構成される委員会などで協議し、継続的にアップデートされる。」と定義している。しかしこのフォーミュラリーという言葉は受け止めや解釈には差がある。つまり個々の調剤薬局が経済性を追求して、大手薬局チェーンのフォーミュラリーがそのまま導入されれば、実勢価格に影響を及ぼす懸念がある。一方で、「使用ガイド付き医薬品集」として関係学会等と協力することにより、適応があれば最初から高額医薬品を使用するのではなく、いくつかの薬剤や治療法の効果が無ければ使用するというガイドラインを示すことは、医療費削減に有効であると思われる。離島やへき地など医療資源が限られている地域においては、フォーミュラリーをうまく活用することによって、医療提供体制を維持・存続させるツールにもなり得ると考えられる。

昨今様々な場でOTC類似薬の給付はずし・セルフメディケーションの推奨の議論がなされている。かつては、難病の様に医療上の必要性が高いにも関わらず、患者数が少ないために研究開発が進まずに、採算がとれなければ開発中でも中止してしまうという事案もあったようである。しかし誰もいつ何時希少疾病に罹患するかは分からないため、希少疾病用のオーファンドラッグと呼ばれる医薬品は必要である。また前述のように高額な抗がん剤など、大きなリスクに対する備えは重要である。一方でセルフメディケーションを良いものとし、進めてゆくのは国民のためになるのであろうか。SNS等の情報を頼りに自己判断し、医療機関にかかる機会を逸して安易に市販薬を使用してしまい、結局は重篤化し初期治療の遅れに繋がってしまう。まずは「かかりつけ医」を受診し、そこから一度は専門医の診察を受けてコンディーズであるのか、本当に重大な疾病を否定できるのかを判断されることは必要である。セルフメディケーションという言葉の裏には、常に危険性が潜んでいることを忘れてはならない。

給付範囲をどのようにするのかと検討する際に、その対象を100か0かとするだけではない。フラン

スの様に医薬品の有効性によって自己負担割合を変える「可変給付率」というものもある。例えば、これまで気管支喘息と特発性慢性蕁麻疹を適応症としていた抗 I g E 抗体製剤であるオマリズマブがスギ花粉症に適応追加となった。使用するには、血清特異的 I g E 抗体がクラス 3 以上であって、既存治療で効果不十分な重症または最重症患者に限るとされているが、その判断の境界は明確ではない。前述した様に対象患者の範囲が大きく変化したため、薬価は再算定され 37.3%引き下げられた。本年 4 月に中間年改定が行われたが、結果としてオマリズマブの薬価は据え置かれ、投与方法により異なるが薬剤費用だけで 4 週間で最大 23 万円余り必要となる。既に多くの品目がジェネリック医薬品に置き換わっている既存治療との差は歴然としている。この様に医療上適応はあるがその費用が高額で、他にも代替可能な方法があるもの、あるいは他の議論でも指摘されている様に医療上必要性が低いと考えられるものには「可変給付率」を導入して給付に反映させるという考え方もある。

また、診療報酬をどのように分配するのかという命題に対しては、調剤報酬についても考えなければならない。かつては膨大な薬価差益問題を解消するために、医薬分業が進められてきた。調剤医療費については院外処方箋が増えつつあり、院内であればすぐにもらえる薬剤をわざわざ高い費用を支払って院外でもらうということである。厚労省が「かかりつけ薬局・薬剤師」を推進して調剤報酬でも評価しているが、果たして現状の薬局・薬剤師の加点行為の実態は評価に値するものであろうか。医薬品の流通過程においては、前述の R 幅は 1992 年当初は 15%であったが、2012 年度には 2%まで引き下げられ、納入値にも如実に反映する。つまり末端の医療機関では少しでも在庫が残ってしまうと、たちまち損失が出る現状があるにも関わらず、患者の費用面・利便性ともに院内調剤は貢献している。院内と院外での調剤報酬の在り方に関しては再考すべきである。新型コロナウイルス感染症拡大により、医療機関の経営状態が悪化する中、薬価の中間年改定が、備蓄する医薬品の価値を下げることに繋がり、さらなる悪影響をもたらすことが危惧される。骨太の方針 2018 に示された通り、2021 年度における薬価改定の対象範囲については、医療機関等の経営への影響を十分に考慮した上で遂行されなければならないはずである。

この様に医薬品に係る諸問題はまだまだ改善する余地は十分にある。最も大切なことは、必要とする患者に必要な医薬品を提供するということであるが、そこには理念をもって全体のバランスを考慮しつつ、崩壊しないような制度設計が求められる。

## 5. 救急医療における給付と負担（附記：コロナ対応） ～求められるのは効率的な体制と適正な受療行動！～

救急医療において、効率的な体制と適切な受療行動が求められる。「給付」と「負担」の観点から述べ、新型コロナウイルス感染症の視点を追加する。

### 1. 給付

救急医療の給付においては、生命および身体機能の損傷を防ぐため、適切な時間内に、適切な初期診療を受け、必要に応じて専門医療に繋がることが肝要である。そのため、時間的要因の影響が大きく、救急医療システムの構築が重要である。救急医療システムは、地域により医師数・医療機関など医療資源が異なり、課題も様々である。持続可能な医療体制を目指して、働き方改革、地域医療構想、新専門医制度医療の三位一体の政策が進められる中、今後へ向けた新たな“変革”が求められている。

#### <選択と集中>

救急医療は365日24時間の提供が求められるので、その体制維持のために一定のスタッフ数が必要である。中核となる施設において現状以上のスタッフを確保することは難しい。今後、専門医シーリングによる専門医数の定数化、および、医師働き方改革による過剰勤務の補正がなされると、益々確保が困難となる。今後、効率的な運用を考えると、救急医や専門医、医療施設の選択と集中を検討せざるを得ない。

選択と集中は、ボリューム効果により医療成績の改善や医療安全の向上につながり、結果的に高度専門医療の適正化にも貢献すると思われる。選択と集中のためには、地域ごとの救急疾患の発生データに基づき、適正な医療機関の選択と配置を行い、アウトカムデータに基づき定期的に見直していくことが必要である。主な救急疾患について、地域での発生件数、救急搬送、医療機関での初期治療・最終転帰についての連続的なデータベースの構築と検討が利害を超えた機関で行われることが理想である。

#### <地域医療構想>

2025年、2040年へ向けた医療提供体制のビジョンが示され、診療報酬改定にても政策誘導され、改定は2年ごとに行われ医療機関の収益が左右される。急性期医療機関においては、新入院患者の集客、誘導される施設基準の獲得のため、人員や設備機器への投資を次々とする展開となっている。少子高齢化・人口減少のため急性期医療ニーズは減少していくので、過当競争となりやすく消耗戦の様相を呈している。健全なサステナビリティのために、個々の経営体質改善とともに相互の連携強化、地域での機能・施設の統廃合が避けては通れない。

医療機関が限られており、大学閥など近い関係にある地域においては、医療機関の統廃合が実際には進められている。しかし、複雑な背景のある大都市圏では統廃合は難しく、共存共栄を目指した新たな連携関係の構築が現実的であろう。地域医療構想の議論については、全国的に停滞しており自然経過に委ねる風潮が強い。しかし、コロナ禍により感染対策や基幹病院の在り方などが問われる状況になり、新たな展開が始まっているので後述する。

### <医療の担い手>

救急医療において、救急患者の適切な評価に基づき初期診療から専門医療へのシステムを適切な時間内に機能することが求められる。避けうる死亡や機能障害をできるだけ最小にするために、各段階でのトリアージとマネジメントが重要である。

初期診療では総合診療医や救急医、専門診療では各専門医や集中治療医（救急医）がその任を負う。しかし、総合診療医、救急医、集中治療医は現行の専門医制度では数が少ないのが現状である。救急医の多くは、総合診療医や集中治療医を兼ねることもでき、災害時の医療にも対応できるため、その養成は救急・災害医療に大きく貢献できる。現行の専門医制度における戦略的・計画的な養成と、救命センターや基幹救急病院での更なる施設要件化の政策が必要と考える。

医療の担い手については、新型コロナウイルス感染対応の項でも述べる。

### <患者情報>

高齢化により多くの基礎疾患を有する患者が増加し、複数の医療機関を受診する状況となっている。救急医療を安全で効率的に行うためには、いつどこで医療機関を受診しても、基本的な患者情報（既往歴、投薬内容、アレルギーの有無、検査所見など）が共有されていることが重要である。

多くの電子カルテシステムが乱立し、個々のセキュリティ対策がとられているため、カルテ情報などすべての情報共有は困難である。しかし、基本的な患者情報については何らかの方法で（レセプト情報の活用、マイナンバー導入、携帯電話の利用など）で共有できるシステムの早急導入が待ち望まれる。

## 2. 負担

医療資源は有限であるので、救急医療システムを適切に運用するために、受給者においても様々な負担が必要になる。

### <療養費>

医療はフリーアクセスであるため、設備・専門医療が充実している救命救急センターなど大病院に軽症でも集中することが課題となっている。救急医療のスタッフや設備は有限であるので、患者の優先順位をトリアージせざるを得ない状況が発生する。

紹介状なしで大病院を受診することを抑制するために、特定療養費の制度が導入されている。400床以上の地域医療支援病院に限られていたが、2020年の改定で200床以上に拡大された。その影響は検証されなければならないが、今回のコロナ禍のため効果判定は困難である。

特定療養費やその他患者負担は拡大される方向にあるが、財源的な課題が優先され、適切な受療行動に反映されるかの評価が十分でないことが問題である。一般市民がステークホルダーであるので、救急医療の破綻をきたさないための適正受診へ向けた啓発活動を継続的に行っていくことが必要である。

### <意思決定>

意思決定には患者の自己決定権を尊重した説明と同意が基本となるが、近年、意識のない患者の意思決定代行や、認知症の高齢者の意思決定支援などが大きなテーマとなっている。患者や代行者ができるだけ合理的な意思決定ができるように、さまざまな意思決定支援のアプローチがなされている。

その基盤として、臨床倫理への取り組みが重要で、個々の事例に応じたより良い意思決定支援につな

る。具体的には、臨床倫理 4 原則や 4 分割法の手法、多職種による倫理カンファランス、困難事例における倫理コンサルテーションなどが適切に開催される体制が望まれる。また、行動経済学（経済学の数学モデルに心理学的に観察された事実を取り入れていく研究手法）の導入も、貢献すると考える。

感染症が流行し医療需要がひっ迫する時期において、“命の最後の砦”となる ICU において多くの倫理的課題が発生する。ICU では救急患者以外に院内での重症患者、手術後のリハビリ患者なども入室対象となるため、入・退室の調整や治療継続の選択などについて、患者や代行者となる家族に大きな負担がかかる。負担軽減のために、患者側と医療側が共同した意思決定支援の確立が欠かせない。上述した臨床倫理の取り組みを基盤として、具体的な意思決定プロセスとその責任について明確化し、啓発していく必要がある。

なお、意思決定支援の取り組みは、不必要な医療の削減に貢献することが期待される。

### 3. 新型コロナウイルスへの対応

#### <医療提供体制の見直し>

新型コロナウイルス感染（以下、「コロナ」と省略）のパンデミックは未曾有の災害になりつつある。治療薬やワクチン予防が確立されていないため受入医療機関が限られること、対応できる医師・スタッフが限られること、通常の数倍の看護師の動員が必要なことなどより、感染数が増え重症者が増加したときの医療提供体制が追い付かない状況となっている。有事に対応した病床の増床と医療スタッフの導入などが求められているが、通常診療との調整・トリアージに現場は難渋し悪戦苦闘している。従来の地域医療計画では対処できないのは明白であり、新興・再興感染症対応を加えた取り組みがこれからの課題となる。

#### <医療の担い手と働き方改革・事業継続計画>

コロナ診療は呼吸器科・感染症科が核となっていることが多い。長期化のため、より多くのスタッフの動員を行う必要があり、多くの病院で様々な形で応援体制が行われている。しかし、変異株の出現により更なる長期化が予想され、核となる医師・看護スタッフには負担が蓄積しており、サステナビリティのため新たな体制の検討が必要である。

そのような状況下に、2024 年へ向けた医師の働き改革にも取り組んでいかなければならない。平時と有事が交錯する中で時間外労働時間削減など働き方改革を行っていくことは容易ではないが、一部の医師・スタッフに過度の負担がかかり続けないようにする必要がある。一人一人の労働時間を適正に把握できることを基本に、業務軽減のために感染症診療へのタスクシェア・タスクシフトによる応援を果敢に実行できるリーダーシップが問われる。大地震については何度も痛い経験を通じて事業継続計画 (BCP) と備えができつつあるが、感染症爆発についても早急に BCP を作成していかなければならない。病院・地域により事情が異なるため、走りながら、試行錯誤しながら行っていくことになる。

繰り返しになるが、人口減少・超高齢化により疾患構造が変化し、想定外の災害（感染症パンデミックを含む）が多発している社会において、変化への適応として総合診療のマインドを持った医師の比率を上げていくことは、医療の質と安全を高め、危機管理としても重要であると考えられる。

### <感染症対策の地域連携>

コロナ対策において、病院や施設でのクラスター防止は大きなテーマとなった。日頃の感染対策とともに、感染者が出た場合の拡大防止の緊急対応がポイントである。特に、濃厚接触者の迅速な洗い出し、対象者すべてへの迅速な PCR・抗原定量検査が重要である。

保健所業務は多忙を極めて限界に達しており、迅速な対応が困難なことは仕方ない。対策として、院内・施設内の感染対策チーム (ICT) が適切に対応できると、迅速な濃厚接触者洗い出しができるし、PCR・抗原定量検査も院内もしくは他院との連携した検査体制があると、迅速対応ができる。従って、各病院での ICT の養成とレベルアップ、地域における PCR・抗原定量検査など相互支援体制の構築が求められる。この連携はコロナ隔離解除後の患者転院をスムーズに行うことにもつながり、全体としてコロナ病床の有効活用に大きく貢献する。

### <有事のマネジメント>

医療体制として、人工呼吸器や ECMO 管理を行う ICU は最後の砦として重要である。これを確保・有効活用するために、両大学が中心に、救命センター、感染症指定病院、地域の基幹病院 (公立・私立) からなる“COVID-19 重症医療機関病院長 WEB 会議”が毎週のように定期的開催されるようになった。会議は、各病院における ICU など重症病床の空床状況と治療内容を情報公開し (のちに WEB 上で共有)、課題についてコンセンサス形成する場となった。周産期医療や透析医療でのコロナ対応、中等症医療機関病院長 WEB 会議が分科会として発展的に発足した。そして、医師会との連携、実務としてコロナ入院を調整しているコントロールセンターの行政サイドも加わり、形式的でなく機能的なネットワークとなり、行政サイドに提言を行うまでに至った。

医療情報公開を核とした“オール京都”としてのこの動きは、今後の地域医療構想のコンセンサス形成へ向けて大きなヒントとなる。地域での役割分担、基幹病院の在り方のロールモデルとして、地域医療構想におおきな影響を与えるものと考えられる。

### <情報リテラシーと連帯>

WITH コロナで大きな課題となったのは、感染症だけでなく、そこから派生する不安や誹謗中傷・差別の問題が挙げられる。世論をミスリードしないために、科学的根拠に基づいた論理的思考と情報発信、コミュニケーションに基づいた“連帯”へ向けた取り組みが医療者に求められる。

不足するコミュニケーションを補うためには、FAX 配信以外に、WEB 会議、SNS の活用、メール配信など多様なあらゆるツールを導入し、日常的なリモート会議やこまめな報・連・相を繰り返すことが重要となる。情報網から外れた集団をつくらぬよう配慮しつつ、更なるコミュニケーションの輪を深めていく努力が求められる。

## 6. 行政機関よし・医療機関よし・国民よし いわゆる「三方よし」の提案2点

### ■現物給付としての「地域医療における救急診療および救急搬送体制」に関する提案

#### 地域や県境付近の救急医療体制を整備するには二次医療圏の枠組みを越えるべき

都市部ではない地域や県境付近の救急医療体制は、二次医療圏単位や都道府県単位ではなく、県境を越えた枠組みを考慮して整備する必要がある。

今後、「法や医療計画による整備」と「診療報酬による誘導」によって、地域の救急医療システムは「選択と集中」に向かう。当然ながら、地域では都市部に比べて病院数が少なく病院間の距離が遠いため、患者にとっては受診までのアクセスが悪いケースが多い。地域の救急医療システムを構築するにあたり、緊急度や重症度の高い救急疾患では、地理的・時間的要因への配慮の重要度が極めて高くなるのは必然と言える。そういった地理的・時間的な問題を解決するには、県境には縛られずに救急搬送もしくは救急受診できる体制を整備することが望まれるが、現状では都道府県や二次医療圏の枠を越えた救急搬送もしくは救急受診の体制を現場レベルで整備しようとしても、法的なバックアップがないために、体制整備が進まない地域が多いのではないだろうか。

#### 法や医療計画による整備

「法や医療計画による整備」の具体的な例として、令和元年12月1日に施行されている「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（以下、「法」という。）」があり、循環器病を発症した疑いのある患者の医療機関への搬送については、国と地方自治体が主導となって、一次脳卒中センター(Primary Stroke Center :PSC)や血栓回収脳卒中センター(TSC)等の認定を受けた専門施設に集約化する仕組みが整備されていくと考えられる。

法では、国が循環器病対策推進協議会を、地方公共団体が都道府県循環器病対策協議会をそれぞれ設置して、都道府県単位で搬送体制や受け入れ医療機関の整備等の計画を策定するとされているが、専門医の数が絶対的に不足している地域では、体制整備のために県境を越えた医療連携が必要となるのは明らかである。京都府医師確保計画によると、脳血管疾患入院手術患者数を年間60～70人以上受け入れる病院では、脳神経外科医と脳神経内科医が合わせて10～15名必要とされているが、京都府内にのみ着目しても、現状はこれとは大きく乖離した状態にある。しかし地域の救急医療の現場では、既に県境をまたいだ独自の搬送システムで消防と医療機関群が連携して特定の疾患が疑われる患者の集約化が実施されている地域もあり、このことは、都道府県別の2次医療圏とは違う新たな枠組み、もしくは2次医療圏の再編成の必要性を感じさせる。

法による直接介入の効果を増強するためには、法の中で「既存の独自の搬送システムが県境を越えている場合、もしくは、地域の実情を熟知した専門医等が県境を越えるシステムを必要とした場合に、隣県同士の都道府県循環器病対策協議会が協同して『県境を越えた会議体』を制定できるような仕組みの明文化」が有効ではないだろうか。都道府県単位で行き詰った際に、隣県同士で情報共有できるメリットは大きい。

## 診療報酬による誘導

「診療報酬による誘導」に目を向けると、令和2年度診療報酬改定で「地域医療体制確保加算(520点)」が新たに設けられた。病院経営的には魅力的ではあるものの、地域医療を支える医療者の労務管理(負担の軽減および処遇の改善)の実施を前提とした加算であるため、厳格に基準を満たそうとすれば、多くの中小病院で医師の増員が必要になるだろう。そもそも医師確保に難渋している地域の病院で実施できるのか、今後の動向を見守りたい。今回の改定によって、地域の救急医療に注力する病院が増加することで全体としての底上げ効果は期待できるかもしれないが、緊急性を要する脳卒中、心疾患、小児周産期といった特定の疾患の「選択と集中」に関する影響力は少ないだろう。前述の論点と同じく、救急医療をはじめとする医療供給の集約化を目的とした、都道府県単位の取り組みは当然のこととして、地方自治体の枠を越えた取り組みに対しても、評価項目を策定することで、保険診療からも間接的に「選択と集中」を誘導できるのではないだろうか。

## 集約化のための仕組みのデザイン

地域の救急医療システムの構築のためには、医療ニーズの集約化は必須であり、そのためには既存の都道府県や2次医療圏の枠組みを超えた連携の推進、もしくは2次医療圏の再編成も視野に入れた、現場の地理的・時間的要因を反映できるような仕組みのデザインが求められる。

地方自治体の枠を越えた取り組みを診療報酬等で支援することができれば、それが現場の医療機関にとって内発的な動機となり、その地域毎に適した仕組みが考案される。そうすれば国は、現場の医療機関からの豊富な情報や分析をもとに、国民に適切な医療が供給できる体制を、より地域の実情を反映した形で構築できるだろう。

### ■「ACPの普及率向上」に関する提案

#### 国民へのACP普及のための国民向けのインセンティブ

ACP普及率の向上が地域の救急医療現場の労働負担軽減に繋がるであろうことは議論の余地がない。ガイドラインの策定、診療報酬・介護報酬の改定、啓蒙活動をはじめとする様々な取り組みのもと、行政機関・医療機関・国民が一体となってACPの普及率が向上することを願うばかりである。ただ、現状が期待値を下回っているのであれば、ACPを積極的に行うための何らかの動機付けが必要である。

医療機関としては、診療報酬によるインセンティブ、望まれない終末期医療の減少等のメリットが動機になりうるが、時間的な制約があるので、入院した患者なら十分なACPが行え、外来通院の患者では十分なACPを行いきにくいのが現状だろう。入院する患者の割合は外来通院する患者よりも遥かに少ないため、病院の努力による普及率の向上には限界がありそうだ。

そこで、大多数を占める入院しない国民の方々が積極的にACPを行うための動機付けとして、何らかの税制の優遇といった「患者本人と家族にとってのインセンティブ」を考えてみるのはどうだろうか。現状の方策で普及率が思うように上昇しないのであれば、講じてみてもいい策かも知れない。

兎にも角にも、行政機関・医療機関・国民のすべてに利得や内発的な動機を持たせることで、ACPの普及率のさらなる向上を期待したい。



## 7. CGA や ACP は医療経済を救えるか？

我が国には世界に誇れる国民皆保険制度があり現在まで国民の健康を支えてきた。

しかし我が国は超高齢社会に突入しており、いわゆる「団塊の世代」が全て後期高齢者になる 2025 年を間近に控えその影響は深刻なものとなってきている。

加齢とともに当然治療を要する疾患も増え一人当たりにかかる医療費は増大する。

その一方で我が国の出生率は低下に歯止めがかからず、若年労働人口は減少している。

その上、医療の進歩に伴い、今までに無かったような超高額薬剤や、高額な治療手技がどんどん現れてきている。

医療の進歩は素晴らしいことであると同時に皮肉なことに財政面では我々に厳しい問題を突きつけている。

今まで国民皆保険制度の下、我々医療者は高齢者に対してもコストのことをあまり気にせず最善と思われる医療を行ってこれることができた。

しかし、医療の進歩と社会の高齢化により、当然のことながら医療費は上昇を続け、国家の財政状態の著しい悪化の中、このままでは国民皆保険制度の存続は極めて厳しいものとなってきている。

高齢者医療について今回の諮問事項である給付と負担の面から対策を考える。

負担の面からは高齢者であっても高所得者に対しては保険医療の自己負担割合の増加は現在の財政状態を鑑みるとある程度はやむを得ないかもしれない。また高齢者医療とは少し話がずれるが、生活保護受給者に対してもコスト意識を持ってもらうために低割合でも良いから自己負担してもらうことが必要ではないだろうか。

給付に関して言うと、例えば〇〇歳になったら新規透析導入に対しては保険給付しない。〇〇歳になったら超高額薬剤である抗がん剤××の保険給付を認めないといった給付制限については、将来的には必要になってくるかもしれないが現時点では慎重な議論が必要であろう。

現状でできることは一人ひとりの高齢患者に対して医学的な面だけでなく全人的・総合的な面も含めて評価し患者の意思や希望も踏まえて、多職種協働で対応していくということになる。

それによって本人にとって過剰と思われる医療、例えば本人の意思と関係なく行われる延命治療などは避けられることとなる。

そのような観点に立ち、CGA と ACP について述べる

### ・ CGA (Comprehensive Geriatric Assessment: 高齢者総合的機能評価)

CGA は疾患評価だけではなく、対象高齢者を生活機能面、精神・心理面、社会・環境面を含め総合的に評価する考え方で、具体的には

- ・ 日常生活自立度 (ADL: 歩行、排泄など)
- ・ 手段的日常生活活動度 (IADL)
- ・ 認知機能・精神行動異常

- ・抑うつなど気分障害
- ・運動機能
- ・社会的環境（家族の介護能力、公的サービス利用）

などを評価する。

CGA は 1930 年代に英国で始まった概念であるが最近再評価が進み、日本を含め各国で有効性が確認されている。

入院か在宅かなど条件により評価が分かれる部分があるが、入院回数や入院日数の減少、QOL や ADL の向上などが挙げられている。それに伴い医療費の削減効果も認められ、医療費削減を目的として CGA が推進されているという側面もある。ただここで強調しておきたいのは多職種によるチームとしてしっかりアプローチした場合にのみ CGA は有効に機能するのであり、ただアセスメントを行うだけでは効果は期待できず医療費削減にも結びつかないということである。

これからの医療はただ単に病気を治すだけでなく、生活機能など多面的総合的に評価を行い本人の希望も諮ったうえで、どのような目標に向かって治療していくかという視点を多職種で共有し、治療を進める必要がある。

#### ・ ACP (Advance Care Planning : 人生会議)

まず ACP が議論されるようになった背景から述べる。

1970 年代ごろから米国をはじめとしてリビングウィルやそれを含んだ概念である AD (アドバンス・ディレクティブ: 事前指示) が進められてきた。しかし、その結果を検証した SUPPORT study などによりこれによって終末期の医療やケアは改善されないとする報告が続いた。またリビングウィルは書面として存在するが、本人一人でも作成できるため、作成の過程や背景がわからず患者の AD に基づく意思決定が困難になることもあった。

それらを踏まえて 1990 年代に入り SDM (shared decision-making : 共同意思決定などと訳される) の考え方をとり入れた ACP が議論されるようになってきたという経過がある。

さて日本医師会発行のリーフレットでは ACP とは

「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標としています。」

とされている。ここでは「将来の変化」という言葉を使っているがもちろんこれは人生の最終段階という意味合いを持っている。

ACP 人生会議といえば厚生労働省が作成した小藪千豊氏のポスターへの抗議で炎上状態になった事が記憶に新しい。

このポスターが非難されるべきものであったかどうかは別にして、少なくともこれによって、人生会議という聞きなれない言葉が世間に知られるようになったとは言えよう。

ACP の効果としては、患者の自己コントロール感の向上や患者や家族の満足度が上がることなどが報告されている。

自分の最期について医療者を含めたチームで話し合うということは今までの日本の医療の中ではあ

まわり行われてこなかったことであり、当然このようなことを好まない人もいるであろうし、もちろんこれは全員に強制されるべきものではない。

ただ、終末期まで含めて、自分が受ける医療に対して主体的に関わっていくということは重要なことであり、我々医療者もこれを尊重し、多職種で対応していく姿勢が求められる。

医療費との関連で述べると「厚生労働省などがACPを推奨するのは（高齢者）医療費の削減が目的なのではないか？」という議論がある。ACPによって、本人の意思に沿わず行われる終末期などの医療が減ることによって医療費がいくらかでも減少するのは望ましいことだが、ACPの概念も定着していない現状において、医療費削減のためだけにこれが推進されるというのは筋違いであろう。

CGAやACPを取り入れ、高齢者の医療においても、個人個人を多面的総合的に評価し、患者本人にも主体的にかかわりを持っていただく。そして医療・介護を担うものも患者と共有した目標に向かって多職種で治療を進める。

そうすることが、個人個人にとって、過不足なくかつ満足度の高い高齢者医療につながっていくと考える。

## 8. 大病院受診時の定額負担の問題点と 個々の医療機関の役割について

大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、2016年度から紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度が導入されている。この制度は患者に大病院志向がある中、基幹的に担う医療機関と、かかりつけ医機能を担う身近な医療機関の役割分担を明確にすることで、病院での外来患者の待ち時間短縮や勤務医の外来負担を軽減することにより、医師の働き方改革に資することにも繋がると考えられる。しかしながらこの制度が現行において、うまく機能しているとは到底言えない現状があり、二つの問題点を考えてみる。

一つは徴収率の問題である。2020年12月の社会保障審議会・医療保険部会で示された定額負担対象病院の特別料金を徴収した患者の比率のデータがある。他の医療機関を紹介したにも関わらず受診した再診患者についてみると、任意にて定額負担が徴収可能な病院においてはその徴収率は1.1%、徴収が義務化されている病院においては、わずか0.2%となっている。追加料金に対する意識調査では、特別に徴収される金額がいくらであっても大病院を受診するといった回答も一定程度存在する。この様に徴収率が低い要因として考えられるのは、徴収する基準があいまいで全国一律の明確な指針がないことである。こうしたことから、患者側の納得を得られず未収金になるなど、トラブルに発展することを懸念し、徴収することを躊躇し見送ってしまうことに繋がる。このような状況を放置したままで、政府の経済財政諮問会議や財務省の財政制度等審議会で議論されているように、定額負担対象医療機関を拡大させることには疑念を感じざるを得ない。また、複数科の受診が必要な患者にとっては、1つの医療機関で通院を事足らせようとする意識も理解できるが、緊急性や必要性が低いと考えられるケースでは、複数科診療を制限するルール作りも必要である。では、逆紹介がうまく機能しない現況を、患者側のみの責任に転嫁させてもよいのであろうか。例えば地区医師会のネットワークを駆使して、複数診療科による対応をより強固にして、安心して地域の医療機関にかかれるようにする。また、患者の意識の中に大病院志向が根付く要因には、身近な医療機関に欠けているものはないのであろうか。日本医師会の「かかりつけ医」の定義では、「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」とある。この定義の肝は「なんでも相談できる」という点である。相談を受けると、たとえ専門分野以外でも調べ、患者のために貢献する努力をすることによって、最新の知見も得られることに繋がるであろうし、周囲の各専門分野に適切に紹介することもできる。我々かかりつけ医側にもその責務は投げられていると考えなければならず、患者が受診したいと思えるような身近な医療機関の役割を果たしているかいま一度顧みなければならない。

もう一つの大きな問題点は、定額負担の対象病院の規模を200床以上に拡大すると議論されていることである。主に都市部ではない医療機関数の少ない地域においては、基幹的な機能を担いつつ、かかりつけ医機能も併せ持った病院も存在する。200床を超えている病院でも、普段から何かあれば受診をする患者の受療行動は何ら問題ないとする。しかし病床数の規模だけで定額負担の対象に組み入れることになれば、本来問題のない患者からも徴収せざるを得なくなる。さらに、昨年12月2日の社会保障審議

会・医療保険部会で厚生労働省から出された案は、甚だ疑問である。例外的・限定的な取り扱いとはするものの、紹介状なしで受診した場合、一定額を保険給付範囲から控除し、その同額以上に定額負担を増額することとしている。この提案には、中央社会保険医療協議会の支払い側委員も渡りに船と、コメントは出ていないようである。百歩譲って確信犯的に大病院を受診する患者から懲罰的に徴収し、公的保険料の負担軽減のために充当することはあり得るかもしれない。しかし必要に迫られて地域の病院を受診した患者にまでその責務を負わせることは、納得が得られるのであろうか。特別に徴収した原資は、少なくとも負担を強いられている勤務医をはじめとする医療機関に還元されるべきであり、保険者の負担を軽減するといった、辻褄の合わない方向にさせてはならない。定額負担を拡大するにあたっては、病床規模数で判断するのではなく、地域で当該医療機関が担っている機能を重視した上で、議論を進めなければならない。

病診連携の体制を構築することが必要であるのと同時に、病病連携も今後重要な課題となっている。今国会で審議中の第8次医療計画には、いわゆる5疾病・5事業に、6番目の事業として「新興感染症拡大時の医療」が追加されることとなった。最近のマスコミ報道によると「日本の病床は世界一多いはずなのに、コロナ患者を受け入れる病床数がひっ迫するのはおかしい。その理由は民間病院がコロナ患者を受け入れていないからだ」という論調が目立つ。この様な報道は、果たして正しいのであろうか。まず病床数に関しては、急性期以外の回復期をはじめ、精神科や療養病床を総病床数に含めるか否かによって、我が国の高度急性期を含めた急性期病床数は欧米各国と同水準になり、決して多いとは言えない。また、東京都病院協会の調査では、受け入れ病院を経営主体別分類で見ると、民間病院の約7割がコロナ患者を受け入れているとの結果が出ているということである。このデータは民間病院が受け入れに関しても役割を果たしている事実を示すとともに、重症者治療を行っている基幹病院が診療していたコロナ以外の患者の治療をし、さらに後方支援として退院患者を受け入れるなど、役割分担をして十分機能を発揮しているのである。さらにコロナ禍において顕著となったのは、重症患者に対応可能な高度医療機関・重点医療機関におけるマンパワー不足である。また感染症患者の後方支援及び平時の医療を行っている、多くの周辺の医療機関も同様である。一方で、一般の開業医は身近な疾患に対応するとともに、各都道府県に設置されたPCR検査センターへの出務、「診療・検査医療機関」への登録、宿泊療養者や自宅療養者の健康管理、またこれから重要になるワクチン接種などで重要な役割を果たしている。ワクチンの接種方法に関しては、懸命に個別接種が行われているところであるが、マンパワーの問題もあり、個別接種の困難な医療機関は、集団接種への協力の考えを持つ医師も多数存在することは確認されている。行政からの接種に関する意向調査の段階で既に、集団接種できる環境整備を訴えていた。京都市でも遅ればせながら5月末から土日の集団接種会場の設定が決定されたが、行政が積極的に整備してこなかった背景がある。集団接種はワクチンそのものの保全管理を徹底し、被接種者を確実に来場させることで、余剰ワクチンを極力減らすためにも有用である。あるジャーナリストは、「ワクチン接種が進まないのは、協力する医師があまりにも少ないから」と、まるで医師の怠慢であるかの如く、公然と発言している。実態を把握することもなく、無責任に発言する無知なジャーナリストを到底看過することはできず、心底憤りを覚える。しかし、これらの業務に熱心に取り組んでおられる方もあれば、自院以外の業務には一切耳を貸さない集団も一定数存在することも事実である。様々な医療を提供する上で、医療全体を円滑に回すためには、少しでも多くの医師が積極的に手挙げをして関与してい

く必要がある。また、さらなる貢献のためには、災害時の Japan Medical Association Team (JMAT) の様に、平時から感染症対策に備えられるような組織を構築しておくことも重要ではないか。あるいは、既存の JMAT を活用し、新興感染症にも対応できるように研修を積み重ねておく、といった方法も考えられる。それぞれの機能を持った医療機関が最大限にその能力を発揮して、「オール医療機関・オール医療従事者」によるコロナ対応が求められる。今回の新型コロナウイルスによってもたらされた大きな損失を無駄にすることなく、しっかりと検証した上で、医療計画に策定される感染症対策を講じなければならない。

## 9. 国家の繁栄と国民の安寧のための医療を考える

### 近未来的最新医療により国家は繁栄する

ICT や AI の医療への利用及びがんゲノム医療や精密医療（プレジジョン・メディシン）などの近未来的最新医療の海外依存は国益に反し、将来、社会保障制度崩壊の元凶となる。国家繁栄のためには、このような近未来的最新医療において世界のイニシアティブをとり、実地医療の現場で実証及び実践し、また、その社会実装モデルや技術を海外から導入（輸入）するのではなく、世界に発信（輸出）しなければならない。

ゲノム解析技術（次世代DNAシーケンサー、DNAマイクロアレイ）やゲノムワイド関連解析などの解析技術の進歩と情報基盤の整備（国際HapMap計画など）により、網羅的ゲノム解析による多因子疾患の感受性遺伝子の検索を行うことが可能となった。遺伝情報を予防医学に利活用するのがP4メディシンや精密医療（プレジジョン・メディシン）である。P4は、predictive（予測的）、preventive（予防的）、personalized（個別化）、participatory（患者・市民参加型）の4つのPをとったものである。

predictive（予測的）とは、遺伝情報およびバイオマーカーによる精密な予測。

preventive（予防的）とは、精密な予測に基づく予防的介入。

personalized（個別化）とは、遺伝要因および環境要因による個別化。

participatory（患者・市民参加型）とは、個人による情報の理解と医療への参加である。

地域医療を担う臨床医は、P4のうちparticipatory（患者・市民参加型）において今後重要な役割を果たさなければならない。日本人のゲノム情報を収集は、市民と地域の臨床医の協力なくしては達成できない。ゲノム医療においても医師会は社会貢献していくことになる。

プレジジョン・メディシンは、遺伝子、環境、ライフスタイルに関する個々人の違いを考慮した予防法や治療法を確立するというものである。各個人のゲノム情報（遺伝情報）に基づいた治療選択を行うのがゲノム医療であり、次世代シーケンサーにより得られたがん患者の複数の遺伝子変異の情報に基づいて治療法を選択するのがプレジジョン・メディシン（精密医療）である。個々の症例に最適な治療を提供するプレジジョン・メディシン（精密医療）が、ゲノム医療によって実現される。

### 医療の海外依存は国益に反する

がん治療に関しては、がんのリスクを予知して予防や早期治療につなげるだけでなく、がんの治療薬の選択、画像では見つからないような早期での転移や再発の発見、新規ワクチンの開発にも有用であることがわかってきている。米国や英国だけでなく、中国もゲノム情報の大切さに気づき、研究体制を整えているといわれている。世界的競争も激しいため、日本も国家戦略として対策を講じなければ、世界から取り残されるだけでなく、日本人のゲノム情報をもとに治療したい時にすべて外国からの輸入に頼らなければならないことになってしまう。このままでは、がん診療に必要な情報を海外企業のデータベースに依存することになり、データ利用ごとに高額な費用を国民医療費から海外企業に支払わなければならないことになってしまう。国民医療費が海外の企業に流出し、社会保障制度が崩壊してしまうという強い危機感を国民全体で共有しなければならない。食料や原油の海外依存に加え、医療までもが海外依存を

強いられ、国民に不利益をもたらすような愚策は断じて許されるものではない。

### **新型コロナワクチンも同様である**

新型コロナワクチン開発においても日本は完全に出遅れている。2020年12月には世界で新型コロナウイルスのワクチン接種が始まっているが、日本製のワクチンの実用化の目途は立っていない。

国は研究開発に600億円の支援をするが、アメリカでは2020年3月に新型コロナウイルス緊急対策法を定め、ワクチン開発費等に83億ドル（8700億円）支援している。

ワクチン開発は、アメリカ、イギリス、ドイツ、中国が先行し、日本は輸入品に完全に依存することとなる。

実際、2021年1月欧州連合の域内で製造されたワクチンの域外への輸出管理強化により、日本でのワクチン接種が進まないことが社会問題となっている。また、ワクチンの仕入れ価格は非公開であるが、足元を見られ高値で売りつけられるとすれば、これも国益を損なう事態である。さらに、ワクチン提供を外交の具に利用されても泣き寝入りせざるを得ない。

今後起こりうる新興感染症によるパンデミックでもワクチンを海外依存しているようでは、国民の暮らしと安全が守られるという保証はない。国産ワクチンを早期に潤沢に生産できる体制があれば海外輸出することが可能で、国益にも国際貢献にもなる。

厚労省はワクチン産業ビジョンを2007年に公表しているが、14年を経た現在でも国産の新型コロナワクチンは実用化されていない。

長年来、国民の健康と生命を守る医療を軽視してきたあやまった政策のほころびが、コロナ禍により露呈したこととなる。緊急事態宣言が解除できない理由が、感染者数ではなく医療逼迫であることを忘れてはならない。ワクチン問題にとどまらず医療逼迫といったこの度のコロナ禍の反省に基づき、日ごろから社会保障としての医療を手厚い予算で下支えしておかなければ、国民の生活を守ることができないばかりか国を守ることもできない。

この度のコロナ禍を機に、国民の健康と生命を守ることの重要性を認識し、医療制度の充実と医療関連事業の発展が国益に叶うということを肝に銘じなければならない。

### **国民皆保険制度により質の高いビッグデータが集積できる**

幸い日本は国民皆保険制度であるお陰で、ゲノム情報と診療情報に関する質の高いビッグデータの集積ができる。例えば、一般集団の大規模全ゲノム解読データはゲノム医療において責任多型の除外診断に有効である。ゲノム医療の社会実装の実績により世界をリードし、イニシアティブをとることができる。世界が超高齢社会に向かう中、日本は長寿先進国として、トップランナーとならなければならない。そして、次世代のがん治療を開発し輸出しなければならない。

そのためにも、極めて重要な役割を果たす国民皆保険制度は堅持されなければならない。

### **国益に寄与する制度の継承が重要である**

また、ビッグデータを十分に集積し公共の福祉と国益に寄与するためにも、現行通りの過度でない窓口負担の継承により必要十分な保険給付が受けられなければならない。

実地医療の積み重ねにより作り上げられた技術と経験が国民を幸福にし、海外輸出により世界の人々



をも幸福にし、さらに輸出事業（産業）として国家を繁栄に導くことができる。

2014年7月22日、「健康・医療戦略」において、ゲノム医療を国が行う世界最先端の医療の実現に向けた取り組みと閣議決定されているため、迅速な日本流プレジジョン・メディスン・イニシアティブの推進が急がれる。

そのためには、国民全体の遺伝（ゲノム情報・ゲノム医療）についての基本的理解は極めて重要となる。遺伝という言葉に対する偏見や錯誤を無くし近未来的最新医療の重要性について、初等教育の段階から正しい理解ができるような教育指導も必要となる。

### 新たな制度の創設が必須である

ゲノム医療のための次世代シーケンサーによる多遺伝子パネル検査の薬事承認と保険収載等が開始されたが、試薬が高価であるうえ、人件費、機器の保守管理費用などが高額であることなどより、限られた社会保障費だけでは、その費用は到底まかないきれない。

また、実地医療の現況では、ICTの利活用の利便性は限定的であり、電子カルテやレセコンの規格が各社ごとに統一性がなく、電子カルテであるが故の放射線検査レポートなどの未読問題など、解決しなければならない問題もある。また、病理診断や画像診断にAIを利活用するには、正解となる答えを含んだラベル付きデータを学習される教師あり学習が必要となる。診断学におけるAI技術の開発も国をあげて早急に行わなければ、診断ソフト等の知的財産も海外からの輸入に依存することとなり、国益に反する事態となる。

近未来的最新医療を社会実装し世界に輸出し、国家を繁栄させるためには、従前からの「医療費は社会保障費の枠の中だけ」という固定概念を捨て、国家戦略として新たな制度の中で別財源で行わなければならない実地医療もあるという新しい発想が必要である。

### 選択と集中

近未来的最新医療を実施する際には、適応及び実施施設の要件を厳格にしなければならない。実施施設と症例が厳選され、必要な人に必要な時期に治療が実施されることにより社会保障費が有効に使われることになる。

また、本人の意思決定に基づいて治療がなされることが需要であり、本人が望まない医療を回避することにより医療費が有効に使われることとなる。

### 内向きの発想は改めなければならない

近未来的最新医療や現行の医療を維持発展させることは、費用がかかるために縮小すべきといった内向きで退廃的発想は日本を崩壊させる危険な浅知恵であり、無知蒙昧の発想と言わざるを得ない。

国家繁栄のためには問題を先送りすることなく、国民皆保険制度を有効に利用し、迅速に医療情報やシステム等に関する知的財産権を確立しなければならない。

国民の健康と生命を守ってきた国民皆保険制度を堅持し、国民に必要十分な医療を給付するために手厚い財源を確保しなければならない。受診時の一部負担金（窓口負担）も可及的に軽減し、国民が受療しやすい体制をとる必要がある。医療の充実は、もはや、社会保障という枠を超えた国家安全保障や産業振興などの国益にかかわる幅広い意義があることを改めて指摘しておく。

国家国民が一丸となって、社会保障費に加え新たな制度の中で別財源を追加投入することにより、近未来的最新医療の社会実装と現行の医療を維持発展させ、世界に日本の英知を発信するといった外向きの姿勢により国家を繁栄させることができるのである。

## 10. オンライン診療を適切に施行するための課題の検討

1948年に制定された医師法第20条によれば、「医師は自ら診察しないで治療し、もしくは診断書もしくは処方箋を交付してはならない」とされる。1997年には厚労省から遠隔診療についての通知が発出され、初診患者は原則対面診療とし、対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合、遠隔診療は直ちに医師法20条には抵触しないが、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきとされた。この様に元々は離島やへき地など、医師不足地域の支援として遠隔診療についての考え方が導入された。その後、2016年の通知では、離島やへき地など、直接の対面診療を行うことが困難である場合は例示であり、対面診療を行わず遠隔診療だけで診療を完結することは、直ちに医師法違反に抵触するものではないとされた。医師不足・偏在問題の他、医師の働き方改革での健康確保措置等の観点から、遠隔診療はその時々で解釈を拡大し、議論されてきた経緯がある。

現在、厚生労働省が示している指針によれば、遠隔診療は「情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為」と定義され、例えば遠隔画像診断や遠隔病理診断など、特に専門医が不足している地域において、ネットワークの構築が進み有益に活用されている。一方、オンライン診療は「遠隔診療のうち、医師－患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムにより行う行為」となっている。患者の日常生活の情報を得られることや、医療へのアクセスを容易にするといった利点もある一方で、得られる情報が視覚及び聴覚に限られる。疾病の見落としや誤診を防ぐために、初診については原則直接の対面診療とされているが、今般のコロナ禍においては、時限的かつ特例的措置として初診からのオンライン診療が認められた。高齢者や基礎疾患を有するリスクが高い患者にとっては、感染する機会を減らすための方策として、評価されるべき点もある。また、日本医師会が提案しているように、離島やへき地など地理的な条件の他、難病や小児慢性疾患で診察可能な医療機関の制限、在宅医療や出産前後で通院が困難な状況にあれば、対面診療を補完する方法として有用であろう。

オンライン診療は医師側の都合で行うものではなく、患者側からの求めがあって成立するものであるが、その診療行為の責任については、原則として当該医師が負うこととされている。対面診療では、患者が診察室に入室する際の所作から観察し、全身的な身体機能がどのようなものであるか。また、認知機能の低下している患者においては、同行される家人の話とのずれを確認することで、認知機能を評価しやすくなる。実際に患者に触れることによって情報が得られることも多く、我々は五感を駆使して真の患者像を探る。どれだけ機器が発達したとしても、画面を通しての診察がその領域には到達することはない。オンライン診療推進派の中には、「利便性や経済性が無視されて安全性ばかりが議論されて話が小さくなってしまう」との意見もある様であるが、これは見当違いも甚だしい。医療の質と安全が担保されない限り、医療に利便性や経済性を求めるのは本末転倒である。例えば、専門医会や学会等がオンライン診療の可否を決めるチェックリストを作成したとしても、そこから漏れ落ちる症例は必ず発生する。その責任は医療提供側に負わされることになるのであろうか。オンライン診療のこれまでに集積された不適切事例を検討した上で、より安全な方策を模索しなければならないが、対面診療であっても医療の不確実性は存在する。ましてやその可能性が高くなるオンライン診療においては、医療を提供する側も受け

る側もよく理解した上で施行されなければならない。

その他にも厚生労働省が示している指針については、いくつかの疑問が残る。急変時の対応として、事前に他の医療機関に必要な情報を定期的に伝達することを求めているが、具体的にはどのような方法にするのか。安全なバックアップ体制は本当に構築できるのか。主治医が遠隔地にいる医師の専門的な知見・技術を活かして診療する形態の場合、問題が生じた際の責任分担は予め協議できるのであろうか。そもそも一時的な情報通信機器の不具合があっても、患者の側にいる医師により手術の安全な継続が可能な体制を組むことが必要なのであれば、最初から主治医が担当しようという話にはならないのか。また、新たな症状・疾患が発生した場合には、その経過を対面診療した際に確認することとされているが、どこまでがその対象範囲になるのか。さらに医療提供側と受療側の双方の信頼関係が前提となっているが、予防接種や年に一回の健診をしていればその関係は構築できるのか。オンライン診療の間口を広げるための苦肉の策としか思えない。

この様にオンライン診療にはまだまだ課題が多い状況にある。菅首相は会食等を通じて、様々な立場の人から意見を取り入れるという。政府の規制改革会議では「現在の特例的な拡大措置を続け、将来的にもその基準を下げるべきではない」との考え方を示している。取り入れる意見を経済界からに偏っては、良い政策が実現できるはずもなく、他の立場の人間の意見も幅広く耳を傾けて、我が国の国民の生命と健康に資するよう、リーダーシップを発揮してもらいたい。医療の実態を知らない経済学者の中には、かかりつけ医制度が定着していないことが、日本医療の弱点と批判する者がいるという。しかしかかりつけ医制度が整備されているとされる西欧諸国は医療崩壊に瀕しているのに対し、先人から綿々と引き継がれてきた我が国の医療制度で提供される高度な医療と、医師・患者間の信頼関係の尊さを、いま一度見直さなければならない。前述のように地理的な要因の他、患者自らが医療機関へのアクセスが困難などの、必要に迫られる場合は別として、利便性や経済性のみを追求した挙句、不幸な事例が生じることの無いよう、議論が見誤った方向に進まぬよう強く望む。

## 11. あとがき

日本の医療は、医療従事者の献身的な勤労奉仕の精神に支えられているところが大きい。この度の国難である新型コロナ禍においても国民の安寧が医療従事者の献身的な貢献により支えられていることを改めて指摘しておく。

新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言解除にあたり、感染者数は減少していても医療が逼迫していたために解除が躊躇された。国民の健康と生命を守ることができなければ国を守ることはできないことは明白である。

もとより医療従事者は聖職者ではないため、献身的な勤労奉仕にいつまでも甘えているわけにはいかない。医療費抑制政策による医療従事者の働き方改革にまい進する愚考は直ちに悔い改め、医療者にとって過度の負担の無い正当な社会環境が保証される働き方改革を早急に進めなければ国家の安寧は望めない。

正当な医療を行うための財源をどうするのかという議論も必要である。日本の医療の進化が国民の安寧をもたらし、輸出事業として国益をもたらすまでに発展するまでには相応の予算を要する。

折しも、法人税の国際最低税率導入の重要性が確認されたことは広く歓迎されている。法人税優遇税制や法人税逃れが国益に反する国難であるとの認識が深まったわけである。

また、非正規雇用者を減らし正規雇用者を増やすことにより失業率が低下し、所得税収が増える。さらに、国民所得が増えることにより消費が促進され、景気が好転するといった議論も今後進んでいくと思われる。

医療従事者は常に国民に寄り添い健康と生命を守ることにより国家の安定と繁栄に寄与している。正当な「負担と給付」は正当な医療体制により導かれる。本答申書では、国益にかなう正当な医療体制はどうあるべきかという観点から各委員の提言をまとめた。

日頃から手厚い予算により医療体制を充実させ強化しておかなければ国民の健康と安全を守ることはおろか国家の繁栄はないこと、さらに医療体制の充実と強化は国益となることを少なくとも一国の為政の枢機に参与する人々は肝に銘じておかなければならない。この答申書を通して、どのような為政者が国益にかなうのかをよく考え、反省する契機となれば幸甚である。

