

国際保健検討委員会 答申

令和2年6月

日本医師会国際保健検討委員会

令和2年6月

日本医師会
会長 横倉 義武 殿

国際保健検討委員会
委員長 神馬 征峰

国際保健検討委員会答申

平成30年11月30日に開催した第1回委員会において、貴職より「日本の医療の国際貢献」について諮問を受けました。

これを受けて本委員会では、平成30年度、令和元年度の2年間にわたり諮問事項について検討を重ねた結果、次のとおり答申いたします。

国際保健検討委員会

委員長	神馬征峰	東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室 教授
副委員長	橋本省	宮城県医師会 副会長
委員	新井悟	東京都医師会 理事
委員	石黒成人	高知県医師会 常任理事
委員	今村英仁	公益財団法人慈愛会 理事長
委員	占部まり	宇沢国際学館 代表取締役
委員	菅波茂	特定非営利活動法人 AMDA 理事長
委員	高橋健太郎	滋賀県医師会 副会長
委員	城義政	愛知県医師会 副会長
委員	中谷比呂樹	慶應義塾大学 グローバルリサーチインスティテュート (KGRI) 特任教授
委員	中村安秀	甲南女子大学 看護リハビリテーション学部 教授
委員	溝部政史	山梨県医師会 理事
委員	三輪佳行	岐阜県医師会 常務理事
委員	山内英子	聖路加国際病院 副院長
委員	山本太郎	長崎大学熱帯医学研究所 教授
オブザーバー	梶原徹	前 厚生労働省大臣官房国際課 国際保健・協力室長 (令和元年7月21日まで)
オブザーバー	田口一穂	厚生労働省大臣官房国際課 国際保健・協力室長 (令和元年7月22日から)
オブザーバー	堀裕行	前 厚生労働省大臣官房国際課 国際保健企画官 (令和元年7月21日まで)
オブザーバー	鷺見学	外務省国際協力局地球規模課題総括課 国際保健政策室長
オブザーバー	伊原鉄次郎	欧州日本人医師会 副会長

(委員：五十音順)

目次

I. はじめに	1
II. 社会的共通資本としての医療	2
III. 「日本の医療の国際的な貢献」：新型コロナウイルス感染症	4
III-1) グローバルヘルスの観点から	4
III-2) 持続可能な開発目標	6
III-3) パンデミック対応からパニック対応へ	7
III-4) 人々の暮らしへの影響とその対応	7
III-5) 地域に密着した「かかりつけ医」の役割	8
III-6) 妊婦のヘルスプロモーション	9
III-7) 行動変容対策の落とし穴とその克服	10
IV. 日本の医療の国際的な貢献	13
IV-1) グローバルヘルスの今後	13
a. 国際的 CSR（企業の社会的責任）としての国際保健からトリプル・ウインの グローバルヘルスへー国際保健協力概念のパラダイムシフト：超高齢社会を迎え る日本の持続可能性のためにー	13
b. 「中所得国の罫」と国民皆保険を含む社会保障の危機	14
c. 持続可能な海外協力のために	15
IV-2) 国民皆保険	15
a. 国民皆保険の歴史と課題：認知症ケアの変遷と日本の「介護」	15
b. 任意型予防医療データの蓄積	17
c. 地域医療のあり方	18
d. 医師－患者関係	19
e. 特定健康診査と特定保健指導の経験と国際的示唆	20
IV-3) 医師の偏在対策：働き方改革	22
a. 医師の働き方改革：日本の挑戦	22
b. 働き方改革：若手医師によるアドボカシー	25
c. 医師の偏在対策	26
IV-4) 母子保健	28
a. 母子手帳：その国際展開からの学び	28
b. 周産期医療－過去、現在、未来－	30
IV-5) 災害・救急医療	32
a. 世界災害医療プラットフォーム構想と具現化	32
b. 救急医療需要への対応：二つの取り組み	33
IV-6) 外国人の健康	35
a. 日本における外国人医療	35
V. 日本医師会の国際活動	38
VI. 最後に	41

I. はじめに

2008年の日本医師会・国際保健検討委員会発足後、今期の活動を2018年度から19年度にわたって実施した。今期の会長諮問は「日本の医療の国際貢献」である。この2年間に日本医師会が実施した数ある国際活動の中で、とりわけ注目に値するのは、2019年、G20と並行して、世界医師会(WMA)の協力のもとに東京で開催したHealth Professional Meeting (H20) 2019である。同会議では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を主題とし、日本の医療の国際貢献について質の高い議論を行った。横倉義武日本医師会会長が世界医師会会長の就任演説において取り上げた「社会的共通資本」もまた、日本の貢献として再認識される良い機会となった。

「日本の医療の国際貢献」のためにUHCと社会的共通資本を推進する。この二つのキーワードのもとに国際保健検討委員会の議論が続いた。ところが、今期も終わりに近づいてきた2019年12月より、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が世界を揺るがし、日本も比較的早い時期からその渦に飲み込まれた。

そこで今期は会長諮問に応えるにあたり、UHCと社会的共通資本に加え、COVID-19に関する議論も行った。COVID-19危機(crisis)がなお続いている現在、危機という言葉に含まれる「危(danger)」をいかに「機(opportunity)」に転換させていくか。答申にあるようにこの危機に対して、日本の医療がいかなる国際貢献をなし得るか。それを検討することは大いに意義のあることであった。

本委員会の特徴は、国際保健あるいはグローバルヘルスの専門家、都道府県医師会から、現場で臨床活動に携わっている医師が委員として参加しているということである。

今期議論してきたことは、医師として「何をなすべきか(What to do?)」、ということだけではない。何かをなすために、いかになすべきか(How to do?)ということでもある。「何をなすべきか」ということは、大量のデータや科学的エビエンスのもとに、トップダウンで示されることが多い。しかしながら、それらを現場で実践する際には、現場の状況にあった工夫が必要である。そのような工夫を長年続けてきた現場医師の知恵を共有することは、いかなる危機状況においても重要なことである。私たちが危機を克服するためには、過去からだけではなく、現在からも学ぶ必要があるからである。その議論は新たに「何をなすべきか」を示す道筋を示してくれるはずである。

以下の答申書では、まず、社会的共通資本の基本的概念を共有する。第2に、COVID-19に関する議論を取り上げる。第3に、UHCと社会的共通資本関連の議論内容を示す。第2、第3ともに、体系的な議論ではない。包括的でもない。委員会での議論のもとに、各委員が「これだけは言っておきたい」という思いにかられて書いた知恵をまとめたものである。第4に、これまでと同様、日本医師会の国際活動として、WMA、アジア大洋州医師会連合(CMAAO)、武見プログラム等の活動を紹介する。なお、これまでは日本医師会ジュニアドクターズネットワーク(JMA-JDN)の活動報告を別途まとめてきていたが、今回は主要議論の中にその見解を取り込むことにした。最後に、日本医師会による今後の国際保健活動のあり方について提言したい。

II. 社会的共通資本としての医療

人類の歴史を鑑みてこれほど大きく社会構造が変化していく時代は初めてではないだろうか。大きな変化の波はきているが、医療が目指しているものは、紀元前5世紀、ヒポクラテスの時代から変わってはいない。1948年に世界医師会によって作られたジュネーブ宣言は、ヒポクラテスの誓いを現代的な言葉にしたものである。

「医師という職業の名誉と高貴な伝統を守り続けることを誓う」というこの医師の誓いを支えるのは、世界的な経済学者である宇沢弘文によって構築された、社会的共通資本という理論である。

社会的共通資本は、ゆたかな社会の基盤となるものであり、大きく三つに分類される。自然資本、社会的インフラストラクチャー、制度資本である。医療、教育等は制度資本として捉えられている。そしてこの理論は、「1つの国ないしは、特定の地域に住むすべての人々が、ゆたかな経済生活を営み、優れた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境や社会的装置」と定義づけられている。

数理経済学を基盤とするこの理論は、人間の心という古典的経済学から排除されていたものを取り込もうとした新しい形の経済学の始まりとも言える。それまで、人間の心や内的成長、自然環境等複雑なものは排除され構築されていた。しかし、「人間の心があってこそ初めて経済が動いていく」といった点に注目し、根源的な問題に取り組んだものである。

宇沢は、ゆたかな社会を「すべての人々が、その先天的後天的資質と能力を十分に生かし、それぞれの持っている夢とアスピレーションが最大限に実現できるような仕事に携わり、その指摘、社会的貢献にふさわしい所得を得て、幸福で、安定的な家庭を営み、できるだけ多様な社会的接触を持ち、文化的水準の高い一生を送ることのできるような社会」としている。これは、持続可能な開発目標（SDGs）の根幹をなす考えであるということが容易に理解できるであろう。事実、1981年当時のローマ法王であるヨハネ・パウロ II世に宇沢がレクチャーした際には、その場にジェフェリー・サックス国連顧問がおられた。周知の通り、サックス氏が中心となり、「ミレニアム開発目標（MDGs）」、「持続可能な開発目標（SDGs）」を取りまとめており、社会的共通資本の理論はどちらの根底にも流れている。

社会的共通資本は社会として守るべきものであり、市場原理に委ねて利益を貪る対象としてはならない。その基盤を守ってこそ、ゆたかな社会を安定的に維持できる。その維持に関しては、市場というメカニズムが主体ではうまく機能しない。医療、教育といったものの価値を金銭的なもので評価することは不可能である。宇沢は、医療が経済に合わせるといった考え方を否定し、医療に経済を合わせるというシステムを構築するのが経済学者の役割であると述べている。国民総生産といったものに合わせて、人々が病や怪我をして医療を必要とするわけではない。同じ病名がつく患者でも、個人の特徴によって理想とされる医療は異なってくる。個人の生育環境等により一人一人適正なものは変化する。患者に必要な医療が、医療者を中心とした専門家集団により提供された場合、その際にかかった費用はすべて社会として負担するべきで

ある。その専門家集団は社会的共通資本を、高い倫理観を持ち、その専門知識を持って管理すべきであり、決して官僚的な支配に任せてはならない。

さらに言えば、医療の充実は、病を得た患者のためだけにあるのではない。何かの際に適正な医療を受けられるという安心感が生み出す波及効果も計り知れない。病院がそこにあることの意義を考えるにあたり、この社会的共通資本という理論は本質的なものに迫る一助となる。

人間に心があるから経済が動いていく。自然があるからこそゆたかな社会が構築される。現在では当たり前であるようなことが、古典経済学では無視されていた。それを経済学の中に取り込んでいったのが社会的共通資本である。私たちが従事する医療は制度資本の中心をなすものである。それは、国や地域、文化等の社会的基盤が変わろうとも共通である。この多様な背景をも包括するというのが社会的共通資本の主旨である。新しい経済構造が構築され社会が激動する中でも、医療が目指すものは変わらない。このような時代であるからこそ、共通の理念を共有していくことが最重要であり、社会的共通資本がそれに大きく貢献することは間違いない。

III. 「日本の医療の国際的な貢献」：新型コロナウイルス感染症

III-1) グローバルヘルスの観点から

日本は世界に先駆けて国民皆保険を樹立、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を実現し、世界一の健康長寿国となった。しかしながら、今回の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)はこのような日本の安心衛生健康レガシーに対する大きな挑戦となっている。医療崩壊の危機という言葉もしばしば聞かれるようになった。そこで、日本の医療の貢献を議論する前に、COVID-19によって見えてきた日本の課題をリストアップしたい。

COVID-19を含む地球規模の健康課題に対しては、以下の5点が重要である。①日本と世界の疾病構造が近似してきたことによる日本医療の海外展開の可能性、②グローバル化の進展による「非日本人に対する多国籍医療チーム診療」の常態化、③グローバル化による感染症危機管理の重要性、④国際基準での医療政策の必要性、⑤高頻度で起こる自然災害に対する相互支援である。

今回のCOVID-19危機によって、上記について、日本の課題として今まで見えなかったことが見えてきた。

1. グローバル化した分業体制における日本の医療基盤の脆弱性

医療のプロダクト分野において、グローバル化の負の側面が現れた。例えば、マスクの国内生産率は2010年の37%から2018年は20%にまで低下しており、輸入の77%を中国に依存している。人工呼吸器についても、海外依存率は、金額ベースでは9割、個数ベースで6割である。地産地消サービスの代表と言われている医療についても実はこのようなリスクと背中合わせなのである。

2. 医療先進国が一夜にして医療崩壊する恐怖

大規模なエピソードが起こった場合には、すべての国が脆弱であり独力では対応できない。援助を求めても国際的大規模感染症の場合は、誰も対応する能力が無い。例えば、日本に並ぶ長寿国であるイタリアは、一夜にして医療崩壊起こし、治療を受けられないまま死亡する患者が後を絶たなかった。

3. 日本が一転して低中所得国の状態になる危機感

低中所得国では、人員も、医療資材も不足している。資材はあったとしても、法外な高値を要求される。医薬品が開発されたとしても、まずは、開発力のある国で使われ、他国には開発費が上乗せされた価格での販売が遅れて行われる。自国でライセンス生産しようとしても知的所有権を盾に肝心の部分の技術が開示されずそれもできない。世界保健機関(WHO)の場で、低中所得国の有志連合は、このような状況を訴えてきた。現在、ワクチン開発の先端を切るのは、米国と中国である。一周遅れでEUがある。日本の出遅れ感は否めない。日本は、医療技術の安定的確保という観点から、一気に低中所得国状態になってしまうのではないかという危機感がある。

4. レトリックではない公衆衛生と医療との連携

公衆衛生と地域医療は、伝統的に、前者は行政、後者は医師会と、並行的に行われるのが原則であった。これはグローバルヘルスの分野にもあてはまる。そこでは、公衆衛生は WHO、医療は国境なき医師団等が担ってきた。今回の経験で明らかになったのは、両者の相互補完関係である。一方が破綻すると他方に大きな影響を与え、結果としてシステム全体が破壊される。

5. 技術革新（イノベーション）の重要さ

様々なイノベーションが世界各地で起こっている。韓国では、感染が始まってから改良検査法を3週間で量産し、ドライブスルー方式による検査方式を編み出し、スマートフォンの個人情報を活用した追跡調査によって、感染を抑え込んだ。中国は徹底した個人管理と強圧的隔離で感染爆発を制圧した。英米では、家電や自動車メーカーの生産ラインを活用して人工呼吸器の量産を行った。新たな技術を開発して社会実装に結び付けるスピードは瞠目に値する。今まで、公衆衛生はイノベーションから遠い医学分野と思われていたが、今後、この種の研究開発は主題になろう。

6. インフラの重要性と日本の弱体

韓国の対応は素晴らしいものであった。しかし、その基盤への理解をしないと日本や他国への導入は難しい。全国民に割り当てられている住民登録番号で、マスクの過剰入手をチェックできる韓国と、マイナンバーの普及率16%の日本では比較にならない。徴兵制度のもと、軍人の他、社会サービス要員、公衆保健医等の「若い男性」を国の命令で動員し、「迅速な」対応が可能となる体制にない日本で、直ぐに韓国式を用いることはできない。一方、学校の一斉休業は学習方法をはじめ教育に深刻な影響を与えている。一方、他のアジア諸国ではオンライン教育を拡大している。このように、日本のインフラは立ち遅れてしまっている。セーフティー・ネットであるはずの、医療、教育といった公益サービスが、30年にわたる緩やかな衰退の中で思った以上に弱体化していることが明らかになった。

7. グローバルヘルスの観点からの今後の取り組み

COVID-19への対応が長期化すれば、感染を抑制しながら社会的経済的な活動を営んで行くという微妙なかじ取りが必要になる。国内では自治体間の協力、国際的には、国家間の協調と協力が必要となる。これまでグローバルヘルスのフォーカスは、低中所得国はどうか、しかもそれを高所得国の政府開発援助（ODA）という、いわば税金で賄うにはどうしたらいいのかについて論議することに主眼があった。

しかし、今回のように全世界が同時に感染症の大波に襲われた場合、どの国も他の国を助けることができない。逆に言えば、これからはすべての国が助けあうようなフラットなグローバルヘルスに移行するチャンスでもある。

また、全ての国が新しい国際公共財ともいえる技術や製品にアクセスできるルール作りも必要である。緊急用医薬品の備蓄や配分のルール、緊急増産体制の整備と関連の規制の一部緩和等、様々な課題に取り組む必要もある。

COVID-19は、社会のあり方、国のあり方にも大きな影響を与え得る。『サピエンス全史』の著者ユヴァル・ノア・ハラリは、人類が直面する課題は二つあると述べている。一つ目は、社会形態の選択：集中監視システムと懲罰か市民のエンパワメントか、二つ目は孤立か連帯か、である。

エンパワーされた市民が国際連帯をして、この難局を乗り切ることを期待したい。諸外国から「甘い」・「緩い」といわれる日本方式が一定の成果を上げ、その成功因子の解析を世界に示すことができれば、それはまた一つのグローバルヘルスへの貢献となる。

III-2) 持続可能な開発目標

COVID-19が蔓延する前と後では、世界の景色が激変してしまった。1998年にピューリッツァー賞を受賞した『銃・病原菌・鉄』（ジャレド・ダイヤモンド）には「家畜がくれた死の贈り物」という章があり、病原菌が人類史上で果たした役割について鋭い分析が行われている。過去には、ペスト、コレラ、スペイン風邪という世界を席卷した感染症があり、21世紀になっても重症急性呼吸器症候群（SARS）、鳥インフルエンザ、エボラウイルス病等があげられる。しかし、COVID-19はわずか3か月たらずのうちに世界の人々の活動を止め、国境を封鎖し、グローバル経済全体に計り知れない影響を与えた。

今までの感染症の歴史においても、新興感染症としての新しいウイルスが中国で発生し世界に広がるというシナリオは、最も蓋然性の高い、想定内の出来事である。しかし、中国から欧州や米国に感染が広がり、世界で最も人権意識の高い欧米諸国が武漢と同じような都市封鎖を行い、外出禁止を実行し、国境を閉ざし、国際的なモノとヒトの流れを遮断したことは大きな驚きであった。

「持続可能な開発目標（SDGs）」の医療分野での最大のトピックのひとつが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）である。そのUHCが危機にさらされている。感染症指定医療機関において、マスク、消毒用アルコール剤、医療用防護具等が欠乏している。一般人も感染症予防のためのマスク、手指用アルコール剤等が入手できない。症状を呈していてもPCR検査にアクセスできない。感染症の猛威の前にUHCが簡単に破綻してしまっている。日本だけではない。世界で最も高度な医療を提供してきた地域のひとつであるニューヨークにおいてですら医療崩壊が惹起した。この欧米諸国の現状は、明日の日本の姿を映し出す鏡である。

COVID-19は、自国だけで解決できる感染症ではない。WHOによれば、6月2日現在、世界全体の感染者数は約619万人、死者は37万人以上にのぼる。国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）は、緊急支援の現場では、専門家は報告の出していない地域こそ何が起きているのか注視すべきだと教えている。今後の感染の広がりが懸念されている南アジア諸国、サハラ砂漠以南アフリカ諸国等において爆発的な感染が起これば、何百万人という人が亡くなる可能性もある。手を洗う水が十分になく、マスクや消毒液の供給ができず、検査できる医療施設から遠く離れた地域の多い国々で、どのような予防や治療ができるのか。長年にわたり、プライマリ・ヘルスケアの実践を着実に進めてきた国際保健医療協力の真価が問われている。

III-3) パンデミック対応からパニック対応へ

COVID-19 が生じている社会の現状は、「新型コロナパニック」と言ってもよい。COVID-19 は 2003 年の SARS の時とは異なり、またたく間に世界中を巻き込んでいく。しかし、パンデミックは状況であり、パニックこそが問題である。パニックは人々から正常な判断能力を奪うからである。

米国のテンプル大学日本分校が開催した日米合同の「災害予防」のセミナーにおいて、米国側が災害として取り上げた項目は、核、化学、生物テロの人為的災害であった。一方、日本側は自然災害を取り上げた。意識のギャップは大きく、議論もかみ合わなかった。ただし、米国内の主要病院はこれらの人為的災害に備えているとの発表があった。今回のパニックでその主要病院がどのような対応ができたのか、検証する価値はある。時代は確実に人為的災害に対応する必要性を示唆している。

2020 年 2 月にダイヤモンド・プリンセス号の乗客多数が新型コロナウイルス感染症にかかった際、日本医師会では国の要請に基づき、日本医師会災害医療チーム (JMAT) を編成して派遣し、感染防護対策及びヘルスチェックに努めた。また、自衛隊は、感染予防対策の任務を粛々と遂行した。

COVID-19 に対する有効な方法がまだ開発されていない状況においては、「免疫力」を高めるための東洋医学の再評価も必要かもしれない。東洋医学は「気」の医学である。「気」は免疫力にも通じるものであり、今後さらなる検討が必要であろう。

III-4) 人々の暮らしへの影響とその対応

歴史学者の磯田道史・国際日本文化研究センター准教授は、人類には三つの危機があると言っている。ウイルスによるパンデミック、火山の破局噴火、そして大地震に伴う津波の三つである。中でもパンデミックは多くの死者を出し、確実に人類を痛めつけてきた。その禍の歴史の中で、中世ヨーロッパを襲ったペスト、第一次世界大戦時のスペイン風邪等は死者の多さから恐ろしい病として記録に残されている。しかもスペイン風邪は日本で 3 回の流行を繰り返した。

パンデミックにより大きな影響を受けるのはヒト、物、カネ、情報等全てである。日本政府の専門家会議が繰り返し述べるように、いわゆる 3 密 (密閉、密接、密集) を避けなければ、流行は阻止できないだろう。緊急事態宣言が発せられ、生活する上に欠かせない交通や物流、電気・ガス・水道等のインフラが逼迫した状況にある。日本のみならず、世界各地で似たような状況にある。このパンデミックの怖さをやっと知り始めた人々は、現在の生活への不安は感じているものの、近い将来への見通しもつかないほど混乱している。欧米諸国でさえ、その対策に奔走している。ましてや、低所得国では、パンデミックの波が届いたら、たちまち破滅的な状況に陥る危険性を孕んでいる。

どの国の対策が最も効果的であったかは一概に判断できない。上記に示した韓国の事例においても触れたように、政治体制が異なるからである。罰則を伴う強力な支配 (強制措置) が可能な国と、比較的国民の自由を重んじている (自粛要請という) 国とでは、対策も効果も比較しがたい。

本委員会の委員であり、『感染症と文明—共生への道』(岩波書店、2011 年) の著者

でもある山本太郎・長崎大学熱帯医学研究所教授によれば、人類は感染症と共存して進化を遂げてきた。そして一時的に大流行する疾病も、知識と技術で克服し、繁栄してきた。確かに、感染症克服のための公衆衛生知識の向上、薬物やワクチンの開発等は、文明の進歩につながってきた。疾病ではないが、2011年の東日本大震災の後、耐震技術は進歩し、生活基盤の強化や人々の心の絆の大切さ等を日本人も学んできた。

日本における COVID-19 政策は、専門家会議の意見に沿った形で進められている。感染症の専門家による医学的な見地からだけでなく、経済学等の専門家にもよる多面的な取り組みが始まっているところである。日々の暮らしを営んでいる人々の協力を仰ぐためには、それに見合う義務と権利のバランスが大切である。例えば、中小企業や商店等に休業や閉鎖の要請をするならば、生活への補償も併せて行う等である。さらに、パンデミックは医療崩壊を招くとの危惧もあり、受診制限や手術の延期や中止、医療資材の不足等多くの問題が浮上している。人件費の安い外国に生産拠点を移している企業は、商品の生産・出荷が止まり、国民の生活必需品の物流に影響を与えている。一つの感染症が人々の暮らしにもたらす影響ははかりしれない。このことを今誰もが実感している。

現在直面している難局を乗り越えることができれば、また新しい文化（情報化社会の進歩等）が生まれるかもしれない。そのような希望を持てば、今自分のできることで、COVID-19 対策のために協力する意欲が湧くのではないだろうか。

III-5) 地域に密着した「かかりつけ医」の役割

2019年12月、武漢市で報告された新型肺炎は瞬く間に世界に広がった。感染拡大のために、人々の行動は自粛される様になり、社会的共通資本というものが鮮明に浮かび上がってきている。

制度資本は社会的共通資本の三つの要素のうちの一つである。その大きな柱である医療に目を向けてみたい。医療は、今回の感染症においては欠かすことができない要因である。日本国内では、感染症指定病院だけではなく、医療関係機関全てが総力戦で対応している。駐車場に臨時の施設を設置し、院内感染の防止策を講じる。ICUを改装し、不足する感染防護に必要な物品の使用を減らして関係者の負荷を軽減する。空き病床を確保し、指定病院からの転院を受けられるようにする。病院だけではない。一般のクリニックでは、発熱患者の取り扱いに工夫をこらしながら対応している。それらの多くは、医療側から自主的に、それぞれの所属する医療機関の形態に合わせて行われているものである。社会的共通資本としての医療を遂行するために、それぞれの医療機関が高い視座を持って取り組んでいるこれらの対応は、国もしくはその地域が保護していく必要がある。

日本は小さな島国と言われることもある。とはいうものの、人口が減少傾向にあるとはいえ、12,621万人（2018年の統計）、世界で10番目に人口が多い国である。東西南北3,000kmの範囲に広がっていて、気候や風土、文化、背景も地方ごとに大きく違う。人口密度も1キロ平米あたり北海道の67人から東京都の6,355人まで、実に100倍近くの差がある。COVID-19対策を行っていく際に、一筋縄でいかないのは容易に理解できよう。

逆の視点から言えば、日本での地域ごとの取り組みは、その多様性から世界の多くの国や地域に対して、示唆的なものとなる。岩手県は、医療資源の不足からの医療崩壊を懸念し、流行初期から対策を強化し、水際作戦を成功させた。沖縄県は、行政と医療機関、介護施設の連携が上手くとれている。自然観光資源が豊富なところに、感染症専門医は十分にはいない。観光業と共存していくためにどのような出口戦略がとられるのか注目される。大都市においても、その都市が置かれている環境に合わせて対策が行われている。国民皆保険を基礎に対策が施行されているため、都市間の比較検討は、今後の対策に大きな力を与えてくれるだろう。

地域を知り、患者の病状のみならずその性格や家庭環境等を熟知している「かかりつけ医」の果たす役割は大きい。専門知識を要する情報の通訳者であり、患者の現状を理解した伴走者である。溢れる情報の中から、信頼のおけるものを選択し、患者の状況に合わせて伝えていく。適切な予防法を指導し、過度に心配しているものには安心を与える。持病の投薬の重要性を再確認し、継続を励まし、安全に行える運動を指導する。これは、COVID-19に限らない日常の診療にも通ずることである。日頃から構築された信頼関係があるからこそ、メディアから流される不安を煽るような情報に巻き込まれることを防ぐことができる。医師の一言で、安心して日常生活を継続できるようになることも少なくない。このような地道な診療が、不安のために指定病院を受診し、検査を求めるといったような、医療体制への負荷を軽減している。

「かかりつけ医」は、日本の医療の基盤とも言える。多くの「かかりつけ医」が、専門分野で一定期間研鑽を積んでいるということが、大きな特徴である。一つの分野を突き詰めるという経験が、情報を精査することを容易にし、WHOが危惧している「インフォデミック」と言われる、情報に翻弄されることを防ぐことに大きな力を与えてくれている。

COVID-19を契機に社会制度も大きく変革していくことが予想される。社会的共通資本としての医療を保持していくためには、医療は、病気を治すためだけでなく、安定した社会に必要な不可欠であり、金銭的な価値に換算はできないという本質を多くの人々に理解してもらう必要がある。日本国内だけではなく、世界で共有していくことで、“with Corona”のみならず、“after Corona”の社会がより豊かなものになるであろう。

III-6) 妊婦のヘルスプロモーション

エボラ出血熱対策に関わったGlenn Laverack氏は、COVID-19のようなアウトブレイク時におけるヘルスプロモーションを、「人々を巻き込み、皆がより健康的に、かつ安心して暮らせるような管理力（コントロールできる力）をより強く獲得できるようにすることである」と定義している。そして、ヘルスプロモーションはアウトブレイクの最中のみならず、その後のケア、さらには今後また起こるかもしれない健康危機に際してもその力が発揮できる。

以下、妊婦に対するヘルスプロモーションについて検討したい。妊婦管理のベースとして、COVID-19の有無にかかわらず、普段の妊娠、分娩、産褥管理を基準とすべき

である。COVID-19に特定して、周産期管理をどうしようということではない。いつもの周産期管理上の母児のリスクの上にCOVID-19を上乗せする。その考えで管理体制を構築する必要がある。

COVID-19が妊娠に与える影響については、現時点(2020年5月)ではデータ不足で、明確なことは言えない。しかしながら、妊娠後期に感染したとしても、経過や重症度は妊娠していない婦人と変わらない。武漢で妊娠中に新型コロナウイルスに罹患した33例の妊婦においては、3例に子宮内感染が認められたとの報告がある。垂直感染は否定できないものの、胎児の異常や死産、流産を起こしやすいという報告はない。日本においてもCOVID-19に感染した妊婦から生まれた新生児にCOVID-19は無く、胎内感染は生じていなかった。

ヘルスプロモーション活動として現時点で最も重要なことは、妊婦がCOVID-19や妊娠生活の不安を抱え、過度な心配をしないように、正確な情報を適時にわかりやすく伝えることである。そのためにはまず、COVID-19が妊娠に与える影響について、事例を含めタイムリーに発信することと一般的な予防対策を徹底させるようにすることである。COVID-19以外の肺炎でも、妊婦の場合には重症化する可能性がある。加えて、妊娠中のレントゲン撮影やCT撮影は、胎児の影響が少なからずあり、診断手段に制限がある。また試験中のエボラ出血熱の治療薬「レムデシビル」、抗インフルエンザ薬の「アビガン」と、抗エイズウイルス(HIV)薬「カレトラ」が注目されている中、「アビガン」については使用によって胎児への副作用の可能性がある。そのため、妊婦には使用できない。こうなると、日頃の感染予防が最も重要であるということになる。

まずは、手洗いの徹底、次に不要不急の外出は避けるように徹底した外出自粛、やむを得ない場合でも、①密閉空間、②密集場所、③密接場面、という三つの「密」が同時に重なるような場所を避ける健康管理が必須である。勤務も時差通勤やテレワークの活用、休暇の取得等の行動変容が必要である。

風邪症状、37.5度以上の発熱が2日以上続く場合、味覚異常、あるいは強い倦怠感、呼吸困難がある場合はCOVID-19を疑い、早急に医療機関に相談することが肝要である。人との接触を少なくするために、立会い分娩、家族との面会、遠隔地への帰省(里帰り)分娩、新生児との面会、授乳等が制限されることもある。それによって生じ得る、産後のメンタルヘルスケアが重要となるのは言うまでもない。

医療災害と言っても過言ではないCOVID-19からの脱却には、妊婦一人一人の行動変容が鍵となる。次世代の人類を健康的に継続して産生するためにも必要不可欠な事と認識すべきである。

III-7) 行動変容対策の落とし穴とその克服

1. 「わかっちゃいるけどやめられない」

行動変容とは一般市民にもわかりやすい言葉である。タバコをやめる、運動をする、塩分を控える。すべて日常的な行動変容の例である。COVID-19対策においても行動変容は重視されている。2020年3月9日、新型コロナウイルス感染症対策専門家会議は「新型コロナウイルス感染症対策」における三つの柱の一つとして、「市民

の行動変容」を取り上げた。

ところが、行動変容とは何か、ということをおよそ知ることができたとしても、その実践は容易なことではない。1960年代に流行った「わかっちゃいるけどやめられない…」という歌は、言いえて妙、ある意味行動変容の本質を表現した名文句である。浄土真宗の僧侶でもあり、植木等の父でもあった植木徹誠氏は、この言葉を「人間の矛盾をついた心理で、親鸞の教えに通じる」ものがあると評したという。

この言葉からもわかるように、行動変容のテーマとなる、過食、過度の飲酒、危険な性行動等、「問題行動」の変容は容易ではない。その難しさに人類は2500年以上も苦しめられてきた。西洋においては、人間の罪や誘惑、東洋においては煩惱に関する課題として取り上げられてきた。中世神学は「7つの大罪」として、暴食、色欲、強欲、憤怒、怠惰、傲慢、嫉妬を特定した。仏教は108の煩惱を特定し、そのうちの三つは「三毒の煩惱」と呼んだ。私たちを最も苦しめる、食欲（金銭欲、物欲、性欲等）、瞋恚（しんい、怒りの心）、愚痴（うらみやねたみ）である。

この行動変容を一つの目的とするアプローチとして「健康教育」や「ヘルスプロモーション」がある。

健康教育は、「知識、価値観、スキル等の資質や能力」を身につけることによって行動変容を目指す。ところが、これらを用いても目的とする行動変容が起こりにくいことがある。そこで、WHOによって「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし改善できるようにするプロセス」と定義されているヘルスプロモーションは、人々を取り巻く社会環境の改善やそのための法規制の整備にも取り組む。健康的な公共政策や健康を支援する環境づくりによってである。

妊婦のヘルスプロモーションにも示したように、アウトブレイク時におけるヘルスプロモーションは、「人々を巻き込み、皆がより健康的に、かつ安心して暮らせるような管理力をより強く獲得できるようにすること」と定義されている。

2. 行動変容のかかえる三つの問題点

行動変容はヘルスプロモーションの達成目的の一つである。しかし、行動変容には倫理的な問題がある。第一がパターナリズムである。専門家は専門知識を用いて、例えばダイエット行動を強制する。ところがその対象者には、より重要と認識している優先事項（職場の人間関係等）があるかもしれない。それを無視して行動変容を強要すると、人々の抵抗にあう。パチンコ店の反発等は記憶に新しいところであろう。第二に被害者非難“victim blaming”である。例えば、行動変容できずに肥満で苦しむ人へのスティグマ（個人の属性に対するいわれのない差別や偏見）はすでに生じている。マスクをしない人への非難やトラブルも世界各地で生じている。第三に問題のすり替えである。本来は「原因の原因」ともいえる貧困や教育の欠如等に取り組むべきなのに、特定の行動のみに固執するということは、表層的な問題の解決にしかならないことがある。

これらの課題解決の方法として、ヘルスプロモーションはエンパワメントという手法をとることができる。倫理的問題を回避できる。人々を巻き込み、自律性（autonomy）を高め、健康になるための個人技術を向上させてくれる。様々な健康

の決定要因をコントロールできるようにもしてくれる。アウトブレイク時、エンパワメントによって、私たちは感染症に打ち勝つ力をつけ、さらには新たな健康危機に対応できる潜在力をも身につけることができる。しかしながら、エンパワメントには時間がかかる。緊急時にはある程度の強制力をもった行動変容対策も必要となる。

3. 変わるのが嫌なのではない、変わるようにと強いられるが嫌なのである

感染経路の特定が困難となり、いわゆる「クラスター」対策が難しくなってきた状況下において、市民や各種機関の行動変容はますます重要になってきている。いわゆる喫煙等の問題行動の変容だけではない。手洗いをする、マスクを装着するといった、人によっては新たな行動の変容もまた、感染予防に有効である。

事例として手洗いを取り上げてみたい。多くの病院、レストラン、銀行等は、消毒用スプレーを入りに置いてある。ところが、そこで手を消毒するかどうかは来訪者の自由意思にゆだねられているケースがまだ見受けられる。必ずしも、強制力はない。先に紹介した Laverack 氏によれば、「私たちは変わるのが嫌なのではない。変わるようにと強いられるが嫌なのである」。

では、いかなる方法が有効であるか。監視的な要素を取り入れつつも、いやな思いをせず手洗いをしてもらう工夫をした例がある。都内の某病院では、受付係のアイデアで、患者が診察券や予約票を出す際に、両手に消毒液をスプレーし、消毒を促していた。患者が嫌がらないように、にっこりと笑って、消毒を促していた。そうした些細な工夫は、日本をはじめ世界のあちこちに見られる。

一方、「何をなすべきか」に対して、「いかになすべきか」が難しい事例もある。例えば、2020年6月1日、オンライン上で公開されたランセット誌の論文によれば、感染予防に有効な人と人との身体的距離（physical distance）は1mが望ましく、2mあればより安全であるという。果たして日本各地で、あるいはアジア、アフリカ、中南米の貧困地域で、この「1m」や「2m」という距離をとることは可能であろうか？日本では傘を用いることによって、身体的距離間隔を適切にしようという工夫がある。しかし世界の貧困地域ではもっと別の工夫が必要であろう。どのような工夫が可能か。世界の隅々から奇想天外なアイデアが生まれ出ることを期待したい。

危機の時は工夫やアイデアが生まれる時である。タケノコがあちこちから顔を出すように行動変容のための工夫とアイデアが生まれている。これらを広げていくのもまた行動変容の落とし穴を克服し、健康に良い行動を広げるための、ヘルスプロモーションの役割である。

IV. 日本の医療の国際的な貢献

IV-1) グローバルヘルスの今後

a. 国際的 CSR（企業の社会的責任）としての国際保健からトリプル・ウインのグローバルヘルスへー国際保健協力概念のパラダイムシフト：超高齢社会を迎える日本の持続可能性のためにー

日本では内なる国際化が進み、日本人を日本人医師が診療すれば足りる時代ではなくなりつつある。一方、グローバル化した世界では感染症の感染爆発が危惧されている。世界基準での医療を行わないと政治問題化し、相互依存関係にある世界では、大規模災害時の相互援助が普通のこととして行われている。

健康の世界的趨勢を見ると、21世紀初頭から始まった大規模な健康投資が実を結び、世界は中進国化と平均寿命の延伸が続いている。その中で、日本は多くの国が間もなく直面するであろう人口構成・疾病構造の大転換の先頭を歩んでいる。だからこそ、日本の経験や医療プロダクトは世界にとって有意義である。

日本の経験を生かす際、上から目線で援助をする、あるいは、チャリティーとして国際保健に関与するという CSR（Corporate Social Responsibility：企業の社会的責任）的な従来のパラダイムは脱しなければならない。日本の医療従事者にも、日本経済の活性化にも、そして世界にとっても良い、「三方良し」“Triple Win”の新しいグローバルヘルス像を作る好機となる。

その機会を生かすために、日本医師会とその会員は大きな貢献をすることができる。第一が持続可能な開発目標（SDGs）へのより積極的な関与である。少子高齢化社会における課題解決は、保健セクターのみではできないものではない。この意味において SDGs は極めて有用である。例えば、国内の小児科医は、十分にケアされていないシングルマザーの子供を診ることがあろう。残念ながら日本の母子家庭の貧困は OECD 諸国の中で極めて悪い状況にあり、SDGs の目標 1：「貧困」の課題でもある。また、寝たきりの誘因としてよくみられる骨折は、都市環境を整備することによって転びにくい街づくりができ、予防できる。これは SDGs の目標 11：「都市環境」に関連する。この二つの例で示すように、日本が直面している少子高齢化時代の保健問題は、保健セクターのみでは解決できない。逆に言えば、今まで対応が不十分であっただけに、これは「機会」に満ちた分野である。医学・医療の専門家集団としてのより積極的な関与が望まれる。

第二にイノベーションへの関与である。これからは、少子高齢化→国内マーケットの減少→イノベーションの減退→医療の停滞→健康水準の低下→一層の少子高齢化といった悪循環に陥らないように、様々な手を打っていかなければならない。この中で健康分野のイノベーションと産業化は、健康の改善とともに日本経済の活性化を通じて医療保険・介護保険の財政的持続可能性を強化するためにも必要である。このプロセスにおいて、地域医療の現場からの声を反映させることが大切であり、日本医師会の活動の一層の強化が必要である。

最後は、日本医師会の強みである現場力の発揚である。平成の日本経済停滞の原因は、従来から行われてきた「現場での課題を認識、共有し、その解決策を実務的

に探っていくという過程」が弱体化したからであるとの意見がある。日本医師会の会員は、地域医療の担い手として日々患者とその家族に接している。その現場力が活用化されれば、日本が開発するプロダクトはこれから高齢化する諸外国、特にアジア諸国にとって受け入れやすいものとなるであろう。日本の医師会活動の大きな特徴は、地方行政及び中央レベルでの政策決定過程に専門家として参加することでもある。この点も共有すべきノウハウである。

先に述べた、悪循環を断ち切るためには、社会全体を改革し、マーケットの縮小に対してはインバウンド・アウトバウンドの医療展開を行い、市場を拡大する。イノベーションについては国際分業を推進して効率の良いイノベーションを行っていくことで解決し得る。これらによって悪循環を好循環に変えることができるという前提に立てば、医療の、そして日本医師会の果たすべき役割は大きなものとなる。

b. 「中所得国の罟」と国民皆保険を含む社会保障の危機

世界銀行の調査によれば、1960年に中所得国であった101ヶ国のうち、高所得国に入った国はわずか13ヶ国にすぎず、残りの多くの国は50年以上経った今でも中所得国のままである。中所得国をなかなか卒業できない状況は「中所得国の罟」といわれ、開発経済学の分野で緩やかな共通認識となっている。

アジアでは、シンガポール、香港、韓国等、いくつかの国・地域がこの「罟」を脱して高所得国に転換した。これらの国・地域が中所得国になってから高所得国に転じるのに要した期間は平均して20年だった。しかし、他の多くの国は、中所得国にとどまる期間が20年を超えており、「中所得国の罟」に陥っている可能性が懸念されている。具体的には、長期の高度成長を遂げた後に中所得国の罟に陥った諸国としてアルゼンチン、ブラジル、チリ、マレーシア、メキシコ、タイがある。

そうした中、中所得国としてとどまっている国々の平均寿命は、大きく伸びている。合計特殊出生率から見た少子化も日本を上回る勢いで進んでおり、この状況は図らずも将来に対する社会保障の危機を想起させる。

例えば、中国は20年間にわたる実質10パーセント台の高度成長の結果、一人当たり国内総生産（GDP）は、2011年に7,800ドルに達した。ところが、現在の実質経済成長率は6パーセント台にまで低下しており、一人当たりのGDPの伸びは2018年には4パーセント以下に低下している。一方で、少子高齢化は、一人っ子政策の影響もあり、日本を上回る勢いで進んでいる。2012年には生産年齢人口が減少に転じ、2018年には人口そのものの減少が始まったといわれている。最悪のシナリオでは、2020年から中国の生産年齢人口は毎年800万人ほど減少し、2040年までには1億人を超える減少となるとの推計もある。すなわち、中国では、日本が過去30年に経験した「人口構造の日本化」が始まっており、進展しつつあるのである。

そうした中で、中国が「中所得国の罟」に陥れば、何が起きるか？例えば、公的年金の積み立ての枯渇である。中国社会科学院が2019年4月に発表した報告書では、高齢化の進展により、年金支出の伸びが収入の伸びを上回った。単年度の収支は、2019年の1兆7,000億円の黒字から、2028年には1兆8,000億円ほどの赤字に転落し、その幅は年々拡大し、2050年には180兆円に達するとの試算を出した。2019年に60兆

円を超えてあった積み立ては、2035年あたりを境に底をつき、それ以降は、毎年の赤字を財政が補填せざるを得なくなるというのである。衝撃的な数字である。

同じことは健康保険についてもいえる。国民皆保険の実施には多くの財政補填が必要となるが、それを「中所得国の罫」が妨げる。

「中所得国の罫」と少子高齢化は、今後、アジアの多くの国でみられることになるかもしれない。インドやアフリカの今後については、まだわからないところが多いが、こうした問題に直面する可能性はある。この問題は、今後の世界経済、また、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現を考える上で、重要な視点を提起すると同時に、アキレス腱として長くくすぶり続ける可能性がある。

c. 持続可能な海外協力のために

2019年11月、マニラ郊外のモンテンルパにある“Research Institute for Tropical Medicine（RITM）”に着いた時、最初に目に飛び込んできたのは“Animal Bite Clinic”のサインと屋外の待合所に待っている多くの住民だった。つまり狂犬病予防外来である。日本では実質的に狂犬病はなくなっており（2006年に関西で患者が発生したが、感染したのはフィリピンだったことがわかっている）、経験のある医師はほとんどいないであろう。しかし、同じアジアの国フィリピンでは未だ大きな問題であり、毎年200人以上が犠牲になっている。狂犬病は発症すれば致死率ほぼ100%であるが、早期にワクチンを繰り返し打てば発症を防止できるため、動物に咬まれた子供を主とした多くの患者が外来を受診しているのである。フィリピンでは狂犬病のみでなく、日本ではもはや見ることのないジフテリア等の感染症が日常的にみられるという。HIV感染者も多く、近年感染者が右肩上がりに増えており、大きな問題になっている。

RITMには病院が併設され、主として感染症の患者の診療・研究を行っている。RITMは国立でフィリピンの感染症対策主幹施設の一つであり、そもそもは国際協力機構（JICA）の協力で設立された。ここには東北大学が研究拠点を設置しており、また、大分大学、長崎大学の医師も駐在し、共同研究も行いながら、RITMの若い医師たちの教育にも参加している。このようなプログラムは日本にとって極めて大切かつ持続的な国際協力であり、災害時のみでなく、平常時にも日本の持つ医療資源とノウハウを長期的に提供していくことは重要である。

IV-2) 国民皆保険

a. 国民皆保険の歴史と課題：認知症ケアの変遷と日本の「介護」

1. はじめに

1930年、日本の75歳以上人口は100万人しかいなかったが、現在、優に2,000万人を超える。65歳以上人口も既に3,500万人を超え、高齢化率約30%の超高齢社会となっており、世界でも類をみない速さで高齢化が進んでいる。ここでは、認知症ケアに焦点を当て、高齢者ケアの変遷を紹介する。家族に認知症高齢者がいることを隠していた時代から、社会全体で認知症ケアを行う時代を迎えた日本の歴史は、これから高齢社会を迎える国々にとっても参考になるであろう。

2. 日本の認知症ケアの変遷—病院モデルから生活モデルへ

1970年代、日本では、認知症高齢者の介護の担い手は家族であった。自宅でのケアが困難となった場合は、精神科疾患として精神科病院に入院していた。1980年代に入り、社会的な問題として取り上げられるようになり、認知症対策が官民で取り組まれるようになった。特別養護老人ホームでの受け入れがはじまり、1986年、初めて認知症対策のための「痴呆性老人対策本部」が厚生省内に設置された。同年、老人保健法が改正され、介護老人保健施設、介護福祉士、社会福祉士制度も始まった。認知症ケアに関しては1980年代後半に“person-centered care” (Tom Kitwood) が提唱され、ケアのあり方が進化していった。1990年代に入ると、訪問看護ステーションの設置、認知症グループホームの創設により、在宅で過ごせる仕組み作りが進んでいった。2000年に介護保険制度が導入され、介護を必要とする高齢者ケアの基盤整備が始まった。認知症の名称に関しては、2004年に痴呆症から認知症に変更になった。2012年には「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が出され、現在、それを引き継ぐ2015年の新オレンジプランの下で認知症対策を行っている。この施策は、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推進を目指す政策の中でも重要な部分を占める。

3. 日本の「介護」の成り立ち

暗黒の認知症ケアの時代から国全体で考えるようになった日本の認知症ケアの変遷を見ると、ケアの方法が進化するだけでは認知症ケアができるようになるわけではないことが分かる。日本の歴史の中で、次の3点がしっかりとかみ合い、それぞれ熟成・発展することで現段階まで到達できたといえよう。

- (1) 国民が高齢者ケアに対してどのような考えを持っているのか、また、どのような社会保障制度のあり方が良いと考えているのか（国民のイデオロギーと理解）
- (2) その結果どのような社会保障制度が導入されて高齢者のケアを行っているか
- (3) 導入された制度の下で、ケアの現場ではどのようなサービスが提供されているか

高齢者ケアのあり方をこの3段階で見ると、一国のケアのあり方が理解できる。同時に、どのようなステップでケアの仕組みを導入すれば良いかが分かってくる。

4. 介護保険制度の導入

2000年、介護・福祉を社会保険制度の下でサービスを提供する介護保険制度が導入、施行された。この導入により、高齢者の介護は家族の責任で解決すべきだというそれまでの社会風土から、高齢者の介護は社会全体で支えていかなければならないという考え方に一変し、介護の社会化が進んだ。

そもそも「介護」とは何か。治療には医学と看護等が必要となる。治療終了後、自

立で生活できない場合は、何らかの手助けが必要となる。介護とは、このような人が日常生活を営む上で必要な支援を指す。介護の専門的な教育と実習を経て国家試験に合格した資格者を介護福祉士と言う。1987年にこの制度ができてから、現在、日本には160万人以上の介護福祉士が生まれている。

1987年、治療終了後リハビリが必要な高齢者のために、医療と介護を提供して病院と在宅を繋ぐ中間施設の役割を果たす医療施設として老人保健施設制度ができた。2000年の介護保険制度発足により、自宅で生活ができない高齢者のための措置制度である福祉政策の下で運営されていた特別養護老人ホームとこの老人保健施設が、介護保険制度の下で提供される介護施設となった。老健制度ができてから30年経過したが、当初から掲げる在宅復帰機能の役割に加えて、2017年に生活支援機能も役割として明文化された。高齢化が進んでくると、医療－介護－福祉が連携して同時にサービスを提供することが求められてくるからである。

介護保険制度導入後、高齢化の進展に合わせて様々な介護サービスが制度に導入されてきた。現在、(1)居宅サービス、(2)施設サービス、(3)地域密着型サービスの大きく3分野で様々な仕組みが開発され、約30種類のサービスが介護保険で提供されている。

5. 地域包括ケアシステムの構築から地域共生社会の実現に向けて

2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築を目指す政策から、制度や分野を超えてあらゆる人々が安心して生きていける「地域共生社会の実現」を目指す政策に発展している。これらの政策を進める中で課題となってきたのが、そもそも健全な地域社会がなければこれらの政策を進めることができないということだ。分断された現代社会で乏しくなった社会関係資本をいかに豊かにするか、そして、互助・共助に満ちた地域づくりをできるかが最大の課題である。

b. 任意型予防医療データの蓄積

最近増えてきていると感じる医療サービスは、いわゆる「人間ドック」ではないだろうか。超高齢社会への突入という観点からも、健康への関心は急速に高まってきている。医療が医療サービス提供の現場で完結するのではなく、在宅医療や地域医療計画等、地域社会の中で住民が自分の健康や健康寿命を考えざるを得ない状況になっている。そのことから、病気になってからの受診ではなく、病気になる前の対策を講じることが大切である。とはいうものの、医学の進歩に伴い、どこまでが予防で、どこからが病気か、はっきりしなくなっている。国民皆保険による医療のフリーアクセスが可能な現状においては、行動経済学の観点から受療行動や健康に対する動機、そしてその時取る行動等のデータを活用すべきである。社会的共通資本としての医療を受けるということは最低限のラインである。それを超えて、健康を追求するという個人の欲求を満たすべく、人間ドックがあり、自由診療がある。この土壌の中で、本当の意味で、人は何を求めどのように行動し、どこに投資をし、どこにお金を使うのか。これらを解析できるデータを日本は世界に提供すべきである。

米国の医療は、市場原理に基づく医療となっている。かたや、イギリスは国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence, NICE）により、医療経済分析もなされた上で、医療の提供体制が決められている。日本には世界に誇れる国民皆保険がある。ただし、予防医療は対策型検診と任意型検診という形で担われてきている。対策型検診は世界的なエビデンスをもとにして、その費用が検討されている。一方、任意型検診は受診者の希望によるものであり、任意型検診施設が患者の希望をもとに検査を組み立てることができる。そのため、メディア等による病気の不安の増強等の効果が顕著に現れやすい。行動経済学を取り込みながら、日本での任意型検診のあり方についてさらなる検討をすべきである。

c. 地域医療のあり方

国民皆保険制度により、日本では、いかなる健康問題についても安価にしかも容易に医療機関にアクセスできる。それによって、疾病の重症化を防ぎ入院加療する期間も短縮できている。医療技術も進歩し、公衆衛生教育も進んでいるために、男女ともに、世界最高水準の平均寿命を維持している。

地域医療においても、医療圏毎に役割が分化し、重症患者に対する医療も集約化・重点化が進んでいる。多くの場合、専門の診療科を標榜している開業医は、地域のニーズにより、「かかりつけ医」としても各種疾患への対応が求められている。入院や高度な医療が必要な場合は、二次医療圏の病院に紹介する。一層高度な治療が必要ならば、三次医療圏としての大学病院や高度先進医療提供体制の整った病院への紹介となる。

とはいうものの、以上は理想である。現実には病院の役割分担が明確ではなく、どの病院も開業医と同様の機能を持つ外来を設けている。このことが、患者側にとっても受診する医療機関を選ぶことに躊躇する原因となっている。疾病の重症度により、まずは一般開業医を受診し、入院を要する場合は連携している病院へ紹介という順位を守れば、医療機関の役割はおのずと明確になるはずである。容易に医療へのアクセスができる日本では、待ち時間が長く、担当医が変わりやすくとも、大病院を好む患者も多い。地域医療の問題を改善するには、地域住民の受診への意識改革が必要である。

少子・超高齢社会に入った日本では、これまで経験したことのない高齢者特有の身体症状・精神症状の出現に戸惑っている。生理的変化と退行性変化が混ざり合うだけでない。長期間の生活習慣による変化も加味されており、対応が複雑である。中でも、社会的介入が可能な部分である生活習慣病の改善は、疾病の重症化予防のために重要である。そのために、子どもの頃からの正しい生活習慣の定着を目標に掲げる地域も増えた。母子保健事業における乳幼児健診、学校保健による内科健診と運動器検診、社会人への定期健康診断や特定健診等、省庁の壁をなくした切れ目のない健診事業の確立も重要である。2018年12月に制定された「生育基本法」の精神が今後生かされることを期待したい。

日本は、世界でも稀な水資源に恵まれた国である。全国ほとんどの家庭に水道が普及し、清潔な水の恩恵に浴している。しかし、世界には水道の普及が十分でない国も

多く、汚染された飲み水による感染症や中毒に悩まされている。特に幼少期に汚染された水を摂取すると、その影響は長期間続くだけでなく、生命を脅かすこともある。かつて高度経済成長期にあった日本は、多くの公害問題を経験したが、国・企業・自治体等の努力で、時間をかけて解決してきた。多くの被害者の発生が医学や企業技術の向上に寄与したともいえる悲しい事実である。

多くの疾病の予防にはワクチン接種が有効である。使用するワクチンの種類や接種スケジュールは国により微妙に異なっている。日本では、20年近くのワクチン行政の遅れを取り戻すかのように、最近では生後2か月からワクチンデビューをすることになっている。一方、過去に接種できなかった年代の人々に、麻疹や風しんの小流行が見られている。とくに先天性風しん症候群（CRS）の発生が懸念されている。国の責任ですべての子どもに無料でワクチン接種することが理想であるが、任意接種という形で流行性耳下腺炎やロタワクチン等がとり残されていることは、経済格差と健康格差をもたらす一つの例である。

ワクチン未接種者や接種に消極的な“Vaccination hesitator”と言われる人々がおり、集団免疫獲得が困難な場合がある。一方で、今や海外旅行が簡単にできる時代であり、感染症が潜伏期のうちに国内に入ることが懸念される。東京オリンピックに代表されるように、外国からの観光客が増え続けているからこそ、厚生労働省も危険な感染症の輸入に神経をとがらせている。

日本の母子保健における母子健康手帳（母子手帳）は、妊娠期から義務教育終了までの長い期間の健診結果や予防接種記録が入っている優れたものである。識字率の低い国においてもその国の実情に合わせた母子手帳が普及しており、定期的な国際会議が開催されている。地域医療活性化の一手法として、今後も世界へ日本の経験を発信していくべきである。

d. 医師—患者関係

1. 日本におけるこれまでの医師と患者

医師法が制定された明治末期、地域住民を診察する医師の人数は限られていた。その上、健康保険のない当時、治療費も決して安くはなかった。第二次大戦後は天然痘や結核、梅毒等の治療・予防が進み、高度成長期を迎え、人々の暮らしは豊かとなった。1961年の国民皆保険の始まりにより、誰もが安価な料金で医療機関にかかることが可能となった。地域には民間の病院や診療所が次々に開設され、地域住民の医療アクセスは飛躍的に向上した。結果として日本の平均寿命は直線的に伸び、世界の長寿国となった。

一方、時代とともに疾病構造は変化してきた。食生活の欧米化等に伴い、高血圧や糖尿病、高脂血症等の成人病（のちの生活習慣病）が増えてきた。こうした疾患の治療と心筋梗塞や脳卒中等への進展予防のため、医師による患者への栄養や運動に対する指導に重点が置かれるようになった。国は日本医師会等と協議し、特定疾患療養管理料等の保険点数による疾病予防を含む医療の実践を促した。保険診療が時代に即した医療提供という点で機動力を発揮できた一例である。

医師は時代とともに医療のゲートウェイとしての役割を担うようになってきた。例

例えば、がん患者に診断・治療についてのアドバイスや病院の紹介、治療後の病診連携によるフォローアップや、在宅患者の訪問診療、並びに看護や介護スタッフとの連携、産業医や学校医の役割等である。医療分野が多岐にわたるようになると同時に、患者からの医療に対する不満の声も徐々に上がるようになってきた。その半数以上は医師の対応に関する不満である。診療の説明不足・不満や言葉遣い・態度といったものである。

この問題に取り組むべく、日本医師会は「診療に関する相談事業運営指針」を作成した。そして、各医師会に住民からの相談、苦情の受付窓口を設置し、患者の声を該当の医師、医療機関にフィードバックするシステムを構築した。大学医学部の定員増もあり、医師の数は増えている。患者にとって医療機関のアクセスは、特に都市部において容易となっている。現在の日本の医療保険では、患者による医療へのフリーアクセスの権利が認められ、自らの意思により自由に医療機関を選ぶことができる。この制度は画期的であるものの、複数の医療機関を必要以上に受診する、いわゆるドクターショッピングによる医療費の無駄遣いを招きかねない。

2. これからの医師に求められるもの

日本の医療の IT 化は遅々として進まないという見解もあるが、医療現場に浸透してきているものに電子カルテがある。電子カルテは業務の効率化に有効であるものの、これによって医師－患者間のコミュニケーションが改善されるかどうかという課題がある。現状、医師は入力のためにコンピューターに向き合う時間が長く、患者とのアイコンタクトがなく診療が終わることもあるという。この課題解決のためには、医療用語等に精通するメディカルクラークによる医師の傍らでのカルテ入力等、医療現場でのタスク・シフティングが今後ますます推進される必要がある。

AI が医師の代わりとなり得るかという議論がある。アルゴリズム的なもの、つまり診断や治療の分野については、AI は今後ますます進歩していくであろう。実際、日本において内視鏡や CT の診断に AI の活用がすでに始まっている。一方で、例えばがん患者や家族への病状説明や治療選択の決定に、ヒューマン・コミュニケーションは今後も不可欠である。これまでの医学教育は医療知識の習得が目的であり、卒後研修も最新医学の情報収集が主であった。医師にとって改めて問われるのは、同時代を生きる患者やその家族を自身の家族のごとく捉える共生の念である。古代ローマ帝国の皇帝マルクス・アウレーリウスは、「神々を敬え。人々を敬え。人生は短い。地上の生の唯一の収穫は、敬虔な態度と社会を益する行動（人と人とのつながりのための行動）である」と述べている。哲学や宗教、あるいは文学、芸術等を通じ、日本の医師がこれまでも大切にしてきた患者への思いやりの心を一層育むことが求められる。

e. 特定健康診査と特定保健指導の経験と国際的示唆

ここでは、特定健康診査（特定健診）と特定保健指導の導入経緯と内容を概説する。その上で、世界各国の非感染性疾患（NCDs: Non-Communicable Diseases）への対応状況を考慮し、日本の特定健診と特定保健指導の経験から得られる国際的示唆について考察する。

1. 特定健診と特定保健指導の導入までの経緯

日本は、「第1次国民健康づくり対策（1978年度開始）」、「第2次国民健康づくり対策（1988年度開始）」を経て、2000年度からは「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」として、健康づくり施策を推進してきた。

健康診断（健診）については、医療保険各法に基づき医療保険者が行う一般健診、労働安全衛生法に基づき事業者が行う健診、老人保健法に基づき市町村が行う健診として実施されてきた。しかし、2005年度に行われた「健康日本21」の中間評価では、糖尿病有病者・予備群の増加、肥満者の増加（20～60歳代男性）や野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように健康状態及び生活習慣の改善が見られない、もしくは悪化しているものもあった。当時の健診の課題として挙げられたことは、主に下記3点であった。

- ① 生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分である。
- ② 科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要である。
- ③ 健診・保健指導の質のさらなる向上が必要である。

これらを踏まえて、2008年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念に着目した特定健診と特定保健指導が新たに導入された。

2. 特定健診と特定保健指導の概要

特定健診は、40歳から74歳の被保険者と被扶養者を対象として、医療保険者の義務として実施されている。（75歳以上は後期高齢者医療広域連合が実施主体となって、後期高齢者健診を実施している。）老人保健事業で行われてきた健診項目からの変更点は、メタボリックシンドロームの概念を考慮して腹囲の計測を必須項目としたこと、総コレステロール値からLDLコレステロール値の測定への変更、血糖検査にHbA1cが選択できるようになったことだった。

特定保健指導の対象者は、特定健診の結果から内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数、年齢を考慮して、「動機付け支援」と「積極的支援」の2段階に分類される。より生活習慣病の発症リスクが高い人に対して「積極的支援」が行われる。専門知識や技術を持った医師や保健師、管理栄養士等が、個別面接やグループ面接を通して対象者に合わせた実践的なアドバイスを行う。そして、これらは必要に応じて繰り返される。

3. 特定健診と特定保健指導の経験から得られる国際的示唆

(1) 特定健診と特定保健指導の有効性の評価

世界の多くの国々では、成人の複数の疾患を対象とした健康診断の国民の健康指標に対する効果は限定的とされており、成人を対象とした健診制度の導入は国家事業としては推奨されていない。

国家事業として2008年度に開始されて10年以上が経った日本の特定健診と特定保健指導の国民の健康指標に対する有効性を検討した結果は、NCDs対策を進める各国

に何らかの示唆をもたらすかもしれない。特に、この制度は健診だけではなく、標準化された保健指導とセットとなっている点が特徴であり、日本の国民皆保険制度による質の担保された医療アクセスの良さを基盤にして、国民の健康指標に良い効果をもたらしている可能性がある。

特定健診と特定保健指導の評価の一例として、2016年に「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」が取りまとめた報告がある。その中では、2008年度の特定健診で積極的支援となり、特定保健指導を受けた群と受けていない群を5年間追ったところ、保健指導を受けた群の方が腹囲周囲径や体重等の指標が有意に改善していたと報告されている。しかし、保健指導を受けた群と受けなかった群の基本属性（行動変容の段階等）には差異があると考えられ、交絡を無視して単純に比較できるものではない。本制度は全国一斉に始まったものであるため観察研究の形を取らざるを得ないが、準実験的な手法を用いて比較する必要があるだろう。

もう一つの特定健診・特定保健指導を評価した例として、日本の特定健診と特定保健指導の効果を“National Database”を用いて検討した研究がある。同研究によれば、受診群では非受診群に比べ、3年後にメタボリックシンドロームと診断される割合が31%抑制され、腹部肥満が33%改善していた。しかしながら、本研究は対象数が多いために2群間での統計解析で有意となっているものの、腹囲周囲径の変化の差の絶対値は0.89cm、BMI 0.22kg/m²、収縮期血圧 0.43mmHg、拡張期血圧 0.33mmHg、HDL コレステロール 0.54mg/dl といった比較的小さな差異しか認めていない。臨床的に意義がある変化であるかは疑問が残るところであり、今後、長期間のデータを用いて、死亡率や各疾患の罹患率をアウトカムとした分析結果を示す必要がある。

(2) 特定健診や特定保健指導の実践方法の紹介

世界の50%以上の国々で、NCDsのスクリーニングや診断、治療の実践ガイドラインが整備されていない。日本の特定健診と特定保健指導では、生活習慣病のリスクがある者を確実に抽出し、標準化された保健指導を徹底できるように工夫が重ねられてきている。例えば、政府は健診の実施率を上昇させるために、健診の実施主体である医療保険者に金銭的インセンティブを付加したり、個人にポイントを付加する試みを行ってきた。医療保険者は被保険者と被扶養者の健診受診率を上げるために、未受診の理由について質問紙調査で把握し、それらを考慮して健診の案内方法を工夫する等している。このような実践的工夫を共有することも有用かもしれない。

IV-3) 医師の偏在対策：働き方改革

a. 医師の働き方改革：日本の挑戦

世界に冠たる日本の医療を支えているのは国民皆保険制度である。日本のようなほぼ完全な皆保険制度は世界の先進的な国々でもなかなか実現できていない。近年、世界の指導者からも日本の医療制度はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の成功事例として評価されている。このUHCの理念にはコストの概念が含まれ、人々が経済的に過大な負担を感じることなく、十分な質の医療を受けられることが必要とさ

れている。この点、日本の医療制度は大きな矛盾と問題を抱えており、これをいかに解決するかは日本における最大課題の一つである。

現代の医療は医学、とりわけ科学技術の進歩に支えられて進歩し、高コスト化している。そのため、国家として UHC を追求する場合には医療費の増大が大きな問題となる。その状況で世界一と言われる日本の医療を可能としているのは、医師、なかんずく病院勤務医の献身的労働が大きな位置を占めている。国民皆保険とともに日本の医療制度の特徴であるフリーアクセスにより、患者は病院志向が強く、ともすれば軽微な症状でも病院を受診しがちである。病院で診断・治療を受けた後、病診連携により地域の「かかりつけ医」に紹介しようと思っても難色を示されることもある。さらに、近年の医学の発達により医療が高度化・複雑化し、その説明等にも時間を要することで、益々マンパワーが必要とされるようになってきている。すなわち、医療費のソフト面も高コスト化しているのである。

医療費のうち、薬剤や材料あるいは医療機器といったハード部分の抑制が難しいとき、国家はソフト部分の抑制に目が向きやすい。しかし、医療の本質は医療者の知識や技術といったソフト面にある。効率化は必要だが、単純な抑制は医療の後退につながる。もとより、医療は社会的共通資本であり、国家の基本であるから、経済状態によって医療費を抑制する等ということなく、医療者の力が正しく発揮できてこそ、国民の幸せが実現し、国家は安定すると言えるだろう。

このような中、2018 年から働き方改革が大きな社会問題として取り上げられるようになった。働き方改革は 2015 年に起きた広告会社女性社員の自死が過労によるものであるとして、労災と認められたことで耳目を集め、政府が本格的に対策に乗り出した。しかし、自死であろうと心臓突然死であろうと過労死は今に始まった問題ではない。医師の過労死については 1998 年に関西の研修医が死亡した事件で労災認定がなされ、さらに損害賠償請求訴訟が大きな話題となった。その判決で、医師は研修医も含め労働者であるとされたことが、その後の働き方改革の議論に大きな影響を及ぼしている。

政府は対策を急ぎ、その結果、改正労働法が 2019 年 4 月に施行された。これにより「時間外・休日労働に関する協定届（36 協定）」における時間外労働の上限規制が導入され、年間の上限は 960 時間と定められた。しかし、医師においてはこの規制は 5 年間猶予され、その内容を厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」で検討し、2 年で結論を得るとされた。

そのような中、研修医の死亡事件をはじめ、労働災害に関わる様々な場で、電子カルテのログインから、最終のログアウトまでをすべて労働時間とみなす、という判断が容認されてきた。また、労働基準監督署（労基署）も同様な考えで臨検に臨むようになり、毎月、多くの病院で 36 協定違反が指摘されている。しかし、医師と一般労働者との働き方が大きく異なっているということは、医師なら誰でも知っている。経験もある。例えば、一般労働者は仕事が終われば退社するのが普通であるのに対して、医師、とりわけ勤務医は仕事がなくとも病院に留まることが多い。また、医師は一生勉強と言われるように仕事の後に勉強する。すなわち、自己研鑽を行うことが当たり前である。特に若い勤務医は上級医と共に診療や手術を行って技術を教わるため、

必要な知識を得るための勉強は欠かせない。このような勤務医に特異的な病院での時間を全て労働時間とすれば、若い医師が多く働く急性期病院、特に臨床研修指定病院の経営は極めて厳しいものとなる。いくつかの病院が労基署の臨検を受けた後、やむを得ず研修医に正規の労働時間後に戻るよう指導することは、研修医が学ぶ場を取り上げていることにもなる。

このような状況を踏まえ、上記検討会では臨床研修医や高度な技能を獲得しようとする若手医師の研修・鍛錬の必要性を鑑み、集中的技能向上水準（研修医に対するものはC-1水準、若手医師に対するものはC-2水準と呼ぶ）を設定し、認可を受けた施設での時間外労働の上限を年1,860時間とした。この時間はあくまで上限であり、「鉄は熱いうちに打て」のことわざ通り、若い医師が自らの意思で研鑽を積むための時間とすれば、決して過大ではない。

一方、経験を積んで臨床の第一線に立っている勤務医も過重労働を強いられている。特に救急の現場では患者は増える一方であり、時間外勤務を減らすことは極めて難しい。本来であれば、救急の対応は交代制勤務で行うべきであるが、日本の多くの地域では医師不足であり、人員確保は不可能である。このような状況で労働法を遵守することは明らかに無理がある。もしそのようにしようとするなら、救急の受付を制限する等、医療の供給量を減らさなければならない。とはいうものの、応召義務もあり、難しい。つまり、現在の法は日本の医療の事情に即しておらず、法を守れば地域医療が崩壊するのは明らかである。このような状況に対して、上記検討会では地域医療確保暫定特例水準（B水準と呼ぶ）を設定し、年間の時間外労働時間の上限を1,860時間とした。この時間も決して働かせて良いというわけではない。できるだけ正規の時間（960時間：A水準）内に抑えようと思っても、地域の要請でやむを得ずこれを超える場合の上限ということは忘れてはならない。

しかしながら、これらの対応は、日本の病院勤務医の労働問題に対する抜本的解決策にはなり得ない。上述のごとく、日本の病院勤務医に過酷な労働を強いている原因は主として地域、科の医師の偏在による医師不足である。すなわち、医療の需要と供給のアンバランスである。2018年6月の日本医師会代議員会において、受療行動の変革を日医が国民に訴えるよう提案があった。日本の医療制度の特徴である「いつでも、どこでも、誰でも」受診できるフリーアクセスは変わる必要がある。何か症状のあるときは、まず「かかりつけ医」の診察を受け、必要があれば専門医を紹介してもらおう。コンビニ受診等と言われる救急への安易な受診はやめる。こうした医療需要の抑制を呼びかけるということが必要である。これによって勤務医の過重労働は緩和されるであろう。具体的には、すでに10年前に兵庫県立柏原病院小児科閉鎖の危機に際して、地域住民が「県立柏原病院の小児科を守る会」を結成したという実例がある。いわき市では2018年6月に「いわき市地域医療を守り育てる基本条例」を制定している。

医師の働き方改革は、すなわち勤務医の働き方改革である。大きな矛盾を孕んだ日本医療全体の問題である。上記検討会では様々な職種の委員が議論しているが、そこで出された「緊急的な取り組み」はすでに多くの病院で行われており、いまさら有効な対策とは思えない。

このような困難にこそ、医師の団体であり政府にも意見を言える日本医師会が会を挙げて取り組んで行くべきである。

b. 働き方改革：若手医師によるアドボカシー

1. 背景

高齢化率が約30%となり、医療需要が高まる現在、持続可能な医療提供体制の構築は急務である。一方で、長時間勤務や研修医の自殺等をもたらす医師の労働環境にも改善が求められている。医師の働き方を改善することは、医師自身の健康の確保、安定した医療提供体制の維持、また医療過誤を防止するためにも必要である。医療は、有料かつ競合がある中で運用していく社会的共通資本としての側面があるため、医師の働き方改革を通して効率的な医療提供体制の改革を進める必要がある。

若手医師にとって医師の働き方改革は切実な問題である。20代・30代の若手世代は他のどの世代よりも労働時間が長い。研修医はバーンアウトしやすいことも報告されている。しかしながら、若手医師の働き方に関する意見が表面化することは少ない。既存の行政のヒアリングでは、一部の優秀な若手医師が標本化され、偏った意見が反映されている可能性がある。医師会の勤務医への調査結果では、回答者に占める若手医師の割合が少なかった。

そのような現況の中、若手医師自らが働き方について社会にその声を届けるアドボカシーが必要である。アドボカシーを通して、より客観的かつ代表性のある意見が政策に反映され得る。若手医師自らも医療における専門家集団の一員として意思決定に貢献できるようになる。

2. 若手世代による働き方へのアドボカシー

これまで日本で行われた若手世代による医師の働き方改革へのアドボカシーの例を挙げたい。

日本医師会ジュニアドクターズネットワークに所属する若手医師と医学生団体の有志で構成された *Advocacy team of Young Medical Doctors and Students* (AYMDS) では、長時間労働の当事者として自らの世代を対象にした労働環境に関する調査とそれに基づいた提言を行った。2017年11月に卒後10年以下の若手医師と医学生を対象にオンラインアンケート調査で行われ、短期間に821名の回答を得ることができた。その結果、若手医師や医学生は、医師が原則として国の定める労働時間の上限規制と労使協定を遵守する必要があると捉えていることが示された。現状の働き方に問題があることや、医師の健康や精神衛生対策が必要であると感じていることも浮き彫りになった。この結果は、若手医師・医学生からの「生の声」として主要な新聞に引用された。同年12月に行われた厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会では、実際に活動メンバーが提言することとなり、検討会の最終報告書にも引用された。

いくつかの学会では先駆的な取り組みがなされている。若手医師による意見形成の場やそれが学会本体の意見に反映されるような仕組みも設けられている。例えば、日本産科婦人科学会では未来委員会の下に若手委員が設けられ、専攻医のリクルートやワーク・ライフ・バランス等についての取り組みや悩みの共有を目的とした若手医師

のフォーラムが開催されている。そこで話し合われた職場労働環境等の意見は、学会理事会等の場で提言されている。日本プライマリ・ケア連合学会では、例えば、若手医師部門やダイバシティ推進委員会が主体となり、医師の働き方の多様性を実現することを目的とした双方向的な対話形式でのセッションを定期的に学会総会等で企画・開催している。

3. 医師の働き方改革に関する今後の課題

制限される労働時間内における研修の質の担保が今後の課題である。新専門医制度の研修プログラム整備基準には専門研修基幹施設の認定基準として、適切な労働環境が保障されていることが挙げられている。労働基準法の遵守や、時間外勤務の上限が明記されることも求められている。しかし、実際の研修現場でその労働基準が満たされるかどうかは不透明である。勤務時間が制限される中で、細かく指定された研修項目を達成することができるかどうかはわからない。長時間勤務という研修の量ではなく、研修の質を整備することが求められる。時間外勤務上限時間の特例水準が設けられた僻地の医療機関では、医師数がもともと限られており、そのような環境では医師の労働環境がさらに悪化する懸念がある。若手医師もこの現状に対して自発的に関心を持つべきである。

4. 若手医師の声も届けるための今後の課題

医師の労働環境について、若手世代は継続的にその声を医師会、学会、規制当局または社会に向けて届ける必要がある。ところが、日々の臨床業務に忙殺された若手医師が声をあげることはしばしば困難である。日本医師会ジュニアドクターズネットワークをはじめとする若手世代の比較的新しい取り組みは今後重要性を増すであろう。各地の都道府県や郡市区医師会でも若手医師の意見が取り入れられるような試みがされており、今後注目される。

5. まとめ

医療が社会的共通資本として維持されるために、若手医師自身も医療を担う専門家の一人として行動し、意見を表明することが必要である。また、そのような取組みを促進するために、医師会や学会等での仕組みを整えていくべきである。

c. 医師の偏在対策

医師の偏在はなぜ起きているのか？その大きなきっかけは、2004（平成16）年から導入された新医師臨床研修制度にある。それによって出身大学病院以外の病院に臨床研修の間口が広がり、多くの医師が初期研修先として都市部の民間病院や公的病院を選ぶようになった。その結果、地方の大学病院を敬遠するようになり、医局に所属する医師が減少した。それまで医局から医師の派遣を受けていた地方や中小の基幹病院に医師を派遣する余裕もなくなり、派遣医の引き揚げが相次ぎ、地域に医師を派遣するという仕組みが崩れた。様々な弊害が指摘されてきた医局制度ではあったものの、地方や僻地、中小病院への医師供給を担ってきたことは間違いない。

新専門医制度も、医師の偏在対策に対しては逆効果である。専門医資格を取得するには多くの症例を経験しなければならない。都市部の大きな病院でなければそれだけの症例を診ることは難しいことになり、ますます医師の偏在が進む。

これまで医師偏在を測る目安として使われてきた「人口 10 万人あたりの医師数」に代わり、厚生労働省はより実態に即した新指標を策定した。住民の年齢や性別から導き出される受診率、医師の年齢等から推定される労働量等のデータを基に充足率を算出した。

厚生労働省が示した計算式は「医師偏在指数＝標準化医師数／地域の人口÷10 万×地域の標準化受療率比」、標準化医師数は「 Σ 性年齢階級別医師数×（性年齢階級別平均労働時間／全医師の平均労働時間）」、地域の標準化受療率比は「地域の期待受療率÷全国の期待受療率」、地域の期待受療率は「 Σ （全国の性年齢階級別受療率×地域の性年齢階級別人口／地域の人口）」としている。

医療ニーズや人口構成、患者の流出入、医師の性別、年齢構成を踏まえた新指標により、47 都道府県別と 335 の 2 次医療圏別に順位を確定した。下位の 3 分の 1 を「医療少数地域」として対策を強化するためである。

都道府県で最も高かった東京都の指数は 329.0、最下位の岩手県は 169.3、山梨県は 216.4 で 30 位であった。2 次医療圏の 1 位は東京都千代田区等で構成される「区中央部」（759.1）であり、最下位の秋田県北秋田市等で構成される「北秋田」（69.6）とは大きな開きがあった。

山梨県内は、甲府市や峡北地域を含む「中北」（285.0）が 47 位で「多数区域」、「峡東」（150.9）は 207 位で「多数区域・少数区域のどちらでもない」、「富士・東部」（139.3）は 243 位、「峡南」（81.5）は 322 位であり「少数区域」である。特に「峡南医療圏」は全国 335 医療圏で下位から 4 番目であった。

医師偏在を解消するため、都道府県はその権限を強める方向性にある。まず短期的施策としては、(1) 医師多数の地域から医師少数の地域への「医師派遣」等を強力に進める。次に長期的施策として、(2) 改正医療法・医師法で都道府県知事が大学医学部に地域枠等設置を要請できることとなった。地域枠は「地域の特定の 2 次医療圏の医療機関に勤務することを条件に奨学金等を貸与する」ものである。

大学の医学部生に対して自治体が奨学金を貸与し、その代わりに地域での一定期間の勤務を課す「地域枠」だが、2018（平成 30）年度に制度を導入していた大学の 3 分の 1 で、2 割を超える欠員が出ていた。十分に機能しているとは言い難い。不適切な運用をしていた大学があることが発覚し、制度自体が必ずしも地方の医師確保に繋がっていない実態も明らかになっている。

医師を無理やり地方に配置するのは得策ではない。家族も含めて生活環境をケアする必要がある。地方勤務が自身のキャリア形成に不利になるのではないかという不安を解消できる具体的な方策も示すべきではないだろうか。

山梨県においても、医師の定着と地域偏在の解消を目的に、県と山梨大学が連携して「県地域医療支援センター」を 2013（平成 25）年に設立し、医師のキャリア形成支援と医師が不足している病院の医師確保の支援を行っている。

また、2007（平成 19）年から、県内に勤務する意志のある山梨大学等の医学生を

対象にした研修資金の貸与を開始した。貸与額は1種の月額5万円と2種の月額13万円である。卒業後2年以内に医師免許を取得し、1種の場合は貸与期間に関わらず免許取得後6年間のうち3年以上、また、2種は6年間貸与を受けた場合、医師免許取得後15年間で9年以上、それぞれの県内の公立病院等で勤務すると返還が免除される。さらに2種は9年間のうち4年以上は医師不足地域で従事することが条件になっている。

医師確保のための施策は、「他地域からの医師派遣」等の短期的施策と「大学医学部での地域枠・地元枠設定」等の長期的施策に分けられる。長期施策は効果が出るまでに時間がかかる（医学部入学から医師免許取得・初期臨床研修終了まで早くても8年が必要）ため「今、医師が不足している」という状況には対応できない。一方、「医師派遣」では「いずれ派遣を終えて帰ってしまう」ため継続的な仕組みが構築されない限りは、一時的な効果しかない。このため、「現在の医師不足」については短期的施策によって「将来の医師不足」については長期的施策と短期的施策の組み合わせによって対応することが原則となる。

全国の2次医療圏335医療圏で下位から4番目となった山梨県峡南医療圏においては、「峡南在宅医療支援センター」（国の地域医療再生臨時特例交付金の一部を活用して設立）に「峡南在宅ドクターネット」というドクターネットワークを作っている。医師不足の中においても、複数の医師が連携して在宅医療を支えるとともに、福祉と介護関係者との連携により多くの患者のニーズに応えることを目指すものである。このドクターネットは、在宅患者一人に対し、主治医の他に副主治医となってもらい医師を登録しておいてもらい、主治医が出張（例えば、冠婚葬祭あるいは学会出席のため県外に出張）する際、留守の間、患者に何かあった場合に主治医の代わりに備えてもらう制度である。しかし、なかなか運営の実績はうまく上がらない。地域枠の医師が地元の病院の医師として働き、活躍し始めるまでは、地域枠の卒業生は早い人で2016（平成28）年度から専門研修に進んでいる。しかしながら、専門医として独り立ちするには10年～12年程度かかるので、今のところは地域における少数の我々医師会の医師一人一人が「赤ひげ先生」的な努力をしていかねばならない。

IV-4) 母子保健

a. 母子手帳：その国際展開からの学び

1. 50か国以上に広がった日本発の母子手帳

妊婦健診、出産の記録（時刻と場所、出生時の体重・身長、出産介助者）、子どもの発育記録、予防接種記録等、母と子の健康データがひとまとめになって家庭で所有できる「母子手帳」は、世界で初めて1948年に日本で創られた。妊産婦、出産、新生児、小児と切れ目のない継続ケア（Continuum of Care : CoC）を保障するツールとして、いまや世界50か国以上で母子手帳が使われている（多くの国では、“Maternal and Child Health Handbook”と称している。日本語の法律上の呼称も「母子健康手帳」であるが、ここでは最も流布している「母子手帳」を使う）。

新しく母子手帳を導入する国々における研究のおかげで、母子手帳に関するエビデ

ンスが蓄積されつつある。母親や父親の知識の向上や行動変容を促し、保健医療サービス提供者と利用者のコミュニケーションが改善し、利用者の満足度は非常に高い。

2. 子どものための母子手帳

アジア・アフリカに母子手帳を導入するときに、「母子手帳は誰のものか？」という問いかけを受けた。日本では考えたこともなかった問いであった。医療者のものではなく、母親の専有物でもなく、最終的には子どものものだという共通理解にたどり着いた。

ベトナムの母子手帳には、表紙に QR コードがあり、母子手帳の全文をダウンロードすることができる。そして、あとがきには、「この母子健康手帳を開いてみると、あなたがお母さんのお腹にいるときから学校に行くまでの間に、お父さん、お母さん、および医療スタッフの人達を書いた情報を読むことができますよ」と書かれている。それに続いて、子どもたちへのメッセージとして、「すべての人たちは、あなたが生まれてからとても元気に過ごし、健やかに成長して、幸せで豊かに発展したベトナムの国を作ることを心から願っています。保健省・母子保健局」と刻まれている。母子手帳を通じて、政府が子どもたちに呼びかけることができるということを教えられた。

3. アナログとデジタルの二刀流のすすめ

アジアやアフリカの電気が通じない奥地に行っても、人びとが携帯をもっている時代になった。多くの国では、アナログとデジタルを組み合わせて、母子手帳を通じた情報提供を行っている。

オランダでは、7分冊の母子手帳とアプリや WEB ページを使って、障害児やマイノリティへの温かなまなざしをもった情報の提供を行っていた。アプリで毎月2回ずつ必要な情報を母親に提供することにより、個別のニーズに寄り添い双方向のテラーメイドの保健サービスを行っていた。

タイでは、2018年の最新版の母子手帳において、裏表紙のページに QR コードがあり、ダウンロードすると、動画で妊婦健診や性感染症の予防等の情報が得られるように工夫されていた。母子手帳を少子化の時代に子どもを産むと決意してくれた女性に行政から最初に贈られる冊子であると位置づけ、労力と資金は惜しまない。その結果として、現行の母子手帳 80 ページのすべてがカラー印刷である。

アナログ母子手帳とデジタル母子手帳の共通部分は、妊娠したら誰でももらえる、家庭で保管できる、母と子の医療記録を自分で管理できることにある。アナログの良さとして、家族全員で見ることができる、母親や父親が書き込むことができる、成人した子どもに直接手渡すことができる、異なる職種、異なる機関で健康記録を入力できること等が挙げられる。日本の経験では、60年以上も大切に保管され、親が死亡しても残る事例も報告されている。一方、デジタルの利点として、震災や津波等で破損、紛失したときもデータの複製ができるというセーフティ・ネットの役割がある。また、最新の健康情報に上書きすることができるだけでなく、映像や音声を使うことにより、視覚障害者や外国人等特別なニーズがある母や子どもに情報伝達ができる。

このように、各国の事情に応じて、アナログとデジタルを併用することにより、多

様なニーズに対応できる母子手帳ができあがっている。

4. 世界医師会（WMA）声明の具現化に向けて

2018年10月の世界医師会（WMA）レイキャビク総会において、「母子健康手帳の開発と普及に関するWMA声明」が採択された。日本医師会からの発議に対して、世界各国の医師会から質疑が寄せられ、それらに応じる形で採択された最終案から学ぶべき点は少なくない。

WMAは、医師会と医療専門職が、母子手帳を利用するように勧告するとともに、SDGsを考慮し、誰ひとり取り残さないよう、特に非識字者、移民家族、難民、少数民族、行政サービスが十分届かない人々や遠隔地の人々のためにも、この手帳や同等のものが使われるべきであると謳っている。

また、「母子手帳は、母、新生児、および子どもの健康と福祉を向上させるためののみ使用されるべきである。学校の入学手続きの際に使用すべきではない」と明記された。入試の際に母子手帳の提示を求められるために、子どもに都合の悪い記録を書かないで欲しいという要求が保護者から行われることがある。これは、母子手帳がもつ医療記録としての正確性が損なわれる由々しき問題である。幼稚園や私立小学校等において入学時に母子手帳をチェックするという目的外使用については、健康に関する人権という立場からも看過できない問題として異議申し立てを行うべきであろう。

また、評価研究として、「母子手帳の効果を評価するための研究を推進すべきである」と明示された。実は、日本の母子手帳は昭和20年代に全国的に普及したために、日本では介入群と対照群を設定したエビデンスに基づく研究が行われていなかった。母子手帳が母親の知識や行動に与える影響を明らかにした研究調査は、インドネシア、モンゴル、カンボジア、ケニア、ガーナ等母子手帳を新たに導入する国々で行われたものである。今後は、それらの国々における研究者に対して、少額でもいいので研究支援することは、母子手帳の発祥の国として貴重な国際貢献になるに違いない。

b. 周産期医療—過去、現在、未来—

1. はじめに

次世代を担う子供が健やかに育つ環境の整備のためには、国内外における母子保健の施策が重要課題である。思春期からの家族計画、妊娠時の母子健康手帳の交付、定期的な妊婦健診や保健師・助産師による両親学級を含む保健指導、産後健診や乳幼児への健康診断・予防接種等である。しかし、これらの課題を単に医療や保健の分野だけで解決することは難しい。社会環境（経済、政治、教育）の課題と深く関連しているがために、日本で培ってきた施策を直接そのまま低中所得国の母子保健の解決に活用はできない。しかし、これらの国においても、日本の経験は一助となり得るはずである。

2. 日本の周産期医療の過去・現在

日本の人口動態をみると、出生数が最も多かった1949年の2,696,638人から2018年には918,397人と3分の1に減少しており、合計特殊出生率も1.42と人口の減少が

加速している。一方、周産期統計では乳児死亡率 1.9（出生千対）、新生児死亡率 5.2（出生千対）、周産期死亡率 3.5（出産千対）、妊産婦死亡率 5（出産 10 万対）と周産期保健管理指標は世界のトップレベルに達している。

世界はどうか。妊産婦死亡率をみると、2018 年の WHO 報告では、世界の平均は 216（出産 10 万対）である。最も妊産婦死亡率が高い国はシエラレオネで 1,360、アフリカの国が上位を占めており、逆に低い国はフィンランド、ギリシャ、アイスランド、ポーランドの 3 であり、日本の 5 は極めて死亡率が低い国に分類される。

日本の妊産婦死亡率は、1910 年には 333（出産 10 万対）であったが徐々に減少し、1950 年に 161.2 となり、1955 年（161.7）以降は大きく低下した。そして、1990 年には 8.2、2013 年には 4.0 で世界のトップレベルに達している。この急激な改善の要因としては以下の 5 点があげられる。①1950 年には 95.4%と大多数が自宅分娩であったのが、1970 年には 3.9%と施設分娩へ移行した。②1952 年に認可された降圧剤の普及や輸血設備の整備により、妊娠高血圧症や、分娩時出血による死亡数が減少した。③1966 年に交付された母子健康手帳は、世界でも例を見ない斬新な試みで、定期的な妊婦健診と疾患の早期発見、治療ができるようになった。また、妊婦が記録をつけることにより自分自身と胎児の健康への気遣い、母性の発達に繋がった。④1990 年に献血の制度化と並行して、日本赤十字の輸血供給体制が確立し、妊産婦の出血死のリスクが低減した。⑤周産期医療体制の充実・強化を目的に、2000 年より総合周産期センター整備計画が行われ、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター等が各県に一つ以上作られた。

およそ半世紀をかけて飛躍的に進歩した日本の周産期医療により、「安全に子供を出産できる国」といった「お産の安全神話」が日本に生まれた。その弊害として、医療事故による訴訟の問題、そこからくる精神的・肉体的な負担による産科医の激減により、「お産難民」を生み、周産期医療の崩壊を来したことも忘れてはならない。日本の成功の裏で、妊婦の「周産期医療は確実で間違いは起こらない」という思い込み、誤解から生じる周産期医療の崩壊という影が発生したことを肝に銘じておく必要がある。そのため、妊婦への妊娠に対する正しい知識の啓発・教育が周産期保健医療のレベルアップと並行して不可欠である。このことは低中所得国に母子保健レベルアップの成功施策を提示する際、決して忘れてはならない。

世界における母子保健改善に向けた道筋として、ミレニアム開発目標（MDGs）と持続可能な開発目標（SDGs）がある。MDGs の結果、5 歳未満児死亡率が 1990 年の 100（出生児千対）から 2015 年の 47 に、妊産婦死亡率は 430（出産 10 万対）から 230 と半減した。しかし、目標値には程遠い。地域別では東アジアが目標値を達成したが、サハラ砂漠以南アフリカ諸国での改善が悪い。また低中所得国の妊産婦のうち、望ましい妊産婦検診を受けているのは 2014 年時点で 52%にすぎず、普遍的なリプロダクティブ・ヘルスへのアクセスが達成されたとはいえない。教育やインフラ、経済水準といった他の健康に関連する多様な課題が包含されているからであろう。母子保健の課題は改善傾向にあるものの、まだ十分ではない。「あらゆる年齢の全ての人の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」という目標の SDGs のゴール 3 へと引き継がれた今、専門技能者の立ち合い下の出産の割合を増やし、妊産婦死亡率を 70 に

削減することをターゲットとしている。

3. 周産期医療の未来

今後、さらなる乳幼児死亡率の低下を目指すためには、どのような要因で子供が亡くなるのか、さらに子供が取り巻く状況をどのように改善可能なのか、一つずつ吟味することが重要である。また、「胎児期に種々のストレスが加わることにより、その後の疾患発症がプログラミングされる」という「Barker 仮説」や、「胎児期や生後直後の健康・栄養状態が、成人になってからの健康に影響を及ぼす」という Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD) 仮説を考えると、母子を取り巻く環境の早急な改善が望まれる。

将来の母子保健改善に向けた取り組みとして、病院での医療体制の整備だけではなく、出産時の安全な水の利用や衛生環境の改善にもつながる水供給や衛生設備の整備、安価な公共医療サービスの確保、感染症や生活習慣病に関する情報伝達や啓発等を考慮していくことが重要である。

死産が多い南アジアやサハラ砂漠以南アフリカの国々には資金・人材に限りがある。医師・助産師の分娩時の立会いおよび骨盤位に対する帝王切開や新生児蘇生処置が可能な熟練した専門技能者の育成、肺炎や敗血症に対する抗生物質の投与等の医療介入が早急に必要である。

2017年から継続して行っている JICA 主催のサハラ砂漠以南アフリカ地域における妊産婦ケア改善を目的とした「アフリカ仏語圏域妊産婦の健康改善（行政官対象）」研修会においては、周産期医療のレベルアップのための秘策（周産期医療従事者の技量アップ対策と住民の心身・分娩に対する意識改革）を提示した。このような経験の共有は、サハラ砂漠以南アフリカ地域における妊産婦死亡率低下をもたらし、世界全体の母子保健の改善にも貢献できるであろう。

IV-5) 災害・救急医療

a. 世界災害医療プラットフォーム構想と具現化

21世紀は気候変動による災害が多発する時代となった。従来の地震等に加えて洪水や山崩れ等が特徴である。さらに著明な酷暑や寒冷による人的被害も注目に値する。

災害医療と救急医療の違いは決定的である。医療行為を支えるロジスティックの有無である。災害医療は「医療設備のない場所における多くの被災者に少数の医療スタッフ」、救急医療は「整った医療設備を利用した少数の患者に恵まれた数の医療スタッフ」である。また、災害医療は災害後の医療機関の復興を視野に入れるが、救急医療には不必要である。災害医療の神髄は「憂いなければ備えなし」である。その対応には医療分野を超える総合的な連携が不可欠である。

世界医師会（WMA）・アジア大洋州医師会連合（CMAAO）も大規模災害に備えた災害医療の体制づくりを急ぐ必要がある。国連—各国政府—世界医師会—NGO/NPO—大学—公益団体—企業の7者が連携した世界災害医療プラットフォーム構想を提唱したい。その具現化はWMAの災害医療対応能力を飛躍的に向上させると確信している。

第一段階は、CMAAO による世界災害医療プラットフォームのモデル形成である。理由は世界の富がアジアに東漸（とうぜん）しているからである。同時に、「相互扶助」、「パートナーシップ」に加えて「ローカルイニシアチブ」の三つのコンセプトの共有ができるからである。

CMAAO モデルの形成後の第2段階は中南米地区、第3段階は中央アジアから中近東のイスラム地区、第4段階はアフリカ地区が対象となる。北米と欧州は既に軍を中心とした災害医療対応システムが整備されている。

7者連携の実効性と確実性は、各国における小規模の災害医療対応能力の向上の積み重ねである。すなわち、信頼関係とロジスティックの構築と拡充こそが日常的に行われなければいけない。その両者が各国を襲う大規模災害の時に効果的に発揮される。

世界災害医療プラットフォームが、アジア大洋州地区において、災害被災者に災害医療を確実に、そして有効に実施することにより、下記の3点を達成することができる。(1) 各国の医師や医学生にとって災害医療が常識となる。(2) 医師会の存在が公益を超えて公共的存在になる。(3) 世界医師会が7者連携のイニシアチブを発揮することになる。

日本は「災害のスーパーマーケット」と比喻されているが、災害対応のモデル形成に成功している。災害に対する最高の対応は災害から逃げきることである。方法論としては、早期警報、避難場所指定、避難方法、避難所生活物資備蓄、避難所生活計画等である。現在では、誰でも持っている携帯電話を活用した早期警戒通知により、個人に直接連絡ができる。日本医師会の設立した日本医師会災害医療チーム(JMAT)も日本国内の災害医療において大きな役割を果たしている。ただし、日本政府が近接未来に予測している南海トラフによる大災害(死者30万人、被災者300万人、物流機能の30%まで低下が2ヶ月以上を続く)では、海外からの支援が絶対に必要となる。

国連国際防災戦略事務局は2015年に仙台防災枠組みを発表した。経済-産業界(企業)を主体とした災害後の復興計画作成の推進である。もはや、災害対策は復興が大前提である。

世界災害医療プラットフォーム構想の具現化に関して、国連経済社会理事会総合協議資格認定団体(2006年認定)であるAMDAは、国連諸機関への積極的な政策提言を検討している。

まずは、世界災害医療プラットフォーム:アジア大洋州版の事務局をAMDA(岡山)に設置して、密接な連携のもとに、アジア大洋州地区における災害医療の実績づくりを推進できれば幸いである。

b. 救急医療需要への対応：二つの取り組み

東京都では、救急医療の需要増に対応すること、また、救急医療機関へ搬送する前の応急処置等の質を保証するため、二つの取り組みを行ってきた。

1. 救急相談センターの設置

(逼迫する救急需要の負担を軽減するためトリアージを行う。かつ本当に必要な救急患者を見逃さない。)

東京都では高齢者の救急需要が急増し、かつ高齢者は重症が多いこと、一方全救急患者の半分は軽症が多いことより、救急要請の必要性や受診等の緊急度判断に関するアドバイス、応急手当に関するアドバイス、医療機関案内等を行う「救急相談センター」の整備の必要性が提言された。

その結果、都民自身による救急要請に関する緊急性の判断の適正化を促進し、真に救急車を必要とする都民に対して、適切かつ効果的に救急隊が対応できる体制を構築するため、2007年6月1日に「東京消防庁救急相談センター」を特別区（千代田区）と多摩地区（立川市）に設置し運用を開始した。

(1) 業務内容等

- ・症状に基づく、緊急性の有無のアドバイス
- ・受診科目等の判断に関するアドバイス
- ・応急手当に関するアドバイス
- ・医療機関案内
- ・関係機関等が開設する窓口等の案内

(2) 救急相談の手順

- ・相談員、相談看護師は、救急医学に関する専門医等により作成された医学的な根拠に基づく「救急相談プロトコール」を使用し、症状に基づいて緊急性の有無や受診科目等のアドバイス、応急手当に関するアドバイスを行う。
- ・救急相談センター内には、救急相談医が常駐しており、救急相談業務における医学的判断プロセスの監督と最終決定を行う。
- ・救急相談の結果、救急車による緊急受診が必要と判断した場合は、電話を災害救急情報センターに転送して救急車を出動させ、救急車の必要はないが病院での受診が必要な場合には、受診時期や受診科目等を助言するとともに、必要に応じて医療機関の案内を行う。

(3) 救急相談プロトコール

救急相談センターにおける救急相談プロトコールとは、電話救急相談を行う際に、傷病者の緊急度判断及びその判断に基づいて提供する情報の標準化を目的として作成されている「手順書」で、日本救急医学会の監修により東京都医師会が編集したものである。

救急相談プロトコールにおける緊急性は、以下の5つのカテゴリーに分類される。

- ① 赤カテゴリー：救急車による緊急受診
- ② 橙カテゴリー：少なくとも1時間以内に緊急自力受診
- ③ 黄カテゴリー：6時間以内を目安に早期自力受診
- ④ 緑カテゴリー：当日もしくは翌日の通常診療時間内に自力受診
- ⑤ 青カテゴリー：経過観察

(4) 実績 (2018 年)

全相談件数は約 40 万件、そのうち救急車による緊急受診（赤カテゴリー）は約 3 万件であった。2018 年の東京都での 119 番通報による救急車搬送件数は約 79 万件であり、毎年増加している。このうち 75 歳以上の高齢者の割合が特に増加が著しい。このことを考えると救急相談センターで救急要請の必要性や受診等の緊急度判断に関するアドバイスを行うことは、逼迫する救急需要への負荷を軽減するために有意義である。

また、医師・医療機関が少ない地域では軽症な患者をトリアージし、真に重傷な患者の搬送に救急車を向けられるという意義もあり有用である。

2. メディカルコントロール体制

プレホスピタル・ケアにおけるメディカルコントロール体制とは、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保証する仕組みをいう。

【目的】

救急現場から救急病院等の医療機関へ搬送されるまでの間において、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保証するため。

【体制】

- ・救急救命士に対する指示体制
- ・救急隊員に対する指導・助言体制
- ・救急活動の医学的観点からの事後検証体制
- ・救急救命士の病院実習等の再教育体制

【救急救命士の処置範囲】

- (1) 除細動
- (2) 気管挿管
- (3) 薬剤投与（アドレナリン）
- (4) 心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びにブドウ糖溶液の投与

消防機関と医療機関等との協議の場であるメディカルコントロール協議会は、各都道府県単位及び各地域単位で設置されており、2018 年現在において、各地域単位のメディカルコントロール協議会数は 251 となっている。

メディカルコントロール体制を確立・充実させることで、救急現場から医療機関までの距離が長い地域でも患者の容態安定化・救命率の向上が見込まれ世界各地に於いても有用である。

IV-6) 外国人の健康

a. 日本における外国人医療

近年、医療機関を受診する外国人が激増している。在住外国人、訪日外国人、医療ビザという三つの要因があげられる。在住外国人の定住化傾向はますます顕著となり、2019 年 6 月現在で約 283 万人にのぼり、総人口の 2.2% を占めるに至った。国籍別にみると、中国、韓国、ベトナム、フィリピン、ブラジル、ネパール等が上位を占める。

続いて、訪日外国人の急速な増加がみられ、日本政府観光局（JNTO）によれば、2019年の入国外国人数は3,188万人にのぼった。また、2011年1月に「医療滞在ビザ」が開始され、中国、ロシア、ベトナム等から医療を目的とした入国が行われている。

外国人増加の特徴を医療の観点から見ると、多国籍化、救急対応、感染症対策、母子保健が挙げられる。単に外国人数が増えたのではなく、ベトナム、ネパール、インドネシア等が急増していることに注目する必要がある。英語と中国語以外の言語対応が求められることになり、医療通訳者の存在が必要不可欠となっている。また、訪日外国人の増加により、外国人診療の夜間休日対応を求められる事例が増加しており、多言語による救急搬送体制の整備と医療現場での対応が喫緊の課題となっている。ヒトが移動するに伴い、病原体も国境を越えて移動する。感染症の持ち込みと持ち出しに対する対策が必須となっている。また、日本に在住する外国人集団は若年世代が多く、65歳以上の高齢者人口はわずか6.4%である。言い換えれば、妊娠・出産・子育て世代であるということができる。日本人の出生数が減少する中で、外国人を親にもつ新生児（両親のどちらかが日本人であれば、国籍は日本人）の割合は急激に増加している。国籍にかかわらず、外国にルーツを持つ子どもに対する医療も今後の大きな課題である。

近年、日本の高度な医療を求めてやってくる訪日者が増加している。その背景には、「自国とは異なる高度な医療を受けることができること」、「欧米に比して医療費が安いこと」、「医療を受けるまでの時間が短縮できること」等が理由となっている。しかし、インバウンド受診者の実数は不明である。

日本の医療水準を図るいくつかの方法の一つとして、医療機器（CT、MRI、PET等）の保有台数をOECD関連国と比較（いずれも人口100万対、順位はOECD関連国内）してみたい。

- (1) CTは107.2台で、OECD関連国平均25.4台より断然多くトップである。
- (2) MRIは51.7台で、OECD関連国平均15.2台を大きく上回っている。
- (3) PETは4.3台で3位、OECD関連国平均1.9台を上回っている。ちなみに1位はデンマークの6.1台、2位はアメリカの5.1台である。
- (4) ガンマカメラはアメリカが46.9台で圧倒的に多く、日本は11.7台で8位である。
- (5) マンモグラフィーは33.0台で6位であり、OECD関連国平均は21.3台である。
- (6) 放射線治療装置は6.8台で、OECD関連国平均は7.7台である。

これに加えて、日本の医療機関を実際受診した人へのアンケートによれば、(1)医療技術が高い、(2)スタッフの対応が良い、(3)病院の衛生環境が良い、(4)医療機器の質が良い、(5)安心、信頼ができる、というコメントが得られている。

日本においては2030年の総人口は2015年比7%減少する一方、老年人口割合は増加する見通しである。都市部の人口減少率は小幅だが、地方では最大19%減少する可能性がある。そのことにより日本の医療、特に地方の医療機関等において、日本人だけを対象とすると、高度な医療機器の導入ができなくなり、特殊な手術の事例も少な

くなることによって、医師が経験を積むことができなくなり、スキルが低下することも予測される。

日本の高度な医療を求めてやってくる訪日者が増加すれば、地域の医療機関においても、こうした医療渡航者を受け入れることにはメリットがある。新たな医療機器やサービス等の導入において、稼働率を向上させることができる。その結果、日本人の患者に対しても、将来にわたり高度な医療サービスを提供できる。国際貢献にも寄与することができる。

ただし、インバウンド患者を受け入れるための課題としては下記がある。

- (課題 1) 受入可能な病院・医院のリストアップ
医療機器、可能な治療、等表示
- (課題 2) コーディネーターの確保
医療通訳やカウンセリング、宿泊先の手配等、診察、治療に必要な役割を担当
- (課題 3) 適切な価格設定
医療費の原価、受け入れ支援のサービス料、通訳等の付加価値に対するサポート料等、コストを回収しながら、インバウンド患者が納得する価格設定

また、インバウンド医療を推進するには、以下の点にも配慮すべきである。

- (1) 日本の医療サービスの認知度向上
海外に発信したい日本の高度な医療を実際に体験してもらう拠点を作る。
(がん治療、再生医療、人工関節等)
- (2) 高齢化に伴う生活習慣病等の増加への対応
糖尿病、高脂血症等の療養指導等、慢性化した病状と付き合っている状態の者の受入の検討が必要である。
- (3) 国内医療機関の受入体制の整備
都市部の医療施設ばかりではなく、地方の医療機関でも受け入れ可能な疾患を分類して、リストアップする。

これらの点を踏まえつつ、海外での展示会等でアピールするのもインバウンド医療を増やす良い機会である。

V. 日本医師会の国際活動

1. 世界医師会（WMA）の活動

2018年9月27日、横倉会長がWMA会長として国連総会議長の要請を受け、「NCDsに関する第3回国連総会ハイレベル会合」にスピーカーとして出席し、「精神保健と Well-being」をテーマに、日本における認知症の状況と地域社会で支えていく取り組み、学校保健、食育を通じた小児の肥満の予防の重要性を述べた。また、NCDs対策には健康促進、予防、専門的治療、リハビリ等医師主導のプライマリケア・システムを土台とした強力な保健医療システムの構築が求められ、そのためには医療分野により多くの投資が必要であることを強調した。

同年10月、WMAレイキャビク総会（アイスランド）で横倉会長がWMA会長退任挨拶において、UHCの推進に重点を置いたWMA会長としての活動を総括し、併せて「Health Professional Meeting (H20) 2019」の構想を示した。議事では日本医師会提案による「母子健康手帳の開発と普及に関するWMA声明」が採択された。

2019年4月、WMAサンティアゴ理事会（チリ）が開催され、道永常任理事が理事会副議長に就任した。議事では、世界中ではしかの感染者数が増加している事態を受け、「ワクチンに関するWMA理事会緊急決議」が採択された。

同年6月13、14日、日本医師会とWMAの共催で「Health Professional Meeting (H20) 2019」を開催した。本会合では、2018年4月に締結されたWMAとWHOの覚書の実践の場と位置づけ、UHCの推進における医師と医師会の役割に議論の焦点が当てられた。会合には、WMA、加盟各国医師会に加え、WHO本部、地域事務局、保健関連国際機関、NGO、アカデミア、患者団体、JDN、IFMSAを講師及びコメンテーターとし、アフリカからの8か国及び低中所得国を含む38か国約220名が参加した。開会式典は、秋篠宮皇嗣妃殿下の御臨席を仰ぎ挙行された。妃殿下より「おことば」を賜った他、安倍晋三内閣総理大臣によるビデオメッセージ、根本匠厚生労働大臣（当時）から挨拶（鈴木医務技監代読）が寄せられた。議事では、基調講演、「UHCを達成する方法についての見解」、「健康の安全保障とUHC」、「UHCとプライマリ・ヘルスケアの政治的側面－医療専門職の役割」、「UHCに対する責任の共有と個人の義務」の各セッションが行われた。横倉会長は、「日本におけるUHCの導入と初期における医師及び医師会の対応の歴史」と題して講演を行った。会議の成果物として、「UHCに関する東京宣言」が採択された。同宣言では、G20サミットに対し、ヘルスケアシステムに未だ十分な投資ができない国においてこそ、持続可能な投資への道を鼓舞するという期待を表明した。

同年9月23日、横倉会長がWMA前会長として「UHCに関する国連総会ハイレベル会合」に参加した。国連総会のハイレベル会合においてUHCがテーマとなるのは初めてであり、その重要性が改めて認識された会合であった。横倉会長はサイドイベントで「UHCの実現における医師と医師会の役割」と題して基調講演を行い、WMA会長としてのUHC推進における活動及びH20会合の概要を報告した。

同年10月19日、横倉会長がWMA前会長としてG20岡山保健大臣会合に出席し、H20会合の開催と「東京宣言」について報告した。

同年10月、WMA トビリシ総会（ジョージア）が開催され、横倉会長は3年間のWMA 会長職の任期を経て元会長となった。議事では、横倉会長がUHCの推進に係るH20 会合をはじめとする活動報告を行った他、「安楽死と医師の支援を受けてなされる自殺に関するWMA 宣言」が採択された。

2017年12月の国連総会で定められた「国際UHCデー」（毎年12月12日）の2019年のテーマは“KEEP THE PROMISE”（有言実行）で、「すべての人は経済的困難に直面することなく必要な質の高い医療サービスを享受できる」という“Health for all”の有言実行を世界のリーダーに伝えていこうという内容であった。横倉会長はWMA-JDNの依頼を受け、「国際UHCデー」に関するビデオメッセージを発信した。また、2020年2月、WMAの準会員を対象とした“Webinar on UHC”で、横倉会長はWMA 会長としてのUHC 推進活動を紹介した。

YouTube WMA サイト

UHC day : https://www.youtube.com/watch?v=3NR_uSVOs9g&t=32s

Webinar on UHC: <https://www.youtube.com/watch?v=HEjN5b000cU>

また、道永常任理事がWMAの機関紙であるWorld Medical Journal ((WMJ) のインタビューを受け、記事がWMAのサイトに掲載された。

WMJ 2020: vol.66

https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/03/second-newwmj_1_2020_WEB.pdf

2. アジア大洋州医師会連合（CMAAO）の活動

2018年9月、「UHCへの道」をテーマにCMAAO マレーシア総会（ペナン）が開催され、横倉会長がUHCの推進活動を報告した。翌2019年9月、「Wellnessへの道」をテーマにCMAAO インド総会（ゴア）が開催され、健康の社会的決定要因を考慮し、普遍的なライフスタイルとWellnessの構築に向けて加盟各国医師会が協力して取り組んでいくことの重要性が共有された。その他、両総会において菅波茂 AMDA 代表より、CMAAO 域内における世界災害医療プラットフォーム：アジア大洋州版の進捗、今後の展開について報告が行われた。

3. ハーバード大学 T. H. Chan 公衆衛生大学院武見国際保健プログラム

2019年11月、武見プログラムの視察を行い、9名のフェローから研究計画について報告を受け、質疑応答を行った。また、武見プログラムの今後の展開について、マイケル・ライシュ教授、ジェシー・バンプ事務局長等と協議した。その他、ハーバード大学医学部等の日本人医師、研究者との懇談を行った。

4. その他

2018年8月、横倉会長が第5回メキシコ日系医療セミナー（メキシコシティ）に出席し、「UHCの推進—日本の経験から—」をテーマに講演を行った。翌2019年8月、第6回メキシコ日系医療セミナーにおいて、横倉会長は「日本の医療と医師会活動」をテーマに、がんプレジジョン医療プロジェクト、がん治療の将来予測、「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、医師会が行う疾病対策等

について講演した。その後、野口英世博士が黄熱病の研究を行ったユカタン半島メリダ市に移り、ユカタン自治大学野口英世地域研究センターホールで行われた野口博士来墨 100 周年記念式典で祝辞を述べた。その後、保健省でバレラ保健大臣と、国立医学アカデミーでバスケス総裁とそれぞれ懇談した。

2018 年 9 月、南東ヨーロッパ医師フォーラム（ボスニア・ヘルツェゴビナ）に横倉会長が WMA 会長、日本医師会長として招待を受け参加した。日本の医療の現状、UHC の推進について講演を行った。式典では、WMA 会長としての国際医療保健分野における功績を称える賞が横倉会長に授与された。

2018 年 10 月、2019 年 10 月、横倉会長は中日友好病院の招待により、「中日両国医学交流フォーラム」（北京）に出席し、「日本の医療と医師会、中国との医療・医学連携」と題した講演をそれぞれ行った。

2018 年 10 月、「プライマリ・ヘルスケアに関する国際会議」（アスタナ、カザフスタン）に横倉会長が WMA 前会長として出席した。本会議は、UHC 及び持続可能な開発目標の達成に向け、プライマリ・ヘルスケアに関する「アルマ・アタ宣言」40 周年を記念して開催されたもので、成果物として「アスタナ宣言」が採択された。

2018 年 9 月、『Asian Medical Journal』（1958 年創刊、2001 年より『JMAJ』）を前身として、日本医学会の協力により英文医学総合ジャーナル『JMA Journal』を創刊した。同年 11 月 2 日、「国際展開を目指す AMA・JMA の新たなジャーナル」をテーマに、アメリカ医師会（AMA）、日本医師会（JMA）主催による共同シンポジウムを開催した。シンポジウムには、JAMA の編集長等を招き、講演と質疑応答が行われた。

2018 年 12 月、「第 11 回母子手帳国際会議」（バンコク、タイ）に横倉会長が道永常任理事と出席した。本会議は、秋篠宮文仁親王妃殿下（現秋篠宮皇嗣妃殿下）のご臨席を仰ぎ、「持続可能な開発目標（SDGs）を目指す人生最初の 1000 日間の奇跡：家庭にある道具としての母子手帳」をテーマに開催された。横倉会長が開会式で挨拶を行った他、道永常任理事が「WMA による母子健康手帳の普及と促進」と題して講演を行った。

2019 年 6 月、「日中医学交流会議 2019 東京」が、基調講演に本庶佑京都大学特別教授を招き、「がん治療の現況と近未来」をテーマに日中医学協会と中国医師会の主催、日本医師会の共催により開催された。中国医師会ケクイン・ラオ副会長等中国からの関係者総勢 55 名を含め約 300 名が参加した。

2019 年 11 月 2 日、日本医師会と人間を中心とした医療国際組織（ICPCM）の共催、本会産業保健委員会の協力により、「第 7 回人間を中心とした医療国際会議」が「ワーク・ライフ・バランス：課題とその解決手段」をテーマに開催され、約 370 名が参加した。会議では、「人間中心の医療の概念、ワーク・ライフ・バランス及び燃え尽き症候群」、「医療専門職における労働時間と働き方改革の国際比較」、「医療専門職の訓練及びワーク・ライフ・バランスと燃え尽き症候群の予防の推進」、「Well-being、医療制度、管理と職業上の安全に関する国際展望」について講演及び議論が行われた。

VI. 最後に

「日本の医療の国際貢献」という諮問に対して、委員会で議論した内容を示してきた。まずは今回初めて取り上げる社会的共通理論の概要を、次いで、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する議論、三番目にユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を主たるテーマとする各種議論の成果を示した。そして、最後に過去2年間にわたる日本医師会の国際活動を紹介した。その際、「何をなすべきか（What to do?)」、だけではなく、なすべきことを「いかになすべきか（How to do?)」に注目するようにした。「日本の医療」はいかに国際貢献ができるのか。まとめとして以下の3点を指摘したい。

1. 社会的共通資本の適用可能性

社会的共通資本の三要素である自然資本、社会的インフラストラクチャー、制度資本のうち、医療は最後の制度資本の一つとして捉えられる。UHCの一形態である日本の国民皆保険制度は、制度資本の基盤として長らく日本における医療の質向上に貢献してきた。この経験は今後も世界に発信されていくべきである。国民皆保険のもと、制度資本としての「かかりつけ医」の議論の中で発せられた、「医療は、病気を治すためだけではなく、安定した社会に必要な不可欠であり、金銭的な価値に換算はできない」という言葉は、COVID-19に苦しむ多くの国の人々の心にしみわたるメッセージではあるまいか。COVID-19は、社会的インフラストラクチャーという制度資本以外の社会的共通資本の要素をゆるがしている。それだからこそ実感できるメッセージである。医療の破綻が人々の暮らしにとっていかに脅威であるか、この学びを未来のために活かしていくべきである。1961年以降、日本の医師は国民とともに苦労を重ね、社会的共通資本としての国民皆保険制度を維持し発展させてきた。約60年にわたって培ってきたこの経験を、とりわけ、「いかにそれをなし得てきたか」という観点から「集合知」として結集させ、その結晶を今後いっそう発信していくべきである。単に「何をなすべきか」へのひとつの回答として、「社会的共通資本」という名を出すに留めておくべきではない。

2. 新型コロナウイルス感染症

2020年6月現在、中国を除き、日本をはじめとするアジア太平洋地域では、おおむねCOVID-19の爆発的感染は生じていない。台湾、韓国の好事例、初期におけるシンガポールの成功事例等学ぶべき教訓は多くある。時に「ミラクル」と言われているように、日本の対応事例もまた、世界的に良い評価を得ている。医療体制の脆弱な部分等が見えてきたことも確かではあるが、日本の教訓として世界に伝えられるものはある。COVID-19専門家会議においては、(1)誰もが医療にアクセスできる国民皆保険制度、(2)医療レベルの高さ、(3)保健所、(4)市民の衛生意識の高さの4点が取り上げられていた。さらにクラスター対策の一環としての「さかのぼり接触者調査」も日本の教訓として評価に値するであろう。ところが、感染経路の特定が困難となり、「クラスター」対策が難しい場合、より強力な行動変容対策が必要となる。本委員会

の議論をもとに、以下の点を指摘したい。

- a) 韓国の成功事例を日本でそのまま活かすことはできない、という指摘があった。これは日本の成功事例についても同様である。日本の医療の成功事例もまた、そのままの形で世界に貢献できるとは限らない。これまでの本委員会で何度も繰り返し紹介してきた「母子手帳」はその良い事例である。基本的な原理を保ちながら、世界各地の文化にあった形で根付いている。医療人類学では、この手法を「スケール・アクロス」と呼んでいる。予防接種等は世界中、どこにいてもそのままの形で「スケール・アップ」できる。しかしながら、UHCやCOVID-19対策等、人体を越えて国の仕組みや文化が関係してくる公衆衛生分野では、「スケール・アクロス」の手法をとるべきであり、それに値する日本の事例を今後積み上げていくべきである。
- b) COVID-19対策として医療者に対する指針のみならず、市民への指針として「行動変容」が取り上げられた。密閉、密集、密接を避けよ、という「3密」指針も出され、概ね市民はそれに従い、爆発的感染を防ぐことができています。他国のように「行動」の強制や「行動違反」への罰金徴収がしがたい状況の中で、「自粛」と称して、日本人がなぜそのようにふるまうことができていたのか。文化的背景等を加味しないことには、世界には伝わりにくい。「行動変容」対策としては、その限界や問題点を踏まえつつ、トップダウンで決めるだけではなく、危機的状況にある市民や病院等から生まれたアイデアを「集合知」として取りまとめ、活用していくことが望ましい。「何をなすべきか」に対して「いかになしたか」についてのアイデアが現場には満ちあふれている。しかしながら、それは点として、一時の評価に留まっている傾向が強い。面としての広がりをもたせる努力が今後必要である。
- c) COVID-19 専門家会議は COVID-19 の爆発的拡大を防ぐ上で多大なる貢献をしてきた。その後、経済学等他分野からの専門家が関与するようになってきた。そのタイミングはもっと早いほうがよかったし、今後、いかなる専門家が関与すべきか検討していくべきである。場合によっては、実践的歴史学者や哲学者からの知恵も必要とされるかもしれない。ただし、「専門家」は必ずしも「知識人」とは限らない、という点には留意すべきである。佐伯啓思によれば、「専門家」はエビデンスを重んじ、ある条件のもとで、ある角度からみると、何が確実かというスタンスで発言する。一方「知識人」は、物事を総合的に見て、そこに自分の思想を表明する。本委員会の委員は医師でありながら、経済学、社会学、歴史学等の知見を組み込みながら、物事を能う限り総合的にみて、個性的な意見を発してきた。「知識人」としての状況判断は今後一層重要になってくるであろう。

3. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)

UHCをはじめとする諸議論については、以下の教訓が得られた。

- a) グローバルヘルスの視点から、日本による貢献として以下の三点が期待される。持続可能な開発目標への積極的関与、イノベーションの関与（医学だけではなく公衆衛生においても）、現場力の発揚（これは「何をなすべきか」＋「いかになすべきか」の強調でもある）。
- b) 「中所得国の罫」を脱し得ていない国々に対する、日本の過去の経験の共有（沢内村の経験等）。
- c) 長い歴史をもつ海外医療協力によってつくられた海外拠点の有効活用。
- d) 国民皆保険の中でも「介護」をめぐる日本の歴史の共有。さらには「地域包括ケアシステム」から「地域共生社会の実現」を目指している政策の共有。
- e) 行動経済学を取り込んだ予防医療データの活用。
- f) 地域医療における住民ニーズに対応した「かかりつけ医」の制度や長い歴史のある母子手帳の活用等の経験の共有。
- g) 人工知能（AI）の活用が始まっている中で、AI的思考を超えるための医療のあり方に関する経験の共有。同時代を生きる患者や家族と共生していく医療のあり方の模索の共有。
- h) 日本において歴史の長い特定健診と特定保健指導から得られる教訓の共有。
- i) 医師の働き方改革における勤務医のあり方に関する議論の共有。さらには政府に意見を言える医師団体としての日本医師会のあり方の歴史についての共有。
- j) 若手医師によるアドボカシーの経験として、特に働き方改革に関する活動の共有。
- k) 世界に共通な、医師の偏在対策としての短期的政策と長期的政策の融合についての経験の共有。
- l) 母子手帳の国際展開における「スケール・アクロス」の経験の共有。また、世界保健機関（WHO）や世界医師会（WMA）に対するアドボカシー経験の共有。
- m) 周産期医療において、医療だけではなく、安全な水や衛生環境改善にも努めてきた日本の経験の共有。
- n) 世界災害医療プラットフォームにおける「相互扶助」「パートナーシップ」「ローカルイニシアチブ」の重要性の共有。
- o) 緊急医療において、救急相談センターの果たし得る役割に関する経験の共有。
- p) 外国人医療におけるインバウンド患者受け入れのメリットと同時に多言語対応に関する経験の共有。

こうして多方面にわたる議論がなされ、日本の医療には世界と共有し得るコンテンツが極めて多いことが確認された。中には、「いかになすべきか」についてのアイデアも多く含まれていた。しかし、前述したように、これらのコンテンツは予防接種のようにそのまま世界で共有されるわけではない。世界各地で異なる文化によって、改変され、応用されて初めて成果が期待できる。そのような適用によって得られた知見が、やがて日本にフィードバックされ、円環となって、日本のそして世界の医療が一層発展していくことを期待したい。