

公衆衛生委員会答申

令和4年4月

日本医師会
公衆衛生委員会

令和4年4月

日本医師会
会長 中川俊男 殿

公衆衛生委員会
委員長 久米川 啓

公衆衛生委員会答申

令和2年12月4日に開催した第1回委員会において、貴職より「新時代における医療・健(検)診のあり方」について諮問を受けました。

これを受けて、本委員会では令和2年度、令和3年度の2年間にわたり検討を行い、このたび審議結果を取りまとめましたので、ご報告いたします。

公衆衛生委員会

- | | | |
|------|--------|-----------------------------|
| 委員長 | 久米川 啓 | (香川県医師会会長) |
| 副委員長 | 釣船 崇仁 | (長崎県医師会副会長) |
| 委員 | 石本 寛子 | (徳島県医師会常任理事) |
| 〃 | 伊藤 伸一 | (秋田県医師会副会長) |
| 〃 | 桶谷 薫 | (鹿児島県医師会常任理事) |
| 〃 | 加藤 正隆 | (愛媛県医師会常任理事) |
| 〃 | 小西 眞 | (滋賀県医師会参与) |
| 〃 | 笹生 正人 | (神奈川県医師会理事) |
| 〃 | 鳥居 明 | (東京都医師会理事) |
| 〃 | 中村 祐輔 | (がん研究会 がんプレジジョン医療研究センター前所長) |
| 〃 | 長谷川 敏彦 | (未来医療研究機構代表理事) |
| 〃 | 広瀬 真紀 | (福井県医師会副会長) |
| 〃 | 吉田 建世 | (宮崎県医師会常任理事) |
| 〃 | 若尾 文彦 | (国立がん研究センターがん対策情報センター長) |

目次

はじめに	2
I. 新時代の背景（人口と医療）	3
1. 新時代とは何か	3
II. 新時代の医療	21
1. 新時代の医療とは何か	21
2. 新時代の医療と医師会の在り方	37
III. 新時代の健（検）診	41
1. がん検診の現状	41
2. これからの健（検）診、医師会の在り方	45
まとめ	47
答申と提言	49

はじめに

前期公衆衛生委員会では会長諮問「健康格差の縮小に向けた保健事業のあり方」について検討された。「一定の集団における不平等な健康状態の差」を健康格差と捉え、医師会の立場から、その改善に向け論議された。健康格差の要因として、経済格差によるものが大きいとされたが、各年代や地域、職域においても企業により格差が見られた。医師会としては、生まれてから死に至るまで、そのすべての段階において、行政と緊密な連携をとって関与することの重要性を示した。

今期の公衆衛生委員会には、「新時代における医療・健（検）診のあり方」の会長諮問をいただいた。この諮問をいただいた2020年の当初より、新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）が世界中に広まり始め、その後、医療環境は大きく変化した。新時代とは、この新型コロナ収束後の医療を考えるべきであるが、現在（2022年2月）においても、日本は第6波と言われる流行の中にあり、いまだに医療はその対応に追われており、出口が見えない状況にある。

我々は、この新型コロナが医療や健（検）診に、どのような影響を与えつつあるのかを明らかにする為に2021年7月全国の都道府県医師会にアンケート調査を求め、それを委員会で集計し中間報告としてまとめ、2021年11月に中川会長に手交した。

今後も新型コロナへの対応は続く事になるが、我々はそれを踏まえて、その後の医療や健（検）診について考察することになった。現在、IT、AI等デジタル技術の発展は目覚ましく、医療分野においても医療AIが診断分野に使われつつある。今後の医療を考える上で非常に重要な切り口であり、これらのツールをどのように取扱い、利用すべきかを論議した。

現在、日本は有史以来、世界でも経験したことのない少子高齢化社会を迎えつつある。その中で過疎化が進む地域や無医村で、どのような医療が出来るのかも考察する必要がある。医療、介護、健（検）診が今と同じように出来るのか、またするべきなのかを含め論議し、あるべき医療、そして医師会の関わり方を考えた。

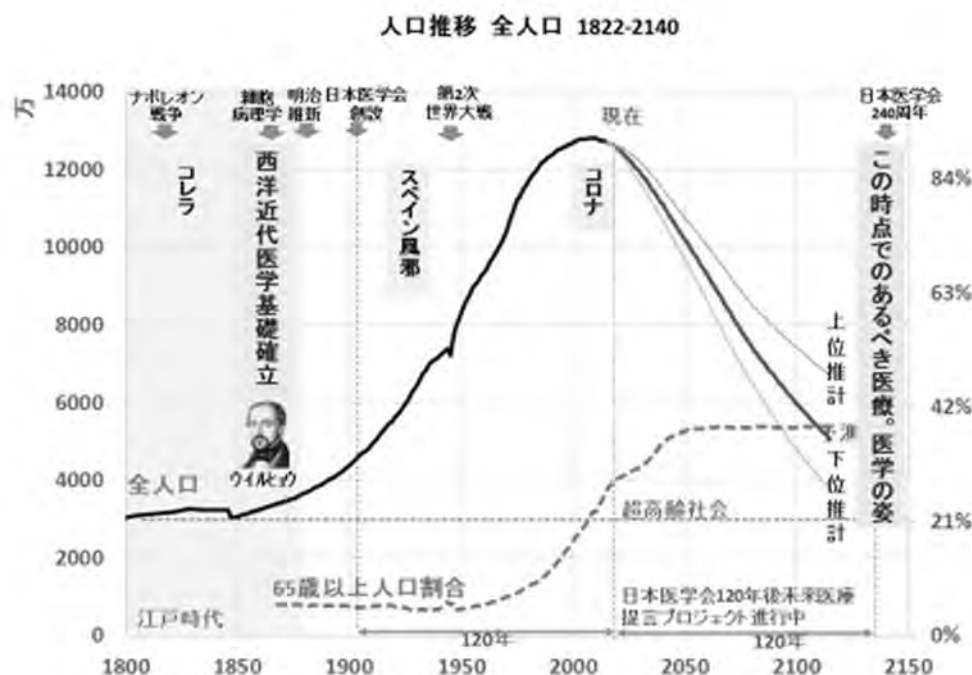
我々公衆衛生委員会は、新型コロナのため、一度もリアルに顔を合わす事なく、1回から7回まですべてウェブでの会議となった。論議を進めていくうちに、「病気は医師が発見し、そして治療するもの」という考え方を離れ、個人が自分の健康や生き方について考えるべきであり、医師や医師会はその考えに深く関わっていくというような医療が新時代のあるべき医療であるとも感じられた。

I. 新時代の背景（人口と医療）

1. 新時代とは何か

今、日本では医療そして社会が共に大地殻変動期にある。加えて、この2年間の新型コロナパンデミックは、価値観の大転換をもたらし、地殻変動を実感させ、更に促進した。浮き彫りとなった課題は、一体、「幸福とは」、「豊かさとは」、「働くとは」、「老いるとは」、「死ぬとは何か」「人生にとって何が大切か」、人生や社会に関わる根本的な哲学的課題である。そして、オンライン診療やテレワークの突然の拡散により未来の社会や医療の姿を一瞬垣間見た感もある。

今年ドイツのウィルヒョーが、近代の科学的西洋医学の基礎となる「細胞病理学」を出版して164年目に当たる。そしてそのドイツから最先端医学を学び、更に日本で発展させた北里柴三郎らが、日本医学会を創設して120周年、日本医師会を設立して106年を迎えている。



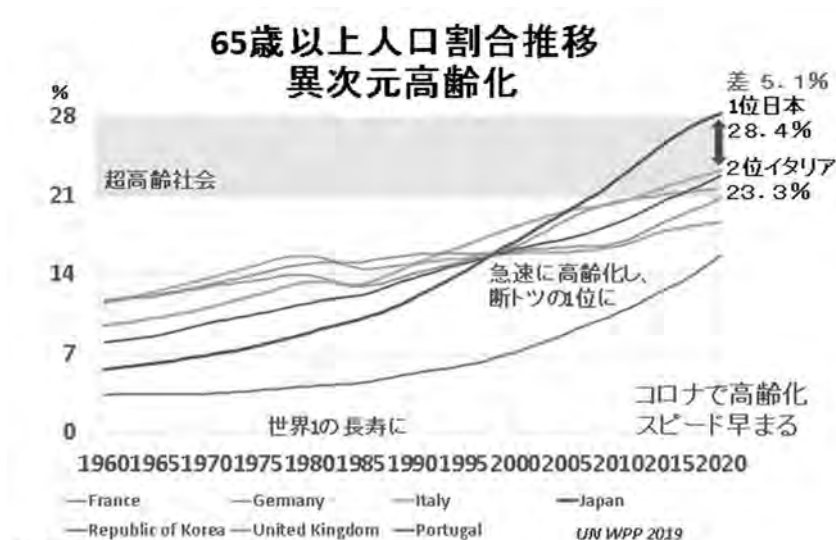
産業の発展、医療界の努力により、日本は、世界でも最も長寿な国の1つとなり、健康状態も大きく改善した。一方その結果もたらされた世界最先端の高齢社会の負担に喘ぐこととなり、医療、医学の在り方を根本的に見直さねばならない時期に来ている。そして新型コロナパンデミックは、その需要と供給の在り方の乖離を浮き彫りにした。

医療のあり方を提言するため、未来に影響を及ぼす主要三要因「人口」「技術」「環境」を取り上げ、未来の医療との関係を検証する。その作業に基づいて3要因の動向を未来予測し、それに対応した医療・介護・予防の在り方を提案したい。医療の課題を時系列でとらえると3分類できる。これから新型コロナが2年程かけて収束して行く間に準備すべき2025年から2030年頃までの「短期的課題」、即ち、新たな感染や災害への危機管理の準備、今後、

2030年から2040年頃までに取り組みねばならない「中期的課題」即ち医療システム全体の転換、そして、19世紀に始まった西洋近代の科学的医学に対する根本的な見直し、即ち100年、120年の「長期的課題」、の3つに分けることが出来る。これらの3つの課題をそれぞれ分析し提案をまとめる。

1-1 人口構造の転換

日本は、1974年に男性が1985年に女性が世界一長寿となり、2006年には世界一高齢社会となった。そして、2007年には世界に先駆けて超高齢社会、即ち、65歳以上人口が21%以上に達し、その後、WHOが定義したことの無い異次元の高齢社会の道を独り歩んでいる。2位イタリアとの差は大きく、28.6%に対して、5.1%の差を空け、世界断トツの1位である。今後、2040年には65歳以上人口が35.4%に、そして2060年には38.1%となって横ばいとなる。



日本の総人口は、2006年に1.28億人のピークを迎えた後減少し、特に、2030年以降は毎年死亡者が約100万人の多死社会に突入する。その結果、22世紀の初頭には人口は半減し、ほぼ江戸時代の人口へと戻ると予測されている。現在日本は、近代の折り返し点を通じたところと言えよう。人口学によると、人口には人口慣性 (Demographic Momentum) があり、未来予測の中では最も安定しているとされる。出生死亡が変動しても2060年頃までは予想に近い社会となると想定される。

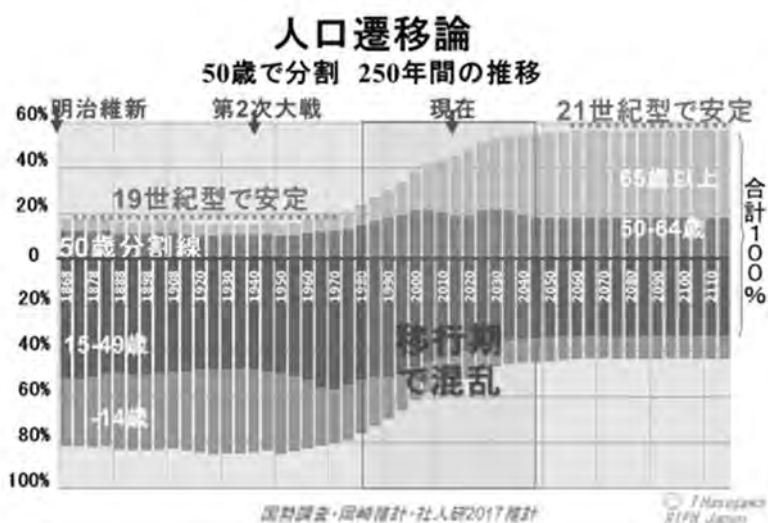
同時に日本の国民総生産 (GDP) は1990年にバブルが崩壊して以降殆ど成長しておらず、法人売上も給与も伸びていない。その負担を低賃金、非正規雇用という形で若者におしつけてきた。それが急速な少子高齢化の原因と考えられる。このような厳しい経済状況の下、日本には歴史上人類未踏の高齢社会を構築する使命がある。



1-2 人口遷移

日本人口を明治維新 1868 年から予測が存在する 2115 年まで、生理的社会的意義があいまいだが高齢人口とされている 65 歳以上人口ではなく、生産・生殖を担う 50 歳迄とそれ以上の人口に区切って時系列分析をすると、1980 代頃まで 50 歳以上人口が 15~20%で安定した構造を示している。恐らく、それ以前の数世紀も同様の構造であったと考えられる。

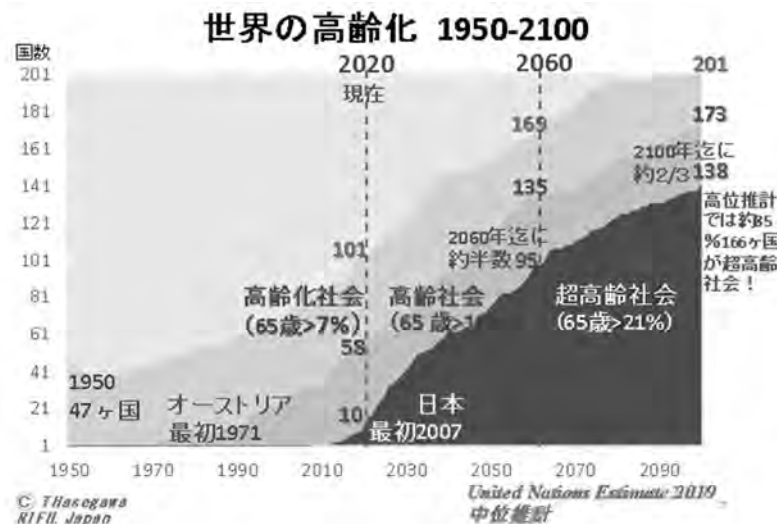
そして、2060 年以降、50 歳以上人口が約 60%と 3 分の 2 近くを占め、安定した人口構成に突入する。その間は、大激変期に当たり、現在は、その丁度その真ん中であって、混乱しているのではなからうか。これは、これまでの社会や制度が、家庭を持ち働く、いわゆる人生の第 2 期を中心に設計されており、残りの人生は「余生」として、社会に支えられる構造となってきたからである。



1-3 世界の高齢化

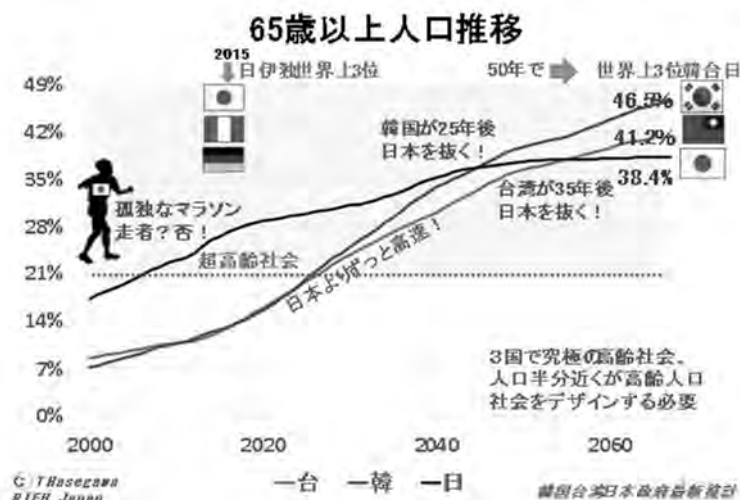
世界は、今、急速に高齢化している。その理由には、主に2つ挙げられ、第1に、医療や保健活動によって、寿命が延長していること、第2に出生率が低下していることである。人類の人口急増は、ここ数百年、政治・哲学課題にまで昇り、1970年代には、迫り来る人口爆発への対応が、国際的な政治課題にさえ挙げられていた。しかし、経済の成長や女性・児童の教育の普及により、出生率は予想以上に早く低下し、アジアのみならずアフリカにまで及んでいる。結果として、人口増は低減され、最近の予測によると、世界人口のピークは2067年、早い予測では2050年に起き、それ以降、人類は人口の減少に向かうと予測されている。併行する寿命の延長により、高齢人口は減少せず、世界は急速に高齢化すると予測されている。

超高齢社会65歳以上人口21%以上は、現時点では日・独・伊の3ヶ国を含め10ヶ国に過ぎないが、今世紀末2100年には中位予測で世界201か国中138ヶ国70%に及び、高位予測では85%、つまり殆どの国が超高齢社会となる。高齢化問題は、人類全体にとっての最大の社会課題であり、その先端を走る日本には、世界からの熱い眼差しが注がれている。



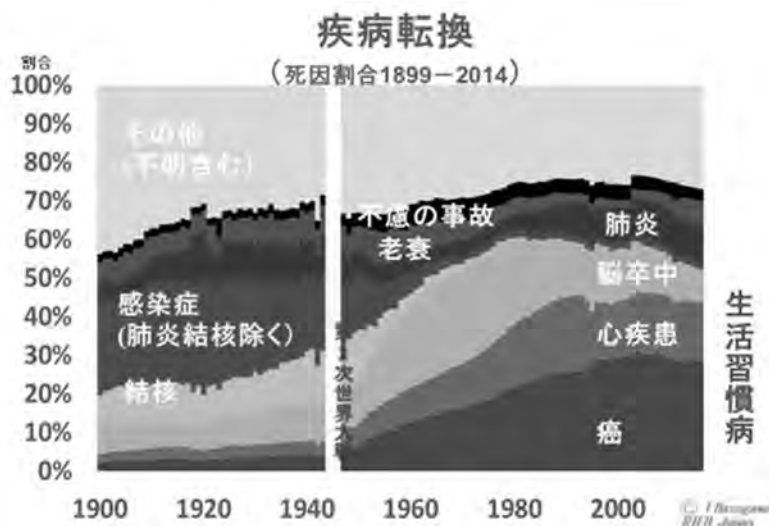
高齢化の進展は、日本のみならず、その他の東アジアの国々で著しい。2年前の韓国政府の予測によると、2067年には65歳以上人口が46.5%、ほぼ人口の半分が高齢者となると予測されており、新型コロナの影響で、特に、韓国は出生率が低下しており、高齢化は更に早まると危惧される。台湾も2060年には41.2%と日本を抜いて、現在の日・独・伊の高齢三国同盟から、2060年代には日・韓・台の大東亜共老圏の時代に移行する。25年後には韓国が、35年後には台湾が日本を抜くと予測されているが、全人口のほぼ半分が高齢者という社会は、誰もが経験したことがなく、日・韓・台の3国と地域は、人類のための実験国家と言えよう。3国に加えて中国の沿海部、長江流域の高齢化が急激で、香港をも合わせて東シナ海を囲む国々が世界の高齢化ホットスポットとなっている。この地域こそ過去数十年に亘って世界の経済を牽引した経済発展のホットスポットでもある。実は長年文化や貿易の交流の伝統を共有してきた場所である。この未曾有の事態を解決するには、伝統を生かし、

お互いの経験を学び合うことしかない。

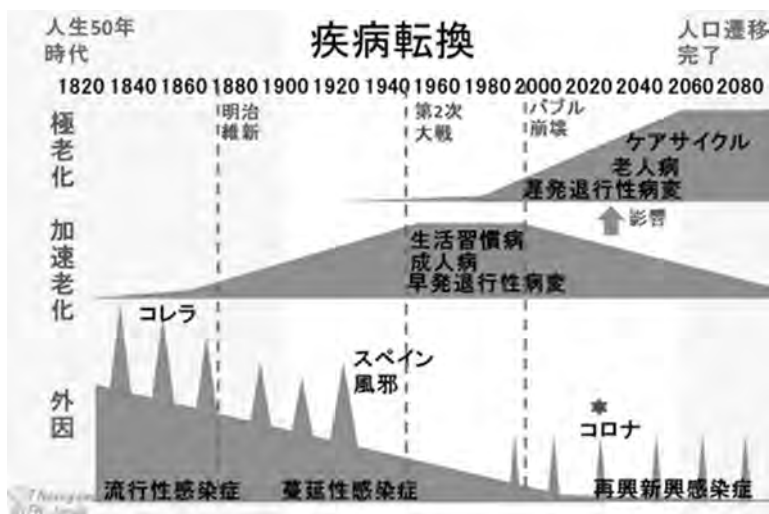


1-4 疾病構造の転換

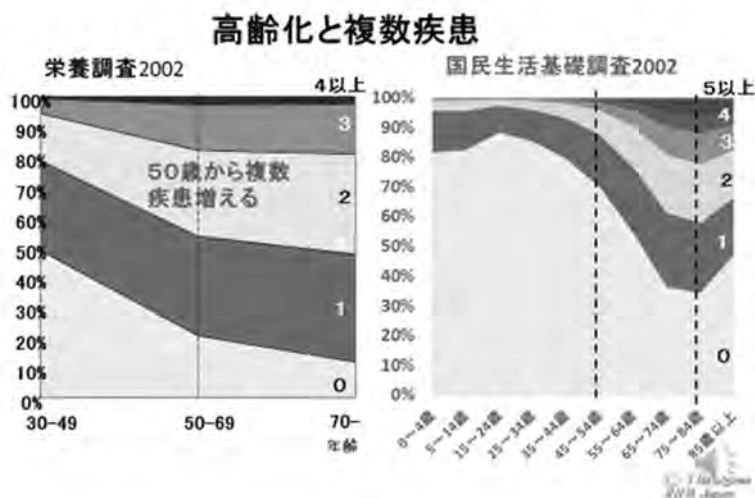
1900年に始まった国際疾病分類による日本の死因統計は、当初、急性の「流行性感染症」が多く、1910年頃から結核下痢症等の「蔓延性の感染症」へ転換し、更に、1950年頃、第二次世界大戦による後退があるものの、1960年代からは中年期に発生する成人病、いわゆる、生活習慣病「早期退行性病変」が増加し始めた。1990年代頃からは、認知症、パーキンソン病などの老人病「晩期退行性病変」が増加するに至っている。



従来、これらの疾病は、順次、転換すると考えられて来たが、感染症は、戦後も成人病と併行して存在し、近年では、新興再興感染症として、時折、重要な政策課題となっている。また、生活習慣病も、老人病の背景疾患として継続存在しており、これらに併せて対応する必要があると言えよう。3つの疾患の転換は、各々、一人の人生における、若年期・中年期・高年期に多い疾患を反映しており、人口の構成によって、全体が決まって来たと言えよう。

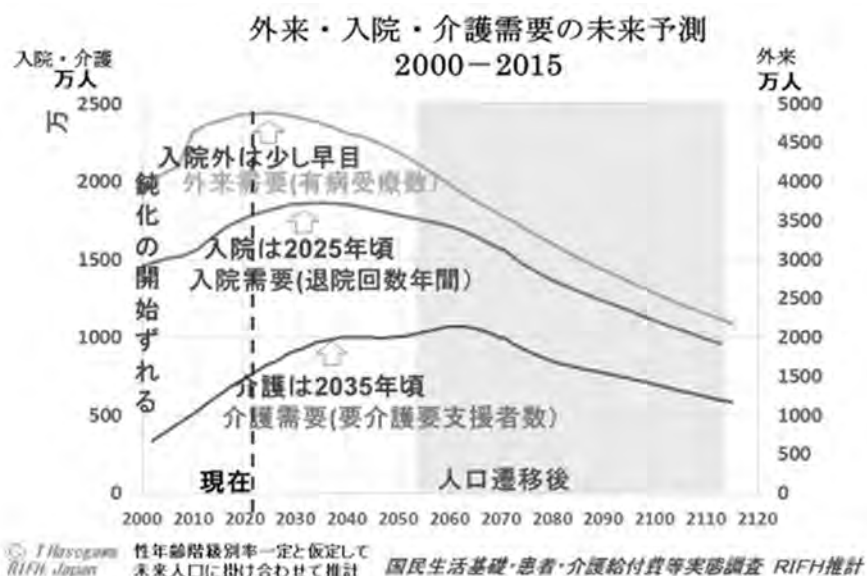


しかし、高齢者では、疾病が若年期と異なるのみならず、疾病の過程や様態が大きく転換する。まず、第一に、50歳を過ぎると有する疾病の数が増加する。第二に、高血圧・糖尿病・高脂血症等の成人病（生活習慣病）や、認知症やパーキンソン病等の老人病は、継続する慢性疾患で、多くは治癒が難しい。時折、増悪して、急性期医療ケアを必要とするが、治療により寛解し、また増悪してそのサイクルを繰り返す循環的状况、ケアサイクル状態に突入することに特徴がある。高齢者のみならず、若年者においてもケアサイクルの様態を示す疾病があることは、後に詳述する。

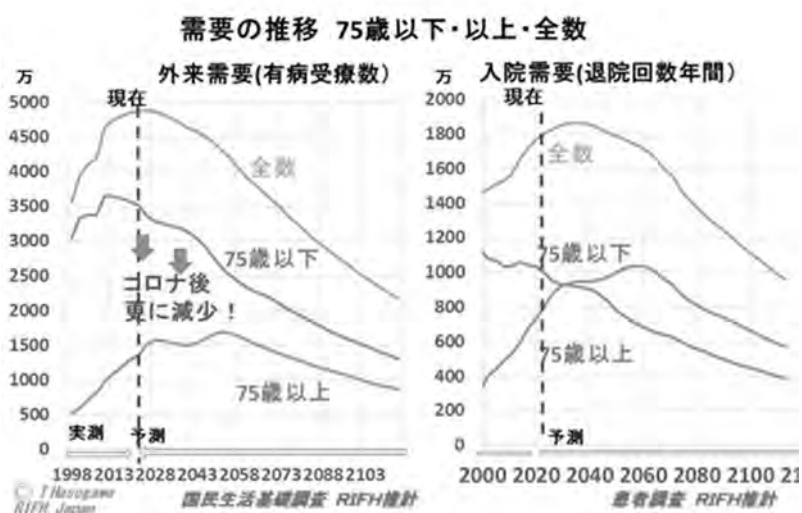


1-5 需要転換

全国の外来需要は、現時点で、ほぼ日本史上最高のピークに達し、これからは減少すると考えられる。入院（退院）需要は、これから10年ばかりの上昇を見た後横ばいになり、2060年頃から下降する。要介護・要支援のケア需要は、これから2040年に向けて上昇し、一旦横ばいになった後、2060年頃から下降に転ずる。

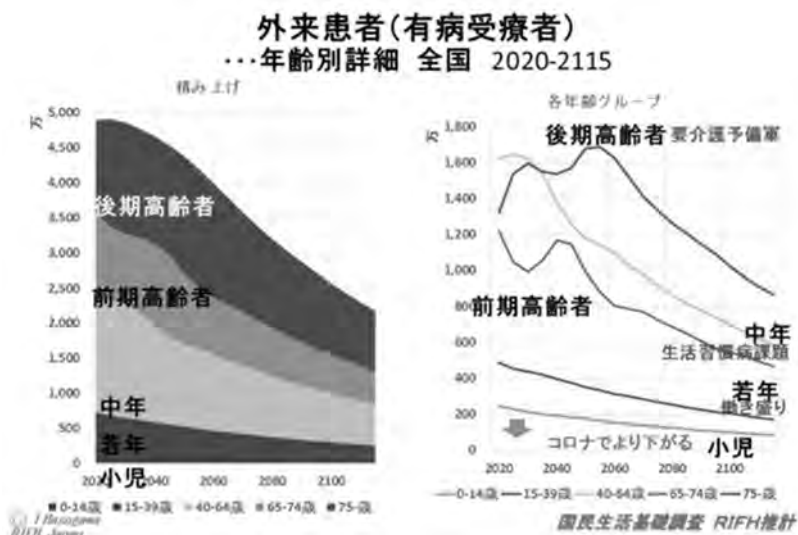


これらのパターンの違いの理由を、年齢階級の差で分析すると、外来では75歳未満が多く、一貫して低下して来ており、75歳以上が当面増加しても、全体として下降に転じる。入院（退院）では、外来に比べ、75歳以上が相対的に多く、一旦上昇した後に、75歳未満の需要につられて低下する。要介護・要支援は、75歳以上が中心なので、外来や入院での75歳以上と同様の傾向を示すことになる。これら3つの需要をまとめて見ると、中高年期の生活習慣病を中心とする1疾患1発症1介入で治る疾患の需要が低下し、75歳以上で複数の様々な身体問題を抱え入院し、増悪した問題が治癒して退院してもまた、入退院を繰り返す循環（サイクル）的の需要へと転換して行くことが見て取れる。

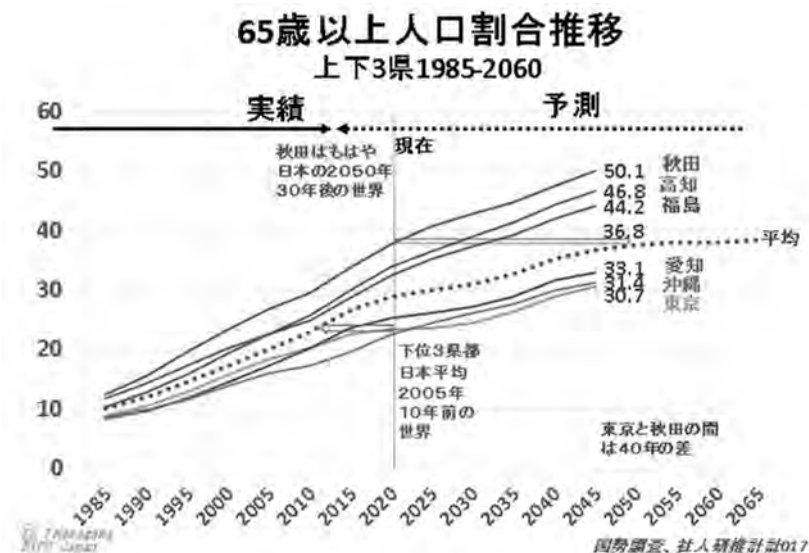


外来需要を年齢区分別に分類すると、15歳未満が小児、15歳～39歳が若年、40歳～64歳が中年、65歳～75歳が前期高齢者、75歳以上が後期高齢者となり、小児は需要が低下しており、更に、新型コロナパンデミックによる受診行動の変化で、オンライン受診などの非

接触型に転換して行くことが考えられ、更に低下すると予想される。15歳から39歳は、学習ならびに就労期に当たり、やはり、非接触型のオンライン診療等による需要が増加し、予測以上に低下すると考えられる。65歳から74歳は前期高齢者で、医療需要が高く介護予防が目標となる。75歳以上は、老人病を中心とし、時折医療を必要とする。85歳を過ぎると、多くが要介護に変わる年齢層で加えて老人病のケア、特に在宅医療が増加する。

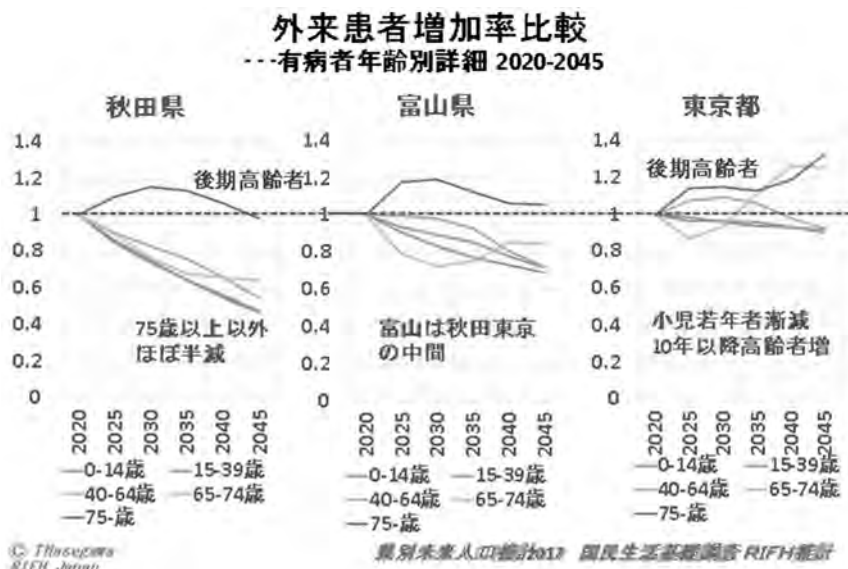


外来需要は、地域によって異なり、高齢化の最先端を行く秋田県と最後尾の東京都を比較分析すると、その間、約40年の開きがある。秋田県は、現在、既に、65歳以上人口37.9%で、2045年には50%に達し、2050~2060年の日本全体の世界である。

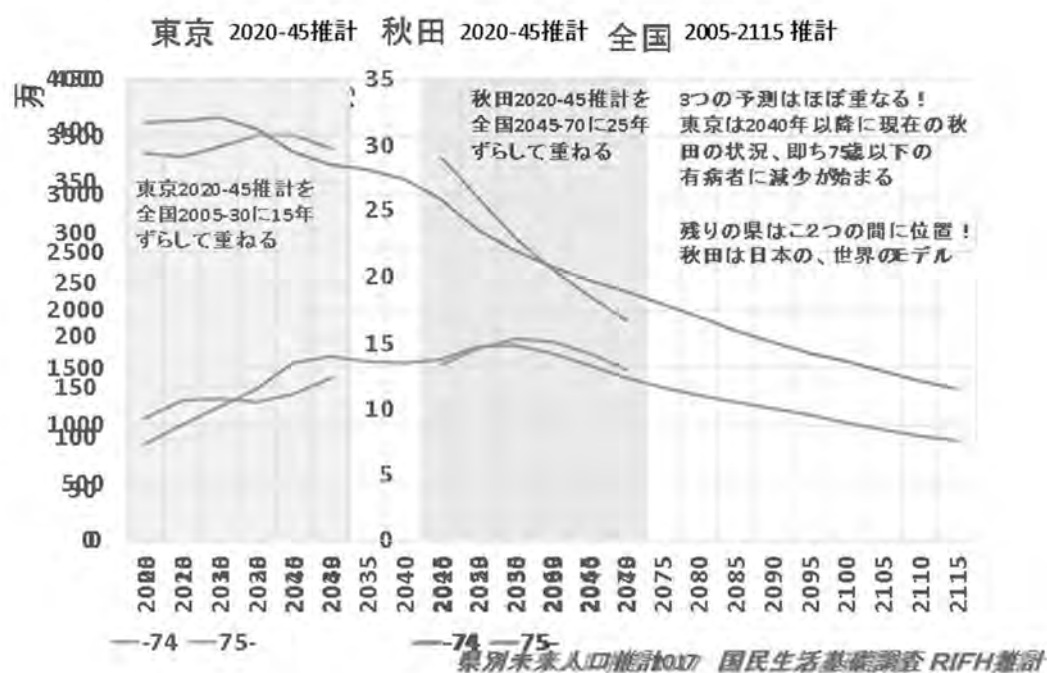


一方、東京都は、現在、2番目に若いですが2045年には最も若く、ほぼ2010年の日本平均の段階を示す。2つの都県の需要を年齢階級別に分析すると、秋田県では、75歳以上外来患者は僅かに上昇するもほぼ一定で、一方、74歳以下では2045年に向けてほぼ半減する。東京都は2045年に向けてむしろ20%増加し、75歳以上は1.5倍の急増、74歳以下の需要は、

横ばいである。東京都では需要全体は減少せず高齢化への危機感は醸成されにくく、医療システムの転換への準備がなかなか取り組めない可能性がある。その他の45道府県は富山県のようにこの2つの間に位置する。



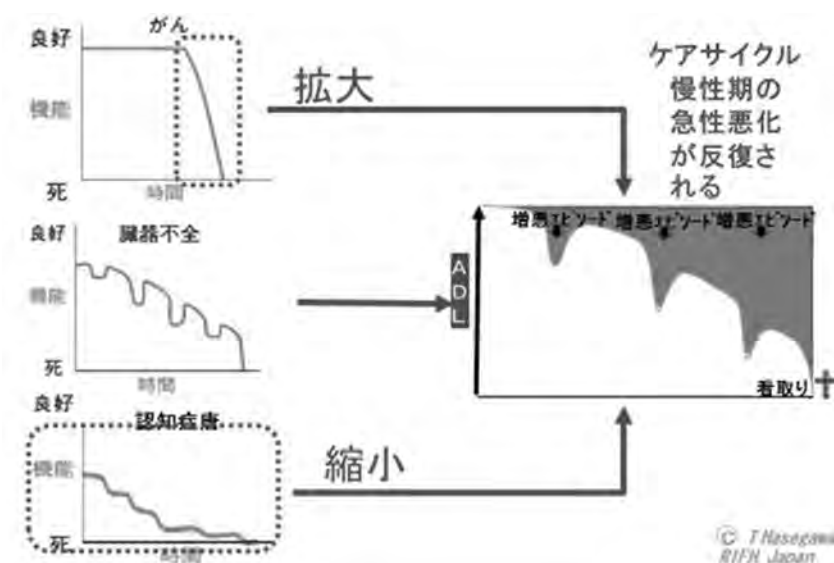
東京都を15年以前にずらし、秋田県を25年以降にずらし、日本全体の外来重要を75歳以上と未満に分けた図に投影すると、その2つの地域の転換の過程のずれを展望することが出来る。つまり、東京都は2040年代以降にやっと、現在の秋田県の課題と直面しはじめることになる。秋田県の医療の状況は深刻で、それ故に、転換の必要性・方向性は明確で日本の未来の課題を指し示している。



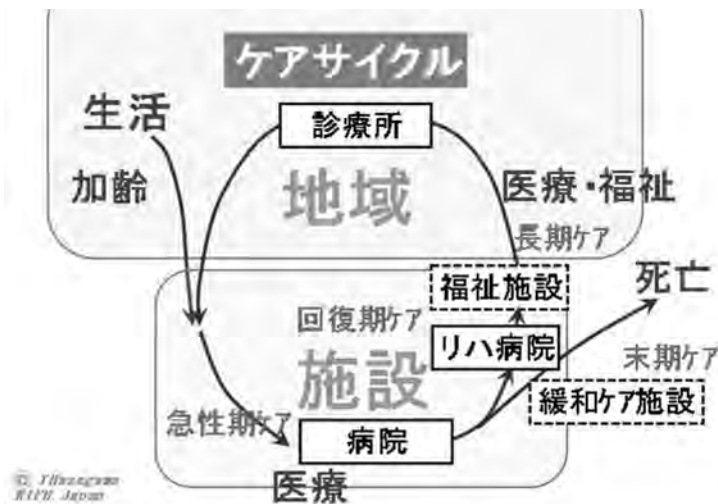
1-6 ケアの転換

高齢者は、通常治癒することのない複数の背景疾患を有し、その急性増悪により、時折入院を含む医療を必要とし、それが改善すると生活に復帰し、また時折急性増悪をして、繰り返し日常生活動作能（ADL）が低下して死に至る過程を取るのが典型である。したがって、高齢者のケアは、特に、要介護・要支援の認定後、従来の1疾患1回限りの受診ではなく、独特の様態、つまりケアサイクルを成すことが提唱されて来た。

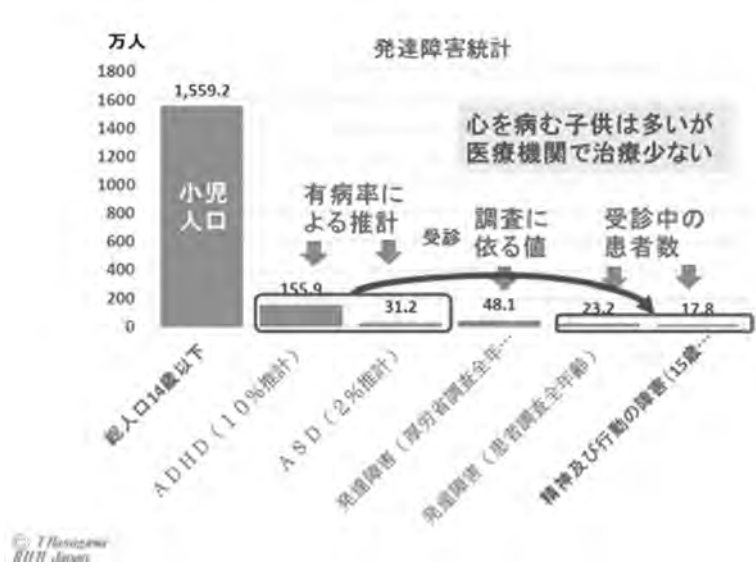
がんは短期に急に、認知症は長期に緩やかにADLが低下するとされて来たが、それらを拡大・縮小すると、通常の内臓疾患のサイクルと類似したパターンを取る。ケアサイクルでは慢性疾患と障害を抱え、即ち、医療と介護を必要とし、治療そのものが介護状態の悪化や急性期エピソードの予防となるので、医療と介護と予防は一体として提供される必要がある。



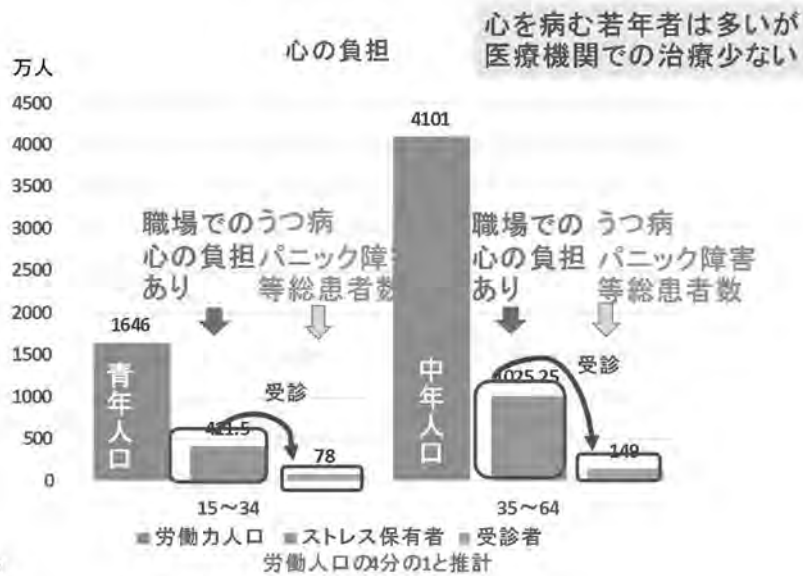
現在、このケアサイクルの様態にある人口は、男性約200万人、女性約500万人とされるが、その中でも外来通院が難しい在宅ケアを必要とするのは、男性約100万人、女性約200万人となる。今後は余り増加しない秋田県や急増する東京都など、地域格差はあるものの、それ以降の量的な需要増はないと想定される。要介護・要支援が、2040年には約1000万人、在宅ケアの対象となる要介護345万人が600万人でピークを打つ。



ケアサイクル状態は、後期高齢者に特徴的な疾患の様態で、従来の急性期ケアを中心とする医療システムでは有効でなく、サイクルに対応した包括的ケアが必要となる。2000年の介護保険制度設立以降、特にこの10年、地域包括ケアの構築が強力に推進されて来た。小児や若年者、中年期には、感染症・外傷等、1疾患のエピソードで完結する疾病が多く、今後この需要は前述の分析の通り低下し、特に地方の県で激減する。しかし最近の分析によると、小児期に心の課題、発達障害が増加しており、また小児慢性疾患も併せて、慢性の病態が1,600万人の小児人口のうち、15~20%、即ち、2~300万人に及ぶと推定される。



このグループも、病気の症状は環境や治療によって改善・増悪を繰り返し、いよいよ重篤となって初めて医療を必要とし、その数は少ない。心の課題は青年・中年期も同様で、国民生活調査によると、国民の約半数がストレスを感じており、更にその半数が職場でのストレスで、言わば、4分の1、労働人口5700万人のうち1500万人程が職場でのストレスに悩んでいることになる。しかし、うつや職場不応で医療機関を訪れる人は極めて少なく、数百万人に過ぎない。

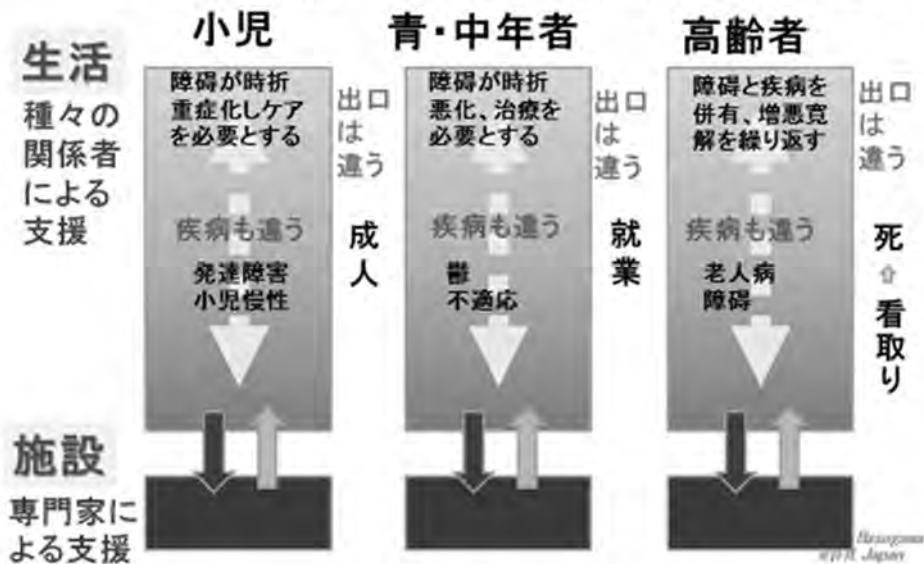


© T Hasogawa
RIFH Japan

この集団も高齢者・小児と同様に、環境やケアによって症状が改善したり軽減したりしながら、重篤化すると医療を必要とする、いわゆるケアサイクル様態になると考えられる。

小児・成中年・高齢者は、各々、ケアが19世紀から想定されて来た1疾患1エピソード1介入ではない病態が生じ、これからの医療はそれに対応する体制を構築することが迫られている。各々の年齢層で、原因疾患や状態も異なるが、ほぼ10~20%で、出口は各々異なるが、次のステージへと脱出する構造となっている。

全年齢に共通の パターン 拡大ケアサイクル論

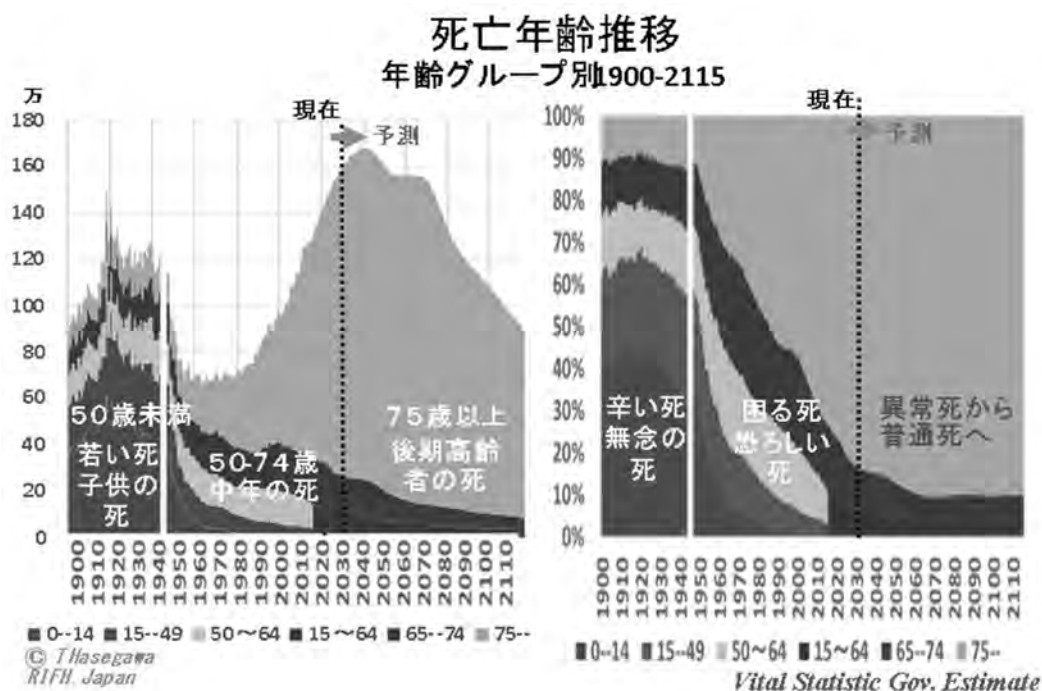


19世紀から続く現代の医療は、「待ちの医療」で「如何されましたか？」から始まる。しかし、これからの医療は、社会に潜在するケアサイクル的需要を想定し、軽症は、家族・友人・職場・学校が支援し、必要に応じて、臨床心理士・OT・PTなどの専門職種が、医師・保健師・看護師と役割分担をして協力し合ってケアを提供する、新しい体制が必要となる。そこにおいては、もう一度、各専門職種並びに社会や学校の役割分担を再定義する必要があると言えよう。

1-7 死亡転換

第二次世界大戦前は、人口が今の半分以下であるにもかかわらず、多数の死者が発生していた。

現在、再び、多死時代に突入し、急増して2040年には168万人のピークを迎える。これからは看取りが医療需要として増大することが想定される。戦前は、50歳以下が大半を占め、戦後も、75歳以下の中年期が多く、いずれも、死を恐れ、避けるべきもの、考えたくないものとして扱われて来た。しかし、1990年頃から、75歳以上の死亡が多くなり、これからの死の大半を占めるに至る。死は、「異常死」でなく、上手く付き合いながら受け入れるべき「普通の死」に転換して行くと想定される。



病院は、その恐るべき死と戦う戦場であり、それが行き過ぎて、スパゲティ症候群と言われるICUでの死が象徴的に語られて来た。「普通死」においても、何が「良き死」なのか、あるいは何が「人生を締め括るにふさわしい死」なのか、普段から考えてその日を迎える、いわゆる事前計画 Advance Care Planning (ACP) が必要で、それに対応した新しい看取りの方法を確立する必要がある。その際、死は生物学的な3兆候で区切られているものではなく、次第に身体の機能や社会的な関わりの変化、そして、死んだ後の葬式・墓を作る等、周

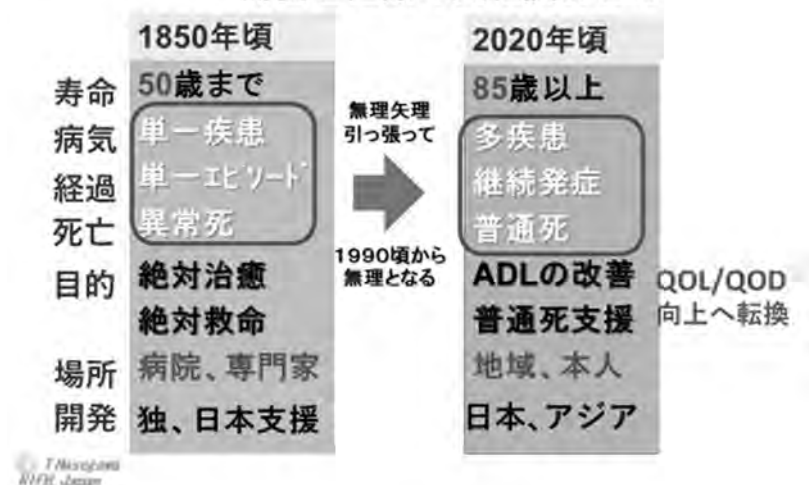
辺の人達の死の受容、更には、財産の分配等の、生前死後併せて、出産の「周産期」と同様に「周死期」を形成するものとする。看取りは、その周死期に「生物学的」ケアのみならず、「心理的」、そして「社会的」なケアを想定した総合的なものとなる必要があると言えよう。



1-8 目的転換

以上の人口の転換、人生の展望、疾病の転換、需要やケアの転換、更には、死の意義の転換等から、個人にとっても社会にとっても、医療の目的は、大きく転換していると言えよう。まず、生涯を通して、医療やケアは、その人の一人一人の生活を支え、幸福を増進するために提供されるべきものと言えよう。しかし、医療界や関連の業界がそのケアを提供するに当たっては、年齢によって主な目的が異なり、これまで自明であった医療の目的が、新たな目的に意図的に転換する必要がある。高齢者においては、生活の質（QOL）、死の質（QOD）の向上に向けて、様々な日常生活動作能（ADL）の改善、が求められる。

需要と医療の大転換まとめ



医療提供システムの目的には多層性がある。個々人の現象レベルでの目的と、世界、あるいはコミュニティでの目的は、必ずしも一致しない。また、年齢や病気の様態によって、目的が変わることもあり得る。例えば、従来の医療では、病気を治すこと、生命を救うことという明確な目標が設定されていた。救命・治療が望めない様態では、生活の質 quality of life (QOL)、死の質 quality of death (QOD) がゴールに設定されて来た。特に、ケアサイクルの様態にある高齢者では、QOL、QOD がゴールとして設定されつつある。

救命や治療は、比較的明確で、死亡個票として把握し易い。しかし、QOL、QOD は、定性的で曖昧なので把握し難いとされて来た。ところが、日本の場合、介護認定のプロセスで申請者は、全て 62 項目の ADL (日常生活動作能)、IADL (手段的日常生活動作能) が測定され、一旦、認定されると、死ぬまで追跡されるシステムが確立している。不自由を感じれば、ほとんど全ての人が申請するという前提や、測定 2 点間では ADL、IADL はほとんど変わらないという前提に立てば、65 歳以上の全ての日本人は、ADL、IADL の様態が追跡されていることになる。残念ながら、これらのデータは認定にのみ使われ、その後の追跡には使われていない。

諸外国でも ADL データの重要性が認識されているが、コストがかかること、そして測定が曖昧であることから、制度としてその目標を使うことは躊躇されて来た。しかし、日本の場合、22 年に亘る制度により、訓練された調査による測定は比較的安定しており、何よりも ADL が既に測られ記録されており、いわゆる、埋没コストとしてほぼ無料でこのデータが使える。3,500 万人の 65 歳以上人口が死ぬまで追跡されている国は、日本を置いて他にない。これを用いて目的を設定し、更にケアの効果を追跡・測定・評価することが出来る。QOL、QOD の測定さらには幸せ度についても別途に ADL、IADL との関係が把握できれば追跡・測定・評価が可能となる。操作的目的指標を用いて新たな 21 世紀の医療を構築できる国は現時点では日本だけと言えよう。

62 項目のうち、主要な手段機能 (IADL)・生活機能・身体機能についてまとめた表を提示する。



小児、青年・中年期に拡大したケアサイクル論においても、疾病の治癒を目指すことは難しく、活力度を高め最終的には QOL 向上を目指すことが目的となる。小児期から青中壮年期、そして高年期をひとまとめに考えた時、これらの操作目的を超え、言わば、究極の目的がある。医療や福祉における究極の目的は自律/自立を目指すものとされてきた。また古典的には人生の幸福そして人生を楽しむ事と捉えられている。しかし近年、国際的にも WHO の健康の定義で用いられた wellbeing が個人にとっても社会にとっても究極の目的として再提案されつつある。日本政府も第 6 期科学技術基本計画の中で科学技術の最終的目標は wellbeing として提案している。wellbeing は WHO の定義で批判されてきたように曖昧で、日本の文化の伝統に即して再定義される必要がある。いずれにせよ目的には、医療やケアの実践で向上させるべき操作的な目標の先に究極の目的があり、多層的構造を持っている。

1-9 予防活動の転換

待ちの姿勢からの脱却のためには、前述の臨床診療でのケアサイクル的アプローチのみならず、行政や保健師等の公衆衛生の専門家を含めた総合的な予防対策を取る必要があり、しかも、前述の疾病、社会の転換を踏まえた、新たな予防活動が必要とされている。

まず、日本医師会公衆衛生委員会は、2018 年の答申で健康概念を再定義し、病気のない状態ではなく、年齢や地域・職種、様々な日本国民が、各々にとっての健康を周りの資源を用いて実現することが出来る状態を「健康」と定義した。

健康とは

日本医師会2018
 健康概念再定義
 公衆衛生委員会

「健康の多元的意義」

健康の意味は年齢によってそれぞれ異なる。おそらく若い人では「美しいこと」、「スポーツを楽しむこと」、「学習ができること」、中年期では「働けること」、「病気ではないこと」、高年期では「不自由ではないこと」、「元気でいれること」、「自立して生活がおくれること」が主要な健康の意義である。健康観は同じ人にとっても、その時間や役割の変化によって異なり得て、元来多元的である。

「使用の多面的目的」

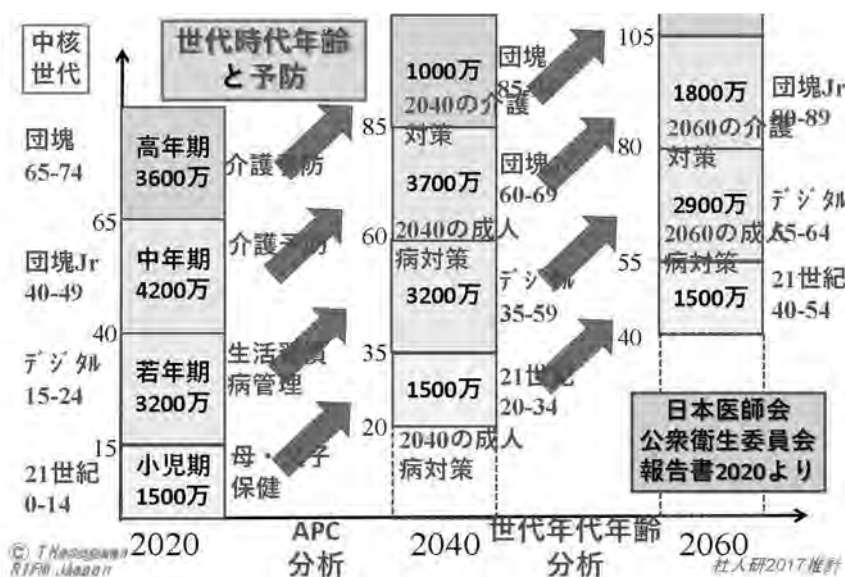
概念の定義は使用目的によって異なる。WHOの定義も状態の把握ではなく、追求すべき「理想」と捉えれば有用である。一方、「状態の改善や評価」には別の操作的定義が必要となる。多元的健康観のもとで、元々普遍的で客観的な一つの定義を想定することに無理があったのではなかろうか。

「健康概念の再定義」

これからの健康概念は、従来考えられてきた「疾病が無いこと」や、WHOが定義した「理想論」に限定することなく、「本人が自分らしく生きる為、その意志決定ができる能力を持つことで、それを支援する環境や過程を含めて健康を捉える」べきである。

2020 年の答申では、「時代」と「年齢」と「世代」を三次元で想定し、2020 年の中年が 2040 年の高齢者に、2020 年の若年者は 2040 年の中年に移行することを想定し、バーガー教授によって提案された生涯疫学の知見に基づき、小児期に取り組む課題が中年期の予防に繋がりを、中年期で取り組む生活習慣病等の課題は老年期に実を結ぶと言う様に、各世代毎の長期的視点に立った対策を取る必要があることが提案されている。特に、団塊の世代の女性においては、2040 年に 90 歳でほとんどがまだ生存しており、現時点においての介護予防の対策

が極めて重要である。



近年、世界でも有数の成果を誇った母子保健が弱体化し、低体重児出産が OECD38ヶ国の中でも最低を争うに至っている。バーガー仮説によると、これらの低体重児が青年期の成人病、あるいは若年期の発達障害にも関連していると言われ、公衆衛生上の極めて重要な課題と言えよう。予防において、元来の公衆衛生の考え方や方法も大きく転換を迫られている。特に、「母子保健や小児の健康管理」や、前述の「退職後の高齢者」の分野は、その典型と言えよう。



「若年者の課題」は、かつての様に、教育・労働・健康と言う、文部省・厚生省・労働省の縦割りの個別政策ではなく、結婚や性的問題、育児の問題、労働問題、就職の問題、それに学業の問題と複雑に絡み合った課題なり、また、小児期から成人期へのケア移行期も長引

く、転換も曖昧になっている。もはや、各省庁が各々所管する個別課題の解決方法では無理で、複合的な課題に総合的な対応が必要と言えよう。漁師町の比較的伝統的社会でさえもが、若年の妊娠並びに子育てに支援出来る体制がなく、行政がそれに関わり合宿で対応して効果を得たと言った事例が散見される。

「中高年期の健康管理」も 35 歳から 50 歳過ぎまでの生活習慣病に対する職域や家庭を中心とした対応、食事や家庭を中心とした対応から、65 歳から 75 歳頃までの退職者を中心とした対応に移行する。この対象者では、まず、退職後の人生を如何に生きるか、家族との関係が、そして、病気との関係、死後とどう付き合うか、あるいは、社会に参加する、働く、収入を得ると言った課題が、複雑に絡み合い、したがって総合的にならざるを得ない。福祉と公衆衛生、あるいは教育の分野が比較的独立追跡した従来の縦割りの分野からの対応ではなく、一人の課題を総合的に捉え追跡する視点が必須となる。例えば、厚生労働省の場合、確かに生活習慣病の管理や筋力の低下を防ぐトレーニングは有用ではあるが、その改善の結果、高齢者が社会に参加し、友人や近隣の人々、家族と繋がり、幸福な生活を続けて、最後に幸福な死を迎えることが、優先順位となる。そのため、保健医療セクターの分野は、まちづくりや就労支援、更には、コミュニケーションの分野と連携した健康づくりが必須となる。

「青年・中年期の職域の保健」においても、新たな考え方が求められている。これまで、職域は、当初、労働省の管轄としての労働災害の予防、次いで、厚生省及び保険者の管轄の生活習慣病の管理、更には、経済産業省が推進するメンタルヘルスを対象にした健康経営などが推し進められて来た。これらは、時代と共に、その後、疾病の変化に対応して来た結果とは言え、疾病から出発するアプローチであった。近年、求められているのは、目的自身の転換である。どの様な職場づくりが楽しく健康に働けるのか、新たな公衆衛生の分野として注目されている。もちろん、これまでの健康管理としての生活習慣病の管理や、ストレスのマネジメントは重要ではある。しかし、それ等を前提にした新しい働き方の工夫、改革としても、会社全体の目的、組織的健康への取り組み等、新たな取り組みが求められている公衆衛生活動は、19 世紀の発足当初は、社会福祉活動の一部であった。その後、医療の発達と共に、新たな独自の活動分野となった。これからは、もう一度、関連の諸分野の連携が問われることとなる。

Ⅱ. 新時代の医療

1. 新時代の医療とは何か

我が国の高齢化は急速に進展しており、これまでどの国も経験したことのない超高齢化社会を迎えようとしている。このため、疾病構造も慢性疾患中心型になるとともに、高齢者を中心に要介護者の大幅な増加が予想されている。これらを踏まえ、国は住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体となった地域包括ケアシステムの構築を図ろうとしてきている。

75歳以上の後期高齢者は2035年まで、85歳以上に限ると2040年くらいまで人口は増え続けるといわれている。複数の疾患や健康上の問題を抱える高齢者の特性・特徴を踏まえた医療の提供、さらには医療・介護総合提供が求められる一方で、高度で専門的な治療技術を提供する施設は集約化されてくるであろう。病院は、高度で専門的な医療を提供する“広域型医療施設”であり続けるのか、地域密着の一般的な傷病を扱う“近隣型医療施設”にシフトするのか、その決断が迫られている。医療機関が単独で生き残りをかけた競争を転換する時代から、競合するサービスや医療資源を共有した相互連携により、組織存続を目指す時代への転換が必須となるであろう。これまで病院は入院・外来医療を主に手がけてきたが、これから需要が増加するのは、在宅医療や予防医療であろう。そして、これまでの医療は、病気を治すことに主眼を置く「治す医療」が中心であったが、人類史上未曾有の高齢化社会を迎える我が国においては、予防を重視し、日頃からの健康の維持・増進に努めるとともに、こうした「治す医療」だけではなく、病を抱えながら生活する患者とその家族の生活を、医療を通じて支援していくという「支える医療」という発想がより一層求められる。患者が住み慣れた地域でその人らしく生活し、希望する生き方を選択し、希望すればこれから増加する在宅での看取りが選べることも必要であり、個人の尊厳の保持を支える在宅医療や訪問看護等を一層推進する必要がある。

「自分がやりたい医療」で医療機関が成り立つ時代は終わった。これからは、「地域に求められている医療や患者が求める医療」を提供しなければいけない。地域で支える医療の推進、地域完結型医療の推進においては救急医療に限らず、地域の限られた医療資源を有効に活用するためには、個別医療機関がそれぞれで全ての医療ニーズに対応する「医療機関完結型医療」ではなく、医療機関がそれぞれの得意分野を活かし、地域全体で完結する「地域完結型医療」が求められる。地域完結型へ転換すると、患者は、医療施設、介護施設、在宅へと移動を求められるため、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が必要となってくる。ゆえに、川上に位置する病床の機能分化は退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時にされるべきものであり、新しい医療・介護制度のもとで川上から川下までのネットワーク化は必要不可欠となるであろう。

2040年に向けて厚生労働省が掲げている政策課題の一つに「健康寿命の延伸」があり、特に予防医療は重要になるだろう。健診だけでなく、運動指導や栄養指導などにも取り組むべきである。

秋田県医師会では2019年3月に人口減少化の医療提供体制の方向を考え医療グランドデ

ザイン 2040 を発表している。将来のある時点の状況を推定し、そこから逆算して今こそ取り組まなければならない課題を考えるとというバックキャストという手法を用い、人口減少が加速する団塊ジュニア世代が高齢者になる 2040 年を見据えつつ、現役世代の人口急減という新たなフェイズに対応した持続性の高い医療提供体制を築くため取り組む課題を明らかにする必要があると考えた。

そこで浮かび上がった課題は、少子高齢化、人口減少、人材不足、医師不足・偏在、地域医療構想の実現と医療機関の役割分担、医師の働き方改革、デジタルイノベーションの推進、住民の上手な医療のかかり方であった。結果として、2040 年に向けて新しい価値観で描く将来あるべき地域医療の絵姿を考え、医療・介護連携を基盤としたまちづくりの推進、多様な住民との対話が必要であることが分かった。

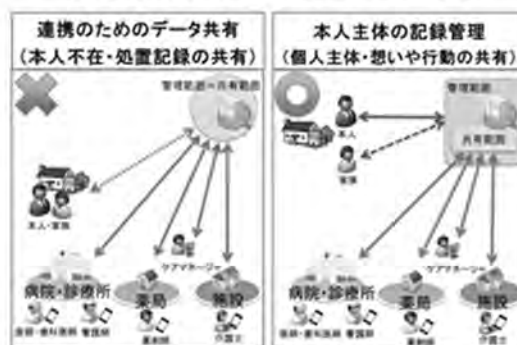
・新時代の医療

医学・医療に対する最近の社会的ニーズは、疾病の治療だけでなく、人が健康で幸せな一生を送るためにどうするのかという視点を含んでおり、疾病の予防からリハビリテーション、介護までを一貫して考えることが求められている。これからは、患者の QOL を重視する視点、キュアだけでなくケアを重視する視点が重要であり、さらに医療に加え介護・福祉まで見据えた取り組みが求められている。超高齢・人口減少社会において、医療体制はまさに変革を求められている。その中で医師の働き方は着実に改革が行われていくと予想され、今やロボットや AI、ICT など医療テクノロジーによる変革も間違いなく進んでいる。しかし、それらの実用化やタスクシフティング等の推進はいずれも“生産性の向上”を目指す取り組みである。それを考えるとき、本来は人と人とのアナログな関係性の中で行われるケア、というものの本質をどこかで忘れてしまっている。患者に寄り添い、支える ICT ナラティブブック（自分の物語手帳）という新しい連携ツールが秋田県で進められている。ナラティブとは物語+語りという意味である。ひとりの「人」の情報を各職種、各システムがそれぞれ持っていて、それをインフラ整備によって共有するという発想からパラダイムシフトし、その「人」の情報はその「人」個人のものであるから、個人に持たせるという原点にもどったのである。ナラティブブックはこの個人の情報をクラウド上で一元化し、情報は個人が認証した人だけが見られるように開発されている(図)。個人情報個人が必要な人へのみ認証して開示するという点で、医療カルテやその他の情報共有ツールとは大きくその思想が異なっている。本来その人のものである情報が、病院のカルテの中にあたり、ケアマネジャーのファイルの中にあたり、薬局のお薬手帳の中にあたり、一部のネットワークの中だけにあたり、職種や利用しているシステムによって分散させられていることが、災害時にも問題になったことは記憶に新しい。情報は、個人が持ち、その「人」のデータベースに集約し、各職種は個人からの許可を得て、その中から自分の必要な情報を取り出すというのが自然であり、それこそが新時代に求められているイノベーションではないだろうか。

今の医療においては、患者の選択に大きく影響する「想い」や「人生観」に触れることなく、検査・処置・報告的なデータのみが蓄積されていることが多い。介護や福祉の現場も含

め、患者の情報は施設や職種毎に分散・偏在している。これは、従事者の負担増大にもつながっている。一般的にカルテなどでは本人不在、処置や処方記録を共有した連携のためのデータ共有が行われている。その記録内容は家族や本人は希望しなければ見ることができない。それをパラダイムシフトし、その人を中心としたデータベースのなかには個人主体で医療や介護情報だけではなく、延命処置の差し控えや臓器移植への考え方、本人の想いや意思、価値観、人生観に加え、生き方や死に方、さらには家族へ残しておきたいメッセージ等医療以外の情報や生活状況を共有するという本人主体の記録管理にしていくことが必要となると思われる。それは本人や家族が、喜び参加ができるもの、本人の人生や生活に関わることができ、本人の“想い・生活”が見える情報が見えるもの、さらには本人を中心とした幸福やACPの環境づくりができるものにつながると思われる。

ナラティブブックの基本理念



ナラティブ・ブック概念図



・家庭医とかかりつけ医

これからは、高度な専門技術を持った医師の少数精鋭化が進む一方で、高齢者に多い傷病、あるいは複数の疾患を併せ持つ患者を総合的に診ることのできる医師が必要になる。診療する患者だけを診るのではなく、その家族の健康問題や地域の予防医療にも関わりを持つ総合診療医や家庭医などの地域医療の核となり得る医師が求められてくる。家庭医の定義は難しいが、ある意味では地域住民の健康のために働く総合診療医のことである。家庭医が提供する専門的アプローチは、患者中心（人間中心）の医療、家族志向型のケア、地域包括

プライマリ・ケアの3つに集約される。地域を「まるごと診る」ためには、特定の年齢・臓器・疾患などを守備範囲とする他の専門医とは異なるアプローチが求められる。具体的には、地域全体を対象として、日常よく遭遇する健康問題に対して、年齢や疾患を問わず、予防医療、多疾患併存や、心理社会的問題などを含めて、家族との関係性も重視しつつ、包括的に対応できる能力が必要である。また、これからは地域全体を診るという視点からは、地域の医療・介護・福祉などのリソースと連携共同しながら、患者を地域ネットワークの中でケアしていくことが重要となると思う。

・社会的処方

社会的処方とは、薬を処方するのではなく、治療を困難としている社会生活上の課題の解決に向けて「社会とのつながりを処方する」という考え方である。社会的処方のイメージは家庭医（日本ではかかりつけ医等が該当）が、社会的処方を作成し、リンクワーカーに繋ぎ、リンクワーカーが枠で囲まれている地域資源や社会資源につなげるという仕組みである。今、病気の予防と健康づくりのための社会的処方という考えが注目されている。英語では social prescribing というが、医療機関、主にプライマリ・ケア医が患者をコミュニティの非医療的なサポート資源に繋ぐ仕組みで、イギリスでは地域医療を支える団体が運営されており、制度化されている。この社会的処方を考えるうえで人間中心性、エンパワメント、そして共創という考え方がポイントとなっている。かかりつけ医等が、患者の健康面に加えて社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげることによって健康面と社会生活面の支援が一体的に実施されるとともに、地域社会も、その地域の人が自然と健康になれる環境になっていくことが大切である。

社会的処方の推進に向けて、かかりつけ医が患者本人（家族）の社会的状況を確認し、医療保険者や行政機関等の地域社会の資源を活用した健康面と社会生活面の支援につなげていく取組みを推進すべきである。その際には、個別介入のみならず、ポピュレーションアプローチ（地域環境づくり・組織同士のネットワークづくりなど）を組み合わせた取組みを推進し、地域での課題解決力の向上につなげる必要がある。加えて、そのためには地域資源情報と実際のケアを結び付けるコーディネート機能の強化も必要である。

秋田県における、かかりつけ医と医療保険者との協働による「健康なまちづくり」構想では、医療保険者とかかりつけ医がつながり、特定健診や健康指導を強化して疾病の予防と健康づくりに寄与するという意味もある。目指すところは、病気の重症化予防・フレイル予防や自己管理能力の向上につなげ、ひいては、患者が地域社会において生き生きと健康で暮らせる社会の実現である。患者・障がい者等の幸福や wellbeing 向上のための社会的処方として秋田県保健者協議会がかかりつけ医を通じてリンクワーカーに繋ぎそこで社会的処方を行い社会資源につなげるというシナリオであり、問診票をもとに秋田大学に依頼してデータを解析、社会資源マップを作成し国への報告書を作成する取り組みを進めているところである。

・上手な医療のかかり方

新時代の医療においては、一人ひとりの国民が医療と上手に付き合っていくことが求められる。医療のかかり方を見直すことは、医療費の適正化につながり、医師や医療従事者のリソースを逼迫させずに、急病や重症患者の対応ができるようになる。

上手に医療にかかる上では、身近な診療所などの医師である「かかりつけ医」を持つことが重要である。2013年、日本医師会と四病院団体協議会は、かかりつけ医を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している。

「かかりつけ医の機能には、全人的な医療を行う『医療的機能』、保健・介護・福祉関係者と連携して健康増進を図る『社会的機能』があり、就業形態・診療科を問わず地域医療に従事する医師は両方の役割を担うことが期待されている。

そして、これからは患者自身が選択する医療も求められるであろう。かかりつけ医を持つだけでなく、日常的な病気は身近な診療所を受診する、時間外でなく時間内に受診する、自分で情報収集をする、自分のデータは自分で持つ（PHR:personal health record、PLHR:personal life history record）、便利さと安全を考えたい患者自身の医療の選択が必要になると思われる。

・へき地・過疎地の医療

過疎化による病院の統廃合、医師不足など地域医療の課題が浮き彫りとなっている。以前は地域医療といえば、医師の不足している地域で新しい医療を展開することだったが、より高齢化や過疎化が進む現代では新たな解決策が求められている。へき地・医療過疎地域の医療における診療所間のグループ診療体制人口減少・少子高齢化が急激に進展するへき地において、単独の診療所に常勤医師を固定して配置することは難しくなりつつある。

へき地や医療過疎地域の最大の理由は医師の高齢化と医師不足と医師の偏在である。今のままでは、地域医療の存続がかなり難しくなるであろう。

医師不足の原因として、若手医師が地方から都市部への流出する理由の一つに専門医を取るために都市部での研修を希望することもあり、これは新専門医制度の弊害とも考えられる。

都道府県の修学資金を受けた医師を機能強化型過疎地診療所に優先配置する地域包括ケアシステムの機能も果たす機能強化型過疎地診療所を過疎地域で政策的に整備し、少子高齢化・人口減少社会のモデルを作っていく必要もあるであろう。そのためには、若手医師がへき地や過疎地域での研修や勤務ができる思い切った政策誘導的な政策が必要となる。

昨今、総合診療医やかかりつけ医によるプライマリ・ケア機能を高めて効率化を図る動きがへき地を中心にはじまっている。また、この対応として、複数の診療所や病院がグループ（ネットワーク）となって医師を配置する形態が増加すると考えられている。特に、大規模な病院の附属施設となるパターンのほかに、地元根差した複数の診療所がグループ化（ネ

ットワーク化)し、例えば診療所は毎日開設しなくとも2~3人の医師がその診療所を交互に行き来して、へき地医療を確保するパターンも見られるようになってきた。後者は、前者よりも、地元で根差した診療の提供が可能で、地域包括ケアの構築にも向くと思われる。すべての地域の医療に偏りが出ないように、NDBや電子カルテシステムなどのITテクノロジー、そしてヘリコプターによる離島への医師派遣など、さまざまな手法を駆使し、医療効率を高めることがへき地や地域医療にとって重要であろう。公的医療保険制度の下での国民皆保険において、すべての国民が、フリーアクセスで、皆同じく医療を受けられるという観点からも、すべての医療機関において、デジタル化が進み、医師や医療スタッフが情報を共有できるようにすることは重要である。かかりつけ医すべてが、電子カルテを使用できる環境になってこそ、適切な医療情報提供体制の構築につながるものと考えられる。電子カルテの標準化や必要な医療情報の共有化ができるシステム作りなどを、国の援助や協力を得て、医師会が強力に推し進めていく必要がある。へき地や過疎地域医療では、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問歯科、訪問保険薬局の専門職を計画的に育成し、地域の医療機関と連携が必要な在宅医療従事者を計画的に育成し、過疎地域に定着させる施策を行うことも重要である。遠隔医療やICT技術の活用は地域医療の偏在解消につながると考えられる。医療機関間での電子カルテや画像診断の診療情報、患者情報の共有化を進めるICTを活用した患者の診療情報の共有システムを構築し、有効活用することで、少ない医療資源でも過疎地域の非効率性を解消できるのではないかと考えられる。

これからは、オンライン診療も医師不足や偏在地域では有効な方法になりうると思われる。ただし、ツールの普及ではなく、仕組みとしてのオンライン診療の構築を目指すべきである。今普及している市販されているビジネスモデルの活用はオンライン診療に特化しているものであるが、必要なモデルはオンライン診療にのみならず、健康相談にも対応し、このコロナ禍において施設と人のホットラインや医療機関と施設との連絡、患者と家族間の連絡ができるシステムである。つまり、看取りの普及(Dr to P with Nurse)、不要な施設や在宅からの救急搬送を減らすといった救急搬送への利用としても活用でき、医療介護資源が乏しい地域のアクセシビリティ支援をするものが求められる(図)。モデルを進めていくためには、地域特性としての課題解決、医療介護人材の働き方改革の同時改革と共にこれを支える5Gなどの通信環境整備、個人及び医師資格確認環境の早急な構築が必要である。その中で、なりすまし防止のための本人認証としてのマイナンバーカードの普及、医師側には医師資格証としてのHPKIの普及推進が大変大切になってくる。これは、最終的には「地域まるごとスマートシティ構想、地域創生」につながると信じている。

ナラティブブックを利用した、患者のバイタルデータの収集とビデオ通話



地域連携法人の可能性

地域連携法人は、異なった施設が地域の住民を立体的にケアするための制度として、2016年に発足した。財務の側面で、医療と介護の施設が立体的に運用出来ないといった課題もあり、余り普及していない。しかし、今後、診療所の減少や介護施設と病院の関係等、資源を確保するためにも立体的な運用が求められ、地域連携法人が地域包括ケアの主体として活躍する時代がやって来ると考えられる。地域包括ケアに行政の単位は基礎自治体とされているが、実際の運営の単位は中学校区、あるいは小学校区の単位が好ましいとされている。すると実務的な単位はこのような地域連携法人が望ましいのかもしれない。滋賀県の草津市にある近江医療センターシステムは、その先駆的な形で、多くの介護施設と急性期病院を結び、更に、長期的には、診療所やテレメディシンのネットワークを形成することにより、日本の新しい医療の形態を実現する可能性があると言えよう。

1-1 ネット社会が保健医療に与えた影響

・インターネットの健康への影響

NHKの「国民生活時間調査」によると16～19歳のインターネットの利用者率・時間量が顕著に増加しており、情報の双方化や多くの相手と同時にやりとりするマトリクス型など、より没入性が高くなっていることも影響している。厚生労働省研究班による青少年におけるインターネット依存症大規模全国調査2017年（尾崎米厚鳥取大学教授）でも、インターネット不適応使用や病的使用が中高校生において、2012年の調査に比べ約2倍の増加が認められており、対策が急務となっている。

一方、高齢者においては、インターネット利用者は、うつ発症や糖尿病発症が2～3割少な

いことやフレイルが少ないことなど健康維持効果を示唆する報告がある。デジタルデバイスが、新たな健康格差の要因になっている可能性があり、高齢者におけるインターネットの活用普及が望まれる。

・データヘルスの活用

生涯を通じた医療情報の継続的活用の仕組み（PHR 等）は国民の健康寿命の延伸には不可欠であり、国においても 2013 年に「日本再興戦略」に盛り込まれ、2020 年には「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」が策定され、「全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大」、「電子処方箋の仕組みの構築」、「自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大」を 2 年間で集中的に実行するとしている。

全国には 218 以上の地域の医療システム（医療情報の共有・連携システム）が構築されているが、日本全体で共通のものとする必要があり、国主導、あるいは民間で進められている項目ごとに段階を踏んで構築していく必要がある。今回のコロナ禍や、災害医療の現場などの有事において、患者の属性や医療情報を得ることの重要性が指摘されている。PHR は、個人の健康・医療・介護に関する情報全体を指すが、その情報を一人ひとりが生涯にわたって時系列に管理・活用することによって、その個人の健康状態にあった優良なサービスの提供を受けることを目指すものである。たとえば、診療情報だけではなく、「母子健康手帳」「学校健康診断の結果」「定期健診の結果」「お薬手帳」「介護予防手帳」などといった情報が、時系列に一括してデジタルデータとして管理・活用できることを目指すものである。当然その活用には、個人情報保護の観点から、取り扱いに注意を要するが、患者個人の健康情報の一元的管理は、患者本人にとって大変有益なものとなるため、日本医師会としても、国や行政と積極的に関わっていく必要がある。データ使用が、経済優先に陥らないように、患者の健康優先の立場に立って、推し進めていくとともに監視する役割を担っていると考える。

・医療分野の発展への影響

高度化・複雑化・先進化・多様化している医療分野において、AI・IoT・ビッグデータ技術を駆使した「AI ホスピタルシステム」によって、質の確保、医療者への負担軽減の実現、国際的競争力の向上等を目指す「AI（人工知能）ホスピタルによる高度診断・治療システム」研究が進められている。医療 AI 診断・治療補助・支援システム（AI プラットフォーム）の構築やウェアラブルな装置の通常医療への活用が期待されている。

新型コロナにおいても、保健・医療分野におけるデジタル化の遅れが明確になった。今後、医療の高度化への対応はもちろん、新たな感染症や大規模災害時にも対応でき、国民が広く等しく享受できる、患者を中心とした保健・医療・介護分野におけるデジタル化の基盤整備が重要な課題である。

今後の少子高齢社会に対応し健康格差を解消していくためにも、生涯を通じた医療・保健・福祉分野における統一、一元化された IT の活用は不可欠である。現在個人の健康に関与する行政分野が異なっていることが課題となっているが、IT の活用により、乳幼児期（妊娠期）からの個人の健康情報を自らが身近に利用でき、健康状態を把握改善できるようにす

るための、生涯を通じた健康教育も重要である。

1-2 新時代の健（検）診

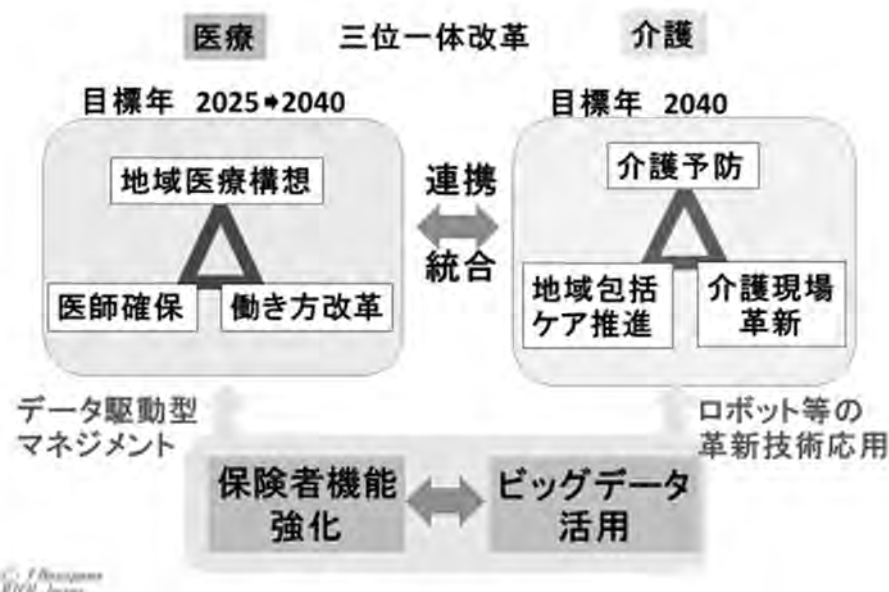
健診情報、PHR・EHR の情報等の標準化やビッグデータ化は今後の日本の医療にとって不可欠なものになる。ビッグデータの収集と AI による分析、医療用語集を活用した新たな予防、健康維持増進のための指標の開発（特に、コロナ自粛によるフレイルや認知症の進行などのモニタリング）は極めて重要である。病気を治療する医療から、健康を維持し、要介護状態にならない対策を重点的に勧めていく必要がある。

1-3 医療介護分野の未来予測

厚生労働省が所管する保健・医療・福祉の領域は、新しい科学技術を応用することによって発展する分野である。しかし厚生労働省の行政は、技術の発展やその応用を主として推進する官庁ではなく、それらを支える制度を運用することに主眼が置かれている。したがって、政策の関心は、主として、未来の需要動向とその供給体制の充実に関する分析が主な対象であった。医療・介護・予防の需要は、団塊の世代が後期高齢者に突入する 2025 年から、その需要の急増が予測され、政策の主眼も、それまでに医療制度の質と効率を適正化し、破綻を防ぐことを目的としている。政策は三位一体で進められており、第一に医療の「働き方改革」が 2024 年をターゲット年として設定され、次いで第二に世界で最も多い「病床の削減」が 2025 年を目途に求められてきた。更に卒後研修制度の導入と共に始まった「医師不足」は地方に波及し、医師数の地域間格差として、問題は深刻化しつつある。第三には医師の確保があげられている。これらを改めて医療計画の中に取り込み、2025 年を最終年とする地域医療ビジョンが作られ、病床削減実効性のあるものとするため公的病院を中心とする病院統廃合計画が立てられた。しかし、新型コロナウイルスパンデミックによる感染症病床の逼迫で、計画は見直さざるを得ず、改めて対象年を 2040 年までに延ばすことが提案されている。

一方介護は、2015 年の性年齢別要介護支援率を一定として需要を予測すると 2020 年現在約 700 万人の要介護要支援者は、2040 年には 1.4 倍の約 1000 万人に膨れ上がる。85 歳以上人口も 1000 万人に上り社会の構造そのものが変わるといえよう。その後横ばいとなり 2060 年頃から減少に転ずるとはいえ若年人口が減少するので要介護要支援者は総人口の 9 人に 1 人にも上る。この予測からも介護関連の諸計画は、2040 年をターゲットとしている。医療福祉分野の従業者は全分野の約 2 割に上る 1068 万人が必要と予測され、特に介護分野では 2035 年に 79 万人の不足が予測されている。介護の場合も、この 2 年間に相次いで介護現場革新会議や社会保障審議会介護保険部会から 3 つの大きな方策が提案され、第 1 に、「介護予防」、即ち、要介護要支援を必要とする高齢者を減らすこと、第 2 に、介護サービスの質・結果を担保しながら効率を高めて行く高齢者施設やデイサービスの「経営の見直し」が提案されている。これらを併せて、第 3 に「地域包括ケアシステムの運営」を強化・推進するとしている。特に、これらを実行する手段として、介護を巡るビッグデータの活用が期待されており、要介護患者の各側面におけるデータ、とりわけ、ADL や活動データを介護報酬に絡めて収集し、これらを分析することによって、その効率を高めることが提案された。

また、施設においては、ICT を用いた見守りや効率性の確保やロボットによる介護労働の代替が提案された。



これらを補完するものとして厚生労働省は、経済産業省と共同で、未来イノベーションワーキンググループからのメッセージ「人と先端技術が共生し、ひとりひとりの生き方を共に支える次世代ケアの実現に向けて」と題する報告書を発表した。この中で、2040年までの自動運転・ロボット・通信・AI・量子コンピュータの技術開発の進展予測を基に、具体的目標をターゲットとした具体的アクションプランを提案している。

1-4 倫理的検討技術評価の重要性

ソサイエティ 5.0 においてビッグデータを用い、オープンリソースとして活用することの有効性と課題が指摘されている。そこでは、もう一度、データは誰のものか、どの様にするべきか、プライバシーの保護の手法は何かと言った、法的・倫理的な課題が、それらを具体的に統治するガバナンスの方法と構造を検討する必要があると言えよう。

既に開発されている技術でも、従来個々人の、自立を支援するための技術ネットワーク構築であるにも拘らず、政治勢力や企業による利益誘導で自律を侵されることが危惧される。「医師看護師介護士など専門職種の役割分担、教育システム、質の担保の方法などの見直し」、「情報が誰のものかどのようにセキュリティーを担保するか」など実務的な課題を検討する必要があると同時に社会と個々人の関係、「そもそも生きるとは何か?」「世界や個々人にとって死の意義は?」「人を介護することの意味は?」といった哲学的な課題を検討する必要があるといえよう。一般に、科学技術は開発されるだけでは意味がなく、革新・拡散・均てん化と、技術が社会に実装され拡散して行くことが求められる。その過程での公平性や科学技術の負の側面をも含めた総合評価必要である。1970年代以来進められてきた多面的技術評価(テクノロジーアセスメント)の活動から生み出された方法はそれに有用と考えられる。

一方、評価や規制のない一部の国では、人権を無視した研究開発が進められる結果研究の飛躍的発展があり得る。それらの国への改善のはたらきかけと同時に個人と社会の便益の合理的バランスを考えて行く必要がある。特に情報社会での蓄積された情報へのアクセスはこの対象となる。一番重要なのは、開発が一部の専門家に閉じられた環境ではなく社会との対話の中で推進されることが望ましい。新規技術の秘匿性を保ちつつ社会と交流できるシステムの創設が待たれる。

これからますます社会に於ける専門家の役割を問い続けねばならず、医学界からの発信、社会の世論の収集が必要となる。

1-5 セルフメディケーションとヘルスリテラシー等について

「セルフメディケーション」とは世界保健機関（WHO）によると「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されている。持続可能な未来の医療提供体制を考える上で、医療費の適正化は必要不可欠な課題であり、その一翼を担うのがセルフメディケーションの概念であるといえる。

セルフメディケーションの基礎となるセルフケアの主なものとしては、食事、運動・睡眠、口腔ケア、禁煙、OTC 医薬品、セルフチェック、ヘルスリテラシーの醸成等があげられている。

・ OTC 医薬品

「OTC (Over the counter) 医薬品」とは「薬局でカウンター越しに販売される医薬品」である。処方箋なしで購入できる医薬品である。

OCT 薬の問題点としては、医師の診断なしで購入できる点が挙げられる。適正な薬剤が適正な量で販売されるかの問題が残る。OTC 薬を販売する薬剤師の質の担保、利用する側のヘルスリテラシーの向上が鍵になるといえる。

・ セルフチェック

従来の制度としては、生活習慣病に対する健診、がんに対する検診が設けられている。健康診査ではとくに生活習慣病に関連した項目をとりあげた特定健診が行われている。またがん検診では肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの5がんを対象をしぼり、死亡率減少効果の証明されている方法で検診が行われている。しかし、いわゆるコロナ禍により健診、がん検診の受検率の低下が問題となっている。年度末のいわゆる「駆け込み受検」によりある程度の受検率の維持は認められるものの、今後の課題が残されている。

医療機関を受診せずにできる薬局を介してのセルフチェックは、妊娠反応検査や血糖検査をはじめとして、いくつかの分野で開始されつつある。今回の新型コロナの急激な蔓延においては、保健所、医療機関の逼迫に対する対策として薬局における抗原定性検査キットの販売、あるいは無料配布が実施された。検査数の増加というメリットはあるが、陽性の場合の受け皿を整えないと、医療機関が混乱することも考えられる。

セルフチェックは今後益々普及することが予想されるが、陽性が出た場合の受検者へのヘルスリテラシーの醸成と医療機関へのアクセスを整備する必要があると考えられる。

・ヘルスリテラシーの醸成

これらのセルフメディケーションの方策を実施するにあたっては、医療へのアクセスの整備とヘルスリテラシーの醸成が不可欠である。

ヘルスリテラシーは国民の健康に関する関心度、知識度といわれている。ヘルスリテラシーが低いと健康に様々な影響を及ぼすことが判明している。またいくつかの問題点が指摘されており、以下に列記する。

- ・健康診査、がん検診、予防接種などの予防サービスを利用しない。
- ・病気の予防、診断、治療の知識が少ない。
- ・病気の最初の兆候に気づきにくい。
- ・慢性的な病気を管理しにくい。
- ・保健医療専門職に自分の考えを伝えにくい。

ヘルスリテラシーの醸成には健康教育の重要性が強調されている。禁煙教育、がん教育、感染症教育、性教育など学校教育からのスタートが重要である。また信頼できる健康情報へのアクセスも必要である。現在ではインターネットの普及に伴い多くの情報を得ることは容易であるが、その中で信頼できる情報を取捨選択する必要がある。また、多くの健康食品、サプリメントが発売されているが、効果と副作用を見極める必要がある。このように健康に関する知識は氾濫しているが、何が正しく、何が間違っているかを見極めることが重要である。そのためには、日ごろから気軽に相談ができるかかりつけ医を活用することが大切であるといえる。逆にかかりつけ医は、病気の診療だけでなく、国民のヘルスリテラシーを醸成する機運を高め、気軽に相談に乗る姿勢が必要といえる。医師会活動においても積極的に健康教育に関わり、ヘルスリテラシーの醸成に努めることが、病気の予防、健康寿命の延伸に繋がることを期待される。また、セルフリテラシーの醸成には、一般住民に対して積極的にメッセージを届けるヘルスコミュニケーションのスキルも重要である。新聞、テレビ、ラジオ、鉄道広告などのマスメディア、フェイスブック (Facebook)、ユーチューブ (YouTube)、ツイッター (Twitter) などの SNS (Social networking service) を利用して、幅広い年齢層に情報を発信することの重要性を認識する必要がある。

セルフメディケーションの推進は医療費の適正化に繋がる。持続可能な医療提供体制の構築には公的医療保険制度の下での国民皆保険の継続は不可欠であり、そのためには医療費の抑制ではなく、医療費の適正化を目指す必要がある。またそこにはヘルスリテラシーの醸成が大切であり、医師会活動においてもその基礎となるヘルスコミュニケーションの重要性を再認識することが喫緊の課題といえる。

1-6 環境と医療、新型コロナウイルス感染症について

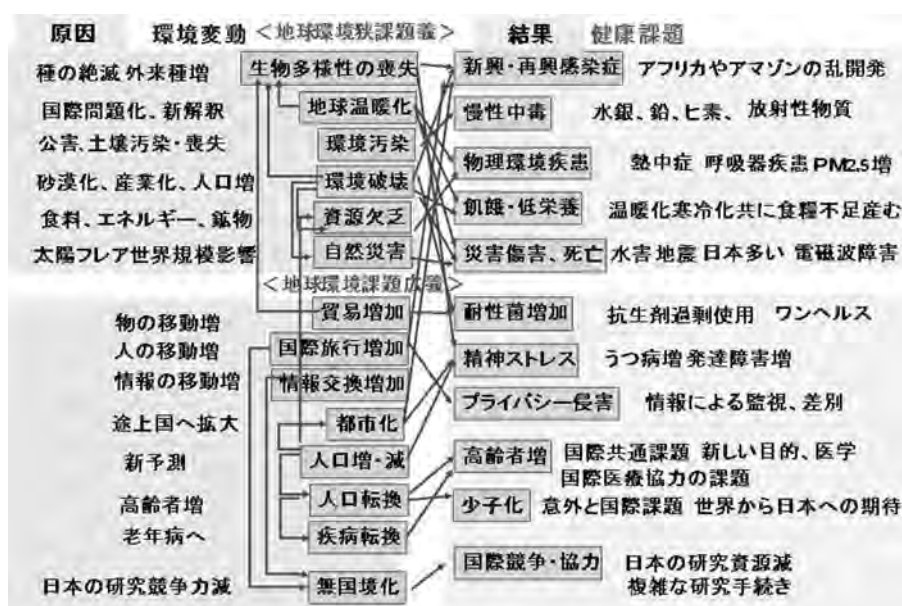
高齢化と並び、環境の激変は、世界の共通課題となっている。環境問題は、待ったなしの状況に来ていることは間違いない。医療界で解決が難しい環境破壊が疾病等医療界にツケが回されるものの、医療界がその原因に介入することは難しいことも多い。更に、想定されるリスク、例えば、密林の乱開発による新種のウイルスによる新興感染症や、汚染物質の拡

散による疾病等を予防治療する対策も準備せねばならない。中でも、医療に直接関係する課題は薬剤耐性（AMR）対策で、2050年には多剤耐性菌で全世界でがん以上の1000万人の死者を出すことが危惧されており、抗生物質の研究開発の停滞によって、20年後には抗生剤なしの医療となるとの危惧が表明されている。抗生剤の使用は、医療界ではむしろ、漁業・畜産業に多く、それ等の領域との協働の活動が必須となる。これには、従来、One Healthという概念で、動物や植物を含めた環境全体の健康が人類の健康に影響を及ぼすとする新しい思想による活動が取り組まれて来たが、人間と動物の健康・治療をとともにみる統合進化医学「汎動物学(Zoobiology)」新たな視点が、カリフォルニア大学医学部の心臓病学教授のバーバラ・N・ホロウィッツによって提案されている。

医療界は、言わば、環境問題の監視塔と管制塔の様な立場にあり、問題を早く発見して世界に発信すること、そして、医療の出来る限りの範囲で問題解決に当たることが、求められている。そのためには、農学、水産学、獣医学、環境生態学、気象学会との緊密な協力が不可欠でその際には分野を超えて新しい課題を捉える俯瞰的な考え方が必要である。

日本の地球環境上の特徴は、地殻の特異性にある。世界中で極めて活発に動く4つのプレートの上に乗る国は日本だけである。同時に台風の通り道であり、急峻な山を持つ日本は、世界でも最も災害の多い国と言える。日本は、世界でも有数の水が豊富で豊かな自然の国である一方、一歩間違えると、極めて大きな自然による被害が待っている。長い歴史的経験から、日本では得てしてリスクを0か1かで考える傾向があり、その準備が不足していると指摘されて来た。

首都圏直下型地震が起きれば、日本人の価値観は一変し、東京に住む人は激減、日本列島の構造が大きく転換すると考えられる。起きれば甚大な被害を及ぼすので、医療機関として都民をどう支えるか全国的BCPが必要と言えよう。大量の避難民やその健康管理を、全国の地域医師会と共に考えて行く時期が来ている。



1-7-1 新時代における IT 分野について(新型コロナウイルス感染症流行下の IT の利活用)

IT 分野は目覚ましい進歩を認めている。新型コロナウイルス感染症流行以前は、診療はあくまで対面が原則と捉えられ、オンライン診療は対面診療の一時的補完に過ぎず、利便性のみで安易にオンライン診療が行われるのは不適切とされてきた。しかし、新型コロナの流行下に限っては初診からのオンライン診療も認められた。また新型コロナの診療においても IT の利活用は幅広く行われ、情報管理目的で医療機関等情報支援システム(以下、G-MIS)、陽性患者情報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(以下、HER-SYS)などが使われている。HER-SYS は陽性患者情報を入力することで保健所等の業務負担の軽減、行政、保健所、医療機関の情報共有の目的にて 2020 年 5 月より運用されているが、その情報をもとに、SNS を利用することで、自宅療養の方などの健康状態をスマホ等にて簡単に報告することが可能となっている。神奈川県ではさらに SNS (LINE) を活用しアプリ上で、パーソナルサポートとして個人の健康管理や新型コロナの早期発見、新型コロナ関連の情報発信などにも役立っているほか、第 6 波の感染拡大期には、SMS を使った療養案内を開始し、携帯電話番号あてに push 型通知を送信することで療養者に情報を通知している。

自宅療養の分野では、高齢者や、リスク因子を持つ方妊婦など以外の軽症療養者には、LINE、AI コールなどを利用した経過観察を行い、中等症以上の療養者には県内のほぼすべての地域(2021 年 2 月時点)において、地域療養の神奈川モデルとして郡市医師会と訪問看護ステーションが連携するなど地域の実状に合わせた体制を構築し、軽症、中等症 I などの自宅療養の患者に対して、健康管理、重症化の早期発見などを行っている。その患者情報を管理するのは地域包括ケア推進ソリューション「Team」を用いており、行政・保健所・医師会・訪問看護ステーション看護師が患者情報を共有し、かつ健康管理には架電に加え AI コール、SNS など、多くの手段を効率よく活用し、状態に変化があった時には速やかに訪問観察も行う仕組みを構築している。そのため、入院待機患者が数多く発生した昨年夏の第 5 波においても重症化した患者の把握や入院調整において大いに役立つこととなった。また、軽快した患者の後方搬送支援においては、病床管理のために kintone を利用し、医療機関がベッド状況を毎日入力することで転送待機患者を短期間に調整でき、有効なベッドコントロールをもたらしたため、病床ひっ迫の改善に役立った。

新型コロナワクチンの接種の分野においてもワクチン接種円滑化システム (V-SYS)、ワクチン接種記録システム (VRS)、が全国的には利用されているが、神奈川県では急なキャンセルに対してワクチンを無駄なく有効に活用するための「ワクチンキャンセル枠有効活用システム」を利用し、多くの方に有効に接種することができている。他都道府県でも IT を活用した仕組みが地域の状況に合わせ構築され、活用されていることであろう。このようにコロナパンデミック下では、IT の利用が急速に広がった。

今後は、「初診からのオンライン診療はかかりつけ医に限定する」などの一定のルールは必要と考えられるが、オンライン診療の適切な普及を支援し、さらに PHR 等の診療データの共有化、治療アプリ等の DTx (Digital Therapeutics) の活用を医師会から提唱していく

ような積極的な取組みが求められよう。

- ・新型コロナ後の IT の利活用

新型コロナの診療の分野だけでも多くの IT システムが活用されるようになったが、これらのシステムは、今後の新興感染症、再興感染症の発生時だけでなく、離島やへき地医療を含めた遠隔診療・情報管理・病床利用におけるベッドの有効活用・他院への転院、救急を含めた搬送調整・情報共有・病院間の入院調整や、災害時の情報共有・医療連携など、幅広い分野において即座に活用や応用が可能であると思われる。現在、画像診断・病理診断に関する AI 補助診断システムの開発は急速に進んでおり、その一部はすでに臨床現場での検証・実用化の方向に向かっている。実用化のためには、開発された AI の評価を行い、それらをすべての医師や医療機関が利用できるような制度設計が必要となる。現在、内閣府「人工知能ホスピタル」プロジェクトでは、種々の AI 機能を搭載した AI プラットフォームを構築している。この AI プラットフォームは 2021 年 4 月 1 日に厚生労働大臣・経済産業大臣の認可を得て、「技術研究組合」として活動を開始している。さらに、日本医師会に 2020 年 6 月に設置された AI ホスピタル推進センターと連携しつつ、ユーザー（利用者）側のニーズを踏まえた上での運用を目指している。このような AI 医療システムの構築により、医療の在り方そのものが変わってくると考える。たとえば、デジタル化とインターネット環境が整備されれば、CT や MRI 画像を簡単に転送することが可能であり、それらを AI が診断して最も可能性の高い結果を送り返すことが、数秒から数十秒単位で実行可能となる。そして、そのような環境が整えば、画像診断の集約化が進むと考えられる。臓器別での専門的な診断医、各医療機関に画像や病理診断の専門家を画像診断も病理診断も臓器別の専門化が進んでいるが、限られた数の診断医ではそれらすべてをカバーするのは難しい。AI が補助することによって画像診断・病理診断の全国レベルでの質の向上が期待される。

また、ウェアラブルな装置（スマートフォン・スマートウォッチなど）やセンサーを用いた非接触でのバイタルサイン取得も可能となってきた。新型コロナ禍では、自宅療養・宿泊施設での隔離期間中に、呼吸数・脈拍・体温や酸素飽和度などをデジタルで、非接触で、自動収集できるようにすることは、今後も起こりうる新規感染症対策として不可欠である。新型コロナに限らず、必要に応じて、危険な兆候を AI が判断して適切に、かかりつけ医、あるいは、地域医師会がモニタリングして、地域住民の健康状態を守る体制の構築が進むものと予測される。

1-7-2 新型コロナウイルス感染症が保健医療に与えた影響

- ・健康格差の拡大

世帯所得が少ない集団や自身の食生活の状況が悪くなったと評価している集団において、栄養・食生活の状況に課題が生じている可能性が示唆されている。経済的な要因や知識・態度・スキルの要因が栄養・食生活に悪影響を及ぼしており、コロナ禍による経済状況悪化がより健康格差を助長していることが懸念される。

- ・健診（検診）への影響

検診機関から検診件数の減少、がん治療施設から治療件数の減少が報告されている。国立がん研究センターからは、2020年に全国でがんの診断を受けた数が、前年に比べて5.9%、約6万件減少、検診や人間ドックで発見された数の減少割合が高かったことが発表されている。また、公益財団法人日本対がん協会が2020年に実施した5つのがん検診（胃、肺、大腸、乳、子宮頸）の受診者はのべ394万1491人で、2019年の567万796人から172万9305人減少し、対前年比30.5%の大幅減となっていた。さらに、本委員会が各都道府県医師会対象に2020年7月に実施したアンケート調査本委員会実施のアンケートでも、36都道府県医師会が、「がん検診やがん治療の制限による健康影響」があると回答している。がんの死亡数への影響が及ぶまではタイムラグもあることから、今後影響を追跡していく必要がある。

・受診行動への影響

受診控えから治療中断し糖尿病コントロールが悪化するなど、生活習慣病の悪化が懸念される。日医アンケート調査でも、36都道府県医師会が「循環器疾患や糖尿病など生活習慣病のフォローの制限による健康影響がある」と回答している。

・生活習慣への影響

外出自粛に伴う活動量低下や喫煙、飲酒量の増加による生活習慣の悪化などが懸念されている。栄養・食生活においては、経済的な要因や知識・態度・スキルの要因が影響して状況が悪くなっていることが示唆されている。また、身体活動量が、独居で近隣住民との交流が少ない高齢者やテレワークを実施している人などで少なくなっている。

・心の健康

自殺者は2020年に増加に転じ、若年者と女性において増加が認められている。新型コロナの影響で重度の精神的苦痛を抱えている者の割合が大幅に増加している可能性が示唆されている。

・子どもの健康

子どもにおいても、ステイホームによる生活習慣の乱れやゲーム依存の助長、運動不足による影響、健康危機を経験した子どもの精神発達、社会性の発達などの影響、経済格差の拡大が子どもの健康に与える影響など、様々な影響が懸念される。

・高齢者の健康

日本老年学的評価研究機構の調査によると、新型コロナの流行の前に比べると、約6割の高齢者が「社会参加の頻度が減った」と回答している。地域のつながりや健康づくりを目的とした活動に主体的に関わることの減少、就業状況の変化や収入の減少、感染への不安等から、こころの健康、自殺、高齢者におけるフレイルの増加等が懸念される。

本委員会実施のアンケート調査でも、32都道府県医師会が、「在宅要介護者のケアの制限による介護度の悪化がある」と回答している。

・救急医療体制を始めとした診療体制への影響

新型コロナの流行が、診療に制度的な制約を多くもたらし、通常診療の遂行を妨げている。

日医アンケート調査でも、救急患者の受入の遅延や手術の延期・中止などの一般診療への影響が多く報告されている。がんや循環器疾患で毎日 2000 人弱の国民が死亡しており、これらの医療に大きなしわ寄せがいかないようにすることが必要である。

2020 年初めから新型コロナが日本の医療体制に大きな変化をもたらし、今後の医療の進むべき方向に大きな示唆があった。第 6 波では、急激な感染拡大とともに自宅療養者数は全国で 60 万人近く（2022 年 2 月 18 日時点）となり、かかりつけ医等がオンライン診療等を駆使しその療養生活をサポートしている。患者が持つ基礎疾患も熟知した上で患者に寄り添える点で、改めて「かかりつけ医」をもつことの重要性がクローズアップされた。

新型コロナは今後も変異株の出現が危惧されているばかりでなく、気候変動がもたらす新興・再興感染症の出現や自然災害も多発することが懸念されている。かかりつけ医を中心に地域医療がいかに対応していくことができるか、そのための体制整備が必要である。

2. 新時代の医療と医師会の在り方

新型コロナの感染拡大が、全世界の人々の生活機能全般に影響を与え、変化をもたらした。医療の分野においても例外でなく、これまでの医療提供体制そのものに対して、変革・対応が求められている状況である。

今後の予測として、2040 年以降では、生産年齢人口が人口の約半分に減少して労働力不足が深刻になるだけでなく、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となって高齢者人口がピークになり、医療費などの社会保障費も増大することが考えられる。そのため、新型コロナ以前に設定された地域医療構想では、まず 2025 年に向けて、主に診療実績が少ない高度急性期・急性期から回復期・慢性期への入院機能転換と病床削減および在宅医療拡大が進められてきた。

日本医師会は効率だけでは判断できない診療領域の特性や地域の実情を考慮するよう国に求めてきたが、今般の新型コロナの流行により、高度急性期・急性期病床の不足や医療人材の不足、地域ごとの医療機関の役割分担・連携体制構築の必要性等の様々な課題が浮かび上がってきた。これまでの平時の入院医療体制のみを想定した効率重視の考え方から、今後も発生が想定される新興・再興感染症や災害等の対策をしっかりと盛り込んだ新時代の医療の在り方を医師会として提唱していく必要がある。

2-1 地域医療構想・医療計画への提言

「団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現」することを目的に、地域医療構想・医療計画が進められてきたが、新型コロナの感染拡大により、医療環境や受診状況等が一変し、これまでの医療提供体制そのものに課題を突き付けられた状況となった。医師会としては、早々に第 8 次医療計画に新興感染症対策を入れることを提案し、計画に織り込まれることとなった。今後も、医師会として、国や地方自治体と一体

となって、今後の医療提供体制について、議論し、実践していくことが重要である。その時その時の医療情勢に応じた見直しや改定を先見的に提言し、推進していく必要がある。

2-2 国民すべてがかかりつけ医をもつ

新型コロナの感染拡大によって、国民が、自らの体調不良時等において、健康管理を任せられて、相談ができ、指導を仰げる医師が身近にいることの重要性が明らかになった。「かかりつけ医」には、そのような相談に乗る家庭的な立場だけではなく、患者への予防医療、急性期医療、継続医療、在宅医療を実施し、また、場合によっては専門医療につなげていくゲートキーパー的な役割も担っている。かかりつけ医は、今後も日本の医療提供体制の根幹となるものであり、同時に、学校医や産業医、警察医などの機能も持ち合わせており、地域医療全体において果たす役割は大きい。医師会として、今後、かかりつけ医機能をより充実して、国民すべてがかかりつけ医を持つように推進していく必要がある。もちろん、フリーアクセスを確保するためにも、かかりつけ医の変更は可能であるし、場合によっては複数持つことも考慮されるべきであろう。

2-3 在宅医療

在宅医療は、新型コロナ以前には慢性期・終末期のケアが主体であった。コロナ禍では「急性期在宅医療」という新しい取り組みが必要になったが、これはフランスにおける「在宅入院」の仕組みに似ている。急性期疾患への在宅での対応に関しては、今後さらに患者のニーズが高まるであろうし、医療費適正化を推進して公的医療保険制度の下での国民皆保険維持にもつながる可能性があり、今後の日本の医療を変えていく取り組みとして医師会としても注目すべきであろう。

2-4 新興・再興感染症対策

今回の新型コロナを契機に、新興・再興感染症への対策が急務となった。第8次医療計画でも、5疾病5事業に加え、6番目の事業として「新興感染症対策」が追加される。また、災害時における医療についても、有事での医療であり、感染症に対し十分な配慮が必要になってくる。そのため、平時と有事での対応として、今後、新興感染症の感染拡大により、社会活動機能が制限される事態に陥った状況を想定する必要がある。有事には、新型コロナ医療と通常医療が滞ることなく、スムーズに行えるように、すみ分けが重要となる。そのためには、平時から有事を想定したハード面の整備や人員を含めたソフト面の対応指針を、医師会主導で、国をはじめ地方自治体へ働き掛けていく必要がある。

2-5 災害医療

災害時の医療提供体制については、日本医師会として、以前より積極的に取り組んでいるが、新型コロナが感染拡大してからは、新興・再興感染症を考慮した、新しい災害医療の在り方が求められるようになった。実際としては、避難所の開設や医療資機材の準備、避難者の健康状態の確認、感染者の重症化リスクの判断、対応などの避難所の運営が必要となってくる。日本医師会として、すでに担当委員会がマニュアル作成等をして対応している所である。

2-6 うつ・自殺対策

我が国の自殺者数は、1998年に全国で初めて3万人を超え、その後も同様な水準で推移したため、2006年「自殺対策基本法」が公布され、2007年に策定された「自殺総合対策大綱」に基づき、行政や関係機関の熱心な取組の効果もあり、2010年以降、10年連続で減少してきた。しかし、2020年は、新型コロナ等の影響を受け、自殺の要因となり得る様々な問題が悪化したことにより、自殺者数は11年ぶりに前年より増加を示した。特に、女性の自殺者数が増加しており、また小中高生の自殺者数が過去最多となり、大変深刻な状況になっている。このような状況を踏まえ、2017年に再策定された「自殺総合対策大綱」は、現在新たに見直されているところである。検討課題として、増加した女性や児童生徒への新たな取り組みや、自殺防止に関する相談体制の拡充、電話やSNSによる相談窓口の設置の住民への広報、自死遺族への対応などが議論されている。これまで、自殺対策は、その主たる原因から、うつ対策を主体に行われてきた経緯があるが、元々その原因は、いろいろな原因が複合的に重なって自殺に至るとされており、コロナ禍の後には、人々の経済、環境、健康、医療など様々な分野での施策、支援が、より広く議論される必要がある。

新型コロナによって、3つの感染症が言われるようになった。第1の感染症は、「生物学的感染症」で、ウイルスによって引き起こされる「疾病」そのものである。第2の感染症は、「心理的感染症」で、相手が見えない、治療が確立されていないための「不安や恐れ」である。第3の感染症は「社会的感染症」で、不安や恐怖が「嫌悪・差別・偏見」を生むということである。そのメンタルヘルスの対策として、①規則正しい食事や睡眠、②適度な休養、③家族や同僚、信頼できる人との連絡やコミュニケーション、④正しい情報の取得・更新、⑤個人個人の違いを尊重すること、⑥自分を褒めること、⑦セルフチェック、⑧他者への相談などが推奨されている。これらは当然うつ対策と共通するものである。コロナ禍によって、対面接触の場が減り、他者との「絆」が薄れてきた現状において、新型コロナ後は、特に、社会や頼れる人との「絆」を保つための、コミュニケーションを取る手段・方法を、新しく構築していく必要があると考える。

医師会としても、国や地方自治体、関係機関と、これまで以上に協力して、うつ対策、自殺対策を推進していくつもりである。

・認知症対策

認知症予防の観点において、認知症の発症リスクを高める危険因子には、「高血圧」、「肥満」、「聴力低下」、「喫煙」、「抑うつ」、「運動不足」、「社会的孤立」、「糖尿病」等があげられる。

新型コロナ拡大により、国民全員に社会的行動制限が呼びかけられている。特に高齢者は重症化リスクが高いため、感染予防対策がより重要となる。そのため、高齢者においては、外出や他者との交流の自粛、運動や社会参加の自粛、受診控え等が多く起こっている。社会的行動制限は感染リスクを抑えるために必要なことではあるものの、多くの高齢者が新型コロナを恐れて閉じこもりがちになり、運動不足や体力低下、体調不良、病状悪化やうつな

どの精神的な不調を来すようになっている。このことは、フレイルを引き起こし、生活の質を落とし、認知症のリスクを増大させる。

今後高齢者においては、感染リスクを抑えつつ、人との交流、社会参加の機会を設けていく必要があると考える。密閉、密接、密集を回避しつつ、他者との交流を続け、運動や知的活動を増やすことで、認知症を含めた疾病リスクを減らしていく必要がある。例えば、社会的な孤立状態を作らないために、できる限りの範囲で高齢者が集まり、コミュニケーションを図れる居場所作りなどの新しい工夫が必要である。医師会として、今後、介護を含めた地域包括ケアシステムへの積極的参加が、ますます重要となってくると考える。

2-7 禁煙対策

2011年 Lancet の日本特集号で、わが国における非感染症疾病と外因による死亡原因の1位が喫煙、2位が高血圧、3位が運動不足、4位が高血糖、5位が食塩摂取、6位が飲酒であることが示された¹。今般の新型コロナにおいて、喫煙、肥満、糖尿病、高血圧などの要因が重症化のリスクであったことから、平時の予防医療の重要性がさらに浮き彫りになり、特に禁煙、生活習慣病指導、フレイル指導には最優先で取り組む必要があることが改めて明らかになったと言えよう。

しかしながら、本委員会が実施した新型コロナ前後の医療に関する都道府県医師会へのアンケート調査結果の中で、喫煙と新型コロナに関する情報提供に関しては、実施していない都道府県医師会が約7割と大半を占めていた。喫煙により新型に感染しやすく²、重症化や死亡のリスクが高い³ことは明らかになっている。我が国での市場拡大が画策されている電子タバコでも、新型コロナに感染しやすく重症化しやすいことが報告され⁴、我が国が世界の中で実験場になってしまっている加熱式タバコでも同様であることが推測されている。また、受動喫煙によっても新型コロナの死亡率が高いことがわかってきている⁵。さらに、喫煙すると新型コロナワクチン接種による抗体増加が半減することも報告されている⁶。コロナ禍の今こそ医師会がこれらの情報をより積極的に発信すべきであるのは間違いない。

¹ 日本国際交流センター：『ランセット』日本特集号：国民皆保険達成から50年。
<http://www.jcie.or.jp/japan/csc/ghhs/lancetjapan/>

² Zhang H, et al. European Journal of Integrative Medicine 2021 Feb 18; 43: 101313

³ Matsushita Y, et al. Smoking and severe illness in hospitalized COVID-19 patients in Japan. Int J Epidemiol. 2021 Dec 11; dyab254. Epub ahead of print.

⁴ <https://med.stanford.edu/news/all-news/2020/08/vaping-linked-to-covid-19-risk-in-teens-and-adults.html>

⁵ Wu X, et al. Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A nationwide cross-sectional study. Preprint. medRxiv. 2020;2020.04.05.20054502. Published 2020 Apr 7

⁶ Watanabe M, et al. Central obesity, smoking habit, and hypertension are associated with lower antibody titres in response to COVID-19 mRNA vaccines. Diabetes Metab Res Rev. 2021

Ⅲ. 新時代の健(検)診

1. がん検診の現状

現在、わが国におけるがん検診は、健康増進法に基づく健康増進事業に位置づけられる市区町村事業によるがん検診(住民検診)である。同事業の実施要領として「健康増進実施要領」、検診項目や運用体制に関する指針として「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」が示され、推奨に基づくがん検診として、推奨する検査項目、対象年齢、受診間隔等を提示している。また、検診が満たすべき要件や検診結果等の情報の継続に関する考え方として「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」、検診の精度管理状況を適切に指導する方法として「健康診査管理指導事業実施のための指針」が示されている。一方、職域における被用者等を対象としたがん検診は、保険者や事業主により福利厚生の一環として行われており、国民生活基礎調査によると、がん検診受診者の約半数は職域で受診している状況であるが、明確な法的根拠はなく、検診項目等に関する指針等がない状況であった。そこで、2018年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表された。同マニュアルでは職域検診で望ましい検診項目や精度管理手法等が示されている。

その他のがん検診として、個人が任意で受けるがん検診(人間ドックなど)がおこなわれているが、基本的な検査項目、判定・事後指導区分、運用体制等について一部の学会で標準化を目指す取組が行われているが、現時点で法的根拠に基づいた規定はない状況となっている。

1-1 がん検診の課題

2013年から始まった「21世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次))」では、5つの基本的な方向のひとつである「2生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)」のがん領域において、目標として、がん検診の受診率向上(50%以上)を掲げている。2018年に閣議決定された「がん対策推進基本計画(第3期)」では、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実のなかで、①受診率向上対策、②がん検診等の精度管理について、③職域におけるがん検診について挙げ、個別目標として、健康日本21と同じ受診率50%とともに、精検受診率90%以上を掲げている。

①受診率向上対策に関する課題

全てのがん検診において、改善傾向を認めるものの、男性の肺がん以外の検診については受診率50%の目標には到達していないため、個別の受診勧奨・再勧奨等を有効性のある受診率向上対策を推進していく必要がある。

都道府県別の受診率の推移をみると、受診率が低い県は低い値で経過しており、対策の強化が求められる。そのアプローチとしては、市区町村別、年齢階級別等、全体の受診率を下げている集団を割り出し、コールリコールの実施やスモールメディア等、受診率向上効果が科学的に確認されている手法を積極的に実施することが有効であると考えられる。

子宮頸がんの罹患は、20歳代で上昇するため、この年齢層での子宮頸がん検診受診率の向上対策を一層強化する必要がある。また、子宮頸がん検診のクーポン券利用率は全国平均で

10%を下回っている状況であり、クーポン券を配布された 20 歳の方ががん検診の必要性等についての理解を促進させる、居住地と住民票が異なる等の理由により、クーポン券が本人の手元に速やかに届かずに利用の機会を逃している可能性の排除などが必要である。

②がん検診等の精度管理に関する課題

精密検査受診率は、多くのがん種で十分ではなく、精密検査未把握率や精密検査未受診率については、依然として一定の水準で推移している。今まで以上に、がん検診の受診者に、要精密検査受診の必要性を説明し、自治体に、精密検査実施機関等からの精密検査結果の把握を徹底する等、精密検査実施率の改善に向けた対策を強化する必要がある。

指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いていたことから、市区町は指針に基づいたがん検診の適切な実施に努め、都道府県は、管轄する市区町村のがん検診の実施状況を踏まえ、市区町村に対し必要な指導・助言等を行うよう体制を整備していくことが必要である。そのためには、「健康診査管理指導事業実施のための指針」に基づいて都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会のもとに、検診方法や精度管理について、市区町村、医療保険者、検診機関に専門的な指導を行うことを目的に設置されている、胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会の機能強化が重要である。

③職域におけるがん検診に関する課題

職域検診については、以下の課題に対する取り組むの強化が必要であると考え。また、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」等の普及状況や活用に応じた課題等の把握を行いつつ、マニュアルの普及に取り組むことも重要である。さらに、職域におけるがん検診においても、有効性・安全性が確認された科学的根拠に基づく検診が実施されることが望ましいことから、職域における検診受診状況の把握や精度管理を可能とするため、統一化されたデータ・フォーマットの作成や、データの集約について検討していく必要がある。

④がん検診の評価指標に関する課題

がん検診受診率に関しては、国民生活基礎調査をデータソースとしており自己申告による調査に基づいて把握されている。そのため、回答者の記憶違い（数年前に受けたものを1年以内に受けたものと記憶）や誤認（診療として受けた検査を検診と認識）する場合もあり、正確な検診受診率が計測されていない状況である。今後、住民検診及び職域検診において、対象者を把握した上で、受診者数より、より正確な受診率を算出することが求められる。

一方、指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合は2018年度で、85.4%あり、有限のリソースを指針に基づくがん検診に集中し、「事業評価のためのチェックリスト」の実施率等、精度管理状況を指標として、評価していることが重要である。

さらに、職域におけるがん検診については、職域におけるがん検診の実態ですら把握できていない状況であり、まずは、指針に基づくがん検診の実施状況を、指針に基づかない検診の実施状況の実態把握を進めるとともに、受診率、精検受診率をはじめとする各種精度管理指標を測定する体制を整備することが必要である。

1-2 医師会とがん検診の関わり

がん検診における医師会の関わりとしては、まず、通常の診療の中で、がん検診受診の状況について確認し、必要に応じて受診勧奨を実施することで、受診率向上の重要な担い手となることであると考えられる。

また、住民検診の個別検診の実施者となる場合は、郡市区医師会で、研修会や実施体制の整備により、十分な精度管理に基づく質の高い個別検診を提供することが重要である。

さらに、都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会の胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会において、地域の医療を担う専門家として、地域における各がん検診の精度管理や受診率向上対策の総合的な推進を牽引する役割も重要であると考えられる。

1-3 がん検診の対象年齢と受診率算定対象者について

がんの早期発見・早期治療を進め、がんによる死亡者を減らすには、がん検診のさらなる充実が欠かせない。国の指針「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」の中で、市町村事業としての5つのがん検診においては対象年齢を定めている。2021年10月1日の、新たな指針では、がん検診の受診を特に推奨する年齢について「69歳以下」と年齢の上限が追記された。このことが、実施主体である市町村において解釈の差を生じ、混乱を招いているのではないかと危惧される。

コロナ禍の中、全国におけるがん検診の受診控えは大きく影響を及ぼしており、また、国のがん検診受診率は総じて低く、目標とする受診率に届いていない現状がある。

このように、受診率が低迷している日本において、新型コロナによる受診控えが今後どこまで回復できるのか先が見通せない中、がん検診の受診を特に推奨する年齢を「69歳以下」と追記したことで、市町村では「年齢制限を設けて受診通知をするべきかどうか検討している」等の意見も聞こえており、受診率の回復が危ぶまれる。

そこで、「指針ではがん検診の対象年齢の上限は定めていない、市町村は受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供することに努めるよう」国における周知を徹底が必要なのではないかと思われる。

また、「69歳以下」という区分は、市町村の受診率を比較する指標として算定対象年齢の上限を69歳までとしており、このことも、受診案内を69歳と上限を設けることに拍車をかけているのではないかと懸念される。70歳以上はがんの好発年齢でもあり、人生100年時代において、特に70歳代が、がんの早期発見・早期治療によるQOLを維持することは、介護予防の観点からも考慮すべき点かと思われる。

1-5 低迷する受診率と企業でのがん対策について

がん検診の受診率については、3年ごとに実施する国民生活基礎調査の大規模調査が一つの指標としてあげられるが、受診率50%の目標値に達していない。また、諸外国と比べてもがん検診の受診率は低く、ここをいかに上げるかが課題である。

特に企業や保険組合等の職域には、がん検診を実施する明確な法的根拠に基づくものは

なく、従業員等に対する福利厚生として実施されてきている現状である。今後、「女性の社会進出」と「定年延長」などの時代の変化に伴い、企業ではがん患者が増え続けることが想定され、予防や早期発見による両立支援が重要なテーマとなってくる。

特に、就労年齢においては50代前半までの若い世代では、女性の方が男性よりがんの罹患率が高い。これは、女性において、子宮頸がんや乳がんが比較的若年層から多くみられることが主な要因である。

しかし、企業単独で法的根拠の裏付けがないがん検診に取り組むことは実効性に乏しい。そこで、職域でのがん検診の受診機会が提供できない企業においては、市町村の実施するがん検診を利用する取組を積極的に推進していく必要があると考えられる。今後職場を通じた市町村のがん検診の受診勧奨を効果的に進められるよう、企業や保険組合、国や自治体と連携しながら受診率向上に取り組むことができる実施体制の構築が重要と考えられる。例えば市町村は、企業へのがん検診受診に関する積極的な情報提供に努めるとともに、企業は従業員に対し、積極的に情報提供し、検診受診に係る時間の休暇取得の推進等の環境整備に努めるなどがあり、国としても支援も必要である。

他にも検診の受診率向上促進のための国の支援策として、時間外や休日に検診を実施する診療所等については、検診実施費用の休日加算を検討しなどもある。そうすることで、職域の検診受診の促進につながるのではないかと考えられる。企業におけるがん対策では、がんという病気について会社全体で学び、正しく知り、早期発見に取り組むことが、企業の両立支援、引いては、人材の確保につながることを理解してもらえよう、積極的な啓発に取り組むことが必要と考えられる。

1-6 予防とがん検診の両輪によるがんの征圧に向けて

リスク軽減可能ながんの代表的なものに、HPVと子宮頸がん、ピロリ菌と胃がん、肝炎ウイルスと肝がんなどが挙げられる。国は、子宮頸がんを防ぐためのHPVワクチンの積極的接種勧奨を2022年4月から再開し、対象となっている時期に接種機会を逃した女性が無料で接種できるようにする「キャッチアップ接種」を実施する方針を打ち出し子宮頸がんの撲滅へ向けて確実な一歩が刻まれた。

しかし、ワクチン接種とがん検診受診の徹底は、がん撲滅への両輪であり、ワクチン接種をすることで子宮頸がん検診の受診をしなくても良い、などの誤った情報が流布することがないように、がんの征圧への実効性を高めるべく、ワクチン接種と同時に検診受診の重要性についても啓発活動にとりくんでいく必要がある。

注目されているのが、血液検査でがん検診が可能とされるリキッドバイオプシーである。以前より血液中の腫瘍マーカーの測定が汎用されていたが、最近では微量の血液で検査可能な「マイクロRNA」によるがん検診が注目されている。マイクロRNAは体内で遺伝子や蛋白の合成に関与しているが、血液中に2,500種類ほど存在するといわれている。近年、血液中に含まれるマイクロRNAの種類や量が、がんの発症によって変動することが判明している。その性質に着目し、血液中のマイクロRNAを分析することにより、がんの早期発見に役

立つ可能性があることが確認されている。対象となるがんとしては、乳がん、膵臓がん、卵巣がん、前立腺がん、食道がん、胃がん、大腸がん、肝臓がん、胆道がん、膀胱がん、肺がんなどが含まれている。この検査は指先から採取した少量の血液で可能なため、検体を郵送することでも検査を受けることができる。現在では国立がん研究センターを中心とした大規模臨床試験が乳がんを対象に実施されている。血液や尿などの液体を利用したリキッドバイオプシーによるがん検診は開発段階にあるが、課題も多く、慎重に評価する必要がある。

いずれの検査も簡便性という利点はある。しかしあくまでもスクリーニング検査であり、陽性の場合には確実に医療機関を受診して従来の検査により確定診断をつける必要があり、さらには治療に結びつける必要がある。また、検査自体の精度管理が必要である。対策型検診としては死亡率減少効果が証明された検査を導入することが原則であり、死亡率減少効果の証明には困難が予想される。一方では過剰診断による弊害にも注意が必要である。

2. これからの健(検)診、医師会の在り方

2-1 現在の取組と問題点における短期的展望

特定健診とがん検診のこれからについて考える。がん検診(対策型検診)の目的は働き盛りの人々のがん死亡率を下げる事にある。この目的を広く周知すると共に、その課題を一つ一つ解決していく事が大事となる。精度管理の上でプロセス指標は守るべき数値目標であり、最終的に真の偽陰性を求めるのであれば緻密ながん登録も必要になる。今、検診対象年齢に多少の混乱を生じているが、対象外検診希望者は行政サービスの範囲にとどめ、まずは対象者のプロセス指標をしっかりと捉えることが肝要と考える。検診受診率や二次精検率が制御されつつある中、精検受診率の向上に努力する必要がある。

子宮頸がん検診に於いては、液状検体の採取やHPV併用検査も行われつつある。医師による検体採取とキットを用いた検体自己採取の比較研究も進んでおり、これが解決されれば受診率は飛躍的に伸びると考える。乳がん検診に於いては、現状、高濃度乳腺への対応は難しい課題であるが、モダリティとしての超音波検診を大いに歓迎する。その一方で、このエコー検診に携わる専門職の人的資源は限られており、今後、AIに結びつく動画等の撮れる人材の育成が優先される。胃がん検診は、バリウム検診から内視鏡検診に移る過程にあり体制が整いつつあるが、画像の網羅性を重要項目とし、AIに対応する画一したルールを取り入れる事も必要と考える。肺がん検診は今のところ読影力に尽きる。AIに辿り着くまでの間、二方向胸部写真や低線量CTが考えられるが不利益も危惧される。大腸がん検診は、5大がんの中でも概ね安定した検診と言える。技術的には検体の保存管理に尽きるが、精検受診率の向上、つまり大腸ファイバーへの心理的抵抗を打ち破る何かが必要となる。

特定健診の目的は、生活習慣病の関連死を減らす事にある。CKDに起因する人工透析患者を減らす事にもなる。任意型検診の中には内臓脂肪を数値化するものもあるが、対策型検診に於いても腹囲に代わる何らかの指標が必要で、例えばウェアラブルデジタルデバイスの普及等には行政との協力が不可欠となる。CKDは早期発見と同時に医療の早期関与・介入が重要で医師も常に関心を払うべきと考える。労働者が高齢化する中、認知症検診も取り入れ

る必要がある。個人対策のほかに、労働災害や交通災害など社会問題への対応等が必要で、これを進める事は予防意識を高める事にもなる。現在、多数の検診が混在する中、例えばマイナンバーカードなど、記憶媒体を利用し無駄のない検診をする事が求められる。データの統一化や保存管理の厳格化は言うまでもない。

2-2 中長期的展望

おそらく数年以内に、がん検診は AI や遺伝子検査が主流になると思われる。もちろん、費用対効果の解決が最も課題となる。今話題の mRNA 検査はがん発生に関与する遺伝子を調べるもので、乳がん・大腸がんを中心にデータ収集がなされている(今は中断している)。今後、この母数が着実に増え、満足すべき感度、特異度が得られるのであれば対策型検診として有効なものとなるが、利用出来るようになったとしても課題は多い。AI 診断には、前述の如く画像の網羅性が不可欠で、当然の事ながら AI に耐えられる画像でなければならない。また、AI 診療と AI 検診には大きな違いがある。長期フォロー中の経時的判断や全てのがん検診の二次精検率を数パーセント以内に抑えられるのか、高価な AI を使い、保険診療対象者を増やすならば、スクリーニングの意味は無い。遺伝子検査の進歩は著しく、僅かながん細胞そのものの情報を見つけ出す事になるかも知れないが、例え極めて小さながんの存在が明らかになっても、その位置情報や治療方針への道筋が立たなければ医師と言えども戸惑うばかりである。ゲノム医療のさらなる進展を望む。

2-3 医師会の在り方

最後に検診に対する医師会の在り方を次のように考える。一人の人間にとって医師は乳幼児健診医であり、学校医であり産業医でもある。自分の身体は自分で守る(セルフメディケーション)意識は幼少期から身につける必要があり、生活管理と医療の関連付けを我々から発信する事が重要である(予防医学)。検診目的を説明し地域の人々の予防意識の向上や受診勧奨に取り組む事、これらが各々の医師の仕事であり、医師会の果たすべき役割と考える。

まとめ

現在、日本は世界でも経験したことのない少子高齢化社会を迎えつつある。それは人口構造が変わってきている事に他ならず、それと共に疾病構造も変化しつつある。その為、それに応じて医療も変化していかねばならない。外来需要や入院需要も地方を中心に減少することが見込まれており、医療は大きな変換点にある。これまでの医療は医師が診断し、必要に応じ患者に説明し治療を行うことであったが、これからの医療は個々の生活を支え、個々の幸福を増進する為に提供される事が目的となる。ひとりの個人が生まれてから死に至るまで、それぞれの世代において、各々が生活している地域で支え合う医療、介護である事が必要である。地域包括ケアシステムは、要介護者を目的としたものであるが、それは全世代を目的としたケアサークルといった考え方である。それぞれの個人は、カルテならぬノート「ICT ナラティブブック（自分の物語手帳）」を持ち、そこに医療情報だけでなく自分の人生に対する思いや、意思、人生観、死生観が書かれており、その個人の認証により家族や医師、医療介護関係者が共有することが出来、その思いを最大に寄り添った治療や、終末期の看取りを行えることが出来れば素晴らしいことであり、医師はかかりつけ医として積極的に参加しなければならず、医師会はそれらに主体的に関与する必要がある。

個人は自身の健康について深く考え、理解し、行動してもらわなければならないが、医師は相談相手として寄り添う事になる。自身の健康のためセルフケア、セルフリテラシーを推し進めていかねばならないが、その目的は医療費の削減ではなく、個人が自身の健康に常に注意を払い、その改善に取り組んでもらう事にある。そして、かかりつけ医は生活習慣病改善や禁煙治療などに積極的に協力する事になる。また高齢化社会において、健康寿命の延伸にはフレイル予防が最重要であり、運動習慣を身につけてもらう事によりうつ対策にもなる為、かかりつけ医は積極的に取り組まねばならない。

生活習慣病やがん予防については、それぞれの年代での取り組みが必要である。啓発活動も重要で学童期から生活習慣病予防やがん検診の重要性を理解してもらう場が求められる。そして成人に至るまでの個々の管理を行う事により、糖尿病や糖尿病性腎症を予防する事ができる。喫煙は肺がんの発生のみならず、新型コロナで重症化の大きな要因である事が分かっており、喫煙防止教育も学童期からしっかり行うべきである。現在、企業や保険組合のがん検診は、従業員に対する福利厚生として行われている為、企業の規模により受診率にばらつきがある。がん検診を提供できない企業においては、市町村が実施するがん検診を利用する取組みを進める必要がある。今後、がん検診や一般健診の受診率を向上させる為、企業や保険組合が、国や自治体と連携して実施する体制の構築が望まれる。

新型コロナの流行は2020年の当初より発生し、2年が過ぎた現在までその勢いは衰えていない。しかし今回のウイルス感染流行により、非常時における日本の医療提供体制の問題点が浮き彫りとなった。まず、国民の医療機関への受診控えや健（検）診控えが発生した。その事は今後、生活習慣病の悪化や、がんの発見の遅れが危惧される事となる。また、ウイルス感染者やその家族に対してのみならず、ウイルス感染症の治療に関与している医療関

係者にまで、あからさまな嫌がらせ「いわゆるコロナハラメント」が見られた。それはワクチン接種をしなかった者にまで向けられ、早期の正確な情報の伝達の必要性が重要である。新型コロナは当初、指定感染症（2類相当）と分類された。その為、保健所は感染者が発生する度、その濃厚接触者の調査と隔離に奔走させられ、第5波、6波と感染者が増加すると、その業務にまで支障が出てきた。新型コロナは変異を繰り返し、その度に新しい流行を引き起こした。第6波の主流となったオミクロン株は、感染力が強い一方、病原性が低く無症状者も存在し、市中感染の様相を呈しており、感染者数は急増し一般救急にも支障が発生した。このような感染症が、今後も繰り返し発生する事を想定して、新たな考え方を導入し、実態を踏まえた対応ができる分類を導入すると共に、新たな感染症の流行に備え、保健所の機能を充実させると共に日本版 CDC のような組織を構築する事が急務である。

ワクチン接種に対する日本人の抵抗感も明らかになった。以前、ワクチン接種は半強制的に行われていたが、一部の副反応にて訴訟が起こったため、ほとんどのワクチン接種が任意接種となってしまった。そのような経緯で、日本はワクチン後進国となり、ワクチンメーカーも及び腰となるに至った。今回の新型コロナワクチンは、海外からの輸入に頼る事となり、他の先進国と比べ遅れる事になってしまった。ワクチンのみならず、不織布マスクや感染防護用ガウン、ゴム手袋に至るまで、外国に依存していた事により、全国的に不足し、医療機関で混乱が起きた。感染症発生時、これらは必需品であり、大量にストックしておくか、国内生産が出来る体制が必要と思われる。

今回の感染症流行により、医療機関への受診控えが起こったが、これに対応する為に、国は初診からのオンライン診療を可能とした。オンライン診療については、医療過疎地や無医村においては、非常に有用な手段と思われるが、医療充足地域でのオンライン診療には、その必要性は見当たらない。特に初診からの利用は、疾患によっては診断を行う事は出来ず、患者の背景を熟知した、かかりつけ医の利用に留めるべきであるし、その利用はあくまでも対面診療の補完とすべきである。現在、IT、AI の発達は凄まじく、医療分野においても取り入れられようとしている。あくまでも医療 AI は患者個人が使う物でなく、医療機関を通じて利用されなければならない。将来、好むと好まざるとに関わらず、我々は将来、医療 AI を使うことになるが、どのように使いこなすかが重要である。すでに一部の分野では、診断能力は専門医レベルに達していると考えられるが、あくまでも一つの診断手段であり、最終的には主治医が診断を行うべきである。医療 AI は公正、公平なものでなくてはならず、常に正確で適正なものに改良され続ける必要がある。

以上を踏まえ、新時代における医療・健（検）診のあり方に向けて、今期公衆衛生委員会として次のとおり答申し、提言する。

答申と提言

1. 新型コロナウイルス感染症の経験を生かし、今後の新興感染症に備え、不織布マスクやPPEの備蓄や国内生産を進めると共に、ワクチン行政の見直し、保健所機能の充実と、日本版CDCのような組織を構築する事が急務である。進化し続けている医療IT、AIは医師・医療機関を通じて利用される必要がある。オンライン診療については、医療過疎地や無医村において利用するべきである。
2. 今後、さらに学童期から生活習慣病予防の重要性の啓発を行うと共に、セルフケア、セルフリテラシーを押し進め、自身の健康を考え理解し管理出来るよう、かかりつけ医が寄り添う事が必要となる。がん検診の受診率向上は喫緊の課題であることから、企業や職域の保険者が、国や自治体と連携して実施する体制の構築が必要である。喫煙防止教育も学童期からしっかり行うべきである。医師は地域医師会とともに受診率の向上に取り組む事が必要となる。

3. かかりつけ医は、病気の予防、健康寿命の延伸に向け、地域に根ざした若者から老人まで様々な年代の各種運動クラブ等の活動に積極的に取り組まねばならない。運動習慣を身につける事により、フレイルのみならず生活習慣病の予防となり、また社会と繋がる事によりうつや自殺の予防にも効果があり、医師会としても推し進める必要がある。

4. 少子高齢化社会の中、外来需要や入院需要も地方を中心に減少することが見込まれており、医療は大きな変換点にある。これからの医療は個々の生活を支え、個々の幸福を増進する為に提供される事が目的となる。それぞれの地域で支え合う全世代を目的としたケアサークルといった考え方であり、個人は「ICT ナラティブブック（自分の物語手帳）」を持ち、その思いを最大に寄り添った治療や、終末期の看取りをかかりつけ医が行うような医療体制を進める事が必要となる。

委員会審議経過

第1回 令和2年12月4日

中川俊男日本医師会長より、公衆衛生委員会へ「新時代における医療・健(検)診のあり方」について諮問を受け、委員による意見交換をした。

第2回 令和3年4月2日

答申とりまとめに資するため、都道府県医師会における公衆衛生の観点からみた新型コロナ対応等について状況を把握すべく、都道府県医師会宛てアンケートの内容について審議した。各委員より所属地域の取組みについて報告いただいた。

第3回 令和3年6月4日

引き続き、都道府県医師会における公衆衛生の観点からみた新型コロナ対応等についてのアンケートの体裁・内容を精査し、次回第4回までに実施することでまとめられ、7月15日に47都道府県医師会へ協力を依頼した。中村委員よりAI(人工知能)ホスピタルにより高度診断・治療システムについてご講演いただき、意見交換を行った。

第4回 令和3年8月27日

都道府県医師会における公衆衛生の観点からみた新型コロナ対応等についてのアンケート結果をもとに、公表に向けとりまとめについて議論を行った。健康寿命の延伸に係る国の取組について、経済産業省、厚生労働省の担当官より説明を伺い、意見交換を行った。また、地域における健康寿命の延伸に係る取組事例について各委員より説明があり審議を行った。

第5回 令和3年10月22日

都道府県医師会における公衆衛生の観点からみた新型コロナ対応等についてのアンケート結果のとりまとめの最終議論を行い、次回までに公表することでまとまった。また、答申執筆に向け大まかな方向性を議論した。

第6回 令和3年12月24日

答申原案について審議した。

第7回 令和4年3月4日

答申案の最終確認を行った。

