

医療政策シンポジウム 2019

# 医師の地域偏在

主催 日本医師会

日時 2019年2月13日(水) 開催 13:00～16:00  
場所 日本医師会館 大講堂

## もくじ

### 主催挨拶..... 3

日本医師会会長・世界医師会前会長 横倉 義武

### 講演

司会：日本医師会副会長 中川 俊男

#### 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018 ..... 5

世界医師会事務総長 オトマー・クロイバー

#### 講演Ⅱ 人口減少日本で医療に起きること..... 22

ジャーナリスト 河合 雅司

#### 講演Ⅲ わが国の医療が直面する課題 —医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療— 38

聖路加国際大学学長 福井 次矢

### パネルディスカッション

#### 医師の地域偏在..... 63

世界医師会事務総長 オトマー・クロイバー

ジャーナリスト 河合 雅司

聖路加国際大学学長 福井 次矢

日本医師会会長・世界医師会前会長 横倉 義武

座長：厚生労働省政策参与 武田 俊彦

司会：日本医師会常任理事 石川 広己

### 閉会挨拶..... 76

日本医師会副会長 中川 俊男

## 主催挨拶



日本医師会会長・世界医師会前会長  
横倉 義武

医療政策シンポジウム 2019 の開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

本日は、テレビ会議で 20 の医師会に配信していることもあり、この会館に足を運ぶ地域の先生方が少なくなっていました。一方で、初めての試みとして、近隣の駒込駅、巣鴨駅、千石駅にポスターを貼らせていただいたり、また新聞に折り込み広告を実施したことで、それを目にしてご来場いただいた方々も多いかと思います。

医師の偏在対策につきましては、2017 年 12 月に厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」において、1 年余に及ぶ議論の結果「第 2 次中間取りまとめ」が出されました。これを基に、2018 年 7 月、医師確保、医師偏在対策に係る医療法及び医師法の一部が改正されました。

この改正は、医師偏在の解消に向けた第一歩であり、運用が重要となります。対策の実行に当たっては、国から地域に対し、丁寧な説明と的確な情報提供を徹底することが重要です。日本医師会としても、地域医療を守っていく立場から積極的に関わっていく所存です。

国民の幸福の原点は健康であり、病に苦しむ人がいれば、何としても助けたいというのが医療人の願いであり、私たちの願いは、「必要とする医療が過不足なく受けられる社会づくり」に尽きます。

2 月上旬にオホーツクの紋別へ行き、へき地の

医療を視察させていただきました。せっかくなので、一番寒い時に行かせていただきましたが、その地域にしては思いのほか暖かい日で、朝はマイナス 9 度で、午後にはプラスになるぐらいの温度でした。

そこでは、人口減少と医療職の不足が顕著であり、約 200 床の病院がありましたが、そのうち 70 床しか稼働しておらず、年間 5 億～10 億円の赤字とのことです。眼科、耳鼻科、皮膚科等の医師がおらず、産科も同様で出産もできません。出産や高度急性期は 50～60km 離れた別の医療圏に送っているとのことです。

最近、開業医の子どもの 2 人の医師が帰ってきて、地域医療を支えているとのことで、激励させていただきました。地域偏在を考えると、何らかの仕組みをもって適正な医師の配置も考えないといけないのかもしれません。

また、このような眼科、耳鼻科、皮膚科等の医師がいない地域において、総合診療医のあり方や Doctor to Doctor のオンライン診療のあり方も考えていかなければならないと考えているところです。

あわせて、患者さんや地域住民の皆さまの医療に対する理解を深める必要もあると思います。

本日、「医師の地域偏在」をテーマにして、このシンポジウムが実現いたしましたことは、意義深いことと思います。

ご案内のように、本日は世界医師会事務局長の

---

主催挨拶

---

オトマー・クロイバー先生、ベストセラージャーナリストの河合雅司先生、聖路加国際大学学長の福井次矢先生をお招きし、ご講演いただきます。

当初、ドイツからガッセン ドイツ連邦保険医協会会長をお招きする予定でしたが、ドイツにおいて、医療制度改革における重要な法案を控えていて招聘が難しくなったこともあり、世界医師会より、同じドイツ人であるオトマー・クロイバー事務局長にお越しいただきました。

またパネルディスカッションでは、厚生労働省政策参与の武田俊彦先生に座長をお願いし、3人の先生方に、様々な角度から忌憚のないご意見を賜りたいと思います。

このシンポジウムが実りある成果を収めることを祈念するとともに、皆さま方の多大なるご協力に厚く御礼申し上げます。

結びに、本日来会の皆様方の一層のご活躍、ご健勝を祈念いたしましてご挨拶いたします。

## 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

## 講演Ⅰ

Physician-led Primary Care in the light of  
global Primary Health Care  
Policy And the Astana Declaration of 2018

世界医師会事務総長 オトマー・クロイバー



## 演者紹介

**中川** それでは、これより講演の部を始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

初めは、オトマー・クロイバー世界医師会事務総長よりご講演をいただきます。

オトマー・クロイバー先生の経歴を紹介します。

ドイツ医師会の国際関係アドバイザー、ドイツ医師会事務局主事、ドイツ医師会事務総長代理を経て、2005年より世界医師会事務総長を務めていらっしゃる、欧州医師常設委員会、欧州医師会フォーラム、WHO等国際関連組織との連携した活動に従事していらっしゃいます。

それでは、オトマー・クロイバー先生、よろしくお願いいたします。

## 講演

**クロイバー** 中川先生、ご紹介ありがとうございます。また、日本医師会会長の横倉先生、ありがとうございます。

我々が国際的に取り組んできた仕事について講演できることを非常にうれしく思います。

きょうは、プライマリ・ケアにおいて医師が果たす役割と、2018年の国際会議で採択されたアスタナ宣言（プライマリ・ヘルス・ケアに関する宣言）をもとにお話ししたいと思います。

テーマとして離れていると思われるかもしれませんが、我々の考える国際的な政策は、まさに日本の先生方が考えておられる医師の地域偏在と深く関わっていると考えています。

今日は、ファミリー・フィジシャンが何をするのか、将来何をしていくのかというお話はせず、グローバルな社会でプライマリ・ヘルス・ケアやユニバーサル・ヘルス・カバレッジに何が望まれているのかということをお話ししていきたいと思えます（図表1）。

## 世界医師会の歴史と活動について

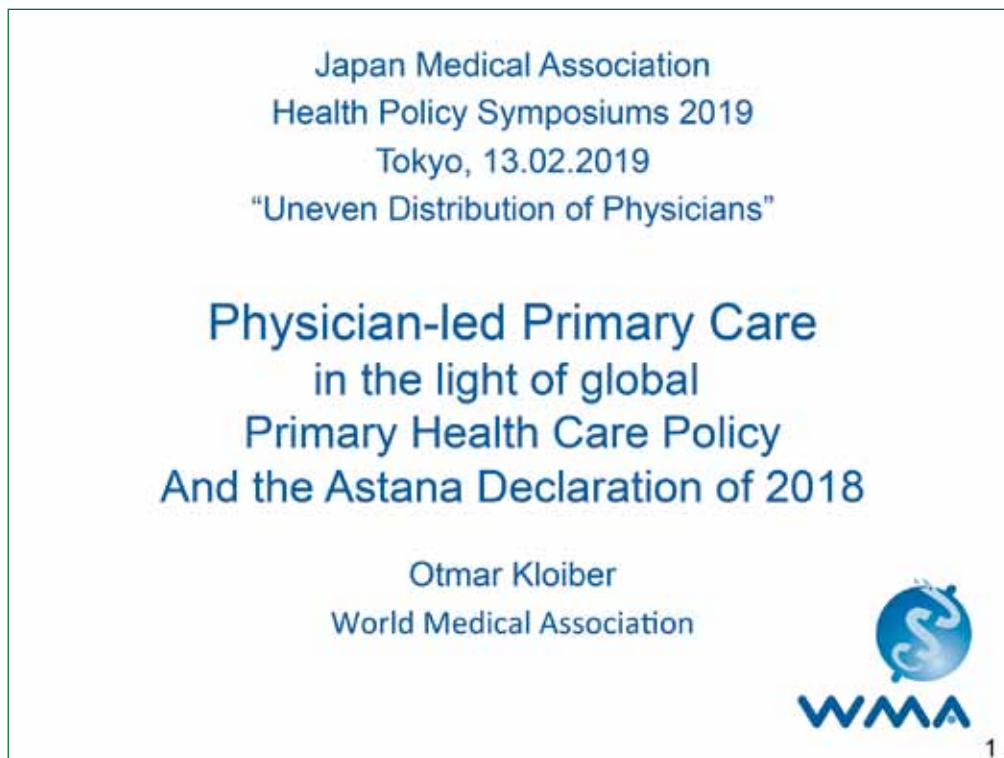
その前に、世界医師会のことを少しご紹介したいと思います。

1947年、第二次世界大戦が終わってすぐに設立された団体です。当時は、既に各国で医師会が設立されていて、1947年に27の国の医師会が一堂に会して、医療倫理や医師の自律を基盤にして、世界医師会を創立しました（図表2）。現在、112の国の医師会が加盟しており、医師数は900万人を超えております。個々の医師も、準会員として世界医師会に加盟することができます（図表3）。

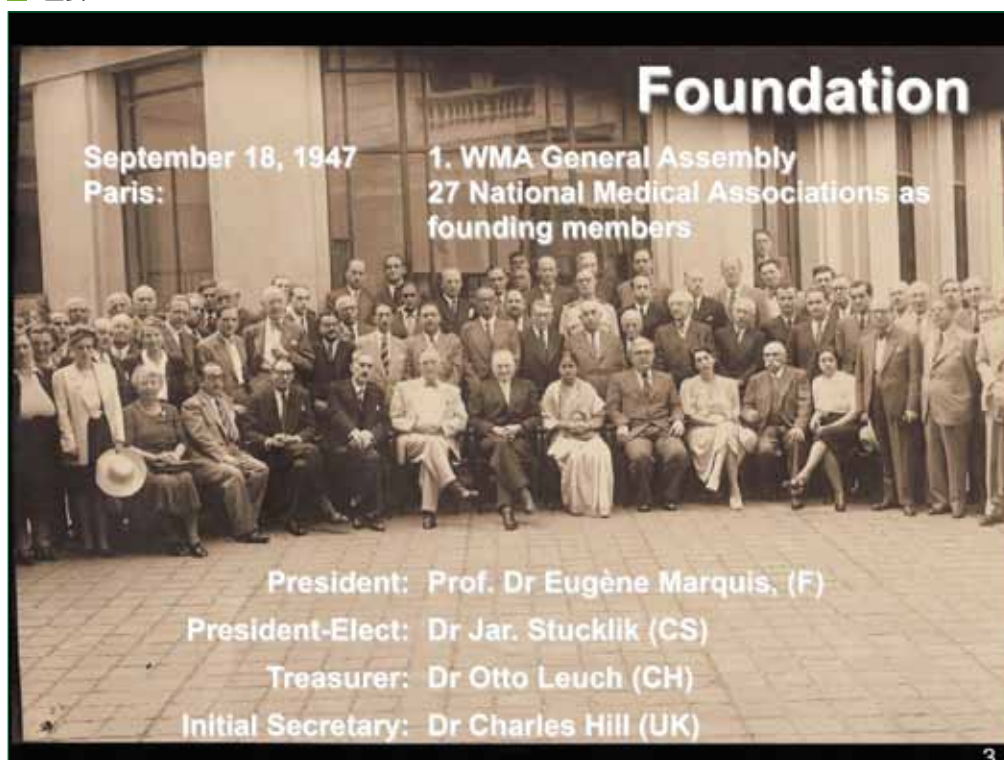
世界医師会の活動としては、医の倫理に関してグローバルな合意を得ようとしています。それから、医の倫理に関するさまざまな課題について解説を提供しています。また、社会医学的な問題に

講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

■ 図表 1



■ 図表 2





## 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

■ 図表3



についても議論をしています。例えば、「健康に対する社会的な決定要因」という話し合いもありました。

それから、国際機関である国連（UN）や世界保健機関（WHO）、国連開発計画（UNDP）、国際連合教育科学文化機関（UNESCO）、国際連合児童基金（UNICEF）、国際労働機関（ILO）、国際移住機関（IOM）に代表を出しています。

また民間組織としては、例えば世界医学教育連盟の設立者の一員でもありますし、国際医学団体協議会（CIOMS）や国際製薬団体連合にも代表を出しております。

そして、地域や国の医師会に対して、要望があれば支援していますし、医師の自治に対しても医師会から支援を求められれば支援しており、こういった方向性に合致する事業にも関わっています。（図表4）

### 世界医師会の宣言の歴史

これまで我々が築いてきた政策として重要な文書が幾つかあります（図表5）。

まず、「ジュネーブ宣言」です。これは「医師の誓い」と呼ばれており、ヒポクラテスの誓いを踏襲したものです。2017年に改訂されましたが、1948年にできたもので、随分長い間、改訂がされていませんでした。

1964年、初めての国際的な推奨として、人間を対象とする医学研究への倫理的原則を示したものが「ヘルシンキ宣言」です。それ以降、人間を対象とする医学研究の倫理的原則として最も重要なものとなっており、これを上回る重要なものは出ておりません。

1975年、「東京宣言」が出されました。医師は拷問、あるいは、非人間的な、人格をおとしめるような取扱いに関わってはいけないということを言っております。この宣言が出されてからもう40年経って、もはや必要ないだろうと思いますが、現実はそのではありません。というの

■ 図表 4

## Fields of Activities

- reaching global consensus on medical ethics
- guidance on problems of medical ethics
- socio-medical affaires
- representation to international Organizations e.g. UN, WHO, UNDP, UNESCO, UNICEF, ILO, IOM, WFME, CIOMS, IFPMA,
- support for the regional and national physicians associations (on request)
- support for the development of physicians' self-government
- projects along this line

5

■ 図表 5

## Historic Policies

1948/2017	<b>Declaration of Geneva</b> (Physicians' Oath and 1. international code of ethics)
1964/2013	<b>Declaration of Helsinki</b> Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects
1975/2016	<b>Declaration of Tokyo</b> Guidelines for Medical Doctors concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in relation to Detention and Imprisonment
1981/ 2015	<b>Declaration of Lisbon</b> The Rights of the Patient
1991/2017	<b>Declaration of Malta</b> Hunger Strikers

WMA 6



## 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

は、医師は、拷問などの非人間的で人格をおとしめる取扱いに、時には自分から望んで、あるいは、望まないのに関わっているという現実があります。これについて、医療従事者や医師は特に考えなければいけません。

1991年には、ハンガーストライキの実行者に関しての「マルタ宣言」も出されています。最近でも、アメリカで施設に拘留されている移民に対して無理やり食事をさせるといったような事例がありました。

そして1981年に出されたものも非常に重要な文書なのですが、患者の権利に関する「リスボン宣言」です。これは、我々の現在のユニバーサル・ヘルス・カバレッジの議論の中でも中心となっている文書です。

### 健康を一つの人権として掲げたアルマ・アタ宣言

1978年にアルマ・アタ宣言が出されましたが、

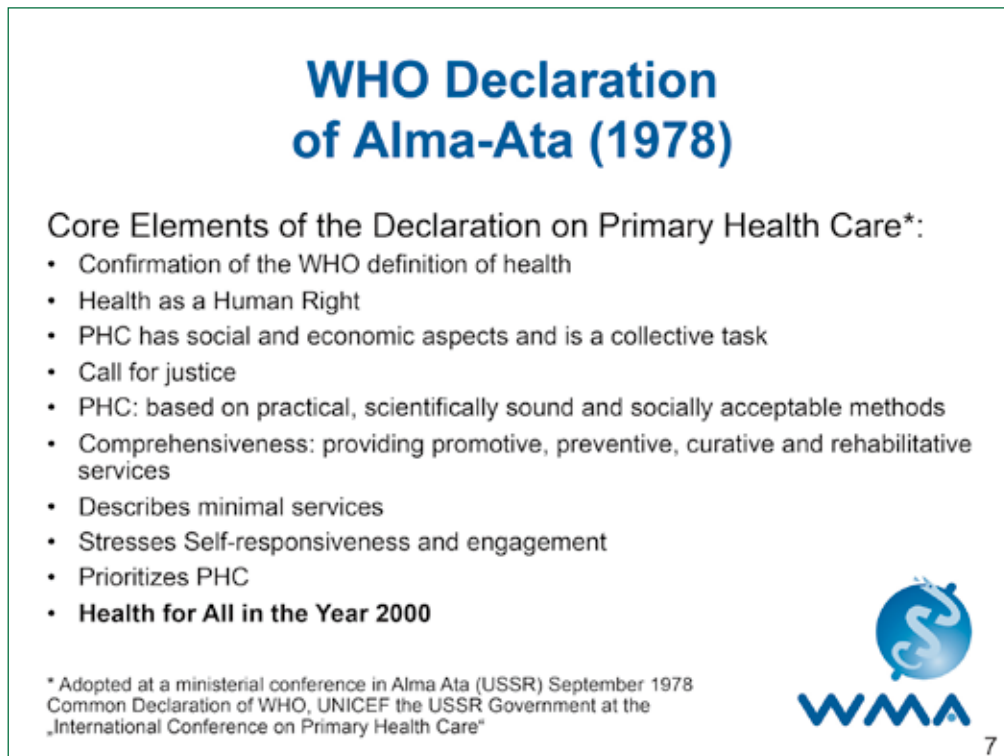
初めてWHOがプライマリ・ヘルス・ケアに関して出した宣言です。プライマリ・ヘルス・ケアは、何を中心として、どうあるべきかを示したものです。これはWHOの健康の定義を確認するもので、健康を一つの人権として掲げました。プライマリ・ヘルス・ケアというのは社会的、経済的側面を持っています。実践的で、科学的に信頼に足るもので、社会的にも受け入れられるものであり、健康増進、あるいは、予防、治療に関わるものでなければならない。そして、個人の応答性を強化し、エンゲージメントを高めるものであるということです。そして、2000年には、「Health for All」（全ての人の健康）ということが言われました（図表6）。

### プライマリ・ヘルス・ケアが定義される

では、アルマ・アタ宣言の文言を見てみたいと思います（図表7、8、9）。

独立、平和、緊張緩和の真の政策は、平和的目

■ 図表6




■ 図表7

## WHO Declaration of Alma-Ata (1978)

Quote 1 (Declaration of Alma-Ata paragraph I):

I

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right ...



8


■ 図表8

## WHO Declaration of Alma-Ata (1978)

Quote 2 (Declaration of Alma-Ata paragraph X):

... A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

...




9

■ 図表9

## WHO Declaration of Alma-Ata (1978)

Quote 3 (Declaration of Alma-Ata paragraph VII,3):

Primary health care:  
includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;



10

的のために適切に活用されるさらなる資源を生み出すことが可能であり、また、そうすべきである。その中でも、社会経済の発展促進において、プライマリ・ヘルス・ケアはそこに資源が適切に割り当てられるべきである。つまり、武器ではなくて、健康に対して資源が割り当てられるべきだということを言っているわけです。1978年にソビエト連邦の一部であったカザフスタンで取りまとめられ、その努力が今日も続いているということであります。

そしてこの宣言では、プライマリ・ヘルス・ケアとは何かという定義がされております。少なくとも、健康の問題とその予防、対策に関する教育、食料の供給と適切な栄養の促進、そして、安全な水と基本的衛生設備の十分な供給、家族計画を含む母子保健、主要な感染症の予防接種、地方病の

予防と対策、日常的な疾患と外傷の適切な処置、そして、必須医薬品の供給ということが含まれない、ということです。

これはもちろん、よかれという意図でできているわけですが、最小限ということをしてしまいますと、マイナスの効果もあるわけです。

### アルマ・アタ宣言後の医療制度

アルマ・アタの後で、1979年に重要な会議がイタリアのベッラージョで開催されました。ロックフェラー財団による会議です。そこで議論されたのは、医療制度をアルマ・アタ宣言の後どういうふうにつくっていくべきか、そこで、非常に緊急に求められているところに集中すべきであろうということで、これが「ゴビ<sup>1</sup>」と言われていま

<sup>1</sup> GOBI : 1982年にUNICEFが提唱した「子どもの生存革命」というスローガン。growth monitoring (成長モニタリング)、oral rehydration treatment (経口補水療法)、breastfeeding (母乳育児)、immunization (予防接種)

## 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

すが、成長モニタリング、経口補水療法、母乳育児、予防接種、そして、食料補給、女性教育、家族計画といったことが後から加わるということになりました（図表 10）。

ユニセフがこのプライマリ・ヘルス・ケアの最小限の定義から、その最小限の部分を届けるということで、アルマ・アタ宣言のほうがこれよりもずっと範囲が大きかったわけです。一般的な予防、公衆衛生、プライマリ・ヘルス・ケア、根治のための医療、必須医薬品、外科処置、そして、機能回復といったこともうたっていたわけです（図表 11）。

しかし、それをさらに限定するということをしてしまいました。何をしたかといいますと、最小限のプログラムになっていったわけです。つまり、バーティカルなプログラムで、特定の問題解決、例えば、HIV、エイズ、結核、マラリア、児童の栄養不足、ユニセフのプログラムでもあります。予防接種もそうです。またさらに、民間のデリバリー・システムや投資、寄附に依存していたとこ

ろがあります。残念ながら、多くの国々で教育への投資を減らすということがありました。

私たちは HIV、エイズ、さらに新たに結核の蔓延の危機が近づいていることを認識しなければなりません。

例えば、医療従事者から医療従事者でない人にタスクシフトする。医師からコミュニティヘルスワーカーに、医師から看護師、医師から一般の人たちに、あるいは、看護師から一般の人たちに変えるという話が出てきています。より安価で、よりお金が払いやすいように、手の届くようにするためという目的です（図表 12）。

しかし、アルマ・アタを見ても、あらゆるところでうまくいっていません。この手法によりマイナス面での影響を受けている医療制度は多いです。というのも、最小限のプライマリ・ケアに注力したことで、医療制度が発展するということにつながらなかったからです。

■ 図表 10


## After Alma-Ata (1978)

Rockefeller Foundation: Health and Population Development Conference, Bellagio 1979

Selective Primary Health Care - low-cost solutions focusing on major mortality risks (GOBI\*)

- **g**rowth monitoring,
- **o**ral rehydration treatment,
- **b**reastfeeding
- **i**mmunization and later:
- **f**ood supplementation
- **f**emale literacy
- **f**amily planning

\*UNICEF




11

■ 図表 11

## WHO Declaration of Alma-Ata (1978)

Primary Health Care as the core element of all health care systems

- Health Promotion and Prevention
- Public Health
- Primary care in curative medicine including essential drugs, essential surgery, and rehabilitation
- Reasonable service structure satisfying also economic requirements



12

■ 図表 12


## After Alma-Ata (1978)

What did the donors do?  
(Governments, UNICEF, International Monetary Fund, World Bank, national development agencies and charities):

- Focussing on minimal strategies
- Focussing on vertical programs (e.g. GOBI)
- Reliance on private investments and private delivery systems
- Dis-investment in education

HIV-Crisis followed by a new TB epidemic

- Task shifting
- Community Health Workers



13



## 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

**ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの定義**

昨年の WHO では、新しいプログラム、ワークプログラムを採択しました。2019 年から 2023 年のものになります。そこで目指すものは、10 億人の人たちがユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) でカバーされるようにしよう、そして、10 億人の人たちがより健康危機から守られ、そして、10 億人の人たちがよりよい健康と福祉を享受できるようにしようということで、非常に高い目標を掲げています (図表 13)。

それでは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの話をしていきましょう。これには、日本医師会と世界医師会が非常に積極的に関与しています。

WHO の定義があります。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、医療サービス、すなわち、予防、健康増進、治療、リハビリ、緩和ケアを必要とする全ての人たちが、不当な経済的困難に陥ることなく医療サービスを受けられる状態です。そして医療制度のもとで、全ての人々の健康上の

ニーズにこたえるようにするというものです (図表 14)。

もちろん日本ではその道は長く、大変だったと思います。ドイツを含めそのほかの国々も大変な経験をしています。しかしながら、そこには価値があります。世界のほかの地域にもこのユニバーサル・ヘルス・カバレッジを進めていく意味があります。

最初のアルマ・アタ宣言から約 40 年経って、もうソビエト連邦の一部ではなくなったカザフスタンで、アスタナ宣言が採択されました。アルマ・アタ宣言と矛盾するものではなく、アルマ・アタ宣言にとってかわるものでもありません。

しかしながらアスタナ宣言というのは、政治家が単に最小限の医療と、アルマ・アタ宣言でうたわれていることだけをすればよいということにならないようにより拘束力を持とうとしています。

アルマ・アタ宣言に書かれているのと近いことも書かれておりますが、このアスタナ宣言の中では健康の社会的家庭的要因についても触れていま

■ 図表 13


## The WHO Declaration of Astana (2018)

Overarching Aims by WHO:

“triple billion target” by 2023\*:

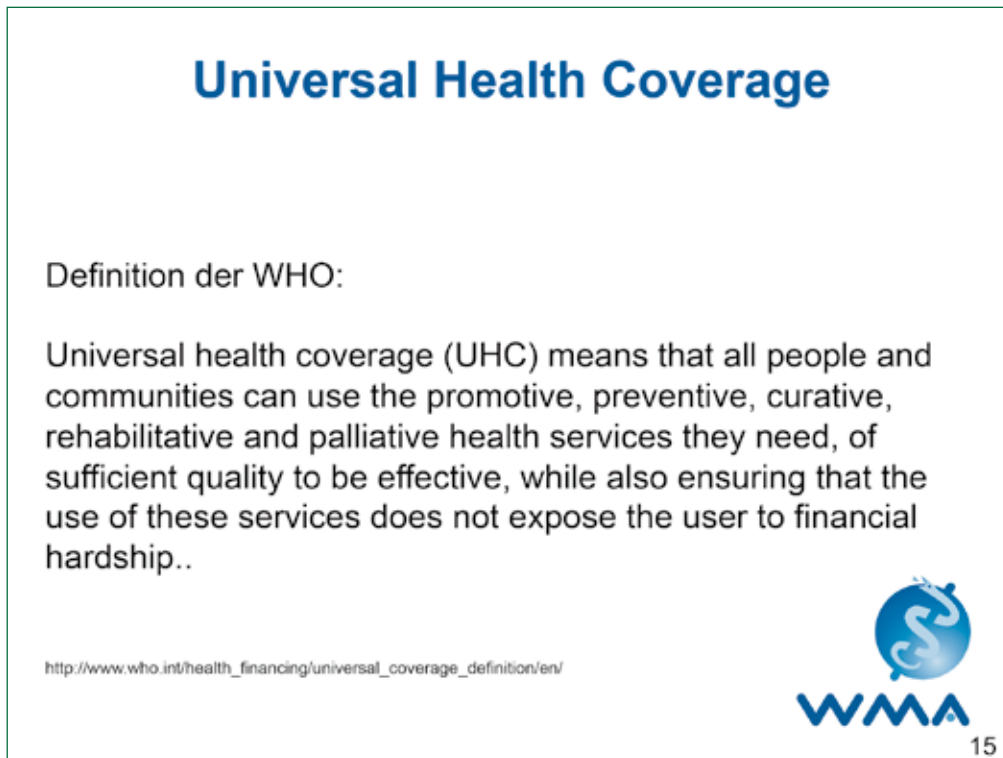
- 1 billion more people with Universal Health Coverage
- 1 billion better protected from health emergencies, and
- 1 billion enjoying better health and wellbeing.

\*WHO 13th General Programme of Work (GPW13)  
WHO Impact Framework



14

■ 図表 14



す。健康の社会的家庭的要因は重要です。40 年前以上に、私たちはこれらのことをより理解できるようになってきました。

### よりよい医療ニーズを人々に届ける

アルマ・アタ宣言と同じようにアスタナ宣言では、明確にプライマリ・ヘルス・ケアとは何かというものが列挙されています。アルマ・アタ宣言から大きく変わっているところはありません。アルマ・アタ宣言もアスタナ宣言も、日本語訳があると伺いましたので、ぜひ読んでいただきたいと思います。

これらをまとめますと、プライマリ・ヘルス・ケアの概念はこの文書の中で説明されております。読んでいただきますと、全くそれぞれ矛盾ということではなく、言い方を変えている、疑いなくそうだというものもあります。

アスタナ宣言では、プライマリ・ヘルス・ケアとは何なのかということが非常に明確に書かれて

います（図表 15、16）。

プライマリ・ヘルス・ケアによって、全てではありませんが、ほとんどのヘルス・ケアの医療のニーズを人々に届けることができるものだということがおわかりいただけると思います。そして、私にとって適切なプライマリ・ヘルス・ケアシステムは、医師が主導し、医療制度の中で資金も節約し、そして、よりよいサービスを市民に届けることのできるものと考えています。

でも、これで終わりではありません。プライマリ・ヘルス・ケアシステムというのはとどまることはできません。二次、三次の医療サービスが必要です。例えば重症の、あるいは、難治性の疾病を持っている方々は、高度な医療が必要です。プライマリ・ヘルス・ケアはそういった意味では、これだけで終わりだということはありません。


それでは、資金を拠出する側はどうするのでしょうか。例えば、タスクを別の人たちに移すのか、あるいは、より貧しい政府の人たちに移すのか、ユニセフ、ガビ、予防接種を担当するところ、

■ 図表 15

## The WHO Declaration of Astana (2018)

Primary Health Care as the core element of all health care systems

- Health Promotion and Prevention
- Public Health
- Primary care in curative medicine including essential drugs, essential surgery, **palliative care** and rehabilitation
- Focussing also on Social Determinants of health



16


■ 図表 16

## The WHO Declaration of Astana (2018)

Core Elements of the Declaration\*:

- Committed to Health as a Human Right, to justice and solidarity
- PHC core element of Universal Health Coverage
- Mentioning of non-communicable diseases (esp. Alcohol, tobacco, unhealthy lifestyles, insufficient physical activity)
- Observing the Social and Environmental Determinants of Health
- Comprehensive preventive, promotive, curative, rehabilitative services and palliative care, applying (including)
  - scientific as well as traditional knowledge
- Health Care as a work place: create decent work and appropriate compensation
- Addressing the shortage of health personnel
- Better allocation of resources, adequate financing of primary health care
- Including all groups of society

Adopted at a ministerial conference in Astana (Kazakhstan) September 2018  
Common Declaration of WHO, UNICEF the Government of Kazakhstan at the  
„Global Conference on Primary Health Care“



17

## 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

そして、例えば豊かな国から寄附を募って、HIVや結核、マラリア対策に使うのか。例えば世界銀行や慈善団体という非常に大きな団体がありますし、ビル・ゲイツ財団も非常によいことを多くしています。しかし、こういったところがユニバーサル・ヘルス・カバレッジに貢献して、真の医療制度をつくっていくことができるのか。

OECD、そして、バクーで行われたヨーロッパ・ヘルス・オブザバトリーでも講演が行われ、私は非常に驚きました（図表 17）。

もちろん、医療を考えたときに、これはチーム医療です。医師だけではなく看護師、補助者、薬剤師、理学療法士も必要です。より協力できればできるほど、これは患者さんのメリットにもつながります。でも、このモデルでは、チームのプライマリ・ヘルス・ケアのリーダーは医師ではなく看護師になっています（図表 18）。非常に心配です。

### 医師が適切なケアを提供するために必要な投資

私は、患者の誰もを医師が診るべきだと考えています。もちろん、世界では多くの場所で十分な数の医師が足りないところもあります。そして、今後数年間、その状態は続きます。したがって何らかの形で、それにとってかわる方法を見つけなければなりません。看護師、あるいは、地域社会のコミュニティ・ヘルス・ケアワーカーも、地域社会の保健師も必要でしょう。しかしそれでも医師の教育に投資が必要なのではないか。例えば、ファミリーフィジシャン、外科医、あるいは、産科医になるための投資はどうなのか。

やはり、そういったキャリアのための、あるいは、キャリアパスというものが、適切なケアが医師によって提供されるためには必要なのではないかと考えます。


そして看護師については、『THE LANCET』に掲載された論文で、看護師の範囲が非常に広がったということが書かれております。処方、非

■ 図表 17

## The WHO Declaration of Astana (2018)

WHO has stated its policy, but what will big donors now do (e.g. Governments, UNICEF, GAVI, Global Fund, IMF, World Bank, Charities)?

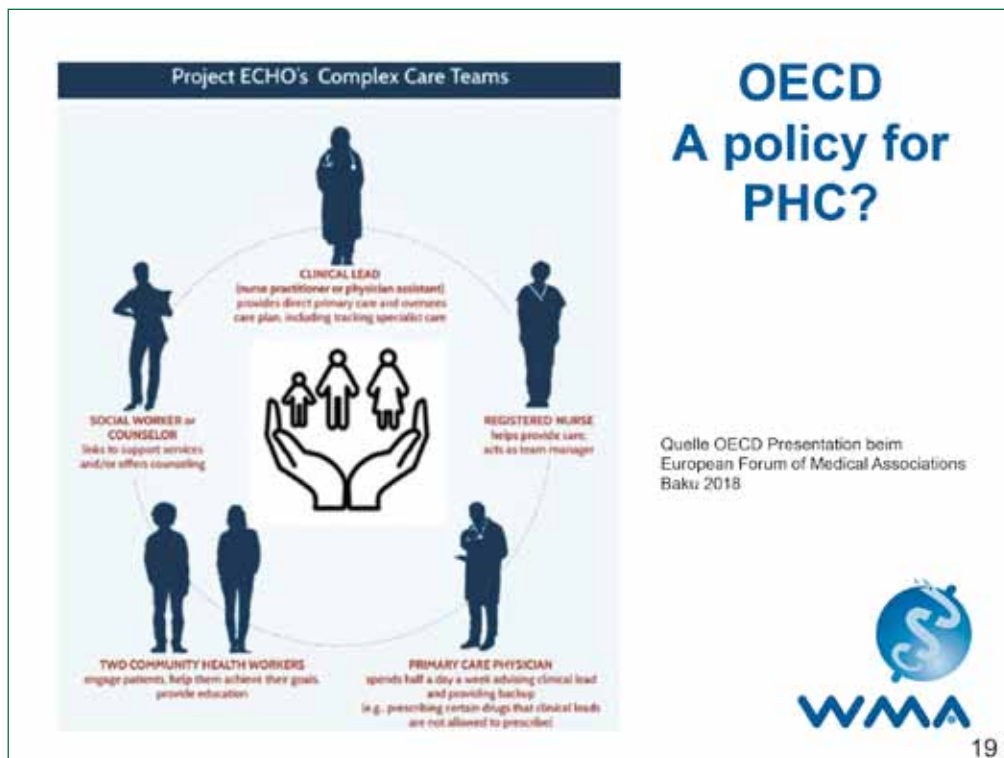
- Task shifting (Community Care Workers)
- Substitution (OECD, European Health Observatory)



18

講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

■ 図表 18



■ 図表 19

**Nurses: The Better Doctors?**

**THE LANCET** Log in

COMMENT | VOLUME 392, ISSUE 10136, P1377-1379, OCTOBER 20, 2018

Putting nursing and midwifery at the heart of the Alma-Ata vision

Nigel Crisp • Elizabeth Iro

...nurses have expanded their practice considerably—eg, prescribing, managing non-communicable diseases, undertaking procedures, being first responders in emergencies.<sup>10</sup> There are now studies that show how electively nurses can deliver primary care services. A 2018 Cochrane review, for example, concluded that “Delivery of primary healthcare services by nurses instead of doctors probably leads to similar or better patient health and higher patient satisfaction.”

**WMA**

20



## 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

感染性疾患の管理、処置、そして救急の場合、最初に現場を訪れるのが看護師だと書かれております（図表 19）。

2018 年のコクラン・レビューによると、看護師がプライマリ・ケアを提供できる、例えば、医師でなく看護師によって届けられたプライマリ・ヘルス・ケア・サービスが、医師と同等かそれ以上であるということが、患者の健康と満足度においていえると書かれております。

昨年 11 月のアスタナ宣言の際も、その話がなされました。

コクラン・レビューを見てみます。実際、この中でも研究がなされ、その結果、看護師によるケアは医師によるケアと恐らく同等、あるいは、それ以上の健康上の転帰、アウトカムというものが幅広い患者の状態において言えたと書かれております（図表 20）。

そうすると、プライマリ・ケアの医師は必要ないのではないか、看護師だけでよいのではないかというようにとらえられるかもしれません。

OECD のモデルもそうです。しかしながら、その絵というのはより複雑です。

まず、1 点目に、エビデンスが非常に弱いということ。


2 点目、ここで何を見ているのかというと、看護師 1 人、あるいは、複数なり、これは単一のタスク、通常、大体、医師が行うタスク、通常 1 人で 1 つのタスクを行います。

例えば、高血圧を診る、あるいは、高血糖を扱う。でも、同じようなものではありません。別のグループです。

そして、患者さんへどういう診療をしたのかを比べています。しかしながら、看護師の中で、例えば、高血糖や高血圧、喘息などにおいて診療をしたところはありませんでした。

ということで、このようなばらばらのアプローチでは、プライマリ・ケア医師が行う幅広いさまざまなことと、ばらばらで看護師が行うことを比較しても、これは受け入れられるような結論ではありません。

■ 図表 20




**Nurses: The Better Doctors?**

**Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review)**

Laurant M, van der Bleezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH

Study findings suggest that care delivered by nurses, compared to care delivered by doctors, probably generates similar or better health outcomes for a broad range of patient conditions.

2018, Issue 7. Art. No.: CD001271.  
DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.  
[www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)



21

## 講演Ⅰ Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018

けれども、政治家はこのようなものを読みます。こういったものが政治家の机の前に置かれ、そして、アシスタントの耳に吹き込まれるわけです。ということで、宣言は、WHO にとってもよいスタートとなりました。アスタナ宣言もよいです。

しかし、果たして、こういった組織、団体が、どこに投資をしていくのかということです。医師としての役割は、これからも患者さんの適切な対応のためにプライマリ・ケア・チームでの責任を取っていくべきだと考えています。

またさらに、医師の教育のための投資です。単にタスクをほかの人たちにかえる、あるいは、何かに置きかえるということではなく、医療従事者の教育のための適切な投資が必要と考えています(図表 21)。

### ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現のために

アルマ・アタ宣言と同じように、アスタナ宣言

もやはり目標を高く置いております。そして、私たちは、心の底からこの目標というものを支援します。また、プライマリ・ヘルス・ケアは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジをできるだけ多くの国々で実現するために非常によい一歩となります。

しかし同時に、プライマリ・ヘルス・ケアの普遍的な提供とユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現のためには、政府や国際機関からの投資が必要であるとともに、投資の結果に対する説明責任に医療従事者は答えていかななくてはなりません。

そして私たちは答えなければならない問いがあります。十分な医療がない地域はどうするのかということです。世界全体で考えていかなければなりません。そして、資金拠出をする側に対して、適切なプライマリ・ヘルス・ケア、そして、人的資源というものが全ての国にそろうということです。そうすることで、地球上の全市民が、必要なときには医師に診てもらえることができるという状

■ 図表 21

## The WHO Declaration of Astana (2018)

WHO has stated its policy, but what will big donors now do (e.g. Governments, UNICEF, GAVI, Global Fund, IMF, World Bank, Charities)?

- Task shifting (Community Care Workers - CHW)
- Substitution (OECD, Cochrane, European Health Observatory)
- Will there be an investment in professional education or only short training of CHW
- Will working conditions be improved to retain health professionals in their countries?




22

■ 図表 22

## Conclusions

- Like the Alma-Ata Declaration the Astana Declaration is highly aspirational.
- We wholeheartedly share most of the aims especially the ubiquitous provision of Primary Health Care (PHC) and the strive for Universal Health Coverage (UHC).
- Making this a reality depends on the actions of the donors, their willingness to invest in proper PHC as a core element of UHC is unclear.
- We will have a stronger position on questions of delegation and substitution .
- We need to demand from the donors (governments and international organizations) more accountability for the outcome of their investments.



23

態になると思います（図表 22）。

以上です。ありがとうございました。

**中川** クロイバー先生、ありがとうございました。

## 講演Ⅱ

人口減少日本で  
医療に起きること

ジャーナリスト 河合 雅司



## 演者紹介

**中川** 続きまして、河合雅司先生よりご講演をいただきます。

河合先生の経歴を紹介します。

河合先生は、産経新聞社論説委員、高知大学客員教授、大正大学客員教授の他、内閣府有識者会議委員、厚労省検討会委員、農水省第三者委員会委員を務めていらっしゃいます。

また、日本医師会「赤ひげ大賞」選考委員なども務められ、2014年に「ファイザー医学記事賞」大賞を受賞されました。ご専門は人口政策、社会保障政策で、『未来の年表 人口減少日本でこれから起きること』など、数多くの著書を出していらっしゃいます。

演題は、「人口減少日本で医療に起きること」です。それでは、よろしくお願いいたします。

## 講演

**河合** 皆様、こんにちは。ご紹介にあずかりました河合です。よろしくお願いいたします。

## 少子高齢化社会に求められる医療とは

さて、私は人口問題をずっと追いかけている

ジャーナリストですが、人口動態の変化によって、ここから先の医療偏在がどういう形になっていくのかということをお話をしていきます(図表1)。

皆様ご存知のように我が国は、少子高齢化が進んできています。これは医療に限らず全ての我々の暮らしに影響していくことです。

今後、今までの発想で医療政策を考えているとたぶん、つじつまが合わなくなったり、うまくいかなかったりということが多くなってくると思います。

まず我が国が、これからどのように人口減少が続いていくのか、我々はこういった状況の中で生きていかなければならないのかを確認し、人口動態の変化が医療の提供体制、医療の地域偏在に対してどのような変化を求めてくるのだろうかということについて、お話をしていきます。

## 現在の少子化が次世代の少子化につながる

まず図表2は年間出生数のグラフです。棒グラフはその年に生まれた子供の数です。一番左側の高い所が団塊の世代で、小さい山が団塊Jr.世代です。以降は概ね下り坂が続いております。これが少子化ですが、人口の未来というのはだいたいはずれません。

その時々生まれた子供の数によって何年後に

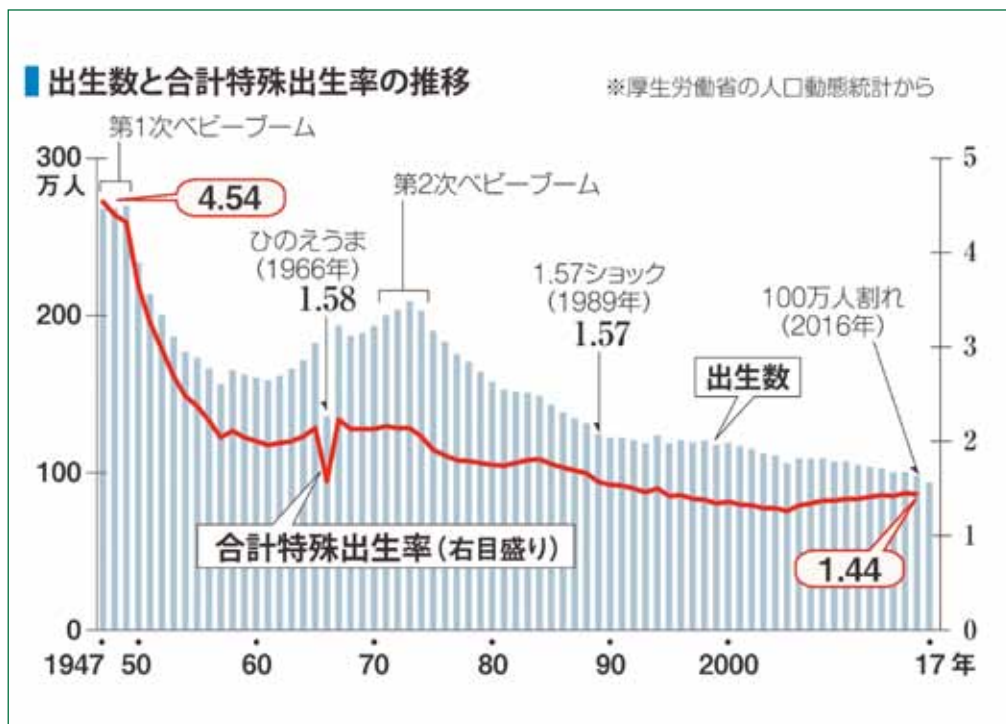
講演Ⅱ 人口減少日本で医療に起きること

■ 図表 1



©Masashi Kawai

■ 図表 2



©Masashi Kawai



■ 図表 3



©Masashi Kawai

何歳代が何人ぐらいいるのかということがわかります。

一つだけ日本の人口の未来に変数がありまして、それは出生数です。これから先ベビーブームが起こるかもしれないし起こらないかもしれないわけですが、それは誰にもわかりません。

我が国の場合には、出生数の未来がかなり暗いものになってしまっています。

この棒グラフの先がどのようになっていくか、ということですが、ここで今一度この少子化という意味をとらえ直さなければいけません。

少子化という言葉について、たぶん多くの方々は子供が少なくなるということでご理解されていると思います。

しかし、もう一つ意味があります。それは将来子供を産む若い女性の数が減っていくということなのです。

この棒グラフの下がっていく部分というのは、その時々の子供の数が少なくなっているわけです。20年前に生まれた女の子の赤ちゃんが今20

歳になっていて、30年前の赤ちゃんは30歳になっているわけで、この数を今さら増やすわけにはいきません。かなり先まで子供を産める女性の数というのは決まっています。

少子化が少子化を生んでいく状況がどうなっていくのかを調べますと、かなり深刻な状況なのです。

### 戦後70年で子供の数は3分の1に減少

図表3の数値は国立社会保障・人口問題研究所の推計値の中から25歳から39歳の女性の数を取り出して私が再計算をしたものです。

なぜ、25歳から39歳なのかといえば、今出産している女性の年齢の8割ぐらいがこの年齢層だからです。ここを出産する女性の年齢と規定し、この数を調べてみました。2015年の国勢調査を100とした場合、どのぐらい減っていくのかというと2040年頃には4分の3、おおざっぱに言

## 講演Ⅱ 人口減少日本で医療に起きること

うと 50 年後には半減してしまいます。これぐらい出産できる女性の数は減ってきてしまうわけです。

これを単純に考えれば、今のままの未婚率や出生動態が続くならば 50 年後の夫婦、カップルは、現在子供を産み育てている夫婦、カップルの倍の子供を産み育てる社会が到来して初めて現在の年間出生数を維持できるということです。

昨年の年間出生数が年末に発表になりましたが、約 92 万人です。団塊の世代の頃は 270 万人ぐらい生まれていましたので、我が国は戦後 70 年かけて子供の数が 3 分の 1 の社会になってしまったわけです。

50 年後の夫婦・カップルの出生数が、今の夫婦・カップルの 2 倍の水準になるとするのはなかなか難しいだろうと思います。全員が 3 人の子供を持つ状況になって、初めて少子化が反転を始めるわけです。

お父さんとお母さんという 2 人の人間から子供が 2 人ならば、単純に人数が置き換わるだけなので人口の増加は期待できません。今は 3 人の子供を育てている夫婦・カップルはかなり少なく、一昨年の年間出生数の第 3 子以上の割合を調べるとおよそ 16% でした。子どもを産み育てている夫婦、カップルの 6、7 組に 1 組しか 3 人以上子どもを産んでいない状況です。

これが倍になるということは 6、7 組に 1 組が 6 人以上子供を育てる社会が来るのか、ということを考えなければいけないことになります。結婚しない人もいますし、結婚しても子供を持たない夫婦・カップルもいます。これはなかなか今の状況が、50 年後に大きく改善するとは私には思えません。

### 人口減少に対応できる機能を持つ社会に

ここから先、我が国はしばらくの間少子化が続いていくことは、避けられない事実として考えていかなければならないと思います。

すなわち、我々は今後、医療政策だけではなく、

どの政策を考える上においても少子化が進み、また亡くなる人も増えてきますので、人口減少が進むという状況を前提にして日本社会を機能させていくことを考えなければいけない。そういう時代を生きざるを得ないということです。

ところで我が国はこれからどのぐらい人口が減っていくのかというと、かなりのスピードなのです。

今、日本は世界で 11 番目の人口大国ですが、わずか今から 40 年後にほぼ 7 割の規模になります。そして 100 年後になると半減します。

世界 11 番目の一億人以上もの人口を抱える大きな国が、今私が申し上げたようなスピードとボリューム感で縮んでいくとなると何が起るかわかりません。

ましてや我が国はコンピュータが普及し交通網も普及しているという極めて成熟した社会を築き上げています。このように成熟した社会でこれほどのスピードの人口減少を経験した国は有史以来ないということで、我々はまさにこの先頭を走っている、むしろ世界が、日本が今後どう対応していくのかを見ているような時期にあるということです。

そのような状況な中でどうやって医療を提供していくのか、また、患者側から見ればきちんと医療にアクセスすることが可能なのかということを考えていかなければいけません。

### 2段階に分かれて変化が起こる人口減少

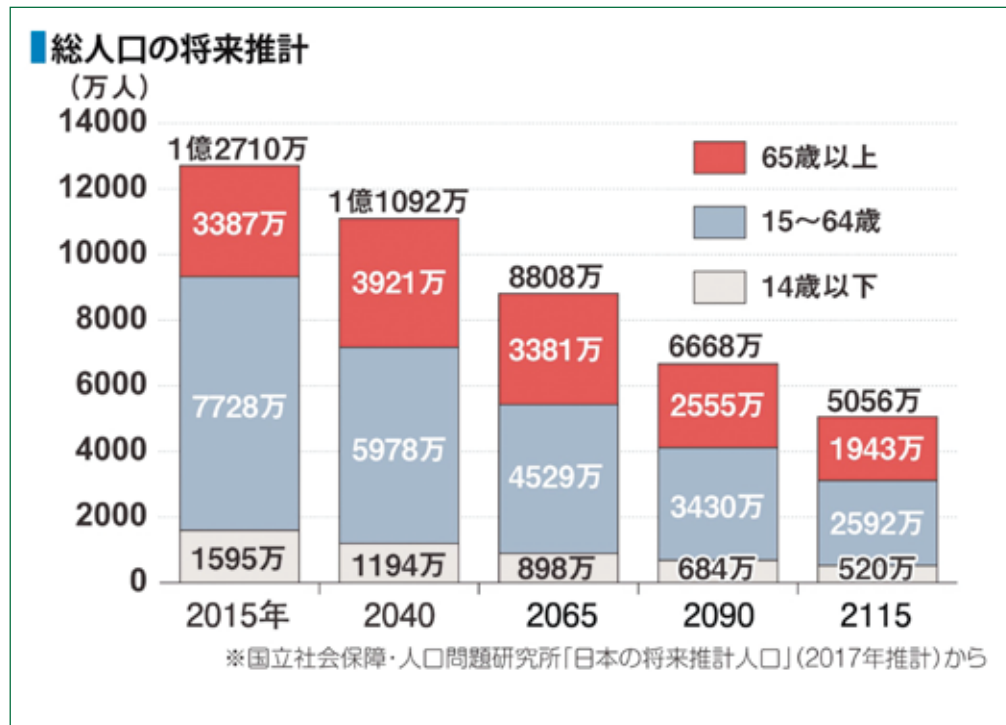
そして、人口減少というのは実はあまり知られていませんけれども、2 段階に分かれて変化が起こってきます。

1 段階目は図表 4 の赤い部分を見てください。

2040 年まで、詳細には 2042 年まで高齢者の数が増えていきます。今高齢化が進んできたように感じますが、今からさらに 500 万人ぐらい高齢者の人数は増えていくのです。

今、社会で活躍している世代の方々は、ここから先ずっと高齢者対策に追われていく世代になり

■ 図表 4



©Masashi Kawai

ます。

人口減少の第2段階は2042年を超えた2043年以降となりますが、高齢者の数が減り始めます。そして若い人の数はもっと減って行きます。

いよいよ人口激減期に入ってくるのです。この頃大人になるのは今の小学生、中学生の世代です。

この時代に社会の中心にいる世代は日本で人口が激減することに伴って起こる社会課題を解決しなければいけない世代です。

単純な例をあげると、例えば高齢者向けの施設で考えてみましょう。高齢者の人数がこれからまだ増えていくので、各県とも高齢者施設を増やさなければいけません。計画を立てて毎年毎年少しずつ作っていったとして、ようやくその整備計画が完了した頃になると、入所する人の数が減り始めるということになってきます。

すなわち、入所者が減少し始めた先の状況の転用まで考えて施設は整備していかなければいけない、ということだろうと思います。今後、極めて難しい作業を余儀なくされてくるということであ

す。

### 人口減少は地域によって異なる

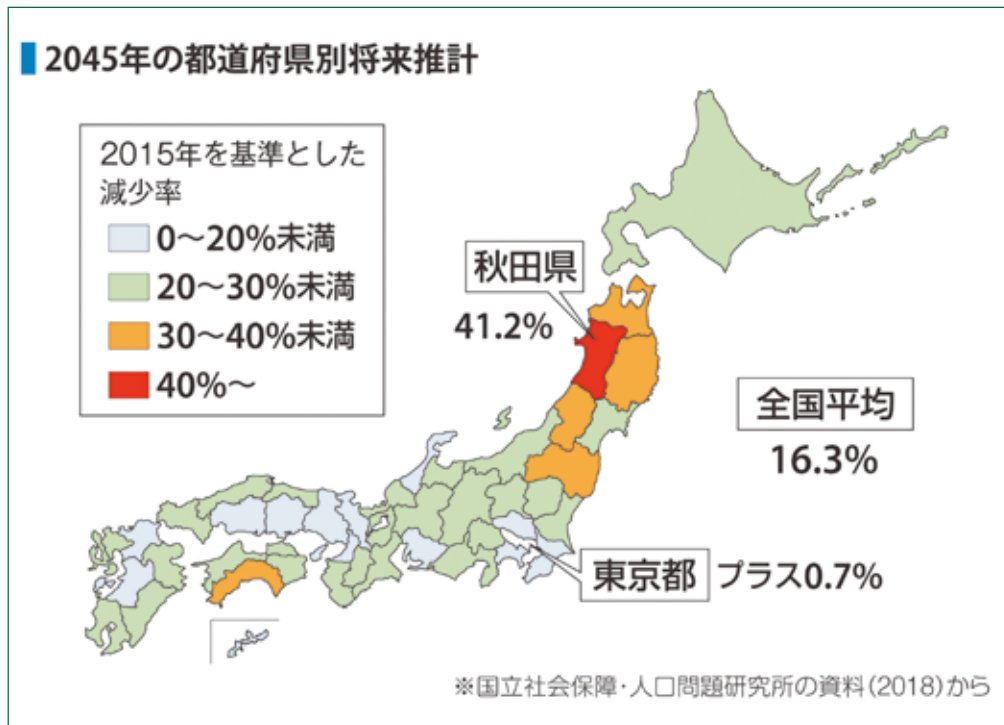
人口激減がどれぐらいのペースで1年当たり進んでいくのかというと、一昨年と昨年を比較した場合に、ざっと45万人ぐらい、日本列島から日本人が減りました。

このペースが高どまりするのがだいたい2050年頃です。2050年頃になると毎年90万人ずつ減っていくような状況になるというわけです。(図表4)

ただ、すべての地域で均等に減っていくわけではないところに難しさがあります。これが今日のテーマである地域偏在を大きく左右してくる原因です。

東京圏の場合には、まだ人口が流入をしているので、東京都は今から30年後も人口が今の水準よりも多い状況が続くわけです。その一方で、図表5を見ていただければわかるように東北地区を

■ 図表 5



©Masashi Kawai

中心にかなり人口が減るエリアも出てくる予測です。

とりわけ秋田県が一番減少する見通しになっています。秋田県はわずか30年ぐらいで現状の4割減、今の6割の規模になってしまうということです。

秋田県はもともとの人口が多いので、4割減になっても60万人ぐらいの人口が維持できます。しかし、もともと人口が少ない県、例えば、島根県、鳥取県、高知県のようなところになりますと、1県当たりの人口が50万人を切ってくるような県も出てくるのが考えられます。

例えば、高知県の場合、人口は50万人を切るような状況になり、その半分以上が県庁所在地の高知市に集まり住むという予測になっております。

こうなると、高知市以外の他の自治体の場合にはかなり、高齢者も含めて人口が減ってくるでしょう。そこで今後、現状の生活、社会を機能させることが果たしてできるのか。こうしたことを

考えなければいけない地区がこれから広がってきます。

医療提供体制を考える時には踏まえておかねばいけない現実だと思います。

もちろん、地域の人口変動は、引っ越しに伴う増減もありますので、予想どおりになるかはわからないところもあります。

しかし、大きなトレンドとしては、このような推計を政府が示しているということをご紹介します。

### 今後の高齢社会の4大特徴

先ほどすでに社会に出ている世代は高齢者対策に追われる世代だと申し上げましたが、ここから増えていく高齢者の実像を知らなければ適切な対策を講じられません。これから増える高齢者のシルバー像というのはこれまでとは随分変わってくるということも、実は人口動態が我々に教えてくれています。それをご紹介します。

■ 図表 6



©Masashi Kawai

高齢者がピークを迎える 2040 年代初頭まで、先ほど申し上げましたように 500 万人ぐらい増えてくるわけですが、どういう人たちが高齢者になってくるのか、また、高齢者はどういう暮らしぶりをしているのかということです。

いくつも特徴的な変化がありますが、その中でとりわけきちんと押さえておかなければいけない 4 つのポイントを今日は整理をしてみました。図表 6 をご覧ください。

### 後期高齢者の増加

1 つ目としては、高齢者と言っても、これから増えてくるのは、お歳を召された高齢者ばかりだということです。2016 年をピークに、前期高齢者は減り始めました。昨年の 3 月の総務省のデータを見ると、前期高齢者と後期高齢者の数は逆転をし、今、後期高齢者の逆転幅が急速に拡大しています。

5 歳区分年齢で推計値が出ていますが、これを

見ていくと、今後増加するのは 80 代以上ばかりということです。

2030 年代半ばになると、赤ちゃんを含めた国民の 6、7 人に 1 人が 80 代以上という、極めて高齢化した社会にわが国は変貌します。これが 1 つ目の特徴です。

### 女性高齢者の増加

そして、2 つ目の特徴としては、ここから先、女性高齢者が増えてくるということです。これは先ほど説明したお歳を召された高齢者が増えてくるとワンセットで考えることでもあります。

現状より、男性高齢者もちろん絶対数が増えるわけですが、より超長寿の国に変わっていくとなると、男女の平均余命の差がかなりものを言い始めるということです。

現状でも、約 3,500 万人の高齢者、女性が 2,000 万人で、男性 1,500 万人と 500 万人の差があります。この先平均寿命が延びていけば延びていく



## 講演Ⅱ 人口減少日本で医療に起きること

ほど、女性高齢者のほうが長生きをされ、その絶対数も増えてくるのが容易に想像されます。

ということで、2つ目の特徴は女性高齢者が増加してくるということです。

### 一人暮らしの高齢者の増加

3つ目の特徴は、一人暮らしの高齢者がこれから増えてくるということです。

これは半分、人口動態の変化に関係あり、半分は人口動態の変化に関係ない要因なのですが、人口動態の変化に関係するほうは、先ほどの女性高齢者の増大とも関係してきます。

要は、連れ合いを亡くしてから一人暮らしになる方がこれから増えてきて、その老後は長いということです。女性の実に半分は90歳まで生きるという推計が出ていますので、かなり一人暮らしのおばあちゃんが増えてくるだろうと想定されるわけです。

もう1つ、人口動態の変化に関係ないほうは、今の30代よりも若い方に急速に増えてきている、生涯シングルという人生の選択をされている方々の存在です。この方々もいずれ高齢者になってくるわけです。ちょうど高齢者の絶対数がピークを迎えるであろう2040年代初頭にかけて彼ら、彼女たちが高齢者の仲間入りをします。

この2つの要素が合わさって、これから一人暮らしの高齢者が増えてくるわけです。

今も、多くの一人暮らしの高齢者がいますが、この先、本当に身寄りのない高齢者が増えてくるでしょう。

今は、兄弟姉妹がいるとか、お子さんが同居はしていないが別の場所に住んでいるということで、いざとなれば頼る誰か、相談する相手がいる、そういう中での一人暮らしの方が多いわけです。

今後はいざとなった時も、何か起こった時も、本当に助けてくれる人がいない、親身になって接してくれる人がいないという高齢者が増えてくるだろうということを我々は考えておかなければいけません。

### 貧しい高齢者の増加

4つ目の特徴としては、これから貧しい高齢者が増えてくだろうということです。これは人口動態の変化には関係ありません。

理由は就職氷河期です。就職氷河期というのは、ちょうど団塊ジュニア世代と重なっていますが、この世代は今50歳の手前ぐらいです。

それまでの昭和的なモデルの働き方というのは、終身雇用が前提で1つの会社に入ったらずっとその組織で働くことが当たり前とっていました。こうした働き方ではない働き方を余儀なくされた方々が2040年ごろに高齢者になってくるわけです。

こうした方々の多くが年金保険料を十二分に納め切れていない、また、老後資産の形成もできないままに、50歳ぐらいになってきているということです。このまま行きますと低年金者、無年金者が増えてくるであろうということが想像されるわけです。

### 高齢社会に対応する医療提供体制の整備

こういう4つの特徴を考えてみますと、本当に、生活弱者という方々が増えるこの国に増えてきます。

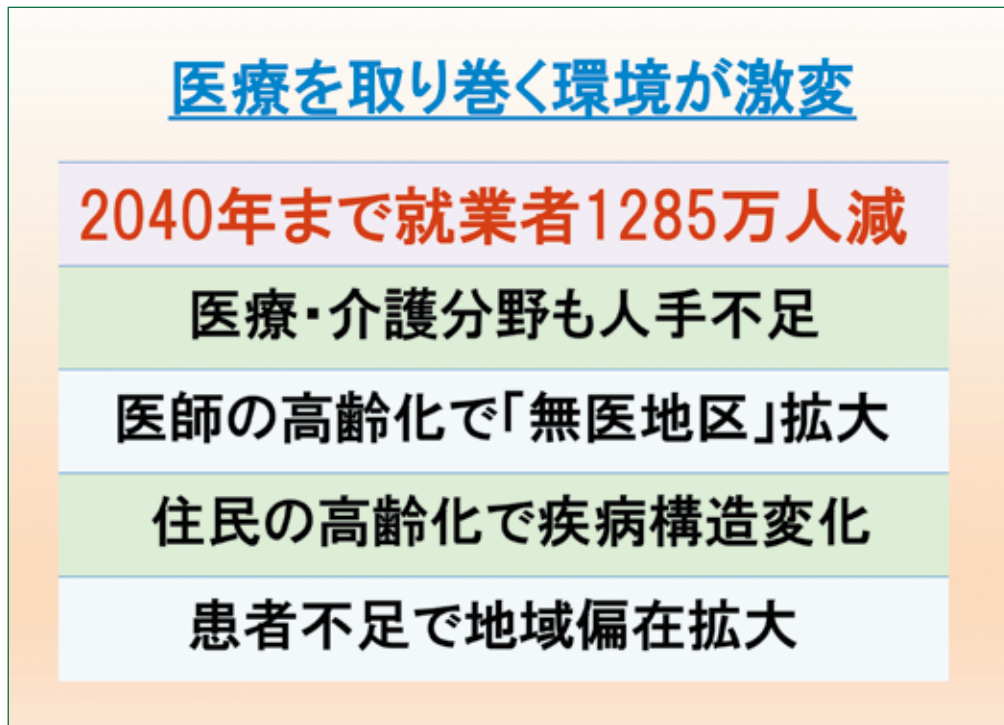
また、80代以上の一人暮らしの女性高齢者が、地域の偏在の中で極めて人口が少ない土地にもそのまま暮らすことになると、買い物難民や通院難民という言葉が、今でもあります、お買い物、日常の行政の手続、こういうことになかなかアクセスできないという問題がでてきます。

それは医療機関にかかりたいのに通院できない、そこにたどり着けない、そういう状況も広がってくるということです。

このような状況を前提にして、その上で医療提供体制をどう整えていくのか、これを考えざるを得ないということです。

医療の話は医療界だけで考えていては解決しない時代になりつつあるのだということを、ぜひ

■ 図表 7



©Masashi Kawai

ともご理解をいただければと思います。

### 人手不足による医療の地域偏在

今後の医療を取り巻く環境は、今まで私がお説明してきたような人口動態の変化によって激変する時期に入ってくるのではないかと考えています。

先日、厚生労働省から、2040年までの就業者の推計が初めて発表されました。その数字を見ると、最大1,285万人も就業者が減っていくということです（図表7）。

それはあらゆる分野も人手不足が続くということです。かなり以前から医師不足、看護師不足と言われている医療業界ですが、医療、介護分野もこれからさらに人手不足の状況が広がっていくことは容易に想像ができます。

これまでの地域偏在がなぜ起こっていたのかというと、国民の高齢化に伴って患者数が増えたことによって地域ごとに医師不足が起こった側面が

かなり強かったのだと私は見えています。

人口動態の変化に伴って医師の数が減ったわけではなく、むしろ患者の側の動態の変化によって、人口10万人当たりの医師数の偏在が形になってあらわれてきたということです。

### 医師の高齢化による地域偏在

しかし、今後の医師の地域偏在に関してはもう1つ大きな変化の要因が出てきます。それは、医師の高齢化ということです。

お医者さんたちも同じ人間でありますので、毎年一歳ずつ歳を重ねられていくので、これからは医師がかなり高齢になって、医業ができなくなる人が出てくる。もしくは、医師が亡くなって、その地区に医業をする人がいなくなるところが増えてくるのだろうと私は見えています。

私も、日本医師会「赤ひげ大賞」で選考委員をやっています、毎年驚くことがあります。90代のお医者さんが白衣を着て、いまだに往診など

## 講演Ⅱ 人口減少日本で医療に起きること

をしているという推薦文があるのです。

90代の先生が診察しているというのは、これはスーパードクターなのかもしれませんが、本当に80代、70代の先生しかいない地区がこれから急速に増えてきた場合、その地区の代替わりがきちんとできるのかということまで考えていかなければいけません。

厚生労働省は、医師免許を持った人の人数でいろいろな政策を考えますが、医師といってもいろいろな方がいるということを折り込んでいく必要があります。こういうことも地域偏在を考えていく上での大きなポイントになるだろうと思います。

### 疾病構造の変化に合わせた医療連携

そして、先ほど少し申し上げましたように、住民そのものの高齢化に伴って、疾病構造がかなり変わる地区が増えてくるだろうということもあります。

こちらは厚生労働省の地域医療構想の中でも今、議論が重ねられて、地区医師会とともに、それぞれの地区の住民の疾病構造の変化に合わせた連携ということを進められていると思います。

こういう問題もよりきめ細かく考えていかないといけません。とりわけ、医師の高齢化に伴って、その地域に診療所がなくなってしまうと、医療そのものが成り立たなくなっていくということも考えなければいけません。

こうした状況を踏まえて、地域偏在の解消を実現していかなければいけないということをつけ加えておきたいと思います。

### 医療・福祉分野の就業者数の見通し

図表8は、政府が示した今後の医療福祉分野の就業者の見通しです。かなり高齢者の数が増えてくるということで、今後それに対応する就業者が増えていかないと、医療体制が維持できないということなのです。

図表9は、同じ厚生労働省で別の推計を出して

きたものです。各分野で就業者数が減っていくという見通しの中で、医療・福祉分野の就業者数だけがこれから伸びていくとこの推計は示しているのですが。

具体的に申し上げますと、実績値が807万人であるのですが、2017年から2040年にかけて、就業が最大に進んだとして974万人まで増えていくということです。赤色の部分を見ていただければわかります。

しかしながら、これから増えていく就業者がどのような人たちなのかというと、国民全体の高齢化に伴って、実は70歳以上の就業者の増加を230万人以上見込んでいるのです。

若い人の数は少子化に伴って減っていきますので、各分野とも人手不足となり、それぞれ分かれて就業していくのが当然と考えます。若い人が全部医療・福祉分野に就業するわけではありません。そうすると、この就業者の伸びの見通しというのは、大半は高齢者が医療・福祉分野に就業しなければ、つじつまが合わないという話になってしまいます。

本当にそういうことが可能なのか。医療・福祉分野の場合、専門職の方は、資格を持たなければいけません。専門職以外の分野の方々であろうとも、高齢になったから雇用延長で医療・福祉分野で働くとか、子育てが終わったから医療・福祉分野で働くということで、女性や高齢者の参入がそう簡単にできる分野ではないと思うわけです。

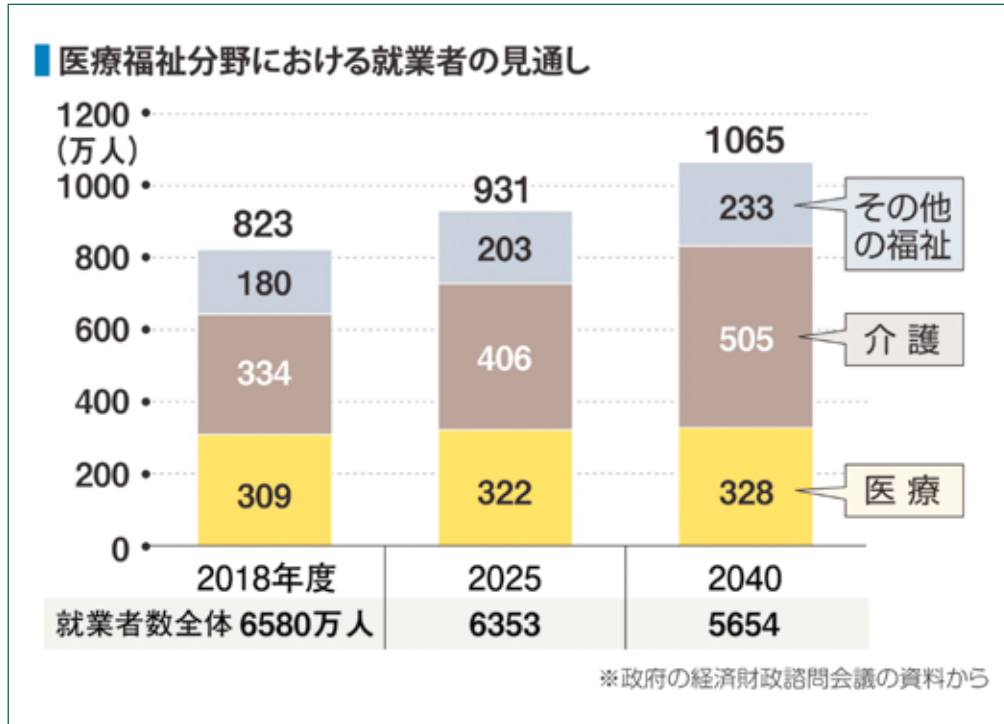
厚労省のこの推計は甘い見通しと言いますか、頭数だけで推計をしているような状況です。本当にこのような状況になっていくのか疑問です。実は、医療・福祉分野の就業者数は、政府の推計よりもかなり少ない状況までしか増えないのではないかと。もしくは、せいぜい横ばいではないかということも考えなければいけません。

### 地域包括ケアは十分機能するのか

これからの地域偏在の状況の改善、解決ということに関しては、やはり、医療提供体制そのものを変えていくという発想に立つべきなのだろうと

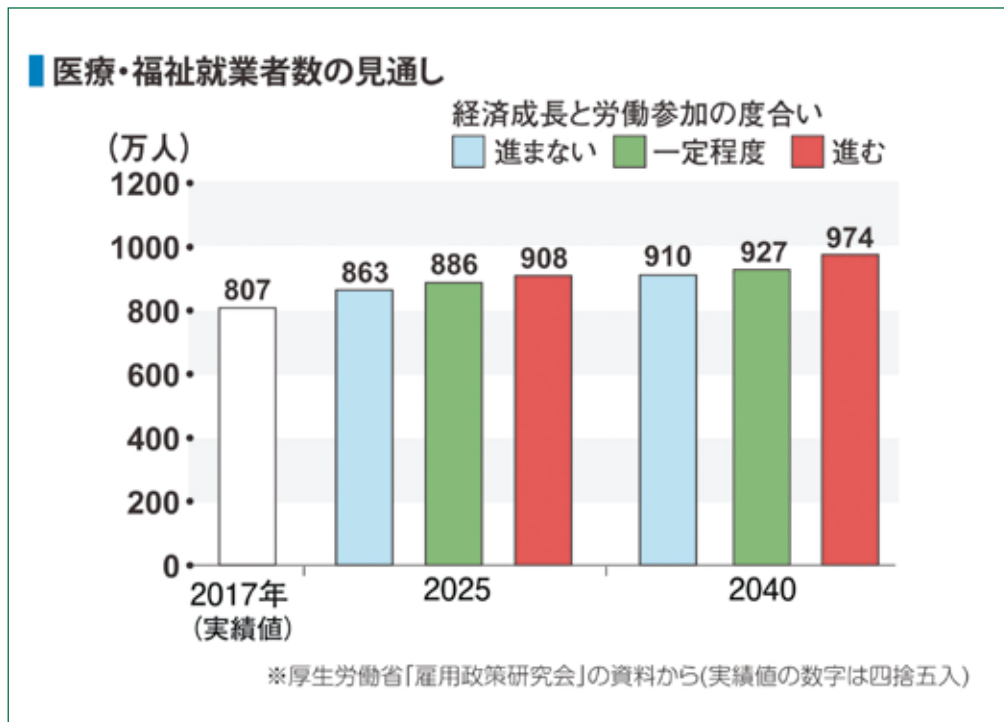
講演Ⅱ 人口減少日本で医療に起きること

■ 図表 8



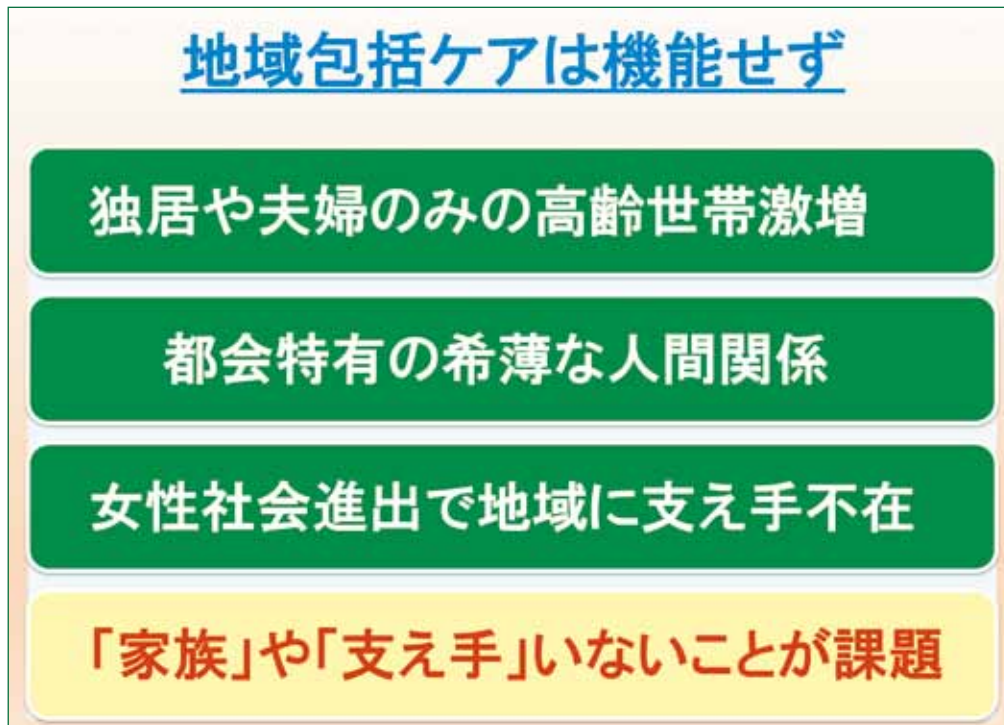
©Masashi Kawai

■ 図表 9



©Masashi Kawai

■ 図表 10



©Masashi Kawai

考えます。

患者を含めて、国民全体の暮らしぶり、また町づくりそのものを変えていくことです。医療の提供体制について逆転の発想をどうしてもせざるを得ないのかなと思います。

一方、厚生労働省は、地域包括ケアシステムをベースにして、地域医療を何とかしていこうという構想を立てていますが、提供側、いわば社会の支え手側が減っていく時代において、本当に地域包括ケアシステムは機能するのかと私は疑問に思っています（図表 10）。

高齢者のみの世帯が増えてくる、一人暮らしの高齢者もかなり増えてくる状況の中で、24 時間サポート体制と言われても、医療職、介護職その他のサポートの人たちが 24 時間ずっと付きっきりということではもちろんありません。高齢者が一人でいる時間が長い中でやっていけるのか。

また、とりわけ都会部においては、都会特有の希薄な人間関係で、地域そのものが成り立っていないところが多く、そこに急にシステムだと言わ

れても、なかなかうまくいかないのではないか。

また、相変わらず、特に女性による介護を当て込んでいところが多いのが事実です。その一方で、女性も社会に参加してくれと、人手が足りなくなっていく他の分野で、女性の活躍推進だと言っているわけです。仕事と家族の介護というのが両立するのか、こういうことも考えていく必要があると思います。

家族がいない、支え手がないという課題を前提とした地域包括ケアシステムを捉え直してみると、考え方そのものが、もしかしたら絵空事になっているところが出てきているのではないかと。

もちろん、きちんと機能している地域もありますが、全部が全部できるわけではないだろうということを考えていかなければいけないということです。

すでに、介護している人の年齢は若い人にも広がってきています。また、老老介護と言われるように、高齢者同士で助け合っているという図も明確に見えてきているわけであり（図表 11）。



## 講演Ⅱ 人口減少日本で医療に起きること

また、介護離職が増えてきてしまっていることにもっと我々は重きを置いて、この問題を見ていかなければいけないだろうと私は思います（図表12）。

介護保険がスタートした時には、家族介護から社会全体で介護を分担し合いましょうということで制度が始まったわけですが、厚生労働省は国民に対してきちんとした説明をしないままに、在宅医療、在宅介護ということに方針転換をしてしまった結果、相変わらず介護離職は横ばい状態です。

いずれ介護離職は逆に増えていく状況に転じていくのではないかとということを私は懸念しています。

社会の支え手が減っていくのに、家族介護に追われる人が増えてきた時には、社会そのものが機能しなくなっていくだろうとも思うところです。

### 小さくても豊かな国になっていく

地域偏在を考えていく上で、何を考えなければいけないのか。それは、患者のほうがある程度寄り集まって、少ない医療提供体制、脆弱になりつつある医療提供体制でもやっていけるようにしていくということです。そうした方策をそろそろ考えなければいけないのではないだろうか。

高齢者になったら全員が要介護状態になるわけではありません。加齢に伴って身体能力が衰えてきたり、判断能力が衰えてきたりするのはやむを得ないことです。しかし、ある程度生活の質そのものは維持できている状況のほうが多いわけです。そこで多少、若い頃のようにはいかなくなってきた部分を支え合うような集住を地区の中で考えていくということです。

少なくなった医療スタッフ、医療人材がきちんと機能していくようなスタイルに政策を変えていく必要があるでしょう。そうしないときちんと機能しなくなり、うまくいかなくなるのだろうと私は思います。

なるべく町づくりそのものをコンパクトにする。高齢者が全て自分たちで歩いて様々な用事が

済ませられるような住まい方にしていくことが重要です。そして、要介護状態になったり、少し体が弱くなってきたりした時に、すぐに医療にアクセスできるような状況を作っていくことです。

コンパクトな街の中にはきちんと産業を作って、地区が機能していくような形を取っていく。そういう小さくても豊かな国になっていく、そういう地域モデルを、これから、医療を組み込みながら考えていくことがすごく大事になってくるのではないかと思います（図表13）。

東京の都バスですら、運転手の確保ができずに、運行ダイヤの間隔が広がり始めました。地方に行けばもっと大変な状況になっていき、医療機関にアクセスできないということが急速に広がっています。

どんなに医療機関が立派な設備を整え、スーパードクターをそろえたところで、患者がそこにたどり着けなければ、そこには医療機関がないのと全く同じような状況になってしまいます。

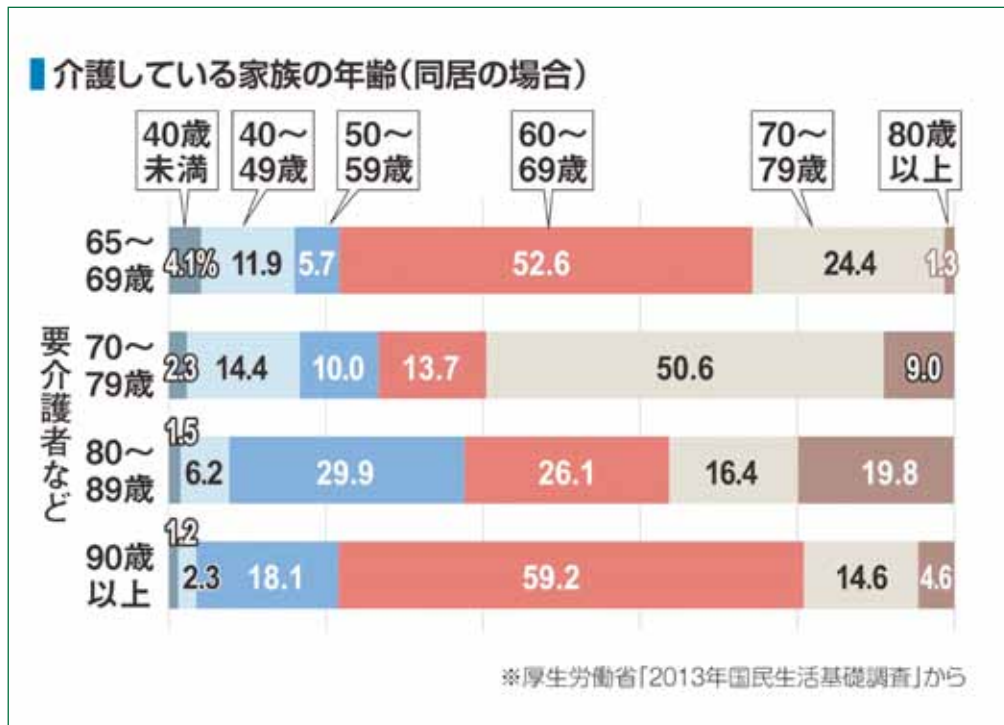
やはりきちんと、医療とともに暮らしがあるという、そういう地域づくり、町づくりが必要となってくるでしょう。それは大都会においても、人口が減っていくような地域であっても同じです。最初にそうした状況を考えなければいけない、と私は思います。

政府には社会保障費を抑制しなければならないという大きなミッションがあって、在宅医療、在宅介護ということに今シフトをしつつあるわけですが、仮にそれによって本当に医療費の一部分が削減、縮減できたとしても、社会保障機能が弱くなって、結局、誰かが人々の暮らしそのものをサポートしていかなければならなくなったのでは同じことです。

他の行政コストがかかってしまえば、それは国家財政的にも、また、個々人のお財布から負担しなければいけない費用も、これはむしろ大きくなってしまいます（図表14）。

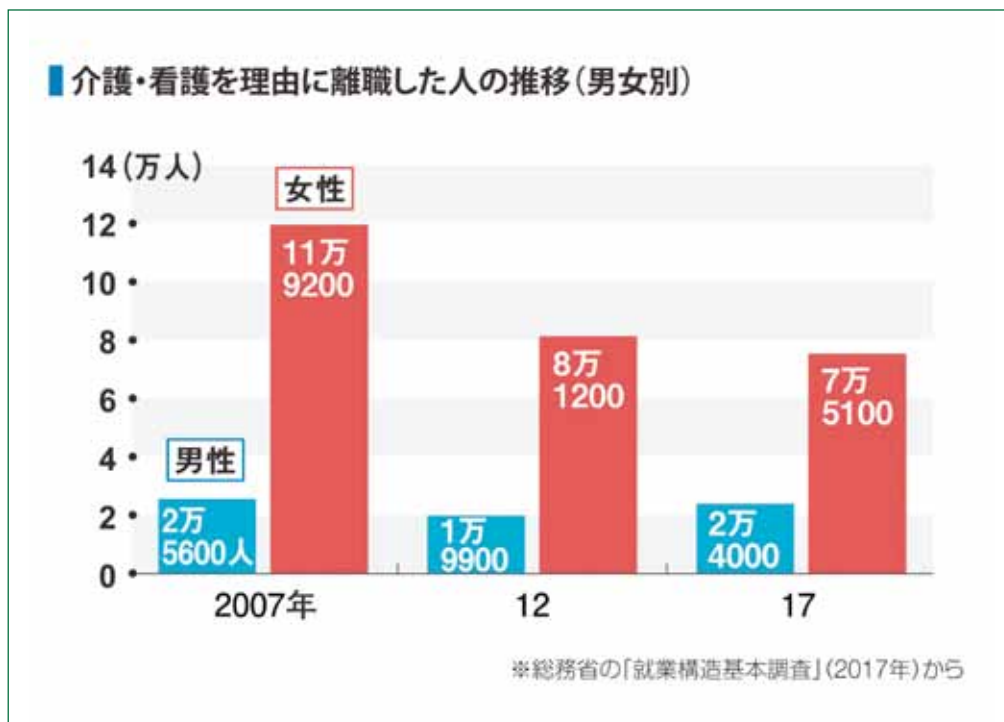
こういうことを考えていくと、医療、また、社会保障を考えていく上で、先ほどから申し上げていますように、なるべくコンパクトに、効率的な「住まい方」を進めていくという逆転の発想のも

■ 図表 11



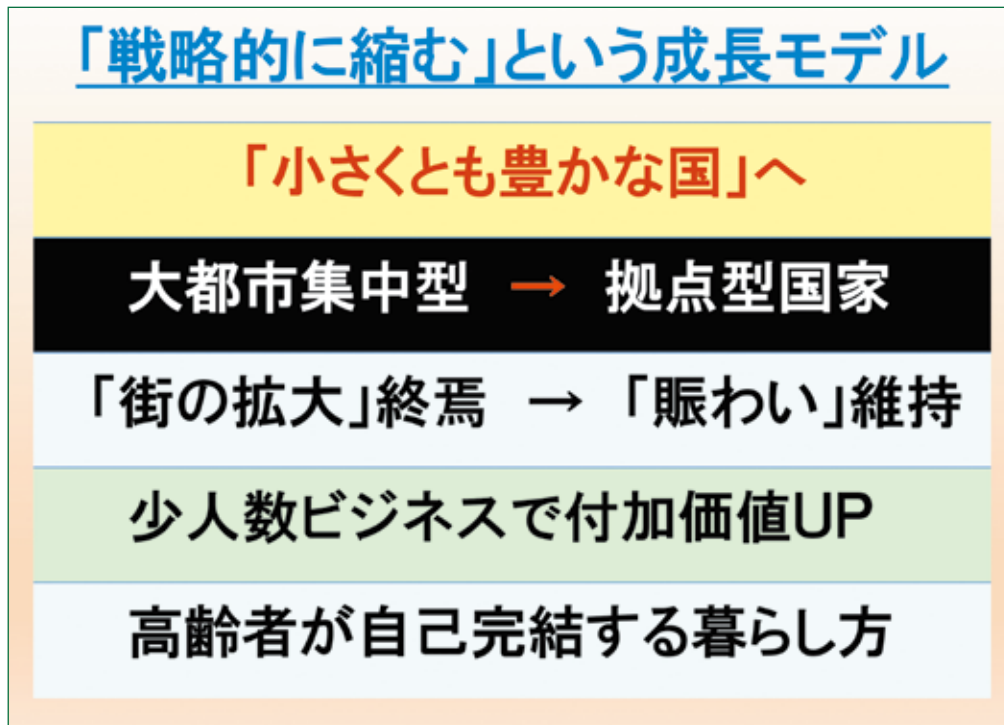
©Masashi Kawai

■ 図表 12



©Masashi Kawai

■ 図表 13



©Masashi Kawai

とで、ここから先、どうやって地域の偏在というものをなくしていくのかを考えていかなければならないのです。

マンパワーを増やすことで偏在をなくしていくことよりも、地域そのものを凝縮していくことによって、偏在にならないような形をどうやって

作っていくのかという発想を持つほうが、人口減少時代においては現実的な解決策ではないかと思えます。

ここで私の報告は終了ということにさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

■ 図表 14

**社会保障を広義に捉える**

**社会保障改革だけで解決せぬ**

- ◎ 国民負担はそろそろ限界
- ◎ サービスカットで制度崩壊

**社会保障費の抑制に成功も…**

**他経費が増えては意味なし**

©Masashi Kawai

■ 図表 15

※ この資料を無断で再利用することは、堅くお断り致します。

©Masashi Kawai

## 講演Ⅲ

# わが国の医療が直面する課題 —医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

聖路加国際大学学長 福井 次矢



## 演者紹介

**中川** 続きまして福井次矢 聖路加国際大学学長よりご講演をいただきます。

福井次矢先生の略歴をご紹介します。

1976年に京都大学医学部をご卒業後、聖路加国際病院で研修され、1980年米国コロンビア大学聖ルカ・ルーズベルト病院センターリサーチアソシエイト、1981年から3年間ボストンのケンブリッジ病院内科クリニカル・フェロー、1984年にはハーバード大学公衆衛生大学院修士課程を修了されました。

帰国後は国立病院医療センター（現・国立国際医療研究センター）循環器内科、佐賀医科大学総合診療部教授、京都大学医学部附属病院総合診療部教授、京都大学大学院医学研究科内科臨床疫学教授を歴任し、現在は聖路加国際病院院長と聖路加国際大学学長を兼任していらっしゃいます。

演題は、「わが国の医療が直面する課題 —医師の地域偏在・診療科偏在と総合診療—」です。それでは、福井先生、よろしくお願いいたします。

## 講演

### 総合医の養成が医師の地域偏在の解消に

**福井** ご紹介ありがとうございます。聖路加国際病院の福井です。

私からは、ただいま河合先生が詳しくお話しされましたが、わが国の医療が直面する課題をスライド3枚で確認しました後、現在、厚生労働省の医師需給検討会で提唱されております、医師の地域偏在への対応の考え方の紹介をさせていただきます（図表1）。

私は、地域偏在につきましては、総合医と言いますか、プライマリ・ケア医、総合診療医を増やすことが何ととっても重要だと思っています。

私もキャリア上16年半ほど総合診療の分野において大学で仕事をしました。その経験に基づいて、今後、総合診療医を育てるというクリティカルな部分に対応しないと医師の地域偏在は改善しないのではないかという、私の考えについてお話をさせていただきたいと思います。

### 医療体制を病院完結型から、地域完結型へ

最初に、わが国の医療の課題につきまして、3つの報告書について簡単にお話しさせていただきます。



講演Ⅲ わが国の医療が直面する課題—医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

■ 図表 1



## わが国の医療が直面する課題

—医師の地域偏在・診療科偏在と総合診療—

1. わが国の医療の課題  
—OECDによる評価等—
2. 地域偏在・診療科偏在  
—現状と厚労省の対策案—






3. 求められる総合診療医
4. 総合診療への障害と展望

*Feb. 13, 2019*

*T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital*

1

■ 図表 2



## 社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書 2013年8月6日

- 急速な高齢化の進展
  - ⇒ 疾病構造の変化(慢性疾患、複数の疾病)
  - ⇒ 病院完結型(究明・延命、治療、社会復帰)から地域完結型(QOLの維持・向上と自宅・地域でのケア)へ
- 人口当たり多い病院や病床の機能分担が不明確、個々の医師の努力にかかわらず不十分・非効率な医療
  - ⇒ システムの変革(「選択と集中」による「構造的な改革」)
- 地域での包括的なケアシステムの必要性
  - ・医療の機能分化推進、急性期医療への人的・物的資源の集中投入、回復期医療・介護サービスの充実)
- 公立の医療施設が少ない ⇒ データによる制御機構の要請

*Feb. 13, 2019*

*T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital*

2

## 講演Ⅲ わが国の医療が直面する課題—医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

ます。

これは先生方もご存じと思いますが、社会保障制度改革国民会議の報告書の一部です。図表2に書かれていることは、現在の日本の状況と、解決策の提言です。

河合先生がお話しされたことですが、急速な高齢化の進展に伴う疾病構造の変化で、慢性疾患、1人の人が持っている病気の数が著しく増えてきます。

したがって、繰り返し言われておりますように、救命とか延命、治癒を目指す医療、社会復帰という病院完結型から、地域完結型に持っていかなければいけないということが提言されています。

また、我が国では人口当たりの病院数も病床数も多いのですが、機能分担がなかなかうまく行えていません。

ただ、一人ひとりの医師は身を粉にして働いておりますし、ヒラリー・クリントンが以前来日した時、「あまりにも日本の医師は働き過ぎていて、いくらユニバーサル・ヘルス・カバレッジがあって寿命が世界で一番であっても、このモデルはアメリカには導入できない」と言い残して帰ったと聞いています。

一人ひとりの医師は最大限働いていても、それがうまく結果につながっていないという医療状況だと思います。したがって、システムの変革が求められます。

そして、現在、厚生労働省がかなり強力に進めておりますのが、いわゆる地域包括的ケアで、地域完結型に持っていくということです。

機能の分化を推進して、限られた数の急性期医療施設への集中的資源投入、並行して回復期医療、介護サービスを充実させる、そういう方向に進んでいるわけです。

ただ、すみやかに移行できないのは、外国と比べて公立の医療施設が少なく、私立の医療施設が非常に多いことから、トップダウンで医療施設を変えることができないからです。

したがって、報告書では、客観的なデータを示して、そのエビデンスに基づいた変革を求めるという内容の提言になっております。

## プライマリ・ケア、慢性期医療の充実を図る

2035年の保健医療を見据えた提言書が「保健医療 2035」策定懇談会によって示されています。そして、ここにもほとんど似たようなことが書かれています。

特にプライマリ・ケア、慢性期医療の充実を要するとあります。

それから、複数の施設間での情報の供給が進んでいません。

図表3に書かれているように、「近視眼的な見直しを繰り返して、制度疲労に陥っている」という文章もあります。

この中でいくつか提言されていることの1つが、2035年のビジョンを実現するためのアクションとして、かかりつけ医の「ゲートオープナー」とされています。

そうして、かかりつけ医、総合診療医を増やすことが解決につながる非常に重要な要素だということを提言しています。

その方策として、全人的な医療サービスを提供する場合に費用負担に差をつける、10年で全ての地域にかかりつけ医を配置できるようにしたらどうかという提言が行われています。

もう1つ、OECDの報告が2015年の8月に出版されました。たしか2014年の春に調査にきました。


OECDは、全ての会員国について医療の質についてのレビューを行って、報告書を作っています。日本についての報告書は2015年に出版され、この中に3つの事柄が指摘されています（図表4）。

最初に書かれていますのが、「日本ではプライマリ・ケア提供体制が未成熟」ということです。

2番目が、病院医療の質、クオリティについて、データがきちんと公開されていないので、他の国に比べるとよい医療が行われているかどうかかわからないということを指摘されました。

3つ目が、精神科医療の後進性。ここでも実は、

■ 図表 3



## 保健医療2035提言書

「保健医療2035」策定懇談会 2015年6月

- ・ 変化する医療ニーズに、医療制度や提供体制が十分には対応できていない
- ・ プライマリ・ケア、慢性期医療（特に長期療養、介護）は大きな課題である
- ・ 複数施設間の情報の供給が進んでいない
- ・ 近視眼的な見直しを繰り返し、制度疲労に陥っている

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

ii) 地域主体の保健医療に再編する  
〔具体的なアクションの例〕

③ かかりつけ医の「ゲートオープナー」機能を確立する

- ・ 全人的な医療サービスを提供
- ・ 費用負担に差を設ける
- ・ 10年で全ての地域に配置

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 3

■ 図表 4



## わが国の医療：OECDによる評価

OECD Reviews of Health Care Quality JAPAN Raising Standards, 2015



1. 未成熟なプライマリ・ケア提供体制
2. 病院医療の質の不確実性
  - ・ 悉皆的データの不足
3. 精神科医療の後進性
  - ・ プライマリ・ケア医関与の必要性

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 4

## 講演Ⅲ わが国の医療が直面する課題—医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

プライマリ・ケア医が関与することで、精神科医療をかなり変えることができると提言されています。

### 今後も変わらない医療の地域偏在

こういう課題の中で、本日のテーマである地域偏在につきまして、少し厚生労働省の大きな方針・考え方を紹介させていただきます。

図表5をご覧ください。人口10万人当たりの医師数で、一番上にある黄色のラインが中国・四国です。次のブルーのラインが九州。それから全国平均、東海・北陸・近畿がほとんど重なって中央付近にあります。

中国・四国、九州・沖縄、東海・北陸・近畿と、それから、全国平均、下が北海道・東北、関東・信越となります。平成12年以降、この地域格差はずっと変わっていません。

したがって、恐らく今までと同じことをしていれば、ほとんどの地域格差はこのまま続くのでは

ないかと思われます。

ちなみに、北海道・東北の中でも、北海道、宮城、秋田、県別にこれだけの差があります（図表6）。

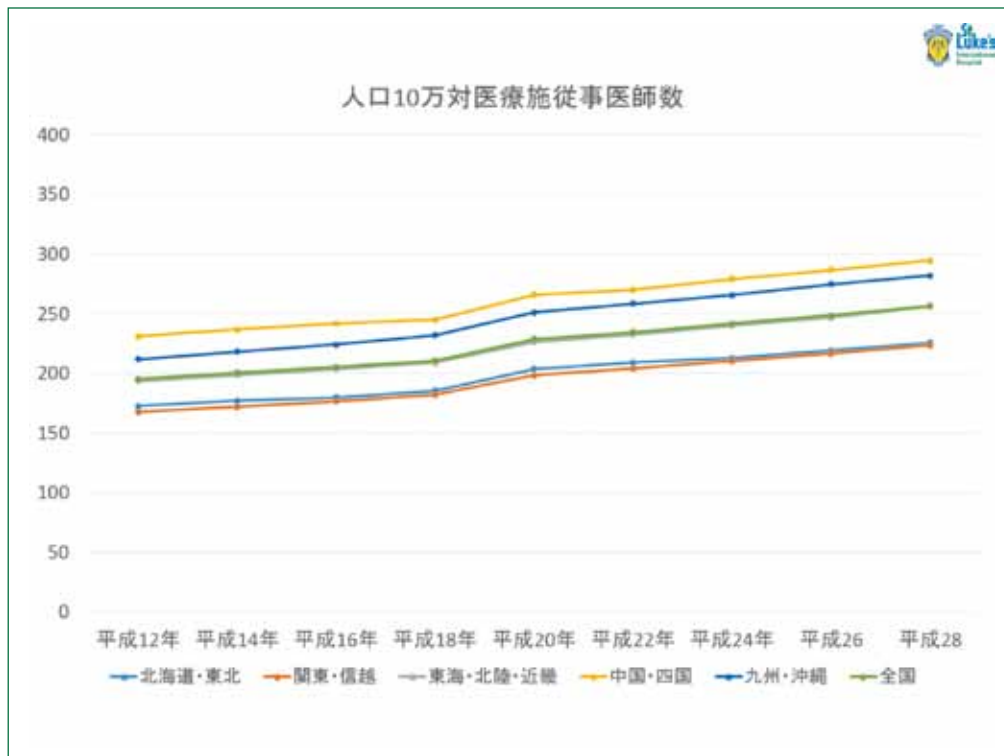
関東・信越では、東京が非常に多くて、埼玉が少ない。これは人口流入の関係でこのような形になっていると思います（図表7）。

同様に、東海・北陸・近畿でもかなり地域格差は大きく、中国・四国・九州・沖縄でも同様です（図表8、9、10）。

以上のデータは我々の研究チーム（聖路加国際大学公衆衛生大学 大手孝子准教授、高橋理教授）がまとめたものです。

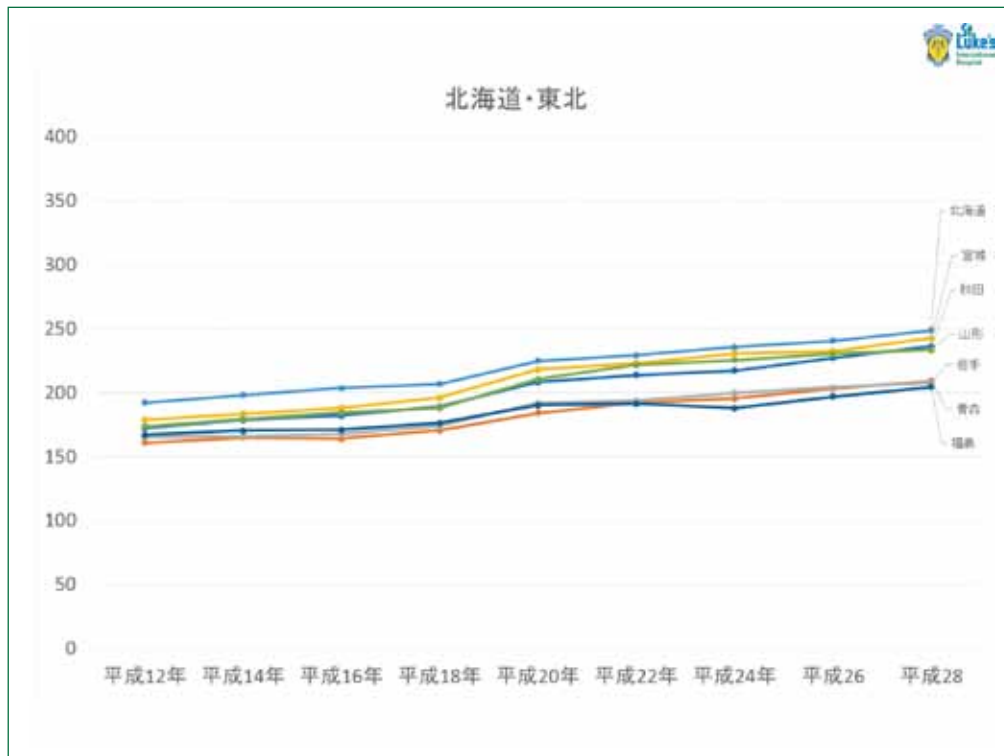
人口10万人当たりの医師数と、年齢調整別の死亡率の相関関係をみましたところ、一つひとつの県について○で示していますが、男性については、明らかに相関がないと言えますが、女性については、少し、逆比例しているようにみえます。つまり、医師の人口が増えれば増えるだけ女性の

■ 図表5

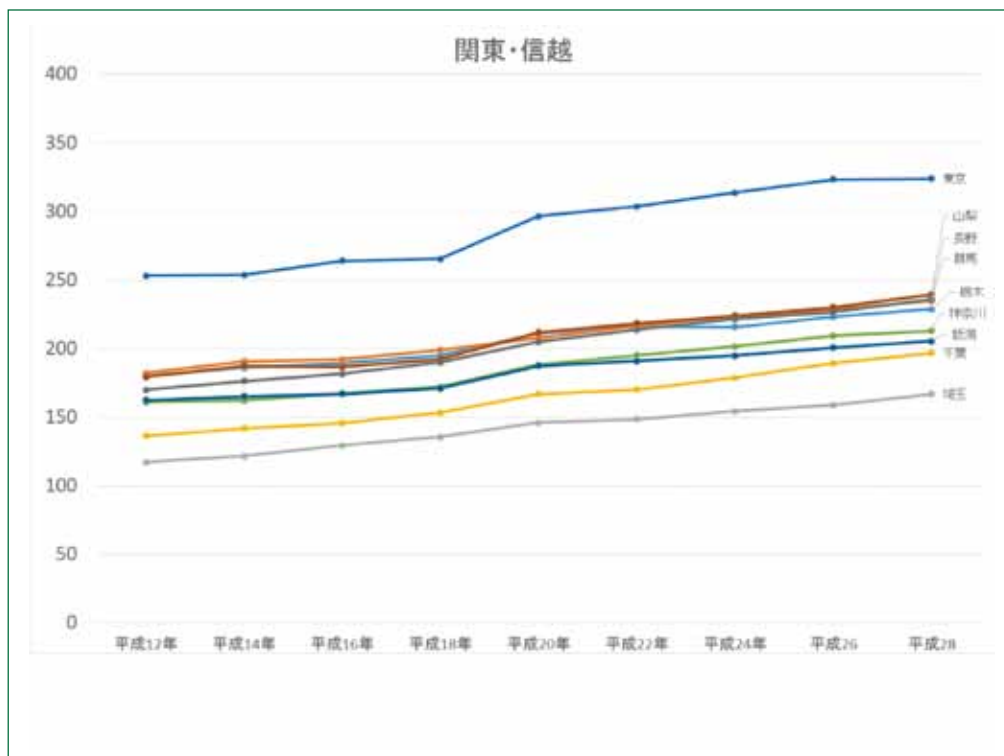


講演Ⅲ わが国の医療が直面する課題—医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

■ 図表 6



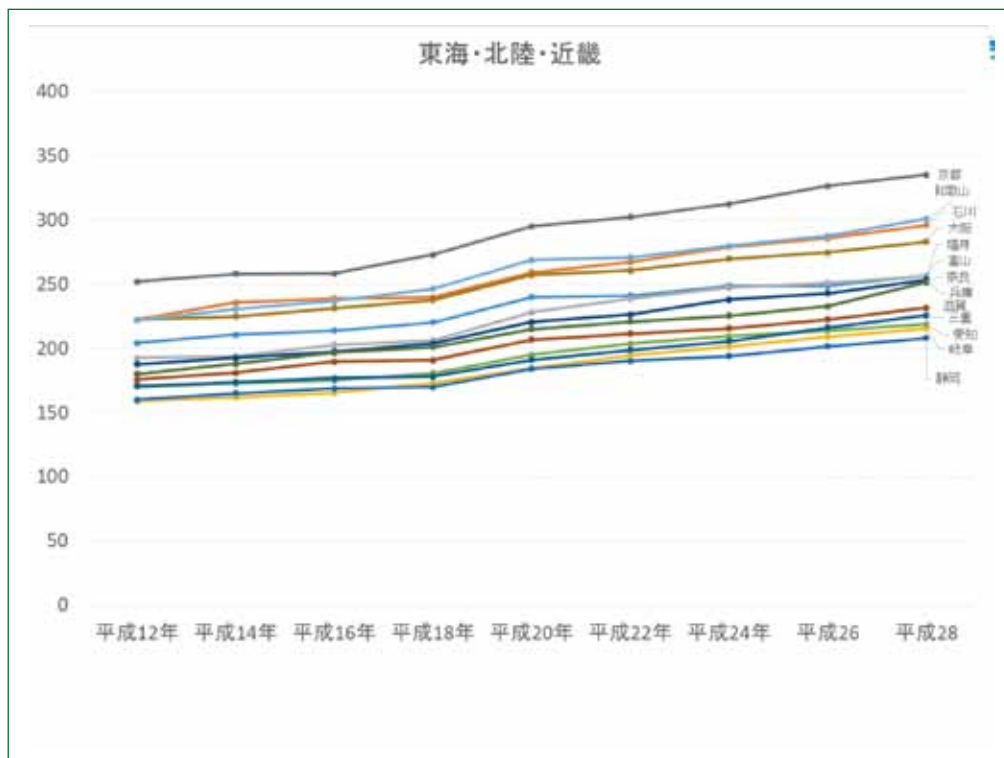
■ 図表 7



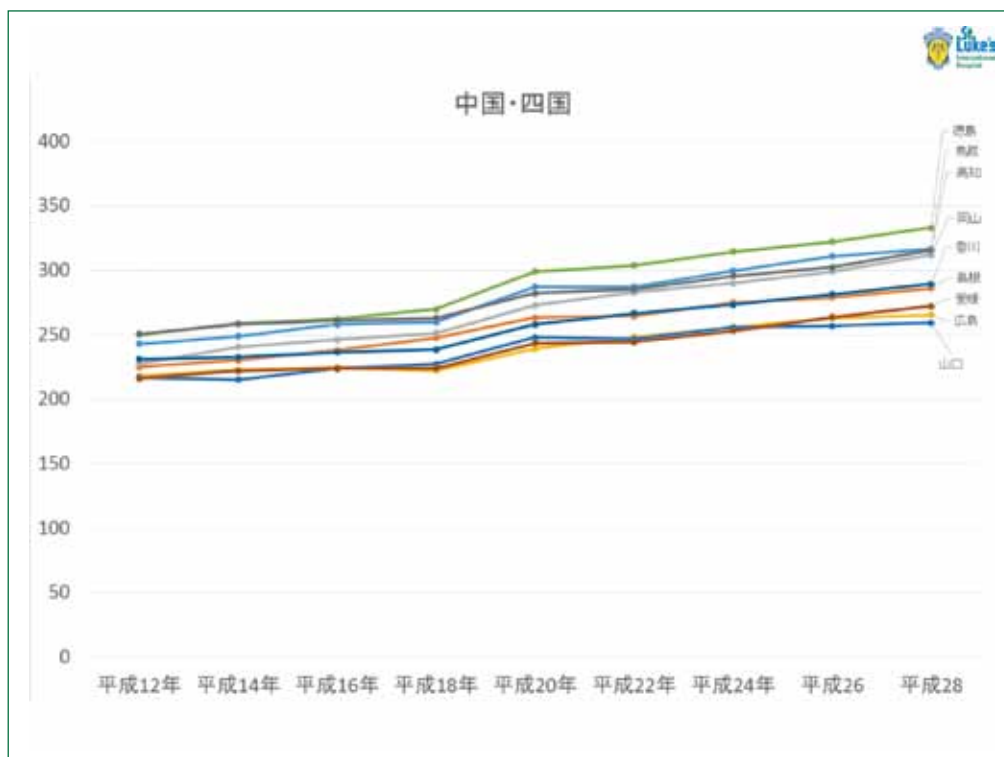


講演Ⅲ わが国の医療が直面する課題—医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

■ 図表 8

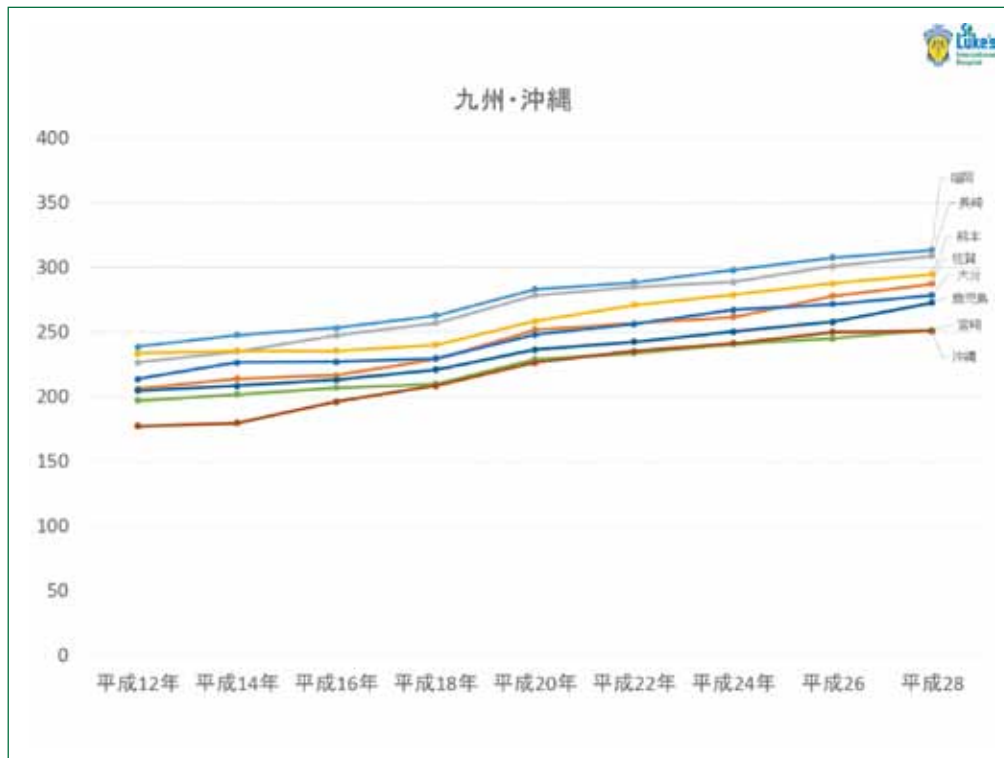


■ 図表 9

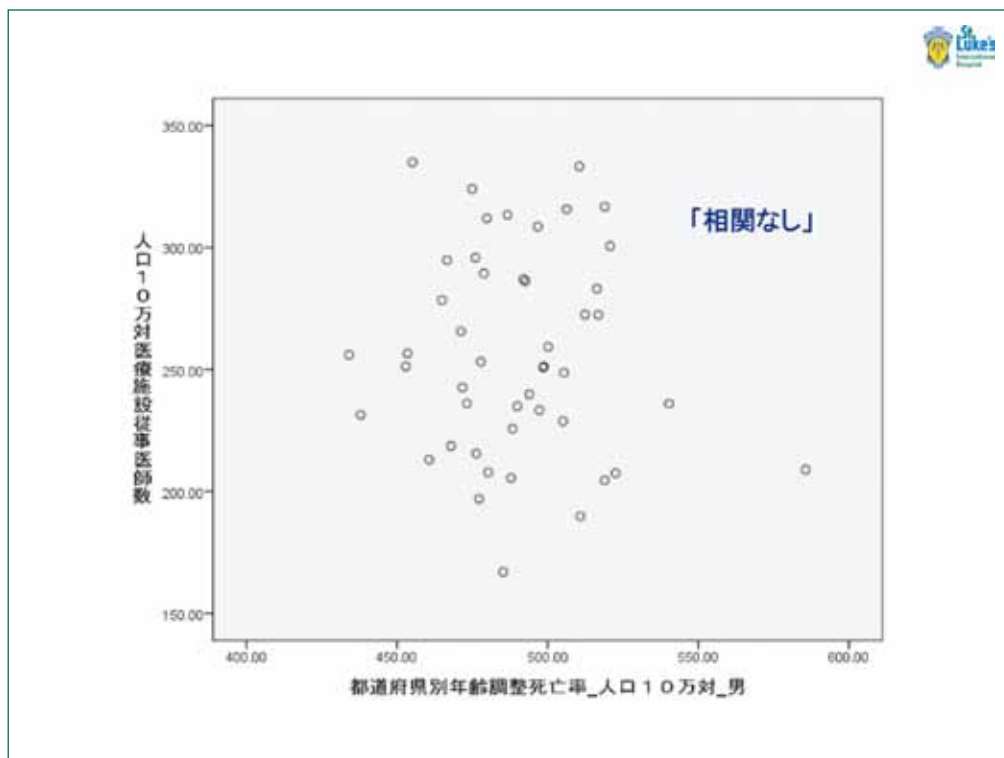


講演Ⅲ わが国の医療が直面する課題—医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

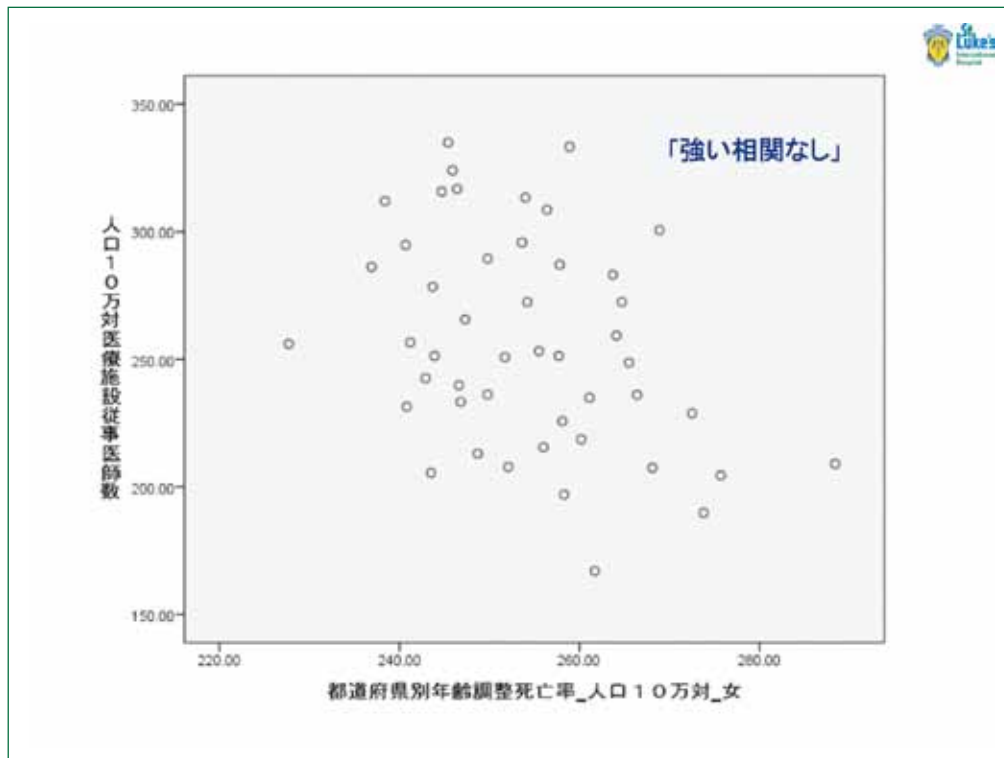
■ 図表 10



■ 図表 11



■ 図表 12



死亡率は低くなっている可能性があるということです（図表 11、12）。

いくつかの国でこのような解析がされているので、我々もやってみました。これは決して強い相関ではないのですが、住民の健康のアウトカムにも地域格差が影響を与えている可能性は、ゼロではないのではないかと思います。

### マクロ、ミクロで考える医師の地域偏在への対応

そういう状況下で、医師需給検討会が 2015 年の 12 月から 2019 年 1 月 30 日までの間に 27 回も開催されました。

医師会からも、副会長も含めて、何人かの先生方が検討会のメンバーになられています。

そこでは、大きな地域格差があるというのは共通の認識として持たれています。

マクロ的には、必要医師数は、大ざっぱに言うと、医学部への学生の入学定員に反映させる方針


ということになります。卒業生が、同じ県で研修を受けますと、その県に将来残る確率が約 8 割と非常に高くなります。そこで医学部の学生数と、研修の場所をコントロールすることで、全体的な数のコントロールをやっていこうという考え方が 1 つです。

そして、もう 1 つが、数だけではなく、ミクロでの医師の偏在についての対応です。このことに関しては、次の図表で説明させていただきますが、偏在指数というのを算出して、その偏在指数から、医師が多い区域と少ない区域を設定します（図表 13）。

主として二次医療圏ごとになるそうですが、そういう設定をした上で、医師少数区域については増やすための対策を取ろうということです。

私としては非常にリーズナブルな考え方だと思いい、賛同したところでした。

■ 図表 13




## 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給検討会

2015年12月から27回開催

- ・マクロでの必要医師数
  - ↓
  - 人口10万人対医師数 ⇒ 主として医学部入学定員に反映
- ・ミクロでの医師偏在
  - ↓
  - 医師偏在指数の算出 ⇒ 医師多数区域、医師少数区域の設定
  - ⇒ 偏在対策(都道府県、認定医)

Feb. 13, 2019
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital
13

■ 図表 14



## 医師の偏在(1)

### — 医師需給検討会 —

### 偏在に関わる5要素

1. 医療需要(ニーズ)及び将来の人口・人口構成の変化
2. 患者の流出入等
3. へき地等の地理的条件
4. 医師の性別・年齢分布
5. 医師偏在の種別(区域、診療科、入院／外来)

Feb. 13, 2019
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital
14

### 医師の偏在に関わる5つの要素

現在のところ、偏在対策のかかなりの部分が都道府県に任されるという考え方で議論が進んでいます。各都道府県で実効力がどの程度なのかが決定的に重要ということになると思います。

ミクロ的には、医師の偏在に関わる因子が5つ取り上げられています（図表14）。

最初に、当該地域に住んでいる住民の人口構成です。男女比、年齢が若い地区なのか、高齢者の地区なのかによってニーズが全く異なってきますので、地域の人口構成を考慮するということです。

2番目は、患者の流入。

3番目が、へき地等の地理的条件。

それから、4番目が、先ほど河合先生のお話にもありましたが、医師の性別と年齢。これらは医師の労働時間に反映されるものですから、性別、年齢も考えようということです。

5番目が、同じ医師でも、入院患者さんを診るのか、または外来診療だけなのかによっても随分異なってきます。また、診療科によっても、どういう患者さんを診るのかに反映されますので、これらの要素を全て考慮する必要があります。

全ての診療科について同時に考慮するのはなかなか難しいので、とりあえずは小児科と産科について考える方向で、議論が進んでいます。

### 都道府県がリーダーシップをとる医師偏在の改善

次に、医師の偏在指数についてです。

図表15が標準化医師数で、その数を地域の人口や住民の年齢、性別などの要素で割って、指数を算出します。

厚生労働省では非常にきめ細かく計算をして、現在、全ての二次医療圏、三次医療圏での医師偏在指数の分布を見ながら、ディスカッションしているところです。

その中で、医師少数区域と医師多数区域をこの偏在指数に基づいて設定しています。現在、二次医療圏の医師が少ない地域下位3分の1に相当す

るところを3年から4年ごとに解消していこうという方向でディスカッションされています（図表16）。

その上で、私は少し危惧するのですが、国がリーダーシップを取るのではなく、都道府県がリーダーシップを取って、医師の派遣の調整をすることにはどうかということです。

また、医師のキャリア形成、魅力的なプログラムを策定するということも、都道府県で行います。

そして、各医療機関の勤務環境を改善するのも都道府県です。

地域医療に貢献したことのある医師については、大臣が認定して、将来、限られた特徴を持った病院の院長になる資格を与えるということです。これは大臣ですから、国が行うことになります。

それから、臨床研修病院の定員の設定も都道府県に権限をおろすということです。

こういう方策を用いて、医師偏在指数で下位の地域を3～4年ごとに数値を上げていくというサイクルを何度か行います。そうして最終的には、格差が小さくなるように持っていくという方針が、現在、医師需給検討会でディスカッションされています。

### 診療科の偏在を解決する

次に、私の以前からの持論ですが、先ほどの数式にも出てきました診療科の偏在を解決しない限り、ほとんど問題は解決されないのではないかと考えています。


特に、救急・集中治療、外科、産婦人科、小児科、麻酔科、病理、放射線治療などの分野で、少なくとも私が病院の管理職として見ている限りでは、なかなか解決が難しいと考えています。

中でも深刻なのは外科、産婦人科の医師で、全国的に見ても、ほとんどこの10年間増えていません。他の専門分野は、比較的少ないとは言え、絶対数はかなり増えてきています（図表17）。

外科と産婦人科は非常にシリアスな状態にあると思います。



■ 図表 15



## 医師の偏在(2)－医師需給検討会－

### 医師偏在指数の算出

- ・地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整
- ・医師については性、年齢ごとの平均労働時間の違いを調整

$$\text{医師偏在指数} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$


$$\text{標準化医師数} = \Sigma \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}}(\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\Sigma(\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

Feb. 13, 2019      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital      15

■ 図表 16




## 医師偏在指数を活用した医師偏在対策

- ・医師少数区域と医師多数区域の設定
- ・下位3分の1の地域を3～4年ごとに解消
- ・そのための方策(案)
  1. 都道府県内での医師の派遣調整 (都道府県)
  2. キャリア形成プログラムの策定 (都道府県)
  3. 医療機関の勤務環境の改善支援 (都道府県)
  4. 地域医療への知見を有する医師の大臣認定
  5. 臨床研修病院の定員設定 (都道府県)


Feb. 13, 2019      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital      16

■ 図表 17



## 診療科偏在

- 一般的には、救急・集中治療、外科、産婦人科、小児科、麻酔科、病理、放射線治療の医師が不足
- 中でも、外科、産婦人科の医師が増加していないことは深刻



- 診療分野ごとに必要医師数の算定方法を確立すること
- 専門研修開始時に(入り口で)、診療科ごとの上限を設定すること
- 専門学会と都道府県の連携が必要

Feb. 13, 2019
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital
17

私は、様々な機会に発言し続けているのですが、トータルが決まっている以上、診療分野ごとの必要医師数の算定について学会を含めて十分に話し合うべきだと思います。

例えば医師数のトータルのうち何%が内科医とか、何%が心臓血管外科医というように決める必要があると強く思っています。

特に、専門研修を開始する入り口でコントロールしないと、一旦特定の専門分野のトレーニングを受けて専門医になった医師に、国の方針で総合医、かかりつけ医になってほしいと言われても、ほぼ不可能だと思います。どう考えても、入り口のところで何らかの上限を設定することが必要だと思います。

多くの国では専門医研修コースの人数制限が行われていますが、日本では、いろいろな議論があり、なかなか簡単には進まないようです。

日本専門医機構と専門学会、都道府県、国が互いに連携して、早くそのような対応をしていただけないかと思っています。

簡単ですが、以上が医師の偏在に関する情報です。

### プライマリ・ケアを担える医師の養成を

このことに関連して、私は、プライマリ・ケアを担える医師を今以上に育てていただきたいと思います（図表 18、19）。

その一番のネックになっているのは、私は大学での教育だと思っています。医学部での教育の雰囲気、私が少なくとも知っている範囲内では、ジェネラリストと言いますか、プライマリ・ケア医の養成に非常にネガティブなことが最大のネックになっています。

ジェネラリストの養成のために、温かい雰囲気での教育を行っていただきたいと思います。

総合医、かかりつけ医、プライマリ・ケア医という医師になることには何となく、ネガティブなイメージを持つ若い先生方が多いものですから、

■ 図表 18




## プライマリ・ケアとは(1)

- Accessibility                      近接性
- Comprehensiveness              包括性
- Coordination                      統合性
- Continuity                          継続性
- Accountability                      責任性

(米国科学アカデミーIOM、1978年)

Feb. 13, 2019                      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital                      18

■ 図表 19




## プライマリ・ケアとは(2)

プライマリ・ケアとは、個々の患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族および地域という枠組みの中で責任をもって診療にあたる、そのような臨床医によって提供される総合性と受診のしやすさを特長とするヘルス・ケア・サービスである。

(米国科学アカデミーIOM、1996年)

Feb. 13, 2019                      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital                      19

■ 図表 20



## 総合診療医の臨床能力

(1) 変化する幅広い臨床問題・医療的課題に適切に対応できる

- 1) 臓器・疾病にこだわらない
- 2) 機能的・心理的な問題にも対応する
- 3) 社会的な問題にも対応する
- 4) 予防医療的側面にも対応する
- 5) 頻度の高い慢性疾患の継続的ケア

(2) タイミングよく専門医への紹介ができる

福井次矢(京都大学、1994年)

Feb. 13, 2019      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital      20

そのところをぜひ変えてほしいと思っております。

文部科学省にもいろいろお願いはしているところですが、簡単には進まないのが実情です。

### プライマリ・ケアの定義

次に、プライマリ・ケア、総合医の定義についてです。

実は先ほど、世界医師会の事務総長がお話されましたように、最近になってもプライマリ・ケアの定義が新たに行われていますように、全ての関係者が同じ定義を頭に入れているとは限りません。

私は、臨床現場でのプライマリ・ケア医というのは、2つの大きな役割を果たせる医師で、幅広い臨床問題・医療的課題に適切に対応できる能力を持っている医師だと思っています。

臓器・疾病にこだわらない、器質的な問題だけではなくて、機能的・心理的な問題にも喜んで対

応する、社会的な問題にも興味を持って、できる範囲内で対応するなどです。

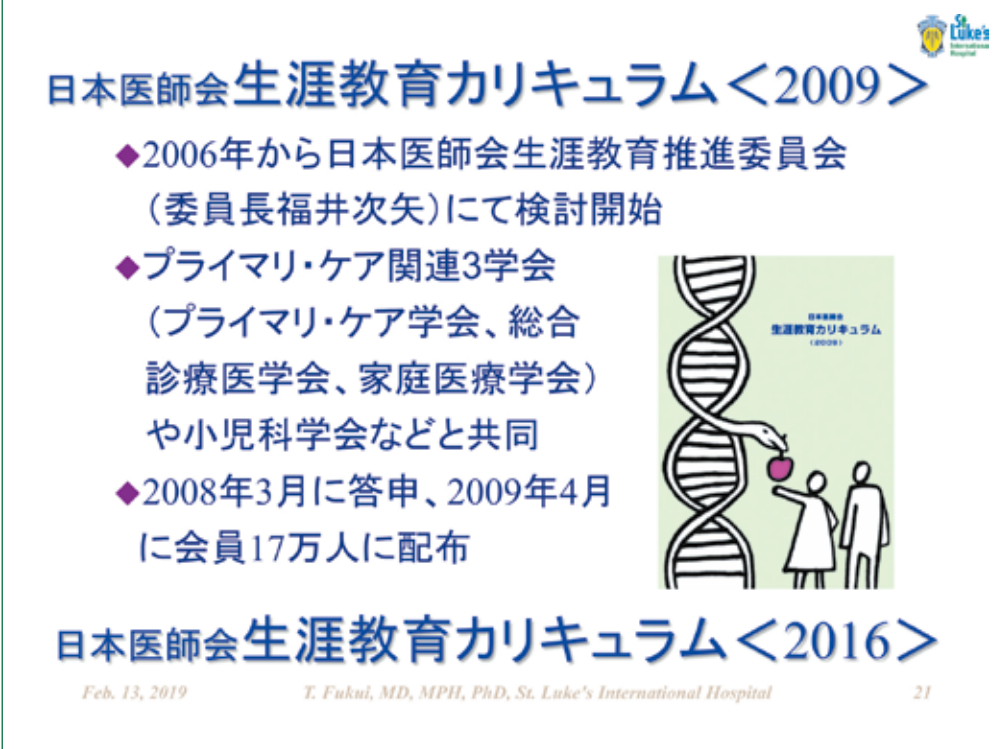
予防医療も非常に重要で、病気になった人だけを診るのではなく、予防医療にも興味を持つ、そういう意思や心構えが必要だと思っています。慢性疾患の継続的ケアができるということも非常に重要です(図表20)。

### 求められる総合診療医とは

私は2009年の日本医師会の生涯教育カリキュラムを作る委員会の委員長を務めました。その時に作成した定義が今でも、適切な総合医、かかりつけ医の定義ではないかと思っています(図表21)。

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉、健康にかかわる幅広い問題について、適切な初期対応と、必要に応じた継続医療を、全人的視点—予防や、心理・社会的な側面も含めて一人で行う医師を多く養成してほしいと強く思ってい

■ 図表 21



**日本医師会生涯教育カリキュラム<2009>**

- ◆2006年から日本医師会生涯教育推進委員会（委員長福井次矢）にて検討開始
- ◆プライマリ・ケア関連3学会（プライマリ・ケア学会、総合診療医学会、家庭医療学会）や小児科学会など共同
- ◆2008年3月に答申、2009年4月に会員17万人に配布

**日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>**

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 21

ます（図表 22、23、24、25）。

臓器別専門医は、患者さんが変わっても常に同じ病気を診たい、そういう価値観を有します。一方の総合診療医、プライマリ・ケア医は、人間の体を細分化していく方向の知識と集団で診る知識、個人の心理、それらを全て包含した幅広い側面視点で、病気の種類に拘わらず同じ人をずっと診続ける、そういう価値観を持つ医師ということになります（図表 26、27）。

臓器別専門性が強いと、大学病院のように大きな病院で患者さんだけを診ることが多くなります。総合診療医は、比較的軽症な患者さんも含めて診る医師、地域全体に目配りできる医師ということになります（図表 28）。

図 29 と 30 はアメリカの医師の考え方の紹介です。米国のプライマリ・ケア医は、へき地などで様々な世代の患者を診る Family Physician と、病院の外来で働く Officist。それに、入院患者のジェネラリストである Hospitalist という 3 種類に分けられているようです。

実は、ジョンズ・ホプキンス大学の研究グループによって、プライマリ・ケア医がどのぐらい患者の健康アウトカムに好ましい影響を与えるのか調べた論文が発表されています。

そのグループの論文の中に、10 編の研究論文の結論をまとめたものがあります。その中で、人口 10 万人当たりプライマリ・ケア医が 1 人増えると、当該地域の死亡率が 5.3% 低下したというものがあります。


あくまでもアメリカの州ごとのデータの解析なのですが、このようなデータも発表されています。

患者の抱える医学的、医療上の全ての問題を解決するためには、臓器別専門医の集団で対応しようとする、非常に多くの様々な専門分野の医師をそろえる必要があります。現実としてこのことはほとんど不可能ですので、一人ひとりの医師が総合性を身につける必要があります（図表 31）。

プライマリ・ケア医と臓器・疾患別専門医との適切な組み合わせが必要なのですが、プライマリ・ケア医の養成がなかなか進んでいません。



■ 図表 22



## 日本医師会生涯教育カリキュラム＜2016＞


**【一般目標】**  
頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健、福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技能を身につける。

**【行動目標】**

- I 総論
  - 1. 医師のプロフェッショナリズム    2. 医療倫理：臨床倫理
  - 3. 医療倫理：研究倫理と生命倫理    ～
- II 症候論
  - 16. ショック    17. 急性中毒    18. 全身倦怠感    ～
- III 継続的なケア
  - 73. 慢性疾患・複合疾患の管理    74. 高血圧    ～    83. 相補・代替医療

Feb. 13, 2019                      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital                      22

■ 図表 23




## 日本医師会生涯教育カリキュラム＜2009＞ 一般目標

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技術を身につける。

Feb. 13, 2019                      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital                      23

■ 図表 24



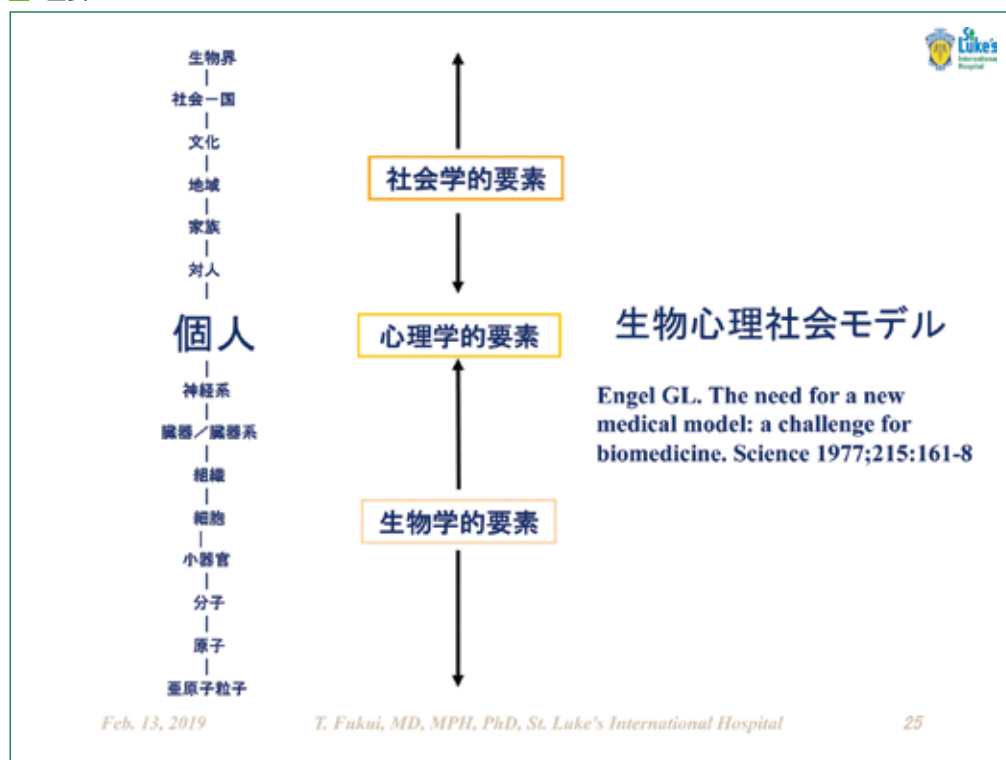
**日本医師会生涯教育カリキュラム<2009>  
一般目標**

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、  
保健と福祉など、健康にかかわる幅広い  
問題について、わが国の医療体制の中で、  
適切な初期対応と必要に応じた継続医療  
を全人的視点から提供できる医師としての  
態度、知識、技術を身につける。

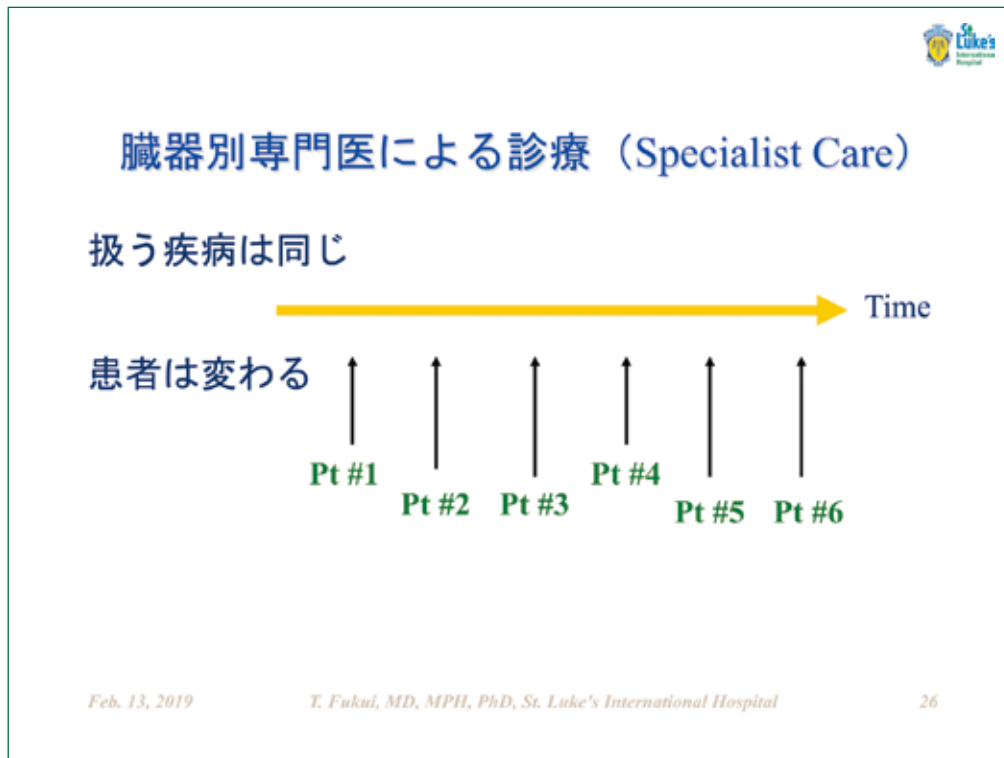
**プライマリ・ケア医  
総合医、総合診療医、かかりつけ医**

Feb. 13, 2019      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital      24

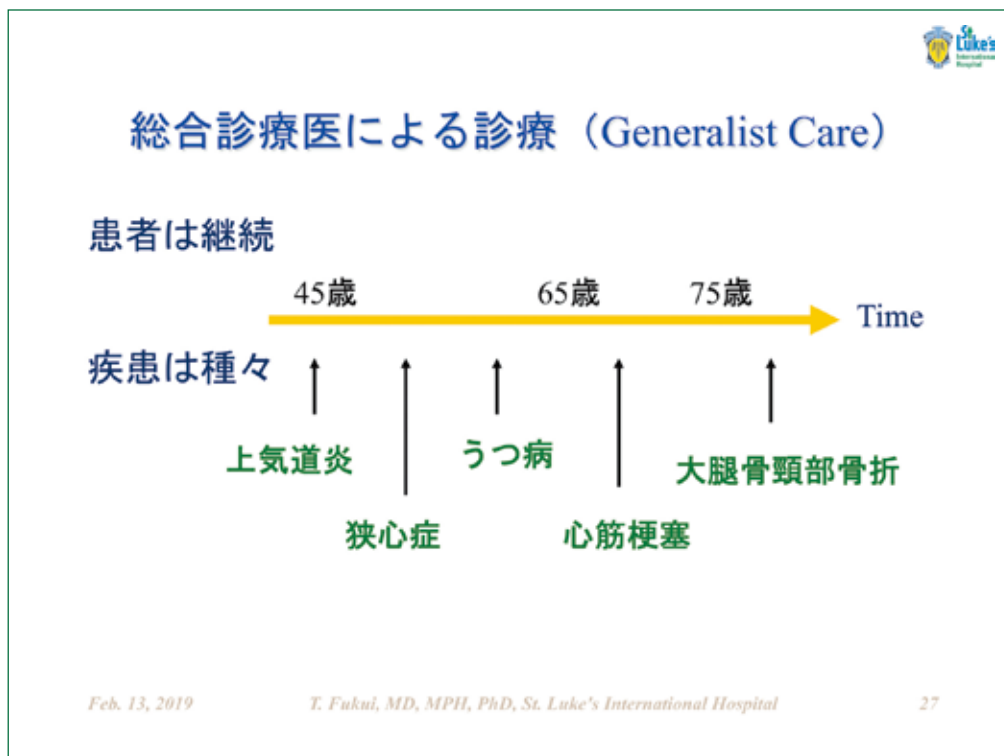
■ 図表 25



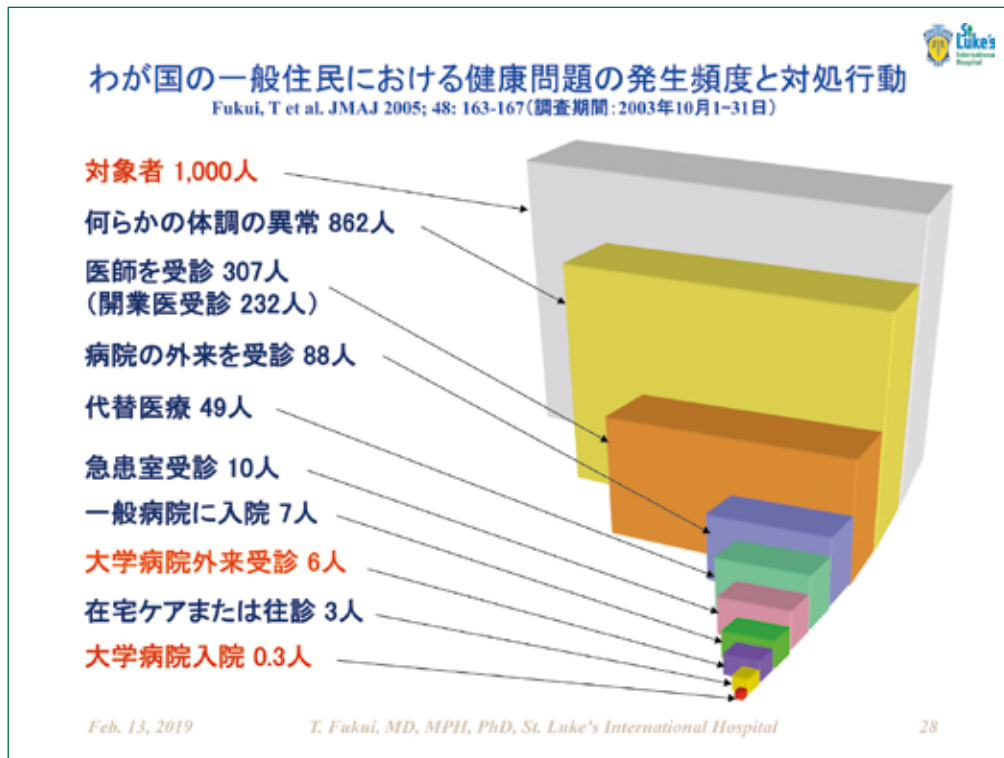
■ 図表 26



■ 図表 27



■ 図表 28




■ 図表 29

## 米国のプライマリ・ケア医

- 家庭医 (Family Physician)
  - ・ 年齢、性別を問わない
  - ・ 家族のすべてのメンバーを対象
  - ・ 元来、産婦人科、小児科、外科を含む
- 一般内科医 (Officist)
  - ・ 外来患者を扱う総合医
  - ・ 内科全般＋整形外科や皮膚科のプライマリ・ケア
- 病院総合医 (Hospitalist)
  - ・ 入院患者の総合医

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 29

■ 図表 30



## 総合医の有効性・効率性 —米国の研究結果—

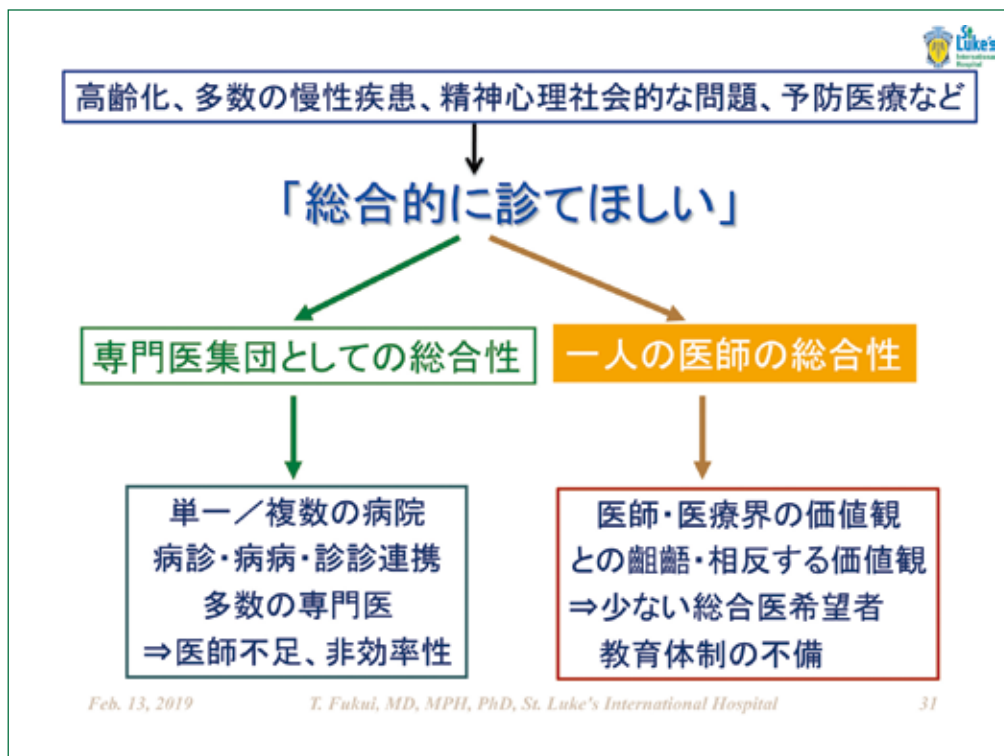
Macinko J, et al. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the united states. *International Journal of Health Services*, 2007;37:111-126

1985年～2005年に発表された論文の中で、米国において、プライマリ・ケア医増加がもたらす健康指標への影響をまとめた。10論文がこのテーマを扱っていた。

人口10,000人あたりプライマリ・ケア医が1人増えると、死亡率が5.3%（1年間で10,000人あたり49名に相当）低下する。

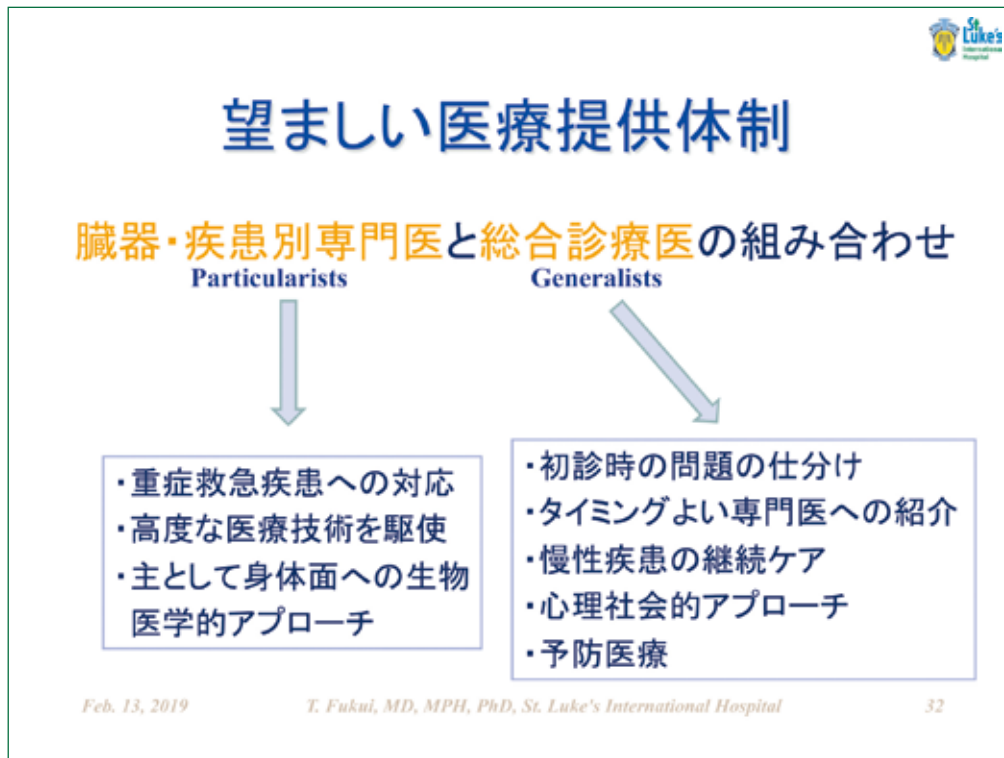
Feb. 13, 2019      T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital      30

■ 図表 31





■ 図表 32



私の知っているアメリカ人が、臓器別・疾患別専門医のことを、Particularistsと呼んでいました。体の中の一部分に興味を持つ医師という意味だそうです（図表 32）。

### 総合診療を今後日本で育てるために

日本では、1980年代の家庭医懇談会での議論から始まって、大学や大きな病院で総合診療部が設置されてまいりました。

2000年代に入っても、いろいろ議論は行われていますが、思ったほどプライマリ・ケア医、ジェネralistの養成は進んでいません（図表 33）。

日本専門医機構でも19の基本領域として総合診療科を加えましたが、たしか昨年マッチした、総合診療分野に入る専攻医は180人ぐらいしかいなかったということです（図表 34）。

私としては、総合診療分野に興味を持つ、若い医師が少ないということは非常にシリアスな問題だと考えています。大学ではジェネラルな分野へ

の興味をそがれるような雰囲気、このことは実は私がいたアメリカでも同様で、かなりシリアスな問題でした。総合診療、プライマリ・ケアの必要性や重要性を肌で感じるような大学病院はありません（図表 35）。

どちらかというプライマリ・ケアについてネガティブな雰囲気、医大生は学生時代を過ごすものですから、なかなかプライマリ・ケアの分野に将来進もうという気持ちを持つ人が出てこないということです。

その背景には、公衆衛生の教育のこともあります（図表 36）。

アメリカでは、実は私も訪れて驚いたのですが、ウィスコンシン大学は大学の名前を、School of MedicineからSchool of Medicine and Public Healthに変えて、プライマリ・ケア医の養成に大きく舵を切りました。そういう大学があるぐらいですから、日本でも何か同じようなことができないう期待しています（図表 37）。

以上、現在、厚生労働省で主として議論されて

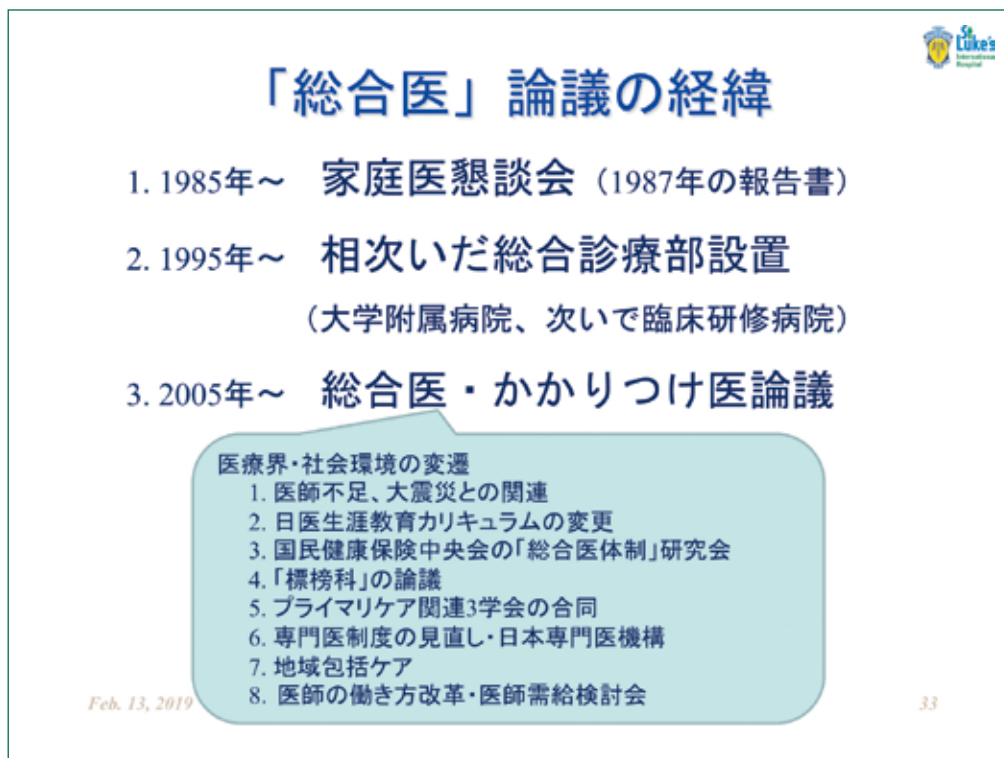
## 講演Ⅲ わが国の医療が直面する課題—医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

いる地域偏在への対応の考え方と、総合診療を今後日本で育むために、先生方のご協力をいただきたいという、そういうお話をさせていただきました

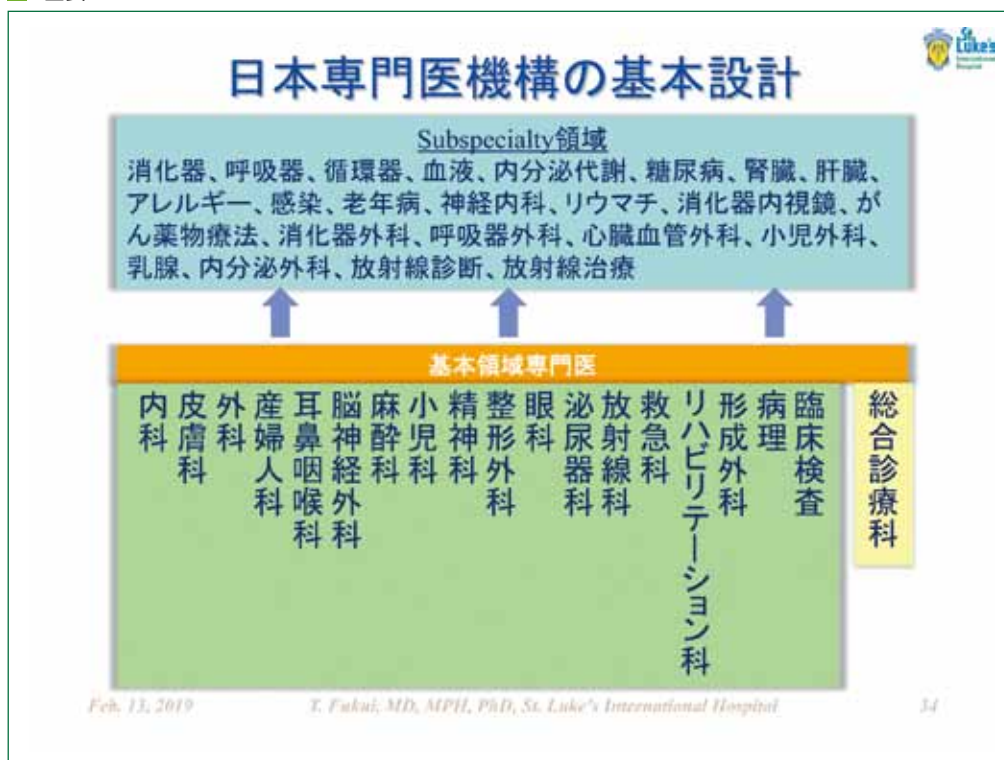
た。

ご清聴ありがとうございました。

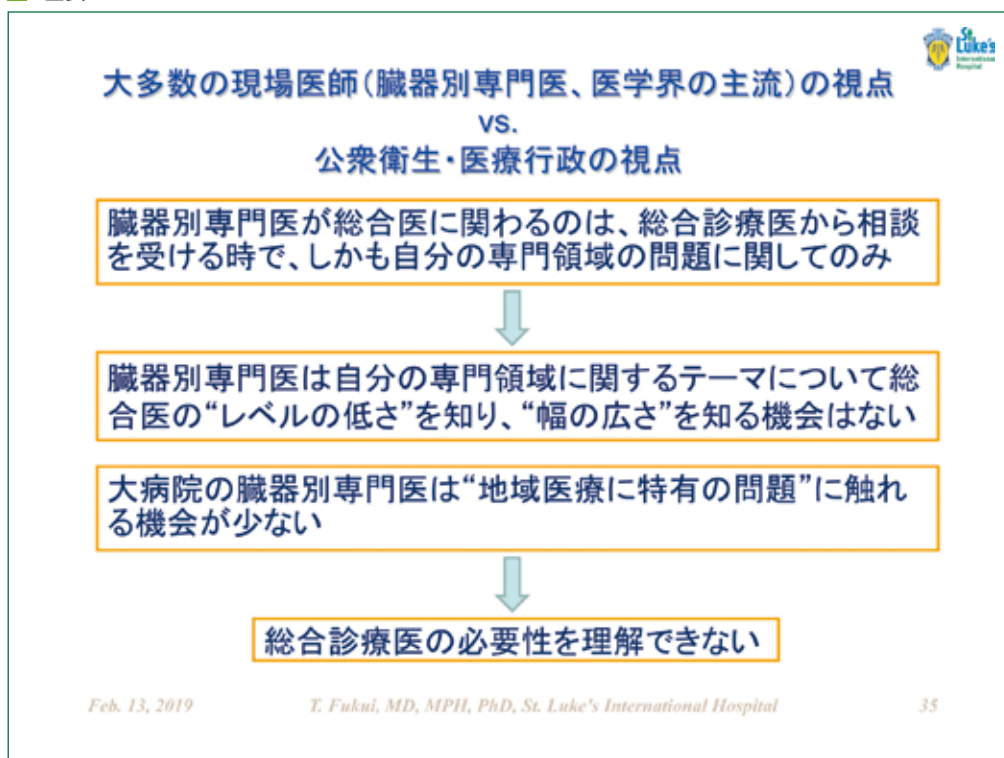
■ 図表 33



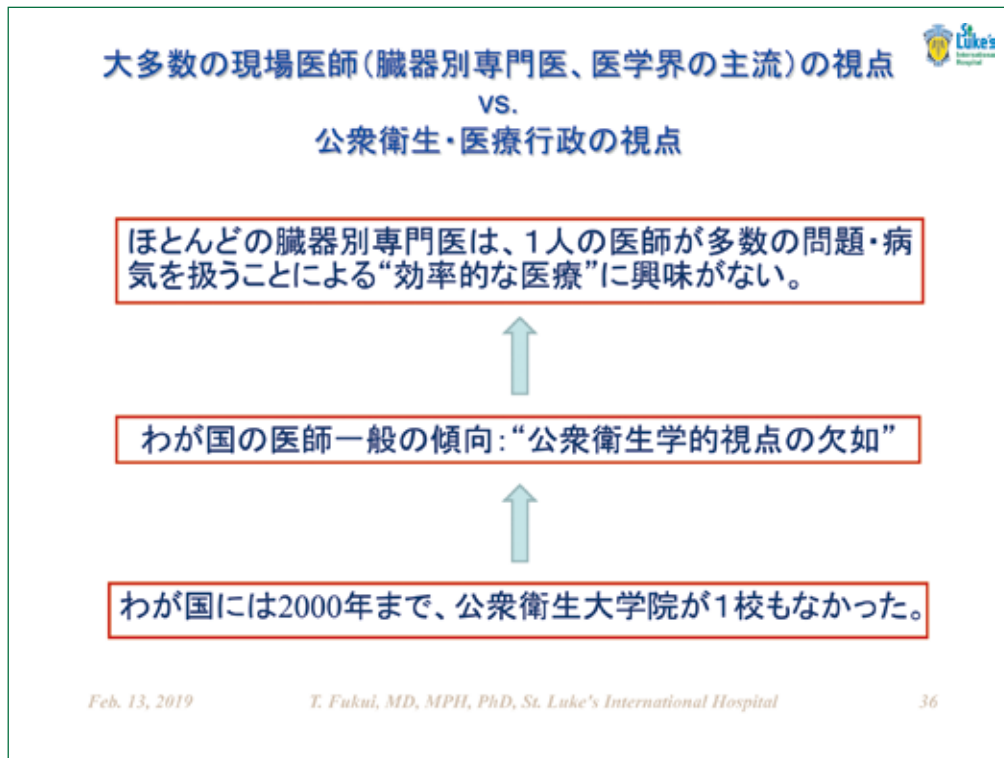
■ 図表 34



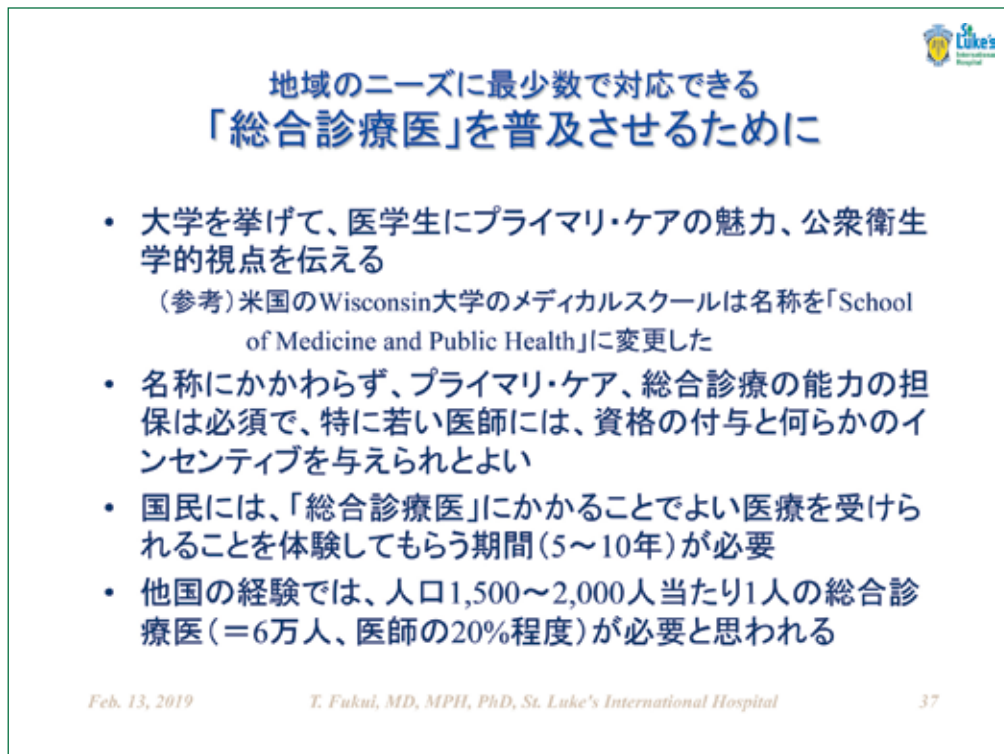
■ 図表 35



■ 図表 36



■ 図表 37



## パネルディスカッション

# 医師の地域偏在

### パネリスト



**オトマー・クロイバー**  
(世界医師会事務総長)



**河合 雅司**  
(ジャーナリスト)



**福井 次矢**  
(聖路加国際大学学長)



**横倉 義武**  
(日本医師会会長・世界医師  
会前会長)



**座長**  
**武田 俊彦**  
(厚生労働省政策参与)



## パネルディスカッション 医師の地域偏在

## 演者紹介

**石川** ただ今から、パネルディスカッションを行います。司会は、私、日本医師会常任理事の石川が務めさせていただきます。

座長は武田俊彦先生にお願いいたしますが、簡単に、武田先生の略歴をご紹介します。

1983年東京大学法学部をご卒業後、厚生省に入省されました。医政局経済課長、保険局国民健康保険課長、医政局政策医療課長、保険局総務課長などを経て、2011年には政策統括官付社会保障担当参事官に就かれ、社会保障・税一体改革に携わられました。その後、2017年から2018年まで医政局局長を務めていらっしゃいました。

それでは武田先生、よろしくお願いいたします。

## パネルディスカッション

**武田** ご紹介ありがとうございます。

昨年7月まで医政局長をつとめておりました武田です。

本日は大変多くの論点を各演者の方に触れていただきましたが、これから45分ぐらいですけれども、パネリストの方々に、私の方からいくつか

ポイントを絞り、質問をさせていただきたいと思っています。

まず、今世界が、そして社会がどのように動いて、その中でどういう医師が求められていくのか、大きな俯瞰図について各先生方にご意見を伺っていききたいと思います。

その前提となる、これまでの厚生労働省、国の医療政策を振り返って見ます。

2000年代は医療の質の向上ということで機能分化、急性期医療の充実を図ってまいりました。

これは基本的には日本の医療の水準を国際水準に近づけていきたいということでした。これに対して、2010年代の今、進めている様々な改革は、世界に例のない高齢化社会に対応しようという、他の国にモデルのない世界になっています。この課題を克服していくために、地域包括ケアシステムという、我が国が世界にモデルを示すような形の医療体制を作っていく、ということが進められていると理解をしております。

世界的に言いますと、先ほどクロイバー先生のお話にありましたユニバーサルヘルスケアシステム、UHCという中で、日本は世界に誇るべき仕組みを作り上げた国であるということをお伺いしました。このユニバーサルヘルスケアシステムは、ファイナンス、即ち財源確保のしくみ、それからデリバリー・システム、即ち医療提供体制、この両方



■ 司会：石川 広己（日本医師会常任理事）



■ 武田 俊彦（厚生労働省政策参与）

## パネルディスカッション 医師の地域偏在

がないと維持していくことができません。

そして本日のテーマである医師の偏在は UHC への大きなチャレンジでもあると考えられています。

そういう中において、本日は地域偏在というテーマですが、この問題は待ったなしということで、昨年初めて本格的な地域偏在対策のための医療法・医師法の改正が行われました。

今国際社会を見渡すと高齢化というのは世界各国の共通課題であり、入院医療から地域療養へのシフトというのも国際的な傾向であるように思われます。

こういう観点から各パネリストにコメントをいただきたいと思います。

まず、オトマー・クロイバー先生に伺いたいと思います。

我が国の高齢化の未来予測について、先ほど河合先生からお話がありました。一方で地域偏在ということで福井先生からご紹介がありました。

このような我が国の現状についてどのような感想をお持ちになられたか、コメントをいただきたいと思います。

特に世界的に見た時に日本が置かれている状況は特殊なのか、それとも世界のトレンドというのは日本の後をついてくるのかどうか、こうした点でご意見をいただけますか。

河合先生のお話の中にありました、世界のこれまでの発展においてはどんどん大都市へと移っていったが、21 世紀は小さいけれどもよく機能する都市というのが、本当に恵まれた形だと思います。

例えば、非常に豊かな国であるノルウェーはともにお金があって、小さいけれどもよく機能する都市があります。スイスもそうです。これは多くの場所で私自身が目にしていることですが、より生き生きとした生活がかなうためには、住民だけでなく医師もとどまる場所でなければならない。

50 年前は、例えば、都市で仕事をして都市に住むか、あるいは郊外で仕事をして郊外に住むかでした。しかし今は、郊外から都会へと通勤する人が増えている。そして都会で仕事をするだけではなくて、買い物も都会でする、美容院も都会で行く、ドクターのところに行くのも都会という形になっている。つまり、機能するところがかなり限定的になってきています。田舎ではいろんなところが機能しなくなっていて、状況がより複雑になってきているわけです。

そして今、そういったコミュニティでリタイアが増えていますから、ドクターは都会にいても、人々は郊外に住んで、都会には出て行かないということになってくる。

この問題を解決しようと思ったら、将来的には

## 日本だけの問題ではない社会の高齢化

**クロイバー** ありがとうございます。

私からコメントさせていただきたいと思います。

非常にすぐれた分析を、河合先生、福井先生からしていただきました。私も意見を同じくするところです。

今のご質問に関して、これは日本だけの問題かということ、そうではないと言うことができます。社会の高齢化は、恐らく日本が最も進んでいます。しかし、ほかの国もそれに続いていますし、私の国ドイツも、日本と同じような問題を経験しつつあります。医師の偏在も同じです。



■ オトマー・クロイバー（世界医師会事務総長）

## パネルディスカッション 医師の地域偏在

医療政策ではなくて人口政策ということになりますが、仕事や生活に関わる事柄を、小さなコミュニティに引き戻してこなければならぬ。大都会だけに負担を持たせるのではなくて、少し小さな町にそういった機能を移してこなければならぬということになるでしょう。

我々の人生が長くなって、生産性もより長くなっています。日本でも労働年数がほかの国よりもずっと長くなってきていると思います。そして、リタイアする年齢が65歳だったのが66歳、67歳と上がってきています。フランスやドイツでもそうです。恐らく70歳定年ということになっていくと思います。

それだけ我々の生産性も上がっているわけだから、当然、より歳を取るまで働くことになるでしょう。自分たちは引退して、若い人にお金を出してもらおうというのではもううまくいかないわけです。

そして、いかにして出生数を増やしていくかということのためには、若い人たちにお金をどう払っていくか、回していくかを考えなければいけない。日本でも、若い人へ支払われているお金が非常に低い。これはフェアとはいえません。これは我々にとってもよくないことなのです。出産年齢がどんどん上がってきていて、若い年齢では子供を持つことができないからです。

そして毎年、出産年齢が上がってきていて、年齢が上がる毎に、丸1年の年金の支払いのお金が失われるということになっている。これについては変えていかなければなりません。

ですから、非常に豊かな国は日本と同じような問題を抱えています。そして、日本がまず第一にこの問題を解決する立場にあるために、日本に注目が集まっています。

**武田** どうもありがとうございました。

今のお話は、ずっと社会保障政策を見てこられた河合先生が最近ご主張しておられる、医療だけではなく地域づくりが必要だという話に近いような気がします。

今後、我が国がこうした状況を考えるとき、どのような備えが必要なのか、医療だけではなく、

生活を支えるために誰がどのようなことをしていかなければいけないのか、先ほどのお話と被るかもしれませんが、河合先生ご紹介いただけますか。

## 高齢社会に対応するまちづくりを

**河合** ありがとうございます。

とにかく今我々が一番考えなければいけないのは、社会の支え手をきちんと確保することなのです。

もうこの国が小さくなっていくことは、しばらくの間やむを得ないことで変えられない未来であります。その中で、きちんといろいろな社会の仕組みが機能することを考えなければいけません。

医療が足りないから医療従事者を増やしていく、これは理想なのかもしれませんが現実にはかなり難しいことです。

人口減というのは、全てを不足にしていまいます。自衛隊員を維持できない、警察官を維持できない、消防士を維持できない、民間サービスを維持できない、もう皆さんもよくご存じのように、昨年4月、「引っ越し難民」ということが言われたように、運送業も人が足りません。

こういう状況の中で、地域の暮らしをどのようにして機能させていくのが大前提です。地域の暮らしが何とかなって、初めてそこに産業、医療、



■ 河合 雅司（ジャーナリスト）

## パネルディスカッション 医師の地域偏在

教育を考えることができるわけです。

そのためには先ほど申し上げたように、ある程度我々のほうが集まって住んでいくということを各地域がやらざるを得ないのです。現状、人口が減っているところはすでに迫られているわけですが、実は「大東京」とか「大大阪」のような大きな街の中でも同じことが起こっています。

例えば東京圏では、多摩地区、埼玉県、千葉県という郊外を見渡せば 2040 年代に、日本全体の 2060 年代と同じ高齢化率 40% の社会が到来します。

多摩地区は、2040 年代に高齢化率が 40% を超えてきます。先に私が申し上げたようにすでに都バスが儲かっている路線ですら運転手が確保できずに路線の間隔があいてきています。

あと 20 年もしないうちに、丘陵地の多い東京の郊外でどれだけバスを走らせることができるのか、また自分たちの足で歩いていけるのかということを考えなければなりません。23 区も同じです。東京の階段の多さを考えてみた時に、階段の昇り降りを 80 代の一人暮らしの人が全部こなして大病院まで行くことができるのか、そういうことです。

スーパーで買い物を済ませて重い荷物を持って坂道を登って帰って来ることができるのか。日々の暮らしの中で今までみんなが当たり前になしていたことができない人たちが増えてくるのに、その人たちの支え手となる人たちがいない、これが日本の高齢社会の姿であります。

そういうことを考えていくと、どうやって助け合っていくのかということは、たぶん仕組みだけでは解決できないのだと思います。

我々は戦後ずっと効率的な社会、大量生産、大量販売とよく言われるように数を増やしていく、また分業を進めていってどんなサービスにもお金がかかるということをあまりにも当たり前にしてしまっているわけです。

しかしながら、これが先程申し上げたように全部の部門でサプライヤーがいなくなっていく時には、もう通用しないわけです。

それを考えていくと、やはり少し前の時代に

戻って、素直な気持ちで助け合えるところは助け合っていくという社会にもう一度この国を変えていくことが必要なのかもしれません。

例えば、通院や病院内で手助けをするボランティアが自然発生的に出てくるなどして医療機関へのアクセスが確保されればこれが一番です。

患者のほうが寄り集まって住めば、一人のドクターが順番に効率的に患者を往診していけます。今のように偏在して住んでいるような地域の患者のところまで行くには時間がかかります。次の患者のところまで往診に行くために一回山を下りてきて、国道を自動車で走っていかなければいけないということを繰り返していたのでは、一人のドクターが何人の往診をできるのか。

これを医師不足だから、医師の偏在だから増やそうと医学部ばかり作っても、他の職業が機能しなかったら全く意味がありません。

医療機関に薬が毎日きちんと届けられるのは誰かが運んでくれているからです。医療機関がリニューアルして新しい医療設備ができるのは誰かが造ってくれるからです。これがなければ医療はできません。

医師たちがどんなに優れた医療技術を身につけたとしても、こうした職種が存在なしには何もできない。そこまで我が国が追い込まれていることに気づかなければいけないわけです。

そこで社会の在り方をもう一度考えてみることです。人口が少なくなり、まばらに住む状況をもう一度集約し、その上でどのような産業をどう立地し、どういう形でサプライヤーを維持していくのか。

地域偏在または診療科偏在の問題は、こうしたアプローチをしなければ解決しないのではないかと考えております。

**武田** ありがとうございます。

まちづくりに加えて、地域の資源をあれが足りないこれが足りないというのではなく、どのように使っていくのか、ということも含めてのご指摘だと思います。

医師の問題に絞って福井先生にお伺いします。今お話がありましたように社会や地域、国民も高



## パネルディスカッション 医師の地域偏在

齢化に対応して行く必要があるということでしたが、今、国が進めています地域包括ケアに必要な医師像について、どのような医師を養成していかなければいけないのか。

先ほどのお話にもありましたが、もう一度、簡潔にまとめてお話しいただければと思うのですが。

いろいろ定義をご紹介していただきましたが、日本医師会の示しているかかりつけ医の定義についても含めて、お話しいただけますか。

## 求められる総合診療医の養成

**福井** はい。

日本医師会生涯カリキュラムの最初のところに書かれている一般目標として、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で—これは国によって求められるものが違いますので、あえて我が国の医療体制の中でという言葉を入れますが—適切な初期対応と継続医療を全人的視点から提供できる」とあります。

日本医師会の会員の先生方に3年間で83項目を1項目当たり30分の生涯教育を受けていただき、83項目全てをカバーされた先生には大々的にかかりつけ医なり、総合医なり、日本医師会の

使っている言葉でプライマリ・ケアを提供できる能力が十分あるということを日本全国に大きくアピールしていただきたいという目的で、当時のカリキュラムを作りました。

現在どのようになっているのか、申し訳ないですが、私は現状を把握していませんが、今でもこのような能力を身につけた医師を養成することは、国が進めている地域包括ケアのために最も望ましい医師像と考えております。

ただ、このことは簡単ではないということは私も重々承知しております。

1980年頃に、武見会長が厚生労働省と掛け合って、プライマリ・ケア指導医養成プログラムという、アメリカに医師を派遣するプログラムがスタートしました。私はそのプログラムでアメリカに行った最初の頃のグループの一人です。

米国のプライマリ・ケアの状況をいろいろ観察して勉強し、日本に戻ってきたのですが、先ほどから何回も申し上げておりますように、大学はそれを生かすのに最もふさわしくない場所だとよくわかりました。非常に難しいのです。

パティキュラリストという体の一部を診る先生たちの集団なので、全体を見るという価値観を大学病院の中ではなかなか認めてもらえない雰囲気と文化があるのです。

ただ、最近になって少しずつですが、総合診療をやろうという若い先生たちが増えてきているようですので、その流れを後押しできないかと思っています。

私は大学のいくつかは、本格的にプライマリ・ケア医を養成する大学になってもいいのではないかと思います。例えば、自治医大のような枠組みでプライマリ・ケアを養成する大学です。

**武田** ありがとうございます。

次に横倉会長にコメントをいただきたいと思います。横倉会長、世界医師会の会長1年間大変お疲れ様でございました。

我が国では世界に誇るべき保健医療水準を達成し、世界最高の長寿国になったわけですが、この1年間各国を周って来られて、いろいろな国の医療をご覧になったと思います。そういったことも



■ 福井 次矢（聖路加国際大学学長）



## パネルディスカッション 医師の地域偏在

含めて我が国の守るべきよいところ、今後さらに力を入れていくべき点について、特にどのような医師を育てていくべきかをご紹介いただければと思います。

## 総合診療能力を持った医師を育てる

**横倉** どうもありがとうございます。

今日は3人の先生方から日本の社会が今後どうなるかということ、特に医療のあり方についてお話しいただきました。

世界の中から見れば、日本の医療が非常に優れているというのは正当だと思います。

しかし、その中で福井先生のお話にあったプライマリ・ケアというのは十分でないというのも事実でしょう。

私が医師になったのが1969年なのですが、その頃は内科にしても外科にしても、総合的な内科あるいは外科のカリキュラムを受けました。それから10年後ぐらいから細分化が進んでいったわけです。

細分化の中での教育が主流になってきた、そこから一度反省が起きて総合的な診療能力を獲得するということになってきていると思います。

実は日本の医師の場合は、卒業して10年近く専門のトレーニングを受けて、そして地域でそれ

ぞれの診療所を開設するなり、地域の病院で仕事をする中で総合的な診療能力を身につけていく形になっています。その中で専門的な分野をしっかり勉強している上で、総合的な能力をつけ、質の高い地域の医療が確保できていると思います。

日本は今後、人口減少の中でどうしていくかということですが、確かに河合先生がお話しになった急速な高齢化と人口減が起きてきます。

実は、私自身が今住んでいるところが高齢化率35%という高齢化の真ただ中にあるのですが、そういう中でそれぞれの地域が活力のある地域でいくという努力を皆がしていると思います。

日本の良さというのは、お互いを尊重するという助け合いの気持ちがベースにあるので、こうした日本のよき伝統を育てていくことが、今から日本の高齢化社会の行く道かなと思っています

世界、特にアジア各国は順次高齢化が進んでいく中で、日本はトップランナーです。

日本が明るい高齢化社会を作るのか、それとも暗い高齢化社会になるのか、これによって、長生きすることがよいことなのか悪いことなのかになってくると思います。明るい日本を作るために医療面からしっかり頑張っていくため、かかりつけ医の必要性を会長になってからずっとお話をさせていただいています。

毎年、1万人ずつぐらい、かかりつけ医の応用研修を受けていただいています。

そういうことで順々に総合診療能力をよりを持った医師が今後増えていくのだと思います。

日本の場合、専門的な診療もある程度できている医師も多いというのが特長だと理解しています。

**武田** はい、ありがとうございました。

今、日本医師会の時にもご紹介いただき、また先ほどアメリカの紹介にもありましたが、総合的な診療能力を持つ医師、病院の総合医とか、開業医の総合医とか、また細分化していくのはどうなのかなという気もいたしますので、日本医師会の取り組みには大変期待をしております。

では、次に本日のテーマである医師偏在の是正ということです。



■ 横倉 義武 (日本医師会会長・世界医師会前会長)

## パネルディスカッション 医師の地域偏在



今、我が国は地域包括ケアの体制構築に取り組んでおりますが、この基本的な考え方は、住み慣れた地域で可能な限り、多職種の多様なサービスとサポートを受けながら暮らしていけるということだと思います。

このためには地域包括ケアを地域において実現することのできる医師、地域の資源を理解し、多職種と連携し、患者に寄り添い支えることのできる医師がそれぞれの地域にすることが必要になります。

それこそが先程会長のお言葉にもありましたが、長寿というのは明るい国になるのだということを他の国にも示していけるのだと思います。

今後我が国はさらに医師の数が増えることが予想されますが、医師の偏在是正という問題は避けて通れない課題だと思います。

一方で、だからと言って、国が強制的に配置するということもできません。まさに私たちがどう考え、関係者を含めてどう取り組んでいったらよいのかが問われているのだと思います。

昨年法改正は行われましたが、各地域においてみんなで知恵を出し合っていくという枠組みであります。こうしたことを踏まえて、どのように考えて取り組んでいけばよいのか、それぞれのパネ

リストからご意見を伺いたいと思います。

まず、クロイバー事務総長からお願いいたします。

### 郊外での家庭医には職場環境の考慮が必要

**クロイバー** はい。短期的には、まず、医師の仕事、特に家庭医が郊外でする仕事をもっと魅力的なものにするということが必要だと思います。

例えば、配偶者の職場や子供の学校といった環境を考慮して、そういった立場で仕事をするのが医師にとってより魅力的になるようにする。そのためには、コミュニティも役に立つし、そこで雇用された医師がパートタイムであっても、（生涯にわたってではないにしても）そこにとどまることができるようにすることが必要です。

フランスの例ですが、ローテーションをつくって、2つ目のオフィスを郊外に持って、パートタイムで週に2日とか3日とかはそこで仕事をする。常に郊外にいるわけではなく、都市にいても週のうち何日かは郊外で仕事をするという形にするということが考えられます。

**武田** ありがとうございます。

河合先生、医療の偏在対策、医師の偏在対策に取り組む前提として、そもそも地域があってこそ

## パネルディスカッション 医師の地域偏在

の医療だということをお話しいただいていたと思います。

先生は以前から東京圏をはじめとする高齢者が自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに医療介護が必要な時には、継続的なケアを受けることができるような地域、いわゆる CCRC (Continuing Care Retirement Community) の提唱者でもいらっしゃいます。

このことについてお話しいただけますか。

## CCRC の特長とは

**河合** 地域包括ケアシステムと CCRC は極めて似ているものだと思います。

CCRC は住宅政策の効果からものを考えていて、地域包括ケアは医療面介護面から考えています。

結局は受け皿を作って、みんなで協力し合って、その中でそれなりに生きがいを持って生活ができるようにという考え方です。

この両方をうまく兼ね備えている例というのは、日本の中にもいくつかあります。

例えば四国のある町には商店街に住宅を備えて、商店街そのものに住めるようにしています。商店街の店子として医療機関が入っているということです。高齢者は日常の暮らしを商店街の中でこなしていけるわけです。加減が悪くなった時は、医療機関にすぐに行けるということです。

高齢になったからといって、突然寝たきりになるわけではないし、みんな日常の生活は続いていきますので、医療機関、介護施設と普通の暮らしを一体化しているようなまちづくりをそれぞれの地域の中でこれからは作っていくということです。

反対に言えば、今ある老健施設や老人ホームをうまく使って、そこを拠点として町を作っていくという発想で考えてもよいし、賑わっている場所に医療機関のほうに移って行って、そこで普通の暮らしの延長線の中に医療もあるという風景を作っていくというのが現実的であろうと私は思っ

ております。

**武田** はい、ありがとうございます。

CCRC は非常に面白い概念で、ぜひいろいろな方に興味を持っていただきたいと思います。

暮らしを支えるということと言いますと、暮らしは医療だけで成り立っているわけではないので、医療を受けている以外の時間、農業地帯であれば農業に、港であれば漁業に、と組み入れるとか、病院の近くに住んでいただくなどいろいろなことが考えられるかなと思いますので、ぜひ皆さんに関心を持っていただければと思います。

次に、福井先生、地域偏在というテーマですが、先ほど法律の枠組みだけでは十分ではないというお話もあり、それはおっしゃる通りだと思います。

一体どうすれば、医師が地域に出ていってもらえるか、評価の仕組みとかインセンティブなど何かご紹介いただけますか。

## 地域医療に対する価値観を植え付ける

**福井** はい、すぐに考えられるのはやはり経済的なインセンティブだろうと思います。

クロイバー先生がおっしゃいましたが、パートで地域に行って、しかも経済的なインセンティブというのは、ショートタームの対応策だと思っています。そういうこともある程度やらざるを得ないだろうと個人的には思っています。

しかし、最も重要なのは、比較的人口の少ない地域で働くことに、心からやりがいを持つようなマインドセットを若い医師、ベテランの医師でも結構ですが、いかにして植え付けることができるかだと思います。

スタティスティカルコンパッションという言葉があります。統計学的な熱意という訳になるでしょうか。一人ひとりの顔は見えなくても地域全体の健康指標などの数値から、その地域の状況に思いを寄せ、情熱を持って、当該地域の改善に取り組みたいというマインドセットが若い頃に植え付けられるかによって、ずいぶん地域医療は異なってくると思います。

公衆衛生的な視線を若い頃から持ってもらえる

## パネルディスカッション 医師の地域偏在

ような教育、また患者のニーズもいろいろ変わりますので、患者のニーズに合わせて自分も勉強するという基本的な価値観を植えつけるような教育を行っていく必要があるのではと考えております。

**武田** はい、ありがとうございます。

やはりその個々の医師が見放されたとか孤立しているとかではなくて、評価されているという実感を持っていただく、小さいながらもそのための枠組み作りを、昨年の法改正でいたしましたので、そこに実質的な意味と効果を持たせていくためにいろいろな方のお知恵も借りて進めていければと思います。

それでは、同じ地域偏在というテーマで横倉会長にも一言お願いいたします。先ほど冒頭のご挨拶の中で紋別の事例に触れられて、一つの事例としてオンライン診療について少し触れられていました。

オンライン診療については大変期待する方も多く中で懸念を示される方もいらっしゃいます。

その中でどうすれば健全な形で進めていくことができるのか、それが地域医療にどのように役立つのか、お話しいただけますか。

### 地域医療に対するオンラインサポートの必要性

**横倉** 地方で働く医師の実情を理解するということが非常に大事だと思います。解決の一つとしてのツール、doctor to doctor のオンラインサポートという、それぞれの診療科の先生がいつでもサポートしていただける環境にあれば、みんな安心して地方でも働きやすくなるだろうと思います。

それと今様々な地域でいろいろな取り組みがされていますが、世代的に第一線を退いた後に地方の総合診療に取り組む医師が増えてくるような環境を今から作っておくことは重要だと思います。人生100年時代と言いますと、70歳定年が当たり前になるだろうと先ほどクロイバー先生がおっしゃったのですが、医師の場合も60歳から以降、セカンドライフを考えていく必要があるのかなと

思います。

**武田** ありがとうございます。

それでは、話題を本日の主催者であります医師会の役割という点に触れてみたいと思います。

各国それぞれ医師会があり、医療政策に大きく関わっていますが、医師の地域偏在というテーマはあまり医師会として大きく関与していない国のほうが多いのではないかと漠然と思っています。

それは基本的には公的介入というよりは医師の自主性、専門性を尊重するということで広く自由が認められるべきだという基本的な考え方があるのではないかと思います。

それは私としても理解はできます。一方で、医療は社会共通基盤という側面もありますので、社会的な要請に医師、あるいは医師会は応えなければならない場面が増えてきていると感じております。

本日のテーマは医師の地域偏在ということですが、医師の養成をどうするのか、医師の働き方をどう考えるのか、そもそも望まれている医師のあるべき姿とはどういうことかも関係をしてくるのだと思います。

そこで最後のテーマといたしまして、医師の偏在ということではなくて、医師の様々な課題、医師の働き方、医師のあるべき姿について医師会はどうのように対応していけばよいのか、医師会にどのような期待をしたいのかということなど、コメントをいただければと思います。

まず、クロイバー先生からお願いいたします。

### 国によって異なる医師会の活動

**クロイバー** はい、ありがとうございます。

医師会の役割というのは国によって大きく異なります。例えば、医療提供に大きく関わっていたり、規制に大きく関わっていたり、あるいは、ほとんど何もせず医療ケア提供にあまり関わっていないというところもあります。

私自身の経験でいいますと、救急ケアを提供するのは全て医師会の会員でなければならず、国の全ての地域で医療を提供することが保障されてい



## パネルディスカッション 医師の地域偏在

なければならないというところもあります。それにかわるものとして、病院では救急のケアは提供しない、救急をベースとした二次医療のみを提供するという体制を取っているところがあります。そういったところでは、医師会が医療の提供に深く関わっていて、例えば地方ではどのように医療を提供するのかに深く関わっています。それはまさに、日本も同じ問題を経験しているところだと思います。

これは全ての医師会がやらなければいけないことだと思いますが、医師は何をすべきか、何をしなければならないのか、そして例えば、看護師やほかの医療従事者ができることは何なのかを考えなければなりません。また、そういった人たちが郊外でできることは何か。というのは、過疎地に人が住んでいて、遠く離れているということもあるわけです。

そして時には、これは非常に早くモデルをつくることができると思いますが、例えば、看護師が最初のステップとして関わる。地域によっては、看護師がiPadで家庭医と直接つながっている。そうすると、大抵のことは看護師だけではできませんが、家庭医にすぐに質問して答えをもらう。

「どうしたらいいですか」「今すぐ来てもらえますか」「患者を先生のオフィスに連れて行きましょうか、それとも、これは少し時間を置いて待っても大丈夫でしょうか」というフィードバックをす

ぐにもらうことが可能なわけです。

もちろん基本的な問題は維持されていますし、横倉先生がおっしゃったことに私も同意します。基本的な問題というのは、医療の問題だけではなくて、人口政策の問題であると思います。

**武田** ありがとうございました。

続きまして河合先生にこういうテーマで、地域づくりということ、従来医師会とは縁の深い問題とは思われていなかったのかもしれませんが、実は医療なくしては地域なしという面もありますし、医師会への期待ということで一言お願いいたします。

## 地域を維持するには一番効果的な医療の存在

**河合** 日本史の中でも極めて特異な時代に入ってきたということだと思うのです。

地域そのものがなくなるかもしれないということとかなりリアルな問題として考えなければいけないという時代です。

それは地域を維持していくためには何が必要なのか、一番効果的なのは何かと考えると、医療なのです。

医師というのは患者を治す存在として、一番大きな役割を果たしているわけですが、それだけではありません。





## パネルディスカッション 医師の地域偏在

それは産業医、学校医、スポーツドクターなどいろいろな役割があり、医師のいない場所に人は住めないのです。

そのような意味で医師会の役目というのは医療の向上、発展のための団体というだけではなく、地域そのものの担い手の一番の基盤、団体になっていくことが重要です。世界はわかりませんが、日本ではそういうことです。

医師会の役目というのは個々の医師が思っている以上の大きな役割になっているということです。

医師たちも地元住民の1人として自分の地域のことを真剣に考えていくことが問われる、そうした転換点に来ていると思います。地域の医療を守っていくイコール自分たちの生活、伝統、文化を守っていくことなのだと発想していくことです。そうした役割が、特に地方医師会の場合には大きくなっていくだろうと思います。

**武田** では福井先生お願いいたします。

### 地域医療全体をリアルタイムで把握できるシステムづくりを

**福井** 今、お話しになられた二人の先生と重複しますが、自治体が行うのか、医師会がそれぞれ単独で行うのかわかりませんが、私は地域を面としてとらえることが必要だと思います。

また、AIの導入により、リアルタイムでどの医療施設にどういう患者が来ているかということモニターして、それをコントロールする体制が必要だと思います。

コントロールという意味は、医師だけではなく、必要な医療職を速やかに派遣することも含めて、面としての地域全体の医療に責任を持てるような、リアルタイムで対応が可能なシステムを作れないかと思っています。

**武田** ありがとうございます。

そういった意味では、地域医師会に対する期待が大変大きくなったと思います。

最後に全体の様々な期待の声もございまして、会長に一言お願いいたします。

### 医師会の存在意義を再認識する

**横倉** はい。

日本の医療と歴史を見ると、地域の医師会の役割はすごく大きなものを作り上げました。急患も在宅当番を組み、また休日夜間当番を組み、そして学校保健、産業保健、様々な地域の中に医師会がネットワークを作っています。これはもう当たり前になりすぎたから、少し忘れかけているのかもしれませんが、そのことに我々医師会も自信を持って取り組んでいかなければいけないと思っています。



パネルディスカッション 医師の地域偏在

それこそが医師会の存在意義であろうと思いますので、やはり地域のそれぞれの郡市医師会の役割の大きさを再認識していかなければならないと思っています。

そして少子化が進んでいく中でどう地域を作っていくか、医師会がそれぞれの地域のグランドデザインを考えていきたいと思います。

**武田** ありがとうございました。

各先生方のお話によって、今日お集りの方々もいかに世界の中で日本の位置や地位があり、高齢化社会への対応が大きく課題となっている、そして世界がいかに日本に注目しているのかが実感できましたと思います。

そしてそれはマクロ、ミクロで見ますと、ミクロの問題として解決しなければいけないことが非常に多くあって、まちづくり地域づくりでもあり、それぞれの地域の医師会の役割というのは非常に大きな役割となっています。そして医療の存在が地域で評価されることで、医療を地域社会で維持していける、それを通じて、医師への評価、経済的評価も相まって医師の偏在対策のためにもなっ

ていきます。

今日は地域偏在という話ではありましたが、いかに一つのテーマでも多くの問題が複雑に絡まっているのかということを少し教えていただいたような気がします。

4人の先生方、どうもありがとうございました。これで終わりにいたします。



## 閉会挨拶

日本医師会副会長 中川 俊男



本日は、この会場と、全国のテレビ会議を通してたくさんの皆様にご聴講いただきまして、ありがとうございます。

この会場には、医療関係者以外の一般の方もたくさんお見えになっています。本当にありがとうございました。

日本医師会は、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」と定義づけて努力してまいりました。

今日のご講演、ディスカッションを通じて、将

来、未来を考えると、人口減少であるとか、医療資源、高齢化といった非常に悩みも多いのですが、我々医師はどのように国民に寄り添っていくのかを、そして、国民の皆様にはどのように医療に関わっていくのかを考えていただきたいと思います。

未来に向けて、医療を資源の量に合わせるだけでなく、例えば、驚異的に進む技術革新の力も借りて、皆様と創意工夫して、明るい未来を切り開いていきたいと思っています。

あらためまして、本日はありがとうございました。