

The Journal of Tokyo Medical Association

# TMA

医師と東京都医師会を結ぶ会報誌

5

2024 VOL.77

NO.4

特別対談

予防と臨床

東京都予防医学協会 理事長

久布白 兼行

東京都医師会 会長

尾崎 治夫



# 予防と

東京都予防医学協会 理事長  
久布白 兼行

## ともに寄りそい生涯を支える医療へ

急速に少子高齢化が進む日本において、  
国は対策の一つとして健康寿命の延伸を推進しています。  
また、東京は人口増加と高齢化の同時進行によって  
医療ニーズが高まり続ける特有の問題を抱えています。  
がん・心臓病・脳血管疾患などの非感染性疾患対策や、  
団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040年問題が迫り、  
健康寿命の延伸や健康格差の縮小が重要な課題となっている今、  
予防医学への関心が年々高まりつつあります。  
これから健康問題と医療の発展に必要なものとは。  
東京都予防医学協会の久布白兼行理事長をお迎えして、  
予防と医療の現場の今後のあり方について、  
尾崎治夫会長と語り合っていただきました。

対談日：2024年3月7日 東京都医師会館にて

# 臨床

東京都医師会 会長  
尾崎 治夫



## 01 生まれたときから高齢者になるまで 全ての人を対象に地域医療として関わっていく

**尾崎** 超高齢社会が迫る中で予防医学への関心が年々高まっています。その背景を捉える上で、まずはわが国の健康に関する主な施策を歴史的に振り返っていただきたいと思います。

**久布白** 国は1963年に老人福祉法を制定して高齢者の健康診査を行いました。1978年に第1次国民健康づくり対策がスタートし、2000年に第3次国民健康づくり対策として「健康日本21」を掲げ、一次予防が重視されることになりました。2002年には健康増進法に基づくがん検診を制定し、2008年にメタボ対策として第1

期特定健診・特定保健指導を開始しています。2013年に健康日本21(第二次)が施行され、今年4月には第三次が開始される予定です。

**尾崎** 健康日本21の第二次についての評価と、今回の第三次の方向性をどう見ておられますか。

**久布白** 第二次の最終評価では、健康寿命やがん・循環器疾患の死亡率といったアウトカムは目標を達成しました(図1)。一方でその前提となる一次予防に関する指標が悪化していることや、健康増進に関するデータの見える化・利活

用が不十分なことなどが課題として浮かび上がりました。

これを踏まえた第三次の基本的な方向性は、①健康寿命の延伸・健康格差の縮小、②個人の行動と健康状態の改善、③社会環境の質の向上、④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり、の4項目です。これらに基づいて効果的な健康づくり手法を全ての人々に、また自然に健康になれる環境づくりなどを促進するというのがコンセプトと捉えています。

**尾崎** 健康づくりを社会全体で進めるとの重要性が増す中で、東京都予防医学協会も時代の変化を見すえながら事業を展開されています。

**久布白** 本会は寄生虫予防からスタートした後、事業を健診へと拡大し、1967



年からは生活習慣病対策として予防に力を入れてきました。2012年に公益財団法人として再出発し、都民の生涯健康、健康寿命の延伸をめざしてさまざまな予防医学事業を展開し、赤ちゃんからお年寄りまで都民の生涯にわたる健康づくりを支援しています。

本会の事業は学校保健、母子保健、地域保健および職域健診、人間ドック、各種検査に加えて、事業に必要な精度管理の上で重要な研究や健康教育活動を行っています。とりわけ公益性の高い特徴的な事業として新生児スクリーニング検査があります。これは東京産婦人科医会と専門医の協力を得て、全国に先駆けて1974年から実施しているもので、その後に先天性代謝異常5疾患と先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成症のマススクリーニングが公費で行われるようになりました。2012年度に19疾患を、2018年度に1疾患を追加して20疾患を

対象に検査しており、2024年度からはさらに3疾患が追加される予定です。本会は東京都内の約200施設の検査をしており、新生児マススクリーニングでは国内で最大の検査施設になっています。

**尾崎** 国内では多様な健康づくり運動が展開されていますが、2025年には団塊の世代が全て75歳を超え、後期高齢者の医療費が現役世代の4倍、介護費は10倍に達します。東京の場合は2050年まで、他県からの流入で人口が減らないまま高齢化が進み、医療・介護の需要は増え続けるといわれています。しかし医療・介護の従事者は残念ながら少子化もあり増えていきません。ロボットやAIの導入による負担軽減にも限界があります。

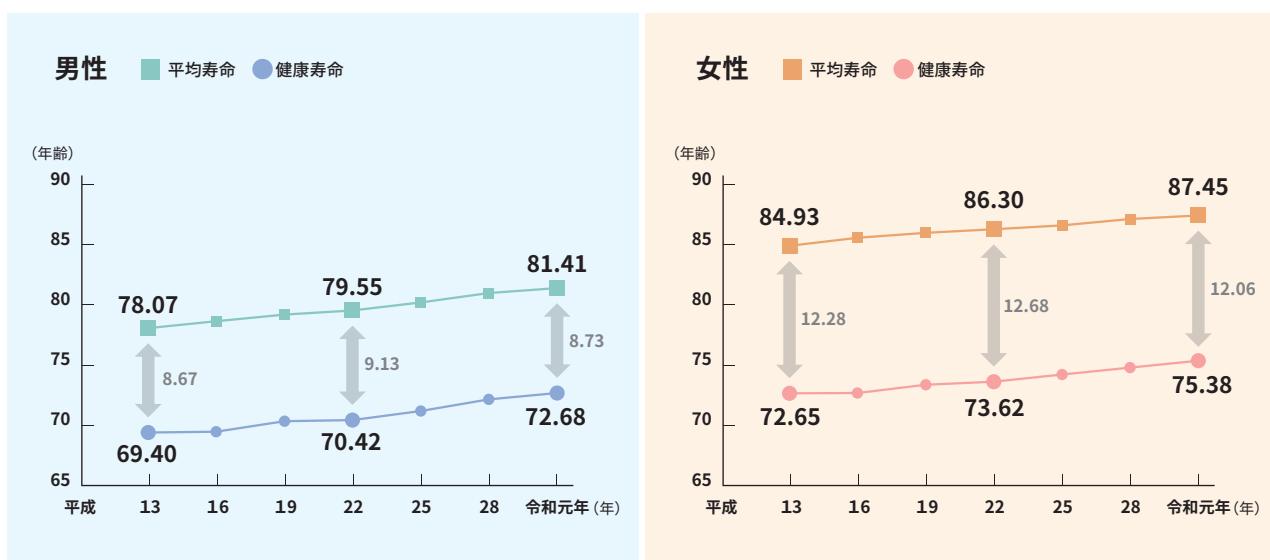
今後を考えると、病気になれば診療所でも大病院でも自由に受診できるフリーアクセスは、私はどうにも保つのが難しいのではないかと思っています。これまでには自分の健康について深く考えず、たと

え病気になっても安価な費用で手厚く診てくれる日本はいい国だった、あえて厳しい言葉を使えば甘えている面があったと言えます。

**久布白** 医療の全体像を考えるとき、経済的側面は重要ですね。医療費の適正化に向けた視点として、今年4月からスタートする第4期医療費適正化計画では、生活習慣病の予防と、住民の健康保持を推進する健康診査および保健指導の推進をあげています。その中で健康の保持の推進に関しては、特定健診・保健指導の見直し、アウトカム評価の導入、ICTの活用などが効果的な取り組みとして求められています。

健康づくりの概念に目を向けると、近年の疾病構造と年齢構成の変化などにより、健康と病気の境界が従来より不明瞭になってきているかもしれません。疾患や障害を持ちながら、いかに生活の質(QOL)を高めていくかが課題です。そし

図1 着実に伸びつつある健康寿命



て、健康日本21(第二次)で報告されているように日常生活に制限のない期間を延ばすことが望まれています。こうした状況下で予防医学の果たすべき役割は大きいと認識しています。

**尾崎** 自分で健康に关心を持ち、そして予防的な観点から病気にならないようにする意識は非常に重要になってきますね。ただアメリカなどに比べ日本ではまだ予防医療は大きく進んではいません。たとえば欧米のがん検診の受診率が70~80%であるのに対して、日本はおよそ40%という現状です。先進国との違いはどこにあるのでしょうか。

**久布白** 各国が抱える課題の違いから予防医療の背景も異なりますが、共通する課題として世界的な高齢化や平均寿命と健康寿命の乖離があります。その上で公的医療保障制度の現状を確認すると、日本は社会保険方式であり、制度の類型は国民皆保険です。一方アメリカは

受給資格を得た人だけが保険制度に加入でき、経済的に余裕がないと軽い風邪症状や不調などでは病院を受診できません。そのため軽い症状を予防する国民の意識が高いと思われます。イギリスには税方式による国営の国民保健サービスがあり全居住者が対象、ドイツは社会保険形式で国民の約87%が加入しています。

このように予防医療も保険適用の有無で違いがあり、公的医療保障制度が異なることが予防医療の違いに大きく反映されています。一方、わが国には乳幼児健診、学校健診、職域や市町村の健康増進事業、特定健診、後期高齢者健診と生涯にわたって健診システムが整備されている点は健康増進・健康管理の面で素晴らしいと思います。

**尾崎** 今おっしゃった生涯にわたる健診システムにかかりつけ医が関わっていけば、生まれたときから高齢者になるまで

全ての人が対象になり、地域医療としてずっと関わりを持つことができます。かかりつけ医の問題はコロナ禍において表面化しました。その議論を進める上で東京都予防医学協会をはじめとした機関と密接に連携しながら、かかりつけ医機能を展開していった方がよいと我々は考えています。

**久布白** 本会は、東京都医師会をはじめ多くの機関と連携してまいりました。今後さらに住民・地域社会と連携・協働しながら、健康づくり運動を見る化していくこと、効果的で多様な支援を生み出していくことが求められると思います。そのためにはより多くの人々を健康活動に導くようなヘルスリテラシーを高めるための支援や環境づくり、さらに環境づくりや保健サービス制度づくりへのアドバイスや提言もしていかなければと考えています。





## 02

### 最も重要なのは病気にならないための一次予防 タバコ対策や健康企業への支援にも注力

**尾崎** 予防医学について具体的に伺いたいと思います。最も重要なポイントや社会にもたらすメリットは何でしょうか。

**久布白** 予防医学は一次、二次、三次予防の3つに分類されます(図2)。その中で最も重要なのは、乳幼児期からの生活習慣や食生活・運動・喫煙・飲酒などの生活習慣への適切な対応、すなわち一次予防です。一次予防を促進する施策としては、たとえば公共の場での禁煙活動などの健康的な公共政策づくり、ウォーキングが行える歩道を整備するなど健康を支援する環境づくり、地域住民への健康教育による地域活動の強化、個人技術や家庭で使用できる医療機器の開発などが考えられます。

また、メリットとしては、まず疾病や不

調の早期発見で早期治療につながります。その結果、健康寿命の延伸、医療費・介護費の削減、生産性の向上、高年齢労働者の活躍促進をもたらします。さらに会長のお話にあった疾病や健康に対する意識、いわゆるヘルスリテラシーが向上すれば、健康的な生活を送る国民が増え、医療分野以外への波及効果や経済効果があると考えられます。自然と健康になれる社会環境の整備は健康格差の解消につながることが期待できます。

**尾崎** 最も重要な一次予防における最も重大な問題は、タバコ対策だと私は考えています。諸外国に比べて日本の対策は遅れています。それはなぜか。日本には、たばこ事業法という法律があ

ります。健康を害するたばこの税金で経済を活性化させるという愚鈍な法律は世界的に見ても日本にしかなく、しかしまだに改正しようとしません。実際に財政が厳しい県や市ではたばこの収支は大きく、健康への害は理解しながらも行政として全面撤廃までは舵を切れないことが遅れを招き、結果としてがん患者の数も減りません。

東京において我々医師会は小池都知事とともにオリンピックの前に受動喫煙防止条例の施行を実現しました。これによる喫煙率減少への影響は大きく、厚生労働省が2023年7月に発表した「国民生活基礎調査の概況」によれば東京都の喫煙率は13.5%で、都道府県別で最も低くなっています。48ある東京都地区医師会でも、どの程度タバコ対策を講じているかについてアンケートを実施しており、今後は都全体で推進する方向で議論しています。また、東

図2 一次予防、二次予防、三次予防の分類

#### ✓ 一次予防

疾病・事故の発現防止  
(いわゆる罹患率の低下)と  
健康増進を目的とする



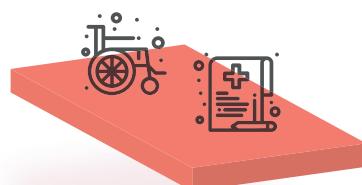
#### ✓ 二次予防

早期発見と早期治療による  
健康障害の進展防止  
(=有病率・死亡率の低下、  
生存期間の延長)を目的とする



#### ✓ 三次予防

適切な治療と管理指導により  
機能障害や能力低下を防止し、  
リハビリテーションなどを  
通じたADL(日常生活動作)や  
QOLの向上、社会復帰を目的とする



京都医師会と都知事と日本対がん協会で取り組んだ「禁煙推進企業コンソーシアム」には37の会員企業・団体が参加し、禁煙で社員とその家族を大切にする健康企業として評価を受けています。参加企業の社員を全て合わせると何万人もの規模になるなど、医師会としても予防的なさまざまな活動に取り組んでいます。

**久布白** 健康日本21(第三次)では、健康経営に取り組む企業数の目標値10万社を掲げています。本会も2019年10月に健康経営宣言を公表後、2021、2022、2023年と3年連続で「健康経営優良法人ホワイト500」の認定を受けています。本会の役員・従業者は健康づくりにおける実践者であり、健康経営に取り組む企業をさらに積極的に支援することが使命だと考えています。

また、コロナ禍は私ども健診機関にも大きな影響をもたらしました。国立が

ん研究センターのデータによると、受診控えや検診が一時休止された影響で、自覚症状があるといった理由で精密検査を受診して見つかったがんに比べ、検診を契機として発見されたがんの減少割合が高かったと報告されています。これは本来早期発見されるがんが減少したことが原因です。特定健診でも高血圧や糖尿病、腎臓病などの早期発見が遅れて適切な治療や保健指導を受ける機会を失っています。

職域健診では、テレワークとなり今も出社しない就業状態が続いている企業は少なくありません。今後はコロナ前に行われてきた事業所に出張・設営して行う健診の形態はさらに減少する可能性があり、今後職域での健診のあり方について検討することは急務です。こうしたコロナ禍の教訓を今後考える必要があると感じていますが、医療の現場においてはいかがでしょうか。

**尾崎** たとえば日々診療をする中で、予防接種や健康診断を受けているか患者さんと話はします。しかしこロナ前は、全ての患者さんに平等に力を入れて、接種率や受診率を向上させないといけないという強い意識で伝えてきたわけではない部分はあると思います。それがコロナ禍でワクチン接種を強く呼びかけたこともあり、我々も予防について一層取り組まないといけないという意識が強くなってきました。今後はワクチン接種で罹患率を下げる、健診を受けてがんなどの早期発見につなげる、そうした取り組みの重要性を意識的に伝えていくことが今まで以上に大事になると思います。

**久布白** おっしゃる通りですね。さらに今後起こるかもしれない新たな感染症への備えなどを含めて感染症BCP(事業継続計画)に基づく体制づくりが必要です。本会の新たな施策として、近年甚





大化している災害等に備えてBCPを深化させる取り組みを専門家の先生にご協力を仰ぎながら役職員をあげて行っています。BCPの取り組みは全て“自分事”として考える意識の共有を徹底しています。

また、学校健診の現場では「児童生徒のプライバシーや心情に配慮した健康診断実施のための環境整備」が求められています。今年1月に文部科学省と日本医師会から、学校の場での検査・診断における対応や服装などについて考え方が示されました。本会も細心の注意と配慮をしながら進めていく所存です。

**尾崎** プライバシーの話題に関連して、学校健診や特定健診を受診したときのPHR(個人健康情報記録)は自分のスマホにデータとして全て入れて個人で管理する形がよいというのが私の考えです。現在進められているマイナンバーカードと健康保険証の一体利用は、データが国に集約され個人情報の漏洩リスクなど懸念されている問題が起きてくる可能性があります。そうではなく、医療機関にかかるときに自分の意志でスマホに入っている情報を開示するのであれば問題ありません。そうした仕組みを東京都医師会でつくっていきたいと考えています。

**久布白** デジタル化の促進について、本会では昨年協会内デジタル推進局を設置しました。本会の全ての職場において、デジタル化を推進することにより受診者一人ひとりの利便性の向上や従業者の作業量の減少などのメリットになることを期待しています。近い将来問題になる生産年齢人口の減少の対策にもなると考えています。

## 03

### 健康教育によるコスト意識の改革と 予防・臨床とわけずに連続性のある医療を

**尾崎** 生涯にわたり医療が関わっていくことが必要だという視点で話を進めてきましたが、我々がそう考えていても肝心の受ける側がどう思うか。それがヘルスリテラシーであり、その向上には健康教育が最も大事です。鉄は熱いうちに打てと言います。社会人になる前に学校で健康についてきちんと教育を受けて記録をつけていく。今のがん教育、性教育、禁煙教育などに、日本の保険制度や健診のシステムなども加えて健康に対する関心を高めていけば、世界で最も高齢化が進んだ国で自分の健康を守るためにどうするかというセルフメディケーションにもつながります。今の制度の利点あるいは限界点を一人ひとりが考え、問い合わせ時に来ていると私は思っています。

**久布白** 他の先進国に比べて日本の予防医療が進んでいない現状と重なる部分がありますね。

**尾崎** 私が出演したあるテレビ番組の街頭インタビューで、旅行で来日していたデンマーク人に「風邪になったときにどうしますか?」と質問すると、答えは「病院には行かず薬を買って様子を見るよ」でした。それは「僕みたいな風邪でもやみに医療費を使えば、重症の人が治療を受けられなくなるかもしれない。税金でまかなっている医療制度と本当に医療を必要としている人を守るために」と。若い人でしたがそこまで明確な考えを持っているんです。

残念ながら日本はそうではありません。新型コロナで軽度の症状ならば自

宅療養が推奨され、少しは浸透したと私は思っていましたが、コロナ禍が明けると安価でフリーアクセスだからと様子を見ることなく来院されます。自分が窓口で払う金額で済むという意識で、高齢者が処方を望む湿布薬の年間総計約1,300億円も全て現役世代が負担する健康保険からの出費です。税金と保険料で9割をまかなっている医療費に対するコスト意識が全くないわけです。そろそろ日本人も、滅多なことでは病院にかかる方がいいという意識を持ち、そのためには予防が必要だという思考に至るべきです。

**久布白** さらには予防と臨床の連携も重要になってきますね。たとえば、がん検診が地域住民健診すなわち公費で行われる場合の実施主体は区市町村で、医師会と連携して検査機関に委託して実施しています。学校健診も東京都医師会や専門医、学校医会、教育委員会と連携して行います。また、検査結果によって要再検査・要精密検査となった場合は、連携している医療機関を紹介して円滑に受診していただく必要があります。予防と臨床は一体的な連続性のあるものと考えています。

**尾崎** 二元論ではなくそれぞれが連携のあり方について考えを巡らせたいですね。予防医学の視点から今後の発展について、理事長はどうお考えでしょうか。

**久布白** 医学は診療・研究・教育の3本柱で成り立っています。診療や研究のレベルを高く保つ、私ども健診・検査機関であれば高い精度管理を保ち、安全に



受けていただける健診・検査を提供するには人材の教育が極めて重要です。そのための研修は精度管理の上でも必須です。これは臨床も全く一緒ですね。

本会は各種学会・研修会への参加は、研修と同時に精度管理の一環として、学会の専門医・認定医や学会認定資格取得で絶えずスキルアップに力を入れ研鑽を積んでいます。また調査研究活動も大事です。日本医療研究開発機構(AMED)の革新的がん医療実用化研究事業の超音波検査による乳がん検診の有効性を検証する比較試験(J-START)、低線量CTによる肺がん検診の精度および死亡減少効果評価のための試験(JECS Study)などにも参加しています。調査研究活動を通してリサーチマインドを買うことは、常に自分の知見をバージョンアップしてより最新の健診・検査を提供しようという気持ちを高めるためにも

大事だと思っています。

**尾崎** 区市町村が実施している5大がんの検診などで、検査機関として精度管理や検診分野の進歩を最も理解されていると思います。そのノウハウを我々医師会に還元していただいて地区の検診に活用するなど、さまざまな連携が考えられますね。今後は診療所も病院も自分のところに来る患者さんだけを診ていればいい時代ではなくなります。その現場に予防が入ってきますし、診療所は在宅や訪問の医療を担い、病院も地域の医療に出ていく必要があるかもしれません。

**久布白** 医療の現場に入る健診・検査機関として忘れてはいけないのは、さらに関連団体等との連携を密接にすることです。母子保健事業の新生児スクリーニングに関して、本会では検査にとどまらず、異常値が見つかった場合は直ちに

精密治療機関を紹介する体制を構築しています。また昨年末に発足した「東京都新生児スクリーニングコンソーシアム」は、まさに希少疾患を診療につなげるための協議の場です。専門医・東京都医師会・東京産婦人科医会・東京小児科医会で構成され、本会は事務局として協力し、東京都福祉局もオブザーバーとして参画しています。こういった連携が今後ますます重要だと感じています。

**尾崎** 我々は今、あらゆるモノやコトの転換期を迎えています。危機感を持って古い殻から脱皮して、新しい姿に変わらないと世の中に対応できません。我々は予防に近づき、予防も臨床に近づいて、領域が重なってきており、さらに情報交換を密にしながら寄り合って、新しい医療体制をめざしたいと思います。本日はありがとうございました。