

TMA近未来医療会議の設立報告と提言の要旨（第1クール）

東京都医師会 理事 黒瀬 巖

過去 50 年以上にわたり我が国の社会保障給付費は急激な伸びを見せており、現在は総額で 120 兆円を超え、国民一人当たりの給付費も同様に急増してきている。社会保障費は“年金”、“医療費”及び“福祉その他”の 3 要素に大別されるが、国民医療費は 2020 年に 40 兆円を超えたものの、給付費総額における割合は 32%とほぼ横ばいになっている。また、高齢化率の上昇を反映して年金も増加傾向を示しているが、マクロ経済スライドの導入で一定の制限がかかっている。一方、介護費を含む“福祉その他”に係る給付は増加の一途を辿っていることが明白である（図 1）。

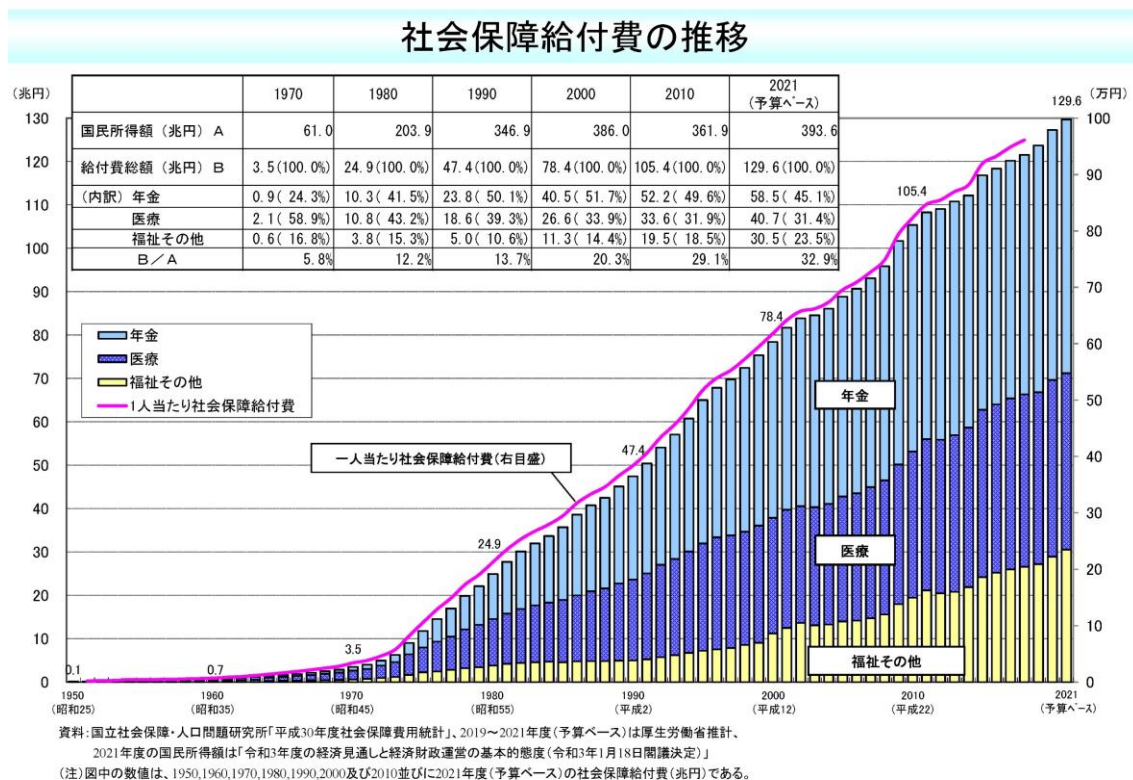


図 1 社会保障給付費の年次推移

社会保障給付費は総額及び国民一人当たりの給付費ともに急増してきている。2020 年に国民医療費は 40 兆円を超えたが、給付費総額における割合は 32%とほぼ横ばいになっている。年金も増加傾向にはあるもののいわゆるマクロ経済スライドの導入で一定の制限がかかっている。一方、介護費を含む“福祉その他”の給付は増加の一途を辿っている。

さらに図 2 に示すように、国民医療費は医療の高度化と国民の高齢化に伴って後期高齢者医療費を中心に総額では増加しているものの、直近 10 年間における対 GDP 比医療費は横ばいとなっている。つまり、総額で見た社会保障費は膨張しているように見えるが、3 要

素が一律に増加しているわけではなく、その内訳は主に総人口と年齢構成の変化に伴って変容してきている。

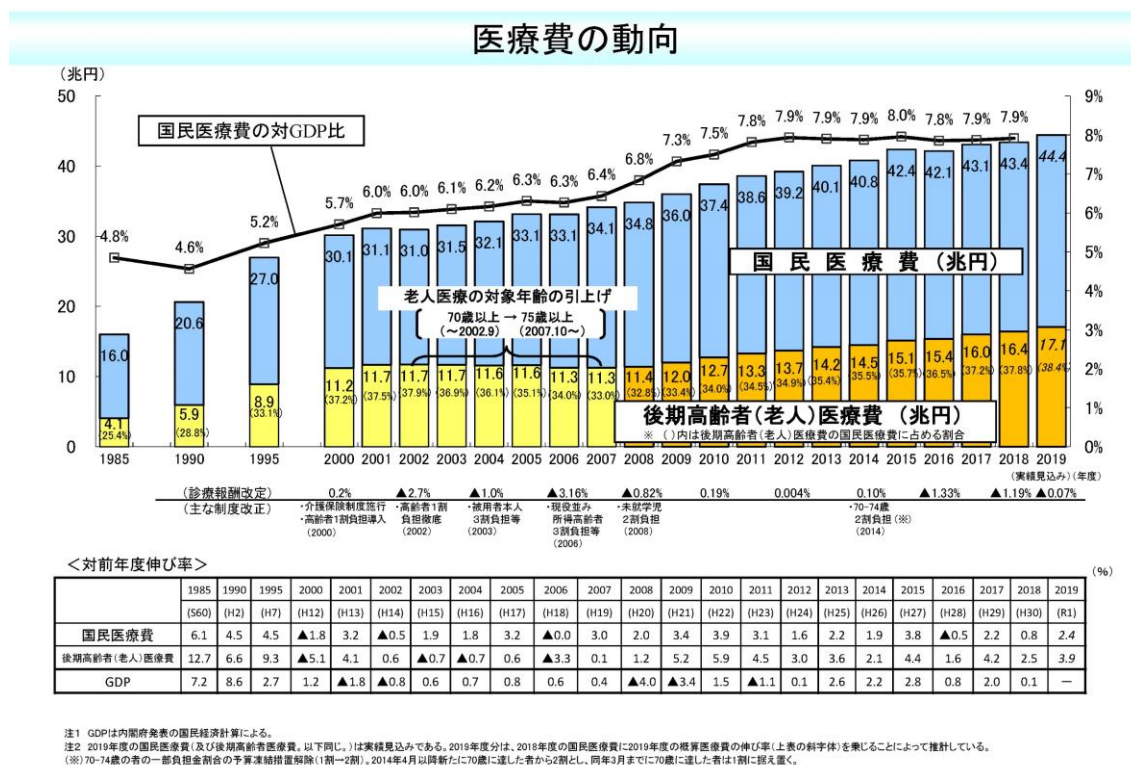


図2 国民医療費と後期高齢者医療費の年次推移

国民医療費は高齢化に伴う後期高齢者医療費を中心に総額では増加しているものの、直近10年間における対GDP比で見ると横ばいとなっている。

2040年という近未来に向けて今後我が国の高齢者人口はほとんど変化しないと予想されているが、64歳以下の人口(特に生産年齢人口)減少が進むため高齢化がさらに顕著となる(図3)。すなわち、“支え手”の減少により社会保障費の財政問題が最も切実になると想定されている。こうした予測を受けて、厚生労働省をはじめ内閣府・財務省など国の機関を中心に社会保障改革に関する様々な議論が行われている。さらに、足元の深刻なコロナ禍の経験から医療提供体制を再検討・再構築することが喫緊の課題であると広く認識されてきている。しかしながら、新型コロナウイルスの激しい感染拡大により医療機関の逼迫・疲弊が顕在化した首都東京では、地方とは全く異なる医療環境と生活基盤に依っているため、医療や社会保障の方向性を全国一律に論じることは困難といえる。

日本の人口の推移

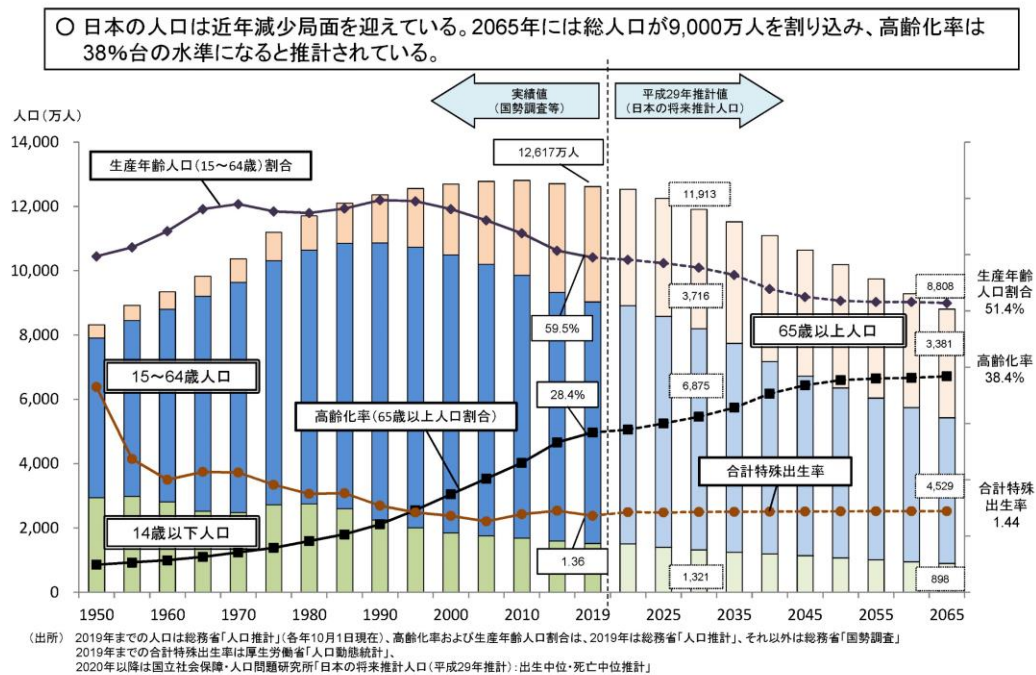


図3 日本の人口構成の推移と高齢化率の変化

2020年以降、高齢者人口はほとんど変化しないものの、64歳以下の人口（特に生産年齢人口）の減少が進むため高齢化率がさらに顕著となる。

そこで東京都医師会は、With/Postコロナ時代における医療提供体制の抜本的な改革と社会保障の理想像について幅広く検討することを目的に、“TMA近未来医療会議”を新たに設立した。本会議では多くの学識経験者・有識者を交えて、東京における各医療分野の代表や地域医療を担う医師が社会保障の諸問題を多角的に討議し、そこから導き出された社会保障制度改革案を国や東京都へ提言することを目指している。加えて、討論の成果を公開シンポジウムや刊行物を介して国民・都民に向けて丁寧に情報発信していくことを本会議の基本方針とした。

現在は会議の**第1クール**（座長：菅原委員）として、厳しい国家財政状況下における医療経済と国民医療費について財政審の建議や経済財政諮問会議の骨太の方針等で過去に示されたデータ・資料等を素材に議論し、社会保障に係る財政的諸問題について取り纏めている。さらに来春までを目途に第2から第4クールまで検討会議が計画されているが、各クールの主要課題と座長（予定）は以下の通りである。

第2クール：次世代の地域医療提供体制について、地域医療構想・地域包括ケアシステムの最適化と医療・介護連携のあり方を検討（座長：香取委員長）

第3クール：新型コロナウイルス感染症に対して行われた医療政策の評価を行った上で、有事と平時における医療提供体制の再構築について考察（座長：和田委員）

第4クール：全世代型社会保障と後期高齢者医療制度の問題点に対する解決策を示し、我が国が誇る“国民皆保険制度”のあるべき未来像を提案（座長：香取委員長）

なお、4月15日に東京都医師会館で公開シンポジウムと記者会見を開催し、第1クールの議論の結果を発表する。ここにその主な内容を抜粋し要旨として掲載する。

<総論>

- 国民皆保険を実現し、比較的低廉な負担で医療へのアクセスを保障する医療保険制度、高水準の医療サービスを幅広く国民に提供している医療提供体制、それらの「総体」としての我が国の医療制度は、世界でもきわめて高く評価される最重要の社会基盤である。しかしそれらがもたらす社会への貢献、経済社会への価値は、現状、必ずしも正当に評価されているとはいえない。適切な医療制度がもたらす価値は、単に患者個人のベネフィットに留まらず、経済社会活動への実質的貢献、社会保険制度の格差是正効果、地域住民に対する安心感の供与など多岐に渡っており、これらは通常、目には見えず意識されにくいものの、実体として存在している。
- 国としてこれらの医療制度の維持にどの程度の資源配分を行うべきかについては、単にそもそも日常の診療にどれだけの費用が必要とされるかといった視点だけでなく、これらの価値についても丁寧に評価、検討したうえで議論されるべきである。
- 我が国の高齢化率は概ね 3 割に達し、世界最高水準になっているにもかかわらず、医療を含む日本の社会保障給付費の規模は、欧米の主要先進諸国と同水準、ないしはそれ以下である。つまり、日本の社会保障の規模は、今なお相対的には低位にとどまっていると認識しうる。
- 国際比較において、給付率に対して国民負担率が相対的に高位にはない現状は、給付に見合った必要な負担がなされていない状況を示しており、後世代に付け回しをしているか、他分野に充当していた財源を社会保障分野に回して負担増を回避しているという状況を示唆するものである。
- 問題の所在は、医療費を含む社会保障給付費が増えていることよりは、むしろ現状のサービス提供やその維持に見合う必要な負担を、国民に求めていない（求めてこなかった）という点にある。現実には、新たな医療技術の導入や高度化、必要な人材の確保、適切な施設・設備の更新・維持管理のほか、医療現場の厳格なリスク管理にも多くの費用が発生している。今後も必要とされる安心・安全な医療を確保するため、必要な費用負担に対しては、国民に十分な理解をいただくための、より効果的かつ説得的な方策を考える必要がある。
- もちろん必要な医療体制確保のため応分の国民負担を求めるにあたっては、その前提として、①これまで進捗の捗々しくなかった医療界のデジタル化対応を早急に行い、患者目線でメリットを実感できるよう医療提供体制の効率化を推進する、②医療のもたらす価値を広く国民にご理解いただくための努力を最大限行う、③医療従事者自らが、必要かつ不断の適正化への努力を怠らない、ことが重要である。

- 必要な財源確保の方策については、現在の医療費負担の構成割合を他国の状況とも比較しながら慎重に検討する必要がある。その際には、世代間の負担の公平性と財源としての安定性を重視しつつ、適切な財源とその構成のあり方を検討すべきである。
- 今後、人口減少が進む中でも、予防、健康維持を含めた広義の医療・介護分野は、引き続き需要の成長が見込まれる有望分野である。単に我が国の経済活動を下支えする役割を超え、将来的には外貨獲得までもを視野に入れた経済の牽引セクターとするために、どのような体制整備が必要か、経済・産業界との対話を深め、協力的な関係の構築にも前向きに取り組む必要がある。

<医療のもたらす多面的な価値に見合った資源配分の必要性>

- 既述のように、適切な医療制度がもたらす価値は、単に患者個人のベネフィットにとどまらず、経済社会活動への実質的貢献、社会保険制度の格差是正効果、地域住民に対する安心感の供与など多岐に渡っているが、これらの価値は、現状、必ずしも正当に評価されているとはいえない。
- 国民所得の上昇とともに医療需要はそれを上回る割合で伸長することは、広く知られている（医療需要の所得弾力性は1以上）。医療需要が国民所得の伸び以上に伸長することは、我が国固有の状況ではない。また医療費の増嵩要因は「高齢化」の影響もあるが、中長期的には「技術革新」の影響が大きい。この点から、これまでも一部で検討の俎上にされてきた医療費総枠の増嵩をGDPの伸びの範囲内に抑える案は、必要な医療の高度化を妨げる懸念がある。さらに現実に必要な「実体ニーズ」がある医療や介護について、「現金給付」である年金のマクロ経済スライドと同様の考え方が適用できるのかは、国民への説明、受けとめ方の双方から疑問がある。
- 現在の診療報酬体系は長年の歴史的背景のもと、医療機関の構造や人員の配置基準、医師等の医療従事者が実施した診療行為や患者の状態像、最近では一部診療の成果など、構造－行動－成果（S－C－P）の3要素を複雑に組み合わせた構造になっている。
- 各回の診療報酬改定では、まがりなりにも医療技術の進歩、診療内容の変化、患者の状態像などを精査し、質の確保を含めて必要な医療が確保できるように一定の配慮がなされてきた。このような現行の診療報酬本体の体系、制度下において、これらと関係の希薄なマクロの経済成長とを連動させて、医療費全体（或いは、少なくとも診療報酬本体）を一律に総枠で管理する手法を導入することは、質・量確保の両面において、必要な医療提供を毀損する可能性が高く、価値に見合った資源配分という視点からも容認できない。
- 医療のもたらす多面的な価値について、より包括的な検討と評価をすすめ、それに見合った適切な資源配分がなされることで、地域における医療提供体制の持続可能性が担保される必要がある。

＜医師をはじめとする医療従事者が取り組むべき医療費適正化の努力＞

- 医師をはじめとする医療従事者は、保険診療において、その費用が公費(税金)や保険料によって賄われていることを常に意識し、適正に医療費が使われるように不断の努力を行う必要がある。特に「かかりつけ医」は、患者の置かれた生活・社会環境や健診結果、他科から処方されている薬などを把握し、多剤投与や薬の重複、安易な複数医療機関受診(ドクターショッピング)などの不適切な医療資源消費の防止において中心的责任ある立場にあることを自覚し、その適正化に向けて率先して行動する。
- またこれらの不適切な医療資源消費の防止には、患者情報の集約、一体的把握がポイントとなるが、これらの患者情報を効率的に得るために、マイナンバーカードや電子カルテを利用した医療情報の共有など、率先してデジタル化を早急に進めると同時に、医師・医療従事者自らのデジタルリテラシー向上にも尽力する。
- 一方、患者の健康・医療情報は最も適切に守られるべき重大な個人情報であることから、その慎重な取り扱いと管理には最大限の配慮がなされるべきであることは言うまでもない。

＜医療にかかわる教育機会の拡充と国民理解を促す取り組みの強化＞

- 医療サービスは人が一生涯かかわる根源的な基盤サービスである。しかし、その最も根源的かつ不可欠なサービスの制度や適切な利用について、我が国では体系的な教育の機会が整備されていない。
- 学齢期から定期的に、医療保険制度や医療提供体制の現状について学ぶ機会を創出し、国民的理解と浸透を促す必要がある。医療を提供する側だけではなく、受療する側も医療保険制度を正しく理解することが、医療費の適正化や無駄のない医療サービス利用につながる。
- 現在実施されている「市民講座」等も引き続き継続する必要があるが、実際の受講者は一部の健康志向の高い市民のみにとどまるなどの課題も指摘されている。より広範な人々へのアウトリーチを図るため、今後は、例えば地域診療所が中心となる『通いの場』への出張健康教室、各種学校への出張講義、医療・介護系企業での初期研修への出講など、従来よりもチャンネルを拡大し、学ぶ機会を創出する活動を支援する。また講義内容についても、①医療保険制度や医療提供制度の現状と問題点、②緊急時の初期対応、AED 使用方法についてなど緊急時に対応できる民間人の育成、③抗生物質の不適切使用やワクチンへの過剰反応など民間における医学的不合理情報に対する教育など、医師ならではの適切な情報提供に努める。
- 最近では、インフォームドコンセントが標準化され、患者は自身の医療情報、診療情報を正確に提供されるようになってきている。患者の自己決定を支えるこのような流れを一層徹底するとともに、そもそも「P H R (患者の医療情報) は患者本人のもの」という

前提に立ち、その管理・利用を患者本人が主体的に捉えられるような社会意識の醸成と制度構築を図る必要がある。

＜医療費（診療費）にかかる国民理解の促進と周知への取り組みの強化＞

- 我が国では、すべての国民に対して国民皆保険制度のもと、遍く必要かつ適切な医療を提供しているが、その費用が公費や保険料によって賄われること、年齢や所得水準による定率負担であること、高額療養費制度（高額医療・高額介護合算療養費制度）等の制度の存在によって、実際に発生している医療コストが患者本人にとって意識しにくい構造になっている。このような医療コストに対する意識の希薄化が、時に安易な医療機関受診につながっている可能性は否定できない。
- 診療報酬点数表には、保険診療の医療機関への報酬という意味での費用が掲載されているが、多くの国民にとって、現実にかかっている診療費用を意識する機会はこれまでそれほど多くはなかった。このような課題の改善に向けて、医師をはじめする医療従事者自らが、より明確でわかりやすい医療コストの開示と説明を心掛ける。このことで公費を用いて診療を担う医療従事者として誠実な説明責任を果たすとともに、患者の医療にかかる適切なコスト意識の醸成にも貢献する。

＜適切な医療受診への取り組みの強化＞

- 比較的低廉な費用で、良質な医療サービスを提供する我が国の医療機関は、誰もが利用可能な「コモンズ（共有地）」として性格づけることができる。「コモンズ」の適切な維持・管理には、利用者自身の過度な利己的動機を抑制する、適切な自己規律が必要とされる。
- 今後も国民皆保険制度を守り、すべての人に必要な医療へのアクセスを保障するという観点からは、適切な自己規律が働きにくい現在の形の「フリーアクセス」についても再考する必要がある。「地域完結型」、「ゾーンディフェンス」といった考え方をベースとして、地域医療全体で国民の医療をしっかりと保障するという「フリーアクセス」の捉え方の再定義が求められる。このような考え方は、限りある医療資源をそれを真に必要とする患者へ割り当てることを可能とすることで、提供側、需要側の双方にメリットをもたらす。
- このような患者への適切な自己規律を一定程度促すために、病院と地域の診療所の連携・機能分担を図るための「保険外併用療養費制度」の活用も検討する必要がある。
- 地域医療全体で国民の医療をしっかりと保障する仕組みの実現のためには、病状および病期において病院と診療所の適切な機能分化と連携が必要となる。患者に対する適切な医療機関受診を促すためには、「かかりつけ医機能」の強化とともに、特に病院での治療が終了した後の患者について、療養先、受療医療機関への紹介だけでなく、その後

の経過・情報が病院側にも還元され、両者の継続的な関係性が保たれることがきわめて重要である。

- 重複した処方や検査、ドクターショッピングなどの医療資源の浪費を回避するためには、マイナンバーカードによるオンライン資格確認、個人の医療データ情報（PHR）の統一化が不可欠であり、これを積極的に推進する。
- 「PHR（患者の医療情報）は患者本人のもの」という前提に立ち、その管理・利用を患者本人が主体的に捉えられるような社会意識の醸成と制度構築を図ることが、患者本人の自発的動機、自己決定にもとづく医療受診の適正化の原点でもある。

<単に年齢に拠らない医療費の柔軟かつ適切な自己負担のあり方の検討>

- 個人の自己負担の考え方については、これまで主としてフローの所得にのみに依拠してきたが、マイナンバーカードの普及など、徐々にではあるが正確な個人資産の状況を把握する社会インフラが整備されつつあることも踏まえ検討が必要である。
- 今後、社会保障制度の主たる支え手となる現役世代の急激な減少が起こる中では、負担の更なる公平化が問題となる。負担能力という点において、現役世代に比べ相対的にはより多くの金融資産を有する高齢者が多いこと、高齢者世代内での資産格差は若年世代よりも大きいこと等を考えると、自己負担率の保有金融資産の反映については、今後、検討の余地がある。

<今後の「かかりつけ医機能」の充実とその評価のあり方の検討>

- 今後、少子超高齢化の進展とともに、「治し・支える」医療への転換が求められる。その中で、医師の果たす役割も特に「支える」領域で、これまでとは変化する必要がある。
- いわゆる「未病」や健康づくり、予防領域のほか、健康に対する社会経済要因の影響が明らかにされる中で、「社会的処方」への注目も集まっている。社会的孤立や分断の防止、未病への対応といった側面について、「医療がどこまで携わるか」といった新たな役割の検討やその報酬のあり方について議論を開始する必要がある。
- セルフケア・セルフメディケーションについては、今後、「未病」への適切な医師の関与とともに主に患者の安全性を最優先する立場から「かかりつけ医機能」の一部として、サポート体制を構築する必要がある。例えば、不安を煽ることでサプリの過剰摂取を促す等、過度な商業化を是正するため、営利を目的としないオンライン医療相談室の設置を検討する。また、慢性疾患の未治療患者などの情報収集や医療機関につながるための「ゲートウェイ医療」のあり方を、医療費の適正化の観点からも検討する必要があるが、保険者との協働も視野に置きつつその解決に尽力する。
- 後期高齢者健診の開始によって、現状では疾患発病よりも早期の段階でフレイルリスクへの対処が可能となってきた。また地区医師会では、地域行政機関との連携においてハイリスク者が利用可能な市民レベルの活動団体（いわゆる『通いの場』）や行政

サービスにつなげることが急務となっている。これら市民活動や行政の活動に医師会が積極的に関与することで、医療・介護の効率化や適正化を支援し、その活動を行政側が支援するといった互恵的体制の構築が必要である。

- 「支える」医療ならびに介護サービスの必要性の増大にともない、「かかりつけ医」としての機能ばかりではなく、介護予防や健康相談、24 時間対応を網羅する「地域包括診療」の必要性が高まっている。これらの内容やあり方を検討し、医療機関が利用しやすいような制度体系を整備する必要がある。特に最大のハードルとなっている 24 時間サポートに対しては地域の診療所や病院が共同して 24 時間体制を取れる「複数の主治医体制」などの連携推進や評価体系の構築が不可欠である。

＜看取りを見据えた今後の高齢者医療のあり方と体制整備＞

- 今後も一層、超高齢社会が進展すること、都内居住者において後期高齢者の増加が顕著であることを鑑みると、どこで最期を迎えるかの「看取りの場所」の確保、それに対応する医療・介護体制の整備は急務である。
- 患者や家族の意思は最大限尊重されるべきであり、看取りに至るまでの適切な医療提供のあり方について、国民的な議論、コンセンサス作りを進めるべきである。
- 将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、その家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスがアドバンス・ケア・プランニング（ACP）である。ACP の普及促進は、患者の価値観、希望に沿った医療及びケアを具体化するだけでなく、患者本人の意思に沿わない医療の排除がなされ、医療費適正化効果も見込まれることから、大きな社会的意義を有する。
- また適切な看取りを支えるシステムとしては、地域の医療機関が共同して 24 時間体制を取れる連携体制づくり、在宅看取りの負担と病院での過剰な終末期治療の双方を軽減する医療側主体のホスピスケアの整備などの検討も必要である。

本会議は5月より第2クールを迎えるが、その主なテーマは地域医療提供体制である。地域医療構想や地域包括ケアシステムのあり方を見つめ直し、医療・介護サービスの密接な連携と適正な提供について、さらなる活発な議論が行われることを期待している。

本会議からの提言（全文）は東京都医師会ホームページに順次掲載する予定である。

東京都医師会 TMA近未来医療会議

×

🔍 検索



TMA近未来医療会議 検討委員会 委員（令和4年4月1日現在）

学識経験者・有識者	香取照幸（委員長・座長）	上智大学総合人間科学部教授／未来研究所臥龍代表理事
	菅原琢磨（座長）	法政大学経済学部教授
	和田耕治（座長）	国際医療福祉大学医学部教授（公衆衛生学）
	堀 真奈美	東海大学健康学部教授（健康マネジメント学科）
	真野俊樹	医師／中央大学大学院教授（戦略経営研究科）／多摩大学大学院特任教授
病院関係者（大学病院）	北川雄光	慶應義塾常任理事／慶應義塾大学医学部教授（外科学）
	藍 真澄	東京医科歯科大学大学院教授（医歯学総合研究科）
	（公立病院） 國土典宏（副委員長）	国立国際医療研究センター理事長（外科）
	（基幹病院） 海老原全	東京都済生会中央病院院長（皮膚科）
	（民間病院） 土谷明男	葛西中央病院院長／東京都病院協会常任理事
地区医師会・診療所	大坪由里子	三軒茶屋病院院長／東京都病院協会常任理事
	平澤精一	マイシティクリニック院長／新宿区医師会会長
	荘司輝昭	立川在宅ケアクリニック院長／立川市医師会理事
	野村和至	野村医院理事長／板橋区医師会理事
	林 泉彦（副委員長）	はやしクリニック院長／町田市医師会会長
東京都医師会	増田幹生	共和堂医院院長／北区医師会会長
	長谷川ひとみ	はせがわ内科院長／武蔵野市医師会副会長
東京都医師会	尾崎治夫	会長
東京都医師会	平川博之	副会長
東京都医師会	黒瀬 巖	理事

T M A 近未来医療会議 第 1 回公開シンポジウム

日時：令和 4 年 4 月 1 5 日（金） 1 5 : 2 0 ~

場所：東京都医師会館 2 階 講堂

司会：東京都医師会 理事 黒瀬 巖

開会挨拶

東京都医師会 会長

尾崎 治夫

来賓挨拶

来賓紹介

シンポジウム

東京都医師会 会長

尾崎 治夫

T M A 近未来医療会議 委員長

香取 照幸

T M A 近未来医療会議 座長

菅原 琢磨

T M A 近未来医療会議 委員

増田 幹生

質疑応答

閉会挨拶

東京都医師会 副会長

平川 博之

（シンポジウム終了後）

記者会見

司会：東京都医師会 理事

水野 重樹