HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	北海道の医療の現状と課題
Author(s)	長瀬, 清
Citation	年報 公共政策学, 12, 3-21
Issue Date	2018-03-31
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/70306
Type	other
File Information	APPS12_02.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

北海道の医療の現状と課題

長瀬　清*

北海道大学公共政策大学院では、2017年12月18日、北海道医師会長の長瀬清氏を講師に迎え、公共政策学講演会を開催しました。以下にその記録を掲載します。

1. 高齢社会と疾病構造の変化

がんは、誰にとっても我が身に降りかかってくる問題ですので、今日も詳しくお話ししたいと思います。現在では、がんは大人になってからの問題というより小・中・高校生の子どものころから、がんの教育が必要だと言われるようになっています。日本の国民病と言えば、戦前は結核で、それで亡くなる人は多かったのですが、戦後にいろいろな薬が出てきて国民病ではなくなりました。今はがんを患う人が非常に多くなり、がんが国民病と言われるようになっています。

医療のお話に入る前に、日本と北海道の人口構造の変化と高齢社会についてお話ししておきたいと思います。日本の人口の推移を1950年代から2050年代について見ますと、現在の人口は約１億2,700万人ですが、今後は減少し、30、40年経つと8,000～9,000万人ぐらいになると推計されています。そして、65歳以上の高齢者の人口が増加し、15歳から64歳の生産年齢人口が徐々に減少していきます。さらに14歳以下の子どもたちの人口が増えないので、全体の人口が減少していくのです。北海道の人口も全国的傾向と同じく、今後、０－14歳の人口が減少するとともに75歳以上の高齢者が2030年ごろまでどんどん増加すると推計されています。（**図1**）

そうなると働く人たちが子どもを養ったり、高齢者の面倒を見るのが大変になります。今まで生産年齢の人が数名で高齢者１名の面倒を見ていたのが、今後、１対１ぐらいになっていくということです。そのような大変な時代に入っていくことについて、みんなで真剣に考えなければならないと思います。

「平均寿命」とは、生まれたばかりの子どもが100人いれば、そのうち50人ぐらいが何歳ぐらいまで生きられるかを示すものと考えていいと思いますが、日本の男性は数年前まで70代にとどまっていましたが、現在は80歳です。女性は86～87歳と長い。一方、「健康寿命」とは人の世話にならないで自分１人で身の回りのことができる年齢が何歳までか、ということですが、男性は71歳、女性は74歳です(厚生科学審議会資料・2014年)。つまり、平均寿命と健康寿命との差である10～15年の間は人の世話に

＊　北海道医師会長

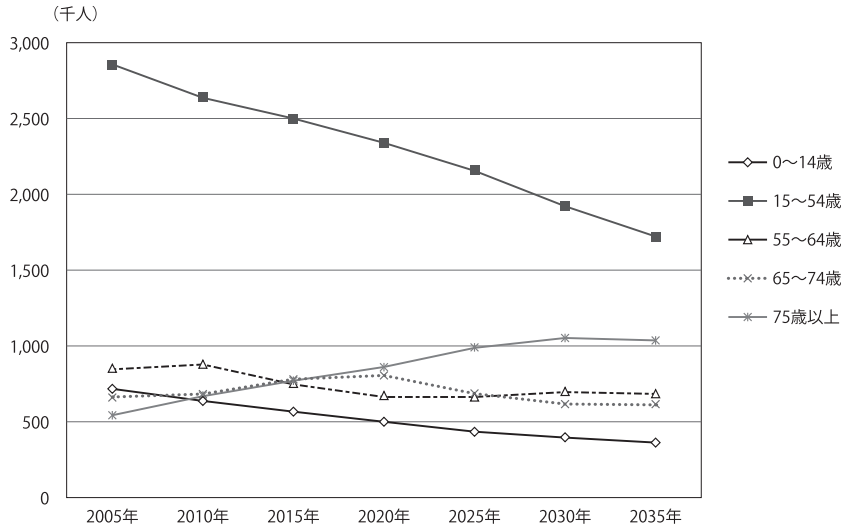

図１．　高齢者人口の推計（北海道）

出所：北海道医師会作成資料

ならないと生きられないということです。だんだん人口が減って若い人が減ると、高齢者の世話をするのがますます大変になります。ここが問題で、健康寿命をいかに伸ばしていくか、私たちは考えていかなければならないのです。

では、日本人の死因となる病気で多いのは何でしょうか。死因別の死亡率の推移を見ますと、戦後間もなくまでは結核が高かったのですが、戦後増えてきたのは脳卒中、がん、心臓病です。これが三大死因と言われ、1981年にがんが第１位になり、以来、他の死因を引き離して１位です。一時期は脳卒中も多かったのですが、減少し、心臓病が逆に増加傾向にあります。肺炎は、誤嚥性肺炎という高齢で飲み込む機能が衰えて発症する肺炎で亡くなる人が増加し、現在では、脳卒中を追い越して第３位になっています。

高齢社会を加速しているのは団塊世代（戦後の第一次ベビーブームに生まれた世代）の高齢化です。2025年には65歳以上人口が3,660万人を超え、2042年には3,880万人超えると推計され、戦争などが起こって多くの方が短期間に亡くなることがなければ人口はこのように確実に推移します。

高齢社会では疾病構造も変化します。がん、心臓病、脳卒中、認知症、糖尿病、肺炎が増加しますが、もう一つ重要なのは四肢運動器障害の増加です。足が弱って、転倒してけがをするとか、腰やひざが痛むなどの人が増えます。さらに「フレイル」、「サルコペニア」の問題があります。「サルコペニア」はギリシャ語で筋肉が衰えて力がなくなることです。全体的にいろいろな力が衰えることを「フレイル」と言います。食べることも運動することもできなくなり、体が弱って寝込んでしまう。要するに介

護をしなければならない状態がフレイルで、国は懸命にフレイル対策をしようとしています。

このような疾病構造の変化に対して医療はどう対応するかですが、医療形態として病床機能分化を進め、地域包括ケアシステムを構築しようとしています。病床機能分化とは患者さんの病状に対応して効果的に医療や病床を使うことで、地域包括ケアシステムは、病気になったときから治療、入院、在宅まで、一連の過程に合わせて地域で医療や介護が一体的に提供されることを目指すものです。こうした高齢社会に向けた医療の取り組みについて後で詳述します。

2. 国民病のがんに取り組む

高齢化が進むほど、がん罹患率は上がります。人口10万人に対する日本のがん罹患率を年齢層別に見ますと、男女ともに年齢が高くなるにつれて罹患率は高くなりますが、30～40代は女性の方が男性より罹患率は高いのです。これは子宮頸がんが大きな要因で、若いうちに子宮頸がんになる人が多い。男性は50代から急激に罹患率が高まるのが特徴で、女性の50代以降と大きな差があります。男性はたくさんお酒を飲んだり、喫煙したりと、体に悪いことをしている人が女性より多いので、こんな差になるのではないかと思います。

日本国民のがんの罹病率の現状を表すのに「国民の 2 分の 1 ががんになり、3 分の 1 ががんで死亡する」とよく言われています。つまり、2 人に 1 人はがんになり、がんになった人の 3 人に 2 人は手当をしたが亡くなってしまう人。残りのがんになっても亡くならずにすんだ 1 人、つまり、現在は全体の 6 分の 1 に当たる人を増やそうと医療は努力しています。健診をして早く見つけて早く除去することが必要だと私たちは強くおすすめしているのです。

がんの原因になるのは何かということは非常に難しく、まだはっきりしないことがたくさんありますが、生活習慣病とがんは非常に関係があると言われています。がんのリスクを確実に上げるものの一つは喫煙です。がんばかりでなく、COPD（慢性閉塞性肺疾患）のリスクでもあり、呼吸困難を引き起こします。鼻にチューブを入れて酸素を携行している人をまちで見かけますが、これは肺の機能が落ちてしまっているということです。そうした肺の病気の大きなリスクは喫煙です。会場に喫煙者がおられましたら、この講演が終わったらきっぱり禁煙することをおすすめします。

私は禁煙運動もしているのですが、喫煙者はなかなか止められないようですね。私のところに来た喫煙者には「たばこを置いて帰りなさい」と言うのですが、その後、すぐ買って吸っているようです（笑）。ですから、たばこは 1 箱1,000円ぐらいにしたらどうか、と言っているのです。受動喫煙で周囲の人にも影響を与えます。女性で自分は吸わなくても、夫が吸っていれば、がんの罹患率は高くなります。受動喫煙を防ごうと行政などに働きかけているのですが、道議会議員や国会議員には喫煙者が多い

ですね。ですから、なかなか喫煙対策に関する法律ができず、それで苦労をしています。

お酒もがんのリスクを上げます。百薬の長と言われており、血行がよくなるし、楽しくなるのでいいところもあるのですが、飲み過ぎるとがんになるので気をつけてください。肥満もがんのリスクを上げます。女性は生理が終わった後、乳がんになりやすいということもあります。逆に運動はがんを予防します。

感染症のがんへのリスクですが、よく知られているのはピロリ菌（ヘリコバクター・ピロリ）です。ピロリ菌は胃の中に巣くって遺伝子を傷つけ、時間が経つと、胃がんを発症します。ですから、ピロリ菌を退治すればいいのですが、高齢になってからでは、すでに傷を受けてしまっている場合が多いので、絶対に大丈夫とは言い切れません。しかし、健診は受けた方がいいし、退治してしまえばリスクは低減します。本当は小学生ぐらいに除菌するといいのですが、一定期間、抗生物質を飲む必要があるなど負担がかかるので、中学生ぐらいがいいのでしょう。中学生であれば、ピロリ菌を持っている割合が５％程度で、60歳以上の人だと70％以上です。ですから、あまり菌の入り込まない若い時期を対象に早く見つけて処置をする必要があると思います。

Ｂ型・Ｃ型肝炎ウイルスは輸血などにより感染しますが、Ｂ型ではお母さんから子どもへとお産のときに感染します。肝炎ウイルスには肝がんのリスクがあります。ヒトパピローマウイルスは子宮頸がんのリスクです。ただ、ワクチン接種しますと、かなり抑えられて撲滅できるだろうと言われています。ところが、残念なことに３年ぐらい前に、ワクチン接種に副作用があると問題になって、接種を受ける人が激減しました。副作用とは異なると言われていますが、副作用と大々的に新聞などで報道されたため、自治体でも接種をすすめなくなり、現在は対象者の0.3％程度の人しか受診しなくなりました。

以上ががんのリスクを確実に上げる原因であり、これらを取り除いた方が将来、がんにならなくて済むということです。また、野菜や果物はがんのリスクを下げるのですが、食塩はよくありません。しょっぱいものが好きというのはがんになりやすいということです。コーヒーは適当な量であれば、がんを予防すると言われていますが、適当な量とは１日に１杯か２杯か、はっきり量を言うことは難しいですね。以前、国立がんセンターが味噌汁はがんリスクを下げると言ったことがあるのですが、どれぐらいの量が適量なのか、それはあまりわからない（笑）。はっきりした言い方はできないのですが、ほどほどの量ということなのでしょう。

熱い飲食物は食道がんのリスクになります。熱いのが好きで、ふうふう言いながら食べる人がいますが、あまりよくない。焼酎やウオツカなどアルコール度数の高いお酒もよくありません。ロシアではウオツカがよく飲まれ、フランスのノルマンディー地方ではリンゴ酒が、またブラジルではカシャッサという強い蒸留酒がよく飲まれています。それぞれ食道がんのリスクが高いと言えますが、ブラジルでは平均寿命は日

本ほど長くないので、がんによる死亡率は高くないのです。これはがんの人が少ないと喜んでいる場合ではなく、がんを発症しないうちに寿命が尽きるということです。アフリカなども平均寿命が短く、がんは少ない。つまり、長寿になればがんを患う人が増えてくるということです。

日本人のがんについて性別・部位別の罹患数（全国推計値・2015年）の順位を見ますと、男性の１位は胃がんで、次に大腸、肺、前立腺、肝臓の順です。前立腺がんは、罹患数は４位と高いのですが、死亡数の順位は高くなく、死亡率は低いがんです。女性の罹患数の１位は乳がん、次に大腸、子宮、胃、肺の順になっています。乳がんも早く発見でき、処置できるので死亡率の順位は高くありません。

では、同様にがんの死亡数（人口動態統計より作成・2015年）の順位を見ますと、全国では、男性は肺がんが１位、続いて胃、大腸、肝臓、膵臓の順。女性は大腸が１位で、肺、胃、膵臓、乳房と続いています。一方、北海道に限って見ると、男性も女性も圧倒的に肺が１位です。これは非常に大きな問題です。（**表1**）

表１．　がんによる部位･性別死亡数と順位（2015年）

		１位	２位	３位	４位	５位
全国	男性	肺 53,208人	胃 30,809人	大腸 26,818人	肝臓 19,008人	膵臓 16,186人
	女性	大腸 22,881人	肺 21,170人	胃 15,870人	膵臓 15,680人	乳房 13,584人

		１位	２位	３位	４位	５位
北海道	男性	肺 2,910人	胃 1,376人	大腸 1,321人	膵臓 937人	肝臓 843人
	女性	肺 1,260人	大腸 1,236人	膵臓 953人	胃 746人	乳房 744人

出所：「人口動態統計」確定数（2015全国）より北海道医師会作成

都道府県別のがん死亡率を高い順に見ますと、非常に残念なことですが、北海道は青森、秋田に次いで第３位です。人口10万人当たりのがん死亡者数（75歳未満）は、全国平均は76.1人に対して北海道は85.6人。長野は62.3人と最も低い。北海道ももっと死亡率を低くしたいものです。北海道対がん協会の会長としては懸命に取り組んでいるところですが、なかなか大変です。（**表2**）

日本では終戦後、がんの罹患率がどんどん上がってきたということで、国もいろいろな取り組みを行ってきました。2006年にはがん対策基本法という法律も成立しています。日本対がん協会が設立されたのは1958年で、協会が検診車による検診を宮城県から始めたのが1963年。北海道でも同年から検診車による検診を始めています。対がん協会は現在、ほぼ全部の都道府県にあるのですが、北海道では1929年（昭和４年）

表２．　がんによる死亡率　都道府県別比較

順位	都道府県名	死亡率(男女計)
1	青　森　県	93.3%
2	秋　田　県	87.4%
3	**北　海　道**	**85.6%**
4	鳥　取　県	84.1%
5	高　知　県	81.8%
⋮		
全国平均		**76.1%**
⋮		
43	岡　山　県	69.1%
44	三　重　県	69.0%
45	富　山　県	68.3%
46	山　梨　県	67.6%
47	長　野　県	62.3%

出所：厚生労働省の人口動態統計より北海道医師会作成　2016年
（人口10万人当たりのがん死亡者、75歳未満、年齢調整済み）

という非常に早い時期に「北海道対癌協会」が誕生しています。他の地域より圧倒的に早く設立されたのです。

この背景に関連してお話ししますと、1914年（大正４年）に世界で初めて人工癌の発生に成功した山極勝三郎先生という病理学者がいます。東京帝国大学の先生でしたが、この方と北海道帝国大学出身で、当時まだ若い獣医病理学者であった市川厚一さんが共同して人工発癌に成功したのです。その手法は、ひたすらウサギの耳に毎日コールタールを塗擦するというものでした。この快挙は世界的にも注目され、ノーベル賞受賞の可能性もあったのですが、結局、ノーベル賞の選考委員会は1926年、初の人工癌発生を成し遂げた研究者としてデンマークのヨハネス・フィビゲルに賞を与えました。しかし、後年、その人が発生させたものは人工癌ではないということがわかったのです。ですから、本来は山極さんと市川さんが日本初のノーベル賞受賞者になったはずで、これが人工癌の研究が「幻のノーベル賞」と言われるゆえんです。

北海道対癌協会の誕生は、北海道新聞の前身の北海タイムス社の支配人であった山口喜一氏ががん治療のために大金を投じたことが礎になっています。これは息子さんで北大医学部の病理学教室に学んだ寿一氏が1929年（昭和４年）、胃がんにより27歳で亡くなったからで、がん撲滅を協会設立に託されたのです。ですから、北海道対がん協会は1929年以来の長い歴史を持っています。

現在、がんの治療はどのように取り組まれているかですが、まず予防が非常に大切

です。日常生活のなかで前述のようなリスクを減らし、検診受診で早く見つけて、早く退治することです。診断の段階で自覚症状がある場合はかなり深刻です。他覚症状とは外側から触れて見つけるということですが、乳がん、甲状腺がんなどがそうです。最近ではタレントの小林麻央さんが乳がんで亡くなりましたが、乳がんは入浴時などに自分で見つけようとすることが非常に有効です。痛みが出てきた段階では、治療は手遅れの場合が多いのです。

がんの検査は後述しますが、内視鏡検査や超音波検査、PETなど部位によってさまざまな方法があります。治療は内科的治療（薬物療法）、外科的治療（手術療法）、放射線治療とありますが、加えて大切なのは緩和ケア療法です。以前は、症状の進んだ人に施されるのが緩和ケア療法だと言われてきましたが、そうではなくて、がんとわかったら、すぐ始めるのが望ましいのです。

がんは予防が大事だとお話ししましたが、予防にも種類があり、「一次予防」はがんを発生させないようにすること。つまり、たばこは吸わないとか、ヒトパピローマウイルスや肝炎ウイルスなどはがんが発生する前に退治してしまうことで、これが大切です。検診で早めに発見し、早めに治療することが「二次予防」で、検診が重要です。「三次予防」は、がんの治療を受けて、その後の経過観察や治療をすることです。

北海道の喫煙率の現状を見ますと、2015年の時点で全国では男性は31％ですが、北海道の男性は32.6％です。北海道の男性は2012年には40.2％と高かったのですが、徐々に下がってきました。一方、女性は全国では2015年で9.6％ですが、北海道は15.6％と高い。男女ともに北海道の喫煙率は全国１位で、特に女性の喫煙率が高いのが特徴です。（**表3**）

表３．　喫煙率の比較　　（%）

		2010	2011	2012	2013	2014	2015
全国	男性	36.6	33.7	32.7	32.2	30.3	31.0
	女性	12.1	10.6	10.4	10.5	9.8	9.6
北海道	男性	39.7	38.5	40.2	34.3	33.5	32.6
	女性	17.5	18.6	15.7	16.4	17.2	15.6

出所：北海道医師会作成

禁煙運動をしている私たちは「たばこを吸わないで北海道の空気をきれいにしましょう」と呼びかけているのですが、愛煙家は「あまり空気がきれいなので、たばこがおいしい」と言ったりしています。それなら北海道の空気を少し汚した方がいいかなと、そんなことを思ったりするほどです（笑）。

がん検診受診率を50％以上にしようというのが国の目標ですが、現状は2016年で40％台です。北海道はさらに40％に届かない状態で、都道府県順位では、乳がんは45

位、肺がん44位など、どの部位のがんについても下位に位置しています。これをなんとか高めたいと努力をしているところです。

がんの検診や治療も多様化しています。血液や便、尿などいろいろなものを検査して見つける方法もありますが、超音波診断装置は痛みも特になく、超音波で内臓の動きを外部の画像で診断できます。また、内視鏡カメラによって、胃や腸などの体腔内の診断・検査が可能になりました。内視鏡検査には、上部消化管内視鏡検査と下部消化管内視鏡検査がありますが、下部の検査は肛門からカメラを入れて大腸のなかを見ます。腸内のきれいな表面に出っ張りがあるのを見つけたり、一部をとって調べると、がんかどうかが診断できます。

がんの薬については近年、いいものが出てきていますが、高価なものも多いです。オプジーボという肺がんや皮膚がんなどに効く薬がありますが、非常に高価で、東京五輪組織委員会の会長をされている元総理の森喜朗氏は肺がんでこの薬を使いましたが、1カ月で500万円ぐらいかかったということです。1年使うと1億かかるという高価薬もあります。いろいろな薬がどんどん開発されていますが、ソバルディという薬はC型肝炎によく効き、以前はインターフェロンという薬の注射でしたが、これは使われなくなって薬だけで退治できるようになっています。薬の発達はすごいことですね。新薬の価格については費用対効果の低い新薬は値下げし、高いものは値上げしようというしくみが導入されようとしています。

手術についても新しい手法が出てきており、「ダ・ヴィンチ」と呼ばれる手術支援ロボットで遠隔操作して手術する方法もあります。身体にあけた小さな穴に鉗子(手術器具)を挿入し、医師がハイビジョンカメラの映像を見ながら4本の腕を持ったロボットを操作するのです。これまでは、例えば胆嚢の手術などはおなかをあけるのですが、術後長く具合が悪い場合がありました。最近は小さな穴をあけて、機械を通じてのぞき、メスで切って、縫ってということをやりますから、術後の快復が早くなりました。従来、1カ月入院していたのが、今は5～6日の入院でよくなったという時代になっています。

道内のがん治療の専門機関には、札幌に北海道がんセンターとがん診療連携拠点病院が20施設、がん診療連携指定病院が24施設あります。国が指定する拠点病院は道内各地にありますが、札幌に集中するなど所在は偏っています。拠点病院に指定されるためにはたくさんの条件をクリアしなければならないのですが、それに準ずる、ある程度十分な条件を満たしている施設について北海道が指定したのが指定病院です。がんについては拠点病院や指定病院で相談されるといいでしょう。(**図2**)

がん治療については医療機関に任せるということも、もちろん一つの考え方ですが、私たちは、がんになった人を中心にした「六位一体」という取り組み方を提唱しています。患者と家族を中心に、医療関係者、行政関係者、議員、企業関係者、メディアという5つの立場が力を合わせるということです。この「六位一体」で、がんの撲滅

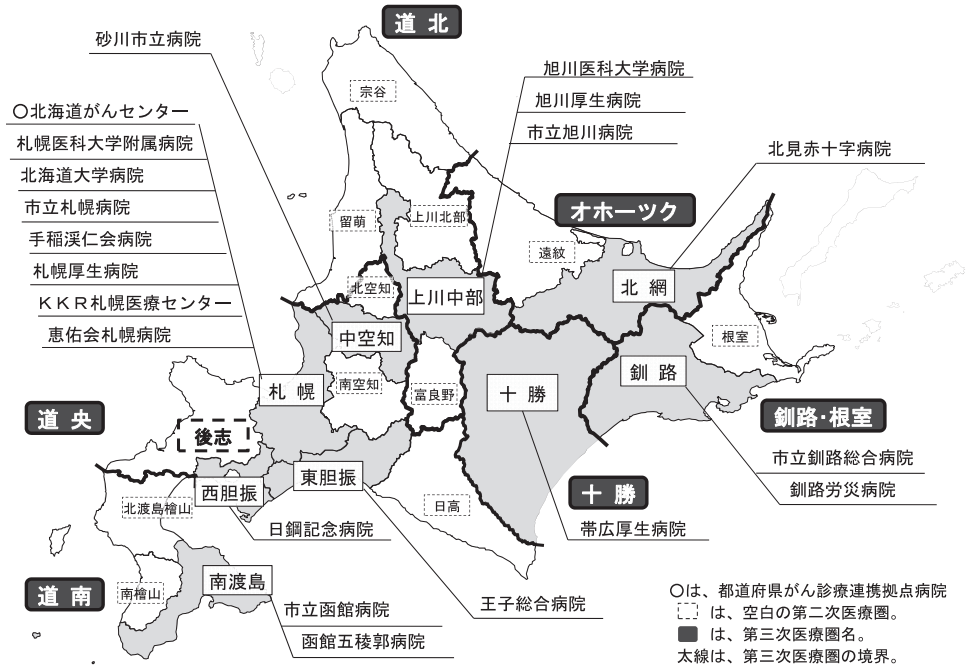

図２．　北海道がん診療連携拠点病院一覧

出所：北海道医師会作成資料

を図っていこうと活動していますが、その一つが「北海道がんサミット」開催です。2017年は８月６日に札幌で開催し、道に受動喫煙防止条例の制定を求めるテーマで講演などを行いました。

3.　これからの高齢社会に向けた医療の課題

では、今後の北海道の医療の取り組みについてお話しします。

北海道の医療については、1977年に設立された北海道総合医療協議会（総医協）という知事の諮問機関で検討されてきました。これは2001年に北海道総合保健医療協議会と改称され、救急医療、地域医療、地域保健の３つの専門委員会が設けられています。

冒頭にも述べましたように、これからの医療が対応しなければならないのは人口構造の変化であり、高齢社会の進展です。人口ピラミッドという年齢別に人口を示した図がありますが、かつては高齢者が少なくて、生産年齢の人と子どもが多いという人口構造であったため、ピラミッドのようなかたちになっていました。こういう人口構造の場合にどのような医療が大切かと言えば、青年壮年期の患者さんが多いので、救命、延命、治癒、社会復帰を前提とした病院完結型の医療です。

ところが、現在は、高齢者が多く、青少年の人口が少ない、頭でっかちの人口構造

になっています。そうすると医療は慢性疾患が多く、複数の疾病を抱える高齢者に対応すべく変化する必要があります。病気と共存しながら、生活の質の維持・向上を目指し、患者が住み慣れた地域や自宅での生活を支えること、つまり、治し、癒やし、支え合うことが大切になります。地域で支える「地域完結型」の医療を目指すということです。

ということで、今後重要なのは地域包括ケアシステムであり、あらゆる政策分野の柱にこれを置くことを厚労省も明らかにしています。このシステムは地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいいます。『病院の世紀の理論』（猪飼周平著・2010年）という本に「20世紀は病院の世紀」とありますが、今後は地域でのケアが非常に大切になる時代へ変わっていきます。もっとも病院の役割は依然、重要であることに変わりはありません。

では、具体的にどのように医療は変化するのか。これは病院の病床数の割り当てのバランスでその体制の変化がわかります。高度急性期（救命救急病棟などで実施する治療）、急性期（一般的な標準治療）、回復期（在宅復帰に向けた医療・リハビリテーション機能のための医療）、慢性期（長期にわたり療養が必要な患者への医療）と、それぞれの病床数を考えた場合、日本のこれまでの病床数は、高度急性期、急性期が多く、回復期、慢性期が少ない、積み上げるとワイングラス型の病床数でした。しかし、2025年のイメージでは、回復期、慢性期が多いために、胴が太くなったヤクルト型になることが予想されます。回復期、慢性期の医療、さらに在宅医療への対応が重要になるのです。在宅医療は患者さんが自分の家にいるだけでなくて、サービス付き高齢者住宅なども含めて受ける医療で、ここ数年、推進されています。

このように急性期から在宅医療まで実態に即してバランスのとれた医療を提供できる体制にしようと数年前から「地域医療構想」が検討されてきました。地域にどのようなベッドを設けるか、各地域で状況が違うので、それに対応したかたちを考えていこうということです。

これからは過不足のない医療提供体制を目指すことが求められますが、その方向性としては、①必要とされる医療の変化に対応することでリハビリテーション機能や在宅医療を拡充、②必要とされる医療に応じた医師、看護師などの配置に留意し、医療人材を有効に活用、③医療の必要性に応じて予算を有効に活用、ということが挙げられます。医療機関が医療の提供について過度な競争をすると共倒れになる危険がありますから、それを回避する意味でも協議会をつくって協議することが必要です。

一方、国の財政ですが、政府債務残高の名目GDPに対する比率の推移を見ますと、近年どんどん高くなって大変厳しい状況です。医療費、介護費は高齢者増加に伴って増え、年金も含めて経済の成長以上に社会保障支出が増え、財政を圧迫していくこと

になります。国の財政がうまくやっていけるかどうかを考えながら、医療提供体制を考えていかなければなりません。

もし、従来のままの医療提供体制であれば、適切な医療やケアを提供できず、医療従事者の配置も非効率で、予算を効率的に活用することが難しくなります。現在は、急性期の医療に手厚く充てられていますが、それを変えていく必要があるのです。

医師や看護師の配置については、国によってさまざまです。強制的に地域に配置する国もあり、例えばドイツは、医療従事者の希望を聞いて、成績の上位の人は希望のところに配置し、そうではない人は希望以外のところに配置する、ということをしています。日本でも義務教育の教員のような配置のしかたを求める声はあるのですが、やはり反対は強く、今の状態を続けていくことになるでしょう。みんなで協議して、何とか過不足のない体制をつくるよう工夫しなければならないというのが現実です。

地域医療構想の実現に向けて、病院関係者、行政、医師会などさまざまな立場が集まって、どこの病院はどういうかたちの医療をすればいいか、各地域によってどれぐらいのベッド数が必要かなど自主的に調整し、協調による地域医療構想の実現を目指しています。そのような方針で、2015年12月、私が会長を務める北海道医療審議会は地域医療構想の実現に向けて知事に答申しました。

地域医療構想のポイントの一つは、医療の質的・量的な変化に対応してベッドの役割に注目していることです。病院がどのようにベッドを使っているかは医療法によって報告義務があるのですが、これからは医療を受ける場所が病院だけでなく地域を含みます。治療よりむしろ介護や地域づくりが問題であり、医療者も介護者も共通の認識で取り組む必要があります。労働力の減少は大変なことで介護する人も足りない状況ですが、こうしたことも地域ごとに考え、目指す姿を共有しながら協議していこうとしています。

病床の現状を見ますと、2013年で全国の一般病床は134万7,000床あります（医療施設調査）。うち療養病床が34万床です。しかし、病床機能報告では全体の病床数は123万4,000床で、実際は約10万床が使われていないことがわかりました。そして、その123万4,000床の内訳は、高度急性期19万床、急性期58万床、回復期11万床、慢性期35万床です。人口や病気の人の割合で計算すると、これをもとに今後の機能別の必要病床を推計することになりました。そうすると急性期の病床が多いので、慢性期を増やす方向で設備を整える必要がある病院も出てきます。その場合の資金を補助する基金が設けられています。

それが２年前に設立された地域医療介護総合確保基金です。各都道府県は計画を作成して国に提出し、国から財源を得て基金を設置しています。医療機関や介護サービス事業所などの事業者は道や市町村に申請し、そこから資金が交付されるのです。ただし、厳しい審査があって、けんもほろろに断られることもあります。そういう戦いをしながら、お金を獲得し、地域の医療や介護をなるべく使いやすくしていこうとし

ています。

2015年度で国は医療分904億円、介護分724億円の財源（基金）を確保していますが、それを目当てに地域の医療・介護のためのぶんどり合戦が行われました。医療機関の施設整備や居宅の医療提供、医療従事者確保などの事業などに充てられるわけですが、なかなか思うような用途で交付されないということがあります。

ところで、医療と介護の提供のされ方の違いはわかりますか。入院医療は自分や家族の具合が悪いと、基本的にだれでも、どこでも、いつでも、どの病院でもかかることができます。これが日本の医療保険制度であり、世界でも希有な皆保険制度を私たちは持っています。ところが介護は、こういう介護を受けたいと、自分で勝手に決めて申し込むことはできないのです。役所に届けて、役所から判定する人がきて、医師からもらった診断や意見書などをもとに協議会で協議し、要介護度を判定します。判定を受けたらケアマネジャーが来て「あなたはこのようなサービスを受けられますよ」と説明があり、介護の受け方が決まる。もう一つの違いは、医療には営利企業は参入できないのですが、介護は参入でき、特に資格の制約はないということになっています。医療と介護では、かなり仕組みが違うのです。

北海道の機能別必要病床数ですが、2014年時点では、高度急性期7,400床、急性期38,300床、回復期5,300床、慢性期26,900床となっていますが、2025年には従来なかった在宅対応(介護施設や高齢者住宅を含む)の病床数を大きく増やす方向になっています。３パターン設定し、地域にあったかたちにしていこうとしています。（**図3**）

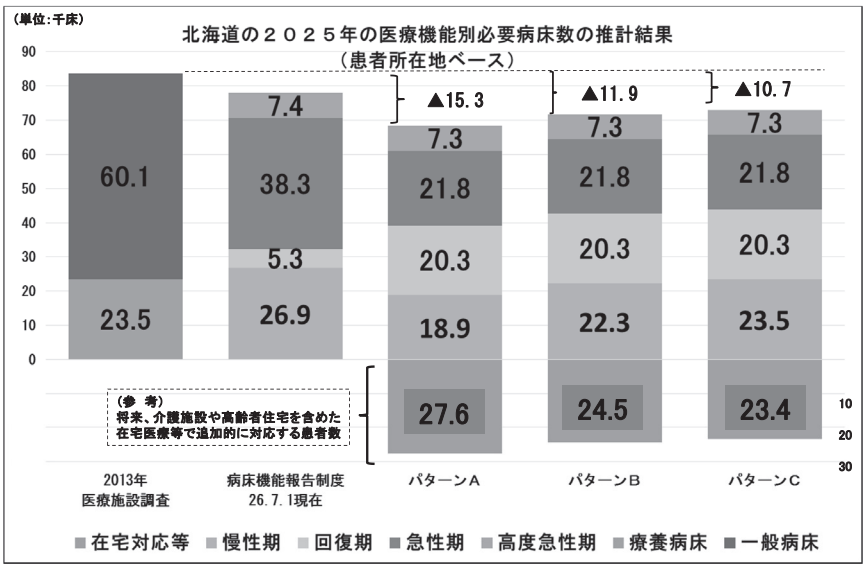

図３．北海道の2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

出所：社会保障制度改革推進本部　医療･介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第１次報告（平成27年）より北海道医師会作成

2025年は団塊の世代（1947～49年の第一次ベビーブームに生まれた世代）が後期高齢者になっていく時期で、一気に超高齢化社会になります。そのときの医療需要を考えて、前述のような病床数を推計しているのです。そこまで考えておかなければ、せっかく新設した病院を廃院にせざるを得ない事態になります。

以上のように、今後の高齢社会に向けた医療の課題とは①回復期のベッドの確保、②在宅医療など慢性期の患者さんへの医療の確保、③医療・介護人材の確保、が挙げられます。医療・介護に関連する業界は幅広く、日本経済への役割や影響は非常に大きいと思いますが、看護師や介護士の給料は安いので、人材確保は容易ではありません。あまり景気がよくなると、一般企業の待遇がよくなって看護師や介護士の資格を持っている人もそちらの方に流れてしまって人材不足になります。ですから、医療や介護に従事する人の給与を上げてほしいと盛んに働きかけています。報酬は改定されましたが、ほんのわずかでしかない。給与が十分に出せるかどうかということは、今後の大きな問題なのです。

自分の住んでいる地域で急性期、慢性期、回復期、在宅を通じて支えられながら暮らすことを可能にするのが地域包括ケアですが、さらに、現在、問題になっているのは終末期をどうするかということです。これは世界中で問題になっていることで、ヨーロッパのある国では、いよいよ終末だということになると、本人や家族が望めば薬物注射をする場合もあります。日本では決してそうしたことはありません。先日、アジア大洋州の医療関係者の会議がありましたが、東南アジア諸国などもそうしたことは反対だということです。しかし、終末期をどうするかは、常に自分で考え、回りの人にどうしてもらいたいか、語り合っておく必要はあるでしょう。

高齢期に住み慣れた地域で暮らすということは大切なことです。気軽に話ができたり、行きつけの店に行ったり、自分のリズムで生き生きと暮らせることは、認知症予防にもなります。2015年６月11日の朝日新聞のコラム「天声人語」の内容を覚えている方はおられますか。その記事は元総務大臣で岩手県知事も務めた増田寛也氏の発言に関するものでした。増田氏は日本創成会議の座長として人口減少問題に関する提言を発表したのですが、それは、全国で高齢者が増えると、人が住まなくなる地域が増える、北海道などの地方は特に人口減少が進むが、東京もやがて高齢者ばかりになるから、そうした高齢者は北海道など人の少ない地方に移ってもらえばいい、というような趣旨でした。

その発表の翌日の朝日の「天声人語」で、人間の記憶にはいろいろな記憶があるが、大切なのはエピソード記憶というもので、自分の人生で経験した思い出がそうだということが書かれていました。近所のなじみの店やつきあいなど住み慣れた地域の記憶は大事で、高齢になってから切り離されることは望ましいことではない、という増田氏への批判でした。私も大いに賛成です。年をとっても同窓会などには積極的に参加して、毎年同じ思い出話をするのは認知症予防に大変効果的です。私が同期会の会長

をしているから言うわけではないのですが（笑）。つまり、高齢者にとって、住み慣れたところで周囲の人と気軽に話ができるとか、なじみのスーパーに行けるというような暮らし方はとても大事なのであって、増田氏の言うように、東京の高齢者が北海道に来て見慣れない風景や人の間で暮らすというのでは、すぐに認知症になってしまうでしょう。

地域包括ケアシステムの推進は、このように住み慣れた地域で暮らし続けることを可能にしようとするためのしくみです。昔は医療、介護、福祉はバラバラに取り組まれていたのですが、それを一体として取り組もうとしています。

今後の社会保障制度の方向性は、全世代に対応して必要としている人を助け、自立を支援することです。みんなで助け合うことであり、行政の枠組みを超えて支援することが必要になります。日本の社会保障制度は優れていると思いますが、今後、それを持続可能にしていくことが求められているのです。また、何ごとも地域の視点で取り組むこともこれからのポイントです。特に北海道は人口構造が変化していき、その度合いも地域によってさまざまです。北海道平均で考えるのではなく、各地域の状況を合わせて、限りある医療・介護の資源を効果的に活用する必要があります。

4. 北海道の医療の現状と最新事情

では、現在の北海道の医療状況についてお話ししたいと思います。

まず、全道の医師数は2014年で12,987人。人口10万人当たりの医師数は240．5人で、全国では244．9人ですから、ほぼ全国並みです。以前は全国水準より少なかったのですが、だんだん増加してきました。厚労省に「北海道は医師が足りない」と訴えに行くと「十分足りている」と押し返されることが多かったのですが、最近は、北海道は広域で全国水準より多くの医師が必要であることを認めてくれるようになりました。都道府県別で人口10万対医療施設の従事医師数を比較しても、北海道は現在、ほぼ全国水準と同じになっています。

女性医師の状況を見ますと、道内の女性医師は1994年では988人で、医師全体の9.6％でしたが、現在は増えて2014年は1,803人。全体の13.9％となっています。女性医師は、これからどんどん増えると予想されます。というのは、現在、医学部の学生の30～50％が女性で、国家試験の合格率は女性については35％程度となっています。ただ、出産や育児、また介護で一時的に職を離れることが多い。男性医師の場合は介護などで職を離れるということはあまりないのですね。

道内の歯科医師数は人口10万人対人数（2014年）が83人で、全国では81.8人ですから上回っています。ただし、札幌が突出して107.2人と集中しており、他の地域は全国平均に届かない状況です。

看護師・准看護師の就業数人口10万人対人数（2014年）は、全道で1324.3人で、全国の1026.7人よりかなり多いですが、北海道の広さを考えると決して多いとは言えま

せん。私は道内の訪問看護ステーション60カ所ほどにかかわっているのですが、看護師さんが訪問する件数は札幌や東京では１時間に４件ぐらい回れるのですが、札幌以外の地方では１件で１時間ぐらいかかってしまう。これを見ても看護師さんの不足がわかります。薬剤師数の人口10万人対人数（2014年）は全国226.7人に対して道内は200.1人で少なく、やはり不足しています。特に薬学部が6年制になってから不足が際立ってきました。

道内の医療資源の地域的な偏りは著しく、医療施設従事医師数の人口10万人対人数について全道平均との対比を見ますと、宗谷、根室、日高の地域で50％未満のところがあります。一方、札幌と上川地方は全道水準を上回っています。したがって、地方でみてもらえない患者は、ほとんど札幌に集まることになります。入院受療は札幌に集中し、外来では札幌、旭川、釧路などに患者さんが出かけています。地域でまかなえないところがかなりあることがわかります。（**表4**）

表４．　医療施設（病院・診療所）に従事する医師数（平成26年12月31日現在）

	圏域名	人口10万対医師数	全道との比較
1	上川中部	320.5	139.2%
2	札幌	281.2	122.2%
3	西胆振	226.3	98.3%
4	中空知	225.3	97.9%
5	南渡島	220.2	95.6%
6	後志	192.1	83.4%
7	北空知	189.8	82.5%
8	上川北部	171.4	74.5%
9	釧路	170.4	74.0%
10	十勝	169.9	73.8%
11	南空知	157.8	68.5%
12	東胆振	156.8	68.1%
13	北網	142.8	62.0%
14	留萌	139.6	60.6%
15	遠紋	130.7	56.8%
16	北渡島檜山	129.4	56.2%
17	富良野	127.1	55.2%
18	南檜山	119.4	51.9%
19	日高	105.4	45.8%
20	根室	103.9	45.1%
21	宗谷	95.3	41.4%
全道		230.2	100.0%
全国		233.6	101.5%

出所：厚生労働省平成26年医師・歯科医師･薬剤師調査より北海道医師会作成

地域医療において自治体病院の役割は大きいのですが、道内では小規模な病院が多い状況にあります。病院経営としては病床数が200～300床以上ないと成り立ちにくいのですが、道内の自治体病院の６割以上が100床未満です。100床未満は効率が悪くて、採算がとれにくく、自治体病院の課題となっています。また、自治体病院の10%ほどは医療法で定める医師標準数を満たしていません。病院は３人以上の医師がいなければならないのですが、「標欠」と言って３人集まらない病院が地方にあります。患者がたくさんいるので、本当は５～10人の医師がいないと成り立たない病院も少なくなく自治体病院の医師不足は深刻です。市立釧路総合病院でさえ悲鳴を上げています。（**表5**）

表５．　自治体病院の現状

区　　分		総　数	20～49床	50～99床	100～299床	300～499床	500床以上
全　　国	病院数	8,480	942	2,127	3,888	1,098	425
	構成比	100%	11.1%	25.1%	45.8%	12.9%	5.0%
うち市町村立病院	病院数	649	62	164	243	125	55
	構成比	100%	9.6%	25.3%	37.4%	19.3%	8.5%
北　海　道	病院数	568	51	167	270	57	23
	構成比	100%	9.0%	29.4%	47.5%	10.0%	4.0%
うち市町村立病院	病院数	85	19	37	14	10	5
	構成比	100%	22.4%	43.5%	16.5%	11.8%	5.9%

※自治体病院の割合（全国：7.7%、北海道：150%）

出所：全国：厚生労働省平成27年度医療施設調査（平成27年10月１日現在）
　　全道：北海道保健福祉部調べ(平成27年10月１日現在)より北海道医師会作成

地域によって高齢化の進み方は大きく異なります。地域包括ケアを目指していますが、高齢化がどのように進むか、各地域で考えて医療計画や介護保険事業計画を立てる必要があります。また、高齢化率の上昇とあいまって生産年齢人口は減少していきますから、医療・介護の人材の確保は一層、厳しく、先行きが心配されます。

では、北海道医師会はどのように対応しているかですが、さまざまな事業を行っています。具体的には、①緊急臨時的医師派遣事業、②地域医療にかかわる地域医師との意見交換会、③市民フォーラム開催・後援、④医療支援市民団体との意見交換、⑤女性医師等支援事業、⑥勤務医の勤務環境整備推進事業、⑦学生・研修医との意見交換、⑧行政に対する協力と政策提案、⑨青少年育成事業、が挙げられます。地域医療を担う青少年育成事業としては、私は、６、７年前から全道くまなく回って小中学校の子どもたちや保護者、住民の方々に講演をしています。子どもたちには内視鏡カメラの操作など医療体験をしてもらうという活動もしています。

また、道内には地域の医療機関を支えるための住民団体が各地にあり、サポートを受けています。

北海道の広さはどんなものかと言えば、札幌市と根室市の距離は東京・大阪間に相当します。そのために重要なのがドクターヘリです。道内には札幌市、旭川市、函館市、釧路市の４地区にドクターヘリの配備拠点がありますが、全国では41道府県に51拠点あり、道外の密度に比べれば道内は低いと言わざるを得ません。（**図4**）

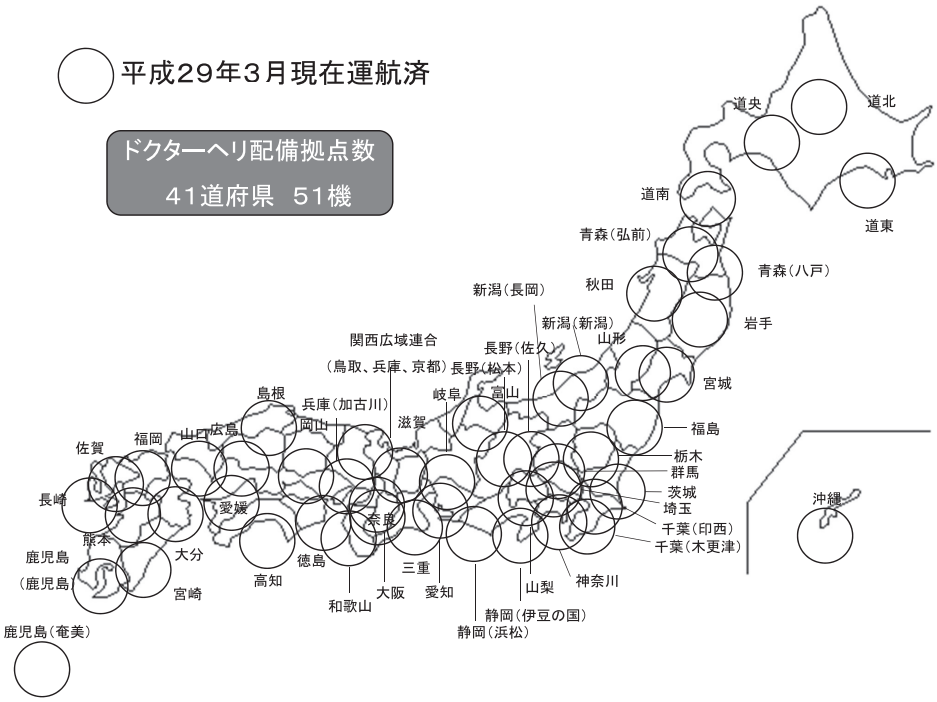

図４．　日本のドクターヘリ配備状況

出所：北海道医師会作成資料

そこで、道内12空港を活用してジェット機「メディカルウイング（医療優先固定翼機）」を飛ばそうと研究会（北海道航空医療ネットワーク研究会）をつくって取り組んできました。ジェット機であれば札幌丘珠から稚内や釧路など各地に１時間以内で到着できます。早期運航を実現させるために安倍総理にも要望書を手渡しましたが、2017年、道予算に組まれて、晴れて７月30日にメディカルウイングの就航式を迎えることができました。（**図5**）

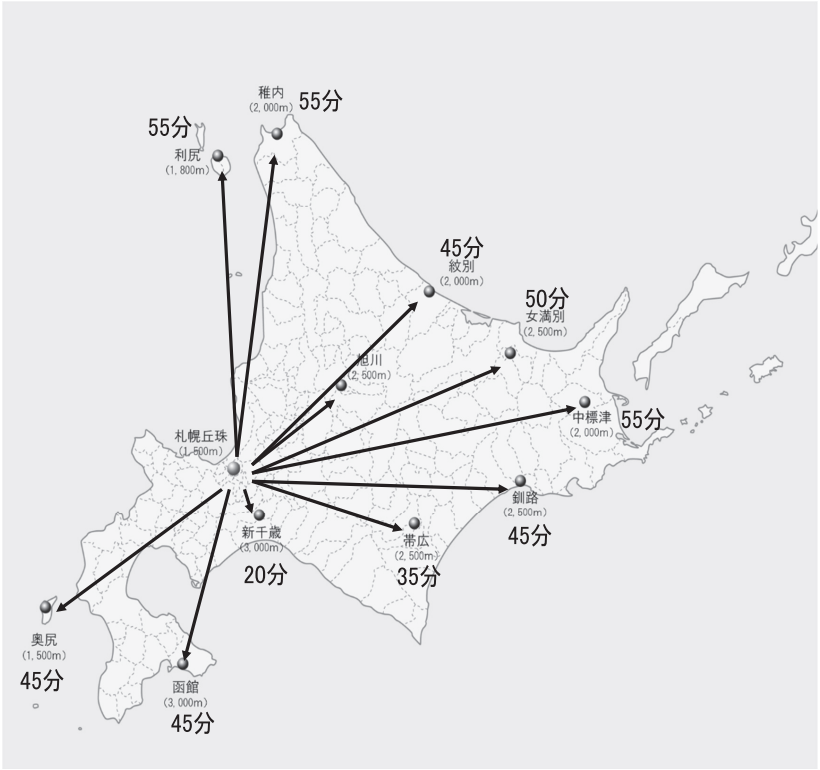

図５．　医療優先固定翼機（メディカルウイング）の札幌丘珠空港からの所用時間

出所：北海道医師会作成資料

最後の話題として医師養成の現状と新しい動きをお話しします。医師になるには医学部６年の教育課程を卒業してから２年臨床研修をし、さらに新たな専門医の養成ということで３年以上の勉強が必要になります。

道内の医師は足りないということで、北大、札幌医大、旭川医大の医学部入学定員を近年増やし、2007年は300名だったのが2011年以降、344名になっています。この増員された時期の学生がようやく卒業する時期になっていますが、まだまだ足りません。

そういうところに始まったのが新専門医制度です。これは医師、患者の双方の求めに応じてつくられた制度で、国家試験合格後２年の臨床研修を終了した後に、専門医になるために３年程度の研修期間が設けられます。そこで専門医資格を取得すると、さらに５年ごとに試験があって、生涯、勉強することになります。専門医には、内科、小児科など基本的領域が19領域あり、それを取得した上で消化器、循環器などサブスペシャリティ領域29領域の専門医の資格を取得する二段階制になっています。長く勉強していくことが必要な、気の遠くなるような制度で、今の私などにはとても時間的余裕がないと思っています。

この新専門医制度は2018年４月から開始されますが、取り組みに向けて地域にはいろいろな課題があり、北海道専門医制度連絡協議会をつくって検討し、中央に伝えていこうとしています。この会長もしていますから、悩みも仕事も尽きないですね(笑)。

専門医にならない医師は勉強しないのか、と言うとそうではありません。日本医師会は2016年にかかりつけ医機能研修制度を開始しました。この「かかりつけ医」というのは、なんでも相談できる上に最新の医療情報を熟知し、必要なときに専門医や専門機関を紹介できる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を持つ医師のことです。私たちはそれぞれにかかりつけ医を見つけておくことが大切です。

時間が過ぎましたので、これで終わりにしますが、もし何か、お聞きになりたいことがありましたら、北海道医師会にお寄せください。ご静聴ありがとうございました。