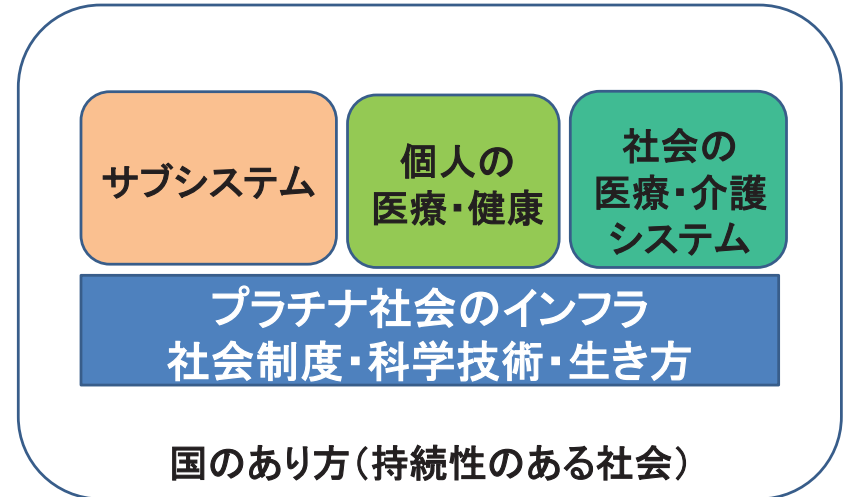


これからの健康医療システムの構築： プラチナ時代の健康・医療・社会

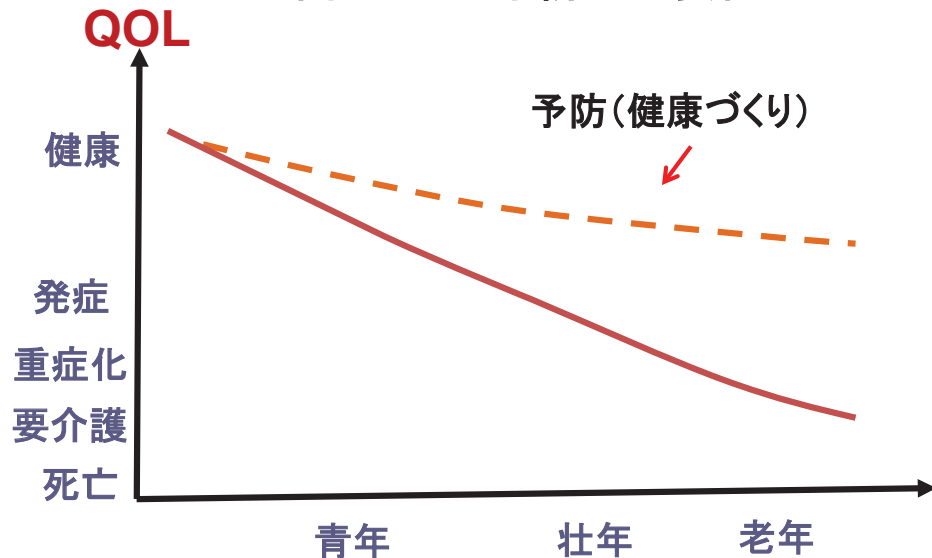
自治医科大学
永井良三

1



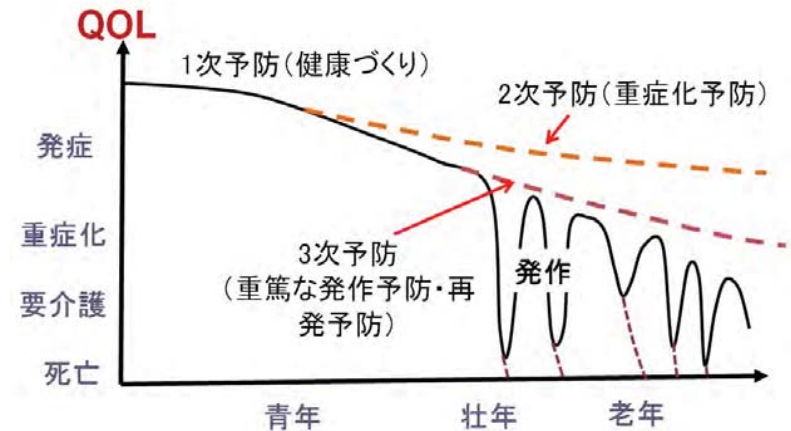
2

人間の一生: 予防の重要性



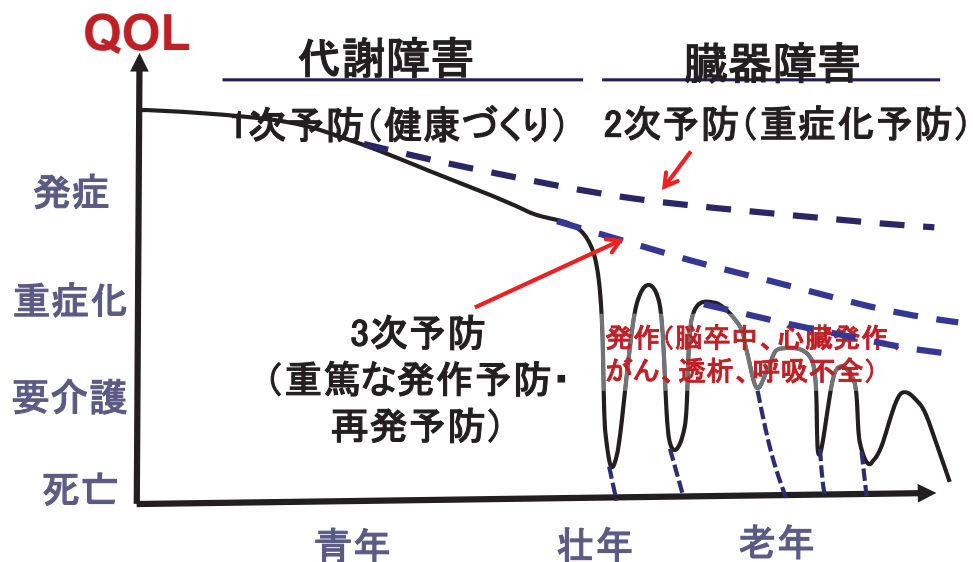
3

人間の一生



- ・人間の健康状態はいつかは、不連続的に大きく変化する(重大な病気)。
- ・発作は低い確率で生ずるが、年齢や生活習慣によって確率は変化する。しかしいつ誰に発生するかは予測困難。

人間の一生



Precision Medicine

オバマ大統領 2015年

生物医学的情報の統合
分子、遺伝子、細胞、臨床、行動、生理学、
環境に関わる情報

P4 Medicine

Prediction	予見
Prevention	予防
Personalization	個別化
Participation	参加

精密医療、個別予見医療

ICTによる1次、2次、3次予防のためのモニタリング・シミュレーション

ウェアラブルデバイスの課題

- ◆要素技術、互換性、フォーマット
- ◆標準化、項目、データ取得、
- ◆スマートフォン対応、実証実験
- ◆時間と位置の同定

例
個別心臓シミュレーション

例
無電池遠隔肺動脈圧モニター

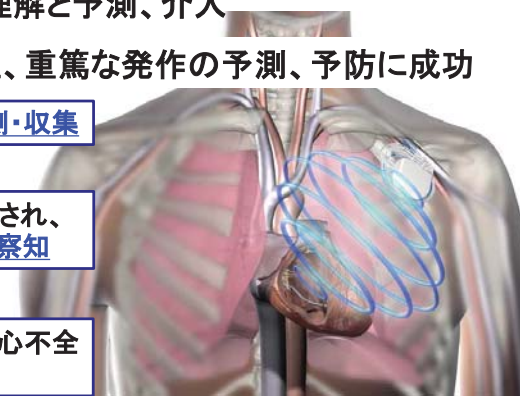
【事例】患者状態の経時的な理解と予測、介入

デバイスを介した心不全管理、重篤な発作の予測、予防に成功

胸郭インピーダンスのデータ計測・収集

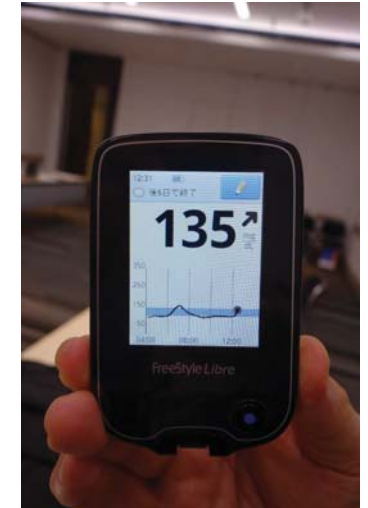
データ解析より、肺うっ血が予測され、
うっ血性心不全の悪化を早期に察知

早期の適切な治療介入によって心不全
の重症化予防が可能に





ウェアラブル血糖測定装置



アボット社 リブレ

現場の医療

個々の患者に
最適な医療の
提供

相互依存関係



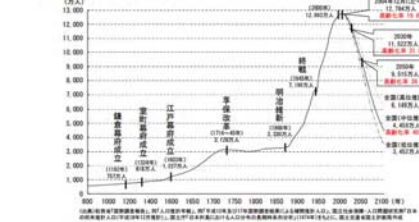
医療制度

- 適切な医療資源の配分
- 持続可能な保険制度

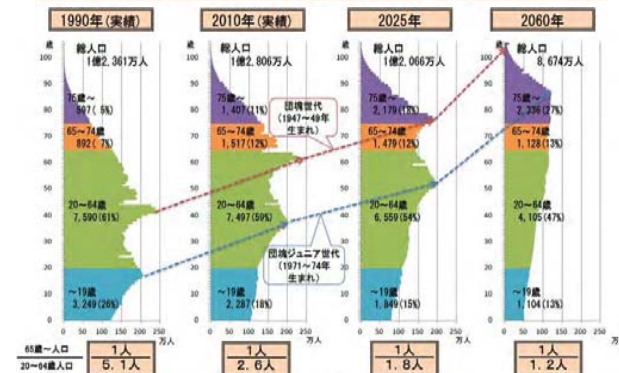
将来の日本に対する3つの不安

・人口減少の進行、急速な少子高齢化、国と地方の長期債務

<我が国の人口の長期的推移>

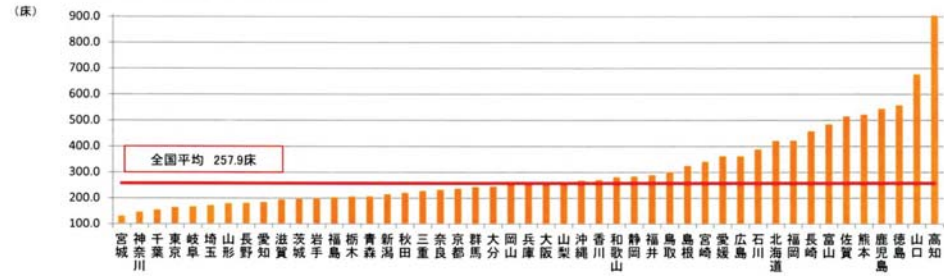


労働力、投資余力の減少等を踏まえ、国土の将来の課題に対応することが必要

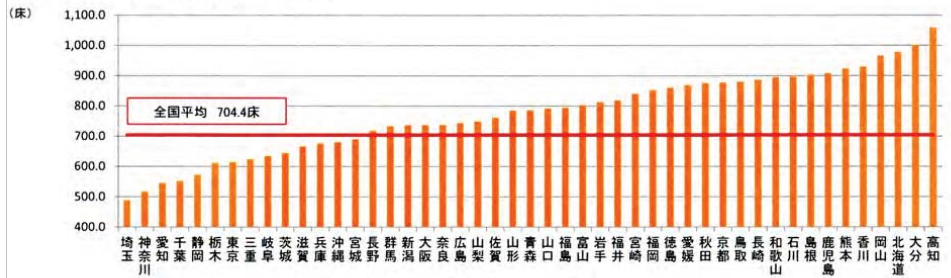


人口10万対病床数の地域差②

○ 都道府県別、病床数(療養病床)

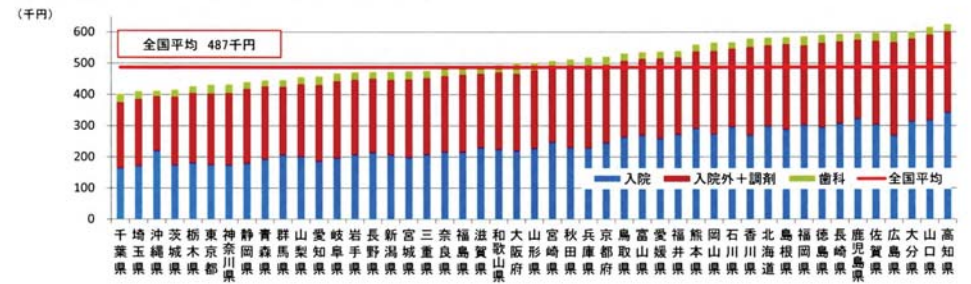


○ 都道府県別、病床数(一般病床)

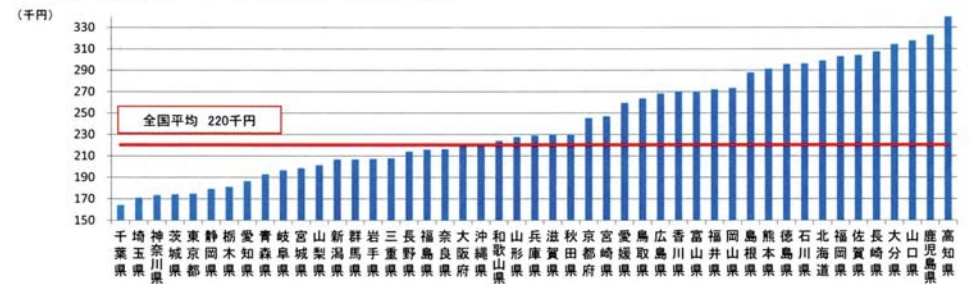


1人当たり医療費の地域差(市町村国民健康保険+後期高齢者医療)①

○ 都道府県別、1人当たり実績医療費(合計)

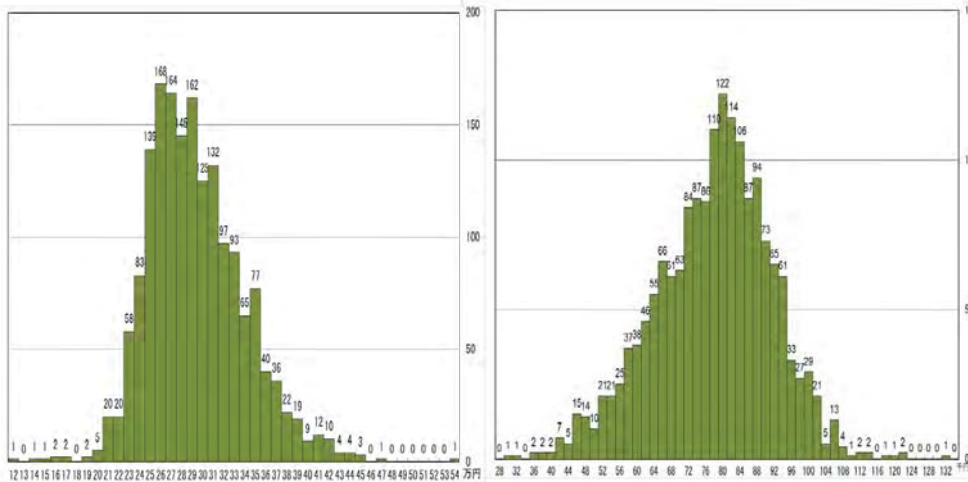


○ 都道府県別、1人当たり実績医療費(入院)



医療費の地域間格差

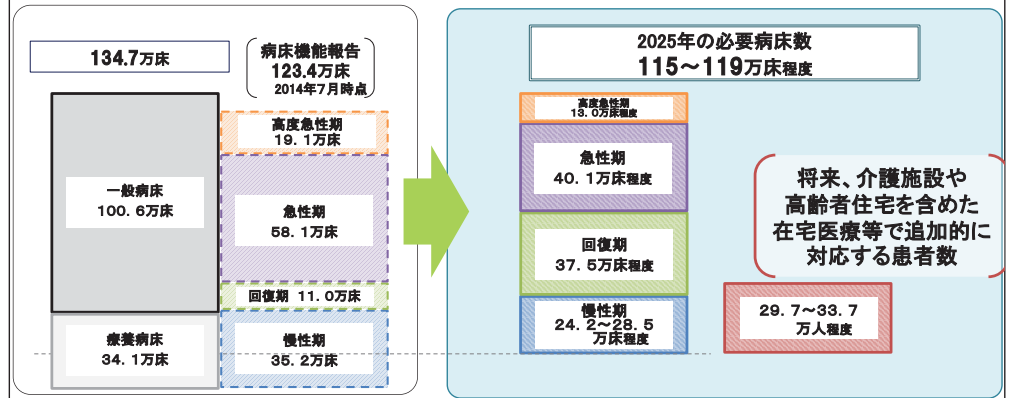
保険料の地域間格差



2025年の医療機能別必要病床数の推計

【2013年】

【推計結果:2025年】



医療問題の日本の特徴

快刀乱麻の解決策はない！

米国：市場原理

西欧・北欧

国立や自治体立の病院等(公的所有)が中心
政府の強制力による改革

日本

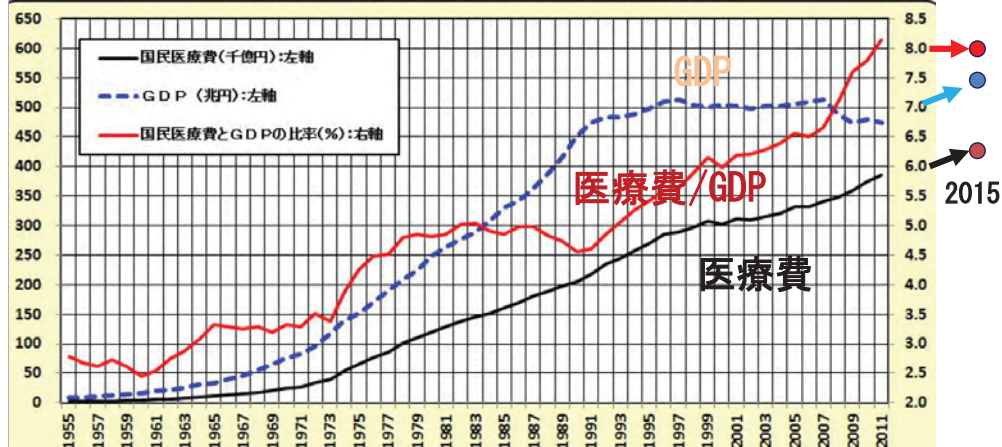
民間主体の医療提供、公的に医療費支払い
医師が医療法人を設立し、病院等を私的所有
で整備、国や自治体などの公立の医療施設は
全体の14%、病床で22%

互いの立場を尊重し、協議で打開

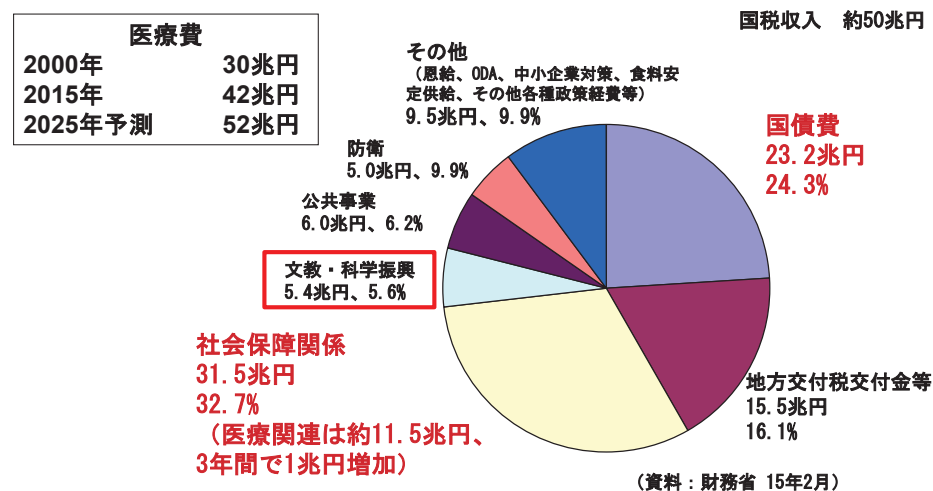
財源別国民医療費（平成27年度）

	推計額 (億円)	構成割合 (%)
国民医療費	423,644	100.0
公費	164,715	38.9
国庫	108,699	25.7
地方	56,016	12.9
保険料	206,746	48.8
事業主	87,299	20.6
被保険者	119,447	28.2
その他	52,183	12.3
患者負担	49,161	11.6

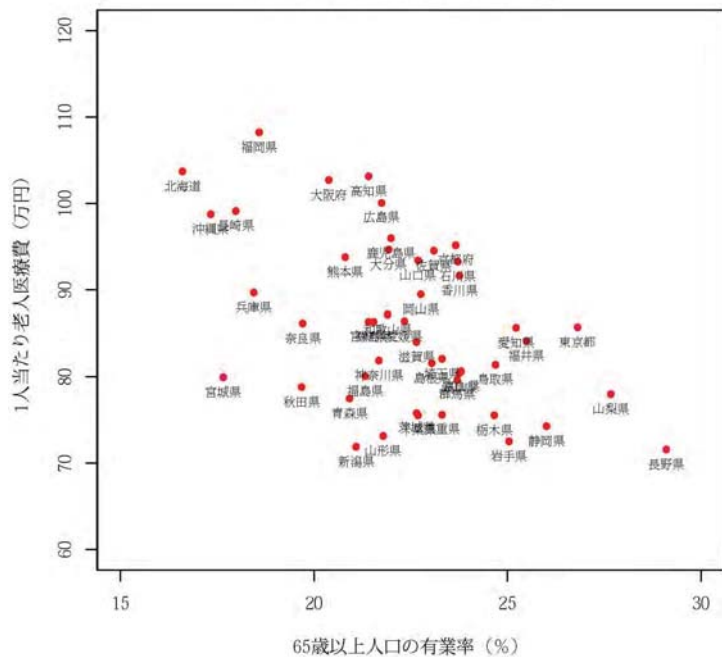
図2 国民医療費、名目GDP、国民医療費と名目GDPの比率の推移



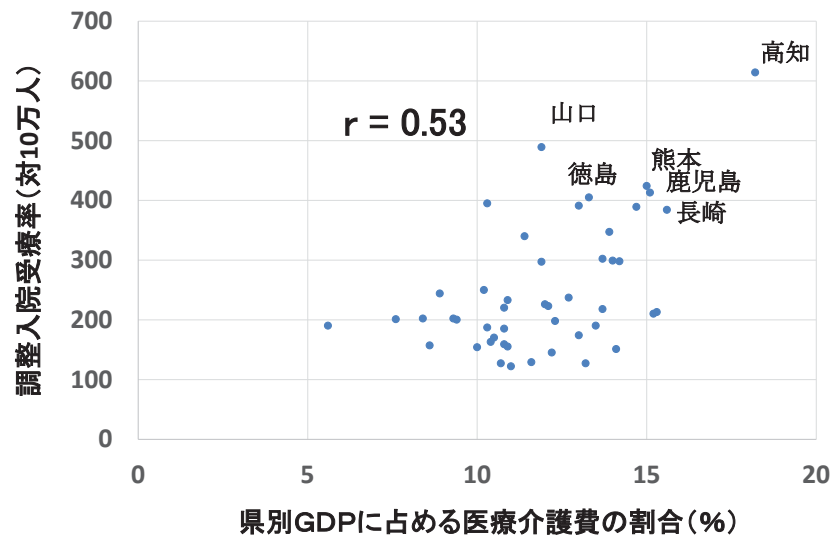
2015年度 政府予算案の歳出内訳



65歳以上有業率（2007年10月1日）と
1人当たり老人医療費（2007年度）



都道府県毎の慢性療養病床の調整入院受療率は、県別GDPに占める医療介護費の割合と相関する

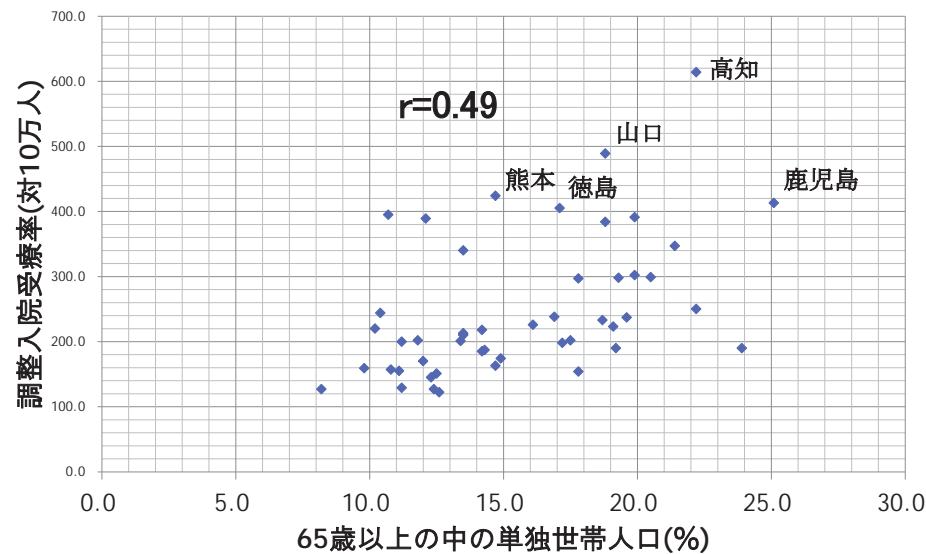


図表 4-4 都道府県別に見た医療介護費がGDPに占める割合（2012年度）
（都道府県別データ単純合計と全国統計の誤差補正後）

医療介護費 (億円)	GDP比	医療介護費 (億円)	GDP比
高知	18.2%	広島	11.9%
長崎	15.6%	福島	11.6%
鳥取	15.3%	石川	11.4%
奈良	15.2%	長野	11.0%
鹿児島	15.1%	京都	10.130
熊本	15.0%	岐阜	7,334
佐賀	14.7%	新潟	8,889
宮崎	14.2%	福井	3,145
秋田	14.1%	埼玉	20,716
沖縄	14.0%	宮城	8,444
北海道	23,898	山梨	3,100
愛媛	6,123	千葉	18,831
島根	3,087	群馬	7,340
大分	5,334	富山	4,247
徳島	3,578	大阪	35,623
山形	4,615	神奈川	28,543
福岡	21,951	栃木	6,885
青森	5,481	三重	6,480
和歌山	4,290	静岡	12,965
岡山	8,186	茨城	9,490
岩手	5,042	滋賀	4,596
兵庫	20,828	愛知	24,623
香川	4,280	東京	48,347
山口	6,389	全国計	476,657

出所：県民経済計算、都道府県別医療費、介護費用額等より筆者作成

都道府県毎の慢性療養病床の調整入院受療率は、
単独世帯人口数と相関する

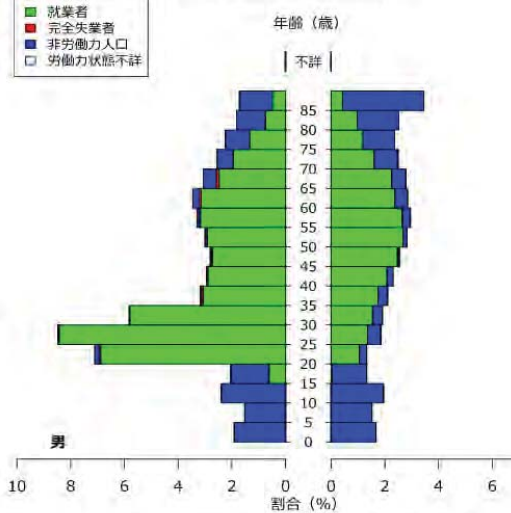
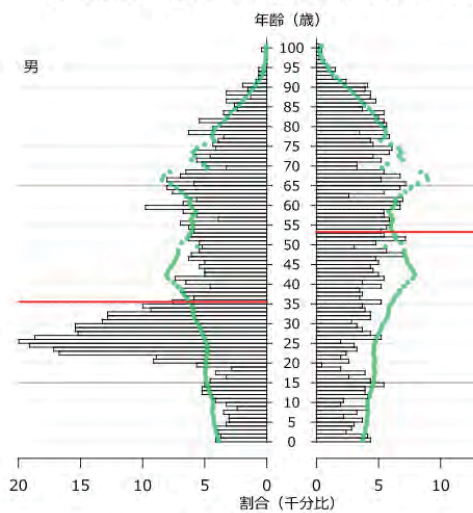


長野県川上村
国保医療費 約18万円

大林千一氏 地域人口関連統計図表サイト
http://pop-obay.sakura.ne.jp/index.html

長野県川上村の常住人口の男女、年齢各歳別割合
(2015年10月1日、割合は年齢不詳を除いて算出)
[赤い線は男女それぞれの中位数年齢、緑色の点は全]

長野県川上村の常住人口の
男女、年齢(5歳階級)、労働力状態別割合
(2015年10月1日)



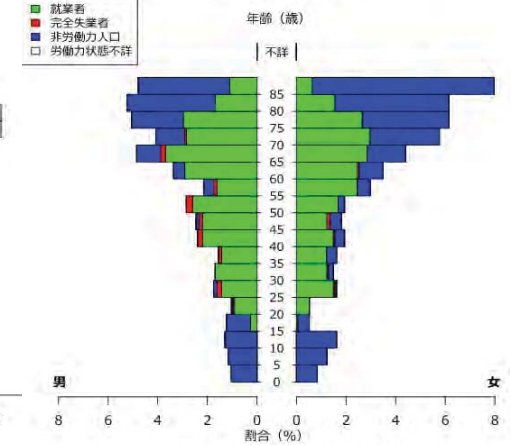
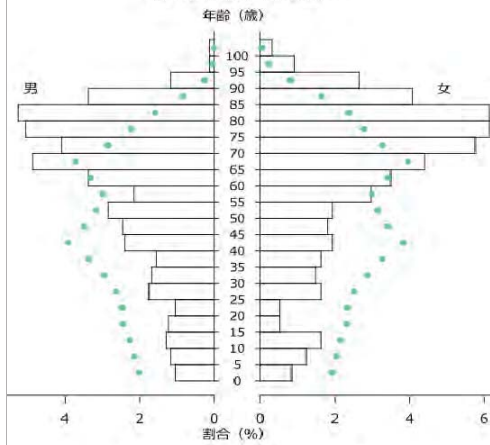
資料：総務省統計局「国勢調査」を基に作成 (S. O.)

資料：総務省統計局「国勢調査」を基に作成 (S. O.)

徳島県上勝町
国保医療費 約40万円

徳島県上勝町の常住人口の男女、年齢(5歳階級)別割合
(2015年10月1日)
[緑色の点は全国人口]

徳島県上勝町の常住人口の
男女、年齢(5歳階級)、労働力状態別割合
(2015年10月1日)



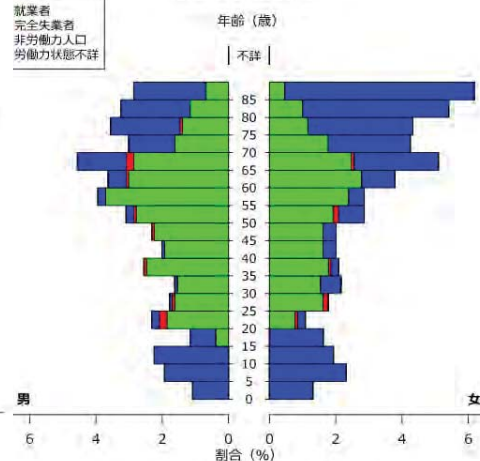
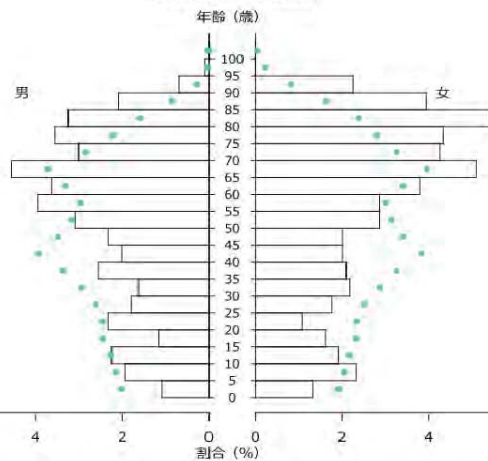
総務省統計局「国勢調査」(2015年の年齢不詳あん分結果)を基に作成 (S. O.)

資料：総務省統計局「国勢調査」を基に作成 (S. O.)

国保医療費 約51万円

村の常住人口の男女、年齢(5歳階級)別割合
(2015年10月1日)
[緑色の点は全国人口]

村の常住人口の
男女、年齢(5歳階級)、労働力状態別割合
(2015年10月1日)

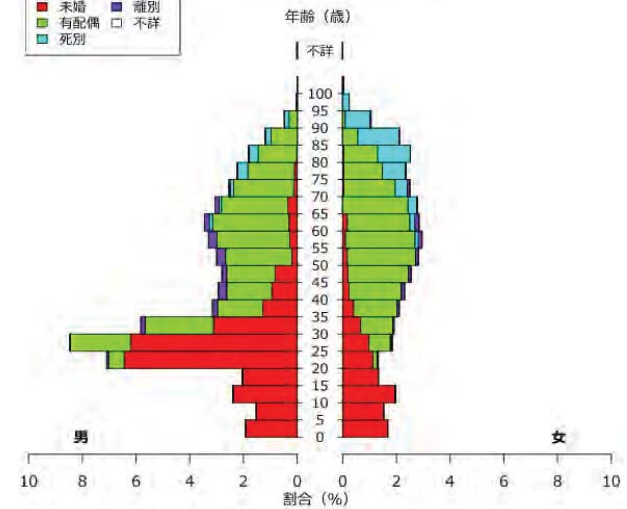


総務省統計局「国勢調査」(2015年の年齢不詳あん分結果)を基に作成 (S. O.)

資料：総務省統計局「国勢調査」を基に作成 (S. O.)

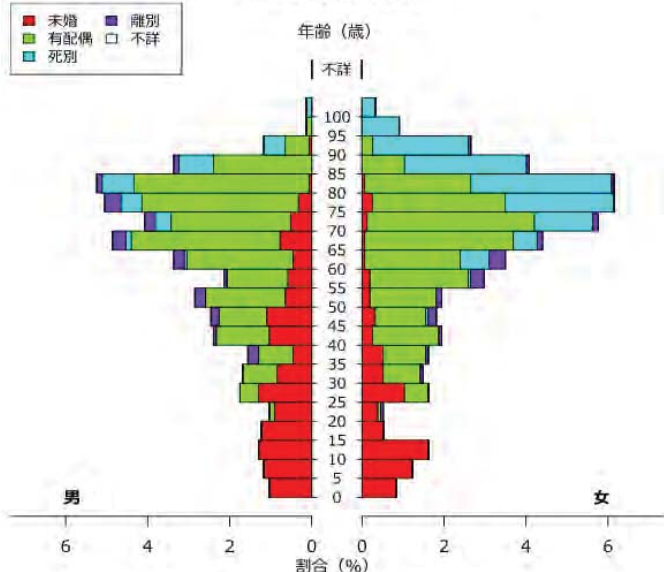
長野県川上村の常住人口の
男女、年齢(5歳階級)、配偶関係別割合
(2015年10月1日)

■ 未婚 ■ 離別
■ 有配偶 □ 不詳
■ 死別



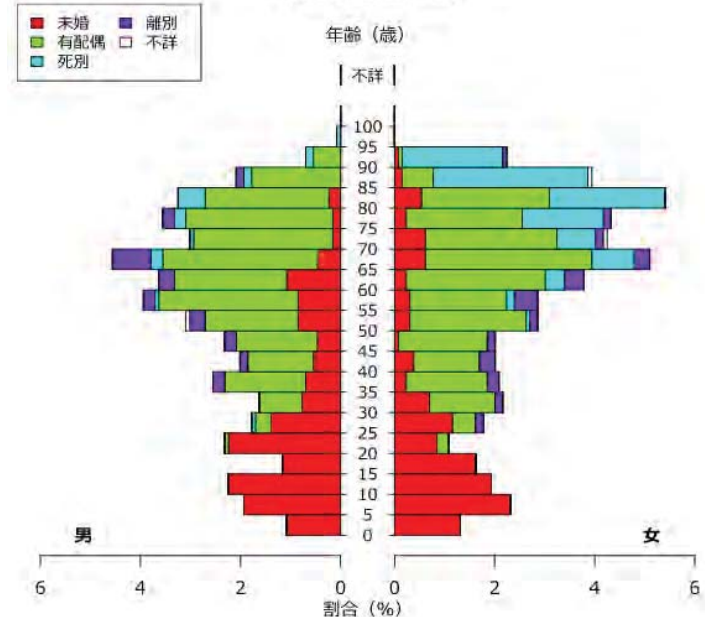
資料：総務省統計局「国勢調査」を基に作成 (S. O.)

徳島県上勝町の常住人口の
男女、年齢（5歳階級）、配偶関係別割合
(2015年10月1日)



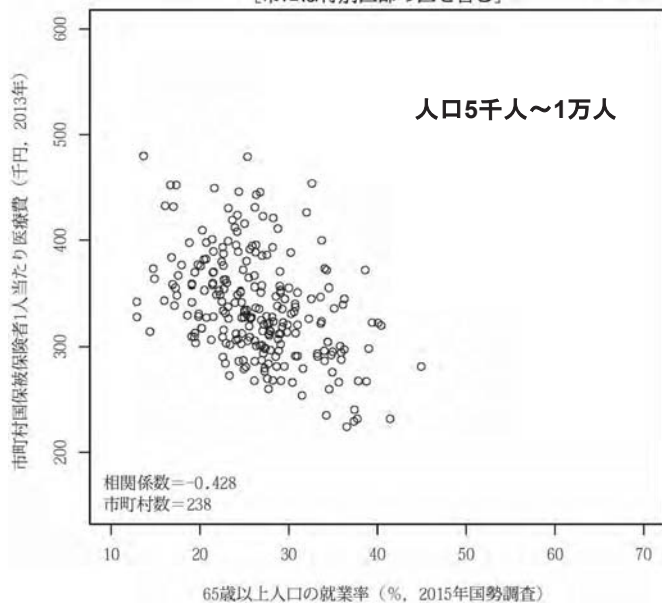
資料：総務省統計局「国勢調査」を基に作成 (S. O.)

男女、年齢（5歳階級）、配偶関係別割合
(2015年10月1日)



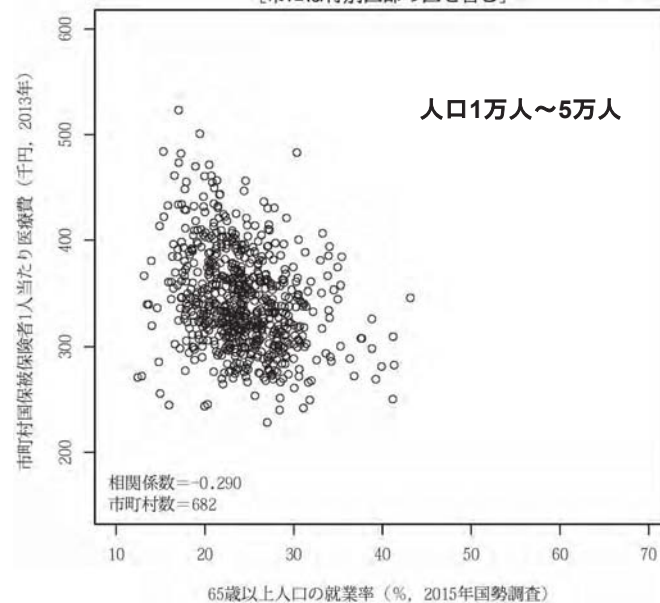
資料：総務省統計局「国勢調査」を基に作成 (S. O.)

各市町村の高齢者の就業率と市町村国保1人当たり医療費
(人口5千人以上1万人未満, 医療費データのない市町村を除く)
[市には特別区部の区を含む]

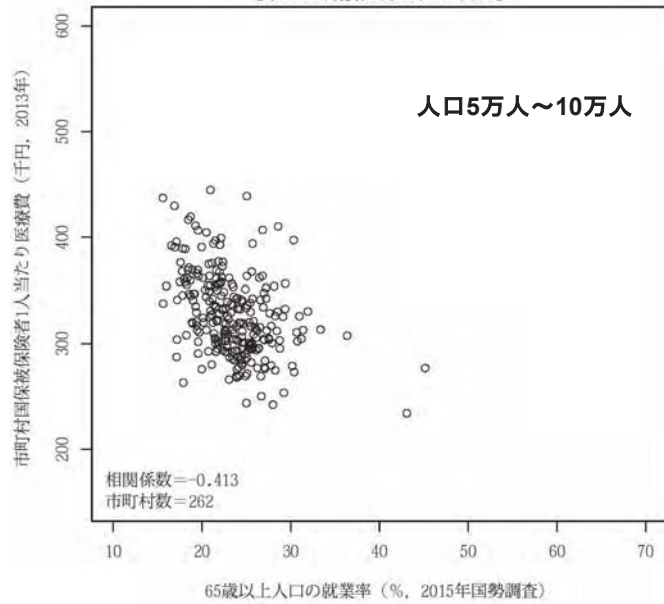


大林千一氏と共同制作

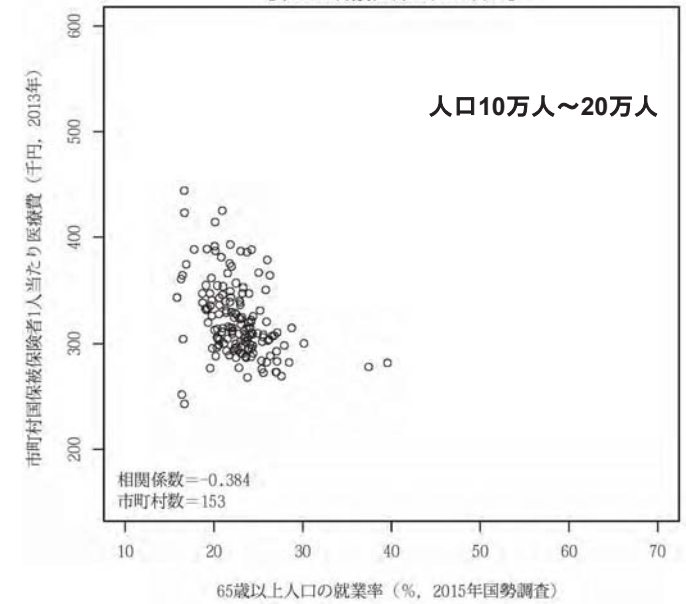
各市町村の高齢者の就業率と市町村国保1人当たり医療費
(人口1万人以上5万人未満, 医療費データのない市町村を除く)
[市には特別区部の区を含む]



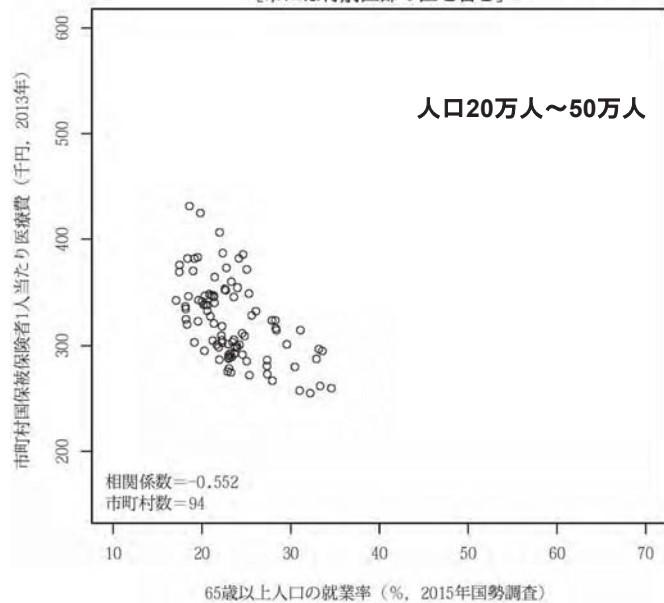
各市町村の高齢者の就業率と市町村国保1人当たり医療費
 (人口5万人以上10万人未満、医療費データのない市町村を除く)
 [市には特別区部の区を含む]



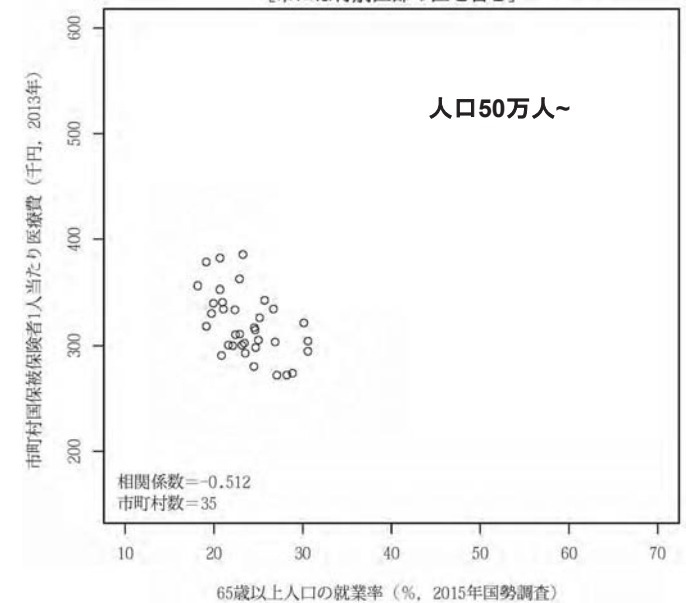
各市町村の高齢者の就業率と市町村国保1人当たり医療費
 (人口10万人以上20万人未満、医療費データのない市町村を除く)
 [市には特別区部の区を含む]



各市町村の高齢者の就業率と市町村国保1人当たり医療費
 (人口20万人以上50万人未満、医療費データのない市町村を除く)
 [市には特別区部の区を含む]



各市町村の高齢者の就業率と市町村国保1人当たり医療費
 (人口50万人以上、医療費データのない市町村を除く)
 [市には特別区部の区を含む]



第1分科会: 認知症と連携

- 連携を一步進めるためのコツは、
 - * 認知症になっても大丈夫な社会づくり
 - 教育・啓発(住民を含む)
 - 理解を広げる: 認知症そのもの、職種間、かかわり方、社会のしくみ
 - 地域の雰囲気づくり(お互いさま)
 - 顔の見える関係(地域住民・専門職種間)
 - 信頼のおける人=おせっかいな人(仲人役)の存在
 - クチコミで情報収集(個人情報には注意)
- 謙虚・誠実・感謝をもって、一緒にやろう

第2分科会: 看取りと連携

- 連携を一步進めるためのコツは、
 - (行動)いざとなつてからではなく、日頃から早めのシームレスな連携体制をとろう!
 - (想い)お互いの想いに気づこう!
 - (啓発・教育)サヨナラの時に、逃げずに向き合おう!

動こう! 気づこう、向き合おう!

第3分科会: 救急受診と連携

- 連携を一步進めるためのコツは、
 - 本当に必要な人が必要な医療を受けられるようにもっと話し合いを: 病院-施設間、医療者間、医療者-行政間、住民-医療者間、住民-行政間などなど
 - 各々からの情報発信と情報共有
 - 各々の立場を思いやり

第4分科会：地域「医療・介護」と連携

- 連携を一步進めるためのコツは、
 - 主体的に活動する(住民参加を含む)。
 - お互いをよく知る(よく知ってもらう)。
 - 情報共有・提供を積極的にする。
情報共有のツールやメディアを活用する。
 - ニーズをきちんと把握する。
 - 健康な時からの連携が必要である。

41

地域医療フォーラム2017 提言

お互いを尊重し、なすべきことを考える

機能分化の時代におけるホンモノの‘連携’を進めるには

みんなが主体的に、
地域の思いと情報を共有し、
お互いに思いやる社会を目指して、
垣根を越えよう

42

グローバル社会

世界の二面性

- フラット化/グローバル化 **Globalization**
- 地域の特性を育成 **Localization**

個人的・経済的利益追求よりも、他者との精神的つながりを重視

無縁社会ではなく、他者への慈しみや集団への献身の精神
今泉礼右 グローカル時代の社会学

グローバル公共哲学

個人一人一人が自ら生きる「現場性」や「地域性」という意味での「ローカリティ」に根ざしながら、グローバルかつローカルな公共的諸問題を論考する学問

山脇直司 グローカル公共哲学「活私開公」

43

プラチナ社会の健康・医療

- 自分の体は自分で管理（個別対応が重要）
予防 運動 食事 嗜好
- 持続性のある医療制度への理解
- 生涯にわたる教育・学習・就業
- 公共哲学 Glocalな生き方
 - 地域社会の継続性への努力
 - 支え合う地域社会、顔の見える関係
 - *vita brevis, ars longa*
(人生は短い、術は長い)

これらを可能にする社会のあり方は？

44