医療・介護分野における日本の社会保障はどうあるべきか

一般社団法人未来研究所臥龍　代表理事、上智大学　教授　香取照幸
インタビュアー：日本慢性期医療協会　副会長、医療法人池慶会　理事長　池端幸彦

（左）香取照幸氏、（右）池端幸彦氏

今回のコロナの経験を踏まえ、医療・介護分野における日本の社会保障はどうあるべきでしょうか。香取照幸先生は、介護保険制度の創設に深く関わり、厚労省年金局長、雇用均等・児童家庭局長などを務められて退官した後、アゼルバイジャン共和国駐箚日本国特命全権大使として約３年間、海外に渡りました。帰国後に「一般社団法人未来研究所臥龍（がりゅう）」を立ち上げた香取先生に、その思いや今後の社会保障の在り方などを当会の池端幸彦副会長がお聞きしました。

（取材日：2022 年３月 16 日）

■「いつか羽ばたいてほしい」という思いを込めて

○**池端幸彦氏：**現在、代表を務めておられる「未来研究所臥龍」について、その名称の由来と主な活動内容等について、コンセプトなどをお聞かせください。

○**香取照幸氏：**ささやかな活動です（笑）。HP に設立の趣旨が書いてありますので、詳しくはそちらを見ていただければと思います。

現役の時からずっと思っていたことがあります。

役所の若い人もそうですし、医療や介護現場の若い人、２代目、３代目の経営者たちもそうですが、みんな「たこつぼ」みたいになっている。それぞれ忙しいこともあるのでしょうが、自分の周りの狭い世界のことで手一杯になっていて、なかなか視野が広がっていかない。

特に役所の若い人たちは、忙しいこともあるし、さらにコロナのこともあってなかなか外の人と意見交換をしたり、議論を重ねたりする機会がない。

私たちが若い頃は、先輩たちがいろいろな人を紹介してくれたり、現場に出歩いたりして、いろんなことを教えてもらったのですが、なかなかそういう機会がない。

研究者の世界もそうで、若い世代の研究者が、なかなか育ってこない、という言い方をすると語弊があるかもしれませんが、これという人が出てこないし、そもそもアカデミアと政策担当者の間に議論も

ないし横のつながりもできてこない。

そこで、異業種、異分野の人たちが同じテーマでフリーに議論して、自分の知見を広げたり、ネットワークをつくったりする機会を作って、視野を広げて物事を考える、新しい視点でモノを見る、そういうことができる場所をつくりましょう、というのが、研究所を始めたきっかけです。

○池端幸彦氏：厚労省にいらっしゃるころから、そのような思いがお有りだったのでしょうか。

○香取照幸氏：そうですね。ずっと思っていました。大使として３年間アゼルバイジャンに行って帰国して、やはりそう思った。私がいない３年の間でも、どんどん日本はたこつぼ化してガラパゴスになっている。大げさに言うと世界を見なくなっている。別にそれは医療や社会保障だけではなくて世の中全体がそうなっている。とてもよくない状況です。

○池端幸彦氏：「臥龍」という名称には、どのような思いを込められているのでしょうか。

○香取照幸氏：「臥龍」は、無名だったころの若き諸葛亮（孔明）のことです。徐庶という賢者が、「諸葛孔明は水底に隠れ臥しながら天に昇る機会をうかがっている龍のような人材」と評したという故事が三国志の中にあります。次世代を担う若い人たちに「いつか羽ばたいてほしい」というのがこの「臥龍」という名称の趣旨です。

■ 同じ事象でも見え方が違う

○池端幸彦氏：アゼルバイジャン共和国大使のご経験を踏まえて、今回のロシアのウクライナ侵攻についてご意見などあればお聞かせください。厚労省から大使になられるなんて、そうあることではないと思うのですが…。

○香取照幸氏：2016 年夏に退官した後、しばらくして官邸から呼ばれまして、君、大使にならないかと。外交は興味ないかと、そういうお声がけをいただきました。

○池端幸彦氏：外務省への出向経験は？

○香取照幸氏：若いときにフランスにある OECD という国際機関の研究員として２年半ぐらい海外勤務をしましたが、国際機関職員でしたので外交官ではありません。

お声がけをいただいた翌年の 2017 年２月に皇居で認証式があり、３月に赴任しました。

○池端幸彦氏：ある意味全く畑違いの大使として３年間のご経験は、いかがでしたか。

○香取照幸氏：大使の経験は非常に勉強になりました。いろいろ面白かったです。３つぐらいあります。まず、外務省という組織について。他の役所とは違う独特の組織文化があります。次に「外交」とはどういうものかを身を以て経験し学ぶことができた。そして、これが一番大事なことですが、世界がまるで違って見えるようになった。

アゼルバイジャンは産油国ですが、地政学的には非常に面白い、というか複雑で難しい場所に位置している国です。

アゼルバイジャンから見える世界は日本から見える世界とは全く違います。日本もそうです。日本人が自分のことをどう思っているかという日本と、外から見える日本は全然違います。

アゼルバイジャンはお世辞にも民主国家とは言えません。いわゆる権威主義国家の部類に入ります。選挙で選ばれる大統領がいますが、大統領は絶対です。議会もあるし、選挙で選ばれますが、事実上大統領与党しか当選しません。大統領が絶対的な権威と権力を持っています。

アゼルバイジャンは南コーカサスという、ヨーロッパとアジアの中間のようなところにあります。歴史的にはペルシャの支配を受け、オスマントルコの支配を受け、近代に入って南下する帝政ロシアの支配下に入りました。1917 年のロシア革命の直後に一度独立しますが、すぐに赤軍が入ってソビエト連邦に併合されます。その後はソビエト連邦を構成する人民共和国となり、ソビエト連邦が崩壊する過程で再び独立しました。バルト３国もそうですし、中央アジアの５カ国もそうです。そして同じ南コーカサスにあるアルメニア、ジョージアもそうです。今ロシアが侵攻しているウクライナも、その隣国のベラルーシもそうです。

ソビエト連邦崩壊の過程で、どういう形で独立を果たしたか。そして独立した後、ロシアとどういう

ふうに付き合うのか。地政学的に考えて、西側と国境を接している国と、アゼルバイジャンのように西側からは距離があって、かつロシアと直接国境を接している国というのは、置かれている環境が全く違うんです。

○池端幸彦氏：やはり、付き合い方も変わってくる？

○香取照幸氏：情報統制が厳しい国なので、政府の情報を取るのがなかなか難しい。そうすると、各国大使がネットワークを作ってお互いに協力しながら情報交換をするんです。UN や EU などの国際機関や ADB（アジア開発銀行）の代表も含めて駐箚大使が 70 人ぐらいいるのですが、大使のネットワークがあるのです。各国の外交団はとても仲が良くて、週に２、３回、いろんな場面で顔を合わせる機会があるんですよね。そうすると、大使同士のネットワークで色々な情報が入ります。

例えば、CIS、旧ソ連邦の国。バルト三国の大使やウクライナの大使などと話していると、あからさまには言わないですが、「なかなか、あの我々の隣国（注：日本も「隣国」です）は付き合いが大変だよね」なんて話になります。同じ国と接している隣国仲間の会話ですね。「日本も大変でしょう」。「島を４個ぐらい取られているよね」とか。私のいた時期はロシアがクリミアを併合した直後でしたから、ロシアの動静をみんな注視していて、それぞれに得た情報を（もちろん話せる範囲ですが）お互いに交換して裏取りしたり、分析したりしていました。

他方日本はＧ７ですから、西側諸国、EU 諸国とのネットワークもある。同時にアジアの国なので、アジアの大使との付き合いもある。韓国大使との意見交換なんて面白かったですよ。それぞれのネットワークで、例えば、世界の見方とか、自分の国のポジションとか、アゼルバイジャンとどういう利害関係があるかなどを話していると、モノの考え方がすごくマルチになってくるのです。同じ事象でも見え方が違うのです。

■ 日本の社会保障制度に対する評価は高いが

○池端幸彦氏：世界がそのように動いているとき、日本はあらゆる面でもっとスピードアップしなければいけないような気もします。欧米諸国との比較から見た日本の社会保障の特徴と課題について、どのようにお考えでしょうか。

○香取照幸氏：医療も年金も介護もそうですが、日本の社会保障制度に対する国際的な評価は極めて高いです。特に医療に関しては評価が高い。WHO が報告書を出していますし、ランセットの報告もあります。観光や治安などと並んで、医療のランキングはトップ５から落ちたことはないですよね。

日本の医療の評価が高い理由はいくつかあります。医療水準が高い、社会保障の負担が軽い。日本の社会保障制度は皆保険、皆年金です。アクセスが良くて、良い医者にかかりやすい。なのに医療費は相対的に高くない。

年金についても、経済学者はいろいろ言いますが、日本の年金制度はマクロ経済スライドも入っていて基本的には高齢化しても耐えられる制度になっている。

介護に関して言えば、高齢者の長期ケアについて包括的に保障する制度を持っている国は、北欧を除けばほとんどない。しかも、それを 20 年前につくっている。要介護認定とかケアマネジメントなど介護保険の仕組みへの評価は高いんですよ。全ての高齢者に同じ物差しで要介護認定を行って、要介護度の程度に応じて給付を行う。しかも、サービスの中身を本人が選択できる。こんな制度を持っている国はありません。

○池端幸彦氏：先行したのは、確かドイツだったかと思いますが。

○香取照幸氏：ドイツの介護保険は、日本で言えば要介護３から上ぐらいしかカバーしない。ドイツの介護保険の考え方は「家族が行う介護を支援する制度」ですから、家族に金を出す。で今、何が起こっているかと言うと、家族は手当をもらってそのお金で東欧の出稼ぎ労働者を安く雇って使う。もともとそれでもいいというのがドイツの制度の考え方です。家族介護を前提に家族をサポートするのがドイツの介護保険で、介護を社会化して家族を介護地獄から解放する、という日本の介護保険とは考え方が違うのです。

○池端幸彦氏：日本は逆に介護を社会化している。

○香取照幸氏：それぞれの社会にはその社会の価値観、ものの考え方がありますから、ドイツはそういう制度だ、ということです。

医療について考えてみてもわかります。日本の医療制度は、所得の多寡で受ける医療が違うということがない。経済学的にいうと、医療は階層消費がされない。貧乏人はレントゲンで金持ちはCTとか、金持ちは優先的に入院できて貧乏人は後回し、とかいうことはない。日本人の価値観は、医療という命に関わるような事柄に関しては平等でないといけない、所得や社会的な階層によって中身が違うのは駄目だと考える。

例えば、夕食にカップラーメン食べている人とレストランでフランス料理を食べている人がいるというのは、その人の懐具合によりますからそれはそういうものでしょ、となりますが、こと医療に関しては、そういうことがあってはいけないとみんな思うのです。

教育もそれに近いですね。医療と教育については、皆さんがそう思うわけです。だから日本の制度はそういうふうに作られている。日本の制度は公平で、平等にアクセスができて、排除される人がいない。アメリカなんかとは全然違う。それはその社会の人たちの価値観が違うからです。

しかし、じゃあこの制度、将来もこのままいけるのか。非常によくできた制度で成功している、すばらしい、といろんな報告で書かれていますが、同時に、日本は経済成長してないし、どんどん少子高齢化が進む。現在の成功は将来の成功を保障しないですよ、とも指摘されているんですね。

本当にこのまま維持できるかを考えないと駄目ですよ、と言われているんです。

■ 何を変えなければいけないのか

○池端幸彦氏：日本の社会保障はこれまで10年、20年、何とかここまでやってこれていますが、この先あと20年、もちこたえられるかどうか。世界に類を見ない超高齢社会を迎えた日本における医療・介護分野の課題と将来像はどうでしょうか。

○香取照幸氏：いろんなものを変えていかないといけないと思います。では、何を変えて何を守るのか。どこを維持してどこを変えるのか。今の制度の一番根っこのところ、変えてはいけないところは何なのか。

例えば、もうお金がないから皆保険をやめる、入院は保険で見るけど外来は自費で、とか、保険の範囲を狭くしてこれ以上の医療は自費で、とか、そういう選択肢をとるのか。それとも、国民皆保険は守る、みんなが医療にかかれることを最低限守る、ということを基本に考えるのか、そこは考えどころです。

○池端幸彦氏：私の印象では、１号側（支払側）も２号側（医療提供者側）も国民皆保険は堅持したいというコンセンサスがあるように思いますが。

○香取照幸氏：日本は医療提供者が皆保険を守ると言っている。こんな国は世界中にないですよ。公的保険制度では、まず診療内容が縛られます。公定価格で単価も全部縛られる。日本では保険外診療が少ないですよね。ほとんどの医療は全部保険の中に入っていて、価格が点数表で全部縛られています。

アメリカで国民皆保険をつくると言ったら、誰が反対するか。医師会が真っ先に反対しますよ。「俺の手技がいくらかは俺が決めるんだ。保険会社に勝手に縛られてたまるか」とね。

○池端幸彦氏：手術代が1000万円の人もいるし、10万円の人もいる。

○香取照幸氏：国民皆保険は、見ようによってはプロフェッショナル・フリーダムを縛っている制度です。歴史的に見れば、健保法をつくるときに医師会は反対してきたわけですよ。「統制医療だ」と言って。

しかし、今、国民皆保険に関しては、診療する人も国民も保険者も、ここは守りましょうと言う。だったら、皆保険という体制を守ることを前提に、何を変えないといけないのか。そこを議論するのがこれからのことだと思います。

○池端幸彦氏：フリーアクセスをもう少し効率的にしようとか、そういう話になってきていますね。

○香取照幸氏：保険の範囲を狭くするとか、ある部分は医療保険から外すとかいうのは、目の前の負担を小さくするように見えますが、最終的にはトータルの医療費は今よりも増えることになります。

アゼルバイジャンでもそうです。もともと社会主義国だったので配給医療でした。医者はみな公務員。ところがソ連が崩壊して市場経済の波が一気に押し寄せて、医療も民営化されて民間病院ができた。そうすると、一方に統制医療で医療の中身もアクセスも全部コントロールされている配給の医療があって、他方では好き勝手自由にできる医療マーケットの２つができた。

その結果、何が起きたと思いますか。金持ちは自由診療に行く。医者もそちらに引っ張られる。引き抜かれる。小金持ちはアゼルバイジャンの民間病院に行く。もっと金持ちはトルコやイスラエルに行く。もっともっと金持ちはアメリカに行く。医者もそうで、ちょっと優秀な医者は民間に引き抜かれる。もっと優秀なのはトルコに行っちゃう。もっともっと優秀なのはアメリカに行く。安い給料で統制医療で働く医者なんていなくなる。そうなると統制医療の方でも医者の裏アルバイトとかリベートもらって優先診療とか、どんどんそんな世界になっていく。金の力、市場の力というのは恐ろしいもので、医療の主導権はどんどん民間に移って、人材も医療資源も財源もどんどんそっちに引っ張られていく。普通の市民は統制医療・公営医療で慎ましやかな「標準医療」しか受けられなくて、しかも長い待機リストを我慢しないといけないのに、トータルの医療費は増えていく。

実際、アメリカの医療ってそうなっていますよね。アメリカの医療費は恐ろしく高い。なので何千万人も無保険者がいる。

医療という社会共通資本の使い方を市場に任せたら、社会にとっても最も望ましい資源の配分にはなりません。

医療資源は有限です。医者も看護師も青天井で増えるわけではない。そういう中で、今ある人的・物的医療資源でこれから増える医療・介護のニーズをどうやって賄うか。つまり、提供体制をどう考えるかが一番大事なのです。

ビタミン剤がどうの、軽微な医療は保険外、っていう議論は今までも何度も出てきています。まあやりたければやったらいいと思いますが、それは事柄の本質の解決にならないと私は思っています。

さらに言えば、大事なことは公的医療費をどうするかではなくて、社会全体のコストをどう考えるか、ではないのでしょうか。保険外にしたからといって、患者が消えてなくなるわけではありません。自由診療にしたって実際に医療を提供するのは医療機関です。医者にかからない、となれば、お金はかからないかもしれませんが、その分本人が自分の命と健康を犠牲にするという形で、いわば身体で対価を払うことになります。

だから、大事なことは医療という資源、まさに社会的共通資本である医療という資源をいかに効率的な利用するか、ということになるはずなんです。

先進国どの国を見ても、中長期的に医療費をGDPの伸びの範囲内で抑えられている国はありません。OECDのレポートでも、程度の差はあれ、医療費は今後ともGDPの伸びを上回って伸びていくだろうと言っています。

もちろん、だからと言って青天井で伸びていっていいということではありません。要するに「資源の最適配分によって費用対効果を最大化する＝医療費の最適化」を目指す、ということでしょう。その意味でも、提供体制を考える、というのが王道だと思います。

タスクシフトの問題もそうです。医者1人を養成するのに1億円かかります。医者が1人前になるのに35歳ぐらいまでかかって、60歳、70歳までと考えても実働30年ぐらいです。とすれば、トータルのコストを考えても、医者という専門職の使い方という意味でも、医者でなければできないことを医者にしてもらうようにする、と考えないと本人もシステムもオーバーフローしてしまう。

ITや医療技術も全部そうです。使える技術はどんどん入れることで、とにかく医者の負担を軽くしないと、もうもたないです。

○**池端幸彦氏：**それは私もすごく感じます。

■ 物事を変えるチャンスになった

○**香取照幸氏：**AI診断はけしからん、機械に何がわかる、人間は医師がちゃんと目で見ないと駄目だと言う。それも正しいですが、今どき聴診器と問診

だけで診断している医者なんていないでしょう。現実に私たちが病院に行っても、お医者さん、私の顔なんて1割も見ていないですよね（笑）。パソコンの画面で私のバイタルデータを見ながら、「ここここの数値がちょっと高いけど、こっちはこの範囲だから、当面これで行きましょう」とか言って診断している。つまり、基本的にはバイタルデータに基づいて一定の基準で判断している。とするなら、アルゴリズムで統計的に処理して判断できることがあるのなら、それは機械にやらせればいい。機械が判断できないことや機械の判断を見るのが人間なのです。そうやって人間の負担を軽くしていかないと、たぶん回らない。AIだって所詮は道具です。ITの話などはそういうふうに考えたらいいと思っています。

患者も医者も負担が軽くなってQOLが上がるようなことは入れたほうがいい。ウェアラブル端末の話なども医療現場が楽になるものだと考えたほうがいい。

これから、医療と介護の連携、病診連携・診診連携・地域包括ケアネットワーク、そういう現場の多職種・多機関の連携が大事になります。その連携がきちんと機能してそれぞれの患者に最適のサービスが適時適切に提供されるためには、一人一人の医療データや健康データが時系列的にきちんと集積されていて、それがサービスを担う専門機関の間で共有できなければいけない。データヘルスとかPHRといったことがずっと議論されていますが、さっさと実装しないとダメです。患者本人にとっても専門機関にとっても、それこそ費用を負担する保険者にとってもプラスになる話なんですから。

○池端幸彦氏：まさにそうだと思いますが、そういう動きは遅いですよね。

○香取照幸氏：医療者は専門家ですし、医療の世界にはそれなりの技術や哲学の蓄積がありますから、なかなか変わらないし変わることができない。プロの世界ってどこもそうですよね。実際これまで、自分たちがやってきたことが良かったのか、このままでいけるのか、と突きつけられるような思いをしたことはあまりなかったかもしれません。しかし今回のコロナで、特に東京や大阪などで多くの医療現場がいろんな意味でそういう思いをした。一方で医療崩壊寸前の修羅場があちこちで発生し、他方で（にもかかわらず、といってもいいかもしれませんが）マスコミや市民から、必要な医療が受けられない、医者は何をしてくれているんだ、という批判に晒された。このままでは医療への信頼が揺らぐ、医師も倒れちゃうかもしれない、という思いをした。

医師会もそうですし、医師会以外の若い先生方もそうですが、意識がかなり変わったように思います。そういう意味で言うと、今回のことは物事を変えるいいチャンスになったのではないかと思います。

○池端幸彦氏：私もおっしゃるとおりだと思います。

○香取照幸氏：すごくそう思いますね。オンライン診療もそうです。厚労省は「オンライン診療を進めると乱診・乱療になる」なんて言ってました。でも、これはそういう話ではないでしょう。90歳を過ぎたら半分要介護で、入院患者のほとんどが要介護認定を受けているのが現実です。これから人口も減っていきます。単身の高齢者や共働き家庭の子供が発熱したら、どうやって外来まで来るのかという話です。結局、アウトリーチすることになる。介護の世界はもうそうなっています。福祉のサービスだって今や基本はアウトリーチですよ。

かつて昔、医療の世界では病院が車で患者をピックアップして回るのは駄目だという話があった。患者の囲い込みだ、不要不急の受診につながる、とか言って。しかし、今や自分の足で病院に来られない人がどんどん増えている。結局、自治体が巡回バスなんか出して、山間から高齢者を街中まで移送して病院に連れてくる、なんてことをやっている。そもそも介護の世界には通所サービスというのがありますが、送迎が原則ですよ。施設が行うべき当然のサービス。

今やインターネットの時代。画像のレベルも高くなっているし、色々なデータだって自宅に居ながらにして24時間取れる。だったらできることはやったほうがいい。遠隔で患者を診ることができる技術があるのならそれを活用して、本当に対面で診なければいけないとなったら、その時に来てもらえればいい。その方が患者も楽だし医師も無駄に忙しくなくなるし、多分トータルの社会的コストも低くできる。オンライン診療・遠隔診療は適時適切な受診の

ための入り口のさばきをするものだ、と考えればいいんじゃないでしょうか。ものは考えようです。

新しい診療の仕方ができたということですから、今までのやり方の中にはめ込もうとは思わないで、ということです。実際、世界中がそうなったわけです。あっという間に世界中でオンライン診療が標準化されました。なのに、日本はなかなかそうならない。

■ 平時の体制がどうか、リトマス試験紙のよう

○**池端幸彦氏：**コロナ禍によって、我が国の医療・介護提供体制について、いろいろな課題が浮き彫りになったと思います。

○**香取照幸氏：**福井は今回、すごくうまくいきましたね。

○**池端幸彦氏：**規模の小さい県だからという事もあるかも知れませんが、行政と医師会をはじめとする医療提供者側との連携が比較的うまくいった事が要因の一つかもしれません。それでも、実は第１波の時は大変でしたが…。

○**香取照幸氏：**結局、日ごろ、いろんな意味で情報交換とか人間関係ができているか、最後はそこですよね。

○**池端幸彦氏：**そうですね。県と医師会等とのワーキング会議は、今でもほぼ毎週続けています。

○**香取照幸氏：**東京はいろいろありました。医師会の中でも、協力してくれる先生とそうでない先生がいる。最初はいろいろ揉めたこともありますが、目の前に患者さんが溢れかえっているわけですから、次第に情報連携もできるようになって、だんだんと形ができてきて動き出すのです。東京都医師会の会議で地域医師会の取り組みの報告を伺いましたが、やはりお医者さんって立派だなと思いました。最初は手探りでも、手がかりが見えてくるとそこから動き始める。これが第５波の頃でした。

第６波は第５波の経験が生きて、東京はオーバーフローしない。かなりうまくいっている。

○**池端幸彦氏：**診る体制の裾野が広がっているという事ですね。

○**香取照幸氏：**最初は保健所と医師会、開業医と病院、在宅医と診療所、喧嘩ばかりしていましたが、最後はほとんどのところでちゃんと収まった。

○**池端幸彦氏：**わかります。福井も決して最初からうまくいっていたわけではなくて、最初の頃は喧々諤々の議論が続いていました。

○**香取照幸氏：**今回のことは結局、平時の体制がどうだったかという話のリトマス試験紙みたいなものですよね。平時の体制ができていれば何かあったときに医療資源を集中させることができますが、平時の体制がちゃんとできてないとできないのですね。国の方では、医療の有事体制をどうするか、緊急時の都道府県知事の権限をどうしよう、と議論しています。それはそれで大事だと思いますが、緊急時の体制をどう作っても、動員権限を誰かに与える、とやっても、命令しても動かないものは動かないように思います。

○**池端幸彦氏：**特に医師会の先生は、命令したから動くものではない。

○**香取照幸氏：**日頃、そういう体制が日常的にできているかどうか。災害時の体制などがちゃんとできているかどうか、そういう話かなと思います。

○**池端幸彦氏：**普段から、行政と意思疎通がしっかりできているかということですね。

○**香取照幸氏：**結局はそうですね。医師が行けないのであれば、例えば、看護師に行ってもらう、訪問看護に協力してもらう。訪問看護をさっと組み込めた地域と、何回もトップ会談をやって、責任がどうだ金はどうする、手順は手続きはと議論しないと物事が進まない、話ができない地域とありましたね。今回、ずっと見ていて、興味深かったです。

東京は本当にオーバーフローしてかなりのコロナ患者を在宅で受けなければいけなかったので、結果的に在宅の力量がすごく高くなった。いろんな医療機器が在宅に入るようになったし、在宅でかなりのことができるようになった。で、在宅をやっている先生方のプレゼンス、発言力が強くなった。

病院だけでどうこうしても駄目だと。地域の医療をどう考えるか、地域医療をどう構築して、それをサポートする医療機関をどう位置付けるか。病院の機能分化・連携の話も大事だけど、地域医療構想は

病院の機能分化だけじゃない、という感じになってきましたので、すごくよかった。前に進んだと思います。

○**池端幸彦氏：**先生は各地に入って、いろんなアドバイスなどもされたのですか。

○**香取照幸氏：**いえ、私は在宅ケアアライアンスの先生方とか東京都医師会の協議会とか、いろんな場面で現場の先生方のお話を聞いて勉強しているだけです（笑）。

特に勉強になったのは、東京都医師会の在宅医療協議会に委員として入れていただいて、コロナ禍の中で各地区医師会がどんな取り組みをしたのかについて伺ったことです。

第５波と第６波の間、去年の 11 月頃、感染が一時収まった時に、全体をレビューする大きな報告会がありました。ここで行われた各医師会の報告はどれもすごくいい資料でした。どんな体制を組んだか、保健所・行政とどんな役割分担にしたか、在宅医との連携、医師会員の協力状況、費用分担、さらにはどの段階でアビガンを使ったとか、ステロイドの使用はどうだったか、新しく出ているカクテル療法の使い方がどうとか、そういう臨床実践の話も含めてかなり率直で突っ込んだ報告が集まりました。あの報告は東京だけではなくて、全国の医療関係者で共有したほうがいいように思いました。

２月に２週間、ロンドンに行っていたのですが、ちょうど私が行った日の翌日に入国時の検査がなくなり、陰性証明だけで入国できるようになりました。街中の規制も緩和されて誰もマスクをしていない。みんなパブでお酒を飲んでいました。なぜ解禁できたのか。イギリスは感染初期から詳細なデータを蓄積し、データに基づく科学的知見を政策につなげています。ここの体制が日本と全く違う。日本みたいに、言葉は悪いですが、最後は政治判断、とかいってやっているわけではないので、リスク評価のベースというか、政策を支える下半身というか足腰の強さというか、そこが全然違うんです。日本はとにかく何か心配だから検査するとか、検査の数が多いとか少ないなどと言っていますが、何のために検査をして、その結果を政策判断のどこにどう反映させるのか、そういう議論が見えてこない。

イギリスはもう検査をやめました。一種の均衡状態に入っているので、今は医療体制が維持できるかどうかに注力する。社会的規制措置によって感染の状況は変わらない。パブで酒を飲もうと、閉めようと、状況は変わらない。とすれば、一定数発生することを前提に、重症の患者について医療体制をどうするか。そちらに政策資源のリソース、エネルギーを集中させる。そういうステージに入った、という判断になったということでしょう。

○**池端幸彦氏：**今、第６波で日本はまさにそうですよね。そうならざるを得ない。福井も増えていますが、まん延防止等重点措置も知事ともやめましょうと。いくらやっても、もう感染防止にならない。そろそろ、考え方を変える必要がありますね。

■ 全体の医療提供体制への負荷の割合を考える

○**池端幸彦氏：**2022 年度診療報酬改定の評価と、次期医療・介護報酬同時改定で期待することについて、お聞かせください。

○**香取照幸氏：**前回もそうですが、今回はコロナのことで、いろんなことがわかったので、そのことをきちんと正面から受け止めないといけない。

今回の診療報酬改定の資料を見ました。確かにいろんなテーマがあって、在宅医療を強化しなければいけないとか、医療介護連携が大事ですとか、なのでこういう点数を付けましたとか、この要件を撤廃しましたとか、そういうことが書いてありましたが、今回の話はそういうレベルの話なのかという気もしています。

○**池端幸彦氏：**もっと大きな流れを踏まえる必要があるという事ですね。

○**香取照幸氏：**診療報酬も介護報酬も、そもそも報酬の体系そのものとか、何に対してどうお金を付けるのかなど、そういう基本を考えたほうがいいのではないか。現場でやっている人に聞くと、結局、医者が何かをやらないと点数が付かないとおっしゃいます。確かに基本的に診療報酬とはそのようにつくられています。もともとお医者さんが患者さんに

やったこと、カルテに書いていることを起こして請求するのが原型ですよね。要するに診断・手技にお金を払う。

○池端幸彦氏：そこを越えていかないといけないと言うことですね。

○香取照幸氏：言いたいことは、PTや看護師がやったことに点数を付けるとか、そういうことではなく、例えば、地域包括ケアをつくりますと、地域でこういう体制を組んでいますとか、ネットワークをこういうふうにつくっていますとか、個々の診療とか個々の医療行為とか個々の医学管理ということではなくて、そういうものにきちんと報酬を付けることができるか。

確かに、考え方としては保険事故だから、事故が起きて医療提供者が何かをするから報酬が出るわけですよね。そう考えていくと、ネットワークだとか連携・地域包括ケアとかいう話は保険の話じゃない。役所で言えば保険局ではなくて医政局の話。だったら税金でやるんでしょ、たぶんそういう議論になるのだと思います。もしそう思うなら、それならそれで、医療介護総合確保基金に多額のお金を積んであるのだから、つまらないことに使わないでこういうことに使えばいい。

そろそろ、診療報酬体系そのもの、介護報酬体系そのものの考え方、組み立てを変えたほうがいいのではないかと思っています。それに、逆に診療報酬でやらないほうがいいこともある。何でもかんでも全部、診療報酬点数のどこかに入れ込んでそこで全部やる、というかやったことにする。そうすると話は全部中医協マターになって、１号側対２号側という医療保険のお金を払っている側と医療保険で診療している人間で議論するということになる。中医協というのは「医療保険の診療報酬の額の算定」をおこなっているところですから、言ってみれば狭い世界の中での議論です。医療提供体制とか医療・介護全体をパッケージにして地域包括ケアをどう進めるのか、かかりつけ医機能のような保険診療を超える大きな広がりのある役割をどう支えていくのか、そういう議論を診療報酬の額の算定という枠の中で、中医協のあのメンバーだけでしているというのは、問題を矮小化しているというか、すごく狭い視野で議論していることになってるんじゃないでしょうか。

介護もそうで、事業者団体の代表と支払側代表が集まっているところで介護報酬を決めても、結局はわずかな財源しかないのですから、みんなにちょっとずつ配るみたいな、そういう介護報酬改定しかできない。もうそろそろ、そういうやり方は考えたほうがいい。

○池端幸彦氏：医療保険部会や介護保険部会などで、大きな方向性を決めていますが、確かにその後の中医協や介護給付費分科会では余りにも細かい議論になりすぎてしまっている。

○香取照幸氏：建前上は医療部会で医療全体の在り方を決めて、それに基づいて報酬を付けるということになっていますが、実際、何を議論しているかと言えば、わずかな財源の範囲内で割り付けをどうするかとか、医療費の適正化をどうするかとか、そういう視点でしか考えていない。医政局は医療提供体制をどうするかを考えて大きな枠組みを提示する、その枠組みの中でこの部分は保険（診療報酬）でやる、となっているかというと、残念ながら全くそうなってない。

その医政局にしても、地域医療構想は基本的には病院をどうするかという議論になっていて、そもそもベッドを減らす前提で考えるのもどうかと思っていますが、それは措くとしても病院の方から物事を考えていて、在宅医療の話は、病院の機能分化をやって、はみ出たところは在宅でよろしくね、という書き方にしか見えない。

医政局が書いている「在宅医療」の絵を見ると、在宅医療の役割は４つある、と書いてあって、その１番目は「退院支援」とある。①退院支援　②日常の療養支援　③急変時の対応　④看取り。この４つはその通りだと思いますけど、順番がおかしいでしょう。在宅医療って、まず日常の療養支援があって、急変時の対応、入院支援、そして退院時の支援、最後に看取り。そうでしょう？ まず退院支援から始まるということは、在院日数短縮、早期退院が頭にあるから、退院患者の受け皿が在宅医療の第一の

仕事、っていう思考回路になるんじゃないでしょうかね。

今回のコロナ禍で分かったことは、在宅医療をどう強化するかが医療提供体制全体の資源配分、最適化を考える上で実はとても需要なことなんだ、ってことなんじゃないかと思うのです。在宅医療・地域医療をきちんと強化していけば入院も救急も減る。全体の医療提供体制にかかる負荷の度合が変わっていくのです。

在宅医療というのは、治し、支える医療です。もちろん「治す医療」は医療の本来の使命ですから、それはそれで資源集中して先進国にふさわしい高次機能の医療体制を作っていかなければなりませんが、それとは別に、地域や在宅での生活を支えるという役割の医療があって、それを実践する在宅医がいて、さらにそれを支える地域支援病院や地域包括ケア病棟がある。今や介護医療院という、医療を行う生活施設、文字通り「生活の中の医療」を体現する施設も作ったんでしょう？ だったら、治し、支える医療が十分に機能するように考えなければいけない。

■ 2年に1回の診療報酬改定は見直しを

○池端幸彦氏：今回の改定でもそうですが、慢性期医療こそが、在宅へ帰し在宅を支えるその担い手になってほしいということ、これは大きな意味があると思いますが。

○香取照幸氏：私もそうだと思います。日本の病院は200床以下の病院が9割近くを占めているわけですから、そういう病院が今どういう機能を果たしているかという現実と、これから地域でどういう医療が必要になるかを考えていくと、この人たちにどういう医療を担ってもらわなければいけないか、それなりに見えてくるはずです。そういう議論の仕方をしたほうがいいのではないかと思います。

今回、私たちは20年後の世界を見ている。認知症のおばあちゃんがコロナで感染症病棟に入って、誰がどうやって見るのか。今でも入院患者の7割は高齢者、5割は後期高齢者で、その大部分は基礎疾患持ちです。私たちはコロナで20年後の世界を目の当たりに体験したわけだから、20年後までにどういう医療提供体制を作っておくのか、そこからバックキャストして今どういう準備をしておくかを考える。目の前のことをどうするかも大事ですが、そういう視点で考える必要があると思います。

○池端幸彦氏：どうしても目の前のことに追われていて、なかなかそのような未来志向の視点で大胆に動くことができない。

○香取照幸氏：診療報酬改定を2年に1回やることにも疑問があります。今はあまり物価が動いていないのですが、もともとは賃金物価の変動があるので、それに合わせて、それぞれの病院の経営に影響があるので2年に1回見直す、そういうことだった。さらに、医療技術の進歩が早いので、迅速に新しい医療技術を現場に導入していく、そのための新しい点数をつくっていくという意味もあったのだと思います。

そう考えると、毎年毎年点数体系そのものをいじくり回さなくても、例えば、年金や福祉の手当のように毎年インデックス改定をする。毎年の改定は物価賃金スライドで1点単価を動かすだけ。で、何年かに一度、全体の大きな見直しをする。それこそ5年ぐらいかけてきっちり議論して、全体の点数体系の見直しをする。その方がいいのではないでしょうか。今の改定スケジュールを見ていると、4月に点数改定して、その影響が平準化するのに半年、薬価なんて価格交渉が妥結しないからもっと時間がかかる。なので医療経済実態調査をやるのはそれを待ってから。で翌年に入って医療部会が方針を出して、医療保険部会が方針を出して、中医協で実質議論が始まるのが早くて夏、それで12月に改定率が決まって2月に点数表が出来上がって答申してしまう。

これできちんとした体系的な議論ができるのでしょうか？ 議論の期間が短すぎませんか。

○池端幸彦氏：これでは、とても大胆な改定は無理ですね。

○香取照幸氏：結局、ちまちまやるだけで、しかも、わずかな財源を振り分ける。それならば、もう毎年の改定はインデックス改定にして、点数そのものを大きく見直したり、体系を見直すのは何年かに1回

やると、そういうふうにしたほうがいいと私は思うのですがね。

■ 患者のデータを患者に渡して一元化すべき

○池端幸彦氏：地域包括ケアや地域医療構想、さらには医師の働き方改革など、医療・介護分野の待ったなしの重要課題を推進するために、今求められることは何でしょうか。

○香取照幸氏：すでにお話ししましたが、やるべきは医療提供体制の改革でしょう。病院の機能分化と連携・選択と集中はもちろんですが、視野を地域医療・在宅医療にまで広げて、全体の最適化をどうするかを考える。そうすると、在宅医療をどう強化していくのか、地域でのさまざまな連携と協働、地域包括ケアネットワークの中での医療、医療と介護の一体的改革がお題目でなく、具体的に視野に入ってくるはずです。

そしてもう1つ、これは難しい問題ですが、現在のようなフリーアクセスをこのまま維持するのか。必要な医療を適時適切に提供する体制を実現するためには、患者自身の診療行動に対するルール付けの問題は避けて通れません。

現在のフリーアクセスは、医療にかかりやすい、早期に医療サービスを利用できることで重症化の防止や患者の安心につながっているという意味で国民の健康を守る上で大きな成果を上げていますし、国際的にも非常に高く評価されています。しかし他方で、今のフリーアクセスは、医療が必要かどうかを最初に判断しているのが患者自身、という仕組みです。ただの二日酔いでも医者に行けば保険診療成立。患者が自分で病気だと思えば、自分の好きな時に好きな医療機関を選んで受診できる、というシステムです。逆に行きたくないと思えば行かない。客観的に治療が必要でも行かなければそれまで。フリーアクセスの最大の問題は、初動の判断を患者に任せていることです。

こういうシステムの国は世界中にまずありません。おそらく日本だけです。患者に非常に大きな自由がある。限られた医療資源で適時適切な医療を保障する、と考えた場合、今のようなフリーアクセスで患者側・医療側双方にとって最適な医療提供を行うことが今後とも可能なのか。

○池端幸彦氏：ところが、今回のコロナでは、保健師が全て采配することになり、一部フリーアクセスが制限されることになった。

○香取照幸氏：コロナになった瞬間に保健所の管轄下に入り、保健所が様子を見て、さばく、振り分ける。感染症の体系は本質的に感染症の蔓延防止という社会防衛の仕組みですから、フリーアクセスに慣れた国民からすると随分な統制医療じゃないか、ということになります。実は今でも、例えば結核はそうですよね。結核になったら保健所に登録されて、基本的には結核病棟に入院、ということになります。

感染症の体系は普通の保険診療の体系とは違う体系です。この二元性は普段はあまり目につかないので医療機関の側でも意識されないのですが、こういう事態になると表面化します。なので、感染初期には色々な混乱が生じたのだと思います。

○池端幸彦氏：多少、そういうシステムも入れていかないと、日本の医療保険制度はもたないかもしれない。

○香取照幸氏：さすがに感染症と同じようなわけには行かないと思いますし、そこまでの必要もないと思います。この話はかかりつけ医機能の問題とも関係します。

病気になる前、今の体系で言えば初診前の段階から、その人の全体的な健康管理・予防にきちんと関わる。そして医療が必要になったときに、初期対応を含めて適時適切な医療が提供されるように差配する。専門診療が必要なら専門医療機関、入院が必要なら病院につなぎ、退院後は地域で継続してフォローする。いわば長期継続の健康・医療コンシェルジュ機能。かかりつけ医機能、というのはそういうことでしょう。確かにこれが機能すれば、医療にかかったことのない人でもかかりつけ医が持てることになりますし、いわゆるフリーアクセスを言わなくても、必ず必要な医療が地域で保障されることになります。かかりつけ医とそれを支える医療機関のネットワーク、それ全体で支える「地域完結型医療」

ということです。

これを実現していくためには、幾つものハードルというか、前提条件が必要になります。

その前提の1つは、かかりつけ医のもとに自分の担当している人に関する健康・医療情報が一元的に集積されている、ということです。逆に言えば、その人の健康・医療情報を管理している医師・医療機関がかかりつけ医、という言い方もできるでしょう。

その人がほかの病院にかかったり入院したりしたときや、医療以外のサービスが関わった場合でも、その情報が全部集まってきて、退院後の対応や介護など医療以外のサービスについて判断して指示する。まさにコンシェルジュですね。

○池端幸彦氏：手前味噌ですが、慢性期医療というのは医療だけでなく介護の情報を持っています。そこが、まさに慢性期医療の重要な役割の一つとして「かかりつけ医機能」がある所以ではないでしょうか。

○香取照幸氏：そうですね。基本的な健康・医療情報が一元的に管理されていなければいけないし、医療だけでは支えられないから、地域包括ケアも含めて地域でその人に提供されている保健や介護のサービス、その人のバイタルデータ、社会環境などがデータとして一元的に管理されていなければいけなくて、それをまさに持っているのが、かかりつけ医ということです。

今回のコロナでもそうですが、入院している患者さんの7割が65歳以上でしょう。ほぼ全員が基礎疾患を持っていますよね。基礎疾患を抱えている高齢者が転んだとかインフルエンザになったとかで入院してくる。

○池端幸彦氏：退院するころには、要介護状態になっている。

○香取照幸氏：そういう人ばかりですよね。そういう人たちが病院から帰ってきて在宅や地域で見ていく、それをどうやって支えるかという話だから、おのずとそうなるわけです。

PHRの話が出てきたのもそういうことでしょう。誰かが一元的に情報管理するかたちがないとつくれない。病診連携や病病連携などと言っても、その都度、患者が情報提供書を持たされて、それを持って転院先に行くなんて、21世紀の世の中でこんな馬鹿なことはない。

○池端幸彦氏：せめて、マイナンバーカードがもう少し普及していけばいいでしょうけれど。

○香取照幸氏：マイナンバーカードが保険証代わりになるかならないかとか、そんなレベルの議論をしているようでは難しいでしょうね。どこかで大きい割り切りが必要です。

先日、都内のシンポジウムで、とある患者団体の代表が「患者側の教育にも問題がある。患者のリテラシーが上がらないと駄目だ」とおっしゃっていました。曰く、PHRというのは、基本的には患者が持たないといけない。医療情報とは医者のものでも保険者のものでもない。患者自身のもの。自分の情報を自分で持つことを前提に自分で管理するリテラシーが患者にないとつくれない、と強調されておられました。私もそのとおりだと思います。

同時に、患者が医師に「あなたを信頼するので、あなたをかかりつけ医にして、私の医療情報をあなたに預けます」ということにならないと駄目でしょうね。ITやデータヘルスの話を聞いていると、例えば、カルテ情報を共有化するとなったときに、カルテは誰のものかというと、書いているのは医者だからこれはお医者さんのもの、俺が書いたのだから俺のもの、これでは話は進まない。患者のデータなんだから患者のところに一元化する。レセプトも同じ。患者のものです。患者に渡して患者がちゃんと管理する。その前提で、どういうふうに患者教育をして、いかに情報を管理し利用するか、はっきり方向性を決めてしまったほうがいい。

日本だと患者はみんなバラバラにいろんな病院に行っているわけです。イギリスだったら国民はみんなかかりつけ医を持っていますから、NHSは家庭医を通じて全ての国民にワクチンを打つことができる。日本はそれができない。そもそも若い人で医者なんてかかったことのない人には主観的にも客観的にもかかりつけ医なんていない。他方でおじいちゃんおばあちゃんには病気の数だけかかりつけ医というか、主治医がいる。なので医療のサイドから「全

国民にワクチンを打つ」仕組みが作れない。

給付金を配るのもそうです。アメリカならば全員の銀行口座に 10 万円を振り込んで終わりです。日本はそもそも銀行口座を持っていない人もいるし、誰がどういうふうに持っているかもわからないし、口座を3つも4つも持っている人もいるのでわからない。

そうなってくるとマイナンバーカードに銀行口座を紐付けるかという話になる。こんな話、議論の余地なく当たり前ではないかと思うんですが。アメリカなんて銀行口座に振り込むか小切手を送って終わりです。

○**池端幸彦氏：**この問題は、20 年前からみんなわかっているはずです。なぜ進まないのでしょうか。

○**香取照幸氏：**自治体が頑張ってやってしまうからですよ。今回のワクチン接種だって、国の指示は２転３転、最後は急に２カ月前倒しだと言い出す。言う方はいいですがやる方にしてみたら無茶な話です。でも現場は頑張ってこなしてしまう。

○**池端幸彦氏：**本当に、あちこちで無駄な労力をすごく使っているような気がします。

○**香取照幸氏：**日本は自治体が優秀なので、現場が頑張る。自治体もそうですし、医療もそうです。現場が優秀だから現場が何とか帳尻を合わせる。昔「ベンチはアホだから」といった投手がいましたね(笑)。

しかし、いつまでもそんなことはやっていられません。もう現場も持たなくなってきています。

■ 先見の明があり、時代が創った人

○**池端幸彦氏：**最後に、当会へのメッセージなどをお願いしたいと思います。まず、武久洋三会長がご勇退のご意思を固めました。日本の慢性期を中心とした医療において多くのご提言をされてきて、そうした方向性で進んだ面もあると思います。香取先生には日本慢性期医療協会としても大変お世話になりました。まず武久会長へのメッセージなど何かございましたら、是非お願いいたします。

○**香取照幸氏：**これまで一般病院イコール急性期病院ということで、なんとなくみんなそう思っていました。病院は治す場所ですからね。そうなのですが、実は病院にはいろんな機能や役割があって、病院に行って病気を治して帰ってきた後をどうするか。昔みたいに、急性期病院に入って、治って元気に出てくる、あるいは、病院に入って子どもを産んで退院する。そういう医療だけではないと、ずいぶん前からなっていた。高齢者がどんどん増えて、昔のイメージの老人医療とは違う、別のかたちの老人の専門医療のかたちができてきました。疾病構造が変わればそれに合わせたそれぞれの病院の機能や役割が必要になってきます。

そんな中で、病院の機能分化・選択と集中、機能別の病床体系、といった議論が始まります。

例えば、病期別に急性期・回復期・慢性期、疾患別に急性疾患・慢性疾患、臓器別、診療科別、いろんな議論が出てきます。そうなってくると、病態、病期と病院の機能がどういうふうに重なり合うのかという話になって、これは医療のかたちをどう考えるかという話になります。それぞれに医療に関わっている先生方、自分の専門、病院の人なのか、あるいは開業医かで、みんな意見が違っています。

医療政策、病院政策の中で全く中心軸が立たない。みんなが違うことを言う。そういう中で、「慢性期というのはこういうものです」と武久先生はおっしゃってきた。慢性期の機能はこうで、私たちはこういう役割を果たしていますと。たぶん、「慢性期」という言葉に尽きるものではないかもしれないのですが、そういう柱をきちんと立ててきました。武久先生はいろんな所と闘ってきていますから（笑)、すごく力もあるし、こういうことを言うと先輩に失礼ですが、10 年先、20 年先の日本の医療の形がどうなっていくのか、何が求められることになるのか、という先見の明もあったと思います。

今でも覚えていますが、武久先生が LTAC を提唱した時、某医師会の先生や医系技官はなんて言ったか。「LTAC って何？ 慢性期の急性期？」などと言うわけです。「武久先生、なんだかんだ言うけれど、急性期コンプレックスなのね」と言うわけです。

でも結局、そんなことを言っていたのは本当に最初だけで、だんだんやっていくうちに、これからは基礎疾患を持っている人間が感染症や急性増悪で入院してくる。高齢社会の「急性期の患者像」って、

むしろそういう人たちになるんじゃないのか、としたら、そういう人たちはどこでそういうふうに対応すればいいんだろう…。そういうことを考えるようになりました。

そして今回のコロナ禍。日本中の病院で見たのは、まさにこういう光景でした。

「慢性期病院だからうちはコロナ患者は受け入れません」とか、「急性期病院だから、認知症があったら受けられません」「うちはコロナ病棟ありますけど、認知症のおばあちゃんは無理です」と退けていたら医療はできない。

皆さん、次第に「そういうことなんだね」とわかってきました。何年か経つとそうなるのです。武久先生が言ってきたことはそういうことなんだ、と。

最初は、「お前、何言ってるんだ」と医療界の中でもなかなか理解されなくて、反発も喧嘩になることもあったのでしょうが、何年か経ってくると、そういうことなんだな、となる。いろんな意味ですごく先見性があった。

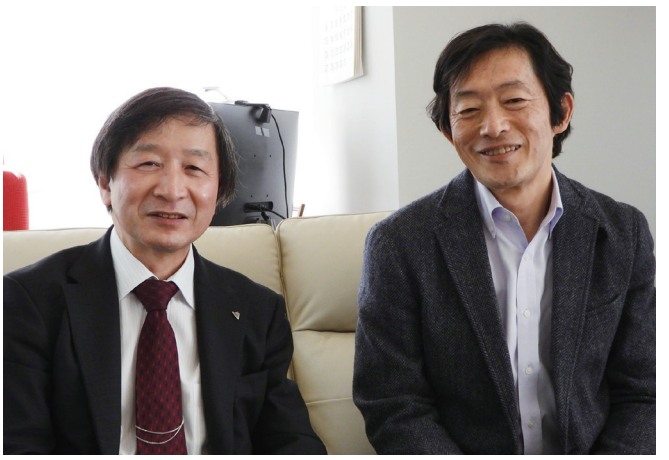
武久先生のすごいところは、思い込みとか勘で議論されないことです。必ず客観的で膨大なデータを調べ、それに基づいて立論されて資料をつくって持ってこられることです。

いつも非常にロジカルです。いろんな意味で私は勉強になったし、時代を創った人だと思います。

○池端幸彦氏：私も振り返ると、あの時代にあのようなことをおっしゃったのはすごいと思います。地域包括ケア病棟もLTACの一種ですし、介護医療院についても武久会長はもともと医療を内包化した施設が必要だとおっしゃっていました。

○香取照幸氏：常識にとらわれなかった。現実に今、何が必要かを考えながらいろんなことを考えてこられたんだと思います。制度論でも政策論でもケア論でも、ちゃんと自分の考え方をお持ちになっておっしゃっているので、僭越な言い方で恐縮ですが、非常に素晴らしいと思っています。

○池端幸彦氏：本当に武久会長のおかげで当会もグレードアップしてきたと思っています。「良質な慢性期医療がなければ、日本の医療は成り立たない」と言い続けてきて、10数年来ました。最近は、武久会長も以前よりだいぶ丸くなられました（笑）。



対談を終えて　（左）池端幸彦氏、（右）香取照幸氏

○香取照幸氏：丸くなりましたか？（笑）時代のほうが武久先生に追いついてきたのかもしれないですね。いつまでもお元気で頑張ってほしいと思っています。

○池端幸彦氏：最後に、日本慢性期医療協会に対するメッセージもお願いいたします。

○香取照幸氏：今度のコロナのことで、20年後の医療ってどういうことになるのか、20年後の介護とか地域ってどういう感じなのかというのを私たちは見ました。

病院の機能や役割をどう考えるのか。治し、支えて伴走して地域の中でその人を支えていく。「慢性期」と言いますが、たぶん慢性期というよりは地域の高齢者、さまざまな複合的な疾患を持っている人を地域で支えるために、開業医たちが、在支診の人たちがどうやって頑張り、それを地域の病院がどうやって支え、それを急性期の病院や介護のサービスとどういうふうにつないでいくか、まさにそこのピボットに立っていると思います。病院の機能はますます大事になっていくと思うので、これからも、積極的にいろんなことを発信してほしいと思います。

武久先生が引退された後を継がれた先生にも、武久先生のさらに上を行くような強いリーダーシップを発揮されることを願います。ぜひ、頑張っていただきたいと思います。

○池端幸彦氏：本日は長時間にわたり大変興味深く有意義なお話を頂き、ありがとうございました。