

10年後の医療をどう構想するか

出席者 (50音順 / 敬称略) : 一般社団法人未来研究所 代表理事 香取 照幸
 (司会) 株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 副部長 川崎 真規
 一般社団法人未来医療研究機構 代表理事 長谷川 敬彦



香取照幸氏



川崎真規氏



長谷川敬彦氏

これまでの経験から社会や医療の変化を振り返って

佐伯 (編集部) 本日は「10年後の医療をどう構想するか」がテーマです。

人口構造や疾病の変化、新興感染症が発生する可能性や、ICTのさらなる進歩やAIの登場など、医療を取り巻く外部環境がめまぐるしく変化している時代です。そうしたなかで今後、医療はどう変わっていくか、医療機関はどう対応していくか、お聞かせください。

川崎 日本総合研究所の川崎と申します。現在、私は主に医療・経済・財政政策に関して、業界横断のコンソーシアムを運営・取りまとめを行い、国等へ提言をしています。

その前は、2019年まで上海に10年ほど野村現法の副総経理として駐在等し、医療機器メーカーの中国での営業活動のコンサルティングをしていました。私が赴任した当初は、中国の人はBlackBerryの携帯電話を主に使っていたのですが、10年後に日本に帰国する際には、誰もが小銭も財布も持たずに、スマートフォンを活用し生活するのが当たり前の環境になっていました。中国でのこの10年間は、生活もITも医療も劇的な変化を遂げた時代だったと思っています。

香取 私は1980年に旧厚生省に入省し、若い頃フランスの国際機関(OECD)事務局の研究員として2年ほど医療政策の勉強をしました。戻ってからは埼玉県県に出向して高齢者福祉課長を務め、本省復帰後は介護保険の創設に携わりました。私の30代は介護保険に明け暮れた10年でした。

その後は小泉官邸の参事官、社会保障国民会議や安心社会実現会議といった内閣周りの会議の事務局を担当し、厚労省に戻って政策統括官を務め、その後もう一度内閣に入って、社会保障と税の一体改革を担当しました。このように、主に医療や介護を中心にずっと仕事をしてきました。

2016年に退官したあと3年間、アゼルバイジャンの大使をやり、2020年春、ちょうどヨーロッパでコロナの第一波が席巻しているとき、国境閉鎖直前にギリギリで日本に帰ってきました。その後、上智大学で教授を3年やり、今年から兵庫県立大のMBAに移りました。

昔と比べると霞が関も医療現場も、ものすごく忙しくなっていて、若い人がなかなか学際的に勉強する機会がなくなっていて、どんどん錆びみていると感じています。そこで、立場や職場を超えて意見交換したり自由に勉強したりする機会

を作りたいと思い、カッコ良く言うのと退官後の社会貢献のつもりで「未来研究所隊龍」という法人を立ち上げ、月1回ぐらい勉強会をしています。おかげさまで会員はもう少しで400人になります。

長谷川 私の過去のキャリアは、外科医15年、官僚8年、研究20数年です。日本の教育制度がひどいので、優秀な外科医はアメリカで研修していることを知り行きました。アメリカは医療システムと個人の意思決定の過程がずいぶん違うんですね。私もそれを勉強するのに、公衆衛生のメッカだったハーバードに行きました。そこで3年過ごして、外科医として帰国後、「厚生省に來ないか」と言われたんです。「役所は楽でいい話だ」と思って行ったら、ブラックな職場で、えらい目にありました(笑)。

それから厚生省のローテーションで、国立がんセンターや老人保健課、JICAなどを経て、病院管理研究所に席を置いたあと、国立医療・病院管理研究所や保健医療科学院で医療政策研究部長を務めました。退官後は縁があって、日本医科大の医療管理学教授を務めました。

退官してからは、主に地域包括ケア、高齢者ケアの研究をやっています。去年、日本医師会から、「ボス

特集

10年後の“未来予想図”



●香取 照幸氏 (かとり てるゆき)
 一般社団法人未来研究所 代表理事

1980年、厚生省(現厚生労働省)入省、政策統括官(社会保障担当)、年金局長、雇用均等・家庭局長を歴任、介護保険制度、子ども子育て支援法、GPIF改革、社会保障・税一体改革などに携わった。2016年退官。17年から20年まで駐アゼルバイジャン共和国日本大使。20年4月から現職。著書に「教養としての社会保障」「民主主義のための社会保障」など。

うと、やはり、これまでの日本の医療政策がたどった歴史がとても重要だと思うので、まさに今日のテーマを語っていただくにふさわしい先生方だと思います。

格差拡大、人口減少、高齢化などの外部環境の変化

川崎 まず第1のテーマに入っていきたいと思います。まずは、日本社会と医療を取り巻く外部環境の変化をどう見通していくのかについて、ご意見を聞かせてください。

具体的には政治や経済、財政や社会保障の変化、人口構造や疾病構造の変化、パンデミックの可能性、テクノロジーや社会システムの変化などもあるかと思います。香取 外部環境の話をするには、今回のコロナがいい題材になると思っています。コロナによりパンデミックが起きて、新興感染症の医療需要が不連続に暴発しました。それによって、今の日本の医療提供体制や社会保障体制が抱えていた弱点や構造的な問題が、一気に露見しました。時計の針がいったん20年ぐらい回るようなことが起こったんだと捉えると、いろいろなことが見えてきます。

政治については、1945年に第二次大戦が終わったあと、戦後の国際秩序が国連中心に作られて、東西対立があるなかでも国際協調のかたちが作られてきました。ソ連の崩壊から30年経ちますが、戦後80年にわたって大きな戦争のない状態が続いてきました。しかし、この状態がこのまま維持できるかどうかは、かなり怪しい。中国の台頭もあるし、つい先日、ついにインドの人口が中

国を抜き、拡大BRICSが誕生し、そのGDPは世界の40%になろうとしているなど、いろいろなかたちで国際社会のパワーバランスも変わりつつあります。一方で、グローバル化のなかで起こった格差の拡大が、国家間だけではなくそれぞれの国内でも広がっていて、世界の多くの国で政治が不安定化しています。

社会保障は中間層を支えるシステムですから、本来は国内の経済格差を縮めるものです。政治の安定のためにも、中間所得層をきちんと守っていくことが実はすごく重要なことで、それができるかどうか問われています。

他方で、特に日本は人口減少で経済成長に一定の抑制がかかるため、財政的には今のようなきびしい状態が続きます。そのなかで、社会の安定を図ることができるような社会保障政策を維持し続けられるかどうか、皆保険が維持できるかどうかということを考えていかないとはいけません。

日本の人口減少のスピードはかなり速いです。明治の初頭、日本の人口は約3000万人でした。それが約150年で1億2000万人まで、約4倍に増えたわけです。これからほぼ同じペースで人口が減るので、次の100年か120年で人口は4000万になります。こういう急速な人口減少のなかで社会システムを安定的に維持することを、人類は経験したことがない。だから、何が起るか誰もわからない。これは社会保障だけの問題ではなくて、この国自体、この社会自体の持続可能性の問題です。言ってみれば、どうやってダウンサイジングしながら均衡のある社会を作っていくかという、非常に大きなチャレンジです。

同時に日本は最も高齢化の進んだ

国です。このことは日本の医療政策、社会保障政策の成果であって、誇るべきことです。高齢者が増えて疾病構造が変わり、かつ要医療・重介護の人が増加すれば、医療と介護を同時に必要とする人が増えていくことになるので、医療と介護をどう連携させるかを考える必要がある。また、1人暮らしの人が増えていくなかで高齢者の生活をどう守るかも課題になります。さらには、社会が不安定化し安定的な経済成長が望めないなかで、少子化対策、格差対策、引きこもり、虐待など従来の枠組みでは対応しきれない様々な新しい問題が発生し、それに社会保障は対応していかなければなりません。

新興感染症だってきっとまた起きるでしょう。感染症というのは戦争や災害と同じで、医療だけ、社会保障だけの問題ではなくて、危機管理の問題です。これに対応できるような危機管理システムが作れるかどうかだと思います。

テクノロジーについては、良くも悪くも技術革新は加速します。それに社会の側、人間の意識が追いついていけるかどうかが課題となります。例えば対話型AIは、おそらくあと数年で、AIによる診断が普通にできるほどに進化するはずですが、ただ嫌がって、「機械に人間が診断できるか」という議論をしてもしょうがない。むしろ、その技術をどう活用するかという方向で考えなければいけないと思います。

これからの10年、外部環境の変化は非常に大きいと思います。それは所与のものとして考えて、そのなかでどう対応するかを考えないといけないと思います。

川崎 これまでにないスピードで、経験したことがない環境変化が起こるので、実現したい社会像を広く共有

し、その実装のためにこれらの変化に柔軟に対応することが重要ですね。

香取 コロナのときによく「新常态」という言葉が使われましたよね。本当にそうなると思います。例えば、買い物をするときに、今は多くの人がもう店には行かずにネットで買いますよね。日用品や野菜までネットスーパーで買えます。消費行動が元に戻らないとなると、実店舗ビジネスも元へは戻りませんよね。

医療だって同じです。オンライン診療に背を向けていても仕方がない。そういうことがこれから先、いっぱい起こると思います。

100年前と一致する現代の大事件

長谷川 香取さんがおっしゃったように、これからの10年間は本当に大激動の時代になるでしょうね。それを越すと少し落ち着くというイメージしています。

コロナのパンデミック、ウクライナ戦争、安倍元首相の暗殺と、この3年間、大事件の連続でした。こうした出来事の結果として、社会に不安がまん延していきます。

これからどうなるのか。これからはZ世代が生産、子育ての中心ですから、私はこのZ世代をどう支援するかが、日本が生きていけるかどうかの境目だと思っています。【表1, 2】



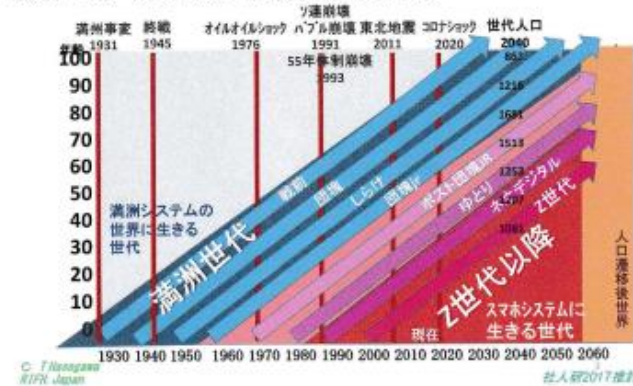
●川崎 真規氏 (かわさき まさき)
株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング 部門 副部長
2001年関西大学総合情報学部卒業。システム会社、コンサルティング会社を経て、2009年入社。2024年関西学院大学大学院修士課程（経営管理）修了見込み。衆議院厚生労働委員会の「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」参考人。近著「医療・ヘルスケアのためのリアルワールドデータ活用：ビッグデータの研究利用とビジネス展開」（中央経済社、2022年）。

また、日本は地政学的なリスクも大きいと言えます。中国、ロシア、北朝鮮と、個人の意思決定で核のボタンを押せる人間が3人も周りにいるのは地球上で日本と韓国だけです。例えば、金正恩が病気で近いうちに亡くなるようなことがあれば、北朝鮮をきっかけに東アジアの政治状況がものすごく大きく変わるんじゃないでしょうか。日本だけ蚊帳の外に置かれているような感じが…。

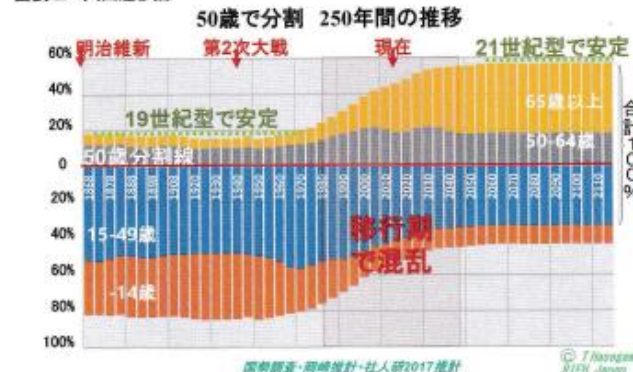
また、ロシア・ウクライナ戦争では、もう少し時間がかかるけど、ロシアは負けて5つに割れると、私は考えています。中国も不安定化すると分割されるのではないのでしょうか。

今日は、デジタル高齢社会における未来の“あるべき姿”がテーマだと思いますが、コロナやウクライナ戦争によって、実は時代が過去にさかのぼっているような事態になっていると思っています。近代が終焉して、根本的な命題——家族、人生、仕事、学び、ケアがどうあるべきか

図表1 年齢・時代・世代図（満洲システムとZ世代）



図表2 人口遷移論



が問われているんだと思います。

技術に関して言えば、香取さんからお話があったように、ChatGPTはまだ入口にすぎず、数年以内にもっとすごいAI技術が出てくるでしょう。本当にそれが我々の幸せにつながるのかは大きな課題です。

ただ一つの特徴として、これまでは医療界の人間が医療技術の開発に関わって、あるいは医療界がボールを蹴って産業界が受け止めるという流れでしたが、もう産業界は独自にどんどん走っていて、医療界は置いて

ときぼりです。技術革新についてはそういう危機感をもっていますね。

川崎 外部環境は、これまでの直線的な変化ではなく、想定しなかったような新しい変化が今後10年で起きると予測されているわけですね。

長谷川 大きく変わるのはこの10年です。いや、2〜3年かもしれない。

マイナンバーカードの失敗と金融システムのデジタル化の遅れ

長谷川 香取さんにうかがいたいんですが、金融システムの電子化への対

応についてはどうなんですか。
香取 申し訳ないですが、日本の銀行は、いわゆる“オワコン”ですね。本当にダメだと思う。

長谷川 世界から取り残されていくわけですよね。

香取 余談ですが、マイナンバーと銀行口座の紐付けがうまくいかないのは、きわめてシンプルな理由です。マイナンバーカードは、住所・氏名・年齢・性別の4情報で、基本的に住民基本台帳に基づいているので漢字表記です。読み仮名はありません。他方、日本の銀行のシステムというのは社会保険庁のシステムより古く、口座名はカタカナなんです。つまり、読み仮名がない漢字だけのマイナンバーカードと、漢字のないカタカナだけの銀行口座情報を突合して紐づけようとしているわけで、システム的には無理だから人間が突合しているんですよね。だからミスも起きます。銀行に届けている口座の住所は取引上の住所で、住基法上の住所とは一致しないものが多数あるので、やはり照合できないんですよ。しかも、親の銀行口座に子供を結び付けるなど、本当はダメなんだけどやってしまったので、別の問題も起こっています。

何が言いたいかというと、マイナンバーカードの発想は良いんだけど、それを支えるサブシステムが全然IT化されていないので、話にならないということです。

私は外国にいたとき、アメリカの口座をもっていました。アプリの出来も良く、情報管理も送金もきわめてスムーズだと感じました。どうして日本の銀行システムはあんなに出来が悪いんでしょうね…。

JRのweb予約サイト「えきねっと」も決して出来は良くないです。日本でも新幹線は、その場でネット

医学教育、医者の養成、病院の経営、診療報酬の体系などすべてがそのシステムの上に乗っかっている。しかも医療は日々動いているものですから、ひっくり返したり変えたりするのは相当むずかしいことなのです。

日本の中小病院はアセット

香取 ただ、日本にもいい面はあります。日本には200床程度の、よく言えば多機能、悪く言えば“なんちゃって急性期”の病院病床がたくさんあって、こうした病院が現実の日本の医療を支えています。コロナのときもそうでした。

ヨーロッパで病院といえば普通4けた床規模です。日本の民間病院のような病院は、規模的にも機能的にもまずありません。

日本では今、その中途半端な病院を機能分化すると言われていますが、実は日本の中小病院って、考えようによってはアセット(資産)なんです。日本の診療所は機能が結構高く、“プライマリ・ケア”だけでなく“セカンダリー”もやるわけですよ。他方で中小病院でもプライマリーの患者を取っているということは、クリニックと機能重複があるわけです。でも実は、その機能重複が「連続性」となって、日本の医療を支えてきたんですね。今回のコロナでも機能しました。だって在宅のコロナ患者を支えたのは大病院ではなく、中小病院と開業医たちだったわけですからね。

そういったことから考えていくと、機能面から病院と診療所の線引きをどこにするか考えたら、基本的には高度機能の1000床以上くらいの病院とそれ以下の病院+診療所、と考えて、再編の絵を描くとよいのではないかと思います。

地域医療構想についても、病院病

床の削減方法や、入院在院日数の短縮方法を考えていますが、そちらからではなく、在宅医療や地域医療の体制をどう作って、それらと高次機能の病院との関係をどう整理するという流れで考えたほうが、むしろ実態に合うと思います。

地域包括ケアも同様です。地域包括ケアは要するに、医療や介護の制度を超えたサービス提供者のネットワークを地域で作るといことなので、診療所だけではなく地域密着型の多機能病院も当然含まれます。医療提供体制についても包括ケアの全体像のなかで再編すると考えればよいのです。

そのときにピボット(中心軸)に立って調整する役割、介護におけるケアマネジャーのような役割を担うのが、かかりつけ医です。かかりつけ医の行うマネジメントとはそういうことです。かかりつけ医の仕事はよくプライマリ・ケアと言われますが、イギリスでもドイツでも、療養に直接関わる役割は、感覚的にいえばかかりつけ医の仕事のうちの半分くらいなんじゃないでしょうか。むしろ、ヘルスプロモーションや予防、健康教育といった包括的な健康管理をするうえで個別の診療が乗っかっているイメージすべきです。だから「ゲートオープナー」とか「ゲートキーパー」と呼ぶんです。

ゲートキーパーという言い方は、医療への入口をコントロールするという提供者側からの見方です。地域・患者から見れば、そこはまさにゲートオープナーになるわけですよ。日常の健康管理をしていくなかで、医療が必要になった人を自分のところでどこまでケアし、その外へどう繋いでいくかと考えれば、かかりつけ医の位置付けは変わってきます。

これからの提供体制はまさに、地域全体で面的に支える医療をどう作るかが大切だと思います。

川崎 私も同感です。私は以前、豊田地域医療センターの総合診療科を見学したことがあるのですが、中小病院としてプライマリ・ケアを核としたコミュニティ・ホスピタルを追求しており、モデルケースのように思います。

オンライン診療やAIによる効率化

香取 さらに言うと、これからの医療機関は、これまでのように患者が来るのを待つ方法ではダメで、医療機関の側から地域に出ていく必要があります。

医療需要は都市部では2040年ぐらいまでは増えますし、地方では人手不足が加速します。働き方改革で医局が医師を引きあげれば、医師もいなくなる。また、85歳を過ぎたら半分が要介護、90歳を過ぎたら6割が要介護ですから、歩いて病院に受診はできませんし、付き添いしてくれる家族もいなくなる。働き手と患者の両方の事情で、今後は医療機関側からアウトリーチしなければいけないんです。

川崎 病院からアウトリーチというのは、具体的にどのようによい？

香取 医師がバイクや車で患者の元に走り回るといのは現実的に無理です。そうすると、遠隔診療を組み合わせるしかありません。今も議論しているように、オンライン診療とAIを組み合わせていくしかないんです。

専門医療についても、バーチャルホスピタルのようなものを作ってD to P with Dのかたちを実現できれば、プライマリ・ケアとセカンダリーケアをセットにした診療が可能に

ていけないように感じます。

川崎 これからの10年でどこまで遅れを取り戻せるのか、ですね。

病院と診療所で起源が異なる外国、診療所から病院になった日本

川崎 2つ目のテーマとして、これから10年の日本の医療と医療制度、医療システムの変化をどう見通していくのか、お聞かせください。

香取 日本の医療提供体制はすごく特殊です。まず、病院と診療所の成り立ちが違います。諸外国の場合、診療所と病院は別々に発展してきたものなので、役割も機能もまったく別物です。実はそのせいで、今回のコロナ禍では病院と診療所の連携の問題が露見したのですが。

一方で日本は、個人診療所が大きくなって病院になるという発展の仕方をしてきたので、病院と診療所が連続的で、そのことで良い面もありますが、機能分化ができていません。また、そうした成り立ちゆえに、病院はほとんどが民間病院で、病床というインフラを医師という個人がもっているという仕掛けになっています。

コロナのときに日本で起こったことを見ると、例えば行政が病院にコロナ病床を空けるよう依頼しても、病院長や事務方に病床を差配する権限がないため、公立病院といえども命令一下病床を空けさせる、ということができない。病床は各診療科がもっていて、病棟が強い権限を有しています。

ヨーロッパでは、病床は病院がもっていて、各診療科が「手術するの



●長谷川 敏彦 氏 (はせがわ としひこ)

一般社団法人未来医療研究機構 代表理事

15年の外科医生活。ハーバード大学公衆衛生大学院での活動を経て1986年に旧厚生省に入省、「がん政策」「寝たきり老人ゼロ作戦」を立案。国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長、国立保健医療科学院政策科学部長として「健康日本21」「医療計画」「医療安全」等に関与。日本医科大学医療管理学主任教授を経て、2014年に未来医療研究機構を設立。日本医師会公衆衛生委員会にて健康の新定義(2018年)、健康格差の答申(2020年)に参画。

で病床がいる」と言って病床や手術室を予約(確保)するというやり方です。

『病院の世紀の理論』の著者の猪飼周平さんが、「日本は医師が病床をもっている」と書かれていて、僕は具体的にイメージが湧かなかつたんですが、今回の欧州にコロナ対応の調査に行つて初めて実感しました。これはいい悪いの問題ではないし、どちらが優れているという問題でもありません。そういうかたちで歴史的に形成されてきた医療提供体制が厳然とあって、そのうえに医療政策が乗っかっているのです、ドラスティックな改革を行うのはきわめてむずかしい。これまで行われてきた医療改革も漸進的な改革しかできていません。今、病床の機能分化を一生懸命やっていますが、これも基本的には自己申告ベースでやるのが精一杯ですよ。

これはいい悪いの問題ではないし、どちらが優れているという問題でもありません。そういうかたちで歴史的に形成されてきた医療提供体制が厳然とあって、そのうえに医療政策が乗っかっているのです、ドラスティックな改革を行うのはきわめてむずかしい。これまで行われてきた医療改革も漸進的な改革しかできていません。今、病床の機能分化を一生懸命やっていますが、これも基本的には自己申告ベースでやるのが精一杯ですよ。

本当はもっと大胆にやらなければいけないと思いますが、現実には出来上がっているシステムがあって、

で予約してチケットレスで乗車できます。世界を見れば、先進国でなくても多くの国で、電車やバスはそうした仕組みになっています。でも、日本の国内ではそういうことができません。だから、例えば海外の観光客が日本に来る前に成田エクスプレスを予約したくても、日本到着後に窓口に行くしかないんです。

川崎 世界を見る機会がないと、そういった変化に日本がどれだけ遅れを取ってしまったのか、気づかないところもあるのかなと思います。

例えば、先日、京都大学の黒田知宏先生とエストニアの企業や健康保険組合の方々と交流をしました。そのなかで、国民は様々な行政申請などで名前などを何度も書くことはないという話がありました。一度、国として名前を出生等で得ているので、国民に何度も書かせる必要はないことでした。

香取 日本のガラバゴス化はクレジットカードでも起きています。今は世界中でクレジットカードのコンタクトレスが標準化されていて、よほど高額な支払いでもない限り今どきPINコードを打ち込むことはありません。例えば、ロンドンでは地下鉄もバスもコンタクトレスのクレジットカードやApple Payで乗れるので、アメックスを1枚持っていれば、キャッシュは要らないですよ。日本では、ようやく最近コンタクトレス対応のカードが出始めましたところですよ。

日本で一番便利なのは、交通系のSuicaなどでしょうか。確かにとても便利ですが、国内でしか通用しません。外国では使えない国内だけのものです。

このように、インターナショナルで見れば、どんどん外部環境は変わっているのですが、日本は全然つ

なります。診療のかたちというのは実際的なニーズからも生まれるものです。それを可能にし、支える技術が次々と出てきているのだから、それを使っていけないと変化に追いつけなくなります。

そのためには、今の医療法の建付けから見直す必要があります。

川崎 具体的にはどのようにしたらよいでしょう。

香取 人口減少と働き方改革で、明らかに労働力は減ります。それは医師だけでなく、看護もメディカルも介護も同じです。人でなければできないこと以外は基本的には手放し、AIでできることはAIに任せないと医療も介護もサービス提供体制を維持できません。

面で支える、という意味で言えば、医療介護情報の一元化と共有、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）の構築は重要な前提条件です。個人の診療情報が一元化され、それが共有（閲覧可能）されれば、ネットワークが効率的に機能して医療も効率的に提供できるようになります。

川崎 海外の仕組みを参考に？

香取 イギリスのシステムは出来が悪いし、GP（General Practitioner）は言われて今回の立派じゃないと思います。今回の調査で、GPを「総合診療医」と訳すのは思い入れ（笑）が過ぎると感じました。極端に言えば、診断はしてくれるけど日本の開業医がしているようなレベルでの治療はしない。むしろ、病気になる前の健康管理や健康指導のほうが役割としては大きいからです。だから、日本のかかりつけ医が果たしている機能や役割と実態が全然違うので、あまり手本にはならないでしょう。実際、今回のコロナでもかかりつけ医（家庭医）が在宅で防波堤となり

病院がバンクするのを防いだのはドイツだけです。

これからの日本で大事なのは、どうやって医療情報連携システムとデータベースを作るかです。イギリスのNHSが優れているのは、医療情報と健康情報をNHSが一元的に所持している点です。そのため、かかりつけ医は、自分が診たこと以外に、患者の入院時の診療内容も、プライベートホスピタルに行って受けた診療の内容も閲覧できるんです。

これからの医療はそうでないと、効率的に切れ目のない医療を行っていくことはできません。そうすれば、医療だけではなく、介護が必要な人たちも支えることになる。医療と介護が連携するためにも、情報を一元的に管理し共有する術が必要です。

そうした意味では、保険証とマイナンバーカードを紐付けるなんてことは、入口の入口なんです。

川崎 ただ、これがうまく進んでいないということですね。

香取 デジタル庁もPHRを目指しています。保険証とマイナンバーカードを連携させることで保険証に紐づいているレセプト情報や医療情報をつなげ、それを拡大していったトータル的な情報システムを作るといって、それが大きな計画になっているんです。その考えは正しいと思うんですけど、なにしろ、尻腰がついていけない。

川崎 おっしゃるとおりです。

香取 現実的にそれを機能させるための基盤というかサブシステムが問題なんです。カードはあっても、それを支えるシステムが全然機能していない。

例えば、マイナンバーカードを読み込んで被保険者情報を見るための特別な機械を医療機関に買わせましたが、なんでそんなことをしたんでしょうか。マイナンバーカード情報

を2次元バーコードにして読み込めばよいだけのことです。今や映画館でもコンサートでも二次元バーコードでしょ。コンビニの支払いだって二次元バーコード。今すでにある技術です。それすら活かしていないので、ちょっと絶望的かなと思ってしまいます。

長谷川さんがおっしゃったように、技術は外からやってくるんです。今、「第3次医療技術革新」と言われていますが、分子生物学だって何だって、外の技術を医療の世界に応用することで次々と新しいことが生まれている。医療技術も、基本的には工学系の人も持っている技術を医療に応用することで生まれています。

専門家の世界は基本的に閉鎖的で現状維持志向が強く、今の状況を変えることに抵抗があります。でも、そこに破壊的な技術が外から入ってくることで変わるんです。デジタルツイン（現実のデータを仮想空間で再現する技術）だって、臨床で実際に使えるようになれば画期的に変わりますよ。どんどんやるべきです。

川崎 この不連続な環境変化や、否応なしに未来をしっかりと想定したうえで、人・技術などに投資し、前進するしかない、というお話です。また、その際、どこを目指しているのかという高い視座のものと目指す社会像が共有されないと感じました。

香取 オンライン診療もそうです。コロナになって、諸外国では、現実的に社会がロックダウンしたため、物理的に患者が通院できなくなったことで、一気にテレメディスンが進んだんですよ。

イスラエルでは在宅患者のところに在宅診療キットが届くんですよ。そのなかには、聴診器や喉を見るカメラなども入っていて、オンライン診療のカメラ越しに診療して、診断

することが標準的に行われるようになります。当然、その実現にはそこに資本投下が必要で、制度も変えたわけです。

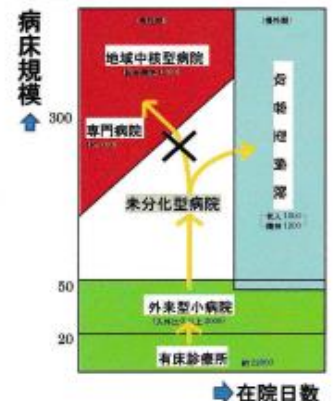
日本でも、コロナ禍前は、オンライン診療が認められるかどうかを散々議論して、電話診療のオマケみたいなわずかな点数で絶対に儲からない仕組みにしていたんですが、コロナ禍で洗々認めることになりましたよ。医師会も方針を変えてオンライン診療推進となったわけですが、現場の医療機関の意識はついていないように思います。医療界だけではないですが、高齢の医師の方々にこれまでのやり方を大きく変えろといってもなかなか変えられないでしょう。

せめて、次世代の人たちが積極的に取り組みやすいよう、制度を変える一定の方向性をたてなくてはと思います。

医療需要は減少に向かう

長谷川 香取さんの分析と提案に、基本的に賛成です。供給体制について長年研究に携わった立場から、私からも簡単に補足させていただきます。

図表3 日本病院進化論



まず、近代の日本では、病院の大半が診療所からスタートして小型の病院になり、徐々に大規模化してきたため、機能が未分化でした。それが70～80年代からだんだん「収容型病院」「専門病院」「地域中核型病院」という方向に分かれました（図表3）。

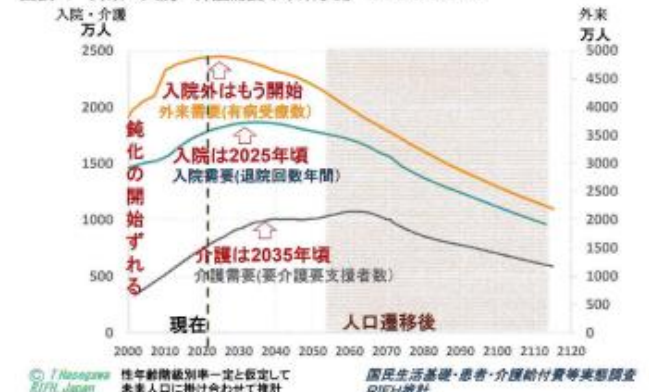
病院機能報告のデータで病床規模と在院日数を軸に分析すると、1990年代には、①病床数が多く平均在院日数が短い「急性期型病院」、②病床数は中規模だが平均在院日数が長

い「長期型病院」③病床数が少なく在院日数がバラついている「外來型病院」——の3種に分類できます。

これらの長期的な推移をみると、大規模病院については平均在院日数が短縮傾向で、中規模病院は急性期的な役割から療養的な役割に変化し、ナーシングホームや老人ホームが混ざってきます。高齢者人口が増え同居者が減ってきた結果、病院がナーシングホームを代替するようになったわけです。

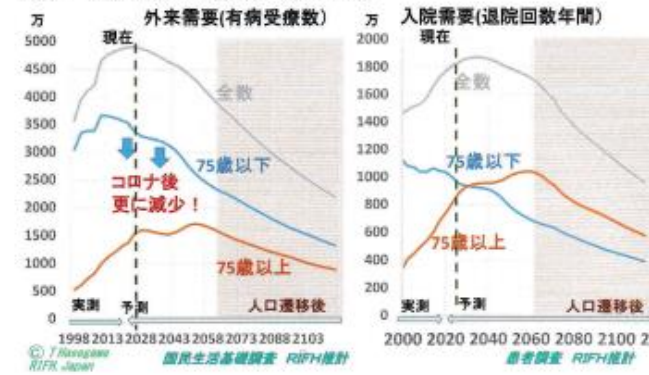
香取 いわゆる社会的入院ですね。

図表4 外來・入院・介護需要の未来予測 2000-2015



© T. Nagawa RIFR Japan 性年齢階級別率一定と仮定して未来人口に掛け合わせて推計 国民生活基礎調査 RIFR推計

図表5 需要の推移 75歳以下・以上・全数



長谷川 はい。今回コロナ禍で「日本は世界一病床数が多いのに、病床が足りないのはなぜか」とさんざん言われましたが、本当の意味の急性期病床が少なかったからというのが理由です。これが日本の医療提供体制が抱える問題の1点目です。

2つ目の課題は、今後は医療需要が減ってくることです。入院以外はすでに減り始めました。介護は横ばいになり、近々に下がり始めます。(図表4.5)。

医療需要について、国内で減少度が先行しているのは秋田県です。秋田の2020～2045年の需要は、全国的には2045～2070年と重なる予測です。東京はさらにそこから少し遅れますが、減少に転じます。

だから地方では、今以上に医療供給を増やす必要はないものの、支える人がどんどん減っていくので、どう支援すればいいのか、という作戦が必要です。

そしてこれからは、5つの資源(病院・診療所・生活資源・デイケアセンター・居宅介護支援センター)で支える医療に変わっていきます。したがって、我々が問うべき質問は、「病院は今後本当に必要なのか」ということです。

今の医療がうまくケアできていないのはなぜか。菌科疾患や、ひきこもり、発達障害、難病、高齢者ケアというのは、普段は生活のなかで少し悪くなったり良くなったりしながら、どうしても具合が悪いときだけ専門家が診るという特徴があります。僕はこれを「ケアサイクル」と言っているのですが、日本はこのニーズに対応したシステムが弱いんです。急性期のがんや循環器疾患が減っていても、高齢者ケアなどの「ケアサイクル」のニーズは高いまま継続します。つまり、これからは、「生活の場での支援」という需要に対応できるケアシステムを作らないといけないと思います。

具体的に有効な方法は地域ごとに異なります。個人開業医が努力をするケース、医師会が応援するケース、法人経営方式で担うケースなどです。開業医がいない地方においては「病院母艦方式(病院が在宅を支援する)」というやり方もあります。どの方式がいいのかは、地域の資源の状況によってパターンが違うのかなと思います。(図表6)

最先端の医療連携～日中独

川崎 3つ目のテーマは、このような

外部環境の変化のなかで、今後医療機関にはどのような取組みが求められるのか、です。具体的に、先進的な取組みをしている医療機関をご存じですか。

長谷川 先進的な取組みをしている現場を見るため、先日、HITO病院(愛媛県)と恵寿総合病院(石川県)に行ってきました。HITO病院はすぐく田舎にありますが、多額の投資をして急性期を中心にやっています。大丈夫なのかなと思いましたが、「人(HITO)をケアする」というコンセプトが素晴らしいです。また、恵寿病院は、スマホを使って家でケアできるケアシステムを導入しています。

そのほかで私が注目しているのは、地域医療連携推進法人の「湖南・メディカル・コンソーシアム」です。特にそのなかの淡海医療センター。ここの前身は草津中央病院です。ここには「コマンドセンター」というのがあって、全患者の名前が映し出されていて、患者のデータをクリックすると、検査データや担当医、看護師、病棟、看護師の能力までわかるんです。他院や地域の診療所、介護系の施設との連携もこのセンターを中心にやっています。

今後の医療機関の取組みを考えるうえで重要だと思うのは、先ほどの香取さんのお話にありましたが、今後の医療は1人の人間をフォローしていく必要があるという点です。それに合わせて、診療報酬も診療行為ごとに平均値で評価する方法から、1人ひとりの人間のエピソードごとに評価する仕組みに変えるべきです。日本は幸いデータがあるから可能だと思います。

その際は、介護認定データを繋いで評価することが必要です。その理由の一つは、結局、医療は病院内

で完結しないから、高齢者では医療のゴールさえADL/IADL、そしてQOL/QOD向上になるからです。

今後は、専門家の役割分担も変わっていくかもしれません。昨年、日独の介護の国際会議に出席して知ったのですが、ドイツは介護士や看護師を廃止し、「ケア師」に統一したそうです。教育も資格試験も含めた統一で、今年初めて卒業生が出るそうです。

「これまでの仕事とどう整合性を取るんだ」と聞いたら、「それはやってみないとわからん」と。理念型でやってみて、具合が悪かったら変えるということなのでしょう。日本は利害関係団体があるので無理だと思いつつ、専門医とプライマリ・ケア医の役割分担、あるいは介護士と看護師の役割分担については、もう一度根本的に捉え直す必要があるのではないかと思います。

医療機能は2つのベクトルに分かれていく

香取 今の長谷川先生の話はすごく面白いですね。この間、全国自治体病院協議会の研修会で雑談していたとき、「もううちの地域に開業医はいません。この前、最後のおじいちゃん先生が引退されたので」という話を聞きました。かかりつけ医も開業医もない地域が出始めています。そうすると、長谷川先生がおっしゃるように、中核病院がアウトリーチして、地域医療を担うことになるんですね。病院のリソースを地域に出していかないと駄目だということです。

今、かかりつけ医は開業医がやるべきか、病院の医者でもなれるのかといった議論がありますが、あまり意味がないんです。医師個人に総合

診療能力が必要だという話と、組織としての医療機関が地域のなかでそういう機能を果たすかという話は、別次元の話ですから。実際すでに、地域の中核の公立病院の医師たちは、そういう仕事をしないわけにはいなくなっているという話です。

その際には当然、医師個人には全人的な診療、言うところの総合診療能力が求められるし、地域の病院は多機能でないといけないし、面的に支えられるような間口の広い医療を行わなくては行けない。

今後の医療機関の取組みについて考える際、よく言われていることですが、医療の役割が「治す医療」から「治し支える医療」に変わることを前提にしないといけない。

超高齢社会の病院・病床は、おそらくベクトルが2つに分かれると思っています。1つは高次機能の方向です。医療は日進月歩で、技術も医療機器も薬も次々と新しいものが出て来るわけですから、それに対応でき、国際標準をクリアできるような高次機能の病院です。治すことに特化する特定機能病院や大学病院のようなところですね。ここには資源を集中することになります。

そしてもう1つが地域の中小病院です。医療ニーズがボリューム的に大きい基礎疾患や慢性疾患をもっている患者さんたちに伴走し、地域で生活してもらうための医療です。今まで「中途半端」と言われてきたそういう病院に、地域のなかで果たす役割をきちんと位置づけて、ニーズに合わせた機能をもたせることが大事になるのではないのでしょうか。医療機関側も、もう「名前だけ急性期」にこだわっている場合じゃない。

救急で言えば、2次救急あるいは高齢者の救急に対応できるレベルで、地域の医療を支えることに機能特化

する。

支えることは医療だけではできないので、必然的に地域との連携や役割分担などを考えながら、地域包括ケアのなかで全体としてカバーする。

そうすると、患者情報は地域で共有することになるので、いろいろなサービス提供機関がネットワークを作ることになるでしょう。地方では中核病院が大きな役割を果たすことになるし、さらに病床が減ってくれば、日本海ヘルスケアネットのような連携法人主体の形態になってきます。

川崎 中小病院の経営者に向けたアドバイスはありますか。

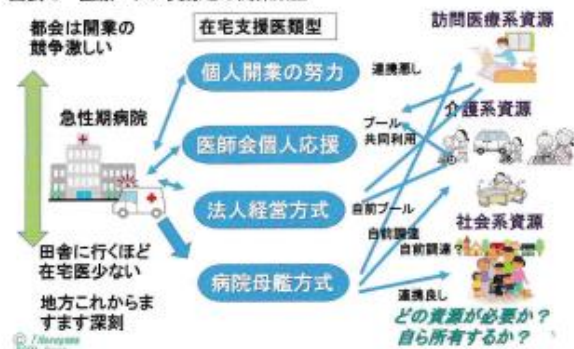
香取 中小病院は日本にしかないものですが、これからの日本社会には、実はそういうものが結構大事になってくると思います。単線の垂直分業で役割を考えるのではなく、実際の地域のニーズに目を向け、面的にどう役割を果たすのかを考えるとよいと思います。そうすれば必然的に多機能の病院にしていくことになるはずですね。そういう意味では、病院群、診療所群で多機能を目指すのもよいと思います。

それには診療報酬の考え方を変えないといけません。理想的な地域医療のかたちを念頭に置いて診療報酬の体系を変えなければいけません。診療報酬は決定的な影響力をもつので、それにより、大きく全体を変えることができますと思います。

川崎 中核病院や200病床未満の病院の多機能化、疾病環境の変化、人口減少における地域差等々を考えたとき、10年後のゴールは、今の延長線上にはなさそうですね。急性期を目指し続けるのではなく、多機能な病院を目指していくことが必要なのだと思います。

また、日本独自の中小病院が実は

図表6 医療・ケア資源との関係類型



アセット（資産）なんだという観点で、発想を変えて政策を考えていく必要もあるのです。

香取 例えば200～300床ぐらいの病院は、病棟単位では4つか5つのところが多いですね。それを外科病棟、内科病棟と分けて、それぞれに看護師を縦割りして張り付けてしまうと、ある意味身動きが取れなくなる。現状、診療報酬も病棟単位や病院単位で人員配置を設定している。それでは機動的に病床機能を動かさないです。

昔、療養病床ができたときに、病棟単位か病床単位かで大議論がありました。当時はつまらない議論をしているなど思っていたのですが、結構大事だったんだと今になって思

います。

医療の目的を転換する

長谷川 今後のことはある程度申し上げたので、概括的な話をしてみようかと思います。

この大転換期において日本は、国全体の制度やシステム、地域のあり方、各病院の運営方法について新しい姿を描き、大きなゴールをシェアして、そこに向けてシステムを構想しなければいけません。そこで各病院で、目的を転換することを提案します。

これまでの医療は1疾患1エピソードの世界でした。患者が来るのを待って、「いかがされましたか」から始まる医療です。これは「単一疾

患・単一エピソード・異常死」で、絶対救命、絶対治療を目的とし、病院で専門家が診療する医療です。

ところが、これからはケアサイクルの世界になります。「ケア、時々支援、時々医療」というのを繰り返しながら、その需要がだんだん増えて、従来のニーズをボリューム的にも超える。ここで必要な医療は、「多疾患・継続発症・普通死」への対応です。目標は疾病の治療からADLの改善やQOLの向上、普通の死への支援へと変化します。(図表7)

本当は1990年頃にこの転換が必要だったのですが、我々はそのから30年間も過去のモデルを無理やりやり続けてきてしまいました。だから、今度こそ2040年を見据え、新しいモデルに変えなくてはいけません。

身体機能、生活機能、ADL/IADLによって、QOL/QODを良くするという考えです。身体機能、生活機能、ADL/IADLの維持だけを目指したサービスを行っていたのでは、大きなゴールはよくわからない。だから、QOL/QODを目的として、身体機能、生活機能、ADL/IADLを維持・向上させる具体的な手段、具体的な支援の中身を同時に考えていくしかありません。(図表8)

実は日本では、身体機能、生活機能、ADL/IADLについては、要介護認定時に測定し、死ぬまで測り続けている。このデータを使うべきです。

香取 そうです。20年以上の積み重ねがあります。なんでそれを使わないのかといつも思っています。

長谷川 要介護認定には、おそらく毎年200億円ぐらいの予算を使っていますが、要介護認定に使っているだけなんです。でも、このデータがあるのだから、日本は世界で唯一、新

しい医療を作れる可能性をもっている国なんですよ。日本がADL、QOLをベースに新しい医学の体系を作ればいい。

川崎 日本は、健康寿命延伸と経済成長率引の両立を追求できるポテンシャルがあると思います。ただ、この領域で論文を書いても査読・評価される機会はあまり多くないと思います。今、長谷川先生が提案されたような体制を作っていて、学術的にもしっかりと研究が進むようにしたいです。

長谷川 できない理由は山のようにあります。でも、できない理由を言っていたのでは、日本人はこれからも膨大な医療費を使って、本人も家族も社会も不幸になっていくだけです。

日本なら介護と医療のレセプトデータとADLデータを繋いで、どう医療と介護の介入が一番ADLを上げるのか、組織的にやれる。日本こそが21世紀の新しい医学を作るべきです。

フリーアクセスに慣れた患者に行動変容を促す

香取 中国では、民間保険会社が会員向けの医療サービスをやっていて、北京の駅などに大きな自販機みたいなボックスがあるそうです。そのブースに入ると、アバターのお医者さんが出てくる。「どうしましたか」と聞かれて、やり取りをすると、アバターが診断してくれて、お金を支払うと自販機から処方箋が出てくるそうです。診断しているアバターはAIです。そうしたことがすでに普通に行われている。

まあ、すごいとは思いますが、僕がそれを聞いて思ったのは、何でそれが成立するか、ということです。

中国では医療へのアクセスが簡単じゃないんですよ。医者に会うなんてなかなかできないし、金もかかる。だからこうしたサービスが登場するのでしょうか。でも、基本的なコモディティの処方診断だったら、AIでもできちゃうわけですよね。

長谷川 技術が発達してくると、結構ハイレベルなAI診断もできますよ。**香取** 診断して要するにいろいろな可能性を絞り込んでいって決めるものなので、アルゴリズムと同じですかね。

でも、どうして日本ではAI診断が普及しないのかというと、日本の既存のシステムが良すぎる。医療へのアクセスがすごくいいからです。こんなに簡単に医者にかかる国はありません。機械に頼らなくても、病院に行くと、とにかく半日我慢すれば診てもらえる。「今日はもう終わりだから明日おいで」という病院はないですよ。逆に今回のコロナで大騒ぎになったんです。日本では、「診療お断り」とやられたので大騒ぎになったんです。

逆に関心は、中国のようにAIの医療への活用が進まないんですよ。出来高払い、溢れかえる患者を診させるためにできた仕組みともいえます。医療のアクセスがきわめて良い今の日本のシステムは、患者側にとっては、きわめて強力な現状維持バイアスになっています。それを

変えるには、患者側の行動様式が変わらないとダメだということです。**川崎** それは医療の受け方を変えるということですね。体調不良のときの相談の仕方とか、相手とか。**香取** 何かあるとすぐに救急車を呼びますよね。救急車ってオールマイテ

ィーですから。コロナでは、日本だけでなく、イギリスもフランスも、みんな救急車を呼ぶから救急はパンクしたんですよ。そこは構図としては同じでしたが…。

医療の提供体制だけでなく、フリーアクセスに関し、患者側の行動変容もしてもらわないといけない。ただ、そこは政治的には結構むずかしいところだと思います。

Z世代にプライオリティを

長谷川 僕は反省を込めて言いたいことがあります。ずっと高齢者ケアの研究をしてきたのですが、突然1年ほど前に、プライオリティを間違っていたことに気づいたんです。国のプライオリティは高齢者が楽しく生きて死んでいくのを支えることではなく、若い人が生き生きと活躍する場を作り、やりたいことを展開するのを支えることじゃないかと。

日本ではスマホネイティブのZ世代がこれから20年間の中心になります。労働力であり、お金を稼ぐ人間であり、開発者です。また日本の未来を担うβ世代を生み育む親となります。世界はZ世代が4人に1人の25%ですが、日本は8人に1人の13%しかいません。だから、Z世代はものすごく貴重な資源で、これをいかに育てるかに日本の将来はかかっています。だから私は不幸なZ世代、若い人をもっと優先して制度設計すべきだと思うんです。

川崎 同感です。これから未来を担う若者が希望をもって日本で生活して働き活躍できるよう、社会保障制度や医療提供体制を変える10年にしなくてはならないということだと思います。——本日は貴重なご意見、ありがとうございました。 17

図表7 需要と医療の大転換まとめ



図表8 生活の質/死の質と日常生活動作能の関係

