

要塞化する世界における日本の医療

2025年6月13日

東京青年医会 早朝勉強会

一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事 /
兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授
香取 照幸

<http://www.garyu.or.jp/index.html>



Future Institute Wolong

COI 開示

発表者名：香取照幸

**演題発表内容に関連し、発表者に開示すべき
COI関係にある企業などはありません。**



香取 照幸(かとり てるゆき) Teruyuki KATORI

一般社団法人未来研究所臥龍代表理事、兵庫県立大学大学院社会科学研究科経営専門職専攻特任教授、藤田医科大学専門職大学院客員教授。医療法人社団至高会高瀬クリニック顧問

東京都出身、麻布学園中学・高校から1980年東京大学法学部卒、同年旧厚生省入省。

在フランスOECD事務局研究員、埼玉県生活福祉部高齢者福祉課長、厚生省高齢者介護対策本部事務局次長、内閣官房内閣参事官(小泉総理大臣官邸)、同審議官、厚生労働省政策統括官(社会保障担当)、年金局長、雇用均等・児童家庭局長。その間、介護保険法、子ども・子育て支援法、GPIF改革等の制度創設・改革を担当。また、内閣官房内閣審議官として「社会保障・税一体改革」を取りまとめた。

2016年厚生労働省退官、2017年在アゼルバイジャン共和国駐劄日本国特命全権大使。2020年4月より上智大学総合人間科学部教授、同年8月より一般社団法人未来研究所臥龍代表理事。2023年4月より兵庫県立大学大学院社会科学研究科経営専門職専攻特任教授。2024年4月より藤田医科大学専門職大学院客員教授。

主な著書:「介護保険制度史」(共著)『教養としての社会保障』『民主主義のための社会保障』『社会保障論Ⅰ【基礎編】』『高齢者福祉論【介護保険制度の理念・意義・課題】』(いずれも東洋経済新報社)。

日本医師会医療政策会議委員(2016-2018,2022-2024)、東京都医師会在宅医療委員会委員・TMA近未来医療会議委員長、日本年金学会幹事、日本地域包括ケア学会評議員、日米医学医療交流財団理事。

2021年11月より総理官邸「全世代型社会保障構築会議」構成員、2022年8月より厚生労働省「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」委員。2023年10月より同「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」委員。2024年3月より同「新たな地域医療構想等に関する検討会」委員。

prologue

要塞国家の世界

強者の論理 力による支配

世界の「要塞国家化」の背景

地政学的不安定化（ウクライナ戦争、中東問題、台湾問題など）

移民や難民問題 治安への不安・差別

グローバル化への反動（デカップリング、サプライチェーン再構築）

パンデミックによる国境管理の強化

テロやサイバー攻撃などの新たな脅威

世界経済の低迷 格差の拡大・新たな貧困層→分断と対立の激化 社会全体の寛容さの喪失

要塞国家の論理

資源の囲い込み・保護主義

安全保障・統制・排除

「内なる者」の利益と優先

国境・アイデンティティの強調

「敵」「外部」への警戒感

福祉・平等の論理

社会的支援の拡大・福祉の共有

包摂・平等・再分配

全ての人間の尊厳の尊重

国際的連帯・多文化共生

寛容と相互扶助

日本の社会保障制度、特に医療制度の持つ包括性・公平性・平等性は、この時代において特筆すべき価値を体現している

歴史は繰り返す。1度目は悲劇として、2度目は喜劇として

**「ヘーゲルはどこかで、すべての偉大な世界史的な事実と世界史的人物
はいわば二度現れる、と述べている。**

彼はこう付け加えるのを忘れた。

一度目は偉大な悲劇として、二度目はみじめな笑劇として、と。

(カール・マルクス 「ルイ・ボナパルトのブリュメール18日」)

歴史に学ぶ、ということ ～世界史の授業を思い出してみましょう～

:1914年 第一次世界大戦勃発(The Great War)

人類が初めて経験した世界規模の大戦

民間人を含む戦死者1000万人、戦傷病者2600万人超 「西洋の没落」シュペングラ

:1918年 終戦 ヴェルサイユ条約締結

1920年 国際連盟創設

1928年 不戦条約(ケロッグ・ブリアン条約)

1933年 日本国際連盟脱退

:1939年 第二次世界大戦勃発 国際連盟崩壊

軍人の死者数2200万人超、民間人の死者数3800万～5500万(当時の世界人口の4～5%)

核兵器(無差別大量破壊兵器)の使用

:1945年 終戦 ヤルタ会談(戦勝国)による戦後の世界秩序の構築

1945年10月 国際連合創設(原加盟国は51カ国)

↑ 朝鮮戦争・東西対立(冷戦)・ベトナム戦争・アフガン戦争-----

1989年 ソ連邦崩壊・東西冷戦終結

↑ 湾岸戦争・ユーゴ紛争・9.11・対テロ戦争・-----

:2022年 常任理事国・核保有国ロシアによる隣国ウクライナ侵略

戦間期はわずか20年、人類は再び世界大戦を起こした

75年間世界規模の戦争はなかった
戦争の惨禍の記憶を忘れた人類
は再び過ちを繰り返すのか？

シンプルな事実 ～人は過ちをくりかえす。なぜなら、「忘れる」から～

- 今の私たちが拠って立っている社会秩序—「戦後民主主義秩序」—を形作ったのは、実は明治・大正生まれの人たち。明治40年生まれは昭和20年に38歳、大正13年生まれは21歳。

戦後日本の復興を司った中核世代は、実は明治40年代から大正時代に生まれた人たち。

- この人たちの人生は波乱万丈。日清日露戦争、第一次大戦、ロシア革命、シベリア出兵、大正デモクラシー、関東大震災、大恐慌、5.15事件に2.26事件、日中戦争、太平洋戦争、そして無条件降伏、敗戦。
- 「帝国主義と戦争の時代」だった20世紀をくぐり抜け、築いたものをいったん全て失いながら戦後の焦土に立って復興の先頭に立った人たち。

- 彼らの世代は「リアルな戦争」を身を以て体験した世代。

「後藤田正晴氏、宮沢喜一氏、梶山静六氏、いずれも反戦平和だったと思う。梶山静六先生は、私によくこう言われた。『与謝野、君たち若い世代は、本当の戦争を知らない。戦争というものは、実際どれほど悲惨なものかは、なかなか判ってもらえないだろうがね』

（「目指した明日 歩んだ毎日」（与謝野馨 文藝春秋企画出版部）より）

「戦後60年の間に日本の自衛隊は他国の人間を殺したことはないんですよ。それからまた他国の軍隊によって殺されたこともない。先進国でこんな国は日本だけです。これは本当に誇るべきことだと思う。これだけは頭の中において政治の運営をやってもらいたい。」

（2005年1月2日 TBSテレビ「時事放談」での後藤田正晴元官房官の発言）

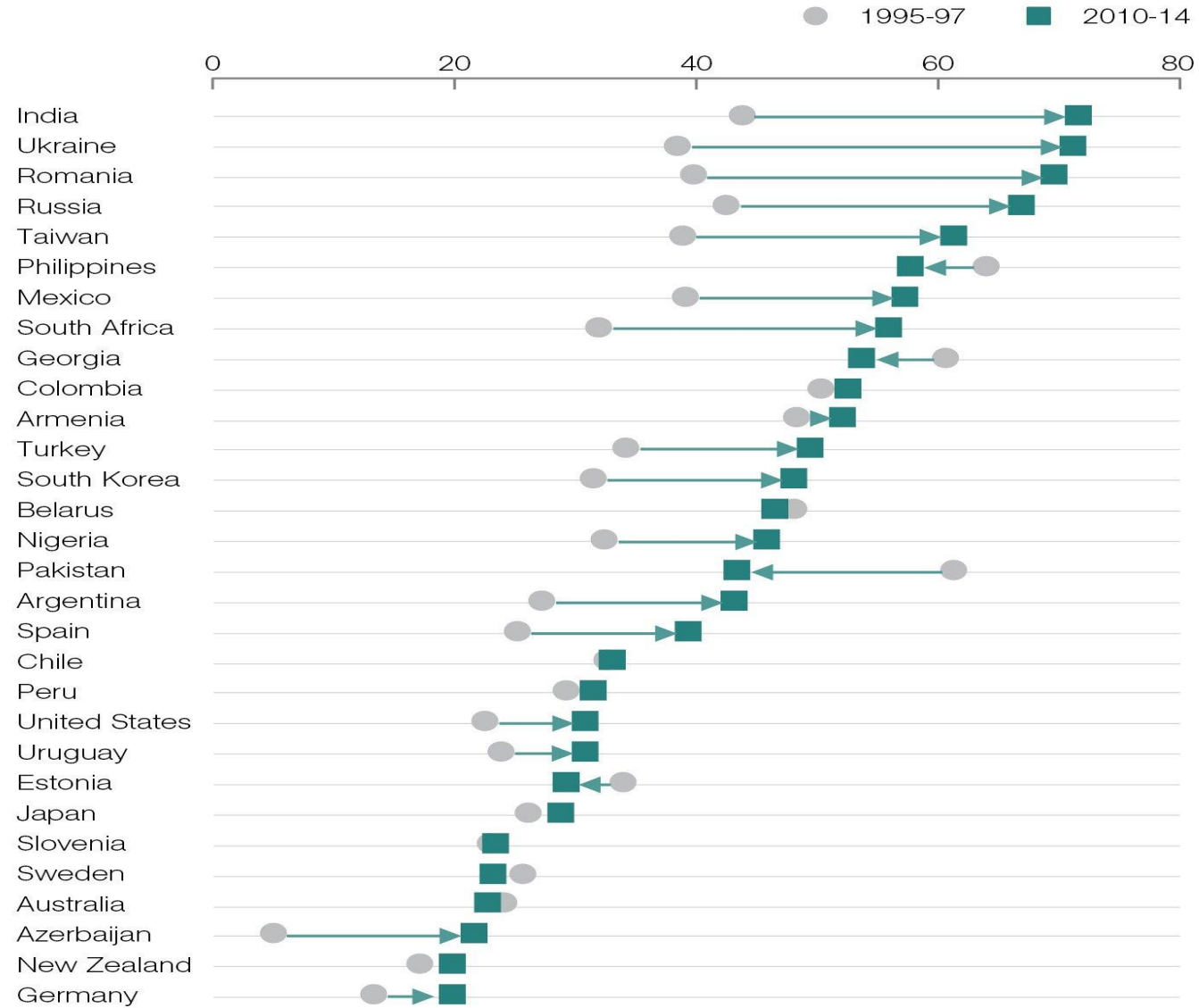
危機にある 21世紀の 民主主義

「過去20年(1995～1997→2010～2014)の間に、
国家の統治のあり方として、「議会や選挙に煩わされ
る必要のない強い指導者による統治の方が望ましい」
と考える人が世界中で増加している。」

(「世界価値観調査」(2017) ミュンヘン安全保障会議)
(Munich Security Conference Foundation))

☆その傾向は旧東側諸国や新興国でより顕著であり、
新興国のみならず北米や西欧のような成熟した民主
主義国でもその傾向が見て取れる。

WHAT CITIZENS THINK: WOULD HAVING A STRONG LEADER WHO DOES NOT HAVE TO BOTHER WITH PARLIAMENT AND ELECTIONS BE A GOOD WAY TO “RUN THIS COUNTRY?”



Source: World Values Survey; Foa and Mounk¹³

中間層の崩壊 —社会の分断— 民主主義の危機

中間層は世界中で崩壊しつつある。

世界経済の変調、産業構造の変化、グローバリズムの進行などによって、世界全体で、そして日本でも格差の拡大、社会的疎外、社会の分断が問題視されるようになった。

「経済成長による豊かさと社会の安定の好循環」が崩れ、経済的な不安定さと将来への不安が「社会の不安と分断」を生む。

→人々は「より強権的な指導者」を求めるようになる。

中間層の崩壊、格差の拡大は、民主主義の基盤を
掘り崩し、脅かす

- 西側の民主主義国では、経済のグローバル化は経済の最上層にいる一握りの人にとってしか利益をもたらさず、中間層以下の人々にとっては格差拡大と社会階層からの脱落の恐怖しかもたらさないことが明らかになった。「着実に公平な経済成長を監督する政府の力」への信頼が失われた。
- 政府への信頼が失われた後、人々の心を掴んだのはポピュリズムとナショナリズムとなった。ポピュリストの運動は「民主主義社会のエリート」への怒りと恨みを煽り立てる。その結果、有権者をより小さな「サイロ」に追い込んだ。サイロの中では、同じ境遇の人や似たような不満を抱く人と一体感を持つ傾向にある。こうしたサイロ効果は、民主主義社会が育むはずの幅広い中間層を分断し、そこから人々を引き離し、より小さな基盤に依存する政府を誕生させる。この結果、統治する側が効率的に業務を遂行することがより困難になる。
- 技術(IT)は民主主義社会を一層分裂させている。インターネットやソーシャルメディアを使って何百万人もの人々と瞬時にやりとりできる能力は、社会を結びつけられる力のように見えるかもしれない。しかし実際には逆の効果をもたらしている。人々はインターネットで個々の特定のサイロにいる、似たような考えを持つ人のニッチなグループを見つけることによって、国民という大きな枠組みから逃れることができるようになった。
- 「グローバル化の時代、流動性と機会が減る中で人々が自分の人生をコントロールできると思えないと、身近なアイデンティティーへのこだわりが極めて強くなる」。米国外交問題評議会(CFR)のリチャード・ハース会長はこう述べた。「現在は小さなコミュニティを形成する能力が事実上無制限になっている。このため国家的なコミュニティの形成が一層困難になっている」

“Regime Change in the West?” by Perry Anderson

- 西側エリート層の歓迎 vs. 民衆の失望
 - 経済回復や多様性推進などはエリート層や理論誌に称賛される一方で、一般市民(特にアメリカ)には実感が伴わず、バイデン不支持により政権交代ではなく不在の危機を招いた。
- 政治的混乱の連鎖
 - アメリカではバイデン後の不安定が顕在化し、ドイツでは連立崩壊と極右AfDの台頭、フランスでは政府の不信任、イギリスでも政党間の混迷が続くなど、各国でエリート主導の制度が揺らいでいる。
- 右派ポピュリズムの強さと左派の弱さ
 - ネオリベラリズム下の格差やエリート支配に対する不満が、右派ポピュリズムを増幅させた。左派ポピュリズムは移民問題など倫理的制約のため、右派に比して攻勢が限定的。

：現在進行中の「システムの崩壊的变化」は、単なる政権交代ではなく、既存の西側支配構造が変容している象徴的現象

その根底には「格差拡大」「エリートへの失信」「民主主義の形式化」があり、それに対し左派は十分な代替案を示せず右派が新種の攻勢をかけている。

- 「Regime Change」：西側エリートによる支持と民衆の反発が交錯し、制度構造そのものが再編されようとしている状況。
- 構造的要因：格差、移民、制度的失効、ネオリベラリズムの浸透。
- ポピュリズムの二重性：右派は民族主義的トランプ主義で勢いを得ており、左派は倫理と国際主義に阻まれ攻勢が鈍い。
- 現在は「システムの分岐点」ある、と位置づけ。

民主主義を支える社会保障

現代の福祉国家における社会保障の機能とは、かつての救貧院や施療院のような「救貧」を目的としているものではない。

その機能の中心は、社会の中間層の貧困化・崩壊を未然に防ぐ「防貧機能」にある。

この「分厚い中間層」こそ、安定的な消費＝需要を生み出すコア層であり、同時に社会(＝民主社会)の中核を担い、政治の安定を支える層でもある。

民主主義と社会保障の親和性は、まさにここにある。



日本の医療の未来 について考える

**今日のプレゼン
を通じて**

**みなさんにも考
えてほしいこと**

**超高齢社会＋人口減少社会での医療を
どう作っていくのか**

日本の医療提供体制の強みと弱み

諸外国の医療提供体制との大きな違い

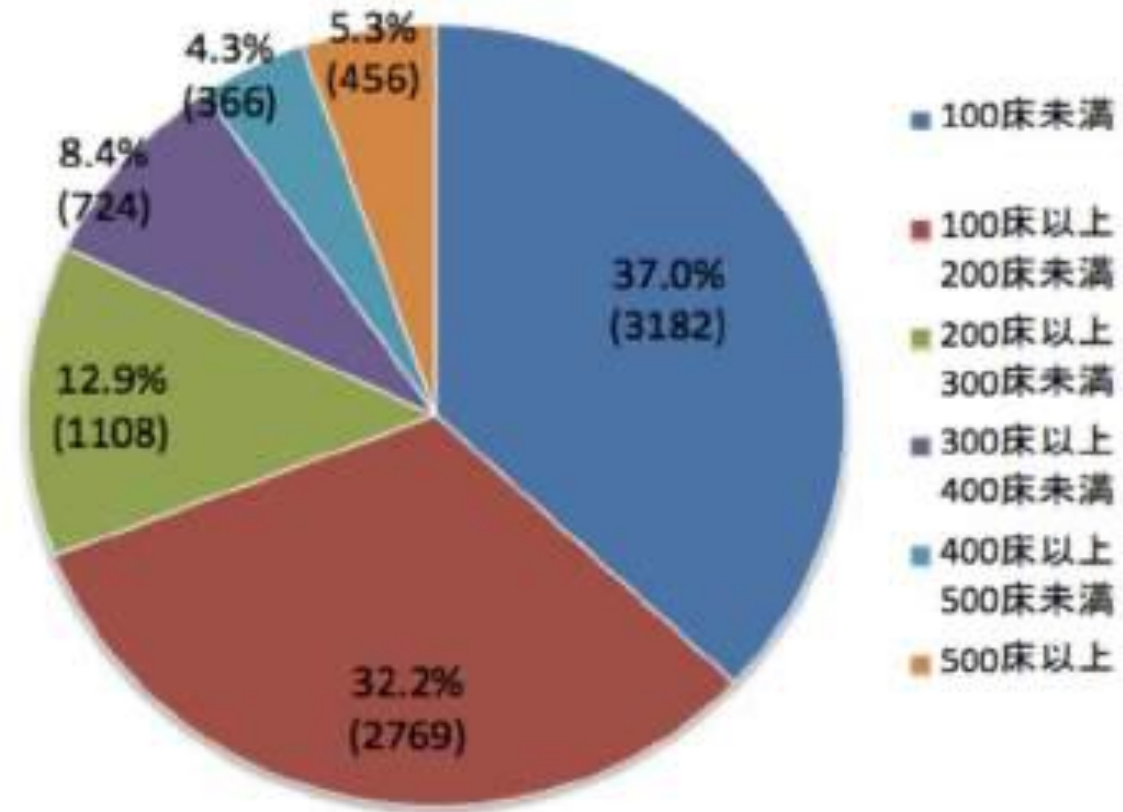
診療所と病院の並立・機能重複(未分化・非効率↔連続性)

民間中心の医療提供体制(独立採算・競争/競合・偏在・合成の誤謬)

中小病院中心の医療提供体制 (アクセスの良さ↔薄撒き)

⇒ 日本の医療の大層を占める中小病院が変わらなければ、
未来の日本の医療は描けないし、
求められる機能・役割が果たせなければ、中小病院の未来もない。

約 7 割の病院が200床未満



<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rad0-att/2r9852000002skuh.pdf>

現在の医療・ 介護提供体制 で、2040年の 社会を支えら れるのか？

- ・ 今回の COVID-19 禍は「すでに起こっている未来」
2040年に直面するであろう医療の現場を、我々は現在進行形で経験した。
そして今、能登半島でも同じ光景を我々は目にしている。
- ・ 高齢者人口は2040年代半ば、後期高齢者人口は2060年代後半までは増加
- ・ 他方で、今日すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯
- ・ 近い将来、医療現場では要介護高齢者・基礎疾患(多くは複数)を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化し、家族介護はほぼあてにならなくなる。

・

今日のお話の ポイント

医療需要(医療介護需要)はどう変化していくのか

- : 疾病構造/患者像の変化 multimorbidity
- : 社会構造/地域での人々の生活の変化 変化のスピード 地域差
- : 人的・物的資源制約 限られた資源で増大するニーズに応える

医療に求められるものはどう変わっていくのか

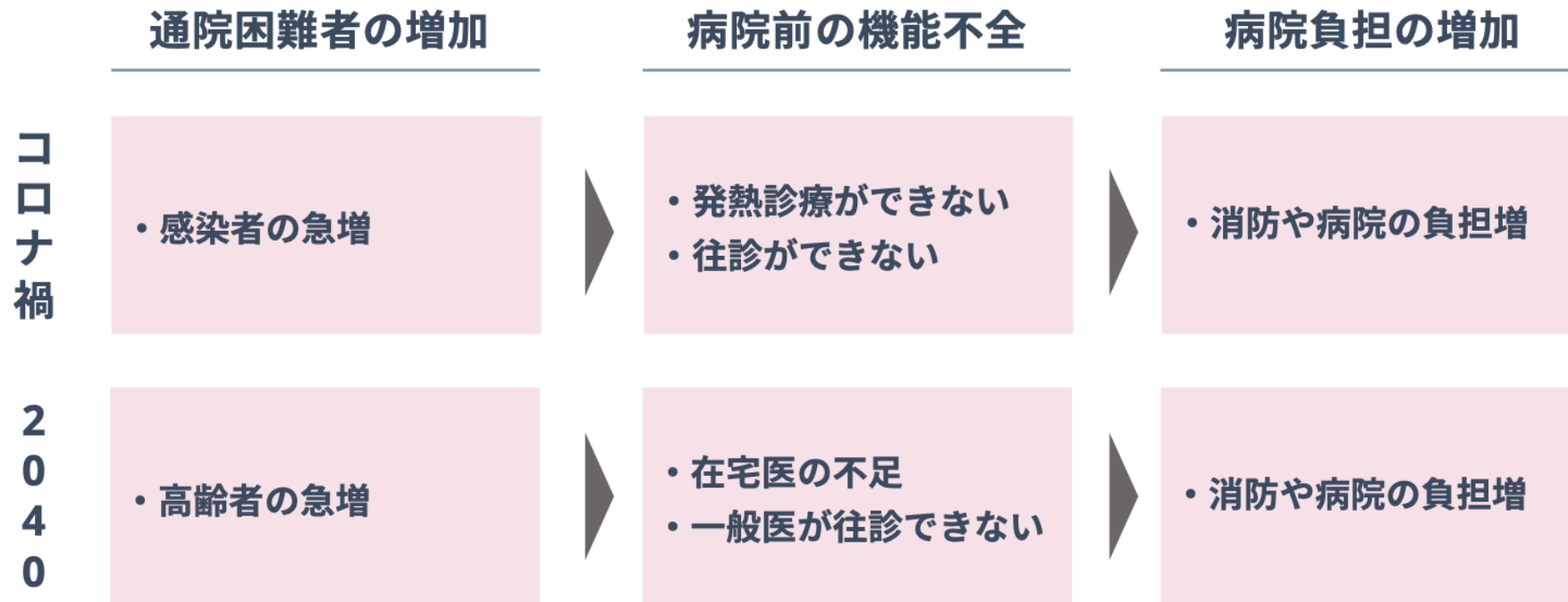
- : 治し・支える医療 切れ目のない医療 面で支える医療 連携・協働
- : 在宅医療 アウトリーチ 看取り 地域を起点とした医療の姿を描く
- : 時間と空間を超える医療 技術革新の成果の実装

医療者・医療機関に求められるもの 自己変革・行動変容

- : 医療者自身に求められるもの かかりつけ医 総合診療能力
- : 地域におけるかかりつけ医機能の実装 かかりつけ医とそれを支える病院

医療需要(医療介護需要)はどう変化していくのか

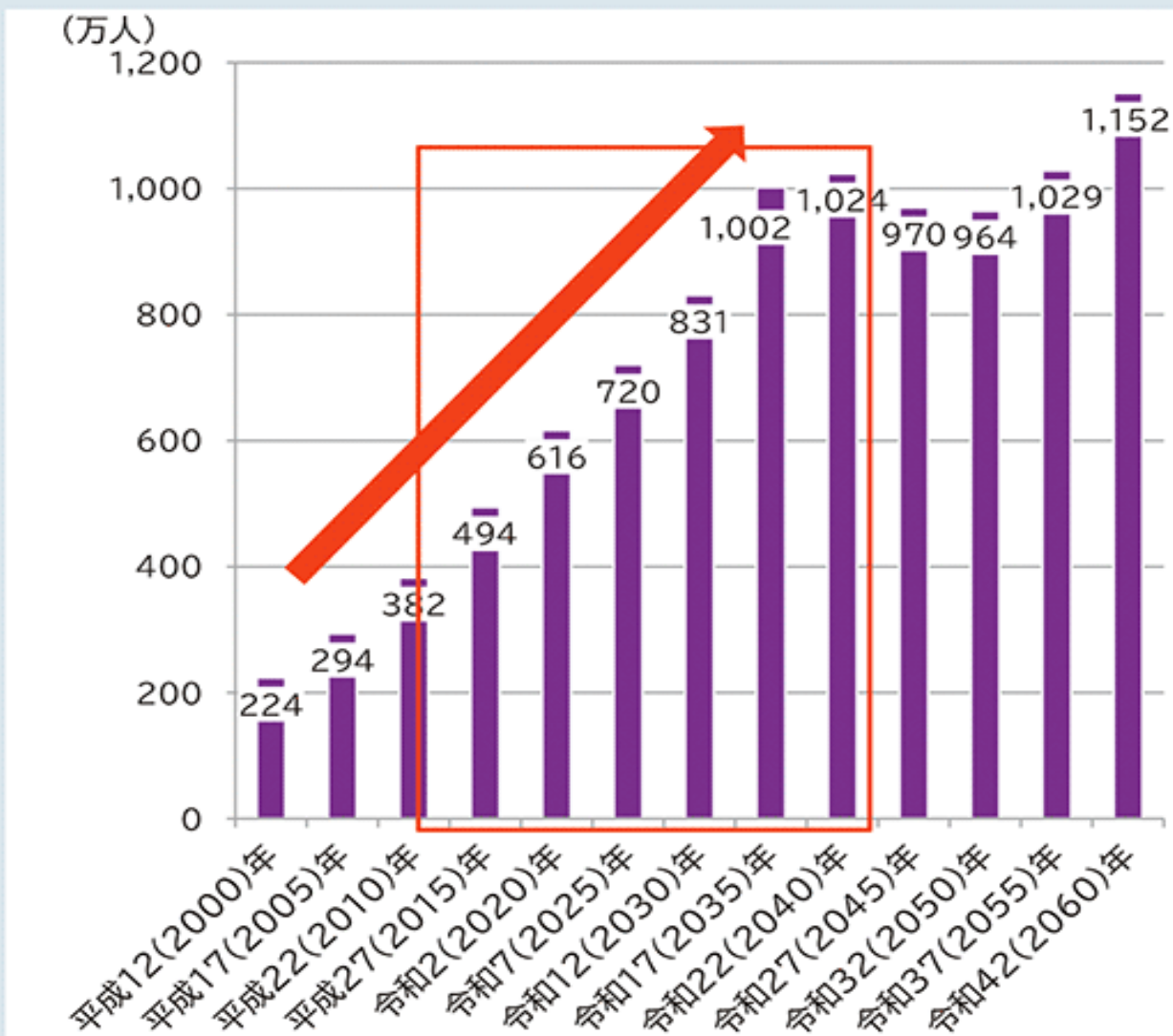
コロナ禍は2040年の世界だった



(株)ファストドクター 菊池医師の講演資料より

☆ 在宅医療の機能強化をしておかなければ、病院(入院医療)への負荷がどんどん大きくなって再び機能不全を起こす。

2035年：85歳以上の高齢者が1000万人



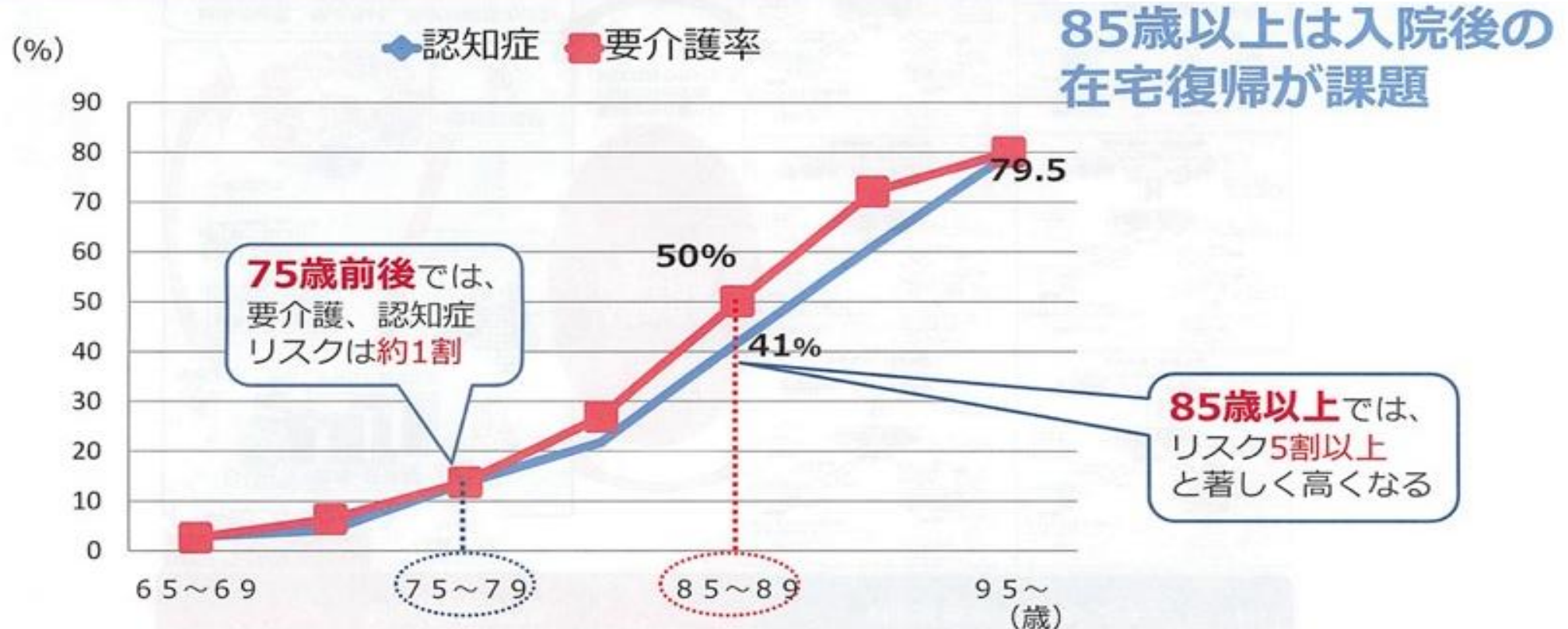
資料：2025（令和7）年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2018年推計）」の出生中位・死亡中位結果、2020（令和2）年以前は、総務省統計局「国勢調査」より厚生労働省老健局総務課において作成。

85歳を超えると5割は要介護・4割は認知症

複数疾患 (multimorbidity)・医療/介護の複合ニーズを持つ患者の増大

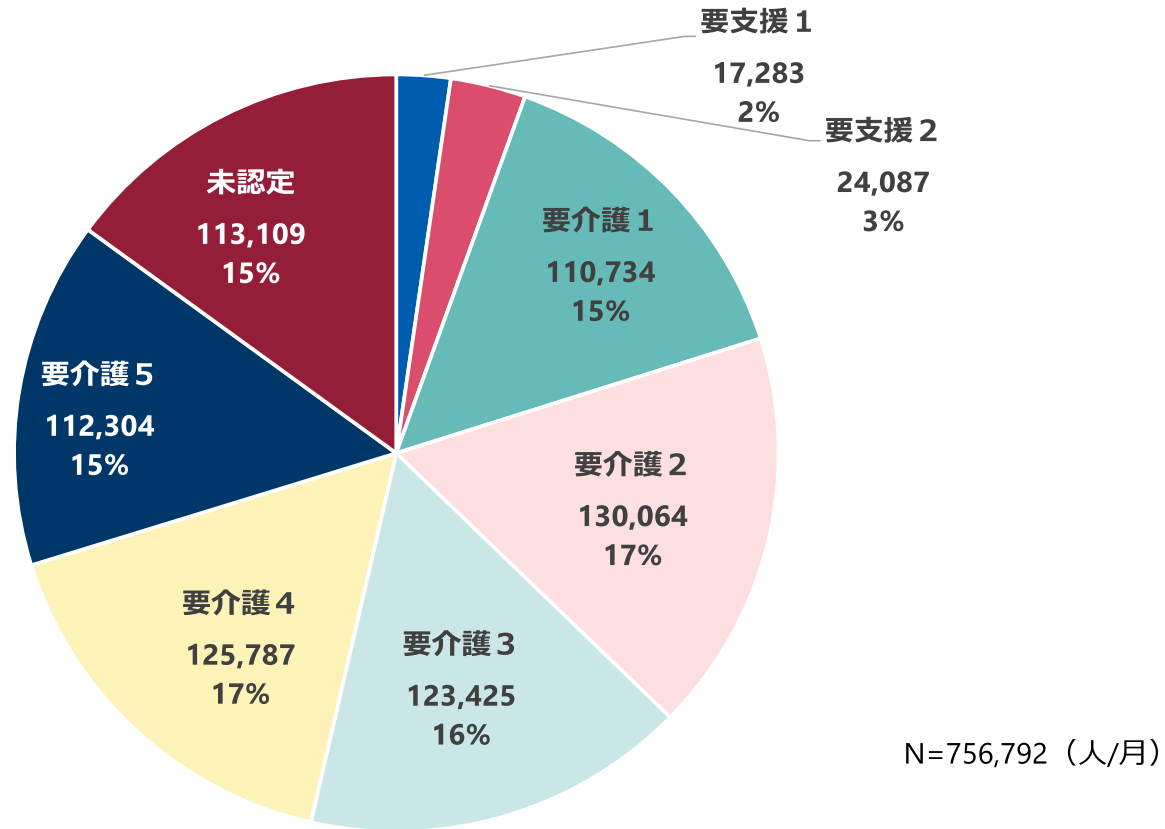


年齢階級別の要介護率と認知症



訪問診療を受けている患者の85%は要介護・要支援者

○ 在宅患者訪問診療料を算定している患者のうち、要介護1・2の患者が約30%、要介護3以上の患者は約50%であった。



【出典】KDBデータベース（KDB）（2019年度診療分）
※算定項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）
※月当たりの平均患者数、京都府除く

訪問診療が増える → サービスの中心はアウトリーチ型へ

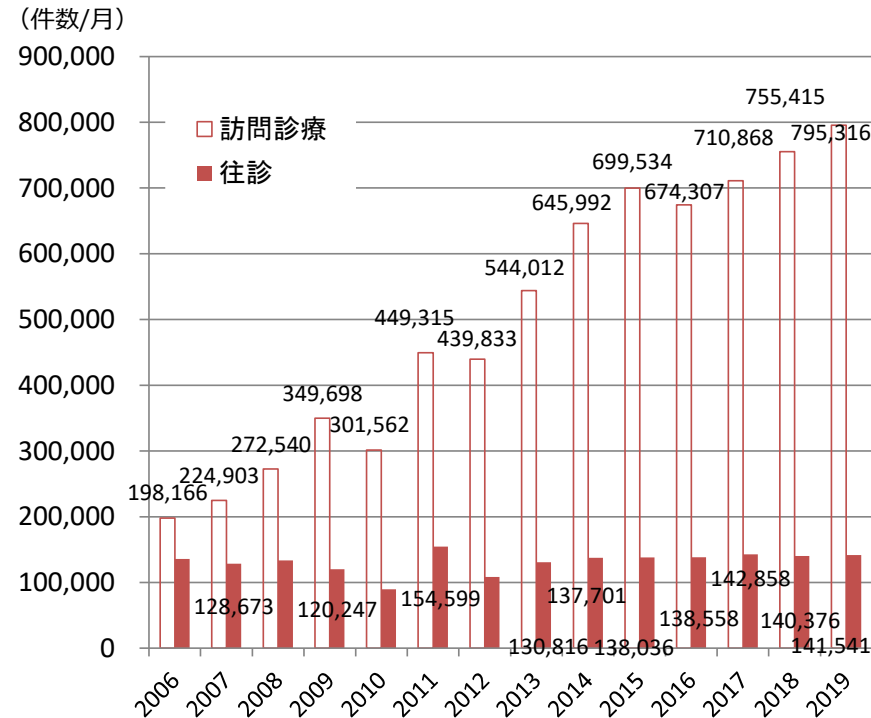
在宅患者訪問診療料等の件数の推移

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	参考資料
令和3年10月13日	改

- 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。

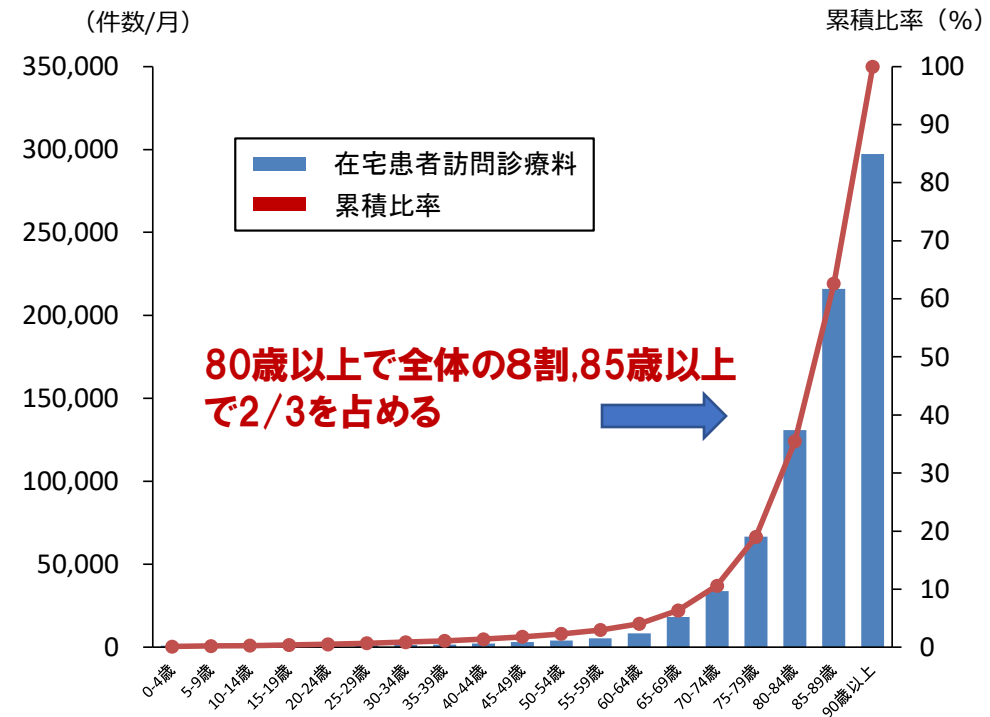
訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布

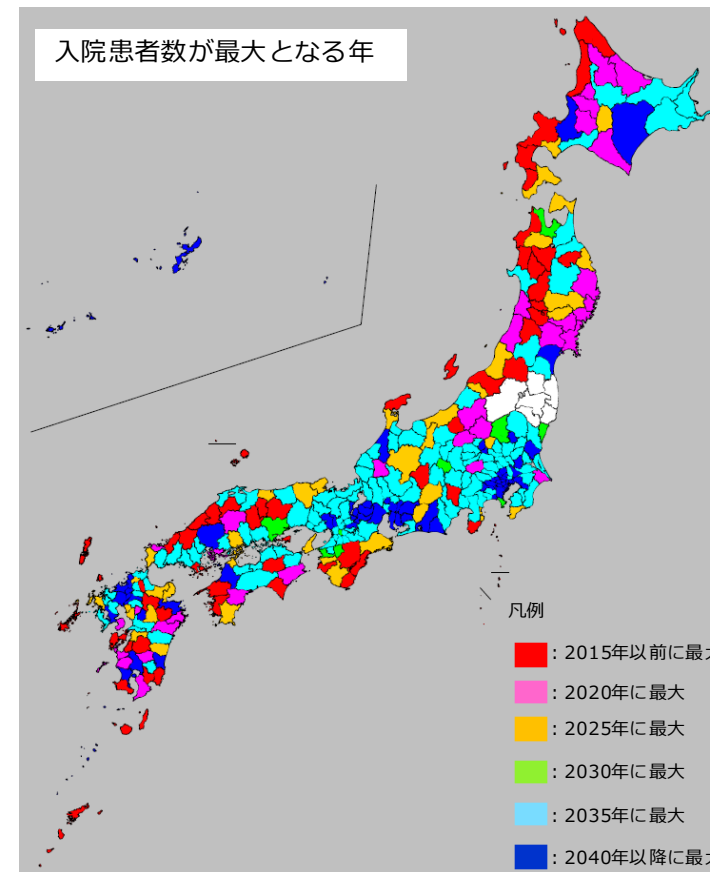
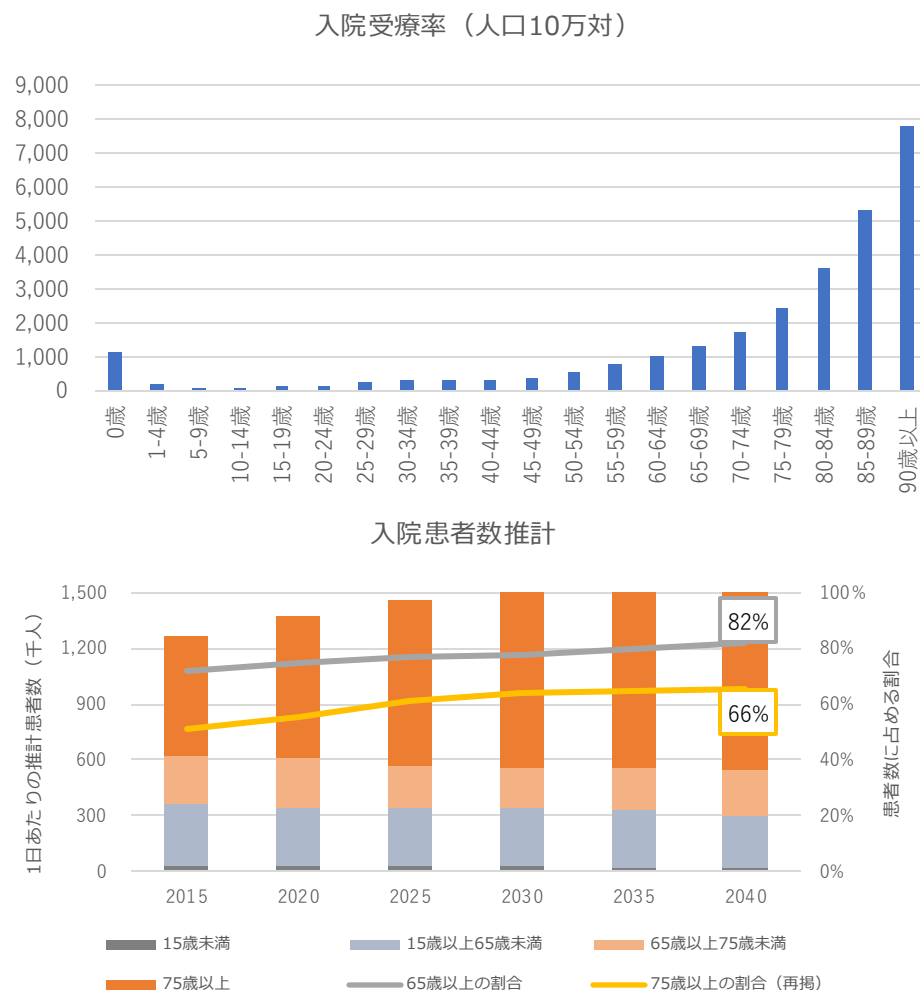


出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

医療需要の変化① 入院患者数は全体としては増加するが地域差は極めて大きい

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までには261の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

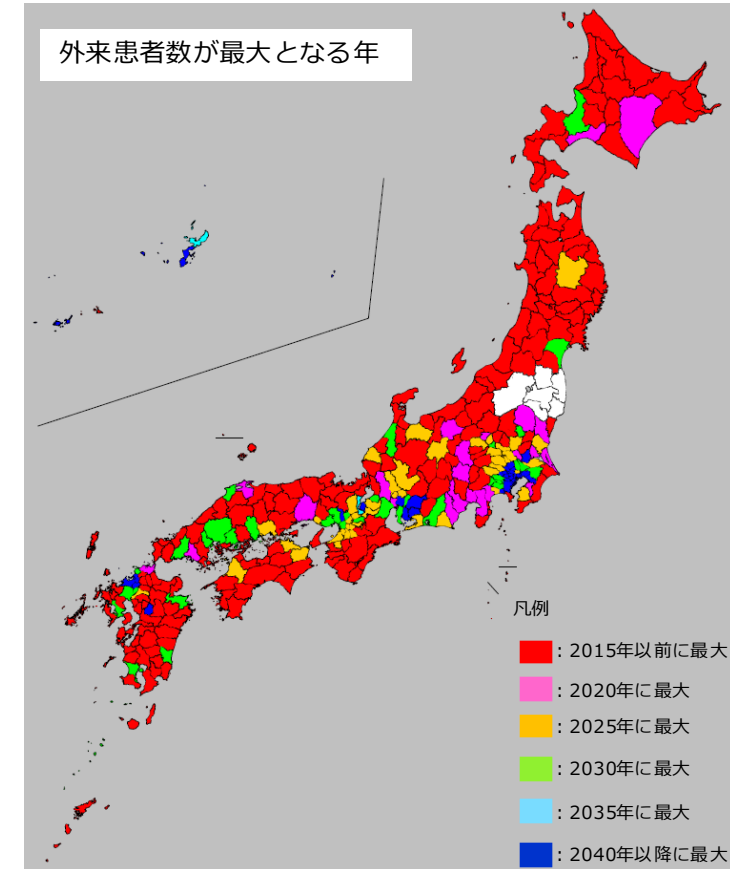
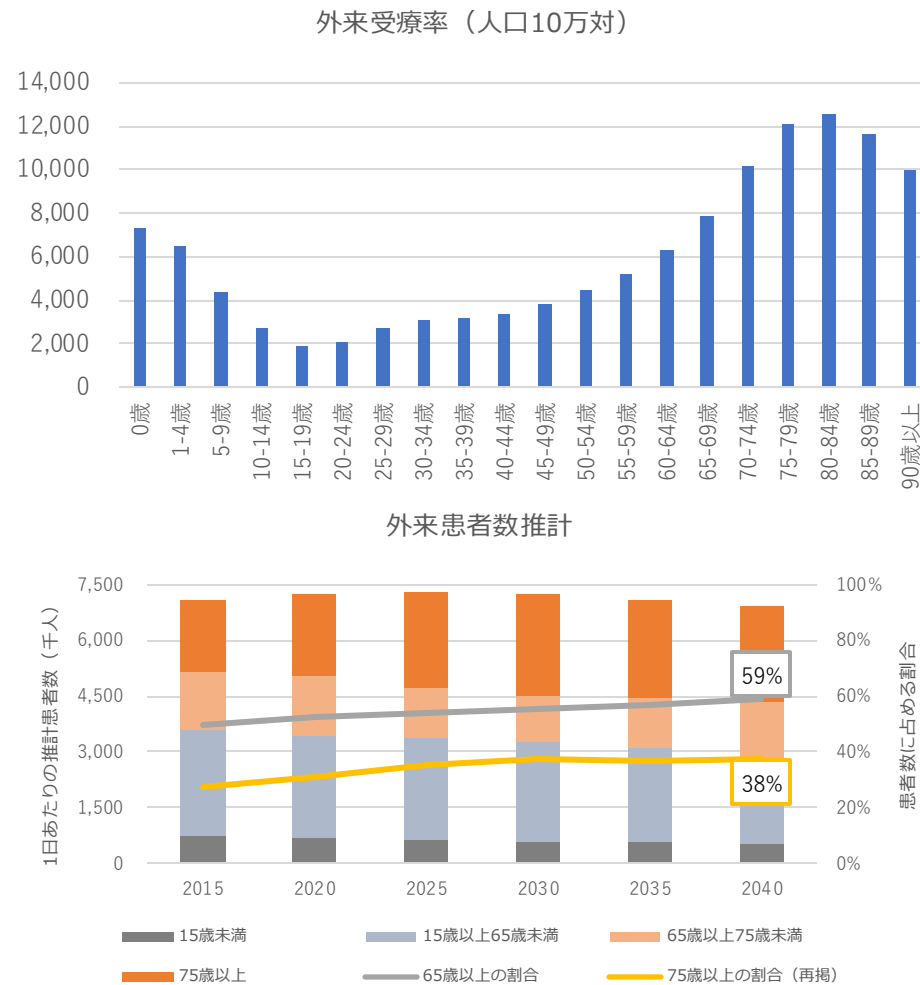
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

医療需要の変化② 外来患者数は既にほとんどの医療圏でピークアウト

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

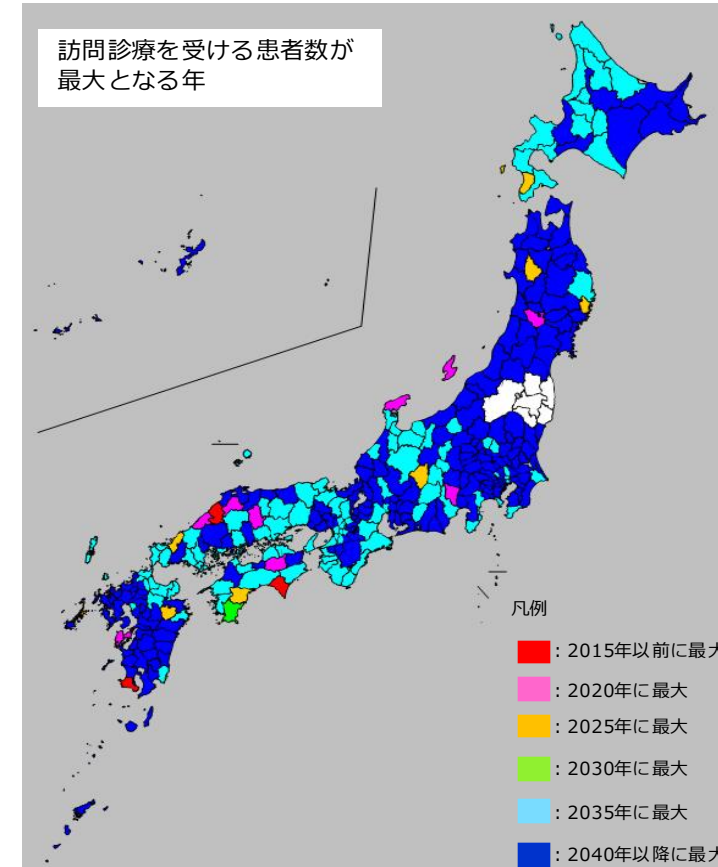
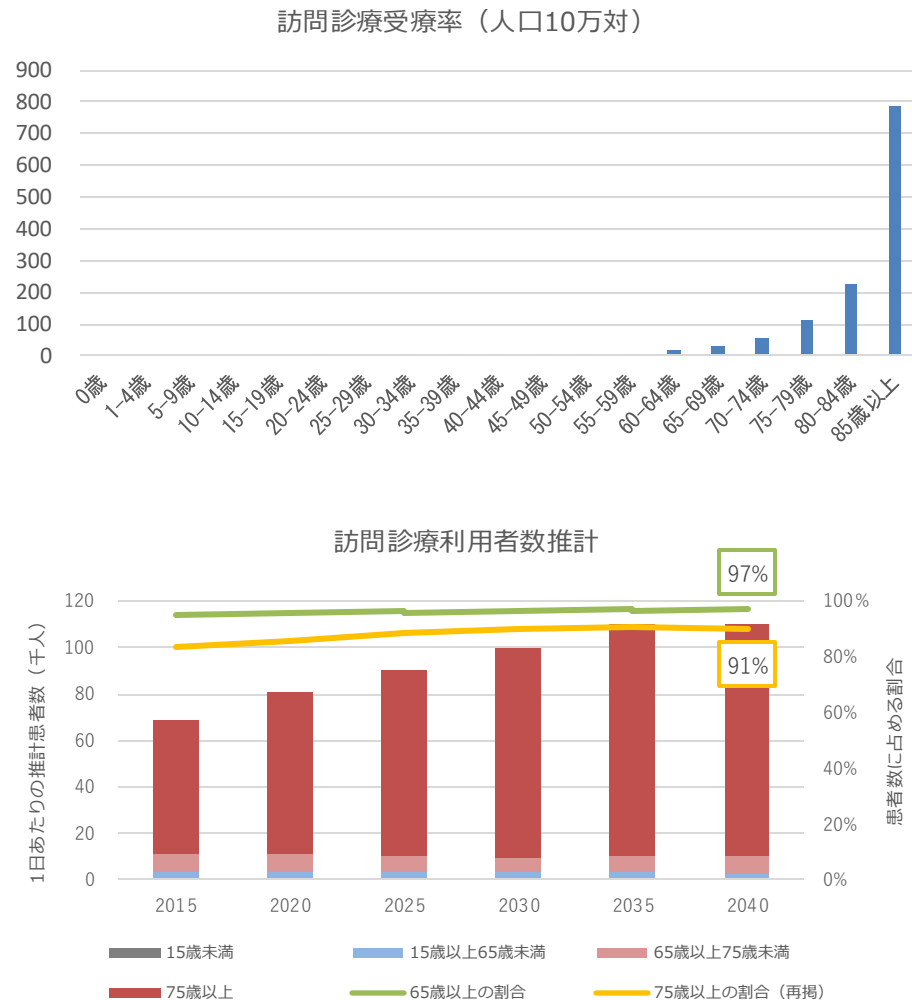
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化③ 在宅患者数は殆どの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類の入院一外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類の外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

救急搬送も増大する → その主力は後期高齢者、特に85歳以上高齢者

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別救急搬送件数（人口10万対）



救急搬送件数が最大となる年



資料出所：『消防庁救急搬送人員データ』（2019年）を基に、消防庁（2019年）の推計を基にしたものを、2020年1月現在国勢調査人口で調整した都道府県別人口で算出して年齢階級別に相対率を作成し、地域別2020年推計人口に適用して作成。

※ 性別が年齢別のセグメントについては推計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢別人口を基に推計。
 ※ 国勢調査市町村別の人口推計が提供されていないため、国勢調査の二次集計区画を越く329の二次医療圏について推計。

医療に求められるものはどう変わっていくのか

超高齢社会における医療のあり方の変化

- ・ 「治す医療」から「治し支える医療」へ

生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」

- ・ 人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望む。

可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要。

- ・ とすれば、超高齢社会の病院病床に求められる機能は

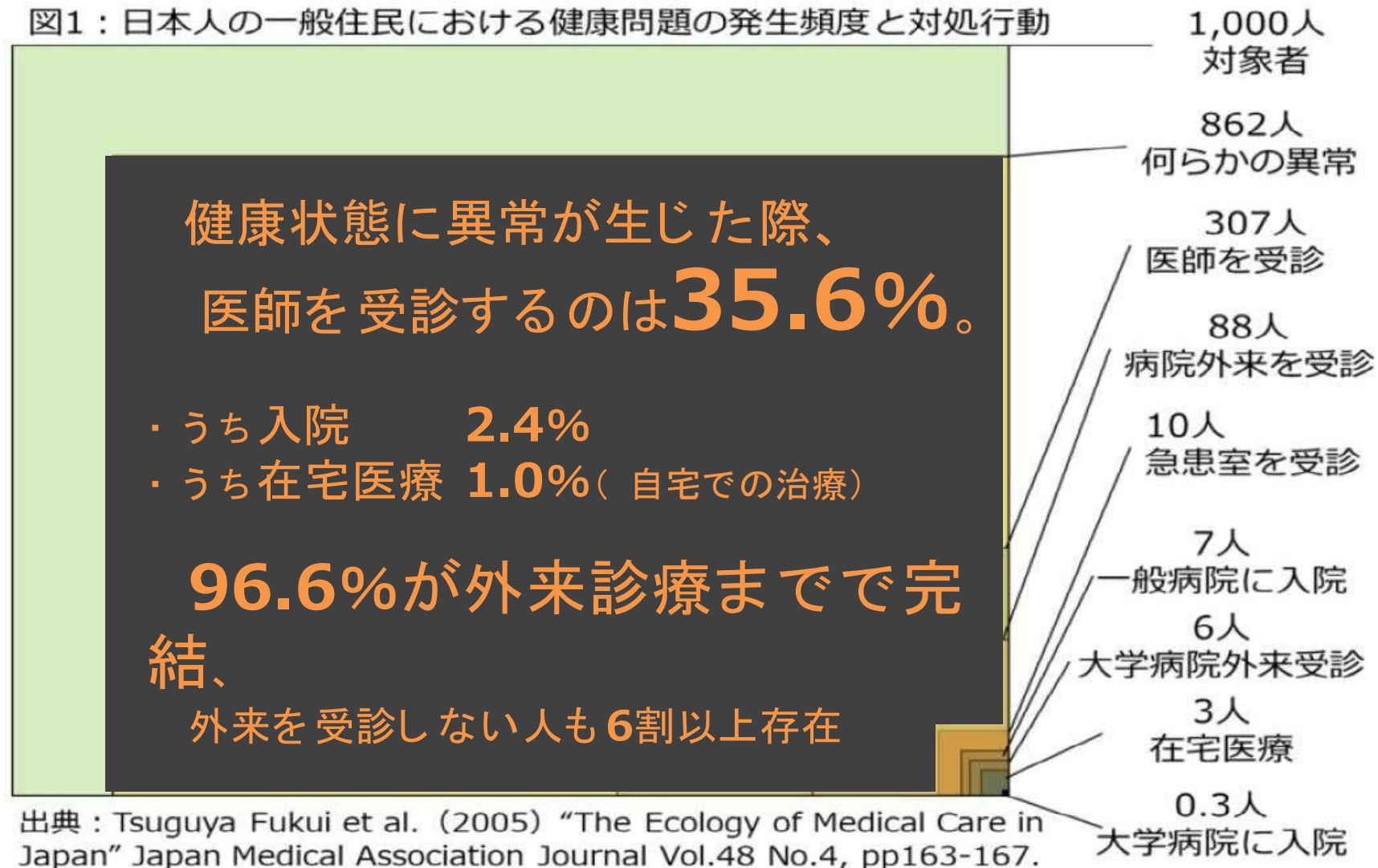
① 「治す」に特化した高次機能を担う病院

② 地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病院

という、二つの方向に分かれていくと考えられる。

国民の医療ニーズはどこにある？

図1：日本人の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動



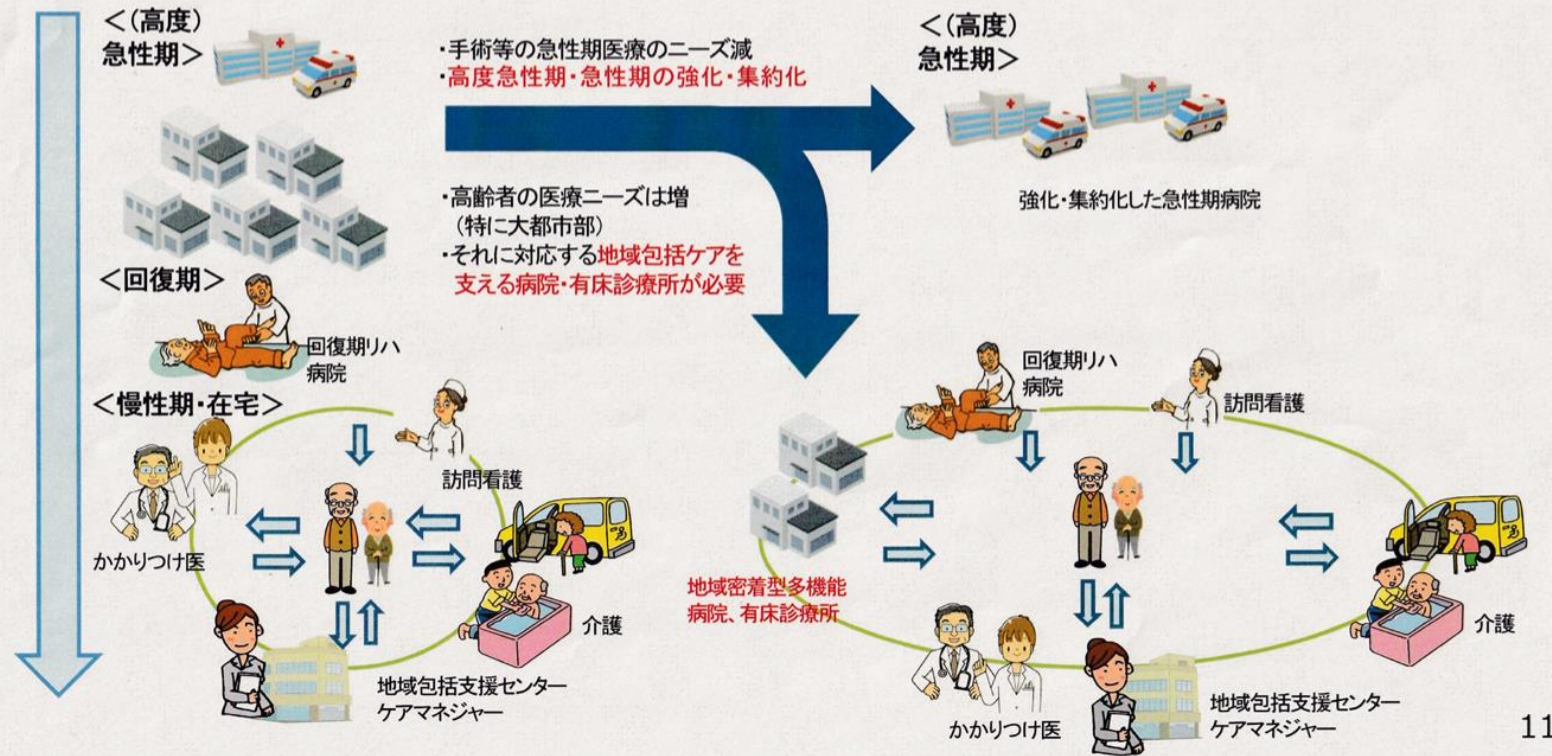
水平的連携で地域包括ケアを支える

【これまで】

「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へ、急性期病院→回復期→慢性期・在宅（地域包括ケア）の垂直連携（タテ連携）を推進

【これから】

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医、地域密着型多機能病院・有床診療所、介護などとの水平的連携（ヨコ連携）を推進



これまでの地域医療構想の視点:

:高度急性期～急性期の医療を担う大病院から地域のかかりつけ医までの「医療のみの垂直連携」

これからの視点:

:日常生活圏域ごとにかかりつけ医、地域密着型多機能病院、訪問看護、ケアマネジャー、介護、地域包括支援センターなどが水平に連携する「多職種協働・地域包括ケアネットワーク」

→医療のみの垂直連携中心から、介護との連携を基本とする水平連携中心へ

「地域包括ケアは制度を超えるネットワーク」
Community-based integrated care network

医療者・医療機関に求められるもの 自己変革・行動変容

「治し・支える医療」はどうすれば実現できるのか

「治し、支える」は一人の医師、単体の医療機関だけでは実現できない。

- ：「治し、支える」は地域医療全体で実現される care in community
 病院完結型医療から地域完結・在宅中心/在宅支援型医療へ
 外来中心から往診・オンライン中心へ
 連携と協働 かかりつけ医機能の実装、それを担う診療所・地域病院ネットワーク
- ：患者の状態像の変化に対応した医療・看護・介護・生活支援、包括的ケアが必要
 医師・看護師・OT・PT・薬剤師・介護職など多様な専門職種との連携・協働が重要
 →だから地域包括ケアネットワーク
- ：多職種連携を支える情報基盤は不可欠
 → 医療IT・IoT・Dxは、在宅医療・地域包括ケアを支える不可欠のtool

かかりつけ医・かかりつけ医機能についての医療界の統一見解 「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日)

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

日医・四病協提言を要素分解してみると、、、

- 患者の生活背景を把握した適切な診療及び保健指導の実施。
地域医療・保健・福祉を通じた総合能力
自己の専門性を超える場合、専門医療機関の紹介、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供
プライマリケア（総合診療能力）
common disease への対応
病診・診診連携・伴走支援
- 休日・夜間対応体制の構築
地域の医師、医療機関等との情報共有・協力関係の確保
24時間対応 ネットワーク
- 地域住民との信頼関係の構築
健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健への参加
地域参加
保健・介護・福祉関係者との連携
地域包括ケアネットワークへの参画・医療介護連携
- 在宅医療の推進
アウトリーチ・退院時支援 「切れ目のない医療」の提供
- 患者や家族への適時適切な医療情報の提供
家族支援・コンシェルジュ機能（「総合相談支援」機能）
コミュニケーション力

これを整理してみると、

①-1 かかりつけ医となる個々の医師に求められる能力

(ex) 総合診療能力・common diseaseへの対応、コミュニケーション能力等)

①-2 かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・地域密着病院)が具備すべき機能

(ex) 在宅医療、夜間休日対応、健康相談/指導(コンシェルジュ機能)、入退院支援、保健行政への協力、病診/病病/診診連携、看護/介護サービスとの連携等)

そして

② ①を支える地域で構築されるべき連携・協働のシステム

(ex) 地域医療構想の再構築、地域包括ネットワークの実装、情報連携ネットワークの整備・実装等)

が含まれていることがわかる。

かかりつけ医・かかりつけ医機能は、1人の医師・医療機関だけで担えるものではなく、かつ、担わなければならないものでもない。

：地域全体で必要な時に必要な医療が適時適切に提供できる体制、すなわち「地域完結型の医療提供体制」を構築していく中で実現されるもの。

∴「システムとしてのかかりつけ医機能の構築」こそが重要。

かかりつけ医となる医師(医療機関)の資質能力、かかりつけ医機能を担う医療機関の能力はもちろん重要な論点。誰でもなれるというものではない。

同時に、医療機関相互の役割分担と協働・ネットワーク、かかりつけ医をバックアップする病床機能を有する地域病院、診診・病診連携システムの構築など、システムとしてのかかりつけ医機能を地域の医療提供体制の中でどのように作り上げていくかという視点で考えることが必要。

そのためには、

- 患者に関わる複数の医療機関がチームを組んでかかりつけ医機能を担う仕組み
- 時間外診療を専門に担う医療機関との連携、
- 在宅支援を担う診療所とそれを支える地域密着型病院(在宅療養支援病院)の連携、
- 訪問看護など多職種との協働による対応

など、それぞれの地域で在宅医療を支える医療資源をシステムとして組み上げていく取り組みが必要。

かかりつけ医・かかりつけ医機能を議論する枠組み

①-1 かかりつけ医となる個々の医師の資質・能力の向上（≒1号機能）

→かかりつけ医は患者が選ぶもの。患者に選ばれる医師を養成することが大事

医師の資質(＝総合診療能力)向上に向けての取り組み(かかりつけ医研修の充実)

①-2 かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・地域密着病院)の整備(≒2号機能)

→制度:かかりつけ医療機関の定義・機能役割の明確化、地域医療構想への組み込み

現場:地域における実装に向けての取り組み(病診連携・医療介護連携・地域包括ケアへの参画)

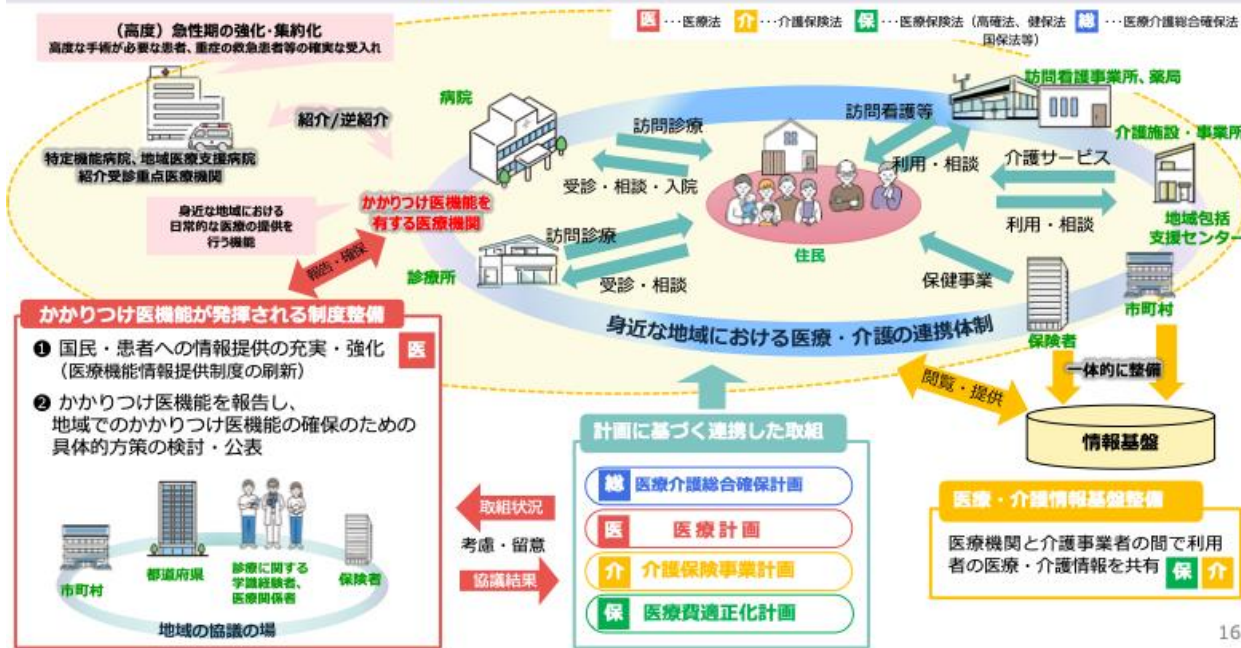
② ①を支える連携・協働システムの基盤整備

(ex) 地域包括ネットワークの構築、情報連携ネットワークの整備・実装等)

③ かかりつけ医・かかりつけ医機能を支える財源の確保

新しい地域医療構想の中核となる かかりつけ医機能

中小病院の位置付けの変化



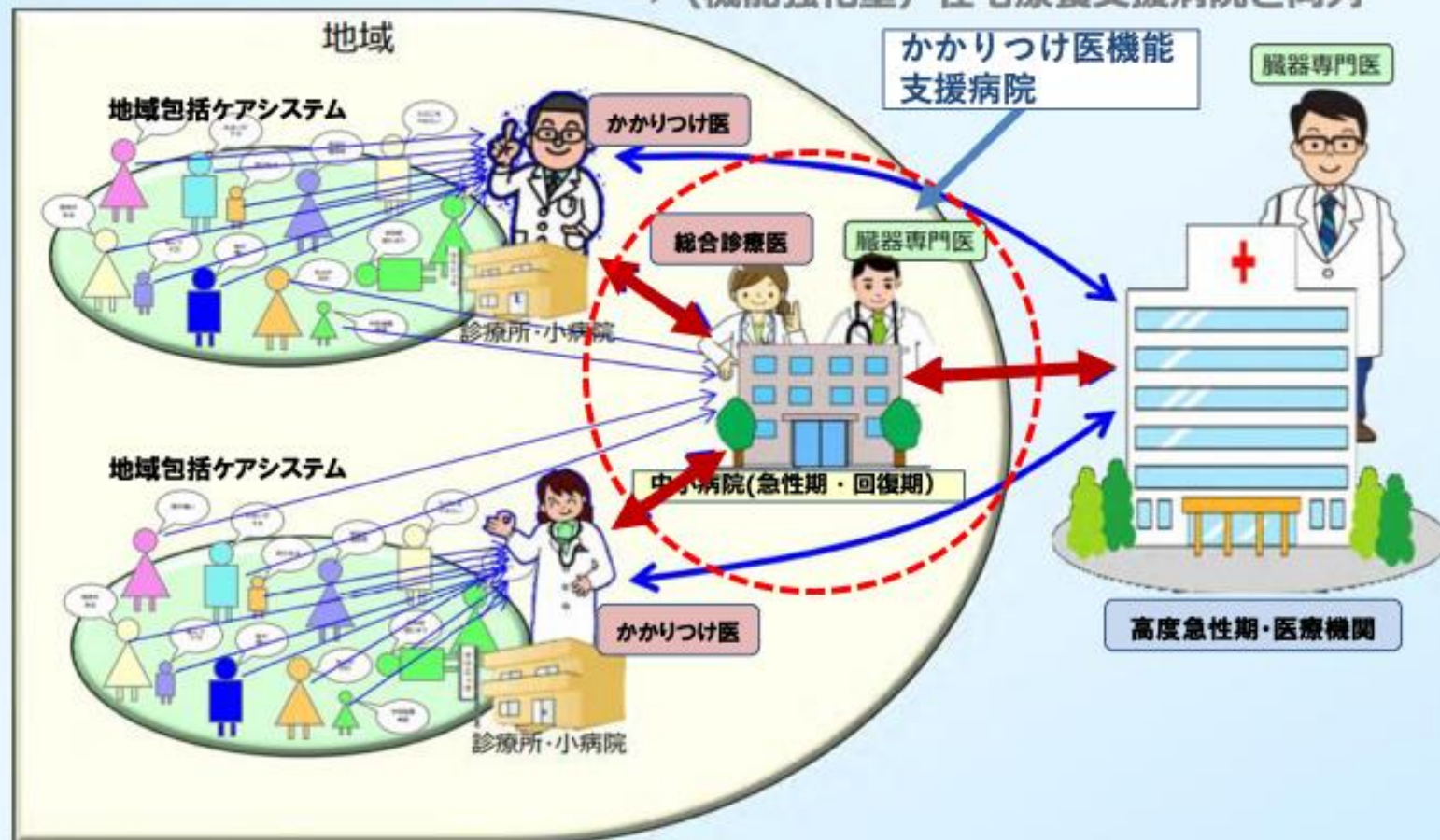
3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



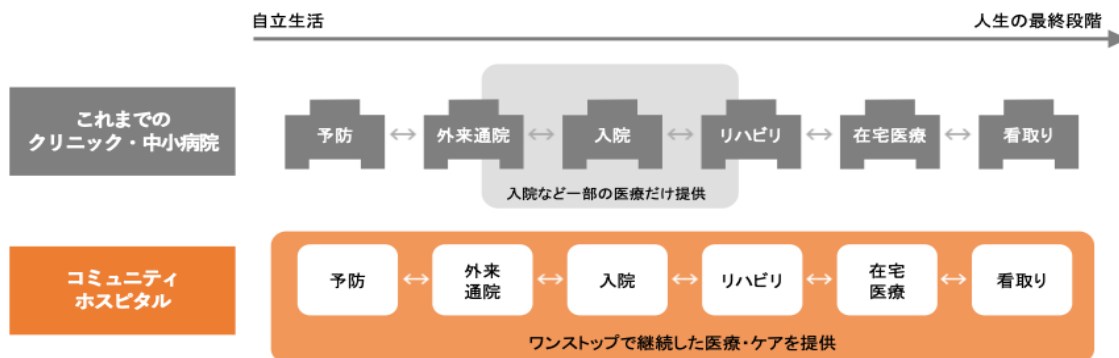
かかりつけ医機能支援病院（役割と連携）

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

⇒（機能強化型）在宅療養支援病院と同列



これから求められるのは、どんな症状でも疾患でも診療できるかかりつけ医療機関。
コミュニティホスピタルでは、予防医療から外来・入院・在宅医療まで、必要な医療とケアをワンストップで継続的に提供し、患者さんの人生を支えます。



包括性 (comprehensive)・連続性 (coherent)

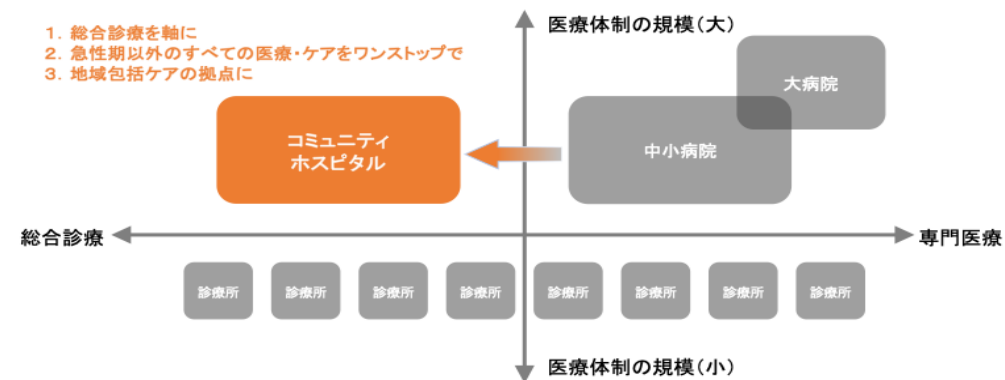
20

Copyright FUJITA SOUSHIN PROGRAM All Rights Reserved.

総合診療をベースに、連携と協働で地域を支える医療を実現

中小病院は地域医療を守る独自のポジションへ

中小病院は大病院に倣った専門医療から、総合診療を軸とした「治し、支える医療」に転換する。そして、独自の医師一人体制の診療所には難しい多職種のケアチームによって、地域医療を守る独自のポジションを形成することができます。



21

Copyright FUJITA SOUSHIN PROGRAM All Rights Reserved.

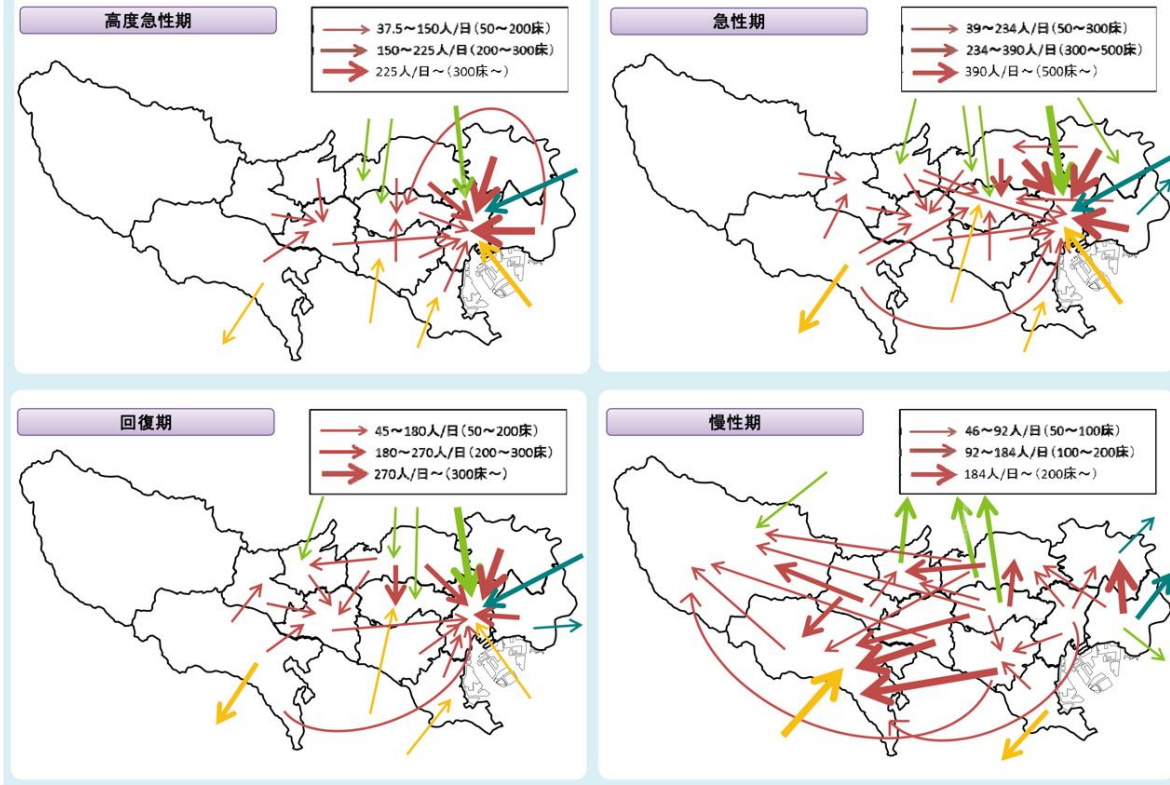
医療における「東京都問題」

二次保健医療圏間の患者の流出入状況(全疾患/2025年)

◆ 4機能ごと差引後の流出入(人/日)・病床数

(必要病床数等推計ツール:2013年の患者の受療動向を年齢階級別に2025年の人口で引き延ばして算出)

→ 都内 → 埼玉県 → 千葉県 → 神奈川県



東京都の医療提供体制

潤沢な医療資源 + 交通アクセスの良さ



「診療圏」が成立しない

医療機関(病院も診療所も)の専門分化が顕著
(→それを可能にする諸条件が揃っている)

外来診療も特異な形で専門分化(従来型 + 大規模在宅・施設在宅・往診専門C等々)

★都心における昼間人口と夜間人口の大きな差

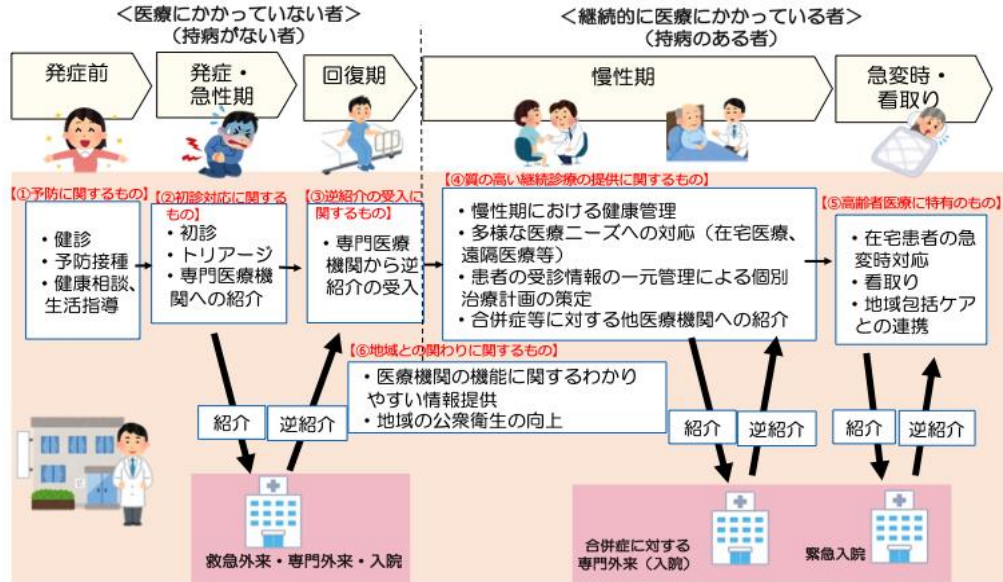
→膨大な昼間居住者(=通勤者=現役層)のニーズ
に対応した形態・機能を持つ医療機関の集積
(産業医・専門診療・健診C→医療モール、ビル診)

退職後の医療保障の形をどう考える？



「生涯を通じた」かかりつけ医をどう考えればいいか？
そもそも、ライフステージによってかかりつけ医・かかりつけ医機能に求められるものが違うのではないか？

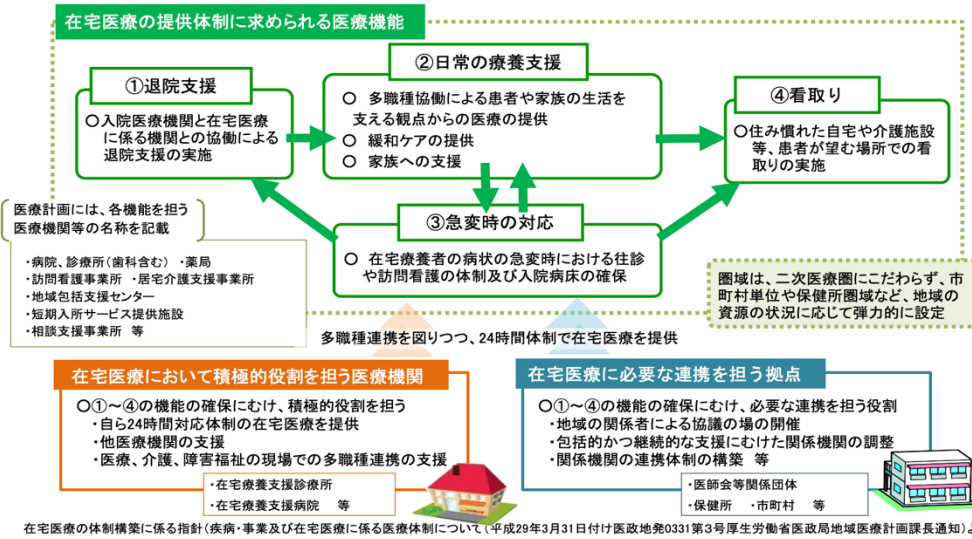
受診の場面からみた、保健医療のニーズ



在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



在宅患者の姿

Multimorbidity+医療/介護/生活支援複合ニーズ

身体的脆弱性(急性増悪・重症化・容態急変リスク)

社会的脆弱性(孤立・独居・家族関係・地域関係)

支える医療は一人ではできない。

医療機関相互の連携と協働、多職種チームの協働が不可欠。

それをいかにmegacity東京で実現するか

②日常の療養支援 ③急変時の対応 ①退院支援 ④看取り



それぞれのステージで医療に求められるもの、そしてそれを実現していくための条件とは？

☆高齢社会における在宅医療の役割(委員会報告書より)

- ・日常的健康(医学)管理(ポリファーマシー・低栄養・サルコペニア・フレイル)への対応
- ・急変対応を可能にする医療体制(救急搬送の回避)
- ・退院支援(在宅診断/医療能力の強化(新規モダリティ(医DX/IT)/多職種チーム協働/))
- ・再入院抑制・看取り(意思決定支援・在宅緩和ケア)

時間があれば議論したい論点

- ・中小民間病院の位置付け
多機能型地域密着病院は、大都市部東京ではどう機能しうるか。
- ・介護施設・サ高住・有料老人ホーム入居者への医療保障(特に急性期ニーズ)を誰がどう受け止めていくのか。
- ・がん末期、ターミナル、障がい者の在宅生活のあり方
(ホスピスホームの功罪)
- ・ネットワークからこぼれ落ちる人たちへの対応
(認知症高齢者、精神疾患患者、独居(孤立)、引きこもり、など)
- ・新しい診療所の形の模索(グループプラクティス・連携法人)
- ・医療DXの積極活用(タスクシフト、タスクシェア、リソース制約克服)



一般社団法人 未来研究所臥龍

<http://www.garyu.or.jp/organization.html>