

講演2

日本の医療課題と 処方箋 ～医療Dxの観点を交えて



株式会社インテグリティ・ヘルスケア
代表取締役会長

武藤 真祐

日時：令和7年7月17日（木）
15：00～15：50

講演2では、株式会社インテグリティ・ヘルスケアの武藤会長に「日本の医療課題と処方箋～医療Dxの観点を交えて」と題してお話しいただいた。

医師から経営者となった武藤会長は、医療機関の経営危機は人口減に伴う患者数激減と公的医療制度によって医療機関があまり利益を出せない仕組みになっていることによると指摘。また、医療人材の地域偏在や医師の美容医療への流出など、多くの課題が山積していると語った。これらの解決策としては、業界全体でのデジタルヘルスケアと予防医療の開拓が不可欠であるとし、業界改革のために医薬品卸にも協力してほしいと訴えた。

医師から医療事業の経営へ

●自己紹介

私は1996年に東京大学医学部を卒業後、循環器内科の専門医を務め、東大病院や三井記念病院で心臓のカテーテル治療を行っていました。その後、マッキンゼーでコンサルタントをしてMSの皆さん

に同行した経験もあります。

2010年に開業して、いくつか起業もしました。簡単に紹介すると、在宅医療を行う医療法人社団鉄祐会を立ち上げ、先日15周年を迎えました。拠点は主に東京と宮城県石巻市にクリニックが合計8つあり、約80人の医師が2000人の患者さんの訪問診療を行っています。卸の皆さんには、いつも

医薬品等を届けていただき、大変お世話になっています。

また、人口構造や疾病構造の変化に対応した新しい医療モデルを創造するデジタルプラットフォームカンパニーとして株式会社インテグリティ・ヘルスケアを創業しました。人とデジタルが融合して医療提供体制を補完することで、医療の質・アクセスの充実、持続可能な医療・国際競争力のある創業を実現し、国民の安全と希望を守ることを目指しています。

もう一つ、2017年から株式会社地域ヘルスケア連携基盤を創業しました。ヘルスケア、医療業界を取り巻く環境は非常に厳しくなっていて、特に地方では深刻です。このままでは医療過疎地が拡大するのは間違いなく、医療機関がなくなれば雇用は減り、使う薬剤量が減り、製薬企業や医薬品卸の事業も縮小することになります。そのため、地方における医療提供の継続を目指して、分散している医療、看護、介護、薬局などのリソースを統合し、規模の経済、業務の効率化・高度化を進めることで多機能連携を促進して、持続可能なヘルスケア・プラットフォームの構築を進めているところです。

具体的には、約20の病院で3000床を保有しています。最近始めた歯科は237チェア（席）で、日本で2番目の規模だと聞いています。加えて訪問介護ステーションが307拠点、薬局が188拠点です。我々は3年以内に6000床、訪問看護600～700拠点、歯科300チェア、薬局250拠点の規模にしたいと考えています。

現代日本の医療課題

●政府方針「新しい健康社会の実現」

それでは本題に入ります。まず、現代日本の医療課題についてお話しします。

2040年には団塊ジュニア世代が65歳以上になり高齢者人口がピークを迎えます。医療・介護サービスの需要の変化、社会保障費の負担など医療・介護に関わる深刻な課題が予見されています。さらに2040年までには1100万人の労働力不足になる

ことから、政府は新しい健康社会の実現として2040年に健康寿命75歳以上、2050年に公的保険外サービス77兆円を実現するとしています。

私は東京の経済同友会において、昨年、一昨年は規制改革委員会委員長、今期は経済・財政・金融・社会保障委員会委員長を拝命し、提言を出しています。その内容の一部は今回、政府の方針に盛り込まれました。

昨年、提言として出したのは、医療機関の経営能力を上げるための規制緩和を行うべきということです。また、公的保険外サービスとしての予防事業のマーケットをつくるべきとの主張もしました。提言内容などはホームページに掲載しています。企業として、この公的保険外サービスをどう創造していくかは私のテーマの一つです。

●日本の医療課題のサマリー

日本の医療課題のサマリーは、主に二つです。

一つは、公的保険制度の限界がきていることです。制度ができた時代と、いま我々が直面している時代ではかなりの乖離があります。経済成長の度合い、人口構成、慢性期医療需要の増加などです。また、日本では発症後のケアが主流で予防分野はまだまだ保険ではカバーされていません。

二つめは、医療提供体制の崩壊です。ここ2年ぐらい、ようやく医療機関経営の厳しさが世の中に知れ渡るようになりました。経営危機の理由にはいろいろありますが、とにかく人が足りないことが問題です。

例えば、石巻市は人口約15万人の都市で、私が東日本大震災後に在宅医療を始めて14年経ちますが、それ以来、在宅医療を始めた開業医はゼロです。いま、在宅医療クリニックは私たち以外2施設あり、トータルで5人の医師がいますが、皆70歳以上で80歳近い医師もいます。5年後、10年後に、その医師が24時間の在宅医療を続けられるとは限りません。本当に急激な勢いで病院外医療も人手が足りなくなっています。

一方、経験の少ない医師が美容医療に就職する「直美問題」があります。医師が増えても、偏在に対してほとんど手が打てていないのです。

●医療機関の経営の悪化

病院の利益率は非常に下がっています。特に自治体病院の収益が急激に下がっていて、国立大学病院もほとんど赤字です。

厚生労働省の資料によると、患者さんが減っています。少子高齢化といわれますが、高齢者が増えているというよりは、高齢者も減り、さらに若者をもっと減っているという状況です。新型コロナウイルス感染症がこれに拍車をかけました。来院者が減り、受診頻度も減っているのです。

ちなみに、入院はある程度患者さんの動向を医療機関側で調整できますが、外来はそうはいきません。家にいる患者さんを無理やり外来に連れてくることは当然できないわけです。よって、まず外来患者さんが減り、やがては入院患者さんも減っていくことになるでしょう。

あとは、医業費用の割合です。電気やガス、様々なコストが上がっているのので、経費を支払ったら病院にはお金が残りません。診療報酬、いわゆる本体がプラスになったといっても、インフレ率を加味すると実質的にはマイナスです。

●医療人材の不足

医療、医師の数は西高東低といわれています。西日本に医師が多いことには諸説ありますが、県によって差があるといわれています。継続性の課題もあります。開業医が高齢化している、後継者が不足しているといった地域では医療人材が急激に減ることが予想されています。

先ほどお話しした「直美問題」とは、臨床研修を終えた直後に美容クリニックで働き始める医師が急増し、保険診療における医師不足、医師偏在を助長しているという問題です。2008年を1として、医師全体は1.1倍になっているのに対して美容外科は3.2倍に増えています。正直なところ、その動きの気持ちも分からなくもないです。

私は循環器内科医だったので自宅に帰れるのは週に2日で、あとは医局のソファで仮眠していました。そのように働くことは、当時は医師だけでなく企業でも多かった時代でしたが、いまは世の中の流れがまったく違います。6年間、医学部で勉強して、その後の競争を勝ち抜いて30歳近くで給料が数十万円、夜間の勤務もあり、医療訴訟のリスクもあるなど、社会からの要求度が高くなっています。一方、美容外科なら医師になって3年目ぐらいでも年収2000万円ぐらいからの募集があります。しかも美容外科は経験不要で、指導する、との高待遇です。美容外科の勤務は9時～17時で、患者さんにも喜んでもらえるとなると美容外科へ医師が流れても不思議ではないでしょう。

以前、私の先輩である小松秀樹医師が著書『立ち去り型サボタージュ』で予見したことが、現実になっています。医療現場が過酷になると、その現場の医師が別の場所にどんどん移動してしまい医療現場が崩壊していくということです。何十年も前の本ですが、それがいま、科を超えて起きています。

日本の医療を守るための処方箋

●医療機関の経営改善

次に、日本の医療を守るための処方箋として、私の考えをいくつか述べます。

まず、医療機関の経営改善です。これは経済同友会の提言とも重複します。医療機関は制度によって両手両足を縛られているような状況にあると思います。すなわち診療報酬です。診療報酬は儲けが出にくい仕組みだと思います。その中では、経営人材を強化していかなければならないと思います。皆さんは経営がいかに大変か、戦略を立て



「日本の医療課題と処方箋」をテーマに話す武藤氏

て実行することが容易ではないことを理解されていると思います。そのような大変なことを行える能力を医師すべてが有しているわけではありません。医師と経営の能力はまったく違う能力です。にもかかわらず、多くの場合、医師のポジションが上がり、管理職を経て院長になっています。もしくは理事長も、初代は小さな個人医院から大きな病院にしたかもしれませんが、2代目・3代目の医師は経営が負担になることもあり、理事長の要件のほとんどは医師とありますが、もっと経営ができる人が理事長になるべきではないかと思っています。

また、複数法人の理事長兼任はできなくはないのですが、容易には認めてもらえなかったりしますので、優れた経営者兼医師がいるなら、そういう人にもっと多くの医療機関経営に携わってもらうことも必要ではないかと思っています。

●医療機関の経営戦略

また、人材だけでなく、経営戦略という観点からも、いま我々は非常に限られた範囲でしか動けないので、戦略というよりもベッドコントロールのような管理分野でしか工夫ができません。ある程度の自由度があるのは、例えば差額ベッド代ですが、いきなり一晚5万円の価格ではなかなか入らないわけで、当然適正な価格に落ち着きます。つまり、これは戦略というより市場メカニズムに任せているだけで、経営とは違います。

そうすると、例えば自由診療の拡大、いわゆる保険外診療をもう少し拡大できないだろうかというアイデアが浮かびます。いまはなかなか難しく、美容などのジャンルになりますが、例えば、リハビリです。保険内のリハビリでは一定期間で切れてしまいますが、患者さんの中には、いまと同じような施設や病院を使って、同じ理学療法士に診て欲しいという人もいます。そういった医療機関という場を使いながら、もっとお金を払ってくださる患者さんがいれば、同じ行為を継続できる余裕があるのではないのでしょうか。

あとは予防分野です。きちんとしたものから、かなり怪しいものもありますが、予防に限らず

様々な療法が自由診療にあるので、その分野に精通した医師が認める医療が提供できるのであれば、その医師がお墨付きを与えてプラスアルファの診療として認めていけないかと考えています。

きちんとした医療であれば保険外にして、病院の収益にすればよいのではないかということです。

●撤退戦略後の医療の量と質の担保

処方箋の二つ目は、撤退戦略後の医療の量と質の担保です。地域の中でどのように医療を充実させるかという話は既に終わっていて、人口が減り医療提供者も減っていく中で、どのように医療の量と質を担保しながら撤退していくかが、もはや議論の中心なのです。

そのような中で、一つは医療資源の機能分化と集約化に向けたイニシアティブの強化が必要だと考えます。例えば、いま市立病院と県立病院が一緒になることは考えられず、各首長が頑張っています。もしくは赤十字や済生会といった社会的役割が高いところと公立病院が合併することもなかなかありません。しかし、同じようなサービスを提供している医療機関が共倒れしていく可能性がある中では、母体を越えた集約の仕方があると思っています。

公的病院では、このようなことを実施するのは難しいので、何かできる仕組みはないのかと考えた結果、行き着いたのがデジタルテクノロジーの活用でした。我々も在宅医療を行っているので基本は訪問ですが、すべて人が行うとなると特に地方ではできません。これについては、あとで述べたいと思います。

●医療機関の経営改善事例

そこで、地域ヘルスケア連携基盤で行われている医療機関の経営改善について紹介します。

我々のポリシーの一つは、「当たり前のことで成果を出す、徹底する」です。要するに、奇抜なことをねらっているわけではなく、まずは制度の中で取り組むということです。また「経営判断のルールを定め、徹底する」です。

何代か続いた病院に多いのですが、ガバナンス

が遵守できていないので、我々が入ってルールを決めて守るということを実施しています。病院の場合は、最低2人か3人のチームを派遣して常駐し、理事長や院長とともに経営を考えるというスタンスで行っています。

なお、この事業への参画を希望する人は、医師や看護師、歯科衛生士、理学療法士など資格を持っている人が多いのが特徴です。採用率1%でも、たくさん応募していただきます。応募者はものすごく病院経営に興味を持っていて、しかも皆若いのです。いままではそういう興味を発揮する機会がなかったので、我々の取り組みを面白いと思っています。けれども、採用者を指導する人たちは、様々なところで医療経営を行っていた人たちで、その人たちがハンズオンで若者を育てて病院経営を任せる仕組みができています。

●いくつかの成長段階で経営改善

我々が行っている医療機関の経営改善の順番ですが、まず、医師や看護師などの採用にお金をどんどん使います。ここが普通は最もできないところだと思います。次に、契約条件を適正化します。意外と、昔の条件がそのまま適用されていることがあるからです。理事長や院長は他のところの条件を知りませんが、我々は多くの医療機関を見ているので、改めて交渉し、条件を適正化しています。それから、病棟機能の再編もかなり進めています。さらに、診療報酬をきちんと請求できていないケースが多いので、我々はレセプトをすべて見て、請求できるものを洗い出し、請求しています。

病床稼働率の向上に関しても、我々は多くの施設を持っているのでベストプラクティスを共有できます。例えば、全病院から各プレイヤーに集まってもらい、独自の取り組みなどをみんなに発表してもらい、それが効果的な手法なら各病院で実施します。

我々の取り組みの特徴は、いくつかの成長段階を設け、各施設で段階を踏んできちんと経営していくことです。これがいま、お話ししたようなこ

とですが、それらを徹底的に行っています。

●ベストプラクティスの共有化

二つ目は、先ほども触れたベストプラクティスの共有化です。マーケティングパワーを持つことにより、グループ全体で有効に活動できます。

例えば、遊軍のような薬剤師を任命して、人手が足りない薬局にその時々派遣することで、人材の効率化を図ったり、ベテラン薬剤師を派遣して教育するようなこともできます。

●デジタルの活用

デジタルの活用という面では、私が代表を務めているインテグリティ・ヘルスケアではオンライン診療のシステムを約6000の医療機関に導入して使ってもらっています。いろいろな機能がありますが、分かりやすい例を二つ挙げます。

一つは、心不全の増悪兆候を早期に把握して緊急入院を軽減する機能です。

もう一つは、がん治療の副作用を予測し、専門医療に適切にアクセスする機能です。先日、日本乳がん学会の学術総会でも発表されました。がん治療を受ける患者さんに対して、抗がん剤治療における、例えば、髪が抜けるとか下痢をするといった副作用について、今後こういう副作用が出やすくなりますと半歩先を見て、患者さんに寄り添いながら知らせるシステムアプリケーションです。当然、医師は診療時に患者さんに副作用について説明し、パンフレットなども渡していますが、患者さん自身がすべてをその場で理解することは難しいものです。私は、これをお守り的なものと呼んでいますが、こういうアプリで患者さんの不安を減らしていこうとしました。副作用が出た時の対処法も紹介しており、がん研有明病院で臨床研究を実施したところ、患者さんの満足度が高くコンプライアンスも良いという結果が出ました。いま4施設で導入を始めています。

先ほど申し上げたように医師が足りず、遠くにはいかないときは、オンライン診療や薬剤師のオンライン指導をすることで、患者さんの負担を減らせます。今後、さらにオンライン診療等が広がっ

ていくとよいと思っています。

●医薬品の価値と価格

次に、医薬品の価値と価格についてお話しします。この問題は皆さんと議論が分かれるかもしれませんが、OTCで購入可能な医薬品を保険適用外にするという案です。私は適用外にしてもよいのではないかと考えています。ただ、いきなり風邪をひいたり足をくじいたりすることがあるので、最初は保険適用にして継続するならOTCを使うといった対応でもよいのではないかと考えています。

一方、革新的な医薬品は価格をどんどん下げるのではなく一定期間守られるようにするなど、メリハリをつける仕組みが必要だと思っています。

それから、ある程度支払い能力のある患者さんには応分の負担を求めないと、世の中全体としては回っていかないと思います。

タスクシフト・シェアによる医療・介護人材の実質的確保については、政府の規制改革推進会議でもさんざん議論されていますが、もう全員野球で取り組まないと難しいと考えています。このことについてヒアリングすると、業務を任される側はみんな頑張りますという感じで、渡す側は少し渋っているように見えます。我々の現場感覚では一定のトレーニングを受けてもらった上で、いろいろな職種の人材がいろいろなことを行えるようにしないと進まない、特に地方では本当に進まないと思っています。

●予防・健康づくりの推進

予防・健康づくりの推進については、1か月前に経済同友会で提言を出しました。一つは、予防健康ビジネスを創出しようということです。投資をきちんと呼び込める分野にしていかなければならないという話です。そのために何が必要かということ、例えば、大学や皆さんのような企業に入ってもらわないといけなを考えています。要は、いまからエビデンスをつくるとなると時間がかかりすぎるので、大学の研究室などに入ってもらおうというこ



資料を示しながら分かりやすく解説する武藤氏

とです。いまの枠組みでは難しいですが、医療機関にも入ってもらえると、皆でそれぞれ持ち寄って、成果を分け合えるのではないかと考えています。

セルフメディケーションの促進については、もう少し使いやすいものになるだろうと思っています。現在は、所得控除から税率控除に見直すといった、いくつかの論点について検討しています。

サービス化の一例としては、生活習慣病対策が挙げられます。生活習慣病に対する医薬品は有効なものが多くあり薬剤としてはもう行き着いている感があります。今後、さらに良いものが出てくる可能性はありますが、どちらかという薬剤に加えてのライフマネジメント部分に関するサービスの出番だろうと思っており、こういったサービスが進めば、究極的には医療従事者の出番がどんどん減っていくべき分野だろうと思っています。

一方で、がんや希少疾患などの多様性がある疾患に関しては、個別化された医療に進んでいくでしょう。ここはまだアカデミアの出番ですが、要は細分化される治療が、一人ひとりに最適に選択できることが重要です。いかに様々な薬剤や研究が進んでも、患者さんがそのメリットを享受できないということもあり得るからです。

医療が向かう方向性

●企業向け健康経営支援

最後に、医療が今後向かう方向性についてお話

します。

一つが生活習慣病領域です。この領域はよりサービス化していきだろーと思います。そして我々のサービスの中に、企業社員向けの健康支援サービスがあります。大手自動車メーカーや総合電機メーカーなど、多数の企業で使ってもらっていますが、要は産業保険と保険診療の連携です。

治療を要する社員に対し、職場においてオンラインで受診できる環境（リモート企業内診療所）を整備することで、治療に伴う仕事への影響を最小化し生産性を高めるのがねらいです。非常に効果が出ています。受診する社員がだいぶ増えてきているそうです。

●がん・希少疾患等領域の治験支援サービス

もう一つは、がん・希少疾患等領域の治験支援サービスで、DCT、分散型臨床試験です。従来の医療機関中心の臨床試験から患者中心の臨床試験にシフトすることで、多くの患者さんに新しい治療法へのアクセスの選択肢を増やすことが目的です。欧米ではかなり導入されており、実際に患者さんのリクルーティングが早く、看護師が訪問するなどによりドロップアウトが少なくなり、治験のコストが下がったといわれています。

2022年にインテグリティ・ヘルスケアの子会社のDCT Japanを設立し、かなり多くの治験を実施しています。いま看護師300人以上が地域にいて、その人たちがトレーニングを受けて患者さんを訪問しています。国立大学病院を含む治験施設との契約実績は100件以上です。また、グローバルトップ製薬企業15社のうち13社を含む30社での契約実績があります。DCTに関しては、政府も進めようとしています。さらに国内だけでなく、いま中国や台湾、韓国、シンガポール、ベトナム、インドネシアでの支援を始めていて、この仕組みをアジアに発展させたいと考えています。

●未来への展望

今後の医療を見据えた未来への展望では、皆さんの事業もそうだと思いますが、個別化されたサービス展開が必要だと思います。

顧客管理や様々なコミュニケーションツールを使って、いかに患者さんときちんと繋がっていくかということがより必要になると思います。

そのためには、患者さん自らが積極的に治療方針の決定などに参加するといった患者さんのエンゲージメントを促す仕組みが、薬剤を超えて必要だと思います。そして、そういった取り組みが患者さん中心のペイシェント・セントリシティ（患者さんの視点を取り入れた医療・ケア）につながっていき、最終的にはヘルスデモクラシーが起きていくのではないかと考えています。つまり、利用者側が自分たちで決めていく時代になったわけです。本人が何らかの影響を受けて、自ら行動を決めていくという時代になったのです。

我々は皆さんと一緒にきちんとした情報を届けて、正しい医療、もしくは予防行動をとってもらう社会をつくっていかねばならないと考えています。そうしなければ、ますます資源が足りなくなっていく日本では、きちんとした医療が受けられない人々が増えてきてしまいます。その意味では、卸の皆さんの役割には様々な可能性がありますし、医療機関や薬局などを通じて間接的、もしくは直接的にも、多くの人々の健康を守ることを一緒にやっていければと願っています。

以上で話を終えさせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。



将来に向けては個別化されたサービス展開が必要だと強調