



Social Dialogue

→ 対談

Social Mission

→ 使命

Social Activity

→ 活動

Training program

→ 研修

You homeclinic

→ 祐ホームクリニック

HOME 武藤真祐と対談 (鈴木 寛 氏)

武藤真祐と対談

- [第01回 原口一博氏](#)
- [第02回 永井良三氏](#)
- [第03回 黒川清氏](#)
- [第04回 渡邊美樹氏](#)
- [第05回 金澤一郎氏](#)
- [第06回 岡田武史氏](#)
- [第07回 黒岩祐治氏](#)
- [第08回 富山和彦氏](#)
- [第09回 門永宗之助氏](#)
- [第10回 森田朗氏](#)
- [第11回 矢崎義雄氏](#)
- [第12回 長谷川閑史氏](#)
- [第13回 新浪剛史氏](#)
- [第14回 古川俊治氏](#)
- [第15回 瀧澤健氏](#)
- [第16回 北城恪太郎氏](#)
- [第17回 濱田邦夫氏](#)
- [第18回 井伊雅子氏](#)
- [第19回 小城武彦氏](#)
- [第20回 小宮山宏氏](#)
- [第24回 笹森清氏](#)
- [第25回 細川佳代子氏](#)
- [第31回 大竹美喜氏](#)

今後の掲載予定

- [第21回 野田 智義 氏](#)
- [第22回 坂東 眞理子 氏](#)
- [第23回 鈴木 寛 氏](#)
- [第26回 藤森 義明 氏](#)
- [第27回 田口 義隆 氏](#)
- [第28回 古川 元久 氏](#)
- [第29回 北澤 宏一 氏](#)
- [第30回 広井 良典 氏](#)

武藤真祐の社会活動

[使命 Social Mission](#)[活動 Social Activity](#)[研修 Training program](#)

## 鈴木 寛 氏 (文部科学副大臣) 「高齢社会日本の国家戦略」

鈴木 寛 氏 | プロフィール (2011年3月現在) [詳しく知る](#)

1986年 東京大学法学部卒業  
 1986年 通産省入省  
 2001年 第19回参議院議員通常選挙に初当選  
 2009年 鳩山内閣にて文部科学副大臣就任  
 2010年 菅内閣にて文部科学副大臣再任



## 対談内容

文部科学副大臣の鈴木寛氏は、医療現場の目線から、救急医療、先端医療、がん対策、医療安全、医療人材育成、医療費問題等、時代が最も求める医療課題に取り組み、政策提言や実行を牽引されてきました。高齢先進国である日本の課題解決への国家戦略等について語っていただきました。



本日は貴重なお時間をありがとうございます。高齢先進国である日本が、課題を乗り越えることで、この分野で世界のリーダーになっていけるのではないかと考えています。高齢社会の課題解決への国家戦略についてお伺いしたいと思います。



世界最高の高齢社会となった日本で、私が最も心配しているのは、2025年から2030年にかけての都市部の急速な高齢化です。日本政策投資銀行の対患者医師数算定では、2005年を100とすると、2025年には東京都は80となります。

千葉県、埼玉県、神奈川県、滋賀県も8割になってしまいます。現在全国で人口当たり医師不足ワースト3の千葉県、埼玉県、茨城県はさらに悪化することになり、東京においても、三多摩地区、神奈川県、埼玉県、千葉県に隣接する市区は現在でも深刻で、さらに深刻化します。

これからの20年、25年は大変なフェースに入り、これをどう凌ぐのが国家経営の最重要課題です。課題解決に成功を収め、解決していく過程でノウハウ、マネジメント人材や直接かわる人材の育成方法がオーガナイゼーションできた場合には、世界への影響力を持つだろうと考えます。

日本の後、世界最大の急速な高齢化が始まる中国では、パニック的状况になります。あるレベルにある医療水準が均てん化されていないことの深刻さは計り知れません。それなりの経済力がついてきていることから、周辺国からの医師引き抜きが起こる可能性もあります。

アジアの医療者の需給、医師の需給に影響を与えるかも知れません。日本は、そこへのソリューションを考えることがアジア政策上の最重要課題になります。そうした意味で、祐ホームクリニックのアプローチは、先行事例と言えます。進める中で知恵や人材などが出てきて、それが関東や関西という日本のソリューションになり、ひいては中国でのソリューションにもつながっていくでしょう。



中国でも「ザイタク (在宅)」という言葉を広めたいですね。次にお尋ねしたいのは、診療報酬改定の中で急性期医療と地域医療への評価がされている方向において、医療政策の課題は何かということです。



在宅医療は、心と心のコミュニケーションがベースにあり、同時にハイテクノロジーの集積でもあります。ですから、これまでのような先進医療と在宅医療の2分論は全く意味がありません。

医療技術のポータビリティ、モビリティが広がることで、トータルシステムとなるでしょう。救急医療において課題なのは、独居老人の119番コールです。通常医療で足りるが早い対応が必要なものは、在宅ネットワークやホームドクターで対応し、119番は真にER処置が必要なものにしていかなければなりません。



心筋梗塞や脳梗塞などの緊急の際にはもちろん病院へ行かなければなりません、垂急性期であれば、我々が1時間かけて行っても間に合うということですね。



119番コールに代わって7110番を作りましたが、在宅ネットワークやホームドクターに来てもらえるようにな



れば、それもいらなくなります。救急医療のボトルネック解消にもつながり、地域医療体制の医療資源投入のポートフォリオが劇的に変わっていきます。医療資源は有限なので、アクセス、コスト、クオリティに関し、それぞれの実態に応じてきめ細かくプライオリティを変えていかなければなりません。しかし、医療には情報の非対称性が絶対的に存在しているので、そこへホームドクターが介入することでギャップが埋まれば、医療資源の効果的で最適な活用につながります。

病診連携という言葉がありますが、急性期、療養病床、在宅とをベストなタイミングでカスタマイズしていくことが、特に都市部では必要でしょう。長野県は健康寿命が最長で医療費が平均より約15%低く、それを実現できているのは、医師、看護師、保健師、地域住民の情報ネットワーク、つまりヒューマンネットワークがしっかりしているからです。

医療・健康のネットワークの再構築という意味でも、武藤さんの行おうとするシステムは医療問題の根本解決につながると思います。政府の取り組みは、ビジョンとフレームワークを提示し、各都道府県や都道府県連合がプランニングできるようにすることです。

そのとき、ガバメントソリューション、マーケットソリューション、コミュニティソリューションの3つが、それぞれ行うべきことをシンクロナイズし、同じロードマップ、同じビジョンで、状況変化もシェアしながら全体の状況と個別の状況を総合的に判断して、手分けしてコラボレーションしていくことが必要となります。

シェア・アンド・コラボレーションが非常に大切になるということです。これからはコミュニティソリューションが重要となり、医療専門家、ボランティア、受益者が情報をシェアして、私は熟議と呼んでいます。それぞれのケースについて徹底的に議論することで、個別のソリューションが出てくると思います。85歳の末期がん患者さんでも、ソリューションは多様性があり、様々考えられます。ここで医師は、社会資源や不可視資源、ネットワークなど全てを活用しながら、演劇ディレクターのような新たな役割を果たす必要があります。



おっしゃるとおりだと思います。高齢者は医療や介護だけがほしいわけではなく、生活をしっかり守ってほしいという希望をお持ちで、医療・介護はその一手段ですから、いろいろなチームの人たちと連携しながらやる必要があります。そこで医師は社会の司令塔であるべきです。



前回の診療報酬改定は、コインの裏表となる救急医療と24時間在宅対応を緊急避難的に行いました。あくまで止血と痛み止めという応急処置です。これからは体質改善を本格的にしていける必要があります。2012年の診療報酬・介護報酬同時改定は、20年後に深刻化する高齢社会に向けたビジョンとその実現のための第一歩として、非常に大事な改定となります。その中では、日常からのネットワークコミュニティづくりへ誘導するような内容も必要だと思います。

これまでの診療報酬改定は力関係による決め方でしたが、ビジョンとエビデンスに基づく診療報酬体系にしていかなければなりません。エビデンス・ベースド・プライス・セッティングが重要となります。急がば回れではありませんが、結論を見出すための熟議のプラットフォーム、熟議に参考情報を提供するシンクタンク、議論するアカデミックなコミッティなどを整備することがまず必要だと考えます。



最後に、在宅医療に関わる医師不足についてお聞きしたいと思います。在宅医療の研究活動、在宅医のキャリアパスなどについてはいかがでしょうか。



在宅医療は、明らかに政策科学の対象です。単なる公衆衛生を超えて、ポリシーサイエンス、ソシオロジー、リーガルエンジニアリングなどが入ってきます。自然科学、社会科学、人文科学という3つのサイエンス分野をそれぞれ深く統合した新しい学問体系が生まれてくるでしょう。

私はそうした学問体系をつくりたいと思っています。臨床とアカデミズム、ソーシャルビジネスを構想し、この3つのセクターを回るようなキャリアができればいいと考えます。その結果、たとえば地域医療学博士、家庭医療介護ケア学博士といったものが出てくる可能性があり、そうした人たちが今後、ソーシャルアントレプレナーにもなっていたら、さらなる活性化を図ってほしいと思います。

今後、日本に続いて高齢社会となる中国はじめアジア諸国、欧米諸国にも、このモデルを展開することが可能になります。非常に魅力的なキャリアであると思いますので、可能性を次なる人材にシェアしてもらおうことが望まれます。

武藤さんの試みには心から期待していますし、お手伝いできることがあれば協力いたします。そして、また議論させていただきたいと思います。



本日は貴重なお話をありがとうございました。私たちは、官だけでは賄いきれない社会のなかで民間の活力を入れていく試みをしています。

今日のお話で、コミュニティがベースにあるガバナンス、マーケットでなければならないということに意を強くいたしました。今後ともよろしくご支援をお願いいたします。



[この対談をPDFでダウンロードする](#)

(聞き手) 武藤 真祐 | 祐ホームクリニク院長 [詳しく知る](#)

1996年 東京大学医学部卒業

2002年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了

2010年 祐ホームクリニック開設

内閣官房高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 医療分野の取組みに関するタスクフォース コアメンバー  
経済産業省地域新成長産業創出促進事業ソーシャルビジネス推進研究会委員



[↑ ページトップへ](#)

[HOME](#) [祐ホームクリニックの約束](#) [祐ホームクリニックの概要](#) [祐ホームクリニックのドクター紹介](#) [在宅医療とは \(患者さん向け\)](#) [在宅医療 受診の流れ \(患者さん向け\)](#) [よくあるご質問 \(患者さん向け\)](#) [祐勉強会のお知らせ](#) [祐だより](#) [人材募集情報](#) [アクセス](#) [プライバシーポリシー](#) [武藤真祐の社会活動](#) [お問い合わせ](#)

Copyright (C) 2010 you-homeclinic.or.jp All Rights Reserved.

