



高橋教授の

この人に 会いたい

Vol.35

ゲスト 武藤真祐 氏

医療法人社団鉄祐会理事長

新型コロナウイルス感染症の流行を経て、医療提供のあり方が大きく変わろうとしている。臨時的な措置とはいえ初診からオンライン等での診療が認められ、再診以降の診療でも非対面型が進む可能性が高まっている。その流れは、日本の医療体制や病院経営のあり方にもどのような影響を及ぼしていくのだろうか。医療法人社団鉄祐会理事長の武藤真祐先生にお話をうかがった。

病院での受診を避け 在宅医療を選択する流れに

高橋 武藤先生は在宅医療を中心としたクリニックを展開していますが、新型コロナウイルス感染が広がるなかで、医療ニーズの変化はありましたか。

武藤 在宅医療のニーズは全体的に少し増えているように思います。主に展開している東京都内では、院内感染の不安があつて病院で外来患者、入院患者とも減っていると聞きます。がん患者さんが

新型コロナウイルスで「良い医療」の常識が問われ

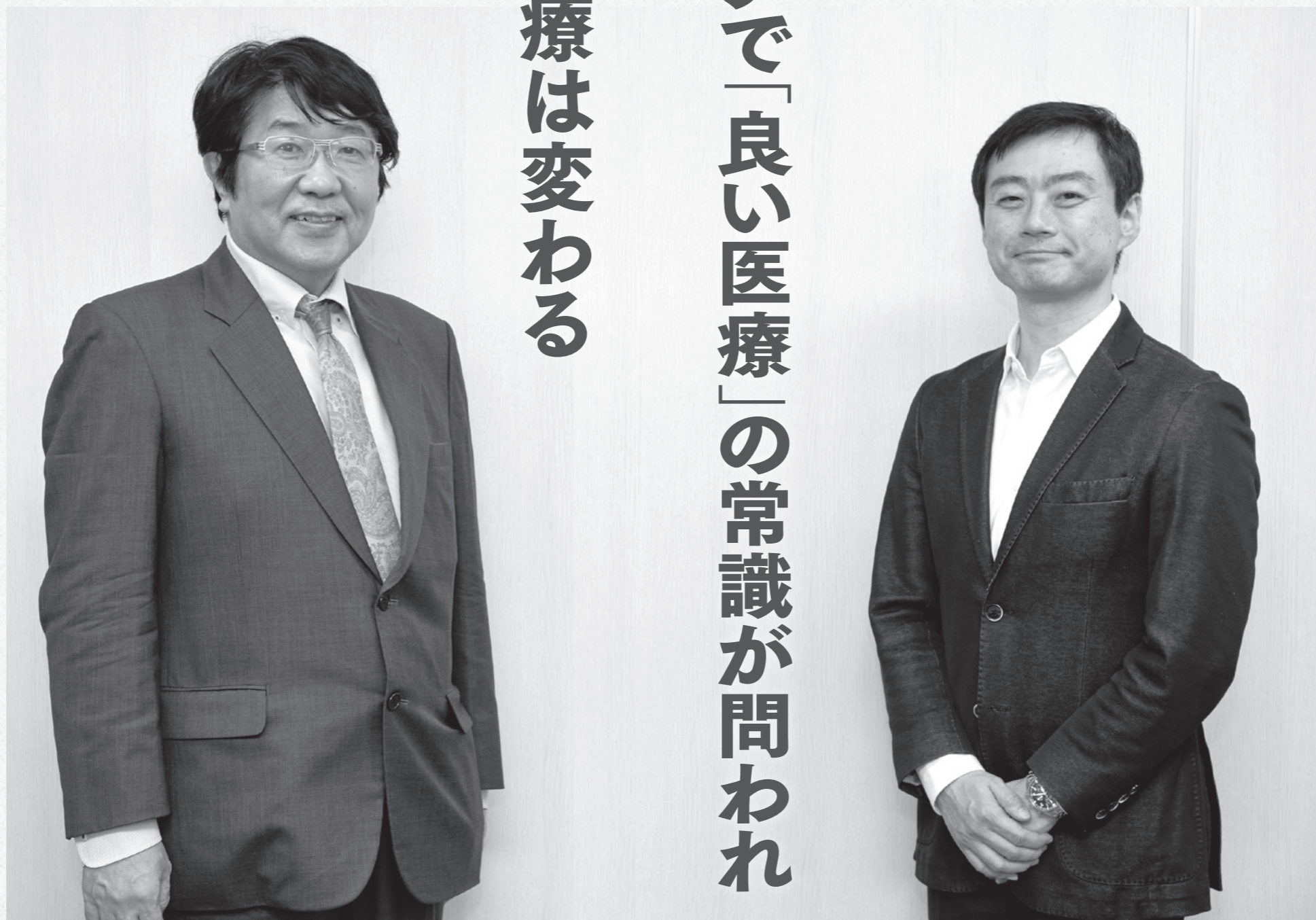
日本の医療は変わる

ターミナルケアのために入院していたけれど、面会謝絶になった場合、二度と会えなくなってしまうというので、在宅医療に切り替えた方もいます。

高橋 在宅現場でも発熱の患者さんはいたと思いますが、PCR検査で陽性が出た例は、どのくらいあるのでしょうか。

武藤 一般的には、在宅医療を受けている患者さんはいわゆる市中感染はあまり起こしません。これはインフルエンザでも同様で、かなり少ない。当クリニックでは1500人の患者さんを診ていて、そのうち何人かにPCR検査を行いました。その方は入院していた病院の院内感染によってかかったため、在宅だけで見ると1人もいません。周囲の医師の話でも、外来での陽性はあつても、在宅医療の現場ではほとんど聞いたことはありません。

高橋 リスク管理で、外来とは違



構成：木口マリ、撮影＝安西美樹

う点や、独自に行っている工夫はありますか。

武藤 訪問先で誰が感染しているかわからないという懸念があります。医師が感染すると、クリニック全体が回らなくなってしまいます。しかし発熱をしている方を訪問するたびに个人防护具(PPE)を使用するのは現実的ではありません。そこで、37・5度以上の発

熱が4日以上続いている患者さんはハイリスク群とし、PPEを装着して診療しましたが、それ以外ではサージカルマスクとアルコール消毒で対応しています。そのほかの対策としては、チーム分けを行い、そのチーム内でお互いに接触しないようにしたり、医師を直行直帰にしたりして、スタッフを守る態勢をとっています。

患者の状態によって

オンライン・電話を使い分け

高橋 感染拡大を防ぐ観点から電話とオンラインによる診療が医療保険で認められましたが、両者の使い勝手に違いはありますか。

武藤 どの観点で考えるかによるかと思えます。一つは、患者さん



高橋 泰

Tai Takahashi
国際医療福祉大学教授
たかはし・たい ●1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学教授。2016年9月より安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長。

サービス単価を上げていかないと日本の医療は成り立たなくなる

——高橋

AMUのドクターと話をし、それで済まなければかかりつけ医に往診での対応をお願いする。さらにダメだったら「SOS-MEDICINS」という民間の往診サービスがあり、そのうえに救急車やドクター・カーがあります。どの状態のときにどのスイッチを入れるかをSAMUの医師が判断するシステムがあるのです。

武藤 日本の患者さんもシステムを、自分で使い分けていくようにになると思うのです。これまでは接触をベースとした医療が当たり前で、それが「良い医療」と信じられていたけれど、「本当にそうなのか」という疑問が初めて投げかけられたのです。患者さんが「病院に行きたくない」と言って外来受診が激減してしまう事態は、誰も想定していませんでした。「外来は、患者さんが選んで来てくれたんだ」と実感しました。パワーバランスが医療提供者側か

ら、サービス受給者側に少しシフトしたとも言えます。この流れはコロナ収束後にある程度の揺り戻しがあるにしても、完全には戻らないでしょう。「あの先生はすぐに薬を出してくれる」など、患者さんが間違った基準で医者選びをしてしまう危険性もあります。

高橋 在宅医療や介護でもサービスの变化があると思いますか。

武藤 これまでは医師や看護師、ヘルパーさんが総出で患者さんを囲み、密なサービスを提供することが良いとされていましたが、これも再考されるでしょう。バーチャルな医療・介護がもっと求められます。デイサービスに行くのではなく、オンラインで、それぞれの自宅で運動するといった、在宅のなかで生活の質を高める工夫

医療経営モデルが変化する可能性も

高橋 医師の働き方改革にもつながりそうですね。

武藤 もちろんです。それどころか、病棟体制や経営モデルまで変える必要があります。この流れでいくと医療機関の収入は激減するでしょうし、今までのようにベッドを埋めて収益を上げていくという戦略は、難しくなるかもしれ



診断学もオンラインや電話での診療を前提とした内容に進化

——武藤

の状態把握ができるか。もう一つは、患者さんの満足度です。初診や発熱の患者さんは電話だけでの対応は難しく、画像があるオンライン診療のほうが呼吸や全身の状態、衰弱の様子も確認できるので、はるかに良いです。一方、生活習慣病でほとんど変化がない患者さんであれば、大差はないですね。しかし、高齢者であれば、「いつものお医者さん」の顔が見えることと安心してオンラインがいい

かもしれない。高橋 オンライン診療は、家族がそばにいない高齢者が操作するのは難しいかもしれません。今後デジタルデバイスを使える人は増えていくと思いますが、当面の普及のためにアイデアはありますか。

武藤 現在のオンライン診療の主流はアプリをダウンロードして行うものなので、高齢者には相当ハードルが高いでしょう。結果として、WEBベースが中心になる

武藤真祐

Shinsuke Mutou
医療法人社団鉄祐会理事長
むとう・しんすけ ●1990年、開成高校卒業。96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。東京大学医学部附属病院、三井記念病院にて循環器内科、救急医療に従事。04年より2年半、宮内庁で待医を務める。10年、東京都文京区に祐ホームクリニック開業。東京医科歯科大学大学院医学総合研究科臨床教授、日本医療政策機構理事等を務める。

と思います。アプリ診療と電話の中間的なものが、今後は必要とされるのではないのでしょうか。当院ではケーブルテレビにカメラを設置してオンライン診療ができるシステムを開発しています。

高橋 海外では日本よりも進んでいる印象があります。

武藤 高齢者のデバイスに対するリテラシーは高く、アプリを使う診療も普及しています。中国はその典型です。リテラシーが低くても確実に公共サービスを受けられる日本が特殊かもしれません。

なってみたら、「案外できるものだ」となりました。私の勤める大学でも「オンライン講義の日」を設けてはどうかという話が出ています。コロナ禍で得たせっかくの「遺産」です。今年入学した学生には「このような100年に1度の大きな転換期は、むしろ好機だ」と思っ取り組んでほしい」と話しています。

武藤 そうですね。今回の遺産によって、オンライン診療の形態も変わるのではないかと考えています。まず、診療の前に行う「オンライン医療相談」が増えると考えられています。まずオンライン医療相談があり、次いでオンライン診療、そして対面診療というように、トリアージが社会的になされていく可能性が高い。医療相談の段階でOTC医薬品やサプリメントで対応できそうであれば、ひとまずそれで様子を見るといったケースも出てくるでしょう。

高橋 フランス・パリには、そのような仕組みがあります。患者はまず15番(SAMU・フランスの救急車センター)に電話をしてS

がどんどん出てきそうです。

高橋 ただ、医療があまり必要のない高齢者でも、預かってもらえると安心するという家族もいます。

武藤 いわゆるサービス付き高齢者向け住宅のような、病院ほどではないけれどある程度の看護介護体制が整っているような施設は、間違いなく増えていくでしょう。今まで「なんとなく不安だから入院する」という考えだったものが、そうでなくなってくる。病院は「本当に必要な治療をするところ」という認識は広まると思います。



コロナ禍は
オンラインの遺産

れません。さらに、接触を少なくして医療を受けようとする延長上に、入院日数の減少も出てくるかもしれません。

高橋 オンライン診療の診療点数や一つひとつのサービス単価を上げていかないと、日本の医療は成り立たなくなりますね。長く在院することに對する価値は、今回のコロナ禍でさらに変わっていくかもしれませんし、入院設備のダウンサイジングの問題も浮上するでしょう。

武藤 ベッド数に對する需要は想像以上に減ってしまう可能性がとても高いと思っています。今後でも感染症は起こるだろうし、そのためにベッドも確保しておいたほうがいいという議論もあります。メンテナンスに對する費用がかかって、経済的には合理性がないとも言えます。その折り合いは難しい。フレキシブルな医療体制をどれくらいとれるかが重要です。

高橋 アメリカや中国では専用病院を立ち上げて、収束したら取り壊してしまいました。あのような形も考えられますね。

武藤 もう一つ気になっているのが人材コストです。二次感染のあった病院では、看護師や事務職が辞めてしまったところもあります。特に専門職ではない人たちは、ウイルスが感覚的に怖いんですよ。そのため医療・介護分野に就職する人たちが減ってしまい、人材コストが上がるのが考えられます。いずれにしてもこれまでの医療経営モデルが通用しなくなる

と認識すべきです。

高橋 患者さんのマインドまで変わってきていて、病院経営を考えなければいけない。その時には病院団体や医師会がそうしたトレンドをモデル化しつつ、医療が成り立つようなプライシングまで考えて国に提示しなければ、日本の医療が存続できなくなる可能性もあります。

診断もオンラインを前提としたものに進化する

高橋 オンライン診療では、患者さんの状態把握が対面より難しい側面があります。診察の仕方にも

件で、揺り戻しが起きるのではないかと気がしています。自由主義的な発想で、それぞれの人々によるガバナンスが重視された世界観から、ガバメントする、公権力が中心の世界に戻っていくのではないのでしょうか。

高橋 ワンプラットフォームになって全体を最適することをめざすという、社会主義の権化のような考え方に世界全体が猛烈に進んでい

工夫が必要になりそうですね。

武藤 診断学も、オンラインや電話での診療を前提とした内容に進化していくと思います。今は、実際に診ないとわからないような診断基準がほとんどですが、オンラインでわかるものをベースに診断できるような新しい基準が生まれると思っています。たとえば今の映画館では、カメラで観客の毛細

ベッドを埋める
戦略は難しくなる



血管の状態を見て、感情がわかるようなAIがあり、新しい映画の製作に使われています。そのようなものが医療の分野で新しく出てくるかもしれません。

高橋 赤外線カメラで24時間モニタリングもできようになっていきます。人間が見てもわからないけれど、赤外線センサーやドップラーセンサーならわかるようなこ

る気がします。日本はそれに乗り遅れていたけれど、今回、そのスピードが上がりそうです。

武藤 今までは一人ひとりのプレーヤーに任せていましたが、今後は国全体が計画的に医療を提供する方向に進むとも考えられます。この時に考えなければならぬのは、地方分権型モデルに移行する可能性です。国は一定のものは決めるけれど、地域ごとの事情が違うので、一律に制度を決めて展開するのは難しい。都道府県や広域の自治体のなかで医療提供体制を整えていく方向に向かうのではないのでしょうか。

高橋 ローカル・オペティマイズ（編集部注：地域ごとの最適化）ですね。世界の兆候として、単一のプラットフォームで膨大なデータを作り、AIを駆使しながら個別対応を行っていくモデルがあります。データは共通化し、そこからパーソナル、ローカル、ナショナルとそれぞれのレベルでオペティマイズを図ろうというものです。

武藤 データの見える化はますます

す進むでしょうし、オンライン診療もその一部に位置づけられます。一人ひとりの位置情報から始まり、メンタルやフィジカルのデータも取り、全体的な分析をした結果、地域や個人における最適化ができるようになるという流れです。個人のプライバシー保護には多少目をつむっても、全体最適をめざすほうがいいという方向に移行するのではないかと思うのです。良し悪しは別として、一定のガバナンスを国や行政が持っているうえで個人の自由があるという考え方が広まる気がしています。

高橋 実はそこに大きなジレンマを抱えているのです。私は政府の未来投資会議に出席してITの社会実装を強力に進めています。自分の位置情報は知られたくないし、通販もやらないし、飲み代は必ず現金払い（笑）。絶対にプライバシーをさらしたくないと思っているので、非常に葛藤があります。どのあたりに落ち着くかというところですね。ありがとうございます。