

日本の医療・世界の医療 ～精神医療とDXから考える～

社会医療法人原土井病院
理事長 原祐一

自己紹介

- 1994年 東京医科歯科大学医学部卒業
- 1994年 九州大学 精神神経科入局
- 1995年 大牟田労災病院 精神神経科
- 1996年 福岡県立 遠賀病院 精神科 認知症疾患治療病棟
- 1997年 九州大学大学院医療システム学入学
- 2001年 日本医師会総合政策研究機構 主任研究員
- 2002年 原土井病院
- 2004年 福岡市医師会理事
- 2009年 ホームケアクリニック院長
- 2010年 福岡県医師会理事
- 2021年 日本医師会総合政策研究機構 副所長

今後の日本の入院医療

日本の病床数が多い理由 慢性期病院・精神科病院の今後

日本の人口当たりの病床数は、他国と比べて非常に多い

病床の種類についてはOECD分類において以下の4つに分けられる

- ☆ 急性期病床 (curative (acute) care beds)
- ☆ リハビリテーション病床 (亜急性期) (rehabilitation care beds)
- ☆ 慢性期病床 (long-term care beds)
- ☆ 精神科病床 (psychiatric care beds)

日本はすべての病床種別で多いものの、特に慢性期病床と精神科病床の数が突出して多いのが特徴

では、なぜ日本ではこれらの病床が多いのだろうか？

1,000人当たり病床数

高齢化と健康に関するワールドレポート2015、WHO

	総病床	急性期	リハビリテーション (亜急性期)	慢性期	精神科	その他
カナダ	2.9床	2.0床	0.1床	0.4床	0.4床	0
フランス	5.9床	3.0床	1.6床	0.5床	0.8床	-
ドイツ	9.3床	6.0床	2.0床	0床	1.3床	0
イタリア	3.2床	2.5床	0.4床	0.1床	0.1床	0
日本	12.8床	7.7床	-	2.5床	2.6床	-
イギリス	2.9床	-	-	-	0.4床	-
米国	3.2床	2.5床	0.1床	0.2床	0.3床	0.1床

高齢化への対応としての病院の増加

1970年代から、先進国では高齢者の増加が問題となってきた。

これは人類が初めて直面する大きな課題だった。

欧州諸国はこの問題に対し、政府主導で高齢者施設を建設し、税金を財源とした福祉政策を展開していった。

一方、日本は少し異なるアプローチを取った。

高齢者福祉・介護を病院に委ねる形を選択した。

病院へアウトソースするに至った背景

1. 財政負担の軽減

高齢者施設を政府が運営すると、施設の建築費や運営費はすべて政府の負担になる。一方、病院の場合は建築費は民間資金で行われ、運営は健康保険から支出されるため、政府支出は3～4割程度に抑えられる。

2. 企業の景気と社会の受容

1970～80年代の日本は概ね企業の業績が良く、健康保険料が多少上がっても、企業も従業員もそれほど気にしなかったと思われる。

3. 国民の価値観

当時も日本には税で運営される養護老人ホームや特別養護老人ホーム（特養）といった施設はあった。しかし、それらは「低所得者向けの福祉施設」というイメージが強く、多くの国民は「親を特養に入れるよりも病院に入院させた方が体裁が良い」と考えていた。

このような要因が重なり、高齢者福祉・介護を病院にアウトソーシングする仕組みが確立されたと推察している。結果として、この方法は政府・企業・国民すべてにとって Win-Win の形になった。

精神科病床の多さの背景

精神科病床が多い理由も、高齢者福祉と似ている。

欧米諸国では、精神疾患を持つ人々に対して政府が福祉政策を通じて入所施設や生活支援を提供してきた。

一方、日本では、精神疾患患者を精神科病院に「入院」させる形を取った。

これは、高齢者と同様に、病院での対応の方が財政的にも安くつき、社会的に受け入れやすかったことが背景にあったと推察している。

その結果、日本の精神科病床は他国と比べて非常に多くなったのではないか。

現在、精神科病院の入院患者の約70%が65歳以上となっており、精神科病院は「第2老人病院」へと変化している。

なぜ精神科病院にこのように高齢者が多く入院しているのか。

精神科病院に長期入院している 2 パターンの高齢患者

1. 若い頃に統合失調症を発症し、数十年にわたり精神科病院に入院している、入退院を繰り返している患者

適切な社会復帰の仕組みが整わなかったため、長期間にわたって病院での生活を余儀なくされている。

2. 認知症を発症したのちに、BPSD(行動・心理症状)を呈し精神科病院に入院した患者

向精神薬の内服治療などによって症状は落ち着いたが、自宅や施設への受け入れ先がなく、退院できない状況にある。

本来、このような長期入院患者の多くは、福祉施設や介護施設で対応すべき。

福祉介護を主体とした人々の生活や介護の費用を健康保険で賄う事は不適切。

今後、精神科病院の役割を「主に精神科医療が必要な患者に限る」などと再定義し、適切な福祉・介護サービスへの移行を進めることが必要。

医療保険の適応の再定義

介護保険が始まって25年が経ち、高齢者介護は各種高齢者施設で行う事が一般的となってきた。

在宅医療も進み、要介護高齢者は介護施設に入所し、医療は在宅医療を受ける事が可能となった。

そのため、介護を主な機能としている病院の存在理由は薄れてきている。福祉的な色彩をもった精神科病院も各種の施設に移行する時期ではないか。

介護福祉はそれを担うべき施設が行い、医療機関は医療を提供するべき。

かかりつけ医機能と病床数の関係

日本の病院数は1990年に10,096施設をピークに減少を続けている

診療所の数は年々増加しており、現在では内科診療所が約10万5000か所。

近年、「かかりつけ医機能」の重要性が高まっており、日本医師会と厚生労働省もその推進を目指している。

高齢者の増加とかかりつけ医の役割

今後、85歳以上の高齢者の増加は確実であり、この年齢層では入院の割合が高くなる。

一方、「かかりつけ医に24時間365日連絡が取れる体制が整えば、入院を減らせるのではないか」という意見も多い。

例えば、入院に至った患者の中には「何らかの症状はあるが、入院するほどではない」ケースもあり、24時間365日「かかりつけ医」に相談できれば、「在宅で様子を見ましょう」との判断が下され、不要な入院を防げる可能性が高い。

高齢者は病状の悪化が起きると、不安から安易に救急車を呼んだり、病院の外来を受診し、医学的には入院の必要性は低いにもかかわらず、入院となることもある。

この点は以前から指摘されており、このような入院を防ぐために、在宅時医学総合管理料や地域包括診療料（加算）の要件として、24時間365日の連絡体制や往診体制の整備が進められている。

診療所の開業規制と診療報酬の対応

日本は自由開業制を採用しており、医師資格を持っていればどこにでも診療所を開設できる。

一方、「自由開業制をやめ、開業規制を導入すべき」との意見もある。

例えば、ドイツでは人口当たりの診療所数に規制がある。

現在、日本では診療所の新規開設時に行政から要請事項が出されるものの、今のところこの要件を守らなくても特にペナルティーはない。

一方、令和6年12月の財務大臣と厚労大臣の大臣折衝事項では、以下のような内容が記載されている。「外来医師過多区域における養成等を受けた診療所に必要な対応を促すための負の動機付けとなる診療報酬上の対応」。

これは、24時間365日の対応を行わない診療所に対し、初再診料や指導料を減額する可能性があることを意味している。

これからの「かかりつけ医機能」のあり方として、少なくとも24時間365日連絡が取れる体制を整え、可能であれば夜間休日の往診も行う診療所であることが求められる。

もし、多くの診療所がこの「かかりつけ医機能」を備えれば、急性期病院への入院患者を大幅に減少させることができるかもしれない。今後の医療制度改革の中で、この機能がどのように推進されるかが注目される。

これからも医師数は増加し、大都市部においては診療所数も増加していく。85歳以上の急変しやすい年齢層は、地域差はあるが、今後も増加していく。若年層の大幅な減少によって、今と同じような医療の供給体制を続けていくことは不可能。

入院する高齢者をいかに減らすかの回答としては、在宅医療を行う診療所を増やす事と、在宅と高齢者施設において医師・看護師による24時間365日対応が最も現実的。

ただし、一人医師診療所で24時間365日対応は限界があるので、複数医師のグループ診療や複数の診療所の連携が必須となってくる。

皆保険・自由開業制・フリーアクセス

—外国人医師との会話—

日本の医療制度の特徴として、国民皆保険、自由開業制、フリーアクセスの3つが挙げられる。(以前は「自由標榜制」も含まれていたが、専門医制度の発達に伴い、最近ではあまり言われなくなった)。

日本の3つの特徴について、ヨーロッパの医師に説明した際、次のような質問を受けた。

(1) ヨーロッパの医師からの質問と私の回答

質問1

「日本では、患者の医療機関へのアクセスが自由で、医師の開業も自由だと、高齢者は今後も増加するだろうし、医師数も増えていくだろうから、公的医療費が際限なく増加していくのでは？」

私は次のように答えた。

「日本では、公的医療費の総枠にキャップ(上限)を設け、その範囲内で収まるように、2年ごとに個々の医療行為の単価を調整しています。」

質問2

「そうだとすると、フリーアクセスのもとでは患者の受診が増え、医師が増えれば診療所も増加しますね。すると、診療の単価が2年ごとに低下していくのではないですか？」

私の答え、「おおむねその通りです。」

質問3

「そうになると、そのうちに個々の医療機関の採算が取れなくなるのでは？」

この疑問に対して、私は明確に答えることができなかった。確かにその通りだと感じた。

日本の医療制度の構造的な問題

日本人同士で話していると、このような根本的な疑問はなかなか出てこないと思う。

しかし、海外の医師と議論することで、自分でも気づいていなかったことに気づくことがある。

日本では、診療報酬が2年ごとに改定されるたびに物価と比較して相対的に低下する傾向があるのは、このような制度の仕組みが背景にあるからではないかと改めて感じている。

日本の医療DXが遅れている 理由

医療DXを推進させる動機

保険者（政府）

- ・ 医療費低減（政府支出分の低減）
- ・ ビックデータ収集、公衆衛生の向上
- ・ 医療の質を上げ、国際競争力強化
- ・ 医療デジタル化製品の輸出産業化

患者

- ・ 受診時の自己負担低減、保険料低減
- ・ 受診の簡素化、時間節約
- ・ PHRなどによる自己の医療情報管理、健康リテラシーの向上

医療機関（医師）

- ・ 医療の質の向上
- ・ 業務の効率化
- ・ 生産性の向上（増収増益）
- ・ 他医療機関との差別化

本邦における「医療DXを進める動機」の現状

1. 保険診療を行う限り、医療機関の収入は診療報酬制度に依存している

- 医療の質を上げてても高い診療費を請求することはできない
- 医療の質が向上し入院日数が短縮化すると、収入は減少する可能性もある
- 外来において医療DXを進め、オンライン診療などが増加すると、収入が減少する可能性がある

政府が決定する固定価格の診療報酬制度では、医療機関が先進的な医療DXを進めても収入は変わらないか、効率化によって収入は減少する可能性がある

これらの状況のため、日本では医療機関側にDXを進める動機は薄い

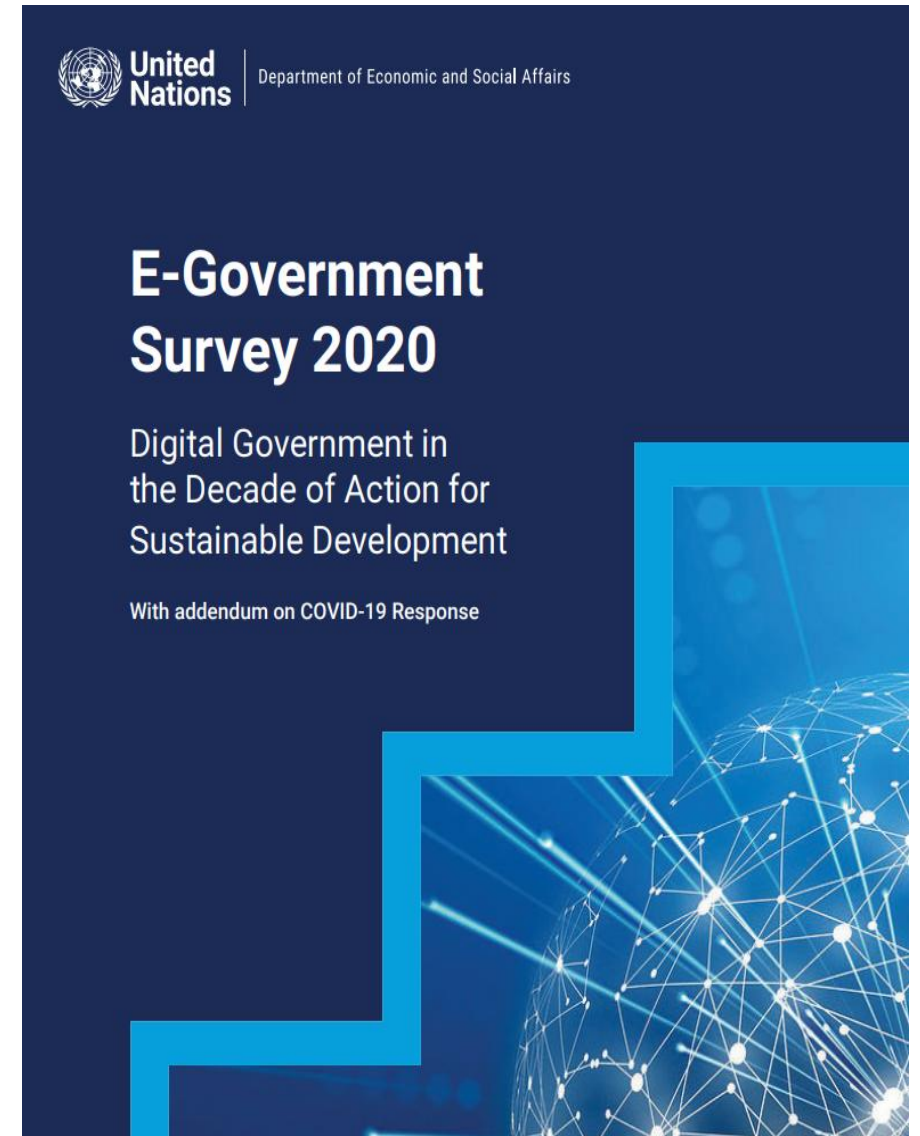
2. 医療機関のデジタル化を進める動機として考えられるもの

- 医療機関内の業務効率化、D P C・地ケア診療報酬対応
- 地域医療連携の推進
(地域医療連携システムとの互換性、アップデート、費用対効果について?)
- 若い職員が紙運用ができない

医療DXと政府DX（E-Government）

医療が行政サービスの一環となっている国（多くの欧州諸国）にとって、医療DXは政府DXとほぼ同義で使われる

国連は電子政府ランキングを発表している



2024年 政府DXランキング

順位	UN EGDI 2024
1	デンマーク
2	エストニア
3	シンガポール
4	韓国
5	アイスランド
6	サウジアラビア
7	イギリス
8	オーストラリア
9	フィンランド
10	オランダ
11	UAE
12	ドイツ
13	日本

エストニア

2016年にエストニアに行き、X-Roadと言われる政府DXを見学した。

エストニアには共通電子カルテがあると聞き、それを見にいったのだが、結論として共通電子カルテはなかった。

X-Roadにヘルスケアの領域があり、そこに診療情報の一部を医師が入力し、その情報を医療者間で共有されているシステムであった（電子カルテとX-Roadの二重入力）。

簡便な仕組みであり、2016年当時において医療機関で入力された診療情報をどの医療機関でも参照ができた。



エストニア

診療情報以外の個人情報（所得、金融資産、不動産、婚姻状況、仕事内容、運転免許、ポイントカードなど）もデータ化され、政府が管理していた。

当時は国全体でのこのような取り組みは他にはなかったので、政府関係者に「どうして個人データ、行政データをすべてデジタル化することにしたのか？」と聞いた。

その答えは、1991年にソビエト連邦から独立したが資源も外貨もなかった。

デジタル技術を輸出することで国を豊かにしていくという目標を国是とした。

もう一つの理由は、万一にロシアが侵攻して、再占領されたとしてもネット上でe-エストニア国を作るため。

2010年以前に未発達のデジタル技術で政府に集まる国民情報を紙による運営を廃止し、ICT化を行い、対面の行政サービスをなくすことは国民も驚いたと思う。

このプロジェクトを国民が受け入れたのは、経済対策と国防力強化にあった。

イスラエル

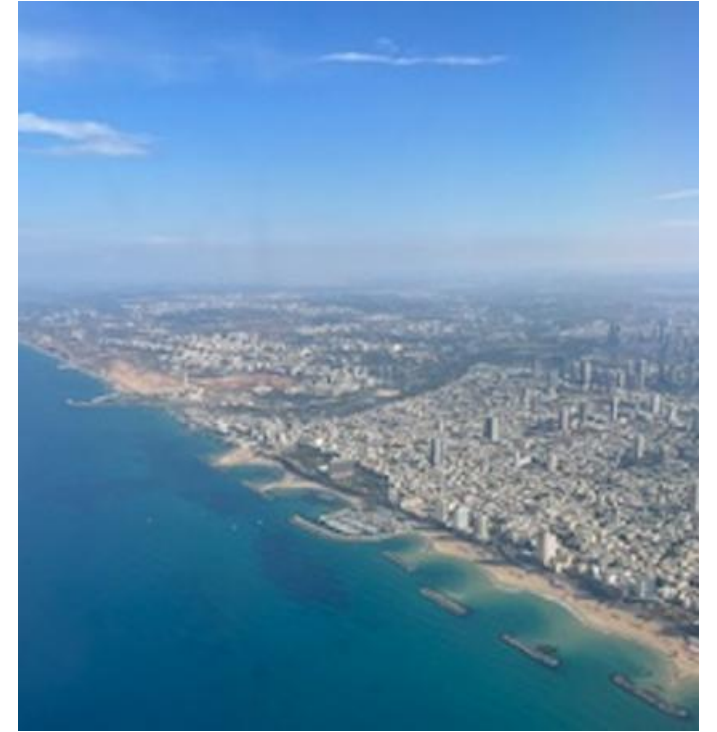
2022年12月 イスラエル医師会が主催の医療DXの学会に出席した。

イスラエルは政府DXが進んでいる国で医療DXも進化している。

その背景にイスラエル軍の8200部隊というサイバー攻撃・サイバー防御部隊の存在がある。

イスラエルは男女とも徴兵制度の国なのだが、成績優秀者はサイバー攻撃防御部隊に配属される。この部隊に3年間いると世界最高のICT技術者になれる。

8200部隊出身者は、除隊後にイスラエルのみならず、欧米各国のデジタル企業（GAFA等）に就職したり、自らスタートアップを起業する。



イスラエル

医学部生で8200部隊に配属された学生が医師になり、医療スタートアップ企業を作ると、最新技術の医療 I C T 製品ができる。

このような教育・育成制度を創っている根本理念を聞くと、「ユダヤ民族はこの2000年間、最高のテクノロジーとマネーを握ってきたので、今まで生き延びることができた。今後も最高のテクノロジーとマネーを持ち続けなければならない。今のテクノロジーはデジタル・テクノロジーである。そのために、最もこの分野に力を入れているのだ。」

GAFAなどの巨大Tech企業がヘルスケア・アプリを作っているが、ビジネスマンが作ると、ろくなことにならない。

医師がGAFAの幹部になることによって、医学的に正しい方向にGAFAのヘルスケアを誘導するように指導している。

医師会が投資ファンドを創り、若手医師が起業したスタートアップに投資を行っている。

医師会ファンドが投資した医療系スタートアップなら成功する可能性が高いと他のファンドも判断するので、多額の資金が容易に集まり、成功率がさらに上昇する。すぐに投資額の10倍以上の価値になる。

デンマーク

2024年8月にデンマーク政府からの招待でデンマークの医療DXの見学に行った。

デンマークの政府DXは国連ランキングで世界一を続けており、それを各国の関係者に知ってもらうことがこのツアーのミッション。

デンマークでは2010年代からSMRという電子処方箋システムが動いており、それが徐々に進化して、現状のEHR／PHRを構成してきた。

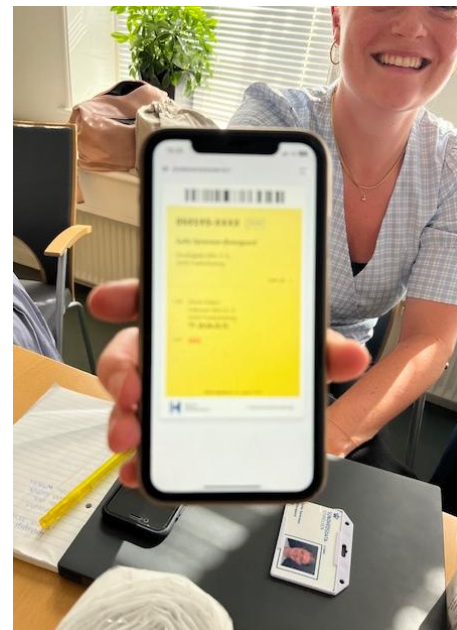
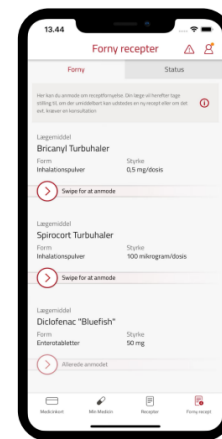
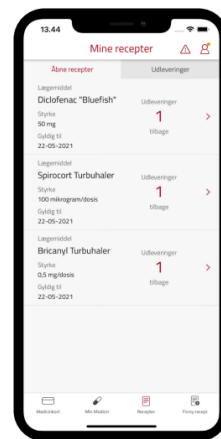
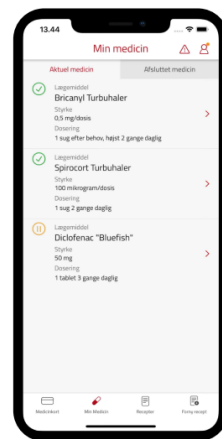
国民は普段はGPクリニックに通院しているが、大きな病気になったり、急変したら病院に入院する。

Shared Medication Record App – Citizen Empowerment

Medication overview

Current prescriptions

Renew prescriptions



デンマーク

GPの情報はSMRを通じて病院に伝達され、病院での診療情報も同様にGPクリニックでも閲覧できる。

患者自身も患者用に変換された診療情報を見ることができる。

デンマークでは1960年代からマイナンバーを使用し、財産、税、診療情報などセンシティブな情報はすべて政府のデータベースで管理する仕組みが完成している。

デンマーク人に、「このようなセンシティブな情報を政府に預けるのは不安ではないか?」、と聞いたところ、「ドイツ政府やEU政府に預けるよりは安心だ」との回答であった。

センシティブ情報をどこかで管理しなければならないとしたら、自分たちが代表を送ることができる自国政府しかないという意味である。

第二次世界大戦中にデンマークはナチス・ドイツに占領された。その際に、デンマーク政府が持つ政府情報や住民情報をナチスが入手して、誰が財産を持っているか、誰がユダヤ人かなどがわかり、大変な目にあったことの対応から自国政府を最も信用するようになっていたと感じた。

フランス

フランス政府は2000年代初頭より全国共通電子カルテ構想を持っていた。

しかし、実態は遅々として進まず、業を煮やした大統領府は2018年に共通電子カルテ構築を健康省から支払基金に移行した。

2022年に支払基金は強制的に全国共通電子カルテ・ポータルサイトを作った。

全国民の個人の医療健康ポータルサイトを作り、メールや手紙で通知をし、作りたくない人は出て行ってもかまわないという「オプトアウト方式」で実施した。

個人個人にとって「オプトアウト」を宣言するのは面倒なため、多くのフランス国民は自分自身のポータルサイトを持つことになった。

自分のポータルサイトには自分で入力する項目、医師や医療機関が入力する項目などがある。

しかし、このポータルサイトを利用しているフランス人はあまりいないとのこと。

その理由を聞くと、「使わなくても特に困らないから」。

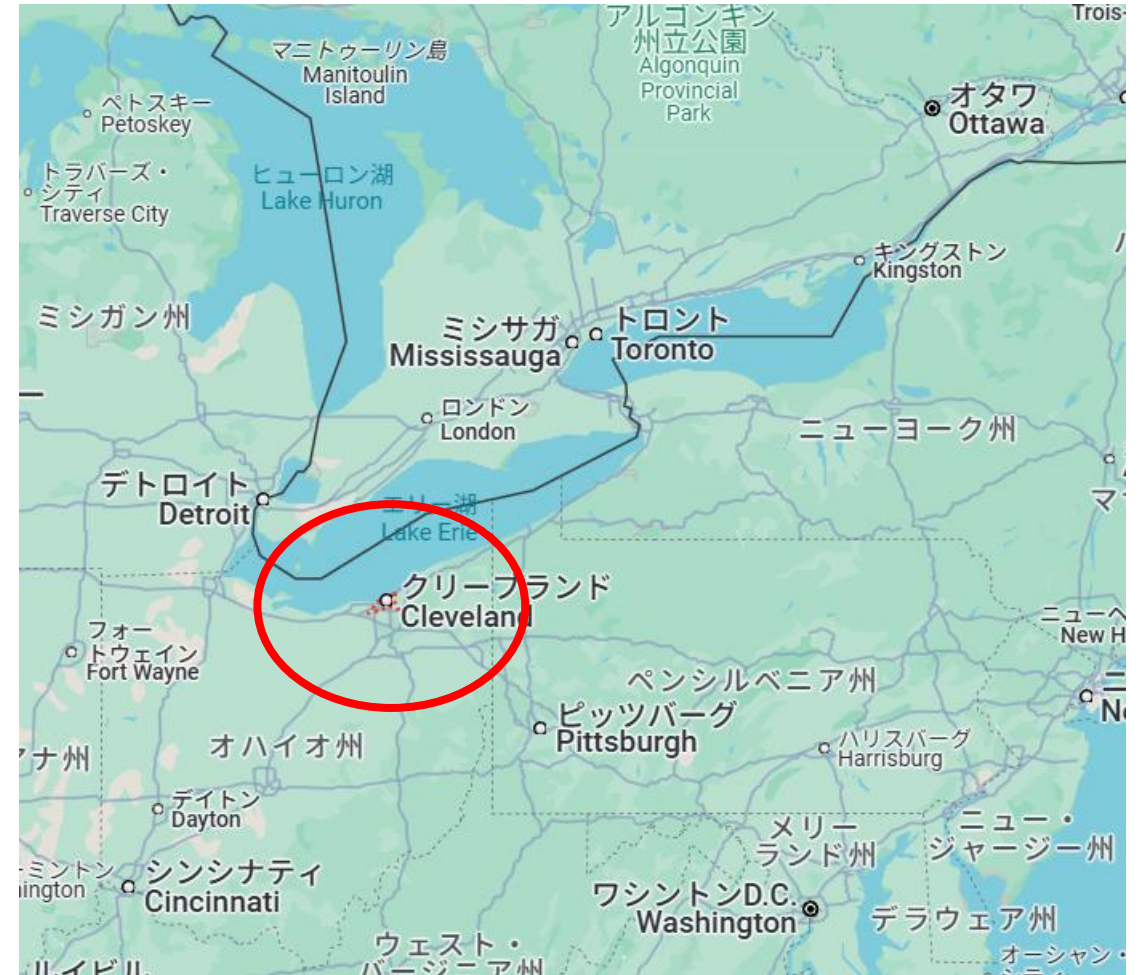
便利性を打ち出しても、現状に不満がない場合には、新技術を使うモチベーションも生まれないのだろう。

アメリカ

2015年にオハイオ州の巨大病院グループ（クリーブランドクリニック）を見学した。当時、このグループは世界最先端の電子カルテシステムを運用していると言われていた。

本システムには4つの仕組みが存在

1. 「かかりつけ医」の電子カルテ情報を病院の医師が見ることができるシステム。
2. 病院に入院中の患者の電子カルテ情報を「かかりつけ医」が見ることができるシステム。
3. 病院の電子カルテ情報を簡素化して患者自身が見ることができるシステム。
4. 患者が直接に病院の医師に質問をすることができる（有料）システム。



アメリカ

電子化に投資をする理由

1. かかりつけ医の囲い込みと紹介患者増

かかりつけ医に、この電子カルテシステムを無料で配布することで、開業医の囲い込みを行い、紹介患者増を図る。

2. 保険会社との戦い —M&Aと情報力強化—

クリーブランドクリニックグループはオハイオ州の半分近い病院をM&Aにてすでに買収している。

なぜ、このようなこと（医療DXの推進と積極的なM&A）をしているのかと聞いたところ、デジタル投資も病院M&Aも一つの大きな目的のために行っている。

その目的は保険会社との戦いに勝つことであると。

ご存じのように、アメリカの医療保険は営利企業が運営していることが多い。

保険組織を非営利組織が運用していることもあるが、運営の原則は営利企業とあまり変わりなく、保険料で集めた資金よりも医療費として支払う金額を少なくして、利益を上げることである。

そのため、病院が入院費として1,000万円を保険会社に請求しても、何かとクレームをつけ700万円ほどにディスカウントするのは日常茶飯事である。

アメリカ

このディスカウントに対抗する武器が電子カルテによるデータ収集と病院M&Aだそうである。

診療データを収集し、各種論文などと突合して、ディスカウントが不当であると主張して、保険会社に再請求する。もしくは、裁判に訴える材料を作るために様々な情報を集めるのだそうである。

病院M&Aにより、すでに（2015年当時）クリーブランド周辺の半分近い病院をグループ内に取り入れている。

このバイイング・パワーをもとに、「ディスカウントを続けるならお前の保険に入っている患者は診ないぞ！」と脅しをかけるそうである。

診療情報収集と回析を行い法的に対応することと、多くの病院を買収することによって保険会社のディスカウントはかなり減ってきている。

アメリカにおいて全国一律の診療情報システムはできる可能性はあるかと聞いたところ、「絶対にない!」、との答えだった。

医療保険もバラバラで医療機関と保険者の対立構造があるのに、情報の統一化などできるわけがない、とのことだった。

日本において医療DXを進めるためには？

医療機関（医師）・・・収入増、診療報酬との直結

保険者（政府）・・・政府支出減（医師の動機と真逆）、ビックデータ収集

患者・・・・・・・・自分の診療情報の管理、健康リテラシーの向上（本当にそう思うのか？）

医療DXについて、自分なりの解決策

1. レセプトに簡単なサマリーを付記する

2. 処方薬の処方理由、検査理由、処置理由をレセプトに記載する

1, 2 の記載のないレセプトは支払いをしない

3. 傷病名での保険査定を止める（病名欄には真の病名を書く）、保険査定は上記1、2をAIで実施

上記1～3を実施すれば、

① マイナ保険証にて、この情報をお互いに閲覧することで患者の診療情報の相互確認はできる

② NDBは今よりも信頼性が向上し、ビックデータ活用につながる

③ ポリファーマシーや過剰検査は少しは改善し、社会保障費は減る

精神科病院について



精神科病床を減らすべき理由

☆ 精神科病院が第2老人病院となっている

高齢入院患者が多いにもかかわらず、高齢者に必須の内科、整形、皮膚科などの常勤医が精神科病院には極めて少ない、いない

☆ うつ病や発達障害の初診待ち期間があまりにも長い

☆ 自殺未遂で重傷の患者が入院する救急病院に精神科医がいない

精神科医が精神科病院に集められている弊害

精神科開業医を増やす必要

ご清聴ありがとうございました