

第七次 未来医師会ビジョン委員会 答申

## 2050年の日本

～未来の医療のあるべき姿、未来の医師のあるべき姿、未来の医師会のあるべき姿～

令和8年4月

日本医師会

第七次 未来医師会ビジョン委員会



令和8年4月

日本医師会

会長 松本 吉郎 殿

第七次 未来医師会ビジョン委員会

委員長 佐竹 真一

### 未来医師会ビジョン委員会 答申

第七次未来医師会ビジョン委員会は、令和6年12月6日開催の第1回委員会において、貴殿より、「2050年の日本～未来の医療のあるべき姿、未来の医師のあるべき姿、未来の医師会のあるべき姿～」について諮問を受けました。

これを受けて、計7回の委員会を開催し、鋭意検討を進めてまいりました。

ここに、委員会の見解を答申にまとめましたので、ご報告いたします。

## 第七次 未来医師会ビジョン委員会 委員名簿

委員長	佐竹 真一	岐阜県医師会常務理事／さくらクリニック院長
副委員長	大塚康二郎	宮崎県医師会常任理事／大塚病院理事長・院長
委員	阿部 智介	唐津東松浦医師会理事／七山診療所理事長・所長
	木下 景太	徳島県医師会常任理事／木下病院
	木村 玄	木村病院院長
	澤井 康弥	澤井内科循環器クリニック院長
	志田 勇人	札幌市医師会理事／札幌ライラック病院理事長
	須藤 雄仁	安中市医師会理事／須藤病院理事長・院長
	竹中 俊介	静岡県医師会理事／たけなか三島東町クリニック院長
	田中いつみ	滋賀家庭医療学センター
	玉城研太郎	沖縄県医師会常任理事／那覇西クリニック理事長
	野口圭太郎	鳥取県医師会理事／のぐち内科クリニック院長
	野村 和至	野村医院院長
	星野 大和	松戸市医師会理事／ほしの在宅ケアクリニック理事長・院長
	細谷 拓真	秋田県医師会理事／細谷内科医院 副院長
	堀井 孝容	茨木市医師会理事／堀井医院理事長
	守上 佳樹	医療法人双樹会理事
	山元謙太郎	佐賀県医師会常任理事／山元記念病院理事長
	藁谷 暢	福島県医師会常任理事／総合南東北病院外科医長

## 委員会開催記録

- 第1回 令和6年12月6日(金)15:00~17:00 (日本医師会館/WEB会議)  
・会長諮問、自己紹介、フリーディスカッション
- 第2回 岐阜合宿 (ホテルグランヴェール岐山/WEB会議)  
(1日目) 令和7年3月8日(土)16:00~18:00  
・講演「AIの活用は医療をどう変えるだろうか」  
順天堂大学健康データサイエンス研究科 特任教授 大江和彦  
(2日目) 令和7年3月9日(日) 9:00~11:00  
・答申に向けた議論 (2050年の日本について)
- 第3回 令和7年7月26日(土)15:00~17:00 (WEB会議)  
・答申に向けた議論 (2050年の医療について)
- 第4回 札幌合宿 (JRタワーホテル日航札幌/WEB会議)  
(1日目) 令和7年10月25日(土)16:00~18:00  
・講演「高齢社会における医療保険制度の持続可能性」  
参議院議員 金菴 敏  
(2日目) 令和7年10月26日(日) 8:30~11:00  
・答申に向けた議論 (2050年の医師について)
- 第5回 令和7年12月13日(土)15:00~17:00 (WEB会議)  
・答申に向けた議論 (2050年の医師会について)
- 第6回 宮崎合宿 (フェニックス・シーガイア・リゾート/WEB会議)  
(1日目) 令和8年1月31日(土)16:00~18:00  
・答申案について議論 (2050年の日本・2050年の医療について)  
(2日目) 令和8年2月1日(日) 8:30~10:30  
・答申案について議論 (2050年の医師・2050年の医師会について)
- 第7回 令和8年4月25日(土)15:00~17:00 (日本医師会館/WEB会議)  
・答申の最終確認

## 目次

はじめに：佐竹 真一	1
------------	---

### 第1章 2050年の日本

1. 人口減少・超高齢化	
(1) 人口減少と少子高齢化が生み出す日本社会の姿：阿部 智介	2
(2) 200年前の君へ：守上 佳樹	4
2. 地方の衰退と一極集中、労働力不足	
(1) 医療・介護における外国人人材の登用：山元謙太郎	6
(2) 過疎地域の未来はどうか：澤井 康弥	9
3. テクノロジー・AI	
(1) デジタル／アナログ二項対立の終焉とデジタルネイチャー：細谷 拓真	10
(2) 人口減少社会を支える基盤としての医療テクノロジー：木村 玄	12
4. 災害・環境問題	
(1) 2050年に予測される主要なリスク要因：須藤 雄仁	14
(2) 2050年の日本における災害・環境問題を考える －北海道の現状から読み解く日本の気候危機とエネルギー問題：志田 勇人	16
5. 格差社会、社会の価値観	
(1) デジタルデバイドと個人主義の加速：田中いつみ	17
(2) 公共サービス民間委託：竹中 俊介	18
【小括】：大塚康二郎	19

### 第2章 2050年の医療

1. 国民皆保険	
(1) 医療における内需・外需喚起は社会保障を変質させ得るのか：堀井 孝容	20
(2) 国民皆保険制度を存続させていくために：澤井 康弥	22
2. テクノロジー	
(1) AI時代の医療、医療情報システム：佐竹 真一	23
(2) AI シンギュラリティがもたらす医療変革と医師の役割転換：野村 和至	24
3. 地域医療	
(1) これからの地域医療について －北海道という“日本の縮図”から考える：志田 勇人	26
(2) へき地・離島・過疎地での持続可能な地域医療：阿部 智介	27
4. 地域包括ケア	
(1) 地域包括ケアシステムの拡充と地域医療の未来：須藤 雄仁	29
(2) かかりつけ医と在宅療養支援病院が果たす役割：星野 大和	30
5. 災害医療体制	
(1) 2050年の災害医療に関して－CSCATTTに基づく将来像：藁谷 暢	31
(2) 医療界のみならず業界の垣根を越えた災害医療体制の構築：玉城研太郎	32
【小括】：大塚康二郎	34

## 第3章 2050年の医師

1. AI時代の医師の役割	
(1) AIと共存する時代における医師の本質的価値と責任：木村 玄	35
(2) AI時代の医師の役割—原点回帰：山元謙太郎	36
2. 倫理と教育	
(1) 医の倫理の変遷（変化と普遍性）：大塚康二郎	37
(2) 変わらない者と変えなければならない物：守上 佳樹	38
3. キャリアの変化	
(1) 2050年キャリアの変化：木下 景太	40
(2) 医師の生き方の多様性に伴うキャリア非線形化：田中いつみ	41
4. 報酬・制度改革	
(1) 2050年、「医師余り」時代の医療制度再設計：細谷 拓真	42
(2) 国民皆保険・社会保障費：竹中 俊介	44
5. 社会課題への関与	
(1) 困難事例対応、地域づくりを通じた医師の社会的貢献：星野 大和	45
(2) 診察室の内にある医師の使命、外にある医師の使命：野口圭太郎	46
【小括】：大塚康二郎	47

## 第4章 2050年の医師会

1. 組織改革	
(1) 医療統治機関：佐竹 真一	48
(2) 組織帰属意識の希薄化にどう対応するか：大塚康二郎	49
2. 広報戦略	
(1) 必要な情報をしっかりお届けするための広報戦略：玉城研太郎	51
(2) 2050年広報戦略：木下 景太	53
3. 医療政策	
(1) 制度疲労を超えて—医療を社会的共通資本として守り抜く：野村 和至	54
(2) 「医師の良心」を具現化した医師会が推し進める医療政策 —資本家に隷属しない医療政策とは：堀井 孝容	56
4. 倫理・使命	
(1) 医師会の基本理念において守るべきもの、変わるべきもの：野口圭太郎	58
(2) 2050年の医師会の倫理・使命 —市民からの信頼に基づく医療共同体へ：藁谷 暢	59
【小括】：大塚康二郎	60
おわりに：佐竹 真一	61



## はじめに

佐竹 真一

今期の未来医師会ビジョン委員会は、全国 8 ブロックから推薦された 30 歳代から 40 歳代を中心とする若手医師 19 名で構成されている。北海道から沖縄まで、診療所、在宅医療、病院経営など、多様な背景を持つ委員が参画し、現場の最前線からの視点を持ち寄った。本委員会は、2024 年 12 月 6 日に開催された第 1 回委員会において、松本吉郎会長より「2050 年の日本～未来の医療のあるべき姿、未来の医師のあるべき姿、未来の医師会のあるべき姿～」という諮問をいただき、四半世紀後のわが国の行く末を見据え、多角的な視点から議論を重ねてきた。

2050 年、わが国の総人口は急激に減少し、未曾有の超高齢社会を迎える。生産年齢人口の激減による深刻な労働力不足、地域コミュニティの崩壊、そして社会保障費の増大が、国家存立の基盤を揺るがす課題として重くのしかかる。加えて、気候変動に伴う激甚災害の頻発や、南海トラフ巨大地震等の大規模災害リスク、さらには地政学的な不安定さも増しており、我々は平穏な未来を描くことが難しい状況にある。

しかし、本委員会がここに提示する未来図は、悲観論に終始するものではない。この危機的状況こそが、社会システムを抜本的に再構築する好機となり得るからだ。我々はコロナ禍という未曾有の危機を経験し、WEB 会議やテレワーク、オンライン診療が一気に社会実装される様を目の当たりにした。かつては対面が当たり前であった医師会の会議や研修会なども、必要に迫られることで柔軟に変化し、効率化された。2050 年に向けて不可逆的に進行する危機もまた、我々が変わるための強力な原動力となり得る。

まだ見ぬ 2050 年の日本において、医療は、医師は、そして医師会はいかにあるべきか。本答申は、日本医師会の立場に依拠せず、委員全員が当事者意識を持って熟慮し、議論を尽くし、書き上げた結晶であることをご了承いただきたい。

医療はいかなる形であるべきか。医師は AI といかに共存し、どのような価値を提供するのか。そして、それらを支える医師会は、どのような存在へと進化すべきなのか。我々医療人が変わらなければならないものと、医の倫理のように決して変えてはならないものを見極め、次世代へ希望ある未来をつなぐ羅針盤としたい。

## 第1章 2050年の日本

### 1. 人口減少・超高齢化

#### (1) 人口減少と少子高齢化が生み出す日本社会の姿

阿部 智介

#### 1. 1億人割れと「超・超高齢社会」の到来

2050年の日本においては、有史以来経験したことのない速度で進行した人口減少の帰結として、総人口は1億468万6,000人で、そのうち日本人人口が1億人を下回り9,740万人という社会になる。さらには、2025年から2050年にかけて、高齢者人口は234万9,000人増加する一方で、生産年齢人口は1,769万9,000人減少する。また、総人口に占める外国人比率は約7%の729万人に達すると予測されているが、わが国の現状を踏まえれば、さらなる増加の可能性も否定できない。こうした人口動態の劇的な変化の中で、国全体としては深刻な縮小局面に直面している<sup>1)</sup>。

国民の約4人に1人が75歳以上の後期高齢者となる「超高齢社会」の極致に達し、前期高齢者が後期高齢者を支える構造が一般化する。かつての人口ピラミッドは完全に崩れ、現役世代の負担は限界に近づく一方、医療の進歩により元気な高齢者が増加し、就労年齢の定義そのものが引き上げられる社会へと移行していく。

#### 2. 一極集中と地方のコンパクトシティ化、地域機能の再編

人口減少は地域社会の二極化を決定的なものとする。東京圏への一極集中が加速する一方で、地方都市の衰退は顕著となり、医療機関を単独で運営できる基準とされる人口5,000人未満の小規模自治体は全体の27.9%にまで拡大すると見込まれている<sup>2)</sup>。

多くの過疎地域では、集落としての維持が困難な限界点を超え、居住機能や生活サービスを拠点へ集約する「コンパクトシティ化」が進められる一方、住み慣れた土地を離れられない住民との対話を前提としながら、地域機能を人口規模に応じて再編・調整していく取り組みが進行している。これは一時的な政策選択ではなく、人口動態に規定された不可避の社会的適応である。

#### 3. 労働力不足の常態化によるテクノロジーと多様な人材への依存

生産年齢人口が約52.9%まで低下することで、労働力不足は特定の産業にとどまらず、全産業に共通する存立上の課題となる。この空白を埋める手段として、AI、ヒューマノイドロボット、自律型ドローンなどのテクノロジーが、物

---

<sup>1)</sup> 国立社会保障・人口問題研究所：「日本の将来推計人口－令和3(2021)～52(2070)年－(令和5年推計)」([https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023\\_ReportALLc.pdf](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_ReportALLc.pdf))

<sup>2)</sup> 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－令和2(2020)～32(2050)年－(令和5年推計)」(<https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/6houkoku/houkoku.pdf>)

流、家事、介護をはじめとする多くの現場で実用化・標準化されていく。

同時に、外国人労働者や移民の受け入れは、人口維持と経済活動の継続のための不可避な選択として定着し、多文化共生社会への転換が現実的な課題として浮上してくる。

#### 4. 社会保障の制約とデジタル・経済格差の顕在化・固定化

単身高齢世帯の増大に伴い、経済的困窮や社会的孤立を抱える高齢者層の問題は一層深刻化する。テクノロジーの進展は社会全体の効率化をもたらす一方で、その恩恵を享受できる層と、アクセスを制限される高齢者や低所得層との間に「デジタルデバイド（情報格差）」を生み出す。こうした格差は、教育機会や雇用機会の不均等へと連鎖し、社会の分断を固定化する要因となり得る。

#### 5. 2050年の日本社会を捉える前提

2050年の日本は、量的拡大を前提として成立してきた戦後社会モデルを脱却し、限られた人的・経済的資源をいかに配分し、維持していくかが問われる「縮小成熟社会」への適応を余儀なくされている。人口減少と超高齢化は不可逆的な構造変化であり、社会保障、労働、地域、産業、価値観のすべてに影響を及ぼす前提条件となる。

テクノロジーの進展や制度改革は、この構造的制約のもとでこそ意味を持ち、多様な背景を持つ人々との共存を通じて、個人のQOLと尊厳をいかに守るかが、国家としての最重要課題となる。本章では、こうした人口構造の転換を共通の前提として、以降、地方、労働、テクノロジー、災害、価値観といった各側面から、2050年の日本社会の姿を多角的に検討していく。

## (2) 200 年前の君へ

守上 佳樹

### 1. 人口増加の時代

200 年前の日本に生きていた人々にとって、人口は緩やかではあるが、確実に増え続けるものと認識されていた。19 世紀から 20 世紀にかけて、日本社会は長期的な人口増加の局面にあり、子孫が増え、社会が拡大していくことは疑いのない前提であった。明治維新以降、近代国家としての制度整備と公衆衛生の向上を背景に、日本はかつてない人口増加を経験した。この時期はいわゆる人口ボーナス期であり、社会保障制度や経済成長の基盤は、この人口構造の上に築かれた。

### 2. 人口減少への転換

しかし、2008 年をピークとして、日本の総人口は減少局面に転じた。2050 年には総人口が約 1 億人まで減少し、高齢化率は約 4 割に達すると推計されている。さらに 2100 年を見据えると、日本の人口規模は、約 200 年前の明治維新时期と大きく変わらない水準へと収束する可能性が高い。すなわち、現在進行している人口減少とは、人口ボーナスという一時的な上振れを終え、長期的な人口動態の延長線上へと戻っていく過程であるとも解釈できる。

### 3. 人口減少社会における医療の責任

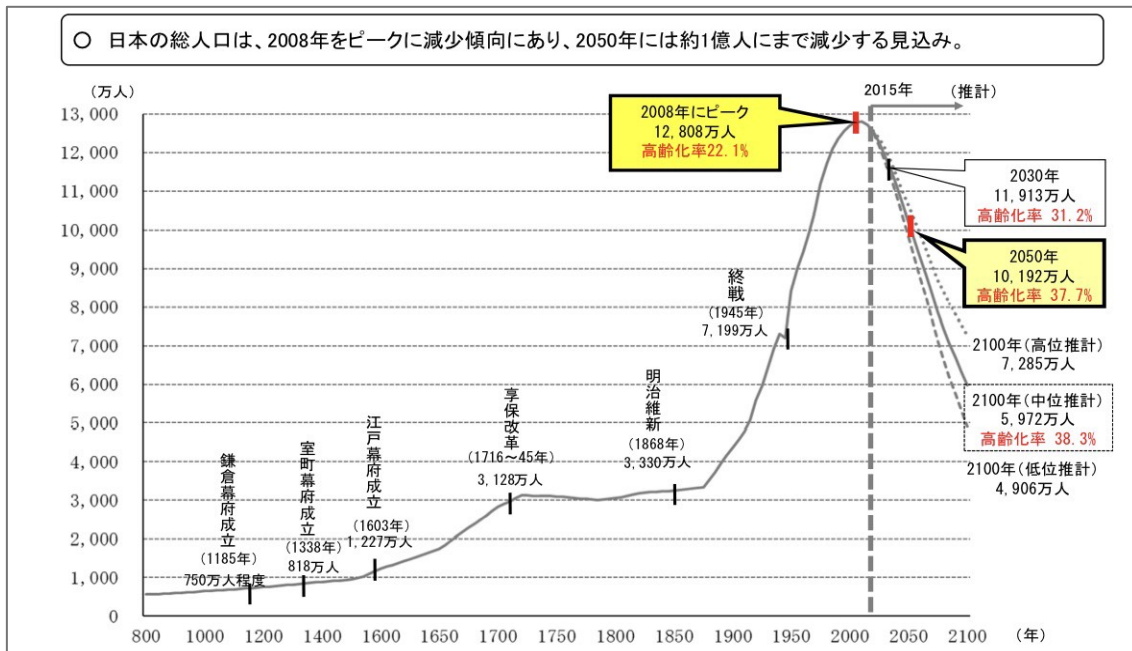
人口構造の変化は、社会のあらゆる制度設計に影響を及ぼす。家族、地域、労働、医療、福祉はいずれも人口動態に応じて再編を迫られてきた。人口減少と超高齢化は、日本社会の衰退を意味するものではなく、前提条件の変化に伴い、社会の再構築を求められる局面である。本章以降で論じる諸課題は、すべてこの人口動態の変化を基盤として位置づけられる。

200 年前のわが国に生きた人々の時代もまた不安と制約の中にあつた。それでも人々は、その時代なりの条件の下で、社会を支え続けてきた。人口が増える時代を経て、これから人口が減る時代に入ろうとも、人が生き、老い、病み、看取られる営みは変わらない。

人口構造がいかに変化しようとも、この国の医療を担う責任は途切れない。医師会は、上記に述べたような次の時代の条件を正面から引き受け、これからの日本の医療を担い、その責任を果たす主体であり続けなければならない。

〈参考〉

1. わが国の人口の長期的推移



(国土交通省：2050年の国土に係る状況変化 (総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口に基づく」))

## 2. 地方の衰退と一極集中、労働力不足

### (1) 医療・介護における外国人人材の登用

山元謙太郎

2050年の日本は、生産年齢人口の減少により、あらゆる産業分野で外国人人材が不可欠となる社会へと変化している。近年言われている「多様性」は、もはや一部の理念ではなく、社会の普遍的な前提条件となっている。

医療・介護分野では、100歳以上の高齢者が50万人を超え、老後期間の延伸に伴い、認知症患者や骨折・フレイル患者の増加も避けられない。そのため、とりわけ人の手によるケアが不可欠な現場では、DXのみならず、外国人医療人材の積極的な登用が進む時代を迎える。

しかし、近隣諸国での急速な少子高齢化により、外国人医療人材をめぐる国際競争は一層激化する。選ばれる「日本」、選ばれる「地域」、選ばれる「医療施設」となるためには、どのような条件が求められるのだろうか。

#### 1. 医療人材の枯渇

DXの進展により一部業務は自動化されるものの、人にしか担えない領域はいまだ多い。近年、看護師養成は大学志向が強まり、正看護師の数は増加傾向にある。一方で、日本看護協会のデータ<sup>1)</sup>をもとに算出すると、地域医療を現場で支えてきた准看護師養成学校は過去20年で約42%減少し、入学者も約73%減っている。この傾向が続けば、現在20万人いる准看護師は、2050年には大幅に減少するだろう。その結果、看護職全体の総数は増加しているにもかかわらず、診療所や中小病院、介護施設など地域医療の最前線では人材確保が一層困難となり、人手不足がさらに深刻化するだろう。

介護職員についても、必要数は2026年の240万人から2040年には約272万人となり、2050年には300万人前後に達すると推計されている。一方で、介護福祉士養成校は2007年の400校超から2023年には約300校弱にまで減少しており、2050年には200校を下回る可能性もある。日本人介護職員を育成する基盤そのものが崩れつつある。

#### 2. 外国人人材の必要性

社会構造はコンパクト化していくものの、生産年齢人口の著しい減少とともに、あらゆる業種で人材確保をめぐる競争は一層激化する。人が減少しても事業継続が可能な社会システムを国全体で整備することが急務であり、その中核を担うのがDXと外国人人材である。DXの導入は今後も進展するものの、人を完全に代替することはできない。日本人労働力のみでは社会の維持は困難であり、外国人人材の登用は不可避と言える。

---

<sup>1)</sup> 日本看護協会：<https://www.nurse.or.jp/aim/jyunkan/pdf/genjyo.pdf#page=1>。

この流れはすでに現実のものとなっている。例えば、ラグビー日本代表における海外出身選手の活躍や、コンビニエンスストアなど日常生活の現場における外国人人材の増加は、その象徴的な例である。

### 3. 外国人人材における課題

外国人人材の活躍をめぐるには、いくつかの課題も存在する。一つは、世界規模で人材獲得競争が激化する点であり、もう一つは、日本社会が依然として外国人にとって必ずしも住みやすい環境とは言い難い点である。ヨーロッパ諸国はもとより、東アジア諸国でも日本以上のスピードで少子高齢化が進行しており、2050年には周辺国すべてが人材獲得競争のライバルとなる可能性が高い。

生活面では、外国籍の子どもに就学義務が課されていないことや、クレジットカード、住宅・自動車ローンの取得が困難であるといった制度的課題も残されている。このような状況下において、日本が「選ばれる国」であり続けるためには、外国人にとって暮らしやすい社会環境の整備が不可欠である。

### 4. ジャパンブランドの確立

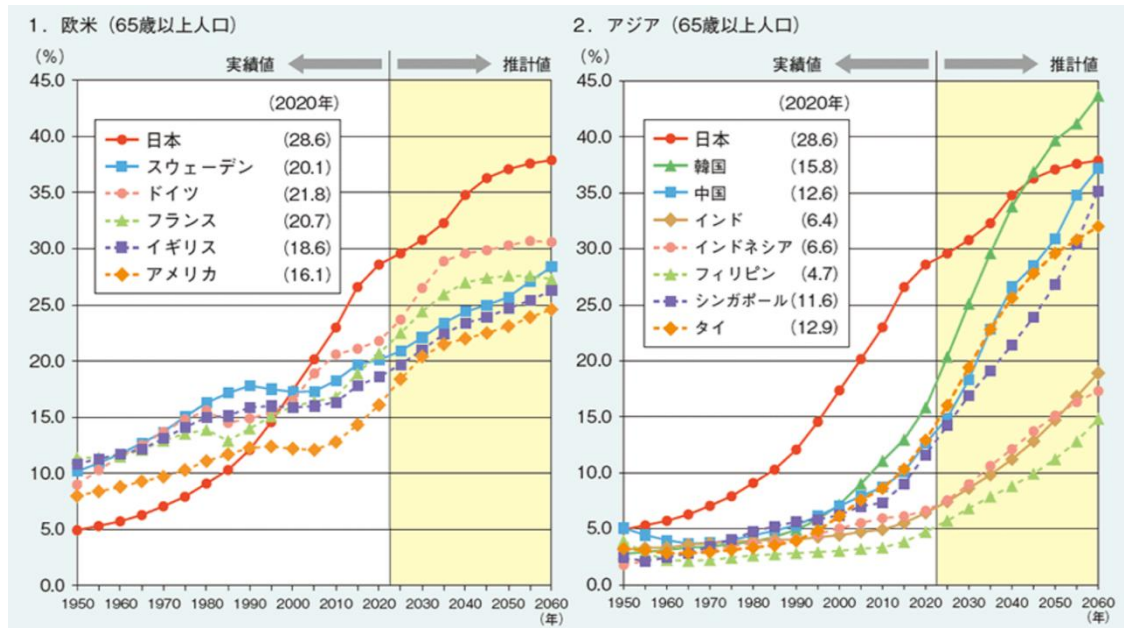
現在、日本は少子高齢化および介護分野における「先進国」とも言える。今のうちに2050年の人材獲得競争に先んじるための施策を考えておく必要があるのではないだろうか。幸い、治安の良さ、歴史的建造物や自然景観、さらにはアニメ文化など、他国にはない多様な魅力を日本は有している。これらの優位性を生かし、時間をかけて人材供給国との信頼関係を構築し、為替や政情に左右されにくい「ジャパンブランド」を確立することが重要である。

ただし、このブランドを維持するためには、医療・介護の質が現在と同等、あるいはそれ以上に保たなければならない。そのためには、診療報酬・介護報酬が他産業と同等水準へと是正され、命を扱う職業に見合った適正な賃金水準が確保される必要がある。有能な人材が他業種へ流出すれば、医療・介護の持続可能性は大きく損なわれる。

「仁術」だけでは成り立たない時代であるが、人を助けるという職業の根源的価値は、日本人であれ、外国人であれ変わらない。近年、日本社会は「物質的豊かさ」から「精神的豊かさ」へと価値観を転換し、「多様性」を当然の前提とする方向へ進みつつある。これは、2050年に向けた日本社会の新たな潮流の兆しであると言えるだろう。

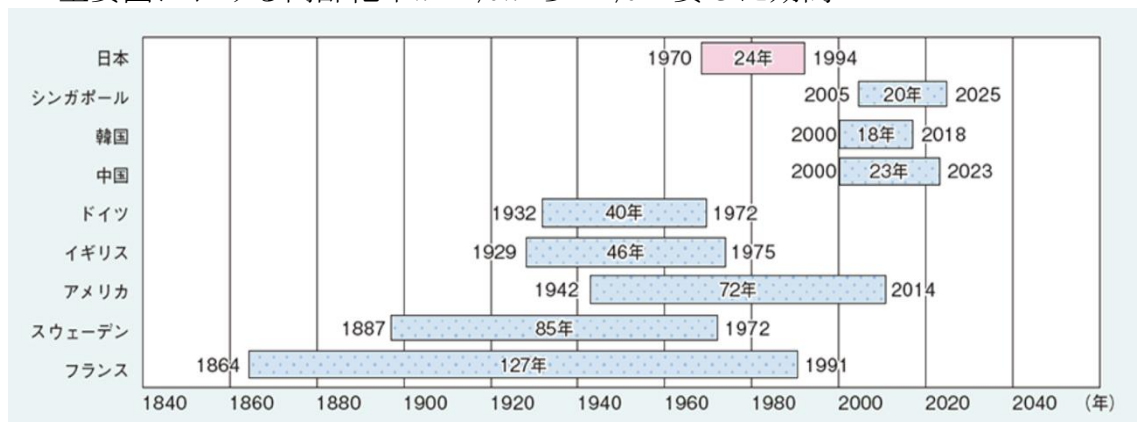
<参考>

1. 世界の高齢化率の推移



(内閣府：令和7年版高齢社会白書（全体版）)

2. 主要国における高齢化率が7%から14%へ要した期間



(内閣府：令和7年版高齢社会白書（全体版）)

## (2) 過疎地域の未来はどうなるか

澤井 康弥

2050年の日本を考えると、過疎地域における人口減少が今より進行していることは疑いようのない事実である。過疎地域においてAIを用いた街づくりや移住支援金を用いた移住政策を進めていったとしても、その効果には限度がある。ここでは2050年の過疎地域の未来について述べる。

### 1. 過疎地域の人口動態予測

国立社会保障・人口問題研究所の推計では、総人口の規模別に市区町村数の変化をみると、2020年から2050年にかけて、総人口が5万人以上の市区町村数は523から411に減少すると見込まれる。他方で、総人口が5万人未満の市区町村数は1,205から1,317に増加すると見込まれる。しかし、その内訳をみると、総人口が1万人以上5万人未満の市区町村数は684から580に減少するのに対し、総人口が5,000人未満の市区町村数は283から482へ1.7倍増となる。特に北海道においては、2/3以上の市区町村で総人口が5,000人未満になると予測される。

### 2. 過疎地域におけるインフラについて

過疎地域においてとりわけ深刻なのが医療と生活インフラの維持である。人口密度の低下は、医療機関、公共交通、上下水道、電力、通信といった基盤サービスの採算性を急速に悪化させる。医療においては、医師・看護師の確保が一層困難となり、病院や診療所の撤退が連鎖的に進むことで、医療空白地域が拡大する可能性が高い。これは単なる医療アクセスの問題にとどまらず、地域に住み続けるという選択そのものを困難にする構造的な問題である。

### 3. 住み続ける権利について

ここで重要なのが、住み続ける権利を社会がどのように捉えていくかということである。住み慣れた土地で生活を続けたいという希望は、個人の感情にとどまらず、人としての尊厳や生活の連続性に深く関わる。しかし、すべての地域に従来と同等の医療・インフラを維持することが現実的でない以上、「住み続ける権利」は無条件に保障され続けるとは限らない。具体的には市町村のさらなる合併や集落の統合・消失といった選択を迫られる場面も増えていくだろう。医療やインフラが維持できない地域では、高齢者や要介護者が移動を余儀なくされることも避けられない。移転や集約が「切り捨て」と受け取られないよう、医療と福祉が一体となった支援と、住民との丁寧な合意形成を行うことが重要である。

2050年の過疎地域の未来は、これまでと同じ形をそのまま維持する未来ではないかもしれない。しかし、人口減少という現実を受け止めたうえで、「住み続けたい」という人々の思いに丁寧に向き合いながら、医療やインフラをどのように支えていくのかを社会全体で考えていくことが求められる。

### 3. テクノロジー・AI

#### (1) デジタル／アナログ二項対立の終焉とデジタルネイチャー

細谷 拓真

##### 1. 「デジタル」と「アナログ」の二項対立の終焉

2050年の日本において、私たちが直面しているのは「デジタル」と「アナログ」という二項対立の終焉である。かつてコンピューターの中（バーチャル）と外（実世界）は明確に分断されていた。しかし、AI、ロボティクス、センシング技術、通信基盤の飛躍的進化によって、その境界は溶け合い、情報と物質が一体化した新たな自然——落合陽一氏が提唱する「デジタルネイチャー」——の中で、我々は生きている。

##### 2. 「デジタルネイチャー」という新たな生態系

この「デジタルネイチャー」は、単なる技術社会ではなく、情報が物質と同等の存在感を持ち、人間と非人間、人工と自然の境界が曖昧になった新たな生態系である。デジタルはもはや“ツール”ではなく、“環境”となり、人間はその内部で呼吸する存在となる。

##### 3. 医療現場における融合と知的AIの進化

医療の現場においても、この融合は劇的な変化をもたらしている。ブラウザやアプリケーションそのものが知的なAIへと進化し、レントゲン画像、検査データ、カルテ情報、論文データベースが瞬時に統合・解析される。患者は病院という物理的空間に赴く前に、生活空間の中でAIと対話し、診療相談や薬剤選択、配送手配までをデジタル上で完結できる。

##### 4. 生活に溶け込む医療と「受診」の最小化

バイタルサインはウェアラブルデバイスや環境センサーから常時収集され、診断支援は空気のように背景化する。意識的な「受診」という行為が最小化され、医療は人間の生活そのものに溶け込む。

##### 5. 社会・経済・エネルギーの転換と地域文明の形成

社会全体を見渡せば、人口減少と人手不足を補うため、海外からAI・ロボット技術が大量に流入し、日本は世界に先駆けたテクノロジー実証の舞台となっている。従来の資本主義や貨幣経済に代わる、新たな価値交換の仕組みが模索され、分散型の小規模コミュニティがエネルギー自立と経済循環を両立させている。核融合発電などエネルギー革命の進展により、巨大インフラへの依存から脱し、地域単位で完結するサステナブルな文明が形成されつつある。

##### 6. 求められる「倫理的な実装」と2050年における日本の使命

このような時代において、日本人に求められるのは、テクノロジーの「倫理的な実装」である。デジタルとアナログが完全に融合した世界で、人間性をど

のように保持し、幸福をどのように定義するのか。自然と共生してきた日本人固有の倫理観と美意識をもって、この「デジタルネイチャー」を成熟させること——それこそが、2050年の日本が世界に示すべき新たな使命である。

## (2) 人口減少社会を支える基盤としての医療テクノロジー

木村 玄

2050年に向けた人口減少・担い手不足に対応するため、医療テクノロジーを単なる効率化ツールではなく「社会インフラ」として再定義すべきである。AI診断、在宅モニタリング、医療MaaS、全国医療情報プラットフォームの整備により、地域格差を克服しつつ、高齢者定義の見直しや国民的合意形成を進め、医療の質と公平性を守ることが求められる。

### 1. 社会基盤（インフラ）としての医療テクノロジーの再定義

前述のように、国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2050年のわが国の総人口は約1億人まで減少すると予測されている。生産年齢人口の急減に伴う医療・介護の担い手不足が決定的な社会課題になると予見される。委員会における検討の過程でも、この深刻な事態に対し、医療テクノロジーは単なる効率化の道具ではなく、持続可能な国民皆保険制度を維持するために不可欠な「社会基盤（インフラ）」として再定義されるべきとの認識が共有されてきた。

### 2. 先端技術の実装による地理的・時間的制約の克服

具体的には、AIによる高精度な診断支援、ウェアラブルデバイスや非侵襲的センサーを用いた24時間の在宅モニタリング、さらには医療用ドローンによる物流網や自動走行EVを活用した移動診療車（医療MaaS）の社会実装が、地理的・時間的な制約を克服する鍵となる。これらの技術は、医師少数区域や過疎地域においても「常設の仮想診療所」としての機能を担保し、限られた人的資源を最適に配置することを可能にする。

### 3. データ基盤の整備と高度な臨床環境の創出

また、これらを支えるデータ基盤として、個人IDと紐付けられた全国医療情報プラットフォームの活用や、FHIR等の次世代医療情報標準形式の採用によるデータ一元化が不可欠である。データの標準化と二次利用を推進することで、AIは個々の患者に最適な予測・予防医療を提供し、医師を事務作業から解放して高度な臨床判断に集中できる環境を創出する。

### 4. 「高齢者」の定義見直しと定年延長に向けた合意形成

さらに、未来のビジョンとして、医療の高度化に伴う健康寿命の延伸を踏まえ、「高齢者」の定義そのものの見直しや定年延長の議論を加速させる必要がある。諸外国においては、定年延長策は社会的混乱を回避するために10年程度の長い時間をかけて段階的に実施されている。わが国においても、公務員等の定年が段階的に引き上げられている先行事例はあるが、2050年頃の社会実装を見据えるならば、2025年現在の我々は速やかに全社会的な検討を開始し、長期的な視点での国民の合意形成を進めるべきである。

## 5. 公共の資源としての基盤構築と公平性の維持

同時に、高齢化に伴う医療費膨張による診療報酬の抑制といった厳しい経済的シナリオも予想されるが、そうした危機を回避するためにも、テクノロジーを「公共の資源」として強固に構築し、適切な医療には適切な対価が必要であるという国民的共感を得ることが求められる。テクノロジーという土台を盤石にすることが、人口減少社会における医療の質とアクセスの公平性を守り抜く唯一の道となる。

## 4. 災害、環境問題

### (1) 2050年に予測される主要なリスク要因

須藤 雄仁

#### 1. 気候変動

2050年の日本は、20世紀末比で平均気温が約2.1℃上昇すると予測されている<sup>1)</sup>。この温暖化は、救急医療や感染症診療の現場にこれまでにない負荷を与える。

①**激甚災害の増加**：温暖化の進行に伴い、大気中の水蒸気量の増加や海面水温の上昇が、台風の大規模化や線状降水帯の頻発、記録的短時間大雨を引き起こすと予測される。これにより洪水、土砂災害、高潮などの激甚災害が全国的に増加し、同時多発的な医療需要の急増が常態化する可能性がある。また、避難生活の長期化は感染症、深部静脈血栓症、慢性疾患の悪化、精神的ストレス関連疾患の増加を招き、災害後の医療負荷を長期化させる要因となる。

②**新規感染症および媒介生物疾患**：地球規模の温暖化による生態系の変化は、未知の病原体による「新規感染症」のパンデミックの発生リスクを高めている。国内では、ヒトスジシマカ等の生息北限が本州北端まで拡大し、デング熱やジカウイルス感染症などの蚊媒介性疾患が流行・定着するリスクが高まっている。

③**救急搬送の増大**：夏季には40℃を超える酷暑日の増加により、熱中症による搬送者数は急増し、搬送困難事案が常態化するリスクがある。

④**多様なアレルギー疾患の重症化**：温暖化と二酸化炭素濃度の相乗効果により、スギ花粉の飛散量は現在の1.2～1.5倍に増加する。また、猛暑や集中豪雨による住環境の悪化は、カビやダニといった室内アレルゲンの増殖を招き、喘息やアトピー性皮膚炎、真菌による呼吸器感染症を重症化させる要因となる。

#### 2. 大規模地震とインフラの老朽化

2050年までに南海トラフ巨大地震や首都直下地震が発生する確率は70～80%と推定されている。物理的な震災被害とインフラの経年劣化が重なり、医療提供は極めて困難な状況に置かれる。

①**医療施設の直接的損壊と機能停止**：物価高騰により建て替えのできない医療機関は今後も増え続けることが予想され、巨大地震の激しい揺れにより、免震構造を持たない医療施設の倒壊や、スプリンクラーの破損による院内浸水、大型医療機器の転倒・損壊を引き起こす。特に南海トラフ巨大地震では、最大で約2,300の医療機関が甚大な被害を受けると予測されており、負傷者の急増に対し、受け入れ側である病院機能が同時に失われるという「供給の断絶」が懸念される。

---

<sup>1)</sup> 環境省：環境研究総合推進費 S-8 温暖化影響評価・適応政策に関する総合的研究

②**老朽化インフラによる医療供給網の遮断**：2050年には、日本の橋梁や道路の約60%が建設後50年以上を経過する。地震発生時、これら老朽インフラが同時に崩壊・陥没することで、被災地への医薬品搬送やDMAT（災害派遣医療チーム）の進出が物理的に遮断される。この孤立により、慢性疾患の薬が切れることや、透析治療を受けられないことによる「災害関連死」の激増が予測される。

### 3. 電力供給不安

世界情勢の不安定化やエネルギー転換の過渡期において、2050年の日本は深刻なエネルギー安全保障の課題に直面する。医療の高度化、DX化が進む一方で、システムの「電力依存度」が致命的な脆弱性となる。

①**医療機器の稼働リスク**：現代医療は24時間体制の電力消費を前提としている。特に手術機器や人工呼吸器、透析器、CTやMRI、精密な薬剤管理を行う保冷設備は安定した電力供給が生命線である。世界的な資源争奪や電力供給の不安定化は、これら維持療法を要する患者の生命を直接的に脅かす。

②**病院経営の圧迫と機能縮小**：エネルギー価格の高騰は、医療機関の収支を著しく悪化させる。特に地方や中小規模の医療拠点において、空調維持や高度医療の維持コストが経営を圧迫し、不採算部門の閉鎖や夜間診療の縮小などを招く要因となる。また、電力不足による医療DXの停滞は、将来の労働力不足を補うための自動化技術の導入を阻む。

## (2) 2050年の日本における災害・環境問題を考える

### ー北海道の現状から読み解く日本の気候危機とエネルギー問題

志田 勇人

2050年の日本で気候変動がどのような影響をもたらすのかを考えるうえで、北海道は重要な対象となる。広大な自然環境と多様な産業を抱える北海道は、気候変動の影響が生活・経済・生態系に直接表れやすい地域である。また近年は、エネルギー政策や核廃棄物処分をめぐる議論が進んでおり、これらは気候変動と密接に関わる重要なテーマとなっている。

#### 1. 温暖化による生態系への影響

北海道の気候はすでに大きく変化している。夏の高温化が進み、冬には湿った重い雪が増えて交通障害やインフラへの負荷が高まっている。昨年クマ騒動も温暖化の影響でドングリなどの食料不足が原因という説もある。さらに、オホーツク海では流氷の減少が進み、流氷が運ぶ栄養源が減ることでプランクトンの発生量が低下し、魚類・海鳥・アザラシなどの生態系にも影響が及び始めている。

#### 2. 北海道のエネルギー政策

こうした気候変動の進行と並行して北海道ではエネルギー政策をめぐる動きが加速している。最近、北海道知事が泊原発の再稼働を容認する姿勢を示したことは、その象徴的な出来事である。電力の安定供給や脱炭素化の必要性が背景にある一方、災害の激甚化が進む中で原発の安全性に対する懸念は根強い。原発をどう位置づけるかは、北海道だけでなく日本全体にとって避けて通れない課題である。さらに原発を利用する以上、核廃棄物の最終処分という問題は必ず向き合わなければならない。北海道神恵内（かもえない）村と寿都（すつつ）町では高レベル放射性廃棄物の最終処分地に向けた調査が進んでいるが、住民の不安や地域への負担をめぐる議論は続いている。

#### 3. 2050年に向けて

このように北海道は気候変動の問題とエネルギー政策の課題が同時に進行する地域である。従来の災害対策を強化するだけでは不十分であり、気候変動を前提とした社会構造・エネルギー構造の見直しが求められる。また住民が災害リスクやエネルギー政策を共有し、地域として対応できる体制づくりも欠かせない。

北海道で見られる変化は一地域の出来事ではなく、2050年の日本が向き合う未来の一部である。今こそ変化を直視し、国家レベルでの備えを進めることが求められている。

## 5. 格差社会、社会の価値観

### (1) デジタルデバイド\*と個人主義の加速

田中いつみ

#### 1. 量的格差から質的格差への転換

デジタル技術の高度化により、通信環境や端末の普及そのものは進み、かつてのような「接続できるか否か」という量的格差は縮小していくと考えられる。一方で今後深刻化するのは、活用能力や応用力の差に起因する質的格差である。同じ環境にアクセスできたとしても、情報を分析し、AIを適切に活用し、価値創出につなげられる者と、受動的に消費するにとどまる者との間には決定的な差が生じる。

#### 2. 能力格差の構造化

この質的格差は、教育歴や所得、地域条件と結びつき、能力格差の構造化を招く。高度なデジタル技能を持つ層は高付加価値の職業に集中し、経済的優位を強める。一方で、再教育の機会に恵まれない層は低賃金・低裁量の労働に固定化されやすい。都市部に資源と人材が集積することで地域間格差も再生産され、格差は世代を超えて継承される可能性がある。

#### 3. デジタル依存社会における不可視化された排除

さらに、行政、医療、教育がオンライン前提となる社会では、制度から排除される人々の存在が見えにくくなる。支援はアプリやアルゴリズムを通じて提供され、利用できない者は「自己責任」とみなされやすい。ここに個人主義の加速が生じる。個別最適化されたサービスは利便性を高める一方で、共同体的連帯や相互扶助の機能を弱め、困難を抱える人々を孤立させる危険を孕む。

デジタル化の進展は不可逆であるが、その設計次第で社会の包摂性は大きく左右される。効率性の追求のみならず、連帯を再構築する視点を政策に組み込むことが不可欠である。

\*デジタルデバイド：情報通信技術（IT）の恩恵を受けることのできる人とできない人の間に生じる経済的、社会的格差を指し、通常「情報格差」と訳される。

## (2) 公共サービス民間委託

竹中 俊介

前述の人口減少と超高齢化の進展により、地方自治体の財政基盤は揺るぎ、従来行政が担ってきた公共サービスの維持は困難になっている。これに伴い、医療・介護・福祉を含む広範な公共サービスの民間委託（アウトソーシング）やPFI（Private Finance Initiative）の活用が加速している状況にある。

### 1. 公共サービスの民間委託の加速とメリット

医療分野においても、公立病院の経営再建や、地域包括ケアシステムの運営において、民間のノウハウを積極的に取り入れる動きが定着している。

①**コスト削減と柔軟性**：効率的な運営によるコスト削減と、多様な住民ニーズに即した柔軟なサービス提供が可能となっている。

②**民間のスピード感の活用**：特にデジタル技術を活用した遠隔見守りや、効率的な巡回診療などの分野では、民間のスピード感が不可欠となっている。

### 2. 民間委託に伴う構造的な課題と懸念

しかし、公共サービスの民間委託には、その根幹に関わる以下のような重大な課題が存在する。

①**不採算地域におけるサービスの切り捨てリスク**：民間による過度な効率性や利益の追求が、不採算地域におけるサービスの切り捨て（医療過疎の加速）を招く懸念がある。

②**公的責任の所在の曖昧化**：緊急時や災害時など、利益が度外視される状況下において、公的責任の所在が曖昧になるリスクがある。

③**「公共性」の維持**：民間の効率性を享受しつつも、医療の公平性や継続性といった「公共性」がいかに維持されるかが問われている。

このように、2050年の日本においては、民間企業の参入による効率化が進む一方で、提供されるサービスの「質」を担保し、緊急時を含めた地域のヘルスケアインフラの確固たる方向性を示すリーダーシップの不在が、大きな問題として浮き彫りとなっている。

## 【小括】

### 第1章 2050年の日本

大塚康二郎

日本人人口が1億人を割り込み超高齢化が進み、かつ外国人が総人口の7%を占める「多文化共生社会」が想定される。そして、全産業での深刻な労働力不足に対し、外国人人材の活躍、AIやロボットの活用が必須となる。情報と物質が完全に融合した「デジタルネイチャー」が新たな社会環境として定着する中、情報格差（デジタルデバイド）が生じ、地方では老朽化したインフラ維持が困難となり、居住機能を集約する「コンパクトシティ」が進行する。

一方で、能力や経済面での格差が固定化する懸念もある。気候変動による激甚災害の頻発、新興感染症対策なども加わり、行政の財政難が顕著となり、広範な公共サービスの民間委託（アウトソーシング）が加速する。不採算部門が切り捨てられ、公共性の維持が保てない分断社会が生じる可能性がある。

## 第2章 2050年の医療

### 1. 国民皆保険

(1) 医療における内需・外需喚起は、社会保障を変質させ得るのか

堀井 孝容

#### 1. 岐路に立たされる国民皆保険

人口減少が急速に進む中、インフレや人手不足による人件費高騰などのコスト負担が増大し、病院経営が厳しい状況に直面している。さらに、将来的には医療需要減少も想定され、高度な医療を提供する医療機関においても、今後ますます経営が厳しくなることは不可避と言える。このような状況の下、「直美\*」という造語が示すように、保険診療外の「医療」を行う医師が増加している。ただすべての保険診療外医療を否定的に語ることはできない。なぜなら、正常分娩・近視・不妊治療など、普遍的な医療ニーズがあるにもかかわらず、自由診療となっている分野も多いからである。

#### 2. 自由診療は医療提供体制の持続可能性を高めると経済産業省は言うが…

本邦在住者に対する自由診療を「内需」と考えれば、医療インバウンドは「外需」に相当する。経済産業省は、「最先端医療技術向上により日本医療を発展させ、また国内患者数の減少を補うものとして、我が国の医療機関の経営及び医療提供体制の持続可能性を確保するための処方箋の一つとなり得る。(中略) 医療インバウンドの更なる拡大を通じて、まずは高度な医療を提供する医療機関の新たな収益源を確保することで、最先端医療技術への投資などの原資を獲得し、病院経営の改善につなげていくべきである。そのような取組はひいては医療提供体制の持続可能性を高めることに寄与するはずである」と説明している<sup>1)</sup>。

#### 3. 人間にとって幸福とは？

医療費などの社会保障費に対する抑制は、なぜ声高に叫ばれるのか。「社会保障に国費を投入してもリターンはない。リターンのある分野に国費を投入した方が、将来の日本のためになる」との声も聞く。では問いたい。国民の健康はリターンではないのか。統計的に数値化されるものだけが人間の幸福なのか。

#### 4. カネと引き換えに医師としての良心を売りますか？

内需・外需に対する野放図な利益追求は、「カネにならない医療は後回しか、どこかよそで」という風潮を生む。その結果、本当に医療を必要とする患者に適切な医療を提供することができなくなるおそれがあり、ひいてはわが国の医療倫理を失墜させるおそれがある。

2050年の医師に問う。あなた達は、カネのために医師を目指したのか。医師としての倫理とは、一体何か。

---

<sup>1)</sup> 経済産業省：「医療インバウンドの適切な推進の在り方に関する検討会 中間とりまとめ」(2025年6月)

## 5. 国民医療を守る それが医師会の役目

医師会は医療倫理に基づき、積極的にこういった動きに干渉しなくてはならない。そして、医師がカネのことを心配せずに、目の前にいる患者の治療に全力であたれる体制を構築しなくてはならない。それが国民医療を守る医師会の責務である。

\*直美（ちよくび）：医師免許取得後または初期臨床研修終了後、直ちに美容医療等の自由診療領域へ進む若手医師

## (2) 国民皆保険制度を存続させていくために

澤井 康弥

日本の国民皆保険制度は 1961 年に成立されて以降、誰もが低負担で高水準の医療を受けることができる制度として世界的にも高く評価されてきた。しかし、2050 年の医療を考えるうえで、国民皆保険制度の持続可能性には、今まで以上に厳しい視線が向けられており、抜本的な議論が避けられない時代となっている。

### 1. 医療費の増大と現役世代の負担増加

最大の課題は、急速に進行する少子高齢化である。医療需要が減少しても、高齢者人口の増加に伴う医療費の増加は避けられない。また、分子標的薬や免疫療法、再生医療など医療技術の高度化は患者に対して大きな恩恵をもたらす一方、薬剤費や医療機器費の高騰を招き、医療財政に大きな負担を与えている。これに対して、少子化の進行により医療保険制度を支える現役世代の人口は減少しており、一人当たりの保険料や税負担は今後さらに増加することが予想される。医療費抑制策の一つとして、高額療養費制度における自己負担上限額の見直しが議論されているが、短期的には医療財政の改善に一定の効果をもたらす可能性があるものの、構造的な課題そのものを解決する手段とは言い難い。

### 2. 予防医療の推進

高齢化による医療需要の増大に対しては、予防医療の推進による医療費抑制が重要な対策の一つとなる。健康維持や生活習慣病の予防に重点を置く施策により、脳血管疾患や心血管疾患の発症を減少させることができれば、中長期的に医療費削減につながる可能性がある。

### 3. 財源の多様化と先進医療の保険適用

しかし、予防医療だけで急速な医療費増大を十分に抑制できるわけではなく、制度全体の構造に踏み込んだ検討が必要である。ドイツやスイスの保険制度のように、公的医療保険を制度の中核に据えつつ、民間保険を組み合わせることで財源の多様化を図るといった政策も現実的な選択肢として検討に値する。特に先進医療については、どこまでを公的保険でカバーするかという議論が不可欠である。例えば、がん治療においては、従来の殺細胞性抗がん剤を保険診療の基本として、分子標的薬や免疫療法については民間保険や自己負担で補完するといった、これまでとは異なる大胆な制度設計も検討の余地があるだろう。

国民皆保険制度をこれまで通りの制度のまま、中身を少し変えながら維持しようとする姿勢では、2050 年まで存続させることは極めて難しいかもしれない。医療の質と公平性を守りつつ制度を次世代につなぐためには、給付と負担、保険診療の範囲そのものを含めた思い切った議論を進めることが不可欠である。

## 2. テクノロジー

### (1) AI 時代の医療、医療情報システム

佐竹 真一

2050 年の医療現場においては、AI が医療の中心的な役割を担うようになる。

#### 1. 超精密医療の実現と医師の役割転換

画像診断技術の飛躍的な進歩により、全身の超精密スキャンが標準的なスクリーニングとして定着する。このスキャン技術は細胞レベルの解像度を持ち、AI によるリアルタイム解析と組み合わせることで、がんや微細な病変を肉眼では視認できない極初期の段階で発見することを可能にする。手術においては、AI が超精密スキャンデータに基づき、正常組織を最大限に温存する最適な切除ラインをミリ単位で提示する。その指示を受けた手術支援ロボットは、人間には不可能な速度と精度で手技を完遂する。このシステムにより、外科医の役割は自らの手で切ることから、AI とロボットの動作を監視・承認し、最終的な責任を負う監督者へとシフトする。

#### 2. ゲノム医療の実装と完全オーダーメイド治療

ゲノム医療の実装により、出生と同時に個人の全ゲノム情報が解析、データベース化され、生涯にわたる健康管理の基盤となる。かつては一部のがん患者に限られていた遺伝子パネル検査は日常診療の基本となり、発症リスクの予測から未病段階での介入が可能となる。AI はこの膨大なゲノム情報と、個々の体質や病態に最適化された完全オーダーメイドの薬剤や治療法を提案する。これにより、副作用の回避と治療効果の最大化が図られ、多くの疾患が克服可能となる。また、ガイドラインのパーソナル化が実現し、複雑な併存疾患を持つ高齢者に対しても、その人の人生観や生活背景に合わせた最適な治療プランが提示される。

#### 3. 国家医療情報管理システムの構築

これらの高度な医療を支えるのが、国家医療情報管理システムである。2050 年、国民の医療情報は、生まれた瞬間から現在に至るまで、予防接種歴、受診履歴、検査画像、処方内容、さらにはウェアラブルデバイスから得られる日常の健康データを含め、国が一括管理するセキュアなクラウドシステムへと統合される。患者が日本国内のどこにいても、あるいは救急搬送された意識不明の状態であっても、医療機関は即座に認証を行い、過去の全病歴と最新の検査結果にアクセスできる。これにより、重複検査や投薬の無駄を排除するだけでなく、各医療機関が高額な電子カルテシステムを個別に導入・維持する必要がなくなり、医療経済的にも大きなコスト削減効果を生む。さらに、蓄積されたビッグデータを AI が解析することで、新たな医学的知見の創出にも貢献するだろう。

## (2) AI シンギュラリティがもたらす医療変革と医師の役割転換

野村 和至

### 1. 2050年に向けた社会と医療の大転換

2050年に向けた25年間の変化は、AI シンギュラリティ（技術的特異点）の到来により、過去75年から125年分に相当する劇的な社会変革をもたらすと予測される。医療においては、あらゆる生体情報に基づく「予防」と「個別化」へのパラダイムシフトが生じ、かつての科学技術が「専門性から大衆性」へと移行したように、医師のみが担ってきた高度な専門知識や手技は、AI や非侵襲的デバイスを通じて一般市民にも開かれていくであろう。

### 2. 予防・診断技術の進化と医療の専門化

予防・診断においては、ウェアラブルデバイスや、生活空間そのものがセンサー化された「スマートヘルスケア住宅」による生体モニタリング技術が発展する。蓄積された医療情報とリアルタイムで収集された生体情報はデジタルツイン技術により仮想空間上で分析・評価され、日々の体調管理から疾患の初期アラート・異常時の通報システムとして活用されるようになる。これらは職場環境や介護・在宅の現場から実装され、地域医療と結びつくことで、在宅においても病室に近い管理が可能となる。また生活習慣病においては、代替食品技術や運動負荷を擬似的に再現する技術の開発により、生活への制限や負担が少ない生活習慣病予防が可能となる。このような民間レベルでの予防医療の進歩により、医療はリスクの高い患者への診断・治療、希少疾患への対処、AI 評価に対するセカンドオピニオンの提供など、より専門的な役割へと特化していくと考えられる。

### 3. AI シンギュラリティ後の医師の役割転換

AI が人間の能力を凌駕する「AI シンギュラリティ」が近い将来に起こるとされている。ここで重要となるのは社会における「AI への信頼性」であり、それが「医師への信頼性」を上回れば、医師の判断はセカンドオピニオンのな位置づけへと変化する。医療においては、検査技術の発展と疾患予測 AI の高精度化により超早期診断・治療が当然となり、個々の体質に最適な薬剤を AI が提案する個別化医療も確立される。この時期になると、医師の役割は「診断者」から、AI の判断を監督しつつ患者の人生観に寄り添い、迷いや不安に応える「伴奏者」へと移行することになる。

### 4. 医療技術の高度化と倫理的課題への対応

診断機器とロボット技術の融合により、採血などの日常的手技は人間の担う仕事から消滅する。手術においても、AI が最適な切除ラインを提示し、ロボットが人間を遥かに凌ぐ精度と速度で処置を完遂するようになる。さらに高度な領域では、身体の一部を機械化するデジタル医療技術が登場し、脳機能の補完から増強・超越へと進化した「デジタルホモサピエンス」も現実味を帯びてくる。また、妊娠代替技術や、宇宙時代を見据えたコールドスリープ技術、宇宙

放射線予防技術などへの関心も高まるだろう。これらは深刻な倫理的課題を内包するため、日本医師会は常に先を見据え、時代に即した迅速な倫理基準の策定に取り組む必要がある。

## 5. デジタル医療立国に向けた日本医師会の戦略

2050年を見据えたデジタル医療技術の確立は、将来の国益と国力に直結する。データの量と質が価値を生む時代において、技術変化に後れを取ることは致命的である。日本が世界に後れを取らないためには、膨大な医療データの戦略的活用と、国・医療機関・企業が一体となった開発支援体制の構築が不可欠である。そのため、日本医師会はヘルスケア領域全体で医療DXを推進する企業と現場をつなぐハブとなり、新技術を現場に提供しつつ、現場のニーズを技術開発に反映するフィードバック体制を構築すべきである。さらに、日本の高品質な医療・介護システムやデジタル療法を「ジャパンプランド」として海外へ展開し、外貨獲得により国内医療財源を補完する戦略を推進したい。

### 3. 地域医療

#### (1) これからの地域医療について

##### －北海道という“日本の縮図”から考える

志田 勇人

日本の地域医療の将来を考えるうえで、北海道ほど示唆に富む地域はない。広大な面積に対して人口密度が低く、医療資源が札幌市に集中する構造は、日本全体がこれから直面する姿を先取りしている。札幌市の人口は約200万人で、札幌市から車で1時間半ほど離れた登別市は人口約4万5,000人の中規模都市である。この関係性は東京都と静岡県東部を重ねると理解しやすく、巨大都市と地方都市の距離感・人口差がそのまま医療資源の偏在につながっている。

現在、登別市に隣接する室蘭市では病院統合をめぐる議論が続き、急性期医療をどこに集約するかが大きな争点となっている。人口減少と医師不足が進む中で、複数の病院を維持することが難しくなり、地域全体で医療提供体制を再構築せざるを得ない状況にある。これは北海道だけでなく、日本の地方都市が今後直面する課題を象徴している。

#### 1. 北海道の現状の一例

登別市での医療現場に携わる立場から見ても、この変化はすでに現実のものとなっている。私が勤務する登別の療養病院は130床を抱え、そのうち約40名の入院患者を担当しているが、医師の確保は容易ではない。札幌と登別を往復しながら診療を行う体制で、現地での診療は週2回に限られる。それ以外は個人情報に十分留意しながらテレビ電話やSNSを用いた遠隔対応で補っている。院長が常駐し、急変時の初期対応が可能であるため安全性は保たれているが、医師が常に現地にいない体制は地方医療の現実を端的に示している。

#### 2. 地域医療の未来

今後はさらに医療DXの活用が欠かせない。そして外国人医療人材の受け入れ、地域住民への理解と協働、医療機関同士の連携強化など、社会的基盤の整備が不可欠である。

地域医療の課題を抱える北海道はまさに日本の縮図である。都市部に医療資源が集中し、地方は慢性的な人手不足に陥る構図は今後さらに顕著になるだろう。2050年の医療を持続可能なものとするためには、今から技術・人材・地域社会の3つを同時に再構築していく必要がある。変化を先送りにすれば、地域医療は静かに崩れていく。北海道の現状は、日本の未来に対する警鐘である。

## (2) へき地・離島・過疎地での持続可能な地域医療

阿部 智介

### 1. 人口減少時代における前提認識

2050年、急速な人口減少と高齢化が進行するへき地・離島・過疎地において、従来の「すべての生活圏に医師が常駐する」医療提供体制を維持することは、人的・財政的両面から極めて困難となる。多くの地域で医療機関は経営維持に必要な人口規模を下回り、医師の高齢化や後継者不足により無医地区の増加が現実的な課題となる。今後は、地域の人口動態や医療需要を踏まえ、医療提供体制を段階的に再構築・最適化していく視点が不可欠である。

### 2. 民間医療機関を社会共通資本として捉える視点

その際、過疎地において民間医療機関が事実上の地域インフラ、すなわち社会共通資本として機能している現状を改めて認識する必要がある。設置主体が民間であっても、地域医療を支える不可欠な存在である以上、行政は恒久的な財政支援や施設維持への公的関与を制度的に位置づけ、採算性のみ委ねない医療機能の維持・再編を医療側と協議のうえで進める体制を構築すべきである。

### 3. 医師一人に依存しない人的資源の再設計

人的資源の確保については、既存の医師派遣制度や医師バンクを、2050年を見据えた形へと進化させる必要がある。定年後も活躍可能な熟練医師が体力や希望に応じて地域医療に関与できる仕組みや、都市部・近隣中核病院の医師が週単位等で交代勤務を行う循環型配置を、統合的に管理するプラットフォームの整備が求められる。これにより、一人の医師が24時間365日の責務を背負う構造から脱却し、持続可能な働き方を実現する。

### 4. 生活環境と家族支援を含めた定着策

また、医師の地域定着には生活環境への配慮が不可欠である。子弟の教育環境の確保（寮を有する学校への優先枠や高度なオンライン・バーチャル教育の活用等）を含めた包括的な生活支援策を講じることで、都市部への資源集中を防ぐことが重要である。

### 5. テクノロジーによる距離と時間の克服

地理的制約への対応としては、テクノロジーの社会実装が鍵を握る。電子カルテ情報の広域共有を基盤に、D to P with N（看護師等介助型遠隔診療）やAIによるトリアージ支援を活用することで、医師不在時間帯においても一定水準の医療判断を可能とする。さらに、人輸送用ドローン等の新たな移動手段を公的インフラとして活用することで、医師の移動や患者搬送における地理的制約を大きく軽減できる可能性がある。

### 6. 制度と報酬の再設計、そして目指す姿

制度面では、人口減少地域の特性を踏まえ、出来高払いと人頭払いを組み合

わせた柔軟な報酬体系や、過疎地における包括的医療・生活支援機能を評価する仕組みの導入が求められる。2050年の過疎地医療は、常駐医師に依存する静的な体制から、第2章3(1)で志田委員が提示した北海道での実践例（都市部と地方の往復診療と遠隔対応の併用）に象徴されるような、広域的な人材ネットワークとテクノロジーを活用した動的で柔軟な体制へと転換していく必要がある。いかなる地域においても、住民が標準的な医療にアクセスし、安心して最期を迎えられる社会の実現に向け、医療提供側は地域に伴走する姿勢を堅持し続けなければならない。

## 4. 地域包括ケア

### (1) 地域包括ケアシステムの拡充と地域医療の未来

須藤 雄仁

地域包括ケアシステムとは、高齢化が進行する日本において、医療と介護の連携を強化し、地域全体で住民の生活と健康を支える仕組みである。このシステムは、地域医療構想と個々の医療機関・介護施設をつなぎ、相互に補完する枠組みとして機能してきた。人口減少の進行により、救急医療や大規模災害対応を想定した医療圏は、今後さらに広域化していくことが予想される。一方で、在宅医療や介護、地域内で発生する感染症、局地的な自然災害への対応については、より小さな単位での機動的かつきめ細かな取り組みが不可欠である。2050年には、地域包括ケアシステムが日本の医療・介護を支える基盤として、より重要な役割を果たすと考えられる。

多職種、多業種が参加する地域包括ケア会議によりシステムが適切に機能することで、改善が期待される領域は多岐にわたる。

#### 1. 多職種・地域住民連携の深化

将来の医療・介護では住民を中心として、医療職に加えて介護、行政、区長や民生委員をはじめとする一般市民、テクノロジー分野の専門家など、多様な主体が連携する「地域共生型ケア」が不可欠となる。これにより、地域全体で高齢者を支えるネットワークが構築され、人とテクノロジーを融合させた包括的支援体制が整備される。

#### 2. 医療・介護における人的資源の有効活用

2050年には介護サービス需要がピークを迎える一方、労働人口の減少により深刻な人材不足が生じる。地域包括ケアシステムは、限られた人的・財政的資源を地域内で効果的に共有することで、効率的かつ持続可能なサービス提供を可能にする。

#### 3. 在宅医療の進化と地域実装

2050年には在宅医療・介護の果たす役割は一層拡大する。AIやロボット技術を活用した訪問診療支援システムや介護ロボットは、深刻化する人手不足を補完し、ICTを基盤とした遠隔医療の普及は、在宅医療における地域間格差の是正に寄与する。

これらの技術を前提とした在宅医療の在り方は、地域包括ケアシステムの枠組みの中で、地域の医療資源、人口構成、地理的条件といった実情を踏まえつつ、関係者の合意形成を通じて検討・決定がなされる。

#### 4. 医療費・介護費の抑制

地域包括ケアは、予防医療やリハビリの充実、利用者・提供者双方への教育を通じて疾病の重症化や再入院を防ぐ。在宅ケアを推進し、病院や施設への過度な依存を軽減することで、医療費・介護費の抑制に大きく貢献する。

## (2) かかりつけ医と在宅療養支援病院が果たす役割

星野 大和

### 1. かかりつけ医が地域包括ケアシステムにおける医療の中核となる

人口減少に伴い、外来診療の需要は減少し、在宅診療の需要は増大する。かかりつけ医機能を担う医師（以下、かかりつけ医）は、地域包括ケアにおける医療の中核として外来診療・オンライン診療・在宅診療を患者ごとに柔軟に使い分けながら地域診療を実践する。外来（対面）診療は、オンラインでは十分な診療ができないと医師が判断した場合のみに行われる。訪問看護師（上述した需要の変化により、病院や診療所ではなく訪問看護ステーションで勤務する看護師が増える）などを介するオンライン診療も日常的に行われており、医師が外来診療を行うことは少ない。多疾病併存患者、個別性の高い患者、緩和ケアや看取り期にある患者に対しては、生活や療養の場で対面診察するという意味で在宅医療にスムーズに移行する。かかりつけ医は日常診療に加え、複数の医療機関からなるグループを形成したり医師会と連携したりすることで、24時間対応の一次救急を担当する。

予防や治療技術が飛躍的に進むことで寿命が延長し、老衰死が増加する。どのような医療や介護を受け、どこで暮らし、最期を迎えるか、国民一人一人が考えるようになる。かかりつけ医はこれらの診療形態を使い分けながら、医療のコーディネーターとして最期まで伴走する。このようにかかりつけ医は、患者の疾病の軌道に伴走しながら、また軌道における急病の初期対応を通じて、患者が住み慣れた地域で最期まで過ごすことができる地域包括ケアシステムを医療の面から支える。

特に地方圏では、かかりつけ医とつながることが難しい患者も生じ得る。このような地域では、地域包括ケアシステムを広域で構築したり、集住（コンパクトシティ）化を推進したりする。広域で考えざるを得ない場合、かかりつけ医は訪問看護師と協働しオンライン診療を駆使することで、患者が不利益を被ることのない医療を維持する。また、都道府県医師会が医師会館に診療所機能を具備し、そこに医師会員が輪番することでオンライン診療を提供する仕組みも一案と考える。集住化が進む地域では、コンパクトシティ全体を一つの小さな地域包括ケアシステムとみなす。かかりつけ医はコンパクトシティの住民の疾病管理のみならず、まちづくりの観点から地域保健活動に参画する。

### 2. 地域包括ケアシステムを支える在宅療養支援病院

地域包括ケアシステムを支える病院として在宅療養支援病院も整備される。サブアキュート病態の受け入れ先として救急機能を発揮しながら、かかりつけ医が行う在宅医療における24時間体制をバックアップする。また在宅療養支援病院は、その勤務医を近隣の診療所、医師会、行政にも派遣し、地域の医師人材ネットワークのハブ機能も有する。

## 5. 災害医療体制

### (1) 2050年の災害医療に関して－CSCATTTに基づく将来像

藁谷 暢

わが国は地震、風水害、感染症、原子力災害など複合的リスクに直面しており、人口減少・高齢化が進む2050年においては、従来の人的資源中心の災害医療体制のみでは持続が困難となる。本稿では、災害対応の基本原則であるCSCATTTの視点から将来の災害医療像を整理し、医師会が担うべき役割を明確化することを提言する。

#### 1. CSCATTTを基盤とした将来像

CSCATTTは「指揮統制 (Command & Control)」「安全管理 (Safety)」「情報共有 (Communication)」「状況評価 (Assessment)」「トリアージ (Triage)」「治療 (Treatment)」「搬送・追跡 (Transport & Tracking)」の7要素からなる災害医療の基本概念であり、DMAT・JMAT活動の基盤となっている。2050年の災害医療はこの原則を維持しつつ、AI、通信、ロボット技術の進展により運用が高度化する。

指揮統制ではAIが被害推定や医療資源分析を支援し、情報統合型の指揮本部が形成されるが、倫理判断を含む最終決定は人が担う。安全管理はウェアラブルデバイスや環境センサーにより常時監視型となり、医療従事者の二次被害は最小化される。

情報共有は衛星通信とクラウド基盤によりリアルタイム化し、医療機関・行政・関係機関が共通状況認識を持つ体制が標準となる。状況評価ではドローンやロボットが現地確認を担い、危険区域へ人が進入する前に被害把握と患者位置の可視化が可能となる。

トリアージはAIとウェアラブルデバイスにより継続的・動的評価へ進化し、外傷のみならず慢性疾患患者や要配慮者の健康悪化を早期に把握することで災害関連死の予防に寄与する。治療は遠隔医療とモバイル医療機器を基盤とした分散型医療へ移行し、ロボットを介した遠隔操作により危険環境下での初期診療も可能となる。搬送は自動運転車両やドローンが補完し、患者・物資・人員は共通IDで追跡管理される。

#### 2. 医師会の役割

技術が進歩しても災害医療の本質は地域連携と人による判断にある。医師会は多職種・行政・医療機関を結ぶ調整主体として、平時からの連携基盤整備、人材育成、情報共有体制の構築を主導する必要がある。また、地域の現場知を政策へ還元するハブとして機能し、持続可能な地域災害医療体制の中核を担うことが求められる。

2050年の災害医療は技術革新により大きく変化するが、その目的は一貫して国民の生命と生活を守ることである。医師会は技術と地域社会を結びつける要として、将来の災害医療体制の構築を主導していく必要がある。

## (2) 医療界のみならず業界の垣根を越えた災害医療体制の構築

玉城研太郎

### 1. 複雑化する災害と医療単独対応の限界

「災害」と一口に言っても、その形態は極めて多様である。大規模地震や水害などの自然災害に加え、記憶に新しい新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症など、災害の様相は年々複雑化・多層化している。こうした現代の危機に対し、医療界単独での対応には明確な限界がある。医療の専門性は不可欠であるが、それだけでは社会機能全体を支えることはできないという現実を直視する必要がある。

### 2. 医療資源の被災と社会インフラの重要性

災害時には、医療従事者の献身的努力とは裏腹に、医療資源そのものが被災する。病院機能の停止、医薬品や医療材料の供給不足、電力・水道の途絶、通信障害、交通網の寸断などが同時多発的に発生し、医療の継続性が深刻に脅かされる。これらの課題は医療の専門知識のみで解決できるものではない。電力、通信、運輸、建設、IT、行政、民間企業など、多様な分野が一体となってこそ克服可能となる。例えば、通信事業者による情報インフラの迅速な復旧は医療指令系統の維持に直結し、物流業界の支援は医薬品や医療機器供給の生命線となる。医療は社会インフラの上に成り立つ存在であり、その相互依存関係を前提とした体制構築が不可欠である。

### 3. 平時からの連携構築と役割分担の明確化

こうした連携を実効性あるものとするためには、平時からの「顔の見える関係づくり」と役割分担の明確化が欠かせない。災害発生後に即席で連携を試みても、十分な機能発揮は困難である。事前の訓練や協定締結、シミュレーションの積み重ねを通じて異業種間の相互理解を深めておくことが、初動対応の質を大きく左右する。また、地域特性を踏まえた産官学民の協働体制は、画一的ではない、被災地の実情に即した柔軟な医療支援を可能にする。平時の準備こそが、有事の成果を決定づけるのである。

### 4. 沖縄県における多分野協働の実践

沖縄県では、2020年以降の新型コロナウイルス感染症との戦いの中で、医療提供体制をいかに堅持・強化し、同時に県民生活と地域経済を守るかという困難な課題に直面した。その過程で、医療界にとどまらず、業界の垣根、さらには世代の垣根を越えた組織づくりに取り組んできた。2020年には県民の一致団結を目的とした「Save Okinawa Project」を立ち上げ、2021年には「Task Force Okinawa」を結成し、経済関連団体との連携を強化した。これらの経験は、危機下における多分野協働の有効性と実践可能性を示したものであり、今後の災害対策の礎となるものである。

## 5. 社会全体で支える災害医療への進化

今後想定される南海トラフ巨大地震等の大規模災害に備え、沖縄県では業界横断型のシミュレーションを重ね、発災時に即座に行動できる体制が着実に整いつつある。これからの災害医療は、「医療が中心となり、社会全体で支える体制」へと進化することが求められる。業界の垣根を越えた連携こそが、多くの命を守り、地域の復興を加速させる最大の鍵である。

なお、大規模災害をテーマとした議論については、筆者が出演するテレビ番組「琉球プライム」でも取り上げている。番組の詳細は、琉球プライムを参照されたい。

## 【小括】

### 第2章 2050年の医療

大塚康二郎

医療費の増大と少子高齢化により、現在の国民皆保険制度は危機的状況になる。標準治療と最先端医療に対し、多層的な制度設計の議論が必須となる。また、自由診療や医療インバウンドを通じた過度な利益追求（クリームスキミング）から医療倫理を守る姿勢が必要となる。

医療現場では AI による超精密診断や手術支援ロボットが普及、ゲノム医療が実装され、生体データを基盤とした「国家医療情報管理システム」が標準化される。地域包括ケアシステムとかかりつけ医のシステムが確立され、それに加えすべての国民がそれぞれの地域で参加する「地域共生ケアシステム」が構築されている。平時でも災害時においても AI を利用したトリアージや遠隔医療（D to P with N）、自動運転車両、医療用ドローンが医療従事者減少を補完し、中核となっている。

## 第3章 2050年の医師

### 1. AI時代の医師の役割

#### (1) AIと共存する時代における医師の本質的価値と責任

木村 玄

#### 1. AI時代の医師の役割—統計的最適解を「納得解」へ昇華させる

2050年の医療現場では、AIが画像診断やデータ解析の精度において人間を凌駕する。診療の大部分がデジタル上で完結すると予測される中、医師の本質的価値が改めて問われている。検討の過程で示された視点によれば、医師の役割は、AIが提示する「統計的最適解」を、患者個人の人生観に即した「納得解」へと昇華させることに集約される。AIは過去の膨大なデータに基づき高精度な予測を行うが、医療現場には常に不確実性が伴う。患者の死生観や家族背景を深く理解し、病と共に生きる苦悩に寄り添うことが不可欠である。最終的な治療方針を共に決定する役割は、血の通った人間にしか成し得ないからである。委員会でも、医師を「心のコンダクター（指揮者）」や人生の「伴走者・伴奏者」と位置づける重要性が強調されてきた。

#### 2. 最終的な倫理的判断と責任の所在

いかなる高度なAI時代にあっても、最終的な倫理的判断を下す主体は医師自身であるべきである。その結果に対して全責任を負うのは、AIではなく国家資格を持った医師である。これに対応し、医師がAIの判断を適切に監督し評価するための指針整備も急務となる。テクノロジーが進化し、効率化が追求されるほど、共感や信頼関係といった「人間的スキル」が医師の価値の中心となる。2050年の医師もまた、首から「聴診器」を掲げ続けているだろう。それは最先端のセンサーを内蔵した高度な診断デバイスへと進化を遂げる。しかし、それ以上に重要なのは物理的な「手当て」を通じた心理的安心である。患者に直接触れ真摯に向き合う絆としての意義は、未来においても不変であるはずである。

#### 3. 医学教育の変革とBPSモデルの重要性

今後の医学教育においては、知識の暗記に偏重することなく、AIを強力なパートナーとして使いこなす技術を学ぶべきである。同時に、医療倫理やBPS（生物・心理・社会）モデルに基づく対話能力をこれまで以上に重視する必要がある。BPSモデルとは、身体的な要因（Bio）だけでなく、個人の心理的状态（Psycho）や周囲の社会環境（Social）を多角的に捉えるアプローチである。これは複雑な病態を抱える高齢者医療において不可欠な視点となる。

#### 4. デジタル化社会における対人援助の本質的価値

AIの普及は医師を定型業務から解放し、医療の原点である「対話」と「手当て」への徹底した注力を可能にする。医師は人間の尊厳を守る最後の砦である。苦しむ人に対し全人格的に向き合うという、対人援助の本質的な価値を最大化する必要がある。デジタル化が加速する2050年において、医師による「アナログな温かさ」が社会共通の価値として再評価される未来を目指すべきである。

## (2) AI 時代の医師の役割—原点回帰

山元謙太郎

前述のとおり、2050年の医療現場は、DXの進展により、診断・治療の精度および効率は飛躍的に向上する。AIは膨大なデータを解析し、瞬時に診断と治療方針を提示する。外科手術でさえロボットが一部を担う時代となるだろう。患者自身もAIを活用して高い精度で自己診断を行い、来院時には病態を十分に理解していることが想定される。このような時代における医師の役割とはどのようなものだろうか。

### 1. 人生観との調和

医師の役割は単なる診断・手技の提供者から大きく変化する。医師が提供する医療技術は均質化し、『誰が診ても同じ結果が得られる』時代が訪れるだろう。だからこそ、医師に求められるのは知識や技術ではなく、患者や家族に誠実に向き合う倫理観と、意思決定を支える寄り添いの姿勢である。どれほどAIが進化しても、人の心に真に共感し、尊厳を守る力は機械には代替できない。特に死生観などの不確実な領域においては代替できるものではない。未来の医師にとって問われるのは「人間にしかできないこと」——患者の不安や葛藤に寄り添い、人生観と調和する医療を導く力である。

### 2. 人の弱さ

近年、AIが日常化するに伴い、心理的にAIに依存し、精神疾患や抑うつ状態が悪化するなどの報告がなされている。人には「弱さ」があり、「正確」なAIに頼ってしまうのだろう。ところがAIからは真の共感が得られないために、精神的に病んでしまうのかもしれない。

「正確」という意味ではAIにはもちろん敵わない。比較してしまうと、医師は一人の人であり、人であるが故の「弱さ」の方が際立つかもしれない。しかし、この「弱さ」こそが、人の魅力であり、真の共感を得ることができるための武器でもある。

### 3. 原点回帰

2050年には、AIは生活のあらゆる領域に浸透している。このような時代において、医師の仕事とは何か。古来「名医」と呼ばれた人々は、特別な技能を誇ったわけではなく、患者に手を差し伸べ、言葉を交わし、心を通わせた存在であったという。患者の話を聴き、触れ、そして労う——こうした日本に古くから根付く医の美德が、再び見直される時代が訪れるだろう。技術が極まるほどに、医療は「人のあたたかさ」へと原点回帰する。

## 2. 倫理と教育

### (1) 医の倫理の変遷（変化と普遍性）

大塚康二郎

#### 1. 医の倫理の変遷（働き方改革）

2024年医師の働き方改革が実施された。これまで患者の生命を守るために、時間を省みることなく治療・研鑽を行ってきた医師の働き方は、労働基準に適さないという位置づけがなされたこととなる。しかし、ヒポクラテスの誓いに代表されるような紀元前5世紀から受け継がれてきた医師の在り方を、法律で制限した結果、医師の倫理観に変化が訪れた。医療を一つの「職業」として捉える医師は急増し、医療の自己完結の達成感よりも時間・お金に対価を見出すようになる。QOLの向上を優先することで、時間的制約により医療現場での人手不足が当たり前になった。医療人の思想は利他的から利己的になり、時間が読めない救急医療や外科を自分から選択する人は減少した。

これらの価値観の変化は「時代だから仕方がない」と捉えていいかは現状わからないが、今後の医療の歴史の中で語られることであろう。孟子の名言に、「水は低きに流れ人は易きに流れる」という言葉がある。解釈は国・時代によって変わるが、医の倫理観を考える時にふとよぎった言葉である。

#### 2. 医の倫理の不変（AIの出現）

時代・制度が変わっても患者に寄り添う医師の心は不変であってほしい。AI診断・治療が発達した現代において、医師に求められることは、個々の患者の背景を確認し寄り添うことでAIの治療優先順位を変えることと考える。そのためには根本的な医学教育改革を断行すべきである。未来の医師は、専門教育はもちろんであるが、医の倫理観、テクノロジーの活用法、医業に関わらず世界的視野に立った経済学、コミュニケーション能力の向上などの社会的知識を学ぶ必要がある。AIと共存もしくは凌駕するためには、医師はこれまで以上に複合的な素養を持つことが求められ、体現しなければならない。それこそが国民に支持される道だと考える。

また、今後地域医療構想や地域のまちづくり等の議論をする際、医師は積極的に協力しなければならない。なぜなら医療無くしてコミュニティの存続は難しいからである。医業のみならず「人と社会の心の拠り所」となるべき能力を持つためにも、全学年の医学教育課程において多くの時間を割くべきである。

#### 3. 医の倫理の未来

国民が我々医師に対して、今後どのような感情を抱いていくかは不透明であるが、国民一人一人がAIを常に携えている情報化社会において、緊張感を持って対応しなければならない。紀元前から受け継がれてきた医の倫理観は変えることなく、国民の信頼を得るためには、医道の本質を見失うことなく変革をおそれない努力をしなければならない。

## (2) 変わらない者と変えなければならない物

守上 佳樹

### 1. 変化する医療環境と問われる判断

医療を取り巻く環境は、2050年に向けて大きな変化の只中にある。AIやデジタル技術の進展、医療提供体制の再編、医師の働き方の多様化は不可逆的に進行しており、医療現場では判断の質と速度の双方がこれまで以上に求められている。このような時代において重要となるのは、何を変え、何を变えてはならないのかを見誤らないことである。

### 2. 変わらない「者」としての医の倫理

まず、変わらない「者」として医師の倫理がある。医師は古くから、人の生と死に向き合い、苦痛や不安を引き受け、不確実性の中で判断を下してきた。その判断は、単なる技術的選択ではなく、社会から専門性を預かる者としての責任を伴う行為であった。この医の倫理は、個々の医師の資質に還元されるものではなく、世代を超えて専門職集団として継承されてきた基準である。時代や技術が変わろうとも、この倫理的軸は未来永劫変わるものではない。

### 3. 変えなければならない「物」と医師会の役割

一方で、医療を支える「物」は、これまで以上の速度で変化している。AIによる診断支援、遠隔医療、医療DXなどのテクノロジーは、医療の在り方そのものを変えつつある。これらは、医師の判断を補完し、医療の質と効率を高める力を持つが、それ自体が倫理的主体となることはない。価値判断や責任を引き受けることができるのは、あくまで人であり、専門職としての医師である。

したがって、医師会に求められる姿勢は明確である。変わらない倫理を守るためにこそ、変えなければならない物を積極的に取り込み、使いこなしていくことである。テクノロジーや制度の変化を外在的な脅威として排除するのではなく、医の倫理を実現するための道具として内部に位置づけ直すことが重要である。物を拒むことが倫理を守るのではなく、物を統御できないことこそが倫理を危うくする。

また、倫理の継承を個人の良心や経験に委ね続けることも、もはや現実的ではない。医療の複雑化に伴い、倫理的判断が求められる場面は増え続けている。だからこそ、倫理は「者」が孤立して背負うものではなく、教育制度や組織によって支えられるべき共通基盤である。知識や技術の習得に加え、倫理的判断力や対話力を育む教育への転換は、変えなければならない物の一つである。

医師会は、これまでも医の倫理を専門職集団として引き受けてきた。その役割は、人口構造や技術環境が変わろうとも揺らぐことはない。むしろ、変化の激しい時代においてこそ、変わらない者としての倫理を明確に掲げ、変え続ける物を統合しながら前に進むことが求められる。

本項で論じるのは、変革か伝統かという二項対立ではない。変わらない者としての医の倫理を軸に据え、その倫理を未来にわたって実装し続けるために、

変えなければならない物を厭わず更新していくこと。それこそが、2050年に向けて医師会と医師が共有し続けるべき倫理と教育の姿である。

### 3. キャリアの変化

#### (1) 2050年キャリアの変化

木下 景太

##### 1. 働き方改革の行き着く先は

2024年より本格的に施行されている医師の働き方改革によって時間外労働の上限規制が導入され、長時間労働を前提とした従来のキャリアモデルは見直しを迫られていると言える。医師個人のキャリア形成に対する意識変化もあわさって今後は「多く働くこと」よりも、「限られた時間で専門性を高めること」が重視され、効率的な診療や学習、チーム医療への関与がキャリア評価の軸となる可能性が高いと考える。

##### 2. ライフスタイルの変化への対応

働き方改革に合わせた働く方法にも多様化への対応が必要になる。常勤・フルタイム一辺倒ではなく、当直負担の少ない勤務、外来中心の働き方、研究・教育や副業を組み合わせた複線型キャリアなど、ライフステージに応じた柔軟な選択に対応していく必要がある。すでに若手医師にとっては、働きやすさや研修の質が医療機関選択の重要な要素となっている。「直美」などが問題になっているが、単純に禁止したとしてもいわゆる「やりがい」だけで職場間の人材獲得競争が落ち着くことはないと考える。

一方で、労働時間の制約や過度な専門化は研修や症例経験の不足につながる懸念もあり、今後は教育内容の効率化やICT活用、指導体制の工夫が不可欠となる。働き方改革は、医師の健康を守るだけでなく、キャリア形成の考え方そのものを「量」から「質」へ転換させる契機になると言える。

## (2) 医師の生き方の多様性に伴うキャリア非線形化

田中いつみ

### 1. 医師像の転換と非線形化の標準化

かつて医師は「高い使命感と専門性を持って一生を捧げる天職」として捉えられてきた。しかしそれは、家庭を支える配偶者がいる、もしくはパートナーを持たないことを前提とし、ケア労働を不可視化したケアレスマンモデル\*に依拠していた側面を持つ。この前提はもはや持続可能ではない。女性医師の増加や価値観の多様化を背景に、医師のキャリアは単線の上昇ではなく、複数の役割や領域を往還する非線形型が標準となる。ライフステージに応じて柔軟に設計し、副業・複業や異分野への越境も含めた「医師という生き方の多様化」への転換が不可欠である。

### 2. 制度設計の再構築

出産・育児・介護に加え、起業や副業などにより医師が一時的に臨床現場を離れることは一般化する。継続年数や常勤在籍を前提とする評価体系は見直しが必要であり、復帰支援プログラムやジョブシェア制度を整備すべきである。常勤・非常勤・短時間勤務・フリーランスなど多様な働き方が混在する構造を制度的に前提化し、役割と成果に基づく評価へ転換する。同時に、使命感や倫理観の希薄化を防ぐため、倫理教育を再定義し、専門職としての規範を再確認する枠組みを構築する。

### 3. 偏在課題と価値観の再定義

非線形化が標準となる一方で、柔軟な働き方の拡大は過酷な診療科や地方勤務の敬遠を通じて偏在を深化させるおそれがある。この課題は待遇のみならず、医師像の序列に根差す価値観の問題である。地方勤務経験を「キャリアの寄り道」ではなく「リーダー要件」と位置づけ、過酷な領域を“割増労働”ではなく“高度な状況対応能力を要する専門領域”と再定義する必要がある。また、過酷＝長時間という構造を当然視せず、「持続可能性を守ることがプロフェッショナルリズムである」と明確化すべきである。さらに、医療提供体制を Doctor to Patient の構造から Nurse と協働する D to P with N へ転換するなどして、「一人で耐える英雄」から「チームで支えるプロ」へと価値軸を移行させることが、持続可能で多様性に開かれた医療を実現する鍵となる。

\*ケアレスマンモデル：他者のケア（育児・介護など）を負担しない働き方ができる人

#### 4. 報酬・制度改革

##### (1) 2050年、「医師余り」時代の医療制度再設計

細谷 拓真

#### 1. 「医師不足」から「医師余り」へ：構造転換の前提

2050年の医療界は、人口減少による需要縮小とAI・ロボティクスによる生産性の飛躍的向上により、かつての「医師不足」から構造的な「医師余り」の時代へと転換する。この局面において、医師が専門職としての地位と適正な報酬を維持するためには、制度と価値観の抜本的な再設計が不可欠である。

#### 2. 働き方の構造改革：「ハイブリッド医師」の標準化

まず、働き方の構造改革として、「地域医療連携推進法人」を核とした「ハイブリッド医師」というモデルが標準化される。これは、自院での対面診療で患者との信頼関係を築く「個人開業医」の顔と、法人組織の一員としてオンライン診療や在宅医療指示を行う「勤務医」の顔を併せ持つ形態である。日常診療の多くをAIが支援する中で、医師は倫理的判断や終末期医療など、人間にしか担えない領域における「最終判断者」としての役割に特化していく。

#### 3. 報酬体系の転換：「量」から「質・責任・貢献」へ

これに伴い、報酬体系も「診療行為の量」から「判断の質・責任・貢献」を評価する仕組みへと移行する。従来の出来高制に加え、AIや多職種チームと連携して成果を上げる「成果連動型報酬」や、救急・外科など身体知と即時判断を要する領域に対する「リスク連動型報酬」など、多層的な評価制度が導入される。

#### 4. 供給過剰への対応：「機能的定年制」による役割シフト

さらに、医師の供給過剰と年齢構成のバランスを適正化するために、「医師定年制」の導入は避けられない。ただし、これは単なる引退勧告ではなく、職能に応じて役割を段階的にシフトさせる「機能的定年制」である。臨床の第一線からは退きつつ、AI診療の監督、若手教育、地域医療連携の統括、生命倫理の判断といった役割を担うことで、ベテラン医師の知見を社会に還元し続ける仕組みである。

#### 5. 財政基盤の自立：独自の「地域医療基金」へ

また、財政的基盤の自立も欠かせない。地域医療連携推進法人や都道府県医師会は、診療報酬や補助金に依存する体質から脱却し、独自の「地域医療基金」を設立すべきである。安定的な資産運用を通じて得た収益を、人件費、施設更新、機器導入、予防医療や教育活動に再投資することで、医療を地域社会の「社会的共通資本」として守ることができる。

#### 6. 2050年の持続可能な医療：協働・評価・循環の統合

このように、AIと人間の協働を前提とした診療構造、成果連動型報酬による

公正な評価、そして機能的定年制による世代間の循環を組み合わせるこそが、2050年の持続可能な医療の形である。医師はもはや希少な専門職という立場に安住するのではなく、社会構造の変化を見据えて、自ら制度設計の一翼を担う存在へと進化すべきである。

### 1. 社会保障の最適化に向けた医師個人のアプローチ

2050 年に向けた社会保障費の増大や国民皆保険制度の持続可能性に関するマクロな制度的議論は不可避であるが、日々の診療現場において、医師個人がいかにしてこの課題に向き合うべきかという視点も極めて重要である。社会保障の削減や最適化に対して、医師個人が日々の診療で実践できる最も正しい態度は、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の徹底である。患者の希望を丁寧に聞き取り、日常の診療を通じて本人や家族、多職種と価値観を共有し、患者ベースで最適な医療を提供し続けることが、結果として社会保障の最適化へとつながっていく。

### 2. AI 時代の ACP と「人間の医師」の役割

2050 年にはテクノロジーが進化し、情報共有のみならず、患者の話を上手に聞き取る「AI による ACP 支援」も広く社会実装されていると考えられる。しかし、いかに AI が発展しようとも、意思決定の最終段階における人間の医師の関与は極めて重要であり、以下のような役割が求められる。

①**不確実性への対応と五感による対話**：看取り期などの最終段階においては、医学的な正解がない不確かな状況が多々生じる。事実やデータだけを伝えるのではなく、患者や家族の複雑な感情、その場の空気感や表情といったデータ化できない要素を五感で感じ取り、最適な着地点へと導くことは、人間である医師にしかできない領域である。患者と家族との対話を繰り返し、気持ちを支えるコミュニケーションが不可欠となる。

②**氾濫する情報に対する「伴走者」としての時間**：AI が提示する高度な医療情報に患者が依存したり、振り回されたりするケースも想定される。これはかつてテレビや週刊誌の情報に影響を受けた患者へ対応してきた歴史の延長線上にある。医師はこうした状況に対し、手間や時間を惜しまずに患者と対話し、正しい理解へと導くという、医療者としての普遍的な役割を果たし続けなければならない。

2050 年の医師は、AI などのテクノロジーを効率的なツールとして活用しつつも、最終的な患者の人生の選択においては泥臭く対話を重ねる「伴走者」として、患者の希望と限りある医療資源の調和を図る重責を担うのである。

## 5. 社会課題への関与

### (1) 困難事例対応、地域づくりを通じた医師の社会的貢献

星野 大和

#### 1. 医療的困難事例の相談に応需する

郡市医師会は地域の医療と介護の規範的統合を促進する部門（在宅医療・介護連携支援センターなど）を設置し、会員医療機関の医師が輪番して出務することで相談支援機能も具備する。医師会員は、行政、地域包括支援センター、ケアマネジャーなどが支援を行っているが医療的な課題があるにも関わらず受診を拒否している事例、ゴミ屋敷や不登校・ひきこもりの背景として病理が疑われる事例などの医療関連困難事例に対して、助言を行う。また、医師会立診療所などの共同利用施設を設置し診療機能を構えることで、助言では対応できず診察が必要と判断された事例には、医師がアウトリーチも行う。年齢などの理由により自院を閉院する医師会員はここに出務し、診療スキルや長年地域で培ってきた人脈を駆使することで困難事例の解決に向けて貢献する。

医療関連困難事例の対応により地域課題を抽出することも重要である。医師会員は地域ケア会議や行政の会議体に参画し解決策を模索する。国レベル、医療施策が関わる課題は都道府県医師会や日本医師会が集約し、行政と議論する。これにより医師会は国民が抱える医療的な課題に対応するシンクタンクとして尊敬を集める。

#### 2. 地域づくりに貢献する

人口減少時代において、暮らしの維持の観点から自助・互助・共助・公助を考えた時、互助が重視される。元気な高齢者が支援を要する高齢者の支え手にまわることが推奨され、そのような仕組みを地域づくりの観点から市町村レベルで構築することが求められる。未病の段階から高齢者に関わるかかりつけ医はその見識を行政の会議体委員として活かす。かかりつけ医は人口減少に伴い外来機能を縮小する中で、週1日程度、地域に根差した活動を行う。そのような活動を行っているかかりつけ医は地域で尊敬され、結果的に自院の増患や職員の雇用に結びついている。

## (2) 診察室の内にある医師の使命、外にある医師の使命

野口圭太郎

### 1. 診察室内にある医師の使命

2050年の医師は、診察室内において、これまで以上に「医療を担う象徴的存在」であることを体現し続けなければならない。AIや医療DXの進展により、診断補助や治療選択の標準化は進むが、最終的な判断とその結果を引き受ける責任は、引き続き医師に帰属する。また、医療の現場において多職種で構成されるチームを率い、その判断を統合する責務も担う。多死社会を迎える中で、治療の継続や中止、人生の最終段階における意思決定は、医学的知識のみならず、患者の価値観や人生観を理解し、共に考える姿勢が不可欠である。触れること、語りかけること、迷いを受け止めることは、いかなる技術によっても代替されない医師固有の使命である。

### 2. 診察室外にある医師の使命

一方、診察室外において医師が担う使命は、今後さらに重みを増す。まず、医師の資格そのものに公益性が内在している。医師は国家により医業の独占を許された資格である。その独占は特権ではなく、公益を守るために社会から託された責務である。医師法第1条で「医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」と定められているとおり、私たちの仕事はすべて国民の健康に資することが前提でなければならない。

人口減少と医療資源の制約が進む社会において、医師は単に診療を行う専門職にとどまらず、医療を社会システムとして持続させる公共的専門職としての責任を負う。地域包括ケアの中核として多職種や行政と連携し、限られた医療資源をいかに配分し、地域として医療を維持するかに関与することは、医師の専門性に内在する重要な義務である。さらに、地震や豪雨など大規模災害の頻発が予測される中で、医師は平時から地域の災害医療体制の構築に関与し、有事には迅速に現場へ入る責務を担う。災害時において医療は市場原理では機能せず、公共性と倫理性に支えられた医師の行動が地域の生命線となる。診察室の外での災害対応は、医師の使命が最も可視化される場の一つである。

加えて、制度改革や医療費抑制を巡る議論が避けられない中で、医師は国民皆保険制度の意義、科学的根拠に基づく医療の価値、負担と給付の関係について社会に説明責任を果たす立場にある。SNS等を通じて誤情報や反知性主義的言説が拡散する時代において、医師が沈黙することは、結果として医療の信頼を損なうことにつながりかねない。科学的医療と医師の良心を社会に橋渡しする役割もまた、診察室外にある重要な使命である。

### 3. 2050年の医師として

2050年の医師は、診察室内で医療の最終責任者として人の尊厳を守り、診察室外で平時から有事に至るまで医療と社会をつなぐ存在として、その両立を優れた人格を備えた医療人として引き受けることが求められている。

## 【小括】

### 第3章 2050年の医師

大塚康二郎

AIが人間の能力を凌駕し「統計的最適解」を提示する時代において、医師の役割は患者の人生観や死生観に寄り添い、「納得解」へと昇華させる「心のコンダクター」「伴走者・伴奏者」への原点回帰が求められる。また、構造的な「医師余り」の時代を見据え、従来の長時間労働を前提としたケアレスマンモデルから脱却し、ライフステージに応じた柔軟なキャリア（キャリア非線形化）が標準となるが、患者に対する医の倫理観・対応の方法は2025年とは違ったものとなっている。さらに、ベテラン医師の役割を段階的にシフトする機能的定年制や成果連動型報酬が導入されるほか、基本的能力が高い医師は、診察室内外で公共的使命を求められるようになる。限られた医療資源の最適化、災害時の医療体制の維持、困難事例へのアウトリーチなど地域社会の基盤を支えるリーダーとしての役割を担うようになる。

## 第4章 2050年の医師会

### 1. 組織改革

#### (1) 医療統治機関

佐竹 真一

#### 1. 準強制加入による医療統治機関への進化

2050年の日本医師会は、従来の任意加入団体から脱却し、「すべての医師が加入する準強制加入の公的職能団体」へと進化する。全国の医師が一体となることで、医師会は医療政策に対して従来とは比較にならない実効性を持ち、「国家レベルの医療統治機関」としての役割を担う。政府の医療行政と深く連動しながらも、独立した専門家集団としての権限を持つ組織へと再編され、まさに準医療庁と言えるものとなる。これにより、医師会は医療政策の立案から実行までを一貫して主導し、政府と対等の立場で国民の生命を守る責任を負うことになる。

#### 2. 有事における危機管理の司令塔

首都直下地震や南海トラフ巨大地震、あるいは新興感染症の発症といった有事においては、2050年の日本医師会は政府機関と並ぶ国家レベルの統括組織として機能する。危機発生時には即座に専門チームが招集され、自衛隊、消防、DMAT、自治体と連携した指揮系統が確立される。全国の医師会員ネットワークを駆使し、被災地への医療チームの派遣、医薬品や医療機器の最適配分、患者の広域搬送を、トップダウンの迅速な意思決定で実行する。平時からの訓練と法整備により、有事には一人でも多くの国民の命を救う体制が整っている。

#### 3. 医療AIの監視・制御と医師配置の調整役

また、第2章2(1)で述べた国家医療情報管理システムの管理主体として、医師会はその運用を担う。2050年には、医療AIが診療の現場で絶大な力を持つが、AIへの過度な依存や、商業的なバイアスのかかったアルゴリズムの横行は、医療の質を歪める危険性を孕んでいる。日本医師会は、医療AIの承認や監視を行う役割を果たし、倫理性・安全性・公平性を厳格に審査する。国民を誤った医療情報や、利益誘導型のAIから守り、テクノロジーが人間の尊厳を損なうことなく医療に貢献するよう監視・制御する。さらに、深刻化する地域医療格差に対応するため、医師会は医師配置の調整機能を保有する。これにより、2050年の日本では、過疎地や離島など医療維持が困難な地域に対し、公的権限を持って医師や医療資源を配分し、全国どこでも一定水準以上の医療が受けられる体制が確保される。

## (2) 組織帰属意識の希薄化にどう対応するか

大塚康二郎

### 1. 新臨床研修医制度の影響

2004年に新臨床研修制度が始まり20余年が経過した。一般的に、この間に大学病院の研修医・医局員数の減少が顕著になり、地域への医師派遣能力が衰退し医師の偏在化が起こったとされる。私が思う本質的な問題は、この間に静かにそして確実に医師の組織帰属性の希薄化が生じてきたことである。かつては医師国家試験に合格し医師免許を取得したとしても、医局に所属し一定の修業期間を経て、所属医局が自信を持って派遣できるまで修練をしてくれた。私自身も経験したが、多くの医師は厳しい指導を受けたと思う。辛いと感じた人は多かったと思うが、その期間は医師の精神を鍛え技術を向上させることに加え、貴重な人間関係の構築があったと推察する。

現在の制度下において、医局に所属しなくとも一般病院でしっかり人間関係を構築し、立派な医師になっていくものは間違いなく存在するが問題はその割合である。個人で未来を切り開ける人間はいいが、自ら適応力を見出せない医師は数多く存在する。組織に属することがなければ、自らを律することは困難であり、利益誘導型の誘いに乗ってしまい、結果的に医師として実力不足で年を取っていく。これは医師個人にとっても、また医師が不足する地域においても不幸なことである。

### 2. 「民間医局」としての医師会

本委員会では、前期、前々期も含め多くの委員が、「日本医師会こそが民間医局として活躍する必要がある」と提言している。医師会の事務局を含めた手厚いバックアップ体制、診療科・年齢を超えた交流は、医師としての知識・人脈・社会とのつながりなどすばらしいものがある。しかし、これは情報と経験がなければ分からない領域である。そのために医師会は、小学生の頃から戦略的な広報活動を行い、「医療のことは医師会に任せれば安心!」というようなマインドを国民全体に持ってもらう必要がある。そうすることで新人医師は、医師会入会はもちろんのこと、個ではなく組織に所属すれば、安心して医療を継続することができるようになる。

また、現実路線の魅力的コンテンツとして、世界に誇る日本のアニメや漫画等とコラボレーションすることで多様性のある組織づくりが功を奏すこととなる。

### 3. 大学病院との連携

加えて、日本医師会は大学病院との連携強化を模索すべきである。大学病院の医師派遣能力が高まることで、国が問題視する地域医療の崩壊を防ぐ一助になるからである。

遠隔医療やオンライン診療が発達しても、過疎地やへき地に永遠に留まることのできる医師は限られる。現状多くの医局が苦しい人材体制の中で、そういった地域に派遣を続けている。大学病院外にいる医師会がその大義を医学生に

伝えることで、大学病院勤務の魅力度が上がり、大学に残る医師が増える。

また、大学病院内の医師に医師会の存在を認識してもらうことで医師会の組織率も上がる。大学医局と医師会民間医局が、両輪となり組織帰属性を促し強固な医療体制を構築できれば、地域医療の崩壊を食い止めることが期待される。

## 2. 広報戦略

### (1) 必要な情報をしっかりとお届けするための広報戦略

玉城研太郎

#### 1. 「正しい情報」が届かない時代への問題提起

医療や健康に関する情報は、国民・県民の生命と生活に直結する極めて重要なものである。しかし近年、内容そのものが正確かつ重要であっても、「届け方」次第では十分に伝わらない、あるいは関心を持ってもらえない場面が増えているとの印象を強く受ける。従来型のプレスリリースや記者会見、さらにはYouTube等のSNSを活用した情報発信はいずれも重要であるが、それだけでは多様化した価値観と高度に分散化した情報環境の中で、県民の心にまで届きにくいのが現状である。いま求められているのは、「正しい情報」を発信するだけでなく、「届く情報」へと転換する視点である。

#### 2. お笑い文化との連携という新機軸

この課題意識の下、沖縄県医師会では情報発信の在り方そのものを見直し、新たなアプローチを模索してきた。その象徴的な取り組みが、沖縄県を代表するお笑い集団FECオフィスとの包括連携協定である。「お笑い」という親しみやすい文化の力を活用することで、医療情報を堅苦しいものから、県民の心に自然に入り込むものへと転換する試みを開始した。専門性とエンターテインメントの融合は、一見異質に見えて、実は強力な共感装置となり得る。

#### 3. 人間味を伝える実践的取り組み

具体的には、医師会理事の日常を紹介するショート動画を制作・発信し、医師の人間らしさや温かみを伝えることで、医師会に対する心理的距離の縮小を図っている。また、毎年開催している「うりずんフェスタ」では、「お笑いかかりつけ医」と題した舞台を上演し、芸人と医師が共演する形で、健康チェックや特定健診の重要性を笑いとともに県民へ届けている。医師自らが舞台上で芸人との掛け合いを通じて健診の意義を語ることで、温かく、かつ印象に残る情報発信が実現している。これは、医療者が「説明する存在」から「共に語る存在」へと役割を広げる試みでもある。

#### 4. テレビメディアを活用した新たな接点づくり

さらに、テレビ番組『ヘルスハック大学沖縄』では、お笑いや女性の視点を取り入れながら、沖縄県が抱える医療課題をわかりやすく解説している。従来、医療情報に関心を持ちにくかった層へのリーチにも成功しており、専門的テーマを生活者目線へと翻訳する役割を果たしている。これら一連の取り組みは、「正確であること」に加え、「共感できること」「記憶に残ること」を重視した広報戦略の実践例である。

#### 5. 共感と対話を基軸とした次世代広報戦略

今後の広報戦略として重要なのは、発信スタイルのさらなる進化である。日

本医師会や都道府県医師会は、専門的・制度的議論に加え、医師の日常や人間らしさ、患者の声といった「共感」を生む要素を積極的に発信すべきである。医師の顔が見え、制度の意義が身近に感じられることが、信頼構築の鍵となる。

同時に、医師会は「話す側」にとどまらず、「聞く側」としての姿勢を明確にし、患者団体や県民との対話の場を継続的に設ける必要がある。批判をおそれるのではなく、建設的な共感と理解を育む対話こそが、医療と社会の健全な関係を支える基盤となる。

さらに、「医療を守ろう」「命を支え合おう」といった前向きなメッセージを県民・国民とともに発信する共創型ムーブメントの創出も重要である。世代や地域を超えたネットワークを強化し、そこから生まれた声やアイデアを政策提言や制度改革へと反映させていく姿勢が、これからの医療広報に求められている。

なお、番組の詳細については、『ヘルスハック大学沖縄』を参照されたい。

## (2) 2050 年広報戦略

木下 景太

### 1. 将来への広報戦略

将来の医療現場における広報戦略として、医療提供体制や人材確保の在り方の変化に伴い、大きな転換が必要になっている。少子高齢化や医療人材不足が進む中、広報は単なる情報発信ではなく、医療機関の価値や理念を社会に伝える戦略的機能として重要性を増していくと考える。

### 2. 地域連携としての広報

患者・地域住民向けの広報としては、医療の質や専門性だけでなく、「安心して通える」「生活を支える存在」であることを分かりやすく伝えることが求められる。現在若い方の医療に対する情報源は WEB サイトや SNS、動画配信が主になってきているため、今後はこれらを活用し、診療内容や医師・スタッフの紹介、医療現場の雰囲気などについて可視化することが必須になると考える。医療機関として地域連携や行政、他職種との協働を発信し、透明性と双方向性を意識した広報戦略は、地域から選ばれる医療機関づくりの基盤となり、将来の医療現場において不可欠な要素となるだろう。

### 3. 人材確保としての広報

次に、医療人材確保を目的とした広報の重要性も増えていると考える。働き方改革の進展により、キャリア形成に対する意識変化もあり、勤務環境や教育体制、ワークライフバランスについて積極的に発信し、変化に対応している姿勢を見せることが医師・看護師の採用競争力を左右する要素となっていると言える。現場の実情を正確に伝える「採用広報」は、将来の医療体制維持に直結するだろう。

### 3. 医療政策

#### (1) 制度疲労を超えて－医療を社会的共通資本として守り抜く

野村 和至

##### 1. 現行医療システムの制度疲労と崩壊リスク

社会保障関連費の増加と生産年齢人口の激減により、「国民皆保険」「フリーアクセス」「自由開業制」を基盤とした医療システムは、すでに制度疲労を来しはじめている。このまま有効な手を打たなければ、過度な医療費抑制政策により地域医療を支える小規模医療機関の収支はさらに悪化し、統廃合が加速すると予想される。統廃合の進行は収益性の低い地域健康事業の担い手を失わせ、結果として地方財政の負担増と場当たりの健康事業の乱立を招く。さらに、保険診療の施設基準厳格化や適用範囲の限定が進めば、有効な治療法があるにもかかわらず保険診療を受けられない「ソフト医療難民」が増加し、富裕層のみが高額な自費診療で高度医療を享受するような「医療の二極化」が進む可能性もある。このままでは、医療が市場経済主義に飲み込まれ、「医は仁術」から「医は算術」とかつて揶揄された世界に向かっていくことは委員会内でも共通の意見であった。

##### 2. 医療を社会的共通資本として再構築する

この難局を乗り越えるには、医療を市場経済の枠組みから切り離し、宇沢弘文氏が提唱した「社会的共通資本」として再構築することが急務である。医療は国民が豊かな生活を営み、人間的尊厳を保つための不可欠な社会的インフラであり、利潤追求の対象としてはならない。委員会では、医療従事者を「公的資源」として位置づけ、民間の柔軟性と公的責任を両立させる「日本型ハイブリッド」も提案された。医療を「社会の共有財産」として捉え直し、国民との対話を通じて信頼関係を再構築する「社会的羅針盤」としての役割が医師会に求められている。

##### 3. 医療庁の創設と持続可能な医療制度の設計

現体制では抜本的改革は困難であるため、第4章1(1)の医療統治機関の構想と連動し、国（あるいは地方自治体）レベルでヘルスケアを包括的に統括する「医療庁（省）」のような組織体の創設が必要である。医療庁は、日本医師会を含む医療・介護関連団体や専門家が参画し、「未来の医療・介護・健康予防システム全体の設計図（Next Japan Healthcare Project）」を策定・発信するとともに、強制力を持って実装・運用を行う機関とする。

医療庁が取り組むべき目標として、(1) 医療資源の最適配分とリバランス（平時の適正配分と災害時の迅速支援体制）、(2) 医療経営・安全管理の一元的管理による医師の負担軽減（医師が医療に専念できる環境整備）、(3) 全国医療情報プラットフォームの運用（医療DX推進と医療AIの適正管理）、(4) 持続可能な国民皆保険制度への転換（標準治療を「基本医療保険」、最先端医療を「選択型医療保険」とする多層保険制度）が挙げられる。

#### 4. 地域医療の再編と新生日本医師会の確立

これらの改革の先には、地域全体を一つの病院と見立て、医療資源と疾患発生予測を基に適正な医療計画を立案・実行する構想がある。計画外で行われる診療に対しては一定の制限（保険給付率の引き下げ等）を設け、ニーズの高い民間医療サービスや医師不足地域・在宅診療へのシフトを促すことにより、医師の多様な働き方も可能となる。また、これまで各医療機関の医師管理者が担ってきた経営管理とコンプライアンス対応を一元化し、煩雑な事務負担を集約することで、医師が医療に専念できるという本来のあるべき姿を取り戻すことにもつながる。さらには、地域医療や学術分野への貢献度、医療知識・スキルの水準を総合的に評価し、貢献度の高い医師の報酬に反映される仕組みも必要であろう。こうした仕組みは新たな発想ではなく、病院組織内ではすでに実践されている当然の権利とシステムである。医療を社会的共通資本として守り抜くための強固な統括組織としての医療庁と、その中核を担う新生日本医師会の確立こそが、2050年における医療崩壊を防ぎ、次世代に明るい未来をつなぐ一つの道と考える。

## (2) 「医師の良心」を具現化した医師会が推し進める医療政策 －資本家に隷属しない医療政策とは

堀井 孝容

### 1. 資本家による有効需要の黙殺と失われた 30 年間

1990 年代前半、資本家は取り返しのつかない失敗を犯した。バブル経済崩壊後、経済学者ケインズが著書『雇用、利子および貨幣の一般理論』で提唱した、資本主義の抱える大量失業と不安定な経済循環への処方箋たる「有効需要」を黙殺したのである。これに伴う若年世代の雇用喪失は、二十数年後、世界に類を見ない少子高齢化という形になって顕在化した。社会と経済には閉塞感が漂い、未だに解決策を見出すことができない。

### 2. 際限なき移民誘致と「お・も・て・な・し」

人口の急速な高齢化による労働人口の埋め合わせのため、政府主導での労働移住により、2024 年 12 月末の時点での在留外国人数は 376 万 8,977 人まで増加した。また、訪日外客数は増加の一途を辿り、2025 年計は 4,268 万 3,600 人となった。日本への労働移住および観光客誘致は、専ら日本の資本家によって主導されている。そして資本家は再び過ちを犯している。すなわち移住者に対する社会保障の自治体・医療機関への責任転嫁、および与信のない訪日外客の際限なき受け入れである。その結果、地域社会ではさまざまな軋轢が生じ、医療機関でも不払いや訴訟問題が発生している。

### 3. 資本家にとって人間とは？

Cream skimming(「牛乳から美味しいクリームだけをすくい取ること」より転じて、ある分野のうち利潤の多い部分にのみ参入すること)とは、米国の株式会社立病院の姿勢を揶揄する言葉である。資本家が人間を単なる労働力としてしか見ず、目先の利益だけを追求した結果、少子高齢化や外国人問題を生み、わが国の社会保障制度を歪めていることは否定できない。

### 4. 多彩な容顔となることが予想される 2050 年の日本人

#### －必要なのは排斥ではなく統合

まずは現実を直視することが重要である。在留外国人については人口の 3%を占めるにも関わらず、2050 年の人口予測統計に全く加味されていない。日本が尊厳を持った独立国家であり続けるために大切なのは、排斥ではなく統合である。

2050 年の日本人は、おそらく多彩な容顔となっていると予測される。こういった「新しい日本人」が構築する日本社会には、日本の歴史と文化に基づいた価値観が踏襲されていることが望ましい。同じ文脈で、2050 年の社会保障は日本社会に備わる人道主義に基づかななくてはならない。そして 2050 年においても医師にとって大切なのは、多様な背景を持った患者のために最善の治療を尽くすという医療倫理である。

## 5. 国民の統合に国民皆保険は必須

### －医師会は資本の津波から国民を守る防波堤たれ

2050年の「新しい日本社会」においても、すべての国民を包摂した国民皆保険は堅持されるべきであり、資本家からの圧力に対する防波堤は医師会において他にない。医師会には「医師の良心」に従い、2050年の社会保障を形作る一翼を担う重責がある。

#### 4. 倫理・使命

##### (1) 医師会の基本理念において守るべきもの、変わるべきもの

野口圭太郎

##### 1. 医師会の基本理念は変えるべきか？

医師会は、時代の変化とともにその役割や機能を見直すことが求められている。一方で、医師会の存在意義を示す理念そのものは、将来においても普遍的価値を有する。日本医師会綱領では次のように明記されている。

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

これらは医師会の存在意義そのものであり、本委員会における多様な意見の中においても、理念そのものを変更すべきとする主張は認められなかった。

##### 2. 理念を守り続ける医師会に求められるもの

一方、理念を守り続けるための「医師会のあり方」として、時代に応じて変化させる必要があることは委員の共通認識である。人口減少や医療資源の偏在、医療DXの進展、SNSを通じた反知性主義的言説の拡散など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。将来の医師会は、科学的医療と医師の良心を守る「砦」としての役割をより強く担うべきであり、従来の組織構造や活動手法の延長では不十分であると指摘された。

具体的には、若手医師が意見を発信し参画できる仕組みの整備、入会の実利と誇りを明確にした組織基盤の強化、医師会ならではの信頼性の高い情報提供価値の向上が求められている。また、地域医療を「点」ではなく「面」で支える視点から、医療DXを活用した連携体制や危機管理機能の強化など、医師会が中核となって担う具体的機能を明確化することが重要である。

医師会は、理念を変えることで未来に適応する組織ではなく、理念を守り抜くために自らを変え続ける組織でなければならない。その覚悟と実行力こそが、将来の医師会の価値を決定すると言える。

## (2) 2050年の医師会の倫理・使命－市民からの信頼に基づく医療共同体へ

藁谷 暢

医師会はこれまで、地域医療の維持、災害医療活動、感染症対応、国民皆保険制度の支援、行政との連携などを通じ、国民の生命と健康を支える重要な役割を果たしてきた。しかし、実際に行われているこれらの活動に比べ、一般市民から見た医師会の印象は必ずしも一致しておらず、「医師の利益を代表する団体」という理解にとどまる場合も少なくない。この実態と社会認識の乖離を自覚することが、2050年に向けた医師会の倫理と使命を考える出発点となる。

### 1. 変わらないもの－生命に寄り添う倫理

医療技術が進歩し AI が普及する時代においても、市民が医療に求める本質は変わらない。それは、病や不安に直面した際に安心して頼ることのできる存在が社会にあることである。人間の尊厳を守り、誰一人取り残さない医療を目指す姿勢、そして経済状況や地域差に左右されず必要な医療を受けられる社会を支えることは、医師会にとって不変の倫理である。医師会は医の倫理を個々の医師の努力に委ねるのではなく、社会的仕組みとして支え続ける責務を担う。

### 2. 変わるべきもの－社会との関係性

一方で、医師会は自らの活動が社会にどのように見えているかを直視しなければならない。災害時の医療支援や地域包括ケアへの参画、健康相談や制度維持への取り組みは、市民生活を支える公共的活動であるにもかかわらず、その意義が十分に共有されていない現状がある。2050年の医師会には、専門家内部の論理だけでなく、市民の視点から自らの役割を説明し、対話を通じて信頼を築く姿勢が求められる。情報が氾濫する社会において、科学的医療をわかりやすく伝えることも重要な使命となる。

### 3. 未来への方向性

2050年の医師会像は、新たな理念を創出することではなく、すでに行われている社会的活動を市民と共有し、理解と共感の上に再構築することで実現される。医師会は「医師の団体」から「社会と医療をつなぐ公共的パートナー」へと認識を転換していく必要がある。

2050年の医師会の倫理と使命は、変わらない医の倫理を基盤としながら、社会との認識の乖離を埋め、市民から信頼される存在へ進化することである。医師会は、実際に担ってきた社会的役割を可視化し、市民とともに医療を支える共同体として、安心して暮らせる社会の基盤を築き続けなければならない。

## 【小括】

### 第4章 2050年の医師会

大塚康二郎

医療が市場経済主義に飲み込まれることを防ぎ、国民の「社会的共通資本」として守り抜くため、医師会は全医師が加入する医療統治機関への移行が望まれる。平時は医療資源の最適配分やAIの倫理的監視を行い、有事には行政と連携する指揮系統のトップとして機能する。また、若手医師の組織帰属性低下の対策として、医師会が「民間医局」として医師を全面的にバックアップする体制が確立する。

こうした強力な権限や責務を国民の理解と共感の上に成り立たせるため、お笑い文化やアニメなど日本が誇るエンターテインメント要素も取り入れた親しみやすく双方向性のある広報戦略を展開し、国民の信頼に基づく医療共同体となることを目指す。

## おわりに

佐竹 真一

本委員会において、我々は 2050 年という四半世紀先の未来を見据え、日本の医療、医師、そして医師会のあるべき姿について議論を重ねてきた。我々が直面するのは、総人口の急激な減少と超高齢社会の到来、それに伴う深刻な労働力不足や地域コミュニティの崩壊といった厳しい現実である。しかし、我々はこの変化を悲観的なものとしてではなく、むしろ旧来の社会システムを抜本的に再構築し、次世代に適合した新たな医療の形を創り出すための好機として捉え直した。

2050 年の日本では、デジタル技術が社会に完全に溶け込んだデジタルネイチャーと呼ばれる環境となり、高度な AI やロボティクスが医療を支える不可欠なインフラとなっている。画像診断やデータ解析、また精緻な外科手術の多くが AI や機械に代替されるその時、我々医師の存在意義はどこにあるのか。本委員会が出した答えは、AI が導き出す統計的な最適解をそのまま押し付けるのではなく、患者個人の人生観や価値観に寄り添い、納得できるものとする心のコンダクターとしての役割への回帰である。技術が進化すればするほど、最後に人間の尊厳を守り、人の心を救えるのは、人の手による温もりと、心に寄り添う医の倫理であることを、我々は再確認した。

国民皆保険制度という世界に冠たる制度を次世代につなぐためには、痛みや負担を伴う改革も避けては通れない。限られた医療資源と財源の中で公的給付と私的負担の境界線を引き直し、医療を市場原理に委ねる商品ではなく、国民が人間らしく生きるための社会的共通資本として再定義し守っていかなければならない。そのためには、医師会自身が医師のための団体という殻を破り、国や社会と対等な立場で医療政策を牽引し、有事の際には司令塔として機能する、強力なガバナンスを持つ医療統治機関へと進化しなければならない。

未来はただ待つものではなく、現在の我々の意志と行動によって創られるものである。これから訪れる未曾有の変革期において、高度なテクノロジーと人の温もりが調和した、希望ある日本の医療が築かれることを願う。

最後に、多忙な診療の合間を縫って熱心な議論を尽くされた委員の皆様、そして本委員会の運営にご尽力いただいた日本医師会役員の先生方、関係各位に心より感謝を申し上げ、本答申の結びとする。

