

平成 30・令和元年度

診療所委員会答申

「福岡県地域医療構想を
診療所の立場から考える」について

令和 2 年 2 月

福岡県医師会診療所委員会

令和2年2月27日

福岡県医師会
会長 松田 峻一 様

診療所委員会
委員長 原 速

答 申

診療所委員会では、貴職からの諮問「福岡県地域医療構想を診療所の立場から考える」について鋭意検討してまいりました。
この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

診療所委員会

委員長	原	速
委員	案 浦 美	幸
委員	井 上	隆
委員	岩 田 定	幸
委員	鹿子生 健	一 (令和元年5月15日まで)
委員	下 川 敏	弘 (令和元年8月7日まで)
委員	辻	裕 二
委員	長 野 英	嗣
委員	福 地 靖	範
委員	松 浦 尚	志
委員	安 永 祐	三

(五十音順)

診療所委員会 答申
『 福岡県地域医療構想を診療所の立場から考える 』

— 目 次 —

I. はじめに	… 1
II. 「福岡県地域医療構想を診療所の立場から考える」	
1 診療所の立場からみた福岡県における地域医療構想の現況	… 3
2 診療所が考えること	
・ 外来医療	… 4
・ 入院医療	… 6
・ 在宅医療	… 7
3 診療所からみた医療連携	
・ 都市部での診療所連携	… 8
・ これからの医療ネットワーク	… 10
4 地域医療構想とまちづくり	… 11
III. おわりに	… 14

I. はじめに

福岡県医師会診療所委員会の委員長を拝命して答申するにあたり一言述べたいと思う。今回、この会長諮問を拝見させていただいた瞬間、体中に激震が走った。そもそも地域医療構想とはいったい何なのか。これから 100 年間で起こる日本の少子化による人口減少と超高齢化社会への突入。その大きな社会変化から自分たちの地域の特性に合わせて将来の予測を立てて必要なインフラやサービスを守り住民の生活を維持できるように構想すること…であろうか。そのために我々小さな診療所にいったい何ができるというのか。何をすればよいのだろうか。

本来、地域の医療構想とはその地域の医療全般にわたる設計図であり、様々な職種の見解と住民の希望や祈りの織り交ざったものでもあるべきではないだろうか。今回の諮問においては、初めて診療所という医療の中で一番住民に近くあり、多職種と密に連携する立場からその議論をせよとの命と受け取った。その重要性はわかってはいたが、実際に考えると言葉も出てこない現状があった。診療所の立場から、いかに現場重視・国民重視の構想を論ずることができるのか？山の頂から見え見えない未来をすそ野の何処から見ようというのか。想像するだけに空恐ろしくなって体中に激震が走ったわけである。

恐がってばかりはいられないので、我々が突入する超高齢化社会とはいったいどんな世界であるかを河合雅司先生（産経新聞社論説委員）の著書「未来の年表」を紐解かせていただいて考えてみた。人口だけを考えても 2015 年に 1 億 2700 万人を超えた日本の総人口が 40 年後には 9000 万人を下回り、100 年も断たぬうちに 5000 万人ほどに減少するとのことである。こんなに急激に人口が減るのは世界史において類例がなく、我々は人類の長い歴史にあって極めて特異な時代の入り口を生きて経験することになるのである。

この社会変化によってほんの 1～2 世代後に苦しい経験をさせると考えれば即座に年金問題が脳裏をよぎる。大切な老後のお金をバブルに浮かれて浪費し、これから子供たちがそのツケを払う。なぜこんなことに気が付かなかったのか。今となっては如何ともしがたい。同じことを少子高齢化で繰り返してはならない。我々は 1 度の過ちでたくさん学び次の災いを乗り越えなければならない。いや、子供や孫たちが乗り越えられるようにその礎を築かねばならない。それこそが地域医療構想であるべきだと考える。そう考えてみると我々が行うべきことは地元の地域社会を守ること。子供たちの故郷を守ることなのかもしれない。

「どうせ御お先は長くないと知らん顔をせず、堂々と 100 年の計を見据えて、戦い方を子孫へ継承できるようになってから棺桶に入っても遅くはないだろう。」諮問を渡し終えた松田会長の後ろ姿がそのように物語っていた。（ような

気がした)

各委員の先生方には、この難問に対して私のわがままな私見をも展開されて混乱の連続であったのではとその心中を察し感謝の意を表す次第であります。

Ⅱ. 「福岡県地域医療構想を診療所の立場から考える」

1 診療所の立場からみた福岡県における地域医療構想の現況

我が国では人口の急速な高齢化が進んでおり、2025年には団塊の世代がすべて後期高齢者となり、医療提供体制の再構築が求められている。医療提供体制は、将来の人口動態や有病率等を見据えた、地域の実情に応じたものでなければならない。これを目的とした地域医療構想は、福岡県でも二次医療圏を構想区域とした地域医療構想調整会議で検討され、2017年3月に公示されている。

これまで地域医療構想調整会議では、主に公的病院の病床機能及び病床数を中心に検討が続けられてきたが、現在は、公的病院以外の医療機関の2025年に向けた具体的方針、それから病床の全てが稼働していない病棟、すなわち病棟単位の空床の問題を有する医療機関への対応等についても協議が行われている。

さらに有床診療所についても、病床機能報告制度の中に有床診療所の持つ多様な機能について報告を出すように定められており、地域医療構想の中で協議の対象とされている。

一方、国では2015年12月より開催の厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」において地域における外来医療提供体制についての議論がなされてきた。

この議論を踏まえて、2019年4月施行の改正医療法の中には、地域における医師偏在及び外来医療機能の不足・偏在等への対応のために、外来医療に関する協議の場として地域医療構想調整会議を活用することが規定されている。

すなわち改正医療法では、地域の医師偏在や外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するために、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針とあわせて協議・公表する仕組みを創設することが明記されている。

つまり、外来医療機能に関する情報の可視化、それから新規開業者への情報提供、地域の医療関係者間において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行うことが必要であり、それらの協議の場として、地域医療構想調整会議を活用して行うことができるとなっている。

この改正医療法が2019年4月1日に施行されており、結局、今後は有床・無床にかかわらず、診療所の外来機能について、いろいろな制約がかかってくる可能性が出てきている。

福岡県においても、2019年度中に医師偏在の解消のための医師確保計画、そして外来医療機能の偏在を是正するための外来医療計画が策定されることとなっており、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場については、地域医療

構想調整会議、あるいはその下部会議である部会がその協議の中心になるものと考えられる。

地域医療に責任を持って、福岡県医師会と郡市区医師会が公的な立場で外来医療の調整機能を指導していく仕組みが不可欠となっている。

2 診療所が考えること

・外来医療

福岡県地域医療構想における診療所の外来医療は、医師偏在対策、かかりつけ医及び医師の働き方改革に密接に関連するものであり、統合的に議論する必要がある。

まず、医師の偏在は、医師の年齢構造の変化や人口変動に伴い地域間、診療科間において大きな課題であり早急な医師確保計画、外来医療提供体制の確保が必要である。福岡県では、都市部において高齢化が加速し医療需要は増加し続けるが、一方、地方では過疎化により医療需要が減少する。日医総研ワーキングペーパーNo.419（高橋泰、石川雅俊、江口成美）「二次医療圏別医師数データ集－医師の地域別・診療科別偏在と将来推計に関する地域別報告－」によると、2036年までの医師数の将来推計では、診療所の医師は7%減少するが、65歳以上の比率は25%と増加傾向にあり医師の高齢化が着実に進んでいくと推計されている。今回、改正医療法に基づき算定された医師偏在指標では、福岡県は全国3位の医師多数三次医療圏である。二次医療圏単位では、久留米、福岡・糸島、飯塚、北九州医療圏が上位の医師多数区域で、医師少数区域は京築医療圏のみであった。外来医療に関しては、診療所の開設は都市部に偏っており、専門分化も進んでいる。外来医療機能の不足・偏在に関しては、二次医療圏ごとのデータを可視化した診療所医師の「外来医師偏在指標」が策定され、外来医師多数区域が設定された。全国の外来医師多数区域においては、福岡県では久留米及び福岡・糸島医療圏が上位にランクづけされた。しかしながらこのデータは、病院の外来機能が含まれておらず、病院、有床診療所の外来機能を含むデータをもとに、再検討する必要があると考える。

また、偏在の原因の一つである経営コンサルタントや医療モール等の落下傘的開業に対しては、開業前の早期段階での把握の意味で、地域の保健福祉環境事務所や金融機関等との情報の共有が必要と考える。今後、開業者に関しては外来医療機能の偏在是正を考える上で、ある程度の条件下で開業を進めていく必要があるが、自由開業制や専門性の選択の自由は守られるべきであり、開業規制にならない範囲で検討されるべきである。

今後、医療需要や医療資源の可視化を進め、外来医師多数区域では新規開業者に対し情報を開示し、初期救急、学校医、在宅医等いわゆるかかりつけ医として、その地域での外来医療機能を担うよう求めるとしている。プライマリ・ケアの充実に向け、かかりつけ医機能の強化とさらなる普及は重要であり、公衆衛生を含む地域医療提供体制の構築は郡市区医師会がその中心を担っている。そのため、地域医師会が中心となり、強化すべきかかりつけ医機能を考える上では、新規開業者に対して地域医師会の入会を強く積極的に勧めるべきである。しかしながらこの点に関しては、診療所の地域医療活動の参加は自主的な取り組みに委ねられている中で、新規開業者だけに押し付けるのではなく、既存の開業医に対してもかかりつけ医機能の不足を補うためにさらなる普及が必要である。多くの患者が望むかかりつけ医は、気軽に相談ができ、必要なら専門医等に紹介するような身近な存在でなければならない。診療報酬の機能強化加算や地域包括診療加算を算定している医師が理想であるが、算定要件が厳しく算定している医療機関は少ない。今後算定要件の見直し、簡略化を要望する。

また、2024年度の医師の働き方改革の施行においては、医師少数区域の解消や診療科偏在の解消が前提となる。働き方改革において、病院の外来患者数が制限されるようなことになれば、診療所の外来機能にも影響がでるだろう。地方の医師や産婦人科、外科、救急医等の時間外労働の多い診療科には診療報酬のインセンティブをつける必要があるし、過疎地の外来医療に関しては、交通手段の確保や慢性疾患等に対するオンライン診療の導入の推進が必要と考える。

前項目に記述のとおり、2025年に向けた地域医療構想を踏まえ、2019年4月に施行された改正医療法等によってこれまでの入院医療の議論に加え、外来医療機能の偏在是正の為の外来医療計画についても検討が始まっている。その一連の流れを進める作業は、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議の場で行われる。特に二次医療圏単位で行われる地域医療構想調整会議（あるいは部会）は、外来医療機能に関して今後最も重要な協議の場となる。ここでは医療提供者、保険者、市町村等が構成員となっているが、現在、学識経験者の立場として参加している大学関係者の参加は全国でもわずか9%の構想区域に過ぎず、今後、医師確保対策の意味でも大学関係者の関与は重要である。

最後に、今後、高齢化が進むことを踏まえると、外来医療から入院医療、在宅医療に移行する患者が増加することが予測される。それらの変容に伴い、有床診療所や病院の外来機能、入院機能の確保も重要となる。前述のとおり新規開業者は、この地域医療構想調整会議の場を利用して医療需要や医療資源に関して、見て、考え判断していただくこととなる。あるいは、すでにその地域の外来医療を担う既存の診療所に対しても、医療内容や体制に関し再確認、再構築の場となる。医療改革の実現にあたっては、行政、医師会、大学等による連携が不可欠であり、

地域医師会は地域的立場でそれらを取りまとめていく必要がある。医療提供体制の確保のための地域医療対策協議会の更なる機能強化と、各二次医療圏の地域医療構想調整会議では、試算した指標に対して地域の実情を反映させ実行性のある対策につなげるため、医師会主導のもと診療所が中心となり、公正な立場で外来医療の調整を図ることが最も重要と思われる。

・入院医療

「地域医療構想」は病院機能を高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つに分け、必要な医療サービスを確保し患者を住み慣れた地域に帰す“縦の流れ”である。その受け皿である「地域包括ケアシステム」は、医療・介護を地域全体でサポートする“横の連携”である。“縦の流れ”と“横の連携”は同時に進める必要がある。この2つの流れの中での診療所の入院医療＝有床診療所（以下、有床診）を考えてみたい。

厚労省は有床診の2つのモデルを提示しており、今後二極化していくと予想される。1つは「地域包括ケアモデル（医療・介護併用）」であり、もう1つは専門医療に特化している「専門医療提供モデル」である。有床診の役割は①病院からの早期退院患者の在宅介護施設への受け渡し、②専門性を担った病院機能の補完、③緊急時の対応、④在宅医療の拠点、⑤終末期医療、⑥医療・介護の同時提供の場などである。この中で②③は「専門医療提供モデル」の守備範囲であり、都市部のニーズのある地域において手術等の専門医療提供が期待される。①④⑤⑥は特に地方部では「地域包括ケアモデル（医療・介護併用）」が受け持っている。“時々入院、ほぼ在宅”という地域包括ケアの理念を実現できるのは、ある意味“究極のかかりつけ医”である「地域包括ケアモデル（医療・介護併用）」の有床診である。

しかしながら有床診は減少の一途をたどっている。その最大原因は24時間年中無休体制の負担に対する低すぎる診療報酬のため経営基盤が安定しないことにある。有床診は医師・看護師・介護職員の人件費、施設設備老朽化等の多くの問題を抱えている。入院基本料・各種機能に応じた加算の評価・算定条件の緩和等の大幅な改善が必須である。これらが実現すれば有床診減少を食い止める突破口となる。

また、有床診も複数医師体勢が望まれる。複数医師での医療提供は身体的・精神的に余裕ができ医療の質・安全性の向上へとつながる。このスタイルが浸透すれば有床診も若い医師の選択肢に入ってくるだろう。患者のため、地域のため医師としての使命感から一人でボロボロになってやってきたが時代とともに変わらなければならない。有床診の病床稼働率は6割強である。それならば空床分を

利用することで運営可能な短期入所療養介護等の介護部門を導入することも経営基盤安定のための一案である。そのための経済的支援となるような基金や補助の設立が望まれる。

有床診の病床は“地域のベッド”と位置付けられている。「地域医療構想」を基盤に、医療と介護を一体化したサービス提供が可能な有床診は「地域包括ケアシステム」のキーステーションとなり得る。そのために現時点での自院の立ち位置を確認し、今後の医療機能の選択を検討することが大切だと思う。また、在宅から入院まで切れ目ないケアを居住地の身近な有床診で受けられることは患者とその家族にとってもメリットは大きい。患者の急変時、レスパイト、在宅看取りの後方支援などの多様なニーズに柔軟に対応し入院医療を提供できるのは自由な病床の有床診である。細やかな心遣いができ小回りの利く有床診の特徴を地域住民、介護・無床診・病院関係者にもっとアピールすべきである。

・在宅医療

福岡県における在宅医療の現状は、平成 30 年度の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出施設調査（回答率 92.9%）の結果によると、訪問診療患者数（1ヶ月）31,095 名（推計全数：33,217 名）、在宅看取り数（1年間）3,684 名（推計全数：3,917 名）。平成 30 年度（7月1ヵ月間）実施している医療機関で分けると、診療所が 27,170 名、病院は 3,925 名の訪問診療を行っていた。また、訪問先で分類すると自宅訪問診療は 8,249 名（26.7%）、高齢者向け住宅等訪問診療は 21,682 名（70.3%）、介護施設訪問診療は 945 名（3.1%）であった。

高齢化に伴い認知症や重症な身体障害を有する方が増加しており、また、一人暮らしや高齢の夫婦二人だけで生活している方々が多いのも現状である。そのため、自宅での介護が困難な事例も多く介護施設に入居する傾向にあるが、施設入居の場合かなりの費用も必要である。

前述したように在宅患者の7割以上が施設在宅であり、3割未満が自宅在宅であることから、在宅療養支援診療所の医師（かかりつけ医）が在宅診療を行おうとしても施設側の都合で行えない現状があることがみえてくる。在宅診療を推進するためにも、多くの医師が関われるような体制づくりも必要である。一人で 50 名以上の在宅患者を抱えながらも、急変時はほとんど関与しないような施設お抱えの在宅医の在り方を見直す必要がある。同じ施設に多くの在宅医（かかりつけ医）が出入りすることにより、施設の在り方にもいい影響が出ると思う。即ち、ネグレクトなどの虐待行為の早期発見や施設の衛生管理や医療レベルの向上にも寄与すると考える。

また、診療所の医師（かかりつけ医）として、今迄診てきた患者に対して最期まで必ず対応しなければならないと考えるが、日常の療養支援、急変時の対応、看取りなど一人の医師では対応できないことも多い。在宅医の疲弊を避けることや、きちんとした治療をして貰えない等の患者の不安を解消するためにも、今後はある程度の規模のグループでお互いに助け合って在宅診療を行う体制作りも必要である。

さらに、在宅医の不安の一つに急変時の対応、即ち在宅診療では対応できず入院治療が必要になった場合には有床診療所や急性期病院との連携も必要である。在宅患者に限らず、一人暮らしの高齢者の場合、38度以下の発熱でも動けなくなり、脱水症や重症肺炎などに2～3日でなることがある。このようなことを避けるためにも比較的軽い時期に入院治療が可能な病院や施設で管理できる環境整備（地域の有床診療所の活性化等）によってより短い期間で在宅に復帰できると考えられる。）

地域包括ケア病棟の整備によって急性期病棟の回転効率を高めるようになると計画されているが有効性に疑問がある。単なる数合わせで病床整理が行われれば、急変時の患者受入れがより困難になる。それにより在宅医療の現場ではより多くの難しい問題に直面すると思う。これらのことも考慮した地域医療構想になってほしいものである。

3 診療所からみた医療連携

・都市部での診療所連携

福岡県は二つの政令指定都市と一つの中核市を擁しているため人口集中地域が認められる。県人口約513万人のうち福岡市に155万人、北九州市が95万人、久留米市が30万人である。県下の4つの医学部もこの3都市に存在しているため医師数・病院数・診療所数も集中する地区でもある。厚労省の発表した医師偏在指標によると福岡県は3位、2次医療圏で見ると335医療圏の中で久留米が3位、福岡・糸島が9位、飯塚40位、北九州48位に入っている。

確かに都市部の最大の特徴は診療所数の多さであろう。ここで福岡市を例に考えてみる。福岡市医師会員は9月末で2,623人、A会員は1,246人、未入会施設がおよそ293施設存在する。特に中心部である中央区、博多区に限ってはA会員がそれぞれ274人、198人と面積に比し集中している。また2つの大学に官公立病院だけでも12病院100床以上の病院が30以上ある。

病床機能については別の議論とするが、病診連携を考えるとその選択肢は極めて多いことになる。病院側も患者の紹介を受けるための病診連携の会をさか

んに行き、力を入れている診療科や救急受け入れの状況など各病院の特徴をアピールしている。この病診連携はもちろんのこと、同じ内科間の診診連携ですらしばしば行われている。都市部中心部は特に診療所間の距離は短くなり、より細分化した専門性を生かした外来も可能であり、肝臓疾患のみ、糖尿病のみを診る内科診療所もある。消化器科に胃カメラや大腸カメラの検査を頼む、胸部症状あれば一旦循環器科で診てもらい、肺機能検査を呼吸器科に頼むなど、専門分野のみ一度受診してもらい、かかつけ医の役割は交通整理ともいえる。自院で対応できるか否か判断し、必要性があれば病態によりマッチする病院・診療所に振り分ける。一方で病院からの逆紹介も多い。紹介された患者をかかつけ医に返されることはもちろん、急患で受診後病態の安定した患者を診療所の得意分野を勘案して逆紹介されるケースもしばしばみられる。医療機関が過密であればその特性を生かした連携が成り立っている。

ところで最近都市部で特に問題になっているのが、企業・薬局などが地域の医療特性や既存の医療機関の状況を見ずに医療モールを建てていることである。状況も分からず言われるまま開業し負債だけを抱え込む例もあると聞く。また、地域医療構想会議における外来医療機能の調整の中で、医師多数区域での新規開業に規制がかかるなどの言葉で業者が煽った結果の駆け込み開業も散見されている。

このような状況に対しては2019年8月に、福岡県保健医療介護部長宛に福岡県医師会長より開業・経営コンサルタント会社や金融機関等に対して外来医療計画が目指すものや、外来医療計画における各区域の方針に関する事項について必要な通知等を行っていただくよう要望している。必要な医療機能を充足すること、地域の公衆衛生事業等を皆で担い、より良い連携を図ることが地域医療構想の本来の目的である。まずは正確な地域特性、過不足に対する正しい情報を医師会が中心となって発信していける仕組みづくりが必要と考える。

また、現在、福岡市内には訪問看護ステーションだけでも170を超える施設があり競争が激化し介護が産業として成り立っている。利用者の取り合いの状況があり急性疾患で入院した高齢者がリハビリのため転院した場合に系列施設からの訪問介護から訪問リハまで主治医抜きで計画が立てられたり、ひどいときは知らないうちに施設の都合のいい主治医への変更がなされていたりしている。現況では、かかつけ医は患者の利益を最優先に考え、ケアプランにも積極的に意見を述べる必要があると思われる。診療所の医師に求められるのは地域の特性を生かし柔軟な対応ができる“かかつけ医”であることである。

福岡市は国の創業特区指定を受け、オンライン診療や遠隔服薬指導に力を入れており、在宅医療におけるICTの活用を謳い、様々な実証実験がなされてい

るが対応している医療機関は少ない。北九州市では「とびうめ@きたきゅう」を立ち上げ、北九州市が国民健康保険・後期高齢者医療制度・介護保険のレセプト等の情報をとびうめネットに提供し、医療の現場で広く本格的に活用するシステムを構築している。都市部に限った話ではないが、今後 ICT 利用による連携強化も必要になってくると考える。

・これからの医療ネットワーク

これからの医療の高度化、複雑化、細分化（詳細な専門特化）を考え、人口の減少（労働力不足）・資源の枯渇等と重ね合わせてみると、それぞれの地域ごとに「かなり効率の良い医療」を行う必要がある。地域医療構想とはその土台作りと考えることもできる。そして、その上で生きるために必要な血管や神経の役割を果たすのが地域の医療ネットワークである。地域の医療資源を無駄にならぬように有効に活用するためのツールと考えてもよいだろう。

ネットワークとはスーパーサーバーや高性能通信回路などのハードではなく、私たちの頭脳と頭脳のつながりや感覚・行動の共有、つまりはソフトにあたるものだと思う。そしてそのネットワーク自体も単なるツールに過ぎず、そこに繋がっている頭脳が一番大切なのではないだろうか。そう考えてみると各地域医師会が動かしている地域の医療ネットワークはとても貴重な頭脳資源の塊である。

今、福岡県では福岡県医師会のとびうめネットが地域を超えて、各地域にフィットしながら広まりつつある。ここで一番大切なことは「フォーマットの統一」ではないだろうか。どんなに良いシステムでも一歩家の外に出たら使えなくなるのではその任を果たせない。いつでもどこでも誰でも地域を超えて使えて初めてネットワークは生きる。少人数であっても、あたかも大学病院のような総合的な診療が可能になるのである。

とびうめネットに各地域医師会の地域の医療ネットワークをリンクさせて共有すれば、その情報量は計り知れないパワーをもたらすだろう。人口が少なくなり病院が存続することができなくなった地域でも、有床診療所と無床診療所が周辺の地域の診療所とも連携しながらオールマイティな診療を行えば、住民は安心してその故郷に住み続けることができる。いざというときは基幹病院との連携で高度先端医療・遠隔診療も可能になるだろう。厳格な公的運営による地域医療連携推進法人の存在によって都会と田舎の医療の融合が図れる可能性も秘めている。

そんなネットワーク内の個人情報はとても貴重で我々の未来を飛躍的に進歩させてくれる可能性に満ち溢れている。近未来では人工知能 (AI) がその管理と

活用を任されることになり、医師の診断能力はそれを使って飛躍的に向上すると考えられる。福岡県医師会が推進している「福岡県民 100 年健康ライフ構想」がまさにそれにあたる。ゆりかごから墓場までの医療情報を自在に活用し診療を補助する未来もそう遠い先ではなかろう。そのためにも全国レベルで様々なネットワークにおけるフォーマットの統一を今から推進しなければならないと考える。

4 地域医療構想とまちづくり

まちづくりは人口の高齢化と人口減少が同時に進行する地域において持続可能な地域共生社会を目指しておこなわれる地域の取り組みである。その根幹は行政と地域のいろいろなコミュニティが連携し、すべての人々が地域で暮らしつつけるために個々の問題、課題に対応できる社会を構築していくこととされている。そのために必須条件となるものが地域包括ケアシステム構築である。

「地域包括ケアシステムなしにまちづくりはありえない」とこのシステムの提唱者のひとりである辻哲夫は述べている。¹

一方地域医療構想は、高齢化社会と人口減少のすすむ地域において将来あるべき医療提供体制を構築するという理念のもとに、病床機能、病床数を見直し、だれもが必要な医療を過不足なく享受するための医療体制の構築、医師偏在解消を基本とした地域医療計画であり、その策定は医療介護総合確保推進法を法的根拠として都道府県に義務づけられている。

地域包括ケアシステム構築は同じ医療介護総合確保推進法策定の中で求められる介護保険関連で定められた市町村主体のシステムであり、主として医療介護の連携、高齢者が安心して暮らせる住まいの確保、生活支援サービス、介護予防など地域で包括的に確保される体制の構築を目指している。地域医療構想と地域包括ケアシステムの関係は車の両輪に例えられており、一方の地域医療構想においては主に療養病床に入院している患者は在宅医療、介護施設で対応するように設計され、もう一方の地域包括ケアシステムがその受け皿として機能するように想定されている。まちづくりと地域医療構想は地域包括ケアシステムを介して関連するものであるといえる。

まちづくりについて改めて考える。

歴史的にみて、まちづくりは城下町の整備、あるいは既存の「まち」を為政者が人為的に発展させることを想起させる。このまちづくりに必要なものは人口の集中と、そこでの仕事、地域の物流、環境の整備であり、時の為政者は自領地

¹ まちづくりとしての地域包括ケアシステム 辻哲夫監修 東京大学出版会 2017

の発展のため積極的にまちづくりを行ってきた。現代のまちづくりでも同じことで、人々がその地で暮らし続けるために必要なものをそろえる必要がある。しかし仕事は都市部に集中し、いわゆる生産年齢人口は都市部および周辺のベッドタウンに集中するようになった。地方中核都市は出生率低下もあって人口は減少し、高齢者だけが取り残されていく現象がおこっている。2040年にはその高齢者人口も減少局面にはいり、一部のまちでは自治体機能の維持が困難となることが予測もされている。地方においてなぜまちづくりが必要なのかを考えると人口減少、人口構成の変化によりこれまでの暮らしの維持が難しくなるからであり、まちづくりのためには人為的に暮らし続けるためのシステムを構築しなければならない。

長年暮らし続けたふるさとにはその人なりの人生があり、住み慣れた地域で暮らし続けたいと望む人は多い。近年地方から都市部に流出する高齢者人口が増えているが、これは介護が必要となり、望まない移住を強いられる人も多いと聞く。そうしたなかで乳幼児から高齢者まで地域で一緒に暮らし続けることができる地域社会をつくるためには地方都市のダウンサイジング、コンパクトな社会を目指さなければならない。このために地域再生、地方創生のための計画、政策が各地で策定されている。いわゆる「まち、ひと、しごと創生」のための総合戦略である。その骨子はいかにして人口流出を防ぎ（可能ならば人口流入も増やす算段もされているが、その周辺部は流出が増えることになる）、仕事を増やすかということである。ただ企業誘致を含め、仕事を増やす政策は長年どこの自治体もおこなってきたことであり、場合によっては「仕事は地方にあっても住むのは都市部」という従来の考えと逆のことも起こっている。要は、住みたくなるまちをつくらなければ人口は定着しない。住みたくなる街はどういう地域か。ここに医療の充実がキーワードとして挙げられる。

地域の住民がそのまちで暮らし続けるための重要な要件は医療の充実であり、地域医師会として考えなければならないのはこの身近な医療の充実である。これはただ医療機関の数が多ければいいというものではなく、高度医療から、急性期医療、救急システム、日常的なかかりつけ医まで幅は広く、さらには終末期まで安心してくらすために地域包括ケアシステム構築も必須のものである。

ここにおいて地域医療構想は必要な医療を高度医療から慢性期、外来医療までバランスよく再構築するためのものである。医療構想における外来医療提供体制の確保に関するガイドラインでは「その地域に足りない医療機能を新規開業に求める」とされているが、人口減少地域において新規開業は何らかのインセンティブがない限りあてにできない。

また先般、公的医療機関等の2025年に向けた病床機能のプランが再編統合を視野に入れた計画ではないとの理由で再検証を求められている。しかしながら、

このようなステレオタイプの政策では過疎地域、人口減少地域では医療機関がなくなり、外来機能も病床機能も人口集中地域に依存することになり周辺地域の魅力は減退する。現在、過疎地域ではすでに民間病院が撤退あるいは縮小するなか、公的病院が地域の医療機能を支えているという現状がある。このような地域の実情を鑑みた上での地域医療構想が必要であり、医療機関のダウンサイジングが医療費削減を第一の目的とするものであるなら、それは医療関係者だけでなく、住民も行政も納得できるものではない。人口が半減する地域では病院の統合再編、無床の診療所化も必要かもしれないが、その地域の実情を知る者の意見を汲み上げなければ、まちづくりを阻害する結果になりかねないことを強調したい。

Ⅲ. おわりに

日本の人口は減少へと向かい始めたが医師数は今後も増加し高齢化の一途をたどっていく予定である。これから我々はかつて経験したことのない医師過剰時代にも直面することになるであろう。今後、病院の数が増えることはないであろうし、病院に勤務できる医師数にも限りがある。必然的に診療所医師もしくは施設の医師が増え続けることになるだろう。今回、この答申を作成するにあたり各委員より様々な角度から診療所医師を分析し、これからの方向性を模索していただいた。この答申を大いに活用し診療所医師の未来を切り開いていただきたいと考える。

日々多様化し複雑化していく医療環境の中で診療所医師も様々な業務をこなす多様性が要求されている。その中でも特に入院ベッドを有する有床診療所は地域包括ケアシステムの中心としての役割も期待され、オーバーヒート状態と言わざるを得ない。地域に密着し低コストでの入院を提供する機能は現在の地域医療構想の急性期・回復期・慢性期のわくの中には収まりきらず、新たな「有床診療所機能」として独立した枠組みが必要であると感じている。そこへの診療報酬の必要性の意見も今回提出していただいた。フレキシブルに地域の入院へ対応し無床診療所と病院の間をつなぐ地域連携の拠点としての機能は高く評価されるべきである。また、地域医療を支える最小単位のことを内包しているため、全ての地域をカバーすることができる。この「有床診療所機能」を活用して地域包括ケアシステムの構築を推進していくべきである。そのためには複数医師を賄えるだけの診療報酬が必然的になってくるであろうし、診療所における医療クラークの活躍、さらなる入院基本料の改善が必要である。

我々診療所医師はこれから活躍するであろう若い医師が医師らしく、また人としても尊敬され頼りにされる地域医療のリーダーとして生活していけるような制度を目指して現状を改革していかなければならないのは明らかである。医師過剰時代を効率よくのりきるためには、診療所医師の働き方改革も必須となってくるであろう。診療所医師が十分な人間らしい休暇を取り、診療に研究・研修に取り組み、医師としての充実した人生を送れるようにしなければならない。そのために日本医師連盟の政治活動、各省庁との連携がさらに重要になると思われる。診療所間のグループ診療も遠い先の話ではないであろう。将来の理想的な医療環境をしっかりと見据えたうえで日本の医療をけん引していく必要がある。

さてこれまで様々な地域医療構想の問題点を診療所の立場より検討してきたが、地域医療構想の真の目的を「地元の地域社会を守り子供たちの故郷を守ること」と考えるならば、我々診療所の使命は地域で高齢者が最後まで生活していけるように全力でサポートすることではなかろうか。高齢者がいなくなった地域

では医療機関や介護サービスが消滅し学校・企業・住民の撤退が始まり、最後に地方自治体が消滅してしまうことも考えねばならない。地方自治体を一旦失ってしまえば二度と元へは戻らず、極端な一極集中社会へ向けての歯止めが利かなくなってしまうだろう。

今、我々がやらねばならないことは医療環境を取り巻く制度の構造改革にとどまらず、理想の地域づくりである。効率的に地域社会を支えられる医療介護を中核としたバリアフリーなコンパクトシティの構想を打ち出し実現させねばならない。医師会員が一致団結し病診・診診連携を活用して積極的に地域・行政に働きかけその中心となって動き出すスタートはまさに今なのである。