

第8期（令和4・5年度）

医師会再生ビジョン委員会答申

人口減少と医療機関運営
—働き方改革もふまえて—

令和6年4月

公益社団法人福岡県医師会

医師会再生ビジョン委員会

令和6年4月19日

福岡県医師会

会長 蓮 澤 浩 明 様

福岡県医師会 医師会再生ビジョン委員会

委員長 岡 本 高 明

答 申

医師会再生ビジョン委員会では、貴職からの諮問「人口減少と医療機関運営一働き方改革もふまえて」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。

医師会再生ビジョン委員会

委員長	岡 本 高 明
副委員長	松 岡 良 衛
副委員長	雨 宮 直 子
委員	浦 田 康
委員	峯 信一郎
委員	渡 辺 恭 子
委員	庄 司 哲 也
委員	清 川 千 枝
委員	新 海 清 人
委員	杉 原 耕一郎
委員	向 笠 洋 介
委員	荒 牧 昌 信
委員	竹田津 宏 子
委員	吉 原 聡
委員	石 橋 興 介
委員	西 総一郎
委員	中 山 雅 晴
委員	西 山 努
委員	原 祐 一
委員	西 秀 博
委員	横 倉 義 典
委員	田 中 耕太郎
(順 不 同)	

目 次

諮問「人口減少と医療機関運営—働き方改革もふまえて—」

はじめに（北九州市医師会 岡本高明）	1
1. 魅力ある医療界・医師会にするための方策について	2
北九州市医師会 岡本 高明	
久留米医師会 竹田津宏子	
福岡市医師会 西 総一郎	
2. 人口減少下での地域医療や社会の変化について	8
田川医師会 向笠 洋介	
田川医師会 中山 雅晴	
大牟田医師会 西山 努	
3. 人口減少下でのかかりつけ医機能について	15
福岡市医師会 雨宮 直子	
直方鞍手医師会 荒牧 昌信	
4. 人口減少下での医師の働き方改革について	19
北九州市医師会 渡辺 恭子	
福岡市医師会 庄司 哲也	
大川三潞医師会 吉原 聡	
5. 人口減少下での医師・各医療科の確保・偏在	25
北九州市医師会 浦田 康	
福岡市医師会 清川 千枝	
粕屋医師会 杉原耕一郎	
6. 今後の日本の医療のあるべきすがた	31
飯塚医師会 松岡 良衛	
北九州市医師会 峯 信一郎	
筑紫医師会 新海 清人	
あとがき（飯塚医師会 松岡 良衛、福岡市医師会 雨宮 直子）	38
各委員の感想	40
第8期医師会再生ビジョン委員会日程	49

はじめに

医師会再生ビジョン委員会委員長
北九州市医師会 岡本 高明

委員長の大役を拝命しました北九州市医師会の岡本です。

再生ビジョン委員会とは何をどういう形で議論するべきか？

期を重ねるもはっきりした道筋は見えて来ず焦りを感じる日々…今期はまさに日本全体が未曾有のコロナ禍の真っ只中に始まった。日常診療も手探りでままたまらない中、委員会を開催できるのか？業務に追われて話し合いがうまく進められるのか？困惑したのがつい最近のようだった。しかし流石に各医師会を代表しておられる先生方、逆境をバネにWeb会議の開催、COVID-19についての勉強会など各医師会に先駆けて実践し地元医師会にホットな情報を持ち帰ることもできた。

今期は「人口減少と医療機関運営一働き方改革もふまえて一」という大きな会長諮問をいただいたが、まずは委員会で顔の見える関係を築き、ディスカッションを重ねるなかで各委員の様々な立場からの興味深いご意見を拝聴できた。

全てが同じ意見じゃなくてもいい、みんな医師会が大好きな先生方なのだ。

7つの項目について各委員に執筆いただいた。いろんな視点からの意見をまとめてみた。

1. 魅力ある医療界・医師会にするための方策について

医師会再生ビジョン委員会委員長
北九州市医師会 岡本 高明

魅力とは？…人の気持ちを引き付けて夢中にさせる力。

医療界全体、医師会に人の気持ち、心を引き付けて夢中にさせるにはどうすべきか？

私は再生ビジョン委員会に所属して各地域の違った立場の先生方と意見交換や合宿、懇親の場に参加し大変楽しく日常診療にも大いに役立ったと感じている。

元来医師という仕事は孤独なもの、医局や病院勤務を離れ独立開業すればなおさらである。

臨床医をしていると毎日患者さんやスタッフとの会話でまぎれているが、院長室に戻り一人になると医療人の一人としてこれでいいのか？正しく医療を行えているのか？自問自答している自分がいる。

しかし、私には医師会がある。医師会館に行くといつもの顔があり愛すべき先輩たちがいらっしゃる、そんな日常に癒されているのかもしれない。気づいたら医師会がない日常は考えられないとさえ思う。

学生時代を思い出す。講義でくたびれてもクラブに出るといつもの同級生や先輩方の可愛がり、後輩からのメシの催促（笑）本当に充実し孤独を感じる暇などなかった。

特に若手医師は医業のことだけを考え、専念していればよいと考える風潮があるかもしれないがどうだろう。診療報酬は奮闘努力してもマイナス改定の危機にさらされ、心無い患者さんがいれば医師としての使命感やプライドを無慈悲にも傷つけられ、定年制がないがゆえに自分のセカンドライフも見失ってしまう。これで充実した人生だったと最期に旅立っていけるのだろうか？

また今話題の「働き方改革」が本当にQOLの向上に役立つのか？

いろんな考えがあっていいと思う。しかし医師として一番脂ののった時期に学ぶ権利、働く権利を奪われてしまってよいのだろうか？

我々医師一人の力、声など本当に小さなものである。集約してほんの少しでも政治を、国を動かすことができる力にするには医師会活動、医師連盟活動しか存在しないだろう。

では医師会活動にいかに関心をもってもらえるのか？誰だって一見は勇気がいるだろう。私は医局時代や病院勤務時代の先輩からの働きかけが大切だと思っている。

また大学教育の中に医師会の献身的な活動について学生のうちに伝える手段も必要だろう。

医師が避けて通れないものに学会活動があるが、日本医師会と各学会が連携し、例えば専門医の更新に対して医師会活動にポイントを加算するなど可能ではないだろうか？医師会は地域医療に尽力しており専門的な医療と地域医療、過疎地域での活動なども国民の健

康を向上する活動として評価されるべきことであろう。

前述したが医師はとかく孤独なものである。

私の夢は医師が医師会館にサロンのように気軽に集まり、医業についての情報交換や日常の意見交換、先輩への質問など気軽に集える空間として機能することだ。人の気持ちを惹き付けて離さない…。

ひいては日常の充実のための信用組合やセカンドライフのための斡旋など、民間業者を介する以上に機能するのはいかがであろうか？

最後に医政活動だが、これは避けて通れないものの最たるものと考えらるべきであろう。

医師はとかく性善説の中で生きている。昨今の急激な物価高、給与の底上げなどを見るにつけ保険点数のマイナス改定などもってのほかであるが、これ以上医療界、医療環境を悪くすることがないようにできるのは医政活動だけである。

医師はぜひ医師会、医師連盟に加入し一枚岩に団結し活動していくことは必須だろう。夢中に…。

「医政なくして医療なし。」を肝に銘じ、国民の医療と健康のために実践していこうではないか。

まず、医師に限らず社会全体の傾向として、魅力のある業界を考えてみた。

ワークライフバランスが良い、高額な所得、快適な職場環境、社会貢献感が高い、自己肯定感が高い、これらの要素が組み合わさったところが魅力的な職場のようだ。

高校生が将来なりたい職業の1位は、国家公務員・地方公務員で、教育者、エンジニアが続く。医師・看護師の医療職も10位内に入っている。年代や性差により、重要視する要素のバランスが違っているようだ。

では、医師業の強みは何だろうか？所得、社会貢献感、自己肯定感が高いことだろう。

その代わりに、犠牲にしてきたのがワークライフバランスだろうか。

働き方改革がうまく進めば、医師のワークライフバランスを改善し、業界を魅力的にしてくれるかもしれない。

再生ビジョン委員会に参加している世代は猛烈に働いてきたハイパー世代であり、医療界の働き方改革に関してのディスカッションでは懐疑的な意見が多かった。しかし、次世代の医師にハイパーな働き方を強いたいわけではなく、医師としての知識や専門性の向上の機会が担保されるのであればワークライフバランスの改善は必要だろうと皆が考えていた。

過渡期にある現在を支える世代の負担を解決するのは困難であるが、より魅力ある医療界の実現のために、ハイパーワークには特別な手当を準備し、さらに社会貢献感、自己肯定感を高める事ができれば乗り越えていけるのではないだろうか。

女性医師の立場から、働き方改革に期待は高い。医師としてのキャリアアップと出産、子育てというライフイベントが同時期になってしまうため、臨床から一度離れてしまうと自信を無くして戻れない人も多い。また、他の医師に迷惑をかけてしまうことを恐れて戻れない人も多い。子育てが一段落した友人の女性勤務医が、他の医師に申し訳ない気持ちを持たずに堂々と働けるようになり、さらに他の医師のカバーもできるようになって嬉しいと言っていた。今、ため息をつかれている戦力0.5人分相当の女医も、15年経ったら1.2人分相当の働き手として使えるようになるので、ぜひ長い目で見て欲しいと思う。

男性女性医師が性別に関わらず、出産や育児、介護、自身の精神的な負担を改善するための長期休暇や、新しい技術を取得するなどの自己研鑽に充てる期間を休めるような業界全体の認容性が必要だと考える。

次に、魅力ある医療界に変化していくために医師会に期待されることは、社会全体から期待される医師像を時代に合わせたものに変えていく事であろう。今後医療費が抑制されれば、医師だけが自己犠牲で働き続ける事はできない。働き方改革で、医師同士や医師と他の医療職とが連携を強化し、医療の質が向上すれば医療界の魅力が衰えることはないだろう。医師の負担を軽減しつつも、医師の倫理感を大切に育み、信頼性の高い医師の育成を目指すと同時に患者中心の医療を進め、患者満足度を高めることで、医師全体の社会的

地位を向上させたい。

ハイパーな医師には、労働に見合う所得が用意される事、また、ハイポな医師には倫理観や医療の質を担保し、患者から信頼される医師同士が力を合わせて医療を支えていく事ができるような仕組みが必要であろう。

今回の委員会で改めて勉強になったことは、政治団体として医師会を強くすることが、医師会、医療界の魅力を高める事に必要不可欠であることだ。医師会が政治団体として強い力を持つためには、団結力を強くすること、会員数を増やすことが必須である。まずは医師会が医師にとって魅力的な組織でなければならない。医師会に入会する目的である、生涯教育や情報提供、福利厚生など医師のニーズを充実させることと同時に医師会からの情報発信の在り方も時代に合ったものに変更していく必要がある。魅力ある力強い医師会であれば、その姿をアピールすることで、ハイポ世代も医師会へホイホイ加入いただける可能性が高くなるだろう。強い医師会、医師の代表が、県政や国政に参加し、地域社会や国全体に貢献する機会を提供し、この変革期において、医療界、医師会の魅力を高めることを期待したい。

今回前記のテーマでの答申を仰せつかるに当たり、医療界と医師会とに分けてそれぞれについて私見を述べさせて頂いた。

若輩者であり経験も少ないため、稚拙な表現や知識不足もあると思うがご容赦頂きたい。

1. 魅力ある医療界にするための方策について

医療界は良質な医療を恒久的に国民に提供するため、余裕をもった運営ができるような環境維持が必要であると思う。

様々な業種で人手不足が話題となっているが、医療界においても環境維持にはやはりマンパワーを充足させておくことは必須であると考えます。

その他にも方法はあるとは思われるが、端的ではあるがまずは医療従事者を十分に確保するという点に絞って考えたい。

医療体制を維持するためには医師の数だけが確保されておけばいいわけではなく、診療行為を支えるコメディカルの数も必要である。

これから社会にでる若者たちに医療界を目指してもらうこと、資格を持ちながらも現在は医療以外の仕事をしている方に医療界へ復職してもらうこと、新たに医療界へ転職する方が増えることが目標になると思われる。

そのためには医療界に携わりたいと思わせる魅力作りは欠かせないと思う。

現在はインターネット及びSNSの普及もあり職業選択の多様化や転職の容易化によりどの業界の職種においても人員の安定確保は困難であると聞く。他職種との人員獲得競争環境にありながら医療界で働きたいと思う人間が増えるためには、やりがいと待遇に重点を置くべきではないだろうか。

やりがいにおいては病気で困っている人を治すこと、寄り添うことにより社会貢献できる点をアピールすることが大事だと思う。

国民の健康に直結する重要でやりがいのある仕事であることを直訴できる交流の機会を幼児教育や学校教育の場に設ける、一般の方向けに講演会を行う、またSNSやマスメディアを有効活用する方法もあるのではないかと。

待遇については『他人を健康にするには、まずは自分自身が心身ともに健康であることが必要だ』とよく言われるように、時間的余裕と金銭的余裕は必須であろう。

それらの余裕がまずは自分にあることで、より患者に優しく寄り添うことが出来るのではないだろうか。

とくにコメディカルでは、資格を持ちながらも報酬面から他職種で働いているケースもあるようなので、好条件で募集をかけることが出来るのが理想であると思う。(もちろん各施設の自助努力だけでは困難であるとは思いますが。)

長くなったが医療界の魅力については、やりがいと待遇の2つが重要であると考えます。

2. 魅力ある医師会にするための方策について

自分は開業医となり4年目である。縁があり開業初年度より区の医師会の理事をさせて頂いており、現在2期目の4年目である。

理事拝命直後よりコロナ禍となったため、区医師会の活動事態があまり活発に行うことが出来ておらず、自分自身も実は医師会の全容を把握できていないまま年数を重ねている気がしている。

自分の父親が医師会に入会しており、その父親に言われるままに医師会に入会をした。

最近では自分より後に開業され医師会に入会される先生方もおられ、『なんとなく医師会に入会はしているけど、どういうメリットがあるの?』と聞かれることがある。

その問いに的確な答えを言えない自分は未熟であると自覚すると共に、そのような疑問を抱えておられる先生方に分かりやすくストレートに医師会の魅力を伝えられる機会があれば良いと思う。

現実的ではないかもしれないが、医師会の活動内容や存在意義を医学教育の一環として医学部のカリキュラムに組み込めるような仕組みがあるとより身近に感じる事が出来るのではないだろうか。

また、臨床研修医と交流を持ち、医師となった早い段階から医師会の役割や活動を伝えるという方法も効果的であると思う。

最後になるが医師会に入会せず開業される先生も増えているとのことであるので、岡本委員長が委員会で常々仰っておられるように、入会されていない先生方にもご意見を頂戴し、医師会の魅力を再検討する方法も必要なのではないだろうか。

2. 人口減少下での地域医療や社会の変化について

田川医師会 向笠 洋介

人口減少に伴い、医療界においても医師数やコメディカル等の医療職の人数が減少しており、地方では医師の高齢化・後継者不足等による閉院の増加や新規開業の少なさのため医療機関が減少しており、患者に十分な医療サービスを提供できない地域もある。一方、都市部では新規開業により医療機関が増加し、同じ診療科が近くに乱立するケースもあるようだ。

人口減少に伴い患者の数も減少しており、また地方を中心に患者の高齢化も進んでいる。今後の医療提供体制を考える上で、高度急性期機能のような、医療資源を多く必要とする専門的な医療は広域的に拠点となる基幹病院への集約化が必要になるが、他方では、日常的で頻度の高い医療ニーズに対応する診療機能は、ある程度の身近な地域で確保する必要がある。その線引きは一律的ではないが、少子高齢化・人口減少に伴って変化する医療ニーズに対応する上で、地域の患者数や医療資源の状況にも応じながら、「集約」すべき機能と、ある程度は「分散」する機能のバランスを考えることが重要である（日医総研リサーチレポート No. 130 より）。

しかし今現在の現実をみると、地方において多疾患を患った高齢患者が近くの診療所ではなく基幹病院への通院を希望したり、一方近くの診療所への通院を希望したが、閉院により最寄りの診療所までの距離がかなり遠くなり、患者が不便を感じているケースもある。都市部においては患者が減少する中、医療機関の乱立により患者の取り合いになるケースも見られるようだ。

人口減少に伴い、医師・医療職の減少、患者の減少・高齢化を認め、そのため医療機能の「集約」と「分散」のバランスがうまくできていないように思われる。

今後の地域における医療機能の維持を考える上で、まずは地域で働く医師及び医療職の確保が重要である。また、人口減少に伴い患者数も減少しており、医療機関経営の上で集患も重要な問題である。

医師の確保においては、まずは地域で働きやすいようにすることが重要で、労働環境や報酬だけでなくプライベートでも住みやすい環境にするため、医療機関のみでなく医師会や行政等が連携して医師を招聘することも必要ではないかと考える。

また医師の確保のためには、女性医師の活躍も必要である。女性の社会進出が進む現在において女性医師数も増えている。しかし、女性医師の場合、出産や育児のため就業に制限が必要なこともあり、そのような際に「周囲に迷惑をかけて申し訳ない」という気持ちを持ちながら働いている場合もあるようだ。子供を産みやすい、育てやすい環境づくりが必要で、それは社会においても医療界においても言えることである。女性医師が出産後・育児期間でも負い目なく働きやすい環境を作り女性医師の活躍の場を広げることで、医療界において大きく貢献できると思われ、地域医療においても大いに必要なことと考える。

医師・医療職の人数を増やすためには志望者を増やすことも必要で、医療職の魅力を発信していくことが重要である。医師会や行政が協力して、一般住民に医療職の魅力を発信する機会を設けたり、また子供らに対しても、医師・医療職を目指す子供を増やすための活動も必要である。

集患に関しては、色々と方策があると思われるが、まず重要なのは医師のスキルアップで、地方においては多疾患を患った患者も多く、自分の専門分野だけでなく老年医学を中心とした幅広い知識・技術の確保が望ましい。一方、自家用車を持つ患者が多くなった現代においては、自分の専門性・得意分野をアピールするとともに、駐車場整備等の自家用車での通院がしやすい環境を作ることで医療圏を拡大し遠方からでも通院してもらうようにすることも必要である。

思いついたことをいくつか述べたが、人口減少下において医療界では地域医療が重要な問題の一つであり、医師会と行政が連携して地域の医療機能を維持していくことが必要と考える。

再生ビジョン委員会には、令和4年に声をかけていただき、今回初めて参加させていただいた。

田川医師会のB会員として約13年間所属させていただき、2021年12月よりA会員となった。この期間に自分で経験した地域医療の変化や各委員のご意見を参考に述べていく。

当医院は、田川地区でも大分県との県境にある山間部を有する自治体にあり、約40年間で人口が半分（1万6,000人から8,000人）になっており、急速な高齢化（約45%）も進んでいる地域にある。

特に子供の人口減少が目立ち、40年前は中心部の小学校で1学年5クラス計150人以上の生徒がいたが、現在は1～2クラスで約30人とのことである。山間部のある地域では小中学生が0人となり休校になっている。令和7年度には町内全ての小中学校6校を統合し、1カ所に小中学校を併設して建設する予定である。町の産業としては農林業と一部観光業、それと博多のお土産で有名な「めんべい」の工場がある程度で、若者の就業を吸収できる産業が少ないため、多くは高校卒業と同時に進学や就職で町を離れている。私の子供時代の同級生たちの8割以上は町外に住んでおり、多くは大都市で働いている。患者さんの動向から、定年退職後に都会から故郷に戻ってきている人も少なからずおり、物価を含めて生活のしやすさも魅力とのことである。

当院の患者層は、保険種別では後期高齢者が最も比率が高く、国民保険、社会保険、生活保護世帯は減少傾向にある。平成25年までは有床診療所として療養型を含めて入院も行っていたが、社会的入院が介護施設への入所に移行していき現在は休床としている。代わりに介護施設から嘱託を依頼され、施設入居者の担当患者数は年々増加傾向である。

団塊の世代の方々が後期高齢に入ってきており、日本国内では高齢者人口は増加傾向にあるが、当地域では独居の高齢者の生活維持が困難になってきている問題（ゴミ屋敷や食事が作れないなど）がある。地域包括支援センターのスタッフからも往診などの相談もあり、介護保険申請の支援や訪問看護への依頼も行っている。

ほとんどの方は、ギリギリまで自宅での生活を希望することが多いが、独居自体が危険と判断される場合（幻覚などで警察を複数回呼ぶ場合など）は、家族や介護関連の方とも話し合い施設へ入所するよう促している。地元の施設もしくは子供さんの住んでいる地域の施設への入所が多い。

家族と同居している高齢者の場合は、訪問診療と自宅での看取りも増えている。特にコロナ禍以降は、病院での看取りに家族が付き添えないことが多くなったため、癌の終末期を退院して自宅で過ごす方が多くなった。飯塚病院など筑豊地区の基幹病院から地域内の終末期の在宅診療の依頼が増えており、在宅での看取り数は年間3～5人であったが、コロナ禍以降は年間10人程度に増えている。当院だけでは夜間や休日の対応が困難なため、24時間対応型の訪問看護ステーションとの連携が必要であり、点滴の依頼や急変時のバイ

タルチェック・救急搬送の連絡など、信頼できる訪問看護との連携が重要になってきている。

また在宅患者の入院先についても、社会保険田川病院から地域包括枠の病床を提供していただいております、急性期以外でも点滴加療からリハビリまで在宅復帰への支援をいただいている。

このように人口減少・高齢化社会となっているが、それに伴い自治体の医療介護担当スタッフや地域の病院と連携しながら、一般外来＋在宅支援診療所としての機能に当院も変化している。

今後は、その高齢者が寿命を迎えた後の急激な人口減少の問題に直面する可能性が高い。一部例外として、積極的な移民の受け入れによる人口維持の可能性もあるが、埼玉県川口市にある自治区のようになってしまい、地域住民や警察とのトラブルなどの問題も出てくるため、なかなか困難と思われる。また南海トラフ地震による巨大津波によって日本の沿岸部の複数の都市が壊滅的な状態になった場合には移住してくる可能性もあるが、時間が経てば、やがて元の都市部に帰っていくことになる。いずれにしても人口維持していくためには、結局は産業を増やして収入源となる仕事を生み出していけない限り難しいと思われる。

地域の開業医は数軒あるが多くの院長が65歳以上になってきている。近隣の自治体では同等の人口で2軒のところもあり、今後ホームドクター制になった場合には問題になることが予測される。

人口密集域では専門性に特化した診療所が多くみられるが、過疎地域ではより総合診療医や家庭医としてのニーズが多くなっている。

日本の人口は2008年をピーク（約1億2,000万人）に、それ以降は減少局面に入っている。この10数年間、日本は国政レベルで人口動態の改善（少子高齢化対策）に取り組んできたが、人口動態の悪化に歯止めをかけるに至っていない。現実的には人口の自然減／減少幅はむしろ増加（増悪）傾向にある。（日本の人口は2050年には9,700万人程度まで減少し、高齢化率は40%近くまで上昇すると予測されている。）この人口減少／高齢化局面が、国全体における社会保障制度に影響を与えるのは必至で、我々医師会の足元である地域医療が受ける変化も多大である。今回、福岡県医師会の再生ビジョン委員会に参加する機会を得て、（地域の）人口減少と医療機関運営および医師の働き方改革に関する現状および（政府や日本医師会の）取り組みについて大いに勉強させて頂いた。その知見を受けて、「人口減少下での地域医療や社会の変化について」をテーマに、人口ビジョンの観点から地域医療の変化／あり方について考察の上、答申したいと思う。

僭越ながら私的な状況を引き合いに出すと、筆者は大牟田市三池地区（同市の南東部）で消化器内科の無床診療所を開業している。平成17年に継承し20年あまりが経過したが、その間、大牟田市の少子高齢化および多死社会（現象）への変遷を身に染みて感じている。大牟田市の人口は1960年（20万人超）をピークに、現在はほぼ半減（約11万人）している。基幹産業であった石炭産業の隆盛とともに歩んできた大牟田市の人口動態（特に高齢化率）は国／県の20～25年後を予測させると云われているが、大牟田市の住民基本台帳からの統計値でも、大牟田市の高齢化率は37.8%（2023年10月1日現在）に達し、福岡県28.0%および国29.1%（同）を大きく上回っている。なかでも筆者が開業している三池地区は大牟田市でも辺縁部に位置し、同地区の高齢化率は既に40.4%におよんでいる。日常診療の多くの場面で高齢化社会の現実とその問題点を目の当たりにする。

以下に、人口減少に伴う社会の変化が地域医療におよぼす主な影響について考察する。

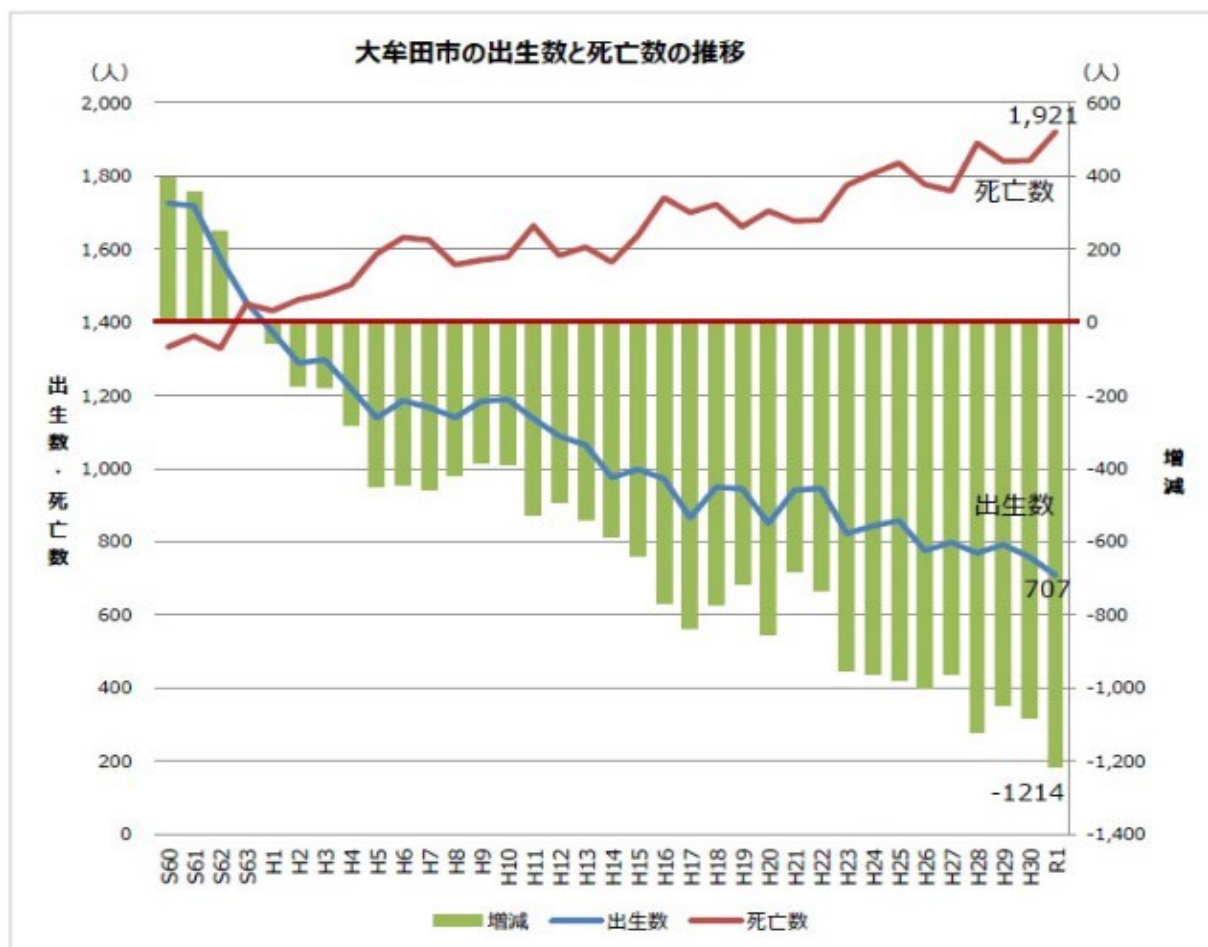
地域の少子高齢化による老年人口の増加は、開業医（診療所）の診療形態の変化を引き起こす事が予想される。高齢者の外来通院が身体的理由（要介護状態の悪化・独居を余儀なくされる）や社会的理由（交通インフラの脆弱化）で困難になれば、現状の診療形態が成り立たなくなる可能性がある。今まで以上に医療と介護の連携強化（一体化した運用）が重要になり、通院を中心とした外来診療から在宅医療へのシフトが余儀なくされるだろう。

また医療現場におけるDX推進は必須で、積極的なICT機器の導入（マイナポータルの医療連携やオンライン診療の活用・等）は喫緊の課題である。医師会には、円滑なDX推進の一翼を担って欲しい。一方で老年人口の多死現象や生産年齢人口の減少は、潜在的には外来診療の機会減少の要因になる。かかりつけ患者の減少問題が顕在化すれば、医療機関経営への影響（非効率化）も避けられない。それに伴う地域医療の需要の低下は、医療機関の偏在を誘引し、医師の働き方改革の実践につながる事も予想される。これらの諸問題については、医師会からの適切で丁寧な情報発信、会員間での情報共有、および双方向性の十分な意見交換が望まれる。併せて、医師会による経営コンサルト（等）の機会増

加も求められる。

また一方で地域人口の減少に伴う医療機関の減少／偏在化（含・開業医の高齢化や医業継承の困難化）は、（地域）医師会の会員数の減少や医師会全体の弱体化をも及ぼしかねない。さらには、かかりつけ医制度（機能）の在り方にも変化をもたらす可能性も否定できない。現在の日本におけるフリーアクセスを主体とした医療制度から、欧米型の家庭医（GP：General Practitioner）制度や指定医療機関制度へ変換の是非を問う機運が高まるかも知れない。その場合は、政府主導ではなく医師会を中心とした真摯な医療政策討論が必要と考える。

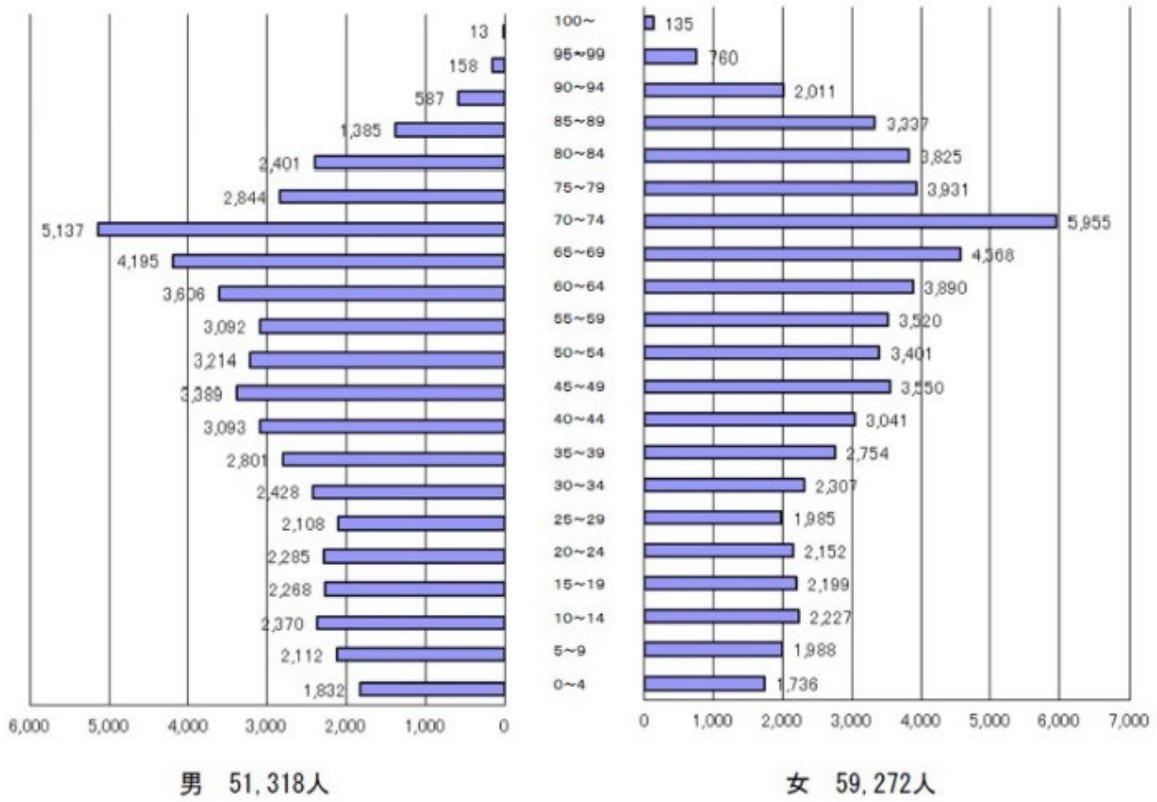
蓮澤会長からの『人口減少と医療機関運営 一働き方改革もふまえて一』の諮問に、「人口減少下での地域医療や社会の変化について」の観点から総論的に答申した。2025年問題も間近に迫り、超高齢化社会の到来と社会保障費の急激な増大を直視せざるを得ない状況にある。その対応は医師会（会員）には喫緊の課題であり、今回の答申作成は筆者としても意義深い考察の機会になった。一方で各論としての「かかりつけ医機能」、「医師の働き方改革」、「医師の確保・診療科の偏在」および「今後の日本の医療のあるべきすがた」等については、他の委員の答申に議論の展開を委ねたい。



大牟田市の人口ピラミッド

令和3年10月1日現在

高齢化率：37.3%



3. 人口減少下でのかかりつけ医機能について

医師会再生ビジョン委員会副委員長
福岡市医師会 雨宮 直子

人口減少、少子高齢化について、同じ福岡県内でも地域によって大きな差があることを今回の委員会に参加し初めて現実のものとして認識し、自分の不勉強を大いに反省した。自身は福岡市の交通の要衝と言える場所で内科開業医をしている。人口減少はあまりピンときていないが、患者の高齢化は確実に進んでいて、訪問診療を行う機会も増えてきた。このことは私の診療を時間的に圧迫している。しかし、周辺に各科の診療所があり、手軽にCT等の自院ではできない検査やレスパイト入院を頼める民間病院もあり、いざというときの受診先の基幹病院を選ぶこともできる環境にある。非常に恵まれた環境で私は診療をしている。

今回学んだ地域格差に鑑み、地域特性に合わせたかかりつけ医機能のあり方を考えていく必要があると認識した。私が開業している都市部では、患者の主たる疾患を治療する医療機関がかかりつけ医となり、地域の他の診療科や病院とネットワークを形成してかかりつけ医機能を発揮することが可能であろう。一方、都市部以外の医療機関の少ない地域では、一つの医療機関が診療科を越えた総合診療機能を有することが求められるだけでなく、地理的にも広範にカバーすることが必要となり、都市部に比してスキルも人的・時間的リソースも必要となる。同時に医療機関の少ない地域は、人口減少、高齢化も進んでおり、患者数を確保することも難しい。この地域格差にどう対応するのかが、人口減少下でのかかりつけ医機能を維持する鍵となると考えた。

まず、都市部以外で医療機関数、医師数を確保する工夫が必要である。医師数の確保としては、自治医科大学卒業医師の派遣、医学部地域枠を利用した医師の確保、女性医師の支援と確保などが既に取り組みとして行われているが、確保しただけでは十分ではなく、継続的にそこで働いてもらわなくてはならない。その地域が魅力ある職場であれば、そこには医師がかかりつけ医として根付くことも増えるのではないだろうか。医療資源の少ない地域からは人口流出が続き、人口流出した地域は医師にとって魅力的な職場ではなくなるという悪循環が生じている。さらに、勤務医の確保だけでなく、この悪循環を断つためには、地域に根差したかかりつけ医となりうる診療所の誘致が必要と考える。委員会ではイギリス、フランスやドイツの家庭医が患者登録制であるということなども学ぶ機会があった。このとき委員からは我が国における医療機関へのフリーアクセスは残したいという意見が多く出た。そうした学びから、人口当たりの医療機関数の上限を設けるなど自由開業制に制限を設け、医療過疎地の空き状況を公開して都市部以外での開業を促進することもひとつの方法ではないかと個人的には考えた。

また、医療機関数、医師数が少ない状態でかかりつけ医機能を維持するために、多職種連携とオンライン診療の利用が有効と考える。オンライン診療は、現状では多忙な都会人

が簡便に医療にアクセスする手段という印象が強いが、医療過疎地において医療アクセスを改善する手段として活用すれば医師・患者双方の負担軽減となる。例えば、一人では通院困難、かつITに不慣れな高齢者でも、連携のできた施設の看護師や訪問看護師が付き添えば、オンライン診療（D to P with N）が実現可能となる。このとき、現地で医師の指示に従って看護師がバイタルチェックを行うだけでなく、医師の指示により検査や検体採取を行い、検査センターが検体回収する。検査結果はオンラインで医師が確認し、次の診療につなげ、新たな指示を出す。遠隔で聴診できる機器なども出てきて、D to P with Nはこれからどんどん幅が広がることが予測される。地域ごとに医療機関、訪問看護ステーションや高齢者施設、検査センター、調剤薬局などの多職種が連携して対応する仕組みができていれば、医師のオンライン診療は有意義に機能すると考える。しかし、今は、まだオンライン診療に対する医師の抵抗感は強い。オンライン診療のメリットは患者だけにあるわけではない。医療者にとっても日常診療の効率化を期待できるものである。医師会が、オンライン診療について講習会を開催し、使いやすいインターフェースを紹介し、サポート体制を整えたうえで、まずは医師がオンライン診療をやってみる機会を作るところから始めてはどうだろうか。

以上のように、人口減少下でのかかりつけ医機能を維持するためには、まず、医療過疎地での対策を早急にすすめる必要がある。医療過疎化を防ぐことは、人口減少地域における人口減少に歯止めをかける方策のひとつとなる。また、こうした対策の経験は、今後我が国全体で起こる人口減少、少子高齢化に対応する際に活かされるに違いないと考える。

はじめに

私の所属する直方鞍手医師会は筑豊地区に位置し、都市部である福岡市と北九州市のちょうど中間に位置している。このような地理的状況と同様に、医療の状況も都市部と非都市部の中間的要素を示している。すなわち、地域人口と医師の緩やかな減少と高齢化である。最近では、地域基幹病院での専門領域の医師数の減少が目立ち、医師の偏在の影響を受けている。

背景

日本は現在、人口減少と高齢化が急速に進行している。これに伴い医療制度も多くの課題を抱えている。これらの課題の解決策として、かかりつけ医機能は、一人ひとりの患者さんに対して継続的な医療を提供し、患者さんの健康状態を総合的に把握し管理することを目的としている。特に日本医師会では、かかりつけ医制度を推進することで、患者さんの健康管理が効率化され医療の質が向上することで、患者さんのより良い健康状態を確保できると考えている。ここでは主に日本医師会の推進するかかりつけ医機能をベースに考える。

かかりつけ医機能

○かかりつけ医機能推進の良い点

1. 健康状態の把握：かかりつけ医は患者さんとの長期的な関係を築くことにより、健康状態や病歴を把握しやすくなる。これにより、患者さんの疾病の早期発見や予防に寄与する。
2. 地域医療の質の向上：かかりつけ医は地域の医療ニーズを理解しており、地域社会と密接に連携し、地域医療の質を向上させることができる。
3. 満足度の向上：アクセスしやすいかかりつけ医を選択し、医師との信頼関係を築くことで患者さんの総合的な満足度を向上させることが期待できる。

○かかりつけ医機能を進めるうえでの問題点

1. 資源の偏在：都市部と非都市部での医師の偏在は、かかりつけ医のアクセスに格差を生む。非都市部ではかかりつけ医を見つけることが困難な場合がある。
2. かかりつけ医の高齢化：高齢医師の退職は、その後の患者さんの継続診療に問題が生じる。
3. 医療サービスの質の不均一化：かかりつけ医それぞれの持つ医療知識や診療可能時間の差異により、患者さんの受ける医療サービスに違いが生じる可能性がある。

○今後の改善点

1. 医師の再配分：都市部と非都市部の間で医師の再配分を図り、地域ごとの医療ニーズに対応する。またそのためのシステムを構築する。

2. 若手医師の育成と配置：高齢化するかかりつけ医の問題を解消するため、若手医師の育成と適切な配置を推進する。
3. 連携体制の強化：かかりつけ医と専門医、または大学病院との連携体制を強化し、患者が必要とする医療サービスを提供する。
4. テクノロジーの活用：遠隔医療や電子健康記録の導入など、テクノロジーを活用して医療サービスの効率とアクセス性を向上させる。
5. かかりつけ医としての医療知識の継続的な向上と均一性の確保：日本医師会ではeラーニング等による医療知識の向上を図っているが、かかりつけ医として必要とされる医療知識については、都合のよい時間に自己研鑽できる仕組みと評価が必要である。

かかりつけ医登録制度は是か非か

フランスでは、かかりつけ医登録制度が導入されており、患者はかかりつけ医を選び、登録することで患者と医師の長期的な関係が築かれ、医療費を削減することができている。しかし問題は、患者さんの医師を選ぶ自由が制限される可能性があることであり、地域によっては医師の選択肢が非常に限られる。また登録制度の導入と管理は、医療機関と行政機関の双方にとって行政的な負担を増加させる可能性がある。都市部ではかかりつけ医登録を得るための競争がおこり、医師としての力量ではなく宣伝力や資金力に勝る医療機関に患者さんが集まってしまう可能性がある。非都市部では、少数の医師にかかりつけ医としての仕事が殺到し疲弊することになりかねない。患者さんの医師を選ぶ自由は最も重要であり、性急なかかりつけ医登録制度の義務化は好ましくないと思われる。

患者さんの健康を守るために

患者さんの健康を守るために、かかりつけ医機能はより強化されるべきである。提案として、患者さんの日常の健康状態の推移・経過を記入した全国共通の「かかりつけ医カード」を作成し、高次医療機関への紹介、あるいはかかりつけ医の変更などの際の患者さんの基本情報として活用が考えられる。これによりスムーズな医療機関同士のやり取りが可能になるのではないだろうか。人口減少下では、非都市部での開業数の減少と医師の高齢化による引退により医療機関の減少が最も大きな問題になると考えられる。すぐに解決できるような問題ではないが、私はこの医師会再生ビジョン委員会のような日本の医療の未来について真摯に考える先生方が存在する限り、日本の医療はまだ希望が持てるのではないかと考えている。

4. 人口減少下での医師の働き方改革について

北九州市医師会 渡辺 恭子

近年、我が国では生産人口減少に伴い、育児や介護との両立など、働く人の置かれた個々の事情に応じ多様な働き方を選択できる社会を実現しようとする動きが進んでいる。2019年4月より順次導入されている働き方改革は、2024年4月より医師にも導入される。厚生労働省のホームページにおいては、医師にもこの改革が必要な理由として以下のように記載されている。

「これまでの我が国の医療は医師の長時間労働により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。地域医療提供体制の改革や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供するタスクシフト／シェアの推進と併せて、医療機関における医師の働き方改革に取り組む必要がある。」

現在、医療機関は国の方針にのっとり、働き方改革にむけた手続きを進めている。具体的には、1. 医師の労働時間の把握（自院以外の労働時間も含む）、2. 宿日直許可の申請の手続き、3. 時間外・休日労働が年 960 時間を超えない働き方の調整と工夫、4. 医師労働時間短縮計画の作成、などである。

働き方改革が勤務医にもたらす変化としては、以下のようなことがあげられる。1. 医師の健康が守られ、自分の時間をとれるようになる、2. 労働時間短縮が収入減になる可能性がある、3. 専門性や高度な医療技術力アップや研究のための時間が制限される、4. 国民の理解が進んでいないため現場に混乱が生じる、5. 大学病院などの特定機能病院や救急・周産期医療への人手不足や財源不足への検討が必要となる、6. 医師が多い地域にさらに医師が集まり、医師数の地域格差を広げる、等。1～3は医師個人の人生設計にかかわるところであり、4～6は医療全体にかかわるところである。2～6は現時点での課題ともいえよう。

医師の働き方改革をすすめる過程で国民の健康を守るうえで最も問題と考えられるのは、より重症な患者への診療や専門性の高い医療を提供している病院や医師において、いかに現在の医療の質を担保するか、である。医師の時間外労働時間数は（当然ながら）医師数と関連しており、時間外労働時間数の制限を守るためには、業務量を減らすか医師数を増やすことが必要となる。それが不可能な場合は、タスクシフトを進めていくことが現実的な方法となる。ただ、タスクシフトも他職種の人材不足や、病院によっては人件費の縛りや雇用人数の縛りがあり、なかなか進まない現状がある。

また、地域の急患センターなどへの勤務医が出務が可能であるのか、現在の勤務医枠を

うめていけるのか、早急に対応すべき課題である。医師の確保が困難な現状において一病院では解決できないため、行政や医師会を中心とした地域の医療を再構築する話し合いの場が必要である。決して「必要な医療を受けられない患者さんがでることを容認し、未熟な医師の診療を可」とすることにはならないよう、あきらめることなく考えていかなければならない。

これまで守られてきた医師の倫理観や、「時間外や深夜帯の地域の医療を守る」といった、医療の公共性は、人口減少、自由を求める個人の考え方、多様性を認める方針のもとさらに崩壊していくものと思われる。一方、「業務内容によっては働ける、働きたい」と思っている医師は潜在的にはたくさんいると思われ、雇用が不公平感のない形で実現できれば（時間数だけでなく、責任の重さや急な呼び出し対応を可とするか、などの様々な状況を考慮した給与体系を作る、など）現状を解決する力となるだろう。

個人的には、「最も大事な働き方改革後にも若手医師へ【医の倫理や地域医療への貢献、高い専門的技術習得への努力、研究の大事さ】を指導し継承していくことだ」と考える。勤務時間が限られる中、自分のためではなく患者さんのために医療を提供できる医師を増やすことができるよう、若手医師が勤務する病院は取り組み続けていく義務がある。

周知の通り、2024年4月1日から改正医療法により医師に対して働き方改革が行われている。医師の労働環境改善と健康確保を目的として長時間労働の制限を行う取り組みになる。

そもそも医療業界は効率の悪い職種である。病院が大きいほどその効率は悪くなる。例えば医師の敷地内の移動や検査などでの入院患者の移動とその同行など。その他、回診やカンファレンスがあるのでその準備も時間を要する。私は民間病院の外科医だが、手術一つするにしてもいくつかの同意書の説明をして、一つ一つに同意してもらいサインをしてもらわなければならない。手術をしたら週末や休日でも患者の状態が心配で病院へと足を運ぶ。病棟からの連絡に対してメールや電話で対応するが、時や場所に構わず連絡がある。外来診療も検査待ちや、急患対応など時間のペースが一定せず長時間の待ち時間が発生する。かかりつけや理解のある患者は何も言わずに待っていてくれるが、最近は待ち時間が長くなるとクレームを言ってくる患者も少なくない。時代の変化と共にさまざまなシステムを導入して患者のニーズに応えていこうとしている。

研修医を抱える急性期の大病院にとっては大きな変化をしている。数年前から取り組みを行い、研修医や若手の医師は勤務終了と共に帰宅可能になり、その後は上級医が業務を行っているという話を聞く。特に若手の医師には自己研鑽が必要で、教科書を読み、文献検索をして医師として学術的な成長をしなければならない。学会発表もほとんどの医師が経験するもので、若手医師にとっては大きなストレスになるだろう。このような経験をして知識を増やし、診療で生かすのだが時間の制約があれば診療の場が減少し、生かすこともできなくなる。また、時間外労働も管理されるので、他病院への外勤や日直・当直などに行く機会も減少して収入面でも減少することになる。

民間病院においてもいわゆる当直帯の夜間診療や救急の場面で大きな変化が起きている。A水準であれば当直に来てもらう先生も影響が少ないが、B、C水準の病院になるとインターバルや時間外の制限を超えてしまうことも考えられる。救急や夜間外来は人もコストもかかるので、これを機会にやめてしまおうと考える医療機関があっても不思議ではない。夜間外来や救急対応が減るということは地域医療にとっては大きな痛手になる。また、外勤している医師も多いため、その確認が必要で時間外労働の把握をしなければならない。

人口減少により保険料の徴収額は減少するが、医療を必要とする高齢者は今後増加する。診療報酬はなかなか上がらないが、働き方改革を進めると医師数を増やさなければならぬため、医師の給料は簡単に上げられないどころか下げなければ病院経営が立ち行かなくなる。医師の収入が減少するのであれば、魅力の一つがなくなってしまう。

ここ数年で医師の考え方も一般的になったのではないだろうか。子供の行事などでお休みしても罪悪感がない。以前は夏休みを取得するのも気が引けた時代であったが、今では有給休暇も取得しやすいどころか5日以上休まなければならない。女性医師の割合は増加してきており、これからも増えていくであろう。このような風潮は女性医師にとっては追

い風だと考える。子供を育てながらの勤務は本当に大変で、子供の送り迎えや急な発熱など保育施設からの連絡にも対応しなければならない。このような時に業務をカバーし、あたたかく送り出してあげる雰囲気作りや柔軟な勤務体系が重要である。

人口減少下での働き方改革は大きな病院はすでに準備が整っているように思う。時間外労働を制限することでもっと働きたい医師、もっと働ける医師の労働を制限することになり、今後柔軟な変化が必要と考える。また、自己研鑽を望まない医師が増えてきたら20年、30年後の医師の質が低下してくるのではないだろうかと危惧するところである。知識や情報だけならA Iで済む時代になった。適切な判断を下すためには診療の場数を多く経験する必要がある。

他業種においても働き方改革が始まった近年、2024年よりついに医師の働き方改革が始まることとなった。今まで本邦に存在していた24時間いつでも病院に現れる医師、有給の取り方すら知らない医師、休み方を知らない医師というのが減っていくのは隔世の感があると言える。

高齢化社会、人口減少に応じて、地域の医療の担い手である医師、看護師の高齢化も併せて進んでいることにも着目するべきではないか。厚生労働省の統計では、2020年の診療所の開設者または法人の代表平均年齢は62歳である。日医総研ワーキングペーパーによると70～75歳で引退を考えている医師が多いという。ここ10年で引退ラッシュがくるとすれば、今後の本邦の医療制度が大きく変化する10年になるのではなかろうか。

厚生労働省のホームページを見ても、医師の労働時間の管理について大々的に喧伝はなされているものの、その水準からしても、例え大規模～中規模の病院であれば可能かもしれないレベルであるのには想像に難くない。宿日直許可についても以前と著しく異なってきており、「常態としてほとんど勤務する必要がない勤務」と言われているが、その内容はかなり曖昧なものである。実際に大学病院の医局では、医師の働き方改革は急拡大で進んでいると感じる一方で、今まで派遣先であった宿日直先にも医師を派遣できなくなったという。県内でも地方部にある小規模～中規模、特に救急指定されている病院の当直表を見るにつけ、現状は悪化しているのではないかと思われるくらいである。医師個人への負担も局在化する可能性はある。

この医師の働き方改革が形骸化しないように、ひいては次世代の医師のためにも、我々現役世代の医師が年齢、診療科、病院の規模を越えて議論し、実践していくことが大切ではないかと考えている。

さて、勤務医の先生方は4月より始まっている医師の働き方改革の真っ只中にいるわけではあるが、地方の一人開業医はどうなるんだろう？急激に変化する働き方改革の波に乗れるのか？

もちろん経営者としての資質も問われるわけだし、従業員の働き方改革もしないといけない。自分の健康状態を考慮し、収入も維持、医師としてのレベルを保ちつつ、家族の生活もあるので、ライフワークバランスが取れているかという答えはなかなか難しい。医療が持つ特殊性や公共性、同じ県内でも都市部と地方部の格差、診療科の偏在を考えると時間外労働にしろ休日診療にしろ、休みを取るということはかなり困難である。

大胆な改革を求めるとすれば、県、市、医療圏あたりで労働時間の制限をととも思われるが、実際は個人事業主であるので、他と競合しつつ、ライフワークバランスを保ちながら医療に従事することはまず不可能であると考えている。

消極的な考え方に至るなら、医療業界はこういう風に改革が進んでいます。という世間への理解と啓発を求める論調やマスコミ等の媒体を利用することくらいしか思い浮かばな

いのが現状である。

今のIOT環境でホームページやSNSを利用した休診のお知らせ自体も相手がオンラインではない場合には効果はない。特に高齢者の多い地域では、近所のコンビニで会うだけで、患者側より体調管理についていきなり相談されることすらある。確かに大きな病院でのコンビニ受診は最近ではかなり減少したと思うが、小児科救急は今でもかなり広範囲に受診先を探さないといけない時代が続いている。

医師としての尊厳を保ちつつ、ライフワークバランスを取りながら地方で共生しつつ診療を行える時代が果たしてくるのか。幸い、福岡県医師会にはこの医師会再生ビジョン委員会がある。他の都道府県に先駆けて提言が可能で、医師の働き方改革について医師会が国民に理解を求め、発信し続けることが重要であると感じている。

5. 人口減少下での医師・各医療科の確保・偏在

北九州市医師会 浦田 康

この100年ほどの間に日本は急勾配の人口増加を続けた。1868年（明治維新）時日本の人口は3,000万人強だったが2008年に1億2,808万人のピークを迎えた。この間日本は世界的にも稀な短期間における人口増加と経済発展を達成してきたのは事実である。しかし今後の100年間は状況が一変し急激な人口減少となると予想されている。出生率によっても異なるが出生率中位としても2100年は人口4,959万人と予想されている。

この人口減少社会が医療や介護のみならず、今後の日本の経済社会の在り方を考える上での原点となるだろう。我が国は人口増加を経験してきたが、急激な人口減少は経験したことがない。つまり、前提が異なるため過去の経験は役に立たないと思われる。過去の「常識」や「ルール」はマイナスに働く可能性がある。むしろ「過去の体験」から自由になる意識が必要となるかもしれない。この変動の時代を生き抜くには時代に適合した新たな方式やスキルをいかに早く見出すかにより「ピンチ」を「チャンス」の到来とすることも可能であろう。そのためには過去100年の「成功モデル」を180度ひっくり返してみる発想も必要かもしれない。明治維新以来日本は中央集権的な体制で発展してきた。しかし明治維新以前は欧州などと同様封建制のもと基本的に地方分権的な方策をとってきた。人口減少局面に入った今日、中央集権的な社会から分権的な仕組みの稼働が求められそうである。その性質上地域の特性に大きく影響される医療や介護は地方分権を進める1つのコアとなるだろう。

医療や介護のように実際のサービスを提供する業種は人口構成や人口動態の影響を大きく受ける。人口減少社会に突入しているのは事実であるが2030年までは東京都は人口増加する。それ以降は東京都を含むすべての都道府県が人口減少するものと見込まれている。高齢化の動向もかなりの地域差が存在し全国一律に進んでいるわけではない。

医師・各診療科の確保偏在を考えるに現在の医師数や医師の高齢化、女性医師の割合等も重要な意味を持つと考える。我が国の2018年人口1,000人当たり医師数は2.5人、これはOECD加盟38か国中33位である。2015年人口10万人当たりの医学部卒業生は6人だったが2008年に医学部定員引き上げのため2019年には7.1人となった。医師の高齢化も問題である。65歳以上の医師の割合は2000年17.2%、2018年は17.4%であった。女性医師の割合は2018年21.8%であるが医学部入学者における女性の割合が30%を超える勢いであることを踏まえるとまだまだ増加する。

医師の地域偏在対策は講じられているが、医師がどこで働くかは本来自由であるためなかなか解決が難しい。地域偏在対策を考えるに、近年の医学部における地域枠入学の増加による地域枠医師の配置による対策がある。また病床規制により地域ごとに病床を規制したり、研修医や専門医研修の専攻医を受け入れる研修病院に人数制限をかけることで勤務医はある程度調整できる。しかし、開業医においては自由開業制のため地域偏在対策の効

果が低い。外来医師偏在指標を用いて外来医療の需給状態の情報提供を行う事である程度抑制効果が期待できるかもしれない。現在まで医師の偏在対策として一県一医大政策、大都市部の臨床研修病院の受け入れ人数の上限設定、医学部入学における地域枠など、いろいろ実施されたが大きな効果が上がっていないのが現状である。

福岡県は医師偏在指数でみると 300.1 で全国 3 位の医師多数県である。二次保健医療圏別にみると、京築保健医療圏が県内唯一の医師少数区域に設定されている。二次保健医療圏よりも小さい地域において医療需要に対して医師が少なく医療機関へのアクセスに大きな制限のある医師少数スポットは離島やへき地の 8 地域がある。

現在福岡県で実施している医師確保・医師偏在対策として

- 外科、小児科、産婦人科、救急科及び総合診療に従事しようとする医学生に対し久留米大学医学部福岡県特別枠の設置
 - へき地医療に従事する医師として自治医科大学卒業医師の派遣
 - 県内 4 大学医学部に寄付講座を設置による医師派遣
 - 総合診療医の養成
 - キャリア形成プログラム策定
 - 女性医師の支援・確保
 - 医療勤務環境の改善
 - 医師の働き方改革への対応
- 等を行っている。

現在福岡県は医師多数県に設定されているため他県からの医師確保を実施するのではなく、現在県内に従事する医師の定着を通じた医師確保となる。また医師少数スポットにおける医師確保を図る必要がある。医師確保についてどのような医師がどのくらい必要かを考える必要がある。急性期病院を支える若い医師、回復期病床を担当できる総合診療能力やリハビリ・高齢者医療ができる医師、訪問診療・往診などが担当できる医師、それらの医師が地域に定着できることを目標にすべきと考える。

医師の偏在診療科の偏在に対していろいろな施策が講じられていることは周知である。地域としては現在いる医師の定着を目指すことになる。勤務医に関しては病院の定員や専攻医のシーリングなどいくつかの手立てがある。自由開業制のもとにある開業医について、最近の診療所新規開業では開業コンサルタントの利用が多い。そのため地域の実情も十分理解することもなく落下傘的に開業することにより地域の医療ニーズとの不整合、地域の医療機関との競合、医療、介護、福祉、行政との連携不足などの懸念もある。地域の開業医の高齢化、継承問題に対し地域の勤務医への開業コンサルトを地域医師会がドクターバンク等の開設で仲介することができれば混乱を避けながら継承者を斡旋することも可能かと考える。

私は福岡市で皮膚科を開業しているが、最近、初めてお会いする方に皮膚科医だと告げると「皮膚科のお医者さんですか。美容もされるのでしょうか？美容皮膚科って、流行りですね」医師に流行りがあるって良いのか・・・と思いながら、「小さな個人の皮膚科クリニックです」ととりあえずお答えする。とは言え、振り返ってみればこれまでの医療の歴史の中で、診療科に流行りが無かったわけではないと思う。1930年代生まれの私の父たちの時代は、外科や内科や、いわゆる昔で言うメジャー科が主流だった。全身管理が出来ない医者は医者ではない風潮もあった気がする。時代とともに医療も細分化、新しい診療科や専門科も確立されてきた。ある意味、医者も選択肢が増えた訳だ。最近では医学部の女子学生の割合が5割近くなったという変化もあってか、働きやすいと言われる眼科や皮膚科に人気が集まった。そしてコロナ禍を経て、現在。今回の再生ビジョン委員会でも毎回話題に上がったが、医師の働き方自体も選択肢が増えてきている。若いドクターたちの意識の変化と社会の変化が相俟って、時間外救急プラットフォームと呼ばれる新しい形での医療の提供や、どこかのテレビ番組の様にフリーランスでの働き方をする医師たちが現れ、聞けば彼らは、家族との時間、自分の時間を楽しむ所に価値を置いている。こうなると、それぞれの人生に対する価値観に繋がる話で、他人がとやかく言える事ではなくなってしまふ。

また、医師の偏在と言っても、すでに医局制度が崩壊して私たちが若い頃のように、若い医師たちに対して強制力も何も無い時代である。いやいや、強制力なんてあってはいけない時代なのだ。そうすると個人に任せるしかない。が、若い人が好んでコンビニが街に一軒の田舎に行きたいか。田舎は嫌だとなれば、遠隔地域の診療は誰が担うのか。やはり政府が言うようにIT化か、AI導入か、オンライン診療への選択か。

私は皮膚科医であるが、美容皮膚科や美容外科で働く医師たちが増えたのも良く知っている。何がそんなに魅力かと言えば、その1、華やかに見える。その2、女性医師達にしてみれば自分自身の美容もかねて、一挙両得。その3、大手だと働き方も選べ、命に関わらないから、なんとなく楽な気がする。若い医師たちにはそう見えるのだろうが、実際は確かに華やかな世界ではあるが、だからこそ芸能界と一緒に、身を削っての熾烈な競争があるらしい。又、今は華やかに見えても人口が減っていく日本で、今後美容に使うお金が今と同じ額など、どこにも保証はないのだ。もし競争から脱落した時、早いうちから美容に行って本来の医師としての基礎知識が中途半端だと気がついた時、彼らは一体どうするのだろう。私は研修施設での勤務の際、研修医の先生達と話す機会がある度に、老婆心ながらまずは医師として、医療を学んだ方が良いと話をする。(焼け石に水ではあるが)

では、「人口減少下での医師・各診療科の確保・偏在」に対しての解決策はどこにあるのだろうか。再生ビジョン委員会の討論や勉強会の中で、既に各地域、都市で、医師の偏在に対して様々な取り組みがなされていることを知った。面白い取り組みをされている地域もあった。先日、ある医師会の女性医師へサポートシステムの話聞く機会があった。そ

これは医師会の中に子育て支援の場を設け、女性医師が手術や仕事で子供たちを保育園に迎えに行けない場合、医師会員であれば1回500円で医師会の支援センターが代わってお迎えに行ってくれるというものだ。実際に経験した人でなければ分からない細かな支援だと、本当に感動した。やはり地域によって温度差や、各医療科で事情は異なるだろうが、私的には、まずは若い人にとって、仕事のモチベーションはどこにあるのか、余暇か、自由度か、社会貢献か、金銭的なものか、或いは、SNS的パフォーマンスなのか、それを徹底的にリサーチする所から始めるべきであると思う。政府主導で、いくら医師の数を増やしても、女性医師の働き方を考えても、机上の空論でニーズに合わなければ、益々医師は偏在し必要な場所や医療科に人は集まらない。そもそもが、Z世代と言われる若い世代は考え方も社会の見方もまるで違う訳で、まずはそれを知らなければ解決策は生まれない。強制や拘束がありえない時代なら尚更である。その上で医師としての仕事がいかに魅力的かをアピールする手立てをそれぞれの地域、医療科で考えていくしかないと思う。

私たち医師は国民皆保険制度という有難い制度の中で長く守られてきた。

だが、これから間違いなく時代は変化していく。私達も変化していかなければならない。

委員会でいただいた資料の中に

“医師会の大義は「国民の生命と健康を守る」こと

医療は、国民の生命と健康を守るための「社会的共通資本」である”

という理念があった。

私個人は、医師としての守るべきプライドは何であるか、時代は変わっても見失わないでいきたい。そして、それを次の世代にも伝えていくべきだとも思っている。

昨日、一人の研修医と話す機会があった。

彼女は、臨床はアルバイト程度で、病理の専門医になるのだと言う。

いつの日か、医療の現場でのAIの存在が大きくなった時、私達医師が人間として何をすべきか考えを問われる時代になるよね、と話をした。

私は医師になって2023年で42年目となった。過去大学及びその関連病院を含み産婦人科の勤務医として合計17年（2年間の研究海外留学を含む）、その後有床診療所を福岡ブロック内粕屋地域で開業し産科を中心とした診療を17年、その後無床の診療所に変更し婦人科を中心とした診療を開始し今年で8年目となる。勤務医、有床診療所開業医、無床診療所開業医をそれぞれ比較的長く経験した一医師として、頂いたテーマについて自らの経験より考えさせていただいた。

まず医師の地域間偏在問題・診療科の偏在に関してはもちろん知ってはいたが、この委員会に参加させていただき改めて自分自身で考えることとなった。また、地域単位での医師確保計画の定量的な現状分析の存在と、その中で用いられている「医師偏在指数」、「標準化医師数」、「受療率」等の定義及びそれらの要因がこの偏在問題に関与する意味を恥ずかしながら初めて知ることとなった。また、その中のdataは我々医師が提出した各医療機関の情報を集積し、人口減少下に将来医療に何が起こりうるかの予想を各2次医療圏別に示してあり、そのdataによる結果に基づいて今後の方策を計画してあることに感心した次第である。大学の地域枠・地元枠や奨学金制度の試みに対しても医師・診療科偏在問題にある程度有効な手段となりうることを理解できた。さらに、今後ますます実数として増加する女性医師の活躍を期待するには、離職防止のための後援支援、勤務環境の整備がより重要な因子となることが改めて理解できた。しかしながら、我が国の今後予想される人口減少と加速する高齢化を補うような医療の改革の必要性を考えると、現時点ではまだこれらの方策のみでは医師の偏在と各診療科の偏在の根本的な解決には不十分ではないかと考える。

我々医師は国家試験合格後に勤務医・開業医などの臨床医、大学等の教育機関に勤務し、基礎医学や学生教育に携わる医師、保健福祉事務所や厚生労働省等の国・地域の公的機関に携わる医師に分けられるが、どの道を進むかは基本的に職業選択の自由として認められている。臨床医を選択すれば診療科の選択に関しても自由に認められているのは同様である。医師の大半は医学部を受験する際には将来臨床医として、患者を診て治療を行うことを想定していたと思う。これは私が医者になった時代でも現在においても、基本的には変わりはないと考えている。では、直接的に今後医師偏在問題・診療科偏在問題に影響を与える臨床を志した医師の中に限り考えると、最初大学や研修病院で医療に関する知識・手技を学び、その後も医師として診療を行いながら研鑽を積むこととなる。その際には勤務医であれ開業医であれ、その将来の方向を決定するのは**A. 仕事のやりがい**、**B. 生活を支える収入**、**C. 家族を含む生活のQOL**の最大公約数を望むことが誰しも考えることだと思われる。Aが方針決定の最優先事項であるのは以前、現在でも同様だと信じている。Cは医師確保計画や2024年度に開始となる医師の時間外労働規制などの働き方改革で、ある程度の改善が期待できるかもしれない。しかしながら、2024年度からの第8次医療計画で医師の偏在や地域の存在に不可欠な産科医や小児科医を含めた診療科の偏在に関しての方針

が示されるかと思われるが、根本的な改革にはBに関しての差別化が今後重要になると考える。診療報酬は医療提供体制に一番影響をあたえるものだが、全国で一律であることが地域に反映されるのは限界がある。医療ニーズの地域差を考慮したアレンジができれば、医師確保計画で補えない部分を埋めることが期待できるかと思う。

私の開業医としての個人的な経験では、医師を含めたメディカル・スタッフやコ・メディカルスタッフ充足という観点からB、Cの重視が非常に有効な手段であった。Bの収入面はその後続くCの改善をもたらし、離職率は激減した。もちろん医療の経営側の立場としては、収入面で一時苦しい状況になるが、職場の環境や人間関係も良い方向に変化したのは驚くほどであった。地域間の医師偏在問題や診療科偏在問題の解消には、今後B、Cの差別化、すなわち少ない診療科の診療報酬自体の大幅な上昇や医師少数地域に勤務する医師に対しての何らかの手当てなどの大幅な上昇などが必要と思われる。それらの改革を国・都道府県・2次医療圏別に議論することが必要になると考える。また、医師少数スポットに配属される医師については、基本的に総合診療医が望ましいことを考慮すると、上記改革に加えて、自治医大を含む地域の大学からの派遣を地域の医師会と連携の上、考えていくことが必要かと思う。

医師の偏在問題、診療科偏在問題に関して個人的な意見を述べさせていただいたが、今後の大局的な医療改革や変化する地域内の特性を考慮した大幅な改革なしには、今後ますます進行する人口減少下、少子化に対応したこれらの問題の改良は困難であることが、私自身再確認でき、有意義な委員会に参加させていただいたことを感謝する。

6. 今後の日本の医療のあるべきすがた

医師会再生ビジョン委員会副委員長
飯塚医師会 松岡 良衛

戦後日本は高度経済成長とともに急速に発展を遂げた一方で、急速な社会環境の変化により、他の諸外国に先んじて、高齢化、人口減少、今後の発展の見通しなど、様々なことに対応する必要に迫られている。医療業界でもその流れは顕著であり、社会の流れに対応し、今後を見通したビジョンを持って運営することが迫られている。本稿では、人口減少に伴う医療への影響を考え、その上で、今後の日本の医療のあるべき姿に関して論じてゆく。

1. 人口減少による医療への影響

- (1) 働き手不足：医師不足、スタッフ不足両方があり、さらに働き方改革による時間の制限のため、規模縮小を強いられる場合もある
- (2) 患者数の減少：人口の絶対数が減るため、科によっては、患者数は減少してゆく可能性がある
- (3) 出産数の低下による高齢化：高齢者向けに医療資源が集中してゆく可能性がある
- (4) 国家予算：人口減少で国力が低下すると、必然的に医療に割り当てられる予算が限られてくる

再生ビジョン委員会の中で、講演、資料をもとに活発な議論がなされた。働き手不足に対しては各県それぞれ事情が異なっており、個々の状況に応じて柔軟な対応が必要だと感じた。また、医師の仕事に対する考え方も人それぞれで、医師数だけでは解決できない問題があることも判明した。細かい点に関しては、各担当の先生方の項を参照していただきたい。

2. 今後の問題点

人手不足に関しては、これからも人口減少は続くのであるから、人員自体が急速に増えてゆくことは望めないと考える。どの医療機関も求人の悩みが尽きないのではないか。求人に関して努力することも大切であるが、これからは、いかに少ない人員で医療機関を運営するかを考えたほうがよいように思われる。(小生は外来クリニックの経営者であるため、あくまでクリニック運営としての意見である。病院運営の方々は当直、看護師配分などでの加算を考慮する必要があるので、違った意見になるかもしれない)。

高齢化は医療従事者、患者両方に当てはまる。医療従事者は高齢化により、退職、事業承継もしくは閉院の選択が迫ってくる。地方の開業医のところには後継ぎが戻らず、都市部には若い医師が偏在し、フリーの医師も増えてきているようである。実際の医師の人数と、労働している医師の人数にも差があり、医師数を増やすことが正しいのかどうか、収

入の配分を考えた上でも再考の余地があると考え。患者側の高齢化も、医療サービスを高齢向けにシフトさせる必要があり、予算がそこに集中すれば、他の医療が軽視される可能性がある。高齢者の自動車運転事故が増えたことがあり、高齢者の自動車運転は遠慮すべき風潮となっているが、バスやタクシーなどの交通機関も縮小しており、医療機関への受診が困難になっている現状がある。

人口減少、他国の台頭で、日本の国力を維持するのは大変なことである。人口は減少するが、高齢化は進むため、必要な医療全体は減らないかもしれない。しかしながら、国家予算が減れば医療予算を大幅に増額することは厳しいと思われる。そこを踏まえて今後の医療内容、経営を検討してゆくことが必要と考えられる。

3. 今後の医療のあるべきすがた

我々医療機関が今後どうあるべきか、社会がもとめているすがた、我々が生き残ってゆくためのすがた、まずは両者を分けて考えてみた。

(1) 社会（患者）が求めているすがた

- ◆ 信用性がある
- ◆ 必要なタイミングで受診できる
- ◆ 必要な治療を受けられる
- ◆ 受診しやすい場所にある
- ◆ 医療費は安いほうが良い
- ◆ 予防、健康管理も相談できる

(2) 医療機関が生き残っていくためには

- ◆ 人材確保
- ◆ 安定した収入
- ◆ 行政、医師会のような周囲からのサポート

大まかには上記のようなものであろうか。我々が今後目指すべき医療機関の姿とは、どちらかに偏ったものでなく、社会と医療機関両者にとってメリットがあるものにすべきである。社会的信用はそれぞれの医療機関の努力と、医師会など団体の活動、宣伝、サポートによって強化されよう。オンライン診療は否定的な意見もあるが、社会のニーズ、他業種の参入などを考えれば今後進んでゆくように思われる。この分野に関しては、現存の医療機関を守るためにも医師会からの積極的な情報提供が望まれる。立地など、どうしようもない面があるが、オンラインの活用と、行政による公共交通機関の整備なども医療体制の維持のために改善をお願いしたいところである。人材確保に関しては前述のごとく、効率化によって少ない人数で医療を維持することも検討してゆくべきである。今後、改定などで大幅な保険収入は望めないように思われることから、効率化と、健康維持のための自費医療なども取り入れていくことが必要かもしれない。

COVID-19の数年間で、現代人の生活スタイル、価値観、経済は大きく変化した。さらにITの発展も著しく、オンライン診療、マイナンバーなどの登場、逆に人同士の直接のふ

れあいの重要性も再認識されつつある。医療機関運営も、COVID-19 自体でなく、上記のような社会の変化を理解し、それに対応した新しい医療のスタイルを構築する必要があると考えられた。

(背景)

Z世代を中心に重要視されるのは「タイパ」だそうである。「タイパ」とは「タイムパフォーマンス」の略で、費やした時間と、それによって得られた効果や満足度の対比、すなわち「時間対効果」を示している。短い時間で高い効果を得られたなら「タイムパフォーマンスが高い（良い）」、長い時間をかけたのに収穫が少なければ「タイムパフォーマンスが低い（悪い）」というわけである。翻って医療の現状を見ると、これほどタイパの悪い仕事も無いのではないかと考えさせられる。

わが国の医療制度は、健康寿命の延伸に多大なる貢献をしてきた一方で、人口減少と少子高齢化、増え続ける財政負担などの諸課題に対する改革の必要性が訴えられてきたところである。そして、2019年から発生した新型コロナウイルス感染症拡大によって、わが国の医療提供体制には、さらに多くの課題があることが顕在化してきた。医療従事者の偏在や不足をはじめ、平常時・非常時それぞれにおける病床機能の不備、在宅での患者支援体制の未整備、ワクチン接種やデジタル化の遅れなどである。こうした課題が顕在化し、国民の関心が高まっている現在、将来世代も含めた国民が安心でき、持続可能で質の高い医療提供体制を構築するための国民的な議論や速やかな改革が期待されている。

(医療の在り方)

かねてより日本で暮らす約3人に1人が65歳以上の高齢者になるという2030年に向けて、医療変革の機運が高まりつつあった。その根幹にあるのは、家族を含めた「患者中心の医療」である。「自分では判断が付き、どの病院や診療科に行けばいいかわからない」「通院は大変だし、待ち時間も長い」「自分の病気を理解した上で、納得した治療を受けたい」といった不安や不満を解消しつつ、新しい期待にも応えていく医療である。そのため重要となる2点を挙げたい。

(1) かかりつけ医機能

現在、国民一人ひとりが、その健康に責任を持つ、かかりつけの医師を持っているわけではなく、そのような医師を含めた地域の全体のサポート体制ができていない。このことが、コロナ禍において、病院に行くか在宅で支援を受けるかなどの相談・サポートを身近で受けられない理由となっている。さらに、医療提供者側におけるデータ共有不足や地域連携の不足としても表れ、保健所や一部の大病院のリソースの顕著な不足が発生する状況を生み出す一因となっている。将来の公衆衛生危機や今後の少子高齢化への対応を考え、健康不安時の対応のほか、生活習慣病患者への質の高い医療の提供、病院・診療所間連携、在宅支援におけるかかりつけ医の役割を改めて見直すことが必要である。そこで、臓器ごとの専門医だけでなく、全人的・包括的に複数科／疾病の患者も診られ、患者の地域や家族の状況も踏まえて診察できる医師（プライマリ・ケア医）が必要と考えられ

る。そのためには、国民一人ひとりが、自らが選んだ一生涯のかかりつけの多職種医療従事者チームに診てもらえる仕組みを整備すべきである。これにより、国民は、個々人の疾病の治療だけでなく、地域において、人生を通して健康について相談できるチームを国民一人ひとりが持ち、健康長寿に向けた助言・指導が継続的に受けられる。医療提供体制側においては、重複的な検査・投薬の削減や機能分担によって、在宅・入院の適正化、病床の適正確保などが見込まれる。

(2) 医療のデジタル化

現在、医療サービスに対する支払いは、一部を除いて主に医療サービスの投入量に着目しているため、医療サービスの増大や非効率を招きやすい構造となっている。そして、公衆衛生危機に代表されるような社会の変動がもたらす医療に求める価値の変化、技術の進展やデジタル化による新たな価値の創造がなされた場合でも、これらの価値をデータによって評価し、価値の高い医療へのシフトを加速化する仕組みが十分実装されているわけではない。このような仕組みが実装されていないことは、医療全体の資源配分を固定化するとともに、新たに投資すべき分野への集中的な資源配分や、それを支える技術の発達を難しくしている。医療のデジタル化によって、データの収集がこれまでより容易になるとともに、新たな価値も測定しやすくなる。収集したデータに基づいて、既存医療や新たな医療の価値を評価し、価値の高い医療がより選択され、価値が高いとはいえない医療の提供が少なくなる仕組みを構築し、医療支出をより投資的に運用することが必要である。こうした医療のデジタル化によって、国民は正確なデータを活用した質の高い医療を継続的に受けられる。また、医療改革においては、これまでは給付を削るか財源を増やすかの主に二つの選択肢による議論が続けられてきたが、今後は医療の質を向上させながら制度の持続性を高めるといふ第三の選択肢をとることができるようになると思われる。

(まとめ)

公衆衛生危機、少子高齢化と経済成長、財政負担増大への対応といった諸課題に対しては国民の理解を得る戦略的アプローチが必要である。このためには、医療関係者による視点のみならず、国民目線の検討をさらに進める「考え方の転換」が必要である。特に、コロナ禍で医療提供体制の課題を国民が目当たりしている今だからこそ、この考え方の転換は非常に重要である。

本来の医療の在り方は、医師が診察に十分な時間をかけて一人ひとりの患者と向き合う医師・患者関係の構築である。国民の一生涯の健康を地域多職種連携で診るプライマリ・ケアチーム体制整備、デジタル化による質の高い医療を加速化することで医師の負担を減らし、患者と向き合う時間を増やす「タイパの良い」医療になるものと考えられる。

今後の日本の医療のあるべき姿を論じる前に、簡単に過去および現在とこれまでの日本の医療を総括する。これをもとに今後の日本の医療を考察することにする。日本の医療は戦後、1961年に国民皆保険制度が確立され、このことを基軸として国民の健康増進と保持を図っていった。さらに医療技術の高度化と医療の質の向上化を推進していき、世界に冠たる医療レベルを保持していると言っても過言ではないと思える。しかし、今後の日本の医療を考えたとき、少子高齢化、社会構造の変革および医学の進歩に起因すると思われる多くの問題点や矛盾が挙げられる。

1. 人口減少にともなう少子高齢化
2. 医療レベルの高度化にともなう医療費の高騰
3. 地域医療の脆弱性
4. 医療財政の逼迫
5. がん、心脳血管疾患および生活習慣病といった疾患の増加
6. 未知型感染症（新型コロナウイルス感染症）が及ぼした国民生活への影響について
7. 医療のICT導入のメリットとデメリット

以上のような問題が憂慮されているが、それぞれについて私なりに考察したので述べてみたいと思う。

1. 人口減少に関しては国全体の問題である。しかしながら、人口減少、とくに少子化は喫緊の重要項目であり医療界のみならず、社会、経済に直結する事案である。少子化は現状日本を考えればやむなしとの考えをする向きもあるが、将来、現在の社会保障制度体制のインフラ維持を考慮すれば、少子化は将来の生産人口の減少に直結しており、やはり異次元の対処をすべき問題である。また、高齢化は確実に進んでおり、高齢者人口割合は増加しつつある。これに付随する認知症の増加、介護の問題が深刻化しつつある。医療費の約60%は高齢者となっている事実と介護問題との連携を考えなくてはならない。

2. 医学の進歩にともなう医療技術の向上、先進医療の発展による医療費高騰がある。将来的には一定の割合での医療費の高額化は医療の進歩を考慮すればやむを得ない。しかしながら、医療費の可及的な抑制は困難であるが、他方では国民皆保険体制の維持が求められる。

3. 地域医療に関しては都市部との医療体制のレベルの格差がある。地方では看護師等の人材確保の困難性、クリニックおよび病院の減少、閉鎖が顕著にある。また、医師配置の偏在化もあり、今後、地域医療の質を維持向上させるためには、医療の平準化と効率化を図ることが重要である。医療人材の育成や医療情報の共有化も重要である。

4. 医療技術の進歩や高額医療費の増加により医療財政の逼迫が言われている。介護保険、年金等を含めた社会保障制度体制を維持するために強固な財政基盤の確立が求められている。

5. がんの知見、診断および治療に関しては種々の新しい診断法や治療法が開発されて世に知らしめる状況にある。しかしながら、医療費の高騰が医療財政の逼迫を生じることとなり、これにより国民生活の窮状が問われている、しかし、一方で医療費の過度な抑制は医療機関等の経営悪化を招くこととなり、近年の物価のインフレに見合った診療報酬の見直し改定が不可欠である。

6. 2020年2月に始まった新型コロナウイルス感染症はその後に国、国民生活および経済に未曾有の甚大な被害を及ぼしたことは周知のごとくである。2023年5月に5類感染症になったが、まだまだ医療機関がコロナ以前の状態に戻るのには時間がかかるのではないかと思われる。将来、人類がまた新たな未知の感染症に遭遇したときに、今度の新型コロナウイルス感染症での経験が活かされることを望むばかりである。国、保健所を中心とした行政機関による感染予防と拡大防止方法、迅速なワクチン開発と接種要領、診断法および治療法の開発が迅速になされるように願う。今回の新型コロナウイルス感染症で行政の感染症に対する動向の未熟性、曖昧性が必要以上に国民生活の混乱を招いたことを十分に反省して国と地方がしっかりと連携した感染症対策センターの創設が急務である。

7. 医療のICTの導入、活用は目を見張るものがある。日常診療におけるICT利用は日常茶飯事となり、身近なところでは電子カルテ、オンライン診療、マイナ保険証、ネットによる情報収集等々枚挙にいとまがない。今後の医療はICT活用なくしては考えられず、うまく付き合っ利用していくべきと考える。問題点としてプライバシー保護、セキュリティ対策がある。患者の個人情報や医療情報は機密性が高く、ICT利用には十分な注意を要する。また、高コストやシステムの平準化も将来に向けての課題である。

あとがき

医師会再生ビジョン委員会副委員長
飯塚医師会 松岡 良衛

2022年9月より始まった医師会再生ビジョン委員会であるが、今回の諮問「人口減少と医療機関運営—働き方改革もふまえて—」に関しては、それぞれの立場（病院規模、診療科、立地）により論点、意見は様々であり、故にそれぞれの立場を踏まえた特色ある意見が交わされた。答申としてはそれぞれ担当を分け、担当内での執筆という形をとったが、その中で、それぞれの先生方の意見がうまく反映されたものになったと思う。

一般開業医にとっては、毎日の自分のクリニックの運営を考えるのに手いっぱいであり、今後の医療界など大きなことを考えたり議論する機会は少ない。しかしながら、自分なりの熱い意見をお持ちの方が多いの事実である。再生ビジョン委員会では、そういった先生方の持つておられる率直な意見が出されることが、この会の重要な価値であると思われた。医師会員の中で、再生ビジョン委員会の委員でない多くの先生方も、実は意見をのべる機会を欲しておられるのかもしれない。委員会前に、自分の地域の先生方に意見を聞いた後に出席される方もおられ、答申は、そうした方の考え方も踏まえた内容となっている。

本答申を通して、具体的な内容を参考にさせていただけるとともに、多くの医師会員の方が、医師会、医療界に対して熱い思いを持つておられることを感じていただければ幸いである。

2期目の医師会再生ビジョン委員会委員を拝命し、今回は副委員長を務めさせていただいた。本委員会に参加し県内各地の医師と議論すると、ただ目の前の患者に向かい合っているだけでは医師としての役割を果たしているとは言えないことを実感する。医療界の抱える課題と今後の見通しを知り、自分の意見を持ち、それをもとに自分のいる社会における医師としての在り方を考えつつ診療にあたらなくてはならないことに気づかされた。

さて、今回の諮問である「人口減少と医療機関運営―働き方改革もふまえて―」に対して、各委員とともに答申をまとめさせていただいた。大まかには以下の3つ、①医療提供体制の弱体化、②患者数の減少と高齢化、③地域格差に着眼して、各々与えられたテーマに沿って、医師、医師会、医療の将来を考えた視点からの答申をまとめることができた。忙しい診療の合間に、場合によっては遠方から委員会に参加いただいた委員には心より感謝申し上げたい。

あとがきでは、ちょっと視点を変えた意見を申し添えようと思う。多くの委員が記したように、これまでと同じように医療提供をすることは困難な状況となってきている。働き方改革による労働時間の制限、医師の労働に対する意識の変化、医療機関の偏在、高齢化等による地域の医療機関の減少等々、種々の要因がある。もちろん、答申にあるように、医療の側がこれを解消すべく努力することは第一になすべきことである。しかし、こうした限りある医療資源をいかに有効に活用すべきか、このことも議論されてしかるべきではないだろうか。例えば、コロナ禍においては、COVID-19に罹患していないかどうか心配だから、会社から検査してこないと出社させないと言われたからという受診が相次ぎ、発熱外来を逼迫させた。今も、インフルエンザがどうか知りたいというだけで発熱もないのに受診する患者がいる。風邪症状があるのであれば、それがCOVID-19であれ、インフルエンザであれ、他のウイルスであれ、感染を拡大させる可能性があり、免疫力を高め早期に治療するためには休養を要するのだから、風邪をひいたら誰もが自宅療養することを当たり前で容認できるような社会となることが望ましい。某市販薬のキャッチフレーズであった「風邪でも、絶対に休めないあなたへ」というのはコロナ禍を経て死語となったはずである。また、人間ドック学会の基準に基づき、LDLコレステロール値が基準値をほんのわずかに上回っているだけでも、要精査となり医療機関受診をすることが求められる。健診結果を過去のものも含めて総合的に判断しても、それは必要な受診なのだろうか。医療機関を受診するのは、本当に医療を必要とする人だけで良いはずだ。国民皆保険のわが国では、深く考えずに受療することが当たり前になっている。今後、限られた医療資源の中で、高い質の医療を提供し続けるためには、国民の受療行動にも変化を求めると考える。

医師会として、よりよい医療の未来を築くべく、医療界だけでなく、社会全体に働きかけ、会員皆でたゆまぬ努力を重ねていきたい。

各委員の感想

岡本 高明 委員長

一人じゃないってステキなことね。

いよいよ今期の「医師会再生ビジョン委員会」も答申の時期を迎えた。

再生ビジョンというと色んな受け取り方があるであろうが、私は医師会の重要性、すばらしさを改めて確認した委員会のように感じる。今期が始まったのは未曾有のコロナ禍の真っ只中、委員長を拝命したのはいいがどのように進めていくべきか？大変悩んだことを覚えている。しかし、当委員会は我々にとっても本当に貴重な情報源として役に立ってもらった。

委員の先生方のご発言もいろいろなお立場からの意見で、さすがだなあと思うことしきりだった。とかく、士業という仕事は開業などしようものなら常に「孤独」という魔物にさいなまれるもので、考え方も偏りがちである。当委員会は「医師会再生」のみならず「会員各位のリフレッシュ」に役立つものじゃあないだろうか？

一人じゃないって良いもんだなあ。

今回の答申も委員の先生方ばかりではなく、是非広く会員各位にもお読みいただきたいと思う。きっと宝物になるだろう。

委員の先生方、今期は拙い委員長にお付き合いいただき感謝いたします。

医師会再生ビジョン委員会に栄光あれ!!

松岡 良衛 副委員長

再生ビジョン委員会には、今回で計3期在籍させていただいた。慣れないうちは、意見を述べたり、参加するのが億劫であったが、自由に意見をのべる空気があり、次第に医師会や医療界に対して考えるようになり、自分なりの考えを持ち、積極的に発言できるようになった。2期目より副委員長を仰せつかった。委員長の助けになったかは疑問だが、なるべく屈託のない意見を述べ、他の先生方が自由な意見を述べられるよう心がけていた。再生ビジョンの良いところは、様々な立場の先生方が集まり、諮問を通して自分の意見を持ち、お互いに自由な意見交換ができることにあると思う。できれば、多くの先生方にこのような機会を持っただけならいいと思う。委員会の出席は義務のようではなかなか出席希望はないかもしれないが、何らかの形で医師会や医療界で自由に語り合える機会があれば、今以上に医師会に興味を持っただけ、会の魅力も増すと思う。再生ビジョンOB会とかWebでのスポット参加なども楽しいかもしれない。

長きにわたり、委員長、副委員長、県理事、運営局の方々、参加された委員の皆様のご尽力に感謝申し上げたい。委員会で得た知識、空気感を忘れず、まずは身近なところから医師会や医療界のことを語り合い、応援してゆきたいと思う。

雨宮 直子 副委員長

2年間にわたる委員会で諮問に対するフリーディスカッションを繰り返し行った。毎回、委員の皆様の活発な議論に刺激を受け、勉強させていただいた。

本答申でも何人かの委員が触れておられるが、デジタル化は今後の医療界における大きな肝だと考えている。答申をまとめていた昨年末、オンライン資格確認について厚生労働省の担当者を含む11名(!)がわざわざ来院され、インタビューを受ける機会があった。まだ種々の問題を抱えており、医療機関のシステムとのインターフェースが整わず、仕様拡張されているにも関わらず、なかなか進まないのが現状だが、個人的にはオンライン資格確認が将来的に医療情報共有のためのプラットフォームへと成長することを期待していると話をした。国としてもその方向で進めたい意向のようだった。まだまだ時間はかかるが、医師会全体としてオンライン資格確認の拡張に協力していくことは、諮問に対する答えの一つになるのではないかと思う。

熱い委員の先生方のディスカッションを思い出しながら、これからも地域医療に貢献できるよう町医者として頑張っていきたい。

浦田 康 委員

今回の再生ビジョン委員会への会長諮問は「人口減少と医療機関運営—働き方改革もふまえて—」。2025問題や2040問題含めて人口動態や医師の診療科の偏在や地域偏在、診療報酬とか何でもかんでも含めた壮大な諮問である。この諮問に対して岡本高明委員長のもと松岡良衛・雨宮直子両副委員長、県医師会理事と委員で討議し答申を作成した。男性女性、病院診療所、様々な診療科、年齢など多様な人間が議論していった。様々な角度からの意見は非常に新鮮であり驚きであり興味深かった。其々が其々の立場で真剣に意見を発言し、皆で考えていく工程を繰り返しブラッシュアップしていく。通常委員会での議論、合宿での議論をとおして答申が構築されていく。このような中で、自分の視野が広がっていくかのような感じさえ自覚できた。日常は医師として診療を生業としている自分にとってこのような問題を思考し意見を構築することは新たな気付きと反省を与えてくれた。まじめに考えるという事の大切さを再認識した。今回再生ビジョン委員会に参加する機会を与えて頂いたことに感謝する。

峯 信一郎 委員

今回、北九州市医師会理事として初めて参加させていただきました。事前情報など無かったのですが、福岡県各地域の代表の方々の様々な立場でのご意見を伺う機会を得て、大変参考になりました。今回の「人口減少と医療機関運営—働き方改革もふまえて—」という課題は、大変重要で多岐にわたるものですので、2か月に1度の委員会で方向性が定まらないことに多少不安を感じていましたが、自身は74床のケアミックス型病院出身としての立場で考えを述べさせていただきました。合宿での星北斗先生の講演は医師として、議

員として、ざっくばらんな語り口で、今までに聞いたことの無い内容でした。本当に目から鱗が落ちるような印象で、今後の医師会活動に参考にしたいと思っています。各委員の先生方にはお世話になり大変感謝申し上げます。

渡辺 恭子 委員

令和4年度より北九州市医師会理事を拝命し、再生ビジョン委員会に参加させていただきました。当初、北九州地域を離れる県での委員会活動にびくびくしておりましたが、岡本委員長の温かい司会のお陰もあり、自分の意見を（つたないながらも）発言することができました。この会で様々な地域の先生方のご意見を聞き、同じ福岡県内でも地域によって、診療科によって全然立場や考え方が違うこと、自分の視野がいかに狭かったかを知ることができました。また、合宿では政治や医療行政のことなど、「目からうろこ」の内容をたくさん教えていただく機会に恵まれ、多くの先生方とお話ができ、大変楽しい時間を過ごさせていただきました。

日本の医療に大きな変化が起きている今、医師会の組織力が試される時なのだ、ということ強く実感しました。人口減少の中、かかりつけ医がどう変化していくのか、医師の診療科選択の自由、診療場所選択の自由、働き方改革が今後の地域医療にどのような未来を持ってくるのか不安はありますが、できることを考えながらこの変化を乗り越えていきたいと思えます。ビジョンの会に参加することで、多くの視点をもつことができました。医療関係者の知恵が集まれば、この変化もよい方向に向いていくと信じております。最後に、このような機会を与えていただいたことに感謝申し上げます。

庄司 哲也 委員

2期4年に渡り医師会再生ビジョン委員会に参加させていただきました。今期の会長諮問「人口減少と医療機関経営―働き方改革もふまえて―」についてですが、福岡県内でも人口減少している地域やすでに人口減少が終わった地域、福岡市のように人口がまだ増加している地域があり、さまざまな状況を聞くことができ、大変勉強になりました。病院における働き方改革への準備は着実にできている印象でしたが、開業の先生は該当せず今まで通り多くの業務をこなしていかなければなりません。労働力が減少している中、働ける人や働きたい人は自由に働けるような今後は制度の見直しや開業医に対する働き方改革も検討しなければならないと思えます。

医療を取り巻く環境はますます悪化しています。診療報酬が上がらない中、最近の物価上昇は光熱費・材料費・給食・賃金上昇さらにはDXも急速に進んでおり電子カルテやマイナンバー確認機器など多くの導入経費がかかりその維持経費など医療経営を大きく圧迫していますが、医療周囲の業界はしっかりと利益を出しています。保険医療は診療報酬によって収入は限られております。最近の改正は時代についていけておりません。委員会で講演された星北斗参議院議員の言葉で、医師は一致団結するのが下手だと言われておりま

した。総論賛成、各論反対といった場面は時々経験します。多くの診療科があり、診療科が違えば事情も大きく違います。医師会員を増やし、声を一つにして中央に発言しないと現状維持になってしまう恐れがあります。今後医師数は偏在していますが増えてきます。決められた診療報酬の中での働き方改革で多くの医師を雇用することになると、医師の給与が下がる時代が来ることを危惧しております。

4年間貴重な経験をさせていただきありがとうございました。

清川 千枝 委員

前期に引き続き2回目の再生ビジョン委員会への参加だったが、今期の委員会では人口減少とともに医療機関を取り巻く時代の変化や社会の変化を学ばせて頂き、通常の診療だけでは持てない貴重な時間を過ごせた事を大変感謝している。

前期は委員会が始まった直後にコロナ感染症が蔓延したため、例年に比べ開催数も少なく、会の討論もコロナ感染症対策の話が中心だった。個人的に初めての委員会だったので、大変緊張して参加した事を思い出す。

今期はコロナ感染症が5類となった事もあり、会長諮問も一歩進んで医師の将来や医療の未来を見据えた内容だった。答えの見えない難題で、委員会の度、頭を悩ませながらの出席だった。そして前期は出来なかった合宿が宗像で開催されたが、参加して本当に良かったと思った。まずは県理事の先生や各地域の医師会の先生方と、フリーに垣根を超えた話ができ、その中で地域、地区で環境や状況が大きく違うという事を知ることが出来た。また翌日の福島県医師会参与である星北斗先生による今後の医療体制を見据えたお話は、他では聴くことが出来ない貴重なご講演で、直接拝聴できた事を大変感謝している。

長い様で短い2年間だったが、感謝に絶えない2年間だった。

新海 清人 委員

2020年度に初めて再生ビジョン委員会に参加してから早や4年が経過した。確か、参加したときは新型コロナウイルス感染症が猛威をふるっていた頃だと記憶している。当初の2年は「With Corona/Post Corona」がテーマであった。後半は「人口減少と医療機関運営—働き方改革もふまえて—」がテーマであった。ともにこの二つのテーマはタイムリーであったし、秀逸であった。再生ビジョン委員会に参加することにより数多くの先生方の貴重な意見を拝聴したことはたいへん勉強になった。再生ビジョン委員会の一員としての役割および貢献は微力ではあったが、少しは役立つことはできたかなとは思っている。また、議論や意見交換をすることにより、自分の知識を深め、他の先生方の考えを知ることができたことは自分の見聞を広げたことにほかならぬことである。この再生ビジョン委員会が自由闊達な意見を述べられることは民主的な開かれた医師会を示すものとして評価したい。個人的には一人の開業医としてこの再生ビジョン委員会を通じて新たに学んだことや気づかされたことが多々ある。これからも再生ビジョン委員会は次のテーマが決まり、新しいメンバーと

もに新たな意見交換の場として発展していくものと信じたい。

杉原 耕一郎 委員

今回初めて再生ビジョン委員会に参加させていただき大変貴重な経験をさせていただきました。会長諮問の「人口減少と医療機関運営―働き方改革もふまえて―」という今後私たち臨床医が直接係わる大きなテーマをいただき、最初個人として何を議論できるのかと思いました。しかし委員長からうまく促され毎回意見を述べさせてもらうことと他の委員の意見を伺うことで、自分の中でも考えが生まれてきたことは自分自身驚きでした。その中で私の担当部分は「人口減少下での医師・各診療科の確保・偏在」で産婦人科診療を長年行って来た医師の立場からまとめさせていただきました。

この委員会に参加させていただいて福岡県の中の色々な地域からの委員の意見を聞くことにより、地域により内包する問題の違いがあることが理解でき、まるで日本全体の各診療圏における問題の縮図が実感として考えることができたのは驚きの経験でした。私たち臨床医は日常の診療に直結した置かれた周辺環境の中でしか考えが及んでいないことを改めて思わされた次第です。

人口減少は現在の日本の現実問題であり、働き方改革は日本全体として決定された方針のため今後必ず前進しなければいけない大きな問題であるのは間違いありませんが、私たち医師個人がその改革の内容に参加するのは不可能です。しかし各診療科の偏在問題は、医師の中での議論から中央に働きかけることがより可能な問題であると思われまます。

現在の日本の医療を維持するために、各医師個人の問題意識が最も必要であることはもちろんですが、そのためには今後医学生への教育の内容を今考えることが不可欠のように思われまます。

2年間にわたり再生ビジョン委員会に参加させていただき、それぞれの郡市医師会の委員の方の意見を直接伺えるという貴重な経験をさせていただきありがとうございました。また委員長・副委員長に加えて事務の方々のご協力もあり、私個人としても考えをまとめたことで新たな気持ちでまた診療ができるように思います。

向笠 洋介 委員

今回、初めて再生ビジョン委員会に参加させて頂いた。再生ビジョン委員会に限らず県医師会関連の仕事に参加するのは初めてで、最初は不安も大きかったが、委員長をはじめ皆さんが話しやすい雰囲気を作ってくれ、楽しく参加することができた。

今回は「人口減少と医療機関運営―働き方改革もふまえて―」というテーマであったが、自分は過疎化の進む地方における無床診療所の開業医という立場で現状や考えを示した。委員には私と同じような立場の先生もいれば、福岡市やその周辺の人口増加の著しい地域の医師、病院勤務の医師等の様々な立場の医師がいて、それぞれの立場における様々な意見を聞くことができた。また県医師会理事の先生方は我々とは違った視点での情報や考え

等を提示していただいた。様々な先生方の意見を聞いて、とても参考になることが多かった。

合宿では、アルコールも少し入り、先生方の普段とは違う一面も見ることができ、楽しい時間を過ごすとともに距離感を縮めることもでき、とても有意義であった。

今回の経験でいくらかでも幅広い視野で医療を考えることができるようになったのではないかと思われ、今後の医師人生に生かしていきたいと思う。

荒牧 昌信 委員

今回初めて医師会再生ビジョン委員会に参加させていただき、心より感謝申し上げます。当初は何を話せばよいのかわからず、話す順番が回ってくるとドキドキし緊張していました。しかし、回を重ねるにつれ、自分が話せるのは、人口減少の一般論ではなく、直方鞍手地区における人口減少に関連した地域医療の状況や問題点であることに気がつき、発言が少し楽になりました。

このたびの「人口減少と医療機関運営—働き方改革もふまえて—」という諮問は、完全な正解を得るにはあまりにも大きな問題でした。しかし、地域や専門科の異なる先生方からのさまざまな角度からの議論は非常に貴重であり、このような議論を繰り返し、問題点を共有し、認識を深めていくことは貴重な経験となりました。地域医療を守るうえで、都市部以外の地域での医師を含む医療従事者の確保をどうするかは、早急に考えなければならない問題であると感じました。

最後に、岡本委員長、松岡副委員長、雨宮副委員長、そしてご一緒いただいた先生方、事務局の皆様には大変お世話になりました。この2年間学ばせていただき本当にありがとうございました。この委員会で学んだことを地域医療に還元できるよう、精進したいと思います。

竹田津 宏子 委員

2年前、理事になって最初に頼まれた仕事が再生ビジョン委員会だったので、よく分からずに首をとりあえず縦に振って参加しました。会長諮問「人口減少と医療機関運営—働き方改革もふまえて—」の答申に向けてのフリーディスカッションが始まり、まず初めから戸惑いました。開業する際に医師会理事の先生方にお世話になったので、地域への恩返しの気持ちで理事を引き受けたものの、今まで自分のクリニックの運営で精一杯で、医療界、医師会についての知識が乏しくて、恥ずかしながら言葉の意味すら分からない事がありました。他の地区理事の先生方や、県の医師会の理事の先生方の幅広い知見を垣間見ることができて、井の中の蛙だったことを思い知らされましたが、大変勉強になりました。テーマに沿った発言ができたかどうか終始自信がありませんが、合宿では、初めてマスクを取って、先生方との会食があり、おいしいお酒（響）のおかげで少し緊張が取れて、気が楽になりました。医師会、医療界の発展のために、尽力されている先生方の考えや取り

組みを知ることができて参加してよかったと思いました。委員会参加の先生方に、この場をかりて御礼申し上げます。

吉原 聡 委員

今回初めて医師会再生ビジョン委員会に参加することになった。当初は「人口減少と医療機関運営」という今まで考えたことない壮大なテーマに戸惑っていた。しばらくした後、委員会の先生方の話を聞くにつれ何となく考えるようになった。20年後の日本の医療行政や医師の偏在化、地方でのクリニックの経営等々、医師の働き方についてまで。普段の診療や医師としての義務感に流されて、開業して10数年間考えなかったことを考えて行くようになった。

委員長の運営が非常に巧妙で、均等に発言が回ってきたり、普段でも調べることもない地方の医療行政についての情報が得られたり、目からウロコが落ちるという感覚を持って委員会に出席していた。私用もあり、残念ながら合宿には参加できなかったが、この2年間で得られたものは非常に大きかったと思う。

今後もこの医師会再生ビジョン委員会の益々の発展を期待して、あとがきにしたい。

西 総一郎 委員

今期より医師会再生ビジョン委員会に参加をさせて頂き大変貴重な経験をする事が出来た。日々診療を行うだけでは知り得ない情報をダイレクトに聞く事が出来たことは今後の自分の医師人生において大変な財産となった。

自分は開業して5年目の若輩者だ。まだまだ諸先輩方のように器用に要領よく仕事をこなす事が出来ない。月曜日が週初めで他の曜日より患者が多いこともあり診療が長引いてしまい、19時に博多駅の医師会館に間に合う事が出来ず横着をして複数回Zoom参加をさせて頂いた。遠方から来られる先生もおられるなか、市内勤務であるのに大変な失礼である。この場を借りてお詫び申し上げます。また、この機会を頂きたい。

直接先生方とお会いして話をさせて頂く機会を失ってしまったことは大変心残りである。

この会に参加させて頂いたことは必ず成長の糧となるものである。

これからは日々の実務で地域医療に貢献するのはもちろんのこと、たくさんの先輩医師の御尽力により醸成された医師会の存続発展のために微力ながら粉骨砕身の覚悟で貢献していきたいと思う。

年を経て今回の自身の答申や感想を見返した時に当時は青二才だったなとフツと笑えるような今後にしたい。

中山 雅晴 委員

今回、県医師会理事の先生に声をかけていただき初めて参加させていただきました。いろいろな立場や地域の先生方のご意見を伺い大変参考になりましたが、月曜の午後7時に県医師会に着くには、午後5時過ぎには出発しないと間に合わないため、診療を午後6時まで行っており、往診など断れないことも多く遅刻することが多かったです。A会員になって日が浅いため自院のやりくりで手が一杯ですが、時間が許す限り勉強としてこういう会には参加したいと考えております。

西山 努 委員

今回、福岡県医師会の再生ビジョン委員会に名を連ねさせて頂く機会を得た。一方で会長指名枠委員としての参加は想定外で、緊張と気合の所為で背筋が伸びる思いを抱きながらの出席が続いた。本委員会での討論は人口減少問題と真摯に向き合えた貴重な体験で、参加を重ねる度に「人口減少に伴う地域医療の変化（悪化）」の実態を改めて認識させられた。そして、担当した答申書を書き終えた率直な気持ちは『人口減少問題は医療を含む現代社会のすべての局面に既に甚大な影響を与えている。その解決の為に残された時間が充分とは到底云えず、反転打開は一筋縄ではいかぬ。』と、かなり悲観的である。人口減少現象が避けて通れぬ問題である事は、都度々々感じていた。しかしながら、これ程までに待たなしの状態であることを再認識させられると、もはや茫然自失な心境にすら陥りかねない。（いえいえ、決して匙を投げている訳ではない。誤解なき様に。）

答申の中でも述べたが、筆者が担当した「人口減少下での地域医療や社会の変化について」は、岡本委員長が挙げた答申テーマ（計6題）の中でも総論的な位置づけと認識している。しかしながら、出来上がった答申を自身で読み返すと論旨が雑駁で曖昧な感が否めない。呻吟しつつ作成した割に思いのほか説得力に乏しく、肩身の狭い思いをしている。

一方で委員諸氏の答申は各論的で尚且つ建設的な議論が展開されている。人口減少問題の解決へつながる明確な方向性が示されており、小生の筆致力不足を補充するに余りある内容で安堵している。今回は偶然にも再生ビジョン委員会と並行して、大牟田市の第7次総合計画審議会にも参加させて頂いた。同審議会で提示された大牟田市の人口動態データ（グラフ）を答申書内で例示できた事は好都合だった。資料の引用を快諾して頂いた大牟田市総合政策課には感謝の意を申し上げたい。

最後に此の再生ビジョン委員会の答申書が、福岡県医師会会員にとって人口減少問題が喫緊の課題であることを再認識する機会となり、その解決への示唆に富んだビジョンとなることを祈念したい。

横倉 義典 福岡県医師会理事

この度の委員会はコロナ禍での医療から、令和6年4月に施行される医師の働き方改革を含めた「医療」、そして「医師」についての議論が中心だった気がする。医療という面で

は、感染症パンデミックの予測と対策の困難さ。そして我々が為していた通常医療との乖離、それらに対応すべく行政との連携と柔軟な運用など。これが、国レベル、都道府県レベル、市町村レベルで動く現実と、それぞれでの人員や物資からみられる地域格差の現実。多くの課題を抱えて、医療における医師会の役割が如何に重要なのか再認識した。医師という面では、それぞれの志に時代の変化を感じた。患者のために身を賭して働く医師は歓迎されず、今後は自分時間と対価を重要視する考えが主流になるのだろうか。私が学んだ職業規範と、目指す姿としての医師が過去の物になれば、地域医療は崩壊の危機となり医療従事者の中で尊敬されるべき医師はただの同僚となってしまわないか。そうすると、医師という知識と技術と権利をもった職業が、国に差配される一つの職種になってしまう。権利と義務を忘れた国は、国として形を成さないのではないだろうか。困惑の中に終わった、しかし充実した委員会だった。

第8期医師会再生ビジョン委員会日程

会長諮問「人口減少と医療機関運営—働き方改革もふまえて—」

令和4年度

- 第1回 令和4年 9月12日（月）19：00
- 第2回 令和4年11月14日（月）19：00
- 第3回 令和5年 1月16日（月）19：00
- 第4回 令和5年 3月13日（月）19：00

令和5年度

- 第5回 令和5年 5月22日（月）19：00
- 第6回 令和5年 7月31日（月）19：00
- 第7回（合宿）
 - 令和5年 9月 9日（土）16：00
 - 令和5年 9月10日（日） 9：00
 - ・講演「医療の近未来—政策決定のプロセスと求められる変革とは—」
参議院議員／福島県医師会参与 星北斗
- 第8回 令和5年11月13日（月）19：00
- 第9回 令和6年 1月15日（月）19：00
- 第10回 令和6年 3月11日（月）19：00
- 答申提出 令和6年 4月19日（金）

