

社会保険研究委員会 答申

諮問：これからの医療提供体制のあるべき姿とその実現にむけて
～医政活動の重要性を考える～

今、日本の医療提供体制が崩壊の危機に瀕している！

国民皆保険制度の下で、日本ではフリーアクセスかつ低コストで世界最高水準の医療が提供されてきた。そして、世界トップレベルの平均寿命を達成した。時間外労働をも厭わない多くの医師の献身的努力が、大いに貢献したことは間違いない。しかし、今この医療提供体制が崩壊の危機に瀕している。「医師の働き方改革」の実行によって、これまで医師の過重労働により支えられていた従来型の医療提供体制は、確実に維持できなくなる。

24 時間何時でも、何処に住んでいても専門医の診察を受けられる、医療費を制限しながらそのような医療が果たして可能なのか、そして本当に必要なのか？コンビニ受診、24 時間救急、フリーアクセス等に対しては、必ずや何らかの制限がかかるだろう。国民皆保険制度も維持できるかどうか危うい。国民に、行政府に、その覚悟はあるのか？

医師・診療科の偏在の問題や在宅医療における看取りの問題は、広く国民を巻き込んで議論していかないと、医療者の努力だけでは到底解決の付く問題ではない。さらに、医療者にはどうしようもない法律上・制度上の問題も山積している。

医療者の努力だけでは解決の付かない問題は、医療政策、まさに政治の問題であり、その意味では医政活動の重要性を改めて認識するに至った。我々現場の医師は、今一度医政活動の意義について考え直す日が来ていると思われる。

2019 年 6 月

京 都 府 医 師 会
社会保険研究委員会

2019 年 6 月 11 日

京都府医師会長

松 井 道 宣 様

京都府医師会社会保険研究委員会

委員長 丹 生 智 史

答 申

本委員会は、2017 年 11 月 9 日に開催の第 1 回委員会において貴職より諮問のありました「これからの医療提供体制のあるべき姿とその実現に向けて一医政活動の重要性を考える」について、計 17 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、その結果を取りまとめたので、ここに答申いたします。

社会保険研究委員会

敬称略、()内は 2019 年 6 月 1 日現在

委員長	丹 生 智 史 (にう診療所 院長、中京西部医師会 前会長)
副委員長	小 森 直 之 (なぎ辻病院 理事長、京都私立病院協会 副会長)
委員	辰 巳 哲 也 (京都中部総合医療センター 病院長、京都府病院協会 副会長)
	塚 本 忠 司 (塚本医院 院長、西京医師会 前会長)
	辻 幸 子 (辻小児科内科医院 院長、伏見医師会 前会長)
	中 村 齊 (中村医院 院長、宇治久世医師会 理事)
	平 井 豊 博 (京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 教授)
	福 井 道 明 (京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学 教授)
担当副会長	濱 島 高 志
担当理事	米 林 功 二
	谷 口 洋 子

目 次

I. 緒 言	1
II. 統計評価の見直し：平成 27 (2015) 年 6 月の答申から何が変わったか	4
1. 京都府における医提供体制の現状と医師・診療科の偏在	4
2. 新医師臨床研修制度の影響について	6
3. 京都府における医療需要予測	9
4. 在宅医療の実態	10
III. 医師・診療科偏在対策	11
1. 医師を派遣する側から	12
①地域における医師偏在に対する対策	12
②診療科偏在に対する対策	13
③医師の人材交流	13
2. 医師の派遣を受ける側から	14
①地域における医師偏在に対する対策	14
②「地域医療構想調整会議」と「地域医療対策協議会」	15
③地域枠医師の育成	15
3. 女性医師の働きやすい環境とは	16
①女性医師の現状	16
②根強いジェンダーバイアス	16
③女性医師支援から働き方改革へ	16
④ワークライフバランス(仕事と生活の調和)について	17
4. 「医師の働き方改革」と「新専門医制度」が及ぼす影響	18
IV. 在宅医療の問題点と訪問診療医不足対策	20
1. かかりつけ医のいない在宅医療難民	20
2. 看取り問題	20
①家族側の問題	21
②医療提供側の問題	21
3. かかりつけ医支援の取り組み	22
4. 地区医師会の取り組み例	23
①宇治久世医師会版事前指示書『わたしの想い』シート・リーフレット	23
②看取り講演会、住民参加医療フォーラム実施による意識啓発	23
③ ACP と事前指示書『わたしの想い』	24
④特別養護老人ホームにおける施設看取りに関するアンケート	24
⑤「在宅医療セーフティーネット」と「病診連携・あんしんカード」システム	25
5. 小児の在宅医療	25
V. あとがき	27
1. 改めて医療提供体制について	27
2. 医政活動について	28
3. 最後に	28

I. 緒 言

平成29（2017）年11月、松井道宣京都府医師会会長より「これからの医療提供体制のあるべき姿とその実現にむけて～医政活動の重要性考える～」という諮問を受けた。地域医療構想に象徴されるように、医療をめぐる環境は今後激変の時代を迎える。あるべき医療提供体制の姿をしっかりと示し、その実現に向けて国の政策に反映させるにはどうすればいいか、実効性のある答申を期待された。

「医療を取り巻く環境の変化」

日本は世界のどの国も経験したことのない少子超高齢社会を迎え、医療・介護・福祉などの社会保障制度が大きく変わっていく時代となった。国は社会保障における「2025年問題」（急速な高齢化社会に向けた効率的な医療提供体制の構築と医療・介護費などの社会保障費急増への対応）から、さらに先をみた「2040年問題」を真剣に言及し始めている。

2025年以降は現役世代の人口急減が生じるとともに、2040年は「団塊ジュニア」の全てが65歳を迎え、65歳以上の高齢者人口がほぼピークを迎える時期である。85歳以上の人口が高齢人口の26%近くになって、超高齢世代がさらに増加し、年間の死亡数も対2015年比で30%増加すると予測されている。高齢者単身世帯は引き続き増加し、高齢世代が困窮化するとともに、高齢者を支える生産年齢人口は益々減少する状況が予測されている。

また、これまでは地方圏で人口減少と高齢化が先行してきたが、今後は大都市圏、特に東京圏においても人口減少や高齢化が急速に進行していくことが予想されており、人口の減少と高齢者の急増、労働力不足などで社会保障制度の維持がかなり厳しい局面を迎えることになる。

京都府では北部へ向かうほど、あるいは南部の一部地域においても高齢化率が高く、予想限界集落、無医地区や無歯科医地区が多く存在する。高齢化に伴い医療介護の需要拡大と高齢者に特有な疾病構造の変化も来しつつあり、超高齢社会における医療・介護・福祉の連携（住まいの在り方も含めた地域包括ケアシステム）の構築が急がれる。

国民すべてが便利な都会に住めばよいという短絡的発想では乗り切れない住民の現状がそこにあり、人々が安心して暮らせる住居などのインフラ、医療、教育、雇用など、我々は20年後に訪れるであろう深刻な問題を直視して、持続可能な社会保障制度の確立、多様な人材が就労できる雇用環境整備、健康寿命の延伸に対応した街づくりなどを横断的に議論していかなければならない時期に来ている。“地域”とは何かを考え、行政のしっかりとした舵取りも必要である。人材を求めるばかりではなく、そこに居住する人々のために、魅力ある地域を作る構想も不可欠と考える。また、認知症や高齢単身世帯が増える超高齢社会において、人生の最終段階における医療のあり方についての国民的議論も少しずつ推し進めて行く必要性を感じる。

平成27（2015）年6月の社会保険研究委員会答申では、「各地域に適合した医療提供体制を地域ごとに再構築することが、全体として日本の医療制度の再構築につながる」とその概要に記されている。本委員会でも地域独自の、また地域に根差した「医療提供体制のあるべき姿」を考えていくこととし、喫緊の課題として、「医師・診療科の偏在」と「在宅医療」に焦点を絞って重点的に議論していくことにした。

「医師・診療科の偏在」

そもそも医師・診療科の偏在は、一体何故起こったのかを考える必要がある。第一次産業（特に農業・林業）以外にこれといった仕事が無い地域では、若者はより働き甲斐のある、より賃金の高い職を求めて都会に出て行く。そして、その地域では高齢者だけが残され高齢化が進む。このような地域は、全国に多数存在する。過疎地域はますます過疎になり、その地域の病院には医師が集まらずに過重労働に陥る。それが嫌で都市部に出て開業する、あるいは都市部での病院勤務を希望する医師が増える。これが、医師・診療科偏在の根本原因であろう。

過疎の問題は、国なり地方自治体が地方都市の活性化を図らなかった、或いは図れなかったことに起因する。都市部への人口一極集中が是正されることもなく、医師を含めた医療職のみを強制的に国民とは反対のベクトルに向かわせることはあまりに理不尽である。医師を、単に医師多数地域から医師少数地域へ強制配置するだけのシステムではうまく行かないだろうし、住みたいと思うような街作りも含めて何かインセンティブ、プラスの付加価値を付けない限り決して長続きはしないであろう。

新専門医制度により若い医師にはキャリアパスが重要となり、適切な研修を受けるためにはある程度規模の大きな病院に勤務する必要がある。そして、それら多くの公的病院は政策医療*を担いながら診療報酬のみでの経営が困難で、補助金や公費により辛うじて運営されている状況である。今後の診療報酬改定では、診療所や一部の中小の病院も在宅医療をやらなければ採算が取れない、という方向に向かうことも予想されるが、地域包括ケアシステムの中で病院として在宅医療に取り組むにしても、専門医研修との兼ね合いもあり、若い医師に在宅医療を強制は出来ない現実もある。また、卒後3～5年の時期は、一定数の臨床経験を積む必要があり、この時期の若い医師を医師偏在解消対策の「駒」には絶対にすべきではない。このように、医療提供体制を巡って専門医制度と医師偏在の問題が別々の場所で論じられているが、実際には密接に関連する問題である。

*政策医療：日本において国がその医療政策を担うべき医療であると厚生労働省が定めているものである。現在、19の医療分野がある。

一方で、現在の医療制度では成功報酬は無いが、失敗に対する訴訟のリスクはある。治療が順当に進んで当然という前提の下で診療を行う厳しさについて、一般国民の理解は未だ十分ではない。若い医師がリスクを回避する余り、結果的に不必要な検査を行って医療費高騰の一因にもなっている。またリスクの多い診療科を忌避し、それが診療科の偏在問題につながっている側面もある。特に、産科と脳神経外科の医師不足は深刻で、今後の医療提供体制に間違いなく悪影響を及ぼす問題である。通常の何ら落ち度の無い診療で予期せぬ結果になった場合でも、刑事事件化されることのある現状を鑑みて、国民からも信頼される形で医療事故調査制度が醸成され、国民的理解が深まることを望む。

運輸分野の事故調査制度（福山潤三、レファレンス第59巻第3号、平成21年3月15日）と同様に、医療事故調査の目的も罪や責任を課するためではなく、あくまで原因究明と再発防止であるべきである。刑事手続と事故調査を明確に区別し、事故調査によって得られた証言等を事故調査以外の目的に利用することを禁じ、民事訴訟に恣意的に利用されることの無いよう、強く希望する。今後、更なる議論が必要であろう。

京都府では医師数自体は多いものの、都市部を離れると医師偏在の問題は大きく、医療崩壊をも来たしかねない状況にある。更に、都市部の京都市内でも、小さな地域の範囲内で見れば医師の偏在はある。今後、「医師の働き方改革」との絡みで勤務医師の就業時間制限が行われれば、都市部であっても医師不足が問題となるであろう。この「医師の働き方改革」については応召義務との整理がまだついていない。国は明確に「医師はブルーカラー」と規定し、時間外労働を厳しく取り締まる意向を示している。

早急に解決策を探り対策を立てる必要があるが、これは正に政治問題と言えるだろう。

また、一部の私立大学医学部の入学試験において女子学生の合格制限をしていたという醜聞も出てきている。その理由は、女性は出産・育児等で離職するとか、医師そのものを辞めてしまうことが問題であるからだという。これは本末転倒で、女性が医師を辞めずに働き続けられる環境整備を怠ってきたツケであろう。女性にとって働き易い勤務形態を探ることは、医師不足解消の切り札と考えるべきである。

「在宅医療」

地域包括ケアシステムを中心とした地域完結型の医療提供体制を確立することが各医療圏の課題である。患者に切れ目のない医療を提供するためには、病院内・病院間の連携を高めて回復期病床を活用する必要があり、適切な機能分化は極めて重要と考えられる。そして、円滑に慢性期から在宅医療に移行できる体制作りも然りである。

在宅医療は、熱心な医師がその地域にいるかどうかで大きな差が出る。しかし、在宅医療に熱心な医師は京都府内でもまだまだ少ない。新たに開業する医師にはなかなか在宅医療に取り組む余裕は無い。その理由の一つとして、看取りに取り組むハードルの高さがある。診療所と自宅が離れている職住分離の医師にとっては、在宅医療における看取りは高いハードルとなっている。決してやりたくないという医師は少ないが、やり辛い、未だやれる時期ではないという声も多く、地区医師会内での訪問診療医支援の体制作りも今後の課題である。複数の開業医師でチームを作り、1人では厳しい在宅医療をチームで取り組む試みもあるが、医師間のスキル・経験の差や診療報酬と事業費の配分の問題もあり、未だ実際的ではない。しかし、ビル診や医療モール等で開業する医師の中には医師会に入会しない、若しくは入会しても医師会活動への参加に消極的な医師も多く、地区医師会が担える役割にも限界がある。在宅医療のコーディネーター的役割を果たす在宅医療・介護連携支援センター事業に、恒久的財源の確保も含めて期待したい。

在宅患者の看取りには、時として十分な体制のある病院に頼らざるを得ないこともある。元々病院で診ていない在宅患者が救急車で運ばれてきた場合、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning : ACP）*の意思表示がなければ、病院として最大限の医療を行わざるを得ない。こういった状況も、勤務医の疲弊につながっている。この問題については、医療費削減云々の話ではなく、もっと根本にある死を巡る問題なので皆が一様の考えを持つことは難しく、国民の理解を更に深めて行く必要がある。

*アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning, ACP）：患者本人と家族が医療者や介護提供者などと一緒に、現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下した場合に備えて、あらかじめ、終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うことや、意思決定が出来なくなった時に備えて、本人に代わって意思決定をする人を決めておくプロセスを意味する。

また、忘れがちな問題としては、小児の在宅医療がある。小児科医療の進歩により、以前では病院で亡くなっていた難治の患児が自宅療養できるケースが増えている。しかし、小児科医療に精通し、且つ在宅医療が出来る医師は限られている。高齢者のような介護保険制度すら無い現状もある。小児の在宅医療が、単に医師不足や医療費の問題で切り捨てられることは誠に忍びないことである。

Ⅱ. 統計評価の見直し：平成27（2015）年6月の答申から何が変わったか

「医師・歯科医師・薬剤師調査」を基にした平成30（2018）年の社会保険旬報の報告（医師の地域偏在・診療科偏在は、どのような過程を経て進んだか？高橋泰、江口成美、石川雅俊、福田昭一、渡部鉄兵. 社会保険旬報.No. 2721, 2723, 2018）によると、全国における医師数は平成8（1996）年から平成28（2016）年にかけての20年間に30%の増加がみられる。その内訳をみると女性医師の占める割合が増加し、1970年代に行われた医学部新設の影響で主に50歳代・60歳代医師が増加した。医師の増加は大都市や地方都市でみられる一方で、過疎地域ではほとんど医師が増えていないことがわかる。

更に外科系診療科を選択する若い男性医師が減少傾向にあり、男女とも人口当たりの臨床医数では表れない若い世代医師の過疎地勤務の減少が生じている。このことは過疎地では医師不足・診療科偏在に加えて、医師の高齢化が進むことにより救急医療など、一定の医療水準を維持する勤務体制が将来組みなくなるという難題が生じ得ることを予測させる。

平成27（2015）年6月の社会保険研究委員会（諮問：地域医療の現状から日本の医療制度の再構築は可能か）の答申では、平成22（2010）年12月31日現在の統計資料を使用して京都府における医療提供体制の現状を分析されている。本稿では、平成28（2016）年12月31日現在の統計資料を使用して、6年が経過して何が変わったかを見直し、新たに在宅医療の実態についても考察した。

1. 京都府における医療提供体制の現状と医師・診療科の偏在

京都府の平成28（2016）年12月31日現在での人口10万人当たりの医師数は、徳島県に次いで全国2位であり、平成22（2010）年12月31日現在のそれと比べて28.7人増の314.9人であった。全国平均も219.0人から21.1人増の240.1人となっていた（図1）。

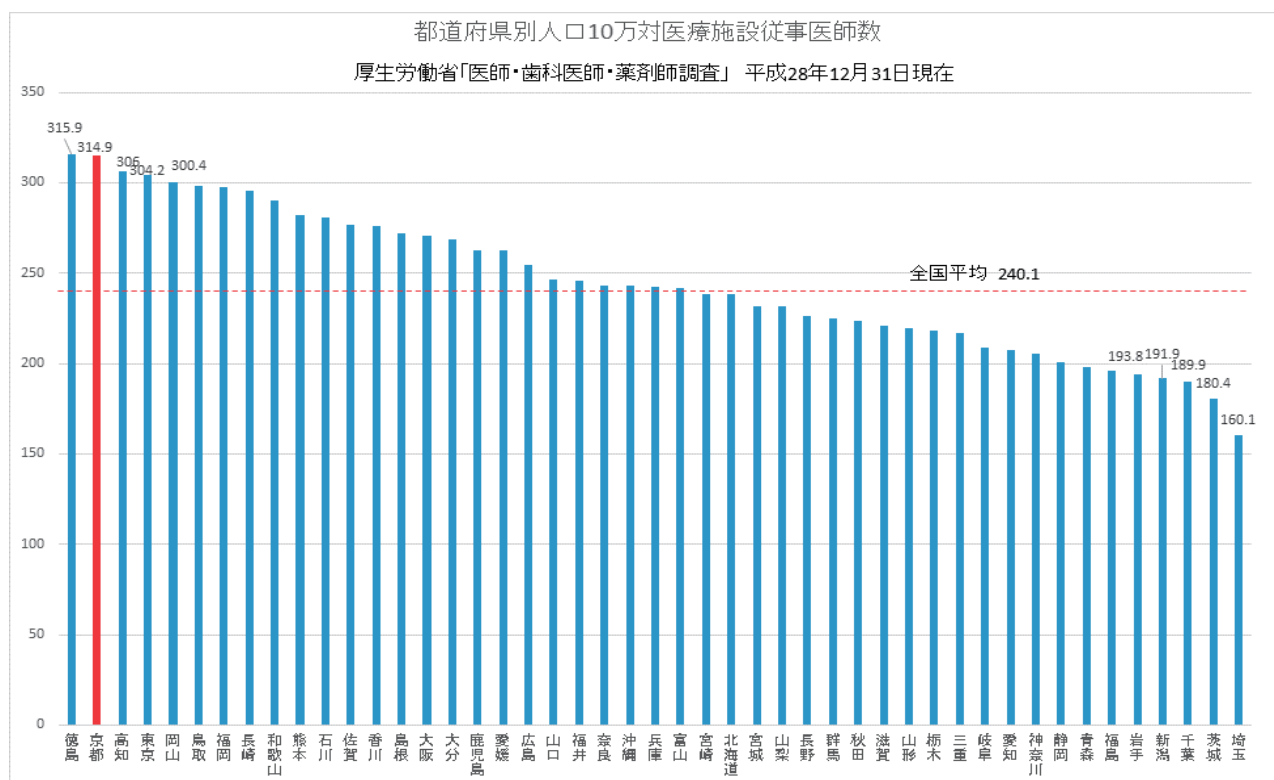


図1 都道府県別人口10万対医師数 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成28年12月31日現在

京都・乙訓二次医療圏には全国平均を大きく上回る医師が居る一方、それ以外の二次医療圏では全国平均を下回る医師しか居ないのは平成22年と同様であった。全ての医療圏で医師数の増加を認めたものの、依然として京都市への一極集中が認められ、地域による医師の偏在は続いていた（図2）。

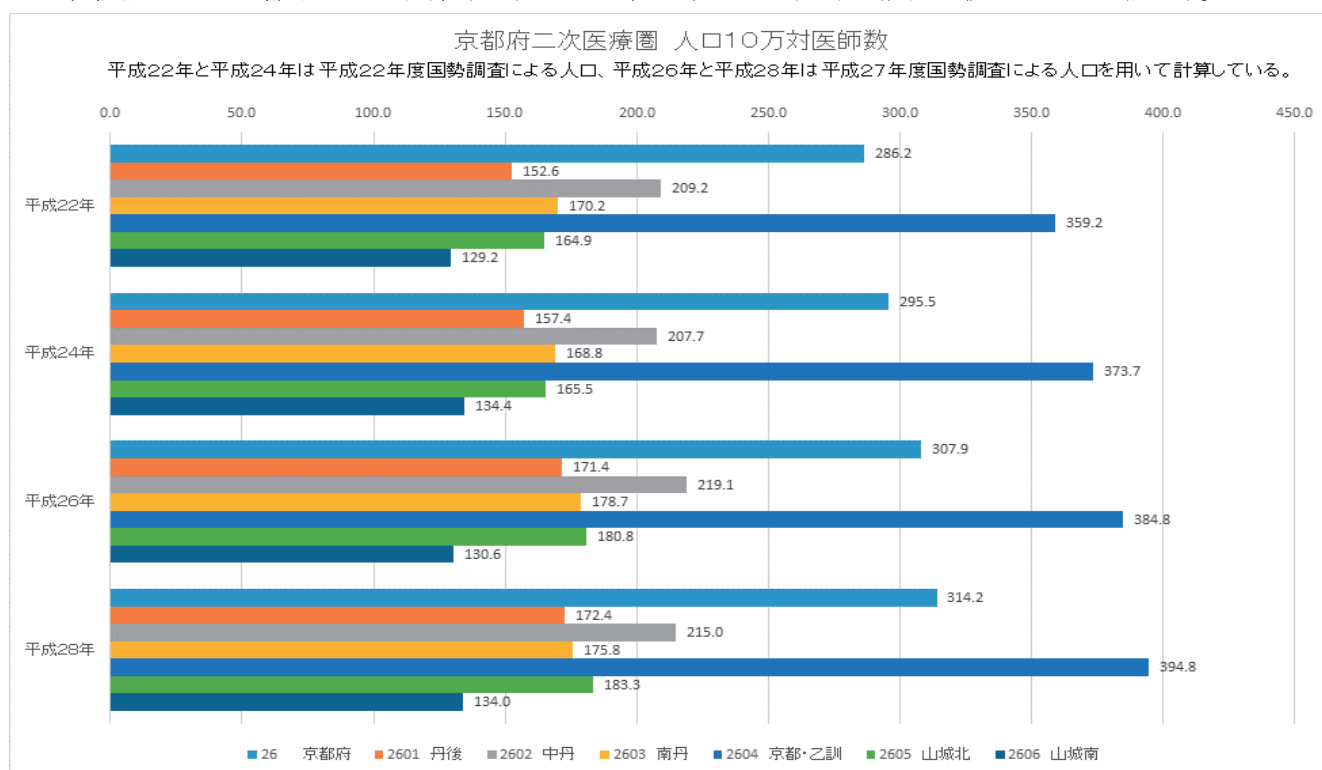


図2 京都府二次医療圏 人口10万対医師数

平成２２（２０１０）年１２月１日の時点では、京都府推計人口から算出した京都府内に占める京都市の人口比は５５．９％で、診療科毎の各二次医療圏別の医師の割合は、総数で京都市内に居る医師が７４．０９％で人口比を超えて京都市内に集中していた。そして、すべての診療科で６０％を超えて集中する傾向があった。京都市内への集中の程度が少ない診療科は、精神科・脳神経外科・小児科・整形外科で、逆に京都市内への集中が著しい診療科は、血液内科・救急科・形成外科・病理診断科であった。

６年後の平成２８（２０１６）年１２月１日の時点でも、京都府内に占める京都市の人口比は５６．６％で若干増加していたが、医師総数でも京都市内に居る医師が７５．１１％で、京都市内への医師の集中度も同様に増加していた。しかし、診療科毎の各二次医療圏別の医師の割合には、少し変化があった。

集中度が少ない診療科は小児科・整形外科・精神科とその順位に変動はあったが、脳神経外科は逆に９．４ポイント増で京都市内に集中する傾向に転じていた。京都市内への集中が著しい診療科の上位は血液内科・形成外科・病理診断科と変わりはなかったが、血液内科のみ集中の度合いが１．３２ポイント増し、逆に形成外科・病理診断科では集中度は若干緩和され、救急科ではかなり緩和されていた（表１）。

京都府における医療施設従事医師数（主たる診療科別）の京都市集中度
厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より

	H22年度	H24年度	H26年度	H28年度		H22年度	H24年度	H26年度	H28年度
総 数	74.09%	74.85%	74.90%	75.11%	泌尿器科	71.98%	72.50%	73.44%	71.73%
内 科	67.95%	66.26%	66.64%	68.28%	肛門外科	83.33%	87.50%	85.71%	75.00%
呼吸器内科	83.74%	83.46%	88.06%	84.91%	脳神経外科	66.15%	69.18%	70.29%	75.61%
循環器内科	76.79%	77.19%	74.46%	72.35%	整形外科	67.70%	69.07%	67.88%	67.11%
消化器内科(胃腸内科)	76.01%	74.80%	76.24%	79.54%	形成外科	94.74%	97.14%	95.31%	87.88%
腎臓内科	91.43%	85.39%	86.27%	84.21%	美容外科	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
神経内科	87.83%	87.56%	85.65%	86.16%	眼科	71.64%	72.16%	70.30%	70.34%
糖尿病内科(代謝内科)	91.18%	94.01%	92.66%	90.74%	耳鼻いんこう科	73.48%	75.28%	74.72%	75.28%
血液内科	96.05%	95.35%	95.19%	97.37%	小児外科	73.91%	78.26%	78.57%	81.08%
皮膚科	77.29%	79.46%	78.48%	77.31%	産婦人科	71.43%	72.80%	74.09%	72.98%
アレルギー科	100.00%	75.00%	75.00%	100.00%	産科	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
リウマチ科	89.29%	95.35%	87.50%	98.41%	婦人科	78.85%	81.40%	71.43%	70.59%
感染症内科	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	リハビリテーション科	62.96%	76.47%	72.09%	61.40%
小児科	66.90%	69.09%	69.62%	65.60%	放射線科	82.51%	88.27%	86.83%	86.70%
精神科	64.58%	64.64%	66.19%	66.57%	麻酔科	77.95%	79.51%	78.38%	77.12%
心療内科	70.00%	70.83%	68.18%	68.42%	病理診断科	92.11%	90.48%	90.48%	88.46%
外 科	64.76%	63.82%	66.67%	65.53%	臨床検査科	77.78%	81.67%	90.91%	83.33%
呼吸器外科	88.46%	85.19%	83.33%	82.67%	救急科	95.35%	89.80%	77.78%	75.56%
心臓血管外科	87.21%	89.33%	88.24%	88.16%	臨床研修医	89.40%	87.17%	84.53%	85.61%
乳腺外科	85.37%	86.27%	82.54%	84.85%	全 科	28.57%	100.00%	50.00%	100.00%
気管食道外科	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	その他	78.57%	80.36%	80.74%	76.92%
消化器外科(胃腸外科)	78.57%	85.11%	81.20%	87.97%	不 詳	59.09%	59.15%	97.96%	95.00%

黄色で表示した項目が2015年社会保険研究委員会答申中の図3のグラフに掲載されていたもの

表１ 京都府における医療施設従事医師数（主たる診療科別）の京都市集中度

２．新医師臨床研修制度の影響について

前述の平成２７（２０１５）年６月の社会保険研究委員会答申では、新医師臨床研修制度が医師の地域偏在の原因かどうかを調査されたが、京都府内においては平成１６（２００４）年に開始された新医師臨床研修制度による医師の地域偏在は、少なくとも平成２２（２０１０）年１２月３１日の時点では悪化していなかったと結論されている。

そこで、平成２２（２０１０）年１２月３１日現在と平成２８（２０１６）年１２月３１日現在のデータを用いて、病院勤務医師数（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）を比較してみた。

表2に京都府市町村別勤務医師数を示す。京都府内の勤務医師数は、5,033人（平成22年）から5,682人（平成28年）と更に12.9%増加していた。市町村ごとに勤務医師の増減を調べると、ほとんどの市町村で勤務医師数は増加していたが、京丹後市（52人→50人）、舞鶴市（127人→117人）、綾部市（55人→45人）、京都市北区（134人→124人）、宇治市（274人→231人）、八幡市（72人→46人）、精華町（29人→17人）では減少を認め、京丹後市を除き、10人を超える医師の減少があった。

宇治市については、第二岡本総合病院の久御山町への移転に伴い大量の医師の異動があり、舞鶴市では舞鶴市民病院で多くの診療科が廃止され、京都市北区では京都地域医療学際研究所附属病院が京都市中京区へ移転したことが医師数の減少の理由であった。その他の地域でも、廃院や診療科の廃止・縮小がその理由と考えられ、地域によっては医師・診療科の偏在が進んでいた。

京都府市町村別 病院勤務医増減率 厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より											
	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成22年 →28年増減率		平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成22年 →28年増減率
26 京都府	5,033	5,280	5,539	5,682	112.9%	2605 山城北	454	451	492	499	109.9%
2601 丹後	106	110	117	116	109.4%	26204 宇治市	274	268	310	231	84.3%
26205 宮津市	5	4	7	7	140.0%	26207 城陽市	60	65	72	78	130.0%
26212 京丹後市	52	53	54	50	96.2%	26210 八幡市	72	70	50	46	63.9%
26463 伊根町	0	0	0	0	0.0%	26211 京田辺市	45	46	57	49	108.9%
26465 与謝野町	49	53	56	59	120.4%	26322 久御山町	3	2	3	95	3166.7%
2602 中丹	280	290	298	286	102.1%	26343 井手町	0	0	0	0	0.0%
26201 福知山市	98	110	126	124	126.5%	26344 宇治田原町	0	0	0	0	0.0%
26202 舞鶴市	127	125	124	117	92.1%	2606 山城南	67	64	64	68	101.5%
26203 綾部市	55	55	48	45	81.8%	26214 木津川市	38	45	48	51	134.2%
2603 南丹	150	150	150	154	102.7%	26364 笠置町	0	0	0	0	0.0%
26206 亀岡市	45	44	43	48	106.7%	26365 和束町	0	0	0	0	0.0%
26213 南丹市	98	98	96	99	101.0%	26366 精華町	29	19	16	17	58.6%
26407 京丹波町	7	8	11	7	100.0%	26367 南山城村	0	0	0	0	0.0%
2604 京都・乙訓	3,976	4,215	4,418	4,559	114.7%						
26101 北区	134	119	119	124	92.5%	26108 右京区	75	90	81	84	112.0%
26102 上京区	925	1,021	1,016	1,056	114.2%	26109 伏見区	433	470	458	463	106.9%
26103 左京区	1,041	1,094	1,234	1,311	125.9%	26110 山科区	222	242	248	251	113.1%
26104 中京区	299	337	378	370	123.7%	26111 西京区	250	247	263	276	110.4%
26105 東山区	250	221	252	238	95.2%	26208 向日市	7	7	9	9	128.6%
26106 下京区	176	202	202	205	116.5%	26209 長岡京市	101	98	93	101	100.0%
26107 南区	63	67	65	71	112.7%	26303 大山崎町	0	0	0	0	0.0%

表2 市町村別勤務医師数

新医師臨床研修制度開始前後での診療科毎の医師の増減をすべての市町村で調べたところ、平成22（2010）年から平成28（2016）年までの6年間で、山城北医療圏で産婦人科医師の減少（－6人）、中丹・山城南医療圏で呼吸器内科医師の減少（共に－2人）、丹後・南丹医療圏で脳神経外科医師が減少（－2人・－5人）していた（表3）。

京都府市町村別・診療科別の勤務医師数の増減に関するデータは無かったため、今回の検討では平成16（2004）年に開始された新医師臨床研修制度との因果関係は不明ではあるが、平成28（2016）年の時点で京都府内において医師・診療科の偏在は確かに悪化していた。

京都府市町村別 産婦人科・呼吸器内科・脳神経外科 医療機関従事医師総数

厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より

	産婦人科				呼吸器内科				脳神経外科			
	H22年	H24年	H26年	H28年	H22年	H24年	H26年	H28年	H22年	H24年	H26年	H28年
26 京都府	238	239	247	248	123	133	134	159	130	146	138	164
2601 丹後	6	10	9	7	2	2	1	4	3	3	1	1
26205 宮津市	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
26212 京丹後市	2	4	4	2	0	0	0	1	1	1	0	0
26463 伊根町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26465 与謝野町	3	5	4	4	2	2	1	3	2	2	1	1
2602 中丹	19	17	15	15	4	4	2	2	9	7	7	8
26201 福知山市	6	6	7	7	0	0	0	1	1	1	1	2
26202 舞鶴市	7	5	5	5	2	2	0	0	7	5	5	5
26203 綾部市	6	6	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1
2603 南丹	7	7	8	9	2	1	1	4	8	8	5	3
26206 亀岡市	4	4	5	6	1	1	1	1	4	5	2	1
26213 南丹市	3	3	3	3	1	0	0	3	4	3	3	2
26407 京丹波町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2604 京都・乙訓	177	181	191	194	104	112	119	136	89	103	100	126
26101 北区	2	2	2	2	3	3	3	5	0	0	0	0
26102 上京区	26	35	33	33	17	14	17	19	14	15	16	18
26103 左京区	29	26	31	28	36	40	38	42	11	24	21	39
26104 中京区	23	26	28	34	15	14	20	14	6	8	5	5
26105 東山区	13	8	9	11	6	6	6	10	3	2	3	5
26106 下京区	11	9	11	10	6	8	6	8	5	5	10	13
26107 南区	7	7	5	1	1	1	1	1	7	4	5	7
26108 右京区	6	6	5	5	1	3	1	2	3	3	3	2
26109 伏見区	26	31	35	31	10	10	9	11	20	20	15	16
26110 山科区	8	9	9	11	1	3	8	9	5	5	6	4
26111 西京区	19	15	15	15	7	9	9	14	12	15	13	15
26208 向日市	1	2	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0
26209 長岡京市	6	5	6	7	1	1	1	1	3	2	3	2
26303 大山崎町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2605 山城北	23	17	17	16	9	12	11	13	18	21	22	24
26204 宇治市	14	9	7	5	3	4	3	4	12	12	15	6
26207 城陽市	2	2	1	0	6	8	8	9	3	4	3	6
26210 八幡市	3	3	3	3	0	0	0	0	1	3	3	3
26211 京田辺市	4	3	6	6	0	0	0	0	2	2	1	2
26322 久御山町	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7
26343 井手町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26344 宇治田原町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2606 山城南	6	7	7	7	2	2	0	0	3	4	3	2
26214 木津川市	5	6	6	6	0	0	0	0	3	4	3	2
26364 笠置町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26365 和束町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26366 精華町	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0
26367 南山城村	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表3 京都府市町村別産婦人科・呼吸器内科・脳神経外科医療機関従事医師数 総数

3. 京都府における医療需要予測

平成27（2015）年6月の社会保険研究委員会（諮問：地域医療の現状から日本の医療制度の再構築は可能か）の答申と同様の手法で、京都府内の二次医療圏ごとの医療需要予測を行った。厚生労働省、平成30（2018）年9月21日公表の「国民医療費」のデータと国立社会保障・人口問題研究所の平成30（2018）年3月の「日本の地域別将来推計人口」を用いて総医療費を推計した。65歳未満、65歳以上、75歳以上の平均医療費を用い、将来もこの医療費を使い続けると仮定して各年齢の人口と掛け合わせることで総医療費を推計した結果を表4に示した。

京都府全体では2025年まで医療需要は増加し、その年にピークアウトするが、2035年でも2015年と同程度であった。二次医療圏毎で見ると、丹後医療圏の医療需要のピークアウトは、前回より5年後の2015年にずれ込んでいたが、その後の医療需要は減少しつづけることが前回同様に示された。一方、京都・乙訓医療圏の京都市上京区・中京区・下京区・南区・右京区、山城北医療圏の京田辺市、山城南医療圏の木津川市・精華町では2045年までピークアウトせず、医療需要が増え続け、二次医療圏内の市町村にも地域差があることが示唆された。

平成27（2015）年6月の社会保険研究委員会答申でも強調されていたように、あくまでも簡易な医療需要予測であり、実際の予測を示しているものでないことをお断りしておく。

医療需要の推計 最も赤い時点でピークアウトする。								
二次医療圏	市区町村	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
京都府全体		932,232,833,900	958,469,051,200	962,310,560,500	952,178,460,700	938,169,849,300	934,292,040,600	917,472,927,600
丹後	宮津市	8,150,140,700	7,816,165,300	7,402,728,400	6,870,385,300	6,271,758,300	5,736,501,300	5,103,954,200
	京丹後市	22,613,779,000	22,019,488,600	21,268,616,100	20,285,883,300	19,099,966,500	18,000,948,000	16,525,891,800
	伊根町	1,029,222,300	948,913,100	852,427,500	761,965,900	663,742,000	567,358,700	479,891,100
	与謝野町	8,834,307,800	8,550,639,100	8,193,072,800	7,771,436,900	7,265,098,000	6,821,246,600	6,242,788,600
	福知山市	29,178,527,800	29,117,800,800	28,970,848,400	28,501,527,700	27,977,899,300	27,817,995,100	27,267,641,000
中丹	舞鶴市	31,717,516,000	30,989,169,900	29,887,063,400	28,288,979,000	26,591,355,000	25,299,948,900	23,748,311,900
	綾部市	14,272,923,200	13,870,766,500	13,252,671,000	12,443,263,700	11,673,260,000	11,075,721,900	10,370,482,800
南丹	亀岡市	31,214,315,700	32,406,247,700	32,662,102,400	32,007,724,900	30,735,406,600	29,503,430,500	27,954,211,000
	南丹市	13,255,952,600	13,032,571,500	12,610,165,800	12,139,570,800	11,551,250,200	10,940,330,600	10,196,818,100
	京丹波町	6,377,932,800	6,126,320,400	5,771,045,600	5,382,222,600	4,934,569,300	4,496,551,100	4,017,579,300
京都・乙訓	京都市	519,451,459,600	537,224,858,600	543,706,152,600	544,335,634,400	543,985,859,500	548,660,779,700	545,618,760,700
	京都市 北区	43,037,171,500	44,061,753,600	44,180,115,300	43,998,977,500	43,588,845,700	43,101,537,000	42,021,197,600
	京都市 上京区	30,287,358,700	30,443,049,200	30,362,273,100	30,133,784,800	30,042,379,300	30,346,511,000	30,462,467,000
	京都市 左京区	59,615,246,000	61,720,375,900	62,625,042,800	62,840,982,300	62,638,286,100	62,544,687,500	61,869,052,400
	京都市 中京区	37,171,441,600	38,786,940,900	40,043,472,800	41,066,967,500	42,197,181,000	43,705,756,700	44,828,027,900
	京都市 東山区	15,349,482,500	14,879,248,600	14,272,880,500	13,602,449,400	13,014,717,300	12,679,612,000	12,420,270,100
	京都市 下京区	27,271,246,300	28,127,274,500	28,729,899,900	29,143,296,300	29,817,439,100	30,987,314,800	31,923,859,700
	京都市 南区	33,772,180,000	34,664,571,800	34,880,355,000	35,018,903,900	35,069,974,500	35,644,533,800	35,739,436,500
	京都市 右京区	72,551,897,600	75,242,987,900	76,375,840,000	76,900,937,100	77,370,251,600	78,962,138,800	79,121,115,600
	京都市 伏見区	98,644,300,200	102,794,729,400	103,891,495,000	103,485,766,800	102,737,036,600	102,961,139,900	101,347,121,200
	京都市 山科区	49,685,380,800	52,141,016,500	53,005,983,900	52,870,053,800	52,667,460,900	53,170,697,600	52,620,585,400
	京都市 西京区	52,065,654,400	54,362,910,300	55,338,794,300	55,273,515,000	54,842,287,400	54,556,850,600	53,265,627,300
	向日市	18,764,699,300	19,552,982,200	19,487,944,000	19,010,055,800	18,574,182,700	18,535,928,900	18,175,387,700
	長岡京市	27,612,449,300	28,573,830,700	28,644,922,000	28,392,121,200	28,146,190,000	28,376,791,900	28,251,868,700
	大山崎町	5,379,505,600	5,503,790,000	5,372,917,200	5,196,205,100	5,019,286,700	5,024,425,900	4,943,925,200
山城北	宇治市	65,460,759,500	67,448,538,700	67,235,328,600	65,570,410,600	63,406,505,900	62,075,659,300	59,864,512,100
	城陽市	28,934,946,300	29,600,334,000	28,943,605,600	27,287,306,700	25,332,057,000	23,990,154,700	22,614,506,000
	八幡市	26,035,209,500	27,278,014,600	27,389,414,300	26,597,844,900	25,541,025,800	24,790,880,900	23,710,766,600
	京田辺市	22,959,657,300	24,596,820,100	25,512,708,100	26,008,698,700	26,361,853,500	27,351,568,100	27,888,505,200
	久御山町	5,785,728,400	5,979,318,500	5,926,426,900	5,692,221,000	5,412,454,800	5,234,266,400	5,016,301,000
	井手町	3,013,436,900	2,994,542,900	2,867,386,600	2,718,512,000	2,543,555,400	2,372,662,100	2,169,259,500
	宇治田原町	3,271,556,500	3,305,511,000	3,275,395,900	3,212,083,800	3,120,399,300	2,978,975,200	2,781,528,900
山城南	木津川市	23,801,491,800	25,775,216,300	27,100,554,300	27,722,443,500	28,076,748,900	28,794,702,000	29,131,554,900
	笠置町	654,998,200	612,812,300	553,630,600	486,877,100	419,976,500	365,253,900	301,848,400
	和束町	1,744,590,400	1,681,738,700	1,567,058,000	1,431,510,100	1,237,531,200	1,064,259,000	883,639,200
	精華町	11,524,601,300	12,301,139,000	12,780,617,700	13,096,378,600	13,394,517,500	13,701,764,400	13,619,166,400
	南山城村	1,193,126,100	1,161,520,700	1,075,756,700	967,197,100	833,399,400	713,935,500	593,827,300

表4 医療需要の推計

4. 在宅医療の実態

京都府は地域包括ケア構想(地域医療ビジョン)として在宅医療等の必要量の推計を行い、2025(令和7)年の在宅医療等は2013(平成25)年に比し、約2倍に増加すると推計している。在宅医療の実態調査にはレセプトデータが最も実態を把握するための良い資料となると思えたが、その拠り所となる統計資料の入手が残念ながら出来なかった。そこで、京都府医師会が実施した「在宅医療への取り組み状況アンケート調査」【実施期間：平成28(2016)年2月～4月、対象：2148医療機関(診療所1980、病院168)、回答率：73.5%(診療所72.3%、病院88.1%)】を元に、若干の考察を行った。

在宅診療を行っている診療科目としては、内科が65%と最も多く、外科が8%、整形外科が4%となっていた。医療を担当する医師数は、1名が86.9%、2名が8.8%で、圧倒的に医師一人で実施されていた。また、定期的に訪問診療を行っている患者数では、5人未満が35.7%で最も多く、次いで5～10人が20.7%、10～15人が8.6%で、全体の65%となっていた。50～100人が6.4%、100人以上が2.2%と多人数を診療している医療機関もあるが、在宅医療専門医療機関でない限り、10人程度までが現実的に継続可能な人数であろうか。

小児の在宅医療を実施している医療機関は、有効回答のあった484医療機関中18件であった。全て10人未満で、内15件は5人未満であった。

在宅医療を実施している医療機関の管理者年齢の平均は60.35歳で、60代が37.9%と最も多く、50代が30.4%、70代以上が16.3%で、40代が13.3%と続き、30代が1.6%と最も少なく、50歳以上が84.8%で在宅医療は主に高年齢世代が担っていることが判る。10年後の訪問可能人数についての質問に対して、現時点と10年後の増減割合について見ると70代は64%減、60代は23%減となっているが、30代が61%減となっており、将来的に不安な要素となっている。

今後の在宅医療に関する意向として、積極的に増やしていくと回答した医療機関は14.1%と少なく、自院のかかりつけ患者を中心に可能な範囲で新規紹介患者にも対応するは56.3%、自院のかかりつけ患者は出来るだけ対応するが、新規紹介患者は受け付けないが25.5%となっていた。看取り件数としては5人未満が38.5%、5～10人未満が6.9%となっているが、0人が48.7%となっており、残念ながら看取りをしていない医療機関が多いのが現状である。

1ヵ月に最大何人まで在宅診療(訪問診療による管理)の提供が可能かを見ると、現時点では全体で最大月12,244人に対し、10年後では10,659人と1,585人のマイナスとなっている。つまり、訪問診療医の高年齢化に伴い在宅訪問診療提供可能数は確実に減少する。従って、今後の在宅医療提供体制は若手医師の新規参入が増えない限り、その需要を賄うことは困難で、実に深刻な問題が内在していることが浮き彫りとなった。

Ⅲ. 医師・診療科偏在対策

地域医療において、「医師不足」の問題は課題が認識されながらもなかなか解消策を見出せていない。全国一律の基準で医師・診療科の偏在を是正するのは困難であり、地域の事情に細かな目配りができるような仕組みが必要である。地域の医師不足は深刻だが、医師需給は、令和15（2033）年頃までには均衡するとされる推計（医療従事者の需給に関する検討会 第19回 医師需給分科会、平成30（2018）年4月12日）もあり、将来の医療ニーズを考えると、医師養成数はこれ以上増やすべきではないとの意見がある。養成数を抑制した上で、地域の医師不足を改善するには、効果的な医師偏在対策が不可欠である。

そこで、平成27（2015）年に厚生労働省により「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」が立ち上げられ、平成31（2019）年2月18日の第28回分科会で、既存の医師偏在指標である“人口10万人対医師数”に対する“新たな医師偏在指標”に基づく医師多数・少数区域が示された。それによると、医師偏在指標の全国平均は238.3であり、京都府は314.9と東京都329.0に次いで全国第2位であった。二次医療圏別に見ると、京都・乙訓医療圏（399.6）が第10位で医師多数区域（上位33.3%）に該当し、中丹医療圏（191.8）が第114位、山城北医療圏（182.6）第136位、山城南医療圏（173.1）第152位、南丹医療圏（169.6）第162位と多数・少数いずれにも該当せず、丹後医療圏は（135.6）第252位で医師少数区域（下位33.3%）とされた。

ところが、平成31（2019）年4月に、厚生労働省は医療需要・人口構成・患者の流出入・医師の性別や年齢を勘案したとして、更に新しい「医師偏在指標」を根拠不明のまま一方的に提示した。これを、京都府の二次医療圏別に見ると、医師少数区域とされていた丹後医療圏が医師多数・少数区域いずれでもない区域となり、医師多数・少数区域いずれにも該当しなかった南丹医療圏と山城南医療圏が医師多数区域に変更された。そして現在、京都府では医師偏在指標が高いため、厚生労働省より医師数にシーリングをかけられる予定であり、脳神経外科や産婦人科は対象外だが、内科、外科をはじめ多くの診療科がその対象となっている。

各圏域で地域完結型医療を目指している一方で、已むなく他の圏域に患者が流出せざるを得ないという現状があるにも関わらず、「あなたの圏域では患者の流出があるから、他の圏域からの医師確保が行えない医師多数区域に変更する」というのは、あまりにも乱暴な政策と言わざるを得ない。確かに、京都府は東京都に次いで医師偏在指数の全国で二番目に高い都道府県であるが、初めからシーリングありきではないのかと思わざるを得ない。

京都市は、京都府内でも医師が最も充足している地域であり、その他の地域との間には大きな格差がある。しかし、京都市内には京都大学や京都府立医科大学といった研究機関があり、研究に従事している医師も多数おり、中には臨床を行わない医師も少なくない。医師が充足しているとされる京都市内でも、現実には臨床現場の医師数は必ずしも十分に満たされている訳ではない。

全国で24時間営業のコンビニエンスストアが展開されているが、人口が減少の一途をたどっている地方では、働き方改革によって人手不足から経営が困難となり、閉店が相次いで店舗数が減少すれば、今後益々不便になっていくと予想される。そうすると、地方では利便性を求める若年層の人口流出に歯止めが利かなくなるであろう。そのような現況の中で、今以上の数の医師を地方へ派遣する必要があるのか、本当に必要な医師と専門科目との整合性が取れるのか、巨視的な視点で今一度考え直してみる必

要があることも確かである。地方と都会の格差が広がってくる中で医師・診療科の偏在の問題は加速していくことが予想されるが、若手や中堅医師の「医師としての価値観」や「働き方に対する考え」の変化が起こっていることも事実である。

この項は、医師を派遣する側からと医師の派遣を受ける側からの双方の立場からの提言である。また、女性医師の視点に立ち、女性医師の働きやすい環境とはどのようなものかも提案した。

1. 医師を派遣する側から

①地域における医師偏在に対する対策

大学のような医師を派遣する側から見て、単純に各医療機関からの派遣要請に応じるというのではなく、それぞれの地域での医療が成り立つことを第一に鑑みる必要がある。派遣医師数が充分であれば問題は少ないかもしれないが、医師数自体が限られている診療科においては、派遣要請に全て応えることは出来ない。そこで、例えば、その地域での中核となる病院に常勤医を派遣し、周辺の医療機関には、週1～数回等の非常勤医師派遣で対応することで、その地域での医療をカバーするなどの方法がその対策の一つとして挙げられる。同時に他科や地域の診療所の医師に勉強会などを通じて該当科の診療の理解を得つつ、病病・病診連携を進めることも必要である。これについては、次項（2. 医師の派遣を受ける側から）で具体例を提示する。

医師を派遣する時に問題となるのが、特に若い医師にとっては、その施設に経験豊富な指導医がいるのかどうか、自身の専門的な研修や学会活動なども含めた教育・研鑽の機会がそこで充分得られるのかどうかである。医師が不足している地域は、都市部よりも人口過疎地域であることがほとんどであり、子育てや教育などの家庭の問題（ワークライフバランス）もその地域に就職する際のハードルを高くする要因ともなっている。

この課題に対しては、学会活動への支援や子育てのための時短勤務や病児保育も含めた育児支援など働きやすい環境整備に個々の医療機関だけが対応するのではなく、地域の自治体の対応も極めて重要である。医療サービスの整備は地域振興にとって大きな柱の一つであるが、将来どのような街づくりを地域として目指すのかを各自治体がよく考え、地域住民もこれを理解し、例えば日常の生活習慣を変えることで疾病を予防したり、安易に救急医療に頼らなくてすむよう健康づくりに取り組んだり、過度な専門医志向を控え、その地域の医療提供体制に見合った医療サービスを受ける心がけを醸成するなど、医師の過重労働を招かないような環境作りも必要である。

より良い医療体制の構築には、医療を受ける側（患者・家族）の理解も不可欠である。例えば、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML（コムル；<http://www.coml.gr.jp/>）は、患者側からの視点で、“賢い患者になりましょう”と呼びかけている。京都大学医学部附属病院では、外来待合室のデジタルサイネージ（電子看板）に、このコムルからの案内として、同法人が発行した『新・医者にかかる10箇条』*を掲示している。昨今、問題となっているCT画像診断報告書の確認漏れ（放射線診断医による画像診断報告書を主治医が確認しなかったために、患者に検査結果が伝わらず、治療が遅れた等の事例）については、画像検査結果の説明を原則検査日以降に行うことを病院のポリシーとし、検査当日に結果説明を受けられるという患者側の利便性よりも、医療の質と安全の確保に理解と協力を求めている。医療者だけの努力では、到底解決のできる問題ではないという事を強調したい。

＊『新・医者にかかる１０箇条』：インフォームド・コンセントの普及を目指して、平成２１（１９９８）年に厚生省「患者から医師への質問内容・方法に関する研究」研究班から「医者にかかる１０箇条」が発表された。この研究班の一員が１９９０年から活動しているNPO法人ささえあい医療人権センターCOMLで、「新・医者にかかる１０箇条」としてこれを改訂し、厚生省と研究班の承認を経て小冊子の発行を続けている。

- ①伝えたいことはメモして準備
- ②対話の始まりはあいさつから
- ③よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- ④自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
- ⑤これからの見通しを聞きましょう
- ⑥その後の変化も伝える努力を
- ⑦大事なことはメモをとって確認を
- ⑧納得できなときは何度も質問を
- ⑨医療にも不確実なことや限界がある
- ⑩治療方法を決めるのはあなたです

②診療科偏在に対する対策

診療科偏在対策として必要医師数から画一的に地域ごとの専門医数を単純に制限しても、保険診療の算定要件に専門医資格が結び付けられていなければ、専門医資格を取得せずに希望する地域（医師多数地域）で働くという選択肢をとる人も出てくるであろう。専門医でないと行えない医療行為が設定されるとか、専門医であれば診療報酬に加算が付くのであれば、専門医資格を取得する強いインセンティブになると思われるが、専門医でなくても全ての診療行為が可能で診療報酬も同一である現状では、専門医資格を取得せずに働きたいと希望する地域（医師多数地域）で働くことは可能である。

現在の若い世代にとって、忙しいことが問題ではなく、働き甲斐と、労力や技量に見合った待遇が得られているかどうかということが要点になっていると思われる。従って、業務リスクや多忙さ、専門性に応じた待遇の検討が必要かもしれない。限られた医療財源の中では、一部には痛みを伴うこともありうることを許容し、今後必要性の高い分野に財源をシフト（診療報酬を再分配）することも考えていかなくてはならないと思われる。

財源シフトの一例としては、診療報酬を診療科間、病院と診療所間、急性期と慢性期との間等で格差を設けるとか、医療から介護までを含めた財源間での再配分も考えられる。いかに適切に評価して決定するかは困難な作業であり、また、それぞれに医療従事者自身の生活の糧となる面があり、急激な再配分は医療側、患者側双方の混乱を来しうる懸念もあるが、一定の方向性をもってあるべき姿へ徐々に誘導していくということが必要ではないだろうか。

③医師の人材交流

診療科偏在対策と同様に、医師の人材交流についても強制されたものでは、医療サービスを提供する側（医師）にとっても受ける側（患者）にとっても幸福なこととは言えない。派遣される医師が納得した異動となるためには、国や自治体から強制的に配置されるのではなく、従来の大学医局による顔の見える人材交流でないとうまく稼働しないように思われる。かつて目の敵にされた大学医局制度であるが、この大学医局からの医師派遣に頼っている医療機関もまだまだ多く、その役割は今も変わっていない。この時、従来の大学医局からの派遣の欠点の一つとして挙げられるのが、例えば、教授や医局長のような特定の管理者の意向が強く前面に出てしまい、派遣される医師との間に不合理な面を来しうる点があったことである。

しかし、大学医局の意向でどこにでも医師が赴任していた時代は、既に過去の話である。昨今では、意に沿わない命令を拒み簡単に大学医局を辞めていく医師も存在する。このように今までとは異なった価値観を持つ医師も居る状況では、従来型の大学医局には無い様々な工夫をしないと大学医局の医師派遣機能は維持できない。

このような問題の解決策として、同門会が大学医局とその関連病院からなる団体を組織し、派遣医師・派遣先病院の調整役となり大学医局単位で人事交流センター的役割を果たし、人材育成と人材交流に取り組むという方法がある。

一例として、京都大学医学部附属病院呼吸器内科とその関連病院の計45施設で組織しているNPO法人西日本呼吸器内科医療推進機構を紹介する。同法人では、大学側と各地域（府県）を代表する呼吸器内科部長とからなる人材交流検討委員会を設置し、年2回全施設に診療の現況、人員不足状況や次年度の所属医師の異動希望状況などを調査し、その調査結果を集約・分析して翌年度の具体的な人材交流素案を作成し、理事会へ報告すると共に、該当する各施設、医師との面談を含めた調整を行って、翌年度の人事交流を決定し実行するという合議制のシステムを採用している。人材交流は、必ずしも2施設間同士で行えるものではなく、3施設以上の施設間でそれぞれ異動し合うような場合もある。また、単に施設の定員不足を補充するというだけでなく、各施設・地域の専門的医療事情や必要度も鑑みて、相対的により不足している施設に配置するなど複雑な人材交流も時には必要であり、このような組織であればこそ成し得ることである。

2. 医師の派遣を受ける側から

①地域における医師偏在に対する対策

前述の通り、現在でも地域の基幹病院の勤務医確保には大学人事に頼らざるを得ない状況が続いているが、新臨床研修制度が開始され、全国で研修医の争奪戦が始まり、大学医局も人員不足から一方的な人事は行えない状況になりつつある。地域医療を維持し、地域包括ケアシステムを充実させていくためには各医療圏における地域医療支援病院やそれに準ずる基幹病院を中核とした医療連携とともに、医療資源である人材の交流も医師・診療科偏在対策に有用である。

例を挙げると、南丹医療圏（亀岡市、南丹市、京丹波町）の地域医療支援病院である京都中部総合医療センターでは、これまで長い間、同じ医療圏にある亀岡市立病院、国保京丹波町病院、明治国際医療大学附属病院などに診療科偏在対策のため、同センターの医師を非常勤医師として派遣し支援を行ってきた。僻地医療支援としては、南丹市立美山林業者等健康管理センター診療所にも非常勤医師の派遣を続けている。

地域医療の充実には、医療圏ごとに医療の需給状態を正確に把握し、将来予測とその課題に対するきめ細かい政策を創出することが必要である。そのためには医療圏ごとの患者流出・流入数の把握も必要だが、単純に現時点での流出・流入数で需給を判断すべきではない。何故なら大きな需要があるのに、医師がいないから他の医療圏に流出せざるを得ない側面もあるからだ。

特に、脳卒中や急性心筋梗塞などの超急性期医療を要する疾患は、南北に長い面積を有する京都府においては、各医療圏内で迅速に対応出来る医療体制が整備されていることが望ましい。2人に1人が癌になる時代であり、通院困難な単身世帯の高齢者が増加する社会事情を考慮し、極めて高い専門性を必要とする場合を除き、可能な限り地域がん診療拠点病院や地域がん診療病院を適正に機能させて、医療圏内での地域完結型医療を目指すべきである。また、深刻な少子化時代を迎えて、国の宝である子供達

を守るためには、これまでも増して周産期医療や小児救急医療の体制を確保する必要がある。しかし、人口過疎の地域でも万全の体制を取るということは、赤字となることは必至である。行政にその覚悟はあるのだろうか。

京丹後市立弥栄病院産婦人科部長の医師が、平成31（2019）年3月10日に急死された。献身的に診療を続けてこられたであろう産婦人科医師に対して心より哀悼の意を表し、ご冥福をお祈りするばかりである。同病院の産婦人科医師は、常勤2人、非常勤2人の計4人で、24時間態勢で出産に対応し、緊急時にも対応できる態勢を取ってきたとのことである。報道によると、同市で出産ができなくなっている事態を受け、京都府は医師の確保に全力を挙げているとのことであった。しかし、医師の労働環境に関する報道は残念ながら見当たらない。

この医師の勤務状況に関する詳細は不明であるが、常勤2人、非常勤2人の計4人とは言っても、緊急手術等には非常勤医2人だけで対応することはないであろうし、必ず常勤医2人の内どちらかが駆け出される訳である。それで、1年365日24時間オンコール態勢を取って来られたのである。そのような過酷な勤務が強いられる施設に、進んで行く医師が今時いるとは思えない。昼夜を問わずストレスの中で働き続ける産婦人科医の過重労働の問題は、国を挙げて考えていく必要がある。

②「地域医療構想調整会議」と「地域医療対策協議会」

超高齢社会に向けた効率的な医療提供体制を構築するためには、都道府県の中で医師を含めた医療職の人材を適正配置する仕組みは必要である。地域ごとに将来の医療需要を推計し、地域医療構想の実現に向け協議する「地域医療構想調整会議」を内容のある充実した会議にしなければならない。また医療法の規定に基づいて、都道府県における医師確保対策の具体的な実施について関係者間の協議・調整を行う「地域医療対策協議会」（京都府では京都府医療対策協議会）が適正に機能することが、地域における医療提供体制の確保・存続のみならず、医師・診療科偏在是正にも重要な意味を持つと言える。

これらの「会議」が、実質的には医局ごとに医師派遣を行っている大学病院や医療系教育機関と協議・連携し、各医療圏の需要に応じた適正な医療提供体制を供給（支援）して行くことを大いに期待する。そして、都道府県の中で医師のみならず看護師・助産師を含めた全ての医療従事者にも地域偏在が存在しており、これらの職種の人材育成と人材不足に苦慮している基幹施設へ適正配置する支援体制も考慮すべきと考える。

③地域枠医師の育成

若手医師のインセンティブを考慮しながら自治医大枠、地域枠を利用するルール of 構築は少しずつ進んでいるが、二次医療圏での医師不足・診療科偏在を解消するには未だ遠く及んでいない。

平成30（2018）年4月には新たな専門医制度がスタートしたが、この制度は医師個人の資格制度の問題にとどまらず、地域医療や病院運営に大きな影響を及ぼす可能性がある。また若手医師のインセンティブを守り専門性を追求することと、地域医療の現場で求められる業務との間に大幅な乖離が生じないようにする工夫も必要と思われる。今後も医師不足地域に積極的に地域枠を有効利用していく施策を推し進めるとともに、大学の医学教育の中で、「救急専門医・総合診療専門医をいかに増やすか」を考えた取り組みや、医学生に対する「全人的医療ができる医療人としてのマインド養成」に心から期待したい。

3. 女性医師の働きやすい環境とは

①女性医師の現状

日本で初めて女性医師が誕生したのは、明治18（1885）年のことである。その後130年余りを経て、平成28（2016）年12月31日現在、全国の医師数319,480人のうち女性医師は67,493人で全体の21.1%を占めるまでになった。女性医師の割合が10%を超えたのは昭和39（1980）年のことで、平成26（2014）年には20.4%と初めて2割を超えた。医師国家試験合格者では平成12（2000）年以降30%台が続いており、毎年新しく医師となる約8,000人のうち女性が3分の1を占めている。最近の医学部入学者では女性が30%を超え、大学によっては半数近くが女性というところもある。その結果29歳以下の医師の男女構成割合では女性は34.6%、30～39歳では31.4%となっている。

診療科別では、皮膚科・眼科・麻酔科・小児科・産婦人科で女性医師の割合が30%を超える。更に年齢階級別・診療科別では、50%を超える診療科もある（産婦人科：～29歳、30～34歳、35～39歳）。

②根強いジェンダーバイアス

このような状況をふまえ医療の分野で女性が十分に活躍できる環境整備が進められるべきところ、医学部入試における女性差別の実態が明らかになり、さらに入学試験での女性差別やむなし、といった意見も聞こえてくる状況に、女性医師の前に立ちはだかる壁の大きさに改めて気づかされた。

確かに、妊娠・出産・育児・介護が仕事の中断や離職の理由に挙げられており、その対策が論じられているが、「妊娠・出産・育児・介護」を列挙し、これら全て女性の担うべき仕事であるという前提での議論は誤りである。「妊娠・出産・授乳」までは女性にしかできないことであるが、「育児・介護」は男女が協力して分担すべきことである。

育児・介護までも女性ができるべき仕事としておいて、女性医師が戦力として劣るという捕らえ方には到底納得しかねる。男女の役割について固定的な観念を持つことなく、社会的・文化的偏見をなくし、女性に対する評価や扱いが不平等にならないことを前提に、具体的な支援策が講じられるべきである。

③女性医師支援から働き方改革へ

前述のように女性医師が増加している一方で、男性医師と女性医師の就業率をみると卒業時には男女差はない。女性はその後徐々に低下し35歳頃には76%と最低となり、50歳（86.5%）に向かって緩やかに上昇するM字型を描くが、男性50歳の92.8%までには回復しない。「出産」に次いで「育児」が休職・離職の理由に挙げられており、M字型カーブの戻りが緩やかで低いのは、「育児」によるところが大きいと推測できる。

女性医師支援について、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組（医師の働き方改革に関する検討会、平成30（2018）年2月27日）」の中で、「医師が出産・育児・介護等のライフイベントで臨床に従事することやキャリア形成の継続性が阻害されないよう、各医療機関において、短時間勤務など多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細かな対策を進める」とされているが、これらは女性医師支援としてだけでなく男女両方の支援策と位置付けられるものである。

日本医師会男女共同参画委員会による「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書（平成21（2009）年3月）」によると、女性勤務医の11.6%が月80～100時間の超過勤務を行い、13.4%が100時間以上で、4人に1人は過労死ラインとされる月80時間を超えて働いている。

子育てと仕事の両立のためには、勤務環境の改善が求められ、当直業務や時間外勤務の免除を求めるケースが多いが、画一的なルールを作るのではなく、個々に対応する柔軟さが必要である。男性医師も育児休業を取って家事・育児に積極的に関り、保育所問題や病児保育に目を向ければ、社会全体の育児に対する関心も高まり、女性医師の働き易さ・復職にもつながると考えられる。

確かに、日本では産休と育休を合わせて最長1年9ヶ月程度の休業が取れる制度は整っているが、一旦休職すると復職が困難だという事情も考慮する必要がある。休職中の代理医師が確保できたとして、復職時にその代理医師は離職を余儀なくされるという問題はもちろん有るが、出産後も雇用を維持したままのパートタイム勤務や、保育園やベビーシッター等で育児が可能な状況を維持しつつ、仕事量を減らしてでも育児との両立が可能な制度が多く施設で実施されれば、子育て中の女性医師も活躍できる社会が実現できよう。

④ワークライフバランス（仕事と生活の調和）について

厚生労働省の「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成29（2017）年4月6日）」によると、常勤女性医師は育児中の働き方として「時間短縮勤務」、「勤務日数減少」、「業務内容軽減」を希望する割合が多い。常勤女性医師の10%、非常勤医師の25%が休職や離職を経験していると報告されており、不規則な勤務時間など厳しい就労環境が原因と思われる。育児中に休職や離職を経験した女性医師は、常勤を継続した女性医師と比較して専門医資格の取得率が有意に低いという報告もある。大学や病院においては、教授や院長・副院長などの管理職に就いている女性医師が極めて少ないという現状がある。つまり、女性特有のライフステージにおける様々なイベントにより、医師としての研鑽を積みべき時期に就業率が低下し、キャリア形成に支障をきたしている実態がある。

ここで、入局者の半数近くを女性医師が占める京都府立医科大学内分泌・糖尿病・代謝内科の先進的な取り組みを紹介したい。女性医師が臨床研修先を選択する際には、子育てできる環境があるかどうかが大きな決め手となっているので、出産・育児や家族の介護でキャリアが中断しないよう、また中断したとしても可能な範囲で早期復帰出来るよう様々な支援を行っている。産休中の代理として大学から非常勤医師を派遣したり、幼い子供がいる女性医師に対しては、勤務派遣先に当直免除の配慮を打診したり、保育園の送り迎えの時刻を考慮した勤務地を提案する等、子育てをしながらも常勤医として働き続けられるよう配慮を行っている。通常の常勤が困難な時期には時間短縮、または非常勤医師として働けるよう便宜も図っている。産休中の代理医師派遣は、大学医局所属医師ならではの“特権”かも知れない。

医育教育機関としての大学の役割も不可欠である。京都府立医科大学では、男女共同参画推進センター*を設けて、病児保育園や院内保育園、託児所の拡充、時短勤務であるが報酬もあるフューチャーステップ研究員制度、育児中の女性医師の研究をサポートする研究補助員制度、テレビ会議システム、文献オンラインシステムなど、多くの支援制度を導入している。

学術集会会場にも託児所を設置して、育児中の女性医師にも最新の医学情報習得の機会を設ける等、主治医制ではなくチームでカバーし合える制度にするなど、大学のみならず地域の基幹病院にも女性医師支援策が導入できるよう学会、病院、国を挙げての取り組みが必要である。

男性医師が、妻である女性医師の職場復帰時に1ヶ月育休をとり、女性医師のスムーズな職場復帰につながった事例もある**。女性医師の就労環境について、今一度考え直してみる時期に来ていると思われる。

*平成22（2010）年度文部科学省科学技術振興調整費女性研究者支援モデル育成事業「しなやか女性医学研究者支援みやこモデル」を契機に開設された。

**京都府立医科大学男女共同参画推進センターが、平成31（2019）年3月24日に開催した「キャリア支援コンソーシアム“えん”」におけるパネルディスカッション「皆のための働き方改革！～イクメン・イクボスの立場から～」での発言から。

4. 「医師の働き方改革」と「新専門医制度」が及ぼす影響

平成29（2017）年3月に閣議決定された「働き方改革実行計画」によって、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し罰則付きの時間外労働の規制を初めて法律で導入することが決定した。この中で、医師については、医師法（昭和23年法律）に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、その対応については「医師の働き方改革に関する検討会（厚生労働省医政局）」にて検討をすることとなった。働き方改革実行計画によると、医師の働き方改革の猶予期間は5年間となった。

今後、この5年間に医療機関、特に二次救急・三次救急医療機関では様々なトラブルが生じることが予想される。医師の時間外労働時間の上限を一気に一般労働者並みの月45時間・年360時間に縮めると、都市部であっても医師不足が問題となり、医療現場に大混乱が起きることは明白である。「医師の働き方改革」が及ぼす医療への影響は計り知れない。国・国民双方にその覚悟はあるだろうか。

平成31（2019）年3月28日に「医師の働き方改革に関する検討会」は報告書をまとめた。検討会の中で焦点の一つとなった時間外労働の上限時間数について、年960時間以下（診療従事勤務医水準、（A）水準）では成り立たないという医療機能に限って、最大であっても地域医療確保暫定特例水準（（B）水準）として年1860時間を暫定的に認めている。しかし、基本は年960時間以下にしなければならず、「年1860時間働かされる」とか「年1860時間までは働かせてもいいのだ」といった誤った認識が広がらないよう医療現場には理解が求められている。

働き方改革において、勤務医も一般職員と同様に労働者であることは法律上間違いない。今回、働き方改革においては、労働時間の判断基準は、次の通り定められている。

①指揮命令下に置かれた場合は労働時間。

②通常はタイムカードで在院している時間は全て労働時間。ただし、研鑽については切り分けられ、オンコールは対象外となったが、今後は再検討されていく。

今回の働き方改革を検討していく中で、全国の病院・有床診療所に行った勤務環境改善の状況のアンケート調査（平成29年度厚生労働省委託、平成29年度厚生労働省委託医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書、平成30年3月、医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための検討委員会）では、36協定*のない病院が15%、宿直許可を取っていない病院が全体の中に20%あり、タイムカードすら使用していない病院が60%程度あることがわかってきている。

*36協定：従業員に残業や休日労働を行わせる際に必ず締結しておかなくてはいけない協定のことで、労働基準法36条に定められていることから、通称「36協定」と呼ぶようになった。正式名称は「時間外・休日労働に関する協定届」という。

医師も労働者であるとの見解は動かしようがなく、医師の健康管理に配慮しながら医療崩壊を来たさないような仕組み作りが必要である。地域の事情により過度な労働時間が許容されれば、医師の健康をどのような形で守れば良いのか、矛盾に満ちた難題に最善の解を探さなければならなくなる。従来、理事長・病院長は患者のための医療を行うよう努めてきた。しかし、今後は医師を含めた全職員のためをまず考えて、病院経営をしていかないといけないだろう。

一方で、高齢化がさらに進む将来の社会保障を充実させていくためには、「働き方改革」に加えて「人づくり改革」をしなければならない。医師のみに負担を強いるのではなく、特定行為ができる看護師の育成など看護師を含めたコメディカルスタッフの育成を急がねばならないと思われる。平成27（2015）年10月から看護師の特定行為研修制度が創設・開始されたが、研修制度の対象となる医療行為

を業務として行う「診療看護師」は、その責任の重さから志望する看護師がどれほど期待できるかは未知数である。

国の進める働き方改革に反対はしないが、現状では二次救急・三次救急医療機関が対応し切れないであろう。人口の減少はピークアウトしたと言われているが、医療を必要とする老年人口は増えていくと予想される中で、ますますの医師不足が叫ばれていくのではないだろうか。需要と供給を考えた制度設計が必要で、今後地方においては、特に公立病院同士で比較的やり易いところであれば、医療機関を集約していくことは避けられなくなっていくかも知れない。

平成29（2017）年より新専門医制度が始まり、各分野の専門医数に制限がかかっている。更には、詳細に分けられた専門医資格により、一般内科・一般外科の医師が減少している。細分化が進むことで、今までのような、所謂何でもできる医師が減少し、救急医療現場には大きな影響を及ぼすだろう。

また、新専門医制度の中でサブスペシャリティが決定してきているが、これら新専門医制度下の専門医は、自由標榜制を前提とした保険診療の算定要件等のルールに、直接結び付けられていないという大きな問題がある。例えば、施設基準で『〇〇科の常勤医師〇名を配置すること』という要件があるとしても、この『〇〇科』は専門医資格とは何ら関係ないのである。

働き方改革を見据えながら、地域ごとに異なる医療需給の事情に柔軟に対応し得る政策を提言し、地域包括ケア充実に向けた取り組みを継続的に行っていくべきであると考え。地域医療構想の策定・実行、医師不足・診療科偏在対策、医師の働き方改革、新専門医制度などは地域における医療提供体制のあり方とセットで議論すべき課題である。

医師には応召義務もあり、医師の健康に十分な配慮をしつつ、医療崩壊を来たさないような仕組み作りが必達の命題である。政府はもちろんのこと、多くの有識者や医師会、病院団体は、来るべき超高齢社会に向けて、地域で暮らす住民に納得してもらえよう、賢明な案を見出し発信し続ける責務があると考え。

IV. 在宅医療の問題点と訪問診療医不足対策

在宅医療とは、病院で受けられる医療と同じ医療を自宅で受けられることではない。これから迎えるであろう「多死社会」においては、自宅での看取りが進まなければ救急医療は立ち行かなくなるであろう。早く死にたいと嘯きながらも、最期の瞬間に右往左往する高齢者やその家族も多く、「死」というものが身近なものではなくなっている現代社会においては、「死」とはどういうものかの認識が薄れてきている。

在宅医療を担う医師もまだ多くはなく、それらの医師の高齢化も進んでいる。この項では、在宅医療の問題点を探り、ある地区医師会の取り組みを紹介する。また、取り残されている小児の在宅医療の問題にも言及したい。

1. かかりつけ医のいない在宅医療難民

国民皆保険制度の下で、フリーアクセスの日本の医療では、患者の大病院志向がどうしても存在する。小規模の小売店が減り、大きな商業施設が賑わうのと同様に、大きな病院に行けば、各診療科が揃い、最先端の医療機器があり、いざとなったら入院も出来るとなると、大病院志向は当然のように思われる。また、大病院と診療所間の外来診療自己負担額の差も、それを後押ししていることは忘れてはならない。

元気に通院できるうちは大病院志向でも良いが、加齢と共に、場合によっては病勢の進行と共に重度の要介護状態となり通院が困難になった時にどうするかという問題が出てくる。できる限り住み慣れた地域で療養することができるよう在宅医療に切り替えてくれる病院もあるが、遠距離となるとそれもかなわないであろう。

地域の医療と介護の連携を推進するための在宅医療のコーディネート拠点として設置された「在宅医療・介護連携支援センター」の相談事例で一番多いのは、地域で訪問診療をしてくれる「かかりつけ医」探しの相談である。最近では、病院の在り方も変わってきて、今まで病診連携に消極的であった病院が、かかりつけ医を持ちましようとする受診者に勧め、逆紹介と言う形で地域の診療所に紹介する取り組みをしている例も増えつつあり、病院の地域連携室がその役割をしっかりと果たしている。利用する患者側から見ると、診療所と病院の連携がうまくいって、必要な時には病院でも診てもらえ、病院と診療所間の連携が円滑に運ぶのであれば、何が何でも病院にということはないのだろうか。

出来るだけ自宅で過ごして最期は病院でという人がいる一方で、最期は自宅だと望む人もいる。死期の近づいた末期の患者を至急退院させ、その日の内にかかりつけ医が往診し、翌日看取られたという事例もある。そのような病院と診療所間の連携体制も、現実にあることを地域住民に知ってもらうことも必要である。

2. 看取り問題

在宅での看取りを望む方が多いと言われるが、それをかなえるためには高い障壁がある。患者本人の迷惑をかけたくないという思いや住宅事情、経済状態などとも深く関係しているであろうが、ここでは家族側の問題と医療提供側の問題を取り上げてみる。

①家族側の問題

看取るということが、非日常の出来事となり、死が遠い存在となって久しいが、老衰で逝った祖父を見て「うちのおじいちゃんは、餓死したの?」と聞く孫が珍しくなっているようである。人類が地球上に登場してから700万年、25種を超す人類が絶滅したと言われている。その歴史のほとんどは、弱い存在の人類が肉食獣に襲われ食べられ、仲間が食べられているのを見て死と隣り合わせの中で生き、そこを生き延びたのが現在の人類である。大家族や村社会では、皆で見送ることが普通であった。また、今この瞬間にも地球上のどこかで餓死している人がいるなど、常に生活の中に死があった。

しかし、我が国では、ここ半世紀ほどで死が生活の場には無く、病院等の非日常の場での出来事となり、長く人類が伝えてきた“看取る”という経験を途絶させた。そのために、死ぬことについて話すことはなくなり、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning :ACP）が大切と言われても、本人の意思を確認しておくことは難しく、もし意思の確認が出来てもそれを支える家族に看取った経験がないと、大きな無理がかかることになる。

看取った経験があればなんでもないことでも、経験が無いと少しの変化にうろたえて、つい119番通報をすることになってしまう。慌てて通報をした結果、救急隊員が駆け付け蘇生を始める段になって、我に返った家族が蘇生処置を止めてくれと言い出すような問題も多くなっている。東京消防庁では、このような場合の救急隊の対応フローチャートを作ったと報じられている。状態が急変した時に、本人・家族の気持ちが変わってしまうことは、しばしば経験される。ACPとて万能のツールではない。特に都市部では、老衰による最期が近いと判断されるケースは、在宅でも施設でも医療を提供する側が家族に腹をくくらせて、いざという時に救急車を呼ばないように指示し、老衰による自然死というものがあることをしっかり認知させておかないといけない。

無駄な延命処置を望んでいない家族も多いはずであるが、世間体を気にして見殺しにしたと思われたくない心理も働くのであろう。看取りについての経験を途絶させてしまった日本人に対して、今度は医療側が看取りについての啓発をしていかねばならなくなっている。

②医療提供側の問題

地域で開業するということは、その地域の人々に仕事をもらっているということであり、地域の役に立たなければならないはずである。しかし、地域で開業しても、地区医師会の活動には関わらない、学校医はしない、などと言う医師が増えているようだ。また、在宅医療についても、病院勤務の時にはオンコールで常に拘束されていたので、開業してまで拘束されたくない、在宅医療はしないと切り切る医師も居る。大変だった勤務医をやめたら少しでも余計なことはせずに過ごしたいということなのだろうか。勤務医の過重労働が広く報じられ、開業医が楽をしているように思われてしまっているところにも問題がある。

2013（平成25）年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会は、「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」の中で、「かかりつけ医」を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義し、以下のような「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師としている。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供をおこなう。

地域で開業する医師がこのような「かかりつけ医機能」を持つのが理想ではあろうが、現実的にはその全てを達成することはかなり困難と思われる。しかし、理想には程遠くても、せめて地域で開業するからには、自らをかかりつけ医と思ってくれる患者に対して、最後まで診る（看る）という姿勢を持たなければいけない。「看取り」の困難さが、在宅医療参入の障壁になっているとすれば、かかりつけ医を支援する取り組みも必要である。

3. かかりつけ医支援の取り組み

在宅専門の診療所が登場し、看取りを沢山している。地域にとっては、病院ではなく自宅で亡くなることができて良いことであろうが、限られた診療所ばかりに依存していて良いのかという問題もある。少しでも在宅で看取りをする診療所が多くなることが望まれるが、それは当然のことながらかかりつけ医の責務であろう。しかし、24時間体制で在宅患者を受け持つことは、日々の外来診療も行うかかりつけ医にとっては大きな負担である。

超高齢社会のまちづくり「柏プロジェクト」と言われる千葉県柏市の取り組みがある。生きがい就労事業と地域包括ケアシステムを中心として、住み慣れた地域で最期まで自分らしく老いることができる社会の実現をテーマに進められている取り組みである。地域のかかりつけ医の負担軽減の仕組みとして主治医・副主治医体制を示し、副主治医機能集中診療所なるものも登場している。柏市で出来たから他の地域でもという訳にはいかないであろうが、それぞれの地域でその地域に合った方法を考えていかなければいけない。

乙訓医師会で検討を重ねて作成され、現在も広く使用されている「在宅療養手帳」*を、隣接する西京医師会で過去に導入した。しかし、なかなか普及せず、改定をして簡略化もしたが、結局根付くことなく廃止になってしまった。近隣地域で上手くいった大変良いものでも、土壌がないと根付かず育たない。

*「在宅療養手帳」：保健、福祉、医療が連携していく方法として、在宅療養の情報を本人、家族も含めた医療、介護に関わるすべての人が共有するために一般社団法人乙訓医師会が作製したもの。

「在宅医療・介護連携支援センター」が、平成24（2012）年からのモデル事業に引き続き、介護保険上に位置付けられ、各地に本格的に設置され始めている。同様にモデル事業で上手くいったからと言って、それが他の地域で上手くいくとは限らないが、それぞれの地域のそれまでの取り組み、実情に合わせたものにしていく必要がある。

このような、かかりつけ医の負担軽減や在宅医療に取り組みやすい環境を作ることや、他職種と連携を取り合う土壌作りには、地区医師会も地域社会に対する使命・役割として本腰を入れて取り組まねばならない。

4. 地区医師会の取り組み例

ここである地区医師会の取り組みを紹介したい。宇治久世医師会は昭和22（1947）年に発足し、宇治市、城陽市及び久御山町の2市1町（推計人口約27万人、平成30（2018）年10月1日現在）を圏域としている。近年、2市1町いずれも高齢化率が上昇し、死亡数は平成27（2015）年で2,621名となり、平成24（2012）年の2,350名に比べ271名増となっている。

在宅および施設療養高齢者の救急搬送依頼も増加しており、搬送された高齢者本人の「人生の最終段階で希望する医療」についての意思が、その場では確認できず、現場が混乱するケースが生じている。このような状況を背景に、宇治久世医師会では最期まで住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、平成26（2014）年度より看取り委員会を設置した。宇治市・城陽市・久御山町圏域で、病院以外での在宅や介護施設における看取りを進めるため、在宅医療を担う各関連機関との連携を含めた「地域で看取る体制づくり」を目的に以下のような取り組みを行っている。

①宇治久世医師会版事前指示書『わたしの想い』シート・リーフレット

看取り委員会の中で、ACPの普及や救急の適正利用を目的として事前指示書「わたしの想い」を完成し発行した。作成にあたっては、消防本部救急業務担当課もオブザーバーとして参画して貰い、今後の取り組みに対する協力体制も得ることができた。事前指示書は医師会員を始めとして、医療・介護・福祉関連機関にも配布し、住民への説明と配布の協力を求めた。今後は事前指示書を実際に記入・活用に至るまでが課題となるので、啓発にあたっては圏域の医療と介護のそれぞれの専門職が正しい知識を持ち、一般住民に説明できるようにする必要がある。そのために、事前指示書の記入や具体的な活用方法についての視聴覚資料（啓発用VTR）を作成して専門職と一般住民に啓発していくと同時に、医療と介護サービス関連情報を宇治久世医師会の医療・介護・福祉の総合情報サイト「宇治市・城陽市・久御山町ココカラまるごとねっと」でも随時公開し、住民に対しより適正なサービスの提供と在宅医療の啓発活動を推進している。

②看取り講演会、住民参加医療フォーラム実施による意識啓発

圏域の医師会員を講師として、住民参加型フォーラムと専門職向けの看取りに関する講演会を実施し、終末期の医療・介護利用者と関わる際の姿勢や気持ちのあり方を学ぶ機会も提供している。事後に実施したアンケート調査では、そのテーマ・内容に対して回答者の90%から高い評価を受けたので、今後も引き続き在宅・施設看取りについての意識啓発活動を、今後企画する出張講座とも連動する形で進めていく予定である。

③ACPと事前指示書『わたしの想い』

事前指示書『わたしの想い』を医療・介護・福祉関連機関に配布し、12回の出張講座に加え、2回のフォーラムを通して住民啓発事業を精力的に行った。啓発ではこの現状とACPの必要性（事前指示書の活用）に焦点を当てた。今後は実際の活用事例を集め、可視的な評価指標も含めて検討していくことが課題である。

④特別養護老人ホームにおける施設看取りに関するアンケート

宇治市・城陽市・久御山町圏域の14施設の各職種計140名を対象に自施設の看取りへの取組みについて平成29（2017）年度に平成26年度と同様のアンケート調査を実施した（表5）。看取り数は平成26（2014）年度に比べて増加しておらず、施設間の差が大きく出る結果となった。施設長や嘱託医の指導のもと、施設看取りに向けた各職員の意識変革と職種間の連携をいかに進められるかが今後の課題である。

平成30（2018）年度から、在宅医療・介護連携推進事業が市町村の地域支援事業として本格実施されることを契機に、行政との本格的な協働を始め、各事業者の協議体の設置も計画している。その協議体では特別養護老人ホームにおける看取りの推進、ケアマネジャーによる事前指示書『わたしの想い』の説明等を検討し、行政との二人三脚で住民啓発の推進を主軸に活動を進めている。

表5 特別養護老人ホームにおける施設看取りに関するアンケート（上位3つを記載）

1. 看取り支援を実施できた要因	2. 看取り支援に取り組めない、もしくは消極的になる要因
・家族の協力体制 ・他職種間の情報共有・意思疎通 ・法人や施設長の方針	・職員の配置体制 ・職員の教育 ・医師の配置体制
3. 施設で終末期ケアを行うにあたり大切に思うこと	4. 施設で終末期ケアを行うにあたり不安に思うこと
・入居者の意思の尊重、家族の意向との調整 ・自然で安らかな終末期を過ごすこと ・医師と看護師・介護職員等の職員間の連携	・夜間に看護師がいないこと ・終末期に関する知識・経験の不足 ・医療措置に限りがある中での終末期ケア
5. 施設で終末期ケアを行うにあたって望むこと	6. 施設の終末期ケアについて考えていること
・施設に対し終末期ケアについての職員教育 ・介護職員に対し終末期ケアに対する不安の軽減 ・介護職員に対し介護・看護の共通認識	・その人の意思に沿ったケアの必要性 ・終末期ケアに関する情報・学習の機会の必要性 ・職員間の連携の必要性
7. 施設での看取りを通じて良かったこと	8. 施設看取りを通じて困ったこと・ジレンマを感じたこと
・家族や職員に見守られながら最期を迎えたこと ・入居者・家族の意思に添えたこと ・自然で安らかな死を迎えられたこと	・入居者の意思確認の困難さ ・死の看取りの経験が不足していること ・医療職不在時の介護職員の責任の重さ・辛さ
9. 施設看取りを通じて課題と思うこと	
・職員間の意思の統一 ・職員の教育 ・終末期ケアのマニュアル化	

⑤「在宅医療セーフティーネット」と「病診連携・あんしんカード」システム

「在宅医療セーフティーネット」とは、在宅訪問医を紹介するシステムである。地域の病院、訪問看護ステーション、介護支援専門員に各医療機関の医療資源に関する情報の提供を行い、訪問診療が必要で、かつ通院困難な住民が各関連事業所を通してかかりつけ医を見つけられない場合には、在宅訪問医を紹介し、医療と介護の橋渡しを行っている。在宅医療を担う医師を増やすために、在宅コーディネーターとして当面3名の医師（今後増員予定）を選出し、在宅医療の教育活動も行っている。

また、在宅療養患者が救急搬送された際には、その患者の医療情報を共有でき、病診連携や医療と介護が連携できるシステム「病診連携・あんしんカード」も構築している。診療所の医師が診ている患者の情報は多くの場合、その医師の「手元」にしかなく、患者の急変に対する備えが不十分である。「病診連携・あんしんカード」を使って連携病院と情報が共有できれば、診療所と受入病院との連携も取り易くなる。患者の健康や安心を確保するだけではなく、在宅訪問診療医の24時間体制等の負担緩和にもつながり在宅診療拡充の大きな力となる。また救急医療の現状を見ると、高齢患者の搬送が増え、中には救命というよりも看取りに近いケースが増加している。事前に連携病院と地域の在宅訪問医との間に「看取りもありうる」や「看取りを希望している」などの情報共有があれば、患者の尊厳を損なうことなく倫理的にも適切な処置ができる。この「病診連携・あんしんカード」を新たな病診連携体制として育て、将来的にはICTを活用した情報共有支援システムへ統合することも検討している。

5. 小児の在宅医療

周産期医療の著しい進歩により、わが国の周産期死亡率は平成29（2017）年には3.5にまで低下し、従来生存が不可能であった超低出生体重児も生存可能となり、先天奇形や重症仮死などの超重症児も延命可能となってきた。そのため長期の人工呼吸器管理などの医療を必要とし、NICUに長期入院する子どもは増加し医療現場の新たな課題となっている。NICU・小児病棟の長期入院児で、状態が安定し在宅への移行を望まれるケースも増え、在宅医療だけでなく生活支援のための多職種協働も今後ますます重要となってくる。

しかし、どれだけの子供が在宅での医療的ケアを必要としているのか正確に把握されていないのが現状である。「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」の中間報告（平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業）によると、診療報酬請求（レセプト）から割り出した医療的ケア児は全国で約17,000人と推測され、小児慢性特定疾患医療費受給者、障害者（児）手帳や療育手帳を持つ児の数は把握できるが、在宅医療を必要としている児の実態は不明である。日本医師会・四病院団体協議会による「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」の中で示された「かかりつけ医機能」にも、小児の在宅医療については残念ながら触れられていない。

地域によっては複数の小児科医が広域の訪問診療をおこなっている診療所もあるが、多くの地域で訪問診療を行う小児科医は不足していると推測される。その理由は様々あると考えられるが、先に述べたように訪問診療を必要としている子どもの実態が明らかでないことが挙げられる。在宅療養児の支援を総合調整する職種（介護保険におけるケアマネジャーに相当する）が無く、保健・福祉分野から医師に働きかける仕組みが無いことも理由の一つである。病院主治医との個人的なつながりや地域連携室のネットワークでも退院時に在宅主治医が見つからなければ、訪問看護との連携だけで在宅に移行する例も多い。しかし、患家が遠方であれば訪問にも時間がかかり、時間的な制約も多い。小児科医にとっては、

ロールモデルになる先輩医師が身近になく、緊急時の対応などに不安が大きいことも在宅医療に踏み出せない理由の一つである。

医療的ケアが必要でも在宅主治医を持たず、訪問診療という制度自体を知らない家族も多いのが実情である。保健、医療、福祉、教育等関係機関の連携体制を構築し、医療的ケア児の支援を総合調整する「医療的ケア児等コーディネーター」を養成し、医療的ケア児等の生活支援の向上を図る取り組みも行政主導によりなされており、連携の輪が広く強くなることを期待する。

子どもには「生きる権利」「育つ権利」「守られる権利」「参加する権利」の4つの権利がある（子どもの権利条約）。医療的ケア児も「合理的配慮」*のなかで療育・保育・教育支援を受ける権利が保障されなければならない。障害の有無に関わらず子供が家庭で家族と一緒に暮らすことは、本人にとっても家族にとっても大きな意味を持つ。

*「合理的配慮」：障害者から何らかの助けを求める意思の表明があった場合、過度な負担になり過ぎない範囲で、社会的障壁を取り除くために必要な便宜のこと。障害者権利条約第二条の定義によれば、障害者が他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものである。

平成30（2018）年12月、日本医師会、日本小児科医会、日本産婦人科医会が長年制定に向け活動が続けてきた成育基本法が衆議院・参議院両院本会議で可決・成立した。これまでの主な政策（児童福祉法、母子保健法、健やか親子21、児童虐待防止法）の理念を統括した内容である。成育基本法のポイントは以下の通りである。

- ・妊娠期から成人までの切れ目ない医療・教育・福祉の提供
- ・政府は毎年一回施策の実施状況を公表
- ・保護者や妊産婦の孤立を防ぎ、虐待の予防、早期発見
- ・科学的知見に基づく子育ての知恵や食育の普及
- ・予防接種や健診記録のデータベース整備
- ・子どもの死因を検証する体制づくり

厚生労働省内に医療関係者や有識者でつくる「成育医療等協議会」を設置するとされており、母子保健や児童福祉分野の連携が強化されることで、誰もが適切な支援を切れ目なく受けられることが期待される。子どもの健やかな成長を社会全体で支援するための大きな一歩と言えるが、今後どのように実効性のある施策が実施されるか、国・地方公共団体はじめ関係機関の連携が注目されるところである。小児在宅医療の充実にも、この法律が生かされることを期待する。

V. あとがき

1. 改めて医療提供体制について

これまで8回の医療法改正があった。旧法下で行われた様々な取り組みや議論は法改正により一瞬で水泡に帰する。第6次から第8次までの間はほんの数年、また第7次は複数年にわたって行われた。法律を根本から変えるということは余程の重大事であり、そうそう頻繁にあるべきことではない。近年の医療提供体制を巡る問題は明らかに異常事態である。我々の提供できる保険診療は、医療法や健康保険法により定められた診療報酬制度で厳格に規定されている。そして、その改正のたびに医療現場は混乱し、様々な事務負担が増えている現状がある。

この診療報酬改定による経済的誘導でもって医療提供体制を変える仕組みは、時として大きな波紋を呼ぶ。その最たる例が、平成30（2018）年度診療報酬改定により新設された「妊婦加算」であろう。これは、妊婦や胎児への影響を考慮した検査や投薬など「より丁寧な診療への評価」を目的として導入されたもので、医療者への正当な評価のはずであった。しかし、十分な説明がないままに加算が算定された事例などがニュースで取り上げられ、さらに妊婦のみに負担増となる仕組みが「妊婦税」と批判されるに至り、結局中医協で充分議論されることもなく、平成31（2019）年1月1日以降の算定凍結が政治的な圧力で決定された。医療現場の対応の不手際もあろうが、これは正に国民への周知を怠った政治の責任である。

本委員会では、時間的制約も有り「医師・診療科の偏在」と「在宅医療」の問題に焦点を絞って検討を行ったが、これら以外にも「これからの医療提供体制のあるべき姿」に関連した問題はまだまだある。「医師の働き方改革と応召義務」、「在宅医療の医療安全」、「難病患者の在宅医療」等は、十分に議論できなかった。

その他にも、補助金や公費により辛うじて運営されている救急医療を担う高度急性期病院が今後の診療報酬改定で存続できるかどうか。そして遠隔診療。生活習慣病の薬の処方せんをメール、電話でのやり取りだけで発行できる遠隔診療は、医療提供体制に途方もない歪みを生じさせるだろう。更に、医師多数地域での自由開業制の規制。日本医師会は反対の立場であるが、医師偏在対策として今後状況が大きく変わる可能性がある。職業選択の自由は憲法で保障されているが、良識の範囲の中で医師の診療科定数制や自由開業制のあり方について議論する時期に来ているのではないだろうか。

医師の供給も大事だが、医療の需要(患者の受診)の方に制限を加えることも考えるべきである。医師の長時間勤務による過重労働が問題となっているのであるが、都市部において人口当たりの医師数は多くても、医療の需要に対しては相対的な医師不足ということもある。軽症にもかかわらず救急車を呼んだり、敢えて夜間や休日に受診したりする「コンビニ受診」を抑制せずに、医療の供給面（医師数や病床数）だけを論じることは愚の骨頂である。「需要」を放置したままにしておいて、「供給」を制限することで医療費削減を図った結果が、医療崩壊であり、医師や診療科の偏在の一因だとも認識すべきである。

医療へのフリーアクセスを規制しないのであれば、国が率先して適切な医療のかかり方を国民に啓発すべきである。全国・全世代画一的な国民皆保険制度も限界に来ていると感じざるを得ないが、地域別の診療報酬・保険料や年齢別の保険適応などが実施不可能であるならば、早急に何か他の方策を探り出さねばなるまい。

さらに、長期滞在外国人による国民健康保険不正加入・国保保険料の滞納・海外療養費支給制度（海外でのケガや病気の治療費の一部が還付される制度）の悪用等、これらは論外である。医療費を抑制し

ようとしている一方で、国民が支払う社会保険料および血税を以て運営される国民健康保険を一時滞在の外国人がただ乗りで利用するという事態は、倫理的にも許し難い。外国人に悪用され、日本人自身が満足な医療を受けられなくなれば本末転倒であり、長期滞在外国人専用の医療保険制度を整備すべきである。法の抜け穴は即刻塞いでもらいたい。

2. 医政活動について

医療提供体制を規定する医療政策は、まさに政治の問題である。そして、如何に良い制度でも国民を巻き込んで論じて行かなければ頓挫してしまう。

福岡市医師会の医療情報室レポート（平成23（2011）年5月27日）「医療と政治の関わり―医政活動の意義―」に、「政治活動について語るとき、医療界においては『医政なくして医療なし』といわれることがある。これは現在の医療提供体制が、政府（厚労省）が定める『医療制度』の下で行われており、政治との関わりなくして医療制度の改善を成し遂げることができないことを表現したものといえる。」と的確に評言されている。しかし、「医師会における医政活動は、国民医療における様々な政策提言や警鐘、選挙時における議員の支援活動など多岐に亘っている。一方、特に選挙活動に対する反感により、医政活動には非協力的な会員も徐々に増えてきている現状がある」とも指摘されている。

医療政策についても最終的に民主主義の政治力がものを言う。日本医師連盟推薦の医師候補が大量の得票で国会議員に当選すれば、それで医療政策は変わる、というのが現実であろう。しかし、その国会議員の活動の詳細も知らずに、言われるがまま投票に行く会員がどれほどいるであろうか。ここは、医師連盟にも、活動内容をホームページに掲載するだけでなく、SNSを利用した情報発信等逐一詳細を会員に周知する手間を惜しんでは貰いたくない。

3. 最後に

本委員会では、計17回開催し議論を重ねてきた。「医療提供体制」という言葉には様々な問題が含まれているが、各委員の時間と専門領域の制約もあり、「医師・診療科の偏在」と「在宅医療」の問題に焦点を絞った。

本答申では、具体的な提言もあれば、抽象的な理念でしか提言できなかったものもある。医療者だけでは到底解決の付かない問題は、医療政策、まさに政治の問題であり、その意味では医政活動の重要性を改めて認識するに至った。我々現場の医師は、今一度医政活動の意義について考え直す日が来ていると思われる。

本答申の提言が、今後実効性のある医療政策に多少なりとも寄与できるのであれば幸いである。