2020・2021 年度

地域医療委員会答申

2022 年 6 月

茨城県医師会地域医療委員会

2022 年 6 月

茨城県医師会長
鈴木　邦彦　殿

地域医療委員会
委員長　眞壁　文敏

2020・2021 年度地域医療委員会会長諮問報告

本委員会は、2020 年 9 月 11 日に開催された第 1 回委員会において、貴職より「①地域医療における精神科医療機関との関わり　②多職種連携と地域包括ケア：現状と課題　③医療費未払い問題への具体的な取組み」について検討するよう諮問を受け議論を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会の審議結果を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

2020・2021年度地域医療委員会委員

委員長	真壁　文敏	まかべ内科
副委員長	安部　秀三	栗田病院
委　　員	坂本　浩一	坂本内科医院
委　　員	高沢　　彰	汐ケ崎病院
委　　員	中廣　一善	根道ヶ丘クリニック
委　　員	秋葉　和敬	秋葉産婦人科病院
委　　員	海老原　聰	海老原医院
委　　員	黒澤　　崇	黒澤内科医院
委　　員	飯岡　幸夫	飯岡医院
委　　員	會澤　　治	あいざわクリニック
委　　員	小林　　肇	小林医院
委　　員	吉成　　尚	吉成医院
委　　員	小沼　英史	小沼診療所
委　　員	仁保　文平	仁保内科医院
委　　員	前野　哲博	筑波大学医学医療系
県医理事	佐々木　栄一	佐々木胃腸科外科
県医常任理事	伊藤　金一	いとう医院
県医常任理事	大場　正二	大場内科クリニック
県医副会長	松﨑　信夫	取手整形外科医院

目　　次

はじめに

諮問事項
①地域医療における精神保健医療機関との関わり
　１．医療整備としての課題
　２．地域ごとのスムーズな医療連携
　３．医療介護連携と地域包括ケア構築

②多職種連携と地域包括ケア：現状と課題
　多職種連携
　１．日常の健康を管理する職種の連携
　２．食を支える職種と連携
　３．身体機能を支える職種との連携
　地域包括ケア

③医療費未払い問題への具体的な取組み
　１．未収金に関する検討
　２．参考：地域医療に関する検討事項
　　ア．地域医療の現状と今後
　　イ．茨城県における地域医療の将来像
　　ウ．外来医療計画（2020 年～2023 年）の確認
　　エ．有床診療所関連

おわりに

関係資料
・地域医療における精神科医療機関との関わりについて　（アンケート調査）
・多職種の連携と地域包括ケアについて　（アンケート調査）
・医療機関における医療費未払いについて　（アンケート調査）
・県内有床診療所の現況と課題　（アンケート調査）
・講演「これからの地域医療をめぐる話題」（第 30 回地域医療分科会）

はじめに

今期の地域医療委員会は、①地域医療における精神科医療機関との関わり　②多職種連携と地域包括ケア：現状と課題　③医療費未払い問題への具体的な取組みの３つを会長諮問事項として掲げ、テーマ毎のアンケート調査を元に議論を持った。

本県の医療施設に従事する精神科医師は、2016 年 12 月末現在 241 人で、人口 10 万人あたり 8.3 人で全国平均 12.3 人を大きく下回り全国でも下位にある。そのような専門医不足を鑑み、茨城県医師会では「精神保健連携基盤強化事業」とした研修事業を 10 年以上に亘り継続して実施している他、茨城県も認知症疾患医療センターを県内 13 医療機関に認定し、地域の医療機関をはじめ関係機関との連携構築体制の強化に努めているところである。

急な合併症や自殺企図が認められる患者やアルコール依存症、産科周産期におけるメンタルヘルス、産業保健のメンタルヘルス等、地域医療を構築する上でスムーズな医療連携が求められる。

今回、地域医療という観点から、地域の開業医の先生方とのよりきめ細かな医療連携の構築について考えてみた。

日本は諸外国に例を見ないほどのスピードで高齢化が進行しており、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年以降に国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。その様な中、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とした地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の推進は喫緊の課題と言える。

住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを作り上げることは、日常生活圏域で何らかの支援を必要としている多世代の人々が、安心して最期まで共生出来る社会に近づけるものである。マンパワー不足を補うための ICT の導入、それにかかる費用など現実的な問題もあるが、『顔の見える関係作り』を主眼に、地域医療という広い分野での連携について考えてみた。

医療費の未払いは、非常に根深い問題の一つである。特に昨今のコロナ禍においては、これ迄とは異なる未払いのケースが散見され、医療機関におけるより慎重な対応が求められる。

2008 年の「医療機関の未収金問題に関する検討会」報告書（厚労省）によると、四病院団体（全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本病院会）の調査が示され、同協議会に加入の 3,270 病院の累計未収金発生額が 1 年間で約 219 億円であったことが報告されている。

また、日本医師会の調査では、1 診療所当たりの未収金額が 15～16 万円。未払い患者 1 人当たりの未払い金額は 5～6 千円という結果が示されている。

特にコロナ禍においては、陰性であったコロナウイルス検査費用やオンライン診療に起因する未払いなど、これ迄には見られなかったケースが見られるようになった。未払い金発生の背景と、未払い金を発生させないようにする医療機関の対策等について考えてみた。

①地域医療における精神科医療機関との関わり

○諮問背景・答申概略

従来、身体科医療機関と精神科医療機関との連携の難しさの多くは救急現場にあった。すなわち自殺企図未遂患者の対応や精神科病院入院中の患者の急を要する身体合併症に罹患した際であり、とりわけ茨城県内で精神科病床をもち、救急医療に対応しているのは筑波大学附属病院のみであることも影響している。このことのほか近年では高齢化の進展に伴い、身体疾患と精神疾患の併存するケースが増加していること、かかりつけ医で診療している認知症の BPSD 対応に精神科対応を要すること、さらには産業保健分野でメンタルヘルスの問題が常態的になっていることから、地域医療において精神科医療機関とスムーズな連携体制を構築することの重要性が高まっている。

これまで県医師会は、「精神保健連携基盤強化事業」、うつ病対応力向上研修、産業医と精神科医のケースカンファレンスなどの研修を 10 年以上継続している。また、茨城県は認知症について認知症疾患医療センターを県内 13 医療機関認定し、各二次医療圏に少なくとも 1 つは地域型として地域の医療機関・関係機関と連携を進めており、認知症の鑑別診断、BPSD 対応などで連携構築体制ができつつある。

このようななか上記の会長諮問を受け、現状の課題抽出を目的に県医師会会員にアンケートを実施した。当委員会で協議を重ねるとともに、以下の課題や解決に向けての今後の対応についてまとめた。

地域医療においては、各々の医療圏域において精神科医療機関とよりスムーズな医療連携を構築していくことが第一義的に重要である。今後の介護も含めた地域包括ケアの構築には当然この連携が必要となる。また一方で、地域での連携を進めていくためには、重症の身体と精神の併存する病態や極度のやせを伴う摂食障害など特殊な病態においては全県的な医療整備も併せて行われるべきである。現在地域毎に地域医療構想の検討が進められているが、県内の将来像を考える際には地域ごとの医療機関の連携だけでは対応困難な病態に対して、身体科と精神科の双方の対応ができる医療機関整備の必要性の議論がなされるべきである。

１．医療整備としての課題

ａ）精神的な病状をもつ身体重症患者の方の対応

救急救命センターを持つ高度急性期において、精神科が併診して対応ができる医療整備が必要であり、県南では筑波大学附属病院が対応しているが、県内においては少なくとも県央などのエリアにさらに 1 カ所は必要ではないか。2018 年 12 月に県医師会が企画した「精神保健連携基盤強化事業」の講演内容で神戸市立医療センター中央市民病院の精神科身体合併症病棟（MPU：Medical Psychiatry Unit）は大変参考になる取り組みであった。同会のシンポジウムでは身体科、精神科医師それぞれ意見交換があり、現状茨城県の医療資源の問題点、MPU の重要性など共有された。

ｂ）身体科との連携が必要な精神疾患や病態

・身体疾患併存で BPSD の目立つ認知症
・周産期メンタルヘルス

・透析
・摂食障害
・外傷後の積極的な身体リハビリテーション（主に自殺企図の脊髄損傷など）

上記は単科精神科病院では困難な状態も多い。医療必要度が高く BPSD の強い認知症、精神疾患重症で妊婦、重度の痩せの摂食障害、精神疾患重症で脊髄損傷があるケースなどは身体科と精神科の併診での対応ができる医療機関の整備が必要である。

２．地域ごとのスムーズな医療連携

１．のｂ）の一部については地域ごとに連携対応している病院もあり、より多くの該当する患者を地域の医療機関の連携のなかで対応を目指すことが望ましい。また、救急現場で身体治療のめどが立ち、スムーズな精神科治療につなげるために、日々の地域ごとに連携医療機関双方が顔の見える関係を強化していくことが必要である。このためには今後県師会が企画していく PEEC（Psychiatric Evaluation in Emergency Care）研修なども医療圏域ごとに行うことも検討されるべきである。

３．医療介護連携と地域包括ケア構築

2025 年をめざし地域ごとに地域包括ケアの連携作りが模索されているが、ここ 2 年は新型コロナ感染症により、その取り組みの影響が懸念されている。医療介護連携は基本となるが、その他の地域の資源、人材を含めた地域作りについては、様々な取り組みについて地域の先行事例を参考にしていくことが望ましい。

県内で那珂医師会では 2014 年度より多職種事例検討会を年に 3～4 回開催しており、参加職種は医師、歯科医、薬剤師、看護師、ケアマネ、保健師、MSW、警察、消防、市町村健康推進課・介護課、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士などで、毎回それぞれの職種からの困難事例等のケース呈示があり 100 名前後参加している。このような会に精神科医療機関も参加することで主に認知症の対応について地域の関係者と協議をしていく機会を得ることとなる。このように同医師会を中心に関係者との連携が図られており、今後の他の地域にも参考になる取り組みと思われる。今後医療介護連携と地域包括ケア構築には郡市医師会を中心に精神科医療機関も積極的に参加していくことが望ましい。

②多職種連携と地域包括ケア：現状と課題

○はじめに

今後の人口減少や高齢化の進展に伴い、「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる 2025 年に向け、在宅医療の需要は「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加することが見込まれる。その需要に対して、より質の高い提供体制を構築するには、多職種の連携と地域包括ケアの充実が必要であり、それを成就することで、日常生活圏域で何らかの支援を必要としている多世代の人々が、安心して最期まで共生出来る社会に近づけるものと思われる。

今回、その目標に向けて現状と課題を抽出する手がかりとして、2021 年度に茨城県による県内 44 市町村への在宅医療及び地域包括ケアシステムの推進に関するアンケート調査や、当委員会で行った県内 88 箇所の地域包括支援センターへの在宅医療・地域包括ケアに纏わるアンケート調査を用い、それぞれの報告結果と第 2 回茨城地域包括ケア学会などを参考に、より現場に近い内容で検討してみました。

【多職種連携】

１．日常の健康を管理する職種の連携

かかりつけ医

地域包括ケアシステムの構築のためには、医療分野では、やはり在宅医療（訪問診療や往診）がその要となる。かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護職員、栄養士、リハビリテーション専門職員、介護支援専門員などの多職種が連携し、地域の生活圏域で医療を提供する。その中でも在宅医療（訪問診療や往診）に対応している医師の充足状況をアンケート調査では、圧倒的に「足りていない」との結果であった。

これまで、県も茨城県医療提供施設等グループ化推進事業（2017～）などで、在宅医療に取り組む医療機関を増やすための対策を行ってきた。その効果として在宅医療機関患者数も訪問回数も 1.19 倍（2017～2020）と増加し、一定の結果が得られている。しかし茨城県地域医療構想における医療機能別にみた茨城県の医療需要の将来推計（2013 年を基準にした割合）では、在宅医療等は 2025 年までに 41.8 ポイントの上昇が見込まれており、今後益々在宅医療に協力していただける医療機関を掘り起こさなければならない。

在宅療養支援診療所の人口 10 万人当たりの届出施設数をみても、全国平均 11.2 に対し本県は 6.8 施設と大きく下回っている（厚生労働省：2014 年医療施設調査）。しかし、これは本県の医師不足から考えても当然の結果かもしれない。さらに県内の医師・看護師不足に地域格差や医師の高齢化の問題も重なり、状況を複雑にしている。

本県のように医療資源の少ない地域こそ、効率的な環境整備や多職種連携が円滑に進むための仕掛けが必要である。

各職種において、かかりつけ医に在宅療養者についての相談・連絡がある場合、敷居が高く連携が取り難いとの意見が常態化しているが、アンケート調査でその解決策を質問したところ、医師を含めた多職種間での ICT の活用という回答が多かった。しかし従来の方法を継続していきたい方も多く、現在の環境で医師との疎通はある程度できていることも分かった。また第 2 回茨城地域包括ケア学会の講演の中で『ICT 活用による多職種連携とまちづくり』と題してのシンポジウムがあったが、そこで紹介

されていた「電子@連絡帳」は、課題もありますがセキュリティーや公共的な利便性において、非常に興味深いものであった。

今後、高いレベルでの「かかりつけ医」の機能を発揮するには、やはり総合診療医の充実が望まれるところだが、まだ医師数が足りず地域全体に根付くにはもう少し時間を要しそうである。

看護師

在宅療養者が住み慣れた地域で最後まで暮らし続けるためには、24 時間 365 日対応できる訪問看護ステーションの存在が不可欠と思われる。アンケート調査からは一部地域を除き、少ないとの答えが大半を占めた。それでも実際に訪問看護を行っている現場では、看取りや医療依存度の高い利用者が増えており、さらに認知症や精神疾患など精神面および生活全体への介入が必要な場面も多くなっているとのことだ。連携が円滑に運び、余裕を持った退院支援が出来た場合は良いが、がんのターミナルの方等で在宅医療が介入した直後にお亡くなりになる症例もよく見受けられる。病院の主治医や関係者は、終末期の方を円滑に在宅医療に繋げられるように、通院中あるいは退院前から余裕をもった支援の介入が必要かも知れない。

近頃、医師の負担を軽減する為のタスク・シェアリング、タスク・シフティングが話題になっている。その一つとして日本看護協会が中心となって運営している看護師の特定行為研修制度に期待したいがところだが、資格取得のための条件がやや厳しいようである。

また日本医師会が、厚生労働省より研修推進事業実施団体として選定された「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会」が以前より開催されている。しかし、受講者の定員数が少なく、研修を終えても現場での実践症例がまだ少ないようで、今回の調査でもその必要性についても議論の別れるところであった。

薬剤師

現在も大きな社会問題となっている「残薬」について考える必要がある。患者が服薬管理不良となる理由がどこにあるのかを調べ、解決しなければ在宅での適切な薬物治療を継続するのは困難である。今回の調査では、在宅療養者の服薬管理に薬剤師の介入が必要なことを気がついたのはケアマネジャーが大半であった。また在宅訪問実施薬局数は増加傾向にあるものの薬局全体のまだ 3 割程度とのことだが、一般の薬局が在宅訪問に対応するには人員不足からくる訪問時間の確保や作業効率の悪さがある。在宅を行うには（1）指導計画書の作成（2）患者宅への移動（3）残薬確認と薬の配置支援（4）報告書の作成などの作業があり、在宅での服薬管理全てを薬局が担うのは現実的では無い。そこでせめてケアマネジャーが担当している利用者さんの服薬状況をスクリーニングし、アセスメントを薬剤師が行う連携がうまく機能すれば、在宅医療の現場でも薬の飲み忘れ・飲み間違い・市販薬やサプリメントとの相互作用・ポリファーマシーなどの問題も解決され、ひいては「残薬」という社会問題も解決されるかも知れない。

また、在宅訪問を行っている薬局では、初回訪問時の薬の整理の煩わしさに加え、緩和ケアの場面では当然麻薬が処方されるわけであるが、通常の薬と違いその管理・回収・廃棄などに負担がかかり、単価も高い薬が多いため、特に小規模の薬局では経営を圧迫する恐れがある。今後、在宅訪問実施薬局数を増加させるには、上述した負担を軽減するための手段を講じなければならない。

２．食を支える職種との連携

在宅療養者の理想的なケアには、身体的な管理だけでなく食べる楽しみによる心の満足が伴って成し得るものだと考える。その為にも、時には訪問歯科診療による義歯の調整や残歯の治療、舌垢や歯垢のひどい場合には不顕性誤嚥による肺炎予防の為にも、在宅の現場で歯科医や歯科衛生士による「口腔ケア」の指導が必要になってくる。さらに食物の摂食嚥下が上手に行えているか、栄養状態に問題はないかなども在宅医療にかかわるスタッフは常に心がけているべきである。摂食嚥下障害のある場合は、服薬が大変な場合があり、薬の形態の変更や飲ませ方の工夫で解決することもあるが、食べ物や飲み物がうまく摂取できない時は、言語聴覚士（ST）や管理栄養士との連携も必要である。しかしいずれの職も病院・診療所などでの配置率は低く、その難しさが予想される。しかし 2020 年度の診療報酬改定で他の医療機関および栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合でも在宅患者訪問栄養食事指導料が算定されることになり、今後その利用が進むことを期待したい。

３．身体機能を支える職種との連携

生活自立障害のある在宅療養者が、その人らしく住み慣れた地域で在宅生活を継続するには、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などのリハ専門職の指導と在宅生活を支える支援者との連携が欠かせない。退院支援においても、入院時から実際の生活の場面でなんらかの支障がある方は、すでにリハの適応は発生しており、退院時リハ指導の準備として生活の環境整備などを目的にケアマネや介護職からの情報を早期から収集しておくことで、サービス担当者会議でのリハ指導が円滑に行えるように思われる。退院後も障害の大きい患者では継続した訪問リハの導入が望まれるが、アンケート調査からも、訪問リハビリに対応してくれる事業所が不足しており、今後の課題である。

しかし最近、茨城県地域リハビリテーション強化対策事業の一環として、在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」が開始され、これからの活動が期待される。

以上『医療』、『食』、『身体機能』に携わる職種の方々が、縦割りではなく面で繋がることで地域包括支援ケアシステムにおける「健康の分野」での役割が担えるのではないだろうか。

【地域包括ケア】

地域共生社会を実現する為には、地域包括ケアシステムの推進が必要である。それには在宅における「健康の分野」だけでなく、生活全体を支援する体制作りが欠かせない。

「介護保険」の財源は被保険者に対して、特養入所やデイサービスの利用などの現物給付だけでなく、地域の仕組み作りに対して投資的な役割をする地域支援事業がある。多職種間の連携を深める「在宅医療・介護連携推進事業」、地域の生活支援を推進する「生活支援体制整備事業」、認知症の方が地域で生活を継続できるように支援する「認知症総合支援事業」、虚弱高齢者を対象とした「介護予防・日常生活支援総合事業」などがある。

これらの事業は、今回の地域包括支援センターへの調査結果からも分かるように、

インフォーマルな活動も含め多くの取り組みがなされている。ふれあいの場作り（各種サロン活動、認知症カフェ）、移動スーパー、デマンドタクシー、ボランティアや地域住民による宅配弁当・買い物・ゴミ出し等の支援サービスなどたくさんの報告を受けた。このようなサービスを誰でも何処でも受けられるように、地域包括支援センターは常にフォーマル、インフォーマルなサービスの情報を収集し、実際の現場での支援に役立ててほしいと思う。

また地域支援事業の代表的な事業として地域ケア会議推進事業がある。今回調査した「多職種連携を円滑に進めるためのご提案」や「地域包括ケアの充実に必要な施策」として頂いた回答では、異口同音に**『顔の見える関係作り』**が必要という内容だった。地域で支援を必要とする世帯の中でも、解決に難渋する困難事例を検討するために、地域包括支援センターが中心となって開催している地域個別ケア会議を充実させなければならず、そのためには医療・介護の専門職だけでなく、時には法律関係者、自治会、民生委員、ボランティア、NPO などの方に参加していただくこともある。

その中でもやはり医師の会議への出席を望む声が多く、そこから『顔の見える関係作り』が始まる様に思われる。地域包括ケアの推進には「かかりつけ医」の意識改革も必要かもしれない。また参加したくてもあらゆる職種の方が一同に会するには困難な場合も多く、一部の地域ではすでに始められているが、環境整備や情報管理の難しさはあるものの、オンラインによる地域ケア個別会議が渇望される。

地域包括ケアシステムは一朝一夕に達成できるものでなく、多職種間で話し合う地域個別ケア会議等を繰り返すことで、『顔の見える関係作り』を進めながら、その地域の状況にあった資源や手段を使うことで「包括」的に「ケア」していく仕組みが整理されていくのではないだろうか。

③医療費未払い問題への取り組み

〇諮問背景・答申概略

観光立国に舵を切りインバウンド政策をとってきた我が国では、我が国に観光で訪れる外国人の医療費問題が以前より課題として挙がっていた。さらには少子超高齢社会を迎え、国内での外国人労働者も増えており前期の地域医療委員会でも外国人に対する医療問題を本委員会でも検討を加えてきた。そこに 2020 年初頭から我が国でもいわゆる「コロナ禍」が加わり、世界的な経済情勢の悪化のほか受診控えにより医療機関はその経営に大きな影響がでた。こうした状況下で本委員会では未収金問題を改めて検討することとし、会員アンケートおよび研修会を開催し、現状の課題分析の他に今後の医療経営の参考になるよう考察を加えた。

一方、今後の地域医療のあるべき姿を想定した「地域医療構想」のとりまとめが進められ、茨城県でも各医療圏での病床機能の協議が行われている。さらに 2020 年度に県は「外来医療計画」を策定し、2021 年度には病院を中心に「外来機能報告制度」も開始され、各地域での「外来機能の見える化・医療資源重点配分の検討」も着々と進んでおり、有床・無床にかかわらず診療所といえども地域での医療提供体制を検討しながらの医療経営を考えざるをえなくなってきた。また今後の医療提供体制整備には感染症対策も含まれており、ポストコロナを見据えてどういう医療経営を行うかも課題となる。前記の「未収金問題」の他、委員会では、茨城での地域医療構想・外来医療計画・外来機能報告制度さらには有床診療所について、現状の報告と研修会を行った。

１．未収金に関する検討

会員医療機関にアンケートを 2021 年 11 月に施行した。回答率は 42%。未収金が発生した割合は 70.0%。診療所よりも病院、病院でも病床数の多い医療機関が未収金経験と金額が多く、未収金発生対策や対応をとっている割合が高かった。新型コロナ禍以降とそれ以前と比較した場合、「未収金発生は変わらない」と回答された医療機関の割合が多かった。未収金が発生した状況では、「保険証を持参しなかったので支払えない」という理由が最も多かったが、他にも様々な理由が挙げられた。

未収金が発生した状況

回答数　155

A. 患者の都合や勝手な解釈
・企業の倒産
・保険証が無効（資格喪失。期限切れ等）
・収入がなく支払えない
・支払う前に帰宅した
・家族と連絡が取れない（転居等を含む）
・理由もなく支払いを拒否されている
・検査結果に異常ないので支払いを拒否された
・様々な理由（遺産相続等）をつけて支払わない

B. 特殊な診療状況
・預かり金をとったものの、請求額が多くなり、その後未収となった
・緊急受診後、すぐに他医療機関に転院。その後支払いに来ない
・算定漏れがあり追加徴収を申し出たが応じない
・交通事故例で支払い方法が決まらず未収となった

C. 最近の医療状況で起きている新たな未収
・コロナ対応で後日の支払いとなったが来院せず未収
・コロナの検査が陰性で支払わない
・オンライン診療で未収が発生した
・電話再診料が発生した場合、支払いに来ない例が多い

2021-10-茨城県医師会会員医療機関アンケート結果

新型コロナ禍では検査陰性の報告を電話で行った・体調の変化を電話で聞いた等の対応で「電話再診料を支払わない」・「かかりつけ以外の方に未収金発生が多い」という意見があった。未収金発生対策や回収について様々な方法が挙げられた。また県医師会にマニュアル等の整備を求める意見もあった。

未収金を発生させない対策

回答数　279

・ケースバイケースで対応
・医療費が高額になりそうな事例は事前に説明する
・在宅医療事例では事前に1か月にかかるおおよその医療費を知らせ、亡くなった場合も遺族に連絡を取りながら支払いの調整を行っている

・処方がある場合、支払いがなければ処方箋を渡さない
・保険証を持参しない場合は自費・預かり金対応の説明をする
・預かり金をとる
・保険証を預かる
・保証人と誓約書を取り交わす

・事前カード払い・クレジットカード払い等、電子決済を行う
・少額（3,000～5,000円）分割払いをお願いする
・少額の未収のうちに回収に注力する
・２か月滞納した場合は、支払いを催促する
・ソーシャルワーカー・行政と連携する

2021-10-茨城県医師会会員医療機関アンケート結果

未収金回収対策

回答数　270

・連帯保証人の確保
・毎月末毎に未収金の有無を確認する
・早めに状況を察し、患者や関係者と面談、支払計画を立てる
・かかりつけ患者以外は必ず当日に支払いにきてもらう
・未収金患者リストを作成する

・電話、文書による支払い催促
・未収金管理マニュアルを作成し、上記の他、訪問して回収することもある

・法律事務所に連絡する

日本医師会や厚労省では当時問題化していた医療機関における未収金を 1998 年代後半から検討を行っている。その後、国として注力してきた外国人観光客や外国人就労者の増加でこうした未収金問題は「日本で医療を受ける外国人の問題」へとなった。

またコロナ禍が続き、社会的にも経済的にも不安定な状況が続くなか、2021 年末から 2022 年初めにかけて「患者や遺族の暴力で医療従事者が犠牲になった事件」も発生し、未収金以外にも患者や関係者への対応が大変難しい時代になって来たと感じる。こうした事件や地域性を考慮すると、「医療費を支払わない」という行為に対し医療機関が強引な対応を取ることは必ずしも容易ではない。従って医師会としては、医療機関における未収金問題の現状に加えトラブル対策・未収金回収方法等の対応を会員に具体的に周知させることは大切なことであろう。委員からは「回収困難事例に対する対応を医療機関以外で、できれば医師会主導で（外部組織委託も含め）スキームを立ち上げられないか」という意見もあり、県医師会として検討いただきたい。

一方、未収金回収に関して、詐欺罪が立証できない事例では、警察は「民事不介入」という対応を取らざるをえない可能性もある。そこで県医師会が茨城県警と密に連携し、未収金をはじめとする医療機関のかかえる課題について情報共有をすすめ、医療機関での課題解決に向け参考になるような助言を行うことはできないか。さらに「地元警察と各医師会が医療機関への迷惑行為の実情を共有・その対応を協議することで、未然に犯罪を防ぐ」というような好事例を県医師会から紹介してもらえれば、他の地域の参考になると思われるので、検討を重ねてお願いしたい。

２．参考：地域医療に関する検討事項

ア．地域医療の現状と今後

本県の医療審議会と合同で開催されている「地域医療構想調整会議」のうち、2020、2021 年度の進捗状況を委員会で報告した。コロナ禍で各地の地域医療構想調整会議がなかなか進まない中、2021 年度は茨城県が鹿行地区と水戸地区をモデル地区にして協議が進められている。本県は医師不足県ではあるが、多くの地区は今後高齢者も含め人口減少に転じる。病床をもつ医療機関の役割分担（機能分化）をそれぞれの地域で検討することは、各医療機関の経営を検討していく上で欠かせないことであろう。

イ．茨城県における地域医療の将来像（茨城医学会地域医療分科会講演）

講演　「これからの地域医療をめぐる話題」
講師　筑波大学地域医療教育学教授
　　筑波大学附属病院総合診療科長　前野哲博 先生

……巻末に掲載

ウ．外来医療計画（2020 年～2023 年）の確認

2020 年 3 月に公表された「茨城県外来医療計画」であるが、認知度が低いと思われる。各医療圏・地域での「外来医療資源」公表の主たる目的は今後各地域でどのような外来医療が必要かの「見える化」である。しかし現医療提供体制をどのように維持・拡大するか等、医療経営の参考となる資料でもある。本委員会でも 2021 年第 1 回委員会で紹介したがまだまだ周知が必要である。

エ．有床診療所関連

第 3 回全国有床診療所連絡協議会役員会

開催日時　2021 年 12 月 5 日 11:00～14:00
開催場所　TKP 品川カンファレンスセンターアネックス
議題
１．衆議院選挙結果（議連会員）と今後の議連に関して委員長の野田毅先生が落選したが今後加藤勝信衆議院議員に委員長を依頼した。
２．診療報酬改定に向けて、①有床診療所回復期病床（地域包括ケア病床と回復期リハ病床）の新設　②有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の点数引上げ　③「医師事務作業補助体制加算」の算定要件の見直しと点数引上げ　④有床診療所入院基本料の夜間緊急体制加算の点数引き上げ　⑤「入院時食事療養費」引上げを要望した。

有床診療所の今後

日本医師会有床診療所委員会の答申によると、有床診はまだ将来性があり、このことを医療界全体（特に若い医師）に伝えてゆく必要がある。医療法にも有床診療所の役割が規定され地域ケアシステムの中心になりうるからである。

問題は、一般に有床診療所への認識が低く、保健行政でも都道府県の医療計画でも取り上げられていないか、取り上げ方が非常に少ないことである。今後、各二次医療圏での地域医療構想を進める上で有床診療所の役割をもっと明確化すべきであろう。

また、医療・介護関係者への PR 方法を検討するとの意見があげられている。有床診療所の強みは、地域の実情をよく把握し患者に対しきめ細やかで適切なフォローが

可能であること、あらゆる機関とのパイプ役を担うことが出来ることである。こうした特徴を活かし、各有床診療所は、

①早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
②専門医療を担い病院の役割を補完する機能
③緊急時に対応する機能
④在宅医療の拠点としての機能
⑤自立した療養生活を送るためのリハビリ可能な体制を有する機能
⑥終末期医療を担う機能

などを担う必要がある。在宅医療を専門的に行う医療機関や地域密着型の入院施設との連携体制や、高齢多死時代の地域医療基盤を構築する際、こうした役割を有床診療所が担うことで、その地域の強化が図れるであろう。

また、COVID-19 の自宅療養に対し地域の医療資源による支援の強化が必須であり、これらのハブ機能およびバックアップ機能を、小規模で多機能な地域密着型の有床診療所も担ってゆくべきである。

さらに、若い医者が有床診療所の経営を始めたり、事業承継を円滑にするためには医療法人や個人開業医への事業承継税制の整備も必要であると同時に、ICT の活用は必須となる。またオンライン診療に積極的に取り組むべきであり、こうした経営への助言も日本医師会や県医師会にも行って欲しい。

おわりに

かかりつけ医の他、看護師、薬剤師、歯科医師、介護士、ヘルパー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、他多くの方が連携して、地域医療を支えていくと言う考え方、すなわち多職種連携、地域包括ケアの考え方は、各自治体、各郡市医師会において、ある程度理解され、実践されてきていると言える。しかしながら、実際に、十分な体制で活動できているかについては、茨城県内でも、人材の偏在や職種の偏在があり、また患者数にも地域差があり、必要十分とは言えない状態がある。

解決策の一つとして考えられるのは、1 人で頑張らないこと、医師だけで頑張らないこと、専門性の高い人だけで頑張らないこと、つまり、幅広く連携をして、携わる人を増やして裾野を広げていくことが大事、と言うことが見えてきたような気がした。このことは、精神科医とかかりつけ医との連携についても言えることである。

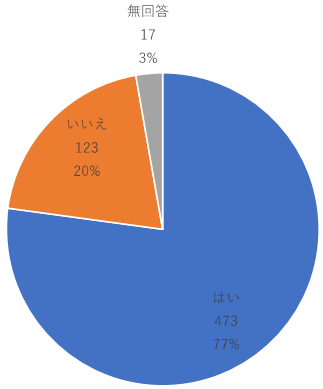
また、未回収金問題を検討する過程で、わかったこともあった。請求側（医療機関）のすべき事もあるが、支払い側（患者さん）の意識の変革も必要で、未回収件数が増えれば、回収業務のためマンパワー不足となり、未回収金で経営が圧迫され、地域医療は潰れてしまう。そうならないために、患者さんにも、理解を深めていただき、未回収がなくなることを目指すことが大事である。

つまり、地域に存在する全ての人々が、地域医療を育てていく努力を惜しまないことが肝要であり、それは医療、介護を提供する側、そしてそれを利用する側の双方で、意識を高めていく必要があると言える。そのための啓発活動も引き続き必要であると考えた。

今回、会長諮問を通して、様々なことを検討する機会をいただいたことに深く感謝の意を表します。

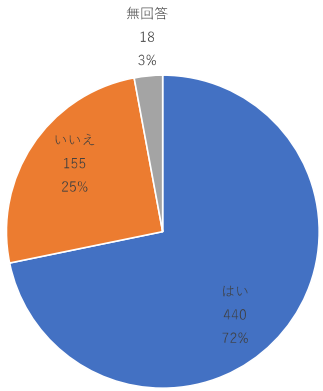
【地域医療における精神科医療機関との関わりについて】

設問①ａ）普段の診療で精神疾患が疑われる際に紹介する精神科医療機関はありますか



【地域医療における精神科医療機関との関わりについて】

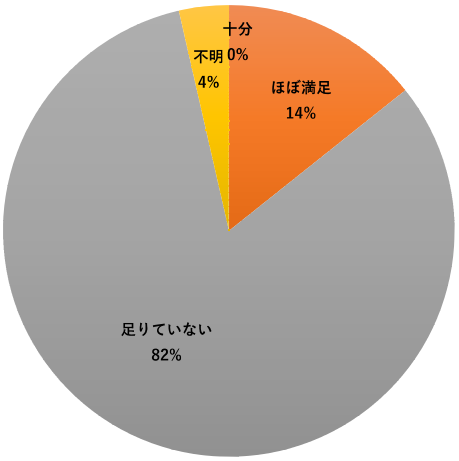
設問②ａ）普段の診療で認知症が疑わしい、認知症で精神状態が不安定な際に紹介する精神科医療機関はありますか



多職種の連携と地域包括ケアについての アンケート結果

【調査対象】
茨城県内の地域包括センター　　88施設
【回答率】
62.5％（55施設）
【調査期間】
令和3年12月27日～令和4年1月14日（19日間）

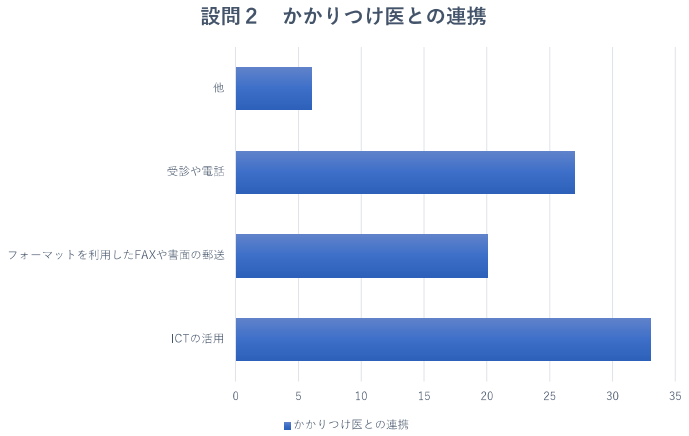
設問１　かかりつけ医の中でも在宅医療に対応している医師の充足度



十分	0%
ほぼ満足	14%
足りていない	82%
不明	4%

2

設問2　各職種からかかりつけ医に相談・連絡がある場合でも、敷居が高く連携が取りにくいとのご意見が多くありますが、その解決策についてのご意見（複数回答可）

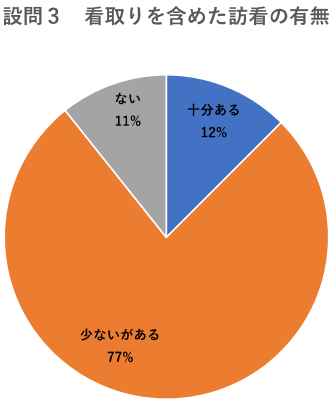


ICTの活用	33件
フォーマットを利用したFAXや書面の郵送	20件
受診や電話	27件
その他	6件

⇒その他の内容として、
- 小さなことでも質問に答えてくれる相談窓口があると助かる
- 医師会で専門職からの相談を受ける姿勢等共通認識を図っていただく　等

3

設問3　在宅医療を進めていく上で、訪問看護ステーションとの連携が不可欠と思われますが、看取りも含めた24時間３６５日対応しているステーションはありますか

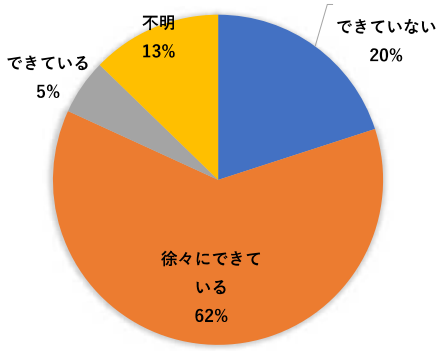


十分ある	12%
少ないがある	77%
ない	11%

4

設問４　かかりつけ医が地域包括支援センターの役割について理解し、円滑な連携を行っているでしょうか

設問４　かかりつけ医と地域包括支援センターの連携

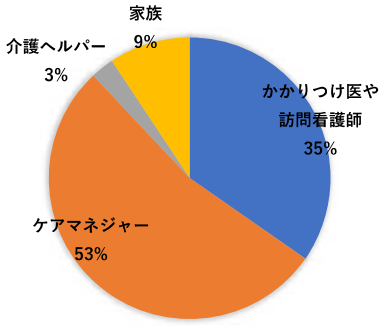


できていない	20%
徐々にできている	62%
できている	5%
不明	13%

5

設問5　在宅療養者の口腔ケアや服薬管理を行っていく上で、訪問歯科診療或いは訪問薬剤の介入による指導が必要になった場合、その連携のきっかけとなったのはどなたでしょうか

設問５　在宅療養者の訪問歯科・訪問薬剤の介入のきっかけ

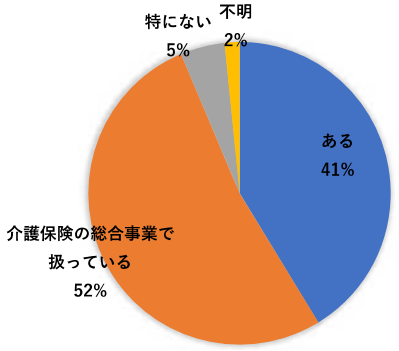


かかりつけ医や訪問看護師	35%
ケアマネジャー	53%
介護ヘルパー	3%
家族	9%

6

設問６　高齢者や在宅療養者のフレイル予防のために何か取り組んでおられる事はありますか

設問6　高齢者や在宅療養者のフレイル予防への取組



ある	41%
介護保険の総合事業で扱っている	53%
特にない	5%
不明	2%

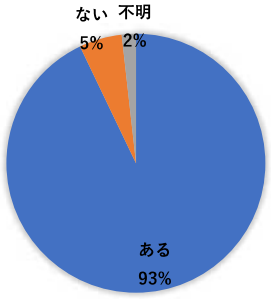
7

高齢者や在宅療養者のフレイル予防のための取り組み
・かわら版での注意喚起や予防のためのお知らせを作成し、広報
・介護予防教室の開催
・「おおしまピクニック」主にご高齢の方に五感による様々な自然体験（ネイチャーゲーム）をしていただくことで、身体機能の回復や認知症予防の効果をねらいとした取り組み
・外出の機会や地域活動への参加が少ない方を対象に6か月を目安に月に1度自宅を訪問し、保健指導や介護予防活動を提供することでフレイルや閉じこもりを予防する事業の実施
・転倒予防の筋力トレーニング、体操、認知症予防レクレーション、ユグニサイズ、介護予防（運動、栄養、口腔）講話、制度説明、権利援護講話
・担当地区におけるフレイル予防講座
・シルバーリハビリ体操教室への参加を促している。
・リーフレット配布等高齢者の集まる場所での啓発活動、センターで資料配布・閲覧　など
・一般介護予防事業　・高齢者保健事業と介護予防の一体的事業
・高齢者のサロン活動に出向いての出前講座や軽体操などの指導
・シルバーリハビリ体操指導員をお呼びして月に1回フレイル予防教室を実施
・通所型・訪問型介護予防事業として理学療法士や作業療法士、管理栄養士、保健師、歯科衛生士などの専門職が、運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上、認知症予防を目的として指導を短期集中的に実施している。

8

設問7　認知症の疑われる方或いは認知症の方を、医療に繋げるのに難渋する場合がありますが、地域包括支援センターへ相談や対応のお願いはありますか

設問7　地域包括支援センターへ相談や対応のお願いはありますか



ある	93%
ない	5%
不明	2%

9

設問7の具体的な対応

認知症初期集中支援センターへつなげる
・認知症初期集中支援チームへ相談
・認知症初期集中支援チーム支援で対応
・認知症医療疾患センターへの相談や、認知症初期集中支援チームへの相談を行っています。
・初期集中支援チームの介入，高齢者総合相談窓口にて相談対応
・認知症期集中支援チームの紹介
・認知症初期集中支援チーム員での対応
・認知症初期集中支援チームの介入にてPSWとの同行訪問やかかりつけ医への情報共有を実施

かかりつけ医、医療機関へ相談
・本人の身近な医療機関（行ったことのある）と連携し、専門病院へつなぐ
・かかりつけ医へ相談。専門医受診への紹介。
・高齢者訪問という形で自宅訪問を行って、本人の状態確認をした上で、認知症診断が可能な医療機関への受診を調整
・状況を把握し、医療やその他の必要機関へ連携を図っている
・状態確認を行った上で、その方にあった医療機関を検討し、事前に病院への相談、家族への協力依頼、本人への説明方法を検討してタイミングを見計らい受診に繋げる
・医療機関にもよるが事前訪問が可能であれば，同行訪問したり，受診同行したりしている

設問7の具体的な対応

家族との協力
・訪問して時間がかかる場合は定期訪問、家族・親族に協力してもらう
・家族への情報提供として認知症疾患医療センターや専門医への受診を勧めますが、家族から本人に言うと受診を拒否することが多いと思います。家族などからの電話相談や家族・本人との面接・面談（来所・訪問含む）
・高齢者宅の訪問として伺い、現状を把握する。訪問を重ね信頼関係を築いてから認知症の話につなげる。
・対象者の家族や関わりのある方に認知症に対する理解を持っていただき、支援につなげていく。

その他
・認知症疾患医療センターに連絡しキャンセル待ちの優先を上げてもらう。事前訪問をしてもらうなどしている
・認知症地域支援推進員と連携し自宅訪問を行い、認知症の説明や疾患センターへの紹介等を行いながら、受診勧奨を行っていきますが、すぐに受診出来ない場合は、定期的に自宅訪問し本人状況を確認しながら長期戦で対応する場合もあります
・高齢者支援センター、地域包括支援センターが支援し、必要に応じて認知症初期集中支援チームが同行訪問し、認知症疾患医療センターと連携して対応している
・行政、医師、警察等の他職種と連携をとり、受診を促していく

設問8　在宅療養者が住み慣れた地域での生活支援について

地区のサロン活動の推進
・地区の社会福祉協議会・サロン等の参加により顔の見える関係づくり
・地区社協が主催の地域のサロンやお元気クラブへのお誘い。地区社協や民生員さんとの連携
・地域とのつながりを広げるため、サロン等への参加を促す。介護予防ミニ講座の開催
・カフェやサロンの開催（認知症や介護者など）
・予防教室やサロンのお誘いなど
・ふれあいの場の提供、役割を持った活動の場の提供
・サロン活動の開発、移動スーパー等

民生委員や地区との連絡調整
・地域の見守りへ繋げる。民生委員、交番等との連携。自宅の整理等
・民生委員や地域の支援者、身内の方の支援者の確認などを含めてのケース会議など
・介護保険サービス以外の福祉事業の案内や民生委員や近所の方との連絡調整など

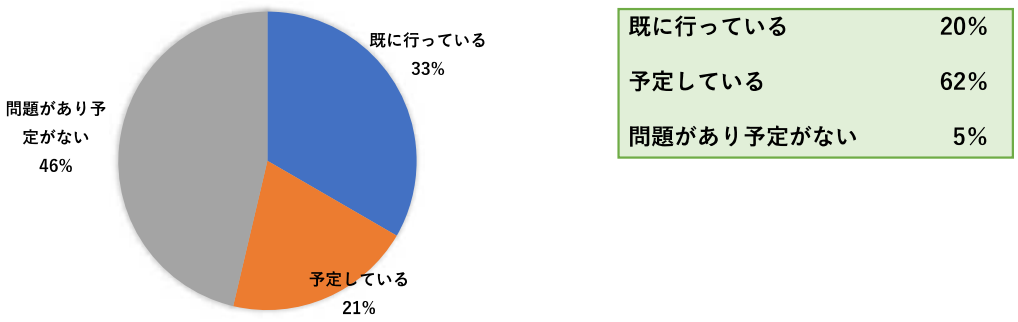
12

設問8　在宅療養者が住み慣れた地域での生活支援について

民間サービス・有償ボランティア利用の勧奨
・乗り合いタクシーや登録のホームヘルパーの紹介
・協議体の取り組みから、ボランティアによる買い物の移動支援サービスが始まりました
・デマンドタクシーやタクシー券の配布、緊急通報システム、愛の定期便など
・有償ボランティア（社協）による移動支援や生活支援、ミニサロン（社協）
・社会福祉協議会の事業提供（移動の方法、配食サービス、フードバンク等）、ふれあいの場（サロン）、買い物支援（とくし丸、ワタミ、生協等）の提供
・在宅福祉サービス(有償サービス)の利用
・近隣住民主体によるゴミ出し支援

その他
・電子@連絡帳の活用
・介護保険サービスの紹介
・お薬カレンダーの作成・配薬
・生活課題についてケア会議し，それぞれの専門職等の役割の確認や地域での協力等も仰ぐ
・生活支援コーディネーターの配置
・地域ケアコーディネーターの配置

設問９　地域包括支援センターセンターで定期的に開催されている地域ケア個別会議のオンライン開催について



14

設問10　在宅療養者（特に遠隔地在住の方）のオンライン診療について

必要である
・外出ができない方、移動手段、待合室で待つことが困難な方がいることを考えると、在宅にいながらオンラインで診療を受けることができることは、必要と思う
・高齢者がうまく活用できる簡単な操作ならありがたいと思います。かかりつけの先生のお顔が見れて会話ができるだけで安心します。
・ハード面の環境整備が進み、診療を受ける高齢者もしくはその家族などが通信機器の操作をすることができれば、医療機関と患者双方にメリットが生まれると思う。
・通信環境の設置が整えば利用しやすくなると思います。
・医療機関が少ない地域や医療側として訪問までの距離、時間などを考えると有意義な方法であると思います
・訪問診療の対応できる病院が少ない地域など、オンライン診療は必要と思う

15

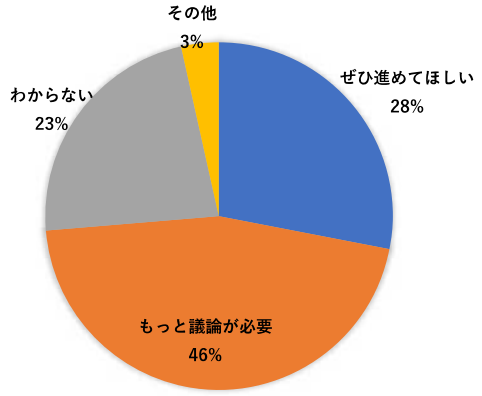
設問10　在宅療養者（特に遠隔地在住の方）のオンライン診療について

不安・課題がある
・地域ケア会議にてzoomを活用して行っているが、自宅での通信環境が整わず、民生委員や高齢者代表などの参加が難しい
・独居の高齢者等がオンラインに対応できるか、自身の病状を十分に伝えることが出来るか等が課題になると思う
・緊急時に対応しうる訪問看護等サービス、マンパワーの確保、多職種連携のためのICT活用が併行して必要
・在宅療養者自身が機器の操作を行える環境が必要。また、支援に当たる専門職がサポートする場合、共通したツールや機器・通信費などの環境整備が必要
・オンライン診療を行う病院や医院がどの程度あるのか
・独居で操作が出来なければ利用することが出来ない。仮に利用したいと思った場合操作方法をケアマネや包括に聞く方も出てくると思う。そうなるとケアマネや包括の業務負担はどうなるのか心配
・画面を通しての診察であると病状の見落としや誤診の可能性もあるので，初診をオンラインで実施するのは困難ではないか
・特に高齢者はデジタル機器を使いこなせない，デジタル機器を持っていないなどの課題やセキュリティーへの認識も必要である

16

設問１１　在宅医療を行っている医師による在宅での看取りが困難な状況に対応するため（かかりつけ医の不在時や遠隔地での在宅療養が死亡した場合など）、「ICTを利用した死亡診断等ガイドライン」を参考に死亡確認を看護師がサポートすることについて

設問11「ICTを利用した死亡診断等ガイドライン」を参考に死亡確認を看護師がサポートすること



ぜひ進めてほしい	28%
もっと議論が必要	46%
わからない	23%
その他	3%

⇒その他の内容として、
- 副主治医制度、クループ制度の活用。在宅医療を担う医師を増やしていく
- 看取りまでの経過を支援するサポート体制についても、ICTを活用するなど検討が必要と感じる

17

〇地域ケア包括支援センターとして、多職種連携をより円滑に進めるために必要と思われるご提案、または大事にしているお考えなどはありますか

顔の見える関係づくり
・日頃からの協力体制を整えておくために顔の見える関係を作っておく必要があると思います
・多職種の顔の見える関係づくりが必要
・他職種を理解尊重し、地域の社会資源を円滑に活用できるよう、研修などに出向き顔の見える関係づくりを心掛けています
・顔の見える関係づくりを基本に、各関係機関と現場レベルでの情報共有が必用と考えます。
・お互いの業務内容を知ること。お互いが何を行っていて利用者にどんな支援を行っているかを知っていれば、どんな連携が必要か見えてくると思います
・個々に関わる職種（行政・医療・福祉・民生委員・薬局等）との情報を共有し、顔の見える関係も大切にしている
・顔の見える関係を大切にし、それぞれの視点から持つ情報を共有することが多職種連携をより円滑に進めるために必要だと思います
・顔の見える関係づくりが必要。多職種関係者の参加される会議等には積極的に参加して交流を深める。

18

○地域ケア包括支援センターとして、多職種連携をより円滑に進めるために必要と思われるご提案、または大事にしているお考えなどはありますか

「学びの場」を増やす
・「多職種連携コンピテンシー」についての学びを共有する機会があると良いのではないかと思います。同じ講義を聴くだけではなく、一緒に演習をしたり交流する時間も含めてのプログラムを体験できるような「学びの場」は共に成長し、結果として多職種連携を円滑に進めることにつながるのではないかと考えます。お互いの職種の役割について理解し、何かあった際に気軽に相談ができる関係性が構築できるように交流する機会をもつことが大事であると考えている
・地域ケア個別会議の積極的活用
・地域ケア会議は、医師をはじめとした多職種が参加することで、専門職からの意見、助言から気づきや答えが得られると考えます
・それぞれの職種がどのような業務を行っていて普段どのような流れで連携につながっているのかを研修等で学ぶ機会を設け、お互いに理解し合うことで職種の壁をなくしていくことが重要と思われる
・地域ケア個別会議を定例で開催し、多職種が参加できる期間をつくっている。また、ケースカンファレンスを積極的に開催し、事例を通して関係構築を図っている
・他の業種の専門性を理解し、情報提供していく

19

○地域ケア包括支援センターとして、多職種連携をより円滑に進めるために必要と思われるご提案、または大事にしているお考えなどはありますか

相談しやすいネットワークづくり
・その時だけ（連携場面）の関わりでなく、普段からのコミュニケーションが大事であると考える。できれば雑談が話せる関係性づくりを心掛けている
・お互いの職種の役割について理解し、何かあった際に気軽に相談ができる関係性が構築できるように交流する機会をもつことが大事であると考えている。４師会とセンター・ケアマネ相互の業務理解深化の取り組み
・医師会の先生方とケースの相談以外での共有、協働。例えば地域の健康課題や介護予防の視点での課題を共有し、協働事業などをうみだせるとよいと思う。
・それぞれの業務範囲など相互理解ができ、チームとして垣根なく相談できるようになると良い。
・多職種でネットワークづくりのできる機会を提供し，お互いに連携・連絡の取りやすい関係づくりを積極的に進める
・会議等集まりの場においてかたくならないよう、職種間のコミュニケーションを大事にしている

20

○地域ケア包括支援センターとして、多職種連携をより円滑に進めるために必要と思われるご提案、または大事にしているお考えなどはありますか

ICTの共通化
・電子＠連絡帳の広域での利用促進
・共通の情報共有ツール
・ICTを活用した情報共有の推進
・定期的評価・検討を実施し、共有するシステムが重要と考える
・MCSの活用

◯地域の包括ケアを充実させるために、どんな施策が必要とお考えでしょうか

多職種連携の強化
・いつも会議に参加してくださる先生は決まっており、その先生方とは話が通じるが、参加されていない多くの先生にもご理解いただけるとありがたいです
・多職種連携が円滑にすすむように医師を中心とした支援体制の整備が必要だと思う。
・包括ケアの重要性・必要性を共有、推進できる施策が必要と考えます
・未だ訪問診療や訪問看護、訪問介護など訪問系のサービスが十分とは言えないので、地域課題として取り上げ、地域ケア会議で検討する必要があると思います。
・勉強会や研修会を通じ、お互いのことを知っていくこと
・病院の退院支援担当者と地域包括支援センター、ケアマネジャーなどが、もっと連携をとれるよう、日ごろからの関係を築けていけるといいと思います。
・多職種を知る研修会・生活支援体制整備事業・相談窓口の充実・地域での見守りや支え合い活動の充実・医療と介護の連携強化・多職種連携の地域ケア会議

22

◯地域の包括ケアを充実させるために、どんな施策が必要とお考えでしょうか

人材の確保と介護サービスの拡充
・十分な数（と質）の専門職が地域に配置されることが必要
・介護・医療の人材の確保⇒相談支援体制（メンタルヘルスや離職防止） 担い手の育成
・高齢領域だけでなく、障害や児童といった他領域も含めたネットワークの構築
・介護保険外の安価な自費サービスを提供する事業所や団体が増えるような施策
・若年者が利用したいと思えるサービス提供事業所が増えるような施策
・要介護認定を受けていない人でも利用できるサービスが増えるような施策
・独居、介護力不足など見守りが必要な世帯の居場所、生活支援サービスの施策
・包括ケアの重要性・必要性を共有、推進できる施策が必要
・地域ごとに具体的な目標と、その達成のための具体的行動を示す
・連携に対する報酬や加算の増額

23

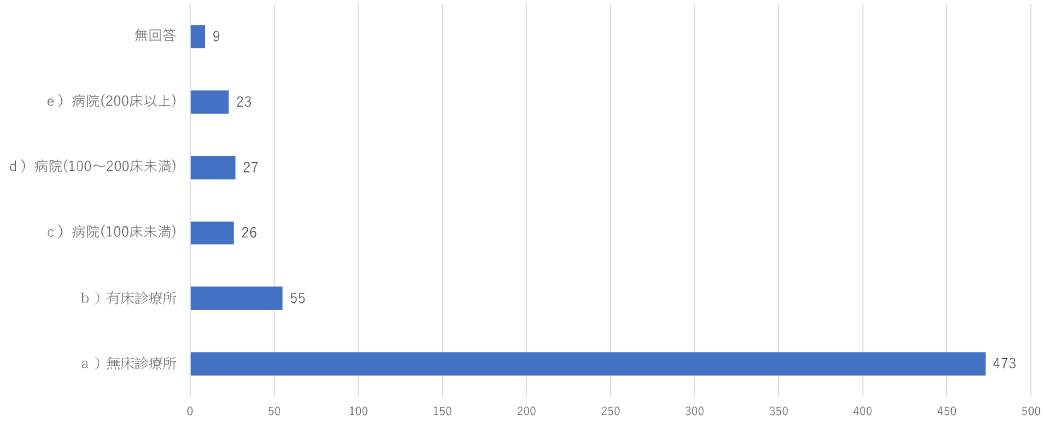
◯地域の包括ケアを充実させるために、どんな施策が必要とお考えでしょうか

地域での自助・共助の充実
・地域で安心して暮らすために、自助、共助の理解と充実
・地域で取り組み支えあう運動や、勉強会や講演会による住民の啓発
・地域のスーパーやコンビニ等、普段から利用する人が多いインフォーマルな資源との連携を強化することで、いち早く住民の異変に気付くことができる体制作りが必要
・高齢者になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるために、高齢者が地域で役割を果たしながら、自分の生きがいを見つけたり、介護予防につなげることができるよう支援が必要であると考える
・独居でも安心してくらせるまちづくりのため、孤立させないよう地域の方の意識づくり

その他
・電子@連絡帳の利用促進
・医療、介護、生活支援・介護予防、の充実と金銭管理の支援や身元保証不在の方への支援が欠かせないと考えます
・記録媒体を情報共有化しやすいよう同じものを使う

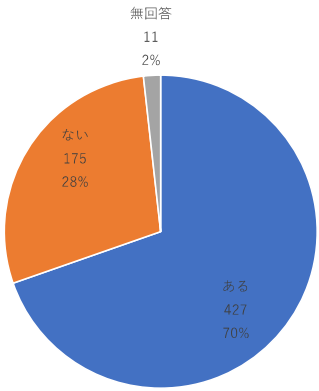
【医療機関における医療費未払いについて】

設問① 医療機関の種別を教えてください



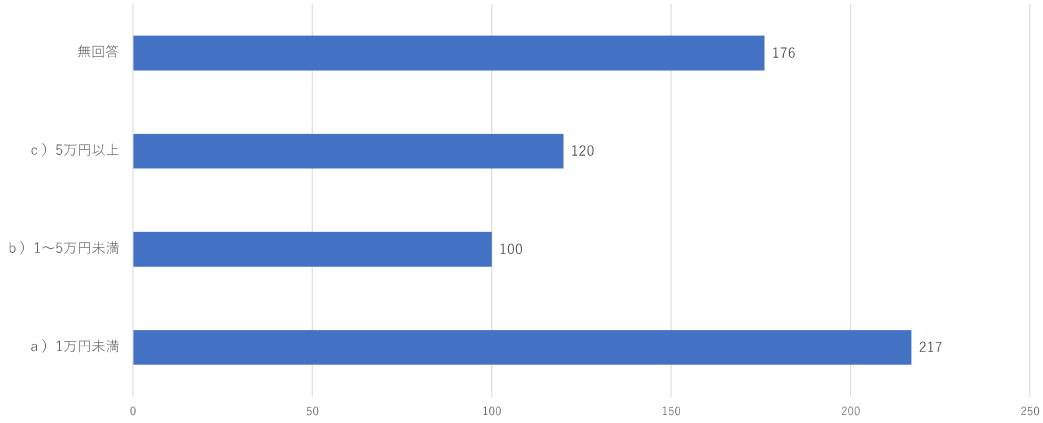
【医療機関における医療費未払いについて】

設問② これまで未収金が発生したことはありますか



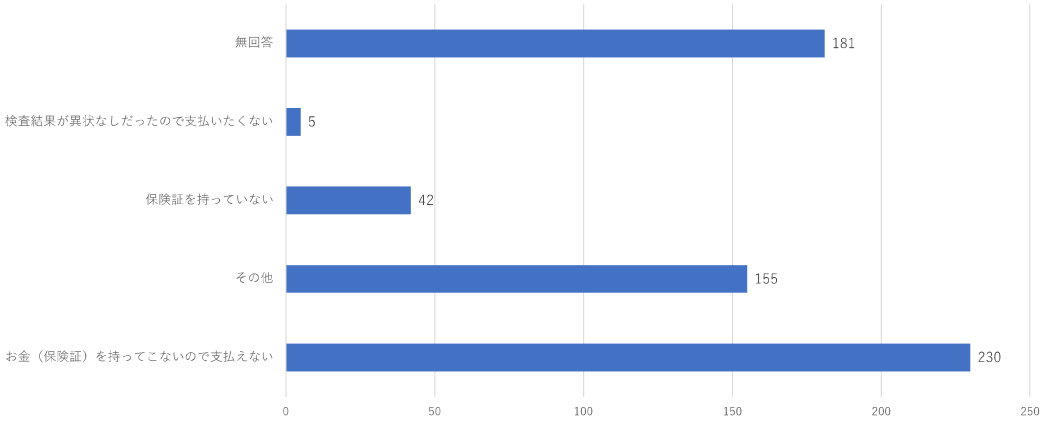
【医療機関における医療費未払いについて】

設問③ 未収金の発生金額はいくらですか



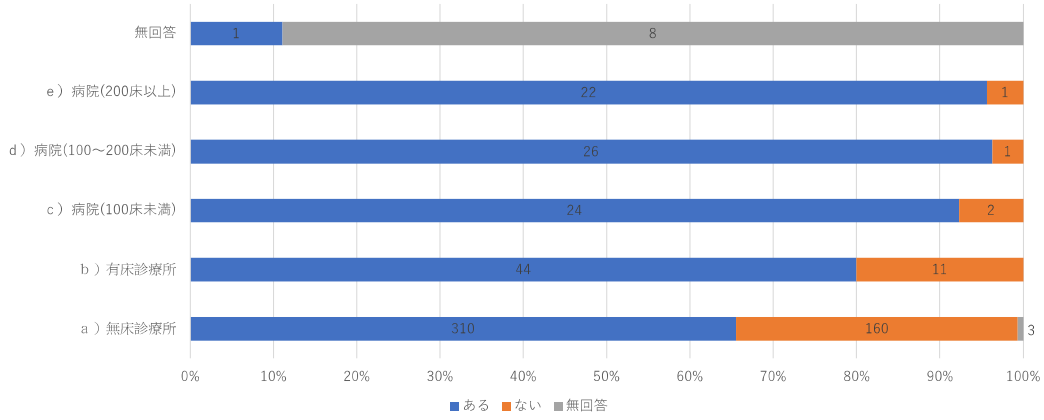
【医療機関における医療費未払いについて】

設問④ 未収金が発生した理由をお答えください



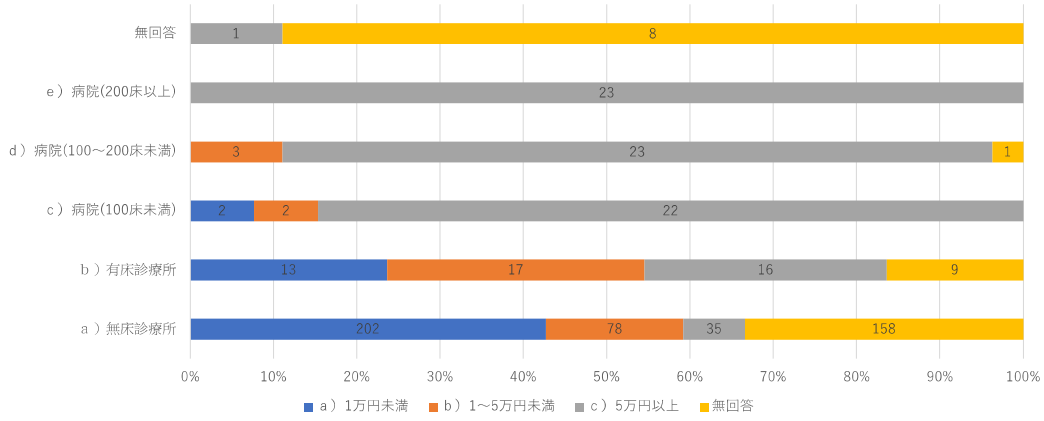
【医療機関における医療費未払いについて】　医療機関別

設問② これまで未収金が発生したことはありますか



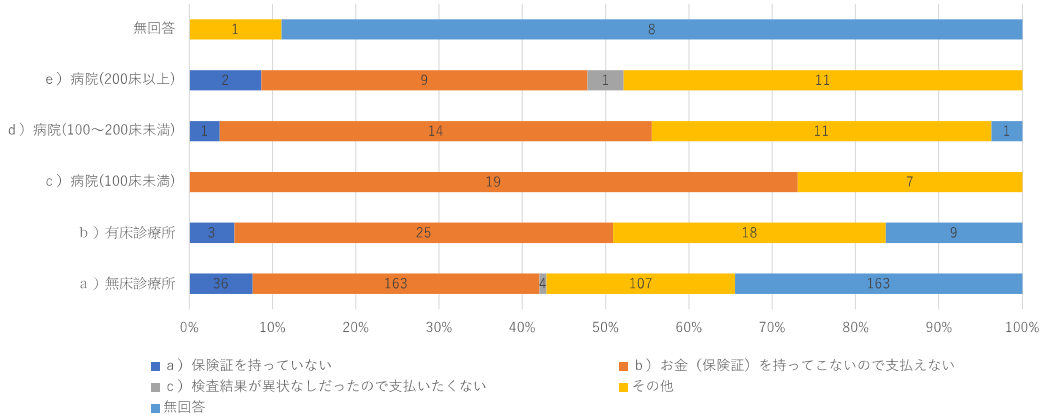
【医療機関における医療費未払いについて】　医療機関別

設問③ 未収金の発生金額はいくらですか



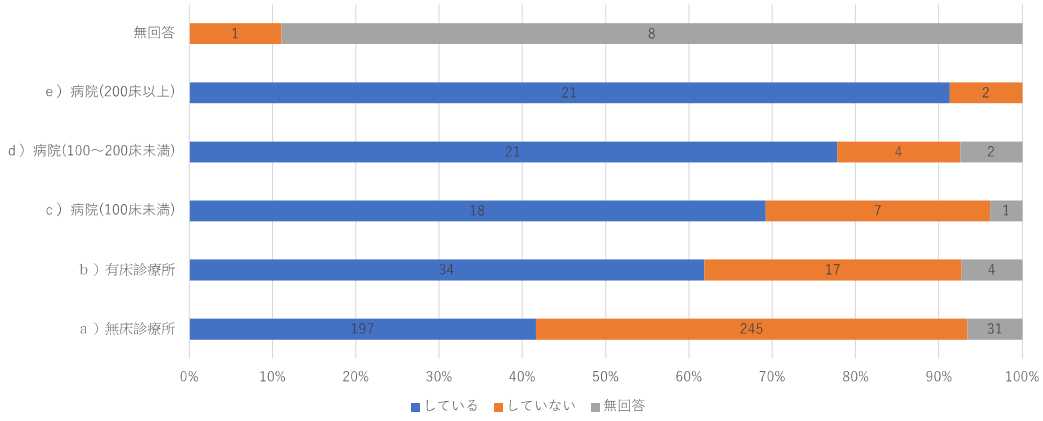
【医療機関における医療費未払いについて】　医療機関別

設問④ 未収金が発生した理由をお答えください



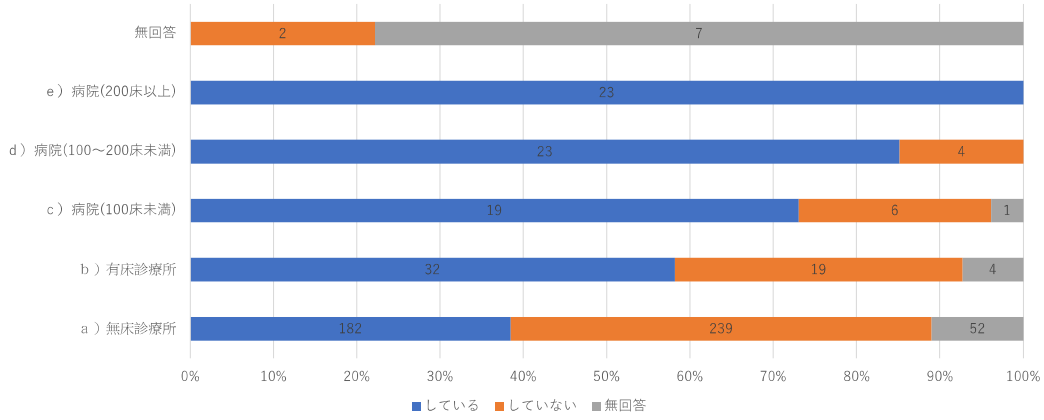
【医療機関における医療費未払いについて】　医療機関別

設問⑥ 未収金を発生させない対策はされていますか



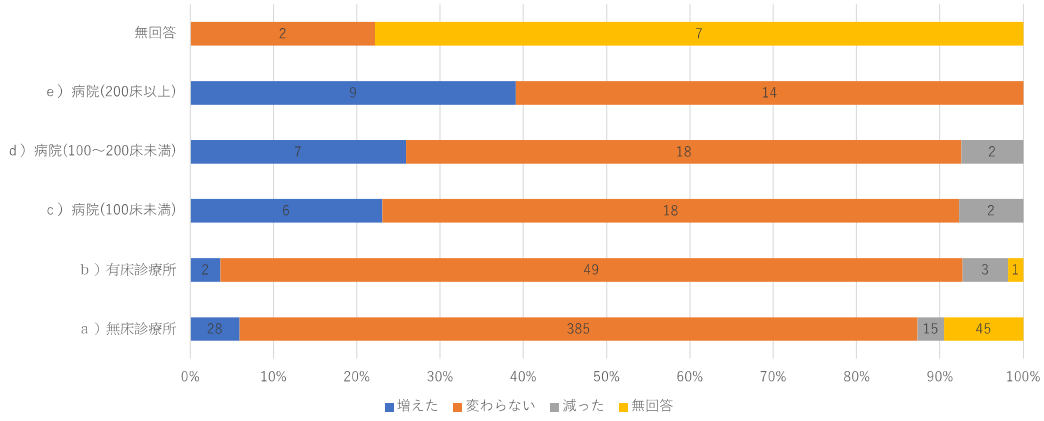
【医療機関における医療費未払いについて】　医療機関別

設問⑧ 未収金回収の対策はされていますか



【医療機関における医療費未払いについて】　医療機関別

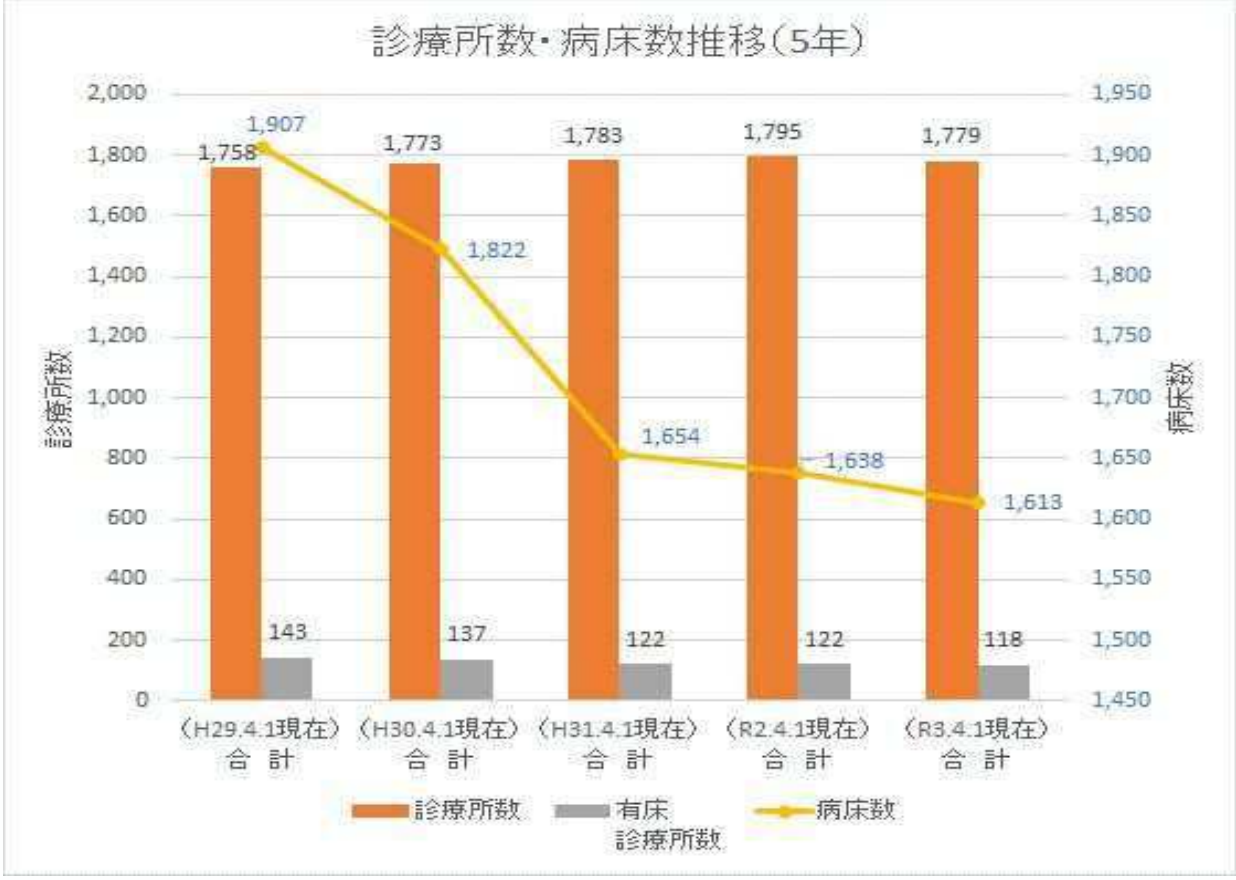
設問⑩ 新型コロナウイルスの感染拡大前と比べて未収金は増えましたか



県内有床診療所の現況と課題

茨城県医師会副会長
松﨑　信夫

2022.03.07　有床診 意見交換会



横ばい

-17.5%

-9.1%

アンケート

診療科・医師数・COVID19対応・今後の経営について　の4項目13の質問
回答率45.8%

参考

茨城県内有床診療所各位

茨城県医師会地域医療委員会

平素より本会会務運営にご尽力を賜り、誠にありがとうございます。

ご存知のように、有床診療所は、地域住民が身近で治療、療養できる施設として地域医療を支える一翼を担ってまいりました。しかし、診療報酬の問題や、院長の継承問題などから、やむを得ず病床の運用を断念される施設が増加しております。

次年度より施行される外来機能報告制度では、有床診療所も地域の医療機関の外来機能を担う役割と位置付けられており、産科医療、救急医療等の確保を考える上でも、有床診療所の運営が成り立つ環境を整えることが急務と考えられます。

このたび、茨城県医師会地域医療委員会では、コロナ禍における有床診療所の取組と、今後の展望を見据える上で、有床診療所の抱える諸問題についてご意見をお伺いするべく、以下の調査を行うことといたしました。何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

※本アンケートはFAX（029-243-5071）または＜茨城県医師会ホームページ＞→＜お知らせ＞→＜県内有床診療所の現況調査について＞より2月28日（月）までにご回答ください。重複を避けるため、どちらか一方でのご回答をお願いいたします。

1．主な診療科を教えてください（2つまで）
（　　）

2．医師数を教えてください
常勤医師　　名
非常勤医師　　名

3．新型コロナウイルス対応について

Q1. 貴院では住民へのコロナウイルスワクチン個別接種をされていますか？
□行っている
□行っていない
（理由　　）

Q2. 貴院は発熱外来（発熱患者への受診体制・自院での検査は行わない）を行っていますか？
□行っている
□行っていない
（理由　　）

Q3. 貴院は診療検査医療機関として県に登録されていますか？
□登録した
□登録していない
（理由　　）

Q4. 貴院でコロナウイルス検査（抗原またはPCR等）を行っている場合、どのように対応してますか？（複数回答可）
□自院で検体採取・検査まで行っている
□抗原定性検査
□抗原定量検査
□PCR
□LAMP法
□その他（　　）
□自院で検体採取するが、検査は外部検査機関に委託している
□抗原定量検査
□PCR
□LAMP法
□その他（　　）

Q5. 貴院は県の健康フォローアップ事業協力医療機関に手上げしましたか？
□手上げした
（これまで　　名　診療した）
□手上げしていない
（理由　　）

Q6. 在宅医療を行っている医療機関へ伺います。コロナウイルス自宅療養者への対応を行う体制をとっていますか？
□軽度の自宅療養者なら訪問診療を行うことが可能
（これまで　　名　診療した）
□中等度以上の自宅療養者でも訪問診療可能
（これまで　　名　診療した）
□新型コロナウイルスの自宅療養者の訪問診療は行わない
（理由　　）

Q7. 貴院もしくは併設の介護福祉施設においてコロナウイルス入院加療後の回復期の患者の受入れを行いましたか？
□受け入れを行った
（これまで　　名　受け入れた）
（受け入れた施設の種類　　）
□受け入れ体制は取っていない
（理由　　）

2

Q8. 新型コロナウイルス感染症について、今後貴院でどのような対応を考えているか教えてください。
（　　）

4．今後の経営について

Q1. 各地域で地域医療構想の検討が進められています。こうした中、各地域医療構想の中で貴院が今後地域でどのような役割を担っていくとお考えでしょうか？またその役割を実現するにあたって必要な事項（どのような補助金があれば実現できるか等）があればご意見をお願いいたします。
（　　）

Q2. 令和4年度から開始される外来機能報告制度について伺います。この制度は、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるために医療法に位置づけられたもので、病床をもつ有床診療所もその対象となっています。
貴院ではこの制度についてどうお考えですか。ご意見をお願いいたします。
（　　）

Q3. 地域包括ケアシステムにおける医療の拠点として期待される有床診療所ですが、その施設数は年々減少しております。貴院が現在の診療形態を今後も維持していく事が難しい場合、どのような問題がありますか？ご意見をお願いいたします。
（　　）

※ご協力いただきありがとうございました。

問合せ先：茨城県医師会調整課　担当　高木
TEL029-241-8446　FAX029-243-5071　E-mail:takagi@ibaraki.med.or.jp

3

調査結果（資料１　P1 - 3）

主な診療科
　内科＞産婦人科＞整形外科。
　　複数の診療科を標榜している医療機関もあり。

医師数
　常勤医師1名というところが最多。
　　10名という医療機関も。
　非常勤医師数は0名が最多。

調査結果（資料１　P3 - 6）

新型コロナウイルス感染症への対応（1）

・ワクチン個別接種
　「行っている」という回答が最も多く80%。
　　行っていない理由：標榜科の問題や緊急時の対応ができない　etc.

・発熱外来を開設
　　55%　開設（参考　回答医療機関中内科標榜20　うち開設16）
　　開設していない理由：標榜科（特に産婦人科）やゾーニングの問題・人員の問題

・県に診療検査医療機関として登録しているか？　**20220307現在　768医療機関**
　　57%が登録（参考　回答医療機関中内科標榜20　うち開設17）
　　登録していない理由：標榜科や人員不足

・検査体制
　　76%の医療機関で自院にて検査を行っている。
　　抗原定性検査と外部委託のPCR検査を行っているところが多い。

調査結果（資料１　P6 - 11）

新型コロナウイルス感染症への対応（２）

・健康フォローアップ協力医療機関として手挙げしているか

20220307現在　200医療機関

12%の医療機関しか手上げしていない。

手上げしていない理由：標榜科や人材不足、

理解していない・手続きがわからない

・自宅療養者への対応体制

行わない・行っていないという回答がほとんど。

対応できても「軽症なら可能と」いう医療機関が5箇所。

できない理由：人員不足や診療体制、感染対策の問題など

・コロナウイルス加療後の回復期患者の転院受け入れ

「受け入れ体制をとっていない」が78%

・今後のCOVID19対応についてのご意見

ワクチン個別接種への協力継続の他、「可能な限り受け入れたい」

「できることは対応したい」という意見が多い。

調査結果（資料１　P11 - 13）

20220307-地域医療構想と有床診療所_意見

専門性

・地域での出産は必要不可欠です。これからもローリスク分娩を中心に扱いハイリスク分娩は地域・総合周産期センターと協力していきたい。補助金は是非お願いしたい。スタッフ等の確保。

・産婦人科なので女性のホームドクターとしての役割をしていきたい。

・周産期医療を担う。出産一時金の増額。

・産科医として地域に貢献出来るよう努力致します。働き方改革に伴い、人員確保のための補助金

・産科が少なくなっており、当院における強みを活かす。

・地域の皆様の整形外科、小手術、小手技に対応できるような病院

・整形外科疾患の手術的治療を主としたい。

・救急の受け入れを行っているため、病床の確保が必要。又、老人の圧迫骨折の受け入れ機関が少ないため、可能な限り、病床は持つべき

・循環器専門施設として救急医療に対しての貢献、救急医療に対する補助金の拡充

・最新技術をつねに取り入れ、最新医療に特化していく。地域の身近な最新医療（眼科）となること。そのためには最新機器も取り入れなくてはならず、採算の取れない場合も多い。機器や設備の購入にあたり補助が欲しい。

・耳鼻咽喉科の特性を生かした現在の診療スタイルに加え、睡眠時無呼吸症や、難聴治療を充実し、今後起こりうる内科的疾患（脳梗塞、心不全 etc）の予防を強化していきたい。嚥下を治療し、誤嚥性肺炎を予防できるようにしたい。

在宅・終末期医療

・診療報酬上の見直しがあれば在宅用ベッドとして活用したい

・介護保険施設、在宅療養者のバックベッドとして必要不可欠と考えています

・かかりつけ医として、一生を支える（在宅が必要になった時にはお看取りまで、在宅でのお看取りが不可能な時は、自院に入院してもらってお看取りする。この場合、一日当たり（最長７日間で充分です）ホスピス並みの保険点数。

・在宅療養の出来ない慢性期患者さんを受け入れる。

・老齢患者、癌末期患者のターミナル治療

・従来の外来診療はもとより、地域で需要のある在宅医療の充実・強化に努めていきたい

・急性期の対応が困難であるため、慢性期の患者様を積極的に受け入れしていく。

回復期・介護福祉

・回復期に留まらず、現状は急性期、リハビリ、看取り、ショートステイ等、多目的に病床を活用している。何と言っても、診療報酬が一般病院と比較して低い。

・本院との合併や近隣への移設などを検討中。（急性期病院の後方支援としての役割として）

・病診連携、介護連携

・回復期病棟として、救急、リハビリ、看取り、訪問診療を担っていきます。救急協力や看取りへの補助金があればたすかります。

補助その他

・今までと同じように外来機能の充実、訪問診療、看取りの継続を行っていく。経営的には外来患者の減少、救急病院からの紹介患者の減少などで経営はひっ迫している。
・スプリンクラーの設置の公費負担を多くしてほしい
・決定した中で出来る事があれば協力していこうと思う。
・病床に対して補助金等があれば実施できる可能性がある。
・外来、訪問診療、病棟を持つことにより、きめ細やかな迅速な対応が可能と考えられ、小さな施設だからこそ、その地域に即した柔軟な対応ができると考えています。病棟維持のためにも補助金が必要。また、医師も必要。
・検査可能な設備が確保できる状態になりたい。
・常勤の医師が院長１人なので、常勤の医師を増やしていきたい。
・有床診療所として再開するには（現在、病棟閉鎖後８年）時期的に無理です。専門科として救急等を含めてがんばりましたが、維持できる診療報酬には程遠かったです。
・病床が有効活用出来ない（スタッフの人員不足、募集しても集まらない）。現行の体制維持が精一杯の状況。介護職員の（定期的な）処遇改善補助金の様な制度を取り入れてほしい。
・在宅医療患者の入院・一泊入院手術における当直医・当直看護師への補助金があれば、当院の活動を増加させる事ができる。

・産科医療において有床診療所の役割は大きなものと考えられます。ただ個人経営による診療所にとって　夜間当直による身体的負担はかなり大きく　非常勤当直をお願いするにもかなりの経費負担となっています。補助金の問題や当直医の労働時間問題等など県の取り組みがあるといいのかと思います。
・婦人科手術、分娩などが安定して行えるように、雇用手当の安定供給を行えるようなバックアップ体制。
・産科として長年分娩を取扱ってまいりましたが、昨今の状況で終了といたしました。今後は地域の女性のかかりつけ医として健診・検診・ヘルスケアも含めお役に立てればと思っております。業態変更に伴い改築が必要で、補助金があると大変助かります。
・今後も現状のまま継続していく予定です。市の補助金など大病院に偏っていると思います。希少になりつつある産婦人科医院がこれ以上減少しない為に援助は必要です。

・働き方改革を始めとして経営者側に増え続ける行政による負担が大きすぎ、将来に向かって経営を継続できる未来が見えない状況です。現在は医院の閉院か売却を考えておりますので、今後の役割については考えておりません。
　１例を挙げますが、出産をする職員がいた場合、職員に対して行政側からの保護や手当ては充実しているものの、経営者側には一切の手当てはありません。経営者側は出産をする職員が休んでいる間中、人手不足に悩まされながらも経営をなんとか続け、そしてその職員が復帰できるためのポストを確保し続け、復帰後も時短での就業に振り回された挙句、半年もしないうちにまた同じ職員から次の妊娠をしたことを告げられてしまい、同じサイクルの繰り返しを余儀なくされてしまいます。そのようなあてにならない職員の仕事分を埋めるためにはもう一人を雇わなければならない現実がありますが、経営者側には行政からのきつい指導ばかりで補助金のかけらも一切ありません。女性職員が多い医療の現場では、このような妊娠騒動が数名で違うサイクルで常に起こり続けますので、経営者としては将来やって行ける自信がありません。補助金としましては、一人の産休・育休が発生するにあたり、その職員の２年分程度の給料に相当する補助金を経営者側にも出してほしいと考えます。

・毎日緊張した状態で発熱外来に取り組んでいる職員ほど、住民のコロナワクチン接種もできるかぎり協力しているが、それでもさらに協力を仰いでくる行政、これ以上の負担を職員にはかせない状況。
・文句？を言っても現実的ではないので、なるように待つ。コロナだけの対策で本当に良いのか？もっといろいろかんがえないといけない事はたくさんあると思うが。

・現状診療体制の維持が地域医療を担っていると考えますので、追加意見はございません。

調査結果（資料１　P13 - 14）

20220307-外来機能報告制度と有床診療所

不明

・まだよくわかりません。勉強したいと思います。
・実現状態の様子をみて態度を決める。
・制度の詳細が分かっていない
・まだ、理解していない
・外来機能報告制度に関して、調査中です。
・現状ではよく理解していない。
・現時点においては明確な方向性は思いつかない。
・具体的に未だよく理解できていない為、コメントできません。すみません。

好意的意見

・有床診療所を含めた各医療機関の外来機能がより明確化される事は、患者側、連携医療機関にとってメリットが大きいと思います。
・医療資源を一から把握して、仕分けして使うのはよろしいかと思います。
・地域でのスムーズな連携につなげられれば良い
・かかりつけ医としての機能の充実、状態悪化の際、可能であれば入院させる。今のところ術後の患者様の受け入れ、保存的治療可能な患者の紹介入院などが充実できればよい。
・整形外科的な疾患に特化していただければ、連携は可能と思います。
・減少傾向にある産科医療機関が増加に転ずるとは考えにくいので、産科医療体制が構築される過渡期に助力したい。
・ある程度必要なことだと思います。
・有床診療所として、逆紹介の受け皿となり、急性期が落ち着いた患者を積極的に受け入れていきたい。
・推進すべき
・医療資源の乏しい鹿行地域で、医療機関の状況は異なるため、そのあたりを協議しながら詰めていければと考えている
・紹介を含めた医療機関の連携に役立つと思います。
・総合病院と診療所の役割など明確化されることはプラスの面も多くあるとあると思います。
・かかりつけ医機能の強化等に期待したい

否定的意見

・病院と診療所の関係は対等でなければならず、上意下達の様な関係であってはいけません。
・報告が簡素だとありがたい。入力・報告に時間がとられると診療業務に影響するため。
・データ作成や議論等にかける余裕の時間がない為、有効最小限の手続きにとどめて欲しい。末端の医院の負担があるなら反対です。
・データの抽出や提出が煩雑にならないか。専門外の患者の対応が分かりにくい。基幹病院への紹介目的だけの患者が増えないか？
・今以上の行政による締め付けや提出書類の増加は、何とか避けてほしいと願っております。
・事務仕事が増えるだけの様に思えます。
・パソコンや電子化は得意ではないので、不安はある。人手不足もあるので、負担が少なければ可能。
・外来はいいと思いますが、入院の機能については何とも答えられない状況と考えます。
・当院の病床設置の目標（在宅でのお看取りが不可能な時は、自院に入院してもらってお看取りする）には、そぐわない制度だと思います。
・有床診療所が紹介中心型病院になりたいとは思わない。
・病院との連携はとれている。診療所では日帰り入院にて手術・検査を行っている。外来のみではなく、有床を希望する、又、母体保護法は有床であることが条件になっている。婦人科は外来のみでは診察できない。

その他

・コロナ感染が始まり、検査・ワクチン等に対し事務の仕事が忙しい中、機能報告の労力が大変である。
・コロナ感染者の入院対応はしない。外科的・内科的対応が必要な方を中心に入院させることにしている。
・継続で良い
・上記同様に、施設、在宅からの入退院の容易さ、臨機応変さ、敷居の低さ、使い勝手の良さから必要不可欠。存在の意味は大きいと考えています。
・有床診療所の役割が必要と考えるなら、入院点数を高くすることが最も重要である。現状では救急病院の後方ベッドや他の利用としても収入が少なく、経営が困難である。
・地域のかかりつけ患者を看ていくには、基幹病院が議論の中心となる診療報酬改定とは別に、有床診の実情をもっと発信する必要があると思う。

調査結果（資料１　P15 - 16）

20220307−有床診療所の今後の経営

経営方針

・町民、患者に不便を強いる事になる。かかりつけ患者を途中で他院へ任せ、最期までケアができなくなり、患者の期待を裏切る事になる。
・地域の在宅医療患者の入院ができなくなる。
・地域の一泊入院手術患者が他の地域へ行かなければならなくなる。
・病棟の閉鎖も視野に入れなくてはならない。若しくは介護病棟等への転換。
・上記と重複しますが、年金にしろ産休の扱いにせよ、経営者側にばかり負担を押し付ける国の政策には中小の企業体はもう限界にきていると思います。有床診療所のみならず、（医療ばかりでなく）新規の起業というのはリスクや負担ばかりなので、もうこれからは診療所は減少に向かうと思います。診療所のみならず、一般の中小規模の起業（店舗や飲食業なども）は減少すると考えます。
・入院基本料の病院なみの引き上げが必要です。
・患者数の減少により手術件数が減れば病床が空いてきます。すべてが日帰り手術になれば病床は不要になりますが、遠方から患者獲得に努力することになり、病床利用を高める予定。

人材問題

・人員の確保
・マンパワー＆時代の流れ（労働環境や患者自体の考えの偏移）
・後継者問題。
・医師の高齢化が問題。
・院長が高齢化していくなかで、後継者がいない
・医師の高齢化、産科は１人での開業はむずかしい。
・医師看護師の配置。
・看護職員、医師の高齢化
・資金と看護師の入手
・大子町は少子高齢化のため、職員の高齢化、若い人材が入ってこない。
・人的資源（看護師）とコストが見合わないこと。
・医師の人数不足や高齢化、赤字なってしまう事が多い。
・入院時における給食スタッフや、看護師不足が問題。
・病院と異なり、入院患者が循環していくわけではないので、たまにしか入院しない患者にも対応できるよう、たとえば夜勤者を大きい病院からスポットで派遣してもらうなどができれば、とても助かります。
・ナース等の雇用のための補助があればありがたい。

診療報酬・補助金等

・診療所の建物の維持　修繕などに関わる経費負担問題。
・入院させれば経営的に成り立たないため、現状では有床診療所の維持は困難。
・入院の点数が低いため、経営が困難になりやすい。
・病棟運営は赤字経営が続いており、経営を圧迫しています。地域の為には必要と考えますが、病棟を維持するには厳しい状況です。コロナ感染が始まってから、病床稼働率は下がっています。補助金等が必要と思われます。医師不足もあり、医師一人ではやっていけません。
・どんな病床でも、そこで働く人（看護師、事務、リハビリなど）に大差ない様な給料が出せないと維持は困難です。24H 体制（安全）を保つための余裕（人的にも設備的にも）が確保されていなければ無理です。大病院よりも明らかにレベルが下がることを前提とした報酬や位置付けは担う側としては同意しかねます。
・有床診の入院単価をアップさせないと継続は厳しい。医療者の確保、求人コストなどコスト増に対して、診療報酬のアップがない状況ではますます運営が厳しい。
・当院が分娩取り扱いを中止した際感じたのは、人員不足と IT 化の問題、施設老朽化に伴う改装費用の捻出がむずかしかったことです。
・特に医療職は数も少なく、すぐやめるなど人の移動が激しいと、教育に時間がかかるため成り立たない。IT 化も私費で高額な医療コンサルなど任せにせず、国や県で窓口を作って人員の一時派遣など補助をしてはどうか。と思います。
・産婦人科は患者１人の診察に時間がかかり、多数を診れない診療科なため、産婦人科の医療と単価が上がらないと継続維持困難です。設備投資にも多額の資金がかかります。

専門性

・産科診療所は、必要不可欠と思います。当院は後継者が大学産婦人科医局におりこれからも継続の方針です。（地域で出産出来る体制は不可欠）
・整形外科急性期を継続するため、地域包括ケアシステムの拠点となる気はない。
・分娩数の一定化が困難

回復期リハ・介護福祉

・介護医療の予定はない。
・入院患者の減少、短期入院可能な患者がショートステイして流れてしまう。維持期リハの介護への移行。入院料が低すぎる。地域の老人の通院手段がなくなり外来通院患者が激減している。
・当法人は、老健 150 床、特養及びグループホームショートステイで 120 床の入所者があり、入所者の症状悪化に適時対応している。もし、入院ベッドがなくなれば、急性期医療機関に依頼する他なく、急性期病院の負担増となり、地域医療がスムーズに行えなくなる懸念があります。

閉院・その他

・誠にお役に立てず申し訳ありません。令和３年４月末をもって当院は無床診療所となりました。
・現時点において人材不足等により全病床を休床中
・現在の診療形態が維持していく事が困難となった場合、然るべき対応を取って参りますので、問題が有るとは感じておりません。

第30回茨城医学会地域医療分科会

日時：令和４年１月17日(月) 18:30～20:00　　場所：茨城県医師会会議室(WEB会議)

「これからの地域医療をめぐる話題」

筑波大学地域医療教育学教授
筑波大学附属病院副病院長，総合診療科長　**前野 哲博 先生**

今日は，このような機会をいただきましてありがとうございます。

また，鈴木先生，松﨑先生，安倍先生には過分なご紹介をいただき，ありがとうございます。

今日は，「地域医療をめぐる話題」という漠然としたテーマなのですが，働き方改革が本当に身近に迫ってきて，もともと地域医療がこういうふうに進まなければならないという方向性は出ていたわけですが，それが今後一気に加速しそうに感じております。

今日は，その全体像と，今後どのように取り組んでいけばいいのかについてお話をしたいと思います。

今日，お話しする内容ですが，茨城県における地域医療の将来像と，国の動きとして，三位一体改革について，それから，その中の一つではあるのですが，働き方改革に関して少し各論的なことをご説明して，これがどうして地域医療にインパクトを与えるのか，今日はここを一番強調してお話をしたいと思っております。そして最後は，地域医療を守るにはどうしたらよいか，個人的な私見をお話ししたいと思います。

最初に，地域医療の将来像なのですが，これはもう皆さんご存じだと思いますので，釈迦に説法だと思いますが，超高齢社会が目の前に迫ろうとしております。団塊の世代が後期高齢者に入るいわゆる2025年問題，そして，その団塊ジュニアが高齢者に移行する2040年問題が言われております。その一方で，少子化はどんどん進んでおり，超少子高齢化の時代がすぐそこまで来ております。

高齢者が急激に増える中で，同じクオリティ，同じサービス提供体制だとすれば，それに伴いまして，社会保障費も右肩上がりに伸びていくわけです。その一方で，生産年齢人口は減っていくわけですので，どこかで歯止めを掛けることを考えなければいけないわけです。

茨城県はどうかというと，ご他聞に漏れず，これから人口が減っていくことが予想されております。年齢別でいえば，後期高齢者は増える。65歳以上は横ばいぐらいです。それ以外は全ての二次医療圏で人が減る。特に一番減るのはどの地域も子どもです。そして，生産年齢人口も下がっていくという状況にあります。

つまり，これからの医療のトレンドをざっくり一言で言えば，いわゆる医療・介護のニーズは増える。その一方で，支え手は減っていくということになるわけです。

医療や介護に投下できる資源は有限ですので，さすがに減らすとはいかなくても，少なくとも伸びを圧縮するという方向性は，これからも変わらないだろうと思います。

つまり，これからの医療はいわゆる撤退戦になります。拡大路線ではなく，どうやって上手にしゃがむかということを考えていかなければいけない，そういうふうに頭を切り替えていかないといけない時代がやってきているわけです。

そこで，国が打ち出しているのがいわゆる三位一体改革です。これは地域医療構想，医師の働き方改革，医師の偏在対策の３つなのですが，この大きな流れをぜひイメージをしていただきたいと思います。

というのは，皆さん，医療者として，目の前の患者さんにベストを尽くしたい，いいケアを提供したいと思われていると思います。それはそれで

とても大切なことだと思います。ですけれども，マクロとして何が起ころうとしているのか，そして，現在でなく，将来，どんなことが起ころうとしているのか，そういう観点から，医療政策を認識しておくことは非常に大事だと思っています。

もちろん，私は別に厚生労働省の回し者ではありませんし，今の政策が最善だと申し上げるつもりはありません。ただ，厚生労働省としては，日本全体を見渡して，投下できる資源，財務的なものも考慮して，今ではなく，将来予測といったものに基づいて，政策を作っている，という要素があると思うのです。

よく，厚生労働省は現場が見えていないというようなご意見もよく伺うし，実際そのとおりだと思いますが，最終的にはマクロな視点と現場とをすり合わせていかないといけないわけです。ただ，すり合わせるためには，まず，厚生労働省はどうしようとしているのかということを知るということは，非常に大事だと思っております。

[図1] [1]このスライドを見ていただくと，2040年，さっきお話しした団塊ジュニアが高齢者に入っていきます。ここが高齢者人口のピークになるですが，その時，どこにいても必要な医療が受けられる，質が高く安全で効率的な医療が受けられるようにするために，今，着手しなければいけないことは何か，という観点から，この３つが挙げられています。すなわち，地域医療構想，，働き方改革，医師偏在対策ということになります。これが三位一体の改革と呼ばれるものです。

この政策を地域の現場に落としこんでいくプロセスについて，ここで私は仕事柄，厚生労働省の方々と話す機会も時々あるのですが，そういったやり取りを通しての感触を踏まえて，厚生労働省の人たちはこう考えているのではないかというのを勝手に推測してみました。これはお断りしておきますが，100%，私の個人的な見解です。ですから，決して厚生労働省はそうですとは言わないと思いますが，きっとこう考えているのではないかと私は思っています。

まず，国が考える将来像と具体的なゴール，そして，その到達時期を示します。ただし，そのゴールにどのように到達するかは各地域でお考えくだ

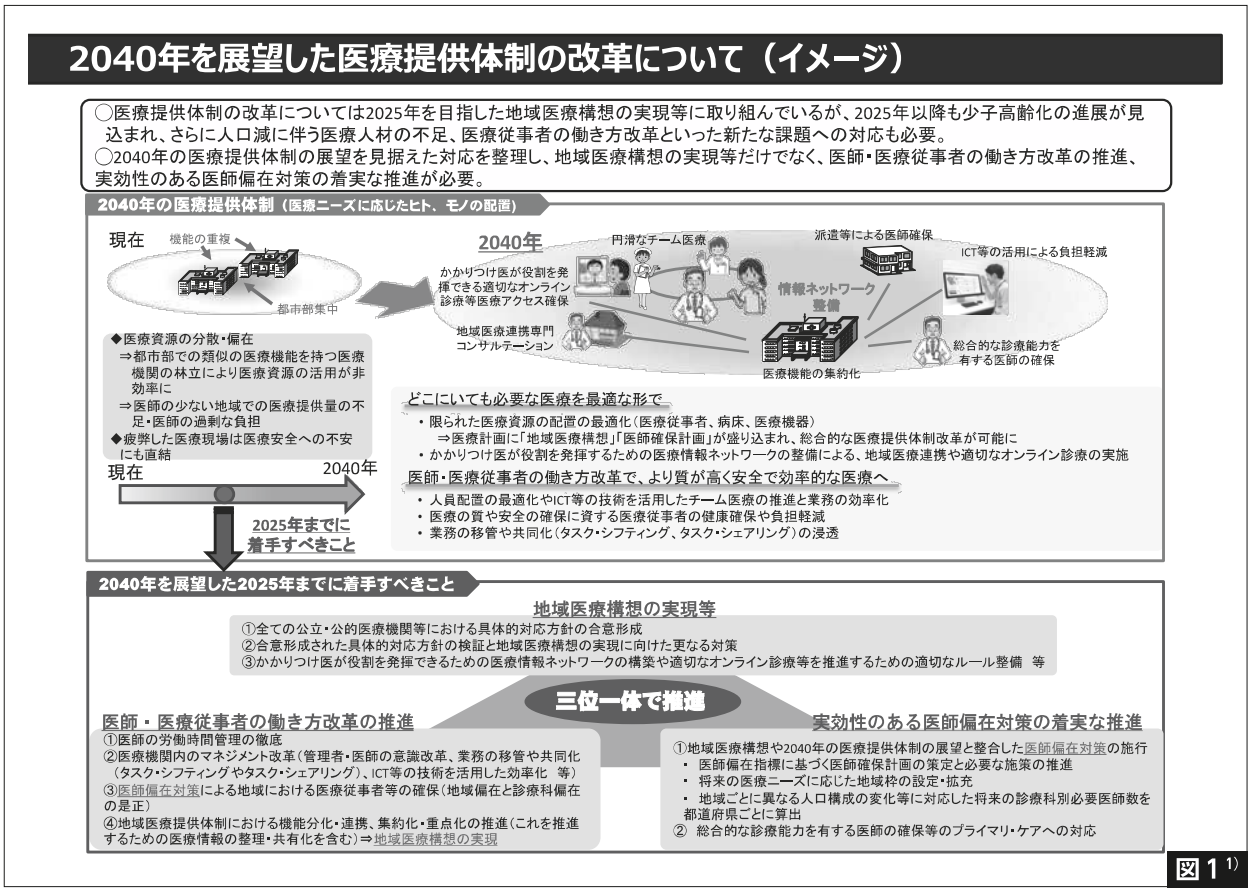


図1 [1]

さい。それぞれの事情を反映していいですよ，と言います。もちろん，各地域で決めてよいのは道筋だけで，ゴールに到達しなくていいかというと，それはダメという感じです。

そして，まずデータに基づいてプランを立ててくださいということで，データは積極的に提供する。あるいは，地域医療構想の病床機能報告制度のように，そういった必要なデータが入手しやすいようにガラス張りにしたりする。あるいは，ＫＤＢデータを出しやすいような配慮をしたりするわけです。そして，その計算式を提供したり，データ処理に関する研修会を開いたり，あるいは好事例を紹介したりして取り組みを促して，それぞれの地域で，厚生労働省が決めたゴールに向かって独自性を発揮してどんどんやってください，ということを促しているわけです。

そして，それを実行に移す上で障害をできるだけ取り除こうということで，自治体に権限を委譲する。例えば，臨床研修病院の指定などはこれまで厚生労働省がやっていたのを，知事ができるようにする。そして，ゴールに向かって確実に進んでいるということを確認できれば，いわゆる軍資金を出す。その代表例が地域医療介護総合確保基金ですし，あるいは，診療報酬上の加算を付けたりというような誘導と支援をするわけです。そして，各地域の進捗状況をモニタリングして，適宜ハッパをかけるということです。２年ほど前に，公立・公的病院の424病院が取り上げられて大きな問題になりましたが，あんな感じです。

ただ，最後まで動かないとどうなるか。これは分からないですが，最後は強制力を発動するかもしれない。あるいは，それに沿わないと立ちゆかないように診療報酬とかを動かすかもしれないと思っております。

以前，厚生労働省の割と上の立場の人と話す機会があって，そのような話をしたことがあるのですが，厚生労働省としても，できるだけこういう最終手段はとりたくないと思っているようです。いわゆる刀はちらっと見せるけれども，できれば刀を抜きたくない，という感じでしょうか。

これからお話しする地域医療構想とか，医師確保計画とか，このようなスタンスで厚生労働省の政策を眺めていただくと，その背景がよくおわかりいただけるのではないかと思います。

ちょっと話が横道にそれましたが，ここから，具体的に三位一体改革についてお話ししたいと思います。最初に，地域医療構想についてです。もうご存じの先生がほとんどだと思いますが，2025年を一つの区切りとして，病床機能を定めて，その報告を義務付けることによって，各病院の機能をガラス張りにした上で，二次医療圏ごとに地域医療構想を作り，実施することになっています。圏域を越える移動とかに関しては茨城県の調整会議で協議するという流れになっているわけです。

[図２][2] 最初に2015年に定められたときは133万床あった。これをベッドを減らそうということで，119万床というのが目標として掲げられています。これから高齢化が進むのに，ベッドを絞ってどうするのだということなのですが，この下を見ていただきますと，介護施設，在宅医療といったものを取り入れる方針ということです。

そして，この内訳なのですが，これで見ていただくと，一番減らさなければいけないのが急性期です。急性期３割ぐらい減らして，回復期を増やすということです。

これは議論の一例で，これも結構生々しいと私は思うのですが，Ａ病院，Ｂ病院，Ｃ病院，全部急性期をやっていると言っているけれども，データを確認したところ，Ｃ病院は５件しかやっていなかった。なので，Ｃ病院は回復期に転換しなさいと。そして，そういうふうに国の方針に沿ってやってきたところには，この基金による財政支援をしますよということです。まさに，私が先ほど申し上げた枠組みで進んでいるわけです。

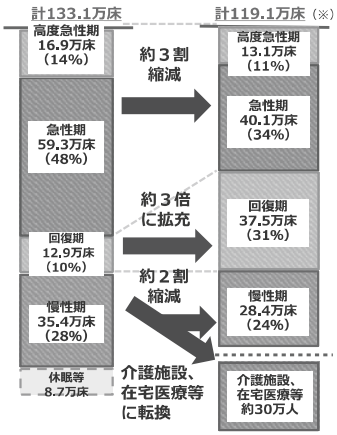
[図３][3] では，今，現状はどうか。これは日本全体のデータですが，2015年はこうだったと。2020年現在はこうということで，ベッドは５万床減りました。こっちがゴールですね。なので，ベッド数としてはほぼゴールに近いところまで来たのですが，急性期がなかなか減らない。回復期が増えないというのが現状です。

2025年の見込みを聞いたのが，赤枠で囲ったところです。ゴールに比べると，ベッド数は何とかなりそうですが，やはり急性期が多い。今後は，

「地域医療構想」の達成の推進

- 平成29年度以降、地域ごとの**「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進**。
- 病床の機能分化・連携の議論に必要な診療等データの提供、基金の重点配分、診療報酬・介護報酬での対応を実施。

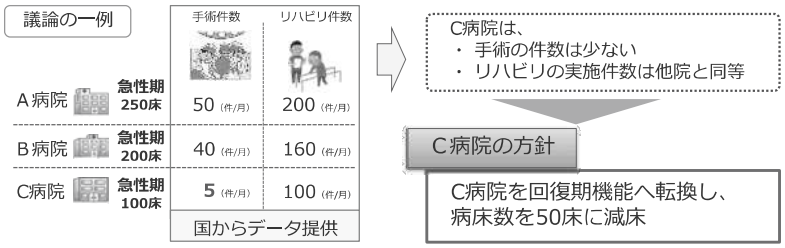
平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒**地域ごとに、2025（平成37）年時点での病床の必要量を『見える化』**



※ 内閣官房推計（平成27年６月）の合計114.8～119.1万床の範囲内

①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

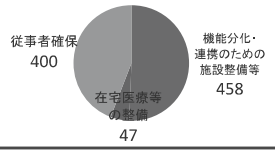
- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、**個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針**を**集中的に検討。**



②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の**具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。**

配分実績（平成28年度） 合計904億円



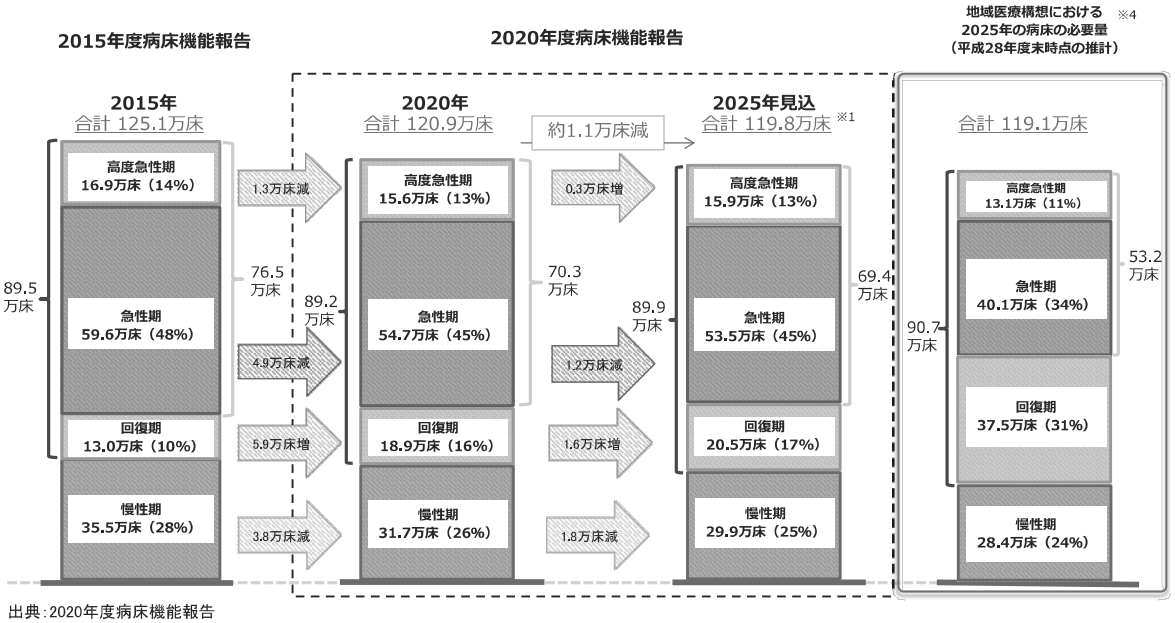
③診療報酬・介護報酬改定による対応

- ✓ **平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定**をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、**病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。**

4

図2[2)]

2020年度病床機能報告について



出典：2020年度病床機能報告

※1：2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
（報告医療機関数/対象医療機関数（報告率） 2015年病床機能報告：13,863/14,538（95.4%）、2020年病床機能報告：12,635/13,137（96.2%））
※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※4：平成25年度(2013年度）のNDBのレセプトデータ 及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年）3月中位推計）』等を用いて推計
※5：ICU及びHCUの病床数（*）：18,482床（参考 2019年度病床機能報告：18,253床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

11

図3[3)]

これに対して，より強い圧力がかかってくるのではないかと予想しております。

ちなみに，茨城県なのですが，2025年では，急性期病床は約半数近くまでに減らさないといけないというふうに定められております。

何度も申し上げますが，地域ごとの実情があり，そう簡単にはいかないと思います。ただ，マクロとしてみた場合，そういう形で国は動く。そして，国は，その方向に沿って動くことを，診療報酬などで誘導しますので，逆に行くというのはそれなりの覚悟が必要になります。どちらにしてもこういう現状は認識をしていただく必要があると思っております。

ここまで地域医療構想についてお話をしました。詳細について話したらかなり時間がかかりますし，今日ご参加の先生方は，この話はよくご存じだと思いますので，こういう感じで動いているということのご紹介にとどめたいと思います。

そして，三位一体改革の２番目が医師の偏在対策になります。まず，医師偏在指標，これも先ほどお示しした厚生労働省の基本方針で，計算式を示して，それを都道府県が自分の地域に当てはめてゴールとなるデータを示すという手法が取られています。

医師の人数については，よく人口10万人当たりの医師数が使われますが，例えば，若者が多い街とお年寄りが多い街では医療のニーズが違いますし，流入・流出もありますから，こういった要素を加味して偏在指標を計算する。そして，それを335の二次医療圏を並べて，上３分の１は医師多数地域，下３分の１は医師少数地域，真ん中は中間地域ということになっているわけです。これでどこが医者が足りないかということをまず全国標準の物差しで明らかにして，そして，各都道府県においてＰＤＣＡをやりなさい。そしてその改善計画を出しなさいということで，目標を決めて，あとは都道府県単位で動けということになっているわけです。

第８次医療計画が近々始まりますが，その中でも医師確保をどうするのか，医師少数地域に医師をどう回していくのかということが問われるということになります。

このような流れの中で，厚生労働省としては，各地域ができるだけそういうことをやりやすいようないろいろな施策を打っています。医師養成課程で見ていきますと，まず医学生，代表的なのが地域枠の設定です。来年，茨城県は地域枠が増えますが，この地域枠の設定に関しても，県が大学に要請できるという仕組みを法的に整えているわけです。

ただ，この後お示ししますが，医師数全体は，近い将来，過剰になると国は考えています。これまでは臨時定員増ということで，定員自体を増やしてきたわけですが，これから総数は絞る。そして，その割合を変えて，地域で働く医師を増やすという形に変わっていきます。

そして，次が臨床研修です。臨床研修は，都道府県ごとの定員が決められて，最初は希望者と定員に1.35倍開きがあった。開きがあればあるほど偏在が許容されるわけです。極端な話，研修希望者と募集定員数がぴったり一緒であれば，医師不足地域も含めて，全ての病院が理論上フルマッチするわけです。なので，この倍率を狭めていくことによって，都会から地域に医者を押し出していこうという政策です。

先ほど申し上げましたように，地域枠ができて，臨時定員増で卒業生は増えています。それに対して，今，募集定員は意図的に据え置いているのです。そうするとだんだんこの間が詰まってくる。全く選択肢がないと，全く病院が努力していないところにも研修医が来るということになってしまいますから，1.1倍ぐらいが妥当だろうということで，そこに向けて定員のゆとりを絞っているところです。

次は，専門研修の段階になりますが，日本専門医機構が都道府県別・診療科別にシーリングを設定しています。茨城県は医師不足県ですからシーリングはかかっていないのですが，東京などはいろいろシーリングの厳しい絞りがあるという動きです。

このような形で偏在対策が進んでおります。

ただ，やっぱり絶対数が足りないのではないかというようなご意見もあるかと思うのですが，これが厚生労働省の示している医師数と需要との均衡です。

[図４][4]　まず，この赤い線が医者の増えていくところなのですが，この予測はほぼ外れないと思います。というのは，医学部に入学した人は，最終的に95％医者になりますので，今年何人入学すれば，６年後に何人医師免許を取るというのがある程度正確に読めるわけです。

そして，この後，働き方改革のお話をしますが，そういったものを加味して，それぞれ，割と楽観的なケースと厳しいケースで必要医師数を推測したのがこの線です。想定によって時期は異なるものの，いずれ早晩，医師養成数とはクロスする。医療ニーズは，最初は高齢化によって増える方が上回りますが，そのうち人口が減ってきますから減っていく。それに対して，医者の数は一直線に増えていくので，クロスしたところからあとは，医師が余ることは確実視されていますので，近い将来，医療供給体制は絶対数の問題ではなく，偏在の問題であると考えられています。

さて，ここからは三位一体改革の３つ目である働き方改革の概要と，それが地域医療にどうインパクトを与えるのかということについてお話をしたいと思います。

最初に，働き方改革の概要について少しお話をしたいと思います。

働き方改革について，平成31年に基本的な方針が発表されたのですが，我が国の医療は自己犠牲的な長時間労働によって支えられている。それはここにおられる先生方は皆さん納得されるのではないかと思いますが，そういったものを正していかなければいけない。それが出発点です。その一方で，医者というのは非常に特殊なところ，この頃は応招義務が結構議論されておりましたので，ただ，これが際限のない長時間労働を許容するものではないということで論点が整理されました。そのうえで，労務管理の適正化にむけて，いろいろな手を打っていく方針が示されたわけです。

[図５][5]　そして，医師以外の職種は基本720時間ということでもう始まっていますが，医療崩壊を防ぐ観点から，全職種の中で医師だけは特別扱いされ，さらに2024年まで５年間の猶予期間を置いて段階的に進めようということになったわけです。

[図６][6]　これが2019年の現状なのですが，まずは2024年までに，1,860時間を超えるようなあまりにもひどいものをまずなくそうと。そして，そこから大体10年ぐらいかけて全部青い線から下に持っていこうというのが基本的な方向性です。なので，2024年には1,860時間を超えるという特例は存在しなくなり，建前としては，全ての医師がこの範囲に入るということです。

[図７][7]　この図は，いろいろなところでご覧になったことがあるのではないかと思いますが，これが基本となるものです。

まず，基本となるのはこのＡ水準，年960時間です。医師以外の一般則としては720時間ですから，実はこれでも医師以外の職種よりはちょっと多いのですが，ここが最終的に全ての医者が目指すゴールということになります。

ただ，それだと地域医療がうまくいかないという場合に対応するために，もう一つの別の基準が作られています。これは地域医療確保暫定特例水準という長い名前になっておりますが，これは，医療上，地域医療を守る上でどうしても医療が回らないということが認められた場合に，1,860時間まではいいですよという基準です。

そして，Ｃ－１，Ｃ－２というのはトレーニーです。研修医とかは集中的に診療現場でトレーニングを受ける必要があるので，そこも1,860時間まではいいでしょうという基準です。

そして，ここを見ていただきたいのですが，さらに10年後，2035年を目途に，ＢとＣを段階的に短縮して，最後は全部Ａに持っていこうというような流れになります。

[図８][5]　1,860時間，960時間はどれぐらいかということなのですが，ざっくり見ていただくと，960時間というのは，このスライドの左側です。平日は８時半から６時半まで働くということです。木曜日はお休みで，日当直が週１回ということです。

1,860時間の働き方は，スライドの右側です。大体７時から８時半まで働いて，週１回当直しているということです。

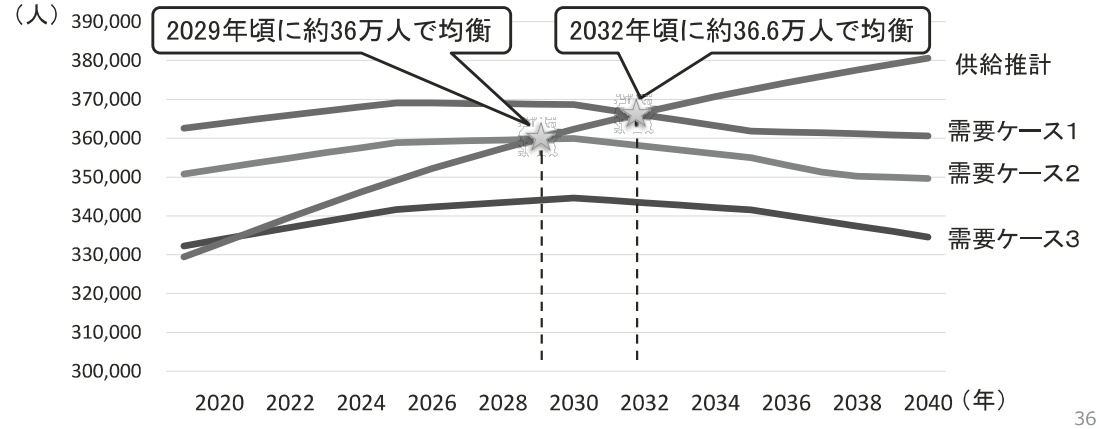
実は，これまで，医者の労働時間はそんなに多かったかと皆さん思われたのでないかと思うのですが，それは，当直をどうカウントするかによって全然違ってきます。この後，詳しく説明します

令和2年度　医師の需給推計について（案）

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース２」において、2023年（**令和5年）の医学部入学者が医師となると想定される2029年（令和11年）頃に均衡**すると推計される。

・供給推計　今後の医学部定員を令和２年度の9,330人として推計。
※　性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計　労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。
・ケース１（労働時間を週55時間に制限等　≒年間720時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース２（労働時間を週60時間に制限等　≒年間960時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース３（労働時間を週78.75時間に制限等 ≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当）

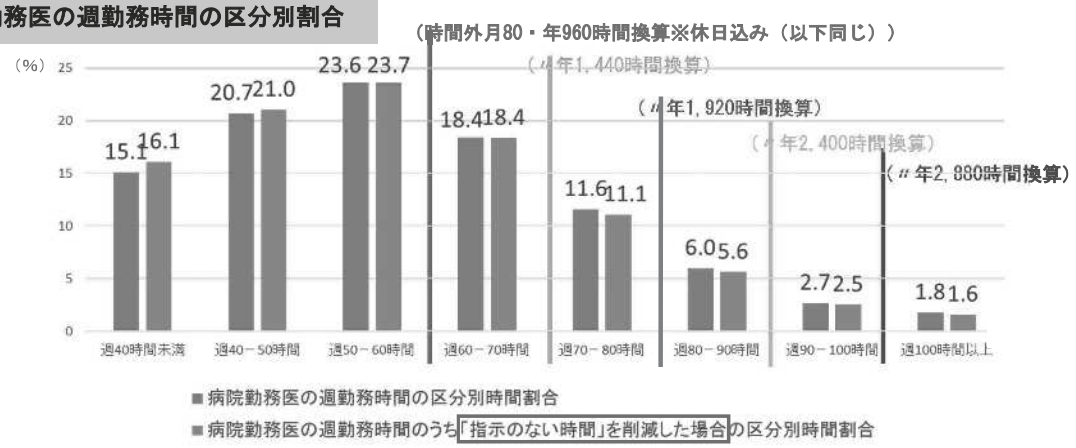


36

図４[4)]

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



＜集計・推計の前提＞

病院勤務医の週勤務時間	「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」（平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。

➡ 赤いグラフにおける分布の「上位10%」＝年1,904時間

4

図５[5)]

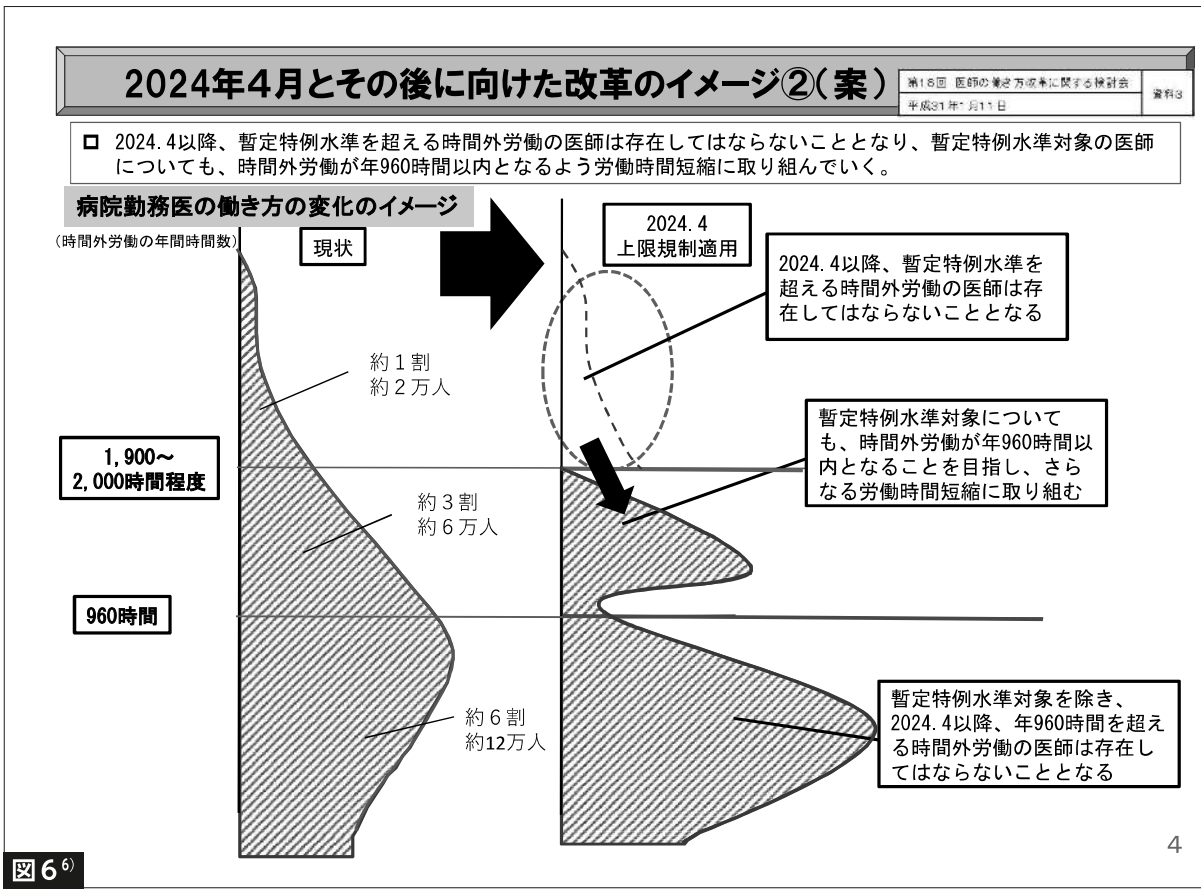

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②（案）
第18回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年1月11日
資料3
□ 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。
病院勤務医の働き方の変化のイメージ
（時間外労働の年間時間数）
現状
2024.4
上限規制適用
2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる
約１割
約２万人
1,900～
2,000時間程度
暫定特例水準対象についても、時間外労働が年960時間以内となることを目指し、さらなる労働時間短縮に取り組む
約３割
約６万人
960時間
約６割
約12万人
暫定特例水準対象を除き、2024.4以降、年960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる
4

図6[6)]

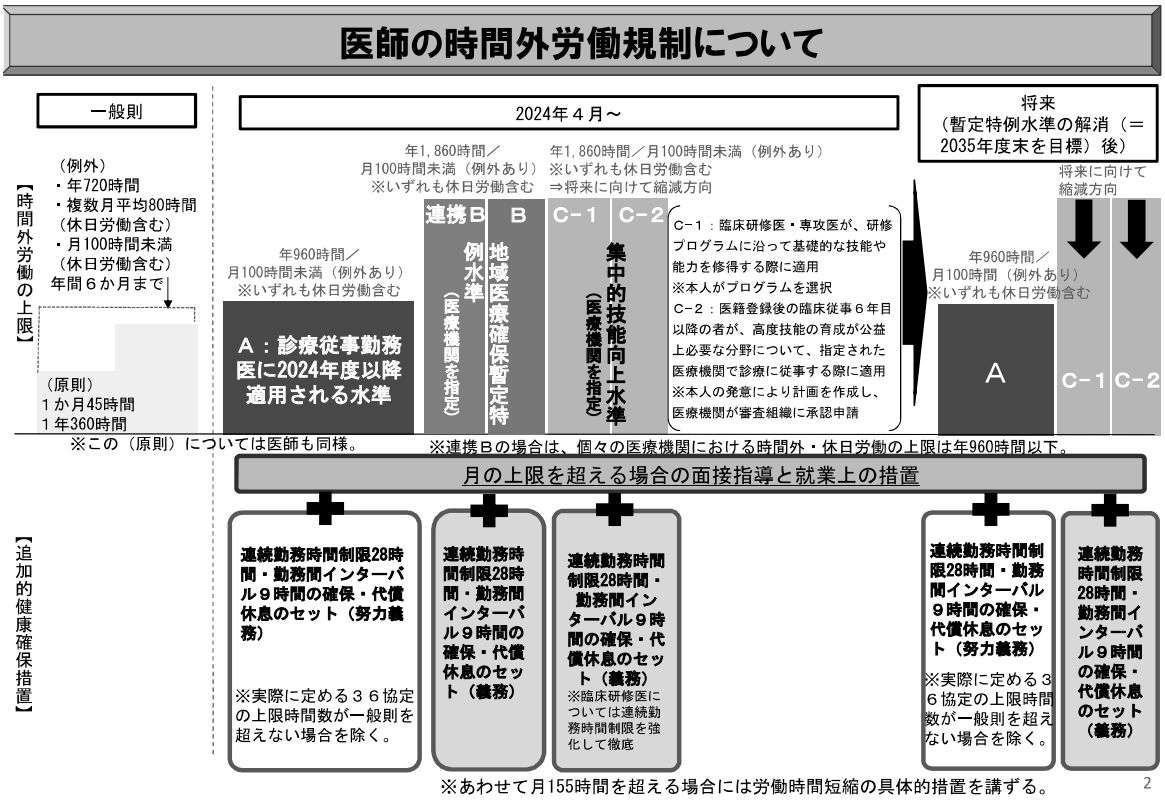

医師の時間外労働規制について
一般則
2024年４月～
将来
（暫定特例水準の解消（＝2035年度末を目標）後）
【時間外労働の上限】
（例外）
・年720時間
・複数月平均80時間
（休日労働含む）
・月100時間未満
（休日労働含む）
年間６か月まで
（原則）
１か月45時間
１年360時間
※この（原則）については医師も同様。
年960時間／月100時間未満（例外あり）
※いずれも休日労働含む
A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準
年1,860時間／月100時間未満（例外あり）
※いずれも休日労働含む
年1,860時間／月100時間未満（例外あり）
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向
連携B
B
C-1
C-2
連携B水準（医療機関を指定）
B水準 地域医療確保暫定特例
C-1 集中的技能向上水準（医療機関を指定）
C－１：臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C－２：医籍登録後の臨床従事６年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請
将来に向けて縮減方向
年960時間／月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む
A
C-1
C-2
※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。
月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置
【追加的健康確保措置】
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（努力義務）
※実際に定める３６協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）
※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（努力義務）
※実際に定める３６協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。
2

図7[7)]

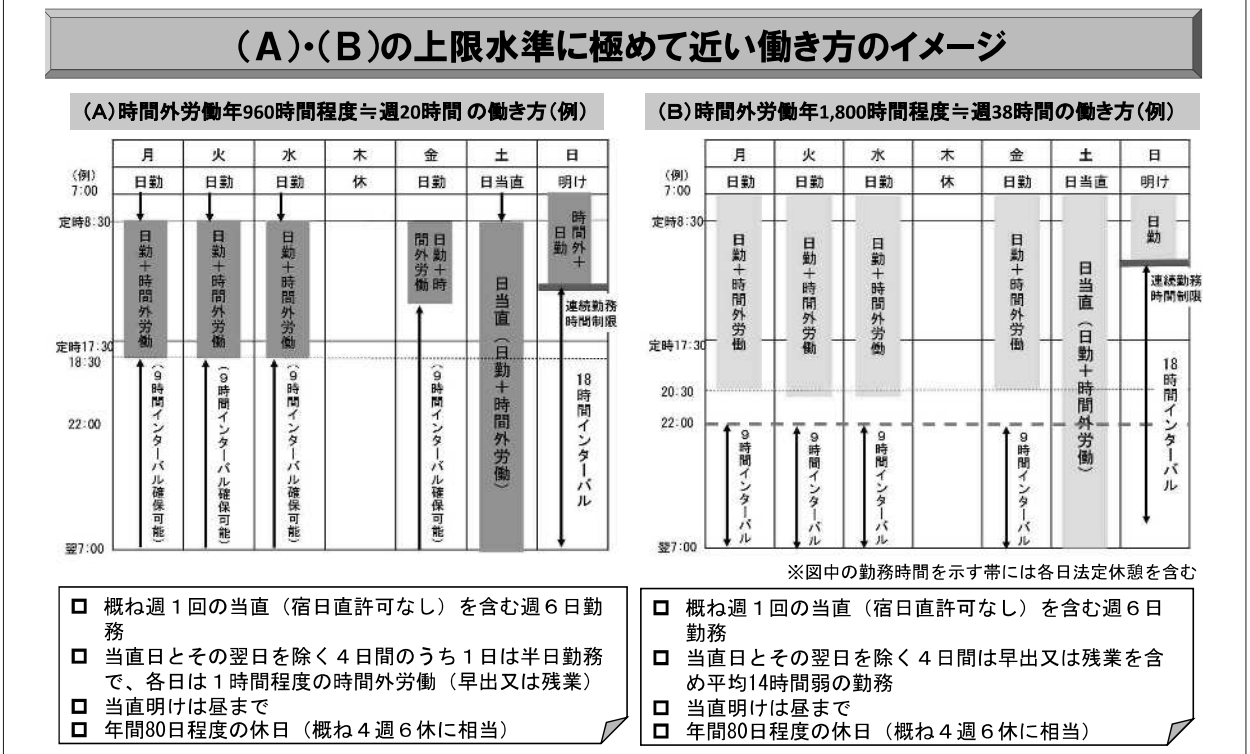


図8[5)]

が，労働法規上の宿日直というのは我々医者が普通に言う当直とは全然違うものです。例えば，救急車がどんどん来る救急病院の当直は労働法規上は宿日直とはみなせないので，今後は，全て労働時間に入れなさいということです。夕方５時から翌朝8時だったら15時間，それを全部込みにして，960時間，あるいは1,860時間の枠内で考えてくださいということです。

通常の時間外勤務の時間だけカウントして，自分は大丈夫と思っていた方も多いと思うのですが，今まで当直と呼んでいたものも全てカウントして1,860時間は超えないようにする。そして，将来的には960時間に近づけていくということになれば，クリアするのは相当厳しい施設も出てくると思います。

ちょっと戻りますが，医師も同じ人間なのに，地域医療が持たないからと言って，1,860時間を公式に認めていいのか，労働者を守らなくていいのかという意見もあると思うのです。なので，この下を見ていただきたいのですが，もしＢ水準，Ｃ水準を適用する場合には，28時間以上連続して働かせてはならない，ということが例外なく定められています。今日参加しておられる先生の中には，若い頃，日中，普通に働いて，夜眠れない当直をして，次の日も普通に１日働くというのを当たり前のようにやっていた，あるいは今もやっておられる先生もいらっしゃると思うのですが，そういう働き方ができなくなります。つまり，Ｂ，Ｃ水準の考え方をまとめると「地域医療を守るためにやむを得ないから例外的に1,860時間は認めるけれども，労働者を守るという意味で，連続勤務の制限とその後のインターバルだけは絶対に守らなければいけない」ということです。

ここを見ていただくと，Ａは一般の720時間と比べてそんなに大きく変わらないので，インターバル９時間は努力義務，できるだけ取ってねということなのですが，1,860時間は義務です。ここを担保することを条件に，特例を認められているわけですね。

では，例えば，当直明けに緊急オペが入ったらどうするのかということなのですが，これは各論的な話になるのであまり詳しく申し上げませんが，

インターバル中に自分しか術者がいないとか，そういったやむを得ない状況が発生した場合は代償休息を与えるということになっています。

ということで，今申し上げましたように，これまで，慣例上，当直と呼んでいたものの多く勤務としてカウントされるようになるということ，それから，当直明けは帰らなければいけなくなるということです。これが実は非常に地域医療に大きなインパクトをもたらすと考えています。

ちなみに，労働時間に関する考え方もかなり厳しくなりました。労働時間というのは，使用者の指揮命令下に置かれている時間ですよということなのです。ちなみに，その指示については「明示又は黙示の指示」とされています。この黙示については，上司からはっきりとは言われていなくても，「おまえ，分かるよな」みたいな，あるいは周りから，「先生，働かないのですか」みたいな圧力を感じた場合は黙示の指示があった，つまり，労働時間としてカウントしますよということです。

そして，着替えとか後始末，それから，こちらはオンコールとも絡むので，後でもう一回説明しますが，手待ち時間です。何かあったら対応するために待機している時間も労働時間としてカウントされます。

あとは，参加することが業務上義務付けられている研修も労働に該当します。例えば，医療安全講習を夕方６時からやったら，その分，時間外を払わなければいけないということになります。

労働なのか，労働ではないのかという微妙な線もあると思いますが，それは一番下に書いてありますが，個別具体的に判断されます。つまり，使用者と雇用者の意見が合致しない場合は，最終的には，労基署が判断するということになります。

[図９][7] この新しい医師の労務管理で，一番問題になるのが，我々が今まで「当直」と呼んでいたものです。もし，その病院の当直が，宿日直であると労基署に認めてもらえれば，その時間は労働に入れなくてよいので，960時間あるいは1860時間のカウントからも外れますし，翌日の勤務制限もありません。ただ，労基署から宿日直と認めてもらうには，いわゆる「寝当直」でなければなりません。具体的には，常態としてほとんど

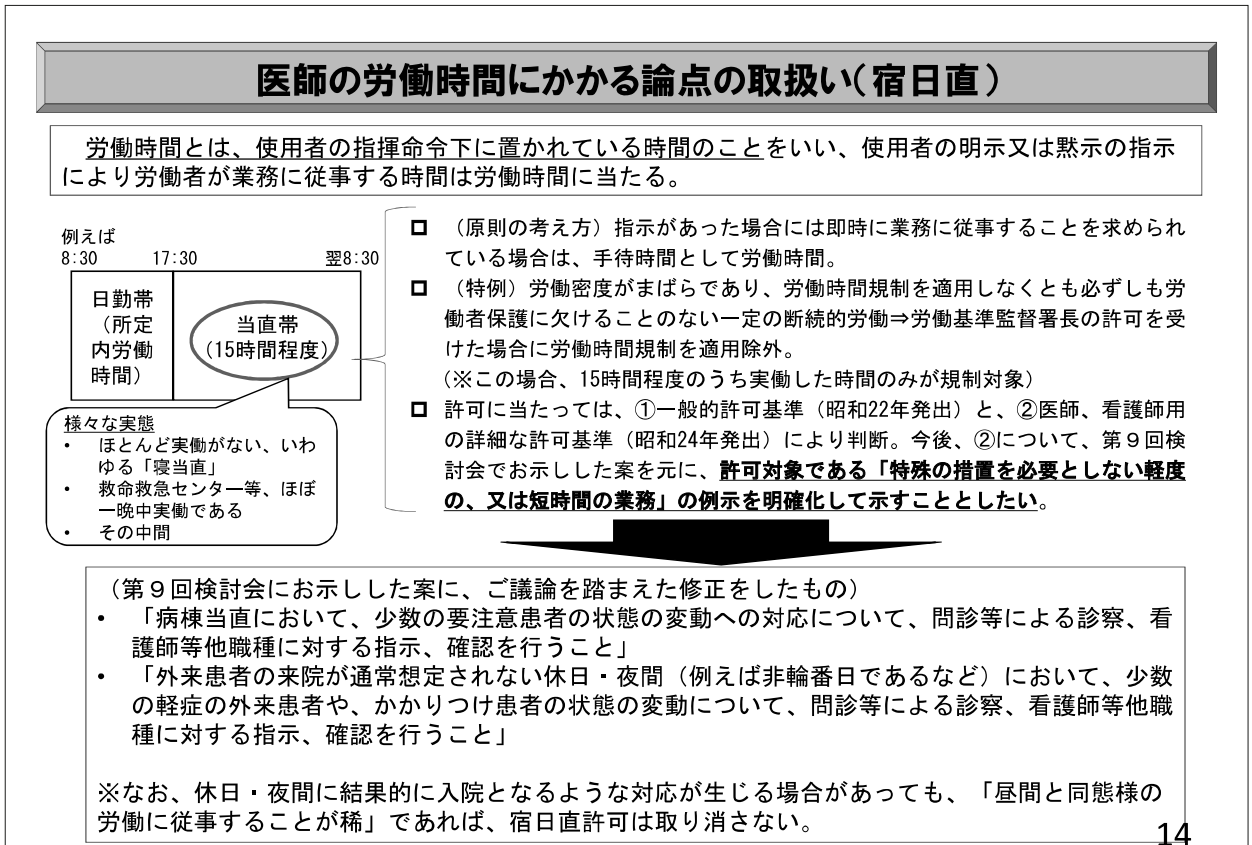


図９[7]

労働する必要がない勤務，例えば，定時的な見回り，あるいは電話の応対，それから，非常事態に備えての待機，これは非常事態だからそんなにしょっちゅう起きるものではないということです。

もし許可を得た宿日直中に患者さんが急変して医療をやってしまったら，その時間は時間外労働として別途扱って，夜間割り増しを含む賃金を払い，かつ，その時間も労働時間にカウントしてくださいということになっています。

こうして見ていくと，今まで我々が「当直」と呼んでいたもののかなりの部分が宿日直と認められないということになります。そうすると，夕方５時から次の日の朝８時まで「当直」したとすれば，15時間の労働時間としてカウントされてしまうということです。そして，ここが一番大事なところなのですが，連続勤務制限があるので，次の日は必ず帰らなければいけないということになります。

[図10][8] 具体的な宿日直の許可基準を示します。昔の基準では，検温しかできなくて，血圧を測ったり採血したりしたらもう労働だったのですが，そこはちょっと緩みました。そして，労働の継続は許可しない。これは，日中の仕事に引き続いて残業しているものを宿日直に紛れ込ませたりしてはいけないということです。

いっぺん勤務から開放された後，宿日直で，少数の要注意患者の変動，あるいは，ちょっと話を聞いて，ちょっと点滴を刺すぐらいとか，あるいは，看護師さんに臨時の頓服薬の指示を出したりするぐらい。それから，外来患者が，予定されない，輪番でない日に来てしまった人を診る。これぐらいならいいでしょうということです。

[図11][7] オンコールについては，年に何回かしか呼ばれないところもあれば，２日に一回は呼ばれるところもあると思うのです。なので，これに関しては個別に判断するということになっています。どこが判断するかというと，最終的には労基署ですね。

[図12][7] あと，研鑽についてですが，例えば，研修医が，昼の仕事をした後に残って勉強をしている時間，これは労働か研修か。私の昔の感覚だとそんなの勉強に決まっているだろうと思うのですが，業務と関係があるものは労働になる可能性

断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直の許可基準（医師、看護師等の場合）※R1基発0701第８号

・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
（通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。）

② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。
例えば以下の業務等をいう。
・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
※R1基発0701第８号で業務の例示を現代化

③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。

④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能（深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能）
※R1基発0701第８号で取扱いを明記

○ 宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合

・宿日直中に、通常と同態様の業務（例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など）がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である（宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。）。

・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行った場合、その時間については、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要がある。

7

図10[8]

オンコールの取扱いについて

□ **労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。**※労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン（平成29年１月20日策定）

□ **オンコール待機中に実際の診療が発生した場合、当該診療に従事する時間は労働時間に該当する。**

□ **オンコール待機時間全体が労働時間に該当するかどうかについては、オンコール待機中に求められる義務態様によって判断する必要がある。**

□ **オンコール待機中に求められる義務態様は、医療機関ごと、診療科ごとに様々であり、**
- **呼び出しの頻度がどの程度か、**
- **呼び出された場合にどの程度迅速に病院に到着することが義務付けられているか、**
- **呼び出しに備えてオンコール待機中の活動がどの程度制限されているか、　等を踏まえ、**

オンコール待機時間全体について、労働から離れることが保障されているかどうかによって判断するものであり、個別具体的に判断されるものである。

□ **裁判例は、個別の実態を踏まえて、労働時間に該当すると認めているもの／認めていないものに分かれている。**

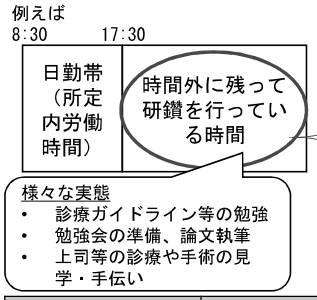
※　医師のオンコールについては、奈良県立病院産科医師事件で扱われているが、当該事件では、産科医間の自主的な取組によってオンコールが行われていたと認定されたことから、オンコールについて明示又は黙示の業務命令が認められないとされた。

41

図11[7)]

医師の労働時間にかかる論点の取扱い（研鑽）

研鑽が労働時間に該当するかどうかについても、「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断することとなるが、現場における医師の研鑽の労働時間管理の取扱いについて、第12回検討会でお示しした案を概ねの内容として、今後、考え方と適切に取り扱うための手続を示すこととしたい。



□ 医師の研鑽については、
- 医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、
- そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。

□ 労働に該当する範囲を医師本人、上司、使用者が明確に認識しうるよう、基本となる考え方を示すとともに、上司の指示と労働に該当するかどうかの判断との関係を明確化する手続等を示す。

研鑽の類型	考え方・手続
診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強	・ 一般的に、診療の準備行為等として、労働時間に該当。 ・ ただし、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っていることが確認されていれば、労働時間に該当しないものとして取り扱う。
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新等	・ こうした研鑽が奨励されている等の事情があっても、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行う時間については、一般的に労働時間に該当しない。
当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと	・ ただし、見学中に診療（手伝いを含む。以下同じ。）を行った時間は労働時間として取扱い、見学の時間中に診療を行うことが慣習化（常態化）している場合は、見学の時間すべてを労働時間として取り扱う。

必要な手続等

□ 研鑽を行うことについての医師の申告と上司の確認（その記録）

□ 通常勤務と明確に切り分ける（突発的な場合を除き診療等を指示しない、服装等）

15

図12[7)]

があります。例えば，研修医が明日，助手としてオペに入るから，事前に解剖を勉強していた，というのは労働とみなされる可能性が高いです。

研鑽の類型というところを見ていただきたいのですが，業務上必須でない行為を，自由な意思に基づき，所定労働時間以外に，自ら申し出て，上司の明示・黙示による指示なく行う場合は労働ではないというふうに書いてあります。ですから，必要な手続きとして，服装等外見的に見分けられる措置と書いてありますが，要するに，白衣を脱いで，ＰＨＳを置いて，そして，指導医から何も言われていないのに勝手に勉強している時間は労働時間に入れなくてもいい。だけど，明日，診療で情報共有が必要なカンファでプレゼンをするから準備をしていた。それから，そのプレゼンの時にちょっと分からない言葉があったので医学書を読んでいたというのは労働になる可能性があります。
学会や勉強会への出席，専門医の取得のための講習会に関しても同じですね。

あとは，当直のシフト外に手術の見学に入った場合，これも自由意思ならいいのですが，「おまえ，研修医だから入るよな」みたいな形で黙示の指示を与えた場合には労働とみなされる可能性があるということです。

このお話を聞くと，そんなのでいい医者が育つのか，と多くの先生が思われたのではないかと思います。私も正直そう思いますが，労働法規上はこうなっているということです。

[図13][9] ちなみに，有名な研修病院である聖路加国際病院に労基署が入って，非常に大きな問題になりましたが，その後，聖路加国際病院では，これは労働時間に該当する，これは労働時間に該当しないというものをあらかじめ明示するようになりました。それを，厚生労働省が事例としてホームページに載せています。それがこのスライドです。研修と労働の範囲は各病院が独自に決めてよいのですが，労基署から違う判断が出るリスクがあります。ちなみに筑波大学附属病院では，これに従っておけば，厚生労働省が事例として出しているものでそのリスクは低いだろうということで，これをそのまま使うことにしました。

これを見ていただくとおわかりのように，必須

【取組事例（２）】労働時間該当性の取扱いの明確化

○　自己研鑽など労働時間に該当するものとしないものを明確化し、院内で周知

労働時間に該当するもの		労働時間に該当しないもの	
A 診療に関するもの		A 休憩・休息	
1	病棟回診	1	食事
2	予定手術の延長、緊急手術	2	睡眠
3	チャーティング	3	外出
4	サマリー作成	4	インターネットの閲覧
5	外来の準備	B 自己研鑽	
6	オーダーチェック	1	自己学習
7	診療上必要不可欠な情報収集	2	症例見学
B 会議・打合せ		3	参加任意の勉強会・カンファレンス
1	必須出席者である会議・委員会	C 研究・講演その他	
2	参加必須の勉強会・カンファレンス	1	上長の命令に基づかない学会発表の準備
C 研究・講演その他		2	上長の命令に基づかない外部講演等の準備
1	上長の命令に基づく学会発表の準備	3	上長の命令に基づかない研究活動・論文執筆
2	上長の命令に基づく外部講演等の準備		
3	上長の命令に基づく研究活動・論文執筆		

（※）　聖路加国際病院の事例を元に、厚生労働省医政局において作成

2

図13[9]

出席者である会議・委員会，参加者必須の勉強会・カンファレンスというのは，例えば，研修医が全員参加できるように夕方６時から７時までにカンファレンスをやって，どうだ，勉強になっただろうと言ったら，研修医から時間外をくださいと言われてしまうということです。

あと，学会発表も，指導医がやれと言ってやったら，こちらがお金を払わないといけないのです。なので，右側を見ていただくと，上長の命令に基づかない，「僕，地方会で発表したいです」，「そうか，では君がやりたいのだね」，「はい」と言えば労働にならないわけですが，実際，私の経験でも，研修医とか専攻医は自発的に発表する人はあまりいなくて，上から言われて，嫌々やっているうちに，その価値が分かっていくということが多いと思うので，これからは，どうやって勉強を促していこうかというのは非常に難しい問題だなと思っていますが，これからそういう世の中になっていくということです。

[図14][7] ここまでお話ししてきたような医師の働き方改革は，2024年から本格的に始まります。今日は細かい話はしませんが，このスライドでお示ししたかったのは，その扱いは病院だけでは決められないということです。ＢとかＣとか，1,860時間系を使うのであれば，それは病院が勝手に決めてはだめですよと。第三者機関にちゃんと相談して，そして，それを長期的にどう是正するのかという計画を立てて，それが労基署で認められれば，Ｂ水準，Ｃ水準を取り入れてもいいでしょうということになっているということです。

そうすると，もう2022年ですよね。ですから，2022年，2023年にこのやり取りをやらないといけないわけです。ですから，まず時短計画案の作成は2021年からこの矢印は始まっています。ですから，もし，まだ始めていないという施設がありましたら，ぜひ準備にとりかかっていただければと思います。

ここまで働き方改革の概要についてお話をしました。

ここから，では，それがどのように地域医療にインパクトをもたらすのかということをお話ししたいのですが，私，この説明するスライドを作ろ

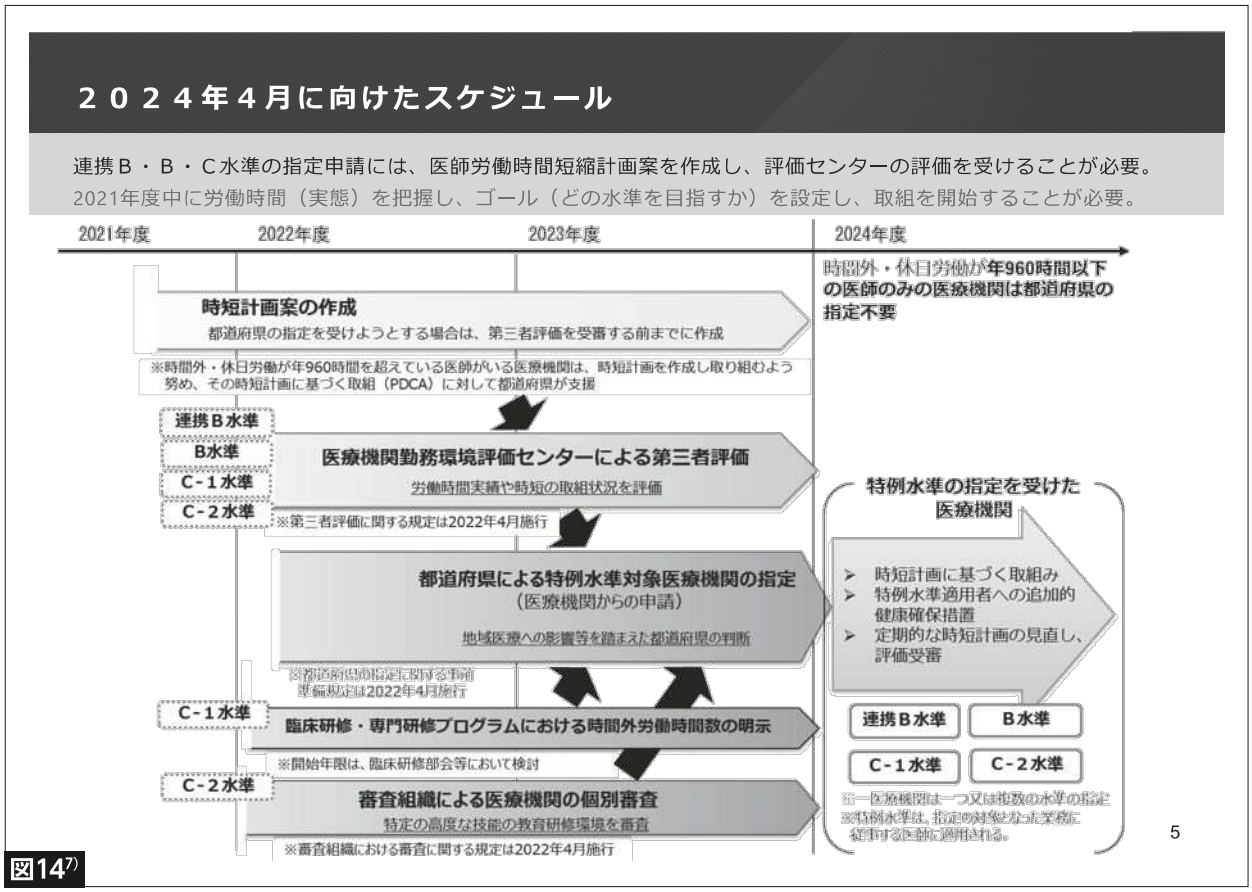


図14[7]

うと思ったら，私が言いたいことをそのまま厚生労働省のホームページに載っていたのです。新潟県の事例です。なので，今日はそのスライドを使ってお話ししようと思います。

[図15][10]　まず，2024年以降は，医者が４人以上いないと休日・夜間の診療体制は維持できなくなると思います。診療科別の俗に言う「当直」が，労働法規上の宿日直として認められなかったら，当直した医師はもう，次の日は絶対に働けないわけです。しかも，その日に15時間労働してしまいますので，頻繁に当直すると，時間外の上限にも引っかかってくるわけです。

そうすると，３人とか２人のところでは夜間に医師を配置できなくなります。４人でも結構厳しい。ですから，当直を置くには，各科５人以上いないと多分厳しくなってくるだろうと思います。

そうすると，それが実現できない施設は救急をやめるしかないですね。そうすると，夜間・休日は受け入れできないということになりますし，A病院も４人だったらぎりぎりですから，断ることが多くなってしまう。そうすると，地域の住民から見れば，近くで救急医療が受けられないということです。つまり，病床があっても，医者が時間外にいつも対応できる状態になっていなければ，結局は患者を受けられないということです。

手術とか高度医療が必要な患者さんは救急経由で入ってくることが多いと思うので，そうすると，高度専門的な治療の対象となる患者さんが減ってきます。症例が減ってきて，そうすると医療の質も下がってきて，そして，一番問題なのは，若い先生が働きたがらなくなるということです。

[図16][10]　この後，若い先生がどんな気持ちかということも改めてお話ししますが，今申し上げた新しい働き方改革が当然であると思ってこの人たちは育っていますので，それが担保されていないところではまず働かないと思います。

ですから，「労働法規上はそうかもしれないけど，うちの病院はそういうわけにいかないから，みんなで黙って働こう」というようなやり方の病院は，労基署が入る入らないにかかわらず，医者がいなくなってしまうというリスクが極めて高いと思っております。

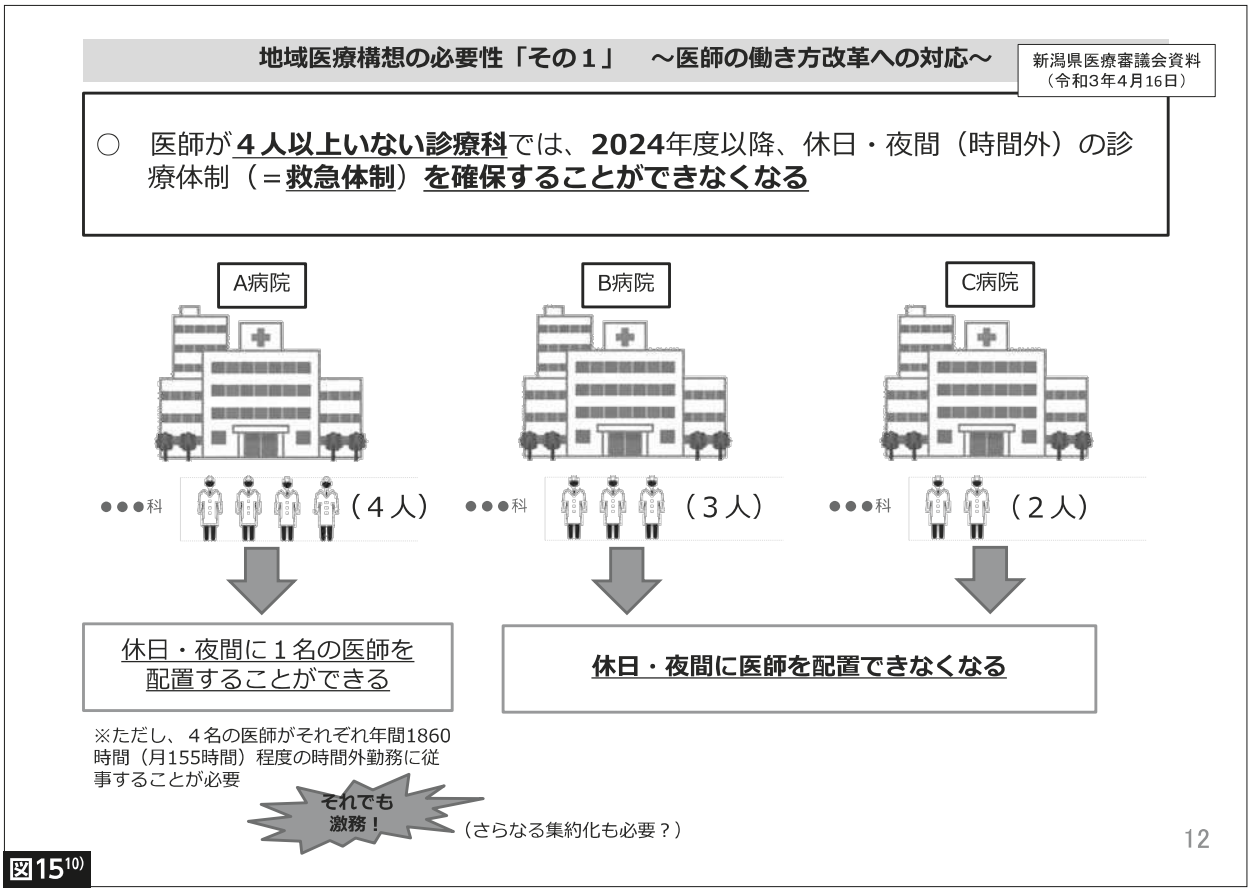


図15[10]

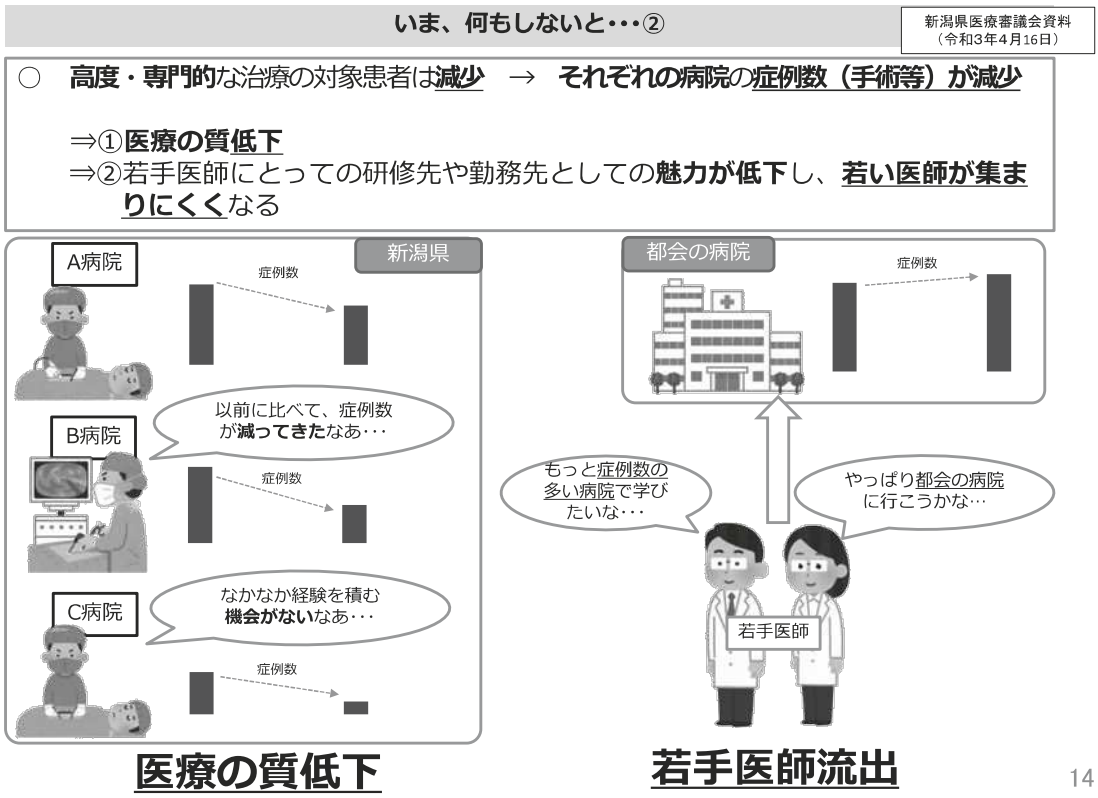


図16[10)]

[図17][10)] うすると，ただでさえ，人口が減って，ニーズが変化して，症例が減る。そのうえ，働き方改革の対応を誤ると，今言ったように，医療の量も下がり，質も下がる。そうすると若い医者が少なくなる。そうすると医者が減る。そうすると，地域は必要なときに必要な医療を受けられなくなるということで，こういう負のスパイラルに陥ってしまうということです。

では，どうするのかということですが，これは医療機能を集約化するしかないだろうと思います。患者さんには大変申し訳ないのですが，ちょっと遠いけれどそこに行ってもらうしかない。では，どの病院に，どの診療科を，どう集約化するのか。もちろん診療科単位で考える部分もあるのですが，例えば，外科医を集めても，麻酔科医がいなかったら，結局全身麻酔の手術はなかなか難しいと思うので，地域の医療を守るために，診療科を超えて，どこに拠点をつくって，どこに医者を集約化していくかという構想と，いつまでにそれを実現するのかというロードマップが非常に大事になってきます。

[図18][10)] そうすると，結局のところ，先ほどお話しした地域医療構想と考え方は同じですよね。厚労省から示されたゴールに対しては，のらりくらりかわしたり，楯突いたりすることはできるかもしれないですが，この働き方改革によって，病棟を見る人がいないといった切実な事情で，否応なく集約化することを突き付けられる，という事態がすぐ近くまで来ていると思います。

結局のところ，地域医療構想で言われている病院の機能分化が，働き方改革が本格化するこの数年間で，すごいスピードで加速するのではないかと思っていまして，地域で高度な医療を支える柱となる病院，そこには医者がたくさんいて，働き方改革に対応した交代勤務の体制をとることができて，ＩＣＵもあるとか，手術もバンバンできるとか，そういう病院と，プライマリ・ケアが中心で，やるとしても一次救急まで，あるいはサブアキュート，ポストアキュートといったところを中心に地域包括ケアを提供していく病院という二つのカテゴリーに，これまで以上にくっきり分かれていくことになると思います。

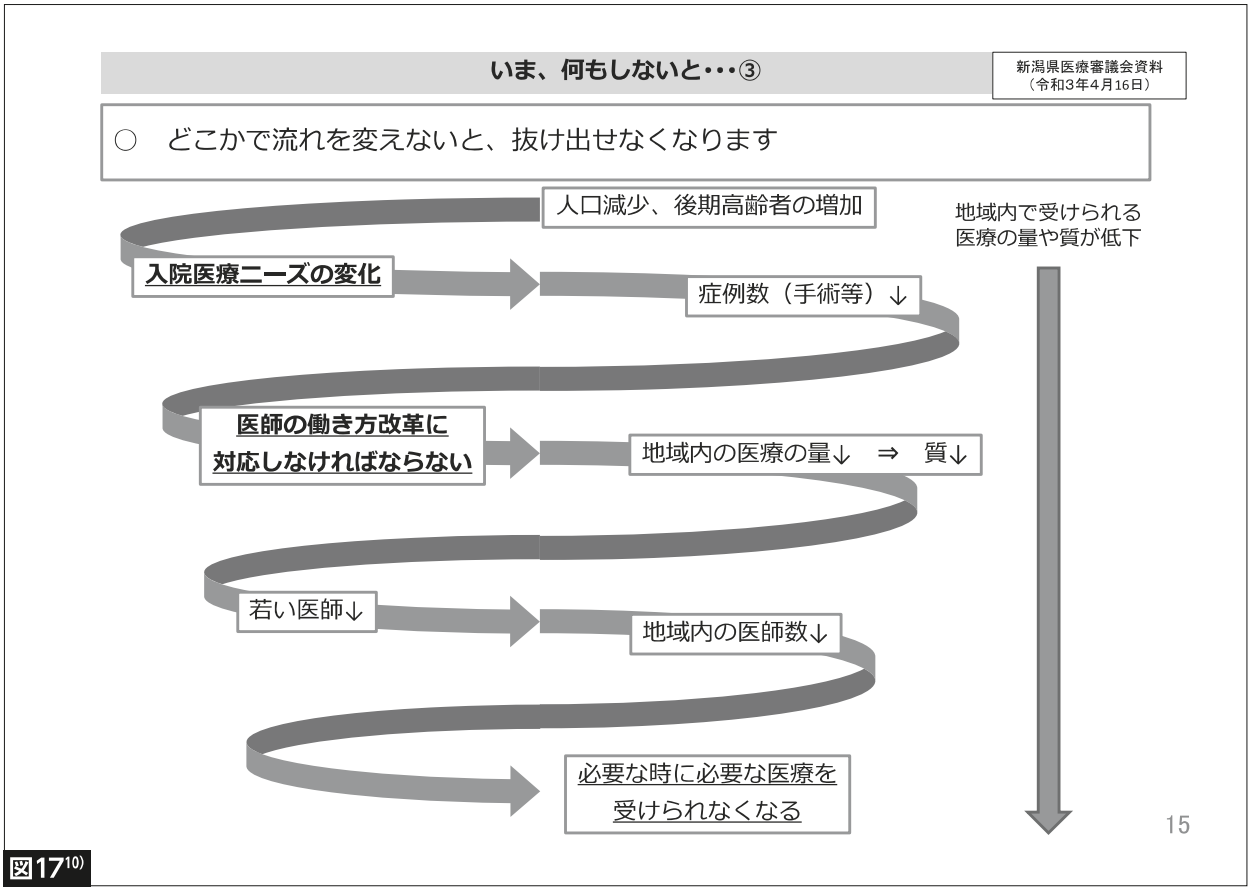

いま、何もしないと・・・③
新潟県医療審議会資料
（令和3年4月16日）
○　どこかで流れを変えないと、抜け出せなくなります
人口減少、後期高齢者の増加
入院医療ニーズの変化
症例数（手術等）↓
医師の働き方改革に
対応しなければならない
地域内の医療の量↓　⇒　質↓
若い医師↓
地域内の医師数↓
必要な時に必要な医療を
受けられなくなる
地域内で受けられる
医療の量や質が低下
15

図17[10)]

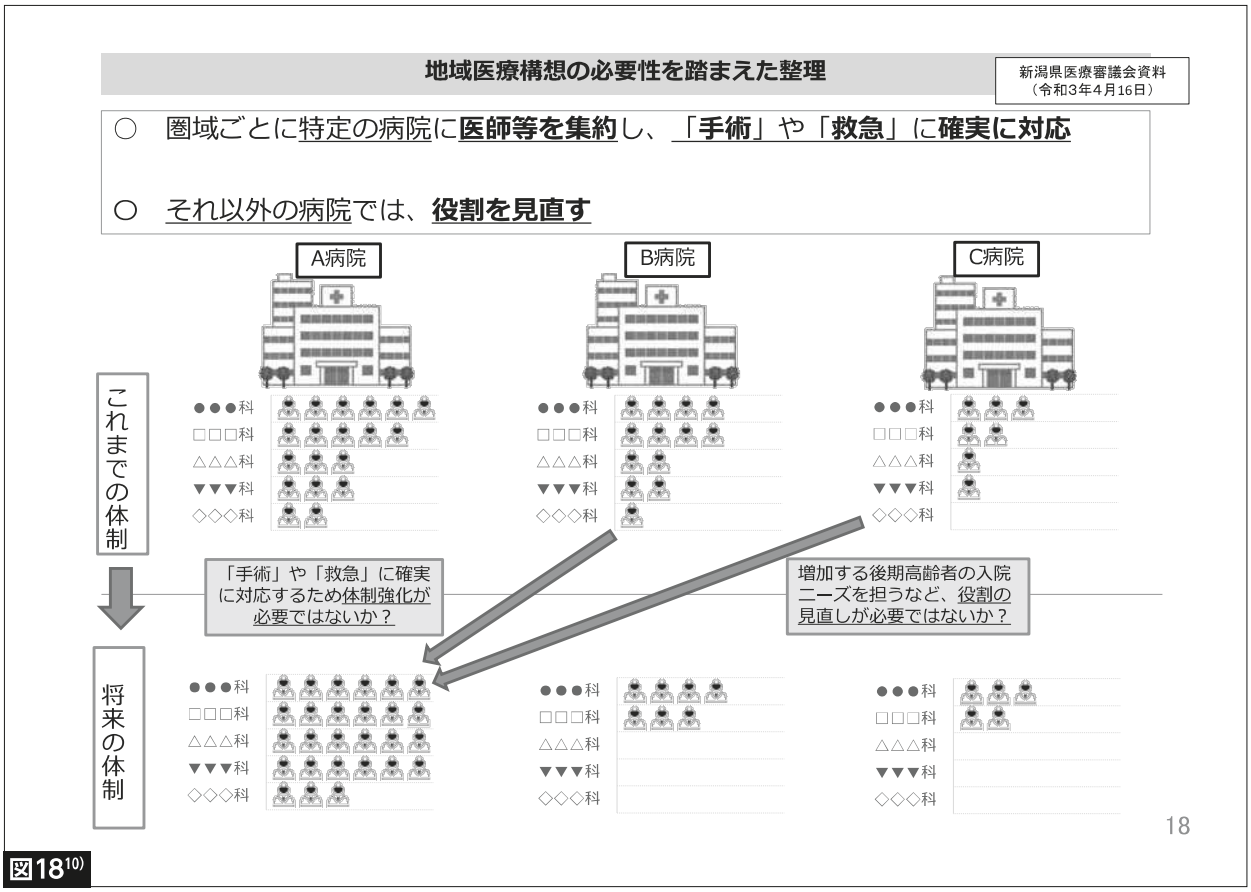

地域医療構想の必要性を踏まえた整理
新潟県医療審議会資料
（令和3年4月16日）
○　圏域ごとに特定の病院に医師等を集約し、「手術」や「救急」に確実に対応
○　それ以外の病院では、役割を見直す
A病院
B病院
C病院
●●●科
□□□科
△△△科
▼▼▼科
◇◇◇科
これまでの体制
将来の体制
「手術」や「救急」に確実に対応するため体制強化が必要ではないか？
増加する後期高齢者の入院ニーズを担うなど、役割の見直しが必要ではないか？
18

図18[10)]

もう一つ見逃せないのは，医学生や若い医師の意識が急速に変わっている，ということです。急性期の看板は抱えているけれども，これまでの価値観で，当直明けでも働きながら支えていくような病院は，これは労基署とか云々より，まず若い医者が行かないです。

これは，実際，私，大学にいて，医学生，研修医と接していて，切実に切実に感じることですが，ものすごくモチベーションの高い研修医，それもちょっと減ってきつつありますが，そうであっても，時間外を無視してでも働きたいという研修医・学生はほぼゼロです。みんな労働法規の範囲内で頑張りたいと思っています。ですから，そこを担保しない病院は，若い医者からまず選ばれなくなると私は非常に危機感を感じています。

先ほど，働き方改革そのものは，2024年までが第一歩，そこから10年かけてすべてＡ水準に近づけていくというお話をしましたが，それより先に，医者の働き場所というマーケットが，より早い改革を促し，それにつれて病院機能の集約化が急速に進むことになるのではないかと思っています。

これまで当直を大学からの派遣にお願いしていた病院も多いのではないかと思います。ですけれども，宿日直許可をもらっていないところで働くと，次の日，その人は大学で手術ができないのです。かつ，先ほどは各論的になるので省きましたが，連携Ｂというタイプの水準を適用する場合には，いわゆるアルバイトで行った勤務時間も含めた時間で1,860時間を勤務元が担保しないといけないのです。そうすると，宿日直許可が取れない病院の当直には行ってはいけない，と大学もストップをかけざるを得ない。これまでは，多少，翌日は当直明け勤務で辛くても，家のローンがある，子どもの教育費がかかるから当直したい，みたいなことは割と個人の判断でできたと思うのですが，これからは，そういうアルバイトに行くためには，所属元の許可が要るようになります。大学病院も，明日は手術がない日しかバイトを許可しない，というふうに変わっていきますので，宿日直許可の取れない病院への応援は，極めて難しくなります。なので，その要素も加味して，それぞれの病院で，俗に言う当直が回るのかということを考えていかないといけない時代が近づいているということです。

[図19][10)]　ということで，早く手を打ったらどうなるか，ということを示したのがこのスライドです。医師の配置が最適化されて，働き方改革に対応した良好な環境を確保できれば，専門的な手術や救急が増えて，症例が増えて，若い医者が増える。医者も増えて，質が上がって，必要なときに必要な医療を受けられるということになります。先ほどお示しした負のスパイラルと，今お示しした正のスパイラル，その分岐点の判断を迫られるタイミングは，本当に待ったなしだと思っております。

ここまで，働き方改革と，それが地域医療に与えるインパクトということについてお話をしました。

私は，この前，東京で医療界のとても偉い先生とお話しする機会があったのですが，その先生は，労基署はこう言うけれども，医療が回らないから，しばらくは今の形で頑張るしかないとおっしゃっていました。そこで私は，いやいや，先生がそうしたくても，若い先生が誰もいなくなりますよという会話をしたのですが，皆様にはぜひ，若い人の気持ちがもうそうなっているということを強く意識して，早急に対応を考えていただきたいと思っております。

今日は本当に暗い話ばかりでしたが，最後に，ではどうしたら医療を守ることができるのか，ということについて，少しお話をさせてください。これは私の全く個人的な私見です。

[図20]　将来の地域医療を守るためのパラダイムシフトとして，視点をシフトする，発想をシフトする，ターゲットをシフトする，戦略をシフトするというふうに４つにまとめてみました。それぞれご説明をしたいと思います。

まず，「視点のシフト」です。地域医療構想の調整会議とかで地域医療を今後どうしていこうかという議論を二次医療圏単位でされていると思うのですが，どうしても自分の施設のことを考える人の集合体になりがちだと思うのです。

そうすると，話がまとまらないか，まとまったとしても，双方が２割ずつ我慢するみたいな中庸的な解決策になるかもしれないのですが，地域全体を見て全体最適を考えていただきたいと思いま

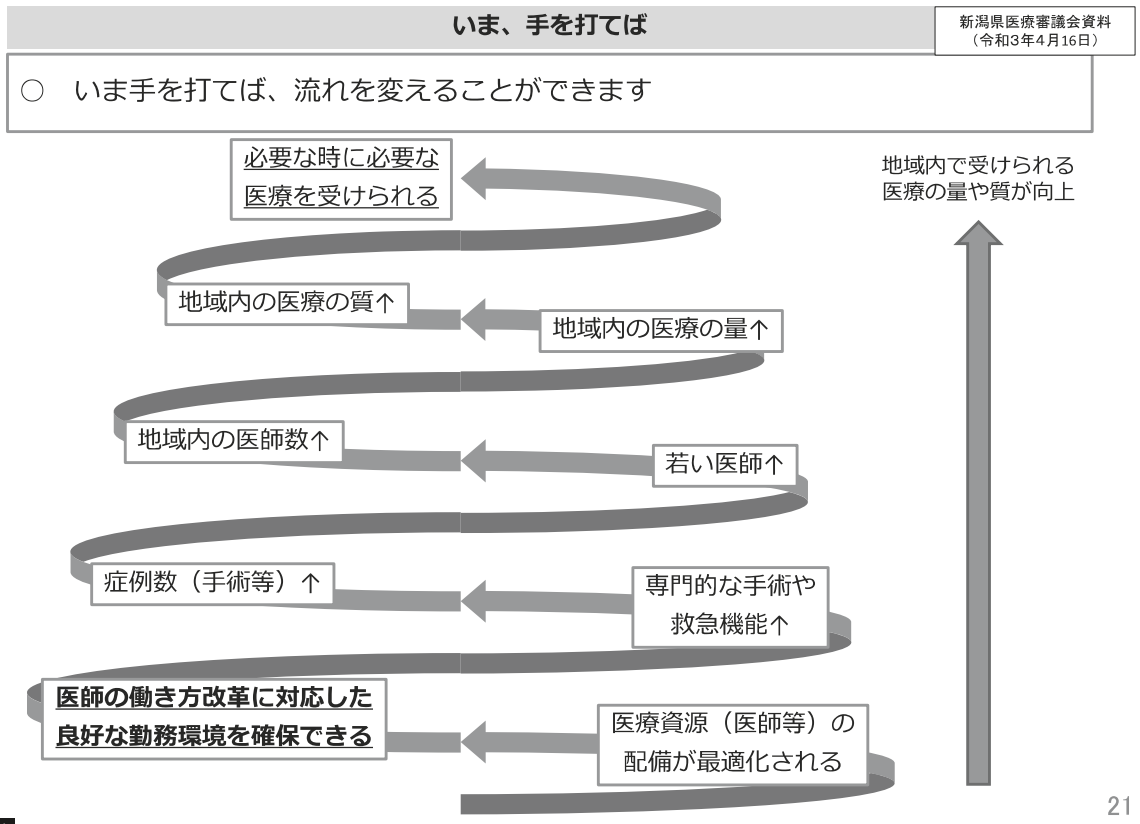


図19[10)]

す。それに加えて，先ほどお話しした働き方改革を加味した集約化をしていただかないと共倒れになる可能性があります。地域医療が崩壊しないように，全体を見て，それぞれの自施設中心から地域全体へ，そして部分最適から全体最適という視点のシフトをぜひ考えていただきたいと思います。

そして，冒頭，お話ししたように，これからの医療，人口が減って高齢者が増えていく，そういう大きな流れがあります。ですから，今の医療が回るかという視点だけではなく，将来，具体的には医療ニーズがピークを迎える2040年に耐えうる医療は何かということもぜひ視点に入れていただきたいと思います。

そして，病院での医療だけではなくて，地域での暮らしというものもぜひ考えていただきたいと思っております。

これが出たのはもう10年ぐらい前なのですが，医療はこういうふうに変わっていくということを示した国民会議の資料です。

まず，病院は，徹底的に機能分化する。そして，病気になったら病院というよりは，病気にならないようにする。あるいは，病気でもそれを抱えて地域で暮らす。あるいは，ちょっとした軽い病気は地域で診てしまうというような形で，地域に医療が出ていって，そして，介護とか住まいとか，そういった様々なところと連携しながらトータルで健康を支えていくということです。ですから，病院だけではなく，こちらも含めたトータルな形に視点をシフトしていただきたいと思います。「病気を治療する」から，「暮らしを支え健

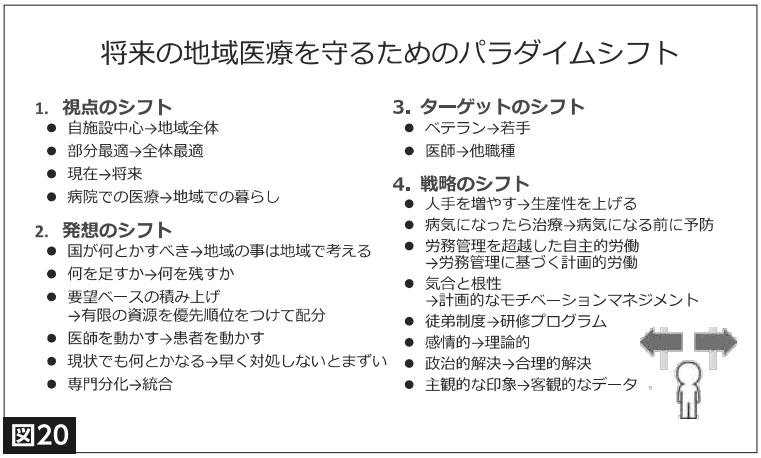


図20

康を守る」という視点が非常に大事になってきます。

次に，「発想のシフト」です。国が何とかすべきとか，もっと予算をという話がありますが，これからの医療政策のベースは撤退戦ですから，先ほどお示ししたように，国はここまでしかしないというのはかなり明確に示されています。まずそこを認識していただきたい。そして，その有限のリソースの中で，地域にとってどれが最善かを考えていただきたいと思います。これは，地域単位でしか考えられないと思います。

もし，これを地域では決められないから国に決めてくれと言うと，国は，測定可能な基準で，「えいっ」とどの地域の事情も無視した画一的な線を引くしかないのです。「国が，地域ごとの実情を十分考慮して，地域別に，みんなが納得する解決策を提示してくれる」とはとても思えませんし，先ほどお話ししたように，国のスタンスは，「ゴールは示しますが，やり方は地域で考えてください」ということですから，地域の議論がそこでストップしてしまうと，いたずらに時間だけが過ぎて，状況はどんどん悪くなります。しかも最終的に強制力を発動されてしまったらもっと悪くなってしまいますから，ぜひ，地域ごとに，何が最善かということを早めに考えていただきたいと思います。

そして，これからは何を足すかという時代ではありませんので，何を残すか，どこまでなら譲れるかを考えなければなりません。患者さんの通院が10分以内というのはもう無理なので，20分までは許容しようとか，だけど１時間はやめようとか，そういう議論が必要になってきます。

ただ，これは住民にとってはあまりいい話ではないので，いろいろ恨まれるかもしれないですが，ぜひコンセンサスづくりのコミュニケーションに取り組んでいただきたいと思いますし，これは医療関係者だけではなくて，行政とか住民とかを巻き込んだいろいろな合意形成が必要だと思います。

そして，今申し上げたように，これからの医療は基本的には撤退戦ですから，「要望ベースを積み上げる」という発想ではなく，「有限の資源に優先順位をつけて配分する」という考え方が重要になってきます。例えば，医者は１人しか送れない。１人しか送れないなら，どの病院の何科に送るかというような発想です。この科にも１人欲しい，この科にも１人欲しい，この科にも１人欲しい，だから３人送ってくださいと言われても，結局どこも応えられない，ということになりかねません。

そして，医者が足りないから医者を増やすというだけではなくて，場合によっては，患者さんにも動いてもらうというような発想の転換も必要だと思います。

現状でも今は何とかなっている，と思われる方もおられるかもしれませんが，これから2040年にどんどん人口構成が変わってきます。何度も申し上げますが，それを一気に加速するのが働き方改革です。その波が本当にもうあと数年に迫っていますので，ぜひ危機感を持っていただきたいと思っております。

［図21］ 筑波大学ではノンテクニカルスキル研修ということをやっておりまして，そこで習ったのですが，問題には，発生型問題と設定型問題と将来型問題がある。発生型問題というのは，ミスとかクレームとかのもう起こってしまった問題。これは誰しも問題だということが分かっているので，その原因を突き止めて対策をすればいい。

設定型問題というのは，例えば，テストで70点を取った。60点で合格だと思っている人は，ああよかった，ということになりますが，80点取れなければだめだと思っている人にとっては不合格なわけです。ですから，人によって，ここまで行け

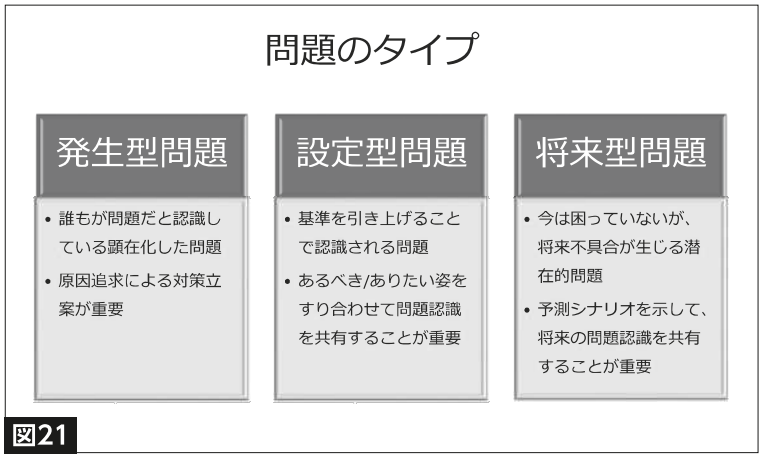


図21

ばオーケーという線が違うことによって，問題と感じる人がいたり，問題と感じない人がいたりするということです。

それから，次の将来型問題というのは，今は困っていないけれども，将来は不具合が生じる潜在的な問題で，ここままではやばい，近い将来，医療がもたなくなるということです。

この設定型問題と将来型問題の共通点は，人によって問題と感じたり，感じていなかったりする，というところです。ですから，そのままでは議論がかみ合わないわけです。ですから，解決策を相談するためには，まず問題意識を共有するということが大切で，設定型問題であれば，ゴールはどこかということの話し合いから始める。将来型問題であれば，将来どんなことが起こって，これは大変だという危機意識を共有する。地域で解決策を考える場合は，ぜひそういうことも考えていただきたいと思います。

そして，新しい時代に対応できる人材の養成も必要になってきます。人材養成と言えば，これまでは特定領域のエキスパートを養成するというようなイメージもあるでしょうけれども，いわゆる臓器専門医が専門性を発揮できる病院というと，主に急性期病院だと思います。先ほどお話ししたように，これから急性期病院というのは減っていくわけです。そうすると，これからは，全体的な視点から幅広く対応できるオールラウンダーも必要になってきます。

[図22] そこで注目されているのが，いわゆるかかりつけ医です。今日はこの制度を中心になって推進してこられた鈴木先生も参加されていますが，このかかりつけ医機能というのは，定義を見ていただくと，非常にレベルが高いことが書いてあります。この通りの機能を発揮していただくのは，医師免許を持った人であれば誰でもいつの間にかできるようになるものではない，と思っておりまして，かかりつけ医として満遍なく，確実に診られるようになるためには，やはり教育が必要だと思います。

この教育にもいろいろな段階がありまして，学生時代の教育，研修医時代の教育，それから，総合診療専門医というような，それを専門にする医者の教育，あるいは，日医のかかりつけ医研修制度のように，いろいろな科の先生が，後から勉強して，自分のちょっと足りないところを埋めていく教育など，対象に合わせていろいろな教育があると思います。先ほどの三位一体改革の全体像にも書いてあるのですが，確実に高いレベルでかかりつけ医機能を発揮できる存在として，いわゆる総合診療医というものがこれからは非常に求められていくと思います。先ほどお示しした新潟県の図でもお示しした通り，高度な医療をやるところと地域に密着した医療ができるところ，それぞれにおいてやりがいを持って働ける医者を確実に生み出していくような仕組みが必要です。

誤解のないように言っておきますが，これは決して総合診療専門医と称する医師だけを指しているわけではありません。外科の先生でも，整形外科の先生でも，小児科の先生でも，そういう能力をしっかり持って地域で活躍しておられる方は総合診療医だと思います。

ただ，少し考えておかなければならない事情としては，昔と違って，最近は専門分野以外の周辺領域の能力が，ひとりでに身につく機会はどんどん少なくなっている，という状況があります。簡単に言うと，医師養成がどんどん純粋培養化しています。ですから，医学部卒業後ずっと，大病院でしか働いたことがないまま，医者として10年が経ってしまったりするのです。なので，かかりつけ医としての能力を持った医師は，計画的に育てるという要素が必要になってくると思っておりま

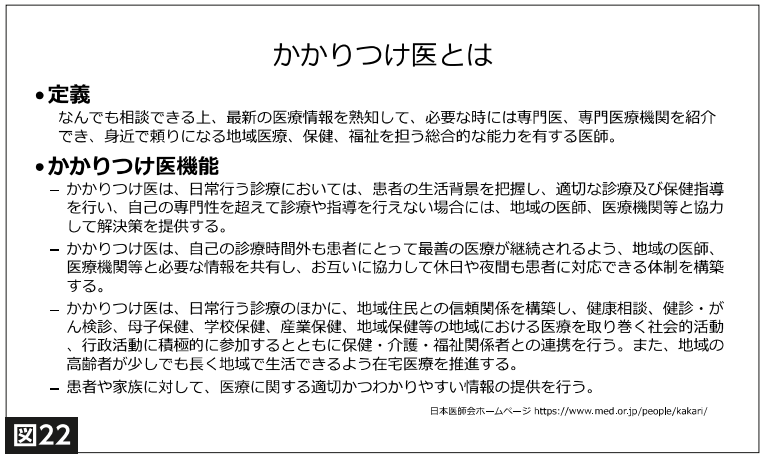


図22

す。

次に，「ターゲットのシフト」です。「ベテランから若手」と書きましたが，いろいろなことに決定権を持っている人たちというのはある程度年齢がいった人ですよね。なので，その人の価値観で考えるこういう医者が欲しい，あるいは，自分がこういう経験をしてきたから，こうすれば医者が集まるのではないか，というのが必ずしも通用しないということです。つまり，動いてほしいと思っている若手の価値観に響くようなアプローチが求められます。

若手にどうやって地域に来てもらうのかということなのですが，これは今時の世代の特徴なのですが，まじめで向上心もあるのですが，基本的に型破りなことはしない。それから，Quality of My Lifeを保てる範囲で頑張る。それで，ちょっと打たれ弱い。非常に情報検索能力は高いですが，そのかわり，必要があればそのときに調べればいいやと思うので，あまりがっつり勉強しないといいますか，その時その時にちゃちゃっと調べる。必要があればいつでも調べられるという自己イメージがあるから，これを機に教科書を読破しようとか，あまりそういうことはしないです。もちろん人によって違いますが，総じてそういう割合が増えているということです。

こういう今時の世代にとっては，「いいからとにかくやってみろ」という関わり方は通用しません。つまり，納得していないことを命令でやらされることを嫌う。それから，失敗したらどうしようという恐れ，そして，今自分はどこにいるか，例えば，今自分は手術に助手として５件入ったら次は術者ができるとか，そういう見通しを把握していないと心配なのです。要点を要領よく学ぶ。無駄なことはやりたがらない。ですから，何でも勉強だと思って全部引き受けてやってみなさい。それが力になるんだよというような理屈はあまり通用しないし，それを強いるところには行かないということです。

若い医師を集めたければ，その人たちの価値観に合わせて行きたくなる環境を作っていく必要があるわけです。地域枠というのもありますが，少し語弊があるかもしれないですが，あれは借金によって義務を負わせようという考え方ですよね。ある意味，北風的なやり方なのですが，自ら地域に行きたくなるような，太陽のような仕組みをどうつくればいいか。若い人の視点に立って，その人の価値観，その人の心が動き，行動が変わるようなアプローチをしなければいけない。

そのときに，働き方改革がしっかりしているということは，若い人にとって病院選びの大前提になりつつあるということを，もう一回，ここで強調しておきたいと思います。

それから，他職種に頼むということなのですが，この撤退戦は総力戦で戦わなくてはいけないということで，多職種をどう巻き込むかということも鍵になってきます。多職種連携，チーム医療といえば，職種Ａと職種Ｂが仲良くしましょう，という，いわゆるInter-professionalというイメージでとらえられることが多いと思います。これから働き方改革が進めば，医師の全体の生産性が下がってくるわけですから，新しい発想が必要になります。つまり，それぞれの職種同士が既存の職種の役割を超えて範囲を広げていくのです。そうすると重なったところができてくる。そうして初めて，タスクシフティングが可能になるということになります。

この一番わかりやすい典型例が看護師の特定行為研修だと思います。これまで医師が行ってきたことを，一部ほかの職種が肩代わりする。ただ，教育もなくタスクシフティングをしたら，これはただ質が下がります。ですから，タスクシフティングをしたいなら，しっかりとした教育とセットでなければならないと私は思っています。医師の仕事を看護師さんにやってほしいのであれば，医師が看護師にしっかり教えないといけないのです。なので，そういう職種を超えて教え合うというようなこともこれから必要になっていくだろうと思います。このように，これからの職種間連携というのは，Trans-professional work，つまりそれぞれの職種がただ仲良くするのではなくて，範囲を広げて補い合うというような時代になっていくと思っています。

例えば，最後は，「戦略のシフト」です。人手を増やすよりは生産性を上げるという考え方にシ

フトも必要になってくるし，病気になったら治療，病気になるまでは何もしないで待っているというよりは，病気になる前にこちらから先手を打って予防するという考え方も重要になってくると思います。

それから，これまでのドクターいうのは，労務管理を超越した自主的労働をされていたと思うのですが，今後は，この労務管理に基づく計画的な労働ということが非常に重要になってきます。気合いと根性から計画的なモチベーションマネジメントへ，それから，「いいから俺の背中を見てついて来い」という徒弟制度ではなく，「こういう指導体制の下で，いつまでにどんな能力が身につくのかを示す」研修プログラムの充実は若手を引き込む上で非常に大事です。

そして，地域医療構想とか病院の集約化とかをする場合には，どうしても感情的になりがちだと思うのですが，最後に決めるのは私としてはデータだと思っています。もちろんデータが全てではないですが，みんなで折り合いをつけてまとまった方向性を出していくためには，中立的・合理的なエビデンスが大事になってくると思います。

昔，ヤクルトの野村監督がＩＤ野球と言っていましたよね。ああいう野球でもデータが重要視されていた。同じように，地域医療はどうあるべきかということは，まずデータを入手して，そして，そのデータを使いこなすということも非常に大事で，それが最終的に合意形成に役立つのではないかと思っております。

それがなくて，お互いが引かないまま，で時間だけが過ぎていくというような状態になっていくと，最後は，では政治的に決めようとなってしまい，今度は力が強い人が勝つということになってしまいます。それに頼ると，力が強い人に頼った結論というのが地域にとって最適かというと，違う可能性もありますよね。ですから，こういった政治的な解決ではなくて，合理的な解決，そして，主観的な印象に頼るのではなく，客観的なデータというものを使いこなすということがこれまで以上に重要になってくると思っております。

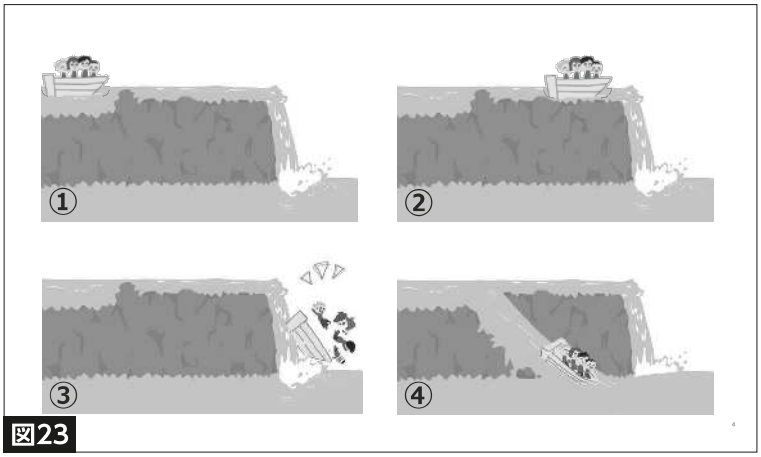


図23

[図23]　ここまで，いろいろお話をしてきましたが，まだあまり危機感はないという方もいらっしゃるかもしれません。これは，ボートで川下りをしていて（①），ここに崖があったとしても，ボートがここまで進んでも何も起こらないのです（②）。でも，その先に崖があるわけですから，何もしないと，落っこちてしまうわけです（③）。ですから，今，別に困っていないよと感覚的には思うかもしれないですが，近い将来，こういうものが見えているのであれば，早めに手を打っていく必要があります（④）。そして，この分岐点が手前にあればあるほどこの勾配はなだらかになりますし，これが後になればなるほど急になると思うので，ぜひ今置かれている地域医療の現状を意識していただいて，最終目標は地域の医療を守ることは皆さん一致していると思っておりますので，ぜひみんなで知恵を絞っていければと思っております。

大変長くなりましたが，以上で，私のお話を終わらせていただきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

質 疑 応 答

○安部座長

前野先生，ご講演ありがとうございました。

前野先生には，茨城県における地域医療の将来像，それから，医療提供体制の三位一体改革，それから，働き方改革が地域医療にどうインパクトを与えるかとか，さらに，最終的には先生のイメージされているパラダイムシフトについて細かくお話ししていただきました。

今日お聞きしている先生の中には，病院の経営に関わる先生方がいらっしゃいますが，今のお話を聞いてチャンスと考えられた先生というよりも，非常にこれから大変だなと思われる方が多かったのではないかなと思いますが，非常に参考になる先生のお話でした。

それでは，視聴の先生方で質問がある場合には，画面の下にありますチャット機能で質問の記入をいただきたいと思います。

○鈴木会長

最初に，松村先生から，医師需給の計算として，週60時間とすると，年間960時間を超える可能性があるので，週55時間でなければならないかと思います。また，女性医師が３～４割になってきた場合に，短時間勤務の時期があるかと思いますので，その分，多めに医師数を養成しないといけないと思います。さらには，55時間で週１回の当直は，歳を取ってくるときついと思います。以前の厚労省の細かい計算を見たことがありますが，何歳まで週１回当直する計算になっているのでしょうか。

同じく松村先生。特定行為は大分普及してきていますが，それに不随して，さらなる資格として，診療看護師ＮＰや認定看護師，専門看護師ＣＮＳなども，医師のパートナー，医療チームの中で必要になってくると思いますが，これらの資格について厚労省はどのように考えているのでしょうか。

最初の質問です。

○前野

松村先生，ご質問ありがとうございます。

まず，最初の医師需給の計算式なのですが，各年代の男性，女性とか，そういった人たちが現状どれぐらい働いているかということと，それを働き方改革でどうしていかなければいけないかということをいろいろ加味した上であの数字が出ていると理解しています。ただ，ご質問にあった詳細については私も把握しておりませんでした。十分にお答えできず申し訳ございません。

厚生労働省の報告書には，多分その辺も書いてあると思いますので，私も後でそこは勉強させていただきたいと思います。

それから，２番目のご質問で，特定行為以外のものなのですが，まずＮＰ，Nurse Practitionerなのですが，幾つか試みは始まっておりますが，非常に大変ハードルが高いと私は思っていて，少なくともその人の労力×人数をマンパワーとしますと，それで医師の働き方が変わるほどのインパクトというのは近い将来はなりにくいと思っています。

ですから，私は，最後は医者が責任を取るというところを変えずに，能力に合わせて範囲を決め，その中でやっていいという形にして，そのハードルをぐっと下げるのが現実的だと思っています。たとえば看護師特定行為には，あらかじめ定められた手順書があり，特定行為をやっていいという範囲が医師から決められています。その代わり，それができる看護師を全国で何万人と育てようという戦略を取っているわけです。中長期的には，ＮＰの問題も出てくるとは思いますが，現状ではそのように考えています。

それから，認定看護師や専門看護師もそうなのですが，これは，ある意味，いわゆる国がつくっている公式な資格ではないので，将来，診療報酬とか，設置基準とか，そういったものに絡めるとすればやっぱり特定行為だろうと思っています。

ご質問ありがとうございました。

○安部座長

次の質問ですが，土浦協同病院の渡部先生からです。

地域医療構想医師需給分科会の議論を見ていると，将来，診療科医師数の制限，枠付けや家庭医の計画的配置にするのではないのかということです。このあたりはどうでしょうか。

○前野

おっしゃるとおりです。この診療科医師数の制限というのがまさにシーリングです。茨城県は，幸いと言うか，それだけ医者が少ないという意味では不幸なのですが，シーリングがかかっておりませんが，都会ではかなり厳しいシーリングがかかっています。これが，近い将来，茨城にもかかってくる可能性はあると思っています。

そうすると，先ほどお示しした集約化したところで高度医療を提供する医師と，地域密着型で総合的な医療を提供する医者を，それぞれ計画的に養成する必要が出てきます。その，地域密着で総合的な医療を提供する医師をキャリアの中心に据えて，高いレベルまで高めようというのが総合診療専門医であり，家庭医であろうと思っています。

あまりその話をすると，自分の診療科の話をしているだけじゃないかと言われそうなので，今日はあまりその話はしなかったのですが，今，専門医機構の集計では，総合診療専門医を目指す人は全体の２％です。これはあまりにも少ない。少なくとも何割という，割で言えるぐらいには増えてほしいなと思っているところです。

ありがとうございました。

○安部座長

そのほかですが，会長。

○鈴木会長

私，鈴木ですが，口頭で質問させていただきます。よろしいでしょうか。

厚生労働省が言いたいことも言ってくれたし，私も日医のときからなかなか言えないようなことまで言っていただいたので，ありがとうございました。

随分怖い話も入っていたのですが，少ない医師で頑張っている先生のところにはちょっと厳しいお話だったかなという気がいたしますが，これは地域医療構想，地域包括ケアシステムをしっかり進めなければいけないということだと思うのですが，もう一つは，日医的に言うかかりつけ医機能の充実強化は絶対に必要だと思いまして，私が日医にいるときには，横倉名誉会長の下で日医かかりつけ医機能研修制度というのを立ち上げさせていただいたのですが，それはさらなる充実強化を続けていかなければいけないと思っていたのですが，そのときに調査して分かったことは，かかりつけ医機能を主に発揮していただいている先生方というのは，内科の先生とか，手術をしていない外科の先生が主なのです。半分近い方がそういう研修を受けられている。一方，眼科とか産婦人科とか，そういう専門性の高い科の先生は，かかりつけ医と言いながら，その科のかかりつけ医ということではあるのですが，先生がおっしゃるような総合的なという意味ではちょっと違うということで，かかりつけ医にも，いわゆる総合的な診療を行うかかりつけ医と，専門性を中心に行うかかりつけ医の二通りあると考えられていたのですが，それらの総合的に診ているかかりつけ医の先生は，さらにその機能を充実強化してもらえばいいのですが，専門性を中心に診療されているかかりつけ医の先生というのが今後どのように進んでいけばいいのか。いわゆるかかりつけ医の先生方にとっての将来です。前半は，非常に中小病院にとっては怖い話があって，それは待ったなしになっているわけですが，かかりつけ医の先生にとって，将来，一つは総合診療専門医というのがあるわけですが，それは数的には少ないので，少しずつ増えるにしても，医師会にぜひ入っていただいて，かかりつけ医のリーダーというか，先生になっていただければいいと私は思うのですが，いわゆる専門性を中心にやっておられる先生もかかりつけ医ということになっているわけですが，その辺について先生はどうお考えかということと，それから，今話題になっているオンライン診療については，総合診療専門医の先生はどんなふうにお考えなのかということをお聞かせいただけますでしょうか。

よろしくお願いします。

○前野

ありがとうございます。

最初の質問ですが，さっき私が，様々なフェーズで総合的な能力を身につける教育が必要だというお話をしました。実は，私，プライマリ・ケア連合学会と全日本病院協会と共同で総合医育成プログラムというものをやっております。

かかりつけ医研修は，鈴木先生の前で言うのも何ですが，直接教育する機会というのが２日か３日ぐらいしかないのですよね。なので，そこだとちょっと足りないのではないかということで，だけど，総合診療専門医のように，これから小児科３か月ローテーションとか，３年間，今の職場を離れて研修ということはできないという方が，週末だけ，６時間×30日間，それを３年ぐらいかけて取るというような仕組みをつくりました。

なので，しっかり専門医まで取る人，あるいは，そういった今私が申し上げたような制度で勉強する人，例えば，具体例を出して申し訳ないのですが，整形外科の先生が，整形外科領域は専門だから，総合育成プログラムも整形外科領域は出なくていい。外科も知っているからこれも出なくていい。だけど，循環器はちょっと自信がないから出てみようとか，そういう形で自分の得意なところとそうでないところを把握して，多くのご経験の中でできるようになっている部分もあると思いますので，そういったところを補完するというような人，さまざまな選択肢があると良いのではないかと思っています。

日本のプライマリ・ケアを総合診療専門医だけでカバーすることは到底無理ですから，様々なキャリアを経て，これからプライマリ・ケアに活躍の範囲を広げたいと思っている方が自分の足りないところを補完して，それで地域でかかりつけ医機能を発揮していただくというのが，現実的かつ非常に有効な方法だと思っています。

その背景として，先ほどお話ししたように，これから急性期病院が絞られていく。そして，医師の絶対数は今後増える一方であるというお話をしましたが，そうすると，途中でキャリアチェンジを迫られる医者というのも出てくるわけです。そういったときに，そういう人がきちんと質の高い医療が提供できるような仕組みが必要なのではないかと思っておりまして，総合医育成プログラムの活動を今しているところです。

それから，２番目のオンライン診療についてなのですが，これから，いわゆるＤＸと呼ばれるものは避けられないし，今後加速していくだろうと思います。そして，コロナがその流れを大きく加速をしたと思っております。

オンライン診療には非常に大きなメリットがあると思います。ただ，オンライン診療は，まずは非常に表層的な医療になるリスクがあるというところと，もう一つ心配しているのは，いわゆる地理的な状況を一気に飛び越えてしまうので，都会のある医者が大きな設備投資をして，すごいシステムをつくって，全国から割とお金になる患者さんをピックアップしてしまう可能性もあると思います。地域医療は，割と採算がとりやすいところと，たとえ採算が取れなくても，地域医療に関する使命感を持って取り組まなければいけない部分があると思うのですが，その両方があるから何とか持っているというところがあると思います。その採算がとれる部分だけを，オンライン診療で遠方の医療機関に持っていかれると，今度は地域医療が崩壊するリスクもあると思っていて，慎重に考える必要があると思っています。オンライン診療はいわゆる切れる刀なので，その切れ味は生かしながら，だけど怪我はしないように進めていかないといけないと思っています。

その一方で，限界集落という言葉がありますが，普通でいくと生活が成り立たない，医療が成り立たない地域が出てくると思います。そういったところを支えていくのはＤＸしかないと思っていますので，そこは慎重かつ迅速な議論と仕組みづくりが必要なのではないかと個人的には思っております。

○鈴木会長

ありがとうございました。

要するに，専門性が高い診療科の先生も，総

合的にやりたいと思われたら，そういう研修を後からでもできるようにするということですよね。

専門だけでやりたいという人は，かかりつけ医と言いながら，実際は専門医ですね。

○前野

先ほどスライドでお示しした，かかりつけ医機能を発揮できますか，ということですよね。それに尽きると思います。

○鈴木会長

それができるかどうかですね。その辺は，確かに曖昧なまま言っていることがあるので，そこら辺は，研修を受ける先生を見ると，内科の先生は半分ぐらいが受けるのですが，外科の先生は専門性の高い耳鼻科とか眼科とか，そういう先生は２～３割なのです。そこで大きく差がつくので，そういうことなのだろうと思っておりました。

ありがとうございました。

○安部座長

松﨑先生，お願いします。

○松﨑副会長

前野先生，松﨑です。どうもありがとうございました。

新潟県の例は，このところよく引き合いに出されて，カルチャーショックを受けると同時に，よく考えてみると，この前も，鈴木会長，あるいはほかの先生方とも話したのですが，新潟県は，公立公的病院，県立病院が多いですよね。そうすると，県が主導であああいう政策を示して，集約を図るということは，ある意味，やりやすいところではないかなと。

茨城の場合は，公立公的病院が少なくて，民間病院が多いわけです。そうすると，この前の会議で原病院長がおっしゃったように，血を流すということではないですが，それがすごく生々しくて，訴えるのはいいのですが，私もそう思っているのですが，実際は非常に難しいのではないかなと思っているのです。もちろん出してはいけませんが，水戸のように公的病院が幾つかあるようなところはそういう改革も必要だと思うのですが，全体を通して見ると，難しいなと感じている地域も多いのではないかと思うのですが，医師を派遣する立場の大学の先生のコメントを頂きたいのですが，いかがでしょうか。

○前野

ありがとうございます。

先日の会合は私も横で大変はらはらしながら聞いておりました。

おっしゃるとおり，新潟県と茨城県では事情が違います。民間が多いこそ，よけいに丁寧な議論とコンセンサス形成の努力というのが必要になってくるように思います。

なので，専門職のプロフェッショナルな団体といえばやはり医師会だと思うので，最終的に地域をまとめていくために，プロ意識に基づく高い見識を示して，議論をリードしていただきたいと思っております。

もちろん大学も，地域医療を守るために貢献する必要があると思います。アカデミックな立場から言えば，先ほどお話ししたように，これからデータに基づくエビデンスの提供や，それに対する解釈あるいは解決策の提言とか，あと，いわゆる当事者同士ではなく中立的な立場から，何らかのサジェスチョンを行うというような部分ではご協力できるかもしれないと思います。

それから，医師派遣に関しては，ぜひ皆様にご理解いただきたいことがあります。，いろいろなところから多くの派遣要望をいただくのですが，大学には，新規で派遣できる医者がたくさんいるかというと，そんなことはありません。まず，大学は，大学にしかできない機能があります。先ほど申し上げた働き方改革の中で，高度急性期病床の機能を維持していくためには，それなりのマンパワーが必要です。また，教育や研究も，大学の大切な業務です。それから，若い医師の帰属意識は，昔と全然違います。以前に医局におられた先生方には，なかなかイメージしづらいかもしれませんが，今は教授権限で医師を移動できる，という感覚はほぼないです。「あの病院に行ってくれ」「はい」ではな

くて，「あの病院に行ってくれるかな？」，「嫌です」みたいな，そんな感じに今は大きく変わってきています。ですから，もし皆さんが大学の教授に派遣をお願いして色よい返事がもらえなかったら，それは教授のエゴと言うよりは，「ここに行ってくれというと，若い人は東京に逃げてしまうだろうなあ」といった肌感覚から反対しているという要素が結構あることをご理解ください。なので，大学側の本音として，「若い医師が気持ちよく行ってくれるように，地域でよく話し合って拠点を決めて，その研修環境や処遇を整えてほしい」と強く思っています。「大学に若い医者が大勢いるだろうから，少しこちらに回してほしい」というロジックは通らなくなってきていることを，ぜひご理解いただきたいと思います。

それと，今いる医者というのは空気のような存在で，それを前提に新規の増員を考えていることが多いのですが，我々としては，今の医師派遣体制を維持するだけでも精一杯，という部分があるのです。ですから，さらにあと１人派遣してほしいと言われても，それは，どの病院から医者をはがすか，という話とイコールである，という事情もご理解ください。今，若い医師が，より条件の良い職場環境を求めて，どんどん大学から抜けていっているという実情があります。確かに医学部定員増で卒業生は増えていますが，抜けていく穴を埋めるので精いっぱい，あるいはそちらの方が多い，というのが今の私の感覚です。繰り返しになりますが，若い医師が喜んで行ってくれるような拠点を，ぜひ地域につくっていただきたいという思いを，ご理解いただきたいと思います。

○松﨑副会長

今のご回答につながるところもあると思うのですが，そうすると，水準Ｂに指定されたところというのは，逆に今の若い先生たちは行きにくいのではないかなと思うのですが，そのあたりはどういうふうに見ているのでしょうか。

○前野

そのとおりです。実は，筑波大病院では研修医はＡ水準でいこうと思っています。一応Ｃ－１という研修医向けの基準はありますが，多分，Ｃ－１というだけでマッチングで敬遠されるだろうと思っています。なのでＡで行かざるを得ない。そうすると，医者としての第一歩の２年間をＡで過ごし，それが当然という感覚を身につけた医師は，もうそのあとは医師としての人生でずっと，Ａの環境でしか働かないと思うのです。

今，医学生向けに病院見学のすすめというサイトがあるのですが，それを見ると，見学に行ったらまず当直回数と，勤務状況がブラックかどうかを確認しろと書いてあるのです。「それだと地域が困るから」というのは，多分，帰属意識がない若い人には響かないので，最終的にはＡを選び，それを守らざるを得ない病院が多いのではないかと思っています。

○松﨑副会長

どうもありがとうございました。

○安部座長

ちょっと時間を過ぎましたので，これで会を閉じたいと思います。

これから我々がぜひ理解しておかないといけないいろいろなことを，今日，先生が分かりやすくお話しされたと思います。

重ね重ね，今日の講演ありがとうございました。

○前野

どうもありがとうございました。

○司会（松﨑副会長）

前野先生，ありがとうございました。

それから，座長の安部先生，どうもありがとうございました。

以上をもちまして，第30回茨城医学会地域医療分科会を閉会とさせていただきます。

どうもありがとうございました。

〈参考文献〉

1）https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504323.pdf
2）https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2017/0412/shiryo_04.pdf
3）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000862586.pdf
4）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665176.pdf
5）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf
6）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000558385.pdf
7）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000806377.pdf
8）https://www.pref.kanagawa.jp/documents/80385/kougi_kanagawaroudoukyoku.pdf
9）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000611812.pdf
10）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000861981.pdf