

提言 シンプルなトップダウン体制と『セカンドかかりつけ医』システムの構築

アフターコロナ時代の 地域医療維持の在り方

安藤 大樹 Ando Daiki 医療法人社団藤和会 あんどう内科クリニック院長

1. はじめに

2019年末から始まった新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）のパンデミックにより、日本社会における様々な問題が浮き彫りになりました。医療の分野においては、有事における医療提供体制がいかに脆弱であるかを、如実に思い知らされました。

その中で、地域医療における問題点として重点的に叫ばれていたことは、主に「救急外来の混乱」と「入院病床数のひっ迫」でした。確かに、救急車が十数件も受け入れを断られたり、入院できずに自宅で亡くなられたりといった悲惨な事象は、過去の日本の医療の常識では考えられないものだったと思います。救急外来対応を行ったり、COVID-19患者の入院を受け入れていた総合病院や一般病院、それらの調整にあっていた保健所などの大変さは、厚生労働省の検討委員会でも頻繁に検討されていましたし、メディアでも大きく取り上げられていましたので、皆さんの記憶にも新しいと思います。

ただ、一般の診療所における混乱は、一部のメディアで個人の先生の奮闘ぶりを紹介する程度で、あまり伝えられてきませんでしたし、系統立てて検討されてこなかったと思います。実は、一般の診療所では、ある意味、総合病院以上の混乱が生じ、中には閉院に追い込まれた事例もあります。このCOVID-19パンデミックにより、日本の地域医療を支える診療所の抱える問題や構造上の限界が見えてきましたので、混乱の最中にいた一開業医の立場で検討してみたいと思います。

2. 増加傾向にある診療所の休廃業・解散数

診療所は次々に開院していますが、閉院に追い込まれる医院も増加傾向にあります。帝国データバンクの調査では、COVID-19パンデミックの真ただ中にあたる21年の診療所の休廃業・解散数は471件と過去最高で、廃業率は0.47%と報告されています。同年の一般企業の廃業・倒産率は約1.4%なので、他職種に比べれば低値ですが、明らかに増加傾向を示しています。さらに、医療機関全体（病院、診療所、歯科医院）の廃業数567件の実に83.1%が診療所であり、診療所の存続が難しい状況であったことが窺えます。ただ、この閉院理由にはある傾向があります。それは、倒産よりも休廃業・解散という形での事業終了が多いということです。

21年の医療機関全体の休廃業・解散数は倒産数の17.2倍（休廃業・解散567件、倒産33件）

表1 年齢階級、施設の種別にみた医療施設に従事する医師数および施設の種別医師の平均年齢
令和2(2020)年12月31日現在

	病院・診療所の計		病 院						診療所	
	計		病院 (医育機関附属の病院を除く)				医育機関附属の病院		計	
	医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)
総 数	323 700	100.0	216 474	100.0	158 993	100.0	57 481	100.0	107 226	100.0
29 歳 以下	31 609	9.8	31 300	14.5	20 799	13.1	10 501	18.3	309	0.3
30 ~ 39 歳	66 210	20.5	61 157	28.3	36 928	23.2	24 229	42.2	5 053	4.7
40 ~ 49 歳	67 406	20.8	49 194	22.7	35 730	22.5	13 464	23.4	18 212	17.0
50 ~ 59 歳	67 525	20.9	39 030	18.0	32 489	20.4	6 541	11.4	28 495	26.6
60 ~ 69 歳	56 951	17.6	25 116	11.6	22 519	14.2	2 597	4.5	31 835	29.7
70 歳 以上	33 999	10.5	10 677	4.9	10 528	6.6	149	0.3	23 322	21.8
平均年齢	50.1歳		45.1歳		47.2歳		39.3歳		60.2歳	

厚生労働省「令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」より

で、全国の全業種の21年の平均9.1倍(休廃業・解散5万4709件、倒産6015件)に比べて高値です。特に、診療所は21.4倍(休廃業・解散471件、倒産22件)と、数値の高さが目立ちます。休廃業・解散の場合は、一般的に借入金

などの負債がない健全な財務状態であることが前提になりますので、診療所の閉院理由は、経営状態の悪化以上に、継続困難な原因があることが考えられます。

1) 院長(管理者)の高齢化、後継者不足

一番の原因は、診療所の管理者(多くは院長)の高齢化です。表1は令和2年に厚生労働省が報告した『年齢階級別にみた診療所に従事する医師数及び平均年齢の年次推移』です。令和2年の時点で、診療所で働く医師の平均年齢は60.2歳(20代:0.3%、30代4.7%、40代17.0%、50代26.6%、60代29.7%、70歳以上21.8%)で、病院(医育機関附属の病院を除く)の47.2歳、医育機関附属病院の39.3歳を大きく上回っています。

病院は組織が大きく、副院長や副理事長、その他大学医局関連人事などで後継者候補が存在している場合と違い、診療所は現在の院長が事業を立ち上げ、後継者を置かずに、自身の代で廃業する意向の経営者が多いという事情があります。そのため、代表者の高齢化は、そのまま休廃業・解散件数のさらなる増加につながります。さらに、COVID-19対策設備の拡充要請や感染症例登録、行政への各種報告・申請のデジタル化や煩雑さなどが追い打ちを掛けました。事務課などの対応部署がある病院施設と違い、診療所は院長が対応の中心(多くの場合は院長が1人で対応)になりますので、年齢層によっては対応が難しかったと思われます。このタイミングで閉院の手続きを進めた診療所が多数あったことが予測されます。

2) 過去の経験に対する囚われ、SNSや各種ネットワーク活用の遅れ

1985年の医療法改正により、一人医療法人が認められたことを受けて、89年以降、無床クリニックの数が急増しました。当時、開業したほとんどの診療所は自院のWEBサイトを持っておらず、積極的な宣伝や医療情報の発信は行っていませんでした。それでも、当時は一医療機関に対しての患者数も多く、「かかりつけ医を持つ」という意識も今より(少なくともコロナ前より)強かったこともあり、患者確保にそれほど困ることはなく、経営も安定していました。また、90年代前半までは院内処方が多く、収益をある程度コントロールできていたことも大きかったと思われます。しかし、今の時代、「何もしなくても患者が集まる」なんてことは、よほどの医療過疎地以外では期待できません。

図1には、日本の人口と診療所数の推移も表しています。人口が2008年の1万2808万人をピークに減少しているのに対し、診療所数は着実に増えています。この傾向は今後ますます

ます進むことが予想され、総人口を診療所の数で単純に割り算した「1診療所当たりの受け持ち患者数」は、21年が1273.5人に対して、30年が1187.0人（6.8%減）、40年が1091.9人（14.3%減）と推定されています（図2）。これは、21年現在の無床診療所数を元に算出していますので、数が増え続けている現状を踏まえると、さらに厳しい落ち込みが見込まれます。

このような状況下で、WEBサイトやSNSがなく、街中の壁看板のみの宣伝に頼ったり、診療時間や休診日の確認が電話のみであったりしては、患者確保はかなり難しくなります。「今までもこうやっていたから大丈夫」「地域の高齢者ばかりだから問題ない」「医者側から集客する態度は恥ずかしい」といった考えでは、これからの診療所運営に通用しません。



あんどう・だいき

医療法人社団藤和会あんどう内科クリニック院長。藤田保健衛生大学（現藤田医科大学）卒業後、同大学病院研修を経て、同大学病院総合診療内科所属。2011年から15年にかけて同院最優秀指導医賞受賞。岐阜市民病院総合内科を経て現職。藤田医科大学救急総合内科客員講師、岐阜市民病院研修管理委員会外部委員。『医療よろず相談所』をクリニックのコンセプトに掲げ、医療に関わるあらゆる問題に向き合う生粋のプライマリケア医。医療法人社団藤和会あんどう内科クリニック（andoc-clinic.com）

3) 感染症診療に対する対応力不足

COVID-19のパンデミックが始まった当初は、感染の可能性のある患者の診療を断る診療所が多く、特に施設でのクラスター発生や自宅待機者に対するプライマリ・ケア医の介入がほとんどありませんでした。そのため、急性期病院がひっ迫し、保健所が大変な状況に追い込まれました。これは、地域医療の構造的な問題が大きかったと思います。前述した通り、診療所の多くは比較的年齢層の高い医師が1人で診療を行っているため、時間的にも体力的にも余裕がなく、発熱外来やオンライン診療、訪問診療が行えませんでした。ビル開業など施設規模が小さく、感染者の隔離や発熱患者と通常の患者を分ける動線確保も困難でした。

地域の診療所がグループで診療に当たれば対応可能だったかもしれませんが、そういった土壌は残念ながら、日本の地域医療にはほとんどありません。ただ、個人的にはこういったハード面の問題よりも、感染症診療を行う診療所医師の能力不足というソフト面の方が、より大きな原因と考えています。これは、個々の医師の努力不

図1 日本の人口と無床診療所の数

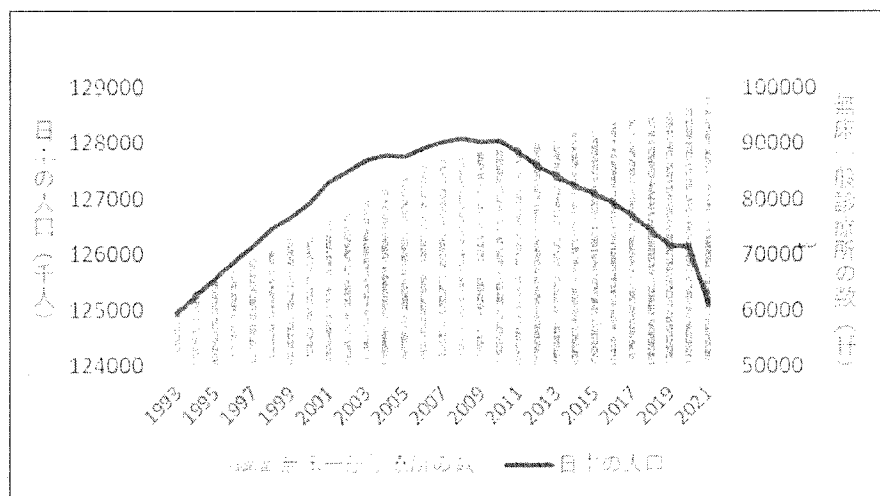


表2 1 無床診療所あたりの受け持ち患者数推移

	2000年	2010年	2021年	2030年(推計)	2040年(推計)
日本の人口 (単位:千人)	126,926	128,057	125,120	116,618	107,276
無床一般診療所数 (2020年以降は推定値)	74,971	89,204	98,246	98,246?	98,246?
1診療所あたりの 受け持ち患者数	1,693.0	1,435.6	1,273.5	1,187.0	1,091.9
2021年を100とした時の 受け持ち患者数	132.9	112.7	100.0	93.2	85.7

総務省『我が国における総人口の長期的推移』より作成

足という意味ではなく、感染症診療に重きを置いてこなかった日本の医療風土そのものの問題だと思えます。日本の医療

は長きにわたり、個々の領域の専門性をより高めていくことで、高度な医療体制を形成してきました。それ自体は素晴らしいことですが、基本的に自身の専門領域のみしか経験することができないため、感染症のように横断的なアプローチが必要な領域に対する経験が圧倒的に不足します。

現在の地域医療に携わっている診療所の医師の多くは、このようなバックグラウンドを持っているため、どうしても感染症患者を積極的に受け入れることに二の足を踏んでしまいます。患者側がフリーアクセスできるのが日本の医療の素晴らしいところですが、医療機関側が受診を断ることができてしまい、結果として診療所の評価を下げ、その地域の医療インフラを分断してしまったと考えます。

3. シンプルなトップダウン体制と『セカンドかかりつけ医』システムの構築

パンデミック期間中は、浮き彫りになった問題点に対して、様々な対応策が検討されました。しかし、COVID-19が感染症法上の5類に移行して以来、これらの議論が尻すぼみになっている感が否めません。特に、パンデミックの初期に言われていた「日本版CDCの構築」に関しては、全く話題にならなくなっています。政府の呼びかけで立ち上げられた新型コロナウイルス感染症対策分科会が、パンデミック下という有事であっても十分な機能を果たせなかったことを考えると、国内の感染症の管理を行う強力な組織を平時から作っておくことは、残念ながら期待できません。

韓国政府がCOVID-19パンデミックの初期に感染症対策を統括する「疾病管理本部」を独立した行政権を持つ「疾病管理庁」に昇格させたように、少なくとも有事における感染症管理組織の基盤を作っておくことが必要と考えます。行政権を持った組織が国立感染症研究所や保健所などから末端の診療所に至るまで一貫した管理下に置き、有事には一元的な対応がとれるようにすべきでしょう（日本でも2023年9月1日に「内閣感染症危機管理統括庁」が設置されましたが、どの程度の権限を持った組織なのか不透明です）。

そして、その中でやり取りされる手続きを可能な限り簡略化する、できれば必要な項目を埋めるだけで完了するようなシステムづくりも必要です。補助金の申請など書類作成の煩雑さで閉院を考えざるを得ないのは、地域医療にとって大きな損失です。批判もあるかもしれませんが、国がマイナンバー制度で管理の一元化を図っているように、医療機関も番号制での一元化を図ることも検討すべきでしょう。

今回のパンデミックで見られた“医療難民”を出さないために、よく英国の保険医療制度が引き合いに出されます。英国は医療機関へのフリーアクセスがなく、患者は登録したGP (General Practitioner) を受診し、その診療所で90%の健康問題が解決されます。確かに、

受診する診療所を探す必要がなく、医療難民問題が発生しない理想的な地域医療の構造です。ただ、英国はGPの専門性が高く、かつ5人ほどのグループで診療することが一般的です。何より、GPに対する国民の信頼性が9割近い英国だからこそ成り立つ制度と言えます。

現状、我々プライマリ・ケア医がそこまでの体制はとれておらず、かつ、残念ながらそれほどほどの信頼感を得ていません。また、日本の医療機関にフリーアクセスできる文化は、患者メリットから考えると守られるべきです。そこで、私が考えるのは「2ndかかりつけ医制度」です。普段の診療に関してはフリーアクセスを維持し、有事の際はもちろん、健康相談、予防医療、健康増進の支援、あるいはどこを受診すべきか分からない際に、登録している診療所を受診する（登録された診療所は原則受診を断れない）というものです。これなら、患者のフリーアクセスの権利は担保されますし、有事の際の医療難民も発生しません。この場合、診療報酬を考えると、出来高払いという形をとるのは難しいので、登録患者数に比例する包括払いも検討すべきでしょう。

体制の整備も大切ですが、地域医療を守るため、個人的に一番大切だと思っていることは「診療所に勤務する医師個々のレベルアップ」です。有事のときに動けるように、平時から自治体、保健所、急性期病院、介護施設と連携をとるプライマリ・ケア医としての努力ももちろん大切ですが、最も大切なのは「感染症診療能力の底上げ」です。

現在は、実質的に医師免許さえあれば誰でも開業できてしまいますので、「研修医時代に少しかじった感染症の知識のみで開業する」といった状況さえあり得ます。本来ならば開業する前に、集中的に感染症診療に携わる期間を義務付けるべきですが、現在開業している医師にまでそれを求めるのは難しいと思います。各学会の協力を仰ぎながら、一般診療所における発熱外来のアルゴリズムを作成したり、発熱診療に関する講習会やe-learningを受講した医師のいる診療所のみ、保険点数の加算がとれるようなシステムを構築したりといった対応も検討すべきではないでしょうか。特に、2024年の診療報酬改定で、特定疾患療養管理料の対象疾患から糖尿病、高血圧症、脂質異常症が除外されることにより一般診療所の大幅な減収が予想されますので、先ほど挙げた「2ndかかりつけ医制度」に対する包括払いとあわせて、地域の医療インフラを守るために是非検討していただきたいと思います。

アフターコロナ時代の地域医療維持の在り方（筆者私案）

- 有事の際にすぐ行政権が発動できるような、省庁の前身となる組織の構築（韓国の『疾病管理庁』を参考に）
- 行政権を持った組織が、感染症に関わる全ての機関（国立感染症研究所、地方自治体、保健所、診療所など）に対して一元的な対応がとれるような体制の構築
- 各組織間のやりとりを可能な限り簡略化（AIを利用した簡便な書類のフォーマット作成、医療機関ナンバーを利用したスピーディーな対応）
- 医療難民を出さず、かつ患者の医療へのフリーアクセスを担保した『2ndかかりつけ医制度』の検討（包括的な診療報酬体制が必要）
- 個々の診療所の発熱診療レベルの底上げ（講習会やe-learning受講の義務付けと、それに対する保険点数加算の検討）