

診療所機能の維持に向けた考察

令和4年3月

一般社団法人秋田県医師会

目 次

1. はじめに	1
2. 診療所を取り巻く環境	2
2.1. 新規開業の伸び悩み	2
2.2. 忍び寄る高齢化	5
2.3. 廃業か継承か	7
2.4. 訪問診療が増えない	8
2.5. 患者数の落ち込み	10
2.6. 医療ニーズの変化	12
2.7. 新型コロナによる経営への影響	14
3. 確実な未来と予想される変化	16
3.1. 人口構造の変化	16
3.2. 外来医療の需要予測	20
3.3. プライマリ・ケアへのアクセス	22
3.4. 医師数の将来	24
3.5. 世帯構造の変化	26
4. 診療所機能の縮小・低下の影響	29
4.1. 地域医療提供体制	29
4.2. 医療機能の分化・連携	30
4.3. 医療格差	31
5. 診療所機能の維持に向けた方策	32
5.1. 医業承継に対する支援	32
5.2. 開業に対する行政の支援	34
5.3. 地域医療連携推進法人制度の活用	35
5.4. 過疎地域の政策的な診療所整備	36
5.5. ヘルスケアモビリティによる医療課題の解決	37
6. おわりに	38

1. はじめに

診療所は、単に診断や治療だけではなく、健康診断を通した一次・二次予防、入院治療を終えた後の通院治療による症状の改善、悪化防止などの三次予防といった医療的機能のほか、学校医、産業医、警察医などの社会的機能など、広範で重要な役割を担っている。

国では、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らしていけるよう、医療、介護、福祉などのサービスを一体的に提供できる地域包括ケアシステムの構築を進めているが、その構築において、診療所の医師は「かかりつけ医」として、その中心的な役割を果たすことが期待されている。

しかし、本県は急速に人口減少が進み、外来医療需はすでにそのピークを過ぎている。10 年先、20 年先には生産年齢人口の急減が待っており、「かかりつけ医」としての役割が期待されている診療所医師からは、将来の患者数の減少を予想し、診療所の継続を不安視する声が多く聞かれる。加えて、管理者（院長）の 2 割が 70 歳以上と高齢化し、本会の医業承継に関するアンケート調査（2021 年 3 月）では「後継者がいなければ廃業も選択肢の 1 つ」と考えている医師が 54% もおり、近い将来、地域から診療所が減っていく可能性がある。

長年にわたり地域に根ざした診療所が廃業すると、日常診療のみならず、その診療所が担ってきた健康相談や健診・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保健活動や社会的機能が失われ、地域住民の命と健康が脅かされることになる。

診療所を取り巻く環境の厳しさが増す中で、住民に身近な診療所がその機能を維持し続けるためには、行政の支援や、何より住民の理解と協力が不可欠である。そのためには現状認識や将来想定が必要になることから、本稿を取りまとめた。

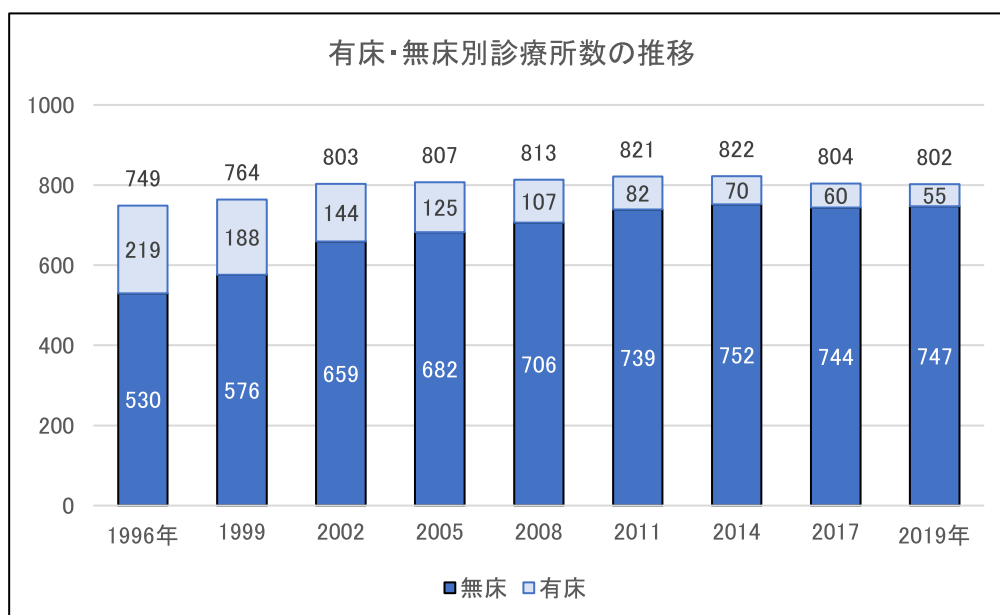
2. 診療所を取り巻く環境

2.1. 新規開業の伸び悩み

診療所数は2014年をピークに減少傾向にある。有床診療所は1996年には200施設を超えていたが、2019年は55施設まで減少している。また、無床診療所は近年750施設前後で推移し、有床と無床を合わせた診療所数は2019年で802施設となっている（図2.1.1）。

しかし、この診療所数には保険診療を行わない施設（例：自由診療の診療所、介護老人福祉施設等）を含んでいるため留意が必要である。東北厚生局が公表している2022年3月1日現在の保険医療機関である診療所数（医科）は604施設となっている（表2.1.2）。

（図2.1.1） 有床・無床別診療所数の推移



出典：厚生労働省「医療施設調査（各年10月1日現在）」

（表2.1.2） 保険医療機関（診療所（医科））の推移

	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度
期首（4/1）	6 2 4	6 1 8	6 1 6	6 0 7
開業	6	9	5	8
廃止	▲ 1 2	▲ 1 1	▲ 1 4	▲ 1 1
期末（3/31）	6 1 8	6 1 6	6 0 7	（3/1 現在） 6 0 4

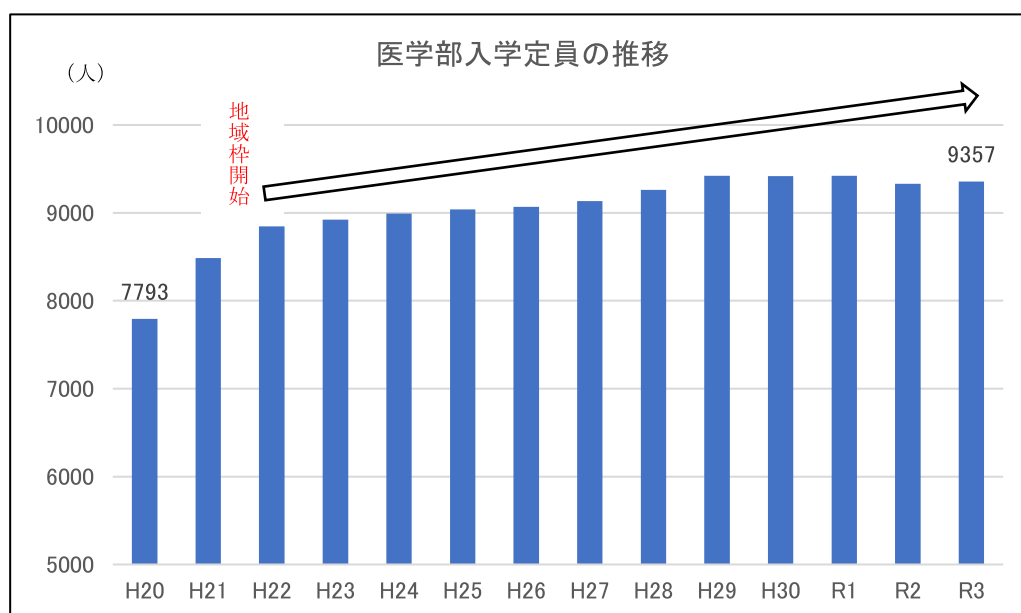
出典：東北厚生局「保険医療機関指定状況等一覧」より作成

医学部入学定員は 1984 年以降抑制されてきたが、2008 年度から暫定的な増員が行われ、2010 年度以降は卒業後に特定の地域や診療科に従事することを条件として奨学金を支給する仕組み（地域枠）等を活用した医学部入学定員の増員が図られてきた（図 2.1.3）。

こうした措置により医師数は増加してきたものの、本県では医師増加分の多くは病院に勤務しており、診療所の医師は 2008 年から 2018 年にかけてわずか 4 人の増加にとどまる（図 2.1.4）。とりわけ、診療所開設者（以下、開業医）は、2014 年を境に増えていない（図 2.1.5）。

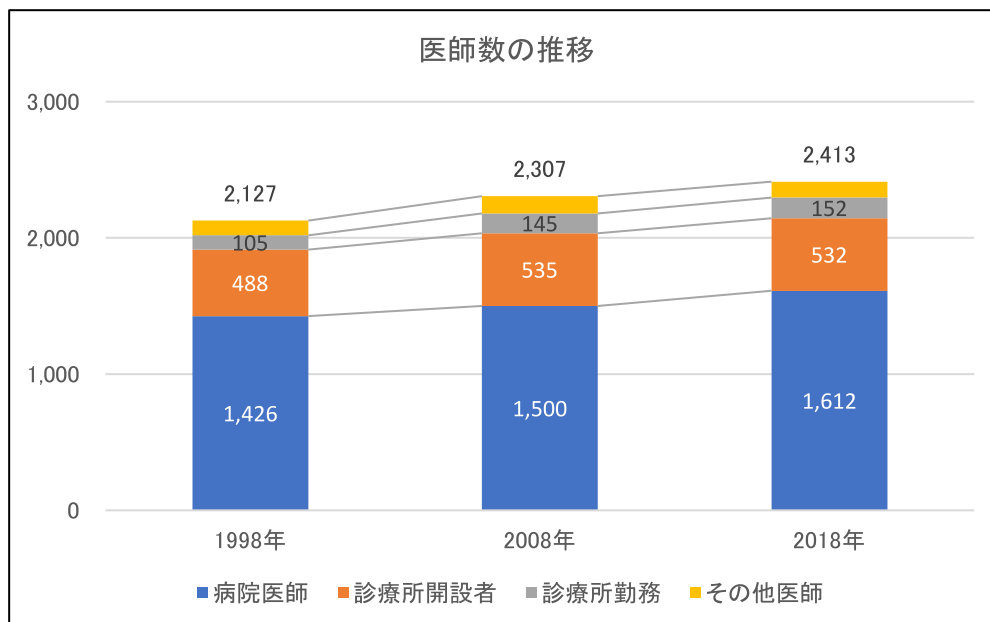
開業医が増加しない理由として、病院の勤務環境の変化により、定年まで働くケースが増えていることや、経営や労務管理などすべての責任がのしかかる開業医の魅力がなくなっていることなどが挙げられる。

（図 2.1.3） 医学部入学定員の推移



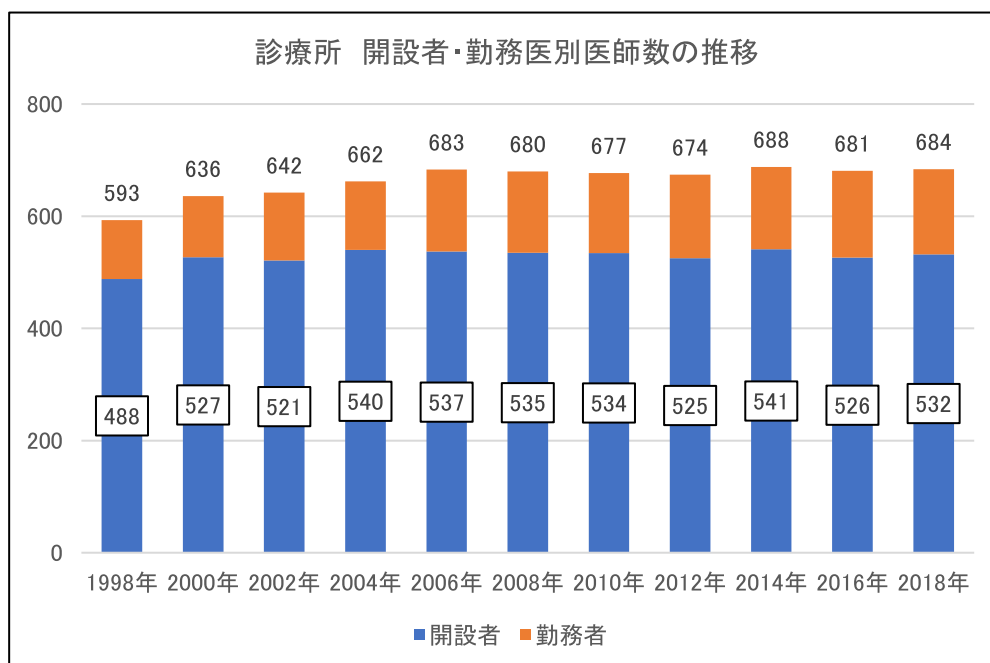
出典：文部科学省ホームページ

(図 2.1.4) 医師数の推移



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（隔年 12 月 31 日現在）」

(図 2.1.5) 診療所 開設者・勤務医別医師数の推移

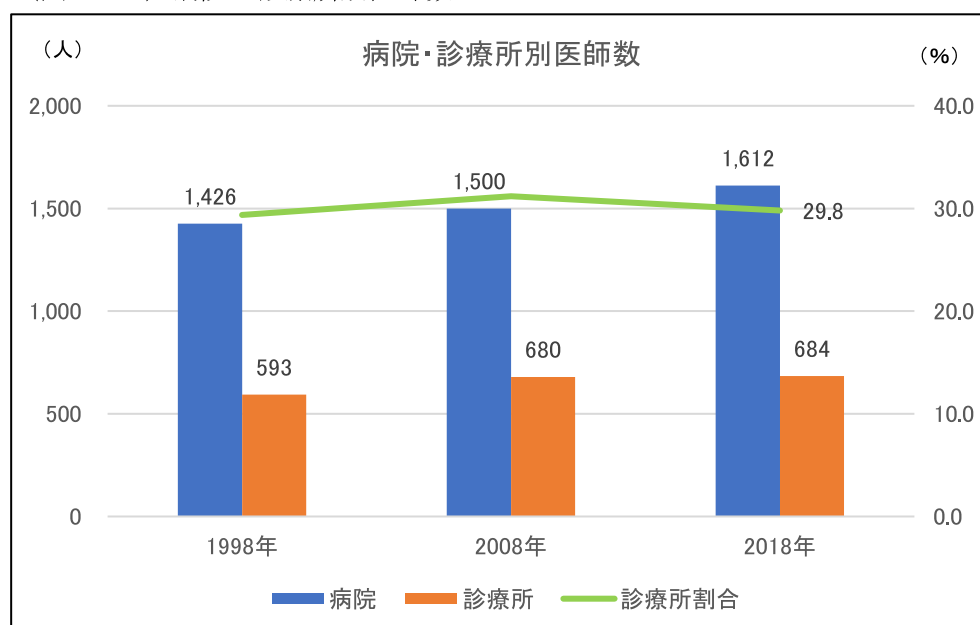


出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（隔年 12 月 31 日現在）」

2.2. 忍び寄る高齢化

1998 年から 2018 年にかけて、医療施設従事医師数は 277 人増加したが、診療所医師は、同期間に 91 人とどまっており、2008 年からの 10 年間ではわずか 4 人の増加に過ぎない。2018 年の診療所の医師割合は 29.8%である（図 2.2.1）。

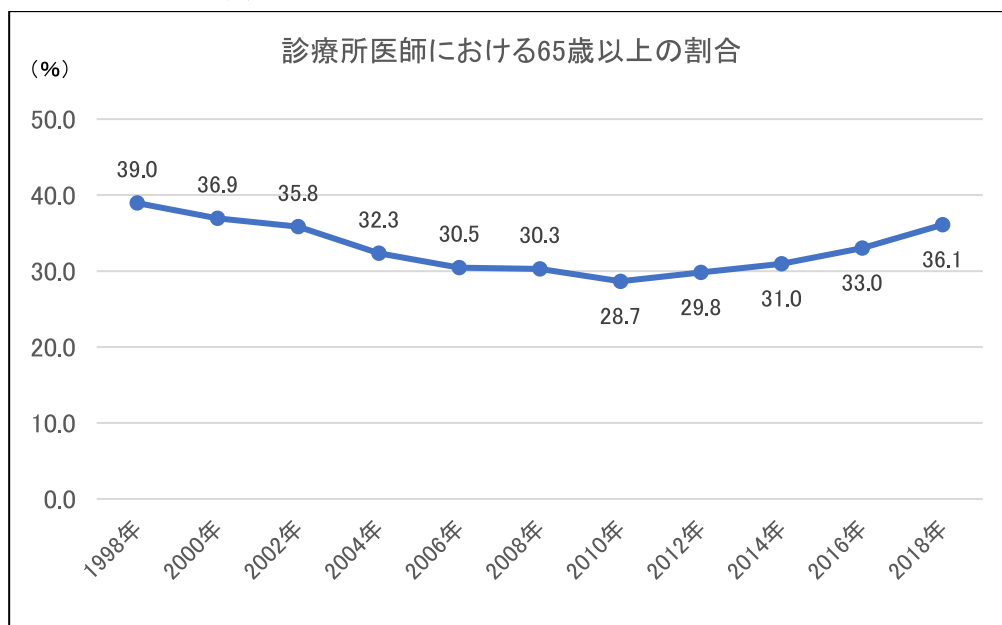
（図 2.2.1）病院・診療所別医師数



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（隔年 12 月 31 日現在）」

いわゆる「一県一医大構想」が終了する 1979 年まで医学部入学定員数が引き上げられたため、その時代に養成された医師が次々に開業したことで若返りが図られ、65 歳以上の診療所医師の割合は 2010 年頃まで低下傾向にあったが、2008 年から 2018 年にかけて 41 人増え、同割合は、2008 年 30.3%、2018 年 36.1%と増加傾向にあり、医師の高齢化が着実に進んでいることを表している（図 2.2.2）。

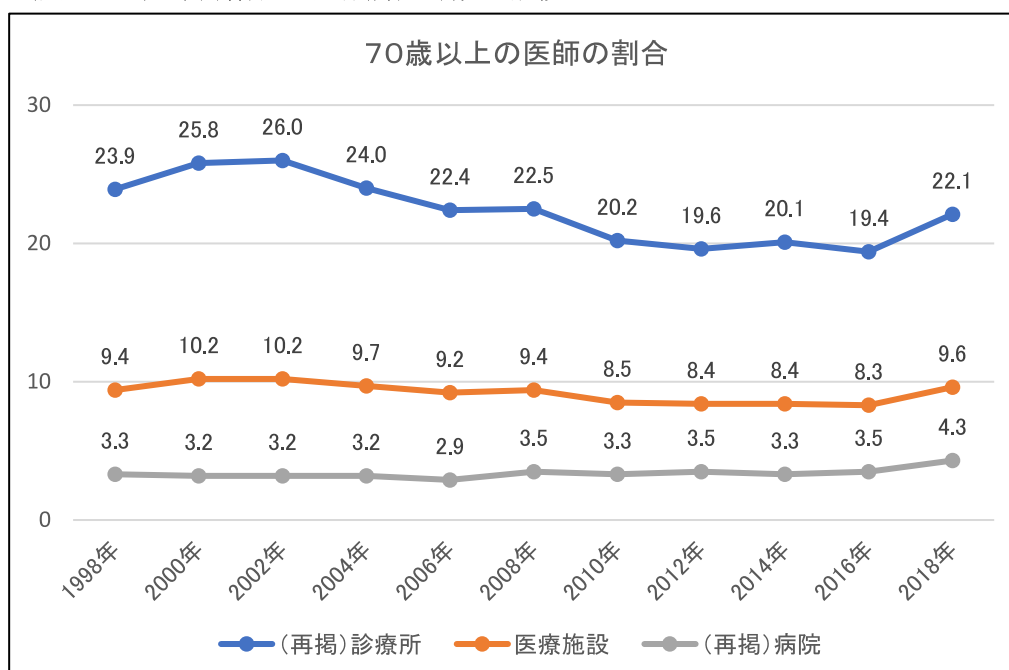
(図 2.2.2) 診療所医師における 65 歳以上の割合



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（隔年 12 月 31 日現在）」

また、70 歳以上の医師の割合をみると、医療施設従事医師全体としてほとんど変化はないが、診療所医師の 70 歳以上の割合は高い。診療所医師の傾向としては 2002 年をピークに高齢化率は低下してきたが、近年再び上昇の気配を見せており、2018 年では 22.1%となっている(図 2.2.3)。

(図 2.2.3) 年齢階級別診療所医師数の推移



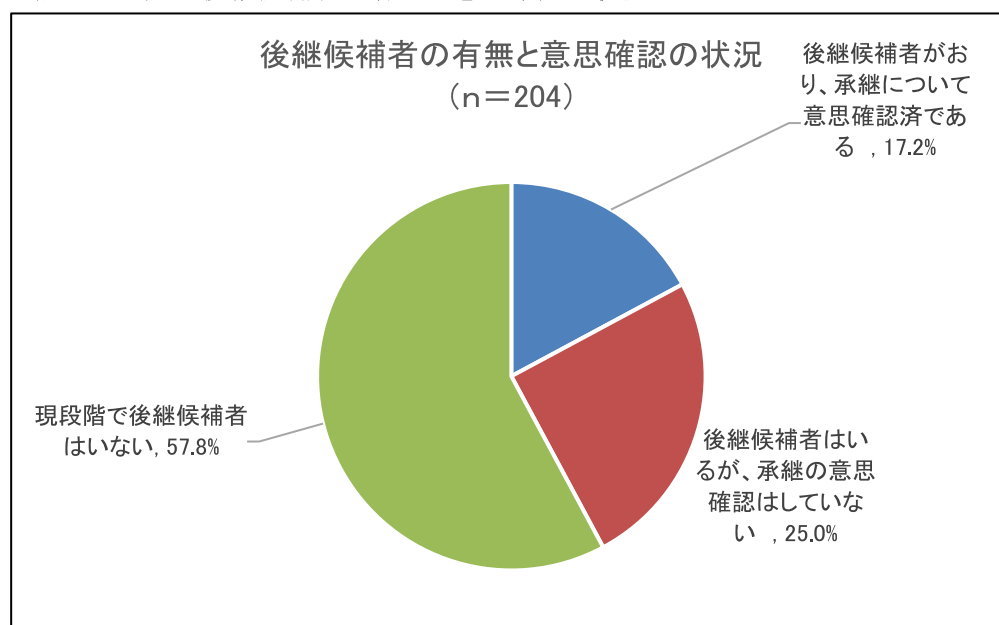
出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（隔年 12 月 31 日現在）」

2.3. 廃業か継承か

本会が医業承継に取り組むにあたって行ったアンケート調査（2021 年 3 月）では、「現段階で後継候補者がいない」が約 6 割（57.8%）、「後継候補者はいるが、承継の意思確認はしていない」が 25.0%という回答であった（図 2.3.1）。この回答の中には、診療所経営者の年齢が比較的若いために、後継者選定に着手していないケースや、診療所経営者に医師の子どもがいても、事業を継ぐかどうか、まだ意思決定していないケースも含まれると考えられる。しかし、仮にそうだとした場合診療所全体の 8 割を超える診療所で未定ということは、医業の承継、地域医療の継続という観点からは、かなり衝撃的である。

なお、管理者（院長）が 75 歳以上の診療所は 2022 年 3 月 1 日時点で、604 施設中 66 施設と約 1 割（10.9%）となっている。これは必ずしも後継者不在と一致するものではないが、いずれ近い将来、リタイアする医師が確実に増加することを意味している。

（図 2.3.1） 後継候補者の有無と意思確認の状況



出典：秋田県医師会：医業承継に関するアンケート調査（令和 3 年 3 月）

2.4. 訪問診療が増えない

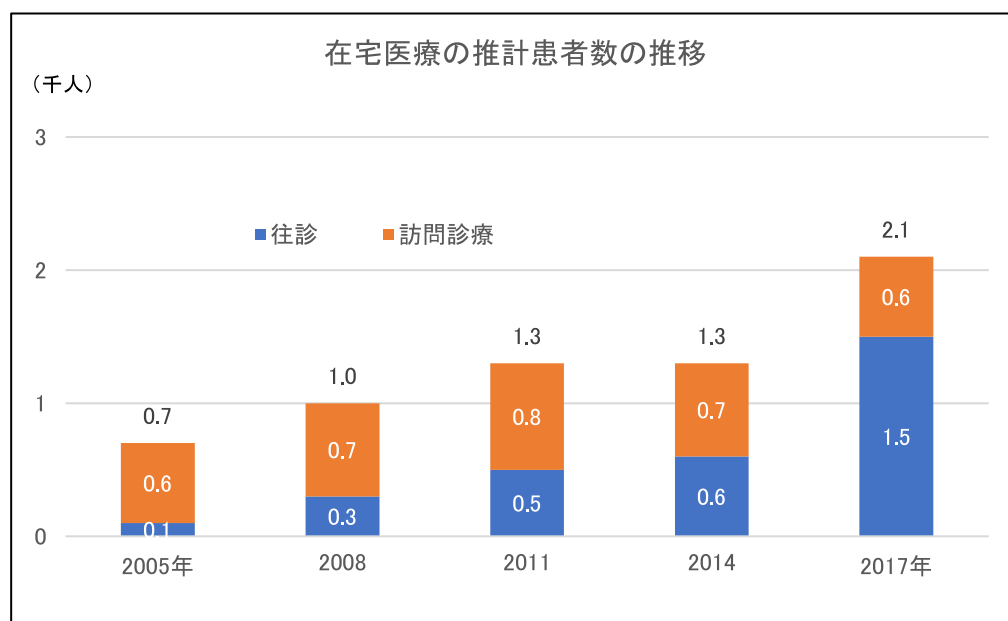
本県の在宅医療の推計患者数は、往診は伸びているものの訪問診療は頭打ち状態にある（図 2.4.1）。実際、訪問診療の実施件数をみても横ばい状態にある。この要因として、在宅患者訪問診療を行う診療所の割合が 2011 年をピークに減少していることが挙げられる（図 2.4.2）。

在宅医療に取り組む医師の 8 割が内科系であるが、在宅患者訪問診療を行う診療所が増えない理由の 1 つに、診療科が専門分化し、主たる診療科「内科」の医師が伸び悩み状態にあることが挙げられる（図 2.4.3）。

また、2006 年、訪問診療だけでなく、24 時間いつでも往診に対応し看取りまで支える機能をもった診療所は、在宅療養支援診療所として診療報酬制度上に位置づけられたが、在宅での看取り件数は 2008 年 36 件、2011 年 51 件、2014 年 54 件、2017 年 66 件と増加傾向にあるものの、自宅での看取りは、在宅療養支援診療所の要件を満たさない診療所が多くかかわっている。

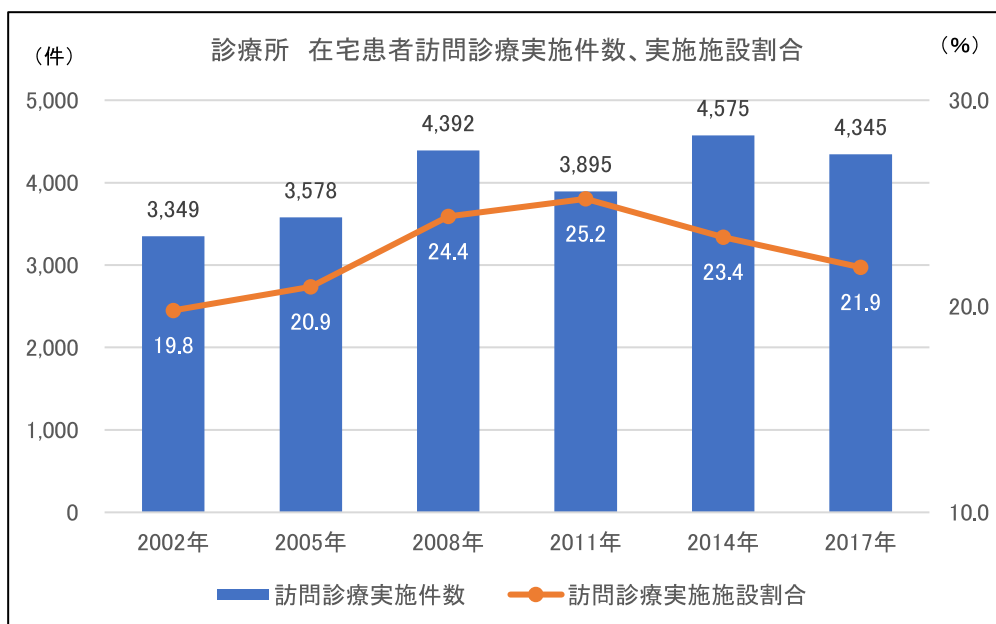
在宅療養支援診療所の届出数も 2022 年 1 月 1 日現在、75 施設と頭打ち状態にある。この届出が進まない理由として、24 時間の往診や訪問看護体制を確保することが難しいことが挙げられる。

（図 2.4.1） 診療所 在宅医療の推計患者数の推移



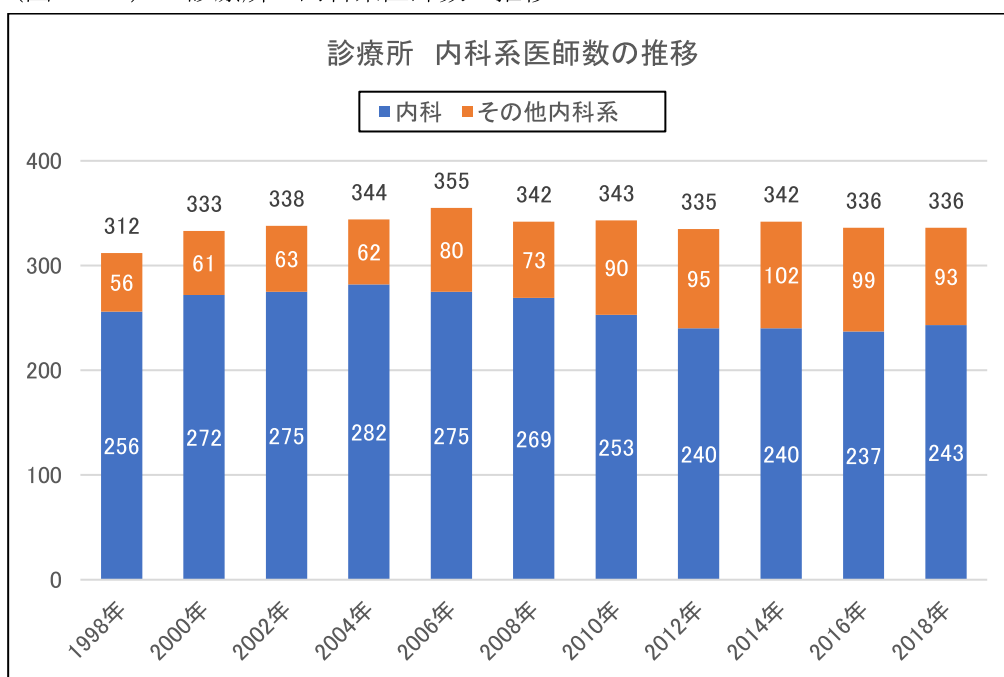
出典：厚生労働省「患者調査（各年 10 月 1 日現在）※実施件数は 9 月中

(図 2.4.2) 診療所 在宅患者訪問診療実施件数、実施施設割合



出典：厚生労働省「医療施設調査（各年 10 月 1 日現在）※実施件数は 9 月中

(図 2.4.3) 診療所 内科系医師数の推移



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（隔年 12 月 31 日現在）

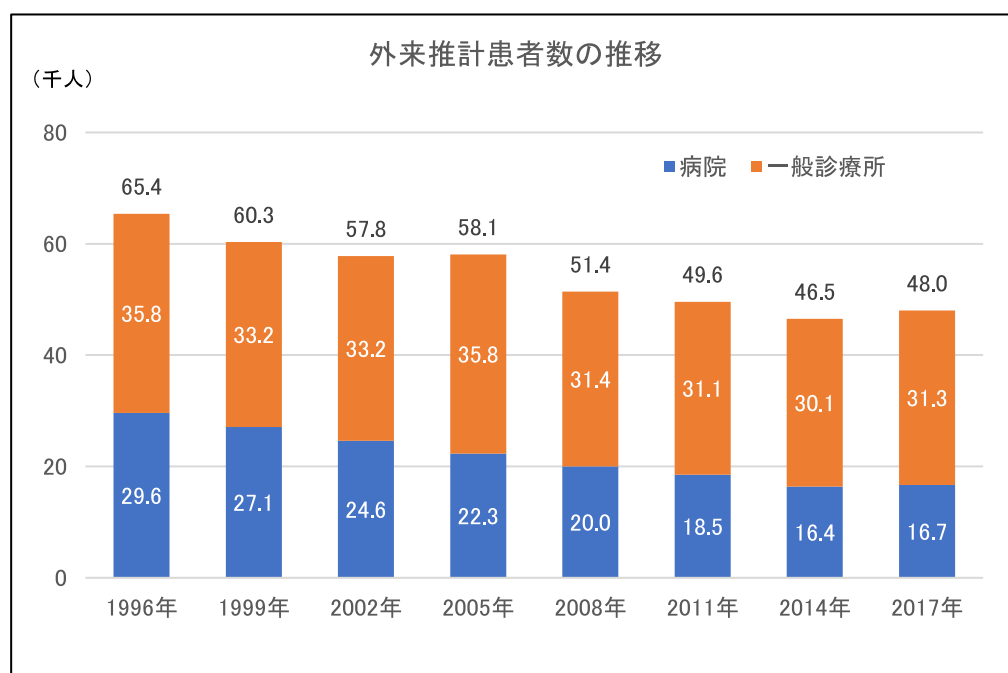
2.5. 患者数の落ち込み

本県の人口は、1956年の134万9,936人をピークに減り続けたが、1981年には125万7,280人まで回復した。その後、1982年から再び減少し始め、2021年まで40年連続で減少し、2021年1月1日現在の推計人口は94万8,964人となり、戦後初めて95万人を割り込んだ。また、2005年以降、年間1万人以上の人口が減少し、2006年には人口減少率が1%を超え、2021年には1.52%となるなど、全国最速のペースで減少が進んでいる。

こうした急速な人口減少は、外来患者全体の減少につながっているが、一般診療所の2017年の推計患者数は31.3千人で、2005年からの12年間で4.5千人減少(△12.6%)している(図2.5.1)。

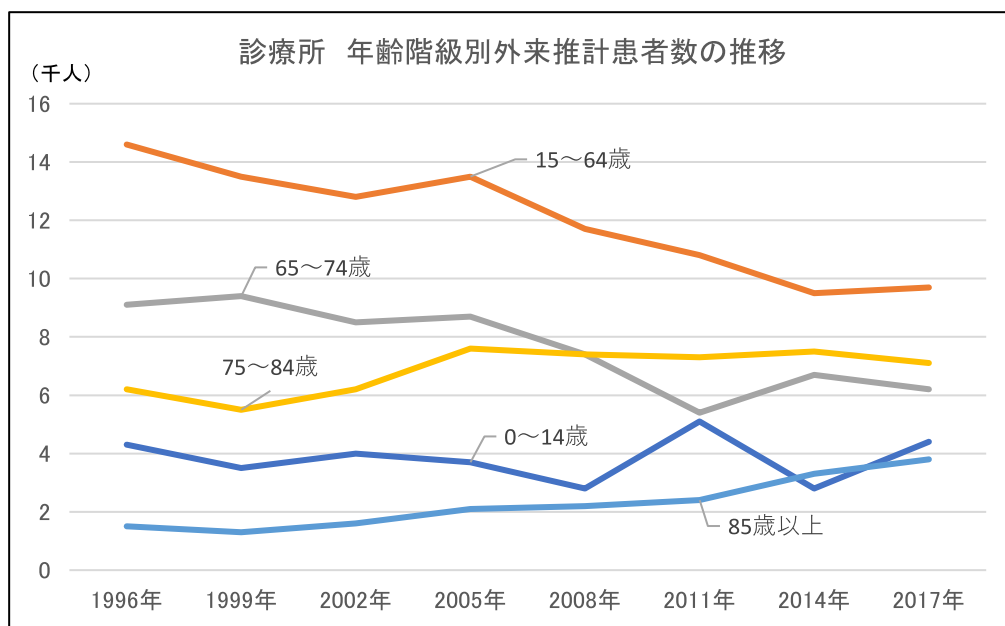
また、年齢階級別では、外来受療率の高い75～84歳は横ばいで推移しているが、85歳以上は平均寿命の延びに合わせて緩やかに増加している。一方、65～74歳は、高血圧性疾患等の長期処方を主要因として受療率が低下しており、15～64歳は出生数の低下、県外流出などにより減少の一途にある(図2.5.2)。

(図2.5.1) 外来推計患者数の推移



出典：厚生労働省「患者調査（各年10月）」

(図 2.5.2) 診療所 年齢階級別外来推計患者数の推移



出典：厚生労働省「患者調査（各年10月）」

2.6. 医療ニーズの変化

ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数を人口 10 万人あたりで示した数字が受療率であるが、本県の歯科を除いた一般診療所の外来受療率の推移をみると、2008 年 2,836、2011 年 2,892、2014 年 2,898、2017 年 3,146 と増加傾向にある（表 2.6.1）。

疾病別の推移をみると（2008 年→2017 年、以下同じ）、内分泌疾患の外来受療率（162→185）及び腎尿路系疾患の外来受療率（114→200）が増加しており、今や国民病とも言われている糖尿病や脂質異常症の増加とその合併症による腎障害が増加していると考えられる。また、呼吸器系疾患の外来受療率（319→493）の増加は、加齢とともに増加する COPD（慢性閉塞性肺疾患）や肺炎などの呼吸器疾患が増えているものと考えられる。

精神疾患は入院受療率が最も高い疾患であるが、近年は外来受療率が増加（86→124）しており、精神疾患の治療が在宅ケアに移行しつつあることが伺える。

※受療率＝人口 10 万人に対する推計患者数

（表 2.6.1） 診療所 傷病別外来受療率の推移

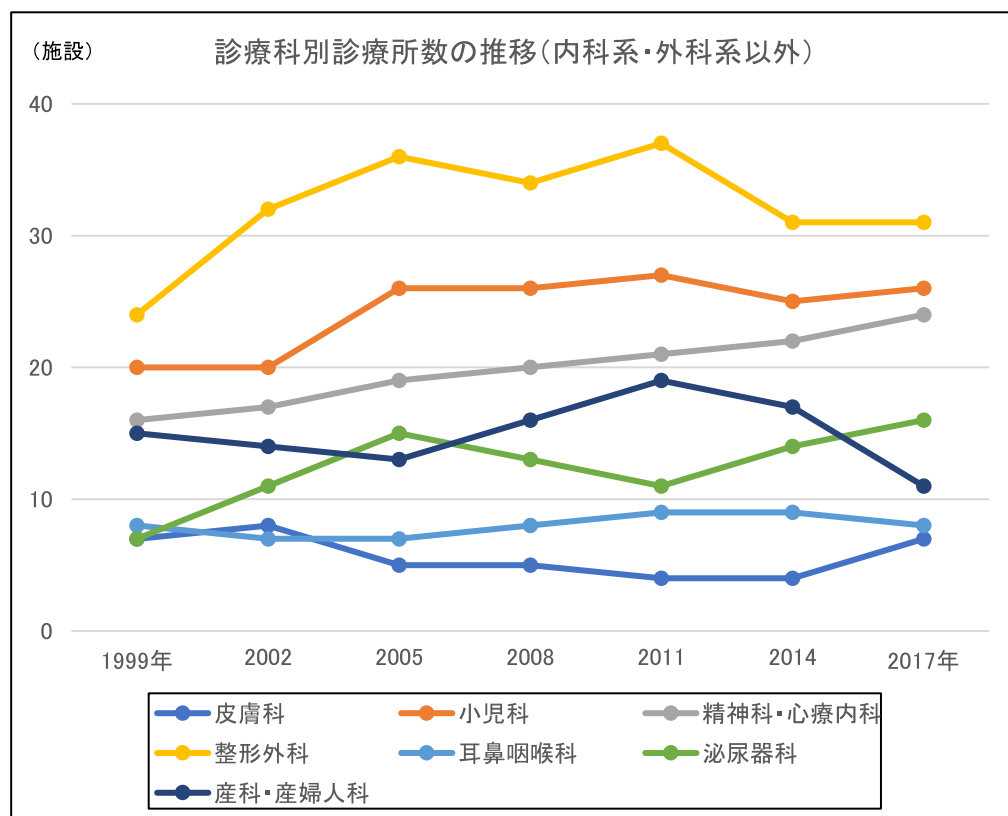
	2008年	2011年	2014年	2017年
総数	2836	2892	2898	3146
I 感染症及び寄生虫症	91	73	62	90
II 新生物＜腫瘍＞	35	25	37	21
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	10	8	9	5
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	162	202	245	185
V 精神及び行動の障害	86	95	38	124
VI 神経系の疾患	50	62	41	68
VII 眼及び付属器の疾患	172	105	261	219
VIII 耳及び乳様突起の疾患	31	56	43	56
IX 循環器系の疾患	524	648	702	575
X 呼吸器系の疾患	319	537	392	493
X I 消化器系の疾患	105	147	137	147
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	121	154	99	163
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	797	440	549	483
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	114	83	74	200
X V 妊娠、分娩及び産じょく	7	1	1	2
X VI 周産期に発生した病態		1	2	1
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	1	2	1	2
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	17	26	24	30
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	120	67	64	82
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	72	161	117	198

出典：厚生労働省「患者調査（各年 10 月）」

また、一般診療所の外来患者数が緩やかに減少している中で、増加傾向を示している傷病は、「Ⅴ 精神及び行動の障害」、「ⅩⅣ 腎尿路生殖器系の疾患」、「ⅩⅩⅠ 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」である（表 2.6.1）。

こうした医療ニーズの変化を反映し、近年、専門科目の精神科・心療内科や泌尿器科の診療所が増加している一方、産科・産婦人科は、出生数の減少に伴い 2014 年から減少している（図 2.6.2）。

（図 2.6.2）診療所 診療科別診療所数の推移（内科系・外科系以外）



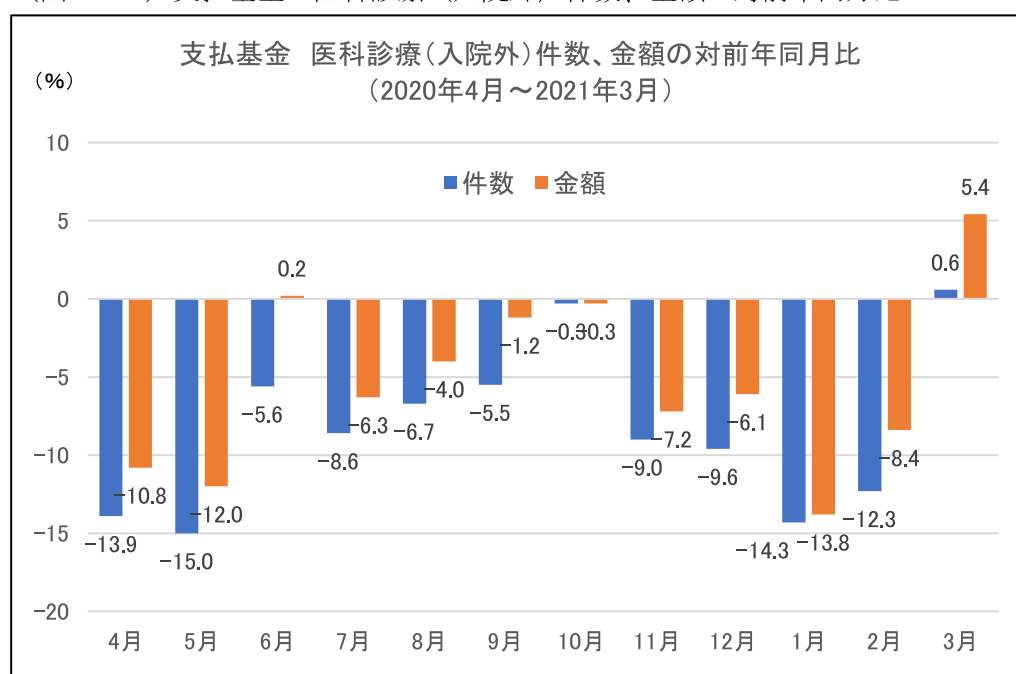
出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（隔年 12 月 31 日現在）」

2.7. 新型コロナによる経営への影響

新型コロナウイルス感染症の感染拡大による診療所経営への影響を見るため、健康保険加入者の6割をカバーする社会保険診療報酬支払基金の月報を元に、医科診療（入院外）の件数（患者が受診した延医療機関数）及び診療報酬金額の変化を調べた。

診療報酬金額（医業収入）は、2020年4～5月に前年同月比で▲12%ほど減収、その後徐々に回復し、10月には前年同月比並みとなったが、2020年11月～2021年1月は▲6～14%と再び減収になっている（図2.7.1）。新型コロナウイルス感染症の感染拡大による医科診療（入院外）の落ち込みは、外来診療の7割を担う診療所への影響が大きいことを示している。

（図2.7.1）支払基金 医科診療（入院外）件数、金額の対前年同月比

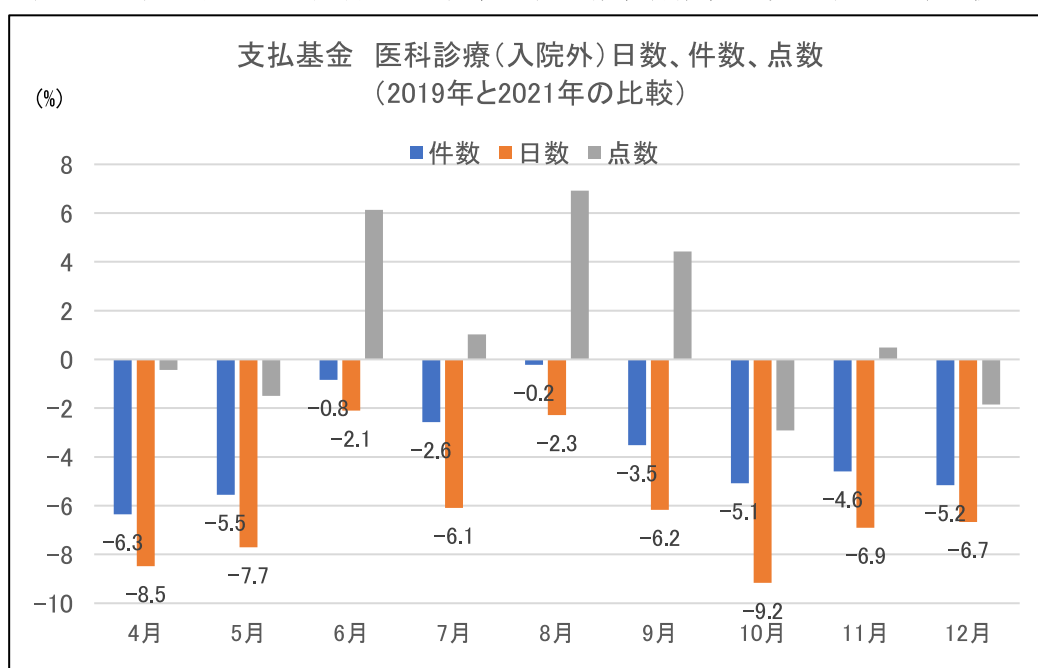


出典：社会保険診療報酬支払基金統計月報から作成

新型コロナによる経営への影響の回復状況をみるため、コロナ前（2019 年）と 2021 年の医科診療（入院外）の件数（患者が受診した延医療機関数）、日数（患者の延受診日数）について比較すると、どちらも依然としてマイナス基調にある（図 2.7.2）。

三密を避ける行動様式の定着や医療機関でのクラスター発生などから、長期にわたって患者の受診控えが続いていることや、いわゆる「コンビニ受診」が減り、長期処方を求める患者が増加していること等が要因として挙げられる。

（図 2.7.2）支払基金 医科診療（入院外）日数、件数、金額の対 2019 年比較



出典：社会保険診療報酬支払基金統計月報から作成

3 確実な未来と予想される変化

3.1. 人口構造の変化

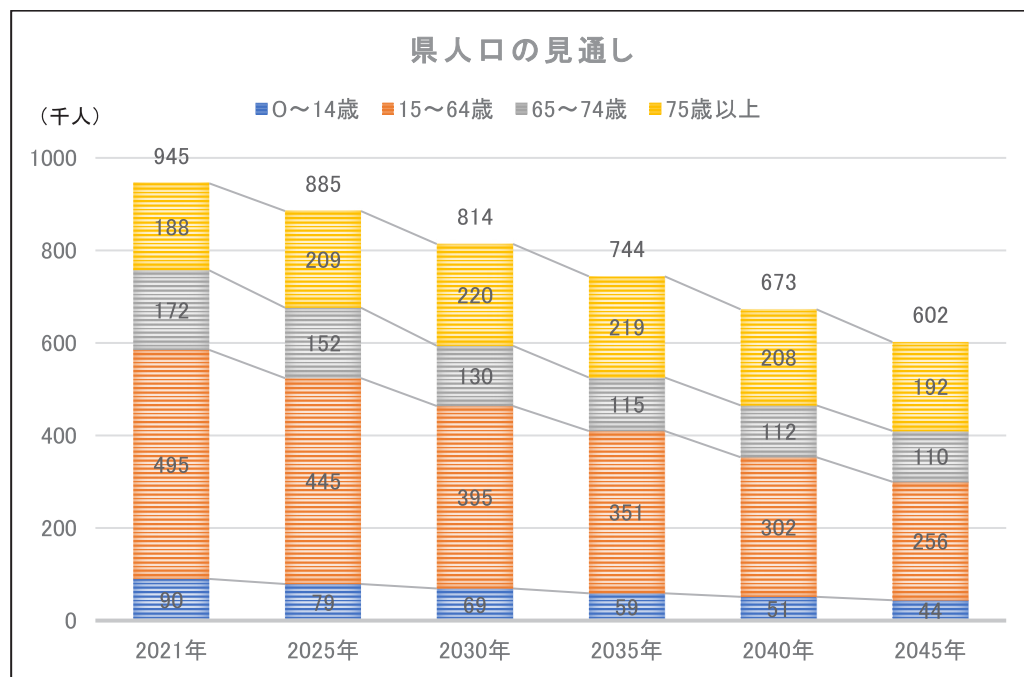
国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（2018年3月推計）」によると、本県の人口は2021年の945千人から9年後の2030年には814千人、2040年には673千人へと減少すると予測されている（図3.1.1）。20年後に現在より27万人も減るということは、秋田市（約30万人）1つが丸々消えることになるので、社会・経済に与える影響は計り知れない。

また、本県の人口構造は生産年齢人口の急減と、高齢化率が高くなっても高齢者の実数は増えないという2つの特徴がある。年齢区分別の将来人口をみると、生産年齢人口（15～64歳）は進行的に減少し、2021年に対する2040年の指数は39となり、少ない働き手で多くの高齢者を支える人口構造になっていく（図3.1.2）。

一方、65歳以上の高齢者人口は団塊の世代が高齢者となる2025年まで増加するが、前期高齢者（65～74歳人口）は2020年、75歳以上人口は2030年を境に緩やかに減少していく（図3.1.3）。高齢化率は2021年の38.1%が2045年には50.2%となり、県人口の半数が高齢者になると見込まれている。

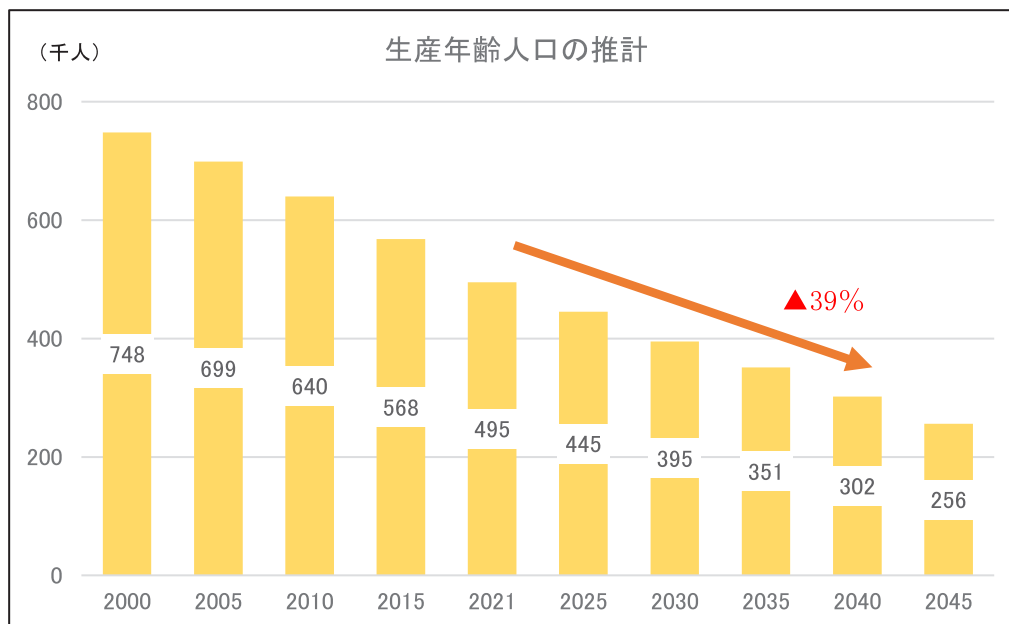
なお、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口には衝撃的な数字が並ぶが、国勢調査の都度、公表されている人口予測は、遠くない将来なら実績と比べても大きな狂いはないため、確実な未来を表していると言うことができる。

（図3.1.1） 県人口の見通し

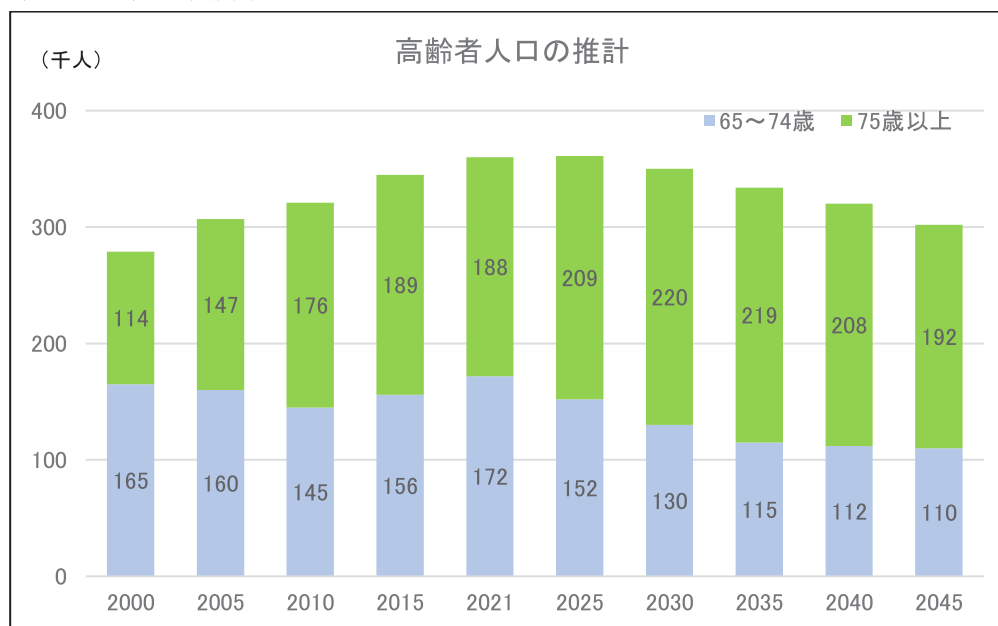


出典：2021年は秋田県調査統計課「秋田県の人口（令和3年10月1日現在）」、
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2018年3月推計）」

(図 3.1.2) 生産年齢人口の推計



(図 3.1.3) 高齢者人口の推計



人口減少は、医療需要と関連することから、人口問題を少し掘り下げてみる。

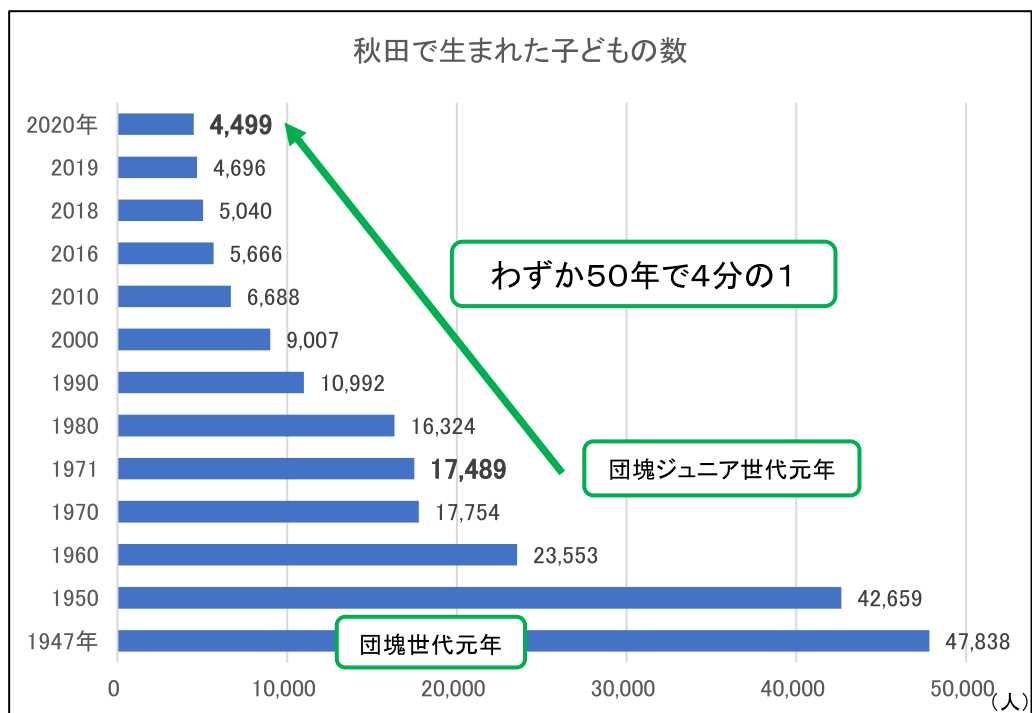
本県の人口減少の主たる原因である死亡者数は、1990 年から 1 万人台となり、2010 年以降は 15 千人前後で推移している。これは戦前、戦後のいわゆる「ベビーブーム」で生まれた世代が高齢化し、死期を迎えることは避け難く、暫くは高止まりで推移することになる。

そして、もう 1 つの要因である「少子化」。本県の生まれる子ども数の減少について、どれだけ危機的な状況にあるかをイメージしやすいデータ（※ニッセイ基礎研究所：消え行く日本の子ども（2018.4.9）を一部改変）で考える。団塊世代開始元年の 1947 年には約 48 千人の子どもが生まれており、団塊世代の子ども世代にあたる団塊ジュニア世代元年は 1971 年であるが、年間約 17 千人生まれている。すでにこの段階で生まれる子どもの数は前の世代の 36%（ $17 \text{ 千} \div 48 \text{ 千}$ ）に減少しているが、それでもまだ 17 千人が生まれている。しかし、団塊ジュニア世代元年の 1971 年から 49 年経過した 2020 年には、生まれる子どもの数は 4,499 人まで落ち込み、本県は半世紀で生まれる子どもの数は 17 千人から 4 千人まで激減し、全国一の減少率（▲75%）となっている（図 3.1.4）。

生まれる子どもの数を押し下げている最大の要因は、最も出産の機会が多い 25-39 歳の女性人口の減少である。1990 年に 120 千人だったものが 2020 年には 54 千人と、30 年間で 66 千人も減少している（図 3.1.5）。母親が子どもを産んでいないから少子化なのではなく、その前提となる母親候補（25-39 歳）となる女性の数が減少していることに着目する必要がある。これでは希望出生率 1.8 という目標を掲げても、分母である母親候補人口は減少・流出という人流の影響を受けることから、意味をなさない目標となる。

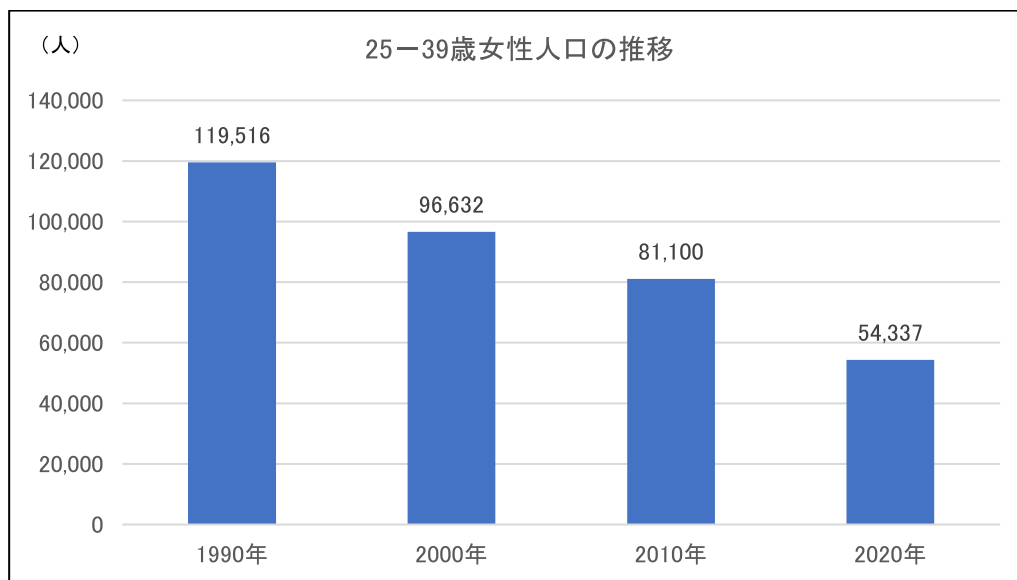
このように、親世代を上回る子どもの数は期待できないことから、今後数十年にわたり人口減少の流れは変えられない。人口減少という現実を直視するとき、今後迎える人口構造、構成でも持続可能な社会保障の仕組みを考えることが大事となる。

図 3.1.4 秋田で生まれた子どもの数



出典：厚生労働省「人口動態統計（確定数）」

図 3.1.5 25－39 歳女性人口の推移



出典：秋田県調査統計課「秋田県の人口（各年10月1日）」

3.2. 外来医療の需要予測

3.1. の将来推計人口を用いて診療所の外来医療需要を予測してみる。

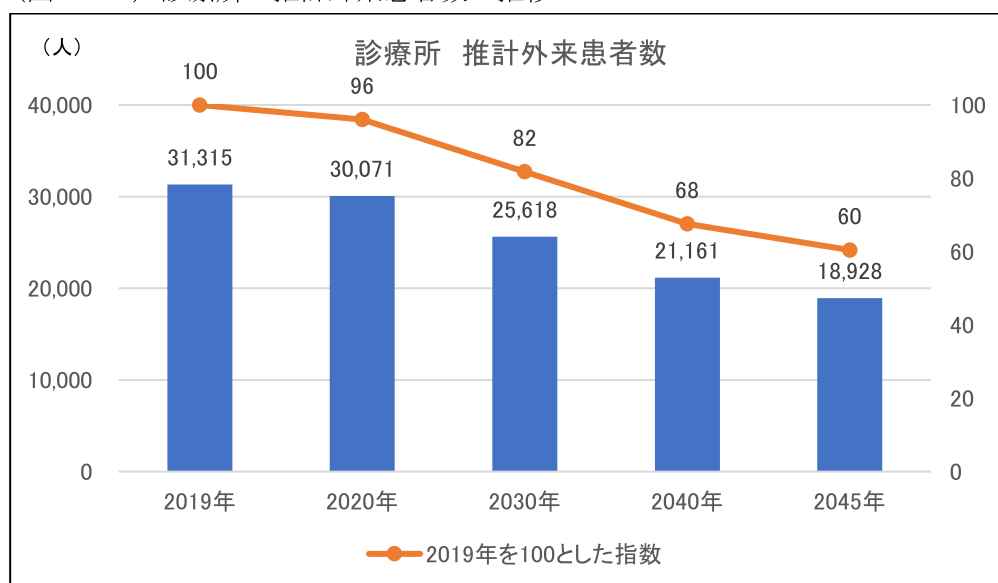
直近の患者調査（2017 年）の受療率（人口 10 万対、入院－外来・施設の種類×性・年齢階級×都道府県別）が現状のまま推移するものと仮定し、国立社会保障・人口問題研究所の市町村、性、年齢（5 歳）階級別の推計結果（2018 年 3 月）を乗じて、診療所の外来患者数の推計を行った。

1 日あたりの診療所の外来患者数は、2030 年には 25,618 人、2040 年には 21,161 人と推計され、2019 年を 100 とした 2030 年の指数は 82、2040 年時点の指数は 68 となることから、診療所経営に与える影響は極めて大きいと見込まれる（図 3.2.1）。

年齢別の 1 日あたりの外来患者数は、「65-74 歳」は 2020 年を境に一気に減少するが、「75 歳以上」は 2030 年をピークに緩やかに減少する。一方、「65 歳未満」は生産年齢人口の急減に伴い、いずれの年齢階層も減少する（図 3.2.2）。

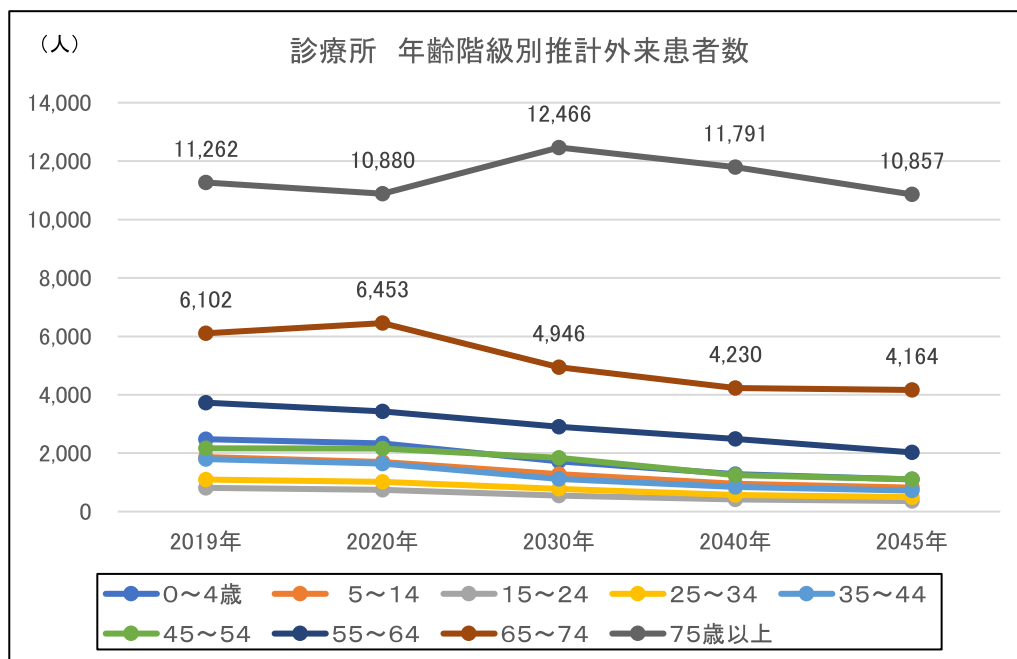
一般的には外来受診が入院に繋がることを考えれば、高齢者（65-74 歳、75 歳以上）の外来受療率の低下は、将来の入院需要の減少を示唆している（図 3.2.3）。

（図 3.2.1）診療所 推計外来患者数の推移



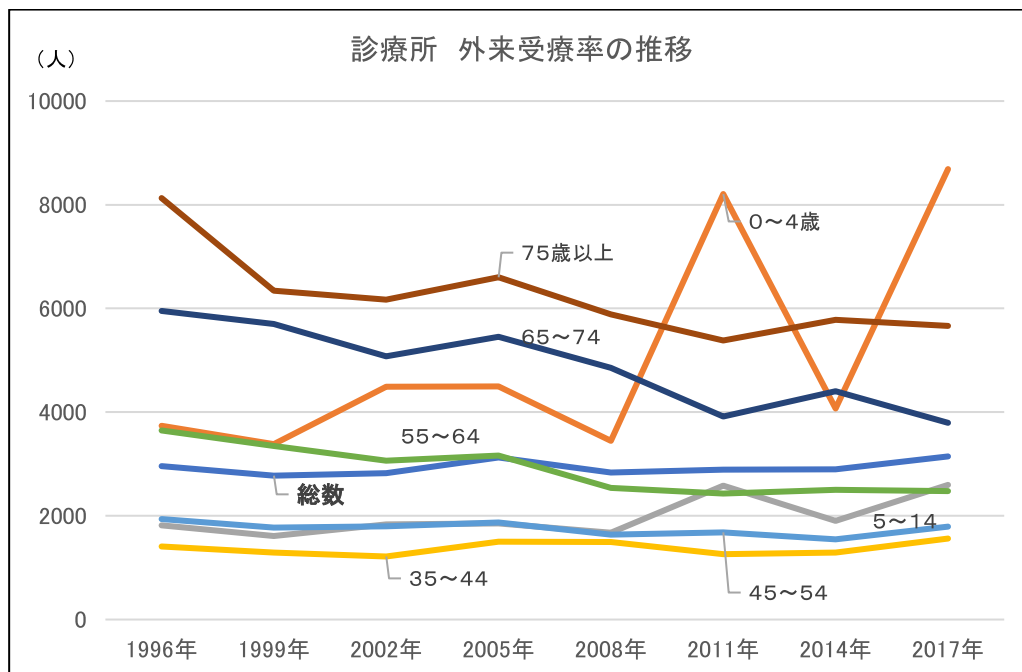
出典：厚生労働省「患者調査(2017 年 10 月)」、秋田県調査統計課「秋田県の人口(2019 年 10 月)」、2020 年以降、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2018 年 3 月推計)」

(図 3.2.2) 診療所 年齢別推計外来患者数の推移



出典:厚生労働省「患者調査(2017年10月)」、秋田県調査統計課「秋田県の人口(2019年10月)」、
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(2018年3月推計)」

(図 3.2.3) 診療所 外来受療率の推移



出典:厚生労働省「患者調査(各年10月)」

3.3. プライマリ・ケアへのアクセス

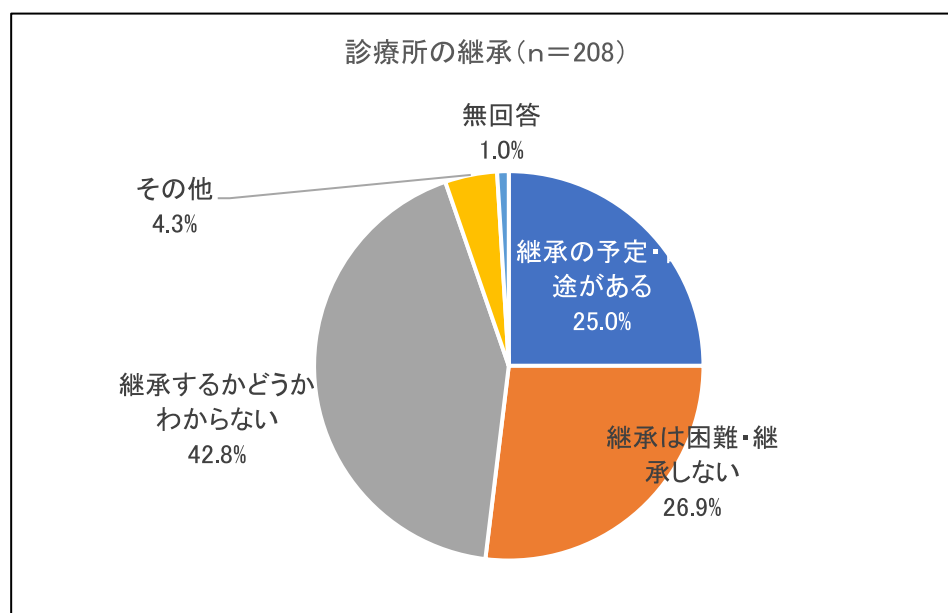
本会の診療所調査（2017 年 8 月）において、院長の年齢が 60 歳以上の診療所に「継承の予定」を尋ねたところ、「継承の予定・目途がある」が 25.0%（52 施設）、「継承は困難・継承しない」が 26.9%（56 施設）、現時点では後継者がいないなどの理由から「継承するかどうか分からない」が 42.8%（89 施設）であった（図 3.3.1）。

日本医師会総合政策研究機構（以下、「日医総研」という。）がこの調査結果を活用して、プライマリ・ケアへのアクセシビリティについて、地理情報システム（GIS）を用いて分析している（図 3.3.2）。

報告書によると、「人口 10 万人当たりのアクセス可能な医療機関数・常勤換算医師数は、2050 年まで承継問題が顕在化せず、県内の医療機関の所在と数が現状のまま維持されることになれば、人口減少が進むにしたがってプライマリ・ケアへのアクセシビリティは向上する。しかし、「悲観シナリオ」（≡「承継の予定・目途がある」と回答した割合以外が消滅する将来シナリオ）の形で承継問題が顕在化した場合のプライマリ・ケアへのアクセシビリティは、秋田市を含む県内全域において、現状よりも大きく悪化する可能性がある。」とまとめている（図 3.3.3）。

この分析結果を踏まえると、県内の多くの中山間地域では 1 件でも承継問題が顕在化して、その地域から医療機関が消滅した場合、直ぐにプライマリ・ケアへのアクセスに影響が及ぶ可能性が高いとすることができる。

（図 3.3.1） 診療所の継承

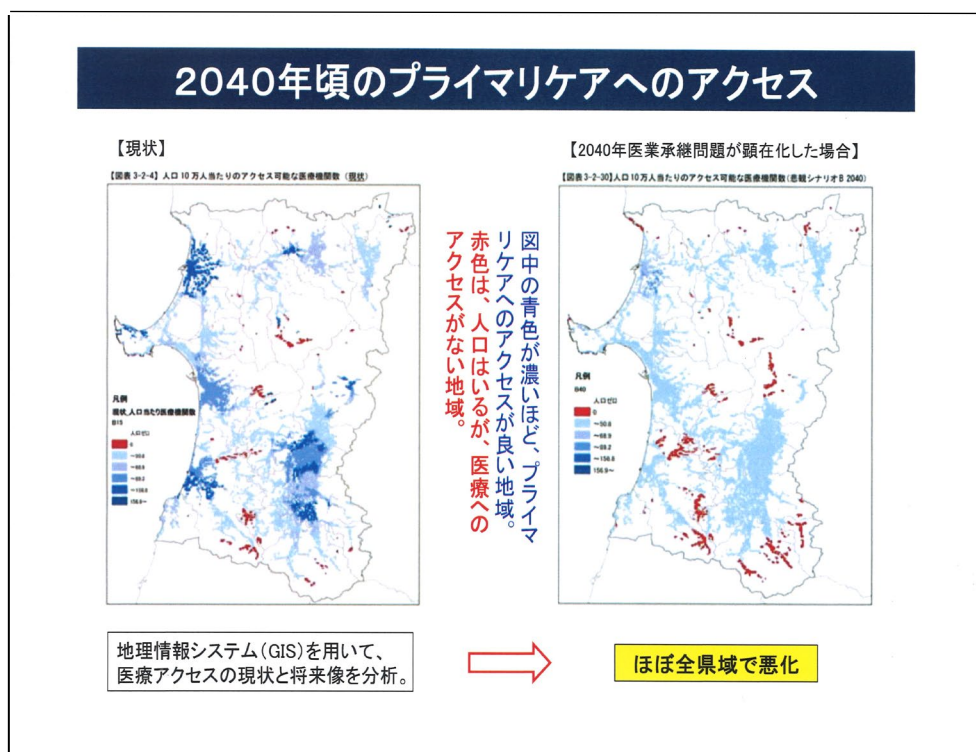


出典：秋田県医師会「診療所調査（平成 29 年 8 月）」

(図 3.3.2) 日医総研ワーキングペーパー



(図 3.3.3) 2040 年頃のプライマリ・ケアへのアクセス



出典：日医総研ワーキングペーパーNo.441(2020 年 1 月)

3.4. 医師数の将来

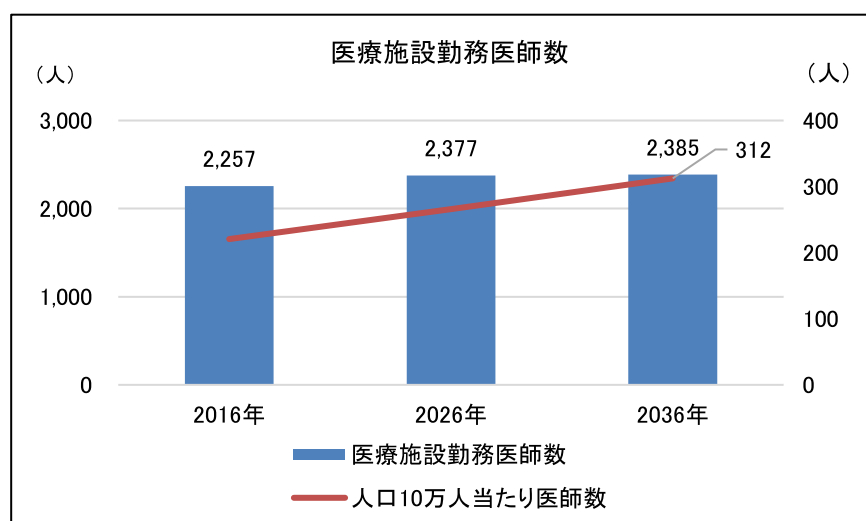
日医総研は、厚生労働省が2年毎に実施している「医師・歯科医師・薬剤師調査」データに基づき、二次医療圏別の5歳階級別、性別、病院/診療所別医師数の過去（2006年から2016年まで）のトレンドが今後20年間も同様に推移すると仮定した場合の10年後、20年後の医師数の将来推計をまとめている（※ただし、2026年、2036年の34歳以下の医師数は、2016年の医師数に近年の定員増を考慮した数とし、男女比については、近年の女性医師の増加傾向を踏まえ、34歳以下の医師で2036年に1：1になると仮定）。

これによると本県は、2016年から2036年にかけて、医療施設勤務医師数は128人増加すると推計され、2036年の人口10万人当たり医師数は312人とされた（図3.4.1）。男性医師は、2016年から2036年にかけて175人減り、女性医師は、同期間に290人増え、2036年の女性医師割合は30%と見込まれた（図3.4.2）。

また、病院医師は、2016年から2036年にかけて209人増えるが、診療所医師は、同期間に218人減ると見込まれ（図3.4.3）、年齢構成別では、2016年から2036年にかけて、35-49歳の医師は49人増えるが、全国平均を下回る増加と推計され、医師不足を助長している可能性があると考えられた。さらに、65歳以上の医師は、2016年から2036年にかけて279人増え、65歳以上の医師の比率は、2016年16%、2036年26%と増加傾向にあり、地域の医師の高齢化が着実に進んでいくと推計された。

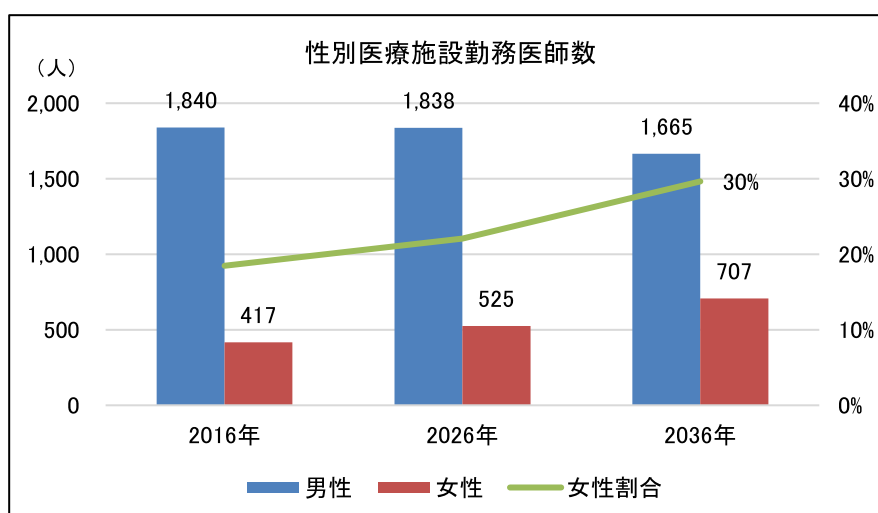
2036年の診療所医師数が463人とされたが、2018年現在の診療所医師数は684人で、このうち65歳以上が247人である。20年後の2038年は85歳以上になるため、ほとんどがリタイアされると思うのが自然であることから（ $684-247=437$ ）、新規の開業数が現状のままで、既存の診療所が閉院すれば、推計に近い医師数になる。診療所医師が増えるためには、その供給元である県内の病院勤務医全体の数を増やしていく必要がある。

（図3.4.1） 医療施設勤務医師数

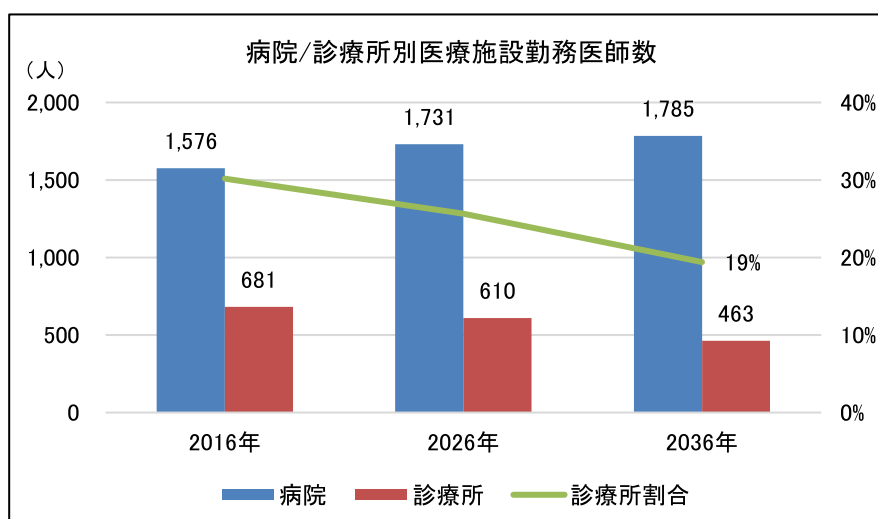


出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 419（平成30年10月23日）（以下同じ）

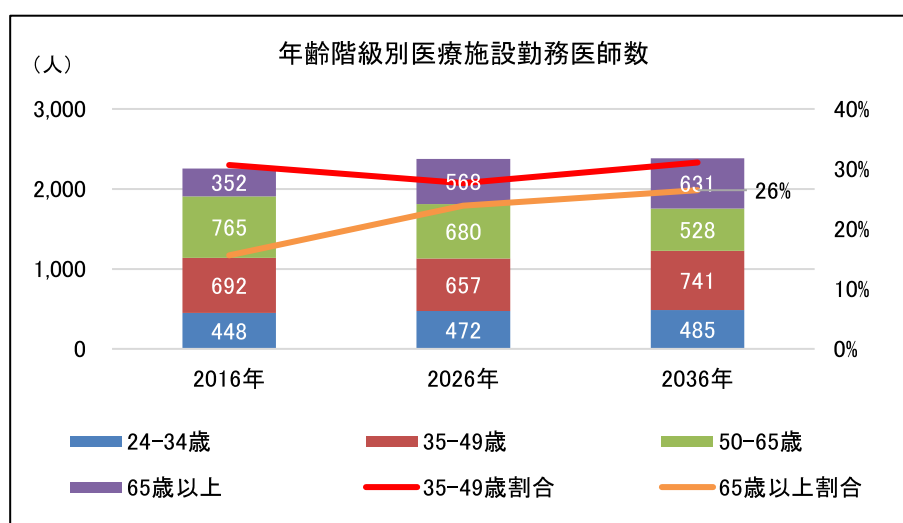
(図 3. 4. 2) 性別医療施設勤務医師数



(図 3. 4. 3) 病院/診療所別医療施設勤務医師数



(図 3. 4. 4) 年齢階級別医療施設勤務医師数

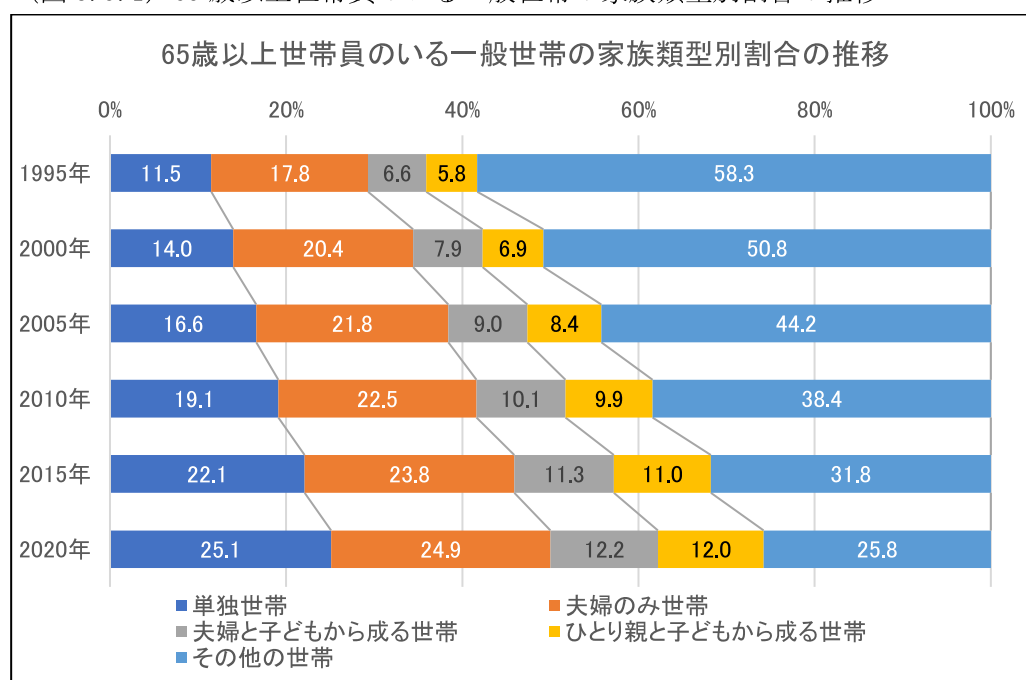


3.5. 世帯構造の変化

2020年10月1日現在（2020年国勢調査）、65歳以上世帯員のいる一般世帯は220,536世帯で、一般世帯に占める割合は57.5%である。これを家族類型別にみると、「単独世帯」（「一人暮らし高齢者世帯」）は55,437世帯（65歳以上世帯員のいる一般世帯の25.1%）、「夫婦のみの世帯」は54,852世帯（同24.9%）、「夫婦と子どもから成る世帯」は26,903世帯（同12.2%）、「ひとり親と子どもから成る世帯」は26,539世帯（同12.0%）となっている（図3.5.1）。

2015年と比べると、「単独世帯」は15.9%増となっており、65歳以上世帯員のいる一般世帯に占める割合は22.1%から25.1%に上昇している。「夫婦のみの世帯」、「夫婦と子どもから成る世帯」、「ひとり親と子どもから成る世帯」を併せた、いわゆる「核家族世帯」は2015年に比べ8.5%増となっており、65歳以上世帯員のいる一般世帯に占める割合は46.1%から49.1%に上昇している。

（図3.5.1）65歳以上世帯員のいる一般世帯の家族類型別割合の推移



出典：秋田県調査統計課「令和2年国勢調査人口等基本集秋田県の要約（令和3年11月）」

また、2020年の65歳以上人口うち、単独世帯（一人暮らし）の人口は55,437人となっており、65歳以上人口に占める割合は15.5%となっている。男女別にみると、男性が17,653人、女性が37,784人で女性が男性の約2.1倍となっている。65歳以上人口に占める割合は、男性が11.9%、女性が18.0%となっており、65歳以上の男性のうち9人に1人、65歳以上の女性のうち6人に1人が一人暮らしとなっている（表3.5.2）。

(表 3.5.2) 65 歳以上人口と単独世帯の推移

		(単位: 人、%)		
年次		65歳以上人口	うち 単独世帯	
				割合
1995年 (平成7年)	総数	237,682	18,834	7.9
	男	96,624	3,312	3.4
	女	141,058	15,522	11.0
2000年 (平成12年)	総数	279,764	26,055	9.3
	男	113,338	4,958	4.4
	女	166,426	21,097	12.7
2005年 (平成17年)	総数	308,193	33,280	10.8
	男	123,233	7,011	5.7
	女	184,960	26,269	14.2
2010年 (平成22年)	総数	320,450	39,463	12.3
	男	127,284	8,957	7.0
	女	193,166	30,506	15.8
2015年 (平成27年)	総数	343,301	46,823	13.6
	男	139,825	13,353	9.5
	女	203,476	33,470	16.4
2020年 (令和2年)	総数	357,568	55,437	15.5
	男	147,988	17,653	11.9
	女	209,580	37,784	18.0

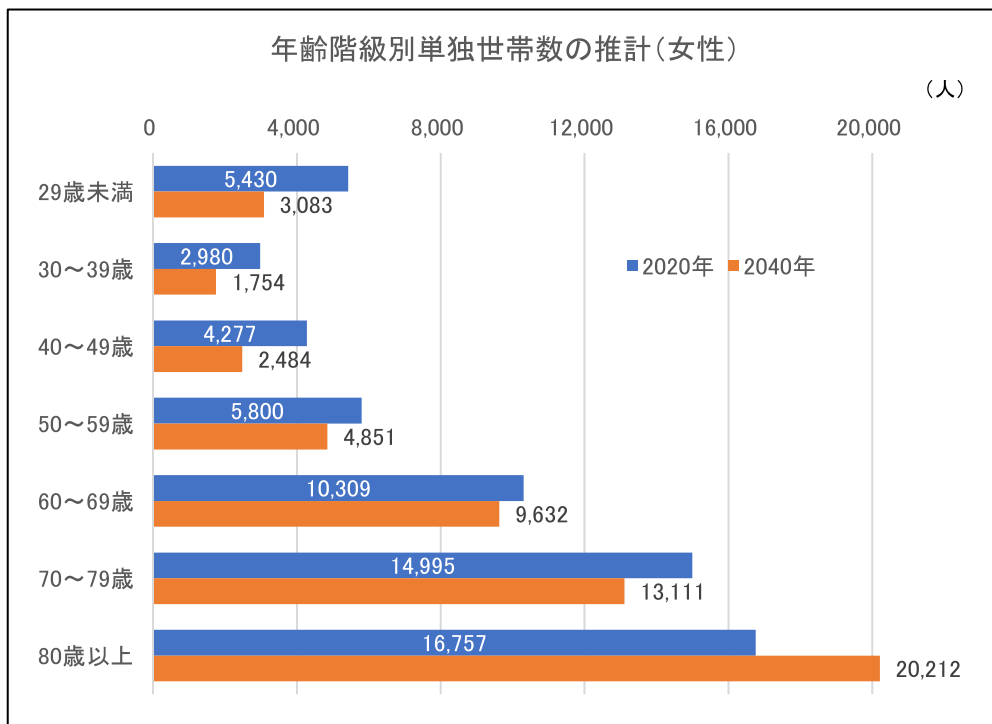
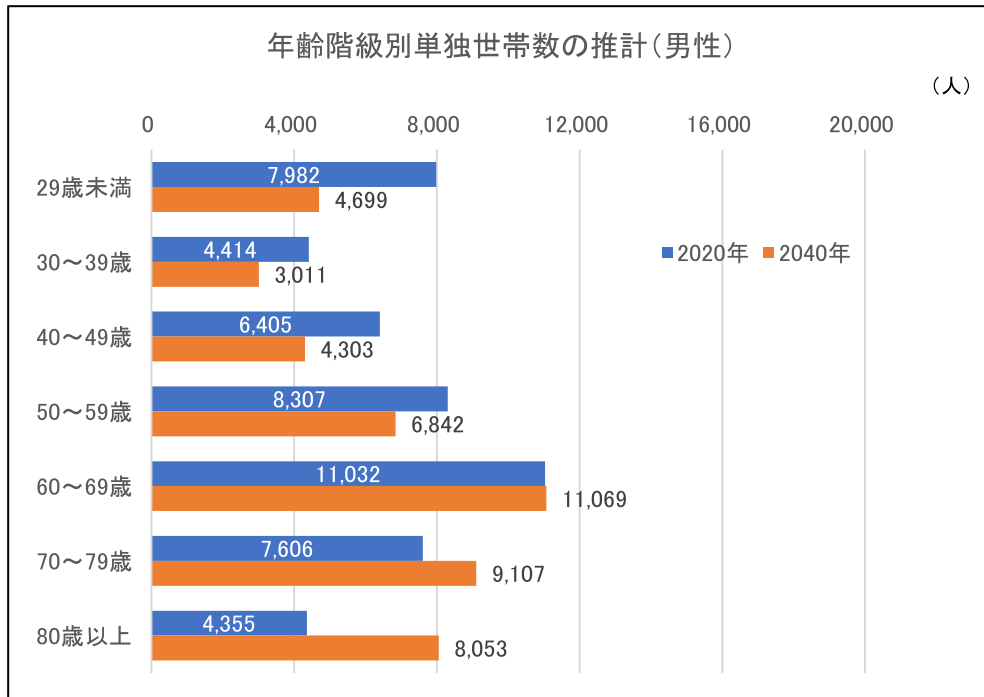
出典：秋田県調査統計課「令和2年国勢調査：人口等基本集計秋田県の要約（令和3年11月）」

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（2019年推計）によると、2040年の単独世帯数は102,212世帯と見込まれ、2020年国勢調査の単独世帯数117,169世帯よりも13.8%減少する。今後、単独世帯数は減少していくので、社会に与える影響は小さいと思われるが、実際はそうではない。なぜなら、若者の一人暮らしが減り、高齢者の一人暮らしが増えるなど年齢階層による増減が大きいことがその理由である。

2020年国勢調査では未だ年齢階級別の世帯数が公表されていないため、国立社会保障・人口問題研究所の2019年推計から、男女別・年齢階層別に2020年から2040年にかけての単独世帯の変化をみると、男女ともに20代～40代の単独世帯数は減少していく。これは少子化の影響と見ることができる。その一方で、70代以上では、全体で15%も単独世帯数が増えていく。特に注目すべきは、80歳以上の単独世帯の増加である。80歳以上の単身女性は2040年までに12%増加して20千人となり、全年齢階層の中で最多となる。また、伸び率という点に着目すると、70代単身男性の伸び率が20%、80歳以上の単身男性の伸びが85%といずれも高くなっている（図3.5.3）。

単独世帯は、いざというときに支えてくれる同居家族がいないことから、2人以上世帯よりも生活上のリスクへの対応力が弱い。特に、ひとり暮らし高齢者は、買い物難民や通院難民になりやすいため、公共交通機関の空白地域など過疎地における移動手段の確保については、今後一層その必要性が高まってくると考えられる。

(図 3.5.3) 男女別・年齢階層別単独世帯数の推計



4 診療所機能の縮小・低下の影響

(1) 地域医療提供体制

一次医療は、病気や外傷などの治療だけでなく、予防接種や各種健診など地域住民の健康を守る役割や、学校医や産業医、介護施設の嘱託医をはじめとした地域に密着した幅広い活動を行ってきた開業医の尽力で成り立ってきたと言える。しかし、広範な役割を担っている診療所が後継者がいないなどの理由で廃業の道を選択することになれば、これまで限られた医療資源の中で、二次医療を担う病院と一次医療の診療所が役割分担しながら構築してきた地域医療提供体制に影響が出ることになる。

令和2年3月に策定された「秋田県外来医療計画」に、病院の外来医療機能の現状として、「診療所が少ない、または無い地域では、地域の病院が日常的な疾病や外傷等にかかる外来、在宅医療、学校医等、診療所が果たしている機能も担っている」という記載があり、また、課題としては、「診療所の廃止の影響により、病院の外来患者が増え、医師の負担が増えている」という記載がある。まさに、休廃業する診療所が増えれば、ただでさえ医師不足にある病院が一次医療を支えていくことができるかという問題が発生する。

さらに、2024年4月から適用される時間外労働の上限規制が病院の診療体制に影響を与えかねない状況になっている。三次救急病院など地域医療提供体制の確保のため、やむを得ずに勤務医全体に適用される年960時間を超える医療機関や、勤務先の時間外労働時間が年960時間に収まるものの、副業・兼業先の労働時間を通算すると年960時間を超えてしまう医師が所属する医療機関は、約2倍に相当する1860時間の時間外労働が認められた。しかし、この暫定特例水準も時限であり、2035年度までに年960時間以内へ縮減しなければならない。しかも、連続勤務時間の制限（28時間まで）や、終業から次の始業まで休息時間を確保する「勤務間インターバル（9時間）」の設定、代償休息などの「追加的健康確保措置」の実施が義務化されている。

この上限規制が地域医療に及ぼす影響を予想するのは難しいが、第12回医師の働き方改革の推進に関する検討会（2021年7月1日）で示された「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査結果」によると、大学病院が副業・兼業先ともに待機を含むとした場合の医師の労働時間について、年1860時間（B、連携B、C水準）を超過する割合は23.2%に上っており、大学病院は暫定特例水準の影響を受ける可能性が高い。このため、大学病院が宿日直許可を取らない医療機関の夜勤・土日の非常勤への派遣を敬遠することになれば、市中病院は自院の診療体制の見直しを迫られることになる。

医師の地域偏在や診療科偏在が解消されないまま、医師の働き方改革がスタートすることになれば、診療所の廃業が増えた場合に、日常的な疾病や外傷等にかかる外来、在宅医療、学校医や産業医、介護施設の嘱託医、予防接種など、これまで診療所が担ってきた機能を二次医療を担う病院がカバーすることは至難であり、地域の医療提供体制が崩壊する危険性さえある。

(2) 医療機能の分化・連携

中期的な人口減少と高齢化による地域での需給バランスの変化を視野に、医療資源の効果的、効率的な利用という視点で策定された地域医療構想（平成 28 年 10 月）は、不足する医療機能の手当てを行うため、集約化すべき医療と均てん化すべき医療を考えながらバランスの取れた医療提供体制の構築を目指すものである。しかし、急性期を中心とした医療提供体制の強化の名のもとに、過剰な急性期病床を削減し、不足する回復期への機能転換という方向に向かっている。そして、この病床削減後の受け皿が在宅医療等となっている。

病床の機能分化・連携の推進に伴う、療養病床から在宅医療等に対応する新たなサービス必要量（追加的需要）については 856 人/日と見込まれ、うち訪問診療分は 319 人/日と推計されている。この在宅医療等の推計には、(i) 訪問診療を受けている患者、(ii) 老健施設の入所者、(iii) 療養病床入院患者のうち、医療区分 1 の 70%および地域差解消分、(iv) 一般病床入院患者のうち、医療資源投入量（患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値）175 点未満の患者が含まれている。問題となるのは、(iii)の療養病床医療区分 I の患者と(iv)の一般病床での医療資源投入量 175 点未満に該当する患者は、容体が比較的安定しているとみなされ、入院需要から除外し在宅医療で対応する点である。医療依存度が低いとされる医療区分 I と一口に言っても、その病態は様々であり、この 70%という数字も具体的根拠が曖昧なままである。

仮に、容体が比較的安定している医療区分 I の患者を居宅に移行させようとしても、同居家族による十分なケアが可能な場合は問題ないが、2025 年には高齢者のみ世帯（高齢者単独世帯及び高齢者夫婦のみ世帯の合計）の割合が 3 割を超えると見込まれており（秋田県第 8 期介護保険事業支援計画）、特に、単独世帯の増加は同居家族による介護が期待できないことから、病態に応じた療養生活を営む場が確保されなければ、行き場のない高齢者が増えることになる。

また、本県の保険診療を行う診療所数（医科）は、令和 4 年 3 月 1 日現在 604 施設であるが、国の医療施設調査（平成 29 年 10 月 1 日）によると、訪問診療を行っている診療所は、前回平成 26 年調査よりも 16 施設減少し、176 施設となっている。在宅医療を実施している医師の大半が 60 代、70 代と高齢化し、現在の患者への対応で手一杯と答える医師が多く、在宅医療を専門的に実施する診療所でも増えなければ、人口構造の変化に伴う在宅医療需要に対応できないばかりか、病床の機能分化・連携の推進に伴う新たなサービス必要量も応じきれないのではないかという懸念がある。

地域医療構想を実現するためには、住環境や家族構成などを踏まえた居宅・施設別のニーズ把握、訪問診療を行う（予定）施設に対する意向調査などにより、精緻な在宅医療等の整備計画が必要となる。具体的なアクションプランがないまま病床の機能分化と連携を進めても、機能別病床数の数合わせに終わってしまう可能性がある。

(3) 医療格差

65 歳以上の高齢者の割合が 5 割となる 20 年後は、人口構造の変化により、多くの医療資源の投入を必要とする高度な治療や手術のニーズは減少していく一方で、75 歳以上（後期高齢者）の肺炎、心不全、大腿骨骨折などの疾患のニーズが増加すると見込まれている。

医療ニーズが変化していく中で、多くの病院で従来の急性期機能を中心とした医療を継続して提供しようとする、減少していく患者を互いに奪い合うことにもなる。減少傾向にある高度・専門的な治療を必要とする症例が分散すると、次世代を担う医師が望む研修環境としての魅力が低下するため、若い医師は集まりにくくなる。そうすると、医師の高齢化がさらに進み、医療の質の低下や更なる医師不足という悪循環につながっていく。したがって、入院医療ニーズの変化に対応し、将来にわたり医療の質を落とさず、持続可能な医療提供体制を構築していくためには、これまで以上に医療資源の効率的な活用という視点が重要になってくる。

一方で、医療資源の集約化は診療圏の拡大につながり、カバーする面積が大きくなるため、中山間地域の住民は入院を伴う医療や高度な医療を受ける医療機関へのアクセスに時間を要することになる。地域で暮らす住民にとって、医療の充実が安心の源であるが、地理的に不利な条件にある中山間地域において、「万が一」の時の不安は大きい。医療資源の効率的な活用をさらに一歩進める地域医療構想は、医療が集約する都市部と地方部との医療格差や医療難民を生むリスクもある。住民がその地域で暮らし続けるためには医療が必要であり、地域から医療機関が無くなれば地域の魅力は減退し、ますます若者は定着しなくなることから、身近な一次医療の充実が期待がかかる。

それに応えるのが住民の日常生活圏の中で「かかりつけ医」として地域に密着し、外来・入院・在宅、レスパイトから看取りまでの機能を持つ有床診療所である。複数の医師が曜日ごとの交代勤務制を実現することで、24 時間 365 日体制の医療提供が可能となり、医師も身体的・精神的に余裕ができ、医療過疎地での勤務を安定的・継続的にものにすることができる。また、有床診療所の空床を利用して短期入所療養介護を行うことで、医療と介護を一体化したサービス提供が可能になるため、患者とその家族双方にとってメリットは大きい。

また、過疎化、住民の高齢化が進む中山間地域は、地域交通インフラの不足による通院困難患者の増加といった課題だけでなく、医療へのアクセシビリティの低下による慢性疾患の重症化などの問題も生じる。こうした課題には、地域住民の医療アクセスの改善や、物理的距離にかかわらず医療を提供することを可能にする ICT を活用した遠隔診療（オンライン診療）の導入など、新たな受診機会の確保に向けた取り組みが必要である。

5 診療所機能の維持に向けた方策

5.1. 医業承継に対する支援

まず1つ目は、増加傾向にある廃業への対応である。

本県では5割超(53.9%)の診療所が将来の選択肢のひとつとして「後継者がいなければ廃業」を考えている(図5.1.1)。診療所の廃業は、社会的共通資本としての医療と、地域医療を守ってきた医師の想いの両方を失うことになる。

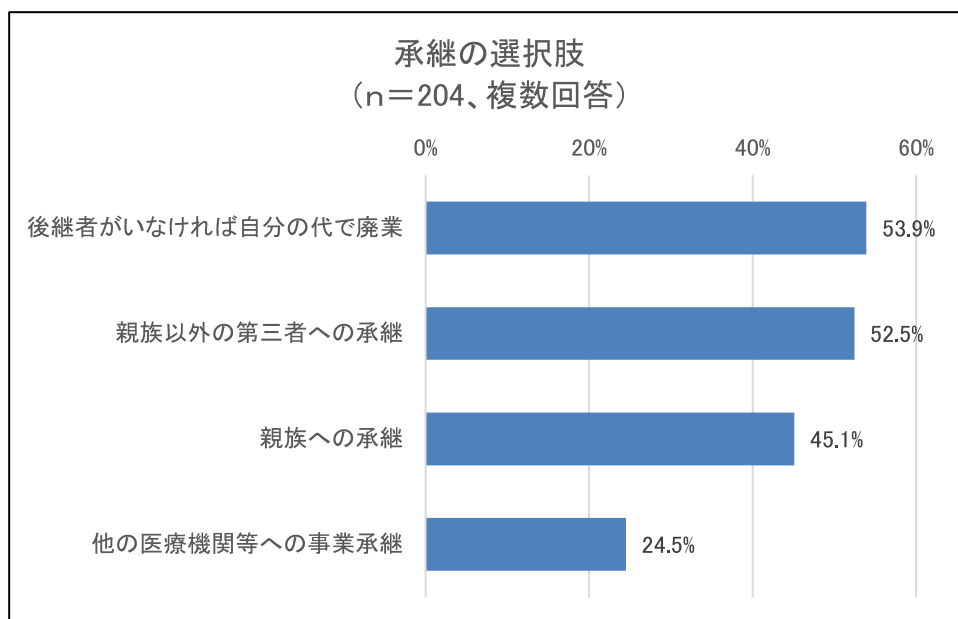
廃業の選択において、最初から自分一代限りで継承は考えていないという医師や、志半ばで病に倒れた医師もいるが、多くは経営者自身の高齢化に加えて後継者がいないという背景がある。医師としての使命感から患者や地域のことを思い、体力の続く限り現役として診療を継続している先生方は、何から考えてどう手を付ければよいか、誰に相談したらよいかと悩んでいるうち、後継者を探すこともできないまま廃業を選択しているケースが多い。

本会は、2021年7月よりマッチングの機会を提供する専用サイトの運用や承継に係る相談窓口の設置など医業承継支援の取り組みを開始した(図5.1.2)が、残念ながら未だ成約には至っていない。様々な相談事例を通して感じるのは、自分の代で終わりにするというでない限り、いつかは次の代に引き継がなければならないわけで、そうだとするとリタイアまである程度準備期間を設けることで廃業を避けることができるのではないかということである。

後継者が決まらないまま廃業してしまうと、患者は他の医療機関に移ってしまい、看護師等の確保も難しいなど、譲渡の条件が一段と厳しくなる。医業が次の世代に適切に承継され、地域に根ざした診療を継続していくためには、後継者を見守り、育てつつ継承するという、リタイアまでの準備期間を一緒に診療する形式もあってもいいのではないかと思う。

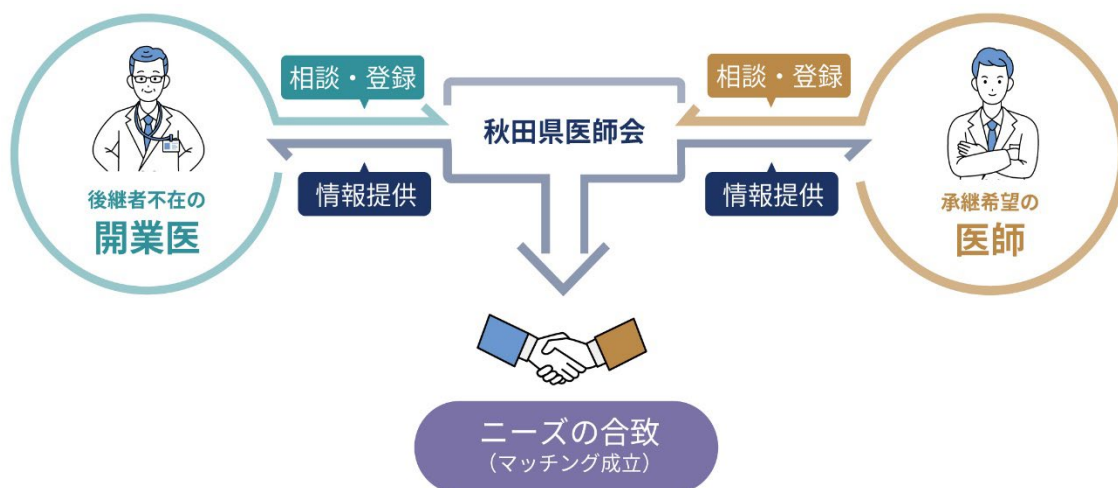
経営環境の厳しい地方の医業承継は、地域に密着した医療を提供している診療所であれば尚更、単なる医業を継続するための事業譲渡ではなく、本会がモットーとしている2つの継承—「地域医療を守ってきた先生の想いの継承」と「患者との信頼関係の継承」が大事になってくる。

(図 5.1.1) 後継候補者がいない背景・事情



以上 出典：秋田県医師会調査（令和3年3月）

(図 5.1.2) あきた医業承継支援サイト



5.2. 開業に対する行政の支援

2つ目は、伸び悩んでいる新規開業への対応である。

近年、診療所医師の高齢化や後継者不足、今後増大すると思われる在宅医療の担い手不足などに対応するため、新規開業の促進による地域医療体制の強化や、小児科や産婦人科など特定診療科の偏在解消、地域包括ケアの充実などを目的に、様々な助成制度を設ける市町村が増えている。

例えば、福島県白河市では診療所新規開業支援金のほかに、福島県の医業承継事業と連携し、診療所の医業承継に対して、継続して10年以上開業する見込みであることを条件とした奨励金の制度がある。

また、愛媛県西予市では、安心して子どもを産み育てる環境づくりや小児医療提供体制の確保を図るため、産婦人科・小児科を新規に開設する場合の費用（土地の取得費、建物の取得費・改修費・建設費、医療機器等備品の購入費、医療従事者の雇用促進費）の一部を補助している。

さらに、秋田県鹿角市では西予市と同様のスキームであるが、診療科は産婦人科・小児科限定ではなく、すべての診療科が対象となっているほか、看護師等の雇用に対する補助制度も設けている（図5.2.1）。

開業にあたっては、土地の購入、建物の建築及び内装工事、医療器械や備品の購入など、さまざまな投資が嵩むことになるので、開業に対する助成制度は、資金不足で開業に躊躇している医師への強い後押しになる。また、人口減少が進む過疎地域における開業に対しては、企業支援という視点から何らかのインセンティブが必要と考える。

（図 5.2.1） 秋田県鹿角市の補助制度



補助対象（開設費用補助の他、雇用に対する補助もあります）

区分	対象経費	補助基準額
新規開業支援事業	補助対象施設に係る土地取得費、建物建設費、建物取得費、医療機器購入費その他診療に必要な設備等	1 常勤医師が1人の場合 対象経費の3分の2、上限2,000万円 2 常勤医師が2人以上の場合 対象経費の3分の2、上限4,000万円
雇用支援事業	補助対象施設に常時雇用される看護師等のうち、市内に住所を有する者が2人以上の場合	看護師等1人につき年20万円 補助人数：年5人上限 補助期間：最大3年間

5.3. 地域医療連携推進法人制度の活用

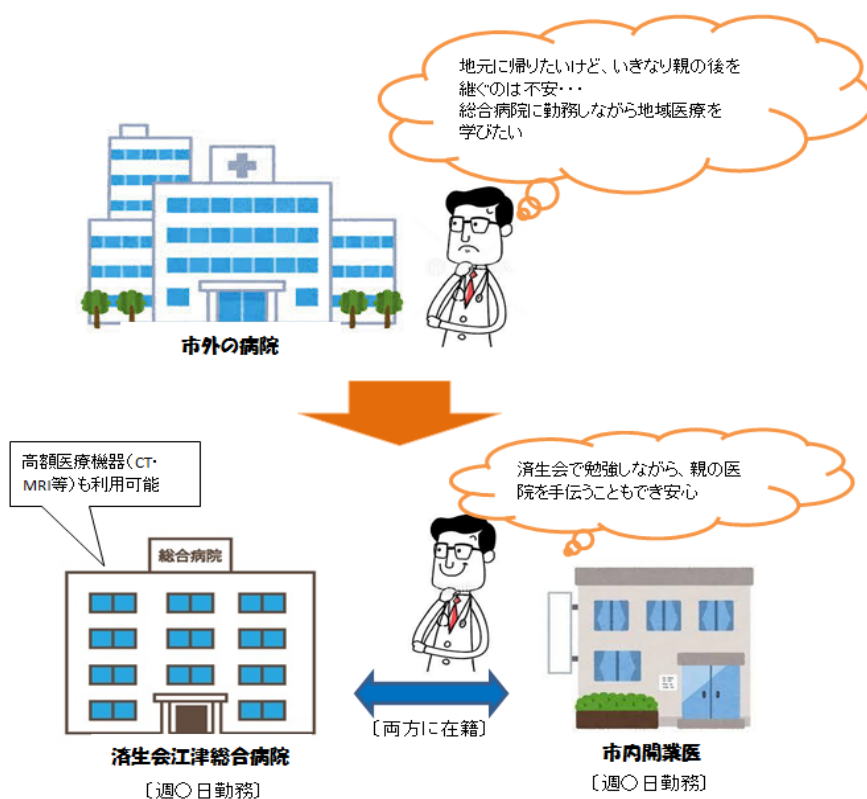
3つ目は、地域医療連携推進法人制度を活用した後継者確保である。

2017年4月に都道府県知事が認定する地域医療連携推進法人制度が施行され、2021年10月末現在、全国で29法人が認定されている。地域医療連携推進法人（以下、推進法人）は共同購入や共同研修、病床の融通などを推進し、最終的には医療施設間の機能の再編統合等を目指したものが多く、2019年6月1日認定された島根県の「江津メディカルネットワーク（以下、江津メディカル）」は、連携強化を図って共同購入や人材研修などを進めていくのは他の推進法人と同じだが、減少を続ける医師の確保によりウェットが置かれている点が特徴的である。

江津メディカルは、済生会江津総合病院の医師不足と、江津市医師会の開業医の高齢化および後継者不足を背景に設立された。後継者の早期帰郷と新たな医師確保を目指して、開業医の後継者が済生会江津総合病院でも勤務できる医師の相互交流システム（クロスアポイントシステム）の構築を進めている（図5.3.1）。

このシステムでは、病院に勤めながら診療所の手伝いをする、あるいは診療所を承継しても病院勤務を継続できるということが可能になるため、医師の子どもが地元に戻りやすい環境整備により、病院の医師不足解消につなげることが期待されている。

図 5.3.1 「クロスアポイントシステム」の仕組み《イメージ》



出典：厚生労働省「令和元年度医療勤務環境改善マネジメントシステム普及促進事業
TOP セミナー：江津メディカルネットワークの取り組み（令和2年1月26日）」

5.4. 過疎地域の政策的な診療所整備

4つ目は、新たな発想による診療所整備である。

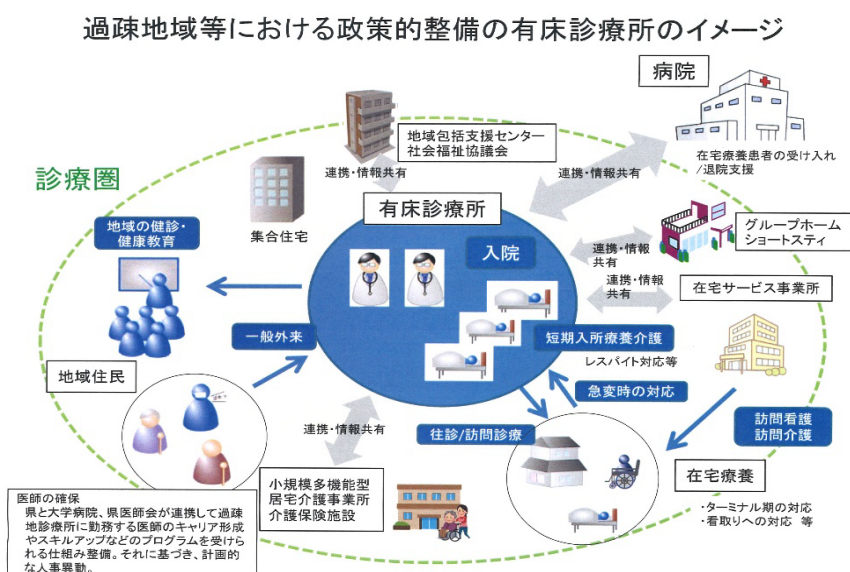
過疎化と住民の高齢化が進む中山間地域では、住民の健康を守る医療機関が減少しつつあり、住民の健康管理を継続していく上で、医療へのアクセスに不安を抱える住民をいかにサポートするかが課題となる。実際、人口1万人未満で2040年時30%以上減少する自治体は、医療過疎に直面する可能性があり、高齢者が最後まで生活していけるようにサポートするためには新たな発想による診療所の整備が必要になってくる。

これは「医療グランドデザイン2040」で提案している「過疎地域等における政策的整備の有床診療所」の考え方である（図5.4.1）。この診療所整備の仕組みは、2012年の診療報酬改定で新設された機能強化型の在宅療養診療所の要件に準じて、医師が3人以上、外来と在宅の医療を提供する機能を持ち、訪問看護、訪問保険薬局などを併設又は連携することで、24時間対応の体制を確保するものである。さらに、設置形態を公設民営とすることで、公営診療所が受ける普通交付税と指定管理者が受ける特別交付税の両方を措置対象とすることができる。

そして、最も課題となる医師配置については、当該診療所に勤務する医師のキャリア形成の仕組みを整えることで実現可能性が高まる。県と大学病院、医師会が連携して、当該診療所の医師の総合診療医としての専門医取得や、スキルアップのためのプログラムを作成・運営し、それに基づき計画的な人事異動による人材育成を行っていく考え方である。

この診療所整備は、外来と在宅の医療ニーズへの対応だけではなく、住民の健康づくりや介護をも包括した医療・福祉政策の拠点としての機能を併せ持つことになるため、まちづくりの中心的施設とすることも可能になる。

図 5.4.1 過疎地域等における政策的整備の有床診療所のイメージ



5.5. ヘルスケアモビリティによる医療課題の解決

5 つ目は、過疎化や高齢化が進む地域の医療課題の解決を目指した取り組みである。

日本初となる医師の乗らない移動診療車「モバイルクリニック」の本格運用が 2021 年 4 月、長野県伊那市で始まった。モバイルクリニックは、各種の医療機器を搭載した専用車両（ヘルスケアモビリティ）に看護師が同乗して患者宅に出向き、車両内のビデオ通話を通して医師が遠隔地から患者を診察できるようにし、看護師が医師の指示に従って患者の検査や必要な処置を行う遠隔診療である（図 5.5.1）。

中山間地域に居住する移動手段を持たない高齢者を対象に、慢性期で容体が比較的安定している糖尿病や高血圧、喘息などの患者の医療の継続を可能にするほか、医師にとっては遠方の患者への移動時間の負担軽減と、ビデオ通話画面を通じたオンライン診療の活用による診療の効率化というメリットがある。また、看護師が患者のもとを訪れ、オンライン診療により医師の指示と患者に対する必要なケアを行う（D to P with N）ことは、IT リテラシーに課題のある高齢者などに対してもオンラインで診療が行える点で注目されている。

今後、中山間地域では高齢者を中心に運転免許証の返納や公共交通手段が乏しいなどの理由で、移動が困難な慢性疾患の患者が増えていく。こうした中で、ヘルスケアモビリティにより、患者が移動手段に依存せずに医療サービスを楽しむことができるようにすることは、中山間地域の超高齢化、過疎化、医師不足、医療機関の偏在といった課題を解決することが期待される。ただし、対面診療に比べオンライン診療による診療点数が低い場合、継続的な実施にあたっては診療所の経営に影響が生じることが懸念されることから、社会実装していくためにはオンライン診療に対する評価が課題となっている。

（図 5.5.1）伊那市で行われているヘルスケアモビリティ事業



9

出典：出典：内閣府「デジタル田園都市国家構想実現会議（令和 3 年 11 月 11 日）」

6 おわりに

少子高齢化と厳しい財源を背景に長年に渡る医療費抑制政策、地域医療構想の病床機能の再配置、外来の機能分化など、医療環境は大きく変化している。こうした中、本県の診療所の現状を各種データから可視化すると、医師の高齢化、後継者不足、医療ニーズの変化などの課題が着実に進行している。

また、新型コロナウイルス感染症の収束の見通しがつかない現在、受診を控えていた患者が今後どの程度まで戻るかは不透明であり、加えて、今年10月から、単身世帯は年金を含めて年収200万円以上、複数人世帯で年収合計320万円以上の後期高齢者で医療費窓口負担が現行の1割から2割に引き上げられる予定のため、長期的には外来の受診頻度の高い高齢者層を中心に受診回数の減少も見込まれている。

今後の外来医療需要の減少は、新型コロナによる医業収入の減よりも大きな影響となって表れる可能性が高い。現行の各診療行為についてそれぞれ評価を行い、評価額の合計額を診療報酬として支払う出来高払いに依存した診療報酬体系のままでは、経営上の問題から存続をあきらめ、地域から撤退する診療所が出てくる可能性さえある。

新型コロナは、地域医療において10年～20年先に起こる現実（患者減少社会）を垣間見る機会を与えた。また、地域医療構想における課題（機能集約のリスク、連携の不備、医療・介護におけるICT化の遅れなど）も浮き彫りにした。そのような中であって、今の仕組みの下で行われた今回の診療報酬改定には相当な無理があったと思われる。

人口減少という現実と、ほぼ確実な将来推計を直視し、限られた財源を取り合うのではなく、限られた医療資源を取り合うのでもない、新たな制度設計が必要である。国民の健康と命を守る観点に立ち、あらゆる可能性を除外せず、どのような診療報酬体系が現実的かについて、早急に議論していく必要がある。また、試行的に医療過疎地域を限定とした日本版GP制度の導入についても議論の俎上に載せることが必要である。

地域医療を守るためには、本稿で述べた診療所機能の維持に向けた方策を参考に、医療関係者だけでなく、地元自治体を含めた関係者が知恵を出し合い、地域のニーズや課題に合わせた対応策を見出していくことが求められる。

[illegible]

