

基礎研 レポート

地域医療構想を 3 つのキーワードで読み解く(4)

日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの重要性

生活研究部 准主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに

地域医療構想を読み解く全4回のレポートでは、[第1回](#)で都道府県が切れ目のない提供体制構築を重視している点、[第2回](#)と[第3回](#)は「脱中央集権化」(decentralization)と医療軍備拡張競争(Medical Arms Race)という概念でそれぞれ都道府県が取るべき方向性を考察したが、最終回となる今回はプライマリ・ケアを取り上げる。

通常、医療提供体制を論じる際、日常的な疾病やケガに対応するプライマリ・ケアと呼ばれる1次医療に始まり、一般的な入院である2次医療、専門性の高い救急医療などを提供する3次医療に分類される。

しかし、2025年の医療提供体制を構築することを掲げた地域医療構想では「病床数ありき」の議論が先行しがちであり、日常的な医療ニーズに対応しようとする視点を欠く。言い換えると、病床という部分最適を議論することを通じて、提供体制という全体を変えようとする欠点を持っている。そもそも人々の暮らしの場である地域は「病床削減後の受け皿」ではないはずである。

本レポートは前半で、プライマリ・ケアの重要性を指摘するとともに、プライマリ・ケアが進んだ事例としてイギリスの医療制度に着目することで、日本の医療制度に欠けている点を考察する。その上で、後半では地域医療構想の文言から都道府県の対応を考察するほか、日常的な医療ニーズへの対応を重視した高知県の地域医療構想を取り上げることを通じて、高知県の考え方が他の地域でも通用する普遍性を持っている可能性を論じる。

2—地域医療構想の構造的な欠陥

第1回で論じた通り、地域医療構想の目的はあいまいである。表向きは病床削減の目的が否定されているが、元々は病床削減(中でも急性期病床の削減)を想定した制度であり、その後の制度化プロセスを通じて病床削減の目的が薄まった経緯がある。このため、どうしても「病床数ありき」の病床削減による医療費適正化の議論に傾きがちであり、中でも財務省で中心的に語られているのは病床の話、厳密に言えば病院における入院医療の議論に過ぎない。

これが典型的に表れているのは2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書の一節である。ここでは機能分化された病院を「川上」、退院患者を受け入れる地域を「川下」と形容しつつ、急性期医療への重点配分、入院期間の短縮、在宅医療の整備を訴えている。実際、慢性期の病床数推計については、医療区分Ⅰの軽度患者の70%が在宅医療に移行する前提であり、その残余が「在宅医療等」と整理されている¹。

つまり、地域医療構想は日常的な医療ニーズに対応する考え方を持っておらず、住民の生活の場である地域は「病床削減後の受け皿」という意味合いしか持っていない。

しかし、患者が通常、医療機関とアクセスを持つのは入院医療や受け皿としての在宅医療に限らず、予防、外来、退院支援など多岐にわたる。むしろ、患者から見れば、生活に身近な日常的な疾病やケガに対応する医療が「川上」であり、「川下」が入院医療である。

もちろん、日本の病床数は世界的に見ても高水準²であり、制度の持続可能性を確保する上で、病床削減の議論は重要だが、人々の暮らしの場である地域は「病床削減後の受け皿」ではない。病院を「川上」、地域を「川下」と発想し、医療提供体制改革を論じるのは本末転倒と言わざるを得ず、生活に身近な医療に対する視点を欠いているのは構造的な欠陥と言える。

3——医療提供体制の基本構造

1 | 英国の実例から考えるプライマリ・ケア

では、患者から見た望ましい医療提供体制とはどんな姿だろうか。患者の医療ニーズは通常、日常的な疾病やケガに対応するプライマリ・ケアと呼ばれる1次医療に始まり、一般的な入院である2次医療、専門性の高い救急医療などを提供する3次医療に分類される。

このうち、プライマリ・ケアは「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」と定義³されており、実は単なる1次的な「医療」という概念にとどまらず、社会的処方（Social prescribing）と言われる社会資源の活用や福祉サービスとの連携などを図る。その一例をプライマリ・ケアが定着しているイギリスの医療制度から考える⁴。

世界の医療制度改革を見ると、プライマリ・ケアを重視する共通点があり、その事例として頻繁に

¹ 出来高払い換算で175点未満の一般病床入院患者も在宅医療等に移行する前提となっている。このほか、都道府県の地域事情に応じて、「Aパターン：入院受療率を全国最少レベルに低下させる場合」「Bパターン：入院受療率の全国中央値レベルにまで低下させる場合」「Cパターン：Bの目標達成年次を2030年に延長した場合の2025年時点の値」のパターンで選ぶことも認められた。なお、「在宅医療等」には介護施設や高齢者住宅での医療も含まれているが、煩雑さを避けるため、本レポートでは在宅医療と表記している。

² 人口1,000人当たりの病床数はOECD（経済協力開発機構）加盟国平均で4.7床に対し、日本は13.2床。

³ 日本プライマリ・ケア連合学会の定義。

⁴ イギリスの医療制度に関しては、NHS England（2016）“General Practice Forward View”、堀真奈美（2016）『政府はどこまで医療に介入すべきか』ミネルヴァ書房、田畑雄紀（2014）「NHS改革と財政状況」『健保連海外医療保障』No.103、健康保険組合連合会（2012）「NHS改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」、澤憲明（2012）「これからの日本の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No.2489・2491・2494・2497・2500・2513、伊藤善典（2006）『ブレア政権の医療福祉改革』ミネルヴァ書房を参照。澤氏の事例については、『毎日新聞』2016年6月5日、『日本経済新聞』2014年8月4日、下記の澤氏によるプレゼンテーション資料なども参照。

経済産業研究所BBLセミナー2012年9月13日

http://www.rieti.go.jp/jp/events/bbl/12091301_sawa.pdf

東京財団ウェブサイト 2015年9月18日「対談シリーズ 医療保険の制度改革に向けて（全3回）」

<http://www.tkfd.or.jp/research/healthcare/s00359?id=432>

取り上げられるのがイギリスである。イギリスは公的医療費の大半を税金で賄う国民保健サービス（National Health Service＝NHS）を整備しており、2次医療や3次医療を受ける場合、原則として家庭医（General Practitioner＝GP）と呼ばれるプライマリ・ケア専門医の紹介を必要とする。その際、国民は3～5人程度のGPが勤務する診療所に登録することが義務付けられており、GPは幅広い年齢層や病気・ケガに対応する。

しかし、これらの患者に関する全ての診察や検査をGPが担うわけではなく、看護師や多職種連携で課題解決を図るほか、高度な医療機関での手当てが必要な場合には専門医療機関を紹介する。このように高度な医療機関を受ける際、GPの紹介を義務付けるシステムはゲートキーパー（門番）機能と呼ばれているが、GPはゲートキーパー機能を担うだけでなく、患者に対して全人的かつ継続的なケアを提供することで、医療の「入口」としての機能も担っている⁵。

実際のGPによるケアについては、GPとして英国の診療所に勤務する澤憲明氏が接した事例を見ると理解しやすい。第1に、GPは年齢、性別、疾病とは無関係に幅広い病気やケガに対応する。表1は澤氏が接した外来患者の一例だが、臓器・疾病別に専門分化した日本の医者では考えられないぐらいに幅広い患者や症例に対応していることが分かる。

表1：イギリスの家庭医が接する外来患者の一例

- 36歳女性 - 「数日前から喉が痛くて、咳が止まりません」
- 50歳男性 - 「職場の健康診断で引っ掛かりました。血圧が高く、血液検査の結果もおかしかったみたいです」
- 生後8カ月の乳児（母親と） - 「2日前から下痢で、発疹も出ています」
- 62歳男性 - 「ここ半年ほど、何故か胸が痛いんです」
- 32歳女性 - 「生理でもないのに血が出るって普通ですか？」
- 75歳男性（妻から） - 「最近、物忘れがひどくて。認知症ですか？」
- 40歳男性 - 「最近、夜の機能が衰えてきました」
- 14歳女性（母親と） - 「この子、学校の授業中に急に倒れちゃったみたいで」
- 28歳女性 - 「最近、ストレスを感じているのか、全然眠れません」
- 31歳女性 - 「夫が些細なことでカッとなり、関係がギクシャクしています」
- 7歳児母親 - 「子どもがジャンクフードばかり食べて、私の料理を食べない」
- 肥満気味の43歳男性 - 「最近、体重が若干増え気味で」
- 46歳女性 - 「認知症の父と脳梗塞で寝たきりの母の介護で困っています」
- 86歳女性 - 「足の関節が痛むので、最近歩行が困難。私に合った歩行器がありますか？」

出典：澤憲明氏資料を基に作成
注：資料作成に際しては澤氏の許可を得た。

第2に、臓器・疾病ベースで患者の状態を診るのではなく、患者との対話を重視しつつ、その人のニーズや経験、生活実態などに沿って全人的に対応する点である。例えば、患者が「頭痛がひどいのでCT検査を受けたい」と求めた場合、イギリスのGPは頭痛が重大な疾患でないことを確認できれば、単に「検査は要らない」と述べるだけでなく、1人当たり10分程度を費やす患者との対話を通じて、「なぜCT検査を望んでいるのか」を聞き、「若い頃に父親が脳出血で亡くなった。それが怖くて不安だからCTをやって欲しい」といった患者の不安を引き出すように訓練されている。

その上で、GPは明らかに風邪の症状であることを患者に説明しつつ、「脳の出血が見付かる可能性は限りなくゼロに近く、CT検査をすると放射線で体に負担がかかる」といった医学的なエビデンスに基づいて対話する。それだけでなく、患者の頭痛の原因がストレスと診断される場合、患者との対話を通じて、「育児と仕事の両立で余裕がない」といった生活上の問題を引き出し、ストレスを生み出し

⁵ 厚生労働相の懇談会が2015年6月に策定した「保健医療2035」では、身近な医師が患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする機能として、「ゲートオープナー」機能に言及している。

ている家庭や職場の環境を改善することを考える。

さらに、「社会的処方」と言われるケアを通じて、社会資源も活用する時がある。澤氏が接した事例で考えると、まれな難病による社会的孤立に悩む患者に接した際、対話を通じて「実は周囲に理解してくれる人がいないので寂しい」といった本音を引き出すと、澤氏は患者団体を紹介するだけでなく、患者が患者団体の会費を払う余裕がない場合、会費の値引きまで依頼・交渉したという。

こうした日常生活について何でも相談できるだけでなく、全人的かつ継続的にケアできる医療こそ本来の意味で、住民にとって「川上」の医療と言えるのではないだろうか。

2 | プライマリ・ケアと提供体制改革の関係

では、上記のようなプライマリ・ケアは提供体制改革で意味を持たないのだろうか。1961年に公表された研究⁶では、1,000人のうち、750人が1カ月間で何らかの病気やケガを訴え、250人が医師のカウンセリングを受けたが、高度な医療機関を紹介された患者は5人に過ぎなかった。日本の2000年代にも類似の研究があり、図1の

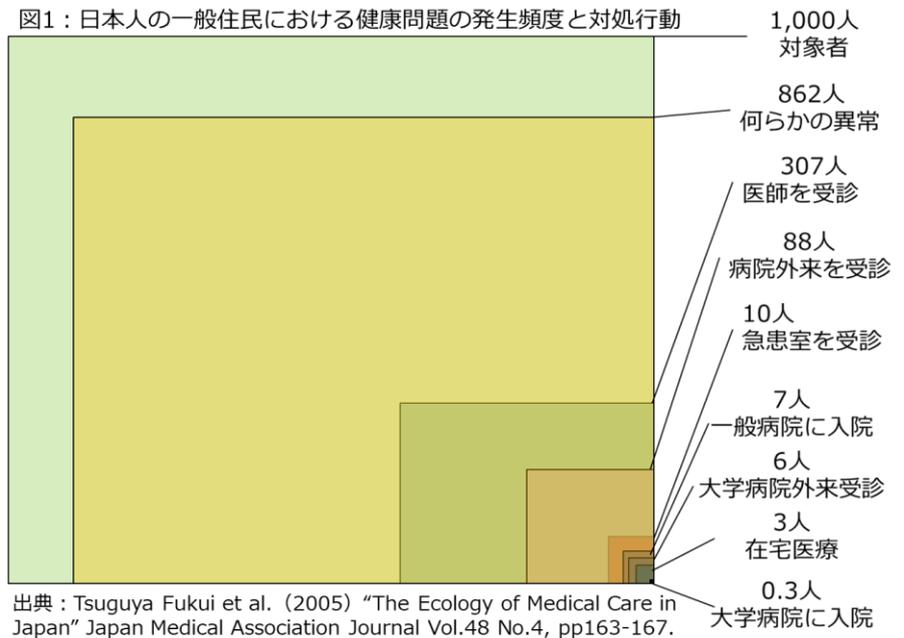
通り、人口1,000人に対して862人が心身に何らかの異常を感じたが、一般病院に入院した人は7人とどまった⁷。

つまり、8~9割程度のニーズはプライマリ・ケアで完結することを意味しており、日常的な病気やケガを気軽に幅広く診るプライマリ・ケアの体制を整備すれば、たとえ病床を減らしたとしても、国民の医療ニーズに対応できる可能性がある。

さらに、プライマリ・ケアを

通じて患者の受療行動を変えられれば、急性期など高度な医療機能の負担を減らせる可能性がある。フリーアクセスを採用している日本では、患者がいきなり大病院にかかる「大病院志向」が強いとされ、主要大都市における患者の行動を調べた研究⁸によると、診療所での治療がふさわしいのに大病院を選んでいる患者は全体の約4分の1を占めているという。ここでGPのようなプライマリ・ケア能力を持った専門医が診断や対話を通じて適切な受療行動を支援できれば、大病院が軽度な患者を診る非効率な状況の改善が期待できる。

このほか、患者の不安解消などを通じて、プライマリ・ケアの整備が救急医療の利用を減らす研究



⁶ White K L et al. (1961) "The Ecology of Medical Care" The New England Journal of Medicine, 265, pp885-892.

⁷ Tsuguya Fukui et al. (2005) "The Ecology of Medical Care in Japan" Japan Medical Association Journal Vol. 48 No. 4, pp163-167.

⁸ 塚原康博ほか (2006) 「外来患者の病院志向とその関連要因」『季刊社会保障研究』Vol. 42 No. 3.

もみられる。例えば、イギリスと同様にプライマリ・ケアが定着しているオランダの研究⁹では、プライマリ・ケアの強化が不適切な時間外救急利用を半分に減らせたという結果が出ている。

確かに政府としては、在宅医療の充実を進めており、「受け皿となる在宅医療等の実現可能性等について、ミクロからの積み上げを行わなければ、地域医療構想は机上の空論となる」という指摘¹⁰を踏まえると、在宅医療を整備する重要性は理解できるが、ここで問われるべきは「在宅」という場所に着目した医療だけではなく、日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの視点である。

3 | 日本の現状

しかし、日本はプライマリ・ケアを制度・政策として明確に位置付けてこなかった。確かに個別の実践例としては、岩手県旧藤沢町（現一関市）、広島県旧御調町（現尾道市）などでは1980年代頃から公立病院を中心にプライマリ・ケアを実践してきた¹¹ほか、高齢化が進む東京都新宿区の団地を拠点に高齢者の健康相談などを受け付ける「暮らしの保健室」などの事例もある¹²。

しかし、▽患者にとっての医療の「入口」を1カ所に絞る「登録制」の実施、▽登録人口に応じて報酬を支払う人頭払い、▽プライマリ・ケア能力を持った専門医であるGPの育成—などを通じてプライマリ・ケアを制度として下支えしているイギリスと異なり、日本は制度・政策として担保されておらず、個別の実践に委ねられてきた¹³。

プライマリ・ケアを制度・政策として位置付けていない点を地域医療構想に関連する部分を中心に詳しく論じてみよう¹⁴。第1に、日本の医療計画制度には「1次医療計画」が存在しない。現在の医療計画は2次医療圏をベースとした2次医療が中心であり、プライマリ・ケアは全く意識されておらず、地域医療構想でも想定されていない。

第2に、日本はどの医療機関でも自由にかかれるフリーアクセスを採用しており、かかりつけ医も複数持てる。これは患者の選択権を確保できているかもしれないが、登録制を採用することで医療の「入口」を1カ所に絞っているイギリス¹⁵と異なり、医療の「入口」が複数にまたがってしまうため、プライマリ・ケアで求められる継続的なケアが困難である。地域医療構想（及び関連する他の制度改革の議論）についても、基本的には病床数と受け皿の在宅医療をどうするかという議論に終始しており、こうした視点は見られない。

第3に、GPのような専門医制度が存在しなかった点である。プライマリ・ケア専門医である「総合

⁹ Caro J. T van Uden et al. (2005) “The Impact of a Primary Care Physician Cooperative on the Caseload of an Emergency Department” *Journal of General Internal Medicine*, Vol.20 Issue.7, pp612-617.

¹⁰ 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問いなおす』 ちくま新書 p180。

¹¹ 大久保圭二 (1998) 『希望のケルン』 ぎょうせい、山口昇 (1992) 『寝たきり老人ゼロ作戦』 家の光協会などを参照。

¹² 秋山正子 (2012) 『在宅ケアのはぐくむ力』 医学書院などを参照。

¹³ 2014年11月に公表されたOECDの報告書“OECD Reviews of Health Care Quality : Japan RAISING STANDARDS Assessment and Recommendations” 「医療の質レビュー 日本 スタンドアードの引き上げ 評価と提言」では、現在のシステムが超高齢社会の医療ニーズに最も適うものではない可能性があるとして、①患者が指名したプライマリ・ケア専門医に登録するシステムの導入、②プライマリ・ケアに関する人頭払いの導入—などを通じたプライマリ・ケアの制度化が必要と指摘した。

¹⁴ 本レポートでは詳しく述べないが、出来高払いの診療報酬制度も見直す必要がある。出来高払いは必要な治療行為が確実にこなされるメリットがある反面、医療行為が不要な軽い疾病や怪我でも医療行為が行われやすいため、プライマリ・ケアと合わない面がある。

¹⁵ 以前は居住地に応じて登録診療所が自動的に決まる仕組みだった。この状況では良いGPに当たるかどうか選ぶ住所次第で決まっていたため、「郵便番号による宝くじ (postcode lottery) 」と揶揄されていた。しかし、現在は複数の診療所から1つを選択できるようになった。

診療医」の専門教育が2018年度からスタートするが、それまでは専門医制度が存在せず、組織的に育成されていなかった¹⁶。

それに加えて、文言の混乱も見られる。日本医師会は「かかりつけ医機能研修制度」を2016年度からスタートさせるなど、「かかりつけ医」の普及を推しているが、総合診療医との違いは必ずしも明確

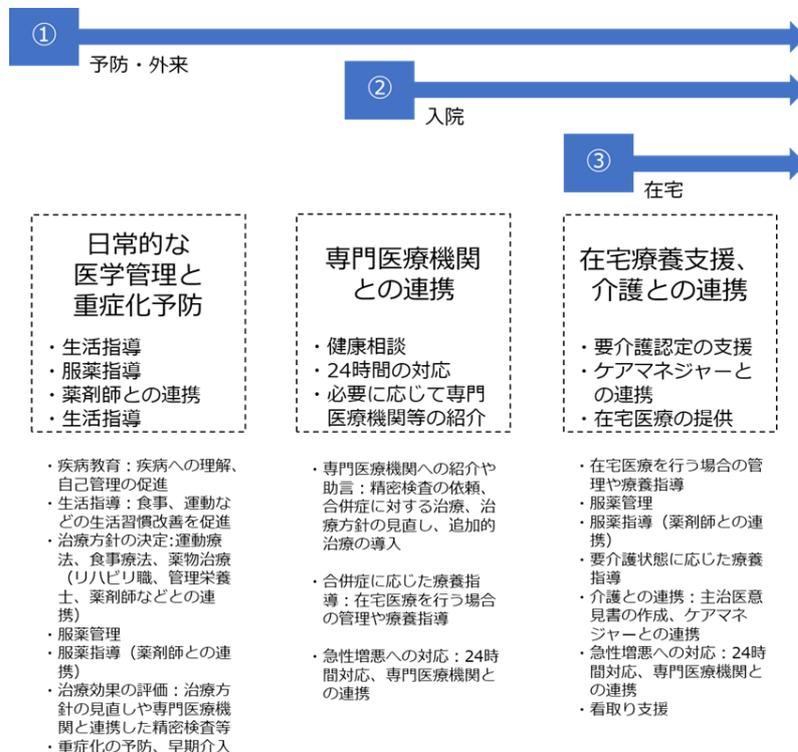
ではない。例えば、日本医師会などが2013年8月に公表した報告書では、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している一方、総合診療医の中核的な能力として「人間中心の医療・ケア」「包括的統合アプローチ」「連携重視のマネジメント」などの6点が挙げられており、両者には共通点が多い。

さらに、2017年2月22日の中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関）に提出された資料では、主に糖尿病患者を想定したかかりつけ医機能として、図2のような資料が厚生労働省から示されたが、プライマリ・ケアで求められる活動であり、ますます違いが分かりにくくなった。

このように言葉が乱立している遠因には1980年代の「家庭医」創設を巡る厚生省と日本医師会の対立がある。当時、厚生省はGPに近い役割を担う家庭医を作ろうとしたが、日本医師会が「医療の国家管理に繋がる」などと反対し、現行制度をベースにした「かかりつけ医」のモデル事業が1993年度からスタートした。その後、専門医制度の見直しが進む中で、総合診療医の制度化論議が進んだが、今も両者の区分は必ずしも明確とは言えない。

2025年に対応した提供体制構築を目指すのであれば、こうした点が課題になるはずだが、病床という部分最適しか議論していない地域医療構想（及び関連する他の制度改革の議論）には欠落している¹⁷。

図2：かかりつけ医に期待される機能



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：主に糖尿病患者に対するケースとして審議会に示された資料。

¹⁶ 日本におけるプライマリ・ケアの先駆的実践者にインタビューを行った舟見恭子（2015）『家庭医という選択』エイチエス pp11-12 では、実践者たちがイメージする医師になるためのルートがシステムとして整備されていなかったことを「壁」と形容している。

¹⁷ 2016年度診療報酬改定では、紹介状なしに大病院（高度な医療を提供する特定機能病院、地域の中核となる地域医療支援病院で一般病床が500床以上の病院）にかかった場合、5,000円を上乗せする措置が導入され、2018年度報酬改定では対象病院を拡大する是非が論じられているが、日常的な医療ニーズをカバーする視点は見られない。

4—都道府県に期待される対応

1 | 地域医療構想におけるプライマリ・ケアの言及

では、こうした制約がある中で、各都道府県は地域医療構想の策定に際して、どのように対応したのだろうか。第1回で見た通り、かかりつけ医または総合診療医に言及したのは37都道府県に及んだ。その抜粋は表2の通りである。

少し事例を取り上げると、千葉県は日常的なニーズに対応する役割として、かかりつけ医に期待しているほか、福井県は医療機関の機能分担に向けた役割、長野県は大病院への患者集中の防止役に期待しており、ゲートキーパー的な機能に言及している。さらに、恒常的な医師不足が課題となっている青森県は過疎地での医療サービス充実に向けて、総合診療医に言及している。

こうした書きぶりを総合すると、

(a) 患者が病状に応じて適切な医療機関を選べるようにする支援、(b) 疾病管理や生活習慣病対策を含めた予防医療、(c) 在宅医療の充実、(d) 病院・診療所連携、(e) 医療・介護連携、(f) 過疎地医療—などに整理可能であり、いずれも住民にとって身近な日常生活をカバーする医療が想定されている。

これらの記述については、第1回でも述べた通り、地域医療構想が「病床数ありき」の議論に傾きがちな中、切れ目のない提供体制の構築に向けた都道府県の積極的な姿勢と受け止めてよいだろう。

2 | 高知県の事例

この観点で最も積極的なのは高知県である。高知県は人口比で見た病床数が日本で一番多く、中でも療養病床の多さが突出しているが、慢性期の削減は在宅医療だけでなく、日常生活に近い医療提供体制の整備が求められる。

そこで、高知県の地域医療構想は安芸、中央、高幡、幡多の4つの構想区域のうち、最も人口が多い中央区域の下に、4つの「サブ区域」を保健所ごとに設定し、保健所を拠点に市町村や関係者と連携しつつ、かかりつけ医機能や福祉・介護との連携、リハビリテーション、退院調整などの「日常的

表2：かかりつけ医または総合診療医に関する言及

- ▶ 北海道：高齢化の更なる進展に伴い、複数の疾患を抱える患者の増加が見込まれる中、総合診療医は、その学術的な専門性を背景に他の領域別専門医や多職種と連携し、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において地域のニーズに対応できる重要な役割を担うことが期待されています。
- ▶ 青森県：へき地医療を担う総合診療医の養成が必要です。
- ▶ 秋田県：住民が地域医療を理解し、その中で自分に合った医療・介護サービスを自ら選択できるよう、医療機関の役割、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、在宅医療、看取り、介護サービス、医療・介護相談窓口等について啓発に努めます。
- ▶ 千葉県（1）：患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるよう、患者との信頼関係に基づいて、日頃の健康管理から医療機関の紹介、在宅療養の支援等を担う「かかりつけ医」を中心とした在宅医療提供体制の整備を図ります。
- ▶ 千葉県（2）：高齢化の更なる進展に伴い、複数の疾患を抱える患者の増加が見込まれるなか、総合診療専門医は、他の領域別専門医や他職種と連携し、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において地域のニーズに対応できる重要な役割を担います。そのため、総合診療専門医の育成と医療現場への配置を進めます。
- ▶ 福井県（1）：患者の紹介や逆紹介の促進、開放病床の利用など、地域の中核的な病院とかかりつけ医の役割分担と連携を推進します。
- ▶ 福井県（2）：かかりつけ医をはじめ、急性期から回復期、慢性期までの医療機関の役割分担と連携に対する県民の理解を深め、適切な受療行動を促進するため、各種媒体を通じた広報や情報提供を行います。
- ▶ 長野県：病院への患者の集中を防ぐため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及を推進します。
- ▶ 静岡県（1）：住民に身近なところで日常的な医療サービスを提供する機能を担うかかりつけ医と地域医療支援病院との連携強化を通じて地域医療の確保を図ります。
- ▶ 静岡県（2）：（注：認知症対策で）地域における連携体制の構築を図るため、かかりつけ医を対象に、日常診療における認知症の早期段階での気付きや家族への適切なアドバイス等を行うための研修を実施するとともに、かかりつけ医への助言・支援、専門医療機関や地域包括支援センターとの連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成及び支援します。
- ▶ 岡山県：急性期医療機関・回復期医療機関・かかりつけ医の医療連携の推進を図ります。
- ▶ 広島県：糖尿病対策については、病気への正しい理解と健康管理の推進や特定健診などの受診率向上、かかりつけ医と専門的医療機関の効果的な医療連携体制を構築する必要があります。
- ▶ 愛媛県：特に疲弊の激しい救急医療を維持・確保するため、かかりつけ医を持つことを推奨するとともに、救急医療の適正受診について普及啓発を行います。
- ▶ 熊本県：（注：県民の役割として）かかりつけの医師、歯科医、薬局を持ち、地域の医療提供体制に関する情報を得ながら、症状に応じた必要な医療を受けるなど、限りある医療資源を有効に活用できるよう、医療に関する適切な選択を行い、医療を適切に受けるよう努めます。

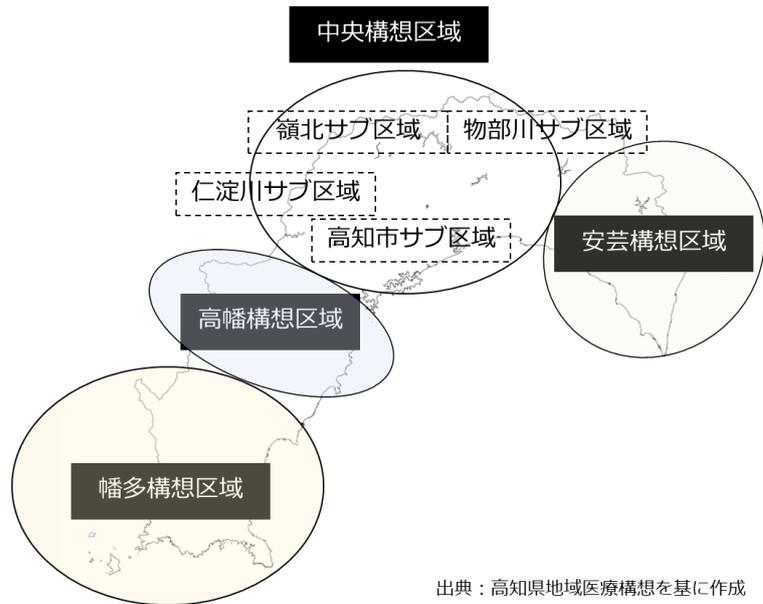
出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

注：第1回表3の再掲。

な医療」の強化を図るとしている。
そのイメージは図3の通りである。

こうした取り組みは緒に就いたばかりであり、今後は地元医師会と連携した在宅医療の普及や住民向けの説明会の開催、退院調整や連携パスのガイドライン作成、多職種連携に向けた研修会の開催、福祉・介護行政を担う市町村との連携、プライマリ・ケアの能力を持った総合診療医の育成・配置といった施策が求められるが、「病床数ありき」で進みがちな地域医療構想の欠点をカバーする取り組みと言える。

図3：高知県の「サブ区域」のイメージ



5—おわりに

以上、イギリスの事例を用いつつ、プライマリ・ケアという視点で地域医療構想を巡る論点を考察してきた。第1回で述べた通り、地域医療構想は表向き「病床削減による医療費適正化」という目的が否定されているが、財務省を中心に病床削減の議論が先行しがちである。

しかし、患者にとっての医療は入院医療に限らないし、人々の暮らしの場である地域は「病床削減後の受け皿」ではない。地域医療構想は病床という部分最適を議論することを通じて、提供体制という全体を変えようとする欠点を持っている。もちろん、待ち時間が長いなどイギリスの医療制度にも欠点があるが、住民にとっての医療の「入口」であるプライマリ・ケアを制度化している視点は参考になる。

実は、プライマリ・ケアの重要性は以前から指摘されており、医療圏という考え方を初めて論じた書籍では、「医療提供の大きな問題は住民と医療提供側の『最初の接触』」という文言が見られる¹⁸。さらに、医療計画制度がスタートした直後の論文では、医療計画制度が2次医療圏の設定、病床過剰地域における病床規制という「必要的記載事項」と、それ以外の「任意的記載事項」の2つで構成している点を指摘した上で、「病床総数を規制する部分的な手直しによって全体としてシステムがどうなっていくかを考察しなければならない。プライマリ・ケアに関する明確なビジョンと推進の環境を整備することこそ医療計画の課題」と論じている¹⁹。むしろ、医療計画制度を単なる病床規制の手段にとどめてきたことが問題であり、この課題は医療計画の一部として策定された地域医療構想も引きずっている。

こうした観点に立つと、構想区域の内部に「サブ区域」を設定することで、住民の日常生活に身近なプライマリ・ケアから提供体制を構築しようとする高知県の取り組みは重要であり、他の地域も参考にできる普遍性を持っているのではないだろうか。

¹⁸ 倉田正一・林喜男 (1977) 『地域医療計画』 篠原出版社 p203。

¹⁹ 郡司篤晃 (1991) 「地域福祉と医療計画」 『季刊社会保障研究』 Vol. 26 No. 4。