

1. 地域医療^{*1}

前次 政次^{*2}

1. 地域医療の範囲

国と社会と地域を明確に定義付けすることは困難である。それと同様に地域医療の定義もきわめてあいまいである。北米で使われている概念には Community Health, あるいは Community Medicine がある。これらは社会医学の1分野で、予防医学を重視する。それと比較して日本では、地域保健も含めた地域医療の概念が浸透しているわけではない。特に都市部と町村部では活動内容が異なる。都市部の行政サービスは対象人口の規模が大きく、縦割りになりがちである。町村部では行政との連携も取りやすく、保健医療福祉を束ねた地域包括医療に取り組みやすい。本稿では漠然とはあるが、一般的に用いられている「大学病院以外の医療」を地域医療の範囲と考えて話を進める。

2. 機能分担の変化

地域医療は、従来より一次、二次、三次に分類されてきた。一次医療機関はほぼ生活習慣病に合致する高頻度疾患、軽微な急性疾患（感冒など）の外来診療、高齢者への在宅医療などを担う。一方、三次医療機関は特殊な疾患の診断治療や高頻度疾患の最先端の機器を要する診断や治療に精力を注ぐ。二次医療機関は専門的な外来診療と一般的な入院医療を担う。近年、医師確保を大学医局からの医師派遣に頼っていた中小病院が大学病院への医師引き揚げにより極端な医師不足となっている。さらに医師の業務量の多さが勤務医に負担をかけ、病院を退職し、開業する道へと進ませて

いる。すなわち二次的な医療を担う病院が専門医療とプライマリ・ケアのはざままで弱体化しているといえる。日本以外の先進国も医療の二分極化傾向は同様に認められる。医療の専門細分化が進行すれば当然の帰結である。

3. 医師の地域偏在

小児科と産婦人科の医師不足が目立つようになった。外科系医師も減少傾向にある。こうした医師の診療科偏在が問題になると同時に地域偏在も顕著になっている。都市部と過疎地では医師数に差があることは一目瞭然だが、一般的に人口10万あたりの医師数を算出し、二次医療圏ごとに比較されている。例えば、東京区中央部と愛知県尾張中部は人口10万あたりの医師数に16.4倍の開きがある。同一都道府県内での差については、東京都で区中央部と西多摩では約9倍の開きがあるが、区中央部はいくつもの大学病院が密集しており、例外と考える方がよいであろう。また、都市部に近いベッドタウンが人口の割に医師数は相対的に少ないのは当然のことであろう。医師が密集した地域との距離を考慮すれば、全国的に観て偏在問題が顕著なのは長崎県や鹿児島県の離島医療圏と北海道における宗谷（稚内市等）と根室医療圏であろう。それぞれ道県内中央部と比較し、人口当たり医師数は約3倍の開きがある。医学部入学定員増によって、偏在問題が解決できるかどうかは未だ不透明である。

一方、歯科領域では都市部が供給過剰状態にあり、在宅歯科医療へのシフトがみられる。医科においてもこのまま開業等の都市部集中が続いた場合の、医療の質がどのようなになるのか注目していかなければならない。

^{*1} Community Medicine

^{*2} Masaji MAEZAWA 北海道大学医学研究科

4. 介護

地域医療を狭義の医療にとどまらず地域包括医療として広く捉えれば、当然介護問題も視野に入る。介護保険制度は「介護の社会化」を旗印に2000年からスタートした。介護サービスの利用者は10年間で発足当時の2.7倍に当たる約400万人に増え、その財源の確保とサービスの調整が問題となっている。要介護の認定審査などの労力が真に必要なのか、介護支援専門員の独立性確保を本気で考えていくのか、介護保険サービスの上限はあるのか、各種介護施設をどのように再編するのか、医療との連携をどうしていくのか、財源では介護保険料と公費負担の率をこのまま一対一で進めるのか、消費税を上げるのか、課題が山積しているが、まもなく国の審議会で議論が開始される。

5. 医療経済と公立病院改革

国は社会保障費を抑制しようと目論み、診療報酬のマイナス改定が続いてきた。22年度にはプラス改定となったが、既に医療供給体制にさまざまな歪みが生じている。特に問題となったのが公立病院の経営である。公立病院の約8割が赤字と報告されている。経営に関心の薄い管理者や、行政から人事異動で配属される経営が不得手の事務長などでは、めまぐるしく変動する診療報酬システムや周囲の医療機関との連携などに対応が困難であった。

2007年には公立病院改革ガイドラインが総務

省から示され、過疎地、救急医療、高度先進医療、医師派遣拠点機能などの不採算部門を重視しながらも、経営の効率化、再編ネットワーク化が進められることとなった。

大学病院への医師引き揚げをまともに受けた病院は厳しい経営が続いている。都市部の公的病院は民間病院との競合で苦戦しているし、地方の病院で内科の専門分化が進んでいるところは総合的な診療を行うことのできる内科医がゼロになるような状況も生まれている。

6. 地域医療の教育

都市部の大病院は高度先進医療推進の道を追求するという選択肢もあるが、地方の中小病院は内科を総合内科として充実させることが求められる。人口規模の小さい自治体の医療はプライマリ・ケアを重視して医療計画を策定していくとよい。その方法論としてCommunity-oriented Primary Careがある。この方法論を現在のわが国に適用するために著者らは地域協働型プライマリ・ケアを提案している(表)。

地域協働型プライマリ・ケアの実践力を修得するためには、卒前教育からスタートする必要がある。コアカリキュラム2007年改訂で地域医療が独立した項目になったことは望ましいことである。また、入試制度に地域枠が設定され、地域医療を推進するための寄付講座等が設置されるようになり、地域医療教育は良い方向に向かいつつある。

しかしながら、まだまだ成熟していない部分も

表 地域医療の核となるプライマリ・ケア

	従来の医療	地域協働型プライマリ・ケア
活動の場	医療施設内	地域全体
連携	医療チーム 医療施設間	保健・介護・住宅・社会教育・学校・職場を含む プライマリ・ヘルス・ケアチーム
対象	病気・病人	健康人・半健康人・病人・家族・地域
ニーズの判断	医師の判断	住民の気づき、疫学統計
方法	個人に対する医学的診断・治療	① 個人に対する医学的・心理社会的アプローチ ② 集団に対する疫学統計・直観
活動参加者	医師・看護師	住民・地域活動家を含めたネットワーク構成
目標	病気の治療・延命	望ましい家族・地域生活

あり、生態学的アプローチの強化や、医療文化の学びも必要である。また、基礎医学の中に医療心理学、医療社会学等が組み込まれる必要もある。

地域協働型プライマリ・ケアの実践とそのための教育の更なる発展が望まれる。