

## 地域医療をめぐる課題と展望

自治医科大学学長  
永井 良三



### はじめに

地域医療体制の構築は、わが国の医療の均てん化だけでなく、社会全体の維持発展にとっても重要な課題である。医療体制は様々な要因が関与する複雑な問題であり、コロナ禍においても日本の医療に内在する多くの課題が指摘された。実際、患者発生状況や入院先の情報把握、医療機関の機能分担と連携などに問題が発生した。ワクチンや薬剤開発という研究基盤についても日本の弱点が明らかとなった。

こうした非常事態における問題の一方で、平時の日本は世界的に高く評価される国民皆保険制度を維持してきた。質の高い医療を社会の隅々まで普及させるという理念を追求し、医療の質・アクセス・コストの三者共存を図ってきたのが日本である。今後、コロナ禍で生じた問題に対応しつつも、医療提供体制を長期的に安定した「社会的共通資本」とすることが、日本人に課せられた使命といえる<sup>(1)</sup>。

医療提供体制は、1) 国・自治体の財政および健康保険制度、2) 地域人口動態と地域経済、3) 医学の進歩、4) 研修・専門医制度、5) 医療業務の権限とタスクシェア、6) 医師の働き方など、さまざまな要因の影響を受ける。このような複雑なシステムを制御することは容易でなく、各ステークホルダーが現状と課題をよく理解して、データに基づいて協議を重ねなければならない。本稿では、日本の地域医療に影響を与える要因を解説するとともに、検討すべき課題を提示する。

### 1 日本の医療提供体制の特徴

日本の医療提供体制の特徴は、病床数が多いことである(図1)。人口10万人あたりで比較すると、米国の約4-5倍、ヨーロッパの2-3倍である。これにより日本の医療はフリーアクセス、すなわち受診や入院は原則いつでも可能な体制を構築してきた。少ないといわれてきた医師と看護師の数は、近年、ほぼ米国のレベルとなった。しかし病床数が多いために1病床当たりの医師や看護師の数は、欧米よりも遙かに少ない。この体制は軽症や中等症のケアに適しているが、救急や重症例のケアには限界がある。

一方で地域と地域医療の安定性は、医療需要と提供のマッチング、すなわち地域の状況

に応じて病院と病床数を適切に配置し、コスト、アクセス、医療の質のバランスをとることに依存している。しばしばこれら3要因のすべてを満たすことはできず、いずれかを犠牲にしなければならないといわれるが、わが国は歴史的に3要因すべての共存を目指してきた。

国名	平均在院日数*	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	28.2 (16.2)	13.1	18.5	2.4	86.5	11.3
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	53.1	4.3	161.6	12.9
フランス	9.9 (5.6)	6.0	52.8	3.2	175.3	10.5
イギリス	6.9 (5.9)	2.5	110.8	2.8	308.5	7.8
アメリカ	6.1 (5.5)	2.8	93.5	2.6	419.9	11.7

図1 医療提供体制の国際比較（平成29年（2017））。日本は病院数が多いため、1ベッド当たりの医師や看護師の数が、欧米よりも遙かに少ない。日本は医療へのアクセス、コスト、質をすべて成立するよう目指してきた結果といえる。なお病床数の内訳として、精神科病床が33万床と欧米よりも多いのが特徴である。括弧内は急性期病床。[OECD Health Statistics 2019]、日本医師会資料 [https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20210120\\_1.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20210120_1.pdf) による。

医療提供体制の制御は容易でなく、国によって方策は大きく異なる。病院のほとんどが民間経営である米国は市場原理であり、公的経営のヨーロッパは国家管理による。しかし市場原理の

医療は、患者が負担する医療費だけでなく医療人育成にも影響を及ぼす。一方、英国の国営医療も問題が多く、日常的に数百万人が処置待機状態にあり、コロナ禍では1年以上の待機患者が数十万人に達した<sup>(2)</sup>。しかしながら米国、英国、ドイツでは救急は一切断らないというルールがあり、コロナ禍でも入院の問題は少なかったとされる。背景として、救急受け入れと、病院に対する補助金や医師の資格認定が表裏一体となっており、救急受け入れは医療提供体制の制御機構としても機能している。これに対し日本の医療提供体制は、市場原理でも国家管理でもない。診療報酬額や支払いは公的に管理されているが、医療提供体制の主体は民間の病院・診療所のためである。実際、公立の医療施設は全体の14%、ベッド数で22%しか存在せず、米国よりも割合は低い。

こうした医療提供体制は、国の経済が順調の間は問題が少ない。しかしわが国は財政悪化と少子高齢化が急速に進行している。地域医療を持続的にするには、平時と非常時に関わらず、公立・民間・大学病院が連携して役割分担を進め、継続性のある医療体制を確立する必要がある。現在、日本の医療提供体制の羅針盤となっているのが地域医療構想である。これは地域ごとに必要なケアと提供できる医療を勘案し、両者のバランスを図るために診療機関の機能分担と連携を進める構想である。各自治体の地域医療構想推進協議会が調整作業を行う。協議会ではあらゆる関係者、すなわち行政、医療者、保険者、市民の代表が医療提供体制に与える要因を理解して、データに基づいて協議を進める必要がある。しかし現在はコロナ禍もあり、実質的な議論が進んでいない。

## 2 国・自治体の財政が地域医療に与える影響

病院を受診したときに窓口で支払う自己負担は原則30%である。しかし国民医療費全体のなかで自己負担が占めるのは12%である。保険制度を維持するために多額の税が投入されているためである。令和元年（2019）度の国税収入は約62.5兆円だったが、政府一般会

計は約100兆円、うち24兆円は赤字国債の償還分、約34兆円が社会保障費である。社会保障費のうちの12兆円が医療費関連支出で、これと自治体からの支援によって国民皆保険制度が維持されている。

平成30年（2018）度の国民医療費は43.4兆円だった。上述の公費は38.1%、16.5兆円にのぼる。その内訳は国庫11.0兆円、地方自治体5.5兆円である（図2）。また保険料による支払いは49%、自己負担は12%である。

	推計額 (億円)	構成割合 (%)
<b>国民医療費</b>	<b>433 949</b>	<b>100.0</b>
<b>公費</b>	<b>165 497</b>	<b>38.1</b>
<b>国庫</b>	<b>109 585</b>	<b>25.3</b>
<b>地方</b>	<b>55 912</b>	<b>12.9</b>
<b>保険料</b>	<b>214 279</b>	<b>49.4</b>
<b>事業主</b>	<b>92 023</b>	<b>21.2</b>
<b>被保険者</b>	<b>122 257</b>	<b>28.2</b>
<b>その他</b>	<b>54 173</b>	<b>12.5</b>
<b>患者負担</b>	<b>51 267</b>	<b>11.8</b>

図2 財源別国民医療費（平成30年（2018）度）。自己負担分は11%強、保険料による支払いが48%、国と地方自治体からの公的支援が約40%（国が25%、自治体が15%）に及ぶ。平成30年度 国民医療費の概要（厚生労働省）より。

医療費の他に介護費9.6兆円の50%を国、都道府県、市町村が2：1：1で分担している。このように多額の税金が投入されて初めて、日本の保険医療制度が維持されている。

問題は国と自治体の財政悪化である。長期債務残高は、国が915兆円、自治体は192兆円に及ぶ<sup>(3)</sup>。コロナ禍により多額の財政出動が行われた結果、今後、医療費と医療提供体制に対する制約は大きくなると予想される。低経済成長が続くなか、高齢者は2割負担となったが、自己負担のあり方は常に議論が必要である。また地域医療の現場でも医療資源の有効活用が求められる。現場の医師も地域医療構想に積極的に発言することが重要である。

### 3 人口減少と地域医療

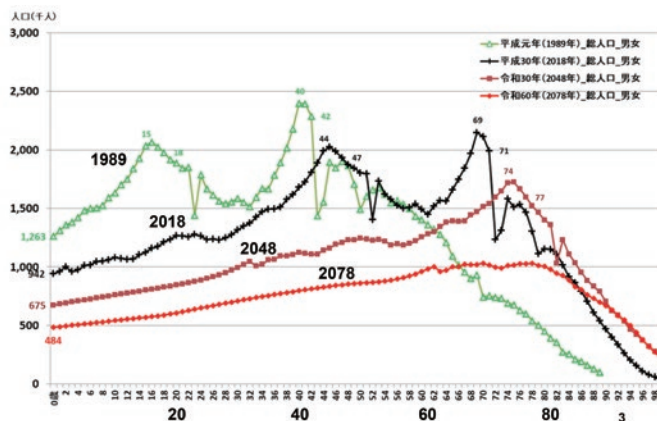


図3 平成元年（1989）、平成30年（2018）、令和30年（2048）、令和60年（2078）の日本の年齢別人口構成。令和30年（2048）には高齢者数のピークを過ぎるが、若年世代が大幅に減少する。国立社会保障・人口問題研究所2017推計より。

国と地域社会に大きな影響を与えているのが、進行する少子高齢化である（図3）。

令和2年（2020）には実に50万5千人の減少だった。地方の県ではすでに毎年1%が減少している。このため40年後の日本の人口は、ピーク時より約3500万人も減少すると予想される。地方人口の減少だけでなく、人口の東京圏一極集中も大きな問題である。過去20年間、転入による人口

増（自治体毎に転入マイナス転出を計算し、プラスとなった自治体分の総数）の9割以上は東京圏（東京、神奈川、千葉、埼玉）への転入だった。その結果、東京圏以外の若年者（15才～29才）は、15年間に30%も減少した。コロナ禍により東京集中は若干緩和された

ように見えるが、東京以外の東京圏への流入は減少していない。こうした状況のなかで地域医療は、地域社会の維持という重要な役割を果たしていることを社会の人たちも知っていただきたいと思う。とくに高齢者が心不全発作を繰り返すと、都会へ転出する要因となることも、現場からよく聞かされる。

図4は群馬県の人口の変化である<sup>(4)</sup>。濃い青色は日本人の自然減（出産マイナス死亡）を示す。すなわち群馬県の日本人は、毎年6千人が自然減少している。薄い青色は社会減（転出）で、2,000人強が群馬県外への転出である。

薄い赤色は外国人の社会増（転入）、濃い赤は外国人の自然増である。全国でも令和2年（2020）の外国人比率は2.25%にまで上昇した。この状態が10年続くと地域社会の姿は大きく変わり、地域医療にも国際医療の視点が求められることになる。

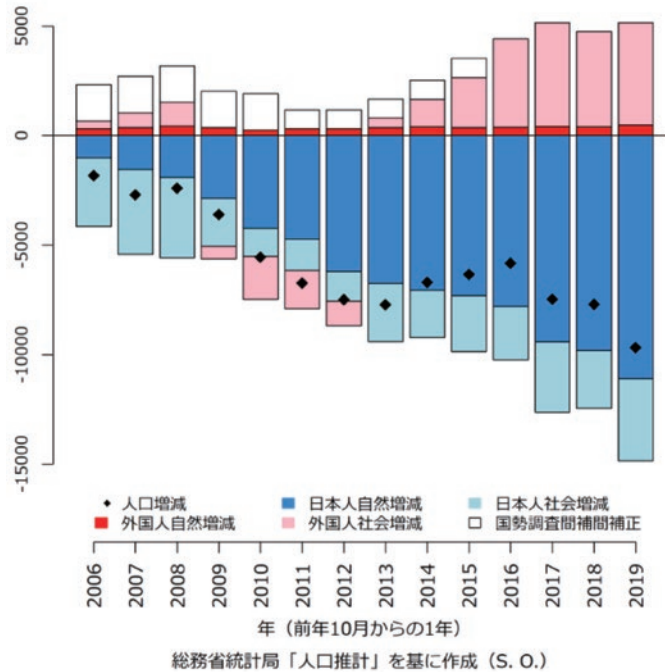


図4 群馬県の各年の人口増減と要因。濃い青色は日本人の自然減（出産－死亡）。薄い青色は社会増減（転出）。薄い赤色は、外国人の社会増（転入）、濃い赤は外国人の自然増である。なお外国人の増減は総増減と日本人増減の差として算出した。日本人の転出と自然減、外国人の転入増が続いている。大林千一氏(自治医科大学客員教授)による<sup>(2)</sup>。

#### 4 地域経済と地域医療

地域医療体制は地域の経済に依存し、逆も真である。都道府県別の医療介護費がGDPに占める割合は、自治体によって大きく異なる。すなわち他に産業があれば地域経済の医療介護への依存度は低下するが、地域に産業が少ないと医療介護への依存度が高まる。全国的には医療介護による雇用は製造業、販売業に次いで三位である。しかし徳島県では、医療介護業がトップであり、とくに若い女性の雇用に大きな役割を果たしている（図5）<sup>(2)</sup>。このため機械的に地域医療を合理化すると、地域経済への影響だけでなく、地域からの人口流出と将来の出生数の低下を促すことになる。

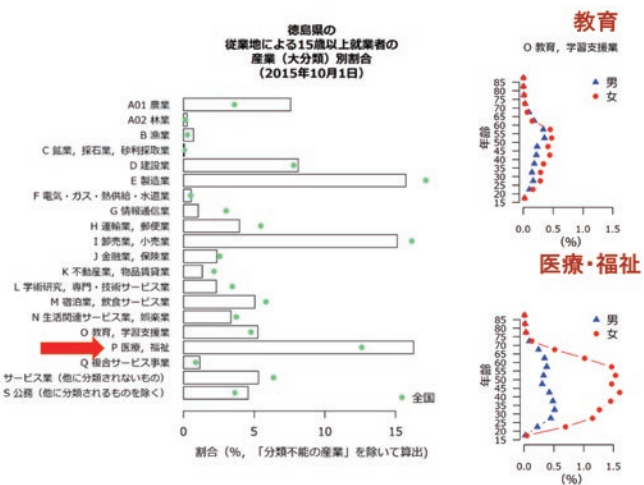


図5 徳島県における業種別就業者数。医療・福祉に従事する若い女性が多いことがわかる。

## 5 タスクシフト・シェアリングと医師の働き方改革

チーム医療が近年重視され、様々な医療職種のタスクシフト・シェアリングが推進されるようになった。実はこれまでも地域医療ではコメディカルスタッフによる診療の補助が欠かせなかった。すなわち医師が行う医行為とされてきた仕事を、地域医療の現場では以前より看護師が重要な役割を担ってきたからである。しかし技術や手順は標準化されていなかったため、業務内容や実施法を統一する必要があった。そこで発足したのが看護師の特定行為研修制度である。希望する看護師は指定研修期間で講習を受けたのち、医師の包括的指示と手順書に従って医行為を実践することができるようになった。平成27年(2015)に発足し、10年間に10万人以上を目指したが、令和3年(2021)1月時点で約3千名にとどまっている。しかしながら医師の包括的指示によって、診療の補助を行えるようになったことは、今後、地域医療に大きく貢献すると期待される。医療者数の少ない地域では、この制度をぜひ活用していただきたいと思う。地域で医療者を育てることが重要だからである。

看護師特定行為研修制度は、チーム医療の推進の視点から法整備されたが、その後、医師の働き方改革の問題もこれに関わるようになった。令和6年(2024)度以後、医師の月の残業時間は1900時間を超えることは認められず、病院管理者は対応に迫られている。この1900時間も特例措置であり、今後、960時間を目指すとされる。現在6万人の医師が960時間から1900時間の残業を行い、1900時間以上は2万人に及ぶ。これを適正化するためには、医師と医療職の間のタスクシフトを推進せざるを得ない。特定行為研修制度は、この点からも地域医療の充実に貢献するはずである。一方で、米国のような診療看護師制度を求める動きも一部にあるが、まずは特定行為研修制度を十分に活用したうえで議論すべきであろう。

## 6 専門医制度が地域医療にもたらした影響

専門医制度も地域医療に大きな影響をもたらす。日本の医療提供体制の特徴を考えると、日本の専門医が欧米のように高度に専門分化することは難しい。とくに欧米では多くの外国人医師や看護師が勤務しており、かつさまざまな医療職へのタスクシフトが進んでいる。このため限られた数であれば、医師は専門医としてのキャリアを歩むことができる。また欧米では総合

専攻医	東京1811(研修1350)	全国8394(研修8409)
内科	536	2671(高知8、宮崎9)
外科	177	807(群馬、山梨、高知1、福井2)
小児科	130	562(佐賀、徳島0、岩手、山形、富山、山梨1)
産婦人科	104	442(岩手、福井、鳥取、徳島、宮崎1)
整形外科	116	550(山梨0、福井、鳥取1)
精神科	98	440(山口、香川0、島根、長崎1)
皮膚科	89	275(山形、鳥取、徳島、香川、佐賀、長崎0)
眼科	77	327(青森、山梨、長野、徳島、長崎0)
耳鼻咽喉科	61	264(山梨、長野、和歌山、徳島、長崎0)
泌尿器科	51	271(福島、福井、香川、沖縄0)
脳神経外科	43	224(青森、山形、新潟、山梨、鳥取、山口、宮崎、鹿児島、沖縄0)
放射線科	51	263(山形、富山、徳島0)
麻酔科	105	498(和歌山、大分1、山形、福井、鳥取2)
救急科	58	266(秋田、島根、大分0、山形、静岡、三重、鳥取、山口、愛媛、佐賀1)
形成外科	53	162
総合診療	13	184

図6 平成30年(2018)の第一回専攻医募集の結果。専攻医募集数が応募者の数倍に及んだため、東京への集中など、自治体間の偏りを生んだ。永井作成。

医制度も発達している。しかしながらわが国では外国人医師の活用やタスクシフトは進んでおらず、この状況ですべての医師が専門分化を目指せば、専門の間に生じた隙間を埋めることはできず、医療システム全体に大きなひずみが生ずることになる。

実際、平成30年（2018）に新専門医制度が開始されたときに、東京を始めとする大都会に専攻医が集中し、県によっては外科専攻医が1名になるなど、地域医療に大きな影響が生じた（図6）。その後、東京集中を防ぐために地域ごとのシーリングが決められ、若干調整されるようになったがまだ十分でない。応募枠が希望者数よりはるかに多いため、専攻医の都会への集中を止めることはできないからである。研修医制度のように、応募枠と希望者枠を均衡させ、地域で専門医を育てられるよう医療を充実させることが本来のあり方である。

日本の専門医制度は専攻分野の入り口の振り分けをする機能をもつが、外科医の高度な訓練にはさらなる修練が必要である。一方で多くの専門医が一線で活躍する時期は短い。

脳外科医や心臓外科医のような人手が足りない領域でも、人口当たりの医師数は米国の数倍だが、一人の外科医あたりの手術数は、数分の一という状況が生まれている（図7）。

これは医行為を行える医師以外の医療スタッフがいないために、若い医師を専門医としてトレーニングしなければ、高度な医療を行えないという状況があるためである。

したがって専門医制度を充実させるには前述のタスクシフト・シェアリングを避けられない。また専門医資格をもっているシニアになると、多くの医師が地域医療に従事することを考えると、専門医を目指す医師に総合医療や地域医療のトレーニングを行い、総合的に診療できる能力の上に専門分野をもつように育成することが重要である。さらに医師の需給関係が今後ダイナミックに変動することを考えると、トレーニングを目的とした滞在期間限定の外国人医師の活用も考慮すべきであろう。

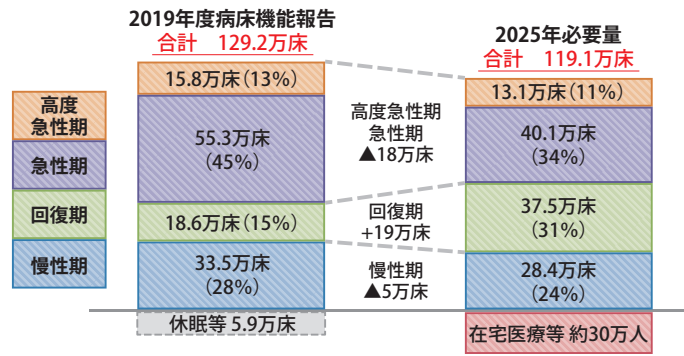
## 7 地域医療構想

令和7年（2025）には、全ての団塊世代が後期高齢者となる。少子高齢化時代を見据えて平成24年（2012）から平成25年（2013）にかけて社会保障改革国民会議が開催され、医療提供体制についても議論された。報告書では、地域完結型の医療、病床の機能分担、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、かかりつけ医、総合診療医、川上から川下までの医療提供者間のネットワーク化、医療・介護のネットワーク化、病床機能報告制度、地域医療ビジョンの策定、財政支援、医療職種の職務見直し、医療データの利活用、データによる医療システムの制御などが謳われた<sup>(5)</sup>。

胸部外科				脳外科				
医師数		手術症例数		医師数		手術症例数		
全体	10万人当	全体	1医師当	全体	10万人当	全体	1医師当	
米	4737	1.6	26.6万	56.1	3500	1.2	217.1万	620.3
日	5745	4.5	10.5万	18.2	6880	5.4	19.1万	27.8

図7 外科医数と手術症例数。日本は米国に比べて心臓血管外科医と脳神経外科医数は多いが、一人の外科医あたりの手術数は極めて少ない。田林暁一氏（元東北厚生年金病院病院長）による。

これに基づいて策定されたのが地域医療構想である。地域における医療需要を考慮して医療機関や病棟を機能別に分け、役割分担と連携を進めるといった構想である。これまでの日本では急性期病床が多く、回復期や慢性期の病床が少ない。そこで急性期病床から回復期と慢性期病床への切り替えや、30万人の在宅医療の確保が政策課題に挙げられている。



(出所)：厚生労働省「2019年度病床機能報告」等

図8 令和7年(2025)の医療機能別必要病床数の推計。高度急性期と急性期病床を回復期病床に転換することが求められている。また30万人の在宅医療を確保しなければならない。厚生労働省「2019年度病床機能報告」による。

これを実現するために、各自治体に置かれた地域医療構想推進協議会がそのかじ取りをすることとなった(図8)。

しかしながら基礎となるデータは必ずしも十分でなく、また病院経営に関わる重大問題であるため、協議が進んでいない。しかしポストコロナ時代の社会変化、とくに少子高齢化と財政難を考えると、地域医療構想を軸とした医療制度改革を避けることができない。

### おわりに：日本の地域医療に対する提言

医療提供体制はさまざまな要因が関与し、相互にフィードバックがかかる複雑系を構成する。したがってわが国の地域医療のあり方は唯一の正解があるわけではなく、様々な関係者が議論をし、よりよい方向に向ける継続的な営みがあるのみである。そのためにも地域医療の状況を示すデータが必要である。しかしデータ至上主義に陥らないことに注意が必要であり、データは地域の個別の事情も含まなければならない。そのうえで日本の医療体制の長所を生かしつつ、微調整を繰り返す必要がある。そのためにも以下の点が重要である。

- 1) 医療における市場原理を抑制
- 2) 地域医療構想調整会議の実体化
- 3) 公的医療データおよび診療データに基づき、医療体制・医療内容の可視化と標準化
- 4) 救急対応を考慮した医療提供体制改革
- 5) 医療職種の業務範囲の見直しによるタスクシフト・シェアリングの推進
- 6) 民間病院、公立病院、大学病院を一体とした改革
- 7) 医療開発研究・医療イノベーションの推進
- 8) 総合的診療能力をもつ専門医の育成
- 9) 医学教育のなかで「社会的共通資本としての医療」を徹底

医療の実践には全人的な取り組みが求められる。医療提供体制の議論にも幅広い視野と異なる立場に対する理解が欠かせない。その意味で地域医療に従事しながら医療のあり方

について発信できる医療人の育成が求められる。現在、文部科学省の「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会」では、医学・歯学・薬学に共通する教育目標として、「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」を掲げるようになった。これはまさに自治医科大学の教育理念である。

行政も臨床医学に倣って「科学的根拠に基づく行政（EBPM）」を目指す時代である。EBMの経験豊富な地域医療の専門家が、地域医療構想でもリーダーシップを発揮していただきたいと思う。

## 文献

- (1) 宇沢弘文 社会的共通資本（岩波新書）、2000
- (2) BBC News The NHS Covid legacy-long waits and lives at risk  
<https://www.bbc.com/news/health-57092797>、2021
- (3) 財務省主計局 我が国の財政事情—国と地方の長期債務残高（令和元年12月）  
[https://www.mof.go.jp/policy/budget/budger\\_workflow/budget/fy2020/seifuan2019/04.pdf](https://www.mof.go.jp/policy/budget/budger_workflow/budget/fy2020/seifuan2019/04.pdf)、2018
- (4) 大林千一 地域人口関連統計図表 <http://pop-obay.sakura.ne.jp/>
- (5) 社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋、<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>、2013