

横浜市におけるプライマリ・ケア進展の可能性と課題

安川 文朗・吉永 崇史・根本 明宜・
勝山 貴美子・中田 喜文

はじめに

2014年の診療報酬改定で、わが国にはじめて明示的に「主治医（＝かかりつけ医）」が法的な位置づけを与えられた。具体的には「地域包括診療料」と「地域包括診療可算」というふたつの診療点数の新設により、診療所または200床未満の病院において高血圧、糖尿病等複数の疾患を持つ患者に対して、医療上の管理や健康診断の推奨、介護の手続きなど、医療から介護に至る一連の患者対応をおこなっている医師を「主治医」として認定し、月額15,000円（1,500点）が可算されるのである。同年に華々しく打ち上げられた「地域包括ケア」のいわば根幹を支える人材として、主治医の役割が明確に示されたことは、今後のわが国医療が、大病院の急性期医療（セカンダリ・ケア）中心の体制から地域のプライマリ・ケア中心の体制へと転換する契機を象徴するものといえよう。

しかし、こうした重要な役割を担うべき「主治医」が現在そして将来にわたり十分に確保できるかといえば、必ずしも安心できる状況ではない。厚生労働省『平成26年度医師歯科医師薬剤師調査』によると、大学病院等医療病院を除く一般病院で働く医師の数は、診療所で働く医師の約1.4倍であるが、この差は近年わずかではあるが徐々に拡大しつつある。かつて昭和60年（1985年）以前は、診療所で働く医師のほうが病院で働く医師よりも多かったが、いまや診療所は、住民の健康保持の最前線というより、病院患者の退院後の受け皿として後方部隊の役割を担うようになってきているといえる。このような傾向が現実存在するなかで、地域包括ケアの

進展を通じて地域住民の医療ニーズを真っ先に掬い取り、慢性疾患への移行を防いで、結果的に適正な医療費のもとで安定した地域医療を提供するために、地域住民の健康の「番人Gatekeeper」としてのプライマリ・ケア従事医師をどう確保すべきであろうか。

本稿では、このような問題意識に対して、わが国全体の現在および将来の医師需給動向を公的統計から構造的に俯瞰するとともに、医療現場で働く医師の就労実態と役割、さらに地域包括ケアの推進に対する医師としての貢献意思を把握分析しながら、将来の地域におけるプライマリ・ケア従事医師の確保策を検討する。

本稿の構成は以下のとおりである。まず第1章では、いくつかの公的統計から、施設別診療科別そして地域別での医師数の動向や、医師の需給に関する政策的動向とその特徴を確認し、続いて第2章で、本稿の関心事である地域のプライマリ・ケアを担う医師の実態把握を難しくしている要因を明らかにする。次に第3章では、論点を絞りわかりやすくするために、分析の対象を横浜市に限定し、市内における病院勤務医師と診療所勤務医師の近年の動向を“フロー”と“ストック”というふたつの観点から観察する。“フロー”は当該地域において一単位期間の間にどれだけの医師が流入し流出したか（migration）を、“ストック”はその結果として当該地域にどれだけの医師が蓄積したか（endowment）をみるものであり、横浜市のプライマリ・ケア従事医師数を静態的にカウントするのではなく、構造的なダイナミクスを明らかにすることで、今後の横浜市のプライマリ・ケア従事医師確保の方策に関する重要な示唆を得られるであろう。

しかし、医師の確保とはすなわち医師の就労働機を促すことにほかならない。そして医師自身の就労意欲や意識は、医師を取り巻くさまざまな社会経済状況に左右される。そこで第4章では、筆者らが独自に作成した質問によるアンケート調査を通じて、病院および診療所で働く医師の現在および将来の“仕事と役割”に対する認識のデータを収集し、その分析結果から、前章の“フロー”と“ストック”からみた構造的な特質の今後の変

容可能性を探る。もちろんこの分析は、あくまで現在の医師の主観的な意見の解析であり、将来の彼らの行動を保障できない、いわば“潜在的”な医師供給予測である。しかしこうした予測を加えることで、わが国が目指す地域包括ケアを実現するため必要な医師の処遇や就労環境の改善、また地域住民がどのように医師たちと関わるべきかについて、少なからぬヒントが得られるのではないと思われる。そして本稿の残りの部分では、本稿における分析の限界と課題、今後の研究の要諦が示される。

なお本稿は、平成28年度文部科学省科学研究費補助金研究「ニーズベースの医師需給再推定と地域医療資源配置の医療経済分析（研究番号16H03634）による研究成果の一部である。

1. わが国における医師供給の実際と将来予測

1-1. わが国の医師供給の現状

医師の供給動向を推測するには、医科大学の定員の増減や卒業生の就業動向といったインバウンド要因と、定年退職や離職動向といったアウトバウンド要因を基礎として、現在の医師人口の年齢構成や男女比、また診療科や就業医療施設の傾向、就労環境の変化や地域の医療需要の変化など、多数の変動要因を考慮しなければならない。文部科学省のデータによれば、2016年度における全国の大学医学科の入学定員総数は9,262名で、2011年の東日本大震災以降、毎年28名から128名の幅で増員されている¹。いっぽう、医師としての業務から引退した者等の正確な数を把握するのは難しいが、たとえば2012年12月現在の医師総数が303,268名、2014年同月が311,205名であり、また同年に医師免許を取得して医師として業務につく

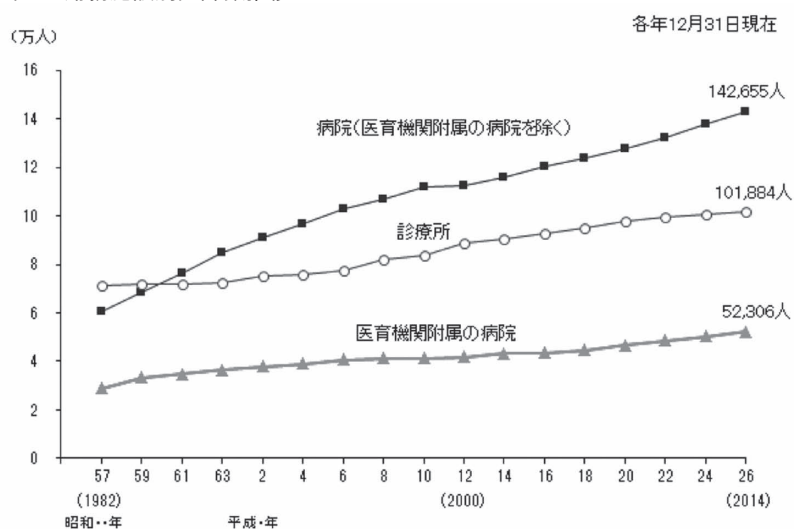
¹ 2016年度と2017年度にそれぞれ新設医学科が認められていることから、2017年度はさらに100名ほどの定員増が見込まれる。

者（いわゆる研修医も含む）がそれぞれ約7,000名ずつあったと仮定すると²、2012年の303,268名に14,000名を加えた317,000余名から2014年の311,205名を差し引いた約6,000名前後が、2013年と2014年の2年間に引退したと推測できる。こうしたインバウンドとアウトバウンドの状況から、公式統計が示すとおり、病院および診療所に勤務する医師の数は、1980年代以降一貫して増加している（図1）。つぎに診療科や施設ごとの医師数の傾向（偏向というべきか）をみると、すでに図1で確認したように、80年代前半に病院と診療所の勤務医師数が逆転した後、徐々に病院勤務医師数と診療所医師数の差が開きつつある。また診療科別医師の割合を病院と診療所それぞれでみると、どちらの場合も内科系医師が最も大きな割合を占めており、外科系と整形、泌尿器などの加齢と関係の深い疾患系の医師が続いている。診療科の分布からいえば、病院に比べて診療所のほうが内科、小児科といった初期医療と関わりの深い診療科と、整形外科・リハビリテーションといった高齢者の利用の多い診療科、それに眼科、皮膚科といったおおきく3つの診療科が中心であり、また病院では小児科や産婦人科系の医師が相対的に少ない（表1）。しかもこの傾向は、都道府県ごとで均一ではなく、たとえば人口10万人当たりの小児科を主たる専門とする医師の数は、最低の茨城県（75.3人）から最高の東京都（153.4人）まで倍近い差があり、しかもそうした差は地域や県の人口規模とは無関係にばらついている（図2）。

さらに診療科ごとの医師数増減をみると、1994年から2014年までの20年間で、小児科では約25%の増加が見られるのに対して、産婦人科および産科では約2.7%の、外科では約0.7%の減少となっている。いっぽう、医師の年齢構造を、病院/診療所別および診療科別に確認すると、病院で勤務する医師の2014年時の平均年齢は44.2歳、診療所のそれは59.2歳で、診

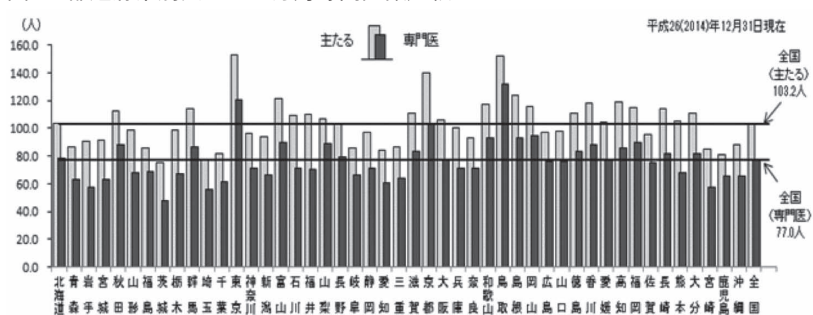
² 文部科学省のデータでは、2007年度の医学科定員が約7,500名と報告しているので、7,000名という数は2005年前後の定員を若干少なく見積もっている。

図1：勤務施設別医師数推移



出所：厚生労働省『平成26年度医師歯科医師薬剤師調査』

図2：都道府県別人口10万対専門医数比較



出所：厚生労働省『平成26年度医師歯科医師薬剤師調査』

表1：全国の診療科別病院数および診療所数

	総数		病院		診療所	
	医師数(人)	(%)	医師数(人)	(%)	医師数(人)	(%)
総数	296 845	100.0	194 961	100.0	101 884	100.0
内科	89 234	30.1	34 082	17.5	55 152	54.1
呼吸器内科	13 499	4.5	6 486	3.3	7 013	6.9
循環器内科	23 319	7.9	12 010	6.2	11 309	11.1
消化器内科(胃腸内科)	30 738	10.4	13 409	6.9	17 329	17.0
腎臓内科	5 847	2.0	4 073	2.1	1 774	1.7
神経内科	7 493	2.5	5 153	2.6	2 340	2.3
糖尿病内科(代謝内科)	7 970	2.7	4 676	2.4	3 294	3.2
血液内科	3 227	1.1	2 871	1.5	356	0.3
皮膚科	14 644	4.9	3 915	2.0	10 729	10.5
アレルギー科	7 289	2.5	744	0.4	6 545	6.4
リウマチ科	6 587	2.2	2 470	1.3	4 117	4.0
感染症内科	1 008	0.3	682	0.3	326	0.3
小児科	29 878	10.1	10 734	5.5	19 144	18.8
精神科	16 780	5.7	11 888	6.1	4 892	4.8
心療内科	6 079	2.0	2 056	1.1	4 023	3.9
外科	27 738	9.3	16 283	8.4	11 455	11.2
呼吸器外科	2 224	0.7	2 092	1.1	132	0.1
心臓血管外科	3 466	1.2	3 157	1.6	309	0.3
乳腺外科	2 973	1.0	2 318	1.2	655	0.6
気管食道外科	977	0.3	501	0.3	476	0.5
消化器外科(胃腸外科)	8 253	2.8	7 054	3.6	1 199	1.2
泌尿器科	8 490	2.9	5 242	2.7	3 248	3.2
肛門外科	4 501	1.5	1 687	0.9	2 814	2.8
脳神経外科	7 819	2.6	6 306	3.2	1 513	1.5
整形外科	25 256	8.5	14 101	7.2	11 155	10.9
形成外科	3 512	1.2	2 027	1.0	1 485	1.5
美容外科	1 039	0.4	179	0.1	860	0.8
眼科	13 147	4.4	4 721	2.4	8 426	8.3
耳鼻いんこう科	9 446	3.2	3 790	1.9	5 656	5.6
小児外科	1 212	0.4	896	0.5	316	0.3
産婦人科	10 785	3.6	6 533	3.4	4 252	4.2
産科	805	0.3	492	0.3	313	0.3
婦人科	2 569	0.9	1 028	0.5	1 541	1.5
リハビリテーション科	17 119	5.8	6 370	3.3	10 749	10.6
放射線科	9 503	3.2	6 439	3.3	3 064	3.0
麻酔科	10 819	3.6	8 849	4.5	1 970	1.9
病理診断科	1 867	0.6	1 804	0.9	63	0.1
臨床検査科	764	0.3	738	0.4	26	0.0
救急科	3 801	1.3	3 721	1.9	80	0.1
臨床研修医	15 340	5.2	15 321	7.9	19	0.0
全科	179	0.1	91	0.0	88	0.1
その他	6 151	2.1	4 346	2.2	1 805	1.8
不詳	425	0.1	339	0.2	86	0.1

出所：厚生労働省『平成26年度医師歯科医師薬剤師調査』

療所で勤務する医師の高齢化が顕著であるとともに、病院勤務者のなかでは内科医師の平均年齢が50歳を超えており、診療所では内科、小児科、外科、産婦人科など、基幹的診療科の医師は軒並み平均年齢が60歳を超えている³。

年齢と合わせて、今後の医師供給のありように影響を及ぼす女性医師の動向を確認しておく、1980年代にわずか数パーセントにすぎなかった女性医師数は、その後徐々に増加して、2014年度では医師全体の19.7%を占めるにいたっている。なおこの数は実際に診療に従事している者の数であり、医科大学への入学者に占める女性の割合をみると、2014年では入学者全体の35%近くに達している。この傾向が続くとすれば、近い将来医科大学入学者の半数近くが女性になると予測され、女性医師のライフサイクルに適合した就労環境の実現が喫緊の課題となる⁴。

このように、医師の高齢化、女性医師の増加、そして医療機関における診療科の偏在と地域間でのアンバランスという現実のなかで、いわゆる団塊世代の医師が数年後に大量に診療業務から引退あるいは仕事の制限を強いられるとすれば、今後、新規参入（インバウンド）の医師が一定数の水準を保ったと仮定しても、はたして労働力（ワークフォース）としての医師数が安定的に確保され続けるかどうかは、注意深い検討を加えるべき重要な政策課題であることが理解できる。

1-2. 医師需給に関する議論の経緯

ではこれまでわが国で、医師の需給に関してどのような認識のもとでどのような政策がとられてきたのであろうか。ここでは昭和45年以降の医師需給に関わる主要な政策的議論の経緯を整理してみたい。

³ いずれのデータも「平成26年度医師歯科医師薬剤師調査」結果から引用

⁴ ただし、女性医師の割合が2割近くになったといっても、国際比較では日本はOECD諸国中韓国とならんで最低水準に止まっていることに注意。

表2：医師需給に関わる主要な政策的議論の経緯

年	議案/事項
1970年	「最小限必要な医師数を人口10万人対150人とし、これを昭和60年を目処に充たそうとすれば、当面ここ4～5年のうちに医科大学の入学定員を1,700人程度増加させ、約6,000人に引き上げる必要がある」との見解が出される。
1973年	「経済社会基本計画」(閣議決定)において「医科大学については、計画期間中に医科大学(医学部)のない県を解消することを目途として整備を進める(いわゆる「一県一医大構想」)との見解出される。
1981年	琉球大学医学部開設により、いわゆる「一県一医大構想」が達成。
1983年	「人口10万人対150人」の目標医師数達成。
1985年	「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において「当面、昭和70年(平成7年)を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある」との見解出される。
1993年	医学部入学定員が7,725人(昭和61年からの削減率7.7%)。
1994年	「医師需給の見直し等に関する検討委員会意見」において「昭和61年に佐々木委員会が最終意見で要望し、大学関係者も昭和62年に合意した医学部の入学定員の10%削減が達成できるよう、公立大学医学部をはじめ大学関係者の最大限の努力を要望する」との見解出される。
1997年	「財政構造改革の推進について」(閣議決定)において「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き医学部定員の削減に取り組む」との見解出される。
1998年	医学部入学定員が7,705人(昭和61年からの削減率7.8%)。「医師の需給に関する検討会報告書」において「新規参入医師の削減を進めることを提言する」との見解出される。
2006年	「医師の需給に関する検討会報告書」において「すでに地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにも係わらず人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある」との見解出される。
2007年	「緊急医師確保対策」(政府・与党)において「医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成を推進する」との見解出される。
2008年	「経済財政改革の基本方針2008」(閣議決定)において「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する」との見解出される。
2009年	「経済財政改革の基本方針2009」(閣議決定)において「地域間、診療科間、病院・診療所間の医師の偏在を是正するための効果的な方策及び医師等人材確保対策を講ずる」との見解出される。
2010年	都道府県の地域医療再生計画等に基づき地域医療等に従事する明確な意思を持つ学生に対して奨学金を給付する「地域枠」の制度が開始。「新成長戦略」(閣議決定)において「医師養成数の増加、勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保とともに、医療・介護従事者間の役割分担を見直す」との見解出される。
2015年	「経済財政運営と改革の基本方針2015」(閣議決定)において「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点から踏まえた医師・看護職員等の需給について検討する」との見解出される。

* 「医療従事者の需給に関する検討委員会議事録平成27年12月10日資料」より引用。

表2から、1970年から2015年までのおよそ半世紀の間に、わが国では医師の需給に関して3度の政策的転換を経験していることが確認できる。第一の転換は、それまで医師需給の基準が明示されていなかった1970年に、わが国における必要医師数の目標値を人口当たり数で定め、この達成を明確な政策的目標としたことである。人口10万人対150人という数値は、OECD諸国の同数値を参考に定めたものと思われるが、いずれにせよこの目標値に向かって、医師の増員目標が明確になったことは大きな政策的意義があった。この目標値に向かった医師増員策は、目標値到達宣言がなされた1983年まで14年間継続され、その間一県一医科大学というわが国の基本的な医師養成の体制が確立された。しかしこのことは、目標値に達したからといって、医師養成数を容易に減らすことができない大学側の事情により、何らかの政策的ブレーキをかけない限り、更なる医師養成が持続することを意味する。そこで政府は、目標医師数達成宣言から2年後の1985年に、今度は全国レベルでの医師養成数削減策を打ち出すこととなった。これが第二の転換であり、この方針は少なくとも1998年までほぼ14年間確認され続けることになる。

医師数増加方針が14年間、その後の医師養成策が同じく14年間続くのは偶然とはいえ注目に値するが、問題はその後の展開である。1999年に国内数か所の大規模病院で深刻な医療事故が連続して発生し、医療の質と安全が十分担保されない要因として医療機関における医療従事者の不足が問題視された。また同時に、それまでも存在した地方における医師絶対数の不足や偏在が、地方自治体の地域保健医療計画の策定過程で、よりリアルに認識されるようになったこと、また、都市部地方部を問わず、医療技術の高度化や電子カルテの導入、医療情報ネットワークの拡張など、本来医師の業務支援として導入されたさまざまな技術がかえって医師業務の煩雑化を招き、結果として医療現場における医師や看護師の不足が強く意識されるようになったことなどが相乗効果となって、2006年に政府は、それまでの医師数抑制策から、「地域的な医師の偏在の是正」という名目で

医師需給の抜本的な見直しに着手した。これが第三の転換である。以後、2008年に「過去最大程度までの医師数増員」がうたわれながら、医師養成数は再び増加に転じることになる。ただ2006年以降の第三の転換では、単に医師数を増加するというだけでなく、「立ち去り型サボタージュ」という言葉⁵に代表される、診療や診療外の業務過多による離職者増加への対応としての「勤務環境や処遇改善」、また医師の業務の一部を他職種で代替することを意図した「医療・介護従事者間の役割分担の見直し」など、必ずしも医師数の増加だけでは解決しない医療現場の複雑な実情への対応が認識されていることに注意すべきである。つまり第三の転換では、医師需給問題は医師の数の増減だけで解決するわけではなく、就労環境や患者の医療に対する意識の変化、社会経済的状況の変化といった、さまざまな交絡要因を並行して解決することが求められているのである。

2. プライマリ・ケアを担う医師の状況と 労働力把握の困難性について

2-1. なぜプライマリ・ケアか

わが国の医師全体の需給動向を確認できたところで、いよいよ本稿の関心事である地域における初期医療、すなわちプライマリ・ケアの担い手に関する議論に進むこととしよう。米国国立科学アカデミーによる定義(1996年)によれば、プライマリ・ケアとは「患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービス」である⁶。この定義に従えば、

⁵ 小松秀樹『医療崩壊～立ち去り型サボタージュとは何か～』朝日新聞社 2006年

⁶ 日本プライマリ・ケア連合学会 HP より <http://www.primary-care.or.jp/paramedic/>

家族及び地域という枠組みのなかで、彼らの健康上のあらゆる問題に対して総合的に責任を負う医療及び医師こそ、プライマリ・ケアの神髄でありプライマリ・ケア従事者の真骨頂ということになる。

本稿が「プライマリ・ケア」従事者に注目する理由は、2013年に厚生労働省から出された「地域包括ケアシステム（英語で標記すれば Comprehensive Community Care System: CCCSであり、本稿では以後CCCSと略記する）」推進の方針と深く関わっているが、CCCSの主眼は、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」しくみを地域に構築すること⁷であり、そこでは、介護予防や医療と介護との適切な橋渡しなど、地域住民の包括的な医療介護ニーズに対応できる「かかりつけ医」の存在が不可欠とされている。すなわち、プライマリ・ケアサービスに対応した医師の存在が前提とされているのである。先に論じたように、日本では2014年に診療報酬上の「かかりつけ医」制度への移行促進策を導入しているが、本稿の議論は、診療報酬を算定しているいわば“みなし”かかりつけ医の問題ではなく、うえのような実質的に地域住民の健康保持と介護予防、さらに「二次医療」への適切な紹介と退院後の対応ができるプライマリ・ケアサービスを担える医師が、現在どのくらい存在した今後どの程度必要となるか、という議論である。

わが国におけるプライマリ・ケアの必要性への認識は、行政サイドでは1986年に厚生省健康政策局が諮問した「家庭医に関する懇談会」を嚆矢とするが、医師サイドでは、すでに1970年代にプライマリ・ケア学会が発足し、そこから派生した家庭医療学研究会が実践的なプライマリ・ケア医療の拠点となった。いずれも「家庭医」という名称を使っていることから、

⁷ 厚生労働省 HP による解説より抜粋 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

わが国におけるプライマリ・ケアは家庭医＝ファミリー・ドクターの（提供する）サービスと同義として理解されてきたことがわかる。いっぽう、（社）日本専門医制評価・認定機構⁸が2013年に公表した加盟学会ごとの「専門医数」一覧では、日本プライマリ・ケア学会から発展した日本プライマリ・ケア連合学会認定の家庭医療専門医の数は385名と報告されている。およそ32万人の届け出医師数からすると、わずかに0.1%に過ぎない数であり、まさにこのことが、政府をして診療報酬上のインセンティブを導入して「かかりつけ医」増加を図らざるを得ない背景であろうと思われる。

2-2. プライマリ・ケア問題を考えるうえで諒解すべき背景

ところで、プライマリ・ケアおよび専門医の数や育成に関する議論をおこなう際には、いくつか諒解しておくべき背景がある。その第一は、前章でふれた、近年の医師需給の「第3の転換」で示された、医療機能の役割分担の明確化という政策方針である。医療機能の役割分担とは、具体的には、1) 医療機関の機能を「超急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つに分け、患者の診療内容との整合性をふまえつつその機能に応じた診療報酬上の評価を行うこと、2) 看護師や薬剤師、理学療法士など、医師の業務を補助・補完する職種が、それぞれの独自の専門性を発揮して、これまでもっぱら医師のみが担ってきた業務の一部を分担できるようになること、が含まれる。言い換えれば、医療施設単位でも医療従事者の専門性単位でも、一施設や一人の医師があればこれに対応することで生じる医療の質低下や、患者にとっての医療選択の非効率を是正し、適切な施設で適切な専門性をもつ医療者が、適切なケアを提供する態勢を整備するのである。実際、この方針に対応して、厚生労働省は2011年に「専門医のあり方に関する検討会」を立ち上げ、これまで各医学会が独自に行っていた「専門

⁸ 2014年5月本機構は解散され、「一般社団法人日本専門医機構」に再編された。

医」の認定を「日本専門医機構」⁹に一元的に委譲することで、すべての医師が何らかの専門医として登録し、その専門性を適正に行使できる環境整備に着手した。さまざまな理由から「日本専門医機構」による専門医認定作業は2017年度現在まだ開始されていないが、早晚医師の「全専門医化」が実現することになる。そして当然ながら、このなかにはプライマリ・ケアの専門医も含まれる。これまでは、さまざまな専門を持つ医師が、いわば“専門外”の余技としてプライマリ・ケアの提供を行ってきたのが実情であり、役割分担の明確化と専門医制の導入は、わが国において今後（実質的な）プライマリ・ケアを専門領域とする医師に求められる資質や、期待される就業者数を考えるうえで重要な手がかりを提供する。

第二の背景は、わが国における診療所の機能が、多くの欧州諸国におけるプライマリ・ケアの提供を目的としたものとは、実質的にかなり異なっていることである。もちろん制度論的には、病院と診療所にはそれぞれ異なる役割機能が期待されており、病院が重篤な疾患の患者や高度な診療行為を担う専門機関であるのに対し、診療所は病床を持たない（持っても20床未満）、病気の初期治療や安定期にある患者の治療や在宅医療をおこなう機関とされている¹⁰が、実際には診療所の多くが、特定の診療科を標ぼうし、病院にも設置されているような診断治療機器を備え、診療科によっては簡単な手術も可能な医療態勢を整えている。つまり、制度論的には診療所と病院は「初期医療」と「高度医療」という役割分担が想定されているものの、現実には両者は競合関係にあり、それゆえに患者も、診療所と病院の上記のような役割機能を明確に区別していないことが多いと考えられる。

⁹ 前出の（社）日本専門医評価・認定機構の後継組織。

¹⁰ 公益社団法人全日本病院協会の資料による。

2-3. プライマリ・ケアの実態把握における困難性

上で示した二つの背景は、わが国におけるプライマリ・ケアの実態を把握しようとする際の大きな障壁となっている。具体的には、わが国にはプライマリ・ケアという診療科名が存在しないため、どれだけの医師が実際にそれを専門としているのかが統計上つかめないこと、そして患者が、制度論的な意味でプライマリ・ケアからセカンダリ・ケアへという医療の流れに沿った受診行動をするとは限らないため、仮に優れたプライマリ・ケア専門医が存在しても、その需要を予測することが難しいことである。

前者の問題は、どこまでをプライマリ・ケアの医療とみなせるかという問題に置き換えられる。先述の「医師歯科医師薬剤師調査」からは診療科別施設別の「専門医」数を把握することができ、たとえば「診療所」に従事する「総合内科専門医」と「小児科専門医」の合計数は、2014年時点で11,000人ほどであることがわかる。そして、これら両専門医が現実にはプライマリ・ケアに相当する医療の一部を提供している割合は高いと推測されるものの、さきの定義のとおり「患者の抱える問題の大部分に対処」し、かつ「継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療」を行っているかどうかを確認することは難しい。仮にそのようなケアが地域住民に提供されているとしても、全医師数のわずか3%強の数で、地域における子供から高齢者までの一次医療をすべて担いきることの困難さは、容易に想像できるだろう。では、わが国のプライマリ・ケア提供体制はどう評価できるであろうか。

ひとつの方法は、診療所で提供される医療サービスを、リハビリや眼科、出産目的の産科を含む特殊診療科を除くすべてと考えて計算することである。この場合、先のプライマリ・ケアの定義をそのまま当てはめるのではなく、地域住民のファースト・コンタクトの場としての診療所サービスをプライマリ・ケアと読み替える必要がある（本稿における分析では、基本的にこの方法でプライマリ・ケアを定義している）。もうひとつの、より間口の狭い方法は、実際に地域住民と生活指導や健康相談を含む、日常的に深

い関係を取り結んでいる診療所（の医師）のみをプライマリ・ケア医としてカウントする方法である。現実的には、病院への紹介状を多く発行して患者を積極的にセカンダリ・ケアに紹介している診療所や、在宅医療、訪問診療を積極的に行っている診療所を“正味の一次医療提供者”とするのである。しかしこのような再定義をしたとしても、プライマリ・ケア従事医師を正確に補足する難しさが解消するわけではない。なぜなら、生活指導や健康相談といっても、たとえば糖尿病や高血圧など生活習慣病の患者に対して、生活指導は重要な治療の一環として用いられる。また近年在宅医療でも病院での治療の多くがそのまま実践される事例が増えているため¹¹、在宅医療イコール一次医療とはならない場合が多いからである。

いっぽう後者の問題は、わが国の医療制度が抱えるより深刻な課題を反映している。この問題はしばしば「患者の大病院志向」という言葉で話題となるが、医療経済学的に表現しなせば「患者の受診行動特性における病院選択の問題」ということである。自身の健康が実際に損なわれた場合だけでなく、健康上の不安を抱いた場合も含めて、多くの住民が診療所ではなく病院（しかも大規模病院）を選択するという現象は、以前から研究者の関心をひいていた（たとえば関田ほか（1983）、杉澤ほか（1995）、中島（1998）など）。病院は多くの診療科があり、確かに人々にとって健康上の不安を早く払しょくするためには好ましい場所と思われるが、診療所と比べて各段に待ち時間が長い。それでも人々が病院を受診したがるのは、ひとつには患者の直面する（病気に関する）不確実性が大きいからである。診療所で一つの診療科のみで診察を受け、もし病気の原因が当該科とは異なる領域である場合、治療のタイミングがずれてしまう。そこで人々は、病院という多数の診療科を持つ機関を（たとえ長時間待たされても）受診をする。もし自分が重病であったとしても、医療設備やスタッフが整っ

¹¹ たとえば在宅経管栄養治療（HIT）や在宅ホスピスなど、病院での医療管理を在宅に移行させる動きが進んでいる。

ている大病院を受診することで、そうした治療上の不確実性に対する「保険」をかけるのである（中島（1998））。もちろん、患者の医療機関選択には「自宅からの近さ」も重要な要因と考えられる。健康を損なっている状態で、わざわざ遠方の病院まで出かける負担は大きいからである。しかしうへの議論からすれば、近くの診療所を受診するか遠くの大病院を受診するかは、単に地理的利便性だけでなく、その「保険」にどれだけ支払う意志があるかにも依存し、自身の健康に不安があればあるほど、大病院志向は強くなると予想され、実際多くの先行研究がそのような結果を報告している（杉澤ほか（1995）、塚原（2004）など）。

このような（大）病院志向が、現在の日本医療に及ぼす影響は小さくない。病院の待ち時間はますます長くなり、専門性の高い医師が初期医療の対象となるべき患者の診療に多くの時間を割く。そのため医師の診療負担は著しく増大し、その負担に耐えられず病院から離職する医師が増える。そのことが、高度治療が求められる場面での人手不足感を強くし、結果的に救急搬送を断らざるを得なくなって、患者の命を危うくする。こうした状況がわが国の至るところで頻発しているのである。「立ち去り型サボタージュ」といわれる状況の一端がまさにこれである。さらに、病院志向に応えるべく病院が患者のニーズを満たすさまざまな診療上のサービスを追加的に提供しようとする、そのコストを回収するために、当該サービスのキャパシティいっぱいのサービスを提供することが必要になる（たとえば病床を増床したり新たな医療機器を購入したりすると、増床に伴う人件費の増分や医療機器の原価償却分を回収するために、常に病床を患者で埋めたり、危機の稼働率を最高度に維持する必要がある）。このため、医師をはじめとする病院スタッフの繁忙度はさらに増大し、更なる離職医師を生み出してしまっただけでなく、患者待ち時間の延長が解消されず、診療ミスやエラーも起きやすくなり、結果的に医療の質そのものを低下させる可能性がある。

3. 横浜市におけるプライマリ・ケア：フローと ストックの視点から

3-1. 横浜市における医師需給の実態

本章では、地域におけるプライマリ・ケアサービス提供の現状と課題を具体的に把握するため、筆者の勤務する大学の所在地である横浜市の実態を詳しく検討する。

横浜市は人口372万8千余を有する日本最大の政令指定都市である¹²。横浜市は18の行政区に分かれ、医療政策上は6つの区を含む計3つの「二次医療圏」を形成している。ひとくちに横浜市といっても、各区の社会経済環境や医療資源のボリュームは均質ではなく、表3が示すように、3つの医療圏間で医療資源状況はかなり異なる。また2012年の（東京23区を含む）政令指定都市の人口10万人当たり医師数を見ると、横浜市はさいたま市、川崎、堺市とならび、全国でも医師数が少ない都市であることが確認できる（図3）。

表3：横浜市二次医療圏別医療資源配置状況

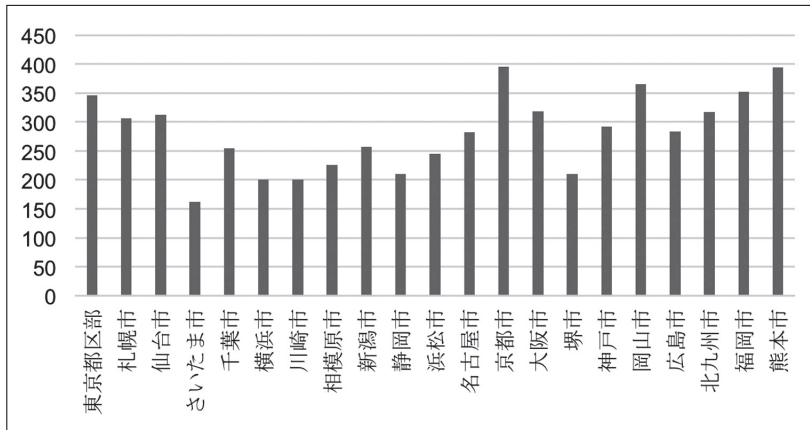
医療圏	病院数*	病床数	診療所数	医師数 (病院)	医師数 (診療所)	高齢化率
横浜北医療圏	3.0	397.2	17.7	88.5	84.8	18.9
横浜西医療圏	3.5	552.6	26.6	110.5	74.5	23.9
横浜南医療圏	2.7	594.5	16.8	162.1	97.4	24.9

* 数値はいずれも人口10万人対

出所：横浜市統計局2014年データ

¹² 横浜市統計局の平成29年3月1日のデータによる。なお東京23区は各区が一地方自治体として位置づけられるため、ここでは23区全体をひとつの行政市とはみなさず、行政市の単位では横浜市は全国一の人口規模となる。

図3：東京23区および政令市人口10万人対医師数比較



出所：平成24年度医師歯科医師薬剤師調査

3-2. 横浜市のプライマリ・ケアの実態把握

1) プライマリ・ケア従事医師の抽出

横浜市のプライマリ・ケアの状況はどうであろうか。前述のとおりプライマリ・ケア従事医師を正確に抽出しその動態を分析することは容易ではない。そこで本章では、以下のような手続きで横浜市のプライマリ・ケアの実態に迫りたい。すなわち、神奈川県衛生統計における「診療科別診療所数」データを用いて、①美容外科、眼科、リハビリテーション科、産科、病理・検査科、麻酔科、放射線科等の特殊科、それに歯科関連科と救急科を除いたすべての診療科の合計をプライマリ・ケア従事者とする、②横浜市内の行政区別に診療科の合計を算出し、全診療所数に占める割合（ r ）を算出する、③（ r ）に当該区の医師数を乗じて、「潜在的プライマリ・ケア従事医師数」を算出する、④同様の作業を2014年（平成26年）から遡って2011年（平成23年）、2008年（平成20年）、2005年（平成17年）の4か年分実施し、そのデータをプールする、⑤その際、各年度の区別合計を当該年度の各区の人口を用いて「人口10万人対プライマリ・ケア従事者数」を

安川・吉永・根本・勝山・中田 横浜市におけるプライマリ・ケア進展の可能性と課題

算出する。

上記の計算から得られた「潜在的プライマリ・ケア従事医師数」の予測値を表4に示す。一見して、二次医療圏内の行政区の間でも「プライマリ・ケア従事医師」の人口10万人当たり推計数に大きなばらつきがあることがわかる。しかもそのばらつきは、表5からも明らかなように、経年的にもランダムに推移している。つまり、横浜市におけるプライマリ・ケア従事者数は、行政区単位でも二次医療圏単位でもきわめて不均質だということである。

表4：横浜市18区の潜在的プライマリ・ケア従事医師数推計値

	行政区名	2005年	2008年	2011年	2014年
	横浜市保健所	54.54	63.12	62.60	65.85
北医療圏	鶴見区	45.24	52.41	51.93	58.30
	神奈川区	72.88	68.92	73.82	80.53
	港北区	51.94	77.54	79.19	74.38
	緑区	36.59	39.37	39.81	43.53
	青葉区	87.62	72.55	61.59	78.44
	都筑区	73.59	64.95	47.20	70.03
西医療圏	西区	132.46	156.64	129.04	145.23
	保土ヶ谷区	40.65	49.47	47.55	52.44
	戸塚区	46.48	46.40	55.83	51.77
	旭区	48.17	44.43	46.63	43.83
	泉区	37.94	45.74	34.99	50.46
	瀬谷区	29.60	50.88	55.54	53.62
南医療圏	中区	132.38	129.11	121.35	138.30
	南区	48.43	59.45	56.60	62.48
	港南区	67.76	70.34	62.44	61.09
	磯子区	41.78	48.50	75.11	53.70
	金沢区	55.73	62.64	83.74	61.74
	栄区	19.56	30.34	37.03	40.79

単位：人口10万対人数

表5：二次医療圏ごとの不均質性の経年推移

記述統計値		2005年	2008年	2011年	2014年
北医療圏	標準偏差	19.6672	14.2207	15.4365	14.1590
	最小値	36.59	39.37	39.81	43.53
	最大値	87.62	77.54	79.19	80.53
	平均値	61.31	62.62	58.92	67.54
西医療圏	標準偏差	38.0965	44.6685	33.9051	38.8580
	最小値	29.60	44.43	34.99	43.83
	最大値	132.46	156.64	129.04	145.23
	平均値	55.88	65.59	61.60	66.23
南医療圏	標準偏差	38.5052	33.5577	28.7449	34.6045
	最小値	19.56	30.34	37.03	40.79
	最大値	132.38	129.11	121.35	138.30
	平均値	60.94	66.73	72.71	69.68

なおいうまでもなく、上記の医師数は“実際の”プライマ・ケア従事者数を正確にカウントしたものではない。しかし、わが国の制度的背景や臨床実態からすると、潜在的なプライマリ・ケア従事者を推定するうえで、次善の策として著しく不合理な方法とはいえないと考えられる。また、仮に診療科目の選択範囲が実態よりも過剰あるいは過小であったとしても、同じルールをすべての行政区の集計に適用している限り、次節の“フロー”と“ストック”の（行政区間の関係に関する）結果そのものには大きな影響を及ぼさない。

2) フローとストックの算出と結果

さて、上記の推計結果はあくまで1時点の医師数をみたもの（静的な視点）である。そこでここでは医師数の経年的な変化とその帰結という観点（動的な視点）から、横浜市の状況を確認しよう。ここでは“フロー”と“ストック”という視点を導入する。各算出方法は以下のとおりである。

①フローの算出方法

$$f = \text{当該年度の医師数} \div \text{前年度の医師数}$$

もし $f > 1$ なら、

当年のほうが前年よりも医師数が多い (医師数の流入migration)

$f < 1$ なら、

前年のほうが当年よりも医師数が多い (医師数の流出attrition)

②ストックの算出方法

$$s = \text{当該年度の各地域の医師数} \div \text{当該年度の平均医師数}$$

もし $s > 1$ なら、過剰ストック

$s < 1$ なら、過小ストック

*ただしこの「過剰」「過小」はあくまで平均に対する差分の大きさであり、政策的意図は含まない

以上の方法で計算された結果を表6、表7に、また直感的な把握のために図4～11を示す。これらの図表からわかるように、各行政区における医師のフロー、すなわち流入・流出 (migration) の動向には経年的に明確な傾向はなく、一見きわめてランダムである。いっぽうストック、すなわち経年的な流入の結果としての医師資源の集積は、行政区間に経年的な動きの違いはあるものの、行政区ごとでは経年的にきわめて安定している。そして、二次医療圏ごとの比較でも、フローの経年的なランダムさに比べ、ストックは非常に安定している。言い換えると、経年的な地域における医師の流入ははかなり活発であるが、結果としての医師の蓄積は経年的にほとんど変化がないのである。このような状況が生じる理由はなんだろうか。

行政区や医療圏の間でフローやストックに差が生じる最も直感的な理由は、行政区および医療圏の特性の違いである。まず神奈川区、港北区、青葉区、都筑区など経年的に比較的フローもストックも数値の高い区は、横浜市内のベッドタウン地区であり、人々の日常生活圏が集積している。こうした生活圏に近接して、相対的に多くの診療所が存在し、潜在的なプラ

イマリ・ケア従事医師の集積が生じる可能性は高い。いっぽう鶴見区は横浜市内最大の工場集積地区であり、相対的に人口当たりの診療所数や医師数が少なくなるのは自然と思われる。

表6：横浜市の行政区および二次医療圏別プライマリ・ケア従事医師フロー

北医療圏	フロー 2002-2005	フロー 2005-2008	フロー 2008-2011	フロー 2011-2014
鶴見区	0.98	1.16	0.99	1.12
神奈川区	1.25	0.95	1.07	1.09
港北区	1.16	1.49	1.02	0.94
緑区	1.04	1.08	1.01	1.10
青葉区	1.93	0.83	0.95	1.27
都筑区	1.73	0.88	0.73	1.48
西医療圏	フロー 2002-2005	フロー 2005-2008	フロー 2008-2011	フロー 2011-2014
西区	1.37	1.18	0.82	1.13
保土ヶ谷区	1.01	1.22	0.96	1.10
戸塚区	1.21	1.00	1.20	0.93
旭区	1.31	0.92	1.05	0.94
泉区	1.01	1.21	0.90	1.44
瀬谷区	0.80	1.72	0.76	0.97
南医療圏	フロー 2002-2005	フロー 2005-2008	フロー 2008-2011	フロー 2011-2014
中区	1.44	0.98	0.94	1.14
南区	1.10	1.23	0.96	1.10
港南区	1.58	1.04	0.89	0.98
磯子区	1.11	1.16	1.55	0.71
金沢区	1.04	1.12	1.34	0.74
栄区	0.53	1.55	1.22	1.10

表7：横浜市の行政区及び二次医療圏別プライマリ・ケア従事医師ストック

北医療圏	ストック 2005	ストック 2008	ストック 2011	ストック 2014
鶴見区	0.74	0.84	0.88	0.86
神奈川区	1.19	1.10	1.25	1.19
港北区	0.85	1.24	1.34	1.10
緑区	0.60	0.63	0.68	0.64
青葉区	1.43	1.16	1.05	1.16
都筑区	1.20	1.04	0.80	1.04
平均	1.002	1.002	1.000	0.998
西医療圏	ストック 2005	ストック 2008	ストック 2011	ストック 2014
西区	2.37	2.39	2.09	2.19
保土ヶ谷区	0.73	0.75	0.77	0.79
戸塚区	0.83	0.71	0.91	0.78
旭区	0.86	0.68	0.76	0.66
泉区	0.68	0.70	0.57	0.76
瀬谷区	0.53	0.78	0.90	0.81
平均	1.000	1.002	1.000	0.998
南医療圏	ストック 2005	ストック 2008	ストック 2011	ストック 2014
中区	2.17	1.93	1.67	1.98
南区	0.79	0.89	0.78	0.90
港南区	1.11	1.05	0.86	0.88
磯子区	0.69	0.73	1.03	0.77
金沢区	0.91	0.94	1.15	0.89
栄区	0.32	0.45	0.51	0.59
平均	0.998	0.998	1.000	1.002

図4：北部医療圏フロー

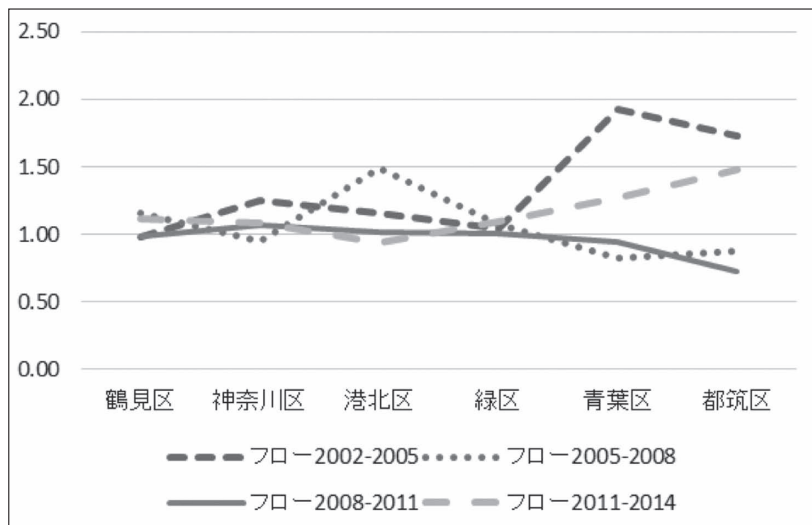


図5：西部医療圏フロー

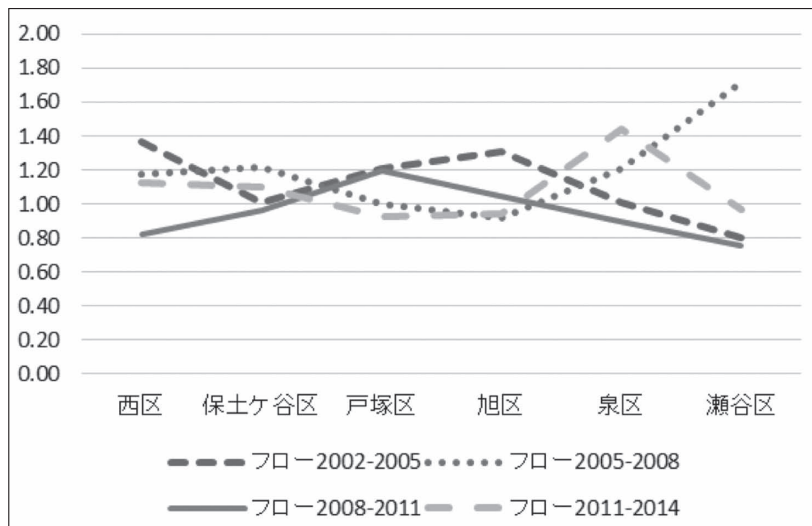


図6：南部医療圏フロー

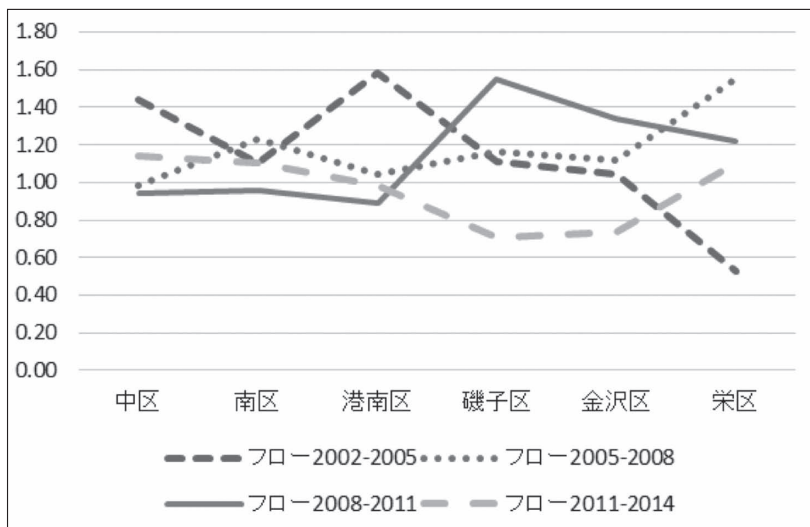


図7：医療圏フロー平均

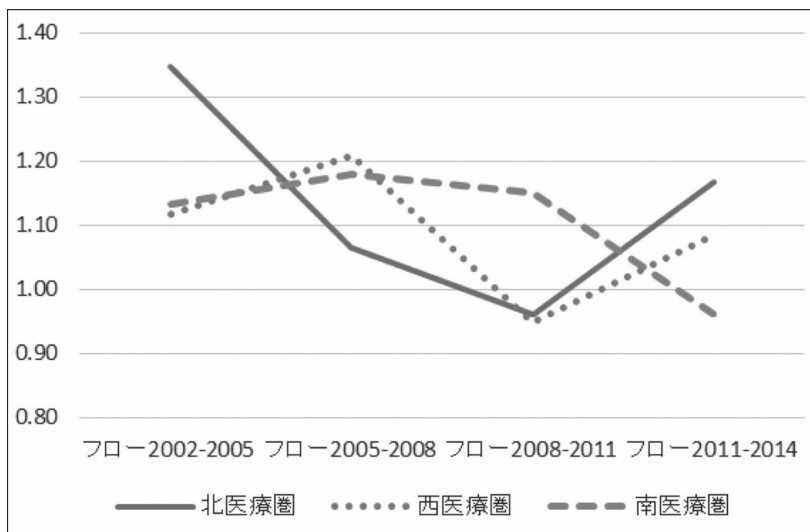


図8：北部医療圏ストック

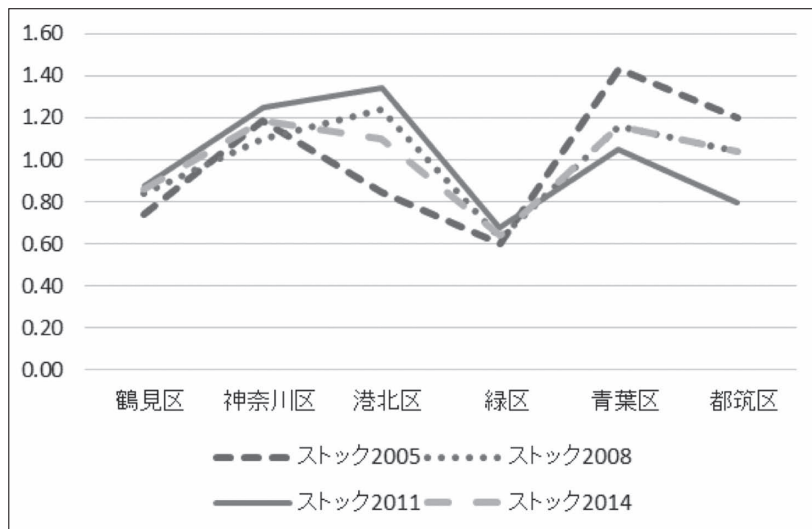


図9：西部医療圏ストック

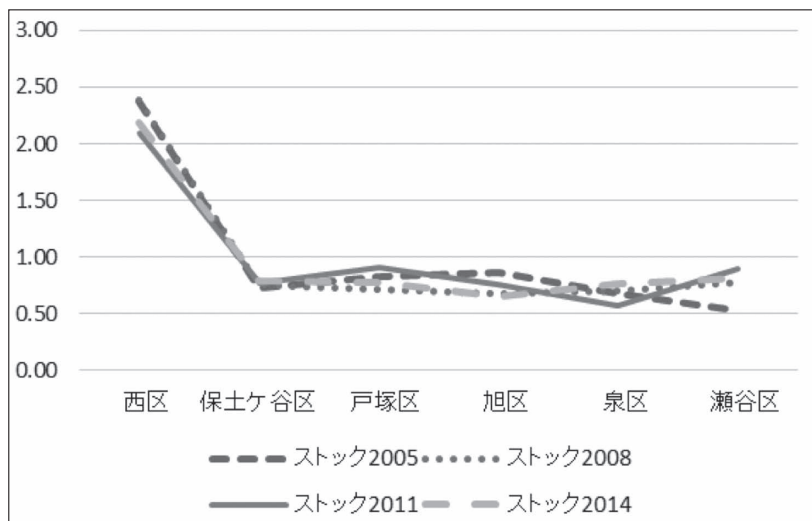


図10：南部医療圏ストック

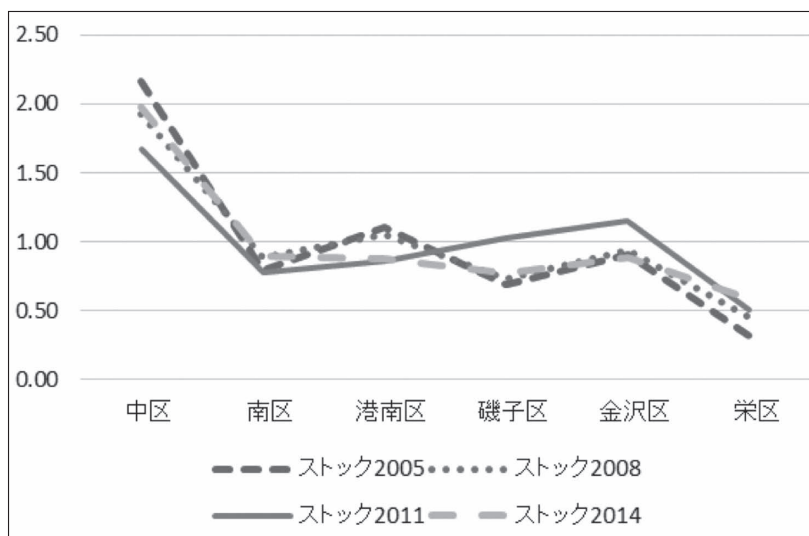
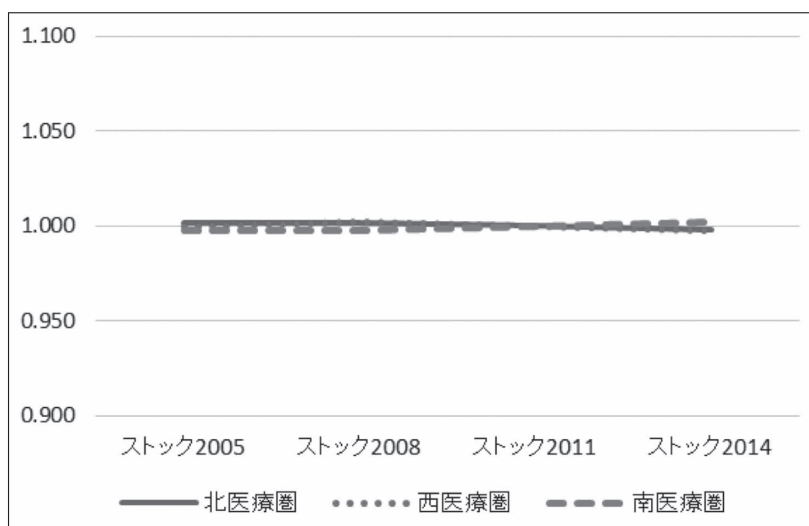


図11：医療圏ストック平均



いっぽうビジネスエリアである中区や西区では、企業従事者や商店主、行政担当者が短時間で診療が可能のように、ビルの中や庁舎、商店街に隣接した多数の診療所が立地しており、多くの診療所勤務医師が集積することになると考えられる。では、北部地域と同様の住宅地である南部地域の行政区のストックが少ないのはなぜか。南部地域の南、磯子、金沢、栄などの区は、横浜市内でも比較的古くから開発された住宅地が多数存在するが、県立病院や大学病院、大規模民間病院が同時期に誘致されているケースも多く、当該地区の医師数における病院勤務医と診療所勤務医の比率でも前者が高い。こうしたことが、行政区間や医療圏間でのフロー値、ストック値の差に表われている可能性が高い。

しかし、この計算結果から得られるより重要な疑問は、行政区内でも医療圏内でもこれほどランダムな医師のフローが見られるのに、なぜ経年的に行政区でも医療圏でも医師の蓄積は安定的に推移しているのかということである。まず医師の活発なフローが生じる背景要因としては、たとえば診療所経営者の高齢化により引退し、その後継者となる医師が流入する場合や、当該地域の病院勤務医師が、病院を離職して開業医として独立する場合、逆に診療所医師から病院医師へ転身する場合などがある。しかし、各区の診療所医師の平均年齢とフロー計算結果との関係をみても相関はなく¹³、高齢化とフロー数値との関係は見いだせなかった。また、病院から診療所への医師の移動を確認できる資料がないため、各区内の医師数における病院勤務者と診療所勤務者比率の経年推移率とフローとの関係をみても、両者の間に明確な相関はみられなかった。そして、ストックと地域の医師の年齢階層の特性との間にも注目すべき関係は見いだせなかった。以上のことから推測すると、横浜市の行政区における診療所の医師数は、うえであげたいくつかの背景要因が絶妙に連動して、必要なところに必要な医師の補充がなされ、またある程度の世代交代も進みながら、結果として

¹³ 2008年と2014年の各区フロー結果と、同年の各区平均年齢を比較したが、何らの相関も確認できなかった。

非常に安定した医師の就業動向が実現しているとは言いようがない。

もうひとつの重要な疑問は、ストックが経年的に安定的であるということは、CCCSにとってどんな意味を持つかということである。CCCSが初期の目的のとおり医療サービスと介護サービスのスムーズな連携を実現するためには、地域における「かかりつけ医」の増員が不可欠であり、そのためには医師の増員と病院から地域へという医師の移動（transition）を促す必要がある。これまでも徐々に医師の増員が行われてきているが、この10年間地域の診療所医師のフローがランダムに動いても、ストックの安定性に変化がないということは、一見地域の潜在的なプライマリ・ケア従事医師は安定的に増加していくのではないかと考えられる。

3-3. フローのランダム性がストックに与える影響

この推測を直接的に確かめることはできないが、仮にこのようなランダムなフローが今後も継続するとしたとき、それがストックに及ぼす影響はどのようなものかを、簡単なシミュレーションから推測してみよう。ここで用いる予測は、フローの動きを一種の「確率変数」とみて、その影響を各年の二次医療圏単位のストックに乗じて、その経年的動向を「最小二乗法：OLS」を使ってシミュレーションするものである。

予測結果を図12～14に示す。ストックの経年推移に対する「ストック予測」をみると、一見安定的に見えた二次医療圏別のストックの経年推移が、フローの影響を受けて実は微妙に変化（平均ストック値が減少）していることを示している。つまり、ストックの指標を構成する平均値とそれからの乖離の程度は、経年的に安定的ではあるが、その平均そのもの（すなわち超過ストックと過小ストックとの差分）は徐々に下方に推移していることがわかる。言い換えれば、多くのプライマリ・ケア従事医師のストックをもつ地域が徐々に減少し、より少ないストックした持たない地域が増加している。そしてこのような動向が今後も継続するならば、今後の10年間（2017年～2026年）の二次医療圏単位でみたストックは、実質的には

北部医療圏でおおよそ10%、西部医療圏でおおよそ5%、そして南部医療圏ではおおよそ8%程度減少する可能性が、この予測から示唆されるのである。

いうまでもなくこの推測はきわめて簡便かつあらゆる条件を今後も不変と考えた場合のものであり、頑健性は保障されない。しかしより精緻な予測を行うためには、医師の増員と就業動向に関する将来的なシナリオをいくつか想定し、そのシナリオごとにシミュレーションをおこなうことが必要である。これまでわが国では、一国全体の医師数の増減に関する将来予測は行われても、プライマリ・ケアに特化して地域レベルでの将来推計を行った事例は少ないため¹⁴、残念ながら参照すべきシナリオを容易に得ることができない。その理由は、現役の医師が自分の現在および将来の医師としての仕事にどのような認識やビジョンを描いているのか、またプライマリ・ケアの重要性についてどう考え、それに従事することにどれほど魅力を感じているのかが十分把握されていないため、予想されるシナリオを書くことができないからだと思われる。そこで本稿では、独自のアンケート調査を実施して、現役医師たちに自身の現在および将来の就業意識やビジョン、またプライマリ・ケアに対する自身の貢献をどの程度リアルに意識しているのかを調査し、上記のシナリオ作成のヒントを得ることとした。

¹⁴ 最近では松島ら（2013）が、2025年時点での在宅医療に従事するプライマリ・ケア医師数を推定し、今後十数年で数万人単位でのプライマリ・ケア医の増員が必要となると主張している。

図1 2：北部医療圏のストック推移予測

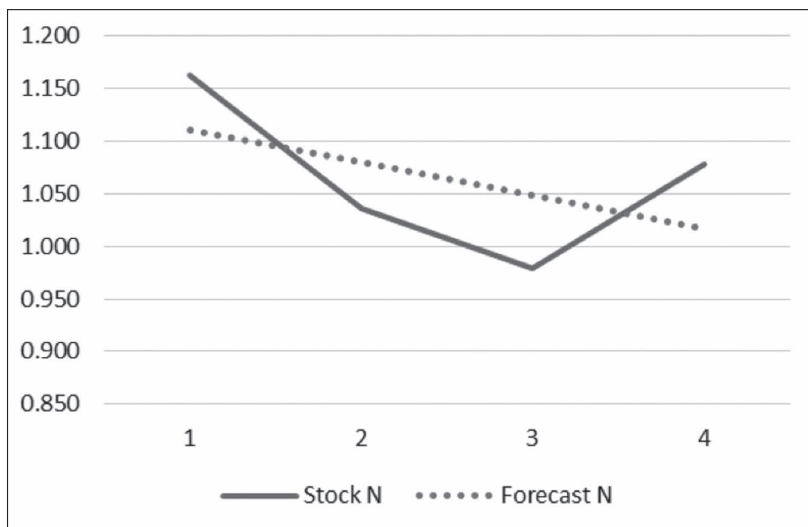


図1 3：西部医療圏のストック推移予測

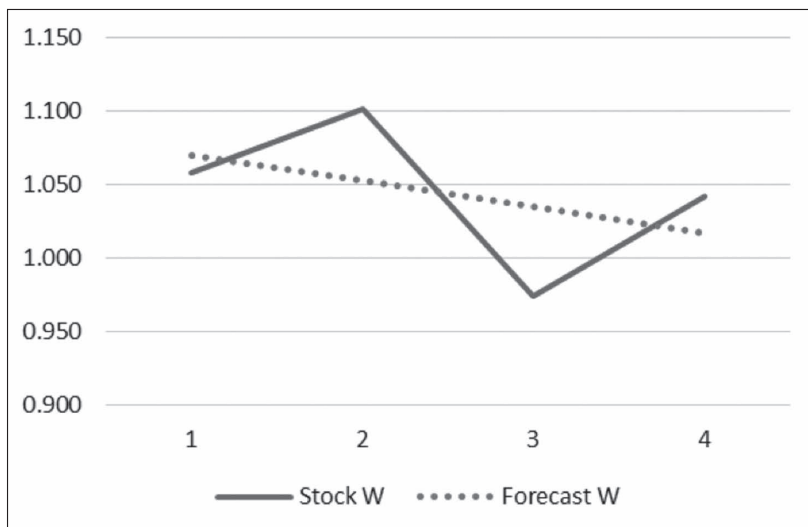
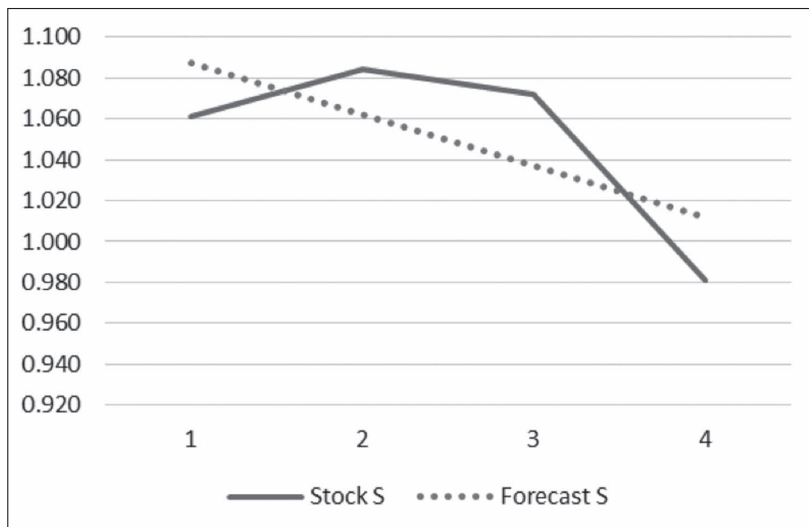


図14：南部医療圏のストック推移予測



4. 医師の就業意識とプライマリ・ケアの認識に関する調査とその結果

4-1. 調査の概要

本稿での調査は、横浜市内に在住する医師（自己申告）に対するインターネット経由の質問紙調査である。インターネット会社にモニター登録している277名に対して、2月16日から20日の5日間ネット上で調査を実施し、199名から回答を得た（回答率71.8%）。この調査は、同時に実施した地域住民の診療所選択の実態を把握する調査¹⁵の補完的調査として、前章の問題意識（シナリオ作成のヒント）を得るためのごく基本的な情報（将来の望ましい就労環境と、CCCSを考慮したプライマリ・ケア進展に関する医師としての認識）を収集したものである¹⁶。最初の質問は、今後地域包括ケ

¹⁵ 診療所選択に関する分析結果は別稿準備中。

¹⁶ より精緻な分析を意図した調査は現在実施中。

アシシステムが十分機能するために、何が必要と思うかを聞いている。今後の医療のあり方についての客観的な認識の確認である。また次の質問として、自身が今後どのような環境で医師として仕事をしたいかを聞いている。今度は自分が地域包括ケアの進展のなかでどうふるまいたいかという主観的な認識の把握である。このように非常に限定的なデータであるため、以下では調査結果の単純集計を提示するにとどめるが、それでもプライマリ・ケア従事医師の確保可能性について、いくつか重要なヒントが得られた。

表8：回答者勤務先

	度数	%
TOTAL	199	100.0
大学病院や公的病院などの大規模病院	68	34.2
地域の中小病院	67	33.7
ご自身が開業する診療所	32	16.1
医師数人でのグループ診療所	18	9.0
老健施設や介護施設	4	2.0
企業の保健室	2	1.0
地域の検診センター	1	0.5
地区の保健所	2	1.0
その他	5	2.5

表9：今後地域包括ケアシステムが十分機能するために必要と考える方策

	トータル	おおいに必要	どちらかといえば必要	あまり必要ない	全く必要ない
病院にもっと総合診療医を多く配置すること	199 100.0%	22 11.1	99 49.7	67 33.7	11 5.5
病院から地域の介護施設や地域包括支援センター等に医師を移すこと	199 100.0%	12 6	77 38.7	93 46.7	17 8.5
病院から地域の診療所に専門性の高い医師を移すこと	199 100.0%	13 6.5	46 23.1	117 58.8	23 11.6
病院から地域の診療所に総合診療医を移すこと	199 100.0%	21 10.6	102 51.3	62 31.2	14 7.0
家庭医を多く養成し、地域の診療所に配置すること	199 100.0%	35 17.6	113 56.8	44 22.1	7 3.5
病院の訪問診療や在宅診療サービスを拡大すること	199 100.0%	28 14.1	112 56.3	54 27.1	5 2.5
訪問看護師や介護士、リハビリの専門家をもっと増やすこと	199 100.0%	54 27.1	112 56.3	29 14.6	4 2.0
電話相談や看護師による健康チェックなどの制度を導入すること	199 100.0%	36 18.1	99 49.7	52 26.1	12 6.0

表10：今後どのような環境で医師として働きたいと考えるか

	トータル	全く そう思う	おおむね そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
高度急性期医療機関で、できるだけ多くの症例を診られる環境で働きたい	199 100.0%	15 7.5	67 33.7	85 42.7	32 16.1
中小規模の医療機関で、自分のペースでじっくり患者を診られる環境で働きたい	199 100.0%	24 12.1	134 67.3	34 17.1	7 3.5
地域の診療所等で、治療だけでなく生活支援も含めて患者と深く関われる環境で働きたい	199 100.0%	14 7.0	82 41.2	83 41.7	20 10.1
海外の医師や研究者と交流しながら、国際的視野で治療ができる環境で働きたい	199 100.0%	11 5.5	44 22.1	91 45.7	53 26.6
医師として、診療だけでなく行政の医療政策などにも直接関与できる環境で働きたい	199 100.0%	10 5.0	47 23.6	92 46.2	50 25.1
できるだけ早くリタイアして、子どもや後輩に自身の職務を引き継ぎたい	199 100.0%	10 5.0	36 18.1	113 56.8	40 20.1
親などから引き継いだ病院やクリニックを、もっと拡大・活性化したい	199 100.0%	6 3.0	27 13.6	84 42.2	82 41.2

4-2. 調査の結果と考察

まず、CCCSが十分機能するための方策として、多くの医師が必要と考えるトップスリーは、地域における（医師の）補助者の拡充、家庭医の増員、そして訪問診療や在宅医療の拡充である。この3つに次いで、いわゆるG Pの増員や遠隔医療の拡充も医師にとっては有力な方策と認識されているが、いっぽうで、現在病院にいる医師を地域に移動させること（transition）については、否定的な回答をする医師のほうが多数を占めている。つまり、地域における家庭医の増員や在宅医療の推進は、現状の医師配置の変更ではなく、新たな人材の投入によってなされるべきと、多くの医師が考えているのである。

他方で、自分自身が今後医師としてどのようにCCCSにコミットすべきに関わる質問では、急性期病院の騒然とした環境のなかで仕事に追われる姿には、多くの医師が大きな忌避感を持っており、むしろ中小病院でゆったりと仕事をしたいという意見が強く支持されているいっぽうで、では地域住民のために働きたいか（すなわち、CCCSの要としての「かかりつけ医」のような役割を担いたいか）という、実はそれほど強い意向がないことがわかった。もしこの結果が、多くの医師の一般的な見解だとすると、

CCCSに対応する地域に根ざした「かかりつけ医」を確保する手段としての「病院の医師を地域に移す」戦略は、かなり周到な準備と十分なインセンティブを用意することが求められるだろう。むしろ、あまりこれまで政策の中心には置かれてこなかった在宅医療や訪問診療を、CCCS実現に向けての「鍵戦略」として再構築し、優れた在宅医や訪問診療医を育成することも考えられてよいことが、この結果は示唆している。

いずれにせよ、われわれは今後、こうした情報を十分考慮しながら、CCCSを担うプライマリ・ケア従事医師の確保戦略のシナリオを策定していく必要があるだろう。

5. 結論と今後の課題

本稿では、地域包括ケア（CCCS）の実現に必要な医師、とりわけ地域住民の日ごろの健康を支え、効率的な医療提供態勢のゲートキーパーたるプライマリ・ケア従事医師の現状と将来の潜在的な動向を、横浜市に焦点を絞って検討した。本稿の貢献は、公的統計から得られる医師数の静態的な把握から一歩進めて、各行政区におけるこれまでの医師の増減をフローとストックというふたつの視点で再検討し、その特徴の違いと、これまでと同様のフローが今後も継続するとした場合、地域のプライマリ・ケア従事医師のストックは逡減していく可能性があること、また、そうした動向の背景となる医師自身の地域医療へのコミットや地域医療進展の要諦に対する意識は、必ずしもわれわれが期待するような方向に向いているとは限らないことを確認した。

本稿の分析は、すでに述べたようにプライマリ・ケア医師の範囲を恣意的に特定していることや、きわめて単純な将来予測の手法を用いていることなど、いくつかの改善すべき限界を持っている。しかし、最もシンプルな方法によってでも、今後の地域におけるプライマリ・ケア医師の確保はそれほど容易ではないこいとが想像できる。今後は、医師養成の動向や医

師の主観的な就労意識をさらに詳細に検討しながら、現実的な将来シナリオを設定し、そこに本稿でおこなったマイクロレベルの医師配置の動向を加味しながら、より精緻なシミュレーションを実行することが必要である。本稿がその最初の準備として、問題の所在に光をあてることができていることを願うものである。

参考文献

<報告書等>

AAMC (Association of American Medical Colleges): *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2014 to 2025* (2016 update)

AHA (American Hospital Association): *Developing an Effective Health Care Workforce Planning Model* (2013)

Health Service Executive, Ireland: *Medical Workforce Planning: Future Demand for General Practitioners 2015-2025* (2015)

IHS (edited by Tim Dall): *Data, Methods, and Tips for Health Workforce Supply and Demand Modeling* (2014)

Ministry of Health and Ontario Medical Association: *Ontario Population Needs-Based Physician Simulation Model* (2010)

厚生労働省『医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会中間とりまとめ』
2016年6月3日

<論文>

Barnett, R. C. and Gareis, K. C. (2002): Full-time and reduced-hours work schedules and marital quality: A study of women physicians with young children. *Work and Occupations* 29.364-379, 2002

Batenburg, R. (2015): Health workforce planning in Europe: Creating learning country clusters. *Health Policy* 119.1537-1544, 2015

Cooper, R.A. et al. (2002): Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Affairs* 21 (1). 140-154, 2002

Godager, G. et al. (2015): Competition, gatekeeper, and health care access. *Journal of Health Economics* 39.159-170, 2015

安川・吉永・根本・勝山・中田 横浜市におけるプライマリ・ケア進展の可能性と課題

Grover, A. and Niecko-Najium, L. (2013): Physician workforce planning in an era of health care reform. *Academic Medicine* 88 (12). 1822-1826, 2013

Morrissey, K. et al. (2008): Examining access to GP services in rural Ireland using microsimulation analysis. *Area* 40 (3). 354-364, 2008

杉澤秀博、西三郎 (1995) 「住民の医療機関の選択傾向を規定する要因—病院志向の傾向—」『日本公衆衛生雑誌』 42 (7)、463-471

関田康慶他 (1983) 「患者訪医行動の分析—大都市周辺都市のケース・スタディー—」『病院管理』 20 (2)、23-28

塚原康博 (2004) 「外来患者による大病院選択の規定要因—「国民生活基礎調査」の個票データを用いた実証分析—」『医療経済研究』 14、5-16

中島孝子 (1998) 「不確実な状況における患者の病院選択行動の経済分析」『医療と社会』 8 (3)、39-51