

超高齢社会を支えるプライマリ・ケアへの期待

日本の課題と今後の可能性

「ニッセイ基礎研究所主任研究員」

三原岳 Mihara Takashi

複数の疾患を持つ高齢者が多くなる超高齢社会。

これからの医療には病気を「治す」だけでなく、暮らしを「支える」ことが求められる。

こうした医療は「プライマリ・ケア」と呼ばれ、イギリスなどの医療制度改革で多く採用されている。

日本のプライマリ・ケア事情を考えるとともに、今後の可能性を考察する。

超高齢社会で求められる医療

「治す」医療から「治し、支える医療」へ――。

現在の制度改革の流れを作った政府の社会保障制度改革国民会議が2013年8月に公表した報告書では、こうした文言が盛り込まれている。つまり、病院を中心に病気の治癒や社会復帰に力点を置く医療だけでなく、自宅を中心に生活を支える医療を重視する考え方であり、前者は一般的に「医学モデル」、後者は「生活モデル」と呼ばれる。

両者の主な対比は図1に示す通りである。まず、医学モデルとは従来型の医療であり、多くの人が想起する医療のイメージに近い。具体的

には、病院を中心に医師がヒエラルキーのトップに座り、医師の指示の下で看護師などの専門職が動く医療であり、病気の治癒や救命が強く意識される。

これに対し、生活モデルはコミュニティを中心にしつつ、医師などの専門職が連携して療養生活を支援する医療であり、複数の疾患を持つ高齢者が多くなる今後の日本で求められる発想である。こうした医療に適しているのがプライマリ・ケアである。

日本プライマリ・ケア連合学会^{＊1}によると、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」を意味しており、特徴は図2の通り、「近接性

症が疑われるものの、身体機能は衰えていない高齢者に対する在宅ケア」について、プライマリ・ケアの実践例を考える。

まず、近接性という点では、認知機能の検査・診察、処方だけでは高齢者の暮らしを支えられないため、医師が計画的、定期的に自宅を訪ねる訪問診療を通じて、症状を定期的に把握することが重要になる。

さらに、身体状況が悪化した時の入院や病院からの自宅復帰を支援する入退院支援や、退院後に自宅での暮らしを支援する療養支援、急変時の対応、人生の最終局面を支える看取り支

援なども含まれる。

第2の包括性で言うと、高齢者が認知機能の低下で外出しなくなり、身体機能低下の重度化が進んだ場合、自宅で暮らすことが難しくなる。このため、高齢者の生活の質（Quality of Life＝QOL）を考える上では、認知機能の低下だけでなく、体力や外出意欲、食事・栄養、居住環境など、高齢者の暮らし全般に目を配る必要がある。

しかし、これだけの幅広い問題を1人の専門職が全てカバーするのは困難であり、3番目の協調性が重要になる。例えば、この高齢者が介

■ 図1：医学モデルと生活モデルの対比

	医学モデル	生活モデル
目的・目標	病気の治癒・治療・救命	生活の質（QOL）の向上
ターゲット	病気	人、生活
場所	主に病院	コミュニティ（地域・職場）
従事者	医師が中心	多職種によるチーム
支援の進め方	医師による命令、指示	カンファレンス

出典：広井良典『ケア学』（医学書院／2000年）などを参考に作成

■ 図2：プライマリ・ケアの特徴

① 近接性（Accessibility）
■ 地理的 ■ 時間的 ■ 経済的 ■ 精神的
② 包括性（Comprehensiveness）
■ 予防から治療、リハビリテーションまで ■ Common diseaseを中心とした全科的医療 ■ 全人的医療 ■ 小児から老人まで
③ 協調性（Coordination）
■ 専門医との密接な関係 ■ 住民との協調 ■ チーム・メンバーとの協調 ■ 社会的医療資源の活用
④ 継続性（Continuity）
■ ゆりかごから墓場まで ■ 病気の時は外来～病棟～外来へと継続的に ■ 病気の時も健康な時も
⑤ 責任性（Accountability）
■ 医療内容の監査システム ■ 患者への十分な説明 ■ 生涯教育

出典：日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを基に作成

（Accessibility）」「包括性（Comprehensiveness）」「協調性（Coordination）」「継続性（Continuity）」「責任性（Accountability）」という5つで整理されている。

このうち、近接性は医療サービスに対するアクセスの良さを意味しており、包括性は臓器・疾病別ではなく、全人的に様々な健康課題に対応できる点を表す。協調性は多職種連携などチーム医療、継続性は医療・福祉・保健を切れ目なく提供する特性、責任性は患者への意思疎通などをそれぞれ意味する。

プライマリ・ケアの実践例を考えると…

ここで、5つの特徴に従いつつ「軽度な認知

護保険サービスを使っている場合、ケアプランを作るケアマネジャー（介護支援専門員）との連携が欠かせない。仮に13時から13時30分まで医師が自宅を訪れ、14時からケアマネジャーが来訪するようなケースでは、高齢者や家族が医師とケアマネジャーに対し、同じことを繰り返し説明するのは煩雑になるため、両者の連携が欠かせない。

さらに連携の相手としては、服薬指導に当たる薬剤師や、食事・栄養面で支援する管理栄養士、誤嚥性肺炎を防止する口腔ケアに当たる歯科医、体力の維持・向上を目指すリハビリテーション職、権利擁護に当たる法曹関係者、見守り活動や趣味のサークルを運営する市民組織など幅広い対象が想定される。

例えば、アセスメントを通じて、高齢者が週1回の頻度で近所の食堂を訪ねていることを把握し、その習慣を続けることが望ましいと判断された場合、地域包括支援センターの担当者が地域の見守り組織や、食堂の経営者に対して一言、「おじいちゃんは認知機能が下がっており、少しコミュニケーションに難があるので、何か心配なことがあったら連絡して下さい」と伝えるだけで、高齢者の習慣が継続され、生活の質は上がるかもしれない。

同様のことは生活に関わる小売産業や交通産業にも言える。この高齢者が買い物や外出などを可能な限り継続できるように支援する上では、企業サイドの接遇改善や、地域包括支援セン

ターとの連携などが求められる。

継続性の面では、生活の質を維持・向上させるため、高齢者の趣味、生活面でのこだわりなどを把握することが重要となる。その際には自宅を訪ねた時の雑談や関係者との対話、自宅に置かれている書籍や置物などを通じて、その人の生活習慣や好みなどを知ることが重要になる。例えば、「週1回、食堂で食事を摂る」という習慣を知らなければ、先に挙げたような高齢者の生活を支える判断は下せない。

最後の責任性という点でも、高齢者のニーズや希望を把握するため、患者との対話、あるいは非言語的な態度や目線による情報収集などが求められる。

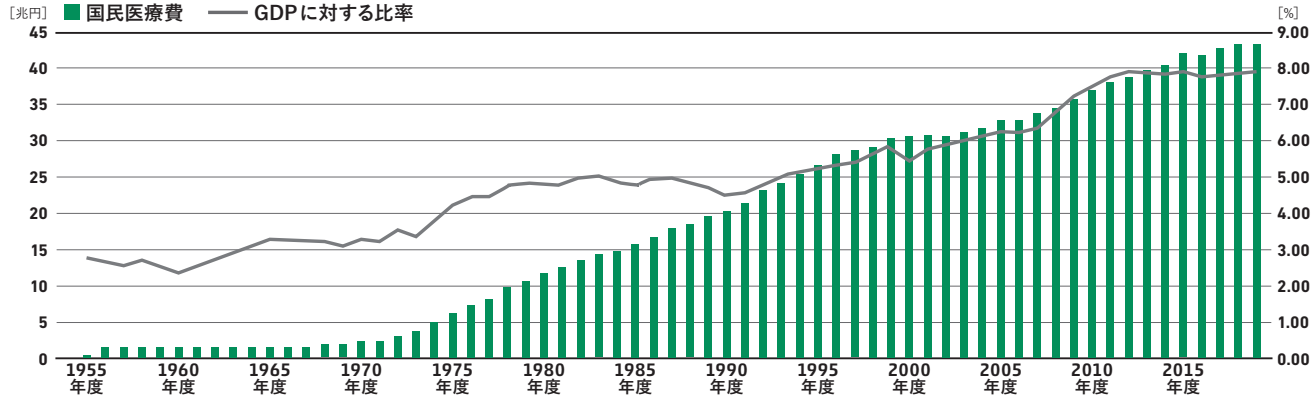
以上のように、多職種と連携したり、患者と意思疎通したりしつつ、患者に対して全人的・継続的にケアを提供する医療がプライマリ・ケアであり、超高齢社会における生活支援では不可欠と言える。

実際、2014年11月に公表されたOECD（経済協力開発機構）の日本向け提言でも「生涯を通じて一貫した予防的ケアを提供する、首尾一貫したプライマリ・ケア部門が必要不可欠」と指摘している^{＊2}。

プライマリ・ケアでコストも抑制？

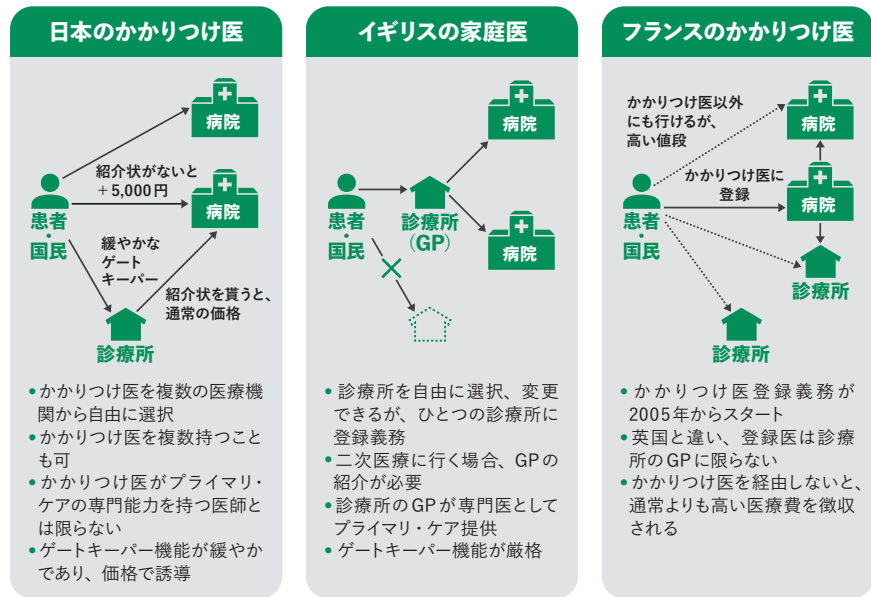
さらに、プライマリ・ケアを制度として明確に位置付ければ、コストも抑制できる可能性が

■ 図3：国民医療費と、GDPに対する比率の推移



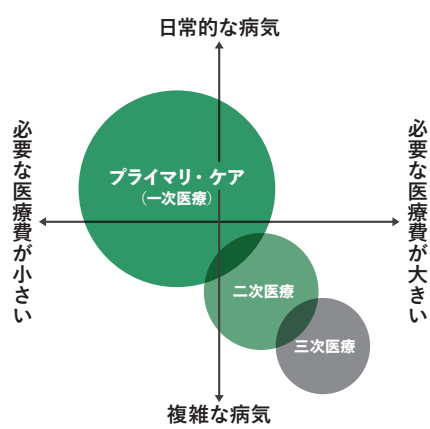
出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成

■ 図5：プライマリ・ケアの制度的な位置付けを巡る日英仏の対比イメージ



出典：各種資料を基に作成

■ 図4：医療機能のイメージ



出典：各種資料を参考に作成
注：イメージであり、一次、二次、三次の区別はそれほど明確とはいえない

ある。国民医療費（保険診療の総費用）は高齢化に伴う自然増や医療技術の発展で図3に示す通り、ほぼ右肩上がり、しかもGDPの伸びを超えて増加しており、その抑制が求められている。しかし、医療制度を考える上では、費用抑制の面だけでなく、アクセスや質なども意識する必要がある、バランスを取る上でプライマリ・ケアが重要なカギを握る。

一般的に医療の機能は、日常的なケガや病気に対応する一次医療、より難しい手術に対応する二次医療、三次医療に区分される。プライマリ・ケアとはほぼ重なる一次医療の部分では、病気やケガの起きる確率が高いものの、治療に要するコストは低く済む。一方、二次医療や三次医療では病気やケガの起きる確率は低い、難しい手術に対応するために高度な医療機器や多くの医療人材を配置する分、コストが割高となる。

そのイメージは図4に示す通りであり、一次医療が診療所や中小病院の外来機能、二次医療や三次医療が大病院での入院医療と理解すれば分かりやすい。こうした機能や医療機関の役割が明確になった上で、それぞれで医療サービスを適切に提供できれば、コストは最適化できる。しかし、日本の場合、二次医療や三次医療を担う大病院でさえ外来を担うなど、医療機関の役割が不明確である。さらに、医療では患者―医師の情報の非対称性が大きく、患者が自らの状態に応じて、どの医療機能を受けられたい

か判断しにくい。このため、「大病院だから安心」といった受療行動が日本では散見され、コストを引き上げている面がある。

そこで、一次医療のニーズに対応するプライマリ・ケアの充実を含めて、医療機関の機能や役割を明確にできれば、コストが最適化する可能性はある。

英仏との対比

諸外国の医療制度改革を概観すると、「プライマリ・ケアの充実あるいは制度化」という共通点を見出すことができる。例えば、欧州諸国の医療制度改革を比較した書籍^{＊3}では、各国に共通する要素の一つとして、プライマリ・ケアの重視を挙げているし、国民皆保険を目標としたアメリカの「オバマ・ケア」でも医療サービスのコスト抑制と質の向上の両立を図る観点で、プライマリ・ケアが意識された。

ここでは、イギリス、フランス両国と日本を対比させる^{＊4}。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）という仕組みを整備しており、高度な二次医療や三次医療を受ける場合、原則として家庭医（General Practitioner、以下、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、国民は平均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、かかりつけ医としてGPは幅広い年齢層や病気・ケガに対応するだけでなく、病気やケガの種類、患者の状態やニーズ、緊急性などに応じて専門的な医療機関や社会資源などを紹介している。

言い換えると、患者にとっては、かかりつけとなる医療の入口が1カ所に絞られており、そこでGPが一種の「門番」のような役割を果たすことで、その患者の状態に応じて必要な医療サービスを提供したり、高度な医療機関を紹介したりしている。

こうしたGPの役割は一般的に「ゲートキーパー機能」と呼ばれ、「医療の入口」を1カ所に絞ることで、プライマリ・ケアが明確に制度として位置付けられているほか、厳格なゲートキーパー機能を通じて、医療機能が明確に区分されている。その意味では、図5に示す通りに、医療機関を自由に選べる「フリーアクセス」の日本と大きく異なる。

これに対し、日本でも近年、中小病院や診療所で紹介状をもらわず、いきなり大病院に行くと、追加負担を徴収されるようになった。これを社会保障制度改革国民会議の報告書は「緩やかなゲートキーパー機能」と称している。つまり、イギリスのように厳格ではないが、大病院への受療行動を緩やかに制限することが企図されており、ゲートキーパー機能を重視することで、それぞれの機能に応じて医療サービスを提供しようとするスタンスは日英両国に共通して

いる。

一方、フランスは元々、日本と同じフリーアクセスだったが、2005年から「かかりつけ医」制度を導入し、かかりつけ医への登録を国民に義務付けた。フランスの場合、GPが働く診療所に登録と受診を義務付けるイギリスと異なり、大学病院の勤務医なども指名できるほか、かかりつけ医を経由せずに大病院に行くことも可能だが、かかりつけ医を経由しなかった場合、高い自己負担が課される。

つまり、自己負担に差を付けることで、かかりつけ医での受診を誘導しようとしており、紹介状なし大病院受診の患者負担を引き上げている日本と相似している。その反面、フランスは登録義務を課すことで、「医療の入口」を原則として1カ所に絞っており、日本よりも厳格なゲートキーパー機能が採用されている。

こうした対比を踏まえると、以下のことが言えるのではないか。まず、登録制度と厳格なゲートキーパー機能を通じて、「医療の入口」を1カ所に絞ることで、アクセスを極端に制限しているイギリスは日本と明らかに異なり、フリーアクセスに慣れた日本人の受療行動とは、マッチしない可能性がある。

しかし、日本でも近年、紹介状なし大病院外来に追加負担を課すことで、ゲートキーパー機能を緩やかに強化しようとしている。さらに、ゲートキーパー機能を強化する際、患者負担の差で受療行動を変えようとしている点で、日本

とフランスは共通している。

つまり、「医療の入口」を1カ所に絞るゲートキーパー機能の強化、医療機能の明確化といった問題意識は3カ国に共通している。

遅れているプライマリ・ケアの制度化

しかし、日本では依然としてプライマリ・ケアが主流になっていない。ゲートキーパーの強化に対しては、日本医師会（以下、日医）の警戒心が根強いからだ。その一例として、「かかりつけ医」という言葉の曖昧さを指摘する。

読者の皆さんは白衣を着たアーティストのデーモン閣下が「かかりつけ医をもちましよう」と話しているCMをご覧になったかもしれない。あのCMは「上手な医療のかかり方」という政府のキャンペーンの一環であり、いきなり大病院に行くような受療行動を控えるように働き掛けている。これは既述したゲートキーパー機能を患者の受療行動から実現しようという狙いがある。

だが、日本における「かかりつけ医」の定義や、制度的な位置付けは曖昧である。まず、定義に関しては、日医などが2013年8月に公表した報告書で、図6の通り「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、かかりつけ医機能と

1067人であり、全体の医師数（約33万人）と比べると、遥かに少ない。

これらの点は過去の経緯に由来している。厚生省（現・厚生労働省）は1980年代、慢性疾患患者の増加や開業医の高齢化を意識しつつ、イギリスのGPに近い家庭医を育成することを企図したが、日医は「国家統制に繋がる」「医療費適正化に利用される」などと反対した。

その後、現行制度の範囲内で対応することが決まり、1993年からモデル事業がスタートした。この結果、かかりつけ医の定義が曖昧になり、専門医の育成も遅れた。

今後に向けて

今後を展望すると、フリーアクセスの修正に対しては、日医の反対意見が根強く、総合診療医の育成にも10年近い歳月を要する。このため、当面は在宅医療の普及や、医療・介護連携の強化、教育・研修の充実、国民の意識変容や受療行動の変化などを通じて、少しずつ医療制度を変える努力を積み重ねるしかないだろう。

具体的には、2～3年に一度の周期で見直される診療報酬、介護報酬を通じた誘導のほか、専門職など多様な主体による地域レベルの実践も求められる。

その反面、中長期的な制度改正の方向性としては、「医療の入口」を明確にする発想が必要になると考えられる。人口的にボリュームが大

して4つを示したが、能力や要件が明確に定められているわけではない。言い換えると、図6に挙げた機能を果たしているかどうか、能力や要件を明確にする試験や、制度的な位置付けは決まっていない。

■ 図6: かかりつけ医の定義、かかりつけ医機能

かかりつけ医の定義
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。
かかりつけ医機能
かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、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医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典：2013年8月、「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」

きい「団塊の世代」が75歳以上となる2025年を過ぎると、医療・介護需要が増大することが予想されている上、人生100年時代を踏まえると、生活を支えるプライマリ・ケアの重要性はますます高まる。今回の新型コロナウイルス対応でも、発熱相談やワクチン接種に際して、どこの医療機関を受ければよいのか、迷った国民は多かったのではないか。これは国民にとって「医療の入口」が明確になっていないことを意味する。プライマリ・ケアを制度として明確に位置付ける発想が今後、求められる。

注

- *1 日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト参照。http://www.primary-care.or.jp/panamedic/
- *2 OECD(2014)「医療の質レビュー 日本」を参照。
- *3 松田晋哉(2017)『欧州医療制度改革から何を学ぶか』勁草書房を参照。
- *4 イギリスの医療制度に関しては、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、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を参照。フランスの事例については、松本由美(2018)「フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取組み」『健保連海外医療保障』No.117などを参照。

三原岳（みはら・たかし）
1973年、岡山県生まれ。早稲田大学政治経済学部卒業。時事通信社、東京財団研究員を経て、2017年10月ニッセイ基礎研究所へ。専門は医療・介護・福祉制度。行政や現場の専門職、市民団体などと幅広く接点を持ちつつ、制度の持続可能性とサービスの質の両立を意識した改革案の提言を行う。主な著書と論文に『地域医療は再生するかーコロナ禍における提供体制改革』(医薬経済社)、『日本の医療保険における保険料賦課の現状と課題』『介護報酬複雑化の過程と問題点』(ともに『社会政策』)がある。