

論文の要約

報告番号	① 乙	第 103 号	氏名	伊藤 敦
学位論文題目	持続可能性のある日本のプライマリ・ケア提供体制 -機能ユニット統合システムを中心にして-			
<p>論文の要約</p> <p>※「目的・問題提起・考察・まとめ」のように論文の構成に沿ったかたちでまとめられたもので、論文の中身が分かるもの</p> <p>私達の身の回りで起こる医療や健康の問題の8割は、一次医療（以下「プライマリ・ケア」とする）で対応できると言われているが、実際に多くの患者が望む医療は診療所医療ではなく病院医療である。このことが発端となって、患者の大病院志向やはしご受診の問題が生じており、さらに国民医療費も高騰し続けているが、他方では、救急医療の崩壊、地方の病院を中心に勤務医や看護師の疲弊や不足の問題が露呈している。これらの市場の失敗の是正に向けて、医療提供体制の改革が推進されているが、わが国では現在、社会保障財源が逼迫しており、自治体の財政基盤も弱体化していることから、以前にも増して利用可能な医療財源が制限されている。このような事情から、国民医療費の伸び率を一定に抑えながら医療の質を高める制度設計が求められている。</p> <p>2013年現在、病院の数が約9千施設に対し診療所の数は約10万施設に達している。つまり、医療施設の9割強は診療所から構成されており、国民1200人に診療所開業医（以下「開業医」とする）が1人の割合で配置されていることになる。また、国全体の外来患者数は589万人存在し、外来診療にかかる医療費の総額は13兆4千億円である。病院の外来患者数は約28%に相当する166万人で、外来診療にかかる医療費全体の4割に相当する5兆3千億円が病院医療費に費やされている。したがって、病院の外来患者数を少なくとも8%減らして、約48万人の外来患者を診療所医療で対応するならば、約6,100億円の削減効果をもたらすことができる。この6,100億円の医療財源があれば、より多くの外来患者を受け入れられる可能性がある。また、仮に全ての患者をプライマリ・ケアで受け入れることができれば、約2兆1,200億円の削減効果が期待できる。</p> <p>昨今では、医療財源の抑制を目的として今後のプライマリ・ケア医の将来像として総合診療医、家庭医、総合医等（以下「総合医」とする）の養成とアクセス制限を目指した規制強化論が注目されている。特に、英国に代表される登録医制度が引き合いに出されているが、日本と欧米諸国では、税制の仕組み、社会保障の定義、開設主体、医療文化等のあらゆる部分が異なっており、プライマリ・ケアの多くを民間の開業医（専門医）の活力に依存しながら発展してきた経緯があることや、受益者である国民からこのフリーアクセスが高く評価されていること等の事情を鑑みると、このような登録医制度の導入やアクセス制限に基づいた抜本的な改革は現実的ではない。さらに、これまで以上に多くの患者をプライマリ・ケアで受け入れるのであれば、開業医に対する資質保証や診療所経営の健全化に向けた議論が必要である。ところが、これまでの研究は、二次医療や病院医療を中心とした改革に関する研究報告が多く、プライマリ・ケアの問題はこれまで聖域とされていたこともあって十分ではない。しかしながら、民間の個人開業医を中心にソロ診療が実践されていること</p>				

から、診療所医療が脆弱しており、夜間・休日診療、救急医療、産科・産婦人科医療、小児科医療、在宅医療等の不採算部門を病院に依存してきた一面があるのも事実であるため、プライマリ・ケアの充実強化に向けた研究が必要である。

そこで、本研究では、機能ユニット統合システム（以下統合システム）とする）の視点から、持続かつ実現可能性のあるプライマリ・ケア提供体制モデルを提案した。特に、現行のフリーアクセスを維持することを前提条件に、国民医療費の伸び率を一定に抑制しながら、プライマリ・ケアの質の向上と充実強化を図ることができる方法論について考察した。医療は、対人サービス業として常に不確実性が伴うため、医療サービスを安全かつ安定的に提供することが求められる。そのためには、診療所医療に対して標準医療を推進するとともに開業医の資質を保証する体制構築が不可欠である。さらに、大半の診療所は、保険医療機関として運営され、収益が医療政策の動向や診療報酬改定に左右されやすいため、これらの環境の変化に柔軟に対応できるようなシステム構築も求められる。このため、診療報酬により診療所経営の健全化を保証することが望ましい。

そこで、開業医の資質を保証する概念として機能ユニットを提唱し、診療所経営の健全性を保証する方法として統合システムを提案した。実際にこの統合システムを適用している全国の医療モールや診診連携団体等とその利用者を対象に実態調査を進めた結果、①開業医の資質を向上させる効果があること、②患者紹介が容易になるため診診連携が促進されること、③システム資源を共同利用することで資源稼働率を向上させることができる等の利点が得られる一方で、利用者にとっては①アクセス面が非常に優れており、②専門的な医療が受けられることや、③必要に応じて専門の医療施設（専門医）を紹介してもらえることを高く評価しており、④多くの住民がこの統合システムに対して利用意欲があること等、一定の有効性があることが判明した。

これらの検証結果より、各々の診療所に対して機能ユニット化を進めるとともに診療所ユニット同士を連携させて統合システムを構築することができれば、病院医療並みの専門性と資の高いプライマリ・ケアを継続的、安定的に提供できる可能性があることが示唆された。したがって、この統合システムをプライマリ・ケアに展開することができれば、アクセス制限や登録医制度を導入しなくても、医療費を一定の抑えながら、質の高いプライマリ・ケアを提供することができることを明確にした。これらの結論を踏まえて、今後、実現可能性のあるタイプとして①集積型統合システムと②分散型統合システムを展開させたプライマリ・ケア提供体制モデルを提案した。ただし、それを実現するためには、①利用者側のニーズに立脚した情報公開基盤を構築させるとともに②診療報酬制度と機能ユニットの基準を連動させることで診療所医療の品質管理機能を促進すること、③統合システム化を展開するために、第三者評価機関を設置し、④モニタリング機能を遂行させるとともに、⑤経済的インセンティブを与える政策を推進することを提案した。そして、それを達成するために⑥リバタリアン・パターナリズム思想の観点から利用者側のアクセスを診療所の診療行動を緩やかに誘導していくことが望ましいことを提言した。

以上、規制強化しなくても医療費を一定に抑制しながら医療の質を向上させる方法を解明し、統合システムの視点から持続かつ実現可能性のあるプライマリ・ケア提供体制モデルを提案したことは、経済学的にも意義があると考えられる。