

氏名	伊藤 敦		
学位の種類	博士（経済学）		
学位記番号	博経済甲第102号		
学位授与年月日	平成27年3月24日		
学位授与の要件	学位規則第3条第3項該当		
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—		
論文審査委員	委員長	教授	新井 光吉
	委員	教授	川又 伸彦
	委員	教授	田中 恭子
	委員	教授	柳澤 哲哉

論文の内容の要旨

現代の医療・健康問題の8割は一次医療（プライマリ・ケア）で対応できると言われているが、実際に多くの患者が受診する医療機関は診療所（開業医）ではなく大きな病院となっている。この患者の大病院志向は医療費の膨張を招いているばかりでなく、救急医療の崩壊、勤務医や看護師の疲弊などの深刻な問題を生み出している。もし、このような事態を放置しておけば、やがて日本の医療制度は崩壊の危機に瀕することになるだろう。日本は現在、赤字国債の累積、社会保障財源の逼迫、自治体の財政基盤の弱体化などの問題を抱えており、医療費の伸びを抑えながら医療の質を高められるような制度改革が喫緊の課題として求められている。その有望な改革の1つが、病院に集中する外来患者のうちプライマリ・ケアで対応できると思われる患者を10万軒にも達する診療所に引き受けてもらえるように誘導する政策であろうと思われる。

本論文は、「機能ユニット統合システム」概念を提示し、実際に統合システム(集積型、分散型)を実践している診療所グループ等の調査を踏まえながら、診療所の質や機能をそのシステムの想定するレベルにまで引き上げる方法を明らかにし、実現可能なプライマリ・ケア提供体制の構築方法について考察している。特に、国民医療費の伸び率を抑制しながらプライマリ・ケアの質の向上を図る方法は、現行のフリーアクセスを犠牲にすることなく、維持することを前提条件として考察されている。医療サービスは、生命に係わる対人サービスとして常に不確実性が伴うため、安全で継続的に提供されることが求められている。そのためには診療所に標準医療を提供するように促し、開業医の資質を確保するような制度を整備することが不可欠である。また、診療所の大半は保険医療機関として運営されているので、収益が医療政策の動向や診療報酬の改定によって大きく左右されるため、これらの変化に柔軟に対応できるシステムの構築が求められている。

本論文の構成は以下の通りである。

序章

- 第1節 研究の目的と背景
- 第2節 研究の意義
- 第3節 博士論文の全体構成と研究内容

第1章 プライマリ・ケアの概念

はじめに

- 第1節 プライマリ・ケアの源流
 - 第2節 プライマリ・ケアに関する概念的解釈
 - 第3節 経済学の視点から見たプライマリ・ケア概念の解釈
- 小括

第2章 診療所開業医の源流と開設形態の変遷

- 第1節 問題の所在
 - 第2節 課題設定と研究の流れ
 - 第3節 診療所開業医の変遷
- 小括

第3章 日本のプライマリ・ケアの現状と課題

はじめに

- 第1節 研究方法
 - 第2節 需要側の事情から見たプライマリ・ケアの現状
 - 第3節 供給側の事情から見たプライマリ・ケアの現状
 - 第4節 考察
- おわりに

第4章 機能ユニット統合システムの設計

- 第1節 研究の目的と背景
 - 第2節 研究方法
 - 第3節 開業医の資質と診療所経営の安全性の保障に向けた取り組み、現状、課題
 - 第4節 機能ユニットの概念
 - 第5節 統合システムの設計
- 小括

第5章 機能ユニット統合システムの有効性に関する検証

序節

第1節 研究方法

第2節 機能ユニット化の効果に関するモデル論的検証

第3節 集積型統合システムの有効性に関する検証—医療モールの全国調査の視点から—

第4節 集積型統合システムの有効性に関する事例検証—エスエル医療グループを中心に—

第5節 集積型統合システムの有効性に関する事例検証—芦屋病院の院内開業方式を中心に—

第6節 分散型統合システムの有効性に関する事例検証—世田谷区若手医師の会と日本外来小児科学会を中心に—

第7節 利用者の視点から見た統合システムの有効性に関する検証

おわりに

第6章 プライマリ・ケア提供体制の設計

はじめに

第1節 現在形の診療所、登録医型の診療所、診療所ユニットに関する相違

第2節 診療所ユニットの設計

第3節 統合システムの設計

第4節 プライマリ・ケア提供体制の設計

おわりに

終章

本論文は序章、終章を含めて以下のような8章から構成されている。序章では、第1節で、研究の背景と目的が示されている。医療や健康の問題の8割がプライマリ・ケアで対応できるはずであるにもかかわらず、患者の病院受診志向が強い。これは需要側の要因として皆保険制度の下でフリーアクセスが保証され、医療サービスが公定価格（診療報酬制度）で全国一律に設定されているため、より質の高い医療を提供していると思われる病院を受診するインセンティブが働きやすいからである。また、供給側の要因として多くの診療所は単独診療を行っているので限られた疾患にしか対応できず、夜間対応から在宅医療まで総合的な医療を提供することが困難であるからである。この医療における需要要因と供給要因が相俟って患者の病院志向と医療の膨張が生じているのである。従って、その解決策はまずプライマリ・ケアを担うべき診療所の質や機能の強化が図られなければならない

い。その点が本稿の課題とする実現可能性のあるプライマリ・ケア提供体制の構築であり、またそれを可能にするのが「機能ユニット統合システム」である、とされる。第2節では、本研究の意義が述べられている。次の第3節では、本論文の全体構成と内容が説明されている。

第1章では、まずプライマリ・ケアの源流が明らかにされ、次にプライマリ・ケアの概念及びその背景が体系的に考察された上で、プライマリ・ケア提供体制を設計するために必要な適切な概念が検討されている。プライマリ・ケアは、論者によって様々な視点から解釈され、必ずしも統一された定義が存在しているわけではない。また、プライマリ・ケアという言葉自体が初期、近接、常在、総合、基本、本来等の多様な意味を含んでいることから、論者によって様々な解釈を行うことが可能となるような特性を持った用語といえる。そのためプライマリ・ケアの類似概念も非常に多い。このようにプライマリ・ケアが多義的な解釈を可能にしていることから、いざプライマリ・ケア提供体制の問題について議論をしようとする時、共通の認識や合意の形成が難しいという結果を招いてしまうのである。このため総論では全員が賛成するものの、各論ではお互いの意見が食い違い、建設的な結論に達することができない。そこで、本章はプライマリ・ケア提供体制を設計するために活用できるような概念の整理を行い、議論の発展を阻害している要因を取り除こうと試みている。

第2章では、まず日本における開業医の源流が明らかにされ、次に開業医及び開業形態の変遷が概観され、開業医制度（開業医の資質や機能を含む）及びプライマリ・ケア提供体制が古代から現代にかけて、どのような発展を遂げてきたのか、などが考察されている。日本の診療所は、民間の個人開業医によって運営され、病院医療と同じように専門医療や入院医療を提供するなど、先進諸国の中でも珍しい機能を有する日本独自の仕組みを形成している。このため、何故、このような日本独自の形態が形成されてきたのか、という根本的な疑問が生じる。そこで、現行のような日本のプライマリ・ケア提供体制が構築されてきた背景や変遷を分析することによって、開業医がこれまでの歴史的経緯の中でどのような診療を行い、また開業形態をどのように変容させてきたのか、などを解明している。

第3章では、医療における需要側の要因と供給側の要因に焦点を当てながら、患者の病院受診志向が分析され、現代日本のプライマリ・ケアの現状と課題が明らかにされている。プライマリ・ケアは、二次医療や三次医療が円滑に機能するためにそれらを支える医療提供の基盤として重要な役割を持っている。しかし、プライマリ・ケアは、疾病や傷病の罹患頻度及び生命予後（病気・手術などの経過において生命が維持できるかどうかについての予測）の程度などに左右される患者の受診行動を前提にしなければならないので、開業医のキャリア・プロセス、診療所開設の規模・形態・機能、医師の専門性、標榜診療科、立地等の診療所経営などに至るまで実に多岐にわたる困難な問題を抱えている。にもかかわらず、残念ながらこれらの問題は個々別々に議論されるのみで、プライマリ・ケアのあるべき姿がトータルに議論されることがほとんどなかった。そこで、筆者はこれらの問題

を何らかの視点で整理し、体系化する必要があると考え、プライマリ・ケアの機能を妨げている要因を需要側と供給側に分けて分析し、課題を明らかにしている。

第4章では、本論文の独自の視点として「機能ユニット」概念が提唱され、筆者が長年にわたり温めてきた「統合システム」のモデルが提案されている。プライマリ・ケアの捉え方に関しては、様々な見方や解釈が存在しているが、本論文はプライマリ・ケアが医療提供システムを構成する重要な要素の1つであると考え、「機能ユニット」概念を導入することによってその活性化を図ることを提案している。すでに病院医療では、医療と経営の質保証に向けた病院改革が実施されている。例えば、日本医療機能評価機構やISO（国際標準化機構）等の第三者機関がモニタリングを行っており、患者満足度の調査結果や治療成績等が内外に情報公開され、それらが医療安全管理や病院経営の改善にも反映されている。また、標準医療の実現を目指してクリティカル・パスの作成や医療情報の標準化も進められており、それらの成果はDPC（診断群分類別包括評価）や入院医療基本料等の診療報酬の中でも適正に評価される仕組みが作られている。

一方、プライマリ・ケアでは、このような医療の質や安全を保証する取り組みはほとんどなされていない。診療所医療の現場では、標準医療や品質管理に向けた取り組みが著しく遅れているからである。政策的にも医療の質と診療報酬を連動させる仕組みは、在宅療養支援診療所（在支診）加算や地域包括診療料（2014年新設）を除けば、ほとんど存在していない。現在、日本では少子高齢社会と多死社会が急速に進んでおり、利用可能な医療資源も限られていることから、医療費の膨張を抑えながらプライマリ・ケアの充実強化を図れるような医療提供体制の構築が喫緊の課題となっている。

そこで、このような課題を解決するために、本論文は次に実施可能な「統合システム」の構築に必要とされる要素や条件を考察している。もちろん、件数はそれほど多くはないが、すでに多様な連携ネットワークを形成しながらプライマリ・ケアの充実強化を図っている先駆的な事例も一部の地域では見られるので、本論文はそれらの事例を分類して、①「集積型統合システム」②「分散型統合システム」、の2つのモデルを提示している。

第5章では、第4章で設計した2つの統合システムモデルの有効性が事例の分析に基づいて検証されている。まず、序説では、本章が主に「集積型統合システム」を展開している医療モールに焦点を当て、開業医側と利用者側の視点からその有効性を分析しようとしている点を明らかにしている。しかし、「分散型統合システム」で外来診療を積極的に実施している事例が少ないという限界も指摘されている。第1節では、本章の研究方法が説明されている。特に、図5-1に示した研究のフローチャートに基づいて、4か所の訪問調査先を含む実証分析の実施が説明されている。第2節では、一般的な個人開業の診療所が「機能ユニット」化を進めた場合に、医療効果が改善される点がモデルに基づいて分析され、その有効性が主張されている。第3節では、近年、人口集中地区の駅前周辺、郊外の商業施設や集合住宅等の一画に医療モールが開設されており、これらも「集積型統合システム」の一形態と考えられるので、全国の医療モールに対して実態調査を行い、その有効性を明

らかにしようとしている。

第 4 節では、日本初の医療モールである名古屋市のエスエル医療グループに対する訪問調査を実施し、このタイプの集積型統合システムが有効性を持っているかどうか、が検討されている。第 5 節では、日本で初めて「院内開業方式」を導入した市立芦屋病院（兵庫県）に対する訪問調査が実施され、「集積型統合システム」の有効性が重ねて検討されている。院内開業により「集積型統合システム」を導入した芦屋病院は病院、診療所ユニット、患者の三者にシナジー効果をもたらし、病院経営の好転にも繋がっていると指摘されている。ただし、このような仕組みが円滑に機能するためには統合マネジメント体制の構築が不可欠である点も言及されている。第 6 節では、オープンクリニックに取り組んでいる「世田谷若手医師の会」と「日本外来小児科学会」の 2 つの診診連携団体に対して訪問調査を行い、「分散型統合システム」がプライマリ・ケアの実践において有効であることを実証した。第 7 節では、「集積型統合システム」が利用者（住民）にとって有益なものであるかどうかを明らかにするために、利用者の医療モール受診行動などを調査するためのアンケート調査を実施し、肯定的な結果が得られている。「おわりに」では、診療報酬制度と連動した診療所ユニットの構築方法と 2 つの「統合システム」の展開方法が提案されている。その上で、日本で実現可能なプライマリ・ケア提供モデルは、「フリーアクセス+統合システムモデル」と「緩やかなアクセス制限+統合システムモデル」のいずれかである、という結論が示されている。日本のプライマリ・ケアに必要なことは、利用者の視点に立ったより充実したアクセス環境を築くことであって、決して強制的にアクセスを制限することではないとされる。

終章では、本論文の目的、意義、研究内容などが総括されながら結論が述べられ、将来の日本のプライマリ・ケア提供体制についての展望が示されるとともに、残された課題についても言及されている。本論文は、開業医の資質と診療所経営の健全性を保証する方法に着目し、「機能ユニット」の概念を提唱するとともに「統合システム」の可能性について検討している。この「統合システム」がプライマリ・ケア提供体制に次第に導入されて行けば、患者の病院受診志向を診療所に振り向けることができ、国民医療費の伸び率を抑制しながら医療の質を維持・向上させることできる。特に、多くの診療所が「機能ユニット」化を推進して緊密な連携・協力関係を形成することによって構築した「統合システム」を展開して行ければ、病院医療並みの専門性と質の高いプライマリ・ケアを提供でき、患者の病院集中と医療費膨張を緩和することも可能である、と結論づけられている。

論文審査の結果の要旨

本論文の意義は、患者の病院集中が日本の医療制度を危機に陥れているという認識から、その一因でもある受け皿としての診療所の質や機能を「ユニット機能統合システム」によって高め、質の高い使い勝手の良いプライマリ・ケアを提供できるという可能性を事例研究に基づいて明らかにした点にある。特に、現行のフリーアクセスを維持することを

前提に、医療費の伸び率を抑制しながらプライマリ・ケアの質の向上と機能の充実を図れる仕組みを提示している点に意義がある。

本論文は、先行研究、訪問調査、アンケート調査、事例分析などを通じて以下のような知見を明らかにしている。第1に、プライマリ・ケアの充実が必要なことはほとんどの論者が認める点であるが、各論において合意が得られないのは、概念の曖昧さにその原因があると指摘している。

第2に、日本の開業医は漢方医や本道（内科医）以来の単独診療が続いてきたが、近年、全国各地で診診連携、医療モール、グループ診療所開設など単独診療を打破するような事例も見られることが明らかにされた。2025年問題（団塊世代の後期高齢者化）が浮上する中で、開業医が地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を担うべきだとする医療介護政策が打ち出され、欧米モデルに基づく総合医育成を中心とする議論が進められている。本論文は歴史的に形成されてきた日本独自の診療所制度を過小評価せず、欧米モデルではないプライマリ・ケアモデルを築くために活用できる可能性を提示している。

第3に、日本のプライマリ・ケアの実態を需要面と供給面から分析した上で、実行可能なプライマリ・ケア提供体制の構築には他の医療機関との連携強化、訪問看護・介護サービスの併設、交通アクセスの改善などが不可欠であることが明らかにされている。また、患者が安心して開業医を受診できるようにするには、診療レベルの質と夜間対応や総合医的な診療サービスを保証でできる「機能ユニット統合システム」を普及させる必要があることも指摘されている。この「機能ユニット統合システム」は、全国の医療モールを対象とした調査と、4つの事例（エスエル医療グループ、芦屋病院院内クリニック、世田谷若手医師の会、日本外来小児科学会）の実態調査を踏まえた上で、その有効性が明らかにされている。利用者を対象に実施されたアンケート調査も医療モール（「機能ユニット統合システム」）の受診に対する好意的な態度を確認しており、その普及の可能性が期待されるとしている。

第4に、もし提唱された「機能ユニット統合システム」がプライマリ・ケアに広く普及して行けば、アクセス制限や登録医制度の導入など規制を強化しなくとも国民医療費を抑制しながら医療の質を維持・向上させ得る可能性も明らかにされている。もちろん、そのためには情報公開の確保、医療の質管理機能の整備、第三者評価機関の設置、モニタリング機能の充実、経済的インセンティブの強化、利用者のアクセス利便など、が改善されなければならない、という条件も付けられている。

本論文の独創性は以下のような点にある。

第1に、本論文は長年の実態調査やアンケート調査を踏まえた上で、患者が安心して受診できるプライマリ・ケア提供体制を築くために「機能ユニット統合システム」概念を措定する必要があり、そうすれば必ずしも日本の実情に合致しているとはいえない欧米モデルに依存することなく従来の開業医制度を活用しながら新たなプライマリ・ケア提供体制を築ける可能性を明らかにしている点である。というのも、プライマリ・ケア改革を主張

する論者の多くが、例えば英国の一般医(GP、登録医、家庭医)制度を日本版家庭医(日本ではこの用語が好まれず、かかりつけ医や総合診療医などの用語が一般的)として整備することを主張している。しかし、英国の一般医は勤労意欲が低く、診療時間も西欧で最低レベルといわれ、人頭払い報酬のために安易に病院に紹介する傾向もあるといわれる。また、欧米の家庭医制度が医療費抑制と医療の質維持を両立させているのかも検討の余地がある。本論文はこのような安易な欧米モデルの導入に警鐘を鳴らし、代替案を示したものと高く評価することができる。

第2に、本論文は4つの事例を取り上げ、自らが提示した「機能ユニット統合システム」の有効性を立証しようとしている点である。本論文はこのシステムが机上の空論に終わらず、有効なモデルであることを事例によって証明しようとしている点で高く評価することができる。医療提供機関の事例研究は対象がほぼ病院に限られており、診療所(開業医)を対象とするものはほとんど存在しない。開業医に調査協力を依頼すると、最初から意図を警戒されてしまい、協力を得られないことが多い。本論文がそのような困難を乗り越え、診療所の実態調査を行って事例としてまとめ上げたことは高く評価できる。また、事例の中では、市立芦屋病院の院内開業のケースが特に興味深く、本論文のセンスの良さを示している部分として高く評価できる。この事例では、病院、診療所ユニット、患者の三者がシナジー効果(赤字縮小、診療所の安定した経営、アクセスの良さや窓口負担軽減)を享受している点が明らかにされている。芦屋病院は景気低迷に伴う税収不足や震災復興の重い財政負担から芦屋市が補助金を削減したために経営改善に取り組まざるを得なくなり、その改革の一環として院内開業方式(歯科、泌尿器科、耳鼻咽喉科)を採用したといわれる。この事例は勤務医不足や診療科閉鎖で苦悩している農村の自治体病院も追随できる例であり、医師にとっても勤務医時代に培ってきた経験や専門性を発揮できるので、普及拡大の余地が大きいと指摘されている。実際、同じように罹災した岩手県の公立病院でも院内開業方式を採用しており、同方式に興味を示す自治体病院もあるという。

とはいえ、本論文にも以下のような疑問が存在している。第1に、本論文はプライマリ・ケア議論が進展しない理由として、概念が曖昧である点を指摘しているが、自らもその概念を定義しようとしていない。たとえ定義づけが難しいとしても、自分なりの定義を示すべきであったと思われる。第2に、「機能ユニット統合システム」に合致した事例が取り上げられており、その限りではモデルの有効性が確認されたように見えるが、問題はこのモデルが診療所の何割くらいをカバーできるのか、という点である。日本医師会とそこに集う開業達がこのモデルを進んで受け入れるとは決して思われぬ。むしろ中小病院を活用した総合診療医(家庭医、登録医)の育成という代替案(池上直己案)の方が、コストや軋轢も小さく、実現可能性も高いように思われる。開業後に総合診療医として必要な技能は中小病院の方が大病院よりも習得しやすいからである。第3に、診療所は医療改革や法的規制によって大きな影響を受けるはずなのにモデル設計において政策要因があまり考慮されておらず、政治過程を含めた実現可能なモデルとはなっていないように思われる。

しかしながらこれらの疑問は本論文も認識しており、今後の課題として示されている。しかも、本論文が示した独創的な要素の大きさからすれば、大きな問題とはいえない。

以上により、審査委員会は本論文を博士（経済学）の学位授与に相応しい研究業績であると判定した。