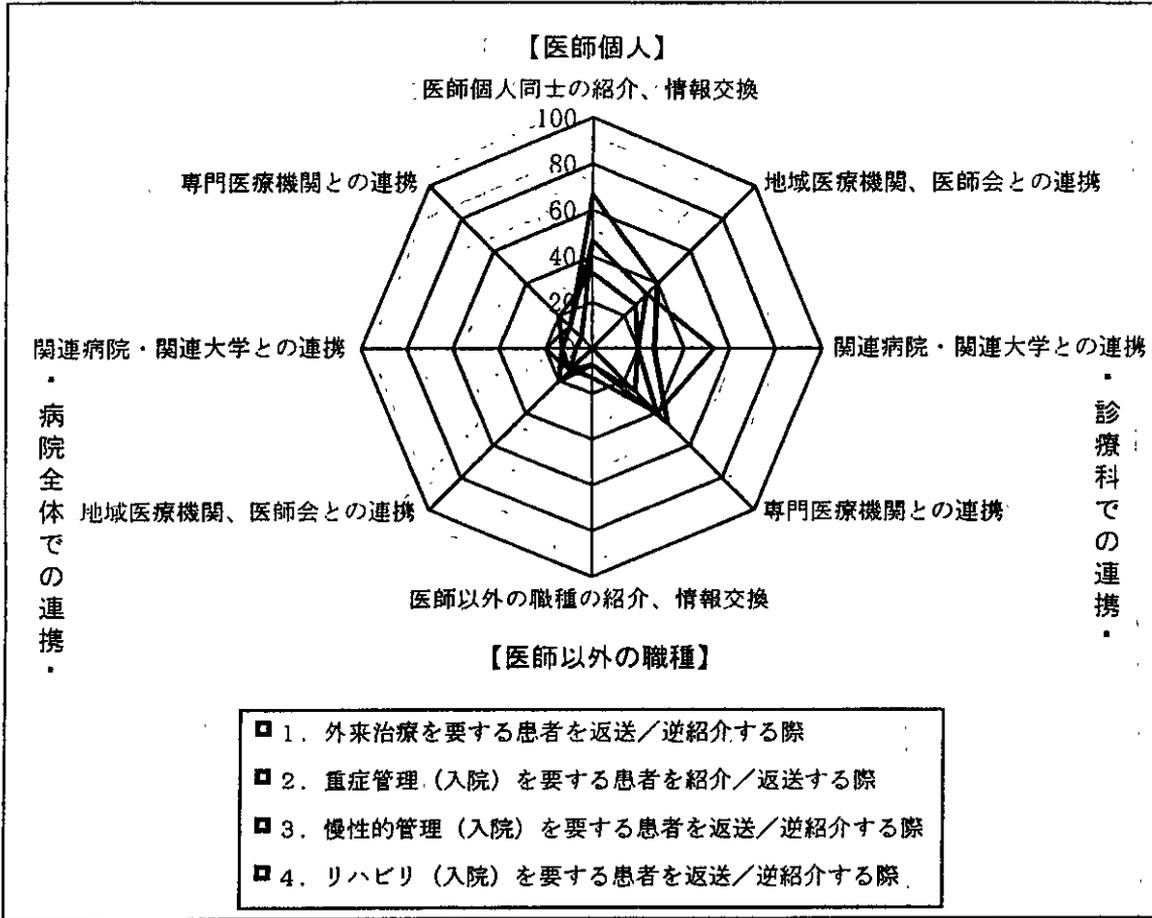


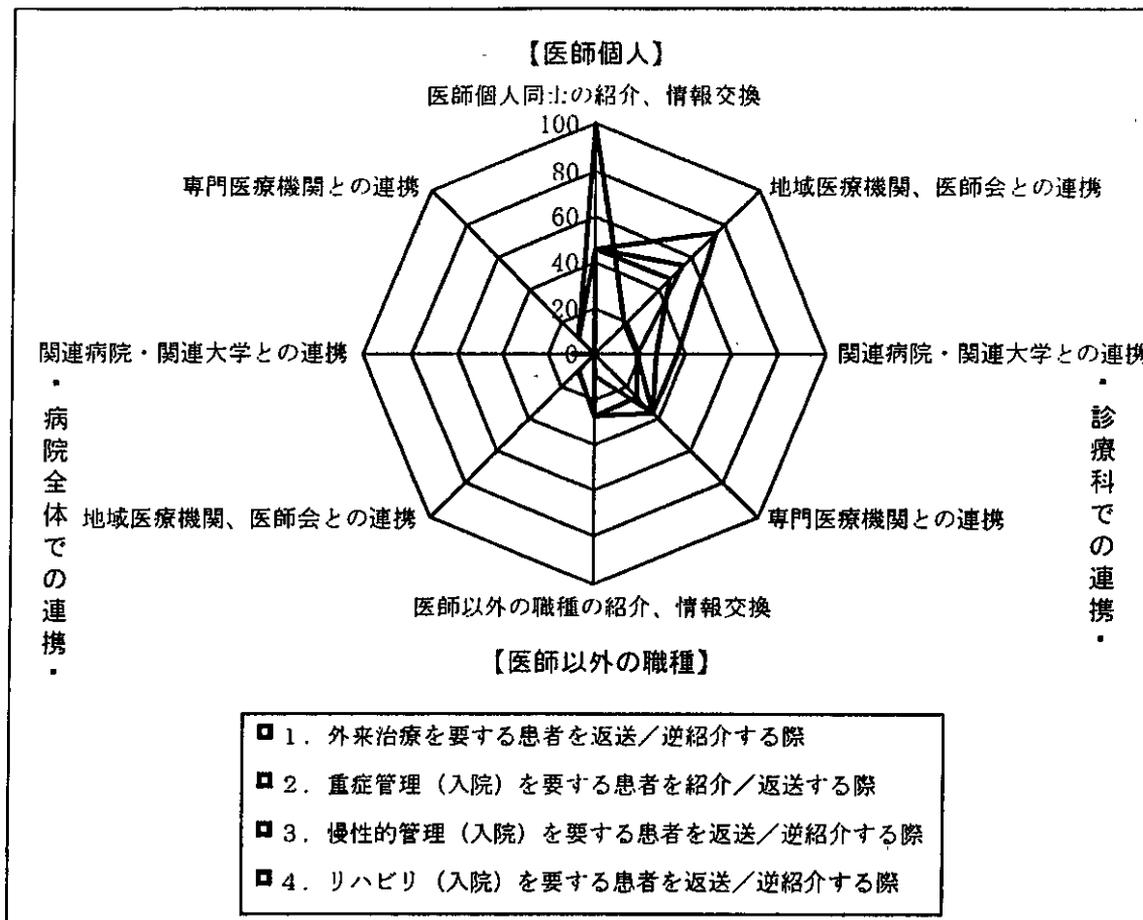
【眼科】



連携を要する場面	医師個人同士の紹介・情報交換	地域医療機関・医師会との連携	関連病院・関連大学との連携	専門医療機関との連携	医師以外の職種の紹介・情報交換			専門医療機関との連携
					地域医療機関・医師会との連携	関連病院・関連大学との連携	専門医療機関との連携	
1. 外来治療を要する患者を返送／逆紹介する際	67	40	27	47	7	13	13	13
2. 重症管理（入院）を要する患者を紹介／返送する際	47	33	53	40	13	13	20	13
3. 慢性的管理（入院）を要する患者を返送／逆紹介する際	47	33	20	40	0	13	7	7
4. リハビリ（入院）を要する患者を返送／逆紹介する際	33	27	20	27	7	20	13	20
5. その他（ ）	0	0	0	0	0	0	0	0

(単位：%)

【耳鼻咽喉科】



連携を要する場面	医師個人同士の紹介・情報交換	地域医療機関・医師会との連携	関連病院・関連大学との連携	専門医療機関との連携	医師以外の職種の紹介・情報交換	地域医療機関・医師会との連携	関連病院・関連大学との連携	専門医療機関との連携
	(単位：%)							
1. 外来治療を要する患者を返送／逆紹介する際	100	18	18	36	9	0	0	9
2. 重症管理（入院）を要する患者を紹介／返送する際	45	73	36	36	27	0	9	0
3. 慢性的管理（入院）を要する患者を返送／逆紹介する際	45	45	27	36	27	9	0	9
4. リハビリ（入院）を要する患者を返送／逆紹介する際	45	55	18	27	27	9	0	9
5. その他（ ）	0	0	0	0	0	0	0	0

【放射線科】



連携を要する場面	医師個人同士の紹介・情報交換	地域医療機関・医師会との連携	関連病院・関連大学との連携	専門医療機関との連携	医師以外の職種の紹介・情報交換	地域医療機関・医師会との連携	関連病院・関連大学との連携	専門医療機関との連携
(単位：%)								
1. 外来治療を要する患者を返送／逆紹介する際	79	32	26	16	5	16	5	0
2. 重症管理（入院）を要する患者を紹介／返送する際	53	21	21	37	11	11	11	5
3. 慢性的管理（入院）を要する患者を返送／逆紹介する際	47	32	5	11	11	11	5	5
4. リハビリ（入院）を要する患者を返送／逆紹介する際	47	37	11	16	16	11	5	5
5. その他（ ）	0	0	0	0	0	0	0	0

入院受療率の構造分析と都道府県の類型化

はじめに

他の先進諸国と同様に、わが国においても医療費の上昇は大きな社会問題である。医療費とそれを規定する医療受療は地域によって大きな格差があることが知られている。全体的に、医療費は西日本で高く、東日本で低い「西高東低」の傾向がある。過去の研究では、地域間格差は病床数、医師数などの医療供給体制や経済的、社会的、文化的背景と関連していることが明らかにされている。¹⁻³

これまでの多くの研究は、医療費の多くの部分を占める老人医療に限定したものがほとんどで、全体の医療費や受診状況を分析した試みは少ない。また、都道府県ごとにみた場合、すべての性・年齢階級で必ずしも一様な傾向、つまり、すべての階層で受療率が高い、あるいは低いというのではなく、むしろ性・年齢階級別に受療率の高低がみられる。受療行動や医療費を分析する場合、こうした性・年齢階級別の傾向を考慮する必要があると思われる。さらに、医療計画においては、こうした受療率等をもとにした地域特性を考慮しなければならないが、特異的な都道府県を同定したり、いくつかのグループに類型化することが地域特性を明確にするひとつの手段であると思われる。

本研究は、都道府県ごとの入院受療率に関して、性・年齢階級ごとの入院受療率をもとに、因子分析によりその構成成分を分析し、その入院受療率の構造から都道府県を類型化することを目的としている。

1. 方法

(1) 入院受療率の算出

平成8年度患者調査の病院票の個票を用いて、各都道府県ごとに、性・年齢階級別（5歳ごと）に、一般病床の推定患者入院患者数を算出した。平成8年の各都道府県の性・年齢階級別（5歳ごと）人口（総務庁統計局平成8年10月1日現在推定人口）を分母に、推定入院患者数を分子として、入院受療率（人口10万対）を算出した。

(2) 因子分析・クラスター分析

性・年齢階級別の入院受療率を変数（合計34変数）として、因子分析（主成分法）を行った。固有値と寄与率から適当な因子数を決定し、バリマックス回転後、各性・年齢階級別の入院受療率の因子負荷量と各都道府県の因子得点を求めた。

各都道府県の因子得点をもとに、クラスター分析（平方ユークリッド距離、グループ間平均連結法）を行った。デンドログラムを参考に、適当な距離にて都道府県を複数のクラスターに分類した。各クラスターごとの因子得点の平均と所属する都道府県を同定した。

因子分析およびクラスター分析はSPSS7.5J/PCを用いた。

2. 結果

(1) 因子分析

因子 10 までの固有値と寄与率を表 1 に示した。固有値が 1 を超えたものは 5 つあったが、各因子の寄与率は、因子 1 が 55.0%、因子 2 が 12.8%、因子 3 が 7.1%、因子 4 が 5.1%、因子 5 が 2.9%、因子 6 が 2.5%、因子 7 が 2.0% で、以下は 2% 未満であった。因子 4 までが 5% を超え、以下は 2% 台に低下するため、有意な因子数を 4 つと判定した。4 つの因子の累積寄与率は 80.0% であった。

バリマックス回転後の各性・年齢階級別の入院受療率の因子負荷量を表 2 に示した。各性・年齢階級で、4 つの因子のうちもっとも高い負荷量のものに下線をつけた。因子 1 は、男女とも 55 歳以上の階級でもっとも負荷量が高かった。因子 2 は、男性で 20-54 歳の階級、女性で 15-54 歳の階級でもっとも負荷量が高かった。因子 3 は男性で 5-19 歳、女性で 5-14 歳の階級でもっとも負荷量が高かった。因子 4 は、男女とも 0-4 歳の階級でもっとも負荷量が高かった。以上から、因子 1 は「高齢期」、因子 2 は「青壮年期」、因子 3 は「小児期」、因子 4 は「乳幼児期」による入院受療と考えられた。各都道府県ごとに、各因子の因子得点を表 3 に示した。

(2) クラスタ分析

都道府県の 4 つの因子得点をもとに、クラスタ分析によるデンドログラムを図 1 に示した。類似性の距離 10 を基準としてカットし、8 つのクラスタに分類した。各クラスタの因子得点の平均と、所属する都道府県を表 4 に示した。

クラスタ 1 は、因子 1 (高齢期) が高く、因子 4 (乳幼児期) が中程度で、「高齢型」と考えられ、北海道や富山県など 8 つの都道府県が所属した。クラスタ 2 は、因子 3 (小児期) と因子 2 (青壮年期) が高く、「小児・青壮年型」とされ、青森県や宮城県など 7 つの都道府県が所属した。クラスタ 3 は、因子 3 (小児期) と因子 4 (乳幼児期) が高く「小児・乳幼児型」で、岩手県と石川県のみであった。クラスタ 4 は、すべての因子が低く、「低受療型」と解釈された。クラスタ 5 は、因子 4 (乳幼児期) と因子 2 (青壮年期) が高く、因子 1 (高齢期) が低い「乳幼児・青壮年型」で、山形県、長野県、香川県が含まれた。クラスタ 6 は、因子 2 (青壮年期) が高い「青壮年型」で、11 の都道府県が含まれた。クラスタ 7 の高知県は、因子 1 (高齢期) と因子 2 (青壮年期) が高く、因子 4 (乳幼児) が低い「高齢・青壮年型」であった。クラスタ 8 の佐賀県は、因子 3 (小児期) と因子 2 (青壮年期) が高く、因子 4 (乳幼児) が低い「小児・青壮年・低出産型」であった。

3. 考察

医療費や医療受療には大きな地域間格差があることが知られている。平成 8 年医療施設調査・病院報告⁹によれば、都道府県別の人口 10 万対 1 日平均在院患者数の最大は高知県の 2238 で、最低の埼玉県 (733) の約 3 倍である。入院受療率は、北海道、北陸、中国、四国、九州で高く、関東、東海で低い。こうした入院受療の地域格差の要因は明確ではないが、今回の因子分析の因子 1 (高齢期) の寄与率 (=55%) から示唆されるように、入院受療の多くは高齢者の受療に依存している。

医療費や医療需要の大半は高齢者に依存していることから、医療費の規定要因についての分析はもっぱら高齢者に関するものに限られていた。¹⁷ 過去の研究では、病床数や医師数などの医療供給量、死亡率等の健康指標、第 1 次産業費、所得額、あるいは離婚率等の社会経済的指標が医療費と関連することが明らかになっている。¹⁷

一方、全体の医療費や医療受療を分析した試みは多くない。谷原ら⁸によれば、二次医療圏ごとの入院患者数は 65 歳以上人口割合と人口当たりの病床数のみが有意な説明変数となり、医療費や医療受療の多くが高齢者に寄与されているため、それ以外の説明変数を抽出することが難しいことを示している。また、全体の分析が困難であるのは、今回の因子分析でも明らかになったように、入院受療が複数の成分より構成されているためと思われる。したがって、全体の受療を分析する場合、構成成分を明確したうえで、各構成成分ごとに検討する必要がある。

今回の因子分析の結果、4 つの因子が抽出された。4 つの因子の累積寄与率は 80% であることや、因子 5 からの寄与率が 2% 台に下がることから、因子数は妥当であると考えられる。4 つの因子が高齢期、青壮年期、小児期、乳幼児期と分けられることから理論的な結果であると思われる。ただし、40、50 歳台で負荷量が接近している因子 1 と因子 2 など明確な境界が判断しにくい部分もみられた。ま

た、女性の 25-39 歳の階級は、因子 2 と因子 4 は負荷量が接近し、出産に関係する入院と他の要因による入院が混在していることがうかがえる。

入院受療率を因子に分解することで、各都道府県の特徴が明確となる。入院受療率や人口当たりの病床数をもっとも高い高知県は、高齢期（因子 1）と青壮年期（因子 2）の入院受療率が高い一方で、乳幼児期（因子 4）の入院受療率が低いという特徴がある。同じく入院受療率と人口当たりの病床数が高い北海道は、高知県と異なり、乳幼児の入院受療率が高い。

因子得点を用いた都道府県の類型化の試みとしてクラスター分析を用いた。クラスター分析は、複数の変数を用いてサンプルを類似性の強さで分類するもので、二藤ら¹⁰は医療圏の分析に、舟谷ら¹¹は病院の施設類似性の分析に応用し、保健医療分野での有用性が示されている。今回のクラスター分析の結果、いくつか特徴的な都道府県が同定された。岩手県と石川県は、小児期（因子 3）と乳幼児期（因子 4）が両方とも高いという特徴を持つことからひとつの類型化された。先に述べたように、高知県は高齢期（因子 1）が非常に高く、乳幼児期が低い点で特異的である。山形県、長野県、香川県は、高齢期が低く乳幼児期が高いことから一つに類型化できる。クラスター分析によるこれ以上の類型化はある程度の主観性が入ることになるが、デンドログラムから 8 つに分類することが適当と思われた。

特異的な岩手県と石川県（クラスター 3）、山形県、長野県および香川県（クラスター 5）、高知県（クラスター 7）、佐賀県（クラスター 8）をのぞくと、ほとんどの都道府県は、「高齢型」（クラスター 1）、「小児・青壮年型」（クラスター 2）、いずれの因子も低いクラスター 4、「青壮年型」（クラスター 6）に類型化された。これらの類型はなんらかの地域特性を反映しているのであろうか。クラスター 4 には、関東と東海の多くの都道府県が含まれ、人口あたりの病床数の少ないこれらの地域がすべての年齢層で入院受療が低く押さえられていることがわかる。クラスター 1 は、北海道、大阪府、京都府、広島県、福岡県などの比較的人口の多い都道府県を含むが、クラスター 1、2、6 にの地域特性は明確でなく、今後、類型の背景を分析する意義は大きいと思われる。

因子分析やクラスター分析の限界は、因子や類型化の数を変化させると結果の解釈も異なる点である。また、今回の分析は、入院受療率の要因を明らかにするものではない。これまで研究で高齢者の医療費の規定要因が明らかにされたように、各因子には独自の規定要因が存在することが考えられる。たとえば、因子 3（小児期）や因子 4（乳幼児期）には小児科や産科のような医療供給要因が、因子 4（乳幼児期）には出生率などの人口動態的要因が、因子 2（青壮年期）の受療には交通事故などの社会的要因が関連しているという仮説を立て、実証していくことも可能で、今後分析を予定している。

ところで、これまで一般病床は老人病床、療養型、その他に区分されていたが、今後は急性期と慢性期病床に区分されることになる。慢性期病床は高齢者の入院で占められることが予想されるが、その他、入院受療の傾向にどのような変化がみられるが興味深い。また、入院受療率は理論上入院件数と在院日数との積で規定される。入院件数と近似できる退院患者数と平均在院日数も入院受療率と同様に大きな都道府県格差がみられる。入院受療率、入院件数、平均在院日数の相互関係や各変数の構造、規定要因について細かく分析することが医療受療のより正確な把握と地域の医療計画の策定に有効であると考えられる。

4. まとめ

平成 8 年患者調査を用いて、入院受療率の構造分析とそれに基づく都道府県の類型化を目的に、性・年齢（5 歳ごと）に入院受療率を算出し、因子分析を行い、因子得点を用いてクラスター分析を行った。入院受療は主に、高齢期、青壮年期、小児期、乳幼児期の 4 つの成分より構成されることがわかった。クラスター分析にて都道府県を 8 つに類型化したところ、高齢型（8 都道府県）、小児・青壮年型（7 都道府県）、乳幼児・青壮年型（3 都道府県）、青壮年型（11 都道府県）、高齢・青壮年型（高知県）、小児・青壮年・低乳幼児型（佐賀県）、その他（14 都道府県）に分類された。今後の入院受療の分析には、こうした入院受療率の構造や都道府県の特性に注目することが重要であると考えられた。

（筆者：福田吉治、長谷川敏彦）

<参考文献>

- 1) 安西将也、吉田洋一、安西 定他：「老人医療費の都道府県格差の要因分析（その1）」、『病院管理』、Vol.24No.2、pp.25-35、1987
- 2) 森 満、三宅浩次：「老人医療費の都道府県格差と社会的、経済的および文化的指標との関連性」、『日本公衛誌』、Vol.35No.12、pp.662-668、1988
- 3) 安西将也：「老人医療費の都道府県格差の要因分析（その2）」、『病院管理』、Vol.26No.3、pp.23-28、1989
- 4) 新村和哉、荒記俊一：「入院医療費の増加要因 一都道府県データの解析一」、『日本公衛誌』、Vol.39No.8、pp.449-455、1992
- 5) 星 且二、府川哲夫、中原敏隆他：「県内第二次医療圏での高齢者入院医療費格差の規定要因」、『日本公衛誌』、Vol.41No.8、pp.724-740、1994
- 6) 石井敏弘、清水弘之、西村周三、梅村貞子：「入院・入院外別老人医療費と社会・経済、医療供給、福祉・保健事業との関連性」、『日本公衛誌』、Vol.40No.3、pp.159-170、1993
- 7) 今井博久、一色 学、荒井吉彦：「二次医療圏における老人医療費と保健活動、医療供給、福祉事業との関連性」、『病院管理』、Vol.35No.2、pp.25-32、1998
- 8) 谷原真一、張 拓紅、尾島俊之他：「二次医療圏毎にみた医療供給と受療行動の関連および地域格差」、『日本公衛誌』、Vol.44No.9、pp.688-693、1997
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部：『平成8年医療施設調査・病院報告』
- 10) 二藤尊夫、江川 寛、柚須紘一他：「医療圏と地域の社会属性 一計量社会学的観点から - 」、『病院管理』、Vol.18No.1、pp.19-27、1981
- 11) 舟谷文男、堀岡正夫、江川 寛：「地域医療計画の評価に関する研究」、『病院管理』、Vol.30No.1、pp.27-38、1993

掛かり付け医— 医療制度・経済から見た総合診療

1. 「総合診療医」とその関連概念

(1) 曖昧な概念「総合診療医」

総合診療医には類似の概念があり、従来の開業医やG P、さらに実地医家、かかりつけ医、家庭医、第一線医、一般医、プライマリーケア医などがあげられる。プライマリーケア医や家庭医は外国から導入された概念であり、一般医や第一線医、さらにかかりつけ医はその様態から名付けられた概念である。

一方、総合診療医は高度医療機関の専門化された診療科の中にあって総合的かつ振り分けのための診療医として位置づけられていることが多い。日本では、日本医師会のすすめもあってかかりつけ医という言葉が特によく使われている。国際的には、プライマリケア医がこれらの類似概念を総括したものとして使われている（表1）。

(2) 関連概念をめぐる制度

これらの類似概念を支える医療制度は法的に位置づけられたものが未だにない。ただ従来の家庭医やG Pは、個人開設の診療所として医療法や診療報酬の諸規定の中に位置づけられている。かつて厚生省によって推進されようとした家庭医は、当時の医師会の反対で制度としては日の目を見なかった。現在、日本医師会によってすすめられているかかりつけ医は、厚生省や地方自治体によって推進事業の中に位置づけられている。

総合診療医は文部省の制度の中に診療科としては存在しており、国立病院の中でも位置づけられているが、医療制度全体の中に位置づけられた医師ではない（表1）。これら総合診療医の類似概念は微妙に異なった様々な定義を持っている。

アメリカの科学アカデミーの定義には5つあり、「近接性」「包括性」「協調性」「継続性」「責任性」があげられ、それぞれの細かい内容が定義されている（表2）。日本の厚生省の家庭医機能に関する報告でも、「初心患者への対応」「健康相談」「継続性」「包括性」「適正技術水準」「信頼関係」「全人性」「十分な説明」「いつでも連絡」「地域特性」の10項目が家庭医機能として挙げられている（表3）。また1993年の日本医師会のかかりつけ医の考え方としても、「患者優先」「社会的ニーズへの対応」「専門性への対応」等6つの基本的概念が挙げられている（表4）。

これらの概念は微妙に差異があるものの、これらの共通する要素として、

①最初に何でもいつでも対応、②続けて診る、③必要に応じて紹介、の3つが核となる機能として考えられる（表5）。これらの機能を担うには個人のかかりつけ医の努力のみでは難しく、医師会、行政、診療報酬制度による支援体制が必要である（表6）。

2. かかりつけ医の現状分析

(1) 需要から見たかかりつけ医

外来の人口当たり受診率を見ると、小児期と高齢期に受診率が高い。これは機械の初期故障と晩期故障と同様で、これらの年齢では継続して受診すること、そして前回の受療情報が次の受診に有用であることを意味している(図1)。国民生活基礎調査によればかかりつけ医の有無は小児期と高齢期に多く、若年期では3分の1程度にとどまっている。若年期は疾病が発生しにくいだけではなく、疾病のエピソードが一回一回切れ切れであることにもよると考えられる(図2)。

かかりつけ医の施設をみると小児期では診療所が多く、年齢が上がるにつれて病院が多くなっており、平均すると約3分の1が病院にかかりつけ医を持っている。病院をさらに詳しく分析すると、ほとんどがいわゆる総合病院で、大学病院もあり、高度医療施設にかかりつけ医を求めている人がかなり存在する(図3)。国民生活基礎調査によるとかかりつけ医のいる施設は約3分の2が診療所で、3分の1が病院となっている。複数回答の調査研究では大都市近郊では半数以上が病院にかかりつけ医を持っている(表7)。

かかりつけ医は一人とは限らず、また内科や小児科等、一般にかかりつけ医と考えられている科以外の医師も多い(図4、5)。日本では患者の側もかかりつけ医にかなり高度な技術を期待しており、患者需要行動としても日本の医療機能の未分化性を支えていることになる。医師会が中心となって行ったかかりつけ医研究でも、診療所にかかる人は「近いから」が圧倒的に多い一方、望ましい条件としては「腕がよい」という条件を挙げている人が多い(表8)。

(2) 患者の受診行動と選択理由

患者の視点から診療所と病院の受診の特質を見てみると、診療所は近くて、待たせなくて、気安く、よく説明してくれる医師がおり、同じ医師が診てくれ病歴をわかっていてくれるという長所があり、一般に病院はその反対の短所を持っているといえよう。しかし一方で、診療所には重い病気で大丈夫か、紹介してくれるか、2度手間の可能性はないかといった短所もあり、しかしその反対が病院の長所となっている。実際には必ずしもその病院の長所が患者の期待通りに存在するとは限らず、期待倒れに終わる可能性も高い(表9)。いづれにしても統計的には診療所は病院に外来患者で競争に負けているといえよう(図6)。

(3) 日本の診療所医師の歴史の変遷

日本の外来患者、特に新患外来患者は1975年頃から減少を続けている。その低下は診療所で著しく、病院では逆にわずかに増加の傾向がある。この明確な理由は明らかではないが、その頃から日本の病院医は増加し始め、一方、診療所医は戦後一貫して一定で、人口1万人対60人で今日に至っている(図7)。

しかし、診療所は主として戦後直後に卒業した医師団塊の世代、5年間で約3万人、あるいは10年間で約5万人によって今日まで支えられてきた。この世代がちょうど引退の時期を迎え、日本の地域医療は短期間にその主役を失うことが懸念される。医師全体を考えると新設医大の創設等によりむしろ今後過剰が予想され、従って引退した診療所は若年の医師によって置き換えられていくことが予想されるが、若年の医師はほとんどが病院医であり、地域医療の専門的知識を持たない。これからはむしろ、病院や行政、住民がかかりつけ医を育てることが必要であろう。

3. 日本のかかりつけ医の今後

古典的な開業医が急速に消滅しつつある現在、医療供給体制の構築についてかかりつけ医をいかに育てていくかが最も重要な課題である。かかりつけ医にとって最も重要な機能は適切な専門医を紹介をすることである。そのためにはかかりつけ医自身もマーケット・リサーチをする必要がある。病院では医局からの派遣などにより医師が代わるので、新鮮な情報が

必要であり、また重篤で稀な疾患を紹介することが必要になるので、どこに紹介すれば質の高い医療が受けられるか等の、質の高い情報が必要とされている。それらの中には個人では収集しきれないものもあり、医師会・行政からの情報支援が必要となる。この情報支援機能を含めて医師会や行政、診療報酬の側面でのかかりつけ医の支援が必要と思われる(表5)。

これまでは自己完結型の医療供給体制であったが、これからはそれぞれが機能を分担しそして連携していくことが求められている。かつての医局の縁による紹介のネットワークから、患者の縁による紹介のネットワークへ、医療システムがかわっていかねばならない大転換期に我々は直面しているといえよう。これからはこのような支援システムを総合診療のための制度として構築していかねばならない。

4. プライマリーケアの経済分析

医療サービスの典型的な特徴に情報の偏在性がある。供給側が圧倒的に情報を所有し、供給されるサービス内容や受益者の行動は供給側によって左右されるとされることが多い。この供給誘発需要は医療費を押し上げる可能性があるばかりでなく、不必要な需要さえ作り出す可能性がある。ここで受益者の立場にたって受療行動を決定する供給側の代理人(エージェント)の必要性が浮かび上がる。プライマリーケア医はまさしく患者の代理人としての機能が最も大きく期待されている。そのためには一般的医学的知識だけでなく、患者のニーズ、需要に適応した紹介先を普段から知っておく必要がある。

またプライマリーケア医はその判断が信頼されていなければ、患者はプライマリーケア医をバイパスし、専門医のショッピングに走ることになる。このような振り分け機能をゲートキーパー医といい、ヨーロッパの国々では歴史的伝統に基づいて医療制度として組み込まれているところが多い。確かに英国の統計によると、一般の人が病気と感じる状態のうち、1日当たり医者にかかっているのはその約4分の1、さらに入院しなければならないのは約100分の1と極めて稀であり、これらの状態の適切な振り分けがシステム全体の効率を高めることが考えられる(図11)。

今日、高齢化と共に慢性の疾患を持つ者が増えている。あるいは小児期においても比較的頻繁に受診するケースが多い。従って、病歴の蓄積、診療の継続が無駄な検査や治療を省き、かつ重篤な合併症を予防することにつながる。日常の健康相談や検診等の予防に重点を置けばさらにその効果は高い。このように理論的にはプライマリーケアを2次や3次医療とは別に置き連携することによって、質の高い効率のよい医療が提供できることとなる(表10)。しかし日本のようにそのような制度、伝統がない場合に、そのような制度を構築することが必要で、制度的な支援が必要であろう(表6)。

(筆者：長谷川敏彦)

<参考文献>

- 1) Goicoechea, J.: *PRIMARY HEALTH CARE REFORMS*, World Health Organization
- 2) Groenewegen, Peter.P, van der Zee, J. and van Haften: Remunerating, Rene: *General Practitioners in Western Europe*, Netherlands Institute of Primary Health Care, 1991
- 3) Starfield, Barbara: *Primary Care, Concept, Evaluation, and Policy*, Oxford University Press, 1992
- 4) Fry, John: *General practice and primary health care 1940s-1980s*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1988
- 5) 日本医師会編：『国民医療年鑑』、日本医師会、1995
- 6) 遠藤久夫：「医療のネットワーク化と情報一組織間連携と取引コストアプローチ」、『医療経済研究』、Vol.1、pp.83-9、1994
- 7) 中泉真樹：「供給者による需要誘発と暗黙契約に基づく規制の経済理論」、『季刊・社会保障研究』、Vol.31 No.3、pp.252-263、1995
- 8) 鶴田忠彦編：「医療における外部性とプライマリケアの活用」、『日本の医療経済』、pp.211-

232、東洋経済、1995

9)グループ診療研究会編：『明日のグループ診療』、社会保険研究所、1994

10)かかりつけ医研究会：『平成6年度厚生科学研究補助金（健康政策調査研究事業）かかりつけ医機能の評価に関する研究報告書』

表1 総合診療医類似概念

	定 義	制 度
開業医	個人開設の診療所医	医療法、診療報酬諸規定
G P	開業医・一般医の英語訳	同上
実地医家	実践に重点を置く診療所医	長年の研究情報交換組織あり
かかりつけ医	いつでもみてくれる身近な医 (日本医師会により繁用)	厚生省、かかりつけ医事業 (パイロット)
家庭医	家庭ぐるみのかかりつけ医 (米国で繁用)	以前厚生省で検討されるも医師 会の反対で制度としては日の目 を見ず
第一線医	第一接触の医	概念のみ
一般医	広い技術を持つ医	概念のみ
プライマリーケア医	5つの基準を満たす医	概念のみ 但し学会あり
総合診療医	ふりわけ医 (しばしば高度医療機関)	文部省、大学附属病院診療科 国立病院内制度

表2 プライマリ・ケアの特色 (米国、IOM、NAS1978)

<p>I. Accessibility (近接性)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地理的 2. 経済的 3. 時間的 4. 精神的 <p>II. Comprehensiveness (包括性)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 予防から治療、リハビリテーションまで 2. 全人的医療 3. common disease を中心とした全科的医療 4. 小児から老人まで <p>III. Coordination (協調性)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 専門医との密接な関係 2. チーム・メンバーとの強調 3. patient request approach (住民との協調) 4. 社会的医療資源の活用 <p>IV. Continuity (継続性)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「ゆりかごから墓場まで」 2. 病気の時も健康な時も 3. 病気の時は外来—病棟—外来へと継続的に <p>V. Accountability (責任性)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療内容の監査システム 2. 生涯教育 3. 患者への十分な説明
--

表3 家庭医機能10項目 (厚生省報告 1987)

プライマリ・ケアを担う医師に求められる機能を「家庭医機能」と定義すると、これには具体的には以下の10項目が考えられる。

1. 初診患者に十分対応できること
 - ① 疾病の初期段階に的確な対応ができること
 - ② 日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身につけていくこと
 - ③ 必要に応じ適切な医療機関へ紹介すること
2. 健康相談および指導を十分に行うこと
3. 医療の継続性を重視すること
4. 総合的、包括的医療を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合的調整にあたること
5. これらの機能を果たす上での適切な技術の水準を維持していること
6. 患者をふくめた地域住民との信頼関係を重視すること
7. 家庭など生活背景を把握し、患者に全人的に対応すること
8. 診療についての説明を十分すること
9. 必要な時いつでも連絡がとれること
10. 医療の地域性を重視すること

表4 かかりつけ医の考え方 (Concept) (日本医師会 1993)

1. 日本の開業医に古くから与えられた名称で患者サイドからネーミングしたもの
2. 何よりも患者サイドにたった医療 (患者優先)
3. 医療のみならず社会的ニーズにも対応
4. プライマリーケア医、家庭医、GPと機能は殆ど同じ
5. General (一般科) のみならず、一部はSpecial (専門科) にも対応する
6. 様々なタイプのかかりつけ医が考えられる (開業環境、専門科 etc.)

表5 3つの共通要素 (長谷川 1997)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>最初に何でもいつでも対応</u> ・ <u>続けてみる</u> ・ <u>必要に応じて紹介</u> |
|--|

表6 かかりつけ医の支援体制

1. 医師会による支援体制
 - ① 住民の新しいかかりつけ医の紹介体制
 - ② 携帯電話、一覧表の整備などによる24時間対応の一次、二次、三次医療機関の連携システムの構築
 - ③ 地域医療連携室を持つ開放型病院による病診連携
 - ④ かかりつけ医教育研修会
 - ⑤ 地域保健医療計画、老人保健福祉計画参加を通じた支援体制の構築
 - ⑥ 地域患者医療保健福祉情報の集積と提供
 - ⑦ 地域特性 (都市、僻地、農村、離島等) に対応できるかかりつけ医の検討
2. 行政による支援体制
 - ① ホットラインなどによる市町村医師会との緊密な連携
 - ② 市町村所有の医療、保健、福祉関係情報の医師会への提供
 - ③ 保健福祉計画作成会議への参加
 - ④ 住民検診のデータのかかりつけ医に対する提供
 - ⑤ 行政のねたきり老人訪問指導 (保健婦による) とかかりつけ医の連携
 7. 民生委員等と地区医師会関係者との定期的懇談会
3. かかりつけ医師機能の診療報酬上の支援体制
 - ① 医療関連 例・初診料、再診料、電話再診料 (休日、時間外、深夜評価)
 - ・ 往診料、在宅訪問診察料、ねたきり老人診察料
 - ・ 外来指導料、管理料、ねたきり老人在宅訪問診療料 (包括)
 - ・ 情報提供料 (病診間、診診間)

- ・その他、初期医療関連技術評価、在宅関連技術評価
- ②保健関連 例・健診指導料（各種）、老健法、政管健保、安衛法、その他
 - ・保健関連相談料、健康教育費用
- ④福祉関連 例・医療情報提供料（福祉施設）
 - ・福祉関連相談料

表7 施設から見たかかりつけ医

	国民生活基礎調査 1995 N=67695 単数回答 %	かかりつけ医研究全国 1993 N=6466 複数回答 %	東京近郊大都市調査 1997 N=1250 複数回答 %
病院	36.0	40.3	56.4
診療所	62.2	67.6	62.8

表8 かかりつけ施設別に見たかかりつけ医等の選定理由と望ましい条件(複数選択)

「はい」と回答した割合%	選定理由		望ましい条件	
	診療所	病院	診療所	病院
近いから	64.5	45.9	58.2	47.5
病気や治療についてよく説明してくれるから	45.9	41.3	71.3	64.3
腕が良い(信頼できる)から	35.9	32.1	61.0	56.6
必要な時には、最もふさわしい医師を紹介してくれるから	33.7	19.6	57.6	41.9
どんな病気でもみてくれるから	33.6	40.6	45.0	46.5
よく話をきいてくれるから	31.1	22.7	44.9	40.3
必要なときいつでも連絡がとれ適切な指示をしてくれるから	29.7	21.5	55.8	45.8
健康や医療に関する相談ができるから	26.8	21	46.8	38.4
休日・時間外でもみてくれるから	17.6	19.9	43.2	43.4
往診を頼んでも断らないから	14.2	4.8	26.5	18.8
設備がよいから	9.2	36.7	26.0	47.2
その他	6.2	8.7	2.3	2.6

全国16地区9035 回答6644(73.5%) 1993.12~1994.1

平成5年度健康政策調査研究「かかりつけ医機能の評価に関する研究」

主任研究者: 糸氏英吉

表9 患者からみた診療所と病院の得失

	診療所	病院	
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・近い ・待たせない ・気やすい ・説明をしてくれる ・病歴がわかっている ・同じ医者 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠い ・待たせる ・落ち着かない ・不親切 ・高くとられそう ・ころころ変わる医者 	短所
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・重い病気で大丈夫か ・紹介してくれるか ・二度手間の可能性 	<ul style="list-style-type: none"> ・機械が揃っている (逆に不必要な検査をされる可能性がある) ・いろんな診療科がある (その病院の診療科が腕がいいとは限らない) ・一度で済む (結局何度も病院に足を運ぶことがありうる) 	長所

表10

1. 機能分化の一般理論と効果

	疾病	頻度	診療	施設	技術	資源
1 ⁰ ケア	軽度	多い	外来	診療所	易・簡単	投入少
2 ⁰ 、3 ⁰ ケア	重度	稀	入院	病院	難・高度	投入大

2. プライマリーケアにより大量資源を消費する重篤な疾病を減らす。

- 1) 予防で疾病の発生を防ぐ
- 2) 疾病の重篤化を防いで入院を減らす
- 3) 説明、案内より患者不安を減らす
- 4) 振り分け医により患者の需要に適した資源を持つ施設へと紹介する
- 5) 継続して情報が蓄積しているので、無駄な治療がなされにくい

図1～8と図11は別紙参照（作成せず）

図9 医局縁（血縁）から患者縁（地縁）へ

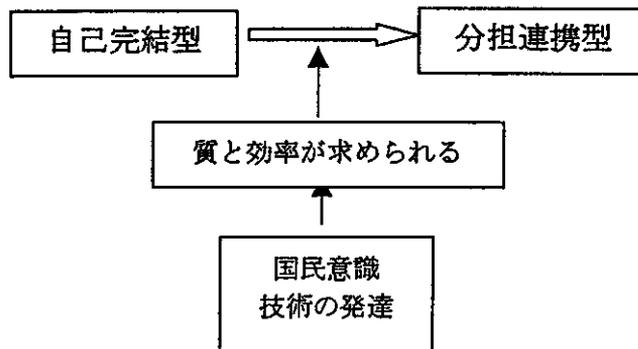
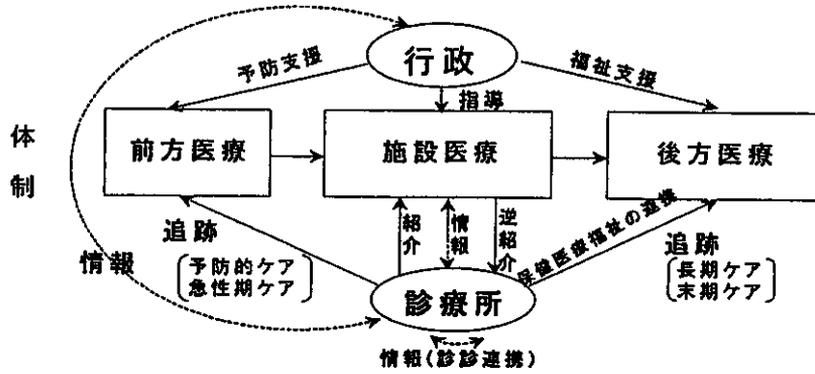


図10

診療の連携と情報

種類	予防的ケア	急性期ケア（軽） 急性期ケア（重）	長期ケア	末期ケア
量	2万~3000万人	1200万回年間入院	約100万人	数十万人
需要	高血圧 糖尿病 高脂血症 〃	その他の外来	痴呆 寝たきり等	がん エイズ 神経難病



プライマリケア医の歴史分析

1. 目的

地方の医療過疎は全世界的な問題となっている。日本の過去の漢方医や臨時医専出身の医師の地域医療への役割を分析し、地方医療の Manpower Management について考察する。

2. 方法

文献より、Manpower Management にかかわる政策を整理する。また、都道府県別の医師数などのデータを分析し、医師を中心とした Manpower の状況を把握し、政策の効果について分析する。

3. 結果

(1) 明治以来の日本の Manpower Management 政策

日本の一次医療の Manpower Management 政策について健康転換の段階に応じてまとめた。健康転換第一期（1868 - 1900）は、主に伝染病が主な疾病である時代であった。西洋医学導入の方針決定とそのための資源不足が問題となっていた。政府は、西洋化の大方針の基、西洋医学の導入の方針を決め、医制を發布した。医制においては、医師免許制度、医学教育制度の確立がはかられた。医師免許制度の大きな特徴は、すでに開業しているものは、漢方、西洋を問わず医師として認定したが、新規参入は西洋医学を取得したものに限った点である。

健康転換第二期（1900 - ）は、主に蔓延性の感染症が問題となっていた時代だった。

第二次大戦、GHQによる統治、戦後の復興を経験した。西洋医学が普及してきた反面、地域格差が問題となってきていた。医療政策もこの格差への対策が主であった。それに加え、戦争の準備のための政策や、GHQの政策など、国家政策に強く影響を受けた時代でもあった。地域格差に対する政策としては、主に地域での医療費に対する政策が主だった。当初は実費診療・恩賜団体による地域医療の推進が図られた。この流れは国民健康保険の設立へとつながった。国民健康保険制度は戦前で法としてはできあがったが、実効を持ったのは、戦後からであり、国民皆保険が達成されたのは、1961年であった。また、戦争準備のための政策としては、臨時医専を設置し、医師大量養成計画を実施した事が挙げられる。戦後はGHQにより、医育の統一の方針の基、医学教育の大学への一本化がはかられた。

健康転換第三期、四期（1960 - ）は感染症が主な問題ではなくなり、代わりに成人病が健康の大きな問題点となった。高度成長、医療技術革新に伴う医療ニーズの増大と医師不足が問題となっていた。医療ニーズの増大に応じた医師養成（70年代以降の新設医大）がはかられた。

(2) 全国の1万対医師数の変遷

日本の人口1万対医師数は、1930年代までほぼ横這い状態となっている(図1:1万対医師数の変遷と従来開業医師)。

これは、従来開業の医師の減少と試験合格や大学卒業の新規西洋医の増加との均衡によるものと考えられる。1930年以降第二次大戦までは、従来開業の医師がほとんどいなくなったため、西洋医の増加による影響がそのまま医師数に反映し増加している。

第二次世界大戦後は、戦中の軍医養成のための臨時医専卒業医師の影響で、医師数は増加したが、GHQによる医師の質の確保を目指した医育の統一によりその後は、概ね平坦な経過を示す。1970年代以降、新設医大の設立の影響で、医師数は増加している。

(3) 全国の医師数分布の格差について

四分位は、医師の乏しい場所のレベルを表すものだが、1920年までは、ほぼ変化なく、それ以降第二次大戦まではわずかに低下している。この時期は、医師数全体は増加していて、CV値は高くなっている。医師数は増加しているのにも関わらず、四分位点のは低下、CV値は上昇していて格差は増大していると考えられる。

戦後は戦前とは対照的に、医師数の増加が、四分位の増加、CVの低下につながってきていて、格差は低下してきている。(図2, 3: 47都道府県別医師数のCV値、四分位点の経時比較)

(4) 都市部と東北の医師数の格差

格差をはっきりさせ、その原因の追及をするため、都市部と農村部の比較を行った。都市部としては、東京、神奈川、愛知、京都、大阪、兵庫をあげ、農村部としては東北6県をあげ比較した。1900年頃、格差は小さい。その後、戦前は、格差は開いている。都市部では医師数が増加しているが、東北部はやや低下している。

戦後は東北の医師数が増加してきて、格差はなくなってきている。1970年以降、東北の医師数は増加しているが、都市の増加はそれ以上であり、格差はむしろ増大している。(図4: 都市6都府県と東北部の比較、明治以来100年)

戦前格差が増大したことの原因を明らかにすべく、戦前の医師数、従来開業医師数を比較した。従来開業医師数は双方で変わらない。従来開業の医師は均等に分布していたことが分かる。戦前の格差の増大は、地域医療を支えていた従来開業医の減少に加え、その後を埋めるべき、新規の西洋医が地方には行かず、都市に集中したことによるものと考えられる。(図5: 都市6都府県と東北部の人口1万対・従来医師分布と比較、戦前)

4. 考察

1900年当時、CV値、四分位点、東北・都市部の比較いずれでも、格差は著名でない。しかしその後第二次大戦終了までは、格差が広がる傾向がある。これは、全国に比較的均等に分布していた従来開業医(主に漢方医)が減少し、新規開業の西洋医は都市に集中する傾向があったためと考えられる。昭和恐慌に引き続いての農村恐慌がこの傾向に拍車をかけたものと思われる。

戦後はCV値、四分位点、東北・都市部の比較いずれでも、格差はなくなってきた。大卒、試験合格の西洋医の増加、臨時医専設置による医師数の増加等の人的資源の増大がその大きな一因といえる。しかし、戦前から戦中にかけて、医師数の増加が、格差の減少につながっていないことを考慮すると、他の要因があったと考えられる。国民皆保険により、地方での医療の財源が確保できたことが、医師を地方に根付かせるのに役に立ったものと思われる。

日本の過去の歴史より、地方への医師の供給に必要なものは、必要条件として、十分な医師数の確保が挙げられる。日本の場合は、従来開業していた漢方医の医師としての活用、戦争への対応の一つであった臨時医専出身の医師が医師数の確保に寄与した。健康転換の第一期に於ける医療での問題点の一つに絶対的な資源の不足がある。漢方医などの従来の資源の活用が、医師の均等な分配には必要であると考えられる。

しかし、医師という資源が充実してきても、均等な分配への十分な条件とはならない。実際、戦前は医師数の増加は、かえって格差を増大させている。地方への医師の供給には、地方での医療費の確

保が不可欠である。戦後、医師数の格差が減少したのは、国民皆保険制度により、地方での医療費が確保されたためと考えられる。

5. 結論

医師を地方へ供給するためには、ある程度の医師の数の確保に加え、地方でも医療行為がペイするようしなければならない。しかし、伝統医療と比較し、西洋医療はハイコストである。そこで、人的にも経済的にも資源がほとんどない時代（健康転換第一期）には、従来の資源の利用が有効である。しかし、質の確保は重要な課題である。日本の場合は、漢方医の質の確保に関する対策はほとんどなされていない。この時期の漢方の有用性も含め、従来開業漢方医の質の評価は今後の課題となる。

資源がある程度確保されてきた時代には、資源の分配が大きな課題となる。効率が優先される、自由主義の開業医制度では、医師という資源の都市集中を招く。地方での医師の確保には、地方でもペイするよう医療の財源を確保する必要がある。

（筆者：近藤久禎、深津宣子、長谷川敏彦）

<参考文献>

厚生省五十年史編集委員会（編）：『厚生省五十年史』、財団法人厚生問題研究会、1988

川上武：『現代日本医療史』、勁草書房、1965

菅谷章：『日本医療制度史』、原書房

日本公衆衛生協会：『公衆衛生の発達』、財団法人日本公衆衛生協会、1967

小野芳郎：『<清潔>の近代』、講談社、1997

Kobayashi, Y. & Takagi, H. : 'Geographic distribution of physicians in Japan', *Lancet*, Vol.340, pp.1391-1393, 1992.

图 1

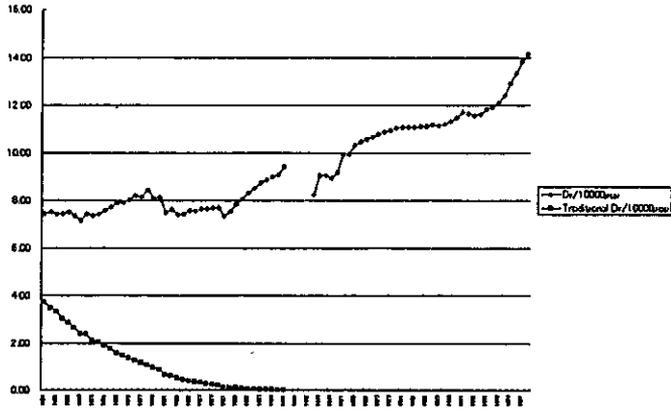


图 2

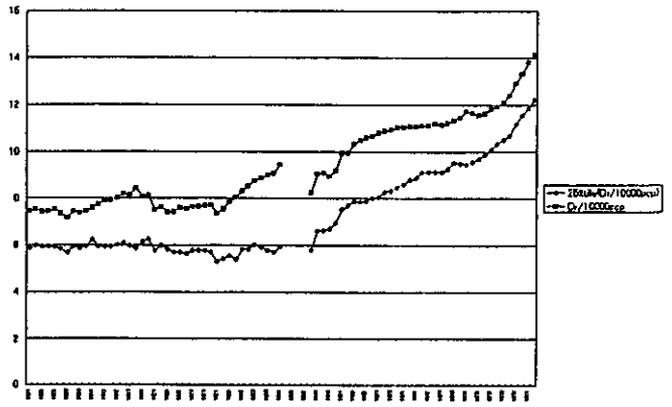


图 3

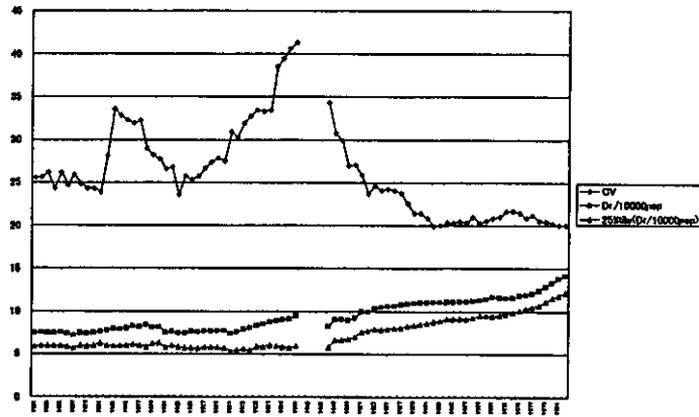


图 4

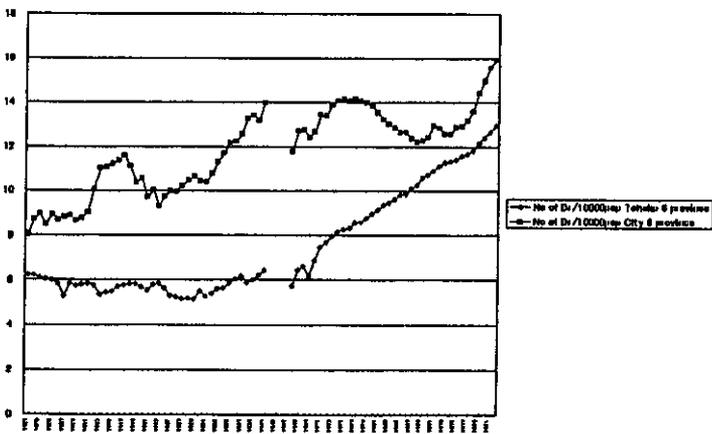


图 5

