

は、なぜ定義が論者によってまちまちになるか、という大きな要因に「医療とは何か」についての合意が無いためでは無いかと考えられる。プライマリーケアが医療の外延であるならば医療の内包を規定しなければプライマリーケアの位置づけが定まらないことは明白であろう。

「医療」を定義することの難しさのひとつに、医療が極めて身近で具体的なものであるため抽象化が行いにくいことが指摘できるかも知れない。本稿では既存文献における医療の抽象化概念を援用し、その上でプライマリーケアの医療における位置づけを考察する。

プライマリーケアを議論する理由としては、これまで日本の医療制度改革の議論において、プライマリーケアが期待される役割が大きかった割には全くその本質について議論が行われて来なかったことがあげられる。特に、英国の GP 制度は医療費のコントロールには有益な方法であると考えられるが、「医療」においてどのような役割を果たしてきたかはそれほど議論されていない。このため、GP 制度が医療費以外の側面でどのような効果を持つか、についてはそれほど明確ではないように思われる。例えば、待ち行列の存在が GP 制度の弊害として良く指摘されるが、現実には日本においても診療を受けるまでの待ち時間は少なからず観察される。待ち時間が存在すること自体は GP 制度の欠陥ではないかも知れない。GP 制度によりどの程度待ち行列が長くなるのか、そしてそれが個別の事例を超えて英国一国全体の医療制度のパフォーマンスをどの程度悪化させているのか、という点については実は明らかではない。

このように医療制度がどのように医療費以外の部分に影響を与えているかについては実は余り明らかではない。このため、制度改革の議論以前に医療とは何か、プライマリーケアとは何か、について議論することは学術的な観点から意義が十分にあると考えられる。

そこで、本稿では医療とは何か、についての議論を抽象的に整理した後に、プライマリーケアについてのこれまでの文献を丁寧にサーベイすることによりその概念を明確化し、その上でプライマリーケアを個人の健康に関連する機能から再考し、プライマリー・ヘルス・サービスとして再定義し、その実行可能性について検討することとする。

## 2. 「医療機能」の概念

プライマリーケアがなんであるか、どうあるべきか、を議論する場合に整理されるべき事柄のひとつとして、医療が果たす機能とは何か、があげられる。医療機能を明確にしなければ医療の一部であるプライマリーケアがどのような役割を果たすべきであるか、について議論することは意味を持たないからである。

医療が果たす機能について考える場合、倉田他(1984)が参考になるかもしれない。彼らは現存する病院が持つ医療機能を、①診断、②治療、③病院機能、に大別して

いる。彼らの定義による病院機能とは、「患者を収容、介護し生活の場を提供すると共に、医師が診療に便利に使える手術室、臨床検査室をはじめ情報、事務等々多くの部門の機能」である。この分類に従えば、有床診療所は病院と同じ機能を果たすことになり、無床診療所は①診断、②治療、から構成される医療機関となる。とりあえずは、医療機能が抽象レベルでは①診断、②治療、③病院機能、に分解されるとみなして議論を先に進めたい。

医療が果たす機能を抽象的に定義することは可能であるが、現実の医療供給体制を分析するためには操作的な医療機能の定義が必要になる。医療機能の操作的な定義と把握を行った研究としては江川寛と舟谷文男らによる一連の研究、江川・舟谷・岸・水田(1988)、江川・舟谷・岸・水田(1989)、江川・舟谷(1990a)、江川・舟谷(1990b)、がある。彼らの問題意識はその当時必要とされていた地域医療計画の作成において、良質な医療を効率的に提供するという理念を具体化する際に、地域において提供しようとする医療のレベルを明らかにしなければならないという点にある。彼らは次のように述べている(江川・舟谷・岸・水田(1988))。

(前略)、そこに全ての診療科や高度の医療施設、あるいはまた、それらの診療科で使う高度の設備や機器があっても、あらゆる場合の疾病疾患に対応可能だと言えるであろうか。それは、単に医療施設や医療機器がそこにあるというだけにすぎない。たとえ一次レベルの医療がそのような高度の設備機器で対応できるとしても、それは無駄なことであろう。必要とする医療資源を正しく把握するためには、医療施設を類型化したり、「もの」や「マンパワー」の数量的な把握だけではだめで、それらの組み合わせによって作り出される医療機能、医療技術のレベルとその集積状況に注目していかなければならない。したがって、求められる良質の医療とは、住民の生活行動空間、すなわち生活圏ごとに必要とする医療レベルの機能を、医療資源の組合せによって作り出せるような医療提供システムを考えていくことが重要である。

彼らのこの指摘は非常に的確である。地域医療計画の文脈では、医療機能を一次から三次の医療までに分類し、二次までの医療を二次医療圏で確保することが要請されているわけであるから、具体的に医療機能を定義する必要に直面する。それゆえ、医療計画等において地域の医療供給量の確保を考える場合にはまずこの点を明らかにしなければならない。

彼らの研究では医療機能のうち外科系機能を分類するために、診療報酬点数表に掲載されている484の手術術式について、北九州市医師会が実施した難易度アンケート調査を利用して分析を行った。難易度は手術難度A(技術的に容易と思われる手術)、手術難度B(技術的にAとCの間)、手術難度C(技術的に難しいと思われ

るもの)、と分類されている<sup>2</sup>。

アンケートを集計した結果、80%以上の医師の評価が一致したものは484術式中55(11.4%)、50%以上80%未満であったのは361術式(74.6%)であった。意見が分かれたものが68であった。この結果、専門的な観点からの手術の難易度の評価はそれほどばらつきがないと考えても良いであろう<sup>3</sup>。

彼らの研究を評価するためには、外科系における手術の難易度を順序付けすることの意味づけを考えなければならない。手術の難易度の順序付けが意味を持つのは、難易度の高い手術は実行するために必要な人材や設備を確保するために難易度の低い手術よりも費用が高いことが前提となる。この前提は現実的である。難易度の高い技術を実行するためには高価な設備・機器やよく訓練された医療従事者が難易度の低い技術を実施する場合よりも必要となる。難易度の高い技術の方が技術を利用可能にするための初期の(人的)資本投資が大きくなる結果、原価が高くなる。

難易度の高い技術を整備する原価が高い場合、費用の安い難易度の低い技術よりも少なく供給するべきであろうか。この問題に対する解答は一般的にはイエスだが、必ずしもそうとも言えない場合もある。難易度の低い技術であってもそれを必要とするような状況が少なければ供給する必要は無く、原価の高い技術であってもより多くそれを必要とするならばより多く供給されるべきである。

彼らの議論は、まさに難易度に関する議論のみが行われている。実際にどのような技術が地域において供給されているかについては舟谷・江川(1988a)によって北九州市の事例が提示されている。これらの研究は外科系の医療機能について操作的な定義を与え、極めて具体的な議論を進めているが、彼らも指摘しているとおり、外科系の技術のうちどれがプライマリーケアに該当するのかは明らかではない。

他方、彼らは内科系の技術についても機能分類を行っている(江川・舟谷・岸・水田(1988))。主要30疾病を特定化し、その疾病の診断に必要な臨床検査項目233項目を選択した。それぞれの検査の必要度をA:スクリーニングとして行う一般検査、B:確定診断に必要な検査、C:特殊な検査、としている。評価方法は外科系技術の場合と本質的に同一である。集計の過程で幾つかの検査が分析対象からはずれ、結果として190の検査のうち、Aが91、Bが48、Cが51となった。もっとも、検査技術の評価は計測技術にあるのか検査結果の判定能力におかれているのかは分かれるところである。

舟谷・江川(1990b)では内科系機能について必要度A、Bに該当する検査を一次、

<sup>2</sup> パイロットスタディとして北九州市に所在する10の病院に対して調査が行われ、専門診療科単位に臨床経験年数10年を超える専門医師各々3名が手術の難易度を評価し、回答した。集計の際には専門医師の50%以上が回答した難易度はそのまま当該術式の難易度とした。回答率が50%以下の場合には北九州市医師会専門医会で再度判定を行った。

<sup>3</sup> ところで、手術の難易度についてはいわゆる外保連試案がある。これとの関係を難易度と外保連の技術度との相関係数を計算することによって調査すると、0.6から0.75の間であった。このため相関があると考えられ、両者の間にある程度の関係性があると考えられる。筆者らは高い相関関係が見られないとしているが、現実には一定程度の相関があると認められる水準であろう。それゆえ、高い相関関係が見られないため、外保連試案の評価を採用することができないとしている彼らの判断はそれほど説得力を持たないと思われる。

二次レベルの医療機能として北九州二次医療圏でどの程度整備されているかを調査している。我々が注目すべきは、彼らが必要度 A、B に該当する検査をプライマリーケアにおける内科系機能として分類している点である。それゆえ、「診療所は一次レベルの機能をもった一次機関、病院は二次レベル機能をもった二次機関などと簡単に割り切れるものではない。プライマリーケアについても同様である。」と述べている。しかし、必要度 A、B に該当する検査をプライマリーケアにおける内科系機能として分類すべき理由も存在しない。つまり、この点に関する彼らの議論は、プライマリーケアが現存する医療提供体制とリンクした概念であることを完全に前提にした議論となっているのである。これまで述べてきたようにプライマリーケアが医療の一部であるならば、その果たすべき機能から定義することが妥当であって、現存の医療提供体制において果たす役割から定義することは適切ではないように思われる。医療提供体制とリンクした形でプライマリーケアが定義されていると、政策によって医療提供体制が変更される場合、プライマリーケアの定義自体も変更を受けることになる。プライマリーケアの操作的な概念を定義するためにはプライマリーケアの抽象的な定義を明確にする必要がある。先に述べた外科系のプライマリーケアが未定義であることも同様の理由である。そこで、「プライマリーケア」概念を次節において述べることとする。

### 3. 「プライマリーケア」概念に関する検討

#### 3-1. 伝統的「プライマリーケア」概念の批判的検討

プライマリーケアの抽象的な定義については冒頭においても述べた。ここでは前節において展開したように、医療機能の一部を担うものとしてプライマリーケアを位置づけ、その上でプライマリーケアの定義を検討する。はじめに、プライマリーケアについてこれまで与えられてきた定義について批判的に吟味し、そこから新しいプライマリーケアの概念を定義することを試みる。

本稿の冒頭で与えたプライマリーケアの定義のうち、日本プライマリーケア学会、米国の Institute of Medicine によるものは、プライマリーケアの定義を抽象的な「未定義」概念によって与えているという特徴がある。このため、レトリックとしては成立するものの、学術的な分析や政策的な枠組みに取り込もうとすると、これらの定義が極めて曖昧なものにとどまっていることがわかる。他方、米国メディケアによるものは米国の医療制度の現状に立脚していて、米国における医療政策に反映させるためには使いやすい概念であるが、日本を始めとする他国で適用できないという一般性の欠如の問題が残る。

2 節でも述べてきたようにプライマリーケアが医療において果たすべき機能を与えることにより定義するのであれば、医療機能が明確に定義されてこそ、プライマリーケアの定義は明確になる。そして本稿冒頭の 2 種類のプライマリーケアの定義

の問題点を克服することが可能になると考えられる。

プライマリーケアが果たすべき機能からその定義を与えたのは郡司(1998)である。郡司(1998)は、昭和 59 年に当時の厚生省が「家庭医に関する懇談会」を設置し、10 項目にわたる「家庭医機能」を提示したことを紹介し、それを 4 項目にまとめている。少し長いが家庭医機能を郡司(1998)に従って列挙すると、

- ① 初診患者に十分対応できること
  - a. 初期段階に的確に診断ができること
  - b. コモンディジーズの治療を行うこと
  - c. 必要に応じ適切な医療機関を紹介してくれること
- ② 健康相談および指導を十分すること
- 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こと
- ⑤ これらの機能を果たすうえでの適切な技術の水準を維持していること
- ⑥ 患者に安心感を与えること
- ⑦ 患者の家庭などの生活背景を把握して全人的に対応すること
- ⑧ 診療について納得のいく説明をすること
- ⑨ 必要なときにいつも連絡が取れること
- ⑩ 地域医療を重視すること

となる。

郡司(1998)はこれを(1)初期医療、(2)予防、医療、福祉まで含んだ包括的なケア、(3)全人的医療、(4)24 時間対応、とまとめている。ここでは(1)から(3)までについて批判的に検討していくこととする。

まず重要なのは何を持って「初期医療」と定義するかである。医療が持つ診断機能、治療機能、病院機能、のそれぞれについてどの程度を初期医療と定義し、配分するか、という問題となる。極限的な定義としては、診断機能、治療機能全体が初期医療の範囲とする定義である。つまり、全ての診断機能、全ての治療機能何もかもが初期医療の範囲にあるとする定義である。もうひとつの極限的な定義は診断機能全体であるとする定義である。つまり、治療は全く行わないが診断だけは完全に付けることが初期医療だとする定義である。結局、プライマリーケアを医療機能の一部を担うものと考えるのであれば、どの程度の診断機能、治療機能を持たせるべきなのか、というところに問題が落ち着く。第 2 節におけるプライマリーケアの医療機能による定義はこのような批判に対応することになる<sup>4</sup>。

プライマリーケアが予防、医療、福祉まで含んだ包括的なケアであることは的確な指摘であると考えられる。それは、「健康増進」、「予防」、「治療」、「リハビリ」が実は本質的には同じ種類の行為であることによる。これらの行為は、対象となる個人の健康水準の差異を除けば、全て健康を維持ないしは高める行為である。それゆ

<sup>4</sup> ただし、以下に述べるようにプライマリーケアが医療の範囲を超える概念であるならば、医療機能のどれをプライマリーケアに分類するか、という問題では議論は終結しない。

え、どれもがプライマリーケアに含まれるべきであり、どのひとつもプライマリーケアから除外される理由がない。プライマリーケアは医療の機能の一部というよりは、個人の健康に関わる問題を解決する機能の一部を担うものと考えることが素直な答えであると考えられる。

現実の世界においてはこれらの行為は異なるものである、との主張がなされるかもしれない。その場合、何が本質的な違いであるのかを述べる必要がある。もしそれが提供主体の違いであるとするならば、上にも述べたように果たされるべき医療の機能が医療提供体制にリンクして定義されていることと同義である。上にも述べたように本稿では医療提供体制とリンクした形でのプライマリーケアの定義を採用しないのでこの現実の世界における提供主体の違いは本質的な意味を持たない。

最後に検討すべきはプライマリーケアの条件である「全人的医療」とはプライマリーケアの条件足り得るのか？という点である。まず全人的医療の定義を与える必要がある。全人的医療とは、「疾病のみを診るのではなく、社会面・経済面・心理面など、人を取り巻く環境を幅広くとらえた上で、個々に応じた最適な医療を行うこと」であると定義される<sup>5</sup>。

しかしながら、医療の理念がどうであれ、患者は直面した健康状態が許す範囲において自分のライフスタイルを決定する。すると、健康状態に影響を与える行為（「健康増進」、「予防」、「治療」、「リハビリ」）の選択は必ず個人のライフスタイルの選択にも影響を与えることとなる。もし、個人の自律的な選択が尊重されるのであれば、医療は必ず全人的なものである必要があり、全人的な医療であることがプライマリーケアを条件付けることにならない。もし全人的な医療が行われなかった場合もあるならば、プライマリーケアは文字通り一番重要な機能として患者の健康を確保する際の患者の尊厳の確保、を持つかも知れない。

### 3-2. 需要側からの論点

これまでの議論でわかることは、プライマリーケアの概念やその実施に関する議論は医療従事者の側から行われてきたものであるということである。それゆえ、プライマリーケアの概念の中にリハビリが含まれていないとか、メンタル・ヘルスの観点が欠落している、といったサービス提供範囲の偏りについて、プライマリーケアの範囲に含まれていない診療科から指摘されていることもある<sup>6</sup>。

このような指摘は正しい。しかし医療サービスを利用する側からは本質的な指摘とは言えない。その理由は単純で、ひとは医療サービスを利用するために生きていくのではなく、「善く」生きるために医療サービスを利用したいと考えているという観点が完全に欠落しているからである。冒頭に述べたプライマリーケア学会によるプライマリーケアの定義も「国民の健康や福祉に関わるあらゆる問題を、総合的に

<sup>5</sup> 全人的医療を考える会のホームページ：<http://zenjin.umin.jp/introduction.html> より。

<sup>6</sup> メンタル・ヘルスについては池上・吉田(1989)、リハビリテーションについては岩本他(1989)を参照のこと。

解決して行おうとする、地域での実践活動」とはしているが、個々人のより良い生活との関連は述べられていない。上で引用した舟谷・江川(1990b)が述べているように、「個人や家族の生活、その環境など多面的、広範な問題の理解が必要である。また、他レベルの医療との連携調整を長期に涉ってとってゆくことが必要で、その意味では医療の最初の接点であると共に最後の接点ともなるものである。」であることがプライマリーケアに必要であるならば、個人の生活の支えとなるために必要なことは何か、という観点から考えることが必要である。

個人の生活を考えるためには、医療経済学において用いられる健康資本のモデルが有用である。このモデルの数学的な取り扱いは少々面倒な点もあるものの、本質的には非常に明快である。つまり、健康水準と呼んできたものを健康資本とよび、それがあたかも一般社会における生産設備などの資本と同様に蓄積することが可能であり、減耗した場合に補修することが可能であるとする理論である。資本蓄積は「健康増進」と読み替えたり、減耗した場合の補修は「医療サービスの利用」と見なしたりすることが可能である。この議論の最も重要な点は、個人は自分の生涯にわたる効用（満足度）を最大化するために資源配分や生存期間を最適化するために医療サービスを始めとする健康サービスを利用すると考える点である。つまり、医療サービスは個人の生活においては従たる存在であり、健康増進、疾病予防、生存期間延長が至上命題ではないのである。

全ての種類の健康サービスが人生のいずれかの時点でそれぞれ必要になる。それゆえ、そのいずれかをプライマリーケアの範囲に含めたり含めなかったりすることはそれほど生産的な行為ではない。「個人や家族の生活、その環境など多面的、広範な問題の理解が必要である」と考えるのであれば、個別の健康サービスの供給ではなく個人がその生活をより善いものとするために必要な様々な健康サービス利用について、その利用を可能としたりもしくはどの健康サービスが必要なのかを助言したりする機能の方が重要であろう。この意味では、プライマリーケアの重要性を強調する余り、供給サイドの視点でのみ議論してきたこれまでの議論だけでは不足であると考えべきであろう。

供給サイドではなく、需要サイドにたった場合に、さらにひとつの論点が見えてくる。医療従事者からの議論では表面化しないが、医師と患者の間の知識の格差の問題である。患者は医師と同じ情報量を持っていないので、必要な医療サービスが何かを知ることは難しい。しかしながら、個人が善く生きるためにはこの知識ギャップは患者の知識を補う形で埋められるべきである。これが医療における「プライマリー」な問題であると考えべきであろう。この問題が解決されるのであれば、あとは医療供給を確保するだけの問題が残るからである<sup>7</sup>。

---

<sup>7</sup> 需要サイドに適切な知識があれば、需給の問題はロスの大きい計画的な手法ではなくより効率的な市場的なメカニズムによって解決され得る。

### 3-3. 論点の整理とプライマリーケア概念の再構築

これまで述べてきた論点をまとめると次のようになる。①プライマリーケアの概念は個人の健康に関わる問題を解決する機能の一部として定義されるべきである。②プライマリーケアの概念は供給体制の概念を用いて定義されるべきではない。③患者の保有する医療に関する知識と必要な医療に関する知識のギャップを埋めることが医療における「プライマリー」な問題である。④患者は健康を至上命題とするのではなく、健康を用いて人生からの効用を最大化することを目的としている。⑤患者の一生を念頭において、「医療」のみならず、「健康増進」、「予防」、「リハビリ」等、必要な健康サービスを適切にミックスさせる機能をプライマリーケアは果たす必要がある。

これらの論点をまとめた上でプライマリーケアを大胆に再定義したい。ただし、これまでのプライマリーケアの概念との混同を避けるためにプライマリー・ヘルス・サービスと呼称することにする。

プライマリー・ヘルス・サービス：

- ①個人は健康を至上命題とするのではなく、健康を用いて人生からの効用を最大化することを目的としていることを前提とし、
- ②患者の保有する健康サービスに関する知識と必要な医療に関する知識の格差を縮小し、
- ③個人のライフサイクルを念頭において、「医療」のみならず、「健康増進」、「予防」、「リハビリ」等、必要な健康サービスを適切に組み合わせ、当該個人に提示し、その供給を確保する機能をもつ。

この定義で述べていない点について補足しよう。第一にプライマリー・ヘルス・サービスは実際の医療サービス供給とは全く関連しなくとも良い点である。つまり、個人に対して故人のライフサイクルを念頭においた健康サービスに関する情報を提供する者がプライマリー・ヘルス・サービスの供給者であり、実際の診断・治療・健康増進等のサービスを提供する必要は無いと考えている。

これまでのプライマリーケアの議論では郡司(1998)も提示しているとおおり、初期医療を提供するという機能が求められていた。しかしながら、重要であるのは初期医療が必要であるか否か、の判断であり、サービス自体の提供ではない。サービス自体は技術の難易度や必要性の差異はあっても、医師やその他の健康関連サービスの従事者が提供できるものである。ただしこれらが必要であるか否かを適切に判断し、必要なサービスを適切に組織化する機能が与えられる必要がある。この任を、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者が担うのである。

もっとも、医療における診断サービスも提供しない場合、そのようなプライマリー・ヘルス・サービスは意味があるのか、という指摘もあろう。しかしながら、この



ような現実の医療供給の観点からの指摘には同様の観点からの反論が成立し得る。プライマリーケアに診断が含まれているべきであるという議論は、必要性が高いと考えられる診断はプライマリーケアで行った方が安価になるという現実の必要性から発する論点であり、概念上はそれほど大きな意味を持たない。上でも引用した論文でも、それほど必要性が高くない診断はプライマリーケアに含まれていない。医療における診断をプライマリー・ヘルス・サービスがどこまで担うかは費用対効果の観点から検討されるべき問題であり、より広範な問題に直面する可能性が高いプライマリー・ヘルス・サービスが担当すべき範囲は相対的に小さいのではないかと考えられる。これは学校保健・健康増進のアドバイス・介護における主治医の意見書を始めとして個人の健康に関する意思決定に関して医師が貢献する部分が大きくなってきていることを考慮すれば理解しやすいかもしれない。

以上で議論してきたプライマリー・ヘルス・サービスの現実の世界でのサービス内容はどのように考えられるであろうか。現存するサービスによって、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者が各個人に対して供給することを期待されるサービスを例示すると図1のとおりになる。この図からプライマリー・ヘルス・サービスの供給者は対象者の多面的な健康に関する代理人であると言っても良いことがわかる。

|  | 誕生 → 個人の生涯 → 死亡                  |      |                           |        |
|--|----------------------------------|------|---------------------------|--------|
| い<br>そ<br>れ<br>ぞ<br>ろ<br>期<br>待<br>れ<br>割<br>の<br>さ<br>時<br>れ<br>期<br>る<br>に<br>役<br>お | 母子保健                             | 学校保健 | 成人に対する保健事業(産業保健+母子保健+その他) | 老人保健事業 |
|  | 健康増進のサポート                        |      |                           |        |
|  | 精神保健や各種社会福祉制度及び介護保険制度等の関連制度との橋渡し |      |                           |        |
|  | 適正な受診勧奨                          |      |                           |        |
|  | 医療機関受診時の医学・医療・医療制度情報に関するアドバイス    |      |                           |        |
|  | 慢性疾患の持続的な管理の援助                   |      |                           |        |

図1 プライマリー・ヘルス・サービスとして各個人の生涯にわたって特定の供給者が供給することを期待されるサービス

#### 4. プライマリー・ヘルス・サービス確保に関する幾つかの論点

前節で定義されたプライマリー・ヘルス・サービスの供給に関する幾つかの論点

について検討する。理想的な医療サービスを議論してもその供給が確保されなければ画餅にすぎないからである。はじめにプライマリー・ヘルス・サービスの必要性について述べられ、ついでプライマリー・ヘルス・サービスの利用についてある程度の強制性が必要であることが指摘される。最後にプライマリー・ヘルス・サービスの供給者が満たすべき条件について述べられる。

#### 4-1. 患者受診行動の要因分析

患者の自由な受診行動により医療供給を確保することを考える場合、患者の持つ情報についての前提が結論に対して大きな影響を与えることは明らかである。もし患者が医師と同じ程度に医療に関する情報を持っているのであれば、市場メカニズムを活用して医療サービス供給を確保することができる。患者が自己の必要に応じたサービスを需要し、医療提供者は必要な分だけを供給することになる。このような楽観的な前提が成立するのであれば、本稿で定義しているところのプライマリー・ヘルス・サービスは供給される必要がない。患者自身が自分で適切なサービスを組織化して自分自身に対して供給できるからである。では、実際にこのような前提が成り立ち得るのかを既存研究から検討する。

関田他(1983)は患者の訪医行動は診療を受ける側と提供する側の不確実性を前提としたものとした上で、患者の包囲行動がどのような要因によって影響を受けるかをデータに基づき議論している。彼らはある市の2病院に対してアンケート調査を行い、患者特性を調査した。その結果、外来患者について次の結果を得ている<sup>8</sup>。①患者の医療機関までの所要時間と交通費は診療圏に影響を与えるが、来院所要時間の差異は患者の年齢分布に影響していないと考えられること、②医療機関選択と症状の自覚程度とは関係が余り無いこと（軽い病気と思ってもその大きさ、設備の良さを考慮に入れて訪医する患者がいる一方、病気が重いかも知れないと思っている群でも親切さ近さ、評判などを重視する患者がいること）が明らかにされている。

この論文の示している事実は重要である。患者の感じる自覚症状の重さと医師が判断した症状の重さに正の相関が見られるような理想的なケースを想定しよう。そのような場合であったとしても、患者自身は自覚症状よりは医療機関の属性に従って医療機関を選択しているわけであるから、重症な患者が重装備な医療機関へ、軽症な患者が軽装備な医療機関へ、という流れが患者の自律的な選択の帰結として必ずしも構築できるわけではないということを示しているのである。

もっとも、このような状態は理論的には十分に説明可能である。中島(1998)は患者が大病院と小規模医療機関を選択する状況において、病気の重症化の程度と小規模医療機関の行動によっては長い待ち時間であっても大病院を選択される可能性があることを示している。

実際、高取他(2004)は医療施設調査のデータを用いて、①内科系外来患者数の増

<sup>8</sup> 彼らは入院患者についても分析を行っているが、ここではその内容は割愛する。

加は画像診断用超音波装置台数や看護師数の増加と、②外科系外来患者数の増加はMRI台数、血管連続撮影装置及び医師数の増加と、それぞれ関連していることを明らかにしている。もっとも、これだけでは設備・機器の充実した所に患者が流れているのか、患者に選択された医療機関が設備・機器を充実させているのか、というどちらの因果関係が働いているのかについては判断ができない<sup>9</sup>。

ところで、「病院のサロン化」という言葉に象徴されるように、高齢者が地域コミュニティの代替として医療機関を利用しているのではないか、という疑念がもたれてきた。これは患者が医療サービスの必要性を的確に判断できないという問題の極端な事例であろう。ただし、実際にはこのような疑念を支持するような実証的証拠は提示されていない。逆に、杉澤他(2001)は、高齢者についても医療機関の本来的な機能とは関係なく医療機関を利用する可能性が低いことを指摘している。塚原(2004)も健康状態が悪い場合や癌、泌尿器系の病気の場合には大病院が選択され、健康状態が比較的悪くない場合や皮膚科・歯科・耳・鼻の病気の場合には大病院以外の病院が選択されていることを示している。

以上の結果をまとめると、次のように言えるであろう。患者が医療機関の外見を見て選択する可能性があるという研究結果から、市場メカニズムを通じて医療サービスを提供することが可能であることを明確に支持することについては消極的になるべきである。ただし、「病院のサロン化」が事実であるほど医療サービスの濫用が行われているわけでもないのが実態である。それゆえ、本稿で定義したプライマリー・ヘルス・サービスの導入は患者の医療機関選択の場面に一定の役割を果たすと考えられる。

#### 4-2. プライマリー・ヘルス・サービスの利用

プライマリー・ヘルス・サービスが導入されたとしても、利用されなければ意味がない。制度は導入されなければ実際に利用されるか否かはわからないが、研究の蓄積からある程度推測することは可能であろう。例えば、これまで言われてきたところの「プライマリーケア」、の利用に関する研究を検討すれば一定程度の予想をたてることは可能であろう。

プライマリーケアの利用に関する研究として杉澤他(2000)があげられる。彼らは高齢者の大病院選択についてアンケート調査から分析し、大病院を選択する要因として、①大病院のみが近くにあること、②医療機関の選択基準として高度医療を重視していること、③診療所にかかりつけ医のいないこと、を指摘している。疾患を多く持つ人は症状や疾患の軽重に関係なく大病院を選択する傾向が強いことも指摘

---

<sup>9</sup> 前者の場合には設備・機器に関する投資競争という形で医師誘発需要が発生している可能性も考えられる。医師誘発需要とは、医師が自己の所得低下に直面すると患者に対してより多くのサービスを需要を持するように影響を与える、とする仮説である。最近の研究では日本でも欧米でも医師誘発需要の存在を否定するものが増えているように思われる。このため、患者が外見によって選択しているとしても、それを利用して収入を増加させる可能性は考えにくい。詳細は西村(1987)、泉田・中西・漆(1998)、岸田(2000)を参照のこと。

されている。彼らの研究を考える上で重要であるのは、「かかりつけ医」とは何か、という定義の問題である。かかりつけ医が頻繁に受診する診療所のことであれば大病院志向の逆を定義しているだけであり、彼らの分析結果は trivial であると言えよう。

かかりつけ医について明確に定義した研究は実は武村他(1996)によって既に行われていた。彼らはかかりつけ医を「からだの具合が悪いとき、最初に相談したりしてもらったりする特定の医師または医療機関」と定義し、国民健康保険加入者にアンケートを行い、かかりつけ医の状況とレセプトデータの情報をリンケージすることによりかかりつけ医の状況が受療行動にどのような影響を与えるかを検討した。彼らの結果はかかりつけ医を持っている住民の方が、受療率が高く、受療回数が多く、特定の医療機関を習慣的に受療しているというものであった。もっとも彼らの研究はかかりつけ医が大病院の勤務医であるかそれとも診療所の医師であるか明確に区別して分析しているわけではない。それゆえ、かかりつけ医を持っている住民の方が必要なときに大病院を受診しているとは言えない。

もっとも、患者がかかりつけ医を持つか否かだけが患者の医療機関選択に影響を与えるわけではない。杉澤・西(1995)は医療機関側の要因として、診療所から病院への一方通行的な紹介が与える影響を指摘している。これはよく言われることであるが、診療所医師は病院に対して患者を紹介するが、一旦紹介すると病院から診療所に患者が逆に紹介されることがないことを実証的に明らかにした研究である。診療所から病院への「一方通行」の紹介が行われているのであれば、患者が病院を受診する割合が高くなるのは首肯し得る状態である。

最近では病院から診療所への逆紹介も診療報酬上評価されるようになり、一方通行の状態は解消される可能性がある。しかしながらこれらの研究結果は一定の強制力を以て誘導しなければ患者は診療所を受診しないことが明らかにしたと言えよう。プライマリー・ヘルス・サービスについても同様であると考えられる。ひとつの方法は英国の GP のように地域ごとにプライマリー・ヘルス・サービスの担当者を割り当てることである。ただし、その場合には英国の GP に関するこれまでの研究が示してきたような副次的な効果もたらされる可能性がある。他方、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者は英国の GP と完全に同じ機能を持たないのであれば同じ問題が発生するとは限らない。

#### 4-3. 供給者に望まれる性質

プライマリー・ヘルス・サービスの供給者は個人の生涯にわたって連続的に健康に関する多数の面で関係を持つことになる。このため、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者には幾つかの条件が課されるべきである。

第一の条件は医学・医療・医療制度というこれまでの医療従事者が持てば良かった知識を遙かに超える知識が必要とされることである。このため、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者となるためには関連制度を含めた膨大な教育時間が必要

であると考えられる。

第二に、適正な受診勧奨を行うために一定程度の医学知識が必要とされる。ただし、これはプライマリー・ヘルス・サービスの供給者が医師であることを前提にするわけではない。NHS24 というサービスが看護師によって提供されているように、実際の臨床上の判断を行うことを要求しているのではなく、医療機関受診をどのように行うべきかについての援助を行うことを要求されているのである。このため、看護師がプライマリー・ヘルス・サービスの供給者となることも可能であると考えられる。

第三に、第二の点にも関連するが、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者は実際の診断・治療に関与すべきではないと考えられる。これはたった一人の対象者についてプライマリー・ヘルス・サービスを供給するだけでも膨大な知識を必要とするだけでなく、それを多数の対象者に対して提供するためである。このため、プライマリー・ヘルス・サービスを供給しつつ医療サービスを供給することは事実上難しいのではないかと考えられるためである。もしそれが可能であったとしても、制度上それを許すべきではないかも知れない。なぜなら、対象者がプライマリー・ヘルス・サービスの供給者に対して割り当てられている場合、競争制限的な効果が存在するため、前述の英国における GP 制度のような弊害を発生させる可能性があるためである。

より厳しい条件としては、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者は実際の健康サービス供給者と利害を同じくすべきではなく、独立かもしくは医療保険者に所属すべきであることが指摘できる。

## 5. 覚書：結語に代えて

本稿においては文献検討の手法により、プライマリーケアの再定義であるプライマリー・ヘルス・サービスの定義・満たすべき条件について述べた。はじめに、未定義概念による定義ではなく、医療の範囲を超えた個人の健康において果たすべき機能の束として概念を再定義すべきであることを述べた。プライマリー・ヘルス・サービスの定義を行い、その供給方策や供給者が満たすべき性質について検討してきた。

プライマリー・ヘルス・サービスの提案について幾つか残された課題について述べておきたい。ひとつは既存の制度改革との親和性が高いという点である。現在、医療保険制度改革においては保険者機能の発揮、医療提供体制の改革においては患者の視点の尊重や質が高く効率的な医療の提供が求められている。医学・医療知識を持った患者の代理人を明示的に導入するプライマリー・ヘルス・サービスの提案はこれらの点と齟齬をもたらす可能性は極めて低いと考えられる。

ただし、二点目として、プライマリーケア推進の施策とは矛盾が発生するかも知

れない。しかしながら本文中にも述べたように、患者の代理人が実際のサービスを供給することは時間的な制約から事実上無理であり、行えたとしても供給者間のフェアな競争を侵害する恐れがある。もっとも、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者が一次医療という意味での「プライマリーケア」を供給する方が短期的には費用が低いかも知れない。しかしながら長期的な観点からは供給者間のフェアな競争を侵害する費用の方が高くなる蓋然性が高いと思われる。

最後に教育システムの改革の必要性について述べるべきであろう。プライマリー・ヘルス・サービスの供給者は適切な受診勧奨を行うことが要求されるため、様々な診療科にわたる基本的な知識が必要とされる。さらには医療（保険）制度、その他の関連制度、対象者と接するための心理学的な知識等も要求されるであろう。他方、診療を行うことは必ずしも要求していない。このため高度な医学知識は必ずしも必要とされていない。このため、医学博士を取得した後の医師に膨大な教育を行ってプライマリー・ヘルス・サービスの供給者とすることは求められる任務に対して費用が大きくなりすぎる可能性があるかも知れない。

もちろん、以上の点は全て実証的な裏付けが必要な議論であることは言うまでもなく、この点が今後の研究課題となる。

## 参考文献

- 泉田信行・中西悟志・漆博雄（1998）「医師誘発需要仮説の実証分析－支出関数アプローチによる老人医療費の分析－」『季刊社会保障研究』vol.33(4), pp.374-381.
- 岩本晋・青木龍哉・恵上法男(1989)「地域医療計画のための保健医療環境評価」『病院管理』vol.26(4), pp.27-35.
- 岸田研作（2001）「医師誘発需要仮説とアクセスコスト低下仮説－2次医療圏、市単位のパネルデータによる分析－」『季刊社会保障研究』vol.37(3), pp.246-258.
- 郡司篤晃（1998）『医療経済研究ノート』丸善プラネット
- 江川寛・舟谷文男・岸誠一・水田恒樹（1988）「医療機能の分析－パイロットスタディによる外科系機能分類について－」『病院管理』vol.25(3), pp.15-27.
- 江川寛・舟谷文男・岸誠一・水田恒樹（1989）「医療機能の分析－パイロットスタディによる内科系機能分類について－」『病院管理』vol.26(4), pp.5-12.
- 江川寛・舟谷文男（1990a）「医療機能の分析－北九州市における外科系機能の集積状況について－」『病院管理』vol.27(1), pp.15-27.
- 江川寛・舟谷文男(1990b)「医療機能の分析－北九州市における内科系機能の集積状況について－」『病院管理』vol.27(1), pp.29-39.
- 倉田正一・外間政一・吉田哲彦・明石敏雄（1984）「地域医療計画の評価について－医療計画からみた病院の機能－」『病院管理』vol.21(2), pp.27-36.
- 杉澤秀博・小林江里香・深谷太郎・柴田博・Jersey Liang（2001）「友人との接触場

- 所として病院を利用する高齢者の特徴」『日本公衆衛生雑誌』vol.48(10), pp.807-815.
- 杉澤秀博・杉原陽子・金恵京・柴田博 (2000)「高齢者における医療機関選択に関する要因－なぜ大病院を選択するのか－」『日本公衆衛生雑誌』vol.47(11), pp.915-923.
- 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』vol.42(7), pp.463-471.
- 関田康慶・藤崎暹・太田拓男・横山保 (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』vol.20(2), pp.23-38.
- 高取拓史・小林康毅・福田敬 (2004)「中規模一般病院における医療設備の充実と外来患者数との関連」『病院管理』vol.41(4), pp.5-15.
- 武見太郎 (1976)「地域医療の構造と機能」『日本医師会雑誌』vol.75(5), pp.539-543.
- 武村真治・橋本廸生・郡司篤晃 (1996)「医療機関選択行動とかかりつけ医の有無との関連」『病院管理』vol.33(1), pp.19-26.
- 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－」『医療経済系研究』vol.14, pp.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』vol.8(3), pp.39-51.
- 西村周三 (1987)『医療の経済分析』東洋経済新報社

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

## ⑤ 医療・福祉複合体の研究

分担研究者 山本克也 国立社会保障・人口問題研究所室長

医療・福祉複合体の分布を見ると概ね県庁所在地から 20 km～40 km内に立地している。併設施設としては、特に訪問看護ステーション、在宅介護支援センターの伸びが大きかった。一方、医療法人は特養の併設はあまり望まないようである。上記の状況に影響されているのか、病院の経営の持続性にプラスの影響を与えるのは、訪問看護ステーションの併設であった。

### A. 研究目的

本研究の目的は、医療・福祉複合体の現状分析ととくにそれが経営面に与える影響を考察するにある。

### B. 研究方法

WAM ネットより抽出した医療法人が経営する介護関連施設と全国病院調査インデックス<sup>1</sup>を名寄せして作成した病院倒産分析用データベースに基づき、複合化が病院の経営持続性にどのような影響を与えているのかを検討した。

（倫理面への配慮）

マイクロデータを使用の際には、個人や団体が特定されないように十分留意するとともに、個人情報の流出のないように細心の注意

を払う。

### C. 研究結果

今年度は研究会での議論を踏まえて、研究成果を以下の論文（医療・福祉複合体の研究）にとりまとめた。複合化に関しては、特養以外は符号条件（経営を持続することにプラスの影響を与えればプラス、マイナスならマイナス）を満たす。しかし、有意（統計的に意味がある）なのは訪問看護ステーションを併設している場合のみである。少なくとも、複合化は、病院の経営に資する可能性があることが示唆された。

### D. 考察

開設者別で老健、特養、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、その他（軽費老人ホーム）を併設している病院をカウント

<sup>1</sup> 平成 17 年 3 月 16 日現在、都合により休止中とのことである。



した。施設併設割合は、当該施設併設病院数÷総病院数、で定義される。これより、96、99年の動向を見ると病院には併設施設を持つとする誘因があることが明らかになる。特に訪問看護ステーション、在宅介護支援センターの伸びが大きかった。一方、医療法人は特養の併設はあまり望まないようである。

#### E. 結論

医療サービスと福祉サービスが連続的に受けられる(one stop)という意味で患者・利用者にとっては医療・福祉複合体のメリットがある。しかし、このことは一方で、医療・福祉複合体の地域独占を招き、患者の選択する権利を奪うかもしれない。競争と医療・福祉複合体をどのように共存させることが出来るかという問題は、そのまま、医療政策当局の問題となる。医療政策にとっては連携促進、効率化が患者・利用者のためでもあるが、医療・福祉複合体による経営持続力の強化、地域独占が医療の質、医療費に悪影響を与えるかもしれない。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1.論文発表

なし

##### 2.学会発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

##### 1.特許取得

なし

##### 2.実用新案登録

なし

##### 3.その他

なし

## 第5章 医療・福祉複合体の研究

山本克也（国立社会保障・人口問題研究所）

### はじめに

医療法人が母体病院にクリニックを併設する、或いは老人ホームを持つ（新規に開設するケースもあるが既存施設を買収するケースもある）ということは古くからあったが、経営戦略の一貫として医療と介護施設の複合化ということが行なわれ始めたのは、ここ10数年のこのようである。本研究では大テーマとして医療・福祉複合体の研究を行なう。手順は医療・福祉複合体の定義を明確にし、それに合致する医療・福祉複合体の実態を把握する。

病院経営の世界では、病院経営環境の悪化を乗り切る救世主としての医療・福祉複合体という存在は“常識”<sup>1</sup>となりつつあるようである。病院経営を悪化させた要因は、大きく考えれば2つある<sup>2</sup>。その第1は、受療率の成熟化と過剰設備投資による収益力の低下である。70年代後半から80年代前半は、大型病院建設を中心に積極的な設備投資を進め、増床を図ってきた。その当時の経営環境として患者受診行動をみれば、65歳未満の層の受療率は横ばいか低下傾向にあったものの、65歳以上の高齢者受療率の伸びが顕著であった。また、70年代から80年初頭にかけて物価・賃金スライド制に基づいて診療報酬の大幅な引き上げが行われたこともあり、各医療機関にとっては、老人入院患者を中心に、ベッドを増やせば患者が増え、ひいては収入が増えるという状況にあり、投資意欲を高揚させる状況にあったといわれる。しかし、81年に物価・賃金スライド方式の診療報酬は廃止され、医療費抑制型の診療報酬制度の導入（例えば検査については、一定回数以上は保険給付上の対象外扱い）により、経営環境は悪化に転じた。さらに、84～87年は、老人の入院受診率もほぼ横ばいになっており、実質的な需要増はほとんどない状態になっていた。そうした状況変化にもかかわらず、病院は85年の病床規制実施を控え駆け込み増床を図った。つまり、病院は、これまでの取り組みでは増収が見込めない経営環境下で供給拡大を図ったのである。それが結果的に一病院当たりの患者数の減少、病床利用率の低下を引き起こし、収益の減少を招いた。

第2は84年に成立した健康保険法改正に盛り込まれた「特定療養費制度」導入に伴う老人患者の割合の高まりが挙げられる。一般に老人患者の入院期間はその他の患者と比較すると長期に及ぶとされており、老人患者の割合が高まればそれだけ入院患者の在院日数が長くなる。現行の診療報酬点数は、在院日数が長いほど点数が

<sup>1</sup> <http://www.clinic.tkenf.or.jp/b/b03/b0306.html>

<sup>2</sup> 例えば広井(1994)pp.45-53を参照のこと。

低くなるように設定されているため、患者の入院期間が長くなれば、それだけ稼働 1 病床当たりの収益力は低下してしまう。また、老人患者は慢性疾患を有していることが多く、そのため外来で老人患者が増えても医業収入の飛躍的な増加にはつながらず、入院の赤字を外来で補うといった構造が描きにくくなってしまった。加えて検査料などに見られるようにマルメが進み、外来患者数の増加が単線的に収入に直結することがなくなりつつある。

このような事態を見越してのことかは不明であるが、中小規模の病院でも確たる経営ビジョンを持った経営者も出現している。二木(1998)は、いわゆる中小規模の医療法人が福祉施設を併設し、医療福祉複合体（医療コングロマリット）を形成していることを見出している。具体的には、病院を中核とし、老人保健施設と特別養護老人ホーム（二木の言葉を借りて 3 点セットと呼ぶ。）を備えたものを狭義の医療コングロマリットと呼ぶとすると、医療コングロマリットは 1996 年の時点で 259 あり、その 77% が医療法人を母体とするという<sup>3</sup>。医療コングロマリットに対する二木(1998)の評価は、医療コングロマリットは患者や利用者にとっては one stop のサービスが受けられるという利点があるが、同時に医療コングロマリットに囲い込まれてしまい、選択の機会を逸してしまうかもしれない。病院経営者にとっては、患者を囲い込めれば経営の安定化を促進することになる<sup>4</sup>。また、河口(2004)は全国の約 1000 の民間病院に対するアンケートの個票を使い、病院が持つ介護サービスと医療収益が 5% 以上か否かを非説明変数とするロジット分析を行い、「在宅支援センター」、「通所リハと訪問看護の併設」が病院収益を向上させるが、「老健と特養（3 点セット）」は符号条件を満たすものの統計的に有意ではないという結果を導いている。いずれにしても福祉施設を併設するという設備投資（医療コングロマリット化する投資）は、中小規模の病院経営に大きな影響を与えていることが分かっている。本研究では、医療・福祉複合体の現状分析ととくにそれが経営面に与える影響を考察する。

## 先行研究

上述のとおり、複合体研究の嚆矢は二木(1998)である。二木は、1990 年前後から全国各地で私的医療機関の開設者が保健・医療・福祉サービスを一体的に提供する動きが生まれていることを捉まえ、こうした「保健・医療・福祉複合体」について 96 年から 98 年の 3 年間実態調査を行った結果、

1. 複合体は大都市に少なく、地方に多い
2. 特別養護老人ホームのうち 3 割が私的医療機関を母体としている、在宅介護支援センターではこの割合は 5 割に近い

<sup>3</sup> 平成 14 年版の医療施設調査の使用申請をして、この分析は継続する予定である。

<sup>4</sup> 詳細は二木(2004)pp.97-106

3. 私的病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの「3点セット」を開設しているグループは全国に260(1996)存在する

ことを明らかにした。この当時、「3点セット」開設グループ259(1996年末)の77%の母体病院が医療法人で、病院理事長と社会福祉法人理事長兼務が71%別人だが同姓15%という数値を示し、複合体は「家業・同族企業」的色彩が強いことを明らかにした。複合体の母体病院の特徴としては、病床は老人病床や精神病床を主とする「慢性」型の病院で、「3点セット」の施設が同一市町村にあるのは76%、同一都道府県では91%であり地域的な存在であることが分かっている。

また、日本総研(2001)では二木の研究を受けて、

1. 大都市には複合体は存在しないのか
2. 福祉を主とした複合体は生き残れるのか
3. 複合体は地域にとってどのようなメリットをもたらすのか

という3つの視点から複合体の調査を行った。

この調査では、大都市で、人口当りの病院数・病床数が多いのに比して複合体が相対的に少ない地域として「福岡市」と「北九州市」に注目し、ここを中心とする2次医療圏における複合化の状況、施設・サービス間連携の状況、地域への影響などを調査し、大都市における保健・医療・福祉サービスの複合的提供の状況を明らかにしている。得られた主な知見は、

- ① 都会型複合体は、大型施設をもたずに多角化する病院が多い。
- ② 病院をもたない複合体など、多様な複合体が存在する。
- ③ ビル診のようなタテ方向に拡張する都会型複合体の存在
- ④ 複合化するメリットは一貫したサービスの提供(患者の取り込み)

ということである。

また、河口(2004)は全国の約1000の民間病院に対するアンケートの個票を使い、病院が持つ介護サービスと医療収益が5%以上か否かを非説明変数とするロジット分析を行い、「在宅支援センター」、「通所リハと訪問看護の併設」が病院収益を向上させるが、「老健と特養(3点セット)」は符号条件を満たすものの統計的に有意ではないという結果を導いている。いずれにしても福祉施設を併設するという設備投資(医療コングロマリット化する投資)は、中小規模の病院経営に大きな影響を与えていることが分かっている。

## 本研究の方法、データ

来年度からは「医療施設調査」等の公的個票データを用いての研究を行う予定であるが、今年度の研究はその準備段階である。医療コングロマリットの定義は、基本的に二木(1998)に準ずる。二木は病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム(この3つが揃うことを3点セットと呼んでいる)を同一法人、あるいは医療法人と近