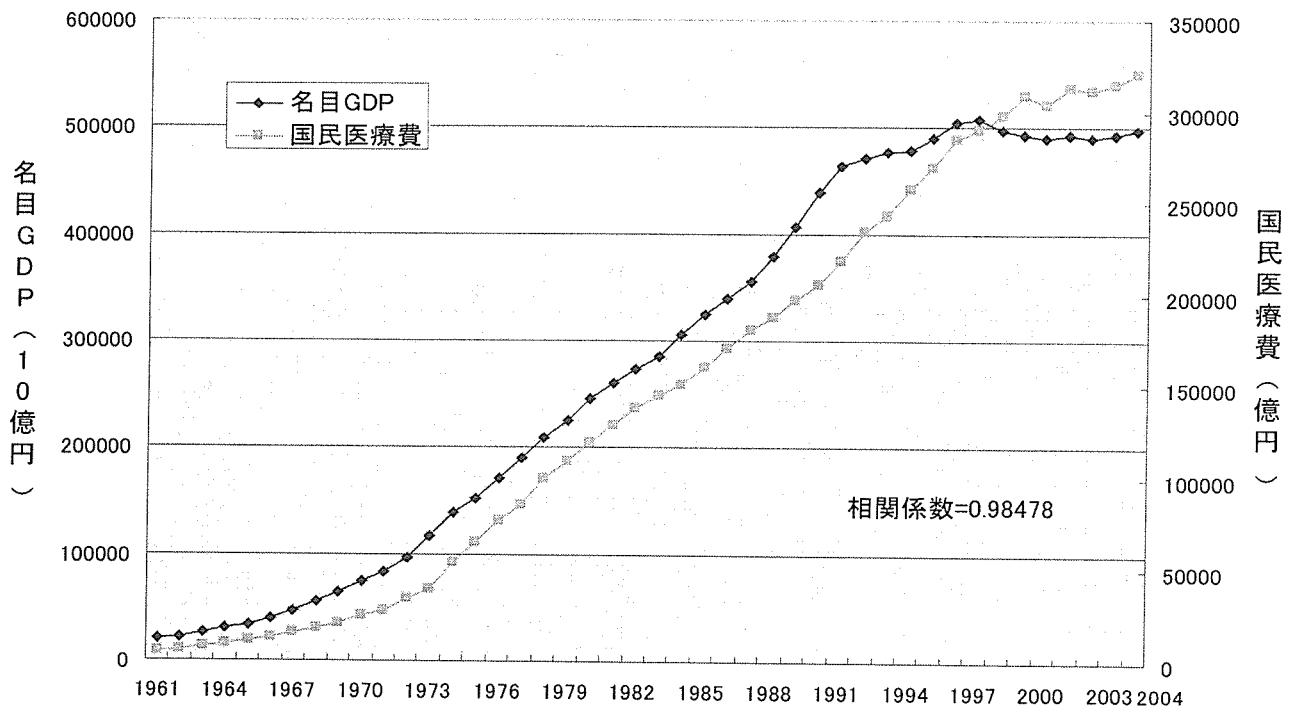


図1：国民医療費と経済成長（名目 GDP）の関係



(出典)

名目 GDP: 内閣府「国民経済計算」長期時系列 (GDP・雇用者報酬) (93SNA、平成12年基準)

<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/toukei.html>

1955～00年: 旧基準係数 需要項目別時系列表(連鎖方式)

<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/qe011-68/gaku-mfy01168.csv>

01～04年: 需要項目別時系列表(連鎖方式)

<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/qe063-2/gaku-mfy0632.csv>

国民医療費: 厚生労働省「平成16年度国民医療費の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/04/index.html>

統計表第1表

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/04/xls/hyo.xls>

既述したとおり、政策は価値観と離れて論じられない。しかし、目指すべき目標ないしは評価基準がなければ政策に関する議論がそもそも成り立たない。医療政策についていえば、世界的に受け入れられている目標（評価基準）は、①医療の質（quality）、②医療へのアクセスの公平性(equity)、③医療の効率性(efficiency)、の3つである⁸。簡単にいえば、①医療の質および②医療のアクセスを向上させ（少なくとも低下させずに）、③医療の効率性を高めることが医療政策の目標であるといつてよい。

この3つの評価基準は完全なトレードオフの関係にあるわけではないが、全く独立して存在するわけでもない。医療にお金をかければ医療の質やアクセスが高まるわけではない（米国はその実例である）が、医療の質やアクセスを確保するためにはある程度の費用（お金）の投入は必要である。したがって、現実には、この3つを同時に達成する

⁸ 医療政策の目標に患者等のエンパワーメント(empowerment)を加える場合があるが、エンパワーメントは目標達成の手段であると考えるほうが妥当である。

ことは至難に近いチャレンジングな課題である。ちなみに、経済状況が厳しさを増す中で医療の質とアクセスの公平性を確保する方途を探ることが迫られているのは、わが国だけではない。先進諸国が共通に抱える“悩み”であり、互いに他国の医療政策の手法と成果を注目し合っている理由でもある。

筆者は医療政策の軸足をどこに置くのかという「設問」との関係についていえば、次のように考える。

この3つの目標（評価基準）は実は同一のディメンションのものではない。また、③の効率性とは、分母は「費用」であるが分子は「成果」であり、その「成果」をどのような尺度で評価するかといえ、結局は、①の医療の質と、②の医療へのアクセスの公平性に帰することになる。つまり、医療政策の目標は、大雑把には、 $(①+②) / \text{費用}$ をどのように高めるかということになる⁹。これは言い換えれば、医療にお金を拠出したことに見合う価値（value for money）を最大化することと同義である¹⁰。もちろん、このように医療政策の目標（評価基準）を設定したからといって問題が解決されるわけではない。value for moneyが高いほうがよいという意味は、同じ費用の下で、①医療の質、②医療へのアクセスの公平性が低下しないのであれば、それは医療政策として「成功」とあるという程度のことはいえるにしても、医療にもっとお金を出しても良い医療を受けたいと考えるか、現行程度の費用と医療水準でよしとするかは一義的に決まるわけではないからである。医療の給付と負担のバランスは最終的には国民の選択の問題であり、民主主義国家においては政治過程の中で政策選択の問題として決定されるよりない。ただし、次のことは強調しておく必要がある。

国民の意識調査等¹¹をみると、今後さらに医療費の負担が増えるのではないかと不安に加え、負担に見合った医療が提供されていないという不満が強い。また、「医療費の負担の増加はやむをえない」とする意見と「現状程度の負担にとどめるべきだ」とする意見がほぼ拮抗している。こうした中では、高医療費政策であれ低医療費政策であれ、どちらかの方向に医療政策の舵を大きく切るとは非常に難しい。そして、国民にその選択を委ねる前提として、まず現行制度の中で医療費の無駄に類するものがあればそれをなくし、value for moneyをぎりぎりまで高める努力を行うべきだという声は一層高まることになる¹²。そして、value for moneyを高める主たるターゲットは医療等の供給体制（デリバリー）であり、そのキーワードが総合化・効率化であるということになる。

⁹ ここで「大雑把に」と断ったのは、医療の質と医療のアクセスは必ずしも独立の価値ではないからである。例えば質の低い医療にフリーアクセスできても意味はない。

¹⁰ value for moneyは、元来、狭義には複数の代替的な技術がある場合にその費用と効果の比較を行うべきであるという考え方をいう。

¹¹ 最近行われた医療に関する意識調査の一例としては、日本医療政策機構「日本の医療に関する2007年世論調査」（2007年2月15日）がある。

¹² 筆者の価値観を簡単に述べれば、高齢化の進展や医療技術の進歩等により医療費の増加は避けられず、そうした中で国民が必要とする医療費は削減すべきでないと考えている。それは福祉国家としての存在意義に関わる。

３．医療提供体制に関する問題の中核としての医療機関等の機能分化と連携

医療提供体制をめぐる課題は数多くある。医師の偏在やへき地・離島における医師の確保問題、救命救急医療をめぐる問題、医療機関の機能評価等に関する問題、医療のＩＴ化をはじめ情報化の推進をめぐる問題、医療法人制度改革の問題、疾病予防や疾病管理をめぐる問題、医療事故の多発とその防止策をめぐる問題、医学教育をはじめ人材養成と資質の向上をめぐる問題、等々枚挙に暇がない。しかし、こうした問題を総花的に列挙し対策を検討するという手法は必ずしも適切でない。なぜなら、２節で強調したように医療制度は構造だからである。対症療法的な手法は限界があるだけでなく、問題の本質や解決の方向を見誤らせることにもなりかねない。医療制度が構造であるとすれば、課題の相互関係の分析と考察こそが重要である。また、それを改変すれば他に連鎖し課題の解決に繋がる「急所」のようなものがあるはずである。そのような観点から医療政策をめぐる課題の中で最も重要なものを挙げるとすれば何か。それは医療機関等の機能分化と連携である。そして、家庭医を制度化しプライマリ・ケアや地域包括ケアを確立することが重要であると考ええる。以下、本節では医療機関等の機能分化と連携の意義と実態等について述べ、次節で家庭医を制度化しプライマリ・ケアを確立することの意義と必要性等について述べる。

まず医療機関等の機能分化の必要性である。諸外国に比べ日本の医療供給体制の際立った特徴のひとつは、わが国の中小病院の多くは診療所が発展したものであるという沿革的な理由もあって病院と診療所の機能が明確にセパレートされていないことである。諸外国では病院と診療所の診療報酬は別個の体系であるのが通例であるが、わが国では病院と診療所の診療報酬体系は基本的には同一である。また、外来については、フリーアクセスが保障されていることもあって、病院外来を含め受診回数が極めて多く（特に高齢者は１人年４０回以上）、病院の外来部門と診療所は完全な競合状態にあり、入院外医療費（国民医療費ベース）でみても病院と診療所の比率は２：３程度となっている。これは頻度の高い一般的な疾病（コモン・ディジーズ）の診療も病院およびその専門医が「背負い込んでいる」ことを意味している。

また、病院についても、急性期と慢性期等の区分や特徴づけが（これまでは）明確になされず、本来介護や福祉でカバーすべき者を病院が抱え込んできたという沿革がある。いわゆる「社会的入院」の淵源である。このため、欧米諸国と比較し、日本の病院は、全体として、在院期間が長く病床当たりの医師および看護スタッフは少なく、いわば“薄く広い”医療を提供しているという特徴がある。

こうした状況は医療の質の確保や医療資源の適正かつ効率的な配分という観点からみて決して好ましいことではない。急性期病院には高度な医療技術の集積が求められる。専門医がその技術の向上を図るためには指導医の下で一定数の症例数の診療経験を積む必要もある。このため、急性期病院は急性期医療に集中・特化するとともに病院・病床の集約化し、「医療密度」を高める必要がある。また、リハビリテーションを例にとれば、急性期治療ないしは急性期リハビリと回復期リハビリでは必要な医療や訓練等の内容は異なる。急性期治療が終わった患者が急性期病院で治療を行うことは、他の患者の受診

機会を奪うという問題を別にしても、過剰診療（オーバートリートメント）であるだけでなく当該患者に対し最善の医療を行うことにもならない。さらに、病院は基本的に病気を治す場であり生活の場ではない。「社会的入院」を放置することは、限られた医療資源の配分という観点だけでなく入院・入所者の適切な処遇の確保という観点からも適切ではない。医療機関の機能分化はやはり避けられない課題である¹³。

しかし、留意すべきことは、医療機関の機能分化は、医療の質や効率性を向上させる（さらには医療資源の分配の無駄を省きアクセスを向上させる）ための手段であってそれ自体が目的ではないということである¹⁴。また、医療機関等の機能分化に伴い転院等が増えれば、医師と患者の関係はその都度「切断」され「情報伝達ロス」や「インターフェースロス」が発生する可能性が高まることにも留意が必要である（詳細は分担研究報告3章の拙稿参照）。

なお、医療機能の情報開示とそれに基づく患者の選択が近年強調されているが、必ずしも「選択と競争」により最適な資源配分や淘汰が行われているわけではない。実態をみると、患者がその状態に適合した最良の医療機関を見つけ出すことは容易ではなく、むしろ、必ずしも確かではない評判や医療施設の外観や設備の概観（立派さ）等による選択が主となっている。その結果、医療機関の過剰投資とその費用回収（患者からみれば過剰受診）を誘発している。また、医療機関側も、経営環境が厳しさを増す中で、どうすれば高い診療報酬がとれ経営の維持存続を図れるかということに腐心している場合が多く、地域の中でネットワークを組み住民のニーズに合った最適の医療供給体制を整備するという意識が欠落している場合が少なくない。なお、医療機能の情報開示とそれに基づく患者の選択は政策誘導手段として重要であるが、情報開示をひたすら進めれば以上の問題が自動的に解決するわけではない。医療はスーパーマーケットで大根を買うのとは異なり、情報の非対称性を完全に解消することは困難であり、医療機関は患者が選択してもその先の医療内容等の決定は実質的に医師が行うからである。

問題状況を概観すれば以上のとおりであるが、特にここで強調したいことは、医療機関の機能分化と連携が進められる中で、そのマイナス面の事象が生じていることである。具体的なイメージが湧きにくいと思われるので、本研究の分担研究者であり臨床医である大和田潔がその経験を踏まえ作成した次の事例を基に考えることにする。

¹³ ちなみに、厚生労働省の施策をみるとこれまでの診療報酬改定（例：急性期加算、亜急性加算、ハイケア・ユニット加算、回復期リハ評価、地域支援病院加算、病診連携促進評価など）や医療法改正（一般病床と慢性期病床区分）により、医療機関の機能分化と連携を指向してきたことは明らかである（もっとも、慢性期部分については介護保険との関係等も含め不明確な要素が多い）。こうした改定は方向としては間違っていない。しかし、医療の外来（通院）機能はどのような形で提供されていくべきか、また、入院への繋ぎ・退院後の医療やケアをいかなるシステムでカバーするのかといった国の医療提供ビジョンや方針が必ずしも確固たるものとはなっておらず、医療機関が経営戦略を立てづらだけでなく国民の将来に対する不安を招く結果となっている。

¹⁴ 筆者の率直な印象を述べれば、医療機関の機能分化ということ自体が自己目的化し、いわば“独り歩き”しているきらいがあるように見受けられる。

【機能分化と連携が適切に行われていない事例】

事例は東京都内に在住の 79 歳男性。もともと前立腺肥大にて都内の大学病院通院中であった。ある日、歩行障害が出現したため救急車を要請した。都内の大学病院にかかりつけであったため、そちらにかかりたいとの希望を出したが、大学病院では泌尿器科にしかかかっていないことと救急対応ができないことを理由に搬送を断られた。初めての遠方の救急病院に搬送され、脳梗塞の診断で入院となった。自宅から遠い病院で、高齢の妻には大変な負担になっていた。入院加療を行い次第に改善してきたが、突然主治医から「ここは救急病院なので、2 週間で出て行ってもらいたい」と言われた。夫は意識はきちんとしているが、下肢の軽い麻痺が改善していなかった。病気は完全に治ってはいないしこのまま加療してもらいたいと思ったが、ケースワーカーのところへ行くようにいわれただけだった。病気に関しては詳しい説明をしてもらえたが、入院継続に関しての説明は医師からはなされなかった。

仕方がないため、ケースワーカーの提示する病院を数箇所見学に行った。その中ではましな、しかしあまり希望していない療養型病院へ転院することとなった。病院側からは次の病院へ医師の紹介状、看護師のサマリー、事務書類などの数通の手紙を受け取ったが医師同士で情報交換はなかったようである。次の病院では身の回りの世話をしてくれていたが、2 ヶ月ぐらいしたころ「そろそろ転院してほしい」と医師から突然言われた。どのような病院が次に適切か右往左往したが、「自分ひとりで夫はみられない」と自分で考え、ケースワーカーの勧める病院へ再度転院となった。その病院はリハビリテーション施設を整えていたが、それまで前医にてリハビリを行わなかったため関節が拘縮しており訓練が行えなかった。

また、脳梗塞を起こしてから 3 月以上たっており、そのリハビリ病院では慢性期リハビリテーションが行えないため再度慢性期リハビリテーションの行える病院へ転院することになった。3 ヶ月間訓練をこなし、歩行障害が改善し、何とか自宅に帰れそうになっていたが、介護通院のため妻が腰を痛めたためその状態では引き取ることができなかった。妻は有料老人ホームへ行き入所を打診したが、悪化する可能性のある持病を持っているとのことで断られてしまった。最終的には、まったく希望しなかったリハビリテーションのない療養型病床へやむなく転院となった。長く入院できる病院にたどりついたとほっとしたが、リハビリテーション機能がないため、日増しに衰弱していった。そのため、自分で食事ができなくなり胃チューブ、ついで中心静脈栄養管理となった。その後“入院ボケ”が進み寝たきりとなり、肺炎を併発した。医者は人口呼吸器装着の可否の選択を妻に迫ったが、“この状態で長生きされても”と思い、夫の元気だった姿を思い浮かべて断腸の思いのまま、装着をあきらめることを表明し、夫は永眠した。

（出典）大和田潔作成。なお、一部大和田の了解を得て筆者が修正した部分がある。

この事例にはわが国の医療制度の様々な問題（例：医師と患者の関係、終末期医療のあり方、リハビリ体系の立ち遅れ）が含まれているが¹⁵、特に問題なのは医療機関等の

¹⁵ この事例を含め大和田は臨床経験を基に興味深い事例を複数作成した（詳しくは大和田論文を参照）。こうした事例は、各地域の医療等の提供体制の優位点や弱点を定性的に把握し課題を浮き彫りにするのに役立つ。

連携の悪さである。在院日数の長短により診療報酬が傾斜配分され¹⁶、経営上在院期間の短縮化が迫られる中で、患者に対して次の病院等の紹介を適切に行わず、患者やその家族の側からみれば、入院した途端に次の“病院探し”が求められ右往左往したあげく、納得せぬまま、しかも当該患者にとって最適ではない病院等に転院を余儀なくされることがある。もちろん本事例は極端な“悪しき事例”であるにしても、程度の差はあれ類似の事例は決して少なくない。なお、病院が外来部門を“手放さない”動機のひとつとして“潜在的入院患者の囲い込み”もあるが、患者からみれば「その病院の外来で受診していれば、いざという時にその病院で入院できる」という期待感（この事例ではその「期待」は裏切られることになったが）が大病院指向の背景にあるとみられる。

ちなみに、この事例は東京都で生じた事例に基づいている。そこで、東京都の「保健医療計画」上で、医療機関の機能分化と連携についてどのように記載されているかみておこう。

「都民のだれもが身近な地域で症状に合った適切な医療を受けることができるようにするためには、医療施設の機能分化と医療機関相互の連携による地域医療のシステム化が重要である。地域医療システムとは、健康管理や急性期の初期医療、慢性期の療養管理等のプライマリー・ケアを担う診療所等のかかりつけ医（一次医療機関）と、高度な検査機器や入院治療機能を持つ病院（二次医療機関）とが、それぞれ必要に応じて患者を紹介したり、共同で診療に当たるなど、医療機関の役割分担と連携を行う仕組みである。これにより、通常の外来診療から専門的な入院医療、退院後のフォローまで、責任と連続性のある医療の提供が可能となり、患者にとって信頼度や利便性が高く、しかも限られた医療資源の有効活用を可能とする効率的な医療提供体制が実現する。」（東京都（2002）『東京都保健医療計画－平成 14 年度改定』105 頁。下線は引用者）。

この下線部分は、医療機関の機能分化と連携の意義に関する認識としては間違っていない。しかし、問題は、「通常の外来診療から専門的な入院医療、退院後のフォローまで、責任と連続性のある医療の提供が可能となり、患者にとって信頼度や利便性が高く」とはなっていないことである。したがって、医療機関等の機能分化を進めるに当たって重要なことは、その本来の目的である、医療の質の向上、効率性の向上、アクセスの公平性を確保するための「必要十分条件」を吟味・考察し、現行のシステムに不備があればその是正を図るために必要な方策を講じることである。

¹⁶ 一例であるが、一般病棟入院基本料Ⅰ（1555 点）は平均在院日数 19 日以内ということが 1 つの要件である。なお、14 日以内であれば 428 点が加算される。

4. 「家庭医」とプライマリ・ケア・地域包括ケア・在宅医療

(1) 問題の所在

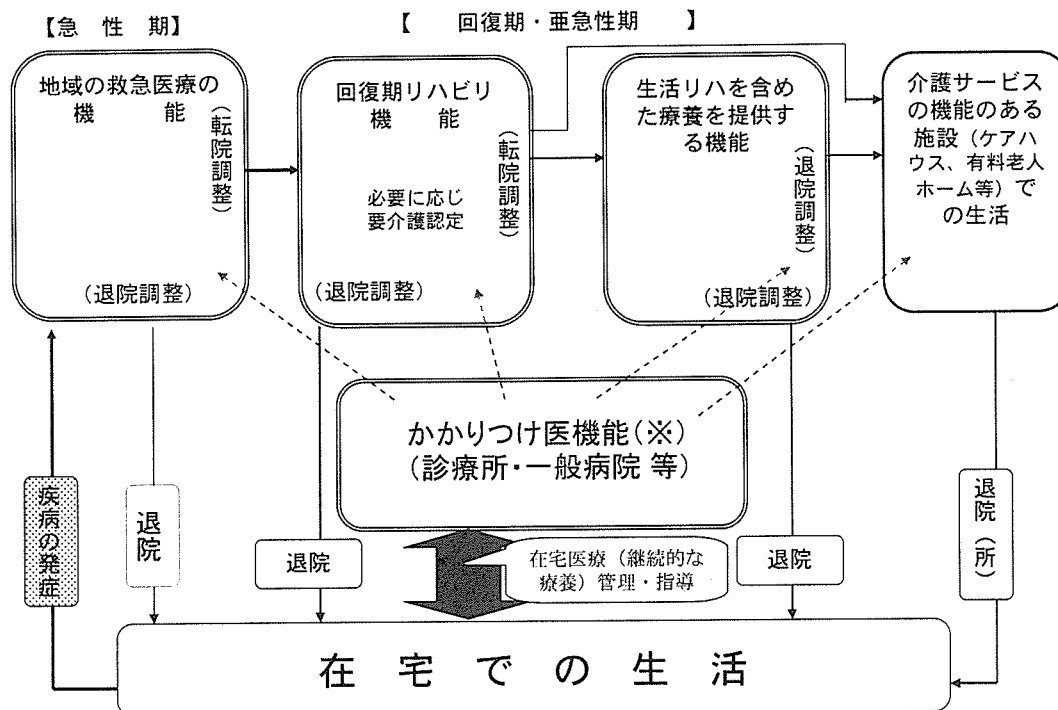
前述した事例で、一読して明らかな問題は、医療機関側が転院先を探すこと等の「責任」を患者やその家族にすべて「押し付け」てしまっていることである。患者やその家族からすれば、現実にはどのような選択肢がありどのような要素を考慮すべきなのか全く分からない状態に陥ることとなる。仮定の話であるが、この事例の患者が信頼できる家庭医（あえてこの言葉を使う理由は後述する）を持っていたとすればどうなっていたであろうか。患者は家庭医に相談し適切な助言を受けられたはずであり、状況は大きく変わっていたはずである。また、医師でなくとも地域医療連携室またはソーシャルケースワーカーが機能していれば、あるいはこの患者が介護保険受給者でありケアマネジャーの「介入」があれば、状況は多少なりとも改善されていたはずである。言い換えれば、選択の材料となる情報が非常に限定されていることに加え情報の非対称性がある中で、一定の医学知識や必要な医療情報等を有する患者の「代理人」（エージェント）足る者あるいはそれに準ずる者が全く存在しなかったことが、先のような事例が生じることになる最大の要因である。

もうひとつ重要なことは、医療機関相互のネットワークとして結びついておらず、患者の対応への「フロー」（流れ）がシステムとして存在しないことである。比喩的にいえば、医療機関等がいわば「点」として存在しており、地域の中で医療機関等が有機的に繋がったネットワークが不在だということである。もちろん、個々の医療機関や医師はこのような状態を好ましいと考えているわけではない。アドホックかつ個人的なネットワーク（例えば出身大学の同窓関係など医師同士の人間関係）により、患者の受け入れを頼み込むことも少なくない。しかし、現状では、担当した医師の倫理感や献身的努力に依存している部分が多く、機能分化と連携が地域の中でシステムとして（いわば「面」として）構築されていないという問題がある。

いうまでもなく、以上述べた2つのことは全く別個の問題ではない。家庭医が地域医療の中でしっかり根付いていなければ、病院から診療所へ、あるいは診療所から病院という「フロー」は切断されてしまい、医療機関相互のネットワークは不十分なものとなるからである。また、家庭医が患者の相談等に応じ医療機関間の転院等に当たりいわば患者の「代理人」としてコミットすることは、病院間あるいは病院と介護等施設の転院等が円滑に行われることに資する。ただし、家庭医の存在と、病院間あるいは病院と介護等施設等との連携がシステムとして十分うまく機能しているかは、一旦は分けて考察すべき課題である。

ちなみに、下図は、厚生労働省が公表している「医療制度改革資料」における医療連携体制のイメージ図である。この図で「かかりつけ医機能」とは本来は本稿でいう家庭医の機能であるが、図の脚注（※部分）では、「常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている」とする。国民（住民）が切望しているのは、このような医師であり機能である。

脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

(出典) 厚生労働省 (2005) 「医療制度構造改革資料」

(2) 家庭医とプライマリ・ケア・システムをめぐる論点と政策課題

医療制度は各国の歴史・文化・経済等を反映し固有の形態をとるが、特に各国の間で相違が顕著に現れるのは、「一次医療の部分と二次のつなぎの部分」である (郡司 1998.p.161)。欧米諸国でも、英国のように GP (general practitioner) のゲートキーパー機能が非常に強い国もある一方で、ドイツやスウェーデンのようにこの機能が弱い国もある。しかし、これらの国でも家庭医と各診療科の専門医とは分かれているのが通例であり、家庭医ないしはプライマリ・ケア医はそれ自体独自の専門性 (心臓外科とか泌尿器科というのと同様の意味で) を持った概念となっている。

それでは、その定義や必要な条件 (リクワイアメント) は何かということになるが、葛西 (2000) が提唱する「家庭医の必須条件」と 1987 年の厚生省の「家庭医に関する懇談会」報告の「家庭医機能の条件」を対比させてみると表 3 のようになる。結論は、両者は多少の表現の違いはあるものの内容的に大きく異なることはない。

表 3：家庭医に求められる要件（条件）の比較

I. 葛西（2000）	II. 家庭医に関する懇談会（1987）	I からみた II との照 応関係
①. 医療へのアクセスが物理的にも心理・社会的にも良好である近接性 (accessibility)	A. 初期治療に十分対応できること a. 初期段階に的確に診断できること b. 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ること c. 必要に応じ適切な医療機関を紹介してくれること	①はAとほぼ同じ。
②. どのような問題にも対応する包括性 (comprehensiveness)	B. 健康相談および指導を十分すること	②はDとほぼ同じ。
③. 問題の経過中はもちろん病気の前後や健康時にも関わる継続性(continuity)	C. 医療の継続性を重視すること	③はB. Cとほぼ同じ。
④. チームでケアを有機的に進める協調性(coordination)	D. 総合性・包括性を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合調整にあたること	④はDとほぼ同じ。
⑤. インフォームド・コンセントを重視した責任性(accountability)	E. これらの機能を果たす上で適切な技術の水準を維持していること	⑤はHと同じ。
⑥. 患者中心の医療	F. 患者を含めた地域住民との信頼関係を重視すること	⑥はGと部分的に重なる。
⑦. 家族志向型の医療	G. 患者の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	⑦はGとほぼ同じ。
⑧. 地域包括プライマリ・ケア	H. 診療についての説明を十分にすること	⑧はJ. Dとほぼ同じ。
⑨. 健康問題の心理社会的アプローチ	I. 必要な時いつも連絡がとれること	⑨はBとほぼ同じ。
⑩. 共感できる人間関係の維持・強化	J. 医療の地域性を重視すること	⑩はF. Jとほぼ同じ。

（出典）葛西（2000）、厚生省健康政策局（1987）を基に筆者作成。

周知のように、1985年に「家庭医に関する懇談会」が厚生省に設けられ翌々年に報告書をまとめたが、具体的な政策に結びつくことなく終わったのみならず、家庭医という言葉自体が忌避される状況さえも生まれることになった。その背景には、医師のプロフェッションの二分化と官僚統制による医療費削減を警戒する医師会の強硬な反対があったとされる（西村 2000,p.31、今井 2002.pp.69-70）が、筆者は、この問題について次のように考えている。

第1に、患者本位の医療（patient-centered medicine）を“お題目”に終わらせないようにするためには、患者（国民・住民）が医療に何を望んでおり、何に不満を抱いているかがまず基本に据えられるべきである¹⁷。そのような観点に立つと、例えば、日本医療政策機構（2006）の「現在の医療制度に対する満足度調査」において、「医療機関や治療方法についての情報」、「治療方針への患者自身の意見の反映」について不満を抱いている割合が、64%、55%と過半を超えていることは注目すべき数字である。また、病院・診療所の役割分担推進施策（例：特定機能病院等の紹介状がない場合の初診料の全額自己負担化）が採られてきたにもかかわらず、なぜ国民は大病院を指向するのかという理由をよく考える必要がある。塚原（2004）、杉澤他（2000）等によれば、健康状態が悪い（あるいは健康度自己評価が低い）こと、傷病の重症度が高いことと大病院指向とは有意な関係がある。これは「常識」にも一致する。国民は風邪や腹痛だと思えばわざわざ病院には行かない。しかし、複数の疾病を抱えている場合や、何らかの重篤な疾患を自ら疑えば、手遅れにならず一度で確定診断が行われるよう専門医と高度な検査機器が整った病院で受診したいと思うのは合理的な選択だと考えられるからである。

第2に、国民の大病院指向は強いが、そのことは家庭医が求められていないということの意味しない。むしろ逆である。国民の多くが望んでいるのは、初期診断の見立てやコモンディジーズの的確な治療が行え、患者や家族が置かれている状況等を含め全人的対応ができ、必要であれば当該患者の症状等に最もふさわしい専門医を紹介し、あるいは、介護・福祉のコーディネートを行える医師である。しかも、既述したように、医療機関の機能分化が更に進むことになれば、コモンディジーズの診断に加え、患者の相談の対応、病院への紹介・病院からの逆紹介、あるいは病・病連携における「繋ぎ」の役割等のいわば“コンサルジュ機能”は一層重要になってくる。また、特に地方においては、医師不足の解消が深刻な課題となっているが、こうした地域医療の担い手として最も求められているのは、こうした「一般医・家庭医」である（副島 2006）。なお、在宅医療を展開するには 24 時間・365 日対応できるスキルとマインドを持った在宅医が必要であるが、家庭医と在宅医は理念的に重なり合う部分が多い。

第3に、よく訓練された家庭医が地域で適切なケアを提供することは、患者にとって最善の医療が受けられる可能性を高めるだけでなく、医療資源の効率的配分という観点からも好ましいと考えられる。端的に言えば、家庭医に総合診療機能およびゲートキーピング機能（振り分け機能）¹⁸を持たせることは、費用対効果を高めることになる。ただし、家庭医のゲートキーピング機能を「制度化する」（例えば、病院の受診は家庭医の紹介状を必要とする）ことは慎重に検討すべきである。フリーアクセスの理念との関係でデリケートな問題を抱えるという理由もさることながら、国民の診療所に対する不信が少なくないからである。後述する第5の論点とも関係するが、筆者は、質の高い家庭医を育て実績を積み上げることを優先し、その客観的評価を行いながら議論を重ねることが現実的であると考えている。

¹⁷ ただし、筆者は、患者が望むとおり行うのが医療の本質だと考えているわけではない。

¹⁸ 救急病院の搬送の必要性を適切に判断する「トリアージ」機能もその一態様である。

第4に、家庭医やプライマリ・ケアの機能および役割について関係者の間に十分な共通理解やコンセンサスがなく、医学教育において家庭医学ないしはプライマリ・ケアの位置づけが明確にされていないという問題がある。実際、日本では、大学で家庭医ないしはプライマリ・ケア医を専門に養成する講座はごく一部に限られている¹⁹。また、臨床研修必修化の中でスーパーローテート方式を採り入れ幅広い診断能力の涵養を図ることも試みられているが、個々の専門領域の「上澄みの集合」がプライマリ・ケアだというわけではない。やはり、プライマリ・ケアそれ自体を一つの専門領域として位置づけ、それに必要な技術・方法論等を確立し、適切な指導医の下で体系的に教育・研修を行うことが肝要である。もっとも、プライマリ・ケアを大学教育の中にきちんと位置づけ養成していくことは「王道」ではあるが、一定の時間がかかることは否めない。そして、わが国の高齢化が急ピッチで進むこと等を考えれば時間的余裕はない。だとすれば、今まさに必要なことは、プライマリ・ケアの重要性を認識している関係者が、各々できることからチャレンジし、その成果を共有し、それを「踏み台」に更にステップアップしていくことであると思われる。関係学会における国際比較も含めた学術的検討と家庭医の認定システムの構築もその一つであろう。また、基幹的病院が中心となって家庭医の養成・研修を体系的に行い実践していくことも有意義であると思われる。

第5に、プライマリ・ケアのあり方・展開の仕方は必ずしも一様ではない。地域の地理的条件、人口集積、住民の意識、医療資源の分布等により変わり得る。例えば、大都市部においては各科専門医のグループ・プラクティスがうまく機能する場合もあろう。また、病院勤務医が開業する場合それまでの専門分野における蓄積を生かさないことは医療資源の有効活用という意味でも適当ではない。こうした事情を考えれば、専門領域を持った開業医が横に繋がり（いわゆる「グループ診療」）、かつ、開業医の後方支援機能を持つ中小病院との連携によりプライマリ・ケア・システムを構築していくという考え方もあり得よう。さらには、家庭医（主治医）が中心となりつつ病院勤務医のほか患者の病状等に応じた専門医やケアマネジャー等を交えたケア・カンファレンス等を行い、いわばOJT（オンザ・ジョブ・トレーニング）の中で力量を高めていくことも有意義である。

以上、要すれば、わが国の疾病構造の変化や医療の実態、医療政策の方向性（例：機能分化と連携の重要性）、国民が医療機関や医師に求めているニーズや機能等を考えれば、プライマリ・ケアや家庭医を正面から医療政策上位置づけ、どのようなリクワイアメントとそれに適合した教育・研修が必要であり、それを普及させる方策は何かということを実際に検討すべきだということである。その際留意すべきことは、「かかりつけ医」を「プライマリ・ケア医」あるいは「家庭医」と言葉だけ置き換えてみても、その概念や本質が異なる²⁰（例えば、「かかりつけ医」は現実に患者が“かかっている”という事実

¹⁹ 平成18年度から福島県立医科大学に地域・家庭医療部が創設され、大学として「家庭医」の教育養成が試みられている。葛西・本研究分担研究報告16章参照。

²⁰ 今井澄は「私は『かかりつけ医』という言葉には賛成できません。言葉そのものに、思想性も方向性もないからです。ただ単に、現在かかっている、というだけの意味しか

に着目した概念に過ぎない)以上、根本的な解決にならないということである。同様に、前記の図(脳卒中の場合の医療連携のイメージ図)で、「かかりつけ医」の後に「機能」という言葉を足すことも議論を曖昧にするきらいがある。問われているのは、そこで言う「かかりつけ医機能」とはどのような機能であり、その機能を適切に発揮するためには、どのようなリクワイアメントとトレーニングが必要なのかということだからである。仮に「かかりつけ医機能」という言葉を用いるにしても、①それはどのような機能であり、退院時等に具体的にどのように関わるのか、②その機能を適切に発揮するためには、どのような医学的な技能・技術と一定の修練が必要なのか、③大病院の医師(勤務医)にもそのような機能を認めることの意味が明らかにされる必要があるだろう。

(3) 地域包括ケアの多様性と課題

1) 本研究の方法論

医療提供体制の問題とりわけ総合化・効率化等に関する研究を進めるに当たって、既存の理論的分析・研究を基に考察することは当然行うべきことである。しかし、個別の事例や個別テーマに関する貴重な研究は少なくないものの、多様な地域医療の実態を踏まえるとともに全体の連関を明らかにした上で、具体的な政策提言に結びつく研究成果、あるいは地域の実践活動に役立つ研究成果は筆者が知る限りそれほど多くはない。

そこで次に考えられる検討方法は、①地域包括ケアを指向するなど特徴のあるシステムを有する先駆的取組を行っている地域を選び、その特殊要因(事情)と成功要因、全国モデル足り得るかという意味での汎用性、政策的インプリケーション等を明らかにし、②地域の医療資源の集積度合い・人口や地理的条件等に応じて複数のパターンに分け、③現行の医療提供の問題点を洗い出すとともに、あるべき方向を更に押し進めるための方策を個別具体的に検討するという方法である。

個々のテーマの理論的分析を「演繹法的方法」とすれば、これはいわば「帰納法的手法」に当たる。両者を適切に組み合わせ(フィードバックしながら)、バランスのとれた考察を行うことが、机上の空論とならないようにするとともに、実態に過度に引きずられないようにするためには有用である。

2) 考察

そこで、本研究においては、特徴のある地域医療を実践している地域を選定しヒアリング等を行うとともに分析を行った。その取組みを類型化し簡単に特徴をまとめると、次の「囲み」のとおりである。なお、この選定は網羅的ではない。これ以外にも先駆的な取組みを行っている地域は数多い。「囲み」であえて例示と断っている理由である。

ありません。病院の医師にかかりつけている患者が増えている現状では、ますます無意味です。」と述べている(今井 2002.p.70)。

【地域包括ケアの取組みが指向されている地域の分類と特徴】

I. 基幹病院中心型

地域における「突出的」地位を占める基幹的病院が、高次の医療から介護・福祉系統の施設を保有し、医療・介護・福祉の包括ケアシステムを指向・実践している地域・・・旧御調町（公立みつぎ病院）、茅野市（諏訪中央病院）

II. ネットワーク型

(1) 地域医師会が「退院時ケア・カンファレンス」を主導し、更には、これらをベースに福祉団体（民生委員・社会福祉協議会）を巻き込み、医療・介護・福祉の連携ネットワークを形成している地域・・・尾道市

(2) 地域医師会・行政・市民団体が連携し、地域の医療体制の整備、医療機関連携あるいは在宅医療等に関わっている地域・・・船橋市、市川市

※ 行政が地域医師会とタイアップし介護等関係者を組む込み、医療・介護の連携を行っている地域の例・・・松江市

(3) 地域医師会等が中心となって医療・介護・福祉の連携を進めるとともに、地域医療の後方支援として必要な機能強化を基幹的な病院に働きかけている地域・・・静岡市、京都乙訓郡、台東区、横浜市（Wの会）

(4) 急性期病院が競争の中で機能を分け合い、4病院が主導し「連携クリティカルパス」を作成し、患者のスムーズな流れを行っている地域・・・熊本市

（注）これは例示である。なお、この分類は、武藤正樹（2001）「21 世紀の地域医療連携」健康保険 2001 年 2 月・3 月号の分類も参考にしている。

3 つコメントを行う。

第 1 に、地域の人口構造、地勢的特性、医療資源（リソース）の分布等は同一ではない。象徴的なのは尾道市である。尾道モデルはネットワーク型、御調モデルは基幹病院中心型モデルとして、全国的にみても最高峰のひとつであるが、尾道市と御調町は 2005 年 3 月に合併した²¹。しかし、市町村合併後も 2 つのモデルは併存している²²。そのほうが地域の実状に合っているからである。なお、「基幹病院中心型」の本質をハードの施設の保有とみることは適当ではない。地域包括ケアの理念が先にあり、それを具体化するに当たって施設を一体的に整備・保有することが当該地域の実状に適合したと考えるべきである。また、熊本市のように急性期 4 病院（旧急性期特定加算対象病院）が主導

²¹ 正確には、尾道市は、2005 年 3 月に御調町・向島町と、2006 年 1 月に因島市・瀬戸田町と合併した。

²² 両モデルを紹介した文献は数多い。その推進者自らが執筆したものとして、尾道モデルについては片山（2003）、御調モデルについては山口（2006）を参照。

しいわば急性期病院から「患者のフロー」を形成している地域がある。他方、尾道市にほか、市川市、船橋市のように医師会等が中心となって開業医の横の連携を強め、介護のケアマネジャーや民生委員・社会福祉協議会あるいは市民らがこれに参加するボトムアップ型の地域連携システムを採っている地域もある。要は、理念は同じでも地域の実態に応じて多様な形態があり得るということである。都市型の場合にはネットワーク型のほうが汎用性は高いということはいえるが、ある地域で成功したモデルを単純に全国画一的に展開させるという方法は必ずしも適当ではない。むしろ、先駆的モデルのエッセンス（例：病院勤務医と診療所医師の連携）を抽出し、診療報酬等で評価する際も多少のバリエーションの幅をもたせほうが応用がきく。

第2に、第1で述べたことと一見矛盾するようであるが、次のような共通項を見出すことができる。これは、地域特性等が異なっても、連携の必要性やその構成要素は本質的には同じであり普遍化できるものがあることを示唆している。

- ①. いずれの地域においても、現行の先駆的システムが軌道にのるまで少なくとも約10年程度の年月を要している。また、明確なビジョンを持ちリーダーシップを発揮する医師が存在する。逆に言えば、システムが軌道にのり地域医療連携のレベルが向上しシステムとして「好循環」に入るまでの調整・苦労が大変である。
- ②. 医療・介護・福祉の連携やレベルアップを明確に意識している。例えば、尾道市は介護保険や福祉関係者を巻き込み「退院時ケア・カンファレンス」を基軸に連携ネットワークを構築しているが、このカンファレンス自体が関係者のOJT（オンザ・ジョブ・トレーニング）である。また、船橋市や乙訓郡では、患者の同意を得て受診等の記録手帳（日本病院会が提唱している「私のカルテ」に相当するもの）を通じ関係者の情報の共有を図っている。さらに、熊本市では医療連携パスを更に介護まで発展させることが検討されている。
- ③. 病診連携が重視されている。特に「連携型」の場合には、プライマリ・ケアをバックアップする病院（病院勤務医）と組織的に意思疎通する努力が重ねられている。静岡市のイーソーネット（2人主治医制）はその典型的な事例である（大石他 2004 参照）。ちなみに、上記「囲み」には掲載していないが、横浜市の若手医師らが中心となって組成している「Wの会」（その内容は中村 2004 参照）でも、会員医師と済生会病院との定期的会合が行われており、京都乙訓郡と同様の取組みが行われている。
- ④. 患者や住民の参加を明確に意識している。船橋市・市川市の取組みはその典型である。なお、連携クリティカルパスも、「患者用パスによる説明は診療の全プロセスの“informed consent”であり、そのことにより患者の医療への参加が促進される」（郡司 2004,p.9）面がある。

第3に、これらの地域の医療等のパフォーマンスの評価をめぐる問題がある。これについて、①医療の質、②アクセスの公平性、③効率性の3要素をクロスした定量的な評価を行う既存研究は乏しく、本研究においても十分行うことができなかった。これは主としてデータの入手および評価の技術的手法の困難性によるものであり、今後の検討課題である。ただし、次のことは強調しておきたい。地域包括ケアの取組みが行われてい

る地域の医療費は必ずしも低いところばかりではない。このことを理由に先駆的取組に対しネガティブに評価するむきもある。しかし、連携が不十分なために患者の不安があるとすれば、地域において病診連携や医療・保健・福祉の連携を強化することをまず進めるべきである。2 節で述べたように、医療費にどの程度まで費用を投入するかは最終的には国民の選択に帰する。しかし、お金を投入すればどのような医療提供が実現されるのか（例：「切れ目のない医療」が本当に行われるのか）、国民（住民）はリアリティをもって感じられずにいる。だとすれば、各地域の医療関係者はまず患者本位の医療を実践し、その上で国民（住民）がそれに対し医療にお金を拠出したことに見合う価値（value for money）があるか否かを問うべきである。また、地域の連携が十分でなければ必要なデータを十分とることができず医療の質や効率性の改善も進まない。連携クリティカルパスもこれがあったから連携が進んだのではなく、連携の一定の基盤があったから連携クリティカルパスが進み、その解析を行うことにより改善すべき課題が客観的に浮き彫りにされ、その解決に向け関係者の意識の共有が促されるという過程を経ていることに留意すべきである²³。

（４）在宅医療の展開の視点と条件

在宅医療は家庭医および地域包括ケアと密接に関わる。例えば、家庭医と在宅医（在宅医療を行う医師）は概念として同一ではないが重なり合う部分が多い。このため、在宅医療に関する課題等についても、ここで述べておきたい。

2006 年度の診療報酬改定は全体としてはマイナス 3.16%の改定率となっているが、24 時間体制で在宅療養を支える診療所については、医師の緊急時や夜間の往診料や看護師の緊急時の訪問看護料が大幅に引き上げられるなど、非常に手厚い配慮が行われている。在宅医療の推進に大きく面舵が切られたと言ってよい。しかし、在宅医療の推進の重要性が強調されるのは今に始まったことではない。すなわち、診療報酬上最初に在宅診療報酬として導入されたのは 1981 年の在宅自己注射指導管理料であるが、以降も改定のたびに在宅医療に関し各種の診療報酬が設定されてきた。また、1992 年には医療法が改正され、「居宅」が「医療提供の場」として位置付けられる（第 1 条の 2 第 2 項）など必要な法整備も図られてきた。それにもかかわらず在宅医療は十分進んできたとは言いがたい。それはなぜなのか。その理由を考察し取り組むべき課題を明確にすることが在宅医療の推進の出発点になる。以下、患者本位の医療と在宅医療、在宅医療の必要条件と課題、の 2 点に絞って考察する。

1) 患者本位の医療と在宅医療

医療制度改革の提言や医療シンポジウムでは「患者本位の医療」(patient-centered medicine) がしばしば強調される。斜に構えた見方になるが、それは現在の日本の医療が「患者の立場が見失われがちである」(あるいは「医者中心」である) ことの裏返しの表現ではないかと思われる。筆者は、医師と患者の関係は、スーパーマーケットで商品

²³ 例えば、『保健診療』2006 年 1 月号の特集（「機能分化と連携」の新しい形）の野村一俊発言（p.13）、副島秀久発言（pp.15-17）を参照。

を手にとって買うといった単純な契約とは異なり、一種の「協働行為」（一定の方向を目指し医者と患者が相協力して行う行為）だと考えている。したがって、患者が望めばすべてそのとおりに行うのが医療のあるべき姿だとは必ずしも考えてはいない。しかし、患者が何を医療に望んでいるかが、医療政策を考える上でまず基本に据えられるべきだということも間違いない。在宅医療—とりわけ看取りまで視野に入れた在宅医療—についていえば、国民はどこで最期を迎えたいと思っているかが、この問題を考える際のベースになる。

これについては様々な調査があるが、「終末期医療に関する調査等検討会」が2003年に行った意識調査に対する回答は興味深い。というのは、「自分が高齢者となって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに治る見込みのない疾患に侵された場合、どこで最期まで療養したいか」との問に対する回答として、一般国民は、病院（38.2%）、老人ホーム（24.8%）、自宅（22.7%）の順で多く、自宅を希望するのは4人に1人以下となっているのである。ただし、この回答結果から「国民の多くは病院や施設で療養したいと思っている」との結論を導くことは適当ではない。なぜなら、「（病院など）自宅以外の場所で最期まで療養したいと思っている者」にその理由を尋ねた回答（複数回答）をみると、「家族の介護などの負担が大きい」（83.6%）、「緊急時に迷惑をかけるかもしれないから」（45.7%）という2つの理由が他の理由を引き離しているからである。つまり、本当は自宅で（あるいはせめて居住系の施設で）療養したいと思っていながらも、家族の負担や迷惑を考えると躊躇するという「国民の意識像」が浮かび上がってくるのである。もしそうならば、在宅で療養することを希望しながらその選択を躊躇させている要因を取り除いていくことこそが「患者本位の医療」の具体的な実践となる。

2) 在宅医療の必要条件と課題

冒頭述べたとおり、在宅医療の必要性はこれまでも強調されてはしながら全国的にみて十分進んでいるとはとても言い難い。在宅医療が適切に推進されるためには、大別して4つの必要条件と課題があるように思われる。

何よりも第1に、在宅医療の担当医の存在が不可欠である。医療があって日常生活があるのではなく、日常生活の一つとして医療があるのであり、在宅医療は「日常生活の場における医療を支えていく」ことを本質とする。だとすれば、単に「診療所の医師」を「在宅医」に看板の付け替え（名称替え）をするのではなく、実態そのものを変えていかなければならない。スローガン風にいえば、「365日・24時間」在宅患者を支えるという意欲（マインド）と技術（スキル）を持った医師が地域に存在することが不可欠である。

第2に、病院との連携である。前述したとおり、在宅医療を希望しながら躊躇させている理由として「緊急時に迷惑をかけるかもしれないから」という回答が多いことを紹介したが、その裏には、病院との連携がうまく機能していないことがある。例えば、在宅患者が急性増悪した場合の病院の受入れ、あるいは病院から在宅に戻る場合の適切な情報伝達など、病院（および病院勤務医）と在宅医との密接な連携は不可欠である。し

かし、診療所の医師の側もさることながら、病院勤務医あるいは組織体としての病院の在宅医療に対する認識の欠如・立ち遅れも目立つ。関係者の意識変革が求められる所以である。

第3に、看護・介護・福祉など関係分野・関連他職種との連携が必要である。医療の周辺領域である訪問看護が在宅医療を進める上で必須要素であることはいうまでもないが、これに加えて、在宅患者やその家族の態様に応じ介護や福祉関係との連携も必要になってくる。日常生活という土台の上に医療がある以上、これは極めて当然のことだという認識を関係者が共有する必要がある。なお、在宅医療を本格的に展開していくためには、関係職種の職能の見直しも必要であると筆者は考えている。例えば、看護職で一定の経験等の要件を満たす場合には一定の枠内で処方権等を認めることが検討されてよいし、他方、たんの吸引等の“日常的医療行為”については、(医療行為であるという前提の下で違法性阻却論により解除するのではなく) 医療行為から外し一定の研修の受講や医療職の指示があること等を条件に医療・看護職以外の者が行うことも検討すべきではないかと考える。

第4に、「医療を受ける者の居宅等」(医療法第1条の2)と一括りにされている「居宅」あるいは「在宅」の概念の整理が必要になろう。在宅と入院・入所は截然と分かれているわけではなく、純然たる在宅(自宅)と病院・介護施設の間にはグループホームなどの居住系施設さらには有料老人ホーム・高齢者専用賃貸住宅などが存在するからである。今後在宅医療の展開が進む中で、こうした「集住」形態における在宅医療の提供のあり方およびその診療報酬の適切な設定ということも重要な検討課題になると考えられる。

5. 医療等の供給体制のビジョン・政策誘導手段・国際比較

本研究では本稿の3節および4節で記した課題に重点を置いている。その理由は、この課題がわが国の医療等の供給体制をめぐる問題の中核(いわば「急所」)であると考えられるためである。また、縷々述べたように、これは医療政策をめぐる他の多くの課題とも密接に関係している。もっとも、医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題がこれに尽きるものではない。また、2節(1)で述べたように、本研究の目的は、①医療等の供給体制のあるべき方向(ビジョン)と政策課題を明らかにし、②医療等の連携や地域包括ケアの推進など医療等の総合化・効率化の実現を図るための政策手段につき検討を行い、③理論と実証に裏づけられた具体的な政策提言を行うことにある。したがって、本節では、本研究で行ったその他の研究について、分担研究者および研究協力者が行った研究の位置づけや今後の課題を含め、①医療供給体制のあるべき方向(ビジョン)、②その政策誘導手法と留意点、③諸外国との比較および政策的インプリケーションについて述べる。

なお、次の2点についてあらかじめ断っておきたい。第1に、本節は分担研究者および研究協力者の研究成果を網羅的に述べることを意図するものではない。詳細は分担研

究報告を参照されたい。なお、分担研究報告の区分（ジャンル別の6区分。目次参照）の順とは一致しない。第2に、今後の課題を含め筆者のコメントを付しているものがあるが、これは主任研究者の立場から行うものでありその文責はもっぱら筆者にある。

（1）医療供給体制のあるべき方向（全体ビジョン）

医療政策上の目標（評価基準）は、①医療の質、②医療へのアクセスの公平性、③医療の効率性、の3つである。そして、既述したとおり、わが国における喫緊の課題は医療機関の機能分化と連携を強化することである。これを中核に据え医療供給体制を再構築する必要がある。

第1に、急性期病院の集約化や療養病床の再編等はやはり避けられない。前者は高度な医療の提供は医療密度と相関するからである。後者については、「社会的入院」を放置することは、医療財政上そのような余裕がないという理由を別にしても、病院は治療する場であり生活の場ではなく入院・入所者に対する適切な処遇という観点からも好ましくないからである。もちろん「社会的入院」を解消するためにはその「受け皿」の整備を行うことが課題となるが、それを狭義の在宅だけですべて「吸収」することは現実的ではない。言い換えれば、狭義の在宅に加え、老人保健施設や特別養護老人ホーム、グループホーム等の集住型の居住系施設の拡充を考えざるを得ない。その場合、居住系施設の機能の見直しも必要になる。特に、医療機能の付与をどのように行うのかは施設体系の基本的問題であるが、老人保健施設や特別養護老人ホームを含め医師を「内付け」で配置するのではなく、外部から提供する「外付け」の方向を基本に据え検討するのが適切であると考ええる。

第2に、病院と診療所の機能の整理が必要である。特に大病院の外来と診療所が機能的に競合状態にある現状は医療資源の効率的な配分という観点からみて決して好ましいことではない。ただし、短兵急に大病院の外来を強権的に閉鎖させるという方策は適当とはいえない。患者の大病院指向の背景には診療所に対する不信感が少なからず存在するからである。むしろ、「急がば回れ」の諺のとおり、家庭医およびプライマリ・ケアを医療政策上明確に位置づけるとともにその機能の向上を図ることにより患者の「流れ」を変えていく方向を目指すべきである。なお、わが国では診療所がプライマリ・ケアの役割を十分担えていないために、中小病院がその機能を相当程度受け持っている実態がある。また、無床診療所と病院の間には有床診療所も存在し、これらをどう評価すべきなのかという問題もある。筆者は、地域の地理的条件や医療資源の分布が異なるとともに個々の中小病院または有床診療所が果たしている役割が異なる中で画一的にその是非を論じることは適当ではないと考える。換言すれば、医療機関の再編や競争が進む中で地域の中で必要なものは存続し質の悪いものが淘汰されるべきものと考えている。

第3に、医療機関の機能分化の推進に当たっては、悪貨が良貨を駆逐しないよう医療の質および効率性の評価を欠かすことができない。郡司篤晃が分担研究報告2章で指摘するように、質と効率性を確保する方策は、基本的には第三者評価によるインセンティブによる制御しかない。第三者評価については医療機能評価機構による評価が代表的

であるが、構造およびプロセスの評価にとどまらず、(指標の客観性等をめぐる課題はあるが)アウトカム評価まで組み入れることを目指すべきである。なお、DPCの対象病院が病床数ベースで一般病床の約3割を占めているが、DPCのデータ等を解析することにより質とコストの評価は相当程度可能となっている。また、クリティカルパスは医療現場サイドにおける標準的な医療のガイドラインの作成と質の管理に資するものである。ケアの質と効率を向上させるには適切なインセンティブによる統御が必要であるが、郡司は、特にインセンティブに強い影響を与える診療報酬の設計に当たってはケア提供者も分配に責任を持ち現場のエートを励ますものでなければならないことを強調している。医療は医師ら医療関係者の士気(morale)と倫理(moral)に依存する部分が多く、それを阻害しないようにすべきだとする指摘は重要である。同時に、行政の過剰な「介入」を招かないようにするためには、ピアレビュー(同僚審査)の実施等を含め職能団体としての自律性を発揮することが必要である。例えば同業者の法令や診療報酬の“裏をかく”類の行為に対しては職能団体としてこれを是正させることも求められよう。

第4に、医療機関の連携は機能分化の「必要条件」である。これについては3節および4節で述べたが、生活の場の上に医療が存在するのであってその逆ではないこと、医療機関の機能分化は医師と患者の関係を「切断」しかねないものであることを踏まえれば、患者の「代理人」として生活全体を見渡し関係者の役割分担と連携をコーディネートする者の存在が求められる。大和田潔が分担研究報告7章から9章で述べる「医療情報伝達」および「医療生活計画」に関する考察においても同様の趣旨が強調されている。医療連携室で退院時支援等に関わっている塩塚康子の分担研究報告10章でも、こうした者が不在である場合の退院・転院の困難性が述べられている。裏返していえば、家庭医や地域包括ケアの重要性はこのような観点からも捉えることができる。その意味で、川越雅弘の分担研究報告11章および17章は、医師と患者の関係に関する現状認識や理想の認識ギャップを明らかにするとともに、地域包括ケアの取組みを行っている2地区(尾道市・松江市)のインタビュー等を通じ地域包括ケア体制の構築に向けた課題を分析した示唆に富む論文である。また、家庭医の養成等については、既に各地で先駆的な実践活動が展開されていることを強調しておきたい。例えば、北海道家庭医療学センターは10年余の家庭医養成の実績を有し、その「卒業生」は各地で活躍し住民から高い評価を得ている。島崎謙治・葛西龍樹・山田康介・川越雅弘が分担研究報告18章で紹介する北海道更別村の取組みはその一例である。住民満足度調査を含めた分析により、①医療密度(1日当たり医療費)は高まっているが在院日数等は短縮されていること、②救急外来のトリアージ機能を家庭医が果たすことにより病院への救急搬送件数は大幅に減少したこと、③医師と患者の関係を表す各種指標は極めて良好であること、との結果が得られたが、これは、質の高い家庭医が導入されれば医療供給構造や医師と患者の関係が変わり得ることを示唆している。また、北海道寿都町では2005年4月に道立病院から町立診療所(有床診療所)への移管が行われたが、同診療所所長である中川貴史が分担研究報告19章で紹介するその実践事例は、過疎地における有床診療所モデルの可能性を示すものとして貴重である。診療報酬や補助金のほか地方交付税上もこうした

取組みを支援していくべきものとする。なお、既述したとおり、家庭医の養成の「王道」は大学医学教育の中に位置づけることである。医学教育が変わらなければ日本の医療は変わらない。その意味で、葛西龍樹（海道家庭医療学センター創設時から約 10 年にわたって所長を務め現在は福島県立医科大学地域・家庭医療部教授に就いている）が分担研究報告 16 章で紹介する福島県立医科大学における家庭医の養成の実践的な取組みは非常に意義深いものがある。

第 5 に、救急医療システムも検討の余地がある。すなわち、重症の交通事故傷病者の減少、高齢患者の増加、救急救命士による病院前救護体制の充実といった状況の変化を踏まえれば、交通事故を前提に構築された現行の一次・二次・三次という階層制の救命救急医療体系が適切なのか検討する必要があると考えられる。その意味では、箕輪良行・榊井良裕・田中拓・金弘の分担研究報告 20 章の考察、すなわち、すべての救急患者を院内に受け入れてその上で救急医療を提供する北米型の ER(Emergency Room)のわが国への導入可能性に関する考察は示唆に富む。また、箕輪良行・大内崇裕・金弘の分担研究報告 21 章では、①船橋市の救急事例の分析結果によれば、脳卒中の急性期治療における手術の役割は限定的（87%の症例は内科的治療とリハビリテーションが施されていた）であり、圧倒的多数を占める脳梗塞の早期診断と治療のために早期線溶療法の導入が必要なこと、②脳梗塞の予後を改善する上で、急性期リハビリテーションを地域の中で供給していくことが重要であることが強調されている。

第 6 に、離島・へき地医療の確保も大きな課題である。特に医師の偏在等によりこうした地域における医師の確保が困難度を増すとともに、病院や診療所の統廃合が迫られている地域も少なくない。その意味でも第 4 で述べた更別村や寿都町の事例は貴重な実践事例であるが、米山正敏の分担研究報告 22 章では、離島・へき地医療の問題を包括的に取り上げている。筆者は、この問題は医療の質とアクセスの公平性の関係をいかに考えるかという基本的論点があると考えている。つまり、現実には医師の確保が困難で十分な質が確保できないのであれば、アクセスを多少犠牲にしても集約化を通じ医療の質を高めるほうがベター・チョイスである場合が少なくない。しかし、へき地の医療機関の統合は吸収される側の地元の強い反発を招き政治問題化しがちである（実際、北海道中空知地域における病院の産科の統合でも反発は残存している）。広域自治体である都道府県の調整機能の発揮が求められる所以である。また、この問題は医師の偏在問題と切り離して考えることができないが、都道府県、大学医局、地域中核病院等の関係者が地域医療の確保を図るという目標を共有化し密接な連携の下に医師の供給調整機能を適切に発揮することが一層求められよう。

第 7 に、疾病管理や保健事業の推進をめぐる課題がある。坂巻弘之の分担研究報告 23 章は米国およびドイツとの比較を含め疾病管理の意義とわが国への適用可能性を考察した示唆に富む論文であり、佐藤雅代の分担研究報告 24 章は特例退職被保険者に対する特定健保組合の保健事業の効果等について分析した論文である。筆者は、疾病管理や保健事業については、理論・実証、実施方策等に関する検討課題は少なくないと考えている。疾病管理については、坂巻も指摘するように、A：健康管理（適切な生活習