

の概念の異同等については議論の余地がある。以下では比較的ニュートラルな「プライマリー・ドクター」という言葉を用いる)を持っていたとすればどうなっていたであろうか。患者は何らかの相談・助言を受けられたはずであり、状況は多少なりとも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(急性期特定病院加算をとる場合には算定条件である)あるい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だけでなく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) 足る者が全く存在しなかったことが、このような事例が生じることと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、大和田潔が本研究報告書の論文で指摘するように、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(比喩的には「面」として)構築されていないという問題がある。

言うまでもなく、以上述べた2つのことは全く別々の問題ではない。プライマリー・ドクター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。ただし、プライマリー・ドクターが存在したとしても、病院間あるいは病院と介護等施設との関係がうまく機能しているかはまた別の問題であり、これらは、一旦は分けて考察すべきで課題である。

## (2) プライマリーケア・システムをめぐる論点

そこでまず、プライマリーケア・システムについて検討する。プライマリーケア・システムのイメージは、医療を一次・二次・三次と階層的に捉え、地域医療の第一次的役割は住民の身近なプライマリー・ドクターが担い、住民の疾病管理等を行うとともに、必要に応じて病院への紹介あるいは病院からの逆紹介の「受け皿」機能を果たすことである。これがうまく機能すれば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。ただし、クリアすべき多くの課題がある。

第1に、プライマリー・ドクターとはどのような機能・役割を担い、どのような機能・役割をエッセンシャルと考えるのか(例えば、ゲートキーパー機能を担うのか、この場合フリーアクセスとの関係をどう考えるべきか)、また、初期医療をどの

程度までのレベルまでを想定するかについて十分なコンセンサスがない<sup>4</sup>。例えば、初期治療についてある程度のレベル（風邪引き・腹痛といったレベルではなく）を想定し、これらをプライマリー・ドクターが自ら行うことを重視すれば、一定レベルの診療機器やベッド（有床機能）を有することが必要になる。一方、医療の相談・専門医療機関の紹介機能（いわば「医療のコンサルジェ機能」）を重視すれば、極論すれば、“聴診器一本”で診察する医師でよいことになる。ちなみに、昭和 59 年に厚生省が設置した「家庭医に関する懇談会」がまとめた「家庭医機能」では、「コモディジーズの治療を行うこと」（何がコモディジーズであるかという問題があるが）も必要な機能に含められており、「医療のコンサルジェ機能」（注：報告書ではこの言葉が使われているわけではない）だけを想定しているわけではない。

第 2 に、現実問題として日本ではプライマリー・ドクターが根付いておらず、むしろ、病院・診療所の役割分担推進施策（例：診療報酬上の各種加算措置の要件としての紹介率、特定機能病院等の紹介なし初診料の全額自己負担化）にもかかわらず、実際には患者の大病院指向が進んでいる。プライマリーケアが日本に根付いていないということは、プライマリーケアがそれ自体一つの専門領域（心臓外科や泌尿器科と同列のように）として認識されておらず、プライマリーケア教育・卒後研修体制がしっかりしていないということと裏腹の関係にある。また、開業医の高齢化や職住分離型開業の増加により、往診や 24 時間対応が現実問題として困難であるといった問題もある。他方、患者の側からすれば、風邪引き・腹痛の類はともかく、何らかの重篤な疾患の可能性があれば、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、極めて合理的な選択である。さらに、医学の進歩は目覚ましく病院勤務医からすれば逆紹介に当たって同じ専門レベルでコミュニケーションできることを開業医に求める。簡単にいえば、プライマリー・ドクターないしは診療所が国民や病院から十分な信頼を得られていないのである。

いずれにせよ、わが国の医療供給体制の課題を考える上で、プライマリーケアをどのように位置づけ、また、あるべき方向に向けて政策誘導していくは最大の論点の一つであることは間違いないが、どこからどう手を付けていくべきか、問題は山積しているというべきである。

ちなみに、筆者のプライマリーケア・システムに関するイメージを述べておく。まず再度強調しておきたいことは現行の開業医をプライマリー・ドクターと言い換えてみても何の解決にもならないことである。既述したように、国民の開業医に要求する診療のレベルは非常に高く、医療技術の急速な進歩や専門分化が進み病診連携といっても病院側から要求される開業医の医療レベルも高いからである。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すことは医療資

<sup>4</sup> 本研究の研究者の間でも認識は異なる。例えば、泉田の認識は郡司や島崎と異なる。この点の議論は今年度十分には行っておらず、次年度に再度行う必要があるものと考えている。

源の有効配分という意味でも有用である。これらを考えれば、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ーケア・システムを構築していくというものである<sup>5</sup>。また、筆者は、コモンディジーズが医療の多くのウェイトを占めており医療資源の有効な配分という観点を考えれば、初期治療を自ら行うことはプライマリー・ドクターとして必要な機能であると考えている。それに加え、患者の「代理人」として「コンサルジェ機能」を有することがより強く求められていると解すべきと思われる。なお、グループ診療の場合には、その中の特定の医師がある患者の「コンサルジェ機能」を担うことが現実的かつ適切ではないかと考えている。

### (3) 地域包括医療の多様性と共通要素

#### 1) 方法論とねらい

医療提供体制の問題とりわけ医療機関等の機能分化と連携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ことは言うまでもない。しかし、個別のテーマに関する貴重な研究は数多くあるが、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、実効性のあるランドデザインや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いとはいえない。

そこで次に考えられる検討方法は、①地域包括医療を指向するなど特徴のある医療システムを有する先駆的地域を選び、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、ランドデザインを描き、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「演繹的方法」とすれば、これはいわば「帰納法的手法」に相当する。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、わが国の実態を踏まえる一方、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はないかと思われる。

#### 2) 考察

そこで、平成 16 年度の本研究においては、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を行った。なお、この選定は網羅的ではない。おそらくこれ以外にも検討に値する活動を行っている地域は数多いと考えられるが、これをどう

---

<sup>5</sup> 郡司は本報告書所収の論文の中で、日本のプライマリーケアの課題として、プライマリーケア提供者を患者の「完全な代理人」に近づけること、②プライマリーケアの「軽装備化」、「病診連携の促進」、「グループ診療の促進」、「経済制度の合理化」、「プライマリーケア」の専門教育の充実、が課題である旨述べている。なお、郡司（1998）、pp.157・171 も参照されたい。

補充していくかは次年度以降の課題である。平成 16 年度に視察した地域および特徴を簡単にまとめると、「囲み」のとおりである。

### 【地域包括医療の取組が指向されている地域の分類と特徴】

#### I. 寡占・ハード型

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・福祉系統の施設まで保有し、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・・・御調町（公立みつぎ病院）、茅野市（諏訪中央病院）

#### II. 連携・ソフトネットワーク型

- (1) 地域医師会が主導的に在宅医療を展開するとともに、介護ケアコンファレンスにも積極的にコミットし、更には、これらをベースに福祉団体（民協・社協）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（救急医療体制を含む）の整備、医療機関連携に積極的に関わっている地域・・・船橋市
- (3) 地域医師会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・・・京都乙訓郡
- (4) 急性期加算対象 4 病院が競争の中で機能を分け合い、4 病院が主導し「患者の流れ」を形成している、さらには「医療連携クリティカルパス」の導入を図っている地域・・・熊本市

3 つコメントを行う。

第 1 に、地域の条件や医療資源（リソース）は同一ではなく、ある地域で成功したモデルを全国一律に展開させるという方法は必ずしも適当ではない。例えば、町村部では基幹的病院が主導的役割を果たすヒエラルキー型の医療提供システム（プライマリーケア・ドクターが一次医療を担い、二次・三次医療は基幹的病院が担うとするモデル）が有効に機能する地域もあるが、この場合の条件は基幹的病院が突出した「力量」を持つことである。また、熊本市のように急性期加算対象 4 病院が主導しいわば病院から「患者のフロー」を形成している地域があるが、他方、尾道市や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市民らがこれに参加するボトムアップ型の地域医療供給システムを採っている地域もある。なお、一般論でいえば、「寡占・ハード型」よりも「連携・ソフトネットワーク型」のほうが汎用性は高い。特に都市部では大病院が競合する中で、「寡占・ハード型」のシス

テムを構想するのは現実的ではない<sup>6</sup>。さりとて、「寡占・ハード型」を否定してしまうのも問題である。要は、多様な形態を認めていくべきだということである。

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。

- ①. いずれの地域においても、現行の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のレベルが上がり、在宅医療等までシステムとして行える「好循環」に入るまでの調整が大変である。
- ②. 医療だけではなく介護・福祉との連携を明確に意識している。例えば、尾道市は介護保険のケアコ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。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<sup>7</sup>。
- ③. 「連携・ソフトネットワーク型」でボトムアップ型の場合には、プライマリーケアをバックアップする病院との組織的に意思疎通する努力が重ねられている。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」（中村（2004）を参照）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、京都乙訓郡と同じような取組みを行っている。

第3に、これらの地域の医療等のパフォーマンスやコストについて定量的な評価は行っていない。単なる事例紹介ではなく、医療等の提供体制の機能分化と連携により、①医療の質、②アクセス、③医療の効率性、がどうなっているか（望むらくはどう変化したか）を評価できれば説得力を増す。主要疾患のアウトカムを全国平均と比較するなり、実医療費の全国平均と比べるなりの方法があると思われるが、この点は次年度の課題である。

#### 4. その他の検討課題

以上、本研究の問題意識と平成16年度に行った研究を中心に述べたが、その他の医療提供をめぐる研究課題（分担研究者らが平成16年度の個別研究で取り上げたものを除く）について覚書風に問題意識と論点等を簡単に記しておく。

---

<sup>6</sup> 筆者は、文献検索を行っている過程で武藤正樹が以前から同じようなことを考えている（武藤（2001）を参照）ことを知り驚くとともに、武藤から直接貴重な教示を得たことを記しておく。筆者は、地域医療の中で病院と診療所がどういう役割分担を行っているかという観点から分類するほうが分類としての一貫性はあるのではないかと考えているが、いずれにせよ分離方法についても次年度の課題である。

<sup>7</sup> ただし、情報の共有は個人情報保護との関係でセンシティブな問題を生じさせる。例えば、包括的な了承で足りるかという問題があり、別途の議論が必要である。

## (1) 医師と患者の関係

医師の役割とりわけプライマリー・ドクターに求められる機能のひとつとして、「患者の立場に立った」相談・紹介機能を考える場合、医師は一種の「代理人」あるいは「信認義務者」として“患者の利益を専一に考える”という忠実義務が求められることになる。例えば、プライマリー・ドクターが自分の利益（例：逆紹介してもらえる可能性）を考え医療機関を紹介すれば、個々のプライマリー・ドクターに対する不信にとどまらずシステムとしてのプライマリーケアの信頼を喪失する。しかし、このような忠実義務を法的にどのように構成するかという問題がある。つまり、わが国では診療契約は準委任契約であると捉えられており、善管注意義務の外縁部分として厳格な忠実義務が発生すると捉えることには相当の無理を伴う。米国では信託法理が根付いており医師と患者の関係が基本的に信認関係として捉えられており、この場合には忠実義務を信認関係から導き出すことは可能であるが、わが国の場合、そのような法律構成を採ることは難しい。さりとて、医師法等により努力規定を置けば済む問題でもない。

もう一つ本質的かつ現実的な問題としては、医師と患者が望ましいと考える医師患者関係並びに実態との間に大きな乖離があることである。例えば、医師患者関係モデルには、①パターナリズムモデル（医療の決定・情報に患者は関与しない）、②エージェントモデル（医療の決定は患者が行う）、③パートナーシップモデル（医療の決定・情報について医師も患者も関与する）、④リミッティッド・パートナーシップモデル（情報は医師も患者も共有するが、医療の決定は医師が行う）の4つが想定できるが、樋口範雄が行った調査<sup>8</sup>によれば、医師も患者も医師患者関係で望ましいと考えるモデルは③パートナーシップモデルであるが、現状認識については、患者は圧倒的（64%）に①パターナリズムモデルであると考えているのに対し、医師の現状認識で一番多い（38%）のは、④リミッティッド・パートナーシップモデルであり、①パターナリズムモデルであると回答したのは28%に過ぎない。この事実は、患者が医療や医師に対する不満の原因やインフォームド・コンセントの在り方を考察する上でも興味深い示唆を与えるが、医師と患者の関係は医療に基本に関わる問題であるだけに、そもそも医師患者関係をどのように捉えることが医療の在り方としてベストなのか、また、現状とのギャップをどのように埋め合わせていくべきなのかといった検討が必要であると思われる。

## (2) 主要疾患等別の機能分化と連携

医療提供体制のグランドデザインを考察する場合、2で行ったように地域の医療資源や人口等に応じた地域医療の役割分担と連携の在り方を描くのと併せ、主要疾患あるいは医療体系等（例えば、がん疾患とか小児医療、救急医療）ごとに、機能文化と連携の在り方や患者のフローを考察する必要がある。例えば、リハビリテーシ

<sup>8</sup> 樋口（2001）、pp.72-77を参照のこと。

ョンについては、「リハビリテーション研究会報告」が下敷きになり、回復期リハビリの機能・位置づけ・必要な経済的評価が行われた。これと同様の検討を行う疾患群や領域があるかどうかは検討しておく必要がある。ちなみに、「地域医療計画検討委員会」では、都道府県が担うべき事務として、主要な疾病ごとの診療ネットワークを構築し医療計画に明示することが検討されている。このことの意義等について異論を差し挟むつもりはないが、都道府県単位で考えるべきことと全国的なシステムとして考えていくべきことは峻別して考える必要があろう。例えば、主要疾患の連携パスの標準化はやはり国レベルで取り組むべき課題であり、その上で地域においてどのようにそれを定着させるかという議論の建て方が適当ではないかと思われる。また、救急救命体系については、交通事故を前提に構築された現行の救命救急医療体系は、在宅医療の対象となる高齢者の救命救急医療に適合しているのか等は十分検討する必要があるものと考えられる。これは都道府県単位で考えるべきテーマというより、全国ベースで検討すべき課題である。なお、具体的に主要疾患等別の機能分化と連携の在り方を研究することは、本研究ではメンバー構成・時間的制約・研究の優先度等から無理である。ただし、どのような課題があるかは次年度整理しておく必要があるものと思われる。

### **(3) 疾病予防・疾病管理**

疾病予防や疾病管理が医療費適正化にどの程度資するかは、それほど実証的に明らかにされているわけではない。ただし、重篤で医療費も多額にかかる疾患を引き起こす疾患（例：糖尿病）については、疾病管理の効果や意義は十分あると考えられる。平成17年度から5年間で43億円を投じ国が糖尿病予防対策研究を行うと報じられているが、その研究成果が期待される所以である。ただし、こうした予防対策研究に当たっては医学的研究だけでなく、具体的に誰がどのような方法により疾病管理を行っていくことが有効であるかも重要な課題である。生活習慣を変えるというのは「言うは易く行うは難し」の典型だからである。例えば、被用者保険の被保険者の場合に産業医と主治医との関係、健保組合の保健婦や栄養士等による指導との関係、市町村による保健事業との関係、退職後の継続管理の問題は、実態等を含め検討すべき課題であると思われる。これは保険者協議会の結成が厚生労働省の方針により促されている中で、早急に手法等を含め検討を要する課題でもある。

### **(4) 政策誘導手段**

ある望ましい医療政策のビジョンが描けたとしても、それを達成するためにどのような政策手段により誘導するかという問題がある。医療政策の主な誘導手段としては、a 地域医療計画的な手法、b 診療報酬点数による誘導、c 医療機関の情報開示と患者による選択、の3つがある。これらは一長一短がある（例えば、診療報酬点数による誘導は即効性が高いが副作用も強い。地域医療計画は統制経済的側面を持ちcと背反する場合がある）とともに、達成しようとする政策によっても適合するもの

としないものがある。抽象的に言えば、問題の性格に応じ短所を補いつつポリシー・ミックスで対応するよりない。しかし、本研究が政策研究としての性格を強く帯びていることに鑑みれば、特に重要なテーマについては、政策ターゲットとその最適誘導手法については検討する必要がある。例えば、プライマリーケアを誘導するには、どのような経済的評価が必要か、グループ診療を普及させるための規制緩和で必要なものがないか、専門職能集団としての医師のピアレビュー（同僚評価）をシステムティックに行うための手法として何が考えられるかなどは重要な検討課題である。

## (5) 諸外国の医療改革の考察

各国の医療制度のデリバリー及びファイナンスは、いずれも大きく異なっており、こうした前提を無視して制度の「直輸入」はできない。しかし、公的に統制された制度の下で、医療の質、効率性、アクセスをどのように高めていくかは各国とも模索しチャレンジングな試みも行われている。こうした改革を評価分析することは、わが国の医療施策を相対化し、その優位性と弱点を考察するのに有用である。平成16年度はイギリス（それとの比較で米国）及びスウェーデンについて実地調査を行った。平成17年度は引き続きこれらの国のフォローアップを行うほか、ドイツの調査を行うことを予定している。イギリス・米国の実地調査については郡司論文を参照されたい。スウェーデンについては、平成17年3月に実地調査したデータの分析等は本報告に間に合わせる事ができなかった（機会を改め論文形式にまとめる予定である）。ここでは、ドイツとスウェーデンについて調査する問題意識の一端だけ述べるにとどめる<sup>9</sup>。

### 1) ドイツ

ドイツは日本の健康保険法がモデルにした国であり、本来、親和性が高い。しかし、ドイツでは、1993年の「医療保険構造法」(GSG)以降、被保険者による保険者（疾病金庫）の選択と競争条件をイコールフットイングにするためのリスク構造調整が導入され、わが国とは相当異なった歩みを辿っている。

対人サービス向上を含め保険運営にはスケールメリットが働く。この結果、疾病金庫の統合が急速に進展（地区疾病金庫は基本的に州単位で統合されたほか、企業疾病金庫も異業種合併〔例：ポストとフォルクスワーゲン〕を含む統合が急速に進行中である。他方、(有病者を抱えると保険料率が上昇し競争上不利になるから) 実態上リスク選別も進行している。このため、「2004年医療保険近代化法」(GMG2004)では、「2007年を目途に有病率をリスクファクターに取り入れる」こととされた。なお、2004年から開

---

<sup>9</sup> ドイツについては、田中耕太郎(2004)「ドイツにおける疾病金庫の統合再編」『健康保険』2004年9・10月号、松本勝明(2003)『ドイツ社会保障論Ⅰ－医療保険－』信山社を参考にした。スウェーデン医療に関する筆者の問題意識等については少し古いが、島崎謙治(1996)「スウェーデンの社会経済と医療保障制度改革」『社会保障旬報』1912号・1913号・1914号を参照されたい。



放型企业疾病金庫に関しては企業の疾病金庫に対する人件費補助も禁止された。

ドイツの改革は文字通り「構造改革」。魅力的な点は、①保険者としての経営意識の徹底、②新しいサービス・モデルの開発、③医療供給サイドへの関与などダイナミックな展開である。他方、危惧される点はリスクファクターの“深掘り”。つまりリスク選別を更に強める危険性がある。日本でもドイツと同様の政策選択を行うかは「大きな分岐点」。後者は公的医療保険の本質に関わる問題であり、ドイツの構造改革の帰趨を十分見極める必要がある。

## 2) スウェーデン

スウェーデンの医療制度は、デリバリーは公的セクター中心、ファイナンスは税方式により行われており、イギリスと似ている。しかし、イギリスは基本的に国が運営しているのに対して、スウェーデンの医療供給権限は県（ランスティング）にある。スウェーデンでは1992年にエーデル改革が行われ、「長期療養病床」を「介護付き住宅」に切り替え市（コミュン）に移管したが、医療は県、福祉は市という「仕切り」が変わったわけではない。したがって、在宅医療や「介護付き住宅」入居者の医療・介護や福祉ケアを県と市がどう連携し提供するかという問題がある。また、そもそもスウェーデン程度の人口規模の国家（面積は日本より広いが）において二層制の自治組織が必要であるかという議論がある。以上の点は、わが国における医療と介護・福祉ケアの連携のあり方、わが国の医療政策において、国一都道府県一市町村の役割分担と権限配分をどうするかという問題を考察する上で、比較対照すべき事例となり得る。

## 参考文献

※ 地域の個別事例に関する参考文献はここでは省略した。

医療マネジメント学会監修(2004)『地域医療支援病院と医療連携のありかた』じほう

郡司篤晃(1998)『医療システム研究ノート』丸善プラネット

島崎謙治(2005)「第1章 わが国の医療保険制度の歴史と展開」、遠藤久夫・池上直己編著『講座：医療経済・政策学第2巻 医療保険・診療報酬制度』勁草書房

関田康慶(2004)『わが国の医療福祉機能ユニットの連携に関する調査報告書』

中村眞巳(2004)『病診連携』悠飛社

樋口範雄(2001)「第4章-A 医師患者関係・診療情報・医療従事者教育のとらえ方—アメリカ医師会倫理規定を素材として—」、平成12年度厚生科学研究費補助金行政政策研究分野政策科学推進研究事業『医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究』(主任研究者：岩井郁子) 報告書

松田晋哉・坂巻弘之(2004)『日本型疾病管理モデルの実践』じほう

武藤正樹(2001)「21世紀の地域医療連携(上)・(下)」『健康保険』2001年2月号・3月号

## II. 分担研究報告

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

## ② 医療サービスの改善と医療費抑制効果の両立における

### 「医療生活計画」並びに「医療情報伝達」の重要性

分担研究者 大和田潔 東京都共済青山病院、東京医科歯科大学臨床講師

現在の医療サービスに対する患者満足度は低下している。また、医療費抑制策は医療技術料や薬剤費削減によりなされることが多い。より良い医療を展開しながら、非常に低い医療費を両立している地域と、高コストながら総合的に質の低いサービスしか提供できない状況を比較し、問題点の抽出を行った。その結果、「医療生活計画」と「医療情報伝達」という二点に着目し、医療機関、非医療ケアユニットのシームレスな連携による医療の質の向上と医療費抑制策が今後の医療体制のグランドデザインに必須であることを明らかにした。効率化により発生した金額を医療費に割り当てることで、さらなる医療の質の向上が望まれ、上昇スパイラルが発生すると考えられた。

#### A. 研究目的

医療の質を高める医療体制のグランドデザインをすること。

#### B. 研究方法

様々な地域の医療体制を比較し、問題点の抽出と解決方法を探る。

（倫理面への配慮）

論文中に引用した症例や事例は要旨が異なるように注意しながら、年齢、性別、設定などを全て変更し、個人が全く特定できないように配慮した。

#### C. 研究結果

医療の総合化と効率化を進めることは患者サービスの向上と医療費抑制策に直結することを明らかにした。

#### D. 考察

現在の本邦の医療体制における問題点を抽出し、大切な新たな概念を整理した。次に、これらが医療費抑制策に直結することを明らかにし、今後の医療体制のグランドデザイン設定に貢献できる結果を作成した。（別紙論文参照）

#### E. 結論

1. 医療費抑制策は単純に現在の保険点数を増減させる事だけでなされるべきではなく、医療体制の効率化により医療費抑制を図るべきである。
2. そのためには、現在の医療連携のソフトにインセンティブを発生させる必要がある。
3. 医療連携に今後不可欠になるのは、論文中で明らかにした「医療生活計画」と「医療情報伝達」の二つの概念である。これらは、高齢社会における医療に於いて、ますます重要性を増すと考えられる。
4. 現在の医師が行う医療行為に極端に偏ったコスト発生のシステムの変更を行うきっかけになる事が予想され、医療体制の大きな変革への鍵となりうる。あたたかな医療をめざす各フィールドの人々の作業もまた医療の一環であり、コストを分配すべきである。

#### 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. 知的所有権の取得状況の出願・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2章 医療サービスの改善と医療費抑制効果の 両立における「医療生活計画」並びに 「医療情報伝達」の重要性

大和田潔（東京都共済青山病院）

### はじめに

医療とは、病める人が治療を適切に受け、癒されていくという過程そのものである。

医療を支えるシステムは、「あたたかな医療」を展開する事も出来るし、機械的に病気を管理するだけの「冷たい医療」に変容してしまう事もある。現在の都市部における医療の問題は、この「冷たい医療」に端を発するものが非常に多い。また、個々の医療機関での努力による断片的な「あたたかな医療」も、転院を繰り返し、様々なシステムによる多様なサービスを受ける中で、医療行為享受者から総合的に見ると結果的に「冷たい医療」になってしまう事も多い。それは、ある病院でスタッフがあたたかな診療を行っても、会計までの間に適切でない冷たいサービスが一つでも入り込むと、その病院の印象全体を冷たく感じることに似ている。

「医療」という言葉が含む範囲は非常に広く、そして領域の裾野の境界もあいまいで関与する職種も多岐にわたる。たとえば、供給側の側面だけをみても、医師の業務のみを指し示すわけではなく、看護職、コメディカル、さらには社会福祉に携わる全ての人々が関わった結果ということになる。また、作業内容から考えると、医療行為はもとより、ソーシャルワーキング、疾病予防的作業、社会的不安の解消など非常に幅広い人々の共同作業であることが分かる。このように関与する職種も多岐にわたり、その作業内容やサービスも同様に多岐にわたる点が医療の特徴である。

医療の原点に立ち返り、現在の医療体制を振り返ってみると、幾つかのほころびがあることがわかる。私はまさにその点が現在の医療に対する不満の原点であると考えている。過去、市井の良医と呼ばれる医師達は、患者家族背景も考慮した上で、さまざまな相談に乗ったうえで、最適な治療を施してきた。必要があれば、往診もおこない在宅加療を行ってきた。現在は、医学の進歩に伴う専門性の特化や病院機能の高度化、核家族化などの患者背景の変化から、従来通りの診療は困難となっている。

その中で、医療体制については、数多くの悲観的記述、予測がなされてきた。し

かし、病める人が存在する限り、治療がうまく進むために、医療制度の改善に最善の策をなしていく事は「医療に対して希望をもちつづける」という意味からも必要かつあきらめてはならない大切な事である。目指すところは、一旦分断し細分化された医療を統合し直しサービスを向上させることである。これはまさしく島崎班における研究のメインテーマである「総合化」と「効率化」である。

本研究は、医療提供におけるこの「総合化」と「効率化」をキーワードに日本の医療制度を改善していくためにはどのような方法があるのか、問題点を洗い出しながら、探っていこうとしているものである。

本稿で明らかにするように、様々な医療機関と地域の個々の努力の結果、やさしい医療を実現している現場もある。さらに、このような地域は一見両立が難しいと思われる、「良質なあたたかい医療」と医療費削減が可能である事を証明して見せている。いかにして、これらを都市部などに普遍化していくか、必須の要素は何であるのかを明らかにする必要がある。本年度は、現場の医療供給サイドから見える問題点を把握し、様々なフィールドの専門家のご考察をいただき、実地見学を行い、現在の医療に最も望まれている因子の抽出を行った。この結果は、次年度以降の分析における大きな手段となるだろう。また、今後の医療のグランドデザインを計画する際に必須のものとなるだろう。

## 医療制度の問題点

### 総合化と効率化の重要性

現在、日本の医療制度に対する満足度は低いと報告されている（西村 P.205）。それには、幾つかの要因があるが、個人的には医療体制が患者の満足を目指して進んできた物ではなかったからであると思う。自由競争社会では、必ずしもそうとは言いつづけないが、市場に人々の望む物が淘汰されより多くなる圧力が加わってきた。その結果、様々な進歩や価格の低下がもたらされ、人々の幸福に結びついてきた。ところが、医療制度においては、非常に閉鎖的で、競争のもとに人々の満足のために急速に進歩してきたとはいえない。

それでは、医療供給者が競争の排除の元に国民を搾取し、不幸にし、利益を得てきたのだろうか。大部分の医療供給者には当てはまらないと考えられている（西村 P.204）。実際、一般的な病院に勤務する医療従事者もまた不幸だ。多くの医師達は、低賃金下に過酷な勤務時間にて休むことなく働き続けている。そのため、超過勤務や当直時間を合計した実務時間を考慮した時給に直すと、ファーストフードパートタイマーよりも低賃金となる事もある。これは、抑制されている総医療費から逆算した給料が非常に低く抑えられていることによる。さらに常に緊急時の呼び出しにより、日常生活を制限され、訴訟の不安に怯えて暮らしている。少子対策に必須の産婦人科医、小児科医、高齢者医療に必須の神経内科医で報われない勤務の重労働

化の傾向は顕著であり、これらの分野では多くの医師が専門を捨て、他科一般外来勤務に転職している。この傾向は少子高齢対策における医療体制に致命的な欠陥を与える問題を内包している。

医療コストの削減も限界に近づいている。例えば、脳や脊髄を循環する脳脊髄液を直接針を刺入し採取する検査は、保険診療では140点、つまり1,400円である。脳脊髄液の採取を滞り無く行うためには、検査の適応や可否の判断、検査手技、材料費、検査結果の判断などが必要で、その全てが1,400円に含まれている。通常の滅菌では除去できないクロイツフェルトヤコブ病の伝搬の可能性などを考慮すれば、ディスポーザブルの器具を用いるのが適当であろうが、これらの器具は1,400円を超えるため、多くの病院では針のみをディスポーザブル化している。ちなみに1,400円という費用は、美容外科にて行う脱毛一本以下のコストである。医療スタッフが、自分の中枢神経に直結している脳脊髄液採取を材料費込みで1,400円だけの注意しか払っていないかもしれないと考えれば、恐ろしくならないだろうか。検査がきちんと行われているのは、多くの場合、医療スタッフの善良な精神にのみ支えられていると考えている。これは、まさに保険医療費の過剰な抑制の一例に過ぎない。

医療のインセンティブが医師の作業に極端に偏っているのと同時に、医療費削減を医療作業や薬剤費など医療作業費に極端にウェイトをおいて進めた結果であると考えている。

看護職も同様であり、多くのストレスを抱えている。また、ケースワーカーのようなコメディカルにおいては、さらに状況は深刻であり、重要な医療連携行為に対する対価そのものが発生しない事も多い。対価が発生しないにも関わらず、彼らが作業をこなしているのは、所属するシステムのために働いているか、もしくは義務感に支えられたボランティアに依存しているかのどちらかである。

このように、日本の医療システムはサービスを受ける側も、提供する側もどちらも幸福でないシステムとなりつつある。

先進国のGDP比で一、二位を争うほど少ない医療費に代表されるように投下される医療費そのものが少なすぎると考えている。目に見えないサービスやソフトに価値を見出しにくい国民性による医療費の分配の不均衡が大きいことによる。症例豊富なベテランの医師でも研修医でも保険医療費が同等であることも、ソフトに価値を見出しにくい構造となっている一端を示している。

日本の総医療費の不足については別項に譲ることとし、今後医療費が増大したときにでも共通の問題となっていく、より基本的な本邦の医療体制の総合化と効率化における問題点を提議していくこととする。なぜならば、総合化と効率化を解決した上で医療費の拡大を計らなければ全体像が肥大するだけであり、内容の改善や満足につながらないからだ。逆に非効率性が増し、患者サービスが低下する危険性すら予想される。

また、経済的状況から医療費の拡大が望めない場合でも効率化が図れば、患者満足度は確実に増大する。実際、日本の医療には「壮大な無駄を生むメカニズム」

が存在していることが指摘されている（西村 P.105）。

これまで、医療体制は幾つかの改良を経て、よりよいものに移り変わってきたところもあるが、未だ不十分であり、医療機関で落胆する国民はあとをたたない。現在の情報開示と自由競争の波は、医療システムにも押し寄せるはずであり、患者の医療機関の選択などを含め、大きなパラダイムシフトが近い未来に起きると考えられる。その際にも、総合化と効率化を改善する事は大きな意味を有すると考えている。

私はまず、総合化と効率化をある程度のコストをかけて改善し、その後医療費全体の適切な見直しを行っていく必要があると考えている。それは、医療体制を改善しながら同時に受診者の満足につながるための質を高める鍵となるだろう。

超高齢社会の背景においてよりよい患者中心の医療を展開していくために、総合化と効率化の見地から私は二つの大切な概念について確立すべきであると考えているに至った。個々の医療機関の適切な治療とは別なところで患者本人や家族など医療享受者が、不幸な顛末に至った幾つかの重要な症例に出会った事がきっかけであった。

## 自験例

以下の自験例は氷山の一角であり、数多く類例が存在していると考えている。この方々と苦勞をともにしたことが本研究の最も重要な動機づけとなった。本稿の一例を読まれた共同研究員の様々な立場の方々もこのような症例が決してまれではないこと、逆に良く目にする現状であることに同意して下さっていることから決して特殊な例ではない事を示している。

また、このような状況は、都市部における無関係な医療機関が乱立するカオス的医療制度の際に顕著であると考えられるが、日本の保健医療システムは全国ほぼ等しいので、ほとんどの地域で同様の事例が起きつつあると考えている。その意味では、これらの症例の危機を回避し解決するシステムの提言は本邦において普遍性を有すると考えている。

そこで、医療機関の総合化、効率化の点から、問題があり障害が多くあった例と、障害なく医療が進んでいった例を数例ずつ取り上げてみる。実際に経験した例の中に、現在の医療機関における総合化、効率化の問題点へのヒントが隠れていると考えるからである。なお、ほぼ事実に忠実に記載したが、個人の特定を避けるため、年齢、性別、細かな設定に変更を加えていることには了承をいただきたい。

### Ⅰ 医療機関の総合化、効率化に障害があった事例

#### 症例 1

症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に通院中だった。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



①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出来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②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週間で出て行ってほしい」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。仕方が無いため、ケースワーカーの提示する病院を数箇所見学に行った。その中でもましな、しかしあまり希望でない療養型病院③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、事務書類などの塵通の手紙を受け取ったが医師同士での直接の情報交換は無かったらしい。次の病院では身の回りの世話をしてくれていたが、2ヶ月ぐらいたったころ「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④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三ヶ月以上たっており、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⑤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群へやむなく転院となった⑥。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”がすすみ寝たきりとなり、肺炎を併発した。医者は人工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、永眠した。

## 症例 2

70代男性。50代のときに胃がんにてA病院にて胃の全摘出術を受けていた。その後、病院にはかかっていなかったが、大腸の悪性腫瘍が発見されBがん治療センター入院となった。放射線治療後、退院となり2ヶ月に一度程通院していた。ある日、立ち上がろうとしたところ急に腰が立たなくなり、救急隊を要請し、C三次救

急病院に搬送された。外来にて圧迫骨折と判明したため、C 病院救急医師は満床であることを理由に D 整形外科病院へ紹介した。

D 整形外科病院に入院後いたみは和らいだが、むくみがひどくなってきていた。妻は面談で主治医から、「D 整形外科病院では、医師がすべて整形外科医なので、どこか内科の病院に転院してほしい」と申し出があった。同様に高齢な妻は全く内科の心当たりが浮かばず途方にくれていた。

しかたなく、妻は夫婦で通っていた時からの縁で通院を続けていた A 病院の医師に夫のことを相談した。A 病院の医師は快く相談に乗り、事情を調べることにした。

詳細に調査すると、B がん治療センターはがん治療が終了したので、慢性期の加療を E 総合病院に紹介していたことが分かった。また、今回の圧迫骨折はがん治療の放射線治療の影響だろうとのことだった。しかし、B がん治療センターは大変に遠いので、E 総合病院で見てもらいたいとのことだった。

ところが、妻は「E 総合病院には確かに行ったが、60 日に一度 3 分見てもらうだけで、相談には乗ってくれないので、こういった困った時の候補にはならない」と思っていた。そのため、A 病院の医師は、まず、E 病院の責任ある立場のある医師に、通院患者の苦勞についてご報告した。次いで、D 整形外科病院の主治医に、「E 総合病院がきちんとフォローして下さると思うから心配しないように、D 整形外科と E 総合病院でうまく連携を図れば十分である」旨を伝えた。患者夫妻も安心し、D 整形外科での入院生活を再開した。

ところが、数日後、妻より A 病院の医師に泣きながら電話連絡があった。D 整形外科病院のケースワーカーから「E 総合病院は大きな病院なので、あなたのような人は通院できないはずだ。ましてや、内科的入院などできないだろう」と言われたということであった。そこで、A 病院の医師は、当ケースワーカーに、各病院間の連携を図り、E 総合病院に通院できるように手配したこと、患者さんも不安が解消され納得されていた事を伝えた。すると、ケースワーカーは「そのような事情は知らなかった。自分のこれまでの経験から原則を話ただけであった」と話した。そこで、A 病院の医師は、妻に安心して B がん治療病院が紹介した E 病院に通院を続けるのが良いと伝えてほしいとケースワーカーに伝えた。

その後、当夫妻は E 総合病院外来を受診し、精査目的に短期入院し、現在は E 総合病院に外来通院を無事している。

### 症例 3

60 代女性。歩きにくくなったとの事で、近医整形外科を受診していた。腰椎症との事で外来経過観察となっていたが、次第に症状は増悪した。何回か、整形外科医に掛け合ったものの、腰椎症に膝の関節症ということで、膝の注射を繰り返すようになった。注射後も歩行障害が増悪するため、相談したが、取り合ってもらえなかった。そのため、他内科医院を受診したがはっきり分からず、精神的なものだろうといわれた。

そのまま症状は放置されていたが、歩行障害は進行し、ほぼ家に引きこもって暮らすようになった。同居している母親の様子を見に来たケアマネージャーがパーキンソン病の可能性を指摘し、懇意にしている病院を紹介した。

外来にて精査行い、パーキンソン病の診断となり、歩行障害は改善した。

#### 症例 4

もともとパーキンソン病で P 大学病院通院中の 50 代女性。ときおり、意味不明のことを言ったり、「小人が見える」などの幻覚の出現、ひどい物忘れ、話していても眠り込んでしまうということで日常生活が悪化してきていた。夫は「痴呆が進んできているので仕方が無い」と思う反面、今後どのように暮らして行ったらよいか分からなかった。

そのため、近くの診療所を受診し相談しようとしたが、「パーキンソン病のような専門的なことは分からないし、紹介もできない」と断られた。介護医療を申請し、在宅医療を続けていたが、ある日高熱を出し救急車を要請。P 大学病院搬送を希望したが、満床を理由にことわれ、近くの O 総合病院に搬送された。高熱は誤嚥性による肺炎によるものと診断され、治療を受け、改善した。今後の見通しを聞いたが、主治医からは、「現病からくるものなので、むせが強く、早晚、再度誤嚥性肺炎を起こして、長生きできない」といわれた。夫は、O 病院のケースワーカーに相談したが、「肺炎は良くなったので、医師の指示通り帰宅するように。再発し、救急搬送された際は引き受ける」といわれた。

肺炎の再発を待つだけの生活に落胆した夫は、在宅加療を再開するにあたり、経緯を世話になった介護医療のスタッフの事務所に報告に行った。たまたま、そこに居合わせ、話を聞いていたソーシャルワーカーがそもそもの診断と、現在の症状の評価のし直しをしたほうが良いと判断し、K 病院転院、評価後の在宅医療を勧めた。O 総合病院から K 病院へ転院後、精査を行ったところ、診断は正しいものの、抗パーキンソン病薬の過量であることが判明し、減量を行った。その結果、幻覚や居眠り、物忘れなどが改善した。K 病院の主治医は、ケアマネージャーに来院してもらい、詳しく病状と今後の見通しについて話した。

現在は、元々の P 大学病院に K 病院において調整後の薬剤量で通院中である。しかしながら、突発的なことが起きた際に P 大学病院でのケアは期待できず、具合が悪くならないことだけを祈りながら暮らしている。

## II 医療機関の総合化、効率化がうまく進んだ事例

#### 症例 5

50 代男性。九州に商談のため出張していた。約束の時間になっても連絡が取れないため、ホテルマンが確認したところ室内で倒れて意識を失っていたため、近くの T 三次救急病院に搬送された。T 病院での精査の結果、心房細動による重症脳塞栓症との事で、ICU にて治療が始まった。脳浮腫が強くなってきたため、脳外科的に頭

蓋骨開放術を受けた。その後の懸命な治療により、一命を取り留めることができた。

神奈川に在住の妻は、九州に駆けつけ看護に当たっていた。出張先のなれない地での加療について不安だった妻は、企業の産業医 S 医師に相談した。S 産業医は、人脈をたどり K 神経内科医に事情を説明し、九州から治療の状況をしたためた書類を T 病院からだしてもらい、セカンドオピニオンを聞いた。その結果、「T 病院での加療は十分であり、心配する必要はないとの事であった」。

入院 3 週間後に T 救急病院から、「救命は完了したので退院してほしい」との申し出があった。「ついでに、九州のリハビリ専門の後方病院なら紹介できるが、神奈川は分からない」といわれたため、再度、企業は S 産業医を通し東京の K 神経内科医に相談した。K 医師は、状況を鑑み、頭蓋骨形成術など脳外科的加療を終了した後、リハビリ病院へ行くべきであると判断し、信頼できる N 脳神経外科病院を紹介した。そのため、九州から空路、頭蓋骨を開放したまま N 脳神経外科病院へ転院した。T 救急病院からの適切な紹介状と直接の連絡により、長時間の転院にもトラブルはなかった。N 脳神経外科病院で、セラミック製の患者の頭部をスキャンし、完璧に合うように新たに作成した頭蓋骨の植え込み術が行われ、無事頭蓋骨閉鎖が完了した。

その後、残存した麻痺に関してリハビリが必要になり、N 脳神経外科病院から K 医師の元でのリハビリについての紹介があった。K 医師が妻に確認したところ、できるだけ早く神奈川へ戻りたいとの意志があることが分かった。また K 医師は、今後当患者が在宅介護医療が必須になると考えたため、「K 医師の元でリハビリ後、神奈川に移動しても良いし、神奈川のリハビリ病院へ直接転院してもメリットがあるかもしれない」と思った。いずれにしろ、在宅医療導入の必要があるので、神奈川のリハビリ病院へ転院することになると判断した。そのため、その場で、神奈川の中核のリハビリテーションセンターにいる K 医師の友人である I 医師に相談したところ、「時期的には、I 医師が勤務する慢性期リハでなくとも、回復期リハにぎりぎり間に合う」との判断で、神奈川県のリハビリを行う病院のリストをファックスしてもらった。

そのファックスを元に、N 脳神経外科病院にて転院をあたったところ、無事、神奈川県のリハビリを行う病院に受け入れてもらえることとなり、転院となった。回復期リハの期限まで、あと 2 週間という期限ギリギリのところであった。今後、神奈川県において在宅医療へ移行する予定である。

## 症例 6

60 代男性。20 代のころから、上京し雑貨店を営んでいた。50 代より、手足の力が入りにくくなり、ALS と診断された。その後も、都内の病院に通院していたが、脱力は進行した。兄弟、家族は北海道に在住だったが、あまり疎通は良くなかった。そのため主治医だった J 医師は、本人の承諾を得て、北海道の親族に連絡し病状を伝えた。

親族は、患者がそれほど重症とは知らされておらず、親族会議を開き、今後の病