

機関が、当該保険医療機関の保険医に「保険医療機関及び保険医療養担当規則」による診療を行わせなければならないこと及び④保険薬局が、当該保険薬局の保険薬剤師に「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」による調剤を行わせなければならないことを規定する。「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」には医療機関に対する連携規定はないが、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」第16条は、患者の疾病が専門外であるときなどに保険医が転医などの措置を講じなければならないことを規定している。保険医療機関は、上記③により、他の保険医療機関や保険医との連携を保険医を介して間接的に義務づけられていると言える。

医療施設に対する連携規定は、主として医療施設と医師（以下、「狭義の医療機関」という。）に着目しており、医療関連施設やコメディカルとの連携はそれほど念頭に置かれていない。

ロ. 医療関連施設に対する連携規定

医療関連施設に関しては、人員、設備及び運営に関する基準が、施設ごとに厚生省令で定められており⁹、その中の基本方針（各第1条）では、「他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。」と規定されている。このほか、施設ごとに規定のしかたに若干の差はあるものの、サービス提供困難時の対応、入退所（指定介護療養型医療施設の場合は「入退院」。）及び計画担当介護支援専門員の責務についての規定で、保険医療サービスを提供する者、福祉サービスを提供する者、病院及び診療所等との連携について定めている¹⁰。

医療関連施設に対する連携規定は、ほとんどが省令であるが、保健医療サービスや福祉サービスにも着目しており、連携について医療施設よりも細かく規定している。

ハ. 医師に対する連携規定

医師を規律する法律としては、第一に医師法が挙げられるが、医師法、同施行令及び施行規則には、医師等に連携を義務づけたり促したりする規定はない。

⁹ 「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第41号）、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第40号）及び「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第39号）。

¹⁰ 各医療関連施設を比較した場合の連携に関する特徴的な規定は、次の通りである。指定介護療養型医療施設は、協力病院等についての規定がなく、代わりに診療の方針についての規定がある（前掲平成11年厚生省令第41号第16条第7号）。介護老人保健施設は、介護保険法第97条で医師等を置くことが定められており、前掲平成11年厚生省令第40号第16条で、必要な医療の提供が困難な場合等の措置等について規定されている。指定介護老人福祉施設に関しては、社会福祉法第5条で「保険医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ」と述べられており、前掲平成11年厚生省令第39号第3条第1項第6号イで、設置しなければならない医務室は「医療法第1条の5第2項に規定する診療所とすること」と規定されている。

医療法第1条の4第3項は、医師等の責務として、「医療提供施設相互間の機能分担及び業務の連係に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介し、その診療に必要な限度において医療を受ける者の診療又は調剤に関する情報を他の医療提供施設において診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供し、及びその他必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」と規定している。

また、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」第16条（転医及び対診）、第16条の2（診療に関する照会）及び第23条（処方せんの交付）は、保険医と他の保険医療機関等との連携について規定している。

医師に対する連携規定は、薬剤師以外のコメディカルについて言及していない。

二. コメディカルに対する連携規定

平成17年1月現在、法令に根拠を持つ歯科系コメディカル（歯科衛生士及び歯科技工士）を除く医療系コメディカルは19職種¹¹、福祉系コメディカルは3職種¹²である。医療系コメディカルのうち6職種、福祉系コメディカルのうち3職種には、連携に関する規定がある¹³。連携に関する規定を持つ医療系コメディカルのうち言語聴覚士を除く5職種は、医師その他の医療関係者との緊密ないしは密接な連携を図ることを規定しており¹⁴、連携に関する規定を持つ福祉等系コメディカル3職種は、医師その他の医療関係者との連携を保たなければならないと定めている。コメディカルに対する連携規定のほとんどは、医師との連携を第一に考えている。

本稿で採り上げた法令に根拠を持つコメディカル22職種のうち、連携に関する規定を持つものは9職種であるが、医師又は歯科医師の指示に関する規定を持つものは10職種である。また、このほか3職種¹⁵では、「指示」という文言は使われていないものの、「診療の補助として」という文言が使われており、別の3職種では、医師又は歯科医師の指示若しくは診療の補助に近い規定がある¹⁶。

¹¹ ①薬剤師（薬剤師法）、②保健師、③助産師、④看護師（准看護師を含む。）（②～④保健師助産師看護師法）、⑤診療放射線技師（診療放射線技師法）、⑥臨床検査技師、⑦衛生検査技師（⑥・⑦臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律）、⑧理学療法士、⑨作業療法士（⑧・⑨理学療法士及び作業療法士法）、⑩視能訓練士（視能訓練士法）、⑪救急救命士（救急救命士法）、⑫あん摩マッサージ指圧師、⑬はり師、⑭きゅう師（⑫～⑭あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律）、⑮柔道整復師（柔道整復師法）、⑯言語聴覚士（言語聴覚士法）、⑰義肢装具士（義肢装具士法）、⑱臨床工学技士（臨床工学技士法）、⑲栄養士（栄養士法）。なお、「医療系コメディカル」は、本稿で便宜的に用いた呼称である。

¹² ⑳精神保健福祉士（精神保健福祉士法）、㉑社会福祉士、㉒介護福祉士（㉑・㉒社会福祉士及び介護福祉士法）。なお、「福祉系コメディカル」は、本稿で便宜的に用いた呼称である。

¹³ ⑤診療放射線技師、⑩視能訓練士、⑪救急救命士、⑯言語聴覚士、⑰義肢装具士、⑱臨床工学技士、⑳精神保健福祉士、㉑社会福祉士、㉒介護福祉士。（数字は、前掲注11、12と同じ。以下、同じ。）

¹⁴ ⑯言語聴覚士は、言語聴覚士法第43条第1項で、医師、歯科医師その他の医療関係者との密接な連携を図ること、同第3項で、福祉に関する業務を行う者その他の関係者との連携を保たなければならないことを規定されている。

¹⁵ ⑥臨床検査技師、⑦衛生検査技師、⑨作業療法士。

¹⁶ ①薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんにより調剤を行わなければならない（薬剤師法第23条）。⑮柔道整復師は、脱臼又は骨折の患部に施術する場合、原則として医師の同意が必要である（柔道整復師法第17条）。また、㉑精神保健福祉士は、精神障害者に主治医があるときは、その指

本稿で採り上げた法令に根拠を持つコメディカル 22 職種のうち、医師との連携又は医師の指示等の規定を持たないものは、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び栄養士の 4 職種のみである。

(2) 医療機関等の連携に関する規定についての考察

以上、イ. 医療機関に対する連携規定、ロ. 医療関連機関に対する連携規定、ハ. 医師に対する連携規定及びニ. コメディカルに対する連携規定の順に検討した。医療施設に対する連携規定はあまりなく、医療関連施設やコメディカルとの連携はそれほど念頭に置かれていないが、医療関連施設に対する連携規定は、保健医療サービスや福祉サービスとの連携についても規定していた。また、医師に対する連携規定は、コメディカルとの連携についてほとんど言及していないが、本稿で採り上げた法令に根拠を持つコメディカル 22 職種のうち、医師との連携又は医師の指示等の規定を持たないものは 4 職種のみであった。

狭義の医療機関に対する医療関連施設やコメディカルとの連携規定は、医療関連施設やコメディカルに対する狭義の医療機関との連携規定と比べて、非常に少ない。医療機関等の連携は、現行法令の規定上は、医療関連施設やコメディカルから狭義の医療機関に向けての一方向の連携と、医療関連施設やコメディカル間の双方向の連携を意味しているように見える。狭義の医療機関と医療関連施設やコメディカルの双方向の連携という視点は、希薄である。

コメディカルは、「医療職と協働する」という意味で、「医療補助職」という意味のパラメディカルという表現から変わってきたと説明されている¹⁷。狭義の医療機関と医療関連施設やコメディカルの関係は、指示するものとされるものという関係になる面もある。しかし、医療の高度化・専門分化が進み、チーム医療が行われ、数多くのコメディカル職種が医療現場で協働するなど、医療供給の形態は変化してきている。狭義の医療機関間の連携についても引き続き検討していく必要があると思うが、将来的には、問題発生時の責任の分配も含めて、狭義の医療機関と医療関連施設やコメディカルの双方向の連携という視点から医療機関等を規律する規定を見直していく必要があると思う。

4. 医療等提供施設の連携に関する裁判例の検討

(1) 検討裁判例について

医療機関等の連携は、近年、政策的に強化されてきているが、次に、医療機関等の連携に際してこれまでどのようなことが問題になったのか、医師をはじめとする

導を受けなければならない（精神保健福祉師法第 41 条第 2 項）。なお、医師又は歯科医師の指示に関する規定を持たない 9 職種のうち 4 職種は、福祉系コメディカルである。

¹⁷ 秋元美世・藤村正之・大島巖・森本佳樹・芝野松次郎・山懸文治編（2003）『現代社会福祉辞典』（有斐閣）p.140。

医療等の担い手や医療等提供施設は何をすればよかったのかについて、裁判例をもとに検討する¹⁸。

医療訴訟の法律構成としては、契約責任構成と不法行為責任構成が可能である。診療契約は、一般に「準委任契約」（民法第 656 条）と解され¹⁹、医師は受任者の注意義務として、「善良なる管理者の注意」²⁰をもって診療を行う義務を負う（民法第 644 条）。契約責任構成の場合には、債権者（被害者）に故意または過失の立証責任がなく、債務の不履行が自己の責に帰すべきものでないこと（自己に故意または過失がないこと）を債務者（加害者）が立証しなければならないが、不法行為責任構成の場合には、債権者（被害者）が債務者（加害者）の故意または過失を立証しなければならないため、かつては契約責任構成をとった方が被害者に有利であるとされた²¹。しかしその後、「不完全履行（債務不履行）の立証は、医師の「過失（善管注意義務違反）」のそれと一体不可分であって、ともに患者側が責任を負うという意味で、不法行為構成と大差ない」²²との主張がなされ、現在は、どちらの構成をとっても結論に大差はないとされている。

巻末の表 4 に記載した裁判例は、契約責任構成と不法行為責任構成のいずれかを選択して主張しているものもあれば、両者を主張しているものや片方を予備的に主張しているものなど、様々である。結論に大差はないとは言え、医療訴訟をどのように構成するかということは、診療行為の内容をどう考えるかという問題に行き着く。これは、伝統的な契約観にも関係する問題であり²³、検討を要するが、本稿では、

¹⁸ 裁判例は、新日本法規『判例マスターⅡ 2004 年度後期版』（昭和 22 年 9 月 15 日から平成 16 年 6 月 30 日までの裁判例を収録）及び新日本法規 MASTER Library を使用し、①「医療法」×（「転院」or「転医」or「転送」）、②「転送義務」or「転医義務」or「転院義務」、③「医師法」×（「転院」or「転医」or「転送」）の各キーワードで検索を行った。関連裁判例等も含めて要旨や本文に目を通し、転送義務等にかかる判示があった検討裁判例 72 件を絞り込んだ（巻末表 4 参照）。72 件はすべて、医療施設間の連携に関する損害賠償請求事件であった。なお、本稿の裁判例の番号は、この表 4 の番号による。

¹⁹ ただし、美容整形等は、請負契約（民法第 632 条）と解されることもある。また、医療契約を「委任に近い無名契約」と解する説（内田貴 2001『民法Ⅱ 債権各論』東京大学出版会、p.280.）（この場合、典型契約の一つである委任の規定を選択的に適用することにすれば、準委任契約と解する場合との差異は生じない。）や、医者と患者の関係を「契約関係であると同時に、信認関係でもある」とする説（樋口範雄（1999）『フィディシャリー[信認]の時代』有斐閣、p.13.）もある。なお、交通事故で意識不明の重態になった患者が病院に運びこまれた場合などは、「診療契約」ではなく、「事務管理」（民法第 697 条）が成立すると思われる。

²⁰ 過失の前提として要求される注意義務の程度を表す用語で、これを欠くと、過失があるものとして、債務不履行責任又は不法行為責任などの効果が生じる。

²¹ この他、損害賠償請求権の消滅時効の期間（契約責任構成の場合は権利を行使できるときから 10 年（民法第 167 条第 1 項）、不法行為責任構成の場合は損害及び加害者を知った時から 3 年、不法行為のときから 20 年で消滅する。）などの点で異なる。

²² 吉田邦彦 2003『契約法・医事法の関係的展開』有斐閣、p.52.（引用部分は、中野貞一郎（1974）「診療債務の不完全履行と証明責任」『現代損害賠償法講座 4』日本評論社等の主張。）

²³ 診療契約に限定して述べているわけではないが、内田貴（2004）『民法Ⅲ 債権総論・担保物権[第 2 版]』東京大学出版会、p.137.は、次のように述べている。「信義則のような一般条項を媒介に、下級審裁判例を中心に形成されている新たな契約上の義務のうち、情報提供・助言義務もまた、損害賠償責任の根拠としてしばしば援用されている。（略）もしこれらの拡大した義務を契約責任に取り込もうとすると、契約上の債権・債務の発生根拠を当事者の意思に求める伝統的な契約法理論からはかなりの無理が生じることになる（略）。それは、伝統的な契約観を揺るがすような理論的変革をもたらしかねない」。

医療機関等の連携に際してこれまでどのようなことが問題になったのか、医師をはじめとする医療等の担い手や医療等提供施設は何をすればよかったのかという点に焦点を絞って検討を行うこととし、契約責任構成と不法行為責任構成との区別は行わない。

(2) 医療機関の連携時の諸問題

医師が一般的になすべきことは、「人の生命及び健康を管理する業務に従事する者として、危険防止のために経験上必要とされる最善の注意を尽く」すことだとされる(最判昭和36年2月16日・民集15-2-244)²⁴。そしてその注意義務の基準は、「診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準」だとされ(最判昭和57年3月30日・裁集民135-563)²⁵、さらに、「医師は、患者との特別な合意がない限り、右医療水準(筆者注;診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準)を越えた医療行為を前提としたち密で真しかつ誠実な医療を尽くすべき注意義務まで負うものではない」とされている(最判平成4年6月8日・裁集民165-11)²⁶。

では、医療機関の連携時にはどのようなことが問題になり、医療機関等は何をなすべきだったのだろうか。検討裁判例をもとに検討する。

イ. 医療機関の連携における診断情報の伝達

医療機関の連携における医師の間の診断情報の伝達について述べた裁判例としては、大阪地判昭和55年12月20日(裁判例14)²⁷がある。これは、未熟児網膜症により失明した患者が、担当眼科医が他の専門医による診断治療を受けさせる措置をとらなかったとして、転送元の医療法人と転送先の市(市立大学病院)に対し、不法行為及び債務不履行に基づく損害賠償を請求した事例である。同判決では、転送元と転送先双方の医師の過失が認定され、転送元医療法人と転送先の市(市立大学病院)双方に使用者責任及び不完全履行(債務不履行)の責任があるとされた。同判決は、転医に際し行わなければならなかったことを詳細に述べた点に特徴がある。

同判決は、まず、医師は依頼を受けた患者に対して、「まず自己の知識、経験、技術に基づき、専門分野における医療水準に従った診療行為を自らなすべき」であるが、「生命および身体に重大な結果(生命の危険、重大な後遺症等)を生ずる可能性のある疾病を診断するか、あるいはその疑いを抱いたが、当該医師(または、当該医師の属する医療機関)が自己の知識・臨床経験ないし右医療機関の医療設備によっては直ちに確定診断を下したうえ治療行為を施すことが困難な場合においては、(中略)他の医師との協議、文献の調査等によって対応措置を施すだけでなく、

²⁴ 最判平成7年6月9日(裁判例58)等で引用。

²⁵ 最判平成7年6月9日(裁判例58)等で引用。

²⁶ 広島高判平成5年12月20日(裁判例53)で引用。

²⁷ 一部認容、控訴。その後、大阪高判昭和57年6月25日(判例集未搭載)、最判昭和60年3月26日(上告棄却)。なお、上告したのは転送元の医療法人のみである。

患者の一般状態、地理的条件等に格別の支障のないかぎり、（中略）他の医療機関へ、自己のなした診療経過を詳細に報告、説明したうえ遅滞なく診療を依頼する等して患者の回復しがたい重大な結果発生の避止のため最善の措置を講ずる義務がある」と述べた。

そして、緊急措置が必要で、かつその診断治療に症状経過の把握が重要な疾患の場合には、自ら同行するか、「それに代わるべき紹介状に自己の所見及び木村医師（筆者注；担当眼科医）の所見を併記し（中略）重要な症状は残らず記載して、転医の事情を説明すべきであった」とし、医師国家試験合格後 2 年未満の経験の浅い小児科医に重症患者を委ね、不十分なカルテの記載を丸写しにしかただけの不完全な紹介状を携帯させたに止まった転送元の医師の過失を認めた。²⁸

なお、同判決は、転送先の医師について、「他の病院から医師が同行して患者が転送されてきたような場合においては、転送をうけた医師としては、とりわけ重大な結果を生じるおそれのある疾病についての紹介状の記載だけでは従来の症状や診察の経過が十分把握できないため診断しにくい場合には依頼してきた医師に問い合わせ経過を確認するなどして転送の理由ないし事情を正確に把握すべきはもとより、自己の知識経験によっては、転送された患者の病態の実相を理解することができず直ちに結論を下し難いような複雑な疾患の場合には、即刻経験豊かな他の専門医の診療を求めるなど医師として誠実に患者に対応すべき注意義務」があると述べている。

以上は、医療機関の連携時の転送元と転送先の医師の間の診断情報の伝達に関する事例であるが、医療機関等連携時の患者に対する診断情報の伝達に関しては、高松高判昭和 58 年 2 月 24 日（裁判例 25）²⁹と大阪地判平成 9 年 3 月 7 日（裁判例 63）³⁰がある。高松高判昭和 58 年 2 月 24 日（裁判例 25）は、「紹介状を交付して眼科医の受診を勧告した」ことをもって医師として為すべき責任を果たしたとした。医師が、「紹介状による受診を終え異状がないから（筆者注；患者から）何の報告もないものと安心し」たことは「もっともなこと」だと述べ、患者を他の専門医に紹介した医師の法律上の責任としてその後の経過報告を求めることを認めなかった。

この事例は、患者の母親が 4 年間の実務経験を有する看護婦であったという特殊性があるとは言え³¹、紹介状交付時に未熟児網膜症について詳細な説明は行われてい

²⁸ 医療機関の連携における診断情報の引継ぎに関しては、京都地判昭和 62 年 12 月 11 日（裁判例 44）も、転医時には、「受け入れ先の医師に対し、診断所見と予想される治療行為について説明すべき義務が発生すると解すべきである。」と述べている。

²⁹ 昭和 46 年 7 月に出生し未熟児網膜症により両眼を失明した患者とその両親が、病院とその勤務医に対し、不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。確定か上告か不明。

³⁰ 「エナメル上皮腫」により腫瘍等の摘出術を受けた患者とその父が、最初に治療を受けた開業医に対し、債務不履行及び不法行為に基づく損害賠償（患者は債務不履行に基づく損害賠償、患者の父は不法行為に基づく損害賠償）を請求した事例。開業医である歯科医師には「エナメル上皮腫」についての診断・転医指示義務違反は認められたが、義務違反と原告らの求める損害との間に相当因果関係の存在が認められず、原告らの請求は棄却された。確定。

³¹ この事例の特殊性として、未熟児網膜症に罹患した患者の母親が 4 年間の実務経験を有する看護婦であった点が挙げられる。「紹介状を渡した際、本症について詳細な説明をしなかったとはいえ、被控

ない。紹介状交付時にきちんとした説明が行われていれば、眼科医の受診も遅延することなく、患者の両眼失明という結果も防げたのではないかと思われる。

大阪地判平成9年3月7日（裁判例63）は、中学生の患者が一人で受診した事例である。同判決は、医療機関等連携時の患者に対する診断情報伝達一般について、「医師等は、右患者に対し、有効・適切な医療措置を受けることができるように、当該症状を診断できる能力や設備等を具備する病院名等を具体的に示し、必要に応じて紹介状を交付するなどしなければならぬ」と述べ、さらに、「小学生ないし中学生の患者が、父兄等を同伴せず一人で受診しに来ている場合に、医師等は、右患者の症状が重大な疾病であるか、その可能性があるときは、右診断義務ないし転医指示義務に基づき、右患者の父兄に対し、直接、面談したり、あるいは、右患者に書面を交付するなどして、右患者の父兄に転医を指示する措置を講じるべきことは当然である。」と述べ、中学生の患者に対して「悪化するようならば、大きな病院で診てもらいなさい。」と述べただけでは十分な診断ないし転医指示を行ったということとはできないとした。

ロ. 医療機関の連携における求諾

医療機関の連携における求諾について述べた裁判例としては、名古屋地判昭和59年7月12日（裁判例32）³²がある。医師が転医に際して行わなければならないことを、医師間の求諾（説明）義務と搬送義務とに分けて論じている点に特徴がある。

同判決は、まず、「一般に、医師の転送（院）義務とは、患者の治療に当たった医師が自己の専門外の医療分野における治療を要すると判断したとき、又は、同一医療分野内であってもより高度の医療水準を有する医師又は医療施設に患者の治療等を求めるべきものと判断したときに、転送先に対し患者の状態等を説明して受入先の承諾を得たうえで、適切な治療を受ける時期を失しないよう適宜の時機・方法により右転送先まで患者を送り届けるべき義務であって、右義務は医療契約に内在するものであるということが出来る。即ち、転送義務のうちには、受入先に対する求諾義務、説明義務と、具体的転送の時期・方法につき患者の態様その他に応じ適宜の選択のもとに安全かつ迅速に患者を送り届ける具体的な転送義務とが含まれる。」と述べた。

訴人喜久子は、正規の看護婦として本件発生当時までに四年間も実務経験を有し本症の知識をもっていたのであるから、控訴人尾崎医師が患者又はその保護者に対し専門医あての紹介状を交付してその受診を勧告した主たる目的（中略）を理解していたか当然理解できたものと推認される。（中略）被控訴人喜久子としては、受診を妨げる特別の事情がない限り控訴人尾崎医師の勧告に従い直ちに被控訴人勝直を専門の眼科医に受診させるべきであったのに、被控訴人勝直の眼脂が減ったことを被控訴人喜久子なりに受診の必要性が減じたと即断して紹介状を交付した控訴人尾崎医師に相談もせず、眼科医の受診を遅延させたものであるから、その間に被控訴人勝直の疾患が悪化し治療の時期を失したとしても、それは被控訴人喜久子自らの責任であって、医師として為すべき責任である紹介状を交付して眼科医の受診を勧告した被控訴人尾崎医師を非難しその責任を追及することはできない筋合である。」

³² 黄疸症状のある生後3日の低体重児が、自家用乗用車で転送後小頭症になったことにつき、患者が開業医に対して債務不履行に基づく損害賠償を請求した事例。転送を行った開業医に、準委任契約に基づく債務不履行責任があるとされた。控訴（控訴審不明）。

そして、「平素から日赤病院に患児を受け入れて貰えたことに安易に信頼し、(中略)転送先の承諾のないまま夕刻送り出し、しかるのちに「送ったから宜しく頼む。」旨の電話連絡をしたものであり、しかも患児がいかなる理由で転送されたものであるかにつき自ら、又は、付き添い看護婦を介して後医に対し何らの説明を行わず、「受け入れ先との十分な連絡を行ないその承諾を求めたのち原告の転送を行なうべき当然の義務を怠」ったと述べた³³。

他方、求諾が不十分だったにもかかわらず、医師の過失が認められなかった事例もある。千葉地判昭和61年7月25日(裁判例42)³⁴は、救急告示病院に電話で転送を依頼した際、「入院の承諾が得られたと思い違いをしたか、あるいは入院の承諾が当然得られると見込んだかして」受入れの確約を得ないまま転送を行ったことは、「患者を転送する医師として軽率であったという非難は免れない。」と述べたが、周辺で小児科の専門医と入院設備を備えた病院は転送依頼先だけであったこと、入院を断われた後も再度入院依頼を行なっていることなどを考慮し、開業医は「診療義務を尽くしていたと言える。」とした。

ハ. 医療機関の連携における転送先の選択

医療機関の連携における転送先の選択に際し、医師の過失が認められた事例として、岡山地判平成11年3月15日(裁判例68)³⁵がある。患者を血管外科の専門医のいない病院へ転院させた開業医の行為が注意義務に違反したものとされ、医師の過失が認められた。

他方、医療機関の連携における転送先の選択に際し、医師の過失が認められなかった事例として、京都地判平成9年5月29日(裁判例64)³⁶がある。同判決は、個人医院がCTを設置している脳神経外科病院へ転送しなかったことについて、脳神経外科の専門医が定期的に診察を行っていたこと、必要があれば緊急連絡により専門医の診察を受けることが可能であったことなどから、診療義務違反があったとまでは言えないとした。

³³ この事例では、最初の転送先の日赤病院の小児科は保育器の空きがなかった上、他の重篤な患児にかりきりで余裕がなく、同病院の産婦人科も新生児を収容する余裕がなかったため、被告からの電話連絡を伝え聞いた転送先病院の小児科当直医が収容可能な病院を探し、城北病院に再転送先を確保した。被告方と日赤病院及び収容先となった城北病院を結ぶとほぼ三角形の形状になるが、被告方と日赤病院よりも、被告方と城北病院の方が近かった。

³⁴ 気管支肺炎により死亡した患者の両親が、開業医及び転送先の地方自治法上の病院組合に対し、不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。①転送先に患者の症状等を説明し、受入れを確認すべきだったのに怠った開業医の不法行為責任、②ベッド満床を理由に診療を拒否した地方自治法上の病院組合の不法行為責任等が争われ、②が認められた。控訴(控訴審不明)。

³⁵ 交通事故により左脛骨近位端骨折等の障害を負い、左膝関節を切断した患者が、開業医等に対して不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。確定か控訴か不明。

³⁶ 頭痛を訴え個人医院で診療を受け(初診日昭和56年8月18日)、脳脊髄炎の疑いで第1の病院に転送され(昭和56年8月22日)、脳腫瘍の疑いにより脳神経外科のある第2の病院に再送され(昭和56年8月27日)、最終的に左前頭葉皮質下出血と診断され、開頭手術後植物状態となり8年後に死亡した患者の両親が、開業医、医療法人、日本赤十字社に対し、債務不履行又は不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。第2の病院の担当医師に手術の適期の判断の過誤があったとして、慰謝料請求が認められた。確定。

二. 医療機関の連携のタイミングと経過観察

医療機関の連携のタイミングが争われた事例は前方連携（入院まで）に多いが、経過観察をめぐって、前方連携と後方連携（退院後）とで判断に違いが出たケースがあった。東京地判平成5年7月30日（裁判例51）³⁷では、リハビリ専門病院への転院前に一ヶ月間経過観察をした医師の措置に転医義務違反があったかどうか争われた。

同判決は、「医師には当該転医を行わしめるべきか否かを判断するために経過観察をすることが許されるべきであり、その範囲は、臨床医の実践的な医療水準を前提として当該疾病によって発症する結果の重篤性の有無・程度、当該診療方法の確立の程度、当該医療機関の右疾病に対する人的・物的体制の程度等を相関的に考慮することによって判断されるべきである。」と述べ、医師の措置に「なんら不当な点は認められない。」とした。

他方、前方連携の経過観察について、福岡地小倉支判昭和55年6月5日（裁判例11）³⁸は、「一般に、医師が患者の容態から自己の専門外の治療を必要とすると判断した場合には、他の相当な専門医の協力を求め、或いは転医を勧めることを検討すべき注意義務があ」とし、原告から「近くの総合病院である厚生年金病院の診察を受けさせて欲しいとの申出を受けながら、自己の医師としての面子を理由にこれを拒絶し、自院で原告に対し抗生物質及び栄養剤の投与等を行うのみであり、且つ、原告がやむなく受診した山本眼科では根本療法を施すことができず、洗眼・点眼等対症療法を施すにとどめていることを知りながら、引き続き約一週間に亘り原告を被告医院に入院させていた」ことを「転医を勧めることを検討すべき注意義務を怠った過失」とした。

ホ. 医療機関の連携時の諸問題の小括

以上、医療機関の連携時の諸問題として、検討裁判例をもとにイ. 診療情報の伝達、ロ. 求諾、ハ. 転送先の選択、ニ. 連携のタイミングと経過観察の順に検討した。

イ. 診療情報の伝達に関しては、①転送元の病院が紹介状に病状等必要な情報を記載し、転送先の病院が紹介状の不明な点を転送元に確認するなどして転送元と転送先の医師が診断情報を引継ぐこと、②紹介状交付時に患者に対してきちんとした説明を行うこと、③重大な疾病の可能性があるような場合には、患者の父兄にも転医指示が伝わるようにすることが必要である。また、ロ. 求諾に関しては、受け入れ先を確保してから転送を行なうこと、ハ. 転送先の選択に関しては、日頃から近隣の医療機関等の状況をよく把握し、適切な転送先の選択を行うこと、ニ. 連携のタイミングと経過観察に関しては、徒に経過観察を行わないことがそれぞれ必要である。

³⁷ 脳梗塞等の疑いにより入院し、約1ヶ月後にリハビリ専門の分院に転院した身体障害等級2級（その後進行して身体障害等級1級）の患者とその家族が、病院の医師に対し、不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。検討裁判例中唯一の後方連携の事例。確定。

³⁸ 副鼻腔炎治療のための鼻内篩骨洞開放手術後に眼窩蜂巣織炎により両眼を失明した患者が、耳鼻咽喉科開業医に対し、不法行為にもとづく損害賠償を請求した事例。確定。

これらのことは、特別困難なことではない。医療においては、当たり前に行なうべきことを当たり前に行なわなかったことが、死亡や重い後遺症などの重大な結果に至る場合がある。自宅療養ができないほど重い後遺症が残った患者の場合は、その後の受入れ体制が不十分なことから、二重に苦労を味わうこともある³⁹。医療関係者はそのことをよく認識して診療に臨む必要がある。

もし医療の現場が、患者にきちんと対応できないほどの過密勤務を強いられているというのであれば、人員配置等を考え直す必要がある。数多くのコメディカル職種が協働する現在、医療関係者間の職責について見直すことも必要である。また、自宅療養ができない重い後遺症が残った患者等の受け入れ体制の整備についても考えなければならない。

(3) 医療機関の性質による役割

検討裁判例の中には、医療機関の性質による役割の差異について言及したものがある。医療機関の機能分化が行われつつある現在、各医療機関が果たすべき役割は何か、検討裁判例をもとに検討する。

イ.大規模病院の役割

岐阜地判昭和 49 年 3 月 25 日（裁判例 2）⁴⁰と浦和地判平成 4 年 3 月 2 日（裁判例 49）⁴¹は、総合病院の役割について言及している⁴²。岐阜地判昭和 49 年 3 月 25 日（裁判例 2）は次のように述べ、病院の過失を認めた。「被告病院は（中略）総合病院であり、且つ、特に未熟児センターを有するものであるから、（中略）より高度な医療知識および医療技術と、これに伴うより高度の注意義務が要求され、本来未熟児の全体的有機的管理のために、産科、小児科、眼科の協力体制を確立して、自動的に眼科医が未熟児の眼底検査を可及的早期になしうる体制をとるべきであるのに、被告病院においてはかかる体制をとらず、（中略）小児科医の判断に基づき小児科医が眼科へ依頼箋を提出してはじめて眼底検査がなされているという体制をとって」た。「本来未熟児の生命と健康を管理すべく未熟児センターを設置した

³⁹ 大阪高判平成 9 年 9 月 19 日（裁判例 65）は、ヘルペス脳炎により一級身体障害者に認定された数年後に死亡した患者の夫と子が、開業医に対し、債務不履行及び不法行為にもとづく損害賠償を請求した事例である。治療に適した高次の医療機関へ転送が遅れたため、適切な治療を受ける時期が遅れ、患者に自宅療養が不可能な重い後遺症が残った。同判決では、患者が病院側の事情で長期間の入院を許されず、大阪赤十字病院に 5 年余り入院した後はほぼ半年ごとに転院を迫られ、病院探しにも苦労を重ねたことが、慰謝料の算定の際に考慮された。確定。

⁴⁰ 昭和 44 年 12 月 22 日に出生し、未熟児網膜症により失明した患者とその両親が、病院に対して債務不履行又は不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。控訴審の名古屋高判昭和 54 年 9 月 21 日（裁判例 8）で控訴人の敗訴部分取消し、被控訴人の請求棄却。上告審の最判昭和 57 年 3 月 30 日（裁判例 18）は、上告を棄却し、控訴審を維持した。

⁴¹ 耳鼻科系統の疾患が疑われたのに同一病院内の耳鼻科を紹介されずにいるうちに、蝶形洞のう胞（鼻の奥に膿がたまる病気）により左眼失明に至った患者が、医療法人に対し、債務不履行に基づく損害賠償を請求した事例。総合病院に診療契約上の債務の不完全履行があるとされた。確定。

⁴² 総合病院という病院類型は、「医療法の一部を改正する法律」（平成 9 年 12 月 17 日法律第 125 号）により廃止されたが、総合病院の役割について考えることは、複数の診療科等を有する大規模病院の役割を考える上で有益である。

のなら、未熟児の有する医学上の諸問題を詳細に検討しそれに如何に対処してゆくべきであるかについてとるべき方針を未熟児を取扱う産科、小児科、眼科が当然協議検討しその英知を結集し万全の体制をとり可及的最大限度にその未熟児に惹起するかもしれない諸々の危険性に備えるべきものであり、更に考えるに、そもそも総合病院の存在理由は各科が有機的に連係（ママ）を保ち、共助することにより単科では容易に究明しえない原因等を明らかにし適切な治療を行う点にあ」る。原告の「説明の責任は唯単に担当医師の網膜症に対する認識の不十分さのみが追及されるべきものではなく未熟児センターを有するにも拘らず未熟児センターの存在理由を深く認識しない被告病院全体の問題として再検討されるべきものである」。

また、浦和地判平成4年3月2日（裁判例49）は、総合病院内での連携の不備をめぐり、患者と医療法人の主張が対立した。患者は、総合病院の診療体制の欠陥として、①各診療科の医師がその専門の領域以外のことには全く関心を示さないこと、②診療科の内部においても医師相互間の連携が欠如していることの2点を挙げた。

これに対して医療法人は次のように主張し、「原告の主張は、医療の現状を無視した理想論というほかない。」と述べた。被告病院では「ある診療科での診断の結果、他の診療科の治療領域に属する疾患が発見された場合、患者をその診療科に紹介することも行われてはいるが、すべての症例について行っているわけではない。多くの患者を限られた時間内に診察し治療しなければならない被告病院の外来診療の現状は、すべての症例について紹介することは困難である。」「被告病院は総合病院ではあるが、各診療科はそれぞれ独立してその専門の治療領域について診療活動をして」おり、「ある診療科からの紹介がない限りそこでの診察の内容、結果は他の診療科には伝わらない」が、「症状によっては他の診療科への患者の紹介、診察の内容、結果の連絡等も行われ、総合病院としての機能を発揮している」。「同一の診療科内においても医師相互間の連絡、協議が重要であることは事実であるが、それも患者の症状に応じてその度合いは異なるのであり、通常の場合は、カルテの記載によれば足りる」。

双方の主張に対し、同判決は、脳神経外科の専門医が患者について耳鼻科系統の疾患があるとの疑いを抱いた場合、「確定診断を導くための検査等を実施すべき責務までは負わないにしても、原告が速やかに耳鼻科系統の専門医の診断、治療を受けることができるよう適切な措置をとるべきことは医師としての職業倫理に由来する当然の責務であるといっても過言ではない。」と述べ、その場合のとるべき措置として、「被告病院は総合病院として耳鼻咽喉科を設けているのであるから、（中略）原告を同科に紹介し、レントゲン写真をはじめとする脳神経外科における診察の資料を提供して適切な診療を依頼することである」と述べた⁴³。

⁴³ この事例では、同じ総合病院内の脳神経外科医3名、耳鼻咽喉科の医師1名、眼科の医師少なくとも1名が関与したが、各医師が患者の頭部レントゲン写真の映像や患者の症状に強い関心を示すことはなく、昭和60年4月4日の時点で蝶形洞のう胞が発症していたにもかかわらず、同年6月9日に左眼の視力が急速に低下するまで各科の連携がとられることはなかった。3科の担当医師の協議の結果、被告病院では手に負えないということになり、昭和60年6月10日ないしは11日に患者は大学

また、大学病院の役割に関しては、前掲大阪地判昭和 55 年 12 月 20 日（裁判例 14）が「大学病院に診療を依頼するのは、最高水準の医療施設機械による診断治療のみならず、最高水準の知識、経験、技術を有する専門医が多数所属している関係上右専門医間の協議・総合検討による診療をも求めているものといわねばならない。」と述べている。

大規模病院では、他の医療機関等との連携もさることながら、他科や、同一診療科の別の医師とも連携する必要がある。

ロ. 開業医の役割

開業医の役割に関しては、最判平成 9 年 2 月 25 日（裁判例 62）⁴⁴と最判平成 15 年 11 月 11 日（裁判例 72）⁴⁵が言及した。最判平成 9 年 2 月 25 日（裁判例 62）は、次のように述べている。「開業医の役割は、風邪などの比較的軽度の病気の治療に当たるとともに、患者に重大な病気の可能性がある場合には高度な医療を施すことのできる診療機関に転医させることにあるのであって、開業医が、長期間にわたり毎日のように通院してきているのに病状が回復せずかえって悪化さえみられるような患者について右診療機関に転医させるべき疑いのある症候を見落とすということは、その職務上の使命の遂行に著しく欠けるところがある」。「開業医が本症の副作用を有する多種の薬剤を長期間継続的に投与された患者について薬疹の可能性のある発疹を認めた場合においては、自院又は他の診療機関において患者が必要な検査、治療を速やかに受けることができるように相応の配慮をすべき義務がある」。

また、最判平成 15 年 11 月 11 日（裁判例 72）は、一般開業医の転送義務を正面から論じたものではないが、事例の事実関係の下で、患者に重大な病気の可能性がある場合の開業医の転送義務を認めた。同判決は、「病名は特定できないまでも、本件医院では検査及び治療の面で適切に対処することができない（中略）何らかの重大で緊急性のある病気にかかっている可能性が高いことをも認識することができた」などの事情の下では、「診察を求められた時点で、直ちに上告人を診断した上で、（中略）高度な医療機器による精密検査及び入院加療が可能な医療機関へ上告人を転送し、適切な治療を受けさせるべき義務があ」と述べている。

また、東京地判平成 8 年 10 月 31 日（裁判例 60）⁴⁶は、かかりつけの内科医師に

付属病院に転院し、手術を受けた。

⁴⁴ 風邪で約 4 週間毎日のように開業医にかかり、多種類の風邪薬を投与された結果、副作用で顆粒球減少症にかかって死亡した患者の夫と子が、開業医及び入院先として紹介された外科病院の医師に対し、債務不履行ないし共同不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。破棄差戻。第一審山口地判平成元年 2 月 20 日（検討裁判例一覧表に採録せず）、控訴審広島高判平成 7 年 2 月 22 日（裁判例 56）（控訴棄却）。

⁴⁵ 急性脳症により重篤な後遺症が残り、身体障害者等級 1 級と認定され、日常生活全般にわたり常時介護を要する状態になった患者が、開業医に対し、不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。第一審神戸地判平成 13 年 1 月 25 日（判例集未搭載）、控訴審大阪高判平成 14 年 3 月 15 日（判例集未搭載）。

⁴⁶ 肝内胆管癌を原因とする肝腎症候群で死亡した患者の子が、医療法人に対し債務不履行又は不法行為に基づく損害賠償を、担当医に対し不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。同判決では、患者

肝臓癌等の徴候を見過ごして精密検査等をしなかった過失を認め、慰謝料の請求を認めた。

診療所が高度な医療機器を備えて診療を行うということは現実的ではない。最判平成9年2月25日（裁判例62）が開業医の役割について「患者に重大な病気の可能性がある場合には高度な医療を施すことのできる診療機関に転医させることにある」と述べた点は納得できる。しかしながら、開業医には、「患者に重大な病気の可能性」を見極める力が求められる。東京地判平成8年10月31日（裁判例60）は、重大な病気の早期発見が可能だったのではないかと思われる事例である。医療機関の機能分化が進み、まず始めはかかりつけ医を受診するという方向に向かうのであれば、良質な開業医の確保が必要である。

八. 救急病院の役割等

救急病院の役割に関しては、東京地判昭和59年5月8日（裁判例31）⁴⁷が次のように述べている。初期救急医療「施設の役割は、初期の症状の患者を診察し将来重篤な疾病に発展する可能性があるか否かを判断し、治療を行うか後方病院に迅速に転送するかなどの適切な措置を講ずることにある」。

また、救急病院の人員については、名古屋地判昭和58年8月19日（裁判例26）⁴⁸が次のように述べている。「救急病院等を定める省令」（昭和39年2月20日厚生省令第8号）「1条1号における「相当の知識及び経験を有する医師」とは外科医師を指すものと解すべく、同省令が救急告示病院に対し内科専門医が常時診察に従事していることまで要求する趣旨のものではないと解するのが相当である」。「救急告示病院において内科専門医が常時診療に従事することが国民医療の観点から望ましく、また内科的急病が消防法2条9項の解釈上同条同項における救急業務の対象となりうるとしても、そのことから直ちに同病院における内科医の不在が同省令違反ないし民法上の不法行為に該当するということはできない」。

さらに、救急病院の設備については、大阪地判昭和59年12月20日（裁判例35）⁴⁹が次のように述べている。「原告らの主張の中に、被告病院は救急病院として相応の設備であるCTスキャンの装置を備えつけておくべきでありCTスキャン不設備それ自体が義務違反となるという主張を含むとしても、右のような義務があったとい

が約13年間受診していたかかりつけの内科医師に肝臓癌等の徴候を見過ごして精密検査等をしなかった過失が肯定されたが、医師の過失と患者の死亡及び延命利益の侵害との間の相当因果関係が認められず、適切な診療を受ける機会を奪われたことによる慰藉料のみが認められた。控訴（控訴審不明）。

⁴⁷ 脳内血腫等により死亡した患者の両親が、転送元の病院長及び担当医に対して不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。必要な検査等のけ怠、転医等の措置の遅延に関する医師の過失は認められたが、死亡との間の因果関係が否定された。控訴（控訴審で和解）。

⁴⁸ 夜間診療を拒否され、翌日急性心不全で死亡した心臓病の救急患者の子が、市民病院及び転送先の開業医に対し、債務不履行及び不法行為に基づく損害賠償を請求した事例。内科医不在等のため入院診療を拒否した救急告示病院等に不法行為責任等はないとされた。

⁴⁹ 交通事故により頭部打撲等の障害を受け、頭蓋内出血により死亡した患者の両親が、最初に診療を担当した医療法人（救急病院）の医師らに検査、指示並びに転医措置に関する義務違背があったとして、病院に対し債務不履行又は使用者責任（不法行為）に基づく損害賠償を請求した事例。当該病院には、CTスキャンの装置はなかった。棄却（確定か控訴か不明）。

うためには、本件診療当時に救急病院である一般市中病院において CT スキャンが設置されるべき装置として当然視されていたことが前提となるが、本件全証拠によるもこれを認めるに足る証拠はないし、前記認定事実によれば、被告病院としては他院へ依頼して CT スキャンによる検査を可能にする態勢（ママ）を一応整えていたのであるから、結局右主張も理由がない」。

なお、東京地判昭和 58 年 12 月 21 日（裁判例 30）⁵⁰は、慰謝料の額の算定に関する判示の中で、救急医療体制について次のように述べている。「本件のような不幸な事態が生じた背景には、本件診療当時における社会全体の緊急医療体制の不備という問題があったように思われる。（中略）硬膜外血腫発生の危険がある患者を開頭手術を行う設備を持たない病院が受け入れざるを得なかったということ、そして転医先を照会する十分なシステムが確立されていなかったということ」は、原告にとっても、被告にとっても「不幸な状況であったと言う外はない」。

すべての病院や診療所が、あらゆる診療科、専門医及び高額医療機器を具備することができない以上、医療機関等の連携は不可欠である。その際、どの医療機関がどんな診療を行えるのか、どの医療機関にどんな機器があるのかが速やかに分かり、即座に連携をとれるような体制を整備することが必要である。

5. まとめ

医療の高度化・専門分化が進む中で、近年、医療機関等の機能分化と連携が強化されつつある。本稿ではそのうち連携に着目し、政策的動向、診療報酬上の評価の動向及び規定について検討するとともに、医療機関等の連携に際してどのようなことが問題になり、何をなすべきとされたのか、裁判例をもとに検討した。

医療機関の連携は、医療供給体制の見直しの視点が効率性の確保から質と効率性の確保へと移行していく中で、はじめは無駄の抑制という観点から、その後は質と効率性の確保という観点から着目された。近年、診療報酬上の評価においても、項目、点数、算定件数が増えている。しかし、医療施設に対する連携規定はあまりなく、規定上、狭義の医療機関から医療関連施設やコメディカルに対する連携の視点は希薄である。狭義の医療機関間の連携についても引き続き検討していく必要があると思うが、将来的には、問題発生時の責任の分配も含めて、狭義の医療機関と医療関連施設やコメディカルの双方向の連携という視点から医療機関等を規律する規定を見直していく必要がある。

医療機関の連携時においては、①転送元の病院が紹介状に病状等必要な情報を記載し、転送先の病院が紹介状の不明な点を転送元に確認するなどして転送元と転送

⁵⁰ 頭部外傷に起因する急性硬膜外血腫の除去手術が遅れたため後遺症を残した患者とその両親が、開業医及び大学付属病院に対し、不法行為または債務不履行に基づく損害賠償を請求した事例。開業医が在院による経過観察ないし転医措置をとるべき義務に違反し開頭手術の実施を遅らせたとして、慰謝料の請求が認められた。

先の医師が診断情報を引継ぐこと、②紹介状交付時に患者に対してきちんとした説明を行うこと、③受け入れ先を確保してから転送を行なうこと、④日頃から近隣の医療機関等の状況をよく把握し、適切な転送先の選択を行うことなどが必要である。また、⑤大規模病院における院内の他科との連携や、同一診療科の別の医師との連携、⑥良質な開業医の確保、⑦どの医療機関がどんな診療を行えるのか、どの医療機関にどんな機器があるのかが速やかに分かり、即座に連携をとれるような体制の整備も必要である。

医療等提供施設の連携に関して検討した裁判例は1件を除いて前方連携（入院まで）の事例であり、情報の伝達不備に関する問題点が多かった。他方、後方連携（退院後）では、問題の性質が異なる。脳梗塞になった70歳の患者が適切な時期に回復期リハビリテーション病院に転院したことにより驚異的な回復をみせた事例がある一方で、急性期病院等から後方病院に患者が転院する際、なかなか受け入れてもらえないケースもある⁵¹。認知症の患者、精神疾患の患者、パーキンソン病の患者は、受け入れ先を確保することが困難だということである。難病等の患者の受入れについては、現在の診療報酬においても考慮はなされている⁵²。地理的条件から患者側が入院をためらう場合もあるようであるが、長期に療養が必要な難病等の患者が行き場を失うことがないように、施設と在宅の両面から対応を考える必要がある。また、特別養護老人ホームに入ることが適当と思われるのに、空きがないため、急性期病院、回復期リハビリテーション病院、療養病院を転々とするケースもあるとのことである⁵³。医療から介護に円滑に移行できるような方策を、施設と在宅の両面から考えていく必要がある。

今後は、在宅医療等について検討しながら、医師とコメディカルとの関係、診療行為の法的性質、医療と介護の連携について考えていきたい。

参考文献

- 岩永勝義・渡辺元雄・尾形裕也・高木安雄（2000）「西暦2000年わが国の医療はどこに向かうのか－医療機関の機能分担と連携を考える－（上）・（下）」『社会保険旬報』No.2046, pp.16-23, No.2047, pp.15-19.
- 内田貴（2001）『民法Ⅱ 債権各論』東京大学出版会
- 内田貴（2004）『民法Ⅲ 債権総論・担保物権[第2版]』東京大学出版会
- 岡本悦司（2004）「医療連携は今」『医療経営情報増刊号「医療マーケット2005」』No.156, p.73.

⁵¹ 福岡県A病院医事課勤務の診療情報管理士の方からの面談聴取（平成17年1月8日）。

⁵² 一定程度以上の重度のパーキンソン病の患者は、「難病患者等入院診療加算」（1日につき250点）の対象になる。また、主として長期にわたり療養が必要な重度の障害者等が入院する病棟として「特殊疾患療養病棟」があり、患者の状態等により、「特殊疾患療養病棟入院料1」（1日につき1980点）、「同2」（1日につき1600点）が算定できる。

⁵³ このケースの場合、特別養護老人ホームへの入所の待機期間は2年であった。

- 金川琢雄（2002）『実践医事法学』金原出版株式会社
 金川琢雄（1988）『診療における説明と承諾の法理と実情』多賀出版
 小松秀樹（2004）『慈恵医大青戸病院事件 医療の構造と実践的倫理』日本経済評論社
 田城孝雄編（2004）『地域医療連携 Mook』日総研出版
 樋口範雄（1999）『フィディシャリー[信認]の時代』有斐閣
 前田達明・稲垣喬・手嶋豊（2000）『医事法』有斐閣
 武藤正樹編（2004）『地域医療支援病院と医療連携のありかた』じほう
 武藤正樹編（2001）『新たな医療連携の実践－その現状と方策－』じほう
 吉田邦彦（2003）『契約法・医事法の関係的展開』有斐閣

表1 医療機関等の連携の類型

医療等提供 施設の連携		医療施設	医療関連施設
	医療施設	(a)	(c)
	医療関連施設	(c)	(b)
医療等の担 い手の連携		医師等	コメディカル
	医師等	(d)施設外 / 施設内	(f)施設外 / 施設内
	コメディカル	(f)施設外 / 施設内	(e)施設外 / 施設内

* □本稿の検討範囲

表2 「(一般)医科診療報酬点数表」及び「老人医科診療報酬点数表」における医療機関等の連携の評価（2004年4月1日現在）

1. 基本診療料

区分	項目	概要	新設・改定年月日 (各改定時の点数)	点数 (一般医 科)	点数 (老人医 科)
初診・再診料	紹介患者加算 (診療所)	診療情報提供料B・C・Dを他医療機関で算定した紹介患者について、診療所である保険医療機関が初診を行った場合に加算。	・平成4年4月1日改定(現行)	50点	55点
	紹介患者加算 (病院)	他医療機関等から文書で紹介された患者について、病院である保険医療機関が初診を行った場合に加算。	・平成8年4月1日改定 (1.紹介率50%以上250点、2.同30%以上150点、3.同20%以上75点、4.同20%未満40点の4段階。) ・平成10年4月1日改定(現行)	1.紹介率80%以上：400点 2.紹介率60%以上：300点 3.紹介率50%以上：250点 4.紹介率30%以上：150点 5.紹介率20%以上：75点 6.紹介率20%未満：40点	

入院基本料等加算	紹介外来加算	①許可病床数 200 床以上、②紹介率 30%以上。14 日を限度に加算。(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している旨、地方社会保険事務局長へ届け出る必要がある。)	・平成 12 年 4 月 1 日改定 (現行)	(1 日につき) 特定機能病院以外：100 点 特定機能病院：140 点
	紹介外来特別加算	上記①・②に加え、③外来患者÷入院患者=1.5 以下。14 日を限度に上記点数にさらに加算。(同上)	・平成 12 年 4 月 1 日改定 (現行)	(1 日につき) 50 点
	急性期入院加算	①紹介率 30%以上、②一般病棟の平均在院日数 17 日以内、③診療録管理体制加算の届出、④医療安全管理体制整備。14 日を限度に加算。(同上)	・平成 12 年 4 月 1 日改定 (現行)	(1 日につき) 155 点 (注 1)
	急性期特定入院加算	上記①～④に加え、⑤外来患者÷入院患者=1.5 以下。14 日を限度に加算。(同上)	・平成 12 年 4 月 1 日改定 (現行)	(1 日につき) 200 点 (注 1)
	地域医療支援病院入院診療加算 (注 2)	1.地域医療支援病院である場合。	・平成 10 年 4 月 1 日改定 (現行)	(入院初日) 490 点
		2.地域医療支援病院であり、紹介率 80%以上である場合 (別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している旨、地方社会保険事務局長へ届け出る必要がある)。	・平成 10 年 4 月 1 日改定 (現行)	(入院初日) 900 点
	在宅患者応急入院診療加算	別の診療所で在宅時医学管理料、在宅末期医療総合診療料、在宅療養指導管理料を算定している患者が病状急変等により入院した場合に加算。	・平成 6 年 4 月 1 日改定 (500 点) ・平成 10 年 4 月 1 日改定 (現行)	(入院初日) 650 点
診療録管理体制加算	①診療情報提供、②診療記録の保管、③1 名以上の専任の診療記録管理者、④中央病歴管理室等の整備、⑤疾病統計・退院時要約の作成 (別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している旨、地方社会保険事務局長へ届け出る必要がある)。	・平成 12 年 4 月 1 日改定 (現行)	(入院初日) 30 点	

2.特掲診療料

指導管理等	地域連携小児夜間・休日診療料	小児科標榜医療機関にて、他院及び当院の医師が、地域の一般の医療機関が診療応需の態勢にない夜間、休日、深夜に 6 歳未満の小児に対して外来診療を行った場合に算定 (電話再診では不可)。	・平成 14 年 4 月 1 日改定 (現行)	300 点
-------	----------------	---	----------------------------	-------

指導管理等	開放型病院共同指導料(Ⅰ)	開放型病院(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している旨、地方社会保険事務局長へ届け出る必要がある)に患者を紹介して入院させた主治医が開放型病院に赴いて共同指導を行った場合に、主治医の側が、患者1人1日につき1回算定。	<ul style="list-style-type: none"> ・昭和56年6月1日改定(「開放型病院共同指導料」から改称)(200点) ・昭和60年3月1日改定(240点) ・昭和61年4月1日改定(250点) ・昭和63年4月1日改定(260点) ・平成2年4月1日改定(入院の日から1月以内に行った場合280点) ・平成6年4月1日改定(入院の日から期間による区分を問わず320点) ・平成8年4月1日改定(現行) 	350点 (退院時共同指導加算=+330点) (平成6年4月1日改定で新設(+300点)。平成8年4月1日改定で現行。)
	開放型病院共同指導料(Ⅱ)	紹介患者を入院させた開放型病院(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している旨、地方社会保険事務局長へ届け出る必要がある)が、紹介元の主治医と共同指導を行った場合に、開放型病院の側が、患者1人1日につき1回算定。	<ul style="list-style-type: none"> ・昭和56年6月1日改定(100点) ・昭和60年3月1日改定(150点) ・昭和63年4月1日改定(160点) ・平成2年4月1日改定(入院の日から1月以内に行った場合180点) ・平成6年4月1日改定(入院の日から期間による区分を問わず200点) ・平成8年4月1日改定(現行) 	220点 (退院時共同指導加算=+430点) (平成6年4月1日改定で新設(+390点)。平成8年4月1日改定で現行。)
	在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)	在宅療養指導中の患者が病院に入院した場合で、診療所の当該患者の主治医が病院に赴いて共同指導を行った場合に、診療所の側が算定。入院1月以内は月4回、1月超では月2回に限り算定。開放型病院共同指導料(Ⅰ)の算定患者は算定不可。	<ul style="list-style-type: none"> ・平成6年4月1日改定(280点) ・平成8年4月1日改定(現行) 	310点 (退院時共同指導加算=+290点) (平成6年4月1日改定で新設(+260点)。平成8年4月1日改定で現行。)
	在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)	在宅療養指導中の患者が病院に入院した場合で、診療所の当該患者の主治医と共同して病院の医師が指導を行った場合に、病院の側が算定。入院1月以内は月4回、1月超では月2回に限り算定。開放型病院共同指導料(Ⅱ)の算定患者は算定不可。	<ul style="list-style-type: none"> ・平成6年4月1日改定(120点) ・平成8年4月1日改定(現行) 	140点 (退院時共同指導加算=+360点) (平成6年4月1日改定で新設(+340点)。平成8年4月1日改定で現行。)

指導管理等	診療情報提供料 (A)	①診療所→診療所・介護老人保健施設、②病院→病院（地域医療支援病院・特定機能病院→許可病床 200 床未満の場合を除く）、③医療機関→市町村・指定居宅介護支援事業者等・保険薬局・精神障害者社会復帰施設等に紹介した場合に、照会先ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定。	<ul style="list-style-type: none"> 平成 6 年 4 月 1 日改定 (130 点) (注 3) 平成 8 年 4 月 1 日改定 (150 点) 平成 9 年 4 月 1 日改定 (200 点) 平成 10 年 4 月 1 日改定 (現行) 	220 点	
	診療情報提供料 (B)	①診療所→病院、②病院（地域医療支援病院・特定機能病院を除く）→診療所、③在宅患者訪問診療料算定診療所→在宅患者訪問看護・指導料又は在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定する医療機関、④在宅患者訪問看護・指導料又は在宅訪問リハビリテーション指導料を算定する医療機関→診療所、⑤医療機関→介護老人保健施設（入所している患者）・老人性痴呆疾患センターに紹介した場合、照会先ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定。	<ul style="list-style-type: none"> 平成 6 年 4 月 1 日改定 (200 点) (注 3) 平成 8 年 4 月 1 日改定 (220 点) 平成 9 年 4 月 1 日改定 (270 点) 平成 10 年 4 月 1 日改定 (現行) 	290 点 （許可病床 200 床以上の病院である保険医療機関が、診療所である保険医療機関に紹介した場合は、+230 点。平成 12 年 4 月 1 日改定で新設。）	
	診療情報提供料 (C)	①病院（退院時）→診療所・精神障害者社会復帰施設等・介護老人保健施設に紹介した場合に、照会先ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定。	<ul style="list-style-type: none"> 平成 6 年 4 月 1 日改定 (450 点) (注 3) 平成 8 年 4 月 1 日改定 (480 点) 平成 10 年 4 月 1 日改定 (現行) 	500 点 （許可病床 200 床以上の病院である保険医療機関が、診療所である保険医療機関等に紹介した場合は、+20 点。平成 12 年 4 月 1 日改定で新設。）	
	診療情報提供料 (D)	地域医療支援病院・特定機能病院→診療所・200 床未満病院に紹介した場合に、照会先ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定。	<ul style="list-style-type: none"> 平成 9 年 4 月 1 日改定 (500 点) 平成 10 年 4 月 1 日改定 (現行) 	520 点	
	寝たきり老人退院時共同指導料 (I)	病院・介護老人保健施設に入院・入院中の寝たきり患者（準ずる状態を含む）につき、退院・退所前に、当該施設の医師と主治医となる診療所医師（病院退院の場合は訪問看護ステーションの保健師・看護師・理学療法士等でも可）と共同で診療を行った場合に、退院・退所後に主治医となる診療所が、患者 1 人につき 1 回に限り算定。	<ul style="list-style-type: none"> 平成 6 年 10 月 1 日改定 (300 点) 平成 8 年 4 月 1 日改定 (現行) 	—	600 点

指導管理 等	寝たきり老人 退院時 共同指 導料 (Ⅱ)	病院・介護老人保健施設に入 院・入院中の寝たきり患者(準 ずる状態を含む)につき、退 院・退所前に、当該施設の医師 と主治医となる診療所医師(病 院退院の場合は訪問看護ステ ーションの保健師・看護師・理 学療法士等でも可)と共同で診 療を行った場合に、病院側が、 患者1人につき1回に限り算 定。	・平成6年10月1日改定 (120点) ・平成8年4月1日改定 (現行)	—	140点
-----------	-----------------------------------	--	---	---	------

筆者作成

参考文献：「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」(平成6年3月16日厚生省告示第54号。執筆時最終改正平成16年2月27日。)、 「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準」(平成6年3月16日厚生省告示第72号。執筆時最終改正平成16年2月27日。)、 『診療点数早見表(平成16年4月版)』(医学通信社,2004.4.)pp.417-442、
診療報酬各改定時の告示及び通知。

(注1) 急性期入院加算又は急性期特定入院加算を紹介外来加算と同時に算定する場合は、急性期入院加算又は急性期特定入院加算の所定点数から紹介外来加算の点数を差し引いた点数を、急性期入院加算又は急性期特定入院加算として算定する。

(注2) 「「医療法の一部を改正する法律の施行について」等の一部改正について」(平成16年7月22日医政発第0722003号各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知)により、地域医療支援病院の承認要件にかかる紹介率等が見直された。これにより、従来の①紹介率が80%を上回っている場合(紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる場合を含む。)のほか、②紹介率が60%を上回り、かつ、逆紹介率が30%を上回る場合、③紹介率が40%を上回り、かつ、逆紹介率が60%を上回る場合も、「紹介外来制を原則としている」ものとして取扱われることになった。

(注3) 平成6年4月1日の新診療報酬点数表の制定に伴い、診療情報提供料(Ⅰ)～(Ⅲ)は廃止され、診療情報提供料(A)～(C)が新設された。診療情報提供料(Ⅰ)(150点)及び(Ⅱ)(400点)は、昭和60年3月1日改定で新設され、診療情報提供料(Ⅲ)(100点)は、平成4年4月1日改定で新設された。

表3 「(一般) 医科診療報酬点数表」の改正における医療機関等の連携に対する評価の流れ(注1)

改定年月日	連携に係る改定の概要	「改正の趣旨」等における連携に関する言及(注2)
昭和56年6月1日改定 [昭和56年5月29日厚生省告示第95号]	・「開放型病院共同指導料」の「開放型病院共同指導料(Ⅰ)」への改称(100点から200点へ点数を引き上げ)。 ・「開放型病院共同指導料(Ⅱ)」(100点)の新設。	
昭和59年3月1日改定 [昭和59年2月13日厚生省告示第8号]		・プライマリーケアの推進