

<p>昭和 60 年 3 月 1 日改定 [昭和 60 年 2 月 18 日厚生省告示]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・開放型病院共同指導料の点数の引き上げ（Ⅰが 200 点から 240 点に、Ⅱが 100 点から 150 点に）。 ・診療情報提供料（Ⅰ）（150 点）及び（Ⅱ）（400 点）の新設。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院と診療所間の連携の強化 ・プライマリーケア等の推進
<p>昭和 61 年 4 月 1 日改定 [昭和 61 年 3 月 15 日厚生省告示第 35 号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・開放型病院共同指導料（Ⅰ）の点数の引き上げ（240 点から 250 点に）。 ・診療情報提供料（Ⅰ）の点数の引き上げ（150 点から 170 点に）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院における入院機能と診療所における外来機能を重点評価した病院・診療所の機能別評価及び連携の強化
<p>昭和 63 年 4 月 1 日改定 [昭和 63 年 3 月 19 日厚生省告示第 52 号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介患者初診時基本診療料（甲表 205 点、乙表 170 点）の新設。 ・開放型病院共同指導料の点数の引き上げ（Ⅰが 250 点から 260 点に、Ⅱが 150 点から 160 点に）。 ・診療情報提供料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の点数の引き上げ（Ⅰが 170 点から 180 点に、Ⅱが 400 点から 410 点に）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所のプライマリーケア機能、病院の高次機能等医療機関のあるべき機能、特質に即した診療報酬上の評価を行う。
<p>平成 2 年 4 月 1 日改定 [平成 2 年 3 月 19 日厚生省告示第 40 号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介患者初診時基本診療料の点数の引き上げ（甲表が 205 点から 420 点に、乙表が 170 点から 350 点に）。 ・入院の日から 1 月以内に行った場合の開放型病院共同指導料の点数の引き上げ（Ⅰが 260 点から 280 点に、Ⅱが 160 点から 180 点に）。 ・診療所から病院に対して紹介を行った場合の診療情報提供料（Ⅰ）の点数の引き上げ（180 点から 190 点に）。 ・大学病院等以外の病院又は診療所から大学病院等に対して紹介を行った場合の診療情報提供料（Ⅰ）の点数の引き上げ（180 点から 250 点に）。 ・診療情報提供料（Ⅱ）の範囲の拡大（大学病院等が紹介もとの大学病院等以外の病院又は診療所に対して紹介を行った場合、250 点）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所間の連携の強化、紹介外来制の推進、（中略）等医療機関の機能・特質に応じた診療報酬上の評価を行う。
<p>平成 4 年 4 月 1 日改定 [平成 4 年 3 月 7 日厚生省告示第 35 号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介患者初診時基本診療料の点数の引き上げ（甲表が 420 点から 450 点に、乙表が 350 点から 430 点に）。 ・開放型病院共同指導料（Ⅰ）の点数の引き上げ（入院の日から 1 月以内に行った場合、280 点から 300 点に、入院の日から 1 月を超えた場合、260 点から 280 点に）。 ・診療所から病院に対して紹介を行った場合の診療情報提供料（Ⅰ）の点数の引き上げ（190 点から 200 点に）。 ・大学病院等以外の病院又は診療所から大学病院等に対して紹介を行った場合の診療情報提供料（Ⅰ）の点数の引き上げ（250 点から 260 点に）。 ・診療情報提供料（Ⅱ）の点数の引き上げ（病院の場合 410 点から 420 点に、大学病院等の場合 250 点から 260 点に）。 ・診療情報提供料（Ⅲ）（100 点）の新設。 	

<p>平成5年4月1日改定 [平成5年2月22日厚生省告示第39号]</p>	<p>・診療情報提供料（Ⅰ）の3（紹介外来型病院又は特定機能病院以外の病院又は診療所から特定機能病院である保険医療機関への紹介が行われた場合。130点。）及び（Ⅱ）の3（特定機能病院から紹介外来型病院又は特定機能病院以外の保健医療機関への紹介が行われた場合。130点。）の新設。</p>	
<p>平成6年4月1日改定 [平成6年3月16日厚生省告示第54号] （新診療報酬点数表制定）</p>	<p>・紹介患者初診料の引き上げ（甲表450点、乙表430点から460点に。） ・かかりつけ医師機能を支援する観点から、在宅患者応急入院診療料（500点）を新設。 ・開放型病院共同指導料（Ⅰ）の点数の引き上げ（1月以内300点、1月超280点から、入院の日からの期間による区分を廃止し320点に。退院時共同指導加算300点を新設）。 ・開放型病院共同指導料（Ⅱ）の点数の引き上げ（1月以内180点、1月超160点から、入院の日からの期間による区分を廃止し200点に。退院時共同指導加算390点を新設） ・在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）280点及び（Ⅱ）120点を新設。 ・診療情報提供料（A）130点、（B）200点、（C）450点の新設（診療情報提供料Ⅰ～Ⅲの廃止）。</p>	<p>・良質な医療の効率的な供給をめざして、医療機関の機能の体系化を推進する観点から、医療法改正により制度化された特定機能病院及び療養型病床群にふさわしい評価や、かかりつけ医師機能など地域のプライマリーケア機能の評価に努めるとともに、医療機関間等の連携を強化して患者の望ましい流れを促し、医療資源が効率的に活用されるよう配慮したものであること。 ・往診、訪問診療、在宅患者に対する継続的な医学管理等のかかりつけ医師機能、診療情報提供機能、医療機関の有機的連携及び施設・設備の共同利用を評価することにより地域のプライマリーケア機能を担う診療所・中小病院の機能を評価すること。</p>
<p>平成6年10月1日改定 [平成6年8月5日厚生省告示第235号]</p>	<p>・診療情報提供料（A）の範囲拡大（保険医療機関が保険薬局等に必要な情報を提供した場合も算定可）。</p>	
<p>平成8年4月1日改定 [平成8年3月8日厚生省告示第21号]</p>	<p>・病院の紹介患者加算の新設（紹介率50%以上250点、30%以上150点、20%以上75点、20%未満40点。紹介外来型病院の紹介患者初診料及び特定機能病院の紹介患者加算を廃止し、病院全体について紹介外来を評価）。 ・診療情報提供料の見直し（病院及び診療所の機能分担を踏まえた医療機関間の連携を促進する観点から、Aを病院間、診療所間の情報提供、Bを病院・診療所間の情報提供の評価とした）。 ・診療情報提供料（A）～（C）の点数の引き上げ（Aが130点から150点に、Bが200点から220点に、Cが450点から480点に）。</p>	<p>・「医療機関の機能分担の推進」一般病院から療養型病床群への転換の促進、病院・診療所の機能分担を踏まえた適正な評価、急性期医療・長期療養に適した評価を行うことにより、医療機関の機能分担の推進を図ること。</p>

<p>平成9年4月1日改定 [平成9年3月14日厚生省告示第26号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供料 (A) 及び (B) の点数の引き上げ (A が 150 点から 200 点に、B が 220 点から 270 点に) ・診療情報提供料 (D) の新設 (500 点)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院が、紹介患者の確定診断、治療方針の決定及び高度な医療の提供を行った上で、当該患者を再び地域の医療機関へ戻すことを評価することにより、医療機関相互の機能連携及び機能分担を進めること。
<p>平成10年4月1日改定 [平成10年3月16日厚生省告示第33号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療支援病院入院診療料 (入院中1回) の新設 (紹介率80%以上の場合900点、紹介率60%以上80%未満の場合490点)。 ・在宅患者応急入院診療料の引き上げ (600点から650点に。) ・紹介患者加算の拡大 (Ⅰ=250点、Ⅱ=150点、Ⅲ=75点、Ⅳ=40点から、Ⅰ=400点、Ⅱ=300点、Ⅲ=250点、Ⅳ=150点、Ⅴ=75点、Ⅵ=40点に)。 ・診療情報提供料 (A) ~ (D) の点数の引き上げ (A が 200 点から 220 点に、B が 270 点から 290 点に、C が 480 点から 500 点に、D が 500 点から 520 点に)。 ・診療情報提供料 (D) の範囲拡大 (地域医療支援病院にも適用することとした)。 	
<p>平成12年4月1日改定 [平成12年3月17日厚生省告示第66号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供料 (B) 逆紹介加算 230 点、(C) 逆紹介加算 20 点の新設 (逆紹介の評価)。 ・紹介外来加算 (100 点)、紹介外来特別加算 (50 点) の新設。 ・急性期病院加算 (155 点。従来の入院時医学管理料Ⅱ)、急性期特定病院加算 (200 点) の新設。 ・診療録管理体制加算 (30 点) の新設。 	
<p>平成14年4月1日改定 [平成14年3月8日厚生省告示第71号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携小児夜間・休日診療料 (300 点) の新設。 ・急性期入院加算、急性期特定入院加算の要件として、診療録管理体制加算の届出を追加。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「入院医療の評価」急性期入院医療の評価、患者の状態に応じた慢性期入院医療の評価等を通じ、入院医療の機能分化を図る。 ・「外来医療の評価」外来の機能分化等の観点から、医科においては再診料・外来診療料等の評価について、(中略) それぞれ所要の見直しを行う。
<p>平成16年4月1日改定 [平成16年2月27日厚生省告示第47号]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件の見直し。 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来医療における医療機関の機能分担の明確化の観点から、病院・診療所間の初診料の格差の是正、外来診療料の包括範囲の拡大を行う。

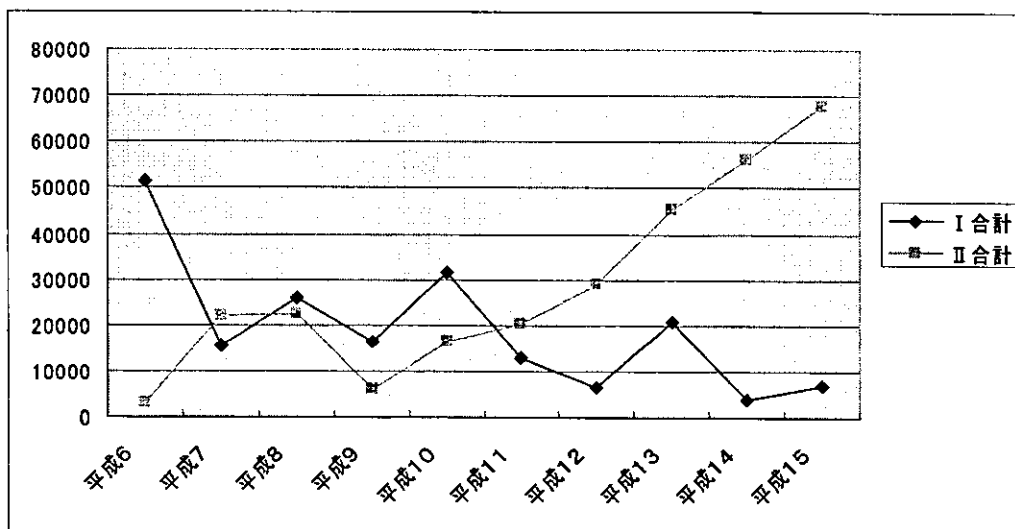
筆者作成

その他参考文献：「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。）、「第2-136表 診療報酬の改定の推移」『医療保険統計便覧 平成13年版』（健康保険組合連合会・国民健康保険中央会、平成14年3月1日、pp.187-194。）。

(注1)「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」（昭和33年6月30日厚生省告示第177号）（旧診療報酬点数表）は、「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）（新診療報酬点数表）により全部改正された。旧診療報酬点数表では、医薬分業の考え方に基づく甲表と、昭和18年以来の考え方に基づく乙表とが併存し、どちらを用いるかは医療機関の選択に委ねられていた。本表の旧診療報酬点数表に基づく部分は、甲表と乙表とで差異がある場合のみ両者を書き分けた。

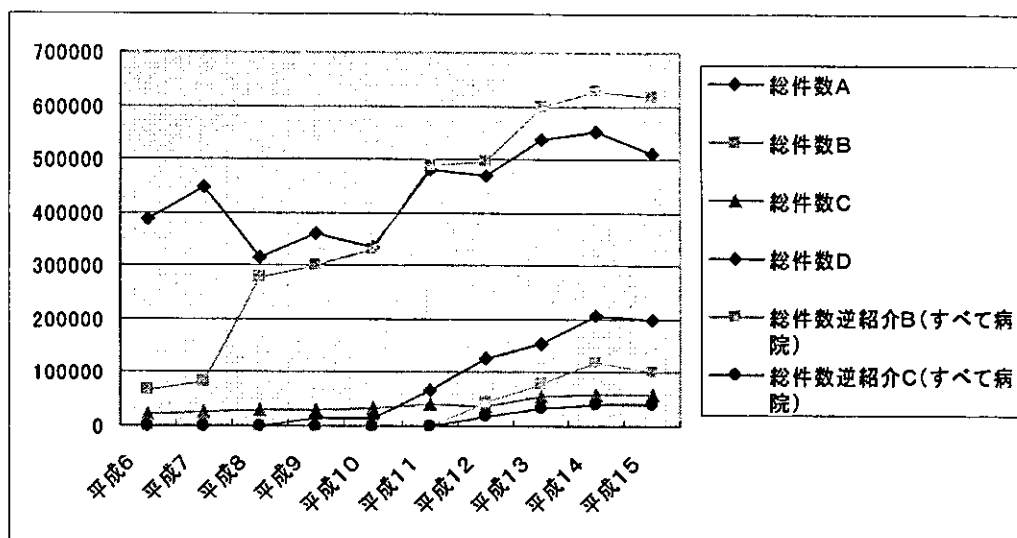
(注2)診療報酬の改定時に出される通知（旧診療報酬点数表の改正時は「診療報酬点数表の一部改正等について」、新診療報酬点数表制定時は「新診療報酬点数表の制定（昭和33年告示の全部改正）等について」、新診療報酬点数表の改正時は「診療報酬点数表の改正等について」という名称で概ね出されている。）の中で述べられている改正の趣旨から、連携に関する言及を抜粋した。

図1 開放型病院共同指導料(I)及び(II)の件数の推移



出典：平成6年から平成15年までの『社会医療診療行為別調査 統計表編（診療行為小分類）』より、筆者作成。

図2 診療情報提供料(A)～(D)の件数の推移



出典：平成6年から平成15年までの『社会医療診療行為別調査 統計表編（診療行為小分類）』より、筆者作成。

表4 検討裁判例一覧

No.	裁判所名(略称)及び判決年月日	出典及び巻・号・頁	参照条文	結果	医師の注意義務違反が認められたもの	因果関係が認められたもの	連携パターン
1	神戸地判 昭30.7.19	下民 6-7-1519	民法709条	一部認容。	○	○	病院(転院等 は行われず。)
2	岐阜地判 昭49.3.25	判夕 307-101	民法709条、 民法710条、 医師法23条	一部認容。控訴。	○	○	病院→病院
3	長崎地判 昭49.6.26	判時 748-29	民法709条、 医師法23条、 母子保健法19条	棄却。控訴。	×	×	病院(転院等 は行われず。)
4	東京地判 昭51.2.9	下民 31-9~ 12- 1011	民法415条、 民法644条、 民法656条、 健康保険法22条、 健康保険法43条、 健康保険法43条の8	一部認容。控訴。	○	○	診療所→病院 →病院
5	福岡高判 昭52.5.17	下民 28-5~8- 500	民法709条	控訴棄却。上告。	×	×	病院(転院等 は行われず。)
6	静岡地判 昭52.6.14	下民 31-9~ 12- 1052	民法709条、 民法715条、 医師法23条	一部認容。控訴。	△(昭和48年2月出生時の担当小児科医の眼)	△(昭和48年2月出生時の担当小児科医の眼)	病院(転院等 は行われず。)

					底検査義務、 説明義務の み肯定。)	底検査義務、 説明義務の み肯定。)	
7	神戸地判 昭 54.3.28	判夕 387-128	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	一部認 容。控訴。	○	○	診療所（患者 自ら病院を受 診。）
8	名古屋高 判 昭 54.9.21	高民 32-2-165 ， 下民 31-9～ 12- 1280	民法 415 条、 民法 709 条、 医師法 23 条	敗訴部分 取消（控 訴人）、請 求棄却 （被控訴 人）。上 告。	×	×	病院→病院
9	最判 昭 54.11.13	裁集民 128-97、 下民 31-9～ 12- 1543	民法 709 条	上告棄 却。	×	×	病院（転院等 は行われず
10	高松地判 昭 55.3.27	下民 31-9～ 12- 1346	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条、 民法 724 条、 医師法 23 条	一部認 容。控訴。	○	○	病院（転院等 は行われず。)
11	福岡地小 倉支判 昭 55.6.5	下民 31-9～ 12- 1412	民法 709 条	一部認 容。確定。	○	○	診療所⇔診療 所→病院
12	松江地判 昭 55.7.16	下民 31-9～ 12- 1418	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	一部認 容。控訴。	○	○	診療所→病院
13	福岡地小 倉支判 昭 55.9.1	判夕 422-62	民法 709 条、 民法 715 条	棄却。控 訴。	×	×	病院（転院等 は行われず。)
14	大阪地判 昭 55.12.20	判夕 429-72	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条、 医師法 23 条	一部認 容。控訴。	○	○	病院→病院
15	神戸地尼 崎支判 昭 56.6.12	下民 31-9～ 12- 1478	民法 415 条、 民法 644 条、 民法 709 条	一部認 容。控訴。	△（眼底検査 義務、転医義 務は否定。説 明義務は肯 定。）	△（眼底検査 義務、転医義 務は否定。説 明義務は肯 定。）	診療所（転医 等を行われ ず。）
16	東京地判 昭 56.10.27	下民 31-9～ 12- 1512	民法 709 条	棄却。控 訴。	○	×	診療所→病院
17	浦和地判 昭 57.3.12	判夕 469-230	民法 709 条、 民法 715 条	棄却。	×	×	病院→病院
18	最判 昭 57.3.30	裁集民 135-563、 下民	民法 709 条、 医師法 23 条	上告棄 却。	×	×	病院→病院

		31-9~ 12- 1547					
19	佐賀地判 昭 57.5.14	判夕 477-186	民法 415 条、 民法 709 条	一部認 容。確定。	○	○	診療所→病院
20	和歌山地 判昭 57.5.19	判夕 474-216	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	棄却。控 訴。	×	×	病院→病院→ 病院
21	最判 昭 57.7.20	裁集民 136-723	民法 709 条、 医師法 23 条	上告棄 却。	×	×	病院（転院等 は行われず。
22	岡山地判 昭 57.10.4	判夕 487-140	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条、 自賠法 3 条、 医師法 23 条	一部認 容。控訴。	×（ただし事 故加害者の責 任は認められ た。）	×（ただし事 故加害者の責 任は認められ た。）	病院→病院
23	大阪高判 昭 57.10.29	判夕 486-153	民法 415 条、 民法 709 条	控訴棄 却。確定。	○	○	診療所（患者 自ら病院を受 診。）
24	大阪高判 昭 58.2.9	下民 34-1~4- 83	民法 415 条、 民法 709 条	控訴棄 却。確定。	×	×	診療所→病院 →病院
25	高松高判 昭 58.2.24	判夕 501-217	民法 198 条、 民法 415 条、 民法 416 条、 民法 709 条、 民法 715 条、 医師法 1 条、 医師法 23 条、 旧民事訴訟法 198 条	取消。請 求棄却。	×	×	病院（転院等 は行われず。）
26	名古屋地 判 昭 58.8.19	判夕 519-230	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条、 救急病院令 1 条、医師法 19 条	棄却。控 訴。	×	×	病院→診療所 →病院
27	浦和地判 昭 58.8.29	判夕 516-172	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	棄却。確 定。	×	×	病院→病院
28	福岡高判 昭 58.9.27	訟月 30-3-497	民法 415 条、 民法 709 条	控訴棄 却。確定。	×	×	病院（転院等 は行われず。）
29	名古屋地 判 昭 58.9.30	判夕 519-221	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条、 医師法 19 条	棄却。	×	×	診療所（転医 等を行われ ず。）
30	東京地判 昭 58.12.21	判夕 526-221	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 710 条	一部認 容。控訴。	○	○	病院→病院
31	東京地判 昭 59.5.8	判夕 535-285	民法 709 条、 民法 715 条	棄却。控 訴。和解。	○	×	病院→病院
32	名古屋地 判	下民 35-5~8-	民法 415 条、 民法 418 条、	一部認 容。控訴。	○	○	診療所→病院 →病院

	昭 59.7.12	498	民法 643 条、 民法 656 条、 医師法 23 条				
33	高知地判 昭 59.9.27	判夕 559-267	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	棄却。	×	×	病院→病院
34	新潟地判 昭 59.11.26	判夕 549-314	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	棄却。	×	×	診療所→病院
35	大阪地判 昭 59.12.20	判夕 550-231、 553-231	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	棄却。	×	×	病院→病院
36	大阪高判 昭 59.12.20	判夕 549-305	民法 415 条、 医師法 23 条	原判決取 消、請求 棄却（甲 事件）、控 訴棄却 （乙事 件）	×	×	診療所（転医 等は行われ ず。）
37	福岡高判 昭 60.1.24	判夕 553-216	民法 709 条、 民法 715 条、 医師法 23 条	原判決取 消、請求 棄却。	×	×	病院（転院等 は行われず。）
38	札幌高判 昭 60.2.27	判夕 555-279	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	一部原判 決変更、 一部控訴 棄却。和 解成立。	○	○	診療所⇄臨床 病理センター →病院
39	最判 昭 60.3.26	民集 39-2-124	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	上告棄 却。	○	○	病院→病院
40	千葉地判 昭 60.3.29	判夕 584-70	民法 415 条	棄却。	×	×	病院（転院等 は行われず。）
41	徳島地判 昭 60.7.3	判夕 576-83	民法 415 条、 民法 709 条、 医師法 23 条	棄却。控 訴。	×	×	診療所（退院 2 ヶ月後、患 者自ら病院を 受診。）
42	千葉地判 昭 61.7.25	判夕 634-196	民法 709 条、 民法 715 条、 医師法 19 条	一部認 容。控訴。	△（病院の不 法行為責任等 が認められ た。）	△（病院の不 法行為責任等 が認められ た。）	診療所→病院 （満床を理由 に診療拒 否。）→診療所
43	大阪地判 昭 62.5.8	判夕 663-178	民法 415 条、 民法 656 条、 民法 709 条	棄却。控 訴。	×	×	診療所→病院 →病院→病院
44	京都地判 昭 62.12.11	判夕 664-134	民法 709 条、 民法 715 条	一部認 容。控訴。	△（原告 13 名中、昭和 51 年 12 月出生 の未熟児につ いては医師の 責任が肯定さ れた。）	△（原告 13 名中、昭和 51 年 12 月出生 の未熟児につ いては医師の 責任が肯定さ れた。）	病院（原告に より異なる。）
45	山口地下 関支判	判時 1289-13	民法 415 条、 民法 709 条	一部認 容。控訴。	○	×	病院→病院

	昭 62.12.21	4					
46	東京地判 平 2.12.21	判夕 751-182	民法 415 条、 民法 709 条	認容。控 訴。	○	○	診療所→病院
47	横浜地川 崎支判 平 3.4.25	判時 1406-70	民法 709 条	一部認 容。確定。	○	○	診療所（転医 等は行われ ず。）
48	浦和地熊 谷支判 平 3.5.28	判夕 767-201	民法 709 条、 民法 715 条	一部認 容。控訴。	○	○	診療所→病院
49	浦和地判 平 4.3.2	判夕 781-196	民法 415 条	一部認 容。確定。	○	○	病院→病院→ 病院
50	奈良地判 平 5.6.30	判夕 851-268	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	一部認 容。確定。	○	○	病院→病院
51	東京地判 平 5.7.30	判夕 870-236	民法 709 条	棄却。確 定。	×	×	病院→病院 （* 後方連 携）
52	浦和地判 平 5.7.30	判夕 841-201	民法 415 条、 民法 416 条、 民法 709 条	一部認 容。控訴。	○	○	病院→病院
53	広島高判 平 5.12.20	判夕 845-291	民法 415 条、 民法 709 条	変更。一 審原告の 請求棄 却。控訴 棄却。確 定。	×	×	病院→病院
54	大阪高判 平 6.3.8	判夕 867-211	民法 709 条、 民法 715 条	控訴棄 却。確定。	△（昭和 51 年 12 月出生 の未熟児に ついては医師 の責任が肯定 された。）	△（昭和 51 年 12 月出生 の未熟児に ついては医師 の責任が肯定 された。）	
55	福岡地判 平 7.1.20	判時 1558-111	民法 415 条、 民法 709 条	一部認 容。確定。	○	○	診療所→診療 所
56	広島高判 平 7.2.22	判夕 902-154	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 719 条	控訴棄 却。上告。	△（開業医に 注意義務違反 の一部が認め られ、入院先 診療所の医師 には注意義務 違反は認めら れなかった。）	×	診療所→診療 所→病院
57	横浜地判 平 7.3.14	判夕 893-220	民法 415 条、 民法 656 条、 民法 709 条	一部認 容。控訴。	○	○	診療所→病院 →病院
58	最判 平 7.6.9	民集 49-6-149 9	民法 415 条、 民法 709 条、 旧民事訴訟法 185 条	破棄差 戻。	×	×	病院（転院等 は行われず。）
59	神戸地姫 路支判	判夕 942-205	民法 709 条	一部認 容。控訴。	○	○	病院→病院

	平 8.9.30						
60	東京地判 平 8.10.31	判時 1610-10 1	民法 415 条、 民法 709 条	一部認 容。控訴。	○	× (ただし慰 謝料は認めら れた。)	診療所→病院 →病院
61	宮崎地判 平 8.11.29	判夕 947-247	民法 415 条、 民法 709 条	一部認 容。控訴。	×	×	診療所→病院
62	最判 平 9.2.25	民集 51-2-502	民法 415 条、 民法 709 条、 民事訴訟法 185 条、民事訴 訟法 394 条	破棄差 戻。	○	○	診療所→診療 所→病院
63	大阪地判 平 9.3.7	判夕 968-217	民法 415 条、 民法 709 条	棄却。確 定。	○	×	診療所→病院
64	京都地判 平 9.5.29	判夕 955-203	民法 415 条、 民法 709 条	一部認 容。確定。	△ (第 2 の病 院の担当医の み)	△ (第 2 の病 院の担当医の み)	診療所→病院 →病院
65	大阪高判 平 9.9.19	判時 1630-66	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 715 条	一部認 容。確定。	○	○	診療所 (患者 自らが高次の 医療機関を受 診。)
66	大阪高判 平 9.12.4	判夕 977-204	民法 415 条、 民法 709 条	変更。上 告。	○	○	病院 (転院等 は行われず。)
67	大阪地判 平 10.10.21	判夕 1023-23 1	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 710 条	一部認 容。確定。	○	○	病院→病院
68	岡山地判 平 11.3.15	交通民 32-2-501	民法 709 条等	一部認 容。	○	○	病院→病院→ 病院
69	名古屋地 判 平 12.9.18	判夕 1110-186	民法 415 条、 民法 656 条、 民法 709 条	一部認 容。確定。	○	○	診療所→病院
70	東京高判 平 13.5.30	判夕 1095-22 5	民法 415 条、 民法 709 条、 民法 711 条	一部認 容、原判 決変更、 一部取 消。和解。	○	○	診療所→病院
71	東京高判 平 13.10.16	判時 1792-74	民法 415 条、 民法 709 条、 民事訴訟法 247 条	一部認 容。確定。	○	×	診療所→病院
72	最判 平 15.11.11	民集 57-10- 1466	民法 709 条	破棄差 戻。	○	○	診療所→病院

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」

研究報告書

⑦ 船橋市における脳卒中発症全数の救急搬送、

収容、長期予後に関する調査

研究協力者 箕輪良行 聖マリアンナ医科大学救急医学教授

大内崇裕 聖マリアンナ医科大学救急医学助手

金 弘 船橋市立医療センター救命救急センター長

地域における救急医療体制は歴史的、地理的な要因によって非常におおきな差異がある。船橋市では地域医師会、行政、市民団体が連携して救急医療体制を整備してきた。救急医療を当面の優先課題として対応してきた連携ネットワークが持っている汎用性は、ある意味で、地域内に同じような健康、福祉問題をかかえる都市部にとって示唆にとむものと考えられる。船橋市の地域医療にとっても、わが国のいずれの地域がそうであるように脳卒中（脳血管障害）はきわめて大きなテーマになっている。本研究の目的は船橋市における、1年間の脳卒中救急搬送例の予後調査を通じて、地域における脳卒中医療の問題点を探ることにある。平成14年4月から平成15年3月までに、人口56万の船橋市において、船橋市消防局救急隊により搬送された21,853件を対象とした実態調査で、脳卒中（脳出血、クモ膜下出血、脳梗塞）と確定診断された868件に関して検討した。主要な結果は脳卒中の87.6%は船橋市内の病院に搬送されていた、75歳以上の患者は脳梗塞全体の48.3%、全脳卒中の29.6%をしめており、1年間に搬送された脳卒中患者868例のうち脳梗塞が532例（61%）で過半数を占めていた、脳梗塞は47例（10.9%）のみが救命センターで、残りの384例は市内の各医療機関に搬送されていた、脳卒中の急性期治療における手術の役割は限定的であり、87%の症例は積極的な内科的治療とリハビリテーションを施されていた、2週間後の転帰ではクモ膜下出血の死亡率が有意に高値であり自宅へ退院しえたのは脳梗塞では102例（19%）にすぎず多くは長期入院とリハビリテーションを要した、3ヵ月後の転帰は入院例484例のうち自宅退院したのは194例（40.2%）であった。調査結果から、今までの実績に加えて脳卒中患者の急性期リハビリテーションを地域内で供給することが、地域救急医療の今後の課題である脳梗塞患者の予後を改善する上で重要と考えられた。リハビリテーション施設の市内開設を検討する方向を連携ネットワークは唱えている。

A. 研究目的

船橋市における、1年間の脳卒中救急搬送

例の予後調査を通じて、地域における脳卒中

医療の問題点を探ることにある。

B. 研究方法

平成 14 年 4 月から平成 15 年 3 月までに、人口 56 万の船橋市において、船橋市消防局救急隊により搬送された 21,853 件を対象として解析を実施した。

(倫理面への配慮)

本調査は船橋市消防局と船橋市医師会による緊密な協同研究であり、搬送対象傷病者の個人情報を用いた研究であるために個人を特定できないように患者氏名は記号化した。また調査資料は、収集した医師会事務局で厳格に管理して一切、非関係者が閲覧できないようにした。

C. 研究結果

年齢・性別と病型分類、病型別搬送病院、現着時の意識レベルと手術、2 週間後の転記、3 ヶ月後の転記の 5 項目について、データを解析した。

D. 考察

地域救急の実体を厳密に反映したものである調査結果に基づいて今後の医療提供のあり方を検討していく演繹的なアプローチは公衆衛生学、行政学的にも正統なものである。効率的で公正な医療供給体制を構築していく上で、船橋市のような連携ネットワーク型で事業を推進してきた地域に置いては、関係諸機関が達成すべきゴールを明確で分かりやすい形で呈示することが新たな連携と事業を進め

る上でも重要である。その意味でも先行する長崎市の調査を踏まえて、船橋市における救急医療の実体を把握して明確な目標を誰にも分かるように分析することが求められていた。

船橋市救急医療実体調査は、船橋市消防局救急隊が搬送した患者、すなわち船橋市内で生じた疾病、事故等による傷病者をもとにしたものであるため、周囲の地域から他市の救急隊が船橋市内の医療機関に搬送した傷病者は除外されている可能性がある。また、具合が悪くなって自力で医療機関を受診したような患者も含まれていない可能性があり、地域内のすべての脳卒中患者を網羅していない限界について言及しておく。

E. 結論

1. 先行して発表されている長崎救急医療白書'97 を参考とした船橋市における救急医療実体調査を実施して、地域内で救急搬送された脳卒中患者の救急搬送、収容、2 週間後の予後に関してその結果を考察した。
2. 本研究ではさらに、2 週間後の予後調査において入院中であった症例について、入院した医療機関に調査票を送り、3 ヶ月後の予後調査を行った。
3. 以上の調査の主要な結果は 75 歳以上の患者は脳梗塞全体の 48.3%、全脳卒中の 29.6%をしめており、1 年間に搬送された脳卒中患者 868 例のうち脳梗塞が 532 例(61%)で過半数を占めていた、脳卒中の 87.6%は船橋市内の病院に搬送されていた、脳梗塞は 47

例（10.9％）のみが救命センターで、残りの384例は市内の各医療機関に搬送されていた、脳卒中の急性期治療における手術の役割は限定的であり、87％の症例は積極的な内科的治療とリハビリテーションを施されていた、2週間後の転帰はクモ膜下出血が有意に高値であり自宅へ退院しえたのは脳梗塞では102例（19％）にすぎず多くは長期入院とリハビリテーションを要した、3ヵ月後の転帰は入院例484例のうち自宅退院したのは194例（40.2％）であった。

4. 地域における連携ネットワーク型のモデルである船橋市における救急医療実態調査から、今までの実績に加えて脳卒中患者の急性期リハビリテーションを地域内で供給することが、地域救急医療の今後の課題である脳梗塞患者の予後を改善する上で重要と考えられた。そして実際にリハビリテーション施設の市内開設を検討することとなった。

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

大内崇裕・計良和範・金弘他：日本救急医学会（平成16年10月）で発表。演題「船橋市の救急医療実態調査(3) 予後調査からみた地域の脳卒中対策」

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7章 船橋市における脳卒中発症全数の救急搬送、 収容、長期予後に関する調査

箕輪良行（聖マリアンナ医科大学）

大内崇裕（聖マリアンナ医科大学）

金 弘（船橋市立医療センター）

研究要旨

地域における救急医療体制は歴史的、地理的な要因によって非常におおきな差異がある。船橋市では地域医師会、行政、市民団体が連携して救急医療体制を整備してきた。救急医療を当面の優先課題として対応してきた連携ネットワークが持っている汎用性は、ある意味で、地域内に同じような健康、福祉問題をかかえる都市部にとって示唆にとむものと考えられる。船橋市の地域医療にとっても、わが国のいずれの地域がそうであるように脳卒中（脳血管障害）はきわめて大きなテーマになっている。本研究の目的は船橋市における、1年間の脳卒中救急搬送例の予後調査を通じて、地域における脳卒中医療の問題点を探ることにある。平成14年4月から平成15年3月までに、人口56万の船橋市において、船橋市消防局救急隊により搬送された21,853件を対象とした実態調査で、脳卒中（脳出血、クモ膜下出血、脳梗塞）と確定診断された868件に関して検討した。主要な結果は脳卒中の87.6%は船橋市内の病院に搬送されていた、75歳以上の患者は脳梗塞全体の48.3%、全脳卒中の29.6%をしめており、1年間に搬送された脳卒中患者868例のうち脳梗塞が532例（61%）で過半数を占めていた、脳梗塞は47例（10.9%）のみが救命センターで、残りの384例は市内の各医療機関に搬送されていた、脳卒中の急性期治療における手術の役割は限定的であり、87%の症例は積極的な内科的治療とリハビリテーションを施されていた、2週間後の転帰ではクモ膜下出血の死亡率が有意に高値であり自宅へ退院しえたのは脳梗塞では102例（19%）にすぎず多くは長期入院とリハビリテーションを要した、3ヵ月後の転帰は入院例484例のうち自宅退院したのは194例（40.2%）であった。調査結果から、今までの実績に加えて脳卒中患者の急性期リハビリテーションを地域内で供給することが、地域救急医療の今後の課題である脳梗塞患者の予後を改善する上で重要と考えられた。リハビリテーション施設の市内開設を検討する方向を連携ネットワークは唱えている。

研究目的

地域における救急医療体制は歴史的、地理的な要因によって非常におおきな差異がある。船橋市では地域医師会、行政、市民団体が連携して救急医療体制を整備してきた。その取り組みのなかから平成5年に設置が決まった救命救急センターを中心として、平成6年にはドクターカー運用が始まり、地域内の医療機関が積極的に連携関係を築きあげてきた¹。このような救急医療を当面の優先課題として対応してきた連携ネットワークが持っている汎用性は、ある意味で、地域内に同じような健康、福祉問題をかかえる都市部にとって示唆にとむものと考えられる。

船橋市の地域医療にとっても、わが国のいずれの地域がそうであるように脳卒中（脳血管障害）はきわめて大きなテーマになっている。実際最近では、平成16年9月に市民会館ホールで開催された、船橋市、医師会、救命救急センター、市民団体の共催による救急医療シンポジウムにおいても「脳卒中の急性期リハビリテーション」をめぐり、約300人の市民が集まり活発な議論がなされた。

その理由の第一は非常に発生頻度が高いこと、第二は突然発症し重症化することが多い救急疾患であること、第三は機能障害を残すことが多く、急性期からリハビリテーションにいたる地域ぐるみのサポート体制が必要なことである。従来多いといわれてきた脳出血に比して、最近脳梗塞がふえてきた。人口の高齢化に伴い、脳卒中は医療、福祉を中心とした地域の高齢化社会対策の中心課題となってきた。

本研究の目的は船橋市における、1年間の脳卒中救急搬送例の予後調査を通じて、地域における脳卒中医療の問題点を探ることにある。

研究方法

1. 対象及び方法

平成14年4月から平成15年3月までに、人口56万の船橋市において、船橋市消防局救急隊により搬送された21,853件を対象とした²。このうち、医師会により2週間目の予後調査を行った20,403件（93.4%）のうち内因性疾患が13,056件（64.0%）、外因性疾患が7,246件（35.5%）、内因性疾患と外因性疾患の混在するものが99件（0.4%）、不明が2件であった。内因性疾患のうち脳疾患は2,124件、循環器疾患は1,312件、消化器疾患は2,591件、呼吸器疾患は1,941件、その他5,088件であった。1年間の調査期間中に搬送された救急患者のうち脳疾患に分類された患者は2,124件であった。このうち脳卒中（脳出血、クモ膜下出血、脳梗塞）と確定診断されたのは868件であった。調査項目はプレホスピタルの活動時間（覚知時間、現場到着時間、現場出発時間、病院

¹ 船橋市医師会：船橋市医師会史Ⅱ 2002年、ぎょうせい

² 船橋市医師会救急医療対策委員会：船橋救急医療白書2002、船橋市医師会、2004年

収容時間)、収容施設、現着時の意識レベル (Japan Coma Scale)、バイタルサイン、処置、確定診断 (病型分類)、手術の有無、2 週間後の転帰であった。意識レベルは JCS (Japan coma scale) で記載し、0: 清明は I 桁に含めた。さらに、各収容病院から医師会が回収した調査表に基づいて、長期予後の追跡調査を実施した。

2. 長期予後の追跡調査

2 週間後に入院していた例 490 例には、3 ヶ月後の転帰を追跡した。調査項目は 3 ヶ月後の転帰、自立度であった。自立度は Modified Rankin Scale で評価した。0、1、2 を I 群 (自立群)、3、4 を II 群 (部分介助群)、5 を III 群 (全介助群) とし分類した。統計学的な検定は χ^2 乗検定を用いた。

3. 倫理面への配慮

本調査は船橋市消防局と船橋市医師会による緊密な協同研究であり、搬送対象傷病者の個人情報を用いた研究であるために個人を特定できないように患者氏名は記号化した。また調査資料は、収集した医師会事務局で厳格に管理して一切、非関係者が閲覧できないようにした。

結果

1. 年齢、性別と病型分類

平均年齢は 71.9 ± 12.6 歳で、性別は 868 例中、男性 471 例 (54.3%)、女性 397 例 (45.7%) であった。脳梗塞の平均年齢 73.1 ± 11.7 歳は他の病型に比べ有意に高かった ($p < 0.01$)。75 歳以上の患者は脳梗塞全体の 48.3%、全脳卒中の 29.6% をしめていた (Figure1)。

Figure2 に 1 年間に搬送された脳卒中患者 868 例の病型分類を示す。868 例中脳出血が 245 例 (28%)、クモ膜下出血が 91 例 (10%)、脳梗塞が 532 例 (61%) であった。脳梗塞例が過半数を占めていた。救急車で来ても、軽症で帰宅するものあるいは自力で受診する患者を加えれば脳梗塞の頻度はさらに高くなることが推定された。

2. 病型別搬送病院

脳卒中の 87.6% は船橋市内の病院に搬送されていた。病型別に搬送先の病院を分析すると、クモ膜下出血の 51 例 (62.2%)、脳出血の 63 例 (31.8%) が市立医療センターに併設されている救命救急センターに搬送されていた。専門的な治療の必要な例が、脳神経外科医が常駐する施設に搬送されており、プレホスピタルレベルにおいて救急隊による専門的治療を要する脳卒中症例の病院選定は比較的正確であった。一方脳梗塞は 47 例 (10.9%) のみが救命センターで、残りの 384 例は市内の各医療機関に搬送されていた (Figure3)。

3. 現着時の意識レベルと手術

救急隊現着時の意識レベルがⅢ桁の症例の割合は脳出血 48 例 (19.6%)、クモ膜下出血 32 例 (35.2%)、脳梗塞 39 例 (7.3%) であり、クモ膜下出血と他の 2 病型の間には有意の差 ($p < 0.01$) が認められた。また現着時意識障害が高度であるほど 2 週間以内の死亡率は高く、予後と相関していた。Table1、2、3 に各病型別の救急隊現着時意識レベルと 2 週間後の転帰を示す。救急隊員が現場で行う意識レベルの判定は予後を占う上できわめて重要と考えられた。

また、Table4 に搬送された脳卒中患者に関して病型別に行われた手術及び外科的処置について示す。脳卒中 868 例に対する手術率は 13.1% で、脳出血の 33 例 (13.5%)、クモ膜下出血の 55 例 (60.4%)、脳梗塞の 26 例 (4.9%) に手術及び外科的処置が行われた。クモ膜下出血の術式では 19 例 (34.5%) に血管内手術が施行されていた。以上の結果から、当該地域において脳卒中の急性期治療における手術の役割は限定的であり、87% の症例は積極的な内科的治療とリハビリテーションを施されていることが実証された。

4. 2 週間後の転帰

死亡率は脳出血 40 例 (16.3%)、クモ膜下出血 29 例 (29.7%)、脳梗塞 33 例 (6.2%) であった。クモ膜下出血の 2 週間目以前の死亡率は脳出血、脳梗塞と比べ有意に高値だった ($p < 0.01$)。さらに自宅へ退院しえたのは脳出血、クモ膜下出血、脳梗塞のそれぞれ 14 例 (6%)、2 例 (2%)、102 例 (19%) のみであり、他は長期入院とリハビリテーションを要した。

5. 3 ヶ月後の転帰

入院例 484 例のうち自宅退院したのは 194 例 (40.2%)、死亡が 43 例 (8.9%) で、233 例 (48.0%) は入院中であるか転院している (Figure4)。

Figure5 に 3 ヶ月後の退院、転院時における自立度を示す。その結果、部分介助が 158 例 (34.6%)、全介助が 116 例 (25.4%) であった。これらの症例はいずれも回復期リハビリテーションの適応患者であるが、市内にリハビリテーション専門病床が少ないため、当初入院した病院あるいは他の病院の一般病床でのリハビリテーションに終始せざるをえなかった。

考察

歴史的に船橋市においても救急医療の課題は、当初は交通事故を初めとした重症患者の地域内対応から始まった³。救命救急センターとドクターカーの設置、運用の成功によ

³ 船橋市医師会：船橋市医師会史Ⅱ 2002 年、ぎょうせい

って、今後の地域内での救急医療の課題と解決の方向性を探る目的で実体調査を実施した⁴。これは既に長崎市医師会が1997年から実施してきた調査を先行事例として行われたものである⁵が、人口50万人の長崎市とほぼ同一規模の中核市である船橋市における調査結果は非常に近似したものとなった。

このように地域救急の実体を厳密に反映したものである調査結果に基づいて今後の医療提供のあり方を検討していく演繹的なアプローチは公衆衛生学、行政学的にも正統なものである。効率的で公正な医療供給体制を構築していく上で、船橋市のような連携ネットワーク型で事業を推進してきた地域に置いては、関係諸機関が達成すべきゴールを明確で分かりやすい形で提示することが新たな連携と事業を進める上でも重要である。その意味でも先行する長崎市の調査を踏まえて、船橋市における救急医療の実体を把握して明確な目標を誰にも分かるように分析することが求められていた。

今回の調査結果からも明らかになったように、今後、当市の脳卒中、地域救急医療においては、外科的治療の役割は限定的であり、むしろ圧倒的多数を占める脳梗塞への対策が必要と考えられた。第一に、医学的な視点から脳梗塞の早期診断と治療に関して最初に強調すべきは、早期線溶療法の導入であろう。この治療の背景のひとつに、1995年に発表されたアメリカの国立神経疾患・脳卒中研究所(NINDS)の遺伝子組換えプラスミノゲンアクチベーター(recombinant tissue plasminogen activator:rt-PA)臨床試験がある⁶。この報告によると発症3時間以内の脳梗塞に対するrt-PA経静脈的血栓溶解療法の有用性が証明されている。アメリカ国内ではこのあと1996年からFDAが脳梗塞に対するrt-PA静脈内投与法による血栓溶解療法を承認して普及するようになった。

地域内での脳梗塞患者の治療成績を改善する上で、この早期治療法の普及は大きな前進をもたらすであろう。船橋市の調査結果からもこの治療法の認可と普及が重要である。国内で認可されるならば急性期脳梗塞治療法は大きく変わり、ひいては地域の脳卒中患者治療の前進に資するところは大きいと思われる。わが国でも現在、同療法の保険適用に関して検討がなされており早い時期に利用可能になると予想される。

地域救急医療の大きなテーマである脳梗塞の予後を改善する上で重視すべき第二の方策は、発症早期からのリハビリテーション体制を充実、整備することである。現在最も有望なものは地域リハビリテーションの推進であるが、それは障害のある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに一生安全に生き生きとした生活を送れるように支援することを意味する。

船橋市がドクターカー、救命救急センター、地域内二次救急病院ネットワークと体系化して業績をのこしてきた急性期医療に連動する形で、地域リハビリテーション施設が必須である。なかでも発症超早期からのリハビリテーションを強力にサポートできる急性期リハビリテーション施設が妥当である。以上のような実体調査と脳卒中予後調査と

⁴ 船橋市医師会救急医療対策委員会：船橋救急医療白書2002、船橋市医師会、2004年

⁵ 長崎救急医療協議会：長崎救急医療白書'97 長崎市医師会、1998年

⁶ The National Insutitute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Groupe:Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke.N Engl J Med 333:1581 - 1587,1995

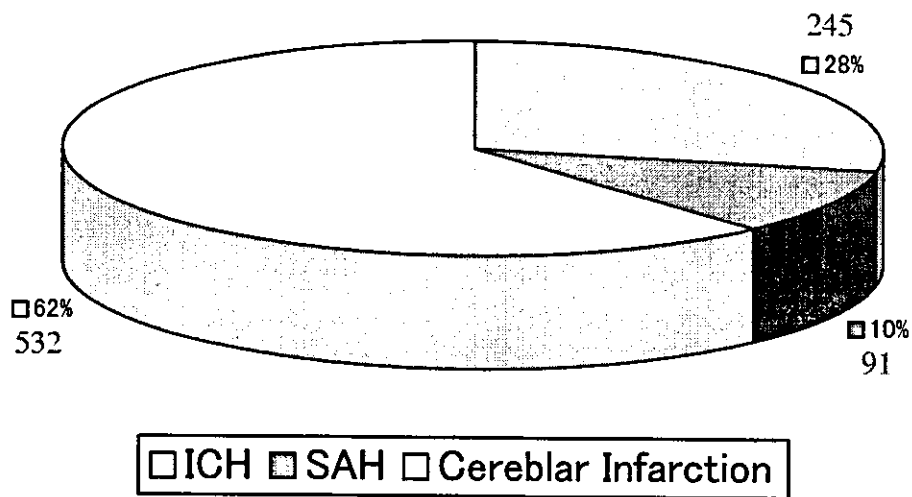
の結果を踏まえて、現在船橋市では市立医療センターに隣接して200床程度のリハビリテーション病院を建設する予定で進めている。上記のようにこれも、地域医師会、行政、市民団体等が連携ネットワークのもとに推進してきた当然に帰結とも考えられる。

本調査の限界として、まず本研究は原則的には船橋市において発生した救急事例の救急車搬送を介した疫学調査に基づいている。本研究の元になっている船橋市救急医療実体調査は、船橋市消防局救急隊が搬送した患者、すなわち船橋市内で生じた疾病、事故等による傷病者をもとにしたものであるため、周囲の地域から他市の救急隊が船橋市内の医療機関に搬送した傷病者は除外されている可能性がある。また、具合が悪くなって自力で医療機関を受診したような患者も含まれていない可能性があり、地域内のすべての脳卒中患者を網羅していない限界について言及しておく。

結論

1. 先行して発表されている長崎救急医療白書'97を参考とした⁷船橋市における救急医療実体調査を実施して、地域内で救急搬送された脳卒中患者の救急搬送、収容、2週間後の予後に関してその結果を考察した。
2. 本研究ではさらに、2週間後の予後調査において入院中であった症例について、入院した医療機関に調査票を送り、3ヶ月後の予後調査を行った。
3. 以上の調査の主要な結果は75歳以上の患者は脳梗塞全体の48.3%、全脳卒中の29.6%をしめており、1年間に搬送された脳卒中患者868例のうち脳梗塞が532例(61%)で過半数を占めていた、脳卒中の87.6%は船橋市内の病院に搬送されていた、脳梗塞は47例(10.9%)のみが救命センターで、残りの384例は市内の各医療機関に搬送されていた、脳卒中の急性期治療における手術の役割は限定的であり、87%の症例は積極的な内科的治療とリハビリテーションを施されていた、2週間後の転帰はクモ膜下出血が有意に高値であり自宅へ退院しえたのは脳梗塞では102例(19%)にすぎず多くは長期入院とリハビリテーションを要した、3ヵ月後の転帰は入院例484例のうち自宅退院したのは194例(40.2%)であった。
4. 地域における連携ネットワーク型のモデルである船橋市における救急医療実体調査から、今までの実績に加えて脳卒中患者の急性期リハビリテーションを地域内で供給することが、地域救急医療の今後の課題である脳梗塞患者の予後を改善する上で重要と考えられた。そして実際にリハビリテーション施設の市内開設を検討することとなった。

⁷ 長崎救急医療協議会：長崎救急医療白書'97 長崎市医師会、1998年



ICH(intracerebral hemorrhage)
 SAH(subarachnoid hemorrhage)

Figure1. The patients distribution of the type of CVD(cerebro vascular disease).

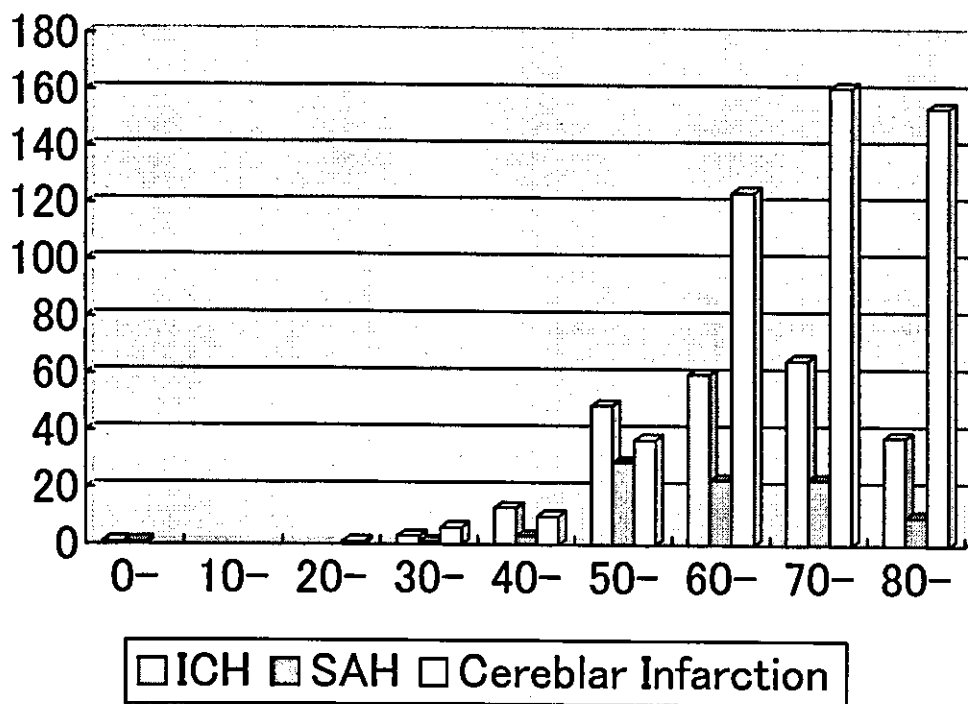


Figure2. The age distribution of CVD patients and the type of CVD.