

【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。

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われてしまった。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。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。その後寝たきりとなり、肺炎を併発し永眠した。

(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。

この事例はわが国の医療制度に関する様々な問題（例：医師と患者の関係、末期医療の在り方、リハビリテーション体系の立ち遅れ）を浮き彫りにしている³が、

³ この事例を含め大和田は各種の事例を作成した（詳しくは平成 16 年度および平成 17 年度の

本稿との関係で特に強調すべき点は医療機関等の連携の悪さである。医療機関は入院期間を短縮することが経営上要請される中で、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、入院をした途端に次の“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⁴。もちろん、上記のような事例は極端であるにしても、(程度の差はあれ)似たような例は少なくないと考えられる。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、この事例は東京都内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をみると、次のように記述されている。

「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や方向性に関する認識としては間違っていない。しかし、問題は、下線部の「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」なっていないのが実態だということにある。

報告書中の大和田論文を参照)。なお、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。その意味で、これを本研究会では「テスター」と呼んでいる。例えば、退院時ケア・カンファレンスを行っている地域、プライマリ・ケア・ドクターや地域連携室が機能している地域と、これらが機能していない地域では、どの時点でこのような事例における事態の「悪化」をチェックできるか、ケアマネジャーがどの時点でどのように「介入」するかが異なる。

⁴ また、必ずしも明確な実証データがあるわけではないが、急性期病院における施療が不十分なまま退院させられるケースが増加しているのではないかと指摘もある。

近年医療機関の機能分化と連携が強調され診療報酬上も機能分化のインセンティブを図る改定がなされている。これに伴い、医療機関の機能分化ということが自己目的化し、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。しかし、本来、医療政策の目標（評価基準）は、冒頭述べたように、①医療の質、②アクセスの公平性、③効率性、の3つであり、医療機関の機能分化と連携は、そのこと自体が目的ではない。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）ための手段であるというべきである。また、転医・転院が行われれば情報伝達ロスが発生する可能性も高い。一種の「インターフェース・ロス」である。したがって、医療機関等の機能分化と連携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、アクセスの公平性、効率性の向上を確保するための「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。

3. 政策の方向性と課題

(1) 総論

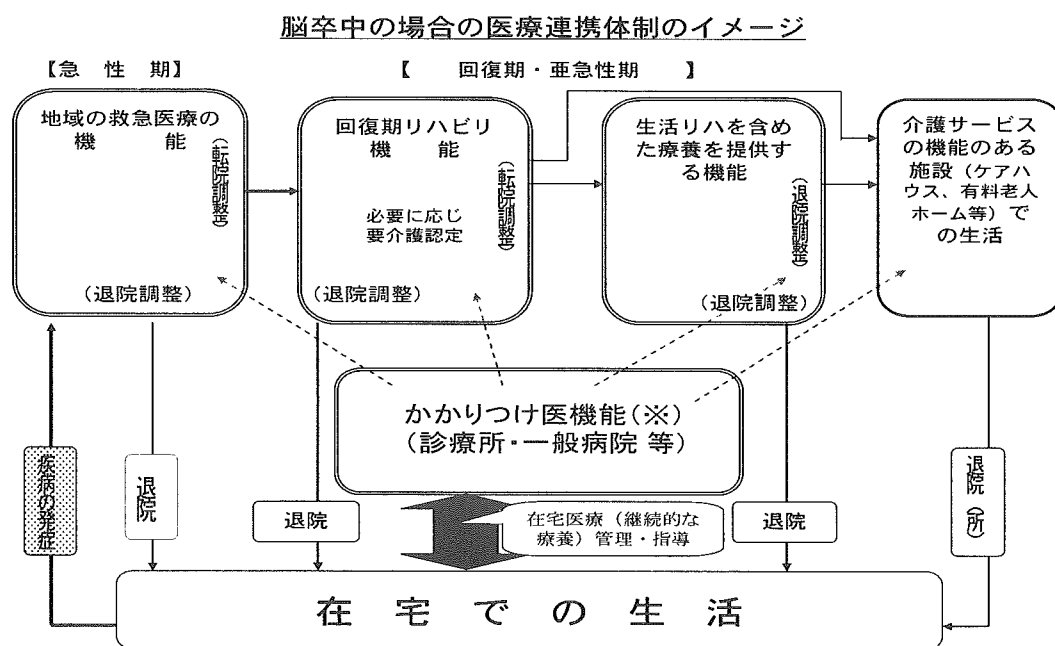
前述した事例で、一読して明らかな問題は、医療機関側が転院先を探すこと等の「責任」を患者やその家族に“押し付け”てしまっていることである。患者やその家族からすれば、現実にはどのような選択肢がありどのような要素を考慮すべきなのか全く分からない状態に陥ることとなる。仮定の話であるが、この事例の患者が仮に「家庭医」（「かかりつけ医」等の概念の異同等については後述する）を持っていたとすればどうなっていたであろうか。患者は何らかの相談・助言を受けられたはずであり、状況は多少なりとも変わっていたはずである。また、医師でなくとも、地域医療連携室あるいはソーシャルケースワーカーが機能していれば、あるいは、この患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かもしれない。換言すれば、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）足る者が全く存在せず、全体のマネージを行う者が不在であることが、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、医療機関が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。再び仮定の話になるが、この事例の患者の退院に際し仮に医療や介護等の関係者が退院時カンファレンスを行うようなシステムを有している医療機関・地域であったら状況は全く変わっているはずである。しかし、このようなシステムが機能して

いる地域は全国的にみればごく一部の地域にとどまる。もとより、個々の医療機関や医師はこのような状態を決して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、現状では、担当した医師の倫理感や個人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との関係がシステムとして十分うまく機能しているかは、別の問題として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(後述する)が、図中の点線は、退院調整等に当たっても、これが「常に患者の立場に立って重要な役割」を果たすことを表している。



※ 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) 「医療制度改革資料」

(2) プライマリーケア・システムと家庭医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、プライマリ・ケアはそれ自体独自の専門性(ちょうど心臓外科とか泌尿器科というのと同様に意味で)を持った概念となっている。

それでは、プライマリ・ケアの定義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2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く、要件として妥当だということである。

表2：プライマリ・ケアの要件比較

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. 必要な時いつで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、「家庭医に関する懇談会」は 1987 年に報告書をまとめたが、具体的な政策に何ら結実することなく終わったのみならず、家庭医という言葉自体も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(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⁵。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されてよい。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分析する必要がある。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が、複数の疾病を抱えている場合や、何らかの重篤な疾患の可能

⁵ ただし、筆者は、患者が望むとおり行うのが医療行為の本質だと考えているわけではない。このことは、本文の「医師と患者の関係」に関する記述を参照されたい。

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を意味しない。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、必要に応じ当該患者の病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、医療機関の連携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“コンサルジェ機能”は一層重要になってくる。また、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、家庭医と在宅医は本来重なり合う部分が多い。さらに、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）。

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）⁶を持たせることは、費用対効果の面で優れている。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）ことについては意見が分かれよう。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からである。後の第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が優先し、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はないかと考えている。

第4に、プライマリ・ケアや家庭医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大きな問題がある。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現在のところ存在しない。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・ケアとなるわけではない。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

⁶ 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。

はあるが、「百年河清を待つ」感があることも否めない。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、それを待つ時間的余裕はない。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し、当然のことながら大学において家庭医の専門教育を試みることも必要であろう。また、基幹的病院と連携し家庭医養成の研修を体系的に行い実践していくことも非常に有意義であると思われる。

第5に、プライマリ・ケアの在り方・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すことは医療資源の有効配分という意味でも有用である。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ーケア・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」が主軸になりつつ患者の病状等の応じた専門医やケアマネジャー等を交えた「退院時ケア・カンファレンス」等を行い包括的なケア体制を組むという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教育・研修が必要であり、それを普及させる方策は何かを検討すべきだということである。そして、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」と言い換えてみても、その概念や本質が異なる⁷（例えば、「かかりつけ医」は現実には患者が“かかっている”という事実に着目した概念に過ぎない）以上、何ら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だけである。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。

⁷ 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）。

(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。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、実効性のあるグ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、グ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「演繹法的方法」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 年度および平成 17 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等を行うとともに分析を行った。両年度に視察した地域および特徴を簡単にまとめると、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。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。「囲み」であえて例示と断っている理由である。

【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・・・旧御調町（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「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（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
※ 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

（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特定加算対象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、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。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。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⁸。
- 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。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、熊本では、医療連携パスを介護まで発展させることを検討している。
- 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」（その内容は、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について定量的な評価を行うこと、具体的には、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アクセスの公平性、③効率性、の評価（できればどう変化したか）を行うことが望ましい。平成17年度に一部試行したが十分な成果を得られていない。技術的手法の検討を含め平成18年度の検討課題である。

（4）医師と患者の関係

医療供給の問題を考えるに当たって、医師と患者の関係を法律的にどのようなものとして捉えるかという基本的問題を考察することが必要である。本稿でこのことを取り上げる理由は次の3つである。

第1に、医師と患者の関係は一般に準委任契約（民法656条で準用する643条以下）だと考えられている。つまり、医師と患者の関係は、受託者たる医師には委託者である患者のために善管注意義務を払い診療を行うことを内容とする契約関係だと考えられている⁹。しかし、医師法上応招義務があることを別にしても、医師と患者の関係を単純に準委任契約であると考えてよいかは議論がある。

⁸ 尾道方式を基にした「ロードマップ」については、田城他（2004）を参照されたい。

⁹ 詳細については、例えば、加藤良夫編著（2005）『実務医事法講義』民事法研究会を参照されたい。

例えば、医師の役割とりわけ「家庭医」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・紹介機能があるが、この場合、医師は一種の「代理人」あるいは「信託義務者」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。開業医が自分の利益（例：逆紹介してもらえらる可能性）を考え医療機関を紹介すれば、個々の開業医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・ケアに対する信頼を喪失する。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、診療契約を準委任契約であるとした場合、忠実義務も善管注意義務（644条）から派生すると考えるよりないが、忠実義務は本来厳格性が求められるものであり、このような構成を採ること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託（fiduciary）関係として捉えられており、忠実義務を信託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く、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。また、例えば入院の場合、契約の相手方は医師ではなく法人である（医師は法人の履行補助者となる）が、忠実義務は本来的に人の行為規範であるべきものである。

第2に、機能分化と連携が進むと、転医義務や情報提供義務の重要性や意義をこれまでの法的枠組みで考えてよいかは疑問である。つまり、従来はある医療機関で完結することが原則でその例外として転医等があったのが、医療機関の機能分化が進むと、ある医療機関で完結することがむしろ例外で、他の医療機関等へ患者が移ることが原則となるからである。したがって、患者にとって最適の医療機関等の紹介や情報の伝達が必要になるが、①これらを適切に行うことは準委任契約に基づくものなのか（または、民法654条に基づく委任終了後の応急処分義務に基づくものなのか）、法律上の義務ではないのか、②仮に法律上の義務だとしてどこまで行えば義務を履行したことになるのか、は必ずしも明確ではない。さらに、契約だと構成する限り、例えばインフォームド・コンセント等において患者が説明を聞きサインすれば、自己決定したのものとしてその結果のリスクは患者の側が負うことになるのかも明確ではない¹⁰。

第3に、本質的な問題としては、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。例えば、医師患者関係モデルには、①パターンリズムモデル（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。樋口(2001)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

¹⁰ なお、この点については、樋口(1999)p.108等において、興味深い考察が展開されている。

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が生じる原因を考察する上でも興味深い示唆を与える。

いずれにせよ、医療は一定の方向を目指し医者と患者双方が情報および決定いずれにも関わり相協力して行う行為である（パートナーシップモデル）だとしても、（既述した紹介や情報の伝達を含め）具体的な義務がどのような法理により発生することになるのかは、医療の本質に関わる問題でありながら実はそれほど明確ではない。その上、連携の重要性が増すと、1つの医療機関・医師で完結せず複数の医療機関・医師、関係多職種との関係が生じることになる。したがって、医師と患者の関係は準委任契約だからという演繹的な解釈を行うのではなく、このような場合に誰がどのような責任をどの時点まで負うのかは、法律的な再構成の検討が必要である（次年度の継続課題である）。

4. その他の課題と研究状況

以上、本研究の問題意識と平成16年度および平成17年度に行った重点課題を中心に述べたが、その他の医療供給体制をめぐる研究課題（分担研究者らが個別研究で取り上げたものを除く）についても、問題意識と研究状況等を記しておく。なお、これらを総合化し、全体のビジョンとして構成することが平成18年度の課題である。

（1）在宅医療の展開の視点と条件

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、以降も改訂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、の2点に絞って述べる。

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ことだと思われる。在宅医療—とりわけ“看取り”まで視野に入れた患者の在宅医療—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」との結論を導出する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」の具体的実践となる。

2) 在宅医療の必要条件

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いる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3つの「必要条件」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。医療があつ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。2006年度の診療報酬改定においても、この点に関しては「在宅療養支援診療所」という概念を設け、メリハリを効かせた点数設定がなされていることに留意すべきである。

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、在宅患者が急性憎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、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・立ち遅れが目立つと言わざるを得ない。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・関連多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持つ必要がある。なお、在宅医療を本格的に展開していくためには、看護の職能見直しも必要だと思われる。例えば、看護職で一定の要件を満たす場合には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等を条件に医療・看護職以外の者が行うことを検討すべきであると考えられる。

（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、機能分担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る。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と考えられる。

(3) 疾病予防・疾病管理

医療費適正化対策として、疾病予防や疾病管理に光があたっているが、わが国における疾病予防・疾病管理の課題および展望について若干述べる。

第1は、疾病予防・疾病管理において、どのステージを取り込むのかである。広義の「疾病管理」には、A：健康管理（適切な生活習慣）、B：疾病予防（高脂血症等の改善）、C：狭義の疾病管理（重症化や合併症管理）の三段階がある。わが国における「疾病管理」はAおよびBも含めるべきである。その理由は、①. 医療費やQOL等の問題を考えれば、できるだけ「前段階」でとめるべき、②. 高血糖・高脂血という発現形態の対症療法では本質的な解決にはならずメタボリックシンドローム自体への対応が重要、③. 日本の場合、健診等の既存のシステム（一種のインフラ）が定着しておりその活用が可能、だからである。

第2は、実証データの蓄積の重要性である。「疾病管理」がQOLの改善、健康寿命の延伸に役立つとしても、医療費適正化に短期的・中長期的にどの程度資するのかは、それほど実証的に明らかにされていない。重篤かつ医療費も多額な疾患に繋がる糖尿病の「疾病管理」の意義はあると考えられるが実証が必要である。また、診断基準や治療法等に関する科学的信頼性を確保する必要がある。さらに、生活習慣を変えるのは容易ではなく、「行動科学」の成果も活かした実績・効果評価も重要である。

第3は、米国のコンセプトをそのまま日本に「移植」という安直な方法は適当ではない。医療制度のバックグラウンド等は異なる。HMOと健保組合は同じではない。日本の医療システムの比較性を活かしつつ、具体的・現実的な「手法」を検討することが重要である。例えば、被用者保険の被保険者の場合、産業医と健保組合等の保健師との連携、主治医との関係の整理のほか、被扶養者の場合には、保険者と市町村の保健事業との関係をどう整序していくかという問題がある。「疾病管理」は、保険者の重要な役割であるが、事業主サイド（産業医等）との健診データの共有等はデリケートな問題を孕む。また、狭義の「疾病管理」についても、病院の専門医と開業医の連携、複数の疾患を有する症例の場合の複数医師の連携等の課題がある。

(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・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を検討する必要がある。

(5) 諸外国の医療改革の考察

各国の医療制度はデリバリー及びファイナンス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、アクセスの公平性、効率性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、平成17年度はドイツおよびスウェーデンについて実地調査を行った（調査内容および考察等は分担論文参照）。なお、平成18年度は、主要国を対象に「医療と介護の連携をめぐる現状と課題」について横断的な検討を行う予定である。その理由は、①病院と介護施設における医療と介護の機能分担、②居住系施設における医療と介護の連携、③在宅における医療と介護の連携、いずれについてもわが国では検討を要する状況が生じており（例えば療養病床の再編）、諸外国における問題状況を把握するとともに、わが国への政策的インプリケーションを得るためである。

（注）本稿は、平成16年度の総括報告書所収の「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する課題の覚書」に平成17年度に行った研究成果を加えバージョンアップしたものである。

(参考文献)

- 足立忠夫(1994)『患者対医師関係論』東洋書店
- 今井澄(2002)「理想の医療を語れますか」東洋経済新報社
- 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
- 内田貴(1997)『民法Ⅱ 債権各論』東京大学出版会
- 葛西龍樹(2000)「家庭医とこれからの日本の医療」『社会保険旬報』No.2048
- 葛西龍樹(2001)「日本の家庭医の現状と養成に向けた取り組み」『健康保険』2001年1月号
- 加藤良夫編著(2005)『実務医事法講義』民事法研究会
- 郡司篤晃(1998)『医療システム研究ノート』丸善プラネット
- 厚生省健康政策局総務課『家庭医に関する懇談会報告書』(1987)第一法規出版
- 佐藤智(2005)「在宅でこそ、その人らしく」『治療』Vol.87, No.5
- 島崎謙治(2005a)「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(2005)『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
- 島崎謙治(2005b)「『超少子高齢化社会・人口減少社会』の姿とその対応」『発達』No.101
- 終末期医療に関する調査等検討会(2005)『今後の終末期医療の在り方』中央法規出版
- 杉澤秀博・杉原陽子・金恵京・柴田博弘子(2000)「高齢者における医療機関選択に関する要因」日本公衛誌 47 巻 11 号
- 副島秀久監修・済生会熊本病院パスプロジェクト編集(2004)『決定版クリニカルパス』医学書院
- 副島秀久(2006)「地方医療 専門医より一般医の充実を」朝日新聞 2006. 3.1 朝刊
- 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』
- 塚原康博『高齢社会と医療・福祉政策』東京大学出版会
- 田城孝雄・片山壽比・丸井英二・田中滋(2004)「地域医療連携『尾道モデル』を『理想のモデル』から『標準モデル』へ」医療科学研究所『医療と社会』Vol.14.No. 1
- 中村眞己(2004)『病診連携』悠飛社
- 西村昭男(2000)「ボタンの掛け違いを正して国家百年の医療を目指そう」『社会保険旬報』No.2048
- 樋口範雄(1999)「医師患者関係と契約—契約と Contract 相違」柳瀬孝雄編著『契約法理と契約慣行』弘文社
- 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
- OECD 編著・阿萬哲也訳(2005)『世界の医療制度改革—質の高い効率的な医療システムに向けて—』明石書店

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ケアの質と効率の確保をめぐる政策課題に関する研究

分担研究者 郡司篤晃 聖学院大学大学院教授

医療と福祉（介護）の連携とケアの質と効率の要求が高まっている。両者を比較すると医療の目的は疾病の治療であり、情報の非対称が大きい。介護の目標は利用者の生活の支援であり、情報の非対称は医療との比較においては小さい。しかし、介護には代理人がいるが、医療にはいない。

質と効率を確保する政策は、第三者評価によるか、インセンティブによる制御しかない。第三者評価は次第に構造から、結果及びプロセスの評価に移行しつつある。特に医療においてはパス法が現場の主體的な質と効率向上の運動として受け入れられつつある。パス法は医療の norm としてのガイドライン作成を促し、今後の医療の質の管理はそれをもとに行なわれることが世界的な趨勢である。ケアの質と効率を向上させる政策は、インセンティブ制御が主流であり、特にケア提供者に対する報酬の支払い制度は、出来高払い制度からの方向転換は必須であろう。

ケアの質と効率を確保する政策立案と運営には、慎重なインセンティブの設計が必要である。

医療の質と効率を確保するためには、医療費の項目別支払い制度を、ケア提供者も分配に責任を持つものに改変しなければならない。

ケアの質と効率向上を確保する政策は、現場の人々のエートを励ますものでなければならない。

わが国においては医療と福祉の連携が重要となるが、その促進にはプライマリーケアのビジョンが必要である。その組織は透明性の高い、民主的で住民との協働体でなければならない。

A. 研究目的

（倫理面への配慮）

医療と福祉の質と効率を確保する政策のあり方を考察する。

人体に直接接触することはないので、倫理的な配慮は不要である。

B. 研究方法

文献のレビューならびに現地の訪問。

C. 研究結果

I. はじめに（ケアと政策）