

また、多職種協働が進めば、退院前カンファレンスを通じた病診連携の推進につながるだけでなく、他の課題（例えば、認知症の早期診断など）に対しても容易に応用できる。

尾道市では、このことが分かっていたからこそ、ケアカンファレンスを最重要プロセスに位置づけたものと思われる。

（２）島根県松江市の事例

尾道市は、まず、医師会主導のコンセプト策定～基本理念の理解の徹底～現場での実践というように、非常にシステマティックな形で「地域包括ケア」が構築されていた。また、このような現場の実践を通じて、行政との円滑な関係も構築されていった。

次に紹介するのは、行政と関係職種の合議の形で、「介護保険／介護予防」を切り口として地域包括ケアの実現を図っている松江市の取り組みである。

①「皆で作る介護保険」という気運の醸成

松江市（平成17年3月31日に1市6町1村が合併）は、平成17年4月1日現在、人口約19万人、高齢化率約22%の地区である。合併前は、旧松江市および八束郡（1市7町1村）で広域行政組合を設立し、介護保険の各種申請の処理や要介護認定調査以外の介護保険業務を実施していた。

介護保険施行以前は、特段、医療関係者と福祉関係者の関係が良好であった訳ではない。ただ、湯原紀二氏（松江市医師会副会長）が「介護保険の施行を、医師が地域をみるきっかけにしたい」という強い思いを抱かれており、それに行政や関係者が具体的に答える形で、様々な取り組みがスタートしていった。

その第一弾が、委員定数400人、合議体数62でスタートした要介護認定審査会の設置である。厚生労働省の基準から考えれば十数カ所の合議体で十分であったが、認定審査会の場を、「介護保険に対する理解を深めるとともに、関係する他の職種との関係を深める場」ととらえ、非常に多くの合議体でスタートしたのである。これを気に、「皆で作る介護保険」という気運が醸成されていった。その後、「介護の手間研究会」「認知症等の手間研究会」などが行政主導で発足し、「皆で作る介護保険のために、関係者はそれぞれの立場で何が出来るか」の検討が徐々に進められていったのである。

②モデル事業を通じた現状分析と委員会／現場へのフィードバック

上記のような気運が高まる中、松江市は、厚生労働省から島根県が受託した「介護支援専門員活動支援モデル事業（平成13～14年度）」のモデル地区（他は、旧出雲市、旧瑞穂町）に選定された。筆者もこのモデル事業に、データ分析担当者として関わったが、まずは介護保険施行後の実態を明らかにすべく、個人時系列データ（認定、給付、主治医意見書のデータ）を作成

した上で、①要介護度の経時変化の実態 ②認定調査項目からみた高齢者の機能低下の実態 ③所在地別にみた機能低下の差異の有無 などの検証を実施した。その結果、①要支援者の場合、2年後に要介護度が維持出来ていた人は約3割、重度化した人は約5割、約1割が死亡であった ②「要支援」では起居動作などが、「要介護1」ではIADLや歩行動作などが、「要介護2」では衣服の着脱行為などが、「要介護3」では排泄や口腔清潔、移動動作などが機能低下していること ③「要介護1」では、歩行動作が自立になると、結果として要介護度が改善していること ④「要支援～要介護1」に対しては、「通所介護のみ」や「訪問介護のみ」、「福祉用具貸与のみ」といった単品ケアプランが多く、ADL改善に向けたリハビリテーションなどはほとんど提供されていない などの実態が明らかになった⁴。

さらに、平成15年度には、島根県が受託した「介護費用適正化特別対策事業」に参画した。この事業においては、一般高齢者⁵、軽度要介護者（要支援～要介護1、一次判定ベース）を対象に、これら高齢者の生活機能に大きく影響する「歩行機能」と「摂食機能」に焦点を当て、心身機能面だけでなく、日常生活活動や社会参加の側面を含めた評価を実施した。その結果、要支援者の約3割は、過去1年間に転倒歴があり、約半数は転倒に対する不安感があり、週4日以上外出者も約3割に止まっていることが判明、歩行関連機能の低下が、日常生活の活動性や活動範囲に影響している可能性が示唆された。また、摂食機能に関する調査でも、口腔清掃の状態が“やや不良～大いに不良”の割合が、「一般高齢者（N=9）」で約5割、「要支援（N=27）」「要介護1（N=51）」で約4割と、口腔清潔が保持できていない高齢者が多いことがわかった。また、一部に、咬合力や嚥下能力に低下をきたしていることも確認された⁶。

図表 3-4. 一般高齢者と軽度要介護者⁷の主な日常生活活動状況の差異

	一般高齢者 (N=170)	要支援 (N=105)	要介護1 (N=103)
① 交通機関の利用「自立」	80.7%	26.3%	30.2%
② 外出頻度「週4日以上」	62.8%	31.4%	30.4%
③ 過去1年間の転倒「あり」	14.8%	30.8%	45.6%
④ 転倒不安感「あり」	25.0%	47.1%	60.8%
⑤ 日曜品の買い物「できる」	85.8%	52.4%	46.5%
⑥ 友人の家を訪ねる「はい」	71.4%	46.6%	50.5%

⁴ 詳細は、島根県健康福祉部「介護サービスの有効性評価に関する調査研究報告書」を参照。

⁵ アセスメントの実施などを鑑み、ここでは、転倒予防教室や筋力向上トレーニング事業などに参加していた高齢者を対象とした。

⁶ 詳細は、島根県健康福祉部「維持改善サービス調査研究事業報告書（H16.3）」を参照。

⁷ 対象者の平均年齢は、「一般高齢者」76.2歳、「要支援」81.6歳、「要介護1」78.5歳であった。

なお、これら調査結果は、行政が設置した、サービス関係者の代表者や実務担当者で構成される委員会（介護保険推進会議、介護予防推進会議）、調査に協力頂いたサービス提供者や介護支援専門員にフィードバックされ、①現状のサービス提供のあり方にどのような問題があるのか ②高齢者の生活機能をどうとらえるべきか ③高齢者の機能低下を早期に発見するためには、日常生活のどこに注目しておくべきか などの議論を促すための道具、あるいは、何らかの“気づき”を促すための道具として活用されている。

また、これらの報告を受けた委員会では、今後の方向性についての議論と同時に、誰がいつまでに何を行うかの確認と合意形成が行われている。

③現場の専門職を巻き込んだサービスの開発

理念の徹底や現状の課題分析は当然重要であるが、現場にとってより関心が高いのは、「具体的に何をどうしたら良いか」であり、また、その実践が「利用者やサービススタッフにとって、どのようなメリットをもたらしたか」であろう。

ところで、今回の改正で新予防給付が打ち出され、通所系サービスを中心とした効果的な介護予防サービスの提供（生活行為向上支援＋（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上など））が求められている。松江市の場合も、軽度要介護者が全認定者の約半数を占め、その多くは通所系サービス（特に、通所介護）を受給していることから、通所系事業所が提供するサービス内容を、如何に自立支援の実現につながる形のものに変えていくか、また、専門職との連携体制を如何に構築するか⁸が大きな課題であった。

そこで、介護保険推進会議での合意の下、①リハビリスタッフによる、通所介護事業所や自宅でも実施可能なサービスメニュー（歩行関連、摂食関連）の開発⁹ ②通所介護スタッフへの説明用のビデオ作成 を行った。現在、約8割の通所介護事業所が、これらサービスメニューを実践している。

従来のサービス内容の変更であり、現場にはそれ程抵抗感はなかったようである。また、「全ての要介護者を同一に扱わなければならない」という意識から、「要介護者の特性に応じた形でのサービス提供が必要」という意識に少し変化し、現場で工夫し始めたという話や、別のメニューを作って欲しい（長く使ってきたので、目先を変える必要性がでてきたので）という話も聞く。

これらサービスメニューの開発には、大して時間はかかっていない。専門職が有しているものを少し方向付けした上で、修正しただけである。

⁸ 通所介護事業所には、リハビリスタッフや歯科専門職がほとんど配置されていないため、専門職がない事業所でも出来るサービスメニューの開発、何かあった場合に迅速に専門職に相談出来る、あるいは、専門職に対応してもらえる体制の整備が必要であった。

⁹ 歩行関連では、6種類のストレッチ、6種類の筋トレ、2種類のバランス運動を取り入れた体操（8・6体操）を、摂食関連では、歯科医師が既に取り組んでいた嚥下体操やブラッシングを開発した。

それよりも大事なことは、他人が開発したものを使われる（そういう意識で使う）のではなく、自分らが、あるいは、自分の地域の専門職が作成したものを現場が使うことで、その手法を前向きに使う、あるいは、よりよいものに変えていこうという意識が持てるという点にあると考える。

④アセスメントの重視と具体的連携ルールの構築

ケアマネジメントにおいて、アセスメントは非常に重要である。適切な診断が出来なければ、適切な治療は期待できないのと同様、適切なアセスメントがなければ、適切なサービス選択やサービス提供など出来るはずがないのである。

ただ、現実には、アセスメントがきちんと実施されていない。これは、介護支援専門員が多忙という理由もあるが、アセスメント行為が ①直接的なサービス選択 ②利用者のリスク評価と専門職との具体的連携 につながっていないことも要因であろう。また、「多職種連携」の重要性をいくら言っても、その具体的方法論の理解と実施したことのメリットが実感されなければ、実際にはなかなか連携など行わない。

松江市では、現在、本年4月からの地域支援事業や新予防給付の円滑な実施に向け、①地域包括支援センターやサービス提供事業所で行う具体的アセスメント項目の決定 ②利用者への説明および主治医への報告用に活用する「日常生活活動状況評価シート」のフォームの決定 ③アセスメント結果に基づく主治医／歯科関係者との連携ルールなどを、介護予防推進会議で検討している。例えば、主治医との連携ルールに関しては、①立ちくらみが「ある」 ②食欲が「低下してきた」 ③自分の健康状態を「あまり良くない～非常に良くない」と本人が回答した場合、あるいは、地域包括支援センター職員などが行う問診の中で、①日常での痛みが「ある」 ②歩行時に痛みが「ある」 ③熱発が「たまに～しばしばある」 ④下痢または便秘が「継続している」などが確認された場合、主治医に相談をするというものである。また、歯科においても、①食べるのが「遅くなった」 ②口の中に食べ物が「残ることがある」などと本人が回答した場合、あるいは、①入れ歯の適合が「やや不適合～非常に不適合」 ②ぱ・た・ら・かの発音が「できない」 ③口腔清掃が「やや不良～大いに不良」などが確認された場合、歯科関係者や言語聴覚士に相談をするというものである。

これらルールは、専門職に叩き台の考え方をまず提示頂いた上で、介護予防推進会議で了解を取り、その上で、現場スタッフへは、研修会などを通じて徹底を図るという流れにしている。具体的ルールを作ることで、地域包括支援センター等の業務負担感の軽減、および専門職の連携に対する思いの実現を図った訳である。

4. 地域包括ケア実現に向けての課題

本稿では、医療保険・介護保険制度改革の中で、地域包括ケアの実現が切望されている背景を解説するとともに、異なるアプローチで、地域包括ケア実現に向けた具体的取り組みを行っている2地区の事例を紹介してきた。

ここでは、これら事例も踏まえながら、地域包括ケア実現に向けた課題について私見を述べる。

(1) 地域包括ケアが目指す基本理念の理解の徹底

今回の介護保険制度改革の中で、地域医療・ケアのあり方に大きく関係するのが、「地域という概念設定」であり、「地域包括ケア体制の構築」である。

このことは、高齢化の更なる進展や平均在院日数の短縮化などの流れの中、高齢者の特性を踏まえた上で、「要介護高齢者の地域における生活をできる限り継続して支える」という目標を、利用者本位で如何に実現するかを考えた場合の結論であったと思う。

ただし、様々な障害を抱え、かつ状態が変化しやすい高齢者の在宅生活を支援することはそれ程容易ではない。地域の支援体制によっては、本人・介護者双方に大きな負担・不安を抱かせ、結局、施設入所を選択せざるを得ない状況に追い込みかねない。家族を含めた支援体制を如何に構築するかが、介護保険の本来の理念である「在宅重視」を具現化するカギと言えるだろう。

このように考えると、今回のキーワードである「包括性」という言葉には、①サービスの包括性 だけでなく ②本人だけでなく家族をも含めた包括性 ③高齢者の抱える様々な障害の評価の包括性（全人的評価） を含んだ概念であると理解すべきであろう。

マネジメント担当者及びサービス提供者は、上記のような制度改革の流れを鑑み、「様々な障害を抱える高齢者の地域における生活を継続的・包括的に支援すること」を共通目標・使命と理解した上で、「目標実現に向け、自分はどうのような支援ができるか」を出し合うことが求められていることを認識する必要がある。

(2) 目標設定変更に伴う意識改革～治療から生活支援へ～

サービス提供時に、誰が問題を定義し、どこに目標を設定するかは、その後の治療・ケア方針だけでなく、患者や家族の感情やその後の療養生活に大きな影響を及ぼす。例えば、救命救急であれば、「救命すること」が目標であり、その実現に向けて必要な医療資源が投入される。急性期病院でも同様に、「治すこと」が目標であり、治すことには精力を傾注するが、仮に治らない（目標は達成できない）となると、医療従事者としての役割はなくなったと思いがちになる。そして、長期療養に適した施設への転院が勧められたり、退院を行い易くするための治療が選択されたりする。別に悪意や悪気がある訳ではなく、その病院は「有する医療機能」を必要とする患者のための施設

であり、自らは「治すという目標」を達成するための資源であると考えているからであろう。ただ、そこには、障害を抱えたまま退院せざるを得ない本人や家族の様々な思いへの配慮といった視点は欠落している場合が多いように思う。実は、効率性重視になっているのである。

一方、地域包括ケアという空間に求められているものは、「様々な障害を抱える高齢者の地域における生活を継続的・包括的に支援すること」である。この空間に関わる医師¹⁰には、「治るか否か」といった自分の評価軸を捨て、本人や家族の意向を十分傾聴し、理解した上で、生活支援の観点から、医学的管理に関わるといった姿勢が求められる。サービス介入によって、単に、数値（血圧、歩行速度など）が改善したか、身体機能が改善したかを評価する（これらの結果にとらわれる）のではなく、生活機能の向上や本人・家族の自己実現が出来たか否かを評価することが求められる。

介護保険における「利用者本位」という概念は、医療や介護の専門職が、各々の評価軸で本人や家族を推し量るのではなく、本人・家族の意向や内なる思いを十分理解した上で、本人・家族の自己実現に向け、各関係者が必要な専門的支援を行うことであると、筆者は理解している。

（3）急性期病院と在宅間の連携推進～退院指導から退院支援へ～

一般的に高齢者は、様々な生活障害に加え、慢性的な健康問題を抱えている。また、状態変化も起こしやすいため、急性期医療を必要とする場合も多い。要するに、急性期～回復期～慢性期を行き来し易い状況にある。

ところで、急性期医療の現場では、「治療により、入院前の健康な状態に戻すこと」が目的と考えられ、治らなければ療養に適した他の場所に移ってもらうという意識が強い（平均在院日数の短縮化がこの意識を強くさせている側面がある）。また、慢性期医療を、急性期医療の延長ないし後行程と見なし、患者や家族の視点よりも、医療従事者の価値基準を優先しやすい傾向にある。

ただ、このような医療提供は、昨今強く謳われている「患者中心の医療」という視点からみて、また、医療資源の有効活用という観点からみて、適切と言えるのであろうか。

退院後の生活の方が時間的に非常に長い。逆に言えば、急性期対応の時期は、その長い時間のほんの一部でしかないのであるが、その治療やケア内容、退院時の対応などは、その後の療養に大きな影響を及ぼす。急性期対応を行う医療従事者には、「治したい」という医療専門職としての意識や思いをもった上で、患者や家族と同じ境遇になった場合の気持ちを想像し、退院時に、それ以降に関わる地域の担当者（在宅主治医、在宅訪問看護師、介護支援専

¹⁰ 全ての医師がこの空間に関わる必要はない。この空間に関わる場合は、利用者本位での医療提供が求められると言っているだけである。ただし、救命に関わるにせよ、このような視点があることは認識しておくべきと思う。

門員など)に円滑につながりという意識を持つべきである。

この意識が持てれば、「短い入院期間内で、退院後にすべきことを全て教え込む(教え込まなければならぬ)」という発想から、病院内の日勤帯と準夜帯の看護師同士の申し送りのごとく、「入院中は病棟看護師でできる範囲を行い、完全に習熟出来ていない行為や理解しきれていない療養上の留意点などについては、退院後に在宅訪問看護師に教えてもらう」といった形に転換できる。このように、病院関係者と在宅関係者が同一の目線を持っていること、両方の支援体制があることは、様々な不安を抱える本人や家族にとって、非常に心強いものである。

急性期の医療従事者の意識を少し変えるだけで、患者・家族の抱く「病院から追い出された」というネガティブな意識を、「いつでも何かあれば病院に対応してもらえ」というポジティブな意識に転換することが出来、良好な患者・家族関係も構築できる可能性が高いことを認識する必要がある。

(4) 求められる多職種協働の実現

高齢者の場合、様々な生活障害や健康問題を抱えており、かつ、状態が変化しやすい状況にある。このような高齢者の生活を支える事は、主治医だけでは不可能であり、疾病や症状に応じた在宅専門医(泌尿器科、耳鼻咽喉科、皮膚科、歯科など)の協力、地域の様々なケア資源の活用が求められる。状況に応じて変化する支援内容に応じて、必要なスタッフが適宜対応できるといった、柔軟な多職種協働の仕組みが求められているのである。

この多職種協働を有機的に機能させるためには、疾病のマネジメントを行う医師と、生活支援の観点からマネジメントを行う介護支援専門員がきちんと協働した上で(両者のマネジメントが融合して、初めて包括的なマネジメントが実現出来る)、ケアカンファレンスの場で、他の関係職種を交えながら、ケアの方向性の確認作業と役割分担、スケジュールの確認を行う過程が必要不可欠となる。

役割分担を合議で決めるということは、それだけ責任も生じることになるが、①自分の専門性が発揮出来ること(専門職としてのやりがい) ②自分の守備範囲やリスクの範囲が明確になること ③何かあっても他の人がカバー、ないし指導助言してくれる安心感があること ④うまく機能すれば、他の職種から評価されること ⑤ケア目標実現に向けたチームとしての一体感が得られること ⑥事業所ではなかなか受けられない様々な指導助言が得られること(実践的な教育の場)などのメリットが実感できる重要な「場」がケアカンファレンスであることを理解する必要がある。

(5) 包括的アセスメント票の再構築

医療において、適切な診断がなければ、適切な治療の選択・提供は期待出来ない。「診断」という技術は非常に重要であるが、高齢者医療・ケアの世界

においてこの診断に相当するのが「アセスメント」である。ケアマネジメントにおいて、この行為が十分に行えていないこと、また、それに対する他の職種によるチェックや指導助言の不足が、特に、軽度要介護者に対する対処療法的なサービス提供¹¹につながっていると考える。

介護保険施行当所から、ケアプラン方式に関しては、MDS-HC や三団体方式、日本訪問看護振興財団方式などの複数方式の選択の形でスタートしたが、地域包括ケアを実現するためには、それに適したアセスメント票を構築し直す必要があるだろう。

（6）職種間連携の具体的ルールの構築

医療や介護の世界は、専門職を中心とした世界である。このうち、医療、特に、急性期医療の世界では、「治すこと」を実現するための効率的な組織形態（医師を中心とした階層型組織）が構築され、指示命令系統や責任主体もはっきりしていた。また、同じ医療という土壌で育った関係者、かつ、同一医療機関内の関係者同士での連携であったため、医師のマネジメントのもと、比較的うまく機能していた。一方、介護の世界は、医療のようなトップダウン方式はなく、また、医療のように即断即決が求められる世界でも、マネジメントが十分機能した世界でもなかった。

さて、今回の地域包括ケアの空間では、医療・介護関係者による多職種協働が求められる。この空間では、各専門職は「果たすべき役割の違い」という「横軸」の関係であり、また、利用者を中心とした支援方法を検討することが求められているなど、今まで育ってきた環境や方法論（問題は医師が決定することなど）との差異から、主治医は非常に戸惑いを覚えるのである（このような空間になかなか馴染めない）。また、主治医は、医学的リスクに対する責任者であるため、病院でそうであったように、関係者から適宜きちんと連絡が入ることを期待するが、育ってきたバックグラウンドや日常使っている言葉、仮に同じ言葉を発していても認識している意味が異なる介護関係者から適切なタイミングで適切な連携が入ることは難しい。このような状況下で、もし利用者に主治医が想定したリスクが生じれば、「何故こんな状態になるまで連絡しなかったのか」と、関係者を叱責することになるだろう。

医師に限らず、多忙な人間にとって、一から十まで言わなくても理解してくれる事を相手に要求しがちである。これまでの医療空間では、周りのスタッフが、医師の指示の行間を補足し、問題ない対処をしていた訳であるが、地域包括ケアの空間では、より具体的な指示と、何故そうするのかの説明が

¹¹ 軽度要介護者の場合、単品ケアプランが多いが、その内訳は、「訪問介護」「通所介護」「福祉用具貸与」などであり、出来なくなった生活行為（日用品の買い物、起居動作、家庭内浴槽の出入りなど）を補完するサービス選択が中心で、それら生活行為が出来ない理由の掘り下げ、生活行為を改善するためのメニューのケアプラン導入（特に、リハビリテーション）などはあまり行われていない。

求められる。このような状況において、連携を取る方法としては、①尾道市のように、アセスメントの徹底を図りながら、ケアカンファレンスという研修の場を通じて相互理解を深め、かつ具体的指示を行う ②どういう場合に連絡が欲しいかを専門職側から具体的に提案・説明し¹²、そのルールを関係者が遵守するよう徹底する などの方法しかないと考えられる。

一つの方法は、アセスメント内容から、具体的連携ルールを構築することではないかと考える。

(7) プライマリ・ケアの理念を理解した関係職種の養成

現時点の在宅・施設療養者本人や家族のことを鑑みれば、様々な形で高齢者医療・ケアに関わっている医師などの意識を変えることは非常に重要である。ただし、前述したように、地域包括ケアという空間は、元々育ってきた環境や方法論とは異なる世界であるため、なかなか理解しづらい。このことは、他の職種との連携が要求される「在宅医療」がこれまでそれ程進んでこなかった背景の一つと考えられる。

この解決策としては、初めから、地域包括ケアに求められる機能や取り組む姿勢（包括的対応、継続的関わり、チームとしての協調性、説明責任、患者中心の考え方、家族を含めた対応、共感できる関係性の構築など）を、目的達成のためには当然のことと理解した関係者（医師だけでなく、医師と同様の世界で育ってきた看護師やPTなども含め）を、専門のプログラムに従って養成することであろう。

これまでは、専門分化の流れが強い一方で、それを補完する連携体制の強化が遅れたため、医療サービスのトータルパフォーマンスを低下させた感がある。また、専門分化の流れは、医療従事者の守備範囲を狭くし、かつ、小児科などの医師不足をもたらしただけでなく、患者との関係性の悪化を招いた一因にもなっている。

第6章で報告した北海道更別村での家庭医は、小児から高齢者まで幅広い年齢層を、また、救急から慢性期医療まで幅広い領域をカバーし、かつ住民から高い評価を得ている。

今後、専門医だけでなく、プライマリ・ケア医／家庭医を、また、プライマリ・ケアの理念を理解した関係者を、バランス良くかつ早急に養成していくことが肝要と考える。

¹² この作業を行うことで、医師などが「何をリスクだと考えているのか」が、他の職種に理解できる効果が期待できる。

⑧患者の転医・転院に際する医療機関等の連携・引継ぎに関する一考察

分担研究者 尾澤恵 国立社会保障・人口問題研究所研究員

継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合の連携・引継ぎの重要性は、劇的な症状がおさまらないまま自分の所でみきれずに転医・転院させる場合のそれと比べて勝るとも劣らないが、現状では、そうした連携・引継ぎは、専ら医療機関の良心に委ねられている。

それぞれの病院がその機能に応じ、十分な治療を施し、その場所々だけを取り上げればきちんとした医療を行ったとしても、患者の予後や患者とその家族の生活状態を視野に入れた連携・引継ぎが行われなければ、患者にとって不幸であり、医療供給体制にとっても大いなる無駄である。

形式的な連携・引継ぎに止まるのではなく、患者の予後や患者とその家族の生活状態を視野に入れた連携・引継ぎが行われるような医療供給体制を目指すべきである。

A. 研究目的

本研究では、医療機関等の連携や引継ぎが必要となる状況に変化がみられ、その重要性が増している中で、患者の転医・転院に際して医療機関がどのようなことをなさねばならないとされるのか、その法的根拠と、医療契約の法的性質及び内容について整理し、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合について考察することを目的とする。

B. 研究方法

患者の転医・転院に際する連携・引継ぎの法的根拠、医療契約の法的性質と内容について先行研究及び関連裁判例をもとに整理し、それを踏まえて継続的な治療等を必要とする

患者が転医・転院する場合について考察した。

（倫理面への配慮）

倫理面への配慮は必要ない。

C. 研究結果

(1)連携・引継ぎに関する規定（公法上の関係）について

医療サービスの提供に関する規律と医療保険とそれに基づく療養の給付に関する規律には、これまで、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合に連携や引継ぎを行うべきことを明確に定めた規定はなかった。

(2)医療契約の法的性質と内容（私法上の関係）

(a)診療義務、(b)承諾取付義務、(c)説明義務、

(d)療養指導義務、(e)転医の義務、(f)安全管理義務、(g)受取物等返還義務、(h)診療録の記載・保存義務、(i)証明文書等の交付義務が考えられる。(このうち、(a)診療義務、(d)療養指導義務、(h)診療録の記載・保存義務、(i)証明文書等の交付義務の4つは、公法上の義務でもある。)

D. 考察

それぞれの病院がその機能に応じ、十分な治療を施し、その場所々だけを取り上げればきちんとした医療を行ったとしても、患者の予後や患者とその家族の生活状態を視野に入れた連携・引継ぎが行われなければ、患者にとって不幸であり、医療供給体制にとっても大いなる無駄である。

継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合の連携・引継ぎの重要性は、劇的な症状がおさまらないまま自分の所でみきれずに転医・転院させる場合のそれと比べて勝るとも劣らないが、現状では、そうした連携・引継ぎは、専ら医療機関の良心に委ねられている。第164回国会に提出されている医療法改正法案は、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する際の連携・引継ぎが意識されているが、患者の予後や患者とその家族の生活状態まで視野に入れた連携・引継ぎが行われるかは、医療機関等の良心に委ねられる部分が大きいと言える。

E. 結論

形式的な連携・引継ぎに止まるのではなく、患者の予後や患者とその家族の生活状態を視野に入れた連携・引継ぎが行われるような医療供給体制を目指すべきである。

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 8 章 患者の転医・転院に際する医療機関等の 連携・引継ぎに関する一考察

尾澤恵（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

医療に使うことができる人的・物的資源が有限であることを考えれば、近年の医療機関等の機能分担と連携の流れには意義がある。しかし、連携なき機能分担は危険である。平成 16 年度に行った「医療機関等の連携に関する法的検討－裁判例からみた転医・転院義務等に関する考察－」の結果、わが国における医療機関等の連携の法的根拠は脆弱であった〔尾澤(2005)115-118 頁〕。

急性期の患者がたどる経路には、(a)完治して退院する場合、(b)完治しないで退院する場合、(c)死亡する場合の 3 つがある。このうち、医療機関等の連携が必要とされるのは、(b)の場合である。(b)は、さらに(1)劇的な症状がおさまらないまま自分の所でみきれずに転医・転院させる場合と、(2)劇的な症状は一応おさまったものの、継続的な治療や経過観察が必要な場合に分けられる。(b)の(1)では、近年、医療資源の有効活用を考えた政策としての転医・転院も行われるようになってきている。

本稿では、医療機関等の連携や引継ぎが必要となる状況に変化がみられ、その重要性が増している中で、患者の転医・転院に際して医療機関¹がどのようなことをなさねばならないとされるのか、その法的根拠と、医療契約の法的性質及び内容について整理し、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合を念頭に置いて考察する。

2. 患者の転医・転院に際する連携・引継ぎの法的根拠

(1) 医療をめぐる法律関係

継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する際に医療機関が法的にどのようなことをなさねばならないとされるのかを整理する前に、医療をめぐる法律関係について若干述べておきたい。医療をめぐる法律関係は複雑である。その理由としては、医療に関する規律には、医療サービスの提供に関する規律（医療法、医師法など）と、医療保険とそれに基づく療養の給付に関する規律

¹ 医療機関等は、施設面では医療施設と医療関連施設があり、人に着目すれば医師とコメディカルがある。今日では、多施設、多職種間の連携の重要性がいっそう高まっているが、本稿では、「医療機関」を医療施設及び医師に限定して検討を行う。

(健康保険法、保険医療機関及び保険医療養担当規則など)があり、それぞれ多数の当事者が関係している上、それらが重なり合っている²ということがある。また、患者(医療保険上は「被保険者」と、医師(医療保険上は「保険医」)及び医療機関(医療保険上は「保険医療機関」)との間の法律関係を直接規律するのは、主として民法や医事法の検討対象となる「診療契約という私法上の契約」である〔岩村(2002b)11頁〕。医療サービスの提供に関する規律や、医療保険とそれに基づく療養の給付に関する規律という公法上の関係と、私法上の関係が重複して存在することも、医療をめぐる法律関係を複雑にしている一因であろう。このことを踏まえ、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合を念頭に置きつつ、患者の転医・転院に際して医療機関がどのようなことをなさねばならないとされるのか、その法的根拠を整理する。

(2) 連携・引継ぎに関する規定(公法上の関係)

(a) 医療サービスの提供に関する規律

医療機関の連携規定のうち、医療サービスの提供に関する規律としては、医療法第1条の4第3項及び第4項、同法第30条の6がある。医療法第1条の4第3項は、「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携(マ)に資するため」、医師等が他の医師等に診療情報を提供するように努めることなどを規定し、医療法第1条の4第4項は、「医療技術の普及及び医療の効率的な提供に資するため」、医療提供施設等の開設者等が建物等を他の医療提供施設の医師等に利用させるよう配慮することを規定し、医療法第30条の6は、「医療計画の達成の推進に資するため」、病院の開設者等が建物等を他の病院の医師等に利用させるよう努めることを規定している。いずれも、努力義務規定である。

また、医療法第1条の2第1項は、「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、(中略)医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに」と規定している。連携や引継ぎといった文言は使われていないが、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合に連携や引継ぎを行うべきことをこの規定から読み取ることとも可能であると考えられる。

医療法施行令、同施行規則、医師法、同施行令及び同施行規則には、連携を義務づけたり促したりする規定はない。

² 「現在の医療保険制度は、医療供給体制そのものをほぼ規定している」と指摘されている〔岩村(2001)12頁〕。すなわち、「今日では、ほとんどすべての医療機関が、医療保険給付を支給する保険医療機関となって」おり、「ほとんどの医療は、保険医療機関によって、保険医療として提供されて」いるため、「保険医療機関が、わが国の医療供給体制を形成し、保険医療が、ほぼ、わが国の医療サービス自体なのである」〔同〕。なお、療養の給付の当事者とその法律関係については、岩村・菊池(2004)24頁で図示され、岩村(2002a)以下で説明されている。

³ 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」(閣法38)(以下、「医療法改正法案」とする。)では、「連携」と改めることが盛り込まれている。

これまでの医療サービスの提供に関する規律には、わずかに医療法第1条の4第3項が患者の情報を医師等が引き継ぐべきことを規定しているものの、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合に連携や引継ぎを行うべきことを明確に定めた規定はなかった。

(b) 医療保険とそれに基づく療養の給付に関する規律

医療機関の連携規定のうち、医療保険とそれに基づく療養の給付に関する規律としては、保険医療機関及び保険医療養担当規則第16条、同条を反映する健康保険法第70条第1項などがある。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時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たもので、劇的な症状は一応おさまったものの、継続的な治療や経過観察が必要な患者が転医・転院する場合を念頭に置いているわけではない。保険医療機関及び保険医療養担当規則第2条の2も連携を意識した規定であるが、患者が疾病又は負傷に関して他の医療機関から照会があった場合の応答義務を規定したものである。

また、保険医療機関及び保険医療養担当規則第2条第2項は、「療養の給付は、(中略)患者(中略)の療養上妥当適切なものでなければならない。」と規定している。療養の給付には「病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護」が含まれているから(同第1条第5号)、連携や引継ぎといった文言は使われていなくても、この規定から継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合に連携や引継ぎを行うべきことを読み取ることも可能だと考える。

しかし、これまでの医療サービスの提供に関する規律と同様、医療保険とそれに基づく療養の給付に関する規律にも、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合に連携や引継ぎを行うべきことを明確に定めた規定はなかった。

(3) 連携・引継ぎの法的根拠について述べた裁判例

名古屋地判昭和59年7月12日・下民35巻5~8号498頁⁴は、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詳しく述べた裁判例である。同判決は、「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

⁴ 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)。

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」であるとし、同義務は「医療契約に内在するもの」であり、「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。ここに言う「転送（院）義務」は、劇的な症状がおさまらないまま自分の所でみきれずに転医・転院させる場合を念頭に置いており、劇的な症状は一応おさまったものの、継続的な治療や経過観察が必要な場合は念頭に置かれていない。この点は、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大阪地判昭和 55 年 12 月 20 日・判タ 429 号 72 頁⁵も、同様である。

名古屋地判昭和 59 年 7 月 12 日は、医師の転送（院）義務を「医療契約に内在するもの」だと述べ、医療契約を医師の転送（院）義務の根拠とした。そこで、次に医療契約の法的性質とその内容について検討する。

3. 医療契約の法的性質と内容（私法上の関係）

(1) 医師（医療機関）と患者の法律関係

医療サービスの提供に関する規律と、医療保険とそれに基づく療養の給付に関する規律は公法上の関係であるが、医師（医療機関）と患者の法律関係は、一般に、私法上の関係である医療契約⁶だと解される〔菅野(2001)91 頁、高嶋(1987)(一)778 頁〕。もっとも、医師（医療機関）と患者の法律関係は多様であり⁷、患者の態様によっては、意思表示と意思表示の合致によって成立する契約とは考えられない場合がある。患者が乳幼児だったり、身元不明の意識不明の者だったり、強制治療を受ける伝染病患者だったりする場合は、一般的な医療契約とは別に考える必要がある。ここでは、意思能力と行為能力を有する患者

⁵ 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。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。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）、最三小判昭和 60 年 3 月 26 日・民集 39 卷 2 号 124 頁（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。

⁶ 菅野(2001)は、医療契約の態様として、診療契約、入院契約、健康診断の契約、特殊の医療契約（美容整形、性転換手術、妊娠中絶、不妊手術など）、法令による医療契約を挙げている〔94・97 頁〕。医療契約を「診療契約」と言うこともあるが、本稿は、菅野(2001)に倣い、診療契約を含む概念として医療契約という文言を用いる。

⁷ 岡本(1988)は、医師と患者の関係を次の 3 つに分けている〔38 頁〕。すなわち、患者がほとんど判断力を発揮できない「積極性・受動性関係」（急性外傷、急性疾患、緊急手術、心筋梗塞急性期など）、医師が患者に取るべき行動の指針を提案し、患者が正しい判断ができるよう指導し協力を得る「指導・協力関係」（非緊急手術、急性感染症、小児疾患—親、心筋梗塞回復期など）、医師が患者の生活状況を深く理解する必要がある「相互参加関係」（慢性病、糖尿病、肝臓病、高血圧など）である。

が自ら医療機関に診療を受けに行く一般的な場合に限定して検討する⁸。

このように限定した場合、医療契約の患者側の当事者は、患者本人ということになるが〔菅野(2001)107頁、前田(1999)79頁、野田(1987)378頁など〕、医療機関側の当事者が問題になる。判例・通説では、医療契約における医療機関側の当事者は病院開設者で、担当医はその履行補助者だと解されている〔金川(2002)94頁、菅野(2001)111頁、野田(1987)372頁など〕⁹。開業医の場合、医療契約の医療機関側の当事者は開業医本人ということになるが、その場合も契約当事者となるのは療養担当医としての医師ではなく、診療所開設者としての医師ということになろう〔金川(2002)94頁〕。なお、医療契約の医療機関側の当事者をめぐっては、保険医療契約の医療機関側の当事者は保険者であって病院ではないとの主張が認められなかった裁判例がある(東京地判昭和47年1月25日・判タ277号185頁)。

(2) 医療契約の法的性質と内容

医療契約の法的性質の学説には、準委任契約説、請負契約説、雇用契約説、無名契約説などがある。美容整形などを請負契約だとする説もあるが、特約のない通常の医療契約については準委任契約だとする説が通説的見解であり、判例の多くも同様に解している〔菅野(2001)97頁、野田(1987)386-388頁など〕¹⁰。

医療契約が有効に成立すると、当事者間に権利と義務の関係が生じる。医療契約を準委任契約だと解すると、受任者たる病院開設者等は、委任の本旨に従い、「善良なる管理者の注意」をもって委任事務を処理する義務を負う(民法第656条により準用される民法第644条)。履行補助者たる医師が故意又は過失によって加害行為を行った場合、病院開設者等は、選任上・監督上の過失の有無にかかわらず債務不履行責任を負うとされる(大判昭和4年3月30日・民集8巻363頁)。

患者の転医・転院に際して医療機関がどのようなことをなさねばならないとされるのかという本稿の問題意識からは、医療契約から生じる医療機関側の義務の具体的な内容が問題となる。菅野(2001)は、医療契約から生じる医療機関側の義務の内容として、特約による権利義務を除き、次の9つの義務を挙げた〔119-129頁〕。(a)診療義務、(b)承諾取付義務、(c)説明義務、(d)療養指導義務、

⁸ このような場合に限定しても、医師(医療機関)と患者の法律関係を契約として捉えることに限界があることを指摘し、「信認関係」を考えることを示唆する見解もある〔樋口(1999)107-109頁〕。

⁹ 担当医を履行補助者とすることについては、「履行補助者とは定まった債務内容の履行を行う者であるから、(中略)病院の医師の場合は、履行補助者である前に、契約内容(法律行為の内容)の決定権すなわち代理権を有する者と構成すべき」だとする説もある〔前田(1999)84-85頁〕。この説も、医療契約における医療機関側の当事者が病院開設者になる点は、判例・通説と同様である。

¹⁰ 医療契約は、一般に、ドイツでは雇用契約だと解されており、フランスでは請負契約だと解されている〔前田(1999)90-91頁〕。

(e)転医の義務、(f)安全管理義務、(g)受取物等返還義務、(h)診療録の記載・保存義務、(i)証明文書等の交付義務である。このうち、(a)診療義務、(d)療養指導義務、(h)診療録の記載・保存義務、(i)証明文書等の交付義務の4つは、公法上の義務でもある¹¹。

医療契約から生じる医療機関側の第一の義務は、(a)診療義務である。診療義務の範囲については、契約締結時に債務の内容が確定しないという医療契約の特性¹²から、「病的症状の医学的解明」を行い、「これに対する治療法があるなら治療行為」を行う（神戸地竜野支判昭和42年1月25日・下民18巻1・2号58頁）という概括的なものにならざるを得ない。診療義務を行うにあたっての注意義務の程度としては、医療契約を準委任契約だと解すれば、「善良なる管理者の注意」が求められることになるが、「いやしくも人の生命及び健康を管理すべき業務（医業）に従事する者は、その業務の性質に照し、危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務を要求されるのは、已むを得ないところといわざるを得ない。」と述べた判例がある（最一小判昭和36年2月16日・民集15巻2号244頁、東大病院輸血梅毒事件）。そして、注意義務の基準となる医療水準は、「診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準」だとされる（最三小判昭和57年3月30日・裁集民135号563頁、日赤高山病院未熟児網膜症訴訟上告事件）。

(b)承諾取付義務は、意思表示と意思表示の合致によって成立するという契約の性質から生じる義務だと言える。そして、(c)説明義務は、まず、患者が契約の一方当事者として意思表示を行うために必要な、承諾取付の前提となる義務だと言える〔野田(1987)440頁同旨〕¹³。説明義務は、患者の承諾の前提としての説明義務以外に、(7)診療結果報告義務としての説明義務、(i)療養指導義務としての説明義務、(ウ)転医勧告義務としての説明義務が考えられる〔菅野(2001)124頁〕¹⁴。(c)-(7)診療結果報告義務としての説明義務は、民法第656条により準用される民法第645条に基づく義務である。

¹¹ (a)診療義務（医師法第19条第1項）、(d)療養指導義務（医師法第23条）、(h)診療録の記載・保存義務（医師法第24条）、(i)証明文書等の交付義務（医師法第19条第2項）。

¹² 医療契約の特性としては、このほか、情報が医療機関側に偏在しているという情報の非対称性があることと、人の生命や身体という重大な法益が問題になることが挙げられる。

¹³ 患者の承諾の前提としての説明義務については、誰を基準としてどの程度の説明を行うべきかで、合理的医師説（合理的医師ならば説明するであろう情報を説明すべきであるとする説）、合理的患者説（合理的患者が重要視する情報を説明すべきであるとする説）、具体的患者説（個々の患者が重視する情報であることを医師が予見可能である場合に説明すべきであるとする説）、合理的患者説と具体的患者説の折衷説などに学説が分かれている（野田(1987)441頁、金川(2002)107-108頁）。

¹⁴ 説明義務の類型には、諸説ある。このほか、患者の承諾の前提としての説明義務以外に、(i)療養指導義務としての説明義務と(ウ)転医勧告義務としての説明義務の2つを挙げる説〔金川(1988)51頁〕、説明義務を、承諾の有効要件としての説明義務と、結果回避義務としての説明義務に分け、多数説では、結果回避義務としての説明義務の中に(i)療養指導義務としての説明義務と(ウ)転医勧告義務としての説明義務の2つが含まれると述べた説〔野田(1987)441頁〕もある。

(c)-(i)療養指導義務としての説明義務と(d)療養指導義務は、医師法第 23 条に基づく公法上の義務であり、医師がこれらのことをなさねばならないことは間違いない。しかし、これらの義務が医療契約から生じる義務であるかについては考える余地がある。菅野(2001)は、「患者側は当然に右の療養指導をも含めたよい医療サービスを欲して契約したのであるから、療養指導義務は医療契約上の義務でもあると解すべきである。」「[125 頁]と述べる。医師は「医療及び保健指導を掌る」(医師法第 1 条)のものであり、患者が医師に療養指導を受けることを期待するのはもっともなことである。しかし、「医師と患者の間に契約関係の存在は認めても、その契約から、診断と治療と説明の義務(債務)が発生するというのは、明らかにフィクションである。(中略)これらは、契約の有無にかかわらず、医師として当然に負う義務を列挙しているに過ぎない。(中略)誰が当事者であっても医師と患者の間に必ず発生する義務は、当事者が契約によって発生させているのではなく、社会が義務として負わせているものである。そのような義務は、(中略)客観的なルールあるいは法であって、当事者が定めたルールではないことを率直に認めるべきである。」「樋口(1999)108 頁]との指摘もある。医療契約から生じる診療義務に付随して挙げられる義務のうちどこまでが医療契約から生じる義務なのかを確定することは、困難である。医療の高度化と専門分化が進み、かつては助からなかったような患者を助けることができるようになり、かつては発見し治療することができなかつたような疾病を治療することができるようになるにつれて、医療契約の内容も複雑化してきているように思う。内田貴(2004)は、医療契約に限定しているわけではないが、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」[137 頁]。医療契約とは何かということは実は非常に難しい問題であり、その限界についての考察は他日を期すほかないが、(c)-(i)療養指導義務としての説明義務と(d)療養指導義務については、前田(1999)が医師法第 19 条第 1 項の応招義務の私法上の効果について述べたことが参考になる。「医師法一九条一項は「基本権保護型公序」であり、「医師法一九条一項が保護しようとする利益は単に不特定多数者の一般的公益のみならず個々人の個別的利益でもあり、その個別的利益が医師の本条項違反によって害されたとき、その賠償を必要とするならば、私法も動員され得る」という指摘[112 頁]である。(c)-(i)療養指導義務としての説明義務と(d)療養指導義務も、医師法第 19 条第 1 項と同様、「個々人の個別的利益」でもあると考えられる。

(h)診療録の記載・保存義務と(i)証明文書等の交付義務は、これらと同様、医

師法「第四章 業務」で規定されており、医療契約から生じる医療機関側の義務の具体的な内容に含まれる余地はあると考えるが、医療契約から生じる義務の限界領域に属するものと思われる。

それでは、(c)-(d)転医勧告義務としての説明義務と(e)転医の義務は、医療契約から生じる医療機関側の義務の具体的な内容に含まれるだろうか。転医については、公法上の義務として、保険医療機関及び保険医療養担当規則第16条で「患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき」や、「診療について疑義があるとき」に転医等の措置を講じなければならないことが規定されている。しかし、(a)診療義務のところでも述べたとおり、医師は「診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準」で診療を行わなければならないから、専門外であるなどの理由によりこの水準の診療を施せない場合には、医療契約から生じる義務としても、転医に関する義務が生じると考える。

しかし、これまでの転医に関する義務は、劇的な症状がおさまらないまま自分の所でみきれずに転医・転院させる場合のみを想定していたと言える。近年では、これまでの転医に関する義務の枠に収まらない医療資源の有効活用を考えた政策としての転医・転院も行われるようになってきており、これをどのように考えればよいか問題となるが、これについては節を改めて考える。

医療契約から生じる医療機関側の義務としてほかに挙げられていたのは、(f)安全管理義務と(g)受取物等返還義務である。このうち(g)受取物等返還義務は、民法第656条により準用される民法第646条に基づく義務である。また、(f)安全管理義務は、医療契約のうち、患者が入院する場合に診療契約とは別に締結されつと考えられる入院契約¹⁵に関連して病院開設者に課される義務だと言える¹⁶。

以上が医療契約の法的性質と内容についての概観であるが、次に、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合について、これらに照らして考察する。

¹⁵ 入院契約の内容については、「患者の病状に応じた治療行為を行うとともに、その入院生活を通して、その病状に注意を払い自殺、自傷等不慮の事故を防止するため、最善の看護行為を行うこと」だとする裁判例がある（福岡地判昭和51年11月25日・判時859号84頁）。

¹⁶ 患者の安全を配慮すべき義務は、「入院契約上の付随義務ではなくして、その本来の義務と解すべきであろう。」との指摘もある〔野田(1987)402頁〕。

4. 継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合の考察

(1) 継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合の連携・引継ぎの重要性

劇的な症状がおさまらないまま自分の所でみきれずに転医・転院させる場合に連携・引継ぎが重要であることは言うまでもない。総合病院内での連携不全が問題になった浦和地判平成4年3月2日・判タ781号196頁¹⁷は、このような場合の連携・引継ぎの重要性を示す一事例であると言える。金川(2002)は、①患者の疾患が自己の専門外か、自己の臨床経験ないし診療設備によっては、その患者の疾病改善が困難であること、②患者の一般状態が転医のための搬送に耐えうるものであること、③地理的環境的要因として、患者の病状との関連で、搬送可能な地域内に適切な設備・専門医を配置した診療機関があること、④転医により、その患者の疾病改善の見込みがあること、ないし患者に重大な結果回避の見込みがあることの要件を比較考量して転医勧告を行うべきだとするが〔115頁〕、近年では、このような場合に当てはまらない、医療資源の有効活用を考えた政策としての転医・転院も行われるようになってきている¹⁸。

例えば、救急車で搬送されて脳梗塞の診断で入院した後、転院を重ね、最初に入院した病院から5ヵ所目の病院で亡くなった東京都在住の79歳の男性の事例〔大和田(2005)30-31頁〕(以下、「本件事例」とする。)は、これに該当するだろう。本件事例の場合、転院に際してケースワーカーは転院先の病院を提示しており、「それぞれの病院はその機能に応じ、十分な治療を施しており、その場所々だけを取り上げればきちんとした医療を行っていた。」〔大和田(2005)36頁〕とされる。本件事例は、最初の入院先である救急病院に2週間程度入院した後、療養型病院(2ヶ月程度入院)、慢性期リハビリテーションが行えないリハビリテーション病院(入院期間不明だが、短期間の入院だと思われる。)、慢性期リハビリテーションが行えるリハビリテーション病院(3ヶ月程度入院)の順に転院し、悪化する可能性のある持病を持っているということで有料老人ホ

¹⁷ 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。総合病院内に診療契約上の債務の不完全履行があるとされた。確定。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日に患者は大学付属病院に転院して手術を受けたが、左眼失明に至った。

¹⁸ この点に関して、これまでも次の指摘があったことを述べておきたい。「医療水準には、医学的側面のみならず、医療制度的側面(各科協力体制などを含めて)もあることに注意しなければならない。(中略)各科協力義務や転医義務が成立する前提として、まずプライマリ・ケアの確立をはじめとして、それぞれの医療施設における組織医療(各科協力体制)のみならず、全国的な組織医療、すなわち診療所、一般病院、大病院さらに専門病院などの有機的連携を必要とするが、わが国においては、この側面は医学的側面に比し遅れていたといえよう。(中略)最近の医療法改正によって設けられた「医療計画」の文字通りの実現を期待したい〔野田(1987)446頁〕。