

高齢化率が有意な影響を与えていることが指摘されている。このような高齢化率の上昇によって、医療提供機関がより多くの療養病床を提供する誘因が拡大すると考えられる。

供給サイドの要因としては、同一地域における他の療養病床や介護施設の動向が影響を与えると考えられる。尾形(2005)が指摘するように、「競争相手の戦略を相互に読みあう『寡占的競争』状況にある医療圏が多いことが推測される」(尾形、2005)。寡占的競争下では、競争相手の供給量が増加することによって、当該医療機関が直面する需要が減少することになる。このことは医療機関が療養病床を供給する誘因を低下させると考えられる。

市場の競争度との関連では、一般病床の競争度がより重要であると思われる。先述したように、これまでの療養病床の増加は、一般病床から療養病床への転換という形で発生したものと考えられる。すなわち、これらの病院は、主に急性疾患を対象とする医療サービス市場から退出し、主に慢性疾患を対象とする医療サービス市場へ、あるいは介護サービス市場へ参入したものと解釈することができる。このように一般病床から療養病床への転換過程を医療機関の退出・参入行動と捉えると、一般病床における競争度が高くなるほど、療養病床への転換が促されると考えられる。

以上3つの要因と関連する指標と人口10万対療養病床数の増床数との関係を見たものが図5、図6、および図7である。いずれの図も縦軸に人口10万対療養病床数の増床数を取り、横軸には、先の3つの要因と関連する指標として、高齢化率、人口10万対特別養護老人ホーム定員数、および、人口10万対一般病床数がそれぞれとられている。いずれも全ての年で明確な関係が見られるわけではないが、療養病床が大幅に増加した1998年では正の相関関係が見られる。したがって、これらの散布図からは、人口10万対療養病床数の増加に対して、供給サイドの要因は支持されないものの、需要サイドの要因と市場競争度が影響していることが示唆される。

图5 散布图（横轴：高齢化率、縦轴：人口10万对療養病床増床数）

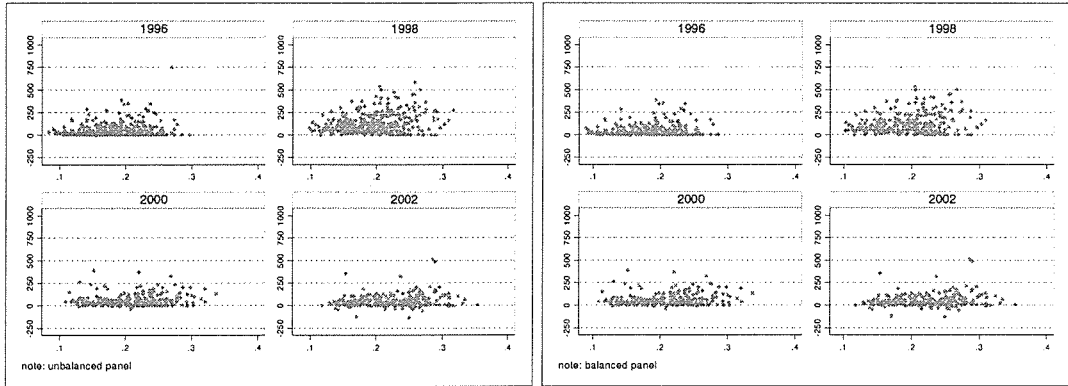


图6 散布图（横轴：人口10万对特別養護老人ホーム定員数、縦轴：人口10万对療養病床増床数）

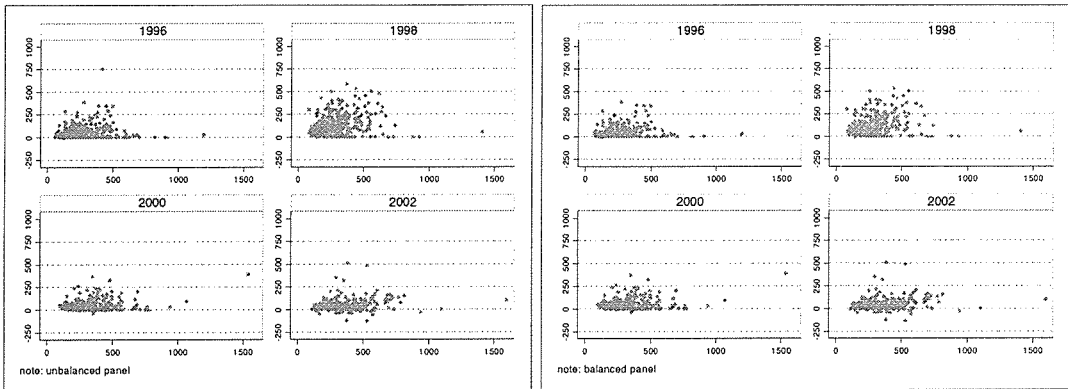
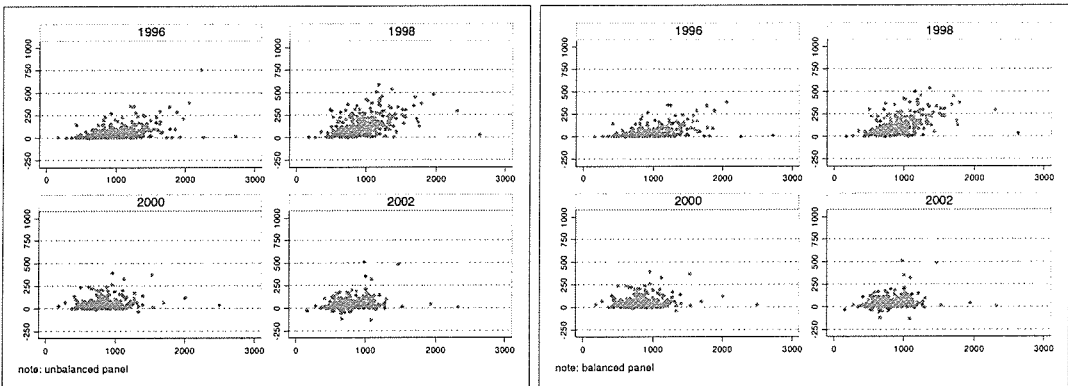


图7 散布图（横轴：人口10万对一般病床数、縦轴：人口10万对療養病床増床数）



5. 療養病床増加の要因分析

5.1 推計モデル

本節では、第3節で述べた二次医療圏単位のパネルデータを用いて、人口10万対療養病床数の増加要因について検討する。具体的には、人口10万対療養病床の（2年間の）増床数を被説明変数とした固定効果モデルによる推計を行った¹⁵。なお、分析では1996年、1998年、2000年、2002年の4時点のデータを利用した。

推計に用いた説明変数は（1996年を基準年とした）年次ダミー、人口関連変数、医療施設病床数、介護施設定員数、および、その他の都道府県要因の5つに分類される。

人口関連変数は人口、（2年間の）人口の増加分、総人口に対する65歳以上人口比率（以下、高齢化率）、および、65歳以上人口に対する75歳以上人口比率（以下、後期高齢化率）の4変数を用いた。最初の2つの変数は、人口の変動による人口10万対療養病床数の変動を制御することを目的としており、符号は負であることが予想される。高齢化率と後期高齢化率は先の需要サイドの要因を表す指標であり、正の符号をとることが予想される。

医療施設病床数としては、人口10万対病院病床数、人口10万対一般病床数、および人口10万対一般診療所病床数の3変数を用いた。このうち、人口10万対一般病床数は一般病床の競争度を表す指標であり、符号は正となることが予想される。

介護施設定員数としては、人口10万対特別養護老人ホーム定員数、人口10万対養護老人ホーム定員数、人口10万対軽費老人ホーム定員数、および人口10万対有料老人ホーム定員数を利用した¹⁶。これらの変数は先の供給サイドの要因に関連する指標であり、符号はマイナスとなることが予想される。

最後に、都道府県要因として、病院病床数に占める民間病院病床数の割合（以下、民間病院病床比率）、および、病院病床数に占める中小病院病床数の割合（以下、中小病院病床比率）の2変数を利用した¹⁷。長谷川(1998)や泉田(2003)が指摘するように、過去の病床数変動の大半は民間の中小病院によるものである。したがって、一般病床から療養病床への転換もこれらの病院が中心となっている可能性が高い。以上2変数に関しても二次医療圏別のデータを利用することが好ましいが、データの制約上利用することができないため、都道府県別データで代替した。

¹⁵ 本文中で述べた固定効果モデル以外に、全てのサンプルをプールしたOLS推計と変量効果モデルによるパネル推計を行った。また、これら3つの推計モデルから一つの推計モデルを選択するために、F検定、Breusch-Pagan検定、およびHausman検定を行った結果、固定効果モデルを用いた推計が採択された（有意水準0.1%）。以上の結果に基づき、以下では固定効果モデルを用いた推計結果について述べる。

¹⁶ その他の介護施設としては、老人保健施設の定員数が重要であると考えられる。老人保健施設定員数は、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」閲覧表から市区町村別のデータが得られるが、同調査は介護保険が導入された2000年以降に限定される。以上のデータの制約のために、本稿では分析から除外した。

¹⁷ ここでいう民間病院とは、開設者が国、公的医療機関、あるいは社会保険関係団体以外の一般病院を指している。また、中小病院とは病床規模が20床以上200床未満の病院を指している。

5.2 推計結果

表6 推計結果

	Unbalanced Panel			Balanced Panel		
	model 1-1	model 1-2	model 1-3	model 2-1	model 2-2	model 2-3
人口(人)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0003 *** (0.000)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0003 *** (0.000)
人口増加分(人)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0004 *** (0.000)	-0.0004 *** (0.000)
高齢化率	2131 *** (582.3)		2095 *** (582.7)	2002 *** (579.2)		1974 *** (579.7)
後期高齢化率		463 (318.007)	410 (316.024)		388 (315.707)	342 (313.718)
人口10万対病床数・定員数						
病院病床	-0.6520 *** (0.052)	-0.6456 *** (0.053)	-0.6610 *** (0.052)	-0.6279 *** (0.052)	-0.6208 *** (0.052)	-0.6355 *** (0.052)
一般病床	0.5538 *** (0.031)	0.5554 *** (0.031)	0.5561 *** (0.031)	0.5227 *** (0.031)	0.5230 *** (0.032)	0.5248 *** (0.032)
一般診療所	0.1957 ** (0.098)	0.2122 ** (0.099)	0.2099 ** (0.098)	0.1673 * (0.098)	0.1813 * (0.099)	0.1793 * (0.098)
特別養護老人ホーム	0.1911 ** (0.080)	0.2468 *** (0.080)	0.1651 ** (0.083)	0.2154 *** (0.080)	0.2708 *** (0.080)	0.1928 ** (0.082)
軽費老人ホーム(A型)	0.5337 (1.079)	0.3462 (1.089)	0.4323 (1.081)	0.4029 (1.054)	0.2345 (1.064)	0.3193 (1.056)
軽費老人ホーム(B型)	-1.3064 (2.138)	-1.0715 (2.152)	-1.2785 (2.137)	-1.4213 (2.086)	-1.2068 (2.101)	-1.3997 (2.086)
軽費老人ホーム(介護型)	-0.0177 (0.145)	-0.0838 (0.146)	-0.0265 (0.145)	-0.0736 (0.148)	-0.1371 (0.148)	-0.0800 (0.148)
有料老人ホーム	0.2637 * (0.144)	0.2884 ** (0.146)	0.2928 ** (0.145)	0.2686 * (0.140)	0.2882 ** (0.143)	0.2931 ** (0.142)
民間病院病床比率	-131.45 (129.5)	-222.86 * (127.7)	-127.85 (129.5)	-78.94 (128.5)	-165.68 (126.6)	-75.03 (128.5)
中小病院病床比率	-3.7473 (144.1)	15.5988 (145.2)	-16.1674 (144.4)	14.1959 (143.6)	33.6697 (144.8)	1.6708 (144.1)
年次ダミー(基準年=1996年)						
1998年	76.26529 *** (9.512)	98.3365 *** (6.924)	72.44321 *** (9.955)	74.86865 *** (9.901)	96.64234 *** (7.315)	71.78615 *** (10.296)
2000年	29.585 (18.05)	73.355 *** (12.55)	22.980 (18.75)	30.202 * (17.97)	72.344 *** (12.44)	24.719 (18.66)
2002年	24.160 (24.27)	78.494 *** (18.80)	9.494 (26.77)	25.066 (24.13)	78.076 *** (18.60)	12.853 (26.61)
定数項	-116.94 (150.7)	117.30 (159.1)	-269.19 (191.0)	-126.50 (149.8)	113.08 (157.2)	-253.05 (189.5)
sigma_u	274.252	242.970	266.648	272.090	244.629	265.772
sigma_e	64.286	64.734	64.259	62.733	63.182	62.725 *
rho	0.948	0.934	0.945	0.950	0.937	0.947
Number of obs	1150	1150	1150	988	988	988
Number of groups	330	330	330	247	247	247
Obs per group						
min	1	1	1	4	4	4
avg	3.5	3.5	3.5	4	4	4
max	4	4	4	4	4	4
R-squared						
within	0.505	0.499	0.507	0.502	0.495	0.503
F test (zero slope)						
Prob > F	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

注) *は10%、**は5%、***は1%水準で有意であることを示す。

推計結果は表 6 にまとめてある。年次ダミーについて見てみると、全ての推計モデルで 1998 年ダミーがプラスで有意となっており、1998 年から 2000 年にかけての人口 10 万対療養病床数の伸びが（1996 年から 1998 年の変化に比べて）大きかったことを示している（有意水準 1%、以下同じ）。先述したとおり、療養病床は 2000 年の介護保険導入前に大幅に増加しており、本節の推計結果からもその動きが確認される。

次に人口、及び人口増加分について見てみると、いずれの変数に関しても、全てのモデルにおいてマイナスで有意となっている。人口 10 万対療養病床数は定義的に人口変動の影響を受けることになるが、これら 2 つの変数は被説明変数の分母となる人口の動きを捉えたものと考えることができる。すなわち、人口は分析期間中の人口規模の変動パターンを

表しており、人口増加分はその変動幅として解釈することができる。人口が減少している二次医療圏を例にとると、人口が減少するにしたがって人口10万対療養病床数が大きくなり、人口10万対療養病床の増床数は大きくなる。また、同じ人口減少二次医療圏でも、人口減少の大きさによってその効果は異なる。人口増加分の係数がマイナスということは、人口の減少幅が大きいときほど人口10万対療養病床数が大きく増加することを意味している。

高齢化率、後期高齢化率について見てみると、全てのモデルにおいて高齢化率がプラスで有意となっている。係数の大きさに着目すると、高齢化率が1%ポイント上昇することによって、人口10万対療養病床数が20床から30床の規模で（追加的に）増加することになる。先述したように、高齢者の増加によって慢性疾患、あるいは介護サービスに対する需要は大きくなると考えられ、以上の推計結果は医療機関による病床選択がこれら需要サイドの影響を受けていることを示す結果となっている。

人口10万対病床数について見てみると、全ての推計モデルにおいて、一般病床数がプラスで有意、病院病床数がマイナスで有意となっている。また、一般診療所病床数に関してはアンバランスド・パネルを用いた場合にのみ5%水準で有意に正となっている。このうち、一般病床数に関しては、人口10万対病床数が増えることによって、人口10万対療養病床数の増床数が（追加的に）増えることを意味しており、一般病床における競争度と療養病床への転換との関係を支持する結果となっている。すなわち、主に急性期の疾患を対象とする医療サービス市場における競争度が高くなるにしたがって、療養病床への転換が促されてきたものと思われる。また、係数に着目すると1を下回っており、療養病床への転換はより広い居室スペースが求められるために、全体としては病床が減少していることを示唆している。人口10万対病院病床数に関してはマイナスで有意となっているが、人口10万対一般病床数を制御した上での結果と考えると、人口10万対療養病床数が多いことの影響と考えられる。すなわち、一般病床から療養病床への転換がある程度進んだことによって、転換のスピードが鈍化したことの表れと思われる。

介護施設定員数について見てみると、多くのモデルにおいて特別養護老人ホームと有料老人ホームの定員数がプラスで有意となっており、予想と反する結果となっている。一つの理由としては、慢性疾患や介護サービスに対する超過需要の存在が考えられる。特別養護老人ホームなどの介護施設で待機者が発生していることは新聞報道等を通じて広く伝えられており、介護施設に対する超過需要が発生していると考えられる。療養病床と介護施設は機能的には代替するサービスと考えられるが、介護施設に対する超過需要が存在している状況下では、療養病床と介護施設の間での患者・要介護者をめぐる競争はそれほど深刻な状況にはなっていない可能性がある。むしろ、高齢者福祉の充実を図る地域においては、医療・介護両面での施設整備を図ると考えられ、両者が同時に伸びていくことも大いに考えられる。

最後に、民間病院病床比率、中小病院病床比率に関しては、いずれの推計モデルにおいても有意な結果が得られなかった。この点に関しては、変動が相対的に小さい都道府県データを利用したことが影響している可能性があり、今後の課題としたい。

6. まとめと考察

本稿では、1996年から2004年にかけての療養病床増加の実態について、二次医療圏単位のパネルデータを用いた分析を行った。具体的には、人口10万対療養病床増床数を被説明変数とした回帰分析を行うことにより、療養病床の増加に影響を与えた要因について検討した。本稿の分析から得られた結果は以下の3点である。

第1に、介護保険導入を控えた1998年から2000年を中心に、療養病床は大幅に増加したが、これは一般病床から療養病床への転換によるものであることが明らかとなった。一般病床が主として急性疾患患者を対象とし、療養病床が慢性疾患患者を対象としていることを考慮すると、一般病床から療養病床への転換は、急性疾患を対象とする医療サービス市場からの退出過程、あるいは、慢性疾患を対象とする医療サービス市場への参入過程と見なすことができる。

第2に、一般病床から療養病床への転換（療養病床の増加）に対して、高齢化率と人口10万対一般病床数が有意に正の影響を与えていることが明らかとなった。高齢化率の上昇は慢性疾患患者や要介護高齢者の増加につながると考えられ、療養病床に対する需要拡大が（医療機関の）病床転換の誘因を高めたと考えられる。また、人口10万対一般病床数を一般病床における競争度を表す指標と見なすと、一般病床における病院間競争が激化したことによって、一般病床からの退出が促されたと考えられる。

第3に、人口10万対介護施設定員数（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム）は、療養病床の増加に対して有意に正の影響を与えていることが明らかとなった。介護施設と療養病床は代替的性質を持つと思われるが、病床・定員数で見ると、むしろ補完的な関係が見られた。代替的関係が見られない理由としては、介護施設や療養病床に対する超過需要の存在が考えられる。すなわち、介護施設・療養病床に対する超過需要が非常に大きいために、患者・要介護高齢者をめぐる獲得競争はそれほど厳しいものとはなっていない可能性がある。現時点ではむしろ、高齢者医療や高齢者福祉に対する自治体行政の態度が強い影響を与えていると思われる。

1985年の第1次医療法改正により現在の医療計画が導入されて以来、わが国の病院間競争は病床規制という制約の下で行われてきた。また、第2節で述べたように、過剰な一般病床の削減、あるいは、増加する慢性疾患患者に対応するために、診療報酬の改定を始めとする様々な政策誘導が行われてきた。これらの政策誘導についても、病床規制という制約の中で行われてきたものとして認識する必要がある。

本稿の分析結果からも明らかのように、これまでの政策運営の結果として、一般病床から療養病床への転換が進み、病院病床数の拡大を招くことなく、一般病床の削減と療養病床の整備が同時に行われてきた。したがって、程度の問題は別にして、政策目標と合致した方向への誘導が機能してきたと思われる。しかしながら、これまでの政策手法を評価するためには、サービスの質という意味での適切な機能分化が行われてきたかどうかという視点が不可欠である。最後にこの点について検討する。

表7は、入院患者の状況、および、入院サービスに関する指標と療養病床比率との相関を二次医療圏別に見たものである（2005年）。入院患者の状況を表す指標としては、厚生労働省「患者調査」から得られる「入院の状況」および「心身の状況」を用いている。この

うち「入院の状況」については、①「生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する」、②「生命の危険がある」、③「受入条件が整えば退院可能」、④「検査入院」、および、⑤「その他」、の5つの選択肢からの回答となっている。「心身の状況」については、入院患者の日常生活動作（ADL）4項目（移乗・食事・嚥下・排便の後始末）に関して、3段階ないし4段階の自立度が設定されている。表7には、それぞれの質問に対する各選択肢の回答割合（二次医療圏別）と療養病床比率の間の相関係数がまとめている。

療養病床比率と一般病床入院患者の関係を見ると、「生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する」との間に負の相関関係が、「受入条件が整えば退院可能」との間に正の相関関係がそれぞれ見られる。療養病床比率が高い地域は、一般病床から療養病床への転換が比較的進んだ地域と考えられるが、以上の結果はこれらの地域でいまだに一般病床における社会的入院が多く存在していることを示唆している。

療養病床比率と療養病床入院患者の関係では、「入院の状況」と「心身の状況」とで入院患者の重篤度が異なっている。「入院の状況」では、「生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する」との間に正の相関関係が、「受入条件が整えば退院可能」との間に負の相関関係がそれぞれ見られ、療養病床比率が高い地域で入院患者の重篤度が高くなっている。一方で、ADL状況に関しては、いずれの項目に関しても、療養病床比率の高い地域で入院患者の自立度が高いことを示している。このように、療養病床の入院患者の状況に関しては、「入院の状況」と「心身の状況」との間での整合的な解釈が難しくなっているが、ADLの結果からは、療養病床が過剰な地域では、軽度の高齢者にまで入院が拡大している可能性が示唆される。

表7 療養病床比率と入院に関する指標との関係(2005年)

	サンプル数	療養病床比率
入院の状況(割合)		
療養病床		
生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する	361	0.256 *
生命の危険がある	361	0.099
受け入れ条件が整えば退院可能	361	-0.268 *
検査入院	361	0.078
その他	361	-0.022
一般病床		
生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する	369	-0.196 *
生命の危険がある	369	0.015
受け入れ条件が整えば退院可能	369	0.216 *
検査入院	369	-0.016
その他	369	0.102
心身の状況(療養病床)		
移乗		
自立	361	0.147 *
見守りが必要	361	0.129 *
一部介助が必要	361	0.017
全介助が必要	361	-0.133 *
食事		
自立	361	0.196 *
見守りが必要	361	0.095
一部介助が必要	361	-0.030
全介助が必要	361	-0.199 *
嚥下		
できる	361	0.172 *
見守りが必要	361	0.165 *
できない	361	-0.315 *
排便の後始末		
自立	361	0.138 *
見守りが必要	361	-0.087
一部介助が必要	361	-0.138 *
全介助が必要	361	0.035
入院受療率		
65歳以上	362	0.541 *
75歳以上	362	0.538 *
病床利用率		
総数	369	0.498 *
療養病床	363	0.185 *
一般病床	369	0.229 *
平均在院日数		
総数	369	0.722 *
療養病床	363	0.202 *
一般病床	369	0.191 *

出所)厚生労働省「医療施設調査」(2005年)、同「病院報告」(2005年)、同「患者調査」(2005年)、および総務省「国勢調査」(2005年)より筆者作成。
注)*は5%水準で有意であることを示す。

入院サービスに関する指標としては、入院受療率、平均在院日数、および病床利用率を用いている¹⁸。入院受療率について見てみると、65歳以上、75歳以上いずれの年齢階級で見ても、療養病床比率との間に正の相関関係が見られる。表中には示していないが、同様の関係は性別に関わりなく見られる。次に療養病床比率と療養病床の平均在院日数、病床利用率について見てみると、いずれの指標でも有意に正の相関関係が見られる。さらに、療養病床比率と一般病床の平均在院日数、病床利用率についても同様の関係が見られる。

以上の結果から判断する限り、一般病床から療養病床への転換に伴って、それぞれの病

¹⁸ 各変数の定義は次の通りである。

入院受療率 = (患者所在地別・推計入院患者数) / (総人口)

平均在院日数 = (年間在院患者延数) / (0.5 × (年間新入院患者数 + 年間退院患者数))

病床利用率 = ((月間在院患者延数の1月～12月の合計) / (月間日数 × 月末病床数))

× 100

床で供給されるサービスがより効率的なものとなったということを積極的に支持する結果は得られない。むしろ、病床過剰地域の社会的入院の問題は依然として存在し、非効率的な医療機関の温存という病床規制の悪い側面が影響していることを示唆する結果となっている¹⁹。病床規制という政策手段のあり方に対して再検討が求められる。

特に、療養病床の今後のあり方に関しては、先の医療制度改革において大きな見直しが行われ、現在 38 万床（医療保険適用 25 万床、介護保険適用 13 万床）ある療養病床に関して、介護保険適用病床を廃止し、医療保険適用病床を 15 万床まで削減する方針が示された。以上の目標を実現するために、2006 年 7 月以降、患者の状態に応じた診療報酬が導入されると同時に、老人保健施設や有料老人ホームなど介護施設への転換支援策が示されている。これらの施策によってこれまで一般病床と療養病床の間に見られた現象が、療養病床と介護施設の間で再び発生することが予想される。したがって、効率的な医療・介護供給体制を構築していくためには、介護施設への転換を促す政策誘導が医療と介護の 2 つの制度の間で整合的であることはもちろんのこと、療養病床から介護施設への転換がどのような医療施設によって行われているのか、サービスの質、あるいは、医療と介護の機能分化という側面から絶えず観察・評価していくことが重要である。

参考文献

- 泉田信行(2003)「病床の地域配分の実態と病床規制の効果」『季刊社会保障研究』第 39 巻第 2 号、pp.164-173.
- 大道 久(1993)「医療における病床数と医療施設体系」『季刊社会保障研究』第 28 巻第 4 号、pp.360-369.
- 尾形裕也(2005)「医療計画の見直しと医療機関経営」『医療経営白書 2005 年版』
- 高木安雄(1993)「老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化—わが国の老人長期ケアの現状と医療施設の変貌」『季刊社会保障研究』第 28 巻第 4 号、pp.395-404.
- 高木安雄(1996)「医療計画による医療供給体制の変化と問題点」『季刊社会保障研究』第 31 巻第 4 号、pp.388-399.
- 田近栄治・菊池 潤(2006)「介護保険の何が問題か—制度創設過程と要介護状態改善効果の検討—」『フィナンシャル・レビュー』通巻第 80 号、pp.157-186.
- 長谷川敏彦(1998)「地域医療計画の効果と課題」『季刊社会保障研究』第 33 巻第 4 号、pp.382-391.
- 福田吉治・長谷川敏彦(1999)「病床数増加の都道府県格差をもたらした要因の分析」『病院管理』第 36 巻第 2 号、pp.31-35.
- 吉原健二・和田 勝(1999)『日本医療保険制度史』東洋経済新報社

¹⁹ ただし、ここで検討しているのはあくまでも二次医療圏単位のクロス・セクションの結果であり、正確な結論を得るためには、時系列での変化について評価する必要がある。この点に関しては、今後の課題としたい。

統計資料

厚生労働省「医療施設調査」(各年)

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(各年)

厚生労働省「患者調査」(2005年)

厚生労働省「社会福祉施設等調査」(各年)

厚生労働省「病院報告」(2005年)

総務省「国勢調査」(2000年、2005年)

自治省「住民基本台帳人口要覧」(1996年)

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

⑭ 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

（平成 16 年度・平成 17 年度実施）

研究要旨

平成 16 年度は、医療機関等の連携に関する規定や医療等提供施設の連携に関する裁判例をもとに、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について検討した。転医義務等にかかる判示があった裁判例を絞り込み、72 の裁判例を分析した結果、「医療機関の連携時の諸問題」の分析からは、①転送元と転送先の医師が診療情報を引き継ぐこと、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えるようにすることが必要であること、「医療機関の性質による役割」の分析からは、①大規模病院においては、院内の他科や、同一診療科の別の医師と連携すること、②良質な開業医を確保すること、③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ことが明らかになった。

平成 17 年度は、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、法令、関連裁判例及び先行研究をもとに整理し、それらに照らして、継続的な治療等を必要とする患者が転院・転医する場合の連携・引継ぎの法的根拠について考察した。医療機関等の機能分担と連携を強く意識した内容の「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」（平成 18 年法律第 84 号）が施行されても、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多い。今後は、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の構築を、法的な整備も含めて行っていくべきである。

A. 研究目的

本研究は、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・転院に際する医療機関等の連携・引継ぎにおいてどのような問題が生じているのか、資源を有効に活用

しながら医療機関等が円滑に連携し、さまざまな病態の患者に適切に対応していけるようにするためにはどうすればよいかについて、法学的な検討を行うことを目的とする。

B. 研究方法

平成 16 年度は、医療機関等の連携に関する規定や医療等提供施設の連携に関する裁判例等をもとに、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などについて検討した。

平成 17 年度は、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、医療施設及び医師が法的にどのようなことをなさねばならないとされているのかについて、医療契約の法的性質等を踏まえて考察した。

(倫理面への配慮)

特に注意を要することはなかった。

C. 研究結果

1. 平成 16 年度

[政策的動向]

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着目され、遅くとも平成 9 年の第 3 次医療法改正時から、質と効率性の確保という観点で促進されてきた。

[診療報酬上の評価の動向]

医療機関等の連携に対する診療報酬上の評価は、昭和 60 年の第 1 次医療法改正時に着目され、特に平成 6 年 4 月 1 日の新しい診療報酬点数表の制定以降、項目、点数及び算定件数が増えている。

[規定]

医療機関等の連携が促進されつつある中で、狭義の医療機関に対する医療関連施設やメディカルとの連携規定は、非常に少ない。規定上、狭義の医療機関と医療関連施設やメディカルの双方向の連携という視点は希薄である。

[医療等提供施設の連携に関する裁判例の分析]

A. 「医療機関の連携時の諸問題」

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に分けて検討した結果、①転送元と転送先の医師が診療情報を引き継ぐこと、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えるようにすることが必要であることが明らかになった。

B. 「医療機関の性質による役割」

イ. 大規模病院、ロ. 開業医の役割、ハ. 救急病院に分けて検討した結果、①大規模病院に

においては、院内の他科や、同一診療科の別の医師と連携すること、②良質な開業医を確保すること、③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ことが明らかになった。

II. 平成 17 年度

[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。

[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

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

患者にとって満足な結果を得られないと思われるが、継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合の連携・引継ぎの法的根拠について明確に定めた規定はなく、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と言える。

医療機関等の機能分担と連携を強く意識した内容の「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」（平成 18 年法律第 84 号）が施行されても、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いと言えるが、連携・引継ぎの配慮が法律に規定されたことは、明確な法的根拠がなかったこれまでの状況からは一歩前進したと言える。

E. 結論

医療機関等の連携や引継ぎが求められる場面に変化が生じているにもかかわらず、それに対応する法整備は追いついていない。今後は、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の構築を、法的な整備も含めて行っていくべきである。

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

[この研究は、平成 16 年度及び平成 17 年度
に行った研究である。]

第14章 患者の転医・転院に際する医療機関等の 連携・引継ぎに関する考察

尾澤恵（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

現代の医療は、高度化・専門分化が進み、高額な医療機器が使用されている。医療に使うことができる人的・物的資源は、有限である。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というのは、現実的ではない。他方、患者の病態は、一つの医療施設での短期的治療で治癒する場合もあるが、短期的・集中的な医療を必要とする状態から長期療養を必要とする状態になる場合や、一人で複数の疾患を抱える場合など、さまざまである。医療の高度化・専門分化が進む中で、資源を有効に活用しつつさまざまな病態の患者に適切に対応していくためには、医療機関等の連携¹が不可欠である。

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(イ)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、(イ)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(イ)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。

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、平成16年度及び平成17年度は、患者の転医・転院に際する医療機関等の連携・引継ぎにおいてどのような問題が生じているのか、資源を有効に活用しながら医療機関等が円滑に連携し、さまざまな病態の患者に適切に対応していけるようにするためにはどうすればよいかについて、法学的な検討を行うことを研究の目的とした。平成16年度は、医療機関等の連携に関する規定や医療等提供施設の連携に関する裁判例をもとに、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について検討した。平成17年度は、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、医療施設及び医師が法的にどのようなことをなさねばならないとされているのかについて、医療契約の法的性質等を踏まえて考察した。本稿は、平成16年度及び平成17年度の研究報告書を加筆・修正し、まとめたものである。

¹ 医療機関等には、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。これらの連携を考えた場合、医療等提供施設の連携は、①医療施設間の連携、②医療関連施設間の連携、③医療施設と医療関連施設の連携の3つが考えられ、医療等の担い手の連携も、①医師の連携、②コメディカルの連携、③医師とコメディカルの連携の3つが考えられる。

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

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（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ということが挙げられる。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³。

(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係に資するため」、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

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 平成16年度の研究報告書では、医療機関等の連携に関する規定を、医療機関に対する連携規定、医療関連機関に対する連携規定、医師に対する連携規定、コメディカルに対する連携規定の順に検討した結果、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く、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が希薄であることを指摘したが〔尾澤 2005,115-118頁〕、本稿ではこの部分は省略する。

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。

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

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)。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)、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)。では、裁判例では、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と判示されているのだろうか。平成 16 年度の研究では、転送義務等にかかる判示があった裁判例を絞込んで検討を行った⁴。

名古屋地判昭和 59 年 7 月 12 日・下民 35 卷 5～8 号 498 頁（裁判例 32）⁵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⁶。

名古屋地判昭和 59 年 7 月 12 日（裁判例 32）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、節を改めて医療契約の法的性質とその内容について検討する。

⁴ 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 1「検討裁判例一覧」参照）。以下、本稿では、この 72 件の裁判例には表 1 の番号を併記した。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、本稿執筆に際し、新日本法規 MASTER Library（平成 19 年 1 月 10 日現在、平成 18 年 10 月 10 日までの裁判例を収録。）を使用して、同じ条件で新しい裁判例を検索したが、本稿との関係で追加すべき裁判例はなかった。

⁵ 黄疸症状のある生後 3 日の低体重児が、自家用乗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）。

⁶ この点は、転医に際し行わなければならない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（裁判例 14。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。）も同様である。

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⁷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⁸、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⁹。

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。通説・判例では、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〕¹⁰。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る〔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

⁷ 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。

⁸ 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、小児疾患一親、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。

⁹ 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〕。

¹⁰ 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、通説・判例と同様である。

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〕¹¹。

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つの義務を挙げている〔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、(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¹²。

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¹³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（裁判例18）、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〕¹⁴。説明義務は、患者の承諾の前提としての説明義務以外に、

¹¹ 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〕。

¹² (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）。

¹³ 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よう。

¹⁴ 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）、