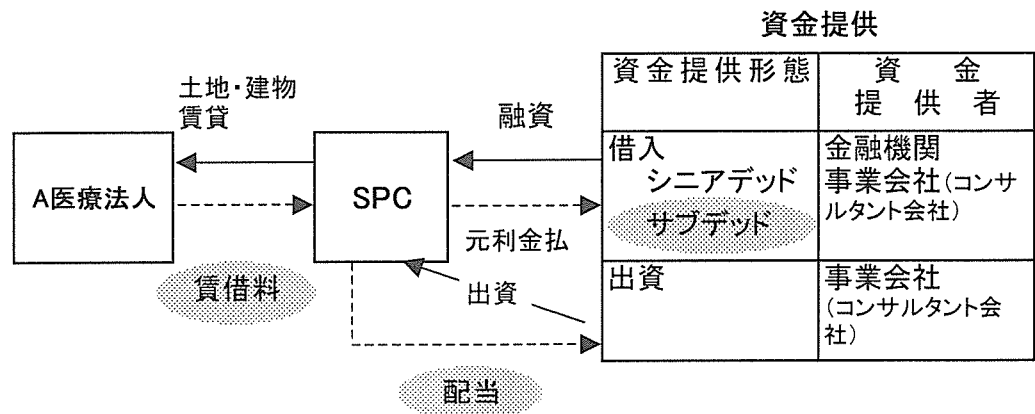


銀行より現状の信用力では10億円が限度とされ、借入不調に終わった。そのため、かねてより金融コンサルタント等から提案されていたSPCを設立するスキームを採用し、これによる病棟建設を実行することとした。

図3 SPCを介した株式による資金調達



このスキームではSPCを設立して、SPCが資金調達して病棟を建設し、これをA医療法人に賃借する。A医療法人はSPCに賃借料を支払う。

ところでこのケースでSPCとは、A医療法人専用の資金調達機関のことである。SPCが資金調達する方法は3つあり、①株式発行によるもの、②借入によるもの、③両者のミックスがある。

通常は③の方法が一般的と思われるが、まず①の株式発行の場合を検討してみよう。

SPCが株式を発行するということは、当然に配当も想定しなければならない。SPCはA医療法人の資金調達のためのみに設立されたSpecial Purpose Companyなので、形式上、A医療法人とは別法人だが、実質は一体的存在といって過言ではない。というのは、A医療法人専用でその資金調達のみを担い、その存立基盤もA医療法人からの賃料収入に100%依存した存在だからである。ということは、A医療法人が直接株式を発行し配当を行ったとみられても仕方がないであろう。これは非営利性の形骸化につながる問題と考えられる。

次に②の借入のケースを検討してみよう。

ここで問題なのはSPCの信用力であるが、これは既に述べた理由からA医療法人と全く同一とみなされる。事例設定のところで述べた通り、A医療法人の信用力に基づく借入可能額は10億円とされているので、SPCも10億円が借入の限度となるはずである。にも関わらず、設備投資に必要とされる30億円全額の借入が可能となるのは、リスクマネーの導入を組み込んだからに他ならない。

リスクマネーとは既述のとおり高リスクに甘んじる見返りに、高いリターンを求める、いわゆるハイリスクハイリターン資金のことである。いろいろな用い方があるが、このスキームでいえば、サブデッド（劣後借入）として用いられる。サブデッドとは、返済が一般債権に劣後するほか、借入当初の低い収益期には、金利ゼロまたは格安金利を適用し、一定期間経過後、収益力が向上してくると、それに連動して高金利を受け取るものである。

言い換えれば当初の低金利を後半の高金利でカバーするもので、見込み通り推移すれば、貸付期間全体では一般貸付（シニアデッド）より高収益を受け取るタイプである。こうしたリスクを負うことをいとわしく思わないリスクマネーを導入すれば、10 億円の借入能力しかない病院でも、30 億円を借入れることが可能となるわけである。ただし、借入側にとっては全体としてみればかなりコスト高となり、また残高が存在する間は、債権保全を図る上から経営上いろいろと拘束されることも覚悟しておかねばならない。10 億円の借入能力のところが見返りなしで、30 億円借入られるわけではない。

ところでこのスキームで問題となるのは、こうしたコスト高だけではなく、非営利性との関連である。SPC への資金提供者に対して金利が収益連動型であれば、当然に A 医療法人が SPC へ支払う家賃も収益連動型となろう。これは収益の一定割合を支払うことを禁ずる通知に違反しかねない。

金融スキームは日進月歩で進化しており、医療法人制度改革によって非営利性の徹底が行われた中、どこまでを許容するのか、どこからが問題となるのか、病院経営の非営利性と、病院現場の実情などを勘案した具体的線引きが求められる。

#### 4. 考察

以上みてきたように、病院の事業特性・資金特質、病院の信用力の現状、金融の原理原則、非営利性などからみると、巷間示されている資金調達多様化商品は、ごく一部の病院には有効でも、大半の病院にとっては利用し難いものである。このように考えると、病院にとって最も適した資金調達先は、結局のところ銀行借入といえないだろうか。とすれば、銀行との信頼関係構築が病院の資金調達円滑化の上でキーポイントとなろう。

一昔前までは、病院は右肩上がりの経済の中にあって相対的に安全性が高く、銀行借入も厳しい審査を受けることなく実行されていたが、時代は変わり、銀行融資にも大きな変革がみられるに至った。その動きを一言でいえば、合理的な計数判断による信用力把握（キャッシュフローに基づく融資）である。したがって病院サイドにも、こうした動きにいち早く対応する動きが求められる。

そのためには、理念を確立した上で、新病院会計準則などを積極的に導入するなどして、計数管理を徹底し、自院の特性、自院の置かれた状況、地域住民のニーズを的確に把握するといった経営を身に付けることが肝要である。経営の真の姿を掴み、何が経営上の課題なのか把握する必要がある。

そして資金調達に際しては、借手責任として、財務状況や、地域における自院の位置づけや役割を認識し、どの方向に進もうとしているのか、それらを事業計画、投資計画、資金計画に織り込み、銀行への適切な説明を出来るようにすることが要請される。

一方、民間であるにも関わらず、持ち分の個人帰属を放棄させ、公益性の高い医療（不採算事業）を課すことは、ある意味、公に代わって社会的公共的事業を担わせることである。これを円滑に実行させるには、それ相応の公的支援があっても不合理ではないだろう。またそれは、社会的に容認される

のではないだろうか。

日本とは歴史的経緯などの相違が存在するものの、たとえばアメリカ、フランス、オランダにおける民間病院は、持ち分の個人帰属を排除し、公益性の高い事業を担えば、非課税となるだけでなく、設備資金についての補助（フランス）、半公的機関からの低利貸付（オランダ）、病院債購入者の利子所得税免除（アメリカ）などの措置が講じられている。

わが国においても、民間でありながらも社会的公共的事業を担っている病院に対しては、具体的な公的支援の検討が望まれる。公的支援にもいろいろあり、たとえば診療報酬に設備投資部分を織り込む、または減免税、補助金などがあるが、財政逼迫の状況を考えれば、財政資金を直接投入するよりも、民間資金活用が柱とならざるを得ないであろう。そのため、民間資金活用を促進する支援策が有効と思われる。

一例を示せば、SRI ファンドの育成である。利子所得税を軽減する、SRI の元本の何割かは公的に債務保証する、金利を公的に上乗せするなどが考えられる。

篤志家のような層に依存した、こうしたファンドの実現可能性に疑問を抱く向きもあるかもしれない。確かに現行の医療法人のように、特定個人の所有物であったり、一方的な寄付といった形では無理であろう。しかし今回の医療法改正で示されたように、持ち分を放棄し、公益性を義務とした医療法人は、社会的存在となり、他方企業の社会的責任と地域への貢献の高まりは、SRI ファンド誕生に有利な環境を与えているといえる。

このように寄付ではなく、一定のリターンのあるこの種のファンドに、先に述べた促進剤を付与すれば、必ずしも現実味のない施策とも言い切れないと思われる。

またこのような制度が出来ることによって、病院側にも病院は個人のものではなく、地域のものであるという意識が醸成され、地域密着経営につながるのではないだろうか。

これからの民間病院が第五次医療法改正で示された、社会の公器として公の役割の一部を代行するといった、あるべき姿に近づけるよう、民間病院の弛まぬ規律と、それを支える民間資金の活用支援の具体化が望まれる。

本稿は松原由美「これからの中小病院経営」医療文化社 2004 年の一部を加筆・修正したものである。

## 参考文献

- ・ 福光 寛、学校債と医療法人債-擬似債券の理論・歴史・現状-、成城大学経済研究第 173 号、2006 年 12 月
- ・ 岡内 幸策、証券化入門、日本経済新聞社、1999 年、全 312 頁
- ・ ジョン A.マラニー、REIT、金融財政事情研究会、1999 年、全 330 頁
- ・ 西村総合法律事務所編、ファイナンス法大全(上下)、商事法務、2003 年、全 807 頁(上)、全 876 頁(下)
- ・ 松原 由美、これからの中小病院経営、医療文化社、2004 年、全 223 頁
- ・ 松原 由美、わが国の病院における新たな資金調達の可能性、病院、Vol.60/No3、212-218、213-214、2001 年
- ・ 松原 由美、わが国の民間病院における資金調達(上下)、社会保険旬報、No2155、6・11、8・11、No2156、20・23、20・22、2002 年
- ・ The bond market trade association、Fundamentals of Municipal Bonds:222:1990.
- ・ Louis C.Gapenski : Financial Analysis & Decision Making for Healthcare Organization. McGraw-Hill : 488,1997
- ・ James M.Greenfield : Fund Raising. JOHN WILEY & SONS,INC. : 428,1999

## 2. 医療機関等の機能分化と連携の 実態および課題

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

## ⑦ 「医療情報伝達（MIT）」および「医療生活計画（MLP）」の重要性

分担研究者 大和田 潔 東京都共済青山病院、東京医科歯科大学臨床講師

（平成 16 年度実施）

### 研究要旨

現在の医療サービスに対する患者満足度は低下している。また、医療費抑制策は医療技術料や薬剤費削減によりなされることが多い。より良い医療を展開しながら、非常に低い医療費を両立している地域と、高コストながら総合的に質の低いサービスしか提供できない状況を比較し、問題点の抽出を行った。その結果、「医療生活計画」と「医療情報伝達」という二点に着目し、医療機関、非医療ケアユニットのシームレスな連携による医療の質の向上と医療費抑制策が今後の医療体制のグランドデザインに必須であることを明らかにした。効率化により発生した金額を医療費に割り当てることで、さらなる医療の質の向上が望まれ、上昇スパイラルが発生すると考えられた。

### A. 研究目的

医療の質を高める医療体制のグランドデザインをすること。

### B. 研究方法

様々な地域の医療体制を比較し、問題点の抽出と解決方法を探る。

（倫理面への配慮）

論文中に引用した症例や事例は要旨が異ならないように注意しながら、年齢、生別、設定などを全て変更し、個人が全く特定できないように配慮した。

### C. 研究結果

医療の総合化と効率化を進めることは患者サービスの向上と医療費抑制策に直結することを明らかにした。

### D. 考察

現在の本邦の医療体制における問題点を抽出し、大切な新たな概念を整理した。次に、これらが医療費抑制策に直結することを明らかにし、今後の医療体制のグランドデザイン設定に貢献できる結果を作成した。（別紙論文参照）

#### E. 結論

1.医療費抑制策は単純に現在の保険点数を増減させる事だけでなされるべきではなく、医療体制の効率化により医療費抑制を図るべきである。

2.そのためには、現在の医療連携のソフトにインセンティブを発生させる必要がある。

3.医療連携に今後不可欠になるのは、論文中で明らかにした「医療生活計画」と「医療情報伝達」の二つの概念である。これらは、高齢社会における医療において、ますます重要性を増すと考えられる。

4.現在の医師が行う医療行為に極端に偏ったコスト発生のシステムの変更を行うきっかけになる事が予想され、医療体制の大きな変革への鍵となりうる。あたたかな医療をめざす各フィールドの人々の作業もまた医療の一環であり、コストを分配すべきである。

#### 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

[この研究は、平成 16 年度に行った研究であり、所属等も平成 16 年度現在のものである。]

## 第7章 「医療情報伝達 (MIT)」 および 「医療生活計画 (MLP)」の重要性

大和田 潔 (東京都共済青山病院、東京医科歯科大学)

### 1. はじめに

医療とは、病める人が治療を適切に受け、癒されていくという過程そのものである。

医療を支えるシステムは、「あたたかな医療」を展開する事も出来るし、機械的に病気を管理するだけの「冷たい医療」に変容してしまう事もある。現在の都市部における医療の問題は、この「冷たい医療」に端を発するものが非常に多い。また、個々の医療機関での努力による断片的な「あたたかな医療」も、転院を繰り返し、様々なシステムによる多様なサービスを受ける中で、医療行為享受者から総合的に見ると結果的に「冷たい医療」になってしまいう事も多い。それは、ある病院でスタッフあたたかな診療を行っても、会計までの間に適切でない冷たいサービスが一つでも入り込むと、その病院の印象全体を冷たく感じることに似ている。

「医療」という言葉が含む範囲は非常に広く、そして領域の裾野の境界もあいまいで関与する職種も多岐にわたる。たとえば、供給側の側面だけをみても、医師の業務のみを指し示すわけではなく、看護職、コメディカル、さらには社会福祉に携わる全ての人々が関わった結果ということになる。また、作業内容から考えると、医療行為はもとより、ソーシャルワーキング、疾病予防的作業、社会的不安の解消など非常に幅広い人々の共同作業であることが分かる。このように関与する職種も多岐にわたり、その作業内容やサービスも同様に多岐にわたる点が医療の特徴である。

医療の原点に立ち返り、現在の医療体制を振り返ってみると、幾つかのほころびがあることがわかる。私はまさにその点が現在の医療に対する不満の原点であると考えている。過去、市井の良医と呼ばれる医師達は、患者家族背景も考慮した上で、さまざまな相談に乗ったうえで、最適な治療を施してきた。必要があれば、往診もおこない在宅加療を行ってきた。現在は、医学の進歩に伴う専門性の特化や病院機能の高度化、核家族化などの患者背景の変化から、従来通りの診療は困難となっている。

その中で、医療体制については、数多くの悲観的記述、予測がなされてきた。しかし、病める人が存在する限り、治療がうまく進むために、医療制度の改善に最善の策をなしていく事は「医療に対して希望をもちつづける」という意味からも必要かつあきらめてはならない大切な事である。目指すところは、一旦分断し細分化された医療を統合し直しサービスを向上させることである。これはまさしく島崎班における研究のメインテーマである「総合化」と「効率化」である。

本研究は、医療提供におけるこの「総合化」と「効率化」をキーワードに日本の医療制度を改善していくためにはどのような方法があるのか、問題点を洗い出しながら、探っていくこうとしているものである。



本稿で明らかにするように、様々な医療機関と地域の個々の努力の結果、やさしい医療を実現している現場もある。さらに、このような地域は一見両立が難しいと思われる、「良質なあたたかい医療」と医療費削減が可能である事を証明して見せている。いかにして、これらを都市部などに普遍化していくか、必須の要素は何であるのかを明らかにする必要がある。本年度は、現場の医療供給サイドから見える問題点を把握し、様々なフィールドの専門家のご考察をいただき、実地見学を行い、現在の医療に最も望まれている因子の抽出を行った。この結果は、次年度以降の分析における大きな手段となるだろう。また、今後の医療のグランドデザインを計画する際に必須のものとなるだろう。

## 2. 医療制度の問題点（総合化と効率化の重要性）

現在、日本の医療制度に対する満足度は低いと報告されている（文献 1,p.205）。それには、幾つかの要因があるが、個人的には医療体制が患者の満足を目指して進んできた物ではなかったからであると思う。自由競争社会では、必ずしもそうとは言い切れないが、市場に人々の望む物が淘汰されより多くなる圧力が加わってきた。その結果、様々な進歩や価格の低下がもたらされ、人々の幸福に結びついてきた。ところが、医療制度においては、非常に閉鎖的で、競争のもとに人々の満足のために急速に進歩してきたとはいいたい。

それでは、医療供給者が競争の排除の元に国民を搾取し、不幸にし、利益を得てきたのだろうか。大部分の医療供給者には当てはまらないと考えられている（文献 1,p.204）。実際、一般的な病院に勤務する医療従事者もまた不幸だ。多くの医師は、低賃金下に過酷な勤務時間にて休むことなく働き続けている。そのため、実務時間を考慮した時給に直すと、コンビニエンスストア店員よりも安い賃金となる事も多い。さらに常に緊急時の呼び出しにより、日常生活を制限され、訴訟の不安に怯えて暮らしている。少子対策に必須の産婦人科医、小児科医、高齢者医療に必須の神経内科医で報われない勤務の重労働化の傾向は顕著であり、これらの分野では多くの医師が専門を捨て、一般外来勤務に転職している。この傾向は少子高齢対策における医療体制に致命的な欠陥を与える問題を内包している。

医療コストの削減も限界に近づいている。例えば、脳や脊髄を循環する脳脊髄液を直接針を刺入し採取する検査は、保険診療では 140 点、つまり 1,400 円である。脳脊髄液の採取を滞り無く行うためには、検査の適応や可否の判断、検査手技、材料費、検査結果の判断などが必要で、その全てが 1,400 円に含まれている。通常の滅菌では除去できないクロイツフェルトヤコブ病の伝搬の可能性などを考慮すれば、ディスポーザブルの器具を用いるのが適当であろうが、これらの器具は 1,400 円を超えるため、多くの病院では針のみをディスポーザブル化している。ちなみに 1,400 円という費用は、美容外科にて行う脱毛一本以下のコストである。医療スタッフが、自分の中枢神経に直結している脳脊髄液採取を材料費込みで 1,400 円だけの注意しか払っていないかもしれないと考え、恐ろしくならぬだろうか。検査がきちんと行われているのは、多くの場合、医療スタッフの善良な精神にのみ支えられていると考えている。これは、まさに保険医療費の過剰な抑制の一例に過ぎない。

医療のインセンティブが医師の作業に極端に偏っているのと同時に、医療費削減を医療作業や薬剤費など医療作業費に極端にウェイトをおいて進めた結果であると考えている。

看護職も同様であり、多くのストレスを抱えている。また、ケースワーカーのようなコ

メディカルにおいては、さらに状況は深刻であり、重要な医療連携行為に対する対価そのものが発生しない事も多い。対価が発生しないにも関わらず、彼らが作業をこなしているのは、所属するシステムのために働いているか、もしくは義務感に支えられたボランティアに依存しているかのどちらかである。

このように、日本の医療システムはサービスを受ける側も、提供する側もどちらも幸福でないシステムとなりつつある。

先進国の GDP 比で一、二位を争うほど少ない医療費に代表されるように投下される医療費そのものが少なすぎると考えている。目に見えないサービスやソフトに価値を見出しにくい国民性による医療費の分配の不均衡が大きいことによる。症例豊富なベテランの医師でも研修医でも保険医療費が同等であることも、ソフトに価値を見出しにくい構造となっている一端を示している。

日本の総医療費の不足については別項に譲ることとし、今後医療費が増大したときにでも共通の問題となっていく、より基本的な本邦の医療体制の総合化と効率化における問題点を提議していくこととする。なぜならば、総合化と効率化を解決した上で医療費の拡大を計らなければ全体像が肥大するだけであり、内容の改善や満足につながらないからだ。逆に非効率性が増し、患者サービスが低下する危険性すら予想される。

また、経済的状況から医療費の拡大が望めない場合でも効率化が図れれば、患者満足度は確実に増大する。実際、日本の医療には「壮大な無駄を生むメカニズム」が存在していることが指摘されている（文献 1,p.105）。

これまで、医療体制は幾つかの改良を経て、よりよいものに移り変わってきたところもあるが、未だ不十分であり、医療機関で落胆する国民はあとをたたない。現在の情報開示と自由競争の波は、医療システムにも押し寄せるはずであり、患者の医療機関の選択などを含め、大きなパラダイムシフトが近い未来に起きると考えられる。その際にも、総合化と効率化を改善する事は大きな意味を有すると考えている。

私はまず、総合化と効率化をある程度のコストをかけて改善し、その後医療費全体の適切な見直しを行っていく必要があると考えている。それは、医療体制を改善しながら同時に受診者の満足につながるための質を高める鍵となるだろう。

超高齢社会の背景においてよりよい患者中心の医療を展開していくために、総合化と効率化の見地から私は二つの大切な概念について確立すべきであると考えに至った。個々の医療機関の適切な治療とは別なところで患者本人や家族など医療享受者が、不幸な顛末に至った幾つかの重要な症例に出会った事がきっかけであった。

### 3. 自験例

以下の自験例は氷山の一角であり、数多く類例が存在していると考えている。この方々と苦労をともにしたことが本研究の最も重要な動機づけとなった。本稿の一例を読まれた共同研究員の様々な立場の方々もこのような症例が決してまれではないこと、逆によく目にする現状であることに同意して下さっていることから決して特殊な例ではない事を示している。

また、このような状況は、都市部における無関係な医療機関が乱立するカオス的医療制度の際に顕著であると考えられるが、日本の保険医療システムは全国ほぼ等しいので、ほ

とんどの地域で同様の事例が起きつつあると考えている。その意味では、これらの症例の危機を回避し解決するシステムの提言は本邦において普遍性を有すると考えている。

そこで、医療機関の総合化、効率化の点から、問題があり障害が多くあった例と、障害なく医療が進んでいった例を数例ずつ取り上げてみる。実際に経験した例の中に、現在の医療機関における総合化、効率化の問題点へのヒントが隠れていると考えるからである。なお、ほぼ事実に忠実に記載したが、個人の特定を避けるため、年齢、性別、細かな設定に変更を加えていることには了承をいただきたい。

## **（１）医療機関の総合化、効率化に障害があった事例**

### **症例 1**

症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だった。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①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出来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②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。病気に関しては詳しい説明をしてもらえたが、入院継続に関しての説明は医師からはなされなかった。仕方が無いため、ケースワーカーの提示する病院を数箇所見学に行った。その中でもましな、しかしあまり希望でない療養型病院③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、事務書類などの塵通の手紙を受け取ったが医師同士での直接の情報交換は無かったらしい。次の病院では身の回りの世話をしてくれていたが、2 ヶ月ぐらいたったころ「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④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 ヶ月以上たっており、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⑤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られてしまった。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⑥。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“入院ボケ”がすすみ寝たきりとなり、肺炎を併発した。医者は人工呼吸器装着の可否の選択を妻に迫ったが、“この状態で長生きされても”と思い、夫の元気だった姿を思い浮かべて断腸の思

いのまま、装着をあきらめることを表明し、永眠した。

## 症例 2

70 代男性。50 代のときに胃がんにて A 病院にて胃の全摘出術を受けていた。その後、病院にはかかっていなかったが、大腸の悪性腫瘍が発見され B がん治療センター入院となった。放射線治療後、退院となり 2 ヶ月に一度程通院していた。ある日、立ち上がろうとしたところ急に腰が立たなくなり、救急隊を要請し、C 三次救急病院に搬送された。外来にて圧迫骨折と判明したため、C 病院救急医師は満床であることを理由に D 整形外科病院へ紹介した。

D 整形外科病院に入院後いたみは和らいだが、むくみがひどくなってきていた。妻は面談で主治医から、「D 整形外科病院では、医師がすべて整形外科医なので、どこか内科の病院に転院してほしい」と申し出があった。同様に老齢な妻は全く内科の心当たりが浮かばず途方にくれていた。

しかたなく、妻は夫婦で通っていた時からの縁で通院を続けていた A 病院の医師に夫のことを相談した。A 病院の医師は快く相談に乗り、事情を調べることにした。

詳細に調査すると、B がん治療センターはがん治療が終了したので、慢性期の加療を E 総合病院に紹介していたことが分かった。また、今回の圧迫骨折はがん治療の放射線治療の影響だろうとのことだった。しかし、B がん治療センターは大変に遠いので、E 総合病院で見てもらいたいとのことだった。

ところが、妻は「E 総合病院には確かに行ったが、60 日に一度 3 分見てもらうだけで、相談には乗ってくれないので、こういった困った時の候補にはならない。」と思っていた。そのため、A 病院の医師は、まず、E 病院の責任ある立場のある医師に、通院患者の苦勞についてご報告した。次いで、D 整形外科病院の主治医に、「E 総合病院がきちんとフォローしてくださると思うから心配しないように、D 整形外科と E 総合病院でうまく連携を図れば十分である」旨を伝えた。患者夫妻も安心し、D 整形外科での入院生活を再開した。

ところが、数日後、妻より A 病院の医師に泣きながら電話連絡があった。D 整形外科病院のケースワーカーから「E 総合病院は大きな病院なので、あなたのような人は通院できないはずだ。ましてや、内科的入院などできないだろう。」と言われたということであった。そこで、A 病院の医師は、当ケースワーカーに、各病院間の連携を図り、E 総合病院に通院できるように手配したこと、患者さんも不安が解消され納得されていた事を伝えた。すると、ケースワーカーは「そのような事情は知らなかった。自分のこれまでの経験から原則を話ただけであった。」と話した。そこで、A 病院の医師は、妻に安心して B がん治療病院が紹介した E 病院に通院を続けるのが良いと伝えてほしいとケースワーカーに伝えた。

その後、当夫妻は E 総合病院外来を受診し、精査目的に短期入院し、現在は E 総合病院に外来通院を無事している。

## 症例 3

60 代女性。歩きにくくなったとの事で、近医整形外科受診していた。腰椎症との事で外来経過観察となっていたが、次第に症状は増悪した。何回か、整形外科医に掛け合ったものの、腰椎症に膝の関節症ということで、膝の注射を繰り返すようになった。注射後も歩

行障害が増悪するため、相談したが、取り合ってもらえなかった。そのため、他内科医院を受診したがはっきり分からず、精神的なものだろうといわれた。

そのまま症状は放置されていたが、歩行障害は進行し、ほぼ家に引きこもって暮らすようになった。同居している母親の様子を見に来たケアマネージャーがパーキンソン病の可能性を指摘し、懇意にしている病院を紹介した。

外来にて精査行い、パーキンソン病の診断となり、歩行障害は改善した。

#### 症例 4

もともとパーキンソン病で P 大学病院通院中の 50 代女性。ときおり、意味不明のことを言ったり、「小人が見える」などの幻覚の出現、ひどい物忘れ、話していても眠り込んでしまうということで日常生活が悪化してきていた。夫は「痴呆が進んできているので仕方が無い。」と思う反面今後どのように暮らして行ったらよいか分からなかった。

そのため、近くの診療所を受診し相談しようとしたが、「パーキンソン病のような専門的なことは分からないし、紹介もできない」と断られた。介護医療を申請し、在宅医療を続けていたが、ある日高熱を出し救急車を要請。P 大学病院搬送を希望したが、満床を理由にことわれ、近くの O 総合病院に搬送された。高熱は誤嚥性による肺炎によるものと診断され、治療を受け、改善した。今後の見通しを聞いたが、主治医からは、「現病からくるものなので、むせが強く、早晚、再度誤嚥性肺炎を起こして、長生きできない。」といわれた。夫は、O 病院のケースワーカーに相談したが、「肺炎は良くなったので、医師の指示通り帰宅するように。再発した際は、救急搬送された際は引き受ける。」といわれた。

肺炎の再発を待つだけの生活に落胆した夫は、在宅加療を再開するにあたり、経緯を世話になった介護医療のスタッフの事務所に報告に行った。たまたま、そこに居合わせ、話を聞いていたソーシャルワーカーがそもそもの診断と、現在の症状の評価のし直しをしたほうが良いと判断し、K 病院転院、評価後の在宅医療を勧めた。O 総合病院から K 病院へ転院後、精査を行ったところ、診断は正しいものの、抗パーキンソン病薬の過量であることが判明し、減量を行った。その結果、幻覚や居眠り、物忘れなどが改善した。K 病院の主治医は、ケアマネージャーを病院に来院してもらい、詳しく病状と今後の見通しについて話した。

現在は、元々の P 大学病院に K 病院において調整後の薬剤量で通院中である。しかしながら、突発的なことが起きた際に P 大学病院でのケアは期待できず、具合が悪くならないことだけを祈りながら暮らしている。

## （２）医療機関の総合化、効率化がうまく進んだ事例

#### 症例 5

症例は、50 代男性。九州に商談のため出張していた。約束の時間になっても連絡が取れないため、ホテルマンが確認したところ室内で倒れて意識を失っていたため、近くの T 三次救急病院に搬送された。T 病院での精査の結果、心房細動による重症脳塞栓症との事で、ICU にて治療が始まった。脳浮腫が強くなってきたため、脳外科的に頭蓋骨開放術を受けた。その後の懸命な治療により、一命を取り留めることができた。

神奈川に在住の妻は、九州に駆けつけ、看護に当たっていた。出張先のなれない地での

加療について、不安だった妻は、企業の産業医 S 医師に相談した。S 産業医は、人脈をたどり K 神経内科医に事情を説明し、九州から治療の状況をしたための書類を T 病院からだしてもらい、セカンドオピニオンを聞いた。その結果、「T 病院での加療は十分であり、心配する必要はないとの事であった」。

入院後 3 週間後に T 救急から、「救命は完了したので退院してほしい。」との申し出があった。「ついては、九州のリハビリ専門の後方病院なら紹介できるが、神奈川は分からない。」といわれたため、再度、企業は S 産業医を通し、東京の K 神経内科医に相談した。K 医師は、状況を鑑み、頭蓋骨形成術など脳外科的加療を終了した後、リハビリ病院へ行くべきであると判断し、信頼できる N 脳外科病院を紹介した。そのため、九州から空路、頭蓋骨を開放したまま N 脳神経外科病院へ転院した。T 救急病院からの適切な紹介状と直接の連絡により、長時間の転院にもトラブルはなかった。N 脳神経外科病院で、セラミック製の患者の頭部をスキャンし、完璧に合うように新たに作成した頭蓋骨の植え込み術が行われ、無事頭蓋骨閉鎖が完了した。

その後、残存した麻痺に関してリハビリが必要になり、N 脳神経外科病院から K 医師の元でのリハビリについての紹介があった。K 医師が妻に確認したところ、できるだけ早く神奈川へ戻りたいとの意志があることが分かった。また、K 医師は、今後当患者が在宅介護医療が必須になると考えたため、「K 医師の元でリハビリ後、神奈川に移動しても良いし、神奈川のリハビリ病院へ直接転院してもメリットがあるかもしれない」と思った。いずれにしろ、在宅医療導入の必要があるので、神奈川のリハビリ病院へ転院することになると判断した。そのため、その場で、神奈川の中核のリハビリテーションセンターにいる K 医師の友人である I 医師に相談したところ、「時期的には、I 医師が勤務する慢性期リハでなくとも、回復期リハにぎりぎり間に合う。」との判断で、神奈川県のリハビリを行う病院のリストをファックスしてもらった。

そのファックスを元に、N 脳神経外科病院にて転院をあたったところ、無事、神奈川県のリハビリを行う病院に受け入れてもらえることとなり、転院となった。回復期リハの期限まで、あと 2 週間という期限ギリギリのところであった。今後、神奈川県において在宅医療へ移行する予定である。

## 症例 6

60 代男性。20 代のころから、上京し雑貨店を営んでいた。50 代より、手足の力が入りにくくなり、ALS と診断された。その後も、都内の病院に通院していたが、脱力は進行した。兄弟、家族は北海道に在住だったが、あまり疎通は良くなかった。そのため、主治医だった J 医師は、本人の承諾を得て、北海道の親族に連絡し病状を伝えた。

親族は、患者がそれほど重症とは知らされておらず、親族会議を開き、今後の病状の進行を確かめたいと考えた。上京してきた親族と本人を交えて J 医師は外来後に長時間時間を割き、今後の病状の進行などについて詳しく説明した。その結果、北海道にて帰省し、在宅医療を導入することになった。J 医師は、北海道における医療システムについてはよく分らなかったが、今後の悪化していく状況を鑑みると専門医のバックアップが必要であると判断した。そのため、帰省する地に近い場所の神経内科専門医が所在する病院を検索し、I 医師に連絡を取った。その結果、それまでの経過を説明する紹介状を携え、移動すれ

ば外来経過観察を行うことが可能となった。また、J 医師は I 医師を通し、ケアマネジャー L と連絡を取り、在宅医療導入に当たって、必要な情報を直接与えた。

手足の脱力と、呼吸不全も軽度認められていたが、J 医師は航空機のスタッフと協力し、無事北海道に帰省することができた。その後、L ケアマネジャーの手により、在宅医療を導入し在宅ケアをすすめている。

一度、L ケアマネジャーから東京都の J 医師に、当患者に元々、痴呆があったか問い合わせがあったため、状況を聞くと、痴呆ではなく、炭酸ガス蓄積による意識障害が疑われた。そのため、J 医師は北海道の主治医である I 医師に連絡した。I 医師は精査および、入院加療を行い、再度在宅医療を行うことができた。現在も、当患者は J、I 両医師および、L ケアマネジャーのもとで在宅医療を行っている。

## 症例 7

60 代女性。名古屋からお茶会のため訪れていた東京にて、突然四肢麻痺と呼吸困難をきたし、U 三次救急病院に救急搬送された。呼吸筋麻痺のため、呼吸器を装着し、精査を続けたところ、頸髄病変が確認された。治療を行ったが、わずかに手足の先端が動かせる程度になっただけで、症状は固定した。その後、関節拘縮などが認められたため、リハビリテーションの必要性がでてきた事もあり転院を進められた。

呼吸器を装着した状態でリハビリテーションが行える病院は数少なかったが、東京にある A 病院が回復期リハビリ病棟に受け入れた。数ヶ月リハビリテーションを行った後、転院が必要になったが、ご家族が名古屋での療養を希望した。

そのため、A 病院の C 医師はケースワーカーの指示した名古屋にある様々な病院を当たったが、呼吸器装着の長期療養が予想される患者の受け入れを、そのまま可能とする病院は無かった。唯一、N 病院から在宅医療を前提とするなら引き受けるとの返事がもらえた。

そのため家族は名古屋に移動後、在宅医療が可能になるように家の整備などを計画した。しかしながら、家の整備には数ヶ月かかる予定であったため、C 医師は事情を理解してもらえ F 病院に数ヶ月を期限ということで相談した。C 医師は名古屋の N 病院と連携をとりながら、F 病院へ転院させた。万が一、家の完成が遅れ、N 病院の期限が来た際は再度 A 病院転院としていた。

名古屋での家の整備が完了した旨を家族から受け、C 医師は N 病院に連絡を取った。その結果、無事都内の F 病院から名古屋の N 病院へ陸路転院が可能となった。

## 症例のまとめ

### 症例 1 のまとめ

この症例は、①から⑥6ヶ所の病院を移動したものの、満足を得る経過をとることはできなかった。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。「2 週間で退院してほしい、その後は野となれ山となれ。」という体質は、病院機能分化の形骸化であると考えている。医療者は常にあたたかな医療を提供するという善意に基づいたシステムの崩壊であり、インセンティブが生じないため医療供給者側が患者の医師に基づいた連携を取る姿勢が欠落していること

による。

### 症例 2 のまとめ

B がん治療病院でがん治療後、治療による後遺症を持ちながら持続的に行うケアを E 総合病院に委託したが、突発的なことが起きたことにより、患者が容易に路頭に迷ってしまった。解決したのは、全く関係の無い A 病院の妻の主治医であった。本症例は日本での医療機関の連携のまずさを顕著に表している。D 整形外科病院は圧迫骨折の加療にのみ注目していた。妻に「内科的治療ができる病院を探せ。」といったところで解決できないであろう。さらに、本来であれば、連携役となる D 整形外科病院のケースワーカーが追い討ちをかけるように、E 病院の一般的総論を述べたために、患者は再度路頭に迷った。当患者の B がん治療センターから始まる、生涯続くさまざまな合併症に対し、どの医療機関も短期間のパッチワーク医療を行っていた。ケースワーカーの中には、患者全体の流れを考えていくことを放棄し、自分の病院の利を得るための患者移動だけを目的として存在している場合があるということを示唆している。この場合、一過性に入院した病院のケースワーカーが生涯にわたるケアプランを逆に断ち切る危険性をはらんでいることも意味する。

### 症例 3 のまとめ

日本におけるプライマリーケア医は専門性が高い医師が自由に開業をしている。そのため、多角的、総合的な診断が不可能な事がある。さらに、病院との契約もしっかりあるわけではないので、紹介が十分行えるかどうかの能力もはっきりしない。また、患者側からすると、症状が悪化した時にどこに行けばよいかの指標も無い。

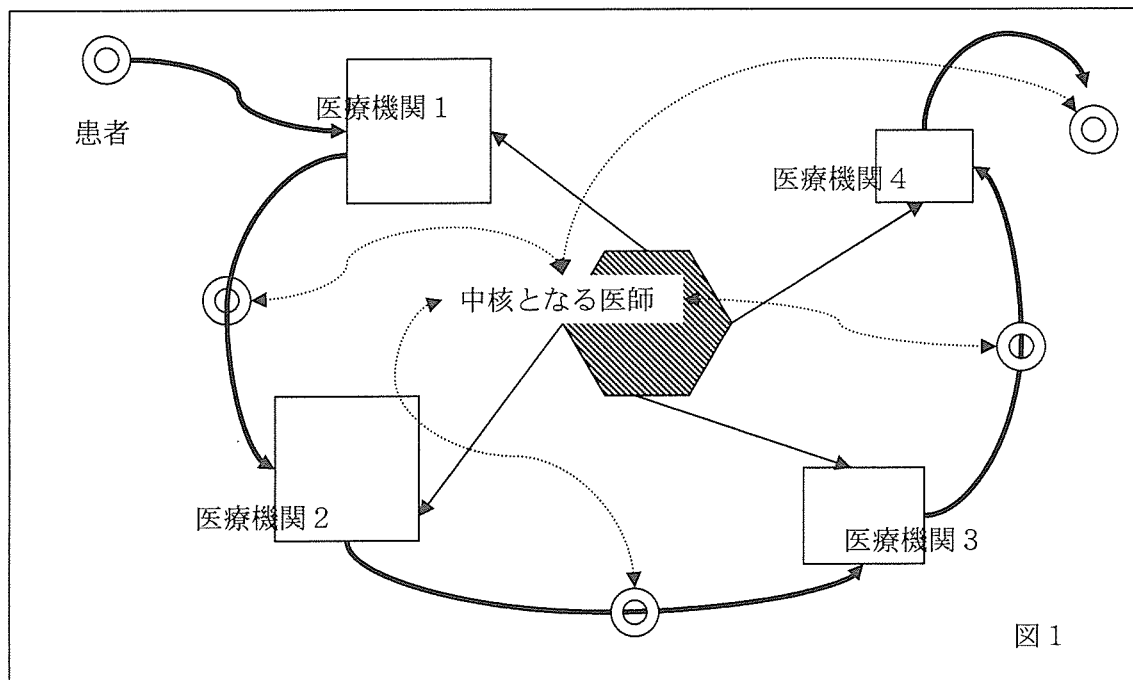
### 症例 4 のまとめ

専門的加療を加えながら、在宅加療を続けている患者数は著明に増加している。必ずしも診断を行い、治療を主に行っている医療機関が、その後のケアにも適切とは限らない。診断をつけ、治療を開始した病院、特に大学病院は外来患者の長期的ケアをするシステムを持っていない。また、地元の長期ケアができる病院との連携も何か起きた後に、なし崩し的に作っていくことが多い。多くの疾患はおおよその進行状況が予測されるにもかかわらず、総合的な視点が欠如している。患者は専門的加療か、ケアかの二者択一を迫られることが多い。

### 症例 5、6、7 のまとめ

各医療機関で適切な医療を受けられたことは症例 1～4 と同様である。また、どの症例も遠路を移動せざるを得なかったり、多くの医療機関を移動せざるを得なかった。その際中核的な役割を果たしたのは医師であった。図 1 に示すように各医療機関と患者と情報交換しながら、サテライト型の形態を取っていったと考えられる。各病院のケースワーカーなどが、当該患者のために次の医療機関だけでなく、さまざまに連絡をお互い取り合い最適な道を探していくということはなかった。





#### 4. 現場から見た日本の医療システムの問題点

これまで医療現場に携わらざるを得なかった経験から考えると、日本の医療における最も大きなほころびは、やや乱暴ではあるが、三点に集約され则认为している。第一点目は急速に進行する高齢社会化の患者背景、第二点目は医療システムのこれまでの前提の崩壊、第三点目は医療機関間の連携の未成熟と医療作業の変容の三点である。

日本は高齢化社会を既に通越し、どの国も経験した事のない高齢社会に突入している。そして、少子化が進行している現在、この傾向はさらに強まる事が確実である。平成 16 年の統計では、統計を開始して以来の日本国民の減少を記録したことが報告された。このことは、高齢者の割合の増加に拍車がかかりつつある事を示している（国立社会保障人口問題研究所）。このため脳卒中、認知症、心筋梗塞などを抱え続ける高齢者向けに医療制度は大きな変容を迫られているが、現状の変化に制度が追いついていないと考えられる。

また、これまでの医療システムの前提というのは、病気になった際に直ぐに医療機関にかかることに重点が置かれてきた。これは、社会の構成年齢が症状が改善し社会に戻る若い際には大変重要であった。現在のような高齢社会においては、医療機関に救急で搬送はされるが、その後在宅などに戻れないことも多く医療の前提が変容してきている。これが第一点目である。

次に第二点目に関しては、日本の医療システムの弊害である。本邦では保険証を持っていれば保険医療が公平にどこでも受けられるというシステムの下に、どの医療機関でも同じレベルの医療が受けられるという仮定に従った物であった。この受診の機会均等性を中心とした公平性については今後も保つべき素晴らしいシステムであると考えられる。その一方で、医療の進歩とともに、専門性の特化を含め、医療機関間や医師間における医療レベルに大きな差が生まれつつある事を反映できない。それらの情報開示は、インターネットなどを介し自発的に急速に進んでおり、国民も良いサービスを比較検討の上で選択しよ

うと考えるようになった。

しかし供給者側は比較検討がなされる準備が整っていない。実際の診療を受ける際、外来のブースの扉を開けるその瞬間まで、あるいは、病院に搬送され救急診療室に運ばれるその瞬間まで、どのようなサービスが自分の体に提供されるかはブラックボックス化されている。現在の情報化社会において、このような矛盾を抱えながら従来の形態を保ち続ける事はもはや不可能であると考えられる。さらに、連携の整備をおろそかにしたまま、単純に比較検討がなされることになれば、競争の激化から医療機関間の断絶は深くなりさらに患者サービスが低下すると考えられる。

最後の第三点目であるが、これまで高齢者の抱える認知障害（痴呆）などの症状は医療的な問題と考えられ、医療機関が収容してきた。しかしながら、このような生物学的な必然から生じる症状に関しては、医療機関で「治療する」よりも、非医療機関で「暮らしていく」ことが良いことが多い(文献 4)。長期的な高齢者への対応の視点からみると、未だ設備やビジョンが不足している。また、高齢という生物学的変化を基礎に、ときおり肺炎などの疾患が合併してくるという状況下は、長期的で断続的な医療の介入と非医療機関ケアシステムや在宅医療のシームレスな共同作業が必要となるだろう。

このように、現在の医療は医師以外のスタッフによるところが非常に大きくなっているにもかかわらず、特に病院内では医師の行う作業を中心にコストが発生するシステムとなっている。そのため、医師があまり注意をはらわずコストが発生しにくい、しかし、患者にとっては重要な作業を医療体制は軽視しがちである。その一側面が、情報の伝達やコミュニケーションなのである。

また、基礎的な疾患は何であるのか、現在どの医療システムにかかるべきか、今後どうなっていくのか、その人の生涯にわたり水先案内人となるべきシステムが本邦には存在しない。その結果、医療機関間の移動の際には家族も本人も路頭に迷うこととなる。たとえば、十分な紹介状を書いて連携をとれたとしても、その次、その次の次の医療機関にまで、最初の情報が伝えられる事はほとんどない。最初に診断し加療した医師がその後の加療を患者の生涯にわたって維持、管理したくとも現状ではシステムが提供されていない。このように、時間軸で患者を把握するシステムと、医療情報を正確に移送するシステムの欠如がもっとも大きな問題であると考えている。そして、それらの概念を適切に示す言葉も無い。

私は本稿において、このような医療の継続を見渡していく重要な概念を「医療生活計画」(medical life planning)、その水先案内人的な役割を果たす人を「医療生活計画者」(medical life planner)、また、医療情報を運搬するシステムを「医療情報伝達(者もしくは方法)」(medical information transporter)と呼ぶことにする。いままで、これらの概念は不可欠でありながら、あまり整理されていなかった。今後特に高齢社会では重要性が増すと考えられる。

たとえば、上述の患者のように本邦では、医療機関は機能的に分断された上に医療生活計画者が不在なために、救急病院から連なる様々な医療機関は数週間から数ヶ月の当面の自分の機能に合った治療に専念するだけに終始する。

その過程で、本人および家族の状況を考慮しながら最適なケア機関を見つけたり、公的補助の案内をしたりする統一したシステムは存在しない。そのため、大変に効率が悪く患

者の満足につながらず、病院は自らを支える事だけに専念する。さらに、画一的なこのようなものを押しつけることは、これまで地域と医療機関が努力して組み立ててきたシステムを破壊することさえある（文献 2,p.73）。私は、現在マスコミで頻繁に取り上げられている医療機関のトップの方から、「救急の治療をとりあえずすればいい。当院の優秀なケースワーカーが必ず2週間で転院させるから、当院の医療が不十分な結果に終わっても患者の満足など得られなくとも、ただ救急治療の作業に専念するだけでいい。」とお話を伺った事がある。これは、救急患者の疾病だけをみて、その後の患者を切り捨てていく日本の医療の寒々しさを反映している。同時にこれは効率化を目指し、医療サービスの向上を目指したはずであった機能特定化の形骸化による全人的医療の否定を示している。

医療情報伝達方法が十分でないため、その病院での治療が完了し、あるいは時間的理由で転院を要請された際に施設間の隙間に落ち込んでいくことになる。たとえ、直後のケア機関に情報が伝えられた場合でも、その後にはつながらない。以前の紹介状が追加添付された紹介状を受け取ることは大変にまれである。現状では受診した医療機関へそれぞれ連絡を取り、患者の情報を自分でまとめていかななくてはならないという総合化からは程遠い非効率的な状態である。これは、前述したが、医療機関を多数移動していく事を、日本の医療システムが想定していないからであると考えられる。また、医師が中心になって行う医療作業に著しくインセンティブが偏り、場合によっては医療作業よりも患者にとって重要な情報の伝達の重要性にほとんど注意を払わなかったためである。システムが全く心もとないため、医療システムと福祉の連携を、地域的に独自に解決せざるを得なかったといえる（文献 3,p.109）。

今後、医療が行えないグループホームのような施設も自然発生的に増加していくにつれ（文献 4）、病状の変化に応じ医療機関とのシームレスな連携を目指していく必要がある。また、こういった際、連携は現在声高にいわれている医療連携だけでなく、在宅、非医療的福祉施設など様々なものをつなぐ連携を考えざるを得ない。そういった場合にも、上記の二つの概念を整理していかなければ、各施設のエゴイズムのなかで患者はさらに不幸になっていく。例えば、在宅医療と医療のシームレス化が図れないため、医療機関に滞在する時間が長くなる傾向をもつ。その結果もたらされる非効率的医療は、著しく高コストなのである。

まさに、今後適切な「医療生活計画」と「医療情報伝達」という概念に基づいた「施設間連携（含在宅医療）」という問題が最大の問題となると考えられる。

## 5. 各医療機関における個別の努力

これまで、医療システムのほころびを見てきたが、全国の様々な地方で、自助努力により、そのほころびを様々に改修してきている。

どのような形態で補完がおこなわれているか、本年度は様々な情報を収集した。その結果、以下にあげるようなパターンが自然発生的に存在している事が解った。（以下の分類は島崎案からの引用。）

### a. 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

・・・御調町（公立みつぎ病院）、茅野市（諏訪中央病院）

#### b. 連携ネットワーク型

- (1)地域医師会が主導的に在宅医療を展開するとともに、介護ケアコンファレンスにも積極的にコミットし、更には、これらをベースに福祉団体（民協・社協）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
- (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」を形成している地域・・・熊本市

諏訪中央病院の訪問時に鎌田實先生のお話では、やはり、諏訪という地域特性が重要であったとの事であった。病気を有する高齢者を家族で介護し在宅療養を助け合うという素地、地域での人々の繋がり、熱心さなどの上に立脚したシステムであった。また、諏訪中央病院が中核となり超急性期の高度医療から在宅医療、介護医療まで、十分に豊かな医療を提供しているため、統一された流れが形成されていた。

しかしながら、東京などの都心部では、家族のサポート、大きな病院が全ての流れをコントロールするという両者とも期待できない状態である。逆に沢山の医療施設が混沌と存在するような状態となっている。このような状況下において、どのように「やさしいつなげる医療」（文献 2）を実現するシステムを構築するかが問題である。

## 6. 諏訪中央病院の見学の報告

そのような観点から、「あたたかい」「患者の満足度」が高いと報告されている諏訪中央病院のシステムを我々は見学に伺った。鎌田實先生のご高配にて、平成 16 年 6 月 25 日に病院見学も含めレクチャーを受ける機会が得られた。

最初、小さな医療機関であった諏訪中央病院は様々な変遷を経て、地域住民の加療、救急医療に多大な貢献をしてきた。諏訪中央病院には、地域住民だけでなく、数多くの観光客も来訪し、地域住民ではない患者の救急にも尽力してきた。さらに、予防医学にも力を入れ、疾病予防にも大きな役割を果たしてきた。

それでは、「医療生活計画」と「医療伝情報達法」の観点から見てみると諏訪中央病院の働きはどのようなものであったのだろうか。

鎌田先生は 30 数年前に諏訪中央病院に赴任されてから「あたたかな医療」を目指して邁進されてきた。24 時間地域住民にオープンなシステムを作り、必要なユニットを大変な努力の上にくみ上げていった（文献 2）。結果的に疾病予防にも多大な恩恵をもたらし、茅野市の国保加入者の保健医療費は 29 万円と全国平均の 75 万円を遙かに下回る金額となり、同地域の保険費用も低額に押さえられている（文献 2,p.37）。

茅野市においては、中核になる諏訪中央病院が存在し救急から慢性期までの流れを把握している。また、地域特性を十分に理解しており、患者にとって最適の医療やケアシステムを提供していると考えられる。さらに、医療機関から離れた後も疾病予防にまで目が行