

地域医療連携を阻む診療報酬制度に関する検討 —転院事例の実態から—

大沢たか子*

Considerng Remuneration System for Medical Services Preventing Community Healthcare —In Case of Patients Transferring the Hospital—

Takako OSAWA*

要約：本研究は、医療費適正化・効率化を目指した医療提供体制改革¹⁾を推進する診療報酬制度で高齢者の医療連携が困難になっていることに焦点を当て、医療連携の実態調査から連携の困難要因と医療政策が抱える本質的な問題を明らかにした。調査方法はA医療機関の地域連携室の実態調査を行った。調査結果は、診療報酬で評価の低くなった高齢者が医療機関にも施設や在宅にも医療連携が困難な実態になっていた。高齢者の受け皿体制が政策検討されない診療報酬誘導の医療連携は、医療政策が抱える本質的な問題が関与していることを実証した。

キーワード：地域医療連携・診療報酬制度・医療提供体制・医療区分・高齢者医療

1. はじめに

人口の高齢化に伴い急増する医療費の適正化と効率化にむけて、医療機能分化と切れ目のない地域医療連携のシステム^{2) 3)}の構築が求められている。地域医療連携は患者の状態に応じた急性期、回復期、慢性期、在宅療養の連携システムであり、その代表的なツールが地域医療連携クリニカルパスである。現在2疾患が診療報酬で評価されるなど、診療報酬の点数操作により医療政策は誘導されている⁴⁾。

我が国の医療市場は民間主体に医療サービスが提供されている特殊性から、医療連携においても個々の医療機関の経営的視点が優先され、患者の視点や医療の質向上に向けた医療連携体制が政策的に検討されてきていない⁵⁾。また、地域の中核医療を担う公的医療機関も民間の医療機関と連携して患者の治療が継続できる体制や、

医療の質を追求するようなエネルギーを注いでこなかった背景も医療連携が今日まで根付かなかった理由のひとつではないかと考える。要するに、民間も公的医療機関も診療報酬のインセンティブを受けることにより⁶⁾、経営を優先する戦略で医療連携を自己目的化している。

今日までの医療提供体制の改革は、患者の在院日数短縮化を診療報酬で評価し、医療連携を推進しなければ医業収益が上がらないような診療報酬体系⁷⁾を敷いてきたが、療養病床が高齢者の受け皿になっていたため医療連携は特に問題化されていない。

しかし、2006年度の医療制度改革で医療療養病床に患者の状態による医療区分が導入⁸⁾され、介護療養病床の廃止案が提示されたことから、地域医療連携は患者の診療報酬評価^{9) 10)}によって「連携できる患者」と「連携できない患者」に区

*高知市旭天神町292-26 高知学園短期大学・看護学科・Email: tosawa@kochi-gc.ac.jp.

分され、医療現場転院調整は非常に困難になっている。

本稿では医療政策で推進する地域医療連携^{11) 12)}の実現を困難にしている要因とそれをもたらす本質的な問題が何であるのかを明らかにするため、A医療機関の地域医療連携の転院事例の実態から実証したいと考え取り組んだ。

2. 調査方法

2-1 転院調整の実態調査

A医療機関の地域医療連携室の転院調整の実態調査を行い、転院調整が困難になっている事例展開から検討・分析を行った。

2-2 調査期間

平成18年10月～12月の2ヶ月間

2-3 対象患者

地域医療連携室が2ヶ月間に取り扱った転院患者（50件）

2-4 倫理的配慮

事例検討においては医療機関や対象者が限定されないように配慮した。

3. 地域医療連携室の転院調整の実態

3-1 地域医療連携室の転院調整の実態

地域医療連携室が取り扱う転院調整は、「紹介元の医療機関のない患者」及び「紹介元の医療機関があっても介護度や医療依存度の高くなった患者」が医師から依頼されていた。

転院患者の調査項目は、筆者が医療連携時に必要な項目を主として独自に作成した。

調査項目は、「患者の状態」、「医療の必要度」、「家族背景」「転院する病床区分」とした。

また、転院調整の困難性を見るため、1患者に対する医療機関への「交渉の件数」と「転院調整にかかった日数」を調査項目とした。地域医療連携室の転院調整の患者50件の実態は以下の図表（表1、図1、図2）の通りである。

表1の地域連携室の転院調整の実態では、患者の90%が担送と護送患者で、自立している患者は10%となっている。患者の転院先の病床区分も66%を医療療養病床と介護療養病床が占めており、診療報酬評価の算定基準が左右する患者を対象としていた。

医療機関への転院調整は一人の患者に対し、医療療養病床では医療機関の交渉件数は平均3件、調整期間も平均25.5日、介護療養病床では医療機関との交渉件数は平均1.3件で調整期間が13.5日と非常に長い日数を要している。患者の家族背景も高齢者夫婦又は独居世帯が多く、家族と

表1. 地域連携室の転院患者調査

療養先の病床区分	人数	交渉医療機関平均件数	調整期間の平均日数	<ADL>			<家族形態>			施設
				担送	護送	自立	夫婦	独居	その他（昼間独居）	
短期療養（一般病床）	9	1	6.2	0	4	5	5	2	2	0
回復期リハビリ	5	1	6.6	1	4	0	1	0	4	0
介護療養病床	12	1.8	13.5	8	4	0	3	6	3	1
医療療養病床	21	3	25.5	18	3	0	9	5	4	2
生活リハビリ（一般病床）	3	1.3	15.3	0	3	0	1	1	1	0
合計	50			27	18	5	19	14	14	3
比率				54.00%	36.00%	10.00%	38.00%	28.00%	28.00%	

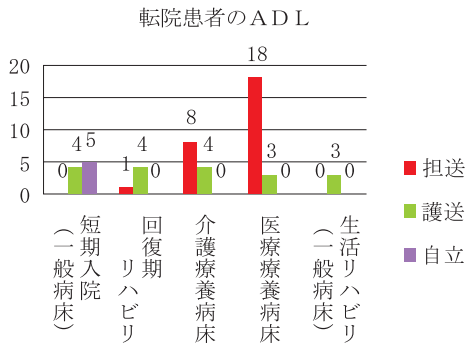


図1. 転院患者のADLの状態

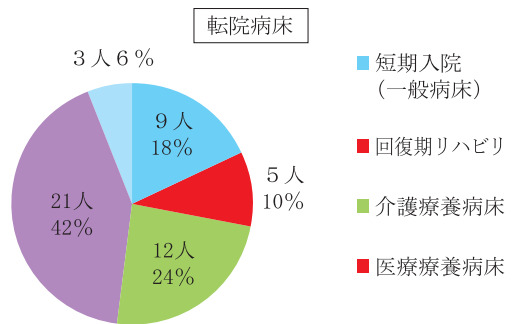


図2. 転院患者の病床区分

同居でも昼間は独居など患者の受け皿体制の弱い実態になっていた。

また、医療連携には地域の医療機関が設置している「受け入れ検討会」での患者検討も転院調整に日数を要する要因となっていた。この受け入れ検討会は医療経営の視点から設置された委員会であるともいえる。

地域連携において転院調整を困難にしている原因には2つの要因が考えられる。1つは患者の医療・介護度などの状態や家族の要因であり、他の1つは医療機関側の要因である。

地域医療連携は、個々の患者の状態と家族背景を考慮しながら、患者にとって医療・看護・介護が継続でき、ADLの向上が望める医療・福祉連携を目指していくことが大切である。しかしその医療連携は、患者側の要因や医療機関側の要因から困難になっている現状を医療連携の事例展開からさらに詳しく実証する。

4. 事例検討

事例検討は地域連携室の転院調整が非常に困難を要している2事例の検討を行った。

事例は診療報酬算定では医療区分1の状態の事例である。

事例1：「心疾患術後の高齢患者で、医療依存度は低いが医療の継続と家族の療養条件の提示により転院が困難となった事例」（医療区分1の状態）

事例2：「急性増悪で入院してきた施設入所中の

高齢患者が、治療後に受け皿体制がないため転院が困難となった事例」（医療区分1の状態）

4-1 「事例1」の検討

事例は「心疾患術後の高齢患者で、医療依存度は低いが医療の継続と家族の療養条件の提示により転院が困難となった事例」である。

事例の転院調整の経過は表2、転院調整を行った医療機関の転院調整は図3の通りである。

図3の転院調整の実際

○初回の転院調整（A，B，C医療機関への調整）

家族は、手術した病院と同じように治療が継続でき、ADL向上目指したりリハビリができる病院への転院を希望する。A病院は患者が以前入院したことのある病院であるため交渉するも一般病床は満床、回復期病床の対象外患者と断られる。第二希望のB病院は医療療養病床が満床で受け入れ困難とされ、一般病床も家族の希望するリハビリは困難であると断られる。

そのため、病床区分（一般病床、回復期病床、医療療養病床、介護療養病床）を多く持つC病院を家族に提示し、家族は治療とリハビリができるなら転院となる。しかし、患者の状態急変により転院先の医療機関から一ヶ月で再入院となっている。

表 2. 転院調整の経過

患者	A氏・〇性・〇〇歳
病名	急性心筋梗塞で救急搬送。心臓手術後（既往疾患：頸髄損傷、）
入院期間	① H18年〇月～〇月 C病院に転院 ② H18年〇月～〇月 J病院に転院
患者の病状経過	①初回入院：心臓の術後。呼吸不全にて気管切開施行するも閉鎖。嚥下訓練と稼動域訓練のためリハビリ目的に転院。左不全麻痺。車椅子の移乗は前面介助が必要で食事はセッチングすれば何とか一人で食べられる状態。 ②再入院：嚥下性の肺炎疑いで再入院。入院時のCRP上昇は尿路感染症が原因。抗生剤投与で改善。転院時は長期臥床に伴う軽度の胸水貯留状態。心機能は安定。車椅子は全面介助。食事はセッチングすれば摂取。
医療区分	医療区分1の状態。
家族構成	夫婦の2人家族。近くに長女と長男が在住。
転院調整	<p><初回転院調整>：家族は、転院を受け入れるまでに期間を要している。患者のリハビリでき、状態が良くなるのであればと、医療機能がしっかりした病院を希望する。</p> <p>① 家族の第一希望はA病院、第二希望はB病院であることを確認し、交渉を開始する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・A病院は回復期リハ対象患者でないとは断られる。（以前入院していた病院） ・B病院は医療療養病床とリハビリ施設があるが、家族のリハビリの期待に応えられないと断られる。 <p><交渉の結果を受けて他の医療機関交渉> 医療療養病床があり維持期リハビリができ心疾患に対応できる病院として、C病院を家族に紹介する。 医療機関と家族面談後転院が決定し転院する。</p> <p>② <再入院後の転院調整> 状態急変でC病院から再入院後、再び転院調整の交渉を開始する。</p> <p><医師の見解> 循環器科がなくてよい。維持期リハビリができる病院。</p> <p><家族の希望する転院の条件></p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病床で治療とリハビリができる病院。在宅に向けたリハビリができること。 ・在宅療養は軽介助で手引き歩行でき、デイサービスに行ける状態になれば可能。 ・初回の転院のような、リハビリがほとんどなく寝かせる療養は期待はずれ。 ・車椅子に降ろして食事をさせるなどの生活リハビリを重点的にお願いしたい。 ・転院先の決定は医療機関の情報が十分得られないまま勧められる医療機関の転院はお断り。 ・自分達の目で医療機関を確認して決めたい。医療機関の情報は面談や見学及び評判を聞いたりして決定するしかない。医療機関の内容がわからないまま転院はさせたくない。責任もって医療機関を提示して欲しい。 <p><転院調整> 8つの医療機関と2つの老人保健施設と交渉を行う。 医療機関からは患者の心臓の術後と家族の希望にこたえられないと7つの医療機関から断られる。患者の状態からパーキンソン病が認定され、居住地域の難病患者の受け入れ医療機関（J病院）に転院となる。 老人保健施設も対象としたが、処方薬剤が多いのと状態が不安定は施設の受け入れ要件の対象患者でないとは断られる。 （老健施設では薬剤は施設の持ち出しとなるため採算上困難）</p>

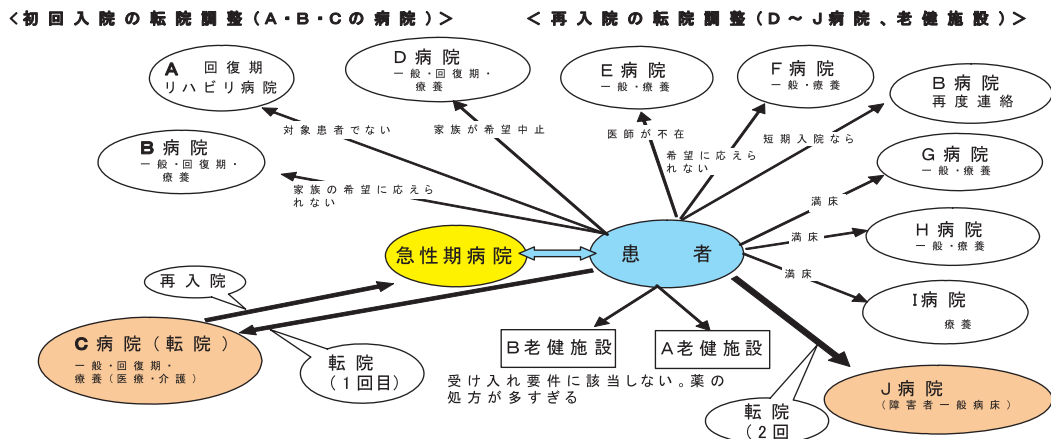


図3. 転院調整の実際

○再入院後の転院調整（D～J，老健施設AとB）

再度の転院調整では、家族の転院に対する頑固な態度が転院調整を困難にしていた。

それは、初回転院した医療機関のような療養生活を受けさせたくない、医療機関が勧めるままの転院は承諾できない、自分たちの要望がかなえられる医療機関の質的情報の提示を求めている。

現状の医療情報は医療機関の診療や看護・介護の質までは掴むことが不可能なため、家族には情報限界の理解を求める。転院調整に当たっては医療機関に家族の療養の要望は伝えることを約束し、病院を実際見てきて判断するよう指導する。

D病院の転院調整では紹介先の医師と家族との面談の日時まで調整を行ったが、家族は「聞いてきた病院の評判が良くない」「医師と面談すれば断れない」と面談を一方向的にキャンセルされる。

以後、7つの病院と2つの老人保健施設との転院調整を行う。

転院調整では、E病院は循環器科の医師がいない、F病院は家族の要望には応えられない、初回の交渉のB病院は短期入院でないと不可能、GとHとI病院は満床と断られる。

このような困難な転院調整を受けた主治医か

ら、患者の状態が安定しているため病院でなく老健施設でよいと指示あり、家族の承諾を得て二つの老人保健施設に交渉行う。施設からは「心臓の術後の容態急変に対応できない」、「薬が多すぎて持ち出しになる」と断られる。

その後患者の状態から軽度のパーキンソン病が認定され、転院調整の最初から拒否していた地元の医療機関（難病患者受け入れ医療機関）に転院となる。

4-2 事例2の検討

事例は「急性増悪で入院した施設入所中の高齢者が治療後に受け皿体制がないため転院出来なかった」転院調整の事例である。

事例の転院調整の経過は表3、転院調整の実際は図4の通りである。

図4の転院調整の実際

転院調整は8つの医療機関と2つの老人保健施設に行った。

患者は90歳代と非常に年齢が高く、身体的機能が一時的に非常に低下した状態で栄養改善には日数を要するため、栄養状態の改善目的に転院が依頼されている。

転院調整において最初に行ったのは治療後の患者の受け入れ先の確認である。まず患者の入所施設に治療後の受け入れの有無を確認する。

表3. 転院調整の経過

患者	B氏・〇性・〇〇歳
病名	急性胃腸炎
入院期間	平成18年 〇月 〇日～平成18年 〇月 〇〇日の26日間
患者の病状経過	軽度の認知症患者。2日前から嘔気・嘔吐症状出現。めまい・嘔吐・胃痛・高血圧・脱水症状で緊急入院。点滴治療後は状態安定するが栄養状態不良（500カロリー）で経口摂取量が少なく改善傾向が見られない。水分補給目的に点滴1本施行中。
医療・介護区分	医療区分1、介護区分2の状態
家族構成	独居でグループホーム入所中。近くに長男夫婦在住（アパート暮らし） かかりつけは近医の診療所。支援病院はA病院。キーパーソンは長男の嫁。
患者受け入れの背景	施設は入所当時から転倒リスクが高いため機会を見て退所希望を家族に告げる予定であったとのこと。退院後は受け入れ不可能。家族も受け入れ不可。
転院調整（22日）	入院5日目頃から転院調整を開始する。 8つの医療機関と2つの介護老人保健施設に転院と入所の依頼をかける。 医療機関はすべて治療後の患者の受け入れ体制の不備を理由に転院を断られる。 主治医は治療方針を変更（点滴中止）し、医療機関から施設入所の方向に転換する。 老人保健施設の交渉では受け入れ施設を必ず探す条件で入所を依頼する。2つ目の老人保健施設に入所決定する。
家族の希望	医療機関でも施設でもいいから長期入院させてくれるところを希望する。 状態が安定したらグループホームへの入所希望。 施設は家族が居住している地域を希望。 在宅療養は働かないと生活できないので不可能。家も狭いため同居は困難。

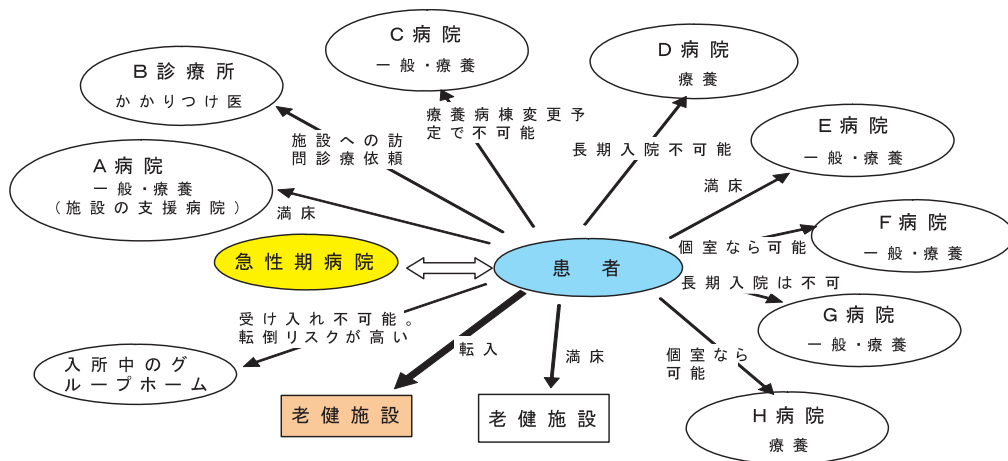


図4. 転院調整の実際

施設側は「患者は日頃から転倒リスクが高いので管理困難」と入所の受け入れを拒否する。高齢者の転院調整では療養後の受け入れ体制が最も重要な要素となるため、家族間で受け皿体制の検討を依頼する。

医療連携では、かかりつけ診療所の支援医療機関Aに転院依頼をかける。診療所の医師にも協力を依頼する。しかし、支援医療機関Aには救急用ベット以外は満床と受け入れを断られる。その後、市内の6つの医療機関に転院調整を行ったが、「満床」「一般病床への長期入院は不可能」「家族の受け入れ体制がない」と転院を断られる。一つの医療機関から「個室なら受け入れ可能」との返事があったが個室料金が払えないと家族が拒否する。

このように医療機関への転院調整が困難な現状を受け、主治医は治療方針を変更（点滴中止）する。転院調整は医療機関から老人保健施設に変更し、療養後の患者の受け入れ施設を探す条件提示で2つ目の老人保健施設に決定する。

考 察

事例1の考察

事例1は、医療依存度は低いが多剤の薬剤治療と身体機能が低下した状態で介護度が高く、ADL向上のリハビリが必要で在宅療養が望めない患者であった。

転院調整では医療の継続（服薬）と維持期リハビリ目的に多くの医療機関に調整を行ったが、医療機関の診療報酬の壁は厚く困難を要している。また、医療機関が受け入れを拒否された他の要因として、家族が患者の療養に対する要望を前面に出されたことも医療連携を困難にしていた。また、老人保健施設への連携においても、医療の継続問題が患者の連携の障害になっている。

この事例の医療連携の困難要因には、患者側の要因と医療機関・施設側の要因が考えられる。

(1) 患者側の要因

患者側の要因には4つのことが考えられる。それは、「医療連携が理解できない」「医療情報

不足から医療機関が選択できない」「療養生活の適切な医療・看護サービスの質」「老夫婦世帯で在宅療養が出来ない」などである。

それらの項目を具体的に見てみると以下のようになる。

「医療連携が理解できない」

患者のADLが自立していない状態で転院をしなければならないことへの不信感を抱いている。患者・家族とも在宅療養が出来る状態で退院できるものと思っていたが、医師から急性期を過ぎたので慢性期の病院で療養する方針であることの説明を受けても納得できず、家族が転院を受け入れるまでに時間を要している。また、医療機関の診療報酬上の病床規制など理解できず、家族が希望した病院に転院できるものと思われていた。医師にリハビリ目的の転院と勧められても、リハビリ治療を受けたい病院には転院できない現状や転院先での患者の状態急変による再入院などから、家族に医療連携の在り方に不信感を抱かせる結果を招いている。

「医療情報不足から医療機関が選択できない」

医療情報は診療機能の情報は把握できるが、診療内容や看護・介護の質的情報は全く掴めない現状である。家族は病院の雰囲気や建物の状況、人からの口コミなどで医療機関を評価している。家族は「いくら病院を見てきても診療の内容が掴めないし、リハビリテーションの状況がわからない」と転院を承諾する医療機関の決定に時間を要し、転院調整が困難になっている。

「医療機関の医療・看護サービスに対する質的要望」

医療機関の診療や看護・リハビリテーションの内容が掴めないため、家族は患者のADLの自立目指したリハビリテーションや患者の状態に応じた療養サービスを求めている。たとえば、「車椅子に座らせてから食事をさせること」や「車椅子リハビリを1日数回訓練させて欲しい」「清拭なども毎日お願いしたい」等である。一般病床は医療・介護病床よりも医療に重点が置かれ

るため家族の要望を満たすことが困難な場合が考えられる。

診療報酬で定められた病床区分による医療サービスの質の相違は患者・家族には理解が困難であることが、逆に医療サービスの質を家族に期待させる結果を招いていると考える。

「老夫婦世帯で在宅療養が出来ない」

近くにいる家族も昼間仕事に出ているため患者の介護が出来る状況にない。家族は患者が家の中で自立歩行が出来なければ在宅療養は困難であると受け入れを拒否している。

(2) 医療者側の要因

医療者側の要因は、「病床区分による患者の受け入れ制限」、「医師不足」、「診療報酬算定の低い患者の排除（患者選別）」、「家族の期待する医療サービスに対応できない」「老人保健施設での医療継続が出来ない」などが医療連携を困難にしている要因となっていた。

「病床区分による患者の受け入れ制限」

患者は医療区分1・介護区分2の状態です。車椅子には介助で移動し短時間座ることが何とかできる状態である。治療は服薬治療とADL向上に向けたリハビリの継続であるため、転院できる病床は一般病床か医療療養病床（患者の状態評価による入院制限）となる。しかし、医療療養病床は医療区分1で診療報酬評価が低く、介護病床も介護度が2であるため評価が低いため転院の対象患者でないとされている。一般病床は診療報酬で入院日数の制限があるため、入院の長期化が予想される患者は受け入れから敬遠される。

このように、診療報酬による病床区分の規制により医療連携は困難になっている。

「医師不足」

医療機関によっては専門分野（循環器科など）の医師がいない理由で転院を断られる場合が多い。何かあったときに対応が困難と受け入れを断られる。この患者も診療科の医師不在という

ことでF病院から転院を断られている。

「診療報酬評価の低い患者の排除（患者選別）」

患者の状態は診療報酬算定では医療区分1（764点）に相当し、医療区分2の（1345点）より581点ほど低い診療報酬評価となっており、介護療養病床でも介護区分が2であるため892点と介護区分3から348点も低い評価から、共に受け入れ対象外とされている。

医療機関は転院の依頼を受けると、医療経営の観点から「受け入れ検討会」等で患者の受け入れを検討し決定している。実際、診療報酬評価の低い患者は転院の決定に時間がかかり受け入れが敬遠されるなどの実態から、患者選別が行われていると考える。

「家族の希望する療養サービスには対応困難」

転院調整において家族の療養に対する強い要望があると、医療機関からは「希望にこたえられない」と断られる場合が多い。この患者の転院調整を困難にした1つには、家族が療養生活に対する要望を強く出されていたため医療機関から「対応できない」と断られている。このことは、療養生活において家族とのトラブルを避けたいためと思われる。

「老人保健施設での医療が継続できない」

老人保健施設では、「患者の状態が心臓の術後で不安定」「処方薬が8種類と多く包括の中の持ち出しが多い」「患者の急変に対応できない」の理由で断られている。

患者の投薬料は包括報酬の中に含まれるため、薬剤が多いと施設の持ち出しが多くなり、経営的観点から敬遠される。また、病状が安定していても治療継続中であると「急変時の対応ができない」と受け入れが拒否されている。このことから、現状の老人保健施設では医療の継続問題が受け入れの阻害要因になっていると考える。

以上、事例1の医療連携を困難にしている要因を検討してきた。これらの要因は、現状の医療提供体制の改革が引き起こしている問題であると考えられる。その中で医療者側の要因である「診

療報酬評価の低い患者の排除」は、社会的入院是正目的の医療療養病床への医療区分導入で、医療経営の視点から診療報酬評価の低い受け皿体制のない高齢患者は医療機関の「受け入れ検討会」などで選別されて医療連携出来なくなっている。医療現場の医療連携は診療報酬評価の高い患者にシフトしてきているといえる。

我が国の医療政策は、診療報酬評価の低い医療サービスの提供では医業収益を上げることが困難な仕組みが作られており、医療政策を診療報酬で誘導するやり方は、医療連携できる患者と医療連携出来ない患者を作り出すという矛盾を生み出していることが明らかになった。

事例2の考察

この事例の患者の医療連携を困難にしていたのは3つの要因が関与していた。それは、「患者の状態の診療報酬算定が低いこと」、「家族の受け皿体制がないこと」、「施設の受け入れ体制のあり方（リスクが予想される患者の受け入れ拒否）」などの要因が医療連携を困難にしていた。

高齢者の医療連携に重要な要素は、「治療後に在宅療養にシフトできるかどうか」という受け皿体制の問題である。患者の受け皿体制がなければ治療後も医療機関が入院を継続しなければならなくなるからである。この事例の患者は治療後に入所していた施設に再入所を断られ、家族も受け入れを拒否したため療養後の受け皿体制がなくなり医療連携を非常に困難なものにしていた。

この事例展開は、我が国の高齢者福祉政策¹³⁾¹⁴⁾が不十分であることと、効率的な医療提供体制を目指す医療政策に一貫性のない政策展開から生み出されている悲惨な高齢者医療の実態であると考える¹⁵⁾。

高齢者の医療費削減目指して医療保険適応から介護保険適応に診療報酬で誘導しているが、医療に対応できる介護施設の整備が十分でない現状では、どこにも受け入れられない高齢患者が作り出されている。

効率的で切れ目のない医療連携は、高齢者の受け皿体制の整備なしには機能しないことが実

証できた。

まとめ

2006年度の医療制度改革の重要な改革の柱である医療現場の医療連携は、患者の状態によっては医療連携が非常に困難になっている¹⁶⁾要因が何であるのかを明らかにするため、医療機関の地域連携室の転院調整の実態から、その中で最も医療連携が困難になっている事例に焦点を当て困難要因を検討した。

事例検討の結果から医療連携を困難にしていた要因は、「診療報酬評価による患者の受け入れ制限」、「高齢患者の受け皿体制の問題」、「介護施設への医療連携が困難」などであった。

我が国の医療経営は保険診療報酬で医業収益がほとんど賄われているため、医療サービスの診療報酬が低く設定されると医療機関の経営は圧迫される。このことから、診療報酬評価の低い患者は医療連携において敬遠されている。

また老人保健施設への連携においても、十分な医療体制が整備されていないことから患者の連携は困難な現状になっている。

高齢者の医療連携で最も重要な要素は「治療後の受け皿体制」の問題である。患者の受け皿体制が整備されなければ、医療・介護・保健施設にも患者が連携が出来なくなっていることが2事例を通して明らかになった。

医療現場の地域医療連携の困難な現状は、我が国の高齢者の福祉政策の不十分さと、効率的な医療提供体制を目指す医療政策に一貫性のない政策展開から生み出されていた。

医療制度改革が推進する効率的で切れ目のない医療連携は、高齢者の受け皿体制が整備されなければ、診療報酬でインセンティブをかける政策展開だけでは機能しないことが実証できた。

本研究では、医療政策を誘導する診療報酬制度が医療連携を阻害し、連携できない患者を生み出している実態を事例検討から明らかにしてきたが、事例から出てきた課題に対し、解決できる糸口まで踏み込んだ研究には行い得なかった。

しかし、一医療機関の転院調整の実態調査に

よって、現在の医療政策が抱える本質的な問題を医療現場の視点から本稿で明らかにできた。

本稿は2007年3月に高知大学大学院人文社会科学部研究科に提出した修士論文を一部加筆修正したものである。

参考・引用文献

- 1) 尾形裕也, 第5次医療法改正における医療計画の見直しと医療機関経営, 病院, 2006, 65(10), 10-19.
- 2) 武藤正樹, 新たな医療連携の実践, 2002, 東京,じほう, 5-35.
- 3) 大道 久, 医療制度改革の動向とこれからの地域医療, グループ診療研究, 2006, 12(1), 18-28.
- 4) 池上直巳, 遠藤久夫: 医療保険・診療報酬制度, 2005, 東京, 勁草書房, 55-59.
- 5) 笠原英彦, 日本の医療行政, 1999, 東京, 慶應義塾大学出版社, 177-203
- 6) 池上直巳, 遠藤久夫, 医療保険・診療報酬制度, 2005, 東京, 勁草書房, 63-76.
- 7) 池上直巳, 遠藤久夫, 医療保険・診療報酬制度, 2005, 東京, 勁草書房, 105-121.
- 8) 木下 毅, 医療療養病床における改定の実態と療養病床再編成, 病院, 2006, 65(9), 24-27.
- 9) 池上直巳, 遠藤久夫, 医療保険・診療報酬制度, 2005, 東京, 勁草書房, 93-113.
- 10) 長谷川友紀, 医療提供体制と診療報酬体系のあり方, 病院, 2006, 65(12), 45-49.
- 11) 大道 久, 医療制度改革の動向とこれからの地域医療, グループ診療研究, 2006, 12(1), 18-32.
- 12) 田城孝雄, 地域医療連携尾道方式を理想のモデルから標準モデルへ, 医療と社会, 2004, 51-61.
- 13) 前田信雄, 保健医療福祉の統合, 2004, 東京, 勁草書房, 2-81.
- 14) 塚原康博: 高齢社会と医療・福祉政策, 2005, 東京, 大学出版会, 73-75
- 15) 日野秀逸, 市場の中の医療改革, 病院, 2004, 東京, 新日本出版社, 82-98
- 16) 尾形裕也, 医療制度改革の方向性, インターナショナルナーシングレビュー, 2007, 30(31), 7-31.