

## 開業医医療研究会報告

## 都市部における診診連携

：一体何が問題なのか

森 博彦

森内科医院（名古屋市）

## はじめに

複数の診療所がお互いに助け合って地域住民の健康保全に尽くす、という家庭医が本来持つべき基本的な考え方は、本邦では未だ一般的には認められてはいない。わが国では伝統的に、一診療所の医師が患者さんに対して全責任を負い治療を完結する、いわゆる一診療所完結型の医療形態を取ってきたからである。それ故、診療所間には経済的な競合関係が発生し、お互いの診療内容のチェックや患者相談等は、極めてまれな場合を除いて殆ど行われることはなかった。

一方、近年におけるすさまじい医療技術の進歩は、医療機器の高額化と複雑化をもたらし、開業医での技術導入は経済的にも能力的にも困難になった。これが開業医と病院の診断技術の差となって表れ、結局は開業医の衰退をもたらしたのは周知の事実である。しかし、開業医と病院が同じ土俵で診療に従事することがむしろ世界の医療界では異常なのであって、両者の間には本来診療に機能的な違いがあって然るべきなのである。病院と診療所の機能分化の議論は、患者のニーズと医療資源の枯渇に伴って再浮上し、ここに診療所の持つべき機能は、“かかりつけ医”機能として次の5点に要約された。即ち、①フリーアクセス（時間、異なる診療所の選択）②全人的医療、③医師間、チーム、住民との協調、④医療の継続性、⑤医療の責任性（含：インフォームドコンセント）である。これこそ、これから述べる診診連携が目指す最終目標である。

## 1. 診診連携の定義

診診連携は、独立した診療所の機能的（目的を持った）連携である。故に、連携の形態は目的に従っていろいろな形を取りうるが、その共通項は以下の通りである。

- 1) 独立した2診療所間以上の機能的連携。
- 2) 各診療所は経済的に独立。
- 3) 患者情報の共有。
- 4) 医療機器の相互利用。
- 5) “覚え書き”による診療所間の相互契約。

## 2. 診診連携の必要性

診診連携のような複数医師による診療の必要性は、次のような理由による。これは欧米のグループ診療の歴史を省みても同じ様な結論に達しており、一般的な回答の一つと考えることができる。

- 1) 現代の多様化した患者さんの病態に、一人の医師だけでは対応が難しくなってきたこと。
- 2) 他の医師の意見を簡単に聞ける診診連携は、医療の質を向上させることが出来る上、患者さんの信頼を得易いこと。
- 3) 開業医師の経済的かつ精神的負担を軽減する効果があること。
- 4) 開業医の余暇をお互いに取りやすくなり、学会への参加など生涯教育に役立つこと。
- 5) 地域を点としてではなく、面として捉えることが出来るため、地域の健康の保全に対しより効果があがること。

表1 診診連携とグループ診療

	診診連携	グループ診療
構成医師	複数の診療所医師	3人以上の医師
診療場所	独立診療所	同一診療場所
経済的要素	独立採算性	利益分配
診療機器の共有	相互利用	共有
職員の共有	なし	共有
情報の授受	コンピュータネットワーク*	カルテの共有
継続性	問題少なし	問題あり
初期投資	高額	比較的少ない

\*カルテに代わる情報共有手段

6) 相互の診療内容のチェック (一部分) が可能となり、誤診の危険が少なくなること。

残念ながら、3) の診診連携に於ける経済的効果については、未だ具体的には判っておらず、僅かに定性的な研究発表<sup>1)</sup>があるだけで、将来の研究が待たれるところである。しかし、实际的に診診連携を導入する起爆剤となったのは、① 診療所間、及び病院と診療所間での診療情報提供料が請求可能になったこと、② 在宅医療推進に伴い24時間連携の必要性、③ 病診連携を組む際、診療所間の連携が病院との交渉に力のバランスとなる、などが主な理由であった。

### 3. 診診連携とグループ診療の違い

診診連携とグループ診療の違いは、各国の医療制度下において異なる動機から生まれたものであるが、その基本的な概念は同一の幹から派生した類似のものである。米国、カナダ或いは英国で発達した現代のグループ診療 (Group Practice) は、その合理的で機能的な医療システムを導入すると共に、経済的なメリットを重要視しており、あらゆる物を共有するという点に特徴がある。一方、独立した一診療所完結型の診療システム (Solo Practice) が未だ基本にある本邦では、各種の連携を組む際、医師のオープンマインドな精神の欠如がネックになる事が多い。また、本邦で欧米型のグループ診療を目指すには各種の法律的制限が

存在し実際上困難である。それ故、診診連携が、経済的に独立した診療所同士で情報や機器の共有を目指す、というのはまさに現実的な対応といえよう。これらをまとめた表を表1に示す。

### 4. 診診連携の種類

診診連携の種類は、その目的によって多くの種類に分けることが出来るが、主なものは次のものがある。

- 1) 同じ診療科同士の連携したもの。
- 2) 異なる診療科同士の連携したもの。
- 3) 両者の混合したもの。

1) や3) の同じ診療科或いは混合診療科の連携は、在宅24時間対応などに対応するためには便利であろうし、2) の異なる診療科同士の連携においては、近所の開業医同士の相互医療相談にきつと役に立つはずである。また婦人科や外科では麻酔科医師と組んで手術チームを編成することも可能であろう。

### 5. 診診連携の成果

1993年から始めた“内高A診診連携”は近接した (半径500m以内) 異なる標榜科の6診療所 (内科、内科、小児科、外科、泌尿器科、精神科) が“覚え書き” (図1) を取り交わして発足したものである。この連携の目的は次の4項目である、即ち、① 親睦、② 相互に助け合いながら継続的な

〈当診診連携システムの名称〉

本システムは“内高A診診連携”と称する。

〈当診診連携システムの目的〉

- 1) 当該診療所間の親睦を計ること。
- 2) 各々診療所の特徴を生かした医療連携を組むことにより、地域住民に健康保全と疾病の予防さらに継続的な医療を提供する。
- 3) セカンド・オピニオン制度を導入することや種々の医療情報を共有することによってお互いに医療の質の向上を目指す。
- 4) 当診診連携システムは、在宅医療の受皿の機能を果たす。

〈当診診連携システムの機能〉

- 1) 当診診連携に参加している診療所が、何等かの理由で休診した場合には、依頼によっての診療所はそれぞれにおいて依頼患者の継続治療を出来る限り助けるものとする。但し休診していた診療所が再開した場合には、さきの患者はすみやかに元の診療所に再び紹介されねばならない。
- 2) 救急の医療体制が必要な場合、依頼があれば、当診診連携に参加している医師は、出来るかぎりすみやかな人的あるいは物質的な援助を惜しまぬこと。
- 3) 当該診療所間での医療に関する相談（セカンド・オピニオン）には、各々出来る限りの協力をし、その内容は患者及び部外者には決して洩らしてはならない。
- 4) 当診診連携に参加する診療所は、それぞれの診療所の機能を具体的に公開し、必要な場合、器具、薬あるいは施設などを提供し、お互い助け合うものとする。
- 5) 診療所間の患者往診依頼は、出来るかぎり時間を調節し、お互い協力しあうこと。車馬賃は、当該主治医が相談して決定するものとする。
- 6) 当診診連携システムと契約基幹病院との連携に関する覚え書きは、別項にて定める。

〈当診診連携システムの入会と脱会〉

- 1) 入会は、当会員の2/3以上の賛成が得られれば許されるものとする。
- 2) 脱会は、脱会しようとする会員の意志表示のみで許される。

〈覚え書きの改正〉

- 1) 改正は参加医療機関の代表の2/3以上の賛成をもって成される。

図1 “内高A診診連携”に関する覚え書き（1995.4.1）

治療を継続する、③ 緊密な医療相談と医療情報の共有、④ 在宅医療を担う。

参加している医師は皆出身大学、人生観、趣味も各々違いながら、こと医療に関して複数医師が参加する診療システムの必要性を認め合った仲間であり、年齢は43～61歳に分布している。診診連携の活動を端的に表している相互の情報交換量は（図2）に見られるように1993～1995年の3年間に9倍以上に増加している。この情報交換量の中には電話によるものは入っておらず、これを考慮すると実際にはこの何倍もの交換量があったと推察される。その内、診療情報提供料が取れたものは、1992年をコントロールとしたとき1995年には12倍

にも増加していることが分かる。それではこれらの情報交換は一体どの科との間で活発であったのだろうか。

図3はそれを定性的に示したものである。矢印は情報の方向を、その太さは情報の量を示している。それによると内科は精神科や泌尿器科との連携を必要としており、小児科は泌尿器科や外科への紹介が多かったことが特徴的であった。一方、他の病院、診療所、保健所から当診診連携システムへの紹介患者数は、3年間に約2倍に増加していた（図4）。これは医療広告の制限がある中で、主に口コミ等によるものや、連携病院医師からの紹介によるものに限られていたためであり、予想外

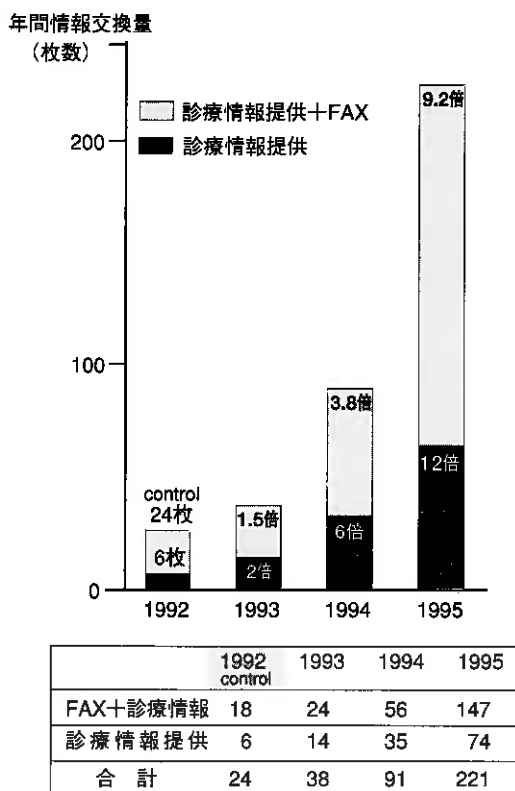


図2 診診連携による情報交換の活発化 (文献3より引用)

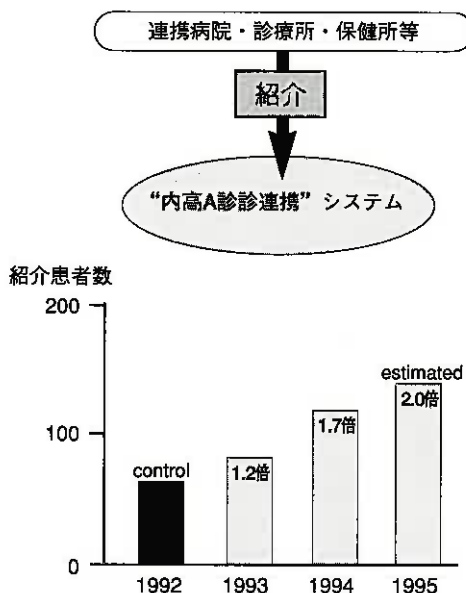


図4 グループ以外からの紹介患者数変遷

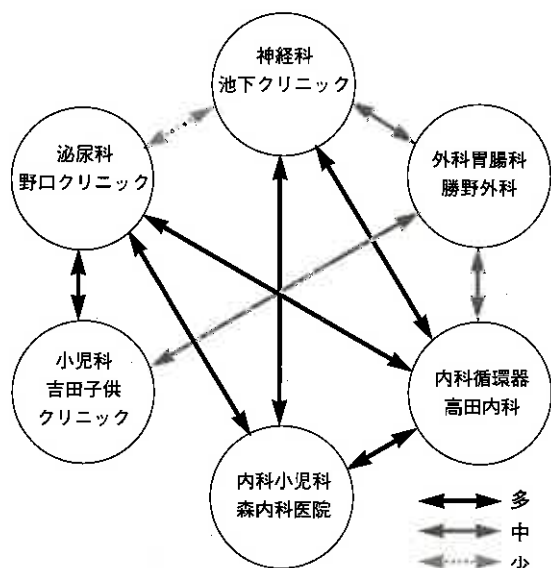


図3 “内高A診診連携”内の情報の流れ (1993/4～1995/9)

の健闘と言うべきである。

もっと積極的に在宅医療などアピール出来る手段があれば、需要は更に増えるものと予想される。

### 6. 診診連携の機能的問題点

診診連携の最大の機能的欠陥は、情報の共有においては欧米のグループ診療に比較して致命的に劣っていることであった。これは診診連携が独立診療所同士であるが故に宿命的なものであったが、しかし、北中診診連携の柴田<sup>2)</sup>や森<sup>3)</sup>は、コンピュータ通信を介した医療情報の共有や電子会議室を利用した相互診療チェックによって、物理的に離れた診療所間を機能的に結合できる事を示唆した。この実験から得られた結果は(表2)にまとめた。診診連携はついに、診療所間を結ぶコンピュータネットワークの導入によって、現在の医療システムをさほど大きく変えることなく、欧米のグループ診療に負けぬ機能的で能率的なシステムを手に入れたのである。

表2 グループ診療と診診連携の比較

	診診連携	診診連携と コンピュータネット	欧米の グループ診療
開業資金負担	*	*	***
診療所の共有	独立	独立	共有
経済的利益獲得	**	**	**
利益の配分	***	***	**
管理業務の省略化	*	*	**
医師同士の連携	*	***	***
医療情報の共有	*	***	***
余暇の獲得	**	***	***
在宅医療への適応	**	***	***
専門化としての魅力	*	***	***
施設・設備の共同利用	*	**	***
参加医師の脱落の影響	***	***	*
周囲の開業医との軋轢	***	**	*

## 7. 診診連携の結成のノウハウ

診診連携が今までうまく稼働しなかった理由にはいろいろあるが、主な原因は次の事柄と考えられる。

- 1) 診療所間の経済的競合をうまく処理できなかった、
- 2) 連携する医師の人間性、人生観、医療観の違い、
- 3) 連携の目的やメリットがはっきりしない、
- 4) 組織を活性化するオルガナイザーの不在、
- 5) そもそも医師が連携する必要性を感じない、等である。

診療所間の経済的競合がどうしても避けられないと感じるのなら、まず異なった標榜科同士の連携をおすすめる。この場合、診療所の距離は近ければ近いほど連携の効果は大きく、参加する医師の連携に対する理解が進んでいけばよりよい形に成長して行くに違いない。医師相互の信頼関係は、2)にも述べているように、医師の個人的資質、大学教育及びその後の医学研修で育まれた医療観などによって大きく影響してくるものである。連携はまず2人からと考え、いろいろな医師と頻回に食事でもしながら、お互いの人生観、人

間性、医療観等を知ることから始めると良いようだ。余り慎重になりすぎても良くないし、軽く実験のつもりでやってみようよ、と誘うのも良いかもしれない。実験に失敗はつきものですし、もし失敗してもその理由が判明すれば一歩前進と考えることが出来るであろう。

どんな素晴らしい組織でも最初から失敗なしの前進はあり得ない。そのため予めトラブルの原因となりそうな事を“覚え書き”の中にその解決法を明記しておくが良い。お互いに競合しそうな患者には、最初にかかった医師を主治医として、2番目に受診した医師を副主治医としてお互いに薬、検査結果等を知らせ合い、それぞれの分野でイニシアチブを取るように取り決めをしておく。主治医診療所が休診の際は、副主治医が診療をして、後に主治医へ知らせる等である。

連携の目的やメリットについてはお互いの疑念をなくするように出来るだけ明確にしておく必要がある。例えば24時間在宅医療のためにお互い助け合いたいとか、近くの異なる診療所同士で気軽に紹介し合って医療相談をしたい、等である。

そして、一番問題になりそうなのが、診診連携を組織し、それを活性させるオルガナイザーをど

う育てるかという問題である。グループ診療研究会での議論でも、オルガナイザーの適正については、まず、① 連携を必要としている人、② 世話好きな人、③ あらゆる情報に対して独り占めしない人、④ 自分に不利なことでも連携のためならと割り切れる人、⑤ オープンマインドな人、がふさわしいと述べている。理想はともかく実際にオルガナイザーの役目を果たすには、出来れば既に診診連携を組んでいるグループの会に参加して、そのノウハウを実際的に学ぶことが一番的確で迅速な方法であろう<sup>4)</sup>。

#### 【文 献】

- 1) 森 博彦他：診診連携;異なる標榜科同士による診診連携の試み, プライマリ・ケア 20(3):1997.
- 2) 柴田恒洋他：診診連携とコンピュータネットワークによる患者情報の共有化, グループ診療研究 2(2):1996.
- 3) 森 博彦他：診診連携;コンピューター通信を介した患者情報の共有化, プライマリ・ケア 20(1):1997.
- 4) 森 博彦：地域の診療所の連携によるグループ診療, グループ診療研究 2 (1):1996.