

200/0036

**厚生科学研究費補助金
政策科学推進研究事業**

**医療機関の機能分化政策の形成的評価
—政策評価手法の1モデルとして—**

平成13年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 田村 誠

平成14(2002)年3月

目 次

I. 総括研究報告書	・ ・ ・ ・ ・	1
医療機関の機能分化政策の形成的評価 －政策評価手法の1モデルとして－		
	田村 誠	
II. 分担研究報告書		
1. 地域医療連携関係の加算取得状況調査	・ ・ ・ ・ ・	7
	田村 誠	
2. 地域医療連携関係の加算取得病院と地域特性	・ ・ ・ ・ ・	19
	福田 敬	
3. 逆紹介患者の通院行動と地域医療支援病院への態度	・ ・ ・ ・	25
－浦添総合病院のケース－		
	田村 誠	
4. 診療所開業医からみた地域医療支援病院の評価	・ ・ ・ ・	53
－浦添総合病院のケース－		
	田村 誠	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	・ ・ ・ ・ ・	71
IV. 研究成果の別刷		
地域医療連携関係の加算取得状況調査	・ ・ ・ ・ ・	72
－医療機能分化政策の形成的評価 I－		

医療機関の機能分化政策の形成的評価
－政策評価手法の1モデルとして－

主任研究者 田村誠 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授

研究要旨：わが国では現在、医療保障（診療報酬）および医療制度（医療法）の両側面から、医療システムの機能分化政策が強力に推し進められようとしている。

本研究の目的は二つある。一つは、この医療機関の機能分化政策の評価を行うというものである。もう一つは、中央省庁等改革において導入された政策評価制度手法の1モデルとして形成的評価を試みるものである。

2年計画の1年目にあたる平成13年度は、大きく2つのことを行った。

一つは、医療機能分化政策に対して全国の医療機関がどのように対応しているかを明らかにした。具体的には、紹介外来加算などの地域医療連携関係の診療報酬加算をどのような病院が取得しているか、また大病院が外来抑制を行っているかなどを調査した。その結果、ほとんどの民間病院が外来機能分化（とくに外来患者の抑制）に積極的に取り組んでいないことを明らかにした。2次医療圏別に分析を行うと、紹介外来加算の取得病院は19の一般病院に対して1つ程度であり、病院数が増加すると、その中で積極的に連携を行う病院が現れることが示唆された。

もう一つは、外来患者を抑制し積極的な地域連携を進める、地域医療支援病院の浦添総合病院が地域医療システムにどのような影響を与えているかを調査した。具体的には、同院から「逆紹介した患者」および同院の「登録開業医」に対する調査を行った。

浦添総合病院から診療所等に「逆紹介した患者」に対する調査の結果、同院より逆紹介した先に定期的に通院している人は医療機関に定期的に通院している人の約7割に達し、逆紹介システムはある程度スムーズに機能しているものとみられた。病院と診療所で役割分担をすることについて納得している人は約半数で、残りの人は機能分化に反対していた。

「登録開業医」への調査の結果、回答者の約4分の3は同院の連携の動きに「問題なし」としており、全体としては受け入れられていると考えられた。しかし患者紹介時の経過報告などについて開業医側からの期待に同院が応えられていない部分もあり、改善の余地はあった。同院から開業医への逆紹介のシステムは概ね順調と開業医には認知されていた。

分担研究者

福田 敬 東京大学大学院薬学系
研究科医薬経済学客員助教授

研究協力者

宮城敏夫 浦添総合病院理事長
宮城恵子 浦添総合病院地域医療連携
センター長
石郷岡美穂 浦添総合病院地域医療連携
センター

A. 研究目的

わが国では現在、医療保障（診療報酬）および医療供給（医療法）の両側面から、医療システムの機能分化政策が強力に推し進められている。

本研究の目的は2つある。

一つは、その機能分化政策を評価しようというものである。

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

もう一つは、政策評価の手法として有力とみられる「形成的評価」を政策評価手法の1モデルとして行うことである。厚生労働省では、「厚生労働省における政策評価に関する基本計画」を現在策定中であるが、その中にある「総合評価方式（事後評価）」にあたるものの1モデルになりうることを想定している。

評価には、さまざまな切り口、手法が考えられるが、本研究では「形成的評価」という方法を用いる。「形成的評価」とは、政策執行からさほど時間が経過しておらず、政策の最終的なアウトカム（この場合では、医療費低下や住民・患者の健康状態の向上など）が十分に明確でない場合に用いられる手法である。

2年計画の本研究の1年目にあたる平成13年度は、大きく以下の2つを行った。

1. 地域医療連携関係の診療報酬加算取得状況の全国調査

医療機能分化政策に対して全国の医療機関がどのように対応しているかをまず明らかにした。具体的には、紹介外来加算などの地域医療連携関係の診療報酬加算をどのような病院が取得しているか、また大病院が外来抑制を行っているかなどを調査した。

2. 特定の地域医療支援病院の調査

外来患者の抑制に積極的に取り組み、地域医療支援病院となった、全国でも稀有な存在の民間病院である浦添総合病院の逆紹介患者（約1000人）と開業医（約100人）に対して、逆紹介・地域連携のシステムがうまく機能しているかの調査を実施した。

当初の研究計画では、機能分化が進んでいる地域を数カ所取り上げ、機能分化が進んでいない地域との比較を行う予定であったが、全国調査の結果、予想外に機能分化（とくに外来機能）が進んでいなかったため、特定の医療機関・地域に絞って、詳細な調査を行うこととした。

以上により、政策評価の方法論の開発・検討に資すると共に、現在の医療政策の中でもっとも重要なものの一つである機能分化政策の評価・改善に寄与しようとするものである。

B. 研究方法

1. 地域医療連携関係の診療報酬加算取得状況の全国調査

地域医療連携関係の診療報酬上の主な加算である「紹介外来加算」「紹介外来特別加算」「急性期病院加算」「急性期特定病院加算」「地域医療支援病院入院診療加算」（いずれも医科）の5つを全国のどの病院が加算しているかを調査した。

調査方法は、全国の都道府県社会保険事務局に調査依頼状を郵送し、上の5つの加算を各都道府県でどの病院が取得しているかを所定の書式に記入してもらい、FAX、郵便等により返信してもらった。調査時期は平成13年7～8月であった。

本調査で得られた病院名と病院要覧から、各病院の開設者、病床数（種類別）、開設診療科目等を調査した。

加えて、今回の調査で「紹介外来特別加算」加算取得が明らかになった民間病院（医療法人）に対して、訪問面接または電話調査により、どのように地域医療連携を推進しているかを調査した

2. 特定の地域医療支援病院の調査

特定の地域医療支援病院（浦添総合病院）に対する調査として、逆紹介患者と登録開業医に対するものを行った。

1) 逆紹介患者調査

2001年5月1日～2001年12月31日の間に浦添総合病院から地域の診療所等に逆紹介した患者から、以下の各群を無作為抽出した。

① 「かかりつけ医」から紹介を受け、

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

当院での治療終了後、紹介元へ再紹介（逆紹介）した患者500名

- ② 新たに「かかりつけ医」をもつことを目的として当院が逆紹介した患者500名

調査方法は、自記式質問紙による郵送調査、郵送回収である（無記名調査）。回収率は、29.9%（299人回答）であった。

2) 診療所開業医調査

調査対象は、浦添総合病院の登録医（診療所開業医）111人とした。

調査方法は自記式質問紙（別紙1参照）による郵送調査、郵送回収である。

回収率は、52.3%（58人回答）であった。

いずれの調査にあたっても対象者のプライバシーに配慮した。

調査時期は平成14年1～2月であった。

C. 研究結果および考察

1. 地域医療連携関係の診療報酬加算取得状況の全国調査

地域医療連携関係の各加算を取得した病院数で最も多いのは、「紹介外来加算」の360病院であり、続いて「急性期病院加算」の265病院、「紹介外来特別加算」の138病院、「地域医療支援病院入院診療加算（以下、地域医療支援病院加算）」の19病院、「急性期特定病院加算」の8病院の順であった。

2000年7月時点での届け出状況と比較すると、「紹介外来加算」と「急性期病院加算」が、それぞれ50%近く増えているのに対し、「紹介外来特別加算」は2割弱の伸びであった。「急性期特定病院加算」は割合としては大幅増であったが、依然として全国で8病院にとどまった。

開設者別加算取得病院率

開設者別にみると、「紹介外来加算」は特定機能病院を多く抱える文部科学省（83.7%）や学校法人（54.9%）の病院の加算取得率は高い。続くのが、都道府県

（27.6%）、日赤（19.4%）等で、全体的に国公立、公的病院に多い。

「紹介外来特別加算」では、加算取得率が国公立病院に相対的に高いという傾向はさらに強まる。厚生労働省は22.8%、文部科学省は37.2%と、全体の4.9%を大きく上回る。

「急性期病院加算」は様相が異なる。国立病院は少なく、共済関係（24.5%）や学校法人（18.4%）の病院が多い。

「急性期特定病院加算」は絶対数が少なく、加算取得率はあまり意味がないが、同加算を取得した8病院のうち、医療法人病院が半数の4病院を占めた。

「地域医療支援病院加算」は、医師会病院を中心に公益法人病院に多かった。

「紹介外来特別加算」加算取得病院の分析・調査

「紹介外来特別加算」取得病院は1年前に比べてあまり増えていなかった。なかでも、民間病院（医療法人立）は23病院（1.8%）しか同加算を取得していない。そこでその23の民間病院に対して、訪問面接または電話調査を行った（調査拒否の1病院を除く22病院の調査完了）。

調査では各病院に「外来患者数を少なくする努力をしたか」を尋ねた。その結果、同加算が設置された昨年（2000年）4月以後に外来患者を少なくしようとしたのは1病院だけであった（浦添総合病院）。

残りの22病院のうち、4病院は隣接地に診療所を有していた（なお、そのうち1病院は2000年末に隣接地の診療所を閉鎖していた）。

残りの17病院では「特段に努力していない。もともと外来患者数が少ない」とのことであった。外来患者が少ない主な理由は、近隣に診療所が多くある、病院の立地条件が悪い、大学病院等の高次機能病院の後方病院である、以前から紹介型病院を目指して地域との緊密な連携をはかってきた、などであった。17病院のうち、診療内容を専門特化するなど、紹介型病院を目指してき

たと回答したのは3病院のみであった。中には、外来患者を抑えるどころか、増やしたいという病院もあった。

2次医療圏分析

2次医療圏において地域医療連携に関連する紹介外来加算、紹介外来特別加算、地域医療支援病院入院診療加算等の加算を取得している病院数と地域特性との関連を分析した。

紹介外来加算取得病院数と二次医療圏別の地域特性指標との関係は、施設数や病床数、入院および外来患者数と有意な正の相関がみられた。特に一般病院数や一般病床数、一般診療所数、1日平均入院・外来患者数と強い相関がみられた。また病床利用率や平均在院日数との相関はみられなかった。病床過剰率との間には弱い正の相関がみられた。

さらに、紹介外来加算取得病院数と一般病院数、一般診療所数との回帰分析を行った。その結果、紹介外来加算の取得病院は19の一般病院に対して1つ、230の一般診療所に対して1つ出現していた。病院・診療所数が増加すると、その中で積極的に連携を行う病院が現れることが示唆された。

2. 特定の地域医療支援病院の調査

1) 逆紹介患者調査

浦添総合病院が逆紹介した医療機関に通院しているか

定期的に通院している人に対して、浦添総合病院が逆紹介したところに通院しているかと尋ねると、約7割もの人が、同病院が逆紹介した医療機関に通院していることがわかった。

同病院が逆紹介したところ以外の医療機関に通院している人にその理由を尋ねると、通院するのに不便、病気・症状が変化した、などが多かった。

この結果からみると、逆紹介はある程度スムーズに行われていると考えられた。また、これは後述の開業医調査でもある程度確認できることである。

浦添総合病院の役割についての説明

浦添総合病院と地域診療所の役割分担についての考え方の説明を受けたかと尋ね、説明を受けたと回答した人にさらに「納得したか」と尋ねると、説明を受けた人の中で納得した人の割合は、7割を超えていた。しかし、調査対象者全体でみると、納得したと答えた人は44-46%に留まった（説明を受けなかったという人が3割強いたため）。

納得しなかった理由では、「病院はすべての患者をみるべき」「主治医を変えたくない」「浦添総合病院が便利」「通いなれた病院がよい」などが比較的多くみられた。

自由回答の中に、「近くに総合病院があるから今の家を借りたほどなのに診てもらえなくなりとても不便です」という意見もあり、地理的要因は医療機関の場合、やはり大きいものとみられた。また、診療所の医療の質に対して懐疑的な人も少なくなかった。

逆紹介患者のうち、5割弱しか役割分担の考え方に納得していないというのは高い数値とは言えないであろう。今後、何らかの対策が必要と考えられる。

病院と診療所との役割分担についての態度

(一般論として)病院と診療所が役割分担をすることについてどう思うかと尋ねたところ、賛成と反対の人が概ね半数ずつであった。

反対の人が指摘する問題は、病院と診療所の情報の共有化が充分でない、移動困難な患者(車イス等)にとっては一つの病院で全て診て欲しい、信頼できる開業医を見つけられない、救急時にも紹介状が必要なのは不便、逆紹介後に病院にも定期通院することになっていても、それを診療所の医師に言い難い、などであった。

現実への示唆

以上の調査結果をもとに、現実を示唆するところが五つあった。

一つは、医療機関間の患者情報共有化の推進である。電子カルテの早期導入等が期

待される。

二つめは、逆紹介後の定期通院（検査）についてである。多くの診療科で、逆紹介後に検査等の目的で定期的（3－6ヶ月ごと）に通院することを患者に伝えている。しかし患者は、時期を覚えていられない、開業医の理解を得られない、などの理由で定期通院をできないでいる。開業医と患者の双方に定期通院の時期が来たことを通知するなどして、定期通院がスムーズにいくような工夫が必要となろう。

三つめは、外来患者の取り扱いである。車イスを使っている、複数の医療機関を受診するのが困難である患者や、要介護者の家族などの場合、診療所へ行き、その紹介状をもって浦添総合病院の診察を受けるというのは困難である場合がある。このような場合には特例として紹介状なしでも診察するような弾力的な運用が求められる。

残りの二つは、病院だけでなく、国や自治体の取り組みが必要になると思われるものである。

一つは、家庭医の育成である。複数の診療科を擁する病院ではなく、単科の診療所に通院する場合、複数の診療所に通院しなくてはならないので不便である、という意見が何人からみられた。軽い症状であれば、眼科や耳鼻科などの領域も診られる家庭医の育成なしでは、外来機能の分化は容易でないとされた。

二つめ（最後）は、機能分化に対する住民の理解である。これはよく指摘されることであるが、紹介患者中心となる地域医療支援病院のような存在は、地域住民の理解なしでは成り立たない。今回の調査では、機能分化（地域連携）の考え方を調査対象者の約半数が納得していたが、残りの半数は納得していない。逆紹介した患者には、病院の医師や地域医療連携室の職員が機能分化の説明をしているはずにも関わらず、この程度の理解度・納得度である。住民に対して広く機能分化の考え方を訴えていくことは、国や自治体の責務であろう。

2) 診療所開業医調査

浦添総合病院への紹介にあたっての問題

同院への紹介の際に問題を感じるものとしては、「紹介患者の経過報告が不十分」が35.1%と最も多かった。中には、「普段診ていて急変し、救急車で浦添総合病院を受診した患者さんなどを含め経過報告をして欲しい」という声もあり、患者を紹介する開業医のニーズを満たすには相当きめ細かな対応が求められるものとみられた。

浦添総合病院が地域連携を積極推進することへの意見

同院が地域連携を積極推進していることについてどう思うかを尋ねたところ、「とくに問題はない」と答えた人が75.9%と大半を占めたが、残りの約2割の人は問題があると回答した。

問題を感じている内容は、「連携の方法（情報提供）」をあげた人が33.3%いた。その他には同院をやめた人が地域で開業しており、その人たちが同院と特別な密接な関係を持っていることを問題視する声もあった。

浦添総合病院からの逆紹介患者について

同院から逆紹介される患者がいると答えた人が、81.0%と多くを占めた。その逆紹介された患者が通院継続しているかと尋ねたところ、「ほとんどの患者が通院している」と答えた人が76.6%、「半分くらいの患者が通院している」と答えた人が19.1%、「ほとんどの患者が通院していない」と答えた人は4.3%だけであった。前述の逆紹介患者の調査結果とあわせ、逆紹介のシステムは概ね順調であると考えられる。

浦添総合病院との共同診療の経験

同院との共同診療の経験はあるかと尋ねたところ、「頻繁にある」「ときどきある」と回答した人は、あわせて12.1%しかいなかった。

共同診療をしない理由を尋ねると、共同診療の必要性を感じない人が大勢いる一方で、時間調整等の技術的な問題で共同診療

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

ができないという人も相当数いた。また、きっかけがなく、共同診療をしていないという人もいた。

D. 結論

地域医療連携関係の診療報酬加算取得状況の全国調査からは、機能分化、とくに外来機能の分化はあまり進展していないことが明らかになった。

特定の地域医療支援病院（浦添総合病院）の調査（逆紹介患者と登録開業医）からは、さまざまな問題はあつたものの、全体として地域医療連携は円滑に機能しているものとみられた。

今後は、浦添総合病院において院内の職員（勤務医）に対する調査、浦添総合病院周辺の地域住民が同院をどのように評価しているかの調査等を行った上で、同様の調査を複数の病院（とその周辺）で行うことを予定している。

本調査にご協力いただいた皆さんに厚く感謝申し上げます。

E. 健康危険情報

この研究において、健康危険情報に該当するものはなかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 田村誠、福田敬：地域医療連携関係の加算取得状況調査－医療機能分化政策の形成的評価（I）、社会保険旬報、2121：20-25、2002
- 2) 池田俊也、田村誠、八巻心太郎、中川秀己：アトピー性皮膚炎治療薬タクロ

リムス軟膏の経済評価－自発的支払い意思額の推計、日本皮膚科学会雑誌、111(6)：965-970、2001

- 3) 田村誠：保健医療の制度と政策、山崎喜比古編「健康と医療の社会学」、東京大学出版会、2001
- 4) 田村誠：医療・福祉施設における質の管理およびクレーム対応、国際医療福祉大学医療経営管理学科監修「医療・福祉経営管理入門」、国際医療福祉大学出版会、2001
- 5) 田村誠：医療の標準化と病院医療・経営の向上、病院、60(9)：823-826、2001

2. 学会発表

- 1) 田村誠、中村正和、増居志津子：禁煙プログラムの費用効果分析、第60回日本公衆衛生学会、2001、香川
- 2) 伊津野孝、杉田稔、大田原由美、吉田勝美、武藤孝司、田村誠、宮川公男、稲葉裕、黒沢美智子、杉森裕樹、須賀万智：難病の評価に関する研究、第60回日本公衆衛生学会、2001、香川
- 3) 楠永敏恵、山本武志、田村誠、福田敬、浅野裕子、片山千栄、木下弘貴、小林康司、高山智子、八巻心太郎：介護保険による家事援助サービスの給付範囲に関する一般市民の意向、第60回日本公衆衛生学会、2001、香川
- 4) 松原由美、松村耕三、田村誠、松田晋哉：民間病院における介護・福祉分野とのケア連携の実態－民間病院4事例の場合－、第39回日本病院管理学会学術総会、2001、東京

G. 知的所有権の取得など

なし

地域医療連携関係の加算取得状況調査

田村誠 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授
福田敬 東京大学大学院薬学系研究科医薬経済学 客員助教授

研究要旨:医療機能分化政策に対して全国の医療機関がどのように対応しているかを明らかにした。具体的には、紹介外来加算などの地域医療連携関係の診療報酬加算をどのような病院が取得しているか、また大病院が外来抑制を行っているかなどを調査した。その結果、過去1年間で「紹介外来加算」と「急性期病院加算」を取得した病院は、それぞれ50%近く増えているが、外来患者数が条件に入っている「紹介外来特別加算」と「急性期特定病院加算」を取得している病院はほとんど増えていなかった。民間病院で外来機能分化(外来患者の抑制)に積極的に取り組んでいるところはほとんどないことを明らかにした。

A. 研究目的

医療機能分化政策をめぐる状況

わが国の医療システムは機能分化がなされていないとされる¹。患者はどこの医療機関でも自由に診療を受けられ、それは患者のフリーアクセスを保証する長所とも考えられる反面、大病院の外来が患者であふれかえり、結果として診療に十分な時間がかけられず、医療の質(とくに急性期医療)が下がることが危惧されている。

これに対して医療機関の機能分化を推進しようとする方針はほぼ定着しているかに見える。最近では本年7月の経済財政諮問会議の報告書でも、9月に発表された厚生労働省の医療制度改革試案でも、一貫して機能分化を推進すべし、となっている。

本年3月の第4次医療法改正も医療機能分化政策の流れに沿ったものとなっており、一般病床と療養病床の区別をすることとなっている。そして、前回の診療報酬改定(平成12年4月)も医療機能分化(地域医療連携)を促す方向であったし、その流れは次回の診療報酬改定でも一層推進されるとみられている。

しかし一方で、医療関係者の間では、同政策に対する懐疑的な声も聞かれる。患者の流れを無理に変えることはできない、患

者のために本当になるのか、等々である。外来機能分化については、特定機能病院、地域医療支援病院に限るべきであるとの指摘もある²。

政策評価のねらいと方法

ところで、1999年7月に成立した中央省庁再編関連法で政策評価の実施が義務づけられ、政策評価への機運は高まりつつある。厚生労働省でも先ごろ、「厚生労働省平成13年度政策評価運営方針」を発表した。

医療システムに大きなインパクトを与えると想定される医療機能分化政策についてもその評価を行う意義は高いと思われる。

評価の視点としては「医療の質は向上したのか」「(生産)効率は向上したのか」といったものが最終的には求められるであろうが、機能分化は長い経過を辿るものであり、質や効率への影響を評価しようとする、長い年月を待たなければいけない。また、実験的な枠組みを用いない限り、質や効率への影響がどの政策によるものなのかを明確にすることは容易でない。

そうした場合に用いられる方法が「形成的評価」というものである³。最終的に質や効率が向上したかどうかというのではなく、政策によってどのような変化がみられたかをまずは明らかにしようというものである(プロセス評価とも呼ばれる)。形成的評価

は、改善途中の政策にはとくに有効であると言われ、医療機能分化政策の評価にはまさに適した方法である。

そこで筆者らは、医療機能分化政策がとられたことにより、なかでも外来診療の機能分化政策に対し、病院がどのように対応しているかを明らかにしようとしている。本稿ではまずどのような病院が地域医療連携関係の加算を取得しているかを明らかにしようとした。

B. 研究方法

地域医療連携関係の診療報酬上の主な加算である「紹介外来加算」「紹介外来特別加算」「急性期病院加算」「急性期特定病院加算」「地域医療支援病院入院診療加算」（いずれも医科）の5つを全国のどの病院が加算しているかを調査した。各加算の取得要件は表1のとおりである。

調査方法は次の通りであった。全国の都道府県社会保険事務局に調査依頼状を郵送し、上の5つの加算を各都道府県でどの病院が取得しているかを所定の書式に記入してもらい、FAX、郵便により返送してもらった。FAX、郵便による情報提供を受けられずに、電話により情報を得たところや、社会保険事務局まで訪問し、名簿等を閲覧・転記したところもあった。

趣旨説明や催促の電話の後、最終的に全47社会保険事務局から調査協力を得られた。調査時期は平成13年7～8月であった。

本調査で得られた病院名と病院要覧⁴から、各病院の開設者、病床数（種類別）、開設診療科目等を調査した。加算取得率を算出する際には、医療施設調査（平成11年）を用いた⁵。

加えて、今回の調査で「紹介外来特別加算」加算取得が明らかになった民間病院（医療法人）に対して、訪問面接または電話調査により、どのように地域医療連携を推進しているかを調査した。

C. 研究結果

1) 加算取得病院数

各加算を取得した病院数は、表2のとおりである。

最も多いのは、「紹介外来加算」の360病院であり、続いて「急性期病院加算」の265病院、「紹介外来特別加算」の138病院、「地域医療支援病院入院診療加算（以下、地域医療支援病院加算）」の19病院、「急性期特定病院加算」の8病院の順であった。

2000年7月時点での届け出状況と比較すると、「紹介外来加算」と「急性期病院加算」が、それぞれ50%近く増えているのに対し、「紹介外来特別加算」は2割弱の伸びであった。「急性期特定病院加算」は割合としては大幅増であったが、依然として全国で8病院にとどまった。

2) 開設者別分析

次に、加算取得率を中心に、開設者別に加算取得状況をみていく（表3）。

「紹介外来加算」は特定機能病院を多く抱える文部科学省（83.7%）や学校法人（54.9%）の病院の加算取得率が高い。続くのが、都道府県（27.6%）、日赤（19.4%）等で、全体的に国公立、公的病院に多い。

「紹介外来特別加算」では、加算取得率が国公立病院に相対的に高いという傾向はさらに強まる。厚生労働省は22.8%、文部科学省は37.2%と、全体の4.9%を大きく上回る。

「急性期病院加算」は様相が異なる。国立病院は少なく、共済関係（24.5%）や学校法人（18.4%）の病院が多い。

「急性期特定病院加算」は絶対数が少なく、加算取得率はあまり意味がないが、同加算を取得した8病院のうち、医療法人病院が半数の4病院を占めた。

「地域医療支援病院加算」は、医師会病院を中心に公益法人病院に多かった。

3) 病床別分析

病床規模別に加算取得状況を整理した

(表4)。

いずれの加算でも、病床規模が大きくなるにつれて、加算取得率は上昇していった。

4) 地域別分析

全国8地域で加算取得状況をみた(表5)。

加算取得率でみると、地域によってかなりのバラツキがあるのがわかる。「紹介外来加算」では、関東、近畿、九州・沖縄が15%前後なのに対し、その他の地域は10%をきる。「紹介外来特別加算」では、九州・沖縄が10.3%なのに対し、近畿が2.8%、中部が3.1%と大きな差があった。「急性期病院加算」は関東が4.8%と最も高く、四国、北海道、九州・沖縄が低い。

5) 紹介外来特別加算と病床種類との関係

次に、「紹介外来特別加算」を取得している病院で一般病床以外の病床を有する病院がどの程度あるかをみた(表6)。この分析を行った理由は、データ収集・分析を行う過程で、「紹介外来特別加算」を取得した病院には結核病床を有するところが多いという印象を得たことと、外来入院比率を算出する上で、一般病床以外を有していると有利になると考えられたからである。それは外来入院比率を算出する際の入院患者数は、全病床の患者数を用いるからである。

分析の結果、200床以上の病院で「紹介外来特別加算」の取得率は4.9%にもかかわらず、結核病床を有する病院では12.2%の取得率であった。さらに、厚生労働省立病院に限定すると、39.5%もの取得率になった(厚生労働省立病院全体の同加算取得率は22.8%)。

結核病床以外の病床と「紹介外来特別加算」については特徴的な結果はみられなかった。

6) 「紹介外来特別加算」加算取得病院の分析・調査

既に見てきたとおり、「紹介外来特別加算」取得病院は1年前に比べてあまり増えていない。なかでも、民間病院(医療法人立)は23病院(1.8%)しか同加算を取得していない。そこでその23の民間病院に対

して、訪問面接または電話調査を行った(調査拒否の1病院を除く22病院の調査完了)。

調査では各病院に「外来患者数を少なくする努力をしたか」を尋ねた。その結果、同加算が設置された今年の4月以後に外来患者を少なくしようとしたのは1病院だけであった。その病院は外来紹介制を採用し、また逆紹介を積極的に進め、外来患者を積極的に抑制しようとしている⁶。

残りの22病院のうち、4病院は隣接地に診療所を有していた(なお、そのうち1病院は昨年末に隣接地の診療所を閉鎖していた)。隣接地に診療所を有すると、外来患者数が実質的に変わらなくても、外来入院比率を下げられ、同時に外来患者数が下がるために紹介率も上昇する。

残りの17病院では「特段に努力していない。もともと外来患者数が少ない」とのことであった。外来患者が少ない主な理由は、近隣に診療所が多くある、病院の立地条件が悪い、大学病院等の高次機能病院の後方病院である、以前から紹介型病院を目指して地域との緊密な連携をはかってきた、などであった。17病院のうち、診療内容を専門特化するなど、紹介型病院を目指してきたと回答したのは3病院のみであった。中には、外来患者を抑えるどころか、増やしたいという病院もあった。

D. 考察および結論

1) 加算取得状況全般について

昨年と比較すると、「紹介外来加算」と「急性期病院加算」を取得した病院が、それぞれ50%近く増えている。これをみると、厚生行政の意向に沿って、病院が紹介率向上、平均在院日数短縮に取り組んできていると推測できる。

しかし一方で、「紹介外来特別加算」はあまり増えておらず、また「急性期特定病院加算」取得は相変わらず低迷しており、外来入院比率を抑えることにはあまり積極的

に取り組んでいない模様である。

また、「紹介外来特別加算」を取得した138病院のうち、厚生労働省立病院が47と全体の34%を占めるが、それらの病院は外来患者を抑制したというよりも、結核病床があるおかげで外来入院比率の基準が実質的に甘くなった可能性がある。

入院の機能分化は第4次医療法改正によりかなり明確な方向が打ち出され(亜急性期はどうするかなど問題山積であるが⁷⁾、今後機能分化が進むことが想定される。しかし、外来の機能分化は、今回の調査結果をみる限り、現行程度の政策では限定的にしか進展がみられない可能性が高いと考えられた。

2) 民間病院の対応

開設者別にみると、わが国の病院の主力である民間病院(医療法人)の加算取得率が低いのが目立つ。加算取得率が最も高い「紹介外来加算」ですら3.9%にすぎない。

国公立・公的病院はもともと高次機能を有していたり、長期療養型であったり、機能分化が進んでいるものが比較的多い。それに対して、診療所から発展したところが多い民間病院は状況が異なる。

とくに「紹介外来特別加算」取得の民間病院の分析からみると、多くの病院はもともと外来患者が少なかったか、系列の診療所が隣接しているところである。外来患者を実質的に減らそうと努力した医療機関は全国でもごくわずかである。

筆者らによる病院関係者へのヒアリングや既存文献⁸⁾等によると、病院が外来患者抑制に消極的である主な理由は以下の5つとみられる⁹⁾。

- a) 患者の意向(大病院志向)尊重
- b) 逆紹介先確保の困難さ
- c) 外来収入の減少
- d) 入院患者ルートの一つである「外来患者→入院」の喪失
- e) 入院患者を確保する上での自律性の喪失(地域医療機関に依存することになるため)

これらのうちa)とb)は環境要因、c)、d)、e)は病院側の経営的要因と言えるであろう。経営リスクに対してより敏感にならざるを得ない民間病院の方がこの経営的要因を強く受け止め、外来患者抑制に消極的になっていることが想定される。

これらの要因は、診療報酬だけの問題ではない。「a)患者の意向尊重」は病院の理念に関わる場合もあるであろうし、「e)自律性の喪失」は経営戦略上どうしても譲れない一線である場合もあるであろう。

したがって、地域医療関係の診療報酬を少々上げたくらいでは、とくに民間病院の外来患者抑制はさほど進まない可能性すらある。

それでは、外来患者を抑制しないと経営が成り立たないか、あるいは、フリーアクセスを制限するような形にするなど、外来機能のもっと強力な分化政策を打ち出すべきかという議論が次に出てくる¹⁰⁾。それは本稿のデータからは何とも言えず、次項の研究課題で述べる。

3) 本研究の限界と今後の研究課題

本研究の限界を2つあげる。

一つは、本研究はあくまで診療報酬上の加算を取得したか否かを中心とした分析であり、加算にまで結びつかなくても、病院がさまざまな取り組みをしている可能性があることである。そして、もう少し時間がたてば、加算取得病院が急速に増えることがあり得る(筆者らがさまざまな病院のヒアリングをした限りではその可能性はあまり高くない)。

二つめは、データの正確さである。どの病院が加算を取得したかについては、筆者らが社会保険事務局で台帳から転記するか、あるいは、事務局側に転記してもらった。その際に転記ミスがあった可能性がある(各病院に本当に加算を取得したか否かを確認していない)。また、病院の基礎情報を得た病院要覧のデータは、平成12年8月1日現在のものであり、今回の調査時点とは1年の隔りがある。病床区分や病床数

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

などでこの1年間に変更があったものが判明したものはデータを修正しているが、全ての病院についてデータ確認をしていない。ただし、いずれも本稿の結果・考察を大きく変えるほどの問題ではないと推測する。

今後の研究課題は、外来機能分化、とくに外来患者を大病院が抑制することが地域医療システムにとって望ましいかどうかを明らかにすることである。冒頭に述べたとおり、これは最終的にはある程度時間が経ち、医療の質や効率にどのような影響を及ぼしたかを明らかにする必要がある。しかし当面は、外来の機能分化を既に進めているところで、それを患者や地域の医療関係者がどのように受け止めているかを調査すること等により、地域医療システムにとって望ましいのか否かのある程度の方向を明

らかにすることが可能になると考えられる。

本調査にご協力いただいた全国の都道府県社会保険事務局、ならびに各病院の皆様
に厚く感謝いたします。

E. 研究発表

1. 論文発表

田村誠、福田敬：地域医療連携関係の加算
取得状況調査－医療機能分化政策の形成的
評価（I）、社会保険旬報、2121：20-25、
2002

F. 知的所有権の取得など

なし

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

-
- 1 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点」(解説・資料編)、p70-71、2001
 - 2 全日本病院協会・病院のあり方委員会「病院のあり方に関する報告書(2000年版)」、p16、2000
 - 3 田村誠「医療の政策評価(I)～(Ⅷ)」、病院、59(2)～(8)、2000
 - 4 厚生省健康政策研究会「病院要覧(2001-2002年版)」、医学書院、2000
 - 5 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成11年医療施設調査(静態調査、動態調査)病院報告」(全国編、都道府県編)、2001
 - 6 宮城敏夫「浦添総合病院における総合的『質』の改善活動」、病院、60(4)、p336-340、2001
 - 7 木村厚、他「拡大する施設機能の選択肢とその病床運営(座談会)」、病院、60(6)、p492-499、2001
 - 8 亀谷学、他「大病院外来での逆紹介に関する患者意識調査」、聖マリアンナ医大誌、26、737-743、1998 や内藤好則「地域における医療ネットワーク紹介率向上の実際」、日本病院会雑誌、357-373、2001 など
 - 9 病院が外来患者抑制に消極的な理由ではないが、結果的に外来患者が減らない理由の一つによくあげられるものとして、患者にとって診療所や中小病院よりも、大病院(200床以上)の方が外来の自己負担が低いというのがある
 - 10 二木が主張するように外来入院患者比率を緩和して、加算のハードルを低くするという考え方もある(二木立「診療報酬改定と一般病院・患者」、病院、59(9)、757-760、2000)。

表 1. 調査対象とした加算の要件

名 称	加算の要件
紹介外来加算	200 床以上・紹介率 30%以上
紹介外来特別加算	200 床以上・紹介率 30%以上・ 外来入院比率 1.5 以下
急性期病院加算	平均在院日数 20 日以内・ 紹介率 30%以上
急性期特定病院加算	平均在院日数 20 日以内・ 紹介率 30%以上・外来入院比率 1.5 以下 救急病院・院内事故防止体制等
地域医療支援病院入院 診療加算	地域医療支援病院であること（紹介率 80%以上の場合と、60%以上の場合で、 加算金額が異なる）

注) なお、地域医療支援病院入院診療加算でいう「紹介率」とその他の加算でいう「紹介率」は算出方法が若干異なる

表2. 医療連携加算取得状況

	紹介外来加算		紹介外来特別加算		急性期病院加算		急性期特定病院加算		地域医療支援病院加算	
	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)
2001年7月(今回の調査)	360	(12.7%)	138	(4.9%)	265	(2.9%)	8	(0.1%)	19	(0.2%)
2000年7月(中医協報告)	244	--	117	--	178	--	3	--	--	--
増加率	47.5%		17.9%		48.9%		166.7%		--	

注)取得率は、加算取得病院数を病院全体数で割ったもの。なお、紹介外来加算、紹介外来特別加算については200床以上の病院数を分母とした
出所)2000年7月のデータは、2001年5月16日の中医協診療報酬基本問題小委員会に厚生労働省が報告したものの

表3. 開設者別にみた医療連携加算取得状況

開設者	紹介外来加算		紹介外来特別加算		急性期病院加算		急性期特定病院加算		地域医療支援病院加算	
	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)
国	66	(32.0%)	47	(22.8%)	5	(2.2%)	1	(0.4%)	0	(0.0%)
厚生省	36	(83.7%)	16	(37.2%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
文部省	7	(20.0%)	0	(0.0%)	1	(2.6%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
労働福祉事業団	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
その他	50	(27.6%)	21	(11.6%)	30	(9.7%)	0	(0.0%)	1	(0.3%)
公的医療機関	26	(7.9%)	3	(0.9%)	27	(3.5%)	0	(0.0%)	1	(0.1%)
都道府県	14	(19.4%)	0	(0.0%)	13	(13.7%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
市町村	8	(16.0%)	1	(2.0%)	9	(11.8%)	1	(1.3%)	0	(0.0%)
日赤	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
済生会	2	(2.5%)	0	(0.0%)	2	(1.7%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
北海道社会事業協会	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
厚生連	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
国保連	9	(22.0%)	0	(0.0%)	7	(13.2%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
社会保険関係団体	2	(28.6%)	2	(28.6%)	1	(14.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
(社)全国社会保険協会連合会	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(33.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
(財)厚生年金事業振興団	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
船員保険会	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
健保連	7	(18.4%)	1	(2.6%)	12	(24.5%)	1	(2.0%)	0	(0.0%)
共済組合連合会	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
国保組合	35	(18.9%)	21	(11.4%)	32	(8.1%)	1	(0.3%)	16	(4.1%)
公益法人	49	(3.9%)	22	(1.8%)	93	(1.8%)	4	(0.1%)	1	(0.0%)
医療法人	39	(54.9%)	3	(4.2%)	18	(18.4%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
学校法人	2	(6.9%)	0	(0.0%)	1	(1.5%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
会社	8	(9.2%)	1	(1.1%)	5	(1.8%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
その他法人	0	(0.0%)	0	(0.0%)	8	(0.6%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
個人	360	(12.7%)	138	(4.9%)	265	(2.9%)	8	(0.1%)	19	(0.2%)
合計										

注)取得率は、開設者ごとに加算取得病院数を病院全体数で割ったもの。なお、紹介外来加算、紹介外来特別加算については200床以上の病院数を分母とした

表4. 病床規模別にみた医療連携加算取得状況

病床 ～99床	紹介外来加算		紹介外来 特別加算		急性期病院 加算		急性期特定 病院加算		地域医療支援 病院加算		全病院	
	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)
100～199床	--	--	--	--	45	(1.2%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3838	
200～299床	--	--	--	--	47	(1.8%)	0	(0.0%)	3	(0.1%)	2604	
300～399床	74	(5.9%)	43	(3.5%)	33	(2.7%)	2	(0.2%)	11	(0.9%)	1244	
400～499床	58	(7.8%)	27	(3.6%)	36	(4.8%)	2	(0.3%)	4	(0.5%)	745	
500～599床	57	(15.9%)	20	(5.6%)	37	(10.3%)	1	(0.3%)	0	(0.0%)	358	
600床～	41	(20.8%)	13	(6.6%)	33	(16.8%)	2	(1.0%)	1	(0.5%)	197	
全体	130	(43.3%)	35	(11.7%)	34	(11.3%)	1	(0.3%)	0	(0.0%)	300	
	360	(12.7%)	138	(4.9%)	265	(2.9%)	8	(0.1%)	19	(0.2%)	9286	

表5. 地域別にみた医療連携加算取得状況

地域	紹介外来加算		紹介外来特別加算		急性期病院加算		急性期特定加算		地域医療支援病院加算		全病院	
	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)	取得 病院数	(取得率)
北海道	18	(9.9%)	8	(4.4%)	9	(1.4%)	1	(0.2%)	0	(0.0%)	640	
東北	25	(10.5%)	10	(4.2%)	13	(1.9%)	0	(0.0%)	3	(0.4%)	679	
関東	97	(14.2%)	26	(3.8%)	106	(4.8%)	3	(0.1%)	5	(0.2%)	2186	
中部	42	(9.3%)	14	(3.1%)	29	(2.2%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1334	
近畿	74	(14.8%)	14	(2.8%)	57	(3.9%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1450	
中国	18	(9.0%)	10	(5.0%)	17	(2.3%)	0	(0.0%)	4	(0.6%)	725	
四国	12	(9.1%)	8	(6.1%)	5	(0.9%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	553	
九州・沖縄	74	(15.9%)	48	(10.3%)	29	(1.7%)	4	(0.2%)	7	(0.4%)	1719	
合計	360	(12.7%)	138	(4.9%)	265	(2.9%)	8	(0.1%)	19	(0.2%)	9286	

注)取得率は、地域ごとに加算取得病院数を病院全体数で割ったもの。なお、紹介外来加算、紹介外来特別加算については200床以上の病院数を分母とした

表6. 紹介外来特別加算取得病院と病床種類との関係

病床種類	精神病床を有する病院	感染病床を有する病院	結核病床を有する病院	療養病床を有する病院		全病院
				うち厚生労働省立病院	うち医療法人立病院	
200床以上の病院全体	1138	269	360	435	317	2844
紹介外来特別加算取得病院	26 (2.3%)	10 (3.7%)	44 (12.2%)	14 (3.2%)	12 (3.8%)	138 (4.9%)

注)カッコ内はそれぞれのカテゴリーにおける加算取得率