

20020052

**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14年度 総括・分担研究報告書  
平成13～14年度 総合研究報告書**

**主任研究者 田村 誠  
平成15(2003)年3月**

## 目次

### <平成14年度 総括・分担研究報告書>

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－	3
田村 誠	
II. 分担研究報告書	
1. 紹介外来制が勤務医に及ぼす影響と課題－11人の勤務医に対する面接調査より－	13
福田 敬	
2. 医療機能分化に対する通院患者の態度と再診料（特定療養費）の支払意向	25
田村 誠	
3. 退院計画システムに用いる初期アセスメント票の開発と妥当性の検討	39
田代 桂子	
4. 厚生労働省の政策評価基本計画と評価実績の検討	61
田村 誠	

### <平成13～14年度 総合研究報告書>

I. 総合研究報告書	75
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－	77
田村 誠	
II. 資料	
1. 地域医療連携関係の加算取得状況調査	89
田村 誠	
2. 地域医療連携関係の加算取得病院と地域特性	101
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	107
－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	135
－浦添総合病院のケース－	田村 誠

<研究成果の刊行に関する一覧表>	153
------------------	-----

<研究成果の別刷>	157
-----------	-----

1. 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－
2. 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Ⅱ－

# 平成14年度 総括・分担研究報告書

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。

2年計画の1年目にあたる平成13年度は、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、および、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。

2年計画の2年目にあたる平成14年度は大きく4つのことを行った。

1つは、平成13年度に続き、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（浦添総合病院）に関する調査である。同病院に勤める医師11名に対し面接調査を行ったところ、地域医療支援病院への移行や紹介外来については賛同が多く、診療時間の余裕などのメリットが指摘された。しかし一方で患者に対しての説明や逆紹介時の対応、新人医師の教育などの面からの課題も指摘され、病院での活動をサポートするようなくみが望まれた。

2つめは、地域中核病院に通院する患者が、医療機能分化政策をどうとらえているか、再診料（特定療養費）が上昇した場合に通院を継続するか等を質問紙により調査した。その結果、医療機能分化に賛成する人は約5割と、前年の浦添総合病院における調査とほぼ同様の結果となった。再診料が500円上昇した場合に通院継続すると答えた人は70%弱であった。通院継続すると答えた人の特性を分析したところ、同院を選んだ理由として「医師の診断技術がよいから」をあげている一方、「機器・設備の充実」をあげていないという興味深い結果がみられた。「医師の診断技術がよいから」と「機器・設備の充実」はいずれも同院の選択基準で上位を占めるものであったが、特別の料金を払ってまでも欲しいものは、医師の診断技術であり、機器・設備はプラスアルファであるとみられた。

3つめは、医療機能分化政策が進展する中、退院計画を進める病院における、退院計画のあり方に関する研究である。退院計画のための初期アセスメント票を開発し、その妥当性を検証したところ、経験年数の短い看護師については、初期アセスメント票を使用したことによる退院計画実践へのプラスの効果がみられた。

4つめは、平成14年からスタートした厚生労働省の政策評価システムを総括し、今後の政策評価のあり方を探ろうとするものである。その結果、「業績評価」は政策との因果関係の乏しさや、評価指標の乏しさ、さまざまなレベルの評価指標の混在、行政の裁量権の少なさ等の問題があった。「総合評価」は政策評価の中では重要な役割を占めるべきものと考えられるが、これも評価の方法論が不明確であることや、あるべき評価の担い手が定まっていないことなどの課題があることを明らかにした。また、この2年間、本研究で行った一連の（形成的）評価はトライアングュレーションの考え方に沿って行っており、総合評価の1モデルになりうると考えられた。

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 室長
石郷岡美穂	浦添総合病院地域医療連携 室
松本 栄	栃木県済生会宇都宮病院企 画課課長
上野宏文	栃木県済生会宇都宮病院企 画情報課

#### 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。

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。厚生労働省の政策評価基本計画の中にある「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2年目にあたる平成14年度は、大きく以下の4つを行った。

1. 紹介外来制が勤務医に及ぼす影響と課題—11人の勤務医に対する面接調査より—  
平成13年度に続き、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（浦添総合病院）における調査である。紹介外来制に移行し、外来患者を強力に抑制したことがどのような影響を及ぼし、どのような課題があるのかを、勤務医に対する面接調査により明らかにした。

2. 医療機能分化に対する通院患者の態度と再診料（特定療養費）の支払意向調査

2002年4月の診療報酬改定で、さらに外来診療料（再診料）の引き下げがなされたのと同時に、「200床以上の大病院の再診」へ特定療養費制度が導入された。本研究では、外来機能分化政策に対する患者の意向を探ることを目的として、この再診料（特定療養費）に対する患者の支払意向を尋ねると同時に、医療機能分化政策全般に対する考え方、病院選択の基準等について調査を行う。

3. 退院計画システムに用いる初期アセスメント票の開発と妥当性の検討

医療機能分化を円滑に進めるための方策の一つとして退院計画システムの充実がある。そこで、本研究では、退院計画において、退院に関するニーズを早期にアセスメントするための、急性期病院の一般看護師が利用可能な用具を開発、および、今回試作した用具を「初期アセスメント票」として臨床で試行し、その妥当性を検証した。

4. 厚生労働省の政策評価基本計画と評価実績の検討

政策評価への取り組みがわが国の行政機構で広がりを見せてきている。これまで地方自治体での政策評価（あるいは行政評価）が先行していたが、1999年7月に成立した

厚生科学研究補助金  
総括研究報告書

中央省庁再編関連法で政策評価の実施が義務づけられ、2002年4月からは中央省庁全てで政策評価基本計画が策定され、実施に移されている。厚生労働省も政策評価基本計画を策定し、2002年から実施に移している。本研究ではその概要、特徴を整理した上で、同計画およびこれまでの評価実績の課題について検討した。

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. 紹介外来制が勤務医に及ぼす影響と課題—11人の勤務医に対する面接調査より—

#### 1) 調査対象

浦添総合病院に勤務する医師で、本研究の趣旨を説明した上で面接調査に協力が得られた医師11名とした。診療科は内科、外科、産婦人科、整形外科、検診センター等様々であり、浦添総合病院での勤務年数も2年から21年と幅が広がった。

#### 2) 調査内容

面接は対象者ごとに2名の研究者のどちらかが実施し、1対1で行った。内容はまず対象者の属性として勤務年数、専門分野、以前の勤務場所について尋ねた後、外来の機能分化に関して、患者の流れ、紹介外来制導入のインパクト、医療連携への取り組み、外来機能分化についての大きく4点から質問した。患者の流れに関しては、紹介の経路、逆紹介の時期、方法、紹介先、紹介・逆紹介時のトラブルなどを尋ねた。紹介外来制導入のインパクトに関しては、外来患者数と診療時間の変化、医療の質の変化を尋ねた。医療連携への取り組みに関しては、紹介率を上げるための活動、開業医

との関係などについて尋ねた。最後に外来機能分化に関しては、浦添総合病院が紹介外来を中心とする地域医療支援病院へ移行したことに伴うプラス面、マイナス面、さらに国による外来機能分化の政策に対する意見等を尋ねた。

### 2. 医療機能分化に対する通院患者の態度と再診料（特定療養費）の支払意向調査

2002年11月6日、7日の2日間に済生会宇都宮病院（以下、同院）に来院した外来患者のうち、20歳以上の計317名を調査対象とした。調査者が薬局前で待機し、薬待ちの間に自記式調査票に各々記入してもらった。同院は、病床数が644、救命救急センターを有する地域の中核的病院である。紹介率は45.7%と高いが、1日平均外来患者数は1534.8人と多く、外来患者抑制に強力には取り組んでいない。

調査内容は大きく分けて6つある。「病院選択基準」「医療機能分化政策全般に対する患者の賛否」「再診料（特定療養費）に対する患者の支払意向」（再診料<特定療養費>が500円であったら継続して通院するか）、「大病院志向か否か」「逆紹介された場合の対応」「患者の状況」（性、年齢等）である。

### 3. 退院計画システムに用いる初期アセスメント票の開発と妥当性の検討

今回作成した初期アセスメント票は、以下の20項目からなる。

①全身状態、②基本動作、③ADL (Barthel Index)、④IADL、⑤意識レベル (JCS)、⑥痴呆 (柄澤式)、⑦コミュニケーション、⑧認知、⑨気分と行動、⑩食事・栄養、⑪排泄、⑫転倒の危険性、⑬褥創 (NPUAF の分類)、⑭皮膚の状態、⑮特別な治療・ケア、⑯退院先、⑰家族状況・介護力、⑱住居環境、⑲社会資源、⑳その他。

そして、この初期アセスメント票を用いて試行調査を行った。初期アセスメント票

を使用する前後で病棟看護師（69名）の退院計画実践状況に対する自己評価がどのように変化するかについて、前後に実施する質問紙調査の結果から分析し、その意義（妥当性の予備的検証）を検討することとした。  
**調査病院の概要**

1987年に開設された、許可病床数288床の急性期一般病院である。東京近郊に位置し、二次救急の受入れ、開放型病院認可、在宅医療の実施など、地域の中核病院としての機能を有している。

#### 4. 厚生労働省の政策評価基本計画と評価実績の検討

厚生労働省が2002年4月に発表した「厚生労働省における政策評価に関する基本計画」、および、2001年度から試行的に行われてきた評価結果、さらに2002年9月に発表された第1回目の本格的な評価結果を検討した。

### C. 研究結果および考察

#### 1. 紹介外来制が勤務医に及ぼす影響と課題—11人の勤務医に対する面接調査より—

##### 1) 患者の流れに関して

患者は地域の開業医からの紹介が大半で、健康診断および非紹介患者が若干いるという回答が多かった。診療科別の特徴として、整形外科がスポーツ外傷という特殊分野を専門にしているため、浦添市内に限らず、離島を含む広い地域からの紹介があるという点が挙げられた。また産婦人科については、他の診療科と異なり紹介に移行していなかった。これは産婦人科において紹介を中心にする場合には、主な対象は他の医療機関では十分なケアができない可能性があるハイリスクの妊婦になるが、設備、スタッフ等の制約から現時点では対応が困難であると判断したためであった。

紹介元への返送に関しては、急性期の治療期間、特に入院期間が過ぎると紹介元の

医療機関へ返送する場合が多かった。放射線科では検査依頼が多く、検査実施後、所見をつけてすぐに返送していた。しかし、患者によっては紹介元の医療機関へ返送されることに抵抗を感じる者もいるということであった。これは過去の診療経過において患者が十分納得のいく診療を受けることができなかった場合に、別の医療機関の紹介を希望するものであった。

また従来通院していた患者を地域の開業医へ逆紹介する場合もあり、これは地域医療支援病院の形態と意義について十分に説明をして、紹介するということがあったが、説明に納得を得るのは難しいとのことであった。そのため、3～6ヶ月程度でまた病院へも受診するような方式をとったり、主治医が開業医と病院の担当医の2名いる体制になると説明するなどの工夫をしていた。

#### 2) 紹介外来制導入のインパクト

紹介外来を導入したことによる患者数への影響に関しては、多くの診療科で減少したと回答した。例えば糖尿病患者に関しては、1ヶ月約1500人の患者がいたが、紹介外来により約900人は地域の医師に逆紹介をしたとのことであった。1日あたりの業務でみても以前は1人の医師の担当が30人程度の患者数であったものが、20から25人くらいになっているとの回答があった。整形外科においては以前は1日約150～200人くらいいた患者数が25～30人に減少したということだった。しかし1日のうち診察にかけている時間は変化していないため、患者1人あたりの診察時間が長くなっているとの印象を持っていた。整形外科の場合では以前は3～5分程度の診察時間だったものが20～30分の時間をかけられるようになったとのことであった。

診療の質に関しては、患者1人あたりの診察時間に余裕ができたことにより向上したという意見が多かった。しかし必ずしも客観的に示されているものではなかった。また一部の医師からは紹介外来への移行に

伴い医師数が減少したことへの懸念が示された。これが特に指導的な立場にある医師の場合に診療の質への影響が危惧されることが述べられた。

### 3) 医療連携への取り組み

紹介外来をすすめるために実施した方策に関しては、診療科ごとに差がみられた。糖尿病外来では、医師・看護師・クラークの3人のチームで地域の開業医 60 箇所を定期的に訪問する活動を実施していた。これにより患者の紹介、逆紹介の流れがスムーズになると認識していた。

また、呼吸器の専門医は出張診療という形で、地域の診療所で診察を行い、CT 検査の必要があるなどの場合は病院に対して紹介する形をとっていた。診療科単位で月 1 回程度、勉強会を開催していたが、なかなか開業医の参加が得られず、紹介を受けた個別の患者についてのカンファレンスへの参加など別の方法を検討していた。

消化器内科では時間的な都合から開業医の訪問等は実施していなかった。この科では地域で逆紹介できる医療機関が限られているため、紹介外来システムによるメリットは少ないと感じていた。

### 4) 外来機能分化について

地域医療支援病院になり、紹介中心の外来に移行したことのプラス面としては、診察の時間的余裕ができたことが多くの医師から挙げられていた。また従来よりも地域の開業医との関係が親密になったという意見も聞かれた。

逆に紹介外来にしたことのマイナス面として、まず患者の評判に対する懸念が挙げられた。紹介が必要とのことから敷居が高い印象を受け、評判が下がることなどが、実際に診察を担当している立場からの意見として聞かれた。十分に説明すれば大部分の患者はわかってくれるが、説明が不十分だったり診察をせずに逆紹介をした場合などはマイナスの印象が強いのではないかと

指摘していた。

また外来は紹介により、診療も急性期のみということになると、患者の状態を継続的に観察できなくなるしくみであることに對する危惧も聞かれた。これは特に臨床研修の場においては例えば入院中の診療については学べるが、退院後のフォローは開業医になるため手術後の経過が指導できないといった意見があった。

また、総合診療内科においては種々の問題を抱える患者を包括的に診療することを目的としているが、病院で担当する部分は一部分になってしまうことやプライマリ・ケア教育はできなくなるなどが指摘されていた。

全体としては国が地域医療支援病院などにより医療機能連携をすすめていこうとする政策やこの病院が地域医療支援病院として活動していくことにはすべての医師が肯定的であった。ただし、紹介・逆紹介時の課題や質・教育との関連などから解決すべき課題があることも指摘されていた。

## 2. 医療機能分化に対する通院患者の態度と再診料（特定療養費）の支払意向調査 病院選択基準

まず、同院を選択した理由と、一般的に病院を選択する理由を尋ねた（いずれも3つまで回答可）ところ、同院を選択した理由は、多いほうから順に、「機器・設備の充実」が 112 人（38.1%）、「医師の診断技術がよいから」が 74 人（25.2%）、「他の医療機関からの紹介」が 50 人（17.0%）で、以下、「主治医がいるから」「自宅に近いから」「診療科の充実」であった。

一般的に病院を選択する理由は、多いほうから順に、「機器・設備の充実」が 134 人（45.6%）、「医師の診断技術がよいから」が 116 人（39.5%）、「自宅に近いから」が 91 人（31.0%）であった。

### 医療機能分化への賛否

次に、大病院と中小病院・診療所の機能分化・役割分担の方向性を説明し、そうし



た方向付けに賛成か、反対かを尋ねたところ、「賛成」が136人(47.7%)、「反対」が71人(24.9%)、「わからない」が78人(27.4%)となった。浦添総合病院の逆紹介患者に昨年行った調査でも、ほぼ同様な結果となり、機能分化については患者の約半数程度しか賛成していない状況が再度みられた(「平成13年度政策科学推進研究事業報告書：逆紹介患者の通院行動と地域医療支援病院への態度－浦添総合病院のケース」参照)。

#### 再診料(特定療養費)の支払意向とその関連要因

再診料(特定療養費)が500円になったとして、それでも大病院(同院)に通院し続けますか、と尋ねたところ、195人(67.9%)が「通院を続ける」、47人(16.4%)が「小さな医療機関に変える」、45人(15.7%)が「わからない」と回答した。

次に、再診料(特定療養費)が500円になった場合の通院継続意向の回答を目的変数とし、性、年齢、通院頻度、通院期間、大病院志向、同院を選んだ理由を説明変数とし、強制投入法による重回帰分析を行い、関係要因を探った。

その結果、年齢、大病院志向、同院を選んだ理由の3変数で有意な関係がみられた。すなわち、高齢、大病院志向の人、同院を選んだ理由として「医師の診断技術がよいから」をあげた人に、また「機器・設備の充実」をあげなかった人に、500円支払っても通院継続したいという人が多くみられた。

この重回帰分析の結果の解釈を試みる。同院を選択した理由として第一位にあがったものは、「機器・設備の充実」であったにもかかわらず、500円支払っても通院継続したいという意向と関係をみせたのは、「医師の診断技術」であったのはとても興味深い。

ここから以下のことが考えられる。

一つは、一般に患者は機器・設備等により病院を選択しているつもりでも、特別の

料金を払ってまでも欲しいものは、医師の診断技術ということである。

二つめは、今は医師の診断技術について情報がないために、その他の基準で病院選択をしている可能性があるが、医師の診断技術について情報がでてくると、患者は周辺技術よりも医師の診断技術に病院選択の重点を置く可能性が高いということである。

三つめは、医療需要の価格弾力性との関係である。医師サービス全体の価格が変わったときには患者の行動はあまり変化しないが(すなわち価格弾力性が低い)、個別の医師の価格へは患者は敏感に反応する(すなわち価格弾力性が高い)とされる。今回の結果も同様の解釈が可能である。つまり、特定療養費による自己負担の増加はこの病院にのみ起こると仮定すれば、機器に関しては他の医療機関で同様の設備があればそちらに代替することが可能であるが、医師に関しては代替ができないため、支払い意思と結びついている、すなわち支払ってもよいとなるのである。

#### 逆紹介への対応

同院の主治医が他の医療機関に通院するよう勧めた場合、その医療機関に通うか、と尋ねたところ、「他の医療機関へ行く」と答えた人が236人(81.1%)、「行かない」と答えた人が40人(13%)、「わからない」が15人(5.2%)となった。通うと答えた人が大多数を占めるといった意外な結果となった。

この結果から見ると、医療連携という考えが患者にも認識されるようになってきたとも考えられる。最初に受診する医療機関は自分で決めたいが(大病院志向)、1度大病院で診察をしてもらいそれほど大きな病気でないと安心すれば、自宅から近い、待ち時間が短い等のメリットのある診療所に通ってもよいと患者は考えている模様である。

#### 3. 退院計画システムに用いる初期アセスメント票の開発と妥当性の検討

### 質問項目の信頼性

退院計画実践状況に対する自己評価に関する 26 の質問項目を退院計画のプロセスごとに「スクリーニング」「アセスメント」「プランニング」「実施」「モニタリング」の 5 グループに分類し、各グループの項目間の内的整合性について  $\alpha$  係数を求めた結果、「スクリーニング」のグループは 0.88、「アセスメント」のグループでは 0.89、「プランニング」のグループでは 0.85、「実施」のグループでは 0.91、「モニタリング」のグループでは 0.79 と、いずれも高い値を示した。

### 初期アセスメント票の試行前後における自己評価の変化

看護師の経験年数別に記入回数と、初期アセスメント票記入後の各プロセスの自己評価得点との関係を調べたところ、5 年未満の経験年数の群において、アセスメント、実施、VAS で有意な相関がみとめられ、記入回数の多いほうが、記入後の自己評価得点が高い傾向にあった。また、記入回数と自己評価得点の前後差との関係では、アセスメント、プランニング、実施、VAS において、有意な相関関係がみとめられ、同様に記入回数が多いほうが、自己評価得点が高い傾向にあった。

以上の結果から、初期アセスメント票の試行が、退院計画の実践状況にプラスの面で、少なからず何らかの影響を及ぼしたのではないかと考えられる。このことは、初期アセスメント票を退院計画の具体的な実践方法を示唆する教育のためのツールととらえれば、退院計画に関する効果的な教育プログラムによって、看護師の実践力が向上する可能性が考えられる。

## 4. 厚生労働省の政策評価基本計画と評価実績の検討

### 業績評価の課題・問題

厚生労働省の現在の政策評価は業績評価中心である。しかし、業績評価には以下の

ような課題・問題がある。

まずは政策と業績評価結果との因果関係である。一般的に業績評価の指標と政策とは因果関係が明らかなものとそうでないものがある。

厚労省の政策指標を例にあげてみると、基本目標 1 の「施策目標 1 地域において適切かつ効率的に医療を提供できる体制を整備すること」の実績目標の一つである「特定機能病院等への立入検査を徹底すること」は行政側の取り組みのことであり、政策（行政）との因果関係は明確である。「特定機能病院等への立入検査を徹底すること」が医療の質向上に重要であると考えられるにもかかわらず、立入検査が徹底されないのであれば、それは政策（行政）の低い評価につながってもやむを得ない。

一方、同じく「施策目標 1 地域において適切かつ効率的に医療を提供できる体制を整備すること」の実績目標の一つである「今後の医療需要に見合った医療従事者を養成すること」になると状況が異なる。医師や看護師等の医療専門職の「就業者数」を評価指標としているが、政策（行政）との因果関係は明確でない。社会全体の経済情勢に左右されるし、特定の職種への人々のイメージなどにも左右されるであろう。

### 評価指標の問題

次に評価指標の設定に関してである。政策評価は、まさにスタートしたばかりであり、評価指標は徐々に改良が進むものと思われるが、現時点での課題を指摘しておきたい。

一つは、評価指標の乏しさである。施策目標数は約 160 と多いが、それぞれの目標を評価する指標数は概して少なく、不十分なものが目立つ。例えば、基本目標 1 の「施策目標 1 地域において適切かつ効率的に医療を提供できる体制を整備すること」の実績目標の一つである「医療機関の機能分化と連携を促進し、医療資源の効率的な活用を図ること」の評価指標は「病床区分ごとの病床数」と「地域医療支援病院

の数」の2つであるが、この2つのみで「医療機関の機能分化と連携」を評価するのは困難であろう。紹介数（率）や一般病床の平均在院日数、あるいは、地域医療連携に関わる診療報酬上の加算（例えば、「急性期入院加算」等）を取得している病院数などが評価に加わるべきであろう。

二つめは、さまざまなレベルの評価指標が混在している点である。評価は一般的にインプット、アウトプット、アウトカムの3つの側面からなされる。インプットとは投入された資源、アウトプットとは政策（施策）によって算出されたサービスの質・量、アウトカムとは政策（施策）によってサービスの利用者・対象者が受けた便益である。この3つの指標が厚労省の業績評価では入り混じっている。

評価指標の三つめの問題は「公平性」に関する指標がほとんどない点である。公平性は評価の視点の一つに含まれているにもかかわらず、指標にはほとんどない。

#### 総合評価方式の課題

業績評価と並んで重要と考えられるのが、総合評価方式である。同方式の課題を以下論じていく。

業績評価の方法が明確であるのに対し、総合評価方式の方法論は明確でない。2002年に発表された医療保険制度改革の総合評価をみても評価の方法論は明確でなく、また内容も乏しい。

政策評価の課題の一つに「客観的かつ厳格な実施」があるとされる。業績評価は数値による評価が中心であり、また、基本計画の中で実施すると位置づければ、その後実施することは規定路線となり、「客観的かつ厳格な実施」はさほど大きな課題にならないとみられる。それに対して、総合評価方式は方法論も定かではなく、「客観的かつ厳格な実施」がまさに焦点になるであろう。その場合に重要となるのが、いかなる評価方法も単独では不完全であり、複数の方法を組み合わせるべきというトライアンギュレーションの考え方である。

その点、政策科学推進研究事業として本研究で行った一連の（形成的）評価はトライアンギュレーションの考え方に沿っており、総合評価の1モデルになりうると考えられた。

さらに総合評価には、評価の担い手の問題もある。政策内容を最もよく理解し、情報・データも最も多く持つ行政自身が総合評価を行うのが望ましい側面もあるが、評価の独立性や方法の熟達度合い等から、第三者による政策評価も行われるべきとも考えられる。

## D. 結論

### 1. 紹介外来制が勤務医に及ぼす影響と課題—11人の勤務医に対する面接調査より—

地域医療支援病院の承認を受けた浦添総合病院の勤務医に、紹介外来制に関して面接調査を行ったところ、全体としては地域医療支援病院への移行や紹介外来については賛同が多く、診療時間の余裕などのメリットが指摘されたが、一方で患者に対しての説明や逆紹介時の対応、新人医師の教育などの面からの課題も指摘され、病院での活動をサポートするようなしくみが望まれた。

### 2. 医療機能分化に対する通院患者の態度と再診料（特定療養費）の支払意向調査

済生会宇都宮病院の来院患者に対し、医療機能分化政策全般に対する考え方、再診料（特定療養費）に対する支払意向、病院選択の基準等について調査を行ったところ、以下のような結果を得た。

- 1) 同院を選択した基準としては、「機器・設備の充実」、「医師の診断技術がよいから」、「他の医療機関からの紹介」という順に多かった。
- 2) 大病院と中小病院・診療所の機能分化・役割分担については、「賛

厚生科学研究補助金  
総括研究報告書

成」が 136 人 (47.7%)、「反対」が 71 人 (24.9%)、「わからない」が 78 人 (27.4%) であった。

- 3) 再診料 (特定療養費) が 500 円になったとして、同院に「通院を続ける」と答えたのは 195 人 (67.9%)、「小さな医療機関に変える」のは 47 人 (16.4%)、「わからない」は 45 人 (15.7%) であった。

さらに、再診料 (特定療養費) が 500 円になった場合に、同院に「通院を続ける」と答えた人の特性を分析したところ、高齢、大病院志向の人、同院を選んだ理由として「医師の診断技術がよいから」をあげた人に、また「機器・設備の充実」をあげなかった人であった。

### 3. 退院計画システムに用いる初期アセスメント票の開発と妥当性の検討

退院計画に用いる「初期アセスメント票」を開発し、その妥当性を検証した。その結果、経験年数の短い看護師については、初期アセスメント票を使用したことによる退院計画実践へのプラスの効果がみられた。

### 4. 厚生労働省の政策評価基本計画と評価実績の検討

厚生労働省の政策評価は「業績評価」「総合評価」「事業評価」の 3 つの方式で行われるが、その中心的なものは「業績評価」である。しかしながら「業績評価」は、政策との因果関係の乏しさや、評価指標の乏しさ、さまざまなレベルの評価指標の混在、行政の裁量権の少なさ等の問題がある。「総合評価」は政策評価の中では重要な役割を占めるべきものと考えられるが、これも評価の方法論が不明確であることや、あるべき評価の担い手が定まっていないことなど、課題は多い。スタートしたばかりの政策評価であるが、業績評価の評価指標の見直しや、本格的な総合評価の実施など、

今後の積極的な改善が望まれた。

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) 福田敬、田村誠：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 (II)、社会保険旬報、2133: 24-27、2002
- 2) Aki Tsuchiya, Shunya Ikeda, Naoki Ikegami, Shuzo Nishimura, Ikuro Sakai, Takashi Fukuda, Chisato Hamashima, Akinori Hisashige, Makoto Tamura: Estimating an EQ-5D population value set: The case of Japan. Health Economics, 11: 341-353, 2002
- 3) 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：特定疾患治療研究対象疾患評価に関する研究。日本公衆衛生雑誌 49(7): 672-681、2002
- 4) 田村誠：高齢者医療制度のゆくえと課題。神奈川の国保、298: 2-5、2002
- 5) 田村誠：保健医療における「個人の価値観に基づく QOL 尺度」の可能性と課題。社会政策研究、3: 29-46、2002

### 2. 学会発表

- 1) 田村誠、飯田修平、他：医療の総合的『質』経営に関する研究 (中間報告)－先駆的取り組みを行う病院の経験か

厚生科学研究補助金  
総括研究報告書

- らー、日本品質管理学会、2002
- 2) 田村誠、福田敬、他：逆紹介された患者の通院行動と機能分化に対する態度、第40回日本病院管理学会学術総会、2002
- 3) 福田敬、田村誠、他：地域医療支援病院への移行に関する連携医の意識調査、第40回日本病院管理学会学術総会、2002
- 4) 池田俊也、田村誠、他：都道府県別の
- 質調整余命(QALE)推計の試み—複数の予測モデルによる推計値の比較検討—、第60回日本公衆衛生学会、2002
- G. 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

紹介外来制が勤務医に及ぼす影響と課題  
- 11人の勤務医に対する面接調査より -

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  
田村 誠 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授  
石郷岡美穂 前浦添総合病院 地域医療連携室長  
宮城 恵子 浦添総合病院 地域医療連携室長  
宮城 敏夫 浦添総合病院 理事長

研究要旨：

地域医療支援病院に勤務する医師 11 名に対して、紹介外来制への移行に関する意見を聞くため、面接調査を行った。全体としては地域医療支援病院への移行や紹介外来については賛同が多く、診療時間の余裕などのメリットが指摘された。しかし一方で患者に対するの説明や逆紹介時の対応、新人医師の教育などの面からの課題も指摘され、病院での活動をサポートするようなしくみが望まれた。

A. 研究目的

医療機関の機能分化と連携を図り、医療提供を地域として適切かつ効率的に行うことが望まれている。そのための1つの政策として、紹介外来を中心とする地域医療支援病院が医療法上で規定されている。平成13年度に、我々は全国で医療機関の連携に積極的に取り組んでいる病院として、地域医療支援病院の他、紹介外来加算や急性期入院加算を取得している病院等を調べ、その特性を明らかにした。地域医療支援病院の数は少なく、自治体や地域医師会が開設している病院がほとんどであった。今後地域医療支援病院が増えるためには民間の病院の参入が欠かせないと考えられる。

沖縄県浦添市の浦添総合病院は平成13年6月に地域医療支援病院の承認を受け、地域の医療機関との連携を重視して医療提供に取り組んでいる。特に外来診療は基本的に紹介による患者のみに限定し、従来から通院している患者も積極的に地域の連携開業医に逆紹介する方法で地域連携をすすめている。

このような方法での地域連携が成功するためには地域の連携医の対応および住民の

理解が重要である。そこで平成13年度に地域の連携開業医ならびに浦添総合病院で逆紹介を受けた患者に対するアンケート調査を実施し、医療機能分化と連携に関する意見を聞いた。その結果、一部課題の指摘もあるものの、開業医および患者双方から概ね肯定的な意見を得た。

さらに地域医療支援病院としての医療提供を中心的に担っているのは、病院の医師である。地域医療支援病院への転換に関して病院内部の医師がどう考えているかを把握することは、今後このような形態の病院が増加する際の課題を検討する上で大変参考になる。

そこで本研究では、浦添総合病院の医師に対して面接調査を行い、紹介外来性および地域医療支援病院の利点、課題等に関する意見を聴取した。

B. 研究方法

1) 調査対象

浦添総合病院に勤務する医師で、本研究の趣旨を説明した上で面接調査に協力が得られた医師11名とした。診療科は内科、外科、産婦人科、整形外科、検診センター等

様々であり、浦添総合病院での勤務年数も2年から21年と幅が広がった。面接調査は平成14年3月13,14日の2日間に実施した。面接場所は病院内部の会議室とし面接スケジュールの設定には病院の地域医療連携室「かけはし」のスタッフの協力を得た。

## 2) 調査内容

面接は各対象者ごとに2名の研究者のどちらかが実施し、1対1で行った。内容はまず対象者の属性として勤務年数、専門分野、以前の勤務場所について尋ねた後、外来の機能分化に関して、患者の流れ、紹介外来制導入のインパクト、医療連携への取り組み、外来機能分化についての大きく4点から質問した。患者の流れに関しては、紹介の経路、逆紹介の時期、方法、紹介先、紹介・逆紹介時のトラブルなどを尋ねた。紹介外来制導入のインパクトに関しては、外来患者数と診療時間の変化、医療の質の変化を尋ねた。医療連携への取り組みに関しては、紹介率を上げるための活動、開業医との関係などについて尋ねた。最後に外来機能分化に関しては、浦添総合病院が紹介外来を中心とする地域医療支援病院へ移行したことに伴うプラス面、マイナス面、さらに国による外来機能分化の政策に対する意見等を尋ねた。

面接時には対象者の同意を得た上で録音を行い、後日録音テープから意見を整理して分析を行った。

## C. 結果

### 1) 患者の流れに関して

患者は地域の開業医からの紹介が大半で、健康診断および非紹介患者が若干いるという回答が多かった。特に非紹介患者は徐々に減少しているという印象を持っていた。診療科別の特徴として、整形外科がスポーツ外傷という特殊分野を専門にしているため、浦添市内に限らず、離島を含む広い地域からの紹介があるという点が挙げられた。また産婦人科については、他の診療科と異

なり紹介に移行していなかった。これは産婦人科において紹介を中心にする場合には、主な対象は他の医療機関では十分なケアができない可能性があるハイリスクの妊婦になるが、設備、スタッフ等の制約から現時点では対応が困難であると判断したためであった。そのため紹介によらず外来を受け付けているが、病院全体が地域医療支援病院となったため患者には紹介が必要という認識が強く、産婦人科においても患者数が減少したとのことであった。

紹介元への返送に関しては、急性期の治療期間、特に入院期間が過ぎると紹介元の医療機関へ返送するケースが多かった。放射線科では検査依頼が多く、検査実施後、所見をつけてすぐに返送していた。しかし、患者によっては紹介元の医療機関へ返送されることに抵抗を感じる者もいるということであった。これは過去の診療経過において患者が十分納得のいく診療を受けることができなかった場合に、別の医療機関の紹介を希望するものであった。病院の医師は原則として紹介元に返送することにしているが、患者の希望により他の開業医を紹介することもあるということであった。その際には病院の担当医が紹介元の医師に連絡をするが、説明に苦慮するとコメントしていた。

また従来通院していた患者を地域の開業医へ逆紹介する場合もあり、これは地域医療支援病院の形態と意義について十分に説明をして、紹介するというものであったが、説明に納得を得るのは難しいとのことであった。そのため、3～6ヶ月程度でまた病院へも受診するような方式をとったり、主治医が開業医と病院の担当医の2名いる体制になると説明するなどの工夫をしていた。紹介する医療機関の選択は病院が行うのではなく、病院は診療所の情報を患者に提供して、あくまでも患者の選択を支援するとの立場の説明があった。しかし、肝疾患等で患者の状態によっては一般の開業医ではなく、地域の専門医に紹介する必要がある

厚生科学研究補助金  
分担研究報告書

場合があり、その際には紹介先を提示するのに苦勞するとのことであった。

紹介された患者に対する診察で問題があった事例を指摘する医師もいた。これは、紹介を受けた患者を診察した医師が偶然研修医であり、問診のみしか行わず軽症であると診断した例であった。開業医においては問診以上の精密検査を要するとの判断から紹介されてきているはずであるが、診療所で実施できることと同じ内容の検査では目的が果たせないのではないかと指摘していた。そのためこのような紹介外来を担当する病院の医師側も地域医療連携の意義と開業医および患者の期待を理解するべきであるとコメントしていた。

## 2) 紹介外来制導入のインパクト

紹介外来を導入したことによる患者数への影響に関しては、多くの診療科で減少したと回答した。例えば糖尿病患者に関しては、1ヶ月約1500人の患者がいたが、紹介外来により約900人は地域の医師に逆紹介をしたとのことであった。1日あたりの業務でみても以前は1人の医師の担当が30人程度の患者数であったものが、20から25人くらいになっているとの回答があった。整形外科においては以前は1日約150~200人くらいいた患者数が25~30人に減少したということだった。しかし1日のうち診察にかけている時間は変化していないため、患者1人あたりの診察時間が長くなっているとの印象を持っていた。整形外科の場合では以前は3~5分程度の診察時間だったものが20~30分の時間をかけられるようになったとのことであった。

診療の質に関しては、患者1人あたりの診察時間に余裕ができたことにより向上したという意見が多かった。しかし必ずしも客観的に示されているものではなかった。また一部の医師からは紹介外来への移行に伴い医師数が減少したことへの懸念が示された。これが特に指導的な立場にある医師の場合に診療の質への影響が危惧されるこ

とが述べられた。

## 3) 医療連携への取り組み

紹介外来をすすめるために実施した方策に関しては、診療科ごとに差がみられた。糖尿病外来では、医師・看護師・クラークの3人のチームで地域の開業医60箇所を定期的に訪問する活動を実施していた。これにより患者の紹介、逆紹介の流れがスムーズになると認識していた。地域医療連携システムを推進するにはまず病院が積極的に地域を訪問し、変わっていかねばならないという思いからであった。また、呼吸器の専門医は出張診療という形で、地域の診療所で診察を行い、CT検査の必要があるなどの場合は病院に対して紹介する形をとっていた。診療科単位で月1回程度、勉強会を開催していたが、なかなか開業医の参加が得られず、紹介を受けた個別の患者についてのカンファレンスへの参加など別の方法を検討していた。一方で消化器内科では時間的な都合から開業医の訪問等は実施していなかった。この科では地域で逆紹介できる医療機関が限られているため、紹介外来システムによるメリットは少ないと感じていた。

開業医との関係では、訪問や勉強会その他で直接、顔を合わせることのメリットが指摘されていた。

## 4) 外来機能分化について

地域医療支援病院になり、紹介中心の外来に移行したことのプラス面としては、診察の時間的余裕ができたことが多くの医師から挙げられていた。また従来よりも地域の開業医との関係が親密になったという意見も聞かれた。また、今後、例えば電子カルテ等の普及により診療情報の共有が容易になれば、地域連携による医療提供のメリットが大きくなる可能性も指摘された。ただしこの場合にはデータのセキュリティ面での注意が必要である。

逆に紹介外来にしたことのマイナス面と



して、まず患者の評判に対する懸念が挙げられた。紹介が必要とのことから敷居が高い印象を受け、評判が下がることなどが、実際に診察を担当している立場からの意見として聞かれた。十分に説明すれば大部分の患者はわかってくれるが、説明が不十分だったり診察をせずに逆紹介をした場合などはマイナスの印象が強いのではないかと指摘していた。これに関しては、患者からなぜこの病院だけがそのようなしくみになっているのかと問われることもあり、国あるいは自治体が医療機関の機能分化と連携による効率的な医療提供システムの構築をすすめていることをより積極的に広報してくれれば病院が個別に説明しなければならないことは少なくなるのではないかという示唆もあった。

また外来は紹介により、診療も急性期のみということになると、患者の状態を継続的に観察できなくなるしくみであることに対する危惧も聞かれた。これは特に臨床研修の場においては例えば入院中の診療については学べるが、退院後のフォローは開業医になるため手術後の経過が指導できないといった意見があった。また、総合診療内科においては種々の問題を抱える患者を包括的に診療することを目的としているが、病院で担当する部分は一部分になってしまうことやプライマリ・ケア教育はできなくなるなどが指摘されていた。

全体としては国が地域医療支援病院などにより医療機能連携をすすめていこうとする政策やこの病院が地域医療支援病院として活動していくことにはすべての医師が肯定的であった。ただし、紹介・逆紹介時の課題や質・教育との関連などから解決すべき課題があることも指摘されていた。

#### D. 考察

浦添総合病院における医師に面接調査を行ったが、全体としては医療機能連携の推進に肯定的であった。特にこれにより診察時間に余裕ができたことがメリットとして

挙げられ、専門的な病院に求められる本来の役割が果たされているという印象を受けた。しかし一方で患者に対する説明や逆紹介時に現場で対応する医師としての困難さも伺えた。政策的にすすめられる地域医療連携はより積極的に国や自治体による国民への説明が行われるべきであるかもしれない。

地域医療支援病院への移行に伴う臨床研修や教育面での課題も指摘された。これは病院の機能を限定することにより、診療経過にそって患者の観察を続けることができなくなるためであり、教育システムでも連携により地域の開業医で同一患者のフォローに参加したりという方向転換が必要であることが示唆された。

#### E. 結論

地域医療支援病院の承認を受けた浦添総合病院の勤務医に、紹介外来制に関して面接調査を行ったところ、全体としては地域医療支援病院への移行や紹介外来については賛同が多く、診療時間の余裕などのメリットが指摘されたが、一方で患者に対しての説明や逆紹介時の対応、新人医師の教育などの面からの課題も指摘され、病院での活動をサポートするようしくみが望まれた。

#### 参考文献

- 田村誠. 医療の政策評価(I)～(VIII). 病院. 2000; 59(2)～(8)
- 田村誠, 福田敬. 地域医療連携関係の加算取得状況調査. 社会保険旬報. 2001; 2121: 20-25
- 福田敬, 田村誠. 地域医療連携関係の加算取得状況調査 II. 社会保険旬報 2002; 2133: 24-27

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
未定
2. 学会発表

厚生科学研究補助金  
分担研究報告書

未定

なし

G. 知的所有権の取得など

面接調査における回答（抜粋）

1. 患者の流れに関して

○（放射線科では）一般には検査紹介が多いですね。

○やっぱり相互関係として一旦はお返しすると思いますね。で、もし患者さんが他のクリニックを希望する場合はそういうことも含めて報告して返すと思いますね。

○この前出ていたんですけど、（地域の開業医からの紹介は）66%くらいなんです。あとは健診が10数パーセントかな。（中略）飛び込みがほとんどいなくなりましたので。紹介もしくは救急という形です。

○（逆紹介した患者は6ヶ月ごとに病院での診察を助言しても）5割はもう返ってこないですね。（中略）患者さんが面倒くさいと。

○（逆紹介の）説得しきれなかったのが10人くらいですね。おおざっぱに。逆紹介と言っても聞かない人がいます。そうするとこっちも根負けしちゃったりすることがあります。

○（逆紹介の説明は）だいたいの患者さんは1回でOKですね。（説明のしかたは）患者数が増えてきますので永久には診れません。ずっと継続して診るのは不可能ですけど、ただし見放すことはしませんから、6ヶ月おきくらいで診ましょう。（中略）最初は経営、経済上とか言ったんですけどね。患者さんかえって本質を捉えるので、今はもうとてもじゃないけど数が増えて待ち時間が長いから診れませんということでご協力をお願いしますと。その代わり、入院はいつでも引き受けますし。

○紹介してくださる患者さんに関してはもう全然曜日関係なしで診ます。（中略）紹介状を持ってくる人はいつでも受け入れて診ると。将来的には24時間になると思うんですけどね。

○整形外科はスポーツ外傷というのをメインに出しているもので、北部地区、離島とかですね、そこら辺を全部含めて患者さんが紹介で来ますね。

○手術をこちらで患者さんを一緒に連れてきながら手術もして、そのまま自分の外来でまた診るという形ですね。

○（地域の診療所からの紹介の目的は）基本的に入院患者でなければ、要するに確定診断ですね。

○肝硬変とかですねそういう非常に一般的じゃないような人たちが多いものですから、なかなかこちらとしては非常に紹介もしにくいところもあるんですよ。要するにフォローアップが意外に面倒くさいところがありますのでね。

○それは患者さんの希望で、もうあそこの病院には行きたくないと言われた場合は仕方ないですから、患者さんの希望を聞いて他の病院を紹介する場合があります。

○病院がクリニックを選択するというのは、これはやっぱりちょっと問題だと思うんですよ。やはりあくまでも選ぶのは患者さんで、病院は患者さんにどれだけクリニックの情報を伝えるかっていう話で。

○（逆紹介時の説明としては）2人主治医制っていいですかね、2人で診ていて検査とかあるいは緊急とか1人はいつでも診ますということですね、そういうことを話していますね。中にはそれを言ってもどうして持って言うんですね。例えば併科の場合ですよ。

○時々問題になるのは開業医の先生から患者さんを送ってもらって、研修の先生が風邪とかって返しちゃうとかですね。（中略）開業医の先生は同じことをしてほしくて送りたいわけじゃなくて。だからいくら風邪であっても、聴診器で聞いても全然肺炎の音が聞こえないと、それだけで済んだら同じことをやっているわけですからね。可能性が少ないけど例えばレントゲンを撮る、CTを撮るとか開業医の先生ができないようなことをやらないとですね、あまり紹介された意味がないというか。同じ問診をして大丈夫だからといって検査も何もしないで返そうとすると、患者さんも納得しないし、開業医の先生たちもどっちかというところだと思うんですよ。

○（連携先のリハビリ）病院とかは月に1回くらいは僕が回診を行っているんですよ。送った患者の。（診療報酬は）出ないですよ。

○一応、紹介状をもらった場合は（返事）を返さないといけないですね。先生もまた気にされますよね。一応、入院されますということで葉書は出していますので、最後にサマリーを入れますね。

## 2. 紹介外来制導入のインパクト

○やっぱりうちの病院がそういう方向（紹介外来制）で動いているということで産婦人科だけ特別っていう形では見ていないと思うんですよ。

○（産婦人科で外来患者が減少したのは）3割くらいですかね。

○（紹介外来になった場合に受診する患者は）ハイリスクの妊娠の患者さんで。全然小児科のスタッフいませんし、産婦人科のスタッフもそうですから、そんな状態でやるのは反対だという意見です。

○一番の誤算はさっき言ったように主導クラスのスタッフが出ていったことなんですよ。けど。

○本当はこっちで診なくてもいいような、ガーゼ交換とかですね、そういう患者さんがい