

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。

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。

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。

3) 結論

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」、同院の「登録開業医」、および同院の「勤務医」に対する調査を行った。その結果、種々の課題も明らかになったが、医療の質の向上に貢献する可能性もみられ、同院のような地域連携をすすめる方策は全体として地域医療に貢献するものとみられた。ただし、患者・住民には連携を中心としたシステムを理解していない人も多く、そうした人たちへの情報提供は必要と考えられた。

3. 地域中核病院に通院する患者の再診料（特定療養費）への支払意向調査

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。

1) 研究方法

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。

2) 研究結果および考察

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思えば、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) 結論

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。

4. 政策評価のあり方に関する検討

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。

1) 研究方法

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。

2) 研究結果および考察

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。

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。

3) 結論

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。

<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。

<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

厚生科学研究補助金
総合研究報告書

- 営の向上. 病院, 60(9): 823-826, 2001
- 6) 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（Ⅱ）、社会保険旬報、2133: 24-27、2002
- 7) 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
- 8) 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
- 9) 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
- 10) 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、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
- 5) 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ら－、日本品質管理学会、2002
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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

<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障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。

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、外来機能のもと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

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

- 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	9	(22.0%)	0	(0.0%)	7	(13.2%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
国保連	2	(28.6%)	2	(28.6%)	1	(14.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
社会保険関係団体	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(33.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
(社)全国社会保険協会連合会	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
(財)厚生年金事業振興団	7	(18.4%)	1	(2.6%)	12	(24.5%)	1	(2.0%)	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	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	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	紹介外来加算		紹介外来特別加算		急性期病院加算		急性期待定病院加算		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)
～99床	--	--	--	--	45	(1.2%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3838	
100～199床	--	--	--	--	47	(1.8%)	0	(0.0%)	3	(0.1%)	2604	
200～299床	74	(5.9%)	43	(3.5%)	33	(2.7%)	2	(0.2%)	11	(0.9%)	1244	
300～399床	58	(7.8%)	27	(3.6%)	36	(4.8%)	2	(0.3%)	4	(0.5%)	745	
400～499床	57	(15.9%)	20	(5.6%)	37	(10.3%)	1	(0.3%)	0	(0.0%)	358	
500～599床	41	(20.8%)	13	(6.6%)	33	(16.8%)	2	(1.0%)	1	(0.5%)	197	
600床～	130	(43.3%)	35	(11.7%)	34	(11.3%)	1	(0.3%)	0	(0.0%)	300	
全体	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)
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	81	435	2844
紹介外来特別加算取得病院	26 (2.3%)	10 (3.7%)	44 (12.2%)	32 (39.5%)	14 (3.2%)	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

地域医療連携関係の加算取得病院と地域特性

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

研究要旨：

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。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。

A. 研究目的

我が国では政策として医療機関の機能分化がすすめられ、特に病院に関しては従来すべて一般病院として区分されていたものが、医療法上で特定機能病院や療養型病床群、さらに地域医療支援病院が規定されるようになった。また診療報酬上では急性期病院加算や紹介外来加算など他の医療機関からの紹介率が高いことを要件として、病院と診療所の機能分化ならびに連携がすすめられている。このような政策について評価を行うことは重要であるが、医療の質や地域における医療提供の効率性を評価するには時間がかかる。そこで我々は「形成的評価」の考え方に基づいて医療機能分化政策を検討した¹⁾。

我々は紹介外来を積極的にすすめている病院として、地域医療連携関係の診療報酬上の加算を取得している病院を全国の都道府県の社会保険事務局に問い合わせして調査をした。既にこれらの加算を取得している病院がどのような特性を有するかを報告した²⁾。本稿では、これらの病院の有無と地域特性との関連について検討したい。我が国では都道府県の保健医療計画の中で2次医療圏を設置するようになっている。これは主として一般的な入院医療が完結する範囲として設定されたものであり、地域医

療連携においても二次医療圏を単位とした連携体制の構築が望まれる。現実には二次医療圏の範囲設定に際しては都道府県を超えることができないなど、実際の診療圏に合わない場合もあるが、今回は一般的な入院医療に関する医療連携という観点からこの単位を用いた。そこで地域医療連携関係の加算を取得している病院の有無および数を二次医療圏ごとに集計し、各二次医療圏の医療施設数等の特性との関連を分析した。

B. 研究方法

1) データ

地域医療連携関係の診療報酬上の加算として、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の各加算を取得している病院を全国の都道府県の社会保険事務局に問い合わせして調べた。これらの病院がどの二次医療圏にあるかを住所から調べた。これを二次医療圏ごとに集計して、各二次医療圏でそれぞれの加算を取得している病院の有無および病院数を変数とした。また、地域医療基礎統計2000年版より各二次医療圏の特性として、一般病院数、一般病床数、療養型病床群病床数、1日平均入院患者数、1日平均外来患者数、病床利用率、平均在院日数、一般診療所数を用

いた³⁾。さらに、各二次医療圏における病院の過不足の指標として、病床過剰率(＝(実際の病床数－必要病床数)／必要病床数)を用いた。

2) 分析方法

分析としては、まず二次医療圏ごとの特性と各種加算取得病院の有無を集計した。さらに加算取得病院数と地域特性指数との相関を算出した。またこれら加算取得病院がどのような特性を持つ地域にあるかを分析するため、各種加算取得病院の有無を目的変数、地域特性を説明変数としたロジスティック回帰分析を行い、加算取得病院の有無との関連を考察した。

C. 研究結果

1) 二次医療圏ごとの地域医療連携関係加算取得病院数

表1に全国の356の二次医療圏での医療機関数、病床数等の平均値および標準偏差を示す。一般病院数は平均で23病院、一般診療所はその約10倍の254施設ある。これらの医療機関数は地域によるばらつきが大きく、一般病院では1から225、診療所では15から3158までである。また、療養型病床群は整備されていない二次医療圏もある。二次医療圏ごとの必要病床数に対する病床過剰率では、全国平均は4.2%と小さい値であるものの、地域ごとには-85.1%から243%と大きくばらついている。

表2に紹介外来に関する各種加算を取得している病院の有無を二次医療圏ごとに集計した結果を示す。取得病院数が多い紹介外来加算では、全国の152(42.7%)の二次医療圏でこれを取得した病院が存在する。また急性期病院加算では30.6%、紹介外来特別加算では25.6%となっている。地域医療支援病院が存在する二次医療圏は19(5.3%)にとどまっており、急性期特定病院加算を取得している病院が存在する二次医療圏はわずかに6つである。

これらの中で、比較的多くの病院が加算

を取得している紹介外来加算について、二次医療圏ごとの取得病院数を表3に示す。加算を取得している病院がある二次医療圏でも取得病院が1病院である地域が78と多い。2病院ある地域が33、3病院ある地域が16などとなっている。紹介外来加算を取得している病院が8以上ある地域はいわゆる大都市に限られ、二次医療圏では札幌、仙台、東京都区中央部、京都・乙訓、大阪市、福岡・糸島、北九州の7地域である。この中でも大阪市が最も多く加算取得病院が21病院ある。開設主体の内訳をみると国公立5、その他公的5、私的11となっている。

2) 紹介外来加算取得病院数と地域特性の関連

次に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相関を表4に示す。施設数や病床数、入院および外来患者数とは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。

これらの変数は医療圏内の規模により見かけ上の相関がみられることも考えられるため、一般病院数で調整した偏相関係数も算出した。その結果、一般病床数、患者数、診療所数については相関係数は小さくなるものの有意な正の相関がみられた。療養型病床群病床数については負の相関がみられた。

この結果から示されるように、紹介外来加算を取得している病院の数は地域での医療機関数、特に一般病院数や一般診療所数に関連すると考えられるため、加算取得病院がある152の二次医療圏を抽出し、紹介外来加算取得病院数を目的変数、一般病院数および一般診療所数をそれぞれ別に説明変数として単回帰分析を行った。その結果、以下の回帰式を得た。