

親者が理事長である社会福祉法人で所有する場合を複合体と呼んでいる。この二木の定義は、当初、医療から介護、そしてターミナルへの流れを意識したものであったが、後の彼の講演録や二木(2004)などからは、経営戦略の一貫としての複合化の可能性を重視しているようである。また、二木(1998)のときと介護保険が導入されている現在では、病院が複合化するための施設の種類の種類は若干増えているため、適宜、複合体の定義は拡張することにする。すなわち、病院（クリニックは今後の課題）を中核として、訪問看護ステーション、老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護利用型軽費老人ホーム、在宅介護支援センター、（グループ・ホーム）などを所有することをも複合化と呼ぶことにする。

本年度は、厚生労働省統計情報部「医療施設調査」の目的外使用申請を行わず、申請のための事前調査の意味もあるので、以下のデータを使用した。まず、平成13～15年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「個票データを用いた医療・介護サービスの需給に関する研究」（主任研究者 植村尚史早稲田大学教授）の分担研究である「医療施設調査による病院経営の持続性の研究」で作成した、病院倒産分析用データベースを利用した。このデータベースでは、病院の3年毎の1（休止中）、2（1年以上休診中）、3（1年未満休診中）、継続診療中の情報がわかる。データベースの作成方法は上記報告書を参照のこと。

このデータベースを WAM ネット<sup>5</sup>より抽出した医療法人が経営する介護関連施設と全国病院調査インデックス<sup>6</sup>を名寄せする。WAM ネットと全国病院調査インデックス次に病院の理事長と介護施設の理事長の氏名をチェックする。同一人物のケースと苗字が同じケース（妻や娘のケースが多い）を、同一資本による複合体と定義する。次に、このデータベースを利用し、経営の持続性と交替状況の把握を行い、簡単な probit 分析を用いて複合化が経営の安定性に寄与しているか否かの検証を行う。

## データの概要

データの概要は、表1に示した。二木のいう「3点セット」は、表1においてはケース1にあたる。一見して分かることは、福岡県、北海道といった高医療費県が複合体の数も多いということである。興味深いのは、その次をいくのは東京都、大阪府、愛知県という大都市をもつ都府県であることである。各都道府県内の分布に関しては表2で検討している。表2は、各県庁所在地と各複合体の距離を計測して度数分布を作成し、そこから累積度数分布表を作成した。■は累積度数が50%を超えた距離を示し、□は100%に達した距離を示す。■や□が左にあるほど、各都道府県の中心に複合体が分布していることを示し、右にあるほど、複合体が都

<sup>5</sup> <http://www.wam.go.jp/ca00/ca00b11.html>

<sup>6</sup> 平成17年3月16日現在、都合により休止中とのことである。

道府県で一様に分布していることを示す。表 2 から、

- ・ 県庁所在地を中心とした都市部にのみ集中するのは富山県、山梨県、奈良県
- ・ 県庁所在地に半数程度の集中が見られるが、その他は拡散しているのは京都府、和歌山県、徳島県、高知県、熊本県、大分県、沖縄県
- ・ その他は、概ね県庁所在地から 20 km～40 km 内に立地している

という特徴が見られる。表 3 では、都市規模毎の施設保有率をあげた。どの規模の都市も介護保険関連の施設を併設する病院数が増えた。特に、その他（小規模地域）は複合化が進んでいる。

表 4 には、開設者別で老健、特養、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、その他（軽費老人ホーム）を併設している病院をカウントした。施設併設割合は、当該施設併設病院数÷総病院数、で定義される。これより、96、99 年の動向を見ると病院には併設施設を持つとする誘因があることが明らかになる。特に訪問看護ステーション、在宅介護支援センターの伸びが大きかった。一方、医療法人は特養の併設はあまり望まないようである。

次に特養と老健に絞って議論を進めよう。図 1 と図 2 より、県別の併設施設保有割合はいくつかの県を除けば、全国で一様である。しかし、太線で 2002 年の各施設数を重ねると、併設施設を保有する誘因が二分できる。ひとつは、地域の施設数が足りない（潜在需要がある）場合で、もうひとつは、すでに競争下にある（需要は満たされている）ための経営戦略の一貫（病院から老人保健施設、そして特別養護老人ホームへと患者・利用者をキャッチボールする）という解釈が可能となる。

一方、二木(1998)のいう「3点セット」に関しては、

- ・ 二木の研究では 259（1996 年末）、77%の母体病院が医療法人
- ・ 本研究データからは 96 年 10 月に 80、99 年 10 月に 113
- ・ 違う理由は「病院倒産分析用データベース」は完全に経営主体が同一の病院と施設のデータ。医療法人と社会福祉法人の連結が今後の課題

とまとめることが出来る。病院倒産分析用データベースの拡張は課題であるが、先行研究を追試することは出来ている。

## 暫定的な推計

次に、本研究のオリジナルな部分であるが、複合化が経営にはどう寄与するかという問題を簡単な病院倒産モデルの推定、probit 分析で考えてみたい。病院が休止したか否かのように観測結果が 2 つの状態をとる二項反応を推計することになる。すなわち、病院が休止した場合は 1、しない場合は 0 をとるダミー変数を利用して観測結果を表す。病院が休止するかどうかは、その病院に関する特性、例えば、収益、従業員数、設備投資、などの変数  $X_i$  に依存すると考えられる。こうした関係を回帰モデルで表す場合は、次のようなモデルが良く利用される。すなわち、1（休

止する)をとるか、0(休止しない)をとるかを決定する仮想的因子を仮定すると、

$$Y_i^* = X_i\beta + \varepsilon_i, i=1, \dots, N$$

が得られる。ここでは、 $\beta = (\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k)$  であり、 $X_i = (1, X_{2i}, X_{3i}, \dots, X_{ki})$  である。 $Y_i$ は直接観測できないが、その符号により、

$$Y_i = \begin{cases} 1 & Y_i^* > 0 \\ 0 & Y_i^* \leq 0 \end{cases}$$

のように $Y_i$ の値を決定する。すなわち、病院が休止するかどうかは、 $Y_i$ の符号によって決まることである。従って、病院が休止する( $Y_i = 1$ )確率は、

$$Prob(Y_i > 0) = Prob(X_i\beta + \varepsilon_i > 0) = Prob(\varepsilon_i > -X_i\beta)$$

となり、誤差項 $\varepsilon_i$ はゼロに対して対称であれば、この確率は

$$Prob(Y_i > 0) = 1 - F(-X_i\beta) = F(X_i\beta)$$

によって表すことができる。但し、 $F(\cdot)$ は累積分布関数である。

データは上述の病院倒産分析用データベースを用いた。ここでは、民間病院である開設者が医療法人、会社、その他の法人、個人のもを抽出した。その際の被説明変数は以下のような discrete なものとする。病院の識別符号(種別、都道府県番号、一連番号、チェック・デジット)および休止・休診の状況を用いて、原則は、単位期間(8年~11年)中に識別符号で見て病院が消滅していたら1、存続していたら0をたてる(これを倒産ダミーと称する)。期首および期末に休止・休診の状況が1(休止中)、2(1年以上休診中)、3(1年未満休診中)の場合はその期間のデータは欠損にしている。その意味で厳密には病院の倒産ではないが<sup>7</sup>、ここでは便宜的に倒産と呼ぶ。表6にサンプル期間中の倒産ダミー<sup>8</sup>を病院の規模別に示した。ここで、病床規模階級というのは、許可病少数~99を第1階級、以下、100~199を第2階級、200~299を第3階級、300~499を第4階級、500~を第5階級とする病院規模をあらわす。

推計結果は表7にあげてある。ここから読み取れることは、

- ・ 入院・外来にかかわらず、患者数が多いと倒産確率は低下すること
- ・ 併設施設に関しては、特養以外は符号条件を満たす。しかし、有意なのは訪問看護ステーションのみということ

である。複合化は、病院の経営に資する可能性がある。介護保険導入後のデータの分析は必要である。

<sup>7</sup> 病院経営を撤退し、診療所にダウンサイジングするケースも散見される。多くは、病院の建て替えや新規の設備投資に対する十分な内部留保の確保が出来なかったためのものである。

<sup>8</sup> 一般診療所、歯科診療所は参考。

## 終わりに

医療・福祉複合体の功罪を議論するのは難しい。恐らく、4方面からの評価が必要となる。すなわち、患者・利用者、医療機関、医療政策当局、保険者の4者にとってどのようなメリット・デメリットがあるかということを経験する必要がある。患者・利用者にとっては、医療サービスと福祉サービスが連続的に受けられる(one stop)という意味で医療・福祉複合体のメリットが考えられる。しかし、このことは一方で、医療・福祉複合体の地域独占を招き、患者の選択する権利を奪うかもしれない。競争と医療・福祉複合体をどのように共存させることができるかという問題は、そのまま、医療政策当局の問題となる。医療政策にとっては連携促進、効率化が患者・利用者のためでもあるが、医療・福祉複合体による経営持続力の強化、地域独占が医療の質、医療費に悪影響を与えるかもしれない。

その他、以下のような論点があろう。医療機関にとっては経営の安定、すなわち患者の独占、取り込みによる適切な競争の阻害、保険者にとっては患者への提供情報の簡素化出来る一方で、医療・福祉複合体の適切な評価システムの構築が必要である。

表1 病院の全国分布、併設施設の有無別、規模計別

|        | 病院数  | 全国比 | 比率<br>順位 | ケース1 | ケース2 | ケース3 | ケース4 | 老健施<br>設有り | 特養<br>有り | 訪問看<br>護有り | 在宅支<br>援有り | 軽費老<br>人有り |
|--------|------|-----|----------|------|------|------|------|------------|----------|------------|------------|------------|
| 0 全国   | 1833 |     |          | 55   | 599  | 24   | 1155 | 637        | 79       | 686        | 441        | 33         |
| 1 北海道  | 97   | 5.3 | 2        | 3    | 28   | 2    | 64   | 31         | 5        | 28         | 18         | 4          |
| 2 青森   | 15   | 0.8 | 39       | 0    | 5    | 0    | 10   | 5          | 0        | 4          | 3          | 0          |
| 3 岩手   | 21   | 1.1 | 33       | 0    | 10   | 1    | 10   | 10         | 1        | 5          | 1          | 0          |
| 4 宮城   | 17   | 0.9 | 37       | 0    | 5    | 0    | 12   | 5          | 0        | 4          | 1          | 0          |
| 5 秋田   | 9    | 0.5 | 45       | 0    | 3    | 0    | 6    | 3          | 0        | 4          | 1          | 0          |
| 6 山形   | 11   | 0.6 | 44       | 0    | 2    | 0    | 9    | 2          | 0        | 6          | 5          | 0          |
| 7 福島   | 25   | 1.4 | 28       | 0    | 7    | 0    | 18   | 7          | 0        | 10         | 9          | 0          |
| 8 茨城   | 45   | 2.5 | 13       | 4    | 18   | 1    | 22   | 22         | 5        | 17         | 17         | 1          |
| 9 栃木   | 29   | 1.6 | 26       | 2    | 15   | 0    | 12   |            | 2        | 9          | 12         | 0          |
| 10 群馬  | 30   | 1.6 | 25       | 1    | 15   | 0    | 14   | 16         | 1        | 12         | 8          | 0          |
| 11 埼玉  | 43   | 2.3 | 14       | 0    | 8    | 0    | 35   | 8          | 0        | 15         | 13         | 0          |
| 12 千葉  | 73   | 4.0 | 7        | 2    | 25   | 0    | 46   | 27         | 2        | 35         | 17         | 1          |
| 13 東京都 | 96   | 5.2 | 3        | 1    | 16   | 1    | 78   | 17         | 2        | 38         | 15         | 0          |
| 14 神奈川 | 48   | 2.6 | 12       | 0    | 12   | 1    | 35   | 12         | 1        | 15         | 6          | 0          |
| 15 新潟  | 24   | 1.3 | 29       | 2    | 16   | 0    | 6    | 18         | 2        | 14         | 12         | 2          |
| 16 富山  | 33   | 1.8 | 21       | 0    | 8    | 0    | 25   | 8          | 0        | 1          | 3          | 1          |
| 17 石川  | 15   | 0.8 | 39       | 1    | 4    | 1    | 9    | 5          | 2        | 0          | 2          | 0          |
| 18 福井  | 17   | 0.9 | 37       | 0    | 9    | 0    | 8    | 9          | 0        | 10         | 10         | 0          |
| 19 山梨  | 9    | 0.5 | 45       | 0    | 1    | 0    | 8    | 1          | 0        | 3          | 2          | 0          |
| 20 長野  | 29   | 1.6 | 26       | 1    | 14   | 0    | 14   | 15         | 1        | 16         | 13         | 1          |
| 21 岐阜  | 23   | 1.3 | 31       | 1    | 12   | 0    | 10   | 13         | 1        | 8          | 6          | 0          |
| 22 静岡  | 42   | 2.3 | 16       | 0    | 18   | 1    | 23   | 18         | 1        | 10         | 7          | 1          |
| 23 愛知  | 90   | 4.9 | 5        | 2    | 37   | 0    | 51   | 39         | 2        | 31         | 15         | 1          |
| 24 三重  | 21   | 1.1 | 33       | 1    | 8    | 0    | 12   | 9          | 1        | 6          | 7          | 2          |
| 25 滋賀  | 14   | 0.8 | 41       | 1    | 4    | 0    | 9    | 5          | 1        | 7          | 3          | 0          |
| 26 京都  | 38   | 2.1 | 18       | 0    | 8    | 1    | 29   | 8          | 1        | 22         | 16         | 0          |
| 27 大阪  | 93   | 5.1 | 4        | 3    | 19   | 1    | 70   | 22         | 4        | 29         | 10         | 2          |
| 28 兵庫  | 60   | 3.3 | 10       | 1    | 19   | 2    | 38   | 20         | 3        | 24         | 10         | 1          |
| 29 奈良  | 14   | 0.8 | 41       | 0    | 6    | 0    | 8    | 6          | 0        | 9          | 8          | 0          |
| 30 和歌山 | 18   | 1.0 | 36       | 1    | 6    | 1    | 10   | 7          | 2        | 9          | 8          | 1          |
| 31 鳥取  | 9    | 0.5 | 45       | 0    | 5    | 0    | 4    | 5          | 0        | 5          | 4          | 0          |
| 32 島根  | 13   | 0.7 | 43       | 0    | 6    | 0    | 7    | 6          | 0        | 8          | 2          | 0          |
| 33 岡山  | 61   | 3.3 | 9        | 3    | 21   | 3    | 34   | 24         | 6        | 26         | 21         | 2          |
| 34 広島  | 56   | 3.1 | 11       | 2    | 14   | 1    | 39   | 16         | 3        | 26         | 12         | 1          |
| 35 山口  | 37   | 2.0 | 20       | 5    | 13   | 0    | 19   | 18         | 5        | 11         | 12         | 3          |
| 36 徳島  | 43   | 2.3 | 14       | 1    | 18   | 1    | 23   | 19         | 2        | 10         | 8          | 3          |
| 37 香川  | 19   | 1.0 | 35       | 0    | 5    | 0    | 14   | 5          | 0        | 3          | 3          | 0          |
| 38 愛媛  | 41   | 2.2 | 17       | 5    | 11   | 1    | 24   | 16         | 6        | 15         | 11         | 1          |
| 39 高知  | 31   | 1.7 | 23       | 1    | 11   | 0    | 19   | 12         | 1        | 22         | 14         | 1          |
| 40 福岡  | 124  | 6.8 | 1        | 4    | 37   | 1    | 82   | 41         | 5        | 49         | 22         | 1          |
| 41 佐賀  | 24   | 1.3 | 29       | 0    | 10   | 0    | 14   | 10         | 0        | 8          | 5          | 1          |
| 42 長崎  | 38   | 2.1 | 18       | 2    | 13   | 1    | 22   | 15         | 3        | 12         | 12         | 0          |
| 43 熊本  | 80   | 4.4 | 6        | 0    | 21   | 2    | 57   | 21         | 2        | 30         | 21         | 1          |
| 44 大分  | 32   | 1.7 | 22       | 0    | 12   | 0    | 20   | 12         | 0        | 12         | 7          | 0          |
| 45 宮崎  | 31   | 1.7 | 23       | 1    | 7    | 0    | 23   | 8          | 1        | 8          | 4          | 1          |
| 46 鹿児島 | 72   | 3.9 | 8        | 3    | 24   | 1    | 44   | 27         | 4        | 29         | 16         | 0          |
| 47 沖縄  | 23   | 1.3 | 31       | 1    | 13   | 0    | 9    | 14         | 1        | 11         | 9          | 0          |

注) 老健 特養  
 ケース1: あり あり  
 ケース2: あり なし  
 ケース3: なし あり  
 ケース4: なし なし

表2 病院の県庁所在地からの距離の累積分布

|        | km   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|        | 5    | 10   | 15   | 20   | 25   | 30   | 35   | 40   | 45   | 50   | 75   | 100  | 100+ |
| 1 北海道  | 0.04 | 0.14 | 0.26 | 0.32 | 0.39 | 0.40 | 0.41 | 0.43 | 0.45 | 0.46 | 0.57 | 0.65 | 1.00 |
| 2 青森   | 0.13 | 0.13 | 0.20 | 0.20 | 0.20 | 0.33 | 0.47 | 0.60 | 0.60 | 0.67 | 0.93 | 1.00 | 1.00 |
| 3 岩手   | 0.24 | 0.48 | 0.52 | 0.52 | 0.57 | 0.57 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.90 | 1.00 | 1.00 |
| 4 宮城   | 0.12 | 0.24 | 0.53 | 0.59 | 0.71 | 0.88 | 0.88 | 0.88 | 0.88 | 0.88 | 0.94 | 1.00 | 1.00 |
| 5 秋田   | 0.22 | 0.33 | 0.33 | 0.44 | 0.44 | 0.44 | 0.44 | 0.56 | 0.67 | 0.67 | 0.78 | 1.00 | 1.00 |
| 6 山形   | 0.18 | 0.18 | 0.45 | 0.45 | 0.45 | 0.55 | 0.55 | 0.64 | 0.82 | 0.82 | 0.91 | 1.00 | 1.00 |
| 7 福島   | 0.04 | 0.04 | 0.04 | 0.08 | 0.13 | 0.13 | 0.13 | 0.17 | 0.38 | 0.42 | 0.75 | 1.00 | 1.00 |
| 8 茨城   | 0.04 | 0.07 | 0.11 | 0.24 | 0.31 | 0.36 | 0.44 | 0.51 | 0.62 | 0.76 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 9 栃木   | 0.24 | 0.31 | 0.31 | 0.45 | 0.59 | 0.69 | 0.76 | 0.83 | 0.86 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 10 群馬  | 0.00 | 0.27 | 0.37 | 0.50 | 0.63 | 0.70 | 0.87 | 0.90 | 0.93 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 11 埼玉  | 0.02 | 0.09 | 0.33 | 0.53 | 0.84 | 0.84 | 0.88 | 0.88 | 0.88 | 0.88 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 12 千葉  | 0.04 | 0.21 | 0.37 | 0.44 | 0.56 | 0.63 | 0.74 | 0.79 | 0.82 | 0.84 | 0.99 | 1.00 | 1.00 |
| 13 東京  | 0.02 | 0.18 | 0.47 | 0.58 | 0.65 | 0.70 | 0.76 | 0.79 | 0.91 | 0.99 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 14 神奈川 | 0.04 | 0.14 | 0.27 | 0.47 | 0.63 | 0.76 | 0.88 | 0.88 | 0.90 | 0.96 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 15 新潟  | 0.29 | 0.33 | 0.33 | 0.38 | 0.42 | 0.46 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.79 | 0.88 | 1.00 |
| 16 富山  | 0.21 | 0.42 | 0.45 | 0.55 | 0.76 | 0.91 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 17 石川  | 0.27 | 0.40 | 0.47 | 0.60 | 0.60 | 0.60 | 0.60 | 0.73 | 0.73 | 0.73 | 0.87 | 1.00 | 1.00 |
| 18 福井  | 0.18 | 0.35 | 0.41 | 0.71 | 0.76 | 0.88 | 0.88 | 0.88 | 0.88 | 0.94 | 0.94 | 1.00 | 1.00 |
| 19 山梨  | 0.22 | 0.44 | 0.67 | 0.67 | 0.78 | 0.78 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 20 長野  | 0.03 | 0.07 | 0.07 | 0.10 | 0.14 | 0.17 | 0.24 | 0.28 | 0.28 | 0.41 | 0.79 | 0.83 | 1.00 |
| 21 岐阜  | 0.22 | 0.43 | 0.52 | 0.61 | 0.70 | 0.74 | 0.83 | 0.83 | 0.87 | 0.87 | 0.91 | 1.00 | 1.00 |
| 22 静岡  | 0.02 | 0.07 | 0.17 | 0.24 | 0.24 | 0.24 | 0.26 | 0.33 | 0.43 | 0.52 | 0.95 | 1.00 | 1.00 |
| 23 愛知  | 0.10 | 0.38 | 0.51 | 0.64 | 0.71 | 0.74 | 0.80 | 0.84 | 0.87 | 0.88 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 24 三重  | 0.10 | 0.19 | 0.24 | 0.43 | 0.43 | 0.52 | 0.71 | 0.76 | 0.86 | 0.90 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 25 滋賀  | 0.00 | 0.21 | 0.43 | 0.57 | 0.57 | 0.64 | 0.71 | 0.79 | 0.93 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 26 京都  | 0.36 | 0.58 | 0.78 | 0.94 | 0.94 | 0.94 | 0.94 | 0.94 | 0.94 | 0.94 | 0.97 | 1.00 | 1.00 |
| 27 大阪  | 0.09 | 0.27 | 0.54 | 0.63 | 0.74 | 0.82 | 0.87 | 0.96 | 0.98 | 0.99 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 28 兵庫  | 0.03 | 0.15 | 0.22 | 0.35 | 0.52 | 0.65 | 0.68 | 0.70 | 0.73 | 0.87 | 0.98 | 1.00 | 1.00 |
| 29 奈良  | 0.43 | 0.64 | 0.71 | 0.93 | 0.93 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 30 和歌山 | 0.39 | 0.56 | 0.61 | 0.78 | 0.78 | 0.78 | 0.78 | 0.89 | 0.94 | 0.94 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 31 鳥取  | 0.11 | 0.11 | 0.11 | 0.11 | 0.11 | 0.11 | 0.22 | 0.56 | 0.56 | 0.56 | 0.56 | 1.00 | 1.00 |
| 32 島根  | 0.15 | 0.23 | 0.23 | 0.46 | 0.54 | 0.69 | 0.69 | 0.69 | 0.69 | 0.69 | 0.85 | 0.92 | 1.00 |
| 33 岡山  | 0.13 | 0.26 | 0.34 | 0.46 | 0.59 | 0.69 | 0.75 | 0.77 | 0.90 | 0.97 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 34 広島  | 0.02 | 0.02 | 0.13 | 0.27 | 0.39 | 0.48 | 0.55 | 0.63 | 0.66 | 0.70 | 0.80 | 1.00 | 1.00 |
| 35 山口  | 0.08 | 0.11 | 0.14 | 0.19 | 0.27 | 0.38 | 0.54 | 0.54 | 0.62 | 0.73 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 36 徳島  | 0.30 | 0.67 | 0.72 | 0.86 | 0.86 | 0.86 | 0.86 | 0.95 | 0.98 | 0.98 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 37 香川  | 0.11 | 0.26 | 0.32 | 0.37 | 0.63 | 0.84 | 0.84 | 0.89 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 38 愛媛  | 0.20 | 0.29 | 0.29 | 0.29 | 0.29 | 0.32 | 0.54 | 0.61 | 0.73 | 0.73 | 0.95 | 1.00 | 1.00 |
| 39 高知  | 0.32 | 0.42 | 0.52 | 0.55 | 0.61 | 0.74 | 0.74 | 0.74 | 0.74 | 0.74 | 0.84 | 0.94 | 1.00 |
| 40 福岡  | 0.05 | 0.15 | 0.31 | 0.35 | 0.39 | 0.48 | 0.55 | 0.62 | 0.67 | 0.78 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 41 佐賀  | 0.17 | 0.29 | 0.29 | 0.50 | 0.54 | 0.71 | 0.79 | 0.92 | 0.96 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 42 長崎  | 0.18 | 0.26 | 0.34 | 0.45 | 0.47 | 0.53 | 0.58 | 0.58 | 0.63 | 0.79 | 0.89 | 0.97 | 1.00 |
| 43 熊本  | 0.23 | 0.44 | 0.55 | 0.58 | 0.65 | 0.66 | 0.75 | 0.76 | 0.76 | 0.76 | 0.99 | 1.00 | 1.00 |
| 44 大分  | 0.13 | 0.31 | 0.50 | 0.59 | 0.63 | 0.66 | 0.66 | 0.72 | 0.84 | 0.88 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 45 宮崎  | 0.16 | 0.19 | 0.26 | 0.26 | 0.32 | 0.32 | 0.42 | 0.68 | 0.77 | 0.77 | 0.97 | 1.00 | 1.00 |
| 46 鹿児島 | 0.17 | 0.19 | 0.22 | 0.26 | 0.36 | 0.42 | 0.44 | 0.67 | 0.74 | 0.75 | 0.85 | 0.85 | 1.00 |
| 47 沖縄  | 0.26 | 0.65 | 0.70 | 0.78 | 0.83 | 0.87 | 0.87 | 0.87 | 0.87 | 0.87 | 0.96 | 0.96 | 1.00 |

注) 0.52 は累積度数分布が50%を超えたところを示す。  
0.65 は累積度数分布が100%を超えたところを示す。

表3 都市規模毎の施設保有率（1996, 1999年）

|       |          | 老健    | 特養   | 訪問看護  | 在宅支援  | その他  |
|-------|----------|-------|------|-------|-------|------|
| 1996年 | 13大都市    | 3.3%  | 2.0% | 6.0%  | 2.4%  | 3.8% |
|       | 人口30万人以上 | 8.3%  | 2.4% | 9.0%  | 6.6%  | 6.1% |
|       | 人口20万人以上 | 9.9%  | 2.6% | 9.1%  | 6.9%  | 5.6% |
|       | 人口10万人以上 | 8.1%  | 2.7% | 9.2%  | 5.8%  | 5.9% |
|       | 人口5万人以上  | 10.2% | 3.0% | 8.1%  | 6.7%  | 5.1% |
|       | その他      | 11.6% | 3.2% | 7.8%  | 7.3%  | 5.4% |
|       | 合計       | 8.6%  | 2.7% | 8.0%  | 5.9%  | 5.3% |
| 1999年 | 13大都市    | 7.1%  | 2.9% | 13.1% | 6.0%  | 0.6% |
|       | 人口30万人以上 | 11.5% | 2.4% | 18.9% | 10.7% | 0.5% |
|       | 人口20万人以上 | 12.4% | 2.8% | 16.1% | 11.9% | 1.0% |
|       | 人口10万人以上 | 11.8% | 2.8% | 17.1% | 11.5% | 1.1% |
|       | 人口5万人以上  | 15.4% | 3.0% | 18.6% | 12.8% | 0.5% |
|       | その他      | 17.4% | 3.6% | 17.3% | 12.5% | 1.0% |
|       | 合計       | 12.9% | 3.0% | 16.8% | 10.7% | 0.8% |

表4 開設者別：施設併設割合

|       |          | 老健    | 特養    | 訪問看護  | 在宅支援  | その他   |
|-------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1996年 | 済生会      | 16.2% | 23.0% | 16.2% | 18.9% | 10.8% |
|       | 北海道社会事業会 | 0.0%  | 0.0%  | 0.0%  | 14.3% | 14.3% |
|       | 厚生連      | 7.9%  | 0.0%  | 22.8% | 14.0% | 4.4%  |
|       | 国保連      | 0.0%  | 0.0%  | 0.0%  | 0.0%  | 33.3% |
|       | 全社協      | 17.0% | 0.0%  | 1.9%  | 7.5%  | 0.0%  |
|       | 公益法人     | 9.8%  | 3.8%  | 16.5% | 10.8% | 8.0%  |
|       | 医療法人     | 13.6% | 2.4%  | 11.0% | 7.4%  | 5.0%  |
|       | 学校法人     | 1.1%  | 0.0%  | 3.2%  | 0.0%  | 5.3%  |
|       | 会社       | 2.5%  | 0.0%  | 0.0%  | 1.2%  | 0.0%  |
|       | その他の法人   | 4.7%  | 16.6% | 14.8% | 10.1% | 19.1% |
|       | 個人       | 0.3%  | 1.0%  | 0.2%  | 0.3%  | 1.4%  |
|       | 合計       | 8.6%  | 2.7%  | 8.0%  | 5.9%  | 5.3%  |
| 1999年 | 済生会      | 21.1% | 25.0% | 36.8% | 36.8% | 5.3%  |
|       | 北海道社会事業会 | 0.0%  | 0.0%  | 42.9% | 42.9% | 0.0%  |
|       | 厚生連      | 12.1% | 0.0%  | 62.1% | 28.4% | 0.0%  |
|       | 国保連      | 0.0%  | 0.0%  | 0.0%  | 0.0%  | 0.0%  |
|       | 全社協      | 41.5% | 0.0%  | 9.4%  | 13.2% | 0.0%  |
|       | 公益法人     | 14.2% | 3.0%  | 29.2% | 18.3% | 0.5%  |
|       | 医療法人     | 18.0% | 3.1%  | 21.3% | 12.7% | 0.9%  |
|       | 学校法人     | 1.0%  | 0.0%  | 3.1%  | 3.1%  | 0.0%  |
|       | 会社       | 2.9%  | 0.0%  | 2.9%  | 0.0%  | 0.0%  |
|       | その他の法人   | 9.4%  | 17.3% | 24.9% | 20.9% | 3.2%  |
|       | 個人       | 0.9%  | 1.2%  | 0.5%  | 0.5%  | 0.3%  |
|       | 合計       | 12.9% | 3.0%  | 16.8% | 10.7% | 0.8%  |

図1 県別 併設施保有割合の推移 (特養)

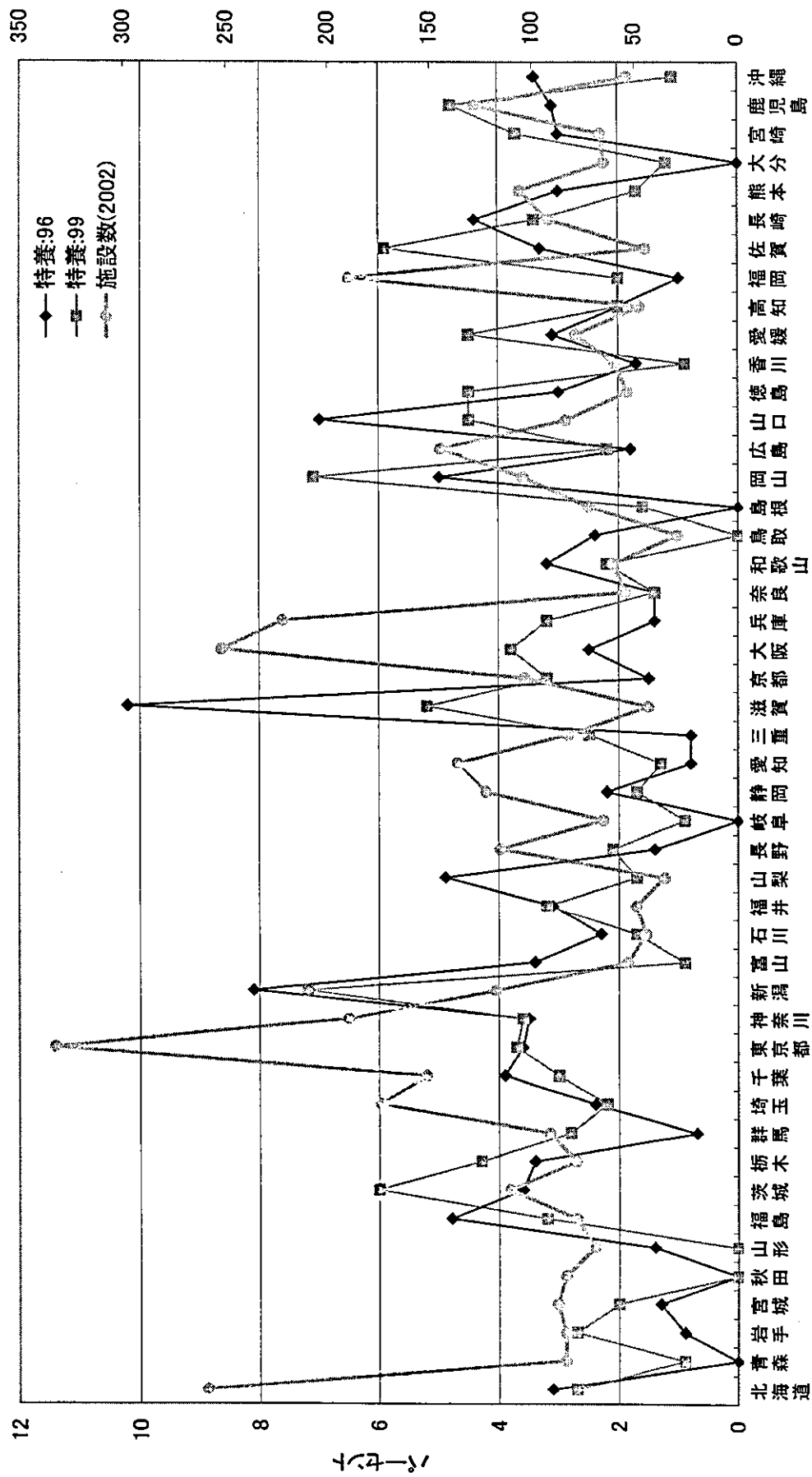




図2 県別 併設施設保有割合の推移 (老健)

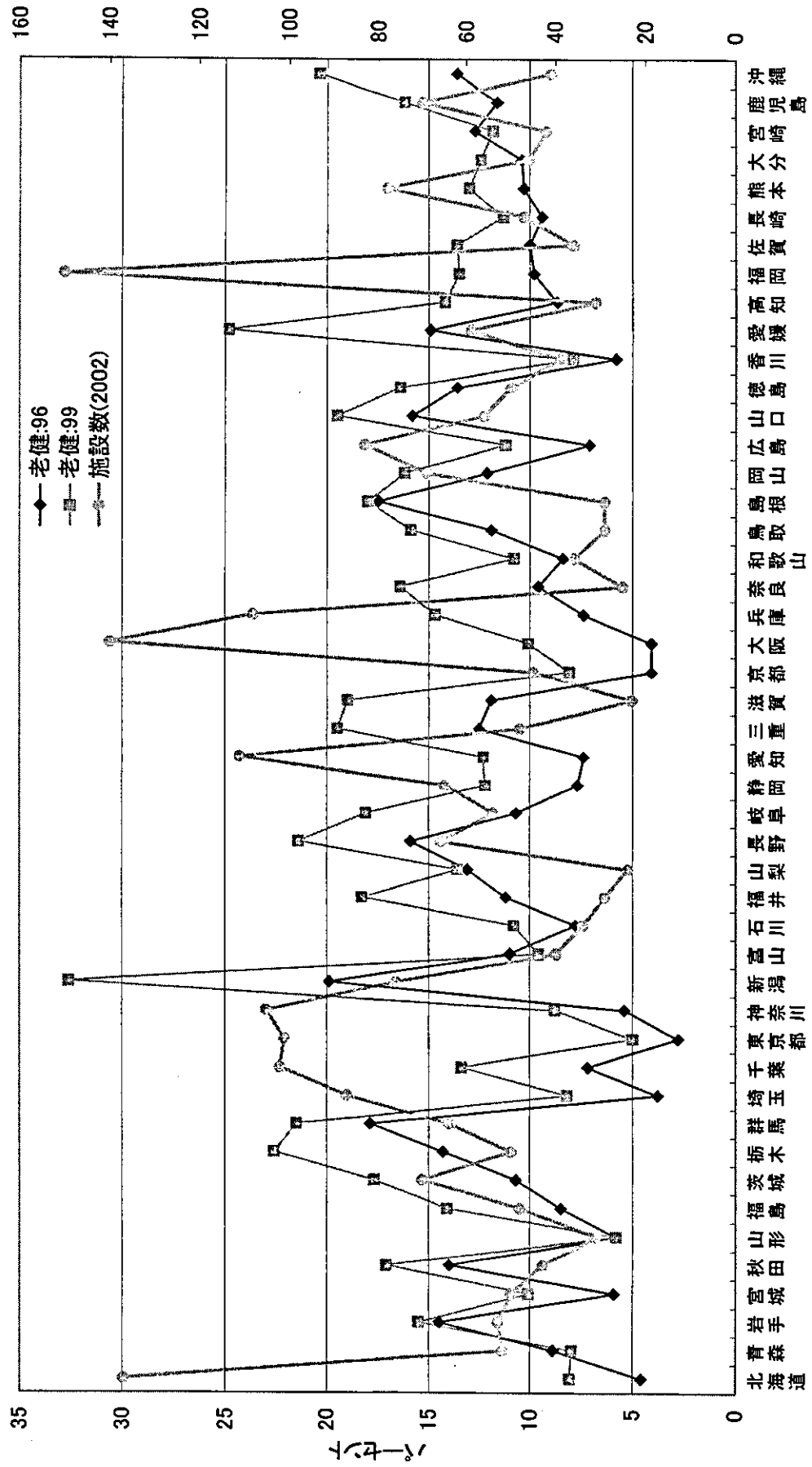


表5 「3点セット」の所有形態

|       |        | 開設者 |
|-------|--------|-----|
| 1996年 | 都道府県   | 1   |
|       | 市町村    | 6   |
|       | 済生会    | 4   |
|       | 公益法人   | 6   |
|       | 医療法人   | 56  |
|       | その他の法人 | 5   |
|       | 個人     | 2   |
|       | 合計     | 80  |
| 1999年 | 市町村    | 6   |
|       | 済生会    | 6   |
|       | 公益法人   | 3   |
|       | 医療法人   | 87  |
|       | その他の法人 | 8   |
|       | 個人     | 3   |
|       | 合計     | 113 |

表6 推定結果

|               | 係数値     | 標準誤差  | t値      | p値    | 限界効果   | 標準誤差  |     |
|---------------|---------|-------|---------|-------|--------|-------|-----|
| 外来患者数         | -0.0003 | 0.000 | -6.800  | 0.000 | 0.000  | 0.000 | *** |
| 在院患者数         | -0.0030 | 0.000 | -8.940  | 0.000 | 0.000  | 0.000 | *** |
| ハーフィンダール指数    | 0.6716  | 0.741 | 0.910   | 0.365 | 0.072  | 0.079 |     |
| 老人保健施設ダミー     | -0.0452 | 0.104 | -0.430  | 0.665 | -0.005 | 0.011 |     |
| 特別養護老人ホームダミー  | 0.1504  | 0.169 | 0.890   | 0.373 | 0.018  | 0.023 |     |
| 訪問看護ステーション    | -0.2905 | 0.132 | -2.210  | 0.027 | -0.025 | 0.009 | **  |
| 在宅介護支援センターダミー | -0.0202 | 0.157 | -0.130  | 0.898 | -0.002 | 0.016 |     |
| その他ダミー        | -0.1914 | 0.150 | -1.280  | 0.201 | -0.018 | 0.012 |     |
| _cons         | -0.9921 | 0.045 | -22.240 | 0.000 |        |       |     |

Number of obs            7077  
 Log likelihood        -1655.093  
 LR chi2(8)            210.16  
 Pseudo R2            0.060

注) \*\*\*:1%有意水準  
 \*\*:5%有意水準

## 参考文献

- 河口洋行（2004）「医療機関による介護サービス供給形態とその影響に関する個票分析」『医療と社会』Vol.14, NO.1
- 二木立（1998）「保健・医療・福祉複合体 —全国調査と将来予測—」医学書院
- （2004）「医療改革と病院—幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ」勁草書房
- 株式会社日本総合研究所研究事業本部複合体研究チーム（2001）「保健・医療・福祉の複合的サービス展開に関する研究 ～大都市型複合体を中心に～」
- 広井良典（1994）「医療の経済学」日本経済新聞社
- 山本克也（2004）「個票データを用いた病院倒産分析に関する予備的考察」『医療と社会』Vol.14, No.2

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

## ⑥ 医療機関等の連携に関する法的検討

### －裁判例からみた転医・転院義務等に関する考察－

分担研究者 尾澤恵 国立社会保障・人口問題研究所研究員

医療の高度化・専門分化が進む中で、近年、医療機関等の機能分化と連携が強化されつつある。本研究ではそのうち連携に着目し、政策的動向、診療報酬上の評価の動向及び規定について検討するとともに、医療機関等の連携に際してどのようなことが問題になり、何をなすべきとされたのか、裁判例をもとに検討した。

医療機関の連携は、はじめは無駄の抑制という観点から、その後は質と効率性の確保という観点から着目され、診療報酬上の評価においても、近年、項目、点数、算定件数が増えている。医療機関等の連携が促進されつつある中で、医療施設に対する連携規定はあまりなく、規定上、医療施設と医師（以下、「狭義の医療機関」という。）から医療関連施設やコメディカルに対する連携の視点は希薄である。将来的には、狭義の医療機関と医療関連施設やコメディカルの双方向の連携という視点から医療機関等を規律する規定を見直していく必要がある。

医療機関の連携時には、①転送元と転送先の医師が診療情報を引き継ぐこと、②紹介状交付時に患者に対してきちんとした説明を行うこと、③受け入れ先を確保してから転送を行うこと、④日頃から近隣の医療機関等の状況をよく把握し、適切な転送先の選択を行えるようにすること、⑤大規模病院においては、院内の他科や、同一診療科の別の医師と連携すること、⑥良質な開業医を確保することなどが必要である。前方連携（入院まで）では情報の伝達不備に関する問題点が多かったが、後方連携（退院後）では、受入れ困難なケースについて、施設と在宅の両面から対応を考えていく必要がある。

#### A. 研究目的

本研究は、医療機関等の連携のあり方について考察することを目的とする。本研究では、医療等の供給体制を支えるもの（医療等提供

施設と医療等の担い手）のうち、医療等提供施設の連携のあり方を中心に検討した。

## B. 研究方法

医療機関等の連携に関する政策的動向、診療報酬上の評価の動向及び規定について検討し、医療等提供施設の連携に関する裁判例(72件)を分析した。

## C. 研究結果

### [政策的動向]

医療機関の連携は、医療供給体制の見直しの視点が効率性の確保から質と効率性の確保へと移行していく中で、はじめは無駄の抑制という観点から着目され、遅くとも平成9年の第3次医療法改正時から、質と効率性の確保という観点で促進されてきている。

### [診療報酬上の評価の動向]

医療機関等の連携に対する診療報酬上の評価は、昭和60年の第1次医療法改正時に着目され、特に平成6年4月1日の新しい診療報酬点数表の制定以降、項目、点数及び算定件数が増えている。

### [規定]

医療関連施設に対する連携規定は、保健医療サービスや福祉サービスとの連携についても規定しており、本研究で採り上げた法令に根拠を持つコメディカル22職種のうち、医師との連携又は医師の指示等の規定を持たないものは4職種のみであった。他方、医療施設に対する連携規定はあまりない上、医療関連施設やコメディカルとの連携はそれほど念頭に置かれておらず、医師等に対する連携規定

は、コメディカルとの連携についてほとんど言及していなかった。

[医療等提供施設の連携に関する裁判例の分析]

まず、「医療機関の連携時の諸問題」として、イ.診療情報の伝達、ロ.求諾、ハ.転送先の選択、ニ.連携のタイミングと経過観察の順に検討を行った。

イ.診療情報の伝達については、大阪地判昭和55年12月20日(検討裁判例14)、高松高判昭和58年2月24日(検討裁判例25)及び大阪地判平成9年3月7日(検討裁判例63)を採り上げ、①転送元の病院が紹介状に病状等必要な情報を記載し、転送元と転送先の医師が診療情報を引き継ぐこと、②紹介状交付時に患者に対してきちんとした説明を行うこと、③重大な疾病の可能性があるような場合には、患者の父兄にも転医指示が伝わるようにすることが必要であることを述べた。

ロ.求諾については、名古屋地判昭和59年7月12日(検討裁判例32)及び千葉地判昭和61年7月25日(検討裁判例42)を採り上げ、受け入れ先を確保してから転送を行うことが必要であることを述べた。

ハ.転送先の選択については、京都地判平成9年5月29日(検討裁判例64)及び岡山地判平成11年3月15日(検討裁判例68)を採り上げ、日頃から近隣の医療機関等の状況をよく把握し、適切な転送先の選択を行えるようにすることが必要であることを述べた。

二.連携のタイミングと経過観察については、福岡地小倉支判昭和 55 年 6 月 5 日（検討裁判例 11）及び東京地判平成 5 年 7 月 30 日（検討裁判例 51）を採り上げ、徒に経過観察を行わないことが必要であることを述べた。

次に、「医療機関の性質による役割」として、イ.大規模病院、ロ.開業医、ハ.救急病院の順に検討を行った。

イ.大規模病院については、岐阜地判昭和 49 年 3 月 25 日（検討裁判例 2）、大阪地判昭和 55 年 12 月 20 日（検討裁判例 14）及び浦和地判平成 4 年 3 月 2 日（検討裁判例 49）を採り上げ、大規模病院では他の医療機関等との連携のみならず、他科や、同一診療科の別の医師とも連携する必要があることを述べた。

ロ.開業医の役割については、東京地判平成 8 年 10 月 31 日（検討裁判例 60）、最判平成 9 年 2 月 25 日（検討裁判例 62）及び最判平成 15 年 11 月 11 日（検討裁判例 72）を採り上げ、患者の重大な病気の可能性を見極めることのできる良質な開業医の確保が必要であることを述べた。

ハ.救急病院については、名古屋地判昭和 58 年 8 月 19 日（検討裁判例 26）、東京地判昭和 58 年 12 月 21 日（検討裁判例 30）、東京地判昭和 59 年 5 月 8 日（検討裁判例 31）及び大阪地判昭和 59 年 12 月 20 日（検討裁判例 35）を採り上げ、どの医療機関がどんな診療を行えるのか、どの医療機関にどんな機器があるのかが速やかに分かり、即座に連携

をとれるような体制を整備することが必要であることを述べた。

#### D と E. 考察と結論

[規定について]

医療機関等の連携が促進されつつある中で、狭義の医療機関に対する医療関連施設やコメディカルとの連携規定は、非常に少ない。規定上、狭義の医療機関と医療関連施設やコメディカルの双方向の連携という視点は希薄である。

コメディカルは、「医療職と協働する」という意味で、「医療補助職」という意味のパラメディカルという表現から変わってきたとされる。狭義の医療機関と医療関連施設やコメディカルの関係は、指示するものとされるものという関係になる面もあるが、医療の高度化・専門分化が進み、チーム医療が行われ、数多くのコメディカル職種が医療現場で協働するなど、医療供給の形態は変化してきている。将来的には、問題発生時の責任の分配も含めて、狭義の医療機関と医療関連施設やコメディカルの双方向の連携という視点から医療機関等を規律する規定を見直していく必要がある。

[裁判例について]

医療機関の連携時の諸問題で医療機関等の連携時に必要だと述べたこと（①転送元と転送先の医師が診療情報を引き継ぐこと、②紹介状交付時に患者に対してきちんとした説明

を行うこと、③受け入れ先を確保してから転送を行うこと、④日頃から近隣の医療機関等の状況をよく把握し、適切な転送先の選択を行えるようにすること等)は、いずれも特別困難なことではない。医療においては、当たり前に行うべきことを当たり前に行わなかったことが、死亡や重い後遺症などの重大な結果に至る場合がある。医療関係者はそのことをよく認識する必要があるが、医療の現場が患者にきちんと対応できないほどの過密勤務を強いられているというのであれば、人員配置等を考え直す必要がある。医療関係者間の職責、自宅療養ができない重い後遺症が残った患者等の受け入れ体制についても考えなければならぬ。

医療機関の性質による役割で医療機関等の連携時に必要だと述べたこと(①大規模病院においては、院内の他科や、同一診療科の別の医師と連携すること、②良質な開業医を確保すること、③どの医療機関がどんな診療を行えるのか、どの医療機関にどんな機器があるのかが速やかに分かり、即座に連携をとれるような体制を整備すること)は、医療機関の連携とともに近年強化されつつある機能分化的前提条件としても必要なことである。

医療等提供施設の連携に関して検討した裁判例は、1件を除いて前方連携(入院まで)の事例であり、情報の伝達不備に関する問題点が多かった。後方連携(退院後)では、受入れ困難なケース(認知症の患者、精神疾患の患者、

パーキンソン病の患者等)について、施設と在宅の両面から対応を考えていく必要がある。

医療訴訟の法律構成は、契約責任構成と不法行為責任構成が可能であり、本研究で検討した裁判例72件の法律構成もさまざまであった。医療訴訟をどのように構成するかということは診療行為の内容をどう考えるかという問題に行き着く。本研究では、医療機関等の連携に際してこれまでどのようなことが問題になったのか、医療等の担い手や医療等提供施設は何をすればよかったのかという点に焦点を絞って検討した。診療行為の法的性質については、今後の課題としたい。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 第6章 医療機関等の連携に関する法的検討

### — 裁判例からみた転医・転院義務等に関する考察 —

尾澤恵（国立社会保障・人口問題研究所）

#### 1. 本稿の目的

現代の医療は、高度化・専門分化が進み、高額な医療機器が使用されている。医療に使うことができる人的・物的資源は、有限である。すべての病院や診療所が、あらゆる診療科、専門医及び高額医療機器を具備するというのは、現実的ではない。他方で、患者の病態はさまざまである。短期的に集中的な医療を必要とする状態から、長期療養を必要とする状態になる場合もあるし、その逆の場合もある。また、一人で複数の疾患を抱える場合もあるし、複数の疾患を抱えていなくても、どの診療科に行けばよいか分からない場合もある。医療の高度化・専門分化が進む中で、資源を有効に活用しつつさまざまな病態の患者に適切に対応していくためには、医療機関等の連携が不可欠である。

医療等の供給体制を支えるものは、医療等提供施設と医師をはじめとする医療等の担い手である。医療機関等の連携について考える場合には、医療等提供施設の連携と、医療等の担い手の連携とを区別して考える必要があると思われる。医療等提供施設の連携は、(a)医療施設間の連携、(b)医療関連施設間の連携及び(c)医療施設と医療関連施設の連携の3つの場合が考えられる<sup>1</sup>。また、医療等の担い手の連携も、(d)医師の連携、(e)コメディカルの連携、(f)医師とコメディカルの連携の3つの場合が考えられる<sup>2</sup>。医療等の担い手の連携については、さらに、施設外の連携と、施設内の連携が考えられる。

本稿では、主として医療等提供施設の連携を念頭に置いて検討を行い、医師をはじめとする医療等の担い手の連携については必要な範囲で検討するにとどめる（巻末表1参照）。なお、在宅医療については、別途検討を行いたい。

医療機関等の連携がうまくいかなかった場合には、患者に不安や不満が残ったり、ひどい場合は重篤な後遺症や死亡という結果にいたることもある。本稿では、医療機関等の連携においてどのような問題が生じているのかの一端を明らかにし、資源

<sup>1</sup> 医療法第1条の2第2項は、「病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）」と規定しているが、本稿では、病院及び診療所を「医療施設」とし、介護保険法第5章第3節で規定する指定介護療養型医療施設、介護老人保健施設及び指定介護老人福祉施設を「医療関連施設」とする。

<sup>2</sup> 本稿では、医師・歯科医師以外の医療関係職種のことをコメディカルということとする。なお、本稿では、歯科医師及び歯科系コメディカル（本稿で便宜的に用いた呼称）については検討を行わない。



を有効に活用しながら医療機関等が円滑に連携し、さまざまな病態の患者に適切に対応していけるようになるためにはどうすればよいか、平成 18 年度に予定されている診療報酬と介護報酬の改定も念頭に置きつつ考察する。

本稿は、全 5 節からなる。構成は次の通りである。第 2 節では、医療機関等の連携に関する政策的動向と診療報酬上の評価の動向について述べる。第 3 節では、医療機関等の連携に関する規定について述べる。第 4 節では、医療等提供施設の連携に関する裁判例を検討し、医療機関の連携時の諸問題と、医療機関の性質による役割について述べる。第 5 節は、まとめである。

## 2. 医療機関等の連携に関する動向

### (1) 医療機関の連携に関する政策的動向

連携は、現在、機能分化とともに医療供給におけるキーワードの一つになっている。「医療提供体制の改革のビジョンー「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめー」(平成 15 年 8 月 厚生労働省)では、(1)患者の視点の尊重、(2)質が高く効率的な医療の提供、(3)医療の基盤整備の 3 つの視点が提示されているが、「医療機関の機能分化と連携」は、このうち「(2)質が高く効率的な医療の提供」の将来像のイメージの 1 つとして挙げられている<sup>3</sup>。

医療機関の連携は、現在は質と効率性の確保の観点から着目されているが、当初は、無駄の抑制という観点から着目され始めたものと思われる。医療供給体制に関する諸規定のうち医療施設を規律する法律として重要な医療法(昭和 23 年 7 月 30 日法律第 205 号)は、これまで 4 回大きく改正されているが、改正ごとに、効率性の確保から質と効率性の確保へと視点が移行していつている。医療機関の連携が質の確保の観点からも本格的に着目されるようになったのは、医療法の改正においては、第 3 次医療法改正(平成 9 年 12 月 17 日法律第 125 号)からではないかと思われる。以下、医療機関の連携の観点から医療法の 4 回の大きな改正を概観する<sup>4</sup>。

いわゆる第 1 次医療法改正(昭和 60 年 12 月 27 日法律第 109 号)では、医療資源の地域偏在の是正とともに医療施設の連携の推進が目指され、医療計画が導入された。同改正は、医療施設の量的整備がほぼ達成された中で行われており、医療資源の量の確保から医療資源の効率的利用へと視点が転換した<sup>5</sup>。

第 2 次医療法改正(平成 4 年 7 月 1 日法律第 89 号)では、患者の症状に応じた

<sup>3</sup> <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0430-3d.html> (厚生労働省ホームページ) <Last access 2005.3.10.>

<sup>4</sup> 「医療制度改革をめぐる経緯」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/dl/s0914-4a.pdf> (厚生労働省ホームページ) <Last access 2005.3.10.>などを参照。

<sup>5</sup> 「医療計画の導入は医療資源の効率的利用を図り、医療供給体制の合理的な配置を行うため、都道府県において計画的に策定することとしたものである。」(厚生省健康政策局総務課編 1994『医療法・医師法(歯科医師法)解[第 16 版]』医学通信社, p.4.)

適切な医療の効率的な提供が目指され、医療施設機能の体系化（特定機能病院と療養型病床群の制度化）などが行われた。患者の症状に応じた対応という視点が加わり、医療の質についても着目されるようになったと言える。医療機関の機能分化と連携が課題になったのは、この改正からだと言われる<sup>6</sup>。

第3次医療法改正では、要介護者の増大や医療の質の向上に対する要望への対応の一つとして、医療機関の機能分担の明確化及び連携の促進が目指され、地域医療支援病院制度の創設などが行われた。そして、第4次医療法改正（平成12年12月6日法律第141号）では、良質な医療を効率的に提供する体制が目指され、病床区分の見直し（療養病床、一般病床の創設）などが行われた。

医療機関の連携は、医療供給体制の見直しの視点が効率性の確保から質と効率性の確保へと移行していく中で、はじめは無駄の抑制という観点から着目され、遅くとも第3次医療法改正時から、質と効率性の確保という観点で促進されてきている。

## (2) 医療機関等の連携に対する診療報酬上の評価の動向

次に、医療機関等の連携に対する診療報酬上の評価を概観し、医療機関等の連携が実際にどの程度行われているかを検討する。

### イ. 医療機関等の連携に対する診療報酬上の評価の概要

巻末の表2は、「医科診療報酬点数表」の「(一般)医科診療報酬点数表」と「老人医科診療報酬点数表」の中から、主として医療等提供施設の連携を念頭に置いて医療機関等の連携に関する評価を抜粋したものである。

このうち、「紹介」という行為に着目した評価としては、「病院紹介患者加算」、「急性期特定入院加算」等がある。「病院紹介患者加算」は、病院で紹介患者を診療するという機能を評価するもので、保険医療機関ごとの紹介率が上がれば数段階で診療報酬上の評価も上がる（一番低いのは紹介率20%未満の場合で40点、一番高いのは紹介率80%以上の場合で400点）。入院基本料等加算では、「急性期特定入院加算」の3大要件と言われるもの（①紹介率30%以上、②平均在院日数20日以内、③外来入院比1.5以下。）の組み合わせにより、「紹介外来加算」（要件①のみで100点）、「紹介外来特別加算」（要件①及び③で150点）、「急性期病院加算」（要件①及び②で155点）、「急性期特定病院加算」（200点）の順に診療報酬上の評価が上がる仕組みになっている。

「紹介」に着目した評価では、紹介した時点で紹介元の医療機関とのつながりが切れてしまう可能性があるが、「連携」という行為に着目した評価も行われている。「地域医療支援病院入院診療加算」は、地域医療支援病院（医療法第4条第1項）における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するもので、紹介率によって診療報酬上の評価が2段階に分

<sup>6</sup> 岩永勝義・渡辺元雄・尾形裕也・高木安雄（2000）「西暦2000年わが国の医療はどこに向かうのか－医療機関の機能分担と連携を考える－（上）」『社会保険旬報』No.2046, p.16.

かれている。また、「診療情報提供料」は、医療機関間の有機的連携の強化等を目的として設定されたもので、退院時の逆紹介（「診療情報提供料(C)」500点）や、地域医療支援病院等から診療所等への紹介（「診療情報提供料(D)」520点）は、特に高く評価されている。

さらに、「開放型病院共同指導料」、「在宅患者入院共同指導料」、「寝たきり老人退院時共同指導料」は、「共同指導」に着目した評価を行っている。

#### ロ. 医療機関等の連携に対する診療報酬上の評価の動向

医療機関等の連携に対する診療報酬上の評価は、最近始まったことではない。巻末の表3は、「(一般)医科診療報酬点数表」の改正における医療機関等の連携に対する評価の流れをたどったものである。病院と診療所間の連携は、いわゆる第1次医療法改正が行われた昭和60年には着目されていたと言える。しかし、診療報酬上、医療機関等の連携に対する評価が強化されるようになったのは、平成の時代になってからだと思われる。医療機関等の連携に関する診療報酬上の評価を抜粋した巻末の表2を見ても、平成6年4月1日の新しい診療報酬点数表の制定以降に新設された項目が多い。

そこで、表2で採り上げた項目について、平成6年（平成6年より後に新設された項目については新設年）から平成15年までの『社会医療診療行為別調査 統計表編（診療行為小分類）』を使って件数を追ったところ、開放型病院共同指導料と診療情報提供料の件数が興味深い推移を示した（巻末の図1及び図2参照）。

図1は、開放型病院共同指導料(I)及び(II)の件数の推移を示したものである。開放型病院指導料I及びIIは、昭和56年6月1日改定からある項目で、開放型病院共同指導料(I)は主治医の側が算定でき、開放型病院共同指導料(II)は開放型病院の側が算定できる。図1で興味深いのは、平成9年以降の開放型病院共同指導料(II)の件数の伸びである<sup>7</sup>。平成9年の6,130件から平成15年には67,738件と、約11倍に増えている。平成9年には、地域医療支援病院制度の創設などを含むいわゆる第3次医療法改正が行われた。当初、平成9年以降の変化はこの医療法改正によるものではないかと思っただが、聴取<sup>8</sup>によれば、それよりも平成12年の「急性期特定入院加算」等の新設の影響が大きかったとのことである。

図2は、診療情報提供料(A)から(D)の件数の推移を示したものである。診療情報提供料(A)から(C)は、平成6年4月1日の新しい診療報酬点数表の制定時に新設され、診療情報提供料(D)は、平成9年4月1日改定で新設された。平成10年以降、

<sup>7</sup> 開放型病院共同指導料(II)は、主治医の側が開放型病院共同指導料(I)を請求した場合に請求できることになっており、その推計回数は理論的には一致するはずである。両者の不一致は、開放型病院共同指導料(I)は主治医の側が外来レセプトで請求し、開放型病院共同指導料(II)は開放型病院の側が入院レセプトで請求するため、抽出調査の方法が異なるからだされる。なお、開放型病院共同指導料(II)は、開放型病院の届出数の推移とよく一致するとされる。（岡本悦司（2004）「医療連携は今」『医療経営情報増刊号「医療マーケット2005」』No.156, p.73.）

<sup>8</sup> 福岡県A病院医事課勤務の診療情報管理士の方からの面談聴取（平成17年1月7日）。

特に診療情報提供料(A)と(B)の件数が倍近く伸びている。それに比べると、許可病床200床以上の病院である保険医療機関が、診療所である保険医療機関等に紹介した場合に算定できる診療情報提供料B及びCの逆紹介加算（平成12年4月1日改定で新設）の件数は、それほど伸びていない。

このほか、紹介患者加算（病院）と地域医療支援入院診療加算（平成10年4月1日改定で新設）の件数は平成10年から、平成12年4月1日改定で新設された急性期入院加算と診療録管理体制加算の件数は平成12年から、右肩上がりの伸びを示した。医療機関等の連携は、診療報酬上の評価においても、近年強化されている。

### 3. 医療機関等の連携に関する規定

医療機関等の連携は、近年、政策的に強化されてきているが、次に、規定上どのようなになっているかを検討する。医療等の供給体制を支えるものは、医療等提供施設と医師をはじめとする医療等の担い手である。医療機関等の連携について考える場合には、医療等提供施設の連携と、医療等の担い手の連携とを区別して考える必要があると思われる。医療等提供施設は、さらに医療施設と医療関連施設とに分かれ、医療等の担い手は、さらに医師とコメディカルとに分けられる。以下では、医療機関等の連携に関する規定の現状について、イ. 医療機関（設置者、開設者及び管理者を含む。）に対する連携規定、ロ. 医療関連機関に対する連携規定、ハ. 医師に対する連携規定、ニ. コメディカルに対する連携規定に分けて検討する。

#### (1) 医療機関等の連携に関する規定の概要

##### イ. 医療施設に対する連携規定

医療施設を規律する法律としては、第一に医療法が挙げられる。医療法第1条の4第4項及び医療法第30条の6は、連携に関する規定である。前者は、医師等の責務についての規定で、医療提供施設の設置者及び管理者が、当該医療提供施設の建物又は設備を他の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手に利用させるよう配慮しなければならないと規定している。後者は、勤務外の医師等の施設利用についての規定で、病院の開設者及び管理者が、当該病院の建物、設備、器械及び器具を他の医療機関の医師、歯科医師又は薬剤師に利用させるよう努めるものとする規定している。

また、医療供給に関する法律ではないが、健康保険法第70条第1項は、保険医療機関に連携を間接的に義務づけている。同法第70条は、「保険医療機関又は保険薬局の責務」として、①保険医療機関が「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和32年4月30日厚生省令第15号）により療養の給付を担当しなければならないこと、②保険薬局が「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」（昭和32年4月30日厚生省令第16号）により療養の給付を担当しなければならないこと、③保険医療