

病床の地域配分の実態と病床規制の効果¹⁾

泉 田 信 行

I はじめに

本稿では日本の医療保険制度の主要課題となっている病床数の過剰に関連する諸問題について検討する。これまでの研究や論評では病床数と平均在院日数の長さに正の相関があること、その結果として入院医療費を高くしているという主張がなされている。例えば、前田(1983)、鶴田・知野(1997)、印南(1997)、知野・杉野(2002)がある。

より本質的な問題としてなぜ病床過剰が発生したのかという原因や病床分布の不均衡については研究者によってある程度検討されている。長井・藤咲(1990)は昭和30年代の高度成長に伴う都道府県間人口移動が人口当たり病床数の配分に大きな影響を与えたことを指摘した。大道(1993)は病床数の動向について包括的に検討している。その中で病床数の増大が医療法人によることが指摘されている。また、医療計画の問題についても述べている。高木(1996)は医療計画の下では病床過剰地域において新規参入が病床の売買という形態で行われていることをヒアリング調査結果から描写している。長谷川(1998)は地域医療計画の問題点を包括的に検討している。福田・長谷川(1999)は日本の病床数拡大が1966年の国民皆保険成立以後、1980年代の老人医療拡大期、1988年の病床規制直前の駆け込み増床にあることを指摘している。これらの研究は日本の病床数過剰の問題について重要な貢献をしているが、いまだ検討されるべき課題は残されていると思われる。

病床数は医療法の第一次改正(1985年)によっ

て導入された地域医療計画(現医療計画)によって政策誘導の対象となった。病院を開設する場合、都道府県知事から許可を得ることが必要である。その際に医療機関を開設する地域において必要病床数(現基準病床数)を実病床数が超えている場合には都道府県知事が申請者に対して開設しないように勧告することや許可を与えないことが可能である²⁾。医療計画は第四次医療法改正によって算定方法が変更になったが、その原則は変化していない³⁾。

経済学的な観点からは過剰病床が存在すれば医療機関の経営が難しくなる。それゆえ、個別の医療機関には過剰な病床をもつ誘因は存在しないはずである。この個別の医療機関の誘因と市場全体の供給の乖離を調整するために医療計画は導入されたと言えよう。医療計画については昨今様々な議論があるが、その効果と帰結について考慮した上で検討すべきである。そこで本稿では、地域医療計画施行以後における病床数拡大の要因・帰結について分析する。分析にあたっては焦点を一般病院の病床に限定する。つまり、病床のうち診療所病床については扱わない。また、病院病床のうち結核病床等の特殊病床についても扱わない。これは問題の本質的な部分のみを検討するためである。本稿は次の内容を明らかにすることを目的とする。1) 一般病床の配置の実態、2) 病床増加の要因と医療計画の効果、3) 病床数の大小がもたらす帰結、である。記述統計の整理により次の結果を得た。1) 人口当たり病床数が多い地域のひとつの特徴として中小病院数の比率が高い。2) 人口減少が始まった以降も実病床数の増加が見ら

れる都道府県がある。3) 医療計画は病床数の総数をコントロールするためには有効であった。4) 医療計画は無医地区の解消という点では有効でない可能性がある。5) 人口当たり病床数が増大すると(病院間の競争が激化すると)病院は選択的に患者サービスを実施する可能性がある。これらの点は今後十分に学術的な検討を行う必要がある。

以下において本稿は次のように構成される。IIにおいては都道府県別の必要病床数・実病床数の実態について確認する。IIIにおいては病床過剰の要因について検討される。IVにおいては病床数の拡大を医療機関間の競争の激化と捉えて、それが医療機関のサービス提供水準とどのような関係にあるかを検討する。Vで病床の分布に関する歪みの一形態としての無医地区の問題について検討したうえで、VIで結語が与えられる。

II 基準(必要)病床数と実病床数

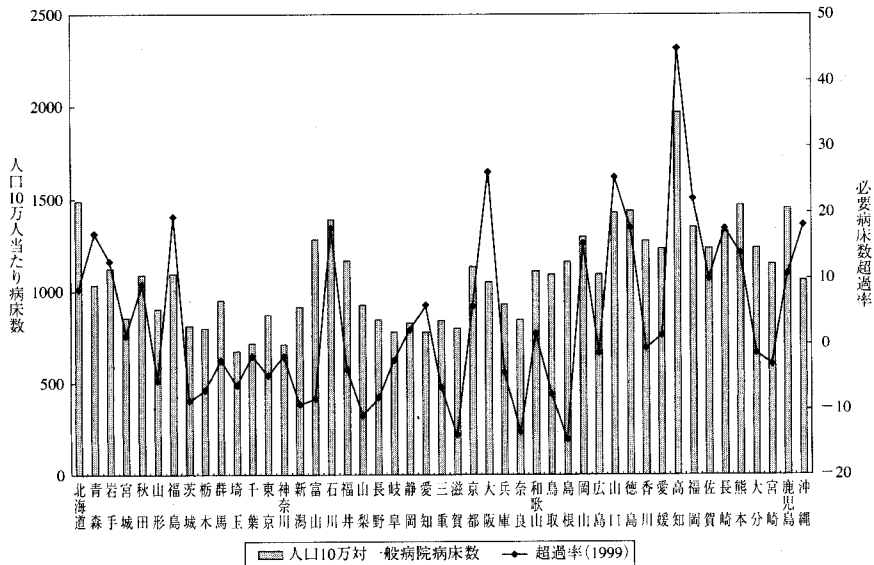
一般病床は病院ないしは診療所によって供給されるが、その供給にあたっては、医療施設としての許可と保険医療機関としての許可が必要である。医療施設としての許可は全ての医療施設が受ける

べきものであり、医療法によって規定されている。他方、保険医療機関としての許可は保険診療を行う場合に必要であり、その根拠は健康保険法第65条に求められる。

医療法による医療計画は医療法の第一次改正によって地域医療計画として導入された。地域医療計画は地域の病床数の上限として必要病床数を設定した。当時の医療法及び医療法施行規則の規定によれば、ある区域における必要病床数の算定式は次の式により定められていた。

$$\text{必要病床数} = (\Sigma \text{当該区域の性・年齢階級別人口} \times \text{当該区域の性・年齢階級別入院率} + \text{当該区域における区域内流入入院患者数} - \text{当該区域における区域外流出入院患者数}) / \text{病床利用率}$$

この算定式によって算定された必要病床数と実際の病床数の関係は図1に示されている。図1は1999年における実際の一般病床数を人口10万人当たりで示した実病床数が必要病床数をどの程度超えているのかが示されている。(以下、必要病床数超過率と呼ぶ。これは(実病床数-必要病床数)/必要病床数、と定義されている。)この図1



医療施設調査より筆者作成

図1 人口10万人当たり一般病床数と必要病床数超過率

を見ると北海道・北陸・近畿以西において人口10万人当たり病床数が多く、関東・中部では相対的に少ないことがわかる。

しかしながら必要病床数超過率は人口10万人当たり病床数が多い地区において高くなるという関係は必ずしも成立しない。これは必要病床数が都道府県単位ではなく二次医療圏単位で設定されているため、同一都道府県のある二次医療圏で必要病床数を超過しても他の二次医療圏で超過しなければ全体として実病床数が必要病床数を超過しないこともあり得るためである。それゆえ、北海道、島根、広島、香川、愛媛、大分、宮崎のように相対的に人口10万人当たり病床数が多くても必要病床数超過率が相対的に低い場合もあり得る。

人口当たり病床数が多い地域のひとつの特徴として中小病院数の比率が高いことが指摘できる。図2は横軸に都道府県別の人口当たり病院病床数を、縦軸に都道府県別の病院総数に占める中小病院の比率をとっている。中小病院比率として100床未満の病院の総病院数に占める比率、200床未満の病院の総病院数に占める比率の両者を指標として取り上げている。いずれの指標を見ても都道府県別の人口当たりの病床数と中小病院比率には正の相関(0.3416, 0.5107:それぞれ5%と1%水準で有意)があることが見てとれる。なぜ病床

が多い地域に中小病院が多いのかについては必ずしも明らかではないが、医療機関が病床を拡張するメカニズムと関連していると考えられるため、学術的には今後検討すべき課題であると考えられる。

III 医療法改正以後の病床過剰

長井・藤咲(1990)は昭和30年代の高度成長に伴う都道府県間人口移動が人口当たり病床数の配分に大きな影響を与えたことを指摘した。彼らの分析は病床が自由に開設できた時代の分析である。ここでは病床規制以後における病床数の動向について検討する。病床数の指標として用いられる人口10万人当たり病床数は病床数の変動だけでなく人口の変動によっても変化する。つまり、

人口当たり病床数変化率

=実病床数変化率-人口変化率

という関係が成立する。この式を利用して、医療法改正以後の1987年(昭和62年)から1999年(平成11年)のおおよそ12年間について、人口10万人当たり病床数の変動の要因を確認する。表1より、幾つかの点が見える。ひとつは人口10万人当たり病床数が減少している都道府県(富山・石川・山梨・愛知・三重・滋賀・高知・宮

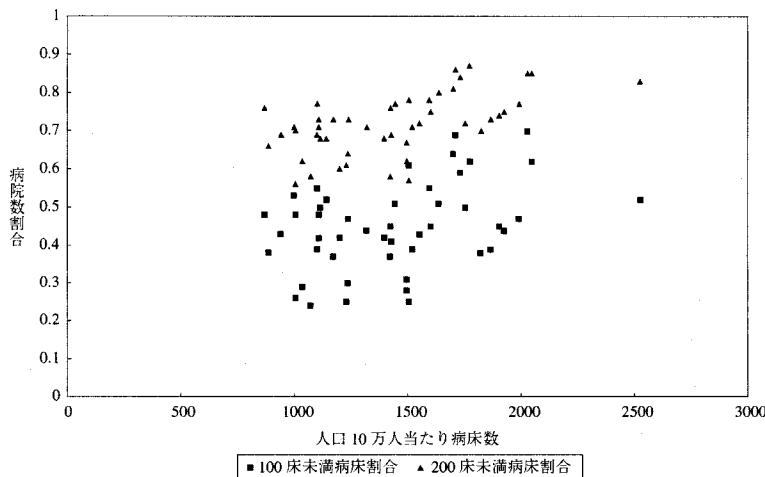


図2 人口10万人当たり一般病床数と中小病院数割合

表1 1987年～1999年の病床の動態

	人口10万 対病床数 変化率	病床数 変化率	人口 変化率		人口10万 対病床数 変化率	病床数 変化率	人口 変化率
全 国	6.57	8.53	1.96	三 重	-5.51	-0.02	5.49
北海道	9.09	9.55	0.46	滋 賀	-0.32	12.74	13.06
青 森	3.92	1.47	-2.45	京 都	1.75	3.02	1.27
岩 手	2.66	1.96	-0.7	大 阪	3.48	4.21	0.73
宮 城	2.11	9.09	6.98	兵 庫	6.96	9.91	2.95
秋 田	9	5.06	-3.94	奈 良	17.54	26.16	8.62
山 形	16.23	15.44	-0.79	和歌山	6.2	5.74	-0.46
福 島	3.8	5.9	2.1	鳥 取	13.1	12.78	-0.32
茨 城	7.52	16.05	8.53	島 根	14.24	10.7	-3.54
栃 木	3.95	10.18	6.23	岡 山	7.63	9.08	1.45
群 馬	17.65	22.29	4.64	広 島	13.69	15.28	1.59
埼 玉	4.01	18.26	14.25	山 口	9.75	6.12	-3.63
千 葉	13.32	25.02	11.7	徳 島	4.19	3.24	-0.95
東 京	1.06	0.54	-0.52	香 川	1.29	1.58	0.29
神奈川	2.55	12.77	10.22	愛 媛	2.07	0.17	-1.9
新 潟	11.14	11.62	0.48	高 知	-0.69	-3.8	-3.11
富 山	-0.62	-0.35	0.27	福 岡	4.67	9.84	5.17
石 川	-0.39	2.12	2.51	佐 賀	6.59	7.27	0.68
福 井	0.75	1.72	0.97	長 崎	11.72	7.75	-3.97
山 梨	-2.38	3.68	6.06	熊 本	8.35	9.27	0.92
長 野	2.45	5.85	3.4	大 分	17.32	15.56	-1.76
岐 阜	0.76	4.33	3.57	宮 崎	-2.25	-2.33	-0.08
静 岡	20.41	24.75	4.34	鹿 児 島	21.1	19.5	-1.6
愛 知	-6.94	-0.06	6.88	沖 縄	36.58	45.73	9.15

注) 医療施設調査より筆者作成。

崎)が存在することである。そのうち、富山・愛知・三重・高知・宮崎については実病床数が減少している。次に、人口が減少しているにも関わらず、実病床数が増大している都道府県(青森・秋田・東京・和歌山・鳥取・島根・愛媛・長崎・大分)が存在することもわかる。上述の通り、必要病床数は二次医療圏単位で決定されるため、都道府県レベルでは人口減少と実病床数増加は両立し得る。ただし、これらの都道府県内二次医療圏における病床配分が適正か否かは検討されるべき課題である。また、京都・大阪・福岡のような高医療費とされる県において人口増加を超える高い病床数の伸びが観察されることも指摘されるべきであろう⁴⁾。

このように既に病床過剰が叫ばれている地域や人口が純減している地域において実病床数が拡大していく状況はいわゆる「駆け込み増床」と呼ば

れる現象によって説明される。これは医療法の改正が決定され施行されるまでの間に増床し、既得権として病床を確保しようとした動きをいう。これは表2の都道府県別一般病床数の時系列推移から理解される。

各都道府県について、1987年と1990年の間における病床数の増加が著しい。この部分が上述の駆け込み増床の部分形成する。全国でも7.86%だけ病床数が伸び、北海道では12.05%、奈良県で16.82%、福岡県でも9.9%も病床数が拡大するという結果を招いた。

ところが、1990年以後は全国平均でも0.61%、0.1%、-0.09%と病床数の伸びは一気に抑制された。これが病床規制の効果であると考えられる。実際には病床規制は病床数の上限を示すものであるから、病床数がマイナスの伸び率を示す場合には、病院経営を困難にする別の要因が影響してい

表2 開設主体別病床数の変化(1987年~1999年)

	87-90	90-93	93-96	96-99
全国	7.86	0.61	0.1	-0.09
北海道	12.05	-0.04	-1.11	-1.09
青森	1.95	-1.68	2.34	-1.09
岩手	-0.47	1.7	0.99	-0.25
宮城	3.31	0.39	3.32	1.82
秋田	2.62	1.01	1.75	-0.39
山形	-0.91	6.78	5.83	3.09
福島	9.55	-0.39	-0.77	-2.2
茨城	17.83	-0.06	-2.72	1.31
栃木	7.63	0.99	1.44	-0.08
群馬	15.56	-1.64	2.76	4.71
埼玉	15.89	0.67	0.15	1.21
千葉	11.35	5.34	2.98	3.51
東京	6.13	-0.81	-2.38	-2.16
神奈川	11.08	2.37	-0.28	-0.55
新潟	3.93	4.83	-0.69	3.16
富山	-0.68	-1.9	-2.01	4.37
石川	4.94	0.99	-1.16	-2.51
福井	-0.39	0.26	1.05	0.79
山梨	2.86	1.05	-0.64	0.39
長野	1.43	1.7	0.27	2.35
岐阜	8.84	-0.66	-2.53	-1.01
静岡	16.06	2.18	3.95	1.2
愛知	4.24	-0.71	-2.5	-0.96
三重	2.22	-0.76	-2.36	0.94
滋賀	10.46	-2.66	3.1	1.7
京都	6.11	-0.59	-1.69	-0.66
大阪	9.42	-1.61	-0.68	-2.55
兵庫	6.75	0.6	-0.14	2.49
奈良	16.82	4.45	1.17	2.2
和歌山	5.85	0.12	-0.89	0.68
鳥取	3.19	2.52	3.33	3.16
島根	5.53	1.95	0.91	1.97
岡山	4.97	-0.41	5.63	-1.21
広島	8.46	2.77	1.45	1.95
山口	6.11	1.13	-0.5	-0.62
徳島	6.37	-0.01	-1.66	-1.3
香川	2.69	-1.59	1.22	-0.7
愛媛	1.09	1.66	-0.68	-1.86
高知	1.31	-0.88	-2.41	-1.83
福岡	9.9	1.23	-0.35	-0.92
佐賀	8.73	-1.62	1.66	-1.36
長崎	8.22	0.3	-0.18	-0.56
熊本	3.66	1.58	4.59	-0.77
大分	11.68	3.67	0.7	-0.88
宮崎	3.43	-1.77	-3.14	-0.75
鹿児島	8.26	4.19	4.57	1.31
沖縄	26.66	4.03	8.22	2.21

注) 医療施設調査から筆者作成

ると考えられる。なにはともあれ、1990年以降病床数の伸びは劇的に低下した。

医療計画は、ある地域の必要病床数が満たされている場合、開設を認めないことや開設しないように勧告することができる。公的部門や社会保険関連団体が病院を開設する場合には開設を認めないことができる。その他の民間病院については開設しないように勧告することができる。このため、開設主体によっては医療計画の効果が異なる可能性がある。

そこで、同時期の開設主体別の病床数動向について確認する。これは表3にまとめられている。開設主体別の一般病院病床数の変化率を一般病床数の全体の変化率に換算して表示している。例えば、同期間において一国全体では7.86%だけ一

表3 開設主体別病床数の変化(1987年~1999年)

	87-90	90-93	93-96	96-99
総数	7.86	0.61	0.1	-0.09
国	0.04	0	0	-0.2
厚生省	-0.01	-0.01	0.58	-0.2
文部省	0.01	0	0	0.01
労働福祉事業団	0.03	0.06	0	0
その他の国	0.01	0	0	-0.01
公的医療機関	1.05	0.73	0.47	0.47
都道府県	0.19	0.17	0.08	0.09
市町村	0.49	0.41	0.27	0.24
日赤	0.13	0.05	0.03	0.04
済生会	0.08	0.06	0.05	0.06
北海道社会事業協会	0	0	0	0
厚生連	0.16	0.05	0.04	0.04
国民健康保険団体連合会	0	-0.01	0	0
社会保険関係団体	0.12	0	0	-0.01
全国社会保険協会連合会	0.02	0.02	0.01	0.01
厚生団	-0.01	0	0	0
船員保険会	0	0	0	-0.01
健康組合及びその連合会	0.01	0	-0.02	-0.01
共済組合及びその連合会	0.1	-0.02	0.01	0
国民健康保険組合	0	0	0	0
民間	6.65	-0.17	-0.95	-0.35
公益法人	0.35	0.06	0.04	0.02
医療法人	6.46	2.31	2.41	3.04
学校法人	0.15	0.13	0.08	0.09
会社	-0.04	-0.01	-0.04	-0.14
その他の法人	0.18	-0.05	0.04	-0.04
個人	-0.45	-2.61	-3.48	-3.32

注) 医療施設調査から筆者作成

般病床数が増大したが、そのうちの6.46%分を医療法人が開設する一般病院の病床増加が占めているわけである。表中において影が付いている部分は開設主体の類型別の伸び率である。

この表3から、駆け込み増床の時期においては全体で7.86%増大した病床のうち6.65%分は民間病院分であり、民間病院の病床増加が大きかったことが指摘できる。駆け込み増床が民間病院による病床確保によるものということが裏付けられる。それ以後は民間病院全体の病床数は伸びていない。しかしながら医療法人立病院の病床数は2%を超えて増加している。これは個人立病院が減少していることに符合する。長谷川(1999)も指摘するように、個人病院から医療法人立病院へ転換が進んでいるものと考えられる。

この他、駆け込み増床以後、公的医療機関の病床が伸びていることも指摘できる。公的医療機関はいわゆる病床過疎地域において病院の開設や病床拡大を行っているものと考えられる。しかしながら医療計画実施下における公的病院の拡充によっても病床の不均衡配置の象徴である無医地区⁵⁾の問題は解決されていない。表4に無医地区数の時系列推移が記載されている。表4からわかるとおり、無医地区数は順調にその数を減少してきたが、1999年現在でも900箇所以上の無医地区が

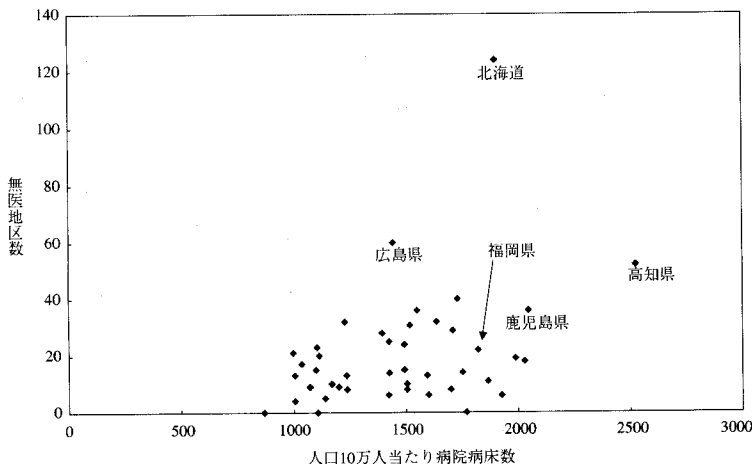
存在するのである⁶⁾。病床数のマクロ的な充足と病床分布の不均衡が並存しているのである。

これは都道府県別の病床数と無医地区数の関係を見ると更に明確になる。図3は都道府県別の人口10万人当たりの病床数と無医地区数の分布を示しているものである。この図3から明らかなように高医療費地域である西日本の県(高知県、福岡県など)において、人口10万人当たり病院病床数だけでなく無医地区数も相対的に多い。無医地区数が最も多いのは北海道であり124カ所である。北海道の人口10万人当たり病院病床数は1902.7であり、他の都道府県と比較すればやはり多い。このように見てくると、医療計画は無医地区解消という観点からは有効性が低いと考えられる。無医地区を解消するための方法の有効性や社会的な厚生に与える効果は検討されていない。医療計画の有効性を検討する上からも今後早急に検討されるべきである。

表4 無医地区数・無医地区人口

	昭和53年	昭和59年	平成元年	平成6年	平成11年
無医地区の人口	504,819	319,796	285,034	236,193	203,522
無医地区数	1,750	1,276	1,088	997	909

注) 無医地区調査より筆者作成



無医地区調査及び医療施設調査より筆者作成

図3 無医地区数と人口10万人当たり病床数

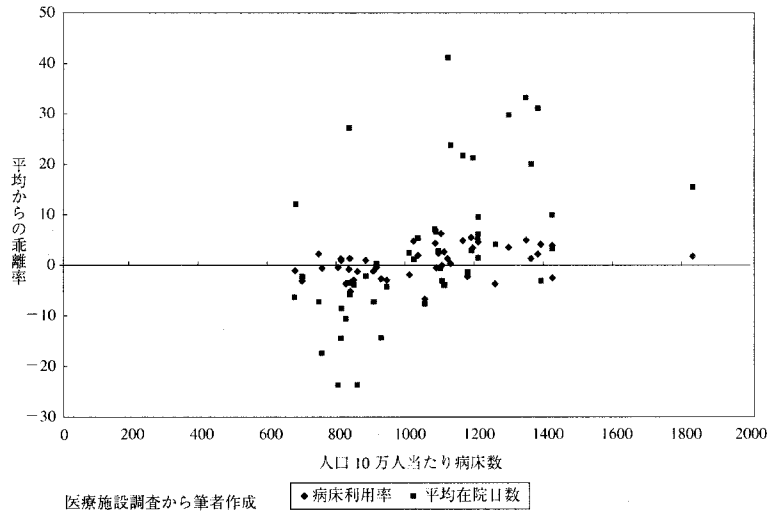


図4 人口当たり病床数と平均在院日数・病床利用率との関係

IV 病床数と病床利用

人口当たり病床数が異なる時、医療機関が行う医療サービス提供が異なるケースがあり得る。良く知られた例として、人口当たり病床数と平均在院日数の間には正の相関(0.425, 0.539:それぞれ1%水準で有意)があることがあげられる。図4は、都道府県別に平均在院日数と病床利用率それぞれが平均値から何%乖離しているかを計算し、それぞれと病床数との関係を調べたものである。

この図4から平均在院日数・病床利用率ともに人口当たり病床数と正の相関があること、平均在院日数の方が平均からのばらつきが大きいことがわかる。

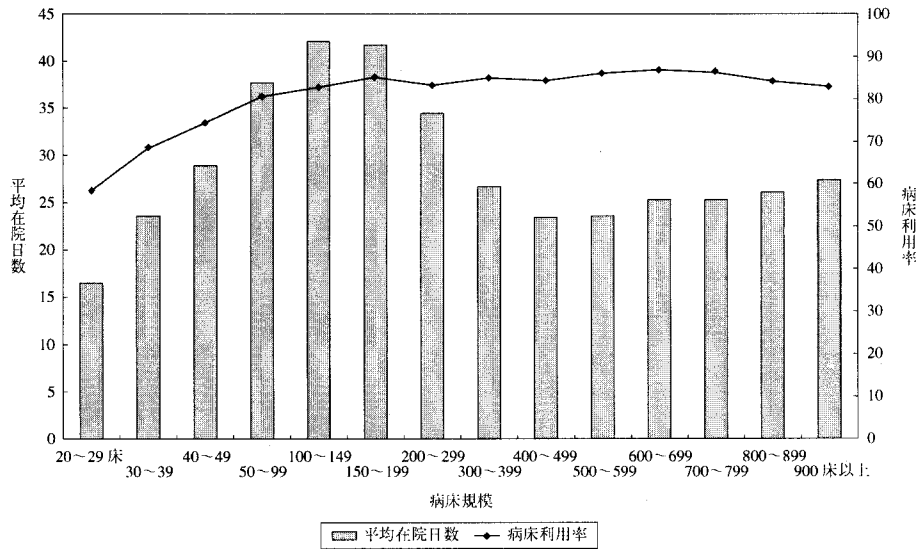
IIにおいて得られている結果としては、人口当たり病床数が多い地域では中小規模の病院が多いということであった。このことが平均在院日数の長さにも影響を与えている。病床規模別に全国平均の平均在院日数・病床利用率を比較したのが図5である。この図5からわかるとおり、平均在院日数は病床規模によって異なり、ひとつのピークが100~149床の水準に存在する。100~149床よりも大きくなると平均在院日数は低下し始める。400~499床においてひとつの谷を形成し、その

後緩やかに増大し始める。平均在院日数と病院の病床規模の間にはこのような関係が存在することより、中小病院、特に200床未満の病院の比率が高いほど平均在院日数が長くなることは明らかであろう⁷⁾。

しかしながら病床利用率が低い中小病院が多く存在する地域、つまり人口当たりの病床数の多い地域において、平均的な病床利用率が高くなっている。このふたつの事実が両立するためには、人口当たりの病床数の多い地域においては同一の病床規模でも病床利用率が高くなる必要がある。この点はデータの制約により本稿では検討されないが、政策的に重要な点であり、学術的にも医療機関がいかに競争状態に対応するかという観点から興味深い問題である。

V 病床数と患者サービスの関係

競争によって医療費が増大しても競争の結果としてサービスの水準が向上すればよいという考え方もある。厚生水準を引き上げるのは、一定のサービス水準で価格が低いことだけでなく、一定の価格でサービス水準が高いことにもよるからである。このように考えると、病床数で測った競争度は高い方が望ましく、医療計画などによって人為



医療施設調査から筆者作成

図5 病床規模別平均在院日数・病床利用率

的にコントロールすることは望ましくないことになる。

しかしながらこのような観点から医療計画について評価が行われたことはなかった。本稿では、サービス水準の指標として、医療施設調査の調査項目として利用可能な項目を取り上げ、これを実施している一般病院の数をその総数で除した指標を利用して分析を行う。このサービス実施病院比率と人口10万人当たり一般病床数との相関係数を計算した(表5)。これらのサービスはおおまかに2群に分類される。「夕食が複数メニューからの選択が可能な一般病院の割合」から「院外処方せんを発行している一般病院の割合」までは院内で患者に対して行うサービスであり、それ以降のサービスは在宅医療サービスである。

分析の結果、表5のとおり一般病床数で測定した競争の強さとサービス提供を行っている医療機関の数の間に相関はほとんど存在しない。一部のサービス、往診、訪問リハビリテーション指導管理、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理、寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理、については有意な正の相関が観察された。他方、負の相関が見られるケースもあった。在宅患者訪

問看護・指導、寝たきり老人末期訪問看護・指導、在宅医療機器の貸出である。

正の相関が見られるサービスは訪問リハビリサービスである。訪問リハは患者が病院に通うコストが少ない。このため、病院が患者の通院コスト負担を肩代わりする形で患者サービスを行っているともみることできる。

他方、負の相関が見られるサービスは医療機関が少ないために利用する代替サービスであることが可能である。もちろん、これらの結果からすぐに競争とサービス水準の関係について結論を下すことは適当ではないが、医療機関間の競争環境が医療機関のサービス提供に対して選択的に影響を与えていると思われる。競争の激化によって医療機関が収益確保のためにどのような選択肢を選ぶかは今後実証的に検討される必要がある。それは学術的な観点のみならず医療計画の効果に関する評価という行政に密着した観点からも興味深いと考えられる。

VI 結 語

記述統計的な分析からこれまで注目されてこな

表5 各種患者サービス等と人口当たり病床数の相関⁸⁾

「夕食が複数メニューからの選択が可能な一般病院の割合」	-0.0782	訪問看護ステーションへの指示書の交付	-0.1864
「医薬品情報提供・管理をしている一般病院の割合」	-0.4114	訪問看護・指導	-0.0463
「専用室有一般病院の割合」	-0.4229	在宅患者訪問看護・指導	-0.2907*
「院外処方せんを発行している一般病院の割合」	-0.3345	寝たきり老人訪問看護・指導	-0.0415
往診	0.3414*	精神科訪問看護・指導	0.0709
在宅時医学管理	0.1647	在宅患者末期訪問看護・指導	-0.2813
訪問診療	0.1524	寝たきり老人末期訪問看護・指導	-0.2959*
在宅患者訪問診療	-0.0203	訪問リハビリテーション指導管理	0.3816**
寝たきり老人訪問診療	0.0936	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	0.3346*
歯科訪問診療	-0.1010	寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理	0.3542*
在宅末期医療総合診療	0.1463	その他の在宅医療サービス	-0.1733
寝たきり老人末期訪問診療	-0.1321	在宅医療機器の貸出	-0.5541*

注) 医療施設調査から筆者作成

かった次の結果が得られた。1) 一般病床の配置の実態、2) 病床増加の要因と医療計画の効果、3) 病床数の大小がもたらす帰結、である。記述統計の整理により次の結果を得た。1) 人口当たり病床数が多い地域のひとつの特徴として中小病院数の比率が高い。2) 人口減少が始まった以降も実病床数の増加が見られる都道府県がある。3) 医療計画は病床数の総数をコントロールするためには有効であった。4) 医療計画は無医地区の解消という点では有効でない可能性がある。5) 人口当たり病床数が増大すると(病院間の競争が激化すると)病院は選択的に患者サービスを実施する可能性がある。

病床数の拡大については医療計画が一定の機能を果たしてきた。また、上にも述べたように2001年1月31日に施行された第四次医療法改正は病床数のより強力なコントロールを可能にする制度改正となっている。改正点のひとつは基準病床数(それまでの必要病床数)の算定方法の暫定的な変更である。その算定式はほぼこれまでと同一の方法で算出される値に平均在院日数推移率を乗じる。平均在院日数推移率は平均在院日数の短縮を考慮に入れるための数値であり、現在は平成13年1月31日厚生労働省告示第22号によって0.9とされている。平均在院日数推移率が告示で

変更可能であるため、随時必要病床数を減少するように誘導することが(増加するように誘導することも)可能となっている。この他、療養病床と一般病床を各病院が選択することやそれぞれの病床について必要要件を改訂したことなど、相当の改革が実施されている。このため、本稿で指摘された事項が第四次医療法改正によって改善される可能性がある。

このような制度的な対応がなされているが、他方で医療計画は参入規制であり新陳代謝を弱めるという論点から医療計画の廃止を求める意見もある。しかしながら、両者は計画か無制限の参入か、という両極端の選択となっている。医療機関の市場参入について購買者の立場が反映されにくいという共通点を持つと考えられる。この問題点は消費者主権の観点を医療サービスに導入するための障害となる。

この点を解決するためには契約という形態を通じて保険者と医療提供者の間の相対関係で解決されるべき問題であると考えられる。先行研究が示すように自由開業制の下で病床配置の不均衡は拡大し、医療計画という計画体制の下でも是正ができなかった。いずれの制度においても需要と供給をマッチさせる誘因と能力がなかったからである。保険者が加入者の代理人となる条件を満たせば、

保険者は加入者が必要とする病床を確保する責務を負うことにより必要な病床数が確保される。また、そのために加入者が負う費用も低減される。ただし、保険者と医療提供者の相対で解決するためには、必然的に保険者は必要な病床数がどの程度であるかを調査・吟味する能力を持たねばならず、医療提供者も費用負担者である保険者を納得させる診療パフォーマンスを示し、その情報を公開する必要が発生する。現時点ですぐこのような選択肢が選択可能であるとは思われないが、長期的には追求していくべき方向であると思われる。

注

- 1) 本研究は平成15年度厚生労働省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・介護の需給に関する分析」報告書の一部として執筆されたものである。当然のことであるが、本稿の内容は筆者個人の意見であって、他の研究班員や筆者の所属組織の見解を代表するものではない。
- 2) 医療法第7条の2及び第30条の7の規定による。
- 3) 医療計画自体は医療法第30条の3に規定されている。
- 4) 沖縄県における病床数の伸びの非常な速さも指摘されるべきかも知れない。
- 5) 無医地区は厚生労働省が次のように定義している地区のことを指す。無医地区の定義：「医療機関のない区域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している区域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない区域」。
- 6) 無歯科医地区も同程度存在する。
- 7) 注意すべきことはここでは同一病床規模の病

院の平均在院日数が地域の病床供給量（人口10万人当たり病床数）によって影響を受けるか否かについて検討していないことである。もし同一病床規模の病院の平均在院日数が地域の病床供給量によって影響を受けるのであれば、病床供給量は平均在院日数延伸に対して二重の効果を持つこととなる。

- 8) *は5%水準で有意であることを、**は1%水準で有意であることを示している。

参考文献

- 印南一路(1997)「医療費の決定構造と地域差」『医療と社会』Vol. 7, No. 3, pp. 53-82。
- 大道 久(1993)「医療における病床数と医療施設体系」『季刊社会保障研究』Vol. 28, No. 4, pp. 360-369。
- 高木安雄(1996)「医療計画による医療供給体制の変化と問題点」『季刊社会保障研究』Vol. 31, No. 4, pp. 388-399。
- 知野哲朗・杉野 誠(2002)「高齢者入院医療費の格差とその経済的含意」PIE Discussion Paper Series, No. 100。
- 鴫田忠彦・知野哲朗(1997)“The present and future National Medical Expenditure in Japan” 経済分析152号, 経済企画庁経済研究所。
- 長井吉清・藤咲 進(1990)「病院病床増加の要因」『病院管理』Vol. 27, No. 3, pp. 29-34。
- 長谷川敏彦(1998)「地域医療計画の効果と課題」『季刊社会保障研究』Vol. 33, No. 4, pp. 382-391。
- 福田吉治・長谷川敏彦(1999)「病床数増加の都道府県格差をもたらした要因の分析」『病院管理』Vol. 36, No. 2, pp. 31-35。
- 前田信雄(1983)「高齢者の入院費用の高低に関する研究」『季刊社会保障研究』Vol. 19, No. 1, pp. 56-69。
- (いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部主任研究官)