

博士論文

医療の効率化施策に対する
病院の反応に関する研究

平成 26 年度

筑波大学大学院人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻

加藤尚子

筑波大学

要旨

目的：

高齢化等に伴い医療費は増大の一途を辿っており、良質な医療を安定して提供するためには、医療の効率的な提供が重要課題となっている。効率化を図るうえでは、医療費が最も多く使われている病院での取り組みが重要であり、有効な医療の効率化施策を打ち出すためには、施策に対する病院の反応を検討する必要がある。

医療の効率化施策の主題を把握するために、関連する施策の動向を検討した結果、急性期ケアと慢性期ケアの切り離しによる機能分化と、経済的インセンティブを与えて在院日数を短縮し急性期ケアへと誘導する在院日数短縮化という二つの主題が見出された。

次に、病院の反応を検討する視点を定めるために、病院の行動のメカニズムを分析した病院行動モデルについて検討した。病院行動モデルでは所有形態の在り方が病院の行動に影響を与えるとされており、日本の医療提供体制においては病院の所有形態の多様さに特徴がある。このことから、所有形態に着目することによって、病院の施策への反応の多様性を検証することができる考えた。

先行研究においては、日本の病院の行動特性を所有形態との関連において分析した研究はほとんど見られなかった。また、医療の効率化施策の主題である機能分化と在院日数短縮化に対する病院の反応に関しても、個別の施策への取り組み対策の議論や特定施設における要因分析等は多数行われているが、施策に対する病院の反応を長期的かつ実証的に分析した研究はほとんど見られなかった。

そこで本研究では、医療の効率化施策に対する病院の反応を見るために、所有形態に着目して長期的に病院の変化を分析した。これまで行われた医療の効率化施策に対する病院の反応の詳細を検討することで、これからの施策立案への知見を得ることができると考えた。

対象と方法：

医療の効率化施策に対する病院の反応を分析するために、二つの研究を行った。まず研究 1 においては、医療の効率化施策と在院日数の変化との関連性を検討した。在院日数の年次推移が所有形態ごとに異なるとすれば、それは施策への反応が所有形態ごとに異なるからであるという仮説を立てた。分析方法としては、施策への反応を確認するために、政府統計のデータを用いて所有形態のタイプごとの在院日数の年次推移を分析した。次に、一連の施策が特定の所有形態にのみ向けられたものではないことを確認するために、つまり、全病院が同じ施策に反応し得る状況であったことを確認するために、在院日数短縮に関連する施策の基本史料を分析した。そして最後に、これらの量的分析と歴史的分析の結果に基づいて、医療の効率化施策と在院日数の年次推移との関連性を検討した。

研究 1 の在院日数の分析結果からは、公的病院群よりも私的病院群の方が在院日数の変動が著しく、その変動は機能分化施策に反応したものであることが示唆された。そこで研究 2 では私的病院に着目し、機能分化施策と病院形態の変化との関連性を検証することにした。研究 1 は全病院の統計データを用いた分析であり個別の病院の変化を追跡することができなかったため、研究 2 では個別の病院の実態を把握するために、特定地域における質問紙調査を行った。この質問紙調査は、1998 年に行った福岡県私設病院調査(長谷川 1999)の繰り返し調査として実施したものである。前回調

査において、筆者はデータ集計と分析を担当した。前回調査の情報はデータベース化して保管しており病院単位で今回の分析用データセットと連結可能であり、この繰り返し調査によって病院単位での形態の変化を辿ることができた。調査項目として、病院の概要、沿革、病床規模の年次変化、調査時の病院形態と将来展望等を尋ねた。

結果：

研究 1 の分析の結果、1990 年代以降病院全体の在院日数が一貫して短縮化を遂げてきた過程においても、所有形態ごとの在院日数の年次推移はきわめて異なる変遷を辿っていることが明らかになった。在院日数の年次推移のクラスタ分析では、公的病院群のクラスタと私的病院群のクラスタ、さらに、国立病院の三つのクラスタに分けた。ジョインポイント分析の結果からは、三つのクラスタはそれぞれ特徴的な在院日数の年次推移を辿ることが明らかになった。特に私的クラスタの在院日数の年次推移は、公的クラスタとも国立クラスタとも、ましてや他の先進諸国の病院とも異なっていた。

医療の効率化施策の歴史的分析の結果からは、一連の国立病院再編計画と直近の医療法人制度改革を例外として、特定の所有形態に向けられた施策は見出せなかった。これらの施策以外は全病院を対象にした施策であり、すべての所有形態の病院が同じ施策に反応し得る状況であることが明らかになった。

医療の効率化施策における二つの主題、機能分化と在院日数短縮化に関して、在院日数の年次推移の量的分析の結果を当てはめてみると、公的クラスタよりも私的クラスタの病院の方が、機能分化に関わる施策により強く反応してきたと考えられる。1970 年代には医療供給拡大施策に反応して

高齢者ケアに進出した結果、在院日数が長期化した。1980年代半ば以降の急激な短縮化は病床規制への反応であろうと推測する。2000年代以降の短縮傾向の鈍化は、継続して高齢者の長期ケアを選択した病院群と、急性期ケアを選択して在院日数短縮化に向かう病院群とに分かれていった経過を示すと見ることができる。

研究2では、一連の機能分化施策に対する私的病院の反応を検討するために、機能分化施策が強化された1990年代後半から現在までの私的病院の病院形態の変遷を、特定地域における質問紙調査を基に検討した。

病院形態に関して、急性期、ケアミックス、長期の7項目を設定して回答を求め、1998年、2012年調査ともに回答した病院90施設を分析対象とした。1998年から2012年までの病院形態の変遷を辿ると、24.4%の病院で形態が変化していた。しかし、対象施設全体の形態の割合を見ると1998年と2012年では大きな変化は見られず、長期入院型病院の割合が若干増えた程度であり、機能分化施策に敏感に反応したとは言い難い結果になった。

本研究の対象病院に関しては形態が変化しなかった病院が多数であり、そのうちの半数が自らをケアミックス型と位置付けていた。過去の形態も、当時の展望も、現在の形態も、さらに今後の将来展望もケアミックス型という現状維持派が26.7%を占めた。しかし、形態が変化した病院も少数ながら存在し、機能分化施策に対する見解を分析すると、形態が変化した病院の方が肯定的な見解が多く、施策を受け入れる傾向が認められた。

滞留するケアミックス型を中心に置いて、急性期と慢性期への2方向の変化が認められた。過去から現在そして将来への病院形態の変遷を辿ると、

急性期あるいは慢性期への機能分化の途上にあるが、そのどちらにも移行しない中間層が大量に存在している状況と言える。

考察：

医療の効率化施策に対する病院の反応は、私的病院と公的病院とできわめて異なっており、私的病院の方が施策により強く反応する傾向が認められた。しかしながら、必ずしも施策の意図している通りの行動を取っているわけではない可能性が示唆された。

私的病院は施策によって与えられたインセンティブの下で利潤極大化を目的として、急性期ケアに進むか慢性期ケアに進むかを慎重に選択してきたと考えられる。その結果として私的病院の多くが、1970年代までの医療供給拡大施策に反応したことから社会的入院を発生させ、1980年代以降の機能分化施策においても長期ケアの選択をして療養病床を増やし、高齢長期入院患者を多く抱える事態を引き起こしている。私的病院におけるケアミックス型病院の存在および社会的入院という現象の中に、病院医療の非効率性を指摘することができる。私的病院が医療の効率化施策に反応した結果として、医療提供制度全体に非効率を高める事態となっていると考える。

医療提供体制全体における効率性を高めるためには、非営利組織である公的病院における理念・職業倫理を重視した目的と行動の方が、私的病院における利潤極大化を重視した目的と行動よりも、適している一面があるだろう。2007年の医療法人制度改革は、非営利性を徹底し公的役割を課した社会医療法人という新たな法人を創設するもので、今後の進展次第では、日本の私的病院の目的と行動が大きく変貌するかもしれない。

私的病院の今後の機能分化を進めるために、2008年の医療費適正化計画に定められた療養病床再編計画は重要である。さらに、機能分化を完結するためには、医療連携体制の構築が不可欠である。利潤極大化を目的として行動する病院から社会的使命を目的とする病院まで、あるいは組織内に異なる利害集団を有する病院等、多様に異なる目的と行動を取り得る病院を、地域のネットワークに結び付け統合させるためには、地域情報の共有を制度的に保障した地域連携体制の制度設計が必要である。

本研究は、施策に対する病院の反応を検討する視点として所有形態に着目した点に特徴があり、多様な病院を分析するうえで所有形態という区分が有効であることを明らかにした。しかし、所有形態の分類に関しては今後さらに精査が必要であり、病院行動モデルに基づいた日本版の所有形態の類型化が求められる。また本研究では、病院単体としての施策への反応や形態の変化を検討しており、病院ネットワークの実態は反映されていない。複数の法人を束ねる経営主体レベルにおいて施策に対する反応を追跡することが、今後の課題である。

結論：

医療の効率化の推進のためには、所有形態の多様性や公的病院と私的病院とで反応が異なる等の特性を想定したうえで、病院の目的と行動の多様性を踏まえた施策設計が求められる。医療法関連施策において、社会医療法人制度等の医療法人を対象にした政策立案が、現実的な選択肢としてあげられる。

目次

第1章	序論	1
第1節	問題の所在	1
第2節	研究の目的	5
第3節	本論文の構成	6
第2章	文献展望	10
第1節	医療の効率化施策の動向	10
	1. 医療提供体制の変遷	
	2. 医療の効率化施策に関わる事項の抽出	
	3. 医療の効率化施策の主題	
第2節	病院の反応を検討する視点	23
	1. 病院行動モデル	
	2. 日本の病院の所有形態	
	3. 日本での病院行動の先行研究	
第3節	施策に対する病院の反応に関する実証研究の動向	29
	1. 機能分化	
	2. 在院日数短縮化	
第3章	研究1.医療の効率化施策と所有形態ごとの在院日数の年次推移	36
第1節	目的	36
第2節	方法	38
	1. 定量分析	
	2. 施策の歴史的分析	
	3. 施策と在院日数との関連に関する総合分析	
第3節	結果	43
	1. 所有形態ごとの在院日数の年次推移	
	2. 特定の所有形態を対象にした施策	
	3. 施策と在院日数との関連	
第4節	考察	52
	1. 所有形態による施策への反応の違い	
	2. 研究の限界	
第4章	研究2.機能分化施策と私的病院の形態の変遷	57
第1節	目的	57

第2節	方法	58
第3節	結果	62
	1. 対象病院の概要	
	2. 病院形態の変遷	
	3. 機能分化施策に対する見解	
第4節	考察	71
	1. 医療環境	
	2. ケアミックス型病院	
	3. 急性期病院と慢性期病院	
	4. 研究の限界	
第5章	総合考察	77
第1節	本研究から得られた実証的知見	77
第2節	政策的含意と提言	78
第3節	本研究の限界と今後の課題	81
第6章	結論	83
謝辞		84
引用文献		85
参考資料		100
	1. 倫理審査結果通知	
	2. 福岡県私設病院調査票	
参考論文		105
1. Kato, N. Kondo, M. Okubo, I. and Hasegawa, T. (2014). Length of hospital stay in Japan 1971-2008: Hospital ownership and cost-containment policies. <i>Health Policy</i> . 115(2-3),180-8.		
2. 加藤尚子, 近藤正英, 大久保一郎, 長谷川敏彦. (2013). 病院機能分化施策に応じた私的病院の変遷についてー福岡県私設病院を対象とした 1998 年・2012 年の繰り返し調査からー. <i>日本医療マネジメント学会雑誌</i> . 14(1), 9-13.		
[第 14 回日本医療マネジメント学会学術総会会長賞受賞]		

図表目次

図 1-1. 国民医療費・対国内総生産比の年次推移	1
図 1-2. 総医療費の対 GDP 比の国際比較(2010)	3
図 1-3. 国民医療費の診療種別構成割合	5
図 1-4. 本論文の構成	9
図 2-1. 医療の効率化施策の動向(概要)	20
図 2-2. 医療の効率化施策の構成	22
図 2-3. 所有形態と病院行動モデル	27
図 2-4. 機能分化の概念図	30
表 2-1. 医療の効率化に関わる主な施策	14
表 2-2. 医療の効率化施策に関わる事項の抽出件数	15
表 2-3. 医療の効率化施策に関わる事項	16
表 2-4. 日本の病院の所有形態	25
図 3-1. 平均在院日数の年次推移(国際比較)	36
図 3-2. 平均在院日数の年次推移(所有形態別)	44
図 3-3. 所有形態別クラスタ分析	45
図 3-4. 平均在院日数のジョインポイント分析	46
図 3-5. 医療の効率化施策の動向(所有形態別)	48
表 3-1. 所有形態別病院数・病床数	41
図 4-1. 病院形態と将来展望の変遷(1998/2012)	65
図 4-2. 機能分化施策に対する見解	70
表 4-1. 対象病院の概要	63
表 4-2. 病院形態と将来展望の変遷(1998/2012)	67
表 4-3. 機能分化施策に対する見解	68
表 5-1. 病院システム変革のための施策アプローチ	81

第 1 章 序論

第 1 節 問題の所在

日本の医療費は増え続けている。2010 年度の国民医療費¹は 37 兆 4 千億円で、前年度に比べ 1 兆 4 千億円増加し過去最高額となった(厚生労働省大臣官房統計情報部 2013)。その年次推移を見ると(図 1-1)、近年は毎年 1 兆円を超える増加が続いている(厚生労働省大臣官房統計情報部 2013)。

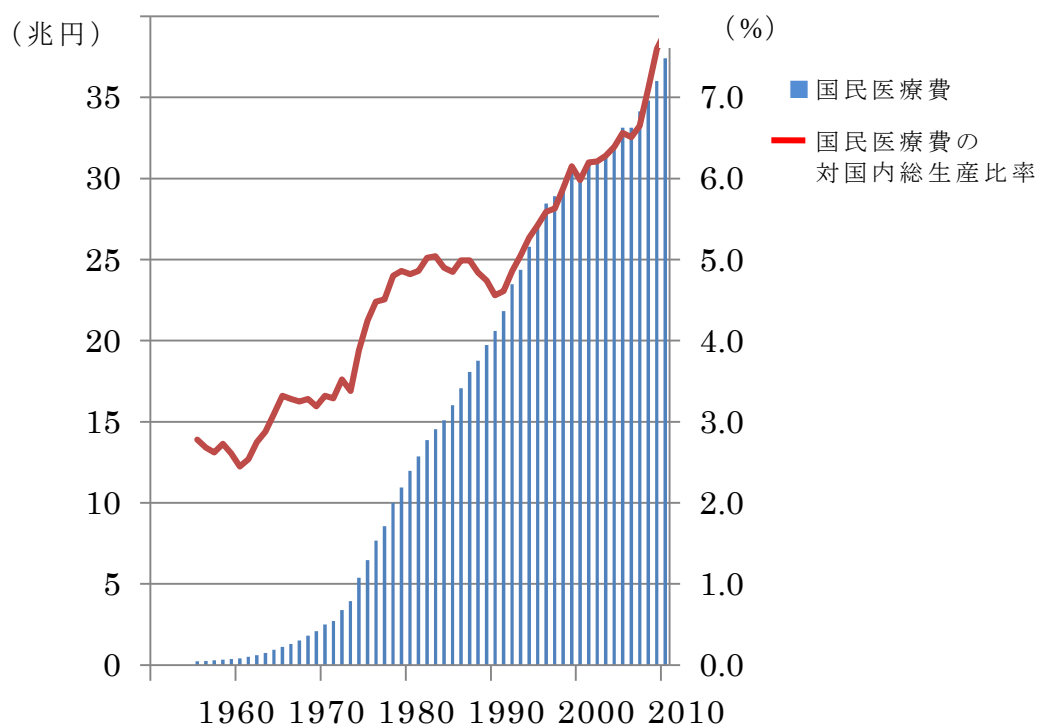


図 1-1. 国民医療費・対国内総生産比率の年次推移

出典：平成 22 年度国民医療費(2013)

¹ 国民医療費は、医療機関等において傷病の治療に要した費用を推計したものである。

1980 年代初頭に唱えられた「医療費亡国論」²に代表されるような医療費増大への危惧から、医療費抑制策が相次いで打ち出されてきた。1980 年代以来、健康保険法改正による患者一部負担の引き上げ、診療報酬改定による点数誘導、そして老人保健法、介護保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等の高齢者の医療費負担の制度設計が行われたが、医療費の増加を留めることができない状況が続いている。

ところが国際比較をするとまた別の見方ができる。総医療費³の対国内総生産（Gross Domestic Product, GDP）比率を先進 7 カ国で比較すると日本は先進 7 カ国中では低い水準にあり（図 1-2）、経済協力開発機構（Organisation for economic Co-operation and Development, OECD）加盟国 34 カ国の平均とほぼ同じ水準にある（OECD, 2012）。

² 1983 年に当時の厚生省局長吉村仁が打ち出した。社会保障負担が増大すれば社会全体の活力が失われるとの危惧から医療費総枠の抑制を唱え、その根底にある問題点として医療費投入の非効率と需要過剰を指摘した（吉村 1983）。「医療費亡国論」は当時の流行語となり、医療費増大に世間の注目が集まった（鈴木他 2010）。

³ OECD が用いる総医療費には、先述の国民医療費に加えて、介護費用の一部、民間の医療保険からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれている。

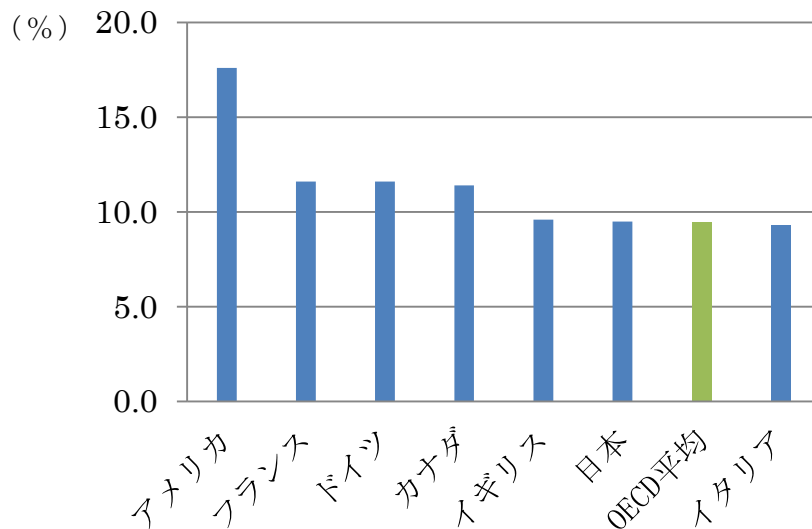


図 1-2. 総医療費の対 GDP 比率の国際比較(2010)

出典: OECD Health Statistics (database) (2012)

図 1-2 から、経済規模当りの医療費の割合に関しては、日本だけが突出して高いわけではないことがわかる。過度な医療費抑制策による締め付けが医療崩壊を招いたとして、「医療費抑制政策を見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うべき」という主張もある(日本学術会議 2008)。

一連の医療費抑制の議論で問題視されているのは、医療費の額自体ではなく、経済成長を超えて医療費が増える状態のことである(田近 2009, 印南他 2011)。日本の場合、GDP の伸び率が低迷する一方で国民医療費の伸び率はそれを上回り続け、GDP に占める割合は 2008 年度以降 7% を超えて増加している(図 1-1)。50 年前と現在とを比較すると、GDP が 29 倍拡大したのに対して国民医療費は 90 倍も拡大している(厚生労働省大臣官房統計情報部 2013)。「身の丈」に合った制度でなければ国の経済活力を弱め国力を低下させるとして、GDP に連動して医療費の伸び率を管理しようという総枠規制の議論も起こっている(牛尾他 2005)。

医療費の負担をどこまで受け入れるのか、この国の医療がどうあるべきかの選択は、国民的な合意に基づいて政治的に判断されるものだろう。しかし、国民皆保険を維持する前提に立てば、今後も医療費は増え続けることが予想される。国民皆保険において有効な医療を必要とする人に公的医療の範囲で給付するのであれば、高齢化が進むことによって医療供給量は増加し、医療技術が高度化することによって診療単価が上昇するからである。平成 22 年度国民医療費(厚生労働省大臣官房統計情報部 2013)によると、近年の国民医療費は毎年おおむね 3% 台の伸び率で増加しており、そのうち 1.5% 前後が「高齢化の影響」とされている。

人口の高齢化等のため医療費の増加はやむを得ない状況だからこそ、その使い方に無駄があってはならないだろう。国民医療費に無駄が含まれているとしたら、それは排除されなければならないだろう。良質な医療を安定して提供するためには、限られた医療費を無駄なく使う効率化の取り組みが必須となる。

ところが日本の医療提供体制には、さまざまな非効率の問題点が指摘されている。医療施設においては入院機能と外来機能、病院と診療所の機能等が未分化な状況であり、国民皆保険下のフリーアクセスによって患者は高機能病院の外来に集中して受診している(島崎 2012, 池上他 1997)。検査や薬の使用量が多く、過剰な病床と医療機器を抱えている(尾形 2009)。本来は介護福祉サービスが必要な高齢者が病院に長期入院する社会的入院が社会問題化している(印南 2009)。

医療費の診療種類別の配分を見ると、2010 年度の国民医療費総額 37 兆 4 千億円のうち 18 兆 8 千億円、50.4% が病院に支払われている(図 1-3)。医療施設の中で医療費を最も多く使っているのは病院であり効率化の余地

も大きいと考えられることから、病院において効率化に取り組むことが重要である。

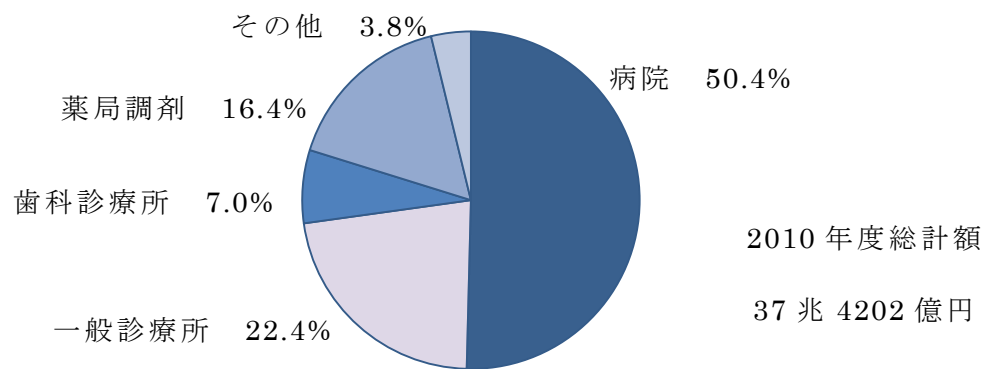


図 1-3. 国民医療費の診療種別構成割合

出典：平成 22 年度国民医療費(2013)

第 2 節 研究の目的

限りある資源を活用して良質な医療を安定して提供するために、「医療の効率的な提供の推進」が重要課題となっていると、直近の 2006 年医療制度改革で施行された高齢者の医療確保に関する法律でうたわれている。「医療の効率的な提供の推進」のためには、病院に対してどのような施策が有効なのだろうか。本論文では、これまで行われた「医療の効率的な提供の推進」に関わる施策(以下、医療の効率化施策)に対する病院の反応を検討することを通じて、今後の施策立案への知見を得ることを目的とする。

第 3 節 本論文の構成

本章序論では本研究における問題の所在を示した。高齢化等に伴い医療費は増大の一途を辿っており、良質な医療を安定して提供するためには、医療の効率的な提供が重要課題となっている。効率化を図るうえでは、医療費が最も多く使われている病院での取り組みが重要であり、有効な医療の効率化施策を打ち出すためには、施策に対する病院の反応を検討する必要がある。

第 2 章文献展望においては、医療の効率化施策の主題を把握するために、関連する施策の動向を検討した。その結果、急性期病床と慢性期病床への分離による機能分化と、経済的インセンティブを与えて在院日数を短縮し急性期ケアへと誘導する在院日数短縮化という二つの主題が抽出された。

次に、病院の反応を観察する視点を定めるために、病院の行動のメカニズムを分析した病院行動モデルについて検討した。病院行動モデルでは所有形態の在り方が病院の行動に影響を与えるとされており、日本の医療提供体制においては病院の所有形態の多様さに特徴がある。このことから、所有形態に着目することによって、病院の施策への反応の多様性を検証することができる考えた。

先行研究においては、日本の病院の行動特性を所有形態との関連において分析した研究はほとんど見られなかった。また、医療の効率化施策の主題である機能分化と在院日数短縮化に対する病院の反応に関しても、個別の施策への取り組み対策の議論や特定施設における要因分析等は多数行われているが、施策に対する病院の反応を長期的かつ実証的に分析した研究はほとんど見られなかった。

そこで本研究では、医療の効率化施策に対する病院の反応を見るために、所有形態に着目して長期的に病院の変化を分析する。これまで行われた医療の効率化施策に対する病院の反応の詳細を検討することで、これからの施策立案への知見を得ることができると考える。

具体的には、医療の効率化施策の主題である機能分化と在院日数短縮化に対する病院の反応を分析するために、二つの研究を行った。まず第3章研究1においては、医療の効率化施策と在院日数の変化との関連性を検討した。在院日数の年次推移が所有形態ごとに異なるとすれば、それは施策への反応が所有形態ごとに異なるからであるという仮説を立てた。分析方法としては、所有形態別在院日数の約40年間の統計データを用いた定量分析と、全病院が同じ施策に反応し得る状況であったことを確認するために、在院日数短縮に関連する施策の基本史料の分析を行った。そして、これらの量的分析と歴史的分析の結果に基づいて、医療の効率化施策と在院日数の年次推移との関連性を検討した。

研究1の在院日数の分析結果からは、公的病院群よりも私的病院群の方が在院日数の変動が著しく、その変動は機能分化施策に反応したものであると考えられた。そこで第4章研究2では私的病院に着目し、機能分化施策と病院形態の変化との関連性を検証することにした。研究1は全病院の統計データを用いた分析で個別の病院の変化を追跡することができなかったため、研究2では個別の病院の実態を把握するために、特定地域における質問紙調査を行った。この質問紙調査は、1998年に行った福岡県私設病院調査(長谷川 1999)の繰り返し調査として2013年に実施したものである。前回調査において、筆者はデータ集計と分析を担当した。前回調査の情報はデータベース化して保管しており病院単位で今回の分析用データセット

と連結可能であった。この繰り返し調査によって病院単位での形態の変化を辿ることができた。

第 5 章総合考察においては、研究 1 と研究 2 の結果を踏まえて医療の効率化施策への病院の反応を総合的に考察し、施策立案への提言を試みる。

なお倫理的配慮に関しては、研究 1 は全病院対象の公表データを用いた研究であり倫理的配慮は求められていない。研究 2 の質問紙調査については、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認(通知番号 23-290 号)を得て実施した。

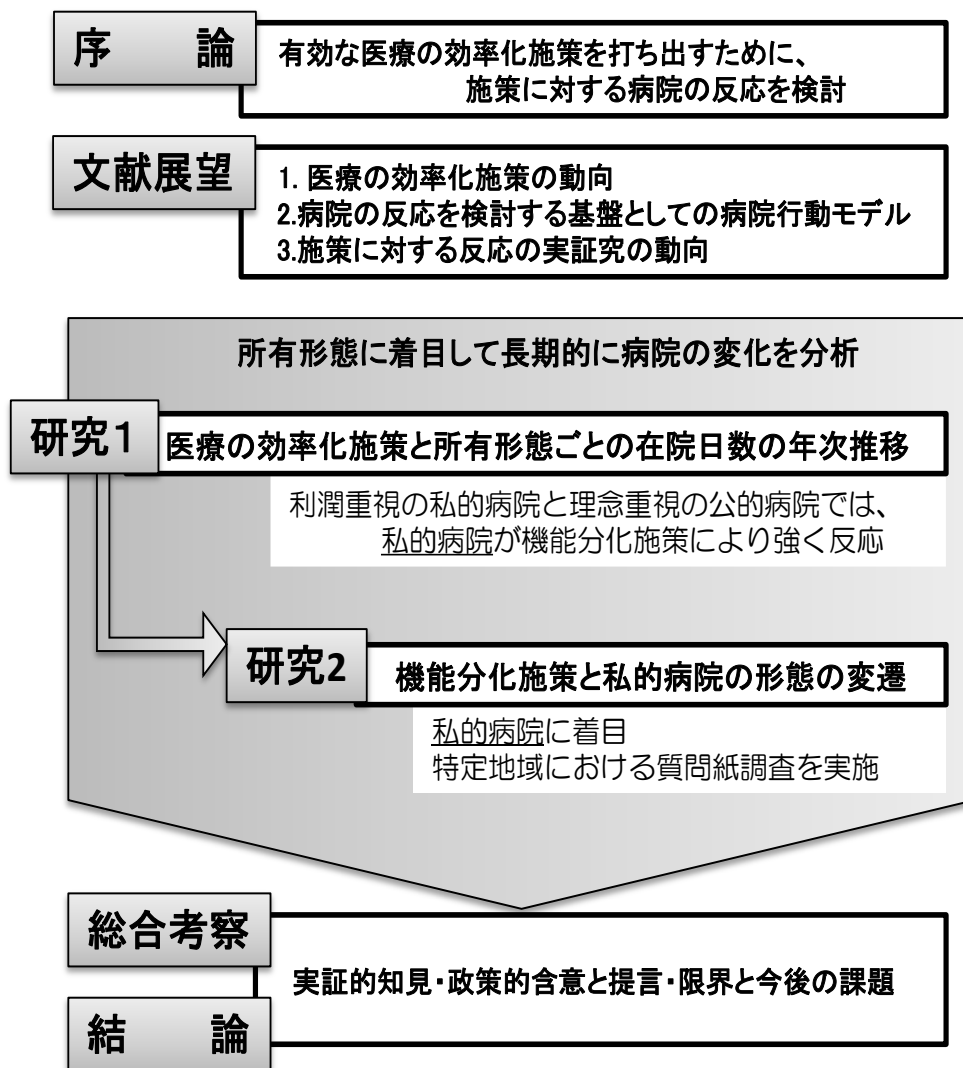


図 1-4. 本論文の構成

第 2 章 文献展望

本論文の目的である、これまで行われた医療の効率化施策に対する病院の反応を検討することを通じて今後の施策立案への知見を得るために、文献展望を行う。

第 2 章文献展望ではまず、1)医療の効率化施策の動向を明らかにする。次に、2)病院の反応を検討する基盤として病院行動モデルを吟味する。さらに、3)施策に対する反応の実証研究の動向を系統的にレビューする。

第 1 節 医療の効率化施策の動向

1. 医療提供体制の変遷

医療の効率化施策の動向を明らかにするために、まず、戦後の医療提供体制における主要な医療法制をまとめ、医療の効率化施策が登場した経緯とその後の展開を把握した。方法としては歴史学研究における歴史的分析を用いた。歴史学には、扱う問題が大きいことと変化を扱うことという二つの特徴があげられる。歴史学研究の本質は史料に基づいた一連の再評価と改訂であり、その分析は意義を探るために各史料を批判的に吟味する営みであるとされている(Berridge 2001)。

妥当性を高めるために、医療経済学および医療政策を専門とする研究者に見解を求め、研究者間のトライアングレーションを行った⁴。まず筆者

⁴ 筆者と研究者 MK,IO,TH の計 4 名が担当した。

と研究者 MK とがディスカッションして動向をまとめた。次に、研究者 IO と TH を加えてディスカッションして修正を加えた。さらに、得られた知見が現実的に妥当なものであるかを確認するために、施策動向に関する有識者に意見を求めた。立案者側として厚生労働省元職員、施策を受けとめる側の立場にある日本医師会職員、いずれも経験と知識が豊富な有識者各 1 名に意見を求め、必要な修正を加えてまとめた。

文献検索においては、厚生白書昭和 31 年度版(厚生省大臣官房企画室 1956)から厚生労働白書平成 25 年版(厚生労働省 2013)までの各年度の白書において、医療制度もしくは医療施設に該当する項目をレビューした。さらに詳細については、医制百年史(厚生省医務局 1976)、厚生省五十年史(厚生省五十年史編集委員会 1988)、その他の文献をあたった。

第二次世界大戦後、日本の医療提供に関する施策は一貫して供給拡大路線を取り、1961 年に国民皆保険が達成されてからその傾向はいっそう強まった(厚生省医務局 1976)。1973 年、高齢者福祉対策の一環として老人医療費支給制度による老人医療費無料化が実施され、高齢者の医療施設での自己負担が無料になった。この 1973 年は「福祉元年」と呼ばれ社会保障の拡大路線のピークの年となった(島崎 2012)。しかし日本の経済は、同年 1973 年の第一次オイルショックに端を発して低成長期に移り、1980 年代には財政再建が国の重要課題になると共に医療施策も医療費抑制策へ転換した。

1981 年、厚生省は国民医療費適正化推進本部を設置し、診療報酬改定によって医療費を圧縮する措置を取った(笠原 2007)。1983 年には老人保健法が施行され、老人医療費無料化は終了した。

1986 年の国民医療総合対策本部中間報告において、量から質への転換が打ち出され、これ以降の医療改革の方向性が示された(藤田 1994)。「『質の良い』医療サービスを『効率的に』供給していくためのシステムづくり」が掲げられ、効率的な医療サービスの提供のためには、医療機関の機能と役割分担の明確化が必要とされた。

機能分化は主として医療法改正⁵によって、病床数の総枠規制、次に高度医療施設と長期療養施設との区分、そして病床区分へと、段階的に進められていった。まず 1985 年の第 1 次医療法改正によって医療計画の策定が始まり、過剰な病床が在院日数長期化をもたらすというレーマーの法則への対応として(Ginsburg et al.1983)、病床規制が導入された。

「失われた 10 年」⁶の不況期における国家財政の再建・健全化への動向を受けて、1990 年代後半から医療費抑制策がいつそう強化されるようになった(高木 2005)。1997 年の「医療制度改革の基本方針」においては、医療機関の機能分担と連携の推進が唱えられた。診療報酬体系においては医療機関の機能に応じた評価として、急性期と慢性期医療とで異なる点数体系が設定された。

小泉政権下で 2005 年に策定された医療制度改革大綱に端を発した一連の医療制度改革では、2007 年に第 5 次医療法改正が行われ、医療計画の見直しを通じた医療機能の分化・連携の推進が唱えられた。医療法第 1 条に

⁵ 医療法は医療の提供体制について定めた法律であり、1947 年制定当初は医療施設に関する量的・数的規制のための取締法的な傾向が強かったが、5 回の改正を経て大きく変貌した。今日ではいわば「医療提供基本法」的な性格を帯びている(島崎 2012)。

⁶ 経済停滞が 10 年以上続いた期間のことを言う。国によって時期は異なるが、日本では 1991 年のバブル経済崩壊から 2000 年代前半までを指す(金他 2010)。

は「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、(略)良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」を図ることが新たに掲げられ、医療の効率的な提供のために機能分化を行うことが明示された。

この医療制度改革は、医療費総額抑制を掲げた広範多岐かつ大規模なものとなった(伊藤 2009)。2008 年には高齢者の医療の確保に関する法律によって医療費適正化計画の策定が始まり、「医療の効率的な提供の推進」に関する目標が定められた。具体的には、平均在院日数と療養病床数の目標値が定められ、平均在院日数短縮に関しては全国平均と最短の長野県の日数の差を縮小すること、療養病床数の削減に関しては療養病床の約 3 割を介護保険施設等へ転換することとされた。

以上、医療提供体制の変遷を辿ることにより、医療の効率化施策の端緒は 1970 年代の高齢者医療対策であり、効率化施策が登場したのは 1980 年代初頭であることがわかった。医療の効率化に関連した施策の主なものを示したのが表 2-1 である。本節は、医療提供体制の変遷に着目することから始めたが、効率化施策は医療提供体制の範疇に収まらず医療保障体制にも深く関わっているため、医療保障体制の変遷も含めた年表となった。一連の医療制度改革において、医療の効率化施策は常に最重要課題として掲げられてきたと考えられる。

表 2-1. 医療の効率化に関わる主な施策

1973	老人医療費支給制度(老人医療費無料化)
1983	老人保健法施行(老人医療費有料化)
1985	第 1 次医療法改正(医療計画)
1986	国民医療総合対策本部中間報告
1997	医療制度改革の基本方針
2007	第 5 次医療法改正(医療計画の見直し)
2008	第 1 期医療費適正化計画

2. 医療の効率化施策に関わる事項の抽出

医療の効率化施策が登場した経緯とその後の展開を把握したところで、医療の効率化施策の変遷に通底する主題を明らかにするために、施策の動向を詳細に分析した。まず、基本史料となる文献を選ぶために、国立保健医療科学院図書館において、厚生労働省他の政府刊行物を中心に施策を網羅的に掲載している出版物を検索した。

その結果、厚生労働省発行の「平成 22 年度国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部 2013)の巻末年表「医療保険制度の沿革・点数表改定の年表」を基本史料として用いることにした。効率化施策の変遷がもっともコンパクトにまとめられていると判断されたためである。

この基本史料において、医療の効率化施策に関わると推定できる事項を思料して抽出した。補足資料として「国民衛生の動向」(厚生労働統計協会 2013)を用いて大きな政策上の漏れがないかを確認し、基本史料に欠落している事項を追加した。さらに診療報酬改定に関しては、日本医師会保険

医療課作成資料「診療報酬点数表の改正経過」(2010)から加算要件等を追加した。

基本史料とした「平成 22 年度国民医療費」の巻末年表は「診療報酬改定・薬価基準全面改定」と「健康保険法改正等・その他の医療費関連事項」とに分割して記述されており、1951 年から 2012 年まで計 237 項目が掲載されている。この基本史料から関連事項を抽出した結果、63 件の事項が選出された(表 2-2)。さらに、補足資料から 28 件を追加した。

表 2-2. 医療の効率化施策に関わる事項の抽出件数

	診療報酬改定・ 薬価基準全面改定	健康保険法改正等・ その他の医療費関連事項	計
基本史料	50	13	63
補足資料	18	10	28
計	68	23	91

事項を抽出する過程においては、筆者と研究者 MK とで事項を抽出して年表を作成した。その後、研究者 IO と TK を加えてディスカッションを行い年表に修正を加えた。さらに、施策に関する有識者(厚生労働省元職員および日本医師会職員)に作成した年表を示して意見を求め、必要な修正を加えてまとめた。

こうして抽出された事項全 91 件を、筆者と研究者 MK とで比較検討し、類似事項を整理してカテゴリー化を行った。まず、基本史料から抽出した全事項に、実質を表すと想定されるタイトルをつける作業を行った。全事項に付したタイトルを集めて、同じ特徴を持つと想定されるタイトルをグ

ループにまとめる作業を繰り返した結果、次に示す五つのカテゴリーに集約された。こうして得られた分類に関しては、残る研究者 2 名 (IO と TH) に示して現実的に妥当なものかどうかの判断を求めた。

1. 入院機能に関わるもの(例：急性期治療、機能の分化・連携)
2. 入院期間に関わるもの(例：平均在院日数、入院期間、長期入院)
3. 老人に関わるもの(例：老人診療報酬、老人保健施設、介護保険)
4. 効率化を掲げた施策
5. その他

基本史料から抽出した全事項に、タイトルから導き出されたカテゴリー番号を割り振り、年代順に並べた(表 2-3)。

表 2-3. 医療の効率化施策に関わる事項

年	カテゴリー	事項	No. 1
1972	5	改定医科13.7%引上げ	
1972	2	入院時医学管理料を入院期間別に区分け	
1973	3	老人福祉法により老人医療費無料化	
1974	5	改定医科19.0%引上げ	
1975	5	薬価基準の全面改定、薬剤費1.55%引下げ	
1976	5	改定医科9.0%引上げ	
1976	2	入院時医学管理料を入院期間別 4 区分	
1978	5	改定医科11.5%引上げ	
1981	5	改定医科8.4%、実質1.4%引上げ	
1981	2	入院時医学管理料の入院期間別逡減制強化。2週間以内を大幅引上げ、3か月以上は据え置き	
1983	3	老人保健法施行：一部負担	
1983	3	老人点数表の設定	
1983	3	特例許可老人病院	
1984	5	改定医科3.0%引上げ、実質2.3%引下げ	
1984	2	在宅医療の推進と長期入院の是正	
1984	2	入院時医学管理料の入院期間別 5 区分	
1984	5	特定療養費制度の創設	

年	カテゴリー	事項	No. 2
1985	5	改定医科3.5%引上げ、実質1.2%引上げ	
1985	1	病院と診療所の機能連携等を地域医療計画の中でつくるための誘導策の1つとして診療情報提供料を新設	
1985	1	第1次医療法改正（医療計画）	
1985	5	国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針	
1986	5	改定医科2.5%、実質0.7%引上げ	
1986	1,2	合理化と医療経営の安定を柱に①病院・診療所の機能別に評価 ③長期入院・超過入院の是正	
1986	2,3	老人診療報酬では、「より適切、効率的な老人診療報酬の改定」という観点から②入院医療の適正化	
1986	2	入院時医学管理料の入院期間別6区分、6か月超を減点	
1986	5	国立病院・療養所の再編成計画	
1987	3	老人保健法改正 老人保健施設モデル事業	
1987	1,4	「国民医療総合対策本部」中間報告	
1988	5	改定医科3.8%、平均3.4%引上げ	
1988	1,2,4	良質で効率的な医療の確保の上から①病院の高次機能の評価(高度専門病院への紹介外来制導入)②長期入院の是正⑤基本看護料の新設	
1988	2	入院時医学管理料の入院期間別9区分、「1週間以内」登場、長期入院の通減制強化	
1988	2	特3類看護の新設、要件に平均在院日数20日	
1988	5	在宅医療の推進(在宅医療の部の新設)	
1989	5	改定平均0.11%引上げ	
1990	5	改定医科4.0%、実質1.0%の引上げ	
1990	1	医療機関の機能、特質に応じた評価、入院の適正化	
1990	3	老人診療報酬に特例許可老人病院入院医療管理料が新設	
1990	3	介護力強化病院（老人診療報酬定額制）	
1992	1	第2次医療法改正（療養型病床群・特定機能病院）	
1992	5	改定医科5.4%、実質2.5%引上げ	
1992	1,4	医療機関の機能、特質に応じた評価、効率的供給の確保	
1992	2	入院時医学管理料の入院期間別8区分、「1週間以内」廃止	
1992	2	特3類要件が25日に緩和	
1993	1	特定機能病院及び療養型病床群の機能及び特性に応じた適切な評価	
1994	5	4月改定医科3.5%、実質1.2%引上げ	
1994	1	医療機関の機能・特質に応じた評価、診療報酬の合理化を推進しながら、患者ニーズの多様化に対応	
1994	3	医療保険制度及び老人保健福祉制度を一括して改正	
1994	5	10月改定医科1.7%、平均1.5%引上げ	
1994	1	新看護体系の創設	
1994	5	訪問看護療養費の創設	
1996	5	改定医科3.6%、実質0.8%引上げ	
1996	1	一般病院から療養型病床群への転換の促進、病院・診療所の機能分担を踏まえた適正な評価等により医療機関の機能分担を推進	
1996	1,4	「国民医療総合政策会議」設置	
1996	5	国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針を改訂	
1997	1	第3次医療法改正（地域医療支援病院）	
1997	5	改定医科1.31%、実質1.32%引上げ	
1997	2,4	平均在院日数に応じた入院時医学管理料の体系化、医療の効率化に向けた医療技術等の評価	
1997	2	入院時医学管理料を20日以内、30日以内、30日超に分けて体系化	
1997	1,4	21世紀の医療保険制度(厚生省案)発表	

年	カテゴリー	事項	No. 3
1998	5	改定医科1.5%引上げ、実質1.3%引下げ	
1998	2,4	長期入院の是正や検査・画像診断の適正化等の合理化	
1998	2	看護料の平均在院日数要件強化	
1999	5	国立病院・療養所の再編成計画の見直し	
2000	5	改定医科2.0%、実質0.2%引上げ	
2000	1	急性期特定病院加算など医療機関の機能に応じた評価の充実	
2000	2	入院基本料の在院日数要件25日、急性期特定病院加算要件に平均在院日数20日、紹介率30%以上	
2000	3	介護保険制度施行	
2001	1	第4次医療法改正（一般病床・療養病床）	
2002	5	改定医科1.3%、実質2.7%引下げ、診療報酬本体初の引き下げ	
2002	4	効率的な医療提供体制の評価	
2002	2	入院基本料の在院日数要件21日、急性期特定入院加算要件に平均在院日数17日、長期入院180日超に特定療養費制度導入	
2003	1,2,5	特定機能病院にDPC導入	
2004	5	改定医科0%、実質1.0%引下げ	
2004	1	急性期入院医療等の評価、医療機関等の機能に応じた評価	
2004	2	亜急性期入院管理料の新設	
2004	5	独立行政法人国立病院機構発足	
2005	1,4	医療制度改革大綱	
2006	5	改定医科1.5%、実質3.16%引下げ	
2006	1,4	質の良い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方	
2006	2	入院基本料の在院日数要件19日、紹介率要件の加算の廃止、地域連携診療計画管理料新設	
2006	5	在宅療養支援診療所の設立	
2007	1	第5次医療法改正（医療計画制度の見直し等を通じた医療機関の分化・連携の推進、医療法人制度改革）	
2008	3	高齢者の医療の確保に関する法律施行	
2008	1,2,3,4	医療費適正化計画(長期入院の是正)	
2008	5	改定医科0.42%引上げ、実質0.82%引下げ	
2008	1,4	質の高い医療を効率的に提供するために医療機関の医療機能の分化・連携を推進	
2008	3	後期高齢者の診療報酬	
2010	5	改定医科1.74%、実質0.19%引上げ	
2010	3	後期高齢者医療の診療報酬	
2012	5	改定医科1.55%、実質0.004%引上げ	
2012	1	医療と介護等との機能分化や円滑な連携	

3. 医療の効率化施策の主題

基本史料から抽出された事項を分析した結果、医療の効率化施策には二つの主題が見出された。一つは、カテゴリー1に相当する急性期病床と慢性期病床への分離による機能分化である。医療法改正による地域医療計画の策定や介護保険導入によるものである。もう一つは、カテゴリー2に相当する経済的インセンティブを与えて在院日数を短縮し急性期ケアへと誘導する在院日数短縮化である。

カテゴリー3の老人に関する事項については、病院に向けられた施策と捉えるよりも高齢化対策として捉えるべき内容である。老人に関する事項は、カテゴリー1の機能分化に相当するものとカテゴリー2の在院日数短縮化に相当するものとに振り分けることができると考える。カテゴリー4の効率化を掲げた施策についても同様に振り分けることができる。したがって、カテゴリー化の過程では五つに分類されたものが、検討を経て二つの主題に収束されたとみなした。

先述の表 2-3 に示した医療の効率化施策に関わる事項を、これらの二つの主題に従って振り分けて、その動向の概略を示したものが図 2-1 である。

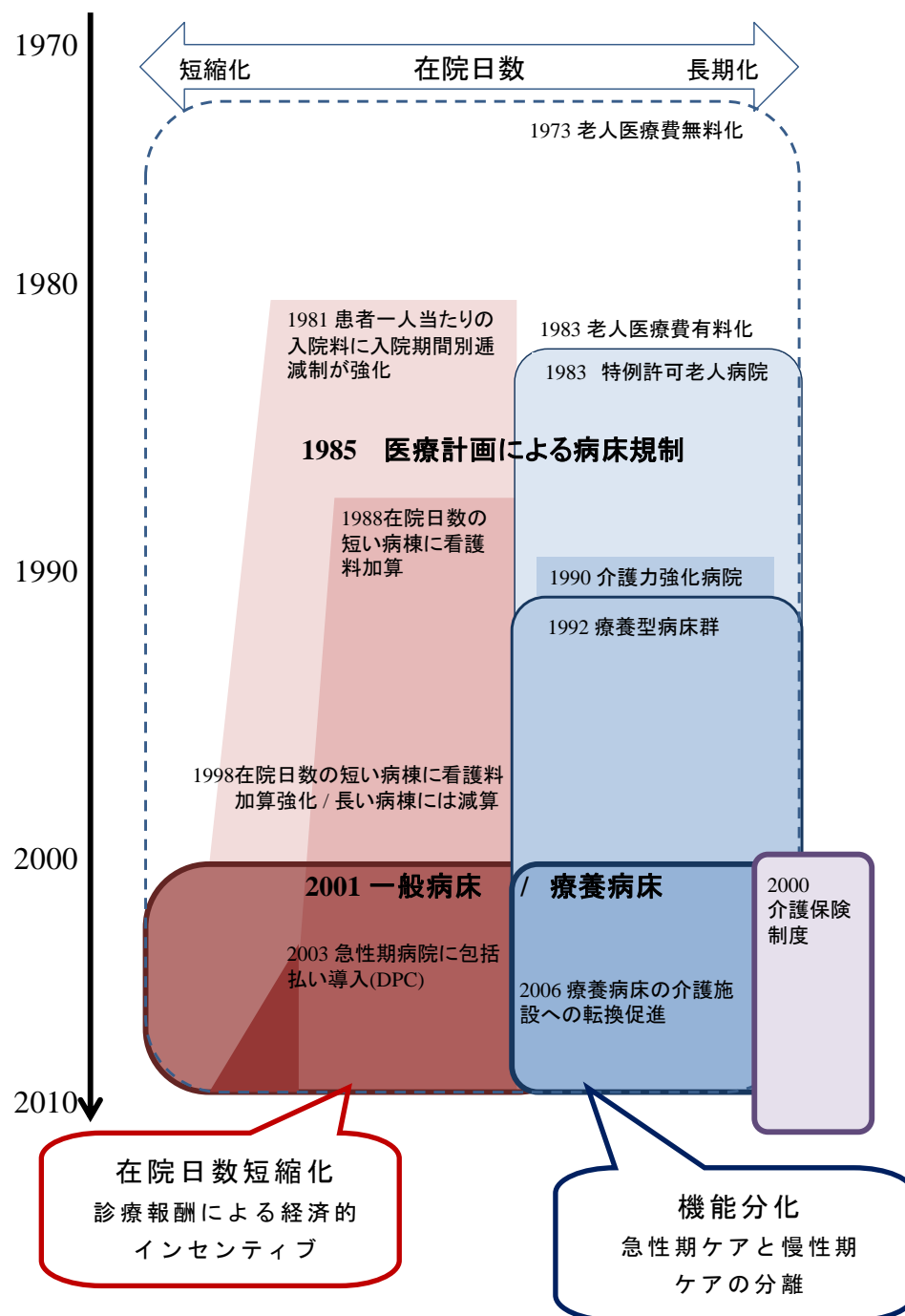


図 2-1. 医療の効率化施策の動向(概要)

先に触れたように、医療の効率化施策の端緒を辿ると、医療供給拡大施策の一環としての 1973 年の老人医療費無料化に行き着いた。この措置は結果として大量の「社会的入院」⁷を引き起こし(Idezuki 2008, 印南 2009)、多くの病床が高齢者の長期ケアに占有され、1970 年代の在院日数長期化をもたらした(Campbell et al. 1998)。本来は医療ではなく介護福祉サービスが必要な高齢者が病床を占めることから、多くの非効率が生じた。医療の効率化施策は、病院からの高齢者の分離と、長期入院の是正という二つの流れに分けて辿ることができる。

まず、高齢者の長期ケアを病院から分離するための機能分化から見ていく。1983 年、社会的入院対応の病院を対象に特例許可老人病院が設けられた。老人診療報酬体系として、長期入院高齢者に対する別枠の点数表が作られた。1985 年の医療計画による病床規制によって病床数の総枠が固定された。1990 年には老人医療費に定額制が導入されて介護力強化病院が、1992 年には療養型病床群が設けられた。2000 年に介護保険制度が創設されたことによって、医療保険から高齢者介護が分離された。2001 年の第 4 次医療法改正で長期ケア病床として療養病床が創設され、この時はじめて日本の病院病床は「急性期病床(一般病床)」と「慢性期病床(療養病床)」の二つに区分されることになった。

次に、長期入院を是正するための在院日数短縮化を見ていく。先述のように、1980 年代に始まった医療費抑制施策を受けて、診療報酬の改定率は低く抑えられるようになった。1981 年の診療報酬改定で在院日数による診

⁷ 介護福祉サービスが必要な高齢者が病院に長期入院する状態を指す。療養病床再編の議論においては、療養病床の入院患者のうち「容態急変の可能性は低く福祉施設や住宅によって対応できる」患者が相当する(医療経済研究機構 2005)。

療報酬の逓減制が強化されて以来今日に至るまで、在院日数短縮加算は強化され続けている。1980年代は個別の入院患者の在院日数が対象だったが、1990年代には病棟全体の平均在院日数が加算条件になった。さらに2000年代になると病院単位の日数設定が登場した。2003年には「急性期病院」に包括支払いシステム(Diagnosis Procedure Combination, DPC)が導入された。DPCによって、疾病単位まで在院日数加算の対象が拡大された。一般的にDPCは、病院に在院日数短縮の強いインセンティブを与えるとみなされている(Anderson et al.2011)。また、DPC導入により病院の効率化が進んだという報告もある(安達 2005, 須賀他 2006)。

この二つの主題に沿って医療の効率化施策の歴史的変遷を示したのが先述の図2-1であるが、現時点における構成を断面的に示すと図2-2のようになると考えられる。医療の効率化施策は、提供体制において医療法改正、保障体制においては健康保険法等の改正によって、病院に対して規制と誘導を行う試みである。しかしながら効率化の推進は、最終的には個々の病院の実践に託されている。医療の効率化施策がどの程度まで病院に影響を与えたのかを検討するために、本論文では機能分化と在院日数短縮化という二つの主題に着目して病院の反応を検討する。

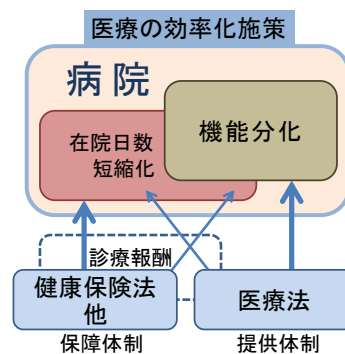


図 2-2. 医療の効率化施策の構成

第2節 病院の反応を検討する視点

1. 病院行動モデル

医療の効率化施策に対する個々の病院の反応は、その病院の特徴や役割次第で異なる可能性がある。病院の反応を観察する視点を定めるために、病院の行動のメカニズムを分析した病院行動モデルについて検討する。

経済学では、一般に企業は利潤極大化を目的として行動すると仮定している。しかしこのような企業の行動モデルを病院にそのまま当てはめることは難しい(Sloan 2000)。病院の理念および職業倫理に従えば、病院は患者にもっとも望ましい水準の医療サービスを提供することを目的として行動すると想定できる。現実的には、利潤か理念・職業倫理かの二者択一で行動が決まるのではなく、病院の目的設定と関心の組み合わせによって、さまざまな行動モデルが提唱されている。

病院行動モデルの主なものをいくつかあげてみる。Newhouse(1970)の非営利組織の質と量の理論では、病院が質の高いサービスを提供した結果、費用が増大し提供量は減少するとされた。Pauly and Redisch(1973)の医師の収入極大化モデルでは、支配的な地位にある医師は自らの収入を最大化するために新規採用を抑えるように動くとした。Harris(1977)は組織内で対立する集団間の交渉をモデル化し、病院は単一の目的を掲げているわけではなく経営者と医師の対立の場であるとした。臨床指標と支払いインセンティブモデル(Hodgkin et al.1994)では、前払い制度導入によって過少診療が誘発される可能性が指摘された。

個々の病院が、利潤重視なのか理念・職業倫理重視なのかを判断するのは難しい。しかし、この目的設定は病院の所有形態と連動して捉えることができる。海外の文献では、所有形態の分類として、公的病院、民間非営利病院、そして民間営利病院という三つの類型化がよく用いられる

(Horwitz 2005, Eggleston et al.2008)。この三類型ははじめから、公的病院＝非営利、民間非営利病院＝非営利、民間営利病院＝営利という、所有と目的との組み合わせになっている。所有形態の在り方は病院の行動に影響を与えると考えられており、特に、私的な所有形態と利潤極大化モデルとが連動することは再々指摘されている(McPake et al.2002)。

しかしながら、日本の病院の所有形態を欧米諸国と同じような 3 類型で論じることはいできない。日本の病院はその発展経緯も基盤となる医療保障制度も欧米諸国とは異なっている。法律上日本には営利病院は存在しないことになっており⁸、先述の 3 類型自体が成立しない。

ただし、公的病院と私的病院という区分に関しては日本でも頻繁に用いられている。特に日本は、私的病院の占める割合が高いとされている(一条 2000, 池上他 1997)。ヨーロッパ諸国の中でもっとも民間セクターが発展していると見なされているフランス(遠藤 2006)と比較してみると、フランスの場合は、公的病院の病床数が総病床に占める割合は 65%、民間営利病院の病床数の割合は 20%、民間非営利病院の病床数の割合は 15%である(Sandiar et al.2004)。日本の場合、国立病院と公的医療機関⁹とを公的病院として計算すると、公的病院の病床数が総病床に占める割合は 28.2%と

⁸ 医療法 7 条の 5 に「営利性の排除」が定められている。

⁹ 医療法において、公的医療機関は「都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所」と定められている。「その他厚生労働大臣の定める者」には、地方公共団体の組合、日本赤十字社、済生会、国民健康保険団体連合会等が相当する。

なり(厚生労働省大臣官房統計情報部 2012)、フランスよりもきわめて低い割合となる。それ以外の 7 割強の病床は私的病院が有していることになる。

2. 日本の病院の所有形態

日本の病院の所有形態についてさらに詳細を見ると、表 2-4 に示す通り、厚生労働省統計情報部の開設者小分類では所有形態は 27 団体に区分されている(2008 年時点)。

表 2-4. 日本の病院の所有形態

開設者大分類	開設者小分類
国 01, 02, 03, 04, 05, 06	01 国 (厚生労働省) 02 国 (独立行政法人国立病院機構) 03 国 (国立大学法人) 04 国 (独立行政法人労働者健康福祉機構) 05 国 (その他) 06 都道府県
公的医療機関 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13	07 市町村 08 地方独立行政法人 09 日赤 10 済生会 11 北海道社会事業協会 12 厚生連 13 国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体 14, 15, 16, 17, 18, 19	14 全国社会保険協会連合会 15 厚生年金事業振興団 16 船員保険会 17 健康保険組合及びその連合会 18 共済組合及びその連合会 19 国民健康保険組合
医療法人 21	20 公益法人 21 医療法人 22 学校法人 23 社会福祉法人 24 医療生協 25 会社 26 その他の法人
個人 27 その他 20, 22, 23, 24, 25, 26	27 個人

出典：平成 20 年医療施設調査(静態調査動態調査)・病院報告(2012)

それぞれの所有形態は設立目的が異なっており、その後の発展を経て、所有形態の在り方も大きく変遷している。厚生労働省統計情報部の開設者分類は公的から私的の順に配置されており、表 2-4 に示した開設者小分類番号の 01 から 19 までは公的病院に相当する。01 から 08 までは国および自治体が主体で、そのうちの 04 独立行政法人労働者福祉機構は厚生労働省の下部組織が所有し運営している。09 日赤は、日本赤十字社が所有し運営する病院である。10 済生会は貧困層の救済のために作られた非営利組織である。12 厚生連は農協が母体である。14 全国社会保険協会連合会は中小規模社会保険団体が母体である。18 共済組合は大規模社会保険団体が母体である。20 公益法人は非営利団体である。22 学校法人は医療の高等教育機関である。25 会社は、自社の従業員のために開設された病院だが、現在は一般の診療も行っている。21 医療法人は医療法で定められた私的な所有形態である。27 個人もまた私的な所有形態である。

ここで、会社と医療法人との相違には注意を要する。日本では病院は非営利と定められているため、現在は営利法人の病院所有は禁じられており、医療法成立以前から存続する会社立病院があるのみである。会社立病院の経営母体である企業は、医療ビジネスとは異なる事業を展開している。これとは対照的に、医療法人は民間団体が所有し営利組織とほぼ等しい性格を有しており、小規模家族経営が典型的である(田中 2006)。

日本の病院は、理念・職業倫理を重視すると想像することもできる非営利組織としての公的病院から、利潤極大化をめざした限りなく営利企業に近い私的病院までの、多様な所有形態の連続帯の中に位置づけられている。さらに、病院の目的設定は、組織内部の権力構造によっても影響を受けるだろう。私的な経営者が権限を発揮すれば利潤重視に導かれ、組織内の医

療専門職の意向が反映されれば質を重視した行動を取る可能性がある。この概念を図示すると図 2-3 のようになる。作図に当たっては、筆者が起案し別の研究者(MK と IO)とディスカッションして修正し完成させた。

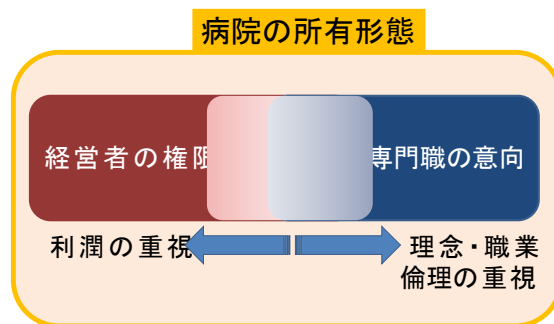


図 2-3. 所有形態と病院行動モデル

日本の医療提供体制においては、病院の所有形態の多様さに特徴があり (Roemer 1991, Yoshikawa et al.1996)、医療保障体制において支払いシステムが統一されているのとは対照的である。この所有形態の多様性ゆえに、所有形態に着目して病院行動の違いを追跡することによって、病院の医療施策への反応の多様性を検証することができると考える。

3. 日本での病院行動の先行研究

所有形態に着目して日本の病院の行動特性を分析した先行研究について、文献レビューを行った。PubMed データベースにおいて、「hospital behavior」「ownership」「Japan」等のキーワードで検索したが、該当したのは数編のみだった。医学中央雑誌データベースにおいて「病院行動」

と「所有形態」で検索したが該当するものが少なかった。そこで、関連するキーワード「開設者」「公的病院」「私的病院」「医療法人」等を用いて検索し、所有形態別の病院行動に関わると推定できる文献を収集した。

文献検索の結果、公私両病院の行動に関わる制度的な制約についての予備的考察を行った研究が1編見出された(知野 1988)。公的病院と私的病院の機能の相違を、統計データを用いて比較分析した研究も数編見出された(福島他 1998, 貫名他 1998, Kuwabara et al.2011b)。また、医師や看護師の人員配置に関しての所有形態間の比較を行った実態調査報告(藤枝他 1992)、電子カルテ導入やDPC導入等の個別テーマに関して所有形態毎の差異を指摘した研究があった(伊藤 2002, 須賀他 2006)。

公的病院あるいは私的病院の経営上の問題点に着目した文献は多数あった。公的病院に関しては、財源補填問題等の解決のためにその行動特性を病院行動モデルに当てはめて分析した研究(知野 1993, 佐野 2007)、公立病院の民営化の是非を問うために、都市部と村落部の公立病院の生産性を比較した分析(Aiura et al.2010)等がある。私的病院に関しては、医療法人に着目して形態の変化や経営状況を論じた研究が数多く行われている。二木(1998)は、綿密な全国調査によって私的医療機関を母体とする保健・医療・福祉複合体の全体像を提示した。近年では大野(2009, 2010)が、医療・介護複合体としての医療法人の経営多角化の実態を分析している。その他にも、医療法人の経営状況や資産額の動向を分析したもの(石井 1994, 藤森 2008, 小寺他 2013)、医療法人の立場から公私間格差を論じたもの(加納 2009)等がある。

知野(2009)は、「経営主体の相違によって医療機関の経済的インセンティブが相違することになり、医療政策の結果が左右される」ことから、経営

主体に着目した経済的分析の必要性を説いている。しかし、所有形態に言及した文献は、特定の事業者の視点から経営上の問題点や改善を訴える主張がほとんどであり、複数の所有形態の行動特性に着目した実証的研究は見られなかった。現時点では、日本の病院の行動特性を所有形態との関連において分析した研究は、ほとんど行われていないといえる。

第3節 施策に対する病院の反応に関する実証研究の動向

本章第1節で医療の効率化施策の動向を分析した結果、二つの主題があることがわかった。一つは、医療法改正や介護保険導入によって病床を急性期病床と慢性期病床とに分離しようとする機能分化である。もう一つは、診療報酬の経済的インセンティブによる在院日数短縮化である。この二つの主題に対する病院の反応に関して、実証研究の動向を系統的にレビューした。

1. 機能分化

(1) 定義

医療提供体制はしばしば、医療ニーズの大きさと緊急時の対応の必要性に応じて、プライマリケアの一次医療から高度に専門分化された三次医療までの機能の階層ピラミッドで表わされる(Cacace et al.2011, 池上 2002)。実際に提供される医療サービスは三層に明確に分離できるものではなく、

地域の医療資源、治療内容や予防活動等の状況によってさらに細かく分類されている(Cacace et al.2011)。

本論文における医療施設の機能分化の概念は、医療法改正によって設けられた医療機関と病床の種別を基に定義づけられる。医療法における機能分化施策の第一陣として 1992 年に制度化された特定機能病院¹⁰において、その設立の趣旨には「良質な医療を効率的に提供するためには、機能・特質に応じた施設の体系化を進めることを通じ、医療資源がより有効に活用されるようにすることが必要」(厚生労働省医政局総務課 2006)と記されている。この趣旨に従って進められている機能分化の、現時点での概念図を表したのが図 2-4 である。機能の階層ピラミッドの上から順に、特定機能病院、地域医療支援病院、一般病院、精神科病院、療養病床を有する病院、有床診療所、無床診療所の各施設が配置されている。作図に当たっては、筆者が起案し別の研究者(MK と IO)とディスカッションして修正し完成させた。

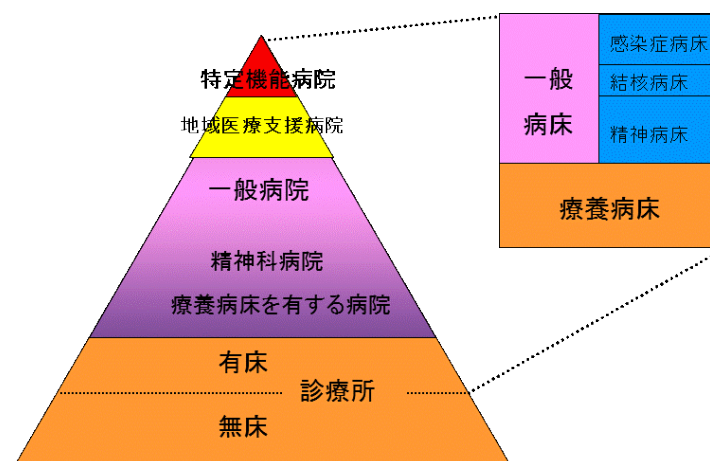


図 2-4. 機能分化の概念図

¹⁰ 1992 年の第 2 次医療法改正によって制度化された。特定機能病院の主な役割は、高度医療の提供、高度医療技術の開発・評価、高度医療に関する研修である。

(2) 文献検索方法

PubMed および医学中央雑誌データベースにおいて、機能分化に関する文献検索を行った。PubMed データベースにおいては、「functional differentiation」「Japan」のキーワードで検索したが、抽出されたのは臨床研究等の文献のみで、本研究に該当する文献は見出せなかった。そこで SNOMED-CT Browser を用いて検索キーワードを探索し、機能分化に関連する用語として「secondary care hospital」「primary care hospital」「long term care hospital」「geriatric hospital」というキーワードを抽出した。これらと「policy」「japan」等を組み合わせて再度検索したが、該当するものは見出せなかった。この検索においては筆者らの論文(Kato et al.2014)が抽出されたため、この論文の Related citations in PubMed を用いても該当する文献は見出せなかった。

次に、医学中央雑誌データベースにおいて「機能分化」をキーワードにして文献検索を行った。抽出された 266 編の文献リストの要旨をスクリーニングした結果、臨床研究等の非該当分を除外して 125 文献を精査した。

(3) 結果

各文献の主要テーマは、ほとんどが地域医療連携に関連したものであった。最も多かったテーマは地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)に関するもので 19 編だった。多くは連携パス作成のノウハウや運用上の問題点を論じたものであり(橋本他 2009, 平田 2008)、その他には、連携パス導入後のアウトカム分析(工藤他 2012)、連携パスの運用状況に関する実態調査(福田 2012, 垣下他 2009)等であった。各論文に附されたキーワードは、在宅医療、かかりつけ医、薬局、リハビリテーション、多職種連携、栄養

サポートチーム、訪問看護、精神科救急、高齢者、退院支援、勤務医、ソーシャルワーカー、救急医療、医療圏等、多岐にわたっていた。取り上げられた疾患は、脳卒中、認知症、急性心筋梗塞、大腿骨頸部骨折、重度精神障害、がん、透析、糖尿病だった。医療連携と連動していないテーマとしては、一施設における精神病棟の機能分化の効果を分析した研究等があった(藤村 1994)。

文献の多くは、医療連携を推進するためにはどのような取り組みを行うべきかという観点から問題設定を行っていた。この設定自体が、機能分化施策への反応であると捉えることもできるだろう。しかし、今回精査した研究はいずれも、特定地域や施設、あるいは疾患に関する事例報告もしくは実態調査分析であった。機能分化施策に対する病院の反応を、実証的にかつ長期的に分析した研究は見られなかった。また、所有形態の相違点に着目した分析も見られなかった。

2. 在院日数短縮化

(1) 概念

平均在院日数は、病院の最も重要なマネジメント指標と見なされている(Brian 1973, White et al.2011)。病院医療における平均在院日数という指標は、非常に複雑で多面的な要素を持っているが(Boaz 1979, Rotter et al. 2008)、在院日数の短縮がコスト削減につながり、効率性を高め、ひいてはアウトカムを高めると、一般的に広く認められている(Sloan et al.1986, Clarke 1996)。この見解は個々の病院レベルにおいても(Lagoe et al.2005,

Hussey et al.2009)、医療システム全体においても同様である(Hall et al. 2012)。

(2) 文献検索方法

PubMed および医学中央雑誌データベースにおいて、在院日数短縮化に関する文献検索を行った。PubMed データベースにおいては、「length of stay」「Japan」「reduce」の三つのキーワードで検索し、73 編の文献を抽出した。医学中央雑誌データベースにおいては、「在院日数」「短縮」で検索すると 1,443 編の大量の文献が抽出されたため、「在院日数短縮」をキーワードにして再度検索し、136 編の文献を抽出した。

(3) 結果

PubMed から抽出された文献に関しては、大きく三つの傾向が認められた。まず、在院日数の長期化要因を分析した研究である。Motohashi et al.(2013)は、全国の病院の大腿骨頸部骨折の高齢患者 8,318 ケースを対象に、臨床的要因、地域の医療資源、そしてコミュニティ等の社会的要因を加味して、長期化要因を分析している。その他にも、日本の精神科病院の特殊性を在院日数から論じたもの(Imai et al.2005)、大学病院における社会的入院を問題視して高齢者早期退院の阻害要因を分析したもの(阿部他 2007)等がある。

文献の多数を占めるのは、新しい治療法や手術方法の開発、新技術の導入に際して、評価指標として在院日数を用いた分析である。特に、腹腔鏡手術の成果を測定した分析が多く見られた(Fujii et al. 2012, Akamatsu et al.2009, Kojima et al.2008)。その他にも、胃切除術の再評価(Kuwabara

et al.2011a)、術後感染や合併症の測定(Fukuda et al.2008)、院内感染管理(Lee et al.2010)、治験(Hayashi et al.2011)等、分析対象は多岐に及んでいる。

そして、医療費分析のために在院日数を指標として用いた研究がある。DPC 支払い制度導入後の病院の収支と在院日数短縮の影響とを分析した研究(Yasunaga et al.2005, Yasunaga et al.2006)、診療報酬データを用いた医療費への影響要因の分析(Sato et al.2009)、DPC データベースを用いて急性膵炎の治療結果とコスト分析を行った研究(Yasunaga et al.2013, Murata et al.2012)、高齢者腰部骨折の治療結果とコストの病院間比較分析(Kondo et al.2009)等である。

医学中央雑誌データベースから抽出された文献の主なテーマとしては、特定施設において在院日数短縮に取り組むうえで長期化要因を分析したもの(柳田他 2004, 星他 2009)、特定疾患や特定領域に着目した在院日数短縮の要因分析(藤井他 2009, 宮本他 2006)、在院日数短縮が病院収益に及ぼした影響の分析(阿南 2012, 中川他 2009)、クリティカルパス、DPC、地域連携クリティカルパス等の新制度導入の評価指標として在院日数を用いた分析(康永他 2004, 竹本他 2010, 酒井他 2008)等があった。

在院日数短縮に取り組むきっかけを、診療報酬改定における加算算定時であると記した文献は多いが、いずれも一度の改定に限定した短期集中的な研究である(神林他 2010, 吉本他 2006)。在院日数の変化を長期にわたって追跡した分析は、一施設において脊髄損傷例を 25 年間追跡した報告のみだった(豊永他 2000)。

PubMed および医学中央雑誌データベースから抽出したいずれの文献においても、診療報酬改定による点数誘導が在院日数にどのように影響した

のかを、長期的に実証分析した研究は見られなかった。また、所有形態に着目して在院日数短縮を論じた文献や、所有形態ごとの在院日数の相違を論じた研究も見出せなかった。

これらの先行研究から、日本の病院の在院日数短縮化の取り組みについては活発な議論が行われており、在院日数を臨床評価指標や経営指標として用いた分析が多いことがわかった。しかし、在院日数短縮化施策に対する病院の反応や、所有形態ごとの在院日数の長期的な変化に関する実証的な研究は見られなかった。

第 3 章 研究 1. 医療の効率化施策と所有形態ごとの在院日数の年次推移

第 1 節 目的

日本の病院の平均在院日数(総病床)は 1980 年代初頭まで長期化を続けたが、1981 年の 56.4 日を頂点に短縮化に転じ、2009 年には 33.2 日まで短縮した(OECD Health Data 2011)。しかし短縮傾向にあるとはいっても、欧米諸国と比較するとまだ 3 倍の長さである。1970 年代から今日に至るまで、欧米の病院が一貫して平均在院日数の短縮を遂げる間に、日本の病院だけが異なる曲線カーブを描いて変動している(図 3-1)。

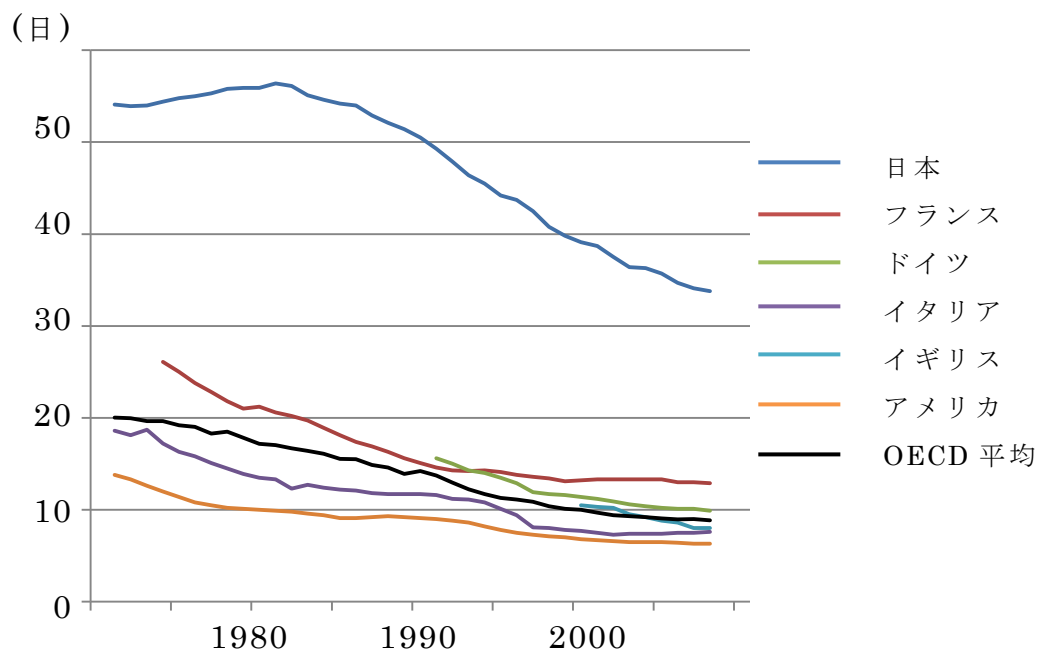


図 3-1. 平均在院日数の年次推移(国際比較)

出典：OECD Health Data 2011

病院の在院日数の変化には多くの要因が影響している。たとえば医療技術の発展(Solan et al.1986, 満武他 2002)、主治医の治療方針(Yamaoka et al.1993, Louis et al.1996)、患者行動や家族の意向(Muramatsu et al.1999)、社会的経済的要因(Egawa 1984; 緒方他 1983)、病院への支払いシステム(Clarke 1996, Weiner et al.1987)等である。

ところが日本の病院の場合は、1980 年代初頭までの在院日数長期化の要因として、医療供給拡大施策による病床増と高齢者の自己負担無料化がしばしば取り上げられる。福祉制度が未整備だったために、本来なら介護福祉サービスを必要とする高齢者が社会的入院という形で病院に長期収容され、在院日数を押し上げたというのが定説である(池上他 1997、印南 2009)。そして、1980 年代以降の在院日数短縮化の要因は一連の在院日数短縮化施策であり、主として診療報酬の点数誘導によるものと、多くの関係者が述べている(藤田 1994, Campbell et al.1998; Tatara et al.2009)。

たしかに日本全体で見ると、病院の在院日数の平均値は確実に短くなっている。平均在院日数が短縮に転じた 1980 年代半ばは、短縮化施策が講じられた時期とほぼ同じである。しかし、全病院の平均在院日数のさらに平均値の変遷をなぞるだけでは、個々の病院が短縮化施策に対してどのような行動を取ったかを読み取ることはできない。病院によっては施策の狙いとは異なる反応を取ったかもしれない。

本研究では、第 2 章第 1 節 2 で示した通り、個別の在院日数短縮化策を総体的に捉えて、医療の効率化施策の主題の一つと考えている。また、第 2 章第 2 節 1 で論じた通り、病院行動モデルにおいては所有形態によって行動に違いがあることが指摘されている(McPake et al.2002)。日本の病院は多様な所有形態によって運営されており(Roemer 1991, Yoshikawa et al.

1996)、理念・職業倫理を重視すると想像することもできる非営利組織としての公的病院から、利潤極大化をめざした限りなく営利企業に近い私的病院までの、多様な所有形態の連続帯の中に位置づけられている。

ここから、在院日数の年次推移が所有形態によって異なるとすれば、それは医療の効率化施策への反応が所有形態ごとに異なるからであるという仮説を立てた。米国の研究では、病院の所有形態が在院日数短縮に影響を与えるという分析があるが(Freund et al.1985, Younins 2004)、第2章第3節2で示した通り、日本においては病院の所有形態と在院日数短縮の関連性に着目した研究はほとんど行われていない。

そこで研究1では、所有形態ごとに在院日数の年次推移を分析し、施策と在院日数の変化との関連性を検討する。利潤を重視する私的病院と理念・職業倫理を重視する公的病院とでは、医療の効率化施策への反応が異なることを明らかにする。

第2節 方法

病院の所有形態によって医療の効率化施策への反応が異なることを明らかにするために、三つの分析を行った。在院日数の定量分析、施策の歴史的な分析、そして施策と在院日数との関連性に関する総合分析である。

まず、施策への反応を確認するために、政府統計のデータを用いて所有形態のタイプごとの在院日数の年次推移を分析した。次に、一連の施策が特定の所有形態にのみ向けられたものではないことを確認するために、つまり、全病院が同じ施策に反応し得る状況であったことを確認するために、

在院日数短縮に関連する施策の基本史料を分析した。そして最後に、これらの量的分析と歴史的分析の結果に基づいて、医療の効率化施策と在院日数の年次推移との関連性を検討した。

1. 定量分析

政府統計の病院の平均在院日数のデータは、法令上の病床別にまとめられている。医療法で定められた 5 種類の病床区分、一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床のうち、療養病床¹¹は 2001 年に新設されたもので、それ以前は一般病床と併せて「その他の病床」と称されていた。今回の分析においては、在院日数の変遷を長期に亘って辿るために、その他の病床を分析対象とした。その他の病床の意味は文字通り、精神、感染症、結核病床以外の病床のことで、特殊なケアを提供するこれらの病床は今回の分析からは除外している。しかし、その他の病床には現在の療養病床が含まれているために、在院日数は一般病床よりも長期化したものになっている。本研究では、2001 年の療養病床の創設を急性期病床と慢性期病床への機能分化施策の一環と見なし、在院日数短縮化の要因として注目している。そのために、あえて療養病床を含めたその他の病床データを用いて分析を行った。

具体的には、厚生労働省大臣官房統計情報部発行の病院報告におけるその他の病床データを分析対象とした。所有形態別にデータが取得できるようになったのは 1971 年からであり、1971 年から 2008 年までの、在院患

¹¹ 医療法において療養病床は、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの」と定められている。

者延べ数、新入院患者数、退院患者数データを用いて平均在院日数を算出した。計算式は次の通りである。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{在院患者延べ数}}{(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数}) / 2}$$

所有形態については、第2章第2節の表2-4に示した厚生労働省統計情報部開設者小分類27団体の中から分析対象となる主要な団体を抽出した(表3-1)。抽出にあたっては、1971年から継続して存続していること、適当な規模を有した団体であることを条件とした。1971年から継続している団体は21であり、そのうち、「その他の法人」に分類された所有形態の総病床数(2008年度4,608床)よりも病床数の少ない6団体については、特殊な小規模団体とみなして除外した。こうして抽出した15の所有形態を分析対象とした。15団体のうち国立病院は2004年に国(厚生労働省)と独立行政法人国立病院機構とに分割されたが、過去からの推移を継続して見るために2005年以降は両団体のデータを統合して計算している。

表3-1には、1971年と2008年時点の、所有形態別病院数とその他の病床数を示している。本研究が対象とする15の所有形態に属する病院と病床が全体に占める割合は、2008年時点でそれぞれ95.3%と94.5%である。

表 3-1. 所有形態別病院数・病床数

本研究における 所有形態の分類	開設者小分類	病院数*		病床数†	
		1971	2008	1971	2008
1) 国立病院	01, 02	215	165	40,635	60,395
2) 国立大学	03	45	48	18,590	30,734
3) 労働者 福祉機構	04	34	34	10,524	13,422
4) 都道府県	06	232	231	40,701	57,202
5) 市町村	07	742	725	88,053	151,038
6) 日赤	09	99	92	24,846	36,308
7) 済生会	10	71	81	11,900	22,336
8) 厚生連	12	119	113	20,896	34,252
9) 全社連	14	54	52	10,236	14,050
10) 共済組合	18	52	45	10,670	14,335
11) 公益法人	20	250	330	30,136	66,242
12) 学校法人	22	44	105	15,587	52,729
13) 会社	25	128	69	13,130	13,713
14) 医療法人	21	1,667	4,831	113,873	582,475
15) 個人	27	2,801	436	118,942	32,849
その他： 本研究から除外	05,08,11,13, 15,16,17,19, 23, 24, 26	358	366	45,314	68,704
計		6,911	7,723	614,033	1,250,784

* 一般病院数：精神科病院と結核療養所を除く。

† その他の病床数

出典：昭和 46 年医療施設調査・病院報告(1973),

平成 20 年医療施設調査(静態調査動態調査)・病院報告(2010)

分析においてはまず、15 の所有形態ごとの在院日数の 1971 年から 2008 年までの年次推移を検証した。次に、在院日数のクラスタ分析を行い所有形態の各団体をクラスタ化した。さらに、各所有形態クラスタの在院日数推移の変曲点を明らかにするために、ジョインポイント回帰分析を行った。ジョインポイント回帰分析は、年次推移データの変化の輪郭を求めるもので、特に変化の回数が不明な場合に有効である(Kim et al.2000)。今回の

分析には、ジョインポイント回帰プログラム version 3.4.2.を用いた (Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute 2009)。

データの年次推移の変曲点を探索する回帰分析には、ホッケースティック法やマルコフ連鎖モンテカルロ法等があるが、データ量が少ないことや変化回数が制限されることから、いずれも本研究の分析には適さない。ジョインポイント回帰分析は、米国国立がん研究所が地域がん登録 SEER(Surveillance Epidemiology and End Results)プログラムの解析のために開発した動向分析ソフトであり、臨床研究において死亡率および罹患率における年次変化を求める際によく使用されている(Kim et al.2000)。この分析手法を政策分析に用いた研究は見出していないことから、新しい試みと考えている。

2. 施策の歴史的分析

本研究において医療の効率化施策と所有形態ごとの在院日数年次推移の関連性を検討するためには、特定の所有形態の病院に向けられた施策がないこと、つまり、全病院が同じ施策に反応し得る状況であることが前提となる。特定の所有形態に対する施策の有無を明らかにするために、第 2 章第 1 節 2 で検討した医療の効率化施策に関わる事項の抽出結果を再検討した。厚生労働省発行の「平成 22 年度国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部 2013)の巻末年表「医療保険制度の沿革・点数表改定の年表」を基本史料とし、医療の効率化施策に関わると推定できるとして抽出された

91 件の事項(表 2-3)に関して、特定の所有形態に向けられた施策であるかどうかを個別に検討した。

3. 施策と在院日数との関連に関する総合分析

以上の定量分析と歴史的分析の結果を基に、各所有形態クラスタにおける施策と在院日数推移との関連性を検証した。

第 3 節 結果

1. 所有形態ごとの在院日数の年次推移

1971 年から 2008 年までの在院日数の年次推移を 15 の所有形態別に見ると、ほとんどの団体は短縮傾向にある。例外は 14)医療法人と 15)個人で、1980 年代後半まで在院日数は上昇し、その後も他の団体よりも長い日数で推移している(図 3-2)。

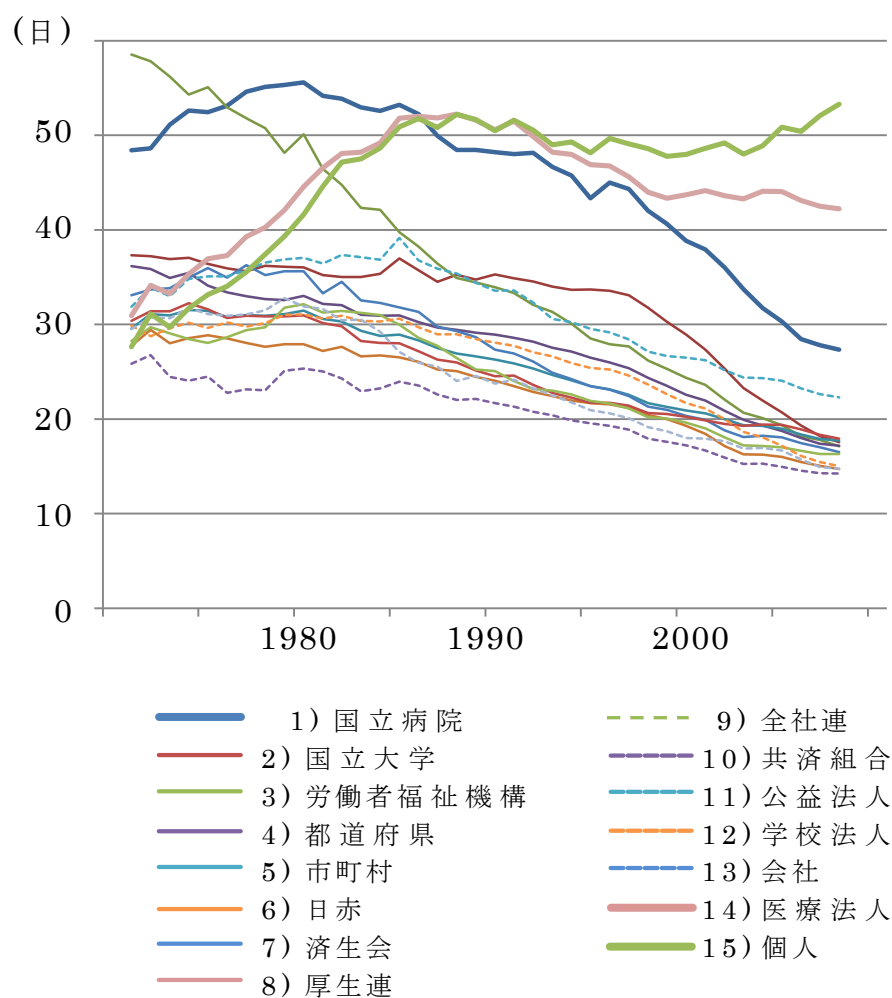


図 3-2. 平均在院日数の年次推移(所有形態別)

出典：病院報告(1971-2008 年)

クラスタ分析の単一連結を用いたデンドログラムの結果を図 3-3 に示している。クラスタ分析を行い、15 の所有形態を三つのクラスタに分けた。所有形態のうち 2)国立大学から 13)会社までの 12 団体が大きなクラスタを形成した。14)医療法人と 15)個人の二つが小さなクラスタを形成した。1)国立病院は他との共通項がなく第三のクラスタとした。これらの三つのクラスタを公的クラスタ、私的クラスタ、そして国立クラスタと称しておく。尚、10)共済組合から 13)会社までの団体は、厚生労働省統計情報部の開設

者分類上は公的と私的の中間に位置付けられているが、今回の分析では 2) 国立大学から 9) 全社連までの公的な所有形態と類似した年次推移を辿っており、公的クラスタの中に含まれている。

クラスタ分析の結果を検証するために判別分析を行った。多変量解析ステップワイズ法で三つのクラスタを分析した結果、二つのウィルクスのラムダは 0.008($p<0.001$)と 0.229($p<0.001$)となり、クラスタ間の有意差が確かめられた。

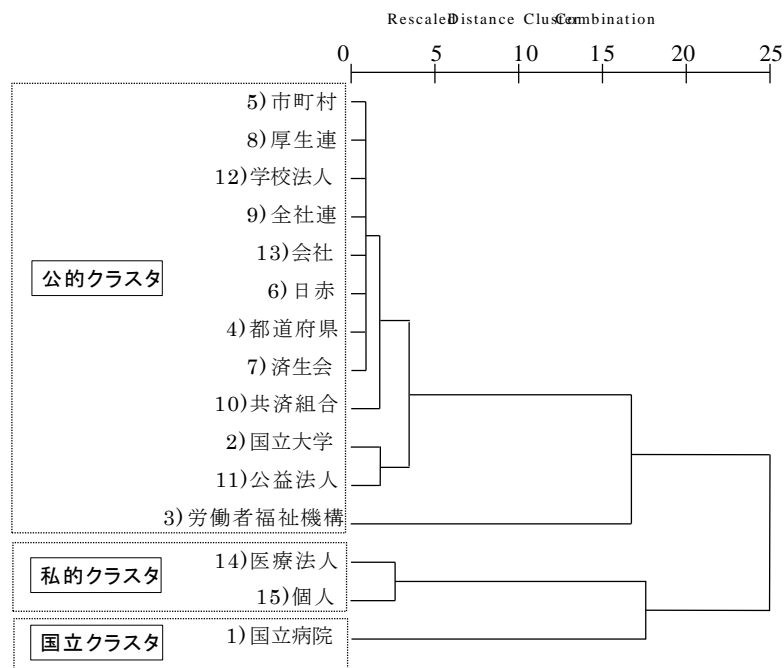


図 3-3. 所有形態別クラスタ分析

次に、所有形態の三つのクラスタごとに、在院日数の年次推移に関してジョインポイント回帰分析を行った(図 3-4)。

公的クラスタの在院日数は、1974 年の 32.4 日をピークに短縮し 2008 年には 17.2 日になった。統計上の変曲点(join point)は 1980 年、1985 年、1996 年であり、年変化率(annual percentage changes)は 1971 年から 1980

年までが 0.1%、1980 年から 1985 年までが-1.1%、1985 年から 1996 年までが-2.0%、1996 年から 2008 年までが-2.9%だった。

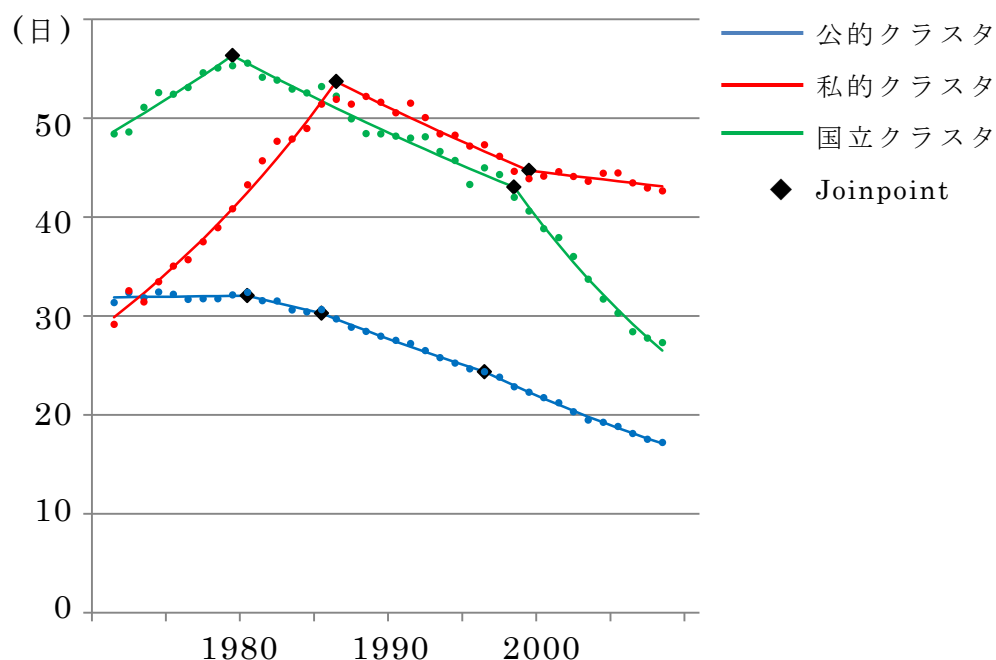


図 3-4. 平均在院日数のジョインポイント分析(所有形態クラスター別)

私的クラスターの在院日数は、大幅に長期化した後短縮化に転じ、1986 年の 53.1 日をピークに 2008 年には 43.1 日になった。変曲点は 1986 年と 1999 年であり、年変化率は 1971 年から 1986 年までが 4.0%、1986 年から 1999 年までが-1.4%、1999 年から 2008 年までが-0.4%だった。

国立クラスターの在院日数も私的クラスターと同じように長期化した後短縮化に転じ、1979 年の 56.4 日をピークに 2008 年には 26.5 日になった。変曲点は 1979 年と 1998 年であり、年変化率は 1971 年から 1979 年までが 1.8%、1979 年から 1998 年までが-1.4%、1998 年から 2008 年までが-4.7%だった。変曲点については、後述する図 3-5 にその年次を示している。

2. 特定の所有形態を対象にした施策

特定の所有形態を対象にした施策は存在しないという仮説を立てたが、第2章第1節2で医療の効率化施策に関わる事項として抽出された91件の事例を検討した結果、二つの所有形態、1)国立病院と14)医療法人を対象にした施策を見出した(図3-5)。

国立病院に向けられた施策とは、1986年の国立病院・療養所の再編成計画および1999年の同計画の見直し、そして2004年の独立法人化である。これらの施策の目的は、国立病院ネットワークの縮小と効率化を図るものであり、各国立病院は高度医療と厚生労働省指定の政策医療を担うものとされた。再編計画には在院日数短縮は目標として明示されていないものの、急性期特化を掲げていることから当然在院日数短縮を目指すことになると思われる。1986年の時点では、国立病院の総施設数236施設のうち138施設は長期療養型の国立療養所だった。2004年の独立法人化によって国立療養所の名称はなくなり、統合や移譲等によって施設数は144施設に減少した。

医療法人に向けられた施策とは、2007年の第5次医療法改正における医療法人制度改革によって創設された社会医療法人である。法人の非営利性を徹底するものであり、親族経営や財産の放棄等の条件を受け入れれば、課税の優遇措置や収益事業を認められる。こちらは2007年に創設された新しい制度で本研究の分析期間中にはその成果を見ることができず、在院日数への影響も判断できない。

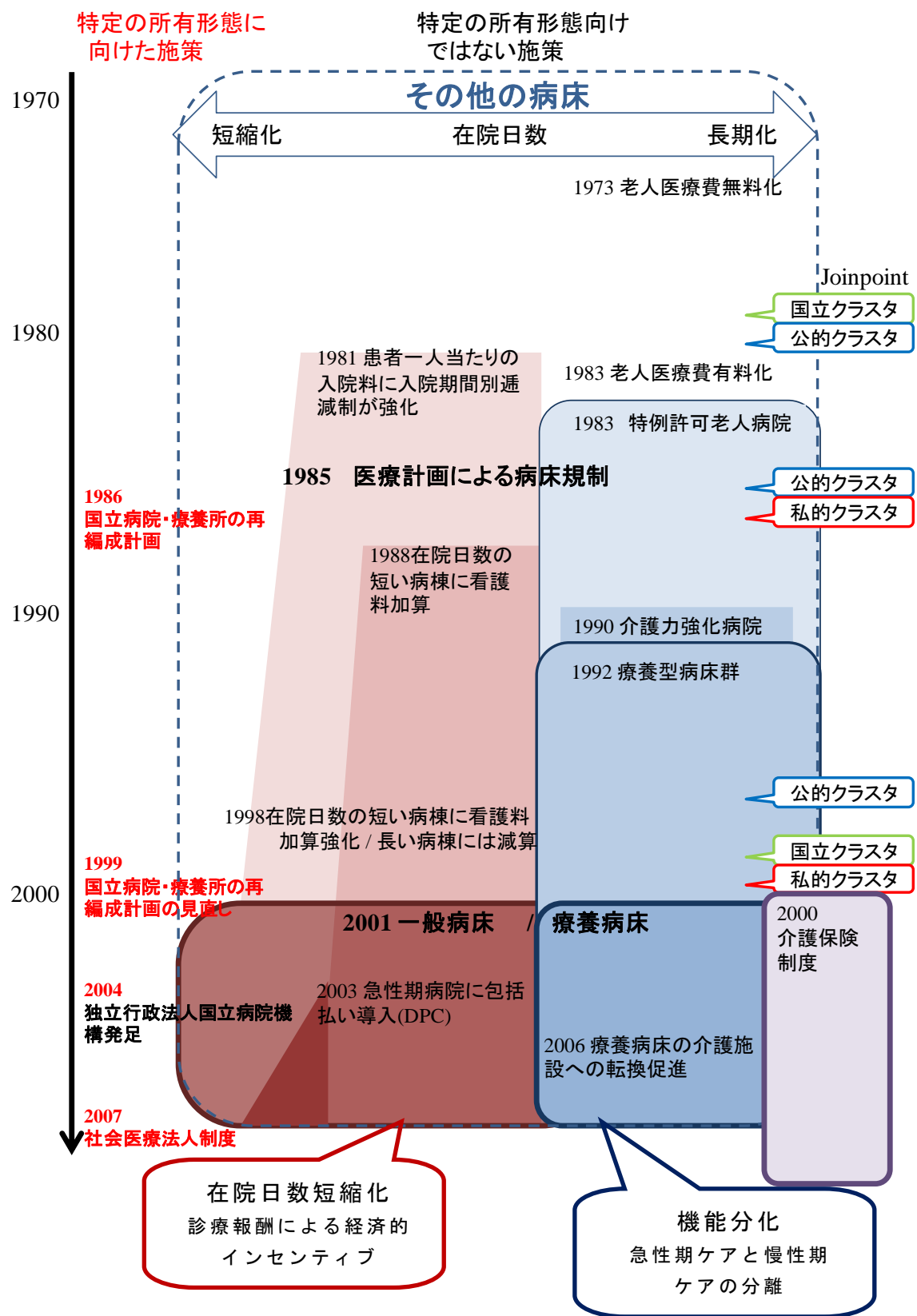


図 3-5. 医療の効率化施策の動向(所有形態別)

これら二つの所有形態に向けた施策は例外的に扱うことができるものであり、それ以外に特定の所有形態に向けた施策は見出せないことから、全病院が同じ施策に反応し得る状況であることが明らかになった。

全病院を対象にした医療の効率化施策に関しては、第2章第1節2において検討した通り二つの主題が見出された(図3-5)。一つは、その他の病床を在院日数の短い病床と在院日数の長い病床とに分離しようとする機能分化であり、もう一つは、経済的インセンティブを与えて在院日数を短縮し急性期ケアへと誘導する在院日数短縮化である。1980年代以降相次いで打ち出された医療の効率化施策に対して、病院経営者たちは、自院の病床の在院日数を短縮化して急性期に向かうのか、あるいは現状維持もしくは長期化して慢性期に向かうのかの経営的選択を繰り返し迫られてきた。医療の効率化施策の二つの主題に病院が反応することで、その他の病床全体の在院日数が短縮していったと推測できる。

3. 施策と在院日数との関連

以上の結果を踏まえて、所有形態クラスタごとの在院日数の年次推移(図3-4)と、医療の効率化施策の動向(図3-5)との間に、何らかの関連性を見出すことができるかどうかを検討する。まず、特定の所有形態に向けられた施策の影響を受けていないことが明らかになった公的クラスタと私的クラスタについて比較検討する。

公的クラスタと私的クラスタの在院日数の年次推移は大きく異なっている。1971年の分析開始時点では、両方の日数はどちらも30日前後だったものが、2008年時点では17日と43日にまで日数が離れている。公的ク

ラストの在院日数の年次推移を見ると、1981 年まではわずかに長期化傾向にあったが、その後は一貫して短縮している。その一方、私的ラストの年次推移を見ると、1987 年まで急激に長期化した後、一転して短縮化に向かっている。1980 年代半ばから 1990 年代までの双方の短縮の程度はほぼ平行しているが、公的ラストの在院日数は私的よりも約 23 日も短い。公的ラストでは 2008 年まで短縮が続いているのに対して、私的ラストの短縮傾向は 2000 年以降緩やかになり、2000 年代の両ラスト間の日数の格差は拡大している。

施策への反応に関しては、公的ラストよりも私的ラストの方が、1970 年代までの医療供給拡大施策により反応したように見受けられる。ここから、社会的入院は主として私的病院に起こったと推測することができる。1985 年の地域医療計画による病床規制は、社会的入院を生み出す要因になったその他の病床の増加抑制を図る施策である。私的ラストにおける 1986 年の変曲点および 1980 年代後半からの在院日数の短縮は、この施策に反応したものと考えられ、公的ラストよりも私的ラストに影響を与えている。

診療報酬点数上の平均在院日数加算の目標値は、2000 年には 25 日だったものが 2002 年には 21 日に、そして 2006 年には 14 日に設定された(日本医師会保険医療課 2010)。公的ラストの在院日数の年次推移はこの目標値を目指して短縮しているようにも見受けられる。あるいは、日数自体の格差はあるものの、他の先進諸国の病院と類似した短縮の年次推移を描いていることから(図 3-1)、医学技術の発展や最新治療の傾向等の(例えば日帰り手術や腹腔鏡下手術)、国際的に共通した医療環境の影響という解釈

もできる。あるいは、公的クラスタに含まれている医育機関が研究教育機能を担っているために、施策への反応を鈍くしたのかもしれない。

2000 年代以降に拡大した公的と私的クラスタ間の在院日数の格差からは、長期ケアの選択をした施設が私的クラスタに多かったと推測することができる。1983 年の特例許可老人病院に端を発して、高齢者長期ケアの領域が病院医療の中に確保されて行った。2001 年には療養病床が設けられ、私的クラスタの多くの病院がこの新しい病床を選んだことにより、在院日数短縮化のペースが緩められたのではないかと推測する。私的クラスタにおける 1999 年の変曲点は、2001 年の療養病床新設を想定した上での反応と捉えることができる。

最後に、国立クラスタの在院日数の年次推移を辿ると、分析開始時点の 1971 年には 48 日と非常に長かったものが 2008 年には 27 日にまで短縮した。その年次推移は公的クラスタと私的クラスタの間を辿るように変化している。在院日数は 1970 年代に長期化し 1980 年代以降短縮化に転じた。この短縮化のペースは、私的クラスタの 1980 年代半ばから 1990 年代までのペースとほぼ一致している。しかしその短縮化傾向は 1999 年代以降いっそう強まり、2000 年代後半には公的クラスタの在院日数に接近している。

国立クラスタの場合も、1970 年代までは私的クラスタのように医療供給拡大施策に反応し、1980 年代以降は公的クラスタへの推測と同じ理由から在院日数短縮化施策に反応したと捉えることもできるだろう。しかし、1980 年代半ば以降の在院日数の短縮化傾向は、国立病院再編成計画の影響を受けている可能性がある。1998 年の変曲点は 1999 年の国立病院・療養所の再編計画の見直しの直前に当たり、1999 年代以降在院日数の短縮傾向が強まったのは、再編計画に基づく急性期特化や独立法人化の影響が考えられる。

国立病院再編成計画という強力な施策の効果ということもできるが、国立病院には異なる反応の余地はないために、今回の分析には当てはまらない。

第 4 節 考察

1. 所有形態による施策への反応の違い

本章研究 1 では、所有形態ごとに在院日数の年次推移を分析し、私的病院と公的病院とでは医療の効率化施策への反応が異なると仮定して、施策と在院日数の変化との関連性を検討した。

過去 40 年間の日本の病院における平均在院日数の年次推移は、他の先進諸国のものとはきわめて異なっている(図 3-1)。一般的には、1980 年代以降の急激な在院日数短縮は、在院日数短縮化施策に病院が反応した結果だと考えられている(藤田 1994, Campbell et al.1998; Tatara et al.2009)。しかし本研究の分析の結果、日本の病院の所有形態は非常に多様であり(Roemer 1991, Yoshikawa et al.1996)、病院全体としては在院日数が短縮化していても、所有形態ごとの在院日数はきわめて異なる変遷を辿ってきたことが明らかになった(図 3-2)。在院日数の年次推移が所有形態によって異なるのは、病院行動モデルに従えば、所有形態ごとに病院が異なる目的を掲げて異なる行動を取ったためであるという推測ができる。在院日数の年次推移のクラスタ分析を行い、公的病院のクラスタと私的病院のクラスタとに分け、さらに、国立病院を独自のクラスタとした(図 3-3)。ジョインポイント分析では、三つのクラスタがそれぞれ特徴的な在院日数の年次推移を辿ることが明らかになった(図 3-4)。特に私的クラスタの在院日数の年

次推移は、公的クラスタとも国立クラスタとも、ましてや他の先進諸国の病院とも異なっていた。

医療の効率化施策の歴史的分析を行った結果からは、一連の国立病院再編計画と直近の医療法人制度改革を例外として、特定の所有形態に向けられた施策は見出せなかった(図 3-5)。おそらく、前者の国立病院再編計画に関しては、国立病院が独自の在院日数の年次推移を辿ることになった要因であり、この再編計画によって独自の在院日数短縮が遂げられたと考えられる。開設者である厚生労働省が国立病院に直接的な強制力を持つことは大いに想定し得ることであり、国立病院の存在自体が国の政策を反映したものであるいうことができる。後者の医療法人制度改革に関しては、2007年に新たに設けられた制度であり、本研究の1971年から2008年という研究期間内にその効果を検証することはできなかった。したがって、上記の施策以外は全病院を対象にした施策であり、すべての所有形態の病院が同じ施策に反応し得る状況であることが明らかになった。

医療の効率化施策における二つの主題、機能分化と在院日数短縮化に関して、在院日数の年次推移の量的分析の結果を当てはめてみると、公的クラスタよりも私的クラスタの病院の方が、機能分化に関わる施策により強く反応してきたと考えられる。1970年代には医療供給拡大施策に反応して高齢者ケアに進出した結果、在院日数が長期化した。1980年代半ば以降の急激な短縮化は病床規制への反応であろうと推測する。2000年代以降の短縮傾向の鈍化は、継続して高齢者の長期ケアを選択した病院群と、急性期ケアを選択して在院日数短縮化に向かう病院群とに分かれていった経過を示すと見ることができる。この解釈に基づくと、私的クラスタの病院は一連の機能分化に沿った行動を取ってきたと考えられる。この解釈は、私的

病院の方が利潤極大化を目的とした選択をする傾向が強いという病院行動モデルにも当てはまる。

しかしながら、個々の病院が医療の効率化施策に敏感に反応した結果として、医療提供体制全体からは制度上の非効率を引き起こしている可能性が生じる。私的病院の施策への反応については、病院の実態を把握したうえで詳細を検討する必要がある。

公的クラスタの在院日数の年次推移は、診療報酬点数上設定された平均在院日数加算の目標値を追従しているように見える。ここから、公的クラスタの病院も利潤極大化を目的として行動しているという解釈もできるだろう。しかし、在院日数の短縮には様々な要因が影響しており(Solan et al.1986, Clarke 1996, Muramatsu et al.1999, Yasunaga 2013)、さらなる検証が必要である。本研究が依拠する病院行動モデルに当てはめると、公的クラスタの病院の在院日数短縮傾向は、利潤極大化ではなく理念・職業倫理を重視した行動の結果であるという解釈も可能である(Newhouse 1970, McPake et al.2002)。1980年代初頭から社会的関心が強まった医療費抑制論を契機に、公的クラスタの病院は社会的使命を持って在院日数短縮に取り組んできたと捉えることもできる。

以上の結果から本章第1節の目的で仮定した通り、利潤を重視する私的クラスタの病院と理念・職業倫理を重視する公的クラスタの病院とでは、施策への反応が異なることが明らかになった。

2. 研究の限界

本研究では、医療の効率化施策への病院の反応を検討するために、機能分化と在院日数短縮化という二つの主題を設定して分析を行った。しかし、分析を進めるにつれ、二つの主題の区分は曖昧になっていった。当然ながら、この二つの主題は相互に関連している。国は、機能分化を促進するための手段として在院日数を目標値として設定して誘導し、施策を受け止める側の病院は、在院日数を短縮するために機能分化を検討してきた。私的病院に現れた機能分化への反応の強さは、同時に在院日数短縮化に反応した動きと捉えることも可能である。また、公的病院の在院日数の年次推移が在院日数短縮化施策に反応したものかどうか判断できなかったのは、公的病院の機能分化が私的病院よりも進んでおり、その時々機能分化施策に反応する必要がなかった現れと捉えることも可能である。

本研究の分析においては、約 40 年間の長期に亘って所有形態別の在院日数の年次推移を辿ることができる唯一のデータだったために、その他の病床データを用いた。しかし、その他の病床には療養病床も含まれることから、分析結果の解釈に不確定部分が多く残ることになった。2001 年の一般病床と療養病床の分離以降の各病床の在院日数を分析することで、さらに詳細な所有形態ごとの在院日数の変化が判明するかもしれない。

先述の通り、病院の平均在院日数の変化には多くの要因が影響している (Solan et al.1986, Clarke 1996, Muramatsu et al.1999, Yasunaga 2013)。需要側の要因としては、入院患者の年齢構成や疾病構造、地域の高齢化率や介護ニーズ、社会経済的状況等が、供給側の要因としては、病院の診療技術レベルや管理能力、医師看護師の業務量や地域の医療資源等が考えら

れる。しかし本研究では需要側の要因については一切掌握しておらず、供給側の要因に関しても、病院数および病床数について断片的に触れたのみである(表 3-1)。さらに本研究は、医療制度改革が病院マネジメントに及ぼす影響までは分析していない。平均在院日数の増減要因を分析することは本研究の主旨ではないために、多方面での情報収集は行わなかった。施策との関連性のみに着目し在院日数の変化を長期に追跡した点が、本研究の特徴である。

第 4 章 研究 2. 機能分化施策と私的病院の形態の変遷

第 1 節 目的

研究 1 の在院日数の年次推移の分析においては、公的クラスタよりも私的クラスタの病院の方が在院日数の変動が著しく、その変動は施策に反応したものであることが示唆された。さらに、私的クラスタの病院の在院日数の年次推移の変化には機能分化施策の影響が大きいと推測できることから、1970 年代に発生した社会的入院が 1980 年代以降も形を変えて受け継がれ、病院医療の非効率が生じている可能性が示唆された。

1980 年代以降の一連の機能分化施策によって私的病院は経営上大きな影響を受けてきたと、多くの関係者は受け止めている(木村他 1987, 川渕 1993, 石井 1994)。公的病院は、一般会計からの繰り入れや補助金によって病院経営を維持している。それに対して私的病院の財源は原則的に医業収入しかなく経営基盤が脆弱である(一条 2000)。私的病院は、公的病院と比較して病床規模が小さく、人員配置、医療機器配置にも格差がみられる(福島他 1998, 貫名他 1998)。資本が小さく強力な財政支援が望めない私的病院は、公的病院よりも施策や診療報酬点数による誘導に敏感に反応せざるを得ない、あるいは施策に翻弄されてきたという意見もある(高木 2005, 小山田他 2004, 伊藤 2010)。しかしそれらはあくまでも一般論や経験則に基づいた議論であり、第 2 章第 2 節 3 と第 2 章第 3 節 1 で示した通り、私的病院の施策に対する反応と行動を実証的に分析した研究の報告はほとんど見られなかった。

そこで研究 2 では私的病院に着目し、機能分化施策に対する私的病院の反応と実態についてさらに詳細に検討する。施策に対して私的病院がどのように反応し、病院形態を変化させてきたのかを、機能分化施策が強化された 1990 年代後半から現在までの期間で検討する。

研究 1 では所有形態ごとの施策への反応を見るために、平均在院日数というデータを用いた。これによって長期間の病院の反応を追跡することが可能になったが、在院日数は全病院の統計データから算出した数値であり、そこから個別の病院の変化を読み取ることはできなかった。研究 2 では個別の病院の実態を把握するために、特定地域の個々の病院を対象にした調査を実施した。今回行った質問紙調査は、1998 年に福岡県で実施した質問紙調査(長谷川 1999)の繰り返し調査として位置付けられる。前回調査において筆者は、調査票回収と補足的インタビュー調査および集計分析を担当した。この繰り返し調査によって 1998 年当時から 2012 年現在に至るまでの、病院単位での形態の変化を辿ることが可能になった。

尚、本研究でいう私的病院とは、研究 1 の分析結果において私的クラスターに属す所有形態のことであり、厚生労働省統計情報部の開設者分類における医療法人と個人を指す。

第 2 節 方法

1998 年に福岡県下の私的病院を対象に「病院の発展プロセスについてのアンケート調査」を実施した。平成 9 年度厚生科学研究費補助金健康政策調査研究事業「地域需要からみた医療供給体制に関する研究」(研究代表者

松田朗)の一環として行ったもので、私的病院の発展経緯の実態把握を目的とした。本調査実施に当っては、社団法人福岡県私設病院協会の全面的な協力を得た。福岡県私設病院協会は、「医師会及び他の関係団体との連携を蜜にし、会員協会の経営安定を図る」(福岡県私設病院協会 2014)ことを目的に 1962 年に設立された団体である。2012 年時点で福岡県下の医療法人、個人、社会福祉法人、その他の病院が 227 施設加盟している。

この調査は、福岡県私設病院協会の加盟病院全数に対する郵送自記式による質問紙調査であり、調査項目として、病院の概要、沿革、病床規模の年次変化、調査時の病院形態と将来展望等を尋ねた。当時の加盟病院 237 施設に調査票を郵送し 158 施設から回答を得、回収率は 66.7%だった。調査結果は学会発表を行ったうえで(加藤他 1999)、論文としてまとめ(加藤他 2000)、医師個人が診療所もしくは小規模病院を立ち上げ、時代の変化と共に規模を拡大してきた過程を、一地域の事例として定量的に把握することができた。

1998 年の調査情報はデータベース化して保管しており、病院単位で追跡することが可能であった。そこで、同じ福岡県下の私的病院を対象にした繰り返し調査を実施して、前回と今回のデータを連結することで、1998 年当時から 2012 年現在に至るまでの病院単位での形態の変化を辿ることにした。

福岡県における調査が実現したのは、1998 年当時の福岡県私設病院協会長から本研究に対する理解と協力を得られたためである。福岡は「医療制度の改変に鋭敏な地域」(フェイズ・スリー 2007)という評判からもわかるように、民間病院の勢力が強い地域とみなされている。病院の発展過程を追跡するという先駆的調査を行うのに適していると判断した。

1998 年調査の繰り返し調査として 2012 年に、同じ手順で福岡県私設病院協会の加盟病院全数に対して郵送自記式による質問紙調査を実施した。今回の調査における質問項目作成においては、データセットの連結のために 1998 年調査における質問項目を継続して用いる必要があり、前回調査の調査票をほぼ踏襲した。ただし、質問項目の妥当性を高めるために、複数の福岡県私設病院協会員に質問紙チェックを依頼して見解を求め、内容が現実に即していることを確認した。

質問項目としては、病院の概要、沿革、病床規模の年次変化、調査時の病院形態と将来展望等を尋ねた。新たに追加した項目として自由記述用の質問紙を追加し、機能分化施策等に対する意見を尋ねた。経営方針及び施策への対応を問う内容であるために、本質問紙調査への回答は「病院経営に携わる方」にお願いすると依頼状に明記した。

現在と将来の病院形態に関する質問項目については、1998 年調査と 2012 年調査ともに同じ形式を取り、「現在の形態」と「将来展望」に関して次の 7 項目の一つを選択するように求めた。

- ①急性期の総合病院
- ②急性期の専門病院
- ③急性期で外来中心の病院
- ④ケアミックス型の病院
- ⑤慢性期で長期入院ケア中心の病院
- ⑥療養型で在宅支援・外来中心の病院
- ⑦その他

選択項目の①から⑥までは、いわゆる急性期から慢性期に至る区分であるが、高度で重装備の設備投資が必要な施設から軽装備の施設まで、装備

の程度の順に並べている。急性期と慢性期の中間に位置するケアミックス型は、一般病床と療養病床を併せ持つ病院のことである。質問紙では項目に関する説明は与えていない。7つの選択項目の設定には曖昧さが残るが、1998年からの継続性を優先するためにあえて修正は加えなかった。ただし、2012年調査実施に際しては、筆者と別の研究者(MK, TH)とでディスカッションを行い、さらに複数の福岡県私設病院協会員に質問紙チェックを依頼して見解を求めて、質問項目の内容が現実在即していると判断した。

また、2012年調査における新たな追加項目として、機能分化施策等について以下の要領で質問項目を示し、理由は自由記載とした。

設問) 医療法改正と診療報酬誘導で、急性期と長期病床の分離が図られてきましたが、この機能分化施策についてどう思われますか。

☐ 考え方(方針)は正しい ☐ 誤っている
└─┐
 ☐ 具体的なやり方は正しい ☐ 誤っている

病院経営者の施策に対する見解においては、総論賛成各論反対という議論がしばしば見受けられる(斎藤他 1994, 小山田他 2004, 吉川他 2009)。本研究において施策に対する病院の反応を検討する際には、各論レベルで見解が対象になるが、国の機能分化施策そのものに対する見解についても踏まえておく必要があると考え、施策に対する見解を二段階に分けて問うことにした。設問設定に際しては、上記参考文献において用いられる表現を参考にした。そして、複数の福岡県私設病院協会員に質問紙チェックを依頼して見解を求め、質問項目が現実在即していると判断した。

以上の経過を経て質問紙調査を作成し調査を行った。収集したデータから、1998年と2012年の調査の両方に回答を得た病院を対象に、各病院の

90年代後半から2012年現在に至る病院の形態と将来展望についてクロス集計を行った。また、施策に対する見解をテキスト化して病院形態との関連性を検討した。

第3節 結果

1. 対象病院の概要

2012年調査では福岡県私設病院協会加盟の病院227施設に調査票を郵送し、108施設から回答を得た。回収率は46.7%だった。1998年、2012年調査ともに回答した病院は91施設であった。そのうち社会福祉法人の1施設は分析から除外し、90施設を分析対象とした。

分析対象90施設の2012年調査時点での属性に関しては、所有形態別にみると、医療法人が72施設、社会医療法人が7施設、特定医療法人が5施設、特定・特別医療法人が1施設、個人立病院が5施設だった(表4-1)。病床規模別にみると、50床から299床までの病院が75.6%を占めた。この分布パターンは、福岡県全病院の病床規模別の分布と大きく変わらないものになっている(厚生労働省大臣官房統計情報部2012)。開設年別にみると、1950年以降開設が増え1960年代の開設が多数を占めた。

福岡県下の市町村のうち地方自治法に定められた政令指定都市である福岡市と北九州市を指定都市部とし、それ以外の市町村を非指定都市部として、対象施設の所在地をみると、前者にある病院が47施設、後者にあるのが43施設だった。

表 4-1. 対象病院の概要

a.経営主体別

	総数	指定都 市部※	非指定 都市部 ※※
医療法人	72	35	37
社会医療法人	7	5	2
特定医療法人	5	3	2
特別医療法人	0		
特定・特別医療法人	1	1	
個人	5	3	2
計	90	47	43

c.開設年度別

	総数	指定都 市部※	非指定 都市部 ※※
1900～			
1910～	2	2	
1920～	2	2	
1930～	5	3	2
1940～	10	4	6
1950～	15	9	6
1960～	27	12	15
1970～	15	7	8
1980～	14	8	6
1990～			
2000～			
計	90	47	43

b.病床規模別

	対象病院			福岡県※※※
	総数	指定都 市部※	非指定 都市部 ※※	総数
20～49床	8	6	2	44
50～99床	20	9	11	100
100～199	28	17	11	159
200～299	20	9	11	89
300～399	7	2	5	38
400～499	2	2		14
500～599	2	1	1	10
600～699	2	1	1	6
700～799				1
800～899				
900床以上	1		1	5
計	90	47	43	466

※福岡市と北九州市

※※福岡市と北九州市以外の福岡県の市町村

※※※福岡県全病院の病床規模を比較対照のために掲示

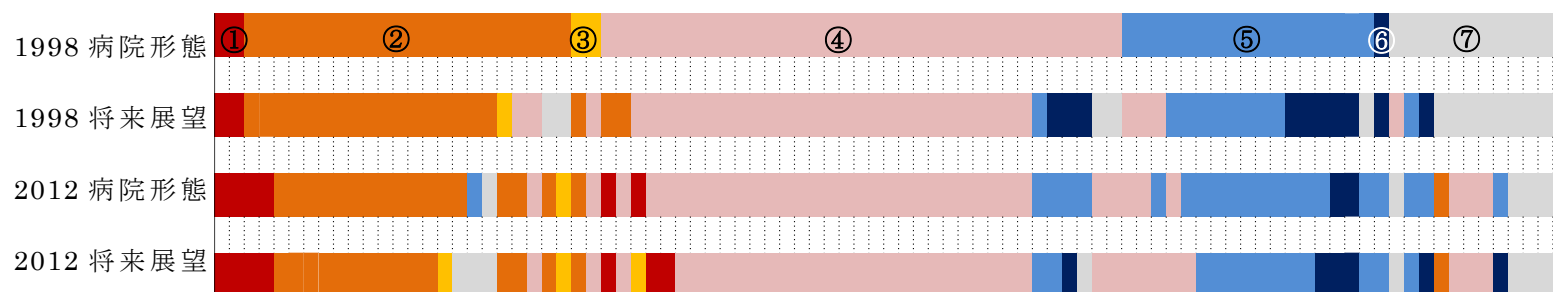
出典：平成 24 年医療施設調査(動態調査)・
病院報告(2014)

2. 病院形態の変遷

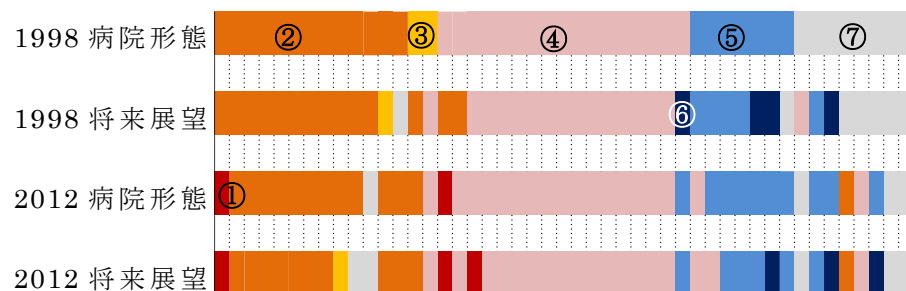
各施設が回答した 1998 年の病院形態と将来展望および 2012 年の病院形態と将来展望の変遷を見ると、いずれの質問水準においてもケアミックス型病院の回答が約 4 割を占めた(図 4-1a)。全質問水準に一貫して「ケアミックス型の病院」と回答した病院は 24 施設(26.7%)だった。

四つの質問水準のうち 2012 年の病院形態の内訳を見ると、急性期群(①②③)が 25 施設(27.8%)、ケアミックス型(④)が 37 施設(41.1%)、慢性期群(⑤⑥)が 23 施設(25.6%)だった。さらに、2012 年の病院形態を指定都市部と非指定都市部とに分けて比較すると、②急性期専門病院の占める割合においてもっとも差が開いており、都市部では 27.7%なのに対して非都市部では 11.6%だった(図 4-1b、図 4-1c)。

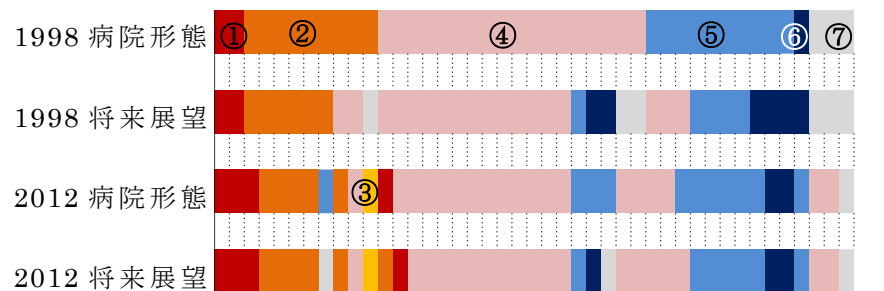
1998 年と 2012 年の病院形態をクロス集計した結果、いずれの年次でも①から⑥までの項目を回答した病院は 78 施設だった(表 4-2a)。そのうち 1998 年から 2012 年の間に形態が変化した病院は 19 施設(24.4%)で、急性期方向へ変化した病院は 9 施設、慢性期方向へ変化した病院は 10 施設であった。その一方、1998 年当時の形態を 2012 年も維持している病院は 59 施設(75.6%)で、内訳ではケアミックス型の病院が 29 施設(49.2%)と最も多かった。



a. 全病院 (N=90)



b. 指定都市部 (N=47)



c. 非指定都市部 (N=43)

- ①急性期の総合病院
- ②急性期の専門病院
- ③急性期で外来中心の病院
- ④ケアミックス型の病院
- ⑤慢性期で長期入院ケア中心の病院
- ⑥療養型で在宅支援・外来中心の病院
- ⑦その他・無回答

図 4-1. 病院形態と将来展望の変遷(1998/2012)

1998 年当時の病院形態と将来展望をクロス集計した結果、どちらとも①から⑥までの項目を回答した病院は 74 施設だった(表 4-2b)。そのうち 1998 年当時とは異なる形態を将来展望として掲げた病院は 19 施設(25.7%)で、急性期方向への展開を目指した病院は 6 施設、慢性期方向を目指した病院は 13 施設であった。その一方、当時の形態をそのまま維持するとした病院は 55 施設(74.3%)であり、その内訳ではケアミックス型の病院が 27 施設(49.1%)と最も多かった。

1998 年当時の将来展望と 2012 年の病院形態をクロス集計した結果、いずれの年次も①から⑥までの項目を回答した病院は 75 施設だった(表 4-2c)。そのうち 1998 年当時の将来展望と 2012 年時点の病院形態が一致しない病院は 18 施設(24%)で、1998 年当時の展望よりも急性期方向へ変化した病院は 15 施設(20%)、慢性期方向へ変化した病院は 3 施設(4%)であった。その一方、1998 年当時の展望の通りになった病院は 57 施設(76%)で、その内訳ではケアミックス型の病院が 30 施設(52.6%)と多数を占めた。

2012 年現在の病院形態と将来展望のクロス集計の結果、どちらとも①から⑥までの項目を回答した病院は 82 施設だった(表 4-2d)。そのうち現在とは異なる形態を将来展望として掲げた病院は 10 施設(12.2%)で、急性期方向を目指す病院は 4 施設、慢性期方向を目指す病院は 6 施設であった。その一方、現在の形態を今後も維持するという病院は 72 施設(87.8%)で、その内訳ではケアミックス型の病院が 35 施設(48.6%)と多数を占めた。

表 4-2. 病院形態と将来展望の変遷(1998/2012)

a.1998年の病院形態と2012年の病院形態										
1998年の形態	2012年の形態									
	①※	②	③	④	⑤	⑥	小計	⑦	無回答	合計
①急性期総合	2	※※					2			2
②急性期専門	2	16	1	1	1		21		1	22
③急性期外来		1		1			2			2
④ケアミックス	2			29	4		35			35
⑤慢性期長期				3	12	2	17			17
⑥療養型在宅					1		1			1
小計	6	17	1	34	18	2	78			
⑦その他				1	2			2		5
無回答		1		2	1				2	6
合計	6	18	1	37	21	2		2	3	90

b.1998年の病院形態と1998年の将来展望										
1998年の形態	1998年の展望									
	①	②	③	④	⑤	⑥	小計	⑦	無回答	合計
①急性期総合	2						2			2
②急性期専門		17	1	2			20		2	22
③急性期外来		1		1			2			2
④ケアミックス		2		27	1	3	33		2	35
⑤慢性期長期				3	8	5	16	1		17
⑥療養型在宅						1	1			1
小計	2	20	1	33	9	9	74			
⑦その他						1		4		5
無回答				1	1				4	6
合計	2	20	1	34	10	10		5	8	90

c.1998年の将来展望と2012年の病院形態										
1998年の展望	2012年の形態									
	①	②	③	④	⑤	⑥	小計	⑦	無回答	合計
①急性期総合	2						2			2
②急性期専門	3	14		1	1		19		1	20
③急性期外来		1					1			1
④ケアミックス	1	1		30	1		33		1	34
⑤慢性期長期				1	9		10			10
⑥療養型在宅					8	2	10			10
小計	6	16	0	32	19	2	75			
⑦その他				1	2			2		5
無回答		2	1	4					1	8
合計	6	18	1	37	21	2		2	3	90

d.2012年の病院形態と2012年の将来展望										
2012年の形態	2012年の展望									
	①	②	③	④	⑤	⑥	小計	⑦	無回答	合計
①急性期総合	5	1					6			6
②急性期専門		16	1				17		1	18
③急性期外来			1				1			1
④ケアミックス	2			35			37			37
⑤慢性期長期				2	13	4	19	1	1	21
⑥療養型在宅						2	2			2
小計	7	17	2	37	13	6	82			
⑦その他								2		2
無回答									3	3
合計	7	17	2	37	13	6		3	5	90

※ 項目は左列の番号と同じ

※※ 黒い欄は形態に変化がなかった施設数。ただし、①から⑥までの回答で、「⑦その他」と無回答は除く。

3. 機能分化施策に対する見解

2012 年調査における機能分化施策に対する見解については、対象病院 90 施設中、考え方は正しいと答えた病院が 52 施設(57.8%)、考え方が誤っていると答えた病院が 8 施設(8.9%)で、残りは無回答であった(表 4-3)。

表 4-3. 機能分化施策に対する見解

		「自由記述」の要約
考え方は正しい 52	具体的なやり方は正しい 21	急性期は社会保障費増大に対応した施策が必要、長期は退院後の受入先確保と合併症に伴う病床が必要 病院ごとの住み分けは必要 医療費削減のためには必要 医療材料の使用額など大きく異なるので分離せざるをえない 世間の病院の実態を考えると納得 点数配分について理解できない点がある 都心部と地域では、病床分離の合理性が異なる
	具体的なやり方が誤っている 14	急性期と長期病床の中間に位置する医療提供の充実が必要 医療と介護の役割分担をもう少し明確にすべき 点数設定の基準があいまい、経済誘導が強すぎる、治療の重要が低く評価されている 診療医療情報を有機的に共有できる仕組みの整備と周知が不十分 長期入院の患者・家族の彷徨 全体的なマンパワー不足が解決しない中での改正には無理があり、むしろ急性期に切り込むべき 機能分離は画一的ではなく地域の状況に応じて考えていくべき 都市部と地域における医療提供体制の一元的整理は非現実的。介護保険における在宅サービスの充実を優先するべき
	無回答 17	長期(慢性期)を整備してから急性期を整備するべき 診療報酬点数誘導は全て正しいとは思わないが方法の一つ 呼吸主体の病院だが受皿がない
考え方が誤っている 8		現状を見た上での判断とは思えない。財政の伴わない地方は長期病床からの出口はなく、その結果急性期の出口もなくなる その間をつなぐ地域一般病院、亜急性期機能、地域救急機能の評価と位置づけがなされなければ机上の空論 地域性や人口増減など流動性もあり法律で決めることではない。点数誘導にとどめ各医療機関の判断に任せるべき 本県における長期病床の適切な数量が不明 地域医療では、都会ほど分離できない 日本全国すべて同じではない。当院のようなところはケアミックスをするしかない
無回答	30	
計	90	

考え方は正しいと回答した 52 施設中、具体的なやり方も正しいと答えた病院が 21 施設、考え方は正しいが具体的なやり方が誤っていると答えた病院が 14 施設であった。

考え方も具体的なやり方も正しいと答えた 21 施設における 2012 年現在の病院形態の内訳は、①急性期の総合病院が 3 施設、②急性期の専門病院が 1 施設、③急性期で外来中心の病院が 1 施設、④ケアミックス型の病院が 10 施設、⑤慢性期で長期入院ケア中心の病院が 5 施設、不明が 1 施設だった。自由記述欄に示された意見としては、「病院ごとの住みわけは必要」「医療費削減のためには必要」「材料費などが異なり分離せざるを得ない」「病院の実態を考えると納得」等の意見があった。

考え方は正しいが具体的なやり方が誤っていると答えた 14 施設の病院形態の内訳は、①急性期の総合病院が 1 施設、②急性期の専門病院が 4 施設、④ケアミックス型の病院が 6 施設、⑤慢性期で長期入院ケア中心の病院が 2 施設、⑥療養型で在宅支援・外来中心の病院が 1 施設だった。自由記述欄の意見としては、「急性期と長期病床の中間に位置する医療提供の充実が必要」「医療介護の役割分担を明確にすべき」「点数設定の基準があいまいで経済誘導が強すぎる」「診療医療情報を有機的に共有できる仕組みの整備と周知が不十分」「全体的なマンパワー不足が解決しない中での改正には無理がある」「地域の状況に応じて考えていくべき」等があった。

考え方が誤っていると答えた 8 施設の病院形態の内訳は、①急性期の専門病院が 3 施設、④ケアミックス型の病院が 5 施設だった。自由記述欄の意見としては、「現状を見た上での判断とは思えない」「地域一般病院、亜急性期機能、地域救急機能の評価と位置づけがなされていない」「地域性や人口増減など流動性もあり法律で決めることではない」「長期病床の適切な数量が不明」「都会ほど分離できない」等の意見だった。

1998 年から 2012 年の間に形態が変化した病院のうち、いずれの年次も①から⑥までの項目を回答した病院 19 施設に関して、機能分化施策への

回答をみると、考え方は正しいと答えた病院が 14 施設(73.7%)、考え方が誤っていると答えた病院は 0 施設、残りは無回答だった(図 4-2b)。考え方は正しいと回答した 14 施設のうち、具体的なやり方は正しいと答えた病院が 6 施設、誤っていると答えた病院は 6 施設であった。

1998 年当時の形態を 2012 年も維持している病院のうち、いずれの年次も①から⑥までの項目を回答した病院 59 施設に関して、機能分化施策への回答をみると、考え方は正しいと答えた病院が 33 施設(55.9%)、考え方が誤っていると答えた病院が 7 施設(11.9%)、残りは無回答であった(図 4-2c)。考え方は正しいと答えた 33 施設のうち、具体的なやり方は正しいと答えた病院が 13 施設、誤っていると答えた病院が 7 施設であった。

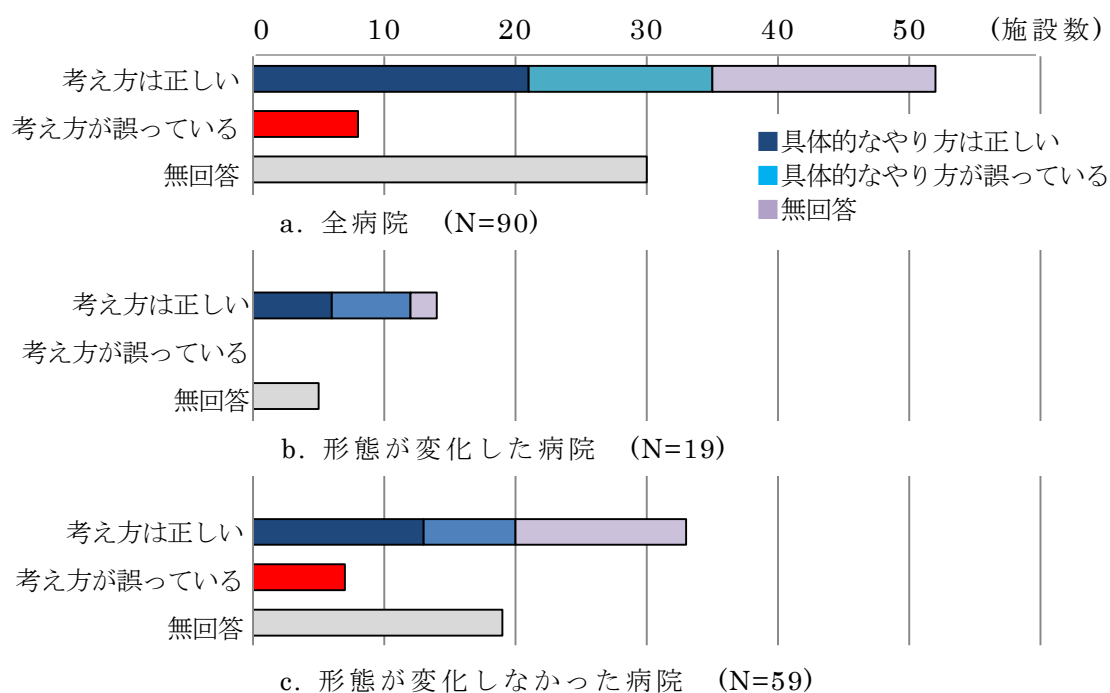


図 4-2. 機能分化施策に対する見解

第 4 節 考察

研究 2 では、一連の機能分化施策に対する私的病院の反応を検討するために、機能分化施策が強化された 1990 年代後半から今日までの私的病院の病院形態の変遷を、特定地域における質問紙調査を基に検討した。

1998 年から 2012 年までの病院形態の変遷を辿ると、24.4%の病院で形態が変化していた。しかし、対象施設全体の形態の割合を見ると 1998 年と 2012 年では大きな変化は見られず、長期入院型病院の割合が若干増えた程度であり、これらの病院が機能分化施策に敏感に反応したとは言い難い結果になった。

本研究の対象病院に関しては形態が変化しなかった病院が多数であり、そのうちの半数が自らをケアミックス型と位置付けている。過去の形態も、当時の将来展望も、現在の形態も、さらにこれからの将来展望もケアミックス型と回答した現状維持派が 26.7%を占める。しかし、形態が変化した病院も少数ながら存在した。機能分化施策に対する見解を分析すると、形態が変化した病院の方が肯定的な見解が多く、施策を受け入れる傾向が認められた。

滞留するケアミックス型を中心に置いて、急性期と慢性期への 2 方向の変化が認められた。過去から現在そして将来への病院形態の変遷を辿ると、急性期あるいは慢性期への機能分化の途上にあるが、そのどちらにも移行しない中間層が大量に存在している状況と言える。

形態が変化しなかった病院の多数を占めるケアミックス型を未分化の病院と仮定すれば、ケアミックス型の存続自体が、私的病院が機能分化施策

に反応していない証と見ることもできる。ここに、病院医療の非効率の所在が示唆できる。

1. 医療環境

第1回質問紙調査を実施した1998年当時、病院を取り巻く医療環境は激しく変化していた。その前年1997年の健康保険法改正で患者負担増となり一時的な受診抑制が生じていた。1998年の診療報酬改定は実質1.3%引き下げとなり、入院料、看護料等に厳しい平均在院日数要件が設定された。1998年の平均在院日数は総病床では40.8日、医療法人病院では65.1日だった(平成10年病院報告)¹²。1992年に制度化された療養型病床群が急増した時期であり(週刊社会保障1999)、いわゆるケアミックス型病院においては、一連の改編は長期入院の老人が多い一般病棟を療養型病床群に転換させる誘導策と見なされていた(清水1999)。2000年の介護保険制度施行を目前にして、療養型病床群への転換を図るべきか、さらには医療保険適用と介護保険適用病床の区分けをどうするかが経営上の課題となっていた(小笠原1999)。

その当時、1998年時点での調査対象病院の将来展望を見ると、25.7%の病院が当時の形態とは異なる形態を掲げており、ケアミックス型あるいは長期入院型から在宅外来型への転換を目指した施設が多かった。当時の私的病院においては、機能分化施策に従って将来的な展開を図ろうとしていた可能性がある。

¹² 2012年の平均在院日数は総病床では31.2日、医療法人病院では55.9日である(平成24年病院報告)。

1980年代半ば以降機能分化施策が打ち出されたのに伴い、最終ゴールとなる在宅医療への布石が打たれ始めた。1986年の診療報酬改定において在宅医療の推進が打ち出されたのを端緒に、1988年には在宅患者の訪問看護が診療報酬の対象となり(日本訪問看護振興財団 2002)、1994年には老人保健法改正により老人訪問看護制度が創られた(田城 2010)。

2000年代に入ると、医療法改正と診療報酬改定によって機能分化施策がいっそう明確に打ち出されるようになり、医療費適正化施策が強化されて診療報酬の改定率は低く抑えこまれた。医療経営環境は厳しさを増し、多くの小規模医療法人・個人立病院において、経営破綻や後継者難による廃院や経営統合が起こっているという報告がある(厚生労働省医政局委託 2012)。

2000年介護保険法成立によって、訪問看護ステーションは居宅サービス事業所の一つとして位置づけられた。2006年には在宅療養支援診療所が設立され、在宅医療の推進に向けての体制整備が始まった。一連の機能分化施策の流れを受けて、介護報酬との同時改定となった 2012 年の診療報酬改定においては、地域包括ケアシステムの基盤整備のために、医療と介護の役割分担と地域連携体制の強化が重点課題として掲げられた。在宅医療の体制整備が進み、在宅療養支援病院に人員や実績等の機能を強化した区分が追加された(日経ヘルスケア 2012)。本研究の質問紙調査を実施したのは、この改定交渉が大詰めを迎えていた 2012 年 3 月であり、在宅医療の推進及び地域包括ケアシステムの実現に向けた第一歩という位置づけがなされていることは、病院関係者にも明確に示された時期だった。

ところがこの 2012 年調査においては、現在の病院形態とは異なる形態を将来展望に掲げた病院は 12.2%に留まり、今後も現在の形態のままとす

る現状維持派が大半を占めている。機能分化施策の強化に対する病院の反応を想定できるような変化は認められなかった。

2. ケアミックス型病院

ケアミックス型病院の存続理由として、地域特性の影響を勘案することもあるだろう。2012 年調査において、機能分化施策に対する反対意見の自由記載欄には、地域の実情を反映していないという意見が多数寄せられた。急性期専門病院が占める割合は、指定都市部で 30.2%を占めるのに対して非指定都市部では 11.9%である。一般的に、医療資源が集中している都市部では機能分化の選択肢があるため急性期の専門病院は存続できるだろう。その一方、医療資源に乏しい非都市部では選択肢は限られている。医療過疎地域においてはケアミックス型病院が地域医療を支えており、地域住民の支持を得ている可能性がある。病院単体としては機能未分化であっても、地域の医療福祉資源としては多機能な役割を担う施設と見なすこともできるだろう。

3. 急性期病院と慢性期病院

ケアミックス型の現状維持派が多数を占める一方で、急性期総合病院は 1998 年の 2 施設から 2012 年には 6 施設に増加している。1998 年当時総合病院だった 2 施設は、当時の病院形態から 2012 年時点の将来展望まで一貫して急性期総合病院と称している。ところが 2012 年に新たに登場した 4 施設は、1998 年当時は将来の展望として急性期総合病院を目指してい

なかった。2000 年代以降の機能分化施策が形態変化の要因になったかどうかについては今後詳しい検討が必要であるが、可能性としては経営統合等の外部要因による変化が想定される。

急性期群およびケアミックス型の病院と比べて、慢性期の病院群では形態の変化がより乏しく、施策に対する反対意見も少なかった。1998 年当時、療養型で在宅支援、外来中心の病院を目指すとした病院 10 施設のうち、2012 年現在この形態になったのは 2 施設のみで、8 施設は慢性期で長期入院ケア中心の病院になっている。医療機能の分化および医療・介護のネットワーク構築という施策に沿って在宅ケアの形態を志向しながらも、長期入院ケアに留まっている病院が、この病院群に含まれている可能性が示唆される。地域包括ケアの実践あるいは在宅医療への転換が、実際には難しいことが推測できる。

4. 研究の限界

本研究では繰り返し調査としての継続性を優先するために、前回調査の 1998 年に作成した質問紙調査票の質問形式を、2012 年調査においても使用した。したがって、調査項目の選定プロセスの妥当性については検証できない。また、回答は自己申告によるものである。これらの制約のため修正できなかった問題として、病院形態の 7 分類において「ケアミックス型」の定義を示さずに回答を求めたために、調査対象病院と時期によって解釈が異なる可能性がある。たとえば、県下有数の高度機能と規模を誇る S 医療法人病院は、現在の形態をケアミックス型と回答している。「ケアミック

ス型」の意味の多義性の問題は承知しているが、混沌とした現状を反映する用語として回答者の解釈にゆだねた。

現状維持の病院が多数を占めた要因として、地域医療を維持する困難さを考慮する必要があるだろう。在宅ケアを志向しながら転換が進まなかった病院群の存在や、施策が地域の事情を反映していないという自由記載欄への意見からは、地域の医療資源が潤沢ではない中で地域住民のニーズに応えようとすれば、「社会的入院」を受け入れざるを得ない困難な状況が推測される。病院の形態の変化を捉えるためには、地域の医療資源および医療需要の実態を踏まえた分析が求められるが、本調査では地域性に関する情報を収集しておらず、検討することができなかった。

本調査は経営方針及び施策への対応を問う内容であるために、回答は「病院経営に携わる方」にお願いすると依頼した。しかし、質問紙に回答者の明記は求めなかったため、回答が経営者の見解であるかどうかは不明である。

さらに、病院の変化の実態をより正確に分析するためには、ケースミックスやサービス内容、経営指標等のデータを用いた評価方法を取り入れる必要がある。また、今回の分析対象は福岡県の私的病院の一部に限ったものである。全国の病院動向を把握するためには他の地域における比較分析が、また、私的病院の特徴を把握するためには公的病院との比較分析が必要になる。非回答病院の動向を把握できないことも、限界の一つである。

第 5 章 総合考察

第 1 節 本研究から得られた実証的知見

本論文は、これまで行われた医療の効率化施策に対する病院の反応を検討することを通じて、今後の施策立案への知見を得ることを目的とした。施策に対する病院の反応を検討するために、所有形態に着目して長期に亘って病院の変化を分析した。

医療の効率化施策に対する病院の反応は、私的病院と公的病院とできわめて異なっており、私的病院の方が施策により強く反応する傾向が認められた。しかしながら、必ずしも施策の意図通りの行動を取っていない可能性が示唆された。

特定地域において私的病院の形態の変化を精査した結果、現状維持のケアミックス型病院が多数を占めており、施策の意図通りには機能分化していないことがわかった。これらの病院においては、病院の形態は維持したまま組織内部の変化によって施策に対処しようとしている可能性が考えられる。福岡県下の医療法人病院の平均在院日数は 1998 年から 2012 年までに約 23 日短縮しており(厚生労働省大臣官房統計情報部 2000, 厚生労働省大臣官房統計情報部 2014)、在院日数の変化を辿るだけでも、病院組織はこの間に大きな変化を遂げているであろうことが推測できる。

私的病院は施策によって与えられたインセンティブの下で利潤極大化を目的として、急性期ケアに進むか慢性期ケアに進むかを慎重に選択してきたと考えられる。その結果として私的病院の多くが、1970 年代までの医療供給拡大施策に反応したことから社会的入院を発生させ、1980 年代以降の

機能分化施策においても長期ケアの選択をして療養病床を増やし、高齢長期入院患者を多く抱える事態を引き起こしている。私的病院におけるケアミックス型病院の存在および社会的入院という現象の中に、病院医療の非効率性を指摘することができる。私的病院が医療の効率化施策に反応した結果として、医療提供制度全体に非効率を高める事態となっていると考えられる。

第2節 政策的含意と提言

限りある資源を活用して良質な医療を安定して提供するためには、「医療の効率的な提供の推進」が重要課題であると、2006年医療制度改革で施行された高齢者の医療確保に関する法律にはうたわれている。この医療制度改革においては、医療提供体制の効率化を図るために規制緩和の議論が起こった。規制緩和論の背景には民営化が効率化をもたらすという発想があるが、自由競争下の市場経済には当てはまっても価格統制と地域寡占下の医療提供にはなじまないという見解もある(池上 2006, 田中 2006)。本研究の分析結果からも、個々の病院の利潤極大化の行動が全体としての医療提供体制の非効率を招いている可能性が示唆された。

非営利組織の運営上の非効率性は多々指摘されている(Newhouse 1970, Pauly et al.1973)。しかし、医療提供体制全体における効率性を高めるためには、非営利組織である公的病院における理念・職業倫理を重視した目的と行動の方が、私的病院における利潤極大化を重視した目的と行動よりも、適している一面があるだろう。その点で、私的病院をより公的な存在

に近づける試みは重要である。2007 年の医療法人制度改革は、非営利性を徹底し公的役割を課した社会医療法人という新たな法人を創設するもので、今後の進展次第では、日本の私的病院の目的と行動が大きく変貌するかもしれない。

医療の効率化施策の一環としての機能分化策の意図に反して、多くの私的病院が機能未分化な形態に留まっている状況が、本研究から明らかになった。私的病院の今後の機能分化を進めるために、2008 年医療費適正化計画に定められた療養病床再編計画は重要である。介護療養病床の転換が進んでいない現状を踏まえ 2011 年転換期限が延長されたが、引き続き転換を円滑に進めるための支援策が講じられるべきだと考える。

さらに機能分化を完結するためには、医療連携体制の構築が不可欠である。1985 年から始まった地域医療計画は、当初は病床規制が主眼とされたがその後改定を重ね、地域における適切な医療の確保に加えて医療機能分化と連携の推進等が目的として掲げられている(厚生労働省医政局通通知 2012)。医療計画の策定においては、主要な疾病・事業ごとに各医療機能を担う個々の医療機関の名称を具体的に記載することになっており、これからの病院には、機能分化からさらに進んだ形で、地域における自院の果たすべき役割を明確化することが求められている。

「医療の効率的な提供の推進」のためには、施設完結型の医療提供はもはや通用せず、地域完結型の医療提供が求められている。これからの病院には、個別施設の経営上の利害を超えて、地域の利益を目的とした行動を取ることが求められている。利潤極大化を目的として行動する病院から社会的使命を目的とする病院まで、あるいは組織内に異なる利害集団を有する病院等、多様に異なる目的と行動を取り得る病院を、地域のネットワー

クに結び付け統合させるためには、地域医療の将来像と個々の病院の将来展望との整合性が図られなければならない。

しかしながら、「地域における医療機関の適切な役割分担、連携」（厚生労働省医政局通通知 2012）の前提となる地域の実情を踏まえた医療提供体制は構築途上にあり、その全体像は描き切れていない。本研究で実施した福岡県下の私的病院アンケートの自由記載欄には、国の一律な施策が地域の実情を踏まえていないという意見が多数寄せられており、国と地方行政への不信感がうかがえる。

地域医療計画の立案者側からすれば、個々の病院の現状把握ができなければ地域医療の全体像も描けないということだろう。しかし、病院側からすれば、地域の医療提供体制の全体像が示されなければ病院ごとの役割の選択は困難であろう。さらに私的病院のような利潤極大化の選択をする傾向が強い病院においても、常に短絡的な経済インセンティブに反応しているわけではなく、施策への反応は多様で慎重である。今後医療の効率化を高めるためには、病院の目的と行動の多様性を考慮したうえで、地域医療の将来展望が明示された施策設計が求められる。

当然ながら、一つの施策あるいは改革によって病院における効率化が一気に進むわけではない。需要と供給サイド双方の動きを見極めながら、理論的体系に裏付けられた施策設計が必要である（Saltman et al. 1997）。病院システムの変革をもたらすための戦略として、ヨーロッパにおいては表 5-1 に示すような施策アプローチのフレームが提唱されている。

日本の場合は、施策の多くは間接的なアプローチの段階に留まっているのではないかと考えられる。本研究で取り扱ったテーマのうち表 5-1 に該当するのは、供給サイドの間接的方法における「報酬支払いシステム」お

よび「サービス提供の変革における「実績管理テクニック」である。日本においては、在院日数を実績管理の指標として用いて、診療報酬の支払いシステムを用いたアプローチが取られてきたと考えられる。

表 5-1. 病院システム変革のための施策アプローチ

需要サイド	供給サイド
<p>[間接的方法]</p> <p>患者自己負担</p>	<p>[間接的方法]</p> <p>報酬支払いシステム</p> <p>病院間競争</p> <p>エビデンスに基づいた 給付サービスの選定</p>
<p>[需要管理]</p> <p>入退院適正化と病床利用レビュー</p> <p>疾病マネジメント</p> <p>診療所/在宅医療/介護サービスへの転換</p> <p>セルフケアやプライマリヘルスケアによる予防</p>	<p>[サービス提供の変革]</p> <p>経営能力の強化</p> <p>実績管理テクニック</p> <p>コスト削減／効率化プログラム</p> <p>治療プロトコール</p> <p>質向上(QI)テクニック</p>
	<p>[計画アプローチ]</p> <p>病院閉鎖</p> <p>再編計画</p>

出典：Saltman, R.B. et al. 1997. Table 30. p.232

第 3 節 本研究の限界と今後の課題

本研究は、施策に対する病院の反応を検討する視点として所有形態に着目した点に特徴があり、多様な病院を分析するうえで所有形態という区分が有効であることを明らかにした。しかし現在では、病院の所有形態の枠

組み自体が大きく変貌している。2010年代になって公的病院の独立行政法人化が相次ぎ、公益法人制度が新しくなり、全国社会保険協会連合会は解散した。施設数で最大多数を占める医療法人は創立以来 60 年以上が経過し、高度で大規模な急性期病院から老人病院や診療所に近い施設まで、そして営利企業のような経営組織から非営利に近い組織まで、非常に多様化している(田中 2012)。所有形態の分類に関しては今後さらに精査が必要であり、病院行動モデルに基づいた日本版の所有形態の類型化が求められる。

また本研究では、病院単体に着目して施策への反応や形態の変化を検討しており、病院ネットワークの実態は反映されていない。研究 2 の調査結果において大きく変貌を遂げた病院を個別に追跡すると、経営統合や法人再編のケースが複数見受けられた。特に医療法人経営に顕著と言われている、いわゆる医療・介護複合体の実態までは把握できていない。同一の経営主体の傘下にある複数の急性期病院と慢性期病院、さらに別法人の介護福祉施設までが連動して、施策に反応している可能性がある。一連の医療連携施策に関しても、実際には同一の経営主体内における多角化として進展している可能性を示唆する調査報告もある(大野 2010)。個別の所有形態ではなく複数の法人を束ねる経営主体レベルにおいて施策に対する反応を追跡することが、今後の課題である。

一連の医療の効率化施策は現在進行中であり、病院は施策の方向性を模索しながらの変化の途上にある。今後さらに病院行動と形態の変化を追跡することで、施策に対する病院の反応の大きな変曲点を見極めることができると考える。

第 6 章 結論

限りある資源を活用し良質な医療を安定して提供するためには、医療の効率的な提供を推進する施策の策定が重要である。病院に対して有効な医療の効率化施策を立案する知見を得るために、本論文ではこれまで行われてきた施策に対する病院の反応を検討した。

医療の効率化施策に対する病院の反応は、所有形態によってきわめて異なり、公的病院よりも私的病院の方が施策により強く反応する傾向が認められた。私的病院が医療の効率化施策に反応した結果として、社会的入院という事態が発生しケアミックス型病院が維持されることになり、病院医療の非効率性が見出された。

医療の効率化の推進は、最終的には個々の病院レベルでの実践に託されており、病院のマネジメント力に関する検討が必須である。しかし、病院がマネジメント力を強化し医療の質を高めるためには、その基盤として医療の効率化を推進するような施策設計がなされていなければならない。医療の効率化の推進のためには、所有形態の多様性や公的病院と私的病院とで反応が異なる等の特性を想定したうえで、病院の目的と行動の多様性を踏まえた施策設計が求められる。公的病院と私的病院との区別に関しては、健康保険法関連施策においては難しいが、医療法関連施策においては可能である。第 5 章第 2 節で触れた社会医療法人制度等の医療法人を対象にした政策立案が、現実的な選択肢としてあげられる。

謝辞

本論文作成にあたって、たくさんの皆様にご支援をいただきました。なによりも、長い間辛抱強く指導していただいた保健医療政策学分野の近藤正英先生に、心からの感謝の念を申し上げます。また、いつも暖かく見守ってくださった大久保一郎先生に深く感謝しております。田宮菜奈子先生と橋爪祐美先生、大原信先生には、貴重なご助言とご指導をいただき、誠にありがとうございました。そして、研究の機会を与えてくれた恩師、長谷川敏彦先生に感謝しています。先生方のおかげで、やっと論文を完成させることができました。

保健医療政策学研究室の星淑玲氏と、先輩や後輩の皆さんにも感謝しています。みんなが暖かく励ましてくれたおかげで、楽しく筑波に通うことができました。

調査にご協力とご支援をいただきました福岡県私設病院協会および協会の皆さま、元事務局長故佐々木則明氏に、厚く御礼申し上げます。

最後に、ずっと支えてくれた夫に感謝しています。

本当にありがとうございました。

2014 年 12 月

引用文献

- 阿部庸子, 藍真澄, 金子美智子, 佐原まち子, 長野宏一朗, 下門顕太郎.
(2007). 大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する検討. *日本老年医学会雑誌*. 44(5), 641-647.
- 安達直人. (2005). 脳神経外科をとりまく医療・社会環境：急性期診断群分類別包括評価(DPC)の実際, 包括評価と出来高評価との点数比較. *Neurological Surgery*. 33(12), 1245-1250.
- Aiura, H. and Sanjo, Y. (2010). Privatization of local public hospitals: effect on budget, medical service quality, and social welfare. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 10, 275-299.
- Akamatsu, H. Omori, T. Oyama, T. Tori, M. Ueshima, S. Nakahara, M. Abe, T. and Nishida, T. (2009). Totally laparoscopic sigmoid colectomy: a simple and safe technique for intracorporeal anastomosis. *Surgical Endoscopy*. 23(11), 2605-2609.
- 阿南誠. (2012). DPC を用いた医療の質評価の推進 DPC データを用いた診療機能の適正化を図る試み: 診療情報を管理する立場から. *医療*. 66(12), 696-700.
- Anderson, G. and Ikegami, N. (2011). How can Japan's DPC inpatient hospital payment system be strengthened? In *Lessons from the U.S. Medicare prospective system*. Washington DC: Center for Strategic and International Studies.
- Berridge, V. (2001). Historical research, In Fulop, N. Allen, P. Clarke, A. and Black, N. editors. *Studying the Organisation and Delivery of Health Services*. 140-153. London and New York: Routledge.
- Boaz, RF. (1979). Utilization review and containment for hospital utilization: some implications of providing care in the "most appropriate setting". *Medical Care*. 17, 315-330.

Brian, E. (1973). Foundation for medical care control of hospital utilization: CHAP-a PSRO prototype. *New England Journal of Medicine*. 288(17), 878-882.

Cacace, M. and Nolte, E. (2011). Healthcare services: strategy, direction and delivery, In Walshe, K. and Smith, J. editors. *Healthcare Management*. 145-168. Buckingham: Open University Press.

Campbell, JC. and Ikegami, N. (1998). *The art of balance in health policy: maintaining Japan's low-cost, egalitarian system*. Cambridge: Cambridge University Press.

知野哲朗. (1988). わが国における公私両病院の行動：予備的考察. *東京学芸大学紀要*. 3(40), 23-36.

知野哲朗. (1993). 医療サービスと公立病院の選択行動. *季刊・社会保障研究*. 29(3), 232-244.

知野哲朗. (2009). 日本の医療提供システムと医療政策. *東京学芸大学紀要人文社会科学系II*. 60, 169-182.

Clarke, A. (1996). Why are we trying to reduce length of stay? Evaluation of the costs and benefits of reducing time in hospital must start from the objectives that govern change. *Quality Health Care*. 5,172-179.

Egawa, H. (1984). Average length of stay in hospitals. *Journal of UOEH*. 6, 1-14.

Eggleston, K. Shen, Y. Lau, J. Schmid, CH. And Chan, J. (2008). Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature? *Health Economics*. 17, 1345-1362.

遠藤久夫. (2006). 医療と非営利性. 田中滋, 二木立編著. *保健・医療提供制度*. 47-79. 東京：勁草書房.

フェイス・スリー. (2007). 病院激戦区に行く・福岡県の療養型病院. フェイズ・スリー. 1, 80-83.

Freund, D. Shachtman, R.H. Ruffin, M. Quade, D. (1985). Analysis of length-of-stay differences between investor-owned and voluntary hospitals. *Inquiry*. 22(1), 33-44.

藤枝知子, 高橋美智, 坊城中子. (1992). 看護要員配置に関する実態調査. *看護管理*. 2(5), 307-311.

藤井秀人, 黒田一成, 吉田晃, 青木信之, 佐々木正詞. (2009). 大腿骨頸部骨折に対する Direct anterior approach 人工骨頭置換術の経験: 後方アプローチとの術後歩行能力の比較. *日本人工関節学会誌*. 39, 126-127.

Fujii, S. Watanabe, K. Ota, M. Watanabe, J. Ichikawa, Y. Yamagishi, S. Tatsumi, K. Suwa, H. Kunisaki, C. Taguri, M. Morita, S. and Endo, I. (2012). Laparoscopic colorectal cancer surgery by a colon lifting-up technique that decreases the number of access ports: comparison by propensity scoring of short-term and long-term outcomes with standard multiport laparoscopic surgery. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 22(1), 38-45.

藤森敏雄. (2008). 病院・老健施設所有医療法人の資産額と病床種類・附帯業務. *社会保険旬報*. 2362, 18-27.

藤村尚宏. (1994). 病棟機能分化一年の経過からの一考察: 急性短期病棟中央棟 3F を経過を中心にして. *精神医学研究所業績集*. 125-135.

藤田由紀子. (1994). 昭和 50 年代以降の医療政策における行政の管理手法. *社会保障研究*. 30, 261-273.

福田治久. (2012). 計画管理料算定病院における大腿骨頸部骨折および脳卒中を対象にした地域連携クリティカルパスの運用状況に関する全国実態調査. *日本医療・病院管理学会誌*. 49(1), 31-39.

Fukuda, T. Seto, Y. Yamada, K. Hiki, N. Fukunaga, T. Oyama, S. and Yamaguchi, T. (2008). Can immune-enhancing nutrients reduce postoperative complications in patients undergoing esophageal surgery? *Diseases of the Esophagus*. 21(8), 708-711

福岡県私設病院協会，協会の沿革，2014年2月13日アクセス：

<http://www.fukushibyoo.or.jp/info.html>

福島敦，堀口裕正，近藤正英，長谷川敏彦．(1998)．一般病院・一般有床診療所における公私の担う機能の違いに関する分析．*病院管理*. 35(1), 7-16.

Ginsburg, PB. and Koretz, DM. (1983). Bed availability and hospital utilization: estimates of the "Roemer effect". *Health Care Financial Reviews*. 5, 87-92.

Hall, CJ. Peel, NM. Comans, TA. Gray, LC. and Scuffham, PA. (2012). Can post-acute care programmes for older people reduce overall costs in the health system? A case study using the Australian Transition Care Programme. *Health Social Care Community*. 20, 97-102.

Harris, J. (1977). The internal organization of hospitals: some economic implications. *Bell Journal of Economics and Management Science*. 8, 467-482.

長谷川敏彦．(1999)．福岡県私設病院の発展経緯に関する研究報告．東京：国立医療・病院管理研究所．

橋本洋一郎，渡辺進，平田好文，平野照之．(2009)．脳卒中リハビリテーションと地域連携パス：脳卒中医療における連携の考え方．*脳卒中*. 31(6), 491-496.

Hayashi, Y. Takayama, T. Yamazaki, S. Moriguchi, M. Ohkubo, T. Nakayama, H. Higaki, T. (2011). Validation of perioperative steroids administration in liver resection: a randomized controlled trial. *Annals of Surgery*. 253(1), 50-55.

Hodgkin, D. and McGuire, TG. (1994). Payment levels and hospital response to prospective payment. *Journal of Health Economics*. 13, 1-29.

平田好文．(2008)．脳卒中における地域連携クリティカルパスの現状と課題：回復期医療機関の立場から．*日本医療マネジメント学会雑誌*. 9(3), 409-414.

Horwitz, JR. (2005). Making Profits and Providing Care: Comparing Nonprofit, For-profit, and Government Hospitals. *Health Affairs*. 24(3), 790-801.

星賢一，丸谷雅人，飯塚卓，小野美代子，橋本修也，物江裕子．(2009)．大腿骨近位部骨折患者の在院日数短縮：退院時サマリーから得たデータを解析して．*診療録管理*．20(3)，72-75．

Hussey, PS. de Vries, H. Romley, J. Wang, MC. Chen, SS. Shekelle, PG. and McGlynn, EA. (2009). A systematic review of health care efficiency measures. *Health Service Research*. 44, 784-805.

一条勝夫．(2000)．日本の病院—50年の歩み．*病院*．59(12)，1030-1035．

Idezuki, Y. (2008). Long live the health care system in Japan. *Bioscience Trends*. 2, 50-52.

池上直己，J.C.キャンベル．(1997)．*日本の医療*．東京：中央公論社．

池上直己．(2002)．*医療問題 2 版*．東京：日本経済新聞社．

池上直己．(2006)．地域医療計画の課題と新たな展開．田中滋，二木立編著．*保健・医療提供制度*．23-45．東京：勁草書房．

Imai, H. Hosomi, J. Nakao, H. Tsukino, H. Katoh, T. Itoh, T. and Yoshida, T. (2005). Characteristics of psychiatric hospitals associated with length of stay in Japan. *Health Policy*. 74(2), 115-121.

印南一路．(2009)．*「社会的入院」の研究*．東京：東洋経済新報社．

印南一路，堀真奈美，古城隆雄．(2011)．*生命と自由を守る医療政策*．東京：東洋経済新報社．

伊藤雅治．(2009)．我が国の医療政策の歴史的変遷と今後の方向．東京大学医療政策人材養成講座編．*医療政策入門*．77-86．東京：医学書院．

伊藤伸一．(2010)．民間病院における病院長像とその決定プロセス．*病院*．69(8)，599-602．

伊藤ゆかり．(2002)．医療機関での電子カルテ利用とその導入行動．*医療と社会*．12(3)，25-38．

医療経済研究機構．(2005)．*介護サービス体系と機能の在り方に関する調査研究「療養病床における医療提供体制に関する調査」*．2003年度調査研究報告書．東京：医療経済研究機構．

石井孝宜．(1994)．新時代の病院の経営基盤—医療法人病院の現在と未来．*病院*．53(1)，58-62．

垣下浩二，家高知子，水谷由里，吉村良，岡田秀雄，南都昌孝，新谷亜紀，寺田友昭．(2009)．疾患別地域診療ネットワーク構築にむけて：和歌山市における脳卒中地域連携パスの取り組み．*日本職業・災害医学会会誌*．57(5)，223-226．

加納繁照．(2009)．公私間格差と社会医療法人．*病院*．68(10)，816-821．

加藤尚子，堀口裕正，長谷川敏彦．(1999)．私的病院の発展プロセスについての歴史的分析—福岡県私的病院のフィールド調査．*病院管理*．36，204．

加藤尚子，長谷川敏彦．(2000)．民間中小病院の歴史的考察．*病院*．59(5)，402-406．

Kato, N. Kondo, M. Okubo, I. and Hasegawa, T. (2014). Length of hospital stay in Japan 1971-2008: Hospital ownership and cost-containment policies. *Health Policy*. 115(2-3),180-8.

神林ミユキ，原靖子，橋本澄春，小瀧浩．(2010)．「退院困難」と判断する指標の検証：ソーシャルワーカーの立場から．*日本農村医学会雑誌*．59(2)，86-91．

木村佑介，富田恭弘，竹内實．(1987)．中小民間病院の未来を語る．*病院*．50(4)，315-320．

笠原英彦．(2007)．*日本の医療行政*．東京：慶應義塾大学出版会．

川渕孝一．(1993)．わが国における私的中小病院の「これまで」と「これから」．*病院*．52(3)，204-210．

Kim, HJ. Fay, MP. Feuer, EJ. and Midthune, DN. (2000). Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics Medicine*. 19, 335-351.

金榮慤，深尾京司，牧野達治．(2010)．「失われた 20 年」の構造的原因．RIETI Policy Discussion Paper Series 10-P-004，東京：独立行政法人経済産業研究所．

小寺俊樹，堀心一，岩尾聡士．(2013)．医療法人の経営状態と機能的側面からみた医療の質との関係．*日本医療・病院管理学会誌*. 50(4), 5-14.

Kojima, K. Yamada, H. Inokuchi, M. Kawano, T. and Sugihara, K. (2008). Functional evaluation after vagus-nerve-sparing laparoscopically assisted distal gastrectomy. *Surgical Endoscopy*. 22(9), 2003-2008.

Kondo, A. Zierler, BK. Isokawa, Y. Hagino, H. and Ito, Y. (2009). Comparison of outcomes and costs after hip fracture surgery in three hospitals that have different care systems in Japan. *Health Policy*. 91(2), 204-210.

厚生労働省．(2013)．*厚生労働白書 平成 25 年版*．東京：日経印刷．

厚生労働省医政局委託(委託先：アイテック株式会社)．(2012)．「近年行われた病院の合併・再編成に係る調査研究」報告書．平成 23 年度医療施設経営安定化推進事業．2014 年 8 月 1 日アクセス：
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho_h22_gappei_00.pdf

厚生労働省医政局総務課．(2006)．*特定機能病院について*．第 3 回医療施設体系のあり方に関する検討会配布資料より，2013 年 10 月 25 日アクセス：
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/11/dl/s1120-8a.pdf>

厚生労働省医政局通知．(2012)．*医療計画について*．医政発 0330 第 28 号，2014 年 4 月 6 日アクセス：
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/iryoku_keikaku/dl/tsuuchi_iryoku_keikaku.pdf

厚生労働省大臣官房統計情報部．(2000)．平成 10 年医療施設調査（動態調査）・病院報告．東京：厚生統計協会．

厚生労働省大臣官房統計情報部．(2012)．平成 20 年医療施設調査(静態調査動態調査)・病院報告．東京：厚生労働統計協会．

厚生労働省大臣官房統計情報部．(2013)．平成 22 年度国民医療費．東京：厚生労働統計協会．

厚生労働省大臣官房統計情報部．(2014)．平成 24 年医療施設調査（動態調査）・病院報告．東京：厚生労働統計協会．

厚生労働統計協会．(2013)．国民衛生の動向 2013-2014．東京：厚生労働統計協会．

厚生省五十年史編集委員会．(1988)．厚生省五十年史．東京：厚生労働問題研究会．

厚生省医務局．(1976)．医制百年史．東京：ぎょうせい．

厚生省大臣官房企画室．(1956)．厚生白書 昭和 31 年度版．東京：東洋経済新報社．

厚生省大臣官房統計情報部．(1973)．昭和 46 年医療施設調査・病院報告．東京：厚生省大臣官房統計情報部．

工藤奈美，前川歩，八子多賀志，北村道彦．(2012)．急性心筋梗塞症地域連携パス：検査科側からのアウトカム．日本クリニカルパス学会誌．14(3)，195-202．

Kuwabara, K. Matsuda, S. Fushimi, K. Ishikawa, KB. Horiguchi, H. and Fujimori, K. (2011a). Reappraising the surgical approach on the perforated gastroduodenal ulcer: should gastric resection be abandoned? *Journal of Clinical Medicine Research*. 3(5), 213-222.

Kuwabara, K. Matsuda, S. Fushimi, K. Ishikawa, KB. Horiguchi, H. Hayashida K. and Fujimori, K. (2011b). Contribution of case-mix classification to profiling hospital characteristics and productivity.

International Journal of Health Planning and management. 26,
e138-e150.

Lagoe, RJ. Westert, GP. Kendrick, K. Morreale, G. and Mnich, S. (2005).
Managing hospital length of stay reduction: a multihospital approach.
Health Care Management Reviews. 30, 82-92.

Lee, J. Imanaka, Y. Sekimoto, M. Ishizaki, T. Hayashida, K. Ikai, H.
and Tetsuya, O. (2010). Risk-adjusted increases in medical resource
utilization associated with health care-associated infections in
gastrectomy patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 16(1),
100-106.

Louis, DZ. Taroni, F. Yuen, EJ. Umesato, Y. Gonnella, JS. (1996).
Patterns of hospital care and physician perspectives from an Italian,
Japanese, and USA hospital. *American Journal of Medicine Quality.*
11(3), 123-134.

McPake, B. Kumaranayake, L. and Normand, C. (2002). *Health
economics: an international perspective.* Oxford: Routledge.

満武巨裕, 西村由美子, 坂本すが, 高橋隆. (2002). 在院日数の短縮とア
ウトカム: 転帰(死亡率)および再入院率を指標に取る試み. *病院管理.* 39(1),
5-12.

宮本秀和, 萩原明人, 信友浩一. (2006). 回復期リハビリテーション病棟
における高齢者入院患者の在院日数に関連する要因. *日本老年医学会雑誌.*
43(4), 505-511.

Motohashi, T. Hamada, H. Lee, J. Sekimoto, M. and Imanaka, Y. (2013).
Factors associated with prolonged length of hospital stay of elderly
patients in acute care hospitals in Japan: a multilevel analysis of
patients with femoral neck fracture. *Health Policy.* 111(1), 60-67.

Muramatsu, N. and Liang, J. (1999). Hospital length of stay in the
United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients.
International Journal of Health Service. 29, 189-209.

Murata, A. Matsuda, S. Mayumi, T. Okamoto, K. Kuwabara, K. Ichimiya, Y. Fujino, Y. Kubo, T. Fujimori, K. and Horiguchi, H. (2012). Multivariate analysis of factors influencing medical costs of acute pancreatitis hospitalizations based on a national administrative database. *Digestive and Liver Disease*. 44(2),143-148.

中川義章，野口雅滋，竹村匡正，吉原博幸．(2009)．DPC 導入後のストラテジー：在院日数短縮が病院収益に及ぼした影響．*日本医療マネジメント学会雑誌*．9(4)，511-518．

Newhouse, JP. (1970). Toward a theory of nonprofit institutions: an economic model of a hospital. *American Economic Review*. 60, 64-74.

日本学術会議．(2008)．*要望：信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—*．東京：日本学術会議．

日本訪問看護振興財団事業部．(2002)．*訪問看護白書*．東京：日本訪問看護振興財団．

日本医師会保険医療課．(2010)．*診療報酬点数表の改正経過*．東京：日本医師会．

二木立．(1998)．*保健・医療・福祉複合体-全国調査と将来予測*．東京：医学書院．

日経ヘルスケア．(2012)．特集徹底分析 2012 年度診療報酬改定．*日経ヘルスケア*．4，16-41．

貫奈秀明，堀口裕正，近藤正英，長谷川敏彦．(1998)．病院事業における公的部門の役割と機能について．*病院管理*．35(1)，17-24．

OECD. (2011). *OECD Health Statistics (database)*. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2012). *OECD Health Statistics (database)*. Paris: OECD Publishing.

小笠原真澄．(1999)．介護保険への中小病院の対応・療養型病床群に転換した経験から，*病院*．58(5)，408-411．

緒方昭，河野公一，山本和子．(1983)．平均在院日数・病床利用率と社会構造の府県分析．*病院管理*．20，231-241．

尾形裕也．(2009)．医療サービス提供のあり方の改革．田近栄治，尾形裕也編著．*次世代型医療制度改革*．51-78．東京：ミネルヴァ書房．

大野博．(2009)．病院経営主体の「医療・介護複合体」化の進展とその特徴に関する研究．*医療経済研究*．21(1)，25-38．

大野博．(2010)．医療法人の経営多角化と黒字経営に関する研究．*日本医療経済学会会報*．29(2)，1-17．

小山田恵，佐々英達，富岡悟，河北博文．(2004)．医療における公正な競争とはどうあるべきか．*病院*．63(2)，110-116．

Pauly, M. and Redisch, M. (1973). The not-for-profit hospital as a physicians' cooperative. *American Economic Review*. 63, 87-99.

Roemer, MI. (1991). *National health systems of the world*. Oxford: Oxford University Press.

Rotter, T. Kugler, J. Koch, R. Gothe, H. Twork, S. van Oostrum, JM. and Steyerberg, EW. (2008). A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Service Research*. 8, 265.

斎藤芳雄，内田英一，伊藤國彦，大道久．(1994)．中小病院の機能分化と今後の役割．*病院*．53(11)，982-995．

酒井清司，清水一夫，山上亨，中村宏，田原徳人，八野田純．(2008)．大腿骨頸部骨折における地域連携クリニカルパスの有用性．*骨折*．30(1)，154-156．

Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform: analysis of current strategies*. WHO Regional Publications, European

Series, No. 72. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Sandier, S. Paris, V. and Polton, D. (2004). *Health Care Systems in Transition: France*. Copenhagen:WHO regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

佐野洋史. (2007). 公立病院行動と財源補填の目的整合性. *病院管理*. 44(3), 5-16.

Sato, E. and Fushimi, K. (2009). What has influenced patient health-care expenditures in Japan? : variables of age, death, length of stay, and medical care. *Health economics*. 18(7), 843-853.

島崎謙治. (2012). *日本の医療*. 東京：東京大学出版会.

清水鴻一郎. (1999). 中小病院の専門化の現状と課題. *病院*. 58(5), 415-417.

週刊社会保障. (1999). 「トピック療養型病床群の病院数が 77%増－10 年医療施設・老健施設調査の概況－」. *週刊社会保障*. 2055, 48-51.

Sloan, FA. and Valvona, J. (1986). Why has hospital length of stay declined? An evaluation of alternative theories. *Social Science and Medicine*. 22, 63-73.

Sloan, FA. (2000). Not-for-profit ownership and hospital behaviour. In: Culyer, AJ. and Newhouse, JP, editors. *Handbook of health economics*. 1141-1174. Amsterdam: North-Holland.

須賀万智, 吉田勝美, 武澤純. (2006). DPC 導入が診療内容や医療機能に与える影響. *病院管理*. 43(2), 169-176.

鈴木寛, 西村周三, 和田勝, 河北博文. (2010). 日本の医療の可能性・医療費亡国論再考. *病院*. 69(4), 254-259.

高木安雄. (2005). わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題－技術評価と医療費配分のジレンマ. 遠藤久夫, 池上直己編. *医療保険・診療報酬制度*. 93-122. 東京：勁草書房.

竹本民樹，松岡尚，西田有紀，西村真人，下村裕，濱口建紀．(2010)．人工膝関節全置換術 2 週間クリニカルパスのバリエーションに対する「おうちでリハ」導入の効果について．*日本クリニカルパス学会誌*．12(1)，24-29．

田近栄治．(2009)．医療保険制度の改革．田近栄治，尾形裕也編著．*次世代型医療制度改革*．15-50．京都：ミネルヴァ書房．

田中滋．(2006)．わが国の医療提供体制の展開．田中滋，二木立編著．*保健・医療提供制度*．1-22．東京：勁草書房．

田中重代．(2012)．*医療法人ものがたり*．長野：SEC 出版．

田城孝雄．(2010)．各論 1.在宅医療の制度・システム・教育．*Geriatric Medicine*．48(11)，1473-1479．

Tatara, K. and Okamoto, E. (2009). Japan. Health system review. *Health Systems in Transition*. 11(5), Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

豊永敏宏，井手睦，渡邊哲郎，大林武治．(2000)．当院の過去 25 年間における脊損在院日数の変遷．*日本職業・災害医学会会誌*．48(2)，169-173．

牛尾治朗，奥田碩，本間正明，吉川洋．(2005)．*社会保障給付費の伸び率管理について*．経済財政諮問会議，経済財政諮問会議（平成 17 年第 13 回）議事次第より，2013 年 10 月 9 日アクセス：
<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0601/item1.pdf>

Weiner, SL. Maxwell, JH. Sapolsky, HM. Dunn, DL. and Hsiao, WC. (1987). Economic incentives and organizational realities: managing hospitals under DRGs. *Milbank Quarterly*. 65, 463-487.

White, HL. and Glazier, RH. (2011). Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures. *BMC Medical*. 9,58.

Yamaoka, K. Kobayashi, Y. and Yano, E. (1993). Length of in-patient stay in teaching hospitals in Japan. *Medical Education*. 27, 280-285.

柳田千尋, 柿沼佳美, 佐藤孝子, 仁神享子, 池嶋峰子, 柳富子, 大村昌夫, 浜田勉, 齊藤寿一. (2004). 当院における在院日数短縮化にむけてのワーキンググループ(WG)の取り組み. *社会保険医学雑誌*. 43(1), 9-13.

康永秀生. 井出博生. 今村知明. 大江和彦. (2004). DPC 制度導入は在院日数短縮のインセンティブとなるか?: 一般解を用いたシミュレーション・モデルの検討. *病院管理*. 41(2), 115-127.

Yasunaga, H. Ide, H. Imamura, T. and Ohe, K. (2005). Impact of the Japanese Diagnosis Procedure Combination-based Payment System on cardiovascular medicine-related costs. *International Heart Journal*. 46(5), 855-866.

Yasunaga, H. Ide, H. Imamura, T. and Ohe, K. (2006). Influence of Japan's new Diagnosis Procedure Combination-based payment system on the surgical sector: does it really shorten the hospital stay? *Surgery Today*. 36(7), 577-585.

Yasunaga, H. Horiguchi, H. Hashimoto, H. Matsuda, S. and Fushimi, K. (2013). Effect and cost of treatment for acute pancreatitis with or without gabexate mesylate: a propensity score analysis using a nationwide administrative database. *Pancreas*. 42(2), 260-264.

Yoshikawa, A. Bhattacharya, J. and Vogt, WB. (1996). *Health economics of Japan: patients, doctors and hospitals under a universal health insurance system*. Tokyo: University of Tokyo Press.

吉川洋, 神野正博. (2009). 社会保障の在り方と医療費の配分を問う, *病院*. 68(10), 810-814.

吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生, 松田眞佐男. (2006). 緩和ケアチームの採算性: 病院管理者の視点で緩和ケアチームを考える. *緩和医療学*. 8(2), 151-158.

吉村仁. (1983). 医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方. *健康保険*. 37(3), 28-32.

Younis, MZ. (2004). Length of hospital stay of Medicare patients in the post-prospective-payment-system era. *Journal of Health Care Finance*. 31(1), 23-30.

参考資料

1. 倫理審査結果通知書
2. 福岡県私設病院調査票

(第9条関係)

倫 理 審 査 結 果 通 知 書

通知番号 23-290 号

平成24年 1 月 31 日

申請者(実施責任者)

近藤 正英 殿

医学医療系長

金 保 安 則



課題名 「医療政策に応じた病院マネジメントの変遷に関する研究－私的病
院の発展プロセスに関する質問紙調査－」

平成23年12月13日 付けで申請のあった上記課題に係る研究計画(研究計画変更書)を審査
した結果、下記のとおり判定したので通知します。

記

判 定	<div>承認</div> 条件付承認不承認
理 由 等	

「病院の発展プロセス」アンケート調査票 [継続ご回答]

- ▶ 平成10年に同様のアンケートにご回答いただいておりますので、その後の変遷をご記入ください。
 前回ご回答いただいた調査票のコピーを同封しておりますので、ご参照ください。

H 2 4 年 4 月 現在	施設名：	理事長名： 院長名：	法人名：	グループ名：
-------------------	------	---------------	------	--------

所在地： 力を入れている診療科名：

福岡県 市・町 1. 2. 3.

関連施設・サービスまたはサテライト：当てはまるものすべてに○をお付け下さい。

1. 関連病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 健診事業 5. 専門職の養成施設(看護学校他)
 6. 介護老人保健施設 7. 特別養護老人ホーム 8. その他の入所サービス(ケアハウス、サービス付高齢者住宅、有料老人ホーム他)
 9. 訪問看護ステーション 10. その他の居宅サービス(訪問介護、訪問リハビリ、デイサービス、ショートステイ、居宅介護支援事業他)
 11. 地域密着型サービス(地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護、グループホーム他)
 12. 調剤薬局 13. 健康増進施設 14. 医療関連サービス会社() 15. その他()

病院の沿革について

- ▶ 平成10年から現在までの、主な変遷についてお書き下さい。

	施設名の変更	理事長・院長の交代	法人化・法人種類の変更	移転新築、関連施設開設、グループ化、他
H 年				
H 年				
H 年				
H 年				
H 年				
H 年				
H 年				

病床数の増減について

- 平成10年から現在までの、病床数の増減とその理由をお書きください。
- 関連病院や併設施設の病床数は、含めないで下さい。

H23年12月現在（過去3カ月分）

	病床数	平均 在院日数
全病床		
一般病床		
回復期リハ		
療養病床		
精神病床		
結核病床		

DPC対象病院：
はい・いいえ

一般病床の
看護基準：
_____対1

療養病床のうち
介護療養型：
_____床

	許可病床 総計	病床内訳				病床数の増減理由 (主な理由に一つだけ○をおつけください)
		一般	療養	精神	結核	
H 年	床					1. 患者数の増減 2. 診療科の開設あるいは廃止 3. 建物の建て替え 4. 国の医療政策 5. その他の理由
H 年	床					1. 患者数の増減 2. 診療科の開設あるいは廃止 3. 建物の建て替え 4. 国の医療政策 5. その他の理由
H 年	床					5. 患者数の増減 6. 診療科の開設あるいは廃止 7. 建物の建て替え 8. 国の医療政策 5. その他の理由
H 年	床					1. 患者数の増減 2. 診療科の開設あるいは廃止 3. 建物の建て替え 4. 国の医療政策 5. その他の理由
H 年	床					1. 患者数の増減 2. 診療科の開設あるいは廃止 3. 建物の建て替え 4. 国の医療政策 5. その他の理由
H 年	床					1. 患者数の増減 2. 診療科の開設あるいは廃止 3. 建物の建て替え 4. 国の医療政策 5. その他の理由
H 年	床					1. 患者数の増減 2. 診療科の開設あるいは廃止 3. 建物の建て替え 4. 国の医療政策 5. その他の理由

現在の形態：（一つだけ○をおつけ下さい）

- 急性期の総合病院
- 急性期の専門病院
- 急性期で外来中心の病院
- ケアミックス型の病院
- 慢性期で、長期入院ケア中心の病院
- 療養型で、在宅支援・外来中心の病院
- その他（ ）

今後の展開：（一つだけ○をおつけ下さい）

- 急性期の総合病院
- 急性期の専門病院
- 急性期で外来中心の病院
- ケアミックス型の病院
- 慢性期で、長期入院ケア中心の病院
- 療養型で、在宅支援・外来中心の病院
- その他（ ）

社会医療法人への移行：

移行済・移行予定・検討中・予定なし

自由記述欄

次の4点についてご教示をお願い申し上げます。当てはまるお考えに☑をつけていただき、**選択の理由**をお書きください。

1. 医療法改正と診療報酬点数誘導で、急性期と長期病床の分離が図られてきましたが、この機能分化施策についてどう思われますか。

☐考え方(方針)は正しい

☐誤っている

↳ ☐具体的なやり方は正しい ☐誤っている

↳ ☐時期を得ている ☐時期尚早である

その理由をお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

2. 貴院の療養病床を、削減または転換する予定はありますか。

☐予定がある

☐予定はない

☐どちらともいえない

その理由をお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. 特定医療法人・社会医療法人制度についてどう思われますか。

☐考え方(方針)は正しい

☐誤っている

↳ ☐具体的なやり方は正しい ☐誤っている

↳ ☐時期を得ている ☐時期尚早である

その理由をお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. 今後、地域における福祉の需要はますます増大すると思われます。病院は、積極的に介護福祉事業に乗り出すべきだと思いますか。

☐そう思う

☐そう思わない

☐どちらともいえない

その理由をお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

その他、病院経営上の問題点や、医療制度・施策に対するご見解をお聞かせ下さい。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ご協力をいただき、誠にありがとうございました。

参考論文

1. Kato, N. Kondo, M. Okubo, I. and Hasegawa, T. (2014). Length of hospital stay in Japan 1971-2008: Hospital ownership and cost-containment policies. *Health Policy*. 115(2-3),180-8.
2. 加藤尚子，近藤正英，大久保一郎，長谷川敏彦．(2013)．病院機能分化施策に応じた私的病院の変遷についてー福岡県私設病院を対象とした 1998 年・2012 年の繰り返し調査からー．*日本医療マネジメント学会雑誌*. 14(1), 9-13.

〔第 14 回日本医療マネジメント学会学術総会会長賞受賞〕