

医療法改正に伴う医療提供体制に関する研究

主任研究者

長谷川 敏彦（国立医療・病院管理研究所）

分担研究者

武藤 正樹（国立長野病院）

上原 鳴夫（東北大学医学部）

福田 吉治（国立医療・病院管理研究所）

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）総括研究報告書
医療法改正に伴う医療提供体制に関する研究

主任研究者 長谷川 敏彦（国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長）

研究要旨

- 1) 地域医療のあり方を保健医療セクターにおける役割や日本の大きく変わりつつある健康転換を現状分析した。
- 2) 一般病床について、その各都道府県における増減の意味を、急性期と長期の病床の機能に分けて分析した。
- 3) 一般病床のうち、病床規制の例外経路としてある特定病床につき、それぞれの患者数や医療の内容に踏み込んで分析し、その質について研究した。
- 4) 結核病床使用の現状について、分析し、所有主体や地域での結核診療のばらつきを研究した。
- 5) 精神病院 各二次医療圏単位に、各精神病床間の必要度を分析し、検討した。
- 6) 日本の医療の機能について、その歴史的な変遷、役割分担を栄養素調査や患者調査を通して分析した。
- 7) 外来数の変化、かかりつけ医の役割 一次二次医療の連携の状況を30の国立病院の院長にアンケートをして、一次二次三次医療機能について、エキスパート・オピニオンを把握し、分析した。
- 8) プライマリーケアと二次三次医療の連携の逆紹介につき、地域のフィールドで調査した。逆に病院に紹介されてくる患者のパターンを分析した。
- 9) 医療の効率について二次医療圏単位で、病床数や医師や医療機器が健康保険、医療費に与える影響を分析し、供給誘導需要の実態を明らかにした。
- 10) 福祉と医療の連携につき社会支援システムを中心に北海道のフィールドの調査を行った。

分担研究者氏名・所属施設名及び所属施設における職名

武藤 正樹（国立長野病院副院長）
上原 鳴夫（東北大学医学部教授）
福田 吉治（国立医療・病院管理研究所協力研究員）

A. 研究目的

日本は世界一の寿命を達成し、その結果極めて速い速度で迎えている。人類未曾有の超高齢化社会に向けて社会保障体制や医療供給体制を再構築する必要が生じている。短期的には経済成長の悪化と、国民一般の意識の昂場によって医療の質と高率の向上が求められている。今研究はこれらの研究に対応されつつある医療法に関連した医療供給体制に関して、諸側面から改正を支援することを目的としている。研究の内容は、「医療供給体制並びに医療計画全般に関する研究」「一般病床・精神結核病床など必要的記載事項に関する研究」さらに「機能、連携、支援、結果など医療供給体制の任意的記載事項に関する研究」の3部分からなっている。

B. 研究方法

1. 総論

地域医療計画や保健医療システムの総合的分析に関しては、これまでの研究のメタ分析、諸外国の諸論文のレビューを行った。政府の役割の変化については各専門領域ごとに専門家に、各専門領域における方法論的伝統に従って政府の役割を分析、ブレイクストーム等の議論によってとりまとめた。

2. 必要的記載事項に関する研究

1) 一般病床

病院の増床や急性期・長期病床の分析については、96年や93年の患者調査並びに医療施設調査をマルチデータリンク法を用いてリンクし、分析した。特定病床の分析は主として患者調査とその他の各県における統計を用いた。

2) 結核病床

結核病床の分析は医療施設調査と患者調査（93、96年）の個票を用いて分析した。

3) 精神病床

精神病床の適正数については、患者調査のデータを用いて患者数を推計し、文献検索によって

精神疾患の動向を勘案して検討した。

3. 任意的記載事項に関する研究

1) 機能

2次、3次機能の同定については、国立病院院長に各科別のアンケート調査を手術手技、医療機器に関連して作成し、300床以上の国立病院の院長にアンケートを依頼し、統計的に処理した。医療供給システムの分析や構造変化の研究は医療施設調査や患者調査の個票を用い、歴史的に分析した。

2) 連携

かかりつけ医やプライマリケア医に関する分析については、これまでの内外の文献をレビューし、あり方について総合的に検討した。外来患者の歴史分析については、医療施設調査、患者調査、保険請求回数データを用い、マルチデータメタ分析の手法を用いて歴史的動向を分析した。逆紹介の現状については、東京都を中心に逆紹介の実例をフィールドにおいてケーススタディ比較検討した。病院への患者経路は主として患者調査の入院票と退院票の個票を用い、病院種別、診療科別に入院経路、退院経路の分析を行った。保健医療福祉の連携システムについては、北海道をフィールドに社会支援のインデックスを用いて、連携の度合いを測定した。

3) 資源

医療費の供給誘導需要の存否を証明するため、2次医療圏単位の医師数や病床数、医療機器をその他いろいろな影響を及ぼす資料、即ち所得等を勘案し、入院と外来、若人と老人の医療費に分けて、その相関を多変量解析によって分析した。ICU医療の分析は主として医療施設調査により時系列分析を行った。医師の世代交代や地域分布の分析には3師調査の個票を移籍登録番号で入力し、時代の変化を世代別や地域別に分析した。業務開示に関する研究は都内私立病院の協力を得、医師に対するアンケートによって医療情報に対する考え方の相違を分析した。平均在院日数を主として患者調査並びに生命表を用いた新たな数字モデルによって分析した。

C. 結果と考察

1) 全般論

地域医療計画についての評価については、過去の医療システムについて動向や病床規制の現状について、2次医療圏単位で分析し、結果レベル、操作レベル、政策レベルの3次元から検討を行った。政府の役割については、経済学、行政学等

の各学際分野から専門化の分析により政府の役割はいかにあるべきかを分析し、それを地域医療計画や健康政策、公的病院の運営等の具体例に応用し、分析した。これらの結果から、一時否定的だった政府の役割は保健医療セクターにおいては、情報の偏在性や弱者の存在等から一定の役割をもちうることを確認され、社会的規制の概念のもとに、安全性等の規制はむしろ強化されて行くべきことが提言された。今後2050年の超高齢少子社会に向けて、これから約10年間は、その社会的実験期にあたり、供給体制においてもさまざまな改革と実験が必要と考えられる。

2) 必要的記載事項に関する研究

病床の増加の原因として、地域の老齢化の影響や、マンパワーの影響が、長期と短期病床の分化について、平均在院日数が3ヶ月以内のものを短期と定義し、2次医療圏単位の必要病床数を平均在院日数×入院発生回数ととらえると、入院発生回数は年齢で調整するとあまりばらつきはなく、病床の格差の原因は主として長期病床によるものであるということが判明した。したがって、長期病床は、他の長期ケア施設すなわち老人保健施設や特別養護老人ホームさらには今後在宅ケアとバランスをとって配備することが特定病床については、これまでほとんど使われなかったいくつかの疾患を除いて、もう一度病床の機能を勘案しながら、再定義する必要があることが判明した。結核病床は現在過剰であり、その理由は主として発生の低下より平均在院日数の低下によることが大きく、各県単位では一病棟を維持することさえ難しくなっている病院が多く存在することが判明した。したがって、病棟単位の結核病床より病室単位の結核病床が望ましく、また、技術集積が低下する可能性が考えられるので、ブロックごとに結核診療の拠点を配備する必要が考えられた。精神病床については、2次医療圏までおいて分析した結果、精神病棟の平均在院日数の低下や症状の軽減、ならびに老齢年齢が退院しはじめることから、必要病床数は今後急速に減ることが想定される。思春期の精神ケアや、老人の器質性精神病等の増加を勘案しても精神病棟全体としては必要病床数が低下し、今後きめの細かい分析が必要と考えられる。

3) 任意的記載事項に関する研究

医療施設調査や患者調査などの官庁統計の分析によると、未分化であった日本の診療所も、有

床診療所は次第に使われなくなり、小規模病院でその数が減少しつつある。一方、中規模病院は、過去20年間の間に増床の傾向をもち、公立病院では平均在院日数の低下、逆に私的病院では平均在院日数が増加し、療養型の病床に転化していたことが判明した。このように、所有形態と病院機能の分化が認められ、急性期、地域計画的病院では、私的病院でも、資源や機能のレベルは公的病院と変わらなかった。質と効率に関しては、患者調査と医療施設調査をリンクしたデータベースによって病院の機能別の平均在院日数の分布を分析した。さらに具体的な平均在院日数の短縮法については、全国約20ヶ所の病院を訪問し、インタビューによつて平均在院日数短縮法を調査した。その結果、平均在院日数が長期化する医療技術的側面、病院経営的側面、社会的側面の3側面があり、それに対応した原因の診断が求められる。短縮法としては大まかに、診療科別、平均在院日数別に考えられ、具体的な短縮法はフィールド調査にて実証された。医療情報の公開については、東京都内の私立病院の医師を対象にアンケート調査を行い、患者の診療録には積極的に公開すべき内容と公開すると患者にかえって不利益をもたらす情報が含まれている、と医師側が認識していることが判明した。情報公開にあたって、これらの情報の峻別が必要であることが強く示唆される。国民健康保険、一人当たり医療費と医療資源の関係を2次医療圏単位で分析することにより、医療機器や医師さらには病床がいかに医療費に影響を与えるかを分析した。今年度の研究では、病床を急性期と長期にわけ、また医師を若手と高年期にわけることにより、その影響をさらに詳細に分析することを試みた。結果、病床の影響は老人医療費Aがもっとも強く、一般若人の医療にも大きな影響を与えることが判明した。しかし病床を急性期と長期にわけて分析すると、急性期医療の病床ではより少なくなり、むしろ医師数の影響が目立ってくることを判明した。統計的手法をいくつか使うことによって、医療資源の医療費へ影響を、分析し比較検討することにより、やはり供給が誘導する需要の発生が示唆された。

D. 結論

健康転換の最終相、即ち疾病構造は成人病から老人病へ、社会は成熟社会へ変わろうとしている今日、保健医療セクターにおける政府の役割は大きな転換が求められている。保健医療サー

ビスの特殊性から勘案し、政府の役割は必須であるものの、これまでとは異なっていくかに市場機能を支援するかが問われている。医療計画もその意味で戦略的な保健医療システムの経営計画的意味も求められ始めているといえよう。一般病床においては、急性期と長期の機能に着目した分化が求められており、有病率に基づく把握から罹患率に基づく方法への転換が求められている。精神や結核病床では疾病特性の大きな変化から需要算定の方式の算定の見直しが必要である。必要的記載事項の諸機能については、医療供給システムの機能の分化等、その連携が求められており、病院から診療所への逆紹介がその分化を促進する重要な要素と考えられる。医療機器や人材の資源配分や確保も、そのような歴史的な分化と分担の変化の中で位置づけられなければならないことが判明した。地域の医療分化の推進については平均在院日数がその戦略を目標化し評価するのに重要であることが再確認された。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 長谷川敏彦、堀口裕正、加藤尚子、松原定雄：有床診療所の入院機能に関する研究、病院管理、35(2)5-12、1998.4.1
- 2) 長谷川敏彦：健康変革の世界的潮流の下、医療の質と効率が求められている“集中治療の質と投入資源の分析”、集中治療、5(2)85-94、1998.4.1
- 3) 長谷川敏彦：地域医療計画の効果と課題、季刊社会保障研究、33(4)382-391、1998.4
- 4) 福田吉治、長谷川敏彦：入院受療率の構造分析と都道府県の類型化、病院管理、36(1)17-23、1999
- 5) 長谷川敏彦：日本医療供給体制の課題と展望—未来と現在をつなぐ病院経営戦略、病院、58(1)26-65、1999.1
- 6) 長谷川敏彦：日本の病院の平均在院日数どうして、どのように、どこまで短縮できるのか、病院58(2)120-126、1999.2

2. 学会発表なし

- 1) 福田吉治、堀口裕正、長谷川敏彦：都道府県の病床数増加に関する分析研究、第36回日本病院管理学会総会、1998.10.22-23
- 2) 古井祐治、吉池由美子、川村治子、長谷川敏彦：二次医療圏における診療領域の医療機能の把握に関する研究、第36回日本病院

- 管理学会総会、1998. 10. 22-23
- 3) 堀口裕正、長谷川敏彦：経営情報としての患者入院経路の活用法に関する研究、第36回日本病院管理学会総会、1998. 10. 22-23
 - 4) 深津宜子、福田吉治、長谷川敏彦：医師の診療科特性と地域分布に関する経年的分布 第36回日本病院管理学会総会、1998. 10. 22-23
 - 5) 近藤久禎、深津宜子、長谷川敏彦：明治以来の日本の医師数の変遷と政策、第36回日本病院管理学会総会、1998. 10. 22-23
 - 6) 宇田淳、寛淳夫、長谷川敏彦：GISを用いた医療情報システムの構築に関する研究、第36回日本病院管理学会総会、1998. 10. 22-23
 - 7) 谷本佐理名、野中博、長谷川敏彦：逆紹介システムの現状、第36回日本病院管理学会総会、1998. 10. 22-23
 - 8) 竹内百重、堀口裕正、福田吉治、長谷川敏彦：活動及び投入からみた病院公私格差の分析、第36回日本病院管理学会総会、1998. 10. 22-23
 - 9) 和田ちひろ、武藤正樹、佐藤美稚子、仁田奈美、長谷川敏彦：CSマルチチャンネル測定の評価と今後の課題、第36回日本病院管理学会総会、1998. 10. 22-23
 - 10) 加藤尚子、島津望、長谷川敏彦：一病院における看護婦の職務不満足の様相、第36回日本病院管理学会総会、1998. 10. 22-23
 - 11) 近藤久禎、深津宜子、長谷川敏彦：健康と公正：日本における医師の分布の変遷、第9回国際開発学会全国大会、1998. 10. 24-25
 - 12) 谷口栄作、長谷川敏彦：地域保健医療活動の評価指標としての年齢調整早死損失年の活用の1事例、第57回日本公衆衛生学会 1998. 10. 28-30
 - 13) 深津宜子、福田吉治、長谷川敏彦：医師の地域分布に関する経年的分析、第57回日本公衆衛生学会、1998. 10. 28-30
 - 14) 和田ちひろ、瀬上清貴、堀口裕正、長谷川敏彦：外来患者数の減少傾向に関する分析、第57回日本公衆衛生学会、1998. 10. 28-30
 - 15) 堀口裕正、加藤尚子、長谷川敏彦：福岡県における病院進化に関する調査、第57回日本公衆衛生学会、1998. 10. 28-30
 - 16) 長谷川敏彦：総会シンポジウム政策的立場からの病院管理経営、第37回自治体病院学会、1998. 11. 5
 - 17) 近藤久禎、深津宜子、長谷川敏彦：日本の地域医療における医師の活動状況に関する経年的分析、第69回日本衛生学会、1999. 3. 23-27
 - 18) 和田ちひろ、近藤久禎、長谷川敏彦、外来患者の受療行動の変化、第69回日本衛生学会、1999. 3. 23-27
 - 19) 深津宜子、近藤久禎、長谷川敏彦：日本の医師の専門化・地域分布に関する経年的分析、第69回日本衛生学会、1999. 3. 23-27
 - 20) 松本邦愛、大平純彦、村山伸子、長谷川敏彦：健康と公正乳幼児死亡率格差の経済的要因、第69回日本衛生学会、1999. 3. 23-27
 - 21) 長谷川敏彦、福田吉治、宮尾克：日本人女性の職業別死亡率の分析研究、第72回日本産業衛生学会、1999. 5. 6-8
 - 22) 近藤久禎、長谷川敏彦：近代日本の医療分野人材開発の政策について—医師と産婆の役割、第100回日本医史学会総会、1999. 5
- F. 知的所有権の取得状況
なし

I 総論

1.地域医療計画の総合的分析.....	1126
長谷川 敏彦(国立医療・病院管理研究所)	
2 政府の役割の変遷.....	1139
永田 佑、長谷川 敏彦(国立医療・病院管理研究所)	
3 保健・医療セクターにおける政府の役割.....	1114
永田 佑(国立医療・病院管理研究所)	
4 健康転換と地域保健システム.....	1161
長谷川 敏彦(国立医療・病院管理研究所)	

地域医療計画の総合的分析

1. 歴史的意義

(1) 地域医療計画の目的

地域医療計画は1985年に改正された医療法に基づき、1987年頃から各都道府県で策定され始め、1989年3月には全都道府県で完了した。計画は5年毎に改訂されることになっており、現在第2回目の改訂が進行しつつあり、計画としては第3期目に入っている。

元来、地域医療計画の目的は2つあり、「医療資源の適正な配置」「高齢社会に適応した医療供給システムの構築」である(表1)。前者は病床を主要な対象としており、受療行動の単位としての医療圏を設定し、そこに必要な適正病床数を算定し、それ以上を越える場合規制することになっている。これについては計画の中に必ず記載せねばならない項目とされている。

それに対し、後者の目的については計画の対象も各都道府県の自主性に任せ、各自の特徴を勘案し、任意に記載してよい項目とされている(図1)。実際は指針によって、少なくとも「僻地医療の確保」「病院・診療所・薬局等の相互の機能及び業務の連携」「医療従事者の確保」等について計画することが求められている。

(2) 歴史的背景

戦後、1950年代には幾度か医療機関整備計画が策定されたが、いずれも財源の不足により実行に至らなかった(表2)(文獻1)。1970年代には医療計画を策定とする医療基本法が国会に提出されたが、廃案となっている。行政側には「医療においては情報が供給側に偏る」とか「医療資源を効率的かつ適正に整備する」といった観点から、医療計画による政府の介入を必要とする意見が多かったからと考えられる。WHO等国際機関による合理的計画策定の提唱もこのような試みを支えてきた(文獻2、3)。しかし、これまで医療計画が実現してこなかったのは日本では私的医療機関数が多くを占め、政府の介入に対する反発が存在したからと考えられる。

1980年代になって初めて実現したのは計画推進論者の長い努力の結果のみならず、一方に増加する医療費といった背景があったからに他ならない。日本は1980年代に65歳以上人口が7%を超えて、高齢社会に突入し、未だかつてない速度で超高齢社会に向けて進み始めた。同時に経済成長はオイルショック以降高度経済成長から、低成長に移行した時期に一致し、医療費の伸びは経済成長の伸びを大きく上回っていた。高齢化によって予想される医療費の伸びに対応することが時代的要請であった。

2. 効果の評価

地域医療計画が効を奏したかどうか評価しては、最終的な影響すなわち「結果レベル」(impact level)、政策の執行上の評価すなわち「操作レベル」(operational level)、さらには総

合的な政策そのものの評価すなわち「政策レベル」(policy level)、の3つの次元で評価されなければならない。

(1) 結果レベル

直接の影響は目的とされた「病床規制」、任意的記載事項に書かれた「医療システムの構築」及び時代的背景としてあった「経済的影響」の3つを考察する。

1) 病床規制

戦後一貫して増え続けた病院の一般病床は1992年以降減少に転じ、今日に至っている(図2)。また計算された必要病床との関連で考えると、総既存病床は必要病床数に次第に近づいている。第1回目の公示当初、345あった2次医療圏は、境界の変更等により20は比較追跡不可能であるが、当初135過剰であったものが、1996年3月には117に減少し、過不足のなかった医療圏は2から20に増え、188あった不足医療圏は変わらず188となっている(表3)。各医療圏毎の既存病床に対する必要病床の割合の平均は、病床数全体として過剰でも、病床不足医療圏が多いことから1以下で0.946であったものが1に近づいている(図3)。その分散は標準偏差ではかると次第に小さくなっている。これらを総合的に判断すると病床数の増加は止まり、地域格差が減少しているといえよう。

しかし算定された総必要病床数をみると1990年代に入って人口高齢化の影響からか次第に増加している(図2)。過剰医療圏が減少し、不足医療圏が増加しているのも、分母となる必要病床数が増加しているからかもしれない。もしその算定法に問題があり、必要以上に算定されているとすれば上述の評価の根拠も崩れる。

さらに病床数の年次推移を分析すると病院の一般病床は1985年医療法改正当初、108.0万床であったものが1992年には126.5万床となり、18.5万床の増加をみている。これの大半15.4万床は私的病院の増床であった。

日本の増床の歴史を1960年代頃まで1966年、1980年、1987年に3度のピークを認め、それぞれ42.5万床、35.9万床、18.5万床の増床をみている(図4)。所有主体別にみると、公的病院の場合、病床数の全体に占める割合は次第に低くなっており、かつ明確なピークを示していない。規模別にみると、3つのピークとも50-299床の中規模病院に著明で50床未満の小規模病院ではむしろ減少しており300床以上の大規模病院でも1980年以降、なだらかな暫増傾向を示すものの明らかなピークを持たない。従って私的な中規模病院を中心に医療計画に反応した駆け込み増床が生じたと推測することができる(図5)。

2) 医療供給システム

高齢社会に適応した医療供給体制の構築に医療計画がどのような影響を及ぼしたかという評価は非常に難しい。医療供給システムの計画は、各都道府県独自の多様な計画であること、そしてあまり定量的な目標が立てられていなかったことなどがその理由である(文獻4)。

この十数年間は医療技術が飛躍的に革新され充実した時期でもあった。医療機器をみると、この時期大きく普及している。従って定量的分析は困難ではあるが定性的に個々の医療機能は充実した一方、これらの機能の連携、特に1次、2次、3次の連携、あるいは保健と福祉との連携が問われているといえよう。

3) 経済的側面

① 病院資産の推移

病院に対する設備投資を建築予定額から分析すると、消費者物価指数で補正した各年の工事予定額では1960年代にピークはなく、1980年前後と1980年代の後半にピークが認められる(図6)。純粋に公的私的に分けられたデータは存在していない。

ここでは、国公立と日赤・済生会・社会保険病院等の公的病院を含めた私的病院を中心とする2分類で分析すると国公立にはピークが認められるものの明確ではなく、その他の病院では明らかな二つのピークが認められる。公私病院連盟の統計データを基に一般病院の資産は1985年に総額4.7兆円であったものが1994年には8.9兆円に倍増していることがわかる(国立病院を除き、かつ土地の資産を除く)。自治体病院とその他広義の公的病院は1.67倍の伸びであったに対し、個人医療法人等の私的病院の伸びは2.1倍であった(文献5)。第3の増床ピーク以前は日本の医療施設は私的病院の数が多いにもかかわらず、病院の全資産を比較するとむしろ公的病院が多く、最後のこの増床ピークによって初めて逆転した可能性がある。

②医療費への影響

国民医療費の伸びは1970年代の後半から低下し始めており、地域医療計画による影響は認められない。むしろ、国民所得が伸び悩んでいるに比して約50%前後で安定しているといえよう(図7)。

2次医療圏単位に国民健康保険の医療費の推移を分析した。暫定的な研究結果によると1985年の医療費に対し1993年の医療圏は、病床過剰医療圏が1.85倍、不足医療圏が1.76倍で病床過剰であることから、病床過剰であると一般に知らしめることにより医療費を適正化するとする、いわゆる「アナウンス効果」は認められていない(文献5)。

(2) 操作レベルの評価

1) 圏域設定

①大きさと流出入問題

まず、圏域の大きさにばらつきがあるという問題である。特に政令指定都市の場合は、都市全体を大きな1つの医療圏と設定している場合が多い。人口最大最少の格差は104倍、面積は172倍に及ぶ(文献6)。次いで問題なのは境界の問題である。医療圏を設定してもその辺縁部分では隣接医療圏に近く、実際の受療行動は他の医療圏に流れ込んでいることが多い。これらの問題は日常の住民の行動を行政の境界で仕切ることから生じる避けえない問題といえることができる。また政令指定都市は大都市で交通網が発達し、一般に住民の受療行動も大きな圏域で行われている。圏域設定に関しては地域の特性を勘案する必要があることを示唆している。

②2次3次医療圏の問題

2次医療圏、3次医療圏という概念は計画策定上、単純で有用である。しかし医療機能の中には2次医療圏と3次医療圏の間、すなわち3次医療圏では少なすぎ、2次医療圏では多すぎるといった機能や、2次医療圏内で複数必要である機能も存在する。しかもそれらが技術の発展と普及によって求められる圏域がしばしば変化する。この問題についても計画策定時に柔軟な対応が求められよう。

2) 必要病床数の算定

続いて、必要病床数算定法についての議論がある。現行の算定方式では平均在院日数の変動をあまり大きく見ていないので、病院の高機能化により平均在院日数が低下すると、必要とされる病床が減少するにもかかわらずそれが勘案されない。また圏域への流出流入を算定することになっているので日本全体として二重に計算される可能性がある。これらの要素が過去比較的早い速度で必要病床数を押し上げてきた要因と考えられる。精神病床や結核病床も同様の問題を抱えており、精神病床は疾病度の変化と共に平均在院日数が低下しており、また結核は治療法の改善と共に平均在院日数が低下し、それが実際の入院患者数を低下させている。現行の必要病床数算定法はこのような平均在院日数の変化を勘案しておらず、真の必要病床数よりも大きく算定される可能性をはらんでいる。

3) 目標進行管理

計画は目標を明確にしない限りその遂行の管理と評価は難しい。この必要性は厚生省のしめした策定指針においても強調されている。実際、都道府県レベルの計画において目標値を設定しているところは少ない(文献7)。また2次医療圏の計画においても各項目別に見ると、ほとんど設定していない。さらに進行管理には現状の把握の情報システムとそれを評価する主体、及びその結果をフィードバックするシステムが必要であるが、各自治体でシステムを確立しているところは少ない。

4) 執行の方法

本来、地域医療計画をどのような性格ととらえるかは議論されてきたところである。行政の執行計画ととらえるのか、あるべき姿、目標とする理想像をとらえたものなのか、という疑問である。前者であるとすれば執行に予算と権限が伴わねばならない。しかし医療界は経営主体がほとんど私的セクターに所属しており、主として市場原理で動いており、行政的権限は及ばない。そしてそのような部門に税による財源を投入すべきかどうかは理論的に検証すべき課題である。従って一般に地域医療計画は社会全体の合意を形成すべく、社会計画として位置づけられているとされている(文献8, 9)。

ただ必要的記載事項、すなわち病床規制の部分は元来財源なく有効と考えられてきた。しかし、これも最近医療法には従わないとする一部の病院団体が地方裁判所に提訴した結果、設立を認められるに至っている。医療計画そのもの自身、設立増床に法的な罰則規定はなく、むしろ診療報酬に支払いを停止するという経済的方法で規制するという考えであるため、このような事態が生じたと考えられる。

既に計画公示前後に、規制を恐れた私的病院を中心に駆け込み増床が生じた事実を前述したが、このような弊害を予防する方法も難しい。

さらには病床規制が行われている地域で、病床の権利の売買が高額で行われているとの報告もある。このように地域医療計画執行上の弊害及び問題が生じている(文献10)。

(3) 政策レベルの評価

政策レベルでの評価には大きく分けて、現状の評価から政策的判断をする考え方と理念、イデオロギーから考える流れと二つの流れがある。前者は操作的レベルの、特に上述したような執行方法による種々の弊害を勘案して政策の適否を考える流れである。

一方、理念的な評価はここ20年間に渡る世界的な規制緩和、地方分権、大きな政府の見直しといった思想的潮流からきており、それが日本に影響を及ぼした結果としての行政改革の流れの中で位置づけられている。

戦後、世界は好景気に支えられ、社会保障制度を充実させてきた。先進国はこぞって20世紀型福祉国家を目指し、医療界はその流れのなかで拡大してきた(表4)。しかし1970年代後半のオイルショックにより、その政策を見直さざるを得ず、小さな政府、特に保健医療サービスの直接提供から政府は撤退し、市場に任せていくといった流れが主流になっている(図6)(文献11)。この潮流のピークは米国英国におけるレガノミックス・サッチャーイズムの華やかかなりし1980年代の後半で、その時期に日本は規制を目的とする地域医療計画を導入し、世界的な批判を浴びた。折しも東欧・ソ連が崩壊し、中央集権的計画経済が破綻し、理論的に指摘されていた限界が歴史的に証明された形となった(文献12)。

つまり多数の変数を一度に解くことは、近年のコンピュータの能力をもってしても不可能で市場が人知に勝るといふ分析である。規制は市場の活性を奪うものであり、既得圏域を保護するものにすぎないというのが新自由主義的思想の主張である。これらの主張も理論的に検討されるべき課題といえよう。

しかし一方、公共経済学の分析によると、医療界では情報が供給者の側に偏在し、消費者は合理的判断ができず、市場は失敗する典型的な分野とされている。確かに医療界以外のほかの産業分野においても規制緩和し、産業界の自主的な活動に任せることにより活性化をはかる、すなわち経済的規制を緩和するとしても、種々の市場では解決できない製品の安全性や産業界全体の指針については、新たな政府の役割が求められており、むしろ経済的規制が緩和されるに従って、逆に社会的規制は強化されるべきとの意見も存在する。地域医療計画は経済的規制か社会的規制かもまた理論的に検討されるべき課題といえよう。

(4) 評価の実際

評価の実際としては発表された文献のレビューによるものや、社会調査による定量的なものがある。

1) 文献による分析

地域医療計画が執行された1986年頃から93年までの地域医療計画に関連した文献は、その中でも地域医療計画の評価に結びつく論文は少ない。文献的レビューは元来定量的な分析はなじまないが、内容としては上述された立場の議論はほぼ出尽くしているといつてよい(文献13)。

2) 社会調査による分析

全国の保健所長や都道府県の衛生部局の行政関係者、病院長・事務長などの病院管理者、大学の教授や研究所職員などの学識経験者の3分野、575人にアンケートを施行し、330人の回答を得た(図7)(文献14)。その結果を分析すると、3分の2から4分の3の回答者が政策上の有効性があったと認めている。その傾向は病院の経営管理者に最も高く、学識経験者に最も低く、前者は既得権を持つ立場、後者は客観的な分析という立場を反映していると考えられる。病床規制の効果に関してもほぼ同様の結果を得ている。そのほか、医療圏の設定や必要病床数の算定方式については約3分の2が妥当としている。

文献レビューによると医療計画の策定前は反対意見が目立つが、策定後はむしろ保守的な意見が目立つ。

3. 今後の課題

(1) 地域医療計画の是非及び第3次、第4次医療法改正

今後の課題としては、まず地域医療計画を「存続させるか否か」、存続させるとすれば「現状維持か否か」があげられよう。

これまでの評価の分析から医療計画の是非については4つの立場が考えられる。まず廃止論としては、第一に理念、イデオロギーに基づいて政策的に医療計画は排除すべきという考え方、第二に操作レベルや結果レベルにおいて種々の弊害をもたらした故に廃止すべきという現実的反対派の立場である。一方、存続論としては第一に種々の弊害や問題点を改善する条件付き計画賛成派の立場、第二に現状肯定派の意見がありうる。これら4つの立場はこれまで述べてきたように論拠がある(文献5)。

しかし現時点における厚生省の判断は医療審議会の討議を経て、第3番目の立場、すなわち条件付き継続を決定し、前国会に第3次の医療法改正案を提出し、法案が成立した。改正の主要項目は、これまでの任意的記載事項を必要的記載事項にすること、総合病院をなくし地域支援病院を新たに創設すること、有床診療所にも療養型病床群を許可することなどである。医療法と抱き合わせで介護保険法も成立し、その実施に向けて準備が進められている。介護保険法の実施に当たっては、病床の機能区分と新たな改革が求められる。そこで検討委員会が設置され、急性期、長期の病床の定義と第4次の医療法改正に向けて議論が始められている。

(2) 他諸計画との整合性

医療法はその地域における医療に関連するほぼすべての項目と関係しており、また多くの都道府県では「地域保健計画」と抱き合わせでつくられているところが多い。従って様々な計画と接点を持っている。保健の側面においては新たな地域保健法に基づく保健所の機能の問題も含めて、地域保健計画の推進と評価が問われている。「ゴールドプラン」とそれに基づく市町村の「老人保健福祉計画」は、まさしく保健医療福祉の連携の一環として地域医療計画との整合性が問われており、とりわけ今回成立した介護保険法の施行に際してはさらに調整が必要とされている。

超高齢社会に伴う少子社会において子供の問題は大きく注目されており、既に「エンゼルプラン」の策定が各自治体に求められているが、それとの整合性も問われている。「障害者プラン」も同様である。

1979年に策定された第1次「国民健康づくり運動」も第2次の終わりが近づいており、21世紀を目指して、国民全体を巻き込む新しい健康づくり運動が計画され、「健康日本21」と仮称されている。この計画は健康結果やそれに関連する要因の変化を目標を立てて管理していくとする新しい計画で、地域医療計画や保健計画に求められている目標の設定と関連しており、その整合性が問われている。

このように地域医療計画は様々な課題を抱えているといえよう。

なお、この論文は平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」(主任研究者 長谷川敏彦)及び平成8・9年厚生省厚生科学研究費「地域需要からみた医療供給体制に関する研究」(主任研究者 松田朗)の研究成果を基に作成された。

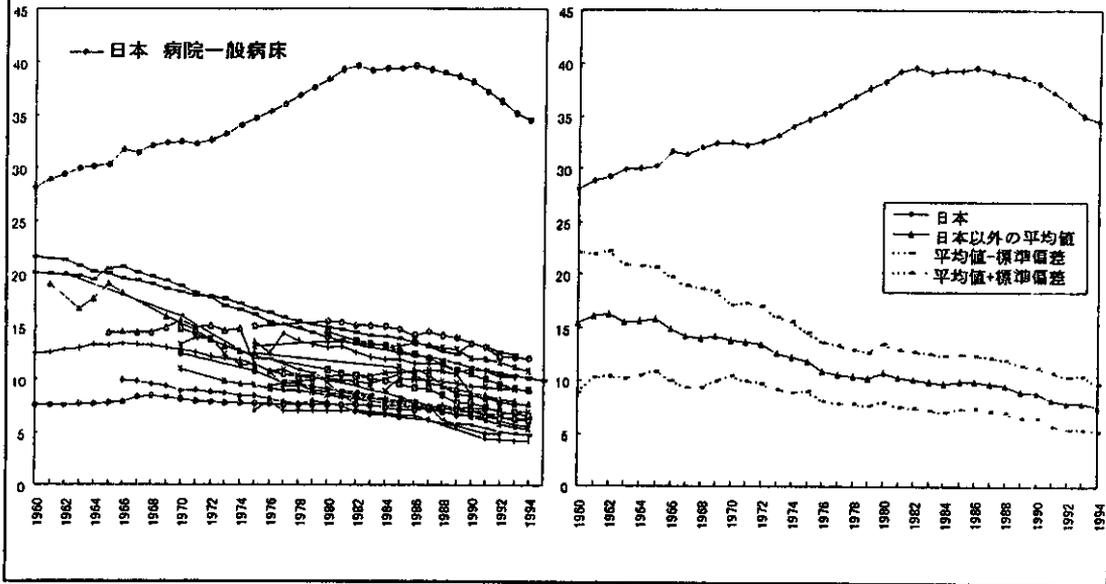
<参考文献>

- 1)茶谷滋：「新・医療法、新・医師法解釈と運用の実際」、『月刊保険診療』、Vol.43-No.11、pp.19-32、1988年
- 2)Bridgeman, R.F. (谷村秀彦訳)：『病院の地域化』鹿島出版、1976年[原著タイトル：The Rural Hospital]
- 3)郡司篤晃：「地域福祉と医療計画 医療計画の基本的諸問題」、『社会保障研究』、Vol.26-No.4、pp.369-384、1991
- 4)星旦二：「任意的記載事項に関する研究—総括—」、『平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告』、1996
- 5)近藤正英他：「医療計画と政府の役割に関する研究 経済学的研究—資産、地域医療費へのインパクト」、『平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告』、1996
- 6)中原俊隆：「医療圏に関する研究—医療圏問題に関する検討」、『平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告』、1996
- 7)星旦二他：「47都道府県の保健医療計画における指標型 目標設定に関する研究」、『日本公衆衛生雑誌』、Vol.40-No.8、pp.636-643、1993
- 8)中俣和幸：「わが国における保健医療計画の基本的問題についての検討(1)計画とは何か」『公衆衛生』、Vol.56-No.11、pp.776-781、1992
- 9)中俣和幸：「わが国における保健医療計画の基本的問題についての検討(2)保健と計画性」、『公衆衛生』、Vol.56-No.12、pp.856-862、1992
- 10)高木安雄：「医療計画による医療供給体制の変化と問題点—病床過剰医療圏の変容と一般病院の新規参入に関する研究—」、『社会保障研究』、Vol.31-No.4、pp.388-399、1996
- 11)長谷川敏彦：「地球をなめる療原の火「健康変革」」、『社会保険旬報』、No.1970、pp.26-33、1998

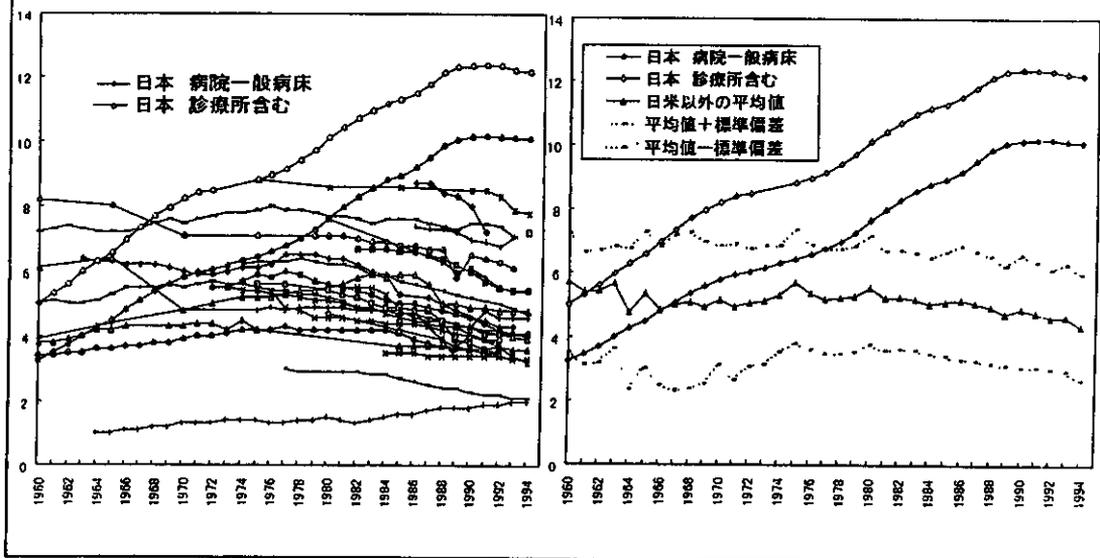
- 13)近藤正英他：「日本における医療計画の関連研究論文のレビュー」、『平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告』、1996
- 14)中江章浩他：「医療計画に関するアンケート調査報告」、『平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告』、1996
- 15)松田朗：「医療計画の問題を探る」、『月刊医事研究』、No.7、pp.2-3、1995

(筆者：長谷川 敏彦)

平均在院日数 急性期病床 (OECD27ヶ国1960-95、日本一病院一般病床)

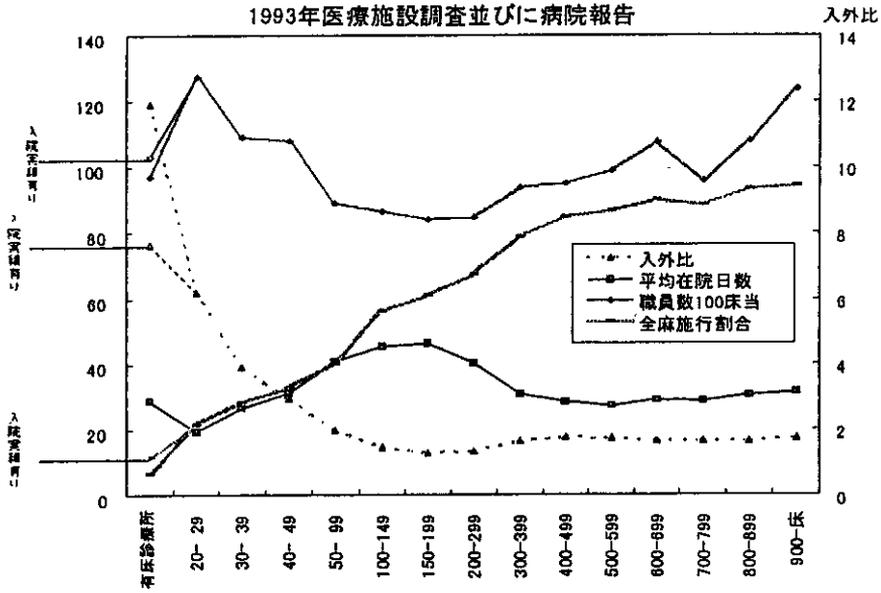


急性期病床数年次推移 (OECD27ヶ国1960-94、人口1000対)



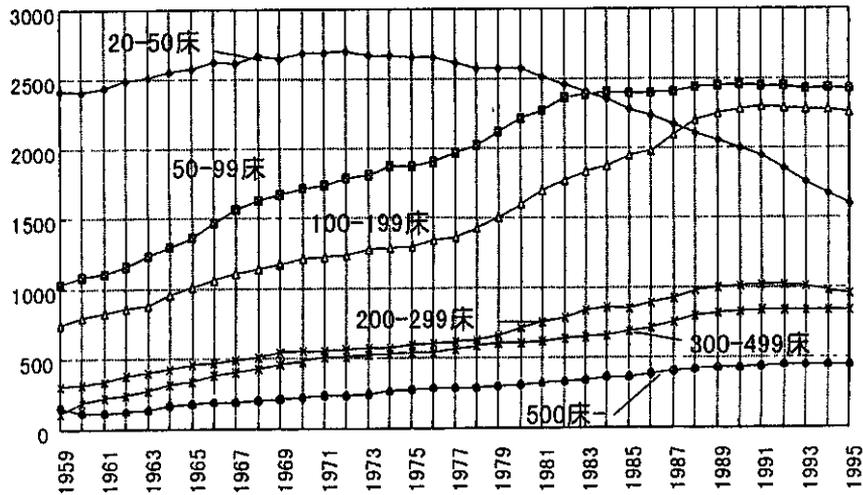
病院機能の規模別分析

1993年医療施設調査並びに病院報告

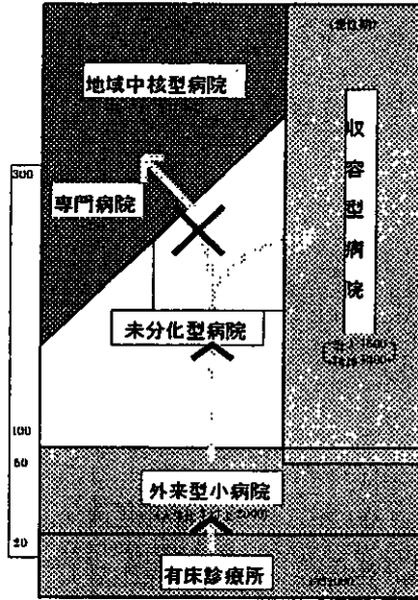


医療施設数病床規模別年次推移

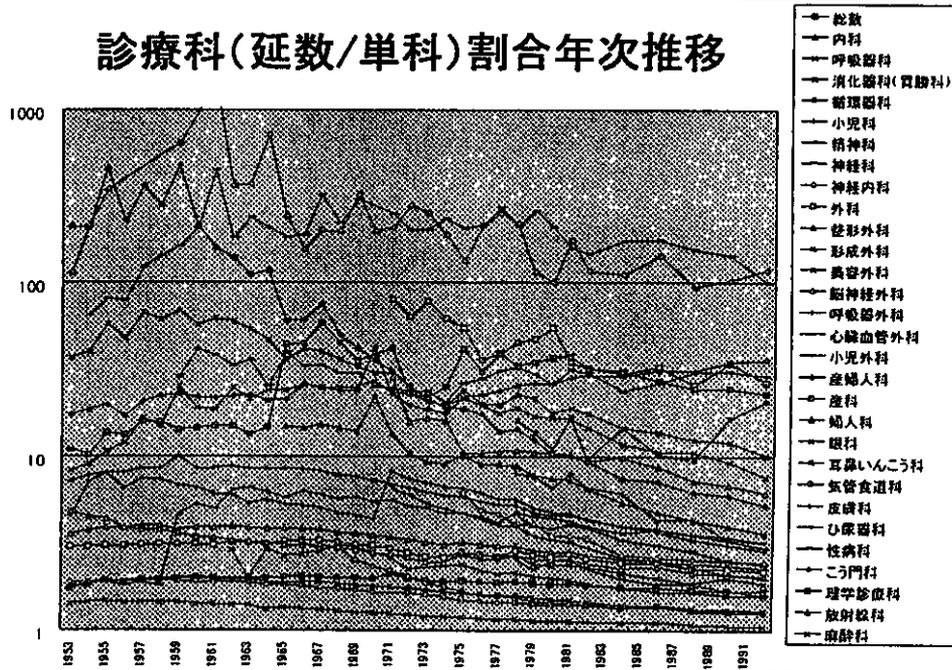
医療施設調査より



日本病院進化論



診療科(延数/単科)割合年次推移



3師調査より

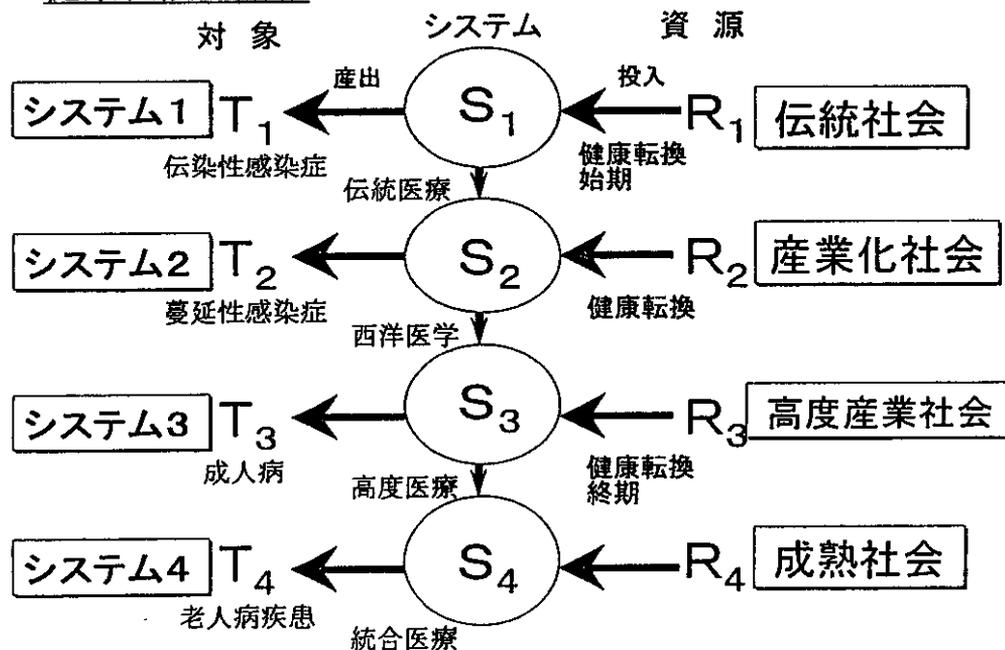
医療技術革新の展開

戦後技術革新	第1次	第2次
時期	1940-1960年代	1970年代-現代
費用対効果	高	低
医療費への影響	削減型	誘発型
中心的対象	感染症	慢性疾患
技術の性格	完成技術	半完成技術
技術例	<ul style="list-style-type: none"> ・ワクチン、抗生物質（感染症予防治療） ・全身麻酔、輸液（外科技術） 	<ul style="list-style-type: none"> ・超音波ファイバー、CT等（診断技術） ・人工呼吸器、人口臓器、経静脈栄養、ICU（生命維持技術）
背景となる工業技術	<ul style="list-style-type: none"> ・重化学工業 ・機械工学 	<ul style="list-style-type: none"> ・光学技術 ・電子工学

注：大型機器の普及は80年代後半から

出所：広井良典著「アメリカの医療政策と日本」、川上武著「技術の進歩と医療費」改変

健康転換の諸相



社会的通念と経済発展の諸段階

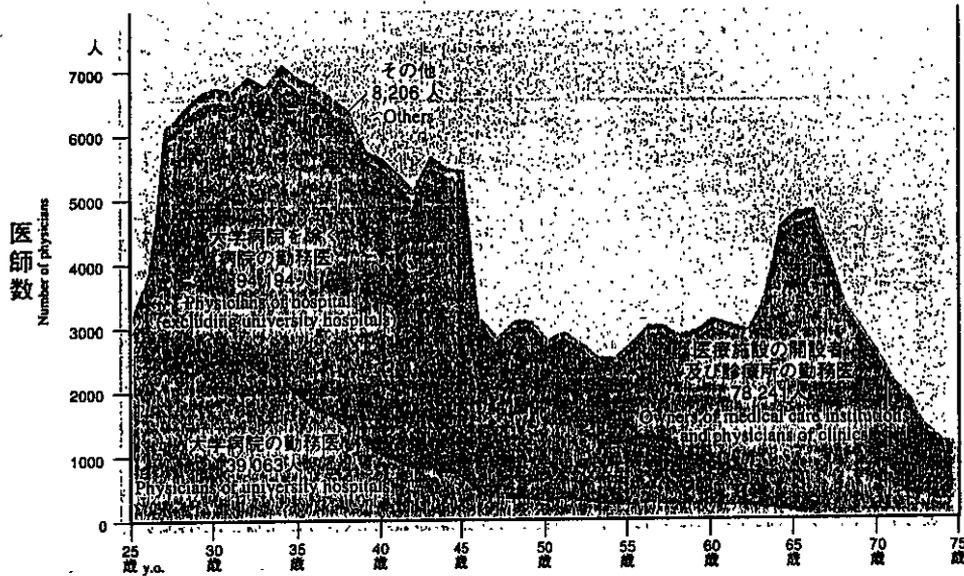
経済発展段階	I	II	III	IV
国家の役割 社会政策	夜警国家 救護	行政国家 公的扶助	福祉国家 社会保障	総取国家 普遍的な社会サービス
主要な保健医量需要	急性伝染病、 汚染処理	慢性感染症(結核) 母子衛生、労働衛生	慢性疾患(成人病)精 神衛生、公害	高齢者(OOL)、老人病
サービスの類型	環境衛生改善 Environmental Sanitation	対人保健サービス Personal Health Service	総合保健サービス Comprehensive Health Service	統合保健医療福祉サービス Integrated Health and Welfare Services
0歳平均余命	35歳前後	50歳前後	70歳前後	80歳前後
乳児死亡率(1000対)	150-200	100前後	25-30	5以下
65歳以上人口	4%前後	5-8%	11-12%	13%-
第1次産業人口比率	80%前後	50%前後	20-30%	20%以下
イギリス	A. D. 1800	A. D. 1870	A. D. 1930	A. D. 1960
日本	1900	1920	1955	1980

注) 経済発展段階、I、II、IIIはW.W.Rostow, The Stages of Economics Growth (1960年)における離陸期、技術的成熟期、高度大衆消費期にそれぞれ相当する。IVは高齢化、低成長化、情報化の成熟社会に相当する。

業務の種類別にみた医師数(年齢別)
Number of physicians according to age and activity

平成4年(1992)

医師の総数は、219,704人

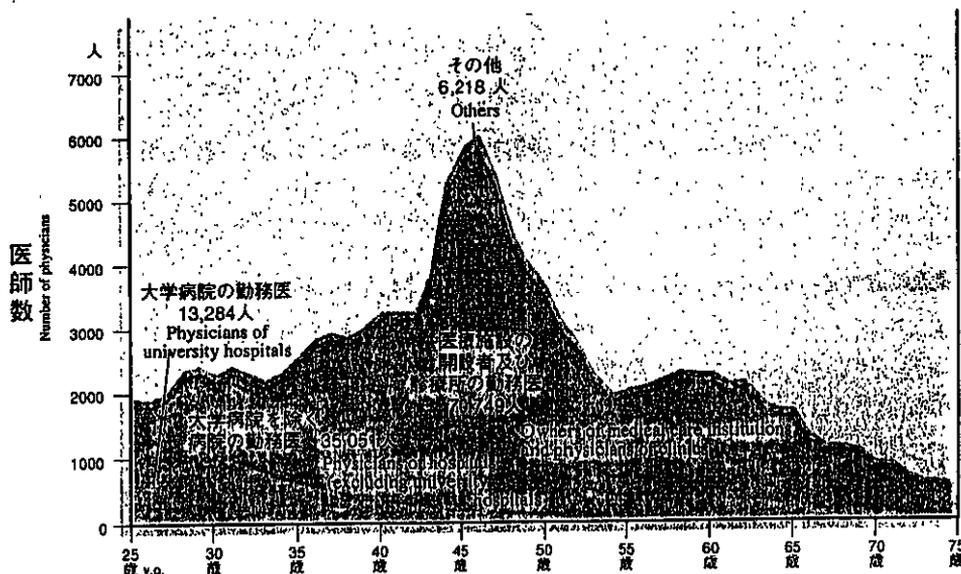


注：上記の医師数は全年齢階級の合計数である。

(医師・歯科医師・薬剤師調査)

(参考) 昭和47年(1972)

医師の総数は、125,302人



注：上記の医師数は全年齢階級の合計数である。

(医師・歯科医師・薬剤師調査)

平成4年の図の65歳前後の医師の山は、第2次世界大戦前後の医育機関増設によるもので、この階層は開業医が多い。53歳以上は開業医の割合が5割を超す。

同図の45歳以下の医師の山は、昭和45年からの新設医科大学の設置、昭和48年からの無医大県解消計画によるもので、この階層は勤務医が多い。

「政府の役割」の変遷

はじめに

1980年以降、民営化、規制緩和、地方分権化等大きな政府から小さな政府への世界的な潮流のもと保健や医療の領域にかかわらず、ほとんどすべての領域で政府の役割、公的部門の役割が問い直されている。

80年代のレーガン、サッチャーに代表されるような新保守主義的な市場メカニズムへの極端な信頼に基づく議論は一応沈滞はしたが、もはや左右両派にとって福祉国家といわれるような国民の生活全般について国家がかかわることを是とする60年代の「合意」も崩壊している。しかしだからこそ、政府の役割についてニュートラルかつ、プラクティカルに思考するにはよい時期になっているともいえるであろう。そしてそれは、経済・社会が未曾有の社会一すなわち超高齢社会へとまさにテイクオフしようとしているわが国にとってなくてはならない議論だと思われる。

ここでは、保健医療セクターにおける政府の役割について理論的なアプローチ、政府の役割をめぐる諸テーマからの政府の役割に関する議論に先立って、保健医療セクターを取り巻く環境の変化、各国における健康変革の現状、政府の役割の方向性を概観する。

1. 保健医療セクターを取り巻く環境の変化

保健医療セクターを取り巻く環境の変化の中で最も重要な変化は、経済の構造的な低成長に伴い、医療資源に対する制約が強まっていることだろう。

第2次世界大戦以後1960年代までは、単純にパイが毎年大きくなるので、医療のパイも毎年大きくなることに「コンセンサス」を得ることはたやすかった。この時期には医療を含む社会政策が一定の制約の下にあること、すなわち経済的な資源を必要とし、同じにそれとの相互関係を持つことを考える必要がなかった。オイルショック以降、先の合意は崩壊し、医療を含めた社会政策への資源の投入は、経済成長を鈍化させるものであり社会保障の大胆な削減を主張する政治勢力が大きな支持を得るようになる。80年代の先進各国における新保守主義の興隆はこのことを端的に表しているといえよう。

一方で急速な高齢化の進展によって医療費は先進国で高騰を続けている。一般に高齢者は、医療的な措置を必要とする割合が若年者と比べて高いから医療費も高騰せざるを得ない。また、単に人口構造が高齢化しているのみならず、疾病構造が変化していることも重要である¹⁾。こうした変化は、わが国の医療を従来の慢性疾患を対象としたものから、老人を中心とした医療への転換を促している。また、インフォームドコンセントによる情報公開と自己決定という用語がマスコミでよく聞かれるように、消費者主義・権利意識の高揚ともいべき現象も見落としてはならない。患者はもはや受動的なサービスの受益者ではなく、自らの生活の質を高めるための医療を求める主体となっている。

¹⁾ こうした疾病構造の変化は近年「健康転換」というコンセプトで捉えられている。「健康転換」とは、疾病構造の転換を人口構造や就業構造、産業構造といった社会経済システムの転換と一体のものとして総合的に捉えていこうという考え方である。基本的には3つの段階が区別される。第1の段階は感染症の段階、第2の段階は感染症から慢性疾患への段階、第3の段階は、慢性疾患から「老人退行性疾患」への段階である。第2の段階は、わが国では死因の1位が結核から脳卒中に変わった1951年、ないし死因のベスト3として現在に続く「癌、心臓病、脳卒中」の3者が出揃った1960年代前後といわれる。第3の段階は、例えば入院患者全体に占める65歳以上の老人患者の割合が4割を超えた1985年前後がこうした時期に該当するといえよう。