

なったが、2003年現在、A'の20km周囲に存在する施設は同じ29施設である。1997年と2003年を比較して病床数は全体で178床減少したが、その多くが(63%)結核・感染症病床や精神病床であった。国立病院・療養所以外の施設の病床はあまり変化していない(表7)。標榜診療科は小児科、脳神経外科や、内科から派生した神経内科、心療内科、消化器科、循環器科やリウマチ科などが伸びている。外科と耳鼻咽喉科は標榜数が減少した(表8)。D'は感染症病床を大幅に減少させ、9割以上を一般病床として開業した。標榜診療科は呼吸器科、循環器科、リウマチ科、小児科、脳神経外科、放射線科を新設した。D'は地域の中核病院として、二次救急医療及び地域医療支援を24時間体制で担う方針で運営されている。

その他の国立療養所の周囲20kmでも同様の分析を行った(データ示さず)。それぞれの地域で病床は-8.5%から2.2%までの変動を示している。結核・感染症病床は減少しており、機能分化の流れの中であつて一般病床であつた多くの病床が療養病床と呼ばれるようになってきている。ほとんどの地域で循環器科やリウマチ科などの内科 sub-speciality とリハビリテーション科が増加している一方で、9つの地域のうち6つで小児科は減少、8つの地域で外科は減少している。また9つの地域のうち8つで心臓血管外科を標榜する病院が増加している。

5. 考察

移譲された国立療養所とはもともと人里離れたの小～中規模の療養型の医療施設であつた。患者は多くの場合、結核、脳血管障害であり、精神病、重症心身障害、神経・筋疾患、難病に特徴を持つ病院もあつた。しかし、時代とともに医療や社会の環境が変化したため、経営移譲や統廃合が検討されるに至つた。その長い歴史の間に国立療養所はその機能の変遷とともに地域の中で役割を獲得していったと考えられる。しかし国家機関であるがために、無制限な業務の拡大を行うことは出来ないこと、また他の設立母体の提供する医療が充実してきたことにより、自ずと国家の役割の範囲は狭小化せざるを得なかつた。「移譲問題」はいわゆる政府医療と一般医療の違いを考える上で非常に示唆に富む。しかし政策医療とは何か、を提示することがこの論文の趣旨ではなく、国立医療機関の「国立」の枠が取れてしまった時の病院の行動変化、あるいは無変化をとらえる事を目的としており、それが今後の国立医療機関の役割を考える上で役立つと考えた。何故国立療養所を選んだかは先述した通りである。

ここで示したように、多くの旧国立療養所は移譲後は療養病床の割合を多くし、神経内科やリハビリテーション科を新設し、慢性医療の提供機能を充実させている。これはもともとの国立療養所の設立された環境とその決して高度化されたとは言えない機器・設備が主な理由だと考えられる。⁴⁾⁶⁾また、特に精神疾患や重症心身障害などに大きな特徴を持った療養所は、その提供する医療に大きく依存する患者が存在するため、移譲後も業務をそのまま引き継いで営業する事は、ある

意味自然な流れであったと考えられる。地域の医療の需給分析で挙げた施設 D はもともと結核療養所ではあったが、入院患者の結核、脳血管障害の割合は比較的 low、平均在院日数も短い病院であった。D' は移譲後には診療科を増加させ、地域の中核病院として急性期医療を提供する事を機能としている。また、A は結核、脳血管障害の患者が多く、平均在院日数も比較的長い病院であったが、移譲後も療養病床を主とし、リハビリテーション科などを新設し、療養環境を拡充している。全く違った役割を果たす両施設であるが、移譲によってもともとの機能を継続しつつ更に特化し拡充した施設になっている。

旧国立療養所が継続して慢性期医療を提供し続けることは、高齢化が進んで長期療養型の施設の需要が高まっている現在の社会状況とも無縁ではないであろう。国立療養所の位置する圏域の多くは高齢化の進んだ過疎地域であり、それぞれの都道府県の地域医療計画には例外なく療養環境の充実が目標に掲げられている。急性期医療がある程度充実していれば、経営移譲後の機能として慢性期医療が選ばれる可能性は高いと考えられる。また、D から 20km 以内には救急告示病院は 7 施設あり、その一般病床は計 666 床ある。一方 A から 20km 以内には救急告示病院は 9 施設あり、一般病床は計 2472 床もある。20km 以内の人口が正確に分からないので確定的な判断は出来ないが、両病院が存在する二次医療圏の人口比で見ても、それぞれの医療環境が病院に求める役割には大きな違いがあると思われる。これらのことより、それぞれの旧国立療養所の機能は地域の実情を少なからず反映していると考えられる。長い歴史の中で地域の医療に溶け込んできた結果であろう。

経営移譲後 A と D を含めて平成 9 年から 13 年までに移譲された 11 施設のうち 5 施設が小児科を新設している。近年の小児医療の需要の増大は指摘されているが、国立病院・療養所の移譲が、これまでの機能を引き継ぎ拡充するだけでなく、地域の医療環境のもとに地域住民の意向を反映する形で行われた現れかもしれない。⁸⁾⁹⁾国立療養所病院が移譲されることに伴って現れた、周辺住民の様々な不安や移譲への反対は様々なメディアにおいて取り上げられている。⁶⁾¹⁰⁾¹¹⁾それらが移譲後の病院行動に影響を与えている可能性は強いと考えられるが、不採算医療と言われる小児科を開設した病院は 5 施設あり、そのうち 4 病院は公的病院であったという事実は興味深い。逆に外科を廃止した 3 病院のうち 2 病院は私的病院であったことも合わせて考えると、移譲後病院では国立時代とは違った自律的経営が行われているとはいえ、公的病院は公的機関ゆえにその経営については何らかの社会的要請を負わされている可能性が示唆された。また、私的病院は市場の競争圧力は相対的に強くなるため（所有権理論）、外科を廃止しリハビリテーション医療にサービスを特化させる傾向があるのだろうか。¹²⁾このような考察は推測の域を出ないが、いずれにせよ「国立」ではなし得なかった地域のニーズに根ざした医療の提供を移譲後病院が模索している姿が浮かび上がってくる。その中で自治体に移譲された病院については、赤字経営とその原因としての人件費等のコスト意識の希薄さが報告されていることは指摘しておくべきであろう。¹³⁾

移譲された病院がこれから地域の実情に即した、持続的な医療を提供するのであれば、それが地域住民の健康増進のために一番いい事には違いない。旧国立病院・

療養所が「政策医療」を提供していたかどうかを検証する事には、これまでの歴史を考えても意味はないと考えられ、むしろ重要なのは、これまでの療養所機能を踏まえつつ、今後移譲後病院が提供していく地域医療を観察して行く事だと考える。その中から漏れていくものがあれば、それは不必要な非効率的な医療か、あるいは政府が提供するべき政策医療ではないかと考えられる。また、新規に持続的に提供されるものは、地域の需要に即したその他の経営母体が果たせる役割であろう。図2に平成以降の国立療養所移譲の簡単な模式図を示した。

6. 結び

本年度の研究では、入手可能なデータをもとに国立療養所の移譲前後の診療機能の変化の解明に努めた。これは単に数値的側面からの分析に過ぎないが、次年度以降は都道府県医療計画資料や地域再編成協議会審議等の資料をもとに地域において国立療養所はどのような役割が求められていたのかを検証し、移譲後の病院機能と比較検討を行い、必要であれば、アンケート調査を行い、地方新聞等の資料も参考にして病院を移譲することによって生じた問題点を調査し、政治的社会的要因等が病院の地域医療における役割や設立理念の形成にいかなる影響を与えたのかを分析することにしたい。

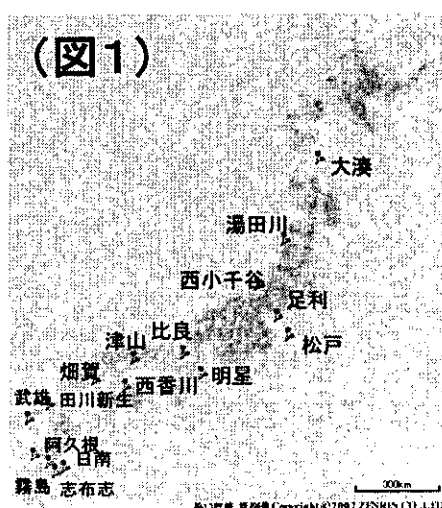
7. 参考文献

- 1) 厚生労働省監修, 厚生労働白書, 平成 13 年度版。
- 2) 厚生労働省設置法, 第 3 章, 第 3 節, 第 16 条。
- 3) 厚生省保険医療局, 国立病院・療養所の再編成について, 昭和 61 年 1 月。
- 4) 中北徹, 国立病院・療養所の再編成 - 医療サービスの民営化をめぐって -, 医療・介護の産業分析, 第 6 章, 125 - 152, 2000 年。
- 5) 斎藤乃夫, 国立病院・療養所再編成の歴史, レファレンス, 473, 5 - 43, 1990 年。
- 6) 平田尚弘, 国立療養所移譲第 1 号、やっとな船出, 日経メディカル, 247, 163 - 168, 1990 年。
- 7) 厚生省保険医療局国立病院部, 国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針, 平成 8 年 11 月。
- 8) 田中哲郎、市川光太郎、山田至康, 小児科救急医療における小児科医不足 医学部生の小児科医に対する考え方, 医事新報, 4017, 37 - 43, 2001 年。
- 9) 子供未来図 - 小児医療の現場から, 河北新報,
<http://www.kahoku.co.jp/spe/spe108/index.htm>
- 10) 宮崎日日新聞, http://www.the-miyanichi.co.jp/special/small_life/index.php3
- 11) 南日本新聞, http://www.minaminippon.co.jp/2000picup/2000/07/20000702_2.htm#3
- 12) 梶田忠彦, わが国医療機関の構造的特徴と行動, 日本の医療経済, 7 章, 103 - 123, 1999 年。
- 13) 前田由美子 国立病院、地方自治体に売ってはいけない - 国立病院移譲問題 検討資料として -, 日医総研ワーキングペーパー, No. 67, 平成 14 年 4 月。

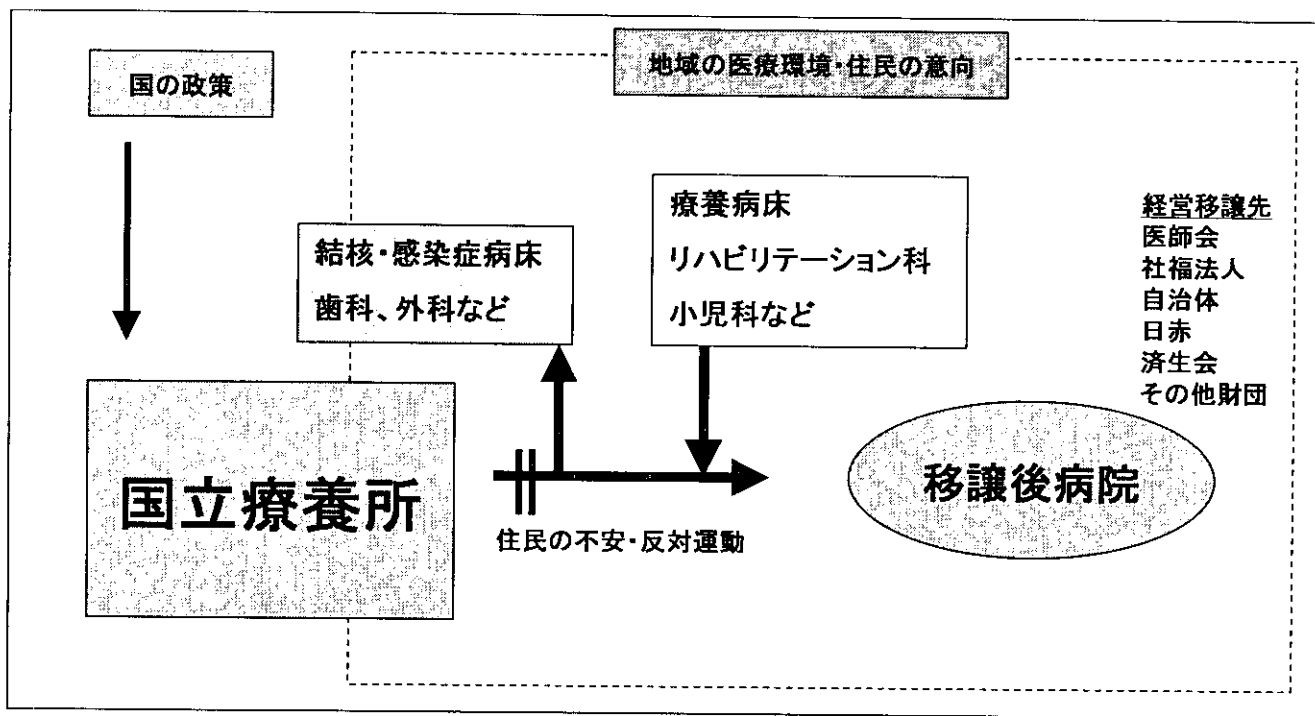
(表1) 平成以降に経営移譲された国立療養所病院。移譲された時系列順に移譲後病院名、移譲後の設立者と存在する二次医療圏を記した。また右には地図上に病院所在地を示した。(図1) 南九州地方には比較的近い地域に存在した4つの病院が移譲されている。

移譲年月日	国立療養所名	移譲後施設名	移譲後開設者(管理委託先)	二次医療圏
H1.10.1	阿久根	出水郡医師会立阿久根市民病院	出水郡医師会	出水
H4.7.1	松戸	松戸市立福祉医療センター東松戸病院	松戸市	東葛北部
H9.12.1	津山	津山中央病院東分院	財団法人津山慈風会	津山・英田
H9.12.1	志布志	曾於郡医師会立有明病院	曾於郡医師会	曾於
H10.12.1	明星	済生会明和病院	三直県済生会	南勢志摩
H12.2.1	武雄	武雄市立武雄市民病院	武雄市	南部
H12.2.1	西香川	高瀬町立西香川病院	高瀬町(観音寺市・三登郡医師会)	三登
H12.7.1	霧島	隼人町立医師会医療センター	隼人町(始良郡医師会)	始良
H12.12.1	比良	大津赤十字志賀病院	日本赤十字社滋賀県支部	大津
H13.3.1	湯田川	鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院	鶴岡市(社団法人鶴岡地区医師会)	庄内
H13.3.1	西小千谷	長岡福祉協会立小千谷さくら病院	社会福祉法人長岡福祉協会	小出
H13.6.1	足利	保健医療・福祉施設・あしかがの森足利病院	社会福祉法人重症心身障害児(者)を守る会	両毛
H13.10.1	畑賀	広島市医師会運営・安芸市民病院	広島市(広島市医師会)	広島
H14.3.1	田川新生	社会福祉法人柏芳会田川新生病院	社会福祉法人柏芳会記念福祉奉養会	田川
H14.3.1	大津	一部事務組合下北医療センターむつリハビリテーション病院	一部事務組合下北医療センター(むつ下北医師会)	下北地域
H14.7.1	日南	社会福祉法人愛泉会日南病院	社会福祉法人愛泉会	日南・串間

(図1) 南九州地方には比較的近い地域に存在した4つの病院が移譲されている。



(図2) 平成以降の国立療養所移譲についての模式図。地域に対して役割を持った国立療養所が経営移譲され、結核病床等を減らしたり、療養環境を整えたり、また小児科を新設したりして、地域のニーズを考慮しつつ、様々な経営母体が自律的な運営を行っている。



(表2) 移譲前の国立療養所の特性。国立病院・国立療養所要覧より作成した。これら国立療養所は法定病床数以下の定床数で運営されていた。霧島、畑賀と日南は統合後の特色が記載してある。救急の役割を果たしていた病院もあった。

国立療養所名	診療科	病床数(種類)	定床数	特色
阿久根	内科 小児科 外科	195(一般(その他)145、結核50)	155	脳卒中リハビリテーション
松戸	内科 呼吸器科 循環器科 外科 呼吸器外科 放射線科 歯科 麻酔科	450(一般(その他)200、結核250)	400	医学的リハビリテーション病院、救急告示病院
津山	内科 呼吸器科 外科 脳神経外科 整形外科	335(一般(その他)200 結核100 伝染35)	230	肺癌、慢性呼吸器疾患、脳卒中リハビリテーション、肝疾患、病院群輪番制病院、救急告示病院
志布志	内科 外科	220(一般(その他)150 結核50 伝染20)	145	慢性呼吸器疾患、脳卒中リハビリテーション、循環器疾患、消化器外科
明星	内科 神経内科 呼吸器科 リハビリテーション科	300(一般(その他)100 結核200)	180	救急告示病院、理学療法施設、作業療法施設、老人デイケア施設
武雄	内科 外科 リハビリテーション科	160(一般(その他)105 結核55)	150	病院群輪番制病院、理学療法施設
西番川	内科 精神科 神経科 循環器科 外科 整形外科 リハビリテーション科	200(一般(その他)100 結核50 精神50)	200	理学療法施設、精神科作業療法施設
足利	内科 小児科 外科 整形外科 放射線科 歯科	320(童心120 その他160 結核40)	215	小児慢性疾患
霧島	内科 外科 整形外科 リハビリテーション科 歯科	285(その他250 伝染35)	190	骨運動器疾患(南九州・霧島)、救急告示病院、病院群輪番制病院、理学療法施設
比良	内科 循環器科 外科 呼吸器外科 歯科	210(一般(その他)100 結核110)	170	理学療法施設
湯田川	内科 リハビリテーション科	150(一般(その他)100 結核50)	100	理学療法施設
西小千谷	内科 神経内科 外科 リハビリテーション科	140(一般(その他)140)	120	神経難病等特殊疾患、理学療法施設、作業療法施設、重症難病患者入院確保事業協力病院
畑賀	内科 外科 呼吸器科 循環器科 リハビリテーション科 歯科	200(一般(その他)150 結核50)	70	脳血管疾患、慢性肝疾患、リウマチ性疾患、その他(広島・畑賀)、理学療法施設、作業療法施設、救急告示病院
田川新生	内科 呼吸器科 外科 整形外科	90(一般(その他)90)	120	病院群輪番制病院
大湊	内科 リハビリテーション科	150(一般(その他)100 結核50)	130	
日南	内科	200(一般(その他)60 童心80)結核60)	130	(宮崎東・日南)、小児慢性疾患、理学療法施設

(表3) 移譲された国立療養所の入院・外来機能の指標(平成9年度)。ここより施設名はすべて記号化して示す。表2と順序は一致しないように並べた。

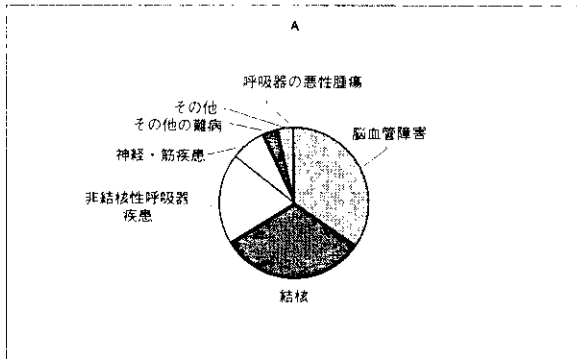
旧療養所名	定床	入院				外来			
		定床稼働率	平均入院日数	職員一人当たり患者数		1日平均患者数	新患率	職員一人当たり患者数	
				医師	看護師			医師	看護師
A	180	89.7	129.8	24.5	2.3	81.1	2.6	12.3	1.2
B	150	58.6	37.6	12.4	1.4	86.2	4.2	12.1	1.4
C	200	85.8	148.1	21.5	2.1	106.6	4.4	13.3	1.3
D	140	94.4	35.1	9.2	1.3	191.9	7.6	13.4	1.8
E	170	56.8	94.8	13.4	1.5	41.3	10.1	5.7	0.7
F	100	49.7	76.9	17.5	1.3	19.6	5.8	6.9	0.5
G	120	87.3	258.3	19.1	2.2	27.4	3.0	5.0	0.6
H	215	96.3	214.7	22.3	1.6	73.2	14.3	7.9	0.6
I	70	111.7	55.7	8.4	1.3	84.7	9.8	9.1	1.4

(表4) 移譲された国立療養所の平成9年度職員数部門別割合。記号と施設の関係は表3と同じである。

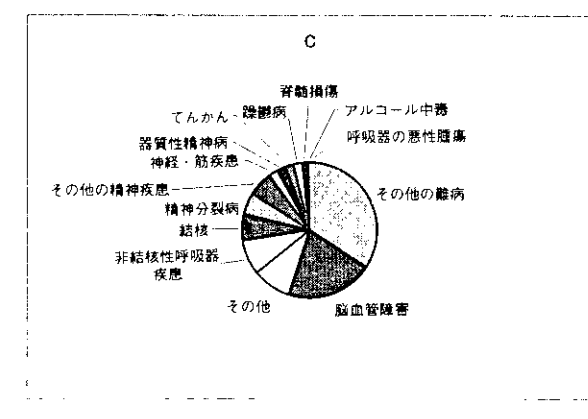
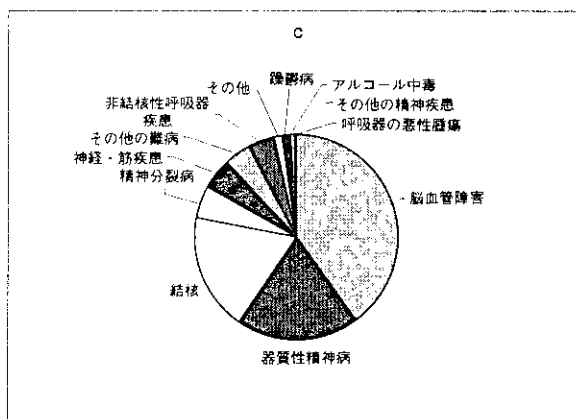
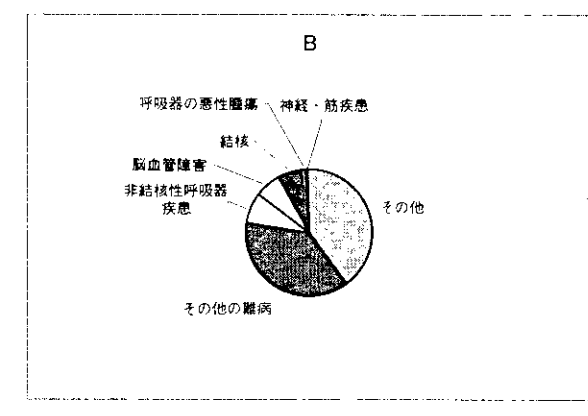
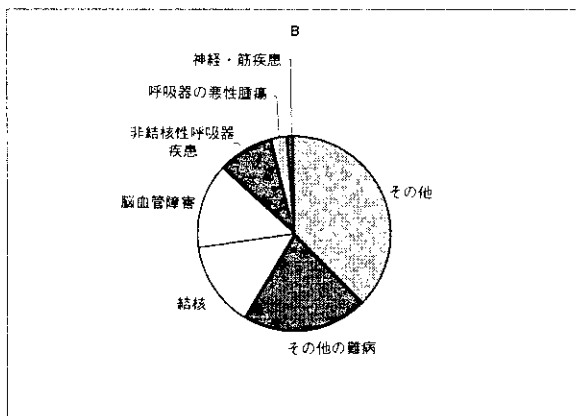
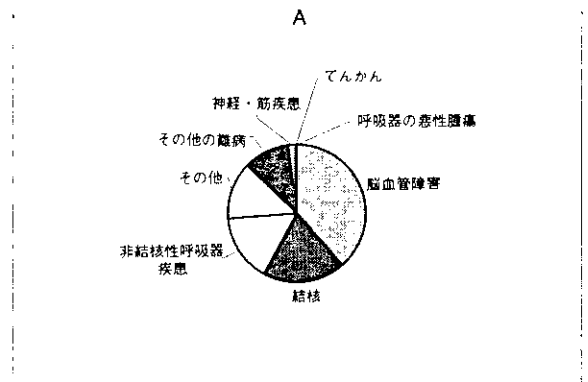
旧療養所名	職員数(%)						
	医師	看護部門	薬剤部門	X線部門	検査部門	リハビリ部門	その他
A	5.9	62.2	2.7	0.9	3.4	3.7	21.2
B	6.9	61.1	2.9	2.9	2.9	1.0	22.3
C	6.1	61.0	1.5	1.5	3.7	2.3	23.9
D	8.4	61.6	1.8	1.8	2.3	3.5	20.6
E	6.8	59.6	2.8	1.9	2.8	1.9	24.2
F	3.9	52.9	2.8	1.4	2.8	1.4	34.8
G	6.2	54.9	3.4	1.1	3.6	4.2	26.5
H	4.7	67.3	2.1	0.5	1.6	4.6	19.2
I	8.6	55.2	2.8	0.9	1.8	4.6	26.1

(表5) 平成9年度の国立療養所(A~I)の入院と外来の患者構成割合。入院を左に外来を右に並べた。分類は国立療養所年報のものをそのまま利用した。

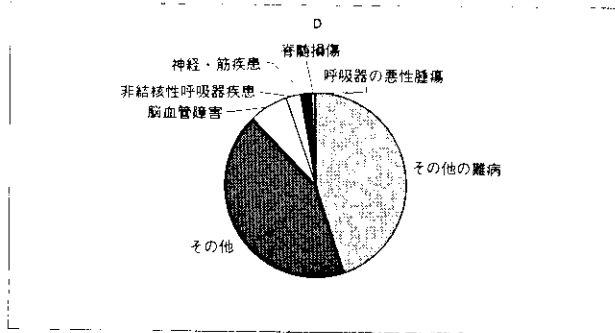
入院



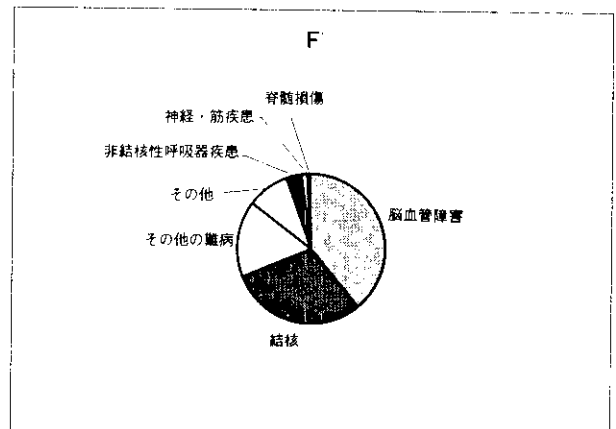
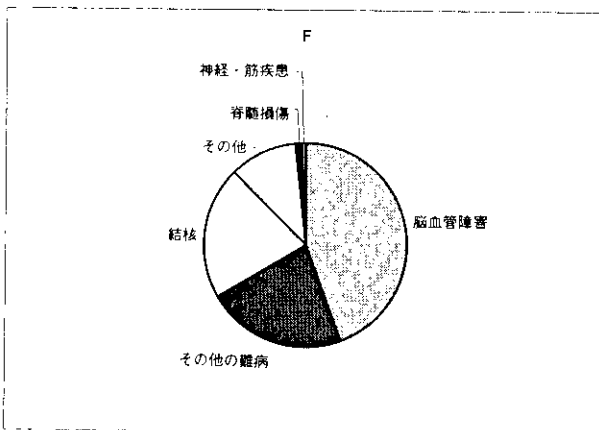
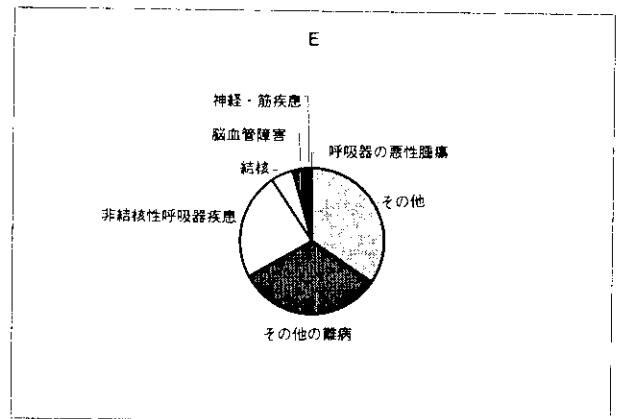
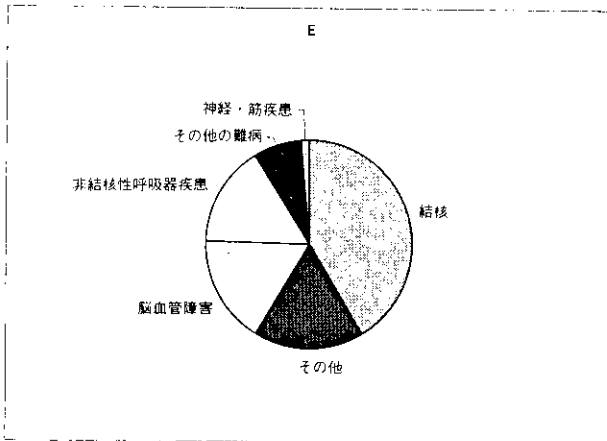
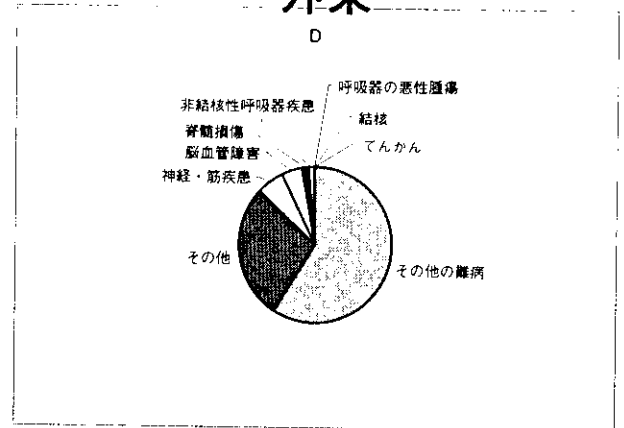
外来



入院

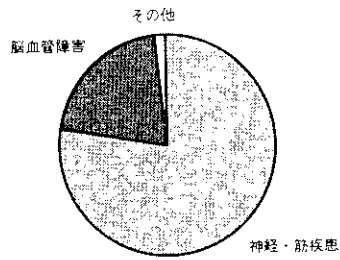


外来



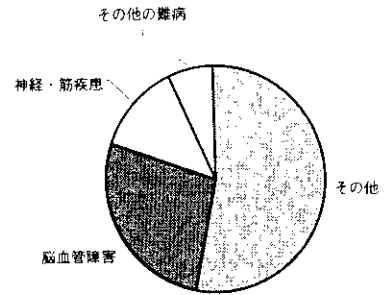
入院

G

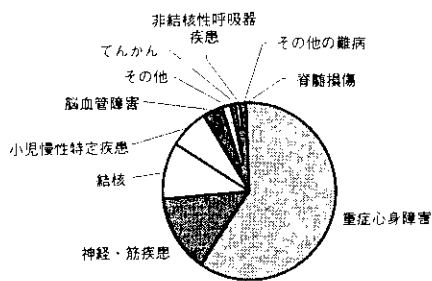


外来

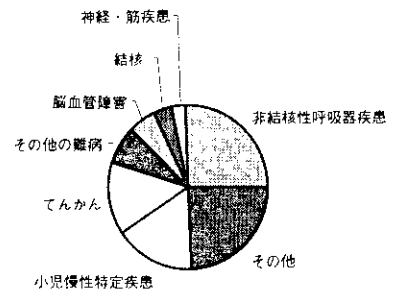
G



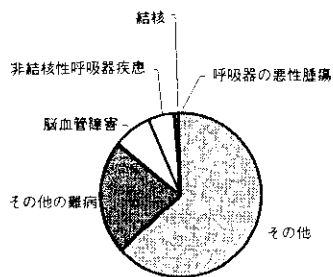
H



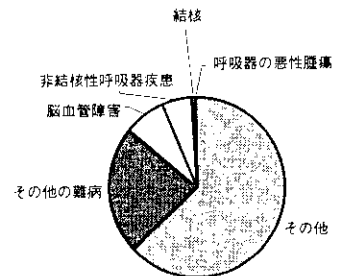
H



I



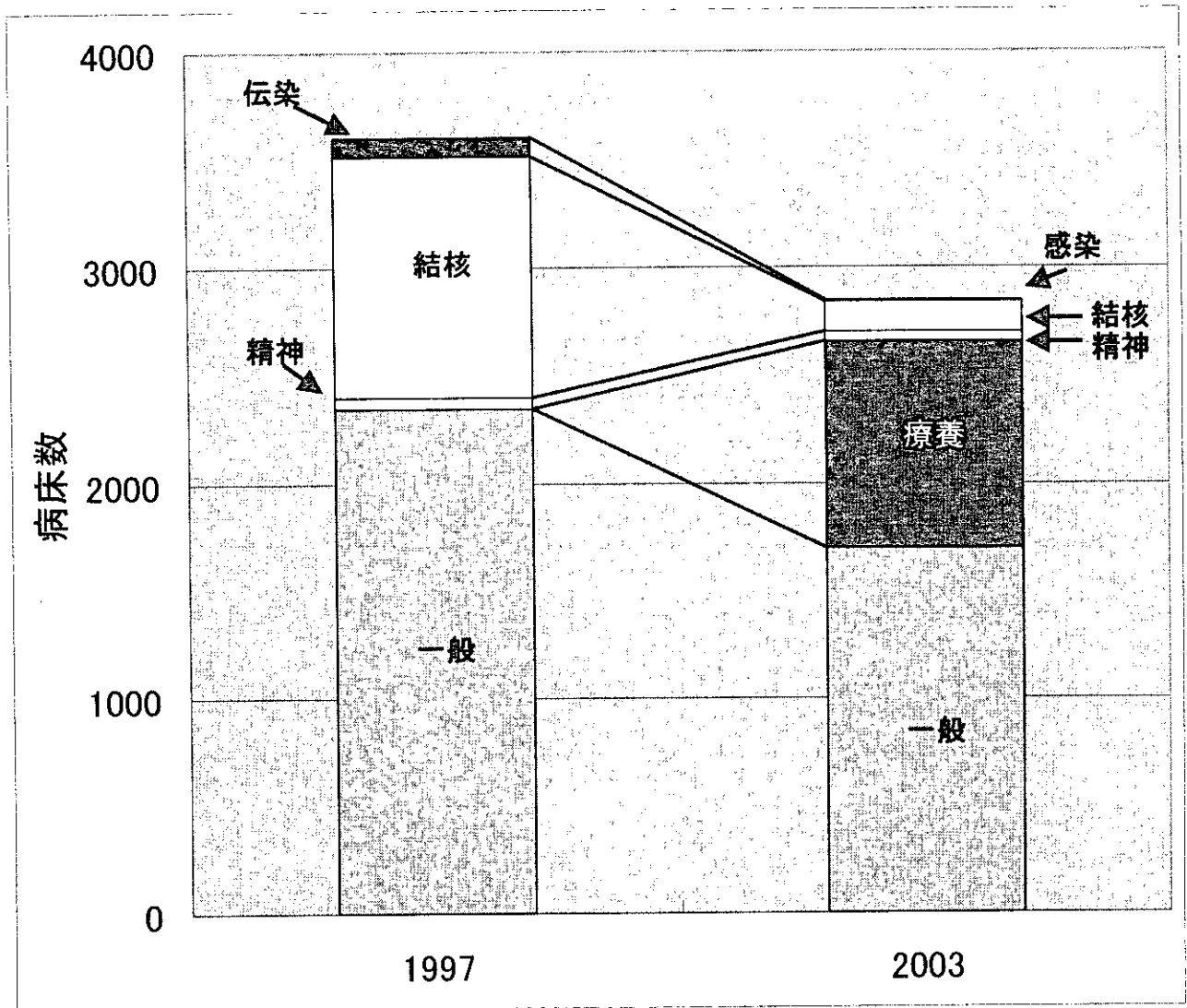
I



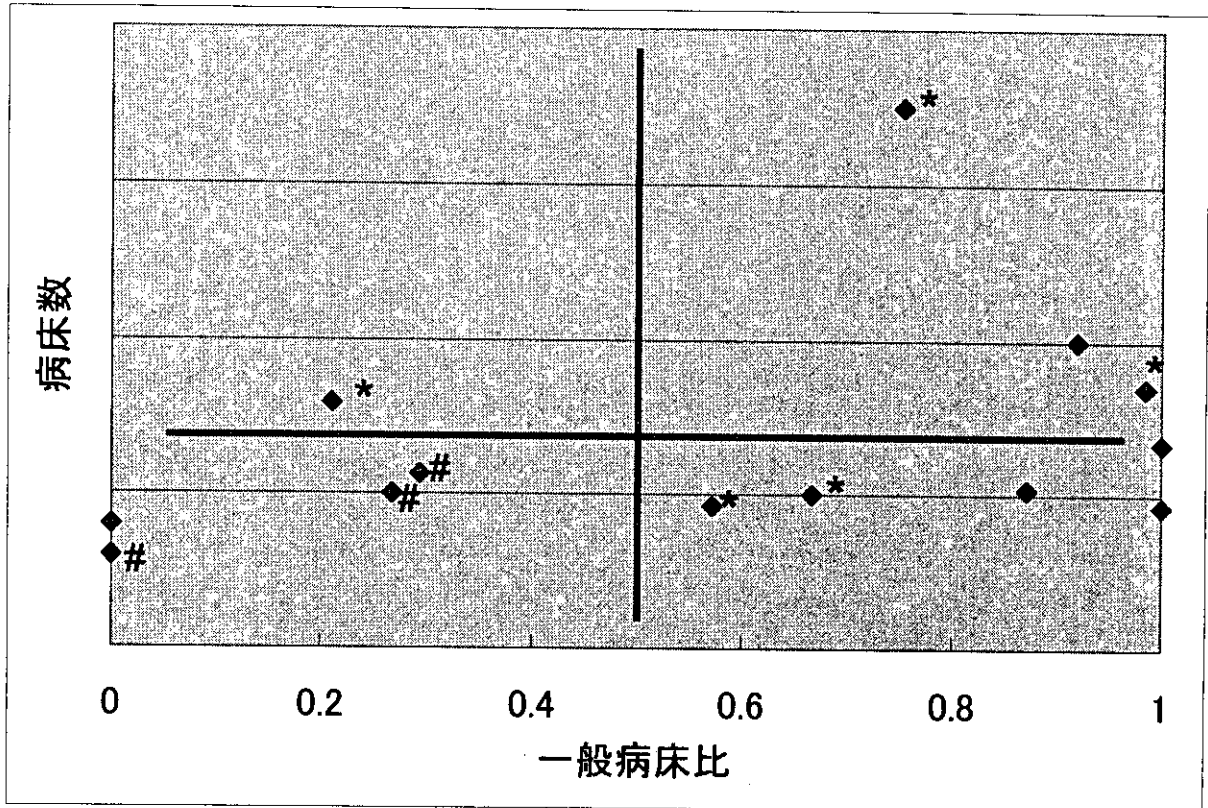
(表6-1) 平成以降移譲された国立療養所の標榜診療科の動向。1997年から2003年の間に廃止された診療科(左)と新設された診療科(右)の種類を多い順に並べた。標榜される診療科の種類は大幅に増加している。

廃止診療科	数	新設診療科	数
歯科	4	小児科	5
外科	3	リハビリテーション科	4
循環器科	2	消化器科	4
呼吸器科	2	整形外科	4
放射線科	2	放射線科	4
神経科	1	呼吸器科	3
呼吸器外科	1	神経内科	3
麻酔科	1	循環器科	3
		耳鼻咽喉科	3
		泌尿器科	3
		その他	18
総数8科	17	総数23科	54

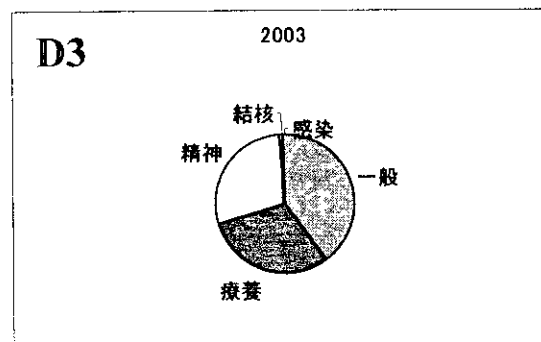
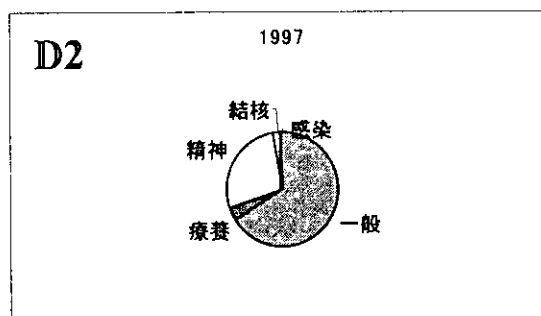
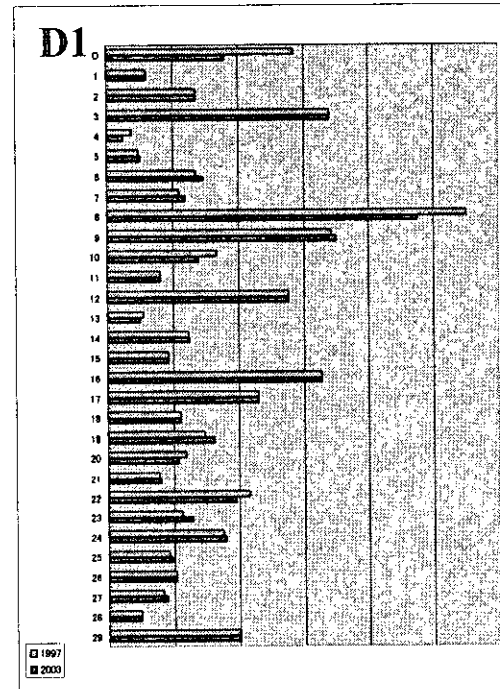
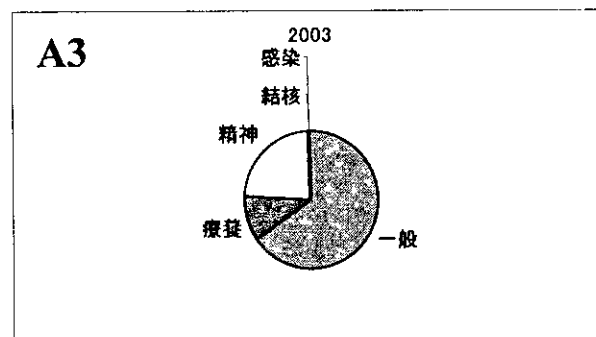
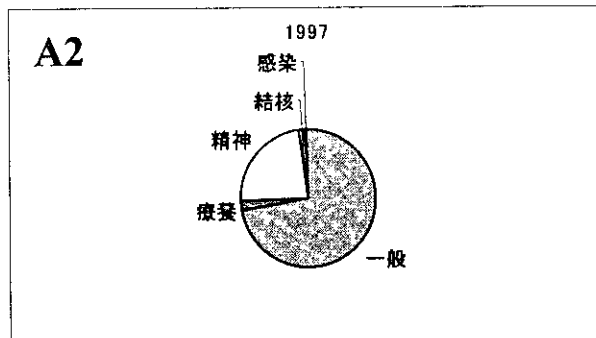
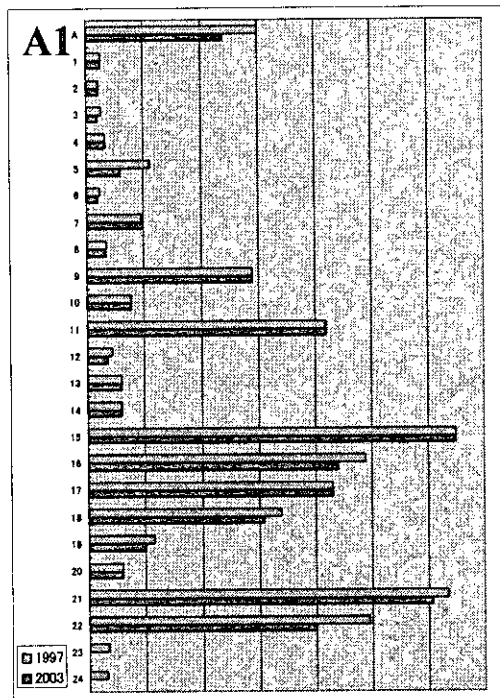
(表6-2)1997年から2003年にかけての移譲された国立療養所病院の種類別病床数の変動。
療養病床が出現し、結核病床が大幅に減少している。



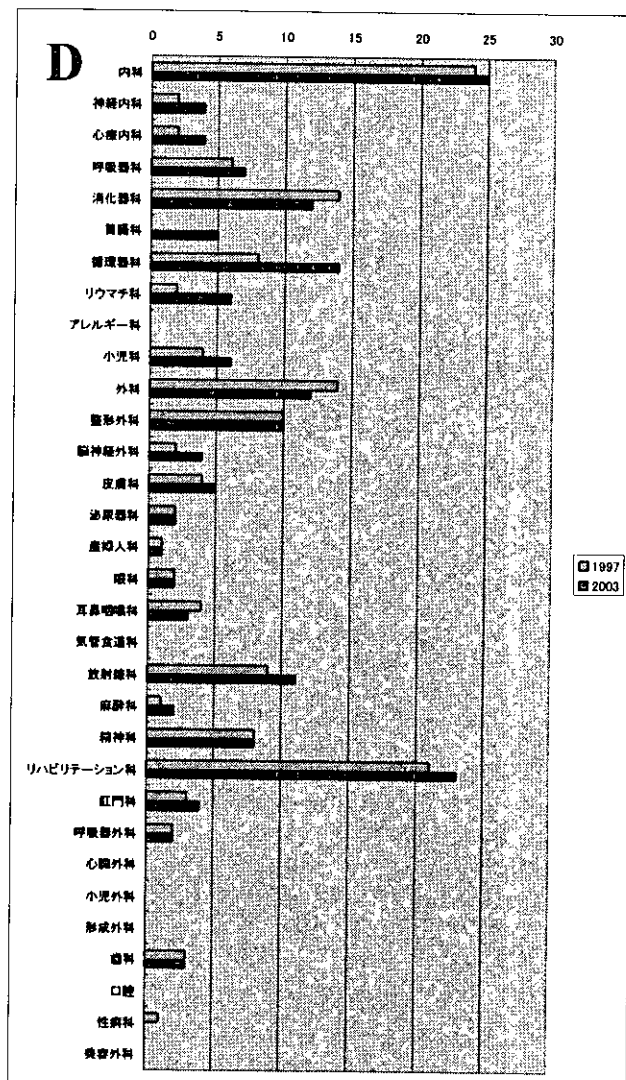
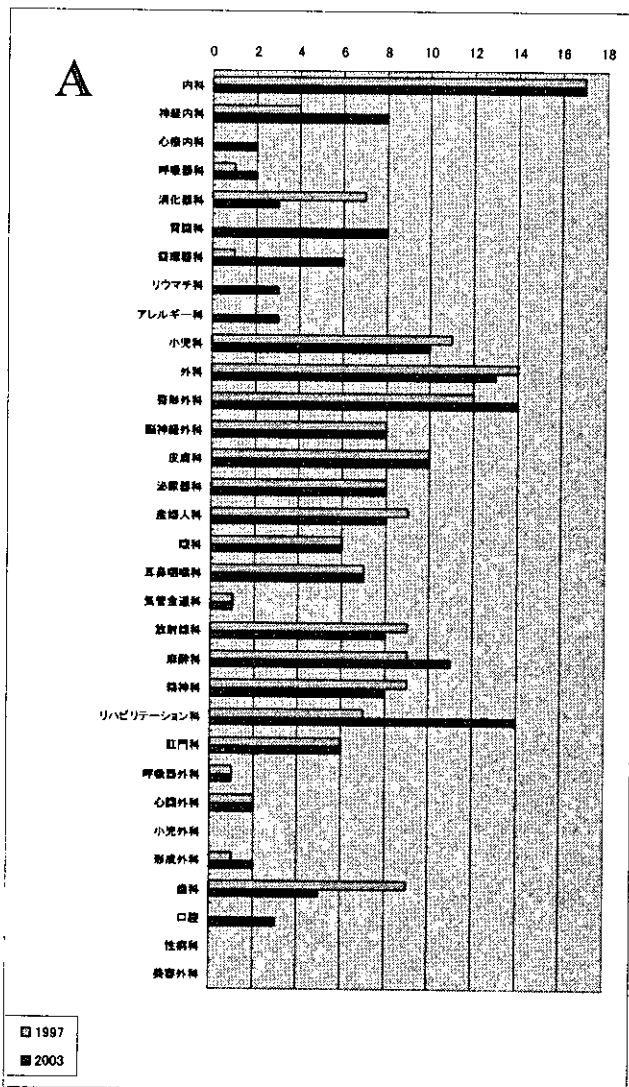
(表6-3) 移譲後病院の病床数と全病床に対する一般病床比をプロットした。ほとんどの病院は300床以下の中～小規模病院である。太い横線は200床、縦線は0.5を示す。小児科を新設した病院を*、外科を廃止した病院を#で記した。



(表7) 移譲された国立療養所の周囲20kmの1997年から2003年にかけての病床の動向。AとDについて周囲20km以内の施設をリストアップし、それぞれの年度について病床数の比較を行なった(A1とD1))。施設にはそれぞれ適当に番号が割り振ってある。また病床の種類別の割合についてAとDについて1997年度(A2、D2)と2003年度(A3、D3)とを比較した。BCEFGHIについても同様の分析を行なった(データ示さず)。



(表8) 移譲された国立療養所周囲 20km の施設の診療科の動向。20km 以内の施設の標榜診療科の合計を示してある。A と D についてそれぞれ 1997 年度と 2003 年度の比較を行なった (A、D)。精神・神経科と産・婦人科、そして理学療法科・リハビリテーション科はそれぞれ同じ項目に分類されていることに注意。BCDEFGHI についても同様の分析を行なった (データを示さず)。



第5章 DEAによる国立病院の効率性分析に関する研究

1. はじめに

(1) 研究の目的と背景

わが国では、医療サービス需要の質的地域的变化に加えて国家財政の悪化が深刻であることから、国立病院の統廃合が積極的に行われている。民間企業においては、統廃合を行う場合には、利益が一つの目標とされ財務的な数値の改善が成果として考えられる。しかし、医療サービスは、財として「不確実性」や「情報の非対称性」が強く、財政面に焦点をあてた効率化は、サービスの品質悪化や利用者の満足度低下を同時に招く危険がある。従って、国立病院においては、投入資源に対してどのようなサービス提供が行われたかの効率性が、成果として非常に重要である。

今後更なる効率化を行う場合にも、現状の効率性を把握するとともに、どのような部分について効率性を向上させる必要があるのかを、吟味した上で、効率化を行う必要がある。本研究では、経済学の標準的な手法であるDEAを利用して効率性を推計し、現状の水準及び病院間格差について考察するとともに、どの程度の効率化が理論上可能であるかを推計するものである。

一方で、本研究は「経営・運営の変化が医療及び医療機関に与える影響に関する研究」の一部を構成している。このなかで本研究は、現状利用可能なデータの範囲内で、DEAを利用した効率性推計にて現状把握をする役割も想定している。今後、利用データの範囲が拡大した場合には、同一病院の経年的な効率性の変化、特に経営主体が変化する前後の効率性の変化について分析することも想定して、本研究の分析を行っている。

(2) 本研究の特徴

DEAは米国を中心に、病院の効率性推計にも数多く利用されている。特に営利・非営利病院の比較等の、経営主体の違いによる効率性の比較に利用されることが多い。中西(1998)¹によれば、ミシガン州の41病院を分析したValdmanis(1990)と全米100病院を分析したRegister and Burning(1987)を挙げ、DEAを利用した当該研究によれば、①病院の組織形態(公民、営利非営利)による効率性格差は存在しないこと、②地域における病院間の競争状態も効率性に影響を与えていないと結論づけているとしている。

日本の研究としては、「DEAの病院評価への適用」について南・石川(1994)²

1 中西栢志「医療経済学」第8章「医療サービス生産の計量分析」東京大学出版会(1998)

2 南高亮・石川光一「包絡分析法の病院への労働生産効率への適用」オペレーションズ・リサーチ 17号 p292-p296(1994)

及び南・郡司（1994）³が挙げられる。前者は22の自治体病院をDEAによって分析し、相対効率の評価が可能であることを確認している。後者は17の自治体病院をDEAによって分析し、比率分析（生産性指標等）との比較及び関係者の反応から、その分析結果に現実性があることを確認している。この2つの研究からもDEAが病院の経営効率を推計する手法として適していることが確認できる。

また、「民間病院と自治体病院のDEAによる効率性比較」について青木・漆（1994）⁴が行っている。Aoki et al（1996）によれば、民間病院に比して公的病院の方が、病院の規模が大きいほど効率的であるとの結果を出している。

本研究は、わが国で初めて国立病院の経営指標等のマイクロデータ（個票データ）を使用して経済分析を行った。マイクロデータは、最近社会科学での実証分析に盛んに利用され始めており、統計処理を行った平均値等での分析に比して、データの持つ情報量が多いため、実証分析に有利とされている。

2. 研究方法

(1) 対象及びデータ

① サンプル特性について

本研究の分析対象は、平成12年3月31日時点での全国立病院である65病院（国立療養所除く）である。データは主に、厚生労働省健康局国立病院部提供資料から利用した。データの性質を考慮して、病院名ではなく病院番号で個票データを示した（別紙1）。データ項目に欠損値のある病院はなく、従って全65病院をサンプルとした。データ入力及び精査は厚生労働省において統計データとして行われており、病院自身が入力したデータに比して信頼性は高い。

図表5-1 利用データの記述統計

	平均値	最小値	最大値	標準偏差
病床規模	433	71	831	170
医師数	47	6	110	24.2
看護婦数	176	26	366	80.6
入院患者数	363	25	745	171.5
外来患者数	681	39	1894	351.9

*分析に利用したデータは、平成12年度の分析対象サンプルにおける、許可病床数、職種別職員数（医師及び看護婦の定員数）及び一日当たり患者数（入院・外来別）を用いた。

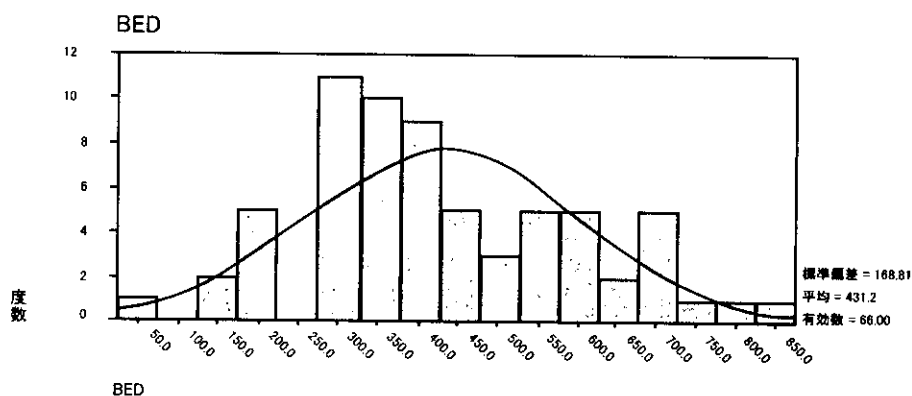
3 南商彦・郡司篤晃「医療機関における効率性評価に関する研究—DEAによる自治体病院の人的資源の効率性評価を中心に」病院管理 Vol.31 No.1 33-39頁（1994）

4 青木研・漆博雄「Data Envelopment Analysis と公私病院の技術的効率性」上智経済論集 39（1-2）,56-73頁（1994）

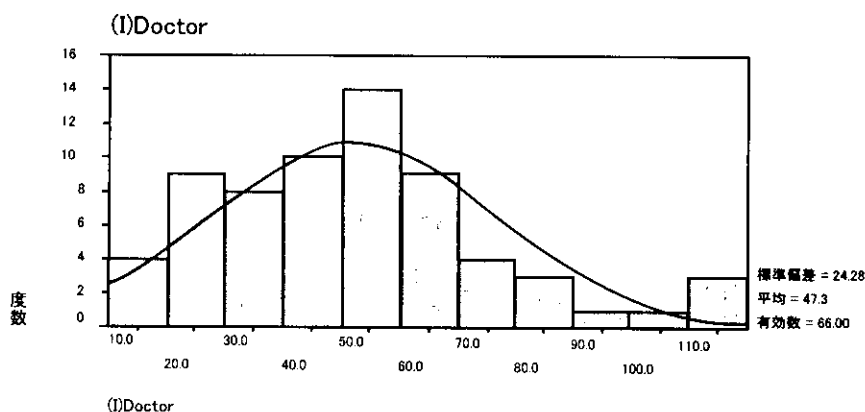
②病床規模

病床数は、平均値では 433 床とかなり大規模な病院が中心となる。レンジは 71 床から 831 床とかなり広く、標準偏差が 169.7 床であることを見ても、かなりばらつきが大きい。分布を見てみると、最頻値が 350 床、中央値が 408 床となっている。200 床未満はかなり少ない一方で、300 床から 500 床のレンジにかなり集中している。また、500 床以上にも一定数の病院が見られるが、700 床以上になると病院数はかなり少なくなる。図表 5-2 にある正規分布線と比較すると、ほとんど正規性は認められない。

図表 5-2 病床規模の分布状況



図表 5-3 医師数の分布状況



③医師数

医師数は、平均値では 47 人とかなり大人数の病院が中心となる。レンジは 6 人から 110 人とかなり広く、標準偏差が 24 人であることを見ても、かなりばらつきが大きい。分布を見てみると、最頻値が 43 人、中央値が 47 人で、20 人から 60 人という広いレンジに集中している。20 人以下又は 80 人以上は病院数がかなり少ない。図表 5-3 にある正規分布線と比較すると、あまり正規性は認められない。