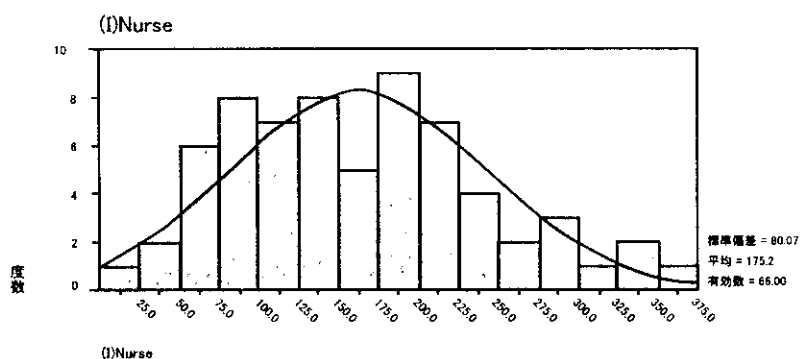


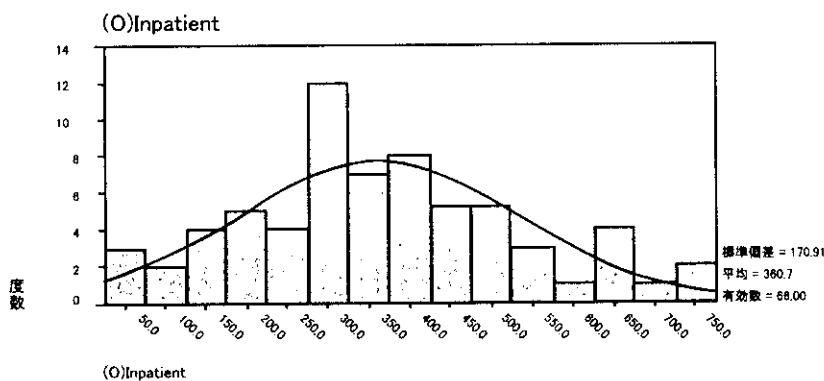
④看護婦数

看護婦数は、平均値では 176 人とかなり大人数の病院が中心となる。レンジは 26 人から 366 人とかなり広いが、標準偏差が 80.6 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 74 人、中央値が 173 人で、75 人から 225 人の間に広く分布している。75 人以下 225 人以上は病院数がかなり少ない。図表 5-4 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。

図表 5-4 看護婦数の分布状況



図表 5-5 一日当たり入院患者数の分布状況



⑤入院患者数

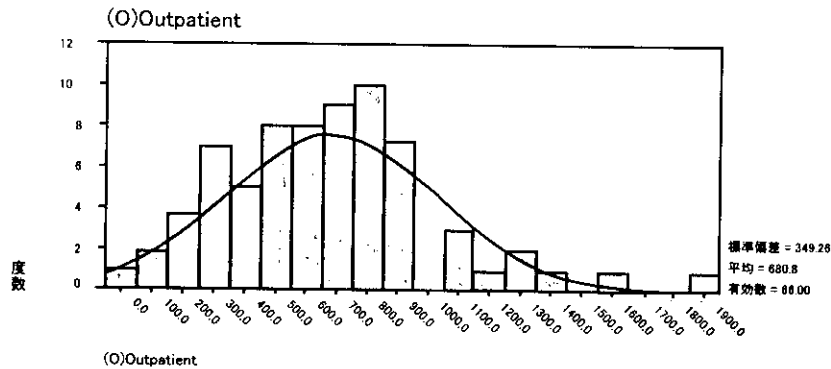
一日当たり平均入院患者数は、平均値では 363 人になっている。レンジは 25 人から 745 人とかなり広く、標準偏差が 172 人であることから非常にバラつきが大きい。分布を見てみると、最頻値が 310 人で飛びぬけている。中央値が 346 人で、250 人から 400 人のレンジにかなり集中している。図表 5-5 にある正規分布線と比較すると、あまり正規性は認められない。

⑥外来患者数

一日当たり外来患者数は、平均値では 681 人となっている。レンジは 39 人から 1,894 人とかなり広く、標準偏差が 351.9 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、300 人から 900 人の広いレンジに分布している。300 人以下又は 1,000 人以上は病院数がかなり少ない。図表 5-6 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 5-6 一日当たり外来患者数の分布状況



(2) 分析方法

①DEA (Data Envelopment Analysis)

DEAは、組織の経済効率性を推計する代表的な手法で、測定されたデータから効率的な組織群を選別し、そのデータの各点を包絡することによって、相対的に効率的な生産フロンティアを推定するものである。個々の組織の効率性(D効率性)は、この生産フロンティアからの乖離が大きいほど非効率とされる。

DEAは特に業種を選ばないが、①対象組織群のなかでの相対的な効率性を測定する、②データの正規性を前提としない(ノンパラメトリック)が、データに測定誤差やランダムショックによる影響がないと仮定している、③各組織が現存する効率的な組織に比して、どの程度の資源の節約(或いは生産量の拡大)が可能かの数値の推計もできる、等の特徴がある。

従って、質の高い個票データで分布に正規性がほとんど認められないという、本研究の分析データ特性に適していると考えられる。また、国立病院間の効率性の比較及び更なる改善の可能性を推計するという本研究目的にも適している。

数学的にはDEAのD効率性は、入力変数の加重和に対する算出変数の加重和の比率である。つまり、投入変数と産出変数に個別のウェイトを付加して総和を算出し、分子を産出分、分母を入力分とした比率をみるものである。

回帰分析との違いは、回帰分析が平均に対する距離を測定するのに対して、DEAでは、優れた組織に対する距離を測定する点である。

②モデルの設定

DEAにおいては、主に4種類のモデルに分類できる(図表5-7)。この

4種類とは、①規模の経済について一定（CCR⁵）か、変動（BCC⁶）か、及び②所与の生産量を達成するのに最適な投入量を推計するか（インプット・オリエンティッド）、所与の投入量で最大の生産量を推計するか（アウトプット・オリエンティッド）かの2つの基準がある。

図表5-7 前提条件によるDEA4モデル

	規模の経済一定	規模の経済変動
インプット・オリエンティッド	CCR-I	BCC-I
アウトプット・オリエンティッド	CCR-O	BCC-O

病院における「規模の経済」については、様々な先行研究が行われているが、その結果は相反するものであり、最終的な結論が出ているとは言いがたい。国立病院は病床規模や機能（高度医療や政策医療）に多様性が見られることから、規模の経済があるかについても一定とせず、規模の収穫変動にて推計を行いたい。また、現在の国立病院経営は、人員配置については定員数や医療法等の規定があり固定的なことから、アウトプット・オリエンティッドな分析を行うこととしたい。従って、本研究においては、BCC-O（規模の収穫変動かつアウトプット・オリエンティッド）をモデルとして採用する。

図表5-8 DEA分析の入力変数及び産出変数

入力変数	産出変数
医師数	入院患者数
看護師数	外来患者数

一般的にDEAにおいては、少ない方が効率的な変数を入力変数に、多い方が効率的な変数を産出変数に設定する。その項目は、効率性推計の目的が何かに依存する[Tone et al (1999)]⁷。今回は基準となる効率性推計方法の確認が目的の一つであることから、量的な資源の投入産出を考え、入力変数に医師数及び看護婦数を、産出変数に入院患者数及び外来患者数を設定する。その後データ収集が進捗した時点で、順次入力変数・算出変数を追加していくことを来年度以降の検討としたい。

尚、DEAには入力産出変数の項目数を制限する仕組みはないが、経験的法則（ルール・オブ・サム）として、「入力変数と産出変数の和の、3倍程度のサンプル数を確保すべき」とされている。この場合、2入力変数2産出変数の場合、最低12サンプルが必要になる。当該研究のサンプル数は65であるが、後述するグルーピングを行ってもサンプル数が12をなるべく下回らないよう

5 Charnes, Cooper, Rhodes Model

6 Banker, Charnes, Cooper Model

7 Kaoru Tone et al "Data Envelopment Analysis" 1999 Kluwer Academic Publishers p22

に注意が必要である。

(3) イコールフットィングの調整

①病床規模によるグループ化

データ分析に入る前に病院間のイコールフットィングについて調整を行う。DEAにおいては、比較される組織は、同質で提供するサービスにあまり違いがないことが望ましい[Thanassoulis (2001)]⁸。従って、国立病院の規模、機能、患者特性等を勘案してグループ化を行うことが望ましい。グループ分けの基準については、様々な基準が考えられるが、本研究においては、病床規模及び病院機能の二つについて考察したい。

まず、第一に、病床規模による分布から小型病院、中型病院、大型病院の3グループに分けて分析したい。

図表5-9 対象国立病院のグループ分け (病床規模)

グループ	病床規模	サンプル数
小型病院	299床以下	11病院
中型病院	300-499床	32病院
大型病院	500床以上	22病院

再度図表5-2から病床規模別の病院分布を見てみる。便宜的に、最も病床数が集中している300床から500床のレンジを中型病院とし、300床未満を小型病院とした。また一定数が見られる500床以上を大型病院とした。このようにして、病院の病床規模分布から3つのグループに分けることとした。

②病院機能によるグループ化

第二に、病院機能として、慢性期・急性期の代理変数として平均在院日数を取り、患者の重症度の代理変数として、入院患者一人一日当たり収益を取って、便宜的に短期滞在高単価型病院、長期滞在低単価型病院、ミックス型病院(図表5-10)の3グループに分けて分析したい。

⁸ E. Thanassoulis (2001) "Introduction to the Theory and Application of DEA" Kluwer Academic Publishers p89-p92

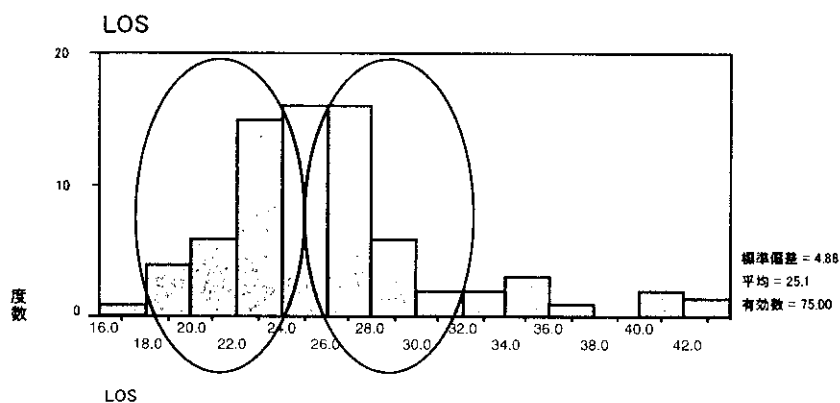
図表 5-10 対象国立病院のグループ分け (病院機能)

	平均在院日数 25 日未満	平均在院日数 25 日以上
入院患者一人一日当たり収益 3万5千円以上	短期滞在高単価型病院 (サンプル数 17 病院)	ミックス型病院 (サンプル数 37 病院)
入院患者一人一日当たり収益 3万5千円未満	ミックス型病院	長期滞在低単価型病院 (サンプル数 11 病院)

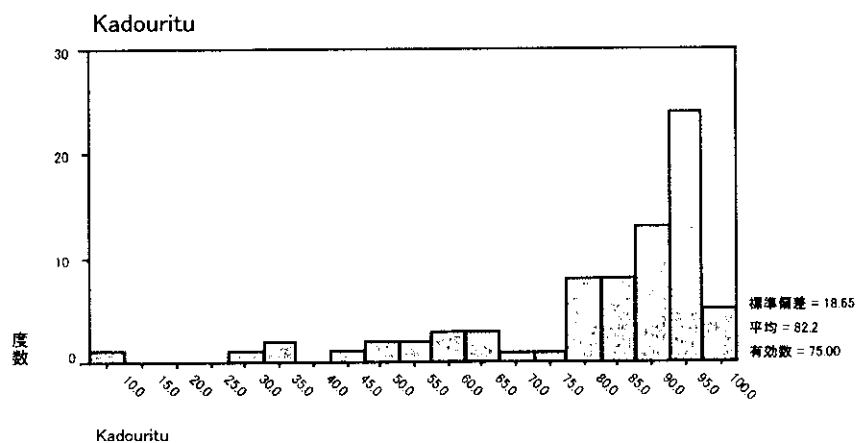
グループ分けに際しては、慢性期・急性期の代理変数として、平均在院日数及び病床病床利用率を検討した。平均在院日数の分布は図表 5-11 に、病床利用率の分布は図表 5-12 に示した。

平均在院日数は、22日から26日のレンジにかなり集中しており、現状ではまだ分化が進んでいない。しかし、診療報酬点数上も20日や17日を目処として政策誘導が開始されており、今後分布が分離していくことを予想して、現状の平均25日をグループ分けの指標とした。

図表 5-11 平均在院日数の分布状況



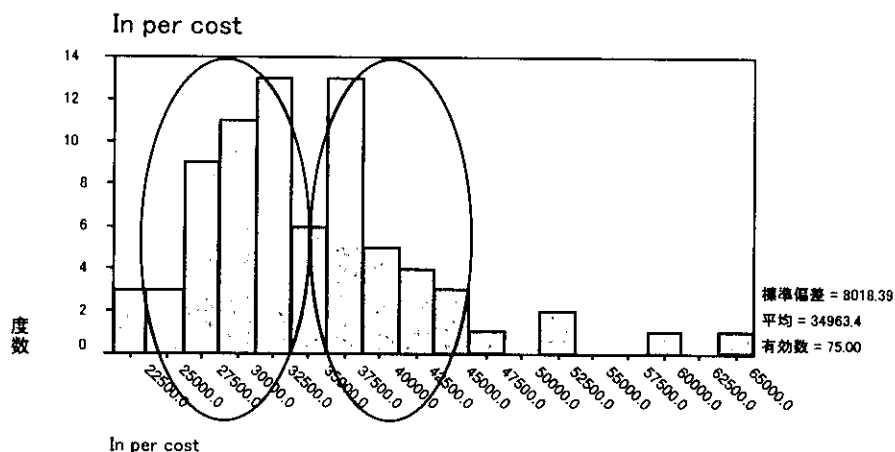
図表 5-12 病床利用率の分布状況



病床利用率の平均は 82% である。分布を見てみると、かなり偏りが見られる。約 4 分の 1 が 95% となっており集中している一方で、レンジは非常に広い。従って、グループ分けの区切りがつけにくく、指標としては不適切と考える。

グループ分けに際しては、次に患者の重症度の代理変数として、「入院患者一日当たり入院収益」と「外来患者一人一日当たり外来収入」を検討した。入院患者一日当たり入院収益は入院収益を延べ入院患者数で序したものを使い、分布を図表 5-13 に示した。外来患者一人一日当たり外来収入は外来収益を延べ外来患者数で除したものを使い、分布を図表 5-14 に示した。

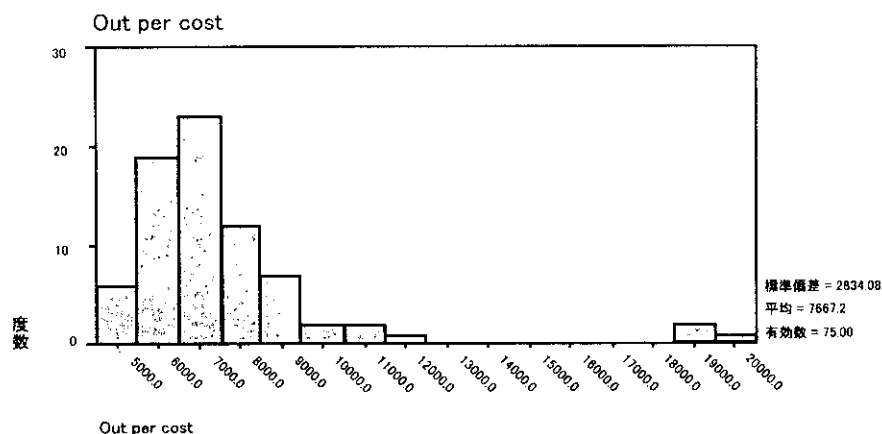
図表 5-13 入院患者一日当たり入院収益の分布状況



図表 5-13 を見ると、3 万 5 千円を境界に分布が二分しており、入院患者がおおまかに単価の高いグループと単価の低いグループに分かれていると想定されることから、グループ分けの指標として好ましいと考えた。

一方で外来患者の場合には、病院間であまり差がなく、最頻値である 7 千円に分布が集中している。これは外来患者の単価は病院の機能を問わず一定であることが予想される。このため、外来患者一人一日当たり収益は、グループ分けの指標として適さないと考えた。

図表5-14 外来患者一人一日当たり外来収入の分布状況



3. 結果

(1) 国立病院のD効率性推計 (病床規模別グループ)

全 65 サンプルのグループ毎のD効率性スコア及びランキング (別紙2)、及び3グループをD効率性のオーダーでまとめた場合のD効率性スコアランキング (別紙3) を推計した。

当該推計による全サンプルのD効率性スコアの平均は 0.909 であり、理論的には、全体で約 9% の労働生産性の向上が可能であることを示した。

図表5-15 国立病院のDEA分析結果 (病床規模別)

	小型 (-299)	中型 (300-499)	大型 (500-)
サンプル数	11	32	22
効率性スコア=1	5	11	10
スコアレンジ (平均) (標準偏差)	0.740-1.000 (0.920) (0.093)	0.670-1.000 (0.927) (0.086)	0.730-1.000 (0.952) (0.067)
最多参照病院 (参照回数)	DMU73 (6回)	DMU 2 (11回)	DMU52 (9回)

更に、グループ間の分析結果の違いを「D効率的な病院数」、「D効率性スコアのレンジ」、「最多参照病院」で見してみる。一般的に、DEA分析結果を見る場合には、D効率的な病院の割合が低く、スコアのレンジが広いほど、効率性の違いをよく判別していると考えられることから、好ましい分析結果とされている。

分析結果の①サンプル数に占める効率的な病院の数は、中型病院グループでは約3割程度となっている。しかし小型病院グループ及び大型病院グループでは約5

割と高くなっている。②D効率性スコアのレンジでは、中型病院グループでは、約 0.3 と他のグループに比して若干広い。これはグループ分けによって、ある程度同質的な病院が分類されたと仮定すると、病院機能別でのDEA分析では中型病院グループが相対的に好ましい分析結果となったことを示す。

参照回数とは、DEAにおける非効率病院のD効率性を推計する場合に、効率的な病院として参照された回数である。参照回数は、D効率な病院の中で特に優れた病院というよりも、参照されやすい標準的な病院という意味が強い。中型病院グループでは、DMU 2が、11回と他のグループに比してかなり多く参照されている。これは、D非効率と推計された病院の多くが同一病院を参照しており、グループ間の同質性が強いとも言える。

DEAにおいては、最も効率的な病院と比較した場合の、入力変数及び産出変数の改善の可能性について別途推計が可能である。例えばDMU 43の場合には、D効率（効率性スコア＝1）となるためには、入院患者数を 5.88%、外来患者数を 36.3%増加させることが必要となる。

しかし、これらの数値は、政策医療等の患者数以外の医療サービスの内容や品質等を勘案していない点に注意が必要である。

(2) 国立病院のD効率性推計（機能別グループ）

全 65 サンプルを分析した。65 サンプルのグループ毎のD効率性スコア及びランキング（別紙 4）、グループをまとめた場合のD効率性スコア（別紙 5）が推計された。当該推計による 65 サンプルのD効率性スコアの平均は 0.93 であり、理論的には、全体で約 7%の向上が可能であることを示した。

図表 5-16 国立病院のDEA分析結果（病院機能別）

	短期滞在高単価型病院	ミックス型病院	長期滞在低単価型病院
サンプル数	17	37	11
効率性スコア＝1	7	15	7
スコアレンジ (平均) (標準偏差)	0.670-1.000 (0.897) (0.112)	0.542-1.000 (0.905) (0.108)	0.698-1.000 (0.948) (0.086)
最多参照病院 (参照回数)	DMU76 (8回)	DMU 2 (22回)	DMU 5、97 (3回)

更に、グループ間の分析結果の違いを「D効率的な病院数」、「D効率性スコアのレンジ」、「最多参照病院」で見てみる。分析結果の①サンプル数に占める効率的な病院の数は、短期滞在高単価型病院及びミックス型病院グループでは約 4割程度となっている。しかし長期滞在低単価型病院では約 6割と非常に高くなっている。②D効率性スコアのレンジでは、ミックス型病院グループでは、約 0.5 とかなり広い。これはグループ分けによって、ある程度同質的な病院が分類され

たと仮定すると、病院機能別でのDEA分析ではミックス型病院グループが相対的に好ましい分析結果となったことを示す。

参照回数では、ミックス型病院グループでは、DMU 2が22回と他のグループに比してかなり多く参照されている。これは、病床規模別（中型病院グループ）での分析と同様の結果である。

4. 考察

(1) 推計結果

本研究においては、病院の効率性測定を行うためDEA（BCC-Oモデル）を利用して、65サンプルの相対的効率性（D効率性）を測定した。使用データは、その信頼性は高いが、正規性が認められず、ノンパラメトリック手法であるDEAに適したデータであった。具体的データとしては、入力変数として医師数・看護婦数を、産出変数として入院患者数・外来患者数を採用し、モデルとしてはBCC-Oモデルを採用した。

分析結果としては、65サンプルの平均D効率性は0.91（病床規模別）、0.93（病院機能別）と、先行研究に比して若干高めではあるが、違和感のない結果となった。

(2) 病院経営指標との相関関係

尚、今回推計したDEAによるD効率スコアと「国立病院・療養所経営管理指標」（厚生労働省健康局・国立病院部経営指導課）にある経営指標との関連から、D効率スコアの位置づけを考察した。

第一に、今回の推計値は、入力変数及び産出変数ともに価格ではなく量を基準としている。従って、診療報酬点数によるサービス価格に影響を受けない一方で、投入資源の価値については考慮していないこととなる。従って、財務データの多い病院経営指標とは、原則大きな関連はないと推測される。

図表5-17 D効率スコアと病院経営指標との相関関係

	医療収支	医療機器使用効率
D効率スコア（規模）	0.207	0.320*
D効率スコア（機能）	0.290*	0.361*

*5%水準で統計的に有意

全経営指標とD効率スコア（病床規模別）及びD効率スコア（病院機能別）の相関係数（Spearmanのロー）を算出すると、病床規模別の場合には、「医療機器使用効率」とのみ統計的に有意な相関が認められる（相関係数0.32）。病院機能別

の場合は、「医療収支（0.290）」「医療機器使用効率（0.361）」の2指標とのみ認められる。予想された生産性を示す指標との統計的に有意な関連は認められなかった。

(3) 混合指標としてのD効率性の検証

今回推計したD効率性スコアは、様々な病院経営指標を統合した指標として位置づけられるかどうかを、回帰分析を利用して確認した。

非説明変数として「D効率スコア」を、説明変数として「経営管理指標の代表的なもの」を設定し、OLSによる分析を行った。代表的指標としては、収支（経常収支、医療収支）、収益（入院患者一人一日当たり収益、外来一人一日当たり収益）、費用（人件費率、経費率）、生産性（職員一人一日当たり入院患者数、職員一人一日当たり入院患者数）、医療資源の利用状況（医療機器使用効率、病床利用率、平均在院日数、放射線部門一人一日当たり件数、検査部門一人一日当たり件数）分析結果は以下のとおりである。

図表5-18 D効率スコアの回帰分析結果

	D効率スコア（病床規模別）	D効率スコア（病院機能別）
R ² 乗	0.386	0.542
F値有効確率	0.011	0.000
統計的に有意な説明変数	入院一人一日当たり収益 （有意確率 $p=0.00$ ） 医療機器使用効率（ $p=0.034$ ） 病床利用率（ $p=0.021$ ） 職員一人一日当たり入院患者数（ $p=0.042$ ）	入院一人一日当たり収益 （ $p=0.001$ ） 医療機器使用効率（ $p=0.018$ ） 職員一人一日当たり入院患者数（ $p=0.01$ ）

D効率スコアの病床規模別ではモデルの当てはまりはさほどよくないものの、病院機能別ではR²乗が0.5を越え当てはまりはよい。

統計的に有意な説明変数として、病床規模別の場合で4指標、病院機能別の場合で3指標が認められた。これによって、今回推計したD効率性が、いくつかの経営管理指標の機能を組み合わせたものとも考えることもできる。医療機器使用効率や病床利用率等の稼働率関連の指標が有意な影響を及ぼしていることは、効率性の指標としては労働生産性よりも、稼働率に関連していることをうかがわせる。

従って、今回推計したD効率性は、これまで比率分析に用いられてきた、経営管理指標を混合した指標と解釈することも可能である。

従って、今回推計したD効率スコアは、病院のパフォーマンスを推計するうえで一定の意味を持つと考えて差し支えないであろう。

以上から、本研究は国立病院の効率性を推計するうえで、有益な結果をもたらした。

たと思料される。しかし、医療サービスの特質を勘案すると、経済効率性全体を見据えて、更なる分析が必要であろう。今後は、入手可能なデータについて可能であれば、特に以下の2点についての検討を行いたい。

- ①入力変数及び産出変数には、サービスの種類や品質の代理変数を含めて、サービス供給の実態をより精緻に反映するように改善する必要がある。例えば医師数については、研修医の取り扱いを別にする等を考慮すべき。特に政策医療や高度医療等の公的医療機関の重要な機能についても、産出変数に反映させることを検討する。
- ②経年変化及び経営主体変化を含めて、D効率性の比較を行うため、移譲病院のサンプル数の増加及びウインドー分析等による経年変化の考察を加える。尚、民間に移譲された場合には、財務会計等のデータ換算方法が異なる（例えば減価償却費や退職引当金）ことが予想されるため、このような変化を調整するための情報収集についても併せて考慮する必要がある。

以上

DMU	入院患者数	外来患者数	医師数	看護師数	病床数
(病院1)	515.1	780.0	68	210	550
(病院2)	321.9	530.4	31	98	350
(病院3)	25.1	38.8	6	26	71
(病院4)	39.7	135.2	7	45	150
(病院5)	310.5	689.9	37	132	405
(病院7)	664.7	1,210.5	97	298	716
(病院9)	110.8	159.0	14	65	210
(病院10)	457.7	877.3	55	216	550
(病院11)	345.8	780.3	43	152	497
(病院12)	437.5	847.5	52	204	610
(病院14)	329.3	604.7	45	173	406
(病院15)	164.1	266.8	17	82	284
(病院16)	74.1	142.7	9	47	164
(病院17)	314.1	880.2	45	144	408
(病院18)	310.5	668.5	43	160	400
(病院19)	414.0	847.6	53	198	500
(病院22)	162.2	295.8	28	74	200
(病院26)	744.7	1,571.4	106	341	780
(病院30)	529.6	1,339.7	73	223	690
(病院31)	219.4	482.0	28	105	350
(病院32)	431.8	942.9	52	206	552
(病院33)	175.0	463.5	18	90	350
(病院36)	275.9	620.0	39	119	311
(病院38)	136.2	288.8	20	74	200
(病院101)	390.9	820.0	63	254	455
(病院35)	378.9	747.6	48	204	420
(病院42)	84.1	293.1	18	80	293
(病院45)	169.5	530.0	23	104	327
(病院46)	740.3	1,894.0	108	366	831
(病院48)	600.3	1,101.8	73	235	740
(病院49)	196.9	372.1	16	105	350
(病院102)	451.2	772.9	58	254	500
(病院39)	407.6	706.2	61	224	450
(病院34)	560.3	1,283.3	83	289	600
(病院52)	491.2	669.2	43	193	587
(病院54)	676.4	1,410.1	110	361	710
(病院55)	504.5	1,051.7	59	216	542
(病院58)	413.8	855.7	53	199	454
(病院63)	247.5	587.5	24	124	300
(病院103)	310.9	646.4	45	157	330
(病院40)	187.8	351.6	38	116	221
(病院62)	283.4	675.7	50	177	304
(病院67)	252.0	370.7	28	95	300
(病院69)	332.1	685.5	38	128	350
(病院71)	458.9	721.6	71	281	580
(病院72)	388.6	783.5	45	172	420
(病院73)	184.7	419.6	19	77	200
(病院74)	656.7	1,119.3	76	302	700
(病院76)	538.3	740.9	60	252	582
(病院50)	277.4	540.3	60	214	400
(病院51)	332.7	819.7	41	143	351
(病院81)	349.0	484.6	41	151	360
(病院53)	357.7	554.4	53	224	440
(病院82)	382.7	599.0	43	186	441
(病院83)	380.9	273.8	53	157	419
(病院86)	296.0	446.3	30	127	315
(病院89)	632.6	753.3	75	281	650
(病院91)	499.1	869.3	59	198	550
(病院59)	296.9	470.1	27	115	300
(病院60)	508.0	848.2	54	252	630
(病院61)	280.2	459.3	32	111	307
(病院97)	238.0	285.9	21	101	282
(病院105)	663.8	912.5	94	322	700
(病院87)	370.3	576.4	56	202	424
(病院106)	289.9	327.2	50	182	300

小型病院

Rank	病院番号	Score
1	3	1
1	4	1
1	16	1
1	73	1
1	97	1
6	15	0.934671
7	40	0.931789
8	22	0.925209
9	9	0.812208
10	38	0.776902
11	42	0.740338

中型病院

Rank	病院番号	Score
1	63	1
1	59	1
1	2	1
1	33	1
1	49	1
1	51	1
1	17	1
1	83	1
1	72	1
1	82	1
1	58	1
12	69	0.989138
13	39	0.985017
14	11	0.980219
15	45	0.970028
16	101	0.956833
17	5	0.956171
18	35	0.951746
19	67	0.944483
20	81	0.944356
21	86	0.937748
22	36	0.898432
23	87	0.894877
24	53	0.864427
25	61	0.856968
26	18	0.848782
27	14	0.847359
28	103	0.845085
29	31	0.842356
30	62	0.778518
31	106	0.726631
32	50	0.670372

大型病院

Rank	病院番号	Score
1	19	1
1	55	1
1	91	1
1	32	1
1	52	1
1	30	1
1	74	1
1	48	1
1	26	1
1	46	1
11	89	0.990192
12	7	0.968777
13	1	0.962157
14	60	0.96
15	105	0.938983
16	12	0.935258
17	76	0.933807
18	10	0.916237
19	54	0.908285
20	34	0.890333
21	102	0.819409
22	71	0.730296

別紙3

Rank	病院番号	Score	Class
1	3	1	小型病院
1	4	1	小型病院
1	16	1	小型病院
1	73	1	小型病院
1	97	1	小型病院
1	63	1	中型病院
1	59	1	中型病院
1	2	1	中型病院
1	33	1	中型病院
1	49	1	中型病院
1	51	1	中型病院
1	17	1	中型病院
1	83	1	中型病院
1	72	1	中型病院
1	82	1	中型病院
1	58	1	中型病院
1	19	1	大型病院
1	55	1	大型病院
1	91	1	大型病院
1	32	1	大型病院
1	52	1	大型病院
1	30	1	大型病院
1	74	1	大型病院
1	48	1	大型病院
1	26	1	大型病院
1	46	1	大型病院
27	89	0.990192	大型病院
28	69	0.989138	中型病院
29	39	0.985017	中型病院
30	11	0.980219	中型病院
31	45	0.970028	中型病院
32	7	0.968777	大型病院
33	1	0.962157	大型病院
34	60	0.96	大型病院
35	101	0.956833	中型病院
36	5	0.956171	中型病院
37	35	0.951746	中型病院
38	67	0.944483	中型病院
39	81	0.944356	中型病院
40	105	0.938983	大型病院
41	86	0.937748	中型病院
42	12	0.935258	大型病院
43	15	0.934671	小型病院
44	76	0.933607	大型病院
45	40	0.931789	小型病院
46	22	0.925209	小型病院
47	10	0.916237	大型病院
48	54	0.908285	大型病院
49	36	0.898432	中型病院
50	87	0.894677	中型病院
51	34	0.890333	大型病院
52	53	0.864427	中型病院
53	61	0.856968	中型病院
54	18	0.848782	中型病院
55	14	0.847359	中型病院
56	103	0.845085	中型病院
57	31	0.842356	中型病院
58	102	0.819409	大型病院
59	9	0.812208	小型病院
60	62	0.778518	中型病院
61	38	0.776902	小型病院
62	42	0.740338	小型病院
63	71	0.730296	大型病院
64	106	0.726631	中型病院
65	50	0.670372	中型病院

別紙 4

In Rank order(Acute)

Rank	病院番号	Score
1	17	1
1	26	1
1	33	1
1	46	1
1	55	1
1	76	1
1	91	1
8	105	0.960836
9	54	0.908285
10	58	0.904414
11	35	0.899802
12	102	0.885567
13	39	0.782137
14	71	0.780898
15	101	0.744043
16	62	0.718461
17	106	0.670054

In Rank order(Intermediate)

Rank	病院番号	Score
1	4	1
1	16	1
1	30	1
1	48	1
1	63	1
1	73	1
1	51	1
1	59	1
1	60	1
1	2	1
1	7	1
1	74	1
13	89	0.99037
14	32	0.988784
15	34	0.985353
16	69	0.96617
17	10	0.955641
18	10	0.951843
19	11	0.940285
20	1	0.937403
21	86	0.925539
22	19	0.91432
23	36	0.912138
24	82	0.910577
25	67	0.8656
26	83	0.862165
27	61	0.846393
28	31	0.843437
29	18	0.824275
30	22	0.823089
31	14	0.79221
32	103	0.79122
33	38	0.75499
34	87	0.737733
35	42	0.725109
36	53	0.724835
37	40	0.542342

In Rank order(Chronic)

Rank	病院番号	Score
1	3	1
1	5	1
1	45	1
1	49	1
1	52	1
1	72	1
1	97	1
8	15	0.965811
9	81	0.932129
10	9	0.841369
11	50	0.698227

別紙5

Rank	病院番号	Score	Class
1	4	1	ミックス
1	16	1	ミックス
1	30	1	ミックス
1	48	1	ミックス
1	63	1	ミックス
1	73	1	ミックス
1	51	1	ミックス
1	59	1	ミックス
1	60	1	ミックス
1	2	1	ミックス
1	7	1	ミックス
1	74	1	ミックス
1	3	1	長期低単価
1	5	1	長期低単価
1	45	1	長期低単価
1	49	1	長期低単価
1	52	1	長期低単価
1	72	1	長期低単価
1	97	1	長期低単価
1	17	1	短期高単価
1	26	1	短期高単価
1	33	1	短期高単価
1	46	1	短期高単価
1	55	1	短期高単価
1	76	1	短期高単価
1	91	1	短期高単価
27	89	0.99037	ミックス
28	32	0.988784	ミックス
29	34	0.985353	ミックス
30	69	0.96617	ミックス
31	15	0.965811	長期低単価
32	105	0.960836	短期高単価
33	10	0.955641	ミックス
34	10	0.951843	ミックス
35	11	0.940285	ミックス
36	1	0.937403	ミックス
37	81	0.932129	長期低単価
38	86	0.925539	ミックス
39	19	0.91432	ミックス
40	36	0.912138	ミックス
41	82	0.910577	ミックス
42	54	0.908285	短期高単価
43	58	0.904414	短期高単価
44	35	0.899802	短期高単価
45	102	0.885567	短期高単価
46	67	0.8656	ミックス
47	83	0.862165	ミックス
48	61	0.846393	ミックス
49	31	0.843437	ミックス
50	9	0.841369	長期低単価
51	18	0.824275	ミックス
52	22	0.823089	ミックス
53	14	0.79221	ミックス
54	103	0.79122	ミックス
55	39	0.782137	短期高単価
56	71	0.780898	短期高単価
57	38	0.75499	ミックス
58	101	0.744043	短期高単価
59	87	0.737733	ミックス
60	42	0.725109	ミックス
61	53	0.724835	ミックス
62	62	0.718461	短期高単価
63	50	0.698227	長期低単価
64	106	0.670054	短期高単価
65	40	0.542342	ミックス
Average		0.910829	

以上

[参 考 资 料 1]

平成15年3月1日現在 統廃合・移譲状況

統廃合・移譲前		統廃合・移譲後	統廃合・移譲年月日	記事	特措法適用 条項	昭和61年 選択施設	平成8年 追加施設
精神・神経センター	東京都	国立精神・神経センター(組織統合)	昭和62年4月1日			○	
国府台	千葉県					○	
阿久根	鹿児島県	出水郡医師会立阿久根市民病院	平成元年10月1日	出水郡医師会へ経営移譲し、出水郡医師会立阿久根市民病院として開設。	特措法第3条適用(譲渡)	○	
田辺	和歌山県	国立南和歌山病院(専門医療施設)	平成4年7月1日	国立田辺病院は、田辺市へ時価譲渡となり、総合保健福祉センター等として開設。 国立白浜温泉病院は、財団法人白浜医療福祉財団へ時価譲渡となり、白浜はまゆう病院として開設		○	
白浜温泉						○	
柏	千葉県	国立がんセンター東病院(ナショナルセンター(がん))	平成4年7月1日	柏市へ経営移譲し、市立柏病院として開設。(柏市は病院運営を財団法人柏市医療公社に管理委託)	特措法第3条適用(譲渡)	○	
松戸						松戸市へ経営移譲し、松戸市立病院として開設。	特措法第3条適用(譲渡)
盛岡	岩手県	国立療養所盛岡病院(基幹医療施設(呼吸器、免疫))	平成5年7月1日	岩手医科大学へ経営移譲し、岩手医科大学付属花巻温泉病院として開設。		○	
花巻温泉						特措法第3条適用(譲渡)	○
南花巻	岩手県	国立療養所南花巻病院(専門医療施設)	平成5年7月1日			○	
花巻温泉						○	
東栃木	栃木県	国立療養所宇都宮病院(専門医療施設)	平成5年7月1日	国立療養所宇都宮病院は、栃木県へ時価譲渡となり、とちぎ健康の森としてオープン。		○	
宇都宮						時価譲渡	○

統廃合・移譲前		統廃合・移譲後	統廃合・移譲年月日	記事	特措法適用 条項	昭和61年 選択施設	平成8年 追加施設
医療センター	東京都	国立国際医療センター (ナショナルセンター(国際医療))	平成5年10月1日	国立療養所中野病院は、中野区へ時価譲渡となり、保健福祉施設として開設。		○	
中野					時価譲渡	○	
福知山	京都府	市立福知山市民病院	平成5年10月1日	福知山市へ経営移譲し、市立福知山市民病院として開設。	特措法第2条適用(移譲)	○	
福岡中央	福岡県	国立病院九州医療センター (高度総合診療施設)	平成6年7月1日	久留米大学へ経営移譲し、久留米大学医学部附属医療センターとして開設。		○	
久留米					特措法第3条適用(譲渡)	○	
王子	東京都	国立病院東京災害医療センター (災害病院)	平成7年7月1日	国立王子病院は、社会保険庁へ時価譲渡。 国立立川病院は、住宅都市整備公団へ時価譲渡となり、賃貸住宅用地となる。	時価譲渡	○	
立川					時価譲渡	○	
西新潟	新潟県	国立療養所西新潟中央病院 (専門医療施設)	平成7年7月1日			○	
寺泊				国立療養所寺泊病院は、特措法第3条適用(譲渡)となり、社会福祉法人長岡三古老人福祉会へ経営移譲し、老人保健施設てらどまりとして開設。	特措法第3条適用(譲渡)	○	
村松				国立療養所村松病院は、特措法第3条適用(譲渡)となり、四市中東蒲原老人福祉施設事務組合へ経営移譲し、南部郷厚生病院として開設。(四市中東蒲原老人福祉施設事務組合は病院運営を医療法人社団真仁会に管理委託)	特措法第3条適用(譲渡)	○	

統廃合・移譲前		統廃合・移譲後	統廃合・移譲年月日	記事	特措法適用 条項	昭和61年 選択施設	平成8年 追加施設
東松本	長野県	国立療養所中松本病院 (専門医療施設)	平成8年7月1日	国立療養所松本城山病院は、松本市へ経営移譲し、老人保健施設及び診療所として開設するとともに、併せて老人訪問看護ステーション、老人デイサービスセンター及び老人介護支援センターを設置。 (松本市は開設する老人保健施設(これに併設される老人訪問看護ステーション及び老人介護支援センターを含む。)及び診療所を松本市医師会に、老人デイサービスセンターを財団法人松本市福祉公社に管理委託)		○	
松本城山					特措法第3条適用(譲渡)	○	
塩原温泉	栃木県	栃木県医師会温泉研究所附属塩原病院	平成9年2月1日	栃木県医師会へ経営移譲し、栃木県医師会温泉研究所附属塩原病院として開設。	特措法第2条適用(移譲)	○	
東信	長野県	国立長野病院(専門医療施設)	平成9年7月1日	国立長野病院は、日本赤十字社長野県支部へ経営移譲し、長野赤十字上山田病院として開設。		○	
長野					特措法第3条適用(譲渡)	○	
山陽荘	山口県	国立療養所山陽病院 (基幹医療施設(呼吸器))	平成9年7月1日	国立湯田温泉病院は、山口県済生会へ経営移譲し、済生会湯田温泉病院として開設。		○	
湯田温泉					特措法第2条の2適用(特例譲渡)	○	
篠山	兵庫県	兵庫医科大学篠山病院	平成9年10月1日	兵庫医科大学へ経営移譲し、兵庫医科大学篠山病院として開設。	特措法第2条適用(移譲)	○	
湊	静岡県	共立湊病院	平成9年10月1日	共立湊病院組合へ経営移譲し、共立湊病院として開設。(共立湊病院組合は病院運営を社団法人地域医療振興協会に管理委託)	特措法第2条の3適用(移譲:管理委託)	○	
志布志	鹿児島県	曾於郡医師会立有明病院	平成9年12月1日	曾於郡医師会へ経営移譲し、曾於郡医師会立有明病院として開設。	特措法第3条適用(譲渡)	○	
津山	岡山県	津山中央病院東分院	平成9年12月1日	財団法人津山慈風会へ経営移譲し、津山中央病院東分院として開設。	特措法第2条適用(移譲)	○	