

平成 17 年度
厚生労働科学研究費補助金
政策科学推進研究事業
による 研究報告書

一般／療養病床の機能分化が医療供給及び
地域の医療費に及ぼした影響に関する
調査研究

総括報告書

平成 18 年 3 月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

主任研究者 岡部 陽二

はじめに

平成 13 年の第 4 次改正医療法では、病床について新区分が導入され、「その他の病床」を、「一般病床」と「療養病床」に分ける事により、患者の病態に相応しい医療を提供するという機能の分化を図った。しかしながら、基準病床数を算定する際、一般と療養病床は統一で扱われており、適切な医療資源の配分について、両病床を分けて考える必要があることや、療養病床については、地域の介護資源も考慮した算定方法が必要であることなどが指摘されている。さらに、基準病床数そのものの廃止についても議論が行われている。

地域医療計画の策定において、適切な医療提供体制を設計するためには、地域の特性を踏まえた上で一般／療養病床等の現状を把握し、それぞれの必要病床数を基準病床数として算定することが必要である。しかし一般／療養病床について、病床の比較や都道府県などの地域別の比較は行われているものの、基準病床数算定式という全地域共通の規則を設定するには不十分であるといえる。そのため、施設が立地する地域の特性をより明確にして研究を行う必要がある。そこで本研究においては、一般／療養病床の機能の実状、一般／療養病床を選択する要因や地域の医療費に及ぼした影響について、地域の特性を交えて明らかにすることを試みた。本報告書が今後の地域医療計画のあり方についての基礎資料となれば幸いである。

本研究の実施にあたり、筑波大学大学院システム情報工学研究科 吉田あつし先生、国立大学法人筑波大学大学院人間総合科学研究科 近藤正英先生に多大なご協力を頂いた。心より感謝を申し上げます。

平成 18 年 3 月

主任研究者
医療経済研究機構
岡部 陽二

調査研究体制

【主任研究者】

岡部 陽二 医療経済研究機構 専務理事

【分担研究者】

吉田 あつし 国立大学法人筑波大学大学院システム情報工学研究科 教授

近藤 正英 国立大学法人筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師

西村 淳 医療経済研究機構 研究主幹

山村 麻理子 医療経済研究機構 研究員

【協力研究者】

山田 浩祐 医療経済研究機構 主任研究員

正木 秀典 医療経済研究機構 研究員

研究要旨

I 目的

地域の医療機関の機能分化や地域連携を推進するにあたり、今後、どのような政策が一般／療養病床に必要であるのかを検討するには、現行の医療計画制度の下、1) 完全に機能分化が行われた要因と行われなかった要因を地域の特性を交えて明らかにするとともに、2) 一般／療養病床のサービス提供状況の違い、および3) 機能分化が患者や地域の医療費に及ぼした影響について把握することが重要である。本稿では、以上1) から3) に着目して病床選択の要因について議論する。

II 方法

本研究では、どのような病院がどのような病床選択を行ったかを把握するために、「医療施設静態調査」、「医療施設動態調査」、「病院報告(従事者票)」、「病院報告(患者票)」、「介護サービス施設・事業所調査」を用い、また、2次医療圏ごとに地域の医療費・介護費の特性を捉えるために「国民健康保険の実態」および「介護保険事業状況報告」を用いた。図表1-2-1には、利用可能なデータと用いられたデータ年次(月次)について示されている。病床選択の届出期限は平成15年9月末だったので、選択結果のデータは平成15年10月の「医療施設動態調査」をもちいた。また、それらの病院が、選択前はどのような病床を持っていたかを明らかにするために、平成11年と平成14年の「医療施設静態調査」ももちいた。

III 病床選択結果

(1) 病床選択結果の概観

図表2-1-1には、平成11年と平成14年の医療施設静態調査を用いた病床の変化が、図表2-1-2には平成11年の静態調査と平成15年10月の動態調査を用いた病床選択の結果が示されている。平成11年と平成14年とを比較すると(図表2-1-1)、この時点ではほとんどの病院が病床選択を行っていないということがわかる。

図表 2-1-1 保有病床の変化 (H11-H14)

			病床機能分化後病床(H14)					合計	
			分化型			未分化型			
			急性期型		療養型		ケアミックス型		継続型
			一般病床のみ	一般病床(経過 的旧その他 病床有)	療養病床の み	療養病床(経過 的旧その他病 床有)	一般病床及び 療養病床		経過的旧そ の他の病床 のみ
病床機能分化 前病床(H11)	その他病床	度数	353	15	54	14	125	5,195	5,756
		%	6.1%	0.3%	0.9%	0.2%	2.2%	90.3%	100.0%
	療養型病床	度数	0	0	48	0	4	523	575
		%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.7%	91.0%	100.0%
	その他+療養型病床	度数	6	6	19	0	131	1,390	1,552
		%	0.4%	0.4%	1.2%	0.0%	8.4%	89.6%	100.0%
合計		度数	359	21	121	14	260	7,108	7,883
		%	4.6%	0.3%	1.5%	0.2%	3.3%	90.2%	100.0%

次に、平成11年と平成15年10月を比較すると(図表2-1-2)、平成11年時点では、療養病床を持たない病院が73%を占めていたが、平成15年には、42.7%と大幅に減少していることがわかる。他方、療養病床を持つ病院は平成11年時点では、17%であったが、平成15年には43.3%と増加していることがわかる。したがって、病床選択の結果、より高い診療報酬が適用される一般病床が減少し、原則としてひと月あたり定額の診療報酬が適用される療養病床が増加したことになるから、入院にかかる医療費の抑制につながっていることが期待される。

図表 2-1-2 保有病床の変化 (H11-H15)

			病床機能分化後病床(H15)					合計	
			分化型			未分化型			
			急性期型		療養型		ケアミックス型		継続型
			一般病床のみ	一般病床(経過 的旧その他 病床有)	療養病床の み	療養病床(経過 的旧その他病 床有)	一般病床及び 療養病床		経過的旧そ の他の病床 のみ
病床機能分化 前病床(H11)	その他病床	度数	3,324	10	483	17	1,109	813	5,756
		%	57.7%	0.2%	8.4%	0.3%	19.3%	14.1%	100.0%
	療養型病床	度数	4	1	501	0	18	51	575
		%	0.7%	0.2%	87.1%	0.0%	3.1%	8.9%	100.0%
	その他+療養型病床	度数	40	1	115	7	1,187	202	1,552
		%	2.6%	0.1%	7.4%	0.5%	76.5%	13.0%	100.0%
合計		度数	3,368	12	1,099	24	2,314	1,066	7,883
		%	42.7%	0.2%	13.9%	0.3%	29.4%	13.5%	100.0%

(2) 病床比率と医療費・介護費

この章では、「国民健康保険の実態」(平成11年から平成15年までの5年間)のデータを用いて、2次医療圏別に一般病床のみの病院、療養病床のみの病院の比率(平成15年10月時点での全病院に占める各病院の比率であり、以下、それらの比

率を一般病床病院比率、療養病床病院比率と呼ぶ) と一人当たり医療費(一般分、退職分および老人保健分) および一人当たり介護費との関係について検証した。

図表3-1-1は一般病床病院比率と医療費の推移を表している。表から、一般病床病院比率が比較的low、療養病床病院比率が比較的高いところでは医療費が高くなっていることがわかる。その理由として以下の点が考えられる。一般病床病院比率や療養病床病院比率は、病床選択が行われた平成15年時点での比率である。したがって、この結果は、そもそも医療費が高い2次医療圏では、療養病床を選択した病院が多いということであらわしているのかもしれない。すなわち、医療費が相対的に高い2次医療圏は、高齢化が進んでおり療養病床への需要が多いので、療養病床を選択する病院が多かったということ反映しているのかもしれない。しかしながらこれらの地域では、一般分や退職分についても他地域と比較して医療費が高くなっていることがわかる。このデータは、国民健康保険の被保険者の医療費であるから、地域によって年齢構成が異なり、これらの地域は一般分の平均年齢が高いことが予想され、それ故に一般分であっても医療費が高くなっているのかもしれない。しかしながら、これらの地域では退職分についても医療費が高くなっている。退職分については、地域による年齢構成の違いは小さいはずであるから、ここでも医療費が高くなっているのは、地域固有の健康リスクが存在しているか、あるいは一般病床が少ないために病院間の競争がなく、その結果、非効率な医療サービスの提供がなされているか、などの要因が考えられる。

図表 3-1-1 一般病床病院比率と医療費

		2次医療圏別一般病床病院比率						
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%	合計	
2 次 医 療 圏 ご と の 一 人 当 た り 療 養 諸 費 総 額	1999	度数	5	14	59	155	125	358
		一般被保険者分(円)	177,659	194,124	188,963	174,221	167,031	174,966
		退職医療分(円)	298,571	326,237	323,449	318,259	307,649	315,447
		老人保健分(円)	625,618	724,406	683,841	653,401	604,583	643,761
	2000	度数	5	14	59	155	125	358
		一般被保険者分(円)	178,493	196,031	191,321	175,603	167,954	176,362
		退職医療分(円)	298,506	331,754	317,661	312,578	304,497	311,147
		老人保健分(円)	604,684	687,140	647,352	627,251	594,885	621,289
	2001	度数	5	14	59	155	125	358
		一般被保険者分(円)	182,036	199,397	191,305	175,304	168,265	176,520
		退職医療分(円)	298,698	324,701	315,969	309,272	300,208	307,667
		老人保健分(円)	599,623	688,443	645,347	624,370	590,481	618,154
	2002	度数	5	14	59	155	125	358
		一般被保険者分(円)	176,542	194,987	186,262	170,270	163,349	171,543
		退職医療分(円)	290,785	315,199	304,729	295,463	288,466	295,254
		老人保健分(円)	573,918	659,334	618,952	598,685	566,093	592,671
	2003	度数	5	14	59	154	124	356
		一般被保険者分(円)	185,944	199,228	191,278	174,516	167,648	176,034
退職医療分(円)		289,152	317,080	303,593	297,447	287,799	295,761	
	老人保健分(円)	570,844	674,958	629,322	607,354	575,982	602,213	

図表 3-1-2 療養病床病院比率と医療費

		2次医療圏別療養病床病院比率					合計	
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%		
2次医療圏ごとの一人当たり療養諸費総額	1999	度数	319	35	3	1	0	358
	一般被保険者分(円)	172,276	194,505	220,289	213,476	—	—	174,966
	退職医療分(円)	314,677	319,854	342,681	324,945	—	—	315,447
	老人保健分(円)	635,736	701,037	775,803	803,036	—	—	643,761
	2000	度数	319	35	3	1	0	358
	一般被保険者分(円)	173,653	195,937	223,567	213,720	—	—	176,362
	退職医療分(円)	310,043	318,943	336,461	314,453	—	—	311,147
	老人保健分(円)	616,334	657,304	711,405	671,230	—	—	621,289
	2001	度数	319	35	3	1	0	358
	一般被保険者分(円)	173,524	198,498	222,563	224,736	—	—	176,520
	退職医療分(円)	306,545	316,213	331,596	294,644	—	—	307,667
	老人保健分(円)	612,748	658,306	714,522	648,492	—	—	618,154
	2002	度数	319	35	3	1	0	358
	一般被保険者分(円)	168,603	193,507	216,564	205,738	—	—	171,543
	退職医療分(円)	293,825	305,414	328,179	296,597	—	—	295,254
	老人保健分(円)	587,797	627,895	689,217	625,282	—	—	592,671
	2003	度数	317	35	3	1	0	356
	一般被保険者分(円)	172,951	198,505	223,834	223,478	—	—	176,034
	退職医療分(円)	294,148	308,390	314,700	307,946	—	—	295,761
	老人保健分(円)	597,108	640,588	688,327	619,130	—	—	602,213

病床病院比率と介護費については、医療費に見られたような関係を見つけることはできなかった。

IV. まとめ

本研究で得られた結果をまとめると次のようになる。

- (1) 病床選択の結果、平成11年時点では、一般病床のみの病院が全体の73%を占めていたが、42.7%と大幅に減少していることがわかる。他方、療養病床を持つ病院は17%から43.3%と大幅に増加した。つまり、病床選択の結果、より高い診療報酬が適用される一般病床が減少し、原則としてひと月あたり定額の診療報酬が適用される療養病床が増加したことになる。
- (2) しかしながら、平成11年時点で機能が分化されていない「その他+療養病床」の病院が全体の20%あったが、そのほとんどは病床選択後も「一般病床+療養病床」あるいは「経過的旧その他の病床のみ」を選択しており、機能分化は進んでいない。
- (3) 併設介護施設の有無、病院の特性、診療科と病院選択との間には明確な関係を見出すことはできなかった。
- (4) 2次医療圏で見たときに、老人、退職、一般いずれにおいても一人当たり医療費が高くなっている医療圏では、病床選択の結果、療養病床のみをもつ病院の比率が高くなっていることが示された。

目 次

はじめに	i
調査研究体制	ii
研究要旨	iii
目次	vii
第1章 病床選択の要因分析.....	1
1. 病床選択導入の背景と要因分析の意義.....	1
2. データの説明.....	2
3. 病床選択制導入の理論的根拠と選択要因.....	4
第2章 病床選択の現状	10
1. 病床選択の概観	10
2. 併設介護施設の有無と病床選択.....	14
3. 病院の特性と病床選択	20
4. 診療科と病床選択.....	28
第3章 病床比率と医療費・介護費.....	47
1. 病床選択と医療費.....	47
2. 病床選択と介護費.....	50
第4章 まとめ.....	51
補遺 介護サービス提供者の現状	52
1. 介護老人福祉施設.....	52
2. 介護老人保健施設.....	57
3. 介護療養型医療施設.....	63
4. 訪問看護事業施設.....	67
5. 居宅介護サービス事業所 (福祉関係).....	71
6. 居宅介護サービス事業所 (医療施設).....	73
7. 病院報告 (患者).....	76
8. 病院報告 (従事者).....	78

第1章 病床選択の要因分析

1. 病床選択導入の背景と要因分析の意義

高齢化社会化が進展するにしたがって、現在の国民皆保険制度の下では医療費、特に高齢者の使う医療費の増加は避けることが出来ず、その伸び率を適正な率に抑制しなければ、国の財政支出が増加し、被保険者の負担する保険料も増額せざるを得ず、その結果、国民皆保険制度の維持が極めて困難になる可能性がある。

医療サービスの質を維持・向上しつつも、高齢者の医療費の伸びを抑制するためには、医療サービスの質を大きく変えずに、代替的なサービスの提供で置き換えていくことも必要となってくる。平成12年から導入された介護保険は、もちろん介護を社会化することにより介護を必要とする家庭に必要な介護サービスを提供することが制度の本旨であるが、同時に、いわゆる「社会的入院」や訪問診療などのうち、介護サービスで十分代替できる医療サービスについては、介護サービスに転換していくこともその目的のひとつであった。と言うのも、これらの医療サービスを介護保険の提供するサービスで代替することにより、より小さなコストで同じ程度のサービスを提供することができるからである。

近年、医療の質の向上・効率化と医療費適正化への取組として、地域における医療機関の機能分化、および介護を交えた地域連携が推進されており、その一環として、医療計画制度の見直しが検討されている。平成13年3月に施行された第4次改正医療法では、病床について新区分が導入され、「その他病床」を「一般病床」と「療養病床」に分ける事により、急性期と慢性期の患者に対し入院医療提供体制の分化を図った。病床区分を明確にする一方で、病床ごとに診療報酬を変えることで、より小さなコストで質の高いサービスを提供することが可能になるからである。

しかしながら、一般／療養のいずれかの病床に特化する病院と、双方の病床を保有する病院とが存在し、必ずしも急性期と慢性期の医療機関単位での機能分化は明確に行われてはいない。さらに高齢者に対しては、一般／療養病床による入院サービスの代替サービスとして、介護施設サービスや居宅介護サービスが存在する。このため、病院におけるこれらの代替サービスの併設や病院が立地する地域での提供状況によって、それぞれの病床が果たしている役割は異なることが考えられる。

地域の医療機関の機能分化や地域連携を推進するにあたり、今後、どのような政策が一般／療養病床に必要であるのかを検討するには、現行の医療計画制度の下、1) 完全に機能分化が行われた要因と行われなかった要因を地域の特性を交えて明らかにするとともに、2) 一般／療養病床のサービス提供状況の違い、および3) 機能分化が患者や地域の医療費に及ぼした影響について把握することが重要である。

現在、一般／療養病床については、基準病床数の算定式を分けることや、基準病床数そのものの廃止が議論されている。本稿では、以上1) から3) に着目して病床選択の要因について議論する。

2. データの説明

本研究では、どのような病院がどのような病床選択を行ったかを把握するために、「医療施設静態調査」、「医療施設動態調査」、「病院報告(従事者票)」、「病院報告(患者票)」、「介護サービス施設・事業所調査」を用い、また、2次医療圏ごとに地域の医療費・介護費の特性を捉えるために「国民健康保険の実態」および「介護保険事業状況報告」を用いた。図表1-2-1には、利用可能なデータと用いられたデータ年次(月次)について示されている。病床選択の届出期限は平成15年9月末だったので、選択結果のデータは平成15年10月の「医療施設動態調査」をもちいた。また、それらの病院が、選択前はどのような病床を持っていたかを明らかにするために、平成11年と平成14年の「医療施設静態調査」ももちいた。

図表 1-2-1 使用したデータ

年 月	病床機能分化	医療施設	医療施設	病院報告	病院報告	介護サービス施設・事業所調査年	国民健康保険の実態	介護保険事業状況報告			
		静態調査	動態調査	(従事者票)	(患者票)						
		年	月(変更のみ)	年(病院のみ)	月						
H10年: 10月	【前】		○(H11) H10.10.1 -H11.9.30								
		11月		〃							
		12月		〃							
		1月		〃							
		2月		〃							
		3月		〃							
		4月		〃							
		5月		〃							
		6月		〃							
		7月		〃							
H11年: 10月			○(H11) H11.10.1	○(H12) H11.10.1 -H12.9.30	○(H11) H11.10.1	○(H11) H11.1.1-12.31		○(H11)			
		11月		〃		〃					
		12月		〃		〃					
		H12年: 1月	介護保険制度開始			〃		○(H12) H12.1.1-12.31			
				2月		〃		〃			
				3月		〃		〃			
				4月		〃		〃			
				5月		〃		〃			
				6月		〃		〃			
				7月		〃		〃			
8月				〃		〃					
9月				〃		〃					
H13年: 10月						○(H13) H12.10.1 -H13.9.30	○(H12) H12.10.1	〃	○(H12) H12.10.1		
		11月		〃		〃					
		12月		〃		〃					
		H13年: 1月	【経過】			〃		○(H13) H13.1.1-12.31			
				2月		〃		〃			
				3月		〃		〃			
				4月		〃		〃			
				5月		〃		〃			
				6月		〃		〃			
				7月		〃		〃			
8月				〃		〃					
9月				〃		〃					
H14年: 10月						○(H14) H13.10.1 -H14.9.30	○(H13) H13.10.1	〃	○(H13) H13.10.1		
		11月		〃		〃					
		12月		〃		〃					
		H14年: 1月				〃		○(H14) H14.1.1-12.31			
				2月		〃		〃			
				3月		〃		〃			
				4月		〃		〃			
				5月		〃		〃			
				6月		〃		〃			
				7月		〃		〃			
8月				〃		〃					
9月				〃		〃					
H15年: 10月					○(H14) H14.10.1	○(H15) H14.10.1 -H15.9.30	○(H14) H14.10.1	〃	○(H14) H14.10.1		
		11月		〃		〃					
		12月		〃		〃					
		H15年: 1月				〃		○(H15) H15.1.1-12.31			
				2月		〃		〃			
				3月		〃		〃			
				4月		〃		〃			
				5月		〃		〃			
				6月		〃		〃			
				7月		〃		〃			
8月				〃		〃					
9月				〃		〃					
H15年: 10月	【後】						○(H15) H15.10.1	〃	○(H15) H15.10.1		
		11月		〃		〃					
		12月		〃		〃					

3. 病床選択制導入の理論的根拠と選択要因

高齢者の入院の中には、「社会的入院」と呼ばれる入院のように、必ずしも医療サービスを必要とはしないが、家庭的な事情などで長期の入院になることが指摘されている。このような「社会的入院」が存在する理由として、一方では、高齢者のみの世帯なので、家庭では十分な看護・介護が受けられないとか、介護サービスを利用するよりは入院をしたほうがより小さい費用で多くのサービスを受けられるといった、需要側の要因が考えられる。しかし他方では、ベッドの稼働率を高めることが病院の経営上望ましいといった供給者側の要因も考えられる。病院にとって、手間のかからない患者を長期に入院させることは、大きな利益をもたらすことになるからである。

このような病院の経営戦略を可能にする要因は、保険診療の支払い方式として出来高払い制をとっているという制度上の要因と同時に、病院が提供している医療サービスの質について、政策担当者が十分に評価できないから、現実に提供されているサービスの質の良し悪しにかかわらず、外形的に同一のサービスを提供していれば、同一の診療報酬を支払わなければならないという、保険者（あるいは政策担当者）とサービス提供者との間の情報格差の要因が考えられる。

前者については、診療報酬を入院日数に応じて逡減させるという診療報酬制度の導入によって、長期の入院を抑制することができるかもしれない。しかしながら、提供されるサービスの質を考慮せずに、入院についての報酬をすべての病院で一律に逡減させてしまうと、質の高い医療サービスを提供している医療機関でのサービス提供も抑制することになり、医療費の抑制によって節約できた保険料以上に、被保険者の便益を損なうことになりかねない。したがって、入院日数の長さによって逡減する診療報酬制度は必要ではあるが、医療施設の提供するサービスの質によって、診療報酬を変える制度を同時に導入しなければならない。

後者の、保険者（政策担当者）とサービス提供者との間の情報格差を解決する方法としては、病院の提供するサービスをモニタリングしてその質を認証する機関を作るという方法と、サービス提供者自身に、自分が提供可能なサービスを自己申告させ、それに基づいて異なる診療報酬を適用するという方法が考えられる。前者の方法は、保険者（政策担当者）が病院で提供されるサービスの質をモニタリングすることになるが、これには相当なモニタリングコストがかかり、またどの程度正確に提供され

ているサービスの質を評価できるか明らかではない。したがって、認証機関のみでは保険者と病院との間の情報格差をうめることは難しい。他方、後者の方法では、サービス提供者に、自分が提供可能なサービスを正しく申告させることが可能か、ということが問題になる。自分が提供できるサービスが質の低い（高い）サービス、あるいは慢性期型のサービス（急性期型のサービス）にもかかわらず、質の高い（低い）サービス、あるいは急性期型のサービス（慢性期型のサービス）、を提供可能だと申告することが、かえってサービス提供者の利益を小さくするような制度設計が必要になる。実際、どのような場合に、サービス提供者は正しく申告するか、あるいは虚偽の申告を行うのかを考えてみよう。

いま、二つのタイプの入院サービス提供者を考えよう。一つは質の高い入院医療サービス（あるいは急性期型の入院医療サービス）を提供することが出来る（以下Hタイプと呼ぶ）病院、他方は質の低い入院サービス（あるいは慢性期型の入院サービス）しか提供できない（以下、Lタイプと呼ぶ）病院としよう。各病院は、自分がどちらのタイプなのかを知っており、かつ、二つのタイプごとに診療報酬制度が異なるものとしよう。すなわち、Hタイプの入院については、一日あたりの診療報酬は高いが、診療報酬は入院日数につれて逡減していく一方で、Lタイプの入院については、一日あたりの診療報酬が入院日数に関係なく定額で、長期間の入院が可能であるとしよう。それぞれの病院がいずれのタイプとして申告するかは、それぞれのサービスに対する需要の大きさと、病院のタイプごとによる診療報酬の差がどれだけあるか、現実の市場にHタイプの病院とLタイプの病院がどのような比率で存在し、それぞれのタイプがどの程度の競争優位性を持つのかによって決まってくる。

最初に最もシンプルな状況で二つのタイプの病院が正しく自分のタイプを自己申告するかどうかを考えてみよう。今市場には二つのタイプの病院がそれぞれひとつずつ存在しているとしよう。図表1-3-1では、いずれのタイプの病院もHタイプと自己申告するような利得表が示されている。図表中の括弧のなかの最初の数字はLタイプ病院の利得であり、次の数字がHタイプ病院の利得である。例えば、両方の病院がいずれも自分の病院がHタイプだと申告したときの利得は、それぞれ、Lタイプ病院については25、Hタイプ病院については35である。このような利得表の下では、いずれのタイプの病院もHタイプと自己申告することが有利である。というのも、Lタイプの病院にとって、Hタイプの病院がいずれのタイプを自己申告しようとも、自分はH

タイプとして申告したほうが利得は大きく、Hタイプの病院にとっても、Lタイプの病院がいずれのタイプを自己申告しようとも、自分はHタイプとして申告したほうが利得は大きいからである。具体的には、Lタイプの病院としては、Hタイプの診療報酬が大きいために、Hタイプの病院とたとえ競争をして多くの患者を奪われたとしても、Hタイプと申告することによって十分な大きさの利得が得られるからである。しかしながら、この場合には、社会的にみて非効率性が存在することになる。というのも、この場合には、Lタイプのサービスを必要としている患者にはLタイプのサービスが提供されず、かつ必要とされるHタイプのサービスの一部はLタイプの病院が提供することになるから、結局これらの患者にはLタイプとさほど異なるサービスしか提供されないことになるからである。患者が病院のタイプについて十分な情報を持っていればLタイプの病院を急性期の患者は忌避しようとするが、そうだとすると、Hタイプの病院には長い待ち行列が発生し、待つことのコストを考慮すると、Lタイプの病院に対してもある程度の需要が生じる。したがって、病院のタイプを患者が知っていたとしても、Lタイプの病院がHタイプの診療報酬が高ければHタイプと申告する可能性がある。さらに、現実には病院のタイプに関する情報は十分ではないので、そのこともLタイプの病院への需要を生じさせることになるであろう。

Lタイプの病院がHタイプと自己申告する理由として考えられるのは、二つのサービスで診療報酬の差が大きく、また、Hタイプのサービスへの需要が大きいため、Hタイプと申告することによりLタイプと申告するよりも大きな利得が得られるからである。したがって、Lタイプの病院にLタイプだと申告させるためには、Hタイプと申告してもLタイプだと申告しても同じ利得を得られるような診療報酬水準をLタイプの病院に保障しなければならない。

しかしながら、二つのタイプの診療報酬水準が近くなりすぎると、今度はHタイプの病院がLタイプと自己申告する可能性が生じる。図表1-3-2はそのようなケースである。この場合は、いずれのタイプの病院もLタイプと申告することによりHタイプと申告するよりも大きな利得が得られるからである。Lタイプのサービスへの需要が大きいときには、このようなことがおこりやすい。

正しく申告するケースは図表1-3-3の利得表であらわされている。この場合は、Lタイプの病院にとって、Hタイプの病院がいずれのタイプを自己申告しようとも、自分はLタイプとして申告したほうが利得は大きく、Hタイプの病院にとっても、L

タイプの病院がいずれのタイプを自己申告しようとも、自分はHタイプとして申告したほうが利得は大きくなっている。こうなるのは、二つのタイプ毎の診療報酬が十分に異なっており、さらにそれぞれのタイプのサービスごとの需要が十分大きいからである。

また、利得表の数字のあり方によっては、必ずしもどちらかのタイプを選択しないケースが出てくる。相手がHタイプとして申告するか、Lタイプとして申告するかによって、こちら側の選択が変わってくる場合が存在する。この場合には、相手がどちらの手をとるかの確率に応じて、こちら側も確率的にタイプを選択することになる。これは実際には、ひとつの病院の中で、一定割合のベッドをHタイプとして申告し、残りをLタイプとして申告することを意味している。従って、このような地域では、ひとつの病院の中に異なるタイプの病床があるような病床選択が行われることになる。

図表 1-3-1 両方ともに タイプと申告するケース

		Hタイプ病院	
		Hタイプ申告	Lタイプ申告
Lタイプ病院	Hタイプ申告	(25, 35)	(30, 20)
	Lタイプ申告	(20, 20)	(15, 15)

図表 2-3-2 両方とも タイプと申告するケース

		Hタイプ病院	
		Hタイプ申告	Lタイプ申告
Lタイプ病院	Hタイプ申告	(15, 25)	(10, 30)
	Lタイプ申告	(30, 20)	(35, 25)

図表 3-3-3 正しく申告するケース

		Hタイプ病院	
		Hタイプ申告	Lタイプ申告
Lタイプ病院	Hタイプ申告	(25, 50)	(20, 20)
	Lタイプ申告	(40, 40)	(35, 15)

現実には、診療報酬水準は全国ほぼ一定であるが、医療サービスを提供するための提供コスト（看護師や理学療養士、事務員などの賃金、病院の地代等）や医療サービス需要の構造は人口学的な要因や疫学的な要因から地域によって異なってくるので、ある診療報酬水準が、ある地域にとっては正直に自己申告させることになる一方、他の地域では、いずれかのタイプの申告が過度になされる可能性がある。また、ある地域では、どちらかのタイプの選択が行われることにより病院の機能分化が進むが、他の地域では異なるタイプの病床を同時に持つような選択が行われることになる。

ただし、長期的に見た場合、医療サービス市場が十分競争的で、サービスの需要者（患者）が、病院のタイプについての情報を持っていれば、サービス提供者に病床選択を行わせることによって、自己のタイプに従って病床の転換を促すことになるであろう。医療施設は原則として設立自由であるから、当然医療施設の間に患者を巡って競争が起こりうる。診療所の場合はもちろんであるが、病院の場合であっても、医療計画によって病床規制がかかっていない2次医療圏であるならば、既存病院が病床を増加させることも可能であるし、また、新規に病院を建設することも可能である。したがって、現実に病院のタイプにあっていない申告によってその地域の病院に超過利潤が発生していれば、新たな病院の参入を促すことになる。このような潜在的な競争者の存在は、病院経営を効率化しようとするインセンティブにつながってくる。

以下第2章では、どのような特徴を持つ病院がどのような病床を選択しているのかについて検証していく。第3章では、どのような医療費の構造を持った地域がどのような病床選択を行っているのかについて検証する。

第2章 病床選択の現状

この章では、ここでは病床種別を「一般病床」もしくは「療養病床」に特化した病院と、両病床を保有する「ケアミックス型」の病院を比較することで、どのような特徴を持った病院が特定機能に特化するのか、あるいは「ケアミックス型」を選択するのかを検証する。最初に病床選択結果の概観を示し（第1節）、さらに併設介護施設の有無（第2節）、病院の特性（第3節）、診療科（第4節）と病院選択との関係を検証する。

1. 病床選択の概観

この節では、病床選択の結果、それまでの病床が一般病床と療養病床にどのように機能分化したのかを検証する。用いたデータは医療施設静態調査（平成11年、平成14年）と平成15年10月の医療施設動態調査である。病床選択の申告は、平成15年9月末で締め切られた。したがって、平成15年10月の医療施設動態調査には、病床選択の結果が反映されているはずである。

図表2-1-1には、平成11年と平成14年の医療施設静態調査を用いた病床の変化が、図表2-1-2には平成11年の静態調査と平成15年10月の動態調査を用いた病床選択の結果が示されている。図表中の項目の定義については図表2-1-3に詳述されている。特に注意しなければならない点は、本稿における「その他病床」の定義である。平成11年の時点では、精神病床や結核病床などを除いた通常の病床は、その他病床と分類されていた。したがってその他病床には療養型病床も含まれていた。本稿で作成した図表中では、この平成11年時点の病床定義におけるその他病床のうち、療養型病床を持っていない病院を「その他病床」、療養型病床のみを持つ病院を「療養型病床」、療養型病床とそれ以外のその他病床を同時に持っている病院を「その他+療養型病床」と記述している。

最初に平成11年と平成14年とを比較しよう（図表2-1-1）。医療施設調査は調査年の10月時点での調査であるから、平成14年の調査では、平成13年3月に医療法が改正されて1年半ほどたっており、また、病床選択の締切日の1年前である。図表からわかることは、この時点では多くの病院がまだ病床選択をしていないと

いうことである。平成11年には、「その他病床」のみを持つ病院が5756病院、「療養型病床」のみを持つ病院が575病院、「その他+療養型病床」を持つ病院が1552病院と圧倒的に「その他病床」のみを持つ病院が多いことがわかる。平成14年10月時点で病床選択をすでに行っているのは、6.1%に過ぎず、9割以上の病院が選択を行っていない。したがって、「経過的古その他の病床のみ」の比率が高くなっている。つまり、この時点ではほとんどの病院が病床選択を行っていないということがわかる。

図表 2-1-1 保有病床の変化 (H11-H14)

		病床機能分化後病床(H14)						合計	
		分化型				未分化型			
		急性期型		療養型		ケアミックス型	継続型		
		一般病床のみ	一般病床(経過的古その他病床有)	療養病床のみ	療養病床(経過的古その他病床有)	一般病床及び療養病床	経過的古その他の病床のみ		
病床機能分化 前病床(H11)	その他病床	度数	353	15	54	14	125	5,195	5,756
		%	6.1%	0.3%	0.9%	0.2%	2.2%	90.3%	100.0%
療養型病床		度数	0	0	48	0	4	523	575
		%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.7%	91.0%	100.0%
その他+療養型病床		度数	6	6	19	0	131	1,390	1,552
		%	0.4%	0.4%	1.2%	0.0%	8.4%	89.6%	100.0%
合計		度数	359	21	121	14	260	7,108	7,883
		%	4.6%	0.3%	1.5%	0.2%	3.3%	90.2%	100.0%

図表 2-1-2 保有病床の変化 (H11-H15)

		病床機能分化後病床(H15)						合計	
		分化型				未分化型			
		急性期型		療養型		ケアミックス型	継続型		
		一般病床のみ	一般病床(経過的古その他病床有)	療養病床のみ	療養病床(経過的古その他病床有)	一般病床及び療養病床	経過的古その他の病床のみ		
病床機能分化 前病床(H11)	その他病床	度数	3,324	10	483	17	1,109	813	5,756
		%	57.7%	0.2%	8.4%	0.3%	19.3%	14.1%	100.0%
療養型病床		度数	4	1	501	0	18	51	575
		%	0.7%	0.2%	87.1%	0.0%	3.1%	8.9%	100.0%
その他+療養型病床		度数	40	1	115	7	1,187	202	1,552
		%	2.6%	0.1%	7.4%	0.5%	76.5%	13.0%	100.0%
合計		度数	3,368	12	1,099	24	2,314	1,066	7,883
		%	42.7%	0.2%	13.9%	0.3%	29.4%	13.5%	100.0%

次に、平成11年と平成15年10月を比較しよう(図表2-1-2)。第1に、平成15年9月末までに病床選択の申告が必要であったにもかかわらず、14%の病院が、申告をしていないか一部の病床についてしか選択をしていないことがわかる。第2に、平成14年時点で「その他病床」のみの病院(5756病院)のうち、58%(3324病院)が「一般病床のみ」を選択している一方、8%(483病院)が「療養病床のみ」を選択し、19%(1109病院)が「一般病床+療養病床」を選択している。残りの15%(840病院)が、未申告か、一部の病床についてのみ申

告している状況である。

他方、平成11年時点で、療養型病床のみの病院（575病院）のうち、ほとんどの病院（501病院）は「療養病床のみ」を選択している。さらに、平成11年時点で、「その他+療養型病床」であった病院（1552病院）のうち、1187病院が「一般病床+療養病床」を選択し、115病院が「療養病床のみ」を選択している。

以上の結果、平成11年時点では、療養病床を持たない病院が73%を占めていたが、平成15年には、42.7%と大幅に減少していることがわかる。他方、療養病床を持つ病院は平成11年時点では、17%であったが、平成15年には43.3%と増加していることがわかる。したがって、病床選択の結果、より高い診療報酬が適用される一般病床が減少し、原則としてひと月あたり定額の診療報酬が適用される療養病床が増加したことになるから、入院にかかる医療費の抑制につながっていることが期待される。

