

2001 21世紀の 医療改革と病院経営

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部長
尾形 裕也

1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012

21世紀の医療改革と病院経営

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部長

尾形 裕也

日本医

9784890414109

1923036025009

ISBN4-89041-410-X
C3036 ¥2500E

1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012

第2章 医療供給をめぐる諸問題 (注1)

医療サービスの供給を経済学的に見れば、さまざまな財・サービスをインプットとして使用し、さまざまなアウトプットを産み出すという一般的な生産活動の一環としてとらえることができる。この場合、インプットとしては、資本、土地、労働といった、少なくとも短期的には供給量が一定である「生産されない生産要素」(第一次生産要素)のほか医薬品、医療材料等の原材料、エネルギーなどが含まれる(注2)。一方、アウトプットは、いうまでもなく、それらの投入によって産み出される各種の医療サービスである。医療機関は、一定の医療技術(生産関数)のもとで、各種の生産要素を投入し、医療サービスというアウトプットを産出していると考えることができる(注3)。

ここでは、こうした医療サービスの供給を規定する基本的な生産要素である資本(医療施設・医療機器)及び労働(医師、看護婦等の医療スタッフ)投入のわが国における現状を整理するとともに、今後の課題、展望等について概観する。なお、その際、看護職員の需給問題については、章を改めて第3章でくわしく論ずることとしたい。

1 医療施設の現状と課題

(1) 医療施設体系の現状及び課題 (制度論)

はじめに、わが国の医療施設の体系が制度的にどのようになってきているのかについて検討しよう。わが国の医療施設の体系については、基本的に医療法等の法令において規定されている。病院と診療所は、病床数二〇床以上(病院)、一九床以下(診療所)で区分され、開設に当たつての取り扱い等が異なっている(注4)。また、いわゆる「中間施設」としての老人保健施設は、老人保健法において規定されている。

わが国の医療施設の体系については、その機能分担と連携が十分でないことが問題点として指摘されてきている。高度医療を担う大学病院等の「特定機能病院」と長期療養患者のための「療養型病床群」という、いわば両端の機能を担う病院については区分されているが、日本の病院の大部分を占めるその他の中間部分については何の区分もなかったというのが、これまでの実態であった(注5)。

こうした事態に対応するため、一九九七年の医療法改正において、「地域医療支援病院」制度が導入された。地域医療支援病院は、「地域に必要な医療を確保する観点から、地域の医療機関が提供する医療への支援、救急医療の実施、地域の医療従事者の研修等を行う病院」として医療法上位置づけられたものであるとされている(注6)。

地域医療支援病院については、かかりつけ医への支援等を含め、わが国の医療供給システムに欠けていた医療機関相互の機能分担と連携を促進する役割が期待されている。しかしながら、その承認要件(特に紹介率の基準)が厳しいことから、地域医療支援病院の承認を得た病院は現在までのところ極めて少数にとどまっており(一九九九年八月末現在全国で一六病院)、期待された機能を十分果たしているとはいえない状況にある。今後その拡大に向けた要件の再検討等が必要であると思われる。

また、一九九二年のいわゆる第二次医療法改正において、医療提供の理念規定(第一条の二)が整備された。そこでは、病院、診療所、老人保健施設といった医療提供施設に加え、「医療を受ける者の居宅等」という表現で、いわゆる在宅医療についても、医療法の視野に入れられてきた。このことは、伝統的に「ハコもの法」と

(表2) 施設の種類別にみた施設数

(各年10月1日現在)

	施設数				対平成8年		構成割合(%)
	平成6年 ('94)	平成7年 ('95)	平成8年 ('96)	平成9年 ('97)	増減数	増減率 (%)	
総数	152 532	155 082	156 756	159 284	2 528	1.6	
病院	9 731	9 606	9 490	9 413	△77	△0.8	100.0
精神病院	1 060	1 059	1 057	1 055	△2	△0.2	11.2
伝染病院	6	5	5	5	0	0	0.1
結核療養所	9	8	7	6	△1	△14.3	0.1
一般病院	8 656	8 534	8 421	8 347	△74	△0.9	88.7
(再掲)							
総合病院	1 168	1 163	1 166	1 166	0	0	12.4
療養型病床群を有する病院	162	299	494	717	223	45.1	7.6
一般診療所	85 588	87 069	87 909	89 292	1 383	1.6	100.0
有床	22 082	21 764	20 452	19 796	△656	△3.2	22.2
無床	63 506	65 305	67 457	69 496	2 039	3.0	77.8
歯科診療所	57 213	58 407	59 357	60 579	1 222	2.1	100.0
有床	50	52	47	46	△1	△2.1	0.1
無床	57 163	58 355	59 310	60 533	1 223	2.1	99.9

注：1 平成6年・7年の「一般病院」に、「らい療養所」を含めた。
 2 平成6年・7年の「療養型病床群を有する病院」は、病院報告の9月末の数値による。
 資料：厚生省大臣官房統計情報部「平成9年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」

病院の施設数は増加ないしは横ばい傾向にあること、また、前述の通り無床の診療所数は明らかな増加を続けていることから、全体としては、(大規模病院と無床のクリニックへの)一種の二極化の傾向が見てとれるといえよう(注9)。

表4に、開設主体別の医療機関数の推移を示した。これを見ると、第二次大戦後、わが国の医療供給は、民間部門を中心に担われてきていることがわかる(たとえば、一九五〇年には、病院総数三四〇八のうち、医療法人、個人等の私的病院は、二四五三で、七二・〇%を占めていた。これが一九九七年には、八一・四%となっている。また、一般診療所及び歯科診療所の大部分は私的医療機関であるから、全体としてわが国の医療供給の大宗は、民間部門によって担われているといえる)。このことは、需要サイドが公的な医療保険制度でカバーされていることとは対照的である。わが国の

(2) 医療施設の現状及び課題(実態論)

わが国の医療施設の現状を数字で見ると、一九九七年現在、病院は総数で九四一三、その九割弱を一般病院が占めている(表2)(注8)。また、一般診療所は八万九二九二であり、その四分の三以上を無床診療所が占めている。さらに歯科診療所は六万五七九であるが、その大部分は無床である。病院は一九九〇年(一万九六施設)をピークに減少を続けており、一九九二年からは一万の大台を割り込んだ水準となっている。これに対し、無床の一般診療所及び歯科診療所は増加を続けている。

一方、病床については、病院病床は、一九九七年現在一六六万床であり、一九九二年(二六八万六〇〇床)をピークに減少し続けている。医療計画による病床規制等の効果が出てきているといえよう。このうち、精神病床、伝染病床、結核病床を除いた一般病床は一二六万二〇〇〇床となっており、全病床の約四分の三を占めている。

表3に病床規模別の施設数を示した。これを見ると、わが国の病院の多くはいわゆる中小病院であることがわかる。(三〇〇床未満の病院は全体の八三%、五〇〇床未満の病院は九五%を占めている。)しかしながら、近年一〇〇床未満を中心とした中小規模の病院及び有床診療所の顕著な減少が見られる。三〇〇床以上の大規模

して、医療施設に対する規制を中心に据えてきた医療法の基本性格を勘案すれば、画期的なことであるといえる。しかしながら、在宅医療に関しては、医療法ではこれ以上の規定はなく、たとえば、訪問看護については、指定老人訪問看護事業者についての規定が事業法としての性格を有する老人保健法において規定されているにすぎない(注7)。人口の高齢化に伴う疾病構造の変化等により、在宅医療の重要性が増大していく中で、その(医療法上の)基本的な位置づけ等については、今後のひとつの課題であるといえよう。

〈表4〉開設主体別医療施設（病院・診療所）数の推移

年次	総数	(再掲)国立	(再掲)公的	(再掲)私的	一般診療所	歯科診療所
1877 (明治10) 年	159	12	112	35		
1882 (15)	626	(330)		296		
1892 (25)	576	(198)		378		
1897 (30)	624	3	156	465		
1902 (35)	746	4	151	591		
1907 (40)	807	5	101	691		
1926 (大正15)	3,429	(1,680)		1,749		
1930 (昭和5)	3,716	(1,683)		2,033		
1935 (10)	4,625	(1,814)		2,811	35,772	18,066
1940 (15)	4,732	(1,647)		3,085	36,416	20,290
1945 (20)	645	(297)		348	6,607	3,660
1950 (25)	3,408	383	572	2,453	43,827	21,380
1955 (30)	5,119	425	1,337	3,357	51,349	24,773
1960 (35)	6,094	452	1,442	4,200	59,008	27,020
1965 (40)	7,047	448	1,466	5,133	64,524	28,602
1970 (45)	7,974	444	1,389	6,141	68,997	29,911
1975 (50)	8,294	439	1,366	6,489	73,114	32,565
1980 (55)	9,055	453	1,369	7,233	77,611	38,834
1985 (60)	9,608	411	1,369	7,828	78,927	45,540
1990 (平成2)	10,096	399	1,371	8,326	80,852	52,216
1995 (7)	9,606	388	1,372	7,846	87,069	58,407
1996 (8)	9,490	387	1,368	7,735	87,909	59,357
1997 (9)	9,413	380	1,369	7,664	89,292	60,579

資料：内務省「衛生局年報」(明治8年～昭和12年)、厚生省「衛生年報」(昭和13年～昭和27年)、厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査」(昭和28年～)

(注) ()内は、公的総数

厚生省監修(1999)より転載

みよう。図1には病床数の推移に関する国際比較を示した。「病床」の内容、定義は国によって異なるため、単純な比較はできないが、少なくともOECDの統計で見ると、限り、一九八〇年代以降、日本の人口当たりの病床数は、諸外国に比べ、相当高い水準にあることが見てとれる。一方、図2には平均在院日数の国際比較を示した。これを見ると、一九七〇年代以降一貫してわが国の平均在院日数は、諸外国に比べ、高水準にあることがわかる。こうした病床数の多さと在院日数の長さという

〈表3〉病床の規模別にみた施設数

(各年10月1日現在)

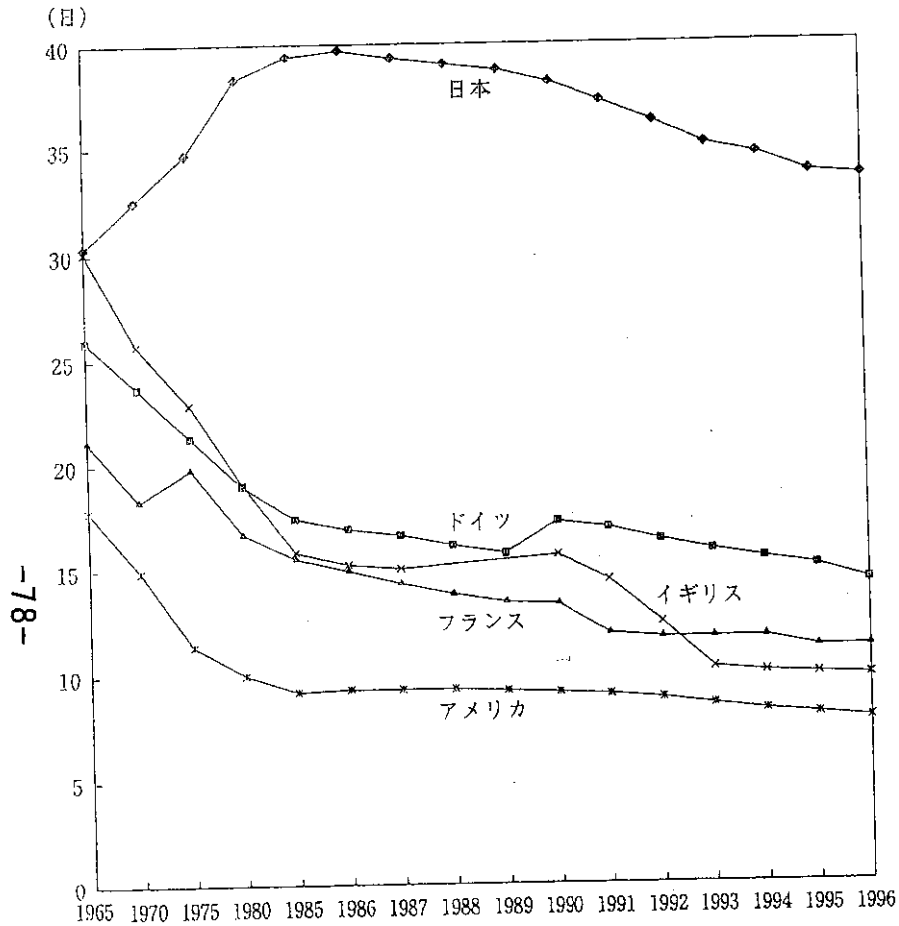
	施設数				対平成8年		構成割合(%)	
	平成6年 ('94)	平成7年 ('95)	平成8年 ('96)	平成9年 ('97)	増減数	増減率 (%)	平成8年 ('96)	平成9年 ('97)
病院	9731	9606	9490	9413	△77	△0.8	100	100
20～29床	351	323	296	271	△25	△8.4	3.1	2.9
30～39床	580	544	528	509	△19	△3.6	5.6	5.4
40～49床	756	741	710	695	△15	△2.1	7.5	7.4
50～99床	2491	2478	2458	2438	△20	△0.8	25.9	25.9
100～149床	1574	1548	1541	1528	△13	△0.8	16.2	16.2
150～159床	1063	1075	1064	1086	22	2.1	11.2	11.5
200～299床	1325	1295	1278	1274	△4	△0.3	13.5	13.5
300～399床	733	743	750	749	△1	△0.1	7.9	8
400～499床	350	350	356	353	△3	△0.8	3.8	3.8
500～599床	198	202	200	205	5	2.5	2.1	2.2
600～699床	132	131	132	130	△2	△1.5	1.4	1.4
700～799床	68	67	70	69	△1	△1.4	0.7	0.7
800～899床	34	32	31	29	△2	△6.5	0.3	0.3
900床以上	76	77	76	77	1	1.3	0.8	0.8
(再掲)								
20～99床	4178	4086	3992	3913	△79	△2	42.1	41.6
100床以上	5553	5520	5498	5500	2	0	57.9	58.4
200床以上	2916	2897	2893	2886	△7	△0.2	30.5	30.7
300床以上	1591	1602	1615	1612	△3	△0.2	17	17.1
500床以上	508	509	509	510	1	0.2	5.4	5.4
一般診療所	85588	87069	87909	89292	1383	1.6		
有床	22082	21764	20452	19796	△656	△3.2	100	100
1～9床	9495	9290	8479	8123	△356	△4.2	41.5	41
10床以上	12587	12474	11973	11673	△300	△2.5	58.5	59

資料：厚生省大臣官房統計情報部、「平成9年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」

医療は、財源については、そのほとんどが公的な社会保険の下での税・保険料の強制徴収により調達されているのに対し、サービスの供給は民間中心に行われているのである。これは、ある意味では「公平性」と「効率性」という互いに相反する面を持った二つの政策目標を同時に追求した結果であるといえるかもしれない。次に、こうしたわが国の医療供給の状況を諸外国と比べて

第2章 医療供給をめぐる諸問題

<図2> 平均在院日数の国際比較

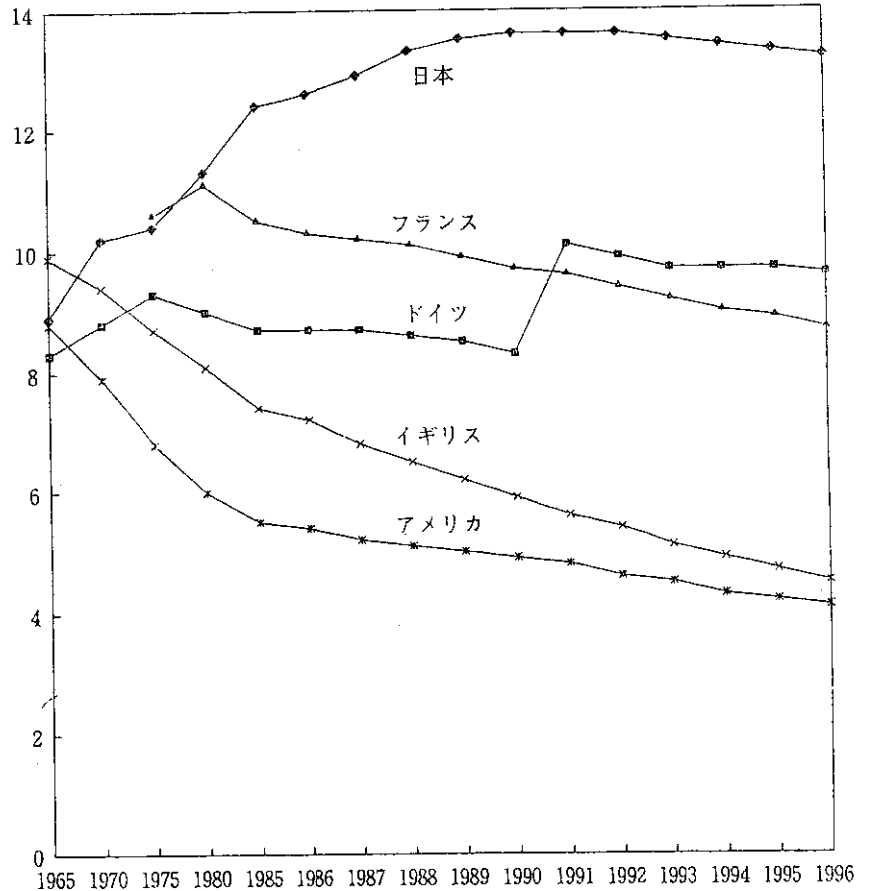


	1965	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
日本	30.3	32.5	34.7	38.3	39.4	39.7	39.3	39.0	38.7	38.1	37.2	36.2	35.1	34.6	33.7	33.5
ドイツ	25.9	23.7	21.3	19.0	17.4	16.9	16.6	16.1	15.7	17.2	16.9	16.3	15.8	15.4	15.0	14.3
フランス	21.1	18.3	19.8	16.7	15.5	14.9	14.3	13.8	13.4	13.3	11.9	11.7	11.7	11.7	11.2	11.2
イギリス	30.1	25.7	22.9	19.1	15.8	15.2	15.0	-	-	15.6	14.1	12.4	10.2	10.0	9.9	9.8
アメリカ	17.8	14.9	11.4	10.0	9.2	9.3	9.3	9.3	9.2	9.1	9.0	8.8	8.5	8.2	8.0	7.8

資料：日本「病院報告」、諸外国「OECD Health Data 98」
 注1) 日本は、一般病床の平均在院日数を病院報告の算定式により算出した。
 注2) 諸外国の平均在院日数の定義は、OECDの統計に従った。

<図1> 病床数の国際比較

(人口千対)



	1965	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
日本	8.9	10.2	10.4	11.3	12.4	12.6	12.9	13.3	13.5	13.6	13.6	13.6	13.5	13.4	13.3	13.2
ドイツ	8.3	8.8	9.3	9.0	8.7	8.7	8.7	8.6	8.5	8.3	10.1	9.9	9.7	9.7	9.7	9.6
フランス	-	-	10.6	11.1	10.5	10.3	10.2	10.1	9.9	9.7	9.6	9.4	9.2	9.0	8.9	8.7
イギリス	9.9	9.4	8.7	8.1	7.4	7.2	6.8	6.5	6.2	5.9	5.6	5.4	5.1	4.9	4.7	4.5
アメリカ	8.8	7.9	6.8	6.0	5.5	5.4	5.2	5.1	5.0	4.9	4.8	4.6	4.5	4.3	4.2	4.1

資料：日本「医療施設調査・病院報告」、諸外国「OECD Health Data 98」
 注1) 日本の病院数には、診療所の病床数を含んでいない。
 注2) 諸外国の病床の定義は、OECDの統計に従った。

ことが、国際的に見たわが国の医療供給の大きな特徴のひとつであるが、容易にわかるように、両者は相互に密接に関連した事象である。単純化して言えば、他の条件を一定とすれば、在院日数が半減すれば、病床数は半分で足りるということになる。こうした長い在院日数の背景には、医療施設の機能分化が不十分であること、長期ケア関連施設が慢性的に不足していること、在宅ケアが不十分であること等の供給サイドの要因に加え、国民の側も（施設間の利用者負担の不均衡の問題もあり）長期ケアを医療機関に求める傾向があったという需要サイドの要因があると考えられる。いわゆる社会的入院を含め、本来在宅や長期ケア施設で対応することが適当であると考えられる部分まで医療施設が引き受けてきたというのが、わが国の医療供給の実態であるといえよう。

次に、医療法における医療提供施設ではないが、在宅医療、在宅ケア供給において重要な役割を果たしているいわゆる「訪問看護ステーション」について概観する。「平成一〇年訪問看護統計調査」によれば、一九九八年現在活動中の訪問看護ステーションは全国で二七五六事業所あり、前年に比べ三四・六%増という高い増加率となっている。わが国においてもようやく在宅医療、在宅ケアが動き出したといえよう。しかしながら、ステーションのない市区町村は全体の六二・五%にのぼり、また、六五歳以上人口一〇万対（常勤換算）ステーション従事者数については、都道府県間で三・六倍の格差があるなど、大きな地域格差が存在する。今後、介護保険法の施行に伴い、訪問看護ステーションがさらに普及していく中で、こうした格差が縮小していくことが期待される。

(3) 医療施設体系の展望

以上見てきたようなわが国の医療供給の現状を踏まえ、今後の医療施設体系のあり方について展望してみよう。

まず、病院と診療所の関係については、既に述べたとおり、わが国においては、両者の区分は単に病床数の多寡（二〇床以上か未満か）によっており、病診の機能の分化という発想は極めて弱いものとなっている。このことは、「医師が開設する診療所が大きくなって（日本特有の「有床診療所」という外国にはない形態を経て）病院となる」（注10）というわが国の医療機関の独特の成長のパターンに対応しているものと考えられる。簡単にいえば、要するに「診療所の大きくなったものが病院」ということである。このことは、たとえば、単に入院機能が中心であるはずの病院において、「外来が入院と同じくらい大きな比重を占めており、外来の専門性も必ずしも高くなく、大学病院でも紹介なしで初めて訪れる患者の割合の方が多い」（注11）といった結果をもたらししている。

一方、平均在院日数や紹介率等医療機関の機能を重視した最近の診療報酬改定の影響もあり、こうした状況は徐々に変化しつつある。中には、紹介率を高め、在院日数を短縮することによって、高い入院時医学管理料を取得し、「診療所的病院」からの脱皮を図るような事例も出てきている（注12）。一九九七年八月に打ち出された与党協及び厚生省の制度改革案においても、大病院は入院機能を重視し、中小病院及び診療所は外来のプライマリケアを重視する方向を打ち出している（注13）。医療機関への事実上のフリーアクセスというわが国医療の基本的な特長とのバランスを図りつつ、病院・診療所の機能分担のあり方を、地域医療支援病院の普及拡大も含め、今後さらに具体的に検討していく必要があるものと思われる。

また、病院の機能分化・連携に関しては、いわゆる急性期医療と慢性期医療の区分の問題が中心的な課題である。既に述べたような諸外国と比べたわが国の医療供給の特徴である病床数の多さと在院日数の長さという現象の背景には、こうした病院の機能の未分化、連携不足という問題があると考えられる。長期ケア施設の慢性的不足という状況の中で、患者のニーズに即した適切な医療サービスを提供していくためには、今後、急性

期医療と慢性期医療を区分するとともに、在宅医療、在宅ケアを拡大する方向で、医療計画や人員配置基準、診療報酬のあり方等を見直していく必要がある。

2 医療機器の現状と課題

(1) 医療機器普及の現状と課題

医療機関は、さまざまな種類の機器を利用して、各種の医療サービスを生産している。

「医療施設調査」においては、病院、診療所の各種ファイバースコープ、CT、MRI、骨塩量測定装置等さまざまな診療機器の保有状況が示されている。ここでは、それらのうち、特に現代の代表的な診療機器であるCTとMRIについて検討してみよう(注14)。

病院が保有する全身用X線CTの台数は、一九九六年には六九二九台となっており、一九八一年(六六四台)と比べて一〇倍以上に増加している。保有病院数は六三二〇施設であるから、実に全病院(九四九〇)の約三分の二(六六・五%)がCTを保有していることになる。また、核磁気共鳴診断装置(MRI)の台数は二三六〇台となっており、一九八七年(一一九台)と比べて約二〇倍に増加している。こうした保有状況を諸外国と比較したのが表5である。これを見ると、CT、MRIともわが国は世界でも最高水準の保有状況にあることがわかる。

いわゆる高額医療機器については、病床規制のような量的規制が存在しない中で、病院間の競争意識もあり、急速に普及してきた。こうした状況については、患者のアクセスの容易さという大きなメリットがある一方で、過剰診療が行われている可能性も指摘されている(注15)。

(2) 医療機器についての今後の展望

以上のような医療機器の普及状況を踏まえ、わが国の今後の医療機器のあり方について展望してみよう(注16)。

上記のように、わが国の高度医療機器は、国際的に見ても、最高水準の普及状況にある。これは、第1章でも述べたように、わが国が、技術進歩を比較的スムーズに取り入れやすいといわれる出来高払いを基本とする診療報酬体系をとってきたことのひとつの成果であると考えられる。

今後とも、こうした特長は生かしつつも、医療機器に関しては、あくまで患者の傷病の程度を基本として、適切かつ有効な利用が行われることが望まれる。そのためには、まず、医療技術に関する適切なテクノロジータセスメントが実施されるべき基本であろう。医療の成果指標(outcome measures)については、OEC D(一九九九)も指摘しているように、なお克服すべき諸問題があるとしても、こうした医療のアウトプットを重視し、それによって医学的介入の有効性についての評価を行うという考え方は、今後の医療政策の基本的な方向であると思われる。さらに、実際に実施されている各種の臨床検査については、その質の管理ということも重要な課題になってくる。診療報酬による評価における工夫も含め、検査の質を改善、向上する方向での対応が望まれる(注17)。

〈表5〉高度医療機器の普及状況の国際比較

	1990		1993	
	CT	MRI	CT	MRI
日本	55.2	6.1	63.8	12.5
フランス	6.7	0.8	7.5	1.4
ドイツ	8.0	1.5	12.9	3.6
イギリス	4.3	1.0	6.3	2.3
アメリカ	26.2	8.1	26.9	13.1

資料：OECD Health Data 98より作成