

地域医療構想のリーサーチおよび自治体病院に区分されるDPC導入病院と出来高算定病院の財務諸表のリーサーチ

鈴田, 祐介
九州大学大学院経済学府 : 博士後期課程

<https://doi.org/10.15017/1937159>

出版情報 : 経済論究. 161, pp.19-49, 2018-07-27. 九州大学大学院経済学会
バージョン :
権利関係 :

地域医療構想のリーサーチおよび自治体病院に区分される DPC導入病院と出来高算定病院の財務諸表のリーサーチ

A Research of Community Medical Plan under Ministry of Health, Labor and
Welfare, and A Research of Financial Statements of Local Government
Hospitals Related to Bringing in DPC or Fee-for-Service System

鈴 田 祐 介[†]
Yusuke Suzuta

目次

- 1 はじめに
- 2 地域医療構想について
 - 2.1 地域医療構想の時系列
 - 2.2 地域医療構想の取組み
 - (a) 地域医療構想の策定を行う体制の整備と策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有
 - (b) 構想区域の設定
 - (c) 構想区域ごとの医療需要の推計
 - a 療養病床の入院受療率における地域差の解消について
 - b 入院受療率の目標に関する特例について
 - (d) 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討と必要病床数の推計
 - (e) 平成37（2025）年のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討
 - 2.3 地域医療構想における自治体病院の役割
- 3 支払体系の違いによる自治体病院への影響
 - 3.1 医療費や介護保険費に関する先行研究
 - 3.2 自治体病院におけるDPC導入と出来高算定の与える影響
 - (a) DPC対象病院となるための条件について
 - (b) 機能評価係数IIの推移について
 - (c) DPC導入病院と出来高算定病院の比較について
- 4 おわりに

1 はじめに

医療は、国民の安心の基盤となるものであり、国民一人一人が必要とする医療を適切に受けられる環境を整備するためには、医療提供者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、各人がそれぞれの立場で不断の取組みを進めていくことが求められている。医師不足や看護師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われてきているが、

[†] 九州大学大学院経済学府博士後期課程

これらの課題は都市部よりも特に地方で顕著であり、我が国の医療体制は、依然として危機的な状況に置かれている。

そうした中で1つのキーワードとして挙げられるのが「地方医療構想」である。厚生労働省の統括の下で都道府県ごとに持続可能な医療の供給体制を整えていくことは、価値財としての性質をもつ医療サービスを十分に提供していくために必要不可欠な道筋といえる。医師や看護師をはじめその他のコメディカルについても都市部で就職を希望する者が多く、東京都や大阪府などの日常生活に便利な土地で生活したいという選択は医師でない私にも大変理解できる選択であるように思える。

直近の時事ニュースにおいても医療スタッフの不足により医療の提供体制を縮小しているケースが数件ある。例えば、長崎市蚊焼町の長崎友愛病院は、平成30年4月から24時間態勢の救急病院であることを示す「救急告示」を取り下げ、夜間・休日の救急外来患者の受け入れを中止している。長崎友愛病院は市内で最も南に位置する救急病院だったが、特に看護師不足が原因で態勢を保てなくなった。新聞記事には「市南部は中心部などに比べ人材確保が難しいとされ、大病院が集中する中心部との医療格差は拡大傾向。地元の医療関係者は危機感を強めている（2018.5.15（火）長崎新聞）」と記載されており、医療関係者の意思には反するかたちで救急医療体制の縮小が行われた。

また、北海道の和寒町に所在する町立和寒病院では、平成30年4月から一般病床を30床から10床に削減し、平成19年度に廃止した療養病床20床を復活させる予定だったが、前年の7月に退職した看護師の補充が叶わず見送りとなっている。同病院では、総務省と道が示したガイドラインなどに基づき改革プラン（平成29年度～平成32年度）を策定し、病床利用率を平成29年度の32%から平成32年度に70%に上げることなどを掲げ病床の変更を目指していたが、記事には「昨年7月に（看護師）2人が退職して以来、町はハローワークを通じて全道募集しているが補充できず、プランのスタートができない状態だ（2018.5.23（水）北海道新聞）」とあり、現場の事務員の努力と関係なく、看護師の数が少ないために必要な医療が提供できないケースがここ数ヶ月の間に2件も生じてしまっているのが日本の医療体制の現状である。

いずれのケースについても、それぞれの都道府県あるいは市町村の中では人口が少ない地域に所在している病院でのケースであり、最初のケースは同一市町村内の市街地のある北部に医療スタッフが集中していることが原因であり、2つ目のケースは都道府県内で札幌市や函館市などの中心部に医療スタッフの就労が偏在していることが原因であると考えられている。やはり都道府県レベルで各医療圏での医療需要を予測しながら医療体制を見直していくと同時に、民間主導ではなく公的に人材を確保していく取組みが今後必要になってくる。したがって、診療報酬改定やDPCについてもさら精査していきながら、各病院の財源を多少不平等が生じて過疎地域で財源が確保できるように厚生労働省が支払体系を調整しつつ、僻地であっても人的資源を確保できるような制度設計が必要になってくる。

本稿の目的は、地方医療構想について十分にリサーチした上で、その方針の下で大きな役割・責任をもつ自治体病院について検討していくことである。具体的には、次章で地域医療構想と自治体病院の役割について述べ、第3章でDPCの導入病院と出来高払病院を自治体病院に限定し、収益の面に着目して検討していきたい。第4章は本稿の結論を述べる。

2 地域医療構想について

2.1 地域医療構想の時系列

地域医療構想とは、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号、以下「医療介護総合確保推進法」)の内容の中で策定が義務付けられている¹⁾、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成25年法律112号)に基づく措置としての、都道府県による地域の将来の医療提供体制に関する構想のことをいう²⁾。都道府県は、医療法改正に伴い、地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想を実現するための措置(地域医療構想調整会議の設置、協議が調整できなかった場合の要請・指示・命令等、地域医療介護総合確保基金による財政支援等)を講じるなど、地域医療の提供体制の確保について大きな責任をもつことになった。公立病院改革の推進に当たっても、都道府県がこれまで以上に大きな責任をもつことになり、各都道府県が公立病院改革に積極的に役割を果たすことが必要になっている。

したがって、地方医療構想を述べるためには公立病院改革ガイドライン(平成19年12月24日総務省自治財政局長通知、以下「前公立病院改革ガイドライン」)について触れておく必要がある。前公立病院改革ガイドラインには公立病院の現状と課題として次のように述べられている。

「公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、近年、多くの公立病院において、損益収支をはじめとする経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっている。

加えて第166回通常国会において成立した「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の施行に伴い、地方公共団体が経営する病院事業は、事業単体としても、また当該地方公共団体の財政運営全体の観点からも、一層の健全経営が求められることとなる。

以上のような状況を踏まえれば、公立病院が今後とも地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくためには、多くの公立病院において、抜本的な改革の実施が避けて通れない課題となっている(前公立病院改革ガイドライン第1-1)。

つまり、地域医療の確保について公立病院は大きな役割を保持しているが、財政悪化に伴い医師不足になり診療科の縮小が行われたために、財務改善を志して公立病院の改革を進めていこうというものである。前公立病院改革の究極の目的は(これは新公立病院改革ガイドラインにも示されていることであるが)、改革を通じて公・民の適切な役割分担を実施し、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることである。このような中で、地域において真に必要な公立病院については、安定した経営の下で良質な医療を継続して提供することが求められている。このため、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すというものである。

1) 詳しくは<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052614_1.pdf>を参照。

2) 詳しくは<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/251226_01.pdf>を参照。

また国においても、近年多くの公立病院をはじめとして全国各地で医師不足が深刻化していることを受けて、関係省庁が協力して累次にわたり医師確保対策に取り組んできているところであり、「緊急医師確保対策」（平成19年5月政府・与党とりまとめ）等を踏まえ、今後さらに各般の措置を総合的に講じていくべきであると述べられている（前公立病院改革ガイドライン第1-2-(1)）。

特に前公立病院改革ガイドライン以前の医師不足の議論については、日本国内の医師全体の総数が少ないという議論が多くみられた。医学部の定員数をむやみに増やすことは医療の質の低下をもたらすという観点があり、現在まで大きく医師の数を増やそうとする動きはみられていないが、地域医療の確保という観点から早期に議論がなされれば違う結果が出ていたのではないかというのが私の個人的な見解である。前公立病院改革ガイドラインではこの地域の医師確保の視点が導入されており、地域医療構想の先駆けとなっている所以であると私は考える。

「経済財政改革の基本方針2007について」（平成19年6月19日閣議決定）において、社会保障改革の一環として公立病院改革に取り組むことが明記されており、「総務省は、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」とこととされていた。前公立病院改革ガイドラインは、関係する地方公共団体が公立病院改革に係るプランを策定する際の指針を示し、改革の実施に関する技術的な助言を行おうとするものであり、この閣議決定に応えるかたちで作成されたものである。

全国に設置された約1000の公立病院をめぐる状況は、その立地条件（都市部か農村部か、他の医療資源の状況）や医療機能（一般病院か専門病院か）などにより様々であり、改革に係るプランの内容は、一律のものとはなり得ない。関係地方公共団体は、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に各公立病院の改革に関するプランを策定し、これを着実に実施することが期待されていた。なお、関係地方公共団体において、病院事業について既に中期経営計画や施設整備計画等が策定されている場合であっても、本ガイドラインの提示を踏まえ、既存の計画等について必要な見直しを行うとともに、改革プランを策定することが求められていた。

次に新公立病院改革ガイドライン（平成27年3月31日総務省自治財政局長通知）について述べる。新公立病院改革ガイドラインの第1-1は公立病院の現状として次のように述べられている。

「公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、多くの公立病院において、経営状況の悪化や医師不足等のために、医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていたことから、平成19年12月24日付けで「公立病院改革ガイドライン」を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対し、公立病院改革プランの策定を要請したところであり、これを踏まえ、それぞれの地方公共団体において病院事業の経営改革に取り組んでいるところである。

公立病院改革プランに基づくこれまでの取組みの結果については、総務省において毎年度実施状況を調査し公表してきたが、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組む病院が大幅に増加するとともに、経常損益が黒字である病院の割合が、公立病院改革プラン策定前の約3割から約5割にまで改善するなど一定の成果を上げているところである。

しかしながら、依然として、医師不足等の厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれ

ていない病院も多い。また、人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組んでいくことがますます必要になっている。このため、引き続き、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しとの視点に立った改革を継続し、地域における良質な医療を確保していく必要がある。」

よって後にも述べるが、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しという前公立病院改革ガイドラインと同じ手法で今後も改革を進めていくことと、地域医療確保のための公的病院の役割の重要性に触れながら一定の成果を挙げることができたことと、前回の公立病院改革ガイドラインに捕捉するかたちで人口減少と少子高齢化に伴う地域での需要構造の変化について述べるかたちとなっている。

前公立病院改革ガイドラインと同様に公立病院改革の究極の目的は、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下で僻地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることにあり、このため、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すものとされた。国においても、医師不足の課題について、医師確保支援等を行う地域医療支援センターの機能を法律上位置付けるとともに、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、医療従事者の勤務環境改善に取り組む等、引き続き各般の措置を総合的に講じていくことが述べられた（新公立病院改革ガイドライン第1-3）。やはり、医師不足の原因は財源であり、経営の効率化を図ることに重きを置いているように感じるが、忘れてはならないことは医療政策の最優先事項は医療の質を担保することを大前提に議論を進めていかなければならないことであろう。

前公立病院改革ガイドラインとの大きな違いは地域医療構想を踏まえた役割の明確化について具体的な文言が掲げられている点で（新公立病院改革ガイドライン第1-2）、地域医療構想において求められている構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量についても、同構想と整合性をとる形で具体的に示していくことなどが触れられている（新公立病院改革ガイドライン第2-3-1-②）。確かに、僻地の人口減少と少子高齢化により各地域の需要構造は変化していくことが予想され、行政が主導になって公立病院の改革と同時に進めていく必要があるだろう。

医療計画においても、第7次医療計画（平成29年3月31日厚生労働省医政局長通知）ではじめて地域医療構想について触れられており、平成37年（2025年）までの日本の地域医療体制を適切な形にするために今後も検討されていく概念である³⁾。

2.2 地域医療構想の取組み

地域医療構想を策定し実行に移すための各都道府県の取組みについて、本稿では「(a) 地域医療構想の策定を行う体制の整備と策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」、「(b) 構想区域の設定」、「(c) 構想区域ごとの医療需要の推計」、「(d) 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討と必

3) 詳しくは<<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159901.pdf>>を参照。正確には、医療計画の一部として地方医療構想は位置づけられている。

要病床数の推計」, 「(e) 平成37 (2025) 年のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討」という実際の時系列で紹介していく。地域医療構想については平成27年4月より策定を開始され, 平成28年度末を期限に都道府県で策定したものを厚生労働省に報告することになっていたが, 一部の自治体は調整のために翌年度に報告が持ち越したケースが存在した。

(a) 地域医療構想の策定を行う体制の整備と策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有

地域医療構想策定ガイドラインには次のようなことが述べられている。

「地域医療構想は医療計画の一部であることから, その策定に当たっては, 医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに, 都道府県医療審議会, 市町村及び保険者協議会の意見を聴く必要がある(医療法第30条の4第13項及び第14項)。なお, 都道府県医療審議会については, 地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員の選出を行うこととする。

また, 地域医療構想の策定段階から地域の医療関係者, 保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから, 都道府県においては, タウンミーティングやヒアリング等, 様々な手法により, 患者・住民の意見を反映する手続をとることや, 構想区域ごとに既存の圏域連携会議等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続をとることを検討する必要がある。なお, この段階で策定後を見据えて地域医療構想調整会議を設置し, 構想区域全体の意見をまとめることが適当である。

現行の医療計画の策定プロセスと同様に, 地域医療構想の策定に当たっても, 都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが, そのメンバーについては, 代表性を考慮するとともに, 偏りがないようにすることが必要である。

タウンミーティング等は, 一部の同一人物が出席することにならないよう, できるだけ広く意見を集めること, また, ヒアリングにおいても, 一般公募を行ったり, 発言しやすいような配慮を行うことが必要である。

在宅医療の課題や目指すべき姿については, 市町村介護保険事業計画との整合性に留意する必要があることから, 地域医療構想の策定段階から市町村の意見を聴取することが必要であり, その際には, 既存の圏域連携会議等を活用することが望ましい。

策定された地域医療構想は, 遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに, その内容を公示することとする(医療法第30条の4第15項)。その際, 住民に知ってもらうことが重要であることから, 都道府県報やホームページによる公表や, プレスリリース等によりマスコミに周知するなど, 幅広い世代に行き渡る手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。」⁴⁾したがって, 在宅医療や介護事業も含めた幅広い医療体制を敷きつつ, 都道府県主導で市町村や各地域の有識者や地域住民などの見解も幅広く取り入れていける仕組みづくりを目指すとともに, 幅広い情報公開を行っていくことを明記している。私は医療機関に務めた経験があるが, 医療法で宣伝行為が制限されている面もあり(医療法第6条の5)⁵⁾, その医療機関にいらした地域住民が自分の居住している近辺の医療体制について十分に熟知されている例は非常に稀なケースである。そのような環境の中では, 医療に携わっていない住

4) 詳しくは <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>> を参照。

5) 詳しくは <<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/iryohou.pdf>> を参照。

民の中でタウンミーティングの募集などを行っても、人はたとえ違えども医療や医療政策に知識の豊富な有識者が住民代表として参加することが予想される。よって、本当の意味で民意を医療政策に反映させたいならば、かえって知識が不十分な住民の意見を聞く方が効率的であるとも考えられるし、あるいは専門家だけで責任を持って医療制度や医療体制を確立されたのち、行政側が主体となって、今まで以上に医療政策に関連して正しい情報が十二分に行き渡るように働きかけていくほうが効率的な手段ではないかというのが私の見解である。

また、特に地域医療構想の策定及び実現に必要なデータに関連して次のようにも述べられていた。

「地域医療構想の策定に当たっては、医療提供体制の構築だけでなく、地域包括ケアシステムの構築についても見据える必要があり、そのためには、医療機関の自主的な取組や医療機関相互・地域の医療関係者間の協議等による連携が不可欠となる。

地域医療構想の実現に向けて、各医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備が必要となる。また、こうした情報は、患者が理解することにより、より適切な医療機関の選択や医療の受け方につながることから、情報に対する丁寧な説明を行い、患者・住民、医療機関及び行政の情報格差をなくすよう努めるべきである。

これらの基礎となるデータは、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供(技術的支援)することとするが、都道府県は、関係者と共有したり、協議や協力により所要の整備をすることが必要となる。その際、医療機関の協力を得て、病床機能報告制度等により、有用なデータが報告・提出されていることから、これらの活用も必要な視点となる。

なお、病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量(必要病床数)等の情報を踏まえていないことから、医療機関別、二次医療圏等の地域別、病床の機能区分別等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。(地域医療構想策定ガイドライン、p.8-9)。

このガイドラインの直近の部分についての個人的な見解としては、医療機関の自主的な取組みについては限界があると思われる。よって、都道府県が積極的に関与していき、住民から市町村、さらに都道府県を経由し、厚生労働省が患者情報などを一括して総合できる仕組みづくりを構築することは、病院経営の効率化も勿論達成しながら、病院の医療サービスの質に大きなプラスの価値を期待することができるはずである。医療情報基盤の整備についてはなかなか他の産業に比べて進まない状況が長く続いているが、行政が主導権をとり、同じ情報基盤上で情報を共有できることは大変有意義なことである。

(b) 構想区域の設定

地域医療構想の検討を行うためには、まずは構想区域の設定を行うことが定められている。したがって、構想区域及び医療需要に対応する医療供給(医療提供体制)を具体化する必要がまず生じる。

そこで、一からすべて設定し直すことは行政側の調査費用を吊り上げることになることも予想できるので、構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としながらも、あらかじめ、人口規模、患者の受診動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を

勘案して検討することになっている。なお、現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能であるが、その場合には、以降に示す検討過程において将来における要素を必ず勘案して検討することが必要とされている。

また、地域医療介護総合確保基金の根拠となる地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号。以下「医療介護総合確保促進法」という。）では、地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的条件、医療機関の施設および設備並びに公的介護施設等および特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて、医療および介護の総合的な確保の促進を図るべき区域として医療介護総合確保区域の設定を求めており、さらに、医療介護総合確保方針においては、同区域に関して、都道府県は、「二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定するものとする」とされている。つまり、地域医療構想に関連する区域は相互に整合的な設定が求められている。

その一方で、二次医療圏は一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定するものであり、平成24年（2012年）3月に厚生労働省が示した医療計画作成指針において、①人口規模が20万人未満、②流入患者割合が20%未満、③流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すことが求められた。しかしながら、既設の圏域間では人口規模、面積や基幹病院へ

図1 兵庫県における五疾病・五事業の圏域について

兵庫県には2次保健医療圏域は10圏域あるが、疾患・事業ごとに地域の実情に応じて圏域を柔軟に設定している。

- ・心筋梗塞、脳卒中医療圏域：2次保健医療圏域のうち阪神北と丹波を1つとした9圏域
- ・救急医療圏域：2次保健医療圏域のうち但馬を北但馬、西南但馬の2つに、東播磨を東播磨と明石の2つに分けた12圏域
- ・2次小児救急医療圏域：2次保健医療圏域のうち阪神北を2つに分けた11圏域
- ・周産期医療圏域：2次保健医療圏域のうち神戸と阪神北の一部を、阪神北の一部と阪神南を、北播磨と東播磨を中播磨と西播磨をそれぞれ統合した7圏域

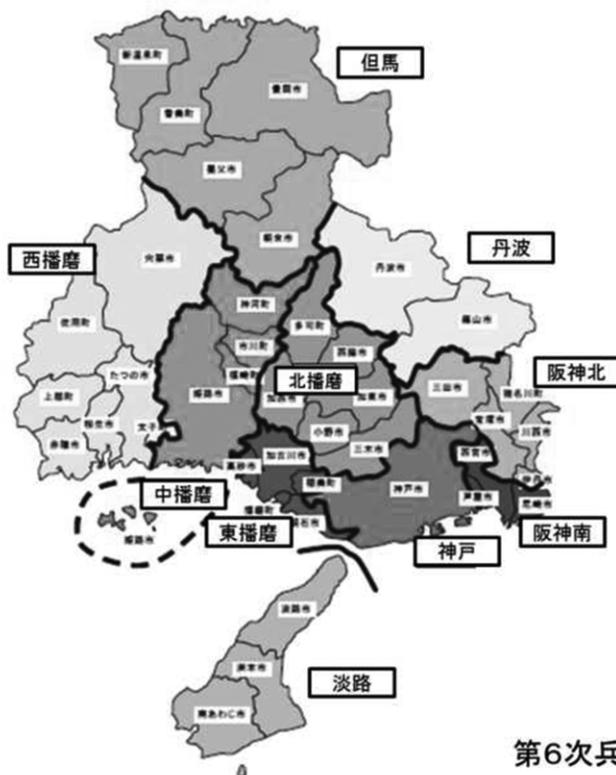


※は同一医療圏

出所) 厚生労働省、地域医療構想ガイドライン等に関する検討会資料

図2

兵庫県2次保健医療圏域図



第6次兵庫県保健医療計画より

出所) 厚生労働省, 地域医療構想ガイドライン等に関する検討会資料

のアクセスに大きな差があり, 大幅な入院患者の流入出がみられる圏域など, 一体の区域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。

また, 五疾病・五事業において圏域を定める場合は, 各疾病等で構築すべき医療提供体制に応じて設定することから, 必ずしも二次医療圏域と一致する必要はないため, 地域の実情に応じて柔軟に設定している都道府県が存在している。

五疾病・五事業とは, 平成18年に定められた第5次医療計画制度の下での四疾病・五事業(がん, 脳卒中, 急性心筋梗塞, 糖尿病/救急医療, 災害時における医療, 僻地の医療, 周産期医療, 小児救急医療を含めた小児医療)に加えて, 平成25年度から新たに精神疾患を加えて掲げられた概念である⁶⁾。経営の効率化についてというよりも, 二次医療圏域における医療サービスの質の担保を重要視している面があり, 医療サービスを提供する上で最も優先されるべきものは質の高い医療を提供する体制を整えることであるので, そういった考えの下に明示されていると考えられる。

6) 詳しくは <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000124780.pdf>> 参照。

図1にあるように、兵庫県に存在する10の保健医療圏のうち、1つの保険医療圏に統合して医療サービスを提供している部分があり、特に図2からもわかるように兵庫県内では面積の広い但馬医療圏を北但馬と西南但馬の2つに分けている点などは特筆すべき点であり、他の都道府県と比べて地域格差の少ない質の高い医療が提供されていると考えられている。

地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が昨年度までの医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年（2024年）3月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当であるとも考えられている。

(c) 構想区域ごとの医療需要の推計

地域医療構想策定ガイドラインでは次のように明記されている。

「平成37年（2025年）における病床の機能区分ごとの医療需要（推計入院患者数）は、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計することとする。

なお、以下の推計方法は、構想区域全体における医療需要の推計のための方法である。このため、この推計方法の考え方が、直ちに、個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではない。

このうち、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成25年度（2013年度）NDBのレセプトデータおよびDPCデータに基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率とする。この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計することとする。その際、NDBのレセプトデータおよびDPCデータに含まれない正常分娩、生活保護、労災保険、自動車損害賠償責任保険等のデータの補正を行うこととする。」

NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理している。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。岩本他(2016)でもこのNDBについては触れられており、「国の施策においても、こうしたマイクロデータ活用の重要性が認められ、現在では、医療保険レセプトデータと特定保健指導等の情報を接合したNDBが全国単位で構築され、全国や都道府県の医療費適正化計画等に活用されつつあり、2011年から2年間の試行期間を経て、現在、政策研究等に対する一般利用が検討されているところである。(p.3)」と紹介されている。

また、その他にも都道府県がデータを集計する際の細かな手順が記載されており、平成37年（2025年）の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口

『平成25年（2013年）3月中位推計』を用いることとすることや、患者住所地が明らかでない被用者保険利用者の医療需要を患者住所地構想区域ごとに推計する方法については、まず被用者保険利用者の医療需要を医療機関所在地構想区域ごとに推計した上で、当該都道府県の国民健康保険・後期高齢者医療制度のレセプトデータを用いて各医療機関所在地構想区域における患者住所地構想区域ごとの患者数の分布割合を算出し、被用者保険利用者の医療需要をこの分布割合に従って按分することなどが取り決めされている。

慢性期機能の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定することとされ、前記（2025年の医療需要の推計方法）の他の病床の機能区分の医療需要の推計方法を基に、目標設定を加味することにより、慢性期機能の医療需要を推計することとされている。

病床の機能区分ごとの医療需要については、できる限り患者の状態や診療の実態を勘案して推計するよう、一般病床の患者（回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定した患者を除く。）のNDBのレセプトデータやDPCデータを分析することとしている。

具体的には、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（以下「医療資源投入量」という。）で分析していくこととされている。その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、推計における医療資源投入量に入院基本料相当分は含まないこととする。したがって、推計における医療資源投入量とは、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたものとするのが規定されている（地域医療構想策定ガイドライン、p.12-14）。

急性期機能については、病床機能報告制度において、『急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能』と定義されている。また、DPCデータの分析による医療資源投入量と入院日数との関係を見てみると、入院日数の経過につれて、医療資源投入量が通減していく傾向があることが分かる。この医療資源投入量の通減の傾向を踏まえると、医療資源投入量が一定程度、落ち着いた段階が患者の状態が安定した段階であると考えられている。

これらを踏まえ、入院から医療資源投入量が落ち着く段階までの患者数を高度急性期機能及び急性期機能で対応する患者数とし、急性期機能と回復期機能とを区分する境界点（C2）を600点として推計を行うことと具体的な取り決めがされている。

高度急性期機能については、病床機能報告制度において、『急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能』と定義されていることを踏まえ、医療資源投入量が特に高い段階の患者数を高度急性期機能で対応する患者数とすることになっている。

具体的には、病床機能報告制度において、高度急性期機能に該当する病棟の例として、救命救急病棟やICU、HCU等が例示されているが、その他の病棟にも高度急性期機能の定義に該当する患者がいることを前提とした上で、救命救急病棟やICU、HCU等に入院するような患者像も参考にして、高度

急性期機能で対応する患者数とし、高度急性期機能と急性期機能とを区分する境界点（C1）を3000点として推計を行うことにされている。

回復期機能については、病床機能報告制度において、『急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能、特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活における基本的な動作を行う能力）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）』と定義されている。なお、在宅復帰する患者は、居宅で訪問診療を受ける者、施設で訪問診療を受ける者、医療機関に通院する者等を含んでいる。このため、在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる225点を境界点（C3）とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み175点で区分して推計するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数（一般病床だけでなく療養病床の患者も含む。）を加えた数を、回復期機能で対応する患者数とする。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計することとしている。

在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定している。

慢性期機能については、病床機能報告制度において、『長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又

図3 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ

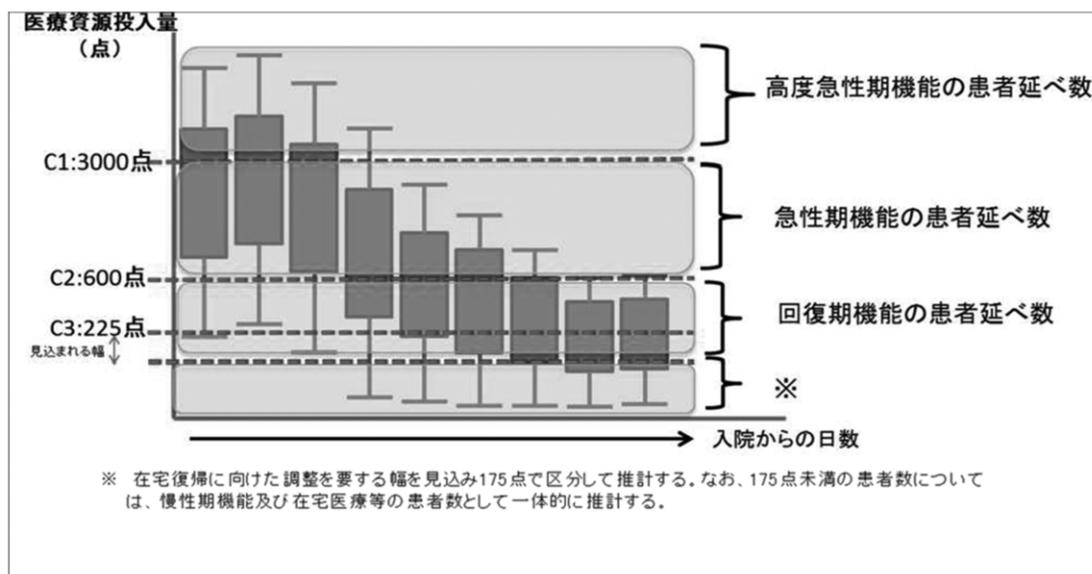


図4 病床の機能別分類の境界点の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

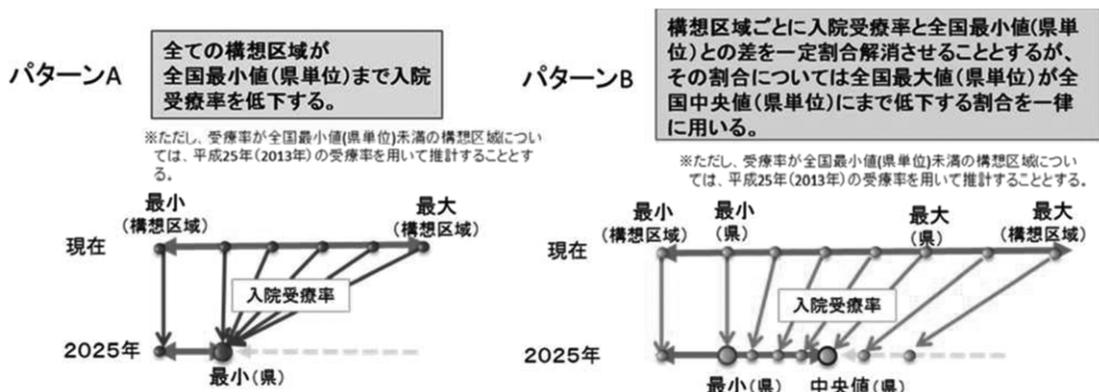
出所) 厚生労働省『地域医療構想策定ガイドライン』

は難病患者等を入院させる機能』と定義されている。

療養病床については、主に慢性期機能を担っているが、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した値（医療資源投入量）に基づく分析を行うことは難しい。また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況である。このため、慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ち、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するように地域が一定の幅の中で目標を設定することでこれに相当する分の患者数を推計することとしている。

具体的には、平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数として見込むこととしている。また、その他の入院患者数については入院受療率の地域差を解消していくこととし、以下の「a」又は「b」の入院受療率を平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口に乗じて慢性期機能の医療需要を推計することが取り決められている。一般病床の障害者・難病患者(障害者施設等入院基本料, 特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者)については、慢性期機能の医療需要に加えられることになっている。

図5 入院需要率の地域差の解消目標



出所) 厚生労働省『地域医療構想策定ガイドライン』

a 療養病床の入院受療率における地域差の解消について

入院受療率の地域差を解消するための目標については、都道府県は、原則として構想区域ごとに以下のAからBの範囲内で定めることとする。

全ての構想区域の入院受療率を全国最小値(県単位で比較した場合の値。(以下「県単位」という。))にまで低下させる。ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする(A)。

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする(B)。

b 入院受療率の目標に関する特例について

介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に進められるように、以下の要件に該当する構想区域については、「a」により定めた入院受療率の目標の達成年次を平成37年(2025年)から平成42年(2030年)とすることができることとしている。その際、平成37年(2025年)において、平成42年(2030年)から比例的に逆算した入院受療率を目標として定めるとともに、平成42年(2030年)の入院受療率の目標及び当該入院受療率で推計した平成37年(2025年)の病床の必要量も併せて地域医療構想に定めることとしている。bの対象となる要件としては2つあり、Bにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きいことと、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きいことが同時に起こらなければならない。

都道府県は、上記「a」、「b」により入院受療率の目標を設定し、当該入院受療率で推計した慢性期病床の必要量の達成を目指すこととするが、厚生労働大臣が認める構想区域において、以下のよう

に当該慢性期病床の必要量の達成が特別の事情により著しく困難となった場合には、都道府県は、厚

生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとしている。「厚生労働大臣が認める構想区域」とは、都道府県全体の慢性期病床の減少率が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域（当該構想区域の慢性期病床の平成25年（2013年）と平成37年（2025年）を比較した減少率が全国中央値を上回っている構想区域に限る。）その他これに類する構想区域のことを指し、「特別の事情」とは、やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び厚生労働省においてやむを得ないと認める事情がある場合で、「厚生労働大臣が認める方法」とは、当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定めることを示している。

また、今後高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能の分化および連携により、平成37年（2025年）には、現在の療養病床以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を支援していくことが必要であることも地域医療構想策定ガイドラインには述べられている。

(d) 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討と必要病床数の推計

都道府県は、構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計するが、都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数（構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数）の増減を見込む必要がある。

その際、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえ、増減を見込む構想区域双方の供給数の合計ができる限り一致することを原則に、供給数の増減を調整する必要がある。このため、大都市圏など特に都道府県間や構想区域間の医療提供体制の分担が必要となる構想区域の都道府県においては、まず都道府県間の供給数の増減を調整した後で、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整することが適当と考えられている。

また、地域連携パスの共有など、上記の調整を踏まえて関係する都道府県や構想区域の医療機関との間で具体的な施策に関する協議が必要な場合には、地域医療構想調整会議や医療計画に係る圏域連携会議において合同会議を開催する等により、関係する構想区域の保健所長、地域医師会等や医療機関等を交えて協議を行うことが望ましいとされている。

なお、構想区域間の供給数の増減の調整については、以下のようなプロセスで行う。

(1)都道府県の構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計した医療需要（①）と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数（他の構想区域に所在する医療機関により供給される量）を増減したもの（②）を比較する。

(2)都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。その際、地域医療の連携の観点からは全ての場合について行うことが望ましい。少なくとも、平成37年（2025年）の医療需要に対する増減のいずれかがおおむね20%又は1000人を超える場合は、調整のための協議を行

うこととする。

(3)都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法（昭和22年法律第67号）の総合計画を所管）や介護部局（介護保険事業支援計画を所管）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。また、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。

(4)その際、既に医療計画において二次医療圏における医療提供体制が定められている、がん、脳卒中及び急性心筋梗塞については、医療計画を踏まえて構想区域ごとに改めて確認・検討することとし、同様に、認知症疾患医療センターや難病医療拠点病院（予定）といった関連する法・制度に基づく医療提供体制についても、構想区域ごとに確認・検討することが望ましい。また、これら以外の疾病（例えば、発生頻度の高い肺炎や骨折等）についても、適宜、地域の実情に応じて、構想区域における医療提供体制に関して検討することとする。

(5)以上の考え方を踏まえ、都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数(③)を確定することとする。なお、調整に当たっては、丁寧かつ十分な協議を行い、特に都道府県間の調整においては、通常の議事録の作成に加え、合意を確認できる書面を作成するなどして、取りまとめておくことが適当であるとされている。

また、医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計についても明記してある。具体的には将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数(③)を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年（2025年）の病床の必要量（必要病床数）(④)とし、この場合において、病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期は92%とする（地域医療構想策定ガイドライン、p.23）。

(e) 平成37（2025）年のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

医療法上、都道府県が策定する医療計画においては、「地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項」を定めることとされている。また、地域医療介護総合確保法に基づく都道府県計画（医療介護総合確保促進法第4条）においては、「医療介護総合確保区域（医療介護総合確保促進法第4条第2項）ごとの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業に関する事項」を定めることとされている。

医療法では、地域医療構想に関し、直接的には一般病床及び療養病床の機能の分化及び連携の推進が求められている。しかしながら、地域医療の観点からは、精神病床等の他の入院医療機能や外来医療機能、在宅医療との連携により、認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、依存症や高次脳機能障害、身体疾患を合併する精神障害者への医療等の精神科医療との連携が求められる医療ニーズ、感染症、歯科疾患といったその他の様々な医療ニーズに対応することが求められる。このため、これらの医療ニーズや地域包括ケアシステムに対応する職種も多様であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカーに加え、介護、福祉（児童、障害

等)、教育、就労等、関係者は多岐にわたる。以上のことから、施策の検討に当たっては、都道府県は、幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討することが適当だと考えられる。

特に精神疾患については、医療計画に位置付けられており、一般医療と精神科医療の連携は重要であることから、地域医療構想を策定するに当たっては地域における精神科医療も含め検討することが必要である。その際、精神科医療については、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成26年厚生労働省告示第231号)等に基づき、精神科医療の質を良質かつ適切なものとするために、機能分化を進め、長期入院精神障害者を始めとする精神障害者の地域移行をより一層進めることとしており、こうした方向性を踏まえることが重要である。

また、認知症対策については、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)18」において、医療・介護等が有機的に連携し、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにするため、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することとされている。その際、入院・外来による認知症の専門医療も循環型の仕組みの一環であるとの認識の下、その機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進めることが重要である。

さらに、必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較も検討すべきものである。都道府県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と直近の年度の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある。その際には、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保、介護施設等の整備の状況など、可能な限り、多様な観点から分析することが望ましい。病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量(必要病床数)等の情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要があるとされている。

都道府県はまた、構想区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し、施策の基本となる事項を定める必要がある。当該事項は、毎年度の地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画の策定の基本方針として活用できるようにする必要があるともされている。

次に病床の機能の分化及び連携の推進を考慮することについても列挙できる。地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に当たっては、都道府県が地域医療構想において定めた構想区域における病床の機能区分(高度急性期、急性期、回復期及び慢性期)ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性のあるものとするために地域医療介護総合確保基金の活用等により、必要な施策を進めていく必要がある。また、将来の病床の機能区分ごとの必要病床数の達成に向けて、地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充足することを可能にするための当該機能を担う病床の増床や機能転換により、取れんを次第に促していく必要があるといえる。

このため都道府県においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で地域医療介護総合

確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、将来的に病床の機能が過剰になることが見込まれる構想区域においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や調整を行う必要があるだろう。

これらの検討に当たっては、人口構造や疾病構造の変化、それに伴う患者の受療行動の変化など、医療を取り巻く環境の変化を踏まえた視点が必要である。また、不足する機能を担う病床の増床や病床機能の転換に伴う施設・設備整備の支援のみならず、医療機関が役割分担をして有効に機能するための連携施策が重要であり、患者の疾病からの回復が遅延したり、ADLの低下を招くことのないよう、医療機関等の連携により切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供される必要があるとされている。このため、地域連携パスの整備・活用の推進や、都道府県や市町村が中心となった連携を推進するための関係者が集まる会議の開催、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等に複合的に取り組む必要がある。

また、各医療機関における地域との前方連携及び後方連携を行う看護職員や医療ソーシャルワーカーの研修だけでなく、退院支援部門以外の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等の職員に対して、入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うための在宅医療や介護の理解を推進する研修、医療機関の医師、看護職員等と地域の関係者による多職種協働研修等により必要な人材の確保・育成に取り組む必要があるだろう。

加えて、地域包括ケアシステムの構築のためには可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある、在宅医療を充実させる視点も必要不可欠である。また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれる。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要がある、地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけでなく、具体的な施策につながる調査を行うなどのきめ細かい対応が必須となるとされている。さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。

こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制については、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域（介護保険法第117条第2項第1号）⁷⁾で整備する必要があることから、都道府県は保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必要であるとされている。

7) 日常生活圏域

当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域。

在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、都道府県が中心となって、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を行う必要がある。

また、在宅医療は主に「(地域側の)退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能が求められており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医療依存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必要である。加えて、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するため、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援することが重要であるだろう。さらに、在宅医療を受けている患者に対する口腔機能の管理等の機能を担う歯科診療所及び後方支援を行う病院歯科等が医科医療機関等と連携体制を構築することが重要であるとも考えられる。

最後に、筆者個人としては最大のテーマと考えている医療従事者の確保・養成についても、地域医療構想実現のために検討されるべきものと記載されている。地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものであるため、地域医療対策協議会での検討を踏まえ、地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の解消や医療勤務環境改善支援センター等を活用した医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員の確保・定着・離職防止、ワーク・ライフ・バランスの確立に取り組む必要がある、地域医療介護総合確保基金の有効活用も含めた施策を検討することが重要である。

限りある医療資源を有効活用し、質の高い医療を安全に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、業務を分担するとともに互いに連携・補完し合うチーム医療を推進していくべきである。チーム医療の推進に当たっては、専門職人材の確保が重要であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職について人材確保に取り組む必要があるだろう。

医療従事者の確保は、入院医療だけではなく在宅医療の推進においても求められていることから、地域包括ケアシステムの構築の観点から市町村との協議も行うことが望ましい。なお、医師・看護職員等の確保が困難な市町村に対しては、地域医療支援センター、都道府県ナースセンターなどによる支援を行うことが望ましい。

また、病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分に応じた医療従事者を確保する必要があり、地域における医療従事者の確保目標等の設定が求められている(地域医療構想策定ガイドライン)。

2.3 地域医療構想における自治体病院の役割

新公立病院改革ガイドラインには、公立病院改革の基本的な考え方として、「公立病院改革の究極の目的は、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下で、僻地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継

続的に担っていくことができるようにすることにある（新公立病院改革ガイドライン第1-3）。」と述べられていた。公と民の役割分担を行った場合、やはり公的病院（自治体病院も含むカテゴリー）が私的病院に経営を委ねると赤字になることが多い部門、つまり、僻地医療や不採算医療や高度・先進医療等を担当することになるのは間違いない。では、そういった民間が提供することが難しい医療サービスを提供しながら黒字化させるためにはどうしたら良いだろうか。これは非常にシンプルな議論であり、医療資源などの医療サービスの提供体制を過剰にならないように準備することである。言い換えれば、公的病院の中でも都道府県、市町村が経営する自治体病院が、行政に正確に医療圏内の医療需要を予測してもらい、その需要にちょうど合わせるように医療サービスを提供体制を整えておくことである。しかしながらそれは暮らしの安心という意味では非常にリスクがある状態にあるように思える。なぜなら、医療サービスの需要と供給がちょうど合っていた場合、パンデミックや地震などの不測の事態に病院が対処することができなくなるのだ。平時にいくら人手不足もなく、薬剤や医療材料の不足がないとしても、緊急時には必ず不足になるだろう。したがって、自治体病院などの公的病院の経営を考える場合は赤字にならないことだけが優先されてはいけないのである。

実際に本稿の2-2で紹介された兵庫県の例を思い返してみると、但馬や東播磨といった二次医療圏内では、救急医療についてそれぞれの医療圏内部で順に北但馬と西南但馬、東播磨と明石というように分けられていた。これは、経営の質の改善という視点よりも、救急医療サービスが不足なく提供される体制を形成したことに他ならない。したがって、本論文のデータでは対象の病院が赤字か黒字かという判断はできないので、医療の質が改善されたという意味で、兵庫県は適切な医療体制が構築された例とし地方医療構想策定ガイドラインにも紹介されていたといえるだろう。厚生労働省のデータによると、兵庫県に所在する自治体病院（市町村直営の国保病院も含めて）の数は40施設もあり、他の都道府県と比較して面積や人口のことを考慮しても非常に多い数字である。よって、自治体病院の数が多いために、行政の取組みに効率的に対応することができたのではないかというふうに捉えることもできるのではないだろうか。こういった例をみていくと、地方医療構想を「医療の質の改善→経営の質の改善」という順番で適切に行っていく上で、自治体病院が担う役割や責任は非常に大きなものであるといえるだろう。

3 支払体系の違いによる自治体病院への影響

3.1 医療費や介護保険費に関する先行研究

医療関係の経済分析において特に最近盛んに行われている研究は、少子高齢化対策や社会的入院などの問題に対して対応するために実施された、2000年4月から施行されている介護保険法に基づく介護保険制度導入についての分析である。しかしながら、介護保険開始後、当初の政策目的を達したのかどうか検証している研究はいまだに少ない。定量的な経済分析を行っている先行研究としては、都道府県別データを用いた分析により1人当たりの高齢者医療費が高い地域ほど1人当たり介護費が高くなるとしているものや（前田（2002））、逆に、市区町村別データを用いて代替関係が成立していることを論じているものがある（池田（2004））。これに対して菅原他（2005）は、河口他（2005a；2005b）、

橋口他（2004）と同様に、市町村の老人保健レセプトデータと介護保険レセプトデータを個人単位で接続し、医療給付と介護給付の間に弱い負の相関が観察されることを報告している。さらに、この論文では要介護別に相関係数を計測しており、要介護が高くなるほど負の相関係数の絶対値が高くなることが述べられている。

また、鈴木他（2013）では、福井県、福井県下の17市町村、福井県国民健康保険団体連合会および福井県後期高齢者医療広域連合の協力を得て、医療保険給付レセプトデータ、介護保険等給付費等レセプトデータ、及び、特定健診・特定保健指導のマイクロデータを連結させ、医療費と介護費について全体として弱い負の相関があることが確認されている。これは、単なる相関分析だけでなくSURを用いた統計的な分析によっても確認されておりその信憑性は高いと考えられる。

このように、高齢者の医療費給付と介護保険給付の分析については、相関分析でさえ正の相関であるか負の相関であるか未だに論争の最中にあるが、論文数やその内容を考慮すると医療給付と介護保険給付には負の相関があることが通説になりつつあると考えても良いと思う。

また、高齢者の社会的入院について分析された論文も介護保険制度成立以来その件数が伸びている。社会的入院を解消することは、医療費の無駄を削減するという意味で医療・介護政策の経済分析を行う上でも非常に大きな論点の1つであるが、畑農（2004）では、1999年度と2002年度の厚生労働省の公表データを使用して社会的入院の大きさの推定を行っており、1999年度から2002年度にかけての社会的入院者数の減少数は日本国内で6000人だけ微減しているに過ぎず、日本で介護保険制度が施行された2000年度に入ってから3年間の社会的入院者の減少率は、2.71%となっていることが報告されている。

他にも、花岡・鈴木（2007）では、富山県における1998年度から2002年度までの国民健康保険（国保）レセプトデータを用いて、入院患者の在院期間の分析を行っている。この論文によると、介護保険制度導入による介護型療養病床の増加が、比較的医療行為の少ない入院患者や長期入院の傾向がある患者の退院確率を上げたことを報告しているが、その医療費削減の影響は2000年度で0.1%、2002年度で0.97%と非常に小さいものであるとされている。さらに、徳永・橋本（2010）が行った調査によると、厚生労働省の患者調査の個票を用いた分析を行い、介護保険療養病床が増加している2次医療圏ほど、入院患者の平均在院日数が減少していることが確認されている。

社会的入院の規模に関する比較的最近に行われた研究としては、印南（2009）による急性期の一般病院、療養病床を対象とした全国調査が挙げられる。この調査は、短期入院も含め、入院医療の必要性が小さいのに入院を継続している患者が、約32万人（療養病床約15万人、一般病床約17万人）も存在していると推計しており、特に一般病床17万人の受け入れ先については厚生労働省が主導になって検討していく必要がある項目のように思える。またこの総数についても、全国の65歳以上の入院患者総数の93万1000人（厚生労働省「平成20年度患者調査」⁸⁾のおよそ34.4%にも相当する規模となっている。

さらに、介護医療費そのものの経済分析を行った研究も数多くある。介護保険制度が導入されて以

8) 詳しくは (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/dl/01.pdf>) を参照されたい。

降たびたび制度改正が行われる中で、地域包括ケアシステムの構築や、居宅系サービスの効率的な利用及び施設系サービスの補完的な利用のための環境整備が急務となっているためである。この背景には、高齢化によるさらなる医療・介護の需要の増加、療養病床での長期入院、介護保険財政の悪化、及び、住み慣れた地域での継続的な生活を望む高齢者のニーズなどがある。

介護保険制度で居宅系サービスの重要度が高まる一方、その提供主体の立地の分布には偏りがあることが報告され、提供されている居宅系サービスの種類の充実度には地域差があることが明らかにされている（北島他（2001）、高橋他（2006）、高橋・扇原（2009））。

両角他（2013）では、2007年4月に福井県の某市町村で介護老人保健施設が通所リハビリテーションの提供を始めたことで、2006年度と2007年度で介護費や利用する介護サービスの種類がどのように代替したかを検証する社会実験について、統計的な分析がされている。通所リハビリテーションは、介護予防が重視される今日においてその需要が高まっているが、特に地方部においてはその提供主体が限られており、地域的な偏在も起きている。この社会実験によると、通所リハビリテーションの介護給付が増加する一方で、他の介護サービスの介護給付費の合計額がそれ以上に減少することがわかった。このことは、通所リハビリテーションがなかったために、これまで他のサービスでその需要が代替され、非効率なサービス消費が行われていたことを意味していて、地域偏在をなくし、多様なサービス提供することで、介護サービスの効率性を高められることが指摘されている。地域医療構想との兼ね合いも含めて、今後の医療提供と同時に分析するべき項目だと私は考える。

また、2005年度の介護保険制度改革では、これまでの日常生活の支援という側面が強かった「介護」を重視するシステムから、要介護状態の重度化を防ぐ「予防」を重視するシステムへの転換が行われた。具体的には、特定高齢者を対象とした地方支援事業と、要支援者を対象とした介護予防給付が新設された。これらでは、生活機能を維持向上させるための既存サービスの内容・提供方法・提供期間の見直しや、効果が明確な運動器の機能向上や栄養改善等がプログラムの一環として取り入れられた。そして、こうした介護予防サービスを保険給付の対象とすることによって、発病そのものの予防や、傷病の早期発見や早期治療、及び、重症化の防止を通して、高齢者の生活の質(Quality of Life, QOL)を高めることが期待され、予防システムの提供するサービスの質の評価に関する先行研究も登場している。

介護予防給付の効果を定量的に研究した先行研究には、介護予防継続的評価分析等検討会（2008b⁹⁾；2008c¹⁰⁾；2008d¹¹⁾；2009b¹²⁾）や辻他（2009）がある。

介護予防継続的評価分析等検討会（2008b；2009b）は、2004年と2007年における継続的評価分析支援事業に参加した83市町村の介護保険給付費レセプトデータ等を用いて、介護予防サービスの費用効果分析を行っている。結果としては、介護予防給付の導入によって、要介護度が悪化した人は1000人中155人ほど減少しており、それにともなって介護費用も1人当たり年間で10万7000円ほど減少するこ

9) 詳しくは〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0528-5a.pdf>〉を参照。

10) 詳しくは〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0528-5b.pdf>〉を参照。

11) 詳しくは〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0528-5c.pdf>〉を参照。

12) 詳しくは〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0326-12e.pdf>〉を参照。

とを報告している。

介護予防継続的評価分析等検討会（2008c；2008d）は、検討会（2008b）で使用したデータを用いて、介護予防サービスの導入前後で、通所介護・通所リハビリテーション・訪問介護の3サービス利用者の利用回数の変化、及び、利用回数ごとの要介護度の変化を集計している。この分析では、要介護度の変化と利用回数の変化間に有意な相関関係が存在することが明らかにされている。

辻他（2009）は、介護予防継続的評価分析等検討会（2008b；2008c；2008d；2009b）の調査対象であった83市町村において、介護予防のケアプランの作成対象となった9105人の特定高齢者と要支援者に関して、個人特性と機能的予後の関連、運動器の機能向上の効果、栄養改善の効果、口腔機能の向上、通所型サービス利用と閉じこもりの関係、認知症とうつの予防及び支援の効果等を分析している。

3.2 自治体病院におけるDPC導入と出来高算定の与える影響

(a) DPC対象病院となるための条件について

わが国においては平成15年4月から、全国82か所の特定機能病院等を対象にわが国独自の診断群分類であるDPC（Diagnosis Procedure Combination）が開始されている。厚生労働省のデータによると平成30年5月時点では国内に1637のDPC算定病院が存在している。

DPCに参加するためには以下のような条件が課されている。

- ① 急性期入院医療を提供する病院として、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）に掲げるA100一般病棟入院基本料について、急性期一般入院基本料に係る届出を行っていること、又はA104特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）若しくはA105専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。また、急性期入院医療を担う病院として、A205救急医療管理加算の基準を満たしていることが望ましい。
- ② 医科点数表に掲げるA207診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。なお、診療録管理体制加算1の届出を行っていることが望ましい。
- ③ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号。以下「算定告示」という。）第5項第3号の規定に基づき実施される調査（以下「DPC調査」という。）に適切に参加し、入院診療および外来診療に係るデータを提出すること。
- ④ ③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、調査期間1月あたりの（データ／病床）比が0.875以上であること。
- ⑤ 適切なコーディングに関する委員会（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年4月回以上（開催月と同月内に2回以上開催した場合、2回目以降の開催は当該基準である4回には含まない。）当該委員会を開催しなければならない。なお、当該委員会は毎月開催することが望ましい。（平成30年3月26日保医発0326第7号「DPC制度への参加等の手続きについて」、以下「保医発第7号」）

また、DPC調査等において、コーディング委員会の開催を確認できなかった場合は、確認後1月以内にコーディング委員会を開催するとともに地方厚生（支）局へ使用した資料を提出すること。コー

ディング委員会については、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な診断を含めた診断群分類の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものであって、診療報酬の多寡に関する議論を行う場ではないことに留意することが記載されている。コーディング委員会の開催に当たっては、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とし、実症例を扱う際には当該症例に携わった医師等の参加を求めるものとしている。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会とみなすことができる。ただし、当該委員会の設置規程等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年4回以上、委員会を開催すること。当該委員会はコーディング委員会と同様、毎月開催することが望ましいことも記載されており、財務的な見地でなく、あくまでも医療の質を目的としていることを強調している点もDPCを考える上で大事な観点であることを忘れてはならない。

また、保医発第7号では、DPC準備病院についての記載がされており、外来診療のデータについては努力義務が課されている点が大きな違いであるが、DPC準備病院もDPC対象病院と同様に毎年必要なデータの提出が課されている。本論はその点に注目し、DPC準備病院も含めた出来高算定病院とDPC対象病院のデータの分析を目的としている。

(b) 機能評価係数IIの推移について

第136回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会（平成21年6月24日）では、新たな「機能評価係数」に関する基本的な考え方が次のように提示されている。¹³⁾

- ① DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- ② DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点（医療全体の質の向上）が期待できる係数を検討するべきではないか。
- ③ DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- ④ 地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。
- ⑤ DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- ⑥ DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
- ⑦ その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

13) 平成20年12月17日 中医協・基本問題小委員会において承認されたものである。

これが、現在のDPCの機能評価係数IIを設けるきっかけとなった承認項目である。そして、平成22年度第1回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会では、機能評価係数IIについて次のような原案が提示されている。㉞データ提出指数（正確なデータ提出に係る評価）、㉟効率性指数（効率性化に対する評価）、㊱複雑性指数（複雑性指数による評価）、㊲カバー率指数（診断群分類のカバー率による評価）、㊳地域医療指数（地域医療への貢献に係る評価）、及び、㊴救急医療係数（救急医療の入院初期診療に係る評価）である。

そして、現行の機能評価係数IIの項目は以下のようになっている。㉞'保険診療係数、㉟'効率性係数、㊱'複雑性係数、㊲'カバー率係数、㊳'地域医療係数、及び、㊴'救急医療係数である（平成29年度第7回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会）。

平成22年度時点と平成30年度時点で比較するとほぼ名称も同じであるように、枠組としてはその内容も似かよっている。しかし実際には、平成26年度には㊵後発医薬品係数が新設され（平成30年度からは機能評価係数Iの項目に移行）、平成28年度に新設された㊶重症度係数は平成30年度からは廃止になっている。よって評価項目の枠組については、結局当初に設計された項目に落ち着いたかたちとなった。

しかしながら、調整係数は表1のような段階的な置換えが行われてきた。平成24年診療報酬改定から2年ごとの診療報酬改定のタイミングで、25%ずつ暫定調整係数部分を機能評価係数IIに置換えていき、平成30年度には調整係数は100%機能評価係数IIに置換えがなされた。そのため、それまであまり注目されていなかった激変緩和係数が検討されるようになった。今まで以上に、DPC対象病院の取組みが各病院の財務に反映する診療報酬体系になったということであるため、DPC対象病院は自らの財務データについて再度検討すべき状況にあるといえると思う。

表1 調整係数の置換え

【平成22年度診療報酬改定後】 医療機関別係数 = 調整係数 + 機能評価係数I + 機能評価係数II
【平成24年度診療報酬改定後】 医療機関別係数 = (暫定調整係数 + 基礎係数) + 機能評価係数I + 機能評価係数II (25%)
【平成26年度診療報酬改定後】 医療機関別係数 = (暫定調整係数 + 基礎係数) + 機能評価係数I + 機能評価係数II (50%)
【平成28年度診療報酬改定後】 医療機関別係数 = (暫定調整係数 + 基礎係数) + 機能評価係数I + 機能評価係数II (75%)
【平成30年度診療報酬改定後】 医療機関別係数 = 基礎係数 + 機能評価係数I + 機能評価係数II ※特に平成30年度改定前には激変緩和係数についての検討が行われた。

出所) 平成29年度 第7回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会参考資料をもとに筆者が作成。

(c) DPC導入病院と出来高算定病院の比較について

本稿では、平成24年度から平成27年度にかけて、総務省「病院経営分析比較表」及び厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」を連結させてデータを作成し分析を行った。つまり、自治体病院の財務データと厚生労働省にデータを提供している医療施設の質的データを連結させること

で、財務分析と医療サービスの質的な分析を組み合わせたより実用性のある分析を提供できる。

自治体病院に分析の対象を絞った理由はいくつかある。1つ目は、医療施設が財務データを公表する法整備が整っておらず、他の業種と比較して経営主体別に財務データを入手することが非常に困難であるが、地方公営企業に含まれる自治体病院は財務データを公表する義務があるためデータを入手することができるためである。2つ目は、地方医療構想における僻地医療や救急医療など基幹的な役割を果たす自治体病院の財務状況や傾向に関心があったからである。3つ目は、各二次医療圏で、自治体病院は不採算部門の医療サービスを提供する役割を担うことが多く、利益構造が自治体病院どうしでは似かよると考えたため、その他の運営主体の病院を含めた分析よりもバイアスが少なく、DPC対象病院と出来高算定病院の違いがより明確に表れると考えたためである。4つ目は、自治体病院は経営形態が地方自治体の直営であることも多く、行政の主導による経営改革が行いやすいため、分析の結果を政策として反映させやすいと考えたためである。

表2、表3、表4にはそれぞれDPCII群、DPCIII群及び出来高算定病院の基本統計量を示している。自治体病院に絞って標本を選んだため、DPCII群の標本数はすべての項目で23~28の間で少なくなっている。また、DPCIII群と出来高算定病院の標本数に注目すると、1床あたりの総収益が他の項目に対して標本数が少なくなっている。これは、厚生労働省の指導の下、都道府県が主導で二次医療圏毎に自治体病院やその他の医療施設の統廃合を含めた見直しを進めた結果、平成24年度から平成27年の間に大幅な病床数の変更があった標本を筆者が取り除いたためである。これは診療報酬の支払方法の相違を確認するためには大きなバイアスになることが懸念されるためにおこなっている。

また各項目(変数)についてだが、「総収益」は医療施設の「医業収益」、「医業外収益」、及び、「特別利益」の勘定科目を合計したものである。「他会計負担金及び補助」は都道府県あるいは市町村などの別会計が負担し収益化したものと、各地方自治体からの補助金を合計した金額(国からの補助金は含めていない)とし、「1床あたりの総収益」の項目は、「総収益/病床数」に24年度と26年度の診療

表2 DPCII群 基本統計量

		Min.	1st Qu.	Median	3rd Qu.	Max.	Mean	SD	N
他会計負担金及び補助	平成27年度	0	157,314	1,487,299	2,085,664	6,682,397	1,642,075	1,824,344	28
	平成26年度	0	185,780	1,396,289	1,925,580	6,213,856	1,611,435	1,784,410	28
	平成25年度	0	757,310	1,537,441	1,735,610	5,652,453	1,543,633	1,215,667	26
	平成24年度	256,659	1,190,357	1,590,197	2,096,278	5,371,766	1,785,378	1,088,067	23
総収益	平成27年度	13,139,559	15,833,776	21,727,837	25,600,999	34,868,256	22,137,982	6,621,232	28
	平成26年度	13,118,728	15,392,321	20,169,614	23,931,827	35,542,269	21,564,575	6,868,562	28
	平成25年度	10,156,137	14,409,352	17,990,568	20,868,217	33,147,651	18,849,595	5,794,279	26
	平成24年度	10,061,898	13,898,750	17,044,670	19,986,940	29,849,289	17,654,197	5,011,479	23
1床あたり総収益	平成27年度	26,879	32,522	35,025	36,812	50,700	35,550	5,136	28
	平成26年度	25,593	31,351	33,280	36,617	48,242	34,603	5,468	28
	平成25年度	19,050	29,061	31,379	33,363	46,104	31,479	5,797	26
	平成24年度	18,873	26,783	30,599	32,453	40,946	30,004	5,284	23

注：統計量Min., 1st Qu., Median, 3rd Qu., Max., 及び, Meanについては(単位:千)とする。

出所) 総務省「病院経営分析比較表」及び厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

表3 DPCIII群 基本統計量

		Min.	1st Qu.	Median	3rd Qu.	Max.	Mean	SD	N
他会計負担金及び補助	平成27年度	0	351,549	681,027	1,059,342	6,467,722	810,618	766,748	313
	平成26年度	0	343,796	684,397	1,108,251	6,991,580	818,071	787,550	313
	平成25年度	0	343,480	680,676	1,047,356	6,933,836	830,478	900,102	287
	平成24年度	0	446,166	769,688	1,155,051	7,194,830	948,473	904,455	256
総収益	平成27年度	20,776	5,444,674	8,588,223	12,575,876	41,713,372	9,710,468	6,079,371	313
	平成26年度	24,590	5,451,499	8,438,221	12,407,105	39,400,667	9,554,005	6,146,810	313
	平成25年度	149,380	5,575,316	8,272,262	12,174,413	36,745,445	9,388,598	5,864,166	287
	平成24年度	139,609	5,153,362	7,888,724	11,794,947	35,948,017	9,049,482	5,750,144	256
1床あたり総収益	平成27年度	1,633	20,415	25,049	29,290	47,142	24,882	7,489	309
	平成26年度	1,679	19,962	24,245	28,631	68,478	24,415	7,649	309
	平成25年度	1,429	19,627	23,425	27,736	46,327	23,484	6,883	285
	平成24年度	1,498	18,888	22,526	26,678	45,408	22,563	6,696	252

注：統計量Min., 1st Qu., Median, 3rd Qu., Max., 及び, Meanについては（単位：千円）とする。
出所）総務省「病院経営分析比較表」及び厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

表4 出来高算定病院 基本統計量

		Min.	1st Qu.	Median	3rd Qu.	Max.	Mean	SD	N
他会計負担金及び補助	平成27年度	0	168,751	282,517	466,187	2,464,445	388,981	398,752	228
	平成26年度	0	164,600	281,968	441,216	2,828,385	368,478	372,898	227
	平成25年度	0	176,044	291,856	490,890	6,315,982	442,134	586,082	247
	平成24年度	0	194,013	310,331	504,330	6,187,875	469,907	592,449	232
総収益	平成27年度	92,366	1,329,036	2,209,144	3,477,434	11,600,033	2,733,220	2,000,256	228
	平成26年度	34,521	1,265,534	2,243,776	3,355,719	13,436,566	2,678,761	2,004,685	227
	平成25年度	192,185	1,337,346	2,267,159	3,728,962	22,946,924	2,989,189	2,736,661	247
	平成24年度	242,399	1,370,923	2,239,611	3,481,797	18,307,003	2,827,451	2,396,277	232
1床あたり総収益	平成27年度	1,577	14,642	17,405	21,123	69,064	18,667	8,159	221
	平成26年度	1,799	14,306	17,313	20,429	88,974	18,427	8,268	222
	平成25年度	1,784	14,336	17,065	20,879	90,343	18,431	8,244	243
	平成24年度	1,540	14,333	16,817	20,660	92,127	17,992	8,186	230

注：統計量Min., 1st Qu., Median, 3rd Qu., Max., 及び, Meanについては（単位：千円）とする。
出所）総務省「病院経営分析比較表」及び厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

報酬改定額を考慮して微調整した金額になっている。これは、より診療報酬支払形式の違いのみが分析の結果に生じるように意図したものである。

平均値に注目して比較してみると、他会計負担金及び補助、総収益、1床あたり総収益のすべての項目でDPCII群の金額が多く、出来高算定病院がすべての項目で金額が少ない。その一方で、標準偏差では1床あたり総収益の項目でDPCII群の値が小さくなっている。これはDPCII群に含まれる病院の経営規模が他の2つの支払体系の病院よりも、同程度に大きいことを示唆していると考えられる。

では次に、他会計負担金及び補助と総収益の間の相関を分析したい。表5は相関係数をまとめたものである。DPCII群についてみると、平成26年度は5%有意で正の相関がみられる。DPCIII群と

表 5 総収益と他会計負担金及び補助の相関係数

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
DPCⅡ群	0.380	0.108	0.415*	0.284
DPCⅢ群	0.688***	0.580***	0.591***	0.464***
出来高 算定病院	0.773***	0.724***	0.555***	0.518***

注：***，**，*はそれぞれ0.01%，1%，5%水準で係数が統計的に有意であることを示す。

出所) 平成24年度から平成27年度分の総務省「病院経営分析比較表」及び厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」を連結して作成。

出来高算定病院は、データ採取したすべての年度で0.01%の高い有意水準をもっている。出来高算定病院の数値をみていくと、平成24年から平成25年までは他会計負担金及び補助と総収益の間に正の強い相関（平成24年、平成25年の相関係数はそれぞれ0.773、0.724となっている）があり、平成26年から平成27年までは強いとはいえないまでも正の相関（平成26年、平成25年の相関係数はそれぞれ0.555、0.518となっている）の特徴をもつ。平成24年4月と平成26年4月には診療報酬改定が行われており、診療報酬改定の影響を考慮しなかった「総収益」と「他会計負担金及び補助」の相関関係が弱くなっている点から、厚生労働省における診療報酬改定が、少なくとも自治体病院の出来高算定病院に対しては経営の自立を促すことができていることを示唆している。

4 おわりに

本稿では、特に地方医療構想について詳細に述べ、現在、厚生労働省が指導する形で都道府県が主体となって取組まれている医療政策についてのリサーチを報告した。また、それと並立する形で定められた公立病院改革ガイドラインと新公立病院ガイドラインなどについてもリサーチし、両者の関連性などを考察した。

もともと平成19年12月に通知された公立病院改革ガイドラインは、地域医療における医師不足と僻地医療や不採算医療、および高度先進医療の供給体系の確保を目標とし、(1)経営の効率化、(2)再編・ネットワーク化、(3)経営形態の見直しの3つの視点から、公立病院が主導になって都道府県における各医療圏内の医療施設の経営の質を改善させ、財源を確保し、医師をはじめとした医療スタッフの確保を意図して定められた。

続いて平成27年3月に通知された新公立病院改革ガイドラインでは、前ガイドラインの3つの視点に加えて、(4)地域医療構想を踏まえた役割の明確化という視点が増えられた。この視点は私的病院が提供することが難しい僻地医療や不採算医療、および高度先進医療の供給について公的病院が以前にも増して確保していく体制を志したものである。公的病院の各医療圏における責任も大きくなった。地方医療構想については、医療介護総合確保推進法の成立を受け、平成26年9月に設置された。平成26年9月から平成28年3月にかけて地域医療構想ガイドライン等に関する検討会で十分な審議がされ

つつ現在に至っている。

国が指導する形で各都道府県は将来の医療需要とその病床機能について共通の形式で予測を行い、その過程の中で様々な取り決めがなされた。そして、その予測の下に、自治体病院を中心に、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどが進められ、この医療体制の見直しは平成37年（2025年度）まで続く予定である。

また、先行研究で紹介したように、今後は高齢化が一層進み、国の財政を考える上で医療費給付と介護費給付を同時に分析しながら、より広い視野で社会保障費全体を調整していく政策が必要になってくる。そして、それは経営の効率化のみの視点で与えられるべきものではなく、質の高い介護・医療政策を同時に考慮しなければならない。

DPCデータと医療施設の財務データを連結した分析はその強力なツールになるのは間違いない。現在の病院経営分析の主なノウハウとしては、同規模病院の財務会計データや管理会計データを何とか入手し、細かい項目については各医療機関が持ち帰って分析する手法が最も多い手法である。DPCデータは患者の個人情報まで細分化するデータであるのでセキュリティーに十分な配慮がなされることが大前提であるが、DPCに参加している病院であれば常に他の医療施設のデータを覗ける体制を敷くことが出来れば、自ずと各病院の努力によって質の高い医療サービスと経営の質の改善に寄与してくれる面もあると思われる。

本稿では、総務省が公表している「病院経営分析比較表」、及び、厚生労働省が公表している「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」を連結させてデータを作成し分析をおこなった。分析の手法としては、DPCⅡ群、DPCⅢ群及び出来高算定病院の3群に層別し、関連のありそうな勘定科目をピックアップし、分析に合うようなかたちで項目化したもの（具体的には「総収益」、「他会計負担金及び補助」、及び、「1床あたりの総収益」を設定した）を変数化し、基本統計量の考察や、相関分析を行った結果、DPCⅡ群に含まれる病院の経営規模が、他の2つの支払体系の病院よりも同程度に大きいことを示唆していることと、厚生労働省における診療報酬改定が、少なくとも自治体病院の出来高算定病院に対しては経営の自立を促すことができていることを示唆していることを示すことができた。

相関分析については、標本数が十分でないのに細かく層別すると係数の有意性が保てなくなるが、用いる変数の妥当性が最も重要な課題である。したがって、層別化する前に変数の妥当性を十分に検討した上で散布図を検討するだけでも、病院経営分析に寄与できる。

今後の課題としては、今回蓄積したデータにさらに他の医療施設の財務データを加えていき、可能であれば介護施設の財務データも組み合わせさせていき、より高度な統計学的手法を用いて医療問題に取り組んでいければと思う。

参 考 文 献

池田省三「介護費と医療費の相関関係（上）」『月刊介護保険』99, p.68-69, 2004年。

岩本康志・鈴木亘・両角良子・湯田道生『健康政策の経済分析 レセプトデータによる評価と提言』東京大学出版会、2016年。

- 印南一路『「社会的入院」の研究：高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新報社，2009年。
- 北島勉・北澤健文・曹光仁・野山修「地理情報システムを用いた通所介護施設への地域高齢者の地理的アクセス推計の試み」『日本公衆衛生雑誌』48(8)，p.613-619，2001年。
- 河口洋行・開原成允・菅原琢磨・細小路岳史・大西正利・橋口徹・岡村世里奈「公的介護保険導入後の長期入院と介護サービス給付における研究（上）：連結した医療・介護レセプトデータによる個票分析」『社会保険旬報』2232，p.6-13，2005年。
- 河口洋行・開原成允・菅原琢磨・細小路岳史・大西正利・橋口徹・岡村世里奈「公的介護保険導入後の長期入院と介護サービス給付における研究（上）：連結した医療・介護レセプトデータによる個票分析」『社会保険旬報』2233，p.32-38，2005年。
- 厚生省「医療法（昭和23年法律第205号）（抜粋）医療法における病院等の広告規制について，1948年。
- 厚生労働省「平成20年患者調査の概況」2008年。
- 厚生労働省「介護予防サービスの定量的な効果分析について（第2次分析結果）（案）」第4回介護予防継続的評価分析等検討会資料1，2008年。
- 厚生労働省「介護予防サービスの利用回数の変化ごとの介護度の変化について」第4回介護予防継続的評価分析等検討会資料2，2008年。
- 厚生労働省「介護予防サービスの利用回数の変化ごとの介護度の変化について」第4回介護予防継続的評価分析等検討会参考資料1，2008年。
- 厚生労働省「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」第13回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会参考資料1，2009年。
- 厚生労働省「介護予防サービスの費用対効果分析について」第6回介護予防継続的評価分析等検討会参考資料1，2009年。
- 厚生労働省「平成22年度診療報酬改定について（DPC部分）」第1回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会D-1，2010年。
- 厚生労働省「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」厚生労働省社会保障改革推進本部2013年。
- 厚生労働省「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」医療介護総合確保推進法に関する全国会議参考資料1，2014年。
- 厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会，2015年。
- 厚生労働省「医療計画の概要について」第1回医療計画の見直し等に関する検討会，2016年。
- 厚生労働省「医療計画について」厚生労働省医政局長通知，2017年。
- 厚生労働省「点数設定方式」第7回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会，2017年。
- 厚生労働省「DPC参加等の手続きについて」厚生労働省保険局医療課長通知，2018年。
- 菅原琢磨・南部鶴彦・開原成允・河口洋行・細小路岳史「介護保険と老人保健の利用給付関係の検討：個票データを用いた栃木県大田原市における例」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差：現状と改革』東洋経済新報社，p.167-188，2005年。
- 鈴木亘・岩本康志・湯田道生・両角良子「レセプトデータを用いた医療費・介護の分布特性に関する分析」『医療経済研究』24(2)，p.86-107，2013年。
- 総務省「公立病院改革ガイドライン」2007年。
- 総務省「新公立病院改革ガイドライン」2015年。
- 高橋和行・扇原淳「地理情報システムによる通所介護施設と地域高齢者の地理的分布の可視化」『社会医学研究』26(2)，p.75-85，2009年。
- 高橋美保子・小田切陽一・内田博之「地理情報システム（GIS）を使用した介護サービス施設の配置に関する検討：甲府市の通所介護施設を事例として」『山梨県立大学看護学部紀要』8，p.1-8，2006年。
- 辻一郎・大淵修一・杉山みち子・植田耕一郎・大原里子・安村誠司・本間昭・大野裕・鈴木孝雄・大久保一郎・丹後俊郎『介護予防事業などの効果に関する総合的評価・分析に関する研究 報告書』日本公衆衛生協会，2009年。
- 徳永睦・橋本英樹「地域の介護サービス資源量の増加が高齢の長期入院患者の退院先・在院日数に与える影響の検証」『季

刊『社会保障研究』46(3), p.192-203, 2010年。

『長崎新聞』朝刊, 2018年5月15日。

橋口徹・細小路岳史・大西正利・菅原琢磨・河口洋行・開原成允「介護保険導入による自治体の老人保健財政および一般会計への影響：栃木県大田原市での実態調査から（上）」『社会保険旬報』2196, p.6-9, 2004年。

畑農鋭矢「社会的入院の定量的把握と費用推計」『医療経済研究』15, p.23-35, 2004年。

花岡智恵・鈴木亘「介護保険導入による介護サービスの利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響」『医療経済研究』19(2), p.111-127, 2007年。

『北海道新聞』朝刊, 2018年5月23日。

前田由美子「高齢者の医療費と介護費の分析：地域格差を中心に」日医総研ワーキングペーパー, 76, 2002年。

両角良子・鈴木亘・湯田道生・岩本康志「通所リハビリテーションの提供体制の整備が介護に与える影響」『医療経済研究』24(2), p.128-142, 2013年。