

病床削減政策はなぜ困難なのか

— 「規制変化への病院の対応に関するアンケート調査」からの考察—

河 口 洋 行

I. はじめに

1. 研究背景

多くの先進国にとって、医療費の増加率を抑制するのは、医療政策の最も重要な課題の1つである。この方策の一つに、医療機関の保有する病床を削減する政策がある。我が国でも最近では、2006年の医療制度改革関連法案による療養病床の削減・廃止政策が実施された。厚生労働省の当時の計画によれば、37.2万床の療養病床を2011年度までに15万床と半減する予定であった（介護療養病床については全廃）。しかし、過去の病床削減政策と同様に削減は進まず、2017年度末まで期限を延長しているところである。今後の対策については2016年6月1日に設置された、社会保障審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」で、更なる療養病床の削減政策が検討されているところである。

一方で、2015年6月には政府の社会保障制度改革推進本部「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」（会長：永井良三自治医科大学学長）は、第一次報告で、2025年において必要な病床数を機能別に示し、最大で20万床の病床削減の必要性を指摘している。当該調査会は病床数の推計と合わせ、都道府県が利害関係者の協議の場（地域医療構想調整会議）で病床数の調整を行ったり、地域医療介護総合確保基金を活用するなどし、過剰と

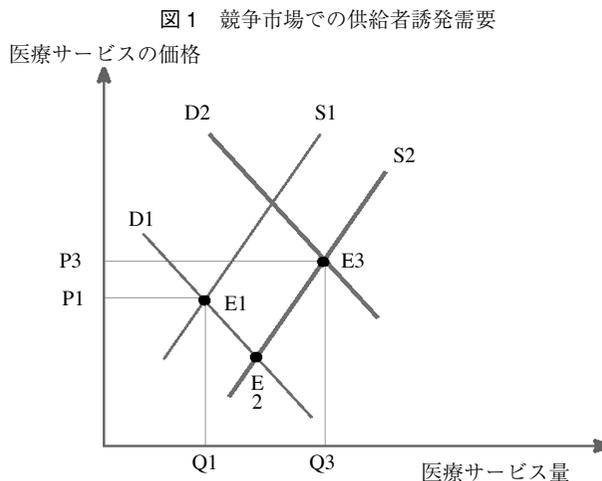
された急性期病床（主に手術を行う病床）の削減や、療養病床（長期間療養を行う病床）を介護施設などへ転換していくことを打ち出している。

しかし、過去の病床削減政策がなぜ失敗したのかの理由や、そのための対策を講じなければ、これまでの病床削減政策のように効果が限定されてしまうのではないだろうか。

2. 供給者誘発需要「仮説」と病床規制に関する先行研究

標準的な経済理論では、需要は消費者の選好に基づき、与えられた価格から決定する。このため財・サービスの供給の増加は、直接には需要に影響を与えない。しかし、医療サービスの場合には、患者は自分の症状は自覚できるが、その症状をもたらしている疾患名や治療方法の選択肢を知らず、医師のアドバイスを受ける必要がある。つまり、医師と患者の間には「情報の偏り（情報の非対称性）」があるため、医師が自分の利益を優先して患者へのアドバイスをゆがめ、本来は不必要な需要を誘発できる可能性がある。この可能性を理論化したのが、「供給者誘発需要『仮説』」である。

図1は、規制のない医療サービス市場での医療サービスの供給曲線 (S1) と需要曲線 (D1) を示している。ある医療圏に新たに医師が参入したとしよう。この時、医師数が増加すると医療サービスの供給が増加するため、供給曲線は S2 にシフトし、一般的な競争市場であれば均衡点は E1 から E2 に変化する。医療サービスの価格弾力性（価格の変化率に対する需要の変化率）が1よりも小さいならば、ここでの供給曲線のシフトによる価格低下 (P1→P2) は医師の



所得を減少させることになる。

しかし、医師が自分の所得の減少分を補填（ほてん）するために、本来は不必要な需要を誘発して需要曲線を D1 から D2 にシフトさせると、均衡点は E2 から E3 に変わる。この均衡点 E3 では、医療サービス量は Q3 に増加し、「ベッドがあればベッドが（患者で）埋まる」のである。また、医療サービスの価格は P3 に上昇し、医師の所得は補填される。公的医療保険制度を整備している政府にとって、誘発された需要部分は無駄な医療費と考えられる。

この供給者誘発需要『仮説』が成立するならば、将来の需要予測に関わらず、病院は過剰な病床を保持し続けることが可能になる。逆に政府にとって無駄な医療費を抑制するためには、医療サービスの供給（病床数や医師数）を抑制することが必要になる。そのため、日本では医療法により、各都道府県が「地域医療計画」で入院医療を受けることを想定した地域分けである「二次医療圏」を設定し、二次医療圏ごとに人口の変化を勘案して必要病床数を算定することを定めている。さらに健康保険法により、二次医療圏の必要病床数を実際の病床数が上回る場合、新たな病床を事実上認めていない。

医療計画導入の目的については、郡司 (1991) は「包括的な地域医療システム構築」と「病床数の増加抑制」とし、前者については任意的記載事項であるためその効果測定は困難であること、後者については「駆け込み増床」の影響を含めて長期的に評価する必要があるとしている。病床規制導入後の効果については、高木 (1996) が 95 年当時の病床規制について以下の 3 点を指摘している。①病床過不足の動向として「病床不足地域が増床」、「病床過剰地域が減床」、「必要病床数の算定後に過剰・不足が逆転」の 3 パターンがほぼ同じ割合であること。②必要病床数と既存病床数の乖離の約 8 割は、人口増減などの必要病床数の変動で説明可能なこと。③既存病床数の増加圧力が削減圧力を上回っていることなどである。また、泉田 (2003) も、医療施設調査などのデータを分析し、①人口当たり病床数が多い地域のひとつの特徴として中小病院数の比率が高い、②医療計画は病床数の総数をコントロールするためには有効であった、③医療計画は無医地区の解消という点では有効でない可能性がある、などを指摘している。

また、病床規制実施後の病床数の推移や 2 次医療圏毎の病床過不足については、長谷川 (1998) が詳しく調査を実施している。特に駆け込み増床については、病床規制実施後に一般病床が 1992 年までに 18.5 万床増加したこと及びこ

の大半は私的病院の増床であったことを指摘している。同じ泉田 (2003) は、駆け込み増床の時期においては、全体で 7.86% 増加した病床のうち、6.65% 分は民間病院（特に医療法人立病院）であることを指摘している。病床規制の創設時の「駆け込み増床」に見られるように、病床規制に対する民間病院の反応は戦略的になる場合が多いので、今後の政策にも、十分に病院経営者の認識を織り込む必要があるだろう。

3. 病床削減政策に関する先行研究

政府の病床削減政策は、将来的な需要見通しの表明や病床を介護施設に転換することに対する経済的誘因の付加により、病床の転換や廃止を促すことを目的としている。この供給制限政策の効果が限定されている理由はなんであろうか。様々な論評はされているものの、定量的な分析を行った先行研究は、見当たらなかった。

4. 本稿の特徴

本稿の特徴は、民間病院の経営者を対象としたアンケート調査により、病床削減政策に対応する民間病院経営者の意向を把握した点である。これにより、政府の病床削減政策が効果を挙げられない要因を、単純なクロス集計などを用いて探っていく。

本稿の構成は以下のとおりである。本節においては研究の背景と目的を述べた。続く第二節では、実施したアンケート調査の結果を説明する。第三節ではアンケートの回答内容を元に病床削減政策の効果について論じる。

尚、本論文は、河口 (2007) で発表したアンケート調査結果を、病床削減政策の観点から再構成したものである。

II. 病床規制への対応に関するアンケート調査結果

1. アンケート調査の概要

(1) アンケート調査の目的と方法

今次アンケートの対象サンプルは、2004年12月末時点での全国の民間病院9,253病院から、2段階層化抽出法を用いて都道府県及び病床規模について均等になるように3,000病院を無作為抽出した。尚、ここでの民間病院とは医療

施設調査における開設者として、医療法人、個人、社会保険関係団体、その他を指している。従って、国立病院、公的医療機関（自治体立病院を含む）はアンケート送付対象病院に含まれていない。

アンケート調査票は、2005年10月5日に発送し、約3週間後の10月24日を返送締切日とした。返送期限に遅れた回答アンケートも含めると、アンケートへの回答総数は461件となった。そのうち、未記入などの無効回答を含む13件の回答アンケートを除くと、有効な回答アンケート数は448件となった。アンケート送付数に対する返送率は14.9%と、少し低い結果となった。

この原因は、将来の経営方針に対する仮想的な質問に回答するアンケートであったため、回答しにくいと考えられる。従って、アンケートへの回答をした対象病院は、無回答の対象病院に比して、規制変化に対する対応をより具体的に策定している病院というバイアスが係っている可能性がある。但し、病院の規制対応においては、規制変化への対応が迅速であるリーダーとその動向を見て同じ行動を取るフォロワーに分かれると考え、リーダーとなりやすい病院のサンプルを分析することは、フォロワーも含めた傾向を探ることが可能であると考え。このため、想定されるサンプルバイアスは深刻なものではないと考えられる。

2. 回答病院の特性

(1) 許可病床数

許可病床数について有効な回答は、444施設（全448施設中99.1%）であった。許可病床数の算術平均値は150.83床（中央値は112.00床）で、標準偏差は、121.77床であった。尚、最小値は20床で、最大値1,116床であった。

回答施設の病床規模別の割合を2004年の医療施設調査と比較したのが表1である。医療施設調査に比して、「50床から99床」及び「100床から149床」の割合が比較的高く、「500床以上」の割合が低いが、大きな乖離は見られなかった。

(2) 現在の収益状況

現在の収益状況について完全な回答は433施設（全448施設中96.7%）であった。収益状況は、回答率を引き上げるために具体的な数値を聞くのではなく、「3」を収支トントンとした5つの選択肢とした。具体的には医業利益率が、

表1 回答施設の病床規模分布と医療施設調査の病床規模分布

	今次施設分布		医療施設調査 2004	
	施設数	割合	施設数	割合
20-49	57	12.84%	1,255	13.83%
50-99	137	30.86%	2,361	26.01%
100-149	71	15.99%	1,460	16.08%
150-199	77	17.34%	1,244	13.70%
200-299	52	11.71%	1,151	12.68%
300-399	32	7.21%	775	8.54%
400-499	10	2.25%	350	3.86%
500-	8	1.80%	481	5.30%
総計	444	100.00%	9,077	100.00%

表2 現在の収益状況に関する回答状況

		度数	パーセント	有効パーセント
有効回答	+5%以上	105	23.4	24.2
	+2%超～+5%未満	169	37.7	39.0
	-2%以上+2%以下	115	25.7	26.6
	-2%より低く-5%未満	23	5.1	5.3
	-5%以下	21	4.7	4.8
合計		433	96.7	100.0
欠損値		15	3.3	—
合計		448	100.0	—

①+5%以上、②+2%より高く+5%未満、③-2%以上+2%以下、④-2%より低く-5%未満、⑤-5%以下とした。

回答結果は、①+5%以上が105施設で全体の23.4%、②+2%より高く+5%未満が169施設で全体の37.7%、③-2%以上+2%以下が115施設で25.7%、④-2%より低く-5%未満が23施設で5.1%、⑤-5%以下が21施設で4.7%であった。この結果、医業利益率が2%以上の黒字施設は全体の約6割で、収支トントンと合わせると全体の約9割となった。一方医業利益率-2%以下の赤字の割合は10.1%であった。民間病院の黒字割合は調査により異なるが、大きな乖離は認められなかった。

(3) 立地している地域

現在立地している地域について、回答結果は、①政令指定年又は東京23区が69施設で全体の15.4%、②県庁所在地（政令指定都市除く）が66施設で

病床削減政策はなぜ困難なのか

表3 立地している地域に関する回答状況

		度数	パーセント	有効パーセント
有効回答	政令指定都市	69	15.4	15.4
	県庁所在地	66	14.7	14.8
	市	260	58.0	58.2
	町	50	11.2	11.2
	村	2	0.4	0.4
	合計	447	99.8	100.0
欠損値		1	0.2	—
合計		448	100.0	—

全体の14.8%、③「市」は260施設で全体の58.2%、④「町」は50施設で全体の11.2%、⑤「村」が2施設で全体の0.4%となっている。従って、「町」「村」に立地する施設は全体の1割程度であり、民間病院自体が都市部での立地が多いこともあり、回答病院が都市部に偏っていると考えられる。

回答病院の病床規模、収益状況、立地について見てみると、わが国の民間病院全体と大きな乖離は認められず、回答率の低さに留意が必要であるものの、一定の代表性を有していると考えられる。

3. 競争形態の認識と経営戦略

(1) 規制撤廃による競争環境の変化

もし病床規制が完全に撤廃され、二次医療圏への新規参入が自由になった場合を仮想的に想定し、競争環境がどのように変化するかを質問した。まず、回答病院が立地している二次医療圏において、回答病院の経営者が病床過剰と判断しているかを調査した。その結果、病床が過剰であると考えている割合は、31.2%と約3分の1であった。病床が不足していると判断した場合は28.4%で、残りの約4割が丁度良い病床数であると考えていた。

次に、回答病院が立地している二次医療圏において、病床規制が解除された場合に、どのような競争環境の変化が起こるかを質問した。その結果、マスコミなどで喧伝されているような他産業からの新規参入については30.1%で、むしろ近隣の二次医療圏に立地する病院が参入してくるとの回答が33.3%と少し多い結果となった。この結果は、地域で有力な病院が、経営が悪化した近隣病院を買収している実態に則したものであると考えられる。一方で、病床規制を解除しても、「現状の厳しい競争環境は変化しない」「厳しい競争はなく現状維持」が合せて30.6%であった。

表4 立地している2次医療圏の経営者の病床過不足感

		度数	パーセント	有効パーセント
有効回答	過剰感	138	30.8	31.2
	丁度良い	179	40.0	40.4
	不足感	74	16.5	16.7
	特定機能不足感	52	11.6	11.7
	合計	443	98.9	100.0
欠損値		5	1.1	
合計		448	100.0	

表5 病床規制撤廃による競争環境の変化

		度数	パーセント	有効パーセント
有効回答	他産業からも参入	134	29.9	30.1
	近隣病院が参入	148	33.0	33.3
	厳しい競争は変化しない	83	18.5	18.7
	競争はなく現状維持	53	11.8	11.9
	廃院・減床で競争緩和	15	3.3	3.4
	その他	12	2.7	2.7
	合計	445	99.3	100.0
欠損値		3	0.7	
合計		448	100.0	

(2) 品質競争か価格競争か

同じ2次医療圏に新規参入があり、病院同士の競争が激化した場合に、どのような競争形態になるかについて質問を行った。医療経済学では、競争形態には大きく分けて「価格競争」と「非価格(品質)競争」があると考えられている。品質については、手術の生存率や寿命の伸長などの「アウトカム (outcome)」と病室の快適さや説明の丁寧さなどの「アメニティ (amenity)」に分けられている。回答結果としては、①治療結果などの「アウトカム」が210施設で全体の46.9%、②快適な病床などの「アメニティ」が158施設で全体の35.3%、③患者の窓口負担(自己負担額)が低いなどの「価格」が67施設で15.0%、④その他が13施設で全体の2.9%であった。従って、規制撤廃により価格競争が激化するとの意見は全体の15%で、全体の8割以上はいわゆる非価格(品質)競争の激化を予想している。尚、品質のなかでは、「アウトカム」と「アメニティ」は6:4の割合となっていた。

病床削減政策はなぜ困難なのか

表6 病床規制撤廃による競争激化の場合の競争形態

	度数	パーセント	有効パーセント
回答 「品質」	210	46.9	46.9
「アメニティ」	158	35.3	35.3
「価格」	67	15.0	15.0
その他	13	2.9	2.9
合計	448	100.0	100.0

(3) 競争激化の場合の具体的な対応策

仮に規制撤廃によって競合病院が増加した場合に「効果が高い」経営戦略として、8つの選択肢から効果が高い順に3つを選択してもらった。但し、実際に効果が高い戦略を選択できるかどうかについては、考慮していない。

選択肢には「品質競争（特に、アウトカム）」で重要と思われる、①最新の診断装置や医療機器の導入、②技術の高い専門医などの確保、を挙げた。次に「品質競争（特に、アメニティ）」の向上に重要と思われる選択肢として、③患者の利便性向上、④立派な病院などへの投資、⑤医師等の接遇・マナーの向上を挙げた。更に、「価格競争」の手段としては、⑥室料差額などの特定療養費の価格を下げる、⑦ジェネリック使用や検査回数等の見直しで自己負担を抑える、を挙げた。最後に、以上の選択肢の全てに該当しない場合に備えて、⑧その他を加えた。

回答結果は、効果が最も高い経営戦略の第一位としては、②技術の高い専門医などの確保が209施設で全体の46.7%と群を抜いて多かった。次の第二位としては、③患者の利便性向上、⑤医師等の接遇・マナーの向上がほぼ同じ割合であった（前者が102施設で全体の割合が22.8%、後者が116施設で全体の割合が25.9%）。最後に第三位としては、第二位で挙げた③・⑤に加えて、④立派な病院などへの投資、⑦ジェネリック使用や検査回数等の見直しで自己負担を抑える、が増加している。このように効果の高い競争激化への対応策も品質（特にアウトカム）向上を行うものが多く、競争形態に関する先の質問と整合的であった。

但し、病院は資源制約の下にあり、必ずしも効果的な戦略を選択できるとは限らない。次の質問では、「実際に実施する可能性が高い」経営戦略として、同じ8つの選択肢から実施する可能性が高い順に3つを選択してもらった。この質問は前問と異なり、実際に戦略を選択できるかどうかを考慮している。

表7 競争激化の場合の効果が高い競争戦略

	効果一位	%	効果二位	%	効果三位	%
①	41	9.2	43	9.6	47	10.8
②	<u>209</u>	46.7	79	17.6	31	7.1
③	55	12.3	<u>102</u>	22.8	<u>100</u>	23.0
④	28	6.3	57	12.7	<u>67</u>	15.4
⑤	86	19.2	<u>116</u>	25.9	<u>87</u>	20.0
⑥	5	1.1	11	2.5	19	4.4
⑦	9	2.0	32	7.1	<u>79</u>	18.2
⑧	15	3.3	8	1.8	5	1.1
合計	448	100.0	448	100.0	435	100.0

表8 競争激化の場合の実施可能性が高い競争戦略

	可能第一位	%	可能第二位	%	可能第三位	%
①	19	4.3	34	7.6	41	9.6
②	161	36.2	59	13.2	58	23.1
③	90	20.2	109	24.3	84	42.8
④	32	7.2	45	10.0	58	56.3
⑤	111	24.9	129	28.8	79	74.8
⑥	8	1.8	14	3.1	23	80.1
⑦	10	2.2	45	10.0	81	99.1
⑧	14	3.1	13	2.9	4	100.0
合計	445	100.0	435	100.0	428	

回答結果は、効果が最も高い経営戦略の第一位としては、②技術の高い専門医などの確保が161施設で全体の36.2%と効果的な戦略を聞いた場合に比して10.57%減少していた。一方で③患者の利便性向上は7.9%増加し20.2%、⑤医師等の接遇・マナーの向上は5.1%増加して24.8%であった。実際には優秀な医師を選抜して雇用することは困難なため、まず実施可能なアメニティに関する競争戦略を選択したものと思われる。第二位では、先の効果が高い競争戦略と同様に、③・⑤の割合が高かった。最後に第三位としては、第二位で挙げた③に加えて、⑦ジェネリック使用や検査回数等の見直しで自己負担を抑える、が増加している。実際に実施可能性の高い競争戦略としては、非価格(品質)競争のアメニティに関する割合が高くなる傾向が確認された。

4. 急性期病院と慢性期病院との競争戦略の違い

(1) 非価格競争か価格競争か

これまでのアンケート調査の集計結果は、病院が急性期か慢性期かによって

病床削減政策はなぜ困難なのか

表9 療養病床の割合と規制撤廃後の競争形態

	治療結果	アメニティ	価格	その他	総計
0%~25%	101	68	18	6	193
	52%	35%	9%	3%	100%
26%~50%	34	25	15	3	77
	44%	32%	19%	4%	100%
51%~75%	42	20	7		69
	61%	29%	10%	0%	100%
76%~100	30	45	26	4	105
	29%	43%	25%	4%	100%
欠損値	3		1		4
	75%	0%	25%	0%	100%
合計	210	158	67	13	448
	47%	35%	15%	3%	100%

状況が異なることが予想されるため、別途クロス集計を実施した。許可病床全体に占める療養病床の割合を計算し、それぞれ4分位毎に分割した。この場合には、「0%~25%」は保有するほとんどの病床が一般病床であり、76%~100%は保有する病床のほとんどが療養病床となる。従って、当該割合が低いほど急性期医療が中心で、当該割合が高いほど慢性期医療が中心になっていると考えられる。この療養病床割合と競争形態に関する質問のクロス表を見てみると、急性期中心と思われる「0%~25%」では「アウトカム（治療結果）」が52%と最も多く、次に「アメニティ」が35%であり、品質競争を想定している病院が全体の9割に達している。一方で、慢性期医療が中心と想定される「76%~100%」においては、「アメニティ」が最も多く43%で、次に「アウトカム（治療結果）」が29%と順位が逆転している。また、「価格」による競争を想定している割合が全体（15%）に比して10%も増加し、4分の1に達している。

この結果からは、急性期病院と慢性期病院では、病床規制撤廃後に想定している競争形態が大きく異なることが示唆される。特に、慢性期病院では「アメニティ」に重要性を置きつつ、患者の自己負担部分を低く抑えることが重要と考えていると推測される。

(2) 競争激化の場合の具体的な対応策

最も効果が高いと考えられている競争戦略と先の療養病床割合の関係を見ても、療養割合が「0%~25%」の急性期中心と思われる病院では、②技

表 10 療養病床割合と第一位で効果が高い競争戦略

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	総計
0%-25%	17 9%	107 55%	25 13%	10 5%	23 12%	1 1%	6 3%	4 2%	193 100%
26%-50%	7 9%	39 51%	8 10%	2 3%	13 17%	1 1%	2 3%	5 6%	77 100%
51%-75%	8 12%	33 48%	9 13%	2 3%	15 22%			2 3%	69 100%
76%-100	9 9%	29 28%	13 12%	14 13%	32 30%	3 3%	1 1%	4 4%	105 100%
欠損値		1 25%			3 75%				4 100%
合計	41	209	55	28	86	5	9	15	448
	9%	47%	12%	6%	19%	1%	2%	3%	100%

術の高い専門医などの確保が全体の割合よりやや高めであった（全体は47%に対して急性期中心では55%）。一方、療養病床割合が「76%~100%」の慢性期中心と思われる病院の場合には、④立派な病院などへの投資（全体6%→慢性期中心13%）、⑤医師等の接遇・マナーの向上（全体19%→慢性期中心30%）、の割合が高くなっていた。これはそれぞれの医療サービスの特性に沿っており、合理性のある結果となった。

5. 規制撤廃の場合の投資意欲

(1) 規制が撤廃された場合の病床投資の予定

① 今後5年間の病床投資の予定

更に、病床規制が撤廃された場合にどの程度病床投資が増加するかについての質問を設けた。具体的には、基本ケースとして今後5年間の病床投資の予定を質問し、続けて病床規制が緩和された場合に基本ケースにどのような変化があるかを見てみる。ここで注目されるのは、病床規制が維持された場合には現状維持であるが、病床規制が撤廃された場合には増床（或いは減床）を行う病院の特性である。更に、病床規制に経済的利得（レント）があると考えているかについても質問し、長期的な投資動向に関する情報を得る。

まず、病床規制が維持されている場合に、今後5年間に病床数を変化させるかについての有効回答は、①一部増床又は新規病院を建設するが53施設で

病床削減政策はなぜ困難なのか

11.9%，②現状の病床数を維持する（変更の予定はない）が311施設で69.9%，③不稼動病床を返上するが9施設で2.0%，④病床区分を変更するが44施設で9.9%，⑤一部減床するが11施設で2.5%，⑥大幅に減床又は診療所化するが3施設で0.7%，⑦病院自体を廃止するが2施設で0.2%，⑧その他が12施設で2.7%となった。全体の7割が現状維持で，1割が増床，1割が病床区分変更を予定していた。不稼動病床を返上，一部減床するとの回答は，予想に反して極めて少なかった。

② 規制撤廃の場合の病床投資の予定

続けて，病床規制が撤廃された場合に，今後5年間に病床数を変化させるか

表 11 規制が現状のままの場合の病床投資の予定

		度数	パーセント	有効パーセント
有効回答	増床	53	11.8	11.9
	現状維持	311	69.4	69.9
	不稼動返上	9	2.0	2.0
	区分変更	44	9.8	9.9
	減床	11	2.5	2.5
	診療所化	3	0.7	0.7
	病院廃止	2	0.4	0.4
	その他	12	2.7	2.7
	合計	445	99.3	100.0
欠損値	3	0.7		
合計	448	100.0		

表 12 規制が撤廃された場合の病床投資の予定

		度数	パーセント	有効パーセント
有効回答	増床	125	27.9	28.1
	現状維持	237	52.9	53.3
	不稼動返上	9	2.0	2.0
	区分変更	35	7.8	7.9
	減床	15	3.3	3.4
	診療所化	3	0.7	0.7
	病院廃止	1	0.2	0.2
	その他	20	4.5	4.5
	合計	445	99.3	100.0
欠損値	3	0.7		
合計	448	100.0		

出所) SPSS 分析結果より筆者作成

についての設問に対する有効回答は①一部増床又は新規病院を建設するが125施設で全体の28.1%と前の質問に比して16.2%も増加した。次の、②現状の病床数を維持する(変更の予定はない)が237施設で53.3%、③不稼動病床を返上するが9施設で2.0%、④病床区分を変更するが35施設で7.9%、⑤一部減床するが15施設で3.4%、⑥大幅に減床又は診療所化するが3施設で0.7%、⑦病院自体を廃止するが2施設で0.2%、⑧その他が20施設で4.5%となった。病床を増加させるとの回答が全体の約3割に達し、69施設が増床に転換すると回答している。

③ 規制撤廃により病床維持から増床に変更した病院の特性

病床規制撤廃により増床を行う病院は69施設で全体の15.5%を占めている。一方で、規制撤廃により一部減床を実施する病院はわずか5施設で、大幅減床及び病院廃止を行う病院はなかった。従って、病床規制解除による増床の可能性は一定割合存在していると考えられる。

表13 病床投資の予定と規制が撤廃された場合のクロス表

		規制撤廃の場合の病床投資								合計
		1	2	3	4	5	6	7	8	
5年後投資予定	1 度数 %	44 9.9%	6 1.3%	0 0.0%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.4%	53 11.9%
	2 度数 %	69 15.5%	219 49.2%	2 0.4%	8 1.8%	5 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	8 1.8%	311 69.9%
	3 度数 %	0 0.0%	1 0.2%	6 1.3%	1 0.2%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 2.0%
	4 度数 %	10 2.2%	7 1.6%	1 0.2%	24 5.4%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	44 9.9%
	5 度数 %	0 0.0%	2 0.4%	0 0.0%	1 0.2%	8 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 2.5%
	6 度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 0.7%
	7 度数 %	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0 0.0%	2 0.4%
	8 度数 %	1 0.2%	2 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 2.0%	12 2.7%
合計	度数 %	125 28.1%	237 53.3%	9 2.0%	35 7.9%	15 3.4%	3 0.7%	1 0.2%	20 4.5%	445 100.0%

病床削減政策はなぜ困難なのか

規制撤廃により増床に転ずる 69 施設のみについて療養病床割合と病院立地のクロス表を作成した。併せて比較のために、全施設の回答割合を付加するとともに、69 施設が全施設の回答割合と同じ分布であった場合の期待値を括弧書きで挿入した。

当該 69 病院について縦軸の療養病床割合を見ると、全施設に比して「51%～75%」というやや慢性期よりの病院が多いことがわかる。また、横軸の病院立地を見ると、全施設に比して政令指定都市の割合が高いことがわかる。この 2 軸について、全施設と同じ分布であった場合の期待値と実際の施設数を比較すると、以下の 2 点が示唆される。第一に、やや慢性期よりの病院については、立地にかかわらず増床する病院の割合が多いことである。第二に、大都市の政

表 14 病床規制廃止により増床する 69 病院の特性

	政令指定	県庁所在	市	町	村	欠損値	合計	全サンプル
0%-25%	8	4	12	1	0	0	25	193
(期待値)	(4.6)						36%	43%
26%-50%	0	2	8	0	0	1	11	77
(期待値)	(1.8)						16%	17%
51%-75%	5	1	11	4	1	0	22	69
(期待値)	(1.6)	(1.6)	(6.3)	(1.2)	(0)	(0)	32%	16%
76%-100%	1	0	10	0	0	0	11	105
(期待値)	(2.5)						16%	24%
合計	14	7	41	5	1	1	69	444
	20%	10%	59%	7%	1%	1%	100%	100%
全サンプル	68	65	259	49	2	444		
	15%	15%	58%	11%	0%	100%		

表 15 病床枠の経済的価値に対する実感

		度数	パーセント	有効パーセント
有効回答	経済的価値あり	194	43.3	43.7
	価値なしだが事業継承に必要	84	18.8	18.9
	価値なしだが拡張・統合に必要	90	20.1	20.3
	価値なし	70	15.6	15.8
	その他	6	1.3	1.4
	合計	444	99.1	100.0
欠損値		4	0.9	
合計		448	100.0	

令指定都市においてのみ急性期中心の病院の割合が高いことである。この事からは、病床規制を変更する際には、慢性期中心の病院は全国で増床する可能性があり、量的規制の解除は慎重に検討することが必要であると考えられる。一方、急性期病院については大都市においてのみ増床する可能性が伺われる。

(2) 病床枠に経済的価値があるかの意識

本アンケートでは、病床枠に経済的なレント (economic rent) が発生しているかに関する質問も併せて行っている。具体的には、病床枠に①かなりの経済的価値がある、②価値はないが事業継承に必要、③価値はないが拡張や統合時に必要、④経済的価値はない、⑤その他の選択肢を提示した。

有効回答のうち、①かなりの経済的価値があるは、194 施設で全体の 43.7%、②価値はないが事業継承に必要は 84 施設で全体の 18.9%、③価値はないが拡張や統合時に必要は 90 施設で全体の 20.3%、④経済的価値はないが 70 施設で 15.8%、⑤その他は 6 施設で全体の 1.4% であった。大まかに病床枠に価値があるかないかで見ると、有る (①) 43.7% に対して、無い (②~④) は 55.0% とほぼ同じ割合となった。注目すべきは、無しの回答のなかでは、「事業継承のため」や「拡張・統合のため」に病床枠の確保が必要であるとの意見がそれぞれ 2 割づつあった点である。従って、両者を合わせた 4 割は、病床規制が撤廃されれば病床枠を確保する必要がなくなるため、現状の病床数を減少させる可能性があると考えられる。

この結果は、先の病床規制撤廃による増床圧力があるという結果と一見矛盾するように見える。しかし、この 2 つの結果を合わせると、増床意向のある病院は投資計画等で今後 5 年間程度で具体的に考えており、短期的に実施する可能性が高いが、減床する場合には病床保有に対するディスインセンティブが特にないため、病床廃止を急ぐ必要はなく、患者数の動向などを見ながら長期的に病床数の調整が進むと想定される。

Ⅲ. まとめ

1. わが国の病院市場における競争形態は主に非価格（品質）競争である

病床規制の解除により競合病院が増加した場合の対応については、約 8 割の回答病院が「アウトカム」および「アメニティ」の非価格競争になると回答し、

「価格」競争よりも「品質」競争が実施されることが示唆された。

2. 急性期病院と慢性期病院では非価格競争の形態が異なる

療養病床割合を用いて、病院を急性期中心と慢性期中心に分類すると、急性期ではより「アウトカム」を重視し、慢性期ではより「アメニティ」を重視することも確認できた。更に、慢性期では急性期ではほとんど見られなかった「価格」競争の要素も見られた。この事は、提供されるサービスの特性からは自明であるが、医療制度の目的が国民の健康水準の向上にあるとすると、急性期病院の「アウトカム」を慢性期病床の「アメニティ」よりも重視すべきと考える。また、慢性期病院のアメニティ部分をどの程度公的に保障するかについて、慎重な議論が必要であると考ええる。

3. 病床規制を解除した場合には慢性期病床の増床の可能性

仮想的に規制解除をした場合の病床投資に関する回答結果からは、急性期に比して慢性期病院の増床圧力が強いことが示唆された。一方、急性期においては、大都市を除いては増床投資の傾向は比較的小さかった。これは、慢性期病床に対する公的介護施設からの代替需要（本来であれば公的介護施設に入所すべき高齢者が介護目的で入院する）が重度の要介護者を中心に存在することや、急性期病床においては DPC 導入後に在院日数の短縮化が進んでいることが影響を及ぼしていると考えられる。従って、急性期病院については、病床規制を撤廃しても増床投資の可能性が低く、かつ急性期疾患に対する誘発需要の可能性が慢性期医療に比して低いと考えられることから、無駄な病床投資や入院の増加はある程度防止できる可能性が示唆された。

4. 病床枠に対するレント発生の可能性

病床枠の経済的価値に関する回答結果からは、約 4 割の病院が病床枠にかなりの経済的価値があると回答している。これは、病床枠に対するレント発生の可能性を伺わせる。また、それぞれ 2 割ずつ「事業継承のため」「事業拡張や病院統合のため」に必要との回答があり、病床規制の下で病床枠を確保する理由になっている可能性が示唆された。従って病床規制が存在する限り、病床枠を保持する経済的及び非経済的誘因が存在すると考えられる。

5. なぜ病床削減政策は効果が限定されるのか

上記3.及び4.の結果を合わせると、政府が病床削減政策を実施しようとしても、慢性期病床を中心に代替需要が見込めるため、削減するよりもむしろ増床意向が強いと考えられる。更に、病床規制の下で民間病院の経営者は、病床枠に経済的レントがあると考えていたり、事業継承や将来の増床のために病床枠を保持する必要があると考えているため、政府の削減政策に反しても病床を保持したいと考えることがわかった。

従って、政府が都道府県に削減計画を指示したり、将来的な病床の必要数の推計を行っても、むしろ代替需要や経済的レントに対する対策を取らない限り、民間病院の経営者が病床削減を実施する可能性は低いと考えられる。

6. 本研究の限界と今後の課題

当該アンケート調査においては、回答率が14.9%と同種の調査としては遜色がないものの、収集データの信頼性を確保するには問題があるとも考えられる。アンケートの質問の多くが将来を想定した仮想的な内容であるため、大半の病院回答は困難であったことが大きな原因のひとつと考えられる。従って、回答サンプルは長期的な経営戦略を策定している病院に偏っている可能性がある。但し、病院の規制対応においては、規制対応が迅速であるリーダーとその動向を見て同じ行動を取るフォロワーに分かれると考えれば、今次アンケートはリーダーとなりやすい病院のサンプルの可能性が高く、想定されるサンプルバイアスは深刻なものではないと考えられる。しかし、大規模及び公的病院も含んだアンケート調査により更に信頼性の高い調査を行う必要性は依然として残っている。

以 上

謝辞

早稲田大学人間科学学術院 松原由美先生には、アンケート調査の実施につきまして貴重なアドバイスを頂きました。この場をかりて御礼申し上げます。

また、筆者は、1996年から97年にかけて旧通商産業省（現経済産業省）に出向し、中小企業庁金融課で政策融資の担当をしていた。勤務行の人事部は、故吉野昌甫一橋大学名誉教授のゼミ生であったことから、中小企業金融の知識を期待したのかも知れない。しかし、大学時代に勉強していなかった筆者は、そこで村本先生と出会い多くの薫陶を受けた。

病床削減政策はなぜ困難なのか

特に、当時の金融バブル崩壊後の銀行経営について論じた省内会議の帰りに、エレベーターの中で「結局、バブルで銀行の審査能力が落ちたことが問題なんだね」と村本先生に伺ったことは、今でも鮮明に記憶している。この言葉は、その後筆者が銀行員から研究者に転職したり、大学を移った際にも常に心に持っている言葉である。

これまでの村本先生の数々のご指導に感謝し、今後のますますのご活躍をお祈り申し上げます。

参考文献

- 泉田信行 (2003) 「病床の地域配分の実態と病床規制の効果」 泉田信行 季刊社会保障研究 Vol. 39 No. 3 p164-173
- 河口洋行 (2007) 「わが国病院市場の競争形態と病床規制に関する研究－我が国の病院市場における競争促進は「価格低下と品質向上」をもたらすか－」 医療経済フォーラム・ジャパン 第3回医療経済賞受賞論文
- 河口洋行 (2015) 「医療の経済学 (第3版)」 日本評論社
- 郡司篤晃 (1991) 「地域福祉と医療計画」 季刊社会保障研究 Vol. 26 No. 4 p369-384
- 経済産業省 (2001) 「医療問題研究会報告書」 平成 13 年 12 月 p36-43
- 高木安雄 (1995) 「医療計画による医療供給体制の変化と問題点－病床過剰診療圏の変容と一般病院の新規参入に関する研究－」 季刊社会保障研究 Vol. 31 No. 4
- 中泉真樹 (1999) 「医療機関の競争と規制－非営利企業による市場競争と参入規制について」 『医療と社会』 9 (1) P23-45 1999/05 Vol. 9 No. 1 p23-45
- 長谷川俊彦 (1998) 「医療計画の効果と課題」 長谷川敏彦 季刊社会保障研究 Vol. 33 No. 4 p382-391
- 横川正平・二木立 (2010) 「地方分権の進展が医療費適正化計画の療養病床削減に与えた影響に関する研究」 日本医療・病院管理学会誌 Vol. 47 No. 3 p5-12

2005年10月5日

規制変化への病院の対応に関するアンケート調査

(学) 国際医療福祉大学 医療経営管理学科 河口洋行
調査受託機関 (株) 明治安田生活福祉研究所

病院経営はこれまでにない、外部環境の変化に直面しており、今後の規制変化への対応は大変重要な経営課題とされております。特に、現在議論されております「病床規制の見直し」については、地域医療の今後の姿に大きな影響を及ぼす可能性が予想されます。過去にいわゆる「駆け込み増床」が起きたことを見ても、政策を検討する際に、病院経営者の意向を確認することが非常に重要であると考えます。

そこで、本研究では全国の病院経営者に、「仮に病床規制が緩和された場合にどのような経営戦略を選択するか」を、アンケートにて調査することとなりました。このアンケート結果は、学術論文として公表される予定です。また、アンケート調査にご協力頂いた病院には、今後のご参考のために全国集計結果を送付させて頂きたく存じます。

尚、ご回答頂きました内容につきましては、個別の病院名は記号化しデータから特定できない形と致します。当該データは研究目的以外に使用することは一切ございません。

お忙しいところ恐縮ですが、本アンケート調査にご協力頂きますようお願い致します。

☆ご記入の際にご注意頂きたいことについて

- ① 調査票には、2005年10月1日現在でのご記入をお願い致します。
- ② ご記入に際しては、黒または青のボールペンをご使用下さい。
- ③ 調査票は、同封致しました返信用封筒で10月24日(月)までにご返送下さい。
- ④ 調査結果をご希望の場合は調査票末尾の住所欄にご記入をお願い致します。
- ⑤ 分りにくい点、ご不明な点につきましては下記問い合わせ先をお願い致します。

(株) 明治安田生活福祉研究所 (担当；橋詰，檜部，松原)

TEL：03-3283-8303

お問い合わせ先 (月～金 午前9時より午後5時の間) お願い致します

E-mail hashizume@myilw.co.jp

住所 〒100-0005

東京都千代田区丸の内2-6-2 丸の内八重洲ビル2階

設問は全部で 10 問ございます（想定回答時間 約 10 分）

1. 貴院及び 2 次医療圏の属性について（問 1～問 5）

問 1 現在（2005 年 10 月 1 日現在）の病床数をご記入下さい。

病床区分	許可病床数	稼動病床数
合計病床数	床	床
うち、一般病床	床	床
うち、療養病床（医療・介護保険）	床	床
うち、一般・療養以外の病床	床	床

問 2 現在の収益の状況について、選択肢のなかから一つお選び下さい。

- ① 医業利益率が+5% 以上である
- ② 医業利益率が+2% より高く、+5% 未満である
- ③ 医業利益率が-2% 以上、+2% 以下である
- ④ 医業利益率が-2% より低く、-5% 未満である
- ⑤ 医業利益率が-5% 以下である

解答欄

問 3 立地している地域について、選択肢のなかから一つお選び下さい。

- ① 政令指定都市又は東京 23 区に立地している
- ② 県庁所在地（政令指定都市除く）に立地している
- ③ 行政区分としては、「市」に立地している
- ④ 行政区分としては、「町」に立地している
- ⑤ 行政区分としては、「村」に立地している

解答欄

問 4-1 属している 2 次医療圏について、選択肢のなかから一つお選び下さい。

- ① 病床過剰地域である
- ② 病床不足地域である
- ③ 病床の過不足がない地域である

解答欄

4-1

問 4-2 当該 2 次医療圏では、実際に過不足を感じますか（一つ選択）。

- ① 実感では、病床が過剰であると思う
- ② 実感では、丁度良い病床数と思う
- ③ 実感では、病床数は不足していると思う
- ④ 実感では、特定の機能を持った病床が不足していると思う

4-2

問5 病床枠そのものに経済的価値があるとお考えですか（一つ選択）。

- ① 病床枠にはかなりの経済的価値がある
- ② 病床枠に大きな価値はないが、事業継承時に必要である
- ③ 病床枠に大きな価値はないが、拡張や統合のために確保したい
- ④ 病床枠には経済的価値はない
- ⑤ その他（ ）

解答欄

2. 仮に、現在の病床規制が撤廃された場合の貴院の対応について（問6～問8）

問6 規制撤廃により、属する2次医療圏の環境は変化すると思いますか（一つ選択）。

- ① 他産業からの新規参入が相次ぐと思う（新病院の建設など）
- ② 近隣地域の病院が同じ医療圏に参入する又は増床すると思う
- ③ 既に競争は激しく、これ以上激しくならない
- ④ 従来から競争は激しくなく、今後も変化しないであろう
- ⑤ 廃院・減床が増加し、競争は緩やかになるであろう
- ⑥ その他（ ）

解答欄

問7 規制撤廃により、競合する病院が同じ2次医療圏において増加した場合、どのような競争となると思いますか（一つ選択）。

- ① 治療結果などの「品質」の競争となると思う
- ② 立派な病院や快適な病床などの「アメニティ」の競争となると思う
- ③ 患者の費用負担が低いなどの「価格」の競争となると思う
- ④ その他（ ）

解答欄

問8-1 仮に病院同士の競争が激化した場合に、貴院はどのような対応をしますか。

競争に勝つ上で効果が高い順に、選択肢からそれぞれ3つを選んで下さい。

- ① 最新の診断装置や医療機器を導入する
- ② 技術の高い専門医や看護師を確保する
- ③ 患者の利便性向上を行う（待ち時間の短縮や予約制の採用など）
- ④ 立派な病院や快適な病床などに投資する
- ⑤ 医師や看護師の接遇・マナーなどを向上させる
- ⑥ 室料差額などの特定療養費の価格を下げる
- ⑦ ジェネリック使用や検査回数等の見直しで患者負担を抑える
- ⑧ その他（ ）

解答欄 (効果が高い順)	
1位	
2位	
3位	

病床削減政策はなぜ困難なのか

問8-2 仮に病院同士の競争が激化した場合に、貴院はどのような対応をしますか。

実際に実施する可能性が高い順に、選択肢からそれぞれ3つを選んで下さい。

- ① 最新の診断装置や医療機器を導入する
- ② 技術の高い専門医や看護師を確保する
- ③ 患者の利便性向上を行う（待ち時間の短縮や予約制の採用など）
- ④ 立派な病院や快適な病床などに投資する
- ⑤ 医師や看護師の接遇・マナーなどを向上させる
- ⑥ 室料差額などの特定療養費の価格を下げる
- ⑦ ジェネリック使用や検査回数等の見直しで患者負担を抑える
- ⑧ その他（ ）

解答欄 (効果が高い順)	
1位	
2位	
3位	

3. 貴院の病床投資について（問9～問10）

問9 今後5年間に病床投資を実施される予定がありますか。選択肢を一つ選び、投資前後の病床数を下表にご記入下さい（病床規制が撤廃されない場合）。

- ① 一部増床又は新規病院を建設する
- ② 現状の病床数を維持する（変更の予定はない）
- ③ 不稼働病床を返上する
- ④ 病床区分を変更する
- ⑤ 一部減床する
- ⑥ 大幅に減床又は診療所化する
- ⑦ 病院自体を廃止する
- ⑧ その他（ ）

解答欄

病床区分	現在	5年後
一般病床	床	床
療養病床	床	床

問10 仮に、病床規制が撤廃された場合には、今後5年以内に病床投資を実施されますか。選択肢を一つ選び、変更前後の病床数を下表にご記入下さい（病床規制が撤廃された場合）。

- ① 一部増床又は新規病院を建設する
- ② 現状の病床数を維持する（変更の予定はない）
- ③ 不稼働病床を返上する
- ④ 病床区分を変更する
- ⑤ 一部減床する
- ⑥ 大幅に減床又は診療所化する
- ⑦ 病院自体を廃止する
- ⑧ その他（ ）

解答欄

病床区分	現在	5年後
一般病床	床	床
療養病床	床	床

以上で、全ての設問が終了致しました。ご回答ありがとうございました。

アンケートに関する自由なご意見がございましたら下欄にお願い致します。

自由意見欄

また、集計結果の送付をご希望の場合には住所欄にご記入をお願い致します。

貴病院名：
病院住所：