

伊藤・池田・菅家・葛西・村上論文に対するコメント

井深 陽子*¹

多くの医療経済学研究が生み出されるアメリカでは、近年病院の合併による支配力の集中の加速が学問上・政策上の主要な論点の一つとなっている。医療費ベースで約半分を占める市場ベースの民間の医療サービス市場では、病院資本の集中の加速が自由価格下の医療サービスの価格支配力を強めている点が問題視されている。翻って、公的医療制度下の日本では病院の再編・統合が主要な政策上の課題だ。この背後には、地域医療構想の下、地域ごとに医療資源が過不足なく配置されることを目指した医療機関の機能分化・連携を進める流れがある。

日本の医療制度では、各都道府県が策定する医療計画のもと二次医療圏という単位で基準病床数が設定され病床数のコントロールが行われている。二次医療圏とは、一般的な医療が圏内で完結することを目指す一つの地域単位であり、全国で330余り存在する。1985年の第一次医療法改正の際に医療計画が導入され二次医療圏ごとの病床数の規制が始まった。各都道府県は、二次医療圏に必要な病床数を基準病床数として算定し、既存病床数が基準病床数を超えている場合には、新規の参入（開設や増床）は認められないことがある。医療計画は、二次医療圏において必要な病床数を確保し医療資源の地域偏在の是正を目指したものであったが、同時に医療サービス市場における総量規制ともなる。

このように、1985年以降政策の対象は二次医療圏「間」の医療資源の偏在の是正を目指したものであり、二次医療圏「内」で医療資源の分布については、長らくの間政策の対象ではなかった。本論文で対象としている二次医療圏内

の医療資源分布で問題となるのは、その機能である。医療機能とは、具体的には高度急性期、急性期、回復期、慢性期を指す。一つの医療圏内に同一の機能を持つ、類似の医療機関が多数あってもそれら全てが持ちうる力を発揮することは難しい。そこで、各医療機関はそれぞれ機能に特化しつつ地域全体で医療機関同士が連携することで医療を完結できるように仕組みを作ることが求められている。政策上では、2014年の「医療介護総合確保推進法」で地域医療構想が制度として導入され、二次医療圏を基本とする地域単位で医療機能ごとの病床の必要量の推計とそれに基づく調整が行われることとなった。現在、各都道府県は団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて機能別病床数の調整を急いでおり、この中で医療機関の再編・統合も発生する。

本研究の対象である山形県の二次医療圏はそのような機能の再編を目指す重要な地域であり、分析の対象である主要な救急告示三病院のうち、二病院は地域医療連携推進法人の設立により事実上統合されることが予定されている。研究では、医療機関の治療アウトカムの差異を粒度の高いデータを用いて明らかにすることで、医療機関の質の比較を試みる。個別の医療機関の質の比較の研究はそれ自体が稀少であり、重要な学術的・政策的貢献となる。また、多くの場合、統計的手法を用いた検証の対象となるのは、病院の規模や機能および資源投入量を示す「属性」とアウトカムの関係である。一方で、本研究の特徴は、病院属性ではなくより直接的に病院の「個体差」に注目している点に

* 1 慶應義塾大学経済学部教授

ある。二次医療圏内の医療資源利用状況およびアウトカムのデータによる可視化は、圏内の機能再編には重要であり、本研究はその好例となる。

医療の質は、その測り方一つをとっても多くの議論があるが、本研究では質を効果と効率性の両面から評価している。具体的には、(様々な調整を行った上での)死亡率が低いほど、またADLで測った身体的な機能の回復度が高いほど効果の面から優れており、在院日数が短いほどクリニカルパスに基づいた入院治療をより短い期間で実施しているという意味で効率性の高い治療を提供していると考えている。分析の結果は、治療アウトカムに関して、命に関わる

ような深刻な病院間差異はないことを示す一方で、在院日数や退院時ADLには差異があることが示された。本研究で提示されているような医療の質の分析は、各医療機関の強み、そしてそれがあるならば、その相対的な弱みを定量的に浮き彫りにすることで、再編後の病院機能のあり方への重要な基礎資料となるだろう。また、長期的には、本分析で用いられているような適切な統計手法を用いて患者の年齢やリスクを調整した上での「正しい」医療機関の質の可視化は、医療機関、患者の両方に対する情報の透明化を通じ全体的な医療の質の向上へと寄与することが期待される。