

図1 平均在院日数 急性期病床
(OECD27ヶ国1960-94、日本一病院一般病床)

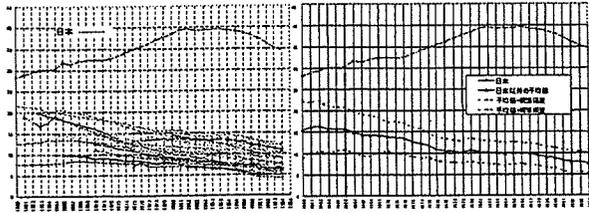
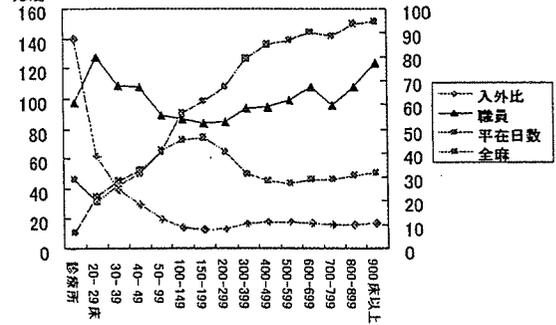


図2 病院機能の規模別分析



1993年医療施設調査並びに病院報告

図3 平均在院日数—一般病床、規模別

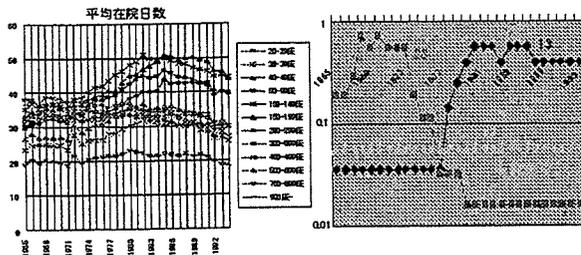


図4 外来入院比—病床規模別、全病院

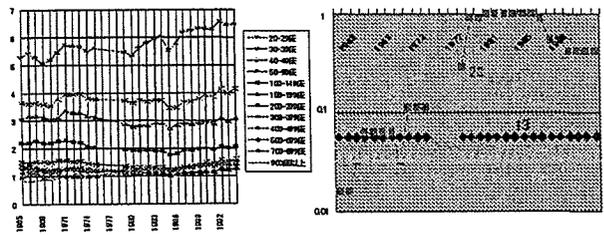


図5 看護部門投入量病床規模別、全病院

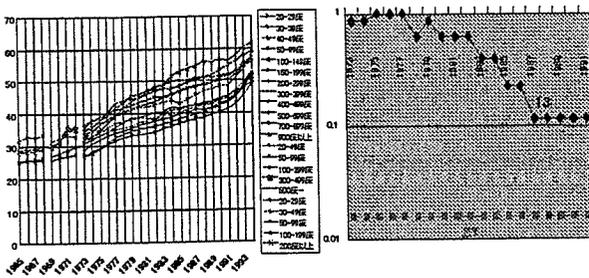


図6 65歳以上人口推移

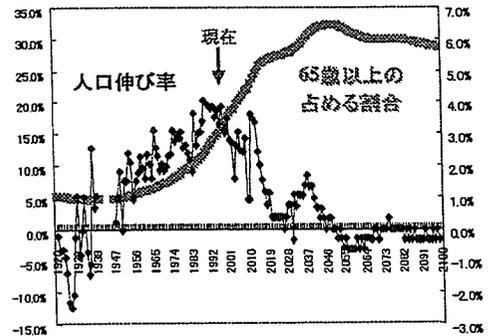


図7 子供と同居する高齢者数

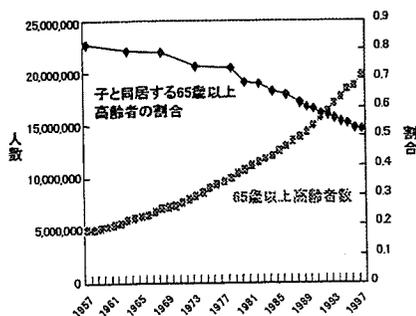


図8 検査技術・診断技術の増え方

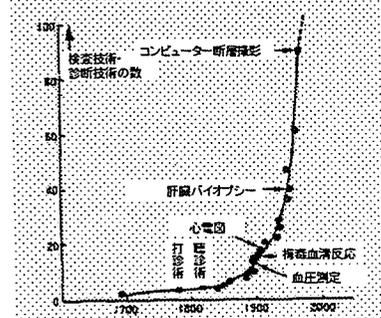
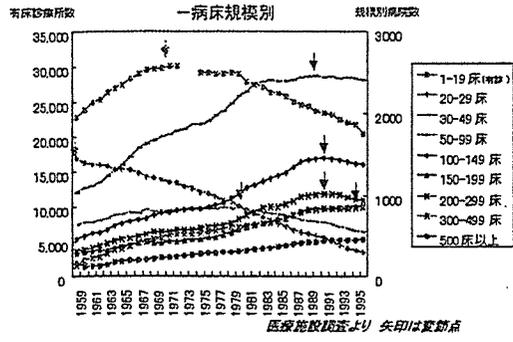


図9 施設数推移



病床規模と病院特性に関する研究—散布図による分析

1. 目的

日本の一般病院の機能特性は病床規模に対応して異なっており、小規模病院では外来患者数が多く、中規模病院では平均在院日数が高く、外来患者数は少なく、職員投入量も低い。さらに大規模病院では平均在院は短く、職員投入量は多く、全身麻酔施行割合が高いことが知られている。このような平均値による横断的な分析から、日本には大規模病院を中心とする急性期型の病院、中規模病院を中心とする長期型の病院、小規模病院を中心とする外来型の病院が存在していることが示唆されてきた。これを検証するには、さらに詳細に個々の病院の機能特性を分析する必要がある。そこで本研究は医療施設調査や病院報告の個票を用い、個々の病院の機能特性を病床規模と対応して分析し、日本の病院には機能特性の異なる病院群が存在することを明らかにしようとするものである（図1）。

2. 方法

1) 変数の抽出

1996年医療施設調査と病院報告から、一般病院並びに診療所の平均在院日数、外来入院比、病床当たり総職員数、一般病床規模数、診療科目数を抽出し、データベース化した。平均在院日数の算出方法は、病院では総在院患者総数を新入院と退院患者回数の平均で割かえたものを用いた。診療所の場合は、調査時点での在院患者数×30日を在院間じゃ総

数とし、9月1ヶ月間の退院患者数で割り返した数を平均在院日数とした。外来入院比は、在院患者延べ数を外来患者延べ数で割り返した。病院の場合は在院延患者数を入院と退院患者数の平均で割り返したものであるが、診療所の場合は調査時点における在院患者×30日を延べ患者総数とし、1ヶ月間の在院患者総数で割り返したものを外来入院比とした。病床当たりの総職員数は従業員票よりすべての職員を足し合わせたものを全病床数で割りかえたものである。

2) 散布図分析

一般病床数をY軸に、各変数をX軸にとり、共に対数軸として、その散布パターンを分析した。診療所と病院に分類し、それらの相関について分析した。さらに急性期病院の中核的存在である総合病院、長期型病院の中核的存在である老人病院、外来型の特徴を持つ外来入院比3.0以上の病院、そしてどれにも属さない未分化なその他の病院の4つに分け、散布図の上にこれらの分類を投影して分析した。

3) 4機能グループの統計的再検定

総合病院、老人病院、外来入院比3.0以上の病院、その他の病院の4病院につき、それぞれが平均在院日数、外来入院比、病床当たり総職員数、一般病床規模数、診療科目数の5変数についてクラシカル・ウォリスの順位和を用いて、ノンパラメトリックの手法による多重比較を行った。有意確率は片側で0.05をとった。

3. 結果

1) 散布図分析

一般病院と有床診療所を合わせてグループ化した散布図によると、平均在院日数、外来入院比、病床当たり総職員数共に、パターンに病院から診療所へ連続性が認められた。平均在院日数は大規模病院で短く、50床から300床の中規模病院で数千日を超える長期で大

大きく広がっており、50床以下になるに従って次第に短くなる傾向が認められた。有床診療所では短いものから長いものまで幅広く分布しているものの、短期のものが高頻度で認められた(図2)。外来入院比は、大規模病院で1前後に収れんしているが、50-300床の中規模病院の間では低いところが多く、パターンとしては出っ張りが認められた。有床診療所では一般に高い値が認められた(図3)。病床当たりの総職員数は大規模病院で高く、中規模病院で幅の広い分布が認められたが、一般に低い傾向があり、有床診療所で再び高くなる傾向が認められた(図4)。

機能特性を代表する4つの病院グループを散布図に投影すると、大規模病院で総合病院が、中規模の平均在院日数が長期の範囲で老人病院が、そして有床診療所からつながる小規模病院に入院外来比3.0以上の病院が認められた。3つの病院の真ん中にどれにも属さない未分化と考えられる病院が散布していることが認められた。パターン分析上は、これら4グループは平均在院日数に関して比較的相互に独立して存在していることが認められた。

2) 4病院群間の統計による多重比較

平均在院日数、外来入院比、病床当たり総職員数、一般病床の規模、診療科目数の5変数につき、これらの値が等分散性を持つかどうかをまず検定し、それによって最適な多重比較の方法を選択した。ルバインの統計量によるf値はどの変数も大きく、有意確率はほぼ0であった。従って、等分散性が存在するという仮説は棄却され、分散分析による検定は適さないことが判明した。そこで、Kruskal Wallisの順位和検定法によるノンパラメトリックの多重比較を行った。4つの病院から二つの病院を抽出し、それぞれの差異を5つの変数について検定した。残差有意確率はいずれに組み合わせにおいても0、ないしほぼ0であったが、唯一外来入院比3.0以上の病院と総合病院の比較で、平均在院日数の変数の場合のみ、0.033799と認められ、4グループの片側有意確率0.05の場合、4分の0.05125以下でなければならず、この場合の相違の仮説を棄却することはできなかった(表1、表2)。

4. 考察

個別の施設の特性を示す散布図分析によると、既に公表されている平均値データを用いた分析結果と類似のパターンが認められた。例えば平均在院日数では中規模病院で長く、小規模と大規模で下がる、ベル型の形態を示したが、個別データによる散布図でも中規模で長期の平均在院日数を持つ施設が認められた。しかし分布としては短期にも存在し、平均はこの長期の施設が値を引き上げていることが判明した。外来入院比も同様に、既に公表された平均値を用いた分析では中規模病院で下がっており、小規模病院で極めて高く、大規模で1-2に復帰することが判明していたが、散布図分析でも同様の傾向がみられ、中規模で外来機能が低いことが判明した。しかし、大規模病院と同様の外来入院比を示す病院も多数存在しており、中規模病院においては平均在院日数と合わせて急性期的な病院が一部存在していることが判明した。そこでさらにこれらの各施設を検討するために、病院の急性期、長期、外来等の、病院の機能特性をあらわす病院グループを選定し、散布図に投影した結果、一部重なりが認められるものの、全体として大規模にある急性期、平均在院日数が長いほうにある長期、そして病床規模の少ない外来の病院が、3つの極をなすことが示された。統計的な多重比較によっても、病院機能特性を代表する5つの変数、平均在院日数、外来入院比、病床当たり総職員数、一般病床規模数、診療科目数それぞれが、平均在院日数の一部を除いて基本的に4つの病院ごとに分けられることが判明した。

以上の分析から、日本の病院は単に急性期病院のみならず様々な機能を持つサブグループの病院から構成されており、病院を分析する際にこれらのグループを考慮しないことは誤った結論を導く危険性をはらんでいることがわかった。またかなりの病院ではこれらのどの属性にも属さず、未分化な機能特性を有する群が存在することも同時に判明した。これらの群の存在は研究の際に考慮することが必要なだけでなく、日本の今後の医療供給体制に関する政策や病院経営を考える場合にも極めて重要であると考えられる。

有床診療所の平均在院日数と外来入院比は在院患者延べ数を1時点での入院患者から推計していること、並びに分母を新入院と退院の回数の平均で割り返すのではなく、退院のみで割り返し、しかもそれが9月1カ月分にすぎないということ、かつ一般の病床数が少なく退院患者の回数自身も極めて少ないといったことから、ランダムな誤差が生じやすい。従って今回の散布図でも診療所は広い分布を示しているが、それが真の分布であるのか、それとも統計的なサンプル上のバラツキによる分布の拡大なのかはこの時点では同定しがたい。事実、病床当たりの職員投入量については統計的ランダムなバラツキによる影響はほとんど考えられず、分布も病院と比べてそれほど広がってはいない。有床診療所の特性を分析するのは、上記のような限界があり、傾向を追うにとどめることが望ましいと考えられる。

5. 結論

散布図分析や統計的手法により、日本の病院の機能特性に対応したサブグループの存在を検証した。病床規模別の平均値データによって示唆されていた急性期、長期、外来型の病院は個々の施設特性を有するデータを用いた今回の分析でも存在が証明された。高機能病院は先行研究が示唆するように、大規模に多く、長期型の病院は中規模に多く、外来型の病院は小規模に多いことが認められた。しかし、それぞれのグループは分布を有し、一律に病床規模のみで明確な分類が可能というわけではなかった。従って更に、診療特性を勘案した分析が必要である。今後の病院経営や政策決定にはこれらのサブグループの存在を考慮して検討されねばならない。

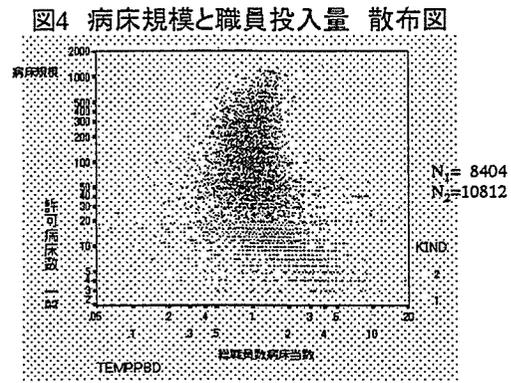
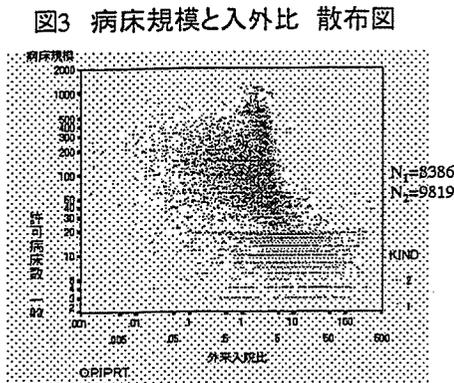
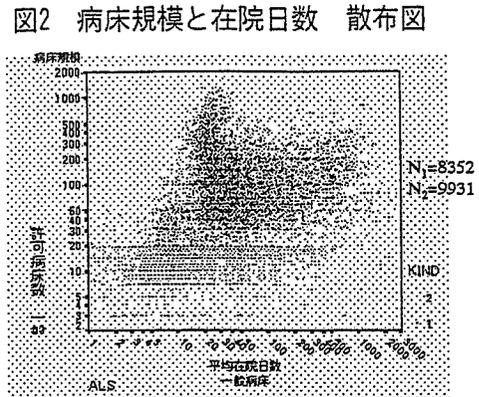
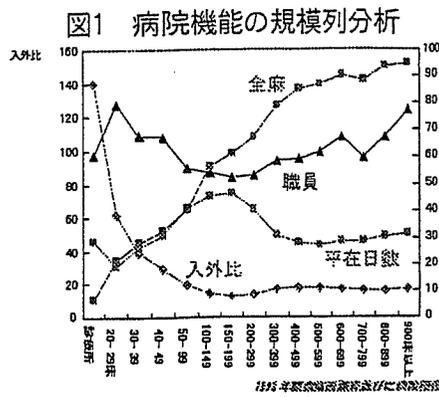


表1 ノンパラメトリックの多重比較-Kruskal-Wallisの順位和

	ALSGEN	OPIPRATE	TEMPPBD	BDNOGN	DEPTNO	
漸近有意確率(両側)	0	0	0	0	0.00336	12 老人病院
漸近有意確率(両側)	0	0	0	0	0	13 入外比3以上の病院
漸近有意確率(両側)	0	0	0	0	0	14 総合病院
漸近有意確率(両側)	0.033799	0	0	0	0	23 その他の病院
漸近有意確率(両側)	0	0	0	0	0	24
漸近有意確率(両側)	0	0	0	0	0	34

表2 等分散性の検定-ルビーの統計量

等分散性の検定				
	Levene 統計量	自由度1	自由度2	有意確率
平均在院日数	48.040341	3	8348	0
外来入院比	28.432684	3	8382	0
病床当総職員数	133.90689	3	8400	0
一般病床規模	700.92659	3	8402	0
診療科目数	23.270419	3	8402	0

クラスター分析による一般病院の機能別分類に関する研究

1. 目的

規模別、時系列分析により日本の一般病院は機能別に急性期型、長期型、外来型と3つに分類することができ、さらに未分化を加えて4つのグループが存在することが、先行研究により明らかとなっている。そこで、統計的手法を用いて、現時点での横断的な病院機能に基づいて、一般病院を4グループに分類し、それぞれのグループの特性を比較分析した。

2. 方法

1) データの抽出

1996年の医療施設調査と病院報告の個票を用い、「全病床当たり全職員数」「一般病床の平均在院日数」「全病院の外来入院比」及び「一般病床数と病院当たり診療科目数」

2) 正規性の検定

これらの5変数を対数に変換し、Komogorof-Smirnof法により正規性を分析した。

3) 主成分分析

5変数の対数値を用いて、主成分分析を行い、5変数間の関係について検討した。

4) クラスタ分析

主成分分析によってえられた主成分を変数として用い、Kmeans法により4つのクラス

ターに分類した。

3. 結果

1) 正規性の検定

いずれの変数も有意に正規性を示した。

2) 主成分分析

主成分分析によると二つの主成分が抽出され（表 1）、負荷平方の因子抽出は二つの主成分で、75.4%であった。成分行列の分析によると、第 1 主成分は外来入院比で 0.905 でもっとも高く、次いで総職員投入量 0.704 であり、平均在院日数は -0.882 を示し、これらの 3 つが主な成分であると考えられた。第 2 主成分では、一般病床の数が最も高く、0.906、次いで診療科目数が 0.859 で、これら二つが主な成分と考えられた。らい療養所を除く 8406 の一般病院のうち、欠損値が 92 存在し、8314 であった（図 1、表 2）。

3) クラスタ分析

分析結果としては第 2 主成分の点数の多い 2134 のケース、第 2 主成分の負の方向の点数の高い 1822 のケース、さらに第 1 主成分の負の点数の高い 1380 のケース、1, 2 主成分とも明確な点数を肩入れを示さない 2978 のケースと、92 の欠損値に分類された。

4) グループごと各種機能の分析

2134 からなる第 1 グループは平均在院日数が 34.8 日、入院外来比が 1.88、投入職員量が 1.28、平均診療科数が 14.8、平均総病床数が 351 と、急性期の大規模病院を中心とするグループである。第 2 の 1822 からなるグループは平均在院日数が 52.5、外来入院比が 13.8、職員投入量が 1.61、診療科数は 3.7、総病床数は 46.0 と小規模の外来型のグループと考えられる。第 3 の 1380 からなるグループは平均在院日数が 557.1、外来入院比が 0.29、職員投入量が 0.85、診療科数が 5.2、総病床数が 88.4 と長期療養型を中心とするグループであ

ることがわかる。残りの 2978 の病院は平均在院日数が 51.4、外来入院比が 2.1、職員投入量が 1.27 と機能的に未分化な状態を示している (表 3)。

全身麻酔件数は第 1 グループで、月間 65 であるのに対して、0.3 から 6.6 と数例にとどまっている。

がんの手術も第 1 グループは月間 12.8 例に対して、他のグループは 1 例以下となっている。

CT の病院当たりの整備台数をみると、第 1 グループでは 1.26 台所有しているのに対し、残りの病院では 0.38 から 0.84 と低い。

この 4 つのグループを急性期の高機能を有する一般で考えられる総合病院、外来入院比 2.5 以上の病院、老人病院、残りの病院の 4 グループとクロスすると、総合病院はほとんどこの第 1 グループに属し、その約半数を占めている。老人病院は様々なグループに分散しているが、主として第 3 グループ、すなわち長期療養型のグループで約半数、858 が第 3 グループに属する。入院外来比が 2.5 以上の病院は、1497 のうち 916 まで、すなわち 3 分の 2 が第 2 グループ外来型に属している (表 4)。

4. 考察

これまでの病院規模との分析や、時系列分析、さらには単純な散布図の分析により日本の病院が 3 つの種類と急性期、長期、外来型、さらには未分化の 4 つのグループに分かれることが示されてきた (図 1~3)。今回 1 時点での横断的個票を用いた統計的分析においても、病院の機能として 4 つのグループが存在することが確認された。急性期の機能を持つ病院は地域中核的な機能を有する総合病院以外に、さらに約 1000 の病院が存在し、例えば専門病院であるとか、中型の比較的総合的な機能を有する病院の存在が想定される。約 1800 の外来型の病院は完全に重ならないものの、外来入院比が 2.5 以上の病院機能と類似してお

り、一つの極をなすと考えられる。約 1300 の長期型の病院は 1600 の老人病院に比すると数が少ない。しかも老人病院の平均在院日数 283.6 日より、約 2 倍の平均在院日数を有し、長期型の病院の中でも一つの下位のサブグループを形成していると考えられる。長期型の病院には老人病院の属さないが、重症心身障害者を扱う施設のごとく、平均在院日数が十数年に及ぶ施設も存在し、少数であってもこれらのはずれ値的な施設がグループの中心を、平均在院日数の長いほうに引っ張っていると考えることができる。一方、老人病院の中には在宅支援の機能を中心とするものもあり、これらは平均在院日数も短い。これらの病院はこのクラスター分析による長期型の病院が、平均在院日数が長いほうに引きずられているために、未分化のほうに分類される可能性が考えられる。未分化の病院数は 4006 であるのに対し、今回のクラスターによる未分化グループは 2978 と約 1000 の差であった。これは急性期グループの数が従来の方法よりも約 1000 多いことから考えると、その分少なく分類されていると考えられる。従来の 4 分類と、このたびの 4 分類は詳細にわたって検討すると、整合性が高いと考えられる。

5. 結論

これまで規模数や時系列によって分析してきた機能別病院分類を、ある 1 時点における病院機能を用いた統計的分類で用いても、同様のグループが認められた。約 8000 の一般病院のうち、統計的分類によると、約 2000 の急性期病院、約 1400 の長期療養型病院、約 2800 の外来型の病院、約 3000 の未分化病院であった。日本の病院は、急性期のみならず少なくとも二つ、及び未分化の病院機能から成り立っていることが判明した。

表 1

説明された合計分散						
	初期の固有値			負荷平方和の因子抽出		
Component	合計	変数の %	累積 %	合計	変数の %	累積 %
1	2.189209	43.78418607	43.78419	2.189209	43.78419	43.7841861
2	1.584545	31.6908928	75.47508	1.584545	31.69089	75.4750789
3	0.648379	12.96758992	88.44267			
4	0.395292	7.905842086	96.34851			
5	0.182574	3.651489121	100			

表 2

成分行列	成分	
	1	2
LNALSGN	-0.88913	0.012945984
LNOIPRT	0.892647	-0.21852301
LNDEPTNO	0.312567	0.838896268
LNBDNOGN	-0.05982	0.912620186
LNTEMPPB	0.707502	-0.00147806

因子抽出法: 主成分分析

表 3

QCL_1		ALSGEN	BDNOGN	GANAE	TEMPBOK	OIPRATE	DEPTNO
3	平均値	31.59976	303.5252	0.946144	1.13298108	1.997387	14.48169
1	平均値	28.82408	43.92763	0.434865	1.43652808	15.88693	4.350535
2	平均値	525.5987	151.3557	0.103191	0.71539907	0.302495	5.43924
4	平均値	67.77449	85.62231	0.44217	0.96186432	1.88769	6.607984
合計	平均値	131.3445	150.131	0.52141	1.05668744	4.313046	8.167549

表 4

	1	2	3	4	
3	155	99	1148	919	2321
1	54	1059	1	475	1589
2	872	2	3	596	1473
4	564	337	14	2016	2931
	1645	1497	1166	4006	8314

図1 平均在院日数と病床規模の相関

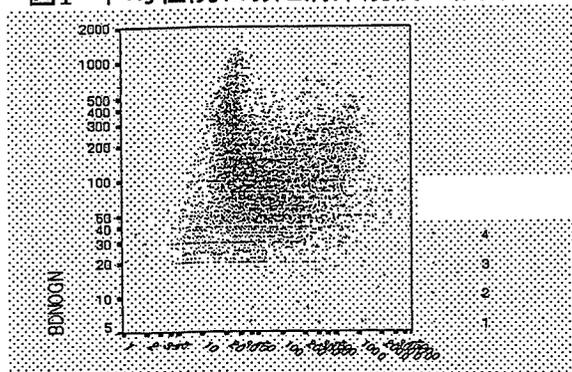


図2 外入比と病床規模の相関

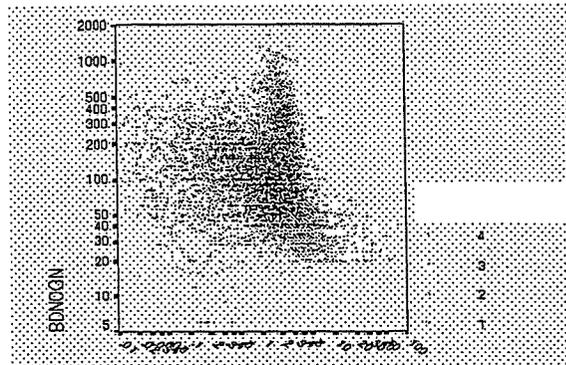
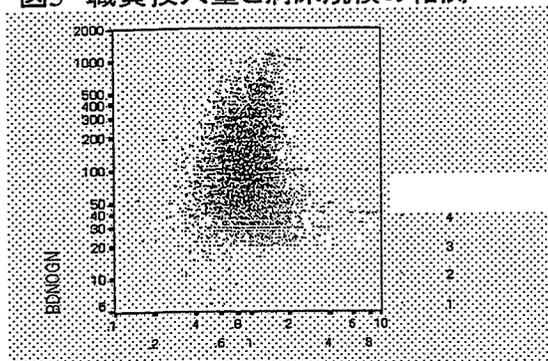


図3 職員投入量と病床規模の相関



経営戦略ドメインから見た病院機能

I. サービス商品の特性分析

1. 「1つの医療」から「4つの医療」へ

特に高齢化は医療のあり方も大きく変える（図1）。

若年者の場合、疾患のほとんどが急性で、治療後は自立した生活に復帰できる。医療需要としては、短期に大量の資源を使い、積極的な治療法によって完結する「急性期治療」（acute care）が中心である。人が高齢化すると量的に疾患が増えるのみならず、質的にも多様な需要を生む。疾病の進行にたどってみると、高血圧や糖尿病等慢性疾患では、続いて引き起こされる脳卒中等の重篤な合併症を発症すると前述の「急性期医療」、脳卒中後では障害を抱えながら介護を必要とし、同時に高血圧等の慢性疾患を治療する「長期ケア」（long term care）、そして最後に癌の末期のごとく不治の疾患を抱えて死に至る「末期ケア」（terminal care）が必要になる。かつて「1種類」であった医療需要も「4種類」と多様化している（図2）。

1) 予防的治療

予防には降圧剤やインシュリンのような薬物を臨床的に用いる「薬物的予防法」があるほか、もともとの原因である生活習慣自身を指導によって改善を試みる「非薬物的予防法」がある。今後、この指導に医師や医療機関の果たす役割は大きい。これまでの関係の少なかった、フィットネスクラブ、クアハウス、健康増進施設、栄養、肥満、禁煙等の教室が医療機関と連携する必要性が生まれている。人間ドック、職場・地域検診などのスクリーニ

ングによる早期発見、早期治療も予防として重要である。病気を未然に防ぐことはすべての人々の願いであり、社会にとっても有益、今後重要かつ増大する需要である（図3）。

2) 急性期医療

今日までの「医療需要の中心」にすえられてきたのが、急性期医療であった。今後も続く技術革新、患者の要求に対応し病院も新しい技術を蓄え質を高めねばならない。ただ、ICUのスパゲッティ症候群（人工呼吸器、点滴管、たくさんの管が使われている状態を皮肉ったもの）に象徴されるごとく、その過剰な適応が問題となっている。

3) 長期ケア

社会の高齢化が進むに連れて、この需要は急増する。慢性疾患と障害を同時に抱え、死ぬまで長期に医療と介護を必要とする需要を長期ケアと呼び、寝たきりや痴呆老人がその典型例である（図4）。長期ケアの需要は予防・治療・介護のケアが混在し、時々刻々変化するので、老人「個人の継続的追跡」、「必要とされる需要の判断」「保健・医療・福祉の各資源との調整」、すなわちケアマネジメントを必要とし、チームとして医療福祉のみならず時に心理、建築、教育、労働の専門科の知恵をも必要とする（図5）。

この需要には、生活の質（QOL）からみて在宅ケアが理想である。しかし在宅ケアには、介護人、福祉器具、デイケア等の十分な介護力が必要でかつ訪問看護、通所リハビリ、緊急入院システム等の在宅の医療が充実していなければ可能ではない。でなければ特養、老人保健施設、長期療養型病床での収容とならざるをえない。地域の在院ケアについて病院は戦略的有利な位置にある。患者は必ず病院から地域に帰り、急性増悪すれば入院し、病院はケアの入口と出口に位置している。また在宅医療の諸資源、即ち訪問のための看護婦、OT、PT、往診のための医師が病院には確保されている。従って、それ故に福祉や保健のシステムと連携し、地域での在宅ケアシステムの一端を担って機能すべき負担を負っている。

4) 末期ケア

現代医学では、すべての疾患を治すことはできない。不治の疾患の死に至る過程での医療の需要は「疼痛の軽減や精神的支援」によってそのQOLをいかに高いものにするかである。方法、環境は、急性期医療に代表される従来の医療需要とはまったく異なったものである。

2. 継続的ケア需要の発生

若年者の急性疾患の需要は、ランダムに発生し、疾病発症のエピソード毎に、治療が完結すれば、需要は消滅する。しかし、高齢者の慢性疾患では医療需要は切れない。予防的治療においては患者は長期に継続的に追跡され、長期ケアの段階までに到達すると、疾病のエピソード毎に急性期、回復期、安定期、終末期と異なった医療需要が一人の中で変化しながら継続する（図6）。供給体制をこのような需要に対応して再構築するには、異なった需要に対応する特化した供給体制を組み合わせ、全体としてすべての需要に対応できる連携型の包括的供給ネットワーク体制が必要である（図7）。

II. 企業ドメインから見た病院機能

観点を変え、経営戦略から病院機能を考察してみる。

1. 戦略3レベル

経営の戦略には3つの領域、主要なドメインを決定する企業戦略、具体的な事業や商品を決める事業戦略、そしてこれらを推進するための人事・財務・購入等のロジスティクスを推進するための機能戦略の3レベルからなるとされている（図1）。

1) 企業戦略

まず企業戦略では、現在考えられる大中小の規模、あるいは専門性、総合性、長期性の3グループから勘案した9つのグループから選ぶこととなる。また、保健福祉医療のケアの

一貫性という観点からは、これらの施設のどの部分を自ら所有し、どの部分を外部と連携していくかを選択する必要がある（図9）。

2) 事業戦略

ついで、事業戦略としては、前述のPPM分析等によって、関連施設や診療科、さらには医療機器、医療技術を選択することとなる。

3) 機能戦略

機能戦略については、人材・資金・材料等の戦略の決定となる。

2. 戦略ドメインの選択

現実の戦略選択の過程では具体的に経営の指標ドメインや商品の選択を行う（図1）。

まず病院の場合は、規模と専門性の二つのマトリックスを描くと、大中小規模と専門・総合・長期という3×3の9つのドメインが成立する。大型の専門病院はがんセンターや小児センターで、通常は公的病院で赤字のところが多い。中規模、すなわち50-300床までの専門病院は極めてまれといえよう。専門病院は多くの場合、50床以下の小規模病院であり、数百から1000弱存在すると考えられる。総合的大規模病院はかつての総合病院であり、地域中核的機能を持ち、大半は公的病院であり、約1000前後、日本には存在する。中規模総合病院は地方では急性期病院が多いが、通常はケアミックスの長期ケアに傾いた機能を持つ病院が多い。小規模病院は特徴がなく、プライマリケアの診療所とあまり変わらない。長期ケアは通常中規模病院が多く、在宅支援等、比較的外来も診療するところから、収容に特化した福祉施設的機能を持つ病院まで、幅の広いスペクトラムを持つ。これらの病院は大半が民間病院である。この9つのドメインは極めて存在数の少ないものもあり、精神病院や感染症病院を加えるとプラスアルファのドメインの可能性も持っている。

図1

疾病の自然史からみた診療サービス

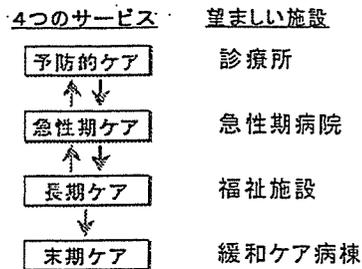


図2 疾病の自然史にそった医療（ケア）

種類	予防的ケア 英訳Preventive Care	急性期ケア 英訳Acute Care	長期ケア 英訳Long term care	末期ケア 英訳Terminal Care
目的	重篤合併症を予防するための疾病（状態）の診療	資源を投入することにより比較的短期に問題を解決する医療	病と障害を抱え、医療と介護を要し通常死ぬまで続く多面的ケア	不治の疾病に対し疾病の治癒を目的とするのではなく、高い質の人生の完成に向け支援（心理や疼痛）する医療
例	高血圧、糖尿病、脂質異常症、骨粗鬆症、慢性腎臓病	がん手術療法、虚血性心疾患、脳卒中手術	老人性痴呆、震たきり、パーキンソン病、大腿頭部骨折	がん末期医療、神経変性疾患治療、エイズ末期治療

図3 循環器病の自然史

図3

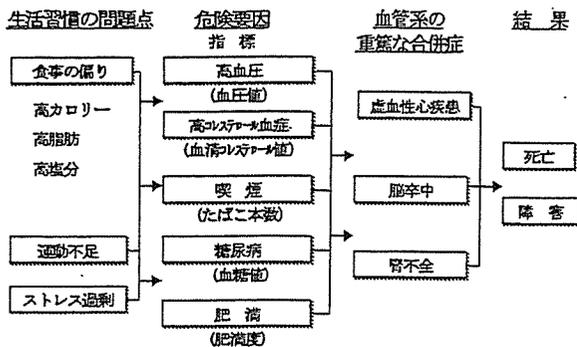


図4

障害老人に必要な医療及び介護機能

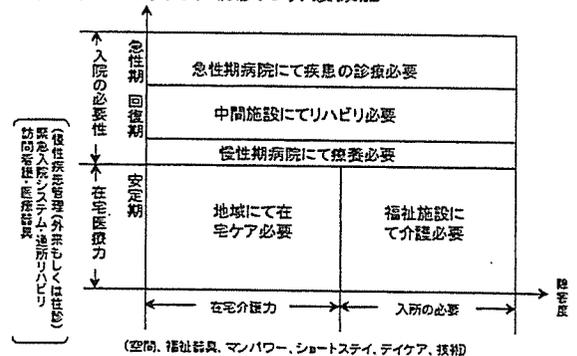


図5

目的の転換

項目	医療モデル	生活(QOL)モデル
目的	疾病の治癒・救命	生活の質(QOL)の向上
目標	健康	自立
主たるケア	疾患 (生理的正常の維持)	障害 (日常生活動作能ADLの維持)
主たる場所	病院 (施設)	社会 (生活)
チーム	医療従事者 (命令)	異業種 (協力)

図6

長期ケアに至る過程(老人個人に着目して)

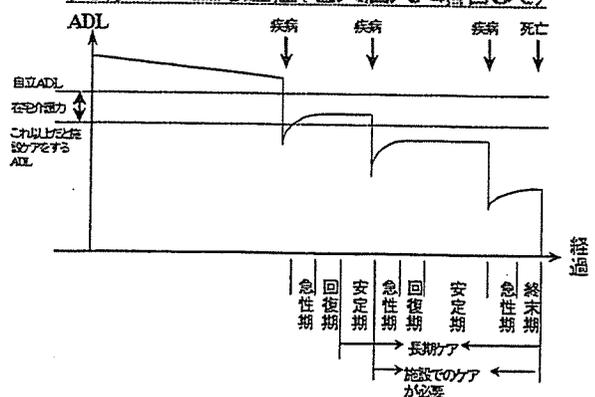
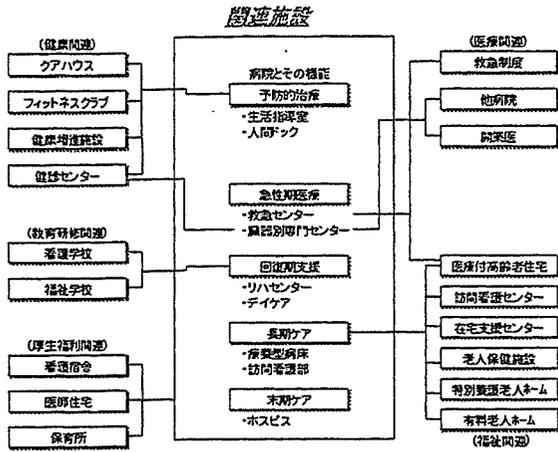


図 7



戦略3レベル

- 企業戦略** 主要・事業領域 (domain) 事業多角化や縮少の決定
- 事業戦略** 個別事業 (portfolio) の選択 販売商品の決定
- 機能戦略** 各事業のための機能推進の戦略 人事、購入、マーケティング

医療の商品グループ

経過	必要とするサービス	受け皿	主な財源	傾向
不調	健康相談	家族友人	市場・税	多
		薬局 対象、まじない		
軽症	プライマリケア	診療所	保険	減
重症	2・3次医療	病院	保険	増
障害	リハビリ、長期ケア	中間施設、福祉施設	保険・税	増
死	末期ケア	緩和ケア施設	保険	増

企業戦略ドメイン

