

いのである。

しかし、医療連携には病院経営者はもちろん、院内の技術職・事務職、院外では開業医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、介護事業所など多様な人々がかかわってくる。さらに、地域医療計画との整合性から行政もステークホルダーとして加わってくるとなると、非常に積みどころのない取り組みに映る。地域の医療資源を有効に使い、最良のアウトカムを出していくには、院内外の関連スタッフをまとめ、かつ行政サイドとの調整を図れる、一本筋の通った「共通言語」が不可欠だ。その共通言語となりうる概念が、「クラスター」である。

クラスターとは、疾病名や治療法を基盤に、組織・地域横断的に類似あるいは同様の資源を共有して共通のアウトカムを目指す各医療機関のグループのことを言う。DRG（Diagnosis Related Group：疾患別関連群）の地域版を考えていただければイメージしやすい。地域でそれぞれ異なる疾病特性や医療資源を踏まえ、院内組織や連携体制を再構築し、必要なマンパワーやその他の資源を配分・投入していく際の、経営戦略を形づけるうえでの一つのプロセス概念と言える。

医療機関個々の「経営戦略」とは本来、自己の存在を目指すものである。医療連携においても「自院のドクターの負担軽減のために外来患者を減らす」といった程度の動機で行われていることが少なくない。地域の医療資源を有効に活用していくという視点より、まず自院の死活が最優先されるのは医業を生業としている限りは当然であろう。そもそも行政計画である地域医療計画が疾患別のネットワーク構築の推進を方針として掲げること自体、個々の医療機関からしてみれば“大きなお世話”であり、場合によっては自院の経営戦略を立てる際の制約となりかねない。

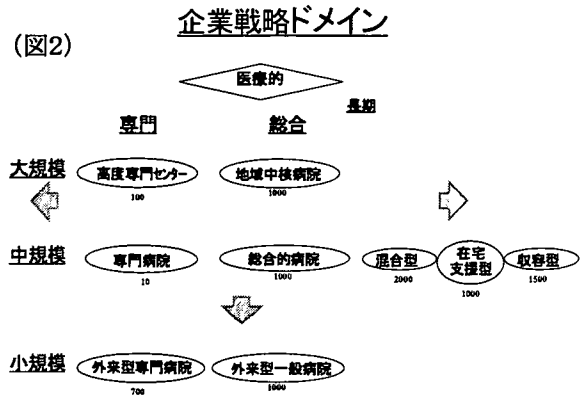
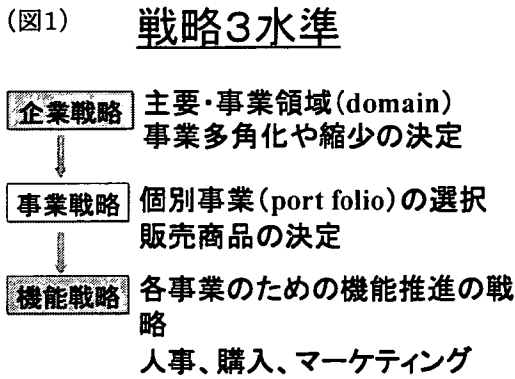
しかし、地域ごとにアウトカムが評価され、それが医療機関の経営収支に直結するようになれば、経営戦略上からも地域医療計画を無視できなくなる。むしろ積極的に経営戦略と地域医療計画の融合を考えざるを得ないであろう。他方、地域医療計画を策定する行政サイドも疾患別のネットワークの構築には、地域の主要医療機関の協力は不可欠である。クラスターは、医療機関と行政サイドがお互いに歩み寄るプラットフォームであり、利害のズレが生じやすい「経営戦略」と「行政計画」をすり合わせ、共通のベクトルを見いだすツールとして有用なのである。例えば、地域で不足している小児科や産婦人科などの機能を特定の病院に集約していこうとする傾向があるが、クラスターはその動きを加速させていくのに打ってつけの概念と言えよう。行政と医療現場のミスマッチを解消しながら、方や地域医療計画、方や経営戦略の観点から、地域医療資源の効率的な運用を図れるわけである。なお、クラスターは医療機関においては技術職と事務職の共通言語として、院内の限られたリソースを適切に配分していくマネジメントツールにもなりうる。

2) 病院経営戦略からみたクラスター

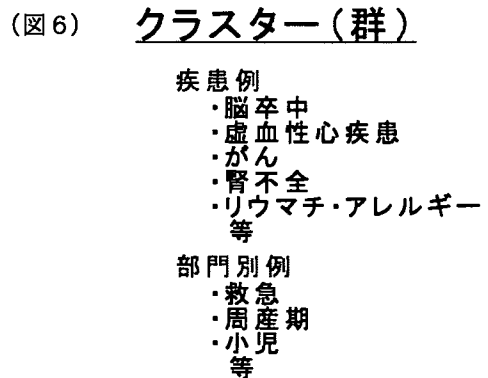
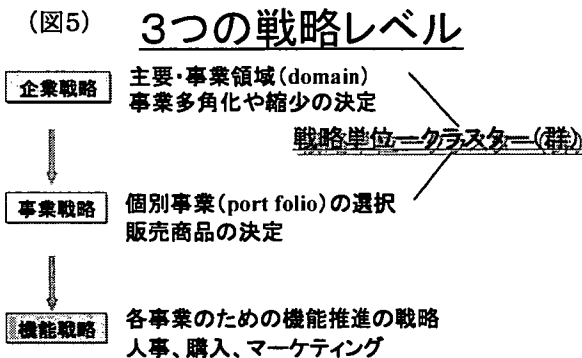
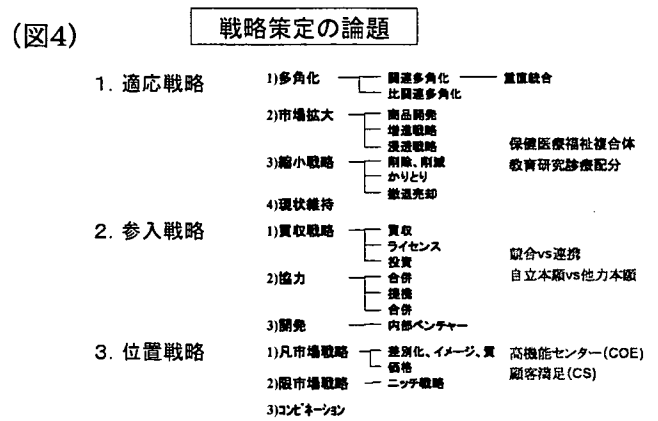
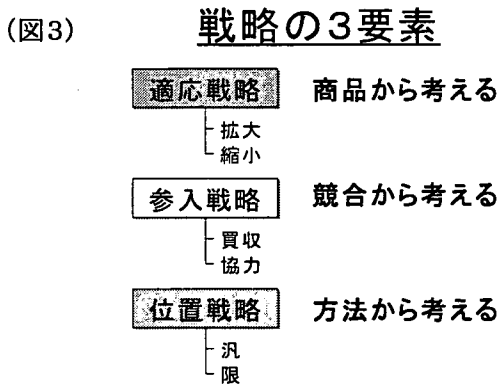
① 経営戦略の考え方

一般に組織の経営戦略を考えるに当たっては3つの水準が考えられる。まずその組織の企業戦略、すなわち主要な事業領域を同定し、ついで「事業戦略」、即ち商品のポートフォリオの種類を選択することとなっている。そしてその生産を支えるための「機能戦略」つまりロジスティ

ックの戦略を策定することが求められている（図1）。病院の場合には、急性期ケアや長期ケア等、診療機能の大きなドメインを選択し、具体的な診療行為を選択するステップとなる（図2）。



ついで市場との関係で3要素を考える必要があるとされている（図3）。まず「適応戦略」として、事業のドメインを多角化するか拡大するか、すなわち水平や垂直拡張、川下、川上の商品に拡張するかを課題を考える（図4）。ついで「参入戦略」、他の組織との関係を考え、連携共同するか、買収するか、あるいは自ら機能を拡大するかを選択となる。最後に「位置戦略」、即ち市場での競合方法の検討である価格が質の差別化、ニッチをねらうか、医療の場合は公定価格なので、一般に（Center of Excellence）顧客満足（CS）などを選択されることが多い。



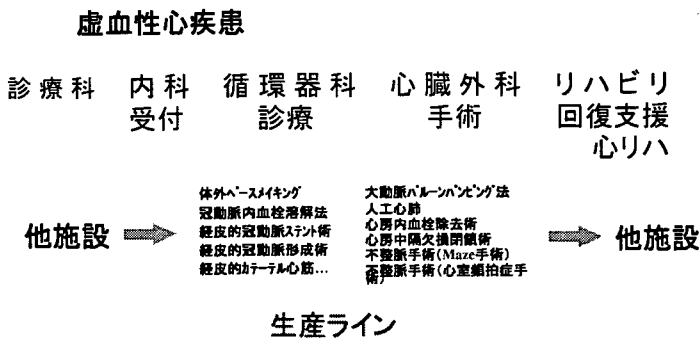
クラスターは院外からやって来た後、院内で単一の部門や単一の診療科で完結しない場合に有用な概念となる。例えば、医療施設を訪れて、急性心筋梗塞の場合、救急部門を訪れ、必要であればICUに入り、さらに循環器内科でPTCAが試みられて、心臓外科で冠動脈バイパス術が適応となり、術後リハ科で心臓リハを受けて違う施設で紹介される(図7)。患者を中心に考えると、患者ごとに使われた共通の資源グループが同定され、使われた資源とその結果を経営的に把握することが可能となる。ゆるやかな概念なので、クラスター内には、難易度が高く、多くの特殊な資源を要する診療機能、すなわち3次医療から、比較的容易で特殊な資源も要さず、難易度も高くない機能、2次機能などを含む。一般に医療機能は高度医療を支えるにあたっては、裾野が広い2次機能の上に3次が設立されることが原則となっているので、クラスターは裾野を持っていることとなる(図8)。また一般にクラスターごとに類似の地域連携が成立しえ、前方連携の医療施設や後方連携の施設を想定しやすい。

3) 地域から見たクラスター

地域全体の医療施設の、先ほどの病院経営の視点から見たクラスター概念では地域ではそれぞれの役割分担と、連携の形態として浮かびあがる。

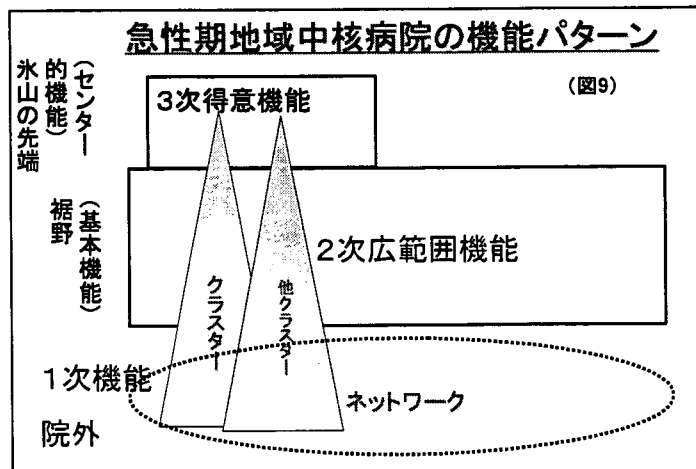
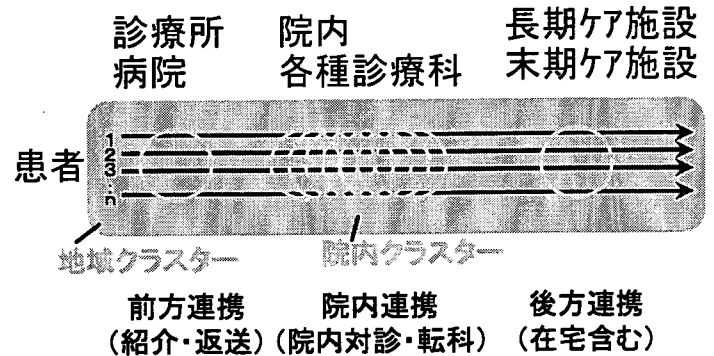
(図7)

クラスター例



(図8)

連携鎖(チェーン)



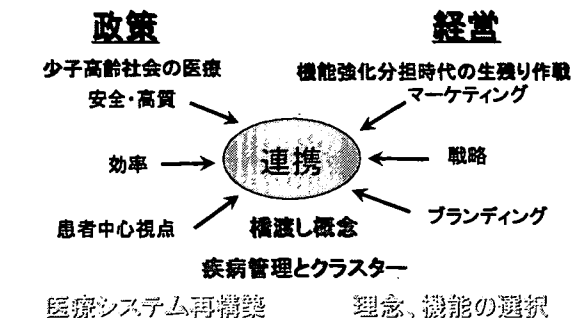
クラスターとその特徴

疾病系	クラスター	前方連携	院内連携			後方連携	
		診療所	救急	急性期	慢性期	回復期	末期
疾病系	母子	(NICU、他)	○	○			
	呼吸器	(喘息・COPD)	○	○	△		
	感染症	(肺炎・呼吸器)					
	外傷	(頭部・骨折)		○	○		
	消化器	(内視鏡・画像・肝)			○		
	内分泌	(肥満・糖尿病)	○			○	
	がん	消化器系(食道・胃・肝臓含む)	○				
		呼吸器系	○				
		婦人科系	○				
		泌尿器科系	○				
		脳神経系	○				
	婦人科	(更年期障害中心)	○				
	泌尿器		△		○	○	
	心	(救急・開心・PTCA)	△	○	○	○	
	脳卒中						○
	筋骨格	(腰痛・リウマチ)	△		○		
	精神	(うつ・合併症)	○			○	○
	感覚器	(目・耳)	○		○	○	
政策系	安全安心	感染症(伝染病)		○			○
		災害(小児・産科)		○			
	支援公平	僻地	○	○			
		難病(神経・自己免疫疾患)					○
		精神(救急・施設)		○			

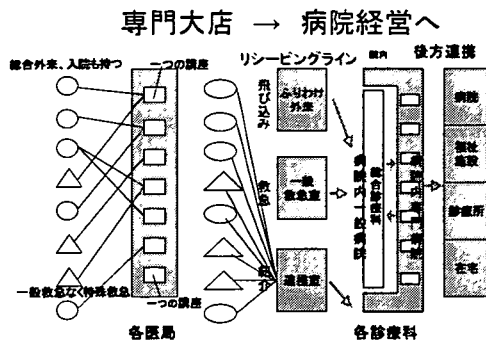
年齢階級別クラスター別入院回数(万回)

	0-	15-	45-	65-	75-	85-	全年齢
母子	25.5	136.4	1.0	0.4	0.2	1.3	164.8
婦人科	0.2	7.8	2.2	0.9	0.3	0.1	11.5
感染症	24.9	23.3	16.6	13.7	17.5	13.5	109.6
呼吸器	23.0	12.7	8.3	8.8	10.9	6.3	69.9
外傷	8.5	37.3	28.6	19.3	21.6	14.1	129.3
精神	5.1	24.8	23.8	13.3	12.3	6.0	85.3
消化器	8.1	30.5	41.0	27.5	22.7	10.4	140.3
内分泌	2.5	7.7	16.5	12.6	10.2	4.9	54.3
筋骨格	4.4	15.1	20.2	16.1	14.7	6.8	77.0
泌尿器	2.8	10.0	17.5	14.7	12.8	5.7	63.4
感覚器	1.3	3.8	12.8	19.6	20.5	5.0	63.0
がん	2.4	22.4	77.4	66.8	43.5	12.1	224.6
心	1.0	6.7	30.7	31.9	29.5	15.5	115.3
脳卒中	0.2	1.8	15.5	20.0	23.1	14.4	75.1
他	9.5	12.5	19.5	9.5	9.3	5.3	65.7
合計	119.5	352.7	331.4	275.2	249.1	121.1	1449.2

患者調査退院票2002



© T.Hasegawa
MCS, Japan



6. 病院管理から医療マネジメントへ

医療システムマネジメントは、システムのレベルによって医療提供者と患者の「臨床レベル」から医師や看護師など専門職との共同作業、即ち「病棟レベル」、そして「病院レベル」での病院経営や、診療所病院の連経営システムである「地域レベル」、これらを統合して「国レベル」の医療制度となっている。さらに各国のシステムが集合して「地球レベル」の国際保健システムが存在している（図1）。

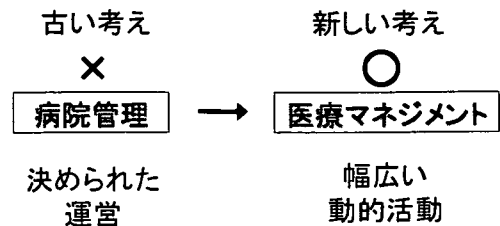
それを病院経営を課題として捉えると、「地域レベル」、町・地域ネットワーク経営では各施設間で連携し、施設の資源を活用せねばならない。また「病棟レベル」では各専門家群間の調整と資源の活用が必要で、これらの病棟や部門間の調整こそ「病院レベル」での病院経営となる。しかし、出発点は患者を専門家との関係、すなわち「臨床レベル」であり、そのひとつひとつの「臨床マネジメント」がうまく積み重なって「病棟経営」となり、「病院経営」となり、「地域ネットワーク経営」となる構造となっている。病院レベルの経営者ももはやこれらの多層構造の医療システム全体のマネジメントを想定した上で、病院経営を考えるという複眼的な視点が必須となる。このような総合的なアプローチこそ、医療マネジメントの考えにほかならない。

これからは決められたルールで、決められた資源を使う病院管理ではなく、限られた資源を動的に変化する主要に効率よく使用するマネジメントが必要となるといえよう（図2）。

図1

レベル	リンク	医療マネジメント	
		システム	マネジメント
地域	施設と施設	地域医療システム	地域医療ネットワーク経営
病院	部門と部門	病院システム	病院経営
病棟	専門家グループと 専門家グループ	病棟システム	病棟経営
臨床	提供者と患者	臨床システム (人物金情報技術)	臨床マネジメント

図2



III 第3のパラダイムシフト 「匠からシステムへ」

1. 立ち去り型サボタージュと病院崩壊

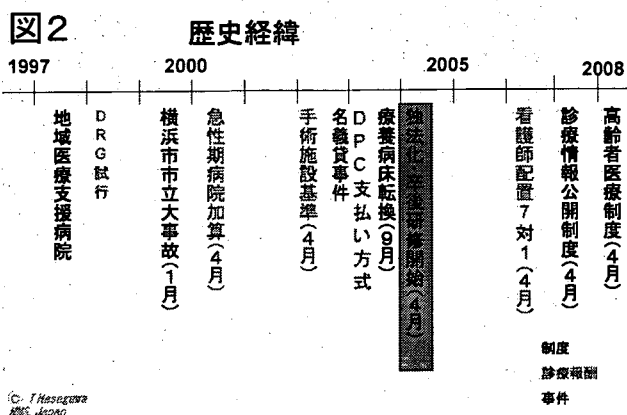
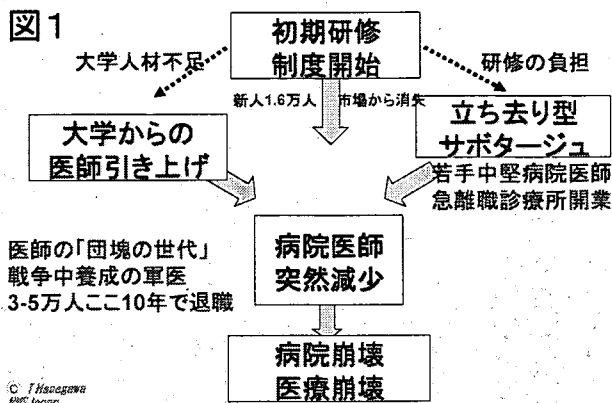
日本の医師不足は病院を中心に深刻で、30代後半の働き盛りのミドルマネージャーが突然立ち去る、「立ち去り型サボタージュ」や1人、2人辞めてももっていた診療科が4~5人辞めると、一挙に全員辞めてしまう「ドミノ型崩壊現象」に特異的に現れている。当初、小児科や産科の現象であったのが内科・外科へと移り、とりわけ各専門内科が崩壊すると連鎖で関連外科の仕事がなくなり、院内ドミノの発生をみている。更に1地域内の1病院で院内崩壊がおきると次の病院に患者が殺到し次の病院が崩壊するという地域ドミノ現象さえ巻き起こしている。

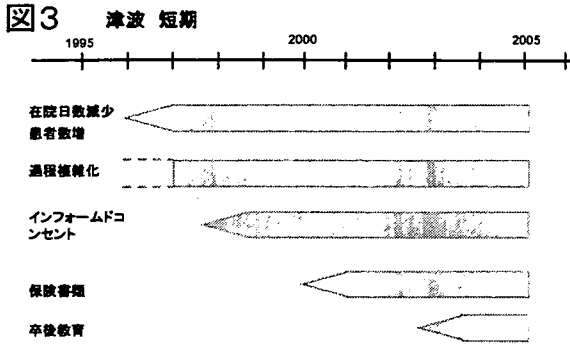
これらの現象の原因は単純ではなく、契機や背景、遠因や直接原因など複雑に絡み合い、理解とその対応には問題を構造的に捉える必要がある。

「直接の契機」は2004年に導入された卒後初期研修制度にあるように思われる(図1)。1年で8000人、2年で1万6000人の研修医、すなわち病院医師の約10%の労働力が突然市場から消え、医学部が8年制となったのと同様の結果となり、短期的だが急激な医師不足をきたした。その影響は特に地方の大学に顕著で、多くの病院で各診療科の人事配給能力が失われた。

実は「背景」に、医師団塊の世代、すなわち戦中前後に卒業した軍医のかたまり、3万~5万人がこの5~10年間に退職しつつあり、医師労働市場に不均衡が生じていたことがある。この減少もこれからは消滅する(図2)。

さらに、「契機の下地」には十数年に渡る病院の経営環境の大きな転換があった。この間、急性期病院では平均在院日数が急速に低下したが、相対的に人的投入は増えず、労働負荷は増加している。加えて、訴訟リスクの増加と共にインフォームドコンセントの煩雑化、医療費逼迫に伴う保険請求関連書類の増加など非医療労働の増大があり、実際の雑務や負担感が増えていた(図3、4)。





最後に、行政や院長の「想定外の要因」として、若年世代の労働観の変貌がある。外部環境の変化と共にワークライフバランス、セルフエスティームの変化があり、転職ストレスの増大や離職が進んでいる。これは更なる進行化が予想される（図5）。

これらの状況を勘案し、最近の研究成果を踏まえると、病院経営環境の大きな変化と共に急性期病院の機能は大きく分化変容し、いわゆる「病院経営のパラダイムシフト」が進行している。つまり変化は量的に多く更に負担が増大するだけでなく質的にも大きく転換し変化への適応が求められている。かつて存在した牧歌的病院が崩壊したのである

実は、平均在院日数減少もインフォームドコンセントも医療保険への対応も、社会の観点からすれば必然で、日本も世界標準に近づいたと言えよう（図6）。これまでの病院システムを支えてきた文化や法律、医療法も還暦を迎え、医療機関間の役割分担等を今、根本的に考え直し、迫り来る人類未踏の超高齢社会に対応できる医療システムを設計しなければならない時代に来ているのではなからうか。

2. 匠の世界から病院システムへ

急性期ケアと長期ケアの施設の機能分化を

目指して、導入されてきた数々の政策、例えば医療法改正による病床の定義、診療報酬による誘

図4 背景と引金要因関連図

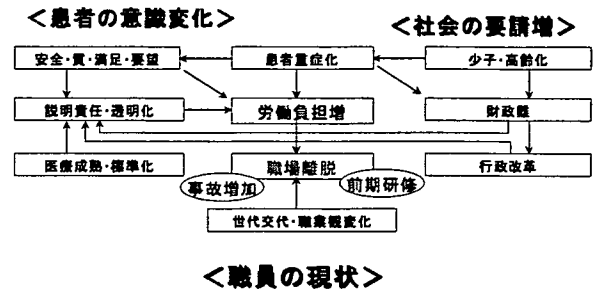


図5 病院医師離職仮説

報酬(Reward)と負担(Burden)
バランスモデル

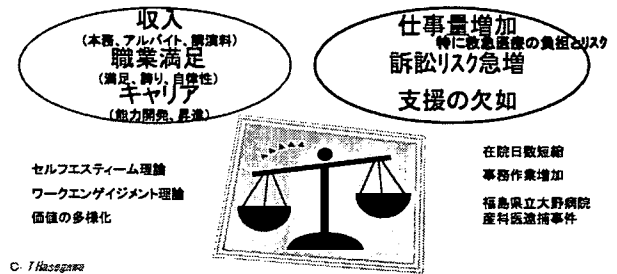


図6 インフラ

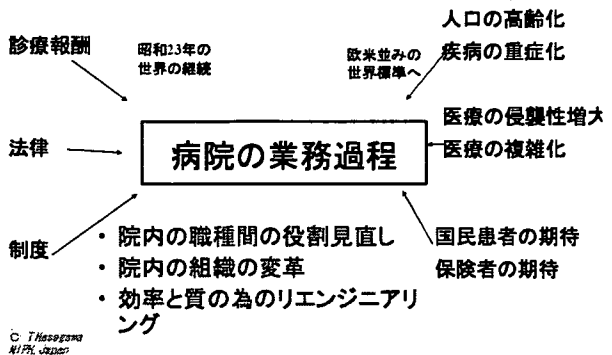
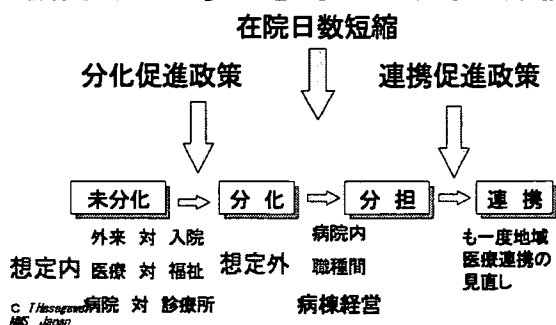


図7 機能「分化・強化」そして「分担・連携」



導、介護保険の導入は施設間の機能分化のみならず、施設内での機能分化に影響を及ぼした。とりわけ平均在院日数の減少は急性期病院が担うべき機能に大きな変化をもたらした（図7）。実は日本の場合、急性期病院においても機能は未分化で、一つの病棟内に重症の急性期ケアを要する患者と術前、末期、場合によっては長期ケアを要する、看護度の低い患者が混在していた。従来、日本の病院は病棟を中心に医療が展開され、練度の高い匠、すなわち比較的広範な診療機能を持つ医師が気心のしれた看護師とチームを組んで、診断から治療、治療から回復までの過程をすべて行い、セルフケアが可能となって退院させるという形態で行われてきた（図8）。経過が長く、患者とのコンプライアンスや看護師とのコミュニケーションはよく、事故や訴訟も少なく、比較的高い質の医療が提供されてきたのではなかろうか。

一方、機能は極めて未分化で共有する医療情報もエクспロシットではなく、インプレシットで診療録が標準化されず、個人のメモに過ぎないとの批判も聞かれた。とりわけ指示から指示受け、執行確認のプロセスも個人個人に負うところが多く、場合によっては看護師の手のひらが用いられたり、極めてインプレシットなものであった。在院日数の短縮と共に病棟は通過するところとなり、診断は外来、治療は処置室・手術室、そして治療が終了すると退院するという病院そのものの機能に変化が生じ、かつ院内の種々の様々な部署にも機能の明確化と分担が生じた（図9）。近年の医療の発達と共に1医師がカバーできる技術の範囲も限られ、また効率性が求められるところから、一人でこなせる数も増加した。

胆嚢摘出手術を例にとって入院の経過を米・欧・日本で比較すると、米は既に数十年前からほぼ1週間であり、手術並びに術後の濃厚治療の部分のみ患者を入院させ、手術の前日に抜糸後に退院という経過をとっている。欧州は約2週間である。ところが、日本は術前1週間、回復期まで含めて術後3週間と4週間であった。今日、日本は欧州に、欧州は米国に、米国はさらに半分の4-5日に平均在院日数が下がったのである（図10）。

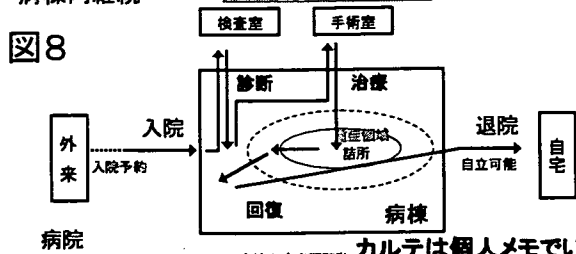
この変化はいわば国民や患者、病院経営者や専門家、行政や保険者が期待する病院とは急性期

患者-医療者
1対1の関係
病棟内継続

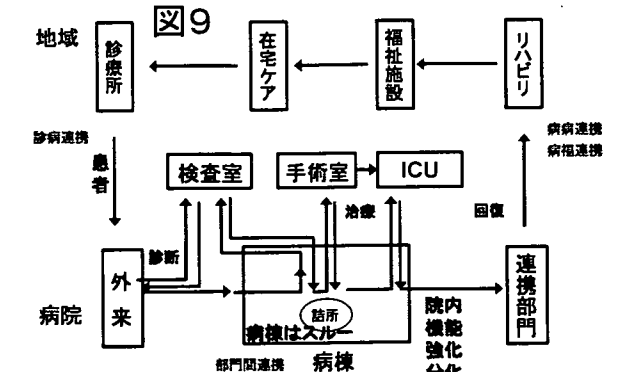
練度の高い医療者
「匠の世界」
「看護の原風景」

長い在院日数
機能未分化
レポート良好

図8



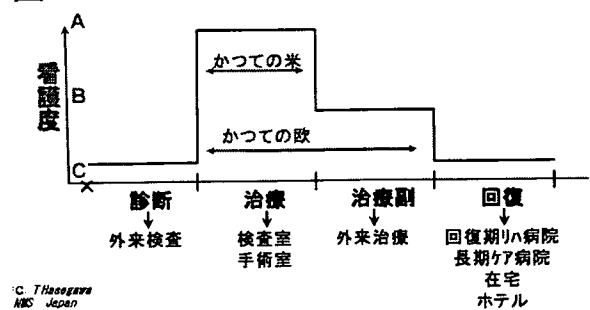
カルテは個人メモでいい
情報は個人の中に内包 物流は病棟に積どきやい



情報は標準化され共有される必要有 物流・患者流

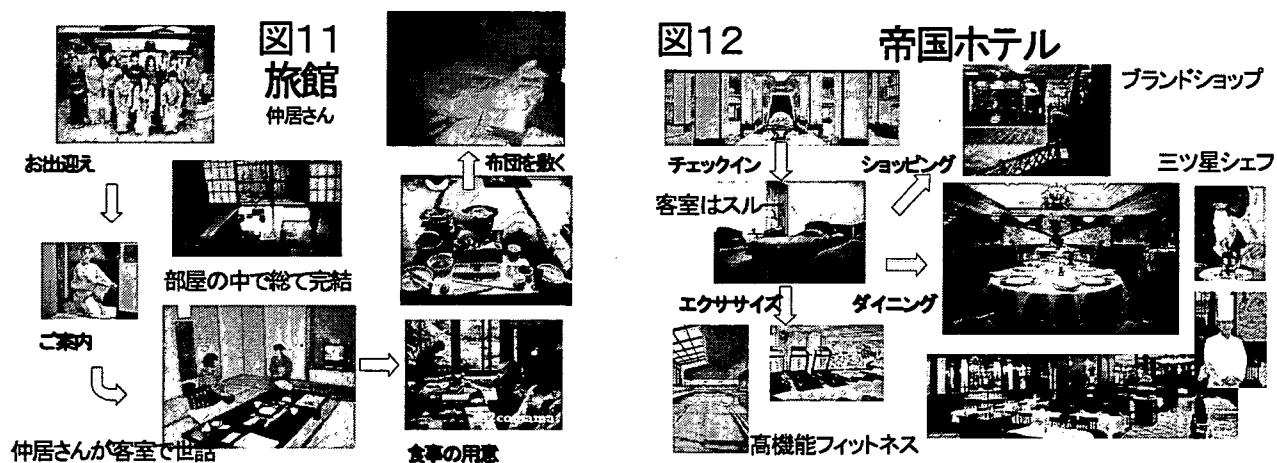
治療の場の転換(例胆嚢摘出術)

図10 各種検査 濃密医療 追加治療 自立への回復



© T. Higashigawa
MBC Japan

の濃厚な治療を行う場所と認識が変わったと言えるのではないだろうか。患者はいまだにかつての意識から脱却できず、とりわけ治療終了から回復期までの過程をカバーする場所、例えば回復期リハビリ施設、長期ケア施設、在宅ケアシステム、ホテルなどの施設が充実していないので、いまだにこの転換には戸惑っているのではなかろうか。比喻を用いて説明すると、かつての病院は旅館のごとく仲居が部屋に案内し、夕食を用意し、布団を敷き見送るといった客室中心にサービスが展開されたのに対して、今日はホテルのごとく客室はスルー、ホテル内の主な活動、ショッピングはブランドショップ、夕食は三つ星シェフ、フィットネスはフィットネスクラブといった形態に機能分化していると、例えることができるのではないだろうか（図11、12）。



この病院経営のパラダイムシフトは日本の超高齢化と経済の低成長からすれば必然であるかもしれない。しかし一方、失うものも大きく、ケアの連続性の確保、看護の原風景等、提供側の技術者の意識や思いにも影を落としている。また、機能の分化と強化を推進するためには、連携が必要で、そのための情報と標準化と共有が必須となる。日本の医学教育ではこれらのトレーニングが成されてこず、カルテの質や指示、指示受け・執行プロセスの確認システム等の未発達が大きな問題となっている。

かつては相対的に重症者が少なく、指示変更も少なかったものが病棟のほとんどが重症者となって、それに対応したシステムの構築が求められている。例えば、処方の場合、日本では定期処方と臨時処方の二つが使い分けられていたが、元来欧米ではすべてが臨時処方で、患者の状態の変化に指示が変わることが前提となっている。結果、膨大な不使用の定期処方薬剤が病棟に残され、その回収と再利用過程での事故の発生が問題となっている。

このパラダイムシフトはいわば19世紀に生じた産業革命に類似しており、例えばマッチの製造を1人の職人が全行程行うやり方から、分業分担して生産するやり方に変更すれば、生産性は飛躍的に向上する。医療もかつて能力の高い匠の個人芸の世界であったものが、今日病院において匠そのものが機能分担し、連携してチームとなり、またそれを支える種々のコメディカルの医療チームが存在し、種々の資源を用いながら病院システム全体として医療行為を行っている時代に入ったといえよう。実はこれが可能になるためには、いくつかの条件が必要で、まず第一にプロセス及びサービスの標準化が必要である。第2に組織・構成員がそれを理解し、システムの中

で自らの役割と機能を位置づけることが必要である。第3にそのための共通の情報システムが必須となる。今、このようなパラダイムシフトが生じ、かつそれが可能となる背景として、これらの条件が満たされつつあり、さらにその条件を満たすことが加速されると想定される。病院医療の現場では今、古い病院と新しいシステムの軋轢の中で、病院経営者も専門家ももがきながら解を求め、あるいはその軋轢に疲れて辞めていつているのではないだろうか。

それでは、本研究から明らかとなった今後の方向性を、それぞれのテーマに照らしてまとめた

1) 医師の業務並びに他職種との役割の見直し

日本の病院医師の1人当たり年間退院患者数は仏の半分、比較的低い蘭と比較しても約80%に過ぎない。改善のためには、まず外来患者の見直しと逆紹介、そして院内の他職種との役割分担との見直しを行う必要がある。本研究でも社会保険病院医師を対象とした調査によれば、自分の業務の20-40%が医師の仕事ではないと感じている。また労働形態も、例えばタイムシェアリングを導入する、三交代制をしく、研修医から中堅医師、管理職までのキャリアパスを明確にして、研修過程の医師のスーパービジョンを強化することにより上司による支援を強化する。学部教育、卒後教育、病院勤務、診療所の開業といった将来のキャリアパスを見直して、出来る限りパートタイムで病院への参加等のシステム化を図るなどが考えられる。

2) 看護の組織と教育の見直し

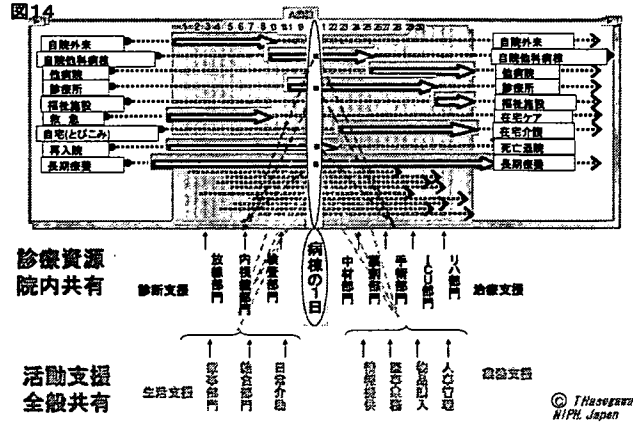
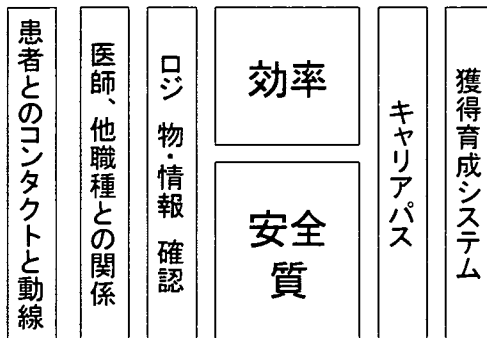
看護師は病棟において最も数の多い職種で、活動のコアである。しかし本研究からはもう一度看護組織の役割を見直す必要があることが明らかとなった。例えば、

- 「ほんとうに看護師長は必要か」
- 「副看護部長は何をするのか」
- 「専門看護師と一般看護師の連携は」
- 「安全質部門での役割」
- 「入院から退院、在宅までの流れは」
- 「看護の原風景、やりがいは」
- 「新ニッポン人の教育は」

情報の共有化が前提とはいえ、看護機能が専門化して、例えば安全管理・感染症対策など組織横断的な機能を有し、疾病応じたがん看護・精神看護・褥創等の特殊な機能を持つ看護師が存在すると、現場の看護師とのリエゾンで、師長を介さずケアチームの形成が可能となる。看護組織は、まず看護師の能力と研修並びにキャリアラダーの構成、第2番目に患者さんとのコンタクト、そして医師や他職種との関係、これらの条件の中で最も有効なものが選択される。従来、1対1のプライマリ看護が見直されてきたが、今日平均在院日数の短縮化と共に物理的に不可能となりつつある。というのも看護は、これまで医師が入院から退院まで横断的に患者を追跡してきたのに対して、看護は1日1日病棟で発生する仕事を集めて振り分ける業務をこなしてきたのである。今後は患者のケアニーズと看護の組織で、必ずしも病棟や病床の数にこだわる必要はないのではなかろうか(図13)。

最後に、看護とは何かをもう一度問い直すことによって、新たな看護の目標を設定する必要が

図13 看護を見直す要素



あるのではなからうか (図14)。

3) 安全と質

これまで医療安全や質は、資源を投入することによって改善することが想定されてきた。しかし、今日同じ資源の投入でさらに効率化が求められている現状から考えれば、想定的に低下した資源の投入によって、起きるかもしれないリスクをいかにカバーするかと、目的の転換が必要となるのではなからうか。また、外来と入院で診断の結果の共有化を図らねば、大きな事故につながるといえよう。機能の分化を前提とした新しい病院経営での医療安全を模索する必要があるのではなからうか (図15)。

4) 法律とコミュニケーション

職種間の役割分担の転換により、各専門職種は新たな業務が科せられる。しかし、今日の医師法及び補助看護法においては、非医師の医療行為は極めて限られており、建前上医師が責任をとることとなっている。諸外国においては、徐々にこれらの業務独占が他職種に移管されており、その際、単に法律を改正するのみならず、そのサービスの質や安全性を担保するための法律の仕組みや研修が想定されていることが判明した。日本においても今後この課題を詳細に検討する必要があるといえよう。

医師と患者関係においても、まずそのコミュニケーションやインフォームドコンセントの在り方が重要で、今日では1入院過程で40回ものインフォームドコンセントをとるといった異常な事態が生じている。患者への情報提供も疾病や手術等の基本的な情報から特定の当該疾患に対す

図15 今病院に迫られていること

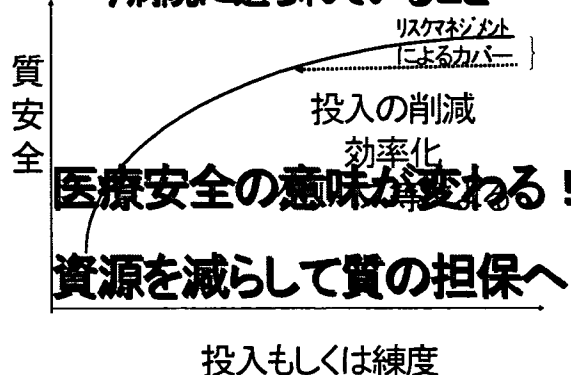
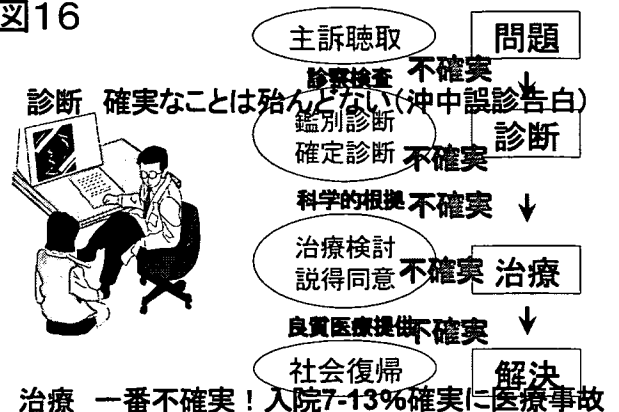


図16



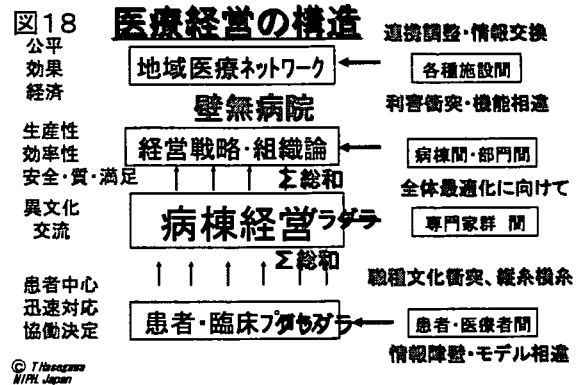
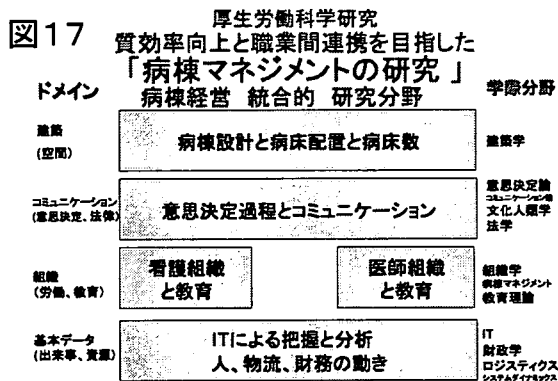
る情報まで、種々のそれぞれ提供するシステムを考えるべきであるといえよう（図16）。

5) IT

このような病院経営パラダイムの転換を考えると、ITは必須のツールである。院内はもとより院外との情報共有化を考える段階に入ったといえよう。とりわけ在院日数短縮と患者の重症化と共に指示の量ならびに変更に対応した指示受け・執行確認のシステムを早急に確立する必要があるといえよう。

6) 建築

従来の病棟50床はあまりにも大きいのではなかろうか。病棟を何床と固定することがかえってマネジメントを硬直化する可能性もあるが、物理的空間と患者のケア必要度、そして看護師の管理体制、この3つを総合的に勘案した病棟設計が求められているのではなかろうか（図17、



18)。

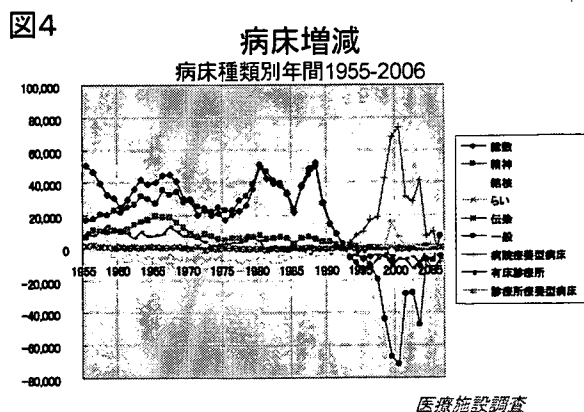
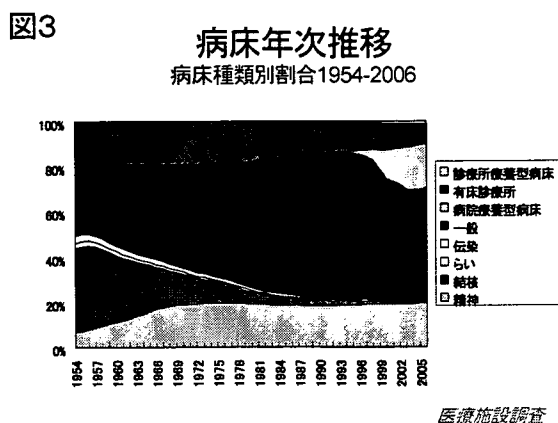
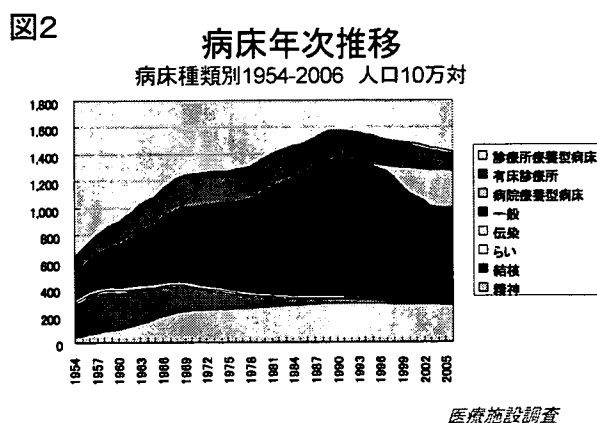
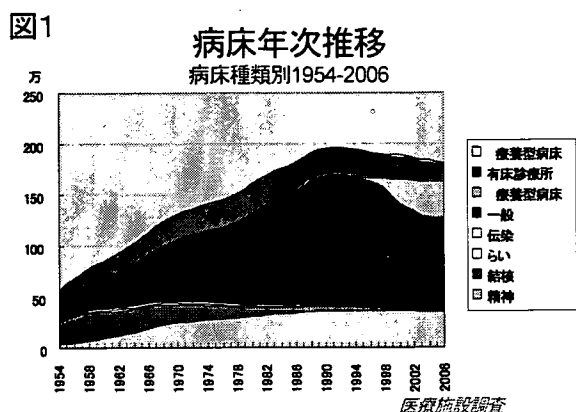
日本の病院機能の歴史的分析

I 戦後の日本の病床の変遷

1. 各種病床の変遷

日本の総病床は、医療施設調査によると 1954 年に 56.5 万床（病院 46.2 万床、診療所 10.4 万床）であったものが、1991 年をピークに 195.8 万床（病院 168.6 万床、診療所 27.1 万床）にふくれあがり、その後、減少に転じて 2006 年には 178.7 万床（病院 162.7 万床、診療所 18.1 万床）に減少している。増加は、戦後と高度経済成長期に著しく、70 年代にはいったん横ばいになるものの、80 年代にはまた増加に転じ、過去約 15 年は減少傾向を示している（図 1、2）。

病床の種別を見ると、戦後しばらくは結核や感染症病床が半分以上を占め、一般病床に占める有床診療所の割合も高かった（図 3）。結核病床は 50 年代に増加を続けたが、60 年代以降は減少に転じ、減少した病床とほぼ同数と病床が精神病床に置き換わっているように見える（図 1）。結核病床は、減少に転じて以来、一貫して減少を続け、合計 25.2 万床が消失した。地域医療計画が開始された 1985 年以降も 4.8 万床減少している。



一方、精神病床は1995年に初めて減少し始めたが、それ以降の減少数はトータルでも1万床に過ぎない(図4)。

2. 精神病床

日本の精神病床は第二次大戦中の破壊からの復興と、1950年代のクロルプロマジンの開発による治療法の進歩で、50年代は急速に増加した。ジョイントポイント分析によると、1958年に変曲点を迎え増床のスピードは鈍化し、1968年にはさらに鈍化して、1988年に減少へと転じる変曲点が存在する(図5)。これからはクロルプロマジンの開発やライシャワー事件による精神障害者の隔離の強化と一致しているが、ライシャワー事件直後の1968年には増加は継続するもスピードは減少した(図6)。

宇都宮事件以降、増床は増加を止め、1991年以降減少し、新たに定められた精神保健法の影響が認められる。1995年以降、初めて病床が減少を始め、精神衛生福祉法改正との関連が認められる。

日本の精神病床は、他の国々が80年代ノーマライゼーションの運動と共に病床を減少させていったに反して増加を続け、やっとこの10年で減少に転じたといえよう(図7)。

図5 精神病床の分析

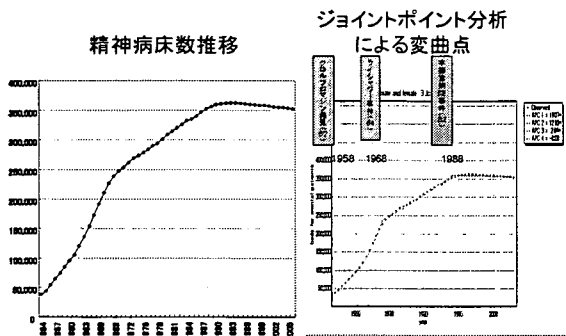
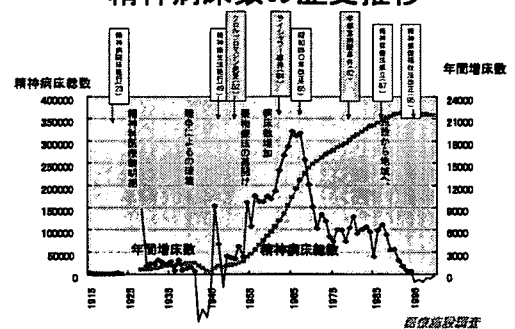


図6 精神病床数の歴史推移



3. 一般病床の推移 長期ケア病床の関係

一般病床は次第に、有床診療所に比して病院の占める割合が増加し、1992年の126.5万床をピークに減少した。その間、増床のピークは3度認められ、国民皆保険開始後の1966年、合わせて50万床の増床を見ている。1980年をピークとする第2回目の増床期は、都合38万床の増床を認め、主に老人病院であった。1988年をピークとする第3回目の増床は、都合20万床を数え、地域医療計画に対応した駆け込み増床と考えられる(図8)。

図7 精神病床数年次推移
(人口1000対、OECD30ヶ国 1960-2000)

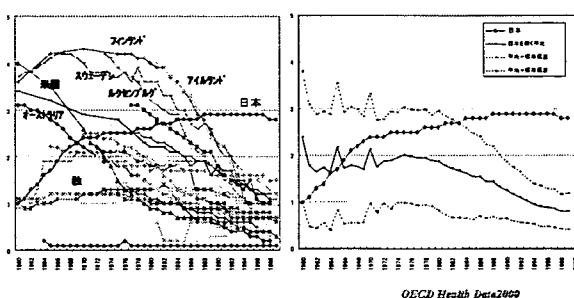
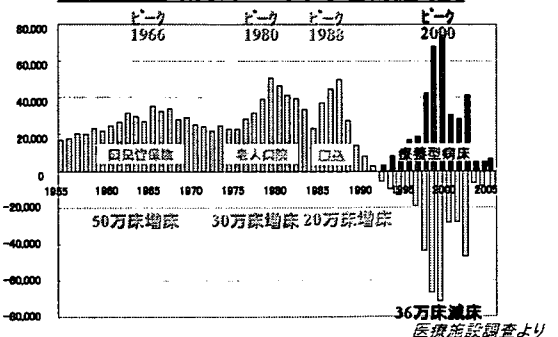


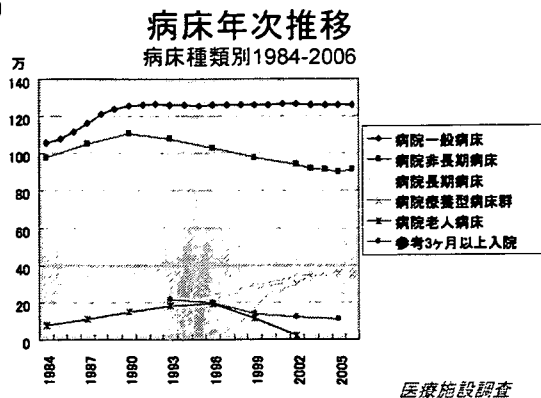
図8 病院一般病床 年間増床推移



1992年以降、一般病床は36.1万床減少したが、その間、35.2万床療養病床が増加している。一般病床の減少は療養病床の増加と相似形をなし、1980年前後に増加した約38万床の老人病床を中心にほぼそのまま一般病床から療養型病床に転換したとみることができる(図9)。

長期ケアを担う病床は、療養型病床以外に老人保健施設や特別養護老人ホームの定員も含まれ、80年代には10万程度であったものが次第に増加し、2006年には合わせてほぼ100万床にのぼっている(図10)。

図9



増床は実は廃止と開設のバランスによる最後の現象であり、それぞれ開設した病床と廃止した病床を年次別に並べると、一つの増床ピークは廃止に比して開設が多く、その後開設も増加したが、それを上回る廃止があると考えられ、近年ではバランスが取れるに至っている(図11)。

これらを分析すると、日本の病院においては一般病床において長期ケアが行われ、それが病院病床として統計上含まれていたが、90年代に長期ケア病床を制度的に区別するに至って次第に移行し、今日に至っていると考えられる。

4. 一般病院の推移 開設主体別分析

一般病床は国立・公立・社会保険関連の3つが公的病院と考えられ、残りが私的病院で、特に医療法人と個人は院長が所有する病院と考えられる。一般病院の病院も1992年をピークに141.3万床で、

図10

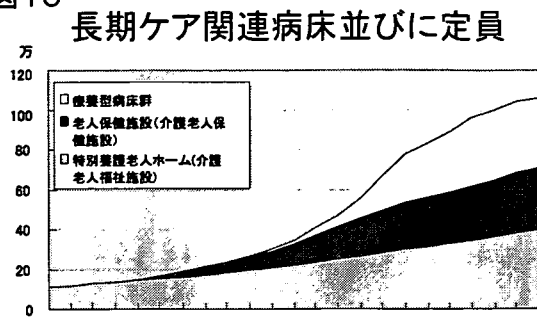


図11



図12

一般病院病床年次推移 開設主体別1971-2006

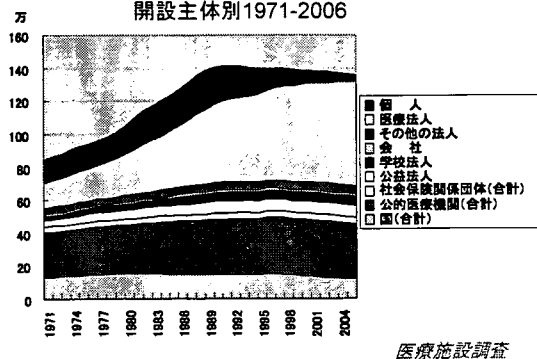
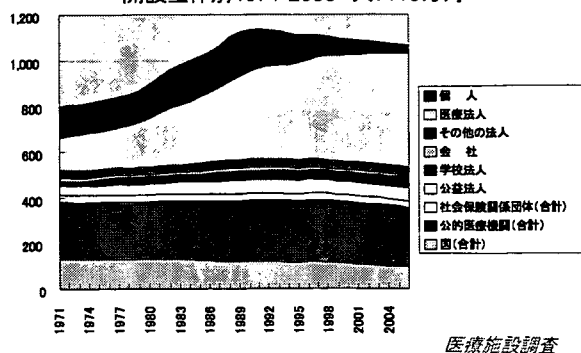


図13

一般病院病床年次推移 開設主体別1971-2006 人口10万対



その後次第に減少し、2006年では136.6万床に減少した（図12、13）。

これらを設立主体別にみると、国公立病院はほぼ一定でわずかな増加をみ、近年10年間で減少傾向にある。同様に社会保険団体や公益・学校法人、その他の法人も比較的安定した経緯を示している（図14）。

医師所有の医療法人や個人は70年代、相対的に少なかったものが90年頃までに急速に増加、その後わずかな減少をみている。前述の増床期の大半は私的病院の増床であったことがわかる。さらに、近年の特徴は90年代以降、個人による病床が医療法人に転換、厚生省の病院法人化の政策が功を奏していることがわかる。

5. 開設主体別平均在院日数の変化

日本の病院を代表する14の病院を開設主体別に、平均在院日数を1977年から2006年まで分析すると、個人・医療法人・公益法人を除いて、すべての設立主体が平均在院日数15-20日の間に次第に収斂していることが明らかとなった(図15)。

図14 一般病院病床年次推移
開設主体別割合1971-2006

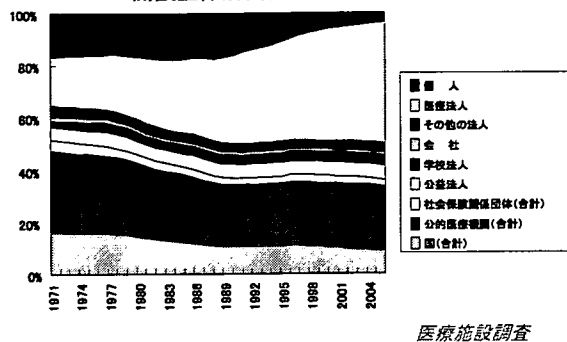
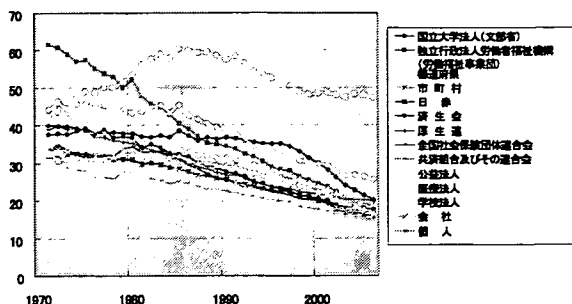
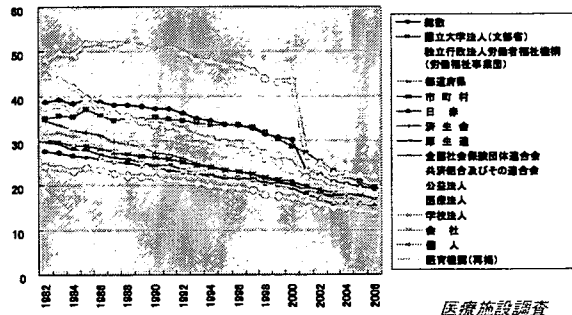


図15 平均在院日数推移
一般病院開設主体別1971-2006



個人は70年代に30日前後であったものが延長し、80年代半ばには50日を超え、その後、ほぼ一定の値を示している。医療法人は70年代に40日であったものが、86年頃まで増加し、それ以降緩やかに減少しているものの、現在もほぼ50日である。公益法人は医療法人と同様、70年代に平均在院日数が40日前後でその後もほぼ一定であったものが、80年代半ばから次第に減少しているものの、2006年には20日の後半にとどまっている。11開設主体の動向は極めて類似しているものの、労災病院はかつて在院日数が60日もあったものの、次第に減少し、グループ内に収斂した。国立大学病院は1995年まで緩やかに在院日数が減少していたが、この10年間急激に低下して、11のグループに参入した。同じ開設主体の一般病床の平均在院日数を見ると、11主体はほぼ同様の傾向を示し、公益法人は20日以下、医療法人は20日以降、個人は25日前後と、かなりの在院日数の低下を見ている(図16)。

図16 平均在院日数推移
一般病床開設主体別1971-2006



各開設主体別に療養病床や精神病床の割合を見ると、公益法人・医療法人・個人はそれぞれ20%、40%強と療養病床が多く、他の開設主体は10%以下で長期ケアの患者が私的病院には多くいることがわかる。精神病院に関しても同様の傾向はあるが、一部の公

図17 療養病床割合
一般病院病床2006

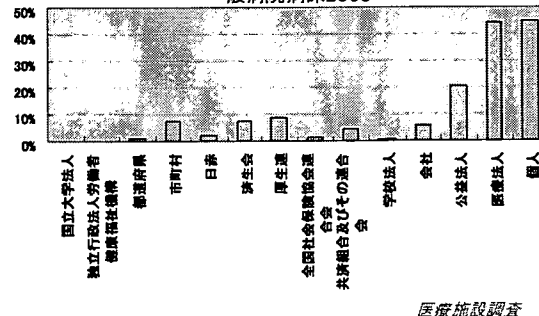


図18 精神病床割合
一般病院病床2006

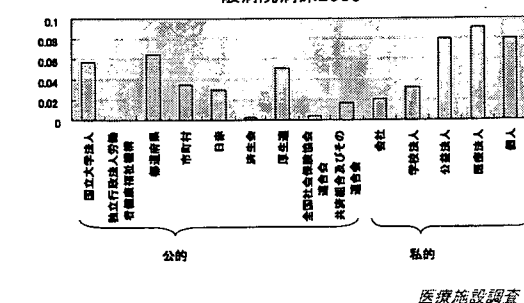


図21

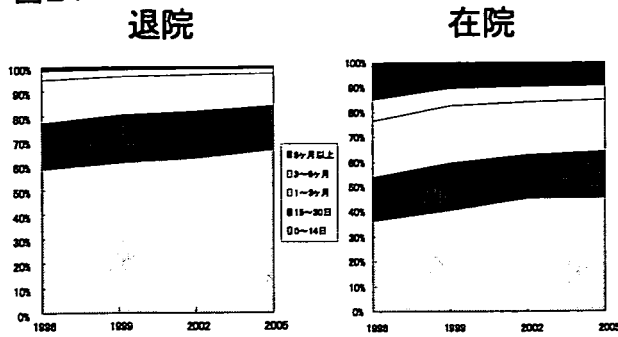


図22 術前術後の平均在院日数1

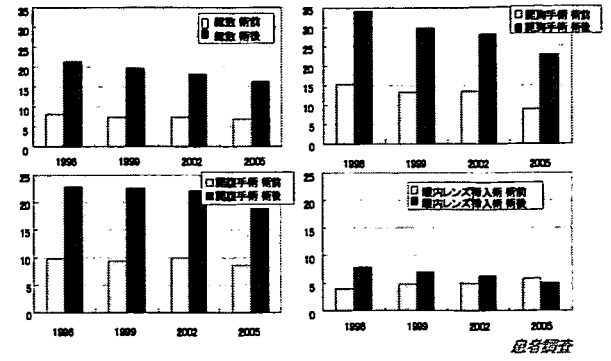


図23 術前術後の平均在院日数3

