

## II 日本の病院機能の病床規模別分析

### 1. 散布図並びに病床規模別分析

日本の病院機能を病床規模別に分析すると、3つないし4つのグループに分類することができる(図24)。平均在院日数をX軸に、病床規模をY軸にとり、ともに対数で表示すると、50床以下の病院は比較的在院日数が短く、また300床の病院も在院日数が短く、25-30日前後に収斂している。

50床から299床までの病院では、在院日数が極めて長い病院が認められる。外来入院比が3以上の病院にグリーン、老人病院にブルー、そして総合病院に赤とすると、真ん中にどこにも属さない病院を含めて日本の病院は4つのグループに分けることができる。

平均在院日数を病床規模別に並べて分析すると、中規模病院で長く、その傾向は年度が近くなるに従って明確となる(図25)。同様に外来入院比を規模別に分析すると、50床以下の病院で多く、50床から299床までで低く、大病院ではまた高くなっている。この傾向も時代が近くなるに従って、強く表れている(図26)。

図25 病床規模別平均在院日数  
1965-2006

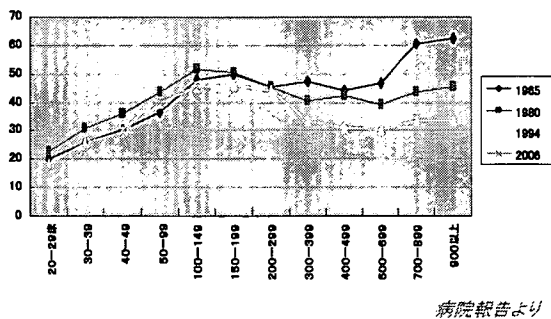
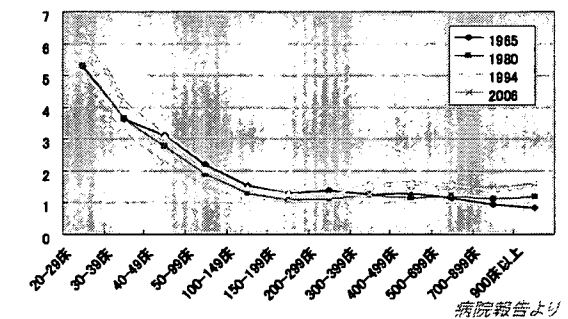


図26 病床規模別外来入院比 年次変化  
2005-2006



### 2. 時系列分析

次いで、日本の一般病院の平均在院日数を病床規模別に1965年から2006年まで並べると、小病院では当初在院日数が低く、80年代にいったん増加し、近年では減少している(図27、28)。中規模病院では元々長かったものが80年代にさらに延長し、近年に至って減少の傾向を見ている。ところが、300床以上の病院は1960年代には長期傾向を示したが、次第に低下、収斂して20日前後に落ちてきている。

一般病床でも2001年の制度改革によって中規模病院でも急激に在院日数の低下が認められる以外は、同様の傾向がある(図29)。外来入院比をみると、50床までの病院は高く、中規模病院では60年代に大規模病院に比較して高かったものが、次第に低くなり、逆に大規模病院

の外来入院比が少し中規模病院より上回るようになってきている（図30、31）。一般病床と一般病院の平均在院日数の違いは、病院の非一般病床の割合の変化によって説明がつくと考えられる（図32）。

図27 一般病院平均在院日数1965-2006

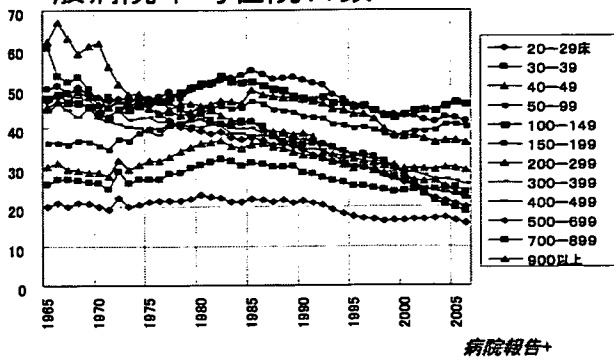


図28 一般病院平均在院日数1965-2006 3群

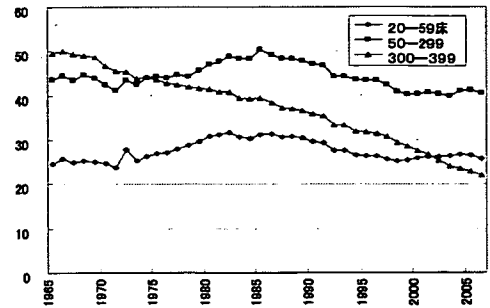


図29 一般病床平均在院日数 1965-2006

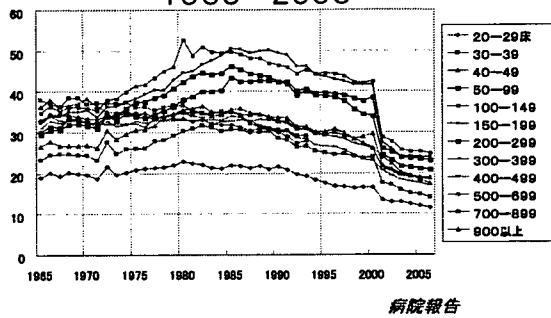


図30 一般病院 外来入院比1965-2006

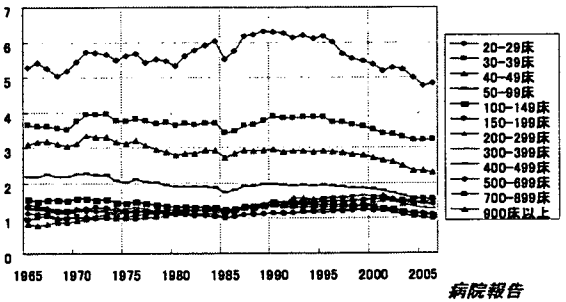


図31 一般病院 外来入院比1965-2006 3群

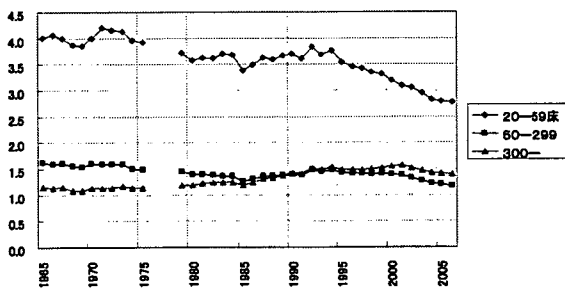
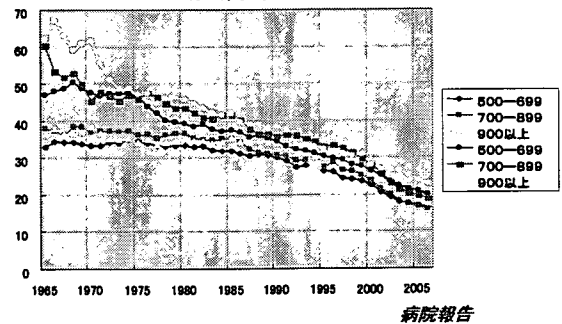


図32 平均在院日数1965-2006 一般病床と一般病院



### 3. 日本病院進化論

これらの結果から、日本病院進化論の仮説が導き出される。日本の病院は大半が私立の病院で、所有者である医師の勤勉な努力により、利潤が出るとそれを病床拡大の設備投資にまわしてきたが、70年代後半から技術革新や病院経営の複雑さで、医師所有病院では急性期病院の機能の維持が難しく、医療ケアを要さない療養型病院に転化していった（図33）。時折しも、日本社会が高齢化し、核家族化して、両親を介護する子供がいなくなる傾向が認められる。にもかかわらず特別養護老人ホームなどの長期ケア施設が増設されず、社会からの要望で病院が老人ホームの機能を果たした。結果として日本の病院は一般に病院の機能と考えられる「急性期型」以外に、診療所に似た機能の「外来型」か、福祉施設に似た機能を持つ「長期ケア型」に分けられ、進化の過程での「未分化型」病院も多く認められる。

従って長期ケアに関しては在宅から福祉施設、病院と機能的には連続性を有していると考えられる（図34）。今日の病院のさらなる平均在院日数の低下は、これらの機能の強力な分化をもたらすものと考えられる。

図33

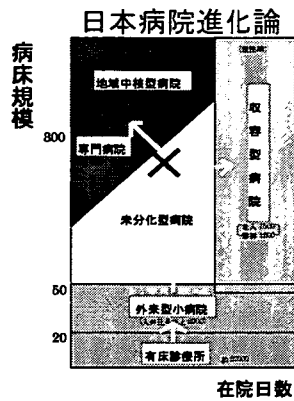
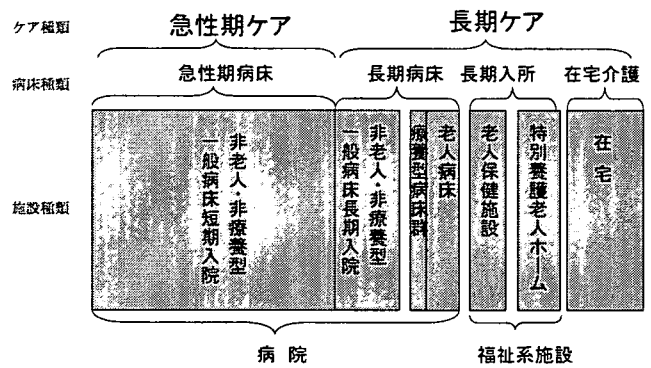


図34



---

---

# 日本の高齢化と医療システム

---

---

日本は2004年に世界一の高齢国（65歳以上人口割合）となり、これから人類未踏の超高齢社会として世界をリードする。その国際的、歴史的意義は大きく、これまで欧米諸国に追いつけ追い越せを目指してきた日本が目標を失うばかりか、欧米諸国の目標となることを意味している。

欧米の模倣の元に築かれてきた医療界の状況はさらに危機的で、日本があまり得意としない新たな医療の創造、システムの戦略的構築を目指さねばならないからである。本稿では、日本の高齢社会とその特徴について、特にそれを先導する団塊の世代の動向を踏まえて描写し、患者や社会に与える影響を考察する。ついで、それを踏まえて高齢社会に対応した医療のとるべき姿を模索する。最後に、新たな医療に向けての制度改革について、その方向をまとめる。

## 1. 日本の高齢化の特徴と歴史的意義

2004年、男女とも平均寿命世界一に躍り出て、出生率の低下もあいまって、これまでにない社会の高齢化を迎えている。出生率は人口推計のたびに低下し、2006年12月の推計では、毎回高齢化の予測は上方に修正されているが、2007年1月の中位推計の2070年頃には65歳以上人口が45%に達し、上位推計ではほぼ人口の半分になると予測されている。退職後人口である60歳以上では2055年に人口の半分、高齢者医療制度対象となる75歳以上人口では4分の1と予測されている（図1）。

欧米諸国の高齢化をみると、米国は出生率が高く日本ほどの経緯をたどっていない。欧州では世界大戦や移民の影響で、20年近く65歳以上人口の増加を見ていない。2005年頃から再び高齢化が加速すると予測されている。アジア、特に東アジアは日本同様、少子化のスピードが速く、日本に増して速いスピードで高齢化が進行すると予測されている。従って、欧州や東アジアの人々は、一步先ゆく日本の高齢化を固唾を飲んで見守っている。

高齢化は社会全体に影響を及ぼし、「人生の設計」、「家族の形態」、「労働や教育のあり方」とも大きくかかわる。中でも医療は、医療システムを支える「財源」や「需要」、そして必要とされる「医療」の内容に大きく影響を及ぼさざるをえないといえよう。日本の近未来では、2008年、2015年、2025年問題とそれぞれ団塊の世代が引退開始、前期高齢化、後期高齢化にさしかかる節目が、高齢社会のエポックとなっている。

従って、今後20年間の高齢化のスピードは速く、年間4%前後で推移する。結果、2025年の人口構成は現在のものから大きく変貌し、65歳以上人口男性13%、女性17%と、既に高齢女性

が多い。超高齢社会の様相を呈す。

しかし実は、その後高齢者人口の絶対数は横ばいとなり、わずかな上昇を見るにすぎない。問題は若年者人口で継続的に減少するので、相対的に高齢者の割合は増加し続ける。この推計から超高齢社会への道程に向けてとるべき戦略が浮かび上がる。すなわち、これから20年は必要とされる医療システムの量の整備に重点を置くこと、それ以降はその維持更新、ならびに運営の効率化に重点を移動すればよい。これから20年間の患者数を推計すると、患者調査の性・年齢階級別の受療率を将来人口推計にかけ合わせて、将来患者数を推計すると、80年代からの受療率の変化を反映した回帰法でも、2005年の受療率を不変とした固定法でも共に退院患者数（入院回数）は増加し、外来患者数は横ばい、ないしは減少傾向を示す。高齢者の入院が増加していること一方、外来患者は1997年以降、受療間隔の延長や受益者負担の導入で減少しているからである。高齢者医療制度対象の75歳以上をみると、退院患者で2005年に約30%のものが、2015年に約40%、そして2025年には約50%に昇ると予想される。外来患者では約20%であるものが、30~40%となると予想される。死亡者数も80万人のところ、2025年に120万人増加すると予測される。

医療費に至っては、2004年現在、退職後の60歳以上人口が62.2%、高齢者医療制度対象の75歳以上が2015年に30%であるのに対して、2015年に71.7%と37.6%、そして2025年には77.8%と43.6%にのぼると予測される。これらをまとめると医療需要は今後20年間、入院患者で大きく増加し、75歳以上で著しい。死亡数の増加に伴って、終末期医療の需要の増加も見込まれる。一方、必要とされる財源も増加し、退職後人口で80%、高齢者医療制度対象者で半分近い医療費が費やされると想定され、負担と給付の世代間の不一致が社会問題化する可能性が示唆される。

## 2. 超高齢社会の医療需要と医療システム

高齢社会では医療の目的が大きく転換し、救命（早死は防ぐ必要あり）から生活の質の向上（障害の軽減）に重点が置かれる。

2004年の国民生活基礎調査によると、在宅高齢者の障害者は男性80万人、女性180万人と女性に多く、その原因もメタボリックシンドロームに関連した脳卒中等「血管系疾患」や「関節炎、骨折等筋骨格系疾患」、そして老衰や認知症等「精神科系疾患」を原因とするものに分けられ、男性では前者、女性では後者の二つが主要な原因となっている。従ってこれらの疾病の予防は極めて重要で、メタボリックシンドロームは言うに及ばず、特に女性で運動器系や精神系、廃様症候群等の対策が必須となる。もう一つの特徴は複数の疾病を持ち（co-morbidity）、それらが自然死の進行の過程で異なったケアを必要とすることである。

例えば、糖尿病は日常の管理においては合併症を起こさないための「予防的治療」が、急性で合併症を発症すれば「急性期医療」が、そして一定の疾病が治癒され、障害が残った場合は「長期ケア」が、最期に死亡直前には「終末期ケア」が必要となる。若年者では病気のエピソードが1回1回切れ切れであったのに対し、高齢者では継続してケアが必要な上にその「異なった相」

によって必要とされるケアの特徴が効率的に提供される施設が変わってくる（図 2）。急性期医療では確かに、施設の立場、病院の資源に基づいて患者のケアを判断することは、それほど患者の需要と齟齬を来さなかった。しかし、高齢者ではその時々に必要なケアを連携し、選択し、調整する必要がある。診療所や病院の視点からではなく、患者の視点に立ってその時々に必要なケアを選択し結合していく必要がある。でなければ、効率が低下するのみならず、医療事故や医療の質の低下をもたらす可能性さえあるからである。高齢社会では医療システムのレベルでの患者中心の視点とケアの継続性が必須となるのである。患者中心に継続したケアを提供するとなると、医療の焦点は必然的に病院から地域に移動する。医療資源を集中的に保有する病院は、そのケアの過程の中でその一部の役割を果たすのみとなる。これを円滑に実現するには、施設間のインターフェイス、例えば医療連携室や患者の情報の共有は必須である。そのためには、1患者1生涯1カルテシステムの構築が必須となる。

そして、連携のための各施設の医療機能の情報、ならびに診療成果を評価する情報が必要となる。ケアを継続するには、紹介先の医療評価が必要だからである。さらに医療技術の標準化と必要に応じた共有が前提となる。

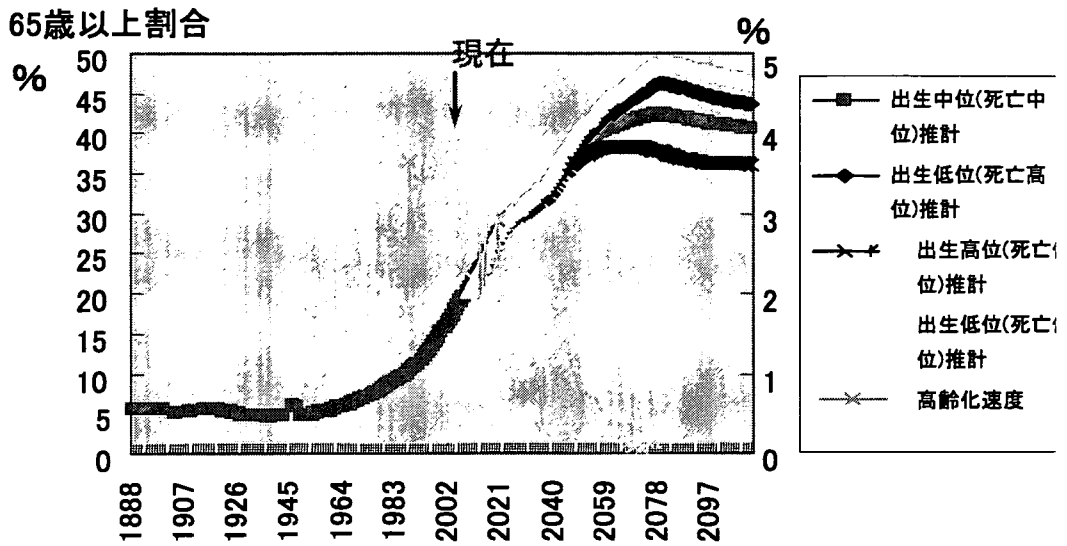
これらの資源を統合的に組み合わせることは、地域全体を一つの病院として経営することにほかならない。逆に医療や福祉を軸にした街づくり、高齢者福祉の領域でも脱・施設化が進行し、福祉施設をつくるのではなく、通常の家屋に福祉機能を住む人の加齢に対応して機能を付与する、あるいは外部から提供するなど、新たな高齢者住宅の概念が広がりつつある。さすれば医療を加えた家屋ならびに都市設計が求められるのではなかろうか。今日、CTなどの大型医療機器も小型化し、モバイルで移動可能である。高齢者住居の設計時に、移動した医療機器モジュールを受け入れることが可能な設計は、当初からデザインしうるのでなかろうか。患者が医療施設を訪れるのではなく、むしろ医療が宅配される。「いつでもどこでもだれでも受診可能なユビキタス医療の世界」が実現するのではなかろうか。

これらのシステムは実現可能なところまできている。しかし、ここで患者の役割が重要で、医療に対する理解、医療情報の取り扱いに対する意志決定、いわゆる医療識字率 (health literacy) が社会の大きな課題となっている。

高齢社会の医療にとって社会的に大きな課題は終末期ケアである。これは医療と言うよりは、むしろどのように「看取る」か、社会及び個人にとって死の意味を吟味することでむしろ哲学的課題であろう。医療の意志決定がアングロサクソン型の「知らされた上での同意」、医療提供者と患者個人の「共同の意志決定」が標準的となりつつある今日、しばしば認知症を伴う高齢者の場合に、その理解や、場合によっては知的障害のために意志決定への参加が不可能である場合、それをどのように支援するか、社会的システムの構築、あるいは個人個人への死の教育 (death education) が課題となっている。

このように超高齢社会では、医療システムの目的、ケアの内容、システムのネットワーク、資源のあり方など医療システムをめぐる様々な側面の大きな変革が求められている（図 3）。

# 図1 65歳以上人口推計



成功は失敗の元

2002.1人口研推計

© T Hasegawa  
NIPH, Japan

# 図2 長期ケアに至る過程(老人個人に着目して)

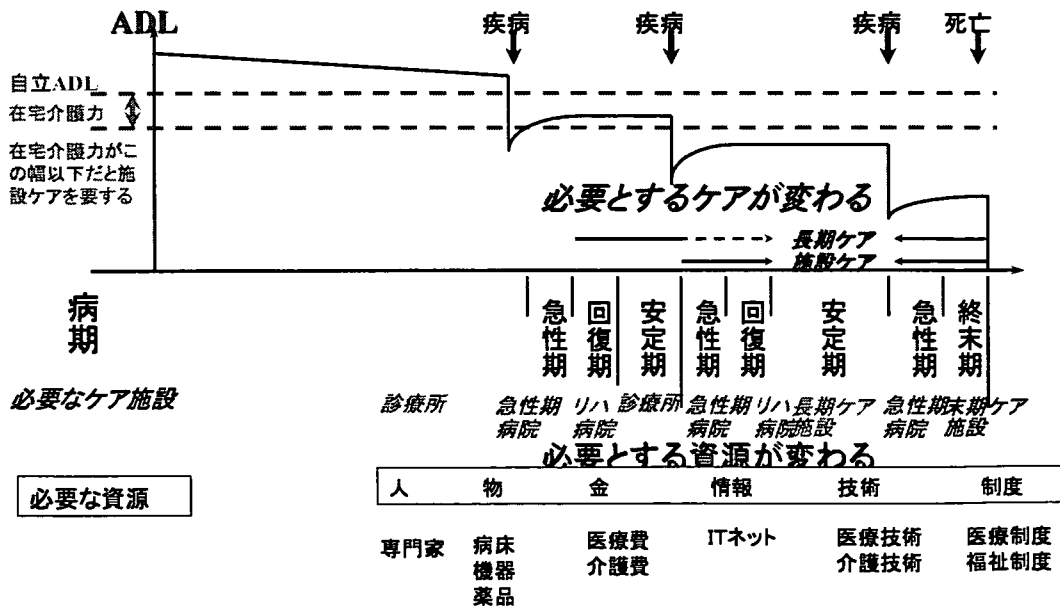
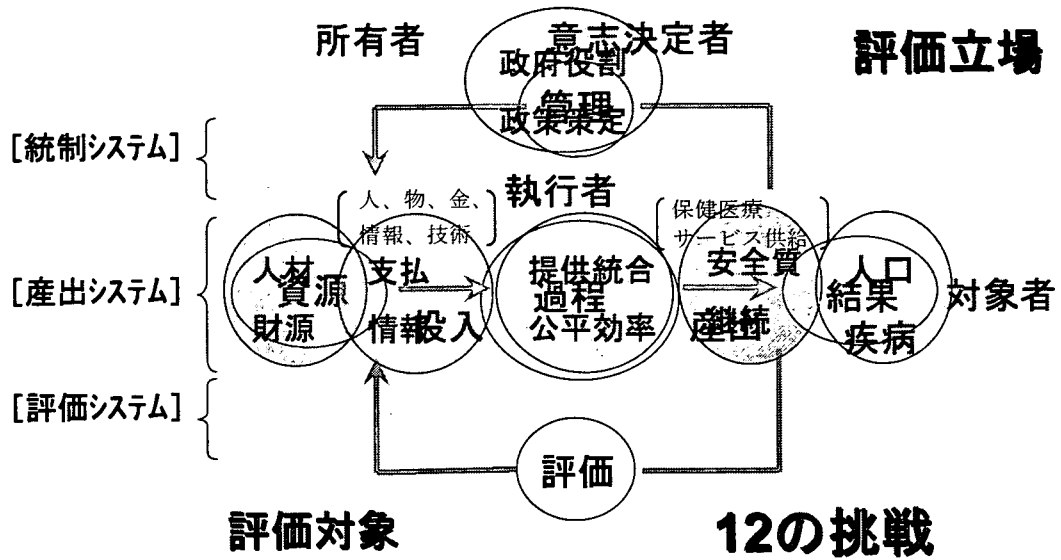


図3 医療システムの改革





# 第2部

## 病院機能分析

---

---

# 日本の平均在院日数を検証する

---

---

健康指標としてもっともよく使われる平均寿命や乳幼児死亡率で測ると、日本は1980年代の後半から「健康結果」において世界一の実績を示すに至っている。ところが、「医療の質」の指標としてよく使われる平均在院日数は、先進国の間では最低の実績を示すに留まっている。つまり日本は、世界最高の健康状態と最低の医療の質をあわせ持つ、奇妙な国ということになる。そこでまず、日本の平均在院日数が本当に長いのかを検証したい。そして、その理由を分析し、さらにどこまで、どのようにして短くできるかを検討する。

## 1. 日本の平均在院日数は本当に長いのか・・・3つの検証

### 第1の検証：全病床の平均在院日数は世界一長い

精神病床や結核病床を含む病院の全病床では、日本は先進国 OECD29ヶ国の中で最も長く、1999年で平均の3.6倍を示している。実は日本の精神医療病床は、先進国がノーマライゼーションの潮流の中で減少したのに対して、1991年まではむしろ増加しており、精神疾患の平均在院日数は諸外国に比べてきわめて長い。結核患者の発生も先進国に比べて比較的多く、結核の在院日数においても、諸外国が数週間であるのに対して4ヶ月にのぼる。これらの要因が在院日数を引き上げることとなっている。

では、急性期病床の在院日数は長いのだろうか。

### 第2の検証：一般病床の平均在院日数は世界一長い

日本にはこれまで急性期病床の統計はなく、非精神、非結核の一般病床の平均在院日数のみが調査されている。そこで、OECD29ヶ国の急性期病床と日本の一般病床の平均在院日数を比べると、日本はずば抜けて長い。ただし、1960年代はそれほど諸外国との差はなかった。90年代まで各国において平均在院日数が低下し収斂していったにも関わらず、むしろ日本は上昇し、やっとなら80年代後半から減少に転じていることがわかる。減少はとりわけ2000年前後から急になり、これは病床の定義の変化による制度的な要因によると考えられる。

米国はもともと平均在院日数が短かったうえに、近年さらに短縮化を図るDRG-PPSなどの政策が導入され、世界でも最も短い国となっている。比較的長いと批判されているドイツやオランダでも7日前後と、日本の3分の1程度に過ぎない。OECD諸国の標準から考えると、7

日というのが、急性期病床の世界標準と考えることができる。では日本の一般病床とは、はたして急性期病床なのだろうかという疑問が生じる。

日本の場合は、それ以外の機能を持つ病床も含まれていると考えざるを得ない。事実、法的にも病院の中に老人病床や療養病床の長期ケアの病床が35万床含まれる。これらの病床の平均在院日数は200日にのぼり、在院日数をつりあげる原因となっている。2005年の患者調査によると、一般病床にもはや急性期のケアが不要とされている3ヶ月以上入院の人がさらに11万人入院しており、3ヶ月以内の入院患者は62.4万人に過ぎない。

では、日本の急性期疾患に対応した病床の平均在院日数は長いのだろうか。

### 第3の検証：急性期疾患の平均在院日数も長い

2007年12月の一般病床の平均在院日数は18.5日で、これを急性期の平均在院日数と考えることができる。しかしこれでも世界標準の2倍強を示している。個別の急性期疾患、例えば虫垂炎や白内障、喘息、乳がんを比較してみても、先進国と比較して日本はきわめて長い。

以上の3つの検討をまとめると、日本の病床の平均在院日数が長いのは、世界的に見てもきわめて長くなってしまっている精神や結核の病床が量的にもきわめて多いこと、また、その精神や結核の在院日数が世界的に見てもきわめて長いこと、さらに一般病床が急性期ではない長期のケアにも使われていることが影響していると考えられるが、それらを除いた急性期病床のみをとって見ても長いといえる。

## 2. なぜ長いのか・・・入院が長期化する3つの側面

では、入院が長期化する原因にはどのようなものがあるのだろうか。入院長期化の原因は、技術的側面と経営的側面と社会的側面の三つに分けることができる。

### 第1の側面：技術的側面

まず、技術部門における技術的側面には、医師、看護婦、その他の医療チームが関与する問題が存在する。診療技術の未熟さや、入院時・退院時の計画策定の欠如等がこの側面における問題点として浮かび上がる。

### 第2の側面：管理的側面

病院の管理的側面については、診療機能、その他の施設や機関の連携に関連するもの、そして、患者スケジュール管理に関連するものに分けられる。人員配置や機器の整備、病診連携や後方病院との連携の欠如、また病床管理や検査・手術のスケジュール管理の悪さなどが挙げられる。

### 第3の側面：社会的側面

ここには、患者の家族の問題や社会の意識、さらには保険制度等の政治的側面が当てはまる。日本の場合、これまでこれらの社会的側面が果たして来た役割は多かったと考えられる。たとえば、住宅環境の問題や病床という資源に対する一般の人々の意識は簡単には変えられない。

### 3. どのように短くするのか・・・3つのステップ

現在では、一般病床を有する病院ならどこでも平均在院日数の短縮に取り組んでいる。しかし、短縮に取り組む前に、現状の問題点の把握から方法の選定、実行計画の策定まで、経営戦略上の構想を練っておく必要がある。さらに短縮の前提としては、平均在院日数が短縮された後の地域全体の医療提供体制までも見通した、長期ビジョンを打ち立てておく必要がある。対処療法的な短縮は、後日必ず運営上の困難をもたらすだろう。

#### 第1ステップ：戦略分析（問題点の把握）

まず定量的なデータと定性的なデータを用いて自分の病院の問題点を把握する。定量分析としては、診療科別、病棟別、患者連齢別、必要であれば疾病別に、現時点での平均在院日数ならびに在院日数の分布、特に3ヶ月や6ヶ月以上の入院患者の数を把握する。定量分析によって問題の所在が明らかになった後は、診療の流れを辿りながら問題点を定性的に把握する。

#### 第2ステップ：戦略選択（介入方法の抽出）

短縮のための介入方法を個別患者へのパターンとして見ると三つの方法が存在する。A. 長期入院者の退院を促進する、B. 入院過程全体を短縮する、C. 診療科構成、疾病構成、病棟構成を転換する、である。

また、診療科への介入パターンとしては、a. 脳外科、神経内科、整形外科、リハビリテーション科などの疾病構造上入院が長期化する診療科、b. 外科系などの高度資源の集中的投入を要する診療科、c. 内科、小児科等などのバラエティに富んだ疾病の患者を有する診療科、への対応に分けられる。

この二つの介入パターンを組み合わせれば、幾通りもの取り組みができあがる。例えば、Aaのグループは、転院先確保から在宅ケアに至るまでの連携をはじめとする院外対策が中心となり、Bbのグループではクリティカルパス等による診療過程の効率化や協力体制といった院内対策がポイントとなる。Ccのグループには個々のケースに対応した介入策が必要となる。中でも患者の構成割合が高く全般的に長期になりやすい内科へのアプローチは特に重要である。

マネジメントの各カテゴリーはそれぞれ患者への介入方法、診療科への介入方法のパターンと連動している。介入手段や診療科ごとの特性を念頭に置きながら、幾通りもの組み合わせの中から介入方法の抽出を行うことになる。

#### 第3ステップ：戦略管理（実施体制作り）

いよいよ改善戦略を策定する。改善策に優先順位をつけ、改善計画の策定へとつなぐ作業である。取りかかりやすく、実行可能なもの、時間がかかるもの、実現不可能なものを同定し、思考の順位を考え、さらには病院の理念や地域全体における病院の役割を考慮した全般的な戦略の中に、この改善計画を位置づけなければならない。

そのためには、院内での改善の執行体制、意識づくり、組織づくりが重要で、対策遂行の状況把握と各職員へのコミュニケーションのためにも、関連の情報収集システムを整備する必要がある。

#### 4. どこまで短くできるか・・・3つの目標

##### 第1の目標：15日

平均在院日数短縮の目標値には15日、10日、7日という三つのステップが考えられる。

日本の一般病床の平均在院日数は、1990年には34.7日だったものが2006年には19.2日となり、1990年以降急激に低下している。今日では多くの地域中核的な病院が平均在院日数20日を切っており、2005年の段階で一般病床の平均在院日数が21日以内の病院数は、41.7%を占める(平成17年病院報告)。急性期を目指しながら平均在院日数が20日を越えている病院は、もう少なくなっている。まずは15日が、急性期病院が目指す当面の目標といえよう。

##### 第2の目標：10日

今日では多くの地域中核的な病院が、15日前後の平均在院日数を達成している。しかし15日を超えた後には、「10日の壁」と呼ぶべきハードルが存在する。実際、総合病院としての地域中核病院で、この域に達している病院は少ない。この段階に達するには、それまでの改善努力が必要であるだけでなく、病院の理念、院外の諸施設との関係、職員の活動の活性化、医療の質の向上、患者満足の追求等、全ての面で経営陣の経営手腕が問われる。

##### 第3の目標：7日

OECD各国の平均在院日数の標準は7日で、この7日はいわば世界標準を目指す近未来の目標と言えよう。

平均在院日数が短くなると病棟業務が増え大変忙しくなる。入退院の手続きが増え、診療密度が濃くなった分処置が増加し、手術や検査などギリギリの資源をフル活用しなければならない。業務密度が高まるとともに忙しさが増すことは間違いない。欧米の病院の平均在院日数が短いのは病床当たりの専門職投入量が高いため、日本の現状ではとても無理な目標だ、との声も聞かれる。しかし、OECD諸国と病床当たりの看護職投入量を比較分析すると、日本の看護職投入量でも、第2の目標の15日程度までは達成可能な平均在院日数といえる。

しかし現実的に、在院日数の短縮が医療現場を疲弊させているとすれば、それは日本の病院経営の在り方に問題がある。医師や看護師以外の職種が可能な業務を、専門職にさせている可能性がある。さらに大きいのは、日本の医療が標準化されていないことによる非効率性である。

このような理由から、10年前私たちが平均在院日数短縮戦略を打ち立てた際は、短縮日数の最終目標を15日に置いていた(長谷川編, 2002:8)。しかし現実には、従来のシステムとして対応することの限界である15日を下回って在院日数の短縮が進んでいる。従来型の病棟経営を続けていては病院は破綻してしまう。労働力の集約性が高まり、院内の機能分化が進んだ今、新たな病棟経営が求められている。

## 5. 具体的にどのように短くするのか・・・3つの介入

- 1) 長期入院を見直す
- 2) 入院全体を短くする
- 3) 診療機能の見直し

## 6. 短縮に当たって気をつけるべきこと・・・3つの注意

- 1) 理念と現状
- 2) 連携
- 3) 安全管理

## 7. なぜ短くするのか・・・3つの成果

### 第1の理由：医療の質

日本の医療供給体制の「未分化性」と来るべき超少子高齢社会に向けての求められる分化分担、そして連携統合

日本は急速に達成した長寿社会の故に今、人類史上かつてない速度で高齢化を迎えている。65歳以上の高齢者が2020年頃には人口の4分の1、そして2050年には3人に1人という、常識的には持続不可能な社会を迎えることが予測されている。同時に日本の人口は2007年から減少を始め、2050年には1億前後にまで減ると予測されている。一方、情報社会の到来と共に医療サービスの消費者側の知識は増大し、権利意識も高まってますます医療サービスの質の向上が求められている。

日本の医療の特徴は「未分化性」にある。薬局のみでなく、診療所や病院においても薬剤が調合販売されている。専門診療科も特定の教育及び認定制度はなく、自己申告によるものであるし、病院では正規の患者のみならず、長期の介護を必要とする患者も収容しており、特別養護老人ホームと病院の機能が依然として未分化なままである。病院には外来機能があり、また診療所には入院施設があつて、外来入院機能が未分化である。それには医師が薬を販売してきたという歴史や、日本の高齢化に対応して特別養護老人ホームが開設されてこなかったという歴史的背景が関わっている。また外来通院、入院、さらには長期ケアまでが、気軽に行ける身近な診療所で一貫して利用できるという利点もあつたと考えられる。

しかしこれからは、医療サービスに高い質と効率が求められている。そのためには日本の保健医療供給システムは機能を分化させ、そのことによって機能教化と向上を図り、さらに分担連携し、全体として効率のよい質の高いサービスが提供できる体制に統合される必要がある。

医薬の分業は政策と共に次第に進行しつつあり、また専門科の分化も医療の高度化と共に次第に進行している。急性期と長期入院に関しては、日本は世界的に最も長い在院日数を有し、その原因が前述のように病院の一部が特別養護老人ホームの機能を果たしてきたからである。この間、政府の諸政策においても、この長い在院日数を是正すること、そして急性期と長期の病床を分離

するための様々な政策がとられてきた。恐らく、超少子高齢社会への準備期にこの分化がほぼ完了するのではないかと考えられる。

超少子高齢社会への準備のための機能分化の歴史的潮流の中で、必然的に平均在院日数の短縮が求められている。

## 第2の理由：病院像

病院トップが使える経営ツールとしての在院日数短縮化

急性期病院の経営戦略の基本は生産性の向上にある。言いかえれば、与えられた資源を最大限に利用しながら、より多くの医療の付加価値を産み出すことにある。端的には、在院日数を減らす事によって病床回転率を上げ、収入を高める戦略である。事実、医療保険制度の中にもこの方向に向けて様々なインセンティブ、例えば入院時医学管理科の在院長期化に伴う逓減制や、看護料の在院日数短縮に伴う増加が組み込まれている。さらにDPCが急性期医療に急激に普及したことによって、在院日数短縮は経営の大きな目標とならざるを得なくなった。病院のイメージを考えると、医療従事者にとっても患者にとっても在院日数は重要な要素と言える。

## 第3の理由：戦略的病院経営のツール

大変厳しい病院経営環境、求められる戦略的経営

今日本では、「医療崩壊」という言葉が一般の人々にも知られるようになり、病院関係者にとっては迫りくる脅威として深刻に受け止められている。この状況は一朝にして生み出されたものではない。1983年に唱えられた「医療費亡国論」を端緒に診療報酬が引き締められ、病院冬の時代が到来した。1990年代より、病院経営は供給過剰から買い手市場に入り、あわせて投入される資源、医療費の伸びが鈍化したのに加えて、人件費、設備投資が高騰し、きわめて厳しい時代となっている。そのために反射的経営ではなく、戦略的経営が求められている。

戦略的経営とは「病院理念」に基づいて「経営方針」を定め、中長期の「経営戦略」を策定し、それを実施するための「経営計画」と執行目標」を定め、それに基づいて執行し、「追跡」評価し、もう一度「理念・方針・戦略・目標」にフィードバックするシステムを病院内に構築することである。

中長期の経営戦略の策定には、企業と同様に3つのレベルの戦略が必要である。まず全社戦略としては病院の主たる機能領域、「ドメイン」の選定が必要である。病院が提供する商品としては、急性期を中心とする高度診療ケア、外来を中心とするプライマリケア、長期を中心とし在宅を含めた長期ケア、あるいは予防や健康増進に重点を置くケアなど疾病の進行の諸相に応じた種類がありうる。その中から、自らの実績、強み、弱み、外部の機会や脅威を分析し、最も有利な戦略を決定する必要がある。ドメインが決定すればそれに対応した個別の商品、例えば診療科や診療機器を具体的に選定し、地域の需要と自院の能力に応じた商品の生産ラインを策定し、それに基づいた資源、すなわち機能戦略を立てるという第3のレベルである。この戦略策定に際しては戦略的経営情報システム（SID）が必要である。

急性期 ケアとは資源を集中的に投入することより短期に問題を解決する医療のことであり、急性期病院をドメインとして選択した場合、平均在院日数短縮は経営戦略のかなめとなる。

### 平均在院日数短縮戦略の展開

平均在院日数は病院理念、病院の機能強化、経営戦略と不可分に関係し、その改善には全病的な取り組みが必要である。さらには、病院の地域全体での役割の位置づけの確認が必要で、場合によっては、その役割を担うために長期患者のケアも引き受けざるを得ないだろう。それを病院全体の中でどうバランスを取るかによって、経営陣の姿勢が問われる。

改善の過程で常に同時進行しなければならないのは増患対策である。もし患者数が増えなければ、必然的に病床を縮小しなければならない。すなわち、究極的に平均在院日数短縮とは、戦略的な規模の拡張か撤退かの二者択一を迫るのである。それは、増患を遂げるかダウンサイジングかの選択である。在院日数の短縮と共に、当然ながら診療機能の強化と規模の見直しが図られなければならない。

診療形態としては、いわば垂直統合か水平統合かを図るものである。垂直統合とは、増患対策により急性期特化を遂げ、他施設との連携により診療機能を維持する形態である。水平統合の場合は、急性期機能を縮小させて、療養型や福祉施設を併設して自院の中で機能を分化させることを指す。

まさに、病院の在り方全体を考え直さなければ、平均在院日数の短縮はあり得ない。逆に、平均在院日数問題を軸にもう一度病院の経営を捉え直し、診療の在り方考え直すことが、この医療の大変革期における一つの有効な作戦となる。

## 8. 本当の理由・・・3つの手段

### 理念浸透

在院日数は短縮しなければならないからするのではなく、短縮の過程を通して、病院の戦略的経営を形成する極めて有用な手段と考えられる。病院理念の問題も、在院日数の議論によって全職員が問題意識を共有することによって、逆に理念を共有、浸透していくことが可能となる。

### 目標管理

理念のみならず、戦略管理の段階においても、具体的な目標管理が可能となる。特に、平均在院日数は外部からも測れるわかりやすい指標で、ベンチマークの手段として非常に有用である。各診療科別に目標を設定することにより、病院の部分と全体の方向性を占めることが可能となる。

### 部門評価

部門別の目標を掲げると同時に、それぞれの部門が実際にそれを執行したかどうかを追跡評価することが可能となる。



参考文献

長谷川敏彦：世界平均から大きくはずれる日本の医療，からだの科学臨時増刊，24－29，1997.9.30

長谷川敏彦：健康転換と日本の今後，月刊新医療，25(2)，101－107、1998.2

長谷川敏彦：日本医療供給体制の課題と展望——未来と現在をつなぐ病院経営戦略，病院，1月号，1999

長谷川敏彦編：病院経営のための在院日数短縮戦略，医学書院，2002

---

---

## 平均在院日数に関わる診療報酬改定の変遷

---

---

診療報酬体系上の平均在院日数短縮に関わる点数の動きをくわしく追ってみる。主な改定内容を表1に示している。

在院日数による診療報酬点数の逓減制は、1958年に新医療費体系が創設された時から入院料の中に盛り込まれていた。しかし点数の格差はわずかなものだった。入院時医学管理料の年次推移をたどると明らかなように、逓減制がはっきりと現れるのは1976年度の改定で「入院日数2週間以内」が盛り込まれて以来である(図1)。

これを、「2週間以内」を100とした場合の在院日数区分ごとの点数が占める割合として示すと、逓減制が強化された時期がより明らかになる(図2)。最も強化されたのは1981年の改定時であり、2週間以内入院の点数が大きく引き上げられた一方で、2週間を超える点数はほぼ据え置かれた。この年は、薬価基準が18.6%もの大幅引き下げになった改定である。国民医療費抑制政策を受け、それ以来一貫して診療報酬点数は「マイナス改定」を続けている。

1983年の老人保健法制定による老人医療費有料化、1986年の国民医療総合対策本部中間報告における長期入院是正勧告を経て、入院時医学管理料においては、2週間以内と3ヶ月以上の長期入院との点数の開きがきわだっていく(図1)。平均在院日数は、1980年代まで増加傾向だったものが、1981年以降微増状態になり、1986年を頂点に大きく短縮している(図2)。

しかし多くの急性期病院にとって、平均在院日数短縮が直接影響力のある形で現れたのは、1992年度の改定で、基本看護料の特3類取得条件が平均在院日数20日から25日に緩和されてからだろう(表2)。これは第2次医療法改正によって、病院の機能分化政策が本格化した時期であり、診療報酬点数上は人員配置の評価が強化されている。

それ以来、診療報酬改定ごとに短縮の誘導政策が盛り込まれ、加算条件も複雑になっていく。1994年には特3類の平均在院日数がさらに30日に緩和された。1997年には、入院時医学管理料が施設の平均在院日数に応じて体系化された(表3)。さらに翌年1998年には、入院時医学管理料の算定要件がさらに厳しくなり、急性期と亜急性期の区分けが明確化されている。また看護料の取得基準についても、平均在院日数の逓減制が導入され、条件が厳しくなっている。そして2000年4月の改定において入院基本料が新設され、第4次医療法改正を先取りした形で、急性期と長期とに二分した点数体系が登場した。

入院時医学管理料と看護料、そして入院基本料の点数算定法を辿っていくと、1997年までは30日、1998年には28日、そして2000年には20日が、急性期病院の目安として提示されてきた。

それが2000年の改定によって、入院時医学管理料は廃止、入院基本料となって以来、「医療連携」が病院関係者の注目を集めることになった。この時新設された「急性期特定病院加算」は、この取得要件は今後の急性期病院の姿を指し示す指標と見なされ、要件のうち①紹介率30%以上、②平均在院日数20日以内、③外来入院比1.5以下の要件は3大要件といわれた。いずれも医療連携なしにはクリアできない項目である。(図Ⅱ-5-4)

中でも①の「紹介率」は、病院の医療連携の度合いを示す指標となり、物議をかもしながらも重視されてきた。②の平均在院日数の短縮にしても、点数表で用いられる算出式は、延べ患者数を入院患者と退院患者の平均値で割った数であるため、「平均」の在院日数を減らすためにはまず分母を増やすことが求められる。紹介によって新入院患者を増やし、逆紹介をして早期退院によって退院患者を増やさなければならない。さらに、③の入院外来比についても、安定した外来マネジメントのためには医療連携が不可欠である。

2002年の改定で、この加算は「急性期特定入院加算」と名称が変わった。そして、在院日数の要件が、20日から17日に引き下げられた。他にも、入院基本料1の在院日数が、25日から21日に引き下げられ、180日超の長期入院には特定療養費制度が導入された。診療報酬本体が史上初めて引き下げられた改定だった。

2004年改定はゼロ改定で、大きな誘導は起こっていない。2003年に導入されたDPCが民間病院へ試行拡大となった。

そして2006年の改定によって、連携誘導の紹介率を要件とする入院基本料の4つの加算はすべて廃止された。紹介率要件については、機能分化という本来の目的から逸脱してしまう現象も起こっていた。救急を受け入れるほど新規の非紹介患者が増え紹介率が下がってしまうという不合理や、医療資源が偏在する地域の事情を無視した数字であること、入院外来比を下げるために物理的に道路を隔てただけの外来分離などという不自然なことも起こっていた。

連携関連では、地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画退院時指導料が新設された。算定対象疾患は大腿骨頸部骨折のみであり試験的な導入となったが、連携体制の質を担保するうえで、地域連携クリティカルパスが注目されている。

簡素化の名目の下で入院基本料が再編され、8区分だったものが4区分になった。在院日数は21日から19日にひきさげられた(表4)。看護配置要件もより厳しくなり、看護配置7対1が登場した。急性期医療の範囲は新区分の「2」まで、看護配置10対1で在院日数21日以内と考えられる。

表 1. 平均在院日数に関わる診療報酬改定の変遷

1947年 医療法制定

1950年 医療法人制度

1958年

新医療費体系が創設

入院料に入院期間による逓減制

1962年 公的病床規制

1970年

入院時医学管理料を新設

1972年

入院時医学管理料(甲表のみ)を入院期間別に3区分

入院料を室料、看護料等に分け、甲表の入院期間による点数差額は廃止。

1973年 老人医療費無料化

1974年 10月

乙表の入院時医学管理料も入院期間別に3区分

1976年

入院時医学管理料の入院期間別3区分を4区分に

短期間の区分引き上げ率を大きくすることにより、平均在院日数の短縮化を図った

1981年

(医療費適正化政策を受けての低い改定率、病院冬の時代へ、ターニングポイント)

入院時医学管理料の逓減制強化

入院時医学管理料の2週間以内の短期入院と、特定集中治療室管理加算を大幅に引き上げるとともに、3ヶ月以上の期間については据え置き、平均在院日数の短縮化を図った。

1983年 老人保健法制定、特例許可老人病院・老人診療報酬体系

1983年

入院時医学管理料の入院期間別4区分を6区分に

入院期間に応じた逓減制を強化し、入院期間の短縮および地域や家庭における医療への転換を図る。

1984年

入院時医学管理料の入院期間別4区分を5区分に

(在宅医療の推進と入院期間の適正化)

1985年 第1次医療法改正(医療計画)

1986年

長期入院に対する入院時医学管理料の逓減制の強化

入院時医学管理料の入院期間別の5区分を6区分に

6ヶ月を越えた点数を前回より減点