

1987年 国民医療総合対策本部中間報告

1988年

長期入院に対する入院時医学管理料の逡減制の強化と細分化

入院時医学管理料の入院期間別の6区分を9区分に

看護料の見直し

特3類看護が新設。算定要件は「平均在院日数20日以内」

入院日数による逡減制を導入(看護料体系が一般病棟と結核・精神病棟に区分)

1990年

入院の適正化を図るため、入院時医学管理料の見直し

入院早期の重点評価

結核・精神病棟等の入院時医学管理料の新設

老人診療報酬に特例許可老人病院入院医療管理料が新設(老人医療費定額制)

1992年 第2次医療法改正(療養型病床群・特定機能病院)

1992年

特3類看護の算定要件の緩和「平均在院日数20日以内」を「25日以内」に。

看護料の適正な評価

1994年4月

特3類看護の算定要件が緩和「平均在院日数25日以内」を「30日以内」に。

1994年10月

基準看護の見直しにより、新看護体系が新設

1996年4月

長期入院の是正(急性期入院医療の充実)

入院時医学管理料を、医療機関の平均在院日数が30日以内と30日超の場合および20日以内でかつ紹介率が高い場合に分けて体系化することにより、医療機関の特性に応じた評価を行い、在院日数の短縮化を図る。

30日以内では、在院日数が短いほど(2週間、1ヶ月)点数がアップ。30を超えると極端に減収
30日以上では、逡減性は緩やか。むしろ2週間以内では点数はダウン

1997年 第3次医療法改正(地域医療支援病院)

1998年4月

入院時医学管理料の急性期と亜急性期の区分けが、さらに明確に

1998年10月

看護料：届出の際の平均在院日数要件が強化され、算定にも逡減制が導入

看護婦数による点数配分から、平均在院日数がより優先される配分へシフト

入院料にも厳しい在院日数要件

2000年4月

入院基本料の新設(入院時医学管理料・看護料・入院環境料を包括)

▶ 平均在院日数28日以内のⅠ群、29日以上Ⅱ群に区分

▶ 30日以内入院の患者には「初期加算」、180日以上患者には「長期減算」

- ▶ 一般病棟入院基本料に、加算項目として「急性期特定病院」などが新設。要件は、紹介率 30% 以上、平均在院日数 20 日以内など

早期退院に伴う問題発生の防止

- ▶ 長期入院が必要な患者については、平均在院日数要件の計算の対象外とするとともに、入院基本料の初期加算等により入院当初の評価を充実する一方で、長期入院に関わる逓減制を緩和すること等により、早期退院に伴う問題発生の防止を図る。

2001 年 第 4 次医療法改正(一般病床・療養病床)

2002 年 4 月

史上初の本体マイナス 1.3%改定

入院基本料 1 の在院日数が、25 日から 21 日に引き下げ。

急性期入院加算、急性期特定入院加算の在院日数要件が、20 日から 17 日に引き下げ

長期入院に特定療養費制度導入、180 日超

2003 年 D P C 導入(特定機能病院)

2004 年 4 月

ゼロ改定

D P C の民間病院への試行拡大

亜急性期入院管理料の新設

2004 年 D P C、民間病院等に試行

2005 年 医療制度改革大綱

2006 年 4 月

マイナス 1.36%改定

連携誘導加算の廃止：紹介率を要件とする入院基本料の 4 つの加算、初診料の紹介患者加算

紹介加算廃止分は急性期入院の枠内で再配分。救急医療管理加算はアップ

入院基本料簡素化、在院日数要件がより厳しくなり、19 日以内が登場。

看護配置基準の大幅変更：7 対 1 登場

2007 年 第 5 次医療法改正(医療計画見直し)

都道府県が地域の医療施設の機能、連携体制を住民に情報提供

D P C 対象病院は 360、準備病院は 370

表 2. 入院時医学管理料の年次推移

(甲表)

入院料		1958	1961	1963	1965/1	1965/11	1967	1970
病院	1月以内	28	36	36	50	51	57	66
	3月以内	25	32	32	44	45	51	60
	3月超	22	29	29	40	41	46	55

(甲表)

入院時医学管理料①		72	74/2	74/10	76	78	81
病院	2週間以内				130	175	250
	1月以内	39	72	94	114	146	160
	3月以内	33	66	86	100	118	120
	3月超	28	61	79	88	99	99

(甲表)

入院時医学管理料②		84	85	86	88	90	92
病院	1週間以内				440	454	
	2週間以内	310	365	419	430	440	521
	1月以内	200	237	267	280	288	331
	2月以内				205	210	235
	3月以内	140	169	183	195	198	222
	6月以内	109	123	129	140	144	151
	1年以内	99	100	104	115	115	117
	1.5年以内			97	97	97	98
	1.5年超				95	95	96

入院時医学管理料③		94	96/4	97	20日以内かつ紹介率30%	30日以内	30日超	98/4	20日以内かつ紹介率30%	28日以内	28日超
病院	2週間以内	545	571		750	595	510		770	615	522
	1月以内	355	370		390		417		405		430
	2月以内	250	258		220		284		230		305
	3月以内	226	231		220		240				260
	6月以内	155	157		140		175		150		190
	1年以内	121	121		121				121		

1.5年以内	101	101	101			
1.5年超	98	98	98			

表 3. 看護料の年次推移

基本看護料		1988	90	92		94/4	
特3類	20日以内	235	277	25日以内	337	30日以内	341
	20日超	225	267	25日超	327	30日超	331
特2類	30日以内	165	170		200		204
	30日超	157	162		192		196
特1類(I)	40日以内	95	95		109		113
	40日超	87	87		101		105

新看護料		在院日数 届出要件	1994/10	96	98/10	在院日数 届出要件	
2対1	30日以内	30日	440	468	496	25日	
	30日超		430	456	484		
2.5対1	30日以内		410	433	459	28日	
	30日超		400	421	447		
3対1	30日以内	なし	388	410	426	60日	
	30日超		378	398	414		
3.5対1	30日以内				375	390	90日
	30日超				363	378	

表 4. 入院基本料(2006年改定) 一般病棟

	点数	平均在院日数	看護配置	看護師 比率	入院日数による加算	
					14日以内	15日以上30日以内
1	1,555	19日以内	7対1	70% 以上	+428	+192
2	1,269	21日以内	10対1			
3	1,092	24日以内	13対1			
4	954	60日以内	15対1			

図 1

入院時医学管理料の年次推移

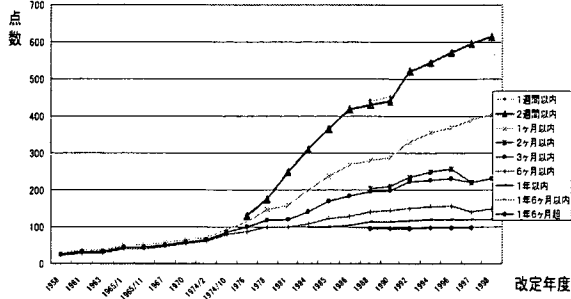


図 II-5-3

診療報酬改定による在院日数短縮の誘導策

- 1976 入院時医学管理料に入院日数2週間以内導入
- 1981 2週間以内の点数が強化
- ...
- 1992 基本看護料の特3類取得条件が20日から25日緩和
- 1997 入院時医学管理料が日数別に
- 1998 看護料の取得基準に日数で逡減制
- 2000 入院基本料に急性期病院加算登場、20日が条件に

図 2

入院時医学管理料の逡減率の年次推移

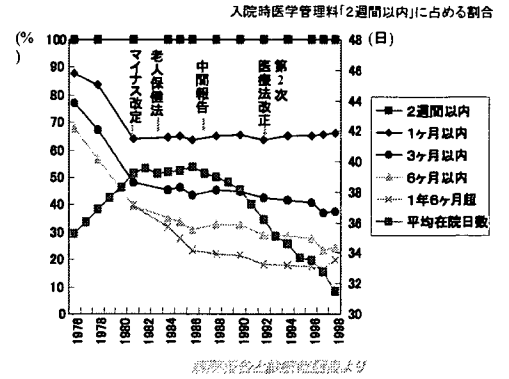


図 II-5-4

2002診療報酬改定

入院基本料

急性期特定入院加算：

- ①紹介患者が30%以上、②平均在院日数17日
- ③入院外来比1.5以下 他

急性期入院加算：

- 紹介患者が30%以上、平均在院日数17日 他

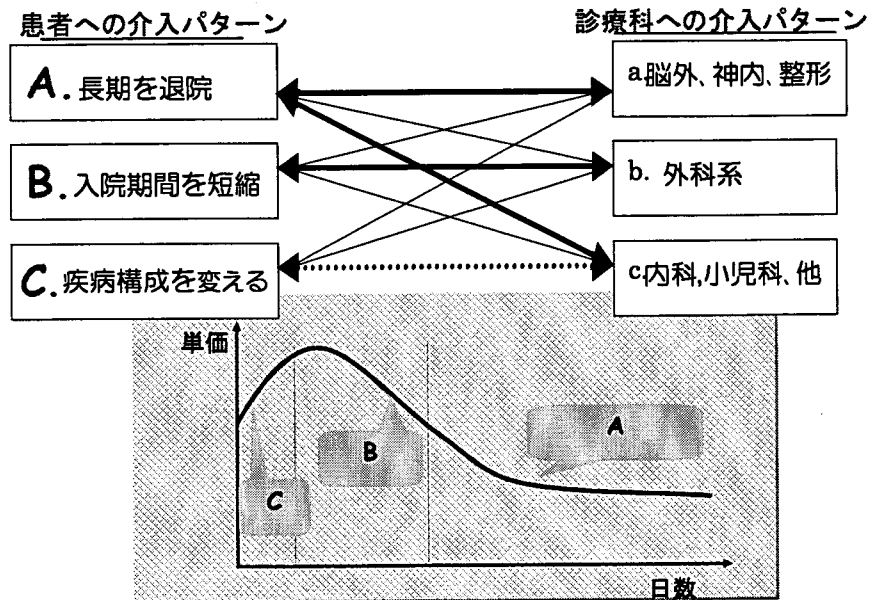
急性期病院における在院日数短縮 プロセスと業務量変化の検証

【目的】

日本の病院の平均在院日数は、1980年代まで増加傾向だったものが1981年以降は微増状態になり、1986年を頂点に、1990年以降急激に短縮している。

私たちは、平成9年度厚生省情報技術開発研究事業「情報技術を用いた医療評価に関する研究」、平成10年度厚生省医療技術評価総合研究事業「医療法改正に伴う医療供給体制に関する研究」において、在院日数短縮のメカニズムを分析調査し、在院日数短縮化の方法を提示した。その成果は、長谷川敏彦編「病院経営のための在院日数短縮戦略」にまとめた。本書においては、各病院が取り組むべき具体的な課題を掲げ、短縮のための介入パターンとして、長期入院の退院促進、疾病構成の工夫、術前・術後日数の短縮等の工夫を提案した(図1)。

図1. 戦略選択：介入パターンの組み合わせ



この当時は急性期病院の在院日数の目標値を15日と想定して研究を行っていたが、現実には当初の予想をはるかに上回る勢いで在院日数は短縮している。急激な在院日数短縮に伴い、急性

期医療の現場では、業務内容及び業務量に大きな変化が生じていると推測できる。私たちは現在、先般の在院日数短縮化研究から10年後の検証を行うべく調査を進めている。

そこで本論では、以下の二つの目的をあげて検証を行う。第1の目的は、急性期病院における1990年以降の平均在院日数の短縮のプロセスを明らかにすること。第2は、先の研究において提言した在院日数短縮の試みが、現実に効果があったかどうかを検証することである。

【方法】

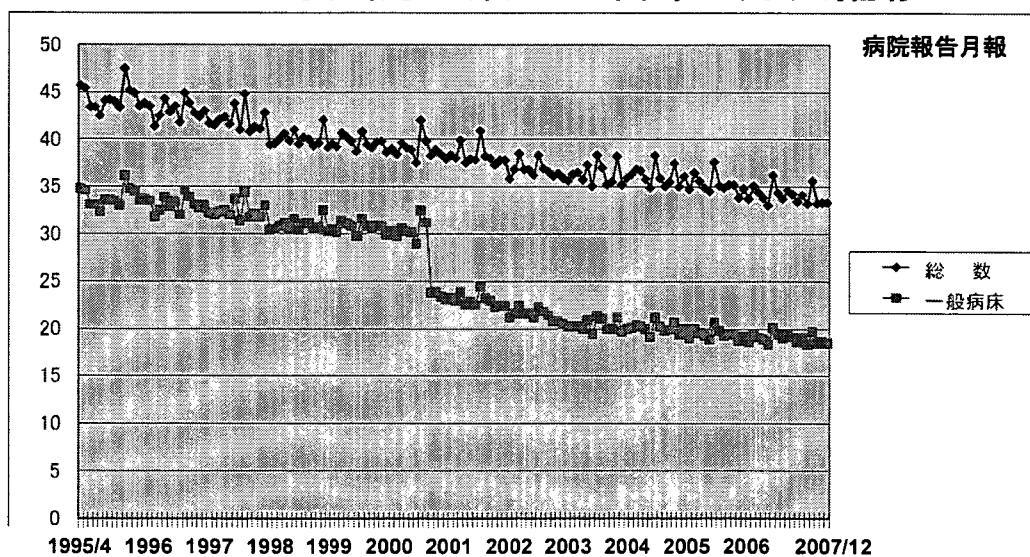
病院報告、患者調査の公表データ、また OECD データを用いた統計分析を行う。開設者別に平均在院日数の年次推移をたどり、主要疾患の術前術後の変遷と、患者の退院後の行き先等を分析した。

【結果】

まず、第1の目的に沿って、急性期病院における在院日数短縮のプロセスをたどっていく。

最新データを得るために、病院報告月報で月次推移をたどってみると、図2に示した通り、日本の病院の平均在院日数は全病床では1995年4月に45.7日であったものが2007年12月には33.3日に短縮した。一般病床では、同じ期間に34.8日だったものが18.5日に短縮している。約12年間で全病床では72%、一般病床では52%の短縮を遂げたことになる。

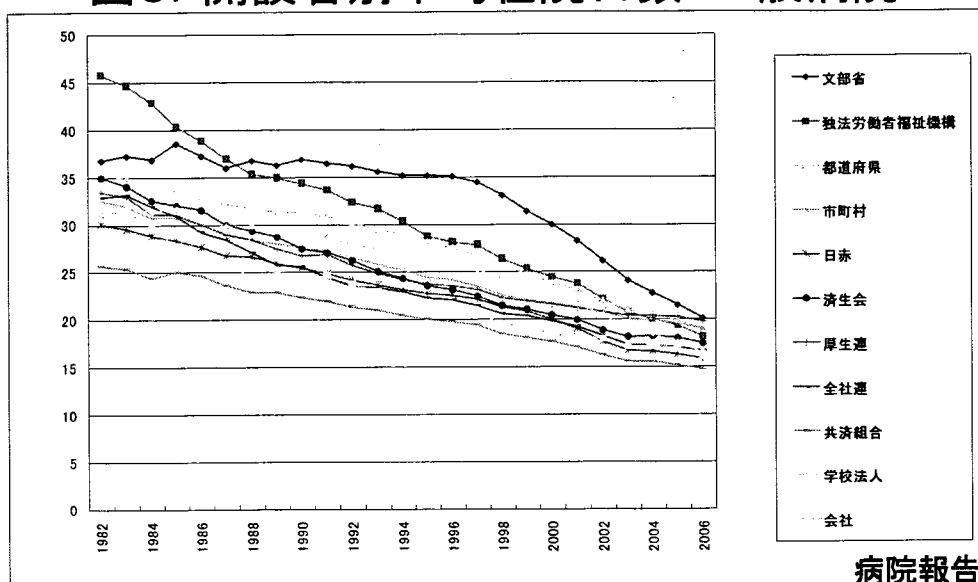
図2. 平均在院日数・12年間の月次推移



本論の問題設定である1990年からの年次推移をみると、1990年度は全病床が49.2日、一般病床が37.2日であったものが、2006年にはそれぞれ34.7日、19.2日となり、各70%、52%の短縮を遂げている。

短縮プロセスの詳細を見るために、開設者別に在院日数短縮の年次推移をたどると、一律に在院日数が短縮したわけではなく、短縮のスピードと短縮時期には開設者ごとに違いがみられた。図3に示したグラフには、急性期医療を提供する傾向が強いと想定される開設者のみを抜粋し、在院日数の長い個人立や医療法人立の開設者は除外している。図3に示すように、1990年の時点では37日から22日までばらついていた在院日数が、2006年には20日から15日の間に集約しているのがわかる。在院日数短縮の度合いがもっとも大きかったのは医育機関で、10年間でほぼ半減している。

図3. 開設者別平均在院日数・一般病院

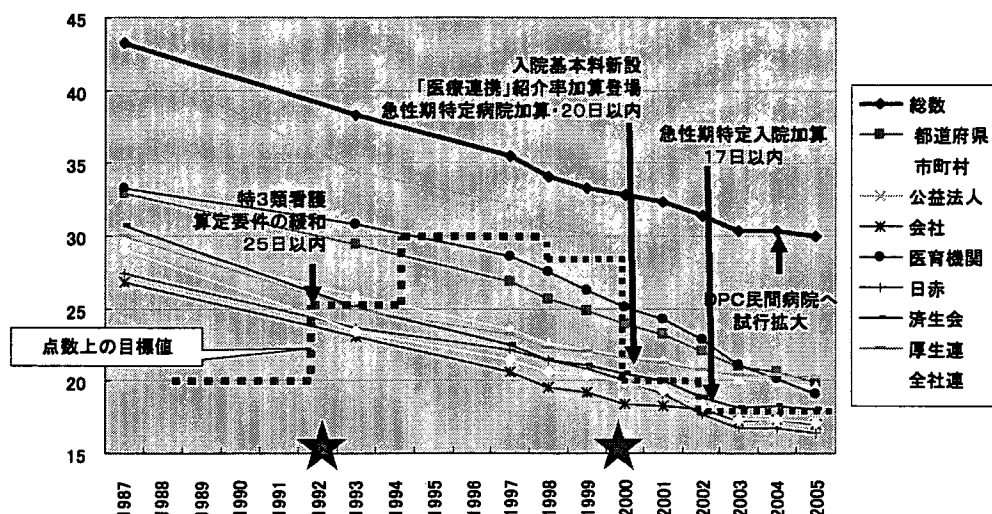


さらに開設者ごとに、診療報酬による点数誘導が、実際に在院日数の短縮にどのように影響したのかを見てみる。診療報酬上設定された加算対象になる在院日数目標値の推移を、開設者別の在院日数年次推移に当てはめてみたのが図4である。開設者ごとに、在院日数短縮に取り組む時期が異なり、その時々目標値に連動して取り組んでいることがわかる。

診療報酬点数において平均在院日数短縮が具体的に影響力のある形で現れたのは、図4でみる限り、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である。元々在院日数が短かった公的病院や会社立病院が、条件をクリアする範囲内にあった。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30日に緩和された。都道府県立病院や医育機関など、在院日数が比較的長期だったグループが、加算要件の範囲内に巻き込まれることで短縮が加速した。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、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、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。

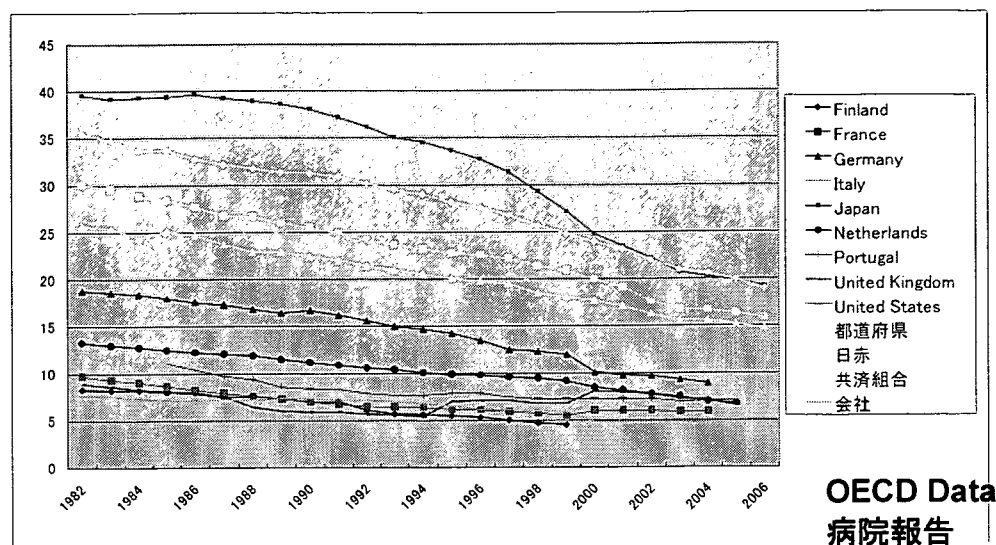
図4. 診療報酬点数上の在院日数の目標値
病院報告(一般病院)1987-2005



入院時医学管理料と看護料、入院基本料の点数加算方式を辿っていくと、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。2000年に新設された「急性期特定病院加算」は、今後の急性期病院の姿を指し示す指標と見なされ、要件に平均在院日数20日以内が示された。2002年の改定で、この加算は「急性期特定入院加算」と名称が変わり、在院日数の要件が、20日から17日に引き下げられた。図4のグラフからは、日赤、済生会、厚生連、全社連等のグループが、この誘導日数を忠実に追っているのように見える。

もともと、日本のベストプラクティスを誇るこれらの急性期病院グループであっても、欧米諸国の平均値からははるかに遠い。図5に示した通り、OECD Health Dataと病院報告のデータを基に、欧米諸国の病院と日本の急性期に該当する開設者病院の在院日数の年次推移をたどると、両者のかい離がはっきり示される。

図5. 在院日数・OECD諸国と日本の急性期病院

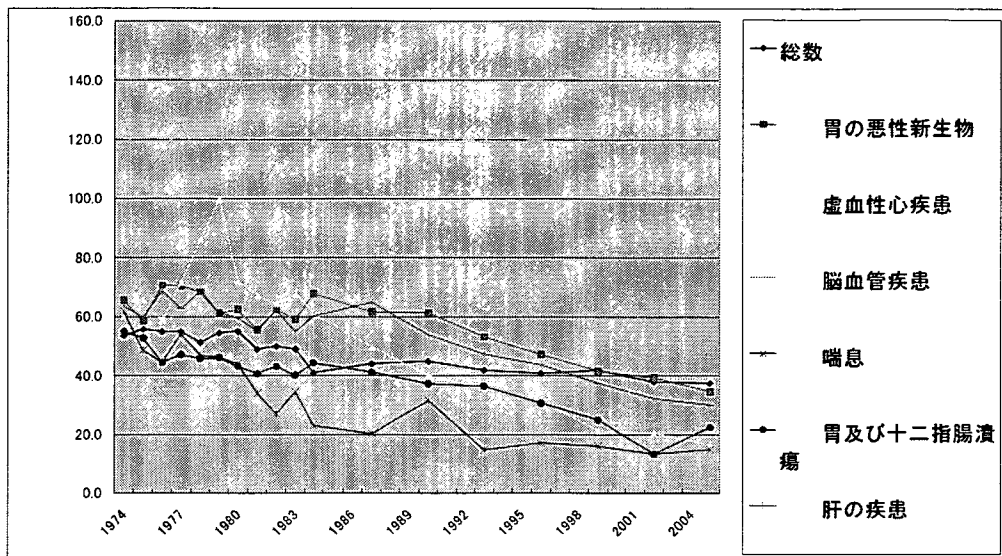


1990年以降の病院の動向を全体的に把握するために、在院日数以外のデータをみってみる。病院ごとの特徴を踏まえるために、ここでも病院報告における開設者別のデータを用いた。開設者別に過去30年間の病床数の増減を辿ると、病床増の大半は医療法人立の病院であった。1990年代以降は個人立病院の病床が減少、医療法人の病床が増加していることから、二つの開設者間の連動がうかがえる。その一方、病床当たりの職員数を見ると、個人立と医療法人立の病院がもつとも少なくなっている。医師が突出して多いのは、当然ながら医育機関である。しかし、職員数増減の年次推移をみると、医師の場合は、1990年以降一定の割合で増加しているものの、その増加傾向はなだらかである。看護職員の場合増加傾向は著しく、1990年から2006年までに、総数では1.43倍の増加となっている。

次に、本論第2の目的に掲げた、在院日数短縮のために提案した取り組みが現実に効果があったかどうかを検証する。患者調査の公表データを基に、在院日数短縮に伴う患者構成と業務内容の変化を見ていく。

まず、主要疾病ごとの退院患者の在院日数の年次推移をたどると、図8に示すように、ほとんどの疾病で日数は短縮の傾向を示している。例外は脳血管疾患であるが、脳卒中等の長期ケアに関わる要素が強い疾病については、平均値としての短縮の傾向がつかみにくいと考えられる。急性期病院においてDPC支払い方式が急速に普及し、傷病名ごとに在院日数の枠が示されるようになった状況を踏まえると、今後は脳血管疾患においてもより明確な変化があるかもしれない。

図8. 退院患者の平均在院日数・疾病別



次に、病院の在院患者の在院期間分布を見るために、患者調査で1996、1999、2002、2005年の一般病床におけるデータを比較した。図9に示すように、1996年から2005年までの9年間で着実に2週間以内の割合が増えており、在院患者の在院期間の分布が短い方にシフトしている。特に、6か月以上の長期入院の割合は、1996年から1999年の間に大きく減っている。また、在院期間別の割合を在院患者と退院患者で比較すると、図10に見るように、退院患者の方が在院期間の短い割合が多くなっている。当然の結果ながら、短期間で退院する患者群の増加がうかがえる。

図9. 在院期間別・在院患者分布・一般病床

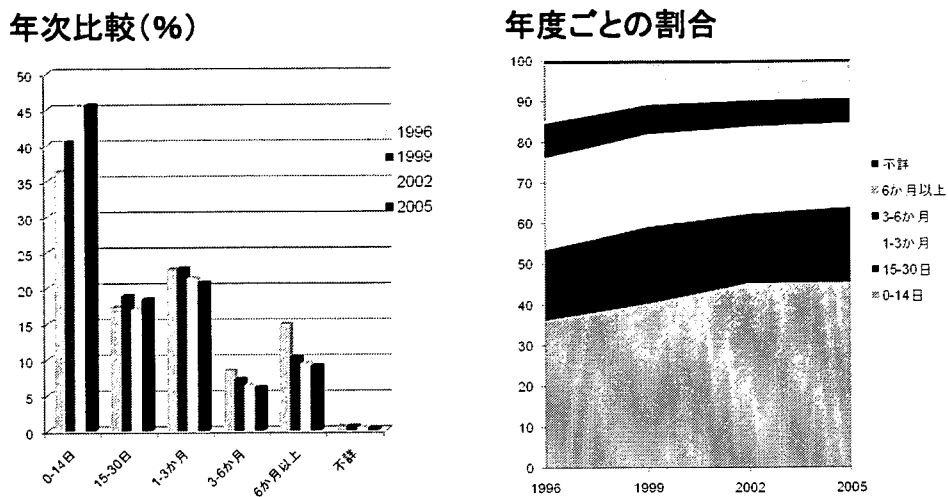
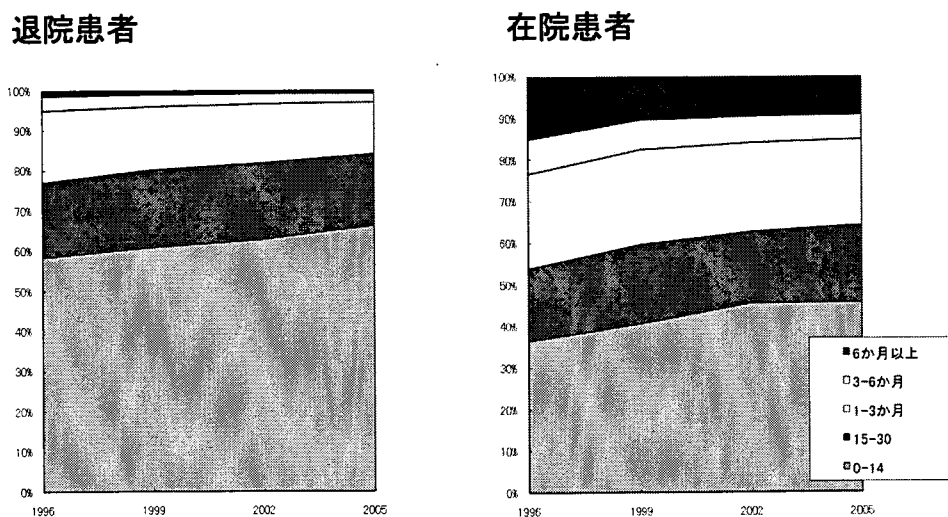


図10. 在院期間別の患者分布



退院後の行き先を見るために、患者調査で一般病床における他の病院・診療所に転院した患者数を、1996年から2005年まで比較した。図11に示すとおり、他院へ転院する件数が、在院期間3カ月以内の在院患者ではこの10年間で増えている。短期入院患者に対しては他院への転院を積極的に勧めている状況といえる。逆に長期入院患者の転院件数は10年間で減っている。長

期入院の患者群には、本来の急性期ではない長期ケア患者が含まれている可能性がある。

**図11. 退院後の行き先
一般病床から他の病院・診療所へ入院**

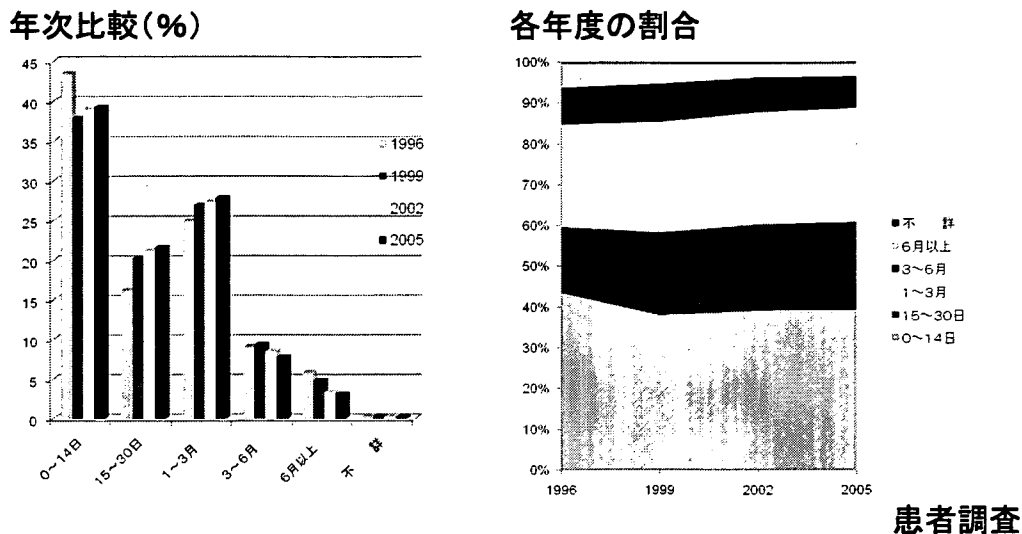
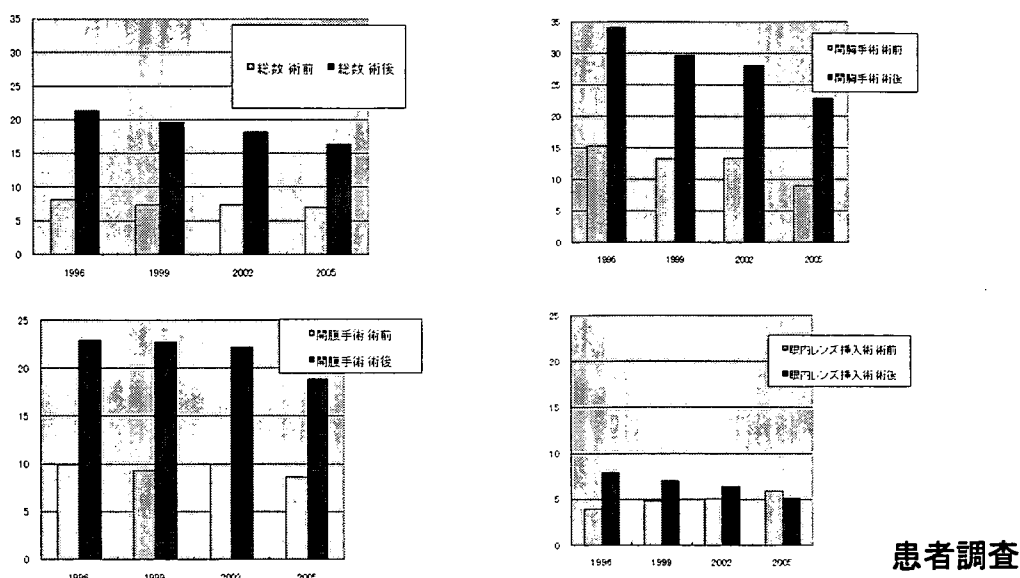


図12では、術前術後の在院日数の10年間の変化を、一部の術式と疾病において比較したが、短縮の傾向ははっきりしなかった。特に術前日数に関して短縮は顕著ではない。ここに示したデータの後の2005年から2008年間の時系列変化まで待たなければ、傾向がつかめない。

図12. 術前術後の平均在院日数1



【結論】

1990年代以降の在院日数の急激な短縮の原因としては、直接的には厚生労働省の診療報酬加算による誘導があり、制度体制としては医療法改正に伴う施設の機能分化と連携の促進等があげられる。施策的な誘導の一方で、病院の立場からは、自らが切磋琢磨した経営努力の成果とみることもできる。病院における在院日数短縮の取り組みとしては、具体的には、術前術後の日数短縮の工夫、治療プロセスの迅速化、早期退院促進と長期ケア施設への転院紹介などがあげられる。

本論では在院日数短縮のプロセスの実態を把握すべく、統計資料を元に分析を行ったが、在院日数短縮の変化は開設者の病院グループごとに傾向が異なっており、短縮のプロセスは経営方針の違いと経営努力の程度を反映しているといえることができる。

在院日数短縮の取り組みに関しては、短期入院患者の転院促進などの工夫が行われていることが明らかになったが、短縮課題として急性期病院で盛んに提唱されてきた手術前の入院日数に関しては、顕著な短縮は見られなかった。

開設者ごとに平均在院日数短縮の年次推移には違いがみられたものの、2006年には15日前後に集約して短くなっている。その一方、医師投入量には、10年間で大きな変化は見られなかった。急激な在院日数短縮に伴い急性期病院の病棟の業務量は増加していると考えられる。労働力の集約性が高まり、院内の機能分化が進んだ今、新たな病棟運営体制の構築が求められている。

今回は統計分析を用いて全体的な傾向を把握するにとどまったが、今後は、在院日数短縮に伴う急性期医療の現場での業務内容と業務量の変化、つまり、病院自体の大変貌の実態を明らかにしたい。

参考文献

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，2001

病院の生産性、国際比較

1. 目的

生産性は投入がどのように生産物に変化したかを算定することであるが、病院の場合、医療費つまり生産額が政策的に決定されることから、金額ベースで生産性を推計したり、国際比較をすることは意味を為さないと考えられる。そこで本報告では労働投入量とそれによる退院患者数の比較を通じて生産性を算定し、比較することとした。

2. 手法

まず OECD の保健統計データベースより、急性期病院の労働投入量のデータならびに退院患者、平均在院日数に関するデータを抽出した。日本に関しては上記統計に掲載されていないデータに関しては厚生労働統計[病院報告]より抽出した。その結果、比較的データがそろっているオーストラリア、カナダ、デンマーク、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、ノルウェー、米国の 9 カ国と日本は急性期病院の中で最も生産性が高いと考えられる会社立病院と生産性が低いと考えられる医療法人の 2 種を比較した。

比較したデータは 1 床当たり看護師数、1 床当たり退院患者数、平均在院日数である。データは 1960 から記載のあるものを使用し、一部データは定義変更による変化が見られる。

3. 結果

1 床当たり看護師数は年々増加傾向にあり特にノルウェー、イタリア、デンマークは増加傾向が高い。日本の医療法人は最低で会社立病院はフランスと同レベルにある。最新のデータで 1 名を超えている国はノルウェー、米国、イタリア、デンマーク、カナダの 5 カ国である。(図 1)

1 床当たり退院患者数は日本の医療法人、米国は横ばいだがそれ以外は増加傾向にある。しかし日本の 2 設立主体の値は最低である。過去 10 人未満であった国は日本だけであり、最新データで 30 人未満の国も日本だけである。米国は 1960 年代か 30 人台で現在は 40 人台、その他の国は 10-20 人台から上昇し、ノルウェー、デンマークは 50 人台、フランス、オーストリア、イタリアは 40 人台、カナダ、オランダ、ドイツは 30 人台である。(図 2)

平均在院日数は日本の医療法人が 50 日前後から急激に短縮は病床定義の変更によるもの(療養病床の分離)、会社立に近づいたがそれでも最長である(20 日強)。平均在院日数が 30 日を超えていた国は、日本のみで 20 日を超えていた国は、日本以外はドイツとノルウェーのみで

ある。また平均在位日数の推移は、以前はばらつきがあったが、日本以外は10日以内に修練しつつある。日本の会社立病院はドイツの20前年の状況と酷似している。(図3)

上記、3種類のデータからまず病床当たり退院患者数の比較を行った。(図4)

その結果、1床当たりの看護師数が増加するにつれ1床当たり退院患者数が増加する傾向が見られたが、カナダ、オランダはデータが少ないこともあり看護師数が増加しても退院患者数はあまり変化していない。フランスは日本の会社立と同程度の看護師数にもかかわらず、高い退院数を達成している。同様にオーストリア、ドイツも高い伸びを示している。米国は看護師数の増加に対して退院患者数の伸びは緩やかである。

次に平均在院日数と看護師数の比較を行った。(図5)

全般的に1床当たりの看護師数が増加するにつれ平均在院日数が減少する傾向にある。日本の医療法人、会社立病院、ドイツ、フランスなど過去、平均在位日数が高く、看護師数が少ないケースでは看護師数増加による平均在院日数の減少割合が大きい。日本の医療法人は特に看護師数が低く平均在院日数が高く、会社立も医療法人ほどではないが看護師数が低く、平均在院日数が高い。

4. 考察

1床当たりの看護師数は病棟においてよりケアの必要な患者つまり重症患者が多いことを意味する。日本の医療法人のように看護師数が少ないということは急性期病院であっても重症でない患者が多く入院していたと推察される。これは軽症患者の入院が多いということよりも重症患者の症状が安定した後も入院を続けていると考えられ、その傾向は1床当たりの退院患者数や平均在院日数より推察される。

1床当たり退院患者数は、米国では増加率が緩やかであり45人前後が限界のように思われるが、他の先進国ではオランダ、イタリア、カナダでは増加が緩やかとなりとともに看護師の投入量も多いことからこれ以上の増加は困難ではなかろうか。

平均在院日数は10日以下に修練しつつあり最終的には5日前後限界と思われる。

生産性の比較では日本と他の先進国との差ははっきりと分かれた。日本以外の国の場合は同様の傾向が見られるが、日本の病院の生産性が明らかに先進国の外れ値であることが確認できた。これは日本と他の先進国との急性期病病の定義、もしくは役割の違いと考えられる。前述のとおり重症患者のケアが減少してもそのまま入院が継続していることが要因と考えられる。しかし近年、日本も看護師の増加、退院患者数の増加、平均在院日数の減少などが進んでおり、このペースで行くと20年後くらいには他の先進国と同様の数値になると推計される。

今後の展開としては、本分析は時系列データを単純比較したのみであり、要因分析には対象国の保健医療分野にかかわるイベントの分析が必要である。

看護師数の推移

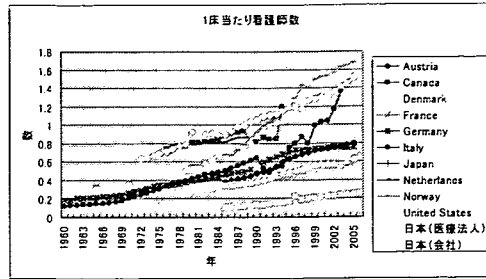


図 1

退院患者数の推移

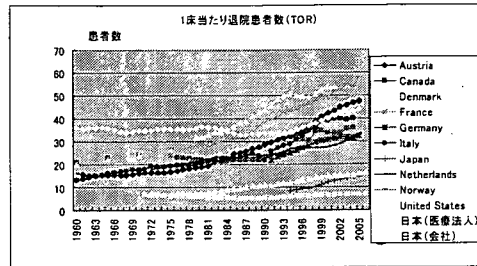


図 2

平均在院日数の推移

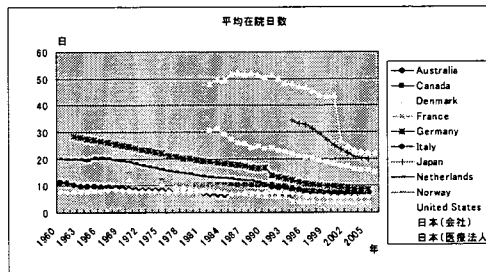


図 3

病床当たり退院数と看護師数

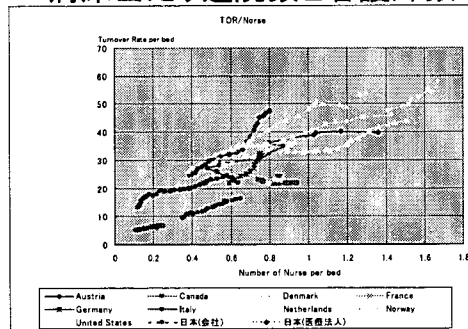
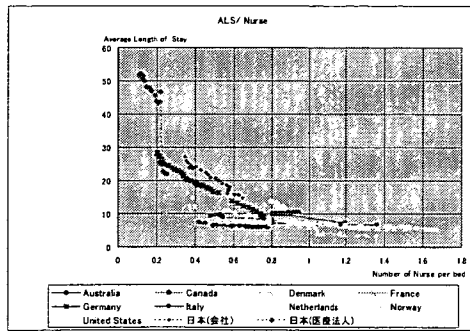


図 4

平均在院日数と看護師数



第3部

病院フィールド調査

フィールド調査から得た 病棟マネジメントの課題

【はじめに】

昨今における医療制度改革等の背景のなか、病院経営も激変なる対応が求められている。特に、従来の病院経営では、1つの病院や1つの病棟のなかで完結な医療提供の構築を追求していたが、政策施行もあり、「急性期」「亜急性期」「慢性期」等の状態に合わせ、いかに地域もしくは病院内における機能分化・連携の整備が求められている。地域や病院の医療資源の再配分に関しても、機能分化や機能連携を前提とした配分が資源の更なる効率性向上につながると考える。今後、機能分化や機能連携を前提とし、効率的な病棟マネジメントの確立することが緊急なる課題である。

本研究では、病棟マネジメントでも、専門看護師や認定看護師などの病棟を横断しながらコンサルティング等のニーズが高まっているなかでの「病棟看護管理者の業務変化」、オーダリングシステムや電子カルテなるITが身近になってきている状況で安全・個人情報保護・情報開示を踏まえた「診療情報の備忘録（メモ）の活用」、そして、特に急性期の機能を担う病棟での看護機能の変化を踏まえた「病棟マネジメント」の3点に絞っている。今回は、調査員が非参加型観察法での観察と病棟看護管理者等に対する半構造的インタビューを活用して実態を把握し、効率的な病棟マネジメントの確立に向けた課題を整理することを目的とした。

【調査対象】

フィールド調査は、S病院、Tがんセンター、Aがんセンター、N大学病院の4病院11病棟を対象とした。（表1）

表1 調査対象