

200933004A

平成 21 年度

総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

質効率向上と職業間連携を目指した
病棟マネジメントの研究

研究代表者 長谷川 敏彦

平成 22 (2010) 年 5 月

平成 21 年度

総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

質効率向上と職業間連携を目指した
病棟マネジメントの研究

研究代表者 長谷川 敏彦

平成 22 (2010) 年 5 月

質効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメントの研究

- 1 病院の機能と歴史
 - 1.1 病院機能の歴史的分析 長谷川敏彦
 - 1.2 病床機能のマッピング 長谷川敏彦
- 2 病院経営の現状と課題
 - 2.1 自治体病院 齋藤貴生
 - 2.2 大学病院 小林利彦
 - 2.3 地域と連携 櫃本真事
 - 2.4 医療崩壊 長谷川敏彦
- 3 国際比較
 - 3.1 現状分析 鈴木修一/長谷川敏彦
 - 3.2 イギリス看護政策の分析 ジェームス ブッハン
 - 3-3 フランス看護体制の歴史変遷 小林美亜
- 4 病院組織と現状分析
 - 4.1 看護組織 小林美亜
 - 4.2 医師業務改善 吉川 徹
 - 4.3 医師と看護師の関係変化 小林美亜
- 5 病院経営再構築に向けての基礎
 - 5.1 質 鈴木修一
 - 5.2 安全 長谷川敏彦
 - 5.3 満足 小高弘子
 - 5.4 信頼 畠山洋輔
 - 5.5 コミュニケーション 藤谷克己
- 6 法的分析
 - 6.1 インフォームドコンセント 大磯義一郎
 - 6.2 コミュニケーションから見たインフォームドコンセント 藤谷克己
- 7 建築学的分析
 - 7.1 病棟の課題 中山茂樹
 - 7.2 建築から見た医療安全 ポール バラシュ
- 8 ロジスティック分析 秋山昌範/小塩篤史
- 9 病院のガバナンス分析
 - 9.1 病院ガバナンスの一考察 長谷川敏彦
 - 9.2 医療安全とガバナンス 藤谷克己
- 10 新たな病院経営の構築に向けて
 - 10.1 看護組織 小林美亜
 - 10.2 地域連携 櫃本真事
 - 10.3 総合診療 田中啓広
 - 10.4 現場の課題 秋山健一

1. 医療と病院の機能と歴史

医療と病院機能の歴史的分析

1. 疾病のパラダイムシフト

1) 寿命転換（人口転換）

人類の長い歴史の中で寿命は石器時代 10 代から 20 代で推移し、やっとな中世に 30 代に達したと推定される。乳幼児死亡の想定で石器時代でも 30 代の寿命があったとする学説もあるが、いずれにせよ 50 才を越すのは産業革命後ここ 100 年を満たない。欧米で 1930 年代、日本では 1947 年途上国でも 1980 年代に多くの国が達成し今日では 192 ヶ国中 94%がとなっている。700 万年に及ぶ人類史の 100 年は誤差の範囲内であるが、進化の過程で獲得した形質として人類の身体システムの耐久性については 50 年以上は当初から想定されていない。50 才を越して急増する成人病や障害は、いわば「進化の過誤」(Evolutionary Error) といえる。医療はその過誤をうめる隙間産業である。

2) 疾病転換

元来若年者の疾病は「外的要因」が原因で、外傷や栄養不良によるもの、そして細菌やウイルス等感染症によるもの、最後に「生殖関係」、すなわち出生時の奇形や出産に関連する疾病が中心となっている。

それに対して今日の疾病の中心である、いわゆる慢性疾患・生活習慣病は加齢による退行性病変で、主として 50 歳以降にみられる。細胞の再生不良であるがんや、血管の障害による虚血性心疾患や脳卒中は中年期の初期に多く発生し、いわゆる「早期退行性病変」(early degenerative disease) と言われている。それに比して、パーキンソン、老人性痴呆等神経性の疾患、大腿骨骨折や変形性関節炎等筋骨格系の疾患は、「遅延性退行性病変」(delayed degenerative disease) と呼ばれて、後期高齢者を中心に発症する。

人口の高齢化と共に主要な疾病は 50 歳までの外的な要因の疾病から、寿命の延長によってあらわれた「unmasked degenerative disease」、内的な障害が中心となってくる。「若年者の疾病」は多くの場合、単一でその治癒と共に障害と疾病が消滅するのに比して、「高齢者の疾病」の特徴は、第一に普通の疾病を抱え、疾病のエピソードによって障害から回復することは少なく、疾病の自然史の進行に対応して、異なった種類のケアが次々と連続して必要となるところにある。そして、最後に疾病が連続した悪循環に入ると、元

の生活に復帰することが難しく、いわゆる生活不活病（廃用症候群）に陥り、死ぬまで続くという傾向が存在する。

3) ケア転換

①目的の転換

若年者 50 歳までと高齢者 70 歳以上のケアでは、まず目的が大きく異なる。前述のごとく若年者の疾病はエピソードが完結し、障害のない回復が期待されるので、目的も絶対的治癒、停滞的救命が求められる。それに対し、高齢者医療では疾病となんらかの障害は前提なので、高齢者一人一人が求める社会的役割に対応した機能と、現存の障害との相対的ギャップを埋めることが医療の目的となっている。

②モデルの転換

その目的を支えるモデルは前者においては環境から比較的独立した機械の一部の故障であり、疾病の性質や治療法とそれはむじゅんしない。しかし高齢者にはそのようなモデルは有用でなく、様々な社会システムに支えられた個人と個人が働きかける社会、そのシステムの変異や破綻といったモデルがより有用といえよう。

そこでは治療と介護の目的がまったく一致し、これまで言われてきた連携を超えて、融合せざるをえないと考えられる。

③1つのケアから1つのケアへ

若年者に必要なケアは唯一、比較的多量の資源を購入し、比較的短期に問題を解決するようなケア、すなわち「急性期医療」から、高齢者ではそれを含めた 5 つのケア、すなわち急性期に続く「回復期のケア」、そして疾病と傷害を抱え、長期に続く「長期ケア」、そして最後には避けることが出来ない死に向けて、よりよき死、即ち生を支援する「末期ケア」、さらにはこれらをつなぐ「慢性期ケア」が必要となる。

残念ながら疾病モデルも、治療のモデルも、そしてケアのシステムも、従来急性期を中心に構築され、それを他のケアにおいても汎用してきた歴史があり、高齢者には大きな齟齬を来してきた。

④ケアの継続と患者中心の医療

これからは疾病の自然史相に合った 5 つのケアを峻別し、そしてネットワーク化することによって、継続を保障する新しいケアシステムを構築しなければならない。実は、5 つの異なったモードを持つケアは、ケア提供者の側でネットワーク化することは不可能である。むしろ患者の状態に対応し、患者中心に結びつけること以外に有用なケアの提供は不可能で、それが一般に言われる「患者中心」性の中身に他ならない。

⑤さばいてつなぐシステムの必要性

一人の患者を継続して追い、そのケアの必要度に応じて、ケアをネットワーク化するには実はさばいてつなぐ機構が必要で、従来プライマリケアがその役割を担うことが想定されてきた。今日の情報システムの発達や、各職種の機能の発展を踏まえると、様々

なオプションが想定される。診療の意思決定においては総合診療医／老人医のように、「患者の複雑な状態を把握し、患者が必要とする機能や現在の機能のギャップを患者の価値観に立って判断し、さばいてつなぐ」新しい専門医が求められていると言えよう。

2. 医療のパラダイムシフト

1) 近代医療のルネサンス思想と近代産業医術背景

人類 700 万年間の歴史で、近代医療の歴史は極めて短い。15 世紀を起源とするルネサンスの近代的思想を背景に、社会の産業化によって培われた各地の要素技術が次第に開発されてきたのが 19 世紀後半、その発達のアンバランスの故に有効でなかった時期 (Therapeutic Nihilism) を経て、統合された技術が何らかの有効性を用い得たのはハーバードの生理学者にして社会学者ヘンダーソン教授の言によると 1912 年頃である。

19 世紀前半に開発された麻酔により、より侵襲性の高い手術が可能となった故に、1886 年にリスターによって完成する無菌法の確立までの数十年間は患者にとっての地獄であり、また療養環境の悪化と共にナイチンゲールによるとロンドンの市中病院の退院死亡率は 90% に達したとされている。

近代看護の精神は、その時期に医師から患者を守るために成立した。看護の独立性、看護が唯一有効な手法であったという誇りの上に成立したものに他ならない。

20 世紀初頭、化学療法や安全な輸血の方法と近代医学を構成する種々の技術が開発され、それが統合されて有用な技術体系となったと考えられる。

イギリスの公衆衛生学者・マッキューン教授はこの間の事情についてイギリスの死亡率の低下の原因を結核の例を中心に分析し、医療がほとんど人類の死亡率の低下に貢献しなかったと断言した。今日マッキューン教授の言説をめぐって、種々の論争が展開され、今日にまで尾を引いている。

2) 第一次技術革新

しかし戦後、1950 年代、戦前・戦中の科学技術の爆発的な発展により、抗生剤の開発や安全な町、そしてワクチンなど、比較的安価で有効な予防治癒の方法が次々と開発され、世界に拡がった。時、折しも「揺りかごから墓場まで」をスローガンに、イギリスの社会保障システムが近代福祉国家のモデルとして、世界に広がり、この技術をより多くの人々が享受できるような社会保険システムを完成した。

3) 第二次技術革新

しかし 1970 年代に入り、技術革新は新しい段階へと突入し、主としてレントゲンや化学、生化学の技術と共に診断系を中心とする技術が開発された。治療においてもがんの化学療法や臓器移植等、費用は高いが有効性に乏しい、いわゆる半完成技術 (half-way technology) が次々と臨床化されていった。結果として医療費が押し上げられ、国家や個

人の財源が圧迫され、「国民」は医療の有効性に疑問を持ち始め、「行政官」は医療費抑制を主要な目的とし、「公衆衛生学者」は医療技術の技術評価を始めるに至っている。マッキューン教授の言説もこのような時代を背景に分析されたものと考えられる。

4) 第三次技術革新

第三次技術革新は、バイオテクノロジーを中心とすると捉えられており、まだ始まったばかりで完全な実用化には至っていない。しかし近年 IPS 細胞などの発明が相次ぎ、もう一度具体的な日程にのりつつある。その他、ロボットやナノテク、ITなどが新たな技術革新のシーズと捉えられ、今後展開すると考えられる。

技術革新は一般にパラダイムシフトを伴うので、予め想定される技術革新ではなく、全く新たな未知のエネルギーの使用なども可能性として考えておかなければならないであろう。

バイオテクノロジーは診断系の技術と異なり、その治療的有効性は予見できる。一方、生物学的社会的なインパクトも大きく、その副作用を想定的に評価する新たな医術評価も必要と考えられている。

5) 戦後医療の歴史

(1) レルマン教授「医療3段階革命論」

ニューイングランド医学誌編集長、ハーバード大学・レルマン教授によると、IOM 報告書の背景としてこれまで語ってきた現象は、医療界を飲み込む第三次革命の現象にすぎないという（図 8）引用文献 9。レルマン教授は、「1980 年代の終わりから 90 年にかけて、医療界は評価と説明責任（Assessment & Accountability）の時代に入った」と編集後記で述べている。そこでは投入される資源に対して、保健医療システムが生み出す結果が重要で、公平さ、満足できる医療の質、安全性、適正な価格などが問われているとする。医療界は、戦後すぐの 1950 年代、「第一次医療革命」になり、「拡張の時代」（Expansion）で病院が急増し、医学校が増設され、医師数が増加した。さらに医療保険が拡大し、医療産業の充実がはかられた。これはいわば第一次の技術革新への対応といえる。「第二次医療革命」は 1970 年代に始まり、医療費抑制の時代であった。医療業界の拡大に伴い、医療費は 4%から 11%に急増し、医療計画による規制やマネジドケアによる診療への介入によって医療費を抑制する政策がとられた。これはいわば第二次の医療技術革新に対応したものといえよう。「第三次医療革命」はそれに対抗し、一方的に医療費を抑制するのではなく、いわゆる投入した資源だけの価値（Value for Money）を求めたものであるといえよう。

(2) WHOの「医療制度改革三段階論」

WHOは 2000 年の世界保健報告で国際的にみて、戦後世界各国の医療制度は三段階の改革を経てきたと指摘した。第一段階は、第一次技術革新に対応する医療技術の爆発で、

病院医療・治療を中心とする拡大であったとしている。第二段階は 1970-80 年代にかけて治療技術の偏重への反省からプライマリケアの重要性への転換で、いわゆるアルマタ宣言、1978 年の Health for all、それに続く健康増進、Health Promotion、1982 年のオタワ宣言の潮流への転換としている。

WHO も 20 世紀の終わりから 21 世紀にかけて、第三の改革を想定し、相対的な有効性、すなわち効果と効率、公平のバランスを追求する新たな制度改革が進行していると指摘している。

6) もう一つの第三次技術革新「医療のシステム化」

マネジメント革命に至った理由は、その他に医療をめぐる利害関係者（ステークホルダー）の位置づけが大きく変わったことも原因している。かつて医療行為は専門家と患者の 1 対 1 の関係で行われることが多かった。しかし今日、診療が複雑化するにつれ、チームでしかも施設でしかも様々な医療機器を使い、場合によっては地域の診療所から病院、そして福祉施設のネットワークの中で行われるに至っている。国民の医療保険に加入し、政府も保険者の一部となって税金を医療界に投入するに連れ、国民と政府の関係も大きく変わりつつある。診療法に関する研究が成熟化し、診療の標準が確立しつつあることも大きな要因である。情報システムが発達し、一般人もその標準を知ることができること、さらには何にもまして情報技術が発達するに連れ、膨大な情報が簡単に収集され、統計的処理が可能になっていることが大きな要因になっていると考えられる（図 9）。

1970 年代半ば、第一次の医療事故危機が発生した当時の事故及び医療の質の管理手法は専門家モデルといわれ、合併症を専門家の間で検討し合ったり、術前術後の診断を点検するような 1 対 1 の専門家による管理手法であった（図 10）。しかし第二次の医療事故危機が発生した 1980 年代には、むしろ政府が介入して専門家グループによる国際ピアレビューが盛んとなったが、1990 年代には前述したように医療界を一種の産業として捉え、企業で使用される TQM の手法が用いられるに至った。それは過去の出来事を反省するのではなく、現在の情報から未来を予測し、介入して予防する発想である。システム全体としてその結果を測定し、集団の平均値を考慮し、ばらつきを少なくすることを主眼とし、いわゆる持続的結果改善の方法論といわれている（図 6）。

結果マネジメント運動の一部として産業界からの技術の応用が盛んとなり、EBM、クリティカルパスはシステムが産出するサービスの尺度となりえ、ばらつきを減少させる手法は経営工学の CQI、TQM となる。はずれ値を把握し、なくすことが医療事故の予防であり、一般的医療界における尺度を患者の満足とキャリブレーションするために顧客満足（CS）が使われる。これらの評価を公表し、説明責任を果たしたり、情報の開示を行うことが第三者評価となるのである（図 11）。

7) 健康変革／医療制度改革ともう一つの第三次医療革命

実は医療制度改革は、近代西洋医学の整理、これを医療の技術革新と連動している。ヨーロッパを中心にアメリカにおいても 1900 年代の初期には社会保障制度が議論され、確立に向かっていった。とりわけ 1950 年代、戦後、イギリスの社会保障制度は“ゆりかごから墓場まで”を合い言葉に有効な診療方法が次々と開発され、それを支える医療保障のシステムが構築されていった。しかし 1970 年代はむしろその拡張の悪影響と費用対効果の低い新たな技術革新を効果的に行うために医療費抑制が働いたといえよう。1990-2000 年にかけて、もう一つの技術革新、すなわち IT 化や技術革新、システム化を医療に取り込むかという制度改革が行われたといえよう。

8) 医学教育

当然のことながら未来の医師に教育すべき内容は革新された技術や、社会医学教育は 1900 年代初頭、フレクスナー・レポートにより医学教育の刷新がはかられ、1960 年代ミルズレポートによって早期曝露や臓器別の知識の再編等をベースとする医学教育が開発され、さらに 1980 年代にはマクマスター大学を中心に問題解決型教育の導入につながっている。

II. 健康転換と医療連携

1. 医療連携の歴史的展開

医療連携はこれまで、第 1 期、第 2 期を経て発展して来た。

1) 第 1 期：「かかりつけ医」機能強化のための連携

「第 1 期」は医師会主導の動きである（図Ⅱ-2-1）。診療所がかかりつけ医機能を強化するために、患者を病院に紹介する連携だった。早い地域では 1980 年代半ばから、多くは 1990 年前後に活動が始まった。1993 年度に医師会が提唱し、厚生省の協力の元に行われた「かかりつけ医」推進モデル事業に端を発している地域が多い。その後病診連携モデル事業へと展開した地域もある。かかりつけ医事業では医師会から地域住民への啓発キャンペーンが行われたが、同時に診療所から地域の中核病院への働きかけも始まり、救急時の入院病床確保や検査機器使用の要請などが行われた。診療所から患者を紹介するためには病院の情報を得る必要があり、厚生省（当時）や地域行政の支援を受けて、行政がらみで病院の診療機能リストや情報システムが整備されていった（図Ⅱ-2-2～3）。かかりつけ医事業の終了で補助金が打ち切られるとともに活動が延滞した地域も多いが、この事業を契機として全国的に、開業医が病院と交渉する動きが広がったことが、第 2 期の病院主導の連携の基盤となっている。

2) 第2期：病院経営のための病診連携

「第2期」は、1990年代後半から今日に至るまでの、急性期病院の経営のための連携である。中核病院の中に相次いで地域医療連携室が作られ、ここを中心として病診連携の活動が活発になり、病院の経営トップを巻き込んでの近隣医療施設への「営業」が繰り広げられるようになった。直接的なインセンティブは診療報酬点数の誘導である。医療機能の分化施策のために、90年代には「平均在院日数」の短縮、2000年代に入ってから「紹介率」に加算がつき、強力な誘導の方向付けがなされた（図Ⅱ-2-4～6）。

急性期病院にとっては、平均在院日数を短くするためにはまず、長期入院患者を転院させるための長期ケア病院との後方連携が必要になる。さらに、在宅支援をしてくれる診療所との連携も必要になる。次の段階としては、病院の平均在院日数が下がると空床が発生して赤字になるため、診療所から紹介を受けて入院患者を確保しようとして、前方連携を必要とするに至った。一部の病院では、経営戦略的に診療所の囲い込み現象が起こったところもある。

しかし、2006年の診療報酬改定で紹介率加算がはずされたことで、医療連携のフェーズは名実ともに「第3期」へ突入した。開業医の頭数や票集め的な連携は終わりを告げ、第3期の連携はもっと本質的な医療のあり方をふまえた連携となる（図Ⅱ-2-7～8）。

現在のところは、第2期の病院経営のための連携から第3期の患者中心の連携、つまり地域ネットワーク構築へ移行する過渡期の混乱を呈している。しかし、各施設が自らの経営上の損得で連携している限り、前述した患者中心の連携、多くの医師・医療者が一人の患者を診るという発想に至ることはできない。今度の診療報酬改定で連携パスに加算がついたのはそのような背景を踏まえてのことだ。

3) 第3期：患者中心の医療のためのシステム連携

第3期の特徴は、次のような点である。

- ①患者中心の連携であること。医療必要度に基づくきめが細かい連携
- ②疾病の自然史に従った連携が必要
- ③前方と後方がつながった連携であること。予防から、救急、急性期、回復期、慢性期、末期まで継続している連携。
- ④病院の外来機能を診療所に移行させる。病院勤務医に過重な負担になっている急性期病院の外来診療を減らして、医師の負担を軽減させる。

現在日本の病院には、医師の過重労働や、医療事故などの理由で若い医師が病院を辞めていくという深刻な問題が生じている。日本の勤務医は長時間労働をしているにもかかわらず、医師1人が退院させる患者の数はヨーロッパの60%である。その理由の1つは外来患者を多く診ているからだ。ヨーロッパのいくつかの国では、退院後のフォローはすべて開業医が行っている。

逆紹介以外の対策としては、開業医が病院の外来を担当して診療を助けるシステム、

夜間休日救急を病院で行うなどのアイデアが想定されている。その時病院は、他の医療機関との間で壁のない病院へと大きく変貌を遂げるのである。

2. 地域医療計画と連携

人口の高齢化、患者中心の医療の必要性から、行政においてもこれまでの上から目線、提供支援の側からのアプローチを改め、患者中心に一人の患者の疾病を自然史に沿って追い、それに必要な資源を整備する新たな医療計画の手法が第五次医療法改正の中で提案された。具体的にはがん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病の4疾患、感染症、乳幼児ケア等5事業を中心にケアの連携を想定し計画を立てるという提案である。ここにおいて疾病の変化、ケアの変化、そして政策の転換が一致したといえよう。

3. 病院管理のパラダイムシフト「医療マネジメント」

これまで地域の医療システムは医療管理（medical administration）もしくは病院管理（hospital administration）と呼ばれてきた。しかし、administrationとは限られた資源を限られたルールの中で使って組織を運営することを意味している。今日、需要（demand）が質的にも量的にも大きく変化し、資源（resource）が限られている超高齢社会では需要に対していかに資源を有効に使うかが社会の課題になり、管理（administration）から経営（management）にシフトしていく必要があるといえよう。しかもmanagementは病院単体ではありえず、地域全体の病院・診療所、リハビリ・福祉施設を含むネットワーク全体の経営の必要性が浮かび上がる。患者中心に地域の資源を有効に活用すること、それこそがまさしく医療マネジメントの概念に他ならない。これらには当然古典的な技法も含まれ、また臨床家を介した予防も極めて重要で、治療・リハビリ・介護もその内容を増やす？こととなる。このような新たな医療需要の基に、公衆衛生は大きな可能性を有していると考ええる。すなわち第2世代の関心事であった原因追究から、第3世代の医療の有効性の評価、さらには単体の医療のみならず医療システムの有効性・効率性を評価する学問体系である。これからの公衆衛生はかつてそうであったように疫学や統計学の基本的な方法論に加えて、経済学、場合によっては経営学など新たな分野を加え、新しい学問体系に生まれ変わらなければならないのではなかろうか。

日本の病床の歴史的分析

1 目的

日本の病院ならびに病棟の機能を考えた場合に日本の病院の各種の機能を分析しその歴史的変遷を捉える必要がある。日本の場合は精神や結核一般病床もいわゆる急性期的機能を持った病床と長期ケア即ち福祉的機能を持った病床の二つの機能を持ってきたからである。

この機能については社会の高齢化と共に需要が増大し更に政策的な誘導で病院内並びに病院外の施設に機能分化してきた。とりわけ 2000 年に導入された介護保険で政策の面から機能が大きく変わったと伺える。

そこで介護保険導入をはさんで療養型病床分の概念が導入され始めた 1990 年代の前半 1993 年、介護保険導入直前の 1999 年、直後の 2002 年、更には直近の 2008 年の時点の 4 時点をとり歴史的な分析を行なう。対象病床は病院の病床のみならず診療所ならびに老人保健施設、特別養護老人ホームの定員数も加えた。更に国民生活基礎調査や介護保険データから在宅の重症の寝たきり障害老人を病院を含む各種の施設でケアしてきた歴史がありその役割が歴史的に変化したと考えられるからである。

2 方法

1993 年、1999 年、2002 年、2008 年の 4 時点の医療施設調査を用い病院、診療所、老人病院の精神病床、結核病床、感染症病床、更に 1990 年以降は療養病床の数を抽出した。

在宅の寝たきりもしくは要介護者数も増加しておりその理由も高齢者絶対数の増加及び施設からの在宅への移行が想定される。介護保険により財務的には在宅のケアが容易になった事が原因と考えられるが市域の介護ケアのシステムも介護保険設立と共に普及嫉妬考えられる。

患者調査の結核、精神、感染症、一般療養病床別の在院患者数を用いる。その数を 65 歳以上として単に分けた。また 3 ヶ月以上を長期入院者とした。

3 結果

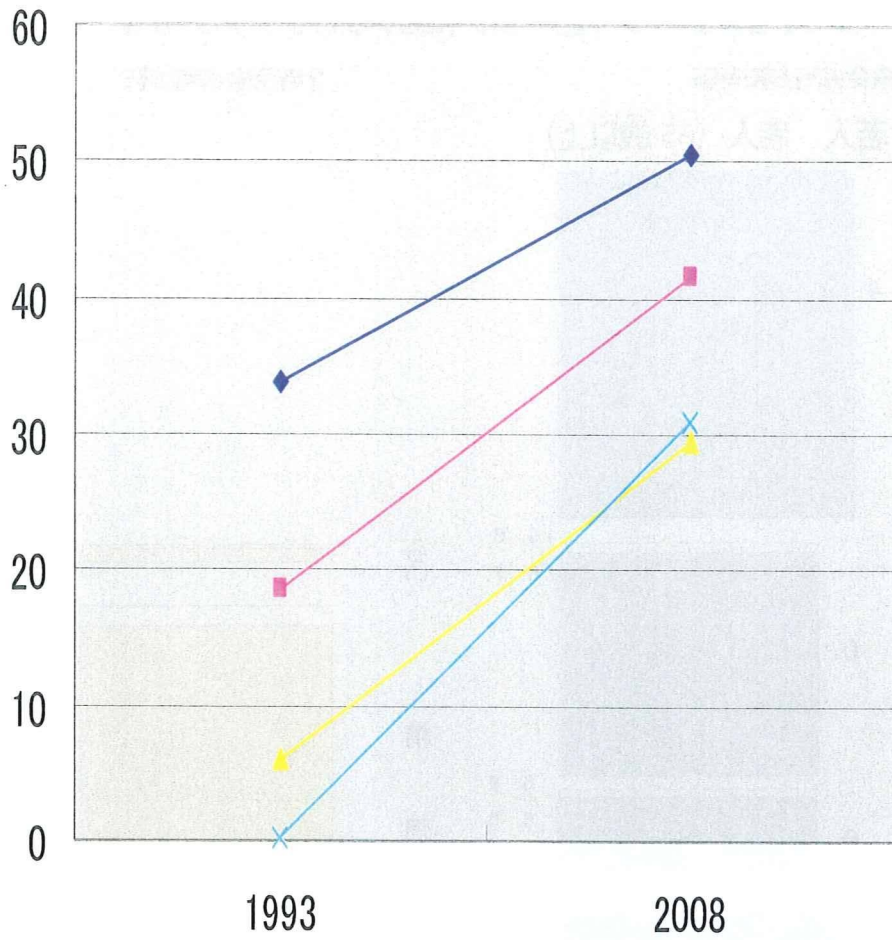
1993年、1999年、2002年、2008年各時点での病床別数を図示する。精神、結核、感染症の特別病床ではこの15年間に減少の傾向が認められ特に結核が著しい。一般病床はまず高齢者が増加し、若年者は減少の傾向にある。また長期入院者は大きく減少し1993年に65歳以上の在院者が13.5万人であったものが2008年には6.5万人となっている。一方療養型病床は数が増え従って在院患者も急増し1993年の0.3万人から2008年の31.0万人となった。診療所も同様の傾向を示している。

一方、特別養護老人ホーム、老人保健施設の転院も増加し、在院者数も急増している。それは高齢化に伴う障害者の絶対数が増加していることと、一般病床や病院からの移行によるものと考えられる。

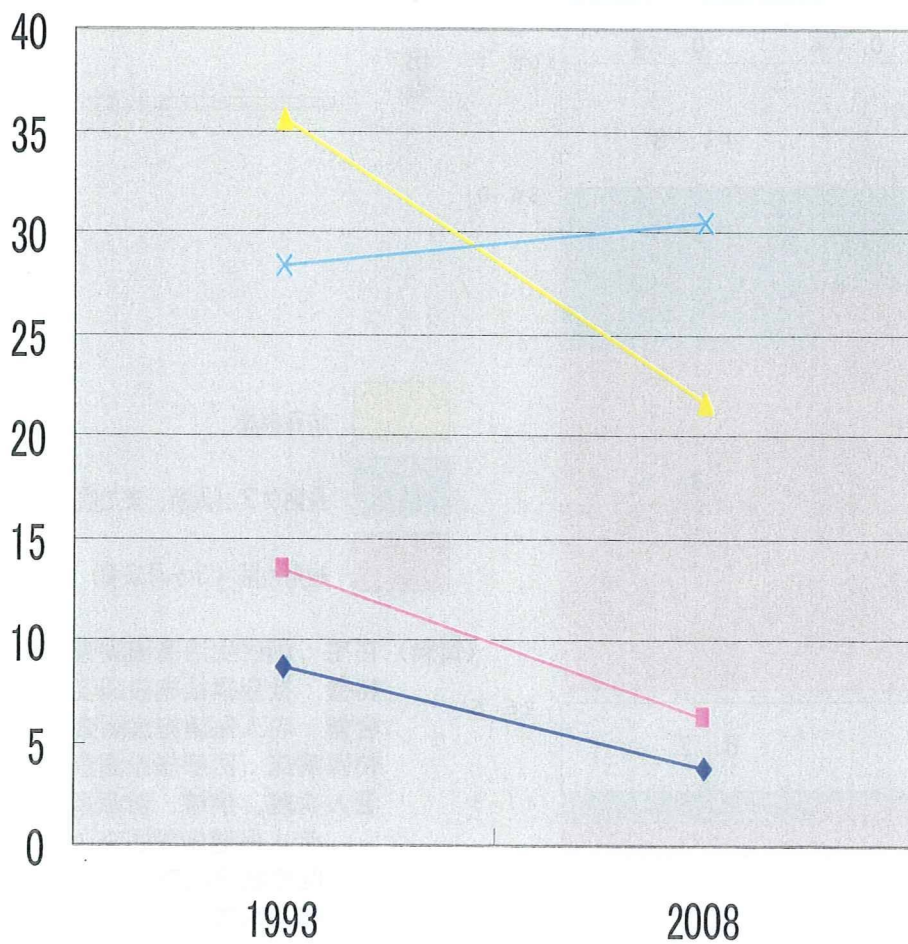
福祉機能関連については、社会福祉施設調査から特別養護老人ホームの転院ならびに在院者数、老人保健施設調査の定員ならびに在院者数を4時点で抽出した。在院の障害老人については国民生活基礎調査の寝たきり老人数を抽出した。ただし調査年度には1年のズレがあるので1992年1998年を用いた。介護保険導入後は介護保険給付統計の2002年2008年の10月分を用いた在院患者数については

4 結論

日本の病床の機能は多種類であることが確認された。しかもいわゆる急性期即ち短期入院ならびに療養型病床の数はほぼ半々となり長期にも大きな役割を果していることがわかる。そしてこの15年間、病院内で一般病床から長期の療養型病床への移行があり、政策誘導の効果が認められる。この間病院の一般病床は長期と急性期、言い換えれば福祉機能と医療機能が分化してきたといえる。



- ◆ 在宅
- 特別養護老人ホーム
- ▲ 老人保健施設
- × 療養病床



- ◆ 長期 65歳未満
- 長期 65歳以上
- ▲ 急性期 65歳未満
- × 急性期 65歳以上

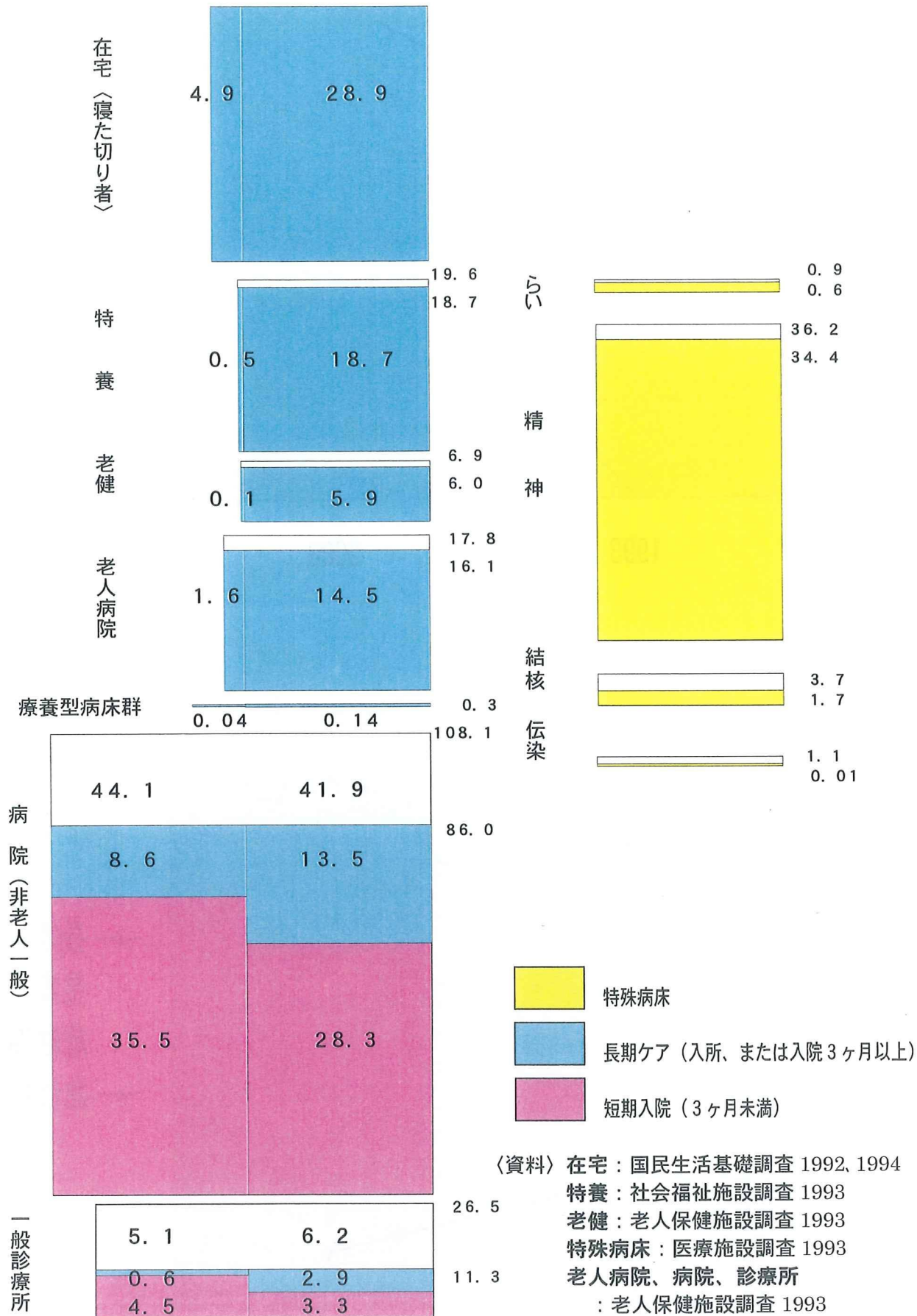
日本の病床の患者種類別分析 1993

一般病床等

特殊病床

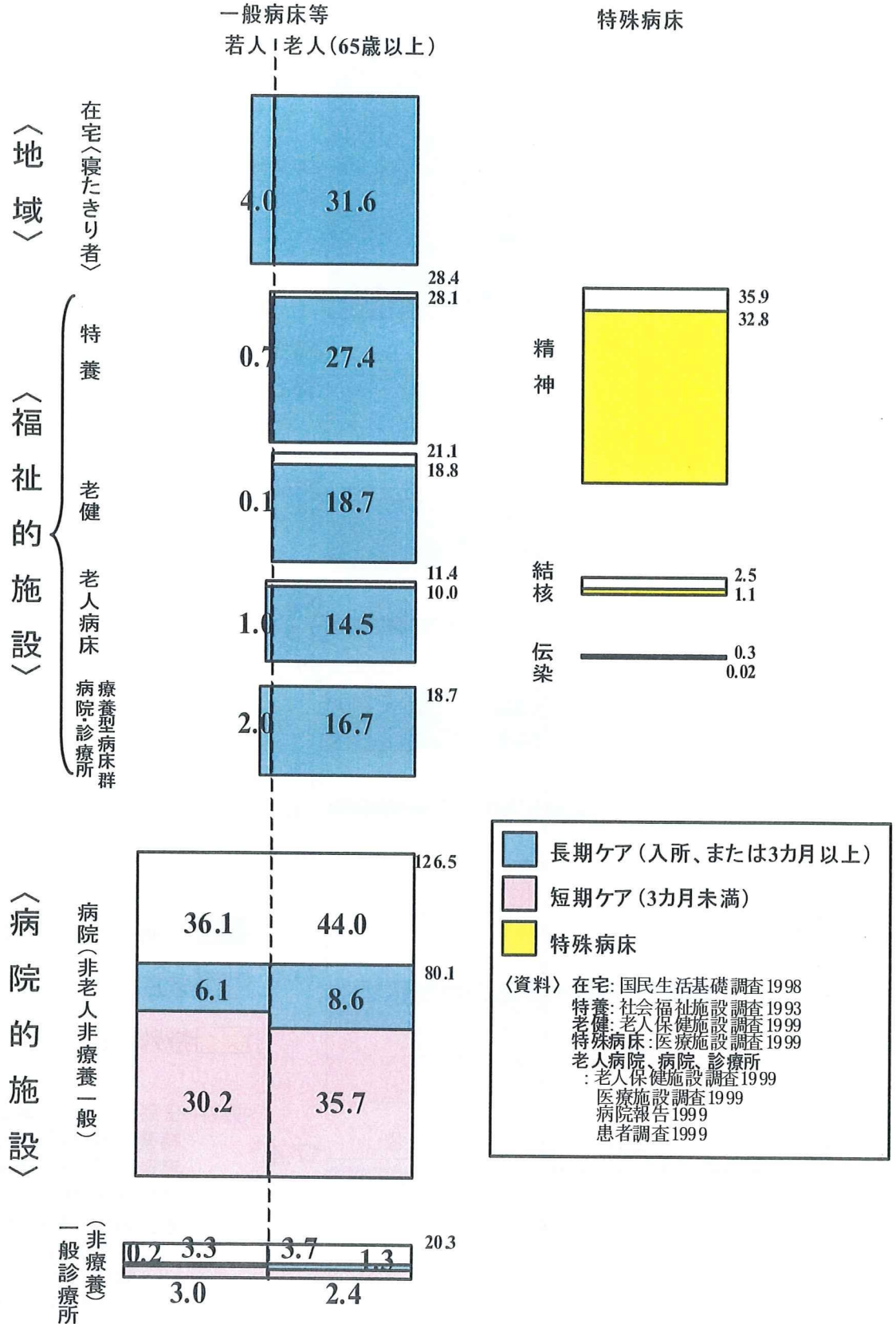
若人 老人 (65歳以上)

地域
福祉的施設
病院
診療所



〈資料〉在宅：国民生活基礎調査 1992、1994
 特養：社会福祉施設調査 1993
 老健：老人保健施設調査 1993
 特殊病床：医療施設調査 1993
 老人病院、病院、診療所：老人保健施設調査 1993
 医療施設調査 1993
 病院報告 1993
 患者調査 1993

日本の病床の患者種類別分析1999



日本の病床の患者種類別分析2002

一般病床等

特殊病床

若人 | 老人(65歳以上)

《地域》

《福祉的施設》

《病院的施設》

在宅〔要介護4、5〕

特養〔要介護全〕

老健〔要介護全〕

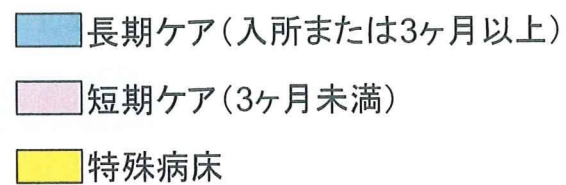
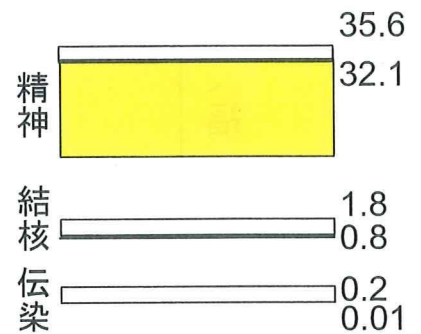
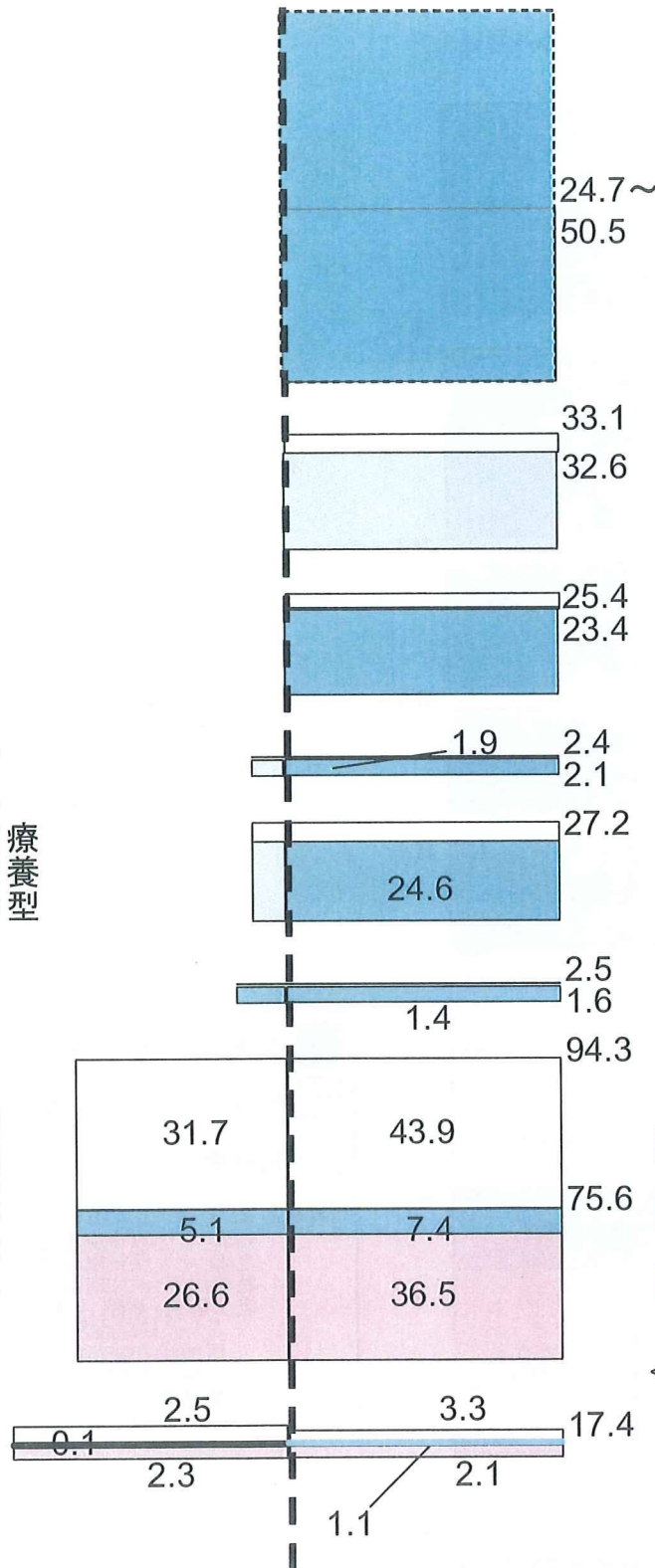
老人病院

療養型
病院
病床群

診療所

病院〔非老人
非療養一般〕

一般診療所



<資料>在宅:介護保険事業状況報告2002
 特養:介護保険事業状況報告2002
 老健:介護保険事業状況報告2002
 特殊病床:医療施設調査2002
 老人病院、病院、診療所:
 医療施設調査2002
 病院報告2002
 患者調査2002

2. 病院経営の現状と課題

自治体病院の現状と課題

要約

地方公営企業法一部適用（一適）から全部適用（全適）に移行した大規模の自治体病院に、戦略経営を導入し改革を実施したところ、導入開始後 2 年目に、医療の質及び経営の健全化ともに、目標を概ね乃至かなり達成することができ、併せて、経常収支を黒字化することができた。改革を実施する前の 25 年間は赤字であったことから、戦略経営の導入は、全適への転換とともに病院医療・経営の向上に効果があるものと考えられた。

また、本研究の前の事例に置いて、一適である同規模の他の自治体病院でも、戦略経営の導入により 4 年目に黒字化を達成しており、一適の病院でも戦略経営の導入は効果があると考えられた。

従って、戦略経営の導入は、大規模自治体病院の経営改革に有効であると考えられる。

研究の背景と目的

自治体病院は、全国、特に地方において、不採算性の高い医療を担い、地域医療の保持に寄与している。自治体病院の数は、全国 8,749 病院のうちの 1,002 病院（11.5%）を占め、病床数は 240,438 床（15, 0%）を占めている。役割としては、全国のへき地医療拠点病院の 69.6%、地域災害医療センターの 45.2%、救命救急センターの 39.4%、小児救急医療拠点病院の 38.7%、地域周産期母子医療センターの 41.7%、地域がん診療連携拠点病院の 38.6%を占めるなど、過疎地、救急、小児、周産期等の不採算医療を担っている（平成 21 年 6 月厚生労働省医療施設動態調査）。

自治体病院は、総務省の地方公営企業の一つであるが、病院事業の規模は 665 事業、936 病院であり、経営主体別にみた内訳は、都道府県立 198 病院、指定都市立 43 病院、市立 398 病院、町村立 193 病院、一部事務組合立 104 病院である（平成 20 年度決算、総務省）。

自治体病院の経営状況は、病院団体別にみて最もよくない状況にあるとされている。20 年度決算では、総収益 3 兆 9,901 億円、総費用 4 兆 1,717 億円、純損益△1,817 億円となっており、累積欠損金 2 兆 1,368 億円、不良債務 575 億円に上る。また、他会計繰入金は 5,668 億円で、総収益に占めるその割合は 14.2%である。

このような状況に対し、総務省は、「医療」、「経営」、「財政」三位一体の取り組みでの公立病院の再生を目指し、公立病院改革ガイドラインを平成 19 年 12 月に提示した。21 年度