

図3 日本の病床の患者種類別分析1993

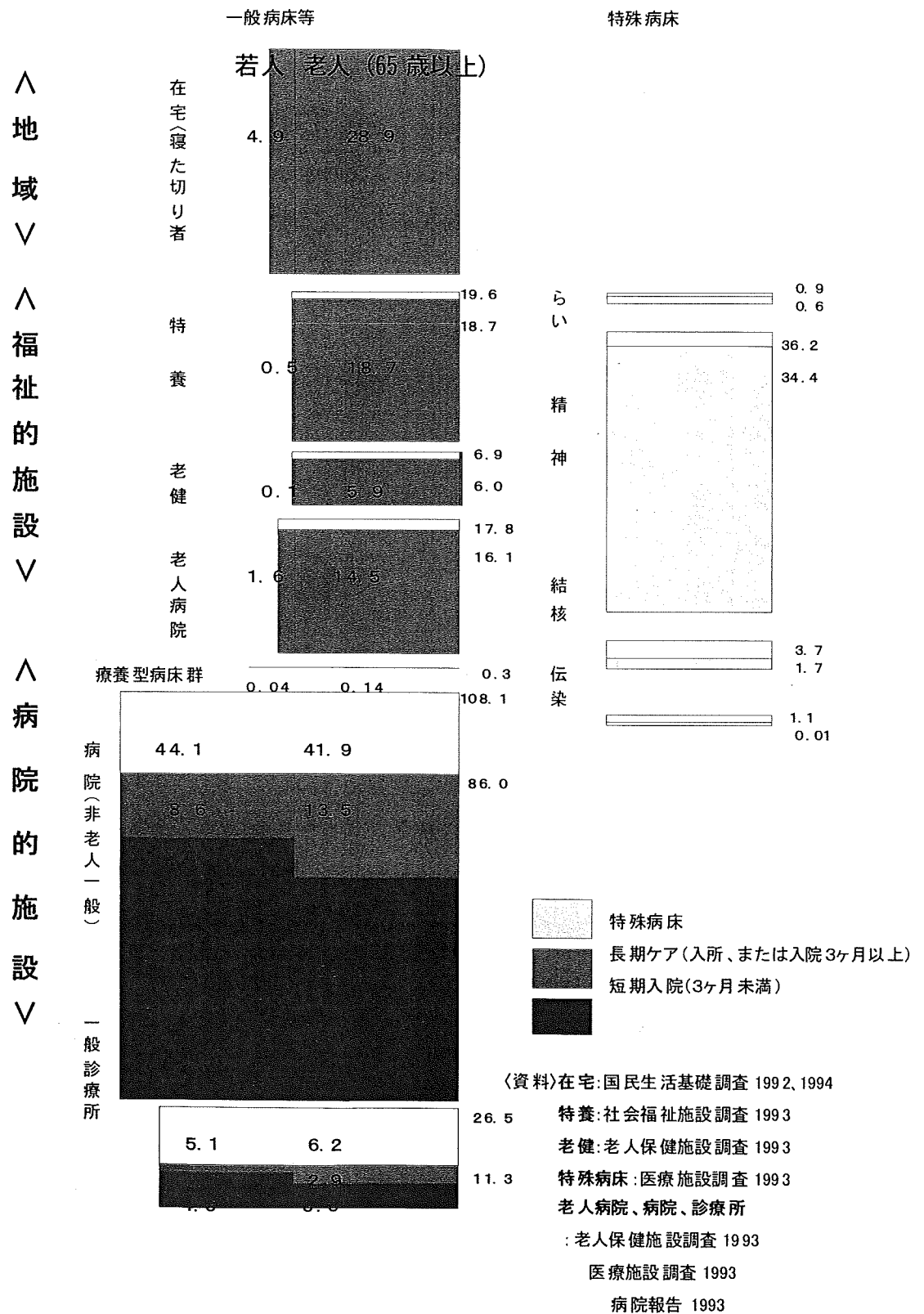


図 4

日本の病床の患者種類別分析1999

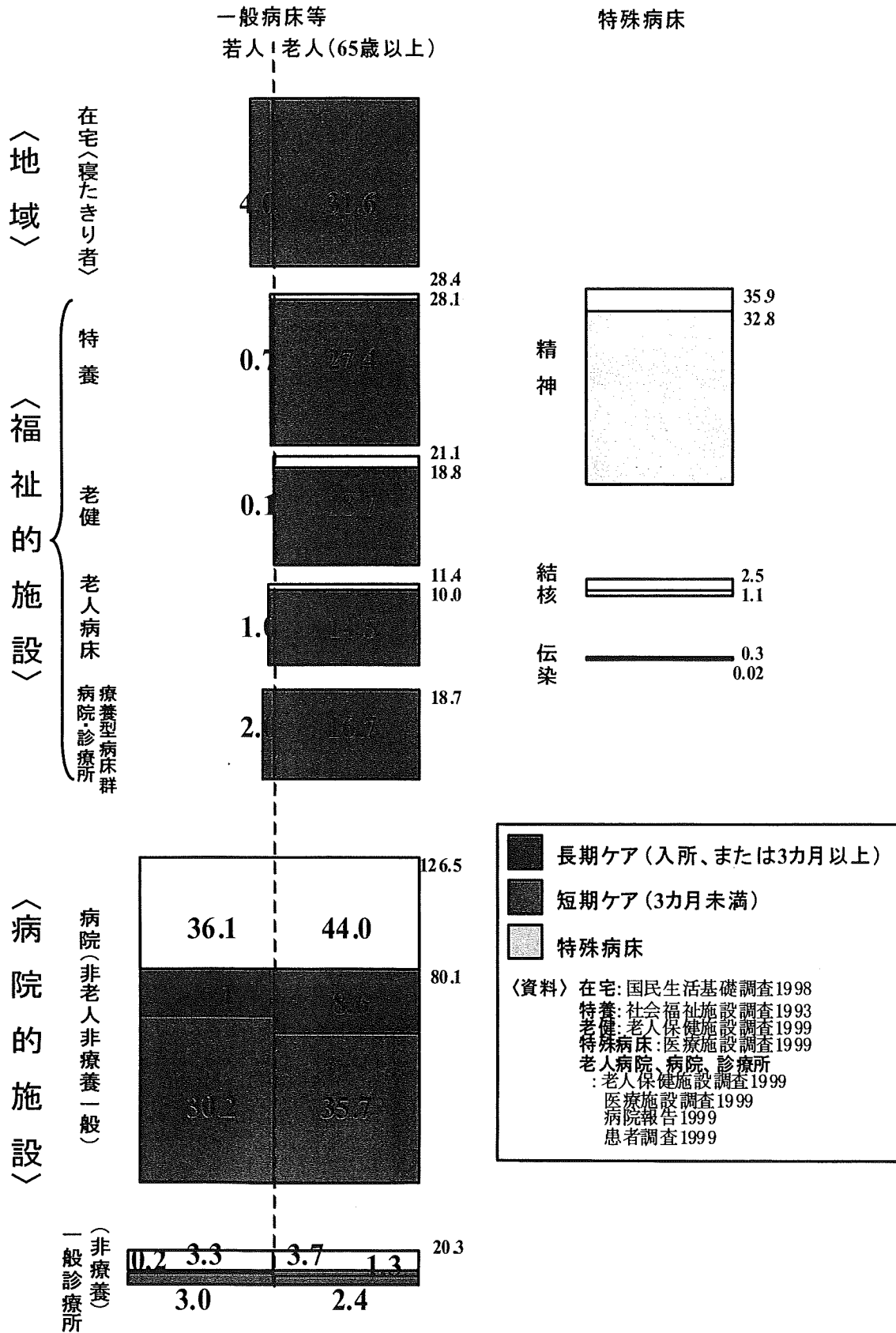


図5 日本の病床の患者種類別分析2002

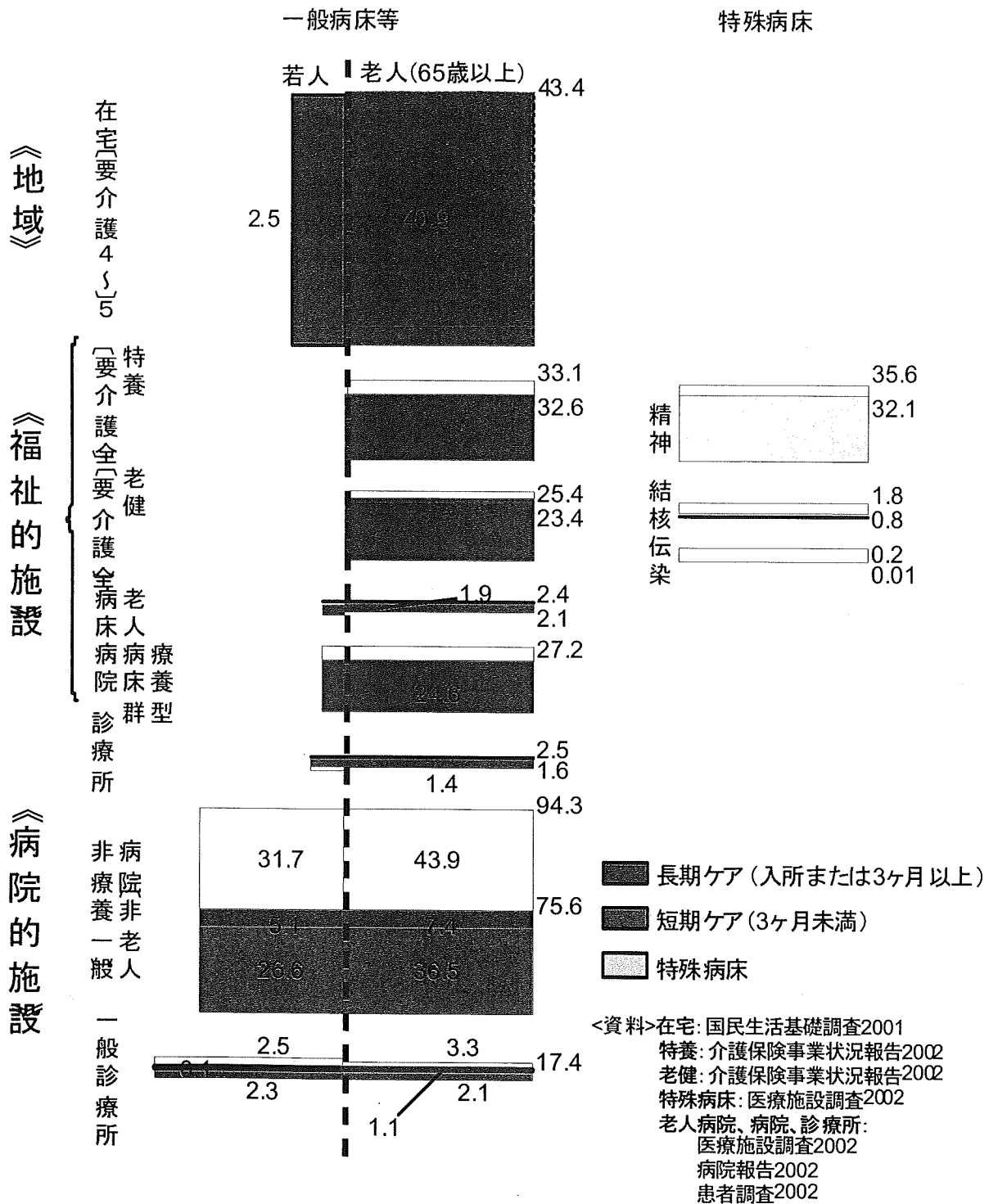


図 6 日本^の病床^の患者^{種類別}分析²⁰⁰⁸

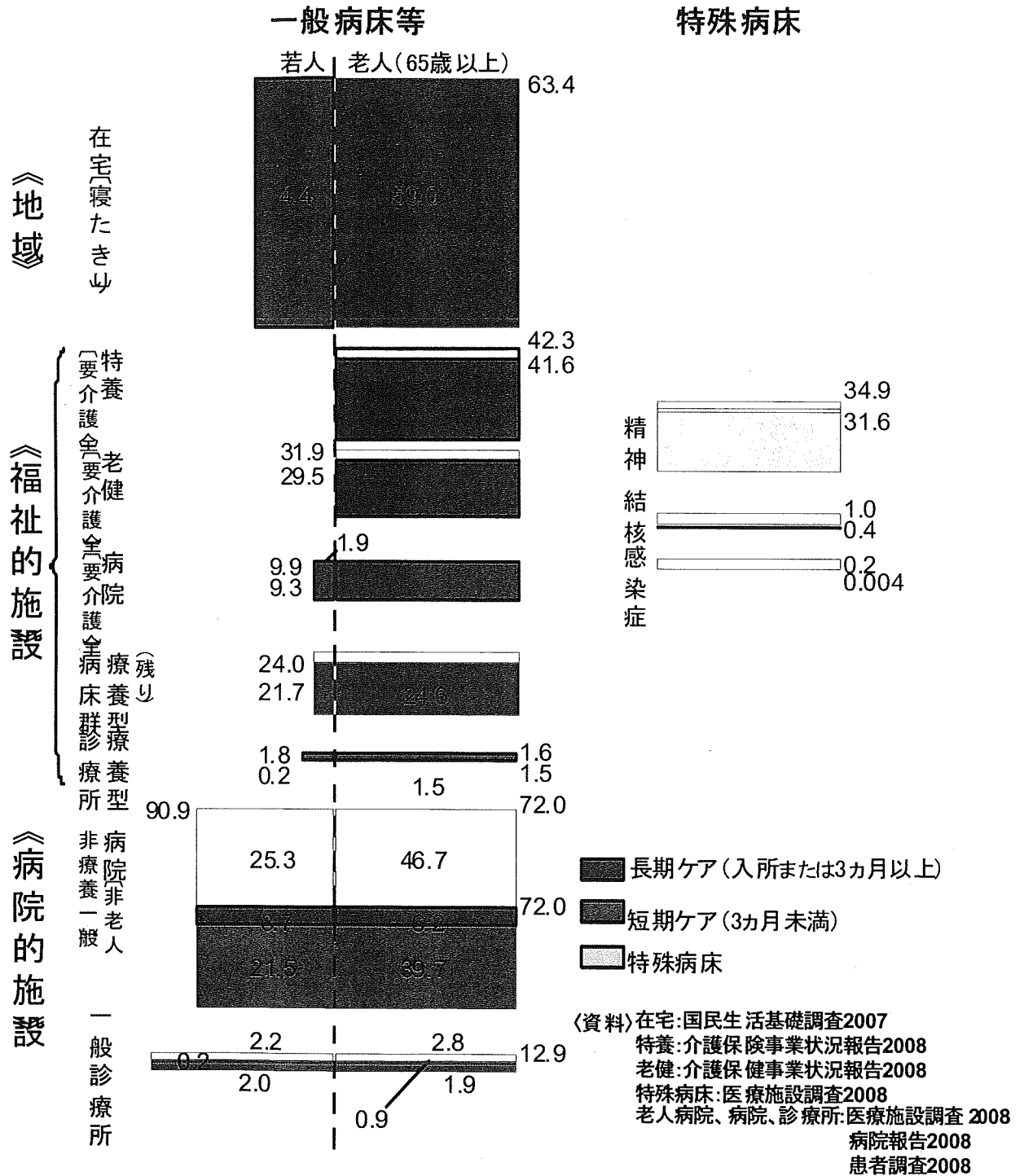


図7 推移

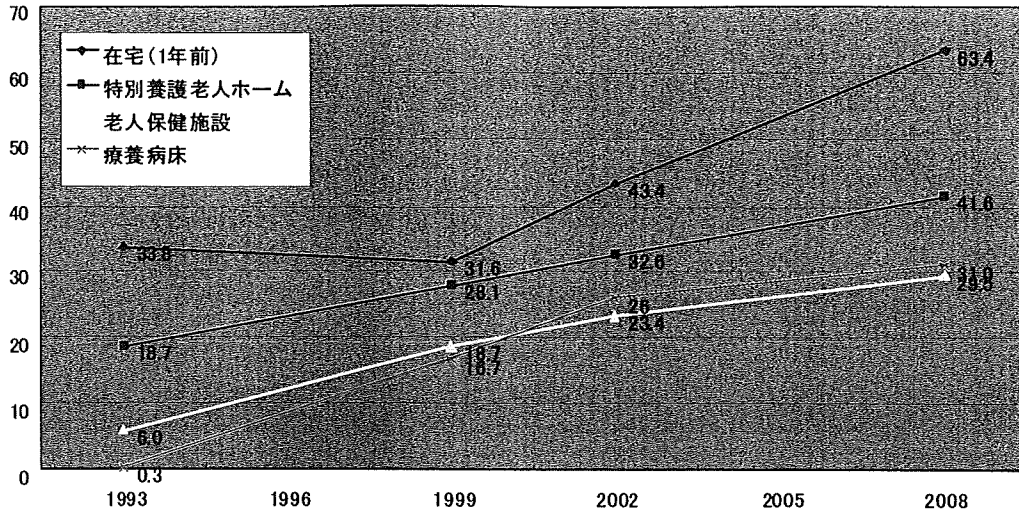


図8 推移

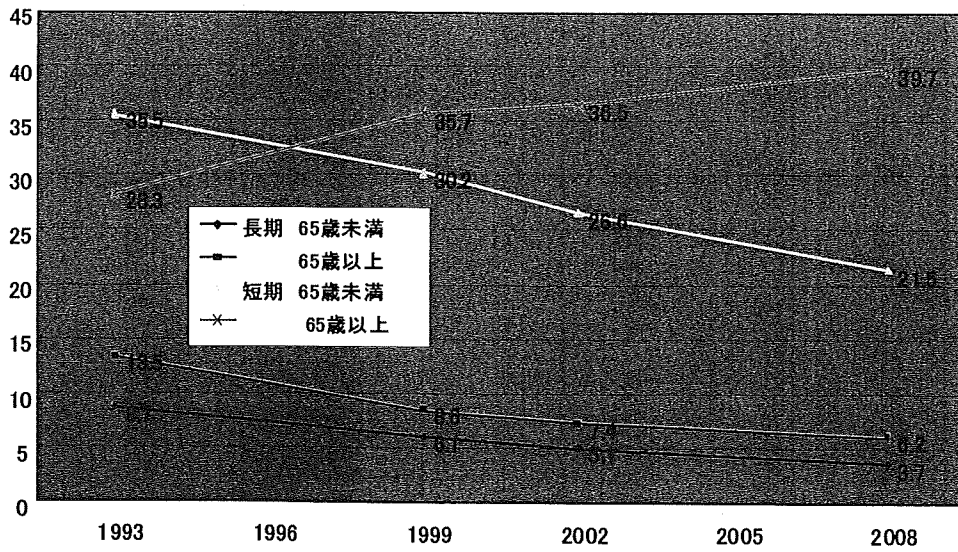


図9 病床数推移

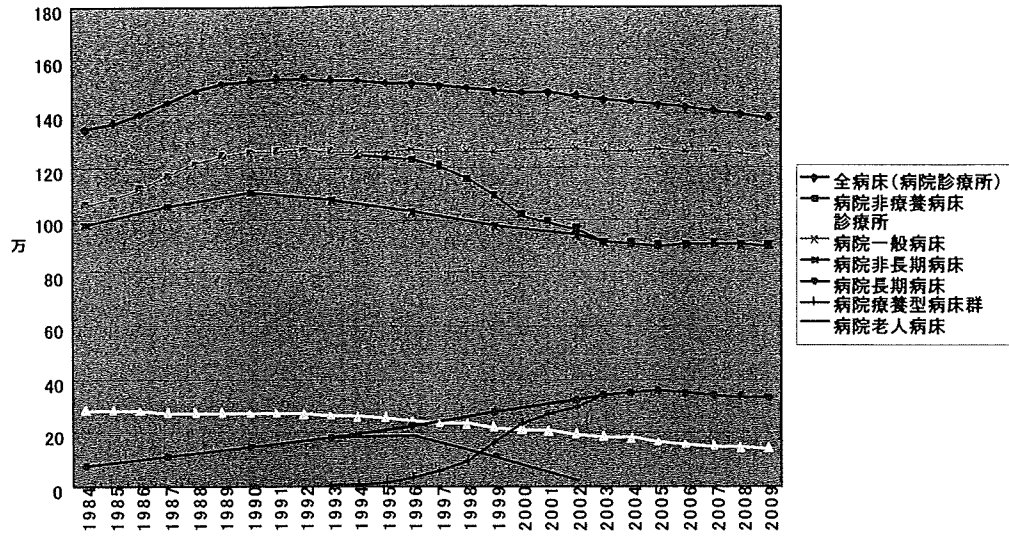
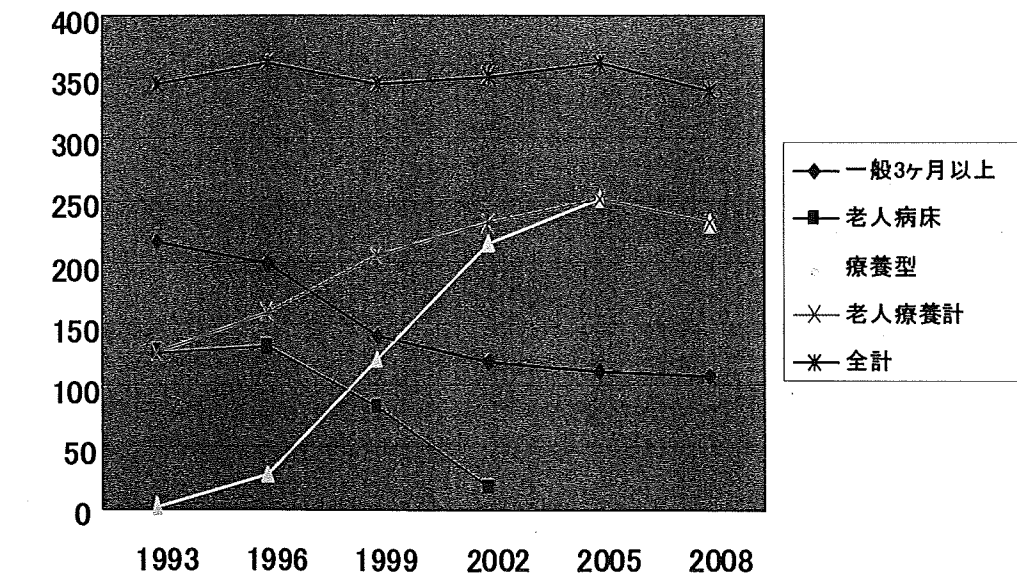


図10 病床種別入院患者推移



日本一般病院の規模別機能特性の歴史分析

1. 目的

日本の病院の平均在院日数は世界標準からみて例外的に長い。その一つの原因として日本の病院が急性期病院以外にいくつかの特性を持つ病院が存在することが研究によって明らかとなってきた。特に長谷川らは病院機能特性を規模順に並べることにより、小規模病院を中心に外来機能に重点を置く外来型の病院、中規模に長期療養等の収容に重点を置く療養型病院が、大規模病院を中心に投入が多く、平均在院日数が短い、急性期型の病院が存在することが判明している(図1)。日本の平均在院日数も戦争直後はそれほど長くなく、近年に至り、他の外国が短縮するのに比して、延長するに至ったことが判明している。そこで、規模別の病院機能特性を歴史的に分析することにより、どのように今日の日本の病院機能が成立したのかを分析した。

2. 方法

1) データの抽出

①平均在院日数

病院報告 1965 年から 2008 年、43 年間について、9 月入院分の一般病院の平均在院日数を、病床規模 12 段階、20-29、30-39、40-49、50-99、100-149、150-199、200-299、300-399、400-499、500-699、700-899、900-の病床規模別に分けて抽出した。また 9 月分の平均在院日数と当該年度における全年の平均在院日数も抽出した。

②外来入院比

病院報告 1965 年から 2008 年の 43 年間にわたり、年間の全病床に対して、一般病院の全病院に対して、延べ入院患者数と延べ外来患者数を平均在院日数と同様の 12 段階の病床規模の病院に対応して抽出し、それぞれ外来入院比を産出した。

2) 統計分析手法

①平均在院日数の分析

9月分の平均在院日数と年間の平均在院日数の相違を、相関係数を用いて比較した。さらに1965年から2008年にわたって各年毎に、平均在院日数の規模別の分布が等分散性を持つかどうかをレバインの統計量を用いて検定した。さらに、病床規模を20-49床までの3分類、50-299床までの4分類、300床以上の5分類に分けてグループ化した。Kruskal Wallisの検定を用い、3つのグループがそれぞれ異なるか否かを各年毎に多重比較した。

②外来入院比

平均在院日数と同様、1965年から2008年の各年毎に、3グループの相違につき、平均在院日数と同様の手法を用いて検定した。

3) 結果

①平均在院日数の分析

50床未満の小規模病院は、1965年から1993年まで一貫して平均在院日数は短い。ただ30-49床にかけては1985年前後に平均在院日数が若干延長し、大規模病院の平均在院日数と近くなっている。中規模病院の平均在院日数は1965年当初は、小規模病院より長いとはいえ、大規模病院とほぼ同様の在院日数であった。ところが1970年代の後半から延長を始め、1980年代前半をピークに3グループのうちもっとも長くなり、それ以降、次第に短縮化の傾向を示している(図2)。大規模病院のグループは一貫して平均在院日数は低下しており、その結果、1970年代の後半から中規模病院と明確に分離してきつつある。

②外来入院比

時系列分析をみると、小規模病院は一貫して高い値を示し、中規模病院は1980年代の前半に低下するものの、近年上昇傾向にある。大規模病院は当初もっとも値が低く、若干ばらついていたがしゅうれんし、近年に至って上昇の傾向を示し、中規模病院と近似した値を示すに至っている(図3)。

4) 考察

平均在院日数と外来入院比、看護部門投入量の歴史的な分析を総合的に勘案すると、小規模病院は外来入院比が高く、在院日数は低く、看護部門投入量は大規模と中規模病院の中間に位置し、過去数十年間、その機能には大きな変化は認められていない(図4)。一方、中規模と大規模病院においては1960年代後半から1970年代の半ばにかけて、外来入院比や看護部門投入量に関しては若干の差が認められたものの、平均在院日数では極めて類似した病院機能を有していた(図5)。ところが1970年代の後半に至り、中規模病院の平均在院日数が延長することによって、二つのグループは機能的に分化し始めたと考えられる。この間、大規模病院は一貫して平均在院日数が低下傾向にあり、近年まで持続している。1970年代の後半は社会の側から見ると二つの大きな変化が認められる。まず第1に高齢化が進行し始め、障害老人が増加しつつあったことである。第2に核家族化が進行し、子供

と同居する老人の割合が低下しつつあった（図6）。病院内に目を向けると医療自身の大きな転換期で、第二次技術革新を迎え、医療器具が導入されつつあり。そのために高度な医療技術を有する医師や技術者が求められつつあった（図7、8）。また、病床規模でみると、有床診療所を含めて小規模の病院の数が減少し始める時期でもあった。今回の病床規模別の病院機能の歴史的分析によってえられた知見は、1970年代の後半から始まった病院の病床の大規模化、病院の高度機能化に大規模病院が適応し、機能分化していったのに対して、中規模病院は家族や社会の支援がえられにくい老人の障害者を受け入れていった可能性が示唆される。すなわち今日まで続いている病院の機能分化は1970年代の後半にその基点があると考えられる（図9）。

3. 結論

規模別の病院機能の歴史的分析によって今日みられる病院の3つのグループ、急性期型、療養型、外来型の歴史的な期限が明確となった。高齢化、核家族化、医療の技術革新、病院の大規模化が始まった1970年代の後半にその機能分化の基点があると考えられる。

図1 日本の病院機能の分析

1993年医療施設調査並びに病院報告から

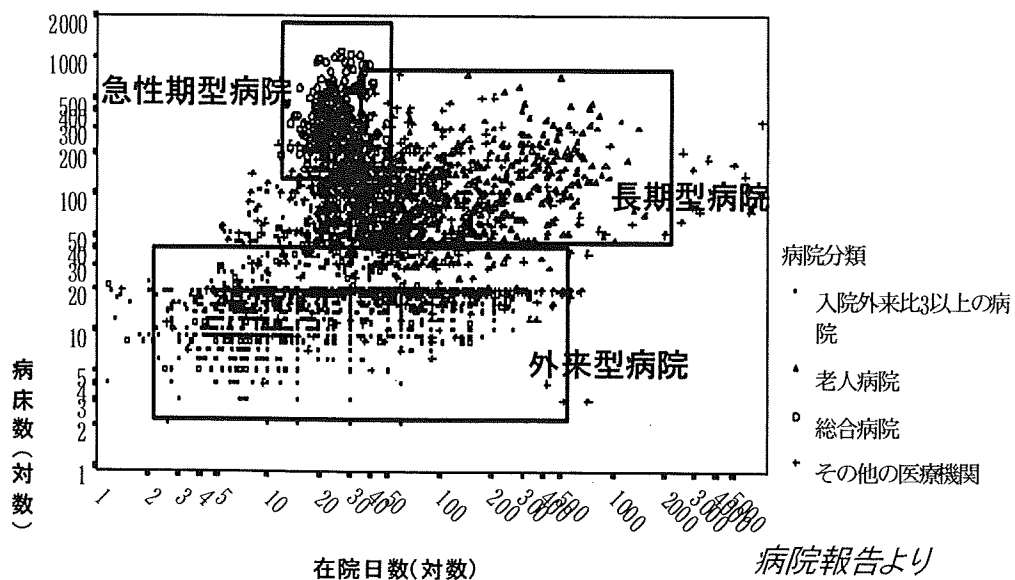


图2 一般病院平均在院日数1965—2008

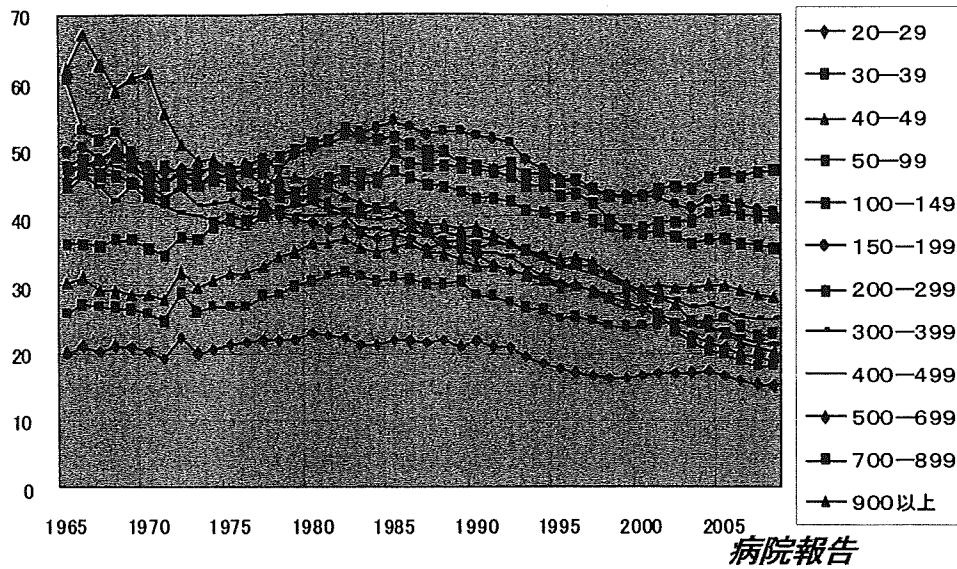


图3 一般病院 外来入院比1965—2006

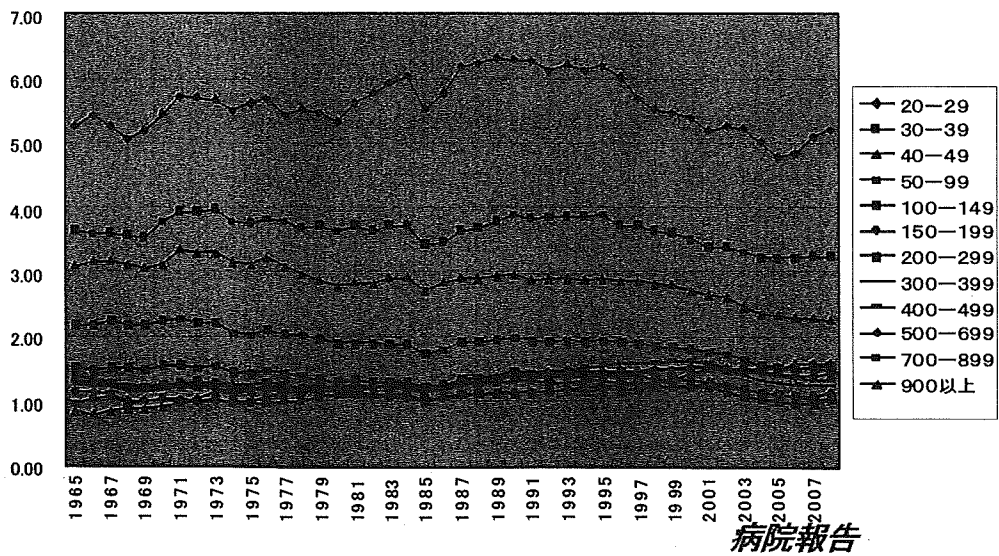
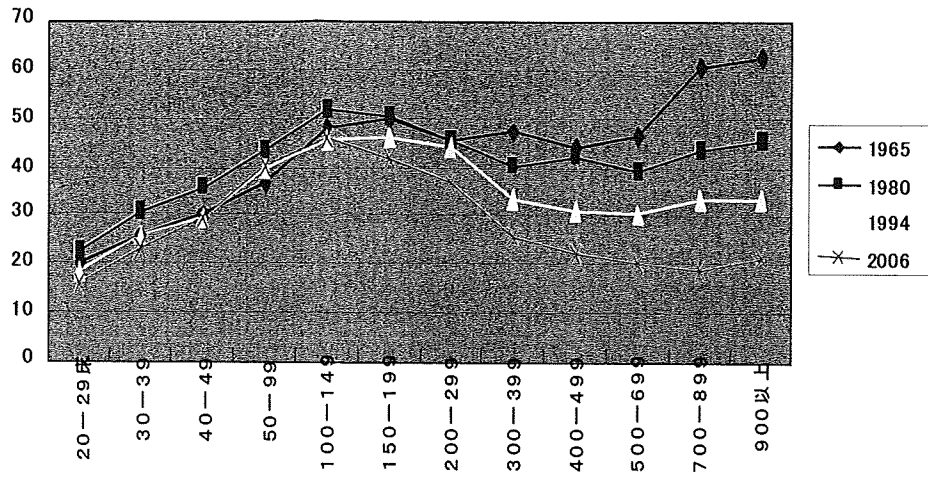
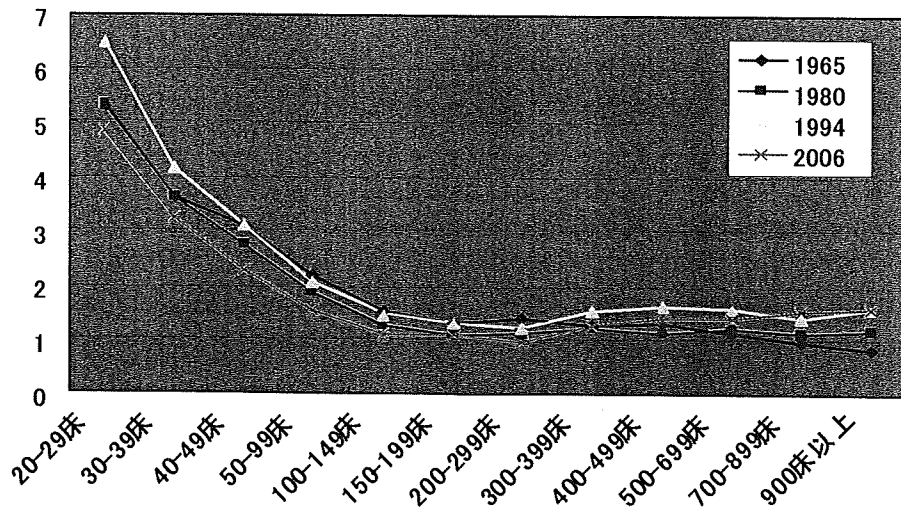


図4 病床規模別平均在院日数
1965-2006



病院報告より

図5 病床規模別外来入院比 年次変化
2005-2006



病院報告より

図6 65歳以上人口推移

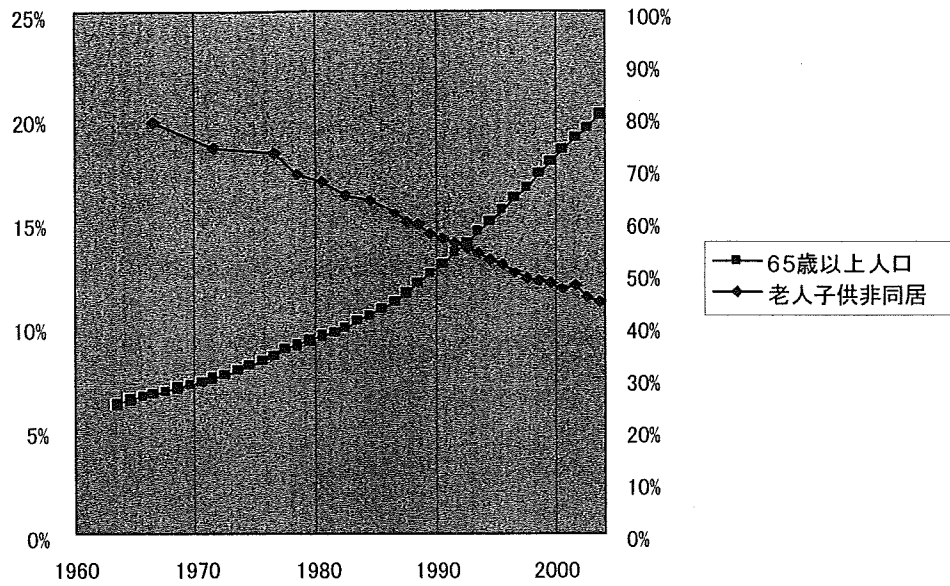


図7 検査技術・診断技術の増え方

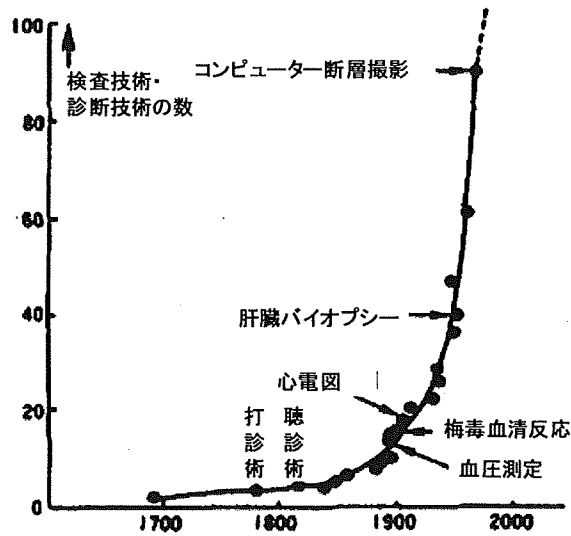


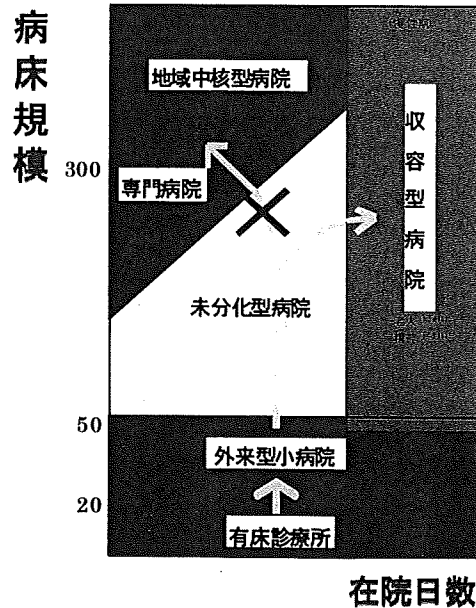
図8 医療技術革新の展開

戦後技術革新	第1次	第2次
時期	1940-1960年代	1970年代-現代
費用対効果	高	低
医療費への影響	削減型	誘発型
中心的対象	感染症	慢性疾患
技術の性格	完成技術	半完成技術
技術例	<ul style="list-style-type: none"> ・ワクチン、抗生物質（感染症予防治療） ・全身麻酔、輸液（外科技術） 	<ul style="list-style-type: none"> ・超音波ファイバー、CT等（診断技術） ・人工呼吸器、人工臓器、経静脈栄養、ICU（生命維持技術）
背景となる工業技術	<ul style="list-style-type: none"> ・重化学工業 ・機械工学 	<ul style="list-style-type: none"> ・光学技術 ・電子工学

注：大型機器の普及は80年代後半から

出所：広井良典著「アメリカの医療政策と日本」、川上武著「技術の進歩と医療費」改変

図9 日本病院進化論



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、平均在院日数の通減制が導入され、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

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逓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」
入院日数による逓減制を導入(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 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 日以上の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、長期入院に関わる逡減制を緩和すること等により、早期退院に伴う問題発生防止を図る。

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

DPC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	1994/1 0	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	なし	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	なし		375	390	90日
	30日超			363	378	