



平均在院日数だけで 病床を区分していいのか

常任理事 中川俊男

I. はじめに

わが国の入院医療には、発病直後の病状が不安定な急性期の患者と、病状が落ち着いた慢性期の患者が、同じ病棟で治療を受けるという非効率な面があると言われ、それが病床数の増加や入院期間の長期化につながり医療費を増加させていると指摘されている。

昨年7月、厚生省の入院医療の在り方に関する検討会から報告書が提出された。病院の一般病床を急性期病床と慢性期病床に、平均在院日数を用いて全国一律に区分するというものである。だが、これには問題が多い。仮に、ある病院が慢性期病床に指定されると、「出来高払い制」から「包括払い制」となることが見込まれるため、発症直後や病状が急に悪化した患者に対する検査や治療が大幅に制限される。平均在院日数を確保できなければ急性期医療はできなくなる。

現行の医療提供体制は、都道府県毎に医療法により身近な第一次から高度先進レベルの第三次までの保健医療圏に分類されている。二次圏域では、住民が1～2時間以内で受診可能で、比較的高いレベルの医療を受けることができるとされている。もし前述の大筋が制度化されると、全国各地の二次圏域で急性期医療を行う病院がなくなる可能性がある。このため、家族が急病になった時に急性期病院を探し回ったあげく手遅れになるという悲劇も起こりかねない。

本稿では、平均在院日数による病床区分の問題点と、北海道医師会で行ったアンケート調査について報告する。

II. 検討会の報告書と「たたき台」

今年1月に召集された通常国会に提出が予定される第4次医療法改正について、昨年10月に厚生省の医療審議会で議論が開始された。この中の主たる論点の一つは、病床区分と必要病床数に関するものである。これに先立ち、わが国の病院医療が大変革を迫られる可能性がある報告書が、昨年7月に厚生省健康政策局長の私的検討会「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」と「必要病床数等に関する検討会」から相次いで出された。

「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」の報告書では、病院の一般病床を病状の不安定な時期の急性期病床（亜急性期を含む）と、比較的安定している慢性期病床に、平均在院日数を用いて全国一律に区分するものである。想定される平均在院日数は25日や28日といわれている。この他に、人員配置基準について厳格化され、これまでの標準から最低基準と変更することを求めており、開設許可後に開設時の人員配置基準が維持できない場合は指定取り消しも含めた措置を行うべきとしている。また、構造設備基準としては、慢性期病床は現行の療養型病床群の基準を踏襲するとされており、慢性期病床が現行の療養型病床群を中心にしたものと考えられる。

「必要病床数等に関する検討会」の報告書は、「行政改革委員会・規制緩和委員会」、「与党協」の「21世紀の国民医療」そして前述の「検討会報告書」を踏まえたものとしている。

その要点は、2倍以上の開きがある入院受療率の地域格差の是正と、平均在院日数の短縮化を連

動させて、一般病床の必要病床数の削減を意図するものである。入院受療率の格差については、都道府県別で2倍以上の格差、ブロック別では四国・北海道ブロックで高く、関東ブロックで明らかに低いと指摘しているが、必要病床数の算定にあたっては、ブロック値ではなく全国統一値に基準を置くことが適切とされ、平均在院日数は全国値を採用するとしている。

慢性期病床の算定については、全体の必要病床数から急性期の必要病床数を引いた数とするのが適切としており、必要病床数の算定方式は、過去5年間に平均在院日数が10%短縮したことから、織り込まれる要素によっては必要病床数が現行よりも10%削減の危険性がでてくるものである。

厚生省の医療審議会では、第四次医療法改正に向けて議論を進めているが、各方面からの反対にも関わらず、昨年末の12月25日に厚生省が提示した議論の「たたき台」には、相変わらず急性期病床の要件として平均在院日数が28日以内でなければ

ならない25:1の看護体制をあげており、28日という平均在院日数をなし崩し的に既成事実化しようとしている。

Ⅲ . 全国的一般病床の現状と問題点

平均在院日数は、ある期間の延べ入院患者数を入退院数の平均で割った数で、在院している患者が、新規入院患者によって全て入れ替わるまでの期間を意味する(表1)。平成9年の病院報告によると一般病床の平均在院日数は32.8日で、1年間で0.7日短縮した。病床規模別では、50床未満の小規模病院と300床以上の大病院が30日未満であるが、50床以上200床未満の病院では40日以上となっている(表2)。また、開設者別でみると、民間病院では全病床の38%を占める医療法人の平均在院日数は46.8日、10.5%を占める個人病院は49.7日である(表3)。

急性期病床の基準としての平均在院日数は25日や28日が想定されているが、最近一部の病院では公的私的を問わず、平均在院日数の短縮を目的に、検査入院を増やしたり、早めに患者を退院させ、長期の入院が見込まれる病状の患者を敬遠するなど憂慮すべき事態も出始めている。

表 1

$$\begin{aligned} \text{平均在院日数} &= \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \\ &= \frac{\text{病床数} \times \text{年間平均病床利用率} \times 365 \text{日}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \\ &= \frac{\text{病床数} \times \text{年間平均病床利用率} \times 365 \text{日}}{\text{年間新入院患者数}} \end{aligned}$$

表 2 病床の種類別および病床規模別にみた平均在院日数

	平成9年 (1997)	平成8年 (1996)	対前年増減
総 数	42.5	43.7	△ 1.2
精神病床	423.7	441.4	△ 17.7
結核病床	112.5	119.8	△ 7.3
一般病床	32.8	33.5	△ 0.7
1~49 床	27.8	28.4	△ 0.6
50~99	40.3	41.0	△ 0.7
100~149	43.2	44.3	△ 1.1
150~199	42.3	43.3	△ 1.0
200~299	36.5	37.5	△ 1.0
300~399	27.4	28.1	△ 0.7
400~499	25.4	26.0	△ 0.6
500~599	25.7	26.4	△ 0.7
600~699	24.4	24.5	△ 0.1
700~799	29.9	30.6	△ 0.7
800~899	27.0	28.2	△ 1.2
900床以上	30.0	30.3	△ 0.3

(注) 総数には伝染病床・らい病床(平成8年3月31日まで)を含む

表 3 開設者別一般病床の在院日数、病床数

開 設 者	在院日数 (日)	病床数 (床)	構成比 (%)
総 数	33.5	1,262,745	100.0
国 - その他	15.7	5,145	0.4
国 保 連 合	16.9	320	0.0
国保団体連合会	19.1	612	0.0
共済組合・同連合会	19.3	15,269	1.2
健保組合・同連合会	19.6	3653	0.3
会 社	20.6	15,964	1.3
日 赤	21.5	36,582	2.9
厚 生 連	21.7	33,369	2.6
全 社 連	21.7	14,398	1.1
船員保険会	22.2	940	0.1
市 町 村	23.1	150,407	11.9
済 生 会	23.1	19,835	1.6
北海道社会事業協会	25.0	1,807	0.1
学 校 法 人	25.2	48,308	3.8
都 道 府 県	26.0	66,781	5.3
国-労働福祉事業団	27.9	15,152	1.2
公 益 法 人	29.2	64,936	5.1
厚生年金事業振興団	33.0	2,947	0.2
国 - 文 部 省	33.6	30,830	2.4
その他の法人	34.1	42,797	3.4
国 - 厚 生 省	45.0	76,797	6.1
医 療 法 人	46.8	483,531	38.3
個 人	49.7	132,204	10.5

(注) 8年病院報告より。平均在院日数は平成8年の年間平均、病床数は8年8月末現在

欧米諸国の平均在院日数は、米国が8.8日、英国10.2日、仏11.7日、独13.9日である。だが、日本の平均在院日数の長さは、本当に社会的入院に代表される非効率な医療の象徴なのであろうか。米国の一般病床の平均在院日数は8.8日だが、米国の値は平均在院日数が30日以内の病院の平均値である。わが国の一般病床には、100日以上平均在院日数をもつ医療機関が23%も含まれたものの平均値である(図1)。日医総研の検討では、米国と同様の基準(30日未満の平均)でわが国の平均在院日数を計算すると、19.8日となり、90日未満でも21.9日に過ぎない。保険者による厳しい管理下での米国の医療提供体制との違いを考えれば、日本の平均在院日数が突出して長いという訳ではない(表4)。

Ⅳ. 北海道医師会のアンケート調査結果

上記の想定される平均在院日数で病床が区分された場合に道内の各二次医療圏において、地域医療に混乱を生じる可能性がないかを検討するために、平成10年11月、北海道医師会として道内の全病院に対して緊急アンケート調査を行った。

対象は、全道の437病院であり、そのうち公的病院が34%。私的病院58%、その他8%であったが、21二次医療圏の中、5圏域では病院数が5以

下、4圏域では私的病院がなかった。アンケートの回収率は全体として72.3%で、100%が4圏域あり、最低は54.5%であった(表5)。

平均在院日数(精神科単科、療養型病床群、特別許可を除く)は、全体では44.2日であったが、公的病院全体が38.1日であったのに対して、私的病院全体では47.1日と長い傾向であった。全体の平均在院日数を二次医療圏毎に比較すると、最短は根室圏(回収率100%)の15.5日で、5圏域が30日未満、5圏域が60日以上であった(表6、図2)。

また、100日未満の病院に限定してみると、全体の平均在院日数は31.2日と短い、公的病院全体では30.2日、私的病院全体では31.8日と公私間の差はなかった。二次医療圏毎では、7圏域が30日未満であった。

二次医療圏毎に個々の病院の平均在院日数の分布をみると、30日未満の病院がない圏域はなかつ

表4 病院の対象を変えた場合の平均在院日数

	全病院		平均在院日数が30日未満の病院		平均在院日数が60日未満の病院		平均在院日数が90日未満の病院	
	ALOS	施設数	ALOS	施設数	ALOS	施設数	ALOS	施設数
総計	32.8日	8,362	19.8日	3,404	21.5日	5,516	21.9日	6,255

ALOS (average length of stay)

図1 一般病床の平均在院日数別にみた施設数(平成9年度)

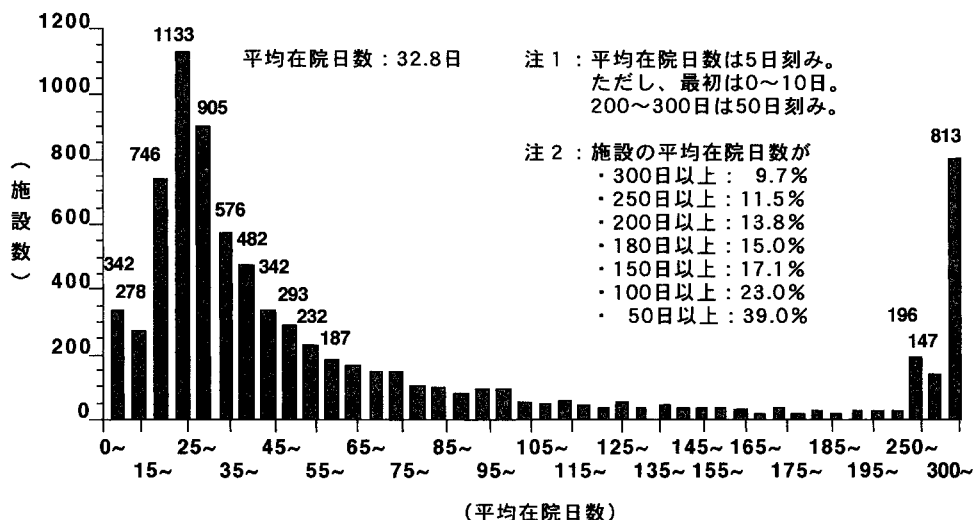


表 5 平均在院日数に関する調査 (対象医療機関数・回収数・回収率)

	全 道	1 南 渡 島	2 北 渡 松	3 南 松 山	4 札 幌	5 後 志	6 南 空 知	7 中 空 知	8 北 空 知	9 西 胆 振	10 東 胆 振	11 日 高	12 上 川 中	13 上 川 北	14 富 良 野	15 留 萌	16 宗 谷	17 遠 紋	18 北 網	19 十 勝	20 釧 路	21 根 室
対象 医療 機関 数	437	34	6	5	160	20	15	9	5	12	11	9	35	7	5	5	8	13	23	29	19	5
公的 医療 機関	150	8	6	5	12	12	12	6	3	4	5	7	6	5	3	4	7	8	8	13	8	5
私的 医療 機関	254	21	0	0	133	6	3	3	2	6	5	2	26	3	1	1	0	5	14	13	10	0
そ の 他	33	5	0	0	12	2	0	0	0	2	1	0	3	0	1	0	0	0	0	3	1	0
回収 医療 機関 数	316	27	5	5	109	19	11	8	5	7	6	8	22	6	4	5	5	10	15	20	14	5
回 収 率 (%)	72.3	79.4	83.3	100	68.1	95.0	73.3	88.9	100	58.3	54.5	88.9	62.9	85.7	80.0	100	62.5	76.9	65.2	69.0	73.7	100

表 6 平均在院日数 (精神単科・療養型病床群、特例許可を除く)

	全 道	1 南 渡 島	2 北 渡 松	3 南 松 山	4 札 幌	5 後 志	6 南 空 知	7 中 空 知	8 北 空 知	9 西 胆 振	10 東 胆 振	11 日 高	12 上 川 中	13 上 川 北	14 富 良 野	15 留 萌	16 宗 谷	17 遠 紋	18 北 網	19 十 勝	20 釧 路	21 根 室
平均 在院 日数	44.2	84.3	39.9	41.2	33.5	54.3	48.2	84.5	72.6	61.7	35.4	23.7	42.2	52.9	27.3	43.8	25.0	83.5	38.9	25.8	33.9	15.5
公的 平均 在院 日数	38.1	43.4	39.9	41.2	38.7	67.1	45.0	31.7	77.3	37.6	37.4	19.3	29.7	58.8	24.7	46.1	25.0	32.1	27.4	25.7	24.6	15.5
私的 平均 在院 日数	47.9	96.1	-	-	32.9	32.5	56.6	172.6	65.7	71.4	33.4	36.8	45.9	23.4	29.9	34.5	-	160.7	46.6	26.0	43.2	-

100日未満

平均 在院 日数	31.2	31.3	39.9	41.2	30.5	32.1	34.7	34.5	29.1	39.5	35.4	23.7	32.6	37.0	27.3	43.8	25.0	35.9	32.2	25.8	26.9	15.5
公的 平均 在院 日数	30.2	27.4	39.9	41.2	27.1	31.9	35.5	31.7	33.0	37.6	37.4	19.3	29.7	40.4	24.7	46.1	25.0	32.1	27.4	25.7	24.6	15.5
私的 平均 在院 日数	31.8	32.4	-	-	30.9	32.5	31.6	48.5	21.2	40.5	33.4	36.8	33.5	23.4	29.9	34.5	-	43.5	35.8	26.0	29.6	-

が多い。第二に、各病院が専門とする疾病の特性である。平成8年度の厚生省の「傷病分類別に見た退院患者平均在院日数」では、眼科疾患は約10.3日、耳鼻科疾患は15.9日、消化器系（胃、大腸、肝）の悪性新生物は28.4日から47.1日、脳血管疾患は119.1日と格差が大きく、疾病特性の配慮は不可欠である。

ちなみに、全国の脳神経外科では、入院患者の過半数が脳卒中である。脳卒中は病態が短期間では安定しにくく、発症早期から開始して3ヶ月間を目安とする急性期リハビリテーションが非常に重要であり、多くの病院で実施されている。平均在院日数で一律に病床を区分すれば、全国から脳卒中の急性期医療の主役である脳神経外科病院の大半がなくなる可能性がある。

本来、医療機関が急性期医療を担うか、慢性期医療を指向するかは、それぞれの地域の実情を最もよく理解している各病院が主体性をもって選択すべき事項である。その結果として、医業経営が改善するか悪化するかは別の問題であり、行政から指定を受ける筋合いはない。平均在院日数による病床区分には決して賛成することはできない。

VI. まとめ

厚生省は一貫して「過剰な医療提供が需要を喚

起する」という経済学上の発想から、総医療費の抑制を目指して看護料など診療報酬上で政策誘導的に平均在院日数の短縮を促進してきた。

効率的な医療提供体制の整備は必要である。だが、医療保険制度や診療報酬体系の抜本改革に先んじて、医療現場の実態を必ずしも正確に反映していない平均在院日数という指標のみで病床を区分することには問題が多すぎる。今こそ、目先の財源論に終始せず、全国民が安心して活力のある社会生活を送れる21世紀に通用する医療提供体制の構築が求められている。

参考資料

1. 「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書
1998.7.3 厚生省健康政策局
2. 「必要病床数等に関する検討会」報告書
1998.7.13 厚生省健康政策局
3. 「医療提供体制の改革について（議論のためのたたき台）」
1998.12.25 厚生省医療審議会総会
4. 平均在院日数の現状分析. 日医総研 1998.10
5. 中川俊男 「在院日数で病床を区分できるのか」
朝日新聞、論壇. 1999.1.29