

医療制度改革における平均在院日数とは何か

～新たな政策目標の意義と問題点～

厚生労働委員会調査室 こばやし ひとし
小林 仁

1. はじめに

医療制度改革関連2法¹が平成18年6月、衆参両院での審議を経て成立した。

一般の医療制度改革には2つの目的がある。第一は、医療保険制度を将来にわたって持続可能なものとするため、医療費適正化の推進、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合等を行おうとするものである。第二は、国民の医療に対する安心、信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築しようとするものである。

このうち、医療費適正化の推進については、短期的方策と中長期的方策の2つの対策が講じられる。短期的方策とは患者負担の引上げ等を内容とするものであり、他方、中長期的方策は生活習慣病の予防や長期入院の是正を内容とする。

患者負担の引上げ等は法定または政省令事項であるが、中長期的方策については、生活習慣病の予防や長期的入院の是正などを図るため、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとなっている²。すなわち、国及び都道府県は、平成20年度を初年度とする医療費適正化計画（5か年計画）を策定し、そこに政策目標を掲げて、医療費の適正化に取り組もうというのである。具体的な政策目標には、平成27（2015）年度に達成すべき数値目標として、生活習慣病の予防については、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少することが掲げられている。同様に、平均在院日数の短縮については、全国平均（36日）と最短の長野県（27日）の差を半分に縮小することが掲げられている。

本稿では、医療費適正化計画の政策目標に採用された平均在院日数について、まず、我が国の現状と国際比較の問題点を紹介したうえで、平均在院日数とはどういう指標なのかを解説する。次いで、政策目標としての平均在院日数の短縮について、対策の前提となる都道府県ごとの格差の実態を紹介する。最後に、DPC³を導入することによって在院日数が短くなることが知られているが、DPC対象病院に対する調査によって明らかとなった在院日数短縮の課題について言及する。

2. 平均在院日数の国際比較

世界最長の平均寿命や乳児死亡率の低さなどから、我が国の健康指標は世界のトップレ

1 法律の正式名は「健康保険法等の一部を改正する法律」と「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」である。平成18年10月から段階的に施行される。

2 医療費適正化計画の根拠法となる「高齢者の医療の確保に関する法律」は平成20年4月から施行される。

3 DPCとは「Diagnosis Procedure Combination」の略。診断（傷病名）と治療方法の組み合わせによる診療報酬の包括払い制度のことで「診断群分類包括評価」という。

ベルにあることが知られている。WHO（世界保健機構）の2000年報告においても、我が国の保健システムが世界の到達度を示していると評価されている。にもかかわらず、医療の効率性あるいは医療の質を測る指標として使われている平均在院日数は、先進国の中で最長の値にとどまっている。これはどういうことなのであろうか。日本の平均在院日数は本当に長いのか。そうであるとすれば、その理由が問われよう。

下の図表1は、我が国の平均在院日数が長いことを示す資料として、よく用いられている表である。厚生労働省資料として、過去の制度改革において繰り返し使用されてきただけでなく、今般の医療制度改革に際しても、広く流布しているものである。

まず、この図表1から検討していこう。

図表の左の「平均在院日数」の欄を縦に見ると、日本の平均在院日数は36.4日であり、ドイツの10.9日、フランスの13.4日、イギリスの7.6日、アメリカの6.5日といった他の先進諸国の平均在院日数と比べると、確かに長いことがわかる。

図表1 医療提供体制の各国比較（2003年）

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	36.4	14.3	13.7 (2002)	2.0 (2002)	54.0 (2002)	7.8 (2002)
ドイツ	10.9 (2002)	8.9 (2002)	37.6 (2002)	3.4	108.6 (2002)	9.7
フランス	13.4	7.7	42.5 (2002)	3.4	91.1 (2002)	7.3
イギリス	7.6	4.2	49.7 (2002)	2.2	224.0 (2002)	9.7
アメリカ	6.5	3.3	66.8 (2002)	2.3 (2002)	233.0 (2002)	7.9 (2002)

（出典）：「OECD Health Data 2005」

病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本：全病院の病床

ドイツ：急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床（ナースিংホームの病床を除く）

フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床

イギリス：NHSの全病床（長期病床を除く）

アメリカ：AHA（American Hospital Association）に登録されている全病院の病床

（出所）厚生労働省資料 < <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/taikou04.html> >

ところが、図表1は、注にあるとおり、対象となる病床の範囲が国ごとに異なっている。注には「平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている」として、全病床を対象とする日本と他国の病床の対象範囲が記載されているが、これがOECD統計における統一されたルールというわけではない。さらに、この資料の出典は「OECD Health Data 2005」とされているものの、OECDのヘルスデータには、図表1と同じ表は見当たらない。この厚生労働省資料は、後述する我が国の病院報告とOECDヘルスデータに収録された他国のデータを基に作表されているようである。

OECDの「Health at a Glance OECD INDICATORS 2005」に実在する表(図表2)を見ると、対象を急性期病床に限定した平均在院日数が、国際比較として掲載されている。

図表2 急性期病床における平均在院日数(全病態), 1990-2003年

Table A.2.15. Average length of stay for acute care, all conditions, days, 1990 to 2003

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Australia	7.2 (1989)	6.8	6.5	6.2	6.2	..
Austria ^a	9.9	7.2	6.9	6.1	5.9	5.8
Belgium	9.0 (1990)	9.1	7.9	7.8	7.7	..
Canada ^b	7.8 (1994)	7.9	7.2	7.3	7.4	..
Czech Republic ^c	12.5	10.2	11.7	9.5	8.9	11.2
Denmark	4.1 (1994)	4.1	2.2	3.2	2.7	2.0
Finland	7.5	6.5	6.1	4.4	4.9	6.8
France ^d	7.0	6.2	5.6	5.7	5.7	5.6
Germany	15.2 (1990)	11.1	9.7	9.4	9.7	11.3
Greece	7.5	6.4	6.7	..	..	..
Hungary ^e	9.9	9.2	7.5	7.9	6.9	6.7
Iceland	7.0	5.2	6.3	5.7	5.2	..
Ireland	6.7	6.6	6.4	6.4	6.5	6.5
Italy	9.5 (1991)	9.1	7.9	5.9	6.5	..
Japan	..	30.2	20.8	23.5	22.2	20.7
Korea	12.0	11.2	11.2	11.0	11.0	10.6
Luxembourg	11.0	9.8	7.7	7.6	7.6	7.4
Mexico ^f	4.2 (1998)	4.2	4.2	4.0	4.0	3.9
Netherlands	11.2	9.3	9.0	8.6	..	..
Norway	7.8	6.8	6.2	5.9	5.7	5.4
Poland	12.5	10.8	11.9	8.4	7.9	..
Portugal ^g	2.4	7.2	7.7	7.3	..	..
Slovak Republic	..	10.8 (1998)	11.3	8.5	8.1	7.9
Spain	9.5	11.8	7.1	7.9	..	..
Sweden	6.5	6.2	5.2	5.0	4.9	..
Switzerland	13.1	12.2	9.2	9.2	9.1	9.0
Turkey	2.0	6.7	6.4	6.4	6.2	..
United Kingdom	9.2	7.2	6.9	6.9	6.9	6.7
United States ^h	7.2	6.5	5.8	5.8	5.7	5.7
Unweighted average ⁱ	..	..	..	..	6.7	..
Geometric average (27) ^j	6.8	7.3	6.9	6.8	6.7	..
Median	6.4	7.1	7.0	7.0	6.8	..

a) Austria, Czech Republic, France, Hungary, and the United States include same-day separations whereas other countries exclude them.
b) Break in time series in Canada in 1994. Before 1994, the Canadian figures represent ALOS in short-term units of all hospitals. Starting in 1994, they represent ALOS in short-stay hospitals; many of the short-stay hospitals also have long-term care beds.
c) Data for Mexico are restricted to public hospitals only.
d) Average comprises all countries for which recent data is available (2000+).
e) Excludes Greece, Japan and Slovak Republic. The 2001 figures for the Netherlands, Portugal and Spain have been used for the calculation of the 2001 OECD average.
Source: OECD Health Data 2005.

(出所) OECD Health at a Glance OECD INDICATORS 2005 ; Source "Health Data 2005"

さて、図表2からわかることは、急性期病床の平均在院日数は、1990年から2002年の間に、横ばいのカナダを除き、すべての国において減少していることである。特にドイツ、スイス、オランダ、チェコ、ポーランドのような1990年に比較的高い水準にあった国々において、平均在院日数はこの間、急速に減少している。OECD加盟国の平均では、急性期病床の平均在院日数は1990年の8.8日から2002年の6.7日に減少した（ただし、日本は平均値の算定対象から除かれている）。

OECDは、平均在院日数が減少した理由について、より侵襲性の少ない外科的処置の普及や自宅に帰り退院後の治療を受けられる早期退院プログラムの拡大を含むいくつかの要因によっていると分析している。

図表2から、図表1に掲げられた主要国の1995年と2003年の平均在院日数を取り出してみると、以下の図表3になる。これを見ると、急性期病床に限っても、我が国の平均在院日数は他国の2倍から4倍近い長さであることがわかる。

図表3 急性期病床における平均在院日数の国際比較(1995年,2003年)

(単位:日)

	日 本	ド イ ツ	フ ラ ンス	イ ギ リ ス	ア メ リ カ
1995年	33.2	11.4	6.2	7.0	6.5
2003年	20.7	8.9	5.6	6.7	5.7

(出所) 図表2の資料から作成

OECDは、平均在院日数(Average Length of stay; ALOS)の定義と偏差について、「図表で見る世界の医療 2003年版」に、次のようなコメントを載せている⁴。

急性期病床の平均在院日数は、急性期病棟で患者が過ごす平均日数(一泊以上)である。これは通常、一年間に急性期病棟ですべての患者が過ごした日数を、入院あるいは退院数で割ったものである。国によって平均在院日数を計算する方法が異なっているため、日数のデータを比較する際には注意が必要である。

例えば、アメリカの平均在院日数は、即日退院(日帰り入院)のケースも算定対象としているため、その分、多少短くなっている。

我が国では平成12年の医療法改正により、精神病床、感染症病床、結核病床以外の「その他病床」を「一般病床」と「療養病床」に区分することになった。しかし、急性期病床というカテゴリーができなかったため、この法改正後も、感染症病床と一般病床とを

4 OECD編著 伊藤友里訳「図表で見る世界の医療 OECDインディケータ(2003年版)」50頁

合わせたものを急性期病床の平均在院日数として、OECDに提出している⁵。

図表4 我が国の病床の種類別に見た平均在院日数(2003年,2004年)

(単位:日)

	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	総数
2003年	20.7	172.3	348.7	8.7	82.2	36.4
2004年	20.2	172.6	338.0	10.5	78.1	36.3

(出所)平成16年(2004)病院報告(厚生労働省)より作成

図表4の2003年、一般病床20.7日と感染症病床8.7日がそれである。

ただし、下の図表5のとおり、感染症病床の数は一般病床に比べると極めて少なく、その割合は無視できるほど小さいため、OECDへの報告は20.7日となっている。

図表5 我が国の病床の種類別に見た病床数(病院、2003年,2004年)

(単位:病床)

	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	総数
2003年	919,070	342,343	354,448	1,773	14,507	1,820,212
2004年	912,193	340,450	354,927	1,690	13,293	1,812,722

(出所)平成16年(2004)医療施設(動態)調査(厚生労働省)より作成

次に、図表3に見られるような日本の平均在院日数の特徴について、OECDは次のようにコメントしている⁶。

日本では、病院の平均在院日数がすべての国々よりもはるかに長く、2002,2003年で20日を超えるまでに達している。しかし、日本の急性期病床の平均在院日数の推計の比較可能性は限られている。なぜなら、それは他のほとんどのOECD加盟国で使用されている定義に比べ、はるかに広い急性期病床の定義に基づいているからである(例えば、日本の急性期病床の平均在院日数には、リハビリテーションや緩和ケアのための病床が含まれている)。

5 OECD編著 鐘ヶ江葉子訳「図表で見る世界の保健医療 OECDインディケータ(2005年版)」174頁の「記者あとがき」による。

6 OECD編著 鐘ヶ江葉子訳「図表で見る世界の保健医療 OECDインディケータ(2005年版)」56頁
なお、本文と関係がない記述の省略、「急性期治療」を馴染みのある「急性期病床」に言い換えるなど、訳文に必要なかつ最低限の修文を施してある。

しかし、この定義上の違いは、日本の病院の平均在院日数が他の国に比較して非常に長いことを完全には説明していない。1990年代の日本における病床の供給増は、患者を長期にわたって引き留めておくことによって、これらの病床をいっぱいにする(引用者による注;病院経営の観点から、空床による無駄を回避する)という動機を病院に与えたのかもしれない(Jeong 1994)⁷。

入院の長期化については、病院側の経営上の動機によるもの以外にも、例えば、我が国では、患者が大安吉日や週末に退院を希望することも少なくないといわれている。そうした事実を患者の意識調査で確認した研究⁸もある。患者や家族の都合で入院期間が延びている可能性はある。

3. 平均在院日数とは何か

平均在院日数とは、病院に入院した患者の入院日数の平均値である。ただし、平均在院日数の算定については、いくつかの考え方があることが知られている⁹。いつの時点で、誰を対象に調査を行い、どのような計算式を用いるかによって、意味合いが変わってくる。

在院日数の調査対象となるのは、一定の調査期間中に在院している患者、退院した患者、入院した患者の3つの患者群である。それぞれの特徴を見ていこう。

(1) 在院患者の平均在院日数

第一は、「在院患者の平均在院日数」である。調査時点で現に入院している患者について、入院の日から何日経過しているかを集計し、平均値を算定するものである。医療機関が長期入院患者の実態を調べるのに用いられている。

$$\text{在院患者の平均在院日数} = \frac{\text{調査時点で在院している患者の入院総日数}}{\text{調査時点での在院患者数}}$$

ただし、入院患者がいつまで在院するかは調査時点ではわからないので、正確な平均在院日数にはならない。また、ある一日の入院患者に限ってみると、長期に入院している患者の割合が高くなる傾向があるので、いくつかの算定式中、最も長い数値が出ることが多い。例えば、我が国の病院報告(平成15年)における療養病床の平均在院日数は172.3日であるが、療養病床に入院中の患者を調べると、その平均在院日数は医療保険適用病床で

7 Jeong, H.S. and A. Gunji (1994) "The Influence of System Factors upon the Macro-economic Efficiency of Health Care: implications for the health policies of developing and developed countries", Health Policy, Vol.27.

8 酒井美也子ほか「六曜が退院日決定に及ぼす影響」『福島県立医科大学看護学部紀要』(平13.3)

9 以下に紹介するもののほかにも、実務では、医療給付実態調査が医療保険のレセプトデータから新入院患者を把握して平均在院日数を算出しており、毎月の医療保険医療費統計から算出される平均在院日数なども知られている。後述するDPC対象病院については、特別の退院患者調査によって在院日数を算出している。野々下勝行「講座 社会保障政策の評価指標 11.平均在院日数」『週刊社会保障』No.2189(平14.6.17) 59頁

595 日、介護保険適用病床で 693 日となっている¹⁰。

(2) 退院患者の平均在院日数

第二は、「退院患者の平均在院日数」である。一定の期間内に退院した患者について、その入院期間を集計し、平均値を算定するものである。一定期間の退院患者の入院総日数を同期間の退院患者の数で割るもので、分子と分母の対応関係が取れており、概念的にもわかりやすい。

$$\text{退院患者の平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に退院した患者の入院総日数}}{\text{調査期間中の退院患者数}}$$

実際に退院した患者から情報をとるため、在院期間の実測値が算出できることから、平均在院日数の国際比較などで用いられることが多い。我が国においても、この方法は厚生労働省が行っている「患者調査」に採用されている。

ただし、例えば、1か月という短い期間で区切ると、その間は長期入院の患者ほど退院する確率が低く、短期入院の患者の方が退院する割合が高くなるので、平均在院日数は短くなりがちである。

(3) 入院患者の平均在院日数

第三は、「入院患者の平均在院日数」である。一定期間内に入院した患者について、退院するまでにどれくらいの日数がかかったかを追跡調査するものである。

$$\text{入院患者の平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に入院した患者の退院までの総日数}}{\text{調査期間中の入院患者数}}$$

ただし、対象者の全員が退院するまでは平均在院日数の確定値を算出できないため、行政実務では採用されていない。

(4) 入退院数から算定した平均在院日数

第四は、上記の集計方法の元になった3つの患者群のすべてを対象にした計算方式である。調査期間中(病院報告では月間)の在院延べ患者数を同期間の新入院患者数と退院患者数の平均で割って算出するものである¹¹。

10 中央社会保険医療協議会の診療報酬基本問題小委員会が平成 17 年 9 月下旬から 10 月にかけて、353 病院を対象に実施した慢性期入院医療実態調査による。

第 165 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 14 号 14 頁(平 18.4.12)

11 入院した患者は必ず退院するので、理論的には新入院患者数と退院患者数は等しくなるはずであるが、実際には病床数の増減や空床の発生などによって変動が起きてくるので、新入院患者数と退院患者数の平均で在院延べ患者数を割るのである。

我が国の「病院報告」で採用されている算出方式である。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$$

一見ただけでは直感的に理解しにくい計算式であるが、病床数と病床の回転率から平均在院日数を割り出すようなものといってよい。

(5) 患者調査と病院報告

ここで、「患者調査」¹²と「病院報告」¹³の違いを整理しておこう。

「患者調査」は調査月1か月の退院患者の抽出調査であり、「病院報告」は毎月の全病院の入院、在院、退院の患者数の調査である。このため、調査期間については、「患者調査」が毎年9月の1か月間という特定月を対象としているのに対し、「病院報告」では1か月単位で任意の期間を設定することができる。調査対象については、「患者調査」が退院患者、「病院報告」が在院患者となっている。また、患者個人の属性については、「患者調査」では患者の性別、年齢、住所地（都道府県別）、傷病、退院の理由、手術の有無などを確認することができるのに対し、「病院報告」は患者数のみの調査であることから、これらを観察することができない。他方、病院・病床の属性については、「患者調査」では病床区分ごとの集計が不可能であるのに対し、「病院報告」では病院・病床の種類ごとに算出することができる。

また、「患者調査」は病院と診療所を対象とするものであるのに対し、「病院報告」は病院と療養病床を有する診療所を対象とする。「病院報告」は全数調査であるのに対し、我が国の患者調査は抽出調査であり、その意味では推計値であるため、調査ごとの条件が異なることがあり、年次推移を観察するには適していない。そこで、平均在院日数の年次推移を見る場合、病院については「病院報告」が、診療所を含めた医療機関全体についてと患者の属性をフォローするには「患者調査」が用いられることが多い。

我が国においては、国際比較に耐えられる病床の種類ごとの平均在院日数は、病院報告に頼るほかなく、急性期病床については、これに相当する統計上のカテゴリーがないため、感染症病床と一般病床を合わせたもので代用しているのである。

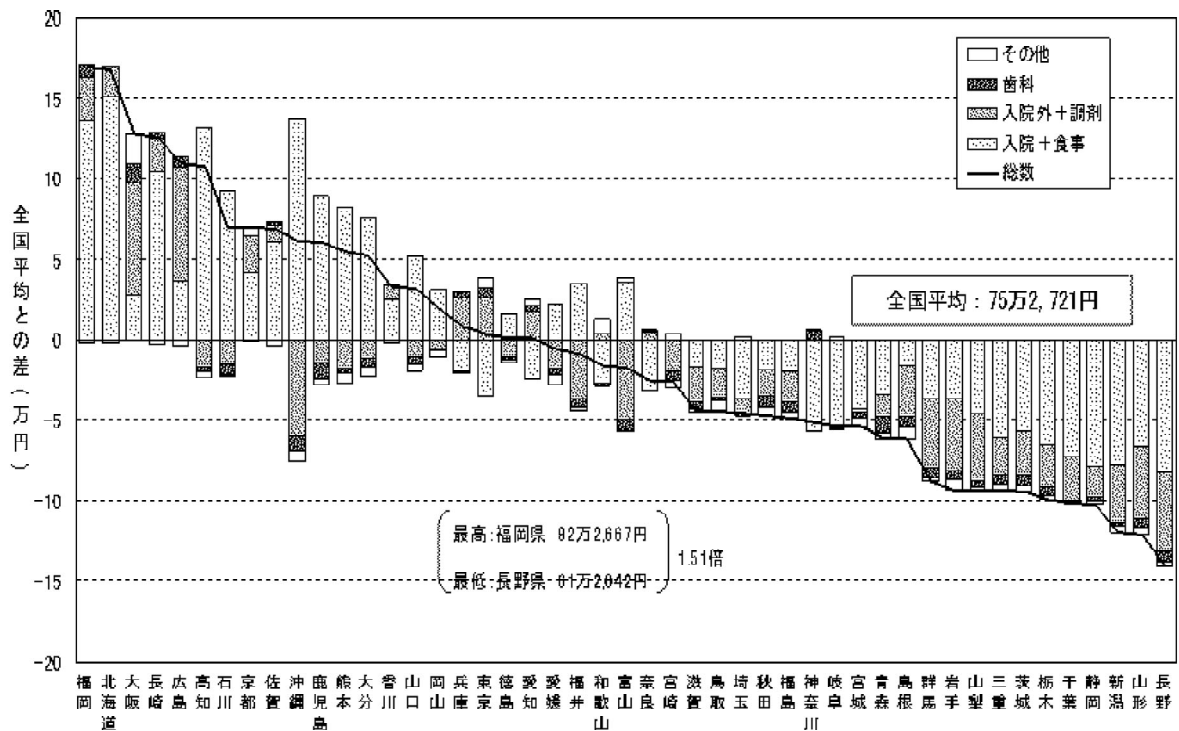
4. 政策目標としての平均在院日数

今度は国内に目を転じて、医療費の地域格差と平均在院日数との関係に注目してみよう。まず、1人当たりの老人医療費についてみると、最大（福岡県）と最小（長野県）で約30万円（約1.5倍）の格差が存在している。次頁の図表6は、都道府県格差の約7割が入院医療費の格差によるものであることを示している。

12 患者調査は、統計法に基づく指定統計であり、3年に1回、サンプル調査として実施される。

13 病院報告は、毎月、すべての病院及び療養病床診療所を対象に実施されるセンサス調査である。

図表6 1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差) 平成15年度



(出所) 厚生労働省資料

さらに、次頁の図表7と図表8によって、1人当たり老人医療費と平均在院日数、病床数との相関を見ておこう。これによると、都道府県ごとの1人当たり老人医療費については、当該都道府県の平均在院日数や病床数と高い相関があることがわかる。

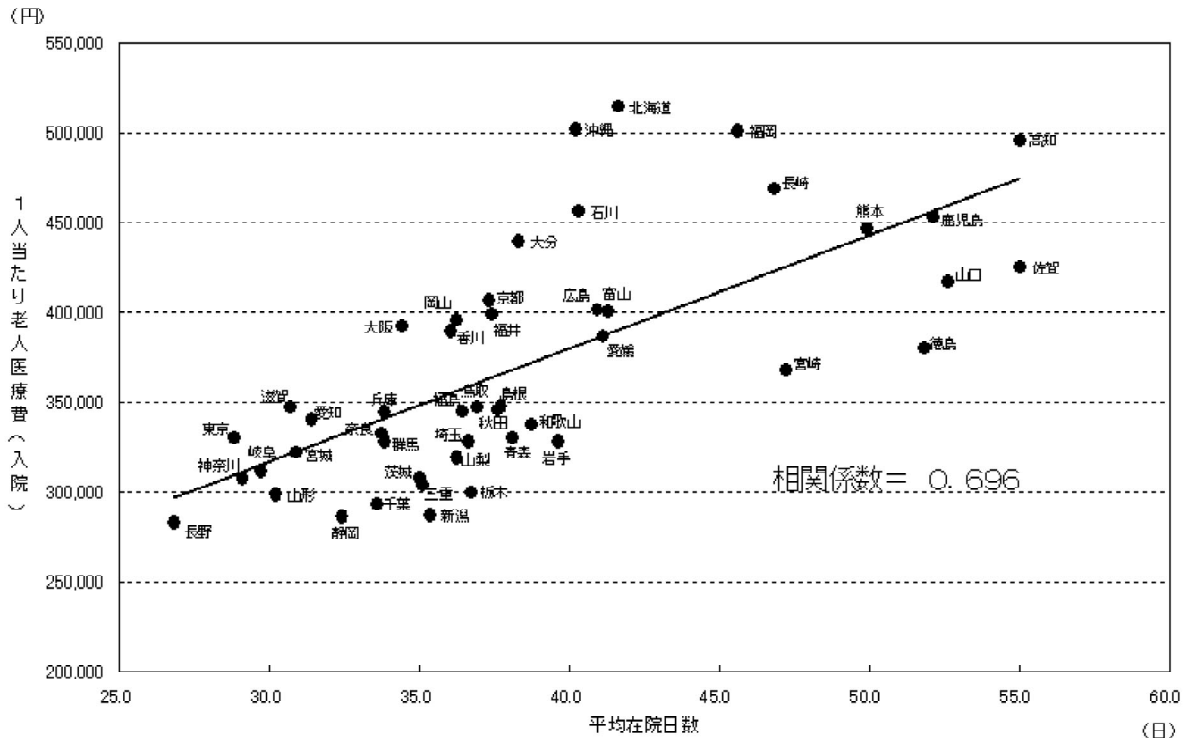
そこで、政府は、医療制度改革を進めるに当たって、平均在院日数の短縮といった医療費の伸びの構造的な要因に着目した具体的な目標の下に、医療を効率化し、医療費の伸びを抑制しようとしたのである。その結果、平均在院日数の短縮が入院医療費を適正化するための中長期的方策として位置づけられたというわけである。

平均在院日数と病床数とは、病床数が一定のまま平均在院日数が減少していくと、連動して空床が増えるという関係にある。したがって、平均在院日数の短縮策を進めていくと、余剰病床の削減もしくは転換が大きな課題となる。都道府県が、平均在院日数の短縮に向け、医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、療養病床の転換等の取組を行うことになるのは、そういう意味でもある。地域の特性に配慮しつつ、医療保険適用の余剰病床の整理を進めることが、中長期的な医療費の伸びの抑制効果をもたらすのである。

5. 平均在院日数と療養病床数の都道府県格差

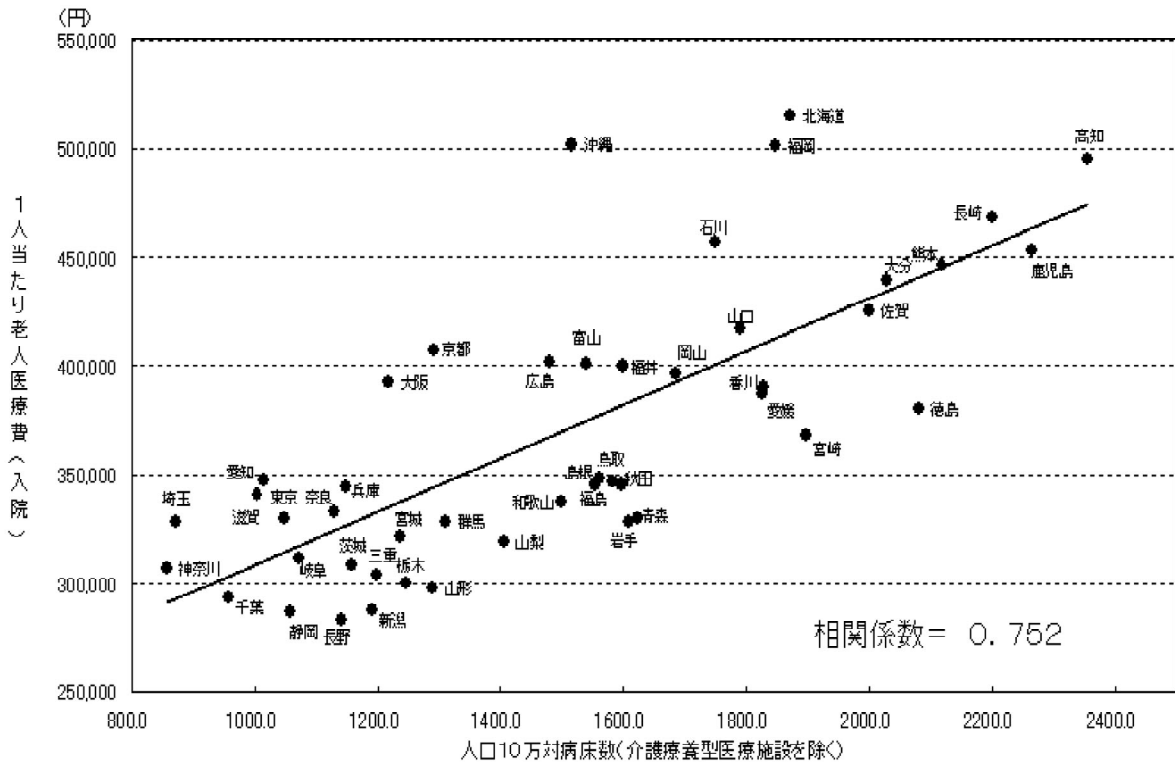
次々頁以降の図表9と図表10において、平均在院日数と療養病床数の都道府県格差の実態を見ておこう。都道府県は、平均在院日数の短縮について、最短の長野県との差を念頭に、医療費適正化計画に数値目標を盛り込むことになるが、その際、病床の種類ごとの

図表7 1人当たり老人医療費と平均在院日数の相関

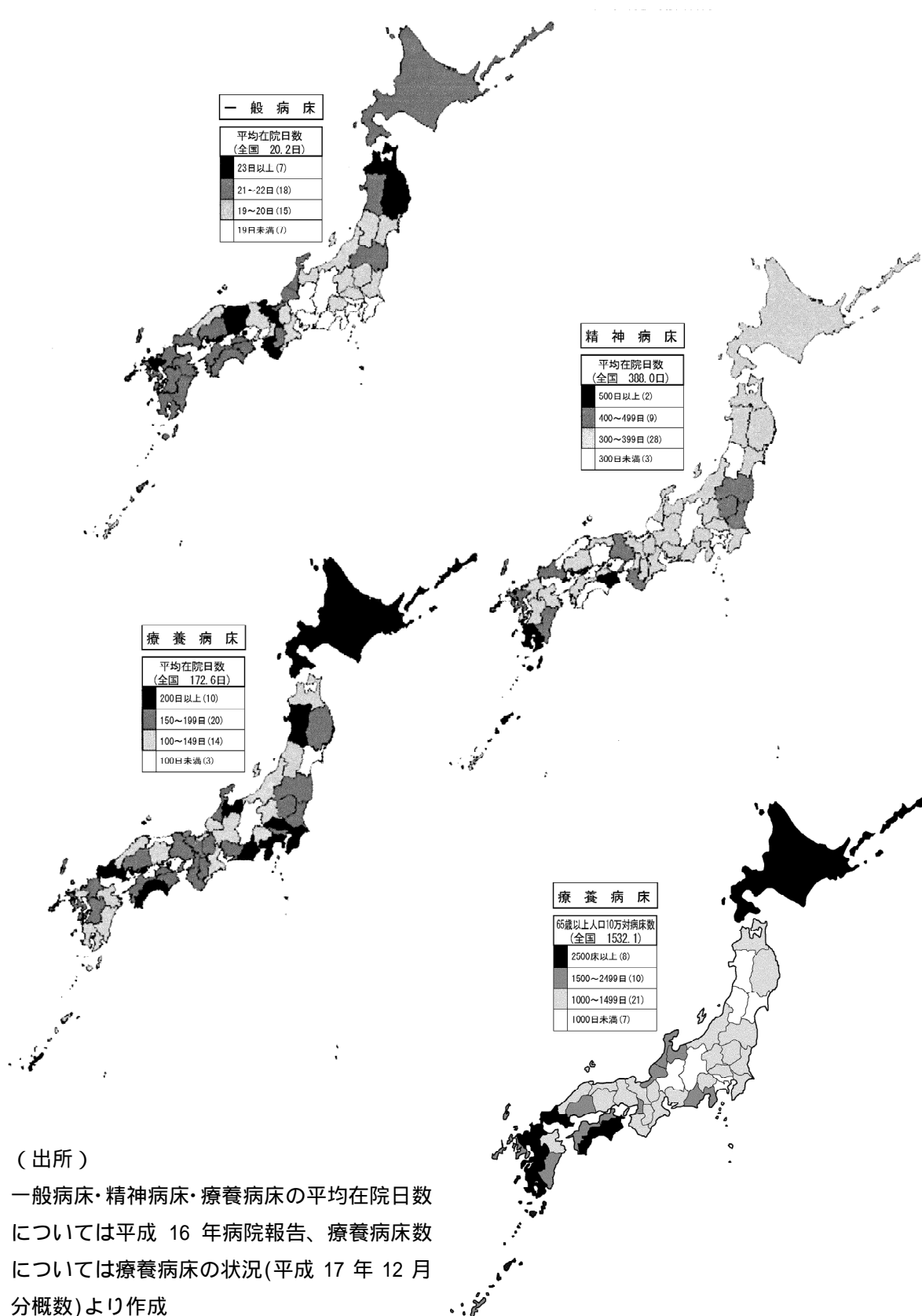


(出所) 厚生労働省資料

図表8 1人当たり老人医療費と人口10万対病床数の相関



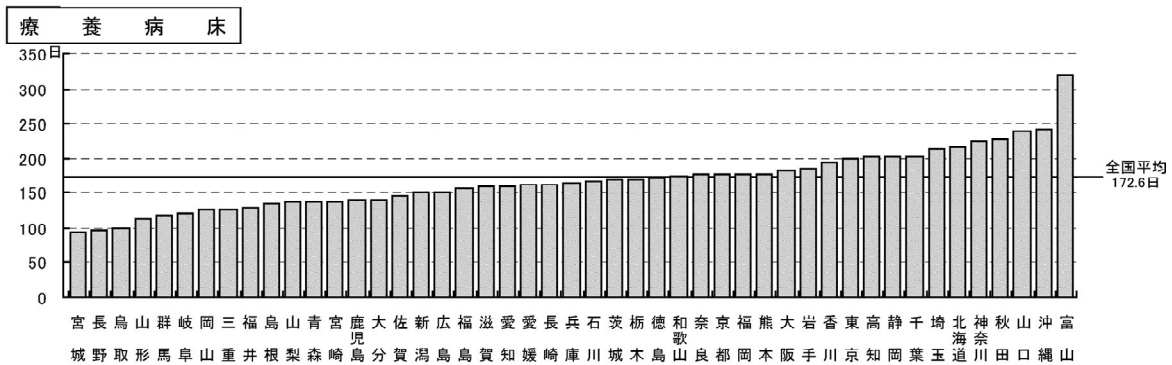
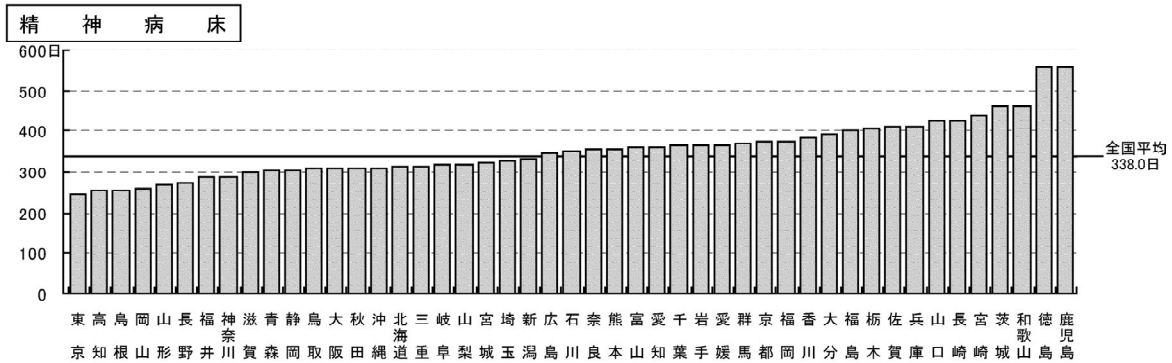
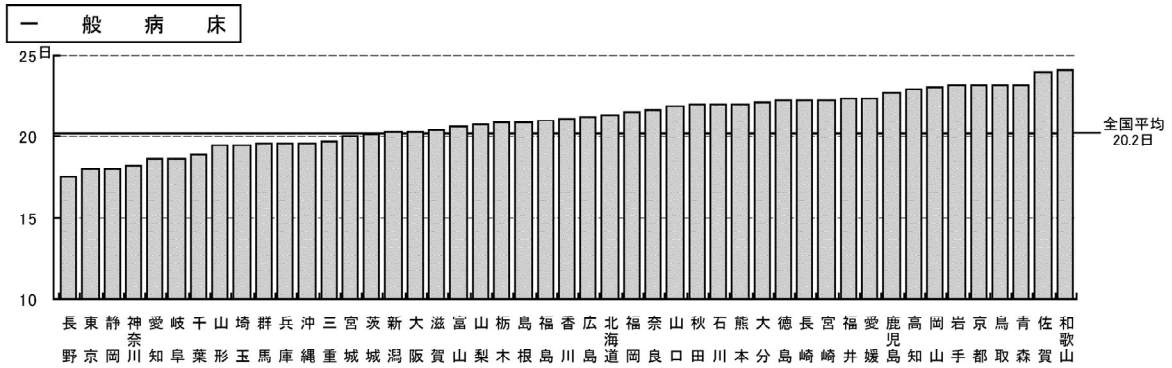
図表9 都道府県ごとの一般病床・療養病床・精神病床の平均在院日数と療養病床数



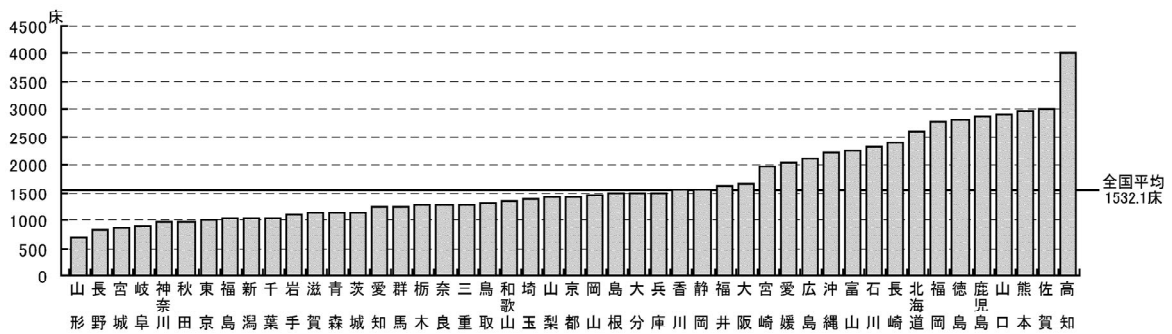
(出所)

一般病床・精神病床・療養病床の平均在院日数については平成16年病院報告、療養病床数については療養病床の状況(平成17年12月分概数)より作成

図表 10 都道府県ごとの一般病床・療養病床・精神病床の平均在院日数と療養病床数

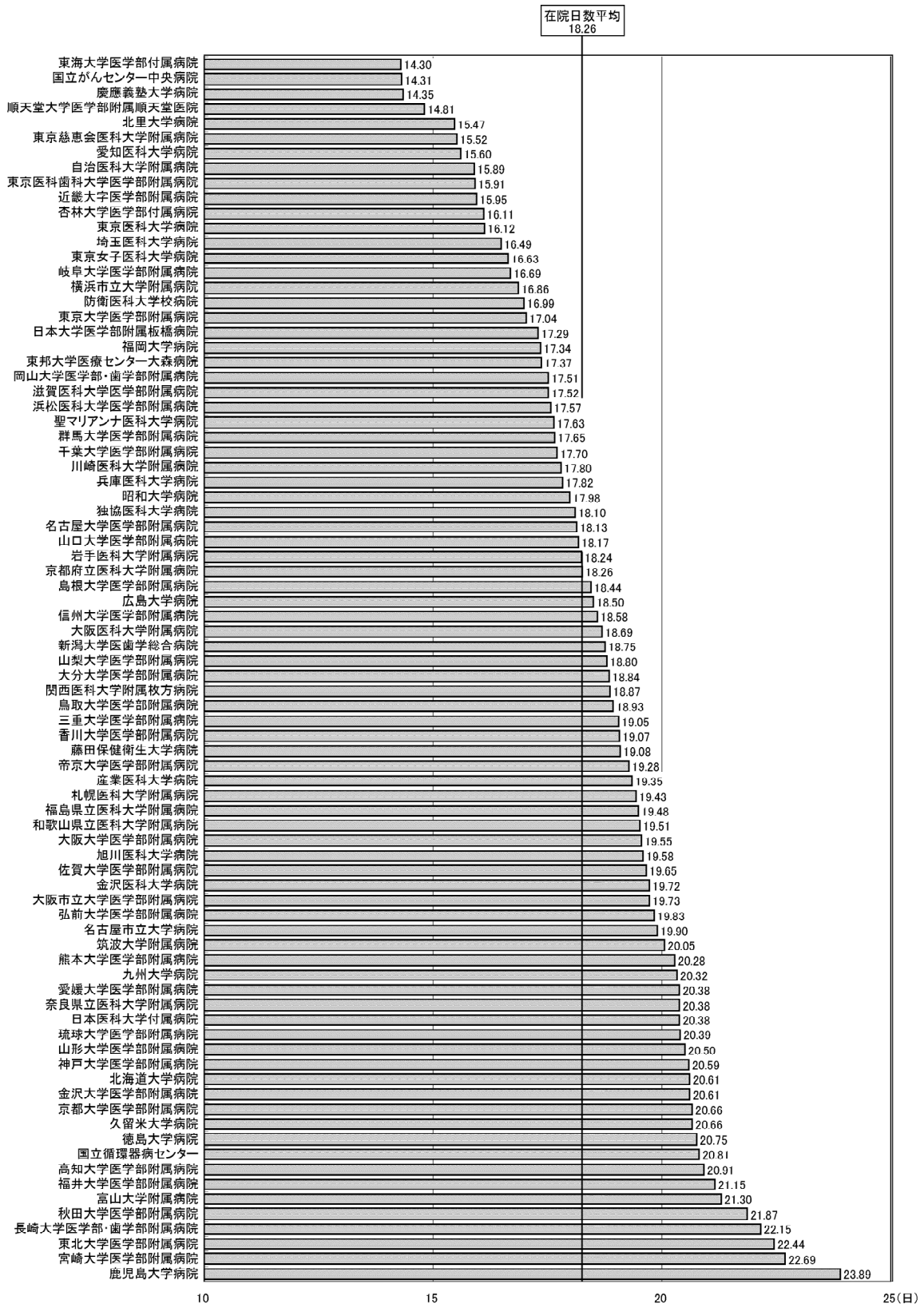


都道府県別にみた 65 歳以上人口 10 万対療養病床数



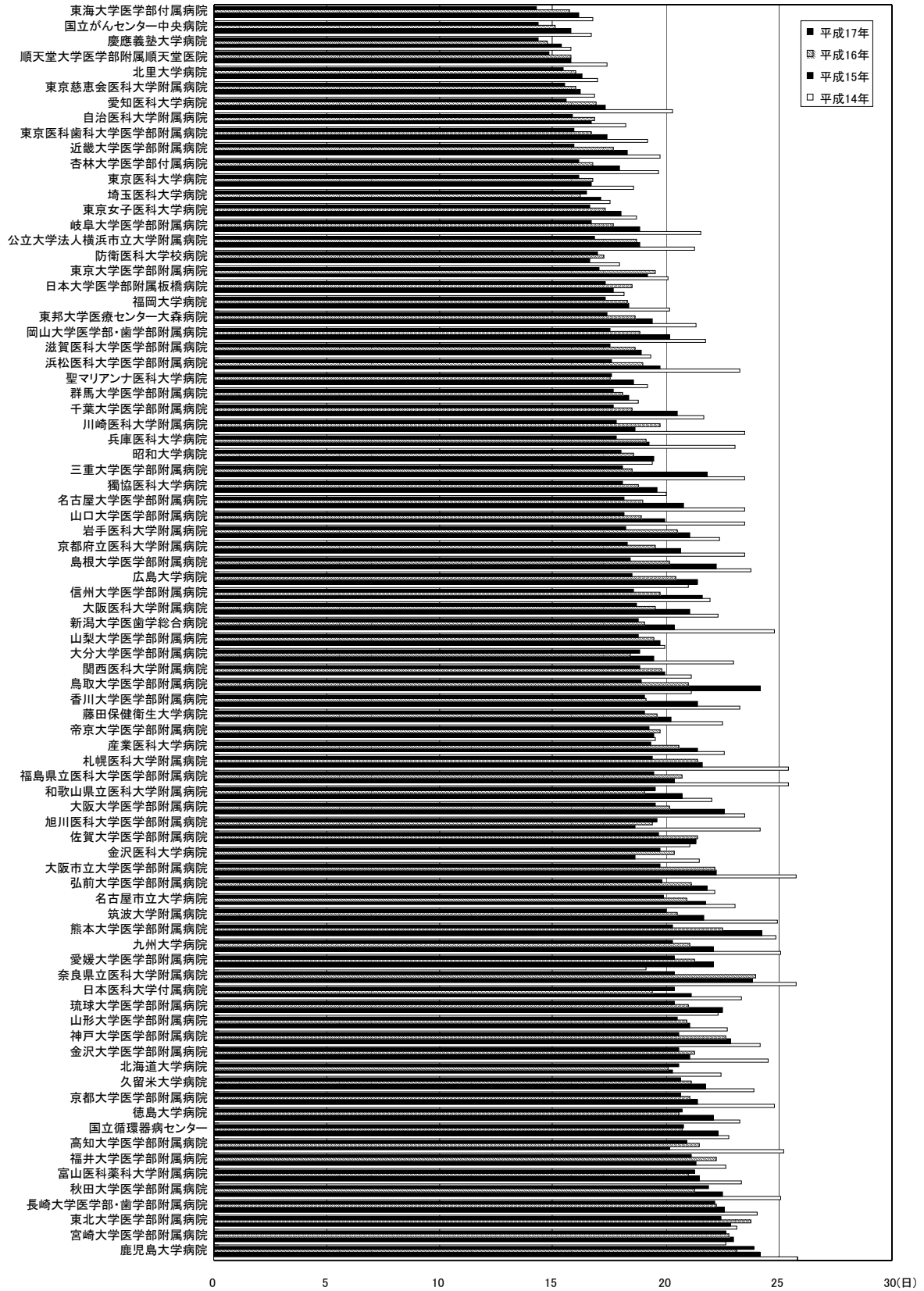
(出所) 平成 16 年病院報告、療養病床の状況(平成 17 年 12 月分概数)より作成

図表 1 1 平成 1 7 年 D P C 対象病院の在院日数の状況



(出所) 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より作成

図表 1 2 D P C 対象病院の在院日数の年次推移



(出所) 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より作成

地域特性を踏まえた数値目標の設定が望まれよう。同時に、療養病床の転換については、地域の特性を踏まえた上で、老人保健施設や居宅系サービスである有料老人ホーム、ケアハウスへの転換が円滑に進むよう、必要な支援を行わなければならないであろう。国においても、都道府県のこれらの取組を支援する立場から、財政支援を含めた積極的な取組が期待される。

6. D P C 対象病院の在院日数短縮から学ぶべきこと

D P C 対象病院（全国で 82 病院）に対する調査によると、平成 17 年の D P C 対象病院における在院日数は 18.26 日となっている（図表 1 1 参照）。また、図表 1 2 において示されているように、ほとんどの病院において、年々減少する傾向にある。

D P C 対象病院において在院日数が減少する要因については、必ずしも明晰な分析がなされているわけではないが、患者構成の変化による影響ではなく、診断群分類ごとの在院日数が短縮していることによるものとの結果が出ている。

注意を要するのは、在院日数が短縮傾向にあるのと対照的に、退院時の転帰の状況や再入院率の動向にやや憂慮すべき傾向が見られることである。

患者が治癒して退院した割合は、平成 14 年の 11.73 % から平成 16 年の 6.52 % まで低下した。平成 17 年は 6.58 % と横ばいになっているが、今後の動向を注視する必要がある。

再入院の割合については、平成 14 年の 9.52 % から平成 17 年には 12.79 % まで上昇してきている。同一疾患での 6 週間以内の再入院の増加がその主な要因であり、この傾向が続くようだと、平均在院日数が短縮していく過程の医療の在り方が問われることになる。

このような事態に対して、O E C D は、次のような警鐘を鳴らしている⁶。

平均在院日数はしばしば効率性の指標として扱われてきた。他のすべてのことが同じ場合、より短い在院日数は、1 件当たりの費用を減少させる。しかし、在院日数は効率性を測る指標としては注意して使用しなければならない。より短い在院日数は、サービスがより集中しがちで 1 日当たりの費用がより高くなりがちである。また、もし在院日数が非常に短ければ、患者の健康の結果や心地よさと回復に有害な影響があるかもしれない。もし在院日数の減少が再入院率を上げることにつながれば、疾病の 1 件当たりの費用はあまり下がらず、上がりさえするかもしれない。

これまでは、医療提供側の問題として、入院時における治療・退院計画の欠如、人員の配置や検査・手術のスケジュール管理の悪さ、後方支援病院や地域医療との連携の欠如等が挙げられてきた。こういった問題が入院を長期化させていたとすれば、これらの課題に対し積極的に改善策を講じることで平均在院日数を短縮することができるようになる。

平均在院日数の短縮は、そういった努力の結果として達成されるものである。したがって、指標としての平均在院日数はそれ自体が医療の目標となるものではない。医療の質の向上につながり、患者の満足度が向上してこそ、その政策は評価を得られることになる。