

C. 研究結果

イングランドにおけるプライマリ・ケアに関わる改革が整理された。最近の改革では Practice Based Commissioning (PBC) の創設があげられる。LSE の Julian Le Grand は、2003 年に首相の Personal advisor として招致され、2004 年に PCT ではなく、Practice 単位で 2 次医療機関と交渉するという政策変更を行った。PBC の評価については、政策の導入は極めて遅く、患者へのサービスの改善や効率が向上したという証拠は殆ど見られないとされている。解決策として、研究者らは、まず介入の仕事の内容を整理することを提案しているが、さらに重要な指摘は Practice をもっと法的に明確に規定して、実際の予算を配分することを提案している。

保健省の Primary care の Director である David Colin-Thomé (National Director of Primary Care) はこの改革は Aspiration であり、PBC を再活性化 (reinvigorate) する方策を検討中であり、さらに活性化することは可能であると主張する。

しかし、Nick Goodwin、Judith Smith らは報告書にもあるように、その活性化は無理であり、可能にするためには間接的な予算 (indicative budget) ではなく実質的な予算を配分しなければ不可能だろうという。そして、その実現は政権交代の時期になる可能性があるという。しかし、政権交代などによっ

て、大きな改善が行われれば、これまで積み重ねられてきた努力の成果が、結実する可能性があることは否定できない。

スウェーデンの医療の準市場改革については、明らかにイギリスの制度改革の影響と思われるプライマリ・ケアを中心とした医療制度改革の動向についてのみ検討した。スウェーデンでは、エーデル改革によって、長期療養、高齢者・障害者の福祉はコミュニケーションの責任となった。この結果、当然の結果として生ずるのが医療と福祉の連携の問題であった。また、スウェーデンは医療費対策として極めて多かった病床を急速に減らしたこともあり、医療サービスの過少提供と診療の待ち時間の延長が起こった。

スウェーデンにおいても、イギリスと同様に、準市場改革が保守系の政権によって推進された。その第一波が 1991 年に成立した Bildt 政権であり、第二波が 2006 年に成立した Reinfeldt 政権である。Reinfeldt 現政権の効率向上の政策の基本は、民営化と選択 (Choice) による競争の促進である。ストックホルムのプロジェクトの長である Anders Olsson 氏および Monica Albertsson 氏によれば、2008 年には 20 の新たな診療所が開設され、対前年度比で患者の受診回数で 12% 増加、内 9% は GP の受診であったが、医療費は 3% しか増加しなかったため、これは民営化と選択の自由による効率の向上であるという。

今後、医療は県、福祉はコミュニケーションという

大きな構造は変わりなさそうである。もしそうだとすると、コミュニケーションレベルの医療と福祉の連携は構造的な問題を抱えることになる。また、接近性の向上のために選択と競争を促進すれば、連携には阻害的に作用する。

リスク問題の簡単な解決法の一つは、水平統合をして、グループを大きくすることだが、これにより新規参入は難しくなり、ジレンマである。責任範囲を狭くして、訪問数による支払いを多くするシステムは、ストックホルムのように人口密度の高い地域の方が適している。

デンマークの医療供給は病院サービスとプライマリー・ケアに二分されるが、医療の責任は基本的に県にあり、いずれも無料である。プライマリー・ケアの医療はGPによって提供される。市民はグループ1と2に分かれ、グループ1の人はGPに登録する必要があり、グループ2の人は、権利はあるが義務はない。市民の98.5%はグループ1である。

GPの報酬は出来高払いと人頭払いの混合であったが、コペンハーゲン市のGPは100%人頭払いであった。しかし、1987年から同市でも他の市と同様の支払い方式が採用されたことによって、GPから病院への紹介件数が22%減少し、専門医への紹介が15%減少した。

診療待ち時間は下げ止まっており、極めて長く、そのために諸々の摩擦が起こりメディアを賑わしている。しかし、市民の医療サービスへの満足度は極めて高い。また、診療待

ち時間の短縮は模索されているが、医療システムの構造には確固たる自信があり、改革を迫られているという意識はない。

D. 考察及びE. 結論

分析結果を踏まえて、次の各点について日本への示唆を検討した。1. プライマリー・ケアとその組織、2. 地域基盤と連携、3. 診療待ちの問題、4. 選択と競争、5. 効率化と double agent の問題、である。その結果、

- ・日本の医療の接近性は良い。
 - ・しかし、医療の過剰投資、過剰消費があり、効率向上には限界があり、そのしわ寄せで人手不足になっている。
 - ・わが国の医療には真に患者の立場に立つエージェントがいない。また、明示的なプライマリー・ケア組織がない。
 - ・国民の不安を解消するための、国民から信頼されるプライマリー・ケアの仕組みのビジョンを構築する必要がある。
- と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」
分担研究報告書

『 公立病院改革の本質と課題 』

研究分担者 政策研究大学院大学 島崎謙治

本研究は公立病院改革の本質と課題について政策的な観点から分析することを目的とする。

2007年12月に総務省から「公立病院改革ガイドライン」（以下、「ガイドライン」という）が発出され、公立病院改革が進められているが、医療供給体制の整備に当たり、「公」・「民」いずれを中心に据えるかという事は、医療政策の基本に関わる問題である。ヨーロッパ諸国と異なり、日本は診療所だけでなく病院も「民」中心（病床数で7割）となっている。本研究では、1. 歴史的な位相からみたガイドラインの意義の考察、2. 公立病院のガバナンス構造と課題の検討、3. 成功事例の分析と政策的示唆の導出、の3つを行った。

1については、わが国で「公」中心主義が唱えられた時期が3回だけあるが、1960年代初頭には政策の軸足が明確に「民」中心に移行した。今般のガイドラインは、公立病院は固有の役割があるのではなく、地域医療の実態の中で民間病院をはじめ他の医療機関との相対的關係で決まるという考え方に拠っている。しかも、都市部に立地する公立病院については、その存在意義の抜本的見直しや民間的手法の導入を強く求めている。ガイドラインの歴史的位相として、1960年代初頭と並んで最も「民」に軸足が置かれていることに特徴があることを明らかにした。

2については、公立病院問題は、高コストで多額の赤字を抱えているという問題もさることながら、開設者と病院長との「責任と権限」関係の不明確性、多様なステイクホルダーの関与、行政内部の縦割りや権限の分散といったガバナンス構造に本質的な問題がある。経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの3つがバラバラなのは、ガバナンスが統合されていないからであるとの考察を行った。

3については、山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院の統合再編事例を通じ考察した。この統合は医療機能の面でも経営効率化の面でも1年間で大きな成果が上げた。その政策的示唆として、①病院長の強いリーダーシップに加え、地元医師会や大学医学部の協力、住民の理解と協力、行政トップの決断が大きいこと、②勤務条件を含め経営体質が変えることに配慮する必要があること、③地域医療のあるべき姿との関連の中で自らの病院の位置づけることが重要であること、④経営形態が変わればガバナンス構造が変わるのではなく、ガバナンス構造の見直しそのものが重要であること、等を明らかにした。

A. 研究目的

2007年12月に総務省から「公立病院改革ガイドライン」(以下、「ガイドライン」という)が発出され公立病院改革が進められているが、本研究は、①歴史的な位相からみたガイドラインの意義、②公立病院のガバナンス構造と課題、③成功事例の分析と政策的示唆の導出、の3つを目的とする。

B. 研究方法

現地調査および文献研究による。

(倫理面への配慮)

個人データを扱っていないため不要。

C. 研究結果、D. 考察および E. 結論

[詳細は別添論文を参照]

1. わが国で「公」中心主義が唱えられた時期が3回だけあるが、1960年代初頭には政策の軸足が「公」中心から「民」中心に180度転換された。今般のガイドラインでは、公立病院は固有の役割があるのではなく、地域医療の実態の中で民間病院をはじめ他の医療機関との相対的關係で決まるという考え方に拠っている。しかも、都市部に立地する公立病院については、その存在意義の抜本的見直しや民間的手法の導入を強く求めている。ガイドラインは、歴史的位相という観点からは、1960年代初頭と並んで最も「民」に軸足が置かれていることに特徴がみられる。

2. 公立病院問題は、高コストで多額の赤字を抱えているという問題もさることながら、開設者と病院長との「責任と権限」関係の不明

確性、多様なステイクホルダーの関与、行政内部の縦割りと権限の分散といったガバナンス構造に本質的な問題を抱えている。経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの3つがバラバラなのは、ガバナンスが統合されていないからであると考えられる。

3. 山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院の統合再編事例を通じ考察した。この統合は医療機能の面でも経営効率化の面でも1年間で大きな成果が上げた。その政策的示唆として、①病院長の強いリーダーシップに加え、地元医師会や大学医学部の協力、住民の理解と協力、行政トップの決断が大きいこと、②勤務条件を含め経営体質が変えることに配慮する必要があること、③地域医療のあるべき姿との関連の中で自らの病院の位置づけることが重要であること、④経営形態が変わればガバナンス構造が変わるのではなく、ガバナンス構造の見直しそのものが重要であること、等を明らかにした。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

島崎謙治(2009)「公立病院改革の本質と課題」社会保険旬報 No.2394,pp.6-15, No.2394,pp.20-26.

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」
平成 21 年度 分担研究者報告書

『平均在院日数の推移；施設・地域・疾病別の動向』

分担研究者 東京大学大学院公共健康医学専攻 教授 橋本英樹
研究協力者 東京大学大学院公共健康医学専攻 修士課程 徳永 睦

抄録

80 年代以降大幅に短縮してきた在院日数は、依然として諸外国に比べれば長い状態に留まっている。本分担研究では、在院日数短縮の動向について、地域・施設・患者の 3 要素の影響を考慮しつつ、区分ごとの動きに着目することで、在院日数短縮に向けた支払・施設機能分化・介護枠への移行などの諸施策が与えた影響とその問題点を抽出することを目的とした。患者調査退院票ならびに医療施設静態調査病院票の個票について各年病院整理番号により突合したうえで、84 年から 2005 年までの動向を、都市規模・施設特性・疾病別に年齢・性・状態など補正したうえで在院日数を算出した。その結果、虚血性心疾患など技術革新が見られた領域では、地域・施設格差が解消し在院日数の低下が見られているのに対して、脳梗塞など急性期・慢性期が混在する疾病では、施設での差が固定したまま短縮傾向が見られた。また大規模・都市部では 30 日未満症例が増加することで短縮がなされているのに対して、小規模・小都市では 31 日以上症例の比率に大きな変化はなく、長期入院患者の在院日数の短縮による効果と考えられた。介護への移行による在院日数短縮効果については、マクロで見ると介護保険導入前の 99 年と導入後の 2002、2005 年では、65 歳以上、在院日数 31 日以上症例（高齢長期入院例）において在院日数の短縮は確認できずむしろ延長しており、この間の在院日数短縮は主に 30 日未満症例における在院日数短縮による効果であることが判明した。また高齢長期入院例の退院先について見ても、在宅退院の割合は 14、17 年でともに 84.6%と変化が見られなかった。一方、2 次医療圏を単位とした分析では、圏内の老人福祉施設・老人保健施設の定員数の増加は有意に 65 歳以上・30 日以上の上の在院日数短縮に寄与し、一方療養病床の増加は有意に在院日数増加に寄与していたが、その規模は極めて限定的なものに過ぎなかった。以上から、これまでの施策では急性期・慢性期の機能分化と急性期診療における在院日数の短縮には一定度の効果が確認されたが、小規模・民間施設に長期入院症例の集積が見られ、介護への移行による短縮効果は限定的であることが示唆された。

A. 研究目的

OECD health data 2009によれば、2006年段階でわが国の医療施設の在院日数は19.2日で、ドイツの7.9日、英国の7.5日、米国の5.6日などと比べて依然として、突出して長いことが指摘されている。これまでも、長い在院日数の原因として、急性期・慢性期機能の分離の未熟さ、出来高支払による非効率性などが指摘され続けてきた。そしてその対抗策として、支払・機能分化・そして介護の分離の3つが進められてきた(長谷川ら、2001)。歴史的に見れば、当初は支払面からのアプローチが手掛けられた。すでに70年代には入院時医学管理料の入院期間別区分が設けられ、在院日数短縮化への取り組みは始まっていた。その後80年代には長期入院に対する入院時医学管理料逓減制の強化・細分化が改訂のたびに図られるとともに、88年には特3類看護料の算定基準として平均在院日数要件が加えられた。その後この要件は90年代に入っていったん緩和されたが、90年代後半からは入院時医学管理料の選定要件も看護料の取得基準の在院日数要件も厳しくなり、97年・98年以降、平均在院日数の区分として20日以内、30日以内、それ以上が支払区分上重要な指標となった。支払制度の動きと並行して、80年代からは、病床・病院の機能分化を促す施策が進められた。83年の特例許可老人病院、90年の介護力強化型病院、92年の第2次医療法改正

における療養型病床群、さらに2001年第4次改正における一般・療養病床の区分と、段階的な機能分離が進められてきた。さらに2000年の介護保険導入により、社会的入院を介護の枠に移行させることで、長期在院日数症例の削減が図られた。これらの動きを背景に、わが国の医療施設の平均在院日数は、1986年をピークに低下の一途をたどり、特に98年から2003年にかけて加速した形となっている。さらに2002年改訂ではいわゆる180日ルールが導入され、入院基本料の一部が特定療養費制度に移行し自己負担を増やすことで、被保険者についても入院医療の必要性が少ない「社会的入院」の削減の圧力が高まることとなった。

本研究の目的は、こうした全国の経年的推移を、地域・施設・疾病の区分によってより詳細に見ることを通じて、これらの政策の影響について検証することである。先に述べたように、在院日数を削減する支払・機能分化・介護移行の各施策の実施と並行して、確かに在院日数は低下しつつあることから、これらの政策の効果は明白かつ有効であったと言えるだろうか。一般に在院日数の分布はskewしている。平均在院日数の短縮は、right tailの削減でも起こりうるし、全体がleft shiftしても起こりうる。しかし政策的観点からすれば、慢性期的医療の成分で起こっている短縮と、急性期的成分で起こっている短縮では、

その影響は異なる。たとえば前者は介護施設や在宅退院などの整備の問題と絡むが、後者は治療の効率化のためのインセンティブや後方医療施設の確保の問題と関連するであろう。したがって、在院日数短縮の中身を検証することが重要になる。

また医療の内容によっても異なる。高度技術の導入により治療内容が大きく変化してきた疾患領域と、比較的技術変動が少ない領域では、政策的誘導の影響の受け方は異なるであろう。また疾患によっては、急性期と慢性期の両方にまたがるものもある。本研究では、技術変動の大きいものとして虚血性心疾患を取り上げる。一方高度技術が必要だが、技術変動が少ないものとして胃がんを取り上げる。高度技術は伴わず、技術変動も少ない例として肺炎を、さらに技術変動が比較的少なく、急性期・慢性期の両方にまたがるものとして脳梗塞（出血を除く）を取り上げることにした。

さらに地域性として都市規模を、病院区分として病床規模と経営主体を取り上げた。地域性により在院日数の短縮の推移パターンに違いがあれば、これは人口ないし疾病構成・資源配置・技術普及のスピードなどの違いが影響していることを示唆している。同様に病院区分により推移パターンが異なれば、急性期部分と慢性期療養部分のどちらで影響が出ているのかを見ていくことで、小規模施設と大

規模高次医療機関で、在院日数短縮になにが寄与したのかを類推することが可能となる。

本研究のもうひとつの関心は高齢・長期入院患者の介護枠への移行の影響の評価である。65歳以上、31日以上入院（精神除く）に焦点を絞り、介護保険導入前後の99、02、05年で疾病別の在院日数や退院先がどのように変動したかを検討する。さらに地域の介護資源の増減が与える在院日数への影響についても、ラフな推計を試みる。

これらを通じて明らかになったことは、1) 在院日数で見ると、医療法による機能分化誘導以前から、規模・経営主体などの病院特性によるすみ分けが見られていた。これは、もともと医療法制定以来わが国の医療機関を特徴づけてきた公私役割分担によって説明できる。2) 在院日数の低下パターンは疾患によっても異なり、急性期・診療標準化・技術普及による違いが影響していると考えられた。3) 同じ在院日数通減傾向でも、急性期・大型・都市部病院では在院日数30日以内の急性期患者を選別的に取り扱うことで短縮化を図っていたのに対して、小規模・小都市・民間医療機関では、30日以上長期入院患者の入院患者に占める比率が低下せずに、長期入院患者の在院日数の相対的短縮が主な短縮化の貢献要因になっていた。4) 介護保険導入前後で、高齢長期入院症例の在院日数には大きな変化は見られず、退院先についても自宅退

院の割合に変化が見られていない、5) 一方 2次医療圏を単位として、圏内の介護資源(介護福祉・保健施設の定員数)が増えたところでは有意な在院日数の短縮が確認されたが、そのマグニチュードは極めて限定的なものであった。

以上から、これまでの施策では急性期・慢性期の機能分化と急性期診療における在院日数の短縮には一定度の効果が確認されたが、小規模・民間施設に長期入院症例の集積が見られ、介護への移行の効果は極めて限定的であることが示唆された。疾患や病院特性を考慮した施策が求められおり、特に介護と医療のはざまで、小規模民間施設がどのような役割を担うかがカギとなると考えられた。

B. 研究方法

1984年以降、2005年までの患者調査退院票ならびに医療施設静態調査病院票、それぞれの個票を利用申請し、利用許可を得た。病院整理番号を用いて両調査データを各年度とに突合した。疾患として虚血性心疾患、脳梗塞(出血を除く、脳梗塞後遺症を含む)、肺炎、胃がんを選んだ。なお84年から93年まではICD9、96年から2005年まではICD10により上記該当疾患コードを選択した。都市規模としては静態調査病院票内の都市規模6区分(大都市、30万以上、20万以上、10万以上、5万以上、その他)を、また病床規模は<100, 101-200, 201-400, 401-800, >800の5区分、経営主体と

しては国立(旧公公立病院、労災病院、国立病院を含む)、自治体立、公益団体、保険者、医療法人、個人、その他法人の7区分を用いた。

疾病ごとに8カ年分をプールし、在院日数を対数変換したうえで、それを患者年齢・性別・外科手術の有無・退院時死亡有無(重症度のproxyとして)、年度ダミー、都市規模6区分ダミー、病院規模5区分ダミー、経営主体7区分ダミーにてOLSによる線形回帰を施したうえで、年齢・性・外科手術・死亡有無を補正したものを、年度ごとに都市規模別、病院規模別、計主体別に算出した。

さらに、在院日数30日以内のもの、31日以上ものを区別するダミー変数を用意して、在院日数31日以上ものが入院患者に占める割合についても推移を記述統計によって検討した。

2000年の介護保険導入による影響については、特に99年、2002、2005年の3年分に着目したうえで、それぞれの時期の2次医療圏ごとの介護資源量(介護老人福祉施設定員、介護老人保健施設定員、介護療養病床数、訪問看護事業所数など)を既存の統計(17年度老人介護保健施設名簿・福祉施設名簿、福祉医療機構公表情報、など)から得たうえで、2次医療圏ごとの介護資源量の量や変化と、65歳以上・31日以上在院日数の変化について別途検討を加えた。

(倫理面への配慮)

今年度研究においては該当しない。個票の利用にあたっては、改正統計法に基づく手続き・審査を経て、分析許可を得たうえで利用した。

C. 研究結果

1) 疾患別・病院特性別・都市規模別の在院日数の推移

図1aに虚血性心疾患の都市規模別在院日数の変化を、年齢・性・外科手術・退院時死亡の有無を補正したうえで示した。2つの特徴が伺える。まず全体として右肩下がりの短縮が著しいこと、いまひとつは当初都市規模によって見られた格差が年次を経るに従い縮小していることである。図1bには、在院日数が30日を越える症例の割合を年次ごと・都市規模別に見ている。都市規模によらず年々30日越えの割合が低下するとともに、その都市規模間での差も小さくなっている。図2aでは補正済み平均在院日数を病床規模別にプロットしたものを示す。都市規模のときと同様、在院日数の短縮が見られ、病院規模による差も縮小している。図2bには病床規模別の30日越え割合を示しているが、これも年々低下している。ただし、大規模病院と小規模病院では様相が異なっている。当初大規模病院における30日越えの割合は最も高く、400-800床クラスで最も低かったのに対し、2005年には病床規模が小さいほど30日越えが多く、200以上では低く、患者層のすみ分け傾向が

見られている。図3aは補正済み平均在院日数の推移を経営主体別に見ている。やはり全体として低下傾向にあり、経営主体間での差も縮小しているが、図3bで見ると、個人立病院での30日越え割合が高止まりしていることが明瞭に示されている。

図4aは脳梗塞について都市規模別に見ている。虚血性心疾患の場合と比較すると極めて特徴的なのが、全体として低下傾向にはあるものの、その傾きは浅いこと、そして都市規模間で見られていた格差がほとんど縮んでいないことの2点である。図4bで30日越え割合を見ると、ほとんど30日越えの割合が変化していない。このことは、在院日数の低下は30日越えの長期入院症例で、在院日数が減少したことが主に貢献していたことを示している。また2005年には、大都市ほど30日越えが少なく、都市規模が小さくなるにつれて、30日越えの割合が漸増する傾向が明瞭になっている。図5aは病床規模別に補正済み在院日数を占めているが、都市規模別のときと同様、低下傾向は緩く、規模間での格差がまったく変化していない。図5bに示すように、小規模施設での30日越え割合はこの間ほとんど変化していないのに対して、400床以上ではその割合がほぼ半減している。すなわち、大規模病院は急性期治療に特化し、小規模施設が慢性期治療をバックアップする形での機能すみ分けが92年の医療法第2次改正の付近から加速的に進んでいることを確認することが

できる。図 6 a にはこれを経営主体別に見たものを示す。個人立・医療法人立の在院日数が長いまま推移している。図 6 b に示すように、個人立・医療法人立における 30 日越え割合はこの間ほとんど変化していない。図 5 と図 6 の結果を合わせるならば、小規模・民間施設では慢性期の長期入院症例が集積し、大規模・公的病院で急性期治療への特化と長期入院症例の減少が 90 年代を通じて明瞭になってきたと解釈できる。

図 7 a では肺炎について都市規模別の在院日数推移（補正済み）を、また図 7 b には 30 日越え割合の推移を示す。虚血性心疾患・脳梗塞と比べて肺炎で特徴的なのは、30 日越え割合がむしろ年々増加していること、それにも関わらず在院日数は右肩下がりに低下してきていることである。またこうした傾向に年齢を補正した場合は都市規模による差は見られていない。すなわち高齢化の影響によって肺炎症例は長期化するものが相対的に増えていること、一方で通常の肺炎については、診療プロセスの効率化などによって全体としての在院日数短縮が達成されていることが推測される。図 8 a には病床規模別の在院日数推移を、図 8 b には 30 日越え割合を示す。都市規模のときと異なり、小規模施設で在院日数が長い傾向が固定されていて、30 日越え割合についても大規模病院では横ばいしないし若干低下しているものが、小規模病院で高止まりないし増加していることが示されている。図 9 a, b の

経営主体別グラフからも、全体として短縮傾向にありながら、個人立・医療法人立の長さが固定されており、30 日越え割合についても国立・公立・公益団体などでも特に 99 年以降漸増傾向が見られる一方、個人立・医療法人立では 80 年代後半以降、ほとんど割合が固定している。以上から、肺炎については増加する長期入院需要がある一方で、短期入院症例での効率化が図られる一方、民間小規模施設での高止まり傾向が著しいことが見て取れる。

図 1 0 a, b は都市規模別の胃がん症例の在院日数（補正済み）推移と 30 日越え割合の推移を示す。もともと大きな都市規模による差は見られず、さらにそれが集約しながら短縮してきていることが明らかである。30 日越え割合も、都市規模によらず低下傾向が見られている。2000 年以降の都市規模別の gradient は、小都市地域での高齢者割合の高さを反映したもののと思われる。図 1 1 a, b はこれを病院規模別に見ている。在院日数の短縮、30 日越え割合の低下はいずれの層でも見られているが、小規模施設と大規模施設で、30 日越え割合に明瞭な格差が近年見られるようになってきている。同様の傾向は図 1 2 a, b の経営主体別比較でも見られ、個人立・医療法人立で 30 日越え割合の高止まりが見られている。

2) 介護移行の影響

平成 11, 14, 17 年データについて、65 歳以上、31 日以上入院症例にしぼって、検討した。

表1に記述統計を示す。中央値では変化がないが、平均値で見ると、11年以降年々在院日数は増加している(11年が76.5、17年が78.6)。内訳を見ると、手術あり症例の在院日数が低下傾向にあるのに対して、手術なし症例の在院日数は中央値で見ても年々長くなっていた。表2に長期入院の原因となる主疾患として、脳梗塞・肺炎・麻痺・アルツハイマー病など疾病別の65歳以上・31日以上入院症例の在院日数の推移を示した。疾患によっては症例数が少ないため変動が大きいこともあり、疾患別に一定の傾向は読み取れなかったが、少なくとも介護保険導入前後で、期待されたような短縮傾向ははっきりとは見られていない。強いてあげるなら、膝・股関節症や上肢・下肢骨折で、2002年以降在院日数が短くなっていた。

表3に病床規模別で65歳以上・31日以上在院症例の数と在院日数の推移を示した。まずいずれの年度においても100床未満の病院にほとんどの症例が集積している。11年度では65歳以上・31日以上症例の70.9%が100床未満施設の退院患者であった。これが14年度には90.5%、17年度には84.6%となっている。そして800床以上の施設を除けば、これらの症例では在院日数は平均値・中央値とも増減傾向は明確に認められない。例外的なのは800床以上で、絶対数も少なくなり中央値も低下傾向にある。

表4に経営主体別の記述統計を示す。国立・

自治体立・公益団体・保険者立では中央値の低下傾向が見られるが、個人立・医療法人立ではさらにその傾向が強くなる。すなわち、個人立・医療法人立では、31日以上在院症例の割合が高止まりないし増えているが、31日以上在院症例での在院日数短縮の働きかけはむしろ強い。表4に、65歳以上30日越え症例全体の在院日数の内訳を示した。介護保険導入前後で大きく変化しているのは、180日以上の症例の割合が減少した部分であり、中央値としては変化していない。

長期入院症例における在院日数の短縮は、おそらくは在宅ないし介護施設への退院促進を通じて進めるか、介護療養病床への転床を図るほかにない。そこで2次医療圏ごとの介護老人福祉施設・保健施設の定員数、介護療養病床数をまとめた。平成17年度分について集計した結果を表6に示す。平成14年分についても同様の集計を施し、平成14年と平成17年の在院日数の変化(2002年—2005年;在院日数短縮の場合、positiveとなるように)を、介護施設定員数ならびに療養型病床数の変化(2005年値-2002年値;増床の場合 positive)で、症例数で重みづけした単純回帰分析を行った。結果を表7に示す。その結果、2次医療圏における介護福祉施設定員数・保健施設定員数の増加は、有意に在院日数の短縮に寄与していた。一方療養病床数の増加は有意に在院日数の延長に寄与していた。ただし、いずれもその寄与の規模は、定数項で表現され

るその他の影響に比べて極めて小さいことが明らかになった。

D. 考察

以上から、急性期的特性を持つ疾患では、在院日数の短縮・急性期症例への集約が順調に進んでいたが、慢性期・急性期にまたがる疾患領域では、地域差・病院特性差が固定しながら在院日数の短縮が図られていた。さらに、その内訳を見ると、大規模公的病院では急性期症例に特化することで在院日数短縮を図っているのに対して、小規模民間病院では、長期入院症例を抱え込みつつ、180日越えなどの超長期症例の削減によって在院日数の削減が図られていた。ただし、この後者のケースが近年社会問題とされている、介護難民現象と関連しているかどうかは、今回の分析だけでは断定できない。しかし、小規模民間病院における長期入院例が医療と介護の狭間にあって、在院日数の高止まりに寄与していることは明白となったといつてよかろう。今回の分析で地域の介護資源の増加は有意に在院日数の低下に寄与してはいたが、その規模は極めて限定的なものにすぎなかった。これは介護資源の量的拡充だけで在院日数の短縮を図ることに限界があることを示唆しているのか、それとも現時点の地域介護資源量が、そうした効果を顕す閾値に達していないからなのかは、政策的に重要な問いとなる。21年度データを加えた追試を行う必要がある。

E. 結論

在院日数短縮に向けたこれまでの施策では、急性期・慢性期の機能分化と急性期診療における在院日数の短縮には一定度の効果が確認されたが、小規模・民間施設に長期入院症例の集積が見られ、介護への移行による短縮効果は限定的であることが示唆された。今後医療と介護の狭間において、小規模・民間施設が果たすべき役割と転換の方向性を明確にすることが重要である。また介護への移行の効果については、さらなる検証が必要である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

- 1.特許取得
なし
- 2.実用新案登録
なし
- 3.その他
なし

謝辞；本研究の遂行にあたり、平成14年度の2次医療圏別訪問看護事業所数の情報については、独立行政法人福祉医療機構の公開データについて利用を御許しいただいた。閲覧許可を賜れたことに深く感謝申し上げます。

参考文献

- ・ OECD Health Data 2009
- ・ 長谷川敏彦ほか、病院経営のための在院日数短縮戦略、医学書院、2001；pp19-25.

図表

図 1 a, b

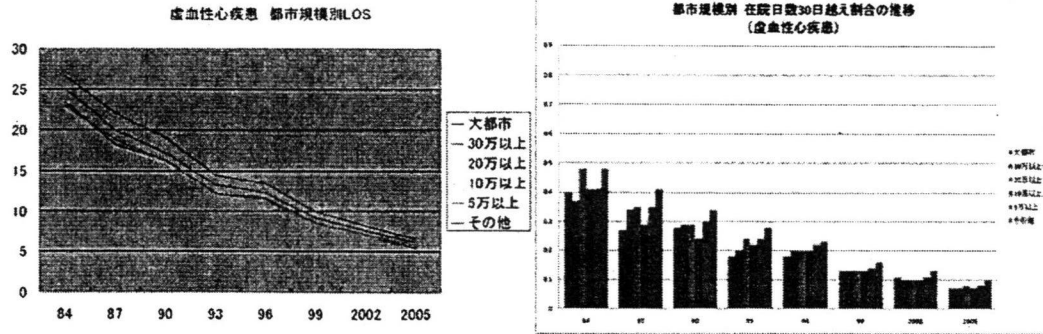


図 2 a, b

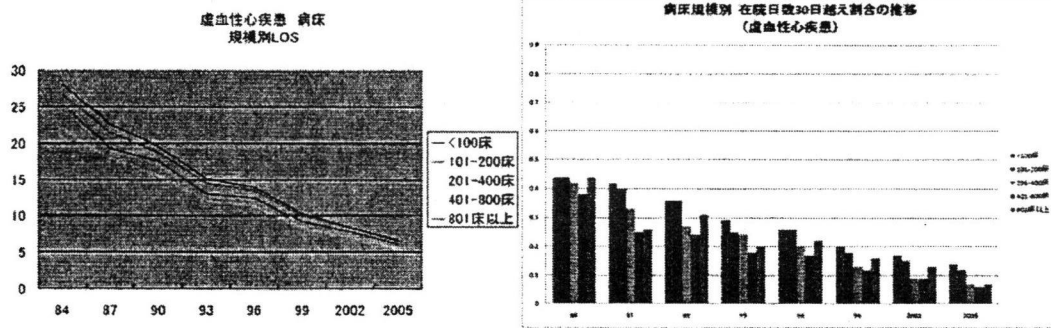


図 3 a, b

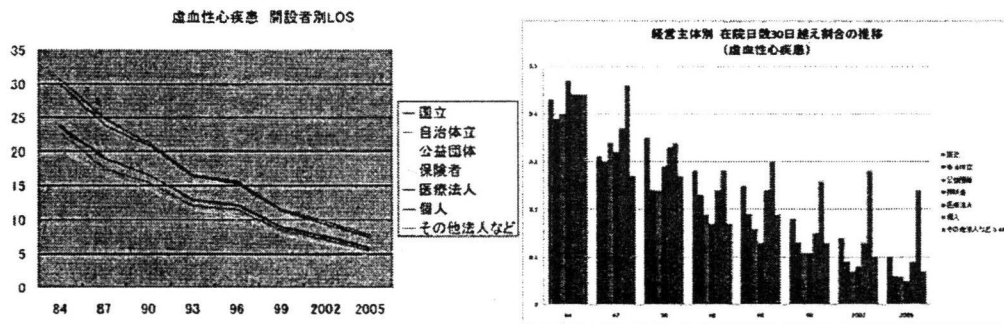


図 4 a,b

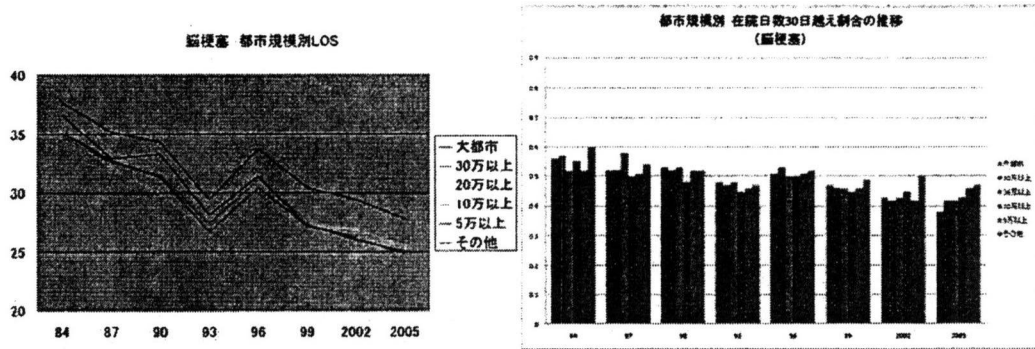


図 5 a,b

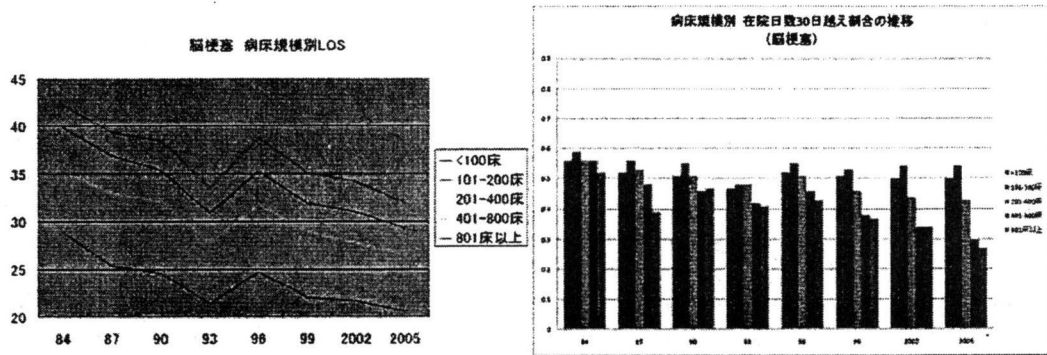


図 6 a,b

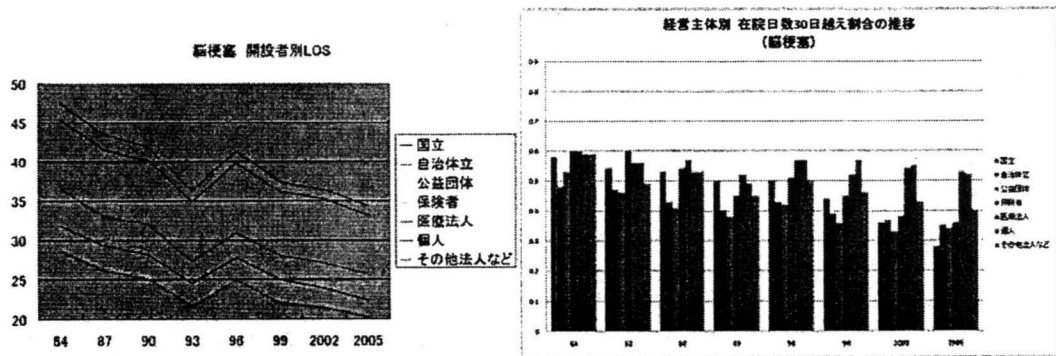


図 7 a,b

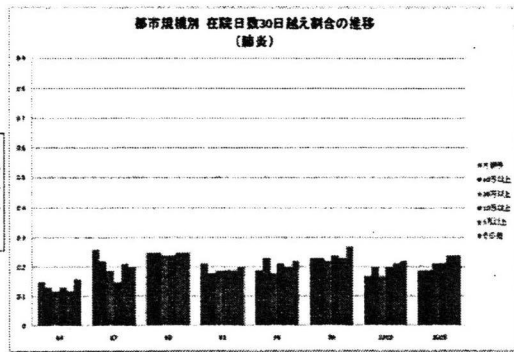
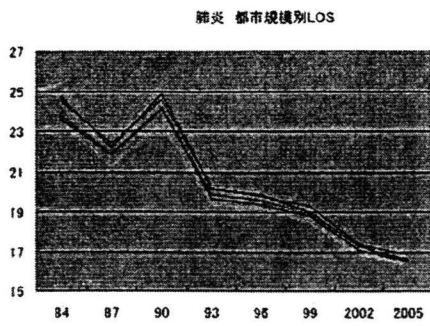


図 8 a,b

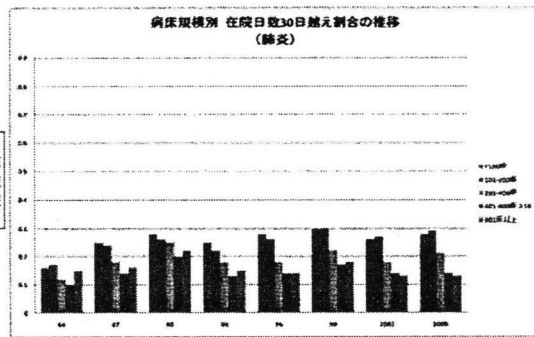
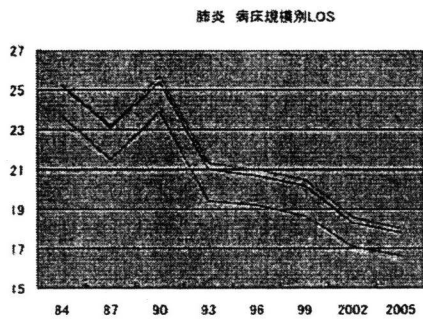


図 9 a,b

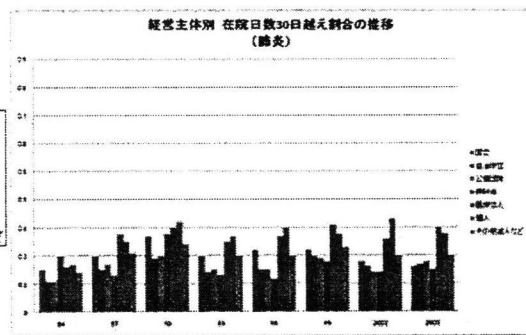
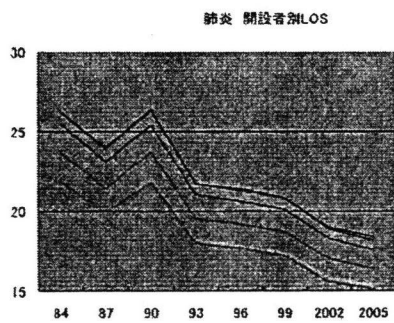


図 10 a,b

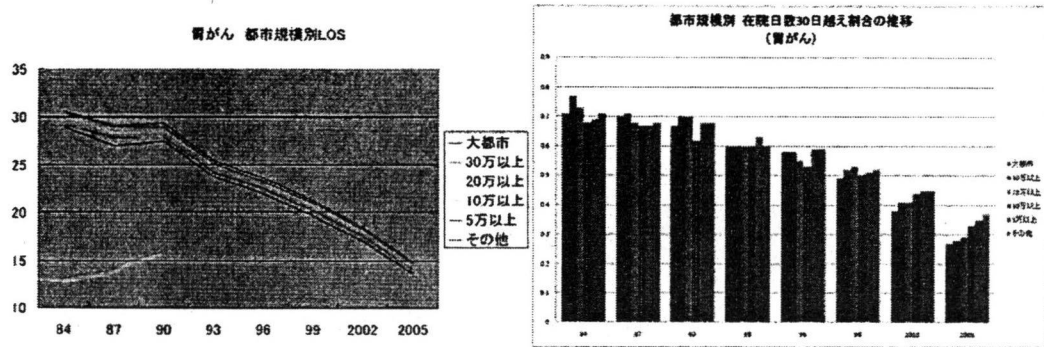


図 11 a,b

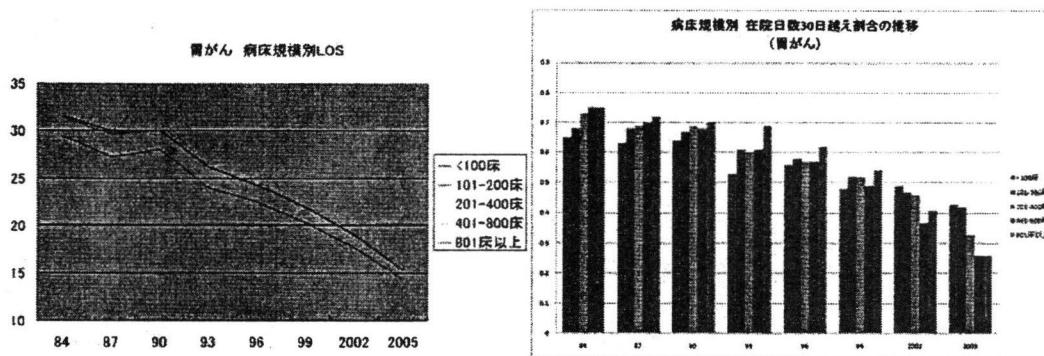


図 12 a,b

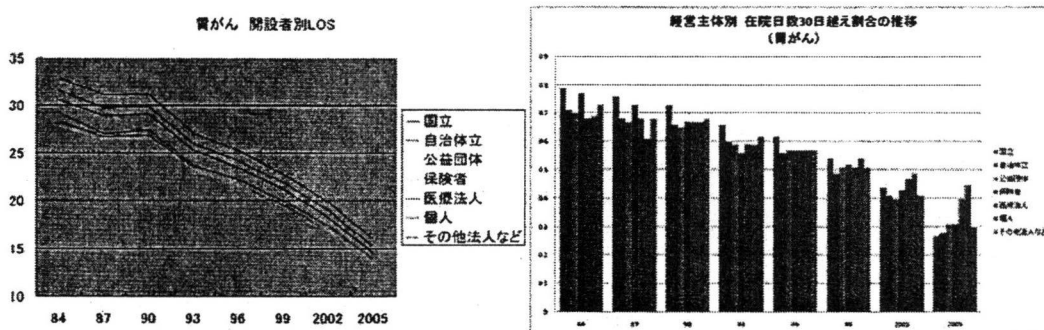


表1 介護保険導入前後の検討；記述統計（65歳以上、31日以上入院症例）

変数	年度	平成11年度	平成14年度	平成17年度
対象人数(人)		103599	108868	116952
性別(人)	男性	47164	49041	52756
	女性	56435	59827	64196
手術	あり	32795	30196	29365
	なし	84157	78672	74234
介護保険使用者(人)		0	3278	3687

年齢(歳)	平均	77.329	78.0976	79.1227
	最小値	65.00	65.00	65.00
	最大値	111.75	114.583	112.166
	中央値	76.5	77.416	78.666
	標準偏差	7.674	7.831	7.973
在院日数(日)	平均	146.128	152.642	159.961
	最小値	31.00	31.00	31.00
	最大値	22761	23653	25294
	中央値	59.00	59.00	59.000
	標準偏差	585.732	627.977	662.855
介護保険使用者の在院日数	平均		540.237	560.471
	最小値		31.00	31.00
	最大値		8997.0	11930.0
	中央値		249.0	245.0
	標準偏差		752.249	815.342
手術ありの在院日数	平均	84.92	86.816	87.633
	最小値	31	31	31
	最大値	22761	21971	22334
	中央値	56	53	53
	標準偏差	284.96	301.953	340.697
手術なしの在院日数	平均	170.341	177.907	188.146
	最小値	31	31	31
	最大値	22648	23653	25294
	中央値	61	62	63
	標準偏差	666.8	713.038	750.022

表2 疾病別・年度別 記述統計 (65歳以上、31日以上入院症例)

		平成11年度	平成14年度	平成17年度
対象人(脳血管疾患の後遺症)		3032	3890	3964
在院日数 (日)	平均	340.955	323.106	360.082
	最小値	31.00	31.00	31.00
	最大値	5810	7563	15482
	中央値	125.00	121.00	126.000
	標準偏差	340.955	609.734	698.216
対象人(脳梗塞)		8801	9077	9228
在院日数 (日)	平均	185.078	196.882	188.436
	最小値	31.00	31.00	31.00
	最大値	5556	22758	22651
	中央値	77.00	77.00	78.000
	標準偏差	390.541	526.494	516.303
対象人(肺炎)		4152	4215	5670
在院日数 (日)	平均	110.648	114.948	125.115
	最小値	31.00	31.00	31.00
	最大値	17631	22662	22664
	中央値	55.00	54.00	55.000
	標準偏差	437.874	473.097	528.345
対象人(脳性麻痺及びその他麻痺)		4	6	9
在院日数 (日)	平均	836	1951	160.888
	最小値	39.00	55.00	46.00
	最大値	3116	10907	404
	中央値	94.50	104.00	98.000
	標準偏差	1520.33	4390.55	128.563
対象人(アルツハイマー病)		343	805	1242
在院日数 (日)	平均	416.39	375.604	367.649
	最小値	31.00	31.00	31.00
	最大値	7469	7502	8100
	中央値	155.00	135.00	138.000
	標準偏差	790.848	671.296	622.665
対象人(糖尿病)		479	522	461
在院日数 (日)	平均	119.388	112.952	114.7
	最小値	31.00	31.00	31.00
	最大値	4333	3494	3433
	中央値	50.00	52.50	51.000
	標準偏差	335.411	264.178	229.838
対象人(胃・食道・十二指腸潰瘍)		19	15	20
在院日数 (日)	平均	54.21	68.533	48.4
	最小値	31.00	34.00	31.00
	最大値	194	230	157
	中央値	44.00	53.00	37.500
	標準偏差	37.179	50.391	29.46
対象人(じょく創)		201	217	300
在院日数 (日)	平均	111	112.244	138.316
	最小値	31.00	31.00	31.00
	最大値	608	1428	1621
	中央値	84.00	76.00	90.500
	標準偏差	94.275	135.24	166.59