

に、公立病院といっても、沿革的な理由によって、位置づけ・立地・規模・機能等は大きく相違しており、一緒くたに論じることはできない。さらにいえば、医師派遣元である大学医局との関係も各都道府県によって異なる。たとえば、地元の大学医学部が圧倒的な影響力を有している県（例：千葉県・新潟県）もあれば、地元の大学医学部の歴史が浅く他県の大学医学部の医局の影響力が強い県（例：香川県）もある。現実に各公立病院のポジションやあり方を検討するに当たっては、当然のことながら、こうした諸事情を十分踏まえる必要がある。

2つ目の理由は、今般のガイドラインの「位相」を浮き彫りにするためである。歴史的にみて、今般のガイドラインは、1960年代初頭に「公」から「民」中心主義に180度方針が転換された時期と並んで、最も「民」に軸足が置かれていると見てよい。

第1に、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。端的に言えば、公立病院は民間病院の補完に徹するという考え方である。そのことは、例えば、「公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、…採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある」（第1の2(2)）、「『民間にできることは民間に委ねる』という考え方に立てば、…公立病院を民間の医療法人等に譲渡し…」（第2の2(4)②）といった記述に現れている。また、「公立病院改革ガイドラインのQ&A」（2008年7月31日総務省自治財政局地域企業経営企画室事務連絡）の5では、「医療サービスは民間提供が原則であり、公的医療機関は民間の補完的役割を担うということと理解してよいか」という直裁な設問がある。これに対し、「民間医療機関に委ねることが可能な分野については、民間医療機関に委ねるという考え方を基本に、公立病院改革に取り組むことが適当であると思料」との回答が示されている。

第2に、「公」中心主義の体系的な医療機関整備構想では、三層構造のトップに基幹的な公立病院を位置付けるという考え方があり、実際そのような位置づけの下に設立された公立病院（例：県立中央病院）も決して少なくない。しかし、今般のガイドラインはそのような考え方に立っていない。むしろ、ガイドラインでは、へき地のように民間病院の立地が困難である地域と、民間病院や他の公的医療機関と競合する都市部とを書き分けており、都市部に立地する公立病院については、その存在意義を基本に立ち返って見直すことを求めている。そのことは、「特に民間医療病院が多く存在する都市部における公立病院については、果たすべき役割に照らして現実に果たしている機能を厳しく精査した上で、必要性が乏しくなっているものについては廃止・統合を検討していくべきである」（第1の2(2)傍点は引用者）という記述に端的に現れている。

第3に、医療の公共性と自治体直営原則を結びつけていない。つまり、医療には公共性が求められるにしても、それと経営形態のあり方は別個の問題であり、公立病院に「民間

有国保連（医療と保険の一体化を理由に国保連が主張）が対立したが、結局は県有県営で決定をみた（岩手県医師会史編纂委員会1980, p. 264, pp. 269-270）。

的経営手法」を導入することが強調されている。特にガイドラインで注目されるのは、一部適用から全部適用（財務面に限らず人事等に関する権限も事業管理者に付与する方式）への切り替えにとどまらず、地方独立行政法人等へ移行することが望ましいという考え方に立っていることである。そのことは、「地方公営企業法の全部適用は、…経営の自由度拡大の範囲は地方独立行政法人化の場合に比べて限定的であり、民間的経営手法の導入という所期の目的が十分に達せられるためには、制度運営上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化に特に意を払う必要がある。このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちに取り組むことが適当である」（第2の2(4)②。傍点は引用者）と強い調子で述べられていることに現れている。

(3) ガイドラインの公立病院の位置づけに関する評価

以上述べたように、今般のガイドラインの大きな特徴は、「民でできるものは民で」、「公は民の補完」という考え方が徹底されていることにあるが、問題はその評価である。ガイドラインの各論以前の問題として、公立病院の位置づけという基本が揺らげば改革の目標（方向性）そのものが変わってくるからである。結論から先にいえば、筆者は、①「民」中心主義は、「功罪」はあるものの、総合的にみれば日本の医療が良好なパフォーマンス（特にアクセスおよび効率性）を遂げてきた要因の1つである、②へき地等と都市部では「補完」の意味合いが異なる、③「公」であれ「民」であれ、地域の中で最も適切な医療を効率的に提供するという観点から判断すべきである、と考えている。

何ごとにもメリットもあればデメリットもある。病院の経営主体の問題もその例外ではない。「民」中心主義のデメリットは、医療機関の統合性・体系性が損なわれることである。その最たるものは医療機関の地域偏在である。へき地医療など採算が合わない部門には民間病院は手を出さず、他方、スケールメリットが働く都市部に病院が集積する。「民」中心主義を採る限り、これは不可避的に生じる。また、都道府県が医療計画に基づき民間病院の役割やあるべき方向を示したとしても、命令一下従わせることはできない。営業の自由や財産権が保障されており、民間病院は他の病院と競争しているからである。これは医療資源が極度に不足している場合には非常に由々しい問題となる。わが国で「公」中心主義が採られた時期が3期あると述べたが、特に2期および3期は第二次世界大戦下および敗戦直後という時代背景を無視することはできない。つまり、乏しい医療資源を適正に配分するためには、都道府県立病院を中心に体系的・計画的に配置する必要があったのである。ただし、(1)で述べたように、現実にはそのようにはならず、民間病院が急増し全体としてみれば医療資源は量的に充足されることとなった。

そうであれば、事情は変わってくる。ガイドラインでは、既述したように、へき地等と都市部とを書き分けているが、これは医療資源の集積度合いがまったく異なるからである。たとえば、県庁所在地に、大学病院、国立病院、都道府県立病院、市立病院、日赤や済生会病院、民間病院等々が存在し競合状態にある都道府県は数多くみられる。こうした地域

では公立病院がその存立や病床数の維持を「自己目的化」し他の病院と張り合う必要はない。他方、へき地等では、民間病院の立地が困難である以上、(後述するように再編・ネットワーク化の検討は必要であるにしても) 地域医療の確保は現実問題として公立病院が担わざるをえない。ガイドラインでは「公・民の適切な役割分担」(第1の2(1))、「医療資源の効率的配置」(第1の2(2))という穏当な言葉が用いられているが、その意味をストレートに言えばこういうことである。

一方、「民」中心主義のメリットは何か。一言でいえば、診療機能や患者サービスの改善、効率性の向上のインセンティブが強く働くということである。民間病院では、評判が悪ければ患者が集まらず倒産に直結する。倒産すれば、投資資金の借入れの担保に供されている私財は競売に付され無一文になる。このため、一般会計繰入があるほか投資資金を起債により調達できる公立病院とは経営の切実度は異なる。そして、こうした違いは経営状況に反映されることになる。

公立病院の2007年度の決算状況を見ると、経常損益額は2,006億円、経常収支比率は95.2%、他会計繰入金(5290億円)を除外した医業収支比率は88.6%、累積欠損金は2兆15億円、不良債務は1,186億円にのぼっている。それではなぜこのような赤字が生じるのか。立地条件の違いや不採算部門の有無に起因する部分もあるが、決してそればかりではない。表1は、全国公私病院連盟・日本病院会の『平成20年病院経営実態調査報告』に基づき、100床当たりの公立病院(自治体病院)と民間病院(私的病院)の経営状況を比較したものである。これをみると、民間病院に比べ公立病院の方が医業収入は低いにもかかわらず、医業費用ははるかに大きいことが分かる。また、医業費用の内訳を医業収入対比で見ると、給与費、材料費、減価償却費などいずれの項目も民間病院に比べ割高になっている。ちなみに、同報告に基づき給与費を比較すると、常勤職員1人当たり平均給与月額、医師が公立病院101.5万円、民間病院104.7万円、看護師が公立病院37.2万円、民間病院32.7万円、准看護師が公立病院37.9万円、民間病院29.6万円、事務職員が公立病院39.1万円、民間病院29.0万円となっている⁶。要するに、医師以外の職員の公立病院と民間病院の給与格差は大きい、これは公立病院の多くが能率給(職能給)的な給与体系ではなく一般行政部門に準じた年功序列賃金型の給与体系となっていることが主な要因である(自治体病院経営研究会, 2008. p86)。

⁶ 厳密に比較するには平均年齢や勤続年数等の要素を考慮する必要がある。しかし、それだけでこれだけの給与の差異を説明できるわけではなく、また、病院の専門職員の給与体系のあり方として年功序列賃金型の給与体系が適切かという問題がある。

表1:自治体病院と私的病院との医業収支比較
(月間収支サンプル調査:2008年6月現在調査)

区分	自治体病院①	私的病院②	①－②
医業収益(100床当たり) A (千円)	124,949	134,089	▲ 9,140
入院収益	84,475	91,772	▲ 7,297
室料差額収益	1,352	2,993	▲ 1,641
外来診療収益	37,208	34,682	2,526
その他の医業収益	1,914	4,642	▲ 2,728
入院収益/A %	67.6%	68.4%	
室料差額収益/A %	1.1%	2.2%	
外来診療収益/A %	29.8%	25.9%	
その他の医業収益/A %	1.5%	3.5%	
医業費用(100床当たり) (千円)	147,798	134,745	13,053
給与費	78,797	70,855	7,942
材料費	34,209	30,589	3,620
委託費	12,521	9,517	3,004
減価償却費	10,382	6,659	3,723
その他の経費	11,889	17,125	▲ 5,236
給与費/A %	63.1%	52.8%	
材料費/A %	27.4%	22.8%	
委託費/A %	10.0%	7.1%	
減価償却費/A %	8.3%	5.0%	
その他の経費/A %	9.5%	12.8%	
参考			
病床数 平均	269床	254床	
病床利用率 平均	71.35%	79.98%	

注1 「自治体病院」は都道府県・指定都市・市町村・組合が開設者となっている病院である。(サンプル数 599)

注2 「私的病院」は医療法人、個人病院、公益・社会福祉法人等である。(サンプル数 319)

注3 結核・精神を除いた一般病床の数値である。

【出所】全国公私病院連盟・日本病院会『平成20年病院経営実態調査報告』

なお、公立病院の存在意義として政策医療を行っていることが挙げられることがあるので、これについても付言しておこう。政策医療とは法令用語ではなく、一般に高度・特殊・先駆的医療など他の医療機関で担うことが困難な医療を指す。これは、地方公営企業法 17 条の 2 にいう「経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費」に概ね対応する。つまり、①公立病院は政策医療を担っている、②政策医療は不採算である、③したがって不採算部分は一般会計から繰入を行われるべきである、という論理で結びついている。しかし、地方公営企業法の目的・趣旨を踏まえれば、繰入額は「独立採算原則に立って最大限効率的な運営を行ってもなお不足する、真にやむを得ない部分」(ガイドライン第2の2(2))に限り認められるべきものであり、赤字補填的な繰入は許されない。また、政策医療は時代とともに変わるし、公立病院の「専売特許」でもない。たとえば、高度医療の例として循環器疾患の高度医療が挙げられることがあるが、民間でも循環器疾患の高度医療を行っている病院は少なくない。さらに、税金の有効な使用という

観点に立てば、繰入条件や繰入額は民間病院とイコールフットィングにすべきである。たとえば救急医療が不採算部門だとしても、公立病院に繰入を行い実施する場合と、それと同額を他の病院（民間病院や国立病院等）に補助して実施した場合を比べ、どちらがより効果的・効率的に実施できるかという観点が据えられて然るべきである。

3. 公立病院改革のガバナンス構造と課題

(1) 公立病院改革のガバナンス構造

今般の公立病院改革の直接の発端は、経済財政諮問会議において民間議員から公立病院の高コスト構造の是正が求められたことにある。2節で述べたように、筆者は、多くの公立病院はそのような指摘を受けてもやむをえない面があると考えている。ただし、より本質的な問題はそれが生まれる組織体質である。それが改まらなければ、経営改善が進まないことはもとより、地域医療におけるポジションの採り方や他の医療機関との再編・ネットワーク化の議論など行えるはずがない。

経営の要諦は強力なリーダーシップの下に組織の力を最大化することである。とりわけ病院経営においては、医療を取り巻く環境が激変している中で経営方針を適切に定めるとともに状況の変化に柔軟に対応していくことが強く求められる。「経営の自律性」が強調されるゆえんであるが、公立病院のガバナンス構造は必ずしもそれにふさわしいものになっていない。

第1に、開設者（自治体）と病院長の権限・責任の帰属が必ずしも明確でない。例えば、華美な施設整備が病院財政を圧迫している事例は枚挙に暇がないが、そもそも施設整備の決定のプロセスが不透明で、誰に権限や責任があるのか曖昧な場合が少なくない。また、組織力を結集させるには人事と予算の権限が必要であり、特に病院の場合には、多様な専門職種から成り立っているため指揮命令系統が複雑になりやすく、統括機能の強化は不可欠である。しかし、公立病院では病院長が人事と予算の権限を掌握しているわけではない。むしろ、定員管理や人事異動の権限は本庁の人事部局が握っており、一般会計繰入をはじめ予算やその執行については本庁の財務部局が差配するのが通例である。たとえば、①看護師を1人採用することが医療機能の確保上有用である（しかも診療報酬の入院基本料の区分が上がる場合がある）にもかかわらず、定員上の制約があるため病院長が即断できず採用のタイミングを逃す、②事務長等の人事異動が本庁の人事の都合で行われ経営の専門性・継続性が確保できない、③病院の実態とは無関係に本庁の財政事情等により繰入基準が変更されるといった例は、多くの公立病院で生じている問題である。さらに、地方公営企業法の全部適用に移行すれば法的には給与体系等は病院管理者が決められるが、給与体系は本庁職員と同じ、人事異動も人事部局の了解が必要といったように、一部適用と実態は何ら変わらない例が圧倒的に多い。一方、開設者の側も病院長らの人事権を実質的に保有しているわけではない。開設者は大学の医局から病院長や医師を“派遣していただいている”立場にあり、病院長らに不満があっても解任を強行すれば医師の引揚げに遭いかね

ないからである。

第2に、公立病院の場合、首長だけがステイクホルダーであるわけではない。自治体の議会（議員）も重要なステイクホルダーであり、さらに首長や議員は選挙により選出されるため住民の意向が強く反映される。たとえば、病院に投入できる人的資源や財源は限られており優先順位づけが必要になるが、医療機能の縮小を伴う場合は議員や住民の反対が強くそれを実行できない。むしろ、「選択と集中」（「これかあれか」という選択）ではなく「多々益々弁ず」（公立病院なのだから「これもあれも」行うべきだ）ということに陥る傾向がある。また、病院改革は政治問題化しやすい。このため、首長も病院の根本的な改革は回避し穏便に済ませようとする傾向がある。首長のスタンスが曖昧であれば、部下である公務員が「火中の栗を拾う」ことはない。その結果、問題の本質にメスが入らず先送りされがちである。

第3に、自治体内部が縦割型の組織となっており、病院経営を総合的な観点に立って企画・調整することができない。例えば、公立病院の自治体側の窓口として病院事業部局があっても、人事関係は人事部局、予算関係は財政部局が権限を有しており、病院事業部局は「取次機関」であって実質的な権限を保有していない場合が多い。また、公立病院の問題は単なる財政問題や労務問題として捉えるべき性格のものではなく、地域医療計画との整合性等を含め地域医療全体のあり方の中で検討することが不可欠であるが、こうした視点は概して乏しい。さらに、「増収対策」と称して診療単価の引上げ等に腐心している例がしばしばみられるが、患者の一部負担金が増えることに加え国民健康保険の赤字が増大するといった事態が生じうる。しかし、筆者が知る限り、人事部局、財務部局、病院事業部局、医療政策部局、国民健康保険担当部局がスクラムを組み、公立病院改革に一体的に取り組んでいる自治体は少なく、意思疎通を欠き指揮命令系統が多様かつ複雑で混乱を招いている例の方が圧倒的に多い。多少穿った見方をすれば、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しがばらばらとなっている理由は、経営効率化は財務部局、再編・ネットワーク化は医療政策部局、経営形態の見直しは人事部局といったように所管が分かれており、全体の統合機能を欠いているからである。

要するに、公立病院は「経営の自律性」が発揮しにくいガバナンス構造となっているのである。これが、高コスト構造、経営戦略不在、硬直的な運営といった現象の根底にある公立病院の最大の問題点である。逆にいえば、こうしたガバナンス構造の脆弱性をいかに克服し、地域において真に必要な医療をいかに確保するかが課題となる。これが公立病院改革の本質である。

（2）公立病院改革の課題

それでは具体的にどのように公立病院改革に取り組んでいけばよいのだろうか。重要な点を4点に絞って述べる。

第1に、前節で述べたガバナンス構造の脆弱性は公立病院の多くが抱える根本的な問題であり、“権限と責任を一致させる”ことが必要不可欠である。まず行うべきことは、病院

長と開設者の課題認識の共有化である。両者の考え方や方針が齟齬すれば公立病院改革はうまくいくはずがない。さらに、最終的な負担者である住民や議会の理解と協力も欠かすことはできない。このため、病院長や開設者は、医師等の確保の見通しや財務内容をはじめ病院の現状や課題を率直に説明しアカウンタビリティ（説明責任）を果たすべきである。その場合のキーワードは、「透明性」と「分かりやすさ」である。公立病院の会計基準には、「借入資本金」（長期借入金は負債ではなく資本に計上）、「みなし償却」（補助金で取得した資産は減価償却の対象から除外できる）など、民間企業の会計基準と異なる部分が少なくない。また、公立病院の病院事業に関しては地方交付税による所要の財政措置（病床数や医療機能に応じた財政措置のほか病院事業債に関する財政措置）が行われているが、自治体の予算書等をもても直ぐには分からない。要するに、公立病院の決算内容（収益的収支および資本的収支）や病院事業の係る財政措置を含め「真の財務状況」の実態は一般住民には理解が困難なものとなっている。したがって、住民 1 人当たりの負担金額に換算し現状および将来見通しを具体的に示すなどの工夫が必要だと思われる。その上で、その負担をどう評価し他の政策（例：教育、公共事業）との優先順位をどうつけるかは、帰るところ住民自治の問題である⁷。

第 2 に、自らの公立病院が地域の中で果たすべき役割は何か、突き詰めて考える必要がある。その検討に当たっては、必ずしも狭義の医療に限定すべきではない。仮に住民にとってニーズが高いのが医療よりも介護であれば、病床を削減し老人保健施設やケア付き住宅に転換させることも検討課題となる。また、病院部門だけでなく国民健康保険や介護保険も含めトータルで考える視点が必要である。たとえば、病院が診療内容に見合った診療報酬を確保することは当然であるが、過剰な診療を行うことにより病院の赤字を解消するというのは本末転倒であるだけでなく、患者の自己負担や国民健康保険会計等を含めた財政負担はむしろ増大するということも生じうる。逆に、保健・医療・介護・福祉を統合した地域包括医療・ケアを行うことにより、住民の健康度が向上し医療・介護需要が低下する（あるいは適切に対応できる）のであれば、そうすべきである⁸。ちなみに、地域包括医療・ケアは国保病院が理念に掲げ長年取り組んできた実績があるが、公立病院の存在意義ないしは優位性（アドバンテージ）があるとすれば、その 1 つは、目先の利益にとらわれず、市町村と一体となって医療・介護・福祉・住宅政策の総合的な取組みを行えることにあると考えられる。

⁷ 病床数や医療機能に応じた普通交付税・特別地方交付税分を基準に一般会計繰入を行うべきだという議論があるが、やや疑問である。これらの財政措置は一般的な算定式に基づき行われているものであり、（1つの目安にはなるにしても）個々の病院の「ありうべき」不採算額と直接リンクするものではないからである。

⁸ 多少歯切れの悪い記述になっているのは、地域包括医療・ケアの実施と医療費・介護費用との関係等は十分実証されていないからである。たとえば、地域包括医療・ケアを行っている国保病院が立地している市町村の老人医療費は県内平均と比べ概して低いが、立地条件（国保病院は過疎地に立地しているものが多い）の相違等による影響を排除できない。

第3に、地域における将来の医療需要や医師確保の見通しについては、希望的観測を交えず客観的に分析する必要がある。たとえば、病床の削減や診療機能が低下することに不安や反対の声が上がるのは当然である。しかし、医師不足をはじめ厳しい現実も直視しなければならない。もちろん医師確保は国を挙げて取り組むべき重要課題であるが、医療資源の集約化や機能分化をはじめ医療の効率化が避けて通れない課題であることも間違いはない。また、医療機能が分散し医療密度が薄まれば医療安全の問題も含め医療の質や効率性は低下することにも留意すべきである。したがって、医師確保や医療機能を個々の病院だけで考えるのではなく、その地域をカバーする基幹的な病院とネットワークを組むことにより地域医療を確保するといった視点をもつことも重要である。

第4に、公立病院改革に当たり都道府県が果たす役割は大きい。既述したように、公立病院と一口にいても、沿革・立地条件・病床規模・医療機能等はまったく異なる。また、都道府県によって、公立病院の位置づけ、他の公的医療機関や大学医局との関係等も大きく相違する。こうした諸事情を踏まえ広域的に調整できるのは都道府県以外にはない。さらに、都道府県立病院の中には県庁所在地等に立地し基幹病院としての役割を担っているものが少なくないが、医師の地域偏在等が深刻化する中で、高度な医療の実施にとどまらず、医師を集積し、へき地医療支援の派遣元としての役割を果たすことも検討されるべきである。先ほど公立病院の存在意義の1つのタイプについて言及したが、もう1つのタイプはこうした機能・役割にあるのではないかと筆者は考える。

4. 具体的事例からみた公立病院改革

経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの3つを一体的に考えることを強調したが、多少抽象的で理解しにくいと思われる。そこで、山形県立日本海病院（以下「日本海病院」という）と酒田市立酒田病院（以下「酒田病院」という）の統合再編事例を通じ考察する。この事例を取り上げる理由は、経営主体が異なる病院の統合事例であるだけでなく一般地方独立行政法人化（いわゆる「非公務員型独法化」）も行われているからである。

（1）統合再編の背景

山形県の二次医療圏は4つ（村山、最上、置賜、庄内）から成る。酒田市はそのうち庄内二次医療圏に属するが、生活圏や患者動向等からみると、この医療圏はさらに酒田市を中心とする北庄内地域（人口約15万2千人）と鶴岡市を中心とする南庄内地域（人口約14万6千人）に分けられる。統合前の日本海病院（528床）および酒田病院（400床）の病床数を合わせると、北庄内地域の病院の一般病床数（2005年度で1,540床）の6割以上を占めており、両病院は同地域の基幹的な病院として重要な役割を担ってきたが、次のような問題が生じていた。

第1に、2つの病院は2kmしか離れておらず、機能的にみても両病院は急性期中心の病院であり診療科（酒田病院は15診療科、日本海病院の25診療科）が重複していた。また、

救急医療も、2007年3月にまとめられた「山形県・酒田市病院統合再編整備基本構想」（以下「基本構想」という）の言葉を借りれば、日本海病院が「2.5次救急医療機関の役割」、酒田病院が「二次救急医療機関の役割」を担っており事実上競合状態にあった。

第2に、人口約15万人の地域で同程度の病院が競合すれば、医師・看護師等が分散し医療密度が薄まるだけでなく、経営にも悪影響が生じる。実際、1993年に日本海病院が新設された後、酒田病院の経営は赤字に転落した。同病院の経常収支が黒字になるのは、新病院長の下で経営改革の取組みが行われその成果が現れた2001年度決算以降のことである。一方、日本海病院は施設整備に伴う毎年数億円単位の減価償却費や企業債の金利負担（1993年借入の金利は7%）等もあって開設以来赤字決算の状態が続き、2006年度末で累積欠損金は109億3,300万円に達し、24億5千万円の不良債務が生じていた⁹。

第3に、酒田病院は1947年に開院し1974年に現在地に移転した病院であるが、その当時建設された施設の老朽化が激しく改築が迫られていた。しかし、改築に当たっては医療機能や病床規模の見直しが必要になる。日本海病院と医療機能が競合していることに加え、医療環境が大きく変化しているからである。例えば、従来地域保健医療計画では庄内地域は161床の病床不足とされていたが、2006年に改定された地域保健医療計画では119床の過剰となっており、急性期医療の機能を高め平均在院日数の短縮および病床利用率の向上が進めば、将来的にはさらに病床過剰状態となる可能性が高い。一方、山形県側は、急性期は日本海病院、慢性期は酒田病院という機能分担を考えていた。しかし、慢性期医療単独では経営が赤字になる公算が高く、これは酒田市側として採りえない選択肢であった。

要するに、酒田病院と日本海病院が競合状態にある中で「共倒れ」になるリスクが高いというのが統合再編を促した最大の理由であるが、これには次のような沿革的な事情がある。1993年に日本海病院が開設された理由は、村山二次医療圏には県立中央病院、最上二次医療圏には県立新庄病院が基幹の病院として存在したが、庄内二次医療圏には第三次救急医療を担える県立病院がなく、庄内地域の関係者からその新設が切望されていたためである。逆にいえば、日本海病院に期待されていたのは、本来は一般医療ではなく救命救急センター機能であり、実際、地元医師会は当時から県立病院の建設に当たっては酒田病院と機能分担を図る必要がある旨主張していた（杉元2007, p130）。しかし、第三次救命救急センターは原則として人口100万人に1箇所を設置するという国の指導方針等もあって、現実には日本海病院は救命救急医療特化型の病院ではなく総合病院として建設されることとなった。この結果、2つの病院の診療機能は重複競合し、日本海病院の救急医療のレベルも既述したように「2.5次」のレベルにとどまっており、南庄内地域の救急患者が日本海病院に搬送されることもほとんどない状態にあった。基本構想では庄内地域における三次救急医療機能の整備の必要性が強調されているが、2つの病院の統合再編の淵源は、日本海病

⁹ これは日本海病院が必ずしも経営努力を怠ってきたという意味ではない。例えば、2002年度から2004年度まで毎年度約7億円から9億円の経常損失を計上したが、2005年度、2006年度の赤字は約1億円、約2億円に減少している。

院が酒田病院との機能分担を十分整理しないまま開設されたことにある。

(2) 統合再編のプロセス

酒田市は2005年3月時点では酒田病院を単独改築する方針を採っており、マスタープランもでき上がっていた。しかし、地元医師会や国から「共倒れ」を懸念する声上がり、統合再編に向けて歩み出すことになる。そのプロセスを時系列に沿ってまとめると次のとおりである。

第1に、2005年6月、外部の有識者による市立酒田病院改築外部委員会が設置された。そして、同年10月に報告書が出されたが、その内容は、酒田病院を単独改築するのではなく日本海病院と経営統合し一般地方独立行政法人とすべきというものであった。

第2に、2005年12月、酒田市はこの報告を受け山形県に統合再編の検討の申入れを行った。これに対する山形県の考え方は、日本海病院の問題は県立病院事業全体のあり方の中で検討する必要がある、外部の監査法人に調査委託した「県立病院事業分析評価調査事業」の結果を踏まえて判断するというものであった。この時点では、山形県は日本海病院と酒田病院の統合再編に乗り気であったわけではない。

第3に、2006年8月、監査法人から山形県に調査報告書が出された。この報告書に付随する「北庄内地域における医療提供体制の一考察」では、2つの病院を統合し医師を集約することにより高度な医療サービスの提供を図るべきである旨が述べられている。

第4に、2006年9月、山形県はこの調査報告書も参考とし「本県の医療供給体制の基本方向」を取りまとめたが、その中で、日本海病院と酒田病院は統合再編すべきだとする方向性が示された。そして同月、山形県知事と酒田市長は両病院を統合再編することで合意し、具体的な内容等については協議会を設け検討することとされた。

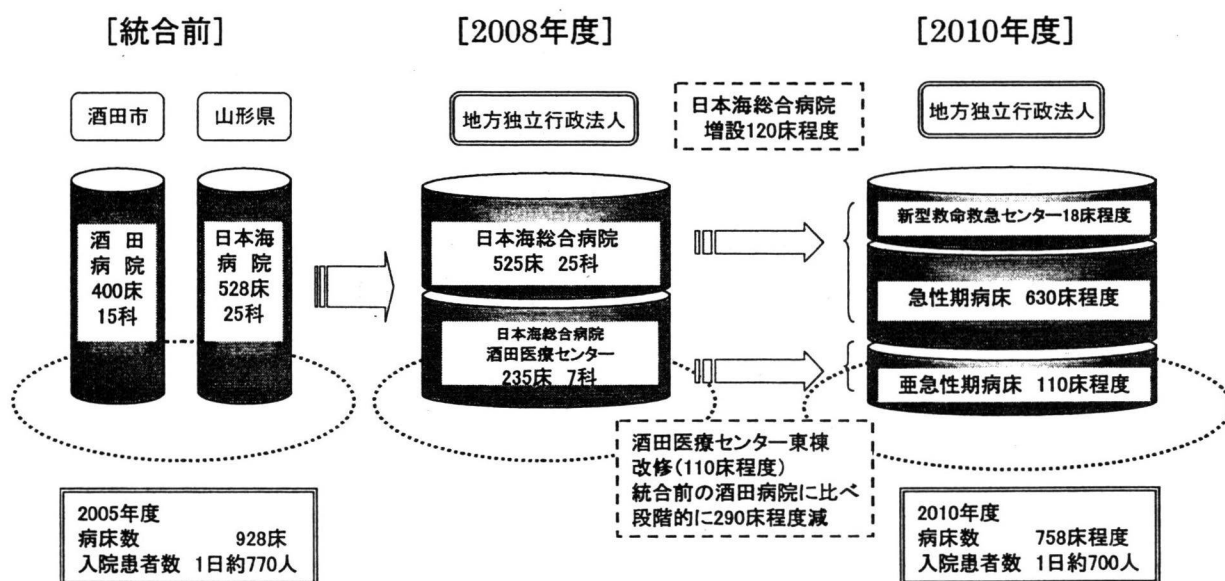
第5に、知事・市長の合意を受け、「山形県・酒田市病院統合再編協議会」（以下「統合再編協議会」という）が設置され、2007年3月に基本構想が策定された。その要点を図示すると図3のとおりであるが、経営形態を地方独立行政法人とするか一部事務組合とするかについては、別途有識者委員会を設け検討することとされた。〔図3挿入〕

第6に、2007年5月、有識者委員会は経営形態としては一般地方独立行政法人が適当である旨の報告をまとめた。その理由を要約すれば、医療制度を取り巻く急速な変化に迅速かつ的確に対応するには、病院長が予算執行および人事権限をもち経営の自立性と責任体制を明確化することが不可欠であり、県立・市立といったことに拘束されない柔軟な新しい経営システムを採ることが必要であるというものであった。この報告を受け、統合再編協議会は、経営形態は一般地方独立行政法人とすることおよび新法人を2008年4月1日に設立することを決定した。

第7に、2008年4月の新法人発足に向け、①統合後の診療機能と移行期間中の医療体制の調整、②県・市の財務調整・負担割合等の協議（例：第1期目の運営費負担金割合は病床比57：43で按分）、③職員の身分・処遇条件等の調整（例：医師・管理職を除く県立病院の職員は当面県の派遣職員として移行し、2011年度当初に法人職員の確定を行う）等の

協議・検討が精力的に進められた。なお、住民に対する説明は頻繁かつ丁寧に実施されている。特に再編統合の協議が本格化してからは、毎回の酒田市広報を通じ統合再編の趣旨等を伝えるとともに出前の説明会等も行われている。

図1：基本構想のポイント



(出所)山形県・酒田市病院統合再編協議会(2007)。一部筆者改変。

(3) 統合再編の成果

以上のプロセスを経て、2008年4月1日、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構が発足し、新しい組織体制の下で病院運営が行われることになった。その成果はどうか。再編統合から1年余しか経っていないが、2008年度の経営指標等をみていこう。

表2は診療諸率等をまとめたものである。注目すべき点が4つある。

第1に、統合前後で病床数は168減少したが、医師は2名しか減少していない。これは関連大学(医師派遣元)である山形大学医学部および東北大学医学部が、統合再編に関し全面的に協力するスタンスを採った(統合再編が軌道に乗るまで大学の医局人事を凍結し医師確保に万全を期した)ことが最大の理由である。なお、統合再編により両病院の機能分担を明確化し診療科の重複の整理や医師の集約化が行われた結果、病床数は減少してい

るが医療内容等はむしろ充実した。たとえば、手術件数は、2007年度は5,131件であったのが2008年度には5,411件と増加している。

表2：統合前後の診療諸率および職員数等の比較

区分	2007年度	2008年度	増減
1日当たり入院患者数(人)	709	648	△61
実入院患者数(人)	15,584	16,600	1,016
病床利用率(%)	77.7	85.7	8.0
病床回転率(%)	183.7	212.7	29.0
平均在院日数(日)	16.6	14.3	△2.3
病床数	928	760	△168
1日当たり外来患者数(人)	1,688	1,375	△313
患者1人当たり入院単価(日本海)(円)	39,373	44,416	5,043
患者1人当たり入院単価(酒田)(円)	36,561	38,644	2,083
患者1人当たり外来単価(日本海)(円)	8,957	10,015	1,058
患者1人当たり外来単価(酒田)(円)	7,720	8,258	538
職員数(人)	920	848	△72
うち医師	96	94	△2
うち看護師・准看護師	626	569	△57

(注) 1. 患者1人当たり単価以外は、両病院の数値を合計したものである。

2. 医師数には嘱託医・研修医を含まない。

(出所)「平成20年度地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構決算(4-3月)の概況について」(2009.

4. 28公表資料)。職員数は筆者の聞き取りによる。

第2に、看護師等は若干減少している。これは独立行政法人の新設を控え採用試験を円滑に行うことができなかつたこと等によるものであるが、臨時看護師および看護補助者を約30名増やしており勤務環境の改善に繋がっている。また、酒田医療センターから日本海総合病院に看護師を53名異動させることにより、同病院はそれまでの10対1から7対1の看護体制を採ることが可能になった。

第3に、病床の集約化により1日当たり入院患者数は減少しているが、平均在院日数の短縮化および病床利用率の向上が図られたため、実入院患者数はむしろ増加している。一方、外来患者数は大幅に減少している。これは地元医師会の協力の下に病診連携を積極的に進める方針(急性期病院の外来は専門性の高いものに特化していく)を採っていることによるものである。ちなみに、地元医師会が非常に協力的であることは本事例の大きな特

徴であり、たとえば、平日夜間（午後 10 時まで）の救急外来は小児科開業医も参加・連携する体制が採られている。

第 4 に、入院・外来とも患者 1 人当たりの単価が上昇している。特に日本海総合病院の入院単価の上昇が顕著である。これは以上述べたように、基準看護料の増加や医療内容の高度化等の要因が複合した結果である。なお、酒田市の国民健康保険の医療費（後期高齢者医療制度の影響を排除するため 75 歳未満で比較）の推移をみると、1 人当たり医療費（入院・外来・歯科・調剤等込み）は、2007 年度が 23,625 円、2008 年度（実績見込み）は 23,971 円となっており医療保険財政は安定している¹⁰。

次に、統合前後の収支状況についてみると表 3 のとおりである。営業収支（医業収支とほぼ同義。独立行政法人なので営業収支という用語が使われる）ベースで約 10 億 5 千万円の改善が図られ、運営費負担金収益が約 5 億円減少したものの、純利益で約 6 億円の改善が図られた結果、2008 年度の当期純利益は 1 億円余の黒字となっている¹¹。その要因は次の 2 つである。

第 1 に、病床数が減少したにもかかわらず入院収益は増加している。これは既述したとおり入院単価や実入院患者数が増加したことが主な理由である。

第 2 に、営業費用が大幅に減少している。特に職員減や勤務体制の合理化（超過勤務の減少等を含む）により給与費が約 11 億円減少したことが大きい。また、医療機能の重複の整理に加え診療材料の在庫管理の徹底、委託契約や医薬品の発注見直し等により、材料費や経費も約 3 億円減少している。なお、減価償却費は 5 億円近く増加しているが、これは統合前の日本海病院では「みなし減価償却」（補助金等が充当される分は減価償却費に計上しない）が行われていたのを、独立法人化移行に伴い全額減価償却することとなったことが主な要因であり、その分を加えると実質的には約 15 億円の営業費用の縮減が行われたという見方も可能である。

なお、日本海病院が累積損失（2007 年度末で約 109 億円）や不良債務（約 26 億円）を抱えていたことは既述したが、その処理等についても簡単に触れておく。日本海病院の累積損失は、地方独立行政法人法 66 条 1 項に規定する権利義務の承継等により、設立団体である県と市から引き継いだ再評価後の資産総額（約 277 億円）から負債総額（約 240 億円）を差し引き約 37 億円の引継ぎ資本金として整理する中で解消された。また、日本海病院の不良債務はいったん独立行政法人が引き継いだら、県出資債が導入されたことにより 2009 年 3 月に解消されている¹²。

¹⁰ その理由は今後十分分析する必要があり速断は慎むべきであるが、第 3 で述べた理由により従来の病院外来受診者が診療所で受診することになった影響等によるものと考えられる。

¹¹ 運営費負担金収益が約 5 億円減少したのは、病床減による要素以外に給与費の共済追加費用の削減効果があったこと（独立行政法人化に伴い恩給に係る追加費用分約 3 億円が不要になった）等による。

¹² なお、病床数に応じて地方交付税が交付されるが、公立病院改革の特例措置により統合

表 3：統合前後の収支状況の比較

(単位：百万円, %)

区分	2007 年度	2008 年度	増減	伸び率
営業（医業）収益	14,171	14,193	22	0.2
入院収益	9,947	10,096	149	1.5
外来収益	3,470	3,150	△320	△9.2
営業（医業）費用	15,349	14,317	△1,032	△6.7
給与費	8,496	7,354	△1,142	△13.4
材料費	3,677	3,450	△227	△6.2
経費	2,342	2,235	△107	△4.6
減価償却費	628	1,094	466	74.2
営業（医業）損益 (a)	△1,178	△124	1,054	—
営業外収益等 (b)	1,755	1,259	△496	△28.3
運営費負担金収益	1,659	1,149	△510	△30.7
営業外費用等 (c)	1,068	1,013	△55	△5.1
移行前地方債利息	712	679	△32	△4.6
当期純利益 (a)+(b)-(c)	△491	122	613	—

(注) 1. 2007 年度は県立日本海病院および市立酒田病院の決算数値の合計、2008 年度は地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構の日本海総合病院および酒田医療センターの決算の数値を合計したものである。

2. 営業外収益等および営業外費用等には臨時利益（損失）を含んでいる。

(出所)「平成 20 年度地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構決算」。ただし、一部筆者が加除等を行った部分がある。

(4) 考察

この統合再編について若干の考察を行う。

第 1 に、この統合再編は非常に短期間（酒田病院の単独改築構想から統合再編に方向転換してから 3 年弱）に「スピード感を持って協議が進み、間を置かず実行された」（栗谷 2008, p.44）が、成功事例と評価すべきである。もちろん課題は山積している。たとえば、①庄内地域の第三次救急医療を担うべく救急救命センター等を現在建設中であり、こうした多額の施設整備投資の償還等の負担に耐えうる経営の維持、②第三次救急医療や高次急性期医

再編後 5 年間は病床削減分も交付されることとされており、2012 年度までは統合前の 928 床分交付される。

療を担うための医師や看護師の増員確保、③施設整備等に関する県と市の負担の調整、④2011年4月の県職員の法人職員への移行問題、⑤病診連携にとどまらず地域包括ケア体制まで睨んだ地域連携の強化などが挙げられる。しかし、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ことはやはり高く評価されてよい。

第2に、この事例は経営主体が異なる統合であると同時に一般独立行政法人化への経営形態の変更が行われており、示唆や教訓が少なくない。経営主体が異なれば双方の軋轢が生じるのは当然である（実際、酒田市側が統合再編を主導したこともあり山形県側の反発は当初強かった）。また、非公務型の独立行政法人を選択すれば、職員の身分・処遇等の問題が生じ統合再編は足元から頓挫しかねない。しかし、これを乗り越えることができたのは、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全面的な協力、両病院職員や住民の理解と協力、国の支援、県知事・市長の決断によるところが大きい。

第3に、職員の意識や勤務条件を含め経営体質が変わっている。公立病院改革は住民のために行われるものであるが、職員らが統合再編のメリットを実感するとともに経営体質が変わらなければ持続しない。その意味では、一連の改革の中でこうしたことにも配慮されている。たとえば、診療科の統合や医療事務補助職員や看護補助者の増員等により医師や看護師の過重労働が緩和されている。また、業務改善委員会を通じ事務職員も含め情報の共有化と従来の業務慣行の見直しが図られ、円滑な病院運営に繋がっている。

第4に、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が検討されている。また、経営効率化、統合再編ネットワーク化、経営形態の見直しの3つがバラバラに行われるのではなく、相互に結びついている。すなわち、①まず地域の中でどのような医療機能が必要なのかということが基本にあり、②その上で2つの病院の機能が競合していることは経営上「共倒れ」になるだけでなく地域医療の質の向上に繋がらないという共通認識が形成されることにより、統合再編の議論が具体化し、③医療を取り巻く環境が大きく変化している中で迅速かつ的確に対応するとともに統合再編の実を上げるには、責任と権限を一体化させ自律的な経営形態とすることが必要である、という繋がりになっている。

第5に、この事例は多くの政策的示唆や教訓を含んでいるが、各病院の実状や改革の本質を十分見極める必要がある。たとえば、筆者は、公立病院はすべて一般地方独立行政法人に移行すべきだと主張しているわけではない。これはこれまで述べてきたことと一見矛盾するように思われるかもしれないが、肝心なのは形ではなく実質であり、経営形態の形を変えれば自動的に公立病院のガバナンス構造が変わるわけではないからである。実は統合再編前の酒田病院の経営形態は地方公営企業法の一部適用であり、それでも原価計算に基づく経営管理等が行われ黒字経営を実現できていた。それならば、なぜ酒田病院の院長（独立行政法人の現理事長・兼病院長）が統合再編後の経営形態の独法化を強く主張した（栗谷2008, p.44）のかという疑問が生じようが、1病院の経営改善と異なり、経営主体・体質等が異なる組織を統合し短期間で経営を軌道に載せるには強力な権限が必要であったからである。

5. 結語

以上、今般のガイドラインの歴史上の「位相」および公立病院のガバナンス構造の脆弱性について述べるとともに、統合再編の具体的事例を取り上げ、公立病院改革の本質と課題について考察を行った。最後に3つ述べ結語としたい。

第1に、公立病院改革の「一般解」は何かと問われることがあるが、そのようなものはない。2節で述べたように、各公立病院の沿革・位置づけ・立地・規模・機能等は大きく異なっており「特殊解」にならざるをえないからである。ただし、3節で述べたガバナンス構造の脆弱性は多くの公立病院が共通に抱える問題である。その意味では、公立病院改革に「被害者意識」をもって臨むのではなく、むしろ病院長や首長のみならず議会や住民を含め関係者が胸襟を開き病院のあり方を議論する絶好のチャンスと受け止めるべきである。

第2に、公立病院改革は決して簡単な問題ではない。しかし、これは小泉政権の改革路線の“潮目”が変われば済まされるという一過性の問題ではない。高齢化の急速な進展、医療技術の革新、経済の低成長基調など、医療を取り巻く構造そのものが大きく変化しているからである。したがって、地域医療の中で公立病院が果たすべき役割や現実を見据え本腰を入れ改革に取り組まなければ状況はさらに悪化しかねない。

第3に、2009年度補正予算により地域医療再生のために3,100億円の予算措置が行なわれた。これは、各都道府県が策定する地域医療再生計画の内容を国が認定し、その実行に必要な費用を都道府県に交付する仕組みとなっている（医政発0605008号厚生労働省医政局長通知の別添「地域医療再生計画作成指針」参照）。公立病院もその計画の対象の1つとなろうが、真に地域医療の確保に結びつく有効な使い方を考えるべきである。

(参考文献)

- 池上直己 (2001) 「自治体病院の改革」 JICPA ジャーナル No.550
- 伊関友伸 (2007) 『まちの病院がなくなる』 時事通信社
- 一条勝夫 (1982) 『日本の病院』 日本評論社
- 岩手県医師会史編纂委員会 (1980) 『岩手県医師会史 (上巻)』 岩手県医師会
- 栄畑潤 (2009) 「公立病院の再生に向けて」 病院 68 巻 3 号
- 長英一郎 (2008) 「公立病院改革で押し寄せる地域医療再編の波」 日本医療企画『2008 年度版 医療経営白書』
- 栗谷義樹 (2008) 「県立病院と市立病院の統合再編について」 全自病協雑誌 47 巻 11 号
- 後藤武 (2007) 『公立病院の生き残りをかけて』 じほう
- 堺秀人 (2009) 「公立病院事業管理者の責任と権限」 病院 68 巻 3 号
- 自治体病院経営研究会 (2008) 『自治体病院経営ハンドブック』 ぎょうせい
- 杉元順子 (2007) 『自治体病院再生への挑戦—破綻寸前の苦悩のなかで—』 中央経済社
- 全国国民健康保険診療施設協議会 (2008) 『国保病院の改革の手引き』

- 田中愛久（2008）「県立病院と市立病院の統合再編について」都市問題研究 60 巻 8 号
- 久道茂（2004）『病院経営ことはじめ』医学書院
- 遠見公雄（2008）「よい医療を効率的に地域住民と共に」アカデミア Vol.87
- 山形県・酒田市病院統合再編協議会（2007）『山形県・酒田市病院統合再編整備基本構想』
- 若杉敏也（2008）「特集病院再編、進行中は 15 都県」日経グローバル No.111

退院直後からの訪問リハビリテーション介入が要介護高齢者の生活機能に及ぼす効果

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

はじめに

2006年4月から改正介護保険法が施行されたが、その中の重要課題の一つが、介護予防の推進である¹⁾。これは、どのような状態の高齢者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図りながら、出来る限り、地域で自立した生活を送れるよう支援することを目指すものである。こうした流れを受け、要介護高齢者に提供される在宅サービスには、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を含め、生活機能を指標としたアウトカム評価が求められることとなった。

また、日本では、リハビリテーション（以下、リハ）提供体制の機能分化と連携が推進されており、急性期リハ、回復期リハは医療保険で、慢性期リハは主に介護保険で対応することとなった。そのため、対応する保険が変化する退院前後において、リハの継続性を如何に確保するかが大きな課題となっている。

訪問リハは、脳卒中などの発症により障害を有した状態で自宅退院する患者にとって、機能維持の観点から非常に有効なサービスであることが、北欧などでのランダム化比較試験で実証されているが²⁻³⁾、日本では、訪問リハの効果評価に関する論文は非常に少ないのが現状である⁴⁻⁵⁾。その上、アウトカム指標も、バーセル指数（Barthel Index、以下 BI）⁶⁾ や機能的自立度評価（Functional Independence measure、以下、FIM）⁷⁾などの日常生活動作（Activities of Daily Living、以下、ADL）指標が中心であり、WHOが提唱している国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)）の基本概念である「心身機能・身体構造（以下、心身機能）」、「活動」、「参加」の3レベルを包括した概念である生活機能を評価するもの⁸⁾にはなっていない。

そこで、本研究では、急性期病床を退院した要介護高齢者に対して退院直後から訪問リハを提供することが、退院後の生活機能にどのような影響を及ぼすかを、ICFの概念に準じて検証した。

1. 対象および方法

1) 対象

対象は、2007年6月から2008年4月の間に、兵庫県内の急性期病院（ベッド数199床）を退院し、退院直後から同病院が提供する訪問リハビリテーションを受けた要介護高齢者である。調査実施に当たり、対象者には研究内容を口頭および文書で説明し、得られた情報は個人情報保護法に基づき厳重に管理すること、個人が特定されない取扱いを行うこと、目的外の使用を行わないことを約束するとともに、不参加の場合でも何ら不利益を被らないことを説明し、紙面に署名する形で同意を得た。

今回、研究に同意が得られ、かつ、退院直後および3ヶ月後の評価が実施できた31名を分析対象とした。

2) 方法

本研究では、急性期病床退院患者の生活機能関連項目を、訪問リハを実施した理学療法士 (Physical Therapist、以下、PT) が、退院直後と3ヶ月後の2時点で評価した。評価項目は、1)プロフィール (性、年齢、要介護度、家族構成など)、2)心身機能20項目 (運動機能3項目、体重維持機能1項目、摂食機能3項目、認知機能3項目、うつ傾向10項目)、3)活動24項目、4)参加2項目、5)主観的健康観および体力2項目である。

活動24項目のうち、手段的ADL (以下、IADL) および基本動作、ADLに関する21項目については、能力と実行状況の両者を評価した。なお、評価区分は、能力は4区分 (自立、見守り、一部介助、全介助)、実行状況は2区分 (している、していない) とした。心身機能については、患者本人に質問票を手渡し、記入を依頼した。なお、質問項目は、高齢者の基本健康診査で使用されている項目に、うつ尺度である Geriatric Depression Scale (GDS)⁹⁾の簡易5項目版を追加したものとした。他の項目に関しては、PTが、本人からの聞き取りおよび観察にて評価した。

3) 統計解析

退院直後と3ヶ月後の生活機能各項目の経時変化を分析した。対応のある2群の比較となるため、名義尺度に対してはマクネマー検定を、順序尺度、数値尺度に対しては符号付きウィルコクソン検定を用いた。有意水準は5%とし、統計分析には、SPSS Version15.0J for Windows (SPSS Japan Inc.) を使用した。

2. 結果

対象者は、男性4名、女性27名、ベースライン (退院1週間後) における平均年齢は79.2歳 (SD=7.5)、要介護度は、「要支援1-2」14名、「要介護1-2」11名、「要介護3-5」6名、主傷病は、「整形外科系疾患」25名、「脳血管系疾患」6名であった。

まず、心身機能の変化をみる。運動機能に関する質問3項目のうち、「15分位続けて歩いていますか」(p=0.031)、「転倒に対する不安は大きいですか」(p=0.003)の2項目が、認知機能3項目のうち、「自分で電話番号を調べて電話をかけることをしていますか」(p=0.039)、「今日が何月何日かわからない時がありますか」(p=0.031)の2項目が、うつ傾向10項目のうち、「毎日の生活に充実感がない」(p=0.039)、「これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった」(p=0.039)、「以前は楽にできていたことが今では億劫に感じられる」(p=0.003)の3項目が、退院直後に比べ、有意に改善していた。一方、体重維持機能および摂食機能には変化は見られなかった (表1)。

表 1. 退院直後と 3 ヶ月後の生活機能の変化—心身機能—

質問項目	改善 (人)	維持 (人)	低下 (人)
運動機能			
15分位続けて歩いていますか?	6	25	0*
過去1年間に転倒しましたか?	2	26	3
転倒に対する不安が大きいですか?	12	18	1**
体重維持機能			
ここ半年で2-3kgの体重減少がありましたか?	3	27	1
摂食機能			
半年前に比べ固い物が食べにくくなりましたか?	4	26	1
お茶や汁物でむせることがありますか	3	24	4
口の渇きが気になりますか?	8	21	2
認知機能			
周囲の人から物忘れがあると言われますか?	5	26	0
自分で電話番号を調べて電話を掛けていますか?	8	22	1*
今日が何月何日かわからないことがあるか?	6	25	0*
うつ傾向			
毎日の生活に満足していますか?	8	22	1*
毎日が退屈だと思うことが多いですか?	5	25	1
外出したり何か新しい事をするより家にいたいですか?	4	26	1
生きていても仕方ないと思う気持ちになりますか?	4	27	0
自分が無力だと思いますか?	6	21	4
毎日の生活に充実感がないですか?	7	22	2
これまで楽しんでやれていた事が楽しめなくなった?	8	22	1*
以前楽にできていたことが今では億劫に感じられる?	12	18	1**
自分が役に立つ人間だと思えない?	6	24	1
わけもなく疲れたような感じがしますか?	8	23	0†

注1. 改善数は、ネガティブ回答からポジティブ回答に変化した患者数のこと。例えば、15分間歩行で言えば、退院直後「行っていない」から3ヶ月後「行っている」に変化した患者が6名いたということ。低下はその逆。維持は、回答に変化がなかった患者数のこと。

注2. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, p値はマクネマー検定により算出した。

注3. “†”は2×2表が作成されなかったため、p値が計算できなかったことを意味する。