

論 文

全国レベルの社会的入院の時系列推移

岸田 研作*

抄 錄

社会的入院とは、医療の必要性が低いにも関わらず、介護施設や家族の介護力の不足、医療機関側の都合などにより、退院せず入院を継続することである。これまで社会的入院をしている者の数や費用を推計する研究が行われてきた。しかし、先行研究の大半は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することができていない。無駄な医療費を削減し、医療費の伸びを抑制することは、社会保障の持続可能性を確保する上で非常に重要な政策課題である。そのため、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することの意義は大きい。本稿の目的は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を推計することである。

対象は一般病床と療養病床に入院する65歳以上の者である。推計期間は1996～2008年である。年間の社会的入院の費用は、社会的入院患者数に1日当り費用と365を乗じることで求めた。一般病床における社会的入院の基準は、地域医療構想策定ガイドラインを参考に設定した1日当り医療費を用いた。『社会医療診療行為別調査』において1日当り医療費が基準額以下の者の割合を求め、社会的入院患者数は『患者調査』の患者数にその割合を乗じることで求めた。一般病床における社会的入院患者の1日当り費用は、『社会医療診療行為別調査』において、1日当り医療費が基準額以下の患者の1日当り平均医療費とした。療養病床の社会的入院患者は、『患者調査』において「受け入れ条件が整えば退院可能」な者とした。医療療養病床における社会的入院患者の1日当り医療費は、社会的入院患者の割合を α とし、『社会医療診療行為別調査』において1日当り医療費が下位 $\alpha\%$ の者の1日当り平均医療費とした。介護療養病床の1日当り費用については、『介護給付費実態調査』を用いて類似の方法で求めた。

社会的入院の費用は、1996年の4,228億円から2002年の6,684億円まで上昇した後減少に転じ、2005年から2008年にかけては5,999億円から3,911億円へと大きく減少した。2005年から2008年にかけての社会的入院の費用減少の大半は療養病床で生じ、それは厚生労働省による療養病床の再編によるものである。

キーワード：社会的入院、介護保険

1. はじめに

社会的入院とは、医療の必要性が低いにも関わらず、介護施設や家族の介護力の不足、医療機関側の都合などにより、退院せず入院を継続することである。社会的入院は、医療の必要性が低い者による医療資源の無駄遣いを引き起こす。社会的入院の解消は、介護保険創設の主要な目的の1

つにあげられていた。これまで社会的入院をしている者の数や費用を推計する研究が行われてきた（鈴木・他（2012）¹⁾、印南（2009）²⁾、花岡・鈴木（2007）³⁾、畑農（2004）⁴⁾、府川（1997）⁵⁾、二木（1995）⁶⁾）。これらのうち、鈴木・他（2012）¹⁾、花岡・鈴木（2007）³⁾、府川（1997）⁵⁾は、特定の自治体を対象としている。しかし、社会的入院の発生に関係すると考えられる医療・介護施設の整備状況や世帯の介護力などは地域によって異なる。そのため、特定地域を対象とした推計結果からは、全国レベルの社会的入院を把握することはできない。また、鈴木・他（2012）¹⁾、印南（2009）²⁾、

* 岡山大学大学院社会文化科学研究科・教授：
kishiken@cc.okayama-u.ac.jp

府川（1997）⁵⁾は、データの制約上、単年度の分析である。以上のように、畠農（2004）⁴⁾、二木（1995）⁶⁾以外の先行研究は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することができない。

無駄な医療費を削減し、医療費の伸びを抑制することは、社会保障の持続可能性を確保する上で非常に重要な政策課題である。そのため、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することの意義は大きい。要介護者や高齢者のみの世帯の増加により、社会的入院は一貫して増え続けているかもしれない。逆に、介護保険の創設を機に、社会的入院は減少傾向にあるかもしれない。もし社会的入院が増加傾向がないならば、社会的入院は非効率を生じさせているものの医療費の増加要因ではないということになる。本稿の目的は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を推計することである。

本稿の構成は、以下の通りである。第2章では、社会的入院患者数と費用の推計方法を述べる。第3章は結果と解釈である。まず、社会的入院患者数と費用の時系列推移を示す。次に、2005年から2008年にかけて生じた社会的入院の減少と厚生労働省による療養病床の再編の関係について考察する。さらに、先行研究との比較を行うとともに、社会的入院患者を介護保険施設に移した場合の費用削減効果を試算する。第4章は結語である。

2. 方法

（1）方法の概要

年間の社会的入院の費用は、社会的入院患者数に1日当たり費用と365を乗じることで求める。対象者は65歳以上であり、精神病床、結核病床、感染病床に入院する者は対象外とする。精神病床を除外する理由は、本稿の方法では、1日当たり費

用を求めることが難しいと考えたからである。本稿の方法は、社会的入院患者の1日当たり医療費は、その他の者より低いとの想定に基づいている。しかし、精神病床の患者は、1日当たり医療費が低くても社会的入院といえない者も多いように思われる^{注1)}。結核病床、感染病床を除外対象とした理由は患者数が非常に少ないとある^{注2)}。

本稿が対象とする病床は、一般病床とそれ以外の包括払いの病床からなる。後者は、療養型病床群、老人病床、療養病床である。前者と後者では、社会的入院患者数及びその1日当たり医療費を求める方法が異なる。しかし、いずれの方法も『患者調査』（厚生労働省）を用いる。『患者調査』は全国を対象とし、3年ごとに継続的に調査が行われている。『患者調査』の入院患者に関する情報は、異なる2種類のデータから得られる。1つは、10月中の特定の1日に入院していた患者を調べたデータ（以下、ストック・データ）であり、1年のある1日における入院患者に関するものと解釈できる。もう1つは、調査年の9月中旬に退院した患者を調べたデータ（以下、フロー・データ）であり、一定期間内の退院患者に関するものである。本稿ではストック・データを用いる。

一般病床における社会的入院の基準としては1日当たり医療費を用いる。これは、鈴木・他（2012）¹⁾、府川（1997）⁵⁾同様、社会的入院患者は医療の必要性が低いことに着目したアプローチである。本稿では、地域医療構想策定ガイドライン（以下、ガイドライン）を参考に、一般病床における社会的入院を把握する1日当たり医療費の基準額を設定する（第2節・第3項）。そして、『社会医療診療行為別調査』（厚生労働省）において、一般病床の入院患者のうち1日当たり医療費が基準額以下の者の割合を求める。その割合を社会的入院患者割合（ $\alpha\%$ ）とする。一般病床における社会的入院患者数は、『患者調査』から得ら

れる一般病床の入院患者数に $\alpha\%$ を乗じることで求める。一般病床における社会的入院患者の1日当り費用は、『社会医療診療行為別調査』において、基準額以下の一般病床の入院患者の1日当り平均医療費とする。以上の手法を用いる場合、『患者調査』のストック・データと『社会医療診療行為別調査』の調査方法の整合性を考慮する必要性がある。この点については、第2節・第2項で述べる。

一般病床以外については、ガイドラインを参考とした社会的入院の1日当り費用の基準額を求めることができない。そこで、包括払い病床については、次善の策として、社会的入院の基準として退院可能性を用いる。『患者調査』のストック・データには、入院の状況を尋ねた調査項目がある。包括払い病床の社会的入院患者は、入院の状況が「受け入れ条件が整えば退院可能」な者とする^{注3)}。包括払いの病床の社会的入院患者割合($\alpha\%$)は、包括払いの病床の入院患者のうち退院可能な者の割合である。包括払いの病床は、医療保険が適用される病床と介護保険が適用される病床からなる。医療保険適用病床における社会的入院患者の1日当り費用は、『社会医療診療行為別調査』において、1日当り医療費が下位 $\alpha\%$ の者の1日当り平均医療費とする。以上の手法を用いる場合も『患者調査』のストック・データと『社会医療診療行為別調査』の調査方法の整合性を考慮する必要性がある(第2節・第2項参照)^{注4)}。介護保険適用病床における社会的入院患者の1日当り費用は、厚生労働省の『介護給付費実態調査』(厚生労働省)と『介護サービス施設・事業所調査』を用いて、医療保険適用病床の場合と類似の方法で求める。方法の詳細は、第2節・第4項で述べる。

『患者調査』において、入院の状況が調査項目となったのは1996年からである。また、2011

年以降、『社会医療診療行為別調査』は、レセプト情報・特定健診等データ・ベースから作成されるようになった。利用申請にかかる時間の都合上、本研究ではレセプト情報・特定健診等データ・ベースの利用を断念した。そのため、本稿の対象年は、1996年、1999年、2002年、2005年、2008年の5年である。

(2) 調査方法が異なる2種類のデータの整合性を考慮する必要性について

第2節・第1項で述べたように、本稿では、『社会医療診療行為別調査』を用いて、社会的入院患者の割合やその1日当り医療費を推計する。その場合、『患者調査』のストック・データと『社会医療診療行為別調査』の調査方法の整合性を考慮する必要性がある。

『患者調査』のストック・データの情報は、1年のある1日に入院していた患者のものと解釈できる。それに対して、『社会医療診療行為別調査』は6月審査分のレセプトをもとに作成されており、対象となる入院患者は5月中に入院していた者である^{注5)}。『患者調査』のストック・データとの整合性を保つため、『社会医療診療行為別調査』において5月の任意の1日に入院していた患者を選択する状況を考える。その場合、診療実日数が31日の者はすべて選択される。しかし、診療実日数が1日の患者が選択される確率は $1/31$ である。一般に診療実日数 t の患者が選択される確率は $t/31$ である。そのため、『患者調査』のストック・データの調査方法との整合性を保つて社会的入院患者の割合やその1日当り平均医療費を求めるには、『社会医療診療行為別調査』の標本を $t/31$ で重みづけしてやる必要がある。実際の計算では、 $t/31$ に『社会医療診療行為別調査』の抽出率の逆数を乗じたもので重みづけをする。

(3) 一般病床の社会的入院の基準の設定方法

本稿では、ガイドラインを参考に、一般病床における社会的入院を把握する1日当たり医療費の基準額を設定する。ガイドラインでは、DPCデータを用いて、医療資源投入量を基準に病床の機能別分類の境界を示している。医療資源投入量は、入院患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬（入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く）を出来高払点数に換算したものである^{注6)}。一般病床の入院患者のうち医療資源投入量が175点未満は、在宅医療等で対応する医療需要に分類される。ただし、175点未満の医療を受ける者でも医療資源投入量にリハビリテーションを加えた点数が175点を超える者は回復期病床の患者に分類される。

本稿では『社会医療診療行為別調査』を用いて社会的入院を把握する1日当たり医療費の基準額を設定する。しかし、DPCデータと異なり、『社会医療診療行為別調査』では入院期間中に提供された医療内容を1日ごとに把握することができない。そのため、ガイドラインと完全に同じ方法で医療資源投入量を求めることがやリハビリテーションの点数を考慮することができない^{注7)}。そこで、社会的入院を把握する1日当たり医療費は、入院基本料のみを除いたものを用いる^{注8)注9)}。そして、その医療費が1,750円未満の者を社会的入院とする。

本稿では、ガイドラインと完全に同じ方法で、在宅等で対応する患者を分類できない。また、在宅等で対応する医療需要の境界点は社会的入院を把握することを目的に定められたものではない。そのため、社会的入院を把握する1日当たり医療費の基準額としては1,750円を基本とするものの1,500円とした場合についても計算する。

(4) 介護保険適用病床における社会的入院の1日当たり費用の推計方法

介護保険適用病床は、介護療養型医療施設の病床である。『介護給付費実態調査』からは、毎年の介護療養型医療施設の利用者総数の費用額と利用実日数が得られる。そこから65歳以上の者の要介護度別の1日当たり費用額が得られる。また、『介護サービス施設・事業所調査』（厚生労働省）からは、毎年の10月1日時点における介護療養型医療施設の入所者の要介護度別的人数が得られる。要介護認定では医療に関する情報も考慮されるため、一般に要介護度が低い者ほど社会的入院である可能性が考えられる。そのため、要介護度が低い者から数えて $\alpha\%$ の入所者を社会的入院とみなして社会的入院患者の1日当たり費用額を計算する。

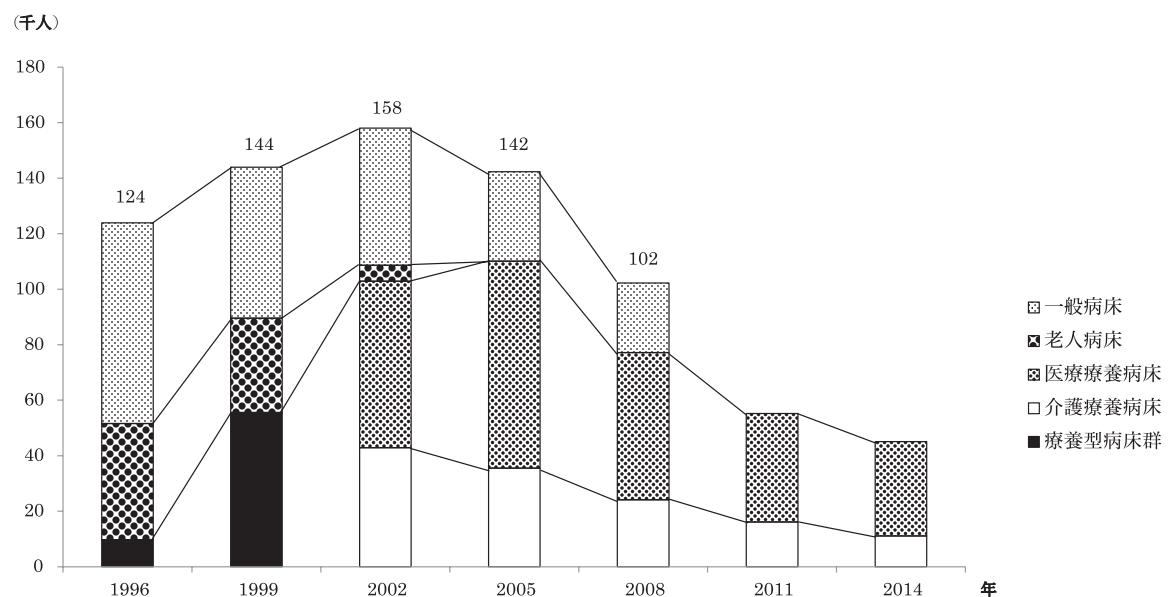
介護療養型医療施設は、病院の介護療養病床、診療所の介護療養病床、介護保険適用の老人性認知症疾患療養病棟と老人病床の4種類である。しかし、『介護給付費実態調査』の公表データからは、介護療養型医療施設の種類別のデータは得られない。そのため、社会的入院患者の1日当たり費用は介護療養型医療施設全体の値としてしか推計できない。老人性認知症疾患療養病棟は精神病床の一種であり、本稿の対象外である。しかし、介護療養型医療施設に占める割合は極めて僅かであるため、1日当たり費用の計算に及ぼす影響はほとんど無視できると考えられる^{注10)}。論文末の補論2に、介護療養型医療施設の社会的入院患者の1日当たり費用の推計方法の具体例を示している。

3. 結果と解釈

(1) 社会的入院の患者数と費用の推計結果

図1は、病床種類別の社会的入院患者数の推

図1 病床の種類別・社会的入院患者数の推移



注1) 老人病床は医療保険適用分である。

注2) 2002年の介護療養病床には、介護保険適用の老人病床も含む。

注3) 1996年と1999年の一般病床は、その他の病床から療養型病床群、老人病床を除いたものである。2002年の一般病床は、老人病床を除いたものである。

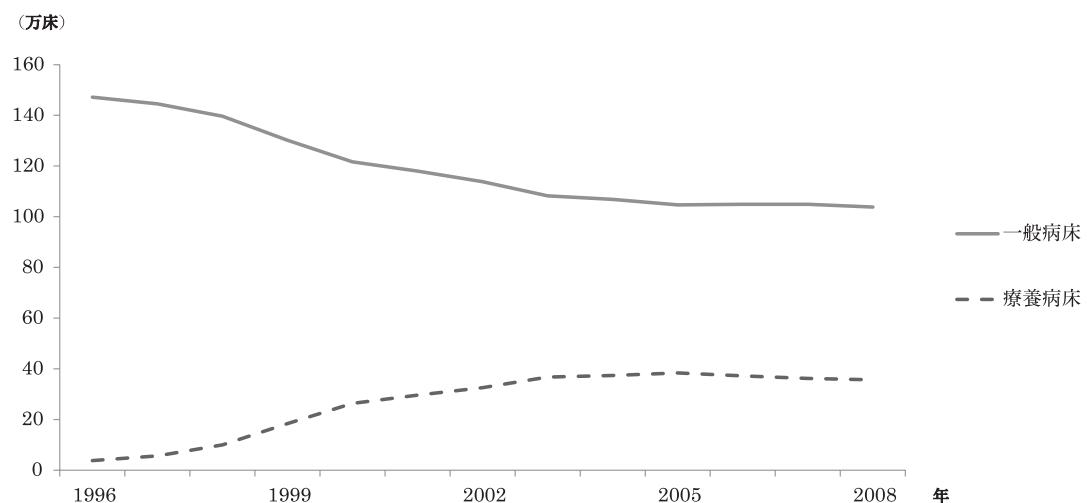
移である^{注11)注12)}。療養病床については、2011年と2014年の値も得ることができるので示している。患者数を千人単位で表記しているのは、『患者調査』の公表データにおける患者数の表記が千人単位だからである。社会的入院患者数は、1996年の124千人から2002年の158千人まで上昇した後減少に転じ、2008年には102千人まで下がった。一般病床と老人病床の社会的入院患者数の合計は一貫して減少している。ただし、2005年から2008年にかけての減少幅はそれまでよりも小さい。それに対して、療養病床（療養型病床群）の社会的入院患者数は2005年まで上昇し続け、その後一転して減少に転じている。

図2は、一般病床と療養病床の病床数の推移を示している。図2では、老人病床は一般病床に含まれる。一般病床は2005年まで減少し、その後ほぼ横ばいである。療養病床は、2005年まで増加し、その後緩やかに減少している。図1

と図2を比較すると、2005年までは、一般病床と療養病床の社会的入院患者数と病床数の増減傾向は同じであることがわかる。そのため、2005年までの病床の種類別の社会的入院患者数の増減は、病床の種類の変更を反映している部分が大きいと推察される。しかし、療養病床では2005年から2008年にかけて社会的入院患者数が大幅に減少しているのに対し、病床数では顕著な減少は観察されない。

療養型病床群は、1992年の医療法改正により創設された。2000年の介護保険法施行に伴ってできた療養病床は、医療保険が適用される医療療養病床と介護保険が適用される介護療養病床からなる。老人病床は1983年に制度化され、2001年1月に特例許可老人院が廃止された後、2003年3月に介護力強化病棟が廃止されたことで完全に廃止された。これらの病床の設立、変遷は、長期入院が必要な患者に適した療養環境を提供す

図2 病床数の推移



出所 「医療施設調査・病院報告」(厚生労働省)より、著者作成

注1) 病院と診療所の病床の合計である。

注2) 「一般病床」は、1996年～2002年は「その他の病床」であり、1993年～2000年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、2003・2004年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。

注3) 「療養病床」は、2000年までは「療養型病床群」であり、2001・2002年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

注4) 老人病床は、「一般病床」に含まれる。

るとともに、一般病床との機能分化の促進を目的としていた（小沼（2007）⁸⁾、竹下（2006）⁹⁾）。

表1は、病床の種類別の社会的入院患者の1日当たり費用を示している。病院・一般病床の1日当たり医療費は、1996年の10,187円から2008年の13,181円に増加している。表には示していないが、この間、入院基本料を除外した社会的入

院患者の1日当たり医療費は増加していない。病院・一般病床の1日当たり医療費の増加は入院基本料の増加によるものである。

図3は、病床の種類別・社会的入院費用の推移を示している。全病床の社会的入院の費用は、1996年の4,228億円から2002年の6,684億円まで上昇した。その後減少に転じ、2005年から

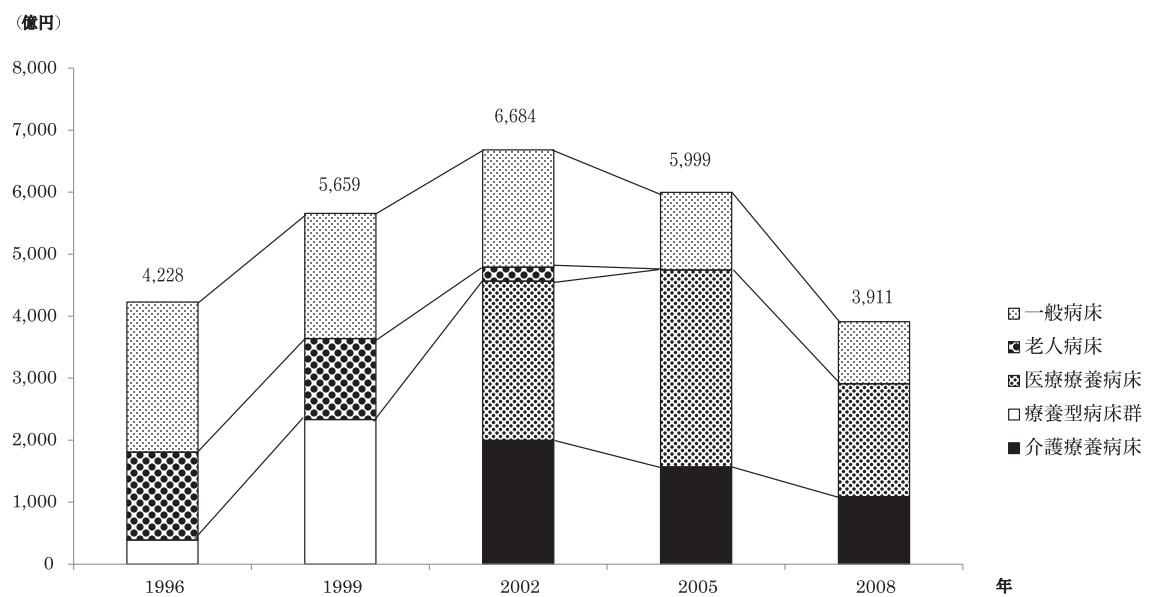
表1 病床の種類別・65歳以上の入院患者の1日当たり医療費（円）

年	医療保険			介護保険	
	病院		老人病床 ^{注1)}	診療所	
	一般病床	療養病床		一般病床	療養病床 ^{注2)}
2008	13,181	9,637	—	6,005	5,614
2005	12,499	11,962	—	5,949	7,334
2002	11,935	11,881	10,832	5,915	8,011
1999	11,404	11,667	10,522	5,904	7,711
1996	10,187	10,883	9,279	5,431	—

注1) 老人病床は、2003年度末をもって廃止された。

注2) 診療所に療養病床の設置が認められたのは1998年度からである。

図3 病床の種類別・社会的入院の費用の推移



注1) 老人病床は医療保険適用分である。

注2) 2002年の介護療養病床には、介護保険適用の老人病床も含む。

注3) 1996年と1999年の一般病床は、他の病床から療養型病床群、老人病床を除いたものである。2002年の一般病床は、老人病床を除いたものである。

2008年にかけては5,999億円から3,911億円へと大きく減少した。一般病床の費用は一貫して減少しており、2002年までの社会的入院の費用増加は療養病床（療養型病床群）によるものである。2005年から2008年にかけて、一般病床の費用はほぼ横ばいである。同期間の社会的入院の費用減少は、療養病床の減少分が大きい。

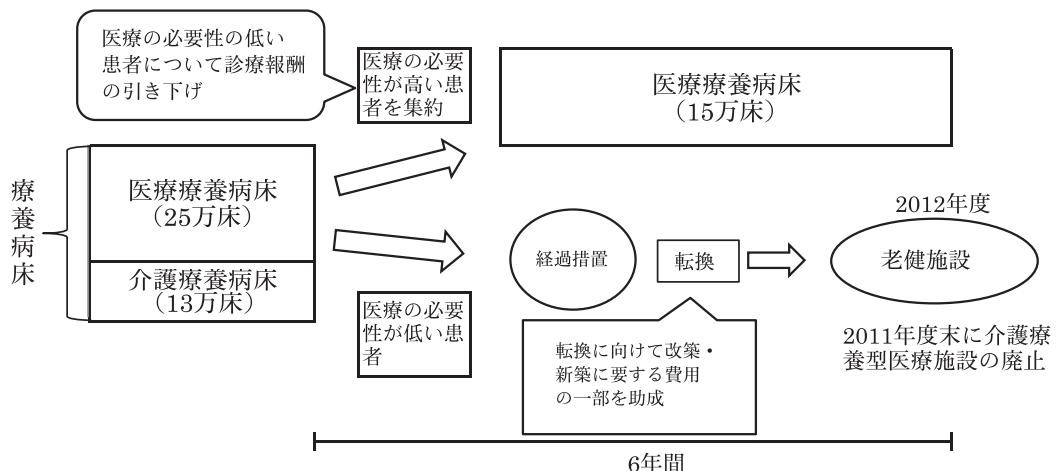
論文末の補論3では、社会的入院の費用計算に関する感度分析の結果を示している。行った感度分析は、以下の3種類である。①一般病床における社会的入院の基準を1日当たり医療費が1,500円以下とする。②包括払い病床における真的社会的入院患者数が回答者の回答よりも20%多い場合と少ない場合。③介護療養型医療施設における社会的入院患者の1日当たり費用として全入所者の平均を用いる。いずれのケースでも社会的入院の時系列推移の傾向はほとんど同じであった。

(2) 療養病床の再編と社会的入院の費用減少の関係についての考察

社会的入院は、介護施設や家族の介護力の不足、医療機関側の都合など多様な要因によって生じる。そのため、本稿が対象とする全期間について、社会的入院の費用の全ての変動要因を分析することは本稿の射程外である。そこで本節では、療養病床の再編と2005年から2008年にかけて生じた社会的入院の費用減少の関係について考察する。図1より、療養病床の社会的入院患者数は、2008年以降も減少している。そのため、2008年から2014年にかけても療養病床における社会的入院の費用は減少している可能性が高い。介護保険導入後も増え続けた療養病床の社会的入院が減少傾向に転じた原因を明らかにすることは意義深いと考える。

厚生労働省が2006年の医療制度改革において打ち出した療養病床の再編計画は、療養病床の社

図4 療養病床の再編



出所：第1回・介護施設等の在り方に関する委員会・資料2をもとに著者作成

会的入院の解消を目的としていた^{注13)}。図4に示したように、療養病床の再編計画は、2006年に25万床あった医療療養病床と13万床あった介護療養病床を、2011年度末までに医療療養病床のみの15万床に削減するというものであった。以下では、医療療養病床と介護療養病床のそれについて、療養病床の再編と2005年から2008年にかけて生じた社会的入院の費用減少の関係について考察する。

① 医療療養病床

医療の必要性が高い患者を集約するため、2006年7月から医療療養病床に医療区分とADL区分に基づく診療報酬が適用された。図5に示したように、医療区分は、医療の必要性が高

い順に3、2、1と3つの区分があり、ADL区分とあわせて入院基本料が設定される。診療報酬の額は医療区分によって決まる部分が大きく、医療区分1に対する入院基本料は医療区分2、3と比べると大幅に低い。厳密な比較は各種加算を考慮する必要があるため難しいが、医療区分導入前と比べると、医療区分1に対する入院基本料の水準は7割5分程度である。医療療養病床は病院のものと診療所のものがあるが、医療療養病床の社会的入院患者の約94%が病院に入院している。そこで、以下では煩雑さを避けるため病院の医療療養病床のみを取り上げる。

(a) 社会的入院の1日当たり費用の変化

表1より、病院の医療療養病床の社会的入院

図5 医療療養病棟の入院基本料（病院）

2006年6月まで

療養病棟入院基本料1	1,187点
療養病棟入院基本料2	1,060点

注) 老人の点数

2006年7月から

ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点		
ADL区分1		1,220点	
		医療区分1	医療区分2
			医療区分3

患者の1日当たり医療費は、2005年の11,962円から2008年の9,637円へと減少した。社会的入院患者の大半は医療区分1であると考えられる。病院の医療療養病床の社会的入院患者の1日当たり医療費は2005年まで微増傾向であった。それが2005年から2008年にかけて減少したのは、社会的入院患者に対して医療区分1の低い入院基本料が適用され、入院基本料が下がったことを反映していると考えられる。なお、表には示していないが、医療療養病床の65歳以上の全入院患者の1日当たり医療費は、対象期間を通じて微増傾向にあり、2005年から2008年にかけては14,548円から15,244円へと増加している。

(b) 社会的入院の患者数の変化

『患者調査』によると、2005年から2008年にかけて、病院の医療療養病床の社会的入院患者数は69.9千人から50.0千人へと減少した。それに対し、同期間、同病床の全入院患者数は、188.7千人から193.8千人へと増加した。全入院患者数が増加したにも関わらず社会的入院患者数が減少したのは、入院患者数に占める社会的入院患者の割合($\alpha\%$)が、2005年から2008年にかけて低下したからである。

図6は、病院の医療療養病床と介護療養病床について、入院患者に占める医療区分1および社会的入院患者の割合($\alpha\%$)を2005年と2008年について示している^{注14)}。2005年から2008年にかけて医療療養病床に入院する者うち医療区分1の割合は53.0%から31.9%へ、社会的入院患者の割合($\alpha\%$)は37.0%から25.8%へと大幅に低下した。それに対し、医療区分の影響を受けない介護療養病床ではそのような低下は生じていない。これは、医療区分1に対する低い診療報酬の設定により、医療機関が、医療療養病床において医療区分1の患者を減少させた

ことを示していると考えられる^{注15)}。日本医師会(2006)¹²⁾の調査によると、医療療養病床に入院する医療区分1の者のうち63.4%は「病状が安定しており退院可」である。そのため、医療区分1には少なからぬ社会的入院患者が含まれていると考えられる。したがって、病院の医療療養病床における $\alpha\%$ の低下とそれに伴う社会的入院患者数の減少は、医療区分に基づく診療報酬の改定によってもたらされたと考えられる。

以上のように、2006年に実施された診療報酬の改定は、医療療養病床における社会的入院の1日当たり医療費と患者数の双方を減少させることで、2005年から2008年にかけて同病床の社会的入院の費用を減少させたと考えられる。

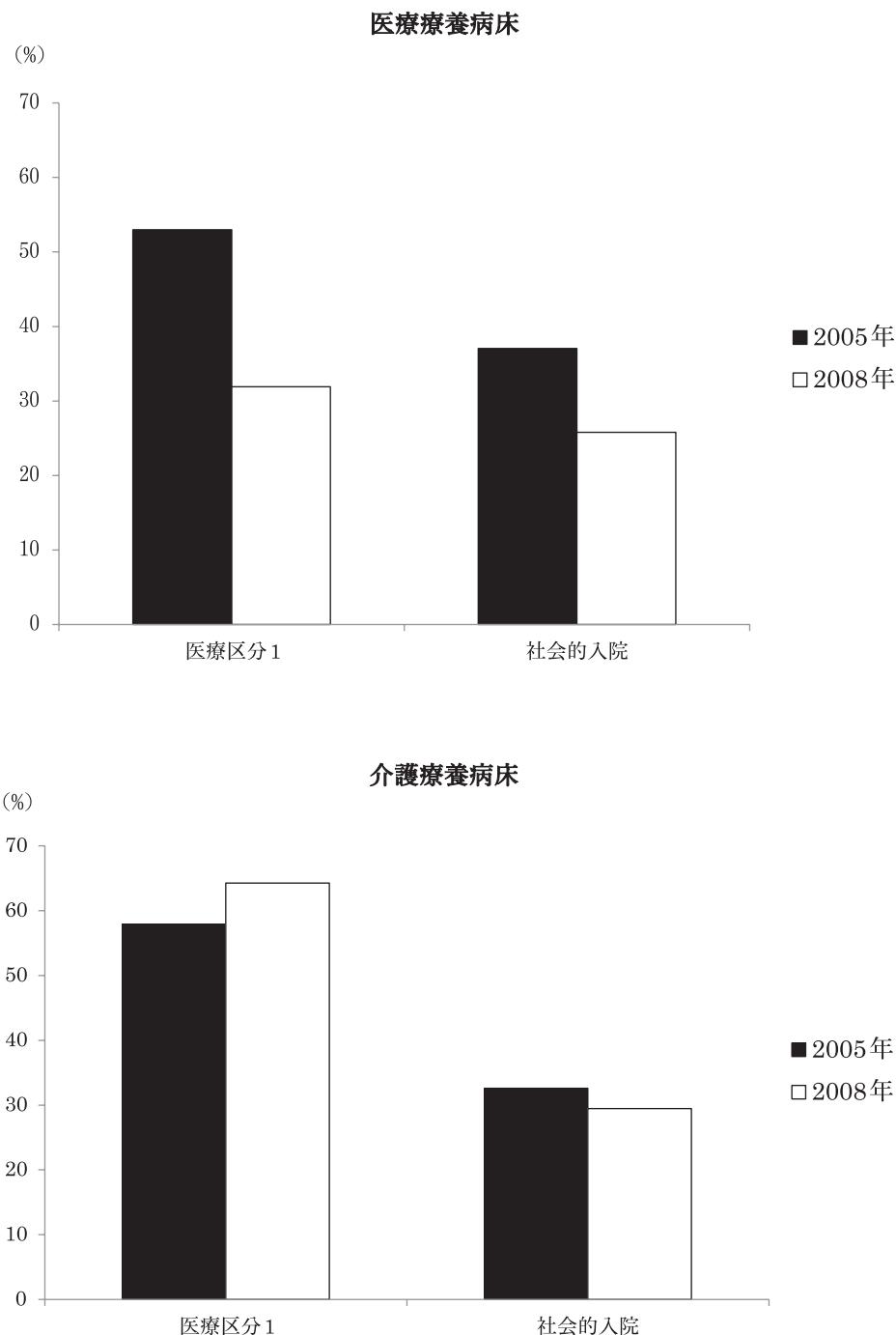
② 介護療養病床

介護療養病床の廃止の方針は、2005年12月に突如発表された。介護療養病床は、老人保健施設等へ転換することになっていた。しかし、療養病床の年次推移を示した図7をみると、廃止の方針が発表される前の2003年から介護療養病床数は減少傾向にあり、廃止の方針発表が減少を加速させたようには見えない^{注16)}。また、図1より、介護療養病床の社会的入院患者数も方針発表前の2002年から減少傾向にある^{注17)}。そのため、介護療養病床廃止の方針発表が社会的入院の減少に影響したとしても、それはかなり限定的であったと考えられる。なお、介護療養病床は、政府の思惑通りに転換・削減が進まず、廃止期限は2011年度末から2017年度末に延長された。

(3) 畑農(2004)との比較

全国レベルの社会的入院の推移を推計した先行研究として、畑農(2004)⁴⁾、二木(1995)⁶⁾がある。本稿と同様、彼らも『患者調査』と『社会医療診療行為別調査』を用いている。彼らは、社会

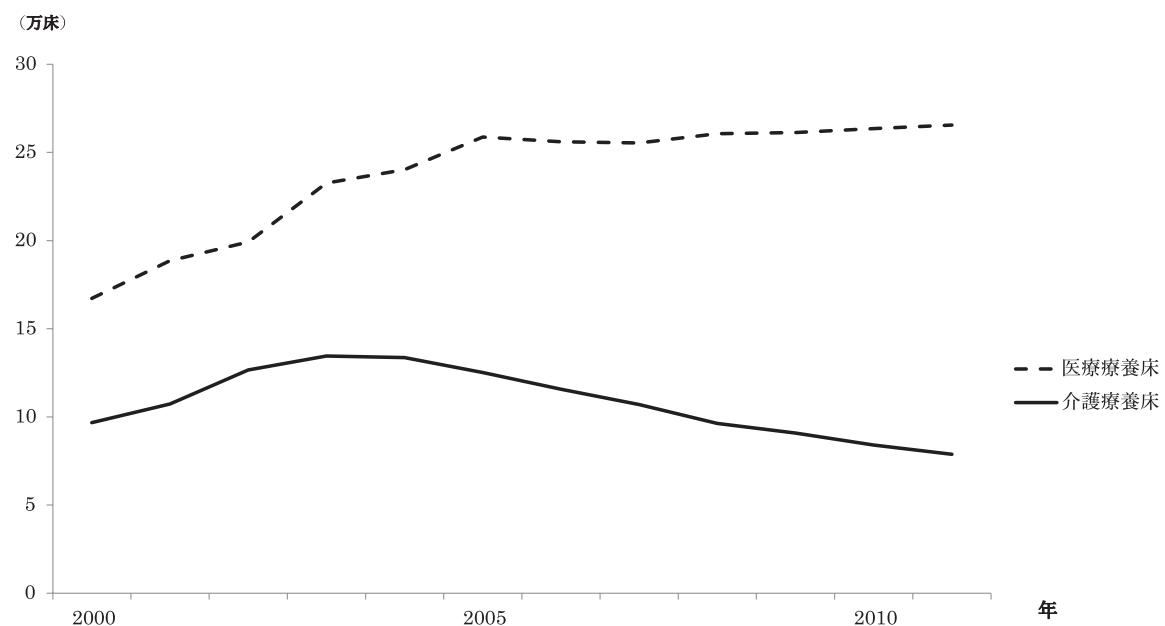
図6 医療区分1および社会的入院の患者割合



注) 社会的入院は、『患者調査』の「受け入れ条件が整えば退院可能」な者

出所:「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(厚生労働省)と「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(医療経済研究機構)より著者作成。

図7 療養病床数の推移



出所：「医療施設調査・病院報告」(厚生労働省) 及び「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省) より著者作成

的入院を6ヶ月以上の長期入院と定義している。これは、6ヶ月以上の長期入院をしている高齢者はほとんど医療行為が行われていないであろうとの想定に基づいている。しかし、たとえ社会的入院の基準として長期入院が適切だとしても、『患者調査』を用いる場合、この基準を用いる方法は大きな問題を抱える。論文末の補論4ではその理由について詳述している。

畠農（2004）⁴⁾は、本稿と最も関連が深い先行研究である。そこで、ここでは、本稿と畠農（2004）の結果を比較する。表2は、畠農（2004）⁴⁾と本稿の社会的入院の費用と、その推計に用いた1日当たり費用及び在院延べ日数又は患者数を示している。

畠農（2004）⁴⁾では、1999年と2002年の社会的入院の費用はそれぞれ1兆2,466億円、1兆914億円である。それに対して、本稿の費用は5,659億円（1999年）、6,684億円（2002年）

である。畠農（2004）の推計値は、本稿に比べて、1999年で2.2倍、2002年で1.6倍多い。本稿も畠農（2004）も年間の社会的入院の延べ日数に1日当たり費用を乗じることで、社会的入院の費用を推計している。本稿の社会的入院の延べ日数は、ストック・データから推計した社会的入院患者数に365を乗じた値である。畠農（2004）の社会的入院の延べ日数は、論文末の補論4に記した方法でフロー・データから推計している。両者の社会的入院の延べ日数を比較すると、畠農（2004）⁴⁾は本稿よりも、1999年で1.9倍、2002年で1.6倍多い。両者の社会的入院の費用の差の大半は、社会的入院の延べ日数の違いによって生じていることがわかる。

両者の社会的入院の延べ日数の違いは、論文末の補論4で述べたフロー・データを用いた場合に生じる偏りや社会的入院の基準の違いによるものと考えられる。本稿の社会的入院の基準のうち、

表2 畑農（2004）との比較^{注1)}

	1999年		2002年	
	畠農(2004)	本稿	畠農(2004)	本稿
1日当り費用（円） ^{注2)}	12,749	10,769	11,837	11,583
延べ日数（千日） ^{注3)}	97,780	52,560	92,206	57,670
社会的入院の費用（億円）	12,466	5,659	10,914	6,684

注1) 精神病床を除く全病床

注2) 本稿は表1の1日当り医療費を患者数で加重平均した値。畠農（2004）は、『社会医療診療行為別調査』の65歳以上入院患者の在院期間6ヵ月超分の値。

注3) 本稿は図3の社会的入院患者数に365を乗じた値。

特に退院可能性については調査回答者の主観が入る余地があるため偏りがある可能性がある。そのため、第3章2節では感度分析を行った。感度分析の範囲として±20%という設定が妥当であるかについては議論の余地があるだろう。しかし、回答者の主観による偏りが、真の社会的入院の延べ日数との間に2倍近い差を生じさせることは考えにくい。そのため、本稿と畠農（2004）⁴⁾の社会的入院の延べ日数の違いの多くは、フロー・データを用いた場合に生じる偏りや医学上の必要性から長期入院している者の存在によるものと推察される。

（4）介護施設への移行による費用削減効果

印南（2009）³⁾、畠農（2004）⁴⁾は、社会的入院患者を、介護保険施設に移すことで削減できる金額を推定している。移行対象の介護保険施設は、介護療養型医療施設よりも医療依存度が低い者を対象とする老人保健施設と特別養護老人ホームである。削減できる金額は、社会的入院患者の単価と介護保険施設の単価の差額に患者数を乗じることで求めている。本稿でも同様の計算を行う。ただし、本稿では、社会的入院患者の1日当り費用を病床の種類別に求めているため、削減額も病床の種類ごとに求め、病床計の値を示す。対象者は、病院の社会的入院患者である。対象期間は、『介護給付費実態調査』から介護施設の費用に関

する情報が得られる2000年以降である。診療所を除外したのは以下の理由による。診療所の医療療養病床の社会的入院患者の1日当り医療費は、認知症対応型共同生活介護の要支援の1日当り費用よりも低い。そのため、診療所の医療療養病床の社会的入院患者の受け皿としては、サービス付き高齢者住宅や在宅が適切であるように思われる。診療所の介護療養病床については、1日当り費用として介護療養型医療施設全体のものを用いざるをえないという問題に加え、いずれの年も約2千人と対象者が少ない。

表3に推計結果を示している。特別養護老人ホームを社会的入院患者の受け皿と想定した場合、削減額と削減率は、2002年・1,498億円（23.6%）、2005年・1,477億円（26.0%）、2008年・712億円（19.3%）であった。老人保健施設を受け皿と想定した場合、削減額と削減率は、2002年・1,052億円（16.5%）、2005年・1,094億円（19.3%）、2008年・598億円（16.3%）であった。削減率は、削減額を社会的入院の費用で割った値である。2005年から2008年にかけて削減額が減少しているのは、図3で示した同期間における社会的入院の費用減少によるものである。

社会的入院患者の受け皿としては、認知症対応型共同生活介護やサービス付き高齢者住宅なども考えられる。また、社会的入院患者を介護保険施設に移すには、介護施設の新築や病院を介護施設

表3 介護施設への移行による費用削減効果

		2002年	2005年	2008年
削減効果（億円） 削減率（%） ^{注1)}	病院－特養（億円） (%)	1,498 (23.6)	1,477 (26.0)	712 (19.3)
	病院－老健（億円） ^{注2)} (%)	1,052 (16.5)	1,094 (19.3)	598 (16.3)
1日当たり費用（円）	病院 ^{注3)}	12,112	12,098	11,028
	特養 ^{注4)}	9,257	8,948	8,894
	老健 ^{注4)}	10,107	9,764	9,648
社会的入院の費用（億円）		6,356	5,674	3,678

注1) 削減率=削減額／社会的入院の費用

注2) 2008年の医療療養病床分は老人福祉施設を用いている

注3) 表1の1日当たり医療費を患者数で加重平均した値

注4) 全入所者の平均値

に転換するための費用も必要となる可能性が高い。そのため、表3の削減額は、時系列推移の傾向を把握する情報としてはある程度信頼できるものの、金額そのものはあくまで参考値として捉えるべきであろう。ただし、社会的入院を解消することで削減できる費用は、政策当局が当初想定していたよりも遙かに小さい可能性が高い。厚生省(1995)¹³⁾は、6ヵ月以上の入院を社会的入院とし、その費用を約1兆8,700億円と試算していた。

4. 結語

本稿は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を推計した。無駄な医療費を削減し、医療費の伸びを抑制することは、社会保障の持続可能性を確保する上で非常に重要な政策課題である。そのため、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することの意義は大きい。高齢化に伴い要介護者や高齢者のみの世帯は増加し続けている。しかし、本稿の推計結果は、社会的入院が2002年以降減少していることを示している。そのため、社会的入院は非効率を生じさせているものの、2002年以降は医療費の増加要因ではない。療養病床の再編は、医療機関が新たな社会的入院患者の受け入

れを止めるとともに退院を促進するインセンティブを与えたことで社会的入院を減少させたと考えられる^{注18)}。

補論1 2002年の保険適用別の社会的入院患者数の推計方法

2002年の『患者調査』では、患者の保険適用区分が調査されていない。同年において、療養病床と老人病床は、医療保険適用病床と介護保険適用病床がある。『介護サービス施設・事業所調査』からは、介護療養型医療施設の病院・診療所別、病床の種類別の入所者数が得られる^{注19)}。いうまでもなく介護療養型医療施設の入所者は、介護保険が適用される。そこで、2002年の医療保険適用の療養病床と老人病床の入院患者数は、『患者調査』の入院患者数から『介護サービス施設・事業所調査』の入所者数を引くことで求める^{注20)}。なお、『患者調査』と『介護サービス施設・事業所調査』の調査月はともに10月であり、調査時点の差がもたらす偏りは極めて小さいと考えられる。

社会的入院患者数は、上記の方法で求めた保険適用区分別の入院患者数に、『患者調査』から得られる「受け入れ条件が整えば退院可能」な患者

の割合 ($\alpha\%$) を乗じることで求める。ただし、2002 年の『患者調査』からは保険適用区分別の $\alpha\%$ が得られない。そのため、同年の $\alpha\%$ は保険適用区分に関わらず同じ値を用いる。

補論 2 介護療養型医療施設の社会的入院患者の 1 日当たり費用の推計方法

補論・表 1 は、介護療養型医療施設の社会的入院患者の 1 日当たり費用の推計方法を示している。表の値は 2008 年のものであるが、他の年でも推計方法は同じである。

補論・表 1 の第 2 行には、要介護度別の入所者の 1 日当たり費用が示している。要介護度別の療養型医療施設入所者の 1 日当たり費用は、『介護給付費実態調査』の 2008 年度の費用額を利用実日数で割ったものである。費用額も利用実日数とともに 65 歳以上の入所者の値である。同表の第 3 行には、要介護度別の療養型医療施設入所者数を示している。入所者数は、『介護サービス施設・事業所調査』から得られ、10 月 1 日時点の値である。同表の第 4 行には、要介護度別の入所者割合を示している^{注21)}。『患者調査』より、2008 年の介護療養型医療施設の全入所者に占める社会的入院患者の割合が得られ、その値は 29.3% である。本稿では、要介護度が低い者ほど社会的入院である可能性が高いと仮定する。すると、要介護度 3 以下の入所者割合の合計は 16.9% であり 29.3% を下回る。そのため、要介護度 3 以下の入所者は全て社会的入院ということになる。残りの 12.4% (=29.3 - 16.9) は、要介護度 4 の者ということになる。同表の第 5 行には、以上の手順によって求めた全入所者に占める社会的入院患者の比率を示している。同表の第 6 行には、第 5 行の値を用いて計算した社会的入院患者の要介護度別比率を示している。同表の第 2 行の 1 日当たり費用に第 6 行の比率を乗じたものが第 7 行で

あり、要介護度別の値の合計 12,371 円が、社会的入院患者 1 人当たりの 1 日当たり医療費である。上記の方法では、要介護度が低くても医療依存度が高く社会的入院ではない者の存在を考慮できていない。そのため、本稿における介護療養型医療施設の社会的入院患者の 1 日当たり費用は過少推定となっていることに留意する必要がある。なお、費用は食事提供費を除いた値である。

補論 3 感度分析

補論・表 2 は、一般病床の社会的入院の基準を 1 日当たり医療費が 1,500 円以下とした場合の結果を示している。基準額を 1,500 円とした場合、一般病床の社会的入院の費用の割合が低くなる近年ほど、基本ケースの 1,750 円との差額は小さくなつた。基準額を 1,500 円とした場合、1,750 円の場合と比べると、1996 年で 673 億円低かったが、2008 年では 232 億円である。適切な基準額の設定は難しい問題であるが、社会的入院の費用の年次推移の傾向については、基準額を 1,750 円とした場合も 1,500 円とした場合も同じである。

本稿では、包括払い病床の社会的入院の基準として退院可能性を用いている。『患者調査』の調査票では、退院可能性を判断する明確な基準が示されていない。そのため、退院可能性の判断は、回答者よつて異なる可能性がある。回答者が退院可能性を過大または過少評価する傾向がある場合、社会的入院の費用の推計値には過大または過小評価が生じる。そこで、推計値の頑健性を調べるために、真の社会的入院患者数が回答者の回答よりも 20% 多い場合と少ない場合について社会的入院の費用を計算した。図表には示していないが、図 2 と比べ、社会的入院の費用は、真の社会的入院患者数が回答者の回答よりも 20% 多い場合は 1.1~1.2 倍となる。20% 少ない場合は 0.8~0.9

補論・表1 介護療養型医療施設の社会的入院患者の1日当たり費用の推計方法

2008年	計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日当たり費用（円）	13,571	8,948	10,091	12,433	13,382	14,207
入所者数（人）	92,410	1158	3623	10829	24402	52398
入所者数割合（%）	100.0	1.3	3.9	11.7	26.4	56.7
全入所者に占める社会的入院患者の比率	29.3	1.3	3.9	11.7	12.4	
ウェイト（社会的入院患者の要介護度別比率）	1.0	0.04	0.13	0.40	0.42	
1日当たり費用（円）×ウェイト	12,371	383	1,353	4,981	5,654	

出所：『介護給付費実態調査』及び『介護サービス施設・事業所調査』より著者作成

補論・表2 一般病床の社会的入院の基準を1,500円とした場合の社会的入院の費用（億円）

基準	1996年	1999年	2002年	2005年	2008年
(1)1,750円	4,228	5,659	6,684	5,999	3,911
(2)1,500円	3,555	5,067	6,334	5,731	3,679
差	673	593	350	268	232
(2)/(1) (%)	84.1	89.5	94.8	95.5	94.1

場合である。いずれの場合も社会的入院の時系列推移の傾向にはほとんど同じである。また、費用の変動のほとんどは患者数の変化によるものであり、1日当たり費用の変化による影響は僅かである。

補論2で述べたように、本稿における介護療養型医療施設の社会的入院患者の1日当たり費用は過少推定となっている。そこで、介護療養型医療施設における社会的入院患者の1日当たり費用として全入所者の平均を用いて社会的入院の費用を計算した。図3で示した基本ケースと比べると、2002年で78億円、2005年で164億円、2008年で106億円多くなった。費用の増加額は基本ケースの1~3%程度で、1日当たり費用の変更による影響は小さい。

補論4 先行研究の方法の問題点

(1) 二木（1995）⁶⁾の問題点

二木（1995）⁶⁾は、社会的入院を6ヶ月以上の長期入院と定義し、『患者調査』のストック・データ

を用いている。しかし、畠農（2004）⁴⁾が指摘するように、ストック・データでは、在院期間を基準とした社会的入院述べ日数を正確に推定できない。これは、ストック・データから得られる在院日数は調査時点において入院中の患者のものであり、退院時点に観察できる最終的な在院日数ではないからである。そのため、ストック・データから得られる在院日数は、分析に必要な最終的な在院日数よりも短くなる。

(2) 畠農（2004）⁴⁾の問題点

畠農（2004）⁴⁾は、社会的入院を6ヶ月以上の長期入院と定義し、『患者調査』のフロー・データを用いている。フロー・データは、調査年の9月中に退院した患者に関する情報である。

畠農（2004）⁴⁾は、第27項でフロー・データを用いる場合の問題点について触れているものの、記述があまりに簡便で分かりにくい。そこで、ここでは、畠農（2004）⁴⁾が述べたフロー・データ

を用いる方法の問題点についてより詳細かつ具体的に述べる。

フロー・データから得られる退院者数は9月分のみである。そのため、畠農（2004）は、6ヶ月以上入院していた9月の退院者数に12を乗じることで年間の社会的入院患者数としている。

社会的入院患者数

$$= 6 \text{ヶ月以上入院していた} \quad (1) \\ 9 \text{月の退院者数} \times 12$$

社会的入院患者の在院延べ日数は、在院日数階級別の在院延べ日数を推定し、それらを合計することで求めている。

社会的入院患者の在院延べ日数

$$= \sum_{i=l}^L \bar{t}_i n_i \quad (2)$$

i は在院日数の階級、 \bar{t}_i は 第 i 在院日数階級の代表値（中間値）。 n_i は在院日数階級ごとに(1)式で求めた社会的入院患者数である。 l は 6 カ月以上 1 年未満の在院日数階級、 L は 5 年以上の在院日数階級を指す。 L は上限が存在しないため、退院患者全体の平均在院日数と整合的な値を求め、それを第 L 在院日数階級の代表値としている。

社会的入院の延べ日数としては、6 カ月以上在院していた者の在院日数のうち、当初の 6 カ月分を除いたものを用いている。これは入院当初の 6 カ月分については医療を必要としているとの仮定による。そのため、社会的入院の延べ日数を以下の(3)式で求めている。

$$6 \text{カ月超分の在院延べ日数} \quad (3) \\ = \sum_{i=l}^L (\bar{t}_i - 182.5) n_i$$

社会的入院の費用は、6 カ月超分の在院延べ日数に、『社会医療診療行為別調査』から求めた 1

日当たり費用を乗じて求めている。これは、ある X 年に生じた社会的入院の費用の推計を、以下の(4)式に基づいて行っていることを意味する。

X 年の社会的入院の費用

$$= X \text{年に退院した患者の} \quad (4) \\ 6 \text{カ月超分の在院延べ日数} \times \\ 1 \text{日当たり医療費}$$

補論・表 3 は、筆者が畠農（2004）⁴⁾の方法を用いて求めた社会的入院の延べ日数を示している。表には、畠農（2004）では掲載されていない在院日数階級別の内訳も示している。畠農（2004）で示された社会的入院の延べ日数は、142,661 千日（1999 年）、132,542 千日（2002 年）である。それに対し、筆者が求めた値は、141,916 千日（1999 年）、134,941 千日（2002 年）である。両者に差が生じた理由は、1 カ月の日数の設定や在院日数階級の中間値の取り方等の違いによるものと推察される。しかし、本稿と畠農（2004）⁴⁾の差は僅かであり、本稿は畠農（2004）の社会的入院の延べ日数の再現に成功しているといえるだろう。

補論・表 3 より、畠農（2004）⁴⁾が求めた社会的入院の延べ日数の実に半分以上が 5 年以上の入院患者のものであることがわかる。表には示していないが、5 年以上の在院日数階級の代表値は、1999 年で 11.1 年、2002 年で 11.8 年である。このことは、社会的入院の費用計算に用いた在院日数の大半が、推計対象年よりも前の年のものであることを意味する。1999 年の場合、同年の社会的入院の費用計算で用いられた入院日数の大半が、1999 年以前のものである。

補論・図は、畠農（2004）⁴⁾の社会的入院の推計方法を図示したものである。単純化のため、以下の 3 つの仮定を置いている。第 1 に、全ての患者は社会的入院患者であり年末に退院する。第

補論・表3 在院日数階級別・社会的入院（6ヶ月超分の入院）の延べ日数内訳

在院日数 階級		6ヶ月～ 1年	1年～ 1年6ヶ月	1年6ヶ月～ 2年	2年～ 3年	3年～ 4年	4年～ 5年	5年～	計 ^(注)
1999年の退院者	述べ日数(千日) 割合(%)	10,563 (7.4)	8,198 (5.8)	7,110 (5.0)	14,882 (10.5)	11,821 (8.3)	10,512 (7.4)	78,831 (55.5)	141,916 [142,661] (100)
2002年の退院者	述べ日数(千日) 割合(%)	9,801 (7.3)	10,165 (7.5)	7,657 (5.7)	14,006 (10.4)	10,507 (7.8)	8,757 (6.5)	74,048 (54.9)	134,941 [132,542] (100)

注) (3) 式で求めた値。〔 〕内は畠農（2004）の推計値。

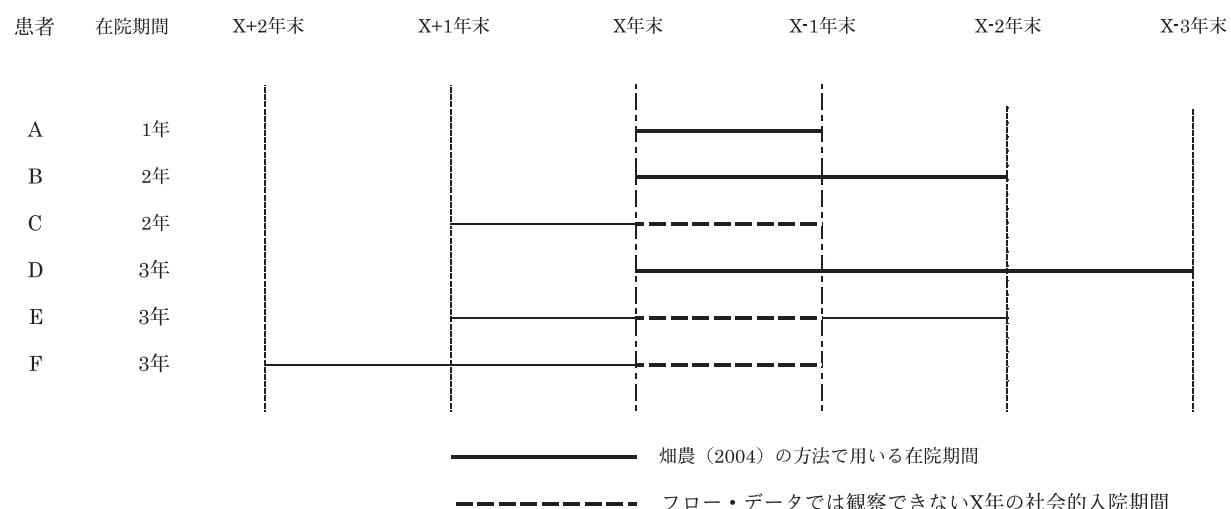
出所：『患者調査』より著者作成

2に、入院当初6ヶ月分も社会的入院とする。第3に、在院期間は年単位で最長3年とする。これらの仮定を外しても図が複雑になるものの議論の結論は同じである。さらに、毎年の退院患者数及びその在院期間の分布が一定であるという仮定も置く。そのため、それぞれの患者の入退院の前後には、同じ在院期間の者が入院しているものとする。補論・図では、在院期間が1年の者が1名、2年が2名、3年が3名としている。これは、1年間に社会的入院をする者の入退院のパターンが、在院期間が1年の場合1種類、2年の場合2種類、3年の場合3種類であるからである。実際の在院期間別の人数の分布は在院期間が短い者の方

が多いが、そのことは本稿の議論には影響しない。例えば、入退院日が患者Aと同じ者が30名、患者B、Cと同じ者がそれぞれ5名（計10名）、患者D、E、Fと同じ者がそれぞれ2名（計6名）といった場合でも結論は同じである。

畠農（2004）⁴⁾の方法では、X年の社会的入院患者として把握できるのは、X年末に退院する患者A、B、Dの3名だけである。畠農（2004）⁴⁾は、太い実線部分の6年をX年の社会的入院の述べ日数とみなし、それを用いてX年の社会的入院の費用を推計している。X年に実際に生じた社会的入院の延べ日数は、患者A～Fの計6年である。毎年の退院患者数及びその在院期間の分

補論・図 フロー・データを用いた畠農（2004）の社会的入院延べ日数の推計方法の図解



布が一定であるという仮定が満たされている場合、実際の社会的入院の延べ日数は、畠農（2004）⁴⁾の方法で求めた日数と一致する。しかし、社会的入院患者数が増加傾向にあり、患者Fと同様の入退院日の患者Gが生じたとすると、X年の実際の社会的入院の延べ日数は7年となり、畠農（2004）⁴⁾の方法では過小評価が生じる。また、在院日数の分布が変化し、X年末に退院する患者A、B、Dの後に入院する患者の在院日数が全て1年であったとする。その場合、X+1年の実際の社会的入院の延べ日数は6年であるが、畠農（2004）の方法による推計値は8年となり過大評価が生じる。以上が、畠農（2004）⁴⁾・第27項で述べられたフロー・データを用いる方法の問題点である。

上述のように、社会的入院患者数及びその在院期間の分布の推移が一定である場合、畠農（2004）⁴⁾の方法は社会的入院の延べ日数を正しく把握できる。ただし、畠農（2004）⁴⁾の社会的入院の延べ日数の半分以上が5年以上の入院患者のものであることや、5年以上の在院日数階級値が約11年であることを考慮すると、患者数及び在院日数の分布の推移が一定であるという仮定の妥当性は高くないようと思われる。また、仮にそのような仮定が厳密に成立する場合、社会的入院の費用の時系列変動は1日当たり費用の変動によってのみ説明されることになる。

謝辞

本研究は、科学研究費補助金・課題番号24530253を受けて行われた。本稿の作成にあたって、本誌の査読者及び編集委員、谷垣靜子（岡山大学）より、有益なコメントを頂いた。以上の方々に、ここで改めて感謝申し上げる。

注

- 1 本稿の方法において精神病床を扱うことができない理由の詳細な説明は、注6で述べている。
- 2 後述する退院可能性を基準に結核・感染病床の社会的入院患者数を求めたところ、1996年の800人から一貫して減少し、1996年に200人、1998年に0人となった。
- 3 その他の入院の状況は、「生命の危険は少ないが入院治療、手術をする」、「生命の危険がある」、「検査入院」、「その他」である。
- 4 2002年の『患者調査』では、患者の保険適用区分が調査されていない。そのため『患者調査』に加え、『介護サービス施設・事業所調査』（厚生労働省）を用いて同年の保険適用区分別の社会的入院患者数を推計する。推計方法の詳細は、論文末の補論1に記している。
- 5 審査機関へのレセプト提出遅延により、6月審査分には5月以前の診療分も含まれる。また、5月診療分でも7月以降の審査となることもある。しかし、月によって遅延数に大きな変動がない限り、6月審査分のレセプトを5月診療分とみなすことは、本稿では問題とならない。
- 6 入院基本料を除くのは、看護体制の影響を除くためである。リハビリテーションを除くのは、リハビリテーションを医療資源投入量に含めると、リハビリ中心の医療を受けている患者でも急性期機能の病床と回復期機能の病床の境界である600点を超えてしまい、急性期に分類されてしまうからである。
- 7 『社会医療診療行為別調査』によると、精神病床では、入院医療費に占める入院基本料の割合が約9割と非常に高く、看護体制の影響を大きく受ける。しかし、ガイドラインでは、精神病床の医療資源投入量を扱っていない。そのため、本稿の方法では、精神病床における社会的入院の1日当たり費用を求めることができない。
- 8 医療資源投入量は、入院期間中の1日ごとに計算する（松田（2015）⁷⁾）。それに対し、本稿の1日当たり医療費は、6月審査分の入院レセプトの点数を診療実日数で割ったものである。
- 9 ガイドラインでは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は回復期の病床の対象となっている。また、一般病床で障害者施設等入院基本料などを算定している障害者・難病患者は慢性

期の病床の対象となっている。これらの入院基本料を算定している者については、1日当たり医療費から入院基本料を除かることで、社会的入院に分類されることを防ぐ。

9 入院料は1999年度まで入院時医学管理料、看護料、室料から構成されていた。それらは2000年度から入院基本料となった。本稿では易読性を考慮して、1999年度までの入院時医学管理料、看護料、室料の合計を入院基本料と呼ぶ。

10 老人性認知症疾患療養病棟の社会的入院患者が介護療養型医療施設全体に占める割合は、1.7%（2002年）、2.7%（2005年）、2.0%（2008年）である。

11 『患者調査』からはより詳細な分類が得られるが、視認性を考慮して病床の種類別の区分を以下のようにまとめている。一般病床（病院・診療所）、老人病床（介護力強化病棟・その他の老人病床）、医療療養病床（病院・診療所）、介護療養病床（病院・診療所）。

12 『患者調査』で、「推計入院患者数、入院の状況、性・年齢階級×病院—一般診療所・病床の種類別」が公表されるようになったのは2002年からである。そのため、1999年と1996年の値は、個票の目的外申請を行うことによって得た。

13 療養病床の再編計画が出された背景については、吉岡・村上（2008）¹⁰⁾が詳しい。

14 医療区分1の者のデータは、2005年と2008年の医療療養病床及び2005年の介護療養病床の値は、「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（厚生労働省）のものである。しかし、2008年の介護療養病床は同調査の対象となっていない。そのため、介護療養病床の2008年の値は、「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（厚生労働省）の2006年調査の値（55.8%）と「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」（医療経済研究機構）の2010年調査の値（72.7%）を足して2で割った値である。

15 西本・吉田（2009）¹¹⁾は、療養病床を持つ医療機関が、金銭的動機に基づき入院患者を受け入れる病床区分を選択していることを示している。

16 『医療施設調査・病院報告』（厚生労働省）で、保険適用別の療養病床数が得られるのは2006年からである。そのため、2000年から2005年の介護療養病床数は、『介護サービス・施設事業所調査』の値である。医療療養病床数は、『医療施設調査・病院

報告』の療養病床数から介護療養病床数を引いて求めた。調査時点はいずれも10月1日である。2009年以降、『介護サービス・施設事業所調査』は調査法の変更により悉皆調査ではなくなり、正確な病床数が得られなくなった。そのため、2009年以降の病床数は『医療施設調査・病院報告』の10月末時点ものである。

17 図1において、介護療養病床には介護保険適用の老人病床も含まれる。しかし、同病床の社会的入院患者数は3千人と少ない。

18 ただし、本稿で示した社会的入院の減少が必ずしも望ましいものとは限らない可能性があることには留意が必要である。社会的入院が（居宅介護サービス等を含む）在宅介護力や介護施設の不足によって生じている場合、無届老人ホームなど不適切な施設が社会的入院患者の受け皿となっていたケースがあるかもしれない。そのようなケースについては、社会的入院の減少は必ずしも望ましいとはいえないだろう。

19 ただし、詳細な区分が公表されるようになったのは2003年からである。そのため、2002年の値は、個票の目的外申請を行うことによって得た。

20 『介護サービス施設・事業所調査』からは、年齢階級別の入所者数に関する情報は得られない。そのため、差し引く入所者数は、『介護サービス施設・事業所調査』から得られる値に、2002年の『患者調査』から得られる65歳以上の入所者割合（病院・診療所別、病床の種類別）を乗じたものを用いた。

21 『介護サービス施設・事業所調査』からは、年齢階級別の入所者数に関する情報は得られない。『患者調査』によると、療養型医療施設の入所者のうち65歳以上の者が占める割合は2005年・96.3%、2008年・96.2%で、大半が65歳以上である。そのため、65歳以上と65歳未満の入所者で要介護度の分布に差があったとしても、入所者の1日当たり費用に及ぼす影響は小さいと考えられる。

参考文献

- 1) 鈴木亘, 他. 高齢者医療における社会的入院の規模－福井県国保レセプトデータによる医療費からの推計. 医療経済研究 2012; 24: 108-127
- 2) 花岡智恵, 鈴木亘. 介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた

- 影響. 医療経済研究 2007; 19: 111-127
- 3) 印南一路. 「社会的入院」の研究－高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか. 東洋経済新報社. 2009
 - 4) 畑農銳矢. 社会的入院の定量的把握と費用推計. 医療経済研究 2004; 15: 23-55
 - 5) 府川哲夫. 老人医療における社会的入院の大きさについての統計的アプローチ. 医療経済研究. 1995; 2: 47-54
 - 6) 二木 立. 日本の医療費 国際比較の視点から. 医学書院 1994
 - 7) 松田晋也. 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料2 2015
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai4/siryou2.pdf
 - 8) 小沼敦. 療養病床の再編. 調査と情報. 2007; 第590号
 - 9) 竹下昌三. わが国の医療保険制度 [第3版]. 大学教育出版 2006
 - 10) 吉岡充・村上正泰. 高齢者医療難民 介護療養病床をなぜ潰すのか. PHP 新書 2008
 - 11) 西本真弓・吉田あつし. 医療療養病床と介護療養病床の選択要因－ある療養病床を有する病院の事例から-. 医療と社会 2009; 19: 221-232
 - 12) 日本医師会. 療養病床に関する緊急調査報告. 2006
http://www.med.or.jp/nichikara/kaigo/20061025_1.pdf
 - 13) 厚生省. 公的介護保険の構築に向けて. 週刊社会保障 1995; 49: 68-81
- 著者連絡先
 岡山大学大学院社会文化科学研究科・教授
 岸田 研作
 〒700-8530 岡山県岡山市北区津島中3-1-1
 岡山大学経済学部
 TEL: 086-251-7546
 FAX: 086-251-7546
 E-mail: kishiken@cc.okayama-u.ac.jp

Time-series Transition in Nationwide Social Hospitalization

Kensaku Kishida*

Abstract

Social hospitalization is defined as an unnecessary inpatient service that has been regarded as responsible for increased healthcare expenditure in Japan in the context of an ageing population, though the impact and the trend over time of social hospitalization has not been empirically assessed on a nationwide basis to date. It is the aim of this study to fill this knowledge gap.

The subjects are inpatients aged 65 or older who were in general or long-term care beds in the period from 1996 to 2008. "Social hospitalization in general beds" was operationalized as an inpatient care service provided at charge per day lower than the criteria price based on the Guideline for Planning Community-based Health Care. The proportion of social hospitalization was estimated using the Survey of Medical Care Activities in Public Health Insurance, and was multiplied by the daily number of inpatients derived from the Patient Survey and the average charge of socially hospitalized patients to obtain the sum of charge. The socially hospitalized patients in long-term care beds were defined as "those who could be discharged if an appropriate situation were met" as described in the Patient Survey. The daily charge of socially hospitalized patients in long-term care beds was separately obtained for those covered by health insurance and those by long-term care insurance.

Estimated results indicated that the total annual charge of social hospitalization increased from 422.8 billion yen in 1996 to 668.4 billion yen in 2002, and then declined. There was a particularly large decrease from 599.9 billion yen in 2005 to 391.1 billion yen in 2008 that corresponded to the reorganization of long-term care beds after the Ministry of Health Labour and Welfare made a policy change.

[Keywords] Social hospitalization, Long-term care insurance

* Graduate School of Humanities and Social Sciences, Okayama University