

医療ソーシャルワーカーの「環境」 ——病院をめぐる考察——

大 瀧 敦 子

1) はじめに

医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）は、様々な社会資源を活用しながら患者の生活支援を行う職種である。支援で活用する社会資源が、時々の政策、国や地方自治体の財政状況等で左右されることは、日々実感するところだ。だが同時に、大半のMSWが働く場である医療機関こそが医療政策の直接的影響に曝されており、その実践内容にも大きな影響を与える。例えば、1990年代からの医療費抑制政策と短期入院化の波は、特に急性期医療において退院支援業務の比重を格段に増していった。

医療機関は、医療法や医師法に止まらない多くの法とそれに基づく公的な縛りの中で運営される一方、民に属する医療法人等による経営が7割を占める点が日本の特徴と指摘されてきた。これが効率的医療提供システムを可能としたと正の評価を受けた時期もあったが、2020年に始まったコロナ禍以降は、その脆弱性と民間運営の問題を露呈したとする負の評価に暗転した時期もある。

ここでは評価の議論を目的とはしない。MSWの支援とその上部で結びついているマクロシステムへの理解は、ソーシャルワークにとって必須との立場から、医療政策に関わる2研究のレビューを発端に、医療提供体制の歴史的経緯の理解を深めることを通して、現状認識の整理を目的とする。

2) 『病院の世紀の理論』猪飼周平 (2010) のレビュー

本著は、日本の医療システム成立の歴史的経緯について、旧内務省、厚生省(当時)、文部省(当時)等の年報等行政資料や、大学医学部同窓会資料等に当たり、著者のいう「病院の世紀の理論」を実証的に論証している。

まず、日本と他先進諸国の医療システムについて、プライマリケアとセカンダリケアの診療構造及びその源となる医師の身分構造を一つ目の基準とし、病院・病床の所有形態を二つ目の基準とすることで、3パターンに類型化している。その中で日本は、一人の医師がプライマリケアからセカンダリケアまでを守備範囲とする教育体制を形成し、修了した個別の医師が病床を所有、開業、経営に直接従事する「所有原理型」医療システムを歴史的に形成してきたとする。(p.1-54)

明治時代以前は東洋医学のみ普及していた日本で、早急に西洋医学を取り入れるため政府が取った施策は、医術開業試験制度(1876年)である。現代と違い、医師を志望するものは教育水準を問われず、試験に合格すれば免許を得て開業可能であった。一方で、19世紀末から大学教育機関の設置が進む。1876年東京大学医学部成立を皮切りに、京都、九州、北海道に帝国大学を設置、医学部卒業生数は1925年で546人に達した。(p.104) だが、この程度の卒業生数では医療の西洋化計画を短期間で実現するのは困難で、速成の医師養成機関として設置されたのが医学校制度だ。大学医学部設立に先立つ1874年開講された東京医学校をモデルスクールとし、地方に公立医学校を設立していく。(p.69-75)

以上3つの教育ルートで普及を目指した西洋医学だが、各ルートの修了生がとる当時のキャリアパスは2つのみだ。大学で医学士を取得したものの多くは、公立医学校と付属する公立病院に勤務する官公吏や軍医となったが、医学校の卒業生やその他の者は、開業の道以外ルートを持たなかった。だが、早くも1880年代から生じた公立病院減少傾向により、医学士たちも開業医セクターに

オーバーフローし、結果として、開業医層が安定的に形成されていったと本著は分析する。(p.78-88)

1880年代に生じた公立病院減少傾向について、従来の「医療の社会化論」⁽¹⁾では、松方財政の波紋と、公立医学校への地方税支出を禁止する1887年勅令第48号発令により、医療供給体の民間病院依存型へのシフトが進んだとしてきた。だが本著は、背景にある病院組織の歴史的成立過程における日本の特殊事情を重視する。日本では、公的病院は公立医学校と併設し設けられ、主たる目的は、教育及び治療の西洋医学化の浸透にあったのであり、19世紀終盤明治政府は既にその役割を果たしたと判断したのだとする。根底にある地方財政の脆弱性は軽視できないが、救済の機能を担い発展した西欧型医療施設との違いが、日本における公的医療機関の「積極的存在理由」を希薄にしたとする。(p.80-88)

以上のような経緯で、勤務先の公的病院が減少し開業医層にオーバーフローしてきた学士層の存在に加え、全ての教育課程を経た医師が、専門医療まで担うことを想定した医学教育の在り方、更には米国のように医師が地域の病院施設を利用可能である病院開放システム⁽²⁾を取らなかったゆえ、日本には「所有原理型」医療システムが形成されていったとする。

だが医学教育では、知識習得だけでなく臨床経験の蓄積が専門化には欠かせず、「免許取得から開業までの間に数年程度の修業期間が」(p.102)、20世紀前半の医師には求められるようになる。この形態は、日本と米国に特徴的で必ずしも各国共通ではない。英国では、一般医と専門医間で教育課程が分離する「身分分離型」をとっており、所謂GP (General Practitioner) は入院治療等を担当しない。(p.23-40)⁽³⁾

一方で、1920年代から1930年代にかけ西洋医学が普及する中、無医村の増加や都市細民層の医療疎外が生じる。医療の地域・社会格差の主因を開業医制度に求め、公的医療への転換の必要性を説く論を本著では「医療の社会化論」と呼び、この時期生じた実費診療所開設などの「医療の社会化運動」とは区別す

る。著者は、格差の主因を開業医の営利性に求めるこの論は、史実に基づかないにもかかわらず、戦後も日本の医療史研究に負の弊害をもたらしたとする。例えば「医療の社会化論」は、当時の無医村増加について、町村部では営利が確保できず開業医が医療を放擲したとする。だが実際のところ当時は、明治初期に開業した医師の世代交代期で、新規開業が農村部よりは町に近い場所になりがちであったとしても、開業医そのものは広域的には減少していないことを資料から示す。(p.145)むしろ、上記の臨床経験蓄積期として、病院の勤務医となる医師の増加や、専門化の進展による医師の先端医療への志向といった複数の要因が「町がかった」場所での開業に影響しており、営利性という単一の要因に帰する現象ではないとする。本著の重要な主張は、この「医療の社会化論」パースペクティブが、1960年代以降の医療問題理解にも汎用され認識の錯誤を生んでおり、それに代わるものが著者の「病院の世紀の理論」だという点にある。(p.127-154)

加えて、1920年代から1930年代の医療機関の経営母体別状況について、公立病院、施療病院、私立病院に分け、数や開院場所を検証する。公立病院は市部での開院が66.8%と多数を占め、施療病院たる済生会や日本赤十字病院はより市部に集中している上に、実際の施療患者は全体の10%内外にすぎなかった。それらに比し私立病院は、病床数の少ない小規模病院が数多く、地理的に満遍なく存在していた。以上の点から、当時の公立病院は地域の中核病院の機能を果たし、小規模私立病院がむしろ地域的偏在を緩和していたとする。(p.155-177) 個人開業の病院経営がこのような場で可能だったのは、軽装備での開院が可能で「安上りな入院医療を供給するという戦略ポジション」(p.197)を取ったからで、これにより町村部の医療供給に当たったとする。

軽装備の入院医療は、アクセスビリティの向上をもたらした反面、病床や高額医療機器の分散で医療財源の効率の活用を阻止する源となったり、分散の病床に看護職を行き渡らせるため「看護職の正/准構造」が温存されたりする等、

病院組織上の弊害も生じさせてきた。つまり、所有原理型が安定的に行き渡ることで、この型が「20世紀日本における医療政策にとっての決定的な前提条件とな」(p.209)り、戦後から繰り返し行われた医療改革が、ことごとく失敗したとも指摘する。(p.207-211)

このように堅固に見えた「病院の世紀」だが、現代は所謂「生活習慣病」等完治困難な疾病が主流となり、人々が20世紀初頭以降抱いてきた治療医学への過度の期待の消失や、障害者福祉パラダイムから普及し始めた生活の質を重視する「生活モデル」の影響で、著者によれば1990年代以降「病院の世紀」は終焉を迎えつつある。(p.212-217) 上記2つの変化は、人々に新しい健康概念とそれを希求する健康システムの需要を生み出し、「予防・治療・生活支援を統合的に行うことで、新しい意味における健康を達成しようとする……包括ケアシステムが形成される」(p.220)とする。この包括ケアシステムは、医療システムに対しても変化を促すポイントとし、医療供給の生活の場への接近、病氣予防の活動主体並びに生活支援の供給主体としての地域社会の重視、専門家階層システムの解体とネットワーク化の三点を上げる。(p.221-222) また、包括ケアシステム形成は上記2要因からのみ促進されるのではなく、医療の側も急性期への特化が加速し、治療後の療養を要する人々の「受け皿」の必要性からその需要を喚起するという。著者は、在宅ケアを「受け皿」の主流と位置づけ、施設等での生活はあくまでも「在宅ケアが諸般の事情によって難しい人々を収容する場」とし「残余的カテゴリー」と位置付ける。(p.222-225)

本著は「社会的入院」も、「所有原理型」医療システムに発生源を求める。そもそも所有原理型は、一般病床増加に適した特徴がビルトインされている。例えば、病床への患者側ニーズは多様であるが故に、位置づけに柔軟性が認められている一般病床は医学的治療に限定しない利用可能性を開いてしまう。また、医療法人制度では医療収益の配当を禁じており有益な投資先は自法人の医療資本となりやすく、これが病床増大に直結しがちで需要よりも多めな供給に

なりやすい (p.248-251) ことなどだ。余剰気味で利用の柔軟性が高い一般病床は、他の先進諸国が入院の短期化や病床の急性期化に向かった1980年代以降の動きに対し、抑制的に機能する。元々「安上りな医療」として拡大した個人病院にとって、重装備を要する急性期化は困難で、病床利用の柔軟性へとシフトしていった結果が「社会的入院」だとする。(p.251-269)

以上みてきたように、著者は「病院の世紀」終焉後の医療の姿を、包括ケアシステムにみるが、現代の医師養成課程の中では専門医志向が強まっており、身分原理型医療システムを取らない日本では、包括ケアシステム内で必要なプライマリケア機能とは、医師教育のトレンドが逆行している点を懸念材料とする。一つの解決策として、看護師の医療行為拡大などを伴うナースプラクティショナー養成普及を上げている。(p.298-300)

3) 『社会的入院の研究』 印南一路 (2009) のレビュー

従来、社会的入院とは長期入院⁽⁴⁾を指すことが多い。本書のユニークな点の一つは、所謂社会的入院と長期入院を区別し、長期入院は社会的入院の一部を成すと位置付けていることだ。入院期間で社会的入院を定義するのではなく、入院の医学的必要性と社会的妥当性の二次元で定義すべきとの立場から議論と調査を行う。

医学的必要性は、専門家である医師の裁量が大きいですが、高齢者医療は医学的領域にも一部社会的妥当性に基づく判断が求められる。例えば、完治を目指し治療することで、高齢者の生活の質 (QOL) が却って低下する場合などだ。(p.52) 社会的妥当性の構成要素としては、適法性、本人または代理人の意思、患者の利益、医療資源の効率的分配を上げる。(p.54) この二次元モデルにより、医療の必要性があっても不適切な医療というものがあり得ること、従ってその判断は医師以外でも可能なことを示せたとする。(p.65) この立場から社会的

入院を再定義すると、「入院医療の必要性がない」という基準から、「入院医療の必要性が小さい」入院まで基準緩和が可能で、退院可能だが入院継続している事例をも含むとする。(p.65)

再定義により社会的入院は、従来の長期入院に加え、医学的必要性とは別の要因で生じる「社会的新規入院」、本来退院すべきでない場所への「不適切な転院」、治療継続すべき病態にもかかわらず社会的理由で退院する「未完退院」に加え、転退院といった環境の変化で病状が悪化することによる「社会的再入院」といった多様な形態で生じる。(p.3-89) 重要な点は、多様な形態の社会的入院は、長期入院で問題となることの多い療養病床だけでなく、急性期を担うことが想定される一般病床でもみられるとする。

以上の定義に基づき、一般病床と療養病床を有する全国7,643病院の退院支援部門に調査票を送付、2007年3月1日現在の社会的入院継続患者数（従来の社会的入院）と、2007年1月1日から2月28日の二か月間で生じた、社会的新規入院、未完退院、社会的再入院、不適切な転院の患者数を調査し全国推計値を提示する。有効回答率は5.1%と高くはないが、ここでは参考として推計値も引用する。(以下p.92-107)

まず、療養病床の入院患者は回答病院全患者のうち65歳以上高齢者の割合が93.4%と高く、病床規模が小さくなるほどこの比率が上がる。一方、一般病床では、在院日数21日以上の患者のうち35.5%が高齢者とある。21日以降では、31日から90日までの高齢患者が最も多く、これは90日超えの高齢者の入院医療費は包括化され点数が低く抑えられる当時の診療報酬制度の影響が大きいと推察する⁽⁵⁾。この様に、一般病床での高齢患者の長期入院は、診療報酬制度で相対的に抑えられるが、この現象の表裏とし生じるのが未完退院であり、それを原因として社会的再入院も生じる。

当該調査結果からの全国推計値は、療養病床の在院日数181日以上の高齢患者数199,508人、これに上記一般病院での181日超え長期入院高齢患者数32,589

人を加えると232,097人となる。この数値は、複数の先行研究で提示されている長期入院患者推計値23万人とほぼ同じだ。独自概念の「社会的新規入院」, 「未完退院」, 「不適切な転院」の推計値も示されているが、ここでは割愛する。

社会的入院の発生要因説明モデルとして、先行研究等の検討から本著が提示しているのが、患者、家族、病院という入院の直接的アクター三者に原因を求める当事者要因モデルと、このモデルでは十分説明できない点を補うとして、社会的入院の需要と供給について各自の行動と制度的要因から説明しようとする需要供給行動モデルの二つだ。(p.152-300)

当事者要因モデルの患者側要因としては、病状への不安や入院時の経済的負担の相対的軽さから入院を選択する「入院医療への依存」、要介護状態や症状の残存など「身体・精神機能」の問題からの入院選択、治療やリハビリへの過度の期待から入院継続を望む「高齢者医療に対する理解不足」を上げる。家族側要因としては、介護力不足と介護忌避、医療福祉システムへの理解不足を上げ、病院側要因としては、退院調整機能不足、退院基準の不明確さと医師の裁量的判断の問題性、医療者と患者・家族のコミュニケーション不足を上げている。

だが、介護保険制度実施後も社会的入院が解消されない現実から、当事者要因モデルでは十分説明できないとし提示したのが需要供給行動モデルで、ここで重きを置くのが家族の介護忌避だ。介護保険制度開始後は、「在宅介護・施設介護の環境は以前より大幅に改善して……」おり、「家族の介護力は、もはや社会的入院を生み出す本質的原因とは言え……」ないとする。「家族の介護力不足の問題は、施設入所の阻害要因ではなく、在宅復帰阻害要因に過ぎない……」(p.179) という主張は首肯できるが、その前提となるのは、退院時に希望すれば適切な高齢者施設に入所可能という条件の下だ。

この点に関し本著は、高齢者施設需要はむしろ過剰とし、当時の状況を以下のように分析する。長期ケア施設として介護型療養病床、老健、特養の合算定

員数で、当時の要介護度4,5 認定者数それぞれ57万9千人と50万人、合計100万人余りが入所可能であり、これに医療型療養病床、一般病床を足すと、長期ケアベッドは他国と比し不足していないとの主張だ。(p.235-236) 米英独仏の長期ケアベッド数比較を提示し、日本の長期ケアベッドの多さの証左とする。(p.236)

一方、在宅介護については、家族の介護力不足よりも介護忌避の問題が大きいとし、介護を担う家族へのインセンティブの必要性を主張する。病院、老健、特養での医療費や施設費の患者自己負担額を在宅医療と比較した場合、一見在宅医療は自己負担額が少なく見える。(p.239) だが、実態は様々な医療資材や居住費等の費用負担に加え、家族介護への評価が介護保険制度では現金化されていないことを問題視し、在宅介護や療養への優遇策が必要だとする。(p.242) 「在宅介護よりも施設介護を選択する最大の理由は、現行の介護保険制度が家族介護の労働を評価しないため、実質的な費用負担の不均衡があると思われる」とし、「需要サイドの最大の問題は、国民の介護忌避を助長し社会的入院を促進する医療・介護の不均衡問題」だとする。(p.245)

社会的入院のもう一方の当事者である病院側要因は、病院側がそもそも「早期退院に対する意識不足」とし、また退院基準が不明確ななか「医師の裁量的判断」で入退院が決められている現状を上げる。急性期医療では、2003年に導入されたDPC制度など入院短期化に向けた診療報酬制度改革で、病院側の意識は強化されている。だが、一般病床という種別の中には、亜急性期病棟⁽⁶⁾や回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）なども混在することから、これらの病床について本著では、「急性期化の道を歩んでいない一般病床」とし、病院経営上も入院長期化へのインセンティブが働くとする。(p.267) 回復期リハ病棟は、リハビリ医療の専門家不足などから増加は難しいと予測していた。(p.318-323)

本著の全体的主張は、急性期病床以外の一般病床は7対1看護のような相対

的に医療密度の高い環境になく、低密度医療で生じる廃用症候群等の新たな疾患によって社会的再入院や入院継続等を生み出し、悪循環を生じているという点にあるだろう。一般病床90万床のうち急性期病床39万床以外の51万床の半数26万床を削減し、施設等への転換を提言している。(p.313) 以上のように病院病床の福祉施設への転換を主張する本著だが、同時に高齢者施設種別の多様化を懸念する。(p.335-337) この多様化は、高齢者のある時点における「サービスニーズに特化した施設を創設して部分最適化して」いるため生じる。だが、「一定期間後には長期滞在化してしまい、かえってその違いが利用者にとって見えづらいもの」となる(p.331)と指摘する。

多様化に代わるものとして提案するのは、急性期に特化できない一般病床と療養病床、更には老健が医療介護複合施設への転換を図ることだ。これにより、病床過剰によるマンパワー不足の解消や高齢者施設の多様化の抑制を期待する。(p.337-341) なお、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等による医療の地域化は望ましい姿としながらも、開業の地域的偏在や24時間体制保持の困難さに言及し、必ずしも社会的入院の有効な解決策とはしない。(p.341-349)

以上の通り、社会的入院への具体的解決策の提案は、①家族に対する在宅療養へのインセンティブ付けとして、在宅療養時の医療・介護保険の自己負担上限額引き下げ、②診療報酬におけるアウトカム評価拡大を目的とした病院機能評価との連動、③入退院の適切性審査や延命処置に関する本人意思確認、被保険者教育における保険者機能の強化、④病院、介護施設ベッドの医療介護複合施設への転換(p.352-364)を上げている。

4) 2 著からの考察

①一般病床の柔軟使用について

以上のとおり、各々の立場から医療機関の中でも特に一般病床の問題点が多

く提示されていた。猪飼（2010）では、私立病院の歴史的役割について正の側面を強調し論じる一方で、それらは20世紀末以降分岐点にあり医療の場が病院から地域へ移行する過程にあることを示唆する。一方、印南（2009）は、診療報酬制度、保険者機能、医療提供体制と言ったシステム全体の改革を提示しているが、2著とも入院時の医師裁量とそれに影響を与える医療の必要度以外の要因の存在を指摘している。

2著書が発刊された時期に近い2010年12月末の病床総数（百の単位以下は切り捨て）は172万8千床、うち精神病床34万6千床、療養病床は病院33万2千床、有床診療所1万4千床を合わせ34万7千床、一般病床は病院90万3千床と有床診療所12万床を合わせ102万4千床で、印南（2009）の示した一般病床90万床は病院におけるそれとほぼ同じだ。これに対し直近の2020年は、病床総数159万3千床、うち精神病床32万4千床、療養病床は病院28万9千床、有床診療所6千床を合わせ29万6千床、一般病床は病院88万7千床と有床診療所7万9千床で96万7千床となる。（厚労省2010 2022）つまり、減少速度の評価はさておき全体に病床減は緩やかに進み、一般病床はこの10年間で5万7千床減、約5.5%減、療養病床5万1千床減、約14.6%減、精神病床2万2千床減、約6.3%減となる。療養病床の減少率が他と比し大きく、特に有床診療所のそれは10年前の半分以下だ。

注意すべきは、一般病床分類に回復期リハ病床等が含まれるなど、すべてが急性期病床ではない点（前田由美子2021）だが、2020年10月時点における回復期リハ病床の届け出数は、90,660床で（一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会2022）、これを除いた一般病床は87万7千床になる。

2018年度診療報酬改定で一般病棟入院基本料が改訂され、病床が急性期医療を担うのか、「急性期医療から長期療養」を担うのかが一定程度外部からも分かるようになった。2019年11月時点、急性期一般1⁽⁷⁾の届け出病床は34万2千床、急性期一般2-7の届け出病床15万床で、49万2千床が急性期の扱いだ。（日

本アルトマーク2020) 印南 (2009) は、必要な急性期病床を約39万床とするが、これは急性期一般1の病床を想定しており、2019年の数値で約5万床前後不足になる。一方で、看護配置7対1を満たせない急性期病床が15万床余りある。また、地域包括ケア病棟等が想定されている地域一般1～3の入院基本料には、5万床の届け出があり (日本アルトマーク2020) これらを差し引くと、機能が不明瞭な病床数は33万床余りとなる。(地域一般の基本料内には回復期リハ病棟分も重複している可能性は高い)

諸外国では、急性期病床とリハ病床とは分けて算出するのが一般的だ。リハ病床数については独16万4千床 (2017)、仏10万5千床 (2018) と多く、急性期病床数とこの値を足した1,000人当たり病床数は、独8.0床、仏4.6床、日本のそれは7.8床でドイツよりやや少ないレベルだ。(前田2021) こう見てくると、病床数について他の先進諸国と比し日本が突出して多いという議論の前提には再考の余地がある。日本の問題点の一つは、急性期としてカウントされる一般病床種別にリハ病床だけでなく、亜急性期病床 (地域包括ケア病床) を含んでカウントしている点に加え、機能が曖昧な約33万床が含まれている点だ。この一般病床における曖昧領域については、上記2著ともに指摘していた医師の裁量による「柔軟な」活用が、2022年現在でも継続していると思われる。

一般病床機能の曖昧性は、厚労省も2012年の急性期医療に関する作業グループの報告以降、主に診療報酬を通して改革を繰り返している (厚労省2018) が、基準を重層的に設定することで複雑化の度を増している⁽⁸⁾。このような複雑さは、報告に含まれる「住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していく」という目標については、むしろ逆機能していないかとの懸念を抱かせらる。

②長期療養ベッドは過剰なのか

療養病床の減少率は他と比しやや高いことは既に示したが、厚労省による

2006年の介護療養病床廃止方針の進行は、順調とは言えず期限は2023年度末まで延長された⁽⁹⁾。印南（2008）は、高齢者施設需要は過剰としながらも、一般病床の余剰約25万床については施設への転換を提言する。一方猪飼（2010）は地域包括ケアを重視し、施設利用者は「残余的な層」と捉えていた。

OECD健康統計では長期ケアに関しては、病床と長期居住型施設に分け集計しており、日本の場合、前者は病院及び有床診療所の療養病床数を、後者は介護老人福祉施設と介護老人保健施設の合計を報告している。実数は、前者が33万4千床、後者が84万6千床で、総数118万床（2017年）だ。ここでも病床数は米独仏と比し突出して多いが、後者の長期居住型施設に限れば、65歳以上高齢者1,000人当たりの数値、米33.4、独54.4、仏49.9、に対し、日本は24.1と伊18.6に次いで低い値だ。（前田2021）つまり、日本の特徴は長期ケアにおける病床使用の多さであり、この点は2017年のOECDレポートでも指摘されている。（OECD 2017）なお、病床と居住型を合わせた65歳以上1,000人当たりベッド数は日本34.3で、米36.8よりわずかに少なく、独54.4、仏56.1、近年地域ケアに舵を切ったスウェーデンは未だ71.1と多く、日本はいずれの国よりも少ない。

日本の長期療養者はどこで療養しているかについて、前田（2021）は、精神病床での長期入院患者の中の要介護状態にある人が、転院できずに入院継続している事象を引用し、長期ケア病床に精神病床を合算すると、独、仏の水準と同じだとする。だが、精神病床入院者の大半が要介護状態の患者とするのは不自然だ。むしろ、先述した機能が曖昧な33万床余りの一般病床の何割かが、「不適切な転院」や「未完退院」「社会的新規入院」用の病床として使用されている可能性に加え、有料老人ホームなど長期居住型施設としては対象外とされる施設での療養者が相当数いるという見方のほうが自然ではないか。

猪飼（2010）は、開業医の開院した私的病院が、20世紀初頭に利益を求め農村部から撤収したのではなく、むしろ軽装備の病院を近隣に開院し医療の地域格差を是正する役割を果たしてきたと分析した。2022年現在において「病院の世

紀」終焉の進行は未だ遅く、急性期ではない一般病床が需要のある高齢の長期療養者向けに「柔軟に」医師の裁量の下利用されていても不思議ではない。

5) まとめ；在宅療養は解決策か

近年は高齢者向け住居や施設の多様化が一層進行し、厚労省の資料には8種の居住場所とその定員数が示されている。(厚労省2017)施設数では、認知症高齢者グループホームの増加が顕著だが、小規模施設のため2006年からの10年間の定員数増加は7万4千人余りで19万3千人にとどまる。定員増が著しいのは有料老人ホームで45万7千人、これら2種の定員を長期居住型施設定員数に累計すると183万人で、65歳人口1,000人当たりでは52.9となり、仏に近い数字となる。加えて近年では、サービス付高齢者向け住宅も登場し、「施設の住宅化」と呼ばれる現象もみられる。これらは比較的健康な高齢入居者を想定しているが、年月とともに介護度の重い入居者が増え施設化する現象もみられる。(黒岩亮子2019) 印南(2009)の指摘した「部分最適化」して新たに設けられた施設の長期施設化が見られるという例だろう。

日本では今後も長期ケア病床の縮小は進められるだろうし、病院が生活の場に相応しくないことは明白だ。だがOECDのレポートでは、「人々が住み慣れた地域で希望するケアを享受する環境も大事だが、施設におけるケアは、一人暮らしの人、24時間ケアの必要な人、在宅ケアサービスが不足する地域に住むような人にとってはよりふさわしい環境」だとし、また「多くの人がある時点では在宅では出来ないサービスが必要になる」とも記している。(2019; 訳筆者) 日本の高齢者福祉における問題の所在は、病院を高齢者施設の代替として利用してきたことであって、施設需要にあるのではないと考えることが可能だろう。

在宅はある層の高齢者にとって理想の療養の場となり得るだろうが、現行の介護保険制度は主介護者としての家族の存在を前提にしている。家族介護のデ

メリットとして「介護離職」の問題は深刻だ。例え何らかのインセンティブを設けても、介護者が稼働年齢期に就労を離れれば、自らの高齢期には年金等社会保障弱者になるリスクを高めるし、就労時の納税者役割も果たせないから、医療・福祉関連財政の削減にはなりえても、財政全体から見ればマイナスのリスクも大きい。一方、地域包括ケアシステムでは、地域社会の役割を強調するが、今後の一人暮らし高齢者の増加、少子化などを勘案する時、地域の余力に疑問が残るところだ。

この様に課題の多い在宅療養だが、今後一定程度普及していくだろう。その際、従来病院内での支援が中心だったMSWは、地域の中でどこを足場に療養生活支援をしていくのか。在宅療養では患者及び家族の生活支援ニーズはより高まると考えられるが、地域での新たな足場をどう生み出していくのか、今後模索すべき課題でもある。

<引用文献>

- 猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』 有斐閣
- 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 (2022) <http://www.rehabili.jp/> 2022.9.1 閲覧
- 印南一路 (2009) 『社会的入院の研究』 東洋経済
- 厚生労働省 (2017) 「介護老人福祉施設 (参考資料)」 社保審 介護給付費分科会 <https://www.mhlw.go.jp/> (以下厚労省資料については同HP) 2022.9.1 閲覧
- 厚生労働省 (2018) 「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理 (資料編)」 2022.9.1 閲覧
- 厚生労働省 (2010, 2021, 2022) 病院報告 2022.8.31HP 閲覧
- 黒岩亮子 (2019) 「老人福祉施設の変遷と要介護高齢者のための住まい」 社会福祉 日本女子大学紀要 第60号 p.147-165
- 前田由美子 (2021) 「日本の病床数」 日医総研リサーチエッセイNo.102 <https://www.jmari.med.or.jp/> 2022.9.1 閲覧
- 日本アルトマーク (2020) 「急性期一般入院基本料 全国で3,629病院493,465床」 <https://www.ultmarc.co.jp/> 2022.9.1 閲覧
- OECD (2017) `Ageing and Long-Term Care ; Long-term care beds in institutions and

hospitals' Health at a glance p.212-213

OECD (2019) 'Ageing and Long-Term Care ; Long-term beds in facilities and hospitals' Health at a glance p.236-237

OECD (2021) 図表で見る医療2021：日本 <https://www.oecd.org/health/health-systems/2022.9.2閲覧>

註

- (1) 個人開業を基本とする民間ベースの医療資源運営は、医療の地域・社会格差の根源だとする論をここでは指す。
- (2) アメリカでは個々の専門医が地域で診療所を開業し、入院治療が必要な場合契約している病院に入院させ、入院後も主治医となる。手術をする時も多くは病院の高度設備を利用してかかりつけ医が執刀するシステムを取っており、これをここでは開放システムと呼ぶ。
<https://www.kango-roo.com/word/13948> 2022.9.19閲覧
- (3) GPとは、家庭医又はかかりつけ医の事。GPを選び登録しなければNHSサービスを利用できない。専門的治療が必要と判断したGPが病院へ紹介しなければNHS病院は受診できない。<https://www.london-ryugaku.com/hospi/> 2022.9.19閲覧
- (4) 日本における長期入院問題は、精神医療領域を中心に長年の課題だ。2021（令和2）年12月厚生労働省（以下、厚労省）病院報告によれば、日本の病床全体の平均在院日数は26.1日。だが病床種別の在院日数では、急性期医療を担うことが多い一般病床は、15.3日と短期化が進む一方、主に高齢者等の長期療養を受け入れる療養病床は118.8日、診療所のそれは91.4日、更に精神病床が263.3日と、この三種が病床全体の平均在院日数長期化の大きな要因だ。比較されることの多いOECD加盟国の独仏英米について2019年の急性期の平均在院日数をみると、それぞれ8.9日、8.8日、6.9日、6.1日といずれも日本の半分から3分の1程度だ。（OECD 2021）だが、本論でも述べるように日本の一般病床は急性期病床以外の病床も含まれるため単純に比較することはできない。
- (5) 2008（平成20）年に導入された「後期高齢者特定入院基本料」。重度の意識障がい等をもつ一部患者を除き、後期高齢者が90日を超え入院すると診療報酬が大幅に引下げられる仕組みだったが、2010年改定で全年齢に広げられた。<https://kagawa.coop/hiraihou/20100907.html>香川医療生活協同組合HP2020年9月20日閲覧
- (6) 2004（平成16）年診療報酬改定で新設された「亜急性期入院管理料」等は、2014（平成26）年診療報酬改定で「地域包括ケア病棟入院料」等に変更となった。地域包括ケア病棟では、①在宅療養支援病院の届出が必要で、②在宅療養後方支援病院として在宅患者受け入れの実績が求められ、③二次救急医療施設の指定を受けているという条件がある。<https://www.m3.com/news/open/iryuishin/190318> 2022.9.24閲覧

- (7) 入院基本料の届出については、急性期1が7対1、急性期2～7が10対1の看護配置を求められている。
- (8) 厚労省による一般病床の機能分化構想は、急性期のうえに高度急性期機能を追加し、回復期と慢性期の4機能とするものだが、ここまで見てきた曖昧な機能の一般病床が高度急性期に転換するとは考えられないため、曖昧領域は手つかずとなる可能性が高い。
- (9) 2006（平成18）年の医療保険改革で2011（平成23）年度末までの介護療養病床廃止方針が出された。当時の介護療養病床は12.2万床、医療療養病床26.2万床。当時療養病床は介護老人保健施設への転換を提唱されたが計画通りには進まず、期限は2017（平成29）年度末に延長。2018（平成30）年に介護医療院という新たな施設を設け転換を促進しようとしたが、廃止時期は2023（令和5）年度末に再延長されている。2020（令和2）年の介護療養病床は19,955床とかなり減少したが、医療療養病床については282,931床と2万床程度増加している。（厚労省2016）