

# 病臥者の居場所の変遷

—1987年から2017年まで30年間の推移—

カトウ ナオコ コンドウ マサヒデ ハ セ ガ フ トシヒコ  
加藤 尚子\*1 近藤 正英\*2 長谷川 敏彦\*3

**目的** 医療機能分化施策が本格化した1980年代以降、30年間における病臥者の居場所の変遷を把握することを目的とした。各種の統計資料から施設・病床の区分ごとに、さらに長期入院・短期入院および高齢者・若年者の別に、詳細に病臥者数を分析した。本研究でいう病臥者とは、公的な医療福祉介護サービスによる何らかのケアを必要として療養している人のことであり、医師による診断治療中の患者には限定していない。

**方法** 1日当たりの入院患者数、介護福祉施設の在在者数、在宅療養者数を、厚生労働省が発行する各種の統計資料から抽出した。3年ごとに実施される患者調査のデータを主として、1987年から2017年までの30年間、計11回分の調査データを使用し、年齢は65歳以上と65歳未満、入院期間は3カ月以上と3カ月未満に区分した。他の統計資料のデータも患者調査の発行年に合わせた年次で収集した。

**結果** 1987年から2017年までの1日当たりの病臥者数の年次推移を見ると、病臥者総数は1.7倍に増加し、2017年には3,284,977人である。最も数が多いのは在宅療養者で病臥者総数の35.9%を占めている。一方、病院一般病床の入院患者数は減少しており、1987年に病臥者総数の43.7%を占めていたものが2017年には21.7%、713,300人になっている。病院一般病床の患者数の内訳をみると、最も患者数が多いのは入院期間3カ月未満・65歳以上のグループで、2017年時点で458,200人、全体の64.2%を占めていた。

**結論** 病臥者の居場所の変化をたどることで、機能分化施策に従って高齢者の居場所が細分化されていく経緯が明らかになった。1980年代には、病院・福祉施設・在宅というシンプルな構図の元、病院に偏っていた長期療養の高齢者が、30年の間に一般病床から療養病床へ、介護福祉施設へ、そして在宅へと分散していった経緯が見て取れる。機能分化施策が本格化する以前、1970年代に社会的入院として問題視された人たちは、病院の一般病床の長期・高齢者のグループに多く含まれていたと想定できるが、1990年代以降は著しく減少している。

**キーワード** 機能分化施策、長期入院、社会的入院、地域医療計画、病臥者、居場所

## I はじめに

日本の病院は欧米諸国と比べて機能が未分化だといわれている<sup>1)</sup>。歴史的経緯から民間セクターに依存した医療提供システムを取るこの国

では、政府による病床コントロールが効きにくい。その状況下で1970年代には、本来なら介護福祉サービスを必要とする高齢者や障がい者が、社会的入院という形で病院に長期収容され、平均在院日数を押し上げたとされる<sup>2)3)</sup>。その後、

\*1 国際医療福祉大学医療福祉・マネジメント学科教授 \*2 筑波大学医学医療系教授

\*3 一般社団法人未来医療研究機構代表理事

1985年の地域医療計画策定の義務化を端緒として、医療機能分化のための施策が連続と続けられ今日に至っている。

医療機能分化の進展を検証するためには、政策ターゲットになった一般病床や療養病床の病床数の増減に着目するだけでは不十分である。社会的入院の源流である介護福祉の領域にまで対象を拡げて、社会全体で病臥者の居場所の変遷を把握する必要がある。しかし、従来の機能分化に関する研究報告の多くは、特定領域や特定施設における機能転換や病棟の再編成など、個々の施策への対応を検討したもので、数年程度の施策の実施サイクルに収まる短期的な分析だった<sup>4)~8)</sup>。社会全体を視野に長期に渡って、病臥者の居場所の変遷を追跡した研究はほとんど見られない。

本研究は、医療機能分化施策が本格化した1980年代以降、30年間における病臥者の居場所の変遷を把握することを目的とした。各種の統計資料から施設・病床の区分ごとに、さらに入院期間および年齢別に、詳細に病臥者数を分析した。

なお、本研究でいう病臥者とは、公的な医療福祉介護サービスによる何らかのケアを必要として療養している人のことであり、医師による診断治療中の患者には限定していない。具体的

には、医療施設の入院患者、介護福祉施設の在在者、在宅療養者を対象とした。

## Ⅱ 方 法

医療施設の入院患者数、介護福祉施設の在在者数、在宅療養者数を、厚生労働省が発行する各種の統計資料から抽出した。

医療施設の入院患者数については、患者調査の各病床の推計入院患者数を集計した。患者調査は3年ごとに実施されており、10月中の調査日当日の患者の推計数である。詳細なデータが入手できるようになった1987年から2017年までの30年間、計11回分の調査データを使用した。各年次ごとに、65歳以上と65歳未満、入院期間3カ月以上と3カ月未満に区分されたデータを抽出した。年齢区分と入院期間区分に関しては、入手できるのは上記の区分によるデータのみである。また、1987年と1990年の患者数の一部は病院報告のデータを用いている。

介護福祉施設の在在者数については、介護サービス施設・事業所調査の施設在在者数を使用した。9月末現在の在在者の実数である。患者調査の調査年と同じ年次のデータを収集している。

在宅療養者数については、国民生活基礎調査

表1 病臥者の定義

	1987年	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017
在宅療養者	「国民生活基礎調査」世帯票 国勢調査区から層化無作為抽出した地区内の世帯及び世帯員 6月現在					「国民生活基礎調査」介護票 国勢調査区から層化無作為抽出した地区内の介護保険法の要介護者及び要支援者 6月現在					
	寝たきり世帯数のみ、世帯に一人て計算 (1986)	寝たきり世帯数のみ、世帯に一人て計算 (1989)	寝たきり者 (1992)	寝たきり者 (1995)	寝たきり者 (1998)	要介護10万人対 (2001)	要介護10万人対 (2004)	要介護10万人対 (2007) 地域密着型サービス含む	要介護10万人対 (2010) 地域密着型サービス含む	要介護10万人対 (2013) 地域密着型サービス含む	要介護10万人対 (2016) 地域密着型サービス含む
	寝たきり者 (在宅)：「障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準」のランクBとランクCをあわせた者					「介護給付費等実態統計月報」6月の要支援要介護の在宅者を全体数として「介護を要する者数10万対」から算出					
特別養護老人ホーム	「社会福祉施設等調査」9月現在 在在者数・定員数					「介護サービス施設・事業所調査」都道府県を対象とした全数調査 9月現在 在在者数・定員数					
老人保健施設	「老人保健施設調査」9月現在 在在者数・定員数					「介護サービス施設・事業所調査」都道府県を対象とした全数調査 9月現在 在在者数・定員数					
	「患者調査」全国から層化無作為抽出された病院・診療所を対象 推計入院患者数：調査日当日の患者の推計数 10月中の1日調査										
療養病床	老人病院	老人病床と療養型病床群の合計			老人病床と療養型病床群の合計	療養病床、介護・医療療養病床の合計	介護・医療療養病床の合計				
診療所	診療所			診療所一般病床と療養型病床群の合計	診療所一般病床と療養病床の合計						
一般病床	「病院報告」在院一日平均数 一般病床から「患者調査」老人病院を除外					一般病床					
精神病床	「病院報告」在院一日平均数					精神病床					
結核・感染症病床	「病院報告」在院一日平均数 結核病床と伝染病床の合計		結核病床と伝染病床の合計			結核病床と感染症病床の合計					
各病床の病床数	「医療施設調査」許可病床数 10月現在										

の「寝たきり（在宅）」のデータを使用した。患者調査と同じく3年ごとに実施されるが調査年が異なるため、患者調査の前年度のデータを用いている。調査時期は6月である。ただし、2001年以降の国民生活基礎調査には実数の記載がなくなり、「介護を要する者数10万対」の数値しか記載されていないため、介護給付費等実態統計月報の要支援要介護の在宅者を全体数として算出した推計値を用いている。

各年次の医療施設の各病床の入院患者数、介護福祉施設の在在者数、在宅療養者数の定義は表1に示したとおりである。

さらに、機能分化施策の動向を把握するために、「国民衛生の動向」<sup>9)</sup>と「国民の福祉と介護の動向」<sup>10)</sup>を基本資料として、機能分化に関わると推定できる事項を選び出して分類する作業を行った。各施策の根拠法令を医療・介護・福祉の3つに振り分けて分類し、医療機能分化施策の経緯をまとめた年表を作成した（表2）。

なお、本研究は公開されている統計資料データを基に分析した研究であり、倫理的配慮は要しない。

### Ⅲ 結 果

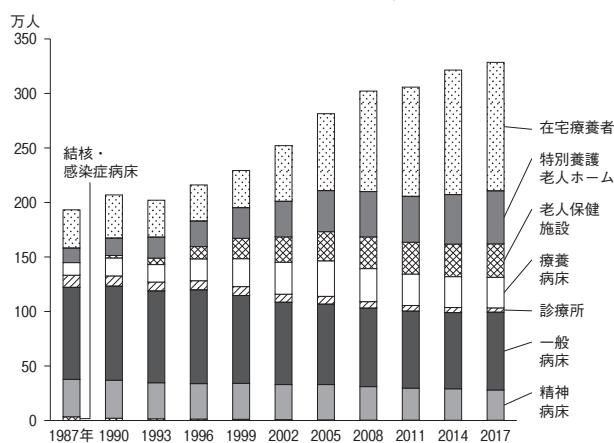
1987年から2017年まで30年間の病臥者数の年次推移を集計した（図1，表3）。病臥者総数は、1987年には1,932,700人だったものが2017年は3,284,977人と、1.7倍に増加している。2017年時点で最も数が多いのは在宅療養者1,178,411人で、病臥者総数の35.9%を占めている。

病臥者数の増減の内訳をみると、30年間で最も増加したのは老人保健施設の在在者で、1990年に24,216人だったものが2017年には308,271人にまで増加している。以下、特別養護老人ホーム、在宅療養者、療養病床の順で増加傾向

表2 医療機能分化に関わる施策

	医療	介護	福祉
1960年	1961 国民皆保険の実現		
1970			1963 特別養護老人ホーム 1973 老人医療費の無料化
1980	1983 老人医療費に自己負担導入、特例許可老人病院 1985 地域医療計画策定	1986 老人保健施設の創設	1989 ゴールドプラン策定 [寝たきり老人ゼロ作戦]
1990	1990 介護力強化病院 1992 療養型病床群、特定機能病院	1990 地方老人保健福祉計画作成 1994 指定訪問看護制度	1995 新ゴールドプラン
2000	1998 療養型病床群制度の診療所への拡大、地域医療支援病院	2000 介護保険制度	
2001	2001 一般病床と療養病床に区分	2005 地域密着型サービス、地域包括支援センター	
2006	2006 医療費適正化計画(医療制度構造改革)	2006 介護型療養病床の廃止等による療養病床の再編(～2011)	
2007	2007 医療計画制度の見直しによる医療機能の分化・連携の推進		
2008	2008 後期高齢者医療制度	2011 地域包括ケアシステム実現の基盤整備(介護療養病床の廃止を延長(～2017))	
2010		2011 地域包括ケアシステム実現の基盤整備(介護療養病床の廃止を延長(～2017))	
2014	2014 地域医療構想、病床機能報告制度	2015 新オレンジプラン 2017 地域包括ケアシステムの強化、介護医療院の創設	

図1 病臥者数の年次推移



出典 患者調査、表1定義参照（1987～2017）

にある。

30年間の減少の傾向をみると、相対的に減少が大きかったのは結核・感染症病床の入院患者で、1987年には34,237人だったものが2017年には2,100人に減少している。以下、診療所病床、精神病床、病院の一般病床の順に減少の傾向を示している。減少数が最も大きかったのは病院の一般病床である。1987年には844,543人だったものが2017年には713,300人に減少した。1987年には病臥者総数の43.7%を占めていたが2017年には21.7%になっている。

病院の一般病床のみに着目して、65歳以上と65歳未満の年齢区分、3カ月以上と3カ月未満の入院期間区分のグループごとに入院患者の年次推移を分析した（図2，表4）。年齢区分・

表3 病臥者数の年次推移

(単位 人)

	1987年	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2008
総数	1 932 700	2 068 773	2 020 061	2 160 914	2 293 073	2 520 344	2 813 595	3 021 340
結核・感染症病床	34 237	20 848	15 000	12 800	11 200	8 200	5 600	3 800
精神病床	342 459	348 500	331 200	325 900	329 400	320 900	324 300	306 700
一般病床	844 543	863 033	842 100	859 500	806 200	755 600	737 200	720 300
診療所	111 300	93 900	82 100	84 200	81 300	73 400	71 200	59 800
療養病床	114 700	162 800	159 100	198 100	254 500	292 700	324 400	301 800
老人保健施設	0	24 216	59 842	114 468	188 413	233 740	269 352	291 931
特別養護老人ホーム	134 461	160 476	192 719	234 946	281 060	326 159	376 328	416 052
在宅	351 000	395 000	338 000	331 000	341 000	509 645	705 215	920 957

入院期間区別のデータが入手できる1993年以降を分析対象としている。

前述のとおり入院患者の総数が減少の傾向にある中でも、年齢区分では65歳未満の、入院期間区分では3カ月以上の入院の減少が著しい。65歳未満は、1993年には432,100人だったものが2017年には199,600人に減少した。3カ月以上の入院は、1993年には216,800人だったものが、2017年には82,600人に減少した。

入院期間と年齢の区分ごとに4つのグループに分けた場合、2017年時点で最も患者数が多いのは3カ月未満・65歳以上のグループで458,200人、一般病床の患者総数の64.2%を占めている。1993年には推計30万人、患者総数の35.9%だったものが大きく増加している。一方、3カ月以上・65歳以上のグループは2017年時点で54,600人、患者総数の7.7%である。1993年には推計11万人、患者総数の12.5%だったものが減少している。

病臥者の分布の詳細を、年次ごとに平面図に表したものが図3である。本研究では、11回分

	2011	2014	2017
総数	3 057 995	3 214 104	3 284 977
結核・感染症病床	3 000	2 500	2 100
精神病床	293 400	288 600	277 900
一般病床	707 200	699 200	713 300
診療所	50 900	45 800	39 900
療養病床	286 500	282 700	279 300
老人保健施設	293 432	299 561	308 271
特別養護老人ホーム	420 827	453 682	485 795
在宅	1 002 736	1 142 061	1 178 411

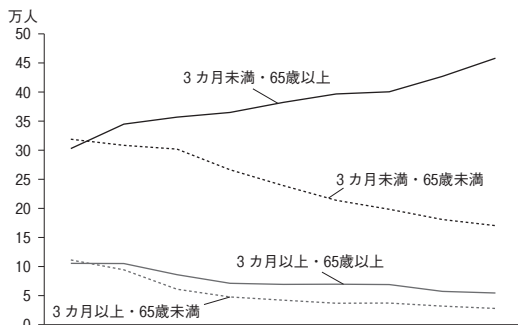
出典 患者調査、表1定義参照(1987-2017)

の中から6年ごとに抜粋して6回分のみを掲載している。

この分布図では、1万人を1コマとして病臥者数を面積で表している。65歳未満と65歳以上の年齢区別に、横軸を10万人単位で積み上げている。さらに、医療施設の入院患者数については、3カ月未満と3カ月以上の入院期間区分をコマの濃淡で示している。許可病床数と施設定員数は、実線で囲んだ面積で示している。実線内の白い部分は、患者数・在所者数が病床数・定員数に満たない空床を意味する。

図3に示した(a)1987年から(f)2017年までの分布を辿ることからも、前述した年次推移の分析結果(図1, 図2)で明らかになった

図2 病院一般病床・入院患者数の年次推移



注 \*年齢区分の割合から入院期間を推計した値  
出典 患者調査(1993-2017)

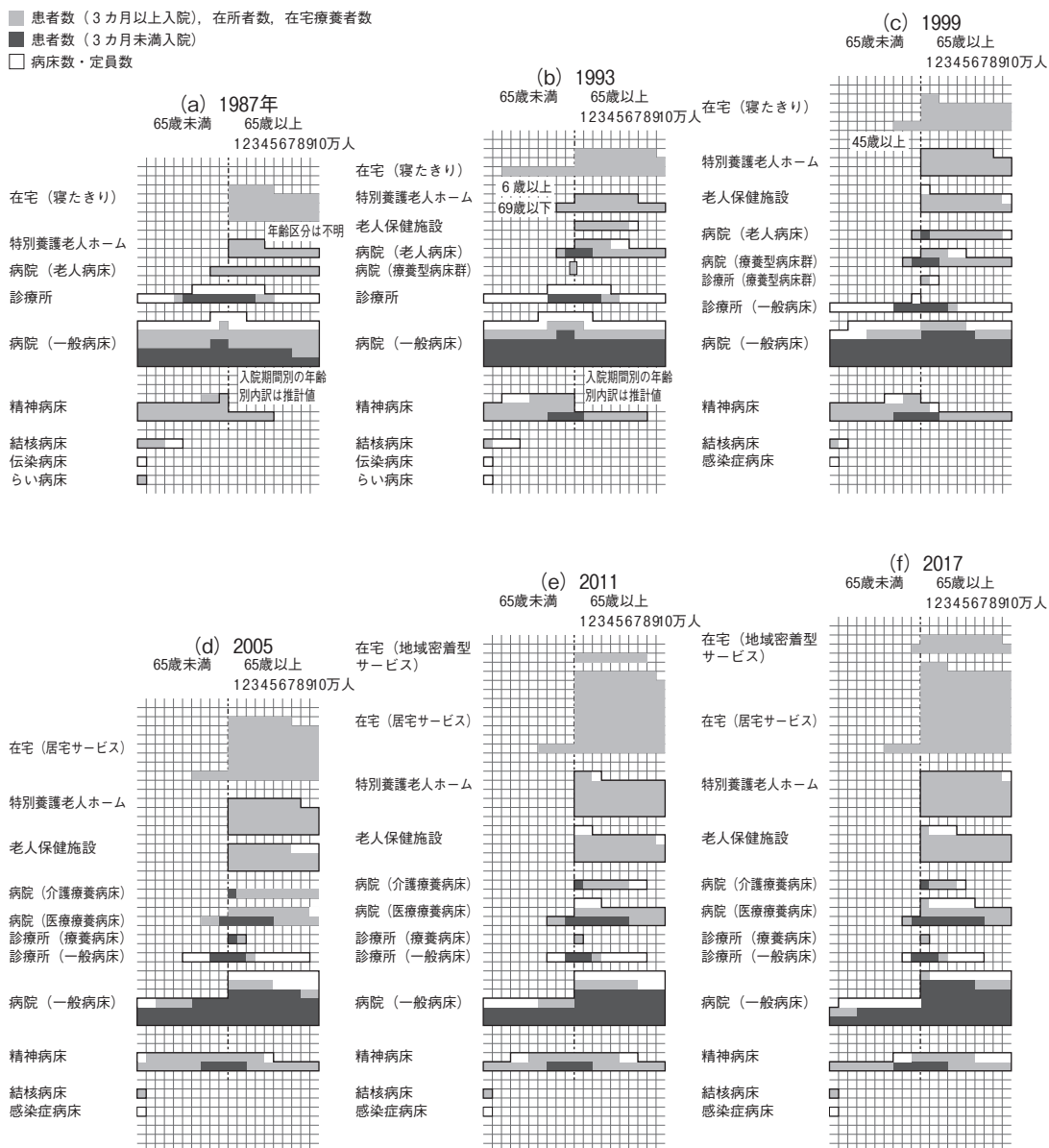
表4 病院一般病床・入院患者数の年次推移

(単位 人)

	3カ月未満・65歳未満	3カ月未満・65歳以上	3カ月以上・65歳未満	3カ月以上・65歳以上
1993年*	319 008	302 692	111 245	105 555
1996*	308 421	344 679	94 218	105 294
1999	302 000	357 000	61 000	86 000
2002	266 400	365 000	47 700	71 100
2005	239 100	382 300	42 000	69 300
2008	214 000	396 700	37 000	69 700
2011	198 400	400 500	37 100	68 900
2014	180 900	427 100	31 800	57 400
2017	170 300	458 200	28 000	54 600

注 1) 入院期間別・年齢階級別患者数に不詳数は含まれない。  
2) \*年齢区分の割合から入院期間を推計した値  
出典 患者調査(1993-2017)

図3 病臥者の分布



とおり、30年間で在宅療養者および特別養護老人ホームと老人保健施設の在所者が増加し、逆に、療養病床以外の入院患者は減少していることがわかる。さらに、病院の一般病床においては3カ月以上入院が著しく減少している。

その他の入院患者については、診療所の一般病床は、1990年代までは空床が目立つが、規模を縮小させつつも3カ月未満入院については一

定のシェアを保っている。精神病床では、1987年には2割に満たなかった65歳以上の割合が年々高くなり、2017年には58.4%を占めている。

#### IV 考 察

各年次の病臥者の分布（図3）を、医療機能分化施策の動向（表2）と照らし合わせると、

病臥者の居場所の変化と機能分化施策との関連性を把握することができる。

表2からもわかるように、医療の機能分化施策が強化されたのは1980年代半ば以降のことである。それ以前は供給拡大路線が取られ、1961年の国民皆保険の実現によってその傾向はさらに強まった。高齢者福祉に関しては、1963年の特別養護老人ホームの創設が端緒とされるが、対象は限定的だった。1973年に高齢者福祉対策の一環として老人医療費無料化が実施され、この年は「福祉元年」と呼ばれ社会保障の拡大路線のピークの年とされている<sup>11)</sup>。しかし同年のオイルショックに端を発して日本経済は低成長期に移り、医療施策も医療費抑制策へ転換した。1983年には老人保健法が施行され、老人医療費無料化は終了した。

1980年代、医療改革において医療機関の機能と役割分担の明確化が求められるようになり、主として医療法改正によって機能分化施策は進められた。まず1985年の第1次医療法改正によって医療計画の策定が始まり、過剰な病床が在院日数長期化をもたらすというレーマーの法則への対応として<sup>12)</sup>、病床規制が導入された。1986年には老人保健法が改正され、病院と在宅ケアの中間施設として老人保健施設が創設された。

医療法改正で1985年に始まった第1期の医療計画策定が、全都道府県で完成したのは1989年である。本研究で分析開始年とした1987年時点において、図3(a)に示す病臥者の分布には、機能分化施策の成果はまだ反映されていないようにみえる。

1990年代になって、医療法の第2次、第3次改正を経て、病床数の総枠規制の次には高度急性期施設と長期ケア施設との区分、そして急性期と長期ケアの病床区分と、機能分化は段階的に進められていった。福祉においても、1989年にゴールドプランが策定されて老人保健福祉計画が始まり「寝たきり老人ゼロ作戦」が唱えられ、特別養護老人ホームの拡充が図られるなど、福祉サービスが拡大していった。1992年からは訪問看護ステーションの訪問看護が始まった。

相次ぐ医療法改正と福祉サービスの拡充を反映するかのよう、図3(b)1993年と図3(c)1999年の病臥者の分布を見ると、高齢者の長期療養施設が細分化され、患者数・在患者数が増えている。その一方、在宅療養者数にはまだ大きな変化は見られない。

2000年、高齢者介護のための社会保険として介護保険法が施行され、これ以降、施設と在宅いずれにおいても介護サービスが拡大していった。2005年の介護保険法改正では早くも介護予防重視が打ち出され、地域密着型サービスが始まった。

2001年の第4次医療法改正では一般病床と療養病床が区分され、病院医療が急性期と慢性期に2分割されることになった。2006年には療養病床の再編計画が打ち出されたが、以後は廃止期限の延長が繰り返された。2007年の第5次医療法改正においては、医療計画の見直しによる医療機能の分化・連携の推進が唱えられ、2008年には後期高齢者医療制度が創設された。

図3に示す病臥者の分布においても、介護保険制度が始まった2000年を契機にしたかのような変化が見受けられる。図3(d)2005年以降、特別養護老人ホーム在患者と在宅療養者数が著しく増加している。

2010年代には、2014年の第6次医療法改正において、地域完結型医療を目指した病床再編のための地域医療構想が打ち出された。2017年、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律が成立した。同年、介護療養病床は廃止となり介護医療院の創設が決まった。

病臥者の分布においても、図3(e)2011年と図3(f)2017年に示されるように、一般病床から切り離された療養病床が細分化されつつ患者数を増している。在宅ケアのサービスは拡充し、在宅療養者数は増加し続けている。

以上、1987年から2017年までの病臥者の居場所の変化を見てきたが、当然ながらこれだけでは医療機能分化の進展を論じることはできない。社会全体の病臥者の動向を把握するためには、人口構造の変化や高齢化率を加味した詳細な分

析が必要となる。現存する社会的入院の実態を把握するためのフィールドワークも求められるだろう。また、本研究で示した病臥者の定義および病臥者数の算出方法も精査する必要がある。複数の統計資料からデータを抽出しているために、調査方法や調査時期などが統一できていない。

さらに、医療の機能分化の先に求められるのは連携である。本研究の分析最終年となった2017年以降、地域医療構想の協議が全国各地域で急展開されていった。直近の政策ターゲットは急性期病床の削減であり、公立病院の再編統合が強制力を持って進められようとした矢先、2020年の新型コロナウイルス感染症の拡大によって、医療計画自体が再考を迫られている。コロナ禍で強いられるソーシャルディスタンスが、病臥者までも社会から隔離してしまうことがないように、社会全体で病臥者の居場所を俯瞰する試みは有用だと考える。

## V 結 語

社会全体から病臥者の居場所の変遷をたどることで、機能分化施策に従って高齢者の居場所が細分化されていく経緯が明らかになった。1980年代には、病院・福祉施設・在宅というシンプルな構図の元、病院に偏っていた長期療養の高齢者は、30年の間に一般病床から療養病床へ、介護福祉施設へ、そして在宅へと分散していった。機能分化施策が本格化する以前、1970年代に社会的入院として問題視された人たちは、図2と図3に示すところの病院一般病床の「3カ月以上入院・65歳以上」のグループに多く含まれていたと推定できるが、1990年代以降は著しく減少している。

## 謝辞

本研究は、科学研究費助成事業（17K09246）および（21K00252）の助成を受けて行ったも

のである。

## 文 献

- 1) Ikegami N, Campbell JC. Health care reform in Japan : the virtues of muddling through. *Health affairs* 1999 ; 18(3) : 56-75.
- 2) 池上直己, J.C. キャンベル. 日本の医療. 東京 : 中央公論社, 1997.
- 3) 印南一路. 「社会的入院」の研究. 東京 : 東洋経済新報社, 2009.
- 4) 伊藤郁乃. 回復期リハビリテーション病棟新設にともなう意義と効果についての検証. *医療* 2020 ; 74(4) : 141-7.
- 5) 森脇睦子, 梯正之, 伏見清秀. 病院機能と地域医療提供体制が及ぼす大病院外来の軽症患者受診減少に関する検討. *日本医療マネジメント学会雑誌* 2016 ; 17(3) : 117-22.
- 6) 利根淳仁, 肥田和之, 大森信彦, 他. 岡山県内統一糖尿病地域連携クリティカルパスの意義と医療連携促進による機能分化についての検討. *日本医療マネジメント学会雑誌* 2015 ; 16(3) : 134-40.
- 7) 福田治久. 計画管理料算定病院における大腿骨頸部骨折および脳卒中を対象にした地域連携クリティカルパスの運用状況に関する全国実態調査. *日本医療・病院管理学会誌* 2012 ; 49(1) : 31-9.
- 8) 藤村尚宏. 病棟機能分化一年の経過からの一考察 : 急性短期病棟中央棟3Fを経過を中心にして. *精神医学研究所業績集* 1994 : 125-35.
- 9) 国民衛生の動向2020/2021. 東京 : 厚生労働統計協会, 2020.
- 10) 国民の福祉と介護の動向2020/2021. 東京 : 厚生労働統計協会, 2020.
- 11) 島崎謙治. 日本の医療・制度と政策. 東京 : 東京大学出版会, 2012.
- 12) Ginsburg, PB. and Koretz, DM. Bed availability and hospital utilization : estimates of the "Roemer effect". *Health Care Financial Reviews* 1983 ; 5 : 87-92.