
◆研究論文◆

社会的入院に関する総合的レビューと その要因モデルの構築

A Literature Review on “Social” Hospitalization in Japan and
a Development of an Explanatory Model on its Causes

水口 由美

慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科修士課程

Yumi Mizuguchi

Master Program, Graduate School of Media and Governance, Keio University

社会的入院は、日本の医療介護供給体制が持つ最大の問題の一つであるといっても過言ではない。本研究は、社会的入院をキーワードに346件、関連用語に関する文献を含め1,000件以上の先行研究を抽出し、総合的レビューを行い、①先行研究の特徴をまとめ、②社会的入院の発生要因に関して、患者・家族・病院の当事者要因と制度・システム上の背景要因とに分け、問題解決の出発点として役立つ総合的な要因モデルを構築した。

“Social” hospitalization, which is baseless hospital care after stability of patient’s condition, is arguably one of the most important problems of the Japanese health and custodial care system. This study reviewed 346 studies containing the key word “social hospitalization” and more than 1,000 related studies. Based on this review, the researcher (1) summarized the features of the past studies, and (2) developed a comprehensive model on the causes of “social” hospitalization namely players’ causes (patients’, families’, and hospitals’ causes) and systematic and/or institutional causes. This can serve as a starting point for dealing with the matter.

Keywords: 社会的入院、高齢者医療、医療提供体制、レビュー、発生要因モデル

1 研究の背景と目的

社会的入院は、日本の医療提供体制の病理現象であると言ってよい。社会的入院という言葉の起源は、結核治療が終わったが、帰る家がなく入院を継続していた生活保護患者に対して（小山、1998）、「厚生省内において1949年頃から使われだした」（大本、1999）とされる。小山（1998）は、さらに、昭和36（1961）年の国民皆保険制度が実施されたことにより、精神病院建設ラッシュが起こり、精神障害者の療養場所は、自宅から精神病院へと移行したこと、昭和48（1973）年に老人医療費が無料化されたのを受けて、老人病院が数多く開設されたことなどに触れ、結核患者同様に精神病患者や高齢者の社会的入院が社会問題化したとしている。つまり、社会的入院という言葉は、1940年代後半ごろから、結核療養中の生活保護受給者の医療扶助に関連して使用され始め、精神保健領域、高齢者医療領域という、変遷を辿ったと考えられる。2000年4月から介護保険が実施されているが、介護保険の創設の理由の一つには高齢者の社会的入院の解消があげられていた。

社会的入院は、近時の病床再編論議の焦点である療養病床に限らず、全ての病床に存在する可能性があり、介護施設への社会的入所との関連もあるはずである。社会的入院の発生要因や防止策については、学術文献や実務雑誌に知見が分散している状態にあり、問題の重要性と比較すると、総合的に検討した調査研究が非常に少ないと思われた。そこで、本研究では、社会的入院について、総合的なレビューを

行い、今後の調査研究、政策立案に生かせるように、

- (1) 社会的入院に関する先行研究の特徴を要約し、
- (2) 高齢者の社会的入院の発生要因について、学術的に明らかにされた知見を中心に総合的に把握し、統合モデルとして提示した¹。

2 研究の方法

2.1 データベースと検索方法

レビューに用いたデータベースは、医中誌WEB（Vol.4）、JMED Plus、Magazine Plusの3つである。データベース検索の調査対象は、各データベースの収録開始年から2006年6月末までである。文献収集に当たっては、①社会的入院というキーワード自体で検索し、関連研究をリストアップする、②社会的入院という語をタイトルないし指定キーワードに選択していない場合で、社会的入院に関係が深いものを、関連するキーワードで検索しリストアップする、③得られた文献の索引から、社会的入院の定義・発生要因・防止策に関連すると思われる文献をさらに収集する、という3段階を踏んだ。

関連するキーワードは、社会的入院というキーワード自体で検索した先行研究において、指摘がされており重要と考えられたワード、社会的入院の歴史的経緯や政策過程から調査が必要と考えられたワードであり、その理由とともに表1に示した。

なお、本研究では、社会的入院の定義を、一般的に理解されている「医療の必要性が小さいのに、社会的理由により、入院を継続していること」（すなわち「退院遅延」やそれと同義の「長期入院」）と

表1 関連用語とその選択理由

	関連用語	関連用語選択理由
1	療養病床	社会的入院患者の存在が示唆されているため
2	療養型病床群	「療養病床」が創設される前の名称であるため
3	長期入院患者	社会的入院患者は、長期入院患者であると一般に解釈されているため
4	退院調整	社会的入院の防止策に関連すると考えたため
5	退院阻害要因	社会的入院の発生要因に関連すると考えたため
6	地域医療連携	社会的入院の発生要因および防止策に関連すると考えたため
7	退院計画	社会的入院の発生要因および防止策に関連すると考えたため

表2 社会的入院をキーワードとした場合の検索結果（単位：件）

	総数 / うち精神保健領域	～1999年(*) / うち精神保健領域	2000～2006年 / うち精神保健領域
医中誌 WEB	123/70	28/7	95/63
JMEDPlus	153/54	48/8	105/46
Magazine Plus	70/27	20/1	50/26
合計	346/151	96/16 (27.7%/10.6%)	250/135 (72.3%/89.4%)

*収録開始年は、医中誌 WEB：1987年、JMEDPlus：1981年、Magazine Plus：1945年である。

表3 関連用語による検索結果（上段：総数、下段：～1999年/2000～2006年6月）（単位：件）

	療養病床	療養型 病床群	長期入院 患者	退院調整	退院阻害 要因	地域医療 連携	退院計画
医中誌 WEB	93 (2/91)	538 (45/493)	381 (166/215)	127 (13/114)	6 (3/3)	274 (14/260)	3,103 (1,141/1,962)
JMEDPlus	169 (0/169)	262 (105/157)	690 (318/372)	287 (26/261)	3 (1/2)	466 (23/443)	310 (111/199)
Magazine Plus	84 (0/84)	130 (66/64)	146 (31/115)	15 (1/14)	3 (1/2)	85 (2/83)	120 (37/83)
合計	346	930	1,217	429	12	825	3,533

*1 重複してあるものを除外していない件数である。

*2 収録開始年は、医中誌 WEB：1987年、JMEDPlus：1981年、Magazine Plus：1945年である。

定義した。ただし、著者は、本レビュー研究の後行ったインタビュー調査等の結果に基づき、社会的入院を「退院遅延」や「長期入院」と捉えるだけでは不十分であり、社会的入院はむしろ「不適切な新規入院、入院継続、退院、転院」と捉えるべきであると考えているが、この点に関しての議論は別稿に譲りたい。

3 研究の結果①

3.1 データベース検索結果

表2は、社会的入院をキーワードにして検索した先行研究を、高齢者の社会的入院の解消を一つの目的として介護保険制度が創設・実施された2000年以前と以降で区分し、さらに、社会的入院患者が多いと示唆されている精神保健領域とそれ以外で区分したものである。3つのデータベースで検索された研究の総数は442件であるが、重複している研究

を除くと、346件であった。この346件のうち1999年以前のものが96件、2000年以降のものが250件であり、2000年以降の研究が多いことがわかる。しかも、検索に用いたいずれのデータベースでも、2000年以降の文献が7割前後を占めていた。また、精神保健領域とそうでないものとに分けてみると、2000年以降の研究では、精神保健領域の研究数が多くなっている。

表3は関連用語による研究数である。長期入院患者、退院計画に関連する研究は、2000年以前と以降では件数に大きな変化はないが、地域医療連携や退院調整、療養病床をキーワードに指定した研究は、圧倒的に2000年以降のものが多かった。

レビュー研究自体は、社会的入院の概念に関する議論から始まり、高齢者のみならず精神疾患患者や難病患者の社会的入院についての議論も行ったが、以下ではページ数の関係で、発生要因については高

齢者の社会的入院に限定する。

3.2 社会的入院に関する研究の特徴

社会的入院が存在するとされる施設をみると、一般病院、老人病院、リハビリテーション病院、透析病院、精神病院、大学病院、行政（地方自治体）があげられる一方、感染症病床、結核病床での社会的入院に関する研究は著者が探す限り存在しなかった。なお、療養病床においては、社会的入院という言葉を使わないキーワードに用いた研究は存在しなかった。また、地域（地方自治体）側からの報告は圧倒的に数が少なかった。

診療科別にみても、研究が存在するのは精神科、老年科、リハビリテーション科、整形外科、神経内科、腎臓内科となる。さらに、診療科ではないが、これに療養支援室（地域連携室）、救命救急センターなどが加わる。

これらを疾病タイプ別に概観すると、精神疾患（統合失調症など）、脳血管疾患（脳卒中など）、血液透析を必要とする疾患（腎不全など）、骨・関節疾患（大腿骨頸部骨折など）、神経難病で研究がなされており、疾病ではないが経管栄養（PEG 含む）、感染症（MRSA など）、認知症などに関する研究も存在した。一方、代謝性疾患、呼吸器疾患、眼科疾患などに関する研究は、著者が探す限り存在しない。

また、政策的には重要な関心事項である全国にお

ける社会的入院患者数や社会的入院に関する医療費に関する研究は少なく、また社会的入院の発生要因に関しては、研究の数自体は非常に多いが、総合的に把握したものは極めて少ないという結果になった。この2点について、以下補足的に記述する。

3.3 社会的入院の実態（患者数・医療費推計）について

経済学的手法を用いて推計した社会的入院の患者数と医療費推計については、二木（1995）、畑農（2004）、斉藤（2003）、府川（1995）などのわずかな研究があるにすぎない（表4参照）。これらは、主に患者調査などの官庁統計を用いて、定義上さまざまな工夫をして分析している。が、いずれも入院についての医療上の必要性の判断には踏み込まず、6か月超の長期入院ないし、1日当たり医療費から社会的入院か否かを判断しており、社会的入院を直接的に測定した研究はこれまで存在しない。

なお、畑農（2004）によると、患者数は21.5万人、医療費1兆5,689億円（2002年データ）、斉藤（2003）によると、患者数約25万人、医療費約9,000億～1.1兆円となっている。

なお、厚生労働省は、療養病床に入院する患者のうち「容態急変の可能性は低く福祉施設や住宅によって対応できる」患者を社会的入院患者としており（第23回社会保障審議会医療部会配布資料）、そ

表4 社会的入院患者数と医療費（推計値）

論文名	患者数	医療費	対象年齢	定義
伊東 (1993)	(推計なし)	約7,157億円(狭義) 約8,286億円(広義)	70歳以上	社会的入院患者比率を用いて算出(狭義) 特養滞留者の公的負担額を用いて算出(広義)
二木 (1995)	23.20万人(1993年度)	9,526億円(1991年度) 9,554億円(1993年度)	70歳以上	6か月以上の長期入院患者 (入院期間別1日当たり医療費で定義)
府川 (1995)	70歳以上人口の3～6.5% 老人医療費受給資格者の4% 1年間に入院したことのある高齢者の19%	医療費の合計に占める割合で9.5～22.7%	70歳以上	1日当たり医療費が一定額(入院中の宿泊や食事に要する費用に相当する額=「基本料」)以下の入院患者
斉藤 (2003)	約25万人	約9,000億～1.1兆円	70歳以上	70歳以上でかつ6か月以上の長期入院患者
畑農 (2004)	22.1万人(1999) 21.5万人(2002)	1兆8,188億円(1999) 1兆5,689億円(2002)	65歳以上	6か月以上の長期入院患者 医療費推計では、最初の6か月間の医療費を減算

* 斉藤(2003)を一部改変した。

の割合は、介護保険適用療養病床；28.2%、医療保険適用療養病床；29.5%である（医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査報告書」、2004）としている。

3.4 先行研究における社会的入院の発生要因モデル

社会的入院の研究のほとんどは、社会的入院の要因や防止策について言及している。しかし、ほとんどが少数事例の個別ケースに基づく記述に終始しており、先行研究において、社会的入院の発生要因について総合的に検討しモデル化した研究は、著者が探した限り森山、岩本、芳原（1994）のモデルのみである。森山ら（1994）は、山口県下の病院および患者・家族にインタビュー調査を行い、社会的入院の発生要因を総合的に検討したモデルを作成した（図1参照）。このモデルによれば、社会的入院の原因は、(1) 退院しながらない患者個人の問題、(2) 退院を受け入れたがらない家族の問題、(3) 地域の

受け皿がないこと、(4) 病院側の経済的要因と医療者、特に医師の意識の問題、退院に向けての努力不足、(5) 医療者－患者－家族のコミュニケーションの問題、の5つであり、これらのバランスによって、社会的入院の発生構造を4つに分類している。まず、クールな人間関係と医療者・家族・患者のコミュニケーションの障害が原因のもの、第2に、家族の健康状態が患者の健康状態より悪いもの、第3に、家族がいない・崩壊しているもの、そして最後に、病院が長期入院を作り上げるものである。このモデルはかなり包括的であり、病院側の経済的要因を明示した点で、それまでの研究と一線を画している。

4 研究の結果②－社会的入院の発生要因モデルの構築－

社会的入院の発生に関する総合的なモデルである森山ら（1994）は、必ずしもそれ以前の個別研究を統合したものではない。またこの研究以後、介護保

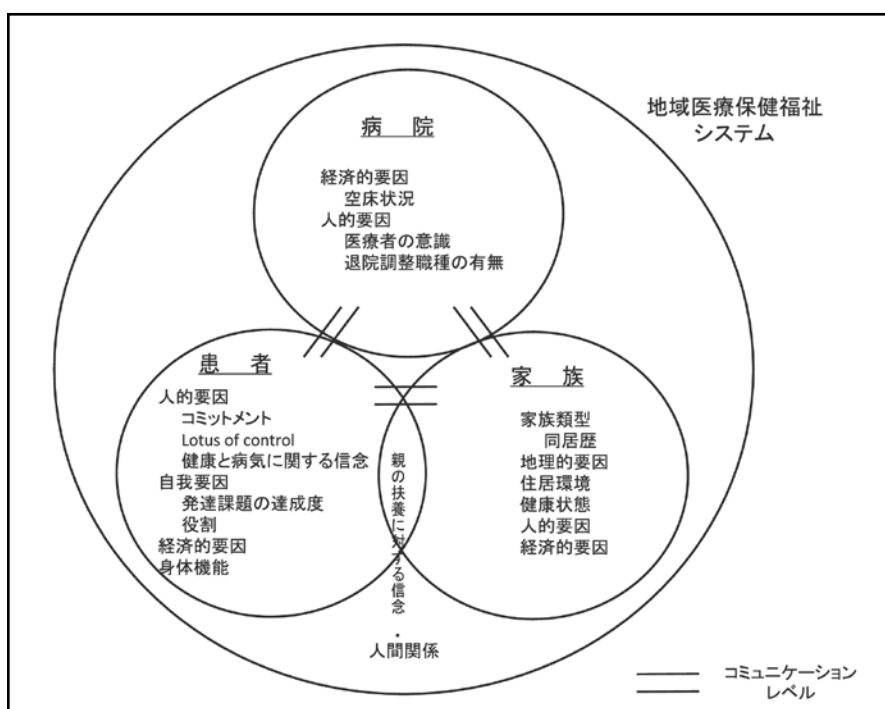


図1 高齢者の社会的入院発生の構造モデル（森山らモデル）

（出典：森山美智子、岩本晋、芳原達也「高齢者の社会的入院を発生させる要因の検討」（第1報）、病院管理、31(3)、5-13、1994）

険制度が創設され、さらに病院の在院日数短縮化に向けた（主として診療報酬制度上の）政策が実施されている。社会的入院の問題解決に向けた政策立案のためには、このモデルの以前・以後の研究を包括した新しいモデルを構築することが必要と思われる。そこで、森山らモデルを基礎にしながら、多岐にわたる社会的入院の発生要因を整理・記述することにする²。なお、多種多様な発生要因をどのように整理統合し、どのような見出しを与えるかについては、論理的・一意的に定まるものではなく、研究者の主観が入らざるを得ない。それでも整理統合する意義はあると思いとまとめた。

4.1 モデルの構成

図2は、新たに提示する社会的入院の発生要因モデルである。森山らモデルを踏襲し、社会的入院の発生要因には当事者固有の問題（当事者要因）があると捉えた。社会的入院に関わる当事者が、患者、

家族、病院であることは疑いなく、それぞれが社会的入院を生み出す要因を抱えている。一方、病床過剰と介護施設の不足、地域医療システムの問題や保険制度上の経済的な誘引、あるいは核家族化などを原因とする介護力不足が、社会的入院の発生に関係することも否定できないであろう。これらを制度・システム上の要因としてこのモデルに付加した。背景的要因のうち、医療福祉制度に関するものは一まとめにした。以下、患者側の要因、家族側の要因、患者と家族に共通する背景的要因、病院側の要因、制度・システム上の要因の順に説明する。なお、制度・システム上の要因の一部は地域の要因という捉え方もできるが、本稿では独立させなかった。

4.1.1 患者側の要因

患者に関する社会的入院の発生要因は、患者の身体機能・精神機能に関する要因と心理的要因とに大きく分けられ、これらをまとめると入院医療への依

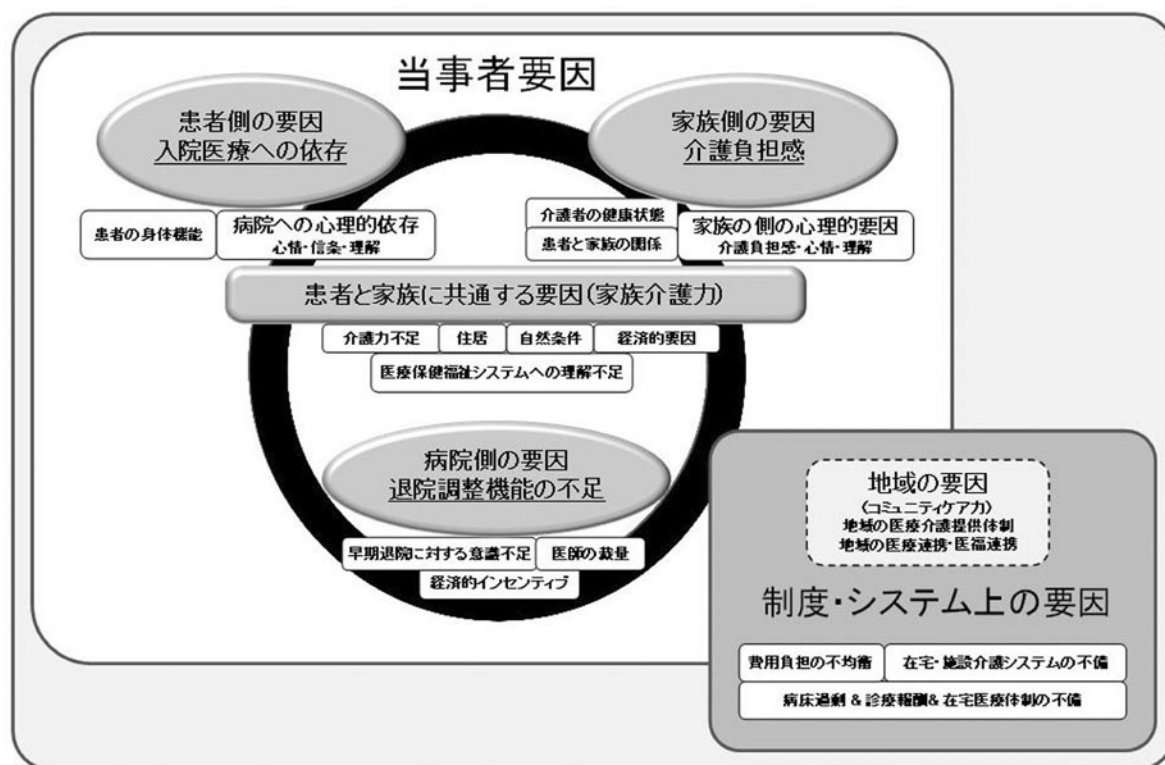


図2 社会的入院の発生要因モデル

存と言える。

患者の身体機能に関する要因を総合すると、①患者側の社会的入院の発生要因の一つとして従来あげられていた、「なんらかの介護を必要とする身体機能障害を患者が持つこと」は、直接的な原因ではなく、「十分な介護サービスが適切な場所（施設や在宅）で利用できないこと」が要因であること、②透析患者に典型的な通院困難は、特別な考慮を要するかもしれないこと、③患者が嚥下機能障害や感染症を有するがゆえに、施設入所ができないとすれば、これは患者側の理由による社会的入院というよりは、制度的な問題による社会的入院であること、④症状の残存は、医療従事者からみた場合当然のことであるが、患者には受け入れ難く、社会的入院の要因の1つになっていること、である。森山ら（1994）の研究では、精神機能については全く触れられていなかったが、「痴呆³を有することが退院を阻害する一要因である」（得地、禅野、太田、上田、吉岡、柄崎、筒口、2000；他）ことは複数の研究で報告されており、患者側の要因の1つ、特に在宅復帰阻害要因であるといえる。

患者の信条・理解不足という点から要因をまとめると、患者は、病状や治療、退院基準などに関して医療者から十分な説明がないことや、医療者および患者双方が合意した明確な退院基準がないことにより、病気や健康に対する信念と現実とのすり合わせが不十分になり、非現実的な退院目標を持つ（森山ら、1994；市村、石井、2003；只浦、遠藤、萩原、2005；他多数）ことによって社会的入院が発生している、といえそうである。これらは病院の退院調整機能の不足に関連した施設入所阻害要因、在宅復帰阻害要因であるといえる。

また、社会的入院とは直接的に表現されていないが、日本特有の価値信念の1つ、「六曜」が退院に影響しているとする報告研究（酒井、大藪、小平、大川、吉村、廣田、中山、2001）や、医療とは関係のない次元の「入院のメリットを利用した（個人的要因に付随して利益を被る）長期入院」（只浦ら、2005；他）の存在もいくつか報告されており、調査の余地はあるだろう。

次に、患者の心情が社会的入院の要因であることは多くの研究が指摘する。「一人のときに転倒したり症状がでたら、どうしようか」（市村ら、2003；他多数）、日中独居になることが淋しい（森山ら、1994）、身体的不安を持つ（奥村、加藤、池川、青木、1992）などの心情が、病院への心理的依存となり、在宅復帰および施設入所阻害要因として社会的入院を発生させている。さらに森山ら（1994）は、病院側が長期入院を作り上げることによって、患者の闘病意欲や社会適応力を失い、結果として病院へ依存する状態を作り出していると指摘している。

患者側全体で見ると、信条や理解不足、心理的な依存によって、入院継続を望んでいる実態があることを否定できないであろう。しかし、これらの患者の信条の問題は、病院の退院調整が進展すれば、ある程度解決される問題でもある。

4.1.2 家族側の要因

家族側の要因は、患者と家族との関係、および介護に伴う負担・負担感、信条に分けることができ、これらを統合すると、介護負担忌避といえる。

森山ら（1994）は、家族側の人的要因として、「患者に対するコミットメントが少ない」こと、患者の自我要因、同居歴がない場合に「同居をしたくない」という感情などがあることをあげている。これは、近年の自己中心的思考（清岡、野並、奥村、池川、2004）が影響していると考えられる。

さらに、「家族が一人増える毎に自宅退院の可能性は1.84倍高くなる」（近藤、安達、1999）ともいわれており、家族数が多いと介護力が確保しやすくなり、家族がいない（立石、野木村、本田、後藤、陳、望月、中山、藤村、2000）、もしくは崩壊している場合は、社会的入院が発生しやすくなる。さらに、キーパーソンの存在も重要である（只浦ら、2005）。介護は社会で担うものという考えが広まりつつあるが、介護の中心は依然家族であり、家族構成が社会的入院の発生要因の1つとなっていると考えられる。これらは在宅復帰および施設入所双方の阻害要因となっている。

「介護者の健康度が患者の健康度より低いため、

在宅で介護できない状況にある」と森山ら（1994）は指摘する。在宅療養に移行する際、主介護者の健康状態が悪ければ、共倒れになりかねず、「介護者が通院中や、入院経験のある健康でない群が、健康である群より介護負担感が強い」（得地ら、2000）ことが報告されており、介護者の健康状態は高齢者の自宅への退院を阻害する家族側の要因の1つであると考えている。ただし、これらは在宅復帰阻害要因であって、施設入所阻害要因ではない。

家族は在宅介護に対し、「患者の面倒を自宅でみてあげたい」という肯定的な感情と、介護負担感が増すことに付随して発生する、「このまま退院しないでほしい」という否定的な感情との両者を合わせ持つ（森山ら、1995）。しかし、介護意欲は家族機能や介護者の健康状況とも深い関連があり、介護に対する不安や介護負担感が、できれば介護を避けたいという思いになり、社会的入院を発生させている可能性がある。在宅復帰阻害要因として大きな影響を与えていると思われる。

患者の信条同様、家族の信条も社会的入院の要となる。「老人ホームに入所させるより、病院に入院している方が世間体が良い」（竹本、2002）など、世間から悪く見られたくないという家族の信条が、在宅復帰および施設入所を阻害し、社会的入院を発生させており、家族側の要因である。

以上、家族側の要因をまとめると、①介護者である家族の健康状態がよく、患者と家族の関係が良好な場合は比較的退院が円滑にいくが、家族関係が不良な場合は、介護者の介護意欲や患者へのコミットメントなどに悪影響を与え、家族機能が減衰し、退院が阻害される状況を生み出していること、②過去の介護状況や不安が介護負担感を増し、介護を避ける傾向を生みだしていること、③親の面倒は長男の嫁が見るといった社会的通念が、ヘルパーや施設サービスの利用を阻んでいることなどが、社会的入院を発生させる家族側の要因であると考えられる。

4.1.3 患者・家族に共通する要因

患者と家族に共通する要因は、制度的な要因であることも多いが、ここでは、自宅への退院を可能と

する介護力の問題と、住居問題、自然条件、退院調整に関係する問題について扱う。

昨今の「核家族化」（奥村ら、1992）に伴う「共働き世帯」（奥村ら、1992）や「高齢者世帯」（皆川、1998）の増加は、「身寄りがいない」（立石ら、2000）、あるいは自宅での「介護者がいない」（森山ら、1994）状況を生み出し、「介護力の不足」（今井、2002）が問題となる。ただし、これらの研究の多くは、介護保険実施前のものである。介護力不足の問題は、家族の要因と同じく、施設入所阻害要因ではなく、在宅復帰阻害要因にすぎないことに注意すべきであろう。住居要因に関しては、一戸建てか否か、部屋数、患者の専用居室の有無が大きく影響している（高鳥毛、多田、黒田、中西、西垣、岡本、西、中川、趙、新庄、1990；樺野、長谷川、橋本、武村、郡司、2000；他多数）。専用居室の有無は介護者・被介護者共にストレスコーピングに関連しており、自宅の住居問題が在宅復帰阻害要因の1つであると言えよう。しかし、これらも施設入所阻害要因とはならない。

「夏や冬といった外界の天候が高齢者にとってしのぎにくい季節では、患者も入院療養の延長を希望し、医師もそれを受け入れている状況」（森山ら（1994）、「寒い冬や暑い夏では病院にいたい、あるいはいさせてあげたいといった配慮」（只浦ら、2005））があり、気候が厳しいことが社会的入院の発生要因となっている可能性はある。特に、極寒地方（北海道や東北地方、北陸地方など）を中心に越冬入院が広く存在する可能性が考えられる。気候条件は、社会的入院の在宅復帰阻害要因であるが、病院からの退院阻害要因ではないということになる。

次に、退院調整に関する問題について述べる。2000年に創設された「介護保険制度が在宅を支援するための制度である」という認識が一般的に希薄」（清岡ら、2004）であり、家族は種々の在宅サービス等を利用して、在宅療養環境を整えようとはしていないといえるだろう。

また、患者は自分が入院している病院の機能や病床種別を理解していない（倉田、1998）など、医療保健福祉システムへの理解不足は、病院側の退院調

整に関する要因と複雑に絡まって、社会的入院を発生させていると考えられる。

以上、患者側の要因、家族側の要因、患者・家族に共通する要因について述べてきた。患者側の要因としては、患者の精神機能、患者の信条や理解不足、病院への心理的な依存があり、さらに、家族機能の衰退、介護負担感、親の面倒は長男の嫁が見るといった社会的通年という家族側の要因、患者と家族の医療保健福祉システムへの理解不足、さらに住居や自然条件が関係していることなどが明らかになった。しかし、医療サービスの受給者側の要因と、病院側の退院調整に関する要因とが複雑に絡まって、社会的入院を発生させていると考えれば、少なくとも患者側の信条や理解不足、心理的な依存や家族側の介護忌避のような要因が、要因として上がってくること自体の理由としては、病院側がこのような理由による社会的入院を許容しているという側面があるということを否定できないであろう。その意味で、これらの要因を単独の要因として認めるのではなく、病院側の要因を詳細に検討した上で、考察する必要があると思われる。

4.1.4 病院側の要因

病院側の要因は、関係当事者の意識の問題、医師の裁量的判断、関係者間のコミュニケーションの問題に分けることができ、一言で言えば、病院の退院調整機能の不足である。なお、病院の経済的要因については、患者・家族の経済的要因とともに、制度・システム上の要因のところでも取り上げる。

ここでは医療者の退院に関する意識を問題とする。急性期病院では、2000年以降、厚生労働省による在院日数短縮化政策・病院機能分化政策への対応の1つとして、より急性期に特化するため、退院調整部門を設置し、退院調整専門職を配置する病院が増加している。「退院支援部門の設置により、退院困難な患者の退院促進、看護師の退院に取り組む姿勢の変化などの効果が見られていた。」(永田、大島、田畑、村嶋、鷺見、春名、2004)と医療者の退院に関する意識の変化を結論づけた研究もあるが、一方で医師および看護師は急性期の患者対応に追わ

れ、急性期を過ぎた患者への対応が疎かになる傾向がある(福崎、2005)という指摘も存在する。また、早期退院を意識した病院側の積極的な関わりはみられず、医療者の退院に関する意識が希薄であることも窺える(森山ら、1994)。その理由として、「明確な退院基準がない」(只浦ら、2005)ことなどにより、医師の早期退院に対する意識が不足したり(森山ら、1994)、「医療者の在宅療養や継続医療に対する意識が低く」(倉田、1998)なることにつながっている。これらは、在宅復帰障害要因であり、施設入所障害要因でもある。

医師には、その専門性の高さから裁量的判断が認められている。その裁量的判断が、明確な退院基準がないこと(只浦ら、2005)や、入退院に関する第三者の関与がルール化されていないことなどにより、医師の患者への配慮(森山ら、1994)となって表れている。その結果、退院調整を行わないという病院側の意思決定になり、入所障害要因・在宅復帰障害要因になっているといえるだろう。また、退院に関する医師と看護師長の考え方の相違(森山ら、1995)が、患者の在宅復帰障害要因となっている。

患者・家族・医療者間のコミュニケーションは、どの二者関係においても不十分である。結局、医療者の側の早期退院に対する意識が低いこと、患者が非現実的な治癒目標を持つこと、家族が退院を望まないこと、医療者と患者や家族との間のコミュニケーションが不十分なことが、退院の意思決定および退院調整を不十分にし、社会的入院を発生させていると考えられる。

4.1.5 制度・システム上の要因

森山ら(1994)のモデルを初めとして、他の研究でもしばしば言及される要因に、制度上の問題があり、費用負担の不均衡問題、在宅および施設介護システムの不備、病床過剰・診療報酬・在宅医療体制の不備の3つがあげられる。

① 費用負担の不均衡問題

森山ら(1994)は、経済的要因に関して、「福祉施設では費用が病院に入院するよりも高いた

め、家族も患者も二の足を踏む姿勢が見られる」ケースや、独居の場合は、地域の中で一人で生きていくよりは、病院に入院していた方が、費用が安いことなどをあげ、社会的入院発生の患者側の要因として、経済的要因の存在を指摘している。同様の問題はいくつかの研究で報告されており（奥村ら、1992 など）、また加藤、萩原（1996）は、Y病院に入院中の脳血管障害患者が1996年1月の1ヶ月間でかかった費用は、特別養護老人ホームの措置費（27～28万円）より少し高いだけであり、「『社会的入院』が一番安全であるという皮肉な状況にある」と述べている。小山（1998）は、「病院への入院と在宅療養を比較すると、入院を継続していた場合には僅かな負担であり、在宅療養者には何らかのサービスもないという状況が生じ、入院を選択した方が金銭的にも負担が少なく、老人の介護に対する具体的、精神的な家族の負担が少ない」（小山、1998）などと、費用や介護の負担の面での不均衡が存在することを指摘している。これらの研究を要約すれば、在宅療養を行うよりも、入院していた方が患者側の自己負担は少なく、したがって積極的に退院し在宅療養を行おうとする経済的インセンティブが、患者の側にないということである。

しかし、この実態は介護保険創設前の実態であり、現在は在宅療養に比べ、病院に入院していた方が論理的には自己負担額は大きいことになっている。それでも、病院への入院を希望しているのであれば、何か別の要因があると推測せざるを得ない。

まず、この数字自体をそのまま費用負担の不均衡がないとみなしてよいかという問題がある。例えば、透析患者の場合、週3回の通院に伴う交通費などの経済的負担がある（公共交通機関の場合、障害者手帳による割引があるが、タクシーを利用した場合は自己負担）（小野、2000）。また、介護保険利用者の「大多数が利用枠の半分程度しか利用しておらず、1/4の利用者が利用料一部負担は重いと答えている」（市村ら、2003）。仮に、病院を退院し、在宅療養に移行したとすると、直接的

な医療費は、在宅のほうが入院費用よりも安価である。しかし、これは見かけ上そう見えるだけであり、介護保険の自己負担やその他の諸経費を考慮すると、必ずしも在宅療養が安上がりとはいえない（栗林、2006）という指摘もある。

なお、先行研究では見当たらなかったが、既に介護者が働いている場合、自宅介護するには退職しなければならないが、それは就業機会と所得の喪失を意味する。自らの所得を放棄し、金銭的に評価されない介護にエネルギーを注ぐか、所得を放棄しないで、その所得の大部分を入院費に回すかという意味決定を考えた場合、後者を選ぶケースがあることは想像に難くない。つまり、機会損失をこの費用負担の比較は考慮していないということも、仮説として考えられるであろう。

さらに、一つの可能性は、患者および家族は、費用面だけではなく、介護に伴う精神的負担などを考慮し、より費用のかかる病院への入院を希望するケースが存在するという可能性である。

いずれの研究でも、経済的問題の調査方法については触れられていない。家庭の経済状況はプライバシーに関わる問題であるため、詳細な調査は困難であると予測されるが、年収300万円以下の世帯と、1,000万円の世帯とではそもそも金銭感覚が異なるだろうし、地方と都市では生活費は異なるだろう。どの程度の経済的問題が存在するのかは今後調査する必要がある。

これらの費用負担の比較については、質調整生存年（QALY）を用いた費用効用分析が一般的である。社会保障費負担が問題となっている近年のわが国においては、このような調査の必要性は認識されているが、先行研究は著者が探す限り存在しない。したがって、入院継続か在宅ケアへの移行かをめぐる医師の裁量権や患者・家族の選択判断は、客観的な指標がないために混迷を極めており、今後調査が必要であるだろう。

② 在宅および施設介護システムの不備

小山（1998）は、「利用者のニーズとサービスのミスマッチ」として、「自宅で在宅療養を継続

できない状態であり、何らかの在宅福祉サービスも受けられず、特別養護老人ホーム等へも入所できないといった状況」を指摘していた。在宅療養を支援するニーズに対応したサービスの不足の問題と、受け皿である施設の不足（加藤ら、1996；奥村ら、1992；他多数）と言い換えることができるだろう。これらの在宅介護環境の未整備（森山ら、1995）や、在宅サービスの量的不足（奥村ら、1992）を患者の在宅復帰阻害要因とする研究は多い。

さらに、在宅復帰および施設入所を阻害する共通要因として、「介護保険の申請あるいはケアプラン作成に時間を要す」（市村ら、2003）ことや、「病院と地域の連携が不足している」（本道、2000）こと、地域のサポートシステム（ケアハウスや給食サービス）の未整備（森山ら、1994）、などのように、「社会資源がない現状、社会資源に不備がある現状」（加藤ら、1996）も報告されており、介護保険などの社会資源に制度的な問題があると先行研究は指摘している。

小野（2000）は、長期社会的入院透析患者の退院先の選択肢の1つとして、老人保健施設や特別養護老人ホームをあげているが、「これらの施設で透析患者が適切なケアを受けられるか否かは疑問であり、施設側が受け入れを拒否することも予測される」としている。施設は療養を行う場であり、医療を提供する場ではないと考えられている。加藤ら（1996）は、経管栄養を施行中の患者について、施設への入所申請をしても受け入れてくれる施設はないとしている。その理由は、医療側は経管栄養を食事としてとらえているのに対し、施設側は治療ととらえているため、同じケアに対しても、認識の違いが存在するためとしている。これは、「高齢者の場合はとくに、治療の必要がなくなってきた時点と、日常生活が自立する時点とは一致しない場合が多い」（宮坂、1993）と、治療終了の時期が必ずしも明確でないことにより、何が医療で何が介護なのかが曖昧になり、病院および施設の解釈の違いを生んでいるため、医療機関における社

会的入院を発生していると考えられる⁴。

2000年の介護保険制度創設にともない、施設介護・在宅介護を支援するサービスは以前より大幅に増え、財政的なアクセスは大幅に改善し、また介護施設も増加傾向にあるが、より広い視点で見ると、利用者のニーズを満たしていない可能性がある。介護保険実施後も、「施設の順番待ち」によって社会的入院が発生している（市村ら、2003）、病院病床数に比べ、老人保健施設や老人福祉施設が不足している（今井、2002）、「自立のための生活機能の回復を目指すための医療機関や介護施設が十分に整備されていない」（福崎、2005）など、退院後の受け皿である施設数の不足は、数多くの研究で指摘されている。

リハビリテーションの領域では、「リハビリテーション前置主義⁵」が唱えられているが、必ずしもその主義が守られていない（石川、2002）。その理由として、わが国では「安静第一主義」が依然として根強く残っており、急性期病院で「寝たきり」がもっとも発生しやすく（石川、2002）、社会的入院の要因となっていると考えられた。また、リハビリテーションに関しては、急性期から継続したリハビリテーションが高齢者の生活に与える影響や訪問リハビリテーションの有効性などに関して、医師やケアマネジャー、看護師などの理解が不足していることが考えられるが、そのような研究に関しては著者が探す限り見当たらず、今後の研究が望まれるところである。

③ 病床過剰・診療報酬・在宅医療体制の不備

制度・システム上の要因の第三は、医療側の要因である。その第一は、「病院病床数の過剰傾向」（小山、1998）である。わが国の病床数は、諸外国に比べ多い（社会保障国民会議中間報告資料26、2008年6月19日）といわれており、小山（1998）は、増床される分だけ老人が入院するという状況が起こったと述べている。病院側の経済的要因のところでも述べたが、ベッドの空床状況により患者の入退院が影響を受けており、諸外国に比べ対人口病床数が多いわが国の医療提供体制上の特徴が

社会的入院を発生させているといわれている。わが国では、戦後一貫して病院病床数は増え続けたが、1985年の第一次医療法改正において、医療資源の適正な配置（病床数管理を含む）を目的の一つとして、地域医療計画が規定された（長谷川、2005）。この地域医療計画は、主として増床を規制する役割は有しているが、既存の病床を削減する役割は担っていないため、戦後何の規制もなく増え続けた病床数が対人口病床数の多さとなって表れていることは、既知の事実である。

森山ら（1994）は、家族の弁として、「ベッドの空き状況によって『もう少しいてもよい』と行動が変化する」としており、病院の経営的判断によって患者の入退院が影響を受けていることを明らかにしている。この背景には、入院費の支払いに関する診療報酬が日額定額を基本としているため、入院期間が伸びるほど、病院収入が増加するという構造があることがあげられる。逆に言えば、入院患者がいずれ空床があれば、その分減収になることを意味する。そのため、次の入院予定患者がない場合、本来ならば入院治療の必要性がない患者でも、患者もしくは家族が積極的な退院を望んでいない、あるいは入院継続を希望する場合は、入院を継続させ、空床回避を行っている可能性がある。また、一部の病院では、「金儲け主義」（有岡、1992）により、患者を退院させない状況が発生していると指摘しているが、この有岡（1992）以外に病院の「金儲け主義」を明言している先行研究は著者が探す限り他には見当たらなかった。この指摘は、1970～80年代の老人病院の薬漬け医療、検査漬け医療などに対する痛烈な批判の意味が込められていると考えられるが、このような悪徳金儲け主義を原因として入院を長期化させている病院は当時に比べ、著しく減少した可能性がある。むしろ、2006年の療養病床でのADL区分、医療区分の導入、療養病床再編決定に伴い、必要以上の長期入院は病院の経営に大きな打撃を与えるようになったので、必ずしも単純な空床回避のベッドコントロールが行われているわけではない。一定の入院期間を過ぎた患者が半ば強制的に退院さ

せられるいわゆる「療養（介護）難民」が問題となっていることから明らかであろう。ただし、これも見方を変えれば、病院の金儲け主義である。このような新しい状況でも、上記の要因説明が当てはまるか否かの検証が必要である。

最後に、社会的入院を防止する可能性としては、在宅医療があり、在宅療養支援診療所制度の創設、訪問看護ステーションの活性化などの政策が実施されている。これらを活性化していないことが、社会的入院の制度・システム上の一要因であると思われるが、先行研究ではこの点を明確に主張したものは見当たらなかった。

すでに述べたが、現在でも本当に病床は過剰なのか、本当に介護施設が不足しているのか、在宅医療が活性化すれば、社会的入院問題は解決するのか、などの仮説については、別途議論する必要がある。

5 考察

5.1 レビュー結果について

社会的入院に関する346件の先行研究のうち、2000年以降の文献が約7割、特に精神保健領域では2000年以降の研究数が圧倒的に多かった。1990年代後半から、病院における退院調整の必要性が謳われ、退院調整が積極的に行われたこと、2000年に介護保険制度が実施されたこと、診療報酬における通減的な入院医療費の支払いおよびDPC支払い方式が導入されたこと、また、2006年の障害者自立支援法制定に関連して、精神保健領域の社会的入院が着目されたこと等が影響していると考えられる。

関連用語による研究としては、社会的入院の対策ないし防止策の1つとして考えられている退院調整、退院計画、地域医療連携などの研究が非常に多く、これは先行研究が社会的入院を「退院遅延」と捉えていることの証左であると考えられた。また、2000年以降の診療報酬改定において、在院日数短縮化のための制度改正が次々と行われていることと無縁ではないと思われる。2000年の改定で、人員配置基準と平均在院日数などを織り込んだ入院基本

料の設定がなされたこと、2002年に、一般病床・療養病床ともに180日超入院患者に対しては、入院基本料の15%を自己負担化（特定療養費化。療養病床に関しては2006年に廃止）されたこと、2006年に療養病床の再編成決定、一般病床における70歳以上高齢者の90日超入院患者を特定患者制度の導入（包括払い）、療養病床では医療の必要度およびADL区分に基づく支払い制度の導入などの関連する制度の改正などが行われ、病院行動に変化をもたらしている可能性がある。

なお、関連用語の選択について補足しておきたい。社会的入院は、日本の医療提供体制の根本に係る問題であるため、関連するキーワードを拡大していけば、外来医療、病院機能分化、一般病床、療養病床、在宅医療、介護保険施設、診療報酬制度、医療保険や介護保険といったものを包含する必要がある、ある意味では限界がないに等しい。社会的入院の根本原因を探るには、キーワードを拡大するとともに、場合によっては海外の文献も含めてレビューする必要がある。本研究は、より徹底したレビューのための第一歩として位置づけるべきである。

また、社会的入院の先行研究の特徴の一つとして、社会的入院をキーワードにした療養病床の研究は認められなかった。しかし、療養病床の前身である療養型病床群において社会的入院が問題視されていたという歴史的経緯と、2006年に決定された療養病床の再編では、療養病床における社会的入院の存在が理由として掲げられていたことから考えると、療養病床における社会的入院に関する研究の実施が望まれる。

次に、疾病タイプ別に社会的入院の研究をみると、治療ないし療養に時間を要する可能性が高い疾病（精神疾患、脳血管疾患、腎不全、大腿骨頸部骨折、神経難病など）および状態（経管栄養、MRSAなどの感染症）に研究が多かった。これは、患者自身がADLの急激でかつ著しい低下により生活が自立できず、他人の援助を必要とする疾病ないし状態を有している場合に社会的入院が発生すると考えられた。一方、代謝性疾患、呼吸器疾患、眼科疾患などに関する研究は、著者が探す限り存在しない。治

療ないし療養に時間を要する可能性が高い疾病という意味では、糖尿病をはじめとする代謝性疾患も、慢性閉塞性呼吸器疾患などの呼吸器疾患も、社会的入院が存在すると考えるのが妥当であるが、ADLが急激に低下しないという疾病特徴から、社会的入院が存在しないか、もしくはこれらの疾病の治療に当たっている医療者が社会的入院と認識していないか、認識していても医療の必要性に代替され、現場で問題視されていないかという理由が考えられる。

高齢者の社会的入院の患者数は、先行研究を概観する限り、概ね25万人程度であり、その医療費は1兆円前後と言える。一方、厚生労働省は、療養病床に入院する患者のうち「容態急変の可能性は低く福祉施設や住宅によって対応できる」患者を社会的入院患者としている。その割合は、介護保険適用療養病床；28.2%、医療保険適用療養病床；29.5%であり（医療経済研究機構、2004）、介護型療養病床13万床のうち28.2%にあたるものは36,660床、医療型療養病床25万床のうち29.5%は73,750床となり、厚生労働省試算によると、療養病床における社会的入院患者は合計約11万人ということになる。この約11万人という数字は、二木（1995）や畑農（2004）らが推計した約25万人のうちの半数弱にしかならない。単純に考えれば、残りの半数の社会的入院の患者は一般病床に存在する可能性がある。この数字が正しいかどうかは別として、社会的入院について論じる際には、療養病床における議論のみではなく、一般病床をも含めた議論をする必要があると考える。

5.2 社会的入院の発生要因モデルについて

社会的入院の要因は非常に多様であり錯綜しているといつてよい。が、本モデルでは森山ら（1994）のモデルを出発点として、患者、家族、病院という当事者の要因と、制度・システム上の要因とに整理し、新たなモデルを構築した。このモデルは、先行研究から導き出したモデルであり、先行研究の限界をそのまま受け継いでいる。診療報酬制度の改定やDPC病院制度の導入を要因として、在院日数の短縮化が急激に進んでいるが、学術研究は、これらの

制度変化に敏感に対応しているわけではない。常に制度との関係で、モデル自体の有効性がチェックされる必要がある。

当事者要因や制度・システム上の要因に対し、どのような対策を考えることができるであろうか。

第一に、地理的な要因や住居問題、家族の機能衰退については、短期的に効果の上がる政策は考えにくい一方、介護保険制度の実施によって、かつて主張された社会的入院の介護制度上の対策は、少なくとも理論的には既に実施されているということである。ただし、介護保険制度の改善は必要（市村ら、2003；他多数）であろう。社会的入院が介護保険制度実施後も継続しているなら、その要因を洗い出すことが先決である。

第二は、退院支援システムの整備（倉田、1997；他多数）に関する政策は、病院の退院支援機能に対する対策となるばかりでなく、患者や家族の病院依存を解消し、リハビリテーションの充実と合わせれば、患者側の身体機能上の問題も解決することになる。その意味で、防止策としての期待は大きいということである。

第三は、社会的入院の本質的な原因は、先行研究ではあまり強調されていないが、一般病床が急性期病床と慢性期病床を兼ねたようなあいまいな形態になっていること、他の先進諸国と比べ病床数がかなり過剰なこと、介護施設のベッド数が需要に比べかなり不足している可能性があることなどに求めることもできる。これらの問題が解決し、診療報酬上のインセンティブが適切に設定されれば、早期退院支援システムも病院全体に急速に浸透し、社会的入院は解消に向けて大きく動き出す可能性があるのではないか。

社会的入院に関する先行研究はかなりの数に達し、指摘された要因や防止策も多様である。しかし、実効性のある防止策を考える場合には、新たな実態把握が必要であると思われた。

まず、社会的入院に関する多くの研究が発表された後、介護保険の実施、在院日数短縮化政策の実施という、制度環境上の大きな変化が生じた（精神疾患については障害者自立支援法の実施も含まれる）

ことである。介護保険制度は、社会的入院の解消を一つの目的として新たに導入されたという経緯があり、また一般病床および療養病床に対する在院日数短縮化政策は長期入院を是正するはずなので、いずれにしても、社会的入院問題は解消、ないしは緩和しているはずである。依然として社会的入院は存在するのか、新たな問題は生じていないか、これらについても把握する必要がある。

第二は、要因別の定量的な把握の必要性である。社会的入院の場合、要因も防止策も非常に多様である。有効な防止策を考案するには、最も重要な要因が何かを明らかにする必要がある。それには、病床タイプ別、理由・原因別、患者の年齢構成別の実態も把握し、多様な理由の相対的な重要度を測る必要がある⁶。

第三は、将来的な検討課題として介護施設における社会的入所と精神疾患患者の社会的入院についても実態を把握する必要があることである。社会的入院は、治療施設である病院の不適切な利用の問題と捉えることが可能であるが、背景要因をみると、医療から介護に至るまでの総合的な問題であることが明確である。

第四は、第三に関連して、在宅ケアシステムが社会的入院に与える影響についての把握である。本来、在宅ケアに魅力があれば、社会的入院を望む高齢者や家族は少ないはずである。しかし、先行研究が述べているように、20万人規模の社会的入院患者が存在している。在宅ケアの有益性や在宅ケアと病院での療養の比較研究が必要であろう。

注

- 1 本研究は、健康保険組合連合会平成18年度医療保障総合政策調査・研究基金事業「良質な高齢者医療&ケアの実現に関する研究—社会的入院問題の本質と政策提言—」のレビュー研究報告書を加筆修正したものである。研究の機会を与えてくださった健康保険組合連合会および研究の指導をいただいた慶應義塾大学総合政策学部印南一路教授、本論文の査読をし、有益なコメントを下された匿名の査読者の方々に心より感謝いたします。
- 2 このモデルは高齢者の社会的入院を念頭に構築したものである。精神疾患患者や難病患者の社会的入院までを包括するものではない。ただし、高齢者の社会的入院に関する研究と精神疾患患者の社会的入院に関する研究とは、オーバーラップする部分があり、精神疾患患者や難病の社会的入院モデルを考えるに当たっての出発点とはなるであろう。
- 3 痴呆：2005年より認知症と名称変更がなされたが、ここでは原文のまま痴呆とする。
- 4 2006年から2007年にかけて行った国内病院へのインタビュー調査によって、複数の病院から、この実態が現在も当てはまること示唆された。
- 5 リハビリテーション前置主義：急性期・回復期のリハビリ医療サービスが十分に提供されたうえで要介護認定が実施され、介護保険による各種サービスが提供されるべきであるとする考え方（石川、2002）。
- 6 本レビューの実施後、新たな実態調査の必要性を受けて、平成18年11月から2つの調査を行った。まず、国内の諸施設（一般病床、リハビリテーション病院、療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、小規模多機能施設、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション）に対して、訪問インタビュー調査を実施し、社会的入院の実態を定性的に調査した。さらに、平成19年3月段階で、全国の一般病床、療養病床に社会的入院に関する総合的な調査を実施し、社会的入院問題を定量的に把握した。この2つの調査を実施した過程で、社会的入院が定性的にも定量的にもより明確に把握されると同時に、「社会的入院の概念と定義」自体が、このレビューよりも深化した。社会的入院の概念は拡張され、「医学的必要性が小さいにもかかわらず、社会的理由により入院、入院継続、退院すること」となった。具体的には、社会的新規入院、社会的再入院、社会的入院継続、未完退院、不適切な転院、在宅死可能死亡退院の6つに分けられ、それぞれに定義が与えられた。

参考文献

- 有岡二郎「社会的入院の解消は受皿に限界」、タイムリージャーナル、30(8)、総合社会保障、1992年、pp.4-6。
- 石川 誠「早期リハビリテーションの重要性と看護師の役割」、看護学雑誌、66(12)、2002年、pp.1086-1089。
- 市村 和徳・石井 佐宏「整形外科病棟の高齢者入院患者が長期入院となる要因」、整形外科、54(3)、2003年、pp.339-342。
- 伊東 真理子「社会的入院の分析」、9、生活経済学研究（のち「生活経済学研究に改題」、生活経済学会編、1993年、pp.55-67。
- 今井 昭雄「続・再び“長期入院患者と一般病院は何処へ行く”長期入院患者に関するアンケート結果より」、新潟県医師会報、663、2002年、pp.13-18。
- 医療経済研究機構「介護サービス体系と機能の在り方に関する調査研究」療養病床における医療提供体制に関する調査報告書、2004年。
- 大本 圭野「社会的入院」、福祉社会事典、1999年、p.425。
- 奥村 悦之・加藤 強・池川 公章・青木 貴代「老人病院における社会的入院の現状 退院を阻害する因子について」、南大阪病院医学雑誌、40(2/3)、1992年、pp.162-165。

- 小野 利彦「透析患者の社会的支援体制 2 長期社会的入院透析患者の対応」、透析フロンティア、10(1)、2000年、pp.6-8。
- 加藤 綾子・萩原 清子「医療相談室からみた「社会的入院」の実態と福祉の課題」、18(1)、長野大学紀要、1996年、pp.57-78。
- 清岡 学・野並 誠二・奥村 悦之・池川 公章「老人病院におけるいわゆる社会的入院の実態 退院阻害因子と外泊阻害因子について」、高知市医師会医学雑誌、9(1)、2004年、pp.68-71。
- 倉田 和枝「脳血管障害看護ハンドブック 退院調整と社会資源活用の実践」、看護技術、43(10)、1997年、pp.1108-1112。
- 倉田 和枝「在宅看護 病院から在宅へ 退院改革を考える」、臨床看護、24(1)、1998年、pp.88-95。
- 栗林 令子「ここに異議あり！ とんでもないツケで、どうなる?! 長期入院病床の行方—平均在院日数短縮と療養病床の居住系サービス施設への転換」、月刊保険診療、61(1)、2006年、pp.39-43。
- 小山 秀夫「介護保険と社会的入院について」、国民健康保険、12、1998年、pp.2-5。
- 近藤 克則・安達 元明「脳卒中リハビリテーション患者の退院先決定に影響する因子の研究—多重ロジスティックモデルによる解析」、日本公衆衛生雑誌、46(7)、1999年、pp.542-550。
- 斉藤 立滋「社会的入院による医療費の推計」、大阪産業大学経済論集、4(2)、2003年、pp.75-84。
- 酒井 美也子・大藪 七重・小平 広子・大川 貴子・吉村 啓・広田 英子・中山 洋子「六曜が退院日決定に及ぼす影響 患者に対する意識調査の分析」、福島県立医科大学看護学部紀要、3、2001年、pp.25-31。
- 椋野 香苗・長谷川 万希子・橋本 勉生・武村 真治・郡司 篤晃「長期入院高齢者の家族の在宅ケア意向に影響する要因」、病院管理、37(2)、2000年、pp.105-113。
- 第23回社会保障審議会医療部会配布資料、2006年2月23日。
- 高島 毛敏雄・多田 羅浩三・黒田 研二・中西 範幸・西垣 千春・岡本 悦二・西信 雄・中川 祐子・趙 林・新庄 文明「老人の入院および在宅ケアに関連する要因に関する研究」、日本公衆衛生雑誌、37(4)、1990年、pp.255-262。
- 竹本 範彦「介護施設間の包括的サービス提供（施設間の連携）について」、日本臨床内科医会誌、17(2)、2002年、pp.155-158。
- 只浦 寛子・遠藤 幸子・萩原 久美子「退院がスムーズにいかず長期入院となる患者・家族とキーパーソンの傾向と背景および退院阻害要因について」、8(1)、宮城大学看護学部紀要、2005年、pp.59-67。
- 立石 修・野木村 健・本田 陽一・後藤 豊・陳 顕一・望月 正武・中山 陽・藤村 尋路「社会的入院患者退院に関しての介護の問題」、訪問看護と介護、5(6)、2000年、pp.496-499。
- 得地 晃二・禰野 八重子・太田 珠子・上田 美津子・吉岡 幸枝・柄崎 マユミ・筒口 由美子「高齢者の退院を阻害する家族の要因に関する研究 家族（介護者）へのアンケート調査より」、看護展望、25(13)、2000年、pp.1499-1504。
- 永田 智子・大島 浩子・田畑 まりえ・村嶋 幸代・鷺見 直己・春名 めぐみ「退院支援の現状に関する全国調査—病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて」、病院管理、41(4)、2004年、pp.73-82。
- 二木 立「日本の医療費—国際比較の角度から」、第1版、1995年、pp.25-39。
- 畑 農 鋭 矢「社会的入院の定量的把握と費用推計」、医療経済研究、15、2004年、pp.23-35。
- 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、2、1995年、pp.47-54。
- 福崎 恒「医療と介護の連携への提言(2)」、総合ケア、15(7)、2005年、pp.53-57。
- 本道 和子「特集 退院調整のシステム化—スムーズな退院を阻む要因とその対策」、看護展望、25(3)、2000年、pp.305-309。
- 皆川 晃慶「転換期の地域医療 地域医療の推進で日本を変えよう

社会的入院の解消とノーマライゼーションの地域づくり 都市型リハビリテーションの実践から」、月刊総合ケア、8(2)、1998年、pp.18-21。

宮坂 順子「特集 高齢者の退院計画のすすめ方 退院計画のための基礎知識 2 退院を可能にする条件・困難にする条件」、臨床看護、19(2)、1993年、pp.175-179。

森山美知子・岩本晋・芳原達也「高齢者の社会的入院を発生させる要因の検討(第1報)」、病院管理、31(3)、1994年、pp.211-219。

森山美知子・岩本晋・芳原達也・小山秀夫「高齢者の社会的入院を発生させる要因の検討(第2報) 医療者・患者・家族のコミュニケーション障害に焦点をあてて」、病院管理、32(1)、1995年、pp.27-36。

[2008.6.30 受理]

[2008.12.26 採録]