【論　文】

医療ソーシャルワーカーの業務に医療政策が及ぼした影響：診療報酬の動向と医療ソーシャルワーカーの「退院支援」業務との関わり

高山　恵理子（社会福祉学科准教授）

要旨：本稿の目的は、1980 年以降の日本における医療政策が医療ソーシャルワーカーの実践、特に退院支援に及ぼした影響について考察することである。わが国では 1980 年代から、持続可能な医療供給システムを構築するために、医療政策において様々な改正が行われた。そして、医療ソーシャルワーカーはこの領域で一定の役割を引き受けることとなった。

本稿では、医療ソーシャルワークと関わる医療の施策を概観するとともに、診療報酬等に関する文書におけるソーシャルワーカー、社会福祉士に関する言及から、施策においてソーシャルワーカーが何を期待されてきたかを検討する。さらに、保健医療分野におけるソーシャルワーカーについて、ソーシャルワーカー数の推移、病院・診療所におけるソーシャルワーカーの所属部門の変化、「退院支援」業務がソーシャルワーク業務全体に占める割合に関する諸調査から明らかにした。その結果、ソーシャルワーカー数の増大、地域連携関連部門に所属するソーシャルワーカー数及び「退院支援」業務の割合の増大が明らかになった。これらの結果より、医療政策がソーシャルワーク実践に及ぼしたと結論付けた。

キーワード：退院支援、医療政策、ソーシャルワーク、診療報酬

1. はじめに

専門職の実践は、専門職としての発展とともに内発的な変化を遂げるのみではなく、社会などの外的な要因の影響を受けるものであるといえる。ソーシャルワーク実践は、心理社会的課題に関与するため、外的な要因、特に社会的な要因の影響を強く受ける。近年、病院に所属するソーシャルワーカーは、患者の退院にかかわる支援・援助について期待されているといえる。このことは、「地域連携室」等入退院にかかわる部門に所属するソーシャルワーカーの割合が高くなっていること、業務統計において「退院支援」の割合は高くなっていることに表われている。

「退院支援」は、病を持った方の継続的な生活の中で、特に「退院」という局面における支援を意味しているものである。この局面は、患者・家族の生活の場の変化の局面であり、このことに伴いさまざまな課題が生じる時期である。それらの課題に応じ、本人・家族が次の生活の場でその人らしく生活できるよう支援するものであり、本人・家族の心理社会的側面の支援を行うソーシャルワーカーにとって不可欠な支援であるといえる。

その一方で、退院支援を行うソーシャルワーカーとしての役割は、社会的な問題とそれに関わる政策の中で重要性が増してきた実践であると考えられる。

1980 年代以降、将来来るべき高齢社会への布石と高騰する国民医療費の伸びの抑制は医療保険制度の安定的な運営のために不可欠な課題となった。諸外国と比較して入院日数が長い日本において、平均在院日数の短縮は課題とされた。一方、特別養護老人ホームの量的不足及び措置による入所という位置づけの結果、障害があるにもかかわらず家庭に介護者が不在である患者の受け皿として、いわゆる「老人病院」が増加した。このような医学上は必要とされないが療養環境が整わないために継続される入院は、療養環境の悪い一部の病院の存在とともに、「社会的入院」と称され、社会問題化された。

このような背景のもと、政府は不必要な入院を極力避ける方策の検討し、在宅生活支援として、中間施設の創設、在宅医療の推進等をすすめた。また、医療機関の有効活用を目的に、病院の機能分化の推進、医療連携の推進を展開した。患者の退院時におけるソーシャルワーカーによる支援は、従来から社会復帰援助の一部として位置づけられ、行われてきた。この退院支援（当時は退院援助とされた）が保健医療分野のソーシャルワーカーの一つのカテゴリーとして形成されたのは、これらの政策の影響が大きいと考えられる。

そこで、本稿では、このような退院支援が具体的にどのような政策動向の影響を受け、形成されてきたものであるかを検証する。まず報告書、診療報酬等の文書におけるソーシャルワーカー・社会福祉士に関する言及を概観し、施策においてソーシャルワーカーに、何を期待してきたかを概観する。一方、保健医療分野におけるソーシャルワーカー数の変化、病院・診療所におけるソーシャルワーカーの所属部門の変化、及び「退院支援」がソーシャルワーク業務全体に対する割合の変化を示し、最後に、保健医療分野の施策とソーシャルワーク実践の関係について論じる。

医療ソーシャルワークにかかわる政策とソーシャルワーク実践との関連は、高山 (2002) が一医療機関における 19 年の業務統計から 1998 年までにおける援助内容と政策の関連を論じたもの、椋野 (2013) がソーシャルワーク実践全般と政策との関連を論じたものがある。本稿では、特に退院支援に焦点を当て、これにかかわる政策とソーシャルワーク実践の関連について、全国レベルのソーシャルワーカーに関する諸調査結果を用いて検討を行う。次節では、年代ごとに退院支援にかかわる政策を検討し、その後、保健医療分野のソーシャルワークに関する変化を概観し、最後に、政策とソーシャルワーク実践の関連について考察する。

2. 医療政策における医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の役割

(1) 1980 年代：在宅療養に関わる医療ソーシャルワーカーの役割

1980 年代は、1982 年には老人保健法（現・高齢者の医療の確保に関する法律）の診療報酬において、「退院時指導料」に医療ソーシャルワーカーが位置付けられた。また、1987 年には、厚生省国民医療総合対策本部中間報告において、在宅ケアの充実に、「社会福祉士」が位置付け

られた。そのような中、1987 年には、「医療ソーシャルワーカー業務指針」報告書が提出された。

① 老人保健診療報酬「退院時指導料」等への医療ソーシャルワーカーの位置づけ

1982 年、「老人保健法」が制定された。老人保健法は、「適切な老人医療を確保しつつ老人医療費の効率化を図り、人口の高齢化に伴う老人医療費の増加を最小限に抑制すること」が一つの狙いであるとされた（厚生省　1983）。さらに、基本的な考え方の 3 項目の第一に、「不必要な長期入院を是正し、できるだけ入院医療から地域及び家庭における医療への転換を促進する」ことがかかげられた。そして、「(1) 老人診療報酬点数表 (甲)(乙)」において、入院時医学管理料の入院期間による逓減性の強化、点滴注射の点数の一部を入院時医学管理料に包括化、生活指導管理料の新設、老人デイケア料の新設とともに、退院時指導料が規定された。

「老人保健法による医療の取り扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について」

(略)

3　老人保健法による医療に要する費用の額の算定に関する基準

（1）老人診療報酬点数表 (甲)(乙)

①～③　略

④ 病状の安定した老人が安心して退院し、家庭で療養できるように、退院時には家族等を含めて医師や看護婦、医療ソーシャルワーカーなどによる在宅療養に関する指導を受けられるよう退院時指導料を新設したこと

⑤寝たきりのまま退院した老人が安心して家庭で療養できるよう、退院後三ヶ月間は主治医の指示に基づきその医療機関の看護婦が行う訪問看護サービスを受けられるよう退院患者継続看護・指導料を新設したこと

⑥　略

(略)

(出典) 厚生省 1983「老人保健法による医療の取り扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について」衛老第 7 号

具体的な診療報酬への位置づけは以下のとおりである。

2　退院時指導料　　100 点 注　入院期間が 1 月を超える患者の退院時に，当該患者又はその家族等に対して退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。	（退院時指導料について） (1) 退院時指導料は，継続して 1 月を超えて入院していた患者の退院に際し，患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して，退院後の療養上必要な指導を行った場合に算定する。

	(2) 医師の指示を受けて，保険医療機関の薬剤師，保健婦，看護婦，栄養士，医療ソーシャルワーカー等が指導を行った場合も算定できる。 (3) 退院時の指導は，算定の基礎となる退院につき，指導を行った者及び患者又は家族等の如何を問わず 1 回だけ算定する。 (4) 〜 (8)　略 （昭 58.1.20　衛老保　1）

(出典) 厚生省保険局医療課・厚生省保健医療局老人保健課編 1983『社会保険・老人保健診療報酬点数表の解釈　甲表編』: 397

この退院時指導料において、初めて、医療ソーシャルワーカーが、退院時指導に関与する職種として職名が掲げられた。その後、医療ソーシャルワーカーは、1988 年には老人診療報酬点数表において、「退院患者理学療法指導料」に「医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士又は作業療法士が保健婦、看護婦、医療ソーシャルワーカー等とともに、指導を行った場合にも算定できる。（昭 63.3.19　健医老老　10）」と位置付けられた（厚生省保険局医療課・厚生省保健医療局老人保健課編 1988）。

②「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」への社会福祉士の位置づけ

さらに、1987 年には、「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」が発表された。この中間報告は、国民の医療に対する期待の高まりや高齢化の進展、他方の、厳しい経済情勢・財政状況がある中、「『質の良い』医療サービスを『効率的に』供給していくためのシステムづくりをこれからの医療改革の基本に据える必要がある」として、策定されたものである（厚生省 1987）。この「第 2 部　良質で効率的な国民医療をめざして　第 1　老人医療の今後の在り方　2　具体的な方策」において、(1) 老人にふさわしい施設ケアの確立、(2) 在宅ケアの充実、(3) 地域ケアのシステム化、(4) 老人医療の見直し、(5) 老人診療報酬の見直しが示されている。この (2) 在宅ケアの充実において、社会福祉士・介護福祉士が役割を担うことが示された。

第 2 部　良質で効率的な国民医療をめざして
第 1　老人医療の今後の在り方
1　現状と問題点
2　具体的な方策
(1) 老人にふさわしい施設ケアの確立
(2) 在宅ケアの充実
(訪問看護の充実)

第 2 部　良質で効率的な国民医療をめざして
第 1　老人医療の今後の在り方
1　現状と問題点
2　具体的な方策
(1) 老人にふさわしい施設ケアの確立
(2) 在宅ケアの充実
（訪問看護の充実)
（在宅介護の促進）
●在宅福祉を促進するために、社会福祉士や介護福祉士の活用を図るとともに、民間保険の導入についても検討する。
（家庭医機能の充実）略
(3) 地域ケアのシステム化
(4) 老人医療の見直し
(5) 老人診療報酬の見直し

(出典) 厚生省「国民医療総合対策本部中間報告」(1987)

③「医療ソーシャルワーカー業務指針」

このような動きの中、1989 年には、厚生省健康政策局長平成元年 3 月 30 日健政発第 188 号「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための協力依頼について」が発出され、医療ソーシャルワーカー業務指針検討委員会報告書が示された。同報告書は、医療ソーシャルワーカーが「他の職種が対応しきれない相談業務をいわばよろず相談的に引き受けて行っていることから、その範囲が必ずしも明確とはいえないきらいがあること、上述のような新しい医療の流れを踏まえて保健医療の場において患者に対しソーシャルワークを行う場合の方法について、充分確立していない面があること、医療関係者や患者等からの理解も充分でないこと等の問題があり、このような期待に、必ずしも応えきれているとは言い難い」ことを背景に、「医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法等について指針を定め、資質の向上を図るとともに、医療ソーシャルワーカーが専門性を充分発揮し業務を適正に執行することができるよう、関係者の理解の促進に資すること」を目的に、「様々な保健医療機関に設置されている医療ソーシャルワーカーについて標準的業務を定めたもの」として、策定されたものである。

医療ソーシャルワーカーは、「保健医療の場において患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る」ものとされ、その業務の範囲として、(1) 経済的問題の解決、調整援助、(2) 療養中の心理・社会的問題の解決・調整援助、(3) 受診・受療援助、(4) 退院（社会復帰）援助、(5) 地域活動の 5 項目が示された。(厚生省 1989)

ここでは、退院（社会復帰）援助として、退院支援にかかわる実践が位置付けられている。その詳細は以下のとおりである。

退院（社会復帰）援助
　生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる経済的、心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、これらの諸問題を予測し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。
①転院のための医療機関、退院・退所後の社会福祉施設等の選定を援助すること。
②在宅ケア諸サービスについての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連係の下に退院・退所する患者の生活と傷病や障害の状況に応じたサービスの活用を援助すること。
③住居の確保、傷病や障害に適した改造等住居問題の解決を援助すること。
④復職、復学を援助すること。
⑤転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。
⑥関係機関、関係職種との連係や訪問活動により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院後の心理的・社会的問題の解決を援助すること。

(出典) 厚生省 1989「医療ソーシャルワーカー業務指針」

1980 年代、ソーシャルワーカーの退院に関わる実践は、高齢化の進展に伴い、社会問題化した高齢者の病院への滞留への対応するものとして、在宅ケア、在宅介護を支援する専門職として、政策に位置付けられたといえる。医療ソーシャルワーカー業務指針は、そのような中、厚生労働省によって策定されたものであるが、業務指針策定当時、「事務局である健康政策局計画課の課長補佐として直接に取りまとめに当たった」人物である椋野は、「時代の課題への対応」として、「老人でも精神障害者でも大きな課題となっていた退院（社会復帰）援助を業務の範囲の中で強調した」とする。（椋野　2013：14）

退院 (社会復帰) 援助は、社会的な課題に対するソーシャルワーク業務として、5 項目の一つとして大きく位置付けられたといえる。

（2）1990 年代：医療機関の機能分化と在宅医療の推進

1990 年代には、医療ソーシャルワーカーが退院支援との関わりにおいて、政策的に何らかの位置づけがなされたことは見当たらない。しかし、この年代は、医療法において病院の機能分化がなされ、診療報酬において、病棟機能の分化と在宅医療を支える診療報酬が策定された点で重要な時期であるといえる。本項では、政策動向を中心に概観する。

① 医療法・診療報酬における病院・病床の機能分化

医療法は 1948 年に公布されたが、1985 年の 1 次改正までの 37 年間は、大きな改正は行われなかった。1985 年の第 1 次改正において医療供給体制の確保が図られた後、1990 年代に入ると第 2 次から第 4 次まで合計 3 回の改正が行われ、この中で、病院機能の分化が行われた。1992 年の第 2 次改正においては、「医療は国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、老人保健施設その他の医療を提供する施設、医療を受ける者の居宅等において、

医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない」（第 1 条の 2 第 2 項）と、機能に応じた医療の提供について示され、第 1 条の 4 第 2 項においては、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に言及された。そして、高度の医療を提供する能力を有し、医療技術の開発・評価、研修等が行える病院として「特定機能病院」（第 4 条の 2）が、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのもの」として「療養型病床群」（医療法第 1 条の 5 第 2 項）が位置付けられた。従来、医療法における病院の区分は、「総合病院」のみであったが、この改正から本格的に病院の機能分化が始まったといえる。1997(平成 9) 年の三次医療法改正においては、総合病院を廃止し、「地域における医療の確保のために必要な支援」を行う病院として「地域医療支援病院」が創設された（医療法第 4 条）。なお、療養型病床群は、2000 年の四次医療法改正において、療養病床と整理された（医療法第 7 条 2）。

また、診療報酬改定においても、病棟機能の分化が行われた。主なものとして、1990 年に緩和ケア病棟が、2000 年に回復期リハビリテーション病棟が規定されたことが挙げられる。

緩和ケア病棟は、主として末期の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群にり患している患者を対象とした病棟とされ、痛みの緩和を中心とするケアにかなった施設基準が設置された。また、回復期リハビリテーション病棟は、急性期を脱した時期に、ADL 能力の向上と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟とされ、同様にそれにかなった施設基準が定められた。

② 診療報酬における在宅医療の推進

一方、在宅支援に関連した施策として、老人保健法においては、1991 年の改正で、訪問看護事業が規定された（第 6 条第 5 項）。従来より「寝たきり老人訪問指導管理料」（昭 61.3.26 健医老老 10)、「退院患者継続看護・指導料」（昭 61.3.15 健医老老 5）により、病院からの訪問診察・訪問看護は実施されていたが、これにより、指定老人訪問看護事業者（いわゆる訪問看護ステーション）による訪問に対して、療養費が受けられるようになった。

さらに、1994 年には、「健康保険法等の一部を改正する法律」より、在宅医療の推進が図られた。この改正は、高齢化の進展、疾病構造の変化、医療サービスに対する国民のニーズの多様化・高度化等を受けたものであるが、その一環として、「在宅医療に対するニーズの高まりを踏まえ、居宅における療養上の管理及び看護を保険医療機関の行う療養の給付として法文上明確に位置づけるとともに、難病や末期がんの患者等が、居宅において訪問看護事業者による訪問看護サービスを受けられるよう新たな制度を導入」したものである。（衆議院厚生委員会会議録 1994.6.3)。

この改正により、「療養の給付」の枠組みが表 1 のとおり変更された。従来、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④病院又は診療所への収容、⑤看護、⑥移送の 6 項目であったものが、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護とされた（国民健康保険法第 36 条、健康

保険法第 63 条）。そして、老人保健法において実施された訪問看護事業が健康保険・国民健康保険においても制度化された。療養の場として、居宅が大きな枠組みの中で位置付けられたといえる。

表 1　健康保険法他における療養の給付の枠組み：1994 年改正以前と以降

1994 年以前	1994 年以降
①診察	①診察
②薬剤又は治療材料の支給	②薬剤又は治療材料の支給
③処置、手術その他の治療	③処置、手術その他の治療
④病院又は診療所への収容	④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
⑤看護	⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
⑥移送	

出典：健康保険法の一部を改正する法律（平六・六・二九）より筆者が作成

1990 年代は、ソーシャルワーカーに直接関わる文書は存在しない一方、医療法が 3 次にわたる改正をはじめとして、医療機関の機能分化と在宅医療の促進に関わる制度改正が行われた。このような変化により、患者の退院時における在宅生活への移行への支援と病状の回復や変化に伴う患者の医療機関間の移動への支援が求められるようになったといえる。

（3）2000 年代：分化した機関間の連携：退院調整加算への社会福祉士の位置づけ

2000 年には介護保険制度が開始され、介護支援専門員（ケアマネジャー）が新設された。退院支援にかかわる 2000 年代の特徴としては、2002 年に「医療ソーシャルワーカー業務指針」が改正されたこと、1990 年代に機能分化した医療機関が、連携して医療を完結する方向が明確に打ち出されたこと、医療法において医療機関間、医療と福祉の間での連携が第 1 条理念に位置付けられたこと、そのような中、診療報酬に「退院調整加算」が規定され、社会福祉士が位置付けられたことが挙げられる。

① 医療ソーシャルワーカー業務指針の改定

1989 年に策定された医療ソーシャルワーカー業務指針は、2002 年に、厚生労働省健康局長通知平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号として、改定された。改定の背景として、13 年間における社会的変化のもと、在宅医療・訪問看護、病院施設の機能分化、介護保険制度の創設があったことに加えて、包括的・継続的医療提供、医療・保健・福祉サービス連携、成年後見制度の見直し、児童虐待や配偶者からの暴力への医療機関の関わりの必要性があげられた。（厚生労働省　2002）

改定された業務指針においては、医療ソーシャルワーカーは、「保健医療の場において、社

会福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る」職種であるとされ、新たに「社会福祉の立場から」との文言が加えられた。また、業務の範囲は、(1) 療養中の心理・社会的問題の解決、調整援助、(2) 退院援助、(3) 社会復帰援助、(4) 受診・受療援助、(5) 経済的問題の解決、調整援助、(6) 地域活動の 6 項目とされた。

1989 年および 2002 年の医療ソーシャルワーカー業務指針の「業務の範囲」の大項目を比較したものが表 1 である。2002 年の業務指針においては、従来 (4) 退院（社会復帰）援助とされていたものが、(2) 退院援助、(3) 社会復帰援助と、2 項目に分離された。

表 2 医療ソーシャルワーカー業務指針の業務の範囲の比較：1989 年・2002 年

	1989 年	2002 年
業務の範囲 (大項目)	(1) 経済的問題の解決、調整 (2) 療養中の心理・社会的問題の解決・調整援助 (3) 受診・受療援助 (4) 退院（社会復帰）援助 (5) 地域活動	(1) 療養中の心理・社会的問題の解決、調整援助 (2) 退院援助 (3) 社会復帰援助 (4) 受診・受療援助 (5) 経済的問題の解決、調整援助 (6) 地域活動

出典：1989 年、2002 年の医療ソーシャルワーカー業務指針より筆者作成 (下線は筆者)

さらに、「退院援助」「社会復帰援助」及び退院援助・社会復帰援助にかかわりが深い「地域活動」の内容を比較したものが、表 3 である。「退院援助」において、新たに協働の対象としてあらわれた介護保険関連機関との連携が位置付けられた点、本人が選択できることを念頭におき、選択肢を提示すること、話し合うこと、検討すること等の、支援における具体的な行為が加えられた点、疾病・障害の状態への留意について繰り返し示されている点が挙げられる。「社会復帰援助」については、患者の職場や学校との連携に言及され、より具体的な内容が示された点が挙げられる。また、地域活動については、地域のネットワークづくりにかかわる文言が加えられた。全般として、関係機関との連携、地域のネットワーク構築等、連携･協働に関する言及がなされている点が､1989 年の業務指針からの変更点であるといえる。

1989 年の策定の際に、「老人でも精神障害者でも大きな課題となっていた」とされる退院援助、社会復帰援助におけるソーシャルワーカーの役割が大きくなっているといえる。

② 医療法・診療報酬における機関間連携の推進

医療法においては、2006 年に第 5 次改正が行われた。総則が改正され、「医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するための事項」

表 3　医療ソーシャルワーカー業務指針における退院援助・社会復帰援助・地域活動の説明内容の比較：1989 年・2002 年

業務の範囲（内容）	（4）退院（社会復帰）援助	（2）退院援助
	生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる経済的、心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、これらの諸問題を予測し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。	生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。
	①転院のための医療機関、退院・退所後の社会福祉施設等の選定を援助すること。 ②在宅ケア諸サービスについての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連係の下に退院・退所する患者の生活と傷病や障害の状況に応じたサービスの活用を援助すること。 ③住居の確保、傷病や障害に適した改造等住居問題の解決を援助すること。 ④復職、復学を援助すること。 ⑤転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。 ⑥関係機関、関係職種との連係や訪問活動により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院後の心理的・社会的問題の解決を援助すること。	①地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと。 ②介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用の支援を行うこと。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること。 ③退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活をすることができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意すること。 ④転院、在宅医療等に伴う患者・家族の不安等の問題の解決を援助すること。 ⑤住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助すること。
		（3）社会復帰援助
		退院・退所後において、社会復帰が円滑に進むように、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、次のような援助を行う。
		①患者の職場や学校と調整を行い、復職、復学を援助すること。 ②関係機関、関係職種との連携や訪問活動等により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院・退所後の心理的・社会的問題の解決を援助すること。
	（5）地域活動	（6）地域活動
	関係機関、関係職種等と連係し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。	患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。
	①他の保健医療機関、市町村等と連係して地域の患者会、家族会、断酒会等を指導、育成すること。 ②他の保健医療機関、福祉関係機関等と連係し、保健・医療に係る地域のボランティアを指導、育成すること。 ③保健所保健・福祉サービス調整推進会議、市町村高齢者サービス調整チーム等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケア・システムづくりへ参画すること。 ④関係機関、関係職種等と連係し、老人、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること。	①他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援すること。 ②他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健･医療･福祉に係る地域のボランティアを育成、支援すること。 ③地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケア・システムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。 ④関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること。

＊下線は新たに加わった文言に筆者が加筆

出典：1989 年、2002 年の医療ソーシャルワーカー業務指針より筆者作成

と共に「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携」が加わった（第 1 条）。医療機関における連携が医療法に明確に位置付けられたといえる。同時に、「病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を継続することができるよう配慮しなければならない」（第 1 条の 4 第 4 項）とされ、連携における管理者の責務が明示にされた。

診療報酬改定においては、2006 年に「地域診療計画管理料」「地域連携診療計画加算」「地域連携診療計画退院時指導料」が位置付けられた。これは、大腿骨頚部骨折、脳卒中等、特定の疾患に関して、1) 計画管理病院・連携病院の登録、2) 地域連携診療計画の策定、3) 定期的会合の開催によって、診療情報の共有及び地域連携診療計画の評価・見直しを行っている場合に算定されるものとされた。いわゆる地域連携クリティカルパスにかかわる診療報酬である。

③「退院調整加算」への社会福祉士の位置づけ

2008 年の診療報酬改定では、「退院調整加算」が創設された。療養病棟等慢性期病棟入院患者、後期高齢者で、在宅での療養を希望する者に対して、退院支援計画を策定した場合、計画に基づき退院した場合に算定されることとなった。この「退院調整加算」の施設基準として、病院の場合、退院調整に関する部門が設置されており、その部門に十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上配置されていることが定められた。

A238 退院調整加算

1 退院支援計画作成加算（入院中 1 回） 100 点

2 退院加算（退院時 1 回）

イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100 点

ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300 点

注 1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料 を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。

2 退院加算は、注 1 に掲げる退院支援計画加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に 1 回に限り、所定点数に加算する。

3 (略)

A241 後期高齢者退院調整加算（退院時 1 回）　100 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、後期高齢者退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に 1 回に限り、所定点数に加算する。

(出典) 平成 20 年厚生労働省告示第 59 号別表 1

三十三 退院調整加算の施設基準等

(1) 退院調整加算の施設基準

イ 病院にあっては、当該保険医療機関内に、入院患者の退院に係る調整（以下「退院調整」という。）に関する部門が設置されていること。また、診療所にあっては退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

ロ 病院にあっては当該部門に退院調整に係る業務の部門の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が一名以上配置されていること。

ハ その他、退院調整を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(略)

三十五 後期高齢者退院調整加算の施設基準

(1) 後期高齢者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。

(2) 病院にあっては、当該保険医療機関内に、入院患者の退院に係る調整に関する部門が設置されていること。また、診療所にあっては調整を担当する専任の者が配置されていること。

(3) 病院にあっては当該部門に退院調整に係る業務の部門の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士を一名以上配置していること。

(出典) 平成 20 年厚生労働省告示第 62 号

社会福祉士は、慢性期病院及び後期高齢者にかかわる退院支援を行う専門職として診療報酬に位置付けられたといえる。その後、この退院調整加算は、2010 年には後期高齢者を対象としたものが廃止され、急性期病棟における 65 歳以上 (一部 40 歳以上) 及び新生児特定集中治療室における加算が新たに規定された。同時に、「退院調整に関する経験を有する専従の看護師と専任の社会福祉士、又は専任の看護師と専従の社会福祉士が配置されている」ことを施設基準として定めた退院調整加算が「慢性期病棟等退院調整加算 1」及び「急性期病棟等退院調整加算 1」として新設された（平成 22 度厚生労働省告示 69 号別表 1 及び 72 号）。

2000 年代は、医療ソーシャルワーカー業務指針が改定され、退院援助が社会復帰援助と分離して、大項目として位置づけられた。医療法・診療報酬改定においては、医療間及び医療・

福祉連携が重視されるようになり、地域連携クリティカルパスに関する算定、退院調整加算が創設された。そのような中、2008 年に社会福祉士が退院調整加算の対象となり、退院調整を行う専門職として診療報酬に位置付けられた。さらに、2010 年には、看護師とともに社会福祉士が専任または専従で配置されることが要件とされる加算が新設されるなど、退院支援における役割に関して、一定の位置づけがされたということができる。

(4) 2010 年代：退院調整から地域連携へ

2010 年代は、2014 年には、「地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律」において、地域包括ケア体制構築が法文に明示された。政策においては、機関間連携・協働から地域における包括的ケア体制の構築へと進んでいったといえる。医療ソーシャルワーカー・社会福祉士については、診療報酬において、退院支援について職務が広がっている。

①「退院調整加算」から「入退院支援加算」へ

2008 年に新設された「退院調整加算」は、2012 年には、急性期・慢性期の別、1・2 の別を外し「退院調整加算」とされた。さらに、この施設基準として「退院調整に関する経験を有する専従の看護師と専任の社会福祉士、又は専任の看護師と専従の社会福祉士が配置されている」ことが示された（平成 24 年厚生労働省告示 76 号別表 1 及び 77 号）。また、この改定により入院日数に応じた評価を行うものとなった。2014 年には患者の同意の上で退院支援計画を策定し、退院後の治療等を担う機関と共有した場合に、「地域連携計画加算」が算定されることとなった（平成 26 年厚生労働省告示第 57 号別表 1）。さらに 2016 年には、従来の要件に加え、「退院支援職員が他の保健医療機関や介護サービス事業所等に出向く等して担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報共有を行うこと」が加わった「退院支援加算 1」が設けられた。同時に、2012 年に規定された入院日数に応じた評価は、廃止された。（平成 28 年厚生労働省告示第 52 号別表 1 及び平成 28 年保医発 0304 第 3 号）そして、2018 年には、入院から退院までの一連の流れを重視したものとして概念が広がり、「入退院支援加算」と名称を変えた。このうち「入退院支援加算 1」においては、従来の施設基準に加え、「各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士が配置されていること」が要件とされた。(平成 30 年厚生労働省告示第 44 号)

② 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準

回復期リハビリテーション病棟においては、従来 2 区分であった入院料が、2012 年に 3 区分となり、「回復期リハビリテーション病棟入院料 1」として、在宅復帰率を要件とする病棟区分が新たに設けられた。この区分においては、施設基準として「専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以上、作業療法士 2 名以上、言語聴覚士 1 名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等 1 名以上の常勤配置」が示された（平成 24 年厚生労働省告示 76 別表 1 及び 77 号）。2014 年には、回復期リハビリテーション病棟 1 において、病棟に専従医師及び専従社会福祉士の常勤社会福祉士を配置した場合に「体制強化加算」が加算されるこ

ととなった（平成 26 年厚生労働省告示 58 号）。さらに、2018 年には、病棟区分は 6 区分となり、専任ソーシャルワーカーの配置は、「回復期リハビリテーション病棟 1 及び 2」の要件となった。

2010 年代は、機関間の機能の分化と協働の重要性が認識されるのに従い、診療報酬における入退院支援加算への名称の変更、回復期リハビリテーション病棟における体制強化加算にみられるように、個別の患者本人を対象とした支援のみならず、機関間の連携への関与を含めた概念となってきたといえる。そのような中、社会福祉士が配置され、あるいは必置とさ

表 4　退院支援に関わる政策と医療ソーシャルワーカー・社会福祉士に言及がある施策

	政策（医療法・診療報酬・老人保健法等）	医療ソーシャルワーカー・社会福祉士に言及がある施策
1982	老人保健法 ・医療費の一部負担金の規定 ・退院患者継続看護・指導料（退院後 3 か月間、訪問看護サービス診療報酬の対象となる）	老人保健法 ・退院時指導料に、医療ソーシャルワーカーが位置付けられる。
1985	医療法改正（1 次） ・医療計画策定が規定される	
1987		厚生省国民医療総合対策本部中間報告 ・「在宅福祉を促進するために、社会福祉士や介護福祉士の活用＊を図るとともに、民間保険の導入についても検討する」とされた。
1989		医療ソーシャルワーカー業務指針
1990	診療報酬改定 ・緩和ケア病棟創設	
1991	老人保健法改正 ・老人訪問看護制度（訪問看護ステーション）の創設	
1992	医療法改正 (2 次) ・医療機関の機能分化（特定機能病院／療養型病床群）	
1994	健康保険法等改正 ・訪問医療・訪問看護に診療報酬 ・訪問看護ステーションによる訪問看護制度創設	
1997	医療法改正（3 次） ・医療機関の機能分担と業務の連携 ・地域医療支援病院創設	
2000	医療法改正（4 次） ・病床区分の見直し (療養病床等 5 病床を規定) ・良好な医療を効率的に提供する体制の確立	
	介護保険法施行 ・介護支援専門員創設	
	診療報酬改正 ・回復期リハビリテーション病棟創設	
2002		医療ソーシャルワーカー業務指針改定
2006	医療法改正（ 5 次） ・医療提供施設相互間の機能分担と連携の推進 ・医療提供体制の確保 (治療・予防・救急医療・へき地医療・小児医療)	
	診療報酬改正 ・「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料」（地域連携クリティカルパス）	
	介護保険法改定 ・地域包括支援センター創設	
2008	診療報酬改定 ・退院調整加算	・退院調整加算に社会福祉士等配置

2012	診療報酬改定	・退院調整加算に社会福祉士必置 ・回復期リハビリテーション病棟 1 に社会福祉士必置
2014	地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律	
	診療報酬改定	・回復期リハビリテーション病棟体制強化加算に病棟への社会福祉士配置
	医療法改正（6 次） ・地域医療構想の策定 ・在宅医療・介護の推進	
2015	医療法改正（7 次） ・地域医療連携推進法人創設	
2018	診療報酬改正 ・入退院支援加算 (名称変更)	

れる等、退院支援にかかわる職種として位置付けられてきているといえた。

以上、ソーシャルワーカーの退院支援実践に関わる政策の動向について、特に、医療ソーシャルワーカー・社会福祉士に言及されている文書を中心に概観した。表 4 は、ここまで概観した政策を整理したものである。1980 年代において、社会問題化された高齢者の医療の質の確保及び持続可能な医療制度の策定という課題が明らかになる中、1990 年代に医療機関の機能分化、2000 年代以降には医療機関間および医療・福祉間の連携・協働にかかわる取組みがされてきた。そして、その中で、ソ - シャルワーカーは、一定の役割が期待されてきているといえる。

次節では、これらの影響がソーシャルワーク実践にどのように表れたのか、過去に行われた調査結果等から検討する。

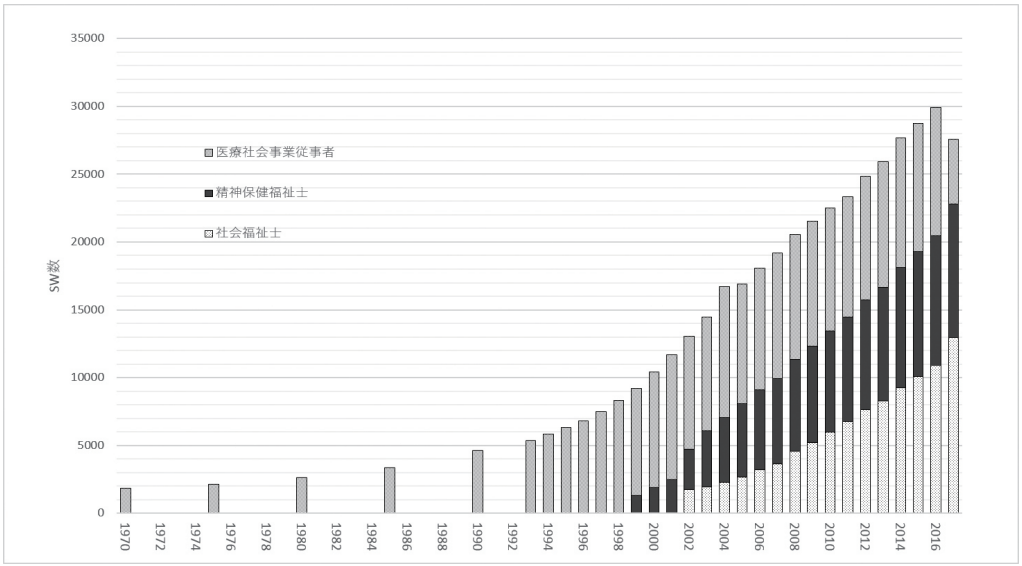
3.「退院」にかかわる医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の状況

本節では、ソーシャルワーカー（医療ソーシャルワーカー・社会福祉士）に関するデータより、検討を行う。これまでに実施されてきた諸調査より、病院に従事するソーシャルワーカー数の推移、ソーシャルワーカーの所属部門の変化、ソーシャルワーク援助に占める退院支援の割合について概観する。

(1) 病院に従事するソーシャルワーカー数の推移

表 5 は、病院に従事するソーシャルワーカー数の推移、表 6 は、社会福祉士･精神保健福祉士･医療社会事業従事者を加えたソーシャルワーカー数の年次ごとの数値である。1970 年に 1838 名だったソーシャルワーカーは、25 年後の 1995 年には 6321.0 人となった。この 25 年間に一年につき平均で約 179 人ずつ増加し、ソーシャルワーカー数は 3.4 倍となった。その後、2017 年には 27563.5 人となった。1995 年から 2017 年の 22 年間には、一年につき平均で約 966 人ずつ増加し、ソーシャルワーカー数は 4.4 倍となった。表からは、1995 年を境にソーシャルワーカー数の増加率が大きく変わったことが理解できる。参考までに、病院･診療所に従事するソーシャルワーカー数は、2017 年現在 31733.4 人である。

表 5　病院に従事するソーシャルワーカー数の推移



(出典) 厚生労働省・厚生省　医療施設（静態・動態）調査・病院報告より筆者が作成

この変化の要因は、病院からのよりソーシャルワーカーへの期待が高まっていることを示していると考えられる。この要因を探るために、ソーシャルワーカーが所属する部門及び業務内容について概観する。

(2) ソーシャルワーカーが所属する部門の名称

ソーシャルワーカーが所属する部門の名称は、医療社会福祉部門、総合相談部門、地域連携部門等、多様である。この所属部門に関するデータについては、2006 年及び 2011 年に、ともに（公社）日本医療社会福祉協会の病院勤務のソーシャルワーカーを対象に実施した調査に基づくものがある。両調査では、所属部門について尋ね、地域連携にかかわる部門への所属の状況を見ることを目的に、「地域」「連携」「在宅」「退院」を含む部門に所属するソーシャルワーカーの数および割合を算出した。表 7 は、2 つの調査結果をまとめたものである。調査の回収率は、2006 年が 46.0%、2011 年が 36.7%であった。(高山他　2007:14 および高山、小原 2014:62)

2006 年調査では、全体の 24.1%が上記 4 用語を含む部門に所属していた。一方、2011 年調査では、51.3%であった。この 5 年間に、その割合は倍増し 50%を超えたことが理解できる。

さらに、病院の性格別に割合をみたところ、救急指定がある病院では、2006 年時点で 30%に近い機関がいわゆる退院支援・地域連携にかかわる部門に所属していた。それに対し、救急指定がない病院では、2006 年には 18.2%であった。そして、2006 年から 2011 年の間に、その割合がそれぞれ、51.6%、54.1、43.9% に増加した。

表 6　病院に従事するソーシャルワーカー数

	合計	社会福祉士	精神保健福祉士	医療社会事業従事者
1970	1838			1838
1975	2136			2136
1980	2624			2624
1985	3352			3352
1990	4630			4630
1993	5359			5359
1994	5834.0			5834.0
1995	6321.0			6321.0
1996	6837.0			6837.0
1997	7482.0			7482.0
1998	8310.0			8310.0
1999	9179.0		1323.0	7856.0
2000	10411.0		1912.0	8499.0
2001	11672.0		2495.0	9177.0
2002	13029.7	1727.4	3008.2	8294.1
2003	14476.8	1956.2	4103.6	8417.0
2004	16726.0	2290.6	4786.8	9648.6
2005	16883.3	2695.5	5378.1	8809.7
2006	18077.4	3199.2	5894.0	8984.2
2007	19182.2	3625.7	6324.2	9232.3
2008	20548.3	4581.2	6766.2	9200.9
2009	21543.7	5183.4	7154.3	9206.0
2010	22487.7	5971.3	7454.7	9061.7
2011	23328.6	6767.3	7722.6	8838.7
2012	24859.3	7649.9	8090.7	9118.7
2013	25898.1	8293.5	8350.8	9253.8
2014	27656.0	9258.6	8870.1	9527.3
2015	28732.5	10077.0	9195.7	9459.8
2016	29925.4	10906.9	9557.0	9461.5
2017	27563.5	12966.6	9822.4	4774.5

*2002 年以降の数値は常勤換算

**2011 年は石巻医療圏・気仙沼医療圏・福島県全域を除く

(出典) 厚生労働省・厚生省　医療施設（静態・動態）調査・病院報告より筆者が作成

**2017 年の数値は、従事者数不詳を除く

表 7 「地域」「連携」「在宅」「退院」を含む所属部門名：救急指定別

	地域 / 連携 / 在宅 / 退院を含む (%)		含まない (%)	
	2006 年	2011 年	2006 年	2011 年
全体	172(24.1%)	311(51.3%)	543(75.9%)	295(48.7%)
三次救急指定	110(29.4%)	32(51.6%)	264(71.6%)	30(48.4%)
二次救急指定		177(54.1%)		150(45.9%)
救急指定なし	62(18.2%)	73(43.9%)	279(81.8%)	96(56.1%)

*2006 年調査では、三次救急指定、二次救急指定病院を含め、急性期病院、救急指定なしを非急性期病院としてカテゴライズ急性期病院（N=374）、非急性期病院（N=341）
2011 年調査　三次救急指定（N=62）, 二次救急指定（N=327）、救急指定なし（N=169）
(出典) 高山他 2007、高山・小原　2014 より筆者が作成）

救急指定を受けている病院においてはすでに 2006 年の時点で地域連携にかかわる部門への所属が広がっていたのに対し、救急指定のない病院においてはこの 5 年間に急激に所属が広がっていき、ともに 2011 年には 50％前後が地域連携に関わる部門の所属となったといえた。

(3) ソーシャルワーカーの業務に退院支援が占める割合

退院支援にかかわる業務内容の分析は、特定機能病院の一医療機関における 1979 年から 1998 年の 19 年間の原簿より援助内容の推移を見た先行文献がある（高山 1999）。同調査では、老人保健法に医療ソーシャルワーカーが位置付けられた 1983 年､特 3 類が創設された 1988 年、医療法改正があった 1993 年を境に 4 期間に区分し、援助内容別ソーシャルワーク依頼があった患者数と支援患者全体に占める割合が示されている。退院計画については、1979 年～ 1983 年 83.5（24.5%）、1984 年 ～ 1988 年 152.2（36.0%）、1988 年 ～ 1993 年 226.6（45.3%）、1994 ～ 1998 年 246.2（37.9%）である。（高山 2002）

また、先述の 2011 年調査では、ソーシャルワーカーの業務に退院支援が占める割合を実践者の感覚として尋ねた。その結果では、退院支援の患者数に関しては、全支援患者に占める割合を 6 割以上としたソーシャルワーカーは 52.7％であった。また、業務量については、6 割以上とする病院は 65.2% であった。退院支援が業務に占める割合は高いと実感している実践者は多いといえる（高山 2012）

以上の結果からは、病院に所属するソーシャルワーカーの数は 1995 年を境に増加率が高まっていること、病院において退院支援・地域連携に関する部門に配属される割合が高まっていること、断片的なデータではあるが退院支援がソーシャルワーク業務に占める割合が高くなっていることが示された。

4. 考察

以上、第 2 節では、医療政策とそこにおける医療ソーシャルワーカー・社会福祉士への言及を概観した。その結果、1980 年代以降、医療ソーシャルワーカーに退院支援の役割が期待されたことが明らかになった。第 3 節では医療ソーシャルワーカー・社会福祉士に現れた変化を概観した。その結果、医療ソーシャルワーカーの増加率が急激に高くなったのは、1995 年頃を境にしたことが明らかになった。この要因を探るため、医療ソーシャルワーカーの所属部門と業務内容について確認した。その結果、救急指定を受けたいわゆる急性期病院では、2006 年には 30％に近い病院において、地域連携にかかわる部門に位置付けられていた。2006 年から 2011 年の間には、救急指定有無にかかわらず、50％前後の病院において、ソーシャルワーカーは地域連携に関わる部門に位置付けられていることが示された。さらに、退院調整に関わる業務の割合は、一医療機関でのデータおよびソーシャルワーカーの実感に基づく記録に限られるが、高いことが明らかになった。

以上から、医療ソーシャルワーカーの数の増大が見られたこと、その要因は、所属部門の変化及び退院支援に関わる援助業務の増大から、退院支援に関わる業務がソーシャルワーカーに期待されているためと考えられた。そして、この変化は、医療政策の影響を受けていると考えられた。

一方、ソーシャルワーカーの業務の変化と診療報酬での位置づけとの間に時間的なずれが見られた。特にこの傾向は、所属部門に関しては顕著であった。第 2 節でみたとおり、診療報酬において、退院調整にかかわる部門にソーシャルワーカーが位置付けられたのは 2008 年であった。しかし、急性期病院において、2006 年にはすでに 3 割のソーシャルワーカーは地域連携部門に所属していた。このことは、必ずしも、診療報酬で求められたために地域連携部門に移行したのではなく、病院としての内発的な要因があったためと予測された。医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の動向は、大きな流れとして医療政策との関連が強いが、その一方で、必ずしも、診療報酬等の直接的な要請によって変化しているとは限らないといえる。この点についての考察は、今後行っていくことが必要である。

おわりに

本稿では、医療政策の動向が医療ソーシャルワーカーに及ぼした影響を概観した。検討の結果、医療政策が医療ソーシャルワーク実践に影響を及ぼしたと結論付けた。しかし、その一方で、必ずしも、診療報酬による直接的な要請によって変化したのではないことも理解できた。今後、病院及び社会福祉士・医療ソーシャルワーカーが、この課題に現場の実践者として内発的に行ってきた取組みについて検討することは重要な課題であると考えられる。

本稿は、医療政策として、医療法、診療報酬を取り上げた。しかし、その他にも病院評価システム等、医療政策として取り上げるべき要因が存在する。この点に言及していないことは、本稿の限界であると考える。今後、この点についても含めてさらに検討を含めたい。

（引用文献）

厚生省（1983）「老人保健法による医療の取り扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について」衛老第 7 号

厚生省保険局医療課・厚生省公衆衛生局老人保健課編 (1983)「社会保険・老人保健診療報酬点数表の解釈甲表編 58 年 2 月版」社会保険研究所

厚生省保険局医療課・厚生省保健医療局老人保健課編 (1988)「社会保険・老人保健診療報酬点数表の解釈甲表編 63 年 4 月版」社会保険研究所

厚生省（1989）「医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書」厚生省健政発第 188 号

厚生労働省 (2002)「医療ソーシャルワーカー業務指針の改定について」厚生労働省健康局長通知平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号

厚生労働省「第 2　改定の概要　2. 平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について」「平成 22 年度診療報酬改定」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken12/index.html(最終閲覧日 2019.3.5.)

厚生労働省・厚生省　医療施設（静態・動態）調査・病院報告　1993-2017

椋野美智子（2013）「医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り、未来を展望する ～政策の視点から～」医療社会福祉研究 21,1-29.

衆議院厚生委員会会議録　1994.6.3
http://hourei.ndl.go.jp/SearchSys/viewShingi.do?i=112901035,（最終閲覧 2019.3.3）

高山恵理子（2002）「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証―特定機能病院における『退院計画』援助の定着」『社会福祉学』41(1), 99-109.

高山恵理子（2012）「退院支援業務におけるソーシャルワークの評価方法と評価マニュアル作成に関する研究」「所属病院概要・退院支援に関わる病院体制」『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアル作成に関する研究　第 2 報　文部省科学研究報告書』,99-112.

高山恵理子、小原眞知子（2014）「医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の位置づけと看護師との協働の状況：『病院における医療ソーシャルワーカー退院支援業務にする調査』より」『医療と福祉』47(1),60-66.

高山恵理子他社会保険部会急性期小委員会（2007）「会員基礎調査 (機関単位) と急性期医療ソーシャルワークの特徴」『医療と福祉』41(1),13 － 16.

Effect of Health Care-Related Social Policy on Social Work Practice: Trends in The Revision of the Health Care-Related Social Policy and Social Workers' Tasks Regarding "Discharge Supports"

Eriko Takayama

Abstract : The purpose of this article is to consider the influence of the health care-related social policy on social work practice in hospitals. Since the 1980s, various revisions of law have been undertaken to build a sustainable health care system in Japan. Furthermore, social workers have also taken on certain roles in this field. Consequently, "discharge supports"-supports patients receive when leaving the hospital- have become some of the most important social work practices.

First, references to social workers in documents such as the medical service fees and medical service law ware reviewed. Through this, what social workers was expected was considered. Changes in the social workers were analyzed as follows: (1) the trend of the number of social workers in the health care field; (2) changes to the assigned department of social workers in hospitals; and (3) changes in the ratio of discharge supports.

It appeared that the number of social workers has increased. Furthermore, the percentage of social workers belonging to regional medical care coordination departments and the percentage of social work tasks involving discharge supports have become high. Finally, I concluded that the ratio of discharge supports shows the scale of the social work duties and that there is a relationship between the health care-related social policy and social work practice.

Key words : discharge supports, health care-related social policy, social work