

高齢者医療・福祉制度の改革について（中間報告）

【中間施設の具体化に関する提言】

昭和60年7月（社）社会経済国民会議医療制度問題特別委員会

提 言

一 中間施設の在り方に関する提言

年金による老後の所得保障と病気のときの医療保障が高齢者の福祉にとって基本的なものであるように、寝たきりなどで介護を必要とする場合に、介護サービスを受けることができるような制度的保障を確立することも、所得保障と医療保障に準ずる高齢者福祉政策である。ことに医療と介護の両方を必要とする高齢者が利用できる病院と老人介護施設の中間的施設の制度化が急がれている。

わが国の病院には六十五歳以上の高齢者の

四%以上が入院しており、高齢者の平均入院日数も九〇日以上で欧米諸国に比べて著しく高い。しかし、長期入院患者の半分ほどは医学的治療というよりも、主として重介護かりハビリテーションを必要としており、病状が固定して入院の必要性が必ずしもない患者であると推定される。そのような人々に対しては、できるかぎり日常生活環境に近いところで、しかも社会全体としての医療費と福祉費用の膨張を避けながら、安心して介護を受けられる在宅介護体制と中間施設をつくることが今後の重要な政策課題になっている。

中間施設にはいろいろな形態が考えられるが、本中間報告で取り上げるのは主として病院と老人福祉施設との中間施設である。それ

は同時に在宅療養と施設入所が循環し得るような機能を備えることが望まれる。

このような意味での中間施設において重介護と医療を行う場合に問題となるのはその費用負担の方法である。そこで病院と老人福祉施設との中間施設における費用負担方式について次のような方向への改革を提言する。

まず基本方向としては、寝たきり老人や重度痴呆性老人の重介護は医療に準ずるほどの基本的ニーズであり、そのナショナル・ミニマムは医療の場合に準じて社会保険等の社会保障によって保障されるべきである。

このような要介護老人は、医学的治療が必要でないかぎり、家族に過大な負担をかけるにできるだけ在宅で日常生活ができるこ

とを可能にするような在宅介護体制を確立することが必要であるが、在宅介護が困難な場合には中間施設で介護できるシステムをつくることによって、在宅介護体制を補完できるように、社会保険及び公費による費用の支払いと自己負担の方式を改めることが必要である。

すなわち、在宅介護が困難であり、重介護と若干の医療（看護を含む）を必要とするが病院への入院を必要としない高齢者の場合には、病院と老人福祉施設との中間施設を整備して介護を行い、医療給付部分と重介護の費用については医療の看護に準じて社会保険の対象とする。

一方、生活費に関しては、原則として受益者（本人及び扶養の義務者）の負担とする。ただし低所得者層は所得に応じて減免する。

病院と老人福祉施設との中間施設における医療給付に関しては老人保健法を適用する。

重介護費用の支払いの方式については、社会保障制度審議会の建議と同様に段階的定額制を採用し、老人保健法が適用される医療給付に關しても部分的にこの方式を導

入する。

病院と老人福祉施設との中間施設としては、1 老人病院等医療施設からの移行、2 老人ホームからの移行、3 全く新しい総合施設としての設立、が考えられるが、いずれの場合にも前記のような同一の費用負担方式を適用する。中間施設の经营主体としては、公、私、社会福祉法人など種々の場合が考えられるが、重介護に關しては、基本的条件を満たさざり、同様の費用負担方式を達用すべきであろう。

医療と重介護機能を合わせもったこのような中間施設は、居住地に近く、開かれ、身近な施設とさるべきであり、できるかぎり近隣の在宅の要介護老人のためのデイ・ケア・センターとしての機能を付加した複合的な施設にすべきである。現行の補助金制度の下では、施設の複合化は地方自治体の費用負担を過大にすることになるが、そうならないように補助金制度についても改めるべきである。

在宅での重介護に關しては、中間施設における重介護との受益者（家族を含む）の費用負担の公平性を十分考慮して、所得

税上の減免または在宅介護手当によってバランスを図るべきである。

二 医療と福祉サービスの連携と家庭医の在り方に関する提言

人生八〇年時代を迎えて、今や社会的要請は健やかに生きることと重点が移行しつつある。人口の高齢化の進行に伴って、患者との人間的接触を継続的かつ包括的に保ち、治療だけでなく介護も必要とするプライマリ・ヘルス・ケアを地域社会の中で行っていくことが要請されている。プライマリ・ヘルス・ケア体制の確立は在宅療養と在宅介護体制を確立して、中間施設入所と在宅療養との循環を可能にする前提条件でもある。したがって中間施設の充実に加えて、次に述べる方向で保健、医療、福祉サービスの連携を密にした総合システム化を推進していくことが望まれる。

一 医師及び看護婦または保健婦とソーシャル・ワーカー、ホームヘルパー等との人的連携を推進するために、各地域で保健、医療、福祉サービス関係者による合同のチームづくりが必要である。とくにサービスの対象者が

在宅、中間施設、病院のうちどこでサービスを受けるかについては、本人の意思を尊重しつつ、このようなチームあるいはその責任者によって決定することが望ましい。施設とサービスの利用者に対しては、窓口を一本化して便宜を図るべきである。

一 医学教育においては、健康学や老人福祉サービスの関連科目も重視して、専門医の養成と同時に総合的健康管理と福祉面を十分配慮して、個々の専門性を統合した総合的なプライマリ・ヘルス・ケアを行うことのできる医師（家庭医ないし総合健康管理医）を積極的に養成する必要がある。あわせて、在宅療養・在宅介護を促すように家庭医ないし総合健康育理医の診療報酬体系も改めるべきである。

三 地域における家庭医とともに、職域においては産業医、産業保健婦を充実させて、各職場におけるプライマリ・ヘルス・ケアを推進すべきである。中小の事業所においては共同して産業医ないしは産業保健婦を雇用することが望まれる。

四 家庭医ないし産業医と専門医及び高度の医療機能を持つ病院との有機的連携を可能にするシステムを地域ごとにつくることが必要

である。政府は目下、地域ごとの医療供給体制の整備に必要とされる事項を含んだ医療法の改正を予産しているが、そのような法制上の措置とともに、保健、医療、福祉サービスの各領域における縦割りの集権的な行政制度を改めることが望まれる。なお、地域医療計画の策定に当たっては、保健、医療はもとより福祉サービスとの連携についても十分に検討する必要がある。

五 非常に高額な医療機器等に関しては、各地域の医療圏ごとの適正配置を計画すると同時に、家庭医が高額医療機器を共同利用したり、研修のために利用できるようにする措置を講ずるべきである。

高齢者医療・福祉制度の改革

一 人口高齢化の医療費への影響

国民医療費と医療保険給付費の額とその対国民所得比を増加させる要因としては、人口の高齢化と高齢層自体の高齢化の影響が非常に大きい。それゆえ高齢者医療の改革は、高齢者の福祉にとっても医療費の安易な膨張を

抑制して、人々の医療ニーズを効率的に充足する上でも極めて重要である。

『厚生白書』（昭和59年版）によれば、昭和五十年から五十七年度にかけての医療費の増加分のうちの四五・二％は六十五歳以上の高齢者の医療費の増加によるものであるという（同書九八頁）。現在、老人保健法の対象者は人口の六％程度であるが、老人保健法対象者の医療費は国民医療費の二〇％近くを占める。昭和五十七年に成人病医療費が国民医療費の二九・一％であったが、現在ではおそらく既に三〇％を越しているものと推測される。昭和五十八年（一九八三年）には老人保健法が施行され、老人医療費の上昇は一時小さくなったが、人口の高齢化は進行し続けるので、国民医療費の中での高齢者医療費の比重は長期的には上昇し続けるものと予想される。

昭和五十七年度（一九八二年）のわが国の国民医療費は国民所得の六・五五％に達したが、歯科および薬局調剤を除く一般診療医療費についてみると、そのうちの三分の一ほどの三二・三％が六十五歳以上の高齢者の医療費であることがわかる。人口の高齢化に伴い、年金給付の費用が膨大になっていくことは周

表1 年齢階層別1人当たり平均医療費*

	入 院	入 院 外	合 計
総 数	49.0 (100.0)	53.0 (100.0)	102.0 (100.0)
0 ~ 14 歳	11.0 (22.4)	25.7 (48.5)	36.7 (36.0)
15 ~ 44 歳	27.6 (56.3)	31.9 (60.2)	59.4 (58.2)
45 ~ 64 歳	65.3 (133.2)	78.5 (160.2)	143.9 (141.1)
65 歳以上	202.4 (413.0)	157.2 (296.6)	359.6 (352.5)
(70歳以上)	246.5 (503.6)	174.2 (328.7)	420.6 (412.4)

*一般診療医療費(歯科、薬局調剤を除く)()内は総数を100とした比率。

表2 受療率の推移

(単位:人口千対)

			昭和40年	45	50	55	57
総	数		59.1	69.9	70.5	68.5	68.0
	男		60.0	68.1	65.9	65.5	63.0
	女		58.3	71.6	75.0	71.3	73.0
0	~	歳	75.1	91.0	77.3	69.1	69.2
1	~	4	57.3	81.4	72.2	67.9	65.1
5	~	9	42.6	64.6	69.4	64.2	57.6
10	~	14		35.8	38.6	38.9	34.6
15	~	19	49.0	36.1	29.9	27.2	30.0
20	~	24		54.8	44.3	39.6	41.2
25	~	34	60.0	62.6	51.9	46.3	46.7
35	~	44	64.7	71.6	63.3	54.5	51.7
45	~	54	70.2	85.1	81.4	78.4	75.7
55	~	64	79.6	104.0	103.4	102.2	99.6
65	~	69	83.5	116.0	133.8	133.8	136.7
70	~	74		116.9	188.6	184.7	182.8
75	~	79	65.9	107.6	199.9	193.8	206.4
80	歳以上			88.2	168.2	191.7	201.6
70	~ (再掲)		...	108.0	187.5	189.2	194.5

資料:厚生省統計情報部「患者調査」

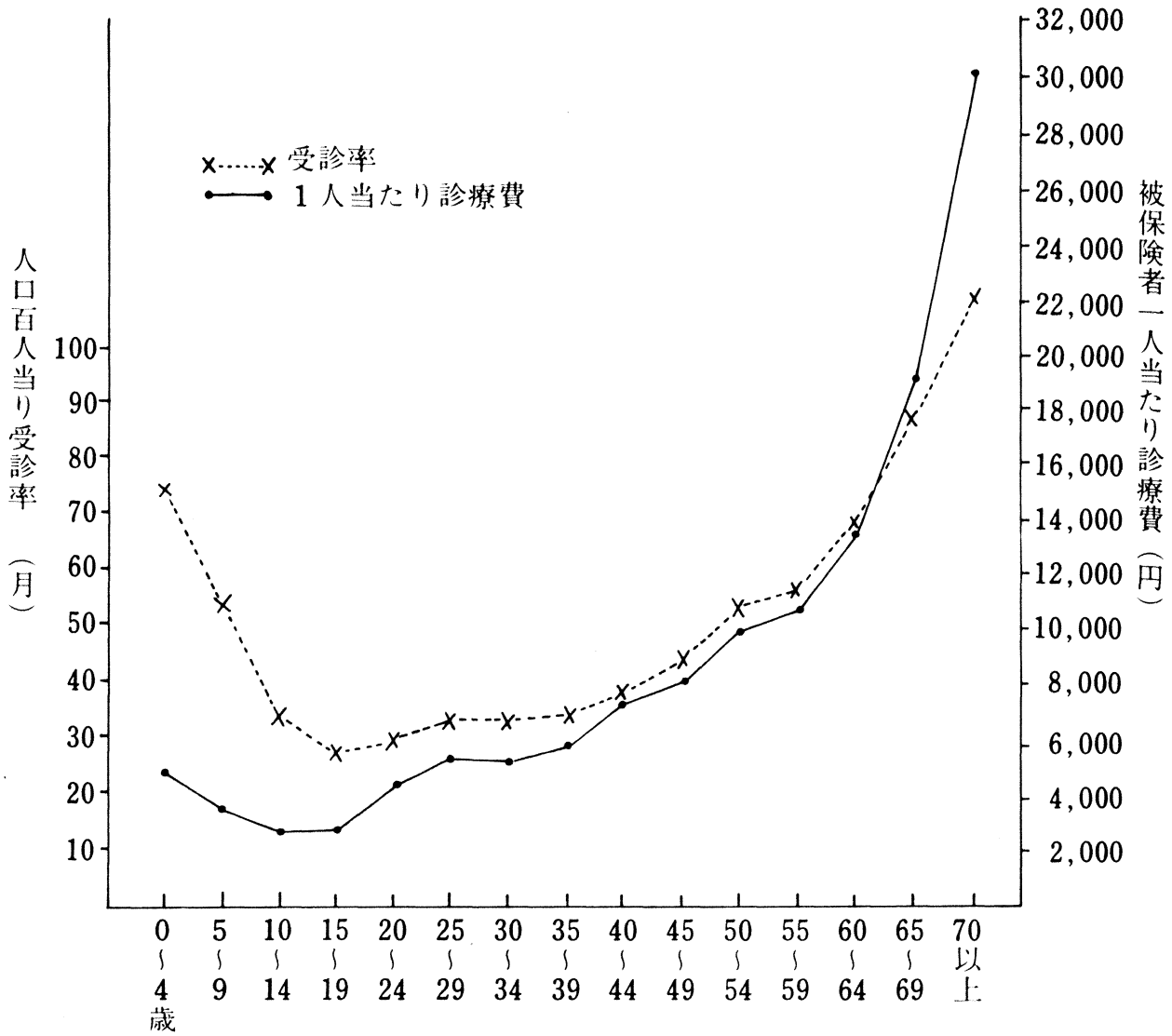
表3 年齢階級別受診率、診療費の状況

(昭和57年度、5月分)

区 分	受診率(人口百人当り)				1件当り診療費(円)				被保険者1人当り診療費(円)			
	計	入 院	入院外	歯 科	計	入 院	入院外	歯 科	計	入 院	入院外	歯 科
平 均	54.06	1.82	44.36	7.88	17,727	242,141	9,740	10,771	9,583	4,414	4,320	849
0~4 歳	74.30	1.05	69.06	4.19	6,428	119,417	4,586	8,460	4,776	1,255	3,167	354
5~9 歳	53.77	0.48	40.48	12.81	6,207	139,796	4,368	6,969	3,338	677	1,768	893
10~14	34.98	0.45	26.28	8.26	7,187	161,255	4,711	6,753	2,514	718	1,238	558
15~19	27.31	0.63	20.35	6.33	10,220	175,102	5,607	8,551	2,791	1,109	1,141	541
20~24	29.29	1.14	20.39	7.76	14,523	164,934	7,302	11,428	4,254	1,878	1,489	887
25~29	33.37	1.58	24.50	7.28	15,583	153,095	7,785	11,942	5,200	2,423	1,908	869
30~34	32.60	1.32	24.16	7.13	15,913	168,296	8,840	11,734	5,188	2,216	2,135	836
35~39	34.35	1.09	25.94	7.32	16,741	196,986	10,600	11,713	5,751	2,143	2,750	858
40~44	39.27	1.24	29.80	8.24	17,194	212,691	10,603	11,626	6,752	2,635	3,159	958
45~49	44.19	1.40	34.94	7.85	18,299	255,498	10,209	12,107	8,086	3,568	3,567	951
50~54	53.03	1.66	43.33	8.04	18,944	252,605	11,313	11,868	10,046	4,190	4,902	955
55~59	56.94	1.73	47.36	7.84	18,645	265,204	10,636	12,533	10,616	4,596	5,038	983
60~64	69.34	2.22	59.41	7.70	19,574	282,808	10,784	11,349	13,572	6,291	6,407	874
65~69	88.09	3.11	76.92	8.07	21,820	290,307	11,914	12,877	19,222	9,018	9,164	1,039
70~以上	110.28	6.08	96.02	8.00	27,237	273,830	12,846	13,038	30,036	16,635	12,358	1,043

(備考) 厚生省「国民健康保険医療給付実態調査(昭和57年)」による。

図1 年齢と受診率および1人当りの診療費の関係



知のことであるが、医療費も老人福祉サービ
ス費も相当の上昇は避け難い。厚生省の最近
の資料によれば、年齢階層別の一人当たりの
医療費は表1のとおりである。

年齢と医療受診率、および一人当たり診療
費とのより詳細な関係は表2、表3と図1の
とおりであり、十歳以上に関しては年齢と医
療受診率および一人当たり診療費との明瞭な
正の相関関係がみられる。ことに六十五歳以
上の一人当たり診療費の急増が目立つ。

表1によれば、六十五歳以上の高齢者の一
人平均医療費は全年齢層一人平均医療費の約
三・五倍であり、六十五歳以下の年齢層の平
均の四・五倍(『厚生白書』59年版による)
である。八十歳以上の高齢者の場合には更に
ずっと高くなる。厚生省人口問題研究所の中
位推計によれば、わが国の六十五歳以上の高
齢者の比率は昭和五十八年(一九八三年)の
九・八%から昭和七十五年(二〇〇〇年)に
は一五・六%、昭和九十五年(二〇二〇年)
には二一・八%台になるというが、八十歳以
上の超高齢者の対人口比の増加倍率はそれ以
上である。

八十歳以上の超高齢者は昭和五十五年(一

九八〇年）には一六二万人であったが、昭和七十五年（二〇〇〇年）には三八〇万人に、さらに昭和百年（二〇二五年）には七二六万人へと四・五倍ほどになると予測されている。人口比でいうと、昭和五十五年の一・四％が

昭和百年には約五％へと著しく増加することが予想されている。このように高い年齢階層であるほど一人当たり医療費が多くなり、しかも人口高齢化が急速に進行する。とくに長期的には八十歳以上の超高齢者の比重が目立つて増えるということになれば、国民医療費に占める高齢者医療費の比重も、国民所得に占める国民医療費の比率も人口高齢化と比例的に高まっていくことになることは自明の理である。仮に人口の九・六％（昭和五十七年）の六十五歳以上の高齢者の医療費に総国民医療費の三二・三％が用いられるという關係をそのまま六十五歳以上の高齢者が人口の約二二％を占める二〇二〇年に機械的に延長すれば、国民医療費の五五％以上が六十五歳以上の高齢者に向けられるということになってしまう。

その頃には高齢者の中の高齢化が進み、前述のように八十歳以上の超高齢者が人口の約

五％、六十五歳以上の人口の五分の一以上になっているから、仮に現在のような関係が続けば、六十五歳以上の一人当たり医療費の国民一人平均に対する比率は六〇％を越えてしまつことが予想される。

こう考えると、人口高齢化の国民医療費に与える影響は公的年金への影響に劣らないほど重大であることがわかる。年金の場合も、公的年金総額に占める通算老齢年金を含む老齢年金自体の比重は昭和五十六年（一九八一年）で六八％であり、その他高齢者に給付される年金を加えても、すべてが高齢者に向けられるわけではない。それに年金の場合には高齢者の中の高齢化が進んでもそのことによる年金への影響は小さいが、医療費と老人福祉サービス費の場合には高齢者の中の高齢化がその費用を高めることになる。したがって六十五歳以上の高齢者の対人口比率を横軸にとり、縦軸にそれぞれの費用の対国民所得比をとると、年金成熟による給付率の上昇を別とすれば、年金の場合には右上がりのほとんど直線的な関係であるが、医療費と老人福祉サービス費の対国民所得比の場合には、高齢者の中の高齢化が六十五歳以上の高齢者の総

人口に対する比率の増加につれて上昇すれば、右上がりでもしかも逡増するという関係になるはずである。

人口の高齢化の進行につれて、こうして国民医療費の中の高齢者医療費の比重が高まるが、同時に国民医療費の対国民所得比も高まっていく。各年齢層の一人平均医療費が国民全員の一人平均医療費に対する倍率が現在と同じであると想定すると、年齢構成だけが高齢化する場合に国民医療費の対国民所得比がどう変化するかをみることができるが、先に社会経済国民会議の当委員会が発表した報告書『財政危機下の医療制度』（昭和五十八年）では、昭和五十五年（一九八〇年）の各年齢層の一人当たりの相対医療費が変わらないものと想定すると人口の高齢化が進む昭和七十五年（二〇〇〇年）に国民医療費の対国民所得比は昭和五十五年度の六・二％（昭和五十七年度には六・五五％）から八％前後に増えると推計している。同様の方法で昭和九十五年（二〇二〇年）の国民医療費の対国民所得比を推計すると、一〇％前後になることがわかる。これは勿論、他の要因が変わらず年齢構成だけが変化した場合の推定であるが、医

療の高度化に伴う医療費の上昇がこれまでのようなテンポで進み、医療制度と医療保険制度の思い切った改革が行われない場合にはこれ以上の比率になる。

ただ出生率の低下で十歳以下の子供の比重が減ることは受療率の低下要因にはなる。しかし比較的受療率の高い〇〜四歳児の一人当たり診療費は、表3ならびに図1に示すように二十五歳以上の成人の一人当たり診療費よりも低いので、高齢化による影響を相殺する要因としてはほとんど機能しないものと思われる。

国民医療費は、医師等の医療関係従事者数とか医療供給体制のシステム化の程度、医療機器・薬品生産の生産性向上によるコスト・ダウンの程度等々に依存し、また需要面では患者の自己負担率の程度に左右されるので、総合的にみてその対国民所得比がどの程度になるかを推定するためには、これらの要因をそれぞれ検討して予測することが必要になる。いずれにしても人口の高齢化につれて、高齢者とくに高齢者の中の高齢化が進むことが国民医療費と医療保険給付費の対国民所得比を高める重要な要因であることがわかる。そし

て国民医療費の中に占める高齢者医療費の比重も漸増していく。それゆえ高齢者医療費の膨張を高齢者の福祉をそこなうことなく抑制することが医療費全体の膨張の抑制にとって極めて重要であることがわかる。

二 急増する要介護老人への対策の必要性

高齢者ほど有病率が高い以上、入日の高齢化に伴って医療費が増加する傾向をとることは避け難いが、問題は必ずしも医療を必要としない高齢者が医療の対象となったり、必要以上の医療を受ける場合があることである。高齢者医療費の膨張を抑制するということは決して高齢者の真の医療ニーズの充足を抑制するということではなく、介護は必要であるが入院して医療を受ける必要がない高齢者が介護者がいないために入院している場合とか、家庭医中心のプライマリ・ケア体制と在宅ケア体制の不備のために長期入院することになり、必要以上に医療費が膨張している場合等々に対処しようとするものである。こうして節約される高齢者医療費を寝たきり老人や重度痴呆性老人等、介護機能充足のために回す

ことによって総体としての高齢者福祉の改善に役立てることを意図するものである。

厚生省の「厚生行政基礎調査」（昭和六十年一月発表）の結果によれば、昭和五十九年六月現在のわが国には約四八万人（六十五歳以上の人口に対して約四％）の寝たきり老人（六カ月以上寝たきり）がいるものと推定される。その出現率は表4が示すように、七十五歳以上の後期老年人口ほど高く、八十歳以上における寝たきり老人の出現率は一二％以上で、これは六十五〜六十九歳（約二％）の六倍である。痴呆性老人の出現率に関しては全国推計資料はないが、東京都の調査では六十五歳以上の在宅老人の場合、四・六％である。寝たきり老人と痴呆性老人とはかなり重複しているが、両者を合わせれば少なくとも四〜五％の高齢者が重介護と思われる。

寝たきり老人のうち特別養護老人ホーム入居者が一万人、入院中の者九万九〇〇〇人であり、二六万七〇〇〇人（寝たきり老人の五五・六％）は在宅者であり、在宅者の大部分は家族の介護を受けている。今後、高齢層の中での高齢化が進めば寝たきり老人の出現率は高まる可能性が大きい。仮に出現率を

表4 ねたきり老人数及びその出現率（56年度）

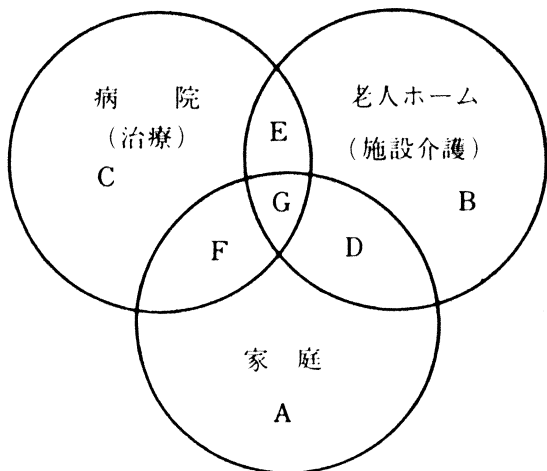
区 分	ねたきり老人数（千人）			出 現 率（％）				
	計	男	女	計	男	女		
65～69歳	特	9.9	4.2	5.7	2.55	1.92	2.62	1.38
	在	67.5	42.1	25.5				
	計	77.4	46.3	31.2				
70～74歳	特	15.7	6.2	9.5	8.89	5.72	5.64	5.78
	在	90.7	49.0	41.7				
	計	106.4	55.2	51.2				
75～79歳	特	19.9	6.6	13.3	8.89	12.64	11.17	13.48
	在	97.7	41.7	56.0				
	計	117.6	48.3	69.3				
80歳～	特	37.7	9.5	28.2	4.37	4.76	4.71	
	在	181.8	61.0	120.8				
	計	219.5	70.5	149.0				
合 計	特	83.2	26.5	56.7	4.37	4.76	4.71	
	在	437.8	193.8	244.0				
	計	520.9	220.3	300.7				

- （備考） 1. 「特」は、特別養護老人ホーム在居者で厚生省「社会福祉施設調査」による。
 2. 「在」は、在宅ねたきり老人で厚生省「厚生行政基礎調査」による。

一定としても、これから二十一世紀までに人口の年平均増加率は〇・四％と予測されているのに対して六十五歳以上の高齢者数の増加率は約三・四％と予測されるので、寝たきり老人も年平均少なくとも三・四％（六十年間で一万六〇〇〇人、以後年々漸増）ずつ増えることになる。しかし今後、ひとり暮らし老人が年平均六〜八％ずつ増える可能性があることと、家族の老人介護機能が核家族化、婦人の就労率の上昇と意識の変化、高年齢離婚の増加、介護者自体の高齢化等のため低下していくこと等により、公的介護を必要とする寝たきり老人と重度の痴呆性老人の増加率は寝たきり老人と痴呆性老人自体の増加率よりもずっと高いものと予想される。

このように年々少くとも数％ずつ増加していく要介護老人の一層多くの割合を病院と従来型の特別養護老人ホームで介護するといふことになる、必要となる費用の増加は大変なものになる。それに病院でも老人ホームでも老人が人間的な生活をおくることへの配慮は不十分であった。そこで要介護老人ができるかぎり日常生活環境に近いところで、しかも社会全体としての医療費と福祉費用の

図2 中間複合施設



- D : サービス・ハウジング (スウェーデン)
 シェルタード・ハウジング (イギリス)
 ショート・ステイ (短期滞在老人施設)
 デイ (ケア) センター、デイ・センター機能を持つ
 老人ホームやサービス・ハウジング
- E : ナーシングホーム
 介護機能を持つ老人病院 } 病院と老人ホームの
 医療機能を持つ老人ホーム } 中間施設
- F : リハビリテーション施設
 デイ・ホスピタル
- G : ベリーシェルタード・ハウジング (イギリス)
 医療機能・重介護機能をもそなえたサービス・ハウ
 ジング

総計の膨張を避けるような方法で、安心して適切で人間味ある介護を受けることができる体制をつくるのが今後の老人医療と福祉の重要な政策課題となる。医療施設と老人ホームの中間施設が必要になるのも、医療サービスと福祉サービスを有機的に連携させる在宅介護体制が必要とされるのも、この課題にこたえるためである。

三 病院と老人福祉施設の 中間複合施設の在り方

最近になっていわゆる中間(複合)施設や医療・福祉の総合システム化の必要性が強調されるようになったのは、このように、一つには老人福祉についてのノーマライゼーションの理念に基づき、要介護老人をできるかぎり日常生活に近い環境のもとで介護すべきだとの考えによるものである。同時に入院を必ずしも必要としない要介護老人が病院を老人ホーム代わりに用いることをなくすることによって増加する高齢者の医療費を抑制しようとの意図によるものでもある。

ノーマライゼーションの理念による老人福祉サービスが必要だとの主張は、社会経済国

民会議が「社会福祉政策の新理念——福祉の日常生活化をめざして」(昭和五十五年)を提言して以来の本会議の主張であり、中間施設が必要であることは社会経済国民会議の報告書「社会保障の財政計画と費用負担」(第6章)でも指摘されている。『厚生白書』(59年版)でも「中間的に位置づけられる施設の充実」が述べられているが、今年の一月二十四日の社会保障制度審議会の「老人福祉の在り方について」と題する建議以降、厚生省がその具体化案を検討しており、実現の可能性がにわかに高まってきている。

中間施設といってもいろいろな意味での中間施設があるので、老人の場合についてサービスの場を図に表わして整理してみよう(図2)。

図2の円Aは家庭あるいは在宅でケアされる場合を示し、Bは従来型の老人ホームでの施設ケアサービスを示し、Cは病院での入院治療を示す。このようにA、B、Cの三つの領域を考えると、それらの中間あるいは複合としてD、E、F、Gの四つの領域が考えられる。

Dは従来型老人ホームと家庭との中間であり、この領域の中間施設の代表は、スウェーデンのサービス・ハウジング、イギリスのシ

エルトード・ハウジング、アメリカのコングレイト・ハウジング等のように、老人に住民やすく設計され、若干の介護機能と通報システムをそなえた老人および障害者向けの住居（アパート式が多いが、イギリスにはテラス・ハウス式、独立住居群もある）である。

イギリスのシエルタード・ハウジングにはワデーと呼ばれる世話人（複数のこともある）が住み、管理しながら緊急の場合には介護役もするが、その形態と棟能は様々である。スウェーデンのサービス・ハウジングは、最近・地域のコミュニティ・ケアの拠点となるのが通常で、日本でいう老人福祉センターとデイ・センター機能をも兼ねる複合施設であり・介護機能は通報システムで連絡をとりながら、絶えず出入りしているホーム・ヘルパーによって行われる。

シエルタード・ハウジングとサービス・ハウジングは、従来は医療機能や重介護機能はそなわっていないかったが、これらの住居に住んでいる人々が高齢化して寝たきりに近い状態になったり、医療機能が必要とする場合も多くみられるようになってきた。そこで、そうした人々への対応として複合的施設ができ

た。従来ならば、そうした人々は図のCの病院に入院するか、Eのナースィング・ホームに移るしかなかったのであるが、それを好まない老人が多いので、できるかぎウノーマルな家庭生活に近い生活を可能にさせるといふノーマライゼーションの理念に沿うかたちで、こうした住居にしながら重介護機能と若干の医療機能を受けいれる施設が生まれてきたのである。

イギリスのベリー・シエルタード・ハウジングは重介護機能をもそなえたシエルタード・ハウジングである。スウェーデンのサービス・ハウジングにも重介護機能と医師と看護婦が常駐して若干の医療機能をそなえたものがつくられるようになった。図のGの領域の中間・複合施設はそのような施設である。これらはケア付き福祉住宅からGの領域に移行した複合施設であるが、コペンハーゲン郊外のトラネハニベンヤこれを真似たドイツのハノーバーのリハビリテーション・センターは当初から医療と福祉を総合化する目的でつくられたGの領域の複合施設である。わが国にはまだこの種の公的な中間複合施設はつくられていないが、最近わが国の老人向け民間

マンションの中に医療施設を付設し、看護婦と管理人を常駐させ、各部屋に通報システムをそなえたものがつくられるようになっていく。これも老人の新しい福祉ニーズが高まってきていることを反映した動きといえよう。

医療制度と最も関係が深く、目下わが国で論議の主たる対象となっているのは老人ホームと病院の中間（図のE）施設である。わが国の病院には六十五歳以上の高齢者の四％以上が入院しており、高齢者の平均入院日数も九〇日以上で、欧米諸国に比べて著しく高いことが知られているが、長期入院老人の半分ほどは要治療老人というよりも主として重介護かりハビリテーションを必要とする老人で、病状が固定して入院の必要は必ずしもない患者であると推定される。そのような老人の場合には、図Cの病院ではなく、図のD、E、F、Gの中間施設で療養し、医療と重介護部分のみを老人保健法の医療と看護に準じて医療的に扱うほうが、ノーマライゼーションの理念に適い、人間的でもあり、費用の点でも節約になるものと思われる。この種の中間施設こそ、これからのわが国にとって緊急に必要とされる施設である。

一方、わが国のこれまでの老人ホームは介護のニーズという基準だけでなく、貧困、住宅事情、家庭の事情のために入居している場合が少なくないし、生活保護的資格が今なお強いが、これからは老人ホームでの施設ケアも、年金等の所得保障を補完するサービス保障の性格を強めていくので、原則として重介護を要する老人のケアをする施設になっていき、Eに近づくであろう。また、单身あるいは夫婦とも高齢で若干の介護が必要であったり、普通の住宅での生活に不安がありながら介護者のいない高齢者のためには、Bの従来型の老人ホームではなく、Dのケア機能を利用しやすく管理人が常住し、通報システムをそなえ、訪問看護やホームヘルプ・サービスを利用しやすい住宅をつくっていくべきである。今後建設する公営住宅の一部は、このような性格の住宅とすべきであろう。

四 老人医療と重介護の費用の総合化

医療施設と老人ホームの中間形態の施設で重介護と医療を行う場合、問題となることはその費用負担の方式である。現行のわが国の

制度のもとでは、高齢者が重介護を基準看護の病院で受ける場合には、原則として老人保健法の対象となり、広義の医療保険によってカバーされ、自己負担は最も少ない。次に特別養護老人ホームに入居した場合には、その費用（入居者一人当たり月平均運営費は東京横浜で約二〇万円）の一部だけが本人と家族によって所得能力に応じて負担（年収三〇万円以下の無料から一五〇〇万円以上の五万九〇〇〇円プラス・アルファの階層までの三ランクであり、扶養義務者の場合は前年度分の市町村民税非課税者の無料から年収一五〇〇万円の者の八万七〇〇円まで）それ以上の年収者の場合には措置費の支弁額一八ランクに分かれているが、わが国の勤労世帯の年平均収入のクラスの場合であれば、月九九〇〇円ないし一万一四〇〇円である。東京都の場合、受益者負担分は運営費の七％程度になっている）される。公的ホームヘルパーの派遣を受ける場合も、本人と家族の所得に依る負担（生活保護世帯と前年に生計中心者が所得非課税の世帯は無料、前年の所得税額が年三万円未満は一時間二九五円、それ以上は五九〇円）になるが、公的ホームヘルプ・

サービスを受けている要介護老人の比重は日本ではまだ小さく、在宅の大部分の要介護老人は家族と民間の家政婦などの介護を受けている。すなわち、最も費用のかかる入院の場合が自己負担が最も軽く、次に費用のかかる絆別養護老人ホームが二番めに自己負担が軽く、在宅で重介護を受ける者の場合には、介護費用総額は最も少なくてすむが、本人および家族の負担は家族介護までを金銭的に自己負担として評価すると最も重い。つまり、総コストに反比例する自己負担となっており、経済コスト原則からみると合理的でない。同じような症状で同じ程度の介護を要しながら、病院と特別養護老人ホームとで自己負担がかなり異なり、ことに在宅介護の場合には本人と家族のたいへんな犠牲が必要になるといえるのは合理的とはいえない。さらに、このために入院の必要がない高齢者が長期にわたって入院するという場合も生ずる。

社会保障制度審議会が一月の建議で高齢者の重介護費用を医療における看護に準ずるものとみなして、その費用を社会保険で負担すべきであると建議したのはこの点での不合理・不公正を是正すべきだと考えたからである。

図3 病院と老人福祉施設の間施設における費用分担

社会保険負担部分	医療費	社会保険中の 公費負担部分	自己負担部分
	介護費用		
生活費部分 (低所得層以外は原則として受益者負担)			

社会経済国民会議も基本方向としては、
(1)寝たきり老人や重度痴呆性老人の重介護は医療に準ずるほどの基本的ニードであり、そのナショナル・ミニマムを社会保障によって保障すべきであると考ええる。また、
(2)ノーマライゼーションの理念に基づき、要介護老人は医療上必要でないかぎり、できるだけ在宅で生活できることを家族に過大な負担をかけずに可能にするような在宅介護システムをつくっていくことと、在宅介護が困難な場合には中間施設で介護できるようなシステムをつくり、このことを促進するように社会保険および公費による費用の支払いと自

己負担の方式を改めるように提言する。すなわち、

①何らかの事情で在宅介護が困難な老人の場合で、重介護と若干の医療（看護を含む）を必要とするが、病院への入院を必要としない高齢者の場合には、前記図2のEのような中間施設を整備して、そこで介護を行い、その医療費用部分は勿論のこと重介護費用に関しても医療の看護に準じて社会保険の対象とする。

一方、E型中間施設の生活費に当たる部分に関しては、原則として受益者（本人および扶養の義務者）の負担とする。ただし低所得層は所得に応じて減免をする。

②図2のDの介護機能付き公的住宅の居住者の場合でも重介護を必要とした場合の費用も、Eの中間施設の場合と同様の扱いとする。

Dの場合には、基本的には住居であるから住居費に関しては公的住宅に準じた住居費用を自己負担する。食費その他の生活費も個人負担であるが、通報システム、緊急の場合の一時介護をも行う常住の管理人の費用負担は社会福祉関係の費用で行い、共

同で利用する食堂などの施設の利用に関しては若干の補助を行う。

③Eにおける医療給付に関しては老人保健法を適用する。

したがって、医療施設と老人福祉施設の間Eの形態の中間施設の場合には、費用は図3のように、(a)医療費、(b)重介護費用、(c)生活費（食費その他の生活費部分および住居費）に分けられるが、重介護費用も社会保険の看護に準ずる扱いとなり、社会保険、公費、自己負担によって分担されることになる。

④なお、Eの中間施設における介護費用の施設者への支払いの方式に関しては、社会保障制度審議会が建議しているように段階的定額制を採用し、老人保健法の医療部分に関しても部分的に同様の方式を導入していくものとする。

⑤医療施設と老人福祉施設の中間施設は、1老人病院等医療施設からの移行、2老人ホームからの移行、3全く新しい総合施設としての設立が考えられるが、いずれの方式においても中間施設としての上記の長所を生かすべきであり、また同一の費用負担原則をとるべきである。

医療と老人福祉施設の間施設は、単に両施設の中間的性格というだけでなく、中間施設化に当たって社会経済国民会議がかねてから提唱してきた福祉のノーマライゼーションと総合システム化の理念を體現した施設の性格をできるかぎり持つようにすべきである。図2のF、D、Gについては、より日常生活に近づけることが可能である。すなわち人間的日常生活に近い生活ができるような配慮がなされるべきであり、居住地に近い開かれた身近な施設とされるべきであり、できるかぎり近隣の在宅の要介護老人のためのデイ・ケア・センターとしての機能やショート・ステイ（短期一時入所）の機能をもあわせ持つ複合的施設にし、中間的諸施設の入所と在宅療養が循環し得るようにすることが好ましい。政府は中間施設の具体化に際して、このような複合機能化を促すように施設および運営費の補助システムを改めるべきである。

五 医療と福祉サービスの

連携の在り方

一 医療と老人福祉サービスの連携のために

もう一つ必要なことは、医療関係の医師・看護婦と福祉サービス関係のソーシャル・ワーカー、ホームヘルパー等との人間的連携である。老人福祉サービスの先駆国のイギリスでは、いわゆるホーム・ドクター制のためもあって、地域レベルでの医療と老人福祉サービスの連携をし易い条件をそなえており、政策的にも一九七三年に医療・福祉の合同委員会を県レベルにつくることが決められ、合同ケア計画チームやプライマリ・ヘルス・チームもつくられている。スウェーデンでもプライマリ・ヘルス・ケア・チームをつくる試みがなされており、ホームヘルパーのオルガナイザーがコーディネーター役を果たしている場合もある。

わが国でも医療と保健と福祉サービスの人的連携を進めるために、さしあたり試行的に医療、保健、老人福祉サービスを連携させるチームづくりを始めることが望まれる。医療と福祉サービスの対象となる老人が在宅、中間施設、病院のどこでサービスを受けるかの決定は、本人の意思を尊重しつつ、このような連携チームかその責任者によって決定されることが望ましい。なおサービスを受ける者

の身になって、その便宜のため、窓口の一本化を図る（利用者がたらい回しにならないようにする）べきである。

二 これからのわが国では、医療・看護機能をそなえた、いわゆる中間型・複合型福祉施設と医療・保健・リハビリテーション・老人福祉サービスの有機的連携の深い在宅看護と介護システムをつくっていくことが老人医療、福祉分野の一つの課題である。したがって医学教育においても高齢者が病気や重度の寝たきりなどになり重介護を要するようになることを防ぐ健康学と老人福祉サービスの関連科目を重視すべきであり、福祉面への配慮をしつつ総合的なプライマリ・ヘルス・ケアを行うことを目的とする医師の養成を重視すべきである。プライマリ・ヘルス・ケアは、あまりにも専門化し分化しすぎた今日の医療の弱点を補いながら、包括的、継続的かつ人間的な医療を患者の地域において行うことを意図するものであり、病気と老化の混在する高齢者の医療にとって今後、重要性を増す医療である。

今日の医学は高度の専門性を要請されるので、視野の広さよりも特定領域での専門性が

尊重される風潮があり、医師にもそのような専門化志向が強くなっているが、人口高齢化の進行にともなう増加する高齢者のニーズは、六つのCではじまる機能を持つ医療・福祉ニーズである。すなわち、包括性 (comprehensiveness)、継続性 (continuity)、地域的近隣性 (community)、患者との人間的接触 (contact) とを重視し、それに治療 (cure) だけでなく、介護 (care) をもあわせて必要とする人間的なプライマリ・ヘルス・ケアがことに高齢者の医療には要請されているのである。医師およびその他の医療関係者の供給機関はこのことを十分に認識して高齢化社会のそのニーズに対応する医師と医療関係者を養成できるよう医学およびその関連教育の在り方を再検討すべきである。また、このような性格をもつ家庭医に医師がなりたくなるようなインセンティブを持つ医療制度にすべきである。

(3) プライマリ・ヘルス・ケアを行ういわゆる家庭医はそれぞれの地域コミュニティにおいて患者のプライマリ・ヘルス・ケアを行うものであるが、わが国のように職場が一種のコミュニティ的性格を持ち、職場でとくに健

康保険組合がつくられている社会では、雇用されて働く人の場合には職場の産業医がプライマリ・ヘルス・ケアの機能を果たすことが患者にとっても便利であるし、健康保持の経営努力を促す上で有益な場合もある。職場コミュニティの長所を生かし、従業員の健康管理、プライマリ・ヘルス・ケア、病後の職場復帰等について労使合意の上で、各企業や職場が対応策を進展させることは推奨されるべきである。家庭医とプライマリ・ヘルス・ケア体制づくりの際には、わが国のこの点での特徴と長所を生かすような配慮が必要である。

(4) 家庭医の長所は先に述べた6Cを重視する総合性にあるが、その長所を生かしつつ専門的医療を必要とする場合には、専門医療を受け入れるようにするために、家庭医と専門医および高度な医療機能をもつ病院との有機的連携を可能にする地域医療システムを地域ごとにつくることが必要である。政府は目下、地域ごとの医療の総合システム化の圏域を形成するに必要とされる事項を織り込むため、医療法の改正を予定している。

現在すでに神奈川県等では、中間施設や在宅介護システムをも考慮に入れた地域保健計

画をつくり、プライマリ・ヘルス・ケアを行う第一次医療圏から第二次、第三次までの医療圏を形成し、医療圏内での総合システム化を進めることを計画しているが、こうした方向での計画を全国的に進めることが必要である。なお医療圏形成に際しては、福祉サービスを行う福祉サービスクラスとの統合ないし整合化に十分な配慮をすべきである。そのような地域での福祉サービスクラスを含む医療・保健の総合システム化を進める上での必要な法制上の措置をとるとともに、医療、保健、福祉サービスクラスの領域における縦割りの集権的行政制度をも改めていくことが望まれる。

(5) 家庭医が一般医としての長所を發揮しつつ、あわせて専門医療にも接近できるようにすることは、家庭医の医療水準を維持するために必要である。また、家庭医が高額の医療機器をそれぞれ持つことは、経済的に効率的でないし、家庭医の医療費用を課題にするので、非常に高額な医療機器に関しては医療圏ごとの適正配置を計画すると同時に、家庭医が高額医療機器を共同利用したり、研修のために利用できるようにする何らかの方法を講ずることが望まれる。

(注1)

このことは次の式からわかる。すなわち、昭和五十七年の六十五歳以上の高齢者比率は九・六%、その一人平均医療費は六十四歳以下の四・五倍であるので、高齢者医療費の国民医療費の総額に占める割合は

$$\frac{4.5 \times 9.6}{1 \times 90.4 + 4.5 \times 9.6} \times 100 = 32.3 (\%)$$

である。高齢者の一人平均医療費が六十四歳以下の人の四・五倍という関係を変えずに、高齢者の人口比率だけが二二%になると仮定した場合に

$$\frac{4.5 \times 22}{1 \times 78 + 4.5 \times 22} = 55.9 (\%)$$

になる。

高齢者医療費の国民医療費に占める比重

$$\frac{m_0 \times N_0}{m_y \times N_y + m_0 \times N_0} \times 100$$

N_y : 六十四歳以下人口比率
N₀ : 高齢者人口比率 (六十五歳以上)
m_y : 六十四歳以下の一人平均医療費
m₀ : 高齢者の一人平均医療費 (六十五歳以上)

(注2)

アメリカでは九〇以上の家庭医学講座があるというが、家庭医養成の教育をわが国では軽視してきた嫌いがある。

〈社会経済国民会議医療制度問題特別委員会

昭和60年度委員)

(◎印は委員長、○印は委員長代理)

◎高橋正雄 (九州大学名誉教授)

○丸尾直美 (中央大学教授)

(経営側委員)

伍堂輝雄 (東京空港交通(株)会長)

永田敬生 (日立造船(株)代表取締役)

河原亮三郎 (東芝機械(株)相談役)

亀井正夫 (住友電気工業(株)会長)

西野嘉一郎 (株)芝浦製作所相談役)

今宮信雄 (アサノコンクリート(株)相談役)

奥村虎雄 (社)日本鉄鋼連盟副会長)

森岡道一 (社)日本産業訓練協会理事長)

野澤清志 (電気事業連合会副会長)

(労働側委員)

黒川 武 (総評議長)

宇佐美忠信 (同盟会長)

藁科満治 (中立労連議長)

滝田 実 (アジア社会問題研究所理事長)

宮田義二 (鉄鋼労連最高顧問)

塩路一郎 (自動車総連会長)

有村利範 (造船重機労連中央執行委員長)

田口 学 (全石油中央執行委員長)

田村憲一 (食品労連中央執行委員長)

岡村文雄 (総評労働国民生活局長)

中根康二 (同盟生活福祉局長)

(学識経験者)

郷司浩平 (財)日本生産性本部会長)

藤縄正勝 (労働福祉事業団理事長)

岩尾 一 (大正海上火災保険(株)顧問)

山本正淑 (財)厚生団理事長)

中林貞男 (日本生活協同組合連合会会長)

宝樹文彦 (全通生協顧問)

大村潤四郎 (病院システム開発研究所常務理事)

(理事)

廣瀬治郎 (健康保険組合連合会専務理事)

大森文子 (社)日本看護協会会長)

佐々木孝男 (経済社会政策研究会代表)

藤田 晴 (大阪大学教授)

都村敦子 (社会保障研究所研究部長)

柳下奏一 (医事評論家)

増田康明 (社)共済組合連盟常務理事)

市川 洋 (筑波大学教授)

桐木逸朗 (中央学院大学教授)

小寺 勇 (年金福祉信用保証(株)専務取締役)

土田武史 (国士館大学専任講師)