

# 社会 保障 研究

第1卷  
第3号  
2016年

---

## 医療・介護提供体制の将来像と 地域医療構想

..... 尾形 裕也

---

## 特集：超少子高齢社会における医療・ 介護のあり方

### 地域医療構想と医師需給推計の動向と課題

..... 大津 唯・尾形 裕也

### 人口構造の変化と介護サービス・介護従事者に対する需 要変化

..... 菊池 潤・川越 雅弘

### 医療・介護ニーズの質的变化と地域包括ケアへ の取り組み—フランスの事例から—

..... 篠田 道子

### ナショナルデータベースの整備と地域医療構想

..... 松田 晋哉

### 医療需要将来推計に基づく地域医療構想が示す 医療機能の分化・連携のあり方

..... 伏見 清秀

### 医療サービスの供給確保・地域医療構想

### —病院サービス供給に焦点を当てた英・独との 比較から—

..... 泉田 信行

### 医療提供制度を改革する政策手法—診療報酬、 計画規制、補助金—

..... 島崎 謙治

# 社会保障研究 第1巻第3号 (2016年)

## 目次

### 巻頭言

医療・介護提供体制の将来像と地域医療構想	尾形 裕也	512
----------------------	-------	-----

### 特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方

地域医療構想と医師需給推計の動向と課題	大津 唯・尾形 裕也	514
人口構造の変化と介護サービス・介護従事者に対する需要変化	菊池 潤・川越 雅弘	523
医療・介護ニーズの質的变化と地域包括ケアへの取り組み—フランスの事例から—	篠田 道子	539
ナショナルデータベースの整備と地域医療構想	松田 晋哉	552
医療需要将来推計に基づく地域医療構想が示す医療機能の分化・連携のあり方	伏見 清秀	567
医療サービスの供給確保・地域医療構想 —病院サービス供給に焦点を当てた英・独との比較から—	泉田 信行	580
医療提供制度を改革する政策手法—診療報酬, 計画規制, 補助金—	島崎 謙治	596

### 社会保障と法

(社会保障と法政策) 健康保険法における被扶養者の概念とその取扱い	島崎 謙治	612
(社会保障判例研究) 健康保険法における被扶養者認定の処分性および被扶養者認定に 当たり特定活動(医療目的)の在留資格を考慮することの可否	島崎 謙治	617

### 投稿(論文)

介護保険法の2005年改正と要介護認定における評価バイアス	高塚 創・石浜 実花	623
失業給付と子ども数	池田 亮一	642

### 動向

2014(平成26)年度 社会保障費用—概要と解説— 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト		656
---	--	-----

### 情報

The European Observatory on Health Systems and Policiesについて	泉田 信行	668
韓国の社会保障(第3回)韓国「老人長期療養保険」(介護保険)について	小島 克久	670
医療・介護人材の国際人口移動	林 玲子	674

### 書評

ジョナサン・M・メツル, アンナ・カークランド編, 細澤仁, 大塚紳一郎, 増尾徳行, 宮畑麻衣共訳 『不健康は悪なのか 健康をモラル化する世界』(みすず書房, 2015年)	松浦 広明	677
--	-------	-----

### 新刊紹介

稲葉昭英・保田時男・田淵六郎・田中重人編 『日本の家族1999-2009 —全国家族調査[NFRJ]による計量社会学』(東京大学出版会, 2016年)	藤間 公太	681
--	-------	-----

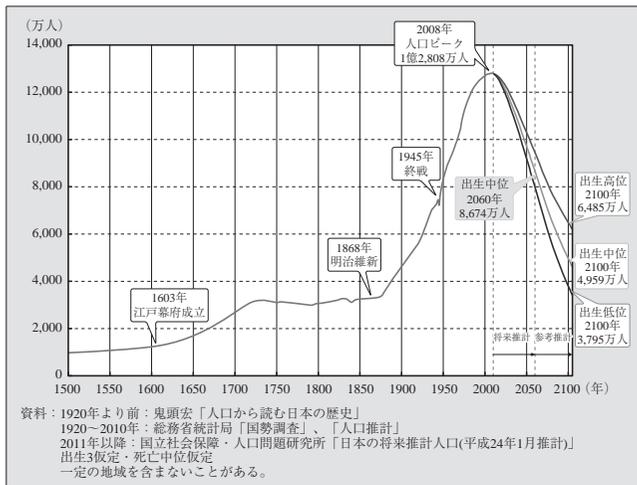
## 巻頭言

### 医療・介護提供体制の将来像と地域医療構想

本号特集においては、いわゆる地域医療構想を軸に、さまざまなアプローチによる力作が揃った。その詳細は各論文を参照願いたい。本稿では、それらの前提となる事項について簡潔に私見を述べる。

第1に、「超少子・高齢社会」の意味である。この点については、平成27年版厚生労働白書に興味深い図が掲載されている。図は、1500年から2100年までの600年間のわが国の人口推移を示しているが、西暦1900年からの200年間に極めて異常な変化があることがわかる。われわれはこの100年間で急な山道を上り詰め、今まさに急坂を駆け落ちようとしている。「超少子・高齢社会」は、「超人口減少社会」であり、わが国の社会経済システムに甚大な影響を及ぼすことが予想される。医療や介護もその例外ではありえない。

第2に、当面の改革の目標年次である「2025年」は、「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者になる象徴的な年として位置付けられている。これまで団塊の世代は、わが国の社会経済に大きな影響を及ぼしてきた（ベビーブーム、すし詰め学級、大学紛争、企業戦士等々）。この大集団が医療・介護の



出所：「平成27年版厚生労働白書」p.4より転載。

図 長期的なわが国の人口推移

の主たる受け手となる時、医療・介護のあり方は大きく変わらざるをえない。そういった意味で、「2025年」には一定の意義があるものと考えられる。ただし、「2025年ビジョン」が最初に構想されたのは、2008年であり、その時点では17年先の話であった。しかし、すでに目標年次まで10年を切り、2025年は今や「近未来」となっている。残された時間はきわめて短い。

第3に、2025年ビジョンのポイントは、私見によれば、①急性期医療の確立と②居住系サービス等在宅ケアの拡充を同時に追求することであったと考えられる。そして、このことは全体の医療・介護費用を増大させることとなり、③こうした費用増大を賄うために消費税増税を提案する、という構造となっていた。①、②および③はセットとして提案されており、こうした基本的な構造は、①および②を精緻化した地域医療構想についても踏襲されている。近年の消費税増税の2度にわたる延期は、こうした基本的前提を崩すものであり、改革の実行可能性について危惧せざるを得ない。

第4に、2025年ビジョンと地域医療構想は、基本的な発想はほぼ共通である。その一方で、細部の設計については相違もみられる。たとえば、一般病床の機能分化として、前者は、高度急性期、一般急性期、亜急性期等の3区分を提案していたのに対し、後者においては、高度急性期、急性期、回復期となっている。「亜急性期」が消え、「回復期」に一本化されているが、このことは病床機能報告と必要病床数の間に大きな乖離を生む一因となっている。また、3区分の基準は、前者においては在院日数であったのに対し、後者においては医療資源投入量がとられている。この考え方の転換が十分理解されていなかったことが、大学病院がほとんどの病棟を高度急性期と報告したことの背景にあると考えられる。

第5に、地域医療構想については多くの課題があるが、次の2点に絞って論ずる。まず、今後、構想区域ごとに、地域医療構想調整会議が開催され、関係者間の協議が行われることになるが、その際、議論の透明性を十分確保する必要がある。最近の東京都政をめぐる混乱に見られるように、こうした問題については、一部関係者の密室での議論ではなく、医療サービスの受け手や保険者等の参加を含め、広く開かれた透明性のある議論が必要である。そうでなければ、利害関係者間の単なる「談合」とのそしりを免れないであろう。また、一方で、地域医療構想については、病床機能報告を含め、基本的に医療機関の自主的な「選択」に委ねる仕組みとなっている。地域医療構想の推進に当たっては、基金の活用等ソフトな施策が中心であり、強制的な措置は一部に限定されている。このことは、民間の医療機関が多数を占めるわが国の医療提供体制の現状を踏まえれば、現実的な対応であると言える。しかしながら、一方で、こうした自主的な「選択」がうまく機能しなかった場合には、一段の規制措置が導入される可能性がある<sup>1)</sup>。

<sup>1)</sup> たとえば、社会保障審議会医療部会意見書(2013年12月)においては、保険医療機関の指定まで踏み込んだ措置の導入を求める意見があった旨記載されている。

尾形 裕也

(おがた・ひろや 東京大学政策ビジョン研究センター教授)

地域医療構想と医師需給推計の動向と課題<sup>1)</sup>大津 唯<sup>\*1</sup>・尾形 裕也<sup>\*2</sup>

## 抄 録

わが国の医療・介護サービス提供体制に関しては、2025年を当面の目標年次として、その将来像が議論されてきた（いわゆる「2025年モデル」）。2025年は、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上の後期高齢者になる象徴的な年で、質・量両面で医療・介護サービスに対するニーズが大きく変化する可能性があり、これに対応した医療・介護提供体制の再構築が求められている。

こうした状況の中、2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」に基づき、都道府県による地域医療構想の策定が始まった。地域医療構想は、2025年の医療需要と病床の必要量を構想区域ごとに推計するものであり、それを踏まえて病床の機能分化・連携を推進することが求められている。さらに、2015年12月に厚生労働省で「医療従事者の需給に関する検討会」が立ち上げられ、その下に設置された「医師需給分科会」では、2016年6月に「中間取りまとめ」が公表され、その中で全国レベルの医師需給推計が提示された。

このように、将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築に向け、その前提となる将来推計が次々に進められており、本稿はその動向と内容を概観し、今後の課題について考察を行った。

キーワード：地域医療構想，医師需給，医療提供体制，医療従事者

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.514-522.

## I はじめに

わが国の医療・介護サービス提供体制に関しては、2025年を当面の目標年次として、その将来像が議論されてきた（いわゆる「2025年モデル」）。

2025年は、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上の後期高齢者になる象徴的な年である<sup>2)</sup>。すなわち、質・量両面で医療・介護サービスに対するニーズが大きく変化する可能性があり、これに対応した医療・介護提供体制の再構築が求められている。

<sup>1)</sup> 本稿における考察は筆者らの個人的見解であり、筆者らが所属する組織の意見を代表するものではないことをあらかじめ断っておく。

<sup>2)</sup> 国立社会保障・人口問題研究所（2012）によれば、65歳以上の老年人口の増加のピーク自体は2042年であると推計されている。一方で少子化の進行により、老年人口の全人口に占める割合はその後も上昇を続け、2060年には39.9%に達する見込みである（出生中位・死亡中位推計、推計が発表されているのは2060年まで）。

<sup>\*1</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 研究員

<sup>\*2</sup> 東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

こうした状況の中、2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」<sup>3)</sup>に基づき、2015年4月から都道府県による地域医療構想の策定が始まった。この地域医療構想は、2025年の医療需要と病床の必要量を構想区域（原則として2次医療圏単位）ごとに推計するものであり、それを踏まえて病床の機能分化・連携を推進することが求められている。地域医療構想は、2016年度末までにすべての都道府県で策定される予定となっている。

さらに、2015年12月に厚生労働省で「医療従事者の需給に関する検討会」が立ち上げられ、医療従事者の需給の見通しや、医療従事者の確保策、地域偏在対策などの検討が開始された<sup>4)</sup>。「医療従事者の需給に関する検討会」では、職種ごとに「医師需給分科会」、「看護職員需給分科会」および「理学療法士・作業療法士需給分科会」が設置され、このうち「医師需給分科会」では、2016年6月に公表された「中間取りまとめ」において、他の分科会に先駆けて将来の医師需給推計が提示された。

このように、厚生労働省では現在、将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築に向け、その前提となる将来推計が、医療需要、病床の必要量、医療従事者の需給と次々に進められている。

以上の政策動向を踏まえ、本稿では地域医療構想における必要病床数の推計、続いて「医師需給分科会」の「中間取りまとめ」で示された医師需

給推計について概観した上で、医師需給の推計方法について整理を行った。その上で、今後の課題について、考察を行った。

## II 地域医療構想と医師需給推計

### 1 地域医療構想の動向と必要病床数の推計

既述の通り、地域医療構想は将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築に向けて、2025年のあるべき医療提供体制を目指すものであり、2025年の医療需要と病床の必要量を構想区域（原則として2次医療圏単位）ごとに推計し、それを踏まえて病床の機能分化・連携を推進することが求められている。この地域医療構想は、医療計画の一部として2016年度末までにすべての都道府県で策定される予定となっている<sup>5)</sup>。

地域医療構想の策定方法については、2015年3月に厚生労働省から「地域医療構想策定ガイドライン」が示されている。ここで示された必要病床数の推計の手順は次の通りである（推計方法の詳細については、本特集の松田論文を参照されたい）<sup>6)</sup>。

① 構想区域ごと、病床の機能区分ごとの医療需要を次の式で推計<sup>7)</sup>

2025年の医療需要 = [2013年度の性・年齢階級の入院受療率 × 2025年の性・年齢階級別推計人

<sup>3)</sup> 2014年6月に成立・公布。正式には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」。2013年12月に成立した「社会保障制度改革プログラム法」（「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」）に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築により地域における医療と介護の総合的な確保を推進することを目的に、医療法や介護保険法等の関係法律の改正を行ったものである。この法律の中で定められた医療法の一部改正により、都道府県は医療計画において地域医療構想（病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等）に基づく、将来の医療提供体制に関する構想）を策定することとなった。

<sup>4)</sup> 「医療従事者の需給に関する検討会」の立ち上げは、2015年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」の中で、『人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する』（閣議決定（2015）、p.31）とされたことに基づく措置である。

<sup>5)</sup> 厚生労働省（2016a）によれば、2016年8月31日時点で19都道府県が地域医療構想を策定済みであり、残る道府県も年度内に策定予定である。

<sup>6)</sup> 本節における必要病床数の推計方法に関する記述は、厚生労働省（2015a）に基づく。

<sup>7)</sup> 病床の機能区分とは、病床機能報告制度に基づいて病棟ごとに選択されるもので、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの区分に分かれている。病床機能報告制度は、2014年に「医療介護総合確保推進法」に基づいて新たに設けられたもので、一般病床または療養病床を有する医療機関は毎年報告する義務を負っている。

口] の総和<sup>8)</sup>

② 構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を次の式で算出

2025年の必要病床数 = 将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数 ÷ 病床稼働率<sup>9)</sup>

構想区域ごとの必要病床数の推計は今後出揃うことになるが、全国レベルの推計結果は公表されている。2025年の全国の必要病床数は、高度急性期で約13万床、急性期で約40.1万床、回復期で約37.5万床、慢性期で24.2～28.5万床、計115～119万床となっている〔医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（2015）〕。

## 2 「医師需給分科会」における医師需給の推計

このような地域医療構想の動向に引き続いて、2015年12月に厚生労働省で「医療従事者の需給に関する検討会」が立ち上げられ、医療従事者の需給の見通しや、医療従事者の確保策、地域偏在対策などの検討が開始された。この「医療従事者の需給に関する検討会」のもとに設置された「医師需給分科会」では、2016年6月に「中間取りまとめ」が公表され、その中で全国レベルの医師需給推計が提示された。

「中間取りまとめ」で公表された医師需給推計の結果は次の通りである。なお、表1にも一覧としてまとめている。

### (1) 医師の需要推計の結果

医師の需要推計は、労働時間の縮減度合い等の仮定の違いに応じて、3パターンに分けて計算されている。最も医師の需要が大きくなると仮定した場合を上位推計、一定程度医師の需要が大きくなると仮定した場合を中位推計、最も医師の需要が小さくなると仮定した場合を下位推計として示している。

具体的な推計の結果は次の通りである。上位推計では、2025年に31.4万、2040年に31.5万人となる。中位推計では、2025年、2040年ともに29.9万人である。下位推計では、2025年、2040年ともに29.2万人である。

### (2) 医師の供給推計の結果

医師の供給については、2015年には27.4万人であるものが、2025年には30.3万人、2040年には33.3万人に増加すると推計されている。

### (3) 医師の需給バランス

需要と供給それぞれの推計結果を踏まえた医師の需給バランスは次のように推計されている。上位推計では、2033年頃に約32万人で医師需給が均衡し、2040年には医師供給が約1.8万人過剰となることが見込まれる。中位推計では、2024年頃に約30万人で医師需給が均衡し、2040年には医師供給が約3.4万人過剰になることが見込まれる。下位の需要推計では、2018年頃に約28万人で医師需給が均衡し、2040年には医師供給が約4.1万人過剰になると見込まれる<sup>10)</sup>。

表1 医師の需給推計の結果の概要

(単位：万人)

	2014年(需要) 2015年(供給)	2025年	2040年
需要推計 (下位推計～上位推計)	27.7～30.0	29.2～31.4	29.2～31.5
供給推計	27.4	30.3	33.3

出所：厚生労働省（2016c）のp.33をもとに筆者ら作成。

<sup>8)</sup> 慢性期機能の医療需要については、入院受療率の地域差を縮小させる目標を加味している。

<sup>9)</sup> 病床稼働率は、高度急性期で75%、急性期で78%、回復期で90%、慢性期で92%と、それぞれ設定されている。

<sup>10)</sup> なお、2006年に行われた医師需給推計では、2022年に医師の需給が均衡するとされていた〔厚生労働省（2006）〕。

### Ⅲ 「医師需給分科会」の「中間取りまとめ」で示された医師需給の推計方法

本節では、「医師需給分科会」の「中間取りまとめ」で提示された医師需給の推計方法について整理する<sup>11)</sup>。なお、今回「医師需給分科会」で提示された医師需給推計は暫定的なものであり、2016年度中に医師の働き方や勤務状況などの全国調査を行い、「新たな医療の在り方を踏まえた医師の働き方ビジョン（仮称）」を策定したうえで、改めて必要な医師数を検討することとされているので<sup>12)</sup>、留意されたい。

#### 1 医師の需要推計の方法

医師の需要推計は、「臨床に従事する医師」と「臨床以外に従事する医師」に分けて推計したのを足し合わせたものである。「臨床に従事する医師」と「臨床以外に従事する医師」の需要も、それぞれさらに細分化して推計を行ったものを積み上げている。

以下では、それぞれの項目の推計方法について概説する。

##### (1) 臨床に従事する医師の需要推計

「臨床に従事する医師」の需要は、「入院医療における医師の需要」、「外来医療における医師の需要」、「介護老人保健施設における医師の需要」の3つに分けて推計されている。

##### ①入院医療における医師の需要

入院医療における医師の需要は、さらに一般病床・療養病床と精神病床に分けて推計されているが、いずれも次の式で計算されている。

必要病床数等×病床あたり医師数＝将来の医師需要

一般病床・療養病床の必要病床数は、前節で触れた全国の必要病床数の推計のうち最も必要病床数が多くなる想定に基づいて推計されている<sup>13)</sup>。

また、精神病床は地域医療構想に含まれていないため、入院期間別に3つ（3カ月未満、3カ月以上1年未満、1年以上）に区分したうえで、患者調査における直近の年齢階級別入院受療率に将来の人口構成の推移と近年の受療率の年次推移を反映して推計されている。

病床あたり医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）から得られる病院で臨床に従事する医師数を、「医療施設調査」（厚生労働省）を利用して一般病床・療養病床と精神病床に按分することで、一般病床・療養病床と精神病床それぞれで臨床に従事する医師数を求めている<sup>14)</sup>。なお、一般病床・療養病床の医師数については、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能に一定の比率で按分し<sup>15)</sup>、それぞれの病床数で除することで、医療機能ごとの病床あたり医師数を推計している。一方、精神病床の病床あたり医師数は、入院期間の3つの区分ごとに一定の基準で按分して推計している<sup>16)</sup>。

##### ②外来医療における医師の需要

外来医療における医師の需要は、次の式で計算されている。

将来の外来患者数×患者1人あたり医師数＝将来の医師需要

将来の外来患者数は、直近の患者数を年齢階級別に人口で除して、年齢階級別の受療率を計算し

<sup>11)</sup> 本節における医師需給推計の概要は、厚生労働省（2016b）および厚生労働省（2016c）に基づいて整理した。

<sup>12)</sup> 厚生労働省（2016b）、p.4。

<sup>13)</sup> 詳細は厚生労働省（2016c）のp.4を参照のこと。

<sup>14)</sup> 同様にして算出した有床診療所で臨床に従事する医師数も含める。

<sup>15)</sup> 按分比率は病床機能報告を活用して決められている。詳細は厚生労働省（2016c）のp.6を参照のこと。

<sup>16)</sup> 按分比率については、厚生労働省（2016c）のp.5を参照のこと。

た上で、将来の人口構成の推移と近年の受療率の推移を反映して推計されている。

また、患者1人あたり医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)から得られる診療所で従事する医師数を、「医療施設調査」(厚生労働省)を利用して有床診療所と無床診療所に按分することで推計されている。

なお、ここで外来医療には、「訪問して行う診療」<sup>17)</sup>も含まれている。また、病院および有床診療所の外来需要は、入院医療(一般病床・療養病床)における医師需要の推計の方に含まれている。

### ③介護老人保健施設における医師の需要

介護老人保健施設における医師の需要は、次の式で計算されている。

将来の施設入所者数×入所者数あたり医師数＝  
将来の医師需要

将来の施設入所者数は、直近の介護老人保健施設の年齢階級別入所者数を年齢階級別人口で除して、年齢階級別の入所率を計算したうえで、将来の人口構成を反映して推計されている。入所者数あたり医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)から推計されている。

### ④需要の推計において勘案された事項

以上の①～③のそれぞれの推計においては、次の(a)～(c)の3つの点が勘案されている。その結果、「入院医療における医師の需要」と「外来医療における医師の需要」は幅のある推計となっている。

#### (a) 労働時間の適正化の見込み

高度急性期・急性期に従事する医師の週あたり勤務時間が、直近の56.6時間<sup>18)</sup>から、上位推計では45.7時間に、中期推計では51.1時間に、下位推計では53.9時間に短縮されることを見込んでいる<sup>19)</sup>。この労働時間の短縮により、必要となる医師の数は、上位推計で1.24倍、中位推計で1.11倍、下位推計で1.05倍である。

#### (b) 精神病床の入院需要の年次推移

精神病院の入院需要を、近年の入院受療率の推移(変化率)を、0.9～1.1倍にして延伸することで、幅を持った推計を行っている(中位推計は1.0倍)。

#### (c) 外来需要等の年次推移

外来需要等の年次推移を、外来受療率等の推移(変化率)を0.9～1.1倍にして延伸することで、幅を持った推計を行っている(中位推計は1.0倍)。

#### (2) 臨床以外に従事する医師の需要推計

「臨床以外に従事する医師」の需要は、「医育機関等に従事する医師」、「産業医業務に従事する医師」、「行政機関に従事する医師」、「製薬業界に従事する医師」、「国際分野に関連する医師」、「その他の分野」の6分野に分けて推計されている。

ここで分野ごとの推計方法の詳細には立ち入らないが、いずれの分野も一定の仮定に基づいて一意の推計値を算出している<sup>20)</sup>。

#### (3) 医師の需要推計の内訳

以上の方法によって計算された医師の需要推計の内訳は表2の通りである。

<sup>17)</sup> 具体的には、往診料(緊急往診等を含む)または訪問診療料を算定する診療の患者数も外来患者数の推計に含まれている。さらに、地域医療構想において「将来(2025年)、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数」とされた29.7万人も加えられている。

<sup>18)</sup> 独立行政法人労働政策研究・研修機構(2012)に基づく推計値。詳細は厚生労働省(2016c)のp.12を参照のこと。

<sup>19)</sup> 上位推計では他の病院・診療所と同レベルになること、中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%縮小すること、下位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が25%縮小することがそれぞれ想定されている。

<sup>20)</sup> 詳細は厚生労働省(2016c)のpp.12～19を参照のこと。

表2 医師の需要推計の内訳

(単位：人)

	2014年	2025年	2040年
(1) 臨床に従事する医師			
入院医療（一般病床・療養病床）	166,900～189,600	175,700～197,000	179,200～200,800
入院医療（精神病床）	10,000	7,300～7,500	5,700～6,000
外来医療	89,200	94,300～94,700	90,100～90,800
介護老人保健施設	2,700	3,800	4,200
(1)の合計	269,000～291,700	281,000～303,100	279,200～301,800
(2) 臨床以外に従事する医師			
医育機関等の研究分野	4,700	5,600	5,600
産業医業務	1,500	2,050	2,740
行政機関等	1,600	1,810	2,170
製薬業界	420	1,310	1,570
国際保健分野	260	560	670
その他の分野	250	300	350
(2)の合計	8,640	11,620	13,100
(1)と(2)の合計	277,000～300,000	2292,000～314,000	292,000～315,000

注：端数処理の関係で、合計が一致しないことがある。  
出所：厚生労働省（2016c）のp.33をもとに筆者ら作成。

## 2 医師の供給推計の方法

医師の供給推計は、次の(a)～(c)の仮定に基づいて計算される医師の就業者数に、(d)で仮定した一人当たり医師の仕事量を勘案して、算出されている。

(a) 医学部定員は、2016年度の定員である9,262人で今後も推移すると仮定

(b) 医師国家試験の受験率、再受験率、合格率、および合格者の医籍登録率は2006～2015年の実績値の中央値で2040年度まで推移すると仮定<sup>21)</sup>

(c) 医籍登録後の就業率は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)から推計された医籍登録後年数別の就業率の、2002～2012年の中央値で推移すると仮定

(d) 30～50歳代の男性医師の仕事量を1としたときに、女性医師は0.8、60歳以上の高齢医師は0.8、1年目の研修医は0.3、2年目の研修医は0.5であると仮定<sup>22)</sup>

## Ⅳ まとめと考察

必要病床数の推計は今後各都道府県の地域医療構想が出揃うのを待って、また医師需給推計は今後さらなる議論を経て、それぞれ精緻化されることになっているが、現時点での課題は次のように整理できよう。

まず、病床の必要量の推計については、次の5点を指摘したい。

第一に、一般病床と療養病床では、必要病床数算定のロジックが異なっている。療養病床の推計にのみ入院受療率の地域差を縮小する目標が織り込まれているが、そのような手法の是非については今後十分に検討される必要がある。

第二に、推計の対象は一般病床と療養病床のみで、精神病床が含まれていない。精神病床については、厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン」においても検討の必要性が指摘され、今後「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において別途議論される予定だが<sup>23)</sup>。

<sup>21)</sup> 具体的なパラメータについては、厚生労働省（2016c）のpp.24～26を参照のこと。

<sup>22)</sup> 60歳以上の女性医師の仕事量は男性の高齢医師と同等、女性の研修医の仕事量は男性の研修医と同等であるとそれぞれ想定している。また、研修を終了した20歳代の男性医師の仕事量は、30～50歳代の男性医師と同等と想定されている。その背景となる考え方については、厚生労働省（2016c）のpp.29～32を参照のこと。

<sup>23)</sup> まずは「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の下に設置されている「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」で今後議論される予定である〔厚生労働省（2016d）〕。

2013年の医療計画の見直しにおいて、記載すべき重要な疾病に「精神疾患」が加えられたところ（いわゆる「4疾病」が「5疾病」となった）であり、そのこととの整合性が問われる。

第三の課題は、病床機能報告の結果と推計された必要病床数との乖離についてである。病床機能報告において「回復期機能」が選択された病床は1割程度にとどまる一方、2025年の必要病床数の推計では「回復期機能」が3割以上を占めている<sup>24)</sup>。このように、病床機能報告では「回復期機能」の病床が極端に少なくなっているが、これは当初案にはあった「亜急性期」機能を無くした影響が推測される<sup>25)</sup>。今後、「回復期機能」の内容を分かりやすく周知し、医療機関が「回復期機能」を選択しやすくする工夫が必要である。

第四に、2025年までに4回予定されている診療報酬改定を通じて、病床機能ごとの適切な診療報酬を設定していく必要がある。その際、たとえば、地域包括ケア病棟がどのような病床機能を選択しているかなど、病床機能報告と診療報酬上の評価の関係性について、データに基づいて分析することが不可欠である。

第五の課題は、療養病床の転換についての課題である。「療養病床の在り方等に関する検討会」において、療養病床の転換先として住まいを重視した新たな施設類型が提案されたが、その具体的な制度設計は今後の重要な課題である<sup>26)</sup>。

また、医師需給の推計については、次の3点を指摘できよう。

第一に、今回のように医師、看護職員、理学療法士・作業療法士という医療従事者全体の需給を

一体的に検討するというのは初めての試みであり、この点は評価できる。

第二に、その基本的な前提条件については、各職種間でできる限り揃えたとともに、職種相互の関係等について整合性を図るべきであるが、一方、職種に係る特性で無視できない点については十分考慮する必要がある<sup>27)</sup>。

第三に、今回の医師需給推計は、あくまで全国ベースでの「総数」についてのみ粗い推計を行ったものであり、今後その精緻化を図るとともに、地域間、診療科間の偏在の問題についても検討する必要がある。特に後者については、現在準備が進められている新たな専門医制度との関係も考慮する必要がある。

以上、本稿では地域医療構想における必要病床数の推計と「医師需給分科会」の「中間取りまとめ」で示された医師需給推計について概観し、今後の課題について整理した。ただし、今後推計がどれほど精緻化されるとしても、今後の動向が政策的要因や社会的変化、また様々な不測の要因によって影響を受ける以上、将来推計は一定の仮定に基づいた、幅のあるものにならざるをえない。したがって、ある程度の余裕を持った対策が求められることになるが、厳しい予算制約のもとで、そのような不確実性に対して無制限に投資を行うことは不可能である。

このようなことを考慮すれば、医療機能の分化と連携の推進、医師養成数の増加のみに頼らないある程度強制力のある規制を含む医師偏在対策<sup>28)</sup>、他職種との役割分担強化による医師の負担軽減などは、間違いなく喫緊の課題である。さら

<sup>24)</sup> 病床機能報告において「回復期機能」であると報告された病床の割合は、2014年が8.8%、2015年が10.4%であった。また、2025年において予定する病床機能についての回答も集計されており、2014年の報告では12.0%、2015年の報告では13.6%の病床が「回復期機能」とされていた〔厚生労働省（2015b）、厚生労働省（2016f）〕。

<sup>25)</sup> 当初案については、厚生労働省（2013）を参照されたい。

<sup>26)</sup> 「療養病床の在り方等に関する検討会」では、療養病床に代わる新たな類型として①「医療機能を内包した施設類型」、②「医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型」が提案された〔厚生労働省（2016g）〕。これを受けて社会保障審議会に設置された「療養病床の在り方等に関する特別部会」において、現在その具体化に向けた議論が進められている。

<sup>27)</sup> 例えば、看護職員についていえば、就業している看護職員の総数は約160万人（2014年）であるが〔厚生労働省（2016h）〕、これに対し、膨大な「潜在看護職員」の存在が指摘されている。64歳以下で非就業の「潜在看護職員」は約71万人（2010年度末）との推計もあり〔厚生労働省（2014）〕、こうした「潜在看護職員」の存在を看護職員の需給推計でどのように考慮するか、今後の課題である。

に言えば、大学進学年齢に相当する18歳人口は2014年の118万人から2025年には109万人に減少し、その後もさらなる減少が見込まれていることを踏まえれば〔文部科学省(2016)〕<sup>29)</sup>、医師、看護職員を始めとする医療従事者の供給目標をいくらか高く掲げたとしても、その達成がおぼつかなくなる可能性も否定できない<sup>30)</sup>。少なくとも現状維持が最良の選択肢とならないのは間違いなく、今後より強力な対策が求められることは避けられないであろう。

### 参考文献

- 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(2015)「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告—医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって—」, 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(第5回)資料1(2015年6月15日)。
- 厚生労働省(2006)「医師の需給に関する検討会報告書」, 医師の需給に関する検討会(2006年7月28日)。
- (2013)「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)」, 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会(第6回)資料1(2013年5月30日)。
- (2014)「看護職員の現状と推移」, 看護職員需給見通しに関する検討会(第1回)資料3-1(2014年12月1日)。
- (2015a)「地域医療構想策定ガイドライン等について」, 厚生労働省通知(医政発0331第53号, 2015年3月31日)。
- (2015b)「平成26年度病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【平成26年度末まとめ】」, 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(第10回)資料3(2015年7月29日)。
- (2016a)「都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況」, 地域医療構想に関するワーキンググループ(第3回)当日配布資料(2016年9月23日)。

- (2016b)「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 中間取りまとめ」, 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(2016年6月3日)。
- (2016c)「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 中間取りまとめ(案 補足資料)」, 医療従事者の需給に関する検討会(第3回)参考資料1(2016年5月19日)。
- (2016d)「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会における論点整理(7月15日)の報告」, これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会(第3回)資料2(2016年9月30日)。
- (2016e)「医師偏在対策の主な論点について」, 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第7回)資料2(2016年9月15日)。
- (2016f)「平成27年度病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【平成27年度末まとめ】」, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000102516.pdf>(2016年10月10日最終確認)。
- (2016g)「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」, 療養病床の在り方等に関する検討会(2016年1月28日)。
- (2016h)「看護職員の需給に関する基礎資料」, 医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会(第1回)資料3(2016年3月28日)。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2012)「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」。
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査(JILPT調査シリーズNo.102)」。
- 閣議決定(2015)「経済財政運営と改革の基本方針2015について」(2015年6月30日)。
- 文部科学省(2016)「18歳人口と高等教育機関への進学率等の推移」, 所得連動返還型奨学金制度有識者会議(第10回)配付資料(2016年6月3日)。

(おおつ・ゆい)  
(おがた・ひろや)

<sup>28)</sup> 具体的な方策としては、「医師需給分科会」でも議論されているように、医師不足地域に配慮した臨床研修の募集定員の設定や、専攻医の地域別、診療科別の定員の設定が考えられる〔厚生労働省(2016e)〕。一方で、こうした規制が単なる数合わせとならないよう、医師のプロフェッショナルとしてのキャリアを尊重し、医師不足地域での勤務が専門性向上の妨げとなったり、勤務負担が過剰となったりしないような取り組みもあわせて強化される必要がある。

<sup>29)</sup> それ以上の年齢で医学部等に入学するケースについては、ここでは便宜上捨象した。

<sup>30)</sup> 仮に医療従事者の養成数を優先的に確保できたとしても、他の産業にそのしわ寄せがいくことになる。また、無理に量を確保しようとして、質が疎かになってしまっただけでは本末転倒である。

## **Review of the Regional Medical Vision and Future Supply of and Demand for Doctors**

Yui OHTSU\*<sup>1</sup> and Hiroya OGATA\*<sup>2</sup>

### Abstract

In Japan, it has been discussed what the future provision system of health and long-term care should be, setting 2025 as the immediate target year. 2025 is a symbolic year, when the baby boomer generation will turn 75 and the needs for health and long-term care are likely to change. It is required that the provision system of medical services should be adapted to the future demand for them by promoting specialization and cooperation among medical facilities as well as home medical care.

Under these circumstances, Regional Medical Vision has been made by prefectural governments based on the “Act to Promote Securing Comprehensive Medical and Long-term Care Services” enacted in 2014. The Regional Medical Vision is the plan for promoting specialization and cooperation among medical facilities based on the estimated demand for medical services and hospital beds by each area in 2025. In addition, the future supply of and demand for doctors at the national level was estimated by the Committee on the Supply of and Demand for Healthcare Workers of the Ministry of Health, Labour and Welfare in June 2016.

This paper reviews these recent policy trends, focusing on the government estimations and considers future issues.

Keywords : Regional Medical Vision, Supply and Demand for Doctors, Provision System of Medical Service, Health Care Workers

---

\*<sup>1</sup> Researcher, National Institute of Population and Social Security Research

\*<sup>2</sup> Project Professor, Policy Alternatives Research Institute, Tokyo University

---

**特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方**

---

## 人口構造の変化と介護サービス・介護従事者に対する需要変化

菊池 潤\*<sup>1</sup>, 川越 雅弘\*<sup>2</sup>

---

### 抄 録

本稿では、今後大きな人口構造の変化に直面することが見込まれているわが国において、2014年10月時点の利用状況等に基づいて介護需要等に関する将来推計を行うことにより、人口構造の変化が介護サービスや介護従事者に対する需要に与える影響を定量的に明らかにすることを目的としている。

本稿から得られた主な結果は以下の通りである。2014年から2025年にかけて、要介護認定者は重度認定者を中心に1.37倍に拡大し、高齢者の拡大速度を上回るペースで要介護認定者が増加することが示された。受給者数についても要介護認定者と同程度の伸びとなり、施設サービスや居住系サービスに対するニーズの拡大が特に大きくなることが示された。これらの介護サービス需要の拡大に伴い、介護従事者に対するニーズは1.39倍に拡大し、2025年における介護職員の需給ギャップは60万人程度に達すると予想された。

生産年齢人口が減少する下での従事者ニーズの拡大は、2025年以降も継続するものと考えられ、介護保険制度を維持していく上で介護従事者の確保が極めて重要な課題であることが示された。

キーワード：介護保険制度、将来推計、高齢化、介護従事者、持続可能性

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 3, pp. 523-538.

---

### I はじめに

わが国の人口は戦後一貫して増加してきたが、2010年の1億2,806万人をピークとして減少に転じ、2014年現在では1億2,708万人となっている<sup>1)</sup>。国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）によると、わが国の人口は今後も減少し続け、推計期間の最終年である2060年には8,700万人程

度まで減少すると見込まれている（表1）。

この間、15歳未満の年少人口、15歳以上65歳未満の生産年齢人口が一貫して減少するのに対し、65歳以上の高齢者人口は2042年まで拡大すると見込まれている。この結果、総人口に占める高齢者の割合である高齢化率は、2014年の26.0%から2060年の39.9%まで一貫して上昇することになる。さらに高齢者に占める75歳以上の後期高齢者の割合は、2014年の48.2%から2031年の62.1%まで上昇し、その後一度低下するものの、2041年以

---

\*<sup>1</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長

\*<sup>2</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長

<sup>1)</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（2016年）。

表1 人口構造の変化

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
人口(千人)											
総数	127,082	126,597	124,100	120,659	116,618	112,124	107,276	102,210	97,076	91,933	86,737
0-14歳	16,233	15,827	14,568	13,240	12,039	11,287	10,732	10,116	9,387	8,614	7,912
15-64歳	77,849	76,818	73,408	70,845	67,730	63,430	57,866	53,531	50,013	47,063	44,183
65歳以上	33,000	33,952	36,124	36,573	36,849	37,407	38,678	38,564	37,676	36,257	34,642
75歳以上(再掲)	15,917	16,458	18,790	21,786	22,784	22,454	22,230	22,567	23,846	24,010	23,362
65才以上人口/ 総人口	26.0%	26.8%	29.1%	30.3%	31.6%	33.4%	36.1%	37.7%	38.8%	39.4%	39.9%
75才以上人口/ 65才以上人口	48.2%	48.5%	52.0%	59.6%	61.8%	60.0%	57.5%	58.5%	63.3%	66.2%	67.4%

出所) 総務省統計局「推計人口」(2014年10月1日現在人口), 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2012年)。

降再び上昇に転じ、2060年には67.4%まで上昇すると見込まれている。

このように、わが国は今後大きな人口構造の変化に直面することが予想されているが、このことは年齢とともに需要が拡大する医療・介護サービスにも大きな影響を与えられと考えられる。なかでも介護サービスについては、サービス利用が高齢期に集中する上、後期高齢者到達以降に需要が急速に拡大することになるため、高齢化の影響をより強く受けると考られている<sup>2)</sup>。また、拡大する介護需要を支えるためにはそれに応じた介護従事者の確保が求められることになるが、生産年齢人口が減少する中での従事者確保は、財政的制約とともに、介護保険制度を維持していく上での大きな政策課題となっている。

これらの政策課題に対応していくためには、まずは介護従事者の量的な把握が求められる。介護サービスや介護従事者に対する需要の将来推計に関しては政府レベル、民間レベルによりこれまでさまざまな推計が行われてきた。政府による推計としては、内閣府に設置された「社会保障改革に関する集中検討会議」に提出された「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月)、あるいは2012年3月に公表されたその改訂版が直近のものとなるが、以下の3つの理由により推計結果の更新が求められる。第1に、同推計は2010年の実績値を基

準として推計が行われているが、要介護認定やサービス利用の状況はそれ以降も変化しており、将来の介護ニーズを過小評価している可能性がある。第2に、同推計は第4期介護保険事業計画期間に実施されたものであるが、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスなど、それ以降に導入されたサービスの利用状況を踏まえた推計が求められる。第3に、同推計の推計期間は団塊世代が後期高齢者に到達する2025年度を最終年度としているが、わが国の人口構造の変化は2025年以降も継続するものと見込まれている。特に、高齢者に占める後期高齢者の割合は介護需要と強い相関を持つと考えられ、同割合は引き続き上昇していくものと考えられている。したがって、人口構造の変化が介護需要に与える影響を検討する際には、より長期的な試算に基づいた検討が求められる。

以上の問題認識の下、本稿では2014年10月時点の利用状況等に基づいて介護需要等に関する将来推計を行うことにより、人口構造の変化が介護サービスや介護従事者に対する需要に与える影響を定量的に明らかにすることを目的としている。

本稿の構成は以下の通りである。第Ⅱ節では本稿で行う将来推計の方法について述べ、第Ⅲ節では本稿の推計結果を示す。第Ⅳ節では本稿の推計結果と政府推計との比較を行い、第Ⅴ節において

<sup>2)</sup> 田近・菊池(2014)は、2010年度から2060年度にかけて、1人当たり医療費が1.5倍程度に拡大するのに対し、1人当たり介護費は3.3倍にまで上昇することとなり、高齢化の影響は介護費においてより顕著になることを指摘している。

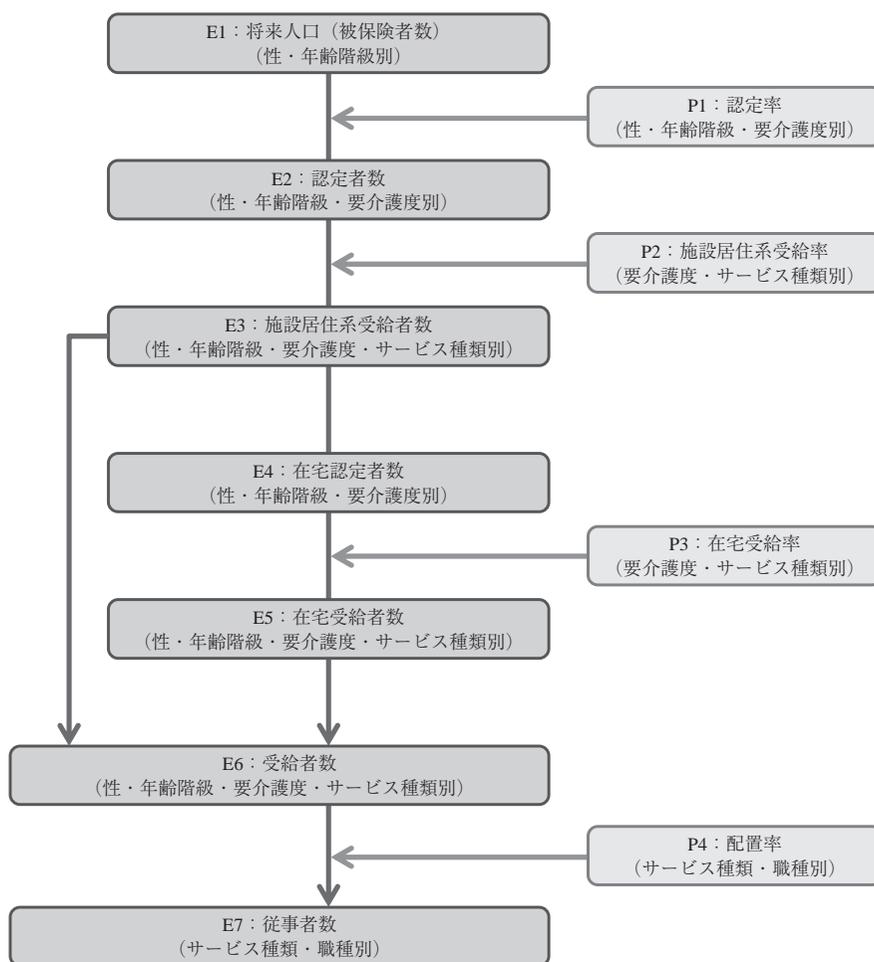
本稿の結果をまとめる。

## II 推計方法

前節で述べた通り、本稿では、介護サービスおよび介護従事者に対する需要の将来推計を行うが、介護サービス需要については厚生労働省が作成した「介護保険事業計画ワークシート」と同様の手法を、介護従事者需要についてはエム・アール・アイ リサーチアソシエーツ株式会社による

「介護人材の需給推計ワークシートの開発に関する調査・研究事業報告書」（2014年）と同様の手法を、それぞれ採用した<sup>3)</sup>。以下、推計方法について簡単に述べる。

図1は各変数の推計手順を示している。図中左側に記載されている変数が推計対象となる変数であり、図中右側に記載されている変数は推計を行う際にパラメーターとして使用される変数を示している。推計対象となる各変数の推計方法は以下の通りである。



出所) 筆者作成。

図1 推計手順

<sup>3)</sup> 同様の手法を用いたものとして川越（2014）がある。

推計の基礎となる将来人口（図中E1）は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）の性・年齢階級別・人口を用いた。

図中E2の要支援・要介護認定者数（以下、認定者数）は、被保険者に対する認定者の比率（以下、認定率）をパラメーターとし、将来人口（E1）に認定率（P1）を乗じることにより、算出した。認定率は性・年齢階級・要介護度別に設定した。

図中E3の施設居住系受給者数は施設サービスと居住系サービスの受給者数を示している<sup>4)</sup>。施設居住系受給者数は、認定者に対する施設居住系受給者数の比率（以下、施設居住系受給率）をパラメーターとし、推計された認定者数（E2）に施設居住系受給率（P2）を乗じることにより算出した。施設居住系受給率は要介護度・サービス種類別に設定した。

図中E4の在宅等認定者数は、認定者のうち施設居住系サービスを利用していない者を指しており、認定者数（E2）から施設居住系受給者数（E3）を除くことで算出した。

図中E5の在宅受給者数は、在宅等認定者に対する在宅サービス受給者の割合（以下、在宅受給率）をパラメーターとし、在宅等認定者（E4）に在宅受給率（P3）を乗じることにより算出した。在宅受給率の設定は要介護度・サービス種類別に行った。

図中E6の介護受給者数は施設居住系受給者数（E3）と在宅受給者数（E5）をサービス種類別に集計したものであり、介護受給者数に介護受給者に対する介護従事者の比率（以下、配置率）を乗じることにより、図中E7の介護従事者数が算出される。配置率の設定は、サービス種類・職種別に行った。なお、従事者数の推計は「介護人材の需給推計ワークシートの開発に関する調査・研究事業報告書」と同様に実人数ベースで行った。

推計で使用する各パラメーターは2014年の実績値をもとに設定し、これらの値が将来においても一定であるものと仮定して推計を行った（現状投影モデル）。また、推計期間については、将来人口の推計期間にあわせて、最終年度を2060年度とした。

表2 性・年齢階級・要介護度別・認定率（2014年10月）

性	年齢階級	認定率							計
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
男	40-64歳	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.5%
	65-69歳	0.4%	0.4%	0.6%	0.6%	0.4%	0.4%	0.3%	3.2%
	70-74歳	0.8%	0.8%	1.2%	1.2%	0.9%	0.7%	0.6%	6.1%
	75-79歳	1.7%	1.4%	2.4%	2.3%	1.7%	1.4%	1.2%	12.0%
	80-84歳	3.5%	2.8%	4.8%	4.3%	3.1%	2.6%	2.1%	23.3%
	85-89歳	5.9%	4.8%	8.5%	7.6%	5.6%	4.7%	3.4%	40.6%
	90-94歳	7.1%	6.6%	12.5%	12.2%	9.7%	8.1%	5.4%	61.6%
	95歳以上	5.1%	5.8%	13.2%	16.3%	15.2%	13.8%	8.7%	78.2%
女	40-64歳	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
	65-69歳	0.4%	0.5%	0.5%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	2.6%
	70-74歳	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	0.6%	0.6%	0.5%	6.4%
	75-79歳	3.3%	2.9%	3.0%	2.3%	1.5%	1.4%	1.3%	15.7%
	80-84歳	6.5%	5.9%	6.8%	5.2%	3.5%	3.2%	2.9%	34.0%
	85-89歳	7.6%	8.1%	11.4%	9.7%	7.2%	6.7%	5.8%	56.5%
	90-94歳	5.4%	7.5%	13.4%	14.3%	12.4%	12.7%	10.7%	76.5%
	95歳以上	2.3%	4.1%	10.4%	15.0%	16.9%	21.5%	18.8%	89.0%

出所) 総務省「推計人口」(2014年10月1日現在人口)、厚生労働省「介護給付費実態調査月報」(2014年11月審査分)より作成。

<sup>4)</sup> 対象となるサービスは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、の7サービスである。

### Ⅲ 推計結果

#### 1 認定者数

表2は2014年10月現在の認定率を示している。

認定率は年齢とともに上昇することになるが、特に75歳以降に急激に上昇し、年齢階級が高いほど重度認定者の比率が上昇することが分かる。なお、男女別に見た場合では、ほぼ全ての年齢階級において女性の認定率が男性を上回る結果となっ

表3 推計結果：認定者数

#### 1) 実数 (千人)

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
総数	6,138	6,411	7,461	8,395	9,207	9,785	10,032	10,012	10,040	10,295	10,529
男	1,915	2,002	2,352	2,651	2,901	3,078	3,161	3,171	3,213	3,321	3,397
女	4,223	4,409	5,109	5,745	6,306	6,707	6,871	6,841	6,827	6,974	7,132
40-64歳	172	171	168	165	158	148	134	124	117	111	104
65-69歳	265	282	236	205	213	231	257	219	192	172	163
70-74歳	495	486	573	482	419	437	474	528	450	396	353
75-79歳	880	889	991	1,176	991	865	905	983	1,097	936	825
80-84歳	1,448	1,490	1,586	1,782	2,136	1,805	1,588	1,670	1,824	2,040	1,745
85-89歳	1,567	1,633	1,904	2,056	2,339	2,857	2,424	2,160	2,294	2,527	2,837
90-94歳	952	1,039	1,380	1,656	1,830	2,122	2,673	2,282	2,077	2,243	2,508
95歳以上	359	421	622	874	1,121	1,320	1,577	2,046	1,989	1,870	1,992
要支援1	864	893	1,009	1,110	1,191	1,216	1,190	1,170	1,200	1,238	1,226
要支援2	839	869	986	1,087	1,172	1,214	1,204	1,179	1,198	1,235	1,238
要介護1	1,168	1,217	1,407	1,575	1,721	1,819	1,839	1,808	1,824	1,885	1,922
要介護2	1,073	1,122	1,310	1,475	1,620	1,733	1,787	1,777	1,775	1,823	1,874
要介護3	804	845	1,001	1,142	1,267	1,372	1,438	1,449	1,440	1,472	1,526
要介護4	749	791	945	1,088	1,215	1,324	1,403	1,433	1,419	1,442	1,500
要介護5	641	675	802	918	1,021	1,107	1,170	1,196	1,185	1,200	1,243

#### 2) 指数 (2014年=1)

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
総数	1.00	1.04	1.22	1.37	1.50	1.59	1.63	1.63	1.64	1.68	1.72
男	1.00	1.05	1.23	1.38	1.51	1.61	1.65	1.66	1.68	1.73	1.77
女	1.00	1.04	1.21	1.36	1.49	1.59	1.63	1.62	1.62	1.65	1.69
40-64歳	1.00	0.99	0.98	0.96	0.92	0.86	0.78	0.72	0.68	0.65	0.61
65-69歳	1.00	1.06	0.89	0.77	0.80	0.87	0.97	0.82	0.73	0.65	0.62
70-74歳	1.00	0.98	1.16	0.97	0.85	0.88	0.96	1.07	0.91	0.80	0.71
75-79歳	1.00	1.01	1.13	1.34	1.13	0.98	1.03	1.12	1.25	1.06	0.94
80-84歳	1.00	1.03	1.10	1.23	1.48	1.25	1.10	1.15	1.26	1.41	1.21
85-89歳	1.00	1.04	1.22	1.31	1.49	1.82	1.55	1.38	1.46	1.61	1.81
90-94歳	1.00	1.09	1.45	1.74	1.92	2.23	2.81	2.40	2.18	2.36	2.64
95歳以上	1.00	1.17	1.73	2.43	3.12	3.68	4.39	5.70	5.54	5.21	5.55
要支援1	1.00	1.03	1.17	1.28	1.38	1.41	1.38	1.35	1.39	1.43	1.42
要支援2	1.00	1.04	1.18	1.30	1.40	1.45	1.44	1.41	1.43	1.47	1.48
要介護1	1.00	1.04	1.20	1.35	1.47	1.56	1.57	1.55	1.56	1.61	1.65
要介護2	1.00	1.05	1.22	1.37	1.51	1.61	1.67	1.66	1.65	1.70	1.75
要介護3	1.00	1.05	1.25	1.42	1.58	1.71	1.79	1.80	1.79	1.83	1.90
要介護4	1.00	1.06	1.26	1.45	1.62	1.77	1.87	1.91	1.89	1.92	2.00
要介護5	1.00	1.05	1.25	1.43	1.59	1.73	1.83	1.87	1.85	1.87	1.94

出所) 筆者計算。

ている。

以上の認定率をもとに、認定者数の推計を行った結果が表3であり、上段には実数を、下段には2014年の水準を1とした指数が示してある。高齢者数の増加や高齢者に占める後期高齢者の割合の上昇を受けて認定者数はしばらくの間拡大し続け、2040年には1,000万人を上回る水準まで拡大する。認定者の拡大は2040年以降に一度おさまるものの、団塊ジュニア世代が後期高齢者となる2050年以降には再び拡大基調となる。この結果、認定者数は2025年には840万人（2014年の1.37倍）、2060年には1,053万人（同1.72倍）にまでそれぞれ拡大することが見込まれる。

この間、認定者数は高齢者の拡大を上回る速さで増加し、65歳以上の高齢者全体で見た認定率は2014年の18.4%から、2025年には22.5%、2060年には30.1%にまでそれぞれ上昇することになる。特に、男性認定者、年齢階級が高い認定者、重度認定者の伸びが相対的に高くなっており、なかでも認定者に占める要介護3以上の認定者の割合は、2014年の35.7%から2060年の40.5%にまで上昇することになる。

## 2 施設居住系受給者数

表4は2014年10月現在の施設居住系受給率を示している。要支援では施設居住系サービスの利用者は認定者の1%程度に留まるが、要介護度の重度化とともに居住系サービスの利用が拡大し、さらに重度化すると施設サービスの利用が拡大することになる。この結果、居住系サービス全体では

要介護3で受給率が最も高くなるに対し、施設サービス全体では要介護5の受給率が最も高くなっている。施設居住系サービス全体で見ると、要介護度が高くなるほど受給率が上昇し、最も重度である要介護5では認定者の半数以上が居住系サービスや介護施設を利用している状況となっている。

以上の施設居住系受給率をもとに施設居住系受給者数を推計した結果が表5である。施設居住系受給者数は2014年の134万人から、2025年には1.42倍に相当する190万人、2060年には1.88倍に相当する253万人にそれぞれ拡大する。先述したとおり、認定者の中でも重度認定者の伸びが相対的に高く、施設サービスや居住系サービスの利用はこれらの重度認定者が中心となるため、施設居住系サービス受給者数の伸びは認定者数の伸びを上回るスピードで拡大することになり、なかでも施設サービス受給者の伸びが特に高くなっている。この結果、認定者全体に占める施設居住系受給者の割合は2014年の21.9%から2060年の24.0%まで上昇することになる。

## 3 在宅受給者数

表6は2014年10月現在の在宅受給率を示している。在宅サービスを利用する際には多くの認定者が居宅介護支援（介護予防支援）を利用することになるが、居宅介護支援の在宅受給率は要介護2の84.6%が最も高くなっており、要介護2以上では要介護度の重度化とともに在宅受給率は低下することになる。重度の要介護度で在宅受給率が低

表4 要介護度・サービス種類別・施設居住系受給率（2014年10月）

サービス種類	施設居住系受給率						
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認知症対応型共同生活介護	-	0.1%	2.8%	4.3%	6.2%	4.4%	3.4%
特定施設入居者生活介護	1.6%	1.4%	3.6%	3.4%	3.9%	4.4%	3.9%
地域密着型特定施設入居者生活介護	-	-	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%
介護老人福祉施設	-	-	1.3%	4.0%	13.3%	22.2%	26.1%
介護老人保健施設	-	-	3.1%	5.9%	10.5%	12.9%	11.2%
介護療養型医療施設	-	-	0.1%	0.2%	0.6%	2.8%	5.7%
地域密着型介護老人福祉施設	-	-	0.1%	0.4%	1.3%	1.9%	2.0%
計	1.6%	1.5%	11.1%	18.3%	36.0%	48.7%	52.4%

出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査月報」(2014年11月審査分)より作成。

下する背景には、病院等の医療機関への入院が影響していると考えられる<sup>5)</sup>。

在宅サービスの主たるものとしては訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の3つのサービスが挙げられるが、サービスによって要介護度と受給率の関係は異なっている。訪問介護については、要支援1で在宅受給率が低いものの、その他の要介護

度では3割程度の在宅受給率となっており、要介護度による差は比較的小さくなっている。福祉用具貸与については、全体的に要介護度が高くなるほど受給率が上昇しており、要介護2以上では在宅等認定者の半数以上がサービスを利用している状況である。通所介護については、要介護1から要介護3で在宅受給率が高くなっているが、要介

表5 推計結果：施設居住系受給者数

1) 実数 (千人)

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
総数	1,342	1,411	1,668	1,901	2,107	2,275	2,383	2,408	2,395	2,442	2,525
要支援1	14	14	16	17	19	19	19	18	19	19	19
要支援2	13	13	15	17	18	19	18	18	18	19	19
要介護1	130	135	156	175	191	202	204	201	203	209	214
要介護2	196	205	239	269	296	316	326	324	324	333	342
要介護3	290	304	361	411	456	494	518	522	519	530	550
要介護4	365	385	461	530	592	645	684	698	692	703	731
要介護5	336	354	420	481	535	580	613	627	621	629	651
認知症対応型共同生活介護	185	194	228	259	287	309	321	323	322	329	340
特定施設入居者生活介護	193	202	236	267	294	315	325	326	326	333	343
地域密着型特定施設入居者生活介護	6	7	8	9	10	10	11	11	11	11	11
介護老人福祉施設	498	524	622	711	791	857	902	916	909	925	959
介護老人保健施設	352	370	438	499	553	597	625	632	628	641	663
介護療養型医療施設	66	69	82	94	105	114	120	122	121	123	128
地域密着型介護老人福祉施設	43	45	54	62	69	74	78	79	79	80	83

2) 指数 (2014年=1)

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
総数	1.00	1.05	1.24	1.42	1.57	1.69	1.78	1.79	1.78	1.82	1.88
要支援1	1.00	1.03	1.17	1.28	1.38	1.41	1.38	1.35	1.39	1.43	1.42
要支援2	1.00	1.04	1.18	1.30	1.40	1.45	1.44	1.41	1.43	1.47	1.48
要介護1	1.00	1.04	1.20	1.35	1.47	1.56	1.57	1.55	1.56	1.61	1.65
要介護2	1.00	1.05	1.22	1.37	1.51	1.61	1.67	1.66	1.65	1.70	1.75
要介護3	1.00	1.05	1.25	1.42	1.58	1.71	1.79	1.80	1.79	1.83	1.90
要介護4	1.00	1.06	1.26	1.45	1.62	1.77	1.87	1.91	1.89	1.92	2.00
要介護5	1.00	1.05	1.25	1.43	1.59	1.73	1.83	1.87	1.85	1.87	1.94
認知症対応型共同生活介護	1.00	1.05	1.24	1.40	1.55	1.67	1.74	1.75	1.74	1.78	1.84
特定施設入居者生活介護	1.00	1.05	1.23	1.39	1.53	1.63	1.69	1.69	1.69	1.73	1.78
地域密着型特定施設入居者生活介護	1.00	1.05	1.24	1.40	1.55	1.67	1.74	1.75	1.75	1.78	1.84
介護老人福祉施設	1.00	1.05	1.25	1.43	1.59	1.72	1.81	1.84	1.83	1.86	1.93
介護老人保健施設	1.00	1.05	1.24	1.42	1.57	1.70	1.78	1.79	1.78	1.82	1.88
介護療養型医療施設	1.00	1.05	1.25	1.44	1.60	1.73	1.83	1.87	1.85	1.88	1.95
地域密着型介護老人福祉施設	1.00	1.05	1.25	1.43	1.59	1.72	1.81	1.83	1.82	1.85	1.92

出所) 筆者計算。

<sup>5)</sup> 菊池 (2016) では、1自治体を対象とした分析により、要介護度の重度化とともに医療機関入院が拡大することを示している。

表6 要介護度・サービス種類別・在宅受給率（2014年10月）

サービス種類	在宅受給率						
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
訪問介護	23.9%	30.0%	29.2%	32.9%	31.2%	31.8%	33.0%
訪問入浴介護	0.0%	0.0%	0.2%	0.6%	1.7%	5.1%	12.7%
訪問看護	1.6%	3.5%	6.2%	9.3%	11.5%	15.8%	22.8%
訪問リハビリテーション	0.4%	1.1%	1.3%	2.3%	3.0%	3.7%	4.4%
通所介護	26.3%	33.1%	45.6%	46.6%	46.1%	36.9%	25.6%
通所リハビリテーション	6.2%	10.0%	12.8%	16.0%	15.7%	12.9%	7.7%
福祉用具貸与	12.9%	26.3%	26.3%	50.9%	59.2%	62.6%	56.4%
短期入所生活介護	0.3%	0.9%	4.9%	9.1%	17.3%	17.8%	14.5%
短期入所療養介護（老健）	0.0%	0.1%	0.7%	1.4%	2.6%	3.0%	3.0%
短期入所療養介護（病院等）	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%
居宅療養管理指導	1.6%	2.3%	8.2%	12.1%	19.7%	26.7%	33.7%
居宅介護支援	56.1%	70.2%	76.7%	84.6%	83.7%	74.9%	62.5%
夜間対応型訪問介護	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	0.3%	0.4%	0.4%
認知症対応型通所介護	0.1%	0.1%	1.3%	1.7%	3.0%	2.5%	2.5%
小規模多機能型居宅介護	0.4%	0.6%	1.9%	2.3%	3.3%	3.1%	2.4%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.0%	0.0%	0.2%	0.3%	0.3%	0.5%	0.4%
複合型サービス	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%

出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査月報」(2014年11月審査分)より作成。

介護4以上では在宅受給率が低下する結果となっている。これは寝たきりの高齢者が多くなり、外出が困難となるためと考えられる。

その他のサービスでは、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所、居宅療養管理指導などのサービスで、要介護度の重度化とともに在宅受給率が上昇する傾向が見られる。また、中重度者の認定者や認知症患者の在宅生活を支えることを目的として、2006年4月には夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、及び小規模多機能型居宅介護が、2012年4月には定期巡回・随時対応型訪問介護と複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）がそれぞれ導入されたが、これらのサービスについても重度要介護度において在宅受給率が高い結果となっている。

表7は在宅等認定者、在宅受給者の推計結果を示している。在宅等認定者は、2014年の480万人から、2025年に650万人、2060年に800万人にまで拡大し、それぞれ2014年の1.35倍、1.67倍となる。先に見た通り、施設受給者の伸びが認定者の伸びを上回るため、在宅等認定者の伸びは認定者の伸

びを下回ることになる。居宅介護支援受給者数は、2014年の351万人から、2025年には1.36倍相当の476万人、2060年には1.68倍相当の590万人まで拡大することになる。在宅サービスの中では、重度認定者の利用が相対的に高いサービスで受給者の伸びが高くなっており、訪問入浴看護、短期入所、地域密着型サービスなどのサービスで受給者の伸びが高くなっている。

#### 4 従事者数

表8は2014年10月現在の配置率（受給者100人当たり常勤換算従事者数）を示している。介護従事者は、「介護職員」、「看護職員」、及び「介護その他職員」の3つの職種に分類し、介護職員についてはさらに「訪問介護員」と「訪問介護員以外」に分類している<sup>6)</sup>。サービス別の配置率を比較すると、単独のサービスを提供する在宅サービスに比べて、包括的なサービス提供を行う施設サービスや居住系サービス、あるいは中重度者の在宅生活を支えるために新たに創設された小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護、複

<sup>6)</sup>「看護職員」には介護保険施設・事業所に勤務する保健師、助産師、看護師、准看護師が含まれる。また、「介護その他職員」は介護職員、看護職員、医師を除く職員であり、ケアマネージャーやPT・OT・STなどが含まれる。

表7 推計結果：在宅等認定者数・在宅受給者数

## 1) 実数 (千人)

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
在宅等認定者	4,796	5,001	5,793	6,494	7,100	7,510	7,649	7,603	7,645	7,853	8,003
在宅受給者											
訪問介護	1,427	1,489	1,727	1,938	2,121	2,248	2,294	2,282	2,293	2,354	2,402
訪問入浴介護	74	78	93	106	118	128	135	137	136	138	143
訪問看護	378	396	465	526	580	622	645	647	646	661	680
訪問リハビリテーション	89	93	109	123	136	146	151	151	151	155	159
通所介護	1,836	1,916	2,224	2,496	2,733	2,898	2,959	2,941	2,954	3,034	3,099
通所リハビリテーション	563	587	683	767	841	893	914	910	913	937	958
福祉用具貸与	1,764	1,845	2,156	2,433	2,676	2,857	2,946	2,946	2,947	3,019	3,099
短期入所生活介護	343	359	423	481	531	572	596	599	597	610	630
短期入所療養介護 (老健)	54	57	67	77	85	91	95	96	95	98	101
短期入所療養介護 (病院等)	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	6
居宅療養管理指導	531	557	655	743	821	883	918	924	921	941	970
居宅介護支援	3,505	3,657	4,243	4,762	5,211	5,523	5,637	5,605	5,631	5,783	5,903
夜間対応型訪問介護	8	9	10	12	13	14	14	14	14	15	15
認知症対応型通所介護	61	64	75	86	95	102	106	106	106	108	112
小規模多機能型居宅介護	85	89	104	118	130	139	144	144	144	147	151
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	9	9	11	13	14	15	16	16	16	16	16
複合型サービス	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5

## 2) 指数 (2014年=1)

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
在宅等認定者	1.00	1.04	1.21	1.35	1.48	1.57	1.59	1.59	1.59	1.64	1.67
在宅受給者											
訪問介護	1.00	1.04	1.21	1.36	1.49	1.58	1.61	1.60	1.61	1.65	1.68
訪問入浴介護	1.00	1.05	1.25	1.43	1.59	1.72	1.82	1.85	1.83	1.86	1.93
訪問看護	1.00	1.05	1.23	1.39	1.53	1.64	1.70	1.71	1.71	1.75	1.80
訪問リハビリテーション	1.00	1.05	1.23	1.39	1.53	1.64	1.70	1.70	1.70	1.74	1.79
通所介護	1.00	1.04	1.21	1.36	1.49	1.58	1.61	1.60	1.61	1.65	1.69
通所リハビリテーション	1.00	1.04	1.21	1.36	1.49	1.59	1.63	1.62	1.62	1.67	1.70
福祉用具貸与	1.00	1.05	1.22	1.38	1.52	1.62	1.67	1.67	1.67	1.71	1.76
短期入所生活介護	1.00	1.05	1.24	1.40	1.55	1.67	1.74	1.75	1.74	1.78	1.84
短期入所療養介護 (老健)	1.00	1.05	1.24	1.41	1.56	1.68	1.75	1.76	1.76	1.79	1.85
短期入所療養介護 (病院等)	1.00	1.05	1.24	1.41	1.56	1.69	1.76	1.78	1.77	1.81	1.87
居宅療養管理指導	1.00	1.05	1.23	1.40	1.55	1.66	1.73	1.74	1.73	1.77	1.83
居宅介護支援	1.00	1.04	1.21	1.36	1.49	1.58	1.61	1.60	1.61	1.65	1.68
夜間対応型訪問介護	1.00	1.05	1.24	1.40	1.55	1.67	1.74	1.75	1.74	1.78	1.84
認知症対応型通所介護	1.00	1.05	1.23	1.40	1.54	1.66	1.73	1.73	1.73	1.77	1.82
小規模多機能型居宅介護	1.00	1.05	1.23	1.39	1.53	1.63	1.69	1.69	1.69	1.73	1.78
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1.00	1.05	1.23	1.40	1.55	1.66	1.73	1.73	1.73	1.77	1.83
複合型サービス	1.00	1.05	1.24	1.41	1.56	1.68	1.75	1.76	1.76	1.79	1.85

出所) 筆者計算。

表8 サービス種類・職種別・配置率（常勤換算ベース、2014年10月）

サービス種類	配置率（人／受給者100人）					計
	介護職員		介護職員	看護職員	介護その他職員	
	計	訪問介護員以外				
訪問介護	17.8	-	17.8	-	1.2	19.0
訪問入浴介護	10.7	10.7	-	5.6	1.1	17.5
訪問看護	-	-	-	9.8	3.4	13.2
通所介護	10.4	10.4	-	2.0	7.3	19.6
通所リハビリテーション	8.8	8.8	-	-	-	8.8
福祉用具貸与	-	-	-	-	2.1	2.1
短期入所生活介護	35.6	35.6	-	4.8	12.7	53.0
特定施設入居者生活介護	39.9	39.9	-	6.3	6.2	52.3
居宅介護支援	-	-	-	-	4.4	4.4
介護予防支援	-	-	-	0.6	1.8	2.4
認知症対応型共同生活介護	77.7	77.7	-	-	11.4	89.1
地域密着型特定施設入居者生活介護	49.4	49.4	-	6.9	15.5	71.8
夜間対応型訪問介護	16.0	-	16.0	-	11.5	27.4
認知症対応型通所介護	29.3	29.3	-	3.1	15.3	47.7
小規模多機能型居宅介護	48.4	48.4	-	-	7.6	56.0
定期巡回随時対応型訪問介護看護	50.0	-	50.0	6.6	30.5	87.1
複合型サービス	49.0	49.0	-	22.6	8.2	79.8
介護老人福祉施設	43.9	43.9	-	5.7	15.6	65.1
介護老人保健施設	33.4	33.4	-	11.7	15.1	60.1
介護療養型医療施設	32.6	32.6	-	28.8	11.6	73.0
地域密着型介護老人福祉施設	54.7	54.7	-	7.1	21.1	82.9

出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査月報」(2014年11月審査分)、同「介護サービス施設・事業所調査」(2014年)より作成。

合型サービスなどの地域密着型サービスで高い配置率となっている。職種別にみると、介護従事者の中心的な職種である介護職員の配置率に関しては以上と同様の傾向がみられるが、看護職員については、介護療養型医療施設の配置率が最も高く、以下、複合型サービス、介護老人保健施設の順に高い配置率となっている。

表9は2014年10月現在の配置率を実人数で評価した結果である<sup>7)</sup>。介護労働市場ではパートなどの短時間労働者が多いため、実際には常勤換算で評価した以上の従事者が投入されている<sup>8)</sup>。両者の乖離が特に大きいのが訪問系サービスであり、代表的なサービスである訪問介護では常勤換算で評価した配置率が19.0人であるのに対して、実人

数で評価した配置率は41.1人まで達することになる。介護従事者の確保という観点からは、これら短時間労働者の労働力をいかに活用していくかという点も重要な視点となる。

以上の配置率をもとに、将来の介護従事者数を推計した結果が表10である。次節で触れる政府推計と同様に、従事者数の推計にあたっては実人数ベースの配置率を用いている。サービス受給者の拡大を受けて、介護従事者に対するニーズも拡大することになり、2025年には437万人、2060年には562万人となり、それぞれ2014年の1.39倍、1.78倍にまで拡大することになる。

職種別にみると、「介護職員（訪問介護員以外）」や「看護職員」に対するニーズの拡大が他の職種

<sup>7)</sup> 実人数ベースで評価した場合には、1人の職員が複数のサービスを兼務している場合に二重計上される点に留意する必要がある。

<sup>8)</sup> 施設等で働く介護職員については非正規職員の割合が41.4%でありそのうち短時間労働者が24.2%となっている。訪問介護員については非正規職員の割合が78.4%、短時間労働者の割合が70.3%となっている（(公財)介護労働安定センター「平成25年度介護労働実態調査」）。

表9 サービス種類・職種別・配置率（実人数ベース、2014年10月）

サービス種類	配置率（人／受給者100人）					計
	介護職員		訪問介護員	看護職員	介護その他職員	
	計	訪問介護員以外				
訪問介護	39.0	-	39.0	-	2.1	41.1
訪問入浴介護	20.2	20.2	-	13.8	2.4	36.5
訪問看護	-	-	-	13.4	5.6	19.0
通所介護	15.3	15.3	-	4.3	14.1	33.8
通所リハビリテーション	10.2	10.2	-	-	-	10.2
福祉用具貸与	-	-	-	-	2.6	2.6
短期入所生活介護	58.3	58.3	-	9.1	26.4	93.8
特定施設入居者生活介護	47.7	47.7	-	8.7	19.0	75.4
居宅介護支援	-	-	-	-	5.5	5.5
介護予防支援	-	-	-	0.7	2.2	2.9
認知症対応型共同生活介護	95.8	95.8	-	-	20.8	116.6
地域密着型特定施設入居者生活介護	58.7	58.7	-	9.9	26.4	94.9
夜間対応型訪問介護	41.6	-	41.6	-	28.3	69.9
認知症対応型通所介護	46.0	46.0	-	7.7	34.1	87.8
小規模多機能型居宅介護	62.6	62.6	-	-	13.3	75.9
定期巡回随時対応型訪問介護看護	109.3	-	109.3	10.7	54.1	174.0
複合型サービス	59.8	59.8	-	33.6	17.2	110.5
介護老人福祉施設	50.5	50.5	-	7.3	21.7	79.6
介護老人保健施設	35.6	35.6	-	13.4	19.7	68.7
介護療養型医療施設	36.3	36.3	-	34.0	19.7	90.0
地域密着型介護老人福祉施設	62.0	62.0	-	10.1	35.4	107.4

出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査月報」(2014年11月審査分)、同「介護サービス施設・事業所調査」(2014年)より作成。

表10 推計結果：介護従事者数

## 1) 実数（千人）

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
介護職員	1,907	1,996	2,337	2,643	2,911	3,114	3,220	3,227	3,225	3,301	3,393
訪問介護員以外	1,337	1,402	1,648	1,869	2,064	2,216	2,303	2,315	2,309	2,360	2,432
訪問介護員	569	594	689	774	847	898	917	912	916	941	960
看護職員	312	327	384	436	481	516	535	538	537	549	565
介護その他職員	931	974	1,141	1,290	1,422	1,521	1,573	1,577	1,575	1,613	1,658
計	3,149	3,298	3,863	4,369	4,813	5,151	5,329	5,342	5,337	5,463	5,616

## 2) 指数（2014年=1）

	2014年 (実績値)	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
介護職員	1.00	1.05	1.23	1.39	1.53	1.63	1.69	1.69	1.69	1.73	1.78
訪問介護員以外	1.00	1.05	1.23	1.40	1.54	1.66	1.72	1.73	1.73	1.77	1.82
訪問介護員	1.00	1.04	1.21	1.36	1.49	1.58	1.61	1.60	1.61	1.65	1.69
看護職員	1.00	1.05	1.23	1.40	1.54	1.65	1.71	1.72	1.72	1.76	1.81
介護その他職員	1.00	1.05	1.23	1.39	1.53	1.64	1.69	1.69	1.69	1.73	1.78
計	1.00	1.05	1.23	1.39	1.53	1.64	1.69	1.70	1.69	1.73	1.78

出所) 筆者計算。

に比べて高くなっている。訪問介護員以外の介護職員については、通所介護、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護などのサービスに従事する者の割合が高くなっている。このうち通所介護については受給者数の伸びが比較的低い水準となっているが、他のサービスについては認定者の伸びを上回る速さで受給者数が拡大するため、同職種に対するニーズの拡大も相対的に高くなる結果となっている。看護職員については、通所介護、訪問看護、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、短期入所生活介護などのサービスに従事する者の割合が高くなっているが、やはり通所介護を除いて重度認定者の利用が高いサービスであり、受給者数の伸びが高いサー

ビスとなっている。一方で、訪問介護員の大多数は訪問介護に従事しているが、訪問介護に対するニーズの拡大は相対的に低いため、訪問介護員に対するニーズの伸びも比較的低いものになっている。このように職種により若干の差はあるものの、いずれの職種についても従事者に対するニーズは拡大することになる。

厚生労働省社会・援護局「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について」（2015年6月24日）によれば、現状推移シナリオの下での2025年における介護人材供給は205.2万人とされており、介護職員に関して60万人程度の需給ギャップが発生することとなる。生産年齢人口が減少する下で介護従事者に対するニーズが拡大す

表11 政府推計との比較（2025年）

	本推計 現状投影	政府推計			比率（本推計／政府推計）		
		現状投影	改革シナリオ		現状投影	改革シナリオ	
	A	B1	B2	B3	A/B1	A/B2	A/B3
基準年	2014年	2009年					
人口推計	12年1月推計	06年12月推計					
高齢人口	3,657	3,635			1.01		
認定者数	840	794			1.06		
要支援1	111	95			1.17		
要支援2	109	97			1.12		
要介護1	157	138			1.14		
要介護2	148	139			1.06		
要介護3	114	116			0.98		
要介護4	109	108			1.00		
要介護5	92	100			0.92		
受給者数	688	647	641	642	1.06	1.07	1.07
特養	77	86	72	73	0.90	1.07	1.07
老健	50	60	42	42	0.83	1.18	1.18
療養型	9	15	17	17	0.63	0.57	0.55
特定	28	25	24	24	1.11	1.15	1.15
GH	26	27	37	37	0.96	0.70	0.70
在宅	498	434	449	450	1.15	1.11	1.11
受給者数	688	647	641	642	1.06	1.07	1.07
在宅	498	434	449	450	1.15	1.11	1.11
居住系	54	52	61	61	1.04	0.88	0.88
施設	137	161	131	132	0.85	1.04	1.04
介護従事者	437	360	411	412	1.21	1.06	1.06
介護職員	264	219	238	238	1.21	1.11	1.11
看護職員	44	39	45	46	1.11	0.96	0.95
その他介護職員	129	102	128	128	1.26	1.01	1.01

出所）内閣府「医療・介護に係る長期推計」（社会保障改革に関する集中検討会議（第10回）配布資料）をもとに作成。

るという状況は、2025年以降も継続するものと考えられ、介護人材の確保はさらに困難な状況に陥るものと考えられる。

#### Ⅳ 政府推計との比較

先述したとおり、政府による介護需要等に関する推計としては2011年6月に公表された「医療・介護に係る長期推計」が直近の推計となる<sup>9)</sup>。政府推計と本稿の推計結果とを比較したものが表11である（表中の数値は2025年度の値）。なお、政府推計では本稿と同様に直近のサービス利用状況や人員配置状況を想定した現状投影シナリオに加えて、医療・介護制度改革の効果を想定した改革シナリオに基づく推計が行われているが、まずは現状投影シナリオの結果を比較する。

認定者の推計では、要介護2以下では本稿推計が政府推計を上回る一方で、要介護3以上では政府推計を下回っており、全体としては本稿推計の認定者数は政府推計の1.06倍の水準となっている。認定者の推計に関しては、いずれの推計でも同様の手法を用いており、両者の差は主にパラメーターとして利用した認定率の差に由来している<sup>10)</sup>。このことは、政府推計が行われた当時に比べて認定率が上昇していることを意味しており、特に高い年齢層で認定率が上昇する結果となっている<sup>11)</sup>。

受給者の推計では、施設受給者で本稿推計が政府推計を下回る一方で、在宅・居住系受給者で本稿推計が政府推計を上回る結果となっている。施設受給者については、先述したとおり施設利用の多い重度の認定者数が下方修正されている上、施設受給率が政府推計公表時に比べて低下しているためである。一方で、軽度の認定者数が上方修正されている上、在宅受給率が上昇していることを

受けて、在宅受給者数は政府推計の1.15倍となっている。受給者全体では、本稿の受給者数が政府推計の1.06倍の水準となっており、認定率と同程度の差が発生している。

最後に、従事者の推計では、いずれの職種においても本稿の値が政府推計を上回っており、2025年における従事者に対するニーズは政府推計の1.21倍へと上方修正される結果となっている。従事者に対するニーズ拡大は、在宅受給者の拡大と在宅サービスの配置率の上昇に起因しているが、後者に関しては、重度要介護者による在宅利用の拡大を受けて、受給者1人当たりのサービス利用量が拡大していることに加えて、小規模多機能型居宅介護などの配置率の高いサービスの利用が拡大した結果と考えられる。

このようにいずれの推計も現在の利用状況等を想定した現状投影シナリオの結果であるものの、この間、サービス利用の状況や人員配置の状況は変化している。介護サービスや介護従事者に対するニーズは政府推計が行われた当時に比べて拡大しており、介護保険制度を取り巻く環境はより厳しい状況となっていることが分かる。

政府推計では、現状投影シナリオに加えて、医療・介護制度改革の効果を想定した改革シナリオに基づく推計も提示されている（表中「改革シナリオ」）。介護に関する主な想定としては、病床の機能分化に伴う介護需要の増加、施設利用の抑制に伴う在宅・居住系受給者の増加<sup>12)</sup>、および介護予防の推進に伴う介護需要の減少、の3点となっている。同シナリオの下では、介護予防の推進によるサービス受給者の減少が、医療から介護への移行分を上回り、サービス受給者数は現状投影シナリオよりも低い水準に留まるとされている<sup>13)</sup>。しかしながら、配置率の高い居住系サービスの利用が拡大することに加えて、重度認定者の在宅生

<sup>9)</sup> 同推計は人口推計の改訂を受けて、2012年3月に推計結果の改訂が行われているが、以下では結果の詳細が公表されている2011年6月推計の結果をもとに比較を行う。

<sup>10)</sup> その他、政府推計では人口推計として国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2006年12月推計）が使用されている。

<sup>11)</sup> 例えば、95歳以上の男性では政府推計の認定率が65.7%であるのに対し、本稿では78.2%となっている。同様に95歳以上の女性では政府推計の80.6%に対し、本稿では89.0%となっている。

活を支えるためには在宅サービスの配置率も引き上げていく必要があり、介護従事者に対するニーズはむしろ拡大するものとされており、これらの制度改革を実施した場合でも、制度を維持していく上で従事者確保が極めて大きな制約となることを示唆している。

## V おわりに

本稿では、わが国が直面する人口構造の変化に伴う介護需要の変化について、2014年10月時点のサービス利用状況等を想定した現状投影シナリオの下に検討を行った。本稿から得られた結果は以下の通りである。2014年から2025年にかけて65歳以上の高齢者数は1.11倍に拡大することになるが、この間、認定者は重度認定者を中心に614万人から840万人まで1.37倍に拡大することが示された。受給者数についても認定者と同程度の伸びとなるが、施設・居住系サービスの伸びが特に高くなることが示された。以上の介護サービス需要の拡大に伴い、介護従事者に対するニーズも拡大することとなり、315万人から437万人まで1.39倍に拡大し、訪問介護員以外の介護職員や看護職員に対するニーズは特に高くなることが示された。この結果、2025年における介護職員の需給ギャップは60万人程度に達することが予想された。2025年においても介護従事者に対するニーズが拡大する一方で、生産年齢人口が減少することとなり、介護人材の確保はさらに困難となるものと考えられる。

このような状況の下、医療・介護制度改革を通じて制度の持続可能とするための取組みが進められており、本稿でも触れた「医療・介護に係る長期推計」においても、各種制度改革の効果を想定

した推計が示されている。改革の主な内容は、病床の機能分化に伴う介護需要の増加、施設利用の抑制に伴う在宅・居住系受給者の増加、及び介護予防の推進に伴う介護需要の減少の3点であるが、これらの改革を実施していくためには、介護人材に対するニーズはむしろ拡大するとされている。また、同シナリオでは介護予防の効果が盛り込まれているが、本稿で示した通り、認定率自体は依然として上昇しており、期待された予防効果が実現できない場合には、介護サービスや介護従事者に対する需要の拡大は一層大きなものとなる。

このように、今後予想される人口構造の変化の下で介護保険制度を維持していくためには、認定率の抑制と介護人材の確保が重要なポイントになると考える。認定率は軽度の要介護度を中心に地域差が大きくなっているが、独自の取組みにより認定率の抑制を実現している自治体も存在する。早い段階から介護予防に取り組んできた埼玉県和光市の事例や県の積極的な支援の下に地域ケア会議の普及に取り組んできた大分県の事例など、先進事例の普及を通じて、認定率の症状を抑えていく必要がある。

介護従事者の確保に対しては主に3つの観点から現在取組みが進められている。第1は介護現場を離れた潜在介護人材の呼び戻しであり、具体的には再就職準備金貸付事業などが挙げられる。第2は介護労働市場への新規参入の促進であり、介護福祉士を目指す学生への学費貸付の拡充や、ボランティアを行う中高年齢者への入門的研修・職場体験の実施等が挙げられる。第3は、介護現場で働く介護人材の定着促進であり、雇用管理改善の推進や介護施設等の保育所の整備・運営支援、あるいは介護ロボット・ICTの活用推進などが挙げられる。これらの取組みにより、2020年代初頭

<sup>12)</sup> 2015年11月に公表された「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」では、「介護離職ゼロ」を重要な政策目標の一つとして掲げ、「2020年代初頭までに、介護サービスが利用できずやむを得ず離職する者をなくすとともに、特別養護老人ホームに入所が必要であるにもかかわらず自宅で待機している高齢者を解消することを目指し、現行の介護保険事業計画等における約38万人分以上（2015年度から2020年度までの増加分）の整備加速化に加え、介護施設、在宅サービス及びサービス付き高齢者向け住宅の整備量を約12万人分前倒し・上乘せし、約50万人分以上に拡大する」としている。

<sup>13)</sup> 改革シナリオ（パターン1）で見ると、2025年の介護受給者数は、在院日数の短縮化等により14万人増加する一方で、介護予防の効果により19.4万人抑制されるとしている。

までに約25万人の介護人材を確保することが目標として掲げている<sup>14)</sup>。

これら国内における人材確保策に加えて、近年では外国人労働者の活用についても本格的な検討が始まっている。介護分野における外国人受け入れは、インドネシア、フィリピン、ベトナムと結ぶ経済連携協定（EPA）を通じて行われてきたが、過去の受け入れ人数は累計で約3,800人とどまっている<sup>15)</sup>。EPAを通じた外国人労働者の受け入れについては、そもそも介護人材対策としては位置付けられておらず、人材確保という面での効果は極めて限定的なものに留まっているというのが実態である<sup>16)</sup>。

このようなEPAを通じた外国人受入れの状況に対して、近年本格的な検討が行われているのが技能実習制度を通じた外国人労働者の活用である。技能実習制度はわが国から相手国への技能移転を目的とした制度であるが、同制度の対象職種に「介護」を加えると同時に、最長3年である実習期間を5年まで延長する方向で検討が進められている。さらに、入国管理法の改正により在留資格として新たに「介護」を設け、日本で介護福祉士等の国家資格を取得した外国人留学生に対して就労を認めることが検討されている。介護分野における外国人労働者の活用に関しては、外国人の活用

に伴う独自の課題が発生することも十分考えられるが、政策オプションとしての実現可能性は高まりつつあると言えよう<sup>17)</sup>。介護人材の確保は介護保険制度を持続していく上での克服しなければならない課題であり、外国人労働者の活用も含めた幅広い観点から対策を検討していく必要がある。

#### 参考文献

- 上林千恵子（2015）「介護人材の不足と外国人労働者受け入れ—EPAによる介護士候補者受け入れの事例から」『日本労働研究雑誌』、第662巻、pp.88-97。  
エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社（2014）『介護人材の需給推計ワークシートの開発に関する調査・研究事業報告書』。  
川越雅弘（2014）「都道府県別にみた人口動態／介護需要／介護従事者の現状—都道府県別介護従事者数の将来推計に向けて—」『介護人材供給構造の現状と課題—介護職の安定的な確保に向けて』（労働政策研究報告書No.168）。  
菊池潤（2016）「医療・介護のあり方—高齢期の医療・介護サービス利用の実態」加藤久和・財務省財務総合政策研究所編『超高齢社会の介護制度 持続可能な制度構築と地域づくり』、pp.109-122。  
田近栄治・菊池潤（2014）「高齢化と医療・介護費—日本版レッド・ヘリング仮説の検証—」『フィナンシャル・レビュー』通巻117号、pp.52-77。

（きくち・じゅん）  
（かわごえ・まさひろ）

<sup>14)</sup> 厚生労働省「介護人材の確保について」（全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料、2016年3月7日）

<sup>15)</sup> 日本経済新聞（2016年10月26日）

<sup>16)</sup> 上林（2015）は「EPAによる外国人介護労働者受け入れの意義は、日本がこの分野の門戸を国外に開放したという点にみられるのであり、実質的な介護人材不足の解消のための政策であったことではない」としている。

<sup>17)</sup> 上林（2015）は「EPAのような入念な制度設計の下で行われる介護士候補者受け入れにも、これまで述べたような問題が伴うのである。今後に予定されている技能実習制度による外国人介護労働者受け入れは、EPAによる受け入れより日本語能力などの点で受け入れ基準が緩いのであるから、受け入れた実習生に対してどのように教育訓練機会を担保していくかが、EPAによる受け入れ以上に大きな課題となるだろう」としている。

## **The impact of population aging on the demand for LTC services and workers in Japan**

Jun KIKUCHI<sup>\*1</sup> and Masahiro KAWAGOE<sup>\*2</sup>

### Abstract

In Japan, with rapid decline in the fertility rate and population aging, there are concerns over sustainability of Long-term Care (LTC) insurance system. The purpose of this study is to project the demand for LTC services and workers and to examine the impact of the demographic change on the LTC insurance system in Japan. The main results are as follows;

Firstly, from 2014 to 2025, the elderly certified as requiring LTC will increase to 1.37 times. Especially the number of more severe elderly is projected to increase at high rate. Secondly, the number of LTC user is also projected to increase to 1.37 times and the demand for institutional care services will increase faster than in-home services. Finally, to meet the expanded demand for LTC services, the demand for LTC worker is projected to increase to 1.39 times. Because the working-age population is projected to decrease in this period, the shortage of LTC workers will reach to about 600 thousands people in 2025.

Even after 2025, the demand for LTC worker will increase under decreasing working-age population, the shortage of LTC worker will expand further. It is important how to ensure sufficient LTC worker to sustain LTC insurance system in Japan.

Keywords : LTC insurance system, projection, population aging, LTC worker, sustainability

---

<sup>\*1</sup> Senior Researcher, National Institute of Population and Social Security Research

<sup>\*2</sup> Director, National Institute of Population and Social Security Research

## 特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方

医療・介護ニーズの質的变化と地域包括ケアへの取り組み  
——フランスの事例から——

篠田 道子\*

## 抄 録

フランスでは、変化した医療・介護ニーズに対応するため「高齢化社会適用法」が策定され、介護資格制度の再編が起こっている。地域包括ケアに舵を切ったことで、在宅入院をネットワークとして位置付けるなど、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えている。また、CLICやMAIAなどケアマネジメント機関を設置し、ケアマネジャーを配置するなどメリハリのあるケアマネジメントを提供するも、多職種連携に課題を残している。

キーワード：地域包括ケア，高齢化社会適用法，介護資格制度，在宅入院，ケアマネジメント

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.539-551.

## I はじめに

先進国の共通の課題は、高齢社会に伴う社会保障費の増加と、縦割りで発達してきた医療と介護を効率よく提供するシステムを再構築して、給付費を適正化することである。フランスも例外ではなく、歴史的に医療は社会保険制度 (assurance sociale) である疾病保険 (assurance maladie)、介護は社会扶助制度 (aide sociale) と別々に提供されている。そのため、類似のサービスが異なる制度から提供されることから非効率性がしばしば指摘されてきた。

フランスでは、高齢化に対応した介護保障制度として、2001年1月1日に個別自律手当 (APA: Allocation personnalisée d'autonomie) を導入し

た。社会保険ではなく、社会扶助としての位置づけである。APA導入から15年あまりが経過し、介護ニーズも変化したため、APAの見直しを含めた「高齢化社会適応法」が2016年1月1日に施行された。さらに、この法律に先立って、「介護職制度改正国家計画」による介護資格制度が見直され、介護職の再編が起こるとともに、多様なニーズに対応できる新たな介護職である生活指導介護士 (DEAES) が誕生した。

また、2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、制度上縦割りであった保健、医療、福祉、介護を包括した行動計画が策定されるようになった。これにより、地域全体を大きな施設として捉え、在宅入院 (HAD: Hospitalization a Domicile) 等をネットワークとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供

\* 日本福祉大学社会福祉学部 教授

する仕組みを整えてきた。長くなった高齢期は、病状や生活環境などは一律ではない。病状が変化するたびに住まいを移動するのではなく、変化してもケアの継続性を保ちながら、ネットワークが移動するという体制を整えてきた。

さらに、地域インフォメーション・コーディネートセンター（CLIC）や、自律と包括的ケアのためのネットワーク（MAIA）など保健・医療・福祉・介護サービスをマネジメントする機関を設置し、新たに誕生したケアマネジャーを配置するなど、地域包括ケアに舵を切っている。

本稿では、まず、フランスの少子高齢化の状況を踏まえた上で、変化した医療・介護ニーズに対応するため策定された「高齢化社会適用法」の概要と、それに伴って再編成された介護資格制度について述べる。介護職は、賃金も低いことから、離職率が高く、増大する介護ニーズに対応するだけの確保は目途が立っていないなど、わが国と同じ課題を抱えている。

また、地域包括ケアに舵を切ったことから、HADの活動範囲も在宅だけでなく、高齢者施設にも拡大し、ネットワークとして地域全体をカバーするなど役割を拡大している。しかし、多職種連携に課題を残しているため、利用は伸び悩んでいる。多職種・他機関の連携が上手く機能していないことを重くみたHAD幹部は、多職種連携教育を導入した。

さらに、MAIAやCLICによるメリハリのあるケアマネジメントにより効率化を図っているも、どちらがイニシアチブをとるのが曖昧になっている。これらの現状と課題を整理した上で、わが国への示唆について、個人的な見解を述べる。

## II フランスにおける少子高齢化の状況と政策

INSEE（国立経済統計調査研究所）の調査によれば、2016年1月1日現在のフランスの総人口は、66,627,602人で、うち65歳以上の高齢者人口は12,520,217人で、高齢化率は18.8%である。フランスは1865年には、すでに全人口に占める65歳以上の人口の割合は7%を超えていたが、14%を越

えるには115年を費やしており、高齢化の進行は極めて緩やかであった。ただし、2011年には戦後ベビーブーム世代が65歳を迎えたことから、2050年には高齢化率が24.9%になると推定されている。

フランス社会事業・保健省の調査では、2015年の平均寿命は、男性78.4歳、女性84.8歳で、2060年には男性86.0歳、女性91.9歳と世界有数の長寿国の一つである。

フランスの高齢化はゆっくり進行しているものの、長年にわたる手厚い家族政策（家族手当・柔軟な育児親休暇・ひとり親や低所得層への支援等）により、合計特殊出生率は、2.01（2013）と、2008年以降は2.0を維持しているため、現時点では人口減少や少子化は深刻ではない。しかし、高齢化の進展により、APAの受給者数は、2011年の1199千人から2035年には1500千人に達することが予測されていることから、介護職の確保は急務である。

2012年に就任したオランダ大統領は、サルコジ前大統領の社会保障の給付抑制政策を見直し、歳出を拡大することで雇用の安定を図り、その一方で、高額所得者や大企業に対する課税を強化することで、所得再分配機能を強化する公約を掲げている。医療・介護の分野では、「高齢化社会適応法」を軸として、「介護職制度改正国家計画」や「在宅サービス現代化計画」など関連法が整備されつつある。

当面の課題は、わが国と同様に、介護職の量的拡充と質の向上である。フランスの高齢者医療・介護を担う職種は、看護系と福祉系の2種類があったが、介護職制度改正国家計画により、再編が進んでいる。前述した関連法により、介護サービス従事者の処遇改善とサービスの確保を政策の中心に置いているからである。

### Ⅲ 「高齢化社会適応法」と「介護職制度改正国家計画」で医療・介護ニーズに対応

#### 1 「高齢化社会適応法」は在宅ケアに手厚い政策

オランダ大統領の高齢化政策の一つである、「高齢化社会適応法」(la loi relative à l'adaptation de la Société au vieillissement)が<sup>8)</sup>、2015年12月14日に国民議会で可決し、2016年1月1日に施行された。その政策予算(年間7億ユーロ)を賄うための基金「CASA」(le contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie: 自立のための社会連帯追加負担)を開設した。財源は、退職年金、障害者手当で、早期退職手当の支給額への課税徴収(0.3%)によって捻出している。

主な対策は、①在宅APAの見直し、②介護サービス従事者の労働条件の改善とサービスの品質管理の強化、③介護人の休息の権利の創設、④自立支援の促進の4点である。在宅ケアを支援するために、低所得者や介護人だけでなく、在宅サービス企業にも手厚い政策・財政支援になっている。

##### (1) 在宅APAの見直し

- ①低所得者の自己負担金の免除
- ②自己負担額の引き下げ

##### (2) 介護サービス従事者の労働条件の改善とサービスの品質管理の強化

「在宅サービス現代化計画: Un plan de modernisation des services à domicile」(2015年1月～2018年7月)と連動しながら実施している。在宅サービス企業の組織化と従業員のプロフェッショナル化を図るため、以下の4つの行動計画を策定している。

- ①在宅サービスの品質改善
- ②在宅サービス企業の経営改善(人事管理、サービス管理、経営管理の強化)
- ③在宅サービス企業への個別支援(経営難の企業への支援、情報システム改善のための財政支援、企業間の連携システムの確立)

#### ④情報システムの改善

##### (3) 介護人への休息の保障

###### ①介護人の定義を明確化

定義: 介護人とは、要介護者の日常生活の一部またはすべてを、定期的に援助している近親者である。具体的には、配偶者、親または親しい友人・隣人も含まれる。

###### ②介護人が休息するための支援金制度の開設

###### ③介護人へのレスパイトケア介護手当(年間上限500ユーロ)の導入

###### ④介護人が緊急入院し、代替要員がない場合は、992ユーロを上限とする支援金を給付

##### (4) 自立支援の促進

###### ①介護予防教室参加への財政支援

###### ②福祉機器(ホームセキュリティや照明システムなど)設置への財政支援

#### 2 「介護職制度改正国家計画」で介護職の量的拡充と質の向上を目指す

「介護職制度改正国家計画」(2014年3月27日施行)とは、高齢化社会適応法を具体的に展開する政策の一つである。介護を専門職として位置づけ、離職率を下げる対策などにより、介護職の量的拡充と質の向上を目指している。この計画には、以下の3つの目的と19のアクションプランが定められている。

##### ①高齢化に伴って高まるニーズに対応するために、介護専門職(les métiers de l'autonomie: 自立支援職とも訳せる)の発展を促進・支援する(アクション1～4)。

##### ②介護職のイメージと労働条件を改善して、その分野の多種職間の自主的な移動を可能にすることによって、失業者雇用の受け皿や現職者の昇進を図る(アクション5～11)。特に、アクション9: 苦痛な介護業務による疲弊に対処するために、職員の健康管理と就業環境の改善を図ることは、離職率を下げるための対策として注目されている。

##### ③高齢者と障害者への介護サービスの品質を高め

るために、介護資格制度を見直して、職務内容を改善する（アクション12～19）である。資格制度の見直しについては、次項の介護職の動向と課題で述べる。

#### IV 個別自律手当APAの概要

個別自律手当（APA：Allocation personnalisée d'autonomie）は、1997年に創設された依存的介護給付（PSD：Prestato Spécifique Dépendance）を改正したもので、2002年1月1日に施行された。介護保険ではなく、社会扶助としての位置づけである。APAについては、原田（2007）、稲森（2012）の論文が参考になるので、そちらも参考にされたい。

2011年12月31日時点でのAPAの受給者数は1199千人にのぼり、前年度比2.0%の増加である。全受給者のうち在宅APA受給者は721千人（60%）、施設APA受給者は478千人（40%）である。最重度者であるGIR1は全受給者数の9.3%と少なく、軽度者であるGIR4が44%を占めている。ただし、施設APAでは、GIR1と2で60%を占めている（表1）。

APAの財源は、約3分の2を県が、約3分の1を全国自立連帯基金（CNSA：Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie）が負担しており、同基金の負担分は、介護手当負担金（CSA：Contribution Solidarité Autonomie）、一般社会拠出金（CSG：Contribution sociale généralisée）、年金保険の分担金が充てられている。なお、CSAは、2004年7月に導入されたもので、使用者が支払賃金の0.3%を負担する。

APAの総給付額は、2011年は52億6300万ユーロで、ここ数年間は微増であったが、高齢化社会適

応法の施行により、給付額が膨らむことから、2016年は59億4800万ユーロを予測している。

また、高齢化の進展により、APAの受給者数は2035年までに1500千人、2060年までに2300千人に達することが予測されていることから、給付のあり方や財源確保の見直しが近い将来必要になるであろう。

APAの対象者、要介護認定、給付内容、支給限度額については以下の通りである。

##### 【対象者】

- ①フランス国内に15年以上合法的に居住している。
- ②60歳以上である。
- ③自律の一部を喪失したために、日常生活に支障のある者で、要介護認定で要介護者（GIR1～4）と判定された者である。

##### 【要介護認定】

- ①本人または家族、法的代理人が県の窓口申請する。
- ②申請後に書類が送付されるので、申請者は必要事項を記入し、添付書類（ID証明書、納税書類等）を返送する。
- ③県の社会医療チーム（医師、看護師、ソーシャルワーカー）が申請者宅を訪問し、要介護認定のアセスメントを行う。その際、6段階からなる要介護状態区分（GIR1～6）を判定する。ただし、給付対象者はGIR1～4の要介護高齢者である。虚弱者（GIR5）および自立者（GIR6）は給付対象外。
- ④申請から2カ月以内に、県の担当課がAPAの給付の有無を通知する。施設入所者においては、医師の判断のもと施設内で行われる。

表1 APAの受給者数・割合 (2011年12月31日現在)

GIR	在宅APA		施設APA		合計	
	受給者数 (千人)	割合 (%)	受給者数 (千人)	割合 (%)	受給者数 (千人)	割合 (%)
GIR1	18	2.4	93	19.5	111	9.3
GIR2	126	17.5	194	40.5	320	26.7
GIR3	157	21.8	82	17.1	239	19.9
GIR4	420	58.3	109	22.9	529	44.1
合計	721	100.0	478	100.0	1199	100.0

出所：Allocation Personalisee D'autonomie et la prestation decompensation du Handicap au 30 juin.

## 【給付内容】

給付の対象となる在宅サービスは、個々の申請者のニーズに応じて、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス、介護器具購入費、住宅改修経費などである。施設サービスについては、医療費および宿泊滞在費を除いた介護費のみが給付の対象となる。

## 【支給限度額】

高齢化社会適応法により、支給限度額が若干引き上げられた。2016年3月1日以降の在宅APAの支給限度額は、GIR1：1713.08ユーロ（改正前1312.67ユーロ）、GIR2：1375.54ユーロ（改正前1125.14ユーロ）、GIR3：993.884ユーロ（改正前843.864ユーロ）、GIR4：662.95ユーロ（改正前562.57ユーロ）である。

施設APAには支給限度額は設定されておらず、介護費用の支給額は、次の3点を基盤に計算される。①受給者のGIR、②各施設のGIR別介護料金、③受給者の収入である。

## V 医療・介護職の動向と課題

## 1 医療職はほぼ充足

2011年から2015年までの医療従事者数の推移をまとめた（表2）。高齢者人口の増加に伴い、すべての職種が微増している。

フランスの医師・看護師は、戦後ベビーブーム世代の退職を控えているものの、現時点で数は確保されている。急性期病院の平均在院日数は5.2

日と短い。2008年の全病床数は、440,656床で、そのうち急性期病床が50%を占める。人口は日本の半分であるが、病床数は4分の1と少ない。その分、医師や看護師の配置が手厚くなっている。

## 2 3種類の在宅看護で役割分担

フランスの在宅看護は3種類に分けられる。①開業看護師による在宅看護（Soins à domicile par les infirmiers libéraux）と、②在宅訪問看護・介護事業所による在宅看護（SSIAD：Service de soins infirmiers à domicile）、③在宅入院（HAD）が提供する高度医療サービスに特化した短期間の在宅看護である。③については後述するので、ここでは①開業看護師と、②在宅訪問看護・介護事業所（SSIAD）による在宅看護について述べる。

## (1) 開業看護師による在宅看護（Soins à domicile par les infirmiers libéraux）

全国被用者疾病金庫医療職者台帳の2015年1月1日付けによれば、フランスの看護師数は600,170人、開業看護師数は98,249人であり、全看護師の16.4%を占める。開業看護師は実務経験3年を経た後に、地方公衆衛生局に登録して開業する。ちなみにわが国の訪問看護師数は、2012年は33,649人、全看護職の2%にとどまる（厚生労働省：2014）。

開業看護師は自宅を事業所として開業し、医師の処方箋に基づいて医療行為を実施する。また、開業医と並んでプライマリーケアの担い手であ

表2 医療従事者数（Professions de sante en 2015）

	2011	2012	2013	2014	2015	10万人対
医師	208,727	216,762	218,296	219,834	222,150	337
歯科医師	40,941	40,599	40,833	41,186	41,495	63
助産師	18,070	19,128	20,235	20,772	21,632	148
薬剤師	71,797	72,811	73,670	73,598	74,345	113
看護師	534,378	567,564	595,594	616,796	638,248	967
理学療法士	70,780	75,164	77,778	80,759	83,619	127
作業療法士	7,535	8,079	8,539	9,122	9,691	15
言語聴覚士	19,963	21,220	21,902	22,744	23,521	36
視能訓練士	3,396	3,655	3,826	4,016	4,185	6
足治療士	11,579	12,085	12,430	12,850	13,250	20

出所：Drees [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=natfef06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfef06103)

り、医療サービスだけでなく、相談、助言、教育指導、カウンセリング、他機関との調整など日本のケアマネジャーに近い役割を担っている。

開業看護師が行う看護行為には、一つひとつに看護点数（診療報酬に該当）が決められている。注射や創処置など医療行為を評価する「医療・看護行為」（AMI：Actes Medico Infirmierde）と、入浴や排泄ケアなど「介護・生活行為」（AIS：Actes Infirmierde Soins）の2種類に分かれており、それぞれ単価が定められている。

### (2) 在宅訪問看護・介護事業所（SSIAD：Service de soins infirmiers à domicile）のサービスの主な担い手は介護職

日本の訪問看護ステーションに該当する。看護師と介護職（医療系介護士：DEAS）がチームを組んで在宅看護・介護サービスを提供している。サービスは開業看護師と同様に、「医療・看護行為」（AMI）と、入浴や排泄ケアなど「介護・生活行為」（AIS）の2種類に分かれており、医療系介護士は看護師の指示のもとで、「介護・生活行為」（AIS）を行っている。

SSIADの利用者は、APAを利用している高齢者が多く、「医療・看護行為」（AMI）は少なく、「介護・生活行為」（AIS）がほとんどである。また、看護師は人数も少ないうえ、コーディネート業務や記録等に忙殺されるため、「医療・看護行為」（AMI）を開業看護師に依頼しているのが現状である。

このようにフランスでは、急性期の高度医療に特化した在宅看護は在宅入院（HAD）が担い、状態が安定したら開業看護師と在宅訪問看護・介護事業所（SSIAD）に引き継ぐという役割分担ができていく。

## 3 介護職の動向と課題

### (1) 国が主導する生涯職業教育と介護職の資格再編

フランスでも介護職は不足が予測されている。介護職数の経時的変化をまとめた公的な資料は見当たらなかったが、高い離職率による人材不足、低い給与水準（最低賃金を少し上回る金額）など、わが国と同じ課題を抱えている。このような状況を打破するために、前述の「介護職制度改正国家計画」でも、介護資格制度を見直すことで、多様な介護ニーズに対応できる有能な人材を育成・確保し、介護職のイメージアップを図るアクションプランを策定した。

制度の見直しの一環として、2016年1月29日付デクレ（社会事業・家族法典改正）で新しい介護職の国家資格である「生活指導介護士」（DEAES：Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social）が誕生した。これは、福祉系介護職の旧国家資格である社会生活介護士（DEAVS：Diplôméd'Etat d'auxiliaire de vie sociale）<sup>1)</sup>、医療心理介護士（DEAMP：Diplôme d'etat aide médico-psychologique）、障害者介護士（AESH：Acompagnants des Elèves en Situation de Handicap）の3資格を生活指導介護士（DEAES）に1本化したものである。最終的には医療系介護士（DEAS：Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant）と統合させる可能性にも言及するなど、介護職の資格再編が起きている。

フランスでは、職業訓練や資格取得への支援などの「生涯職業教育」は、国の責務としているため、従業員は職業研修を受ける権利を有している。さらに、実務経験の認証や組み替えを可能にする「職業経験認定資格制度」（VAE：la validation acquis de l'expérience）<sup>2)</sup>があり、この制度を利用すれば、より上位の資格を取得することができることも、再編を促しているといえる。

<sup>1)</sup> 社会生活介護士（DEAVS）の資格制度は2016年度で廃止されるが、資格所有者については、新資格であるDEAESが自動的に与えられる。2015年の従業者数は55万人である。

<sup>2)</sup> 「職業経験認定資格制度」（VAE：la validation acquis de l'expérience）は、2002年1月17日の「社会近代化法」で制定された。職業経験で習得した知識・技能を評価して、資格を与える、あるいは資格を引き上げる制度である。たとえば、社会生活介護士（DEAVS）の場合、2012年度は6050件の申請があった。

また、フランスの保健・医療・介護職は、学歴にリンクした5段階等級（Ⅰ～Ⅴ）に分類されている<sup>3)</sup>。複雑な制度のため、本稿では詳細は割愛するが、藤森（2010）が優れた論文を発表しているため、そちらも参考にされたい。ちなみに、医療系介護士（DEAS）、社会生活介護士（DEAVS）、医療心理介護士（DEAMP）と、新資格である生活指導介護士（DEAES）はすべてレベルⅤである。

本稿では、医療系介護士（DEAS）と生活指導介護士（DEAES）の職務定義、国家資格の取得方法や主な雇用先などを述べる。

## （2）医療系介護士（DEAS）の定義・資格取得方法・雇用先・待遇・就業者数・離職率

- ・職務定義：医療看護スタッフの一員として、看護師の責任の下で、患者の日常生活の行為に付き添い、自立維持のための援助を通して、患者の快適性の向上に貢献する。主な業務は、患者の衛生管理と介護行為（洗面、排泄、移動、食事、褥瘡予防などの支援）、そして継続的な看護のために、介護の所見報告である。リハビリ療棟の余暇活動にも参加する。（出所：フランス社会事業・保健省）
- ・国家資格の取得方法：養成は1946年からされているが、2007年8月31日のデクレで国家資格化された。医療系介護士養成校（IFAS：Instituts de formation d'Aides-soignants）で法定研修課程（10カ月間/1435時間）を受講する。内訳は、講義（理論・実技）：17週間（595時間）、職場研修：24週間（840時間）である。入学受験資格は18歳以上で、学歴制限無し。
- ・主な雇用先：公営または民間の病院（全体の約65%）、高齢者施設、在宅訪問看護・介護事業所（SSIAD）など。開業はできない。
- ・待遇：平均月収は1626ユーロ（額面給与額）である。参考までに、フランスの法定最低賃金（SMIC）は、2016年は月額1466ユーロであることから、十分な賃金を得ているとはいえない状

況である。

- ・就業者数：フランス看護師情報サイト（2015）によれば、2012年度の全国就業者数は約39万人で、10年前に比べて20%増加した。同年の法定研修登録者数は25,400人、12年間で倍増した。雇用危機の中、需要が多い職種として、特に30歳以下の失業対策として注目されている。
- ・離職率：48.3%（2008年）と非常に高い。

## （3）生活指導介護士（DEAES）の誕生

- 2016年1月29日のデクレで制定された新しい福祉系介護職の国家資格である。「介護職制度改正国家計画」（2014年3月27日開始）に関連した改正策の一環として、福祉系介護職の旧国家資格である社会生活介護士（DEAVS：Diplômé d'Etat d'auxiliaire de vie sociale）と医療心理介護士（DEAMP：Diplôme d'etat aide médico-psychologique）、さらに、これまで国家資格がなかった障害者介護士（AESH：Acompagnants des Elèves en Situation de Handicap）の3職種を生活指導介護士（DEAES）に1本化した。高齢者だけでなく、障害者などすべての人を対象としている。最終的には医療系介護士（DEAS）と統合する可能性にも言及している。
- ・職務定義：高齢、身体障害、生活習慣または貧窮などの理由で、困難を持つ全ての人たちの日常生活、社会生活、学業と余暇活動に付き添って、自立の獲得、維持、改善のための援助・指導をする。
  - ・国家資格の取得方法：生活指導介護士養成校（320カ所）で、法定研修課程（理論・実技）：525時間、職場研修：840時間を終了する。研修期間は12～18カ月間。
  - ・主な雇用先：医療付き高齢者施設（EHPAD）、高齢者専門病棟（USLD）、医療付き障害者施設（FAM）、病院等への就職が期待されている。

<sup>3)</sup> 保健・医療・福祉（介護）職の5段階等級（Ⅰ～Ⅴ）については、[http://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/detail/\\_icsFiles/afieldfile/2012/09/21/1323725\\_2\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2012/09/21/1323725_2_1.pdf) P.5の「学位水準区分」が参考になる。そのうち、介護職の国家資格は最低レベルのⅤである（わが国の職業高校や職業学校に相当する）。

## Ⅵ 在宅入院における集中的ケアマネジメントの動向と課題

### 1 HADの概要

HADとは、雇用連帯省「在宅入院に関する通達」(通達NO:DH/EO2/2000/295, 2000年5月30日)によれば、「病院勤務医および開業医により処方される患者の在宅における入院である。あらかじめ限定された期間に(ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコ・メディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を自宅で提供するサービス」と定義されている。患者の自宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関が病院の医療チームと、かかりつけ医を含む個人開業者と連携・協働しながら、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。

制度を支えるコーディネーターは、HAD所属のコーディネート医師とコーディネート看護師である。特に医師の関与が強く、開業医や病院勤務医が協働で支える仕組みは興味深い。医療に特化したサービスを短期集中的に提供し、早めに介護サービスに移行して在宅生活を長く続けてもらい、医療費を抑制するのがフランス政府のねらいである。

2012年末の全国HADの施設数は317施設、患者数は104,960人で入院患者の1.5%を占めている。設置主体の3分の2がNPO法人など非営利団体、残りの3分の1が民間企業などの営利法人である。2007年からは、高齢者施設や高齢者住宅に入居している人もHADのサービスを利用できるようにするなど、対象者や利用要件を緩和し、在宅ケアを支えている。

### 2 病院側の早すぎる退院が課題

しかし、ここ数年は、病院側の早すぎる退院による在宅医療の高度化と費用の高騰、夜間・休日対応できる医師の不足、入院患者の高齢化による介護サービスとの連携が困難など、わが国と共通の課題を抱えている。

HADは入院医療の一環であり、医療費の支払いには2006年1月より医療行為別入院診療報酬(T2A: Tarification al'Activite)による1日当たりの定額支払いである。T2Aは主傷病、副傷病、在院日数、介護度コード、カルノフスキー指数などを合わせてコーディングしたうえで、1800のカテゴリーに分類され、さらに31のプライスカテゴリーに分けられている。2013年の平均保険給付は196.1ユーロ/日であった。一番安いのが正常分娩で60ユーロ/日、一番高いのが終末期ケア550ユーロ/日である。高額な薬剤(抗癌剤など)は出来高で請求できる。

HADの成人患者は、長期慢性疾患(ALD: affectation de longue duree)が8割を占める。ALDとは、がん、神経性疾患、腎不全、糖尿病など長期療養が必要で、かつ医療費が高額になる疾病で、自己負担分が免除される疾患である。

入院医療が一疾患の定額制であるため、病院側としては早期に患者を退院させたいインセンティブが働く。パリ市内の急性期病床の平均在院日数は短縮化され、2010年では5.2日である。早すぎる退院を予防するために、入院後3日以内に退院させると、T2Aの60%しか保険給付されないという「最低入院期間」を設定している。しかし、最低入院期間を過ぎると、病院側は早期退院に拍車がかかり、すぐにHADにアクセスしてくる。HADのT2Aは、一日定額制であるため、早期に患者を確保したいというインセンティブが働く。病院側とHAD側の思惑が一致することから、コストが増大する傾向にある。

### 3 HADの整備状況とサービスの状況—中規模事業所にして効率化を図る

2005年から2012年までの、施設数、入院件数、患者数、病床数、総収入の推移を表3に示す。2005年から2009年までは前年比二桁の伸び率であった。2010年以降は3~8%の伸び率で鈍化している。これは、小規模なHADを統合して、中規模化することで、効率化を図っているためである。

表3 2005～2012年在宅入院の活動推移

	施設数 (前年比)	入院件数 (前年比)	患者数 (前年比)	病床数 (前年比)	総収入 (百万€) (前年比)
2005年	123施設	63,666件	35,017人	4,584床	2億8,507万1,409M€
2006年	166 (+35%)	80,980 (+27%)	46,022 (+31%)	5,931 (+29%)	3億8,597万9,339 (+35%)
2007年	204 (+23%)	95,100 (+17%)	56,287 (+22%)	7,243 (+22%)	4億7,484万2,806 (+23%)
2008年	231 (+13%)	112,591 (+18%)	71,743 (+27%)	8,456 (+17%)	5億4,606万2,339 (+15%)
2009年	271 (+17%)	129,748 (+15%)	86,674 (+21%)	10,040 (+19%)	6億5,236万8,093 (+19%)
2010年	292 (+8%)	142,859 (+10%)	97,624 (+13%)	11,050 (+10%)	7億1,404万5,440 (+9%)
2011年	302 (+3%)	149,196 (4%)	100,100 (+3%)	11,877 (+7%)	7億7,121万8,660 (+8%)
2012年	317 (+5%)	156,318 (+5%)	104,960 (+5%)	12,679 (+7%)	8億2,504万9,082 (+7%)

出所：FNEHAD「在宅入院データ2012～2013」レポートより筆者作成。

表4 HADの高齢者施設での活動状況

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	合計%
施設数	34	115	164	201	229	252	79.5%
患者数	141	748	1,582	2,329	4,170	4,283	4.3%
入院日数	4,727	34,236	72,466	102,488	136,626	189,874	4.5%

出所：FNEHAD「在宅入院データ2012～2013」レポートより筆者作成。

#### 4 HADの平均在院日数・割合

2012年の平均在院日数は、25.2日（ただし、産後ケアおよびハイリスク新生児ケアを除いた場合は29.4日）である。これは2009年の23.7日（同28.5日）と比較すると、長期化している。その理由は、対象患者の高齢化と重度化のため、在宅看護・介護への移行に時間と手間がかかっているためである。

在院日数別割合は、10日未満が全体の51%を占めている。10日未満の主なサービスには、輸血や産後ケアなどが含まれている。次いで10日以上～20日未満の17%である。一方で、神経難病などのリハビリテーションなどは1カ月以上の在院日数を要するなど、疾病やサービスによって差が大きくなっている。

#### 5 HADの高齢者施設での活動状況＝ネットワーク形成に舵を切るも利用は伸び悩む

2007年からは、高齢者施設（EHPAD等）や高齢者住宅などに入居している人もHADのサービス

を利用できるようになった。これは、2007年2月22日制定デクレおよび2007年3月16日省令、さらには2007年10月5日通達による一連に係法改正によるものである。これにより、HADはモバイルチームとして、地域のネットワーク形成に舵を切ることになった。2012年では79.5%のHAD機関が、高齢者施設での何らかの医療サービスを提供しているが、入所者全体に占める割合は、全入所者の4.5%にしかすぎない（表4）。

高齢者施設でHADの利用が伸び悩んでいる理由は、次の3点である。①高齢者施設職員のHADへの認知度の低さである。フランスの高齢者施設は、日本と同様に、医師は配置されておらず、看護師の配置も手薄い。介護職がケアの中核を担っていることから、医療との連携が不十分になりやすいことが考えられる。②高齢者施設で提供した場合の報酬は、在宅の報酬と比較すると13%低く設定されているため、HAD職員のインセンティブが低くなること。③高齢者施設職員、かかりつけ医、開業看護師、HAD職員との連携が上手く機能

していないことである。

多職種・他機関の連携が上手く機能していないことを重くみたHAD幹部は、多職種連携教育を導入した。HAD内部で、緩和ケアの事例検討など演習をベースに行っている。講師は当該HADの幹部職員が担当している。取り組みは順調であるが、開業医など他機関を巻き込んだ連携教育は、地元医師会等との調整ができていないため、実現には至っていない。

## Ⅶ ケアマネジメントを担う「CLIC」と「MAIA」の特徴と役割分担

フランスは高齢化に伴い、医療と介護サービスを一元化するために、ケアマネジメントを促進してきた。以下、代表的なケアマネジメント機関であるCLICとMAIAについて、篠田（2015）の論文をもとに、特徴と役割分担を述べる。

### 1 CLICはわが国の地域包括支援センターの機能に近く、在宅生活を継続するためのケアマネジメントを行う

「地域インフォメーション・コーディネートセンター」（CLIC：Centre Local d'Information et de Cordination Gerontologique）とは、在宅高齢者とその家族に対する総合相談・助言を行い、課題解決のために地域の社会資源とのネットワークを形成し、諸サービスの調整等を行う、地域密着型の組織である。多職種による支援チームを形成し、連携して在宅支援にあたる。フランス全土に600カ所設置されている。2004年8月13日法、第56条を根拠法とする。財源は、市税、県の補助金、老齢年金金庫や疾病金庫からの拠出金で構成されている。県が設置主体であるが、市やNPO法人などが運営している。

わが国の地域包括支援センターの役割に近く、在宅生活を継続するため、公正中立的な立場で、多職種による支援チームが他機関と連携しながら支援する。相談の結果、APAを利用する緊急度が低いと判断された場合は、地域のインフォーマルサービスの利用を推奨したり、本人や家族の持つ

ている機能を高めて在宅生活を継続できるように支援している。

### 2 MAIAは複雑なケアマネジメントを担う

「自律と包括的ケアのためのネットワーク」（MAIA：Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie：）は、保健・医療・福祉・介護サービスの総合相談窓口として、2009年にモデル事業として17カ所設置され、2015年末には250カ所に増えた。

多くのMAIAはCLICに併設されている。CLICは、わが国の地域包括支援センターに近い機能を持っているため、高齢者の保健・医療・福祉・介護サービスの総合相談窓口、医療と介護の連携の要として期待されていた。しかし、ケアマネジメント機能が弱かったため、医療と介護の連携は不十分なままであった。

MAIAは、認知症の人や家族に対する相談や包括的なサービスを提供するものとしてスタートしたが、徐々に役割を拡大して、現在は、60歳以上の自立困難な高齢者に次の3つのサービスを提供している。①医療・介護サービスへのアクセスを目的とした総合相談窓口、②標準化された包括的なアセスメントによる在宅支援、③ケアマネジメントによる、多職種・多機関の連携・協働である。特に③のケアマネジメントでは、シンプルなケースと複雑なケースに分け、MAIAは複雑なケアマネジメントを担当している。このように、シンプルなケースはCLICで対応するなど、MAIAとCLICでケアマネジメントの役割分担を行っている。

ただし、MAIAには、2008年から資格化されたケアマネジャー（coordonnateur）が配置されている。ケアマネジャーの基礎資格は、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士の4職種で、一定の実務経験を経た後、大学などの教育機関で研修を受けなければならない。2013年にはフランス全土で750人のケアマネジャーが誕生した。一人のケアマネジャーは、40ケースまで担当できる。

複雑なケアマネジメントでは、コーディネー

ション会議が有効なツールとして機能している。コーディネーション会議はわが国の地域ケア会議と同じ役割を担っているもので、参加者は、県の担当者、APAや高齢者施設の担当者、かかりつけ医、開業看護師、ヘルパーなどの多職種である。司会は、MAIAのケアマネジャーが担当することが多い。

## Ⅷ まとめとわが国への示唆

### 1 ケアマネジメントの機能分化と連携のイニシアチブ

効果的・効率的なケアマネジメントを実施するためには、MAIAやCLICのように、ケアマネジメントのレベルを分けることも一つの方法であろう。フランスだけでなく、アメリカやイギリスでも包括的地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：ACT）に代表されるように、医療・介護ニーズに合わせたケアマネジメントの機能分化を促進している。

わが国の介護支援専門員の基礎資格は、介護職が中心になっている。介護系介護支援専門員は強みもあるが、医療面に弱いという側面もある。特に急性期病院からの退院支援は医療職など多職種による後方支援が必要であろう。

MAIAやCLICによるメリハリのあるケアマネジメントは効率的ではあるが、国民や医療従事者の認知度が低いいため、アクセスが少ないのが課題である。

また、HADをネットワークとして位置づけ、孤立しやすいかかりつけ医や開業看護師を後方支援する体制を整えてきた。高齢者施設にもHADのサービスを利用できるようになったが、実際の利用者は全入居者の4.5%にとどまっている。理由は、高齢者施設職員のHADに対する認知度が低いこと、自施設のみで対応する傾向が強く、HADの力を借りようとししないなどである。HADと施設との連携は必ずしもうまくいっていない。

MAIA、CLICやHADという複数のネットワークが存在していると、どこが連携のイニシアチブを取るべきか曖昧になりやすい。また、体制を整え

たからってといって連携できるものではなく、カンファレンスなど顔の見える関係づくりをするなど、地道な活動が求められている。

### 2 HADなどネットワークは多職種連携がポイント

介護保険制度導入前までのわが国は、高齢者施設の大規模化と施設完結型ケアを促進してきた。その結果、施設ごとに高齢者の状態像を固定化し、施設が求める状態像に合致しなくなると、転院・転所をしてもらうなど「上から目線」の対応で、ケアの継続性は担保してこなかった経緯がある。

フランスでも日本と同様の政策が過去にとられていたが、2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、地域全体を大きな施設として捉え、HADをネットワークとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えてきた。長くなった高齢期のケアでは、症状や生活環境などは一律ではない。病状が変化するたびに住まいを移動するのではなく、変化してもケアの継続性を保つために、多職種チームが移動するという体制を整えてきた。

しかし、現実には病院からHADへのサービス提供ルートは7割を占め、在宅からHADへのサービス提供ルートは3割と少ない。高齢者施設もHADの利用が可能になったが、利用率は低位の水準に留まっている。これらが伸び悩んでいる理由は、かかりつけ医や開業看護師が「何かあったら病院に入院させる」という意識が強く、入院させる前にHADにアクセスするという発想が低いという声がある。

また、病院側の早すぎる退院による在宅医療の高度化と費用の高騰、入院患者の高齢化による看護・介護サービスとの連携が困難など、わが国と共通の課題を抱えていた。このような状況に対応するため、HAD幹部は、多職種連携教育を導入し、多職種・他機関との連携を促進するも、自事業所レベルでの取り組みに留まっている。

わが国でも多職種連携教育は緒についたばかりであるが、地域包括ケアシステムの成否は、多職

種連携・協働が鍵を握っていると言っても過言ではない。教育なくして連携は出来ないで、日仏ともに長い目で育ていくことが求められている。

### 3 介護職の量的拡充と質の向上は日仏ともに共通

厚生労働省が2015年6月24日に公表した「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）」によれば、2025年の需要見込みは253.0万人にのぼり、一方で供給見込みは215.2万人にとどまり、需給ギャップは37.7万人である。専門性が不明確で役割が混在している、介護職への理解・イメージ向上が不十分なため、将来展望やキャリアパスが見えづらいという指摘があり、慢性的な人材不足に陥っている。

そのため、①労働環境・処遇の改善（キャリアパスなど）、②人材のすそ野を広げるなど参入を促進する、③専門性の明確化・高度化で継続的な質の向上を目指すなどの「総合的な確保方策」を講じている。

フランスもわが国と同様の課題を抱えている。「介護職制度改正国家計画」で介護資格制度を見直し、高齢者だけでなく困難な状況にあるすべての人を支援する「生活指導介護士」（DEAES）に再編し、縦割りを解消しようとしていること、介護職の資質向上のためのアクションプランを策定したことは大いに参考になる。

### 参考文献

- Drees (2015) [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=nattef06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=nattef06103) (2016年8月22日最終確認)。  
 藤森宮子 (2010) 「日仏比較の視点から見る=フランスの介護職と人材育成政策」、『京都女子大学社会研究』, No.49, pp.73-88。  
 フランス看護師情報サイト (2015) [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com). (2016年8月22日最終確認)。  
 原田啓一郎 (2007) 「フランス高齢者介護制度の展開と課題」、『海外社会保障研究』, No.161, pp.26-36。  
 稲盛公嘉 (2012) 「フランス介護保障制度の現状と動向」、『健保連海外医療保』, No.94, pp.9-15。  
 厚生労働省 (2014) 「第1回看護職員需給見通しに関する検討会資料『看護職員の現状と推移』」(平成26年12月1日付け資料), pp.3。  
 ——— (2015) 「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について」, (平成27年6月24日付け資料), pp.1。  
 Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie LES CAHIERS PÉDAGOGIQUES DE LA CNSA OCTOBRE 2014.  
 篠田道子 (2009) 「フランス介護制度の動向と日本への示唆」、『健保連海外医療保障』, No.83, pp.15-21。  
 ——— (2013) 「フランス終末期ケアの現状とわが国への示唆-2012-2013年に発表された調査結果の分析を中心に-」, 『健保連海外医療保障』, No.100, pp.8-15。  
 ——— (2015) 「フランス介護保障制度の動向-地域包括ケアシステムへの示唆と課題-」, 『健保連海外医療保障』, No.107, pp.11-19。  
<http://www.cnikel.com/services-a-la-personne/enquete/aide-personnalisee-autonomie> (2016年8月22日最終確認)。

(しのだ・みちこ)

## **Health Care and Long-Term Care of the Qualitative Change and a Commitment to Community-Based Care: the Case of France**

Michiko SHINODA\*

### Abstract

In France, in order to respond to changes in the health care and long-term care needs, “aging society applicable law” has been formulated, the restructuring of long-term care qualification system is going. By turning off the rudder to comprehensive community care, such as locating a home hospitalization as a network, it has established a mechanism to provide services beyond the location and institutions. Also, it sets up a care management organizations, such as CLIC and MAIA, also provides a care management with a sharp, such as placing a care manager, has left the issue to the multidisciplinary cooperation.

Keywords : Community-Based Care, aging society applicable law, Care worker qualification system, Home Hospitalization, Care Management

---

\* Professor, Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University

## ナショナルデータベースの整備と地域医療構想

松田 晋哉\*

## 抄 録

平成28（2016）年度末までにわが国の各都道府県は機能別病床数の参照値を記載する地域医療構想を策定することを義務づけられた。この作業をデータに基づいて行うために、厚生労働省からはDPCやNDB（National Database）の情報をもとに、各圏域の現在の医療提供体制に関するデータ及び機能別病床数の参酌標準が提供されている。地域医療構想は医療計画の一部であり、各都道府県はこの議論をもとに平成30（2018）年までに実効性のある行動計画としての医療計画を策定することを求められる。今回の計画が従来のもものと異なるのは、NDBやDPCといった医療ビッグデータが整備されたことにより、その進捗状況を経時的に評価することが可能になったことである。また、各種データが公開されたことにより各医療施設も自施設の将来の在り方を具体的に考えることが可能になった。今後、データに基づいて各地域の状況にあった医療提供体制の見直しが進むと考えられる。

キーワード：地域医療構想，地域医療計画，NDB，DPC，ビッグデータ

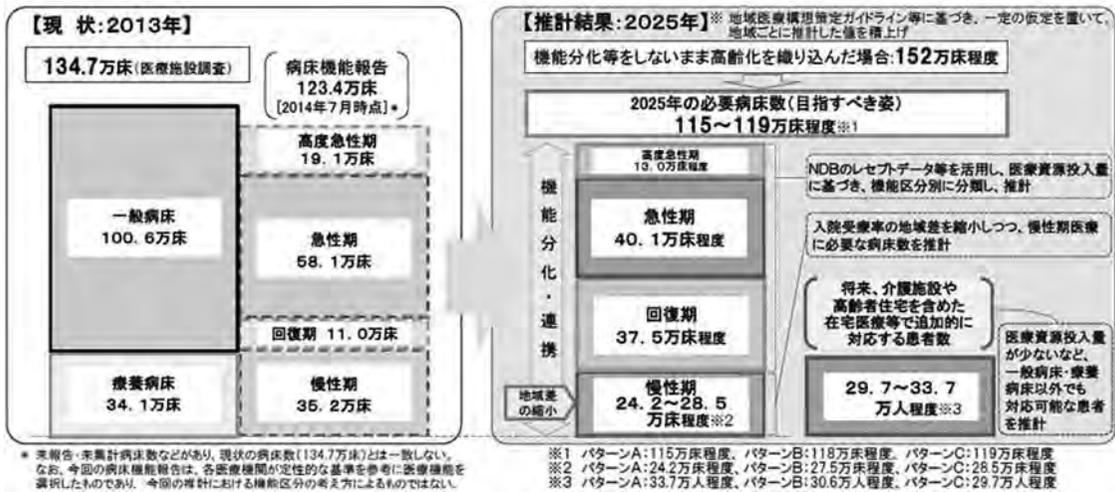
社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.552-566.

## I はじめに

平成27（2015）年6月15日に内閣府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」はその第一次報告「医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」を公表した〔内閣府，（2016）〕。例えば，図1はこの報告にある2025年の医療機能別必要病床数の推計結果を示したものである。ここでは機能分化をしないまま高齢化を織り込んだ場合の必要病床数が152万床程度になることが示された上で，本稿で後述する仮定で推計した結果として必要病床数が115～119万

床になり，介護施設や在宅医療といった入院以外で対応する患者数が29.7～33.7万人になると推計されている。ただし，図2に示したように都道府県間で大きな違いがあり，東京や千葉，神奈川，埼玉といった首都圏と大阪では病床数が現在より不足すると推計される一方で，その他の地域，特に西日本地区で現在よりも必要病床数は減少すると推計されている。新聞紙面では「削減目標」というような表現が用いられているが，この数字は一定の仮定をおいた推計値であり，病床数の「目標」はあくまで各地域の傷病構造と条件を踏まえたうえで，各地域医療構想調整会議で決定されるべきものであると筆者は考えている。

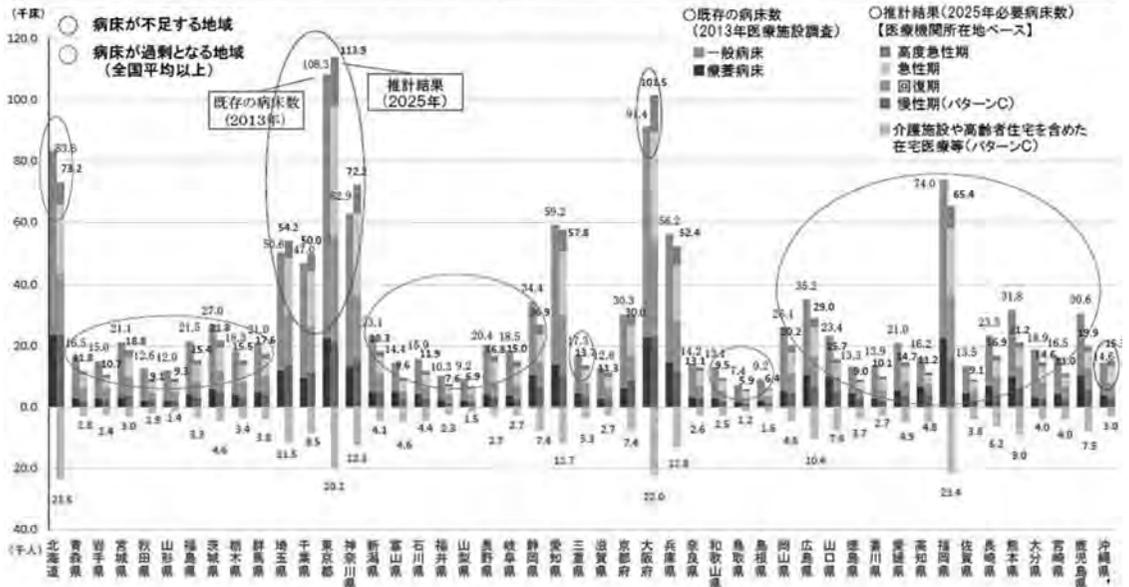
\* 産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授



資料：第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

図1 地域医療構想における病床機能別病床数の推計結果

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



資料：第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

図2 都道府県別の必要病床数の推計結果 (医療機関所在地ベース)

しかしながら、こうした数字が公開されたことで各地域ではその妥当性の検証を踏まえた上で、将来の医療提供体制の在り方を考えることになる。今回の地域医療構想の特徴は、推計値とともに、各地域の傷病構造の現状と将来予測、そして現在の医療提供体制に関するデータが都道府県の担当部局のみならず都道府県の医師会にも提供されたことである。すなわち、規制する側と規制される側とが同じデータを用いて、各地域の医療の将来像を検討するための情報基盤ができたのである。この原稿を書いている平成28年8月現在の状況を見る限りにおいて筆者らが想定したような両者の間の十分な議論が行われている地域は少ないようである。しかしながら、福岡県や山形県、千葉県のように行政と医師会、そして大学が協力して建設的な検討を行っている地域も少なからずある。そうした経験が今後横展開されることで、今後各都道府県で策定が予定されている第7次の地域医療計画や地域包括ケア計画（仮称）の質と実効性は確実に向上していくであろう。

今回の地域医療構想では種々のデータが公開されているが、そこで示される将来像の実現に関しては、地域内の各施設の自主的な取り組みが想定されている。人口減少と低経済成長等これまで経験したことのない社会経済環境下でかじ取りをすることが求められている経営者にとって、今回示された各種データは自施設の今後の在り方を考える上で貴重な資料になるはずである。データの限界を踏まえた上で、その意味するところを冷静に考えることができる施設とそうでない施設では少なからぬ差が生じるであろう。今後、データの公開はさらに進んでいくものと予想される。その意味でも関係者の正しい理解が不可欠である。本稿ではこうした筆者の問題意識に基づいて、地域医療構想の考え方を、それを可能にした医療情報のデータベース化とあわせて説明してみたい。

## II DPCデータとNational database (NDB) について

わが国の医療におけるビッグデータの代表的な

ものとしてはDPCとNational database (NDB) がある。DPCは患者を診断名と行われた医療行為の組み合わせで分類する方法であり、平成15年から急性期病院における入院の支払い方式として採用されている〔松田, (2011)〕。平成27年度でDPC調査に参加している病院数は約1,900となり、病床数では50万床、症例数で1,100万件以上のデータ規模となっている。DPC調査では様式1という退院サマリとレセプトの基本情報であるEFファイルが厚生労働省に提出される。様式1には診断名や入退院日、患者住所地郵便番号といった基本情報に加えて、各疾患の重症度などの情報が記載されている。また、EFファイルで把握される点数情報と医療行為情報が実施日とともに記録されている。平成26年度調査から、データ提出加算を算定している病院についてもDPC調査参加病院と同様のデータ提出が求められるようになったため、厚生労働省公開データではこれらの非DPC病院の診療実績もわかるようになった。

NDBは全国の医療施設のレセプトを集計したデータベースであり、現在内科レセプトのみで毎年17億件以上のレセプトデータが収集されている。遅れていた歯科レセプトの電子化についても近年大きく進展し、現在では90%を超えている。NDBデータの収集は通常の請求業務の流れの中で匿名化処理されてデータベース化が行われている。被保険者番号や氏名、性、生年月日などの個人情報ハッシュ化されて個人の特長ができない形で格納されるが、ハッシュ化後のIDについては二通りあり、個人が保険者を移動しない限り同じハッシュ値が与えられるものと、氏名、性、生年月日などをもとに氏名が変わらない限り同じハッシュ値が与えられるものがある。後者のIDを用いた場合、保険者が変わっても個人別の分析を個人を同定しない形で分析できる仕様となっている。

諸外国の類似制度に比較してわが国のDPCデータやレセプトデータは、行われた医療行為の詳細が日計で分析できるという仕様となっており、種々の臨床研究やHealth service researchに活用可能なものとなっている。しかしながら、詳細

であるがゆえに個人情報保護の視点からの十分な配慮が必要であり、その活用がなかなか進んでこなかった。厚生労働省は、その活用の必要性を求める声にこたえる形で、NDBデータの研究者への提供を試行的に開始し、さらには平成27年度から東京大学および京都大学にオンサイトセンターを設置し、そのさらなる活用を進めるための準備を行っている。おそらくあと数年もすればこのデータベースを用いた種々の研究がわが国で行われ、その成果が国内外の学術誌に掲載されると同時に、わが国の公衆衛生行政に活用されるようになると筆者は期待している。

### Ⅲ 地域医療構想で採用された病床推計ロジックについて

今回の検討に際して筆者の所属する研究班は、地域医療構想策定ガイドライン検討委員会等から人口構成や傷病構造の地域差を踏まえた上で推計を行うことを求められた。そこで、一般病床レセ

プトについては高度急性期、急性期、回復期、慢性期をDPCに展開して推計を行うこととした。その上で、上記4区分をどのように定義するかを研究班内で検討した。図3に示したような分析を個々のDPCごとに行った結果、資源投入量が落ち着くまでを急性期、落ち着いてから退院準備ができるまでを回復期とした上で、急性期についてはICU、HCU、無菌室の利用頻度に着目して高度急性期を分離という考え方を採用することとした。それぞれの区分点をC1、C2、C3とした上で、その推計値を幅を持ってガイドライン検討委員会に提示し、その議論を踏まえて区分点に相当する出来高換算コストを決定した(表1)。なお、出来高換算コストの算出にあたっては入院基本料と急性期以外のリハビリテーションについては計算範囲から除外している。

専門調査会推計において採用された仮説は以下の通りである。

- ・一般病床のレセプトについては高度急性期と急性期を区分する1日当たり出来高換算点数(以下点数)を3,000点、急性期と回復期とを区分す

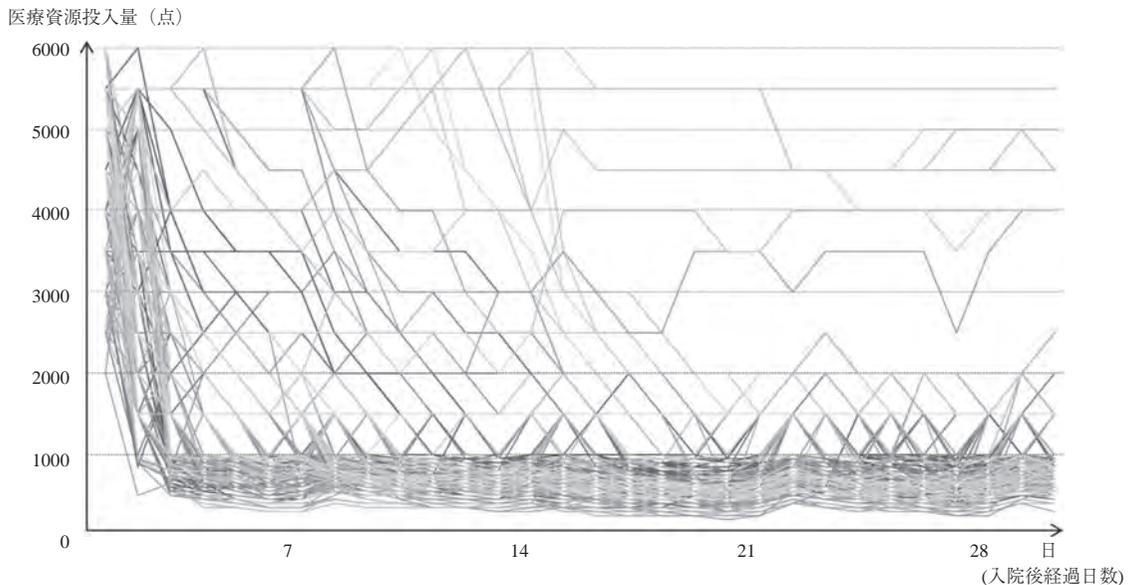


図3 病床機能境界点設定の基本となった医療資源投入量(中央値)の推移の分析結果  
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

表1 医療需要推計にあたっての境界点の考え方

- 構想区域における機能ごとの医療需要を推計するために境界点を設定したもの
- 各医療機関がこの基準で病床機能報告を行うわけではない

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000 点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600 点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225 点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量  ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医等の患者数として一体的に推計する。

出所：日本医師会・中川副会長資料。

る点数を600点、回復期と慢性期とを区分する点数を225点（175点）として、DPC別にそれぞれに対応する患者数を推計（各病床機能別の平均在院日数はDPCごとに実際の値を使用）。非DPCの一般病床レセプトについてはNDBデータを患者ごとにつないで1入院データとしてDPCでコーディング。

- ・回復期リハビリテーションレセプトについては回復期病床として推計
- ・療養病床入院患者については、医療区分1の70%は在宅で対応可能と仮定し残りを慢性期病床として推計
- ・障害病床は慢性期として推計
- ・一般病床の入院については1日当たり点数が175点未満の者は在宅で対応可能と仮定
- ・療養病床の性年齢調整後の受療率の地域間格差を縮小（図4）

▶パターンAは都道府県別療養病床受療率が最低の山形県（人口10万対81）を基準として、これより高い二次医療圏については2025年にすべて山形県と同じ受療率になるとして病床数

を推計

- ▶パターンBは2025年に都道府県別療養病床受療率が最高の高知県（334）を中央値の滋賀県（144）にする比率で、山形県よりも受療率の高い二次医療圏の受療率を縮小するとして病床数を推計
- ▶パターンCはパターンBで達成年度を2030年にした場合の病床数を推計
- ・病床利用率を高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%と設定

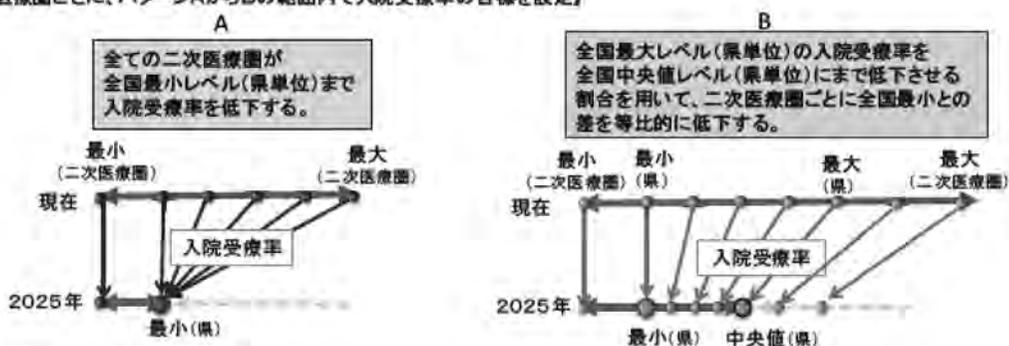
以上の仮定は厚生労働省医政局が設置した「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」で議論されて決定されたものであり、筆者らの研究班はそれを受けて病床数を推計するロジックを開発して厚生労働省に提供している（ロジックを用いた最終的な推計は厚生労働省内部で実施）〔松田，（2015）〕。

図5、図6に病床推計の概要をまとめた。まず、各DPCについて1年分のレセプトを集計し、それを入院経過日ごとに患者の点数別分布としてまと

## 療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床に対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。
  - パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル（県単位）まで入院受療率を低下する。
  - パターンB：全国最大レベル（県単位）の入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。（次頁参照）

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



資料：第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

図4 療養病床の都道府県格差の是正方法

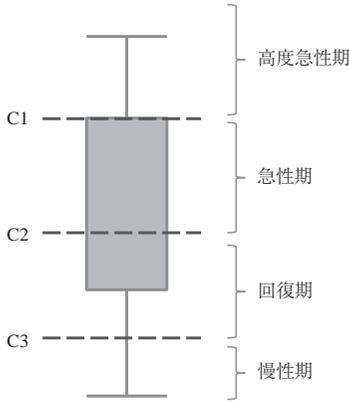
めたものをまず作成する。図5が仮に「肺がんの肺切除術」というDPCであれば、3000点以上の総患者数を数え、年末年始の補正をした上でこの合計値を365で割れば、「肺がんの肺切除術」というDPCの高度急性期病床入院相当の1日当たり患者数が推計できる。これを病床利用率0.75で割ればDPC「肺がんの肺切除術」の高度急性期に相当する病床数が推計できる。今回の推計では一般病床分のレセプトについてはこの作業を各DPC、各病床機能で行っている。なお、非DPCの一般レセプトについては、NDBから1入院単位のデータを患者ごと作成し、それをもとにDPCコーディングを行って、DPCレセプトと同様の推計を行う仕様とした。

DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所別・医療機関住所別受療率（1日当たり、生保・労災・自賠責等についても補正）を案出した

上で、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口を掛け合わせることで各年度の病床機能別病床数を推計するロジックを採用した。

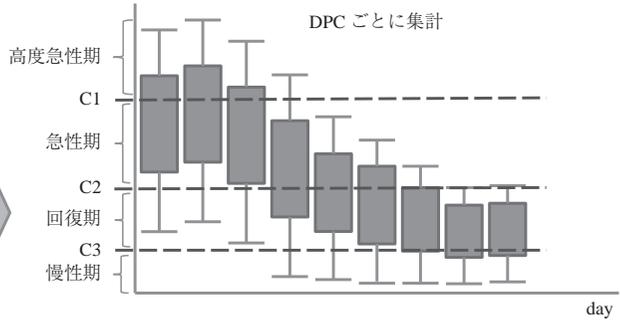
このようにして2013年のデータについてDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所別・医療機関住所別患者数を推計し、これを2013年の性年齢階級別・患者住所別人口で割ることでDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所別・医療機関住所別受療率を求めた。この値に推計年度（例えば2025年）の性年齢階級別・患者住所別人口を乗ずることで、当該年度の患者数が推計され、それを各機能別病床に対応した病床利用率で除することで病床数が推計される。これを具体的に説明すれば、例えば2025年に宗像医療圏に住む70-74才の男性で、福岡糸島医療圏の医療施設で肺がんの肺切除術を受ける場合に対応した高度急性期病床数、急性期病床数を推計するこ

(1) 1日当たり出来高換算コストの分布 (入院1日ごとに計算; 入院期間の平均ではない)



詳細は「病院」誌 (医学書院) を参照してください

(2) 1日当たり出来高換算コストの入院後日数ごとの分布



DPC ごと、患者ごとに C1 以上を高度急性期部分、C2 以上 C1 未満を急性期部分、C3 以上、C2 未満を回復期部分、C3 未満を慢性期部分に分解し、集計

(3) 病床稼働率で割り戻し、病床数とする

図5 機能別病床推計の具体的手順

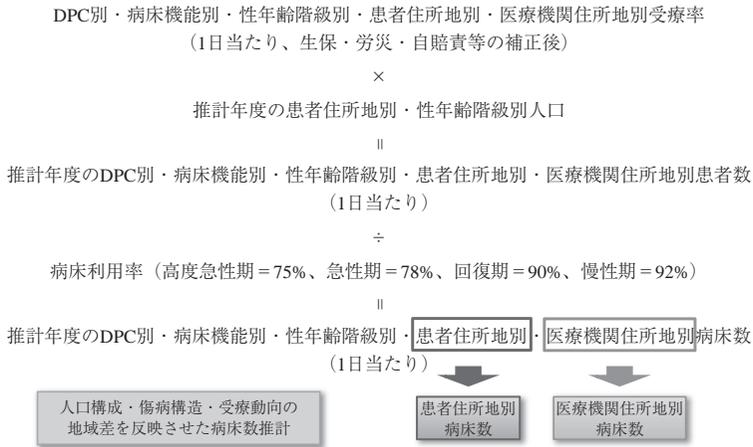


図6 機能別病床数の将来推計の方法

とになる (図6)。

#### IV データブックについて

今回配布されたデータブックには以下に説明する各種ツールが入っており、地域医療構想の策定に際しては、まずこれらのデータを用いて現状に

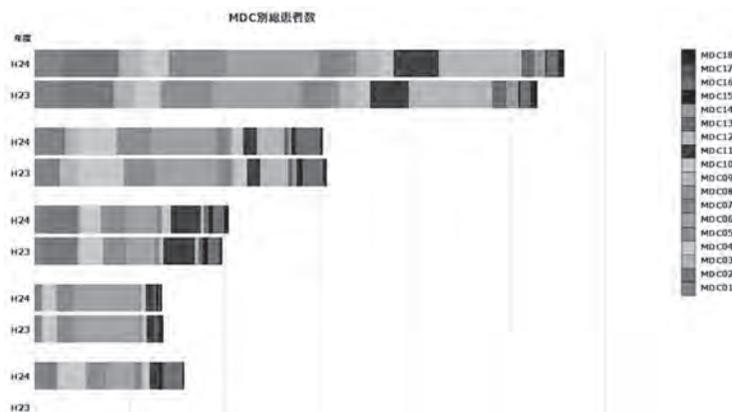
関する認識を関係者で共有することが不可欠である。この過程を除いて、別途都道府県に配布されている推計ツールから導き出される病床機能別病床数の推計結果を議論したとしても、実効性のある地域医療構想や地域医療計画を策定することは難しい。各データの内容とその解釈の方法を下記に簡単にまとめた。具体的な活用方法については

拙著を参照していただきたい〔松田, (2015)〕。

か、すなわち地域のDPC病院ですべてのMDC（主要診断群；詳細は表2参照）は現れているかを確認する。すべてのMDCが現れているということは、急性期入院機能について全診療科で対応ができて

### 1 DPCデータ（図7）

DPCデータについては、欠けている機能はない



- 欠けている機能はないか（=すべてのMDCは出ているか）
  - 欠けている機能がある場合、それは他の病院が補っているのか？
  - 補っていない場合、それが欠けていることで何か不都合が生じていないか？
- 各病院の機能は年度間で安定しているか？
  - 安定していない場合、それはなぜか？また、不都合は生じていないか？
- 圏域内の各病院の機能分化はどうか？

図7 DPCデータの検討

表2 主要診断群（MDC）の分類

主要診断群（MDC）	MDC日本語表記
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他の疾患

いることを意味する。そして欠けている機能がある場合、それはDPC対象ではない病院が補っていないのかを次に検討する。仮に補っていない場合、その診療機能が欠けていることで何か不都合が生じていないかについて検討する。

DPCデータで確認すべき第2の点は、各病院の機能が年度間で安定しているかである。具体的には、年度間で各病院の診療機能に大きな変更が生じていないかを確認する。安定していない場合、その理由が何であるのか、そしてそのために何か不都合が生じていないかを検討する。

第3の確認事項は、圏域内の各病院の機能分化の状況の検討である。総患者数の多少にかかわらず、圏域内の病院の診療パターンが同じである場合は、機能分化が進んでいないことを示唆している。同程度の医療資源がある複数の地域があった場合、機能分化の進んでいる地域の方がそうでない場合に比較して、個々のMDCでの症例数が多い傾向となることが経験的に知られている。

## 2 NDBデータ (図8)

NDBについては、当該医療行為（診療報酬上の医療行為等で示される。例えば、二次救急など）の患者居住医療圏における自己完結度（患者が自

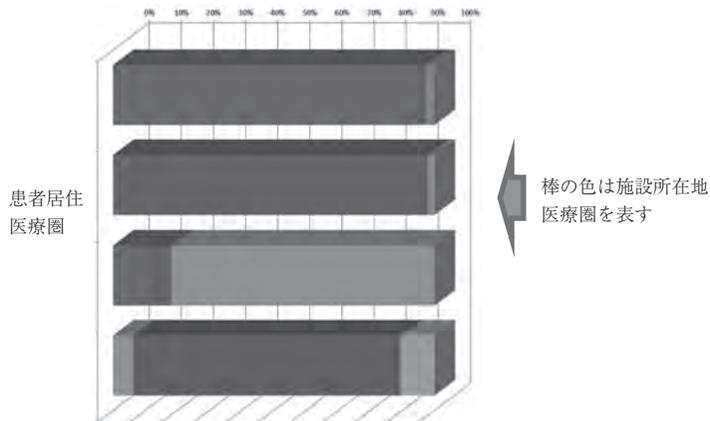
分の居住する医療圏にある施設で治療を受けることができるか）を検討する。そして、自己完結していない医療機能がある場合、そのために何か不都合は生じていないか、生じている場合、それをどう解決すればよいのかを検討する。

## 3 消防庁データ (図9)

今回、国から各都道府県に配布されるデータブックには、消防庁から提供されたデータをもとに作成した各二次医療圏における救急搬送時間の資料が含まれている（ただし、消防庁にデータを提出していない東京都の資料はない）。覚知（連絡が救急隊に入った時間）から病院収容までの平均時間を検討することで救急搬送に関して何か問題はないかを分析する。具体的には、搬送時間が長い場合、その原因はどこにあるのかを検討する。覚知から現場到着までの時間が長い場合は救急隊側の問題があることが、そして現場到着から収容までの時間が長い場合は、受け入れ側の問題であることが多い。

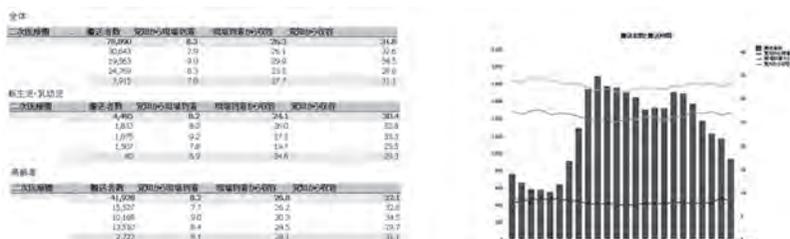
## 4 年齢調整標準化レセプト出現比 (SCR)

SCR (Standardized Claim Ratio) とは年齢調整標準化死亡比 (Standardized Mortality Ratio : SMR)



- 当該機能について、各医療圏（構想区域）の自己完結率はどうか？
  - 自己完結していない場合、それで何か不都合はないか？
  - 不都合がある場合、それをどう解決すればよいのか？
    - ✓ 自己完結率を高めるのか？あるいは他医療圏と連携するのか？

図8 NDBデータの検討



- 救急搬送に関して何か問題はないか？ (→覚知から収容までの平均時間の検討)
  - 搬送時間が長い場合、その原因はどこにあるのか
    - ✓ 覚知から現場到着？現場到着から収容？
    - ✓ 時間帯による問題は？
    - ✓ 年齢による問題は？

図9 消防庁データの検討

と同様の手法で、当該地域における特定のレセプトの出現状況を指標化したものである(図10)。ここでは標準集団を全国としている。SCRが100.0より大きければ、その医療行為は全国平均よりも多く行われていること、100.0より小さければ少なく行われていることを意味する。例えば、ある機能が全国に比べて少ない場合、それはそもそもそれを必要とする患者が少ないのか、それを提供する医療施設がないことのどちらかの理由が考えられる。仮に後者である場合、そのような機能が不足していることで、地域に何か不都合が生じていないかを検討する。

### 5 病床機能別医療需要

前述のように、今回の地域医療構想策定に当たっては国から、NDBから推計される現在の各病床機能別稼働ベースのデータをもとに、構想区域

ごとに病床機能別病床数の参照値が示される。

### 6 その他の資料

データブックには含まれていないが、地域医療構想および医療計画策定に資する目的で、筆者の教室では地域別の人口推計や傷病構造の分析を行うためのツールを提供している(産業医科大学公衆衛生学教室, [https:// sites. google. com/ site/ pmchuoeh/](https://sites.google.com/site/pmchuoeh/))。将来の医療需要を決定する最も重要な条件の一つは人口構成の変化である。したがって、各地域における地域医療構想策定に当たっては、これらのツールを使った分析を行うことが望ましい。

### V 地域医療構想策定の考え方

繰り返しになるが、今回の地域医療構想は実際

$$SCR = \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0$$

$$= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

SCR: Standardized Claim Ratio

図10 年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検討

のデータに基づき、各地域の医療提供体制の在り方について地域の関係者の議論によって「一定の」方向性を合意していくことが想定されている。そのためには地域医療構想ガイドラインに示されているような「推計ロジックによる構想区域ごとの病床数の推計」→「それを実現するための各構想区域での調整」という議論の進め方ではなく、図11に示したように「地域医療構想調整会議での各構想区域の医療の現状と将来像の検討、そしてそれを踏まえた機能別病床数の推計」→「都道府県レベルでの地域医療構想の策定」という順番で検討されるべきであろう。そして、このよう

な検討を行わなければ、それが地域医療構想の上位計画である地域医療計画や、次回の市町村介護保険事業計画（地域包括ケア計画）で予定されている在宅医療の提供に関する計画策定と整合性のあるものにはならないだろう。

計画は作ることが目的ではない。しかし、与えられた課題を形式的にかつ無事にこなすことが重視されるわが国の行政文化の中では、計画を決められた期限までに策定することが自己目的化してしまい実効性を担保しないものになりがちである。基準病床数という縛り以外はほとんど実効性のない現在の地域医療計画はその典型例である

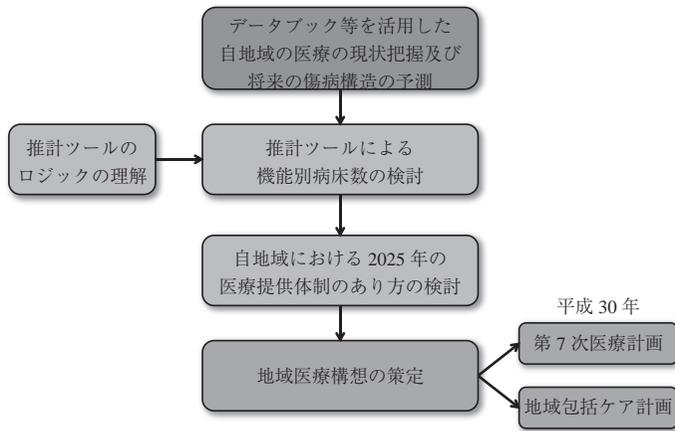
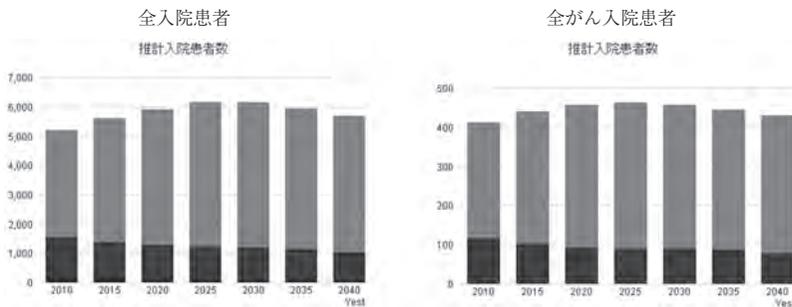


図11 地域医療構想のあるべき策定手順



注：図中3区分の内容は以下の通り。

下：15歳未満，中：15-64歳，上：65歳以上

資料：石川B光一

図12 産業医科大学病院の30分圏診療圏における医療需要の将来推計  
(全入院患者および全がん入院患者)

う。民間部門が医療介護サービス提供のかなりの部分を担っているわが国の場合、望ましい提供体制を構築しようとするのであれば、各地域でどのようなビジョンでそれを構築するのかという理念を明確にした上で、各経営主体の自主的な判断を可能とするための客観的な情報を継続的に提供することが求められる。データブックという形で、各地域の詳細な情報提供を都道府県のみならず、各医師会にも行った今回の地域医療構想策定作業

はそのようなものであったはずである。このことを行政関係者に改めて認識していただく必要がある。

第6次医療計画策定に当たってはPlan - Do - Check - Assessment (PDCA) サイクルを回すという視点からの検討が要求されていた。しかしながら、そのような理念に基づいて策定を行った都道府県は長野県など少数にとどまった。この結果に対する失望感が地域医療構想前倒しの一つの要因

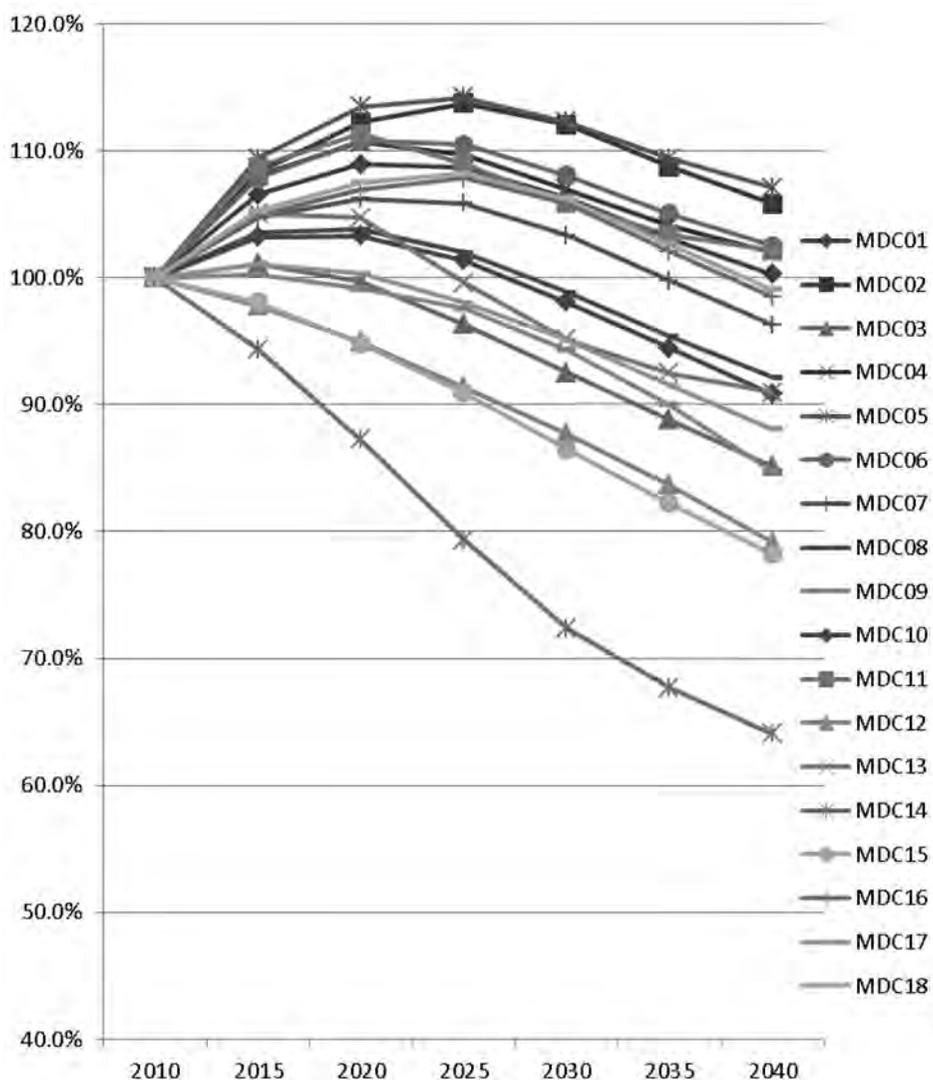


図13 産業医科大学病院のMDC別入院患者数の推計

であったことを関係者は認識しておく必要がある。したがって、今回の地域医療構想策定に際してもそのような枠組みで検討が行われる必要がある。実際、厚生労働省もPDCAサイクルに基づいた地域医療構想およびこれに続く地域医療構想策定を進めるための情報基盤の整備を行っている。例えば、前述のデータブックについては毎年データが提供され、各構想区域における整備の進捗状況がモニタリングされる体制が整備されている。NDBやDPCといった医療関連ビッグデータを体系的に情報化し、それを活用するための枠組みができたのである。このような情報基盤整備は、今後介護保険でも行われると考えられる。

ここで留意すべきは政府の税と社会保障一体改革において設定された改革工程表においても、NDBやDPCから作成されるKey Performance Indicator (KPI)を用いた進捗管理が予定されていることである。行政のみならず、各地域の医療関係者も策定した地域医療構想や地域医療計画の、実効性について説明責任を負うことになる。その意味でもデータに基づいて「あるべき姿」について真摯に議論し、地域医療の質の向上という視点からそれが各施設の経営方針に反映される仕組みづくりが必要である。

そのためには現状のデータのみでは不足しており、各病院単位での将来推計が可能になるツールの整備が必要である。例えば、石川は患者調査と国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口および国勢調査のメッシュデータを用いて各病院の所在地から30分圏内（一般道ベース）の人口における傷病別入院患者数を推計するモデルを開発している（図12）（石川、<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>）。また、筆者らの教室では上記データに加えて各病院のDPCデータを用いて、MDC別の入院患者数を推計するツールを開発している（図13）。今後、何らかの方法でNDBデータから各施設の同様の推計を行うツールを開発することを計画している。ただし、超高齢社会では入院患者数は介護施設や在宅医療の状況、さらには経済状況の影響を受けうる。したがって、開発するツールはそのような要因も含め

て柔軟な推計を行うシミュレータ的なものになればと考えている。

## VI 結語

地域医療構想の本来の目的は病床を削減することではなく、2025年の傷病構造および医療・介護を担う人材の状況を考慮した上で、各地域の住民の安心を保証するための医療介護提供体制を構想することである。低経済成長下の少子高齢化という厳しい現実を踏まえて、各地域の医療をどのように保証していけばよいのかということ、医療関係者が主体となって構想していくというのが今回の事業の大きなポイントである。また、地域医療構想の策定プロセスは医療の現状を関係者に理解してもらい、医療に対して適切な理解とファイナンスを獲得していくための絶好の機会であると筆者は考えている。その意味でもデータを開示し、そしてオープンな議論が行われなければならない。

いずれにしても今回示される数字はどれも絶対的なものではない。将来のことを正確に予想することはできない。継続的に見直しを行いながら、2025年の各地域の傷病構造にふさわしい提供体制を漸進的に構築していくのが今回の構想であると考える。拙速ではなく、冷静かつ実地的な議論が各地域で行われることを期待したい。今回の地域医療構想に関連する事業に対応するために、NDBおよびDPCという国際的にも比類のない医療関連ビッグデータが活用されるようになったという事実が重要である。今後、このデータの活用そしてそこから抽出される情報が数多く国民に開示されるようになるだろう。わが国の医療・介護の見える化が一気に加速するのである。現時点で、地方自治体の関係者や医療関係者のデータ対応力は必ずしも十分でない。これから次々とオープンにされてくるデータを十分に活用できるようになるためにも、今回の地域医療構想調整会議の場をその修練の場として実効性のあるものにならなければならない。そのためには筆者のような各地域のアカデミアの役割が重要であると考えている。その意味

で、NDBやDPCを活用した政策研究の推進も他方で行われることが不可欠である。

#### 付記

なお、本論文は平成26年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療機関の病床区分や人員配置等に関する研究（H26-医療一般-001）（研究代表者 松田晋哉）によって行われたものである。また、この研究の実施に当たっては産業医科大学倫理委員会の審査・承認を受けている。

#### 引用文献

- 石川ベンジャミン光一データ公開サイト：<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!>。  
産業医科大学公衆衛生学教室：<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>。  
内閣府・医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会：第一次報告「医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>（平成28年7月20日閲覧）。  
松田晋哉（2011）『基礎から読み解くDPC 実践的に活用するために 第3版』医学書院。  
———（2015）『地域医療構想をどう策定するか』医学書院。

（まつだ・しんや）

## **Establishment of the National Claim Database and its application to Regional Health Vision**

Shinya MATSUDA \*

### Abstract

Each Japanese prefecture is requested to establish the Regional Health Vision (RHV) up to the end of 2016 fiscal year. This vision indicates the reference number of necessary bed stratified by four hospital functions of each region. In order to facilitate this task, the Ministry of Health, Labour and Welfare has prepared a series of data which describe the actual and future situation of hospital services of each region. The new Regional Health Plan (RHP) is planned to be established based on RHV as an action plan before 2018. Different from the past RHP, its state of progress will be monitored by the indicators derived from the two health big data, DPC and National Database. This situation will ameliorate the effectiveness of the plan. Furthermore, each health facility will be able to carefully investigate the future plan with in the region.

Keywords : Regional Health Vision, Regional Health Plan, NDB, DPC, Big data

---

\* Department of Preventive Medicine and Community Health, University of Occupational and Environmental Health, Japan

---

**特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方**

---

## 医療需要将来推計に基づく地域医療構想が示す 医療機能の分化・連携のあり方

伏見 清秀\*

---

### 抄 録

2025年の医療機能別医療需要の推計と病床機能報告に沿って各都道府県は地域医療構想の策定を進めている。従来の病床機能別必要病床数推計は、平均在院日数などの病態の時間的なフェーズに基づく推計であったが、2015年の専門調査会の推計は医療資源必要度に基づく点が異なる。この手法は、高齢者の慢性疾患の増加による病態の多様化への対応や、近年整備が進むレセプトデータの活用などに適している。地域での医療機能別必要病床数推計に沿って、各医療機関は自院の医療機能を決定することが求められる。診療機能の分析を各医療機関が自主的に進めることで、地域における医療機能の分担と連携が進展することが期待されている。さらに、各都道府県の地域医療構想を比較すると、現状と将来像の対比から病床転換の方向性や、自治体病院等の機能再編も示す意欲的な構想がある一方、国が提示したガイドラインに沿っていないものも認められた。

キーワード：疾病構造，病床機能，在院日数，医療資源必要度，医療提供体制

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.567-579.

---

### I はじめに

2014（平成26）年の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」と「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」の告示に基づき、2015（平成27）年3月に地域医療構想策定ガイドラインが公表された〔地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015）〕。さらに、同年6月に内閣府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が、2025（平成37）年の医療機能別病床必要

数の推計を公表し、これらに沿って各都道府県は地域医療構想の策定を行っている〔内閣府・医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（2015）〕。一方、一般病床の機能分化を進め、急性期医療への医療資源の集中化を図るための具体的方策として、医療機関が、その有する病床の機能区分の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する、「病床機能報告制度」が始まっている〔病床機能報告（2016）〕。

本稿の前半では、従来からの様々な検討も含めて、病床機能の分化のあり方と必要病床数推計についての考え方を整理する。今までは、病床機能毎の平均在院日数に基づく必要病床数推計が主で

---

\* 東京医科歯科大学 医療政策情報学分野 教授

あったが、2015（平成27）年の専門調査会の推計では医療資源必要度の差異による推計を行っている点が大きく異なっている。これらの関連を整理したい。後半では、各都道府県で策定が進んでいる地域医療計画の一部としての地域医療構想を、国が呈示したガイドライン等と対比させながら、記載内容の充実度や病床機能報告データの活用状況等の観点から、その内容を比較評価する。

## II 医療需要の推計

### 1 医療機能分化の方向性

わが国の一般病床は十分に機能分化していないとされている〔伏見清秀（2008），pp.46-49〕。諸外国と比較して著しく長い在院日数は、一般病床が急性期病床と回復期あるいは亜急性期病床の混合状態であるためと考えられる。急性期治療が終了した患者が次のフェーズの治療に必要な機能を持つ場所に適切に移っていないためである。

医療は、概念的に、多くのスタッフや医療設備などの医療資源を使って比較的短期間に疾病を治すための急性期医療と、あまり多くの医療資源は使わずに比較的時間をかけて身体機能を維持・回復させる回復期医療に分けることができる。病態の変化と医療機能の関係を模式的に示すと図1のようになると考えられる。横軸に病態推移の時間軸を取り、縦軸に診療に必要な医療資源量を取る

と、多くの急性疾患は実線のような経過を取る。すなわち、疾患の発症当初は入院加療や手術、専門的な治療のために多くの医療資源を必要とするが、時間とともにその必要量は減少し、最終的には治癒に至る。しかし、完全に治癒するまでに、身体機能回復や体力回復のために一定の時間と一定の医療資源を有するのである。この後半部分を回復期と称している。つまり、病態経過の時間軸の視点から、発症早期が急性期、後期が回復期とされる。

一般的に、発症早期の急性期は入院、手術、注射等の治療のための医療資源が多く必要とされる。一方、時間を経て回復期に入ると、手術等の設備ではなくリハビリテーション等のスタッフ、設備などの医療機能が求められる。

これに対して、今後急激に増加する高齢者においては、図1中の点線で示すように、身体機能を回復するために一定程度の医療資源を必要とするものの、特に高度な医療機能を要しない支持的治療が適する場合が多くなると考えられる。例えば、身体機能の衰えのために、手術等の専門的な治療ではなく、注射、リハビリテーション等が必要とされる病態である。在宅医療で常時ケアを受けている高齢者が、一時的に病態が悪化したような場合は、高度な急性期ではなく、軽度急性期、亜急性期、回復期等に相当する医療機能が必要となる。

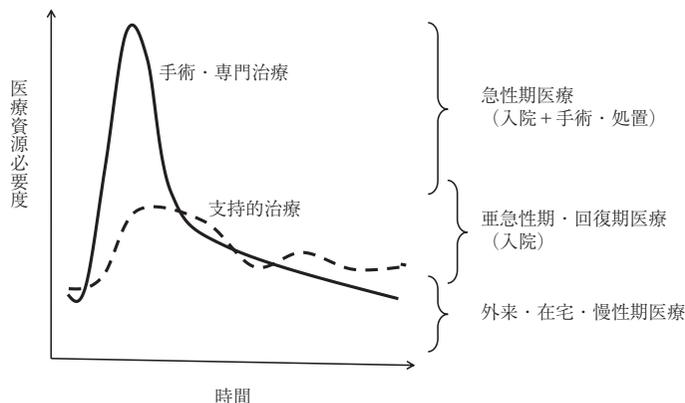


図1 医療機能と病態フェーズの関係の概念図

わが国の医療提供体制は、これらの区分が不明確で機能が分化していないとされている。例えばわが国には100万床ほどの一般病床があるが、人口あたりの病床数は国際的な平均の2倍を超えるほど異常に多く、手術等の治療を短期で終えて1週間程度で退院する患者から、数カ月以上入院している患者までいる。この一般病床を急性期部分とそれ以外に分けて、前者にはスタッフや設備などを重点的に配備し、後者にはリハビリテーションなどの機能を割り当てることで、わが国の医療提供体制を効率化し、今後急激に増加する高齢者を中心とする入院患者に対応する施策が検討されている。

ここに示したように、医療機能分化の考え方には、病態の時間的なフェーズで捉える見方と医療資源必要度で捉える見方の2つがある。多くの急性期疾患では病期が1フェーズであることが多いため、病態の時間的なフェーズから急性期部分とそれ以降の回復期部分を分けて捉えて、それぞれの病期に必要な医療機能を検討する手法がわかりやすい。わが国の今までの多くの必要病床数推計は、この手法が取られ、それぞれのフェーズの平均治療期間の適正化によって医療機能配分が推計されてきた。

一方、高齢者が増え慢性疾患が増加すると病態も多様化し、長期的に在宅医療を受けながら病態に応じて一時的な入退院を繰り返すような状況も含めて検討する必要があることが明らかとなってきた。このような病態では、入院医療に必要な機能は必ずしも専門性の高い高度な医療ではないため、軽度急性期、亜急性期、准急性期などと称される医療機能の必要性が考えられている。この見方が、時間的なフェーズではなく、医療資源必要度の観点から医療機能を区分するものである。

## 2 従来の医療需要と必要病床数の推計

厚生労働省は平成24年に、将来の人口構造の高齢化を見越した「社会保障と税の一体改革」試案の中で、2025年の医療提供体制を提案している〔社会保障・税一体改革で目指す将来像（2012）〕。このときの推計は、病態の時間的なフェーズから

表1 平均在院日数に基づく機能別必要病床数の推計

	「税と社会保障の一体改革」 での推計例	著者の推計例
高度急性期	22万 在院日数：15-6日 稼働率：70%	15万 在院日数：12日 稼働率：80%
急性期	46万 在院日数：9日 稼働率：70%	40万 在院日数：9日 稼働率：80%
亜急性期	35万 在院日数：60日 稼働率：90%	52万 在院日数：90日 稼働率：90%
慢性期	28万	28万

出所：社会保障・税一体改革で目指す将来像（2012）より著者作成。

医療機能分化を推計する手法が取られた。機能分化を見込まない投影シナリオでは、高齢者人口の増加に伴って一般病床を129万床まで増加させる必要があると予想された。一方、一般病床の機能分化とそれぞれの機能の在院日数の適正化によって、高度急性期22万床、一般急性期46万床、亜急性期35万床、合計103万床と、病床総数はほぼ現状維持で可能と予想し、機能分化の必要性と有効性を示した（表1）。最近の議論では、「亜急性期病床」が「回復期病床」と称されているが、求められる機能としてはほぼ同等のようである。

高度急性期と一般急性期の違いが不明確なので、これらをまとめ急性期と見なすと、現状の一般病床を急性期68万床、亜急性期35万床に分化させる方向性を示したことになる。しかし、詳細に見ると、急性期病床の病床稼働率が70%、亜急性期病床の平均在院日数が60日など現状からかなり乖離した仮定に基づく推計であることがわかる。病床稼働率を80%、亜急性期病床の平均在院日数を90日と現状を反映させた数値に置き換えて再計算すると、急性期病床55万床、亜急性期病床52万床となる。すなわち、一般病床を急性期と亜急性期にはほぼ半々に2分することが必要と推計された。多くの既存研究、国際比較でもわが国の急性期病床は2倍程度過剰とされているので、この推計の妥当性が高いであろう。

## 3 平成27年専門調査会の医療需要将来推計

平成27年の内閣府専門調査会の医療需要将来推

計の詳細は本特集の松田論文を参照されたい。診療報酬の1日当たり出来高点数に基づく医療資源投入量を基準として、医療機能ごとの医療需要の推計する手法をとっていることが特徴である。看護基準等の違いを除くために、入院基本料を除いた部分の1日ごとの点数について、DPCデータ等を元に高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期の基準が検討されている。それぞれの境界となる点数は、C1=3000点、C2=500点、C3=175点が設定されている。

この推計でもっとも重要な点は、医療機能を分ける基準として、従来の時間フェーズに代わって、医療資源投入量を用いていることである。従来の考え方を大きく方向転換している。上述したように慢性疾患が増え、多様化する医療の実情に対応するものといえるとともに、整備が進んでいるナショナルデータベースなどの医療データベースを積極的に活用する手法といえる。

1日あたり診療報酬点数を基準とする方法は、非常に簡略化された機能別医療需要の推計方法であるが、一定の診療報酬の点数の基準から機能別需要を計算する関数の機能の様なものと捉えることができる。地域レベルの推計には充分なものであり、点数を操作することによって、合理的な機能別医療需要を設定する事ができる。ただし、後述するが、これらの簡便な方法から個別医療機関の病床ごとの機能を割り付けることは無理であ

る。

レセプトナショナルデータベースのデータを用いると、全国のほぼすべての患者の1日あたり医療費を計算することが可能となる。従って、1日あたり点数の基準を決めれば、その範囲に入る入院患者が全国で何人いるかもわかる。ある1日の全国の全入院患者を点数の低い順に並べて患者数を数えることにより、1日あたり患者数と診療報酬の点数の関係を示す曲線を描くことができる(図2)。この診療密度順累積患者数曲線によって、診療報酬の点数の範囲を決めると、その範囲に相当する入院患者数を推計することができる。従って、1日あたりの点数は、入院患者数を求めるパラメーターであり、それを決めているのがこの累積患者数曲線という関数である。

高度急性期を決める1日あたり3000点、急性期を決める1日あたり500点という基準は、DPCデータ分析等に基づいて、臨床病態を勘案した上で設定されているが、回復期病床と慢性期あるいは在宅医療との境界である175点は臨床上に設定するのは非常に難しい。おそらくこの部分は、上述した関数を用いて、回復期までの入院病床数が90万床程度になるように設定されたものと考えられる。言い換えると、回復期と慢性期の境界は絶対的なものではなく、さまざまな要因によって変わらうるものと捉えられる。

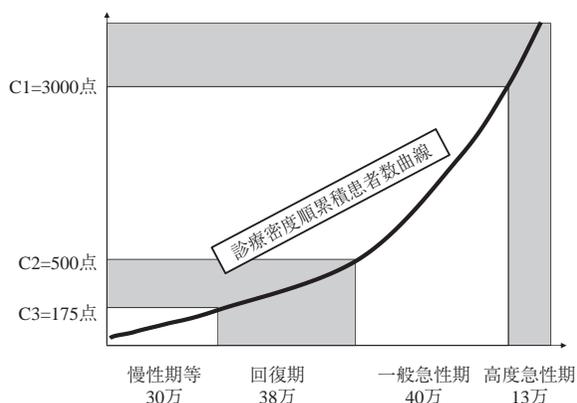


図2 1日あたり診療報酬点数と入院患者数の関係

表2 平成37年の医療需要推計の比較

推計者	税と社会保障一体改革		著者		専門調査会	
推計基準	病態のフェーズ				医療資源必要量	
高度急性期	22	68	15	55	13	53
一般急性期	46		40		40	
回復期（亜急性期）	35		52		38	
一般病床合計	107		107		91	
慢性期	28		28		28	

(万床)

出所：社会保障・税一体改革で目指す将来像（2012）および第4回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会資料（2015年3月17日）より著者作成。

#### 4 専門調査会推計と既存推計の比較

平成37年の医療需要推計での第一の注目点は急性期と回復期（亜急性期）の分け方にある。従来推計と専門調査会の推計を比較すると、著者が一定の修正を加えた病態のフェーズに基づく推計と、医療資源必要量に基づく専門調査会の推計では、急性期病床の必要数が53－55万床とほぼ一致している（表2）。異なる手法による推計でほぼ同様の結果が得られたことの意味は大きい。わが国の急性期病床の必要数は50万床をやや上回る程度であるとみなせる。現在のDPC病院の総病床数にほぼ等しいことは興味深い。DPC病院がほぼ急性期病院に相当するの否かは詳細な検討が必要であろう。

回復期（亜急性期）病床の推計は一致を見ていない。専門調査会の推計では、一般病床患者の相当数を在宅医療へ移すことを見込んでいるため、回復期と一般病床の推計数がかかなり圧縮されている。上述したようにこの部分の推計は、175点という意基準点数の決め方に恣意性が混入するため、信頼性はあまり高くないといえる。実際、在宅医療を受ける患者数が大きく増大する推計の実現可能性を疑問視する声もある。在宅移行が想定どおり進まず、それらの患者が一般病床にとどまる場合は、回復期需要が50万床を超える可能性も見込んでおく必要があるだろう。

### III 病院における病床機能分化のあり方

#### 1 病床機能と入院患者像

地域での医療機能ごとの必要病床推計数に沿っ

て、各医療機関は自院が担う医療機能を決定することが求められる。専門調査会では各医療機能に相当する患者像を示している（図3）〔第4回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（2015年3月17日）〕。高度急性期は、ICU、HCUなどを算定している患者が想定されているが、大学病院等の高度医療機関の入院患者をどこまで含めるかは明確になっていない。高度急性期と一般急性期は同一医療機関内で継続して医療が提供されることが多いので、この区分を明確に定める必要はあまりないと考えられる。

これに対して、急性期と回復期の境界をどこに設定するかは、患者の転院や地域連携に関係するので大きな課題である。この境は、急性期における治療がほぼ終了してある程度安定した病態に移行する時点が想定されていて、診療報酬点数上はDPC包括支払いで平均在院日数を超える入院日数Ⅲの期間に移行する時点付近が相当すると考えられる〔松田（2011）〕。医療機関は、このような病態に移行する患者を自院の回復期病棟等へ転棟させてリハビリテーションを含めて継続的に診療するか、他の医療機関への転院を促すかの選択が必要となる。

また、回復期病棟では、退院あるいは転院の目安となる診療のエンドポイントを設定し、慢性期病棟への移行あるいは自宅退院後の在宅医療や外来診療との連携を進めることが求められる。

#### 2 病床機能報告制度と機能分化

平成26年末から、各医療機関はそれぞれの病床の機能の現状と将来の方向性を届け出ることが求

### 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)について

	医療資源 投入量	基本的考え方	患者像の例
高度 急性期	C1 3000点	救命救急病棟やICU、HCU で実施するような重症者に対 する診療密度が特に高い治 療(一般病棟等で実施する診 療を含む。)から、一般的な 標準治療へ移行する段階に おける医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。</li> </ul> <p>[例] 非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン +点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期			<ul style="list-style-type: none"> <li>急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。</li> <li>尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。</li> </ul> <p>[参考] NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這い」となっており、落ち着く段階の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
回復期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳膿瘍に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。</li> <li>大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。</li> </ul> <p>[例] 補液+点滴管理+ドレナージ</p>
在宅等	C3 225点	在宅においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量  ○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	

出所：第4回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会資料。

図3 病床の機能別の患者像の例

められ、その情報とレセプトデータ等を組み合わせて全国、地域レベルで個別病床単位の機能のあり方を検討することとなっている〔病床機能報告(2016)〕。

4つの病床機能については、現在は各医療機関の意向に沿った選択を届け出ることになっているが、今後レセプトデータを始めさまざまなデータが集約されるようになると、データに基づいた病床機能分析が求められるようになるであろう。現状では、自由に病床機能を申告できるが、今後データが出てくれば、客観的な裏付けのない病床機能が認められることはなくなるであろう。

各病院が申告する病棟ごとの機能と、提出されるレセプトデータを集計した上で、各機能を評価するための指標をレセプトデータから計測することで個別病院の各病棟の機能を評価することが可能となる。仮想病院Aのシミュレーションを表3

に示すが、たとえば高度急性期の3階東病棟の手術指標や専門検査指標は、高度急性期病床の地域や全国の平均値より低く、むしろ一般急性期の平均値に近いことがわかる。このような場合は、この病棟の機能を一般急性期と修正することが適当

表3 病床機能報告データの集計・分析例  
(数値は指標の相対値のイメージ)

病棟	機能 (自己申告)	評価項目	A病院	地域平均	全国平均
3階東	高度急性期 50床	手術	1.2	1.8	2.0
		専門検査	1.4	3.4	3.5
3階西	一般急性期 50床	手術	1.1	1.2	1.1
		専門検査	1.3	1.4	1.5
4階東	一般急性期 50床	手術	0.2	1.2	1.1
		専門検査	0.3	1.4	1.5
4階西	回復期50床	リハ	1.5	3.4	4.0
		在院日数	150	58	62
5階	慢性期100床	在院日数	180	120	135

と考えられる。同様に、4階東病棟は一般急性期としては手術、専門検査の指標が低いいため、回復期への機能転換を検討したほうがよいかもしれないことがわかる。

このような分析と評価を各病院が自主的に進めることで、地域における医療機能別病床配置や機能連携が段階的に進展していくことが期待される。平成37年までの数年間をかけて、地域での各病院の機能配置と機能転換を効果的に進めていくことが求められている。

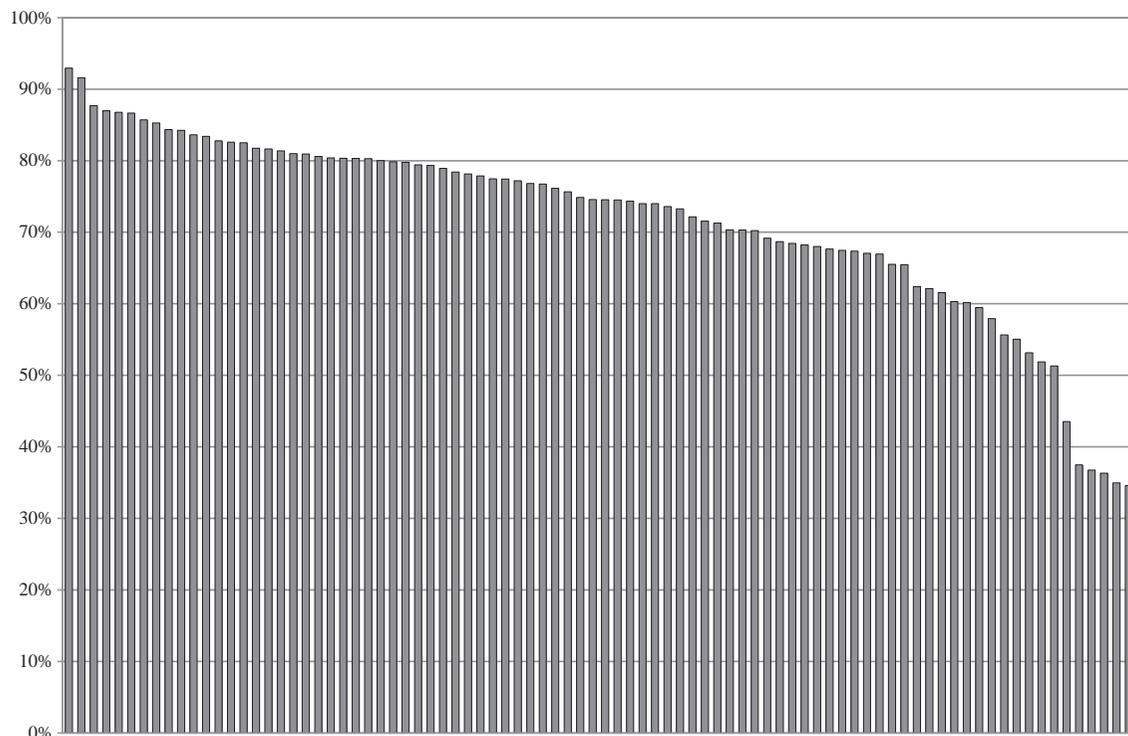
### 3 レセプトデータ分析による医療機能評価の検証

病床機能報告制度の方向性を探るために、国立病院機構の一般病床のレセプトデータをもとに病床の機能を分析した先行研究の事例がある〔井高、伏見（2013）pp.10-19〕。急性期患者をレセプトデータから把握される急性期に特徴的な専門的

な医療を入院中に提供された患者と仮定した上で、一般病床に入院した患者に占める急性期患者の割合を集計した（図4）。

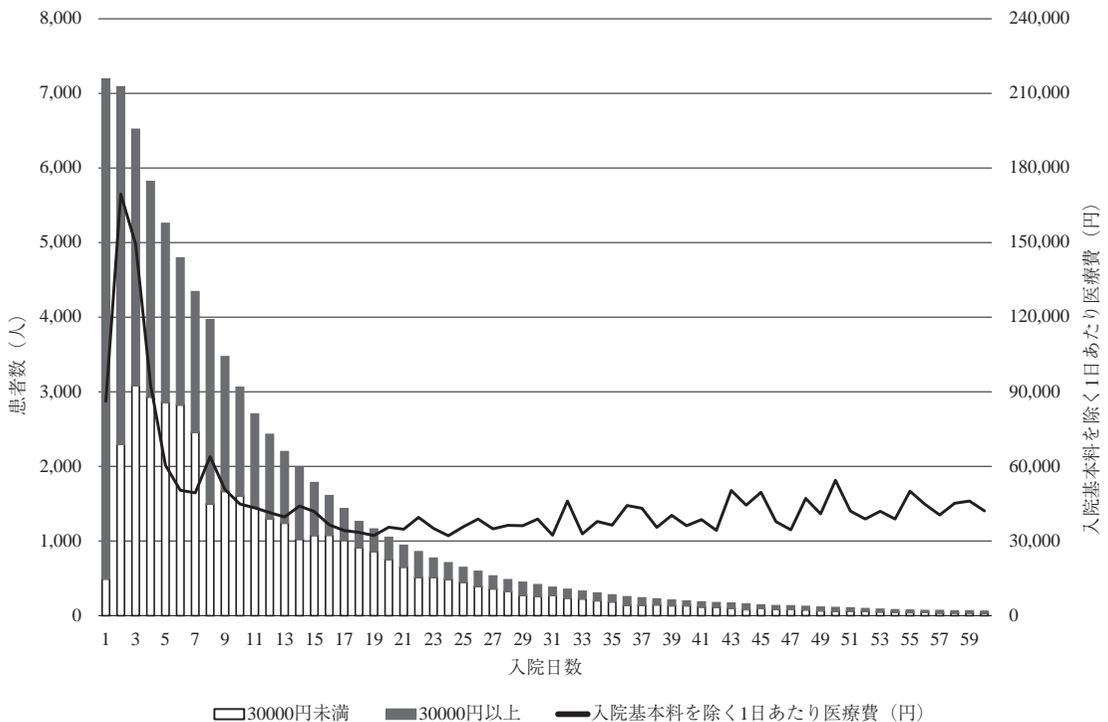
その結果、DPC病院では、70%から80%が急性期患者と認定されたのに対して、非DPC病院では急性期患者の割合は30%から80%とばらつきが大きかった。一部の病院の一般病床では、60%を超える患者が非急性期とされ、その多くが、手術、化学療法などを行わず肺炎、脱水、リハビリテーション等のために入院している高齢者患者であった。

この研究結果からは、レセプト情報のみからでも病床の機能は把握することができること、我が国の一般病床には、非急性期あるいは軽度急性期と考えられる患者が多く入院している可能性が示された。病床機能報告制度のデータ分析に基づいて、わが国の全病院の機能をほぼ正確に把握することができることが予測される。



出所：井高、伏見（2013）。

図4 一般病床に占める急性期患者の割合



出所：伏見（2016）。

図5 特定機能病院での入院患者の診療密度の推移の例

同様の分析を大学病院のデータでも行っている〔伏見（2016）〕。入院からの日数別にC1=3000点を超える高度急性期の患者数を集計すると、入院早期でも50%をやや上回る程度で、全体では50%を下回ることが明らかとなった（図5）。詳細に検討すると、例えば弁膜症のロス手術のような高難度手術を受けた患者であっても、手術1週間後にはほぼ半数がC1の点数以下になっていることなどが見えてくる。これは、大学病院であっても高度急性期病床は半数程度であるのか、あるいは、点数以外の方法で高度急性期を定義する手法を検討する必要があることを示している。

そもそも、病院単位でC1、C2、C3のような診療密度のみで病床機能を評価することにはかなり無理がある。たとえば、手術を実施した患者はほぼ全てC1を超える高度急性期に相当するので、手術を実施している病院には必ず高度急性期病床が必要ということになるなどさまざまな矛盾が生じ

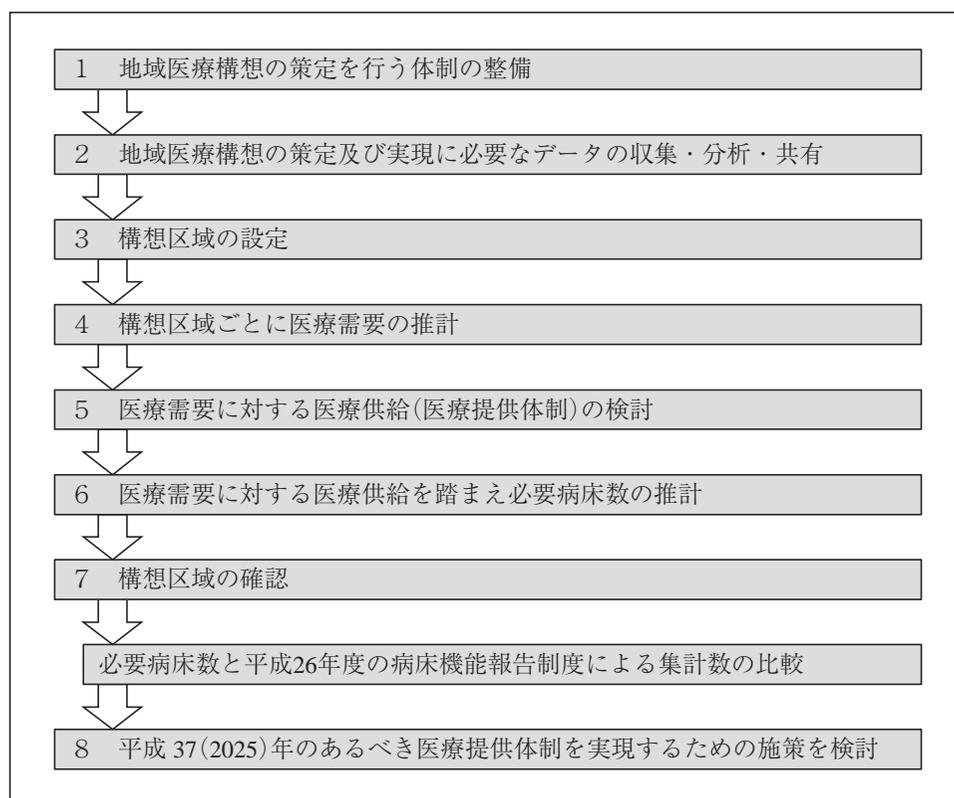
る。

また、上述したように高度急性期と一般急性期の境界はそれほど明解ではないので、高度急性期と一般急性期を組み合わせる方法なども検討されて良いかもしれない。同様に一部の病院では、一般急性期と回復期を組み合わせることも必要かもしれない。病院における医療機能別病床機能の評価には一定程度の柔軟性が求められる。

#### Ⅳ 地域医療構想の評価

##### 1 地域医療構想策定ガイドラインとの対比から見えてくる地域差

本論文作成時点で、各都道府県のホームページなどから28の地域医療構想（案も含む）を調査することができた。それらを概観した上で現時点での地域医療構想の実態を評価したい。



地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015）より著者改変。

図6 地域医療構想の策定プロセス

都道府県の地域医療構想は図6のプロセスに沿って作成することが求められている〔地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015）、松田（2015）〕。大部分の地域医療構想にはこの内容が記載されている。「1 地域医療構想の策定を行う体制の整備」には医療関係団体、保険者等を含む地域医療構想調整会議の設置が含まれているものが多い。

次いで、「2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」が記載されている。政府から基礎データは提供されているので、それらの中から人口動態、医療需要推計、医療従事者の状況、拠点病院等の状況、在宅医療や介護サービスの状況などが示されている。一部の地域では、隣接地域や二次医療圏間の患者受療動向を詳細に分析して提示している。これらの分析内容

は従来の地域医療計画と類似したものが多いが、詳細な医療需要将来推計などは従来にあまりなかったものといえる。

「3 構想区域の設定」は今回の地域医療構想の目玉の一つではあるが、ほとんどの地域で従来の二次医療圏を踏襲したものとなっている。

「4 構想区域ごとに医療需要の推計」では、専門調査会が示した平成37年の医療需要の推計方法の概要を説明した上で、各区域の機能区分毎の推計値が示されているものが多い。「5 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討」と「6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計」では、地域の实情に応じて患者受療動向を加味して医療供給体制の検討が示されている。東京都などのように特に患者移動が大きい地域はこの部分の検討が詳細に示されている。

表4 地域医療構想策定ガイドライン抜粋

ア	病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較 ・ 病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析 ・ 構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを把握
イ	病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握 ・ 各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、構想区域における病床の機能区分ごとの医療機関の状況を整理 ・ 病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを都道府県が作成
ウ	地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討 ・ 各医療機関の自主的な取組を改めて促進 ・ 地域医療構想調整会議を開催して医療機関相互の協議を進め、不足している病床機能への対応、過剰となると見込まれる病床機能からの転換について、具体的な対応策を提示 ・ 地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなるが、早い段階で平成37年（2025年）までの各構想区域における工程表を策定

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015）より。

「7 構想区域の確認」「必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較」の部分が、都道府県間の表現方法の差異が大きい部分となっている。地域医療構想策定ガイドラインに示されるように、構想策定の基盤となるもっとも重要な部分のはずである（表4 ア）。

青森県、大阪府、広島県など13地域の構想では、構想区域毎に医療機能毎の必要病床数推計値と病床機能報告集計値を対比し、その過不足が明確にわかるように示されている。それぞれの地域でどの医療機能が過剰となり得るか、不足する可能性が高いかが一目でわかるように提示されている。

一方、東京都など11地域の構想では、必要病床数と病床機能報告集計数の比較が明示されていなかった。東京都の例では各構想区域のセクションの最後に、わずかに病床機能報告の集計結果が小さなグラフとして記載されているのみであることがわかる。わざわざ必要病床数の推計値の表とわけて記載されているため、意図的に両数値間の比較が困難になるように記載している印象を与える。

病床機能報告の数値の取り扱い方をみることによって、各都道府県の地域医療構想に対する姿勢を知ることができるようである。必要病床数推計値と比較されることを拒否している地域は、構想策定に関わった関係者が国の示した策定プロセスに従う意思がないことを暗に示しているのかもしれない。今後の医療計画等で、病床機能報告集計値と必要病床数推計値の間の乖離にどのように対

応していくのかを注目する必要がある。

## 2 地域医療構想が示す具体的な施策の評価

「8 平成37（2025）年のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討」は、前項の違いがそのまま反映されることとなる。あるべき姿と現状の比較が適切に示されていない医療構想においては、その乖離に対する施策を提示できるはずがない。これらの地域の医療構想では、残念ながら従来からの医療計画と同様の具体性に欠ける施策が列記されているものが多い。

一方、あるべき姿と現状の比較が適切に示されている医療構想では、両者の乖離に対する施策を提示する試みが認められる。当然、病床機能分化を促す施策は平易で単純なものではないので、その記載には各地域の苦労を読み取ることができる。

青森県、岩手県、大阪府、広島県の4地域の構想では、機能分化の方向性などが示されていて地域医療構想の趣旨に沿ったものであると認められた。広島県の例では、病床転換の方向性や、人口減少への対応が明記されていて、それぞれの地域の危機意識を感じることができる。このように施策の方向性を示した上で、適切な指標を計測しながらPDCAを推進することで、地域の医療提供体制がよりよい方向へ向かうための地域の総意の形成へつながることが期待できる。

青森県の構想などでは、さらに具体的に地域の自治体病院等の機能再編成に踏み込んでいる部分

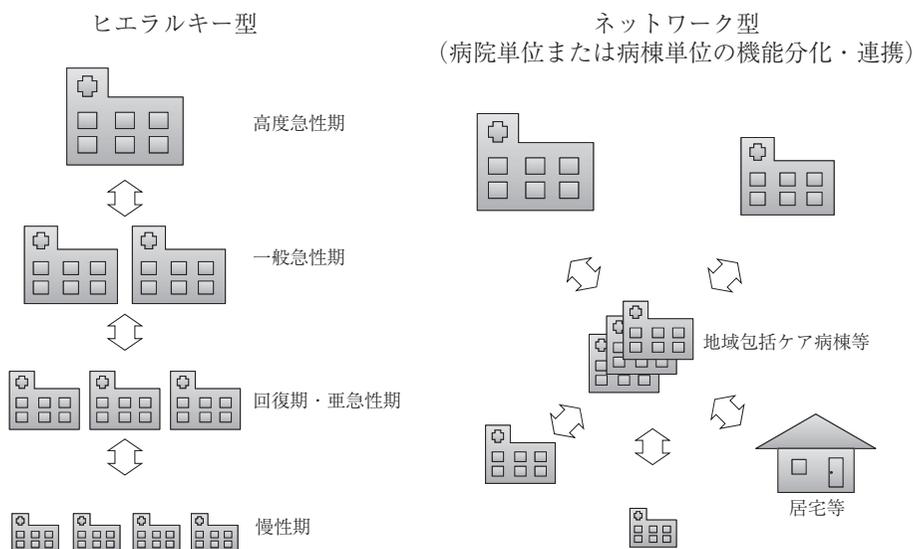


図7 わが国の医療提供体制に求められているパラダイムシフト

が特徴的である。県立病院等が多い地域の特性に依るものでもあるが、地域の基幹病院の機能再編も視野にいれる地域医療構想につなげる上で、参考となる事例といえる。

さらに言えば、地域医療構想策定ガイドラインが期待するものは、より踏み込んだ内容である(表4 イウ)。構想区域内の医療機関の状況の把握の記載がある医療構想はほとんどない。青森県などのように自治体病院の記載が散見されるのみである。具体策の提示および工程表の作成は残念ながら見つけることができない。今後の医療計画等で具体策の呈示を期待したい。

## V まとめ

本稿では、医療機能分化と必要病床数の推計について、これまでの経緯と地域医療構想との関係をまとめた。さらに、都道府県が策定を進めている地域医療構想を調査し、策定ガイドラインに照らしてその内容を評価した。

我が国の医療機能分化の必要性は長く指摘されているが、実情はなかなか変わっていない。このように機能分化が進まない大きな理由の一つが、我が国の医療関係者、医療機関管理者、医師、医

療従事者、患者等多くの間に認められる急性期病院指向にある。多くの関係者が、大学等の高度急性期病院を頂点とする暗黙的なヒエラルキーの存在を意識しているようである(図7左)。病院長も医師も患者も皆、上の階層の病院が良い病院と認識し、そこを目指しているように感じられる。

ところが、高齢化が急速に進むわが国では、その体制がもう持たなくなっている。急増する高齢患者を全て今の急性期病院で受け入れ、さらに看取っていたのでは、わが国の医療提供体制が破綻するのは明らかである〔伏見(2013)〕。今後、期待されるのは、地域に密着して在宅医療のサポートも担える医療機関であろう。地域包括ケア病棟などはその先駆的モデルといえる。これらの医療機関が地域医療を支え、手術あるいは高度専門医療が必要な場合のみ、より高度な専門医療機関と連携できるようなネットワーク型の体制が望ましいのではないだろうか(図7右)。そのためには、医療介護施設経営者のみならず、そこで働く医師、医療従事者、患者と地域住民、医療行政担当者など、すべての関係者の意識改革、パラダイムシフトが求められる。

## 参考文献

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015），<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>（2016年10月8日最終確認）。
- 内閣府・医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会：第一次報告「医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」（2015），<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>（2016年10月8日最終確認）。
- 病床機能報告（2016）<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>（2016年10月8日最終確認）。
- 社会保障・税一体改革で目指す将来像（2012），[http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/seihu\\_yotou/kourou.pdf](http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/seihu_yotou/kourou.pdf)。（2016年10月8日最終確認）。
- 第4回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会資料（2015年3月17日）[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai\\_dai4/siryou2.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai4/siryou2.pdf)。（平成28年10月8日最終確認）。
- 井高貴之，伏見清秀（2013）「診療情報を用いた一般病床に関する分析と機能分化に向けた課題」，『社会保険旬報』，No.2544，pp.10-19，2013。
- 伏見清秀（2008）「医療崩壊の原因は非効率な配分」，『週間エコノミスト』2008.9.16，pp.46-49。
- （2013）傷病構造の将来推計，病院Vol.72，No.9，pp.100-103。
- 編著（2016）『院内ビッグデータ分析による病院機能高度化』，じほう。
- 松田晋哉（2011）『基礎から読み解くDPC — 実践的に活用するために — 第3版』，医学書院。
- （2015）『地域医療構想をどう策定するか』，医学書院。

（ふしみ・きよひで）

# **Functional Differentiation and Coordination of Healthcare Providers Required by Community Healthcare Initiative Based on Healthcare Demand Estimation**

Kiyohide FUSHIMI\*

## Abstract

Prefectural governments are preparing community healthcare initiatives based on healthcare demand estimation in 2025 and hospital function reports. Estimation of hospital bed needs by Expert Committee in 2015 was based on healthcare resource requirements, being different from previous estimations that was based on the average length of stay and disease chronological phases. New estimation is considered suitable for divergent disease structure due to population aging and analyses with National Data Base. Hospitals are required to determine functions of their beds referring regional estimation of bed need of each function. Functional analysis of each hospital is expected to lead to functional differentiation and coordination of regional healthcare providers. In addition, comparative analysis of health care initiatives of prefectures revealed that some of them positively present the direction of functional transition of hospital beds by contrasting present status and future estimation, whereas others were not compatible with the guideline presented by the national government.

Keywords : Population aging, hospital function, length of hospital stay, medical resource requirement, medical care provision system

---

\* Professor, Health Policy and Informatics Section, Tokyo Medical and Dental University

---

**特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方**

---

## 医療サービスの供給確保・地域医療構想 ——病院サービス供給に焦点を当てた英・独との比較から——

泉田 信行\*

---

### 抄 録

本稿は日本、イギリス、ドイツの医療供給体制について国際比較を行い、日本で実施されている地域医療構想に対する含意を得ようとするものである。英国とドイツにおける医療供給についてのケースが取り扱われる。英国におけるCCGとNHSトラスト病院が供給する病院医療サービスの委託契約における困難と、ドイツにおける州政府の病院計画とそれに基づく助成金交付の困難に関するものである。

英国の事例はCCGに医師（GP）が含まれていても、ニーズの誤認識や病院医療サービスの費用を低すぎる価格で購入しすぎることによって、病院医療サービス供給が不足する場合があることを示している。この結果はプライマリ・ケアセクターと病院医療セクターで資源配分の調整が適切に行われる必要があることを示唆する。

ドイツの事例からは法令により病院計画の手続きが厳格に定められていても運用上機能していない可能性があることが示唆された。病院計画に基づく助成金交付については資金制約が当然存在するが、その制約が厳しい場合には助成金交付が適切でなくなる可能性がある。

これらの含意をふまえつつ、地域医療構想の履行のあり方について論じた。都道府県が持っている個別の履行手段を複数組み合わせる必要があるし、診療報酬などの国の政策と連携する必要がある。

キーワード：地域医療構想，制度比較，診療報酬，補助金，政策手段の組み合わせ

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.580-595.

---

### I はじめに

本稿は、地域医療構想を、地域の医療供給および付随する介護サービス供給体制の「現状評価および課題設定」、「解決策の立案」、「解決策の実施」のプロセスの組み合わせとして捉え、特に病院サービスの供給について焦点化し、「解決策の実施」のプロセスの課題について日本・イギリス・

ドイツの制度比較から含意を得ようと試みるものである。

地域医療構想策定ガイドラインでは地域医療構想は医療計画の一部として位置づけられている〔地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（2015）〕。医療計画は医療法（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）第三十条の四において「都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制

---

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長

の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。」とされている。ここで基本方針とは医療介護総合確保法第3条第1項の規定に基づく「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」である。そこでは、「地域医療構想で目指すべき将来像は、急性期から、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで一連のサービスが切れ目なく、また過不足なく提供される体制の確保である。特に、地域医療構想の中で示す在宅医療の課題や目指すべき姿については、市町村が中心となって進める地域包括ケアシステムの構築に資するよう、市町村介護保険事業計画との整合性にも留意しつつ、定める必要がある。」とされている。

この、地域の実情に合わせて入院医療、入院外—在宅医療、(居宅)介護の体制を整備すること、は複合的な作業内容を内包している。急性期～慢性期までの現状の入院医療サービス供給体制の実態を把握し、将来の医療ニーズを予測し、両者の差分について入院医療サービス供給量（病床数とそれに付随する従事者）を調整し、どのように供給量とニーズの差異を埋め合わせていくかという確保策（解決策）を立案することが必要となる。在宅医療、(居宅)介護についても同様の作業が必要となる。当然、入院、入院外—在宅、(居宅)介護のそれぞれについて供給量とニーズの差異が埋め合わされなければならない。どこかで需給が一致しなければ影響は他へも広がる。それゆえ、それぞれの解決策が実効的に実施されなければならない。

このように本質的には複雑かつ困難な作業を地域医療構想は含んでいると考えられるが、病院サービスの供給確保を軸に「解決策の実施」に焦点化して、日本とイギリス・ドイツの制度比較の観点から浮き彫りにしていく。もちろん、イギリス・ドイツ両国に地域医療構想は存在しない。他方で、サービス供給計画については、政府はもちろんのこと、保険者やサービス提供者自体もかかわって立案・実行されていく。このため、「現状評価および課題設定」、「解決策の立案」、「解決策の実施」について渾然一体とならざるを得ない中

で、「解決策の実施」について注目して論じていくことにする。

イギリスの場合には地域に必要な病院医療サービスをNHS (Foundation) Trustに委託するCCGの役割、病院Trustとの関わりについての事例を吟味することにより、地域ニーズを反映した病院医療サービス確保の可能性について第3節において検討する。

地域医療構想の実現のために診療報酬のみならず、地域医療介護総合確保基金という補助金の形の政策手段を持っている。診療報酬に対して補助金は補完的な政策手段であると考えられるが、その活用方法について、病院に対する補助金という観点からドイツにおける二重予算制の事例から教訓を得る。これは第4節において行われる。

もちろん、事例を検証するためには両国の制度的背景について把握しておかなければならない。これは次節において行われる。これらの準備の上に最後の節において地域医療構想への含意を導くことを試みる。

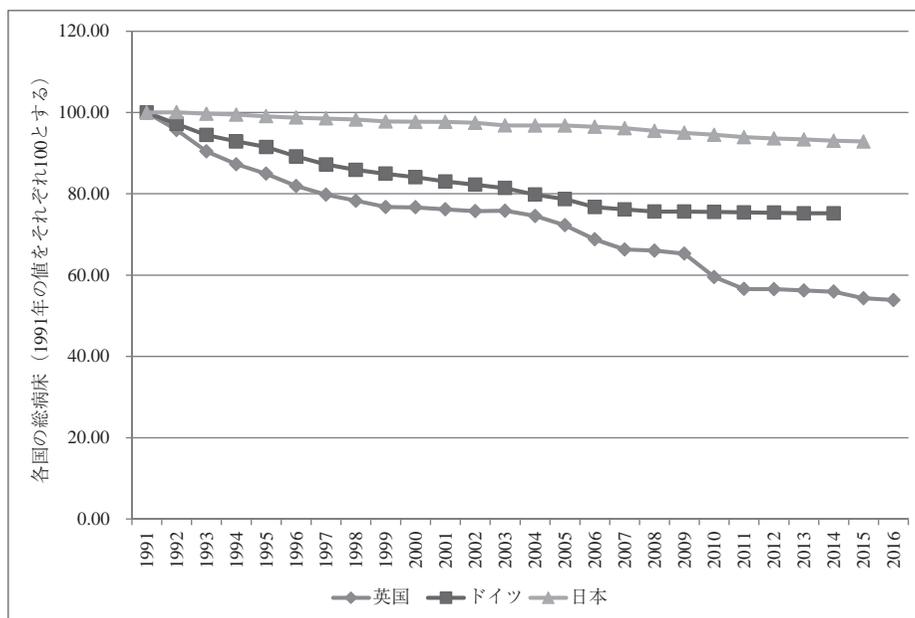
## II イギリス・ドイツの医療制度概観

この節では議論の準備のために簡単に両国の医療制度の現状について整理しておく。周知の通り、英国の国営医療、National Health Serviceは税財源で運営されるものであり、毎年DoH (Department of Health) が予算の範囲で運営するものである。ドイツにおける医療制度は社会保険方式であり、被保険者から徴収した保険料を主な財源に疾病金庫がサービス提供者に対して支払を行うものである。

### 1 病院サービスの供給について

各国の1991年の病院病床数をそれぞれ100として、病床数の経年変化を示したのが図1である。2014年時点でドイツは80を、英国は60を割り込む水準まで下がっている。日本は減少傾向にありつつも相対的にはほとんど減少していない。

英国における病院サービスはNHS (Foundation) Trustによって供給される。NHS



出所：『医療施設調査』（日本），NHS Bed Availability and Occupancy Data - Overnight（イギリス），Statistisches Bundesamt，（ドイツ）掲載データから筆者作成。

図1 各国の病院総病床数の推移

Foundation Trustは2004年に導入された独立行政法人であり、「ニーズに基づいた、支払能力に依らないケア」というNHSの原則に基づいてケアを提供する。

ドイツの公的医療保険における病院サービスは、大学病院、州の病院計画に盛り込まれた病院、疾病金庫州連合会等と医療供給契約を締結した病院により供給されるが、病院の設立主体は公立、公益立、私立となっている<sup>1)</sup>。

病院サービスの供給量や形態は対価の支払方式に依存する。イギリスでは病院サービスへの支払はCCG（Clinical Commissioning Group）との合意に基づいてなされる<sup>2)</sup>、<sup>3)</sup>。CCGは、DoHが配分する予算と地域のケアニーズを勘案してサービス供

給を計画するが、その中の構成要素として病院サービスが位置づけられる。英国の医療制度ではGPによる指示がなければ患者は病院受診ができないため、CCGによる地域の病院医療ニーズの評価とそれに対する支払金額の見積と、それをふまえたCCGとの協議結果はNHS Foundation Trustによる病院サービスの供給量、ベッド数に影響を与え得る。

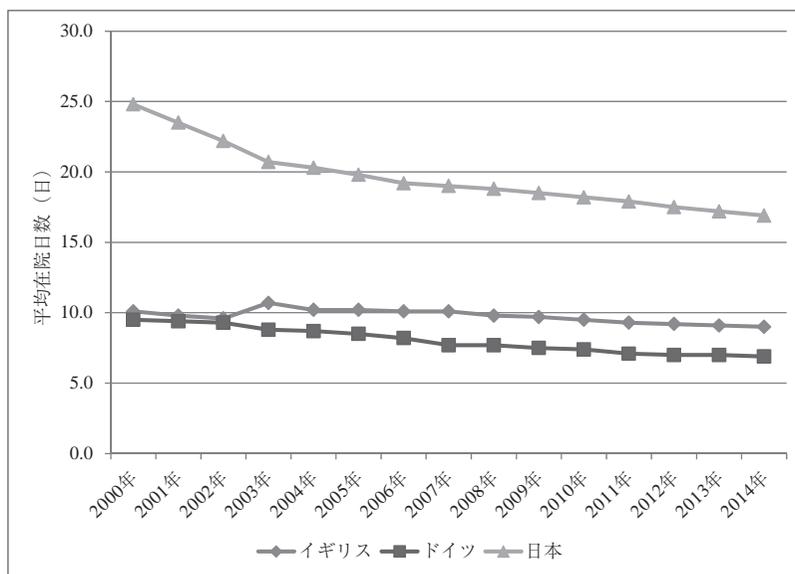
具体的な診療報酬は2004年度に導入されたHRG（Healthcare Resource Groups）に基づいて算出される公定価格と診療件数を元に算出される。公定価格は全国平均のコストをもとにして算出されている。病院の利益が増すため、入院日数を削減につながると考えられている<sup>4)</sup>。

<sup>1)</sup> 松本（2003）第5章を参照のこと。

<sup>2)</sup> NHS改革においてCCGが生まれた経緯やその（期待される）機能については松本（2015）や白瀬（2016）を参照のこと。

<sup>3)</sup> CCGはそれ以前にNHSのシステムにあったPCT（Primary Care Trust）と同様に、地域の複数のGP（General Practitioner）などから構成される組織である。

<sup>4)</sup> 堀（2016）第13章を参照のこと。



出所：OECD Health Statistics 2016: Frequently Requested Dataより筆者作成。

図2 各国の平均在院日数の推移

ドイツにおいては、州ごとの疾病金庫連合会との契約により病院に対して診療報酬が支払われる。入院医療費については、診断群：DRG (Diagnostic Related Group) に基づいた定額支払いである。これも病院の利益が増えるため、入院日数を削減するインセンティブがある。

ドイツの公的医療保険制度では病院財政は二重財政方式とよばれる方法で充足されている。すなわち、診療に伴う費用は2004年度に完全実施となったDRGなどの入院診療報酬により補填される一方、病院施設や設備・機器を整備するための固定資本投資の費用は、病院財政法の規定により、州からの補助金によって賄われる。州からの補助金を受けるためには州が策定する病院計画 (krankenhausplan) に当該病院が組み込まれる必要がある。

各国の平均在院日数の推移を見たのが図2である。各国とも平均在院日数が減少している。特にイギリス、ドイツは日本と比して非常に平均在院日数が短いにもかかわらず引き続き減少している

ことは注目すべきである。その要因として診療報酬の効果の強さもあり得ることは自然に考えられるであろう。

## 2 外来医療の供給と利用について

イギリスにおいては、外来医療へのアクセス先はGP (General Practitioner) であり、病院に直接アクセスすることはない。ドイツにおいては開業医への受診の強制はないが、ほとんど全ての国民がかかりつけ医を持ち、直接専門医を受診する被保険者がほとんどいないことが指摘されている<sup>5)</sup>。被保険者は病院診療について請求権を持つことが規定されるが、その一方で、入院診療の請求のためには、外来など他の診療形態では治療目的が達せられない場合に限る旨の要件が付され、入院前に病院による審査が必要とされている<sup>6)</sup>。

イギリスではGPを始めとするプライマリ・ケア部門に対する報酬はNHSの予算が確保されている。ドイツにおいては開業医 (保険医) は保険医協会に加入し、疾病金庫と集散的に診療契約を

<sup>5)</sup> 田中 (2012) を参照。

<sup>6)</sup> 田中 (2010) を参照。

結び報酬を得ている。

### 3 介護（社会）サービスと医療サービスの関係について

イギリスにおいては高齢者介護という一元的な制度はなく、訪問看護などの保健医療部分はNHSにより、その他の社会サービスは自治体が提供している、サービス提供主体の統合なども行われているが、NHSが提供する医療サービスとは基本的には制度上分離している。

1980年代から90年代のイギリスでは、財政難で自治体が在宅介護を供給できない状況にありつつも、NHSにおける病床削減により退院した患者の行き先と、中央政府の予算で入所できる民間介護施設が発展した〔井上（2008）〕。他方で、病床削減による早期退院はリハビリテーションが十分に行えないことから施設ケアの需要を増やし、高齢者の再入院を招くという悪循環に陥っていた〔長澤（2009）〕。こうした中で、NHS Planによりintermediate careの整備が打ち出された〔DoH（2000）〕。

その後、いわゆるワンレスレポート〔Wanless（2002）〕による提言を経て、The Community Care（Delayed Discharge etc.）Actが2004年から導入された。この法律は自治体による福祉サービスの調整が機能せずに病院からの退院が遅れた場合にNHS Trust病院に患者1人1日あたり100ポンド（ロンドンなどは120ポンド）を退院まで支払うというものである<sup>7)</sup>。

日本における地域包括ケアでも課題となっているが、重い医療ニーズを持つ者を誰が責任をもってみるのかは制度間の関係性を考える際に重要な課題である。イギリスの場合は2007年に定められ

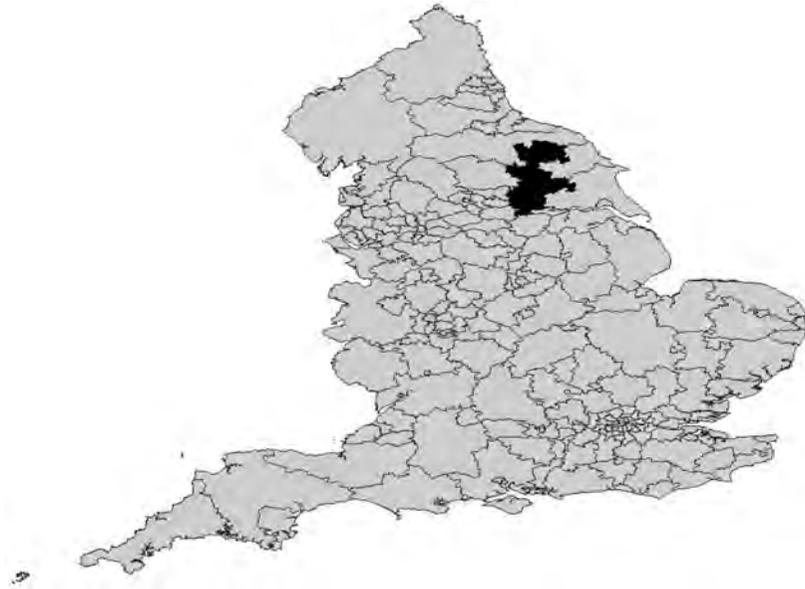
たNHS Continuing Health Careによって、NHSが医療・介護双方のサービス費用を負担する方向性を打ち出した〔白瀬（2012）〕。NHSが社会的ケアに対して支出する予算額は2014-15年において11億ポンドとなっている〔白瀬（2016）〕。

ドイツにおいては1988年の「医療保険構造改革法」（GRG）の成立によって在宅介護が医療保険の給付として導入された。その後1995年に介護保険が制度化され、介護給付には医療を含まない仕組みが導入された。また、ドイツでは社会的入院が生じにくいとされている。その背景として1) 医療と介護の明確な区別、2) 入院と外来の明確な区別、3) MDKの医師が、入院が必要で無いと判断した時は退院を勧告する権限を有すること、4) 介護保険では「在宅介護優先」の原則があり、施設介護は在宅介護が困難な場合にのみ行われること、が指摘されている〔土田（2008）〕。

他方で、入院・外来・介護の区別を明確化するには、サービスが同時に必要となる、包括的なケアが必要となる場合には、サービスの連携が難しくなることを意味する。2000年医療保障改革法により導入された統合供給（Integrierte Versorgung）は、医療の供給分野や専門分野をまたがる包括的な医療供給を実現することが目的とされていた。これにより、医療部門における連携を確保することが図られたことになる。次いで、公的医療保険競争強化法（2007年）において制度改正が行われ、介護サービス供給者および介護金庫が統合供給に参加できるようになった。この結果、統合供給の枠組みを用いることにより、医療供給の各分野のみならず、医療保険と介護保険という異なる給付制度を統合したサービス供給システムを作り上げることが可能となったとされる<sup>8)</sup>。

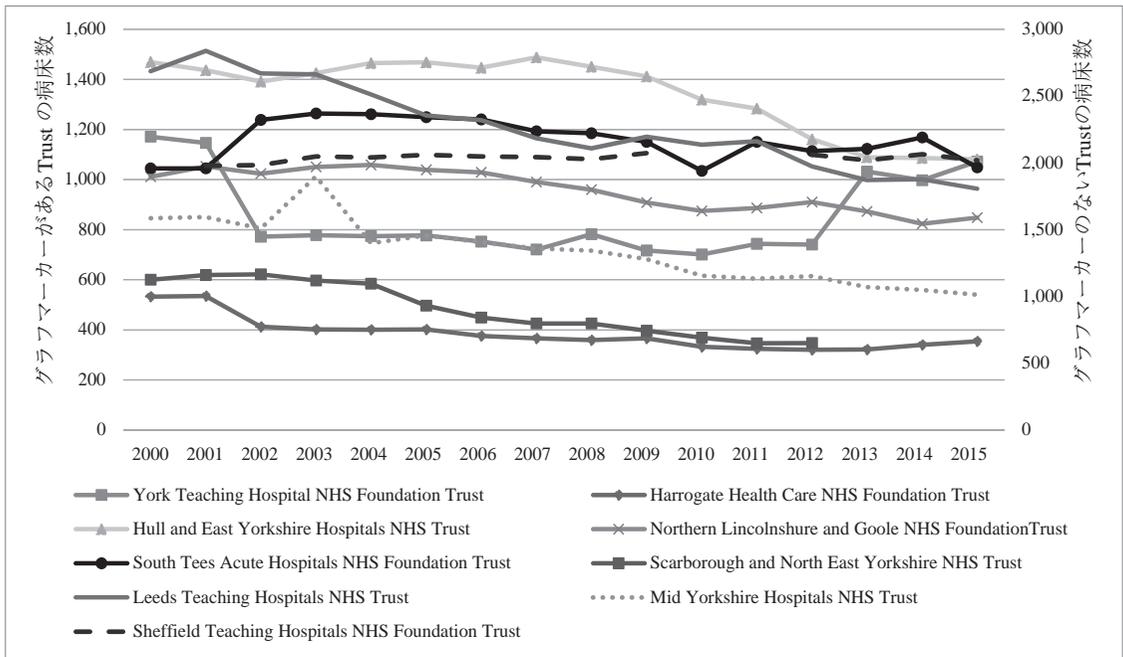
<sup>7)</sup> この政策についての近年の研究には、2001-02年から2006-07の間のデータを用いて、総退院遅延日数が総入院日数の1.6%でしかないことおよび主な遅延の原因の68%はNHS病院側に帰せられることを示したものの〔Godden, McCoy, and Pollock（2009）〕、community hospitalに急性期の手術を受けた高齢者が高齢者医療を受けることに関連する遅延を経験していることを示したものの〔Poole, Pearsall, and Ryan（2014）〕、精神科における退院遅延では精神疾患を持つ黒人などのマイノリティが長期の入院を経験することを示すものの〔Majeed, Williams, Ryan, et.al,（2012）〕などがあり、多様な要因が入院遅延に影響していることが明らかにされている。また、そもそもほとんどのNHS病院が退院遅延にかかる請求を行おうとせず、62%の社会サービス供給者が請求を受けておらず、協力的に働くことを好んでいることも指摘されている〔Godden, McCoy, and Pollock（2009）〕。

<sup>8)</sup> この点の経緯については松本（2012）を参照のこと。



出所：<https://www.england.nhs.uk/resources/ccg-maps/> から地図データをダウンロードして筆者作成。

図3 Vale of York Clinical Commissioning Groupの担当地域



出所：<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/> に掲載されているデータから筆者作成。

図4 Vale of York Clinical Commissioning Groupと契約を締結しているNHS Trustの病床数推移

### Ⅲ イギリス（イングランド）の事例

ひとつの事例としてVale of York CCGを取り上げて病院サービスを供給するNHS Trustの状況やCCGとの関係性を検討する。Vale of York CCGは図3にあるとおり、イングランド北部のYork, Selbyといった都市を含むNorth Yorkshireを主とする面積857平方マイル、人口33万6千人を担当している。

同地域は50歳以上人口の割合は全国平均よりは高く、住民の16%が日々の活動が何らかの健康問題によって影響を受けていると評価されている。また、今後5年間に於いて、65歳以上高齢者の伸び率は10%、85歳以上高齢者人口の割合の伸び率は18%と予測されている<sup>9)</sup>。

Vale of York CCGが急性期の病院サービスを受ける8つのNHS (Foundation) Trustを特定し<sup>10)</sup>、<sup>11)</sup> Trustごとの病床数合計の推移をデータの利用可能な2000年以降について示したのが図4である<sup>12)</sup>。図には示していないが、Trustの合計病床数が2000年時点の約1万床から2015年時点で約9千2百床になる程度のゆっくりとしたペースで減少している。図1で示したように、英国全体では40%程度病床数が減少しているため、対象となっているTrustは病床数の減少が比較的緩やかであると言えよう。

しかしながら、例外的にSheffield Teaching Hospitals Trustが病床数を維持していることを除けば、観察期間中においてほとんど全てのTrustで病床が減少している。ひとつの要因は精神医療改革の影響である。York Teaching Hospital Trust

とHarrogate Health Care Trustは、2001年度から2002年度にかけて病床数を大きく減少させているが、これは精神病床の減床によるものである。図1で用いたデータは、1987年に約6万7千床あった精神科病床は2000年には約3万4千床と半減し、2016年にはさらにその55%の約1万9千床となっていることを示している<sup>13)</sup>。タウウェル・キングスリー（1992）が描き出したように、英国では戦後すぐから精神科医療が施設から地域へ移行し、リハビリテーションと救急サービスにより精神科病床の病床利用率が低下した。また、キング（1992）はエクセターにおける精神病院の廃院と地域への移行を描写している。英国の精神科医療が地域に移行したと2000年代初めの精神科病床数の減少はコインの表裏の関係性である。

ただし、精神科病床の減少は総病床数の減少の一構成要素であり、それ以外の病床数の減少には保健省の政策の方向性を反映したCCG (PCT) の予算配分の方針が影響している可能性も否定できないであろう。病院への支出はNHSの支出の53.1%（1995年）、49.2%（2000年）、45.4%（2005年）、44.0%（2010年）と徐々に低下している<sup>14)</sup>。また、設立から3年分しか利用可能で無いが、Vale of York CCGの会計報告においても、59.87%（2013年）、58.91%（2014年）、52.20%（2015年）と病院サービスへの支出割合が低下していることがわかる<sup>15)</sup>。CCGからの支出が減少すれば、それに応じて病院サービスの提供主体であるTrustが病床数を削減する方向に向かうことは、その是非はともかく、自然であろう。

Mid Yorkshire Hospitals Trustの経験はNHS Trust自身による病床数削減の試みであり、病床

<sup>9)</sup> これらの数値は<http://www.valeofyorkccg.nhs.uk/about-us/about-the-vale-of-york/>による。

<sup>10)</sup> Vale of York CCGの2015-16年次報告書（Annual Report）による。なお、Yorkshire Ambulance Service NHS Trust, Ramsay Healthcare UK - Clifton Park Hospital, Nuffield Health - York Hospital, Yorkshire Health Solutions (AQP)も急性期サービス提供者として示されているが、サービスの種類が異なる、ないしは民間病院グループであるため以下の分析から除外した。なお、一般にひとつのTrustで複数の病院を所有している。

<sup>11)</sup> 以下においては、表記の簡略化のために個別のTrust名を表記する際にFoundation NHSの部分を省略する。

<sup>12)</sup> Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trustの2000年、2010年、2011年は欠測値である。

<sup>13)</sup> 図1には示していない。

<sup>14)</sup> この数値は医療経済研究機構（2014）、p.169、表3-4の数値から筆者が計算した。イングランドではなくイギリス連合王国の数値であることに注意が必要である。

<sup>15)</sup> 数値の出所は<http://www.valeofyorkccg.nhs.uk/about-us/our-budget-and-what-we-spend/>による。

数削減が地域にもたらす影響を考える際に重要であろう。図3でも示されたように同Trustの病床数は持続的に低下している<sup>16)</sup>。経営状態がさらに悪化したため、Dewsbury病院とPinderfields Hospitalの機能を再編することを企図した。しかしながら、これが病院の閉鎖になるという地域での噂につながり、その否定のために住民との対話に多大な労力を費やした。

York Teaching Hospital Trustは2013年に病床数を大きく増やすがこれはScarborough and North East Yorkshire Trustとの合併によるものである<sup>17)</sup>。両者は2012年7月に合併した。この合併はScarborough and North East Yorkshire Trustからの呼びかけによるものである。同Trustの2010-2011年度の年次報告書によれば、2013年までにFoundation Trustへの移行が困難になったことを認識して協議を持ちかけたとされている〔Scarborough and North East Yorkshire Trust (2011, p.1)〕。特に、その問題意識は北海沿岸に位置するScarborough病院とBridlington病院を維持することにより、両地域での病院サービスを維持することにあると記されている。

伊藤(2006)では、Foundation TrustがHealth and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003により創設された際の政治的な議論の経緯を紹介している。その議論のひとつはFoundation化できるTrustとできていないTrustへの病院の二層化が起こることや、Foundationに移行できない病院に受診する住民が二流のサービスを受けていると感じる危惧の指摘である。これに対してブレア政権側は全てのTrustが一定期間内にFoundationに移行すると説明した。移行の期限

は延長されていくが、Scarborough and North East Yorkshire Trustは現に2013年になってもFoundationに移行できなくなったことについて、住民に対する説明ができないと考えた可能性もある。

他方で、会計報告を見ると、2007年度と2009年度に593万ポンド、528万ポンドの赤字を計上しており〔Scarborough and North East Yorkshire Trust (2011, p.1)〕、そもそもの財政上の不安定性さが合併に向かわせた可能性も考えられる。2010年にブラウン労働党政権からキャメロン保守・自由党連立政権に政権交代があり、NHS予算の先行きに対して希望が持てなくなり、合併により地域における病院医療サービスの維持を図った可能性も考えられる<sup>18)</sup>。合併の真の理由を特定化することは困難であるが、結果としてYork Teaching Hospital NHS Foundation TrustがFoundationに移行できなかったScarborough and North East Yorkshire Trustを救済した形になっている<sup>19)</sup>。

CCGからの委託予算の減少がこれらの事例の要因のひとつであろう。CCGは医師であるGPが入ることにより、地域の医療ニーズをふまえて病院サービスやその他のサービスに委託予算を振り分けるが、元々のパイが小さい場合にはどこかに(全てに)ひずみがきってしまう可能性がある。他方で、CCGと病院Trustは一対一の関係ではなく、多対多の関係である。このため、委託契約について相互に調整がなされない場合は過剰や過小な予算配分になる可能性がある。この点について本稿では検討できないが、今後検討すべき課題であろう。

<sup>16)</sup> 2003年の瞬時的な増加はLearning Disability bedの増加によるものであり、翌年にはLearning Disability bedの病床数は元の水準に戻っている。

<sup>17)</sup> この他、Northern Lincolnshire and Goole NHS Foundation Trustは2001年4月にNorth East Lincolnshire NHS TrustとScunthorpe and Goole Hospitals NHS Trustの合併により、The Mid Yorkshire Hospitals NHS Trustは2002年4月Pinderfields and Pontefract Hospitals NHS TrustとDewsbury Health Care NHS Trustの合併により設立されている。

<sup>18)</sup> 松本編(2015) p.203の図2では政権ごとのイングランドのNHS支出額の劇的な転換が描かれている。労働党政権におけるNHS予算の増額はWorcestershire Health and Care NHS Trustの病床削減計画において“The decade of unprecedented growth is now over”と表現されている。他のTrustにおいて同様の認識を持ったとしても不思議ではないであろう。

<sup>19)</sup> このような形態の合併についてCollins(2015)は批判している。

表1 バイエルン州における病床需要算出にかかる指標（2016年）

地域	地域別人口	住民一人あたり入院件数	平均在院日数（日）	病床利用率（%）
バイエルン州	12,691,568	219.1	7.2	77.9
Obeybayern	4,519,979			
Niederbayern	1,197,558			
Oberpfalz	1,082,761			
Oberfranken	1,055,955			
Mittelfranken	1,715,195			
Unterfranken	1,298,849			
Schwaben	1,821,271			

出所：Krankenhausplan des Freistaates Bayernより筆者作成。人口以外の地区ごとの数値は利用可能でない。

表2 病院ごとの計画病床数と実病床数（2001年・2016年）

番号	病院名	計画病床数（2001年）	計画病床数（2016年）	実病床数（2016年1月1日）
16201	ミュンヘン－シュパービング市立病院	1191	425	739
16202	ミュンヘン－ハルラッピング市立病院	950	548	759
16203	ミュンヘン－ノイベルラッハ市立病院	751	541	545
16204	タールキルヒナーシュトラ－七市立病院	151		160
16205	ミュンヘン－ボーゲンハウゼン市立病院	1000	1023	951
16207	ミュンヘン－パッシング郡病院	442	400	400

出所：松本（2003）表5-6にKrankenhausplan des Freistaates Bayernを用いて筆者作成。タールキルヒナーシュトラ－七市立病院の2016年の計画病床数は利用可能でない。

#### IV ドイツの事例

病院財政法に基づく病院への補助金支出の現状についてバイエルン州を事例として検討する。データの利用可能性が良い（ひとつの）州であることがバイエルン州を選択するひとつの理由である。もうひとつの理由は重要な先行研究である松本（2003）が2001年までのバイエルン州の状況を事例として用いており、当時とその後の状況を比較できることによる。

バイエルン州の病院計画（Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2016年1月1日現在）では、病床需要の算出式は

$$\text{病床需要} = (E \times KH \times VD \times 100) / (1000 \times 365 \times BN)$$

と与えられている。ここで、E：地域人口、KH：住民一人あたり入院件数、VD：平均在院日数、

BN：病床利用率である。バイエルン州におけるこれらの数値は病院計画に記載されており、表1のとおりとなる。

急性期治療では病床利用率の目標値として80%が用いられるなど、傷病別に使用される病床利用率の目標値は異なるが、これらの指標から病床需要が算出できることになる。

病院計画では病院ごとに2016年1月1日現在の病床数と計画病床数が記載されている。また、松本（2003）表5-6では2001年時点のいくつかの病院についてその病院の計画病床数が記載されている。これらの数値をまとめたのが表2である。

1病院（ミュンヘン－ボーゲンハウゼン市立病院）を除いて2016年の計画病床数が2001年を下回っていることがわかる。また、2001年の計画病床数に対して2016年の計画病床数が50%以下の病院（ミュンヘン－シュパービング市立病院）がある一方、ほとんど同水準の病院（ミュンヘン－

パッシング郡病院)もあり、計画病床数が個別の病院で異なって割り当てられることがわかる。

また、2016年1月1日現在の実病床数が2016年の計画病床数を下回っているのは2病院しかなく、他の4病院は実病床数が上回っているため、計画病床数に近づけるためには病床を削減しなければならない状態にあることがわかる。

計画病床数が実際のところ、どの程度制約的であるかは重要な点である。そこで、表2に示されている病院のうち、計画病床数・実病床数が利用可能な4病院について、病院計画が利用可能な2009年から2016年までについてそれぞれの数値を追ったものが表3である。

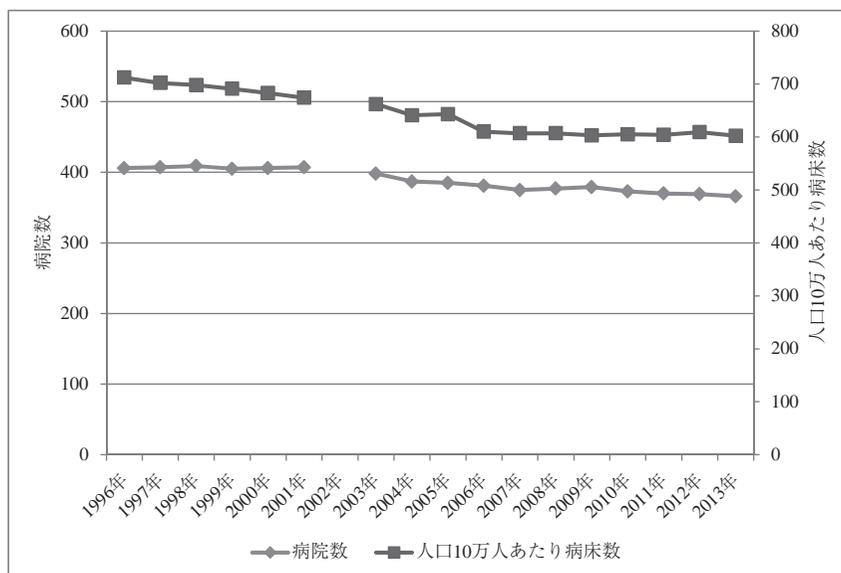
他の3病院では計画病床数と実病床数がほぼ一致しているが、ミュンヘン—シュバールピング市立病院は2009年-2013年の期間において、実病床数が100床程度計画病床数を上回ってきた。このため、病院にとっては短期的には病床の削減圧力は強くない可能性もある。他方で、2016年計画では同病院の計画病床数が345床も削減されている。また、ミュンヘン—ハルラッヒング市立病院についても、186床削減されている。このことは計画病床が大きく変更され得ることを示している。

実際にどの程度バイエルン州の病床数や病院数がこれまで変化してきたのかを示したのが図5である。データが利用可能な1996年から17年間で、

表3 病院ごとの計画病床数と実病床数の年次推移

	ミュンヘン—シュバールピング市立病院		ミュンヘン—ハルラッヒング市立病院		ミュンヘン—ノイベルラッハ市立病院		ミュンヘン—パッシング郡病院	
	計画病床数	実病床数	計画病床数	実病床数	計画病床数	実病床数	計画病床数	実病床数
2009年計画	870	980	756	749	545	545	400	400
2011年計画	870	980	744	749	545	545	400	400
2013年計画	870	968	744	749	545	545	400	400
2016年計画	425	739	548	759	541	545	400	400

出所：Krankenhausplan des Freistaates Bayernから筆者作成。



出所：Statistisches Jahrbuch各年版より筆者作成（2002年のデータは欠測である）。

図5 バイエルン州における病院利用状況の時系列推移

病院数は406から366まで40病院減少した。人口10万人あたり病床数は712から602まで110床減少した。上で述べたとおり、DRGがドイツにおいて完全に実施されたのは2004年であるが、2003年までの7年間に病床数は712から662と10万人当たり50床だけ、2003年以後の10年で10万人当たり60床減床したことになる。人口あたり病床数はDRGが導入された2006年以後安定した状態にある。

供給された病床がどのように利用されたかを示しているのが表4である。1975年からのほぼ30年間で、平均在院日数が19.7日から7.2日まで短縮している。2003年では8.7日であるため、DRGが導入された2004年以後で1.5日短縮したことになる。病床利用率は1975年に84.7%であったが、2004年に74.0%と最も低くなった。その後回復し、2014年には77.9%となっている。これらのことは平均

在院日数削減に対するDRG実施後の期間の寄与は小さいこと、病床利用率はDRG実施後に低下傾向から反転し、安定した水準を維持していることとめられよう。重要であることは、住民一人あたり入院件数は観察期間中においてほぼ一貫して増加していることである。一般に入院件数増は高齢化により説明されるが、30年で1.5倍の受診件数増を高齢化だけで説明できるかは定かでは無い。

病院の入院診療にかかる経常経費はDRGによる診療報酬により補填される。他方で、施設や設備に対する投資の費用については州からの補助金により負担される。病院財政法(krankenhausfinanzierungsgesetz)の§6では州が病院計画と投資プログラム(Investitionsprogramme)を立案すると規定されている。投資プログラムによる補助金交付の詳細は、バイエルン州の場合は、財務

表4 バイエルン州における病院利用状況の時系列推移

	住民一人あたり入院件数	平均在院日数(日)	病床利用率(%)
1975年	138.4	19.7	84.7
1980年	152.9	17.1	85.0
1985年	161	15.7	84.7
1990年	180.9	12.8	84.8
1995年	191.4	10.8	83.1
2000年	207.1	9.5	83.3
2003年	202.9	8.7	77.7
2004年	200.2	8.4	74.0
2005年	196.4	8.4	75.3
2010年	209.4	7.6	77.0
2012年	216.4	7.4	76.7
2013年	216.6	7.3	77.3
2014年	219.1	7.2	77.9

出所：Krankenhausplan des Freistaates Bayern各年版より筆者作成。

表5 バイエルン州政府による病院への助成金額推移

	助成金額(百万ユーロ)				1病床あたり助成金額(千ユーロ)			
	個別助成金	定額助成金	その他	計	個別助成金	定額助成金	その他	計
2009年	336.37	186.48	10.96	533.81	4.43	2.46	0.14	7.03
2010年	315.80	182.00	11.20	509.00	4.17	2.40	0.15	6.72
2011年	292.94	183.30	8.83	485.07	3.86	2.42	0.12	6.40
2012年	283.60	181.65	11.54	476.79	3.73	2.39	0.15	6.28
2013年	337.81	184.48	12.49	534.79	4.46	2.44	0.17	7.07
2014年	342.63	191.83	10.64	545.10				
2015年	361.24	205.77	10.77	577.78				
2016年	382.47	208.37	11.88	602.73				

出所：Ams Blatt des Bayerischen Staatsministeriums及びStatistisches Jahrbuchの各年版より筆者作成。

当局の官報 (Ams Blatt des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen<sup>20)</sup>) に一覽 (Jahreskrankenhausbauprogramm) が掲載されている。

表5はその概要をまとめたものである。表の左側は各年の投資プログラムの助成金額総額を、表の右側は1病床あたりの助成金額を示している<sup>21)</sup>。個別助成金は病院の設備投資等に対する助成金額である。定額助成金は病床数に応じて行われる助成金である。定額助成金はその性質ゆえに1病床あたり助成金額は2400ユーロの水準で安定している。個別助成金は総額でも1病床あたりでも徐々に減少する傾向にあったが、2013年に総額が増加に転じている。

州政府による税財源からの病院への補助金交付はどのように評価されるべきであろうか。州の助成金が十分であるかという点も含めて、松本 (2003, 2012) は投資費用も診療報酬により賄う代替的方法を提案している。病院計画に収載されている病院による入院医療給付は医療保険の給付対象になるため、州政府が誤った投資計画を実施した場合の費用負担者は医療保険者となるためである。また、Pilny (2016) は公立、公益立、私立病院の州からの助成金受領額の差についてOaxaca分解の手法を用いて分析し、設立主体にはよらず、利益率の高い病院が助成金には相対的に依存していないことを明らかにしている。その解釈として、1) 利益率の高い病院は助成金を申請しない、2) 州政府が利益率の高い病院には少ない額を助成する、という可能性を指摘している。現に州政府の債務額等も助成額に影響しているため、州政府の態度が助成額に影響しているであろうとしている。

## V 考察と結語

本稿では日本において進められている地域医療

構想への示唆を得るためにイギリス、ドイツの医療供給体制の現状について概観した上で事例を用いて制度間比較を行ってきた。もちろん、地域医療構想そのままが両国で行われているわけではない。しかしながら、イギリスのCCGやドイツの州政府は病院サービスの供給について一定程度計画を立案して確保していることが明らかになった。本節ではこれまで得られた結果を整理して地域医療構想に対する示唆、「解決策の実施」の観点から検討する。

重要な点は必要な資源を確保することが必要であることである。イギリスのCCGからの委託の事例でもドイツの病院への補助金の事例でも必要(最低限)な資金がないことは、そもそもの医療供給体制確保が不可能となる。逆に言えば、確保できた資金の範囲で医療供給を確保するという合意がなされる必要がある。

その上で、日本とイギリス、ドイツの制度を概観してすぐわかることは、地域医療構想は複雑な方程式体系を解く作業となっていることである。イギリス・ドイツでは入院と外来、ないしは病院と開業医 (GP) は役割が明確化され、人口あたり病床数や平均在院日数は削減されてきている。日本の地域医療構想の目的のひとつは高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療需要に即した供給体制を構築することであり、病床機能別の人口あたり病床数が需要に見合った必要病床数に調整していくことである。その意味では病院部門でまず役割分担が明確化される状況と捉えても良いかもしれない。地域包括ケアの一環として、在宅医療に資源が配分され役割が拡大していくことは、日本において病院と開業医の役割分担を明確化していくかもしれない。また、イギリス・ドイツでは遮断されていたとも言えるほどの距離感のあった医療と介護 (社会) サービスの連携を構築する作業が行われてきた。地域医療構想の目的のひとつである地域包括ケアの構築はまさに医療と介護の

<sup>20)</sup> 2014年からはAms Blatt des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimatとなっている。

<sup>21)</sup> 各年の助成金額は生産者価格指数で基準化している。また、病床数の情報が2013年までしか利用可能でなかったため、2014年以降については算出していない。

連携を構築するこの作業であると言って良いであろう。

まとめると、イギリス・ドイツでは医療と介護の連携が作業の中心であるが、日本における地域医療構想は病院部門内、入院と外来、医療と介護、の役割を同時に調整する作業であり、複雑さと困難さが非常に高いと言って良いであろう。

このことは、歴史的な視点から考えると自然な成り行きかもしれない。戦後直後の日本は65歳以上人口比率が他の先進国よりも低かったが、急速に高齢化が進み世界一の水準にある〔国立社会保障・人口問題研究所（2016）、表2-17〕。高齢（化）社会において増大する慢性疾患、老人退行性疾患に対しては「医療モデル」よりも「生活モデル」による対応が求められるとされる〔広井（1997）、猪飼（2010）〕。問題は高齢化が他の諸国よりも急速に進んだことである。高齢化の急速な進行は生活モデル、ないしは地域包括ケア、への転換が急速に行われる必要があることを意味する。日本においても介護保険制度の創設などでこれまでも対応が行われてきたが、地域医療構想の実施により病院部門の高齢化への対応と地域包括ケアシステムの構築を同時に進めることの必要性は、他国よりも急速に進む高齢化への迅速な対応に求められよう。

複合的な課題解決が要求されることは二つの点を含意する。ひとつは同時に複数の部門の調整を行うことは困難が伴う一方、個別最適ではなく全体最適が追求できる可能性があることである。医療サービスと介護（社会）サービスの壁の打破する制度改正をイギリス・ドイツ両国は追求しているが、それはまた別の問題を惹起するかも知れない。同時に調整することは困難が発生したとしても同時に調整することを可能にするかもしれない。

同時に複数の部門の調整を行うことは、当然ながら、複数の政策選択肢を持つ必要があることも意味する。地域医療構想では地域医療介護総合確保基金という補助金による誘導手段を持った。診療報酬を含めて誘導手段は複数存在するがこれを上手に組み合わせる必要がある。

その他、幾つかの点について論じる。診療報酬に関して言えば、イギリスのHRGに基づいた支払方式やドイツのDRGによる支払方式は平均在院日数を抑制する効果があるとされている。平均在院日数が短縮されれば、病床利用率が低下し、結果として必要病床数が削減され、それにより節約された資源を他の医療部門で活用することが可能となる。ドイツの病院計画においては病院需要の算出に病床利用率の目標値が利用されていた。病床利用率の目標値の値が現実値よりも大きければ、病院需要が小さく算出されることは算出式の定義から明らかである。日本のDPCによる入院医療費支払い体系は本来的には平均在院日数を短縮する効果はないが、病床の効率的な利用を促す政策、病床利用率を向上させる政策、そして病床転換を促す政策を上手に組み合わせる必要があることを示唆しているであろう。

Pilny（2016）の分析は日本の今後に対して示唆的である。助成を実施する主体の債務額が助成額に影響することは、豊かでない地域では医療供給体制の整備のための助成金が少ないことを意味する。診療報酬で全国的に医療供給体制を誘導し、個別的には医療介護総合確保基金による補助などで対応することも想定されるが、都道府県の財務面での体力差が補助金の内容に影響することは補助金が補完的な役割を果たしにくくなることを意味する。その場合には体力のない都道府県に対して補助金の原資を手厚く配分するなどの対応が必要になるかもしれない。

また、松本（2003）、松本（2012）によるドイツの二重予算制から診療報酬による一元化についての提案もまた日本の現状に示唆的である。地域医療構想の策定は都道府県が実施するものであるが、それによって構成された医療供給体制における医療サービス給付の費用負担を行うのは医療保険者である。もちろん、都道府県も平成30年度以降は医療保険者となるが、その他の医療保険者も医療給付についての費用負担を行うわけであり、医療供給体制の構築に関わっていくことは保険者の責務として非常に重要である。

病床の再編を行うことによりアクセスが低下す

るケースに直面する場合には、イギリスのMid Yorkshire Hospitals NHS Trustの経験から得るところは多いであろう。十分な住民参加の上での合意形成、施策実施により混乱をもたらさないことはなにより地域住民のために必要である。地域医療構想の文脈では、当事者である医療機関のみならず都道府県や保険者が住民も含めた中で議論を行う形になっている。

最後に、本稿での分析は、島崎（2011）の特に第10章で述べられた内容について、イギリス・ドイツの事例を用いて検証したものと言えるかもしれない。もちろん、制度が異なる国際比較で日本に十分な含意をもたらすことは難しい。文献や資料の検討により分析した本稿では検証することができない部分も多い。CCGにおける予算配分の意味決定の実務やドイツにおける病院需要が決定した後の各病院への計画病床数の配分の実務について、ヒアリング調査などにより学術的に検討していくことは政策的にも学術的にも重要な次の課題ではないかと考えられる。

## 付記

本研究は文部科学研究費補助金基盤研究（B）「超高齢・人口減少社会において多様な生活者を支える医療保障の持続性を目指す実証研究」からの助成を受けている。

## 参考文献

- Collins, B. (2015) *Foundation trust and NHS trust mergers 2010 to 2015*, The King's Fund.
- Department of Health (2000) *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*.
- S. Godden, D. McCoy, and A. M. Pollock, (2009) "Policy on the Rebound: Trends and Causes of Delayed Discharges in the NHS" *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol. 102, pp. 22-28.
- D. McCoy, S. Godden, A. M. Pollock and C. Bianchessi, (2009) "Policy on the Rebound: Trends and Causes of Delayed Discharges in the NHS" *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol. 102, pp. 22-28.
- M. U. Majeed, D. T. Williams, R. Ryan, and et.al, (2012) "Delay in Discharge and its Impact on Unnecessary Hospital Bed Occupancy" *BMC Health Services Research*, Vol.12:410.

- R. Poole, A. Pearsall, and T. Ryan, (2014) "Delayed Discharges in an Urban In-Patient Mental Health Services in England" *Psychiatric Bulletin*, Vol. 38, pp. 66-70.
- Scarborough and North East Yorkshire Trust (2011) Annual Report, [https://www.yorkhospitals.nhs.uk/about\\_reports\\_and\\_publications/annual\\_report\\_scarborough/](https://www.yorkhospitals.nhs.uk/about_reports_and_publications/annual_report_scarborough/)
- Pilny, A. (2016), Explaining Differentials in Subsidy Levels among Hospital Ownership Types in Germany. *Health Economics*, DOI: 10.1002/hec.3327.
- Vale of York Clinical Commissioning Group, Annual Report and Accounts 2015-16, 2016. <http://www.valeofyorkccg.nhs.uk/data/uploads/publications/update-june-16/annual-report-and-accounts-2015-16.pdf> (2016年9月27日アクセス)。
- Wanless, D. (2002) *Securing good care for older people: taking a long term view*. The King's Fund.
- 猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』有斐閣。
- イギリス医療保障制度に関する研究会編 (2014) 『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2013年度版』医療経済研究機構。
- 伊藤善典 (2006) 『ブレア政権の医療福祉改革 市場機能の活用と社会的排除への取組』ミネルヴァ書房。
- 井上恒男 (2008) 「病院ケアから地域ケアへー英国の高齢者退院促進政策に学ぶー」『同志社政策科学研究』Vol.10 (2), pp.113-125。
- D.キング (1992) 「17章 精神病院に代わるより良いサービス」シュミット・ラモン, マリア・グラツィア・ジャンニケッタ編, 川田誉音訳『過渡期の精神医療 英国とイタリアの経験から』海声社。
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2016) 『人口統計資料集 (2016)』
- 白瀬由美香 (2012) 「イギリスにおける退院支援システムと医療・介護の連携」社会政策学会誌『社会政策』第3巻第3号, pp.68-77。
- (2016) 「イギリスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』No.111, pp.20-27。
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会。
- D.タウウェル, S.キングスリー (1992) 「15章 英国における精神医療サービスの変化」シュミット・ラモン, マリア・グラツィア・ジャンニケッタ編, 川田誉音訳『過渡期の精神医療 英国とイタリアの経験から』海声社。
- 田中伸至 (2010) 「ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制」『健保連海外医療保障』No.87, pp.10-20。
- (2012) 「ドイツの家庭医と医療制度」『健保連海外医療保障』No.93, pp.1-14。
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 (2015) 『地域医療構想策定ガイドライン』 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf> (2016年9月25日アクセス)。

- 土田武史 (2008) 「第3章 医療と介護の連携」土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編『社会保障改革－日本とドイツの挑戦－』MINERVA人文・社会学叢書129, ミネルヴァ書房, pp.80-100。
- 長澤紀美子 (2009) 「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革－高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択－」『海外社会保障研究』No.169, pp.54-70。
- 広井良典 (1997) 『ケアを問い直す』ちくま新書。
- 平岡公一 (2003) 『イギリスの社会福祉と政策研究 イギリスモデルの持続と変化』ミネルヴァ書房。
- 堀真奈美 (2016) 『政府はどこまで医療に介入すべきか』ミネルヴァ書房。
- 松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論 I－医療保険－』信山社。
- (2012) 「ドイツにおける医療・介護の連携－サービス供給システムと専門職－」『社会政策』第3巻第3号, pp.58-67。
- 編著 (2015) 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。

(いずみだ・のぶゆき)

## **Regional Medical Vision as Policy Mix to the Supply-Side in the Health Care Sector: international comparison analysis among Japan, England and Germany**

Nobuyuki IZUMIDA\*

### Abstract

This paper makes international comparison analysis on the health service provision among Japan, England and Germany and derives the implication for enforcement of Regional Medical Vision in Japan. Case examples are used which are given in the health care supply in England and Germany. Case in England is on difficulty with contracting on the secondary care between Clinical Commission Group and NHS Foundation Trust. Case in Germany is on difficulty with local governments' management of hospital planning and with their decision-making on subsidization to hospitals.

Former example shows that secondary care provision based on contract can be in short even if local health care management entity includes physician, not only because they identify health care needs incorrectly, but also because they bargained down with the contract payment of secondary care provision too much. This case tells us that we must coordinate well in resource allocation between primary care sector and secondary care sector.

Latter one shows that hospital plan is rigidly prescribed by law and order however enforcement procedure may not work in some cases. Decision-making on subsidization naturally depends on the resource availability. In case that constraint of resources are bidding, resource allocation can be inappropriate.

Based on implication these two cases give, we discussed about how enforcement of Regional Medical Vision should be. Policy tools prefectural governors have may not be effective so much. They should and must employ mixture of several kinds of policy tools, and coordinate with national policy such as reimbursement tariff.

Keywords : Regional Medical Vision, Reimbursement Tariff, Subsidy, Health Care System Comparison, Policy Mix

---

\* Director, Department of Empirical Social Security Research, National Institute of Population and Social Security Research

---

**特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方**

---

## 医療提供制度を改革する政策手法 ——診療報酬，計画規制，補助金——

島崎 謙治\*

---

### 抄 録

医療提供制度の改革に当たって政策手法の選択は非常に重要である。医療提供制度は複雑系であり、政策手法を間違えると政策意図に反した結果さえ招きかねないからである。わが国では医療提供制度の改革は診療報酬による経済的誘導に依拠してきた。しかし、診療報酬は万能ではない。診療報酬は診療の対価であり、医療機関の統合・集約化にはなじまない面がある。このため、計画規制や補助金等の政策手法との組合せが必要になる。実際、地域医療構想の策定が進められるとともに、医療介護総合確保基金を通じた財政支援措置が講じられている。ただし、地域医療構想の実効性については数多くの課題がある。また、診療報酬と異なり補助金は医療提供と医療財政を接合する機能が脆弱である。地域医療の将来像について医療関係者が共通認識をもつことは大切であるが、計画規制や補助金は診療報酬を代替するものではなく補完にとどまる。

キーワード：診療報酬，計画規制，補助金，地域医療構想，医療介護総合確保基金

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.596-611.

---

### I はじめに 一本稿の目的および構成一

政策は、①現状の問題点の分析、②目指すべき方向性の措定、③それを実現するための手法の選択、の3つから成る。問題点の分析が不十分だとピント外れの政策になる。目指すべき方向が曖昧であれば、政策は一貫性を欠いたものとなる。したがって、政策を論じるうえで①および②は大切であるが、③もこれらに勝るとも劣らぬ重要性をもつ。このことは、とりわけ医療提供制度の改革において強調される。医療提供制度は複雑系（さ

まざまな要素が相互に関連し複雑に入り組んだシステム）であり、政策手法を間違えると効果が減殺されるだけでなく、政策意図に反した結果さえ招きかねないからである。

本稿では医療提供制度の改革手法について論じるが、網羅的ではなく、診療報酬、計画規制、補助金の3つを中心に考察する<sup>1)</sup>。その理由はこれがホットイシューだからである。すなわち、医療計画による病床規制など若干の例外を別にすれば、わが国の医療提供制度の改革手法はこれまで診療報酬一本槍であったといっても過言ではない。しかし、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年

---

\* 政策研究大学院大学教授

<sup>1)</sup> 医療提供制度の改革手法については、筆者は本稿の末尾の参考文献に掲げた著作のなかで既に論じている。本稿はそれらを基に大幅な加筆修正を行ったものであることをお断りしておく。

8月6日)は、診療報酬主導の改革の弊害を指摘し、データに基づく計画的手法の重要性を強調するとともに診療報酬とは別の財政支援制度の創設を提言した。そして、これは現実に立法(略称「医療介護総合確保推進法」)に結びつき、現在、地域医療構想の策定および医療介護総合確保基金制度を通じた改革が進められている。

これをどのように評価すべきなのか。わが国の医療提供制度の改革がもたらす診療報酬に依拠してきたのはなぜか、地域医療構想や基金制度の本質をどのように理解すべきなのか、診療報酬は計画規制や補助金に取って代わられるべきものなのか。本稿の主眼はこれらについて論じることにある。

本稿の構成は次のとおりである。まず、医療提供制度の改革手法について概観する(Ⅱ)。次に、診療報酬の性格・特徴の考察を含め診療報酬の政策誘導について論じたうえで(Ⅲ)、診療報酬主導の改革の是非に関し検討を行う(Ⅳ)。これを受け、地域医療構想による計画規制を取り上げ、その実効性をめぐる課題や診療報酬との関係について論じるとともに(Ⅴ)、基金制度による補助金的手法の評価および診療報酬との関係について考察する(Ⅵ)。

## Ⅱ 医療提供制度の改革手法の概観

### 1 医療提供制度の改革手法の分類

医療提供制度の改革手法はいくつかあるが、切り口の異なる次の2つの分類方法がある。

第1は、市場競争か計画規制かという分類である。これは医療の特性および市場の捉え方に関わる。すなわち、医療も経済的な取引の対象となるサービス財であり、医療サービスの提供者(医療機関)および消費者(患者)から成る市場が存在し、それをうまく機能させれば効率化できるという考え方がある<sup>2)</sup>。しかし、医療分野では市場メ

カニズムは部分的には働くが、十分にはうまく機能しない。医療は消費者が商品を手に取り品質や価格を比べ購入するのとは異なる。主な相違点は、①医師と患者の情報の非対称性が非常に高いこと、②医療は不確実性が高いこと、③医療は必需財であり社会的公正の確保が求められること、の3つである。また、医療提供者間の競争を喚起すれば効率性が高まるという見方も一面的過ぎる。医療機関の地域偏在が生じるとともに、医療提供者間の関係は単純な競争関係ではなく地域の中で協力・連携するという側面もあるからである。こうした医療の特性を強調すれば、計画規制的手法を重視するという考え方が生まれる。けれども、計画規制的手法には、健全な競争を阻害し医療現場の創意工夫や改善意欲を殺ぐという難点がある。さらに、わが国の医療提供体制は民間セクターが中心であり、職業選択(営業)の自由や財産権の保護(憲法第22条第1項および第29条)との兼ね合い上、強権的な規制手法は採りにくいという問題もある。いずれにせよ、医療の特性や日本の医療制度の特質を考えると、極端な競争的手法や計画規制的手法は奏功しない。

第2は、医療保険のファイナンスとの結合の強弱による分類である。医療制度は、医療サービスのデリバリー(提供)に関する制度(医療提供制度)と医療費用のファイナンス(調達・決済)に関する制度(医療財政制度)の2つから成る。両者の結合が弱いと医療制度はうまく機能しない。医療提供制度の改革手法のなかで最もファイナンスとの結合が強いのは診療報酬である。というより、後述するように、診療報酬制度は医療財政制度のサブシステムである以上、これは当然のことである。医療計画に基づく病床規制もファイナンスと繋がっている。都道府県知事の勧告に従わずに病床過剰地域で増床した場合は、当該増床分は保険医療機関の指定を行わないことができるからである。また、保険者機能の発揮(とりわけ中央

<sup>2)</sup> その典型例は「管理された競争」(managed competition)という考え方である。これは、医療においても「市場の失敗」の要因をうまく除去すれば、社会的公正を損なうことなく、質と価格による競争が行われ医療の効率化が図られるというものである。この考え方を政策に採り入れた国はオランダをはじめ少なくないが、必ずしも奏功したとはいえない。その理由等を含め、島崎(2011) pp.128-133を参照されたい。

社会保険医療協議会における診療側との診療報酬額の交渉)もファイナンスとの結合の一形態とみることができる。これらに比べ、医療機能の情報開示と患者の選択を重視する手法等はファイナンスとの結合は弱い。

## 2 主な改革手法の位置づけ

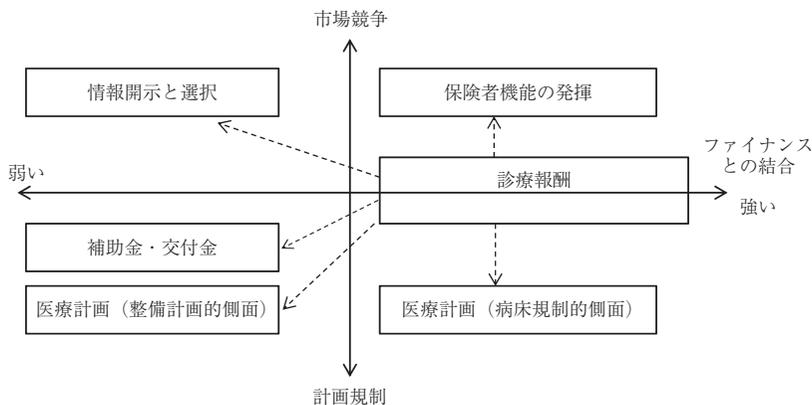
図は、以上の2つの分類方法を踏まえ、わが国でこれまで採られてきた医療提供制度の改革手法の位置づけを示したものである。縦軸は市場競争か計画規制かという軸であり、横軸は医療保険のファイナンスとの結合の強弱を表している。若干説明を加える。

第1は、診療報酬である。この図において診療報酬は、①第1象限と第4象限にまたがるとともに、②縦軸のゼロ付近に位置づけている。①は、診療報酬は「飴」(例：点数の引上げや各種加算の新設)により競争を喚起することもできるし、「鞭」(例：点数の引下げや算定要件の厳格化)により規制に類似した効果をもたせることもできるからである。②は、診療報酬による政策誘導はインセンティブの付与という間接的な手法であり、診療報酬は極端な市場競争的手法や直接的な計画規制ではないことによる。また、この図で診療報酬から出ている破線は、診療報酬は他の手法と組合せ可能であるだけでなく直接連動させ得ることを表している。その例としては、診療報酬の救急

医療管理加算の算定要件(施設基準)として医療計画上の位置づけが明記されている医療機関等に限ること(医療計画との連動性)、総合入院体制加算1の算定要件として日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受審していることを規定すること(情報開示の第三者機関による補完)、各種チーム医療の加算において一定の専門職種が加わることを算定要件とすること(当該職種養成のインセンティブの付与)が挙げられる。

第2は、医療計画である。この図で医療計画を病床規制と整備計画の2つに分けたのは、医療計画には、①病床過剰地域における病床規制、②医療提供の整備目標の設定および連携体制の確保、の2つの異なる性格があるからである。その沿革についていえば、1985年の第一次医療法改正により、都道府県は医療計画を策定することが義務づけられたが、①が必要的記載事項であったのに対し、②は任意的記載事項にとどまっていた。しかし、1997年の第三次医療法改正によって②も必要的記載事項になり、さらに2006年の第五次医療法改正により、都道府県単位で4疾病5事業(現在は5疾病5事業および在宅医療)の医療提供の整備・連携体制の構築を図ることとされたという経緯がある。

第3は、補助金および交付税である。わが国の医療機関の経営原資の大半は診療報酬により賄われているが、例外がないわけではない。1つは国



(出所) 島崎 (2011) p.361の図を一部改変。

図 医療提供制度の改革手法の分類 (概念図)

庫補助金である。その代表例としては、へき地医療拠点病院やへき地診療所等の運営費に対する補助金（医療施設運営費等補助金）、救急医療対策事業や周産期医療対策事業費等の運営費に対する補助金（医療提供体制推進事業費補助金）等が挙げられる。もう1つは公立病院に対する地方交付税措置である。わが国の医療提供は民間セクター中心であり、病院の約8割（病床ベースでは約7割）は医療法人等の民間立であるが、へき地医療や救急・災害・周産期などの不採算・特殊部門の医療は公立病院が重要な役割を担っている。このため、病院事業に対する一般会計からの繰出金等の所要額が毎年度の地方財政計画に計上され、その一部について普通交付税および特別交付税により財政措置が講じられている。

### Ⅲ 診療報酬による政策誘導

#### 1 診療報酬の法的性格

医療提供制度と医療財政制度の関係はしばしば「車の両輪」に譬えられる。両輪を繋ぐ「車軸」を欠けば車はうまく機能しない。日本の医療制度において、この「車軸」に相当するのが現物給付および診療報酬である。すなわち、わが国の医療財政制度は社会保険方式により行われているが、保険者は保険給付を厚生労働大臣が指定する保険医療機関において「療養の給付」という形で現物給付するのが原則である（健康保険法第52条、第63条第1項、第76条第1項等）。そして、保険医療機関が被保険者（患者）に療養の給付を行った場合、保険者がそれに要する費用として保険医療機関に対し支払われるのが診療報酬である（健康保険法第76条第4項・第5項等）。つまり、医療機関は指定を受けることによって、保険者が被保険者のために行うべき療養の給付を保険者に代わって行い、その対価として保険者から診療報酬を受け取るという関係が成立する。

保険医療機関は診療報酬を受け取る権利を得る反面、保険診療ルールに則り適正な診療を行う義務を負う（健康保険法第70条第1項、第72条等）。このルールを定めたのが「保険医療機関及び保険

医療養担当規則」(昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という)である。療担規則は訓示的な規定も少なくないが、特殊な療法や薬物使用の禁止（これらは混合診療禁止の根拠となる）など重要な規定も含まれている。また、診療報酬は保険医療機関と被保険者（患者）の間で自由に決められるわけではない。「療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする」（健康保険法第76条第2項）との規定に基づき、「診療報酬の算定方法」（平成20年3月5日厚生労働省告示第59号）が定められており、1点単価10円に点数を乗じて算定されるからである。この点数を具体的に定めたのが「診療報酬点数表」（上記の算定方法の告示の別表。以下「点数表」という）である。点数表は医療サービスの「公定料金表」であるが、保険給付の対象となる診療行為は原則として点数表に掲載されているものに限られるため、点数表は「保険診療一覧表」としての性格も有する。また、点数表には個々の点数につき算定できる要件（例：施設・人員基準、請求上限等）が規定されているため「算定要件集」でもある。そして、レセプトに記載された診療内容が保険診療として適切であるか否かをチェックするのが審査である。つまり、療担規則や点数表が保険診療ルールの事前統制機能を果たしているのに対し、レセプトの審査は事後統制機能を担っている。

要するに強調したいことは、①診療報酬の法的性格は現物給付の対価であること、②診療報酬は一連の仕組（診療報酬制度）として構成されていること、③診療報酬制度は医療財政制度のサブシステムであるが、以上のメカニズムを通じ医療提供制度とも密接に関わっていること、の3つである。

#### 2 日本の診療報酬の特徴

政策誘導に関わる日本の診療報酬の特徴としては次の4点が挙げられる。

第1は、1点単価固定方式が採られていることである。本来、点数は医療行為の難易度等に伴う相対的な指標、1点単価は物価・賃金水準を反映した

経済的指標であり、外国の例をみても1点単価は変動させるのが普通である<sup>3)</sup>。しかし、わが国では、1958年に現在の診療報酬体系の原型が制定されて以来、1点単価は10円で固定されている。その理由としては、1点単価に端数がつくと患者の一部負担金の計算が面倒になること等も挙げられるが、本質的な理由ではない。それよりもはるかに重要な理由は、点数操作を通じた政策誘導の裁量性を確保することにあったと筆者は考えている。実際、国は2年に1度の診療報酬改定のつど、(本来は相対的な配分係数であるはずの)個々の点数を全面的に見直すことにより広範な政策誘導を行ってきた。

第2は、診療報酬の対象経費および原価との関係である。わが国の診療報酬は全体として医業経営が成り立つように設定されており、個々の点数と当該行為の費用は厳密な対応関係にはない。たとえば、欧米諸国では病院の投資的経費は診療報酬ではなく租税財源により賄われる場合が多いが、わが国では建物・機器の購入・更新費等も診療報酬の対象である。こうした投資的経費や間接経費(事務職員の人件費等)は個別の点数として明示されない。これらは各点数に(入院基本料や初診料・再診料に限らず手術料や検査料等にも)「薄く広く」含まれていると考えられる。また、各点数は原価に基づき設定されているものではない。新医療費体系を構築する際に原価計算が試みられたが、結局は中途半端に終わった。しかも、その後の改定において、セクター間のバランスの調整や個々の点数の政策誘導が繰り返された結果、原価との対応関係は一層希薄なものとなっている。

第3は、診療報酬の全国一律性である。診療報酬は原則として全国一律であり地域差が設けられていない。沿革的には、新医療費体系導入時は、甲地(6大都市と周辺)と乙地(それ以外の市町

村)では、甲表では5%、乙表では8%の差が設けられていたが、1963年9月に乙地の診療報酬を甲地並みに引き上げることにより地域差は撤廃された。ちなみに、近年、地域特性に応じた診療報酬にすべきだという議論があるが、「①同一の医療サービスを受けても住んでいる地域により患者の一部負担金が異なる、②診療報酬が高い地域では保険料負担も高くなる、という問題が生じる」(2010年1月13日中医協総会資料)ことから、診療報酬は原則として全国一律である。また、制度的には、医療費適正化の観点から都道府県ごとに診療報酬の特例を設定できるという規定(高齢者の医療の確保に関する法律第14条)があるが、これまでこの規定は発動されたことはない(後述する)。

第4は、出来高払いと包括払いの併用である。出来高払い方式は医師の裁量性が尊重され医学の進歩に即応できるという長所がある一方、過剰診療を招きやすいという短所がある。このため、特に1980年代以降、医療サービスの包括化(いわゆる「マルメ」)が進められてきた。ただし、これは出来高払い方式の下での評価単位(括り方)の変更であり、支払い方式の改革としては、2003年度から、急性期病院を対象にDPC/PDPS(診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度)による包括払いが導入されたことが重要である。DPC/PDPSは「手挙げ方式」(出来高払いを選択することもできる)でありながら、2016年4月現在、一般病床約90万床のうち約49.5万床(約55%)が同方式の適用を受けている。また、2006年度には、療養病床を対象として医療必要度と介護必要度の組合せによる包括払い方式が導入された。こうした包括払いの導入は、支払方式の合理化にとどまらず診療報酬による政策誘導のツールが広がったという意味合いがある。

<sup>3)</sup> たとえば、米国のメディケアのパートB(医師診療部分)の支払方式であるRBRVS(Resources-Based Relative-Value Scale:資源利用度による相対評価尺度)では、相対評価要素(医師の医療密度・時間、診療費用、訴訟費用)に変換係数(わが国の1点単価に相当)を乗じ診療報酬を算定する仕組みとなっている。また、日本の医療保険制度をモデルにした韓国では1点単価固定制が採られてきたが、2001年度から1点単価変動制が導入され、毎年の物価・人件費の変動は換算指数(1点単価)で調整されている。

### 3 診療報酬の政策誘導の意義

わが国の医療政策において診療報酬が果たしている機能は大別すれば3つある。

第1は、医療費のマクロ管理機能である。すなわち、診療報酬の全体の改定率を調整することによって医療費総額（国民医療費）の伸びを制御することができる。いわば診療報酬を通じた「擬似的な予算制」である。たとえば、2005年度から2012年度にかけて国民医療費は年平均約3%伸びたが、2006年度の増加率はほぼゼロ（微減）であった。これは、同年度の診療報酬改定率がマイナス3.16%であったため、高齢化による伸び（1.3%）および医療技術の進歩等の伸び（1.8%）と相殺されたためである。ただし、診療報酬を通じ医療費を制御できるといっても、それはあくまで改定時点での制御にとどまり、その後の医療技術の進歩や高齢化等に伴う医療費の増加までコントロールできるわけではない。

第2は、医療費のセクター間の配分調整機能である。診療報酬の改定に当たっては、全体の改定率の枠内で、医科・歯科・調剤の配分のほか、病院・診療所間の配分、診療科間の配分調整が行われる。たとえば、民主党政権の下で行われた2010年度診療報酬改定では、診療報酬本体の改定率（医科・歯科・調剤の平均改定率）は1.55%であったが、医科1.74%、歯科2.09%、調剤0.52%と医科および歯科に傾斜配分された。また、医科の改定率の内訳をみると、外来が0.31%、入院が3.03%となっており、政策的に入院に手厚く配分された。

第3は、医療提供制度の政策誘導機能である。その主なツールは点数表である。実際、点数項目の改廃、点数（加算を含む）の増減、点数の評価単位の包括化（いわゆる「マルメ」）、DPC/PDPSなど包括払い方式の採用、算定要件の変更など、さまざまな手法を駆使し、その時々々の政策課題に即し政策誘導が行われてきた。その例としては、①医療機関の機能分化や連携の促進（例：急性期入院医療の包括払いの導入、在院期間による診療報酬の逡減制の強化、地域連携クリティカルパスの評価）、②緊急性や必要性が高い医療分野の重

点評価（例：ハイリスク分娩管理加算、栄養サポートチーム加算、在宅療養支援診療所等の創設）、③医療の質の評価（例：高密度の回復期リハビリの評価）など枚挙に暇がない。

以上、診療報酬の機能を3つ挙げたが、それぞれが独立しているわけではない。特に強調したいことは、診療報酬の政策誘導機能は医療費のマクロ管理機能やセクター間の配分機能を支えていることである。その意味は次のとおりである。

わが国の国民皆保険は、国民を漏れなくカバーするだけでなく、混合診療を原則として禁止し、国民が必要とする医療はすべて保険給付の対象としている。このため、医療機関（特に民間セクター）は、経営原資のほぼすべてを診療報酬に依存せざるを得ない。医療機関が診療報酬の点数改定に敏速に反応するのはこのためであるが、もう1つ強調すべきことがある。それは、既述したとおり、点数表は単なる公定料金表ではなく、保険給付の範囲を決めるとともに、算定要件の設定や支払い方式の変更等を通じ、保険診療の内容・質や量をも制御していることである。

日本の医療制度の特徴としては、国民皆保険、フリーアクセス、民間セクター中心の提供体制、現物給付原則、出来高払い等が挙げられるが、これらはいずれも医療費を増加させる要素である。したがって、診療報酬の点数を単純に引き上げれば、医療費は発散してしまう。他方、点数を引き下げれば、生産性が向上しない限り医療の質やアクセスの低下を招く。そこで、点数の増減のほか算定要件の設定・変更などさまざまなテクニックを駆使し、医療機関の行動を望ましい方向に誘導するとともに、好ましくない行動が生じないように制御している。

要するに強調したいことは、診療報酬による政策誘導によって、医療費のセクター間の配分調整や医療費のマクロ管理が実質的に機能し、医療提供制度と医療財政制度が結合しているということである。診療報酬による政策誘導の重要な意義はこの点にある。

## Ⅳ 診療報酬主導の改革の是非

### 1 診療報酬による政策誘導の限界・問題点

わが国の医療政策上、診療報酬による政策誘導は重要な役割を担っている。しかし、診療報酬は万能ではない。診療報酬による政策誘導には次のような限界や問題点がある。

第1に、診療報酬の性格は診療（正確には「療養の給付」に要する費用）の対価であり、診療報酬になじまない領域が存在することである。たとえば、医療機関の統合・集約化を診療報酬だけで誘導することは困難である。医療の再生産に必要な経費は診療報酬の対象に含まれるとしても、統合・集約化に伴う多額の投資経費や除却費は診療報酬で賄うことはできない。

第2は、診療報酬は地域医療の特性や実態の相違を反映しにくいことである。たとえば、医療機能の分化・連携が重要だといっても、医療過疎地で基幹的な病院がプライマリ・ケアから高次医療までを一体的に行っている地域では妥当しない。また、全国的にみれば急性期病床は過剰で回復期病床は不足しているが、急性期病床が不足している地域や回復期病床が過剰である地域もある。しかし、診療報酬は全国一律であり個々の地域の実態に合った政策誘導は行いにくい。

第3は、診療報酬は患者の一部負担金に跳ね返ることである。これは2つの問題を引き起こす。1つは、診療報酬の重点評価を行うと、その政策意図に反した患者（被保険者）の受診行動を招くことである。たとえば、プライマリ・ケアを重視する観点から、病院に比べ診療所の初診料・再診料を高く設定すると、かえって患者の病院での受診を助長しかねない。もう1つは、患者の受益と負担の乖離である。たとえば、へき地等の不採算地域はコストが嵩むため診療報酬の上乗せを設けるべきだという議論がある。しかし、へき地等に住む患者からみれば、医療へのアクセスが悪い上に都会地の患者よりも自己負担が高くなるのは納得できないという反発が生じよう。

第4は、診療報酬の政策誘導が医業経営上のリ

スク要因になりかねないことである。その代表例としては、2006年度改定において、医療療養病床の削減を図るため、医療区分1（医療の必要度が一番低い区分）の包括払い点数について採算割れの設定が行われたことが挙げられる。また、診療報酬の項目や算定要件が短期間で改廃されることも珍しくない。

第5は、政策意図に反する医療機関の行動の誘発である。その典型例としては、2006年度診療報酬改定において導入された手厚い看護体制の評価（7対1入院基本料の導入）が挙げられる。これは一部の高度医療機関だけが取得すると想定されていたが、看護師の配置要件を満たせば高い診療報酬の点数を算定できるため、現実には多くの病院が7対1病床の移行を目指した。その結果、2012年の病床分布をみると、2004年に比べ、7対1病床が急増する一方、13対1病床や15対1病床が減り、いわゆる「ワイングラス型」の形状となっている。この分布は、社会保障制度改革国民会議等が想定している「2025年の一般病床のあるべき姿」（いわゆる「樽型」の病床分布）とは大きく異なっている。

### 2 政策ミックスの必要性

以上、診療報酬の限界や問題点を5つ挙げたが、このうち2番目、4番目、5番目は社会保障制度改革国民会議が批判している点である。そして、同会議はこれを理由に地域医療ビジョン（地域医療構想）による計画的手法や診療報酬に代わる財政支援制度の創設を提言したが、筆者はこれらが診療報酬の致命的な欠陥であるとは考えていない。たとえば、4番目および5番目の問題が生じたのは事実であるが、これは診療報酬の点数や算定要件の設定が不適切であったという見方もできる。ざりとて、筆者は今後も診療報酬一本槍でよいと考えているわけではない。他の改革手法との組合せ（政策ミックス）はやはり必要である。その理由は3つある。

第1は、医療政策の守備範囲の拡大である。医療という言葉で辞書で引くと、「医療で病気を治すこと」（大辞林）と記されている。もとより「病

気を治す」ことは今後とも医学・医療の重要な使命であるが、超高齢社会ではそれだけでは足りない。高齢者は複数の病気を抱えるだけでなく、身体機能の低下や認知症の発現に伴い介護需要も高まる。臓器別ではない全人的・包括的な医療、尊厳ある看取りまで含めた「治し、生活を支える」医療が大切になるゆえんである。そして、これは医療政策の守備範囲の拡大をも迫ることになる。比喩的にいえば、「生活を支える」といった途端、医療政策の「視界」（守備範囲）は、医療の隣接領域である保健、介護、福祉はもとより、住まい、就労まで一挙に広がる。さらにいえば、医療は地域の社会経済と独立して存在し得ない。たとえば、都市部では高齢者向けの住宅などの需要が急増する一方、地方では生活基盤そのものの存立が危ぶまれる自治体が少なくない。したがって、地域の産業・雇用・交通等まで視野に入れ医療政策を展開する必要があるが、診療報酬一本槍の手法ではこうした医療政策の守備範囲の拡大に応え切れない。

第2は、医療機関の再編の必要性である。わが国の病院は、①病床数が多い、②平均在院日数が長い、③病床当たりの医師や看護スタッフが少ない、といった特徴がある。しかも、人口構造の変容のピッチは今後加速する。したがって、医療機能の分化・連携は避けて通れないが、そのなかには医療機関の統合・集約化も含まれる。しかし、診療報酬は診療の対価であり医療機関の統合・集約化にはなじみにくい面がある。また、診療報酬による政策誘導は医療を拡大する場合はうまく機能するが、縮小の方向には概して効きが悪い。

第3は、財政制約が厳しく診療報酬の大きな改定幅は望めないが、そうしたなかで政策誘導しようとする「負荷」が大きくなり過ぎることである。今述べたこととも関係するが、診療報酬はプラスの点数設定による誘導は効くが、マイナスの点数設定の場合は効き方が悪いだけでなく政策意図に反する結果を招きやすい。医療機関が元の採算ラインを維持しようとするからである。その意味で象徴的なのは2006年度診療報酬改定である。同年度の診療報酬本体の改定率はマイナス1.36%

（診療報酬全体ではマイナス3.16%）であった。こうしたなかで、7対1入院基本料の導入や在宅医療や小児・産科・救急等の充実を図ろうとすれば、数多くのマイナスの点数項目（例：医療必要度の低い療養病床の入院基本料の引下げ、紹介率加算の廃止）を設けることが必要になる。率直に言って、2006年度診療報酬改定は失敗例が少なくないが、その最大の要因は、マイナス改定であったにもかかわらず、「無理をし過ぎた」ことである。その教訓は、①マイナスまたは小幅な改定幅の場合は改定項目を厳選すべきこと、②政策意図に反する行動が生じないように点数や算定要件の吟味を十分行うこと、③想定に反する事態が生じたら速やかに是正すること、の重要性である。

## V 地域医療構想による計画規制

### 1 地域医療構想の概要および性格

医療法は、「医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする」（第30条の4第2項柱書）と規定し、その1つとして地域医療構想に関する事項が掲げられている（同項第7号）。そして、同号では、地域医療構想とは「構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床の必要量を含む将来の医療提供体制に関する構想」である旨が規定されている。つまり、法律上は、地域医療構想は、①医療計画の一部を構成すること、②各構想区域における将来の病床機能区分ごとの必要量を含む内容であること、③将来の医療提供体制に関する構想であること、しか規定されていない。しかし、地域医療構想に関連する次のような医療法の条文をみると、地域医療構想の性格が浮かび上がってくる。

第1は、構想区域における協議である。すなわち、都道府県は、構想区域（原則として二次医療圏）ごとに、医療関係者や保険者等で構成される「協議の場」（地域医療構想調整会議）を設け、将来の病床の必要量を達成するための方策など地域医療構想の達成に向けて協議を行うこととされている（第30条の14第1項）。

第2は、病床機能報告制度である。これは、各医

療機関に対し病棟ごとの医療機能の現状および将来の病床機能の予定について報告させる制度である(医療法第30条の13)。現状では、将来の方向性については現状維持あるいは様子見の医療機関が多い。しかし、今後、報告の基準の定量化が進めば、医療機関の報告内容と実際の医療機能の差異の分析等が行われ、病床機能報告制度は本格的に稼動することになる。

第3は、都道府県知事の権限行使の仕組みである。具体的には、医療機関の新規開設・増床の許可に当たって、不足している医療機能を担うという条件を付すことができるほか(医療法第7条第5項)、医療機関が過剰な医療機能病床に転換しようとする場合には、都道府県知事は転換の中止を要請(公的医療機関の場合は命令)し、それでもこれに従わないときは医療機関名の公表等の措置を講じることができる(医療法第30条の16から第30条の18等)。

以上を踏まえれば、地域医療構想の基本的な性格は、医療機関の病床機能を望ましい方向に誘導するための計画規制であると捉えることができる。ただし、この計画規制は医療計画の病床規制に比べはるかに緩やかであることに留意する必要がある。すなわち、医療計画の病床規制の場合には、民間医療機関であっても、病床過剰地域での増床等に対してとりやめの勧告ができ(医療法第30条の11)、さらにこれに従わないときは当該増床分につき保険病床として指定しないことができる(健康保険法第65条第4項第2号)。これに対し地域医療構想の場合は、民間医療機関が過剰な医療機能病床への転換に対して都道府県知事が行えるのは中止の要請にとどまる。こうした相違が生じるのは、医療計画の病床規制は直近の確定値に基づく総病床規制であるのに対し、地域医療構想の規制は将来の推計値に基づく病床機能別規制であり客観性が異なることによる。

なお、財政制度等審議会財政制度分科会では、

①地域医療構想に関する都道府県の権限を医療計画並みに強化すること、②都道府県の疾病別・診療行為別等の地域差の半減に向けて高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例を活用すること、が議論されているので、簡単にコメントしておく<sup>4)</sup>。①については、上述した理由(規制の前提となる客観性の相違)により筆者は賛成できない。また、仮に規制権限を強化しても、実際には権限は発動できないと思われる。地域医療構想の機能別の病床数は一定の前提を置いたうえでの推計値であることから訴訟に耐えられないからである。②については、この診療報酬の特例規定は今まで発動されておらず、立法時にいかなる内容を想定していたのかも定かではないが、最もラディカルなのは都道府県ごとに1点単価を変える方法である<sup>5)</sup>。筆者は診療報酬を通じた過度の政策誘導は好ましくなく、患者の負担や診療へのバイアス(例：1点単価が低い都道府県への受診誘導)等も慎重に見極めなければならないと考えている。いづれにせよ、この特例規定を発動した場合の影響は小さくないため、拙速に走ることなく、その内容や要件(たとえば、同法第14条中の「適切な医療を公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内」)の解釈については十分詰めておく必要がある。

## 2 地域医療構想の評価と課題

筆者は地域医療構想を策定することに反対ではない。人口動態や疾病構造が大きく変化するなかで、客観的なデータに基づき地域医療の将来像について医療関係者や住民が共通認識を持つことは非常に大切だからである。問題はその内容と実効性である。

第1は、医療機能の区分の相対性である。筆者はかねてから、医療法上、4つの病床機能区分を設けるにしても、それは病床の機能分化の方向性を示すための「説明(道具)概念」ととどめるべき

<sup>4)</sup> 財政制度等審議会財政制度分科会(2016年10月27日開催)資料1の「病床再編や地域差是正に向けた都道府県の体制・権限の整備」を参照されたい。

<sup>5)</sup> これは筆者の勝手な憶測ではない。財務省はこのことを検討していることが窺える(週刊社会保障No.2882, p.48を参照)。

であると主張してきた〔島崎（2011）pp.376-377〕。その理由は、医療資源の分布、人口密度、地勢など地域医療の諸条件は千差万別であり、病棟や病床の機能を無理に特定の類型に当てはめようとすると地域の実情に合わなくなるからである。また、4区分の機能は截然と分かれるものではなく、医療機能別の病床数と病棟機能が厳密に1対1の対応関係にあるわけでもない。

第2は、構想区域の線引きおよび範囲の妥当性である。構想区域は原則として二次医療圏とされている。二次医療圏は1985年の医療法改正により病床規制が導入されたときに設けられた概念であるが、保健所等の行政管轄区域や郡市医師会のエリアを考慮し設定した都道府県が少なくない。それに加え、その後の人口動態や交通事情の変化を踏まえた見直しがほとんど行われていない。その結果、生活圏や患者の流れと適合していない二次医療圏が数多くみられるのが実状である。また、完結すべき地域（圏域）は医療の内容によって異なる。たとえば、在宅医療の圏域は中学校区単位が基本である一方、専門性が高い医療（特に「待てる医療」）の場合は必ずしも二次医療圏で完結させる必要はなく、むしろ基幹病院に高次の医療機能を集積させる方が医療の質や効率性が高まる場合が少なくない。

第3は、病床機能と在宅医療等の関係である。地域における入院医療の需要や病床機能は在宅医療等の推進状況と独立して決まるわけではない。実際、ガイドラインでは慢性期病床は在宅医療等と一体的な区分となっており、療養病床の医療区分1の患者の7割は在宅医療等に移行するなどの仮定が置かれている。しかし、これは一種の「割切り」でその裏づけは乏しい。逆にいえば、都道府県は市町村と協議し、受け皿となる在宅医療等の実現可能性等について「ミクロからの積上げ」を行わなければ、地域医療構想は「机上の空論」となる。その意味では、在宅医療等との接合こそが地域医療構想の肝心要の部分だといっても過言ではない。

第4は、自治体の取組み体制や人材育成の立ち遅れである。計画的手法はそれを差配する者の識

見・力量によって成否が大きく左右される。とりわけ地域医療構想については、NDB（ナショナル・データベース）やDPCデータ等を使いこなすには一定の技術修練を要するうえ、その先には関係者と調整し合意を得るという難題が控えている。さらに、既述したように、医療政策の守備範囲が広がっていることを考えれば、地域医療構想はいわば「地域総合生活構想」として捉える視点が求められる。また、地域医療構想と一対を成す在宅医療や地域包括ケアの推進は一義的には市町村が担うが、これは片手間でできる仕事ではない。その意味では、地域医療構想や地域包括ケアは自治体にとって基本計画の策定に匹敵する大事業であるが、自治体の取組み体制や人材育成の立ち遅れが目立つ。

### 3 地域医療構想と連動する経営戦略の見直し 圧力

地域医療構想に関する筆者の見解は以上のとおりであるが、これは各医療機関が経営戦略の見直しをしなくてすむことを意味しない。地域医療構想と連動する次のプロセスを通じ、病院経営者は地域医療における自院のポジションの取り方の見直しが迫られよう。

第1は、金融機関からの審査圧力である。1985年の医療法改正（病床規制）の際に「駆け込み増床」した病院が建替時期を迎えるが、病院とりわけ民間病院は金融機関からの借入でその資金を調達している。いうまでもなく金融機関が最も恐れるのは貸倒れであり、融資対象の病院は、地域医療のなかでいかなる役割を担うのか、患者数が早晩減少するなかで経営の健全性が確保できるのかが問われることになろう。実際、病院の建替後の経営方針や返済計画の妥当性について、金融機関が医療系コンサルティング会社に対し評価依頼することは今でも稀ではないが、こうした審査圧力は今後強まることになると予想される。

第2は、公立病院改革である。2014年度末に総務省から新しい公立病院改革ガイドラインが発出された。これは2007年12月の旧ガイドラインと基本的な考え方は同じであるが、改革プランの柱の

1つとして「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が加えられているなど、地域医療構想を強く意識していることが特徴的である。具体的な内容として重要なのは、公立病院については病床数に応じ地方交付税措置（1床当たり70万円交付）が行われているが、算定の基礎となる病床数は許可病床数から稼働病床数に変更されることである。これにより、公立病院の稼働していない許可病床の削減（返上）が進むことになろう。また、市町村立病院の新設・建替等に当たって、都道府県が地域医療構想との整合性について審査し、不適合のものは病院事業債に係る地方交付税措置の対象外とする方針が示されていることも注目される。さらに、公的病院（日赤や済生会等の病院）や民間病院等との再編が必要になるケースも公立病院改革の対象となることが明記されており、特に都市部において他の医療機関と競合状態にある公立病院の再編を促す意図が読み取れる。

第3は、医療費適正化計画や国民健康保険制度の改正を通じたファイナンスサイドからの圧力である。実際、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（2015年6月30日閣議決定）では、「地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。（中略）これらの取組を通じて、都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされている。また、2015年の国民健康保険法の改正（施行は2018年度）の主眼は都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体にすることにあるが、これには都道府県に財政責任を負わせることによって医療提供体制の改革に本腰を入れさせるという政策意図がある。また、国の調整交付金の仕組み、所得水準や年齢構成の相違による医療費など保険者の責任ではない要素については調整するが、医療供給が過剰で医療費が高い分については調整しない（保険料に反映させる）といった方向に政策誘導が行われると予想される。要するに、都道府県別に医療費管理するという圧力が高まるということである。

#### 4 診療報酬と地域医療構想の代替補完性

以上述べたように、筆者は、地域医療構想はそれ自体よりもこれに関連する制度の圧力の方が強く作用するのではないかと考えているが、この「関連する制度」には診療報酬も含まれる。というより、地域医療構想の最も大きな推進力は診療報酬である。

そもそもわが国の医療提供は民間セクター中心であり、医療提供制度の改革を計画規制だけで規律することは困難である。また、現行の医療計画の評価にもかかわるが、計画規制は新規参入障壁として働く競争制約性が強い手法であり、地域医療の新陳代謝を阻害する面がある。さらに、医療提供制度を規律するのは医療法であるが、医療法は基本的に衛生規制法であり、機能別の類型に応じた要件を設定しようとする最低基準的なものにならざるをえない。医療機能のきめ細やかな評価は診療報酬の方がはるかに適している。換言すれば、地域医療構想において現状の各医療機関の病床機能の実態や将来の必要量について、NDBやDPCデータ等を用いできるだけ明示することは必要であるが、あるべき姿に向かって、各医療機関に適切な経営判断を促すとともに診療報酬を使って政策誘導することが適切かつ現実的である。実際、2014年度および2016年度の診療報酬改定では、地域医療構想を意識し、医療機能の分化・連携（地域包括ケアを含む）を加速させる政策意図が明確に読み取れるが、医療機関サイドは2018年度の診療報酬と介護報酬の同時改定の成り行きを慎重に見定めようとしているのが実状である。

いずれにせよ、地域医療構想による計画規制は診療報酬による政策誘導を代替するものではない。地域医療構想を通じ将来目指すべき方向性が明示されることを受け、診療報酬がそれに向け政策誘導するという関係に立つ。その意味では、地域医療構想が診療報酬を補完しているのか、診療報酬が地域医療構想を補完しているのかはともかく、両者は相互補完的な関係にあると考えるべきである。

## Ⅵ 基金制度による補助金的手法

### 1 基金制度の概要および性格

2014年6月に「医療介護総合確保推進法」が成立し、医療・介護の総合的な確保を図るため、都道府県および市町村は国が定める基本的な方針に沿って総合確保計画を策定することとされた（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第4条および第5条）。そして、その事業の経費を支弁するため都道府県は地域医療介護総合確保基金（以下「基金」という）を設置するとともに、国は消費税率引上げによる増収分を活用しその財源の3分の2を負担することとされた（同法第6条および第7条）。基金は医療分と介護分に大別され、2014年度は医療分として総額904億円、2015年度および2016年度においては、当初予算ベースで医療分は総額904億円、介護分は総額724億円が計上された<sup>6)</sup>。なお、この医療分の904億円は純増ではない。看護師等養成所運営等事業や地域医療支援センター運営事業など国庫補助対象事業費の振替分が274億円含まれているからであり、これを差し引いた純増額は630億円である<sup>7)</sup>。

基金の対象となる事業は、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業、③公的介護施設等の整備に関する事業、④医療従事者の確保に関する事業、⑤介護従事者の確保に関する事業の5つである（同法第4条第2項第2号、第5条第2項第2号、第6条）。このうち①、②、④が医療分に該当するが、2014年度は①が174億円、②が206億円、④が524億円であったのが、2015年度は①が454億円、②が65億円、④が385億円、2016年度は①が458億円、②が48億円、④が

399億円、となっている<sup>8)</sup>。つまり、医療分の配分は①に大きくシフトし、904億円の半分以上（純増分630億円に対しては7割以上）を占めている。これは都道府県の方針というより国の方針に基づくものである。たとえば、「経済財政運営と改革の基本方針2016」（2016年6月2日閣議決定）では、「地域医療構想については（中略）地域医療介護総合確保基金のメリハリのある配分等により、病床の機能分化・連携を推進する」と記載されている。また、そもそも基金制度が創設されたのは、社会保障制度改革国民会議が診療報酬一本槍の医療提供体制の改革手法を批判し、計画的手法の重要性を強調するとともに診療報酬とは別の財政支援制度を設けることを提言したことにある。既存の国庫補助対象事業の振替分も含まれているためややわかりにくいだが、基金の医療分の性格は地域医療構想の推進を主たる目的とした補助金的手法であるといつてよい。

### 2 基金制度の評価と課題

基金制度の評価・課題は地域医療構想に関し述べたことと重なる点が少なくないが、基金制度固有の論点も含め特に強調したいことが6つある。

第1は、基金による助成の適切性の確保である。基金による助成に当たっては、地域の実情を踏まえ必要性が高い事業にメリハリをつけて配分する必要があるが、その該当性を見極めや優先順位づけは「言うは易く行うは難し」である。また、在宅医療や介護等も基金事業の対象であるため、地域医療構想以上に市町村との調整が必要となる。都道府県の担当職員には、高い識見、深い洞察力、戦略的な発想、高度な調整・交渉力が求められるゆえんである。

第2は、都道府県の利益相反の問題である。都道府県は助成を決定する「レフリー」であると同

<sup>6)</sup> なお、介護分については2015年度補正予算により1,561億円が積み増しされた。これは、2015年11月に閣議決定された「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」の柱の1つとして「介護離職ゼロ」が掲げられ、介護サービスの基盤整備の前倒しが要請されたためである。

<sup>7)</sup> 後述するように、筆者はこの振替は基金制度の性格を曖昧にさせるため適当ではなかったと考えている。なお、274億円の根拠や振替対象の国庫補助事業名を含め、詳しくは前田（2014）p.7を参照されたい。

<sup>8)</sup> 財政制度等審議会財政制度分科会（2016年10月27日開催）資料1の「地域医療構想に沿った医療提供体制の実現（地域医療介護総合確保基金）」による。

時に、都道府県立病院の設立主体という意味では「プレイヤー」でもある。都道府県は後者の利益を優先してはならない。さらに、イコール・フットリング論を詰めていけば、基金の助成の問題にとどまらず公立病院に対する一般会計繰入れの合理性・妥当性の議論にまで波及しよう。筆者は基金による助成の配分比率を形式的に決める（例：官民の配分を1対1とする）ことは適当ではないと考えるが、利益相反の疑念を招かないよう、助成の基準の明確化および決定手続の透明化を徹底する必要がある。

第3は、基金の交付配分である。国が病床の機能分化・連携（特に病床機能の転換）に重点配分する方針であることは既述したが、留意すべきことが2つある。1つは、基金の対象事業は、①病床機能の転換等の一過性の事業、②医療従事者の養成等の経常的な事業（その多くは従来の国庫補助事業の振替分）、の2つが混在していることである。限られたパイのなかで①を増やせば②は減ることになるが、②も大切な事業であり軽々に削減すべきものではない。もう1つは、①に重点を置くにしても各都道府県の実情を十分踏まえる必要があることである。病院の公私のウェイト、在宅医療等の進捗状況、医師・看護師の充足状況等が異なるからである。たとえば、都道府県によっては、在宅医療が十分普及しておらず病床機能の転換の「受け皿」の整備を優先する方が適切な場合がある。こうした実情等を無視して画一的に病床機能の転換等に傾斜配分することは、無駄な事業執行を助長する危険性があるだけでなく、かえって地域の医療機能の分化・連携を遅らせることになりかねない。

第4は、基金の特性を活かすことの重要性である。基金の基本的性格は補助金的手法であるが、補助金と異なり単年度に使い切る必要はなく繰越

可能である。これは複数年度にまたがる事業に柔軟に対応できるだけでなく、各年度の資金需要の多寡に応じた弾力的な執行が可能であることを意味する。たとえば、医療機能の転換は病院の建替時期に行われるのが通例であるが、病院の建替時期は平均化できず年度によって資金需要は大きく変動し得る。したがって、都道府県においては中長期的な視点に立った基金事業の執行が求められる。また、国においても、執行残があった場合は翌年度の交付を減額するのではなく各都道府県の基金の執行方針に耳を傾ける姿勢が必要だと思われる<sup>9)</sup>。

第5は、他の補助金や交付金等との役割分担である。医療機関の再編・集約化は狭義の医療に限定して捉えるべきものではなく、地域の産業・雇用・交通等まで視野に入れ一体的に検討することが望ましいが、このことは基金と他の補助金等との役割分担という問題を生じさせる。たとえば、国土交通省は中山間地等におけるコンパクト・アンド・ネットワークを推進する一環として「小さな拠点」事業を進めているが、医療機関を「小さな拠点」に移転・集約化すれば同事業の対象となり得る。また、基金の事業の使途としてICTを用いた連携の促進事業を計上している都道府県が少なくないが、これは総務省のICT関連の補助金と競合する。さらに、公立病院改革を進めるための費用については地方交付税の特別交付金の対象となり得る。筆者は基金とこれらの補助金や交付金等との競合を排除する必要はないと考えているが、対象事業がまったく重複することも問題であり一定の調整は必要である。

第6は、住宅問題である。住宅は生活の基盤であり、在宅医療や地域包括ケアの最も重要な構成要素である。とりわけ、低所得で持ち家のない者が要介護状態になった場合の「受け皿」について

<sup>9)</sup> 2014年度は基金に904億円が計上されたが、同年度に実施する事業費は計画ベースで603億円（904億円の66.8%）であり、その執行額（実績）は419億円（執行率は69.5%）である。また、このうち「病床の機能分化・連携」に係る事業費は計画ベースで95億円（174億円の54.6%）であり、その執行額（実績）は39億円（執行率は40.5%）と低い（「第5回医療介護総合確保促進会議」（2015年10月28日）資料1-1「平成26年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の執行状況について」）。しかし、2014年度の交付決定が遅かったという事業を別にしても、基金の性格や無駄な事業の実施を避けるという観点に立てば咎め立てすべきものではない。

は、政策的な対応が十分に図られていない。さらに、今後都市部の高齢化が急速に進む中で介護・住宅の整備が喫緊の課題である一方、過疎地域では病院に隣接して住宅を整備することにより集住やコンパクトシティ化を図るためのインフラ整備等が必要になる。基金の用途を住宅まで広げることは抵抗もあろうが、病床機能の転換を進めるために必要な場合という限定を付したうえで基金の対象事業に住宅の整備を組み入れることは検討に値しよう。

### 3 診療報酬と基金による補助金的手法の関係

基金を設け医療機関の臨時的な投資的経費を補填するという考え方は決して突飛なものではない。たとえば、2009年度から2012年度にかけて各年度の補正予算により措置された地域医療再生基金はその代表例である。また、筆者も消費税引上げの増収財源の一部を利用して都道府県ごとに「医療・介護・住宅整備ファンド」（仮称）を設けることを提唱したことがある〔島崎（2011）377頁〕。今般の基金制度はこれと似ているが、コメントすべき点が2つある。

第1は、診療報酬と基金による補助金的手法の主従の関係である。筆者が「医療・介護・住宅整備ファンド」を提唱した趣旨は、診療報酬では賄うことが難しい医療機関の統合・集約化や機能転換に要する経費、小規模多機能施設やケアつき住宅など介護・住宅の投資的経費を対象とする診療報酬による誘導になじみにくいものは補助金的手法を用いるということであって、診療報酬よりも補助金的手法を優先すべきだということではない。端的にいえば、診療報酬と基金による助成（補助）は、前者が「主」で後者は「従」という関係に立つ。

第2は、診療報酬と補助金の性格の異同である。両者は経済的インセンティブの付与という意味では共通点があるが、財政支援制度と一括して扱うのは適当ではない。なぜなら、診療報酬は現物給付である「療養の給付」の対価であり、医療提供制度と医療財政制度を結合させるという重要な役割・機能を担っているからである。診療報酬を補

助金に振り替えることは、診療報酬が有するこの役割・機能を脆弱化させることを意味する。要するに、診療報酬と基金は代替関係に立たない。基金による補助金的手法はあくまで診療報酬の限界を補完する役割にとどまる。

## Ⅶ おわりに —結びに代えて—

以上、医療提供制度を改革する政策手法について、診療報酬、計画規制、補助金の3つを中心に述べた。結論は冒頭の抄録と重複するので省略する。最後に感想めいたことを述べ結びに代えた。

地域医療構想は今年度中に出揃う見通しであるが、策定済みの地域医療構想をみると、その“熟度”は相当ばらついている。具体的な病院名を挙げ地域医療における位置づけを記載している地域医療構想がある一方、単なる数字合せに終わっているものもある。地域医療構想は制度設計主義（法律や制度を仕組みばそうなるという考え方）の発想が強すぎ実効性についても多くの課題があると筆者は考えているが、それは医療提供体制がこれまでの延長線上で済むと思っていることを意味しない。人口構造の変容等に伴い社会経済の基盤が一変しているからであり、財政制約や人的資源制約が今後更に強まる。仮に地域医療構想が何ら成果を上げない場合どうなるか。都道府県別に診療報酬の1点単価を変えるとといった都道府県ごとの医療費管理を徹底する方向に政策の舵が切られることになるのではないと思われる。筆者はこうしたラディカルなシナリオがよいとは考えていない。それを回避するには、地域医療の将来像について住民も含め関係者が認識を共有し、あるべき姿の実現に向けて努力を重ねるよりない。地域医療構想は“大仕掛け”にみえるが、その本質は話し合いを通じ地域医療の最適解を見出すプロセスにある。その意味では、今まさに問われているのは、わが国の民主主義の成熟度である。

### 参考文献

島崎謙治（2011）『日本の医療—制度と政策』東京大学

- 出版会。
- (2015)『医療政策を問いなおす—国民皆保険の将来』筑摩書房。
- (2016)「第5章 日本」加藤智章編『世界の診療報酬』法律文化社, pp.104-140。
- 池上直己 (2014)『医療・介護問題を読み解く』日本経済新聞出版社。
- 尾形裕也 (2016)「ケアの財源調達に関する考察」社会保障研究1巻1号, pp.98-113。
- 田中耕太郎 (2016)「医療提供体制の課題と将来」週刊社会保障No.2887, pp.68-71。
- 二木立 (2015)『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房。
- 前田由美子 (2014)「新たな財政支援制度『基金』の活用に向けて—地域医療再生基金の振り返り」日医総研ワーキングペーパー, No.317。
- 松田晋哉 (2013)『医療のなにかが問題なのか—超高齢社会日本の医療モデル』勁草書房。

(しまぎき・けんじ)

## **Policy Methods for Reforming the Health Delivery System: Medical Fee, Regulation by Planning, and Subsidy**

Kenji SHIMAZAKI\*

### Abstract

Selecting appropriate policy methods is crucial especially when reforming health delivery, because healthcare system is so complicated that adopting wrong methods might bring about unexpected and unfavorable consequences. Reforms in health delivery system have relied heavily on the economic incentives through medical fee-schedule revisions in Japan. This method is not almighty, however, as the medical fee is intended to appraise the medical treatment provided and is not supposed to promote consolidation or downsize medical institutions. Policy mixture with other policies, such as regulation by planning or subsidy, becomes necessary. Therefore, each prefecture is obliged to draw up Regional Healthcare Vision, and medical institutions are subsidized through Fund for Comprehensively Securing Regional Health and Long-term Care. However, various questions are casted onto the feasibility of Regional Healthcare Vision. Besides, the influence to health delivery system reform is weaker for subsidy than the fee-schedule revision. While it is necessary to establish common understanding for the future of regional health delivery among the concerned parties, policies such as regulation by planning or subsidy cannot substitute the medical fee-schedule revision; they only complement it.

Keywords : medical fee, regulation by planning, subsidy, Regional Healthcare Vision, Fund for Comprehensively Securing Regional Health and Long-term Care

---

\* Professor, National Graduate Institute for Policy Studies

## 健康保険法における被扶養者の概念とその取扱い

島崎 謙治\*

### I はじめに

本号の「社会保障判例研究」で取り上げるのは被扶養者の認定が争われた事案である。実務上は被扶養者認定という言葉が広く用いられているが、健康保険法（以下「法」という）および法施行規則（以下「法規則」という）には被扶養者の「認定」という文言は存在しない。このため、本件訴訟では被扶養者認定の処分性が大きな争点となった。このような疑義が生じることを防ぐためだけであれば、法にその根拠規定を設ければよい。しかし、被扶養者の取扱いをめぐることは、それ以前に、法において被扶養者はどのような地位にあるのか（あるいは位置づけられるべきなのか）という根本問題がある。また、被扶養者の範囲・要件等についても論ずべき点が少なくない。本稿では、被扶養者の概念について解説したうえで、その取扱いについて法政策の観点から論じる。なお、被扶養者認定の処分性など本件訴訟の争点に直接関わる問題については、事案に即し「社会保障判例研究」のなかで考察する方が適当であるため、本稿では検討の対象としない。

### II 法における被扶養者の概念 —被扶養者制度の解説—

#### 1 被扶養者の定義

国民健康保険には被扶養者という概念はなく全員が被保険者であるが、健康保険には被扶養者という概念がある。その定義（範囲・要件）は法3条

7項で定められている。すなわち、被扶養者とは、①被保険者の直系尊属、配偶者（事実婚を含む）、子、孫および兄弟姉妹であって、主としてその被保険者により生計を維持するもの（1号）、②被保険者の三親等内の親族で①に掲げる者以外のものであって、その被保険者と同一の世帯に属し、主としてその被保険者により生計を維持するもの（2号）、③被保険者の配偶者で届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるものの父母および子であって、その被保険者と同一の世帯に属し、主としてその被保険者により生計を維持するもの（3号）、④上記③の配偶者の死亡後におけるその父母および子であって、引き続きその被保険者と同一の世帯に属し、主としてその被保険者により生計を維持するもの（4号）、をいう。なお、75歳以上の者は後期高齢者医療制度の被保険者となるため、上記に該当しても被扶養者とはならない（法3条7項柱書）。

留意すべきことは、「主としてその被保険者により生計を維持する」という要件（生計維持要件）は①から④すべてに共通するが、②から④については「同一の世帯に属する」という要件（同一世帯要件）が加わっていることである。逆にいえば、①については、別世帯であっても仕送り等により生計維持要件を満たせば被扶養者となる。生計維持要件の基準は、通達（通知）によれば、被保険者と同一世帯の場合は、認定対象者の年間収入が130万円（60歳以上の者または障害者の場合は180万円）未満であって、かつ被保険者の年収の半分未満であることであり、被保険者と同一世帯でない場合は、年間収入が130万円（60歳以上の者

\* 政策研究大学院大学 教授

または障害者の場合は180万円)未滿であつて、かつ被保険者からの援助による収入額より少ないことである<sup>1)</sup>。

## 2 被扶養者制度の沿革

法の制定時(大正11年。施行は昭和2年)には被扶養者(家族)という概念はなく、保険給付の対象は被保険者のみであった。家族給付(正確には「補給金の支給」)は昭和14年の法改正(施行は翌年)により任意給付として導入されたものであり、その背景には、戦時体制下で「銃後の守り、あるいは戦場挺身者の家族の生活安定」が求められたという事情がある<sup>2)</sup>。家族給付は昭和17年の法改正(施行は翌年)により法定給付となったが、その際、配偶者および子については同一世帯要件が外され(これに伴い世帯員という名称は被扶養者に改められた)、終戦の約1カ月前には直系尊属についても同一世帯要件が外された<sup>3)</sup>。

戦後、昭和23年の法改正により、それまで勅令(昭和23年1月以降は政令)で定められていた被扶養者の定義規定は法に格上げされた。これは、新憲法の制定に伴い法形式の整備の一環として行われたものである。その後、昭和32年の法改正により、「被保険者ト同一世帯ニ属シ専ラ其ノ者ニ依リ生計ヲ維持スル者」については、「三親等内ノ親族」に限定する一方、扶養の程度は「専ラ」から「主トシテ」に緩和された。これにより、被扶養者の定義は今日に近い形となったが、昭和48年の法改正により、被保険者の孫および弟妹は同一世帯要件が外され(したがって、生計維持要件さえ満

たせば被扶養者に該当することになる)、さらに平成24年の法改正により上記の「弟妹」は「兄弟姉妹」に改められた<sup>4)</sup>。

要するに強調したいことは、①法制定時には被扶養者という概念はなかったこと、②被扶養者の範囲や要件は、各時代の家族観・扶養意識、政治状況等の影響を受け変遷したこと、の2つである。

## 3 被扶養者の位置づけ

法は被保険者と被扶養者を同列に扱っていない。法は被扶養者を被保険者にいわば「従属」するものとして扱っている。たとえば、被扶養者と認定されることによる法的効果として最も重要なのは家族療養費の支給であるが、その対象は被扶養者ではなくあくまで被保険者である<sup>5)</sup>。また、保険料額は被保険者の賃金(正確には標準報酬月額および標準賞与額)に保険料率を乗じて算定される(156条等)。つまり、保険料額の賦課ベースは被保険者の賃金のみであり、被扶養者の収入等は被保険者が拠出する保険料には影響を及ぼさない。国民健康保険の保険料は被保険者数に応じ世帯人員割が課せられるが、健康保険の保険料については被扶養者の有無・人数等を加味した割増保険料(いわゆる家族保険料)が賦課されることもない。なお、被保険者と被扶養者とは、法の規律密度が大きく異なっていることについても触れておこう。一例だけ挙げれば、被保険者については、法は、資格の得喪の時期について規定するとともに(35条・36条)、被保険者の資格の得喪は「保険者等の確認によって、その効力を生じる」こ

<sup>1)</sup> 通達(通知)とは、「収入がある者についての被扶養者の認定について」(昭和52・4・6保発9号・庁保発9号)を指す。なお、現行の「130万円」という金額は平成5年の同通達(通知)の改正によるものである。また、「130万円」の後の括弧書きは、正確には「認定対象者が60歳以上の者である場合又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者である場合にあっては180万円未滿」である。

<sup>2)</sup> 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修(1974)『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会、35頁。

<sup>3)</sup> 勅令416号(昭和20・7・14)参照。この勅令が定められた理由は定かではないが、戦争で長男を失った老親の生活を次男等が仕送りするケースを想定したものではないかと推測される。

<sup>4)</sup> 平成24年の法改正は、「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律」(通称「年金機能強化法」)により行われたものである(施行日は平成28年10月1日)。

<sup>5)</sup> 家族療養費の根拠条文をみると、「被保険者の被扶養者が…療養を受けたときは、被保険者に対し、その療養に要した費用について、家族療養費を支給する」(110条1項)と規定されている。ちなみに、被扶養者は被保険者資格の取得の確認について法律上の利益を有しないとされた裁判例(東京地判昭和58・1・26判例タイムズ497号139頁)もある。

とを規定しているが(39条),被扶養者に関してはこのような規定を設けていない。

### Ⅲ 法における被扶養者の取扱い —法政策論—

#### 1 被扶養者の範囲および保険料の負担

被扶養者の範囲をいかに画するかという問題は、保険給付や保険料賦課を個人単位とするか世帯単位とするかという問題と関わる。筆者は、医療費の支出は家計単位で行われるのが通常であり完全に個人単位化することは適当ではないが、扶養の観念を過度に強調することも好ましいとはいえず、法の被扶養者の範囲は基本的に配偶者および未成年の子に限定すべきではないかと考えている<sup>6)</sup>。とくに直系尊属の老齢年金受給者(たとえば子である被保険者に扶養される老齢年金受給者。以下「高齢被扶養者」という)は、被扶養者から外し、自ら保険料を拠出することを原則とすべきであるとする。その理由は、①今日では公的年金制度が整備されており、高齢被扶養者も一定の負担能力はあること、②被用者保険の被扶養者になると老齢年金等を受給していてもその収入は保険料の賦課の対象にならず、他的高齢者との負担の公平を欠くこと、③高齢被扶養者も75歳に達すると後期高齢者医療制度の適用対象となり、自ら保険料を負担するが求められることとのバランスを欠くこと、の3つによる。また、現行では被扶養者に該当すると保険料を自ら負担することはないが、家族保険料(被扶養者分の割増)を徴収することの是非についても検討すべきでないかと思われる。もとより、これらは家計負担に大きな影響を及ぼすだけでなく、被用者保険制度の本質に関わる問題であることは間違いない。しかし、世代間・世代内の公平な給付と負担のあり方が問われているなかで議論する価値はあろう。

#### 2 被扶養者に対する保険給付の形態

法は「療養の給付」という現物給付と「療養費の支給」という金銭給付を書き分け、被保険者に対しては「療養の給付」を原則とし(63条1項)、被扶養者に関しては被保険者に対して家族療養費を支給することを規定している(110条1項)。ただし、法は、被保険者に支払うべき家族療養費を保険者が保険医療機関に支払うことを認め(保険医療機関からみれば被保険者に代わって受領する)、これが支払われたときは被保険者に家族療養費の支給があったものとみなすという、いわゆる代理受領方式の規定を設けており(110条4項および5項)、家族療養費は事実上現物給付化されている。多くの人は、法でわざわざ代理受領方式を認めるのならば、家族療養費も療養費ではなく「療養の給付」として現物給付とすればよいではないかという疑問を抱くと思われる。もっともな疑問である。おそらく、こうした回りくどい条文構成としたのは、①かつては被保険者の給付は10割給付、被扶養者の給付は5割給付であり、家族療養費は費用の問題なので2分の1相当分の支給が可能であるのに対し、「療養の給付」はサービスそのものを給付するものであるので分割できないと考えられたこと(だから一旦「療養費の支給」としたうえで代理受領方式により現物給付化した)、②被扶養者は被保険者に「従属する」ものであり、被扶養者に係る保険給付の受給主体を被保険者に帰属させるという建前を維持する必要があったこと、の2つの理由によるものと思われる。しかし、①は被保険者および被扶養者の給付率が7割で統一されている今日では説得力はなく、②についても、被扶養者に対する保険給付を「療養の給付」としたからといって、特段問題は生じないと思われる。むしろ、被扶養者は被保険者に「従属する」という建前に固執し、給付形態等につき無用な書き分けを行うことや被扶養者に関する法の規律

<sup>6)</sup> ちなみに、「配偶者および未成年の子に限定する」という考え方は、民法の講学上、夫婦間および親の未成熟な子に対する扶養義務は、親族一般の扶養義務より強いとされている(前者は生活保持義務、後者は生活扶助義務と称され区分される)ことに対応する。ただし、法における被扶養者の範囲を検討するに当たっては、きめ細やかな配慮が求められる。たとえば、配偶者には事実婚も含めるべきであろうし、成年に達した者であっても就学や障害等の事情により非就労である子も被扶養者の対象とすべきであると思われる。

密度が低い結果を招いていることの方が問題は大きい。

### 3 被扶養者認定の効力発生日および生計維持要件の判断基準

被扶養者認定は統一性が確保されることが必要であるが、率直に言って、被扶養者の認定は保険者によって相当ばらついているのではないと思われる。これは保険者内部の問題だから保険者の裁量を認めてもよいということにはならない。被保険者や被扶養者の権利義務に関わることに加え、保険者間の負担の公平を損なうからである。これは被扶養者の認定がされないと国民健康保険の被保険者となるということにとどまらない。前期高齢者医療制度の納付金等は各保険者の加入者（被保険者および被扶養者）の数で割り振られるため、被扶養者認定の不統一は納付金等の負担の不公平を招くことになる。具体的な検討課題としては、次の2つが挙げられる。

第1は、被扶養者認定の効力発生日の明確化である。法は被扶養者の認定に関する規定を設けていないため、たとえば、①被扶養者の認定の効力発生日が被扶養に関する事実発生日か届出日か、②被保険者からの届出が遅延した場合いつまで遡及できるのか、が定かではない。ちなみに、国家公務員共済組合法53条および地方公務員等共済組合法55条では、効力発生日は事実発生日であるとしつつ、事実の生じた日から30日以内にされない場合には、組合が届出を受けた日から被扶養者として取り扱われ短期給付を行う旨が定められている。解説書によれば、国家公務員共済組合法が上記の届出の期間を定めた理由は、「事実発生日から相当期間を経過した後に届出がなされたような場合には、その事実を確実に把握することが困難なことが多い等のため」であり、30日としたのは「扶養手当の場合の届出期間等を考慮して、概ねこの程度が適当と考えられたからである」との説明がなされている<sup>7)</sup>。この規定内容の是非については議論の余地があるが、被扶養者認定の効力

発生日は権利・義務に関わる問題であり、法においても明確な規定を設けるべきである。

第2は、被扶養者の生計維持要件の明確化である。これについては、通達（通知）により、年間収入が130万円（60歳以上または障害者の場合は180万円）という基準が定められていることは既述した。しかし、①この通達でいう「年間収入」はいつ時点での年間収入なのか（過去か将来見込みか）、②パートなど月収が変動する場合いつの時点で捉えるのか、③被扶養認定対象者が自営業の場合、収入から差し引く必要経費の認定をどうするか、等が明らかでない。生計維持要件は被扶養者認定に当たって最も重要な要件であり、こうした疑義が生じないように、この通達（通知）の見直しを含め基準の明確化を図る必要がある。

### 4 海外療養費の取扱い

昭和55年の法改正以前は、被保険者が「本法施行区域外ニ在ルトキ」は保険給付を行わないこととされていたが（改正前の62条1項1号参照。なお、同条は現行の118条に相当する）、この改正により被保険者が海外に滞在する場合でも保険給付が行われることとされた。ただし、海外には保険医療機関は存在しないため、保険給付は現物給付ではなく療養費の支給となる。これは海外療養費と称されるが、海外旅行など一時的な場合だけではなく長期滞在する場合も海外療養費の対象となる。また、海外療養費は被扶養者に関しても支給される。次のようなケースはその典型例である（なお、甲、乙、丙の国籍は、被扶養者認定や海外療養費の支給決定に影響を及ぼさないことに留意されたい）。

（例）ある企業の海外駐在員（甲：健康保険の被保険者）、その妻（乙）および子（丙）が米国に居住（同一世帯）。たとえば、乙および丙が無収入で甲に生計依存していれば、乙および丙は甲の被扶養者となり、甲に限らず乙および丙も海外療養費の支給対象となる。

この例では、甲、乙、丙が同一世帯であるが、

<sup>7)</sup> 引用の出典は、山口公生（1988）『逐条国家公務員等共済組合法』学陽書房、133頁である。

別世帯となっても被扶養者の関係が切れるわけではない。たとえば、この例の甲が日本の本社勤務となったが、丙が高校を卒業するまで乙および丙が米国で居住し生計維持要件を満たす場合、乙および丙は甲の被扶養者である。さらに別のケースとして、甲および乙が日本に居住しており、丙が外国に留学しその生活費が甲の仕送りで賄われている場合も丙は甲の被扶養者となり得る。

海外療養費の支給とりわけ被扶養者に係る支給の実務は大きな困難を伴う。海外で受けた診療の妥当適切性を保険者が審査すること自体、国内における療養費の審査に比べはるかに難しいうえ、被扶養者認定に当たって扶養関係（例：内縁関係）や扶養事実（例：仕送り）等の実態を把握するという負荷が加わるからである。ちなみに、海外療養費の不正請求を防止するため、支給申請に当たって海外の医療機関等に対して照会を行うことの同意書の添付を義務付けること等を内容とする法規則の改正（66条4項）が行われるとともに通知が発出されているが、どこまで実効性があるかは疑問である<sup>8)</sup>。筆者は、そもそも法の域外適用については国内適用とまったく同一である必要はなく政策判断の問題であって、域外の被扶養者の認定や海外療養費の支給の適正な執行について実務が対応できないのであれば、立法上の手当てを行い被扶養者の範囲等を限定することも検討されてよいと考えているが、現行制度の下でも生計維持要件等について合理的な解釈を行うことは許されよう。たとえば、国により貨幣価値や生活実態が異なるなかで「年収130万円基準」をそのまま当てはめることは適当ではない。生計維持要件の基準の明確化の必要性を強調したが、その際はこうした点も含めて検討を行うことが望まれる。

#### Ⅳ おわりに —結びに代えて—

以上、法における被扶養者の概念とその取扱いについて述べた。本稿ではもっぱら医療保険制度に限定し法政策の観点から論じたが、法の被扶養者（正確にはそのうち配偶者に係るもの。被扶養者配偶者）の資格は国民年金の第3号被保険者資格と連動しているため、被扶養者の取扱いの検討に当たっては年金制度も視野に入れなければならない<sup>9)</sup>。また、被扶養者の取扱いは「130万円の壁」（年間収入が130万円以上になると被扶養者でなくなるため就労のディスインセンティブとなる）の問題として議論されることが多い。これが重要な論点であることは否定しないが、雇用・就労の中立性の確保という観点だけから被扶養者の問題を論じることは適当でない。年金制度を含め社会保障制度の基本に関わるからであるが、さらにその根底にある国民の家族観や扶養意識の分析も欠かすことはできない。要するに強調したいことは、被扶養者の概念やそのあり方は、医療保険制度の範疇だけで論じられる問題ではなく、また、法学、経済学、社会学等の学際的研究が求められる重要なテーマだということである。

#### 参考文献

注で引用したもののほか、健康保険と国民健康保険で被扶養者の概念の有無や保険料の算定方法が異なる理由等については、島崎謙治（2011）『日本の医療—制度と政策』（東京大学出版会）pp.216-226を参照されたい。

（しまぎき・けんじ）

<sup>8)</sup> 通知とは、「海外療養費の支給申請及び審査等に係る事務の取扱いについて」（平成28・3・29保保発0329第2号）を指す。

<sup>9)</sup> 筆者は、医療保険と年金保険における被扶養者配偶者の取扱いを連動させなければならない論理必然性があるとは考えていないが、これについて論じるためには、年金制度のあり方に加え実務上の課題等について詳細な検討を行う必要がある。これについては他日を期したい。

## 社会保障と法：社会保障判例研究

健康保険法における被扶養者認定の処分性および被扶養者認定に  
当たり特定活動（医療目的）の在留資格を考慮することの可否

（東京高裁平成25年8月15日決定，平成25年（ラ）第1405号，  
被扶養者の地位保全仮処分命令申立却下決定に対する抗告事件）  
賃金と社会保障1638号48頁

島崎 謙治\*

## I 事案の概要

1 X（債務者，原告人）はパキスタンから日本に帰化した日本人であり，平成19年8月にY（健康保険組合：債務者，相手方）の組合員資格を取得した。Xの母親であるAは，パキスタン国籍を有する者であり，Aには次男であるX以外に5人の子がおり，これらの子らはすべて日本に在住している。

2 Aは平成24年6月18日，同年9月16日までの短期滞在の在留資格で日本に入国し，同年8月8日，特定活動への在留資格変更許可申請を行ったところ不許可となったが，同年12月13日，再度，特定活動（医療目的）の在留資格変更許可申請し許可された（なお，Aは，平成25年1月8日，定住者への在留資格変更許可申請を行ったが，不許可となった）。Aは，平成25年5月に日本の病院で診察を受け，経皮的カテーテルの検査が必要であり，その治療費として約55万円，冠動脈バイパス手術を行うと約500万円を要すると診断された。

3 Xは，平成25年4月11日付けで，勤務先を通じてYに対し，健康保険被扶養者（異動）届を提出し，Aを健康保険の被扶養者として認定するよう申請した。YはXに対し，平成25年4月17日付けで，在留資格が特定活動（医療目的）である者は公的医療保険の適用対象にはなじまないこと等を

理由に，AをXの被扶養者として認定することはできない旨を通知した。このため，XはYに対し，Aについて，Xの健康保険組合契約上の被扶養者としての権利を有することの確認を求め仮処分命令申立を行った。

4 本件の争点は，①本件仮処分命令申立てにつき民事保全手続をとることができるかどうか（被扶養者認定の処分性。以下「争点1」という），②Xに，Aについて健康保険組合契約上のXの被扶養者としての権利が認められるかどうか（被扶養者認定に当たり特定活動（医療目的）の在留資格を考慮することの可否。以下「争点2」という），③保全の必要性が認められるかどうかであるが，法律上の重要な争点は①および②である。このため，以下ではこの2つだけを取り上げる。

5 原審（東京地裁平成25年6月25日決定，賃金と社会保障1638号43頁）は，被扶養者の認定は，それにより家族療養費の支給等の法律効果が生じることを理由に「公権力の行使に当たる行為」とありと適示し，本件申立ては行政事件訴訟法44条（仮処分の排除）に反し不適法であるとして却下した。なお，原審は，「念のため」と断ったうえで，Aは特定活動（医療）の在留資格者であり，医療を受けるのに必要な費用は自らあるいはスポンサーが支弁することが前提になっていたと考えられること等を理由に，YがAを被扶養者として認定しなかった判断を是認した。Xはこの決定を不

\* 政策研究大学院大学 教授

服として東京高裁に抗告した。

## II 決定要旨

東京高裁は、原審の決定理由を一部補正したうえで引用し、「Xの申立ては不適法であるか、理由がないものと判断する」として、Xの抗告を棄却した。

### 1 争点1について

(1)「健康保険法の規定によると、XとYの関係は、XがYの組合員である事業所の従業員となったことによって発生するものであり、その資格消滅事由も法律で定められていること、事業者は、健康保険法に基づいてXに支給すべき給与から保険料を徴取することができる」とされていることなどからすると、保険者であるYと、被保険者であるXとの関係は、公的性質を有する組合であるYとXとの間の公法上の権利関係と認めるべきものであって、任意の加入申込みとこれに対する承諾によって成立する保険契約に基づく私法上の権利関係であると認めることはできない。」

(2)「全国健康保険協会は、被扶養者の認定に不服がある者は、行政不服審査法6条の規定により、日本年金機構に対して異議申立てをするよう健康保険被扶養者認定届（引用者注：健康保険被扶養者（異動）届を指すものと思われる）に記載していることが認められる。」

(3)「本件は、…健康保険法に基づいて、健康保険組合の組合員である適用事業所の労働者の保険給付等に関する事務を担当する健康保険組合であるYが行った判断であり、それによって生じる効果も法律で決まる内容であることからすると、被扶養者の認定は、公権力の行使に当たる行為であると認めるのが相当である。」

(4)「また、仮に、被扶養者の認定が狭義の行政処分そのものではないとしても、被扶養者の認定は、保険給付に係る行政処分に密接に関連する前提事実の認定としての性質を有し、被扶養者と認定されることによって生ずる権利関係も、これにより、保険給付の範囲及びその内容が決定される

という保険給付に係る公法上の権利関係に他ならないから、行政事件訴訟法44条の『公権力の行使に当たる行為』に該当することになりはならず、所論はこの点からも失当である。」

### 2 争点2について

(1) なお、「念のため、Xの主張する権利の存否…の必要性を検討する」が、「本件において、YがAを被扶養者として認定しなかったのは、Aが特定活動（医療目的）で入国した者であることを理由とするものであり、在留資格を被扶養者の認定要件とする旨の健康保険法、健康保険法施行規則又はYの組合同約上の規定は存在しない。しかし、そもそも我が国の在留資格がない者を、我が国の公的医療保険制度の被保険者とすることは相当でないから、被扶養者の認定に際し、在留資格を一切考慮しないという考え方をとることは制度の予定するところではないし、在留資格の要件として、当初から公的医療保険制度の適用が排除されることを前提としている場合に、これを無視して、健康保険の被扶養者認定が許されるとすることはできない。」

(2)「特定活動（医療目的）で日本に滞在を許可されるには、医療を受けるのに必要な費用等を自らあるいはスポンサー等の費用で支弁できることが前提であることからすると、特定活動（医療目的）で日本に滞在を許可される者は、我が国の公的医療保険制度を利用して医療を受けないことを前提としていると考えられる。」

(3)「Aが日本において治療が受けられるとするならば、それは、現時点でのAの滞在許可との関係では、公的医療保険制度を利用せず、自らあるいはスポンサー等が治療費を負担することが前提となっていたと考えられるから、Aに本件通知（引用者注：特定活動（医療目的）の在留資格で日本に滞在する者は国民健康保険および後期高齢者医療制度の適用除外とした通知を指す）の考え方を適用してAを被扶養者として認定しなかったというYの判断は相当であるといえる。」

### Ⅲ 解説

決定要旨におおむね賛成。

#### 1 本決定の意義

被扶養者の認定は被扶養者ないしは被保険者の権利・義務に関わる重要な問題でありながら、管見の限り、その処分性が争われた裁判例は見当たらない<sup>1)</sup>。そうしたなかで、本決定は下級審の仮処分命令申立に関する決定であるものの大変貴重であり、行政実務に及ぼす影響も小さくないと思われる。また、本件は被扶養者認定に当たって在留資格を考慮することの可否が争われた特殊な事案のようにみえるが、国際化が進むなかで類似の問題は他の保険者でも生じ得る。このため、本決定はその意味からも注目に値すると思われる。以下、争点1、争点2に分け解説する。なお、本号掲載の拙稿「健康保険法における被扶養者の概念とその取扱い」（以下「前掲拙稿」という）を引用する場合がある。

#### 2 被扶養者認定の処分性（争点1）について

(1) 健康保険法（以下「法」という）は、被扶養者の定義規定を置くとともに（3条7項）、「被保険者の被扶養者が…療養を受けたときは、被保険者に対し、その療養に要した費用について、家族療養費を支給する」（110条1項）こと等を定めている<sup>2)</sup>。また、法施行規則（以下「法規則」という）は、「被保険者は、被扶養者を有するとき、又は被扶養者を有するに至ったときは、5日以内に、次に

掲げる事項を記載した被扶養者届を事業主を経由して厚生労働大臣又は健康保険組合に提出しなければならない」（38条）と規定している。実務上は、保険者が被扶養対象者につき法3条7項の該当性を認定することを被扶養者認定と称しており、通達（通知）でも被扶養者認定という言葉は多用されている<sup>3)</sup>。しかし、法や法規則には被扶養者の「認定」という文言は存在しない。

(2) 本件において被扶養者認定の処分性が大きな争点となったのは、Xの申立てが仮処分の命令を求める申立であったからである。つまり、行政事件訴訟法44条は「行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為については、民事保全法（平成元年法律第91号）に規定する仮処分をすることができない」と規定しているため、被扶養者の認定が同条の「行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為」に該当すれば、Xの申立ては不適法であり却下されることになる<sup>4)</sup>。

(3) そこで「行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為」とは何かが問題となるが、「ごみ焼却場設置事件訴訟」において、最高裁は、「公権力の主体たる国または公共団体が行う行為のうち、その行為によって、直接国民の権利義務を形成しまたはその範囲を確定することが法律上認められているものをいうものであることは、当裁判所の判例とするところである」と判示した（最判昭和39・10・29民集18巻8号1809頁）<sup>5)</sup>。これはリーディング・ケースとして重要な意義を有するとされるが、近年とりわけ平成16年の行政事件訴訟法の改正前後から、最高裁は、当該係争行為が法律で規定されていなくとも、あるいは通達のように

<sup>1)</sup> ちなみに、公開の裁判例データベースで検索（「被扶養者」および「処分」で検索）してもヒットしない。

<sup>2)</sup> 「等」と書いたのは、被扶養者に係る保険給付としては家族療養費のほか家族訪問看護療養費もあるからである（法111条）。

<sup>3)</sup> 通達（通知）の例としては、「収入がある者についての被扶養者の認定について」（昭和52・4・6保発9号・庁保発9号）、「夫婦共同扶養の場合における被扶養者の認定について」（昭和60・6・13保発66号・庁保発22号）等が挙げられる。

<sup>4)</sup> 行政事件訴訟法44条（仮処分の排除）の趣旨等については、南ほか（2014）909頁以下（鎌野真敬執筆）を参照。

<sup>5)</sup> 行政事件訴訟法44条は「行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為」とは、同じ文言が用いられている抗告訴訟の対象となる行政処分（同法3条2項）と同義に解されている（通説）。これは単に文言が同一だからという形式的な理由によるのではなく、「抗告訴訟の対象となる行政処分について仮処分が排除される代償として、抗告訴訟については執行停止、仮の義務付けおよび仮の差止めの制度が設けられている」からである〔南ほか（2014）911頁（鎌野真敬執筆）〕。

事実行為であっても、法令の仕組み全体の解釈（いわゆる「仕組み解釈」）を行うことにより柔軟に処分性を肯定する傾向がみられる<sup>6)</sup>。その例としては、①通達（要綱）に基づく労災就学援護費の支給打切り決定について、労災保険法の全体の枠組みから判断し処分性を認めた事例（最判平成15・9・4判時1841号89頁）、②食品の輸入届出に係る食品衛生法違反通知について、食品衛生法のみならず関係法令（関税法）を含めた制度の仕組み全体から判断し通知の処分性を認めた事例（最判平成16・4・26民集58巻4号989頁）、③病床過剰地域における病院開設中止勧告について、医療法上はこの勧告は行政指導であることを認めたとうえで、健康保険法上の指定に及ぼす効力に着目し処分性を認めた事例（最判平成17・7・15判時1905号49頁）等が挙げられる<sup>7)</sup>。

(4) 本件の被扶養者認定の処分性について、東京高裁は、まず、YとXの関係は「公的性質を有する組合であるYとXとの間の公法上の権利関係と認めるべきもの」と指摘する（決定要旨1（1））。この適示は適切である。次に、東京高裁は、「全国健康保険協会は、被扶養者の認定に不服がある者は、行政不服審査法6条の規定により、日本年金機構に対して異議申立てをするよう健康保険被扶養者認定届に記載している」ことを指摘する（決定要旨1（2））。しかし、本件の健康保険組合Yの健康保険被扶養者（異動）届にはそのような記載はなかったと考えられるほか、平成26年改正前の行政不服審査法2条にいう処分は事実行為を含む（行政事件訴訟法44条の「行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為」より広いと解される）ため決め手にはならない<sup>8)</sup>。本決定の実質的な理由として重要なのはその後の適示部分である。すなわち、東京高裁は、被扶養者認定によって、法に基づき家族療養費の支給等が行われるという法

的効果が生じることに着目し、「それによって生じる効果も法律で決まる内容であることからすると、被扶養者の認定は、公権力の行使に当たる行為であると認めるのが相当である」と適示した（決定要旨1（3））。なお、本決定は被扶養者の認定が行政処分であると断定しているわけではない。東京高裁は、原審決定の理由を補正し、「仮に、被扶養者の認定が狭義の行政処分そのものではないとしても」と述べているからであり、そのうえで「被扶養者の認定は、保険給付に係る行政処分に密接に関連する前提事実の認定としての性質」を有することから、行政事件訴訟法44条の「公権力の行使に当たる行為」に該当することには変わらないとの判断を下している（決定要旨1（4））。

(5) 要するに本決定の基本的な論理は、被扶養者認定と家族療養費の支給等を一連の過程として捉え、被扶養者認定により生じる法的効果を重視しその処分性を認めたものであると解される。こうした後行の行為から逆算しその前提となる行為の性質を指定する論法はやや強引であることは否めないが、法の全体の仕組みを解釈すれば、被扶養者の認定は「公権力の行使に当たる行為」と判断せざるを得ず、前述したとおり最高裁も近年「仕組み解釈」を採っている傾向も考慮すれば、筆者は本決定要旨に賛成である。

(6) ただし、本件決定を首肯するにしても法の不備があることは否めない。立法政策論としては、被扶養者の認定の根拠規定を法に設け行政処分であることを明確にするとともに、簡易迅速かつ公平な救済手続を保証する観点から、法189条による社会保険審査官および社会保険審査会に対する（再）審査請求の対象とすべきだと思われる<sup>9)</sup>。なお、前掲拙稿で指摘したように、被扶養者の認定の効力発生時期が明らかでないという問題がある。被扶養者の認定の根拠規定を法に設けるに当

<sup>6)</sup> 「仕組み解釈」については、橋本（2009）、高木（2015）274-282頁を参照。

<sup>7)</sup> これらの最高裁判例の評価（とくに昭和39年のリーディング・ケースの判例との整合性）については、注6に掲げた文献のほか、塩野（2013）100頁以下、大久保（2006）およびそのなかで紹介されている文献を参照。

<sup>8)</sup> Yは異議申立ての教示もしていなかったと推測される。なぜなら、仮に行っていたとすれば、当然そのことを主張するはずであるが、本件訴訟においてYはそのような主張を一切行っていないからである。なお、被扶養者（異動）届に異議申立ての記述があっても、それが処分性を有することの根拠となるわけではない。保険者が処分性のない行為について誤った教示をするケースがみられるからである〔加茂（2011）545頁を参照〕。

たっては、この点も明確にする必要がある。

### 3 被扶養者認定に当たり特定活動（医療目的）の在留資格を考慮することの可否（争点2）について

(1) 被扶養者認定が行政事件訴訟法44条の「公権力の行使に当たる行為」であるならば、裁判所は本案審査を行う必要はないが、原審は「念のため」と述べたうえで本案について判断を行っており、東京高裁も同様の立場をとった。これは、裁判所として被扶養者認定の処分性を認めるにしても、法に被扶養者認定の根拠規定がないという難点があるため、本件申立てを「門前払い」として終わらせることに躊躇があったからだと推測される。

(2) 本件事案が訴訟に至ったのは、Aの在留資格が出入国管理及び難民認定法（以下「入管法」という）上の特定活動（医療目的）であることを理由に、YがAをXの被扶養者として認定しなかったからである<sup>10)</sup>。この特定活動（医療目的）の在留資格は、平成22年6月18日に閣議決定された新成長戦略に基づき、国際医療交流（いわゆるメディカルツーリズム）の推進を目的として新設されたものである<sup>11)</sup>。その際、国民健康保険および後期高齢者医療制度に関しては、「入国当初から医療を受ける活動を目的として滞在する外国人につい

ては、当該外国人が納付することとなる保険料（税）に比して、当該外国人が受ける保険給付の額が多額となることが明らかであり、国民健康保険及び後期高齢者医療制度といった公的医療保険制度の適用対象になじまない」として、特定活動（医療目的）の在留資格で日本に滞在する者は適用対象外とする旨の省令改正および告示改正が行われるとともに通達（通知）が発出された<sup>12)</sup>。しかし、健康保険制度については、これを適用除外とする法令改正が行われていないだけでなく通達（通知）も出されていない<sup>13)</sup>。このため、Xは在留資格の有無および内容それ自体を被扶養者の該当性判断の理由とすべきではないとの主張を行った。

(3) 特定活動（医療目的）による在留資格は原則として6カ月の在留期間が認められるが、この在留資格を申請する場合には、①日本の病院等が発行した受入れ証明書、②治療予定表、③滞在に必要な一切の費用を支弁できることを証する資料（病院等への前払金、預託金等の支払済み証明書、民間医療保険の加入証書および約款の写し、預金残高証明書、スポンサーや支援団体等による支払保証書）の提出が必要であるとされている<sup>14)</sup>。したがって、「特定活動（医療目的）の在留資格で日本に滞在を許可される者は、我が国の公的医療保

<sup>9)</sup> 現行では、家族療養費の支給の決定は法189条の「保険給付に係る行政処分」に該当するが、被扶養者の認定については同条の「保険給付に関する処分」には該当せず、社会保険審査官および社会保険審査会に対する（再）審査請求の対象とされていない。関東信越HP（[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shakai\\_shinsa/tetuduki.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shakai_shinsa/tetuduki.html), last access 2016.10.6.）を参照。なお、行政不服審査法改正の施行日（平成28年4月1日）以降は、健康保険組合が行った被扶養者の認定に不服があった場合、行政不服審査法に基づき審査請求を行い、当該健康保険組合の審判員（被扶養者の認定のセクション以外の職員）が審査を行うことになるが、第三者性が保証されるとはいいがたい。

<sup>10)</sup> 特定活動（医療目的）は、入管法7条1項2号に基づく同法別表第一の五の表の第25号で規定されている。

<sup>11)</sup> 多賀谷・高宅（2015）333頁を参照。

<sup>12)</sup> 引用は「国民健康保険法施行規則及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則の一部を改正する省令等の施行について」（平成22・12・17保発1217号第1号）である。また、省令改正および告示改正とは、平成22年厚生労働省令127号、平成22年厚生労働省告示421号を指す。なお、やや細かいことであるが、公的医療保険は給付・反対給付の対価性を問うものではないため引用の理由は適当ではない。公的医療保険において「逆選択」は許容されない旨を強調すべきであったと思われる。

<sup>13)</sup> その理由は定かではないが、厚生労働省は従来から医療目的の入国を認めることには否定的な立場をとっていたことからすれば、本件のようなケースであっても被扶養者認定を行うべきであると考えていたとは思いにくく、本件のようなケースが生じ得ることを想定していなかったからではないかと推測される。

<sup>14)</sup> 法務省HP（[http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyukan\\_hourei\\_h02.html](http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyukan_hourei_h02.html), last access 2016.10.6.）等を参照。

険制度を利用して医療を受けないことを前提としていると考えられる」(決定要旨2(2))との本決定の適示は適切である。

(4) 被扶養者の認定に当たって在留資格を考慮する旨の法および法規則ならびにYの組合格約において規定がないのは事実である。しかし、法の趣旨・目的とりわけ被用者保険を含め公的医療保険制度の財源が強制徴収される保険料や税金で賄われていることを踏まえれば、本決定が指摘するように、「在留資格の要件として、当初から公的医療保険制度の適用が排除されることを前提としている場合に、これを無視して、健康保険の被扶養者認定が許されるとすることはできない」(決定要旨2(1))と考えるべきであり、筆者は本決定要旨に賛成である。

(5) なお、本件はAの被扶養者認定に当たってその在留資格が問題となったケースであるが、たとえば、仮にAがパキスタンに居住中にXの被扶養者として認定されており、その後特定活動(医療目的)で在留許可を取得し日本で医療を受ける場

合の取扱い等の問題は残る。前掲拙稿で法の域外適用のあり方について検討すべきであると述べたが、その際にはこうした点も含め検討することが望まれる。

#### 参考文献

- 大久保規子(2006)「処分性をめぐる最高裁判例の展開」ジュリストNo.1310, 18-24頁。  
加茂紀久男(2011)『裁判例による社会保険法(第2版) —国民年金・厚生年金保険・健康保険』民事法研究会。  
厚生省保険局・社会保険庁運営部(1993)『健康保険法の解釈と運用』法研。  
塩野宏(2013)『行政法Ⅱ(第5版補訂版)行政救済法』有斐閣。  
高木光(2015)『行政法』有斐閣。  
多賀谷一照・高宅茂(2015)『入管法大全—立法経緯・判例・実務適用—第2部 在留資格』日本加除出版。  
橋本博之(2009)『行政判例と仕組み解釈』(弘文堂)。  
南博方ほか編(2014)『条解 行政事件訴訟法〔第4版〕』(弘文堂)。

(しまざき・けんじ)

投稿：論文

## 介護保険法の2005年改正と要介護認定における評価バイアス

高塚 創<sup>\*1</sup>, 石浜 実花<sup>\*2</sup>

## 抄 録

介護保険法の2005年改正によって、従前の要介護度区分における「要支援」は「要支援1」と呼ばれるようになり、給付限度額の引き下げがなされた。本研究では、香川県高松市の介護給付費レセプトデータを用いて、こういった制度改正が要介護認定の評価および介護費用に与えた影響を検証する。改正前に初回の要介護認定を受け要支援と認定された被保険者を、再度の認定を改正前に受けた群と、改正後に受けた群に分け、再認定時に要支援（要支援1）と評価される確率をプロビット推定したところ、後者において有意に低くなった。また、これらの二群について、再認定前後の介護費用変化額を比較したところ、後者において介護費用が軽減されるという事実は観察されなかった。これらの結果は、給付限度額の引き下げ等を回避するために要介護認定評価にバイアスに加えられ、そのために改正による介護費軽減効果が発揮されなかったことを示唆している。

キーワード：要介護認定, 評価バイアス, 介護保険, 2005年改正

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 3, pp. 623-641.

## I はじめに

2000年に始まった介護保険制度は、2005年に大きな改正が行われた（施行は2006年度から）。その改正のポイントの一つは、給付費膨張抑制のための予防重視型のシステムへの変更である（厚生労働省, 2006a）。具体的には、従来の要介護認定における「要支援」を「要支援1」、従来の「要介護1」のうち状態の維持・改善可能性の高い者を「要支援2」（そうでない者を「要介護1」）とし、両者を対象に「介護予防給付」を開始したことがまず挙げられる。一方で給付費抑制のため、支給限

度額の削減や介護報酬の定額制が導入された。支給限度額については、要支援から要支援1への移行においては月61,500円から49,700円で2割減、要介護1から要支援2への移行においては月165,800円から104,000円へと4割減とされている。また、介護報酬の定額制によって利用回数は制限されることになり、介護予防訪問介護や介護予防通所介護においてはこれによって複数の事業所を利用することができなくなっている。

このような改正について、近年、介護給付費レセプトデータを用いてその影響を検証する研究がなされてきている。例えば、徐・近藤（2010）は、上述の改正点のうち直接的な給付費抑制策に焦点

\*1 香川大学大学院地域マネジメント研究科 教授

\*2 プライマリケア株式会社 専務取締役 作業療法士

を当て、利用回数の抑制は、特に通所系サービスの利用者の要介護度を悪化させた可能性があることを示している。一方、湯田ほか(2013)は、福井県のレセプトデータを用いて、介護予防サービスの利用が要介護度の悪化を有意に抑制することを示している。

本研究は、2005年の改正によって生じうる別の効果、すなわち「要介護認定における評価バイアス」について検証する。上述したとおり、従来の「要支援」の者は「要支援1」に認定され、支給限度額の削減や定額制によって利用回数の制限を余儀なくされる。このような状況において要支援に認定されている者は、給付費や利用回数の削減を回避するために、要介護認定を実際より重度に(例えば要支援2に)評価してもらおうとする誘因を持つかもしれない。これが、何らかのかたちで実際の評価に影響を与えるならば、評価バイアスを生むことになる(このような評価バイアスの可能性は次節で詳述する)。

要介護認定における評価バイアスを検証する際には、(改正前後における)要介護度の変化が評価バイアスによるものか、それとも単に被保険者の状態変化に由来するものかを判別することが重要となる。この問題に対して、本研究では、改正前に初回の要介護認定を受け「要支援」と認定された被保険者を、再度の認定を改正前に受けた群と、改正後に受けた群に分け、両群の再認定の結果を比較することで対処を図る。この方法は以下の点から適切だと考えられる。第一に、初回の判定結果(改正前評価で「要支援」)によって、サンプルを条件付けることで、被保険者の状態を均質化できる。第二に、認定結果の有効期間は、新規認定の場合は半年、更新の場合は1年が基本となっており、2回目以降の判定を改正前に受けるか、改正後に受けるかは、改正前の初回認定をいつ受けたかによって基本的に決まってくる<sup>1)</sup>。初回認定をいつ受けるかは、被保険者の状態と無関係と考えられるので、2回目以降の評価結果を両群で比較すれば、両者の違いは被保険者の状態に

由来するものではなく、制度改正(がもたらした評価バイアス)に由来するものだと考えることができる。なお、改正前に「要介護1」に認定された者についても、同様の理由から改正後に評価バイアスが発生する可能性がある。しかし、それらの者が改正後、「要支援2」と「要介護1」に適切に区分されたか否かについては評価が困難である。したがって、本研究ではそれらの者は分析対象外とした。

本論文の構成は以下のとおりである。まず、II節では要介護認定のプロセスを概観し、先行研究等に依拠しながら評価バイアスの可能性について整理する。III節では、本研究で用いる香川県高松市のデータの概要を説明する。IV節では、上述した方法にしたがって、2005年改正が要介護認定の評価および介護費用に与えた影響について検証する。V節では、検証された評価バイアスの原因や他地域での可能性等について議論する。VI節は本研究のまとめである。

## II 要介護認定のプロセスと評価バイアスの可能性

### 1 要介護認定のプロセス

要介護認定のプロセスは全国一律に定められている。具体的には、介護保険を利用しようとする場合、まず認定調査を受ける必要がある。この認定調査は全国共通の調査票を用いて、市町村職員や事務受託法人が実施することになっている。次に、この認定調査(のうち基本調査)と主治医意見書の結果を、「樹形図」と呼ばれる要介護認定等基準時間の算出プロセス(コンピューター処理)にかけ、一次判定がなされる。例えば、要介護認定等基準時間が25分以上32分未満、またはこれに相当すると認められる状態であれば、要支援(2005年改正後の場合は要支援1)と判定される。最後に、この結果と主治医意見書等をもとにして、市町村等に設置されている介護認定審査会で二次判定が行われる。介護認定審査会は保健・医療・福祉の学識経験者によって構成される。

<sup>1)</sup>ただし、区分変更申請によって有効期間を短縮できる場合もある。II節を参照。

このようにして決定された要介護認定の結果は、基本的に新規認定の場合は半年、更新の場合は1年が有効期間とされている。しかし、心身の状態が著しく変化した場合には、認定有効期間内でも更新時期を待たずに「区分変更申請」を行うことができ、介護認定審査会の意見に基づいて、有効期間を短縮することができる（新規認定の場合は3-5カ月の範囲、更新認定の場合は3-11カ月の範囲）。また、要介護認定の結果に対して不服がある場合には、「不服申し立て」を行うことができる。これは、行政不服審査法に定められた行政の処分に対する不服申立制度に基づくものであり、要介護認定通知を受け取った翌日から60日以内に、都道府県に設置されている介護保険審査会に対して行う必要がある。

## 2 評価バイアスの可能性

要介護認定における評価バイアスが意図的に引き起こされるとしたら、いつ（when）、誰が（who）、何のために（why）、どうやって（how）バイアスを引き起こすのだろうか。荒見（2013）は福井県内の認定調査員（20名）、認定審査会委員（15名）に2012年にインタビュー調査を実施し、バイアス発生のいくつかの可能性を示唆している。

第一は、認定調査で発生する評価バイアスである。前節でも述べたように、認定調査においては、被保険者自身が低い給付限度額を回避するために、実際よりも重度の容体を申告することでバイアスを引き起こす可能性が考えられる。しかしこのような事実を被保険者自身からインタビューによって聞き出すことは難しいだろう。一方、被保険者自身ではなく、認定調査員が被保険者や介護を行う家族に同情的感情を抱き、彼らに代わってバイアスを引き起こす可能性も考えられる。実際、認定調査員の中には、要介護認定等基準時間を算出する「樹形図」を相当程度分析している者がいることは確かである。荒見（2013）の調査に

おいては、「（認定調査において）このチェックが外れると支援2が支援1に、という項目がある」と認識し、そうならないように「頑張る」と答えている認定調査員がいること、「デイ（著者注：通所介護）が週2が週1でどれだけ困るか。家族の負担が大きくなる。（そのために特記事項を）詳しく書く」と答えている認定調査員がいること等が示されている。

なお、被保険者を担当しているケアマネジャーが認定調査を行う場合もあり、その場合には現在受けられているサービスが減らないよう配慮されることもあるという。また、ケアマネジャーが認定調査を行わなくても調査に同行する場合があります。「ケアマネ（著者注：ケアマネジャーの略称）さんに同行してもらった時、いいよいいよ、って介護度低かったら変更申請かけるから」と認定調査員に対してプレッシャーをかけるケアマネジャーも存在する（荒見、2013）。

第二は、介護認定審査会（二次判定）で発生する評価バイアスである。上述の通り、介護認定審査会は、医師や保健師等を含む保健・医療・福祉の学識経験者によって構成されている。荒見（2013）によれば、こういった専門家の判断においても同情的感情が働く場合があり、認定評価は下方硬直的になりがちであることを示している。具体的には、「軽度変更はやりにくい」、「（軽度になったとしても）限りなくそっち（=境界線上）のほうに近ければ、現状通り」といった声が審査員から得られている。さらに、「介護から支援（に要介護度を変更すること）が一番迷惑。本当は（サービスの給付内容を）考えてはいけなけれど、考えていく」といった声も審査員から聞かれている<sup>2)</sup>。

認定調査員、認定審査会委員に加えて、要介護認定の結果に影響を与える主体として保険者である自治体が考えられる。自治体は、介護認定審査会（二次判定）において事務局という中立的役

<sup>2)</sup> また、荒見（2014）においては、かつて厚生労働省の内部文書において、二次判定での不適切な重度変更が給付増の一因に位置付けられていた事実が紹介されている。具体的には、「介護認定審査会委員が判定基準を拡大解釈している」、「審査会委員が認定されないとサービスが受けられないと考え、認定されるように重度変更している」といった認識が、厚生労働省内部においてもなされていたとのことである。

割を担うことになっているが、審査会の現場においては、得られた情報の判定をめぐって審査会委員とせめぎ合いを行うことも少なくない（荒見，2013）。実際、清水谷・稲倉（2006）、Hayashi and Kazama（2008）は、財政的に厳しい自治体は評価を厳しくする傾向があることを集計データから示している。これが事実であるとするれば、自治体の意向によって評価バイアスが起きうることになる。また、自治体が意図的に評価を甘くするように働きかける可能性もある。上述の通り、被保険者は要介護認定の結果が自身に合わないと感じれば、区分変更申請や不服申し立てを行うことができる。また感情的な被保険者であれば、自治体の担当窓口で苦情を言う場合もある。これらに対処するためには非常にコストがかかる。したがって、認定結果によって当該被保険者のサービス給付水準や給付限度額が大きく低下すると見込まれる場合には、このようなコストを回避するために、自治体が評価を甘めに修正するよう促す可能性がある<sup>3)</sup>。

### Ⅲ データ

本研究の対象地域は香川県高松市である。具体的には、高松市が保険者となっている被保険者の介護保険給付費レセプトデータを用いる。介護保険制度開始以降、いわゆる「平成の大合併」によって、いくつかの町が高松市に編入している点に留意が必要である。具体的には、2005年9月26日に塩江町が、2006年1月10日には牟礼町、庵治町、香川町、香南町、国分寺町が編入している。したがって、合併前にこれらの町において要介護認定を受けた者は、合併後も続けて被保険者となる場合、保険者が高松市に引き継がれることになる。そのような被保険者においては、引き継がれる前の情報は今回得ることができなかった。本研究では、被保険者の介護サービス給付の履歴と要

介護度の関係性を分析するため、給付の履歴がはっきりしないこれらの被保険者は分析の対象外とした。

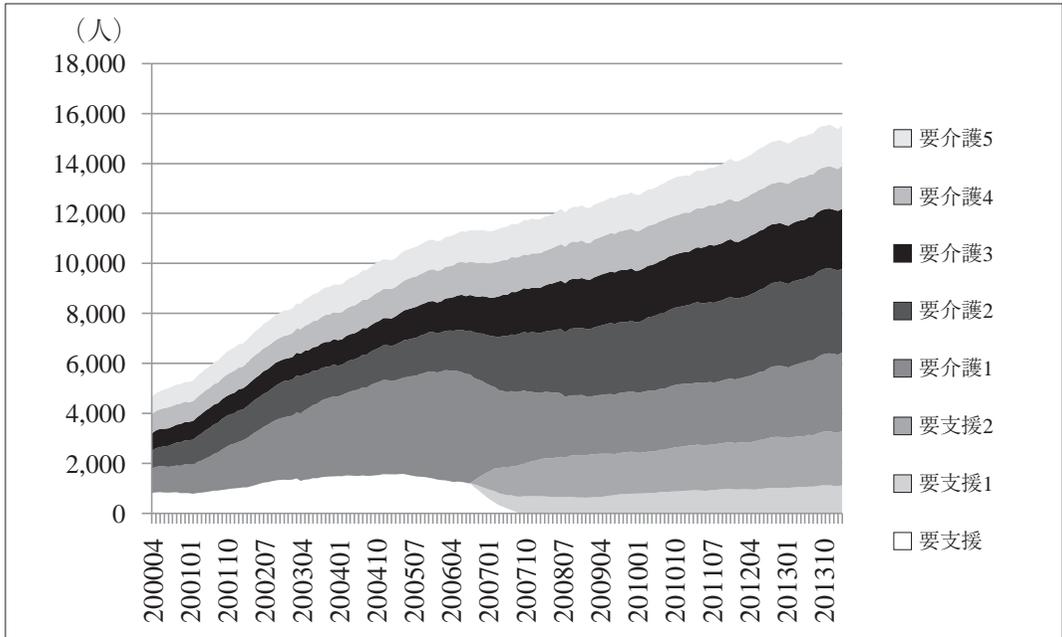
このようにして得られた対象被保険者の数は、2000年4月の介護保険制度開始から2014年3月末までで計39,353人となる。これらの被保険者が、実際にサービスを利用した月数の合計を算出すると1,845,547人月となる。

レセプトデータから用いた情報は以下の通りである。①個人番号、②サービス提供年月、③要介護状態、④サービス提供時の年齢、⑤性別、⑥認定有効期間開始年月日、⑦認定有効期間終了年月日、⑧費用額、⑨利用日数・回数。ただし、①個人番号については、個人情報保護の観点から、被保険者番号とは異なるランダムな番号となっている<sup>4)</sup>。サービスについては、高額費、福祉用具費、住宅改修費を除くすべてのサービスを対象としている。

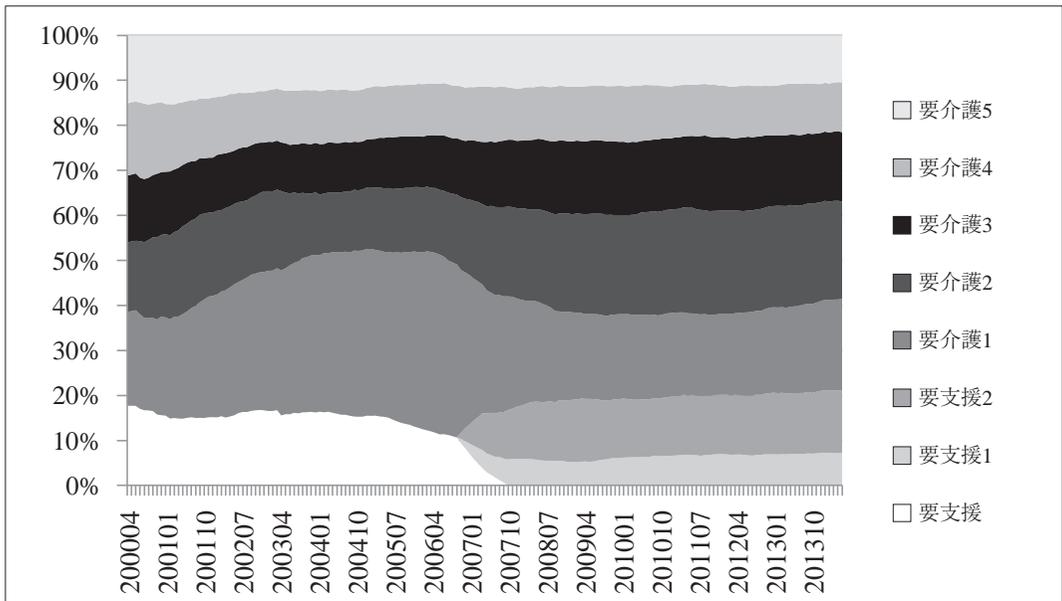
介護保険制度が始まった2000年においては、一カ月における介護保険の利用者は5,000名前後であった（図1（a））。その後、利用者数は増加の一途をたどり、2013年には約3倍の毎月15,000人まで増えている。ただし、2005年改正を境に、若干増加のスピードが低下したようにも見受けられる。構成比の変化を見ると、「要支援-要支援1」の割合が減少していることが分かる（図1（b））。これは一部には認定時年齢の高齢化によるものかもしれない。高齢化によって、最も軽度な「要支援-要支援1」の割合が減少したという可能性である。一方、前節でも述べたように、2005年の改正によって、要介護認定の評価にバイアスがかかるようになった可能性が考えられる。

<sup>3)</sup> 平成27年8月に実施した著者ら自身によるヒアリング（関西地方での認定審査委員会経験者）では、こういった事実があったことが確認された。

<sup>4)</sup> したがって、本研究ではすでに連結不可能匿名化された形で提供されたデータを利用しており、このデータから個人が特定化されることはない。また、データ提供自治体と当該データ利用に関する同意書を交わしている。



(a) 実数の変化



(b) 構成比の変化

図1 要介護度別利用者数の変化 (2000.4-2014.3)

#### Ⅳ 要介護認定における評価バイアスの検証

##### 1 要支援（要支援1）維持率への影響

###### (1) グラフによる分析

Ⅱ節で述べたとおり、認定結果の有効期間は、新規認定の場合は半年が基本となっている<sup>5)</sup>。この事実は、2006年3月から2006年9月の間に初回の認定を受けた者は、初回の認定は改正前、2回目の認定は改正後に行われることを意味している（図2(a)を参照）。つまりこの群は制度改正のいわば「境界」に位置する。したがって、この期間内に初回の認定を受け、要支援と認定された者を「境界群」と呼ぼう。Ⅱ節でその可能性を述べたように、改正後、もし実際よりも重度に評価しようとする誘因が関係者に働き、評価バイアスが発生するならば、境界群の2回目の要支援（要支援1）維持率は、他の群の要支援（要支援1）維持率よりも有意に低くなるであろう。なぜなら、境界群より前に初回の認定を受けた者は2回目の認定も改正前となり、このような誘因は生じないからである。また、境界群より後に初回の認定を受けた者は初回の認定から改正後であり、このような誘因に基づく評価バイアスが生じるならば初回から生じているであろう。よって、2回目の認定において、要支援1維持率は境界群ほど低くならない。

図3(a)は、初回に要支援（要支援1）の認定を受けた者の、初回認定から7カ月後の要支援（要支援1）維持率の推移を示したグラフである。上述の予想は見事に的中している。すなわち境界群の要支援（要支援1）維持率は平均25%程度であるのに対し、それより前は平均60%程度、それより後は平均50%程度となっている。また、図3(b)は、図3(a)におけるサンプルサイズを示している。興味深いのは、改正法が施行された2006年10月以降の数が、それ以前の数よりも顕著に少ない点である。具体的には、改正前の18カ月間に要支援に認定された者は月平均34人であるが、改正後の18

カ月間に要支援1に認定された者は月平均21人に減っている。このことは、改正後に要支援1の判定を回避するような評価バイアスが発生したというわれわれの仮説と整合的なものとなっている。

同様の議論を3回目の認定に適用することもできる。認定結果の有効期間は、更新の場合は1年が基本となっている。よって、2005年3月から2006年2月の間に初回の認定を受けた者は、2回目の認定までは改正前、3回目の認定は改正後に行われることになり（図2(b)を参照）これらを「境界群」と呼ぶ。

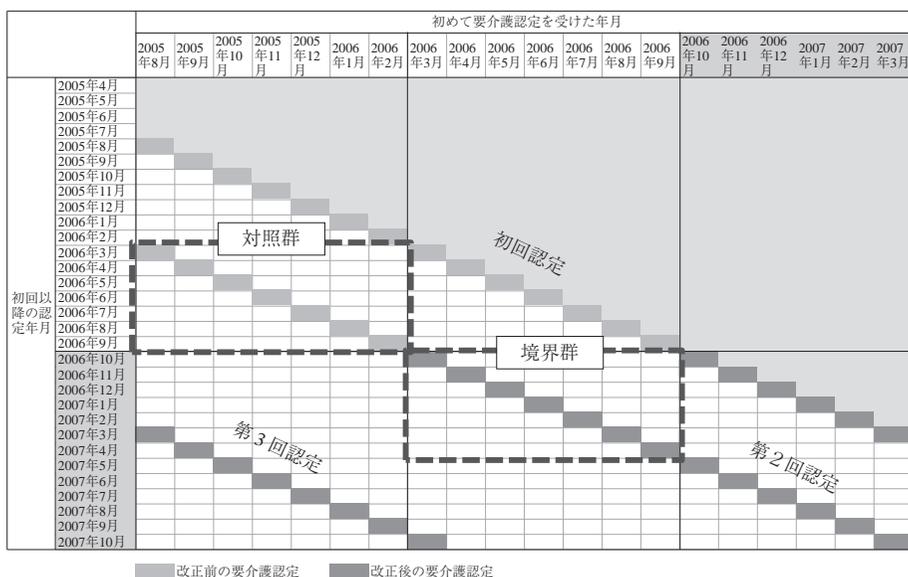
図3(c)によれば、境界群の要支援（要支援1）維持率は平均25%程度であるのに対し、それより前は平均35%程度となっており、境界群の維持率の低さが表れている（サンプルサイズは図3(d)に示している）。なお、境界群の直後7カ月も境界群と同程度に維持率が低くなっているが（平均20%）、これは図3(a)で見たように、2回目の要介護認定から改正後に受けるようになっていたためである。この群の維持率が、その直前7カ月の境界群の維持率（平均23%）と大きな差がないという事実は、評価バイアスが「改正後初めて受ける認定」で生じる傾向が強く、その後の認定や区分変更申請、不服申し立て等によって生じることが主ではないことを示している。なお、初回から改正後に認定を受けている（2006年10月以降に初回認定を受けている）者になると、維持率は相対的に高くなっている（平均32%）。

###### (2) プロビット推定

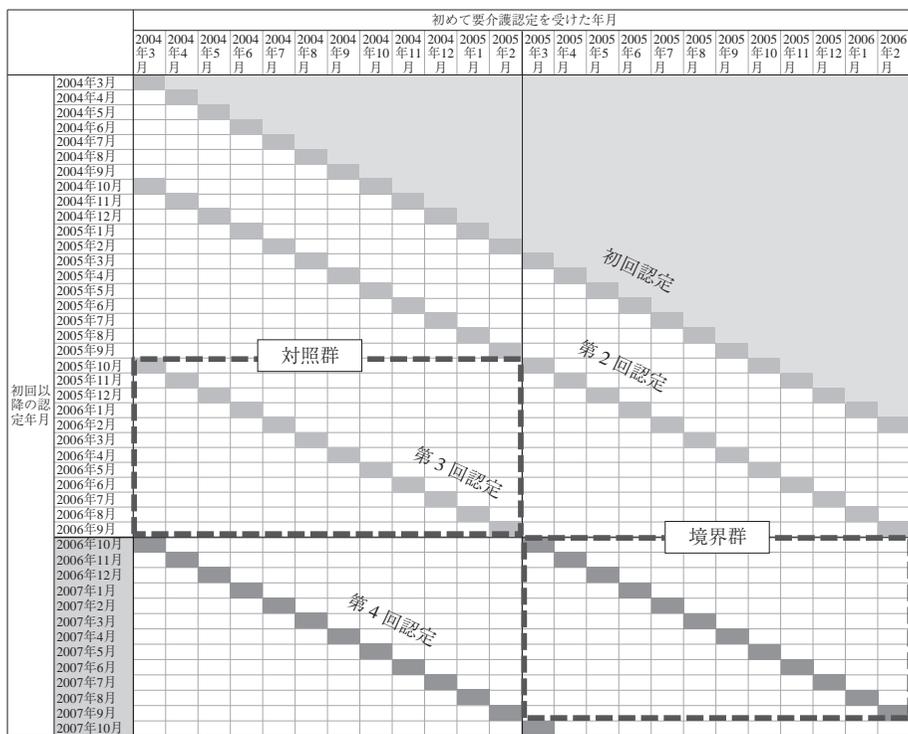
以上は、グラフによる視覚的分析である。ここでは、2回目および3回目の要介護認定で、要支援（要支援1）を維持するかしないかをプロビット推定し、われわれの仮説を統計的に検証する。2回目の要介護認定の分析に用いる境界群サンプルは以下のように条件付けた。

①改正法施行直後の2006年10月から2007年4月の各月初日（一日）に要介護認定がなされている。

<sup>5)</sup> 初回の認定が月の開始日（一日）ならばちょうど6カ月後に2回目の認定がなされるが、それより後（二日以降）ならば6カ月後の日の翌月（つまり7カ月後）の開始日（一日）に2回目の認定がなされる。したがって、7カ月後の維持率をみれば2回目の認定状況を把握できるので、ここでは7カ月後の維持率を用いている。

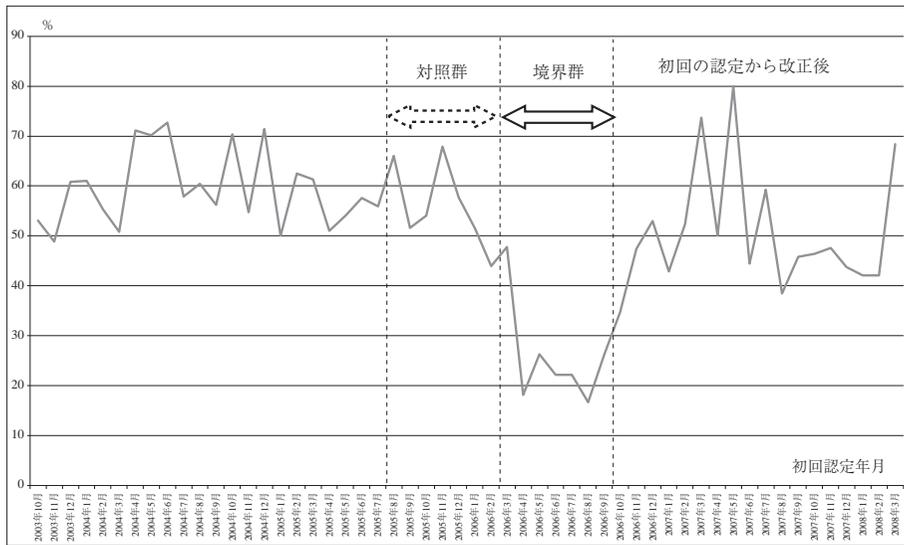


(a) 初回認定年月が2005.8-2007.3の期間の場合

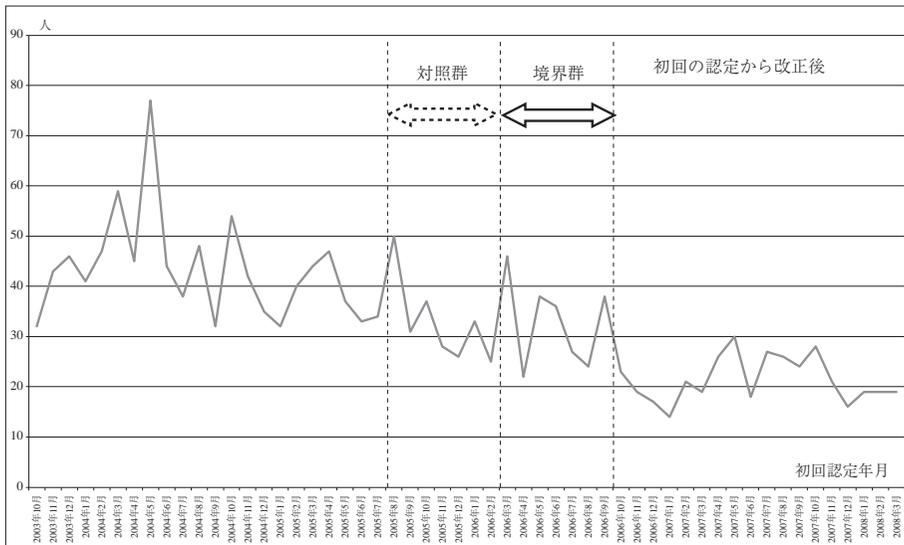


(b) 初回認定年月が2004.3-2006.2の期間の場合

図2 初回認定年月とそれ以降の認定年月および境界群・対照群の設定



(a) 初回認定月から7カ月後の要支援（要支援1）維持率（初回認定年月が2003.10-2008.3の期間）



(b) 上記グラフ (a) におけるサンプルサイズ

図3 要支援（要支援1）維持率の変化

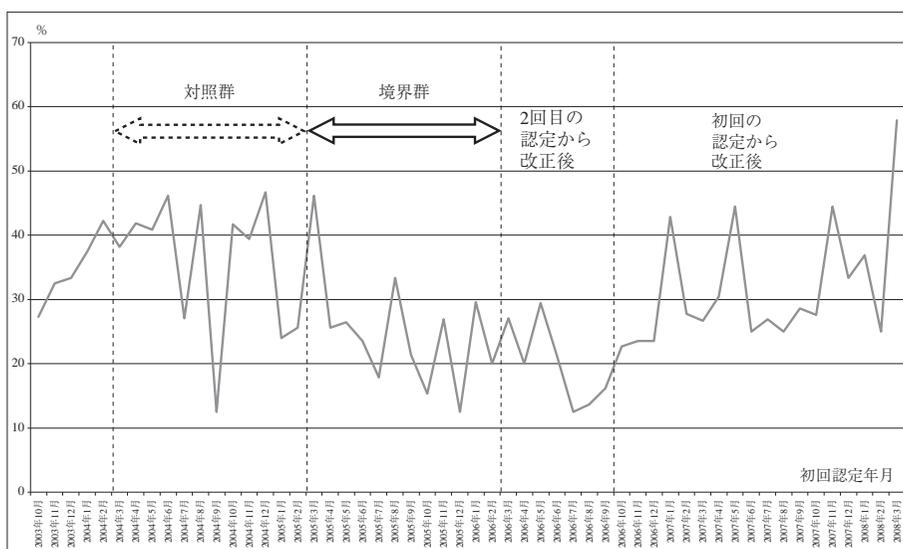
②上記の認定の7カ月前（各月初日の場合は6カ月前）、すなわち改正法施行前の2006年3月2日から2006年9月30日の間に、要介護度の初回認定がなされ、要支援の認定を受けている<sup>6)</sup>。

一方、対照群サンプルは以下のように条件付け

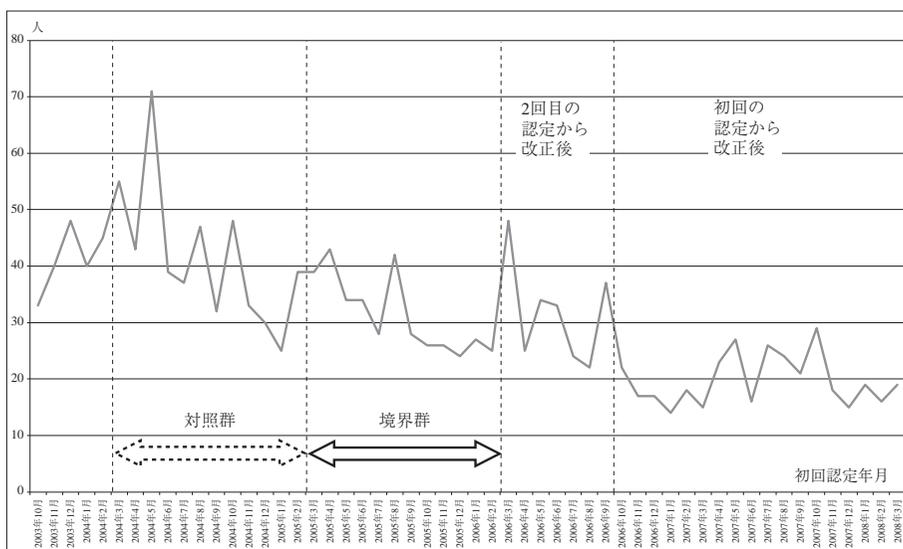
た。

①'改正法施行直前の2006年3月から2006年9月の各月初日（一日）に要介護認定がなされている。

②'上記の認定の7カ月前（各月初日の場合は6カ月前）、すなわち改正法施行前の2005年8月2日



(c) 初回認定月から19カ月後の要支援（要支援1）維持率（初回認定年月が2003.10-2008.3の期間）



(d) 上記グラフ (c) におけるサンプルサイズ

図3 要支援（要支援1）維持率の変化（続き）

<sup>9)</sup> 2006年3月1日に初回認定された場合は、丁度6カ月後の2006年9月1日（すなわち改正法施行前）に2回目の認定を受けることになるので（脚注5を参照）、2006年3月2日以降に初回認定を受けた者に限定している。また、レセプトデータから分かるのは、介護サービス利用時の被保険者の状態である。したがって、ここで言う「初回の認定」とは、厳密には「保険の初回利用時の要介護度の認定」である。しかし、7カ月後（もしくは6カ月後）に認定の更新が行われているという条件①を付すことで、「初回の認定」となっていることが担保される。

表1 境界群・対照群サンプルの記述統計と両群の比較

	(a) 2回目の要介護認定時							
	全サンプル		対照群		境界群		Welch's test	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均の差	t値
要介護度悪化ダミー	0.580	0.024	0.429	0.034	0.727	0.030	0.298	6.516 ***
累積費用	176,842	4,359	173,670	6,197	179,926	6,138	6,256	0.717
累積回数	43.859	1.862	49.124	3.058	38.741	2.104	-10.383	-2.797 ***
経過月数	6.965	0.009	6.971	0.012	6.958	0.014	-0.013	-0.734
男性ダミー	0.249	0.021	0.243	0.030	0.255	0.030	0.012	0.280
年齢	79.000	0.302	78.924	0.430	79.074	0.425	0.150	0.249
観測値数 (個人数)	426		210		216			

	(b) 3回目の要介護認定時							
	全サンプル		対照群		境界群		Welch's test	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均の差	t値
要介護度悪化ダミー	0.522	0.022	0.451	0.029	0.616	0.032	0.166	3.863 ***
累積費用	602,780	12,662	596,684	15,286	610,767	21,351	14,082	0.536
累積回数	171.187	5.915	191.586	8.544	144.457	7.503	-47.129	-4.145 ***
経過月数	18.899	0.013	18.908	0.017	18.888	0.021	-0.020	-0.751
男性ダミー	0.209	0.018	0.230	0.024	0.181	0.025	-0.049	-1.406
年齢	79.866	0.262	79.951	0.345	79.754	0.404	-0.196	-0.369
観測値数 (個人数)	536		304		232			

注) \*\*\*は、1%有意水準で有意であることを示す。

から2006年3月1日の間に、要介護度の初回認定がなされ、要支援の認定を受けている。

対照群サンプルを、改正法施行直前7カ月間に2回目の認定を受けた者としたのは、時間的に境界群サンプルに近いサンプルを取ることで、タイムトレンドによる差異を極力排除するためである。また、境界群サンプルよりも時間的に前のサンプルをとったのは、初回の認定をとともに「改正前」にすることで、被保険者の均質化を図るためである。もし改正後、初回の認定から評価バイアスが生じるならば、境界群サンプルよりも時間的に後のサンプルを対照群サンプルとすると、被保険者の均質化は保証されない。

表1 (a) は、境界群と対照群の第2回認定時における記述統計と両群の平均を比較した結果であ

る。年齢や性別といった基本属性、および累積費用については差がないことが確認できる。しかしながら、介護サービスの累積回数については境界群の方が有意に少なくなっている。この点は、定額制になると従来通りの通所回数を受け入れれば採算が合わなくなるので、事業者側が回数を抑制するよう、早めに利用者説明を行ったことに起因するものと思われる<sup>7)</sup>。したがって、この累積利用回数の差については外生的な要因と考えてよいと思われる。

3回目の要介護認定の分析に用いるサンプルも同様に条件付けを行った。表1 (b) は、境界群と対照群の第3回認定時における記述統計と両群の平均を比較した結果である。傾向は表1 (a) と同様で、基本属性および累積費用については差がな

<sup>7)</sup> 高松市では2006年4月からではなく、同年10月から新制度に移行している。したがって、定額制が適用されるのは10月以降であるが、それ以前に回数の抑制を促すよう事業者側から説明があったとのことである。実際、高松市のデータからは、2006年4月以降、要支援者の通所介護利用数が有意に減少していることが観察された。なお厚生労働省は定額制導入に当たって、一律に上限や標準利用回数を定めることは考えていないものの、2005年改正におけるQ&A (想定問答集) では、要支援1は通所系サービスを利用する場合、週1回程度の利用を参考値として挙げている。

表2 プロビット推定結果

(a) 2回目の要介護認定時サンプル

	モデル1				モデル2			
	係数	標準誤差	t 値	有意確率	係数	標準誤差	t 値	有意確率
境界サンプルダミー	0.783	0.126	6.220	0.000 ***	0.804	0.130	6.170	0.000 ***
男性ダミー					0.126	0.151	0.830	0.406
年齢					0.055	0.219	0.250	0.802
年齢2乗					-0.026	0.140	-0.180	0.855
累積費用					-1.0E-06	0.000	-0.330	0.742
累積費用2乗					7.0E-12	0.000	0.990	0.321
累積回数					6.3E-03	0.007	0.870	0.386
累積回数2乗					-3.1E-05	0.000	-0.870	0.382
定数項	-0.180	0.087	-2.070	0.039 **	-3.224	8.562	-0.380	0.707
観測値 (個人数)			426				426	
擬似決定係数			0.068				0.096	
対数尤度			-270.07				-262.03	

(b) 3回目の要介護認定時サンプル

	モデル1				モデル2			
	係数	標準誤差	t 値	有意確率	係数	標準誤差	t 値	有意確率
境界サンプルダミー	0.420	0.110	3.800	0.000 ***	0.515	0.120	4.290	0.000 ***
男性ダミー					-0.094	0.142	-0.660	0.507
年齢					0.012	0.189	0.060	0.950
年齢2乗					0.002	0.119	0.010	0.989
累積費用					-1.8E-06	0.000	-2.240	0.025 **
累積費用2乗					1.1E-12	0.000	2.180	0.029 **
累積回数					5.4E-03	0.002	2.530	0.011 **
累積回数2乗					-6.8E-06	0.000	-2.140	0.033 **
定数項	-0.124	0.072	-1.720	0.085 *	-0.999	7.536	-0.130	0.895
月次ダミー			Yes				Yes	
観測値 (個人数)			536				536	
擬似決定係数			0.020				0.080	
対数尤度			-363.70				-341.31	

注) \*\*\*は、1%有意水準、\*\*は5%有意水準、\*は10%有意水準でそれぞれ有意であることを示す。

いものの、介護サービスの累積回数については境界群の方が有意に少なくなっている。

プロビット推定にあたっては、境界群サンプルと対照群サンプルをプーリングして用いる<sup>8)</sup>。被

説明変数は、前節と同様に、要介護度が維持されている(要支援あるいは要支援1)ならば0、悪化しているならば1とする「要介護度悪化ダミー」を用いる。説明変数の設定は以下の2通りで行った。

<sup>8)</sup> 本研究では、初回認定から半年後の2回目の要介護認定、および1年半後の3回目の要介護認定の結果を用いたクロスセクション分析となっている。それ以外の時期のデータを活用しパネル分析を行うことも考えられる。しかし、II節で述べたように、定期的な再認定以外の時期は、区分変更申請等の例外を除けば、要介護度は変化しない。明らかに要介護度の変更確率に大きな差異が生じるので、ここではパネル分析ではなく、クロスセクション分析を行うこととした。

モデル1は、境界サンプルダミー（境界群サンプルならば1、そうでなければ0）のみを説明変数とするプロビットモデルである。一方、モデル2は、これに年齢、累積費用、累積回数、およびそれらの2乗項を説明変数として加えたものである<sup>9)</sup>。

2回目の要介護認定についてのプロビット推定の結果は表2 (a) に示している。いずれのモデルにおいても境界群サンプルダミーは1%水準で有意であり、改正後はより重度に評価するというバイアスの存在を支持している。またモデル2の結果より、ここでの分析では境界群サンプルダミー以外の説明変数は有意でないことが分かる。累積費用や累積回数といった変数が効かないのは、初回認定から約半年後という比較的短期の状態変化を分析しているからだと推察される。一方、3回目の要介護認定についてのプロビット推定の結果は表2 (b) に示している。ここでは季節変動を考慮するため、月次ダミーも説明変数に加えている。ここでも2つのモデルで境界群サンプルダミーは1%水準で有意となっている。また2回目の要介護認定を分析した表2 (a) とは異なり、モデル2において累積費用、累積回数、およびそれらの2乗項が有意となっている。この場合は、初回認定から約1年半が経過しており、こういった介護給付実績が要介護度に影響を及ぼしているものと考えられる<sup>10)</sup>。

## 2 介護費用への影響

前節の分析から、2005年の法改正は、要介護度をより重度に評価するようバイアスがかけられた可能性があることが示された。しかし、このような評価バイアスの存在は政策に効果がなかった、

あるいは政策が負の効果をもたらしたことを必ずしも意味するものではない。例えば、要介護度が悪化する者が増えたとしても、彼らが（改正がない場合と比較して）介護費を増やさず、一方で要介護度を維持した者が（改正がない場合と比較して）介護費を減少させるならば、全体として介護費が節約される可能性がある。つまり、評価バイアスが起きたとしても、介護費を節約するという政策の目標は達成される可能性はある。

そこで、本節では2005年の法改正が介護費用にもたらした影響について見る。まず、前節で用いたサンプルについて、再認定直前の月と再認定が行われた月の両方で介護保険を利用している者だけを抽出し、再認定直前・直後の介護費用に着目する。図4は2回目の要介護認定の分析サンプル、図5は3回目の要介護認定の分析サンプルについてこのような抽出を行い、横軸に再認定直前の月の介護費用、縦軸に再認定が行われた月の介護費用をとり、各個体をプロットしたものである<sup>11)</sup>。それぞれの図において、上側のパネル (a) が対照群、下側のパネル (b) が境界群であり、プロットの○印は再認定で要介護度が維持された個体、×印は要介護度が悪化した個体を示している。また、要支援（要支援1）の給付限度額は61,500円（49,700円）であるが、保険の給付対象はかかった介護費の9割であるから、要支援（要支援1）の場合、月の介護費が68,333円（55,222円）までであれば9割分全額支給されることになる。この金額を超えると、超過分はすべて被保険者の個人負担になるので、この金額が要支援（要支援1）の者にとっての一つの目安になると考えられる。そこで、パネル (a) では横軸・縦軸双方に68,333円の

<sup>9)</sup> これらの説明変数に加えて、例えば家族構成や経済状況を表す変数を入れるべきではないかという意見もあるかもしれない。しかし、少なくとも現行の制度においては、要介護度は基本的に被保険者自身の身体的状況によって判断されるべきであり、例えば住環境や介護者の有無などを認定において加味すべきではないとされている（厚生労働省、2016）。したがって、本研究ではそれらの変数を説明変数には加えず、それらが維持率に影響を与えるとするれば、それは評価バイアスであるという立場をとる。もっとも、そのような加味の「是非」については様々な意見があり得るが、それは本研究の範疇を超える。

<sup>10)</sup> サンプルをさらに均質化することを考え、2回目の認定で要支援の判定を受けた者に限定して同様の分析を行ったが、ほぼ同様の結果が得られた（高塚ほか、2015）。

<sup>11)</sup> 再認定において要介護度が悪化した者の中には、月の介護費用が10万円を超える者も数名いた。図4、図5ではそれらの者については省略されている。

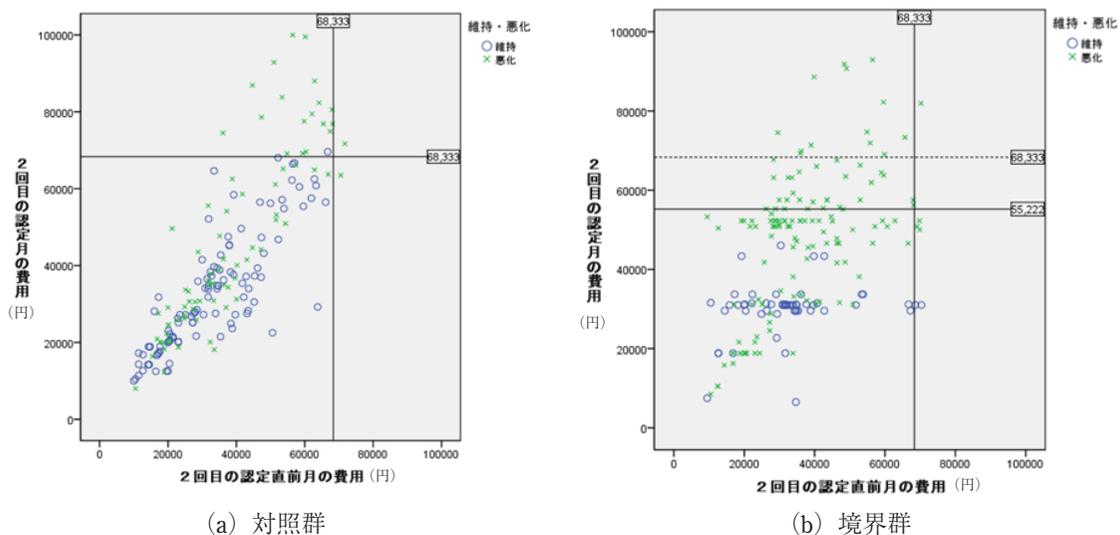


図4 再認定直前・直後の月額介護費用：2回目の要介護認定の場合

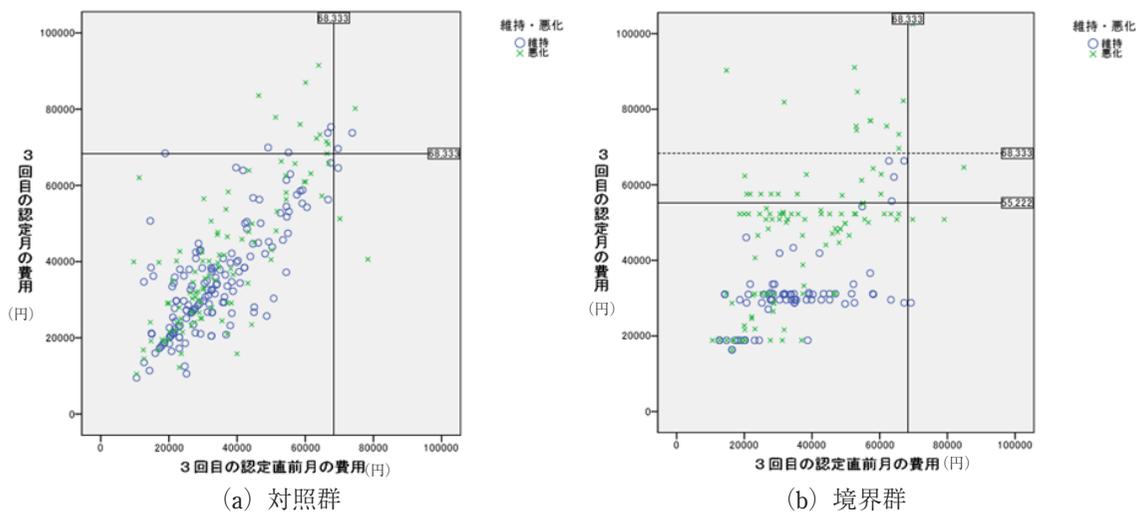


図5 再認定直前・直後の月額介護費用：3回目の要介護認定の場合

参照線を、パネル (b) では横軸については同様に 68,333 円の参照線を、縦軸については再認定後なので 55,222 円の参照線を実線で、68,333 円の参照線を点線で入れている。

これらの図から以下のことが読み取れる。第一に、被保険者の中には給付金を限度額近くまで（場合によっては限度額全額）受け取っている者が少なからずいるということである。これは、再

認定直前月に 68,333 円付近の費用をかけている者がいること、再認定が行われた月に要支援（要支援1）を維持し、68,333 円（55,222 円）付近の費用をかけている者がいることから分かる。第二は、要介護度を維持した者（○印の者）の、対照群と境界群における分布の違いである。パネル (a) の対照群においては図4でも図5でも、45度線の周りにプロットが集中している。つまり、改正の影響

がなければ、認定直前・直後で介護費用に大きな変化は見られない。しかし、パネル (b) の境界群においては、明らかにこのような関係性は崩れている。その理由は二つある。一つは給付限度額が低下したことで、介護費を節約した者の存在である。図4、図5においても、認定直前月では限度額いっぱいまで利用していたが、翌月には介護費を

減らした者がいることが示されている。二つ目の理由は、要介護度の悪化である。前節の分析でもわかるように、境界群では要介護度の悪化が顕著に生じており、これが45度線の関係性を崩したより大きな理由である。実際、図4でも図5でも、5~6万円付近の45度線上では、明らかに要介護度を維持している者が減っていることが分かる。そ

表3 介護費用変化の対照群・境界群間比較

(a) 再認定前後の月額介護費用変化：2回目の要介護認定の場合							
	対照群		境界群		Welch's test		t 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均の差		
維持 (個人数)	-17 112	8,489	-2,497 57	14,047	-2,479	-1.224	
悪化 (個人数)	15,478 87	33,143	15,402 148	30,162	-77	-0.018	
全体 (個人数)	6,757 199	24,019	10,425 205	27,827	3,668	1.420	
(b) 再認定前後の月額介護費用変化：3回目の要介護認定の場合							
	対照群		境界群		Welch's test		t 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均の差		
維持 (個人数)	1,339 154	9,628	-4,053 76	12,071	-5,392	-3.397	***
悪化 (個人数)	7,147 110	23,341	12,582 118	24,730	5,435	1.707	*
全体 (個人数)	3,759 264	16,969	6,065 194	22,218	2,306	1.209	
(c) 再認定後12カ月間の累積介護費用：2回目の要介護認定の場合							
	対照群		境界群		Welch's test		t 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均の差		
維持 (個人数)	465,929 84	340,542	348,270 51	83,333	-117,660	-3.021	***
悪化 (個人数)	851,199 68	691,084	732,413 135	549,631	-118,786	-1.234	
全体 (個人数)	638,287 152	559,105	627,083 186	500,217	-11,203	-0.192	
(d) 再認定後12カ月間の累積介護費用：3回目の要介護認定の場合							
	対照群		境界群		Welch's test		t 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均の差		
維持 (個人数)	426,375 133	161,820	354,671 72	132,857	-71,704	-3.410	***
悪化 (個人数)	651,165 99	471,820	608,856 109	399,948	-42,310	-0.694	
全体 (個人数)	522,298 232	349,028	507,743 181	344,240	-14,555	-0.424	

注) \*\*\*は、1%有意水準、\*は10%有意水準でそれぞれ有意であることを示す。

れでは、トータルとして、改正は介護費用をどのように変化させたのであろうか。

表3 (a), 表3 (b) は、再認定前後の月額介護費用の変化が、対照群と境界群でどの程度異なるかを示したものである。2回目の要介護認定前後の変化を見ると(表3 (a)), 境界群の方が3,668円高くなっているが、この差は有意ではない。また、要介護度を維持した者、悪化した者ごとに比較してもともに有意な差は見られない。同様に3回目の要介護認定前後の変化を見ると(表3 (b)), 要介護度を維持した者については境界群の方が5,392円安くなっており、この差は1%で有意である。要介護度を維持すれば、給付限度額が抑制されるので、この結果は予想通りの結果である。またこの結果は、もし要支援(要支援1)維持率が対照群と同程度であり、かつ悪化した者の介護費用変化も両群で同程度であるならば、境界群全体の平均介護費用変化が、対照群全体のそれよりも小さくなることを意味する。しかし、前節で示したように、境界群の要支援(要支援1)維持率は対照群のそれと比較して有意に低い。要介護度悪化にともなう費用増が、維持者内部での費用減を打ち消してしまうならば、全体として介護費用変化が小さくなることはないだろう。実際、全体でみると、費用変化は両群で有意な差は見られない。以上の結果をまとめると、改正によって介護費用が節約された事実は認められない。

上の分析は、再認定前後の短期的な変化を見たものであった。より長期的な変化についてはどうだろうか。そこで次に、再認定を受けた月からその次の再認定が行われる12カ月間の間に累積でどの程度介護費用がかかったかを見ることにしよう。表3 (c), 表3 (d) は、その12カ月間の累積介護費用が、対照群と境界群でどの程度異なるかを示したものである。2回目の要介護認定後(表3 (c))でも、3回目の要介護認定後(表3 (d))でも、結果は上述した表3 (b)の結果に似通っている。すなわち、どちらのケースでも、要介護度を維持した者については境界群の方が累積介護費用は安

くなっており、その差は1%で有意である。維持した者については給付限度額が抑えられた結果、予想通り費用は低下している。しかし、要介護が悪化した者および全体では有意な変化が見られていない。具体的には、2回目の要介護認定後12カ月の累積介護費用は、境界群の方が11,203円安くなっているものの、これは対照群の平均累積介護費用638,287円の1.8%程度でしかなく、統計的に有意な差ではない。同様に、3回目の要介護認定後12カ月の累積介護費用は、境界群の方が14,555円安くなっているものの、これは対照群の平均累積介護費用522,298円の2.8%程度でしかない。やはりここでも、要介護度悪化にともなう費用増が、維持者内部での費用減を打ち消しているのである。以上の結果をまとめると、再認定後12カ月の累積費用というより長期の変化で見ても、改正が介護費用の節約をもたらしたという事実は認められない<sup>12)</sup>。

費用節約効果が認められないという事実は、前節で得られた評価バイアスとつなげて理解することが自然であろう。すなわち、給付限度額削減のため、要介護度を維持すれば、保険で利用できるサービスは減ってしまう。一方Ⅱ節で見たように、サービスの減少に配慮する認定調査員や認定審査会委員は少なからず存在している。サービスの減少を回避するために要介護認定の評価にバイアスが生じ、その結果として意図された費用節約効果は生じなかったと考えられる。

## V ディスカッション

これまでの結果から、高松市の介護保険事業においては、2005年改正によって、要支援の被保険者が重度に判定されるようになった可能性が高いことが示唆された。またその原因としては、利用介護サービスの減少を回避することが有力だと考えられた。ここでは、評価バイアスを生じさせるそれ以外の可能性を考えてみよう。

第一に考えられるのは、認定方法自体の変更で

<sup>12)</sup> ここでの分析では個人属性や再認定までのサービス利用状況等をコントロールしていないが、これらをコントロールしたとしても結果は変わらなかった。

ある。要介護認定方法は介護報酬の改定に合わせて3年に一度変更が行われてきており、2006年度にも一部変更がなされている。東京都介護福祉士会編(2003)、厚生労働省(2006b)、宮崎(2010)によれば、2006年度の変更点は大きく二点である。一点目は、これまで主治医意見書は二次判定(介護認定審査会による審査)でしか考慮されなかったのに対し、2006年度より一次判定(コンピュータによる要介護認定等基準時間の推定)にも用いられるようになった点である。二点目は、要介護認定調査における基本調査の項目が79項目から82項目に増えた点である。具体的には「廃用の程度に関連する項目」として、「10-1日中の生活」、「10-2外出頻度」、「10-3家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」の3項目が追加された。10-1については、「よく動いている、座っていることが多い、横になっていることが多い」の3段階で、10-2については「週1回以上、月1回以上、月1回未満」の3段階で、10-3については「ない、ある」の2段階で聞き取るようになっていた。しかしこれらの認定方法の変更が、要介護認定を甘くしたとは考えにくいだろう。主治医の意見書が一次判定で考慮されるようになったことは、被保険者の意向が(主治医を通して)反映されやすくなった可能性はあるかもしれない。もしそうならば、この変更点はわれわれの考えるサービス減少回避による評価バイアスを助長させるように働く可能性はあるかもしれない。一方、二点目の調査項目の追加は、要介護認定等基準時間の算定をよりきめ細かく行うためだと思われるが、この変更が認定を一方的に甘くしたとは考えにくい。

第二は、市町合併の影響である。Ⅲ節でも述べたとおり高松市には、2005年9月26日に塩江町が、2006年1月10日には牟礼町、庵治町、香川町、香南町、国分寺町の5町が編入している。今回のデータからは、合併前にこれらの町で認定を受けた被保険者の情報は抜いている。しかし、これらの町に住み、合併後に初めて(新高松市住民として)認定を受けた被保険者は、データに含まれており、それを除外することはデータの性質上できなかった。これらの合併時期は、図3(a)でいうと

対照群の期間内ということになる。仮に吸収合併された周辺町の被保険者特性が旧高松市のそれと異なっていたとしても、図3(a)で示されているように、(その前後と比べて)境界群のみで要支援維持率が顕著に低下していることを説明するのは難しいだろう。

第三に、清水谷・稲倉(2006)、Hayashi and Kazama(2008)が主張した財政状況の影響はどうだろうか。結論から言えば、高松市は改正当時、特別厳しい財政状況にはなかったといえる。改正法施行の前年である2005年度は経常収支比率が88.9%で中核市の平均87.1%を若干上回っているものの、2006年度は87.2%、2007年度は90.0%といずれも中核市平均の87.9%、90.5%を下回っている。したがって、財政状況から要介護認定評価を厳しくしていたということは考えにくい。もちろん、このことは甘い評価バイアスを発生させる十分条件にはならないが、必要条件は満たされていたと考えることができるかもしれない。

今回観察されたような評価バイアスは、他地域でも起きている可能性は十分ある。Ⅲ節の図1(a)、図1(b)で、要支援-要支援1の認定者・利用者が2005年改正を境に大きく減少しているのが示されていた。『平成26年版高齢社会白書』(内閣府, 2014, p.25)によれば、同様の傾向は全国でも見て取ることができる。もちろんこれは集計された値での話であって、本稿で行ったようなミクロな分析を行っているわけではない。しかしながら、もしこのような評価バイアスとそれに伴う改正の節約効果の減減が全国レベルで生じているのならば、2005年改正は意図せざる方向に働いたことになる。高松市だけでなく、他の地域でも同様の分析が望まれる。

最後に、本研究では改正前に初回の認定を受けている人を対象とし、彼らの再認定の際のバイアスおよび介護費用の変化に着目してきた。これはⅠ節でも述べた通り、評価バイアスの検証を客観的に行うための本研究独自の工夫である。一方、改正後に介護保険を利用し始めた被保険者の介護費用が、旧制度で利用していたらかかっていたであろう費用と比較して減少したか否かについて

は、客観的な検証は困難であり、できていない。ただし、今回「すでに介護保険制度を利用している人」において検証された評価バイアスは、「改正後に新たに介護保険の利用を始める人」についても同様に発生している可能性は十分にある。実際、既に指摘しているように、図3の (b) と (d) によれば、改正法が施行された2006年10月以降に初回認定を受け要支援1と認定された数は、それ以前の数よりも顕著に少なくなっている<sup>13)</sup>。改正後に初回認定を受けた人についても同様の評価バイアスが起きているのであれば、それらの人についての介護費節約効果も十分期待することは難しいだろう。

## Ⅵ おわりに

本研究では、介護保険制度の2005年改正に着目し、それが要介護認定の評価および介護費用に与えた影響について分析してきた。その結果、高松市において改正前要支援と認定された被保険者については、改正後、給付限度額引き下げ回避に起因する評価バイアスが生じ、そのために改正による介護費軽減効果が発揮されなかったことが示唆された。

介護費用の圧縮が望まれる中、本稿で示された結果は重要な意味を持つと思われる。折しも、介護保険制度は2014年度に新たな改正が定まり、2015年度より新制度が施行されるが、その中でも、要介護度に応じた介護費用の削減策が盛り込まれている。例えば、要支援1・2の訪問介護と通所介護は、介護保険本体の給付（予防給付）からは外し、地域支援事業によって対応することとなった。また、特別養護老人ホームの入所対象者は、原則要介護3以上となった。こういった施策は、要介護認定が客観的に行えていることが大前提であり、もし本稿で議論したような評価バイアスが発生すれば、期待通りの成果は出ないであろう。今後の介護政策を有効かつ持続的なものにし

ていくためにも、要介護認定の客観性について再検討していく必要があるのではないだろうか。

## 謝辞

本研究に対して、本誌の2名のレフェリー、荒見玲子、磯博康、稲倉典子、岩田龍郎、角谷快彦、北平直樹、澁谷圭作、島根哲哉、白石久富、菅沼一平、田近栄治、中谷比呂樹、湯田道生の各氏、日本経済学会2015年秋季大会、香川大学および大阪大学でのセミナー参加者、高松市介護保険課および香川県国民健康保険連合会の方々から貴重なコメントを頂いた。また、データの利用にあたっては、高松市介護保険課および香川県国民健康保険連合会の協力を得た。記して感謝の意を表したい。なお、本稿における見解はすべて著者に帰するものであり、上述の協力団体や著者が所属する組織の見解を表わすものではない。

(平成28年4月投稿受理)

(平成28年8月採用決定)

## 参考文献

- 荒見玲子 (2013) 『社会保障の受給資格認定と委任：要介護認定の行政学的分析』、東京大学大学院法政学政治学研究科・博士論文。
- (2014) 「政策実施に関わるアクターの応答性の規定要因とそのメカニズム：福井県の要介護認定調査の分析から」、『社会科学研究』、65巻、1号、pp.135-178。
- 厚生労働省 (2006a) 『介護保険制度改革の概要：介護保険法改正と介護報酬改定』。
- (2006b) 『認定調査員テキスト2006』。
- (2016) 『要介護認定 介護認定審査会委員テキスト2009 改訂版』。
- 清水谷論・稲倉典子 (2006) 「公的介護保険制度の運用と保険者財政：市町村レベルデータによる検証」、『会計検査研究』、No.34、pp.83-95。
- 徐東敏・近藤克則 (2010) 「新予防給付導入による介護サービス利用回数変化とアウトカム」、『季刊社会保障研究』、Vol.46、No.3、pp.264-273。
- 東京都介護福祉士会編 (2003) 『要介護認定調査ハンドブック：79項目のポイントと特記事項の記入例』、エルゼビア・ジャパン。
- 内閣府 (2014) 『平成26年版高齢社会白書』。

<sup>13)</sup> より長い経年的変化で見ると、初回の認定時に要支援（要支援1）に認定された数およびそのシェアは、2001年から2005年までは年平均694人、26.8%だったが、2006年から2013年までは年平均372人、15.6%まで減少している（高塚ほか、2015、p.8）。

- 高塚創・石浜実花・岩田龍郎（2015）『介護保険制度の改正と被保険者の要介護状態の変化に関する実証調査・報告書』。
- Hayashi, Masayoshi and Haruka Kazama (2008), Horizontal Equity or Gatekeeping?: Fiscal Effects on Eligibility Assessments for Long-term Care Insurance Programs in Japan, *Asia-Pacific Journal of Accounting & Economics*, Vol.15, Issue 3, pp.257-276.
- 宮崎妙子（2010）「要介護認定方法の変更が認定率に与える影響について」, 東京大学公共政策大学院リサーチペーパー。
- 湯田道生・鈴木亘・両角良子・岩本康志（2013）「介護予防給付の導入が要支援者の要介護状態の変化に与える影響」, 『季刊社会保障研究』, Vol.49, No.3, pp.310-325。

(たかつか・はじめ)

(いしはま・みか)

## **The 2005 Reform of Public Long-Term Care Insurance and Certification Biases in Japan**

Hajime TAKATSUKA <sup>\*1</sup> and Mika ISHIHAMA <sup>\*2</sup>

### Abstract

By the 2005 reform, classification of recipients of long-term care insurance (LTCI) in Japan was reconsidered. Specifically, prior “Support Required (SR)” was renamed “Support Required 1 (SR1)” and upper limit of their benefits was lowered. In this study, we examine the effects of this reform on the certification of recipients and care expenditure by use of data of receipt for LTCI benefit in Takamatsu City. For this aim, the recipients who firstly obtain LTCI certification before the reform and judged as SR are divided into two groups; namely, the recipients whose second (or third) assessment is before the reform and the recipients whose second (or third) assessment is after the reform. By estimating the probability that they are judged as SR (or SR1) in the reassessment, we find that it is significantly lower for the latter group than the former one. Furthermore, comparing differences of care expenditure before and after the reassessment, we do not observe the fact that care expenditure is reduced in the latter group. These results suggest that certification biases are generated for recipients to avoid the reduction of upper limit of their benefits and then the reform does not expectedly contain care expenditure.

Keywords : certification biases, public long-term care insurance, 2005 reform, Japan

---

<sup>\*1</sup> Professor, Graduate School of Management, Kagawa University

<sup>\*2</sup> Director, Occupational therapist, Primary Care Co., Ltd.

---

**投稿：論文**

---

## 失業給付と子ども数

池田 亮一\*

### 抄 録

本稿では、失業給付財源としての所得税が失業および出生率にもたらす影響を調べるために、解析的な分析を行った。世代重複モデルに失業をとりこみ、雇用される家計と失業して失業給付を受ける家計を導入し、失業給付が両家計の子ども数に与える影響を分析した。その中で、失業給付代替率の引き上げが被用者および失業者の子ども数を増やす（減らす）条件が導出され、さらにはその条件にかかわらず、失業給付代替率の引き上げが経済全体の子どもの数を必ず減少させることがわかった。また失業給付代替率の引き上げが経済全体の子どもの数を必ず減少させる理由、また被用者と失業者の子ども数を増加（減少）させる解析的な条件は、筆者の知る限り、本稿によって、初めて明らかになったことである。失業給付の重要性は言うまでもないが、出生率に及ぼしうる悪影響をも多少は考慮しなければならないであろう。

キーワード：内生的出生率，失業給付，賃金所得税，労働組合，世代重複モデル

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.642-655.

---

### I はじめに

昨今の少子高齢化の中、世代重複モデルと人口に関する分析が盛んに行われている。国内の論文においても、本稿と直接関連するものだけでも、加藤（2001）、小塩（2001）、安岡（2006）（2007a）（2007b）などがある。彼らの研究は、シンプルなモデル構成から極めて有意義な政策インプリケーションを導出でき、きわめて興味深い。彼らの分析は、すべて完全雇用を前提としている。しかし、現実社会には失業が存在する。最近（2013年現在）改善の兆しが見え始めているとはいえ、大

学（院）、高校、中学校の新規学卒者が就職できないことが社会問題となっている。就職できないと、家族を養えず、当然子どもを持つことができないが、これは明らかに出生率に影響をもたらすだろう。実際、増田（2008）においても、（出産しないという前提となりうる）未婚者が増える理由として、パートや派遣など、（失業ではないとはいえ）非正規雇用の増大をあげている。パートや派遣などの非正規雇用、さらには失業などの低所得状態が低出生率をもたらすことは、十分示唆できる。理論的には、Daveri and Tabellini（2000）など労働組合賃金交渉モデルの教えるところでは、所得に課せられた年金や保険料が上昇すると、失業

---

\* 大阪大学大学院経済学研究科 招へい研究員

もまた増加する。また、実証分析においても、戸田（2007）において、雇用状況の改善が出生率に、わずかながらプラスの影響を及ぼすことが示されている。このように、雇用状況と経済全体の出生率は密接な関係にある。海外においても、Ahn and Mira（2002）によれば、失業には所得効果があり、子ども数にマイナス効果を持つ。実際、Ahn and Mira（2002）においては、スペイン、イタリア、ギリシャ、アイルランドで失業と出生率の負の相関を見出しているのである。

では、失業者のために、失業給付を増額すれば、失業の所得効果を回避でき、出生率は回復するだろうか。問題はそれほど単純ではない。Demmel and Keuschnigg（2000）の枠組みに従えば、本稿で分析するような、失業給付のための所得増税は失業者を増やす。また増税自体が可処分所得を減少させるので、被用者の所得を減少させる。それは被用者の子ども数に対してマイナス要因となりうる。また、失業率の上昇（雇用率の低下）は、生産の低下をもたらすので、失業給付のための所得税増税にもかかわらず、失業者の所得が増えるかどうかは不透明である。そうすると、失業給付のための所得税増税は、失業者の子ども数を増加させるかどうかすらわからない。より一層の研究蓄積が必要なゆえである。それにもかかわらず、今まで失業と出生率について扱った研究は、Fanti and Gori（2007a）（2012）と池田（2011）（2012）などぐらいである。むしろ完全雇用を前提とした加藤（2001）などの先行研究においては、失業と出生率の研究は行われていない。しかし、前述したように、失業給付のための所得税と失業、あるいは失業と出生率のリンクは、社会政策上も極めて重要であるし、失業の増加を通したパラドキシカルな結論が出れば、それも面白い。これが、本稿を執筆した動機である。

Fanti and Gori（2007a）（2007c）（2012）、池田（2012）において失業が導入されているが、彼らの

モデルでは、1種類の代表的個人が、与えられた労働時間の一定割合だけ雇用され、一定割合だけ失業するという設定になっている。被用者と失業者では、経済格差が存在するはずで、被用者の子ども数と失業者のそれが、増税でどのように変化するかの分析が必要なはずだが、そのためには、彼らのモデルと異なり、明確に家計を被用者のそれと失業者のそれに分ける必要がある。本稿では、被用者と失業者と、2種類の主体を導入して分析を行いたい。

池田（2011）においても、本稿と同様の仮定が置かれているが、池田（2011）においては、失業給付が経済全体の子ども数に及ぼす分析のみが行われている。本稿は池田（2011）をベースにするが、池田（2011）において扱われてこなかった被用者、失業者それぞれの子ども数が、失業給付代替率の引き上げでどのように変化するかについて分析したい。それと同時に、経済全体の子ども数に及ぼす影響について、もう少し掘り下げて分析を行いたい<sup>1)</sup>。池田（2011）と本稿の違いは以下のとおりである。①本稿では、失業給付の効果に焦点を当てるため、池田（2011）にあった育児支援はない。②池田（2011）においては、失業給付が経済全体の子ども数に対する効果のみが分析されていたが、本稿では、失業給付が被用者と失業者それぞれに与える効果を分析している。③池田（2011）では被用者、失業者の子ども数について数値計算を行っていたが、本稿ではすべて解析的に解（子ども数が増加する条件）を導出している。④池田（2011）では暗黙の前提とされていた、政策のタイミングについて記載している。

失業が存在するメカニズムについて、本稿では、Daveli and Tabellini（2000）、Demmel and Keuschnigg（2000）にあるような、労働組合賃金交渉モデルを用いる。平成26年度労働組合基礎調査によれば、日本では労働組合の組織率は17.5パーセントと低い。春闘などに代表されるよう

<sup>1)</sup> Fanti and Gori（2007a）（2007c）、池田（2012）のように、すべての労働者が同じだけの一定期間だけ失業していると仮定し、一生失業する労働者はいないと仮定するほうが妥当だという考えもあるかもしれない。しかし、そのようなモデルでは、被用者の家計と比較した失業者の育児行為について分析するのは難しい。本稿では、失業した家計の子ども数にスポットを当てるため、失業者は一生の間失業しているという、やや強い仮定を用いた。

に労働組合によって賃金交渉が行われる。それは労働組合が結成されていない企業の賃金にも間接的に影響し、また公務員等の給与も、民間企業の賃金を参考に決定されている。これは理論的には賃金と労働の限界生産性との乖離をもたらし、失業をもたらすし、池田 (2011) が主張するように、現実の日本でも、多少ともその効果は現れていると考えられる<sup>2)</sup>。これらを考えると、日本においても労働組合賃金交渉モデルを用いるのは妥当と考えた。本稿では、加藤 (2001)、小塩 (2001)、安岡 (2006) (2007b)、Fanti and Gori (2007b) によって分析された世代重複モデルに、Daveli and Tabellini (2000)、Demmel and Keuschnigg (2000) によった形で失業を導出する。

本稿の目的は以下の3つである。第一に、失業給付の財源と雇用の関係について分析すること、第二に失業給付と出生率(経済全体の出生率および被用者、失業者それぞれの出生率)について分析することである。さらに、本稿の失業給付は、貧困層への助成ともいえる。第三の目的は、失業給付を介した貧困層への助成が、貧困層の出生率に与える効果を分析することである。

本稿でわかったのは以下のとおりである。失業給付代替率 $\delta$ の引き上げが被用者および失業者の子ども数を増やす(減らす)条件が導出され、失業給付代替率の引き上げにより、資本分配率が0.33前後と低い日本においては、被用者、失業者ともに子ども数を減少させること、さらには上記の条件にかかわらず、失業給付代替率 $\delta$ の引き上げが経済全体の子ども数を必ず減少させることである。

## II 家計

家計は、若年期と老年期の2期間生存する。家

計は、若年期の消費 $c_t^{0e}$  ( $c_t^{0u}$ )、老年期の消費 $c_t^{1e}$  ( $c_t^{1u}$ )、および子どもの数 $n_t^e$  ( $n_t^u$ ) から効用を得る。なお、変数右上添え字 $e$ は被用者、添え字 $u$ は失業者、変数の右下添え字 $t$  ( $t+1$ ) は $t$ 期 ( $t+1$ 期)を表す。

育児には、育児コスト $m$  (定数)がかかるものとする<sup>3)</sup>。

### 1 被用者

被用者は、次の最大化問題を解く。

$$\text{Max}_{c_t^{0e}, c_t^{1e}, n_t^e} \alpha \ln c_t^{0e} + \beta \ln c_t^{1e} + \gamma \ln n_t^e \quad (1)$$

s.t.

$$c_t^{0e} + mn_t^e + s_t^e = (1 - \tau_{ui})w_t$$

$$c_{t+1}^e = (1 + r_{t+1})s_t^e$$

$0 < \alpha, \beta, \gamma < 1$ ,  $\alpha + \beta + \gamma = 1$  は効用関数の選好パラメータである。 $c_t^{0e}$  は被用者の若年期の消費、 $c_t^{1e}$  は被用者の老年期の消費、 $n_t^e$  は被用者の子ども数、 $s_t^e$  は被用者の貯蓄、 $w_t$  は賃金、 $r_{t+1}$  は利子率である。なお、 $\tau_{ui}$  は失業給付のための所得税率であり、 $\tau_{ui} > 0$  を仮定する。

これを解くと、

$$n_t^e = \frac{\gamma}{m}(1 - \tau_{ui})w_t \quad (2)$$

$$s_t^e = (1 - \alpha - \gamma)(1 - \tau_{ui})w_t = \beta(1 - \tau_{ui})w_t \quad (3)$$

が求められる。

### 2 失業者

失業者も、同様に、効用最大化問題

$$\text{Max}_{c_t^{0u}, c_t^{1u}, n_t^u} \alpha \ln c_t^{0u} + \beta \ln c_t^{1u} + \gamma \ln n_t^u \quad (4)$$

<sup>2)</sup> 労働組合賃金交渉モデルは、失業を導入できるもっとも簡単かつ標準的なモデルである。Daveri and Tabellini (2000)、Demmel and Keuschnigg (2000)、池田 (2011) (2012) を参照されたい。さらに黒田・山本 (2005)、日本での実証分析については牛嶋 (2004) を参照されたい。

<sup>3)</sup> 育児コストについては、育児のために退職するなどの、労働供給に関する親の機会費用は、簡単のため考慮していない。このため、被用者と失業者の育児コストが全く同じである。また本稿では男性と女性とを区別しておらず、男女の機会費用の差についても考慮していない。

$$\begin{aligned} s.t. & c_t^{0u} + mn_t^u + s_t^u = p_t \\ & c_{t+1}^{1u} = (1+r_{t+1})s_t^u \end{aligned}$$

$$l_t = l_t(w_t) = \left( \frac{(1-\theta)Ak_t^\theta}{w_t} \right)^{\frac{1}{\theta}} \quad (11)$$

を解く<sup>4)</sup>。  $c_t^{0u}$  は失業者の若年期の消費，  $c_{t+1}^{1u}$  は失業者の老年期の消費，  $n_t^u$  は失業者の子ども数，  $p_t$  は失業給付，  $s_t^u$  は失業者の貯蓄である<sup>5)</sup>。これを解くと、

$$n_t^u = \frac{\gamma}{m} p_t \quad (5)$$

$$s_t^u = (1-\alpha-\gamma)p_t = \beta p_t \quad (6)$$

となる。

### III 企業と労働組合

#### 1 企業

企業は、利子率  $r_t$  と、賃金  $w_t$  を所与として利潤を最大化する。

$$\text{Max}_{K_t, (l_t L_t)} AK_t^\theta (l_t L_t)^{1-\theta} - w_t l_t L_t - (1+r_t)K_t \quad (7)$$

$K_t$  は資本ストック，  $L_t$  は  $t$  期の人口，  $l_t$  は雇用率，  $\theta (0 < \theta < 1)$  は生産関数のウェイトパラメータである。(7) 式を  $t$  期の若年期の人口  $L_t$  で割り、

$$\text{Max}_{k_t, l_t} Ak_t^\theta l_t^{1-\theta} - w_t l_t - (1+r_t)k_t \quad (8)$$

を考えてもよい。資本は1期で完全減耗すると仮定する。 $k_t$  は一人当たり資本ストックである。利潤最大化条件から

$$w_t = (1-\theta)Ak_t^\theta l_t^{-\theta} \quad (9)$$

$$1+r_t = \theta Ak_t^{\theta-1} l_t^{1-\theta} \quad (10)$$

が求まり、(9) 式から、企業の労働需要関数が、

また

$$-\frac{l_t}{w_t} \frac{\partial w_t}{\partial l_t} = \theta \therefore -\frac{w_t}{l_t} \frac{\partial l_t}{\partial w_t} = \frac{1}{\theta} \quad (12)$$

が成立する。 $\theta$  は、雇用率に関する賃金の弾力性の逆数である。

#### 2 労働組合

労働組合が存在し、競争原理より高い賃金が決定される。ゆえに、本稿の経済では失業が存在する。本稿では、独占的組合を想定する。雇用されたときの賃金と雇用されなかったときの失業給付の期待値を最大化する。Daveri and Tabellini (2000) にない、失業したときには、失業給付  $p_t = \delta x_t = \delta Ak_t^\theta l_t^{1-\theta}$  の給付を受ける。 $x_t = Ak_t^\theta l_t^{1-\theta}$  は一人当たり生産であり、その一定割合  $\delta$  をかけたものが、失業給付となる。ここで、

$$\delta Ak_t^\theta l_t^{1-\theta} = \frac{1}{1-\theta} (1-\theta) \delta Ak_t^\theta l_t^{-\theta} l_t = \frac{1}{1-\theta} \delta w_t l_t \quad \text{と}$$

おけることから、 $\frac{1}{1-\theta} \delta$  を失業保険の賃金代替率と考えるとよい。労働組合の便益は、企業に雇用されたときの税引き賃金  $(1-\tau_{ul})w_t$  と失業したときの失業給付  $p_t$  からなる、労働組合員の期待収入からなる次式

$$\text{Max}_{w_t} l_t(w_t)(1-\tau_{ul})w_t + (1-l_t(w_t))p_t \quad (13)$$

を賃金  $w_t$  について最大化する。なお、Daveri and Tabellini (2000) に倣い、以下の仮定を措く。労働組合は企業と賃金交渉ができる程度には大きい<sup>6)</sup>、税や失業給付、さらには利子率を決定できる

<sup>4)</sup> 本稿のモデルでは、労働の不効用がモデル化されておらず、のちに見るように失業給付は税引き賃金より低いので、働けるにもかかわらず自らわざわざ失業を選択する個人は存在しない。また雇用される人と失業する人に質的な違いは存在せず、失業するかどうかは確率的である。

<sup>5)</sup> 本稿のモデルにおいては、失業給付を貯蓄できると仮定している。生活保護は、日本では貯蓄できない。本稿の失業給付は、日本の生活保護ではなく、一般的な失業給付と考えられたい。失業給付を貯蓄できると仮定することで、モデルが著しく簡単になる。

ほど大きくはないものとする。つまり、労働組合は企業別、産業部門別に行動する。労働組合の意思決定時に老年期にある個人の効用は、労働組合の行動によって影響を受けない。ゆえに労働組合は静学的な期待収入最大化問題を解く。さらに簡単のため、リスク回避は無視する。

労働組合は、雇用率の変化が失業給付  $p_t$  に及ぼす影響を考えずに行動する<sup>6)</sup>。ここで、雇用率  $l_t$  は、賃金  $w_t$  の関数（すなわち (11) 式が成立すること）に注意する必要がある<sup>7)</sup>。(11) 式を踏まえた最大化の結果、

$$w_t = \frac{p_t}{(1-\theta)(1-\tau_{ui})} = \frac{\delta x_t}{(1-\theta)(1-\tau_{ui})} \quad (14)$$

となるので、最終的に

$$l_t = \frac{(1-\tau_{ui})(1-\theta)^2}{\delta} \quad (15)$$

が求められる<sup>8)</sup>。

#### IV 政府

政府は、失業給付事業のみを行っている。失業給付は税方式をとるものとする。ここでは失業給付のための所得税率を  $\tau_{ui}$  とおく。なお、本稿では  $\tau_{ui} > 0$  を仮定する。失業給付会計は、

$$l_t \tau_{ui} w_t L_t = (1-l_t) p_t L_t = (1-l_t) \delta x_t L_t \quad (16)$$

となる。これを満たすように、失業給付  $p_t$  が内生的に決定される。

失業給付と賃金率の関係を、(16) 式に代入して  $\tau_{ui}$  について解くと、

$$\tau_{ui} = \frac{1}{(1-\theta)\theta} \delta - \frac{1-\theta}{\theta} \quad (17)$$

となる。また、 $\frac{d\tau_{ui}}{d\delta} = \frac{1}{(1-\theta)\theta}$  が成立する。

ここで、(15) 式と (17) 式より、雇用率  $l < 1$  となる条件は、 $\delta > (1-\theta)^2$  であることがわかる。また、本稿で仮定した、 $\tau_{ui} > 0$  となる条件についても、(17) 式より  $\delta > (1-\theta)^2$  である。ゆえに、本稿では  $\delta > (1-\theta)^2$  を仮定する。

#### V 均衡

##### 1 資本ストック

資本ストックは、

$$K_{t+1} = S_t = s_t^e l_t L_t + s_t^u (1-l_t) L_t \quad (18)$$

を満たす。また  $t+1$  期の人口  $L_{t+1}$  は、

$$L_{t+1} = l_t n_t^e L_t + (1-l_t) n_t^u L_t$$

である。

両辺を  $t$  期の人口  $L_t$  で割り、一人当たり数値に換算すると、資本ストックは、

<sup>6)</sup> イギリスにおける所得調査制求職者手当 (Income-based JSA) においては、税金を財源とし、保険料拠出を前提とせず、(長期的には雇用率や資本ストックからなる一人当たり生産に影響を受けるであろうが) 少なくとも短中期的には、失業率によらず一定額の求職者手当が給付される。本稿における、労働組合が近視眼的に行動するという仮定は、このイギリスの所得調査制求職者手当をイメージするとよいかもしれない。労働政策研究・研修機構 (2013) には、イギリスを含めた各国の、失業給付などセーフティネットを含む労働事情や労働制度が、詳細に記されている。

<sup>7)</sup> Fanti and Gori (2007a) が“short run (current) unemployment rate” という文言で示唆するとおり、労働組合は、労働の需要関数 (8) 式において、資本ストックが一定で変更できない、いわば短期の労働需要関数を想定している。Daveli and Tabellini (2000)、Demmel and Keuschnigg (2000)、Fanti and Gori (2007b)、Ono (2007) (2008) など、暗黙のうちにそのような仮定をおいている。

<sup>8)</sup> 本稿で失業率がこのような形で導出されるのは、失業給付  $p_t$  が一人当たり総生産  $x_t = A k_t^\alpha l_t^{1-\alpha}$  の一定割合であるということと、生産関数がコブ=ダグラス型効用関数であること、そして労働組合の目的関数が雇用された時の賃金と雇用されなかった時の失業給付の期待値であることに依存する。

$$(l_i n_i^e + (1-l_i) n_i^u) k_{t+1} = s_t \equiv l_i s_t^e + (1-l_i) s_t^u \quad (19)$$

となる。 $s_t$ は、一人当たりの平均貯蓄である。 $t$ 期の経済全体の一人当たり平均子ども数  $n_t$ は、 $n_t \equiv l_t n_t^e + (1-l_t) n_t^u$ を満たす。なお、出生率と子ども数との関係であるが、小塩(2001)にならない、経済全体の一人当たり平均子ども数  $n_t$ を2倍したものを出生率とみなす。(16)式を用いて  $n_t$ ,  $s_t$  から  $\tau_{ut}$ を消去すると、

$$n_t = l_t n_t^e + (1-l_t) n_t^u = \frac{\gamma}{m} l_t w_t \quad (20)$$

$$l_t s_t^e + (1-l_t) s_t^u = \beta l_t w_t \quad (21)$$

が求まる。 $n_t$ は経済全体の一人当たり平均子ども数(経済全体の子ども数÷経済全体の若年期の人口)である。これより、資本ストックの方程式が、

$$n_t k_{t+1} = \frac{\gamma}{m} l_t w_t k_{t+1} = \beta l_t w_t \quad (22)$$

と求まり、さらに

$$k_{t+1} = \frac{\beta m}{\gamma} \quad (23)$$

と求められる。

### 2 均衡の安定性と一意性

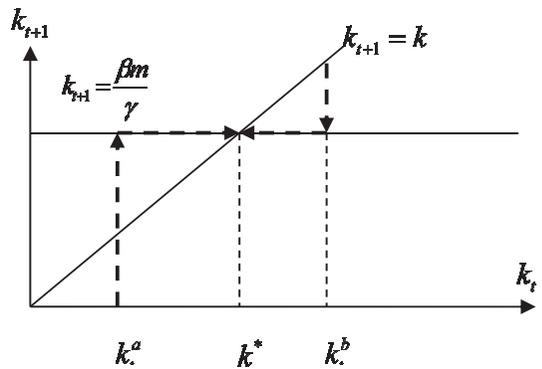
$k$ の動学を示そう。(23)式より  $dk_{t+1}/dk_t = 0 < 1$ なので、 $k$ は均衡の周りで安定であることもわかる。 $t$ 期に  $k_t$ が  $k^* = \frac{\beta m}{\gamma}$ より低い  $k_t^a$ であっても

$k^* = \frac{\beta m}{\gamma}$ より高い  $k_t^b$ であっても、 $t+1$ 期に一人

当たり資本ストックは  $k^* = \frac{\beta m}{\gamma}$ に到達する。

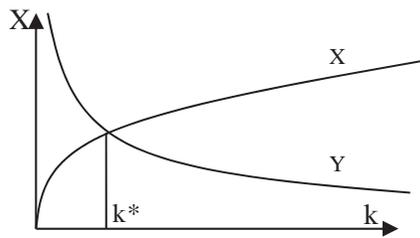
$k$ の一意性を示そう。以降、本稿での分析は、定常状態の分析に焦点をあてる。誤解のおそれがないければ、変数の説明からは期間を表す添え字  $t$  ( $t+1$ )は省略する。

(22)式を定常点  $k^* = \frac{\beta m}{\gamma}$ で評価し、 $l_t$ の定常点  $l$ は  $k$ の影響を受けないことを考慮しつつ両辺を  $k$ で割り、左辺を  $X \equiv \frac{\gamma}{m}(1-\theta)Ak^\theta l^{1-\theta}$ 、右辺を  $Y \equiv \beta(1-\theta)Ak^{\theta-1}l^{1-\theta}$ とおくと、 $X|_{k=0} = 0$ ,  $X' > 0$ ,  $X'' < 0$ ,  $Y|_{k=0} = \infty$ ,  $Y' < 0$ ,  $Y'' > 0$ (プライム記号は微分、ダブルプライムは2階微分)より、均衡解が  $k > 0$ でただ1点のみ存在することが示される。また、均衡の安定性と一意性につき、図1および図2を参照されたい。これを命題にまとめると、次のとおりである。



出所：筆者作成。

図1 均衡の安定性



出所：筆者作成。

図2 均衡の一意性

命題1 一人当たり資本ストック  $k$  についての均衡解が一意に存在し、安定である。

## Ⅵ 政策の経済効果 (1) 一人当たり資本ストックと雇用率への影響

経済効果について分析する前に、政策のタイミングについて、記述しておこう。

- 1) 失業給付のための所得税率  $\tau_u$  が変更される。
- 2) 独占的労働組合が賃金決定を行う。若年者が経済に参入する。これに基づき、ここから雇用率  $l$  が決定され、若年期の労働者が被用者と失業者に振り分けられ、新たにそれぞれが効用最大化を行う。効用最大化の結果、貯蓄が決定される。労働組合に関する仮定により、労働組合、企業、若年者によるこれらの決定は、当該期の老年者の雇用率には影響を与えない。

- 3) 次の期に、2) で経済に参入した若年者が老年期になり、資本ストックが定常状態に収束する。

本稿では雇用率  $l$  など資本ストック以外の変数をフロー変数、資本ストック  $k$  をストック変数としているので、上記1) 2) は短期的効果、3) は長期的効果である。

### 1 失業率への影響

よく知られた結果として、次のものがある。

**命題2** 失業給付代替率  $\delta$  を引き上げると、雇用率  $l$  は減少する。すなわち、失業率は増大する。

**証明**

$$\begin{aligned} \frac{dl}{d\delta} &= -\frac{(1-\theta)^2 \frac{d\tau_u}{d\delta} - (1-\theta)^2 (1-\tau_u)}{\delta^2} \\ &= -\frac{1-\theta}{\theta\delta^2} - \frac{1}{\delta} l < 0 \end{aligned} \quad (24)$$

より。□

所得に対する課税による不効用を補うため、労働組合は賃金を上昇させる。ゆえに、企業の雇用意欲が減少し、失業が増大してしまうのである。

Demmel and Keuschnigg (2000) でも確認されている、よく知られた事実である。失業者へのセーフティネットが重要であることに異論はないが、失業給付自体が失業を増やしてしまうという点で、失業給付は（少なくとも所得税によってファイナンスされている限り）いわば諸刃の剣であることに注意する必要がある。

### 2 資本ストックへの影響

失業給付代替率  $\delta$  について、資本ストック  $k$  に及ぼす影響を分析する。

**命題3** 失業給付代替率  $\delta$  の引き上げ（引き下げ）は、1人あたりの資本ストック  $k$  に影響を及ぼさない。

**証明**  $dk/d\delta=0$ 。□

失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって、被用者の貯蓄  $s^e$  は減少する。しかし失業者の貯蓄  $s^u$  は増加する。均衡予算の仮定より両者は同量なので、キャンセルアウトされるのである<sup>9)10)</sup>。

## Ⅶ 政策の経済効果 (2) 子ども数への影響

### 1 被用者の課税後賃金と失業給付

経済全体の一人当たり平均子ども数への影響を分析する前に、被用者の課税後賃金と失業給付についてみておこう。

**補題1** 被用者の課税後賃金  $(1-\tau_u)w$  は、失業者の受け取れる失業給付受給額  $p$  より大きい。

**証明**

$$\begin{aligned} &\frac{p}{(1-\tau_u)w} \\ &= \frac{\delta A k^{\theta} l^{1-\theta}}{(1-\tau_u)(1-\theta) A k^{\theta} l^{-\theta}} \\ &= \frac{\delta}{(1-\tau_u)(1-\theta)} l \\ &= \frac{\delta}{(1-\tau_u)(1-\theta)} \frac{(1-\theta)^2 (1-\tau_u)}{\delta} \end{aligned}$$

<sup>9)</sup> これは、効用関数が対数線形効用関数であることによるものと注意されたい。CES型効用関数の場合、この命題は成立しない。しかし、対数効用関数は世代重複モデルの分析に頻繁に使われており、かなりの程度妥当な仮定と考えられる。

<sup>10)</sup> 政策（税  $\tau_u$ ）の変更により、資本ストックは変化しない。このことより、（本稿では長期的な効果を考察しているが）本稿の結果は短期的にも成立するものであることがわかる。

$$=(1-\theta)<1$$

より明らか。□

失業給付受給額  $p$  は、いわば労働組合と労働者の留保賃金である。もしこれが賃金より高ければ、そもそも労働組合と労働者は、企業と賃金交渉などを行わず、初めから失業給付を受給するであろう。そのような賃金交渉はありえない。また、同じことだが次のようにもいえる。もし被用者の課税後賃金が失業給付より安ければ、だれも働かず、経済は破綻するだろう。なお、この結論は、効用関数が対数線形型であること、子ども数によって効用を得る（消費効用）の仮定を置いていること、育児による収入の減少という機会費用を本稿では考慮していないこと、またコブ=ダグラス型生産関数を仮定していることに、決定的に依存する<sup>11)</sup>。

補題1から、次の命題もただちに導かれる。

**命題4** 被用者の子ども数  $n^e$  のほうが、失業者のもつ子ども数  $n^u$  より大きい。

証明

$$\begin{aligned} \frac{n^u}{n^e} &= \frac{\frac{\gamma}{m}p}{\frac{\gamma}{m}(1-\tau_u)w} \\ &= \frac{p}{(1-\tau_u)w} \\ &= 1-\theta < 1 \end{aligned} \quad (25)$$

となり、失業者の子ども数は被用者の子ども数より小さい。□

補題1より被用者の課税後賃金のほうが失業者の失業給付より大きい。選好パラメータは被用者も失業者も同じなので、被用者のもつ子ども数のほうが失業者のもつ子ども数より多くなるのである。

さらに、失業者の子ども数  $n^u$  は、被用者の子ども数  $n^e$  の  $(1-\theta)$  倍となることもわかる。これは税率  $\tau_u$  や失業給付代替率  $\delta$  の値に依存しない

ことに注意されたい。

## 2 被用者の子ども数

失業給付  $p$  は、本稿の設定では被用者には全く還元されないので、失業給付代替率  $\delta$  の引き上げは、直観的には被用者の出生率を単調減少させるように思われるかもしれない。しかし、以下に述べる効果により、一定の条件を満たす場合にのみ、 $\delta$  の引き上げは被用者の出生率を減少させる。以下、それを確認し、説明を行おう。その前に、

$$\begin{aligned} n^e &= \frac{\gamma}{m}(1-\tau_u)w \\ &= \frac{\gamma}{m}(1-\tau_u)(1-\theta)Ak^\theta l^{1-\theta} \\ &= \frac{\gamma}{m}(1-\tau_u)(1-\theta)A\left(\frac{\beta m}{\gamma}\right)^\theta \left(\frac{(1-\theta)^2(1-\tau_u)}{\delta}\right)^{-\theta} \\ &= \frac{\gamma}{m}A(1-\theta)^{1-2\theta} \left(\frac{\beta m}{\gamma}\right)^\theta (1-\tau_u)^{1-\theta} \delta^\theta \\ &\equiv N^e(1-\tau_u)^{1-\theta} \delta^\theta \end{aligned} \quad (26)$$

とも表せることに注意しよう。ここで、

$N^e \equiv \frac{\gamma}{m}A(1-\theta)^{1-2\theta} \left(\frac{\beta m}{\gamma}\right)^\theta$  は、失業給付代替率  $\delta$  に影響されないパラメータである。

(26) 式を  $\delta$  で微分することにより、以下の命題が導かれる。

**命題5** 失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって被用者の子ども数  $n^e$  が増加するのは、 $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$  のときであり、そのときに限る。特に、 $\theta < \frac{1}{2}$  のときには、失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって、被用者の子ども数  $n^e$  は、必ず減少する。

証明

(26) 式を  $\delta$  で微分すると、

$$\frac{dn^e}{d\delta} = N^e(1-\tau_u)^{-\theta} \delta^{\theta-1} \cdot \left( -(1-\theta) \frac{d\tau_u}{d\delta} \delta + \theta(1-\tau_u) \right)$$

<sup>11)</sup> これらの仮定はやや強いものであるが、小塩 (2001) など先行研究において、これらの仮定はごく普通に用いられている。

となる。 $\tau_u = \frac{1}{(1-\theta)\theta} \delta - \frac{1-\theta}{\theta}$  及び  $\frac{d\tau_u}{d\delta} = \frac{1}{(1-\theta)\theta}$  を考慮すると、この微分が正になるのは、 $\delta < \theta(1-\theta)$  のときである。

雇用率  $l < 1$  となる条件として、われわれは  $\delta > (1-\theta)^2$  を仮定していた。雇用率  $l < 1$  かつ  $\frac{dn^e}{d\delta} > 0$  が成立するためには、 $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$  が成立すればよい。そのような  $\delta$  が存在する必要条件は、 $(1-\theta)^2 < \theta(1-\theta)$ 、すなわち  $\theta > \frac{1}{2}$  である。 $\theta < \frac{1}{2}$  のときには、 $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$  を満たす  $\delta$  は存在せず、 $\delta > (1-\theta)^2$  の仮定の下では常に  $\frac{dn^e}{d\delta} < 0$  となり、失業給付代替率  $\delta$  の引き上げは、常に被用者の子ども数を減少させる。□

失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって、失業給付の恩恵に与らない被用者の子ども数が常に減少するとは限らないというのは、意外な結果かもしれない。以下、これについて説明しよう。

$n^e = \frac{\gamma}{m}(1-\tau_u)w$  を  $\delta$  で微分した結果は、

$$\frac{dn^e}{d\delta} = -\frac{\gamma}{m}w \underbrace{\frac{d\tau_u}{d\delta}}_{+} + \frac{\gamma}{m}(1-\tau_u) \underbrace{\frac{dw}{dl}}_{-} \underbrace{\frac{dl}{d\delta}}_{-}$$

とも表せる。右辺第1項は、 $\delta$  の引き上げに伴う  $\tau_u$  の増税が被用者の可処分所得、ひいては子ども数  $n^e$  にもたらす影響で、これは負である。右辺第2項に着目してほしい。これは、Fanti and Gori (2007b)、池田 (2011) (2012) によって指摘された、Malthusian fertility effect (池田 (2011) (2012) では、マルサス人口効果 (2) と訳されている) である。 $\delta$  の引き上げによって、雇用率が減少するが、これは賃金の上昇を伴う。この効果は正であるので、失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって、失業給付の恩恵に与らない被用者の子ども数が減少するとは限らないという、一見常識とは異なった結論が得られるのである。

ただし、この結論から、現在の日本において、

失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって、実際に被用者の子ども数が増えると考えことは妥当ではない。世代重複モデルで出生率について分析した国内の代表的な先行研究である小塩 (2001)、安岡 (2006) において、資本分配率は、それぞれ0.3、0.32と設定されている。これらの仮定の下では、 $\theta > \frac{1}{2}$  を満たさないので、常に  $\frac{dn^e}{d\delta} < 0$  となる。

これらのことには、パラメータ  $\theta$  が大きく影響している。 $\theta$  は資本分配率であるとともに、(12) 式より、賃金の雇用率に関する弾力性の逆数でもある。雇用率の減少による賃金の上昇は、 $\theta$  が大きければ大きくなる。もし  $\theta > \frac{1}{2}$  であり、かつ  $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$  を  $\delta$  が満たせば、雇用率の減少による賃金の上昇が、 $\delta$  の引き上げに伴う所得税  $\tau_u$  の増税による直接的な所得減少を支配し、 $\delta$  の引き上げによって被用者の子ども数  $n^e$  が増加する。 $\theta \leq \frac{1}{2}$  であれば、雇用率の減少による賃金の上昇は、 $\delta$  の引き上げに伴う  $\tau_u$  の増税による直接的な所得減少を上回ることはなく、 $\delta$  の引き上げで被用者の子ども数  $n^e$  が増加することはない。

### 3 失業者の子ども数

Ahn and Mira (2002) によれば、失業には所得効果がある。そうであれば、失業した家計に対する失業給付を拡充すれば、Ahn and Mira (2002) のいう所得効果が減少し、出生率が上昇すると考えるのも自然なことであろう。以下では、このことについて分析しよう。(5) (17) 式より、

$$\begin{aligned} n^u &= \frac{\gamma}{m} p \\ &= \frac{\gamma}{m} \delta A k^\theta l^{1-\theta} \\ &= \frac{\gamma}{m} \delta A \left( \frac{\beta m}{\gamma} \right)^\theta \left( \frac{(1-\theta)^2 (1-\tau_u)}{\delta} \right)^{1-\theta} \\ &= \frac{\gamma}{m} A (1-\theta)^{2-2\theta} \left( \frac{\beta m}{\gamma} \right)^\theta (1-\tau_u)^{1-\theta} \delta^\theta \\ &\equiv N^u (1-\tau_u)^{1-\theta} \delta^\theta \end{aligned} \quad (27)$$

となる。 $N^u \equiv \frac{\gamma}{m} A(1-\theta)^{2-2\theta} \left(\frac{\beta m}{\gamma}\right)^\theta$  は、政府が操作できる失業給付代替率  $\delta$  に依存しないパラメータである。(27) 式を、失業給付代替率  $\delta$  で微分することにより、失業給付が失業者の子ども数  $n^u$  を増加させるかどうかについてみてみよう。結果、次の命題が導かれる。

**命題6** 失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって失業者の子ども数  $n^u$  が増加するのは、 $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$  のときであり、そのときに限る。特に、 $\theta < \frac{1}{2}$  のときには、失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって、失業者の子ども数  $n^u$  は、必ず減少する。

**証明**

(27) 式を  $\delta$  で微分すると、

$$\frac{dn^u}{d\delta} = N^u(1-\tau_u)^{-\theta} \delta^{\theta-1} \left( -(1-\theta)\delta \frac{d\tau_u}{d\delta} + \theta(1-\tau_u) \right)$$

となる。この式に  $\tau_u = \frac{1}{(1-\theta)\theta} \delta - \frac{1-\theta}{\theta}$  及び  $\frac{d\tau_u}{d\delta} = \frac{1}{(1-\theta)\theta}$  を代入すると、 $\delta < \theta(1-\theta)$  のとき、 $\frac{dn^u}{d\delta} > 0$  となる。雇用率  $l < 1$  となる条件  $\delta > (1-\theta)^2$  をわれわれは仮定していたことを考慮すると、最終的に、 $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$  のとき、 $l < 1$  かつ  $\frac{dn^u}{d\delta} > 0$  となる。そのような  $\delta$  が存在する必要条件は

$\theta > \frac{1}{2}$  である。 $\theta < \frac{1}{2}$  のときには、 $\delta > (1-\theta)^2$  のもとでこれを満たす  $\delta$  は存在せず、常に  $\frac{dn^u}{d\delta} < 0$  となる。□

失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって、失業者の子ども数  $n^u$  が増加するかどうかの条件式は、被用者の子ども数  $n^e$  が増加する条件と全く同じである。すなわち、現在の日本の資本分配率（雇用率に関する賃金の弾力性の逆数） $\theta$  の下では、

失業給付代替率  $\delta$  の引き上げによって、失業者の子ども数  $n^u$  すらも減少するのである。

どうしてこのような結果になるのか、説明しよう。

$$n^u = \frac{\gamma}{m} \delta A k^\theta l^{1-\theta}$$

より、

$$\frac{dn^u}{d\delta} = \frac{\gamma}{m} A k^\theta l^{1-\theta} + (1-\theta) \frac{\gamma}{m} \delta A k^\theta l^{1-\theta} \frac{d\delta}{\delta}$$

となる。右辺第1項は、 $\delta$  の引き上げが失業者の所得に与える直接効果であり正、同第2項は  $\delta$  の引き上げが雇用率を下げ、一人当たり生産  $A k^\theta l^{1-\theta}$  を減少させることによって、失業給付を減少させる間接効果であり、負である。資本分配率（雇用率に関する賃金の弾力性の逆数） $\theta$  がある程度大きく、 $\delta$  が  $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$  を満たしていれば、右辺第2項のマイナス効果が減少し、 $\delta$  の引き上げで失業者の子ども数  $n^u$  は増加する。

$\theta < \frac{1}{2}$  の場合は、 $\delta$  の引き上げによって、失業者の子ども数  $n^u$  は常に減少するのである。

なぜ被用者の子ども数  $n^e$  が増える条件と失業者の子ども数  $n^u$  が増える条件が全く同じなのか。その答えは、命題4にある。命題4によれば、 $\frac{n^u}{n^e} = 1-\theta$ 、すなわち  $n^u = (1-\theta)n^e$  となる。この関係式は失業給付代替率  $\delta$  に全く依存しない。対数線形効用関数、コブ=ダグラス型生産関数、さらに被用者と労働者の育児コストが同じで、育児に伴う被用者の労働の減少という機会費用を考慮していないという仮定の下では、命題4により、失業者の子ども数  $n^u$  は被用者のそれ  $n^e$  の定数倍である。ゆえに、このようなやや意外な結論が導かれるのである<sup>12)</sup>。

<sup>12)</sup> ただし、失業給付が雇用者の賃金に依存することに気付けば、この結果も容易に理解できるであろう。

#### 4 経済全体の子ども数

VII.2節と3節において、失業給付代替率 $\delta$ の引き上げが、被用者の子ども数 $n^e$ および失業者のそれ $n^u$ を増加させるかどうかについて分析し、その結果、 $\delta$ の引き上げによって $n^e$ と $n^u$ が増加する条件は全く同じであるという、やや意外な結果が得られた。

それでは、 $\delta$ の引き上げの、経済全体の子ども数 $n$ に対する効果はどうであろうか。このことについてみてみよう。

ここで、

$$\begin{aligned} n &= ln^e + (1-l)n^u = \frac{\gamma}{m}lw \\ &= \frac{\gamma}{m}(1-\theta)Ak^\theta l^{1-\theta} \\ &= \frac{\gamma}{m}(1-\theta)A\left(\frac{\beta m}{\gamma}\right)^\theta \left(\frac{(1-\theta)^2(1-\tau_w)}{\delta}\right)^{1-\theta} \end{aligned} \quad (28)$$

とおけることに着目しよう。これを $\delta$ で微分することによって、次の命題が導かれる。

**命題7** 失業給付代替率 $\delta$ の引き上げは、均衡において子ども数 $n$ を減少させる。

**証明**

(9) (28) 式より、

$$\begin{aligned} n &= \frac{\gamma}{m}lw \\ &= \frac{\gamma}{m}(1-\theta)Ak^\theta l^{1-\theta} \end{aligned}$$

である。一人当たり資本ストック $k$ が失業給付代替率 $\delta$ の関数でないことに気づき、経済全体の子ども数 $n$ を $\delta$ で微分すると、

$$\frac{dn}{d\delta} = \frac{\gamma}{m}(1-\theta)^2 Ak^\theta l^{1-\theta} \frac{dl}{d\delta} < 0 \quad (29)$$

となる。□

いままで失業給付と子ども数の関係については、池田(2011)を除いては、先行研究ではほとんど考慮されていなかった。命題7も注目すべき結果である。この結果は、資本分配率(雇用率に関する賃金の弾力性の逆数) $\theta$ の値には依存していない(厳密には、 $0 < \theta < 1$ という普通の仮定の下では常に成り立つ)ことに注目すべきである。

$\theta > \frac{1}{2}$ かつ $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$ を満たし、被用者の子ども数 $n^e$ と失業者の子ども数 $n^u$ が増加するときにおいても、命題7は成立する。

なぜこのようなことが起こるのか。池田(2011)に倣って説明しよう。失業給付のための所得税を引き上げると、命題2より失業が増大する。命題4より、被用者と失業者では、被用者のほうが子ども数が多いので、失業者が増大すると、子ども数が減少するのである<sup>13)</sup>。失業というリスクに対するセーフティネットの重要性は言うまでもないが、子ども数低下という思わぬ副作用があることが、命題7より明らかになった。

池田(2011)とは別の観点から掘り下げてみよう。経済全体の一人当たり賃金 $lw$ が、失業給付代替率 $\delta$ の引き上げによってどのように動くであろうか。 $n = \frac{\gamma}{m}lw$ より、

$$\begin{aligned} \frac{dn}{d\delta} &= \frac{\gamma}{m}w \frac{dl}{d\delta} + \frac{\gamma}{m}l \frac{dw}{dl} \frac{dl}{d\delta} \\ &= \frac{\gamma}{m}w \left(1 + \frac{l}{w} \frac{dw}{dl}\right) \frac{dl}{d\delta} \\ &= \frac{\gamma}{m} \underbrace{w(1-\theta)}_{\substack{\delta \text{ の変化による} \\ \text{若年期の平均所得 } wl \text{ の変化}}} \frac{dl}{d\delta} \end{aligned}$$

となる。つまり、本稿のコブ=ダグラス型生産関数の仮定では、雇用率に関する賃金の弾力性の逆数が $\theta < 1$ (すなわち雇用率に関する賃金の弾力

<sup>13)</sup> 補題1より、仮に失業給付代替率 $\delta$ がいくら高くなったとしても、失業者の失業給付( $p = \delta Ak^\theta l^{1-\theta}$ )は被用者の課税後賃金 $(1-\tau_w)w$ より高くなることはない。失業給付代替率 $\delta$ の引き上げで失業給付が増えて、失業者の子ども数が増える要因もあるが、雇用率が減少し、子どもをたくさん持つ被用者の率が減少する要因もある。そして後者の効果が支配的なのである。

性が1より大きい)であるため、雇用率の減少による経済全体の、若年期の平均所得  $wl$  (手取り賃金  $(1-\tau_w)w$  と失業給付  $p$  の加重平均) へのマイナス効果が、雇用率減少から引き起こされる賃金増大による効果を支配し、 $\delta$  の引き上げによって若年期の平均所得  $wl$  は減少し、 $0 < \theta < 1$  という普通の仮定の下では、 $\theta > \frac{1}{2}$  かつ  $(1-\theta)^2 < \delta < \theta(1-\theta)$  を  $\theta$  および  $\delta$  が満たすかどうかにかかわらず、 $\delta$  の引き上げによって、常に出生率は低下するのである。

池田(2012)と本稿の違いについてもまとめておこう<sup>14)</sup>。池田(2012)では、家計の可処分所得が、失業給付代替率の上昇に伴い、必ず下落していた。本稿においては、被用者、失業者の可処分所得が増加する場合においても、経済全体の出生率は低下するのである。それは経済全体の一人当たり生産が低下するからである。被用者、失業者の可処分所得が増加する可能性があること、また増加したとしても経済全体の子どもの数が減少するとの知見は、家計が1種類しかなかった池田(2012)では得られなかったものである。

## Ⅷ まとめ

本稿では、いままで一部を除きスポットが当てられてこなかった、育児支援と失業の関係および失業給付と子ども数の関係について分析した。とくに、失業給付代替率  $\delta$  の引き上げが被用者および失業者の子ども数を増やす(減らす)条件が導出され、失業給付代替率の引き上げにより、資本分配率が0.33前後と低い日本においては、被用者、失業者ともに子ども数を減少させること、さらには上記の条件にかかわらず、失業給付代替率  $\delta$  の引き上げが経済全体の子どもの数を必ず減少させることがわかった。また失業給付代替率の引き上げが経済全体の子どもの数を必ず減少させる理由、また被用者と失業者の子ども数を増加(減少)させる解析的な条件は、筆者の知る限り、本稿に

よって、初めて明らかになったことである。

本稿について残された課題について述べる。本稿では、育児にかけられる時間と勤労時間の代替については考えられていない。またモデルでは男女を区別しておらず、男女の育児の機会費用の差も考慮していない。これらについて考えると、さらに深みが増すであろう。また、線形所得税と消費税は一般的に同値であるが、本稿の場合、所得税を消費税に置き換えると、失業者の失業給付にも所得税をかけた状態と同値になる。労働組合が最大化する関数や失業者への所得控除いかんでは、線形所得税と消費税にも違いが生じる可能性があり、新たな分析が必要とされる。また育児支援の財源についても、所得税、消費税、一括税とともに、最近では年金課税なども挙げられる。年金は一般的に資本蓄積を阻害するが、年金課税によってこの効果が弱められれば、これも出生率に影響を与えることが予想される。これらの分析については、今後の課題である。

## 付記と謝辞

本稿は、博士論文『社会保障政策の再検討—失業を考慮した分析—』第3章のために書き下ろしたものである。本稿を執筆する際に、佐々木勝先生、西村幸浩先生および赤井伸郎先生(以上、大阪大学)、足立泰美氏、立福家徳氏(以上、大阪大学大学院(当時))、また本誌の2名の匿名レフェリーから有益なコメントを頂いた。また本稿を日本財政学会第70回大会(慶應義塾大学)にて発表した際には、討論者の佐藤格先生(国立社会保障・人口問題研究所)および山重慎二先生(一橋大学)ほかフロアの先生方から、有益なコメントを頂いた。記してこれに感謝する。なお、言うまでもなく、本稿に残っている可能性のある誤りは、すべて筆者の責任である。

(平成28年4月投稿受理)

(平成28年9月採用決定)

<sup>14)</sup> 池田(2012)においては、失業給付代替率の子どもの数に対する分析は行われていないが、分析は非常に容易である。

## 参考文献

- Ahn, N. and Mira, P (2002) "A note on the changing relationship between fertility and female employment rates in developed countries," *Journal of Population Economics*, vol.15, no.4, November, pp.667-682.
- Daveri F. and Tabellini G. (2000) "Unemployment, growth and taxation in industrial countries," *Economic Policy*, vol.15, No.30, pp.48-104.
- Demmel R. and Keuschnigg C. (2000) "Funded Pensions and Unemployment," *FinanzArchiv*, Vol.57, No.1, pp.22-38.
- Fanti L. and Gori L. (2007a) "Labor income taxation, child rearing policies and fertility," *Economics Bulletin*, Vol.10, No.20, pp.1-10.
- (2007b) "From the Malthusian to the Modern Growth Regime in an OLG Model with Unions," *Economics Bulletin*, Vol.10, No.14, pp.1-10.
- (2007c) "Fertility, income and welfare in an OLG model with regulated wages," *International Review of Economics*, Vol.54, pp.405-427.
- (2008) "Fertility-related pensions and fertility disincentives," *Economic Bulletin*, Vol.10, No.8, pp.1-7.
- (2012) "A note on child policy and fertility in an overlapping generations small open economy: when the labour market institutions matter," *International Journal of Population Research*, Vol.2012, <http://www.hindawi.com/journals/ijpr/2012/875310/> (2016年9月25日最終確認) .
- Ono T. (2007) "Unemployment dynamics in an OLG economy with public pensions," *Economic Theory*, vol.33:, December, pp.549-577.
- (2010) "Growth and unemployment in an OLG economy with public pensions," *Journal of Population Economics*, vol.23, pp.737-767.
- 池田亮一 (2011) 「育児支援と非自発的失業」『計画行政』第34巻第3号, pp.59-69.
- (2012) 「育児支援は子ども数を増やすか?失業を考慮したアプローチ」『季刊社会保障研究』第48巻第2号, pp.216-227.
- 加藤久和 (2001) 『人口経済学入門』日本評論社。
- 黒田祥子・山本勲 (2005) 「なぜ名目賃金には下方硬直性があり, わが国ではその度合いが小さいのか? : 行動経済学と労働市場特性・マクロ経済環境の違いによる説明」『金融研究』, 第24巻第4号, pp.51-99.
- 増田雅暢 (2008) 『これでいいのか少子化対策 政策過程からみる今後の課題』ミネルヴァ書房。
- 小塩隆士 (2001) 「育児支援, 年金改革と出生率」『季刊社会保障研究』第36巻第4号, pp.535-546.
- 鈴木亘 (2009) 『だまされないための年金・医療・介護入門』東洋経済新報社。
- 戸田淳仁 (2007) 「出生率の実証分析 - 景気や家族政策との関係を中心に」『rieti discussion paper』07-J-007.
- 牛嶋俊一郎 (2004) 「日本における賃金・物価の決定メカニズムとデフレの考察」『内閣府経済社会総合研究所ディスカッションペーパー』No.90, pp.1-64.
- 安岡匡也 (2006) 「出生率と課税政策の関係」『季刊社会保障研究』第42巻第1号, pp.80-90.
- (2007a) 「育児支援政策の有効性に関する考察」『応用経済学研究』第1巻, pp.41-59.
- (2007b) 「公的に供給される育児財を導入した出生率内生モデルにおける育児支援政策の考察」『季刊社会保障研究』第43巻第3号, pp.261-274.
- 労働政策研究・研修機構 (2013) 『データブック国際労働比較2013』。

(いけだ・りょういち)

## **Unemployment benefit and the number of children**

Ryouichi IKEDA\*

### Abstract

In this paper, I conducted an analytical investigation to investigate the effects of the income tax that funds unemployment benefits on the unemployment rate and the fertility rate. I took unemployment into consideration in an overlapping generations model, introducing a household in which the head of household is employed and one in which the head of household is unemployed and receiving unemployment benefits, and analyzed the effects of unemployment benefits on the numbers of the children in both households. In doing so, I developed an expression for the conditions of an increase (decrease) in the numbers of children due to an increase in the replacement rate of unemployment benefits in both the employed household and the unemployed household. I found that regardless of those conditions, an increase in the replacement rate of unemployment benefits inevitably decreased the number of the children in the whole economy. This paper is the first to show the reason for this decrease in the number of children in the whole economy due to a rise in the replacement rate of unemployed benefits and the analytical conditions of an increase (decrease) in the numbers of children in employed and unemployed households. Needless to say, unemployment benefits are important, but we also should consider the negative effects on the fertility rate to a certain degree.

Keywords : fertility, unemployment benefits, income tax, labor union, overlapping generations model

---

\* Visiting researcher, Osaka University

## 動向

## 2014（平成26）年度 社会保障費用

## ——概要と解説——

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト\*

## 抄 録

研究所は2016年8月5日に「平成26年度社会保障費用統計」を公表した。2014年度の「社会支出」総額は116兆8,532億円で、対前年度増加額は1兆4,196億円、過去最高となったが、対国内総生産比は2年連続で下落した。「社会保障給付費」総額は112兆1,020億円で、社会支出同様に過去最高で対国内総生産比は2年連続で下落した。

社会支出を政策分野別にみると、最も大きいのは「高齢」で54兆8,747億円、次いで「保健」の39兆5,385億円であり、この2分野で総額の約8割（80.8%）を占め、社会支出の伸びを牽引している。

社会保障給付費を「医療」、「年金」、「福祉その他」に3分類すると、「医療」は36兆3,357億円で総額に占める割合は32.4%、「年金」は54兆3,429億円で同48.5%、「福祉その他」は21兆4,234億円で同19.1%となった。

社会保障給付費に対応する、社会保険料や公費による負担などの「社会保障財源」は、総額136兆5,729億円で、前年度に比べ9兆2,777億円増となった。大項目別構成割合をみると、「社会保険料」が47.7%、「公費負担」が32.8%、「他の収入」が19.5%であった。

キーワード：社会支出，社会保障給付費，社会保障財源，OECD，ILO

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.656-667.

## I はじめに

社会保障費用とは、社会支出（OECD基準）と社会保障給付費（ILO基準）の総称である。社会支出は、社会保障給付費と比べ、直接個人に帰着しない支出まで集計範囲に含む<sup>1)</sup>。社会支出のデータはOECDにおいて定期的に更新・公表され

ており、国際比較の観点から重要な指標となっている。今年OECDのデータベースの更新をうけ、国際比較では2013年度を公表している。他方、社会保障給付費は1950年以降について利用可能で、長期時系列推移をみるには適しており、国内の政策議論の基礎として長年利用されている。

研究所は2016年8月5日に「平成26年度社会保障費用統計」を公表した<sup>2)</sup>。前年（2015年10月23日）

\* 新俊彦（企画部長）、勝又幸子（情報調査分析部長）、竹沢純子（企画部 第3室長）、渡辺久里子（同 研究員）、黒田有志弥（社会保障応用分析研究部 第3室長）

<sup>1)</sup> なお、社会支出のみに含まれている項目は、国立社会保障・人口問題研究所（2016）55頁の「(2) OECD基準のみ」を参照のこと。

より約3カ月間早期化されたことになる。この背景には「公的統計の整備に関する基本的な計画」（平成26年3月閣議決定）において、基幹統計である社会保障費用統計の公表の早期化が明記されたことが背景にあるが、社会支出の基礎資料として利用しているOECD公的保健医療支出における速報値の公表なしには早期化は実現しなかった<sup>3)</sup>。

## II 2014年度集計結果の概要と解説

本節では、まず社会支出、社会保障給付費の総額の動向、次に、政策分野別社会支出、部門別社会保障給付費、機能別社会保障給付費、そして最後に、社会保障財源について解説する。

### 1 社会保障費用（社会支出、社会保障給付費）の総額—過去最高額を更新したが、対国内総生産比は2年連続でいずれも下落

#### (1) 社会支出（表1、表2、表3）

2014年度の社会支出の総額は116兆8,532億円、

対前年度伸び率は1.2%（2013年度1.4%）、対国内総生産比は23.87%（2013年度23.93%）であった。また、2014年度の国民1人当たりの社会支出は91万9,500円であり、1世帯当たりでは228万7,900円であった。

社会支出の総額は1980年の集計開始以来最高額であったが、対国内総生産比は2013年度に引き続き2年連続で下落した。

#### (2) 社会保障給付費（表1、表2、表3）

2014年度の社会保障給付費の総額は112兆1,020億円、対前年度伸び率は1.3%（2013年度1.5%）、対国内総生産比は22.90%（2013年度22.95%）であった。また、2014年度の国民1人当たりの社会保障給付費は88万2,100円であり、1世帯当たりでは219万4,900円であった。社会保障給付費の総額は1950年の集計開始以来最高額であったが、対国内総生産比は2013年度に引き続き2年連続で下落した。

表1 社会保障費用の総額

社会保障費用	2013年度	2014年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
社会支出	1,154,337	1,168,532	14,196	1.2
社会保障給付費	1,107,050	1,121,020	13,970	1.3

(注) 社会支出には、社会保障給付費に加えて、施設設備費等の個人に帰着しない支出も集計範囲に含む。詳しくは国立社会保障・人口問題研究所（2016）56-63頁参照。

表2 社会保障費用の対国内総生産比および対国民所得比

社会保障費用	2013年度	2014年度	対前年度増加分
	%	%	%ポイント
社会支出			
対国内総生産比	23.93	23.87	△ 0.06
対国民所得比	32.14	32.06	△ 0.08
社会保障給付費			
対国内総生産比	22.95	22.90	△ 0.05
対国民所得比	30.83	30.76	△ 0.07

(出所) 国内総生産および国民所得は、内閣府「平成28年版国民経済計算年報」による。

<sup>2)</sup> 国立社会保障・人口問題研究所（2016）参照。同内容は研究所ホームページおよび政府統計の総合窓口（e-Stat）に全文掲載してある。

<sup>3)</sup> 満武・山岡（2016）参照。

表3 1人および1世帯当たり社会保障費用

社会保障費用	2013年度	2014年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	千円	千円	千円	%
社会支出				
1人当たり	906.8	919.5	12.7	1.4
1世帯当たり	2,275.3	2,287.9	12.6	0.6
社会保障給付費				
1人当たり	869.7	882.1	12.5	1.4
1世帯当たり	2,182.1	2,194.9	12.8	0.6

(注) 1世帯当たり社会支出 = 平均世帯人員 × 1人当たり社会支出によって算出した。1世帯当たり社会保障給付費も同様の方法による。

(出所) 人口は、総務省統計局「人口推計—平成26年10月1日現在」、平均世帯人員数は、厚生労働省「平成26年国民生活基礎調査」による。

表4 政策分野別社会支出

社会支出	2013年度	2014年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
合 計	1,154,337 (100.0)	1,168,532 (100.0)	14,196	1.2
高齢	546,187 (47.3)	548,747 (47.0)	2,560	0.5
遺族	67,544 (5.9)	66,788 (5.7)	△ 756	△ 1.1
障害、業務災害、傷病	50,249 (4.4)	51,164 (4.4)	915	1.8
保健	387,767 (33.6)	395,385 (33.8)	7,618	2.0
家族	62,187 (5.4)	65,695 (5.6)	3,508	5.6
積極的労働市場政策	8,871 (0.8)	8,227 (0.7)	△ 643	△ 7.3
失業	10,734 (0.9)	9,591 (0.8)	△ 1,143	△ 10.7
住宅	5,876 (0.5)	5,929 (0.5)	53	0.9
他の政策分野	14,921 (1.3)	17,006 (1.5)	2,085	14.0

(注) 1. ( ) 内は構成割合である。

2. 政策分野別社会支出の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所(2016)56-63頁を参照。

2 政策分野別社会支出—「高齢」と「保健」で約8割を占める。「家族」および「他の政策分野」が顕著に増加(表4)

### (1) 社会支出の動向

2014年度の社会支出を政策分野別にみると、

「高齢」が最も多く(構成割合は47.0%。以下同じ)、次いで「保健」(33.8%)、「遺族」(5.7%)、「家族」(5.6%)、「障害、業務災害、傷病」(4.4%)、「他の政策分野」(1.5%)、「失業」(0.8%)、「積極的労働市場政策」(0.7%)、「住宅」(0.5%)の順となっており、「高齢」と「保健」の2分野で総額の

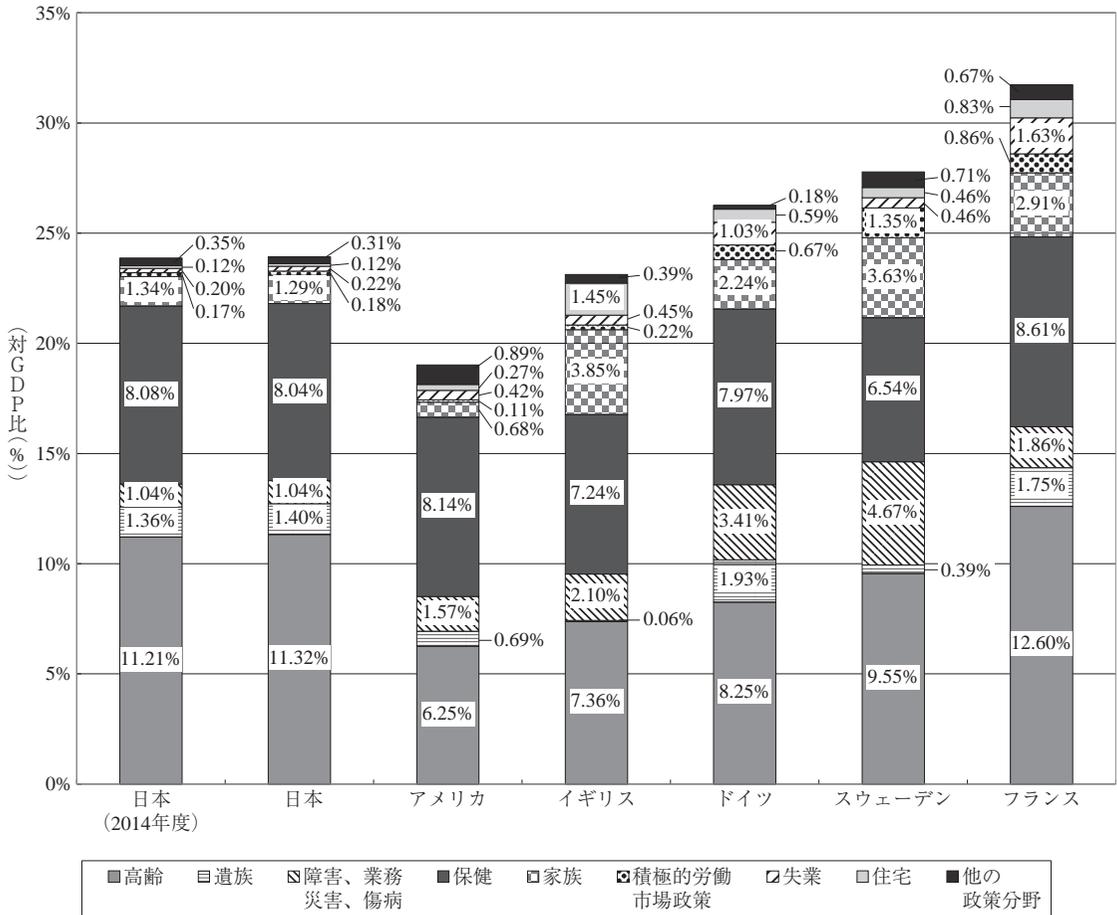


図1 政策分野別社会支出の国際比較 (2013年度)

約8割（80.8%）を占めている。前年度と比較して、構成割合に大きな変動はなかった。

2014年度の政策分野別社会支出の対前年度伸び率でみると、「家族」および「他の政策分野」が顕著に増加している一方で、「失業」は2010年度以降5年連続で減少を続け、2014年度も10.7%減少している（「家族」および「他の政策分野」の増加要因については部門別社会保障給付費の項、「失業」の減少の要因については機能別社会保障給付費の項を参照）。

(2) 社会支出の国際比較 (図1, 表5)

表5および図1は主要6か国の政策分野別の社会支出の対国内総生産比である。出所のOECD社会支出データベースは、2年おきにt-3年度<sup>4)</sup>まで全ての国について一斉に更新される。2016年度は更新年にあたり、2013年度まで更新された。諸外国の社会支出を対国内総生産比でみると、2013年度時点でアメリカより大きくイギリスをやや上回っているが、スウェーデンやフランス・ドイツなど大陸ヨーロッパ諸国に比べると小さくなっている。

<sup>4)</sup> t-3年度のtとは、OECDデータベースの更新作業が行われた年度を表す。

表5 社会支出の国際比較（2013年度）

社会支出	日本 (2014年度)	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	スウェー デン	フランス
社会支出 対国内総生産比	23.87%	23.93%	19.02%	23.12%	26.26%	27.78%	31.73%
(参考) 対国民所得比	32.06%	32.14%	23.66%	31.42%	35.12%	41.68%	45.31%

(出所) 諸外国の社会支出は、OECD Social Expenditure Databaseによる。(http://www.oecd.org/els/social/expenditure)

国内総生産・国民所得については、日本は内閣府「平成28年版国民経済計算年報」、諸外国はOECD National Accounts 2015による。

表6 部門別社会保障給付費

社会保障給付費	2013年度	2014年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	1,107,050 (100.0)	1,121,020 (100.0)	13,970	1.3
医療	356,151 (32.2)	363,357 (32.4)	7,207	2.0
年金	546,085 (49.3)	543,429 (48.5)	△ 2,657	△ 0.5
福祉その他	204,814 (18.5)	214,234 (19.1)	9,421	4.6
介護対策(再掲)	87,879 (7.9)	91,896 (8.2)	4,017	4.6

(注) 1. ( )内は構成割合である。

2. 部門別社会保障給付費の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所(2016)27頁、50頁を参照。

### 3 部門別社会保障給付費—「年金」が集計開始以降、初めて減少(表6)

部門別社会保障給付費は、社会保障給付費を「医療」「年金」「福祉その他」に分けているものである。これは日本独自の分類方法であるが、ILO第18次調査の社会保障給付費収支表を基礎としている。

2014年度の社会保障給付費を部門別にみると、「医療」が36兆3,357億円(構成割合は32.4%、以下同じ)、「年金」が54兆3,429億円(48.5%)、「福祉その他」が21兆4,234億円(19.1%)であり、構成割合の変化はほとんどなかった。

2014年度の部門別社会保障給付費の対前年度伸び率でみると、「医療」が2.0%増、「福祉その他」は4.6%増であったが、「年金」は0.5%減となり、社会保障給付費について「年金」が分類された形で集計が開始された1964年度以降、初めて減少し

た。

#### (1) 医療

2014年度の「医療」は全体として2.0%の伸び(7,207億円増)であり、前年度と同程度の伸び率(2.1%)であった。「医療」の増加の要因としては、後期高齢者医療制度、国民健康保険、全国健康保険協会管掌健康保険で医療給付が増加したことが挙げられるが、対前年度の伸びが比較的低かった要因としては、診療報酬が低い改定率にとどまったこと(消費税増税分を含めた全体改定率0.10%)、医療給付において、①受診延日数が減少傾向にあること、②1日当たり医療費の伸び率が低い水準で抑えられていることが挙げられる<sup>5)</sup>。

制度別にみると、「医療」の増加に最も寄与したのは、後期高齢者医療制度(2,932億円増)、次いで全国健康保険協会管掌健康保険(1,742億円増)

であった。

後期高齢者医療制度の給付費の増加（対前年度比2.2%増）は、被保険者数の増加（対前年度比1.8%増加）、被保険者1人当たり医療費の増加（対前年度比0.3%増加）によると考えられる。また、全国健康保険協会管掌健康保険の給付費の増加（対前年度比3.8%増）は、制度加入者数の増加（対前年度比2.1%増）、および、加入者1人当たり医療費の増加（対前年度比1.9%増）<sup>6)</sup>によると考えられる。

他方、国民健康保険の給付は689億円の増加（対前年度比0.7%増）にとどまった。1人当たり医療費が対前年度比2.7%増であったが、高齢化による後期高齢者医療被保険者の増加により被保険者数が減少した（対前年度比2.7%減）<sup>7)</sup>ことにより伸びが抑えられたものと考えられる。同制度における1人当たり医療費の増加は、1人当たり給付額が大きい高齢者（65歳から74歳）が被保険者全体に占める割合が大きくなったことが要因として挙げられる<sup>8)</sup>。

## （2）年金

2014年度の「年金」は、全体で2,657億円減少し、対前年度比0.5%減であった。「年金」の減少の要因としては、特例水準の段階的解消を含む年金額の改定と、年金支給開始年齢の引上げが挙げられる。

前者については、2014（平成26）年度の年金額の改定は、特例水準の解消（2014年4月から1.0%減）を含め0.7%減であったことに加えて、2014年

度については、2013（平成25）年10月に実施された特例水準の解消（1.0%減）の効果が満年度化することが、2014年度の年金給付額を減少させる要因となっている。

また、後者に関しては、2013年度に被用者年金について、定額部分が64歳から65歳へ、報酬比例部分は60歳から61歳へ支給開始年齢の引上げがなされている（男性のみ、ただし公務員共済等では男女とも）。その効果は2014年度に満年度化するため、2014年度の年金給付費を減少させる要因となっている<sup>9)</sup>。

特例水準の段階的解消は社会保障・税一体改革の一環として、年金支給開始年齢の引上げは、平成6年と平成12年の各年金法改正により実施されているものであり、2014年度の「年金」の減少は、これらの政策の効果が顕在化したものと評価できる。

## （3）福祉その他

2014年度の「福祉その他」は、雇用保険、児童手当等で減少した一方、社会福祉、介護対策で増加したため、全体として9,421億円増（対前年度比4.6%増）となった。

社会福祉は全体で、6,954億円増加、対前年度比17.4%増となった。これは主として、臨時福祉給付金等給付事業助成費（臨時福祉給付金給付事業費補助金（2,752億円）、子育て世帯臨時特例給付金給付事業費補助金（1,364億円）<sup>10)</sup>、共生社会政策費（保育緊急確保事業費補助金（1,212億円）<sup>11)</sup>、障害保健福祉費（障害者自立支援給付費

<sup>5)</sup> 厚生労働省保険局「平成26年度医療費の動向」。ただし、「医療費の動向」における「医療」と部門別「医療」とは含まれる給付の種類に違いがあることに留意する必要がある。部門別「医療」には労災医療費や柔道整復師などの療養費等が含まれているため、その伸びが低かった要因は他にもある可能性がある。

<sup>6)</sup> 全国健康保険協会「事業年報（平成26年度）」。

<sup>7)</sup> 厚生労働省保険局「平成26年度国民健康保険事業年報」。

<sup>8)</sup> 国民健康保険の一般被保険者のうち65歳から74歳の高齢者の占める割合は、2009年度は29.5%、2010年度は29.3%、2011年度は30.0%、2012年度は31.6%、2013年度は33.7%、2014年度は37.1%と推移している（厚生労働省保険局「（各年度）国民健康保険事業年報」より算定）。

<sup>9)</sup> なお、年金の支給対象月と実際の支給日が属する月との関係で、年金支給開始年齢の引上げの影響は2013年度よりも2014年度の方がより大きくなることにも留意する必要がある。

<sup>10)</sup> 臨時福祉給付金等給付事業助成費とは、平成26年4月から消費税率が8%に引き上げられたことに伴い、暫定的・臨時的措置として要件を満たす者に、臨時福祉給付金または子育て世帯臨時特例給付金を支給するための費用である。

負担金（840億円）の増加による。

また、介護対策の増加は、その98.7%（2014年度）と大半をしめる「介護保険」が増加したためである<sup>12)</sup>。介護保険の給付の増加は、消費税増税への対応による介護報酬の0.63%の改定および受給者の増加（対前年度比4.3%増）<sup>13)</sup>によると考えられる。

#### 4 機能別社会保障給付費—雇用情勢の改善により「失業」が減少（表7）

機能別社会保障給付費は、社会保障給付費を「高齢」「遺族」「障害」「労働災害」「保健医療」「家

族」「失業」「住宅」「生活保護その他」の9つのリスクとニーズに分類したものである<sup>14)</sup>。

2014年度の社会保障給付費を機能別にみると、「高齢」が全体の48.6%で最も大きく、次いで「保健医療」が30.9%であり、この2つで79.5%を占めている。これ以外では、「遺族」（5.9%）、「家族」（5.3%）、「障害」（3.5%）、「生活保護その他」（3.1%）、「失業」（1.3%）、「労働災害」（0.8%）、「住宅」（0.5%）の順となっており、2013年度と比較して構成割合に大きな変化はなかった。

対前年度伸び率でみると、「失業」が2013年度に引き続き減少した（9.2%減）ことが指摘できる。

表7 機能別社会保障給付費

社会保障給付費	2013年度	2014年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	1,107,050 (100.0)	1,121,020 (100.0)	13,970	1.3
高齢	542,585 (49.0)	544,471 (48.6)	1,887	0.3
遺族	67,433 (6.1)	66,682 (5.9)	△ 751	△ 1.1
障害	38,576 (3.5)	39,381 (3.5)	805	2.1
労働災害	9,297 (0.8)	9,319 (0.8)	21	0.2
保健医療	340,169 (30.7)	346,880 (30.9)	6,711	2.0
家族	55,158 (5.0)	58,980 (5.3)	3,822	6.9
失業	16,206 (1.5)	14,710 (1.3)	△ 1,495	△ 9.2
住宅	5,876 (0.5)	5,929 (0.5)	53	0.9
生活保護その他	31,751 (2.9)	34,669 (3.1)	2,918	9.2

(注) 1. ( ) 内は構成割合である。

2. 機能別社会保障給付費の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所（2016）66-67頁を参照。

<sup>11)</sup> 共生社会政策費（保育緊急確保事業費補助金）は、平成27年度施行された子ども・子育て支援新制度への円滑な移行を図るため、小規模保育支援などの新制度における施設型給付・地域型保育給付に関する事業や、地域子育て支援拠点事業など、新制度における地域子ども・子育て支援事業等を先行的に支援するための費用である。

<sup>12)</sup> なお、介護対策には、介護保険給付のほか、生活保護の介護扶助、原爆被爆者介護保険法一部負担金および介護休業給付が含まれている。

<sup>13)</sup> 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」。

<sup>14)</sup> 各項目に含まれる制度については、国立社会保障・人口問題研究所（2016）pp.66-67参照。

機能別社会保障給付費の「失業」は、雇用保険の求職者給付、雇用継続給付、雇用安定事業による給付のみを計上しているものであるが、雇用情勢改善の動きが見られたこと<sup>15)</sup>等により、一般求職者給付の受給者実人員数が減少（6.0万人減）<sup>16)</sup>したためである。

## 5 社会保障財源—「保険料収入」が増加（表8）

社会保障財源の概念は社会保障給付費と同じようにILO基準に対応するもので、その総額には、給付費に加えて、管理費および施設整備費等の財源も含まれる<sup>17)</sup>。

2014年度の社会保障財源は総額で136兆5,729億円となり、前年度に比べて9兆2,777億円増加した（対前年度比7.3%増）。社会保障財源総額は資産収入の変動によって増減をくりかえしている。

社会保障財源の大項目別構成割合をみると、「社会保険料」が47.7%、「公費負担」が32.8%、「他の収入」が19.5%であった。また、社会保障財源の小項目別構成割合は、「被保険者拠出」が最も多く（25.1%）、次いで「国庫負担」（23.3%）、「事業主拠出」（22.6%）、「資産収入」（15.9%）、「他の公費負担」（9.5%）、「その他」（3.6%）の順となっ

ている。昨年度と比較して資産収入の割合が増加したが、それ以外の構成割合には大きな変化はなかった。

社会保障財源について小項目別に対前年度伸び率をみると、「資産収入」（37.4%増）が大きく増加したのをはじめ、「その他」以外の項目はいずれも2013年度より増加している。

### (1) 社会保険料

#### ① 被保険者拠出

「被保険者拠出」の増加（1兆1,162億円増）は、主として、厚生年金保険（6,362億円増）、全国健康保険協会管掌健康保険（1,726億円増）、組合管掌健康保険（1,521億円）における増加が主たる要因であり、全体として対前年度比3.4%の伸び率となった。

「被保険者拠出」の増加の要因について、制度別にみると、厚生年金保険については被保険者数の増加、平均標準報酬月額増加、保険料率の引上げ<sup>18)</sup>、全国健康保険協会管掌健康保険については、制度加入者の増加および標準報酬月額の平均額の増加<sup>19)</sup>、組合管掌健康保険については、標準報酬平均月額増加と保険料率の引上げ<sup>20)</sup>によるもの

<sup>15)</sup> 2013年度から2014年度にかけて、国内総生産は1.5%増、有効求人倍率は0.97から1.11に改善、完全失業率は4.0%から3.5%へ低下している（国内総生産は内閣府「国民経済計算年報」、有効求人倍率は厚生労働省職業安定局「一般職業紹介状況」、完全失業率は総務省「労働力調査」）。

<sup>16)</sup> 厚生労働省職業安定局「雇用保険事業年報」。

<sup>17)</sup> 財源はILO基準のみであり、OECD基準社会支出に対応する財源の集計は存在しない。OECDでは別の統計（Revenue Statistics歳入統計）において、各国の税、社会保険料の国際比較データを整備している。ただし、Revenue Statisticsの税には、社会保障に加えて防衛費等の他の支出へ充当する分も含むため、社会保障に限った財源をみるデータとしては不相当である。将来、OECDが社会支出とRevenue Statisticsを一体化させる形で拡張される可能性があるが、多大な労力がかかるため実現は難しい状況にある（Adema et al. 2011）。他方、欧州諸国に限れば、ESSPROS統計において社会保障の財源データが整備されており、国際比較が可能である。しかし、日本は、ESSPROS統計を整備していないため、比較ができない。日本と諸外国の比較可能な財源データの整備が今後の課題であることは、国立社会保障・人口問題研究所（2011）でも指摘しているところである。

<sup>18)</sup> 厚生年金保険料率（2014年9月1日改定）は17.120%から17.474%と0.354%上昇した。また、2014年度の厚生年金保険被保険者総数の対前年度伸び率は2.0%、平均標準報酬月額の対前年度伸び率は0.7%であった（厚生労働省年金局「平成26年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」）。

<sup>19)</sup> 2014年の全国健康保険協会管掌健康保険制度加入者の対前年度伸び率は2.1%、標準報酬月額の対前年度伸び率は1.0%であった（厚生労働省保険局「平成26年度健康保険・船員保険事業報告」、全国健康保険協会「事業年報（平成25年度）」）。

<sup>20)</sup> 組合管掌健康保険全国平均医療保険料率は、8.674%から8.861%へ0.187%増加した。（健康保険組合連合会「（各年度）健保組合予算早期集計結果の概要」）。また、制度加入者については近年減少が続いており、2014年度も対前年度伸び率は0.2%減であった。また、標準報酬月額の対前年度伸び率は0.7%であった（厚生労働省保険局「平成26年度健康保険・船員保険事業報告」）。

表8 項目別社会保障財源

社会保障財源	2013年度	2014年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	1,272,952 (100.0)	1,365,729 (100.0)	92,777	7.3
社会保険料	629,932 (49.5)	651,513 (47.7)	21,582	3.4
被保険者拠出	331,665 (26.1)	342,827 (25.1)	11,162	3.4
事業主拠出	298,266 (23.4)	308,687 (22.6)	10,420	3.5
公費負担	432,579 (34.0)	448,373 (32.8)	15,794	3.7
国庫負担	307,438 (24.2)	318,177 (23.3)	10,739	3.5
他の公費負担	125,141 (9.8)	130,196 (9.5)	5,055	4.0
他の収入	210,442 (16.5)	265,843 (19.5)	55,401	26.3
資産収入	158,045 (12.4)	217,195 (15.9)	59,149	37.4
その他	52,396 (4.1)	48,648 (3.6)	△ 3,748	△ 7.2

(注) 1. ( )内は構成割合である。

2. 公費負担とは「国庫負担」と「他の公費負担」の合計である。また、「他の公費負担」とは地方自治体の負担を示す。ただし、地方自治体の負担は、国の制度に基づいて地方自治体が負担しているものであり、地方自治体が独自に行っている事業に対する負担は、公費負担医療費給付分および公立保育所運営費のみを含み、それ以外は含まない。

3. 「資産収入」については、公的年金制度等における運用実績により変動することに留意する必要がある。また「その他」は積立金からの受入を含む。

と考えられる。

## ② 事業主拠出

「事業主拠出」は、厚生年金保険（6,362億円増）、全国健康保険協会管掌健康保険（1,789億円増）、組管管掌健康保険（1,643億円増）等で増加した一方で、減少したのは厚生年金基金（882億円減）のみであり、全体として1兆420億円の増加、対前年度増加率3.5%の伸びとなった。厚生年金保険、全国健康保険協会管掌健康保険の保険料は労使折半であるため、「事業主拠出」の増加要因は、「被保険者拠出」の増加の要因と同じである。

## (2) 公費負担

### ① 国庫負担

「国庫負担」は、国民年金、雇用対策などで減少しているものの、社会福祉、厚生年金保険、後期高齢者医療制度、介護保険などで増加しており、全体として前年度から3.5%の増加となった。

社会福祉の「国庫負担」の増加（5,873億円増、25.8%増）の要因は、主として臨時福祉給付金等給付事業助成費（臨時福祉給付金給付事業費補助金（2,752億円）、子育て世帯臨時特例給付金給付事業費補助金（1,364億円））、共生社会政策費（保育緊急確保事業費補助金（1,212億円））の影響である。厚生年金保険の「国庫負担」の増加（4,541億円増、5.4%増）の要因は、基礎年金拠出金按分率の増加による基礎年金拠出金の増加である<sup>21)</sup>。

後期高齢者医療制度における「国庫負担」の増加（1,975億円増、4.4%増）の要因は、被保険者数の増加（対前年度1.8%増）によるものと考えられる。介護保険の「国庫負担」の増加（1,036億円増、5.0%増）の要因は、受給者の増加（対前年度4.3%増）によると考えられる。

他方、国民年金における「国庫負担」の減少（1,863億円減、8.6%減）の要因は、基礎年金拠出金按分率の減少<sup>22)</sup>による基礎年金拠出金の減少であると考えられる。

## ② 他の公費負担<sup>23)</sup>

「他の公費負担」は、社会福祉、介護保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度等で増加した結果、全体で5,055億円の増、対前年度比4.0%増となった。

介護保険における「他の公費負担」の増加については、第1号被保険者数が対前年度比3.1%増、第1号被保険者1人当たり給付費が対前年度比1.4%増となったことにより、介護保険給付自体が増加し、都道府県支出金、および市町村の一般会計繰入金が増加したことによると考えられる。国民健康保険における「他の公費負担」の増加は、医療給付の増加により、都道府県支出金および一般会計繰入金が増加したこと<sup>24)</sup>、後期高齢者医療制度における「他の公費負担」の増加は、医療給付の増加により、都道府県支出金や市町村負担金が増加したことによる<sup>25)</sup>。

## (3) 他の収入

### ① 資産収入

「資産収入」は、年金積立金の運用実績が好調であった<sup>26)</sup>影響で、全体として5兆9,149億円増、対前年度比37.4%の増加となった。とりわけ、厚生年金保険における「資産収入」は4兆7,433億円の増加であり、「資産収入」全体の増加に大きく寄与している。

### ② その他

他の収入の「その他」は、後期高齢者医療制度で増加したものの、厚生年金保険と国民年金で減少したため、全体として3,748億円減（対前年度比7.2%減）となった。厚生年金保険における「その他」は、解散厚生年金基金等徴収金が大幅に増加した（2兆1,103億円）ものの、積立金からの受入れが全くなかったこと（2013年度は2兆2,000億円であったが2014年度は0円）等により、全体として減少（2,616億円減、対前年度比9.9%減）した。また、国民年金における「その他」の減少（2,821億円減、対前年度比89.0%減）は、積立金からの受入れがなかったことによる。

## 参考文献

国立社会保障・人口問題研究所（2016）『平成26年度社会保障費用統計』（[http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsssh26/fsssh\\_h26.asp](http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsssh26/fsssh_h26.asp)）。

Adema, W., Fron, P. and Ladaique, M. (2011) "Is the European Welfare States Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX),"

<sup>21)</sup> 厚生年金保険における基礎年金拠出金の按分率の増加は、全年金保険加入者に占める、20歳以上60歳未満の厚生年金保険の被保険者および厚生年金保険の被保険者に扶養されている配偶者である第3号被保険者の割合が増加したことによる。

<sup>22)</sup> 国民年金における基礎年金拠出金按分率の減少は、全年金保険加入者に占める第1号被保険者の割合の減少のためである。

<sup>23)</sup> 「他の公費負担」とは、国の制度に基づいて地方が負担しているものである。したがって、地方自治体が独自に行っている事業に対する負担は含まない（ただし、地方公共団体が単独で実施しているもので公費負担となる医療費給付を除く）。

<sup>24)</sup> 厚生労働省保険局「平成26年度国民健康保険事業年報」参照。

<sup>25)</sup> 厚生労働省保険局「平成26年度後期高齢者医療事業年報」参照。

<sup>26)</sup> 年金積立金の運用実績について、2010年度から2014年度の収益率は、厚生年金保険では△0.26%、2.17%、9.57%、8.22%、11.61%、国民年金では△0.25%、2.15%、9.52%、8.31%、11.79%、厚生年金基金では△1.00%、1.33%、12.21%、10.43%、12.76%と推移している（厚生労働省「平成26年度年金積立金運用報告書」、厚生労働省「厚生年金基金資産運用業務報告書（平成26年度）」）。

OECD Social, Employment and Migration Working Papers, 124.

国立社会保障・人口問題研究所 (2011) 『社会保障費統計に関する研究報告書』所内研究報告第41号 (<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/houkokuNo.41-201106.pdf>)。

満武巨裕・山岡淳 (2016) 「OECDのSystem of Health Accountに準拠した日本の総保健医療支出の速報値」

『社会保障研究』第1巻第1号, pp.225-229。

(あたらし・としひこ)

(かつまた・ゆきこ)

(たけざわ・じゅんこ)

(わたなべ・くりこ)

(くろだ・あしや)

## **Financial Statistics of Social Security in Japan, Fiscal Year 2014**

National Institute of Population and Social Security Research Project Team  
for Financial Statistics of Social Security\*

### Abstract

The total amount of Social Expenditure in FY 2014 was 116,853.2 billion yen and the highest ever. However, the percentage share of the Gross Domestic Product (GDP) decreased continuously for 2 years. The total amount of Social Benefit was 112,102.0 billion yen. It was also recorded highest ever and the share of GDP also declined for 2 years.

Among the nine policy areas of Social Expenditure in FY 2014, Old age was the largest amount (54,874.7 billion yen), followed by Health (39,538.5 billion yen). These two areas accounted for 80.8% of the total amount of Social Expenditure in FY 2014 and have driven growth of the Social Expenditure.

Among the three categories of Social Benefit in FY 2014, expenditure (and its share in the total amount) in Medical care was 39,538.5 billion yen (32.4%), in Pensions was 54,342.9 billion yen (48.5%), and in Welfare and Others was 21,423.4 billion yen (19.1%).

Social Security Revenue in FY 2014 amounted to 136,572.9 billion yen, which was 9,277.7 increase from the previous fiscal year. The sources of revenue are 47.7% from contribution and 32.8% from tax, and 19.5% from others including income from capital.

Keywords : Social Expenditure, Social Benefit, Social Security Revenue, OECD, ILO

---

\* Toshihiko ATARASHI, Director, National Institute of Population and Social Security Research  
Yukiko KATSUMATA, Director, same as above  
Junko TAKEZAWA, Senior Researcher, same as above  
Kuriko WATANABE, Researcher, same as above  
Ashiya KURODA, Senior Researcher, same as above

## 情報（国際機関動向）

## The European Observatory on Health Systems and Policiesについて

泉田 信行\*

## I はじめに

システムを新たに創設したり改善したりする際に、そのシステムの機能を評価するために適切に設計された実験を事前に行えることはシステムの創設・変更から期待される利得や損失について有益な情報を与えてくれるであろう。しかしながら、医療制度を始めとする多くの主体が関わる社会制度については制度改革に先立って実験を行うことは費用の面や時間的制約の面、および倫理的観点から困難であることがほとんどであろう。

そのような場合においても、他国の制度改革について学ぶことは有益である。自国が予定する制度改革からどのようなことが起きる可能性があるかについて、正確に予測することは不可能であっても、他国の経験は一定の示唆を得ることは可能であろう。では、そのような他国の制度改革の情報はどのようにして収集できるか。そのひとつの極めて興味深い試みである“The European Observatory on Health Systems and Policies”（以下、Observatoryと略称する）の活動を、webページ<sup>1)</sup>に提示されている情報に基づいて紹介することが本稿の目的である<sup>2)</sup>。

## II Observatoryの組織・沿革

ObservatoryはWHO欧州地域事務所によって運営されている協同体である。政府で言えば、オーストリア、ベルギー、フィンランド、アイルランド、ノルウェー、スロベニア、スウェーデン、スイス、英国が協力している。WHO、EU、世界銀行の国際機関、イタリアのベネト州、the French National Union of Health Insurance Funds (UNCAM) やLondon School of Economicsおよびthe London School of Hygiene & Tropical Medicineも協働している。

## III 刊行物

Observatoryの刊行物のうち、ここでは3種類を取り上げる<sup>3)</sup>。

## 1 Health system reviews (HiT series)

各国における医療システムの機能や進行中の改革や政治的状况について体系的に記述するものとされている。webサイトではその目的として、

・医療制度における組織や、医療サービスの提供と財源調達、主要な主体の役割に対する異なるアプローチの違いについて詳細な知識を得ること、

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長

<sup>1)</sup> <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

<sup>2)</sup> 本稿の草稿にコメントをいただいた小島克久氏（国立社会保障・人口問題研究所国際関係部第2室長）に感謝申し上げる。もちろん、本稿に残る事実認識等の誤りについては著者個人の責任である。

<sup>3)</sup> 取り上げていないPolicy briefs and summaries及びEurohealth等についても関心のある読者は是非ともwebサイトをご覧ください。

・制度の体系、過程、内容と医療制度改革の実行を記述すること、

・より深い分析を必要とする試みや分野を焦点化すること、

・医療制度の情報の広報手段や各国の政策担当者と分析者の間で改革戦略の経験の情報交換の場を提供すること

を目指しているとされている。報告書は各国の専門家とObservatoryの研究者の共同作業による。各国比較を容易にするために、報告書は定型化された様式にそって作成されている。なお、WHO European Regionにある国とOECD諸国が対象に含まれているとwebサイトでは紹介されているが、WHO Western Pacific Regional Officeの地域に分類されるモンゴルについても報告書が刊行されている。日本については、多田羅浩三氏（現大阪大学名誉教授）、岡本悦司氏（現福知山公立大学教授）の執筆によりSara Allin・Ryozo Matsuda編として2009年に刊行されている。

## 2 Studies

医療制度の機能や課題について二次的分析に基づいて深く分析した結果を提供する媒体とされている。Webサイトからダウンロードできるが、書籍として特定の出版社から刊行される場合もある。一円光彌関西大学名誉教授の監訳により2004年に刊行された『医療財源論—ヨーロッパの選択』は目にした読者も多いであろう。これもObservatoryのStudyシリーズの成果のひとつである。近年では、2015年にそれぞれ刊行された“Strengthening health system governance: better policies, stronger performance”や“Economic crisis, health systems and health in Europe. Impact and implications for policy”など日本の政策担当者や研究者にとっても興味深い内容が刊行されている。

## 3 Health Policy

2013年からHealth Policy誌との協力体制が稼働しているとされている。この協力により、医療政

策決定者に特に関連する論文がオープンアクセスとなっている。科学誌の論文をwebで閲覧するには課金されることが多い中、オープンアクセスの試みの例である。

## IV 結語

Studiesシリーズの序文には「ヨーロッパ各国の政策立案者は、医療保障制度が追求すべき主要目標が何かについておおむね同意している。」と記されている〔一圓（2004），p.3〕。

他方で、「しかし、この明白な同意も、抽象的な政策のレベルにおいてしか得られていない。政策立案者が、これら目標を実際の医療保障制度の個々の仕組みに具体化しようとする、同じ原則もたちまち多様ななしかもしばしば相反する手段と変わってしまう。」とも記されている〔一圓（2004），p.3〕。このような場合に国際比較は望ましい政策を考えるために極めて有力な手段となり得るであろう。

欧州は1993年の欧州統合があり、加盟国ではその枠組みの中で国家が運営されている。EU自体は、医療を組織し、その供給を確保することは各国政府に任されており、EUの役割は国レベルの政策の補完であるとしている<sup>4)</sup>。2004年、2007年のEUの東方拡大を経て、医療水準や平均寿命についての加盟国間の格差も存在する。このような背景の下に、EUが打ち出す政策の方向性〔増井（2013a, b）〕をふまえた上でObservatoryの各種刊行物を読むことが必要であるし、それにより得るところが多いであろう。

## 参考文献

- 一圓光彌監訳（2004年）『医療財源論—ヨーロッパの選択』光生館。  
 増井英紀（2013a）「EU保健医療政策の変貌とその背景（上）」『週刊社会保障』No.2730, pp.50-55。  
 ———（2013b）「EU保健医療政策の変貌とその背景（下）」『週刊社会保障』No.2730, pp.50-55。

（いずみだ・のぶゆき）

<sup>4)</sup> [http://europa.eu/european-union/topics/health\\_en](http://europa.eu/european-union/topics/health_en)参照。

---

**情報 (各国の動向)**

---

## 韓国 の 社会 保障 (第3回) 韓国 「老人 長期 療養 保険」 (介護 保険) について

小島 克久\*

### I はじめに

韓国は、わが国以上の速度で高齢化が進む見通しであり、介護制度の構築が急務である。そこで今回は、韓国の介護保険である「老人長期療養保険」を取り上げる。

### II 韓国の高齢者介護制度の沿革

韓国で高齢者福祉制度が整備されるようになったのは、「老人福祉法」が1981年に制定されてからである。それまでは生活保護で対応していた高齢者福祉が独立した政策分野になった。その後、老人福祉法の改正が複数回行われ、在宅サービスの制度化(1993年)、高齢者福祉サービスの対象者を生活保護層から都市の平均所得未満の階層までに拡大(1997年改正)、有料・無料・軽費などの区分があった施設を「療養施設」に統合(2007年改正)、などが実施されてきた。

介護保険制度導入の検討は2000年から始まり、金大中(キム・デジュン)政権時代の2001年8月に「介護保険制度の導入」が明示された。その後の盧武鉉(ノ・ムヒョン)政権下でも、「公的老年療養保障推進企画団」の設置(2003年)などが行われた。そして、2006年に介護保険法案が国会に提出され、2007年に「老人長期療養保険法」が可決・公布され、2008年7月から実施された。

### III 「老人長期療養保険」の概要

#### 1 保険者と被保険者

「老人長期療養保険」(介護保険)の保険者は、前号で紹介した医療保険の保険者である「国民健康保険公団」である。わが国の介護保険の保険者が市町村であるのとは異なり、全国的な政府組織が介護保険を運営する「国営保険」である。公団は韓国内に支社を設置しており、後述する要介護認定の申請の受付などを行う。なお、地方自治体(基礎自治体:わが国の市町村に相当)の役割は、介護事業者の認定などに限られている。

被保険者は、20歳以上の「国民健康保険」加入者であり、40歳以上の者を被保険者とするわが国よりも被保険者の対象者が広い。公的扶助(前回紹介の「医療扶助」を含む)の対象者は「国民健康保険」に加入していないが、政府と自治体の負担で「老人長期療養保険」が適用される。なお、保険からの給付は後述するように、高齢者が中心となっている。

#### 2 財源(保険料)

「老人長期療養保険」の主な財源は保険料である。保険料は、「国民健康保険」の保険料に一定割合(2016年では6.55%)を乗じて算定される。これはすべての被保険者、地域に共通する。「医療扶助」の対象者は全額公費で介護費用をまかなうので、保険料を負担しない。なお、介護保険料は医療保険料とあわせて毎月徴収される。また、保

---

\* 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部第2室長

険料以外の財源として、政府からの補助金（保険料収入の見込み額の20%相当）がある。

### 3 介護保険の利用と自己負担・現金給付

「老人長期療養保険」を利用する場合、わが国と同様に「要介護認定」が必要である。「要介護認定」は高齢者自身や家族が、公団の窓口申請する（医師の意見書なども必要）。その後、公団職員による訪問調査、「長期療養判定委員会」による要介護認定の審査が続く。審査の結果、要介護と認定された場合、「老人長期療養保険」からのサービスが利用できる。なお、要介護度は重い順に、1等級～5等級まであり、5等級は軽度の認知症高齢者のための特別等級である（2014年に4等級、5等級が新設）。要介護の等級別に在宅サービスなどの支給限度額がある。ケアマネジメントとして、公団が示す「標準ケアプラン」が示されるが、わが国のケアマネージャーに相当する資格は設けられていない。介護保険からの給付として、在宅サー

ビス（訪問介護、デイサービスなど）、施設サービスがある。また、福祉用具購入や貸与も給付に含まれる。これらのサービス利用にあたっては、在宅サービスは15%、施設サービスは20%の自己負担が必要である（施設での食費・住居費部分は全額自己負担）。ただし、「医療扶助」受給者は自己負担の半分が、公的扶助の受給者はその全額が政府や地方自治体から補助される。

「老人長期療養保険」には、わが国の介護保険には存在しない現金給付がある。まず、「特別現金給付」として、山間部や離島などで介護サービスが利用できないといった理由で家族が介護をしている場合に提供される手当がある。毎月15万ウォンが支給される。次に、「療養病院介護費」（療養病院（老人専門病院）に入院した場合の付添手当）が制度上支給されることになっているが、これは介護保険財政の関係から実施されていない。そして、韓国特有の給付として、「家族療養保護費」がある。これは、介護サービスの一部であるが、へ

表1 韓国「老人長期療養保険」（介護保険）の概要

		韓国	(参考) 日本
制度名称		老人長期療養保険（2008年実施）	介護保険（2000年実施）
制度の枠組み	制度の建て方	社会保険（医療保険活用型）	社会保険（独立型・地域保険型）
	所管（政府）	保健福祉部	厚生労働省
	保険者	国民健康保険公団	市町村
	被保険者	国民健康保険の加入者（20歳以上） 公的扶助受給者	第1号：65歳以上の者 第2号：40～64歳の者
	給付対象者	原則として高齢者	主に第1号被保険者
要介護認定	要介護認定	あり	あり
	要介護度（括弧内は要介護度の名称で軽い順）	5段階 (5等級（認知症特別等級）、4等級、3等級、2等級、1等級）	7段階 (要支援1、2、要介護1～要介護5)
	利用限度枠	あり（在宅サービスは要介護度別など）	あり
ケアマネジメント		保険者が作成する「標準ケアプラン」による介護サービス利用（法的拘束力はない） 日本のケアマネージャーに相当する資格はない	あり（ケアプランを必ず作成し、これに基づいて利用）
保険給付	介護サービス	居宅（通所を含む）サービス、施設サービスなど	居宅（通所を含む）サービス、地域密着型サービス、施設サービスなど
	現金給付	特別現金給付（家族介護手当、月15万ウォン）など	なし
財源		保険料 保険料率は医療保険の保険料の一定割合（2016年は6.55%） 国庫負担（保険料収入見込額の20%相当）	保険料と公費
一部自己負担		居宅：15% 施設：20%（食費、住居費部分は全額自己負担） ただし、低所得者には減免がある	原則10%（食費、住居費部分は全額自己負担） 高所得高齢者は20%

出所：韓国国民健康保険公団、（日本）厚生労働省資料から作成。

ルパーの資格を持った者が自分の家族を介護した場合に支給される介護報酬である。いわゆる「家族ヘルパー」手当に相当する。ただし、給付には、介護時間などにもとづく制限がある。

このように、「老人長期療養保険」には、介護サービスと現金給付の両方がある。給付の中心は介護サービスであり、現金給付はこれを補足するものとして位置付けられている。

#### 4 介護費用（介護報酬）の支払

介護費用は、利用者の一部自己負担を除いた部分については、「国民健康保険公団」から介護報酬として介護事業所に支払われる。介護事業所は介護報酬の請求を公団に行う。公団では介護サービスが適切に行われたか等の請求内容の審査を行い、その結果をもとに公団は介護事業者に介護報酬を支払う。

表2 韓国の介護保障（2008年～2015年）

		2008年	2010年	2012年	2014年	2015年		
「老人長期療養保険」								
被保険者数	総数	(万人)	5,000	5,058	5,117	5,176	5,203	
	国民健康保険加入者	(万人)	4,816	4,891	4,966	5,032	5,049	
	公的扶助	(万人)	184	168	151	144	154	
	高齢者	(万人)	509	545	592	646	672	
要介護認定	申請者数	(万人)	35.6	62.2	64.3	73.7	78.9	
	認定者数	(万人)	21.4	31.6	34.2	42.5	46.8	
	高齢者に占める認定者の割合	(%)	4.2%	5.8%	5.8%	6.1%	7.0%	
	要介護度別割合	1等級	(%)	26.8%	11.6%	11.2%	8.9%	8.1%
		2等級	(%)	27.2%	23.6%	20.7%	17.0%	15.2%
		3等級	(%)	46.0%	64.8%	68.1%	40.1%	37.7%
4等級		(%)	-	-	-	31.6%	34.8%	
5等級		(%)	-	-	-	2.5%	4.2%	
介護サービス利用者数		(万人)	15.0	34.9	37.0	43.4	47.5	
介護サービス利用日数		(万日)	1,225	7,357	8,034	9,223	10,084	
介護保険費用	総数	(億ウォン)	5,549	25,891	29,373	38,497	43,140	
	保険給付	(億ウォン)	4,314	24,153	27,328	35,984	40,362	
	在宅	(億ウォン)	1,646	13,740	13,297	17,023	19,685	
	施設	(億ウォン)	2,629	10,336	13,962	18,867	20,574	
	特別現金給付 管理費その他	(億ウォン)	6 1,269	13 1,802	10 2,104	12 2,595	12 2,868	
介護保険収入	総数	(億ウォン)	8,690	28,777	35,617	41,486	43,884	
	保険料	(億ウォン)	4,770	18,316	23,697	27,047	28,833	
	国庫負担	(億ウォン)	1,207	3,323	4,152	5,033	5,166	
	公的扶助からの補助	(億ウォン)	2,661	6,704	7,018	8,025	8,849	
	その他	(億ウォン)	51	434	750	1,381	1,036	
介護サービス提供体制								
認定事業所数	在宅	(カ所)	6,618	11,228	10,730	11,672	12,917	
	施設	(カ所)	1,700	3,751	4,326	4,871	5,085	
介護従事者 (主な資格別)	社会福祉士	(人)	4,195	5,862	6,751	11,298	13,923	
	医師（嘱託を含む）	(人)	1,034	997	1,142	1,324	1,415	
	看護師	(人)	2,951	2,986	2,735	2,683	2,719	
	療養保護士	(人)	102,456	228,955	233,459	266,538	294,788	

注：2008年は2008年7月から12月までの数値。

出所：韓国統計庁統計、韓国国民健康保険公団「老人長期療養保険統計年報」より作成。

#### Ⅳ 韓国の介護保障の現状

韓国の介護保障の状況を2008年以降についてまとめたものが表2である。まず、被保険者数は2015年で約5,203万人であり、そのうち高齢者は約672万人である。要介護認定の状況を見ると、2008年は約21.4万人が要介護と認定されていたが、要介護認定者数は2010年以降も増加し続け、2015年には約46.8万人となっている。このほとんどが高齢者であるが、要介護認定者の高齢者に占める割合は、2008年で4.2%であったが、2015年には7.0%に達している。要介護度別の構成比を見ると、もっとも重度の1等級では、2008年は26.8%であったが、その後は低下傾向をたどり、2015年には8.1%になっている。3等級の割合は、2008年は46.0%であり、2012年には68.1%にまで上昇した。しかし、2014年に4等級が3等級から分離して設けられたこともあり、2015年には37.7%となっている。2014年に新設された4等級と5等級はそれぞれ、2015年で34.8%、4.2%となっている。

介護サービス利用者数は、2008年は約15万人にとどまったが、その後は2010年の約34.9万人から増加傾向をたどり、2015年には約47.5万人に達している。介護サービスの給付を見ると、2008年は約5,500億ウォンであった。2010年に約2兆5900億

ウォンとなり、その後も給付額は増加し、2015年には約4兆3000億ウォンに達している。一方で収入を見ると、2008年は約8,700億ウォンであったが、2010年の約2兆9000億ウォンから収入も大きく増加し、2015年には約4兆4000億ウォンになっている。この表から見ると、収入が支出を常に上回る形になっている。

介護サービス提供体制を見ると、在宅、施設共に介護サービス事業所数は大幅に増加している。例えば、在宅の介護事業所は、2008年の6,618カ所から2015年の12,917カ所へと、2倍程度に増加している。また、介護従事者についてみると、介護ヘルパーである「療養保護士」は2008年の約10万人から2015年の約29.5万人へと大きく増加している。

#### 参考文献

- 増田雅信（編著）（2014）『世界の介護保障【第2版】』、法律文化社。
- 増田雅暢・金貞任（編著）（2015）『アジアの社会保障』、法律文化社。
- 韓国国民健康保険公団（2016）2015노인장기요양보험통계연보  
“Long Term Care Insurance Statistical Yearbook”。
- 国民健康保険公団（介護保険）webサイト、<http://www.longtermcare.or.kr>（2016年9月1日最終確認）。

（こじま・かつひさ）

## 情報（所内研究報告：人口）

## 医療・介護人材の国際人口移動

林 玲子\*

## I はじめに

EPA（経済連携協定）による、インドネシア、フィリピン、ベトナムからの看護師・介護福祉士候補生の受け入れは2008年から始まり、2016年度までに合計3,100名が来日している。EPAによる受け入れは、「労働力不足への対応ではなく経済活動の連携強化の観点から特例的に行うものである」〔厚労省（2016）〕とされているものの、今後2025年までに介護人材は37.7万人不足という推計結果もあり〔厚労省（2015）〕、外国人材により不足を解消したらどうか、という声は根強い。折しも現在、介護分野の技能実習、在留資格の創設が審議されており、それらが決定されれば本格的な外国人介護人材の受け入れが始まることとなる。どのような、またどの程度の受け入れ方が日本にとって、また送り出し国にとって望ましい形なのだろうか。本稿では、現在社人研で行っている、厚生労働科学研究費補助金地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業「東アジア、ASEAN諸国の人口高齢化と人口移動に関する総合的研究」（研究代表者 鈴木透）および東アジア・アセアン経済研究センター（ERIA）委託研究「グローバル・エージング時代におけるケア人材の国際移動」研究プロジェクトの分析概要を簡単に紹介する。

## II OECD加盟国等の状況

そもそもOECD加盟国等の高所得国では医療・介護人材の外国人割合が非常に大きい。医師や看護師といった医療人材は、それぞれの国の国家試験や免状を得る必要があり、外国人にとって参入しにくいとはいえ、「高度人材」として受け入れ態勢が整っているといてもよい。OECD諸国では、外国生まれの医師や看護師が占める割合は、ポーランド、トルコ、スロバキアといった新興国を除けば医師・看護師の少なくとも5%は外国生まれであり、一番多いニュージーランドでは医師の54%、看護師の35%が外国生まれ、OECD平均では医師の21%、看護師の14%が外国生まれである。またこの割合は近年大きく上昇している〔OECD（2015）〕。

一方で介護人材は、その資格制度の有無、定義が国により異なり、さらに介護を施設で行うのか家で行うのか、それぞれの国の介護の在り方により人材の種類も異なるため、国際比較が難しいが、介護人材全体における外国人割合でみると、イタリアで72%、イスラエル、オーストリア、韓国、フランスで50%といった水準、家庭介護者における外国人割合でみると、イスラエル91.3%、イタリア89.0%、ギリシャ74.5%、スペイン67.4%、台湾62%という数値が挙げられており〔Colombo（2011）、Fujisawa（2009）、Song（2015）、OECD（2015）〕、きわめて高いといえる。つまり、OECD加盟国等において、医療・介護人材は外国

\* 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部長

人を抜きにしては成り立たない状態となっている、といっても過言ではないだろう。

### Ⅲ グローバルヘルスの観点から

一方で、中・低所得国において医療・介護人材は不足している。グローバルヘルスの文脈からは、いかに保健人材を確保するか、その教育、雇用の確保と流出防止は主要な施策の一つである。高所得国で多くの外国人が医療・介護人材として働いていることは、低所得国から見れば頭脳流出が生じている状態であり、さらに自国で看護師として養成された人材が、その教育に見合った技能を果たすことなく移動先でヘルパーとして働いている、といったような資格のミスマッチ（過大資格over qualification）状態は、すでに多く指摘されている〔Colombo（2011）〕。

このような状況を改善するために、WHO総会では2010年に「保健人材の国際雇用に関する行動規範」〔WHO（2010）〕を採択し、外国保健人材を多く受け入れている高所得国に対し、低所得国からの受け入れは節度をもって行い、自国民と同様の待遇を確保するよう求めている。また今年2016年のWHO総会で提案された「保健人材グローバル戦略:2030年人材」〔WHO（2016）〕では、受け入れ各国における外国保健人材数を2030年までに半分にすることが盛り込まれている。

送り出し国の頭脳流出を防ぐために国際移動を制限するルールをつくる、というこのような流れは、特に国際保健という各国政府の協働体制が比較的整っている分野であるからこそ可能であるのかもしれないが、国際人口移動が活発化する中、今後このような、送り出し国・受け入れ国双方の立場に立った、国際移動に関する国境を越えた施策が増えてくるのではないかと思われる。

### Ⅳ 日本の状況

外国保健人材数を2030年に半減する、という目標を日本に課するのは滑稽ですらある。日本における医療・介護分野の外国人材は、現状では著し

く少ないからである。2010年国勢調査によれば、15歳以上就業者数に占める外国人の割合は1.3%であるが、産業別にみると「医療・福祉」分野で就業している外国人数は23,780人、同分野における総就業人数に占める割合にしてわずかに0.4%であり、産業分野「電気・ガス・熱供給・水道業」「複合サービス事業」「公務」に次いで、低い。さらに職業別にみると、外国人割合は医師で0.8%、看護師で0.2% 介護職員で0.6%という状況であり〔林（2016）〕、前述したOECD諸国等の割合と比べると、例外的といえるほど低い。

現在、外国人が医療・介護分野で就業するには、在留資格別に、①EPAに基づく「特定活動」、②外国の医師、看護師、薬剤師等の資格を持つ者の「医療」、③「日本人の配偶者」や日系ブラジル人など「定住者」といった国内での雇用制限がない外国人、の三種類があるが、①、②を合わせても2015年12月時点でわずか3,008人であり（法務省在留外国人統計による）、現状では多くの医療・介護従事者は③のカテゴリーであることが推察される。

EPAによる看護師・介護福祉士候補生の受け入れは、日本の病院・施設から提案された受け入れ希望に基づいて行われるが、その希望人数は看護師候補者に対しては228人であるところ、介護福祉士候補者に対しては825人となっており（2015年）、看護師よりも介護福祉士に対するニーズの方が高いことが伺われる。救急時の対応、行政報告書の作成等、高い日本語力が必要とされる場面は介護人材より看護師の方に多い事が想像され、それが希望人数の違いとなっていることも考えられる。また圧倒的に介護人材が不足している現状を反映しているのかもしれない。EPAによる受け入れは、受け入れ施設に取って安くつくものではないが〔Hirano and Tsubota（2016）〕、それでも特に介護人材については一定の受け入れニーズがある、ともいえよう。

介護福祉士候補生に対する希望数が2015年同様、毎年825名あり、それに見合う受け入れ数があると仮定すると、2025年までに8,250名の追加受け入れがあり、37.7万人の必要介護人材の2%を満たすこととなる。必ずしも多くはないが、無視

できる割合でもない。さらに今後、介護人材の技能実習や「介護」在留資格の創設により外国人が増えれば、その割合はさらに大きくなるだろう。一方、上限について考えた場合、諸外国を見れば青天井の状態であり、今後二国間協定で受け入れ定員を設定するにしても、介護の現場でどの程度の外国人材割合が望ましいと考えられるのか、それを元に自治体が他の要因も鑑みて判断・計画すべきで、「知らないうちにたくさんの外国人がいた」という状態は避けたいものである。

## V 還流移動を通じたアジア全体の医療・介護人材開発

これまでEPAで受け入れた人材の国家試験合格者割合は平成24年度入国者までの合計で看護23.7%、介護53.5%であり、合格しても個人の事情などで帰国する人もいることを考えれば、日本で研修を受けた人材が一定数帰国している事になる。ある程度国費を注入しているので受け入れた人材が帰国することに対し批判もあるが、しかし日本で研修を受けた人材が母国に戻ることで、技術移転が図られ、送り出し国の人材開発に寄与すると考える事もできる。

EPA受け入れ後、帰国者が生じる年次から、在インドネシア、在フィリピン日本大使館では、帰国者のための就職説明会を、現地の担当省庁と共同で毎年開催している。帰国者の連絡先が不明となるケースが多いという問題がありながらも、医療関係の日系企業や現地の民間医療機関に就職が決まるケースがあり、また現地の富裕層住宅地の介護ステーションが募集を考えるケースもあるという。現状では収入が低い、もしくは定員がない、という理由で、現地の公的医療機関への就職はないようだが、介護人材については現地で働ける介護施設が極めて少ない、という問題もある。

今年7月に政府は『アジア健康構想』基本方針を公表した。アジアで急激に進む高齢化を念頭に、地域包括ケアシステムや介護におけるICT、ロボット等の日本の技術・ノウハウをアジアに輸出し、社会的・経済的に活力ある健康長寿社会をア

ジア地域全体として実現することを目的としたもので、その中には人材の往来も含まれている。日本における介護人材は現状では不足しているが、人口減少が進む中、高齢者の割合は高まるが数は頭打ちとなる。一方、中国やASEAN諸国をはじめアジアの高齢者数は今後莫大に増加する。日本に受け入れた人材が、知識と経験を積み自国へ戻る時に、日本の医療・介護システム、また福祉器具やロボットといった技術を、いっしょに持ち帰り、アジア全体の医療・介護水準の向上を図ることは、今まさに日本が、そしてアジア地域が必要としていることではないだろうか。

### 参考文献

- Colombo, F. et al. (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Fujisawa, Rie and Francesca Colombo (2009) *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand* OECD Health Working Papers, No.44, OECD Publishing.
- Hirano, Yuko O. and Kunio Tsubota (2016) "The Economic and Psychological Burden to Hospitals and Care Facilities of Accepting EPA Candidates in Japan" *International Journal of Japanese Sociology*, Vol.25, Issue 1 pp.40-53.
- OECD (2015) *International Migration Outlook 2015*, OECD Publishing.
- Song, Jiyeoun (2015) "Labour Markets, Care Regimes and Foreign Care Worker Policies in East Asia", *Social Policy & Administration*, Vol.49, No.3, pp.376-393.
- WHO (2010) *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*.
- (2016) *Health workforce and services - Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030*, A69/38.
- 厚生労働省 (2015) 「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)について」。
- (2016) 「経済連携協定に基づく受入れの枠組」。
- 林玲子 (2016) 「東アジア・ASEAN諸国の人口高齢化とケア人材の国際移動」, 厚生労働科学研究費補助金地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業「東アジア、ASEAN諸国の人口高齢化と人口移動に関する総合的研究」平成27年度 総括研究報告書 (研究代表者 鈴木透), pp.60-72。

(はやし・れいこ)

## 書評

ジョナサン・M・メツル, アンナ・カークランド 編,  
細澤 仁, 大塚紳一郎, 増尾徳行, 宮畑麻衣 共訳  
『不健康は悪なのか 健康をモラル化する世界』  
(みすず書房, 2015年)

松浦 広明\*

世界保健機関 (WHO) の憲章において健康は、「身体的, 精神的ならびに社会的に完全に良好な状態をいうのであって, 単に病気や虚弱でないことをいうのではない」と定義される<sup>1)</sup>。これは, 健康を単に「病気や虚弱でない状態」と消極的に定義するのではなく, 「身体的, 精神的ならびに社会的に完全に良好な状態」と定義することで, より包括的な視点から見た理想の状態としての健康を追求していく積極的な健康観の提唱と言える。

WHO憲章は, さらに「最高水準の (そのような) 健康に恵まれることは, あらゆる人々にとっての基本的な人権の一つ」であり, 「その成否は, 個人と国家の全面的な協力が得られるにかかっている」としている。今日, 個人の健康は, ますます社会の問題となり, 各国政府はそれを保護する責任を負っていると解釈される。一方で, 個人もまたより多くを求められるようになり, 自らの生活習慣や置かれている社会経済的環境を「賢く」選択する事で, 病気を予防し, 積極的に自らの健康を増進していくことが求められている。

今日, われわれの社会では, そのような「賢い」選択をサポートするため, あらゆる生活習慣や製品に「健康」あるいは「健康的」のラベルが貼られている。例えば, 「タバコは健康に悪い」とか「母乳育児は健康に良い」というように。しかし, そこで使われている「健康」という言葉は本当に

健康改善や延命を意味しているのだろうか? もし違うのであれば, それはどのように違い, またその違いはどのように作り出されたものだろうか? 我々はそのような「違い」に対して騙されたことと異議を唱えることができるだろうか? 本書はそのような疑問に対して実に多くの事例とヒントを与えてくれる良書である。

本書は, 2010年にNYU Pressから出版された“Against Health: How Health Became the New Morality (健康に異議を唱える: どのようにして健康は新しいモラルとなったのか?)”の訳書である。“Against Health”というタイトルは2006年にミシガン大学で開かれた国際学会のタイトルと同じもので, 本学会での報告が本書が執筆されるきっかけとなった<sup>2)</sup>。本書は, 人々が自身の健康状態を改善し, 病苦から身を守ろうとすることの正当性を批判する本ではない。本書が批判するのは「健康」という言葉の背後に隠れた特定のイデオロギー的要請であり, その意味で「健康に異議を唱える」というタイトルは必ずしも本書の内容を適切に反映していると言い難い。一方で, 翻訳版のタイトルは原著タイトルと異なり「不健康は悪なのか」となっている。これは, 不健康が悪ではない場合に, われわれは本来, 善である健康に対しても異議を唱えることができるだろうという想定の下で採用されたタイトルと思われる。しか

\* 松蔭大学 副学長

<sup>1)</sup> WHO (1946) Constitution of the World Health Organization, World Health Organization [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (2016年9月16日最終確認)。

<sup>2)</sup> 副題は“How Ideologies of Health and Healthcare Can Stand in the Way of Good Living.”から“How Health Became the New Morality”に変更されている。

しこのタイトルもまた本書の内容を適切に反映していると言いき難い。なぜなら、本書は「不健康（健康）は悪（善）なのか？」という疑問に対して一定の答えを出そうとする過度に野心的な啓蒙書でも、また、不健康（健康）が悪（善）と認定できる理論的条件を導こうとする哲学書でもないからだ。

本書に敢えて、その内容に即したタイトルを付けるならば、「どのような時、われわれは健康に異議を唱えられる可能性があるだろうか？」というところだろう。そのような問いに対し、本書では、さまざまな分野の研究者が、タバコ、肥満、母乳育児など、特定のコンテキストにおける事例を分析し、「健康」という概念の背後にあるイデオロギー的要請を明らかにしようとしている。そして、そのような「イデオロギー的要請」を、本来の意味の「健康」と切り離すことで、一見正しく、また時として絶対的価値観のように思える「健康」に対して異議を唱えようとするものである。編著者達の挑発的な物言いをそのまま拝借するならば、本書の目的は「健康を偽りの中立性の座から退位させること、そして現代の合衆国における政治的・社会的な生の複雑性の中へと沈下させること」である。なお、本書はアメリカ社会をターゲットに書かれているが、その多くは日本社会にも適用できる事例である。

本書は、編著者によるイントロダクション・結語と4部13章によって構成されている。各章ごとに異なるトピックが扱われ異なる執筆者が担当にあたる。訳者は、本書を論文集としているが、第7章の「(ときには) おっぱいの育児に意義を唱える」のように、学術論文への言及はあるものの引用が一切なく、論文の体裁で書かれていないものもある。

第1部「ところで、健康とは何だろうか？」では、健康の定義に関する3つの論考が収められている。第2章では、「煙草は崇高である」の著者で、長年、映画、舞台、小説など創作で使われるタバコの役割についての研究を重ねてきたコーネル大学でフ

ランス文学の教授職を務めるクラウンの論考が収められている。彼は「なぜ喫煙はそこまで貶められるような行為なのだろうか？」という疑問から出発し、現代社会は、幸福への別のアプローチ、すなわち快楽を中心とするアプローチを失っていると論じる。第3章では、シカゴ大学のアメリカ文学・文化研究者であるバーラントが肥満に焦点を当てる。彼女は、肥満を個人の問題として捕えるのではなく、人々の日常生活における疲弊が過食の根本にあり過食はストレス解消法としての一面を持っていると主張する。第4章では、カリフォルニア大学サンフランシスコ校の医療人類学者アダムスがグローバル・ヘルス・サイエンス創生記における政治的・社会的影響について論じ、薬学的・実験室科学とインターナショナルヘルス事業の統合についての批判を展開している。彼は、「科学的厳密さを通してのみ健康は達成される」というグローバル・ヘルス・サイエンスの傾向を批判し、科学的証拠がなければ介入それ自体が無効であるかのように思わせる手続き主義が引き起こした社会的弊害を説明している。

第2部「道徳から見た健康」では特定の市場における道徳的な誘因に関する分析を展開している。第5章ではペンシルバニア大学の人種と法の専門家であるロバーツが人種に特化した薬品・遺伝子選別技術により、公共の福祉に対する責任を国から家族や市場といった私的な領域に移行させる過程が進行していることを批判し人種に基づく医療を批判している。第6章では、マンハッタン・メリーマウント大学のコミュニケーションの専門家であるルベスコが肥満の引き起こす害悪の報告には一貫性がないと主張し科学的なエビデンスを否定した上で、肥満の蔓延は道徳パニックの一例であり<sup>3)</sup>、そこにはアイデンティティ、主体性、権利をめぐる文化的要素が潜んでいると指摘する。その上で彼女は「あらゆる体系での健康」というパラダイムを提案している。第7章では、女性学の専門家であるテキサスA&M大学のウォルフが母乳による育児の是非に関して医学的・道徳的論争

<sup>3)</sup> この主張は、第2章のバーラントの日常生活における疲弊が過食の原因とする説と真っ向から対立する。

を再検討している。彼女は、母乳育児の医学的便益の証拠は曖昧であり、そのコストは過小評価されていると指摘し、全米授乳自覚キャンペーン(NBAC)のような試みは女性を脅して母乳育児をさせようとする政府の非倫理的試みと批判する。

第3部「健康と疾患を造り出すこと」では、需要を創出するために新たな疾患を作り出したいくつかの事例が紹介されている。第8章では、ミネソタ大学の哲学者であるエリオットが、製薬会社により誘導されたマーケティング、宣伝キャンペーン、そして学術的権威との結託が、特定の疾患に対する精神医学的信念を形成する様子を批判している。彼は従来の「利害の対立」を規制する方法だけでは、製薬産業を取り巻く倫理的問題を全て解決する事は出来ないと主張する。第9章では、ノースウェスタン大学の英文学者レーンが、米国の精神疾患の診断マニュアルの草稿を研究し、精神科医の不注意と集団志向が新たな精神疾患カテゴリーの誕生を促し、1968年「精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM)」では、わずか180種の精神疾患のカテゴリーが上げられていたものが、1994年のDSM-IVでは350種以上となり、今や国民の半分が少なくともそのうちの1つを患っている状態になったと論じている。第10章では、イリノイ大学シカゴ校のディヴィスが、強迫性障害を例にとり、複雑な医学上の現象を単純化して説明してしまうことは、最終的に健康に反することであると一例をあげて主張している。第11章ではシカゴ大学の人類学者マスコが、原子力革命を例として、健康と国家安全保障との関係について論じている。病気や不安の欠如としての健康は、個人個人の犠牲の上に成りたつ政府による計算と置き換えられてしまったというのは、原子爆弾だけではなく現在のリスク規制全般に対しての批判でもある。

第4部「健康になった後の快樂と苦痛」では、肉体的・精神的健康を獲得した上でのさらに細分化された健康のカテゴリーを扱っている。第12章では、ウィスコンシン大学マディソン校の女性学者であるキムが、セックスに関する健康情報や解釈は、普遍的な性的欲望にあまりにも信を置きすぎ

していると批判し、性的欲求の欠如を欠乏や治療すべき障害ではなく、アイデンティティの問題として捉えるよう推奨している。第13章では、スタンフォード大学の人類学者ジェインが、第11章でマスコが取り上げた核の脅威を減じるための戦略に擬え、癌の脅威に対し、主要な脅威は癌ではなく個人の癌に対する不適切な対応と置き換えられてしまったことを批判している。第14章では、ミシガン大学の文学文化批評の専門家であるシーバースが「苦痛に対する恐怖」こそ、最も普及力と欺瞞に満ちたあり方で障害者の迫害を正当化する方法の一つであると主張している。

最後に、結語として、編著者の1人であるカークランドが、すべての章を総括し、本書の意義を再び説明している。

以上、本書のタイトルとその内容を簡単に紹介した。各章に含まれている豊富な事例の数々は、健康に携わる研究者や市場関係者にとって一読に値するものばかりである。本書は、人類学者、哲学者、文学者、法学者、女性学者など、さまざまな分野の研究者達によって書かれた極めて学際的な著書である。各章ごとに異なるトピックを異なる執筆者があたっているため、各章の論説の間に矛盾もあり、また論文のスタイルも執筆者ごとにまちまちであるが、本書を通した執筆者たちの主張は極めてシンプルなものである。すなわち、「健康」という言葉の裏にある偽られた中立性を白日の下にさらすこと、また、科学的な装いを下に経済的利益を貪る製薬会社など「健康」という言葉を牛耳るプレーヤたちの振る舞いに対し疑いの目を向けさせること、このような本書の目的は、執筆者たちがあげた数多くの事例を通して十分に達成されたといっていいただろう。

われわれは、執筆者たちの指摘を真摯に受け入れる必要がある。第3部で論じられたように、いくつかの疾患において「健康」という言葉は、製薬産業やアカデミアによって人為的に、そして時として、実際の健康改善とは無関係に作り出されたものであるかもしれないからだ。そしてそれは、企業の利益追求の結果としてだけでなく、研究者同士の集団意識によって生まれるものである

かもしれないからだ。このような問題提起は、医療市場における資源配分の問題を考える上で重要なエビデンスを提供している公衆衛生学者や医療経済学者にとって非常に重要な指摘である。

一方で、われわれは、医療市場における資源配分の専門家話にも耳を傾ける必要がある。本書の執筆メンバーは、非常に学際的であるが、医療分野の資源配分の専門家である公衆衛生学者、医療経済学者、医療倫理学者などの研究者を含んでいない。そのため、これらの分野の専門家にとって必ずしも同意できない点、また既にある概念の焼きなおしではないかと思われる点もある。例えば、クラインの「快楽か健康か」という話は、分析的政治哲学における主観的功利主義と客観的功利主義の話の焼きなおしのように思えるし、マスコの主張する「病気や不安の欠如としての健康は、個人々の犠牲の上に成り立つ政府による計算と置き換えられてしまった」という指摘は、リスク規制における統計的生命価値（Value of a Statistical Life）の使用に対する批判の文脈と類似している。これらの批判は、公衆衛生学、医療経済学、医療倫理学において、より蓄積のある問題であり、これらの分野の研究者の書物と平行して読むことで、両者が共有する問題点はより明確になるかもしれない。

また、本書の中心にあるのは、健康を人々に押し付けるいわゆる「ヘルシズム」への批判であるが、人々が自身の健康状態を改善し病苦から身を守ろうとすることに対して批判しない旨が繰り返し強調されている。この姿勢には共感できるものの、執筆者たちのうち幾人かは、健康改善のエビデンスとして疫学的研究、特にランダム化比較試験によるエビデンスを神聖視し過ぎていて、結果

として、それが過剰なまでの敬意と反応に繋がっているように思える。第4章で、アダムスは「証拠に基づく科学」やその手続き主義を批判した。彼は、「科学的厳密さを通してのみ健康は達成される」という考え方を批判したが、それとは逆に、極度に厳密さを求めるがあまりに信頼に値する科学研究など存在しないと結論付けたのがルベスコやウォルフの章ではないかと思える。すべての研究が同じ方向を向くなどありえないし、まだランダム化比較試験でなければ、すべての研究結果が直ちに交絡因子によって歪められて、結果が無効になる訳でもないのである。このような面でも、医療分野における資源配分の専門家からのフィードバックは、本書の内容をさらに発展させるために必要になるだろう。

本書の執筆者たちが主張するように「健康」の裏に隠されたイデオロギー的要請は確かに存在し、われわれはそれを日常的に少なからず認識している。そしてそれは、ビジネスや政治と結びつき、現代社会において、無視できないほどの影響力と新たな社会的問題を作り出しているのである。その問題は、医療分野における資源配分の専門家たる、公衆衛生学者、医療経済学者、医療倫理学者にとっても無視できない問題であり、また長らく放置されてきた問題のように思える。そのような問題提起が人文科学・社会科学の研究者たちからもたらされたことを非常に嬉しく思うと共に、そのような研究が将来、医療における資源配分の専門家の仕事と結びつき、公衆衛生学、医療経済学、医療倫理学のメインストリームへと統合されていくことを強く望む。

（まつうら・ひろあき）

## 新刊紹介

稲葉昭英・保田時男・田渕六郎・田中重人編  
『日本の家族1999-2009——全国家族調査〔NFRJ〕による計量社会学』  
(東京大学出版会, 2016年)

藤間 公太\*

本書は、日本家族社会学会によって継続して行われている「全国家族調査 (NFRJ)」のデータを用い、日本における家族をめぐるさまざまな事象を計量社会的に分析したものである。NFRJは1999年、2004年、2009年の3回実施されており、当初から定期的に反復横断調査を行うことを念頭にデザインされた。NFRJ以前には家族研究者が利用できる信頼性の高い大規模データは存在せず、非常に画期的な調査である。

本書は5部構成をとっている。第I部は家族の基本構造についてのものである。「2000年前後の家族動態 (第1章)」、「夫婦の情緒関係 (第2章)」、「家族についての意識の変遷 (第3章)」、「ネットワークの構造とその変化 (第4章)」という4章を通じ、夫婦の結婚満足度や家族意識を規定する要因、定位家族への依存性の高まりなどが分析される。

第II部は家族構成と家族行動にかかわるものであり、「教育達成に対する家族構造の効果 (第5章)」、「現代日本における子どもの性別選考 (第6章)」、「離婚と子ども (第7章)」といったテーマが論じられる。総じて子どもの性別に対する選好は弱まっていることや、家族を媒介とした格差の拡大・再生産が起きていることが明らかにされる。

第III部では育児期の家族に焦点化し、「父親の育児参加の変容 (第8章)」、「育児期の女性の就業とサポート関係 (第9章)」、「育児期のワーク・ライフ・バランス (第10章)」、「子どもへの母親のかわり (第11章)」について議論される。各章とも

従来指摘されてきた傾向をおおむね追認する一方で、女性が自身のライフスタイル選好にもとづき資源を活用することなども明らかにされる。

第IV部では成人期の家族関係がテーマであり、「中期親子関係の良好度 (第12章)」、「親への援助パターンとその変化 (第13章)」、「成人期のきょうだい関係 (第14章)」、「公的介護保険導入にともなう介護期待の変化 (第15章)」が論じられる。世代間、世代内ともに家族関係は女性によって維持されており、男性同士の関係、あるいは男性との関係は低調になることが示される。

第V部では性別役割分業に関するものであり、「有配偶女性からみた夫婦の家事分担 (第16章)」、「ワーク・ファミリー・コンフリクト (第17章)」、「有配偶女性の就労と性別役割分業意識 (第18章)」という3つの章を通して、総じて伝統的な性別役割分業とそれをめぐる意識が維持されているものの、わずかながら平等化の傾向もみられることが示される。また、「マルチレベル分析による家族研究 (補章)」では、本書の多くの章で用いられたマルチレベル分析についての解説がなされる。

本書全体を通じて、1999年から2009年の間、日本の家族には変化した部分と変化していない部分とがあることがわかる。変化が見られた部分は、第1に、雇用の不安定化に伴い、定位家族による生活保障の役割が強まっていることである。第2に、高齢の親が相対的に自立してきていることである。これは公的年金制度の影響と推察される。第

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部研究員

3に、むしろ子世代の未婚化・晩婚化や就労の不安定化を背景に、中高年の子どもが親と同居するケースが増えている。

逆に変化が乏しかった部分としては、結婚満足度や夫婦の情緒的サポート、夫婦の家事分担・育児分担、関係性のあり方における性差が挙げられる。換言すれば、ごくわずかな平等化はみられるものの、性別役割分業やジェンダー偏在性は変化しておらず、また女性によって家族関係が活発化することも安定してみられる、ということである。

以上の本書の知見は、社会保障制度を考えるうえでもきわめて重要である。家族を資源として利用できるか否かによって生活のありようが変わるということからは、今後未婚化が進んだとき、シングル生活保障に大きな格差が生ずることを予想させる。女性によって家族関係が活発化するという知見も踏まえれば、未婚、無配偶男性が直面する問題はとくに深刻なものになるだろう。さらに、親の離婚を経験するか否かによって子どもに格差がもたらされることも予想できる。結婚して

子どもを持つことが当たり前ではなくなった今日、家族を媒介せずとも生活が保障される社会を作る必要性が高まっていることが示される。

このように、本書は今日の家族や社会保障を考えるうえで数多くの示唆に富んでいる。各章とも問いから結論に至るまでの流れが非常にクリアであり、計量研究を専門としない者が読んでも非常に知的好奇心を刺激される。家族研究者のみならず、多くの社会学者にとって必読の書に違いない。

#### 付記

本稿は、第26回日本家族社会学会大会でのラウンドテーブル「NFRJ98-08は何を明らかにしてきたか」における、稲葉昭英氏（慶應義塾大学教授）の議論に多くを依っている。執筆にあたり議論を参照、引用することをご快諾いただいた稲葉氏に、記して御礼申し上げます。

（とうま・こうた）



## 『社会保障研究』執筆要領

### 1. 原稿の書式

原稿はA4版用紙に横書き（40字×36行）とし、各ページに通し番号をふってください。

### 2. 原稿の分量

原稿の分量は、本文・図表・注釈・参考文献を含めて、それぞれ以下を上限とします。なお、図表については、1つにつき、A4サイズ原稿の1/2までの大きさのものは400字とし、1/2以上のものは800字に換算するものとします。

- (1) 論文：20,000字                      (4) 社会保障判例研究：12,000字  
 (2) 動向・資料：12,000字              (5) 書評：6,000字  
 (3) 情報：3,000字

### 3. 原稿の構成

#### 1) 表題

和文表題とともに英文表題を記載してください。

#### 2) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、I II III … →123… → (1) (2) (3) … → ① ②③ …の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・などを使用してください。

#### 3) 抄録・キーワード

「論文」、「動向・資料」については、和文400字程度、英文250語程度で抄録を作成してください。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定してください。

なお、編集委員会では、英文のネイティブ・チェックは行いませんので、執筆者ご自身の責任でご確認をお願いいたします。

#### 4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

#### 5) 参考文献

参考文献は、論文の末尾に列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

金子能宏・川越雅弘・西村周三（2013）「地域包括ケアの将来展望」、西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』、慶應義塾大学出版会、pp.311-318。

泉田信行・黒田有志弥（2014）「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について—生活と支え合いに関する調査を用いて—」、『季刊社会保障研究』、Vol.49, No.4, pp.408-420。

森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』、慈学社出版。

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry (2006) "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market," *American Economic Review*, Vol.96, No.4, pp.938-958.

Poterba, James M., Steven F. Venti, and David A. Wise (2014) "The Nexus of Social Security Benefits, Health, and Wealth at Death," In David A. Wise ed., *Discoveries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (2010年10月5日最終確認)

### 4. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例1) …〔森田（2014）、p.45〕 …〔Le Grand（2003）、p.3〕

…〔森田（2014）、pp.45-46〕 …〔Le Grand（2003）、pp.3-4〕

(例2) 著者が2人の場合

…〔泉田・黒田（2014）、p.408〕 …〔Finkelstein and McGarry（2006）、p.938〕

(例3) 著者が3人以上の場合

…〔金子他（2013）、p.311〕 …〔Poterba et al.（2014）、p.159〕

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 森田（2014）、p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』慈学社出版、p.45。

### 5. 表記

#### 1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

#### 2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 西村周三教授は→西村は      京極氏は→京極は

## 6. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。なお、他の出版物から図表を転載する場合には、執筆者自身が著作権者から許諾を得てください。

（例）〈表1〉受給者数の変化 〈図1〉社会保障支出の変化

## 7. 倫理的配慮

原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記してください。また、記述においてプライバシー侵害がなされないように細心の注意をはらってください。

## 8. 利益相反

利益相反の可能性がある場合は書面で報告してください。なお、利益相反に関しては厚生労働省指針（「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」）を参照してください。

## 9. 原稿の提出方法など

### 1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

### 2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

### 3) 投稿論文の提出方法

投稿論文の提出については、『社会保障研究』投稿規程に従ってください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

## 『社会保障研究』投稿規程

1. 本誌は、国内外の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、国内外の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。
2. 投稿は、「論文」、「動向・資料」および「社会保障判例研究」の3種類とし、いずれかを選択してください。なお、「論文」、「動向・資料」はおおむね以下のようなものとします。  
「論文」：独創的かつ政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文  
「動向・資料」：政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文、資料（独創性は問わない）であり、おおむね以下のようなものとします。
  - 1) 独創性や政策的有用性は「論文」に及ばないが、今後の発展が期待できる研究論文
  - 2) 政策的有用性に優れた社会保障に関する調査・分析に関する報告
  - 3) 国内外における社会保障の政策動向に関する考察
 投稿者の学問分野は問いませんが、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
3. 投稿者は、投稿申込書とともに審査用原稿（PDFファイル）を電子メールにて送付してください。投稿申込書は研究所ウェブサイトよりダウンロードし、各欄に必要な事項を記入してください。なお、投稿論文の審査は執筆者名を伏せて行いますので、審査用原稿には執筆者が特定できる情報を記入しないでください。電子メールによる送付が難しい場合には、投稿申込書1部、審査用原稿4部を、郵送してください。
4. 採否については、編集委員会が指名したレフェリーの意見に基づき、編集委員会において決定します。ただし、研究テーマが本誌の趣旨に合致しない、あるいは学術論文としての体裁が整っていない場合など、審査の対象外とする場合もあります。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。また、本誌において一度不採用とされた論文等の再投稿は受理しません。再投稿に当たるとどうかの判断は編集委員会が行います。
5. 原稿執筆の様式は『社会保障研究』執筆要領に従ってください。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受ける必要があります。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先・連絡先  
電子メールによる提出：e-mail: kikanshi@ipss.go.jp  
郵送による提出：〒100-0011  
東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階  
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係  
電話03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

**編集長**

森 田 朗 (国立社会保障・人口問題研究所)

**編集委員**

大 石 亜希子 (千葉大学 法政経学部教授)  
 尾 形 裕 也 (東京大学 政策ビジョン研究センター特任教授)  
 駒 村 康 平 (慶應義塾大学 経済学部教授)  
 高 橋 紘 士 (一般財団法人高齢者住宅財団 理事長)  
 武 川 正 吾 (東京大学大学院 人文社会系研究科教授)  
 田 辺 国 昭 (東京大学大学院 法学政治学研究科教授)  
 金 子 隆 一 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)  
 深 田 聡 (同研究所 政策研究調整官)  
 新 俊 彦 (同研究所 企画部長)  
 林 玲 子 (同研究所 国際関係部長)  
 勝 又 幸 子 (同研究所 情報調査分析部長)  
 川 越 雅 弘 (同研究所 社会保障基礎理論研究部長)  
 泉 田 信 行 (同研究所 社会保障応用分析研究部長)

**編集幹事**

竹 沢 純 子 (同研究所 企画部第3室長)  
 渡 辺 久里子 (同研究所 企画部研究員)  
 小 島 克 久 (同研究所 国際関係部第2室長)  
 佐 藤 格 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長)  
 菊 池 潤 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)  
 山 本 克 也 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長)  
 安 藤 道 人 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)  
 西 村 幸 満 (同研究所 社会保障応用分析研究部第2室長)  
 黒 田 有志弥 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)  
 暮 石 涉 (同研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)  
 藤 間 公 太 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)  
 大 津 唯 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

---

 社会保障研究 Vol.1, No.3 (通巻第3号)
 

---

平成 28 年 12 月 25 日 発 行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 03-3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

印 刷

日本印刷株式会社

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24

Tel: 03-5911-8660

# JOURNAL OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol.1 No.3

2016

## Foreword

Future Supply System of Medical and Long-term Care and Regional Medical Vision in Japan  
.....Hiroya OGATA 512

## Special Issue: Future Provision of Health and Long-term Care under the Extremely Low Fertility and Population Aging Society in Japan

Review of the Regional Medical Vision and Future Supply of and Demand for Doctors  
..... Yui OHTSU and Hiroya OGATA 514

The impact of population aging on the demand for LTC services and workers in Japan  
..... Jun KIKUCHI and Masahiro KAWAGOE 523

Health Care and Long-Term Care of the Qualitative Change and a Commitment to  
Community-Based Care: the Case of France..... Michiko SHINODA 539

Establishment of the National Claim Database and its application to Regional Health Vision  
..... Shinya MATSUDA 552

Functional Differentiation and Coordination of Healthcare Providers Required by Community  
Healthcare Initiative Based on Healthcare Demand Estimation  
..... Kiyohide FUSHIMI 567

Regional Medical Vision as Policy Mix to the Supply-Side in the Health Care Sector: international  
comparison analysis among Japan, England and Germany  
..... Nobuyuki IZUMIDA 580

Policy Methods for Reforming the Health Delivery System: Medical Fee,  
Regulation by Planning, and Subsidy ..... Kenji SHIMAZAKI 596

## Social Security and Law

The Concept of Dependent under the Health Insurance Law and its Application  
..... Kenji SHIMAZAKI 612

The Legal Nature (administrative disposition or contract) of the Certification of Dependent in the  
Health Insurance Law, and the Propriety of Consideration for Residential Status (medical  
stay) in its Certification ..... Kenji SHIMAZAKI 617

## Articles

The 2005 Reform of Public Long-Term Care Insurance and Certification Biases in Japan  
..... Hajime TAKATSUKA and Mika ISHIHAMA 623

Unemployment benefit and the number of children ..... Ryouichi IKEDA 642

## Report and Statistics

Financial Statistics of Social Security in Japan, Fiscal Year 2014  
... National Institute of Population and Social Security Research Project Team for Financial Statistics of Social Security 656

Information on the Activities of the European Observatory on Health Systems and Policies  
..... Nobuyuki IZUMIDA 668

Social Security in Korea (3) Korean “Long-term Care Insurance for the Elderly”  
..... Katsuhisa KOJIMA 670

International migration of health workforce ..... Reiko HAYASHI 674

## Book Review

Jin HOSOZAWA et al. trans., Jonathan M. Metzl and Anna Kirland eds., *AGAINST HEALTH:  
How Health Became the New Morality*, New York University Press  
..... Hiroaki MATSUURA 677

Akihide INABA, Tokio YASUDA, Rokuro TABUCHI, and Shigeto TANAKA eds., *FAMILIES IN JAPAN, 1999-2009: Based upon Quantitative  
Analysis of National Family Research of Japan (NFRJ)*, University of Tokyo Press ..... Kota TOMA 681

Edited by  
National Institute of Population and Social Security Research  
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO•JINKO MONDAI KENKYUSHO)