

季刊 社会保障研究

Vol. 28

Spring 1993

No. 4

研究の窓

医療と福祉……………日野原 重 明 358

特集・医療施設とマンパワー

医療における病床数と医療施設体系……………大 道 久 360

老人保健施設制度と展開の評価……………小 山 秀 夫 370

高齢者のための介護サービスの供給体制と費用負担……………鈴 木 守 384

老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化……………高 木 安 雄 395

——わが国の老人長期ケアの現状と医療施設の変貌——

論 文

わが国医薬品産業の特質——規制と競争のメカニズム——……………南 部 鶴 彦 405

異世代間の資源再配分と高齢者医療

サービス需要……………中 西 悟 志・中 山 徳 良 415

障害者の自立と自律権

——障害者福祉における自立概念の批判的一考察——……………伊 藤 周 平 426

動 向

社会保障法判例……………堀 勝 洋 436

——養護老人ホームの個室への入所を請求し得る具体的権利

がないとされた事例（森訴訟第1審判決）——

書 評

武川正吾『地域社会計画と住民生活』……………高 野 和 良 446

季刊社会保障研究（Vol. 28, No. 1～No. 4）総目次…………… 449

研究の窓

医療と福祉

医療と福祉、この二本柱は、いろいろの生活条件下で生活する国民すべてにとっての大黒柱である。しかし、それが二本の柱ということのために、医療と福祉とは別々の窓口として住民に接触するために、その二本立てのシステムがバランスをとって住民の生活を保障することが困難になってくる。

健康な若い人や比較的健康である中年の人では、両者が別々になってもさほどの不便はないが、重い病人や健康者ではあり得ない高齢者では、医療と福祉の供給源は一体化されなければ極めて不便である。

日本では1989年（平成元年）から、厚生省の「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（ゴールドプラン）が発足して、やっと文化国家としての体面を保つ老人対策が立てられ、医療と福祉の接点が見られるようになったが、北欧の老人施設や老人への地域サービスのレベルに、日本が10年先に達する目やすはなかなかつきにくい。

最近建てられる特養老人ホームや老人保健施設の内容は確かに充実し、ハードの面ではひどく前進したことは疑いないが、ソフトの面からみると、日本はまだ欧米の一流のレベルに比べると遥かに見劣りがする。

日本の医療と福祉が欧米先進国に比べて一番見劣りがするのは、医療においても福祉においても人手が少ないことである。これはわが国の政府機関の定員法とも関係がある。

医療における看護婦の数というと、昭和23年に決められた保助看法が抜本的に変更されずに40年以上も経ってきたのである。

日本の病院は一般にレベルが高いと日本人は思っているが、それはCT スキャンやMRIなどの高度の先進医療機器の数が、英米より多いということであり、医療や看護や教育のレベルを示す専門職の数からいえばそうはいえない。医師数に比べて看護婦の数は特に少ない。その少ない看護婦の業務としては、欧米では看護助手や非専門職がやっている業務までもさせられているというのが実情である。

今日、日本では総医師数は約23万人、それに対して正看護婦数は約42万人、准看護婦数は約36万人で、医師1人に対する看護婦の倍率は、准看護婦を含めて1対4である。

日本では、病院の入院病床1に対して看護婦数は0.5であるが、米国などでは1病床に対する看護婦の比率は2名である。これは日本では米国のその4分の1という数に当たる。

この人員不足は、特別老人ホームや老人保健施設でも同様で、老人介護者の数は、北欧や英米

に比し、2分の1から4分の1という数である。

このことを考えると、定員法に左右されている公的病院での最低水準の定員数が、日本全体の医療施設や福祉施設の定員数となってしまうことが大問題なのである。

日本の医療や福祉が世界をリードする文化国として保たなければならない水準は、日本自体が決めなくてはならない問題である。

日本の病院や老人施設が世界の文化国のレベルに達していないもう1つの欠陥は、日本のそのような施設にはプライバシーがなく、患者や入居者に対して割り当てられるインタビューや診察や指導に費やされる時間があまりにも短いことである。老人患者に対しては医師はもっと時間を提供しなければならない。病院も福祉施設も、もっと個人のプライバシーが保障されなくてはならない。平成4年5月には富山県庄川町に全室個室の老人保健施設が作られたが、この「ケアポート庄川」は日本船舶振興会の社会福祉施設モデルタイプを目指しての試みであり、私はその提唱者としてこの設立に関係した。しかし、ここでのソフトの面での介護者の数はまだまだ不足している。国家も社会も、もっと人手を供給するために予算をとり、働く人材を養成し、補給することが急務であると思う。

日野原 重 明

(ひのはら・しげあき 聖路加看護大学学長)
聖路加国際病院院長)

医療における病床数と医療施設体系

大 道 久

はじめに

病床が医療において最も基本的かつ重要な資源であることは論を待たない。医療を提供することを目的に施設に収容することは、患者の病状の的確な把握と適切な医学的管理のために最も合理的であり、医師・看護婦等の専門的な組織と、診断・治療のための設備・機器が必要な場合は、入院は必須の医療形態となる。

患者を入院させて医療を提供するか、外来通院や往診等の入院外の医療形態によるのかの判断は医師に委ねられるが、その決定には医学的な要因のみならず、患者の生活環境や医療機関の経営環境等に大きく影響される。入院医療は一般に資源消費が大きく、社会保障の観点からは、病床需要を的確に把握することは重要な課題となるが、医学的要因に限っても、入院および退院の絶対的な基準は必ずしも明確でなく、まして患者の社会的要因や経営的要因による在院については政策的な対応が求められるところとなる。

人口の高齢化は病床需要とその機能に著しい影響を与える。近年、わが国でも医療計画や中間施設の導入など、病床数を直接その対象にした施策が展開され、さらに施設機能、すなわち病床機能を区分して体系化する方向が示されつつある。病床を単に医療機能として一元的に扱うことの限界はほぼ明確になっており、少なくとも一般病床と長期療養病床を区分する流れは確定したといえる。

今後の社会保障における医療を運営するに当た

って、病床の機能を明確にし、入院・退院の基準や在院の期間を分析する等、病床の利用のあり方を検討することはきわめて重要な課題となる。本稿においては、病床数や在院日数の現状をみるとともに、関連した施策の概要を振り返り、今後の医療における病床の機能区分とその体系化の方向について概観しておく。

I わが国の病床数の現況

(1) 施設の種類の別みた病床数

まず基礎のデータとして、最近の病床数の状況をみておくことにする。表1は、直近の「医療施設調査」による施設の種類の別みた病床数である。平成2年のわが国の総病床数は、病院168万、有床診療所27万、総数195万である。うち一般病床が125万、精神病床は36万で、老人病床は15万程度である。

(2) 開設者別にみた病床数

これらを開設者別にみたのが表2である。病院

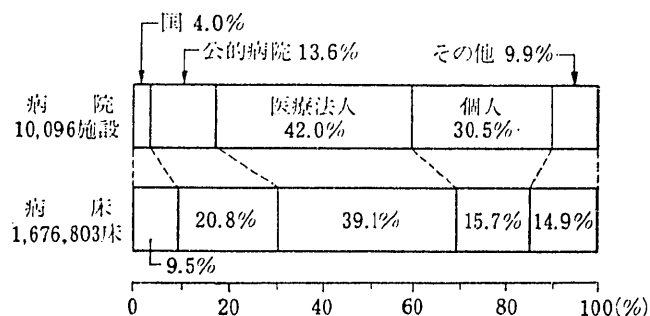


図1 開設者別にみた病院数、病床数の構成割合 (全病院) —平成2年—¹⁾

表 1 施設の種別別にみた病床数²⁾

(各年10月1日現在)

	病 床 数			構 成 割 合 (%)	
	平成2年	平成元年	増加率(%)	平成2年	平成元年
総 数	1,949,493	1,938,980	0.5	100.0	100.0
病 院	1,676,803	1,661,952	0.9	86.0	85.7
				(100.0)	(100.0)
精 神 病 床	359,087	355,743	9.0	(21.4)	(21.4)
伝 染 病 床	12,199	12,621	△ 3.3	(0.7)	(0.8)
結 核 病 床	42,210	44,050	△ 4.2	(2.5)	(2.7)
ら い 病 床	9,398	9,655	△ 2.7	(0.6)	(0.6)
一 般 病 床	1,253,909	1,239,883	1.1	(74.8)	(74.6)
(再掲)					
老 人 病 床	148,863	※ 110,467	※ 34.8	(8.9)	※ (7.0)
一 般 診 療 所	272,456	276,801	△ 1.6	14.0	14.3
歯 科 診 療 所	234	227	3.1	0.0	0.0
1病院当たり病床数	166.1	164.9	0.7		
有床一般診療所1施設当たり病床数	11.6	11.4	1.8		

※ 昭和62年10月1日現在の数値。したがって、増加率は対62年のものである。

構成割合は、昭和62年10月1日現在の病院の病床数158万2,393に対するものである。

表 2 開設者別にみた病床数²⁾

(各年10月1日現在)

	病 院					一 般 診 療 所				
	病 床 数			構成割合 (%)		病 床 数			構成割合 (%)	
	平成2年	平成元年	増加率 (%)	平成2年	平成元年	平成2年	平成元年	増加率 (%)	平成2年	平成元年
総 数	1,676,803	1,661,952	0.9	100.0	100.0	272,456	276,801	△ 1.6	100.0	100.0
国	158,746	159,111	△ 0.2	9.5	9.6	2,399	2,364	1.5	0.9	0.9
公 的 医 療 機 関	348,226	345,452	0.8	20.8	20.8	4,771	4,906	△ 2.8	1.8	1.8
社会保険関係団体	39,080	38,995	0.2	2.3	2.3	69	136	△ 49.3	0.0	0.0
医 療 法 人	656,348	628,488	4.4	39.1	37.8	43,589	26,575	64.0	16.0	9.6
個 人	263,304	279,572	△ 5.8	15.7	16.8	219,044	240,246	△ 8.8	80.4	86.8
そ の 他	211,099	210,334	0.4	12.6	12.7	2,584	2,574	0.4	0.9	0.9

では医療法人66万39%が最も多く、個人の26万16%と合わせると過半数を占める。公的医療機関は35万21%、国は16万約10%である。診療所では22万80%が個人である。図1に、病院について、開設者別にみた病床数を病院数とともにその構成割合を示しておく。

II 病床数の年次推移

(1) 施設の種別別にみた病床数の年次推移

前2表によっても対前年度の増加率は、病院で1%の微増、診療所で2%弱の減少、老人病床が3年で35%の著増となっていることが分かる。

これを、昭和30年からの年次推移としてみたものが表3、および図2である。この間、一貫して伸びてきた病床数は、主として病院の一般病床、次いで精神病床であることが分かる。結核病床は、昭和30年代から一般病床への転換等があって減少し続けている。診療所病床は、昭和50年代後半から減少に転じて、今日に至っている。

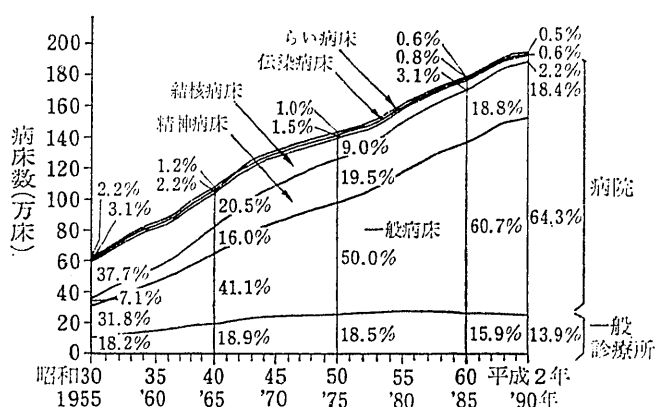
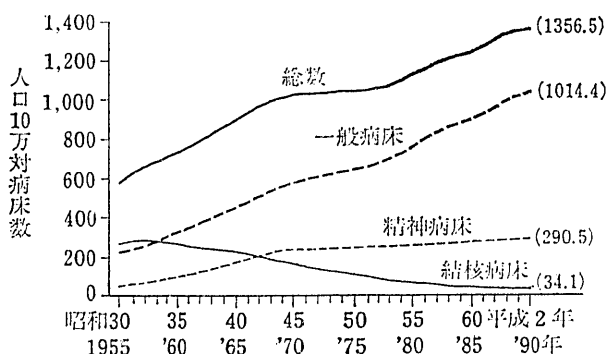
(2) 病床種別にみた人口10万対病床数の年次推移

病院の病床の種別別にみた人口10万対病床数の年次推移を図3に示す。人口対でみても病院病床は増加を続けてきたが、これはおおむね一般病床の伸びによるものであり、特に昭和50年代後半に

表 3 病床数の年次推移¹⁾

	昭和30年 (1955)	35年 (‘60)	40年 (‘65)	45年 (‘70)	50年 (‘75)	55年 (‘80)	60年 (‘85)	62年 (‘87)	平成2年 (‘90)
病床数									
総数	626,716	852,025	1,077,971	1,312,628	1,428,482	1,607,482	1,778,979	1,860,595	1,949,493
病院	512,688	686,743	873,652	1,062,553	1,164,098	1,319,406	1,495,328	1,582,393	1,676,803
一般病床	198,983	302,495	442,536	601,978	721,853	895,494	1,080,419	1,162,490	1,253,909
精神病床	44,250	95,067	172,950	247,265	278,123	308,554	334,589	347,196	359,087
結核病床	236,183	252,208	220,757	176,949	129,055	84,905	55,230	48,938	42,210
伝染病床	19,177	22,713	24,179	23,144	21,042	18,218	14,619	13,772	12,199
らい病床	14,095	14,260	13,230	13,217	14,020	12,235	10,471	9,997	9,398
一般診療所	113,924	165,161	204,043	249,646	264,085	287,835	283,390	277,958	272,456
歯科診療所	104	121	276	429	299	241	261	244	234

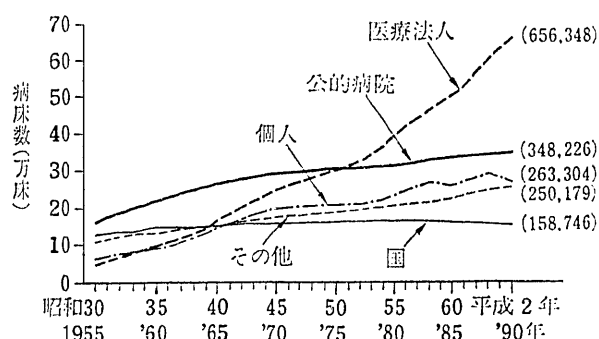
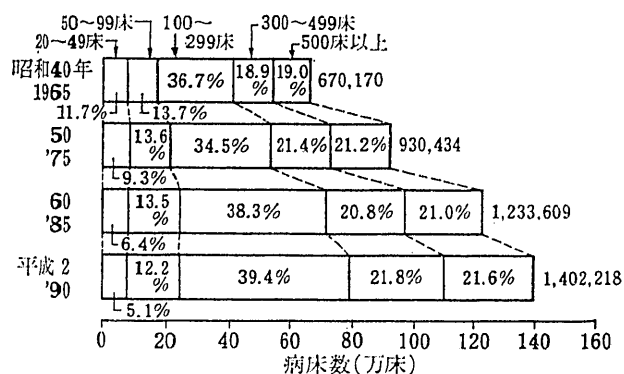
(医療施設調査)

図 2 医療施設の種類の病床の種類別みた病床数の年次推移¹⁾図 3 病院の病床の種類別みた人口10万対病床数の年次推移¹⁾

入ってから著しい。昭和60年代に入ってから医療計画が実施され、いわゆる駆け込み増床の影響が認められるが、ようやく最近に至って伸びの鈍化傾向が明らかとなってきた。

(3) 開設者別にみた病床数の年次推移

図4にみるように、これらの病床数の伸びは、

図 4 開設者別にみた病床数の年次推移¹⁾図 5 病床規模別にみた一般病院における病床数の年次推移¹⁾

おおむね医療法人によっていることが明らかであるが、公的病院も漸増を続けている。国は微減傾向にあり、個人も最近やや急速に減少しているが、これは医療法人等へ転換しているためと考えられる。

(4) 規模別にみた病床数の年次推移

病床規模別にみた一般病院における病床数の年

次推移を図5に示す。昭和40年以降、50床未満の小病院の占める病床数の割合は半減し、100床以上の病院の占める病床数の割合が、それぞれの規模においておおむね増加している。現在、一般病院の総数は約9000、そのうち100床以上は51%と半数であるが、病床数では83%を占める。病院は増床等もあって、基本的に大型化してきているといえることができる。

Ⅲ 病床利用率の動向

病床が実際に利用される割合は、その病床のニーズを反映するとともに、資源を有効に活用できているかをみる指標でもある。ただし、利用率だけを上げることだけでは病床の有効利用とはいえず、次項の在院日数等との関連においてみる必要がある。最近、看護婦等の人材の確保が困難で患者を受け入れられず、稼働病床の縮小等で利用率が下がる事例が多いといわれる。

表4は、直近の「病院報告」による病床の種類別にみた病床利用率である。一般病床で82%程度であり、精神病床は満床に近い。結核病床は約5割で、伝染病床はわずか1%の利用率である。いずれも対前年度との比較で微減傾向にある。

図6は、病床種別にみた利用率の年次推移である。一般病床は、昭和50年代に入って増加傾向にあったが、60年代に入ってわずかに減少に転じている。精神病床は最近になっていわゆるオーバーベッドの状況を脱した。結核病床は、さらに減少することが推測できるが、一般病床への転換も見込まれている。

表5は、一般病床の病床規模別にみた病床利用率である。100床以上はおおむね80%以上である

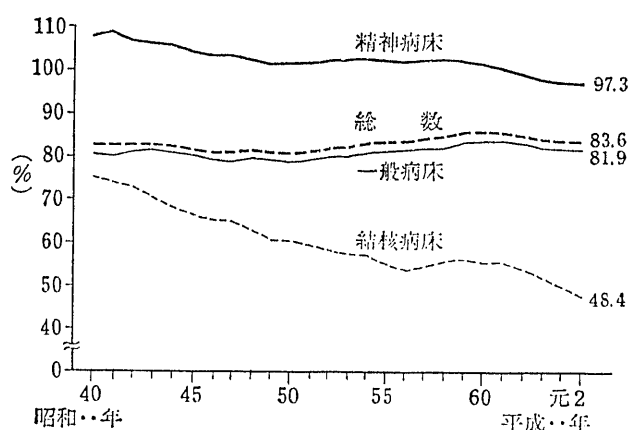


図6 病床の種類別にみた病床利用率の年次推移²⁾

が、同未満の病床利用率は減少傾向にあり、とりわけ50床未満の小規模病院での低下が明らかである。ごく最近の利用率はさらに低下しており、制度的な見直し論も起こってきている。なお、有床診療所の病床利用率はさらに低く、稼働しているのは約半数程度といわれる。

Ⅳ 在院日数の動向

病床は貴重な医療資源であり、その有効活用のためには、入院後は能率的な診療によって、できるだけ短期間で退院させることが望ましいとされる。高齢者の長期にわたる療養や、がんの末期等の医療には、一般病床とは別の機能の病床が必要となる。現行の医療法ではこれらを病院として包括しており、その区分は施設機能の体系化にとって重要な課題である。このような意味で、在院日数の現状を分析することは、今後の医療施設体系を考察する上で重要である。

表4 病床の種類別にみた病床利用率²⁾

	病 床 利 用 率 (%)			(参考) 6月末の病床数		
	平成2年	平成元年	前年との差	平成2年	平成元年	増加率(%)
総 数	83.6	83.8	△ 0.2	1,676,179	1,657,379	1.1
精神病床	97.3	97.6	△ 0.3	358,251	355,334	0.8
伝染病床	1.0	1.0	△ 0.0	12,364	12,756	△ 3.1
結核病床	48.4	50.4	△ 2.0	42,850	44,409	△ 3.5
らい病床	69.9	70.0	△ 0.1	9,559	9,781	△ 2.3
一般病床	81.9	82.0	△ 0.1	1,253,155	1,235,099	1.5

表 5 一般病床の病床規模別にみた病床利用率²⁾

	病 床 利 用 率 (%)			(参考) 6月末の病床数		
	平成2年	平成元年	前年との差	平成2年	平成元年	増加率(%)
総 数	81.9	82.0	△ 0.1	1,253,155	1,235,099	1.5
50床未満	68.9	69.0	△ 0.1	76,468	78,468	△ 2.5
50～99床	79.8	80.1	△ 0.3	175,925	173,983	1.1
100～149	81.6	81.2	0.4	176,209	175,196	0.6
150～199	82.7	83.1	△ 0.4	143,029	139,843	2.3
200～299	83.6	83.2	0.4	216,905	214,814	1.0
300～399	83.6	83.7	△ 0.1	157,183	156,115	0.7
400～499	83.3	85.2	△ 1.9	97,703	92,957	5.1
500～599	86.5	85.6	0.9	71,782	70,695	1.5
600～699	87.0	88.1	△ 1.1	42,949	42,210	1.8
700～799	83.7	86.7	△ 3.0	26,121	24,626	6.1
800～899	78.8	79.8	△ 1.0	17,587	15,987	10.0
900床以上	80.6	80.2	0.4	51,294	50,205	2.2

表 6 病床の種類別にみた平均在院日数²⁾

(単位: 日)

	平成2年	平成元年	前年との差
総 数	50.5	51.4	△ 0.9
精神病床	489.6	496.1	△ 6.5
結核病床	150.2	161.3	△11.1
一般病床	38.1	38.7	△ 0.6

注: 総数には、伝染・らい病床を含む。

(1) 病床種別にみた平均在院日数

直近の「病院報告」による病床の種類別の平均在院日数を表6に示す。総数で51日、一般病床で38日で、ここ数年減少傾向にある。やや短くなったものの、わが国の平均在院日数は欧米等との比較においてなお著しく長いといわなければならない。後にみるように、これは比較的少数の患者がかなり長期にわたって在院することが主要な要因のひとつとなっている。長期入院の是正は数年来の政策課題であり、医療法などによる施設機能の体系化の方向は、まさにこの課題に沿ったものである。

(2) 一般病床の病床規模別の平均在院日数

表7に、病床規模別に一般病床の平均在院日数を示す。50床以上から300床未満の病院で40日を超えており、それ以上の規模で30日前後となっている。開設者または経営基盤により施設機能に差があり、長期在院の患者の割合などが異なってい

表 7 一般病床の病床規模別にみた平均在院日数²⁾

	平 均 在 院 日 数 (日)		
	平成2年	平成元年	前年との差
総 数	38.1	38.7	△ 0.6
50床未満	32.0	32.6	△ 0.6
50～99床	45.1	46.0	△ 0.9
100～149	48.1	48.8	△ 0.7
150～199	49.4	49.3	0.1
200～299	41.7	42.2	△ 0.5
300～399	33.1	33.4	△ 0.3
400～499	30.1	30.7	△ 0.6
500～599	30.3	30.7	△ 0.4
600～699	28.9	30.2	△ 1.3
700～799	32.2	32.5	△ 0.3
800～899	30.8	31.8	△ 1.0
900床以上	32.6	32.8	△ 0.2

ることが推測される。また厳しい経営環境から、在院日数の短縮による効率化を迫られていることも無視できない要因であろう。

(3) 性・年齢階級別の平均在院日数

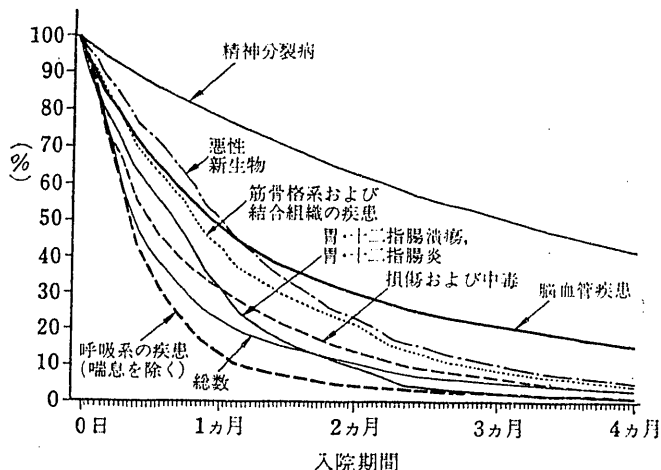
前項の「病院報告」の平均在院日数は、延べ在院日数を新入院患者と退院患者の和の半分で除したものであるが、「患者調査」では調査期間中の退院患者の在院日数の平均値をとる。後者の算定方法には調査期間中に退院しない長期在院患者が含まれないので、通常は前者の方法より短くなる。

表8は、直近の「患者調査」による性・年齢階級別・施設の種別退院患者の平均在院日数であ

表 8 性・年齢階級別・施設の種別別退院患者の平均在院日数³⁾

(平成 2 年 9 月) (単位: 日)

	総 数	男	女	0~14歳	15~34	35~64	65歳以上	70歳以上 (再掲)
総 数	44.9	46.7	43.4	14.1	17.5	45.2	79.3	84.8
病 院	47.4	47.6	47.2	14.7	19.8	46.6	81.1	86.7
精神病院(再掲)	468.7	446.5	497.7	160.2	184.6	505.7	748.4	632.1
一般病院(再掲)	40.6	40.2	41.0	14.6	16.9	35.2	74.7	81.6
一 般 診 療 所	28.2	36.9	24.1	8.2	9.0	31.8	64.3	69.7

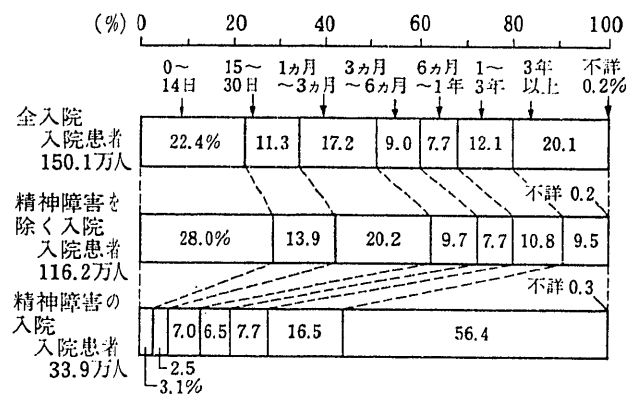
図 7 主な傷病別にみた入院患者の残存曲線
—平成 2 年—

る。総数で45日、病院で47日、一般病院で41日となっている。有床診療所は28日と短い。一般病院においても、70歳以上の退院患者の平均在院日数は82日と長期化する。

(4) 退院患者の在院日数の度数分布

図 7 は、「患者調査」における退院患者の在院期間についての度数分布を、入院期間の残存曲線として主要な傷病別に示したものである¹⁾。総数の曲線でみるように、わが国の入院患者の半数は10日以内に退院し、2ヵ月で9割の患者が退院する。ただし、年余にわたる長期の在院患者も部分的に存在するために、平均在院日数が45日にもなるのである。

傷病別には、精神分裂病を除けば、脳血管疾患が最も長期在院となる傷病で、悪性新生物がこれに次ぐ。当然のことながら、在院日数が長引く疾患ほど、入院患者における構成割合が相対的に高くなる。

図 8 入院期間別にみた入院患者の構成割合
—平成 2 年—

(5) 入院患者の在院期間

「患者調査」による全入院患者の年齢階級別入院期間構成割合を表 9 に示す。4 割の入院患者は 6 ヶ月以上入院しており、35歳以上の年齢階級ではいずれも同様あるいはそれ以上の割合を占める。これは精神病床の影響がかなりあると考えられる。図 8 は、在院期間別にみた入院患者の構成割合を、精神障害の入院を区分して示したものである。精神障害を除く入院の場合、30日までの患者が42%、3ヵ月以上入院している患者は38%となっている。

先に導入された療養型病床群が医療法の改正法案として立案されたとき、この在院期間別の入院患者の構成割合において、3ヵ月以上入院しているおおむね 4 割の患者に適用されることが想定されていると示唆されたのであった。実際には図 7 にみるように傷病には多様な特性があるために、機械的に3ヵ月を境に療養型病床群に移行することは適切でないことはいうまでもないが、わが国の一般病床のかなりの部分が、長期療養病床であることは推定できるのである。

表 9 年齢階級別入院期間構成割合³⁾

(平成2年10月)(単位: %)

	総 数 単位: 千人	0~14日	15~30日	1ヵ月 ~	3ヵ月 ~	6ヵ月 ~	1年 ~	3年 ~	5年 ~	6ヵ月~ (再掲)
総 数	1,500.9(100.0)	22.4	11.3	17.2	9.0	7.7	12.1	5.3	14.8	39.9
0~14歳	53.8(100.0)	59.9	10.1	10.6	4.4	3.5	4.8	2.2	4.3	14.8
15~34	154.9(100.0)	40.8	11.8	15.3	6.1	4.6	6.4	3.2	11.5	25.7
35~64	596.4(100.0)	21.2	11.9	16.3	7.7	5.5	8.9	4.9	23.5	42.8
65歳以上	694.4(100.0)	16.4	10.9	18.9	11.1	10.6	16.6	6.4	8.9	42.5
70歳以上(再掲)	569.5(100.0)	15.3	10.3	18.5	11.5	11.3	18.0	6.9	8.1	44.3

注: 総数には、入院期間・年齢不詳を含む。

V 人口の高齢化と病床数

わが国の人口の高齢化の進展が急速、かつ高水準に達することはここで改めて繰り返さないが、この激しい高齢化が病床数に著しい影響を及ぼすことはいうまでもない。図9は年齢階級別にみた入院受療率の年次比較である。高齢者ほど入院受療率が高くなることは当然としても、その程度は年次を追うごとに高くなり、とりわけ65歳以上の高齢者の急激な上昇が明らかである。平成2年には80歳以上の超高齢者層の急上昇が認められ、今後は一層の病床需要を見込まざるを得ない。

表10は、筆者が以前に、昭和59年の入院受療率がこのまま変わらないものと仮定して、西暦2025年までの年齢階級別予測人口に乗じて、施設収容

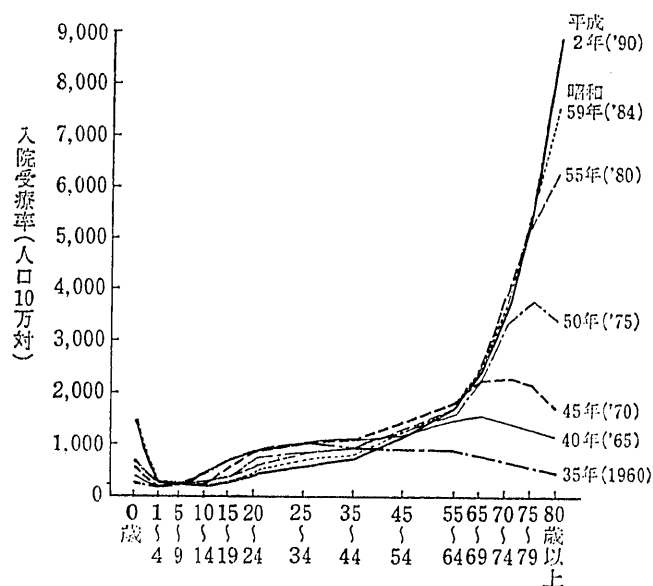
図 9 年齢階級別にみた入院受療率の年次比較¹⁾

表 10 現在の入院受療率を前提とした今後の施設収容型サービス需要の増加の単純推計

(単位: 千床)

年 次	1984年	1985年	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
総 数	1,343.8	1,376.0	1,528.2	1,696.8	1,867.2	2,033.7	2,178.9	2,299.7	2,391.9	2,458.2
	[増加指数]	[100]	[111]	[123]	[136]	[148]	[158]	[167]	[174]	[179]
年 齢										
0~14	69.8	68.5	62.1	62.3	66.6	70.0	68.3	63.7	60.5	61.4
	(5.2)	(5.0)	(4.1)	(3.7)	(3.6)	(3.4)	(3.1)	(2.8)	(2.5)	(2.5)
15~44	348.4	349.2	347.9	332.0	326.9	326.4	323.5	315.6	296.3	298.6
	(25.9)	(25.4)	(22.8)	(19.6)	(17.5)	(16.0)	(14.8)	(13.7)	(12.4)	(12.1)
45~64	403.6	412.4	459.5	503.8	518.1	520.6	507.1	473.8	482.1	494.1
	(30.0)	(30.0)	(30.1)	(29.7)	(27.7)	(25.6)	(23.3)	(20.6)	(20.2)	(20.1)
65~	521.2	546.2	658.7	798.7	955.6	116.7	280.0	1,446.6	1,553.0	1,604.1
	(38.8)	(39.7)	(43.1)	(47.1)	(51.2)	(54.9)	(58.7)	(62.9)	(64.9)	(65.3)
70~	419.1	440.0	529.6	637.5	776.7	933.3	1,077.7	1,208.7	1,353.2	1,431.4
(再掲)	(31.2)	(32.0)	(34.7)	(37.6)	(41.6)	(45.9)	(49.5)	(52.6)	(56.6)	(58.2)
	[増加指数]	[100]	[120]	[149]	[177]	[212]	[245]	[275]	[308]	[325]

注: () 内は構成比率。

表 11 要介護老人の見通し（概数）とその処遇（単位：万人）

	65歳以上 人口	要介護 老人数	老人保健 施設	福祉サービス等		長期入院 患者
				在宅	特養	
昭和61年	1,300	60		23	12	25
平成2年	1,400	約 70	約 5	約 24	約16	約 25
平成7年	1,700	約 80	約15~17	約29~31	約20	約18~20
平成12年	2,000	約100	約26~30	約33~37	約24	約10~14

型需要，すなわち病床需要を単純推計したものである⁴⁾。1985年を起点とした増加指数にみるように病床数の絶対増もかなりなものであるが，注目すべきは病床需要の年齢構造である。このままでゆけば，現在43%程度の65歳以上の入院患者の割合は，2000年には50%を超え，2025年には65%に達することになる。

このような予測は，収容型医療を一元的なものとして運用することの限界を示すものである。高齢者を中心とする長期にわたる療養を必要とする医療と，一般の短期急性型の医療とは，その考え方が基本的に異なる。後者が救命・延命の論理が最優先されるのに対して，前者は生活支援的部分が大きく QOL への配慮がきわめて重要となる。一般医療と長期療養を区分することは，当面のわが国の医療の基軸ともいえる方向である。

この流れは昭和50年代の末に特例老人病院が導入され，診療報酬上も老人病院制度として一定の定着をみた。また，在宅における対応の重要性が認識され，施設から在宅へ，また医療と福祉の連携・統合が説かれて，昭和63年，中間施設としての老人保健施設が導入されるに至った。同時に，福祉施設である特別養護老人ホームとの関係も念頭に置かれるところとなり，当面のわが国の長期療養機能を担う施設体系は，特例老人病院，老人保健施設，および特別養護老人ホームということになったのである。

この3者に在宅が加わって，例えば寝たきりなどの要介護の老人の処遇についての政策的な方向が示されるに至った。表11は，平成12年までに見込まれる寝たきり老人100万人の受け皿として，どのような施設体系を充てるかについての具体的な方針を示している。現在，病院に収容されている寝たきり等の老人は，老人保健施設28万床，特

別養護老人ホーム24万床をそれぞれ新設・拡充して，ほぼ半減の12万床とし，35万人程度を在宅で対応しようとするものである。在宅サービスについては，福祉側からゴールド・プラン等の施策が展開されつつあることは周知のとおりである。

このように，高齢化の流れのなかで病床は本来の一般医療と，生活支援的要素を含む長期療養とに区分されながら，それぞれ体系化されようとしている。老人保健施設や老人施設体系については本誌に別掲されるはずであるのでこれ以上触れないが，現段階で医療施設体系との関連において，今後より具体的な対応を迫られているものとして，療養型病床群があるが，これについては後述する。

VI 医療計画と必要病床数

医療資源の中核としての病床に制度的な規制を加える医療計画の導入は，自由開業制の下で発展してきたわが国の医療体制にとって期を画するものであった。昭和60年の医療法の改正により導入・実施された医療計画は，医療の普及・拡充についての計画的対応というよりは，医療の量的充足を達成した後の規制的・調整的性格が強い。

これが，いわゆる必要的記載事項と任意的記載事項とからなることは周知の通りであるが，病床数については必要的記載事項である必要病床数の算定によって規定されることはいうまでもない。わが国の人口当たりの病床数が地域によって差異があることはよく知られていたが，医療計画の理念からは平準化されることが求められる。本来であれば，国全体の性・年齢階級ごとの平均入院受療率によって，地域すなわち医療圏の必要病床数を規定すべきところを，地域格差を一定程度考慮して地方ブロックごとの入院受療率を用い，

周辺圏域との入院患者の流入・流出を調整し、病床利用率の全国値で除して必要病床数が算定されるところとなった。

医療計画の導入に当たって、いわゆる駆け込み現象が起って病床数に少なからぬ影響を与え、現在も看護婦等の不足や一部の病院の経営不安の一因となっている。また、病床過剰圏域においても高度医療やリハビリ等、特定の病床について加算することができる旨の規定があり、府県によって運用に差が認められるが、地域の病床数のあり方を考える場合の考慮すべき論点である。

5年後の計画見直しを前に、国は必要病床数の算定方法に改定を加え、地方ブロックの平均在院日数が全国値を上回る場合には、入院受療率を下げるように補正をして、これを「入院率」として必要病床数の算定に適用することとした。また、入院受療率・病床利用率も、直近の値が用いられることとなったが、とりわけ結核病床の利用率が大幅に引き上げられ、必要病床数としては少ない値となり、その分は一般病床へ振り向けられるところとなった。同時に、これまで老人保健施設のベッド数はその半数が必要病床数として算定されていたが、これを算定しないこととした。

必要病床数の算定の範囲は病院に限られ、有床診療所は含まれていない。また、特例老人病院の病床数はそのまま算定される。計画策定の当初、3次機能などの高度医療を担う病床を算定から除外しようとする試みもあったが、その区分が困難で実施されなかった事例もある。このように、実態として機能が分化している病床をすべて等価として算定することは、老人病床の多い地域で一般病床の確保が困難になるなど、いくつかの矛盾が明らかになりつつある。老人保健施設のベッドの算定の見直しも、そのための対応のひとつとみることができる。

本来、必要病床数は一般病床について適用されるのが理にかなっている。老人保健施設や特例老人病院もさることながら、今回の改正で導入された療養型病床群の病床数の医療計画における扱いについては、今後さらに論議される必要がある。また、特定機能病院の病床についても、高度の医

療とその開発・評価・研修等を担う位置づけから、一般病床と同等としてよいかどうかについて議論の余地があろう。さらに、有床診療所等については医療法上の新たな制度的位置づけが模索されており、その病床数の扱いも検討されなければならない。

医療計画は本来、地域における医療提供体制のシステム的な最適化を図るための手順・手続きを明確にして実施するところに意義があり、そのための基本前提として病床数を規定するものである。病床機能が医療施設体系に応じて区分されるとするならば、それぞれの病床数を医療計画において、どのような考え方で対処してゆくべきかが問われているといえよう。

VII 医療法の改正と施設機能の体系化

すでに法案が成立して施行されようとしている第2次医療法改正によって、特定機能病院と療養型病床群の2施設体系が加わり、新たな病院制度の枠組みが成立した。前者は大学病院本院と数施設のナショナルセンターが想定されており、わが国の一般病床125万のうち5%程度に限られるものとみられている。大学に付置された病院として歴史的にも特異な役割を担ってきた大学病院は、医学教育や学術研究等の固有の問題を抱えており、地域医療とは一線を画する余地も残している。制度的にも区分されて、今後はこれらの問題にも新たな展開が見込まれる。

一方療養型病床群は、特例として運用されてきた老人病院の役割を、より本来的に担うべきものとして位置づけられ、病室の面積の拡大や機能訓練室・食堂等の設置と、介護要員を含む人員の配置を義務づけている。ただし、従来の特例老人病院は当分の間存続するところとなったため、現段階の様相はやや複雑である。特例老人病院については、入院医療管理料等の診療報酬によって介護力強化型施設としての運用が、今回の医療法改正前まで強力に推し進められ、一定の流れが出来上がりつつあるだけに、申請に基づく新たな療養型病床群への対応の方向は、なお明確とはなってい

ないといってよいだろう。

今後、一般病床からの転換のための助成措置や、新しい療養環境が患者に選ばれること等により、療養型病床群が普及・拡大することが期待されることになる。法案の論議において言及された一般病床のおおむね4割、すなわち50万床を長期療養病床として想定することは、諸外国の事例からみてもひとつの考え方であるといえる。今後のわが国の社会保障財政や困難な人材確保の状況等を考慮すれば、在宅へのシフトをさらに強力に推し進め、一層の効率化を図ることによって病床数の今後の伸びを抑えることが必要であるとする考え方は、むしろ一般化しつつある。このような流れのなかで、療養型病床群を中心とした長期療養病床が、今後どのような動向をたどるかきわめて注目されるところである。

今期改正の付則、および付帯決議を受けた形で、引き続いて施設機能の体系化の論議が進められつつある。今回の特定機能病院と療養型病床群は、基本的な外枠が設定されただけであり、さらに重要な地域の医療体制を具体的に描くことが、差し迫った課題であるとするものである。すでに、有床診療所と小規模病院の現状に照らして、これを制度的に見直す方向が示されている。また、地域の基幹的・中核的な高次機能病院や、リハビリ・ホスピス等の固有の領域を担う専門施設の位置づけが論点として明確となってきた。

医療施設体系は、その円滑で合理的な運用のためにも、複雑にすぎないことが必要であり、基本的枠組みを適切な概念で構築することが先決である。その意味で、すでに繰り返し述べた、一般医療と長期療養の体系的区分はきわめて重要である。そして、時代に見合った地域のプライマリ・ケア体制の再整備も、緊急の重要課題であるといえる。医学の進歩と医療の再生産の牽引車たる特定機能病院は、医師養成制度や研究・開発体制の確立へ

向けてさらに踏み込んだ対応が求められている。次期医療法改正へ向けた上記のいくつかの論点は、これらの枠組みを前提により具体的な議論が深められなければならない。

おわりに

わが国の医療の現在の動向と今後の方向について、主として病床数に関連した事項の観点から述べてきた。病床の姿・形とその動きをみることにより、医療の基本的な潮流を俯瞰することができる。医療計画が、まず病床数をその計画の対象にしたゆえんである。

本稿で取り上げた病床数とその関連指標の分析は、医療の動向をみる上で大いに有用であるが、限界があることも事実である。一般医療と長期療養を区分すること、あるいは病床の有効活用を客観的・定量的に評価すること、さらには患者のニーズに応じて適切に医療を提供し資源を配分すること、これらを的確に実施するために、新たな対応が求められているといつてよい。複雑化し厳しさを増す環境下で医療を円滑に運営するには、より合理的な情報の把握と管理が、必要にして不可欠と思われるからである。

注

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課『日本の患者と医療施設——グラフでみる衛生統計——1992』、(財)厚生統計協会、平成4年10月。
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課「平成2年医療施設調査・病院報告の概況」『厚生指標』第39巻、第2号、1992。
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課「平成2年患者調査の概況」『厚生指標』第39巻、第2号、1992。
- 4) 大道 久「今後の医療需要構造と施設型サービス」『週刊社会保障』Vol. 41, No. 1440, pp. 14-19。

(おおみち・ひさし 日本大学医学部教授)

老人保健施設制度の展開と評価

小山秀夫

I はじめに

1988年（昭和63年）4月1日より老人保健施設制度が本格実施され、5年が経過しつつある。老人保健施設（以下、老健施設とする）は、寝たきり老人などの要介護老人に対して、医療サービスと日常サービスを併せて提供する中間施設として創設された。

老健施設は老人の生活自立を支援し、家庭的な雰囲気有し、地域や家族との結び付きを重視した運営が求められている。ここには「自立支援」「家庭復帰」「家庭的雰囲気」「地域・家族との結び付き」という4原則が明示されている。自立支援とはリハビリテーション施設を、家庭復帰とは通過施設を、家庭的雰囲気とは生活の質（QOL）の向上を、そして地域・家族との結び付きとは在宅支援施設を意味している。

老健施設については、制度の創設以前から各種の議論が行われ、本格実施以降も評価についての議論が行われている。

以下では、老健施設制度および老健施設のこれまでの展開とその評価について、若干の考察を行い、知見を披瀝してみたい。

本論の趣旨は、老健施設制度の意図が、第一義に老人施設体系の再編成にあり、サービスの量および質とともに財政的にも21世紀の長寿社会に対応することが要請されたことを主張することである。この要請に対して、必ずしも十分ではないが、相対的に老健施設が高く評価されることも併せて強調したい。

II 老健施設制度の展開

わが国の今後の老人施策全体を考える場合、老健施設は、きわめて重要な地位を占めざるをえない。実際に、老健施設は、増大するニーズや財政的負担に対する対応策として、また老人施設体系再編成の切り札として議論され、立案されたといってもよいであろう。

1985年（昭和60年）1月24日、首相の諮問機関である社会保障制度審議会は「老人福祉の在り方について」建議を行い、その中で「新しい介護施設として、老人病院と特別養護老人ホームを統合し、その長所を持ち寄ったいわば中間施設ともいえるべき介護施設の制度化を真剣に検討すべきである」と提言した。この提言に対して厚生省は、中間施設懇談会を設置し、同年8月2日に中間報告を公表した¹⁾。報告を受けた厚生省は、1986年（昭和61年）2月、老人保健法改正法案に老健施設として中間施設制度の創設を盛り込んだ。また、昭和61年度予算案に、老人保健施設モデル事業のための予算を計上し、その結果に基づき、62年度から本格的に実施する計画を立案した。

老健施設の厚生省原案は、次のとおりである。病状が安定期に入って入院治療をする必要はないが、リハビリや看護・介護を中心とした医療ケアを必要とする寝たきり老人を対象に、入所サービスや在宅サービスを行う施設として位置付け、施設、スタッフ、運営などの基準については、老人保健審議会の意見を聞いて定める。利用手続きは、病院の入院手続きと同様とするが、利用者は、食

費、理髪代、日用品費、教養娯楽のための経費などを負担する。このほかの施設療養費については、新たに制度を作り、必要な額を検討し、施設に支払う。療養費の負担割合は、医療給付と同等の負担割合（国2割、地方1割、保険者7割）とする。

政府は、2000年（昭和75年）までに、老健施設を26万から30万床程度段階的に整備するという考え方を示し、国会に提出したが、第105臨時国会での衆議院解散に伴い廃案となり、1986年（昭和61年）7月の衆参同時選挙後の国会に再提出された。

老人保健法の成立に当たって老健施設制度案は若干の修正を受けるとともに、以下の附帯決議がなされた。それは、「老人保健施設を全国的に速やかに整備するため、整備方針を早急に明らかにするとともに、その整備促進に必要な税制、補助金、融資等の助成措置を講ずること」「老人保健施設の施設、人員及び運営の諸基準については、寝たきり老人等にふさわしい医療サービス及び生活サービスが確保されるよう十分配慮すること」を明文化したものである。

1986年（昭和61年）12月の老人保健法改正法の成立により、老健施設制度が創設され、87年4月以降全国7ヵ所においてモデル事業が実施された。

制度の本格実施は、それまで山積されていた老人施設体系に関する問題の解決を意味せず、むしろ制度の開始により、体系化問題を一層顕在化させることになる。

問題は、大別して3点に要約することができる。第1は、老健施設の施設整備が必ずしも順調ではないという問題である。特に大都市への普及が、土地代、建築費、人件費等の高騰のため進まず、制度全体の発展に水をさすことである。第2は、家庭復帰といっても、入所者全員が可能なわけではなく、かえって入所の長期化が懸念された。第3に、老健施設利用者を老人医療の対象者に限定しているため、65歳以下の初老期痴呆老人に利用できないという問題である。

1989年（平成元年）12月の老人保健審議会の「老人保健制度の見直しに関する中間意見」の中

で、施設の在り方について老健施設部会で検討する旨の意見具申がなされ、これを受けた1年半の検討の結果、翌年7月に老人保健審議会から「老健施設の在り方について」意見具申がなされ、この問題が改めて検討され、結果として、①家庭復帰という性格を堅持する、②整備促進のため具体的条件整備を行う、③初老期痴呆者の老健施設への受け入れ、が主張された。これらの3点は、第3次老人保健法改正法の成立により現実のものとなる。

この間、1990年（平成2年）4月に老健施設療養費が約8%引き上げられるとともに、デイケアをはじめ在宅支援関連の療養費の大幅な引き上げが行われた。

1991年（平成3年）9月27日、老人保健法改正法が可決成立し、10月4日に公布された²⁾。老人保健法は、1986年（昭和61年）12月に改正法が成立し、同法附則第14条の見直し規定により、1990年（平成2年）度中に見直しが予定されていた。しかし、老人保健審議会の中間意見において、費用負担の在り方について意見がまとまらず、翌年に見送ることとされた。老人保健法改正の内容は、①老人訪問看護制度の創設（在宅老人が都道府県知事の指定する老人訪問看護事業を行う者から看護サービスを受けたときには、老人訪問看護療養費を支給する）、②国および地方公共団体の負担割合の拡大（介護に着目した公費負担拡充として、老健施設療養費、特例許可老人病院のうち政令で定める看護・介護体制の整った病院に係る入院医療費の公費負担割合を3割から5割に引き上げる）、③一部負担の見直し（外来1ヵ月800円を1,000円、入院1日400円を800円に引き上げる。低所得者は入院1日300円、2ヵ月を限度とする。1件当たり外来医療費、1日当たり入院医療費の変動率をもとに一部負担額を改定する仕組みを新たに法定化する）、④初老期痴呆にある者の老健施設の利用、⑤その他（看護方法・介護用具の研究開発、医療の質の評価方法の研究、医療費用額の算定の在り方の検討等）である。

この改正法は、国会の会期延長が行われなかったことから、5月8日に継続審議となったが、8

月に召集された第121国会では、新設の厚生委員会において法案の審議が進められ、一部負担金の額とスライド指標、公費負担割合を拡大する（対象の拡大、検討）等の一部修正を行ったうえで9月27日に成立した。

老人保健法の改正に伴い、1992年（平成4年）4月1日に老人保健施設療養費が改定された。その内容は、基本療養費を約12%、デイケアを約30

表1 老人病院、老人保健施設および特別養護老人ホームの制度比較

	老人病院	老人保健施設	特別養護老人ホーム
機能	治療機能	家庭復帰、療養機能	家庭と同じ機能
対象者	病状の急性期または慢性期の治療を必要とする老人	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリ、看護・介護を必要とする寝たきり老人等（平成4年1月から初老期痴呆患者も対象となる）	在宅での介護が困難なため生活の場を必要とする寝たきり老人
主たる要件	療養が必要な場合（治療が重点）	リハビリ、看護・介護等の施設療養が必要な場合（入院治療は要さない）	居宅での介護が困難で常時介護が必要な場合（入院治療は要さない）
費用の支払い	医療費 ・老人診療報酬による出来高払い（月額平均31万円程度：特例許可老人病院） ・生保対象者には医療扶助	療養費 ・老人保健施設療養費を支給（月額252,240円） ・生保対象者には医療扶助（月額252,240円）	措置費 ・生活費全般について措置費を支給
財源	保険者拠出金 7割（6/12） 国 2割（4/12） 県・市町村 1割（2/12） ※看護・介護体制の整った病院については、平成4年1月1日から（ ）内のとおり	保険者拠出金 6/12 国 4/12 市町村 2/12	国 2分の1 県または市 2分の1
利用者負担	一部負担（入院） ・月18,000円（平成4年度） ・月21,000円（平成5、6年度） ・平成7年度以降消費者物価を指標にスライド改定 ・生保対象者には医療扶助	利用料 ・施設ごとに設定（月6万円程度） ・生保対象者には一定額の生活扶助	費用徴収 ・本人の所得に応じ負担
利用手続き	病院と個人の契約	施設と個人の契約	福祉事務所長の入所措置
開設者	医療法人、国、地方自治体、社会福祉法人、公益法人、日本赤十字社、厚生連、社会保険関係団体、医師等	医療法人、社会福祉法人、地方自治体、その他厚生大臣が定める者	社会福祉法人、地方自治体
開設許可等	都道府県知事の許可	都道府県知事の許可	県…許可不要 市…知事への届出 法人…知事の許可
施設	病室（4.3㎡/1人） 診察室 手術室 処置室 臨床検査室 等 廊下幅 片廊下1.2m以上 中廊下1.6m以上	療養室（8㎡/1人） 診察室 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上	居室（8.25㎡/1人） 医務室 機能回復訓練室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上
スタッフ （100人当たり）	医師 3人 看護婦 17人 介護職員 13人 その他 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等	医師 1人（常勤） 看護婦 8人 介護職員 20人 PT または OT 1人 その他 相談指導員等	医師 1人（非常勤可） 看護婦 3人 介護職員 22人 その他 生活指導員、機能回復訓練指導員等

%引き上げるとともに、痴呆専門棟加算等を新設した。

なお、表1は、老健施設と老人病院、特養の制度比較を示したもので、表2は、老健施設療養費の額の改定の推移を示している。

Ⅲ 老人保健施設の実態

厚生省大臣官房統計情報部では、老人保健施設実態調査を行っている。この調査は、1989年（平成元年）に初めて行われ、90年に第2回が、93年に第3回が行われた。第3回調査を中心に老健施設の実態をみてみたい。

調査対象は、1991年（平成3年）10月1日現在における老人保健法に基づき開設の許可を受けているすべての老人保健施設で、同年10月1日現在における状況および9月中に施設を利用した者を対象としている。

まず、調査日現在、全国にある老人保健施設は522施設であり、前年より152施設増加している。入所定員は4万2,071人であり、前年より1万

2,616人増加している。開設者別では、医療法人が369と70.7%を占め、次いで社会福祉法人が101で19.3%であり、以下、国・地方公共団体が28(5.4%)、その他が18(3.4%)、公的・社会保険関係団体が6(1.1%)となっている（表3）。

次に、併設施設のあるところは368施設であり、70.5%となっている。併設施設の種類の、病院が298、特別養護老人ホームが49、一般診療所が41などである。

施設を入所定員規模別の順位でみると、「50～99人」58.0%、「100～149人」32.8%、「49人以下」6.5%、「150人以上」2.7%となっている。前年に比べてほぼ同率である。

中間施設としての機能では、短期入所ケアをもつ施設は463(88.7%)、デイケア定員のある施設は4,968(95.0%)で、1施設当たり定員数は13.01である。さらに痴呆性老人加算承認施設は107であり、20.5%となっている。

療養室を定員別にみると、「4人室」が60.0%と最も多く、「2人室」は21.3%、「個室」は14.7%となっている。

表2 老人保健施設療養費の額の改定の推移

	1988年4月以降	1990年4月以降	1992年4月以降
1. 入所者基本施設療養費 (1ヵ月につき)	210,000円	226,770円	252,240円
2. 痴呆性老人加算 (1ヵ月につき)	15,000円	16,500円	19,500円
3. 痴呆専門棟加算 (1ヵ月につき)			29,100円
4. 短期入所ケア加算 (1日につき)	1,000円	1,100円	1,220円
5. 外泊時施設療養費 (1日につき)		3,700円	4,200円
6. 退所時施設療養費			
イ. 退所時情報提供	4,600円	4,600円	4,700円
ロ. 退所時指導	3,200円	3,200円	3,500円
ハ. 退所前訪問指導		3,000円	3,600円
ニ. 退所時老人訪問看護指示			2,500円
ホ. 退所時在宅療養情報提供			2,000円
7. 緊急時治療管理 (1日につき)	3,000円	3,030円	3,460円
8. 老人保健施設デイケア 施設療養費 (1日につき)	3,200円	5,200円	6,700円
9. 特別老人保健施設デイ・ケア 施設療養費 (1日につき)		6,900円	8,900円

表 3 開設者別にみた施設数および入所定員数

(各年10月1日現在)

	施設数			構成割合(%)		入所定員数			構成割合(%)	
	平成 3年	平成 2年	増加率 (%)	平成 3年	平成 2年	平成 3年	平成 2年	増加率 (%)	平成 3年	平成 2年
総数	522	370	41.1	100.0	100.0	42,071	29,455	42.8	100.0	100.0
国・地方公共団体	28	23	21.7	5.4	6.2	1,696	1,430	18.6	4.0	4.9
医療法人	369	253	45.8	70.7	68.4	29,706	20,192	47.1	70.6	68.6
社会福祉法人	101	77	31.2	19.3	20.8	8,898	6,646	33.9	21.1	22.6
公的・社会保険関係団体	6	4	50.0	1.1	1.1	336	226	48.7	0.8	0.8
その他の	18	13	38.5	3.4	3.5	1,435	961	49.3	3.4	3.3

次に利用者の状況をみると、9月中の利用者は、4万7,261人であり、このうち入所者は4万274人で、利用者数の85.2%を占めている。通所者数は6,987人である。

利用者の平均年齢は80.8歳、うち入所者81.1歳、通所者78.6歳となっている。入所者の年齢階級別は、80～89歳が50.6%、70～79歳が36.0%、90歳以上が9.8%、69歳以下が3.5%と80歳以上が多い(表4)。男女別では、男28.4%、女71.6%の割合である。

主な入所判定理由をみると、「病弱で寝たきりに準ずる状態にある老人」が63.9%と最も多く、次いで「痴呆性老人」24.0%、「病弱な寝たきり老人」が11.7%となっている(表5)。入所前の場所は、医療機関が51.5%、家庭が44.3%となっている。

入所前の主傷病では、循環系の疾患が51.3%と最も高く、精神障害が20.6%と次いでいる。循環系の疾患では、脳血管疾患が41.6%を占めている。また、痴呆のある者が65.9%となっている。日常

生活動作で介助を必要とする者の状況では、入所者の場合で「入浴」が92.2%と最も多く、次いで「着脱衣」76.4%、「排泄」56.5%、「歩行」56.0%となっている。通所者でも「入浴」が82.1%、「着脱衣」65.0%と多い割合を示している。

入所者のうち月末在所者数は3万6,072人、退所者数は4,202人、退所者の割合は11.6%となっている。また、在所者・退所者の家庭状況は「子のいる世帯」が在所者68.7%、退所者72.6%、通所者69.1%と三者に若干の相違がみられる。

次に在所者の平均入所期間は「3ヵ月未満」が一番多く31.5%、「3～6ヵ月未満」22.3%、「6ヵ月～1年」が20.7%の順になっており、6ヵ月未満が53.8%を占めている(表6)。一方、退所者の平均在所日数は140日であるが、退所者の56.1%が90日以内で退所しているという結果である(表7)。

退院先については、退所者の56.6%が家庭に復帰しており、医療機関が32.7%と続いており、社会福祉施設は8.3%と少ない(図1)。

表 4 性・年齢階級別にみた利用者数

	利用者数(人)					構成割合(%)				
	総数	入所者			通所者	総数	入所者			通所者
		総数	在所者	退所者			総数	在所者	退所者	
総数	47,261 (100.0)	40,274 (85.2)	36,072 (76.3)	4,202 (8.9)	6,987 (14.8)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
男	13,583	11,451	10,072	1,379	2,132	28.7	28.4	27.9	32.8	30.5
女	33,678	28,823	26,000	2,823	4,855	71.3	71.6	72.1	67.2	69.5
69歳以下	1,711	1,398	1,254	144	313	3.6	3.5	3.5	3.4	4.5
70～79	18,183	14,500	12,988	1,512	3,683	38.5	36.0	36.0	36.0	52.7
80～89	23,050	20,366	18,240	2,126	2,684	48.8	50.6	50.6	50.6	38.4
90歳以上	4,244	3,944	3,536	408	300	9.0	9.8	9.8	9.7	4.3
不詳	73	66	54	12	7	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1

表 5 主な入所判定理由・入所前の場所別にみた入所者数 (平成3年9月)

	入 所 者 数 (人)					構 成 割 合 (%)				
	総 数	家 庭	社会福祉施設	医療機関	その他	総 数	家 庭	社会福祉施設	医療機関	その他
総 数	40,274 (100.0)	17,845 (44.3)	1,130 (2.8)	20,727 (51.5)	572 (1.4)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
病弱な寝たきり老人	4,720	1,402	143	3,119	56	11.7	7.9	12.7	15.0	9.8
病弱で寝たきりに準ずる状態にある老人	25,741	11,222	676	13,468	375	63.9	62.9	59.8	65.0	65.6
屋内歩行が困難	10,462	4,003	291	6,027	141	26.0	22.4	25.8	29.1	24.7
屋内歩行が可能	15,279	7,219	385	7,441	234	37.9	40.5	34.1	35.9	40.9
痴呆性老人	9,670	5,154	307	4,071	138	24.0	28.9	27.2	19.6	24.1
中等度のぼけ	5,069	2,734	152	2,119	64	12.6	15.3	13.5	10.2	11.2
高度のぼけ	3,311	1,777	100	1,391	43	8.2	10.0	8.8	6.7	7.5
非常に高度のぼけ	1,238	616	52	540	30	3.1	3.5	4.6	2.6	5.2
程度不詳	52	27	3	21	1	0.1	0.2	0.3	0.1	0.2
不 詳	143	67	4	69	3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5

注: () 内の数値は、入所前の場所の構成割合である。

表 6 入所期間別にみた在所要者数

(各年9月)

	在所要者数(人)		構成割合(%)	
	平成3年	平成2年	平成3年	平成2年
総 数	36,072	24,216	100.0	100.0
3ヵ月未満	11,356	8,836	31.5	36.5
3～6ヵ月	8,057	6,136	22.3	25.3
6ヵ月～1年	7,460	4,939	20.7	20.4
1年～1年半	4,953	3,258	13.7	13.5
1年半～2年	2,142	926	5.9	3.8
2年以上	2,104	121	5.8	0.5

表 7 在所期間別にみた退所要者数

(各年9月)

	退所要者数(人)		構成割合(%)	
	平成3年	平成2年	平成3年	平成2年
総 数	4,202	2,702	100.0	100.0
1～7日	564	363	13.4	13.4
8～14	573	390	13.6	14.4
15～30	401	307	9.5	11.4
31～90	822	595	19.6	22.0
91～180	767	495	18.3	18.3
181日以上	1,075	552	25.6	20.4

入退所経路では「家庭から家庭へ」が74.9%ではあるが、「医療機関から医療機関へ」の割合も53.9%と多く、前年よりも高まっている。

以上が「老人保健施設実態調査」の概要であるが、改めて「自立支援」「家庭復帰」という原則が、安易でないことを物語っているように思う。

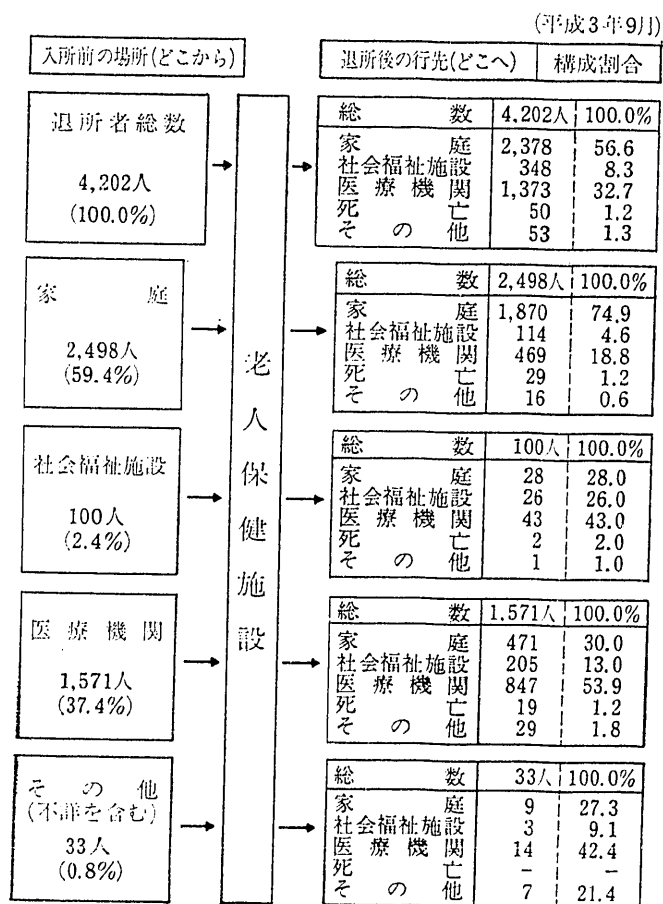


図 1 退所要者の入退所の経路

IV 老健施設の経営状況

老健施設制度の評価にあたって、施設の経営状況を把握することも必要である。既存資料で全国

の実態を示すものとしては、1991年（平成3年）4月1日に実施された「平成2年老人保健施設経営等実態調査」が直近のものである。

この調査は、1991年3月末現在で6ヵ月以上開設されている373施設の経営成績を調査している。

1施設当たり（定員数平均80.3人、入所者数平均72.9人）の事業収益は2億1,764万円であり、施設事業収支差額（事業収益）は、1,529万円であった。つまり、施設事業収益を100%として、7.0%の施設事業利益が生じるという結果となった。

しかし、この金額から施設事業外費用（大部分は支払利息等）を差し引き、施設事業外収益（この調査では寄付金等や売店等の収入）および特別損益を加えた総収支差額（税引き前利益）は496万円の赤字で、施設事業利益対比でマイナス2.3%ということになる。

これらの数値や比率をみて、経営状態が良いか

悪いかを単純に評価することはできないが、施設事業収支差額では若干のプラスであるが、新設施設であるため借入金が多く支払利息が多いことが主な要因で、総収支差額がマイナスなことは確かである。

事業収益に対する事業費用の比率をみると、給与費45.6%、医薬品費2.8%、経費15.4%、減価償却費13.3%、その他15.9%となっている。この比率を同規模の病院と比較すると、医薬品費率が低く、減価償却費とその他の比率が高率である。減価償却費が高いのは、新設施設であり、建物設備の償却額が多く医療および介護機器の償却が高いと理解するべきであろう。「その他」が高率なことについては詳細な分析が必要だが、消耗品の準備や研修費用をはじめ各種の創業費的性格の費用が多いことが予想される（表8）。

次に、各施設種別の収支状況についてみてみた

表8 1施設当たり収支額、開設者・収支科目別

（単位：千円、%）

	総 数		医療法人		社会福祉法人		地方公共団体		公的機関		その他	
		%		%		%		%		%		%
1. 施設事業収益	217,649	100.0	216,773	100.0	247,374	100.0	155,505	100.0	160,100	100.0	188,647	100.0
施設療養費	175,075	80.4	173,556	80.1	201,251	81.4	125,530	80.7	130,064	81.2	153,035	81.1
入所者	171,415	78.8	169,945	78.4	197,300	79.8	122,968	79.1	126,847	79.2	148,151	78.5
（基本施設療養費）	169,703	78.0	168,180	77.6	195,723	79.1	121,956	78.4	124,173	77.6	145,793	77.3
通所者	3,660	1.6	3,611	1.7	3,951	1.6	2,562	1.6	3,217	2.0	4,883	2.6
利用料	40,337	18.5	40,408	18.6	45,362	18.3	27,625	17.8	29,652	18.5	35,350	18.8
その他	2,237	1.1	2,809	1.3	761	0.3	2,350	1.5	384	0.2	262	0.1
2. 施設事業費用	202,358	93.0	204,839	94.5	207,658	83.9	157,179	101.1	168,473	105.2	211,910	112.3
給与費	99,286	45.6	96,835	44.7	108,782	44.0	95,993	61.7	92,959	58.1	98,920	52.4
医薬品費	5,989	2.8	5,677	2.6	6,713	2.7	6,871	4.4	6,021	3.8	6,241	3.3
経 費	33,480	15.4	35,957	16.6	30,148	12.2	17,701	11.4	14,157	8.8	38,144	20.2
減価償却費	28,918	13.3	33,619	15.5	18,984	7.7	8,741	5.6	29,881	18.7	30,807	16.3
その他	34,685	15.9	32,741	15.1	43,031	17.4	27,873	17.9	25,455	15.9	37,798	20.0
3. 施設事業収支差額 （1-2）	15,291	7.0	11,933	5.5	39,716	16.1	-1,674	-1.1	-8,373	-5.2	-23,263	-12.3
4. 施設事業外収益	7,647	3.5	4,773	2.2	9,659	3.9	26,308	16.9	1,864	1.2	19,928	10.6
5. 施設事業外費用 うち支払利息	28,830	13.2	28,098	13.0	35,380	14.3	20,154	13.0	16,496	10.3	23,910	12.7
	25,777	11.8	27,346	12.6	23,967	9.7	18,685	12.0	16,496	10.3	21,441	11.4
6. 経常利益 （3+4-5）	-5,892	-2.7	-11,392	-5.3	13,995	5.6	4,480	2.9	-23,005	-14.4	-27,245	-14.4
7. 特別損益	930	0.4	697	0.3	2,108	0.9	—	—	—	—	503	0.3
8. 総収支差額 （6+7）	-4,961	-2.3	-10,694	-4.9	16,102	6.5	4,480	2.9	-23,005	-14.4	-26,743	-14.2
施設数	373		255		77		23		4		14	

注：「公的機関」は日本赤十字社等である。「その他」は財団法人等である。

い。第1に開設者別収支では、①社会福祉法人は人件費、減価償却費ともに率が低く、事業収支がプラスとなっている、②医療法人は人件費が低く、減価償却費が高いことにより事業収支はプラスとなっている、③地方公共団体は人件費が高く、減価償却費が低く、事業収支はマイナスとなる、④公的機関は人件費、減価償却費ともに高く、事業収支がマイナスとなっている。

施設事業収支差額だけをみれば、①の社会福祉法人が最も高く、②③④の順で低い。

第2に、事業外収支を入れた経常利益では、医療法人と公的機関がマイナス、社会福祉法人がプラスとなり、地方公共団体もプラスになるが、これは自治体の一般会計からの繰り入れによるプラスである。このような結果から、人件費、減価償却費、支払利息、他会計の繰り入れが経常利益に大きく作用していることがわかる。

第3に、設置形態別収支状況をみると、事業収

支はすべての形態でプラスだが、特養併設の減価償却費が他の形態に比べて半分以下であるということは、減価償却を行っていない施設があるか、それとも特養併設で共有部分が多く建築面積が狭いか、建築費の低い地域に特養併設が多いか、を意味すると考えられる。社会福祉事業法上の第2種事業として老健施設を運営している場合とそれ以外の区分をはじめ、特養併設の経営内容を詳細に分析することが必要である。なお、経常利益では、特養併設のみがプラスとなっているという結果を示している(表9)。

第4に、定員区分別収支でみると、事業収支では、定員人数が多くなるに従い収支率がよくなり、すべてプラスを示している。しかし、経常利益では、49人以下のみがプラスであり、次によいのが100~149人のマイナス1.1%となっている。150人以上の施設では、支払利息が重くマイナス3.1%である。なお、総収支差額ではすべてマイナスで

表9 1施設当たり収支額、設置形態・収支科目別

(単位:千円,%)

	総 数		独 立 型		医療機関併設型		特養併設型	
1. 施設事業収益	217,649	100.0	254,227	100.0	197,679	100.0	242,122	100.0
施設療養費	175,075	80.4	206,098	81.1	158,156	80.0	195,711	80.8
入所者	171,415	78.8	201,507	79.3	154,880	78.3	192,284	79.4
(基本施設療養費)	169,703	78.0	199,523	78.5	153,214	77.5	191,101	78.9
通所者	3,660	1.6	4,591	1.8	3,276	1.7	3,427	1.4
利用料	40,337	18.5	45,321	17.8	37,287	18.9	45,938	19.0
その他	2,237	1.1	2,808	1.1	2,236	1.1	473	0.2
2. 施設事業費用	202,358	93.0	235,572	92.7	187,977	95.1	198,761	82.1
給与費	99,286	45.6	114,197	44.9	92,106	46.6	102,646	42.4
医薬品費	5,989	2.8	5,727	2.3	5,982	3.0	6,849	2.8
経 費	33,480	15.4	41,033	16.1	30,662	15.5	29,552	12.2
減価償却費	28,918	13.3	34,814	13.7	28,355	14.3	14,591	6.0
その他	34,685	15.9	39,801	15.7	30,872	15.6	45,123	18.6
3. 施設事業収支差額 (1-2)	15,291	7.0	18,655	7.3	9,702	4.9	43,361	17.9
4. 施設事業外収益	7,647	3.5	11,956	4.7	6,308	3.2	3,562	1.5
5. 施設事業外費用 うち支払利息	28,830 25,777	13.2 11.8	32,507 28,860	12.8 11.4	26,421 25,034	13.4 12.7	34,051 21,363	14.1 8.8
6. 経常利益 (3+4-5)	-5,892	-2.7	-1,896	-0.7	-10,411	-5.3	12,872	5.3
7. 特別損益	930	0.4	1,167	0.5	533	0.3	2,934	1.2
8. 総収支差額 (6+7)	-4,961	-2.3	-729	-0.3	-9,878	-5.0	15,806	6.5
施設数	373		105		234		34	

表 10 1施設当たり収支額, 定員区分・収支科目別

(単位: 千円, %)

	総 数		～49人		50～99人		100～149人		150人～	
1. 施設事業収益	217,649	100.0	96,825	100.0	184,173	100.0	274,293	100.0	497,928	100.0
施設療養費	175,075	80.4	74,197	76.6	147,440	80.1	222,232	81.0	404,165	81.2
入所者	171,415	78.8	71,897	74.3	143,942	78.2	217,794	79.4	403,675	81.1
(基本施設療養費)	169,703	78.0	71,404	73.7	142,420	77.3	215,596	78.6	401,208	80.6
通所者	3,660	1.7	2,300	2.4	3,498	1.9	4,439	1.6	491	0.1
利用料	40,337	18.5	16,311	16.8	33,690	18.3	51,767	18.9	93,763	18.8
その他	2,237	1.0	6,317	6.5	3,043	1.7	294	0.1	—	—
2. 施設事業費用	202,358	93.0	91,780	94.8	174,695	94.8	250,515	91.3	442,616	88.9
給与費	99,286	45.6	52,440	54.2	86,410	46.9	120,432	43.9	216,119	43.4
医薬品費	5,989	2.8	3,650	3.8	5,788	3.1	6,402	2.3	10,642	2.1
経 費	33,480	15.4	11,598	12.0	28,349	15.4	42,968	15.7	74,302	14.9
減価償却費	28,918	13.3	9,483	9.8	25,091	13.6	36,627	13.4	58,803	11.8
その他	34,685	15.9	14,609	15.1	29,057	15.8	44,086	16.1	82,750	16.6
3. 施設事業収支差額 (1-2)	15,291	7.0	5,045	5.2	9,478	5.1	23,779	8.7	55,312	11.1
4. 施設事業外収益	7,647	3.5	4,703	4.9	7,776	4.2	8,132	3.0	5,838	1.2
5. 施設事業外費用	28,830	13.2	9,212	9.5	25,208	13.7	34,817	12.7	76,660	15.4
うち支払利息	25,777	11.8	8,909	9.2	22,479	12.2	30,530	11.1	75,810	15.2
6. 経常利益 (3+4-5)	-5,892	-2.7	536	0.6	-7,954	-4.3	-2,907	-1.1	-15,510	-3.1
7. 特別損益	930	0.4	-1,216	-1.3	258	0.1	2,532	0.9	4	0.0
8. 総収支差額 (6+7)	-4,961	-2.3	-680	-0.7	-7,696	-4.2	-375	-0.1	-15,506	-3.1
施設数	373		24		212		127		10	

100～149人がマイナス0.1%で最もよい(表10)。

以上のデータを総合してみると、社会福祉法人の特養併設型で100～149床の総収支差額が最もよい数値を示すことになる。

施設種別の収支状況について、公表された調査結果からわかることはあまりにも限られている。少なくとも、開設年次別の数値や建物の資産総額の資料の提供がなければ、経営状況の分析は困難な作業である。また、建物の資産総額ということになれば、地域別の建築単価が2倍以上差がある現状において、地域別の数値も必要である。

公表データに制約があっても、調査により、ある程度老健施設の経営状況が明らかになったことは喜ぶべきことである。新設施設が多く、減価償却費やその他費用および支払利息が多いといっても、老健施設全体を1つの経営体としてみれば、決して楽な経営内容ではない。なぜならば、開設後の経過年数が長くなればなるほど、人件費の増

加が予想されるからである。ちなみに、常勤職員の1人当たり平均給与月額(諸手当含む)は、医師84万9,000円、看護職員20万2,000円、介護職員14万8,000円にすぎない。勤務年数が短く、年齢が比較的若く、地価の高い大都市部の老健施設が相対的に少ないとはいえ、職員の給与を早急に改善する必要がある。

特に、最も人数の多い介護職員の場合、特別養護老人ホームの寮母やホームヘルパーの給与水準に近づけるべきであると考えられる。また、その他の職種についても、おしなべて給与水準が低いように思われる。1992年(平成4年)4月の改定で、老健施設の療養費は大幅に引き上げられた。この引き上げられた療養費をもって、職員の給与水準の改善が必要のように思う。

老健施設は、21世紀の高齢化社会になくなくてはならない施設である。そしてこの制度は関係者の英知と努力によって成立し、老健施設職員によって

築かれ、国民によって育てられているのである。それゆえ、老健施設を円滑に運営し、社会的使命をまっとうするためにも、職員の資質の向上によりサービスを改善しなければならない。

人件費問題以外、老健施設の経営に問題が存在しないわけではない。たとえば、用地問題や地域格差問題は、決して小さな問題ではない。このままでは、大都市などの地価や人件費の高い地域での老健施設の普及に不都合が生じる。幸い、大都市圏の自治体で独自の施設補助金制度や融資制度が確立しつつあり、用地問題への対応も真剣に検討されるようになった。

これは、ゴールドプランの策定や老人保健福祉計画の努力の成果であるとともに、老健施設の必要性ないし重要性が地方自治体に理解されていることの証左である。

V 老健施設制度の意図

老健施設制度については、制度の創設前後に各方面よりさまざまな議論がなされた。制度創設のための国会審議では、「施設は特養なみ、医療は限りなく老人病院に近く」という発言や「施設療養費については20万円、利用料については、5万円程度」で「本格的高齢化に対応可能な新しい施設を創設する」という説明がなされた。

実態として、入院医療が必ずしも必要でないにもかかわらず、自宅に退院することも困難で、特養にも入所することができないでいる老人は少なくない。1963年（昭和38年）の老人福祉法により制度化された特養は、病院でも養護老人ホームでも対応できない老人で、在宅で生活することが著しく困難な場合の施設として誕生した。しかし、急激な高齢化と施設ケアへの社会的要請から、特養のみによる対応に限界が生じたことも確かである。1973年（昭和48年）に全国実施された老人医療費の無料化は、結果として老人入院患者数を増大させた。これ以降、主に老人を入院させることも目的とした病院の病床数が急増していった。

問題は、深刻な財政危機下における、老人入院患者の増加に伴う老人医療費の増加であり、「社

会的入院」といわれる長期慢性要介護老人の病院への集中であった。もちろん、在宅福祉サービスや地域における保健医療サービスの展開が不十分であったことにも起因するこのような状況は、なんらかの制度改革を余儀ないものとした。1983年（昭和58年）から実施された老人保健法は、老人の特性に見合った、予防、治療、リハビリを総合的に実施し、その費用について公平に負担することを目的とした。しかし、地域の保健サービスや短期的な財政対策を行っても、老人の量的ニーズと質的ニーズは、確実に拡大し、再度制度的変化を行うことを要請した。

その1つの結果が、老健施設にほかならない。そのため、老健施設は、これまでの医療制度や福祉制度への率直な反省から、量的ニーズにも、質的ニーズにも、そして財政的要請にも対応可能な制度として立案された。その結果、老人病院にも特養にも類似した第三の施設という基本的性格を具備することになったといえよう³⁾。

それゆえ、老健施設の性格としては、入所定員を増加可能な施設とし、サービスの質については可能な限り向上させ、今後の国および地方の財政負担を相対的に軽減させることにおいては、一定の実績があるが、財政負担がネックになって特養のみが要介護老人に対応することが難しい。病院は定員増加が比較的容易であるものと考えられるが、1985年（昭和60年）の医療法改正により、病床数の適正化が進んでいった。また病院は、あくまでも入院医療の必要な人のための施設で、入院が必ずしも必要のない老人に対するサービスに不満があり、社会的入院を肯定すれば老人医療費の増大が懸念された。さらに、特養も病院も在宅支援施設としては多くの問題を抱えているのが状況であった。

こうなると、まったく新しい制度を創設し、量を確保し、質を向上し、財政負担を少しでも軽減させざるをえない。しかし、特養のサービスに、一定の医療サービスを追加し、費用の総額を病院より低く、特養に対する公費負担も軽減させるということになれば、利用者負担を大幅に導入するとともに、サービスの質を低下させないような経

営の合理化が必要とならざるをえない。そして、利用者に対しては、利用のしやすさと、サービスの質を保証しなければならない。

つまり、老健施設は、これまでの各制度の問題を一挙に解決する切り札的な性格が求められているともいえる。なぜならば、制度の仕組み自体に、如実に意図が読み取れるからである。それは、第1に利用料設定の意図である。利用料は、食費、おむつ代、理美容代、その他日常生活に要する費用と特別な療養室の提供に必要な費用である。病院の一部負担の増加や特養の費用徴収を強化することは、国民から反対を受けることになる。しかし、新しい制度で、あらかじめ利用料の仕組みを設定すれば、この反対を受けずにすむことになる。実際に、利用料は、リーズナブルな料金であれば、施設が自由に設定できることになっている。ただし、負担が大きいことを理由に、施設自体が普及しないのであれば、問題視せざるをえない。そこで、仕組みとしては、自由設定の利用料に、5万円程度(現行では、各都道府県で共通的费用額の適切な設定となっている)という行政指導を組み込むことにより、この問題をクリアしようとしたのである。このことは、一部負担の増加ごとに、法改正を必要とし、そのたびに政治問題化することを、将来的にも避けようとしたといってもよい。

第2に、施設療養費については、医療保険で7割、残りを公費(現行制度では5割ずつ)で負担することにより、施設療養費は全部公的費用で賄うことにしたことである。医療保険や措置費制度では、あらかじめ必要な費用の総額を算定し、そこから一部負担や費用徴収とする考え方になるが、利用料以外を施設療養費としたことは、あらかじめカバーする部分と利用料とを区分したことになる。このことは、なんらかの財政的理由で療養費の改定幅が狭かったとしても、利用料を弾力化して、施設経営の安定化に寄与できる方策とも考えられる。

第3に、療養費と利用料の2本立てで、療養費の範囲にあるサービスを利用者の都合により拡大した場合にも、その拡大分を利用料として受けとれることを可能にした。たとえば、6時間を標準

とするデイケアを、利用者の都合により延長した場合、延長分を利用料として徴収できるという、現行システムを可能にしたのである。

第4に、利用料については、利用者負担で、その料金設定がリーズナブルな自由料金という建前にもかかわらず、利用料に含まれるサービスについても、指導、監督できる仕組みを確保したことである。つまり、費用を負担しない部分にも、口を出せるシステムとなっているのである。老健施設サイドに大幅なフリーハンドを与え、柔軟な施設経営を可能にし、活力ある運営を期待する一方で、利用料という、いわば施設と利用者との私的契約関係に老人ケアの質の確保・向上のため行政が介入するという仕組みを意図したことになる。

第5に、老健施設の整備については、額はともかくとして補助金の仕組みを定着させたことである。地方公共団体が病院等整備を行う場合や特養のような第1種社会福祉施設に対しては、公的補助制度が以前からあったが、医療法人に対する国の補助金は、それまで皆無に等しい状況であった。そこで、地方公共団体の老健施設に対しては、従来からの「保健衛生施設等施設整備費」を適用し、医療法人等については「特別保健福祉事業費」を新設し、両者で、老健施設への補助金システムを創設したのである。

以上の5点のみ考えてみても、老健施設制度が、病院や特養の問題点を一挙に解決し、老人施設体系の再編成を意図しようとしたことは、明白であろう。

この主張を補強することは、このほかにも可能である。たとえば、相談指導員、理学療法士または作業療法士の必要、職業付添の禁止、協力病院および協力歯科医療機関の決定、週2回以上の入浴、5時以降の夕食、医師、看護婦、相談指導員などの協議による3ヵ月ごとの入退所判定などがある⁴⁾。これらのすべてを既存の病院と特養に定着させることは、かなり努力を必要とすることになる。そこで、新しい老健施設制度を立案して、老健施設を牽引車として老人施設を体系化するという意図が形成されたのである⁵⁾。

表 11 設置主体・設置形態別の開設状況

設置主体	カ所数	定員(床)	設置形態	カ所数	定員(床)
医療法人	477	39,115	独立	205	18,837
社会福祉法人	116	10,450	病院併設	364	27,760
済生会	9	660	診療所併設	47	3,764
日本赤十字社	1	22	特養併設	45	4,121
厚生連	5	314	病院・特養併設	4	297
社団法人	7	595	診療所・特養併設	3	218
財団法人	15	1,294			
市町村	27	1,709			
一部事務組合	9	592			
その他	2	246			
合計	668	54,997	合計	668	54,997

注：1992年10月31日現在。

資料：厚生省老人保健福祉局老人保健課。

VI 制度の評価とサービス評価

老健施設制度の評価については、大別して制度の評価とサービスの評価が可能であるが、それ以前の問題として、5年間という短期間に、施設数が順調に増加したことを評価するべきである。1992年（平成4年）10月31日現在、表11にあるように老健施設は668カ所、5万4,997床が整備されている。仮に制度やサービスに不備があれば、このような順調な整備は、困難であったであろう。少なくとも老健施設関係者の努力と熱意は、高く評価されるべきである。

老健施設の定性的評価を行うことは、多数の施設を訪問することによって可能である。しかし、定量的評価を行うとすると、既存資料に制限がある。老健施設の総合的評価を目的とした研究としては「平成2年度老人保健健康増進等事業」の一環として行われた「老人保健施設が要介護老人の地域ケアに及ぼす影響に関する研究」（主任研究者＝北川定謙国立医療・病院管理研究所所長）がある。この研究の目的は、老人保健施設の所期の目的である「要介護老人の自立と家庭復帰」がどの程度推進されたか、また、老人保健施設の設置によって、地域の医療施設、福祉施設そして家庭との間の患者の流れがどのように変化したかを検証するものである。

研究は、5種類の調査からなっている。

第1に、1990年末まで開設されていた全国の393施設を対象として、調査を行った結果、329施設から回答が得られ、老健施設の食事、入浴、排泄等のサービス水準は比較的高いことが明らかになったが、利用者の社会復帰という面では、若干の問題が存在することが判明した。

第2に、4地域（福島、千葉、広島、福岡）の65歳以上住民2万2,542人を対象とし、老健施設程度認知度、関心度および利用希望についてアンケート調査を行った結果、1万7,021人より回答があり、認知度、関心度が高く回答者の約9割が、今後利用してもよいという回答があり、おおむね好意的な印象がもたれていることが明らかになった。

第3に、同地域の医師957人を対象として、地域の医療機関が老健施設に対して、どのような認識や関心をもち、どのように関連しているかなどについてアンケート調査を行った結果、686人から回答を得、認識や関心が高く、実際に老健施設を訪問したことがある医師も23.2%いた。また、日常診療中の患者の中で「老健施設利用対象者と思われる人がいる」と答えた医師は44.6%で、その対象者数は平均8.1人であった。

第4に、施設利用状況について、4地域6施設に限定しその施設開設以来全利用者1,451人を対象に心身状態や介護者状況等について経時的変化を詳細に調査した結果、1,451人の延べ利用回数は2,454回で、利用者の3分の2人は入所サービ

スのみの利用であるものの、老健施設の複数回利用者が23.1%を示した。また、入所1回のみの割合は利用期間が長くなるほど少なくなり、複数回入所の割合が増える。このほか長期にわたると増えるのは入所とショートステイの組み合わせであることも判明した。つまり、完全な社会復帰は無理でも、在宅と入所を繰り返すことが少なくないことが統計的に明らかになった。

第5に、老健施設の開設によって、地域の寝たきり老人数および老人医療費等が変化したかを調べるため、広島県御調町において、老健施設の開設前後の各種統計資料を集計したが、統計的有意差を明確にすることはできなかった。

以上が、結果を総合して、老健施設制度およびサービスについて、高い評価が与えられると結論された。ただし、制度実施からの期間も短いなどから、第5の点については、十分な分析が行えなかったが、調査当時としては、かなり広範かつ多数のデータを処理したという点では、研究自体は一定の水準を満たしていると考えられる。

老健施設のサービス評価については、病院や特養との相対的評価を行うことは可能であるが、サービスそれ自体の評価を行うためには、あらかじめサービスを評価する指標が必要である⁶⁾。このことについては、現在、「特別養護老人ホーム・老人保健施設の処遇基準に関する検討委員会」(委員長=日野原重明聖路加看護大学長)が特養、老健施設の「サービス評価」の基準作成を進めているので、その作業をまたなければならない。

制度の評価については、前述の老健施設制度の意図に対して、どの程度達成されたかを評価することも可能である。利用料と療養費との2本立て制度は、完全に定着したといえよう。老健法改正によって新設された老人訪問看護制度は、仕組みとしては、老健施設制度を踏襲したもので、この仕組みを他の制度に拡大すれば、老人施設体系は再編成することが可能であるとも考えられる。

また、利用料の仕組みについては、すべてのサービスを担保しようとするこれまでのシステムよりも、はるかに柔軟で、経営や運営への好影響を与えることができることが、判明しつつある。

このことは、医療保険や措置のシステムへ大きな影響を与えることは確実であろう。さらに補助金システムについては、憲法の規定で個人への国庫補助の禁止により個人病院への補助は実現しないものの、医療法人への補助を可能にした点については、高く評価されるべきである。実際に、医療法改正により療養型病床群に対する「患者環境改善施設整備事業」の新設という、わが国の医療政策史上初めての医療法人への補助金制度の導入という成果を現実のものとしたのも老健施設制度の評価と考えることができる。

このように考えてみると、老健施設制度を高く評価することが可能であろう。

ただし、老健施設のサービスおよび制度について、なんらかの批判を行う余地がないわけでもないことも確かであろう。しかし、老健施設制度の立案は、ベストではなかったにしろ、ベターな選択であり、これを批判するには、具体的な代案を示すことが必要であることも確かであろう。

注

- 1) この中間施設懇談会にいたる経過については、文献〔1〕が詳しい。また、〔2〕〔3〕〔4〕は、当時の状況を知るために、貴重な文献である。
- 2) 改正老人保健法については、〔5〕〔6〕〔7〕の文献を参照した。
- 3) 第三の施設という主張は、〔8〕〔9〕の文献から容易に理解することが可能である。
- 4) これらの新しい考え方は、実務マニュアルである。文献〔10〕〔11〕〔12〕〔13〕に共通した考え方である。
- 5) 老健施設制度の意図について、文献〔14〕は、詳細に点検している。
- 6) 質の評価については、「長期ケアの質の向上と評価」『社会保険旬報』No. 1786、社会保険研究所、1993年1月1日が詳しい。

参考文献

- 〔1〕 小山秀夫著『中間施設の潮流』、中央法規出版、1986年
- 〔2〕 社会保障研究所編『医療システム論』、東京大学出版会、1985年
- 〔3〕 全国社会福祉協議会出版部『中間施設』、全国社会福祉協議会、1985年
- 〔4〕 小室豊允編『明日の老人ホーム像を求めて』、全国社会福祉協議会、1988年
- 〔5〕 厚生省大臣官房老人保健福祉部監修『新しい老人保健法』、中央法規出版、1992年
- 〔6〕 厚生省大臣官房老人保健福祉部監修『老人保健

- 施設関係法令通知集』, 中央法規出版, 1992年
- 〔7〕 厚生省大臣官房老人保健福祉部監修『老人保健施設療養費総覧』, 社会保険研究所, 1992年
- 〔8〕 ユートブレーン編集出版部編『モデル老人保健施設100問100答』, ユートブレーン, 1987年
- 〔9〕 厚生省保健医療局老人保健部監修『老人保健施設』, 第一法規出版, 1987年
- 〔10〕 全国老人保健施設協会編『老人保健施設機能評価マニュアル』, 厚生科学研究所, 1991年
- 〔11〕 村田正子著『老人保健施設実践マニュアル』, 中央法規出版, 1992年
- 〔12〕 全国老人保健施設協会編『老人保健施設職員ハンドブック』, 厚生科学研究所, 1992年
- 〔13〕 社会福祉・医療事業団協力『ヘルスケア新時代の老人保健施設経営マニュアル』, 日経 BP 社, 1992年
- 〔14〕 荻島國男・小山秀夫・山崎泰彦共著『年金・医療・福祉政策論』, 社会保険新報社, 1992年
- (こやま・ひでお
国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長)

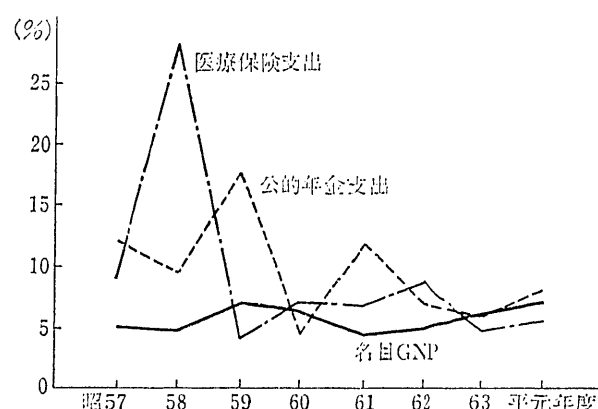
高齢者のための介護サービスの供給体制と費用負担

鈴木 守

I はじめに

20年後には確実に到来する高齢社会の経済的困難は、今や誰の目にも明らかになりつつある。昭和60年には10%だった65歳以上の高齢者比率は、平成22(2010)年には21%、平成32(2020)年には25%に達するものと予想されているからである(表1)。今後の医学や医療技術の進歩、衛生環境の改善を考えると、実際には、この数字をさらに上回る可能性が強い。他方、成長率はさらに一段の低下を余儀なくされるであろうから、年金・医療支出の増加率は、今後とも、名目成長率を相当上回るに違いない(図1)。また、再生産率に目立った増加がないとすると、高齢者に対する生産年齢人口の比率は、昭和60年の6.62から、平成22年には2.97、平成32年には2.36に激減する(表1)。

もっとも、この種の単純な議論には批判もある。例えば東京大学の古川俊之氏は、上述の議論では、同じく生産に貢献しない被扶養人口たる幼少者が



注：各社会保険会計の決算額による。医療保険には老人保健を含む。
出所：社会保障制度審議会事務局『社会保障統計年報』他。

図1 最近における年金、医療支出等の増加率

無視されている点、就業比率が全く顧慮されていない点を指摘して、手厳しく批判しておられる¹⁾。けだし正論で、今後進学率が低下し、女性と高齢者の就業比率が高まれば、高齢社会の経済的困難も、それらに応じて緩和される。しかしそれにもかかわらず、かつて経験したことのない高齢社会の到来が間近に迫り、万人に人並みの人生を全う

表1 将来人口の推計

(単位：万人，%)

年次	総人口	0～14歳	15～64歳(A)	65歳～(B)	A/B
1950 (昭25)	8,320 (100)	2,943 (35.4)	4,966 (59.7)	411 (4.9)	12.08
1965 (昭40)	9,828 (100)	2,517 (25.6)	6,693 (68.1)	618 (6.3)	10.83
1985 (昭60)	12,105 (100)	2,604 (21.5)	8,253 (68.2)	1,247 (10.3)	6.62
1990 (平2)	12,361 (100)	2,249 (18.2)	8,590 (69.5)	1,490 (12.1)	5.77
2000 (平12)	12,698 (100)	1,928 (15.2)	8,619 (67.9)	2,151 (16.9)	4.01
2010 (平22)	12,945 (100)	2,125 (16.4)	8,094 (62.5)	2,727 (21.1)	2.97
2020 (平32)	12,690 (100)	1,962 (15.5)	7,532 (59.4)	3,197 (25.2)	2.36
2030 (平42)	12,124 (100)	1,741 (14.4)	7,284 (60.1)	3,099 (25.6)	2.35

注：平成2年までは国勢調査，その後は平成2年の国勢調査に基づく人口問題研究所の推計。
出所：総務庁『日本の統計』平成3年版。

してもらおうとするとその負担も未曾有のものになる、という事実が変わりはない。安易な楽観論を戒める意味で、その論拠を明らかにしておこう。

第1に、二十数年後に幼少人口を含めた被扶養人口比率が40%になっても、確かにそれは昭和25年頃に立ち戻ることに違いないが、自分の子供のための養育費の負担と、老人一般——時としては自分の老親をも含めて——のための年金、医療、介護のためのそれとでは、負担感におのずと差異がある。自分の子供は塾にやり、私立学校に通わせながら、寝たきりになった親の面倒はろくに見ない、という昨今の風潮がよくそれを示している。

第2に、今日の所得水準が昭和20年代に比べて格段に増大したことは事実であり、今後とも実質3～4%の成長は期待できるから、ますます豊かになるであろうが、だからといって、高齢社会の負担や負担感を、もっぱら被扶養人口比率から判断して、昭和20年代と大差がないとか、さほど深刻ではないと考えるならば、それも正しくない。社会、経済の発展に伴って人々の必要や欲求も大きく変化し、かつ増大を続けているからである。したがって、負担感を単純に過去に遡らせて考えるのは大きな誤りである。現在の生活をエンジョイしている国民に、エアコンも、自家用車も、水洗便所もない時代に戻ったつもりで、高齢者のためにしかるべき負担をせよといってみても、ほとんど相手にされないであろう。

第3に、伝統的な家族制度が戦後40年間にほとんど崩壊してしまったことも無視できない。その背景には、急速な産業構造の変化と都市化があるが、加えて、近代的な個人主義の美名のもとに、伝統的な家族制度を意識的に崩壊させてきた点も見逃せない。わが国の家族制度は、世代を通じての安定した扶養システムとして、大きな利点を備えていたし、また、ひとつ屋根の下で親が寝たきりの老親の面倒を見ることは、子にとっても無言の教育であった。この点からも、昭和20年代以前の高齢者扶養の負担と今後のそれとを同一視することは許されない。

公共政策の課題としての高齢社会の問題のひとつは、今後急増する費用のうち、どこまでを公的

に負担し、どこからは私的な負担に委ねるか、という点である。それについては、拙稿「高齢社会における年金・医療費の公的負担について」(『東海大学政治経済学部紀要』第21号)で必要な分析を行い、解決策についての私見も明らかにした。もうひとつの問題は、特に寝たきりの高齢者のための医療・介護サービスのあり方である。価値観やモラルとも関わる問題だけに、万人を納得させるような方策は見出し難いが、常に費用負担を念頭に置きながら、特に介護サービスの供給体制について検討したのが本稿である。

II 高齢者のための医療・ 介護サービスの供給と負担

高齢者のための介護サービスが十分に行われるためには、それと不可分の医療サービスについても、確固たる財政基盤が用意されていなければならない。公的負担であれ、私的負担であれ、高齢化が進めば国民の年金・医療費負担は当然増大する。特にわが国の場合、高齢者の増加が著しい上に、公的年金も医療給付も全国民を対象とする社会保険として整備され、しかも十分過ぎるほどの給付水準が保障されているので、今後の負担の増大はきわめて深刻である。それはほとんど将来の国民にとっての負担の限界を超えenといつてよく、したがって、このままでは公的年金・医療保険制度そのものが崩壊する可能性が強い。そうした悲劇的な事態を避けるには、基礎的な公的年金と医療給付のための財源は所得(やむなくば消費)に対する定率の社会保険税ですべて賄い、集められた基礎年金税収入で、65歳以上の高齢者全員に昭和60年価格で1人1ヵ月5万円の年金を支給するとともに——公的年金の2階建て部分は公的補助のない積立方式に徹する——、医療保険税収入は、人口および高齢者数に応じて都道府県にすべて分配し——したがって現行の職域保険は解体し——、各都道府県が、公的医療の供給については、財政的にも行政的にも全責任を負う、というのが拙論の結論である。ちなみに、最も高齢化の進む平成30年頃の負担率は、現在の人口予測によると、基

礎年金のために対所得8%程度の負担を必要とするから、公的負担による基礎的医療を国民所得の7%に抑えるとして——それ以上は私的負担に委ねる——、社会保険税率は合計15%前後になる。これだけは何としても現在および将来の国民に負担してもらい、せっかく整備された公的年金と医療保険制度を超高齢社会においても機能させたい、というのが拙論での私の提言の意図であった。

年金のことはさておき、今後ともこうした財源制約のなかで社会保険を通じて基礎的な医療が供給されるとすると、いかにして効率的な供給がなされるかが大きな経済問題になる。周知のように、わが国の社会保険診療報酬制度は典型的な出来高払いである。本人1割、家族3割の自己負担はあるものの、医療の供給サイドに圧倒的な裁量権を与えた制度であり、まさにそのことが、国民に行き届いた医療サービスを供給する上で大きな役割を果たしてきた。しかしその陰で、医療保険制度を悪用して私腹を肥やす医療関係者がいたことも争えない事実である。今後高齢化が進むと、慢性的な疾患を抱えた高齢者がますます多くなり、一定の医療行為が健康回復に寄与する度合い（限界生産性）はますます小さくなる。一方、高価な医療機器の導入や人件費の増大によって、医療行為の限界費用はますます大きくなる。市場では埋まることのないこのようなギャップを埋めて、必要な医療供給を制度的に保証しているのが医療保険であるが、モラル・ハザードを引き起こしがちな社会保険に多くを頼ると、資源の浪費を生む可能性が一層高まるに違いない。そうした問題を抱えているにもかかわらず、私自身は、今後とも医療保険の出来高払いを堅持すべきものと考えている。全国民を対象とする所得に対する定率負担の強制的医療保険を構想している以上、医療供給についても、医師を信頼して、国民の健康回復に最もふさわしい制度が用意されて当然だからである。しかして、まさにそれ故に、現行制度の欠陥を是正するための大胆な改革が避けられない。以下にそれを列記しておこう。

第1に、75歳を超えるような高齢者に対する診療行為については、支払機関がその適否を特に慎

重にチェックすることである。そして、不必要な診療行為と判断された場合には、自己負担率を40%程度に引き上げて、社会保険からの給付を減らすべきである。

第2に、老人病院で慢性的な疾患の治療を行う場合には、薬剤費を含めて定額医療費制度を導入すべきである。この点については第IV節で詳論する。

第3に、診療報酬の支払機関（各都道府県）では、個々の診療行為の適否を正しく評価できる専任のスタッフを充実することが急務である。もとより、事務処理や情報処理の機械化も重要であるが、レセプトのチェックを外部の専門家（同業者）に委嘱するようでは話にならない。また不正請求に対しては、社会保険の扱い停止を含む、厳しい処罰で臨むべきである。

第4に、既述のように、所得に対して定率で課される医療保険税収入は、人口および高齢者数に応じて各都道府県に分配し、都道府県は、さらに必要ならば地域住民の負担（住民税）を加えて財源を確保し、医療保険の運営を含む医療行政について全責任を負うことが肝要である。全国的に地域負担が多くなりすぎたときに初めて、国民の同意を得て、医療保険の税率が引き上げられる。いずれにせよ、こうした自己責任制を貫いてこそ、高齢社会における効率的な医療給付も可能になる。

人は誰も、事故か心臓病で即死でもしない限り、最後は他人の世話になって人生を終えるほかはない。高齢化が進み、医療技術の進歩が続けば、寝たきり老人の数はますます増大し、寝たきりの期間も長期化する可能性が強い。自分で自分の面倒が見きれなくなった老人の介護には当然費用——家族による非市場的負担をも含めて——がかかる。ひるがえって、わが国の社会保険制度は他の先進諸国に比べて遜色ないまでに整備されているが、寝たきり老人、痴呆性老人の介護を支援する公共政策は、ごく断片的にしか行われてこなかった。それゆえ、多くの低所得世帯が多額の犠牲を払って自宅で寝たきり老人の介護に明け暮れている一方で、相当の資産をもつ中・高所得世帯が、老親を特別養護老人ホームに預けて日々の介護か

ら解放され、必要な負担をせずに多大な公的サービスを受けている、という深刻な矛盾が生じている²⁾。老人介護に対する基本的な制度整備を行わずに、公的施設介護から在宅介護に政策の転換を進めるならば、現行の不公平が放置されたまま、在宅で悲惨な老後を余儀なくされる老人が続出するに違いない。

寝たきり老人および痴呆性老人に対する基本的な政策は、十分意味のある介護手当を一般財源によって支給する以外にはありえない³⁾。子と同居していると否とにかかわらず、同居している子の所得とも無関係に、低所得、低資産の要介護老人にはすべて介護手当を支給すべきで、このような対応がなされていないことが、上述の矛盾を引き起こす基本的な原因である。問題は「十分意味のある」介護手当の水準であるが、私見では、1日5時間民間のヘルパーによる介護を受けるとして、1日6,000円、1ヵ月18万円程度は支給すべきものと考えている。生活保護の場合と同様に、そのうち2割を地方負担とすると、月々の国費負担は14.4万円、年間172.8万円である。約60万人寝たきり老人のうち40万人、他に20万人の痴呆性老人をその対象者とする、それに要する国費は約1兆円である。これは昨今における社会保障関係費の8.5%に相当するが、既述のように、基礎年金と公的医療保険の財源をすべて社会保険税で賄えば、平成3年度の場合、一般会計から支出されている厚生年金国庫負担金2兆3,739億円、国民年金国庫負担金1兆4,984億円、国民健康保険助成費2兆6,208億円は不要になる。ちなみに、65歳以上の高齢者には、他に月額6万442円（平成4年現在）の基礎年金が支給されている。

確かな公的年金と意味のある介護手当が制度化され、医療保険が本来の役割を全うできるよう整備されるなら、高齢者の生活、介護、医療をめぐる経済問題の大半は解決されたといってよい。加えて、高齢者自身が所有・居住している土地や住宅を担保に生活に必要な資金——医療・介護費や租税も——が簡単に借りられ、その元利合計は死後に遺産を処分して一括返済できる制度が用意されれば、なおさらである。昨今における地価の高

騰により、大都市圏では僅かばかりの土地でも大きな資産価値をもつに至り、また一方で、高齢になると永年住み慣れた住居を手放して住み替えることが難しく、しかも、老親を介護したか否かに関係なく、遺産は子が平等に相続する権利をもっていることを考えると、親の財産はまずもって自分自身のために使えるような制度を用意しておくことが是非とも必要である。しかし困ったことに、わが国の民間金融機関ではこのような融資を行っていない。やむなく武蔵野市が行政サービスの一環としてこれを行っているが、要するにそれは不動産担保融資であって、本来金融機関の仕事である。武蔵野市の先見と市民の支持は高く評価されてよいが、それに要する行政費用とリスクを負担できないような市町村では、実施したくてもできないであろう。しかして、どこに住んでいる高齢者でも、自分の住んでいる土地や住居を担保に融資が受けられるのであれば、社会保障制度としての意味はない。そのためには、不動産市場の活性化を図るとともに、国民金融金庫の業務を拡大してそれに当たらせ、全国の金融機関の窓口を通じて申し込みができるようにすべきである。ちなみに、昭和56年以来この制度を実施している武蔵野市の場合、高齢者の死亡によって精算が行われた18例はすべて相続人が債務の返済を済ませ、武蔵野市福祉公社の手で担保不動産の売却処分が行われたケースはなかった⁴⁾。

次に、寝たきり老人の介護を、主として家庭で行うのか、それとも施設で行うのかが問題である。永らく施設収容型老人福祉政策を続けてきた北欧諸国が、最近、家庭や地域社会のなかで老後を全うさせる方向に政策を転換しつつあり、またわが国でも、厚生省が従来の施設介護政策では財政的に高齢社会を乗り切れないと判断していることもあって、在宅介護を福祉政策の中心に取り戻そうとする動きが強まっている。誰しも、家族の元で行き届いた介護を受けながら人生を全うできれば、それに過ぎる幸せはない。その意味で、戦後「近代化」の名のもとに、伝統的な家族制度を意図的に解体し、家庭での老人介護を故意に軽視してきたのは、大きな誤りだった。今さら介護手当が導

入されても、老人介護を全面的に家庭に委ねることは不可能である。家族経営がそれなりの合理性をもつ農業や商業の時代が終わり、工業化と都市化の進展によって核家族化が著しく進んでしまった今日、家庭でも、それを取り巻く地域社会でも、寝たきり老人を支える機能は大幅に低下してしまったからである。経済的に見ても、家族の労働を正しく評価すれば、施設介護のほうが在宅介護よりはるかに安く済む。したがって、今後の急速な高齢化を考えればなおのこと、寝たきり老人の介護や医療は施設が主役を引き受けざるをえない。わが国の政府が、公的負担——国民全体の負担ではなく——を軽減する意図から、今頃になって在宅介護を強調するのは、責任回避以外の何ものでもない。北欧諸国における在宅介護の重視も、他方で収容施設の整備があればこそそのノーマライゼーションであることを、忘れるべきではあるまい。

III 在宅介護をめぐる諸問題

いつまで続くか分からない寝たきり老人の介護に明け暮れている家族の労苦は、責任感の強い娘や嫁が介護に当たっていればなおのこと、肉体的にも精神的にも、筆舌に尽くし難いものがある。しかもこれからは、介護に当たるべき娘や嫁が60歳、70歳になることも稀ではない。私が介護手当の制度化を重視するのは、それによって初めて、低所得世帯でも1日数時間は民間ヘルパーの利用が可能になり、その間は家族が介護から解放されるからである。類似の制度は欧米でも実施されている。アメリカでは、民営もしくは公営の在宅介護事業所 (Home Health Agency) がパートあるいはフルタイムでヘルパーを雇用し、在宅老人世帯に派遣しているが、経費の大半はメディケアが負担している。イギリスでは、地方政府がソーシャル・ワーカーを職員として雇用し、在宅老人に対する出張介護を行っている⁵⁾。しかし、このような介護サービスの公的供給ではなく、政府は介護手当で所得の直接移転を行い、老人世帯がみずから市場を通じて必要な介護サービスを利用する、というのが公共政策の基本である。

その場合の（地方）政府の役割は、まず第1に、所得・資産調査に基づいて、支給対象となる寝たきり老人を正しく認定し、支給された介護手当がその目的に沿って正しく使われているかどうかをチェックすることである。そのためには、月々の介護手当を市町村の福祉担当者や保健婦が直接持参して家族に手渡し、併せて寝たきり老人の健康状態や介護状況を調査する必要がある。同居している身内が親身になって介護をしていない場合も少なくないし、その他、配偶者が高齢のために適切な介護ができなくなった場合、さらには独り暮らしの老人が介護を必要とするに至った場合などには、政府がパートナーリズムに基づいて適切な行政措置を講じなければならない。

第2に、介護が必要になったときに市町村の福祉課に連絡をすれば、明日からでもヘルパーに来てもらえる、という態勢を整えておくことが重要である。これは、幼児を抱える家庭で主婦が倒れたときなどにも必要であるが、ヘルパーの紹介・斡旋そのものは排除原理の働く私的財であり、政府がみずからそれを行う必要はない。近くの家政婦紹介所——労働省の認可を受けて民営で行われている——を紹介し、後日結果を照会する程度で十分である。もっとも、雇うほうと雇われるほうの双方のニーズの多様化と情報処理技術の進歩とを踏まえて、伝統的な家政婦紹介所を近代的な人材斡旋・派遣機関に脱皮させるための助力は必要である。

第3に、ヘルパーの養成と確保という大切な役割があるが、これについては第V節で取り上げる。

実際に寝たきり老人の介護をしてみて、食事や排泄の世話はともかく、家族の手に負えないものに入浴がある。時として風呂のない住宅に住んでいる老人もいるし、風呂付き住宅でも、一般の風呂場の構造からして、寝たきり老人を二人がかりで入浴させることも難しい。専門の入浴サービス車を利用することになるが、ここでも地方政府みずからがその供給に当たる必要はない。事実シルバー産業のひとつとして、すでに民間企業が入浴サービスの営業を行っており、1回1万～1万5,000円で利用できる。したがって、上述の介護

手当が制度化されれば、月に2～3回の入浴サービスは十分利用できるはずである。

在宅介護に携わっている人にとってのもうひとつの負担は、介護がいつまで続くか分からない上に、1日、2日といえども家を空けることが難しく、休養や気分転換もままならない、という問題である。これに対しては、何はさておき身内の協力が不可欠であるが、併せてショートステイ施設の整備も重要である。このような目的に沿うものとして、昭和63年度から老人保健施設が発足し、平成12年度までにショートステイ用に5万床のベッドを整備する計画が進められているのは朗報である。老人保健施設のみならず、公私を問わず老人ホームや老人病院には必ずこうした施設を併設することが望ましい。

寝たきり老人は何かしかの疾患を抱えているのが普通であるから、介護のほかにはしばしば治療や看護が必要になる。もちろんそれらは元来医院や病院の仕事であるが、家庭での人工透析に見られるように、今後の技術進歩によっては、在宅での治療や看護が重要な課題になるものと思われる。しかし、医師や看護婦の派遣は今後ますます難しくなるに違いない。昨今の開業医の減少を見ると、もはやいつでも往診してくれる医師をもつことは不可能に近い。したがって、慢性疾患の簡単な処置については、身内やヘルパーが技術を習得し、必要ならテレビ電話で医師の指示を受けながら対処する、といった対応が考えられてしかるべきであるが、急性で重大な疾患に対しては、救急車で病院に運ぶことを基本にすべきである。

在宅介護を行っていく上でのもうひとつの難問に住宅問題がある。欧米と異なり、家のなかに車椅子を持ち込むことが困難なわが国の場合、老人に残されている機能を維持・活用しながら介護を続けることは並大抵ではない。相当の費用を投じて介護がしやすいように家の内部を改造しても、死亡すればすべて不要になる。もとより、寝たきり老人のために一部屋を確保できるのでなければ、そもそも在宅介護は不可能である。また、十分な家賃を払うことのできる老人世帯でも、寝たきり老人を抱えて配偶者が介護に当たっているような

場合には、市場で適当な賃貸住宅を見つけることが難しい。したがって政府みずからが住宅の供給に当たらなければならないが、その際の有効な政策手段は、公社・公団住宅の1階をすべて恒久的に高齢者世帯用賃貸住宅にすることである。今後建設される公社・公団住宅は初めからそのように設計するのは当然として、既存のものも、出入口の階段はスロープに改め、内部の段差をなくし、廊下には手摺をつけるなど、寝たきりやそれに近づいた老人が生活しやすいように、また介護がしやすいように改造する。さらに加えて、1階部分の入居者には逐次明け渡してもらえるように、早急に法的整備を進めるべきである⁶⁾。

昨今の急激な地価高騰は、二世帯同居住宅の建設を促し、結果として在宅介護の可能性を高めている、という側面がある。住宅地の有効利用にもなり、明らかに望ましい方向であるが、過大な期待は禁物である。親が寝たきりになるとさっさと施設に入れ、親の土地を巧みにわがものにする、といった事態も当然予想されるからである。したがって、二世帯住宅の建設に政府が特別の助成を行うことには慎重であってしかるべきである。

寝たきり老人の在宅介護にとって決定的に重要なのは、親身になって介護に当たる身内の存在と家族、親族の協力である。欧米諸国に比べて家族主義的な慣行がよく残っているといわれるわが国でさえ、経済社会の変化や戦後の制度改革によって、在宅介護の条件は急速に失われつつある。早い話が相続法である。現行法では、遺言がない場合、配偶者が遺産の半分を取得し、残りを子が均等に相続することになっているが（民法第900条）、戦前は長子相続だった。長男は親の財産や家督を相続したが、その代わりに親の面倒を見る責任も負った。次男、三男や娘には、教育や結婚の際にしかるべく配慮をしてバランスをとってきた。そしてこの制度が、現在よりはるかに所得が少なかった時代に、老親に安らかな人生を全うしてもらう上で大きな役割を果たしていた。しかるに、民法が改正され、子には等しく相続権が認められるようになって、かえって親は子の世話になれない、という傾向が一般化してしまった。子の教育のた

めに戦前とは比較にならないような負担をさせられているにもかかわらず、である。現行民法でも、直系血族にはお互いに扶養する義務を課しているが(第877条)、ひとたび誰かが親の介護を引き受けると、えてして他の兄弟姉妹は責任を分担しようとしな。他方、義父母の介護に挺身しても、嫁は一文の遺産を受け取る権利もない。そもそも親が蓄えた財産はまずもって本人のために使うべきであるし、遺産は親身になって介護に当たってくれた人にこそ残したい、というのが老人の気持ちだろう。したがって、公営の老人ホームで介護を受けたなら、その費用は遺産のなかから優先して弁済すべきであるし、遺言が一般化していないことを考えると、ひとつ屋根の下で半年以上にもわたって介護に当たった嫁や姪にも、実子並みの相続権を認めて当然ではあるまいか。

IV 施設介護の問題点とその対策

前節で見たとおり、今や在宅介護を支える諸条件が著しく欠けてしまったことを考えると、今後高齢者が急増するわが国では、施設収容型介護が老人福祉政策の中核たがざるをえない、と私は考えている。寝たきり老人に対する同じ医療・介護でも、それぞれの家庭に出向いて行うのと、施設でまとめて行うのとでは、後者のほうが安く済むのは自明である。介護に当たる家族の負担を無視するのは大きな誤りであるし、住宅事情を考慮に入ればなおのこと、政府が今さら在宅介護をもちだすのは責任逃れの誇りを免れない。

ところで、施設収容型の医療・介護を考える場合、その経営形態がまず問題になる。北欧諸国では、高齢者に対する医療・介護サービスの供給施設はほとんど公営である。それは、医療や介護といった人命に直接関わるサービスの供給を利潤追求の手段にすべきではない、と考えられてきたからであり、また、昨今では費用の大半が公的に負担されているために、私的な供給システムには馴染まない、と考えられたからでもある。さらに加えて、所得分配上の配慮、また情報が主として供給者側に偏在し、さまざまな不確実性に晒され、

しかも寝たきりや痴呆性の老人の場合には合理的な判断力や行動力も欠けている等の理由のために、高齢者の医療・介護を市場に委ねることについては、従来から強い疑念が表明されてきた。事実わが国でも悪徳老人病院が後を絶たず、民営の老人収容施設には根強い反対論がある。このような通説にもかかわらず、また最後の受け皿としての公営施設は欠かせないものの、大半の老人病院は民営で差し支えない、と私は考えている。次にその理由を列記しておこう。

まず第1に、医療サービスにせよ、介護サービスにせよ、元来排除原理の働く私的財であり、したがってその供給は市場に委ねるのが基本である。もし分配上の配慮が必要なら、公的年金や介護手当の充実で対処すべきであり、パターンリズムからの配慮が必要なら、市町村の福祉課の職員や保健婦が老人世帯や老人病院を巡回してチェックすればよく、必ずしも医療・介護サービスを政府みずから供給する必要はない。

第2に、旧国鉄の例にまつまでもなく、公的な供給は効率の尊重に欠けるところが少なくない。政府によって任命される病院長や事務長が、任期まで無事に務め上げればよいという安易な官僚主義に堕しがちなことは明らかであるし、それは第一線の医師、看護婦、事務員などの士気にも悪影響を及ぼす。十分な権限が与えられず、その見返りとして成果の評価も責任の追及も厳しく行われないような組織では、効率がなおざりにされて当然である。今後の未曾有の高齢化を考えると、高齢者に対する医療・介護サービスの供給についても、効率性の尊重は避けて通れない課題である。

第3に、所得や資産の増大とともに、高齢者の介護に関するニーズも当然多様化するが、公的供給を通じてそれに十分応えるのは困難であるし、適当でもない。早い話、寝たきりや痴呆性の老人から個室を要求された場合、他に多くの入所希望者を待たせておきながら、公立の特別養護老人ホームでそれに応える必要があるかどうか大いに疑問である。市場を通じて行われる供給こそがニーズの多様化に対応すべきもの、と私は考えている。

表 2 老人ホームの施設数と在所有者数

年 次	施設合計	養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	軽費老人ホーム
昭55年	2,181	944 (66,395)	1,031 (79,499)	206 (11,531)
58	2,614	945 (66,522)	1,410 (105,459)	259 (14,478)
60	2,843	944 (66,452)	1,619 (118,959)	280 (15,633)
62	3,088	945 (65,826)	1,855 (134,461)	288 (16,096)
平元	3,364	949 (65,238)	2,125 (151,743)	290 (16,166)

注：各年10月1日現在。() 内数字は在所有者数。厚生省調べ。

出所：総務庁『日本の統計』。

第4に、今後急増が予想される寝たきり老人をすべて公的施設に収容しようとする、想像を絶する巨額の費用を租税で負担していかなければならないが、はたして国民や地域住民にその覚悟があるのか、という根本問題がある。現在約60万人の寝たきり老人がいて見られるが、特別養護老人ホームの在所有者数は僅か15万人である(表2)。政府の高齢者福祉10か年計画では、平成10年度までに24万床に増やすとしているが、寝たきり老人のほうは100万人を超えているだろう。彼らをすべて収容するためには、とりわけ高齢化の著しい大都市圏で、それこそ2年に1件のペースで、小中学校を統合して用地を確保し、巨費を投じて特養老人ホームの増設を続けなければならない。しかるに、昨今における年間増設数はたかだか140~150であるから、それを全国の市町村および特別区の数で割ると、20年に1カ所にすぎない。しかもそこに収容される高齢者のなかには、1億円でも2億円でも支出して、民間のケア付きマンションを購入できる人もいることを忘れてはならない。

現行の医療保険制度を前提として老人の医療や介護を民間に委ねるということは、他面において、悪徳老人病院によって寝たきり老人や医療保険が食いものにされる可能性をも含意する。したがって、政府による適切な介入が不可欠である。そこで次に、その問題についての私見をまとめておきたい。

第1は、国が適切な基準を定め、老人ホームや老人病院の設立に際しては、監督官庁たる都道府県がそれを厳格に適用することである。また認可後においても、診療報酬の不正請求や認可基準違

反が判明した場合には、業務の停止や認可の取り消しを含む厳しい対処が不可欠である。

第2は、(地方)政府にそのような役割を全うさせるために、都道府県の担当課を格段に整備し、担当官の老人施設への自由な立ち入り検査を認めることである。市町村でも、時には担当官を派遣して介護状態をチェックさせるとともに、家族からの苦情の受付窓口を引き受けることも重要である。

第3は、介護および生活に要する費用を、公営施設であれ民営施設であれ、すべて本人(当該世帯)に負担させることである。そうして初めて、各人が負担と受益とを比較考量して施設を選択するようになり、施設間の競争も促進され、市場機構の利点が発揮される。もとより介護費や生活費は、見返りに提供する財貨・サービスとの兼ね合いで、施設側が自由に決めてしかるべきものである。そしてこのようなシステムが公平の点からも支持されるためには、適切な公的年金と介護手当の制度化が不可欠なことはいうまでもない。

以上、老人施設の中核は民営たるべきことを主張してきたが、だからといって、公営の施設が不要だというわけではない。過疎地などでは民営施設が運営できない場合もあるし、また民営施設に厳しい規制を課す以上、業務停止や廃業に追い込まれた施設の受け皿としても、さらには災害時の避難場所としても、公営施設は欠かせない存在だからである。したがって、市および特別区には少なくとも1カ所、そして寝たきり老人の20%程度——現在は約25%——は収容できる公営施設を用意し、しかもベッドの一部は緊急用に空けておく必要がある。

公営であれ民営であれ、今後は多様な老人収容施設が必要になるが、市場を活用し、かつ費用負担原則が適切ならば、需要に応じてさまざまな施設がおのずと供給される。公営施設については、今後ともリハビリ機能も備えた特別養護老人ホームが大きな役割を期待されようし、民営では何はさておき老人病院が重要である。現在「特例許可」という名称が冠せられているが、一般病院や精神病院とははっきり区別して、老人病院を制度化する必要がある。一般病院とは目的や業務が明らかに異なるからである。また民間のケア付きマンションについては、実際に医療・介護が必要になったときに問題が起きないように、責任の所在を明らかにさせておくことが肝要である。昭和63年以降政府が導入を進めている老人保健施設も、退院後の家庭復帰を円滑に行う施設、在宅老人のデイケアやショートステイのための施設として、一定の役割が期待される。ただしこの種の間施設は、在宅介護にせよ、施設介護にせよ、最後の受け皿があってこそその施設である、ということを忘れてはならない。

次に、施設介護における費用負担のあり方について、若干の補足をしておきたい。介護や生活に要する費用は、既述のとおり、本人（当該世帯）に全額負担させるのが基本である。またその金額は、提供されるサービスの内容に応じて決められるべきものであるから、老人に残されている機能によって決まる介護の水準、食事の違い、個室か否か等によって負担額が違って当然であるし、また、寝たきりにせず、極力車椅子で老人のリフレッシュに努めている病院とそうでない病院とで、負担額が違って当然である。もっとも、内部相互補助（cross subsidizing）を考慮に入れて、病院ごとにほぼ一律の介護費用を設定することは認められてよい。一般に内部相互補助は資源配分を歪めるから、価格決定原理としては不適切であるが⁷⁾、終生同じ病院で介護を受けることを前提にすれば、現在は軽い介護で済む老人もいずれは重い介護が必要になるために、平均的な費用で一律に負担を課しても、効率や公平に深刻な問題は生じないからである。ただし、クリーム・スキミング

（cream skimming）の弊害は排除しなければならないから、重度の寝たきり老人が新たに入院した場合には、本来の原則に立ち返って、限界費用に見合う負担を課して当然である。

医療費については、在宅老人のための往診にせよ、医院や病院での診療にせよ、また高齢者たると本人・家族（医療保険でいう）たるとにかかわらず、当面80%は医療保険から、したがって20%は自己負担とすべきである。医療保険全般の改革に関しては、前述の拙稿で言及したので再論は避けるが、老人医療と一般医療とは目的が違ふことだけはあらためて強調しておきたい。すなわち、一般医療が、もう一度健康を回復し再び社会で活動してもらうことを意図して行われるのに対して、高齢者とりわけ寝たきり老人に対する医療は、苦痛を和らげるためのものであり、疾患を抱えたまま一生を終えることを前提にした医療である。強制的な社会保険で支えられている今日の老人医療では、天寿に逆らってまで延命策を講ずることは本来の使命に反する、と私は考えている。このような認識に立ち、しかも出来高払いの医療保険制度をその根幹において維持していこうとすれば、老人病院に入院している寝たきり老人の医療費については、病状に応じて、治療費、薬剤費を含めた定額制を導入すべきである。定額制である以上、その全額を保険で負担する⁸⁾。病院では、その範囲内で自由に医療を行ってよいが、治療・投薬の内容は支払機関たる都道府県に報告させなければならない。もとより、病状に応じた定額医療費の決定も都道府県が行う。そして、この定額医療費の対象になっていない特別の医療に対しては、別途出来高払いで医療保険から支払うことになるが、それが必要不可欠な医療かどうかは都道府県が慎重に検討すべきで、過剰医療と判断された場合には、自己負担率を40%程度に引き上げるべきこともすでに述べた。

最後に、土地、建物、設備など固定費の負担について一言しておきたい。私が老人病院を主として民間に委ねることを主張するのは、民間資源を老人福祉のためにも積極的に活用したいからでもある。しかしそれにしても、昨今における地価の

高騰と医療設備の高度化は、病院の開設や増設に伴う固定費をきわめて巨額なものにしている。したがって、とりわけ大都市の老人病院では、真面目に医療・介護を行っている限り、経常的な収入のなかから借入利子の支払いや償却を行うことは不可能に近い。それゆえ、国からの利子補給が不可欠であり、また地方政府も地域住民の優先入所を条件に、土地を提供したり、固定費の一部を負担する、といった対応を真剣に検討すべきである。しかして、こうした助成が憲法第89条に抵触するのであれば、憲法そのものを改めるべきもの、と私は考えている⁹⁾。

V 人材確保のための諸政策

与えられた紙幅もすでに尽きようとしているが、医療・介護のための人材確保も重要な問題なので、簡単にその対応策に触れておきたい。

医師については、幸いなことに供給不足の心配はない。医学教育のなかで、高齢者医療、終末医療の科目を充実することこそが急務である。しかし、若い医師や医学生にとって、老人病院は必ずしも生き甲斐の感じられる職場ではないだろう。私見では、若い間は最先端の知識・技術を駆使して一般医療や地域医療に貢献し、自分の親を見取らなければならないような年齢になってから終末医療に献身してくれれば、それで十分だと考えている。

他方、すでに不足が深刻化している看護婦の確保はかなり難しそうである。とりわけ老人病院では、元気になって退院させられる喜びを味わえない上に、痴呆性老人の介護・看護は見ていても気の毒なほど苦勞が多い。もっとも、老人病院のほうが看護婦の役割は大きいし、老人自身や家族の期待もまた大きい。優れたベテラン看護婦になれば、医師以上に期待されている、といっても決して過言ではない。実際私の経験からも、立派な老人病院には、人生の終末を迎えようとしている老人の看護に献身し、そこに生き甲斐を見出している看護婦が決して少なくない。そして、そのような立派な看護婦に恵まれるか否かは、そこでの勤

務条件や経済的報酬もさることながら、彼女たちが病院の経営姿勢に共感できるかどうかにもよるところが大きい。しかも老人病院こそ経験豊かな看護婦が望まれるから、資格や経験をもちながら、結婚や育児のために退職している看護婦を、積極的に再雇用することを考えるべきである。そのためには退職後も継続的な教育が必要であるが、都道府県が責任をもってそれに当たるとともに、教育費のみならず交通費も公費負担にして当然であろう。ちなみに厚生省の調査によっても、通勤時間が30分以内で、夜勤がなく、週休2日制が実施されていれば、大半の人がまた働きたいと考えているという¹⁰⁾。老人病院では夜勤の必要性は比較的低いと思われるが、それにしても、夜勤手当を相当高くしなければ需要を賄いきれないことは確かである。

さらに難しいのは、介護に当たるヘルパーの養成と確保である。幸い昭和62年に介護福祉士の資格が制度化され、全国25ヵ所の養成機関が指定されたが、各県に1ヵ所は早急に設置すべきである。また養成に関わる経常費の大半も公費で負担してしかるべきであるが、それにしても、高齢者の激増のみならず、看護と介護の職務分化によってもますます増加するヘルパーの需要を国内だけで賄いきれるものかどうか、はなはだ疑問である。その抜本的な打開策として、近隣の開発途上国から中年婦人を正式に受け入れ、数ヵ月間日本語と介護の研修を受けてもらい、一定の技能を習得した上で老人病院にヘルパーとして就労してもらうといった制度を、真剣に検討すべきではなかろうか。もとより相手国の同意がなければならないが、研修に要する費用は全額国が負担し、その間の住宅費と生活費は受け入れ先の病院が立て替える。滞在期間は研修の期間を含めて2年とし、しかるべき所得を携えて帰国した後は、わが国で身につけた技能と経験を生かして、自国の老人福祉のために貢献してもらう。途上国への直接的な経済支援ばかりでなく、このような政府開発援助 (ODA) もあっていいだろう、と私は考えている。

注

- 1) 古川俊之『高齢化社会の設計』113-120頁。

- 2) 特別養護老人ホームへの入居は、家庭では介護の受けられない寝たきり老人に対して、行政措置として認められるもので、必ずしも低所得者に限られるわけではない。
- 3) 介護手当は社会保険として制度化することも考えられる。しかし、自分は寝たきりやボケとは無縁だと考える(考えたい)人は保険料の納入を怠りがちであるし、保険料未納者といえども、後日実際に寝たきりになれば、一般財源でしかるべき対処をせざるをえない。他方、所定の期間、所定の保険料を納入した人は、寝たきりになれば、たとえどんなに資産や所得が多くても、しかるべき介護手当が支給される。私自身は、生活保護と同様に、介護手当も個々に資産・所得調査を行って支給(水準)を決めるべきものと考えているので、社会保険方式には賛成できない。
- 4) いわゆる武蔵野方式の詳細については、村上雅子「介護サービスと持ち家資産」(『住宅政策と社会保障』第7章)を参照されたい。
- 5) 詳しくは、O. M. ミュンディンガー(岡本祐三訳)『アメリカの在宅ケアと老人医療保険』第4章、社会保障研究所編『イギリスの社会保障』第10章を参照されたい。
- 6) 住宅は元来私的財であり、一般には公的に供給すべき理由はない。低所得者に対しては相当額の家賃補助を行い、各人に市場で適当な住宅を賃借させるのが公共政策の基本である。ただし唯一の例外は、母子世帯や老人世帯など、市場では貸し手がないために適当な住宅を賃借することが難しい場合で、したがって入居者がこれに該当しなければ、明け渡しを求める十分な理由がある。この問題については、鈴木 守『公共政策論』第8章を参照されたい。
- 7) この問題の詳細については、鈴木 守「公企業の民営化と規制緩和」(『東海大学政治経済学部紀要』第19号)を参照されたい。
- 8) 社会保険医療費に一部自己負担が導入されているのは、財政的な意味もさることながら、保険の濫用すなわちモラル・ハザード(moral hazard)を避け

ようとする意図も大きい。したがって、定額制であればその必要はない。

- 9) 憲法第89条は「公金その他の公の財産は、宗教上の組織若しくは団体の使用、便益若しくは維持のため、又は公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない」と規定している。堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』第3章も参照されたい。
- 10) 『朝日新聞』1990年7月27日。

参考文献

- [1] 古川俊之『高齢化社会の設計』, 中公新書, 1989年。
- [2] 堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』, 中央法規出版, 1987年。
- [3] 丸尾直美『スウェーデンの経済と福祉』, 中央経済社, 1992年。
- [4] 宮島 洋『高齢化時代の社会経済学』, 岩波書店, 1992年。
- [5] Munding, Mary O'Neil, *Home Care Controversy*, 1983 (岡本祐三監訳『アメリカの在宅ケアと老人医療保険』, 勁草書房, 1986年)。
- [6] 大熊一夫『ルボ老人病棟』, 朝日新聞社, 1988年。
- [7] 社会保障研究所編『医療システム論』, 東京大学出版会, 1985年。
- [8] —『イギリスの社会保障』, 東京大学出版会, 1987年。
- [9] —『スウェーデンの社会保障』, 東京大学出版会, 1987年。
- [10] —『住宅政策と社会保障』, 東京大学出版会, 1990年。
- [11] 鈴木 守『公共政策論』, 東海大学出版会, 1981年。
- [12] —「高齢社会における年金・医療費の公的負担について」(『東海大学政治経済学部紀要』第21号, 1989年)。

(すずき・まもる 東海大学教授)

老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化

——わが国の老人長期ケアの現状と医療施設の変貌——

高 木 安 雄

I 序

本稿は、老人の長期ケアを軸に看護・介護の費用とマンパワーについて考察したものである。看護・介護の問題は、21世紀の高齢化社会を前に国民の大きな関心を集め、中高年層の間では寝たきり・ボケ恐怖症すら生まれているという。行政的にもこの問題については、サービス・費用面で高齢者保健福祉推進10か年戦略や介護保険の検討、マンパワー面で介護福祉士制度の創設、看護職員人材確保法など、さまざまな取り組みがなされている。

しかし、老人ケアの現状を詳細に検証すれば、寝たきり老人は65歳以上人口の5%程度であり、病院や特別養護老人ホームなどの収容施設に入院・入所している老人も同じく7%弱であり、老人の多くは地域・家族に支えられながら天寿を全うするのである。看護・介護の問題は、需要の過大さばかりが強調されて、その費用とマンパワーについて具体的なサービスの検証がなされてこなかったといえる。

もちろん、この問題が、これまでの医療保険・福祉という狭い枠組みでは、解決不能であることは明らかなだ。老人保健制度によって老人保健施設、老人訪問看護ステーションなど、新たなサービス体系が次々と生み出されているのは、そのためである。しかし、看護・介護という新しいサービス需要に対して、どのようなシステムが社会的に有効であるか、その構築は容易でない。医療保険のシステムにおいては、現物給付で医療サービスが

提供されているが、これは急性期疾患については医学的な診断・確定が可能であり、それによって必要な医療サービスもおのずと確定されてくることにもとづいている。しかし、老人や慢性期疾患に対する看護・介護の需要は、患者自身の症状はもちろん、患者を取り巻く家族・地域の支援体制によって大きく異なってくる。家族・地域の支援基盤が強固であれば、老人長期ケアの施設・在宅のニーズは小さくなるのは当然だろう。

こうしたなかで、看護・介護問題を社会保障のひとつとして、公的サービスで取り組むことを考えた場合、これまでの保険給付のあり方（現物給付か金銭給付か）はもちろん、看護・介護のサービス必要量をどう判定するか、現物サービスを公的に供給可能かなど、多くの課題に直面する〔1〕。こうした看護・介護の費用とマンパワーの問題は、これまでの医療・年金・福祉という社会保障の制度的枠組みの再編成を迫るものといえよう。

II わが国の老人長期ケアの現状とその変遷

わが国では、障害や要介護状況にある老人のケアは、長く家族の責任の下で行われてきた。今日でも、65歳以上の老人の57%はなお、家族とともに暮らしているが、こうした家族扶養の伝統は、急速な高齢化の進行、核家族と女性の社会進出の増加のなかでますます困難になっている。65歳以上の老人の人口割合が1960年の5.7%から1990年の12.1%に上昇したことに伴い、老人のための施設ケアは大幅に拡大している。

表1に示すように施設にいる老人の割合は、

表 1 65歳以上老人の入院・入所者数の推移 (1960～1990年)

	入院・入所者数の推移				同65歳以上人口割合			
	1960年	1970年	1980年	1990年	1960年	1970年	1980年	1990年
病 院	35,300人	141,200人	375,200人	649,200人	0.7%	1.9%	3.5%	4.4%
診 療 所	1,600	17,600	57,000	45,200	0.0	0.2	0.5	0.3
老人保健施設	—	—	—	26,900	—	—	—	0.2
特別養護老人ホーム	1,100*	12,100	81,300	160,800	0.0	0.2	0.8	1.1
養護 老人ホーム	48,000*	60,500	66,000	64,600	0.9	0.8	0.6	0.4
軽費 老人ホーム	—	3,000	11,900	16,400	—	0.0	0.1	0.1
計	86,000	234,400	591,400	963,100	1.6	3.2	5.6	6.5
65歳以上人口	5,350千人	7,331千人	10,647千人	14,899千人	100.0	100.0	100.0	100.0

注：*老人福祉施設は、昭和38年の老人福祉法によって創設されており、ここでは昭和39年の数値。

資料：厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」「社会福祉行政業務報告」「老人保健施設実態調査」昭和35、45、55、平成2年。

1960年の1.6%から1990年の6.5%に増え、この施設収容の割合はアメリカよりも高いといわれている。しかし、アメリカでは老人の長期ケアのほとんどがナーシングホームで行われているのとは異なり、わが国ではさまざまな医療施設と福祉施設で幅広く展開されている。

この医療・福祉2つの分野のうち、医療部門は老人の長期ケアのかなりの部分を担っており、施設収容全体の75%を占めている。このうち、90%は病院であり、6%は診療所、4%が新しく創設された老人保健施設である。このようにわが国では、病院が老人の長期ケアの大きなサービス供給主体となっており、そこでは急性期医療と慢性期医療が同時に提供されているのである。その結果、病院全体の平均在院日数は51日にのぼり、入院患者の46%が65歳以上の老人という実態である。しかも、老人患者の43%は6ヵ月以上の在院期間であり、5年以上も9%いる。もちろん、病院のなかには急性期医療、慢性期医療のいずれかにしぼって医療サービスを提供するところもあるが、多くはこの両者を提供し、ときには同じ病棟で急性期と慢性期の医療が提供されることもある。

診療所も病院と同様に老人の長期ケアの機能を担っており、入院患者の48%が65歳以上の老人となっている。そして、本来、診療所は医療法上、48時間の収容を目的にした入院施設であるにもかかわらず、老人患者の38%は6ヵ月以上の入院となっている。

老人保健施設は、わが国で最初に創設された中間的なケア施設であり、病院を退院した患者が地域に帰る前に、より快適な環境のなかでリハビリテーションなどに取り組む目的でスタートした。入所者は、3ヵ月以内に退院する方針が掲げられているが、その64%は3ヵ月以上入所を続けている。

こうした3つの医療施設においては、医師が施設の長となっており、国立・自治体・日赤など公的セクターもあるが、自由開業医制の下でほとんどが医療法人・医師個人など民間セクターによって設立されている。これらの老人長期ケアの費用は、一部の保険外負担を除いて医療保険で賄われている。しかし、新たに創設された老人保健施設においては、給食など日常生活サービスに対しては適正な利用者負担を課している。

老人の長期ケアのもうひとつは、社会福祉によるサービスであり、全入所者の残り25%を占めている。そのうち、67%は特別養護老人ホーム、27%は養護老人ホームに、7%は軽費老人ホームに入所している。養護老人ホームと軽費老人ホームは、安い費用で生活サービスの提供を目的としており、これら老人福祉施設への入所にはミーンズテストによる入所判定を必要とする。アメリカのナーシングホームに相当するのは、わが国では特別養護老人ホームであろう。しかし、この特別養護老人ホームは寝たきり老人に対する恒久的な施設として意図されているが、夜間や週末には医師

や看護婦がいらないのが一般的であり、医療サービスの面で不十分といえる。さらにこうした福祉施設においては、管理者に医師・看護婦など特別の資格が要求されていない。福祉施設も医療施設と同様に国立・自治体・日赤など公的セクターは少なく、社会福祉法人としてきびしい公的コントロールの下にある。具体的には、医療施設の入院が管理者である医師や勤務医の判断でなされるのに対して、福祉施設への入所はニーズの判定にもとづく福祉事務所の「措置」として行われ、どの施設に入所するかも行政の判断に委ねられている。福祉施設の利用者負担も「費用徴収」として、本人と扶養義務者の所得に応じて決められ、資産はその対象になっていない。

問題は、これらの医療・福祉施設はそれぞれが独立して開設され、その機能も連携していないことである。それは、こうした現在のシステムが、老人ケアのニーズの急速な拡大に対応しながらも、制度的な体系として整備されてこなかった結果といえる。歴史的には、老人の長期ケアのニーズに対応して最初に生まれたのが、社会福祉サービスによる特別養護老人ホームであり、1963年に創設されている。当時は医療保険による病院での医療サービス・ケアが高価であったという理由による。しかし、この特別養護老人ホームは、建築費と運営費を公的資金に依存しているため、財源制約によってその後の整備はゆっくりとしか進まなかった。

1973年、福祉充実を求める社会的な要求・圧力が老人医療費無料化を実現させた。それまで、多くの老人が5割負担であったことを考えると、これによって、老人長期ケアに対する超過需要が発生し、それを病院が供給するように長期ケアの施設に変化していったのは当然である。医療保険の財源によって老人は無料で医療サービスを受けられるほか、福祉という貧しいものへのサービスというマイナスイメージを払拭できたのである。これに伴い、老人長期ケアのための病院が次々と開設され、また急性期医療において設備の整った大病院との患者獲得競争に敗れた小病院が老人長期ケアの施設に転換していったのである〔2〕。しか

し、病院は元来、老人長期ケアの施設として想定されておらず、設備基準も人員配置も最低限にとどまっていた。このため厚生省は、1992年の医療法改正によって療養型病床群を新設するのである。

病院と診療所は、全国一律の診療報酬点数表によって出来高払いで運営されている。医療施設は、診療報酬以外を患者に請求することは禁じられており、医療サービスの提供はこの公的な診療報酬によって強くコントロールされてきた。しかも、クスリや検査などプライマリケアを優遇した診療報酬となっており、看護サービスは低く評価されたままであった。とくに、無資格の付添看護婦によるサービスが行われ、こうした診療報酬の構造は老人長期ケアにマイナスの影響をもたらしてきた。そして、老人長期ケアの質を向上させなかったばかりでなく、老人長期ケアを担う病院では有資格者の看護婦を確保することを困難にしてきた。老人患者が重症の場合には、付添婦をつけることを余儀なくされ、家族の代理人として無資格のケアを提供することになったのである。

この付き添い看護は、病院における看護ケア・サービスの責任を曖昧にしたほか、患者に保険外の負担を強いていた。こうした状況を改善するため、1981年から基準看護以外の病院については、付き添い看護費用の約3分の2が償還されるようになった。しかし、この付き添い看護の制度的な認知は、逆に付き添い看護による老人長期ケアの供給を一般化してしまった。さらに老人長期ケアに取り組む病院は、診療報酬が低いことを理由にケアとは関係ない部分で保険外負担を徴収するようになり、老人病院での洗濯代・オムツ代などのサービスとして「お世話料」が登場してきた。これらの保険外負担は、行政によって暗黙のうちに認められ、ケアの内容が問題であるばかりでなく、患者の保険外負担が病院での老人長期ケアについて指摘されるようになった〔3〕。

こうした状況の下で、1988年、老人保健施設が創設された。当初、厚生省は病院のいくつかがこの老人保健施設に転換することを意図したが、実際は予想どおりには進んでいない。その理由は、老人保健施設の施設療養費が低いレベルにとどま

ったこと、そして老人保健施設の設備・構造基準が病院にとってはきびしい内容に決まったことがあげられる。たとえば、1床当たりの面積が病院は4.3m²であるのに対して、老人保健施設は8.0m²と2倍のスペースを必要とした。結果的に、老人保健施設の整備は予想したほど進展しておらず、さらに短期の入所・通過施設という老人保健施設の目的を実現するのが難しいことも明らかになっている。これは、在宅ケアが不十分なことに加えて、老人長期ケアの根本的な施設がないことから生じている。特別養護老人ホームは、老人長期ケアの根本的な施設であるが、国の財政的な制約を受けて十分には整備されておらず、1990年の「高齢者保健福祉推進10か年戦略」によって、ようやく24万人分の整備計画が立てられたにすぎない。さらに、現実的に老人長期ケアの最大の提供者である病院も、1985年にスタートした地域医療計画によって病床規制措置が生まれて、これ以上の拡大は不可能になった。

老人長期ケアを取り巻くこうした困難な状況をふまえて、厚生省は1990年の診療報酬改定において定額支払制度を導入した。この制度は、一定以上の介護職員を置く介護力強化の病院に対して認められ、付き添い看護を禁止したほか、出来高払いによる個別的な支払いは、リハビリテーションや画像診断・処置などに限定されている。この定額支払制度は、支払額が相対的に高く設定されているために、老人患者の割合が多く、看護婦が少ない病院にとっては有利になり、同時に「お世話料」の保険外負担も黙認された。

しかし、この介護力強化の老人病院の出現は、特別養護老人ホームや老人保健施設にとって波紋を投げかけることになった。すなわち、定額支払いの場合、サービス提供者が軽症の患者のみを入院させてしまうという強いインセンティブが働く(特別養護老人ホームは福祉事務所の措置によって入所者が決定されるが、一般的に施設側の自由裁量がかなり働くといわれている)。老人長期ケアに介護力強化病院が新たに加わっても、それは軽症患者によって容易に占有されてしまい、重症患者はつねに入所困難な状況に置かれる事態が予

想される。

こうした状況を改善するには、重症患者の特性に応じ、かつその費用を公平に支払うシステムが必要である。さらに、医療施設・福祉施設によるバラバラな老人長期ケアのサービス提供を改め、すべてのサービス提供者を同一の財政・支払制度によって統合すれば、患者もその症状に応じて効果的なサービスを受けることができ、サービスの連携と統合が実現しよう。病院・老人保健施設・特別養護老人ホームという制度的な区分を再検証するとともに、それぞれの施設にいる老人長期ケア患者の重症度、費用・マンパワーの配分の現状を測定し、老人長期ケアのサービス・施設体系と費用・財源調達を再調整することが要請されている。

Ⅲ 定額支払制度による老人病院の 介護力強化の意義と問題点

——N老人病院のケーススタディから考える——

(1) 定額支払制度とN老人病院の概要

厚生省は、老人の入院医療に対して1990年4月の診療報酬改定において定額支払制度を導入した。この目的は、①出来高支払制度による点滴・検査などの過剰診療の防止、②看護・介護職員がケアを充実して、老人患者を「寝たきりにさせない」医療を提供する——の2点にある。わが国の診療報酬はこれまで、「出来高払い制度」を採用しており、老人医療において「クスリ漬け・検査漬け医療」という過剰診療を生み出してきた。今回の新しい定額支払制度が、これまでの投薬・検査を主体とした医療サービスをどのように変化させ、老人患者の生活の質や日常生活動作(ADL)にどんな影響を及ぼしているのか、今後の老人医療のあり方を展望するうえで重要な問題提起を行っている。

この定額支払制度は、特例許可老人病院が介護職員を手厚く配置した場合、病院の選択・申請にもとづき、看護・投薬・注射・検査の診療報酬点数を包括化し、「入院医療管理料」として定額支払いで病院に支払うものである。老人病院に対して投薬・点滴・検査よりも介護力の強化・充実を求

めているため、この定額支払制度を採用した病院は、「介護力強化病院」とよばれている。介護職員の数に応じて、「入院医療管理料」は次の3つに区分されている。看護職員はいずれも、患者6人に1人という同一の配置基準である。

(I) 患者4人：介護職員1人の場合、1日
6,980円

(II) 患者5人：介護職員1人の場合、1日
6,520円

(III) 患者6人：介護職員1人の場合、1日
6,210円

このうち、(III)は1992年4月の診療報酬改定によって、介護力強化病院の普及促進の意味から介護職員の配置要件を緩和したものであり、付き添い看護解消の政策誘導といえる。同時に、(I)と(II)についても、その診療報酬点数は20%ほど引き上げられており、経済的なインセンティブの下で定額支払いの定着が図られようとしている。この「入院医療管理料」に入院料など固定的な支払いの点数を加えて、老人の入院患者は月36万円程度の定額払いとなる。リハビリテーションや画像診断、処置などの費用については、従来の出来高払いが残されているが、全体の90%強は定額払いであり、包括的な支払いに変わりはない。

この定額支払いを採用する介護力強化病院は、1992年6月末現在で以下ようになっており、特別許可老人病院の総数1,121病院（わが国の病院数1万96の11.1%）、14万7,442床（同病床数167万6,803床の8.8%）に対して、約4分の1の導入状況にある。

(I) 157病院・14.0% 2万1,978床・14.9%

(II) 123病院・11.0% 2万 183床・13.7%

(III) 8病院・0.7% 835床・0.6%

計 288病院・25.7% 4万2,996床・29.2%

厚生省が1991年5月にまとめた「入院医療管理料承認病院実態調査」（対象病院108病院）による

と、承認以前（1990年1月）と承認後（1991年1月）の1ヵ月の患者1人当たり点数は、検査が42.7%、投薬が34.2%、注射が49.4%と大幅に減少していることが明らかとなっている。そして、看護職員による療養上の指導・世話やリハビリテーションなどが多くの病院で増え、介護職員も老人患者に対するレクリエーションや入浴介助を増やすなど、投薬・検査よりもケアを重視した新しい老人医療が始まっている。

しかも、この調査によると、病院の1ヵ月の医業収入は10.1%も増加したのに対して、医業費用は医薬品費や診療材料費の減少により3.7%の伸びにとどまり、医業収入から医業費用を差し引いた収支差額は62.4%もの大幅増となっている。定額支払制度は、老人病院の経営にとってもプラスの効果を及ぼしており、普及・定着のための経済的な誘導の時期といえよう。

今回、ケーススタディの対象としたのは、北海道にある介護力強化病院であり、1979年6月に146床の老人病院として開設され、現在は942床とわが国でも有数の大規模老人病院に成長してきた（表1による病院での老人長期ケアが急増した1980年とほぼ同時期に開設されている）。定額支払いの「入院医療管理料」は1990年7月から(I)を採用している。1991年の1年間の1日平均患者数は入院939人（病床利用率99.7%）、外来46人であり、入院を軸に老人の長期ケアを展開している施設である。1ヵ月平均の新入院患者数は28人、退院患者28人（軽快7人、転院8人、死亡13人）と患者の動きは小さい。この結果、平均在院日数は1,029日（2.8年）と長くなっており、老人の「終の住処」として病院が機能しているのである。

この病院では、患者の重症度・看護の必要度に応じて、病棟を3つのタイプに分けており、看護・介護職員も表2のように傾斜配置されている。

定額支払制度の実施に伴い、それまでの付き添

表 2

病棟タイプ	患者の重症度・介護の必要度	病棟・病床数	看護・介護職員数
A：重症病棟	○重症・全介助が多く、治療・処置が多い	3病棟・309床	患者2.0人に1人
B：中間病棟	○ベッド上での生活が多く、治療は比較的少ない	6病棟・441床	患者2.3人に1人
C：軽症病棟	○比較的自立度が高く、リハビリテーションが多い	3病棟・192床	患者2.8人に1人

表 3

	出来高払い制	定 額 支 払 制		看護・介護職員 1 人当たり患者数**		
	1990年 3 月	1991年度平均	1992年度平均	1990年	1991年	1992年
看護婦	人 75 (14.1)	人 88 (21.1)	人 90 (21.7)	人 12.6	人 10.7	人 10.5
准看護婦	81 (15.2)	79 (18.9)	85 (20.5)	11.6	11.9	11.1
助手+付添婦*	377 (70.7)	251 (60.0)	240 (57.8)	2.8	3.8	3.9
計	533 (100.0)	418 (100.0)	415 (100.0)	1.7	2.3	2.3

注: *定額支払制度の下では、看護助手=介護職員となる。

**この看護・介護職員 1 人当たり患者数は、総病床942床から計算した。

い看護は廃止となり、看護・介護の職員体制は表 3 のように変わった。老人病院がそれまで、付き添い看護に多くを依存していたかが明らかとなる。しかし、全体の看護・介護職員数は、付添看護婦が減った分だけ減少となっており、看護・介護職員 1 人当たり患者数では出来高払い当時の 1.7 人から、定額制での 2.3 人へとケアの人的密度は低下している。もっとも、看護婦・准看護婦の有資格者 1 人当たり患者数は 1990 年 6.0 人、1991 年 5.6 人、1992 年 5.4 人とスタッフの充実が行われている。看護婦・准看護婦の専門職が、介護職員とともに老人ケアの向上にどう取り組むか、定額支払制度の試金石であろう。

さらに、こうして少なくなった看護・介護部門に対して、給食・薬局・リネンサプライの各部門などによる支援体制が築かれており、全職員による老人ケアの向上が課題となっている。元来、看護・介護職員は、「病院の万能選手」としてあらゆる業務を担わされることが多いが、医師の診療介助とともに療養上の世話に専任できる体制作りが老人の長期ケアの充実には不可欠であろう。今後の看護・介護のマンパワー確保を考えると、効率的にサービスを提供するための、ケア部門の支援・援助の方策が求められている。

平成 3 年度の入院患者数は表 4 のとおりで、938 人の平均年齢は男 80.1 歳、女 82.2 歳となっている。その構成割合は、男 27.2%、女 72.8% と老人の長期ケアは圧倒的に女性の患者である。

(2) 定額支払いによる医業収入・薬剤費などの変化

表 5 は、重症・中間・軽症の各病棟タイプ別に患者 1 人 1 日当たりの平均医業収入・薬剤費・委

表 4 N 老人病院における患者数——男女・年齢階級別 (1991 年)

	男	女	総 数
60 歳未満	人 4 (1.6)	人 4 (0.6)	人 8 (0.9)
60 歳代	17 (6.7)	24 (3.5)	41 (4.4)
70 歳代	85 (33.3)	191 (28.0)	276 (29.4)
80 歳代	128 (50.2)	369 (54.0)	497 (53.0)
90 歳以上	21 (8.2)	95 (13.9)	116 (12.4)
計	255 (100.0)	683 (100.0)	938 (100.0)

託検査費を調べたものである。1990 年 3 月は定額支払制度以前の状況を示し、1991 年 3 月は前年 7 月からの定額制導入後、9 ヶ月後の変化を表し、さらに 1992 年 3 月はその 1 年 9 ヶ月後の結果である。

出来高払い制の下では、重症病棟の 3 つの病棟でみた患者 1 人 1 日当たりの医業収入は、1 万 4,145 円、1 万 1,448 円、1 万 164 円である。同じ重症病棟でも、医業収入の最高と最低とでは 1.39 倍の格差が生じていた。しかし、この差も定額制の導入によって著しく縮小し、1991 年 3 月では 419 円、1.04 倍にまでなる。そして、1992 年 3 月には 67 円とほぼ同水準に横並びとなる。定額制とはいえ、こうした差が生まれるのは、前述のとおり一部に出来高払いの部分が残されているためである。

中間病棟では、平均 9,250 円の医業収入であるが、最高の 1 万 846 円と最低の 8,409 円とでは 1.30 倍の格差があり、重症病棟の格差をやや下回る。この差は、定額制とともに縮小し、1991 年 3 月が 529 円、1.05 倍、1992 年 3 月が 377 円、1.04 倍となる。しかし、6 つの中間病棟での平均医業収入では 1 万 772 円、1 万 787 円と 1991 年 3 月が 16.5%、1992 年 3 月が 0.1% と定額制によって収入増加が実現

表 5 N老人病院の定額支払制度以後の患者1人1日当たり医業収入・薬剤費・委託検査費の変化

		出来高支払制度		定 額 支 払 制 度			
		1990年3月		1991年3月		1992年3月	
		平 均	範 囲	平 均	範 囲	平 均	範 囲
医業収入	A: 重症病棟	円 11,919	円 14,145~10,164	円 10,946	円 10,948~10,529	円 10,961	円 10,995~10,928
	B: 中間病棟	9,250	10,846~8,409	10,772	11,134~10,605	10,787	10,984~10,607
	C: 軽症病棟	8,364	8,649~8,089	11,039	11,169~10,972	10,886	11,020~10,759
	計	9,801	14,145~8,089	10,868	11,169~10,529	10,852	11,020~10,607
薬剤費	A: 重症病棟	円 4,222	円 6,243~3,092	円 1,529	円 1,802~1,120	円 1,253	円 1,950~662
	B: 中間病棟	2,173	3,792~1,209	481	738~281	465	699~276
	C: 軽症病棟	1,199	1,308~1,010	552	625~454	427	569~351
	計	2,504	6,243~1,010	806	1,802~281	681	1,950~276
委託検査費	A: 重症病棟	円 529	円 739~379	円 68	円 89~48	円 78	円 100~58
	B: 中間病棟	391	634~221	39	65~13	34	84~21
	C: 軽症病棟	372	468~297	18	31~4	16	27~5
	計	440	739~221	44	89~4	46	100~5

していることに注目したい。これについては、後述する。

次に軽症病棟に移ると、出来高払い制度の下でも、基本的に病棟間の医業収入の格差は大きいものではなかった。最高の8,649円と最低の8,089円の間には、560円、1.07倍の差しかなく、重症・中間病棟が定額制を採用したときの格差と同レベルであった。このN老人病院では、重症・軽症など患者の症状に応じた医療サービスがなされ、それが医業収入にも反映したといえ、投薬・点滴の過剰診療が行われていなかったといえる。しかし、定額制の導入によって医業収入は1万1,039円と32.0%もの大幅な上昇を示す。しかも、1991年3月の各病棟タイプ別の平均医業収入では重症病棟のそれを上回っており、その差が小さいとはいえ、軽症病棟が最高ランクである。

これは、新しい制度でも出来高払いが認められている理学療法・作業療法などのリハビリテーションが、軽症病棟でより多くなされているためである。各病棟タイプ別の患者1人1日当たりリハビリ収入をみると(1991年3月)、重症152円、中間243円、軽症432円と1日当たり金額は少ないが、重症と軽症では2.84倍の差が生まれている。重症になれば、リハビリテーションを行うことは不可能となり、定額払いとリハビリなど一部出来高払

いのケース・ミックスが、軽症患者の医業収入を増加させている。しかし、軽症病棟間の医業収入には大きな差はみられず、1991年、1992年とも1.02倍にとどまる。軽症病棟のこうした傾向が今後、どう展開していくか、定額支払制度の評価に関わる課題といえる。

医業収入を厳密に比較するには、定額制によってそれまでの付き添い看護が廃止されたことを考慮にいれる必要がある。付き添い看護は、患者個人の支払いによる療養費払いであるため、患者個人がいくら支払ったかのデータ入手は困難であり、それが付き添い看護問題の社会的な非難を生む要因ともなっている。

N老人病院の1990年3月の医業収入に北海道平均の1日当たり看護料金額3,673円(厚生省老人保健福祉部『老人医療事業年報』平成2年度)を加えると、平均医業収入は1万3,474円となり、定額支払い後の金額を上回る。付き添い看護は重症度別に金額が異なるため、すべての患者について収入減となったとはいえない。しかし、N老人病院にとって看護・介護職員全体の数は少なくなったとはいえ、病院自身が雇用する分、その人件費は老人医療のコストアップ要因になるはずである。看護・介護の費用とマンパワーの確保は、老人病院にとって大きな問題である。

医療収入のこうした病棟タイプ別の変化をみると、患者の重症度別にみた病院のコストと利益は大きく異なることが明らかとなる。将来的に定額支払いを維持・発展する以上、患者の重症度・ケアの必要度に応じたタイプ別の定額払いを考えていくことが必要となってくる。

表5の薬剤費に移ると、現実に使用される薬剤量（この場合は薬価ベースで表示）は、定額支払制度の導入によっても硬直的な使用でないことに注目したい。1990年3月の出来高払い当時にも病棟タイプ間の大きな格差が存在していたが、それは定額制の下でも明らかな格差が残されており、重症度別にみれば単純な薬剤の減少でないことがわかる。

重症病棟では薬剤費の平均額は4,222円から1,529円と2,693円、63.8%の減少を示している。しかし、なお1,802円と最高の薬剤使用の病棟を抱えるなど、重症病棟がもっとも薬剤を使用することに変化はない。

中間病棟の薬剤費は2,173円から481円へと1,692円、77.9%の減少であり、その減少幅は3つの病棟タイプの間でいちばん大きい。しかも、最高と最低の格差は2.63倍と3つの病棟タイプでいちばん大きく、1990年の3.14倍よりも縮小したとはいえ、中間的な症状の老人患者に対しての薬物療法が医師の間でなお揺れ動き、統一的な薬剤使用が確立されていないことがうかがえる。重症病棟の同じ格差は2.02倍から1.60倍に縮小しており、定額支払いといっても患者が重症になれば、必要な薬剤は使用しなければならないと予測できる。

軽症病棟の薬剤費は1,199円から552円と647円、54.0%減少し、1年後にはさらに減少している。もともと軽症病棟での薬剤費の格差は小さく、出来高払いの下でも1.30倍にすぎず、定額払いで1.38倍とやや拡大している。薬剤費全体で約3分の1まで減少し、なおそれが続いている結果であるが、こうして病棟タイプ・重症度別に分析すると、定額支払いであっても必要な患者には薬剤の使用が継続しているとみるべきであろう。

表5では、外注委託検査費の状況を示してあるが、薬剤費以上に変化・減少しているのが明らか

となる。重症病棟の患者1人1日当たり検査費は529円であったが、定額支払い後、68円と以前の8分の1にとどまる。中間病棟でも391円から39円と10分の1のレベルにダウンした。さらに軽症病棟では、372円が18円と20分の1まで下がった。こうした検査費の大幅な減少のなかで注目したいのは、出来高払いの下でも病棟タイプ別にみた検査費の格差は薬剤費とは逆に小さくなく、薬剤費3.52倍、検査費1.42倍という状況であったことである。それが定額支払制度の導入によって1991年3.77倍、1992年4.88倍と拡大する傾向にあり、薬剤費の格差縮小という傾向とは反対の現象を示している。これは、検査費自体がごく少額になったことであろうが、出来高払い当時の検査による過剰診療が重症度とは無関係に、ルーチン検査で行われていたことを示している。そのルーチン検査が定額支払いで止められたことが、検査費の大幅減につながったことは明らかだ。

(3) 患者の変化（入院・退院・死亡）と定額支払制度のケーススタディによる評価

定額支払制度の採用によってN老人病院が、患者の入院方針をどう変化させたか、それを検証するのは困難である。すなわち、現在の定額支払制度の下では、患者の重症度にもかかわらず同一の支払額であるために、重症患者はサービスのコストが大きいので入院させない方が経営的に有利であり、より軽症な患者の入院に経済的なインセンティブが働いてしまう。さらに定額支払制度には、もうひとつ必要な投薬・検査も止めてしまうという「粗診粗療」の問題がある。これについては、前述のとおり検証し、重症度に応じた投薬・検査など必要な医療サービスの提供がある程度、裏づけられている。

この病院の入院・退院・死亡者数は表6のとおりで、大きなパターンの変化はみられない。反対に入院患者は重症病棟で増加しており、新しい定額支払制度が12ヵ月間、完全実施された1991年度と出来高払いの1989年度と比べても174人から180人に増えている。入院患者総数に占める重症病棟への入院患者の割合はこの3年間、33.5%、40.4

表 6 N老人病院における入院・退院・死亡患者数 (1989-1991年度)

病棟タイプ	入 院			退 院			死 亡		
	1989年	1990年	1991年	1989年	1990年	1991年	1989年	1990年	1991年
A: 重症病棟	人 174	人 166	人 180	人 90	人 61	人 61	人 137	人 149	人 146
B: 中間病棟	253	220	143	68	74	66	106	70	14
C: 軽症病棟	92	25	6	114	45	34	5	1	1
計	519	411	329	272	180	161	248	220	161

%, 54.7%と多くなり, 入院患者の過半数が重症病棟である。反面, 軽症病棟への入院患者は減少を続けて, 17.7%, 6.1%, 1.8%とほとんど入院していない。これはN老人病院において, 保険外負担である「お世話料」が, 軽症な患者の入院を防止している経済効果が指摘できる。

死亡患者は毎年減少しており, とくに中間病棟が顕著であり, 106人, 70人, 14人とほぼ10分の1にまで下がっている。重症病棟の死亡はほぼ同水準であり, 画期的な治療効果などない老人の末期医療の困難さが指摘できる。しかし, 退院・死亡を合わせた患者数に対する死亡患者の割合は, 1989年47.7%, 1990年55.0%, 1991年50.0%となっており, 死亡患者の割合もやや低下傾向をみせている。こうしてみると, 新しい定額支払制度は老人患者に対するケアの改善を生んでいることが推測される。

今回のケーススタディから定額支払制度について, 以下のように結論づけることができる。

- ① 新しい定額支払制度の導入は, 薬剤費・検査費を大幅に減少させた。これは, 出来高払い制度が生み出してきた鼻腔栄養・留置カテーテル→発熱→抗生物質→寝たきり→褥瘡という「老人医療の悪循環」を解消することに有効である。
- ② 看護婦は, 薬剤・検査の減少によって医師の診療介助から解放されて, 食事の介助・身体清拭などケアにシフトした活動ができるようになった。これは, 老人患者のADLの改善につながっていく。
- ③ 出来高払い制度は, 薬剤・検査など医療サービスのすべてのコストを保障してきた。しかし反面, 「患者にとって最も必要な薬剤・検

査とは何か」というコスト意識を希薄にしてきたことも否定できない。定額支払制度はこうした老人医療のあり方に劇的な変化をもたらしている。

- ④ 定額支払制度は重症患者の入院拒否・困難という問題を抱えているが, こうした傾向は今回のケーススタディの病院にはみられなかった。しかし, 現在はその制度的な防止策を用意しておらず, 早晚, 検討材料になることは明らかである。

IV 終わりに——看護・介護の費用とマンパワーの今後

これまでみてきたように, 高齢化社会とともに医療施設も変化を余儀なくされ, 医療・保健・福祉相互間の連携・調整が必要になってきている。しかし, これらの施設の費用とマンパワーの相違は大きく, それぞれが長い歴史をもつだけに, その調整は容易でない。それが, 国民生活水準の向上, サービスの高度化・多様化の結果ではあっても, 各施設間の効率的な資源活用こそ高齢化社会の重要課題である。老人病院の定額支払制度も, 老人医療サービスがより福祉的要素に近づきつつあることを示している。医療・保健・福祉に年金を加えて, 看護・介護サービスのシステム化こそが社会保障の今日的課題といえよう。

表7は, これら老人長期ケア施設の患者・入所者のADLの状況をみたものであり, それぞれの施設の特徴と類似性が明らかとなる。食事の全介助は, 特別養護老人ホーム13.8%, 老人病院13.5%と同レベルであるのに対して, 排泄の全介助は老人保健施設28.5%, 老人病院28.1%が並んでお

表7 老人ケア施設入所者の日常生活動作 (ADL) の状況 (1990年)

	養護老人ホーム N=6,343人	特別養護老人ホーム N=15,231人	老人保健施設 N=26,918人	N老人病院 N=942人	
				1991年 3月	1992年 3月
食事/自立	94.0	67.4	78.0	75.6	77.1
一部介助	5.2	18.8	16.7	10.9	11.6
全部介助	0.8	13.8	5.3	13.5	11.4
排泄/自立	92.3	36.9	44.8	43.8	45.9
一部介助	4.3	17.4	26.7	22.9	26.0
全部介助	3.4	45.6	28.5	33.3	28.1
着脱衣/自立	88.0	26.8	25.3	38.0	42.7
一部介助	8.5	26.3	46.3	26.0	26.6
全部介助	3.5	46.9	28.4	36.0	30.7
入浴*/自立	77.1	12.0	9.9	17.9	20.3
一部介助	17.5	30.9	51.8	15.8	16.6
全部介助	5.4	57.1	38.3	66.2	63.2

注：*N老人病院の「入浴」のADLは、この病院が集計した「日常生活基準表」の「清潔」を読み換えている。

資料：厚生省大臣官房統計情報部「老人保健施設実態調査」「社会福祉施設調査報告」平成2年。

り、全体的に入所者のADLは老人保健施設がいちばん高いことが指摘できる。これは、老人保健施設がもつ病院から家庭へ、病院から福祉施設への中間的な施設としての特徴といえるが、在宅ケアの未整備・特別養護老人ホームの定員制限などにより、中間施設での滞留も始まっている。看護・介護の資源配分の見直しは、家庭や地域を含め広い視野から行わねばならない。

その際、基本的に重要なことは、老人長期ケアに必要な需要の測定・判定をどのような尺度で行うかである。老人病院での「社会的入院」も、退院可能な老人患者に対する支援体制が整備されていないという意味では、必要な社会サービスなのである。たまたまそれを病院が提供しているにすぎない。在宅ケアまで含めた老人患者のサービス必要度の社会的な判定基準・尺度を開発することが必要である。それは、これまでの老人福祉施設に対する「措置」判定とは異なり、施設に着目するのではなく、老人の症状・ADLを共通の尺度で判定し、費用・マンパワーという資源の配分方法を開発しなければならない。定額支払いの老人病院における重症患者の入院拒否・粗診粗療を防止する観点からも、こうした社会的に共通な判定

基準・尺度が求められる〔4〕〔5〕。

急性期疾患から慢性期疾患へと成人病の時代を迎えて、医療保険自体も制度的な調整を必要とされている。急性期疾患に対応する出来高払い現物給付方式のみでは、看護・介護サービスにおいて資源の浪費とADLの低下を生み出すだけであろう。そうした意味では、老人医療費無料化によって生み出された医療治療・偏重の老人サービスを、福祉・保健の間で看護・介護サービスを加えて再構成していくことになる。しかも、高齢化の進行とともにこうした需要は拡大の一途であり、最終的には医療・保健・福祉の財源の調整・統合、統一的な利用者負担の方法が考えられてよいだろう。

看護・介護という優れて主観的な満足に関わる老人の長期ケアのサービスについて公的システムを本格的に構築することは、社会保障がこれまで取り組んでこなかった。せいぜい福祉や医療の限られた分野でなされてきたにすぎない。しかし、平均寿命の伸長とともに国民の身近な関心となり、「高齢者の介護」は先進国共通のテーマとなっている〔6〕。21世紀の社会保障にとって最重要課題であるが、解決のためのモデルがないテーマでもある。わが国がどう取り組んでいくか、1961年の国民皆保険・皆年金体制から30余年が過ぎて、新たな社会保障の再構築を迫られているといえよう。

参考文献

- 〔1〕 堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』、中央法規出版、1987年
- 〔2〕 高木安雄「第2次医療法改正までの歩み——21世紀の医療供給体制をめぐる動きとその焦点」『病院』、1992年12月
- 〔3〕 二木 立『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房、1992年
- 〔4〕 翠川純子「アメリカにおけるナース・ホーム改革——入所者アセスメントの導入と支払い方式への応用」『海外社会保障情報』97号、1991年12月
- 〔5〕 池上、高木他「長期ケアの支払い方式に関する研究」、第30回日本病院管理学会研究報告、1992年11月
- 〔6〕 「第2回 OECD 社会保障大臣会議コミュニケ——社会保障政策の新しい方向性」『週刊社会保障』第1721号、1993年1月

(たかぎ・やすお)

社会保障研究所調査部主任研究員)

わが国医薬品産業の特質

—規制と競争のメカニズム—

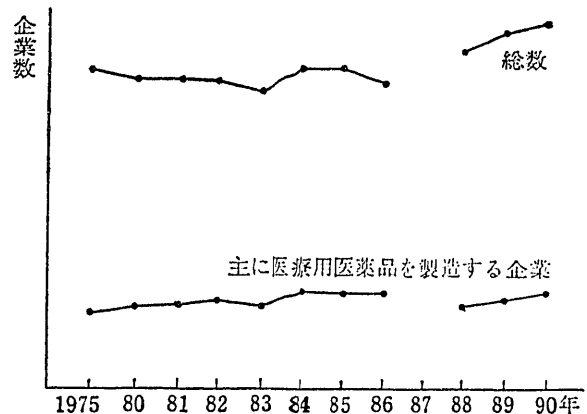
南部 鶴彦

I はじめに

本論文は、医薬品産業における最も顕著な特徴である医薬品価格の循環的な下落現象と、収益率の安定性という現象に焦点をあて、そのメカニズムを経済的なモデルによって分析しようとするものである。

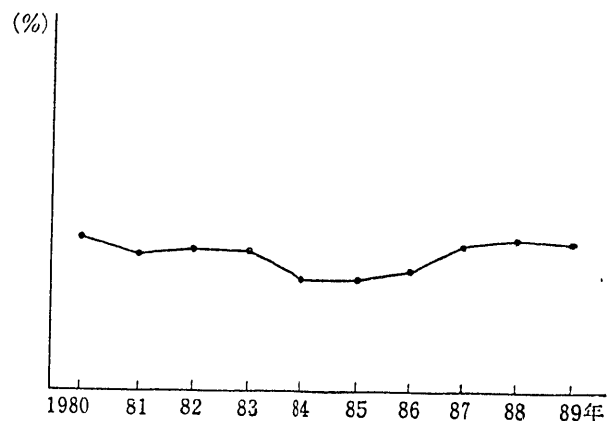
医薬品価格は薬価基準制度¹⁾のもとで、その医療機関による買い上げ価格を政府によって規制されている。しかし、現実の取引価格は、基準薬価から大きく乖離し、市場条件によってその価格の分散は大きく異なっている。さらに政府によって決定される基準薬価は市場の実勢を反映しているので、改定の度ごとに下落を繰り返してきた。この結果として、基準薬価が下落すればそれを再びスタートとして現実の取引価格が下落するという現象が一般的に観察されてきた。通常の産業では需要の趨勢的な上昇があるとき、価格が名目的な水準で絶え間なく低下するという現象は見られない。また同時に価格が絶えず低下するとすれば、企業の利潤率もまた、低下を続けることが予想されるし、企業数の減少が結果として招来されると考えるのが普通である。しかしながら現実には、次の図1及び図2が示すように、医療用医薬品の製造企業数は全体として見ると増加の傾向にあるし、主要企業の利益率は変動を伴いつつも長期的には安定している。このような事実は他産業との比較において非常に特異な現象と見なされるべきである。

本稿では次のような構成によって、医薬品産業



資料：厚生省「医薬品産業実態調査」。(1987年については資料なし)

図1 わが国の製薬企業数



資料：各社有価証券報告書。

19社は三共、武田、山之内、第一、大日本、塩野義、田辺、吉富、藤沢、メルク、日本新薬、富山化学、中外、緑十字、エーザイ、小野薬品、日研化学、持田、扶桑薬品の各社である。

図2 製薬業19社の平均総資本利潤率

のこの特殊性を分析的に明らかにしようとするものである。

まず第1に、基準薬価制度と医療保険制度のもとで、医薬品に対する需要がどのような特質をも

つかを分析する。ここでは基準薬価と取引価格との差額が、つねに医薬品への「過大な」需要を生み出すことが示される。

第2に以上のような特殊な需要構造と薬価の見直しという制度的なフレームワークが価格の傾向的下落をもたらすことを、ベルトラン型価格決定モデルを用いて分析し、価格の低落が必然的にもたらされることがあるのを明らかにする。

第3には、もしこのような価格の下落が利潤率の傾向的な安定性と矛盾なく説明しうるとしたら、どのような要因が必要であるかをとりあげ、医薬品産業における生産性の向上と、研究開発の貢献について述べる。

最後に、わが国の基準薬価の下落という現象が長期的に見たとき、どのような資源配分上の効果をもつかについて検討し、結論とすることにした。

II 医薬品需要のモデル分析

医薬品に対する需要は通常の商品と根本的に異なっている。いわゆる大衆薬と呼ばれる商品は、消費者が医師の処方なしに購入することができるので例外であるが、医療用医薬品はすべて、医師が患者の代理人 (agent) として何を使うか、そしてどれだけ使うかを決めるという制度となっている。すなわち医療用医薬品（以下では医薬品と略称する）は、最終需要財ではなく、すべて中間需要財である。

それは医療サービスは医師の判断に基づいてのみ行い得るという、制度的及び技術的要因に基づくことは明らかであろう。他方で、わが国は国民皆保険制度をとっており、いわゆる自由診療はきわめて少数であるから、医師は医薬品を自ら購入するが、その支払いを国に対して薬価基準制度に基づいて行うことになる。このとき医師が購入する薬価は、製薬メーカー（卸売業）との交渉によって決まるもので、現実の取引価格に対する規制は存在しない。しかし国に対して請求する薬価は基準薬価として公定されたものであり、国はこの公定価格によって医療機関にその薬剤支出をリ

ファンドするという義務を負っている。そこで、取引価格が公定価格である基準薬価を下回れば、その差額はすべて医療機関に帰属するというメカニズムが生まれる。これが一般に「薬価差益」と呼ばれるものである。この差益が社会全体として見て望ましいとか不適切であるとかの議論は、本論では立ち入らない。ここでの問題は、薬価差益が存在するとすれば、医薬品を需要する医療機関には必ず、それがないときに比べて、より大きな需要が生まれることを示すことである。

しかし医薬品需要を分析するにあたって当面する1つの大きな問題がある。それは医師あるいは医療機関について、どのような行動を前提として議論を進めるべきかについては、さまざまな意見の対立があるからである。もっとも単純な経済学的モデルでは、医師の経済合理的な行動を前提として、利潤の最大化ないし費用の最小化がモデルとして採用される。しかし医師はそのような企業と同じタイプの行動主体ではないとする反対意見も強い。もし医師が完全に患者の利益を代表する個人として行動するとすれば、医師と患者は一体と見なされる。このときには、患者は自らが必要とする以上の薬を購入するはずはないので、医師もまたそのように行動するものとなる。しかし、現実存在する薬価差の大きさから見ても、このような前提はあまりに非現実的である。そこでしばしば利用されるのは、医師は患者に医療サービスを供給することに満足を見出す（すなわち代理人としての側面がある）が、同時に自らの利益もまた重要な要素をなしているという考え方である。このような接近方法をとるときには、医師の効用関数を前提として医師の行動が分析可能となる²⁾。

さて本節の目的は、取引価格と公定価格との相違が存在すれば、医薬品への需要は公定価格である基準薬価だけでなく、取引価格にも依存することを示すことにある。そのような視点からすると、医師がコストの最小化を行うのか、それとも患者の利益を考えながら自らの満足を最大にするのかということは、本質的な差異は存在しない。いずれにせよ、医薬品への需要は取引価格だけでなく

基準薬価にも依存することが示しうるからである。そこでここではもっとも単純な医師のコスト最小化行動をとりあげて、医薬品需要を分析することにした。

いま医療サービスを提供するためのコスト C を次で定義する。

$$C = vX + (p - p_r)M \quad (1)$$

$$H = H(X, M) \quad (2)$$

ここで、 X は医療のサービス総量、 v はその単価、 p_r は基準薬価、 p は取引価格、 M は薬剤の投入量である。さらに H とされているのは、医療サービスと薬剤とによって生み出される、患者の健康回復の水準である。この H については次のように仮定することが合理的である。

$$\frac{\partial H}{\partial X} > 0, \quad \frac{\partial^2 H}{\partial X^2} \leq 0 \quad (3)$$

$$\frac{\partial H}{\partial M} \geq 0, \quad \frac{\partial^2 H}{\partial M^2} < 0 \quad (4)$$

(3)の意味するところは、患者の健康は医療行為によって改善するが、その改善の程度には限界があって、効果は低下するということである。さらに(4)は、薬の投入が健康水準の回復に寄与するが(もし効果がないときは等号が成立する)、薬の投入を増加させれば副作用によって効果を低下させるということである。(2)式が成立するときには、 X と M との間に次の関係も成立する。

$$\frac{dM}{dX} = -\frac{f_X}{f_M} < 0 \quad (5)$$

ただし、 $f_X = \partial H / \partial X$ 、 $f_M = \partial H / \partial M$ であり、 dM/dX は負の符号をとる。さらに薬をより多く投与しても、医療の限界の効果があがることはないとする、次の式もまた同時に成立する。

$$\frac{d^2 M}{dX^2} > 0 \quad (6)$$

さて(1)式は通常のコスト関数と比べて、薬価基準 p_r が収入として登場している分だけ異なっている。すなわち、もし薬価基準 p_r で薬剤費を国に対して請求できないのであれば、医師のコスト関数は次式のようなになる。

$$C_0 = vX + pM \quad (7)$$

さて以上の準備のもとで、(1)式を最小とするように医療サービス量 X が医師によって選択される

としよう。このとき選ばれる薬剤投入量は次式で与えられる。

$$-\frac{dM}{dX} = \frac{f_X}{f_M} = \frac{v}{p - p_r} \quad (8)$$

一方、薬価差益がないときのコスト最小化によつては、最適な薬剤投入量は次のようになる。

$$-\frac{dM}{dX} = \frac{f_X}{f_M} = \frac{v}{p} \quad (9)$$

(8)式と(9)式との関係を図示したのが図3である。この図で、薬価差がないとしたときに選ばれる薬剤の最適投入量は M_0 であるのに対して、基準薬価 p_r と取引価格 p との乖離があるときには、最適投入量は M^* となることがわかる。 dM/dX の形状からして、つねに、

$$M_0 < M^* \quad (10)$$

の成立することが保証されている。

すなわちこの図の意味するところは、基準薬価制度の存在によって、その分だけ収入が保障されているようなシステムのもとでは、医薬品に対する需要はこの制度がないときに比べて、 $M^* - M_0$ だけ増大するのである。さらに図から明らかなことは、もし基準薬価の水準がより高くなれば(あるいは取引価格水準がより低くなれば)、 M^* と M_0 との乖離はさらに増大するということである。

以上の分析によってわれわれは、基準薬価制度自体が、純粹の費用最小化水準以上の薬への需要をもたらすこと、あるいは「過大な」需要が発生

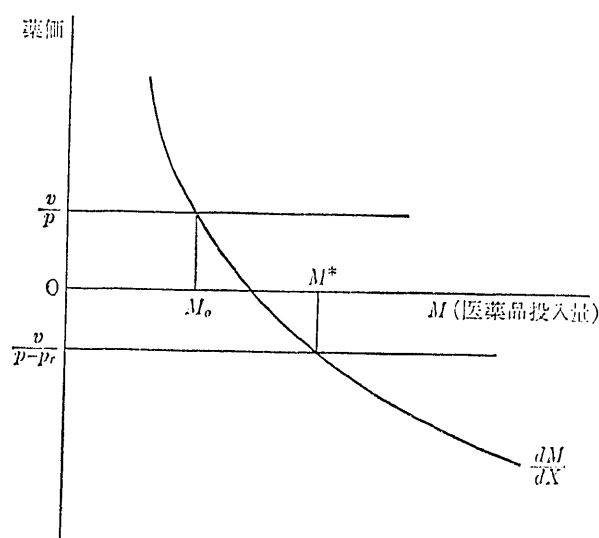


図3 医薬品需要の水準

することを結論することができる。さらにこのモデルを先述の医師の効用最大化モデルに置き換えても、医師の利潤は薬価差分だけ上昇することから、同じ結論が導かれることは、容易に推察できるであろう。本節の分析で重要な点は、医薬品への需要関数が p_r と p とに依存することを確認して、次節のモデルの準備とすることである。

III 価格決定のベルトランモデル

本節では医薬品価格の形成を、ベルトラン型の複占モデルを用いて分析を行う。医薬品への需要は前節のモデルから導かれるように基準薬価 p_r と、自社の製品価格 p_1 及びライバル企業が存在すればその製品価格 p_2 とに依存する。そこでライバル関係にある2社を企業1と企業2と呼ぶことにしてそれぞれの需要関数 X_1 及び X_2 は次のように書ける。

$$X_1 = f_1(p_1, p_2, p_r) \quad (11)$$

$$X_2 = f_2(p_1, p_2, p_r) \quad (12)$$

基準薬価 p_r は、この2社の供給する薬品の薬族群で共通のものとする。

さて p_1 と p_2 とはそれぞれのライバルにとって、その下落は市場シェアを減少させる効果をもっている。すなわち次のことが成立する。

$$\frac{\partial X_1}{\partial p_1} < 0, \quad \frac{\partial X_1}{\partial p_2} > 0, \quad \frac{\partial X_1}{\partial p_r} > 0 \quad (13)$$

$$\frac{\partial X_2}{\partial p_1} > 0, \quad \frac{\partial X_2}{\partial p_2} < 0, \quad \frac{\partial X_2}{\partial p_r} > 0 \quad (14)$$

次に企業の生産費用を C_1, C_2 として各社の利潤 π_1, π_2 を定義する。

$$\pi_1 = p_1 X_1 - C_1 \quad (15)$$

$$\pi_2 = p_2 X_2 - C_2 \quad (16)$$

さて各企業はライバル企業の価格を所与として利潤を最大化する。このとき各社の最適な価格水準は次式で与えられる。

$$p_1 \left(1 + \frac{1}{-\eta_1 + \eta_2 \theta_1} \right) = MC_1 \quad (17)$$

$$p_2 \left(1 + \frac{1}{-\varepsilon_2 + \varepsilon_1 \theta_2} \right) = MC_2 \quad (18)$$

η_1, ε_2 は自社の価格に対する需要の価格弾力性、
 η_2, ε_1 はライバル企業の価格に対する需要の弾力

性である。さらにライバル企業が価格を変化させたとき、それが自らの価格にどれだけの影響を与えるかを示すものとして臆測的変動 (conjectural variation) という概念がある。これは次のような θ_i という指標で示される。

$$\theta_i = \frac{dp_j/dp_i}{dp_i/p_i} \quad (19)$$

ただしここで i は自社、 j はライバルを示すものとする。

MC_1 と MC_2 とは第1社と第2社との限界費用であり、これは正でなければならないから、次の条件が成立しなければならない。

$$\eta_1 \geq \eta_2 \theta_1 + 1 \quad (20)$$

$$\varepsilon_2 \geq \varepsilon_1 \theta_2 + 1 \quad (21)$$

さて(17)(18)式はライバル関係にある2社が相手企業の反応 θ_1 ないし θ_2 を予測しながら、個別に利潤を最大化していることを示しているにすぎない。そこでいずれの企業にとっても(17)(18)式から決定される価格が最適であるためには、それぞれの行動がライバルの行動に対して最適な反応となっている必要がある。すなわち i 企業が価格を変化させるとき、 j 企業はこれに反応して最適な価格の変更を行わねばならない。これは(17)(18)式を満たしながら、同時に次の2つの反応を示す行動方程式が成立することを必要とする。

$$\frac{dp_2}{dp_1} = h_1(\eta_1, \eta_2, \varepsilon_1, \varepsilon_2, \theta_1, \theta_2) \quad (22)$$

$$\frac{dp_1}{dp_2} = h_2(\eta_1, \eta_2, \varepsilon_1, \varepsilon_2, \theta_1, \theta_2) \quad (23)$$

以上のモデルはベルトラン型の価格ゲームと呼ばれるもので、 dp_2/dp_1 , dp_1/dp_2 は両企業の最適な反応を示しており、通常反応関数と呼ばれている。

この2式が同時に成立する状況は図4に示される。

h_1 と h_2 との交点Eは第1社と第2社とが同時に利潤を最大化している点であるから、この価格のペア (p_1^*, p_2^*) が達成されると、両社はこの点から動こうとするインセンティブは働かない。すなわち点Eは両社にとっての均衡点を示している。

さて分析を単純化するために以下では次のような需要関数を仮定して分析を進める。

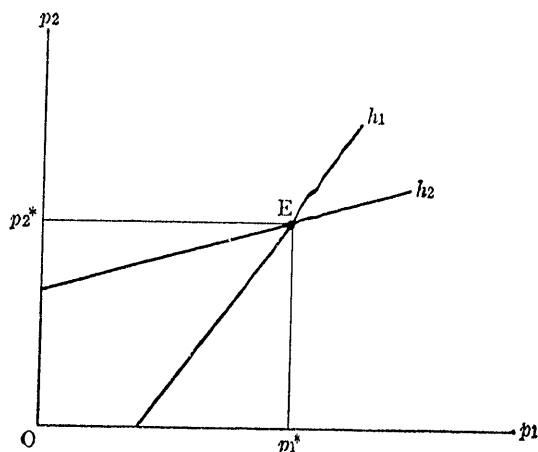


図4 反応関数

$$X_1 = A_1(p_r - p_1)^{-\eta_1}(p_r - p_2)^{\eta_2} \quad (24)$$

$$X_2 = A_2(p_r - p_2)^{-\varepsilon_2}(p_r - p_1)^{\varepsilon_1} \quad (25)$$

ここで η_1, ε_2 は自己価格弾力性, η_2, ε_1 は交差弾力性である。 A_1, A_2 は所得水準, 製品のライフステージ, 医療機関のタイプなど外生とされている要因を一括して示すパラメータである。

(24), (25)について反応関数を求めると, 次式を得る。

企業1については

$$\frac{\partial p_2}{\partial p_1} = \frac{\alpha_1 p_2}{\eta_2 X_1 MC_1'} + \frac{\eta_1/p_1}{\eta_2/p_2} \quad (26)$$

$$\alpha_1 = \frac{1}{-\eta_1 + \eta_2 \theta_1} + 1 \quad (27)$$

企業2については

$$\frac{\partial p_2}{\partial p_1} = \frac{\varepsilon_1/p_1}{\varepsilon_2/X_2 MC_2' + \varepsilon_2/p_2} \quad (28)$$

ただし

$$MC_1' = \frac{dMC_1}{dX_1} \quad (29)$$

$$MC_2' = \frac{dMC_2}{dX_2} \quad (30)$$

以上の準備のもとで, 基準薬価の改定がもたらす均衡価格 (p_1^*, p_2^*) への影響を調べてみよう。ここで問題となるのは薬価の切り下げによって, ベルトラン均衡にある価格がどのような変化をするかである。2つの反応関数のシフトの方向によって (p_1^*, p_2^*) はさまざまな方向へ変化する。しかしここでわれわれの想定している需要関数のもとではその方向が確定的であることがわかる。

まず第1に, 基準薬価の切り下げはつねに需要の水準を下方にシフトさせることは, 需要関数の形状から明らかである。そこでこの需要の減少が価格に与える影響を見るためには, それぞれの反応関数の傾きに対する X_1 ないし X_2 の与える効果を次のように見ればよい。

$$\frac{d(dp_2/dp_1)}{dX_1} = \frac{\alpha_1}{-(MC_1' \eta_2 X_1 / p_2)^2} \left(MC_1' \frac{\eta_2 X_1}{p_2} + \frac{MC_1' \eta_1}{p_1} \right) \quad (31)$$

(31)式は第1社の需要量の低下に対して, その反応関数の傾きがどのように変化するかを示すものである。ここで $MC_1' > 0$ であるから,

$$\frac{d(dp_2/dp_1)}{dX_1} < 0$$

すなわち薬価基準の引き下げに伴って X_1 が減少するとき, それは反応関数の傾きをつねに増加させるような効果をもっている。これは図4で h_1 という曲線の上方向へのシフトを意味している。同様の分析を行うことにより, 第2企業の反応関数の傾きには薬価基準の切り下げによって下方へのシフトがあることがわかる。すなわち以上の分析結果を図で示せば, 図5を得る。この図から明らかなのは, h_1 の上方へのシフトと h_2 の下方へのシフトとによって, ベルトラン均衡点はE点からF点へと移動するということである。

このようなプロセスが働くのは, 図に基づいて説明すると次のようになる。第1社の反応関数 h_1 について見れば, 薬価基準の下落によって需要は

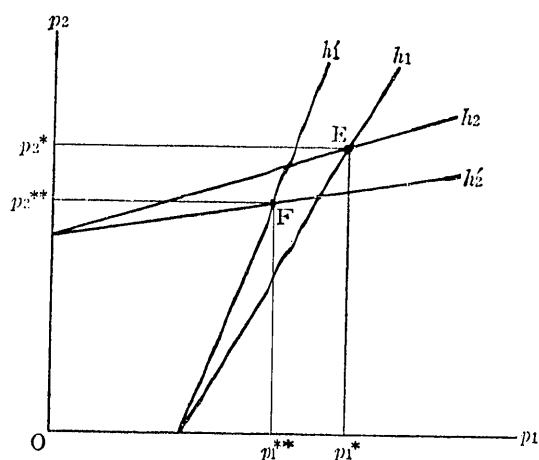


図5 価格の変化

低下するので、ライバル企業の価格は不変としても、自社の価格を引き下げて、需要の低下を補償しようとするのが最適である。これが h_1 から h_1' へのシフトとなって示されている。第2社についても事情は全く同じであり、需要の変化に対して h_2 を h_2' へシフトさせることが最適な反応となる、この結果2社がともに自己の価格を引き下げる選択がなされ、新しい均衡点はそれ以前よりも低い価格へと変化する。こうして薬価基準の引き下げに伴って、現実の取引価格である薬価は下落してゆく。

さて以上のモデルは、基準薬価切り下げの政策的プロセスに対応しているが、いまひとつのステップを加えることで、取引価格の継続的の下落が説明できるものとなる。いま図4における最初の均衡点Eは医薬品需要の特殊性から必ず基準薬価 p_r を下回っている。そして薬価調査では、このような現実の取引価格に基づき薬価改定にあたって基準薬価の引き下げがなされるか否かが決定される。かつてのバルクライン方式では、基準薬価は90%のバルクラインを目安に決定されていたから、ある薬品が完全に独占で一切値引きなしに売られるという状況以外は、ほぼ必然的に薬価調査から基準価格の下落という事態がもたらされた。この現実の値引きによって薬価の改定がなされると、それは各企業の直面する需要関数を通じて、最初のE点の北西方向にあるF点へと均衡の移動をもたらしたのである。

IV 価格下落と利潤率

(1) 生産性の上昇

前節までの分析によって、基準薬価にも依存する需要関数を前提として、薬価がゲーム的状況のもとで低落することが内在的に示された。このような価格の下落があるときには、通常の産業では利潤率の下落が見られるのが一般的である。しかしながらすでに図1で見たように、製薬業の利潤率は長期的に見て安定しているといえる。このような利潤率の安定が、価格の傾向的な下落にもかかわらずもたらされる原因は、次のような形で考

えることができる。いま取引価格を p とし、その生産のための平均費用を AC 、生産量を X 、総費用を C としよう。さらにこの財の販売からもたらされる収益マージンを m とすると、次のような関係がつねに成立する。

$$p_t = (1 + m_t) AC_t = (1 + m_t) \frac{C_t}{X_t} \quad (32)$$

この式は価格がある水準の収益を実現するように、決定されることを示している。先の複占の利潤最大化問題の最適価格(17)(18)もこのような形で表すことができる。

さて(32)式はすべての変数が時間の関数となっている。そこで(32)式を時間 t について微分すると次の式が得られる。

$$\frac{\dot{p}_t}{p_t} = \frac{\dot{k}_t}{k_t} + \frac{\dot{C}_t}{C_t} - \frac{\dot{X}_t}{X_t} \quad (33)$$

ただしここで $\dot{p}_t$ 、 $\dot{k}_t$ 、 $\dot{C}_t$ 、 $\dot{X}_t$ はいずれも時間に関する変化分である。また k_t は、

$$k_t = 1 + m_t$$

という収益率の指標である。

いまここで C_t について次のような形で再定義を行うことができる。生産に要する生産要素の集計量を V 、そしてこの V に対する単価を v と書くとすると、総費用 C は定義的に、

$$C_t = v_t V_t$$

この関係を再び(32)式に代入すると、改めて次の関係が得られる。

$$\frac{\dot{p}_t}{p_t} = \frac{\dot{k}_t}{k_t} + \frac{\dot{v}_t}{v_t} - \frac{\dot{Q}_t}{Q_t} \quad (34)$$

Q_t は X_t/V_t を示していて、全要素生産性と呼ばれるものである。

さて以上の準備のもとで、製薬業の価格の動向と利潤率の関係について考えてみよう。すでに得られた事実は収益率が安定しておりながら、価格は下落を続けているということであった。そこで(34)式において近似的に収益率は一定とすると、次のような関係が得られる。

$$\frac{\dot{p}_t}{p_t} = \frac{\dot{v}_t}{v_t} - \frac{\dot{Q}_t}{Q_t} \quad (35)$$

この式で左辺の価格変化率はつねに負の値をとる。すると歴史的事実と整合的なためには右辺がこれに見合っ負になる必要がある。すなわち、

表 1 技術の輸出入

(単位: 百万円)

年度	全 契 約						う ち 新 規 契 約					
	受 取		支 払		収 支 差		受 取		支 払		収 支 差	
	件数	金 額	件数	金 額	件数	金 額	件数	金 額	件数	金 額	件数	金 額
1975	63	1,328	90	5,770	-27	-4,442	10	55	6	559	4	-504
1976	82	1,877	88	5,353	-6	-3,476	14	321	8	88	6	233
1977	72	1,533	119	6,288	-47	-4,755	14	88	19	373	-5	-285
1978	87	3,409	122	7,128	-35	-3,719	18	1,935	18	1,056	0	879
1979	116	5,728	132	9,404	-16	-3,676	18	27	18	651	0	-624
1980	148	2,986	132	10,162	16	-7,176	26	273	26	600	0	-327
1981	151	8,265	107	11,067	44	-2,802	52	1,519	23	992	29	527
1982	198	6,638	118	13,009	80	-6,371	38	787	16	830	22	-43
1983	218	9,948	222	12,365	-4	-2,417	46	3,249	16	267	30	2,982
1984	204	13,698	123	13,809	81	-111	34	5,195	17	993	17	4,202
1985	239	13,068	166	13,085	73	-17	25	919	31	498	-6	421
1986	244	17,315	278	12,633	-34	4,682	22	1,045	23	401	-1	644
1987	285	16,101	210	13,638	75	2,463	46	5,342	18	1,555	28	3,787
1988	294	16,297	231	18,249	63	-1,952	22	113	22	990	0	-877
1989	317	18,904	252	21,483	65	-2,579	41	813	36	5,688	5	-4,875
1990	385	24,971	247	22,514	138	2,457	39	3,372	24	4,434	15	-1,062

資料: 総務庁「科学技術研究調査報告」及び日本製薬工業協会『DATA BOOK』1992年, p. 76.

要素価格の変化率は長期的にはつねに正であるので、これを上回る全要素生産性の上昇があって、費用上昇の効果を打ち消すだけでなく、価格の低下を可能としているのである。

言い換えれば、価格が継続的に下落しているにもかかわらず利潤率が安定的に推移したのは、賃金率その他の要素価格上昇を上回って余りある全要素生産性の上昇があったからなのである。それではこのような生産性の上昇を可能にしたものは一体何であったのだろうか。これを次に歴史的に分析してみよう。

(2) 技術革新

生産性の上昇をもたらすもっとも重要な要因は技術革新である。既存の技術体系のもとでもたらされる費用の節約にはおのずから限界がある。製薬業で見られるような価格の下落に対応する生産性の上昇は、新しい技術の開発によるものと予想される。このような技術の革新は大きく分けて、2つの要因に依存するものと考えられる。そのひとつは、企業あるいは産業全体にとって外生的に与えられる技術革新であり、主としてそれは海外の技術革新に依存するものである。日本の企業は

過去においてきわめて熱心な外国技術の導入者であり、模倣者でもあった。このような形での技術導入は製薬業の場合特に顕著であり、それは新製品の導入・開発とともに、製造過程での技術革新を可能とした。

いまひとつの要因は以上のような外生的な技術の導入ではなく、自らの努力によってなされる研究開発により、社内に蓄積される技術革新である。これは内生的な技術革新と呼ぶことができよう。しかし企業内での研究開発はその成果がすぐに表れるものではない。何年かの蓄積があり、それが集積の効果によって現実的な技術革新へと結びつくのである。このような点で日本の製薬業の技術のあり方は、歴史的に通観すれば次のようになる。

まず製薬業における技術導入と技術輸出との収支を件数及び金額で見たのが、表1である。この表から読みとれるのは、1970年代から1980年代にかけて、技術の輸出入に質的な変化が起こったということである。1970年代まで日本は技術の輸入国であり収支差を見ると、つねにマイナスを記録していた。しかし1980年代に入るとともに、様相は変化し始めている。収支差のマイナス額は減少するとともに、年によっては出超という値を記録

表 2 製薬業の研究開発費

(単位: 億円, %)

年度	研究開発費 (支出額)	対前年比	対売上高 比率
1975	952	120.3	4.91
1976	1,095	115.0	5.05
1977	1,205	110.0	4.84
1978	1,347	111.8	5.00
1979	1,769	131.3	5.53
1980	1,898	107.3	5.45
1981	2,184	115.1	5.85
1982	2,398	109.8	5.56
1983	2,899	120.9	6.59
1984	2,953	101.9	6.49
1985	3,419	115.8	7.04
1986	3,420	100.0	6.89
1987	3,807	111.3	6.96
1988	4,162	109.3	6.94
1989	4,560	109.6	7.50
1990	5,161	113.2	8.02

資料: 総理府「科学技術研究調査報告」及び前掲『DATA BOOK』
p. 52。

している年もある。このような技術的な変化は、産業内部に蓄積されてきた研究開発の成果に依存している。次に日本の製薬業の研究開発の推移を見てみよう。

表 2 は 1975 年からの研究開発費の総額及び対売上高比を示したものである。ここで見られる大きな特徴は、研究開発費の対売上高比が傾向的に上昇していることである。ここでの研究開発は、新薬の開発を主たる目的とするものであるが、それは同時にそのような製品をつくるための生産過程の技術革新を伴わざるをえない。そしてこのような形での継続的な研究開発が、1980 年代以降の内生的な技術の発展の基礎をなしたのである。

さらに日本の製薬企業全体をとって見れば自らの研究開発によって、新製品と新製法を開発している企業以外に、特許期限の切れるのを待って参入を行う企業グループがある。これらのグループにとっても研究開発が重要でないわけではないが、そのもっとも大きな特徴は特許期限の切れた製品の製法をコピーするという点で、技術が外生的なことである。このような企業はきわめて低いコストで製品を生産できるので、その生産性はきわめて高い。そしてこのような企業の参入が特許切れ製品の価格の下落をもたらすことになる。しかし

その収益率は高い生産性によって保障されているので、たとえ価格の下落が激しくとも一定の収益を確保することができる。そしてこれは結果として、価格の継続的な下落がありながら企業数は減少するどころか増加の傾向を示しているという事実を説明している。

(3) 新薬の開発

前節では価格の低下と生産性の上昇という視点から、製薬業の利潤率の安定性及び企業数の増加傾向を説明した。しかし製薬業の研究開発努力は生産性の側面だけでなく、新薬の開発という形で、企業の収益と成長に貢献していることが重要である。医薬品において市場を獲得するひとつの重要な手段は製品差別化であるが、これは流通経路の側面だけでなく新薬開発の能力と深く結びついている。非常に効果的な薬品の開発と市場化に成功すると、その商品をリーダーとして関連した諸製品を供給する能力が高まるといわれている。したがって、いわゆる大手の医薬品メーカーにおいては特許の取得、新有効成分含有医薬品の開発及びその承認がきわめて重大な関心事となる。この点でも 1970 年代と 1980 年代とでは、大きな変化を表 3 から読みとることができる。新有効成分含有の

表 3 新有効成分含有医薬品の承認数

年度	新医薬品(成分)の数		計
	製造承認	輸入承認	
1975	12	17	29
1976	9	13	22
1977	13	17	29
1978	19	18	37
1979	11	24	34
1980	18	16	33
1981	24	35	59
1982	19	18	35
1983	14	18	32
1984	11	12	22
1985	21	32	53
1986	18	15	33
1987	25	20	45
1988	20	26	45
1989	12	17	29
1990	17	18	33
1991	21	15	35

資料: 前掲『DATA BOOK』p. 62。

表 4 特許件数

年度	医薬品関連 特許数 (A)	うち 国内出願人	うち 国外出願人	全特許件数 (B)	対全特許比 A/B (%)
1978	437	249	188	48,240	0.91
1979	441	260	181	44,800	0.98
1980	646	376	270	51,880	1.25
1981	718	449	269	54,680	1.31
1982	909	589	320	62,040	1.47
1983	722	430	292	58,920	1.23
1984	797	498	299	54,040	1.47
1985	1,144	718	426	60,080	1.90
1986	1,031	606	425	62,000	1.66
1987	1,047	618	429	62,480	1.68
1988	1,264	831	433	67,880	1.86
1989	1,274	836	438	61,280	2.08
1990	1,055	623	432	63,320	1.67
1991	1,395	879	516	81,400	1.71

資料：日本特許情報機構及び前掲『DATA BOOK』p. 72。

医薬品は1980年代に入ると増加している。また同時に表4にあるように、医薬品関連の特許件数もまた、1980年代後半に至って著増を示している。これらの事実は生産性の次元だけでなく、企業が市場支配力を発揮しうる新商品の分野において、企業の利潤率が確保されることを意味している。新しい商品を槓杆として、差別化された市場での企業の立場がより強化されるわけである。

V 結 語

これまでの分析を通じて、わが国の医薬品産業に見られる一見して相矛盾すると思われる現象を、包括的に把握することが可能になったと思われる。しかしここで述べられたような日本製薬業での規制（薬価基準）と競争のメカニズムは内在的にいくつかの問題をもっている。これを指摘して本稿の結論としたい。

基準薬価制度のもとでの需要の構造が、他産業には見られない「過大な」需要をもたらすとともに、実勢価格による薬価の見直しはゲーム的な状況で価格のスパイラル的下落を必然化する。しかし価格の下落に対して、生産性の向上と新製品の開発とで立ち向かってきたのがわが国の企業である。こうした状況が続くとき発生するひとつの大きな問題は、真に画期的な新薬を開発するような

インセンティブが企業に働くかということである。もちろん、画期的な発明や発見が多くの場合、個人に依存していることはよく知られた事実である。しかし現在の医薬品産業の技術水準では、研究開発を組織内においてシステマティックに行うことが必要となっている。そのなかでの個人の貢献は再び大きな要因を占めるが、逆に組織に依存せず個人のレベルで新しい発見をすることはきわめて難しい。言い換えれば研究開発のプロセスは「制度化」されているのである。このような状況で、画期的な発見がなされるためには巨大な投資が必要とされるのに対し、その成功の確率はきわめて小さい。したがって、企業が「制度化」された巨大な研究開発を行うためには、そこに伴うリスクに対して十分なプレミアムが保障されなければならない。しかしわが国の市場競争のメカニズムのなかでは、こうしたリスクな投資を巨大な規模で行うことは非常に難しい。それにもかかわらず、過去においてはかなりの研究開発投資がなされてきた。しかし将来において、研究開発への挑戦がますますリスクとなるとすると、企業の内部には、自らはそのような投資を行わず、他企業のコピーを行おうとするインセンティブが働くのを自動的に防ぐことは困難である。アメリカのような市場においてさえ、このような危険性が問題にされているが、日本では価格の持続的低下という深

刻な問題がこれを増幅している。このような意味合いにおいて、基準薬価制度という制度自体のもつ経済的機能が吟味されねばならない。最近ではバルクライン方式からR・ゾーン方式への転換がなされた。しかしこのR・ゾーンにしても、ゲーム的状况での価格の下方転落の危険を払拭することはできない。

価格の継続的下落に対処するいまひとつの方法は、新薬を開発することによって市場の独占化を図ることであった。この場合に問題となるのは、市場の独占化がどのくらいの期間維持できるかである。コピーを専門とする企業が容易に参入できればできるほど、この参入障壁は低下する。そして新薬の価格は新規参入の圧力によって急速に下落する。こうした新薬の価格下落に対して先発の大手企業は再び別個の新薬開発にとりくむことになる。ここでの問題は新薬の開発競争がもつプラスでなく、マイナスの社会的効果であろう。すなわち、競争によって価格が下落しなければ生産され続けたはずの有用な薬が、その低収益性ゆえに棄て去られてしまう。研究開発コストのある部分はサunk・コストであろうから、もし新薬の寿命が短いときには、このサunk・コストの回収は困難となる。これはまだ十分に使用できる薬が生産中止になるという損失だけでなく、長期的にはサunk・コスト回収の難しさという点で、再び研究開発にディスインセンティブを与えることになる。

最近しばしば指摘されるのは、医薬品開発の技術的フロンティアの涸渇である。もしこの傾向が不可避のものとすると、製薬企業の研究開発イン

別表

年度	内用薬	注射薬	外用薬	歯科用薬	合計	うち経過措置品目
1975	8,204	3,813	1,158	214	13,389	N. A.
1976	8,882	4,060	1,269	218	14,429	1,071
1977	8,315	3,911	1,224	204	13,654	2,399
1978	9,679	4,204	1,344	206	15,433	2,737
1979	9,741	4,249	1,348	206	15,544	306
1980	9,758	4,282	1,375	207	15,622	115
1981	10,634	3,648	1,455	169	15,906	2,292
1982	10,735	3,727	1,481	167	16,110	384
1983	10,750	3,750	1,451	167	16,118	714
1984	10,120	3,121	1,533	129	14,903	760
1985	10,173	3,180	1,549	131	15,033	924
1986	10,918	3,278	1,598	136	15,930	607
1987	11,647	3,555	1,731	137	17,070	615
1988	9,392	3,089	1,642	121	14,244	576
1989	9,128	3,004	1,630	108	13,870	293
1990	9,360	3,262	1,779	106	14,507	212
1991	9,014	3,204	1,762	105	14,085	249

資料：前掲『DATA BOOK』p.46。

センティブはより深刻な問題に直面することになるであろう。

- 1) 薬価基準制度は薬価収載される商品のリストをも意味するものである。このリストに収載されれば、国の保険制度からその公定された価格に従って支払いを受けることができる。現在に至る薬価収載された商品のリストは別表で示されるように膨大な数に上り、現在では約1万4,000品目である。
- 2) 以上のような医師の行動モデルに関する展望としては次を参照。西村周三『医療の経済分析』（東洋経済新報社、1989年）。

（なんぶ・つるひと 学習院大学教授）

異世代間の資源再配分と高齢者医療サービス需要*

中西 悟 志

中山 徳 良

I はじめに

1991年における高齢者世帯の所得に関して種類別金額および構成割合をみると、総所得 289 万 8,000 円のうち、「公的年金・恩給」が 158 万 8,000 円（総所得の 54.8%）で最も多く、ついで「稼働所得」88 万 2,000 円（同 30.4%）、「家賃・地代の所得」18 万 3,000 円（同 6.3%）となっている。「仕送り・その他の所得」は 10 万 1,000 円、総所得の 3.5%にすぎない¹⁾。しかし現行の公的年金制度は賦課方式に移行しており、貯蓄手段ではなく異世代間の所得移転制度となっている。したがって高齢者の行動を理解するのに、異世代間における資源の再配分が重要であることは所得の面からもあきらかといえよう。さらに高齢者の医療サービスの需要を分析するのに際しては、家族内で供給される介護サービスにも注目されねばならない。とくに女子の労働市場への参加は介護サービスにさける時間に影響を与えることで、高齢者の医療サービス需要に大きな影響を与えると予想される。女子賃金の上昇ならびにその他の要因により女子の労働市場参加率が高まると、高齢者の医療需要は外来サービスから入院サービスにシフトするであろう。

Chiswick (1976) は米国の地域別データを用いて、ナーシングホーム・サービスの需要に関する実証研究をおこなった。Chiswick の推定結果によれば、女子の労働市場参加率が 1% 上昇すると、ナーシングホームの利用率は 1.4% 増大する。また所得の 1% の上昇はナーシングホームに対す

る需要を 0.8% 増加させる。Chiswick 自身が認めているように、ナーシングホーム・サービスの需要に対する所得の効果は、過小に推定されているおそれがある。OECD 加盟 21 カ国の国民医療費と GDP（国内総生産）の関係を調査した OECD (1987) によれば、GDP の 1% の上昇は国民医療費を 1.4% 増加させている。つまり高齢者の施設介護サービスに対する需要は、医療サービスの総需要に比べて、所得に対して非感応的であることになる。所得の施設介護サービスに対する影響の過小推定の理由としては、労働市場参加率を独立した説明変数とみなしていることが考えられる。その結果、所得の上昇が労働供給行動に与える影響が取り除かれてしまう。個々の家計は、与えられた市場賃金のもとで、労働サービスの供給量と家族内での介護サービスの量を同時決定すると考えられる。Chiswick の研究は内生変数であるはずの労働供給を外生変数と想定している点に問題がある。本稿でわれわれは各主体の意思決定を経済学的にモデル化し、それに基づく実証分析をおこなう。

本研究の第 1 の目的は高齢者とその子供の行動をモデル化し、異世代間の資源再配分の観点から、高齢者の医療サービス需要を分析することにある。とくに子供から高齢者に贈与される介護サービスが入院および外来医療サービスの需要に与える影響に注目して分析をすすめることにしよう。まず第 II 節において、健康を生産するための生産要素として医療サービスをとりえ、入院サービスならびに外来サービスの需要を決定する諸要因を分析する。第 III 節においてわれわれは、高齢者の健康

状態および消費水準に関する意思決定をモデル化する。そこでは健康状態を決定するにあたり、子供から提供される介護サービスおよび公的年金などによる所得移転に注目し分析をすすめる。

子供から親に贈与される介護サービスについて経済学的に分析するためには、子供の行動に関する理論的な定式化が必要とされる。第IV節において、われわれは Becker (1974; 1991 ch. 8) にしたがって、子供による介護サービスの供給行動を親に対する利他主義という観点からモデル化する。子供の効用が自身の消費水準のみならず、親の効用水準にも依存すれば、親に対して資源の無償提供がおこなわれることを Becker は示した。ここで子供は家庭内での高齢者介護サービスと外部の労働市場に時間を配分しなければならない²⁾。すべての子供が親に対して利他的であれば、ある子供の親に対する介護サービスの提供は彼の兄弟姉妹の効用水準にも影響を与えるであろう。つまり親に対する介護サービスの提供は公共財の一種とみなすことができる。われわれは家庭内介護サービス供給の決定を分析するのに際し、「公共財の自発的供給」の理論を用いて Becker のモデルを拡張する。

本稿の第2の目的は、理論から導き出された結論を実証的に確認することである。第V節では、1983年から1990年までの都道府県別データを用いて、入院ならびに外来サービスの需要関数に関する実証研究がおこなわれる。ここでの実証結果はわれわれの理論的分析を強く支持している。さらに第V節では、実証結果をふまえて高齢者医療サービス需要の将来動向を考察する。第VI節においてわれわれは、本研究で得られた結論の要約と将来に残された研究課題についてまとめる。

II 健康資本の生産

医療サービスは他の消費財・サービスと異なり、それ自体が効用をもつわけではない。消費者が求めるのは、医療サービスではなく良好な健康状態である。Grossman (1972) は医療サービスに対する需要は、健康というストックを生産するための

投資行動とみなすべきであると主張した。Grossman にしたがえば医療サービスの需要を経済的に分析する場合、消費者行動の理論ではなく生産者行動の理論が応用されることになる。ここで高齢者は総費用を最小化するように外来と入院サービスを組み合わせて、健康資本を新規に生産する。健康資本に対する投資の総費用額は入院ならびに外来サービスの自己負担額の合計である。

$$P_I I + P_O O \quad (1)$$

以下では、入院サービスの投入を I 、消費財で測られた入院1日当たりの自己負担額を P_I 、外来サービスの投入を O 、消費財で測られた外来1日当たりの自己負担額を P_O で表記する。健康資本を生産するのに際して、入院時には家族内での介護サービスは必要とされない。したがって外来サービスは家族内介護サービスとだけ組み合わせられるような、健康資本の生産関数 Q を想定する。つまり入院と外来医療サービスは分離可能であると仮定する。

$$Q = I + F(O, S) \quad (2)$$

ここで入院サービスで測られた健康資本投資量を Q 、子供から無料で提供される介護サービスの総量を S であらわす。さらに明確な結論を導出するため、在宅ケアにおける健康資本に関する生産関数をコブ=ダグラス型に特定化する。

$$Q = I + A O^a S^{1-a} \quad (3)$$

ここで家族内で供給される介護サービスの水準は、子供により一方的に決定され、高齢者にはコントロールできないと仮定する。したがって高齢者は、生産関数(3)式を制約条件として総費用を入院サービスと外来サービスに関して最小化することにより、入院ならびに外来サービスの最適な投入水準を決定する。

$$I(P_I, P_O, Q, S)^* = Q - A^{1-a} \left[\frac{a P_I}{1-a} \right]^{\frac{1}{1-a}} S^a \quad (4)$$

$$O(P_I, P_O, S)^* = A^{1-a} \left[\frac{a P_I}{1-a} \right]^{\frac{1}{1-a}} S^a \quad (5)$$

入院サービスの需要は健康資本投資量、入院および外来サービスの相対価格、子供より供給される介護サービスにより決定される。また外来サービスの需要量は入院および外来サービスの相対価格、

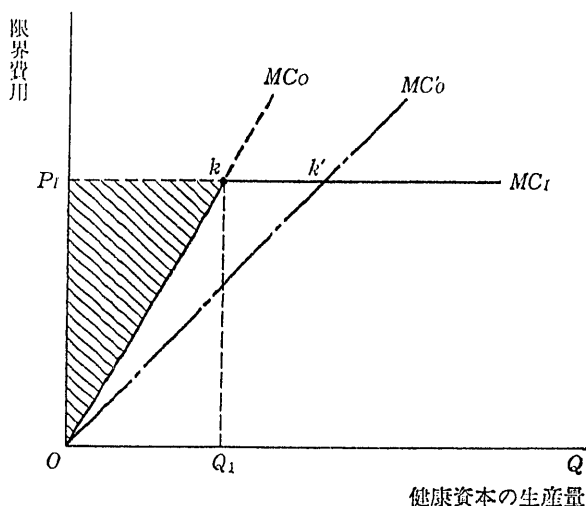


図1 健康資本生産の限界費用曲線

子供より供給される介護サービスにより決定されるが、健康資本投資量には依存しないことがわかる。

(4)式と(5)式を(1)式へ代入することで、健康資本生産の総費用関数 π を求めることができる。

$$\pi = P_I Q + A^{\frac{1}{1-a}} (a^{\frac{1}{1-a}} - a^{\frac{a}{1-a}}) \left[\frac{P_I}{P_0^a} \right]^{\frac{1}{1-a}} S \quad (6)$$

$$= P_I Q + X(P_I, P_0) S \quad (7)$$

健康資本を生産するのに必要とされる費用は、生産量 Q 、入院サービスの自己負担 P_I 、外来サービスの自己負担 P_0 ならびに家族内介護サービス量 S に依存する。

健康資本の費用関数 π を図解したものが図1である。図1において横軸には健康資本の生産量が、縦軸には限界費用がそれぞれとられている。ある一定の家族内介護サービス量のもとで、外来サービスと家族内介護により健康資本を生産したときの限界費用は MC_0 線のように右上がりに描かれる。つまり在宅で健康資本を生産しようとするとき、限界費用は逓増していく。ここでは健康資本の量を入院サービスで測っているのだから、高齢者は P_I を支払うことで健康資本を1単位を投資することができる。したがって入院サービスにより健康資本を生産するときの限界費用は MC_I 線のように水平に描かれる。生産量 Q_1 は在宅と入院の限界費用が一致する健康資本の生産量をあらわす。高齢者は在宅時の限界費用 MC_0 が入院時の限界

費用 MC_I より低い限り、家族内の介護サービスと外来医療サービスにより健康資本を生産する。図1において、 Q_1 までの健康資本は入院サービスを使用しないで生産される。また Q_1 を超える健康資本は入院サービスにより生産される。したがって実際に利用される限界費用線は k 点で折れ曲がるように描かれる。(7)式の $X(P_I, P_0)S$ は家族内介護サービスが利用できることによる高齢者にとっての費用の節約をあらわし、図1においては斜線部の面積がそれに対応している。子供から供給される介護サービスが増大すると、在宅時の限界費用曲線は MC_0' 線のようになる。この場合、家族内介護サービスの高齢者にとっての経済的利益は大きくなる。本節で説明された健康資本の費用関数を用い、つぎの第Ⅲ節では高齢者による消費水準と健康資本需要の意思決定が分析される。

Ⅲ 健康資本と消費財の需要

つぎに高齢者による健康資本および消費水準の決定をみることにしよう。高齢者は健康資本および消費からプラスの効用を得る。分析を単純化するためコブ=ダグラス型の効用関数を仮定する。

$$U(C_0, H) = B C_0^b H^{1-b} \quad (8)$$

ここで C_0 は高齢者の消費水準、 H は今期の健康資本ストックをあらわしている。今期の健康資本 H は初期賦存量 E と新規投資量 Q の合計として定義される。

$$H \equiv E + Q \quad (9)$$

消費財の価格を1とおき、健康資本投資の費用関数(7)式を用いると、高齢者世帯の予算の制約式は、つぎのようにあらわすことができる。

$$Y + P_I E \equiv M(P_I, E, Y) = C_0 + P_I H + X(P_I, P_0) S \quad (10)$$

Y は子供からの移転を含む貨幣所得であり、健康資本の初期賦存量の貨幣価値 $P_I E$ とともに高齢者が保有する総資産額 M を構成する。

高齢者世帯の予算制約(10)式を制約条件に(6)式を消費 C_0 ならびに健康資本 H に関して最大化することにより、つぎのマーシャル型需要関数が導出

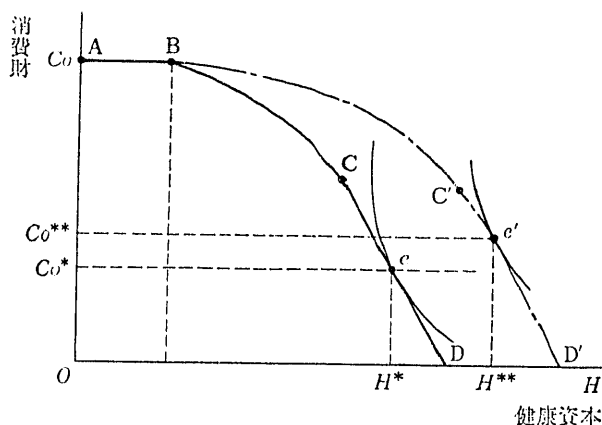


図2 消費財と健康資本の最適需要量の決定

される。

$$C_o = b[M(P_I, E, Y) - X(P_I, P_o)S] \quad (11)$$

$$H = \frac{(1-b)[M(P_I, E, Y) - X(P_I, P_o)S]}{P_I} \quad (12)$$

(9)式と(12)式より、健康資本の新規投資量(13)式を求めることができる。

$$Q = \frac{(1-b)[Y - X(P_I, P_o)S]}{P_I} - bE \quad (13)$$

高齢者の消費財と健康資本の需要行動を図示したものが図2である。図2の横軸には健康資本、縦軸には消費財の量がとられている。図2においてABCD線は高齢者の予算制約をあらわしている。区間ABは健康資本の初期賦存量Hに対応しており、消費財を犠牲にしないで享受できる健康資本の数量をしめしている。また区間BCは在宅による健康資本生産に対応している。そして区間CDは入院サービスによる健康資本を生産するときの費用曲線に対応している。無差別曲線uと予算線ABCDが接するe点で、高齢者は消費財をCo*と健康資本をH*だけ需要する。家族内で供給される介護量が増大すると、予算線はABC'D'にシフトし、消費財と健康資本の均衡水準はCo**とH**に増大する。

第Ⅱ節の分析結果より、子供から供給される介護サービスの増大が外来サービスの需要を増大させることは明らかとなっている。また(4)式を用いて(13)式を書き換えることにより、高齢者の入院サービスの均衡需要量をあらわす(14)式を得る。

$$I = \frac{(1-b)Y}{P_I} - A^{\frac{1}{1-a}} \left[(1-b)a^{\frac{1}{1-a}} + ba^{\frac{a}{1-a}} \right] \left(\frac{P_I^{1-a}}{P_o^a} \right) S - bE \quad (14)$$

したがって

$$\frac{\partial I}{\partial S} < 0 \quad \frac{\partial O}{\partial S} > 0 \quad (15)$$

以上の分析で、家族内で供給される介護サービスが増加すると、入院サービスの需要は減少し、外来サービスの需要は増加することが明らかとなった。

つぎの高齢者が効用を最大化したときの効用水準を求める。高齢者の間接効用関数Zは、つぎの式であらわされる。

$$Z(P_I, P_o, Y, S, E) = \frac{[M(P_I, E, Y) - X(P_I, P_o)S]K}{P_I^{1-b}} \quad (16)$$

ただし $K \equiv B(1-b)b$ である。高齢者の効用水準は自己の総所得のみではなく、子供から提供される介護サービスの量にも依存して決定される。つぎの第Ⅳ節では、子供の行動をモデル化することで、介護サービス供給量の決定メカニズムを分析することにしよう。

Ⅳ 子供による介護サービス供給量の決定

本稿において子供は親に対して利他的であると仮定する。したがって子供iの効用関数 V^i は自身の消費のみならず、親の効用水準にも依存する。また彼の兄弟姉妹も親の効用からプラスの効用を得ると想定しよう。親の効用から得られる子供の便益は非競合的であり、排除不可能であるから、家族内で供給される介護サービスは公共財の生産とみなすことができる。本稿では自発的に供給される公共財という観点から、家族内介護サービスの供給行動を分析することにしよう³⁾。

$$V^i = GC_Y^q Z(P_I, P_o, Y, S, E)^{1-q} \quad (17)$$

子供iの効用水準 V^i は自身の消費 C_Y^i と親の効用水準Zに依存する。ここでも分析を単純化するために効用関数をコブ＝ダグラス型に特定化する。子供iの家計の予算制約は(18)式であらわされる。

$$W_M + W_F - T^i \equiv J^i = s^i W_F + C_Y^i \quad (18)$$

ここで W_M は労働可能な時間をすべて労働市場に投入したときの男子賃金, W_F は労働可能な時間をすべて労働市場に投入したときの女子賃金である。 T は高齢者に対する所得移転 (ここでは公的年金) をあらわす。したがって J^i は子供 i の家計が保有する人的資産から得られる総所得である。子供 i の家計から s^i 時間の介護サービスを親である高齢者に供給すると, $s^i W_F$ だけの所得が失われる。つまり女子賃金は家族内介護サービスのシャドープライスとみなすことができる。本稿では家族による介護サービスが女性により供給されると先験的に仮定されているわけではない。しかし男性により供給される介護サービスと女性のそれが同質であり, 男子賃金が女子賃金より高いならば, 男性は介護サービスに時間をさこうとはしないであろう。女性の得られる賃金のほうが男性のそれよりも高い家計であれば, 男性が介護サービスの供給を担うであろう。しかし一般的に男子賃金は女子賃金よりも高い。男女間の賃金に格差が存在する限り, 家計の予算線は(18)式のように描かれる。

すべての子供から高齢者に提供される介護サービスの総量 S は, 子供 i が提供する s^i と他の子供が提供する S^{-i} の合計である。

$$S = s^i + S^{-i} \quad (19)$$

子供 i は予算の制約条件のもとで効用関数を, 自己の消費水準および提供する介護サービスに関して最大化する。自己の行動が他の兄弟姉妹の行動に影響を与えないと推測して, 子供 i は消費 C_Y と介護サービスの供給量 s^i を決定すると仮定する。つまり本稿で子供は, 非協力ゲームのプレイヤーであるとみなされている。

子供 i の消費水準は自身の所得のみならず, 親の経済状態および彼の兄弟姉妹が提供する介護サービスの総量に依存して決定される。

$$C_Y = \frac{e(P_I, P_O)}{1 + e(P_I, P_O)} \left\{ J - W_F \left[\frac{M(P_I, E, Y)}{X(P_I, P_O)} - S^{-i} \right] \right\} \quad (20)$$

$$\text{ただし, } e(P_I, P_O) \equiv \frac{1 - g \left[\frac{KX(P_I, P_O)}{P_I^{1-b}} \right]^2}{g}$$

親の実質総所得および他の兄弟姉妹によって供給される介護サービス量の増大は, 子供 i の消費水準を上昇させる。つぎに n 人の子供が所得水準および選好の面で同質であると仮定して, 対称的なナッシュ均衡解を計算する。それによって, つぎの各子供の消費水準 C_Y^* が導かれる。

$$C_Y = \frac{e(P_I, P_O)n}{1 + e(P_I, P_O)n} \left\{ J - W_F \left[\frac{M(P_I, E, Y)}{X(P_I, P_O)} \right] \right\} \quad (21)$$

兄弟姉妹の数が多いほど, 各子供の消費水準は高くなる。子供世帯 i の介護サービスの均衡供給量はつぎの(22)式であらわされる。

$$s^i = \frac{1}{1 + e(P_I, P_O)} \left\{ \frac{J^i}{W_F} + e(P_I, P_O) \left[\frac{M(P_I, E, Y)}{X(P_I, P_O)} - S^{-i} \right] \right\} \quad (22)$$

親の実質総所得および兄弟姉妹によって供給される介護サービス量の増大は, 子供 i の家計が供給する介護サービス量を減少させる。つぎに n 人の子供がすべて同質であると仮定して, 対称的な均衡解を求める。

$$S^* = \frac{n}{1 + e(P_I, P_O)n} \left\{ \frac{J}{W_F} + \frac{M(P_I, E, Y)}{X(P_I, P_O)} \right\} \quad (23)$$

子供 i による家族内介護サービス供給行動を図解したものが図3である。図3の横軸には子供 i の介護サービス供給量 s^i が, 縦軸には他の兄弟姉妹から供給される介護サービス量 S^{-i} がとられている。他の条件が不変という条件のもとで, 兄弟姉妹から供給される介護サービス量 S^{-i} が与えられると, 子供 i はある水準の介護サービス供給量 S^i を決定する。(22)式から明らかのように子

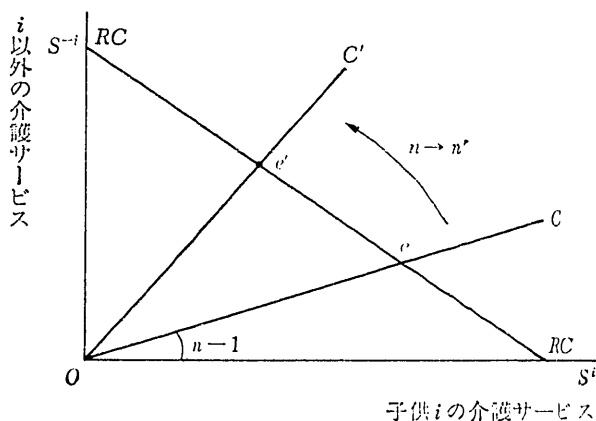


図3 介護サービス供給の決定

供 i の介護サービス量 s^i は、他の兄弟姉妹からの供給される介護サービス量 S^{-i} が増加するにつれて減少する。この関係を示しているのが、右下がりに描かれている反応曲線 RC である。 n 人の子供による対称的なナッシュ均衡において、各子供が選ぶ介護サービス供給量を s^{n*} としよう。このとき子供 i 以外のすべての子供により供給される介護サービスの総和は S^{-i*} で与えられる。したがって $s^{n*} = S^{-i*}/(n-1)$ であり、子供の数が n の場合の各子供の均衡介護サービス供給量は子供 i の反応曲線 RC と $s^n = S^{-i}/(n-1)$ をあらわす直線 OC の交点 e の座標軸 s^{n*} にほかならない。図 3 から明らかなように、子供の数 n が大きくなるにつれて直線 OC は左回りに回転し、各子供の均衡介護サービス供給量は減少する。しかしすべての子供から供給される介護サービスの総量は増加する。また子供の総所得の増大は、反応曲線を外側にシフトさせることで、介護サービスの総供給量を増加させる。高齢者の総所得の増大は、反応曲線を、内側にシフトさせることで、介護サービスの総供給量を減少させる。

(23)式における子供の家計の総所得と女子賃金の相対比率 J/W_F は、つぎのように分解される。

$$\frac{J}{W_F} = 1 + \frac{W_M}{W_F} - \frac{T}{W_F} = 1 + RW - RT \quad (24)$$

以下では、男子と女子の相対賃金 W_M/W_F を RW で、公的年金などの所得移転と女子賃金の比 T/W_F を RT で表記する。(23)式よりつぎの結論が導き出される。 RW が上昇すると、介護サービス供給量は増大する。その結果、外来サービス需要は増加し、入院サービスの需要は減少する。また RT の増加は介護サービス供給量を減少させることで、外来サービス需要を抑制する。さらに高齢者の所得を増大させ、子供により供給される介護サービス量を減少させることで、入院サービ

スの需要を増大させる。また子供の数 n の増加は介護サービス供給量を減少させ、外来サービスの需要を増大させ、入院サービスの需要を抑制する。健康資本の初期賦存量の増加は家族内で供給される介護サービスを減少させる。したがって外来サービスの需要を抑制するであろう。しかし(14)式からわかるように、入院サービスの需要に与える影響は明らかでない。健康資本の初期賦存量が入院サービスの需要に与える効果の確定は、実証研究の結果を待たなければならない。理論分析より得られた結果を、表 1 にまとめておく。

V 実証分析

(1) 推定式について

ここでは前節までの理論的分析をうけて、70歳以上の高齢者の入院サービスおよび外来サービスの需要関数の推定をおこなう。しかし、前節で得られた需要関数を直接推定することは困難であるため、ここでは単純化してパラメータについて線型として推定をおこなうことにする。直接推計を試みるのは今後の課題としたい。入院および外来サービスの需要関数を一般形であらわすと(25)式および(26)式になる。

$$I = I(P_I, P_O, Y, E, \frac{T}{W_F}, n \frac{W_M}{W_F}, n) \quad (25)$$

$$O = O(P_I, P_O, Y, E, \frac{T}{W_F}, n \frac{W_M}{W_F}, n) \quad (26)$$

以上の需要関数を対数線型に特定化して推定をおこなう。したがって入院サービスの需要関数、外来サービスの需要関数はそれぞれ、

$$\begin{aligned} \ln I = & \alpha + \beta_1 \ln P_I + \beta_2 \ln P_O + \beta_3 \ln \frac{SS}{W_F} \\ & + \beta_4 \ln E + \beta_5 \ln YPO \frac{W_M}{W_F} + \beta_6 \ln YPO + e \end{aligned} \quad (27)$$

表 1 モデル分析から得られた結果のまとめ

	相対賃金 RW	所得移転 RT	子供数 n	健康資本の初期賦存量 E
家族内介護サービスの総供給量 S	+	-	+	-
入院サービス需要 I	-	+	-	?
外来サービス需要 O	+	-	+	-

$$\ln O = \alpha + \beta_1 \ln P_I + \beta_2 \ln P_O + \beta_3 \ln \frac{SS}{W_E} + \beta_4 \ln E + \beta_5 \ln YPO \frac{W_M}{W_F} + \beta_6 \ln YPO + e \quad (28)$$

となる。ここで、 P_I は入院1日当たりの自己負担額、 P_O は外来1日当たりの自己負担額である。 SS は高齢者1人当たりの公的年金給付額であり、子供から高齢者への所得移転 T の代理変数である。公的年金は所得移転の大部分を占め、また公的年金はほぼ賦課方式に移行しているためである。 E は高齢者の健康資本の初期賦存量であり、2つの代理変数を用いて推定している。1つは高齢者の死亡率であり、死亡率が低いということは健康資本の初期賦存量が多いと考えられるためである。他の1つは高齢者比率であり、80歳以上の高齢者の比率が高くなると健康資本の初期賦存量が少ないと考えられるためである。 W_M は男子の賃金、 W_F は女子の賃金である。なお女子賃金としては女子平均賃金 FW とパートタイム賃金 PTW を用いている。 YPO は対高齢者若年人口比率であり、子供の数 n の代理変数として取り扱っている。 e は誤差項である。後に詳述するが誤差項に系列相関が存在するので、下記のような1階の自己回帰過程にしたがっていると仮定して、各需要関数を推定している。

$$e_{ki} = \rho e_{ki-1} + \varepsilon_{ki}$$

$$|\rho| < 1$$

$$E[\varepsilon_{ki}] = 0$$

$$E[\varepsilon_{ki}, \varepsilon_{kj}] = \begin{cases} \sigma_\varepsilon^2 & i=j \\ 0 & i \neq j \end{cases} \quad k=1, \dots, 47, i, j=1, \dots, 8$$

すなわち ε については平均0、均一分散、自己相関なしを仮定して、各需要関数を推定する。

(2) 推定結果

表2には予想される係数の符号を示してある。推定結果は表3に示してある。推定ははじめ最小2乗法でおこなったが、1階の自己相関が存在するため、パラメータの推定に当たっては一般化最小2乗法を使用した。計算方法は格子探索法によった。格子探索法は、つぎのような作業手順でおこなわれる。まず最初にOLSにより自己相関係数を推定し、各変数にParis-Winsten変換を施す。つぎに定数項なしの最小2乗法を適用し、残差平方和を計算する。ある範囲にわたって自己相関係数を動かし、残差平方和が最小になったものを採用し、パラメータを推定する⁴⁾。

価格の変数については入院サービスの需要関数である推定Aから推定Dでは P_I については負、 P_O については正である。また、外来サービスの需要関数である推定Eから推定Hは P_I については正、 P_O については負になっている。いずれも符号は理論モデルから予想されたものと一致しており、また統計的に有意になっている。

親の所得の増加は子供による介護サービスを減少させる。その結果、入院サービスの需要量は増加し、外来サービスの需要量は減少する。また子供からの移転の増加は介護サービスを減少させることで、入院サービスの需要量を増加させ、外来サービスの需要量を減少させる。子供からの移転の代理変数である nT/W_F の符号をみると推定Aから推定Dは正、推定Eから推定Hは負になっており、分母に「女子平均賃金」、「パート賃金」どちらを用いた場合でも符号は理論的分析の結論と整合的である。しかし外来サービスの需要関数では統計的に有意ではない。

健康資本の初期賦存量の増加は介護サービスを減少させ、外来サービスの需要量を減少させる。しかし入院サービスの需要量に対する効果はモデ

表2 予想される係数の符号

	P_I, P_O		nT/W_F		E		$n(W_M/W_F)$		n
	P_I	P_O	SS/FW	SS/PTW	DR	OO	$YPO(W_M/FW)$	$YPO(W_M/PTW)$	YPO
入院	-	+	+	+	?	?	-	-	-
外来	+	-	-	-	+	+	+	+	+

表3 推定結果

	定数項	P_I	P_O	SS/FW	SS/PTW	DR	OO	YPO (W_M/FW)	YPO (W_M/PTW)	YPO	$adjR^2$ SE ρ
A. 入院	2.803** 0.156	-0.114** 0.023	0.219** 0.039	0.491** 0.044		0.151** 0.027		-0.103** 0.047		-0.189** 0.067	0.809 0.025 0.999
B. 入院	2.735** 0.164	-0.094** 0.024	0.184** 0.040		0.372** 0.037	0.151** 0.028			-0.250** 0.038	-0.013 0.062	0.803 0.025 0.999
C. 入院	3.360** 0.161	-0.142** 0.023	0.246** 0.040	0.372** 0.030			0.121** 0.056	-0.096** 0.048		-0.160** 0.074	0.796 0.026 0.999
D. 入院	3.338** 0.165	-0.127** 0.023	0.220** 0.040		0.286** 0.034		0.132** 0.057		-0.209** 0.038	-0.024 0.067	0.791 0.026 0.999
E. 外来	3.716** 0.063	0.027** 0.009	-0.053** 0.016	-0.024 0.018		-0.008 0.011		0.004 0.019		0.081** 0.027	0.972 0.010 0.999
F. 外来	3.734** 0.065	0.025** 0.009	-0.050** 0.016		-0.020 0.015	-0.011 0.011			0.008 0.015	0.073** 0.025	0.972 0.010 0.999
G. 外来	3.694** 0.063	0.029** 0.009	-0.056** 0.016	-0.018 0.015			0.001 0.022	0.003 0.019		0.083** 0.029	0.972 0.010 0.999
H. 外来	3.703** 0.064	0.028** 0.009	-0.054** 0.016		-0.013 0.013		0.001 0.022		0.005 0.015	0.079** 0.026	0.972 0.010 0.999

上段は係数，下段は標準誤差を示している。

**は有意水準5%，*は有意水準10%をあらわしている。

$N=376$ 。

ルからは確定できない。初期賦存量の代理変数である DR の符号をみると、推定Aと推定Bは正であり、統計的にも有意である。また OO を用いたものをみても、推定Cと推定Dは正で統計的にも有意である。したがって健康資本の初期賦存量の増加は入院サービスの需要を減少させることが、実証研究により明確となった。つぎに外来サービスの需要量と健康資本の初期賦存量の関係をみる。推定Eと推定Fにおいて DR の符号は負になっている。符号はモデルと整合的でなく、統計的にも有意でない。さらに推定Gと推定Hでは符号が予想されたものと一致しているが、統計的には有意ではない。

男子の女子に対する相対賃金の上昇は、家族内で供給される介護サービス量を増加させる。その

結果、入院サービスの需要量は減少し、外来サービスの需要量は増加する。入院サービスに関する推定Aから推定Dにおいてパラメータは負で、統計的にも有意である。しかし外来サービスに関する推定Eから推定Gにおいてパラメータは正の符号をもち、モデルと整合的であるが、いずれも統計的にも有意ではない。

子供の数の増加は介護サービスを増加させ、入院サービスの需要量を減少させ、外来サービスの需要量を増加させる。その代理変数である YPO の係数をみると、すべての推定結果がモデルの予想する符号をもっているが、相対賃金等にパート賃金を用いた推定Bと推定Dは有意ではない。

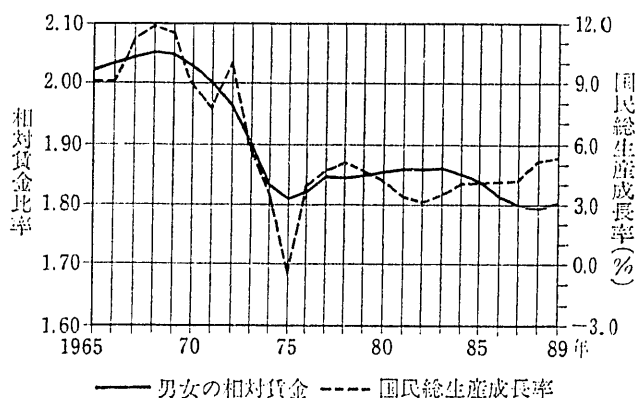
以上のように入院サービスの需要関数はモデル分析から得られた結論と整合的な符号をもち、お

おむね統計的にも有意である。外来サービスの需要関数は DR を用いた場合はその符号が異なるが、その他の符号は理論モデルから得られた結果と一致している。しかし価格と子供を除く説明変数は統計的に有意でない。しかし前節までの理論モデルを忠実に反映するように推定式の関数型を特定化できなかったにもかかわらず、ここでの推定結果はわれわれの理論的分析から導かれた命題を強く支持しているといえよう。

(3) 高齢者医療サービス需要の将来

高齢者の医療サービスの需要量は、将来どのように変化していくであろうか。ここまでで得られた理論的・実証的分析の結果をもとに考察してみたい。ただし計量モデルに改善の余地が残ること、女子に対する男子の相対賃金や将来における年金の給付水準を予想することが困難であることから、本格的なシミュレーションはおこなわず、定性的な予測にとどめておく。

図4には男子の女子に対する相対賃金と実質GNP成長率の推移が3ヵ年移動平均で描かれている。実線で示された相対賃金は、70年代以降急速に低下している。しかし男女間の賃金格差が解消する傾向にあると即断することは許されない。なぜならば破線で描かれた実質GNP成長率と比較してみると明らかになるように、相対賃金は景気の動向に大きく影響を受けているからである。



出典：男女賃金：労働省『賃金センサス』。
実質国民総生産：経済企画庁『長期速及主要系列 国民経済計算報告』および『国民経済計算年報』。

図4 男女の相対賃金とGNP成長率の推移

そこで1963年から1990年までの全国データを用いて、相対賃金 RW と実質GNP成長率 GY および時間 t に関して多重回帰分析をおこなった。

$$RW = 2.012^{***} + 0.550GY^{**}$$

(0.036) (0.218)

$$-0.163t^{***} + 0.029t^{2*}$$

(0.047) (0.017)

$$N=27 \quad \bar{R}^2=0.787 \quad SE=0.045$$

$$F=33.117 \quad DW=1.071$$

()内は標準誤差。* は有意水準10%，** は有意水準5%，*** は有意水準1%をあらわしている。

この推定結果をみる限り、景気変動を調整した後でも、男子の女子に対する相対賃金は低下傾向にあるといえる。この傾向は将来も持続するであろうか。日本と同様に英国においても70年代以降、女子に対する男子の相対賃金は急速に低下している。英国における男女間の相対賃金の変化を詳細に分析した Borooah and Lee (1988) によれば、相対賃金低下の最大の要因は産業構造の変化である。Borooah and Lee によれば、サービス業を中心とした相対的に高賃金の女子労働者が多く雇用されている産業部門の成長が、男女間の賃金格差を縮小させる原動力となっている。近年の日本における急速な産業構造の変化も、英国と同様な効果を男女間の相対賃金に与え続けるものと思われる。

厚生省人口問題研究所 (1992) の中位推定によれば、生産年齢人口に占める高齢者の割合は2045年にピークをむかえるまで上昇しつづける。公的年金に関しても現在の給付水準を維持しつづけるならば、若年世代の負担は現在よりも大きくなるであろう。これらすべての要因が高齢者の入院サービス需要を増大させる効果をもつであろう。したがって高齢者人口の絶対数のみから推定したものより、実現する入院サービス需要は大きくなるであろう。将来の高齢者が必要とする病床数を予測するためには、本研究のように異世代間の資源再配分を考慮した分析が絶対に必要である。

VI む す び

高齢者の医療サービスに対する需要は、高齢者

自身の健康状態・経済状態のみでなく、家族内で供給される介護サービスにも影響をうける。したがって若年男子賃金および女子賃金もまた高齢者医療サービス需要の重要な決定要因である。女子賃金が男子賃金に対して相対的に上昇すると、子供世代は家族内介護サービスの供給量を減少させるであろう。その結果、高齢者の入院サービスに対する需要は増大し、外来サービスに対する需要は減少する。また公的年金などの異世代間の所得再分配政策も高齢者医療サービスに対して影響を与える。本稿でわれわれは、経済理論ならびに計量経済学的手法を用いて、異世代間の資源再配分と高齢者の医療サービス需要の関係を分析した。

男子の女子に対する相対賃金は、70年代以降急速に低下している。この傾向は将来も持続するであろう。また生産年齢人口に占める高齢者の割合は21世紀中期にピークをむかえるまで上昇しつづける。公的年金に関しても現在の給付水準を維持しつづけるならば、若年世代の負担は現在よりも重くなる。これらすべての要因が高齢者の入院サービス需要を増大させる効果をもつ。したがって高齢者人口の絶対数のみから推定したものより、実現する入院サービス需要は大きくなるであろう。将来の高齢者医療サービスの需要動向を予測するためには、本研究のように異世代間の資源再配分を考慮した分析が絶対に必要である。

最後に本研究の問題点ならびに将来の研究課題を指摘して、本稿をとじることにして。第1の問題点は、理論モデルにしたがった推定式の特定化がおこなわれていないことである。非線型推定法を用いた実証分析が必要である。第2の問題点としては、代理変数をいくつか用いているが、それが適当か否かを検討する必要がある。つまり高齢者の死亡率を健康資本の初期賦存量の代理変数と想定しているが、高齢者死亡率は健康資本に投資した後の事後的状態を反映しているとも考えられる。また子供からの所得移転額も公的年金給付以外に連続してとることはできなかった。以上にあげた問題点を克服して、より進んだ研究を目指していきたい。

【使用データ】

1983年から1990年までの都道府県別のクロスセクション・データをプールして需要関数を推定した。推定に用いたデータの出所とその加工は以下の通りである。なお、金額表示の変数は総務庁統計局『消費者物価指数年報』各年版の平均消費者物価地域差指数より、1990年の東京を100とした指数を作成し、それを用いて実質化してある。

I : 1人当たり在院日数。厚生省『老人医療事業年報』各年版より、在院日数を老人医療対象者数で除して作成した。

O : 1人当たり外来日数。厚生省『老人医療事業年報』各年版より、外来日数を老人医療対象者数で除して作成した。

P_i : 入院1日当たりの自己負担額。厚生省『老人医療事業年報』各年版より、入院の自己負担額を入院日数で除して作成した。

P_o : 外来1日当たりの自己負担額。厚生省『老人医療事業年報』各年版より、外来の自己負担額を外来の日数で除して作成した。

SS : 65歳人口1人当たり年金給付額。社会保険庁『事業年報』各年版より新旧厚生年金、国民年金、老齢福祉年金、基礎年金の年金額を合計し、総務庁統計局『推計人口』および『国勢調査』より作成した65歳以上人口で除して作成した。なお船員保険は除かれている。

健康資本の初期賦存量 E について。推定ではつぎの2種類のものを代理変数として用いた。

DR : 高齢者死亡率。死亡者数は厚生省『人口動態統計』より、人口は総務庁統計局『推計人口』および『国勢調査』よりとった。交通事故による死亡を除いた65歳以上の死亡者数を65歳以上の人口で除して作成した。

OO : 高齢者比率。総務庁統計局『推計人口』および『国勢調査』より、80歳以上の人口を70歳以上の人口で除して作成した。

W_M : 1人当たり男子賃金。労働省政策調査部『賃金構造基本統計調査』各年版より、「産業計」区分の「きまって支給される現金給与」と「年間賞与その他特別給与額」から各年齢階層ごとの年間賃金を計算し、45歳から64歳までの男子労働者の平均賃金を作成した。

1人当たり女子賃金 W_F について、推定ではつぎの2種類の賃金を用いた。

FW : 1人当たり女子賃金。労働省政策調査部『賃金構造基本統計調査』各年版より、「産業計」区分の平均女子の「きまって支給される現金給与」と「年間賞与その

他特別給与額」から年間平均賃金を作成した。

PTW: 1人当たりパート賃金。労働省政策調査部『賃金構造基本統計調査』各年版より、「産業計」区分の年間総労働時間と「1時間当たり所定内給与額」をかけたものに「年間賞与その他特別給与額」を加えてパートの平均賃金を作成した。

YPO: 対高齢者若年人口比率。総務庁統計局『推計人口』および『国勢調査』より、45歳から64歳までの人口を70歳以上人口で除して作成した。

*本研究は学校法人日本社会事業大学より研究助成を受けている。関係者各位に感謝したい。また南部鶴彦氏(学習院大学)および A. Yoshikawa 氏(スタンフォード大学)からは有意義なコメントをいただいた。心からの謝意を表したい。もとより本研究に残る誤りは筆者らに帰するものである。

注

- 1) 高齢者世帯の所得に関する詳細は厚生省統計情報部(1992)を参照。
- 2) 家族内での時間配分に関しては Becker (1965), Becker (1991) ch. 2 を参照。
- 3) 「公共財の自発的供給」の理論に関しては Cornes and Sandler (1986) を参照されたい。
- 4) 詳しくは蓑谷(1992)の第6章を参照のこと。

参考文献

厚生省人口問題研究所(1992)『日本の将来推計人口』厚生統計協会。
厚生省統計情報部(1992)『平成3年 国民生活基礎調査』厚生統計協会。

蓑谷千鳳彦(1992)『計量経済学の新しい展開』多賀出版。

Becker, G. S., (1965), "A Theory of the Allocation of Time." *Economic Journal*, 75 (September): 493-517.

Becker, G. S., (1974), "A Theory of Social Interactions." *Journal of Political Economy*, 82(6): 1063-93.

Becker, G. S., (1991), *A Treatise on the Family (Enlarged ed.)*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Borooah, V.K. and K.C. Lee, (1988), "The Effect of Changes in Britain's Industrial Structure on Female Relative Pay and Employment." *Economic Journal*, 98 (September): 818-32.

Chiswick, B. R., (1976), "The Demand for Nursing Home Care: An Analysis of the Substitution Between Institutional and Noninstitutional Care." *Journal of Human Resources*, 11(3): 295-316.

Cornes, R. and T. Sandler, (1986), *The Theory of Externalities, Public Goods, and Club Goods*, Cambridge: Cambridge University Press.

Grossman, M., (1972), "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health." *Journal of Political Economy*, 80(2): 223-55.

OECD, (1987), *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, Paris: OECD.

(なかにし・さとし (財)医療科学研究所研究員)

(なかやま・のりよし

東京都立大学大学院社会科学部研究科博士課程)

障害者の自立と自律権

——障害者福祉における自立概念の批判的一考察——

伊 藤 周 平

I はじめに

福祉政策の転換がいわれてから久しい。障害者福祉についても、施設収容を中心とした時代から、コミュニティ・ケアという言葉に象徴されるように、障害者も、個人としての人格を尊重されながら、地域で生活していくことを自然な社会の在り方として捉え、在宅のままで生活を保障していくというスタイルを志向するようになってから、すでに20年以上の歳月が流れている。その間、徐々にではあるが、在宅福祉に関する各種年金や諸手当、また、介護人派遣制度、家庭奉仕員制度等をはじめとする諸制度の充実が進んできた。しかし、障害者が地域で生活するには、依然としてさまざまな問題が残されており、多くの障害者が、家族の重い負担の上に何とか日常生活を維持しているというのが現状ではなかろうか。在宅の障害者への生活保障が進展しない理由のひとつとして、日本では、伝統的に障害者福祉の政策の中で障害者が自立する主体としてではなく、保護の対象として捉えられてきたということが挙げられる¹⁾。

その一方で、近年、ノーマライゼーションや在宅福祉の思想が普及し、地域社会での障害者の「自立」の意味が問い直され、従来の障害者福祉において観念されてきた「自立」とは異なった新しい「自立」の考え方が提起されるようになってきた。今後の障害者福祉の重要な課題のひとつは、こうした新しい「自立」の概念を障害者福祉の政策や制度の基礎理念としていかに組み込んでいくかにあるといえよう。

本稿では、以上のような問題意識から、まず、戦後日本の障害者福祉政策の展開を辿り、その過程で障害者の「自立」がどのように捉えられてきたのかを考察する。その上で、近年主張されるようになってきた「自立」の意味内容を明らかにし、それを人権としての自律権として定式化してみたい。

II 障害者福祉政策における自立観の変遷

広辞苑で「自立」という言葉を引くと、「自立」とは「他の力によらず自分の力で身を立てること」であり、さらには「ひとりだち」すること、すなわち、他人に依存しないこととされている²⁾。要するに、「自立」とは他への従属を離れて、ひとりだちすることを端的に意味する言葉であるが、それが使われる社会的文脈によって、その意味内容も大きく違ってくる。そして、自己の労働力を商品化し、労働力の対価としての賃金を手にいれ、それによって生計を維持していくという生活形態が主流となる資本主義社会においては、他人に依存せずに「ひとりだち」することは、一般に、経済的自立の意味で捉えられることが多い。ここでは、戦後日本の障害者福祉政策において障害者の自立がどのように観念されてきたかを『厚生白書』の記述に表れている障害者の自立観の変遷を辿りながら概観していくこととしたい。記述の便宜上、戦後の障害者福祉政策の展開を3つの時期に区分して議論を進める。

(1) 戦後改革期の障害者福祉と自立観

戦後の障害者福祉は、1949（昭和24）年の身体障害者福祉法の制定にはじまる。障害者を対象とする福祉立法が、他の生活保護法や児童福祉法に遅れて成立した背景には、障害者の中に占める旧軍人の割合が大きく、障害者対策が占領軍の非軍事化政策に抵触する面が大きかった事情があるが、ともかくも、身体障害者福祉法の成立によって、戦後の障害者福祉の制度的基盤がつくられたといえよう。その第1条は「この法律は、身体障害者の更生を援助し、その更生のために必要な保護を行い、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする」と規定している。この文言からもわかるように、それは、障害者の職業的更生を目標とした更生法であり、障害者の経済生活の保障を目的とする保護法ではなかった。更生の可能性の乏しい重度の身体障害者は生活保護法の保護施設による保護に任されたのである³⁾。

1956（昭和31）年に創刊された『厚生白書』も、身体障害者の福祉施策を「身体障害者の生活援助は一般的救貧制度としての生活保護制度に譲り、もっぱら身体障害者の更生の援助を内容とするもの」と位置づけ、その課題は「身体障害者の職業能力あるいは生活能力を回復させて、すみやかに社会経済活動に参加させること、言い換えれば、身体障害者の自立更生の援護にある」とし、「かくすることによって被扶養者、被扶助者として消費人口を形成している身体障害者を、生産人口に転化させ、全体としてこの社会の負担を軽減させることも可能となるのである」と述べている⁴⁾。ここでいわれている「自立」とは明らかに職業的更生、経済的自立の意味であり、それは、公的扶助等へ依存することなく、経済的に自活して生活することと同義に用いられていることに注意しておく必要がある。

一方、精神薄弱者や精神障害者に対する施策は、1960（昭和35）年の精神薄弱者福祉法の制定に至るまでは、ほとんどみるべきものがなく、わずかに児童福祉法、精神衛生法、生活保護法による不十分な措置が適用されるにすぎなかった。もちろん、問題が認識されなかったわけではなく、1959

（昭和34）年度版の『厚生白書』は「数多くの精神薄弱者が家庭や社会に放置されたままになっており、重大な社会問題の一つ」になっていると指摘している⁵⁾。そして、精神薄弱者福祉の方向についても、身体障害者と同様、職業更生が政策の課題として掲げられている点に特徴があった。例えば、1960（昭和35）年度版の『厚生白書』では「精神薄弱者のうちには、適当な施設に収容し、一貫した指導訓練を行なうことによって、ある程度の技術的作業を取得させれば、社会生活にも適用し、自立して生活を営む可能性のある者も少なくない」と述べられている⁶⁾。

このように戦後の日本における障害者福祉政策が職業能力を有する身体障害者の更生援助を目的に出発したことは、きわめて重要な意味をもっており、現在に至るまでの政策の方向を決定づける結果ともなった。障害者の自立とは、身辺のことが他人の手を借りずに自分の力ででき、職業能力を身につけ、経済的に自活できること、つまり、経済的自立の意味と同視され、労働能力に大幅な制約があったり、それをもちえない重度の障害者は、保障の対象から事実上排除するか、低水準のまま放置するという施策が日本の障害者福祉の大きな特徴となっていくからである。そのことは日本の法制度における障害者概念、リハビリテーション概念の狭さとも関連してくる⁷⁾。

(2) 高度経済成長期の障害者福祉と自立観

1950年代後半から日本は高度経済成長期に入りますが、その過程で、公害問題、都市への人口集中による都市環境の悪化、農村の過疎問題などの新たな社会問題が生じた。それは、同時に、障害者、高齢者、児童といった社会的ハンディキャップを有した人々への生活問題の集中と障害の重度化、重複化を意味した。こうした状況の中で、1959（昭和34）年の国民年金法の制定によって、障害年金、障害福祉年金が導入され、低額とはいえ、障害者に対する所得保障がはじまり、さらに、1960（昭和35）年には身体障害者雇用促進法の制定によって、身体障害者の就労援助が行われるようになった。しかし、精神薄弱者については、更生援護

だけでなく、重度障害者の保護も目的として盛り込んだ精神薄弱者福祉法が、1960(昭和35)年に制定されたものの、国民年金法による障害福祉年金の対象から除外され、また、身体障害者雇用促進法の就労援助の対象からも除外されていたために、その生活保障は不十分なままにとどまっていた⁹⁾。

一方、高度経済成長期における障害者福祉政策の重点は、施設の整備に一貫して置かれていたといえる。特に、精神薄弱者援護施設は、1965(昭和40)年の70施設から1970(昭和45)年には204施設となっている⁹⁾。高度経済成長期の産業、経済活動の発展は深刻な労働力不足を生み出したが、その結果、障害者の中でも経済的自立の可能性のある者は、雇用の機会を確保することによって、それ以外の障害者は、家族の扶養に委ねるか、施設に収容して保護することによって処遇していくという障害者をランクづけした上での政策が定着していくこととなる。そして、そうした政策の根底にあったのは、障害者の自立を職業的更生、経済的自立と同視する自立観であった。

こうした自立観は、1960年代に入ると、住民運動や障害者運動の活発化の中で、しだいに批判されてくる。障害者の生活基盤の確立を捨象して、職業的更生のみを考慮した身体障害者福祉法の福祉法への転換、障害者福祉政策の拡大が求められることとなったのである。さらに、障害者の切実な下からの福祉要求運動は「従来の福祉施策にはなかった理念や思想」をもつくりあげていった¹⁰⁾。その背景には、1960年代末から1970年代にかけてのアメリカの「自立生活運動」の展開、デンマークに起源をもつノーマライゼーションの理念の影響があったと考えられる¹¹⁾。

しかし、高度経済成長期の社会福祉政策は、この時期の政策全体の文脈からみるならば「福祉政策において……西欧経済先進国をキャッチアップすることが目標であって、福祉はそのための政策措置」としての役割しか与えられてこなかったともいわれている¹²⁾。そこでは「保護」を必要とする特定対象を認定し、「措置」することがあいかわらず社会福祉の基本理念とされており、先にみた施設整備はこの基本理念の補完として捉えられて

いたふしがある。そうした傾向は障害者福祉についても同様で、障害者の自立を経済的自立と同一視する自立観に基本的な変化はなかったといえよう。

(3) 転換期の障害者福祉と自立観

1970年代に入ると、重度障害者の問題がようやくクローズアップされはじめる。すでに、1967(昭和42)年には身体障害者福祉法の一部改正が行われ、内部障害者のとり入れによる障害者概念の拡大、身体障害者相談員の設置、家庭奉仕員の派遣などが実現していたが、1970(昭和45)年には心身障害者対策基本法が制定され、同時に中央心身障害者対策協議会が設置された。基本法制定は、その後における経済成長の展開ともあいまって「重度障害者対策の充実、施設対策から在宅対策への転換、雇用対策の充実等」にかなりの成果をもたらすこと¹³⁾となったのである。

こうした状況の中で、従来の施設への収容をもって社会福祉サービスと同一視する施設収容主義への反省が、自治体を中心としてしだいに行政の側にも生まれてくる。その先駆となったのが、1971(昭和46)年の中央社会福祉審議会の答申「コミュニティ形成と社会福祉」である。同答申の「コミュニティ・ケアに関する資料」は、社会福祉は将来、従来の施設中心主義からコミュニティ・ケア中心のものへとその重点を移すべきことを力説している¹⁴⁾。それと並行して、障害者の自立を経済的自立と同一視する従来のトーンにもしだいに変化がみられるようになる。1974(昭和49)年版の『厚生白書』は、中央児童福祉審議会の答申を引用し、「これまでの心身障害児(者)対策は、施設収容を中心として進められてきた」とした上で、「一般社会の中でその一員として心身障害児(者)を処遇するという方向での施策」すなわち、在宅福祉の必要性を強調している¹⁵⁾。施設の在り方を問い直し、施設にしか重度障害者の生活の場がない状態を改善するための地域生活づくりが進展したのもこの時期以降の特徴であった。

そして、障害者福祉政策のトーンが決定的に転換するのは、1981(昭和56)年の国際障害者年前

後からである。同年は、国連決議によって「国際障害者年」とされ、日本においても「完全参加と平等」のスローガンのもと、政府の障害者福祉への積極的な取り組みが本格化する。この年の『厚生白書』は、障害者問題の特集としてとり上げ、ノーマライゼーションの思想などを紹介し、「障害者に対する社会一般の理解や態度は、従来ともすれば、『弱者』として『非生産的』なものとしてとらえられがちであり、障害者対策も救貧的、弱者保護的な側面が強かった」とした上で、リハビリテーションの理念を貫くのは「障害者の主体性、自立性、自由といった人間本来の生き方の尊重であり、必ずしも就労や経済的自立にとどまるものではない」としている¹⁶⁾。さらに、1987(昭和62)年版の『厚生白書』になると、障害者福祉の理念は、障害者が「家庭や地域で生活するための条件整備を主眼として各種サービス」を提供し、「自立と社会参加を促進する」ことであると述べられている¹⁷⁾。ここでいわれている「自立」とはもはや、単なる経済的自立をさすものでないことは明らかであろう。

しかし、障害者福祉におけるこうした障害者の自立観の転換が、はたしてどれほど具体的政策に生かされたかは疑問であり、在宅福祉の「在宅」の意味も十分明確に提示されないままであった。何よりも、1973(昭和48)年の石油危機以降、低成長期に入った経済状況を背景に「福祉見直し」論、「日本型福祉社会」論が台頭し、福祉政策における公的責任を軽減し、福祉の機能を家族や地域社会に肩代わりさせようとする傾向が顕著となる。それは障害者福祉においても同様で、財政危機と「ばらまき福祉」と呼ばれる弊害が、ことさらに強調され、身体障害者福祉、精神薄弱者福祉の入所措置費などの社会福祉補助金の国庫負担の削減がはかられていった。そのことは同時に、生活保護や福祉サービスに依存しないという意味での障害者の自立観への逆行を意味していた。第2次臨時行政調査会が、1981(昭和56)年に出した第1次答申には、将来の方針として「援助を真に必要とする人びとには、暖かくまた十分な福祉サービスを提供し、同時に自立自助の精神、自己責任の気

風を妨げるような過剰な関与を厳に慎むという行政の新しい在り方が明確にされなければならない」と述べられている¹⁸⁾。ここでいわれている「自立」とは明らかに、公的扶助や福祉サービスに依存しないという意味で使われており、その背後には、障害者福祉を含む社会保障の充実が「自立自助の精神」を損なうという見解があることは容易に推察しうる。

さらに、国際障害者年以降は、障害者福祉政策において「市民啓発事業および広報活動が、以前にもまして重要な柱」¹⁹⁾ となっていた点に大きな特徴がある。例えば、1983(昭和58)年版の『厚生白書』は「障害者問題への関心が高まっているにもかかわらず、援助は行政任せの姿勢がうかがわれ、障害者が社会の中で他の市民とともに生活していくための実際の行動は十分とられていない」とした上で、「地域における老人・障害者との交流、社会奉仕の経験及び各種の学校教育の機会を通じて、老人問題や障害者問題への認識を高めていくことが必要であろう」としている²⁰⁾。たしかに、障害者問題については市民理解に関して大きな課題があることは否定できない。それは、障害者施設の設置を「よいことだと思うが、近隣では困る」とする建前と本音を使い分ける市民の意識にも端的に現れている。しかし、公的な保障制度の責任の所在を曖昧としたまま、行政の側が障害者福祉の遅れを国民の意識の低さ、無理解のみに帰着させるのであれば、それは、重大な問題を有しているといわざるをえない。

以上、戦後の障害者福祉の展開とそこにおける障害者の自立観の変遷とを概観してきたが、要約するならば、戦後日本の障害者福祉においては、障害者の自立とは、主として日常生活動作の自立とその延長線上にある職業的更生、すなわち、経済的に自立することと同義に理解されてきたといえる。その結果、日本の障害者福祉は経済的自立が不可能もしくは困難な障害者を福祉政策の対象から排除するか、きわめて劣位の福祉水準にとどめておくという構造的な問題を内在させてきたのである。そして、高度経済成長期以降、障害者の福祉要求やさまざまな運動を通じて、こ

うした自立観への批判という形で障害者の自立の意味内容が問い直され、国際障害者年を契機に、行政の側にも一応の自立観の転換がみられたが、そのことは必ずしも政策には十分反映されず、むしろ、近年の福祉見直し論の中で、従来の自立観の復活、強化がはかられているといえよう。

Ⅲ 障害者の自立の意味

前述したように、日本でも1970年代になると、アメリカの「自立生活」運動やノーマライゼーションの理念の思想的影響を受け、重度障害者の自立の問題が、障害者福祉の分野で議論されるようになる。さらに、国際障害者年前後から、障害者の自立を経済的自立と同一視する従来の自立観に反省が加えられ、そのアンチテーゼともいえるべき「自立」の概念が提起され、その概念の理論化が試みられてきた。ここでは、こうした「自立」の概念を仲村優一の言葉を借りて、「新しい自立概念」²¹⁾と呼ぶこととし、それがどのように定義づけられ、どのような意味内容を有しているのかについて考察していく。

自立には、もともと、経済的な意味で自らの生計を立てることだけでなく、精神的な意味での自立の両義があり、新しい自立概念は、後者の意味を強調するものといえる。例えば、吉本充暁は、障害者の自立が「人間一人ひとりの絶対的価値、すなわち自己実現を目指すそのもの」として位置づけられるべきことを強調している²²⁾。また、一番ヶ瀬康子も、真の自立とは「障害者自身に内在する力を発展させるための、限らない努力、そしてその方向を意味する概念」とした上で、「障害者自らが自分の人生の主人公となり、独立の精神の所有者となる過程」であるとする²³⁾。仲村優一も「言葉の正しい意味での障害者の『自立』とは、生活保護や福祉サービスを受けなくてもすむようになることを意味する」のではなく、「たとえどんなに重度の障害者であっても、彼、または彼女が、地域社会において主体的に生きる全一的な人格者としてその自己実現をはかることこそが、本当の自立である」としている²⁴⁾。こうした意味での「自

立」概念は、「自立」よりは、むしろ「自律」という字を当てるのが適当ともいえる。再び広辞苑を引用すれば、「自律」とは「自分で自分の行為を規制すること」であり、「外部からの制御を脱して、自身の立てた規範に従って行動すること」とされている²⁵⁾。また、アメリカの自立生活運動の思想を検討した原田政美も自立生活における自立とは「自主的な生活を営むこと」をさし、それは自立生活というよりは自律生活と呼ぶほうがよいかもしれないとしている²⁶⁾。

以上のことを踏まえると、新しい自立概念にいう「自立」とは、主体的に自己の生活をプログラムし、自己実現をはかっていけることと定義することができよう。重度の障害者であって、物理的な身の回りのことが自分でできなくても、こうした意味での自立は可能であるといえ、その意味で、新しい自立概念は、今後の障害者福祉の重要な基礎理念となりうる可能性を有している。

さて、新しい自立概念は、具体的には、次のような意味内容を有していると考えられる。第1に、日本の障害者福祉政策において、障害者の自立が経済的自立と同じ意味で使われてきたことは、身辺処理など他人の介護なしででき、経済活動に参加できる障害者とそれが不可能もしくは困難な障害者との間に差異を設けることとなってきたといえるが、新しい自立概念は、こうした能力主義的序列化に抵抗し、障害者のより根源的な人間的能力の発揮を求める自立観として位置づけることができる。つまり、それは障害の軽重にかかわらず、障害者が主体性を持ったひとりの人間として尊重されることを要請するのである。第2に、第1の点とも関連するが、自立とは、現実の生活場面において、生活保護や福祉サービスに依存しないことを意味するのではなく、むしろ、そうしたサービスを利用しながら、地域社会の中で主体的に自己実現をはかっていくことを意味する。それは、先の第2次臨調の答申の中で使われている「自立自助」とは全く逆の意味であることに注意しておく必要がある。第3に、こうした自立観は、障害者の生活の場が隔離された場所ではなく、生活主体としての生活の場である地域社会のそれ

になければならないことを要請する。それは、前述したノーマライゼーションの理念を基礎にしている自立観といってよい。

新しい自立概念は、社会福祉学者の間では主流をなしつつある自立観だといえ、国際障害者年以降、行政の側にも一定の合意をえてきた概念である。しかし、現在の日本では、依然として障害者の自立を経済的自立と同一視する従来の自立観が支配的であるように思われるし、こうした傾向は、近年の福祉見直しの論調の中で、むしろ顕著になってきているともいえる。そうした状況の中で、新しい自立概念を現実の障害者福祉の政策や制度の基礎理念として組み込んでいくためには、法的な保障を背景としたより積極的な権利、もしくは人権としてそれを概念化していく必要がある。というのも、権利や人権の概念は、その背後に法的な強制力を伴いつつ、人権の享有主体の利益、さらには人格そのものの価値の尊重を国家や社会の他の成員に義務づけていけるからである。こうした概念化の作業は、法学者を中心に行われているが、次節では、それらの論者の議論を参考に、新しい自立概念をバックアップする権利として障害者の「自律権」を構想してみたい。

IV 障害者の自律権

(1) 人権としての自律権

近年の権利論、人権論の大きな特徴として、人権という概念が、個人の自律に基礎を置いた概念であり、そうした自律性を全うせしめるためのものという認識が強まり、自律をベースに人権や自由が論じられるようになってきたことが挙げられる。例えば、R・ヤングは、人間の思想や行動を考える場合、自由の観点からよりも、むしろ、自律という観点から論を組み立てることが適切であると強調している²⁷⁾。ヤングによれば、自律の基本的理念は「他人の意思に屈することなく、自分自身の世界を権威づけるという点にある」とされる²⁸⁾。また、J・ラズは、人が自律的であるということは、その人に何らかの選択肢が与えられているばかりでなく、適切な範囲の選択肢が与えら

れていること、つまり、その人にとって多様な選択肢が社会的に存在していることをさすとしている²⁹⁾。ラズは、自律の価値を認める道徳理論は、不可避免的に、異質な価値の共存を認める多元主義的見解をとることとなるという³⁰⁾。一方で、自律の価値については、自律は幸福などの他の価値を実現するための手段として価値を有しているという考え方や自律そのものに価値があるとする考え方が並立している。自律が手段的価値という側面をもつことは否定しえないが、自律は、他人の支配からの自由、強制のない状態といった消極的な意味で捉えるのではなく、自己支配、もしくは自己決定として理解するほうがより適切であることなどを考えると、ヤングのいうように、自律とは、それ自身のためにもち、経験するに値する本質的価値であると考えほうが適切であろう³¹⁾。

こうした議論をベースに、日本では、佐藤幸治が、憲法学の立場から人格的自律権(自己決定権)の概念の緻密化を試みている。佐藤は、日本の憲法学においては伝統的にG・イエリネックの影響が強く、人間の人格そのものが権利であるという考え方が希薄であったことを批判し、人権を人間の人格的自律性に基礎を置き、そうした自律を全うせしめるためのものであるという前提から出発する必要性を強調する³²⁾。そして、自律が人間にとって不可欠のものであり、それは憲法上も尊重され、保障される必要があるという観点から憲法13条を根拠とする憲法上の権利としての人格的自律権(自己決定権)の概念を提起し、その内容として、狭義の人格的自律権、適正な手続的処遇を受ける権利、参政権的権利などを挙げている³³⁾。

佐藤は人格的自律権と自己決定権をほぼ同義に用いているが、狭義の自己決定権については、山田卓生が、詳細な分析を試みている。山田によれば、自己決定権とは「他人に関係のない事柄については、自分に決定権があり、自分にしか害がおよばない行為であれば、自らの責任において行為することができる」権利であるとされる³⁴⁾。山田は、「他人に関係のない事柄」を「私事」として、その私事に関しては、個人の自主的な判断や自己決定が尊重されるべきだという立場に立ち、人権

としての自己決定権を提唱している³⁵⁾。

こうした人格的自律や自己決定の概念の対局にある概念が、パターンリズム、いわゆる「父権主義」である。近代社会の社会秩序の最大の特徴は、私的領域における個人の自律的な判断とそれに基づく自由な活動が最大限尊重されるという点にある。それは、法体系としては、私的自治の原則、対等な権利主体の関係という形で現れるが、これらの原則は、家庭内での親子関係には、適用されないものとされてきた。すなわち、親子関係は「親が子供より何がその子にとって最良であるかということをもよりよく知っているという仮定に基づいて成立している諸関係」³⁶⁾であり、そこでは、親は子供の問題に積極的に干渉すべきであり、それをしないことが道徳的義務の放棄として非難されることになる。つまり、何が自分の利益になるかを判断する権利は、子供自身ではなく、保護者たる両親、特に父親に留保されているのである。日本では、戦前、こうした父子関係に象徴される家族関係が国家と国民の関係に援用されて、家族的國家観のもと、パターンリスティックな社会政策が展開されてきた。佐藤や山田の人格的自律権や自己決定権の議論は、パターンリズムの考え方が伝統的に優勢を占めてきた日本において、私的領域における自律や自己決定の重要性を強調した点において大きな意義がある。

以上の議論を踏まえると、個々人は、みずからの自律性を発揮し、自己決定、自己実現を行う権利、すなわち、自律の権利を有していると考えることができる。自律といった抽象的な概念を権利と観念することには問題もあるが、それが、人間にとって不可欠であり、個別的な人権を発揮する基礎となるものである以上、人権としての自律権を想定することも可能であろう。もっとも、佐藤や山田の提起している人格的自律権や自己決定権は、私的領域への国家の干渉を排除するという消極的意味での自由権の性格が強いが、人権としての自律権は、単なる自由権にとどまらず、自己実現のための基盤の整備を要求する社会権をも含むと解される³⁷⁾。特にハンディキャップを負っており、自律性の発揮や自己実現のために、一定の社

会資源の調達や制度の整備が必要な障害者にとっては、後述するように、福祉サービスの受給権を含む社会権は重要な意味を有している。その意味で、人権としての自律権は、個人の自律的な活動と主体性の発揮の保障を国家や社会に要求していく上で有力な理念的な武器になりうる。このことを確認した上で、次節では、障害者の自律権について、さらに敷衍して考察していくこととしたい。

(2) 障害者の自律権とその意味内容

一般に、障害者は、資本主義、業績主義の社会にあっては、労働能力が不十分であったり、欠けているために、従来から世話がかかるものとみなされ、自己のために何かを主張することもできなければ、権利もないものとみなされてきた。そして、日本においては、障害者の自立が、労働能力を回復すること、つまり、職業的更生や経済的自立の意味で観念されてきたことは前述したとおりである。そこでは、労働能力の回復の見込みのない障害者は、はじめから自律や自己決定の権利など考えられないという見解が支配的であったといえよう。しかし、労働能力が不十分であったり、それに欠けるがゆえに、自律や自己決定の権利が認められないとする見解は、基本的人権やノーマライゼーションの理念に明らかに抵触する。前述したように、たとえ、物理的には他人の助けを借りなければ身のことができなくとも自己の決定に基づいて、自主的な生活を営めれば、それを自立と観念することが可能であり、そうした自立概念に立脚して、重度の障害者を含めた個々人に自律の権利を人権として認めていくことが要請されるからである。

さて、障害者の自律権といった場合、その具体的内容には、どのようなものが考えられるであろうか。ここでは、社会福祉の権利についての近年の議論を参考に、障害者の新しい自立概念をバックアップする人権としての自律権という観点から、その主要な内容として、福祉サービス受給権、処遇過程の権利、権利侵害に対する争訟の権利、手続的権利、さらに、社会福祉行政への管理・運営参加の権利を挙げておきたい³⁸⁾。

福祉サービス受給権は、個人の尊重に基づいた自律の権利をミニマムに保障するための前提となる権利である。前述したように、障害者の自立とは、生活保護や福祉サービスに依存しないという意味ではなく、むしろ、それらのサービスを利用しつつ、自己の可能性を追求していくことを意味する。とすれば、福祉サービスの受給権は、障害者、特に重度の障害者がその自律性を発揮していくための物質的基盤を保障する不可欠の権利として位置づけられる必要がある³⁹⁾。次に、処遇過程の権利は、実体的な福祉的措置の要求権ではなく、措置決定後のケアにおける権利の総称である。具体的には、プライバシーの保障、危害・苦役からの自由、さらには、狭義の自己決定の権利が含まれる。一方、こうした福祉サービス受給権や処遇過程の権利が単なる努力目標にとどまらずに現実に貫かれるためには、権利侵害に対する救済方法の確立が不可欠である。それを保障するのが権利侵害に対する争訟権であり、また、事前に一連の手続過程が本来の権利保障の目的にふさわしく進められることを要求する手続的権利である。さらに、障害者の社会福祉行政そのものへの管理・運営参加の権利が認められる必要がある。特に日本の場合には、社会福祉サービスの支給過程において、障害者の代表を参加させ、意見を聞くなどの実質的参加の権利は全くといっていいほど認められてこなかった。この点は大きな問題であり、障害者が自立する主体と認められてこなかったことを裏付けるものであろう。いずれにせよ、これらは、障害者の自律権の主要な内容をなす権利として制度的にも保障される必要がある⁴⁰⁾。

ところで、障害者の自律権といった場合に、特に問題となるのは、精神薄弱者や精神障害者と呼ばれる人々のそれである。「精神遅滞者は社会が逸脱していると考えた人たちのなかで最も自己主張ができず、価値が低いとみられている」⁴¹⁾といわれるように、そうした人々は、自律権の根拠となる自己主張や自己決定がなしえないとみなされ、その利益は、長い間、親や保護者によって代弁されてきた。しかし、全く判断能力のない幼児や心身喪失者は別として、精神薄弱者や精神障害者に

自律の権利を認めないとするのは不当であろう。というのも、そうした人々でも、何らかの援助と訓練があれば自己主張と自己決定が可能となると考えられるからである。事実、スウェーデンなどで行われている自立生活のためのプログラムの実践は障害者自身による自主運営グループ、利益団体の形成を促すプログラムをも含んでいる。その内容は「可能な限り、個人として自立させること」を目標とするもので、大きな成果を上げており、精神薄弱者らにとって、「教育的、あるいは治療的な利点以上のもの」を有しているとされる⁴²⁾。

日本では、障害者福祉政策の一環として精神薄弱者や精神障害者の自律権を認めた形での自己決定のプログラムが考案され、実践されているわけではない。その意味でも、障害者の自律権を保障していくための条件づくりが急務といえよう。自己決定の権利をはじめとする自律権が「精神遅滞者に尊重されないなら、他の多くの人々に対して、この権利が尊重されることはない」⁴³⁾という提言は真実であるように思われるからである。

V 結 び

以上、障害者の新しい自立概念をバックアップする権利として人権としての自律権を構想し、その内容について論じてきたが、試論的なものにとどまり、障害者の自律権を十分に定式化しえたいとはいいがたい。障害者の自律権、さらには、人権一般については、より緻密な議論が積み重ねられる必要があるが、最後に、今後の課題について、結びの形で展望しておきたい。

現代の先進資本主義諸国では、ポスト産業社会といわれる状況の中で、個人や諸集団の自律や自己決定への要求が噴出してきている。そして、内容的にそうした要求を包摂し、主体的には自己の労働力を商品化しえない重度の障害者をも包摂した人権としての自律権の確立は、業績主義に基礎をおく資本主義的な価値観を揺るがすものとなるだろう。しかし、障害者の自律権が法的に承認されていったとしても、自らの生活を自己決定的に管理する障害者の生き方を受け入れるだけの社会

的受け皿ができていなければ、自律権も空虚な題目に終わることもまた明らかである。これまで検討してきたような障害者の自律権のモデルは、市民社会や地域社会といった社会単位が、何らかの教育や啓蒙によって、異質な価値と共存できるという前提に基づいているが、地域社会の複合性の拡大はそれを困難にしているかもしれない。もっとも、こうした議論は推論の段階にとどまり、より実証的な研究による裏付けが必要だが、例えば日本において異質な価値を受容する十分な社会的基盤が存在しているとは考えにくい。その意味で、障害者の地域自立を可能とする地域社会の社会的条件の探究は、自律権の概念の緻密化とともに、これからの重要な研究課題であるといえる。

障害者の福祉とは、日本において長らく観念されてきたように、障害者を「保護」し、「措置」すること、さらには障害者の職業的更生、経済的自立のみを目的とすることではなく、障害者の自己実現のための自由な活動の余地と自律性の発揮を保障すること、言い換えれば、障害者の自律権を保障することにほかならない。このことは、現代の日本の障害者福祉の領域において改めて強調されてしかるべきだし、社会福祉学の研究領域においても、人権としての自律権を機軸とした人権論パラダイムへの発想の転換が求められているといえよう。

注

- 1) 清水寛は、日本における伝統的な障害者に対する処遇観として、障害者を「あわれむべき人」と捉える慈善的処遇観、為政者が善政を誇示するために慈善的施策を施そうという慈善的処遇観、障害者を放置しておく、治安的見地から問題が多いので、社会を障害者から守るために、一定の施策を講じる必要があるという社会防衛的処遇観、役にたつ障害者はできるだけ利用しようとする社会効用的処遇観の4つがあったとしている。この点については、清水寛『障害者の人権と教育』小川政亮編『障害者と人権』所収(時事通信社、1974年)225-227頁参照。いずれにせよ、こうした処遇観においては、障害者が自立する主体として捉えられる余地は全くなかったといえよう。
- 2) 新村出編『広辞苑(第3版)』(岩波書店、1984年)1225頁。
- 3) 古川孝順「戦後日本における社会福祉サービスの展開過程」東京大学社会科学研究所編『福祉国家6・日本の社会と福祉』所収(東京大学出版会、1985年)204-205頁参照。また、山田明は、身体障害者福祉法の問題点として、障害者保護に対する行政責任の不鮮明さ、対象規定の問題性、行政施策の統一調整の失敗等を指摘している。山田明「身体障害者運動の歴史と対策理念の発展」児島美都子・真田是・秦安雄編『障害者と社会保障』所収(法律文化社、1979年)206-207頁参照。同法は、1967(昭和42)年の改正で「身体障害者の福祉」の部分が「身体障害者の生活の安定に寄与する等その福祉」と変更されるなど、更生法からの脱却をはかったとされるが、その基本的性格には変化がなかった。
- 4) 『厚生白書』(昭和31年度版)74-76頁。
- 5) 『厚生白書』(昭和34年度版)229頁。
- 6) 『厚生白書』(昭和35年度版)153頁。
- 7) 日本の法定の障害者概念の範囲が狭いことは多くの論者が指摘している。例えば、一番ヶ瀬康子「障害者の福祉とは何か」一番ヶ瀬康子・佐藤進編『講座・障害者の福祉1・障害者の福祉と人権』所収(光生館、1987年)6-14頁参照。また、リハビリテーションの概念も日本では障害者の経済的自立を援助するものとして長らく位置づけられてきた。この点については、吉本充陽『障害者福祉への視座』(ミネルヴァ書房、1978年)第5章が詳しい。
- 8) 精神薄弱者についての就労援助がはじまるのは、身体障害者雇用促進法が障害者雇用促進法へと改正された1988(昭和63)年以降である。
- 9) 新藤宗幸「日本における社会福祉行政の論理構造」日本政治学会編『年報・政治学/転換期の福祉国家と政治学』所収(岩波書店、1988年)75頁。
- 10) 山田明「日本における障害者福祉の歴史」前掲『障害者の福祉と人権』所収、122頁。
- 11) ノーマライゼーションの理念は、1950年代にデンマークの精神薄弱者の親の会の運動の中から提起されたものであり、それは、障害者も個人としての人格を尊重されながら隔離された施設等ではなく、地域で生活していくことを自然な社会の在り方とする考え方である。その意味で、障害者の施設収容や隔離、それに伴う差別への抵抗の思いをこめた概念といえよう。この理念についての詳細は、Wolfensberger, W., *The Principle of Normalization in Human Service*, 1981. = 中園康夫・清水貞夫編訳『ノーマライゼーション——社会福祉サービスの本質』(学苑社、1982年)参照。
- 12) 新藤、前掲論文、75頁。
- 13) 板山賢治「身体障害者福祉の諸問題」社会保障研究所編『社会福祉改革論Ⅱ』所収(東京大学出版会、1984年)96頁。
- 14) 社会保障研究所編『日本社会保障資料Ⅱ』(至誠堂、1975年)610-612頁参照。また、この答申の意義については、古川、前掲論文、227-228頁参照。
- 15) 『厚生白書』(昭和49年版)451-452頁。
- 16) 『厚生白書』(昭和56年版)12頁。
- 17) 『厚生白書』(昭和62年版)69頁。
- 18) 臨時行政調査会事務局監修『臨調緊急提言——臨

- 時行政調査会第1次答申』(行政管理センター, 1981年) 35頁。
- 19) 西原香保里「障害者の人権と市民理解」前掲『障害者の福祉と人権』所収, 279頁。
- 20) 『厚生白書』(昭和58年版) 108頁。
- 21) 仲村優一「社会福祉行政における自立の意味」小沼正編『社会福祉の課題と展望』所収(川島書店, 1982年) 16頁。
- 22) 吉本充賜「障害者の自立と所得保障」『ジュリスト増刊総合特集24号——障害者の人権と生活保障』(有斐閣, 1981年) 133頁。
- 23) 一番ヶ瀬, 前掲論文, 17頁。
- 24) 仲村優一・板山賢治編『自立生活への道——全身性障害者の挑戦』(全国社会福祉協議会, 1984年) v頁。
- 25) 新村出編『広辞苑(第3版)』(岩波書店, 1984年) 1225頁。
- 26) 原田政美「自立生活」前掲『ジュリスト増刊総合特集24号』, 352頁。
- 27) Young, R., *Personal Autonomy*, Croom Helm, 1986, p. 1.
- 28) *Ibid.*, p. 19.
- 29) Raz, J., *The Morality of Freedom*, Oxford Univ. Press, 1986, p. 373.
- 30) *Ibid.*, p. 381.
- 31) Young, *op. cit.*, pp. 21-27.
- 32) 佐藤幸治「憲法学において『自己決定権』をいうことの意味」『法哲学年報・1989年/現代における〈個人—共同体—国家〉』(有斐閣, 1990年) 80-85頁。
- 33) 佐藤, 前掲論文, 87-90頁。
- 34) 山田卓生『私事と自己決定』(日本評論社, 1987年) 3頁。
- 35) もっとも, 山田の自己決定権の議論には, 個人の行為の中でどこまでを「私事」とするかについての基準が必ずしも明確とはいえないこと, 自己決定権の主体は, 成熟した判断能力をもつ者だけに限定されていて, 児童や精神障害者はその主体から排除されることになり, 自己決定権を人権と観念することは困難になるのではないかといった問題点がある。こうした批判とそれをめぐる議論については, 佐藤幸治「日本国憲法と『自己決定権』」『法学教室』98号(有斐閣, 1988年), および山田卓生「自己決定権をめぐって」『法学教室』102号(有斐閣, 1989年)参照。
- 36) Kleining, J., *Paternalism*, Rowman and Allen, 1984, p. 4.
- 37) 例えば, R・プラントも自由を単に強制のない状態ではなく, 何事かをなしうる能力と捉え, そのような自由にとっては, 「身体的福祉と自律性」が不可欠であるとする観点から, 自由の基礎としての個人の「基礎的ニーズ」充足の必要性, すなわち, 社会的資源への権利としての社会権の必要性を強調している。この点については, Plant, R., *Citizenship, Rights, and Socialism*, Febian Society, No. 531, 1988. 参照。
- 38) 社会福祉の権利については, それを実体的権利, 手続的権利, 自己貫徹的権利に区分した小川政亮の分類が有名である。小川政亮『社会事業法制(第4版)』(ミネルヴァ書房, 1992年) 189頁以下参照。この区分は, 従来, 福祉サービスの受給権などの実体的権利のみに限定されて考えられがちであった社会福祉の権利の内容に処遇過程の権利や手続的権利, 参加の権利などを組み入れた点において大きな意義を有している。近年では, 河野正輝が, この小川説に依拠しつつも, C・ウェルマンの福祉権の理論を援用し, 実体的権利の内容をより詳細に福祉サービス受給権, 処遇過程の権利, 自己の処遇方法の決定過程に参加する権利, 費用徴収の免除権等に区分している。河野正輝『社会福祉の権利構造』(有斐閣, 1991年) 113-132頁参照。本稿の自律権の内容区分も両者の議論に基本的に依拠している。
- 39) 福祉国家における福祉サービスは, 恩恵としてではなく, 権利として個々人に提供されなければならない, この要請は福祉国家の本質にとって基本的な命題だとされているが, 現実には, そうした意味での受給の権利は実効性のあるものとなっていないばかりか, 福祉サービスの受給が何らかのステイグマや差別を伴う場合が多い。福祉サービス受給権などの福祉の権利がなかなか現実化しない大きな要因としては裁量の問題を挙げることができるが, この点については, 秋元美世『福祉行政』における権利と裁量」大山博・武川正吾編『社会政策と社会行政——新たな福祉理論の展開をめざして』所収(法律文化社, 1990年)参照。また, 社会福祉における権利と裁量の問題を裁量的権利論という観点から調整しようとする試みとして, Campbell, T. D., "Discretionary 'rights'," in Timms, N. et al. (ed.), *Philosophy in Social Work*, 1978. =関家新助・高橋進・水谷利美訳「自由裁量的『権利』」同訳『社会福祉の哲学——ソーシャル・ケースワークを中心に』所収(雄山閣, 1988年)参照。
- 40) これらの権利を制度的に保障する法体系として参考になるのが, アメリカで1990年7月に制定された「能力障害者をもつアメリカ人法」である。これは「障害」による差別を禁止する包括的差別禁止法で, 規制の範囲は広く, その内容も詳細にわたっている。この法律の制定過程や特徴については, 藤倉皓一郎「アメリカにおける障害者法——『法の平等な保護』の展開」『ジュリスト』970号(有斐閣, 1990年)が詳しい。
- 41) Wolfensberger, 前掲訳書, 283頁。
- 42) 同訳書, 281頁。
- 43) 同訳書, 283頁。
- (いとう・しゅうへい 社会保障研究所研究員)

社会 保 障 法 判 例

堀 勝 洋

養護老人ホームの個室への入所を請求し得る具体的権利がないとされた事例（森訴訟第1審判決）

横浜地方裁判所第1民事部平成4年1月29日判決（平成3年行ウ第27号養護老人ホームの個室入所請求事件）

I 事実の概要

1 原告Xは、川崎市立の養護老人ホーム恵楽園に、昭和60年4月から入所している高齢者である。Xは、この恵楽園の居室は4人部屋であるためプライバシーが保たれないなど、健康で文化的な生活を営み得ないとして、神奈川県を被告に、「個室のある養護老人ホームを確保し、その個室に原告を入所させよ。」とする訴訟を、平成3年9月26日横浜地方裁判所に提起した。

2 これに対し、横浜地方裁判所第1民事部は、平成4年1月29日、養護老人ホームの個室に入所させることを請求し得る具体的権利がないとして、原告の請求を棄却する判決を下した。

これに対し、Xは原判決の取消しを求めて、平成4年2月10日東京高等裁判所に控訴した。

II 判 旨

1 「憲法が人間ないし個人の尊厳を具現化するため人権規定を置き、それが老人ホームに入所している老人に対しても適用されるべきこと（11条・13条・97条）は、言うまでもない。また、地方公共団体たる被告が老人福祉行政を行うに際し、

老人が人間らしい生活を営めるように様々な面に配慮しなければならないこと（憲法25条，老人福祉法1条・2条・4条）も、原告が主張するとおりであろう。そして、原告が4人部屋において不便を感じているであろうことも、理解できないではない。」

2 「しかしながら、憲法25条の規定は、国家が国民の生活水準の確保向上につくすべき責務を概括的に負うことを定めたに止まり、個々の国民に対し具体的請求権を直接保障するものではなく、また、老人福祉法の前記諸規定も、国及び地方公共団体に対し、老人の福祉を増進すべき責務を一般的に課したものであって、個人に対し裁判による救済を受けうる具体的権利を付与するものではない。さらに、原告が請求原因として主張する事実をすべて考慮しても、なお、川崎市立の養護老人ホームに入所している原告が、被告神奈川県に対して、個室のある養護老人ホームを確保し、その個室に入所させることを請求しうる具体的権利については、私法上はもとより公法上においても、その根拠を見出すことができない。」

III 解 説

1. はじめに

本件訴訟は、4人部屋の養護老人ホームに入所している原告が、個室への入所を求めて提起したものである。しかし、本判決は、個室への入所を請求し得る具体的権利はないとして原告の請求を棄却した。

本件訴訟は弁護士を訴訟代理人にしないいわゆる本人訴訟であることもあって、請求原因の論旨の展開が必ずしも十分ではなく、したがって本判決も極めて簡単なものにとどまっている。本件訴訟における基本的な争点は、原告に養護老人ホームの個室への入所を求める具体的権利があるかどうかということであり、これについては次の第2節で検討する。

このほか、本判決では何も触れられていないが、本件訴訟については、①被告とされた神奈川県に被告適格があるかどうか、②本件訴訟は一種の義務づけ訴訟であると考えられるがこれが許されるかどうかという点についても検討する価値があると考えられるので、それぞれ第3節及び第4節で論ずる。しかし、その前に、本件訴訟は養護老人ホームの個室への入所をめぐるものであるため、それにかかわる現行制度等について本節で簡単に解説しておきたい。

養護老人ホームは、本件訴訟当時の老人福祉法¹⁾(昭和38年法律第133号。以下、必要に応じ「法」という。)5条の3に規定する老人福祉施設の一つであり、心身上又は環境上及び経済上の理由により居宅で養護を受けることが困難な65歳以上の老人を入所させて養護することを目的とする施設である(法20条の4、11条1項2号)。この養護老人ホームは、もともとは救護法(昭和4年法律第39号)6条の養老院として始まり、生活保護法(昭和25年法律第144号)38条の養老施設から、老人福祉法が昭和38年に制定された際に同法に引き継がれた低所得老人のための施設である²⁾。

この養護老人ホームの設備及び運営の基準は中央社会福祉審議会の意見を聴いて厚生大臣が定め

ることとされ(法17条1項)、「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(昭和41年厚生省令第19号)」(以下「設備基準省令」という。)が制定されている。養護老人ホームは生活保護法の養老施設から引き継がれたこともあって、その設備基準は低いものであったといわれているが、その後数回にわたって改善の措置が講じられてきている。この養護老人ホームの居室の入所定員は、設備基準省令13条によって「原則として2人以下とする。」とされているが、古い施設によってはその構造設備上の問題から必ずしもこの原則が守られてはいない。

設備基準省令はすべての施設が守るべき基準を定めるため、既存の施設の改善に時間的猶予を与える必要があることもあって、その改正は遅れがちとなる。これに対して、養護老人ホームの新築や増改築に係る施設整備費の国庫負担の基準は、現実の必要性に応じてしばしば改善されてきている。現在養護老人ホームを新築又は増改築する場合の施設整備費の国庫負担基準上、全室個室化することも認められている。そして、養護老人ホームを全室個室化する場合の国庫負担基準上の面積は入所定員1人当たり29.2m²とされ、それ以外の場合の26.3m²より優遇されている³⁾。

このように、現在では養護老人ホームを整備する際全室個室化することが認められているが、この背後には養護老人ホームを従来の救貧的な収容の場から、福祉サービスを提供するための生活の場へ高めるという考え方の変化がある。このことは、次の二つの審議会の意見に端的に表れている。

一つは、昭和45年11月25日の中央社会福祉審議会の「老人問題に関する総合的諸施策」であり、老人福祉施設の「現在の施設居室での同居方式は、老人のプライバシーをそこなう欠陥を有するので、利用者の意識、健康等を考慮のうえ、個人生活が尊重される施設に改善する」必要があると述べている。もう一つは、昭和52年11月21日の中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会の「今後の老人ホームのあり方」であり、次のように養護老人ホームの居室を個室化すべきことを明確に提言している。

「新しい老人ホーム体系の下では、養護老人ホームは、その入所要件において経済的理由を取り除くとともに『収容の場』から『生活の場』へと高めることにより、従来からの救済的色彩を払拭する必要がある。そのためには養護老人ホームにおいても生活の場にふさわしいプライバシーのある生活を可能とするために、個室を与え得るような体制に移行すべきである。そして、それは新しい老人ホーム体系への移行に際して養護老人ホームの居室の個室化が実現することができるよう計画的に実施していくべきである」と考える。」

ところで、昭和63年10月1日現在における養護老人ホーム（盲養護老人ホームを含む。）の個室の割合は、15.4パーセントにしかすぎない。2人部屋の割合が60.4パーセントであるので、設備基準省令が定める2人以下の居室の割合は75.8パーセントであり、残りの約4分の1は3人以上の居室となっている⁴²。

なお、同じ老人福祉施設のうち、軽費老人ホームは夫婦部屋を除いて個室が原則であり⁴³、特別養護老人ホームは設備基準省令上は原則として4人以下の居室とすることとされているが、施設整備費の国庫負担基準上は1施設3割まで個室にすることが認められている。

2. 個室への入所を求める権利

原告は、本件訴訟において、「被告は、原告に対し、個室のある養護老人ホームを確保し、その個室に原告を入所させよ。」との判決を求めた。この請求原因として、原告はおおむね以下のような趣旨のことを述べた。①憲法は個人の尊厳を具現化するために人権規定を置いているが、老人ホームという福祉施設の入所者にも人権規定は適用される。②地方公共団体たる被告は老人福祉行政の一環として老人ホームを設置経営し入所措置等を行う義務を負うが、これを果たすに当たりどのような施設を造り運営するかは被告の自由な行政裁量に任されているということはできず、その裁量の範囲はかなり狭い。すなわち老人ホームは入所者が一生そこで生活しその生活の本拠となるものであって自宅と同視されるべきものであるから、

ただ老人を老人ホームに入所させさえすればよいというものではなく、老後も老人が人間らしい生活を営めるよう様々な面に配慮しなければならない。③ところが、原告が入所している老人ホームは4人部屋であるためプライバシーを保つことができないなど、到底人間らしい健康で文化的な最低限度の生活を営み得ない。④被告は、原告を個室に入所させず、原告に様々な精神的苦痛を与えている。⑤したがって、被告は老人ホームの設置運営に関し、入所者に健康な生活をさせるため全老人ホームを個室とすべき責務を負っており、原告は被告に対しその個室に入所させることを請求し得る権利を有する。

以上のように、原告は養護老人ホームの個室に入所させることを請求し得る権利を有すると主張し、その根拠を憲法の人権規定と老人福祉法に求めている。この点が本件訴訟における最大の論点であり、以下本節ではまず憲法上の根拠があるか否かについて検討し、次いで老人福祉法上根拠があるか否かについて検討する。

まず、憲法上の根拠についてであるが、憲法の人権規定が老人ホームの入所者にも適用されることはいうまでもない。本判決も、Ⅱ判旨の1に引用したように、このことを認めている。しかし、養護老人ホームの個室に入所する権利については、憲法は直接何ら規定してはいない。

問題となるのは、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を保障した憲法25条1項の規定に基づいて、養護老人ホームの個室への入所を求めることができるかどうかということである。しかし、憲法25条の権利の法的性格について、判例・通説は、同条は個々の国民に対し裁判上請求できる具体的権利を与えたものではないと解釈している⁴⁴。そして、本判決も、Ⅱ判旨の2に引用したように、この判例・通説にならって、憲法25条の規定は個々の国民に対し具体的請求権を直接保障するものではないと判示した。

憲法25条の解釈についての通説であると考えられる抽象的権利説は、憲法25条の権利は個々の社会保障法の規定によって具体化されるとする。そうすると、養護老人ホームの個室への入所を求め

ている本件訴訟においては、老人福祉法がこのような権利を与えているかどうかが問題となる。これに関し、本判決は、まず同法1条、2条及び4条は老人福祉増進の責務を規定しただけで、個人に対し裁判による救済を受け得る具体的権利を付与するものではないと判示した(Ⅱ判旨の2)。

そうすると、次に問題となるのが老人福祉法の養護老人ホームに関する法11条等の規定が、原告が主張する権利の根拠とならないかどうかということである。原告は、本件訴訟において、①個室のある養護老人ホームを確保すること、及び②その個室に原告を入所させることの二つのことを求めている。まず、この①は、被告に対し、個室のある養護老人ホームを設置することを求めていると考えられる。しかし、法15条1項によれば、被告のような都道府県は養護老人ホーム等の老人福祉施設を設置する権能が与えられているだけで、それを設置する義務が課されているわけではない。したがって、そもそも原告が被告に対し養護老人ホームの設置を求める権利が認められるかどうかについてさえ疑問があるといえる。

また、法17条2項は養護老人ホームの設置者に厚生大臣が定める養護老人ホームの設備及び運営に関する基準の遵守義務を課しているが、この基準を定めた設備基準省令は前述したように養護老人ホームの居室に入所させる人員は原則として2人以下とし、個室への入所を義務づけているわけではない。そうすると、個室のある養護老人ホームを設置することを求める原告の請求は、老人福祉法上の根拠がないということになる。

次に、②の養護老人ホームの個室に入所させることを求める権利があるかどうかという問題は、⑦そもそも養護老人ホームへの入所を求める権利があるかどうかという問題と、④個室への入所を求める権利があるかどうかという二つの問題に分けることができる。まず、⑦の問題は、老人ホームへの入所の措置等を地方公共団体に義務づけている法11条の規定の解釈にかかわる。行政解釈は、これについて、「措置は、措置の実施機関に課せられた義務であって、……希望者からの請求権に基づくものではない。したがって、措置を受けるこ

とにより老人ホームにおいて養護されることは、老人に与えられた権利ではなく、公的機関に措置義務があることから派生する『反射的利益』であると考えられる」(厚生省社会局老人福祉課編〔8〕79-80頁)とし、入所を求める権利はないとしている。しかし、多くの学説は入所を求める権利があるとし(碓井〔2〕307頁、小川〔3〕177頁、片岡〔4〕123-124頁、河野〔6〕38頁、田村〔13〕63頁、宮崎〔20〕294頁、村上〔21〕108-109頁)、筆者も堀〔17〕201頁以下でこの問題を詳細に検討した結果、入所を求める権利があると結論づけている。

次に、④の養護老人ホームの個室への入所を求める権利があるかどうかについてであるが、前述したように設備基準省令が個室への入所を義務づけていない以上、そのような権利はないと解せざるを得ない。

なお、設備基準省令が居室の入所定員を2人以下と定めているのであるから、4人部屋に入所している原告は2人部屋への入所を求める権利があるかどうか、本件訴訟とは別に検討する価値がある。この問題を考える上で参考となるのが、いわゆる神戸市本山保育所事件に対する神戸地裁昭和48年3月28日決定・判時707号86頁である。この事件は、保育所の屋外遊戯場の一部を転用して老人憩の家を建設しようとした神戸市に対し、児童福祉施設最低基準(昭和23年厚生省令第63号)に違反するとして、保育所入所児童が工事着工を禁止する等の仮処分を申請したものである。この申請に対し、上記の決定は次のように判示した。「〔児童福祉〕法45条が児童福祉施設につき、厚生大臣にその最低基準の定立を義務づけたのは、憲法25条、児童福祉法1条ないし3条の趣旨にかんがみ児童がひとしく適正な施設のもとに保育養護されるべきことを担保することを目的としたものというべく、これらの一連の規定の態様趣旨から考えると、少なくともひとたび児童が保育所に入所し、そのもとで保護が開始された以上、当該児童に右厚生大臣が適正な保護をするに足りると認めて設立した保護基準(最低基準)による保護を受ける権利があると解するのが相当である。」

法17条は、前述したように、老人ホームの設備

や運営の基準を厚生大臣が定めることを規定し、老人ホームの設置者にその基準の遵守義務を課している。そして、法18条2項はこの基準を維持するため老人ホームの長に対する報告徴収や立入検査等の権限を行政庁に与え、法19条1項は老人ホームがこの設備基準に適合しなくなった場合の設備運営の改善命令や事業の停廃止命令等を行う権限を行政庁に与えている。したがって、老人福祉法は設備基準省令に定める程度の施設サービスを老人ホームの入所者に保障していると考えられ、入所者はこれらの施設サービスを受ける権利を取得すると解すべきである。学説の多くはこのような考えを支持している（小川〔3〕180頁、河野〔6〕121頁、137頁、145頁、倉岡〔7〕356頁、後藤〔9〕175頁、小早川〔10〕22頁、田村〔13〕129頁）。このような考えを前提にすれば、養護老人ホームの2人部屋に入所させることを求める権利があるというべきである。ただし、設備基準省令13条は、原則として2人以下とする、と規定していることに留意する必要がある。

次に、養護老人ホームの個室への入所を義務づけていない設備基準省令自体が憲法25条に違反しないかどうかという問題がある。この問題については、厚生大臣が定めた生活保護法による保護の基準が憲法25条に違反するかどうか争われた朝日訴訟の判決が参考になる。最高裁大法廷昭和42年5月24日判決・民集21巻5号1043頁は、保護基準の設定は厚生大臣の裁量に任されており、その判断は不当の問題として政府の政治的責任が問われることはあっても直ちに違法の問題は生ずることはないと判示した。しかし、保護の基準が著しく低い等裁量権の逸脱又は濫用があった場合は、違法な行為として司法審査の対象となると判示した⁷⁾。

このような朝日訴訟上告審判決の判旨にならうとすれば、養護老人ホームの設備基準の設定は厚生大臣の裁量に任されており⁸⁾、その違法性を訴訟で争うことはできないということにならう（同旨、後藤〔9〕175頁）。ただし、その設備基準が厚生大臣に与えられた裁量の範囲を逸脱又は濫用して設定された場合は、司法審査の対象となる。そ

うすると、問題は、養護老人ホームの居室の定員を「原則として2人以下」と定めた設備基準省令13条の規定が、厚生大臣に任せられた裁量の範囲を逸脱又は濫用したかどうかということになる。

養護老人ホームが救貧施設としての養老施設から老人福祉施設に変わって約30年を経たこと、国民一般の住宅も1人1室が確保されるようになっていて、我が国の経済は世界的にも上位クラスになったこと、前述したように政府の審議会が養護老人ホームの個室化を提言し、施設整備費の補助基準上全室を個室にすることが認められていること等を考えると、設備基準省令を改正して入所者の居室は個室を原則とするように改正すべき時期がきているのではないかと思われる。ただし、古い施設について経過規定を設け、順次個室にする時間的余裕を与える配慮が必要であろう。なお、4人部屋の養護老人ホームへの入所処分の取消しを求めているのではない本件訴訟において、設備基準省令が憲法25条に違反するかどうかは原告の請求に直接かかわりのない論点である。

最後に、本件訴訟と同じように、「養護老人ホームは1人を1室に入居せしむるよう御判決をお願いします。」と訴えた谷澤訴訟（昭和46年（行ウ）第5号養護老人ホーム1人1室入居請求事件）について、簡単に触れておきたい⁹⁾。この谷澤訴訟の原告は、本件森訴訟の原告と異なっており、未だ養護老人ホームに入所していなかったが、入所を申請したところ3人同居という事実を知らされたため、この訴訟を提起したものである。請求の原因として原告は、本件訴訟と同じく、プライバシーの保護、健康で文化的な最低限度の生活の保障の必要性等について述べている。

これに対し、被告熊本市は、原告の主張は「被告に対し、個室制の老人ホームを建設して入居せしむることを求めるものであって、被告に対し一定の福祉行政の実施を求めるというにとどまり、民衆訴訟その他行政訴訟の要件を備えていない不適法なものであり却下すべきである」と主張した。これに対し、熊本地裁昭和46年10月22日判決は、以下のように判示して、原告の訴えを棄却した。

「本訴は、畢竟『被告熊本市において1人1室

の老人ホームを建設し、或いはまた現存する老人ホームを1人1室にした上、そこに原告を入居させよ。』というに帰し、その主張によれば、原告がかような老人ホームに入居を希望する心情は、十々察せられるところである。

しかしながら、憲法第25条第1項が『すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。』と定めているからといって、このことから直ちに、国民に1人1室の老人ホームまで要求しうる権利があるとはいえないし、また、原告にかかる請求権を肯定すべきいわれがないことは、多言を要しないところである。よって、本訴請求は失当といわなければならない、……主文のとおり判決する。」

3. 被告適格

原告は、川崎市立の養護老人ホームに入所していたが、本件訴訟においては神奈川県を被告として訴えた。しかし、原告は、この養護老人ホームがある川崎市に居住しているため、本来川崎市を被告として訴えなければならなかったのではないかという疑問がある。行政訴訟においても民事訴訟においても、被告適格がない者を被告として訴えが提起された場合は、不適法として訴えを却下することとされている（南編〔19〕437-438頁（青木康稿）、三ヶ月〔18〕236頁）。ただし、行政訴訟の取消訴訟にあっては、原告が故意又は重大な過失によらないで被告とすべき者を誤ったときは、裁判所は原告の申立てにより決定をもって被告を変更することが許されている（行政事件訴訟法15条1項）。

行政事件訴訟法11条1項は、「処分の取消しの訴えは、処分をした行政庁……を被告として提起しなければならない。」と規定し、同条2項は「前項の規定により被告とすべき行政庁がない場合には……当該処分……に係る事務の帰属する国又は公共団体を被告として提起しなければならない。」と規定している。本件訴訟は取消訴訟ではないが、この被告適格の規定は取消訴訟以外の抗告訴訟に準用することとされており（同法38条1項）、本件訴訟は後述するように無名抗告訴訟の義務づけ

訴訟であると考えられるので、この取消訴訟に係る被告適格の規定が適用されると解される。

上記のように解すると、原告は、本件訴訟において個室のある養護老人ホームを確保すること及びその個室に原告を入所させることを請求しているので、養護老人ホームの設置及びそれへの入所について責任を負う者を被告として訴えを提起しなければならないと解される。そこで、養護老人ホームの設置と入所の二つに分けて、老人福祉法上誰がその責任を負っているかを検討したい。

まず、養護老人ホームの設置については、法15条1項、3項及び4項は都道府県、市町村及び社会福祉法人が設置することができる旨を規定している。しかし、養護老人ホームの設置については、都道府県、市町村及び社会福祉法人のうちの誰が誰に対してその設置の責任を負うか、老人福祉法上は明らかではない。したがって、本件訴訟において、原告が都道府県を被告としたことは必ずしも不適法ではないと解すべきであろうか。

次に、養護老人ホームに入所させる義務については、法11条1項の規定により、都道府県、市又は福祉事務所を設置する町村が負っている。そして、この三者のうち誰が養護老人ホームに入所させる義務を負うかについては、同条3項ただし書の規定により、入所前の居住地を管轄する福祉事務所を設置する都道府県又は市町村とされている。本件訴訟の原告の養護老人ホームへの入所前の居住地は本判決からは明らかではないが、原告が入所しているのは川崎市立の養護老人ホームであることを考えると、川崎市に居住していた可能性が高い。そうすると、養護老人ホームに入所させる義務を負っているのは川崎市であり、その義務のない神奈川県を被告とした本件訴えは不適法である。更に、行政事件訴訟法9条1項及び38条1項によれば、抗告訴訟は公共団体（川崎市）ではなく行政庁（川崎市長）を被告とすべきであるとされるので（南編〔19〕447頁）、この意味でも原告の訴えは被告とすべき者を誤ったものとして、却下されるべきであったと考えられる。

4. 義務づけ訴訟

本件訴訟は、行政事件訴訟法3条が定める処分の取消しの訴え、裁決の取消しの訴え、無効等確認の訴え及び不作為の違法確認の訴えの法定抗告訴訟のいずれでもないが、「公権力の行使に関する不服の訴訟」である抗告訴訟であると考えられ、この意味で本件訴訟は無名抗告訴訟の一種であると考えられる。無名抗告訴訟には幾つもの種類があるが(この種類については、南編〔19〕120-121頁(大島崇志稿)を参照。)、本件訴訟は行政庁に対し一定の給付を行う行政処分をするよう求める義務づけ訴訟であると考えられる。

この義務づけ訴訟は、かつては権力分立を規定した憲法に違反するなどとして否定されていた(園部他編〔12〕255-257頁(田中館照橋稿))。すなわち、①裁判所が行政庁の第1次的判断に代わって判断することは、行政権に対する侵犯になること(行政便宜主義の原理違反)、②このような判決を認めた場合、裁判所が政治的責任を伴うような行為を行う結果になる危険があり、これは裁判所の本来の機能に反し(司法的政治的中立性違反)、また責任行政の民主原理に反すること、③現在の司法裁判所には、行政の専門的知識を有する裁判官が少ないこと(行政の専門技術性の尊重)などを理由として、義務づけ訴訟は否定されていた。

しかし、近年の学説・判例は、義務づけ訴訟も一定の要件のもとに認めようとしてきている。この義務づけ訴訟を認めるとしてもどのような要件のもとに認めるかについて、補充説及び独立説の二つの見解に分かれている(常岡〔14〕206頁)。補充説は義務づけ訴訟は法定抗告訴訟では有効な救済が期待できない場合にのみ認められるものであり、独立説は義務づけ訴訟の許容条件は法定抗告訴訟の有効性とは無関係とするものであり、判決例の多くは補充説によっている。最高裁判所事務総局編〔11〕41頁は、義務づけ訴訟、作為義務確認訴訟、差止訴訟及び不作為義務確認訴訟について、「最近の裁判例においては次のような要件、すなわち、(1)行政庁が当該処分をなすべきこと又はなすべからざることに法律上羈束されており、

行政庁に自由裁量の余地が全く残されていないために第一次的な判断権を行政庁に留保することが必ずしも重要ではないと認められ、しかも(2)事前審査を認めないことによる損害が大きく、事前の救済の必要が顕著であり、あるいは更にこれに加えて、(3)他に適切な救済方法がない、という各要件がみたされる場合に限り、この種の訴訟は許されるとするものが大勢を占めている」と述べている。そして、この(1)は一義的明白性(一義的確定性)、(2)は緊急性、(3)は補充性と呼ばれているが、(1)の一義的明白性は訴訟要件ではなく本案の要件とする説がある(阿部〔1〕2165頁、原田〔16〕75頁、南編〔19〕132頁(大島崇志稿))。しかしながら、義務づけ訴訟としてこの要件を満たしたとする判決は実際には少ない。

社会保障法の中でも特に社会保険法や社会手当法などは支給要件が明確であるため、この義務づけ訴訟を認めるべきだとする説が少なくない。実際にも社会保障法による給付について、この義務づけ訴訟に肯定的な判決を下したのものがある。筆者の知る限りでは、以下に掲げる三つである。

一つは、東京地裁昭和37年11月29日・行集13巻11号2127頁である。この訴訟は、戦没者の妻である原告が戦傷病者戦没者遺族等援護法に基づく遺族年金及び弔慰金を請求したところ、原告が他の男性と事実上婚姻関係と同様の事情に入っていたことを理由に却下され、それに対し厚生大臣に不服申立てを行ったが棄却されたため、その棄却裁決の取消しと遺族年金等を受ける権利を有する旨の裁決を求めて提起したものである。これに対し、この判決は、主文で、この棄却裁決を取り消した上で、「被告は、原告に対し、戦没者Aにかかる遺族年金及び弔慰金を受ける権利を有する旨の裁決をしなければならない。」と判示した。そして、その判決理由中、次のように判示した。

「本件のように、拒否処分の違法が、行政庁に一定の作為義務があるにもかかわらず行政庁がこの義務をしないことに基づくものであり、従って拒否処分が取り消された結果、申請に対し行政庁のなすべき行為の内容が一義的に明白であるという場合には、取消しの結果はいかなる行為がなさ

れるべきかの点について、あらためて行政庁の判断を経る必要も合理性もないことは明らかであるから、かような場合には、裁判所は、行政庁の第一次的判断をまつまでもなく、ただちに、行政庁に一定の作為義務がある旨を判断し得るものといわねばならない。そしてかような場合に裁判所が、法の適用による判断作用の結果として、行政庁に一定の行為をなすべき義務があることを判断することが許され、しかも、この判断の結果に行政庁が拘束されるものと解する以上、行政庁に一定の行為義務がある旨を判決理由中に判示し得るのもとより、主文においてその旨を宣言し得ることも当然であり、主文に宣言されたところに従って行政庁が一定の行政行為をしなければならないこととなっても、それは、ひっきょう、行政作用の適否が裁判所の判断に服すべきことの当然の結果にほかならず、これをもって、裁判所が行政行為をしたのと同じ結果になるというのはあたらないものというべきである。」

しかし、この控訴審判決である東京高裁昭和39年11月26日判決・行集15巻11号2192頁は、厚生大臣が行った裁決が取り消される以上、遺族年金等の権利を有することの裁決をなすべき義務があることを宣言すべき裁判上の利益はないとして、この裁決の義務づけに係る訴えを不適法として却下した。

二つ目の判決は、東京地裁昭和39年5月28日判決・行集15巻5号878頁である。この訴訟は、原告が厚生年金保険法の被保険者資格取得の確認請求を県知事に行ったところ却下されたが、この却下処分の取消しを請求することなく、同知事に対しこの資格の確認を求める訴えを起こしたものである。これに対し、この判決は次のように判示した。

「所轄行政庁が第一次的判断を下す事前の段階において裁判所の判断を求めることが一般的に許されると解することについては三権分立の原則上、疑問があるとしても、すでにこの点につき行政庁の第一次的判断が下された後に出訴するについて確認義務の存否それ自体を訴訟の対象としてとらえることが許されないと解すべき本質的な理由は

存在しないものといわなければならない。」

この判決は、行政庁の処分が行われた後の実質的に取消訴訟と同じ内容の訴訟に対するものであり、義務づけ訴訟の判決例とするにはやや疑問がある。

三つ目は、堀木訴訟に対する大阪高裁昭和50年11月10日判決・行集26巻10・11号1268頁である。この訴訟において、原告は、児童扶養手当認定請求を却下した処分の取消しの判決を請求したほか、同手当の受給資格を有する旨の認定を求める判決をも請求した。これに対し、第1審判決神戸地裁昭和47年9月20日判決・行集23巻8・9号711頁は、処分の取消し請求は認めたものの、手当の認定請求については行政庁の一次判断の権限を侵害し三権分立の原則に反するとして却下した。この控訴審判決である上記の判決は、手当の認定請求について次のように判示した。

「先行処分の取消請求に併せて義務づけ訴訟を提起しているような場合においても、行政庁に対する義務づけ訴訟は、三権分立の立場から、なお原則的には不適法として許されないというべきである。しかしながら、例外的に、先行処分の取消判決の違法とした理由以外の理由をもって再び同一の拒否処分をなす余地がなく、申請に応じた処分をなすべき行政庁の作為義務の存在が一義的に明白であり、且つ事前の司法審査によらなければ、当事者の権利救済が得られず、回復しがたい損害を及ぼすというような緊急の必要性があると認められる場合には、行政庁に対する義務づけ訴訟も許されると解するのが相当である。」

しかし、この判決は、児童扶養手当の受給資格及び額の認定については都道府県知事に裁量判断の余地が残されているとして、原告による義務づけ訴訟は不適法であるとして却下した。以上の三つの判決のいずれも、義務づけ訴訟の判決例とするには、上に述べたように様々な問題を含んでいる。

それでは、養護老人ホームの個室への入所等を求める本件訴訟については、どう考えればよいであろうか。先に引用した義務づけ訴訟が認められるための三要件（一義的明白性、緊急性及び補充

性)は、堀木訴訟控訴審判決でも採用されているものであり、これを前提にして検討すると、原告の請求は少なくとも一義的明白性の要件を満たしていないと考えられる。第2節で詳細に検討したように、個室のある養護老人ホームを設置すること及びその個室に入所させることは法律上行政庁に何ら義務づけられておらず、行政庁の作為義務が一義的に明白であるとはいえないからである。

以上のことから、一義的明白性を訴訟要件と考えれば、本件訴訟の原告のこの請求は却下されるべきであり、一義的明白性を本案の要件と考えれば、原告の請求は棄却されるべきであるということになる。

注

- 1) 老人福祉法は「老人福祉法等の一部を改正する法律(平成2年法律第58号)」によって大幅に改正され、その改正規定の一部は平成5年4月1日から施行されることとされている。しかし、本稿では、この平成5年4月1日施行前の老人福祉法の規定を引用する。
- 2) 近年社会福祉施設の入所要件や在宅福祉サービスの受給要件に所得制限が付されることは少なくなっているが、養護老人ホームは入所に経済的要件が残されている数少ない例の一つである。法11条1項2号、同法施行令2条によれば、養護老人ホームに入所するためには、生活保護を受けているか、市町村民税の所得割の額がないか、又は災害その他の事情により困窮していることが必要である。
- 3) 平成3年11月25日付け厚生事務次官通知厚生省社第409号「社会福祉施設等施設整備費の国庫負担(補助)について」の別表3を参照。
- 4) 厚生省大臣官房統計情報部『昭和63年 社会福祉施設調査報告 下巻』平成2年、227頁。
- 5) 昭和47年2月26日付け厚生省社会局長通知社老第17号「軽費老人ホームの設備及び運営について」及び昭和47年3月29日付け厚生省社会局老人福祉課長通知社老第24号「軽費老人ホームの設備及び運営について」を参照。
- 6) 朝日訴訟上告審判決(最大判昭和42年5月24日・民集21巻5号1043頁)は、次のように判示している。「憲法25条1項は、『すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。』と規定している。この規定は、すべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営み得るように国政を運営すべきことを国の責務として宣言したにとどまり、直接個々の国民に対して具体的権利を賦与したものではない(昭和23年(れ)第205号、同年9月29日大法院判決、刑集2巻10号1235頁参照)。具体的権利としては、憲法の規定の趣旨を実現するために制定された生活保護法によって、はじめて与えられていると

いうべきである。」

- 7) 判決文は次のとおりである。「生活保護法は、『この法律の定める要件』を満たす者は、『この法律による保護』を受けることができると規定し(2条参照)、その保護は、厚生大臣の設定する基準に基づいて行なうものとしているから(8条1項参照)、右の権利は、厚生大臣が最低限度の生活水準を維持するにたりと認めて設定した保護基準による保護を受け得ることにあると解すべきである。もとより、厚生大臣の定める保護基準は、法8条2項所定の事項を遵守したものであることを要し、結局憲法の定める健康で文化的な最低限度の生活を維持するにたりるものでなければならない。しかし、健康で文化的な最低限度の生活なるものは、抽象的な相対的概念であり、その具体的内容は、文化の発達、国民経済の進展に伴って向上するのはもとより、多数の不確定的要素を総合考量してはじめて決定できるものである。したがって、何が健康で文化的な最低限度の生活であるかの認定判断は、いちおう、厚生大臣の合目的的な裁量に委されており、その判断は、不当の問題として政府の政治責任が問われることはあっても、直ちに違法の問題を生ずることはない。ただ、現実の生活条件を無視して著しく低い基準を設定する等憲法および生活保護法の趣旨・目的に反し、法律によって与えられた裁量権の限界をこえた場合または裁量権を濫用した場合には、違法な行為として司法審査の対象となることをまぬかれない。」
- 8) ただし河野〔6〕40頁は、「施設最低基準が各福祉法総則における基本理念および各施設の目的規定ひいては憲法13条、25条の具体化でなければならない以上、厚生大臣の基準設定行為は全くの自由裁量ではありえない。」と述べている。
- 9) この訴訟の判決文の入手に当たっては、林弘子福岡大学教授に大変お世話になった。この欄を借りてお礼申し上げたい。なお、この判決を評釈したものとしては林〔15〕があり、この判決について触れているものとして河野〔5〕276-277頁がある。

引用文献

- 〔1〕 阿部泰隆「義務づけ訴訟論」『田中二郎先生古稀記念 公法の理論 下Ⅱ巻』、有斐閣、昭和49年。
- 〔2〕 碓井光明「福祉施設の利用関係」『ジュリスト増刊 行政法の争点』昭和55年。
- 〔3〕 小川政亮『社会事業法制〈第2版〉』、ミネルヴァ書房、昭和61年。
- 〔4〕 片岡 直「社会福祉の行政と権利保障」荒木誠之他編『現代社会福祉の課題』、法律文化社、昭和50年。
- 〔5〕 河野正輝「老人福祉をめぐる訴訟——実質の平等の要請——」『ジュリスト臨時増刊 特集福祉問題の焦点』昭和49年。
- 〔6〕 河野正輝『社会福祉の権利構造』、有斐閣、平成3年。
- 〔7〕 倉岡小夜「社会福祉サービスに関する法理と裁判」仲村優一他編『講座社会福祉6 社会福祉の法

- と行財政』、有斐閣、昭和57年。
- [8] 厚生省社会局老人福祉課編『老人福祉法の解説』、中央法規出版、昭和59年。
- [9] 後藤勝喜「保育所入所児童による最低基準の履行請求」『別冊ジュリスト No. 56 社会保険判例百選』昭和52年。
- [10] 小早川光郎「保育所入所児童が保育所設置者に対し省令最低基準の履行を請求しうるとされた事例」『判例評論』180号、昭和49年。
- [11] 最高裁判所事務総局編『続々行政事件訴訟十年史』、法曹会、昭和56年。
- [12] 園部逸夫他編『社会保険行政法』、有斐閣、昭和55年。
- [13] 田村和之『保育法制の課題』、勁草書房、昭和61年。
- [14] 常岡孝好「無名抗告訴訟」『ジュリスト増刊 行政法の争点 (新版)』平成2年。
- [15] 林 弘子「社会福祉施設の最低基準と生存権——養護老人ホーム1人1室入居請求事件」荒木誠之他編『判例研究社会保険法』、法律文化社、昭和54年。
- [16] 原田尚彦『訴えの利益』、弘文堂、昭和48年。
- [17] 堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』、中央法規出版、昭和62年。
- [18] 三ヶ月章『民事訴訟法 補正版』、弘文堂、昭和56年。
- [19] 南 博方編『条解行政事件訴訟法』、弘文堂、昭和62年。
- [20] 宮崎良夫「社会福祉行政と権利保護」東京大学社会科学研究所編『福祉国家4 日本の法と福祉』、東京大学出版会、昭和59年。
- [21] 村上武則「給付行政の諸問題」雄川一郎他編『現代行政法大系1 現代行政法の課題』、有斐閣、昭和58年。
- (ほり・かつひろ 社会保険研究所研究部長)

武川正吾著『地域社会計画と住民生活』（中央大学出版部，1992年）

高 野 和 良

（1）日本社会のさまざまな分野で「改革」という言葉がもてはやされているようである。政治、経済においてはもちろん、社会福祉も例外ではない。しかし、多くの場合改革されるべき問題点それ自体は、ある程度明らかであるにもかかわらず、実効性をあげた「改革」がなされた例をあまりみることができない。

近年の社会福祉の趨勢が、施設福祉から在宅福祉サービスを基本とした地域福祉にあることはあらためていうまでもない。そして、この地域福祉を実現するために、1989年に高齢者を対象とする在宅福祉サービス（ホームヘルプ・ショートステイ・デイサービスなど）の具体的な整備の基準として、「高齢者保健福祉十か年計画（ゴールドプラン）」が策定されたことも福祉「改革」のひとつの帰結であると考えられる。さらに、1990年に老人福祉法等の改正が行われ1993年4月からは、市町村レベルで抽象的な目標ではなく、需要に基づいて実施すべき福祉サービスの目標値を示す、「老人保健福祉計画」の策定が求められることとなった。社会福祉は「計画」の時代を迎えている。

過渡期にある社会福祉改革の成否を論じることがここでの目的ではないが、そこで掲げられている目標を達成し得るのか、また仮にその目標を達成し得たとしても、はたしてその水準で必要とされるニーズを充足することができるのかどうかについて多くの論議を招いていることから考えても、その実現のためには解決されなければならない問題が山積していることは事実であろう。

ところで、このような多くの改革が難航する原因を、日本社会のかかえる文化的背景や利害集団間の既得権をめぐる対立に求める作業はこれまでも多くなされてきた。しかし、これらの要因に加えて、これまでの「改革」論が正確な現状分析の実施と、それによってのみ導かれる将来展望を十分に提示し得ていなかったことにも大きな原因があるのではなかろうか。

以上のことが本書では「計画論ぬきの政策論と政策論ぬきの計画論を超えて」（序論）という言葉によって表現

されている。その含意は、これまでの社会計画論が、（1）現実の社会政策を捨象してそれとの対応を軽視してきた、（2）規範的な議論を欠いている、ということと、その一方で規範的な議論が繰り返されてきた社会政策論においては、目標や達成手段を具体的に検討する視点が不十分であった、という著者の問題意識の表明である。そこから、「政策論の裏付けをもった計画論と、計画論の裏付けをもった政策論」の展開が本書の究極的な目標であると述べられている。

（2）本書の構成は次の通りである。

第Ⅰ部 「社会計画論の問題構成」

第Ⅱ部 「地域社会計画に現れた地域政策と住民生活」

第Ⅲ部 「地域社会計画における住民参加」

第Ⅳ部 「地域社会における人口高齢化」

第Ⅴ部 「高齢社会における地域社会計画」

このように5部10章から構成され、1980年代半ば以降に発表された「社会計画論と地域社会学との交錯する領域に属する」（序論）論文によって編まれている。序論において著者自身による要約が示されているので、それに従いつつ内容の紹介と簡単なコメントを試みる。

第Ⅰ部には、第1章「社会計画における『計画』的なものと『社会』的なもの」が収録されている。ここでは「計画」という行為様式についての歴史的展開過程の検討を踏まえて、一般的に計画行為が「時間」「意識」「意志」「手段」の「合理化」という近代化の過程と不可分であることが指摘される。さらに、「個人計画」「モノ計画」「経済計画」「国家計画」という4つの計画領域が共通して、「社会政策の計画化」という展開をみせ、それまで残余的なものとして捨象してきた「社会」という概念に意義を見出し「固有の計画対象を拡大して社会計画とし、そのなかにみずからを位置付ける」（p. 44）ようになったこと（包括性への志向）が指摘される。さらに、権威主義・パターンリズムへの対抗として「参加」

の重要性が述べられている。以上のように、第Ⅰ部は本書の理論編として位置付けられるだろう。

第Ⅱ部「地域社会計画に現れた地域政策と住民生活」、第Ⅲ部「地域社会計画における住民参加」は、第Ⅰ部で提示された分析枠組みに基づいて、きわめて興味深い現状分析が行われている。この部分がいわば本書の山場であり、60年代から80年代にかけての地域社会計画と住民生活に関する事例が分析対象となっている。

具体的には神戸市の地域社会計画における都市政策の推移が、60年代「産業化」、70年代「脱産業化」、80年代「再産業化」として整理され、それぞれの時代の基本政策が先行する時代に発生した問題への対応策であったことが示される。さらに、特別区である中野区・墨田区、地方中核都市である新潟市・長岡市・大分市、農村地域である金ヶ崎町における地域社会計画が比較検討される。

地域社会は全体社会との関係からいうと、そのなかの小さな（空間的にも、住民の意識においても）全体社会である。このことは、住民が地域社会のなかで生活にともなって生起するさまざまなニーズを充足していくことが可能であることを前提としている。しかしながら、それぞれの地域社会の完結性は、全体社会の変動と無縁のものではあり得ない。これは地域社会のかかえる問題が、全体社会との関係において変化を被ってきたことを意味している。その意味で、ここで分析の対象となる6つの地域社会の全体社会のなかでの類型化が十分に考慮されなければならない。つまり、地域社会の属性と地域社会計画との関係性を明らかにする作業が重要であると思われる。もちろん本書において、この点に関する配慮がなされていることはいうまでもない。

さらに本書でも分析されているように、高度経済成長期の反省にたった生活優先的な地域社会計画が、近年になって再び開発型へと変更されていくのは、地域社会が全体社会との関係のなかでその果たすべき機能を変化させられてきたことの反映にほかならない。その機能を担ってきたのは、これまでは「企業」であり、「行政」でもあった。つまり、これらは開発型の地域社会計画の主体でもある。ところが、この計画によってもたらされたさまざまな矛盾に対して、生活優先型の地域社会計画が策定されたにもかかわらず、「地域住民」や「ボランティアな地域集団」が計画策定および実行過程へ主体として「参加」する道は閉ざされてきた。地域住民の参加なき、地域住民のための計画に実効性が得られるはずはない。そこで、続いて社会計画の不可欠の要件とされる住民参加の問題が、制度的側面と住民の参加行動の両面から分

析されている。

ここでも、大都市（中野区）地方中核都市（長岡市・新潟市・大分市）農村地域（金ヶ崎町）の事例に基づいて、制度的側面からは、地域社会計画の策定過程における住民参加と、実行過程における住民参加のメカニズムが検討され、今後の地域社会計画における住民参加の方向性として、従来型の住民運動の系譜につながる参加形態と、労働運動の発展型である地域レベルにおけるネオ・コーポラティズムとでもいうべき参加形態の可能性が示唆されている。

さらに、大都市（中野区・墨田区）住民の参加行動が、「政府ないし自治体の意思決定および行為に影響を及ぼすことを目的として行なわれる一般市民の制度的ないし非制度的活動」である「政治参加」と、「一般市民が自主的・集団的に行なっている直接には政治参加を目的としない活動」である「社会参加」（pp. 188-192）のふたつの領域から検討されている。その結果、都市住民の参加行動の規定要因は階層性との関連よりは、むしろライフステージの規定力の方が大きいことなどが明らかにされている。

さて、本書の定義では社会参加の範疇に入ると考えられる福祉的な参加行動のひとつの典型である「福祉公社」型在宅福祉サービスを支えているのは、階層的に上位に位置する40歳代前後の専業主婦、という現実が認められる。そこには企業社会に肉体的にも精神的にも拘束されている多くの男性の姿はみえてこない。したがって、福祉的な「社会参加」へ構造的に導くためには、まず企業に対して労働時間の短縮を働きかけていかなければならないことが想定される。このことは、著者のいう「可処分時間」を確保し、時間の個人による裁量権が回復されるようなシステムを構築することを意味している。このような方向へ現状の企業社会を導くためにも、「ネオ・コーポラティズム」（pp. 175-178）の動向はさらに検討されてしかるべきであろう。

次いで第Ⅳ部「地域社会における人口高齢化」では、高齢化の影響が現実の地域社会にどのように反映されているのか就労と介護という2側面から検討され、高齢者の就労において階層分化が進行していることと、在宅介護に対する問題、すなわち時間的および費用的可能性、費用負担などについての検討が加えられている。

最後に第Ⅴ部「高齢社会における地域社会計画」では、計画策定過程における技術的問題が考察されたうえで、高齢化社会における地域社会計画策定にあたっての具体的な諸問題について述べられる。その問題とは、(1)地域

社会計画の目標水準の設定とその評価のために必要な高齢者福祉サービスに対するニーズ量の推計とその判定基準（ここでは冒頭にふれたゴールドプランで掲げられた目標についての分析も行われ、特養ホームなどの施設のさらなる充実が指摘されている）、(2)地域社会計画をどのような理念に基づいて策定すべきかという規範的問題、である。後者の点からは、これまで社会資本を整備するうえで効果のあったシビル・ミニマムの観点を高齢者福祉に導入することが主張されている。

著者は、冒頭に掲げた「計画論ぬきの政策論と政策論ぬきの計画論」のもつ限界性を克服するための具体的な提言として、高齢化社会状況に対処するためのひとつの方向性をニーズ水準の推計を基にした高齢者福祉のシビル・ミニマムを設定し、これの実現のために地域社会計画を策定することに求めている。たしかに「シビル・ミニマムからアメニティへ」という議論が、社会政策の多くの分野で説得力をもちつつあることは事実であろう。しかしながら、急速な高齢化の進行による対象者の急増や地域福祉への移行などによって、こと高齢者福祉においては事情が異なっており、著者も述べているように、質的整備はおろか量的整備も不十分である現状に対してミニマム基準をどのように設定するかが第一の問題となるであろう。このことは、単なる物財的な充足率をもって基準を設定するのか、高齢者を含む人々の意識面での満足度をもって設定するのか、というミニマム論一般についての問題点とも接続される。いわゆる「日本型福祉社会論」にみられるような過度に自助自立を期待する方向は避けるべきであろうが、物財的な充足率と人々の意識（満足感）が、どのような関係を取り結んでいるのかを明らかにする作業が必要なのではなかろうか。

(3) 以上のように、本書に提示されている多くの論点を、それぞれ「計画」的に解決していくことによって、いわゆる「福祉社会」化への展望が拓かれていくことは

疑いようのないことではあるが、最後に、与えられた知見をふまえて今後さらに検討されなければならない点を述べて、むすびにかえたい。

ノーマライゼーションの理念をもち出すまでもなく、高齢者や障害者をはじめとしたいわゆる「社会的弱者」と一般的に呼ばれる人々のみならず、地域住民がさまざまな肉体的・精神的状態と、多様なニーズをもって基本的に地域社会で共同して生活していくことを望んでいることはしごく「正常」な志向であろう。本書では高齢者福祉に対象が限定されて緻密な分析が展開されてきたのであるが、このような正常な発想に基づくならば、あらゆる地域住民層に対してそれを保障するための方法を講じることが求められてくるはずである。したがって、シビル・ミニマム論についても、各対象者層ごとに個別のミニマム基準が推計され提示されてくることにならざるを得ないであろう。その帰結として、限られた地域社会の資源、それは施設などの物的資源のみならず、ホームヘルパーなどの人的資源までも含めて、それぞれのミニマム基準にどのように配分していくことが最適であるかが問われなければならない。その作業は必然的にミニマム基準間の序列化を招くことになる。

たしかに高齢化によって導かれた状況は深刻であり、高齢者福祉の充実が緊急の課題であろう。しかしながら、極論ではあるがひとつの可能性として、高齢者福祉の充実が結果的に障害者福祉などの水準を犠牲にすることによって達成されるという事態が生じないとも限らない。このことはどのように判断されるべきであろうか。何を重視し、何を放棄するのか。かかる点からも、地域住民の合意形成が必要なのであり、あらためて「参加」の意味が問われなければならないし、そこでは調整機能として行政の果たす役割がさらに重視されることになると考えられる。

(たかの・かずよし 社会保障研究所研究員)

季刊社会保障研究 (Vol. 28, No. 1~4) 総目次

凡例：Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ…は号数，1，2，3…は頁数を示す。

巻 頭 言

現代の家族変動をどうとらえるか	森 岡 清 美	Ⅰ	2
EC 統合の歴史的意義	鴨 武 彦	Ⅱ	110
女性と家庭と出生力	河 野 稠 果	Ⅲ	234
医療と福祉	日 野 原 重 明	Ⅳ	358

Preface

Some Thoughts on the Direction of Family			
Change in Contemporary Japan	KIYOMI MORIOKA	Ⅰ	2
The Historical Significance of the			
Integration of the European Community	TAKEHIKO KAMO	Ⅱ	110
Women, Home and Fertility	SHIGEMI KONO	Ⅲ	234
Medical Care and Welfare	SHIGEAKI HINOHARA	Ⅳ	358

論 文

在宅福祉施策自治体間格差の要因分析	柵 木 靖 子	Ⅰ	79
——奈良県下の市町村を対象にして——			
高齢化と年金課税	長 谷 部 秀 孝	Ⅱ	153
イギリスにおける社会福祉計画	平 岡 公 一	Ⅱ	161
——1970年代～1980年代初頭の展開——			
社会福祉施策の導入と伝播	塚 原 康 博	Ⅱ	173
——先行要件仮説と伝播仮説の統合と検証——			
福祉国家と社会的ジレンマ	織 田 輝 哉	Ⅱ	182
母子家庭の社会保障	畠 中 宗 一	Ⅲ	270
保険学からする社会保険学	庭 田 範 秋	Ⅲ	279
市民権と社会福祉	伊 藤 周 平	Ⅲ	298
——福祉理念としての市民権の論理と展望——			
わが国医薬品産業の特質	南 部 鶴 彦	Ⅳ	405
——規制と競争のメカニズム——			
異世代間の資源再配分と高齢者医療サービス需要	中 西 悟 志・中 山 徳 良	Ⅳ	415
障害者の自立と自律権	伊 藤 周 平	Ⅳ	426
——障害者福祉における自立概念の批判的一考察——			

Articles

The Financial Determinants of Home Care Aids for the Aged in Need:			
The Case of Municipalities in Nara Prefecture	YASUKO MASEGI	Ⅰ	79
Taxation of Social Security Benefits	HIDETAKA HASEBE	Ⅱ	153
Planning in the Personal Social Services in			
England in the 1970s and Early 1980s	KOICHI HIRAOKA	Ⅱ	161
Introduction and Diffusion of Social Welfare Policies: The Case of 23			
Special Districts in Tokyo	YASUHIRO TSUKAHARA	Ⅱ	173

The Social Dilemma of the Welfare State	TERUYA ODA	II	182
Social Security and the Mother Headed Single-Parent Family	MUNEKAZU HATANAKA	III	270
The Insurance Theory of Social Insurance	NORIAKI NIWATA	III	279
Citizenship and Social Welfare: The Logic and Vision of Citizenship as the Idea of Welfare	SHUHEI ITO	III	298
The Structure of Japanese Pharmaceutical Industry: Competitive Process and Regulation	TSURUHIKO NANBU	IV	405
The Intergenerational Reallocation of Resources and Demand for the Elderly Care	SATOSHI NAKANISHI & NORIYOSHI NAKAYAMA	IV	415
Independence and Autonomy Rights of the Disabled: A Critical Consideration of the Concept of Independence in Japanese Social Policy for the Disabled	SHUHEI ITO	IV	426

特集：出生率低下と社会保障

内生的出生率と政府部門	金 谷 貞 男	III	236
内生的出生率と動学モデル	西 村 和 雄	III	246
低出生率と経済政策	吉 田 真理子	III	252
——出産・育児の環境条件と出生率について——			
女性問題と人口問題	江 原 由美子	III	261
——女性学的観点から——			

Special Issue: The Declining Birthrate and Social Security

Endogenous Fertility and Government	SADAO KANAYA	III	236
Endogenous Fertility Rate and Dynamic Models	KAZUO NISHIMURA	III	246
Low Birthrate and Economic Policy: The Effect of Childbirth and Child Care Conditions	MARIKO YOSHIDA	III	252
Women's Issues and Population Problems	YUMIKO EHARA	III	261

特集：医療施設とマンパワー

医療における病床数と医療施設体系	大 道 久	IV	360
老人保健施設制度と展開の評価	小 山 秀 夫	IV	370
高齢者のための介護サービスの供給体制と費用負担	鈴 木 守	IV	384
老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化	高 木 安 雄	IV	395
——わが国の老人長期ケアの現状と医療施設の変貌——			

Special Issue: Medical Facilities and Manpower

Health Care System and Hospital Beds, in Japan	HISASHI OHMICH	IV	360
Study on Development and Evaluation of Nursing Facility (Roujin-Hokensisetu) System for the Elderly	HIDEO KOYAMA	IV	370
Supply System and Cost Burden of Medical and Daily Care for the Elderly	MAMORU SUZUKI	IV	384
Introduction of an Inclusive Per-Diem Reimbursement System for Geriatric Care and its Effects-Reductions the Cost of Medication and Diagnostic Tests and an. Improvement in the Patients' ADL	YASUO TAKAGI	IV	395

第26回社会保障研究所シンポジウム

テーマ「低出生社会の家族と社会保障」

レポート：家族の変化と社会保障	大 澤 真 知 子	I	4
レポート：老人福祉を支える温かい合理性	三 上 芙 美 子	I	7
レポート：低出生社会と家族の変貌	今 田 高 俊	I	12
コメント：	小 川 直 宏	I	17
コメント：	庄 司 洋 子	I	23
討 論	(司会) 官 澤 健 一	I	27

The 26th Symposium of the Social Development Research Institute

Subject: Social Effects of a Declining Birth Rate

Report	MACHIKO OSAWA	I	4
Report	FUMIKO MIKAMI	I	7
Report	TAKATOSHI IMADA	I	12
Comment	NAOHIRO OGAWA	I	17
Comment	YOKO SHOJI	I	23
Discussion	Chairman: KENICHI MIYAZAWA	I	27

書 評

橋本宏子著『住民参加と法』	佐 伯 祐 二	II	228
下野恵子著『資産格差の経済分析——ライフサイクル貯蓄と遺産・贈与』			
宮島洋著『高齢化時代の社会経済学』	麻 生 良 文	III	332
堀 勝洋著『社会保障法判例——近年の動向と解説』	阿 部 和 光	III	340
武川正吾著『地域社会計画と住民参加』	高 野 和 良	IV	446

Book Review

Hiroko Hashimoto: <i>Participation and Legal Procedure</i>	YUJI SAEKI	II	228
Keiko Shimono: <i>Economic Analysis of Assets Differentials: Life Cycle Saving, Inheritance, and Donations</i>			
Hiroshi Miyajima: <i>Socioeconomics in the Aging Era</i>	YOSHIBUMI ASO	III	332
Katsuhiro Hori: <i>Social Security Law Cases: Recent Trends and Commentaries</i>	KAZUMITSU ABE	III	340
Shogo Takegawa: <i>Local Social Planning and Life of Resident</i>	KAZUYOSHI TAKANO	IV	446

動 向

社会保障法判例	堀 勝 洋	I	92
——国民健康保険の保険料の最高限度額を年39万円と定めた条例の規定が憲法25条及び14条に違反しないとされた事例(川崎訴訟第1審判決)——			
社会保障法判例	堀 勝 洋	II	194
——里親への委託を変更する処分が違法性がなかったとして損害賠償の請求が棄却された事例(佐藤訴訟第1審判決)——			
社会保障費(ILO基準)の収入分析	曾 原 利 満	II	203
——昭和44年度～平成元年度——			
社会保障法判例	堀 勝 洋	III	313
——国民年金法の改正によって被ったとする損害の賠償請求が棄却された事例(友部等訴訟第1審判決)——			

社会保障費の国際比較	勝 又 幸 子	Ⅲ	322
——ILO 公表統計を使った国際比較の留意点と課題——			
社会保障法判例	堀 勝 洋	Ⅳ	436
——養護老人ホームの個室への入所を請求し得る具体的権利がないとされた事例（森訴訟第1審判決）——			
Report and Statistics			
Social Security Law Cases	KATSUHIRO HORI	I	92
Social Security Law Cases	KATSUHIRO HORI	II	194
An Analysis of Social Security Revenue	TOSHIMITSU SOHARA	II	203
Social Security Law Cases	KATSUHIRO HORI	III	313
International Comparison of the Cost of Social Security: Notes and Suggestions for International Comparison by Use of ILO Statistics	YUKIKO KATSUMATA	III	322
Social Security Law Cases	KATSUHIRO HORI	IV	436
平成2年度社会保障費	社会保障研究所	Ⅲ	340
Cost of Social Security Benefits in Fiscal 1990	THE SOCIAL DEVELOPMENT RESEARCH INSTITUTE	Ⅲ	340
平成4年度研究プロジェクトについて	社会保障研究所	I	100
Research Project for Fiscal 1992	THE SOCIAL DEVELOPMENT RESEARCH INSTITUTE	I	100
社会保障研究所日誌	社会保障研究所	I	103
Diary of the Social Development Research Institute		I	103
季刊社会保障研究 (Vol. 28, No. 1~No. 4) 総目次		IV	449
General Index of the Quarterly of Social Security Research (Vol. 28, No. 1~No. 4)		IV	449

編集後記

本号では、「医療施設とマンパワー」の特集をお送りいたします。将来の高齢化社会を考えると、社会保障制度としての医療・介護を考えると同時に、実際にサービスを供給する際の人的・物的資源の整備が重要になってくると考えられます。特に最近では、医療サービスの質や看護婦の人手不足の問題などがしばしば話題にのびります。本特集で取り上げたようなテーマは、より切実な問題になっていくのではないのでしょうか。

次号は、2月に行われました社会保障研究所シンポジウム「社会保障理論の再構築」の報告を掲載する予定です。

最後に、本号の発行が遅れましたことをおわびいたします。

(織田)

編集委員長 宮澤健一 (社会保障研究所長)

編集委員 稲上毅 (法政大学教授)

貝塚啓明 (東京大学教授)

郡司篤晃 (東京大学教授)

小山路男 (社会保障研究所顧問)

地主重美 (駿河台大学教授)

袖井孝子 (お茶の水女子大学教授)

田近栄治 (一橋大学教授)

都村敦子 (日本社会事業大学教授)

庭田範秋 (慶応義塾大学教授)

橋本宏子 (神奈川大学教授)

三浦文夫 (日本社会事業大学教授)

宮島洋 (東京大学教授)

堀勝洋 (社会保障研究所研究部長)

三上美英子 (社会保障研究所調査部長)

編集幹事 織田輝哉 (社会保障研究所研究員)

武智秀之 (社会保障研究所研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 28, No. 4, Spring 1993

(通巻 119 号)

平成 5 年 3 月 25 日 発行

定価 2,060 円 (本体 2,000 円)

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂 2 丁目 19 番 8 号

赤坂 2 丁目 アネックスビル内

電話 (3589) 1 3 8 1

製作・発売

財団法人 東 京 大 学 出 版 会

〒113 東京都文京区本郷 7 丁目 3 番 1 号

電話 (3811) 8 8 1 4 振替東京 6-59964

印刷・製本 三美印刷株式会社