

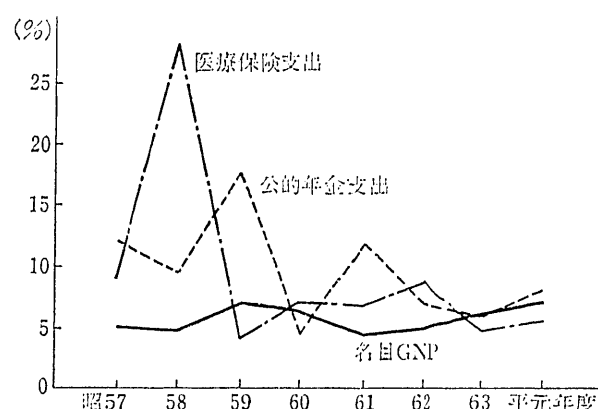
高齢者のための介護サービスの供給体制と費用負担

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るといってよく、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。

人は誰しも、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が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在者数

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。() 内数字は在在者数。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在者数は僅か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う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『ルポ老人病棟』, 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)