

# 季刊 社会保障研究

貸出用

Vol. 39

Autumn 2003

No. 2

## 研究の窓

ネクタイ ..... 森 亘 110

## 特集<医療制度改革と市場原理>

医療改革と市場原理 ..... 遠藤 久夫 112

医療における情報提供と質の評価 ..... 大道 久 115

患者別および診断群分類別原価計算の標準的方法論の開発とその意義  
..... 今中 雄一 125

病院における包括払い制の現状と課題 ..... 松田 晋哉 130

患者自己負担と医療アクセスの公平性

—支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態—

..... 遠藤 久夫・篠崎 武久 144

医療機関の資金調達の実態と課題 ..... 真野 俊樹 155

病床の地域配分の実態と病床規制の効果 ..... 泉田 信行 164

## 投稿(論文)

介護保険財政の展開—居宅給付費増大の要因—

..... 田近 栄治・菊池 潤 174

## 投稿(研究ノート)

痴呆デイケア施設における痴呆度と寝たきり度と介助量の関係

—要介護者の介助量測定から— ..... 松村 菜穂美 189

## 判例研究

社会保障法判例 ..... 原田 啓一郎 204

—在留資格のない外国人が国民健康保険法5条の  
「住所を有する者」に該当せず、この者に対する  
国民健康保険被保険者証を交付しない旨の処分  
が違法ではないとされ、原告が同処分に負担す  
ることになった治療費等に関する国家賠償法1  
条1項に基づく損害賠償請求が棄却された事例—

季刊  
**社会保障研究**

Vol. 39 Autumn 2003 No. 2

国立社会保障・人口問題研究所

## 研究の窓

### ネクタイ

日本とアメリカ、双方の研究者たちが同じ課題について研究し、発表を行い、意見を交換することを通じて、主として東南アジア地域の疾病克服に資そうとする、いわゆる「日米医学協力」なる組織、活動がある。1965年、佐藤首相とジョンソン大統領との間で交わされた合意に基づいて発足したもので、38年の歴史がある。日米間、というよりは日本にとっての二国間で最も成功した協力の一つという評価を聞いたこともある。その中心となっている委員会は両国それぞれ7、8人の委員によって構成され、年に1、2回の会合をもつ。

そうした長い移り変わりの中で極く初期の、お互いにまだやや他人行儀であった頃の話である。ある時、ハワイで開かれた委員会の第1日、日本側の委員は全員ネクタイを締め、スーツ姿で席に着いた。ところがそれとは対照的に、アメリカ側に委員は1人のこらザアロハ・シャツで、いかにも寛いだ姿で勢揃いした。別に服装について誰が何を言うわけでもなく、和気あいあいのうちに研究の話をし、仕事の段取りを決め、無事、初日のプログラムをこなし、終えた。ところが一夜明けて2日目の朝、委員たちが再び会議場に集まってみると日本側は全員がアロハ・シャツで、アメリカ側はこれまた全員が背広姿であった。一同はお互いに顔を見合わせ、大笑いし、やがて肩を抱き合って互いの配慮をねぎらい、それが相互の友情を深める一つのきっかけともなった。

アメリカの大統領補佐官で、物理学の泰斗でもあるブロムレー教授と、当時ソ連の書記長に対するサイエンス・アドヴァイザーであったオシビアン教授が提唱して、G8それぞれの国で首脳直属の閣僚級科学技術顧問が定期的に会合をもつことになった。このような立場の人物がいない国からはやむをえず、科学技術担当大臣に出席を依頼した。いわゆるお供などは一切同席を許さず、単身その場に臨むべしとのきついお達しで、余りマスコミなどに目をつけられないよう、カーネギー会合と名付けられた。以来12年、会議に出席する人たちの顔ぶれは年々歳々少しずつ変わるものの、連綿と続いている。

ある年の会合で、議長役を務めたブロムレー教授は前からの持論である「ノー・ネクタイ」ととくに強く求めた。いかにもアメリカ人らしく、「この会議では終始、皆ネクタイを外そう、そうすることによってリラックスし、お互いの親密さを増そう」というのがその言い分で、一応、一同それに従った。ところが夕食になった時、イギリスの代表だけがダーク・スーツにきっちりネクタイという出で立ちで現れた。「君、どうしたんだい、この会議はノー・ネクタイだよ」とブロムレー教授。しかし、それに対する英国紳士の答えは次のようなものであった。「われわれは夕食のとき、ネクタイをするのが普通です。だから今、この場で私は、ネクタイをしているほうがはるかに心穏やかで、リラックスできるのです」。一同それを聞いて微笑み、中にはうなずく者もいた。そしてその翌日から、会議の場でもネクタイを付けて来るメンバーがちらほら現れたものである。

多くの国の人々が集まる場合にはとくに、それぞれの文化が異なるためにこうしたエピソードに事欠かない。そのあるものは相手に対する、時には過剰な配慮であり、いろいろな種類の自己主張であり、しかしそれらを越えて、なんとか全体を良い雰囲気にとめ、良い結果を出さねばとするチェアマンの苦勞であったりするが、概して万事、根底に人間らしい暖かさがあれば、皆の納得が得られるようである。こうした組織は健全であり、長続きする。実際にはいろいろな局面が存在しようが、それらは大きく割り切れば「全体と個」という表現に尽きるかもしれない。

今日、日本の社会ではいろいろの面で「個と全体」が問題となり、時には物議を醸し出している。両者はいずれも重要な要素で、どちらも疎略にすることはできない。しかも困ったことに、時として当面の利害は互いに相反することが希ではない。社会保障とても例外ではなかろう。だが、そこにこそ「暖かい、人間の英知」が十分に発揮され、やがて個と全体の間の良きバランスが見付け出されるであろうことを期待している。

森 亘

(もり・わたる 日本医学会会長)

## 医療改革と市場原理

遠藤久夫

一般に、市場に対して政府が介入する根拠としては、市場の完全性が満たされずに資源の効率的な配分が達成できない場合と、所得分配政策の必要がある場合である。医療市場はこの二つの条件が共にあてはまる領域だといえる。医療は医師と患者間の情報の非対称性が非常に大きいというサービスの特性に加え、公的医療保険の介在により患者の自己負担額と受益したサービスの実際の対価とが一致しない。この二つの理由で消費者主権が有効に機能せず、市場の失敗のケースとなっている。このため、安全性の確保を目的とした社会的規制を中心にさまざまな規制が存在している。また医療は健康や生命に深く関わるサービスであるため、所得の多寡によりアクセス上の格差が生ずることは望ましくないという強い社会規範が存在する。そのため、医療費支払いに公的医療保険を介在させることにより、医療費負担に関する所得再分配政策がとられている。

これらの規制や制度は本来、市場の失敗を補完し、受療の公平を確保することを目的としているが、最近になり、「これらの規制が医療供給サイドの競争を抑制し、結果として患者の便益を損ねている。規制を緩和して、医療機関や患者の行動原理をより市場原理にシフトさせることが医療のコストパフォーマンスを向上させる」という主張が高まってきている。この市場原理による医療改革の基本的な構図は次のようなものである。

### ①情報の非対称性の緩和

情報の開示を推進し、患者がより合理的に医師や医療機関を選択できるようにしようとするもので、具体的には広告規制の緩和、第三者による医

療機能評価の推進、診療情報の開示などがあげられる。

### ②診療報酬の包括化とコストの反映

診療報酬の支払方式が出来高払の場合、競争圧力が効率性の向上につながらない。競争が効率化を促す支払方式として包括支払制を拡大すべきだという主張である。また、コストは医療資源の市場価格を反映しているため、診療報酬(公定価格)にコストを反映させることにより、診療報酬をより市場価格に接近させることができると考える。

### ③混合診療の解禁

保険診療と自由診療を組み合わせる混合診療により、硬直化している公定価格体系の不備を市場原理によって補完することができると主張する。

### ④参入障壁の引下げ

新たな参入者を増やすことにより、競争促進を図ろうとするもの。具体的には病床規制の緩和、株式会社による病院経営の解禁などである。

本特集の目的は、市場原理を強化することによる医療改革の是非を直接に論ずるものではない。市場原理志向の政策メニューについて、その現状と課題を事実に基づき整理・分析することである。

## I 情報の非対称性

わが国の医療は高いレベルのフリーアクセスが保証されているにもかかわらず、医療機関や医師に関する情報が十分に開示されていないため、消費者主権が十分に確立されていないといわれる。大道論文「医療における情報提供と質の評価」は

医療における情報の開示の実態を、広告規制、第三者評価、患者に対する診療情報の提供の三点から歴史的経緯を踏まえて整理している。不適切な広告による誘引から患者を保護しようという立場から原則広告禁止という考えを過度なパターンリズムとして排し、原則広告可能という立場で利用者主権へパラダイムシフトしていく1980年代以降のプロセスが示されている。また、日本医療機能評価機構が全評価項目の評点および総括所見を公開に踏み切ったことも指摘している。診療情報の提供に関してはインフォームドコンセント、セカンドオピニオン、カルテ開示についてその実態と課題が示されている。その上で、医療に関する情報の開示は改革途上であるが一定の進捗を見ていると総括したうえで、必要な情報が十分に提供された場合でも、患者が自己決定することは必ずしも容易ではない点が医療の特質であり、情報を有効活用できる相談機能や調整機能が重要であることを強調している。

## II 診療報酬の包括化とコストの反映

①包括化：わが国の診療報酬の支払方法は出来高払といわれるが、老人医療の入院を中心に包括払方式は多様な形態で実施されている。これを急性期の入院にまで拡大しようというのが特定機能病院に導入された「診断群分類(DPC)による包括支払方式」である。松田論文「病院における包括払制の現状と課題」では、「診断群分類(DPC)による包括支払方式」について、導入の経緯、仕組み、課題が詳細に整理されており、最新の診療報酬制度の変化を理解する上で極めて有益である。とりわけ課題としてDPCの精緻化、事務作業の簡素化、急性期入院以外の診断群分類の開発、人材の育成をあげている点は政策的に大きな意味をもつ。さらに包括支払制のメリット・デメリットを国内外の実例を参考にサーベイし、その上で、DPC分類による包括支払制は、医療の標準化を強化するものではなく、医療の質の評価や効率化を実現していくためのマネジメントツールであることを強調している。

②コストの反映：診療報酬を決定する際、医療機関のコストとして把握しているのは、現状では医薬品と医療材料の医療機関の購入価格、検査の外注費だけである。人件費など他の医療資源の投入コストは公定価格設定上、適正に評価されていない。したがって、利益性の高いサービス、低いサービス、不採算なサービスが混在しており、医療機関内で相互補助されているのが実情である。その結果、小児医療や救急救命医療に代表される不採算なサービスの提供が抑制されるなどの医療提供上の歪みを生じさせている。診療報酬にコストを反映させるためには診療報酬の支払単位に対応した原価計算が必要である。今中論文「患者別および診断群分類別原価計算の標準的方法論の開発とその意義」は診断群分類(DPC)による支払方式を前提に、診断群別に原価を把握するための原価計算方法について論じている。この原価計算方法は患者別にコストを把握し、患者を診断群別に集約することで診断群ごとのコストを推計するという仕組みであり、いくつかの病院で試行的に実施した結果、実行可能性は高いとしている。この原価計算方法は病院の経営管理の向上や医療の透明化に十分貢献するが、診療報酬額の決定に利用するためには、医療従事者に対するタイムスタディの必要性、退職給付金会計、国立大学付属病院の設備費の評価、多くの病院で利用可能なように複数の配賦基準を容認したことの影響など、いくつかの課題があることを指摘している。いずれにせよ診療報酬にコストを反映させるための有効な試みが進行していることを教えてくれている。

## III 混合診療

混合診療の禁止とは自由診療と保険診療を同時に行った場合に、すべての診療行為を自費扱いとする保険適用上のルールであり、公的医療保険の適用対象外の医療を抑制させる効果をもつ。このルールの主たる目的は、患者は合理的な医療選択が難しいという前提に立ち、患者自己負担が過度に上昇して所得格差による医療アクセスの不平等が拡大することを抑える点にあるといえる。これ

に対し、新技術が利用しにくい、保険診療では医療の適正な対価が得られない、などの理由で混合診療を解禁すべきであるという主張がなされている。遠藤・篠崎論文「患者自己負担とアクセスの公平性」では、医療費の患者自己負担に着目して、医療アクセスの公平性を論じている。自己負担の逆進性と支出比率（自己負担額/所得）を用いて、国内では特に入院サービスにおいて経年的に低所得者のアクセスが不利になってきていることを示した。また医療関連総支出の国際比較では、日本はイギリスとアメリカの中間に位置するが、皆保険制度をとる国の中では支出比率、逆進性ともに比較的高い水準にあり、低所得者の負担は必ずしも小さくないことを指摘している。これらの事実を背景に、患者が所得に応じて医療を自由に選択できるという前提を懐疑的にとらえ、現状で混合診療を全面解禁することは低所得層の医療アクセスをさらに悪化させる懸念があることを指摘している。

#### IV 参入障壁

①病床規制：医療計画により地域ごとに病床数が規制されている。この規制の第一の目的は、病床数と医療費の相関が高いことから、病床の増加を抑制して医療費上昇を回避することである。第二の目的は、病床過剰地域への新規参入を制約することで医療機関の地域偏在を解消しようというものである。泉田論文「病床の地域配分の実態と病床規制の効果」は、病床規制が医療機関の行動に及ぼした影響について実証的に分析している。病床過剰地域には中小病院の比率が高いこと、医療計画は病床の総数を制御するためには有効であ

ったが、無医地区の解消には必ずしも有効でなかったことなどを明らかにしている。一方、競争の激化が医療の質を向上させるのであれば病床規制は再考の余地がある。その視点から医療サービスと競争度の関係を調べているが、その結果、いくつかのサービスの提供が競争度と関連があることを示し、競争環境がサービスの質に及ぼす影響を分析することの重要性を指摘している。

②資金調達：現行では医療機関の運営形態として営利法人は認められない。その理由は、情報の非対称性が大きい医療においては利潤動機が機会主義を引き起こし、医療の質の低下につながるという考えである。しかし一方で、非営利組織の組織運営上の非効率（X非効率）や営利法人の資金調達の優位性に着目して営利法人の医療機関経営が医療の効率性を向上させるという主張がある。これを検証するためにアメリカでは営利病院と非営利病院のパフォーマンス比較分析が数多く行われてきた。真野論文「医療機関の資金調達」では日本の医療機関の資金調達に着目している。いくつかの調査から医療機関の資金調達が現状では必ずしも困難な状況にないことを指摘し、さらに病院債の利用可能性について考察している。

これらの論文の共通点は、定性的、定量的という分析手法の相違はあるものの、変化しつつある医療の実相を浮き彫りにしているところである。市場、競争、選択、効率といった言葉だけが先行しがちなこの種の議論であるが、改革論議の正しい理解と適切な評価のためには、このような研究の積み重ねが必要だと考える。

（えんどう・ひさお 学習院大学教授）

## 医療における情報提供と質の評価

大 道 久

現下の医療改革において、医療に関する情報提供は改革の重要な柱となる課題であると位置づけられ、診療録・カルテの開示、医療機関に関する情報の公開、医療機関の広告規制の緩和または撤廃などについて具体的対応が求められている。現在、医療における改革課題の主要な部分は、政府に設置された総合規制改革会議の答申に基づいて策定された平成14年度を初年度とする規制改革推進3ヵ年計画によって進行している。掲げられた改革課題のすべてが計画通り進捗しているとは見受けられないが、医療における情報提供に関するものは、一定の成果を見ていると見てよいだろう。ここでは、広告の規制改革、診療録・カルテの開示、社会保険診療における診療情報、医療の質評価に関する情報提供など、医療における情報提供に関する今日的課題について論述する。

### I 医療における情報提供と広告規制の改革

医療における情報提供を考える上で、まず医療機関の広告に関するこれまでの経緯と新たな局面について見ておく必要がある。一般に広告は、広告したい主体が、自己または社会全体の利益を得るために、不特定多数の公衆または選択された多数の者に対して、最も効果的と思われる媒体を通じて情報を提供し、自らの製品やサービスへの誘引、あるいは思想を周知させるための伝達手段であると考えられる<sup>1)</sup>。ここで、虚偽の広告や誇大な広告については、反社会的なものとして規制されるのが通例である。

医療における広告は、ごく最近まで基本的には

禁止されてきた。医療における広告を規制しているのは医療法であり、1948年の制定以来、長きにわたって医療機関の広告は、医療機関名と所在地、診療科名と医師名、診療日時、入院設備の有無などの範囲に限られてきた。診療科名も標榜できるものは内科や外科など、医療を受けようとするものが容易に理解できる30数科の範囲に留められ、1990年代に入ってからようやく標榜可能な診療科も追加されるようになったのである。

医療における広告の原則禁止の考え方の基本は患者・利用者の保護である。具体的には、医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により見る側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は他の分野に比べ著しいと考えられることによる。また、医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難なためであるとされる。虚偽や誇大な広告は当然禁止されているが、他の医療機関よりも優れている旨を内容とする比較広告も禁止されている。これらの広告規制の違反には懲役または罰金の罰則が設けられている<sup>1)</sup>。

長きにわたったこのような規制も、1990年代に入ってからようやく見直しの兆しが見えるようになり、以後3度の医療法の改正の度に規制の緩和が図られ、広告可能事項の拡大が図られてきた。1992年のいわゆる第2次医療法改正では、予約診療・休日診療の実施や他の医療機関への紹介、訪問看護の実施、開放型病院や紹介外来型病院であること、緩和ケア病棟や導入されたばかりの療養型病床群の有無が広告可能となった。次いで、



1997年の第3次医療法改正では、医師・看護要員などの員数と病床数・病室数、在宅医療の実施、併設施設の名称などが追加されている。また、これらと並行して、院内には案内図を掲示することや、室料差額や診断書文書料などの表示も義務付けられるようになった。

2000年の医療法改正では一層の規制緩和が行われるところとなり、検証可能な事実や客観的な情報として個別に定められた事項については原則として広告可能という考え方がとられた。これを受けた医業または医療機関の広告に関する告示<sup>2</sup>によって、2001年3月からは従来から広告可能であった医療法上の諸基準に加えて、診療報酬上の多岐にわたる入院基本料や管理料などの施設基準について、それを取得していれば全面的に広告できることになった。また、診療録・カルテの情報を患者に開示・提供している場合はその旨広告できるものとし、医療を受ける立場から診療情報を知りたいという要望に対応した。

さらに、病院認定を開始している財団法人日本医療機能評価機構の評価の結果、すなわち認定病院である旨を広告できるものとするとともに、医師・歯科医師の出身校や学位の有無、勤務した医療機関などの略歴を広告可能として、医療の質に関連した情報を広告として提供できるようにしたことは画期的であったといえることができる。ただし、この時点では病院の個別の評価結果や、医師の専門医・認定医資格の取得については広告できないとされた。

検証可能な事実と医療の質に関する情報を広告可能にしたことでよほど前進したかに見えた医療における情報提供も、ちょうどこの時期に発足した新たな総合規制改革会議においては、なお不十分と受け止められた。事実、この段階でも、医療機関または医業における広告は原則として禁止という当初の方針はそのまま残されていたのであり、ここまでの対応はあくまでも客観的な事実の範囲で広告可能という考え方に基づいていた。総合規制改革会議は、広告可能なものを示すポジティブリスト方式から、原則として広告可能の中から広告できない事項を示すネガティブリスト方式に転

換するとともに、医療そのものの内容と医療機関の運営に関する情報を広告として提供することを強く求めた<sup>3</sup>。

これを受けて早々に前年度の告示が見直され、2002年4月から新たな考え方で医療における今後の広告のあり方が示された<sup>4</sup>。患者保護のために原則として広告禁止という従来の方針を改め、今後は医療に関する情報開示を進め、患者の選択を通じてわが国の医療を一層質の高い効率的なものとしていく必要があるという観点から、医療分野において広告できる事項をさらに拡大しようとするものである。患者保護の視点から、患者の選択を通じた医療の質の向上と効率化に向けた転換は、パターンリズムから利用者主権へという医療のパラダイムシフトそのものであり、現下の医療改革の背景的な基調をなすものであるといえる。

新たな告示で追加された具体的な広告可能な事項は、医療の内容に関するものとして、専門医資格のあること、治療方法と手術件数、平均在院日数・病床利用率と疾患別患者数などがあり、医療機関の体制に関するものとして、セカンドオピニオンの実施や患者相談窓口の設置、症例検討会の開催やクリティカルパスなどの入院診療計画の導入、医療安全管理体制や電子カルテの導入などがある。医療機関の運営と評価に関する情報として、理事長の略歴、外部監査やISOの認証があり、日本医療機能評価機構の評価の結果については、個別の評価結果である評点や所見の広告も認められた。

懸案であった専門医資格について広告できるようになったが、これは常時診療に従事する医師について適用され、資格認定をしている学会などの団体に要件が求められる。専門医資格を認定することのできる団体の基準は、学術団体として法人格を有し、会員が千人以上でその8割以上が医師であること。また、5年以上の活動実績を持ち、専門医の資格取得の条件を公表していること。資格取得の条件として5年以上の研修受講を必要とし、適正な試験の実施と定期的な資格更新制度を設け、会員と認定した医師の名簿を公表していることなどが求められている。新告示の施行後1年

経た2003年4月末現在、内科専門医など15の専門医資格がこの要件を充たして広告可能となっている。

医療における情報提供の基本ともなる広告に関する制度的運用が、最近の数年で大きく転換したことを見てきたが、医療の現場で急に大きな変化が表れてきたとは感じられない。医療について知りたいとする医療を受ける立場からの要望があるにせよ、医療機関自らが提供する広告としての情報には、まさに広告としての限界がある。患者・国民は、中立的で信頼性の高い情報を求めており、医療においてはなおさらその傾向が強い。長年培われた医療の風土においては、ひけらかす情報が逆効果を生むことを医療機関側も十分に承知しており、突然に新たな広告情報を発信することには慎重であるとみることでもある。

そのような中で、認定病院であることと専門医資格についての広告は、医療の質に関する要点となる情報であることから、医療を受ける側も提供する側も高い関心を示しつつある。病院紹介のパンフレットには無論のこと、市中の広告看板や新聞にも病院名の冒頭に認定病院の表示とそのロゴが散見されるようになってきている。また、このような広告情報の出現は、医療の質を評価する立場から評価内容の公表を迫る要因となっており、実際に日本医療機能評価機構は審査の終了した認定病院の承諾を前提に、2002年9月から全評価項目の評点と総括所見の公表に踏み切っている。認定病院の多くも、多少の問題点は指摘されていても、第三者の立場からの情報公開によって患者の信頼を得ることができると考えており、その85%が同機構のウェブサイト上での公表に同意している。専門医資格の広告については、実施直後であり今後を見通すことのできる状況にはなっていないが、医師または医療機関の選択に大きな影響を与えることは明らかで、今後の成り行きが注目される。

現在、医療環境が急速に厳しくなる中で、多くの病院・診療所が患者の減少や病床利用率の低下に苦しんでいる。患者確保の方策は、住民の信頼を得て患者として直接来院を期待するか、他の医

療機関からの紹介によるしかない。いずれも、広告を含む情報提供が極めて大きな意味を持つことはいうまでもない。広告規制を排し、患者の選択を通じて質の高い効率的な医療を実現するとする今回の転換は、医療の需給状況と国民の意識状況からみて時代的な必然であるといえる。転換の速度が急であるために、医療を受ける側にも提供する側にも足並みが揃わない過渡的状況が続くと思われるが、医療における情報提供が新たな局面に入ったことは明らかである。

## II 診療情報の提供と診療録の開示

医療における情報提供において対応が迫られているもう一つの論点は、患者が受けた医療そのものについて、患者または家族がそれを知りたいとする場合に提供される情報に関連した問題である。近年、医療事故の報道が繰り返されている背景もあって、医療への不信、あるいは医療過誤等の責任の明確化などの観点から、診療録・カルテの開示の法制化を求める声も高まっている。医療を受ける立場と提供する立場の相互の関係が変化する中で、改めて診療に関する情報提供のあり方が問われているといえる。

### 1 診療に関する説明とインフォームド・コンセント

わが国の医療の現状について医療を受ける立場からの問題点を問うと、長く待たされることとともに、十分な説明がないとの指摘が繰り返されてきた。わが国の医療風土においては、医師の地位はよほど高く、患者が医療の内容について説明を求める余地がほとんどなかったという時代が長く続いて今日に至った。脱パターンリズムが叫ばれ、「お任せ医療」を排するといっても、医師と患者の双方のビヘイビアを変えることは、制度改革の対象というよりは文化に属する問題であり、医療の現場の変化は遅々として進まないようにみえる。

それでも、この問題は10年余にわたる取り組みがあり、いわゆるインフォームド・コンセントの概念とその実践は、現在に至って医療の現場に

それなりに定着したといつてよい。インフォームド・コンセントは、医師または医療提供者が、患者または医療を受けようとする者に、傷病とその診療の手順、診断や治療の方法や選択肢、それぞれの効果や危険度などについて理解できるように説明し、医療を受けようとする者はそれを理解し、それに同意した上で医療が実施される必要があるというものである。

インフォームド・コンセントの用語は、1964年に医学・生物学的研究のあり方に関する世界医師会の宣言文である「ヘルシンキ宣言」<sup>6</sup>において引用され、治験などの臨床研究の倫理的要件として強調されているものである。その後、一般的な医療においてもあるべき手順として普及し、米国のような契約的社会での医療においては、医療過誤への防衛的手続きとしての側面を見せながら、文書で同意書をとる形がすっかり定着している。

わが国でも20年ぐらい前より医学教育において取り上げられ、1990年に日本医師会生命倫理懇談会が「説明と同意」に関する報告書<sup>9</sup>を出してから医療界のみならず一般の社会にもその概念が広まったといえる。1997年の第3次医療法改正では、「医療の担い手は医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受けるものの理解を得るように努める」とする努力規程を設けるまでに至っている。インフォームド・コンセントの用語は、当初から「説明と同意」という直訳が当てられてきたが、わが国の医療で「同意」の実体があり得るのかという視点から論議が絶えず、医療法では「理解」という用語で条文に書き込まれた。ごく最近、国立国語研究所は、この用語を「納得診療」と言い換えることを提唱しており<sup>7</sup>、医療における患者の情報の提供のあり方については、文化的側面があることを見せつけている。

最近の医療の現場では、入院時に入院診療計画を作成して患者に手渡さなければ診療報酬が減額される。侵襲のある検査や手術において、十分に説明をして適切な「同意書」を作成しておかなければ認定証は取得できない。また、説明不十分なまま医療が行われ、その結果に患者が満足せずに訴訟になれば医療側が敗訴になる場合が少なくな

い状況になっており、このような制度的・社会的環境からもインフォームド・コンセントの実践が求められ、一定の普及を見ているのである。

近年、主治医とは別の医師の説明を求めて、より納得のゆく医療を受けたいとする「セカンドオピニオン」のあり方が論議となっている。セカンドオピニオンは、米国で保険給付の妥当性について別の専門医の意見を求めることを指したことに始まるとされるが、わが国では、現在の医師の診療に関する妥当性や信頼性についての確認や保証のための情報として受け止められており、医療における患者情報の提供の新たな論点となっているといえる。東京のような都市部の住民のセカンドオピニオンへの関心は高く、その具体的な実施に向けた検討が進んでいる。これまでの論議では、これを医療としてではなく相談事業として捉え、自由料金による相談料の徴収で対応する方向を示している<sup>8</sup>。実運用までには曲折も予想されるが、医療における診療情報の提供の新しい流れとして注目される。

## 2 診療情報の開示と個人情報保護

医療における患者情報の提供のもう一つの重要な論点は、診療録・カルテの閲覧またはコピーなどによる診療情報の開示に関連したものである。診療録に記載された診療情報は、一義的には患者のものであると言えるが、法制上は記載するのは医師であり、その保管・管理は診療所の医師または病院の責務となっている<sup>9</sup>。患者がカルテの内容を知りたいという要望は以前からあったが、診療録の開示が公式的な論議の対象になったのは、1997年になってインフォームド・コンセントへの関心が高まり、当時の与党医療保険制度改革協議会が「21世紀の国民医療」などでカルテ情報の提供と開示の必要性に言及して、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」が設置されてからである。

翌年、同検討会の報告書<sup>10</sup>は、診療情報の提供による医療従事者と患者の信頼関係の強化と、情報の共有による医療の質の向上の利点をあげ、個人情報の自己コントロールも可能となるところか

ら、患者の求めがなくとも積極的に十分な説明など診療情報の提供に努め、診療録開示の求めがあった場合はその要請に応じるべきことを明示した。ただし、これらの要請に応えるには診療記録の作成や管理体制が十分に整備されておらず、記載内容の標準化や医療従事者の教育などの環境整備が必要であることを指摘した。そして、診療情報の提供と開示を推進するため、環境整備に配慮しつつ、その法制化を検討することを提言した。

結局、カルテ開示は本来、医師の自発的履行が望ましいことであり、環境整備も不十分ということで、3ヵ年は医療関係者の診療録の開示に向けた自主的努力、および診療録管理等の整備と関係者の教育・研修を行うこととなった。この間、日本医師会などの医療関係団体は診療情報の提供に関する指針などを作成し、患者からの意見や苦情に対応する取り組みを行って診療録・カルテの開示の徹底に努めた。そして、3年を経過した2002年になって、改めて「診療に関する情報等のあり方に関する検討会」が設置され、法制化を含めた今後のあり方が検討された。

翌年、同検討会は報告書<sup>11</sup>でこの3年間における医療関係者、患者支援団体、および国の取り組みを総括し、診療情報の提供は着実に進展しているが、その環境整備はなお不十分とした。そして、診療録の開示の法制化については、折しも成立した個人情報保護法等によって、ほとんどの医療機関が患者本人の請求に応じて診療記録を開示する義務を負うことになり、その法的基盤は整ったとした。しかし、同法が遺族からの開示請求に適用されず、記録の改竄にも対応できない点などについては、別に国が定める「診療情報の提供等に関する指針」<sup>12</sup>の普及を図り、環境整備の今後の進捗状況を評価した上で必要な措置について検証してゆくべきであるとしている。

同指針では、本人からの求めがあっても不開示とする理由は、診療情報の提供が第三者の利益を害する場合と、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れのある場合があると考えられるが、その運用は医療機関に任せるものとし、不開示事由を院内に掲示することを求めるとともに、訴訟を前

提としていることのみで不開示とすることは適切でないとしている。患者と医療機関との間で問題が残る場合は、医師会や国の設置する相談窓口を活用することを指摘し、患者自身にも医療の当事者としての主体的な姿勢を求めている。

医療における患者に対する診療情報の提供に関連した問題をみてきたが、医療を提供する立場とそれを受ける立場の者が、情報を媒介とした乾いた関係を築くことには、現段階ではなお風土的な違和感が残る。患者には自己決定権があるとして、求めに応じて全ての診療情報の提供に耐え得る患者の「個」が成立しているか、問題はなお残されている。

### III 医療における情報の非対称と社会保険診療

#### 1 情報非対称の是正の意味するもの

医療における情報提供の推進が、とりあえず医療における情報の非対称の軽減に寄与することは明らかであろう。情報の対象性は、市場原理が成り立つ上での条件の一つとして位置づけられるが、問題は医療における情報提供の徹底が医療の提供に市場原理を適用することの妥当性につながるかどうかである。現下の医療改革の基調となっている考え方は、情報の徹底した開示・公開によって医療サービスの選択を患者・利用者に委ね、市場原理によって資源の最適配分を行うことが必要であるとの明確な方向性を見ることができ、これまで見てきた医療における情報提供の特質を踏まえて、この方向性のリアリティを検証しておく必要がある。

市場原理が成り立つために完璧な情報の対称性が求められているわけではないにせよ、医学・医療には膨大な知識体系と多岐にわたる選択肢が存在し、それが日々精力的に展開される医学・医療の研究開発で常に動的に変化する状況を知る者からすると、医療における情報の非対称の程度は、やはり尋常ではないものと受け止められる。現役の医師ですら、専門外の領域の医療を受けるとなれば、説明を受けた範囲の情報が非対称を補完するに過ぎないことが実感される。いわんや、突然

の健康の不調で医療が必要となった一般の患者における情報の非対称はどれ程であろうか。強いて挙げれば、わが国では稀な本来の家庭医、またはプライマリケア医は、患者の性向や家庭の事情も踏まえた妥当な判断について患者に助言ができるかもしれない。

実際にインフォームド・コンセントが徹底され、示された選択肢を患者が選択する場合の判断の過程は、一般市場で商品やサービスを選択する場合とはよほど異なる。頻度の高い初期の高血圧症の治療方針を決定するのに、まず食餌療法か薬物療法かの選択肢があり得るが、薬物の副作用が心配で食餌療法を選択するか、薬を服用しないリスクを考えて長期服用に踏み切るかの選択は、決して経済的判断ではない。手術して当たり前と思っていた急性虫垂炎が、最近は保存的療法も見直されているとか、腹腔鏡手術ならば侵襲はずっと少ないなどと選択肢が示された場合、予後や合併症を心配しても、費用負担や入院期間が選択に影響を及ぼす程度はよほど少ない。そして、悪性疾患が疑われている場合や、リスクの高い高度の手術を行う必要がある場合は、選択の論理は救命あるいは生存の可能性の最大化の一点に集約され、そこで求められる情報は、市場原理を成り立たせるために非対称を補完するためのものではなく、信頼性の高い技術や質の高いサービスの所在や機会に関するものである。信頼性の高い技術や優れたサービスが、価格または費用負担にほとんど影響されることなく選択される仕組みは一般的な競争原理であり、市場原理や情報の対称性を引き合いに出すことは必ずしも必要はないものと思われる。

市場の優れた機能は、最も効率的に資源の最適配分が行われる点にあるとされ、資源の制約が大きい今後の医療において、この市場原理が適用できれば社会的利点は大きい。しかしながら、先にみたように医療における情報の非対称の特質や選択肢の決定の過程を検証してみると、安易に市場原理の利点を期待することには無理があると考えざるを得ない。医療における資源配分は、社会保障の理念を踏まえ、医療の必要性に応じて配分されることが適当である。この医療の必要性の範囲

は、従来は医師の医学的判断に基づく裁量によって行われてきたが、それが不明確であるというのであれば、病名や重症度、あるいは手術の必要性など、傷病や病態の要点を表す情報の把握によって定量化することによって社会的運用は可能である。また、標準的な診療ガイドラインの作成とその普及によって、病態に応じた公平な資源配分に寄与することが期待できる。

## 2 社会保険診療における情報提供

さて、わが国の医療の基盤となっている社会保険診療では、ほぼ完璧な公定価格である診療報酬体系と薬価基準により運用されてきた。地域格差や原価との乖離を指摘されながらも概ねそのままの状況で今日まで至ったのは、税や保険料を財源とする給付に求められる公平性を確保するために、敢えて医療の質やサービスの利便に価格による差をつけることなく、1物1価の原則を強固に守り通してきたためであると思われる。いずれの医療機関を受診しても概ね同じ質的水準の医療を受けることができるというのが、皆保険体制を運用する上での基本前提となっているからである。このことは、医療の質を評価してそれを情報化することを阻害し、経験のある優れた医療に報いることができず、一方で大病院志向などを助長する要因にもなったのである。

公定価格で運用される社会保険診療に一般的な市場メカニズムが機能する余地はなく、より質の高い医療が提供されても診療報酬支払額には反映されない。しかし、質の高い医療が提供されていることの情報が流布されれば、患者に選択される機会が増えるという競争原理は当然働く。最近、高度な手術の年間の取り扱い件数の多い医療機関は、件数の少ない医療機関より技術水準が高いことが期待できるので、より高い診療報酬を設定した。しかし、人口の少ない地域では件数が少ないので支払額が低額となり、採算が取れずにその手術を行わないようになれば、その地域の住民の医療を受ける機会を失わせることになると大問題となり、大幅な運用の修正を迫られる結果となった。医療における市場の失敗とみることもできる事態

で、改めて地域における医療計画の必要性を認識させる事例となった。

社会保険診療における情報の位置づけと役割を考える上で、保険者と医療機関、および被保険者たる患者との関係を改めて検討しておかなければならない。わが国の健康保険の給付は現物給付が原則である。患者は保険医療機関において必要な医療そのものを給付され、その費用は保険医療機関から診療報酬支払基金などを介して保険者に請求される。請求に必要な情報は、診療報酬請求明細書として提出され、審査・支払いの過程で返戻・査定などの調整がなされる。すなわち、医療の提供に伴う経済行為は保険医療機関と保険者の間で行われ、患者は受療時に請求額の一部負担分だけ医療機関に支払うものの、費用の清算には直接関わっていないという特質がある。

このことは、患者が医療をサービスとして選択して購入するという消費者としてのビヘイビアが育たなかった大きな要因であったといえる。現物で給付される必要な医療の範囲はもっぱら医師の医学的な判断と裁量に委ねられ、費用負担も一部負担分だけに軽減化された結果、患者自身が提供された個々の医療の内容やその価格に関する情報を知る機会が少なく、またそれらを知りたいとする要望も決して多くはなかったといえる。医師は、患者に代わって必要とする医療を選択し、それを保険の仕組みの中で購入するという特異な代行経済の担い手として医療を提供してきたのである。わが国の患者のビヘイビアを「お任せ医療」と称する所以である。このように、社会保険医療においては、患者にとって情報の非対称性があるというよりは、情報の疎外者ともいべき状況に置かれてきたと見ることもできるのである。

このような状況に対して、患者が「知らされていない」という問題意識を持ち始め、医療を提供する側の反省もあってインフォームド・コンセントの唱道と実践があり、ようやく新たな局面が開かれつつあることはすでに見てきたところである。また、どこまで知らされているかについては措くとしても、当初から患者には医療機関そのものを自由に選択することができるという重要な権利を

持ち合わせて今日に至っており、このフリーアクセス権は、わが国の医療体制の基本的な特質であり利点とされてきたものである。医療機関の選択は、当初は患者が適切と信じたところへ出向き、それが期待に沿わなければ別の医療機関に移るなどしてきたのであるが、冒頭に掲げた医療機関の広告規制の改革は、まさにこの部分の情報化の促進ということである。

社会保険診療においては、患者が情報過疎的な状況にある一方で、医療機関と保険者との間には、診療報酬の請求と支払のために、微細にわたる診療項目について全国共通の公定価格である点数を付した膨大な情報が行き交っている。患者は受診時の一部負担金の領収証や事後の医療費通知でかかった医療費の概要を知ることができるようになったが、それらは必ずしも医療機関を選択するうえで有効な情報とはいえない。しかし、保険者の下には、被保険者として医療を受けた医療機関が実施した診療に関する詳細な情報が集積されており、多くの医療機関で行われた診療内容に関する情報を、病名やその重症度などに応じて分類し、各医療機関が行った診療内容を分析することにより、提供された医療の適切性や医療費の多寡、さらには医療提供の経済効率に関する情報を得ることができるのである。

従来、わが国の保険者は審査・支払の業務を診療報酬支払基金に委ねてきた経緯もあって、このような分析を行ってこなかった。近年、保険者機能の強化が叫ばれ、現下の医療改革においても保険者機能の発揮を改革の柱に位置付けて、保険者が自ら審査を行うことの道を開いた。改革課題としては、保険者と保険医療機関との診療報酬等に関する個別契約を可能とすることも謳っているが<sup>3)</sup>、当面注目されるのが、保険者の被保険者に対する保険医療機関に関する情報の提供である。集積された診療報酬請求データの分析から、より少ない医療費で的確な医療を実施している医療機関は、保険者および保険料の負担者としての被保険者にとって、延いては患者にとっても望ましいのであり、保険者が被保険者の利益の代理人として、そのような医療機関の選択の便宜に供する情

報を提供することが必要であるとするのが改革の趣旨である。

保険者の立場からこのような情報を提供することは、わが国の医療の利点とされるフリーアクセスを阻害するとして警戒を強めているのが、医療を提供する側の現在のスタンスである。たしかに、診療報酬請求情報の安易な分析で被保険者を誘導することによる弊害は想定される。現段階では病名や診療行為の情報が標準化されておらず、月毎に分断された医療費請求情報から医療の継続的な推移を把握することは必ずしも容易ではない。情報技術的な問題が解決されたとしても、医療費の支払が少なくてすむ医療機関が望ましいとされる恐れは大いにあり得る。様々な価値観を持つ患者が望む医療は決して画一的なものではなく、医療機関を選択する場合も、保険者が勧めるものが最適とは限らないからである。しかし、ひとたび病を得て医療機関を選ばなくてはならなくなったとき、情報飢餓に近い状況に置かれる患者は少なくない現在、信頼のおける質の高い医療がどこで提供されているかを知りたいとする要望は大きく、保険者の提供する情報に期待する被保険者は少なくないであろう。

#### IV 医療の質評価と情報提供

これまで医療と情報の関係をいくつかの視点からみてきたが、医療を受ける立場から求められている情報は、結局は医療の質に関するものが中心であることがわかる。医療の質については様々な捉え方があるが、それを情報化して示すということは、質を評価することに他ならない。ここでは、医療の質とその評価に関する基本的事項について、情報提供の観点から検討しておく。

医療の質を構成する要素は、①手技の熟練度や知識・経験に基づいた的確な判断などの技術的要素、②医療を提供する側と受ける側との相互のコミュニケーションとそれに基づいた信頼関係、③医療を提供する環境の快適性や安全性の3要素とされる<sup>3)</sup>。一般的には①の要素が医療の質の大部分と受け止められている場合が多いが、②の要素

も医療の質の本質的部分を構成している。この部分は、まさに情報提供によって実現されるのであり、医療における情報提供という本論の課題は、医療の質の主要な要素としての位置付けにあることを確認しておきたい。③の要素は、療養環境における空間の確保や施設・設備の利便性のみならず、それらの清潔管理や安全管理を含むものである。

医療を評価する上での具体的対象としては、個々の医師が行う医療活動、主として病院が提供している組織医療、複数の組織が役割を分担して連携する体制とその機能、地域または国のシステムや法制度などについての評価が試みられている。このうち、医師の評価については人間的要素を情報として扱うのが容易ではないという側面があるが、医師の技術的部分の評価として専門医として認定することが行われ、わが国でもようやく緒についたことはすでに見たとおりである。病院の評価は、組織を評価する手法が成熟しており、わが国でも病院機能評価として定着しつつある<sup>12)</sup>。連携の評価については、企業の提携などの効果や利点を評価することに相当するが、価値軸が多様な医療に適用することは容易でない。病診連携や介護保険の評価などが適用対象となるが、今後の課題といわざるを得ない。

医療を評価する方法としては、医師または管理者の自己評価、評価専門職による第三者評価、専門職相互の同僚評価、患者・利用者による満足度評価、地域住民などによる風評などがある。このうち、情報提供などにより社会的に有効に活用できる手法は、訓練を受けた評価者(サーベイヤー)による第三者評価とその評価結果に基づいた認定である。すでに事業化されている病院機能評価においては、あるべき姿を規範(Standards)として規定し、設定された評価の対象領域に必要な評価項目として明示して体系化する手法がとられる。患者満足度評価は、企業における顧客満足最大化と概ね同様の概念を医療に適用したものと考えてよく、近年は重視されつつある。なお、医療の質に関する情報提供として触れておかなければならないものに、優れた事例を顕彰する方法

がある。特定の領域や対象について、専門家が書類や現地訪問によって優秀事例を選考し公表する。わが国でも病院建築を対象とする顕彰事業があり、米国の専門医による各専門領域の優秀病院ランキングの公表は有名である。

医療評価に向けたアプローチとして、①医療提供の人員配置や構造設備をみる構造の評価、②医療提供の一連のプロセスの適切性をみる過程の評価、③医療提供の成果・アウトカムをみる結果の評価があるとされ、医療を評価する一般性のある考え方として定着している<sup>13</sup>。①の構造評価は、要員数や組織の設置、あるいは病室面積や設備の有無を明示できるところから、制度運用の基準として活用され、情報提供の観点からも有用である。わが国でも、検証可能な事実として広告できるようになったことは前述した。②の過程評価の現実的な手法として、実施されたサービス行為の記録を点検することや、手順を定めたマニュアルの整備と遵守が評価の対象となる。病院機能評価でも最近の評価項目の改定で、患者の医療を受ける過程であるケアプロセスを重視した運用が行われている。③のアウトカム評価は、最終評価としていづれの分野でも重視されるもので、医療では入院死亡率やがんの5年生存率などが以前から指標化されてきた。患者満足度もアウトカム評価の一つとされる。手術の合併症の発生率などで、病院機能を評価しようと試みられているが、信頼できるデータの把握が必ずしも容易でなく、患者の重症度などの要因を調整することなどが困難で活用するには至っていない。アウトカム評価の結果を広告などの情報提供に活用することも強く求められているにもかかわらず、手術の実績件数などを示すに止まっているのは、このような背景があるからである。

医療における情報を、対外的に、また患者に向けて提供することに伴う今日的な論点について言及した。医療について十分に知らされていないという受け止められ方は、医療改革の基本課題として位置付けられるまでになり、改革途上ではあるものの一定の進捗を見ているとあってよいだろう。

医療の実情を社会が十分に知らされていないことは、医療を提供する立場からみても決して得策でなく、今日の抑制的な環境を招来した一半の要因はそこにあるとあってよい。一方、医師または医療機関の選択のために必要な情報にアクセスできる環境が整備され、そして傷病や診断・治療について必要な情報が十分に提供される状況が実現したとしても、医療の利用者である患者は自らの価値観と責任で自己決定できるかといえば、それも必ずしも容易でないところがあるのが医療の特質であろう。医療における多岐にわたる情報を、真に有効に活用し得る相談機能や調整機能が社会に具備されることが、次の課題であることが予感される。

#### 注

- 1) 清水公一、『広告の理論と戦略』第12版(創成社, 2003)によれば、「広告とは、企業や非営利組織、または個人としての広告主が、自己の利益、及び社会的利益の増大化を目的とし、管理可能な非人的媒体を使って、選択された生活者や使用者に、商品・サービスまたはアイデアを、広告主を明確にして告知し、説得するためのコミュニケーション手段である。」としている。ここでは、医療サービスの特異性とこれまでの経緯を踏まえて捉えなおして定義した。
- 2) 総合規制改革会議の答申に基づいて策定された平成14年度を初年度とする規制改革推進3ヵ年計画のなかに、「診療情報等の開示に関する指針」を14年度中に措置することが明記されている。
- 3) Donabedian, A. が1980年ごろから提唱した質の要素に関する概念定義で、医療評価論では広く受け入れられている。

#### 引用文献

- 1 医療法(昭和23年法律第205号)69条、及び73条。
- 2 平成13年1月31日付け厚生労働省告示第19号「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項(旧告示)」。
- 3 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第1次答申」, 平成13年12月。
- 4 平成14年3月29日付け厚生労働省告示第158号「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項(新告示)」。
- 5 ヘルシンキにおける世界医師会総会(1964)「ヒトを対象とした医学研究のための倫理規定」。



- 6 日本医師会生命倫理懇談会報告書 (1990) 「説明と同意についての報告」。
- 7 国立国語研究所「外来語」委員会 (2003) 「分かりにくい外来語を分かりやすくするための言葉遣いの工夫についての提案」。
- 8 東京都特定機能病院医療連携推進協議会 (2003) 「セカンドオピニオンの共通認識」。
- 9 医師法 (昭和 23 年法律 201 号) 第 24 条。
- 10 厚生労働省 (1998) 「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」。
- 11 厚生労働省 (2003) 「診療に関する情報等のあり方に関する検討会報告書」。
- 12 大道 久 (1999) 『開かれた医療と病院機能評価』, 日本医療機能評価機構。
- 13 Donabedian, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Vol. 1, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.  
(おおみち・ひさし 日本大学教授)

# 患者別および診断群分類別原価計算の標準的方法論の 開発とその意義

今 中 雄 一

## 概 要

医療費増抑制の制度化において原価の測定・管理の重要性は、医療界で益々高まっている。原価の管理にはまず原価を測定しなければならないが、医療では、患者個々に病状や治療への反応が異なること、過去の情報基盤の不備、動機不足などにより、原価の測定があまり進んでこなかった。診療情報を、より合理的な医療資源配分政策や病院マネジメントに活用するためには、症例毎、あるいは診断群分類毎の原価の推計を妥当に正確に行うことが鍵である。

本研究は、わが国において、多施設で結果の比較が可能な病院での原価計算の方法論を開発し検証するものである。わが国の病院の実態調査と海外での動向をも踏まえた上で、わが国の医療環境、情報基盤を鑑みて精度と実行可能性とを兼ね備えた妥当な病院原価計算の方法を確立することを目的とし、将来に普及版として機能することをめざすものである。本研究では、患者別・診断群別原価計算は、主として次の目的のために実施する。

1. 多数の病院で、共通基盤に基づく(比較可能な)原価計算を可能にすること。
2. 病院における内部管理にも活用すること。
3. 原価たる根拠にも基づく価格(診療報酬)決定のための参考情報を提供すること。

原価計算の手順としては、原価の内訳を定め原価集計単位をできるだけ細かく設定し、第一段階の部署・サービス区分別原価の算出を行い、間接部門費の直接部門への配賦、患者への直課、患者

への配賦、患者別原価の算出を行う。結果として、患者別にサービス区分別かつ費目別に原価を出しうる。これにより、より正確な診断群分類別原価、診療科別原価などの算出が可能となり、さらには、原価の内訳も把握でき、内部管理に適用できる。加えて、医療資源配分政策や診療報酬政策への活用もできる。ただし、価格決定等に関わる課題として、タイムスタディ方法、研究・教育と診療の割合、退職給付会計、研修医や無給医の給与、設備関係費、物価の調整方法、委託の差異による影響の調整、患者への配賦における重み付けの方法、原価計算精度レベルの評価方法などがある。

まとめると、本研究では、より直接的で簡潔な方法で患者別に費目の内訳つきの原価を算出する妥当な方法が開発された。これにより、診断群分類別の原価も算出される。この方法の実現可能性についても複数病院で検証され、今後、多施設において共通基盤で比較可能なデータが集積されることにより、医療費政策や病院の経営・内部管理に貢献できる潜在性が示された。

## 1 方法論開発の目的と方法

診療情報を、より合理的な医療資源配分政策や病院マネジメントに活用するためには、症例毎、あるいは診断群分類毎の原価の推計を妥当に正確に行うことが鍵である。

本研究は、わが国において、多施設で結果の比較が可能な病院での原価計算の方法論を開発し検証するものである。わが国の病院の実態調査と海外での動向をも踏まえた上で、わが国の医療環境、情報基盤を鑑みて精度と実行可能性とを兼ね備え

た妥当な病院原価計算の方法を確立することを目的とし、将来に普及版として機能することをめざすものである。

本研究では、患者別・診断群別原価計算の主たる目的を、以下のように設定する。

1. 多数の病院で、共通基盤に基づく(比較可能な)原価計算を可能にする。
2. 病院における内部管理にも活用する。
3. 原価たる根拠にも基づく価格(診療報酬)決定のための参考情報を提供する。

社会的必要性に対応しうる精度レベルの部門別原価計算を実施しているとみなしうる、わが国の複数の病院の実態をふまえ、その共通点と相違点とを明確にし、原価計算の標準的方法を開発していくアプローチを行った。海外における診断群分類に関する原価計算についても検討を行った。

部門別原価計算を基礎にしてそれらの要素を組みなおし、より直接的に正確にしかもシンプルに患者別原価計算を行うことを開発の方針とした。また、情報システムについては特定のベンダーやソフトに依らず、病院内の各システムを統合して院内で原価計算ができる状態へ導くフレームワークを構築することを、当研究開発の方針とした。

## 2 患者別原価計算の方法論の枠組み

### (1) 方針

原価計算に使用する原価の金額は、原則として財務会計上の数値である。そして、病院における財務会計は“病院会計準則”の適用を基本原則とし、本方法を適用する病院においても、“病院会計準則”に従った会計処理が行われていることを前提としている。つまり、原価計算を行う際、病院全体の原価として病院会計準則の医業費用全体を扱う。そして、「患者別」計算の実行可能性をより高めるため、計算方針として(資料1 図1参照)、患者に直接関連づけられる原価は患者へ直接賦課し、直接関連づけられない原価はできるだけ細分化した部署(サービス区分)別に集計し、適切な配賦基準を使って患者に配賦することを基本とする。ただし部署(サービス区分)は患者との個別的な係わりのない間接的な階層と係わりの

ある直接的な階層に分けて間接的な階層の部署の原価は適切な配賦基準を使って直接的な部署に上乘せすることになる。

### (2) 直課と配賦の方法

医業費用のいくつかの各費目について、具体的方法を例示したものが、資料1の図2である。直課可能な材料費などについては直課し、給与費などは部署別に原価計算し、サービス区分別の原価計算を行った後、最終的に患者へ配賦する。

### (3) 算出の時間・空間上の枠組み

算出期間としては、月毎を基本とする。これは、月毎の算出から入院毎の算出を行い、最終的に診断群分類原価計算を行うためである。

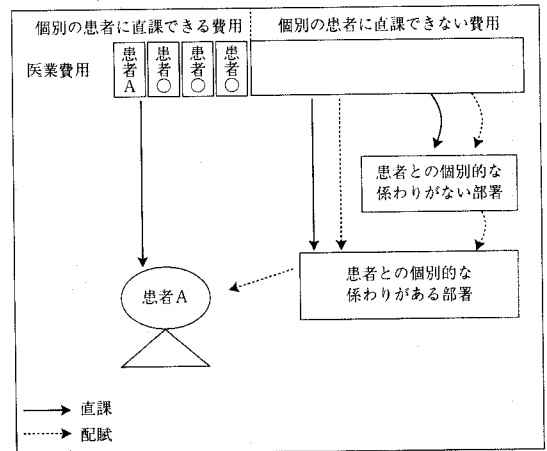


図1 患者別原価計算の枠組み

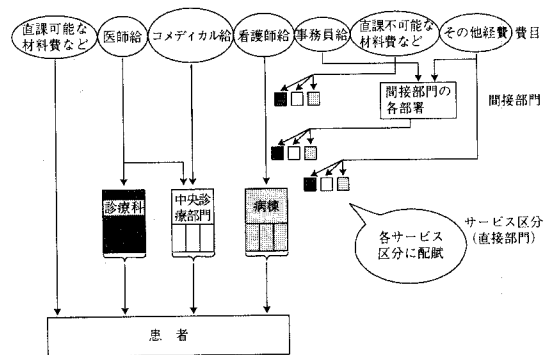


図2 患者別原価計算の流れ(病棟医療部分)

ただし、転科・転棟の情報や日毎の会計カード情報を持ちいて、日毎の原価を算出することが可能な場合は、診療科毎や病棟毎の原価計算も可能である。

また、月毎の算出により年毎の算出も可能となるため、年毎での算出実績が今後積み重なっていくと、内部管理目的のため実際価格でなく予定価格を用いて本計算方法を使用することも予想される。

(4) 手順の流れ

本方法は、以下の手順からなっている。必ずしも、この順番である必要は無い。1. 費目の設定、2. 原価集計単位の設定、3. 部署(サービス区分)別原価の算出、4. 間接部門費の直接部門への配賦、5. 患者への直課、6. 患者への配賦、7. 患者別原価の算出。

(5) 患者別原価の算出

患者に直接賦課される原価及び配賦された原価を患者別に集計して、費目の内訳を持った患者別原価が算定される(資料1 図3参照)。ここで集

計される患者別原価は1ヵ月という計算期間における入院期間中に発生した原価である。長期性の入院患者の場合には、入院から退院までの期間を通算して原価を集約する必要がある。これを年間通して行うことで、最終的に1年分の患者別原価を各患者の一入院毎に算出することになる。

(6) 診断群分類別原価の算出

費目をコンポーネントにもった患者別原価一覧表に集約する。これを患者の症例により診断群ごとに分類し集約すると、診断群別原価が集計される(資料1 図4参照)。診断群別原価を算出できない病院において、年間の診断群分類ごとの症例数が出せ、かつ、病院会計準則に則り勘定科目別に医業費用の入院部分が出せる病院においても、上記の表を活用し、診断群分類ごとの原価を推定することができる。

3 内部管理に重要な診療科別原価や病棟別原価の算出など

原価の算出期間としては、月毎を基本とし、月をまたぐ入院では、月毎算出した原価を入院毎に集約する。同月内の退院、入院については、日ごとのデータで入院を区切る。医事情報を活用している場合、日毎の会計カード情報を用いて、転科や転棟や同月内の退院入院を区切ることにより、診療科毎や病棟毎の原価計算も可能である。日毎で原価を区切ると日別の原価計算が可能である。病院の内部管理には、また、月毎の算出により年毎の算出も可能となるため、年毎での算出実績が今後積み重なっていくと、内部管理目的のため実際価格でなく予定価格を用いて本計算方法を使用することもできる。

4 本方法の特徴、利点

本原価計算方法の特徴・利点として以下が挙げられる。

1. 患者別原価(個別入院症例別原価)を計算する。
2. 患者別に原価の内訳(費目×サービス区分)を持たせる。
3. 原価の計算過程を明示し、透明性の高いし

診断群分類	床位数	医師数	看護師数	医業品費	医療材料費	...	X	Y	Z	計
DPC 0001										
DPC 0002										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
DPC ××××										
計										

図3 患者別原価と診断群分類別原価

患者	医師数	看護師数	医業品費	医療材料費	...	X	Y	Z	計	DPC番号
00001										
00002										
00003										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
.										
計										

図4 診断群分類別原価算定と詳細計算のできない病院での推計

くみを志向する。

4. 配賦基準などには複数の選択肢を許容し、より多くの病院に現実的に適用しやすく、かつ、高い精度レベルも追求できる。その一方で、原価計算のしくみの質や正確さのレベルを病院ごとに評価する。つまり、基盤は共通に持って比較可能性は担保しながらも、それぞれの計算精度や実現度合にレベルの差をふまえた上でより多くの医療機関が原価計算対応できる環境作りを目指すものである。
5. ソフト提供や計算の受託ではなく、病院内で情報システムの統合性を高めてより高いレベルの原価計算の実現を志向する。
6. この患者別原価を積み上げることによって、診断群分類において分類別の原価算定や分類の構築・改訂、さらには診療報酬制度の改訂・変革にも寄与しうる。
7. 医療機関においては、より正確・妥当な診療科別や部門別の原価計算、あるいは症例ごとのマネージメント等にも活用できる。

#### 5 方法論の検証と価格決定参考情報としての課題

本研究で開発された上記の原価計算方法は、協力の得られた複数の病院で適用可能であった。各病院で、患者別の費目別の原価、診断群分類別原価が計算された。診療科別および病棟別には、さらに診療科別原価および病棟別原価が計算された。

以下に、今後の研究課題を考察する。主に価格決定等に関わる課題でもある。

##### (1) タイムスタディ方法、研究・教育と診療の割合

医師など1人の職員がいくつかのサービスを提供する場合、それぞれの資源配分(時間配分)を把握する必要がある。大学病院においては、診療の原価を出すためには、診療と教育・研究を分けなければならない。また、1人が、病棟診療、外来診療、特殊検査、手術などに関わる際には、そのサービス間での資源配分(時間配分)を把握する必要がある。簡易で現実的な方法としては、自己記入により1週間どこで何の業務についているかのタイムスタディを行うことである。要素の定

義付け、施設間の比較可能性、別の動機が働く際の自己申告の信頼性など、問題になりうる。

##### (2) 研修医や無給医の給与

診療科別の無給医の人員数と併せて、著しく給与の低い(あるいは病院間で大きくばらつく)研修医の給与費と通常の研修医の給与との差額を参考情報として提供することが望まれる。

##### (3) 退職給付会計

退職給付会計は、病院の原価のうち最も比重の高い人件費に大きく影響するため、退職給付会計の導入の有無によって病院間の比較可能性は著しく損なわれることとなる。さらに、退職給付会計の導入が予定されている国立大学付属病院や独立行政法人国立病院機構に関しては、国が将来にわたって退職金の財源手当てを行っている場合には、財務会計上退職給付費用を計上することが認められていない。原価計算がサービスに対するコストを把握するという考え方からすると、国の財源手当ての有無にかかわらず、全ての従業員に対する退職給付費用を把握することが必要と考えられる。

##### (4) 設備関係費

国立大学付属病院においては、その設備は国有財産とされており、使用に係る原価は基本的に認識されていない。ここに無償使用に係る機会原価を認識する必要性が認められる。

この場合には、取得費を客観的に見積もり、見積もられた取得費に係る減価償却費を参考情報として提供することが望まれる。

##### (5) 物価の調整方法

地域によって物価には違いがある。そのため、もの、地代・建物、賃金などに関して、物価を調整する必要がある。

##### (6) 委託の差異による影響の調整

医療機関によって、委託の種類・量に関して、大きな差異が考えられ、その場合、医療機関によってその費用がどの費目として表れるかに違いが生じることとなる。したがって、委託の差異による影響に関しては調整される必要がある。

##### (7) 患者への配賦における重み付けの方法

本方法でも、患者への原価配賦に当たり、重み付けの概念を採用している。この重み付けは、客

観的な裏付けがあることが原則である。しかしながら、特に医師・看護師といった人的資源は各患者の頭数で等分に投入されている訳ではなく、概念的には患者の症状の程度によって差があるとはいえ、それを客観的に裏付けられるデータの確保は容易ではないが、病院間の比較可能性を確保するためには、共通の方法により重み付けを行うことが必要となる。

#### (8) 原価計算精度レベルの評価方法

本方法では、配賦基準は各病院が適用可能なものを選択して適用することを認めている。病院間の比較可能性を重視する場合には、選択したオプション(部署の細分レベルや配賦基準など)の違いが原価計算の精度にどのような差を生んでいるのかを数値的に把握するとともに、それを(相対的あるいは絶対的に)評価しなければならない。こうした評価の方法の確立についても今後の課題である。

## 6 結 論

診断群分類を病院のマネージメントや医療資源配分政策に活かすためには、診断群分類毎の原価の推計が重要な鍵となる。しかし、日本の病院において原価計算は普及していない。このような状況をもたらしている最大の理由の一つは、原価計算の標準的な方法が確立されていないことが考えられる。診療報酬の引き下げなど経営環境が困難化し、より厳格な経営管理が一層求められているおり、包括評価などの支払制度が導入されれば、病院内で症例群毎あるいは症例毎の原価計算の重

要性は益々高まってくる。

本研究開発の成果は、まず、病院経営管理の向上に貢献しうる、と考えられる。定常的に患者別、診断群分類別、診療科別(部門別)原価の情報が得られることにより、ミクロの諸局面での収支が把握され、そしてより広く経営上の問題点の明確化と解決策の提示、改善策の実行と成果の把握、情勢変化への的確かつ迅速な対応などを以前よりもかなりきめ細かく行えるようになるからである。また、医療の原価構成を示すことを通じて、医療の透明化にもつながると考えられる。診断群別あるいは疾病別の標準的な原価の把握により、根拠に基づいた医療政策にもつながると思われる。診断群分類別原価計算の導入によって、治療原価を正しく反映させた診療報酬に寄与しうるからである。

## 参考文献

- 今中雄一(2002, 2003)平成13年度および平成14年度厚生労働省科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究〔主任研究者 松田晋哉〕(分担研究報告書):患者別・診断群分類別原価計算の共通方法論に関する開発研究 報告書,平成14年3月・平成15年3月,および「患者別・診断群分類別原価計算方法 標準マニュアル」。
- 今中雄一(2002, 2003)平成13年度および平成14年度厚生労働省科学研究費補助金(政策科学推進研究事業),診療報酬政策における医療の費用とパフォーマンスをケースミックス分類に基づき評価する研究〔主任研究者 今中雄一〕報告書,平成14年3月・平成15年3月。
- (いまなか・ゆういち 京都大学大学院教授)

## 病院における包括払い制の現状と課題

松田 晋 哉

### I はじめに

人口構造及び疾病構造の変化と医療技術の進歩、そして国民の医療に対する要求水準の高まりによって増大する医療費をいかにコントロールするかは先進国共通の課題となっている。しかしながら、支払い者、患者、サービス提供者間の種々の利害が複雑に関連する医療の領域において、医療費の適正化を行うことは容易ではない。特に経済的条件と医療サービスの内容との整合性を図りながら、また絶えず革新の途上にある医療技術を適正に評価し、医療サービスの質と効率の向上を同時に実現するためには、経済的側面と医療技術的側面の両方を測定する指標が必要である。アメリカにおいて開発された DRG はそのような評価指標の一つであり、今ではアメリカのみならず他の先進諸国においてもさまざまな形で利用されるようになってきている。しかしながら、その利用方法は各国の医療制度の特徴を踏まえて種々の形式を取っている。まず、アメリカの高齢者医療制度である Medicare の場合は、入院医療に関してその Hospital fee について診断群分類ごとの 1 件あたり包括払い方式となっており（いわゆる DRG/PPS）、Dr's fee については RBRVS という診療報酬表に基づいて別途出来高払い方式となっている。しかしながら、このような 1 件あたり包括払い方式を採用している国はオーストリアなどのごく少数の国にとどまっており、その他の多くの国は予算制と組み合わせて診断群分類を用いている。例えばオーストラリアは独自の診断群分類である

AR-DRG の相対係数の年間合計目標値を設定し、それに基づいて予算額を決定する方式を、フランスは DRG の相対係数で測定した病院活動実績を調整係数的に用いて、次年度の予算を策定する方式を採用している。ただし、このような予算制を採用している国においても、分類の精緻化と運用経験の蓄積により、各診断群分類の症例を年間何例行かうかという Case-Volume に基づく予算契約方式に移行してきており、1 件あたり包括支払的な性格を強めてきていることもまた事実である。

わが国の診断群分類である DPC (Diagnosis Procedure Combination) に基づく支払い方式は、アメリカの 1 件あたり包括支払いではなく、またフランスやオーストラリアのような予算方式でもない。わが国のそれは支払いをいわゆる Hospital fee 的な部分と Dr's fee 的な部分に区分した上で、前者について包括評価に基づく 1 日あたり定額支払いを、そして後者については従来どおり出来高払い方式を採用するというものである。本論文では、このわが国独自の診断群分類である DPC の概要とその今後の課題について述べてみたい。

### II 医療制度と支払い方式の種類

医療制度については、税金に基づく NHS (National Health Service: イギリス, 北欧諸国, カナダなど)、強制的な保険料を財源とする社会保険制度 (日本, ドイツ, フランス, オランダなど)、及び民間保険を主体とした国 (アメリカ) の三つに大別される。NHS の場合、マクロ的には

予算制であるために、医療費全体のコントロールは比較的容易であるが、長い入院待ち期間に代表されるように、サービスの非効率性と質が常に問題となる。社会保険制度の場合は、支払い者、サービス提供者、国などの関係者の話し合いによって個別の医療行為の価格が決められる仕組みとなっており、その多くは出来高払いの制度となっている。そのために、仮に医療費増をコントロールするためにサービスの単価を下げたとしても、量を増加させるインセンティブがサービス提供者側に働くために、医療費増をコントロールすることが難しい。そして医療費の増大が保険料の増額で対処されるために、企業における労働コストの増加あるいは国民における購買力の低下という形で国民経済そのものに負の影響をもたらすことになる。また、日本やフランスでは社会保険料の不足分を税からの補填で賄うシステムとなっており、職域に基盤をおいた仕組みそのものが問題視され

るようになってきている。アメリカの民間保険の場合、医療費の増加をコントロールするために、いわゆるマネージドケアの仕組みが取り入れられている。ここでマネージドケアとは医療費の適正化のために超過需要を減らすシステムの総称である。具体的には、医療機関の指定や健康相談、代替サービスの提供といった患者の受診行動の抑制、処方集や診療ガイドラインあるいは Peer review による診療行為の制限や人頭制などによる支払い額の制限などのサービス提供者への介入が主体となっている。この結果、確かに医療費の抑制はある程度達成されているが、その一方であまりに営利的な保険の加入者における過少診療などが問題となっている。

支払いの仕組みに関しては、出来高払い制、1日あたり定額制、1件あたり定額制、人頭制、総額予算制などがある。それぞれの支払い方法の特徴は表1に示した通りであるが、多くの場合、こ

表1 診療報酬支払い方式ごとの長所と短所

支払い方式	主な長所	主な短所
総額予算制	<ul style="list-style-type: none"> <li>低い管理コストで、保険者は支出額を予想可能</li> <li>資源の効率的利用が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>効率性の向上に対する直接的なインセンティブはない</li> <li>医療供給者が過少医療を行う可能性がある</li> </ul>
人頭制	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険者が支出額を予測することができる</li> <li>医療供給者は運営上の効率性を高めるインセンティブ(例えば、予防的活動により重点をおく)</li> <li>供給者誘発需要を排除可能</li> <li>管理コストは高くない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療供給者が破産する財政上のリスクがある</li> <li>医療供給者はリスクを最小化するため低リスクの患者のみ受け入れるというクリームスキミングを行う可能性がある</li> <li>医療供給者が過少医療を行う可能性がある</li> </ul>
1件あたり定額払い	<ul style="list-style-type: none"> <li>コスト削減に対する強いインセンティブが働く</li> <li>類似した診断群分類における施設間のパフォーマンスの比較が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険者は支出額を予測できない</li> <li>管理コストは比較的高い</li> <li>医療供給者はリスクを最小化するため低リスクの患者のみ受け入れるというクリームスキミングを行う可能性がある</li> <li>外来を対象とした支払い方式としては難しい</li> </ul>
1日あたり定額払い	<ul style="list-style-type: none"> <li>コスト削減に対するインセンティブが比較的強い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供期間を長期化するインセンティブが働く</li> </ul>
出来高払い制	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス供給量を増加させるインセンティブが強い</li> <li>総予算の上限を設けることで効率性を高めることは可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険者は支出額を予測できない</li> <li>供給者誘発需要のインセンティブが強く、コスト上昇のリスクが大きい</li> <li>高い管理コスト価格コントロールには定期的価格見直しや強制適用が必要なため管理コストが高くなる</li> </ul>

出典) 遠藤(2003)を改編。



これらの支払い方法が組み合わせて使用されている。例えば、フランスの場合、開業医及び民間病院の外来は出来高払いとなっているが、公的病院医療については総額予算制、民間病院の入院医療は1日あたり定額制となっている。医療財政に余裕があるのであれば、出来高払い制がサービス提供者にとっても、また利用者にとっても最も望ましいシステムであろう。しかしながら、厳しい経済状況を反映して、従来の出来高払い制からより財政制約の厳しい包括払い制や人頭払い制的な性格を強めているというのが国際的に一般的な傾向となっている。

### III わが国における診断群分類 DPC に基づく包括支払い方式の概要

#### 1 わが国における診断群分類導入の経緯

わが国において診断群分類が議論の対象となったのは比較的最近のことであり、1990年代後半から、医療経済研究機構(1998)、健康保険組合

連合会(1999,2000,2001,2002)、日本医師会(1998)、厚生労働省(1999)などによっていくつかの調査研究が行われてきた。表2はそれらの結果をまとめたものであるが、網羅性等でわが国の分類(DPC ver.1)<sup>1)</sup>は問題があるものの、決定係数(R<sup>2</sup>)<sup>2)</sup>でみる説明力では差がなく、また現行の医療制度との親和性の点では、むしろ欧米の分類より優れていることが示されている。このうち厚生労働省による「急性期入院医療における定額支払いの試行」調査は国立病院等10施設を対象に1件あたり包括払いの試行を行うものであった。この試行調査では診断群分類に基づく定額支払いの試行の前後において、入院期間や診療内容、あるいは患者満足度や病院経営管理の状況にどのような変化が生じるかを把握し、今後の医療制度及び医療保険制度改革の基礎資料を得ることを目的としていた。診断群分類については、厚生省(当時)の担当課が各臨床領域の専門家に作成を依頼した183分類(13の主要診断カテゴリー)を用い、入院料、薬剤・材料、検査・画像診断等を包括し、

表2 わが国におけるこれまでの診断群分類に関する研究

表2-1 各診断群分類における在院日数の説明力(R<sup>2</sup>)

	日本(全科)	日本(外科)	米国(全科)
HCFA-DRG	0.29	0.37	0.31
AP-DRG	0.30	0.38	0.36
APR-DRG	0.31	0.42	0.42

出典) 医療経済研究機構(1998年)。

注) 表中の数字は決定係数, 1に近いほど説明力が高い。

表2-2 各診断群分類における在院日数の説明力(R<sup>2</sup>)

	日本(全科)	日本(外科)	日本(内科)
HCFA-DRG	0.29	0.38	0.25
AP-DRG	0.28	0.36	0.25
APR-DRG	0.31	0.41	0.26
DPC Ver. 1	0.27	0.36	0.23

出典) 日本医師会(1999年)。

注) 表中の数字は決定係数, 1に近いほど説明力が高い。

#### 1. 医療経済研究機構による研究(表2-1)

- ① わが国におけるDRG導入可能性を検討
- ② 比較的良好なコーディング能力
- ③ AP-DRGを推奨

#### 2. 日本医師会による研究(表2-2)

- ① アメリカのDRGと日本の診断群分類を比較
- ② 説明力には差がない
- ③ 網羅性ではアメリカのものが優れる

#### 3. 健康保険組合連合会における研究

- ① アメリカのDRGと日本の診断群分類を比較
- ② 説明力には差がない
- ③ 網羅性ではアメリカのものが優れる
- ④ 日本の現行システムとの親和性はDPCが優れる
- ⑤ DPCの精緻化を推奨

#### 4. 厚生労働省の試行調査(平成10年~)

- ① 国立病院等10施設を対象に、診断群分類に基づいた定額支払い方式を検討
- ② 支払い方式は以下のとおり  
定額報酬=基礎償還点数×相対係数+調整点数
- ③ 当初、期待された診療上の変化は観察されず、また、その網羅性も問題とされた
- ④ しかし、一方で、ICDコーディング体制の確立、診断群分類に対応した事務方式の検討、CPの展開など、重要な知見が蓄積された

手術料及び高額処置等を出来高とするシステムが採用された。そして、定額部分の報酬については、定額報酬 = {基礎償還点数 × 相対係数 + 調整点数} × 10 円のように設定された。ここで、基礎償還点数については、全試行病院における包括部分の医療費の総平均(平成 11 年度は 38,803 点)、相対係数については各診断群分類の平均的にかかる医療費を全体の平均(基礎償還点数)と比較した相対値、調整点数については基礎償還点数及び相対係数に含まれない、それぞれの施設固有の費用(看護料加算部分、地域加算等の合計)が採用された。この試行については平成 12 年 7 月の厚生省・試行調査検討委員会でその結果が報告されているが、試行前後で平均在院日数や病床利用率に明確な変化は観察されなかったことから、調査内容や診断群分類の再検討が必要なが提言された。

このような議論を踏まえて平成 13 年 4 月から、新たな枠組みで開始されたのが「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」である。この研究は支払いを伴わない形で、当初民間病院等 66 施設を対象に開始されたが、その後、平成 14 年から特定機能病院等 82 施設(+1 分院)からもデータ収集が行われることとなった。その後の中医協での審議を経て、平成 15 年度からは上記研究結果に基づいて、日本版診断群分類である DPC に基づく包括支払い方式が全国 82 の特定機能病院等

で開始されている。

## 2 診断群分類に基づく支払い方式の概要

### (1) DPC version 3

平成 15 年度から支払いに用いられている診断群分類は、平成 13 年度及び 14 年度の厚生労働科学研究で開発された DPC version 3 である。分類作成にあたってはいわゆる 3 層構造(診断、手術・処置、合併症・併存症)を基本として分類を作成することとし、診断名と手術に関しては ICD 10 を、手術に関しては診療報酬表のコードである K コードが使用されている。DPC の各分類への割付はコンピュータによって行われることから、コード表に含まれていない診断名や術式に関しては実際上分類の情報として採用できないことが基本的なルールとなっている。図 1 に DPC version 3 の構造を示した。分類は 14 桁の数値から構成されている。最初の 2 桁は主要診断群、次の 4 桁は傷病名で、ICD 10 に基づく「分類コード」に対応している。以下、検査入院と一般の入院では手間が違うため「入院種別」、小児を含む疾患では同じ病名であっても成人と治療方法が異なるため「年齢・体重・JCS 条件」、そして病態が異なれば手術術式も異なるために「手術等サブ分類」を分類の変数として採用している。また、処置についても「処置 1」と「処置 2」を設定し、化学療法、人工呼吸、再建術などの有無でさらに

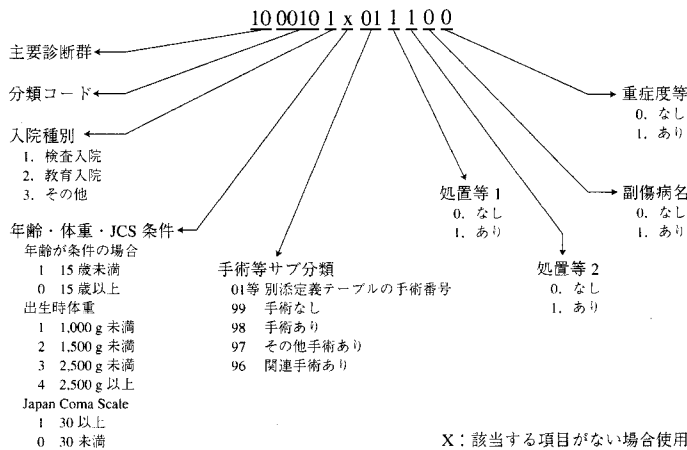


図 1 診断群分類コードの構成

分類を行う形式となっている。さらに、合併症・併存症の有無で医療資源の消費量が異なるために「副傷病名」のコードを加え、最後に上記項目でも吸収しきれない要素を表わす「重症度等」のコードが設定されている。

このようにして作成した分類に、平成14年7月から10月に82の特定機能病院から収集した26.7万件のデータをあてはめて分析した結果、575傷病(図1のコード上6桁に相当)、2552分類からなるDPC version 3が完成した。ただし、実際の包括評価に利用されるものは、最終的に全国で20症例存在し、かつ変動係数<sup>3)</sup>が1未満という基準を満たした1860分類となっている。

## (2) DPCによる包括評価の実際

包括評価の対象となる患者は特定機能病院等の一般病棟に入院している患者のみであり、精神科病棟、結核病棟に入院している患者は対象外である。その他、入院後24時間以内に死亡した患者、治験対象患者、臓器移植患者の一部、高度先進医療の対象患者、回復期リハビリテーション病棟入院料等の急性期以外の特定入院料の算定対象患者も包括評価の対象外となっている。

診療報酬の設定は包括評価部分と出来高部分から構成されている。包括評価部分の点数は診断群分類毎に定められた1日あたり点数と医療機関毎に設定された医療機関別係数と入院日数を掛け合わせた点数の合計となる。包括評価の範囲は、主にホスピタルフィー的要素である、入院基本料、検査(内視鏡、心カテ検査、検体採取・診断穿刺を除く)、画像診断、投薬、注射、1000点未満の処置等となっている。出来高算定となる範囲は主にドクターフィー的要素である、手術料、麻酔料、1000点以上の処置、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、検体採取・診断穿刺、指導管理料、リハビリテーション、精神科専門療法等となっている。

診断群分類毎の1日あたり点数は、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、図2に示したように在院日数に応じて3段階に設定されている。入院日数の25パーセント値(入院期間I)までは平均点数に15%加算、

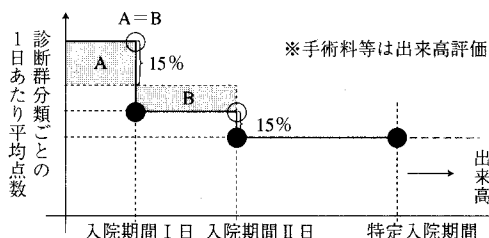


図2 在院日数に応じた逡減制

胃がんの場合(30日間入院)		155,230点
◇診断群分類: 胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術(処置等、副傷病なし)		
*1日あたり点数	14日まで	2,939点
	15日~28日	2,172点
	29日以上	1,846点
◇入院医療機関: A 大学附属病院		
*医療機関別係数: 1.0507	調整係数:	1.0245
	紹介外来加算:	0.0257
	診療録管理体制加算:	0.0005
(算定内訳)		
○包括評価 = 2939点 × 1.0507 × 14日 + 2172点 × 1.0507 × 14日 + 1846点 × 1.0507 × 2日 = 79,061点		
○出来高評価 = 76,169点(胃全摘術等)		

図3 包括評価の算定例

25パーセント値から平均在院日数(入院期間II)までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日あたり点数の平均点が、1日あたり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定、平均在院日数から標準偏差の2倍(特定入院期間)を超えた場合は、その超えた日以降は、出来高により算定する仕組みとなっている。

医療機関別係数は機能評価係数と調整係数を足し合わせたものである。機能評価係数は医療機関の機能を評価するための係数で、入院基本料等の加算を係数化したものである。調整係数は医療機関の前年度実績を担保するための係数で、診断群分類による包括評価に係る医療費が平成14年7月~10月の医療費の実績に等しくなるように医療機関毎に設定したものである。図3に胃の悪性腫瘍・全摘術について算定例を示した。この例では全診療報酬に占める包括評価部分の割合は約50%となっているが、DPCによってはこの部分が約80%であったり、あるいは逆に約20%にな

るものも存在している。

#### IV 包括評価方式が医療サービスの内容及び影響について

包括支払い制が医療サービスの提供にどのような影響を及ぼすかについては、アメリカにおいて1983年のDRG/PPS導入後から多くの研究が行われてきた。その主な関心は包括支払い制の導入によって、医療資源投入量が減少し、結果として医療サービスの質の低下が生じるという仮説を検証することを目的としていた。大部分の研究結果では、平均在院日数の低下や病院医療費の伸びの抑制など医療資源の投入量の減少が観察されているが、質の低下については、生じなかったとするものが多い〔遠藤, 2002〕。

わが国においては1993年に老人病院に導入された包括支払い制度についてその影響に関する研究が行われている。高木は22の老人病院における制度改定後の診療内容の変化を分析した結果として、医薬品の購入額及び使用量が減少した一方で、看護・介護サービス量が増加し、結果として高齢者に対する医療サービスの質が改善したことを報告している〔高木, 1992〕。また、川淵は4病院における医薬品使用の変化について分析し、包括化により医薬品の処方品目数・使用量ともに減少したことを報告している〔川淵, 1996〕。また、その詳細について見ると、薬効に疑問があるものほど大幅に削減されたこと、後発品の使用増加は観察されなかったことも報告されている〔川淵, 1996〕。一方、急性期医療の包括化については、平成11年から国立病院等10施設においていわゆるDRG/PPS方式の支払いが部分的に行われている。急性期入院医療定額支払い方式調査検討委員会の報告によると、検査、投薬、注射等の診療行為における明確な変化はなかったとされている。しかしながら、これらの試行病院においてはクリニカルパスの作成が進み、その結果として検査、投薬、注射等の診療行為の標準化が進んできていることが医療マネジメント学会等で報告されている。

以上の結果をまとめると、包括評価の導入によって、診療行為の標準化やその有効性の再評価が行われており、その結果、検査や医薬品などのサービス投入量の削減及び効率化は確かに生じうるが、それによる医療サービスの質の低下は起こりにくいといえる。今回の包括評価の場合も、その適用施設は現在のところ高度先進医療と教育研修の場である特定機能病院に限定されていること、手術やそれに関連する医薬品や医療材料及び高額処置等は出来高払いとなっていることから、質の低下は起こりにくいと考えられる。

しかしながら、遠藤はこのような包括評価の医療の質へ影響はあまり大きくないという見方を一般化することの危険性を指摘している〔遠藤, 2002〕。例えば、わが国の老人の入院医療における定額化が医療内容の質を低下させなかったのは以下のような条件が重なったためであり一般化はできないとしている。

- ① 出来高払い制下の公的価格の歪みによって薬剤には差益が生じ、マンパワーには差損が生じていたため、包括制に移行することによって医療の選択範囲が拡大した、
- ② 包括金額が高めに設定されたことにより選択範囲の拡大を促した、
- ③ 同時にマンパワーを増強させる施策が取られた。

さらに、遠藤は包括化が医薬品の使用に及ぼす影響について、経済モデルを使った分析を行っているが、その結果として、出来高払い制から包括払い制になることで医薬品において①医療インプットの減少と②高価格の医療インプットから低価格の医療インプットへのシフトという二つのインプット投入行動の変化が起こりうることを示している〔遠藤, 2002〕。そして、包括金額が高く設定されても利潤動機がある場合は質の低下が起き、包括金額が低く設定されれば利潤動機の有無にかかわらず質の低下が起こることを示し、このような医療の質の低下を避ける方法として、原則は包括払い制を適用し、患者の特性によっては出来高払いの特例を認める方式が望ましいと結論している。例えば、抗がん剤の場合、価格が高いことに

加えて、その投薬量も患者によって異なるために、包括払い制のもとでは粗診粗療が生じる可能性が高い。このような問題はすでにDRGを導入している諸外国においても議論の対象となっている。例えば、オーストラリアの場合、抗がん剤などの高額薬剤に関しては、入院治療であっても包括評価からはずし、別途出来高払いで支払う方式を採用している。また、オーストリアでは標準的な化学療法の種類を列挙し、それに対する支払いを別に定めている。実際、わが国の場合も、薬剤が包括化されているために、高額となる抗がん剤が使いにくいという批判が現場から出されている。このことは、遠藤が指摘しているように、一般に患者にとってのリスクは過剰診療より過少診療の方が高いため、包括制を進める上では「包括化は質を低下させる可能性が高い」という認識の基で制度設計を行う必要がある〔遠藤, 2002〕。従って、わが国においても包括と出来高の適切な組み合わせについて議論していくとともに、医療サービスの質を保証するための公的なモニタリングシステムを構築していくことが重要な課題となる。

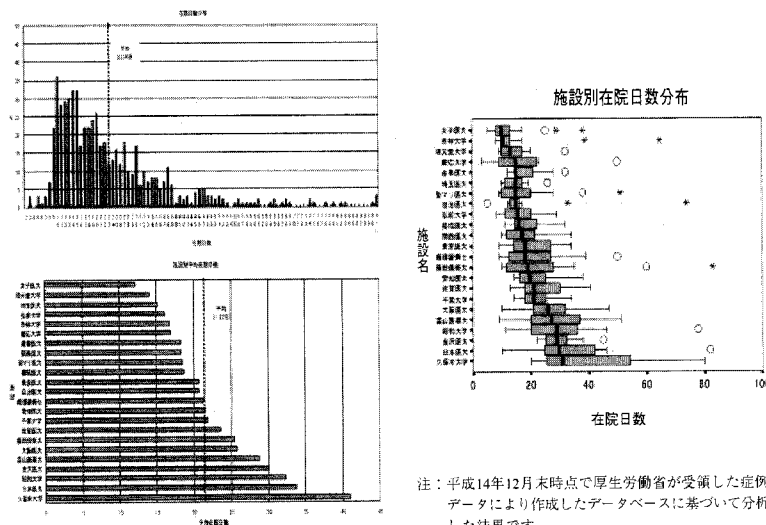
また、包括評価の導入は例えば医薬品や医療材

料における後発品の使用を促進し、それが医療の質を下げる恐れがあるという議論があるが、これは必ずしも正しくはない。むしろ問題は後発品の有効性等に関するデータが不足していることであり、仮に薬効や血中動態等に関して明らかな問題がないのであれば、医療費における国民負担の軽減を図るという視点から後発品の使用は積極的に行われるべきであろう。その意味で特定機能病院としても後発品の有効性に関する臨床研究に、今後積極的に取り組んでいくことが望まれる。

## V DPCを活用した医療サービスの質の評価

診断群分類が開発されたそもそもの目的は病院におけるQC活動を目的とした管理ツールの開発であった。従って、わが国におけるDPCの今後の展開においても、DPCを用いた医療サービスの評価手法及び病院管理手法の開発が課題となる。今回の包括評価の基礎資料となった「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」では、図4に示したような診断群分類ごとの平均在院日数の分布が施設名とともに公表されている。平均在院日数

診断群分類番号 0502103x02x0xx 徐脈性不整脈 ベースメーカー移植術 処置等2なし



出典) 松田・他(2003)。

図4 DPCに基づく分析の例

は病院サービスの結果を図る指標の一つに過ぎず、それですべてを語ることはできない。従って、各施設は自らの結果を正当化するために他の指標を含めた説明責任を負うことになる。例えば、DPCでは説明しきれていない重症度の違いや、あるいは予後の違いなどについて説明が求められるであろう。そのためには、今後各施設における医療サービスの質を評価するための臨床指標 Clinical indicator の開発が必要である。ここで臨床指標とは、実際に行われている医療の経過や結果の意義有る項目を指標化し、それにより、その病院で行われる医療の質を評価しようとするものである。例えば、アメリカのJCAHOのIM System (Indicator Measurement System) では感染症管理の臨床指標として「外科手術部位の感染によって合併症を併発した患者」の割合、心血管系の臨床指標として「経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を行った患者の、手技から退院までの日数」などが設定されている。このような指標が図4に示したような結果とあわせて公開されることで、各医療施設のサービスの質について、総合的な評価が可能となる。また、クリティカルパスが作成されている場合には、それが説明のための重要な資料となるであろう。

また、診断群分類を用いた施設評価としては在

院日数やコストを指標として図5のような効率性指標・複雑性指標などの評価指標が開発されている〔信友・堀口, 2003〕。以下、これらの指標について説明する。

診断群分類を用いて医療の効率性を評価する場合は、一般的には在院日数 (LOS) を指標とすることが多い。アメリカのDRGを開発したFetterらは以下のようなケースミックス補正によるLOSの評価を行っている〔Fetter et al., 1980〕。まず各病院の入院患者のLOSの算術平均値 (average LOS, mLOS), ケースミックスを補正したLOS (case mix adjusted LOS, cLOS), 全病院の平均LOSを各病院に当てはめたケースミックス値 (LOS weighted case mix, wLOS) の三つの値を病院毎に求める。cLOSは、各病院の患者像が相同であると仮定したときの各病院の平均LOSの推定値で、理論的には各病院の患者像の重症度を補正した値となる。具体的には、全病院全患者のDPC分類毎の患者割合に各病院のDPC分類毎の平均LOSを当てはめることで得られる。wLOSは、各病院のDPC毎のLOSが同じであると仮定したときの各病院の平均LOSの推定値で、理論的には各病院の患者像の重症度を示す値となる。具体的には、各病院のDPC分類毎の患者割合に全病院のDPC毎の平均LOSを

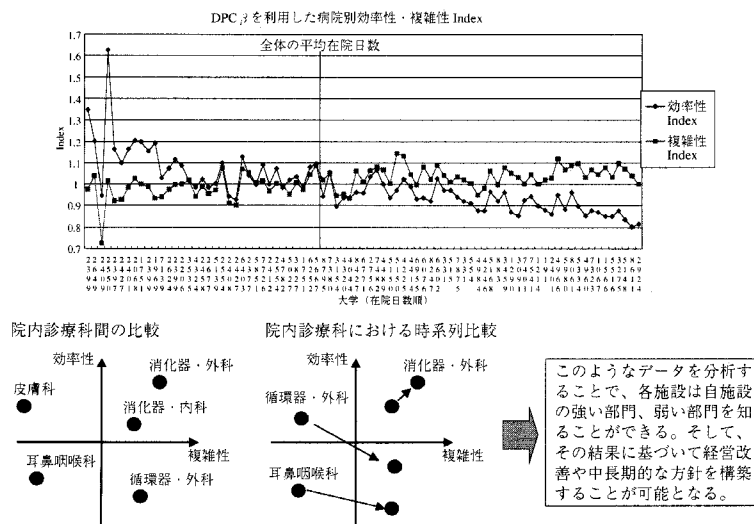


図5 DPCを用いた病院機能評価 (複雑性指標・効率性指標) の例

当てはめることで得られる。次に「複雑性指標 (complexity index, CI)」と医療の効率性を示す「効率性指標 (efficiency index, EI)」を説明する。CI はケースミックスを補正した LOS よりも実際の LOS がどれほど長いかという複雑性を表す mLOS/cLOS として、EI は標準的な LOS を当てはめた場合よりどれだけ実際の LOS が短くなっているかという効率性を表す wLOS/mLOS として計算される。このような指標を用いて各施設は院内各診療科のパフォーマンスの比較や診療科ごとの時系列での評価を行うことで、データに基づいた経営改善や経営戦略の立案を行うことが可能になる。図5を見ると概ねCIの高い施設ではEIが低い傾向にあることがわかる。しかしながらCIが低いにもかかわらずEIが低い、またはCIもEIも高い病院も存在している。今後、このような病院間におけるパフォーマンスの違いの原因について実証研究を行っていくことで、より合理的な病院管理手法について知見を積み上げることが可能になると思われる。また、図5のようにCIとEIとを同じ施設内の異なる診療科間での比較や、同一診療科における時系列での比較を行うことで経営改善のための糸口を見出すことも可能になる。

ところで、DPCに関しては、コストに基づく評価についても公開が求められている。この情報が国民に公開されることになれば、各施設は入院患者に対して、なぜ自施設の支払い額が他施設と異なるのかについて説明責任を負うことになる。このためには各施設において診断群ごとのコスト

構造が把握できるような仕組みを将来的には持つ必要がある。また、包括支払いという枠組みの中でサービスの効率性を高めるために、各施設においては科別及びDPC単位での収支分析などの内部管理的な活動が重要になる。「試行診断群分類を活用した調査研究班」では、DPC単位でのコストを評価するための標準的なコストリングマニュアルの作成を行っている〔今中, 2003〕。現在、実用に向けての実証研究が開始されているが、仮にそのようなコスト分析に関する方法論が確立した場合、表3に示したような結果をDPC単位で作成することが可能となる。このようなデータをもとに病院における病院管理部門(医事課、会計課、病歴室、医療情報室など)は、例えば、図6に示すようなデータを診断群ごとに作成し、収益性の検討を行ったり、あるいは中長期的な事業計画の検討を行うことが求められるようになるであろう。そして、このようなコスト分析が行われるようになれば、現在、中医協等でも問題となっている医療技術の原価を検討するための資料を整備することも可能になる。

ところで、いわゆるDPCレセプトは電子レセプトを前提とした構成となっているため、保険者及び厚生労働省は、継続的に図4や表3のようなサマリーデータの作成評価が可能になる。このことは当局が体系的かつ重点的な点検を行うことが可能にするものであり、監査指導の質とその有効性も飛躍的に向上するであろう。特に包括レセプトでは行われた医療内容の点検が十分にできないことを考えると、当局による診療録の直接点検が

表3 診断群分類「扁桃又はアデノイドの慢性疾患・手術あり」の収支分析例

		在院 日数	入院料	検査	画像 診断	投薬	注射	処置	手術	麻酔	固定費用	変動費用	合計
施設A	収入	9.4	20,016	1,778	0	393	1,506	127	6,949	7,506	20,016	18,259	38,275
	コスト		31,989	871	0	336	1,228	48	3,263	3,525	31,989	9,271	41,260
施設B	収入	9.2	19,989	558	0	3,820	1,287	549	8,148	8,323	19,989	19,245	39,234
	コスト		30,505	308	0	344	757	99	3,471	3,545	30,505	8,525	39,030
施設C	収入	7.4	16,193	0	0	282	600	225	6,627	7,614	16,193	15,348	31,541
	コスト		23,440	0	0	515	304	11	3,433	3,944	23,440	8,207	31,648

出典) 健保連(2000)。

指導監査の中心的活動になることが予想される。その意味でいわゆるカルテの正確な記載がこれまで以上に要求されるようになり、リスクマネジメントという視点においても、正の効果が期待できる。

VI DPCに基づく包括評価制度の今後の課題

図7は以上の議論をもとにDPCを用いて医療サービスの質の評価や効率化を実現していくため

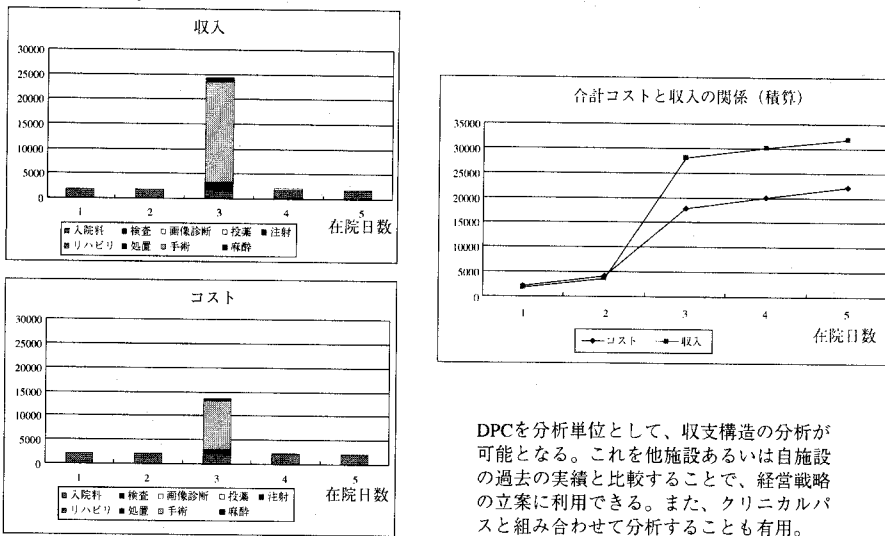


図6 DPCに基づく収支分析のモデル例

DPCを分析単位として、収支構造の分析が可能となる。これを他施設あるいは自施設の過去の実績と比較することで、経営戦略の立案に利用できる。また、クリニカルパスと組み合わせて分析することも有用。

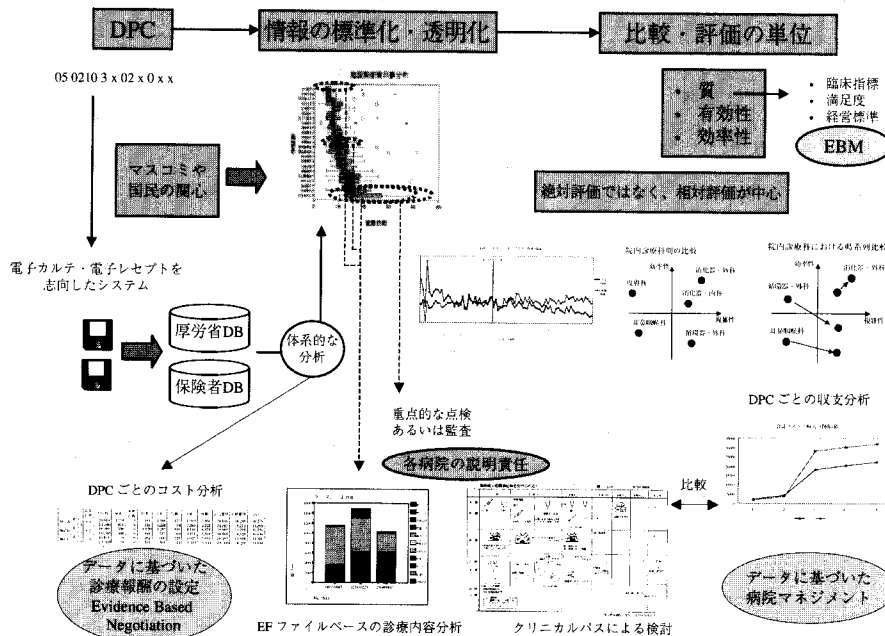


図7 DPCに基づいた医療サービスの質評価や効率化のためのシステム例



のシステムの例を示したものである。しかしながら、このようなシステムが実現するための課題は多い。以下、この点について述べる。

### 1 DPCの精緻化

平成15年4月からDPCに基づく包括支払い制度が全国82の特定機能病院等で開始されている。しかしながら、支払いに使うという点から考えると、現行の分類においては改善されるべき点がいくつかある。例えば、複数の傷病がある場合、どちらを主傷病とするかによって包括点数が異なる場合などがあり、現在の定義テーブルにおける矛盾の解消が早急に取り組むべき課題となっている。他方、中期的な課題としては、手間の係り具合をより反映する分類の作成がある。診断群分類を採用している多くの国において、重症度についてより妥当な評価ができる分類の開発は共通の課題となっており、アメリカではAPR-DRG及びIR-DRG、オーストラリアAR-DRG、カナダではCMGなどが開発されてきている。このような

精緻化の基本的考え方は、合併症・併存症の種類に応じて資源消費量からみた重症度を、各診断群分類について4から5段階程度を上限に設定するというものである。現在、筆者らもこのような方針に基づいて、DPCの精緻化作業を行っており、その成果についてはあらためて報告したいと考えている。

DPCの精緻化作業に関する第二の点は、包括評価の範囲の見直しである。例えば、極端に費用がかかる症例（これをコストアウトライヤーと呼ぶ）としては、化学療法を受けている場合などが多く報告されているが、こうした事例をどのように評価するかが精緻化を考える上で検討課題となる。たとえば、ばらつきを大きくするような要因については、包括に含めるのではなく出来高とするというのが一つの解決策である。また、コストアウトライヤーについては、ある一定額を超えた場合、その部分を出来高化するといった対応も可能であろう。この包括範囲の見直しに関しては、加算で対応するといった考え方もある。表4はオ

表4 オーストラリアにおける1病床あたり看護師数及びTISS 28スコアを基準としたICU区分と加算方式

分類基準	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
パフォーマンス基準I 1日あたり平均TISS 28スコア	≥18	≥22	≥27	≥32	≥37	≥40
パフォーマンス基準II 最低TISS 28スコア 最低TISS 28スコアの割合	20 30%	24 30%	29 30%	34 30%	39 30%	42 30%
パフォーマンス基準III 最低TISS 28スコア 最低TISS 28スコアの割合					45 5%	50 2%
評価基準 1床あたり看護師数 1日あたり加算点数	≥1.5 365	≥2.0 477	≥2.5 663	≥3.0 940	≥3.5 1145	≥4.0 1412
分類基準	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
パフォーマンス基準 1日あたり平均看護必要度スコア	≥18	≥22	≥27	≥32	≥37	≥40
評価基準 1床あたり看護師数 1日あたり加算点数	≥0.5 365	≥1.0 477	≥1.5 663	≥1.5 940	≥2.0 1145	≥2.0 1412

注) TISS 28スコアは外傷の重症度を評価するスコアで28項目からなる。

オーストリアのICUにおける評価方法を示したものである。オーストリアではLDGという独自の分類にしたがってDRG/PPS的な運用を行っているが、ICU症例については表4に示したように、そのICUが平均的にどのくらい重症の症例を扱っているか(TISS 28は外傷における重症度スコア)というパフォーマンス基準と、1ベッドあたり何人の看護師数が配置されているかという人員基準に基づいて、1ベッドあたりの加算を行っている。このような方法はわが国にも応用可能なものであり、今後その導入について検討の価値があると考えている。

## 2 DPC 関連事務作業の簡素化

現行のDPCに基づく診療報酬の請求作業においては、1入院1DPCの原則のもと月単位での請求が原則となっている。このため、例えば、4月のDPCと5月のDPCとが異なる場合、5月分の請求の際に4月にさかのぼって請求の調整を行うという手続きが必要になる。また、DPCで評価される期間(特定入院期間)を過ぎると包括から出来高に戻るといったルールが採用されている。さらに、例えば白内障の手術で入院した患者が、退院直前に心筋梗塞を発症し、明らかに別のDPCとして処理すべき病態が1入院1DPCの原則のために無理やり1DPC(この例の場合は心筋梗塞)に統合されてしまうという問題も生じてしまう。以上のような運用ルールは現場の実務を複雑にするものであり、今後、事務手続き上の簡素化が課題となる。

## 3 急性期入院以外の医療サービスにおける診断群分類の開発

DPCの開発目的は医療サービスのアウトカムを評価するための共通言語の開発にある。したがって、急性期入院医療のみならず、慢性期の入院さらには外来医療についての診断群分類の開発が課題となる。慢性期医療については狭義の医療サービスの必要度に加えて、看護必要度、リハビリテーション必要度、介護必要度などを組み合わせた分類を開発することが必要である。欧米の例で

は、アメリカのRUG、オーストラリアのCRAFT分類などがあるが、わが国においても、わが国の医療の状況を踏まえた上でその開発を行うことが今後求められるであろう。その際、すでに急性期入院におけるDPC、及び介護保険における要介護度が開発されていることを踏まえて、これらの分類との整合性に留意することが必要である。同様のことは外来を対象とした診断群分類の開発にも当てはまる。歴史的に入院・外来でほぼ共通の出来高払いをベースとした診療報酬体系を用いてきたわが国の場合、以上のような総合的な分類体系を確立することは、欧米に比較すれば容易であろう。ただし、このような分類を支払いに直結することの妥当性については、慎重であるべきである。特に、外来に関しては、1回の診察における診療行為のばらつきが大きい上に、資源消費量も少なく、それを包括評価することは難しい。諸外国の事例でも例えばアメリカのAPC、オーストラリアのVACS、カナダのCACSなどが開発されているが、個別ケースで見た場合の説明力はさほど高くないのが現状である。したがって、わが国で外来の診断群分類を開発する際には、諸外国におけるこれまでの経緯を参照としながら、まずは施設間比較を行うツールとして開発するというのが現実的な選択であると思われる。

## 4 人材の育成

DPCへの割付の基礎となるのはICD10でコード化された診断名と、処置や手術などの診療報酬表のKコード、Jコードなどである。このコード化が適切に行われることがコンピュータによるDPCへの正確な割付の基礎となる。欧米においてもコーディングの正確性を如何に担保するかがその導入初期においては大きな課題となり、専門職としてのコーダーの育成や医療情報を専門とする医師あるいは看護師の育成が行われてきた。わが国の場合、専門職としてのコーダーとしては日本病院会が養成している診療情報管理士が存在する。現在のところ同資格は公的な資格とはなっていないが、DPCを導入している施設の多くで、診療情報管理士が実質的に情報の質の管理を行っ

ている。今後、この職種の公的な位置づけをどうするかが課題であり、医療情報の質向上のためにも、十分な議論が必要であると考えられる。しかしながら、仮に診療情報管理士の資格が公的なものとなったとしても、医療情報に関する第一義的な責任は、発生源である医療職（医師、看護師など）が持つべきであると筆者は考えている。なぜならば、例えば、現在のDPCの基本となるのは「医療資源をもっとも投入した」と判断される傷病名であり、そこには臨床的判断が要求される場合が少なくないからである。したがって、例えば医師はコモンディージーズに加えて、自らの専門とする診療領域における傷病については少なくとも正確なコーディングができるべきであると考えられ、またそれを可能にする卒前・卒後の教育研修体制の確立が必要であろう。

## Ⅶ ま と め

情報化とは「情報の持つ能力を最大限に活用するための手法」と定義される。医療現場でのこの意味を考えれば、臨床的には医療サービスの質と効率性の向上のために、日常臨床の中で蓄積されるデータをいかに「役立つもの」に情報化し、それを活用するかという問題になる。しかしながら、これまでの医療の現場では、正確で使える状態の情報が少なかったのが実情であり、その主な原因の一つとして医療情報の標準化が遅れていたことが指摘できる。DPCはこの標準化のためのツールである。これまで医療の現場にばらばらのフォーマットで放置されていた情報が、DPCという共通のフォーマットで情報化され、それをもとに医療の質の評価や関係者間での情報の交換が可能になるのである。このことがわが国の医療界にもたらす正の効果は非常に大きいものであろう。しかしながら、一方で図4に示されたようなデータが一人歩きしてしまうことにも注意しなければならない。すでに述べたように、平均在院日数はあくまで評価指標の一つに過ぎないのであり、この指標のみで病院のパフォーマンスのすべてを語ることはできない。従って、DPCに関連して、医

療施設の機能や医療サービスの質を多面的に評価するための、その他の指標の開発が課題となる。また、そのような指標をいかに解釈するかについての、研究者の適切な解説も必要であろう。

ところで、診断群分類に関しては診療内容の標準化を強要するものであるとして、批判的な意見を聞くこともある。しかしながら、本論文で繰り返し強調しているように、DPCそのものはあくまで医療情報のフォーマットを標準化するものであり、診療内容の標準化を強制するものではない。人間の病気という極めて個性性と不確実性の高いものに対して、唯一絶対の方法論があるという考え方はあまりに安易である。医療サービスの効果や質の評価はあくまで相対評価が基本となるのであり、DPCはその単位を提示しているに過ぎない。しかしながら、このような共通の基盤があることが、評価の前提であり、また医療の質向上のためには必要なのである。例えば、在院日数についても短ければよいという性質のものではないだろう。病態に応じて何日くらいが適切な入院期間であるのかについては、医学的な判断とともに、利用者である患者の希望も尊重されなければならない。DPCはその議論のたたき台を提供するものである。

いずれにせよ、医療保険財政の逼迫と医療における消費者主権の台頭という大きな環境変化の中で、医療施設も変革を求められている。変革のキーワードは情報の標準化と透明化、そして説明責任と利用者による選択である。医療施設が自ら情報を公開し、それを国民が評価する時代が来ているのである。このような変革は医療関係者にとって必ずしも心地よいものばかりではないだろう。しかし、医療関係者の日々の努力が正当に評価されるためにも、情報の標準化と透明化を避けて通ることはできない。診断群分類の導入はこの流れの中にある。現場のニーズに応えるためにも、分類の継続的な精緻化作業を行っていくことと、DPCを用いた質の評価手法や経営評価手法を開発していくことが我々研究者の今後の課題であると考えられる。

なお、本論文は平成13年度及び平成14年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進事業「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究(主任研究者:松田晋哉)」に基づくものである。

## 注

- 1) DPC (Diagnosis Procedure Combination) : わが国の診断群分類はアメリカのDRGと区別する目的もあり、DPCと命名されている。これは日本の診断群分類の作成方法が、診断 Diagnosis と、それに対してどのような診療行為 Procedure を行ったかという組み合わせ Combination によって決まるというロジックを反映することによる。また、このようなロジックを採用しているのは、将来的に電子カルテが普及した際に、医師の日常診療記録がそのまま分類につながっていくというシステムを志向しているためでもある。
- 2) 決定係数  $R^2$  : 全体のばらつきを診断群分類でどの程度説明できるかを表す係数で1に近いほど説明力は高いと判断される。
- 3) 変動係数: 標準偏差を平均で除した係数で、一般に1.0未満であればばらつきが小さいと解釈される。

## 参考文献

- Fetter R. B., Shin Y., Freeman J. L., Averill R. F., and Thompson J. D. (1980) 「Case Mix Definition by Diagnosis Related Groups」『Medical Care』Vol. 18, No. 2.
- 高木安雄 (1992) 「老人医療における定額支払い制度の導入とその影響—N 老人病院の薬剤・検査費用の推移と患者 ADL の変化—」『医療と社会』Vol. 2, No. 1.
- 川淵孝一 (1996) 「入院医療管理料制度の薬剤に及ぼした影響に関する研究」『医療と社会』Vol. 6, No. 3.
- 医療経済研究機構 (1998) 『米国における疾病分類

の妥当性に関する研究報告書』, 医療経済研究機構。

医療経済研究機構 (1998) 『医療と福祉の産業連関分析報告書』, 医療経済研究機構。

日本医師会総合政策研究機構 (1999) 『DRG の妥当性に関する研究報告書』, 日本医師会。

健康保険組合連合会 (1999) 『平成10年度 急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業 報告書』, 健康保険組合連合会。

健康保険組合連合会 (2000) 『平成11年度 急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業 報告書』, 健康保険組合連合会。

健康保険組合連合会 (2001) 『平成12年度 急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業 報告書』, 健康保険組合連合会。

健康保険組合連合会 (2002) 『平成13年度 急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業 報告書』, 健康保険組合連合会。

遠藤久夫 (2002) 「包括支払制と医療の質」, 南部鶴彦編『医薬品産業組織論』, 東京大学出版会。

遠藤久夫 (2003) 「診療報酬の設計に関する考察—原価の把握の視点から—」『診療報酬体系に関する調査研究 報告書』(平成14年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業)。

信友浩一, 堀口裕正 (2003) 「病院管理学的分析に関する研究—DPCに基づく病院評価のための指標開発—」『急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究 報告書』(平成14年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)。

今中雄一 (2003) 『患者別・診断群分類原価計算方法 標準マニュアル』(平成14年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究 報告書」, 別冊2)。

松田晋哉・他 (2003) 『急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究 報告書』別冊1 (平成14年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業)。

(まつだ・しんや 産業医科大学教授)

# 患者自己負担と医療アクセスの公平性

## ——支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態——

遠藤 久夫  
篠崎 武久

### I 背景と目的

公的医療保険の主たる目的は所得格差による医療アクセスの不平等を回避することであるが、この効果を把握するためには二つのアプローチが可能である。一つは公的医療保険の社会保険料（および税）負担と医療保険給付に着目することである。現役世代から平均所得が低い高齢者世代に対して医療保険を通じて実質的な所得移転が行われることにより、高齢者の医療アクセスが改善されていることはよく知られている。遠藤・駒村（1999）による所得再分配調査データを使った分析によれば、所得と保険給付額（医療需要）の間には負の相関があり、公的医療保険を通じて世代間のみならず同一世代内でも高所得者から低所得者に対する所得移転が行われ、低所得者の医療アクセスが改善されていることが明らかにされている。

医療アクセスの公平性に関するもう一つのアプローチは公的医療保険の患者自己負担に着目するものである。個人にとって社会保険料や税はいわば埋没費用のようなものであり、負担した保険料の多寡が医療需要に影響を与えることはほとんどなく、医療アクセスに直接的に影響を与える経済的要因は自己負担額の大きさである。患者自己負担に着目した医療需要の価格弾力性の計測は日本でも精力的に研究されているが、公平性の視点から自己負担額と所得との関係を調査した研究はほとんどない。

本稿では後者のアプローチに立ち、1980年代

以降の医療アクセスの時系列変化および国際比較を行う。また医療改革の政策メニューとして混合診療<sup>1)</sup>解禁の議論があるが、この問題を論ずる上で所得と自己負担との関係は重要な意味をもつと考えられるため、上記の分析結果を踏まえて混合診療解禁に関する所見を述べる。

### II 分析方法

#### 1 支出比率とカクワニ指数

本稿で用いる指標は支出比率とカクワニ指数である。支出比率とは「医療費関連の自己負担（以下医療費支出）を課税前所得で除した値」として定義し、家計の実質的な医療費の負担感を示す指標ととらえる。本稿のアプローチは社会保険料等の負担を埋没費用とみなしているため、実質的な医療費負担感を表すためには医療費支出を可処分所得で除す方が合理的であるが、本稿の分析に用いる『全国消費実態調査』（総務省統計局、旧総務庁統計局）で可処分所得が計算可能なデータは勤労者世帯のみであることから課税前所得を採用した。

一方、カクワニ指数は税金の累進度、逆進度を計る指標として発案されたものである（Kakwani 1977）。Wagstaff et al. (1992, 1999) はこれを医療費支出の公平性を計る指標として用いたが、本稿では同様の視点で医療費支出の累進性、逆進性を計る指標として用いる。

カクワニ指数を視覚的に説明したものが図1である。横軸に所得の昇順で並べた人数の累積度数、縦軸にこれらの人々の所得および医療費支出の累

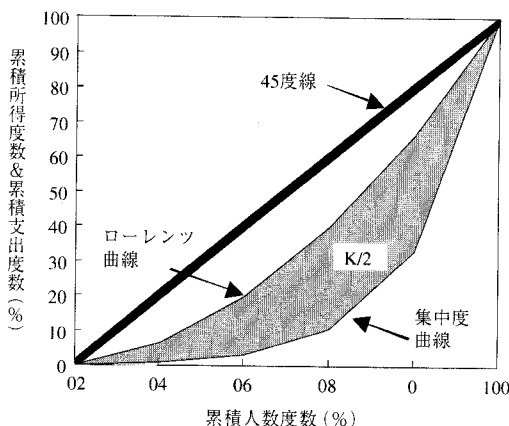


図1 カクワニ指数の概念図

積度数をとり、所得データからローレンツ曲線を、医療費支出データから曲線（集中度曲線と呼ぶ）を描く。ローレンツ曲線と45度線に囲まれた領域の面積の2倍がジニ係数 ( $G_b$ )、集中度曲線と45度線に囲まれた領域の面積の2倍が集中度係数 ( $G_a$ ) となり、カクワニ指数 ( $K$ ) は、 $K = G_a - G_b$  で計算される。集中度曲線がローレンツ曲線より右下に向かって膨らんでいるときには、高額所得者が所得に比してより多く医療費を支出しているため、支出は累進的、逆の場合は逆進的となる。したがって、カクワニ指数が正であれば支出は累進的、負であれば逆進的となる<sup>2)</sup>。

医療費支出のカクワニ指数に影響を及ぼす大きな要因は次の二つである。

### ① 医療需要と所得

医療需要と所得の負の相関が高いほど低所得者の医療支出が相対的に高くなるため、医療支出は逆進的となる。したがって高齢者は現役世代と比較して平均所得が低く医療需要は大きいいため、高齢化の進展は医療支出の逆進性を高めることになると考えられる。

### ② 公的医療保険の給付範囲と自己負担率

多くの医療は必需性の高いサービスであることから価格弾力性が1より小さいと考えられるため、保険の給付範囲の縮小や自己負担率の引き上げは低所得層の医療支出比率を相対的に上昇させるため逆進性は上昇すると考えられる。

## 2 アクセスの公平性の基準

ただ患者自己負担の累進性、逆進性を示すカクワニ指数の数値を以てアクセスの公平性を一意的に決定することはできない。それは以下の三つの理由による。

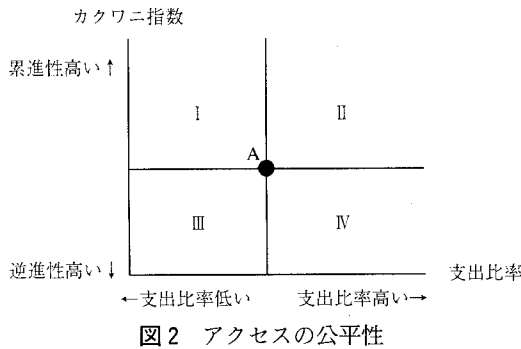
### 1) 公平の基準の多様性

たとえば「実際の医療需要量とは関係なく、誰でも所得に対する自己負担額が同程度であることが公平である」という公平に対する基準をとれば、医療費自己負担が所得と同じ比率で支出されている状態、すなわち各所得階層間で支出比率が同じ水準の状態が公平なアクセスが達成されている状況だといえる。この基準ではカクワニ指数がゼロの時にアクセスが公平だということになり、カクワニ指数が負値であれば（支出が逆進的な場合）、低所得者の支出比率が相対的に高いのであるから、低所得者の医療アクセスが相対的に不利な状況にあるということになる。しかし、「所得に関係なく全ての人が同額の自己負担をするのが公平である」という別の価値基準をとれば、集中度係数がゼロの時に公平な制度となり、カクワニ指数がゼロの場合は高所得者にとってアクセスが不利な状況になってしまう。このように、公平性の基準によりカクワニ指数の値の意味が異なることになる。

### 2) 支出比率とアクセスの公平性

アクセスの公平性を論ずる場合、カクワニ指数だけでなく支出比率も公平性に影響を与える大きな要素である。所得がそれぞれA 100万円、B 1000万円の2人がいて、医療支出がA 1万円、B 10万円の場合と、A 20万円、B 200万円の場合とではカクワニ指数は同じ値をとるが、後者の方が低所得者の医療費負担感は大いと考えられる。なぜなら高所得者の方が低所得者より所得に占める貯蓄額や奢侈財に対する支出が多いため、これらから必需性の高い医療支出へ振り替えることが低所得者より容易だと考えられるからである。したがって、同じカクワニ指数であっても、各所得階層で支出比率が大きい場合と、支出比率が小さい場合とでは、前者のほうが低所得者の医療アクセスが不利な状況にあると考えられる。

### 3) 選択的な消費としての医療



医療費支出の中には入院の療養環境や先端医療のように患者が自らの意思で選択する、ある意味で奢侈財的なものも含まれている。したがって、高所得者がこれらのサービスを利用した結果、支出が累進的になったからといって高所得者の医療アクセスが不利な状況にあるとはいえない。

本稿では、1)と2)に考慮して、支出比率とカクワニ指数は状態間の相対的關係を示す指標として扱う。すなわち、同じカクワニ指数であれば支出比率が大きい方が、同じ支出比率ならカクワニ指数が小さい(逆進性が高い)方が、低所得者の医療アクセスが不利な状況にあると考える。これを図示したものが図2である。Aの状況はIの範囲にある任意の状態より低所得者のアクセスに不利な状況である。またAの状況はIVの領域にある任意の状態より低所得者のアクセスにとって不利な状況ではないということになる。

### 3 使用データ

[日本のデータ]

家計ベースでの医療関連支出が把握できる調査としては『家計調査』と『全国消費実態調査』(いずれも総務省統計局)がある。前者は毎年、後者は5年ごとに行われるが、本稿では標本数が多いという理由で『全国消費実態調査』の公表データを用いた。『家計調査』の標本数は約8千世帯であるのに対し『全国消費実態調査』の標本数は約6万世帯と多い。『患者調査』(厚生労働省、旧厚生省)によれば、99年の受療率は外来5.4%、入院1.2%と入院の受診率はかなり低い。特に40

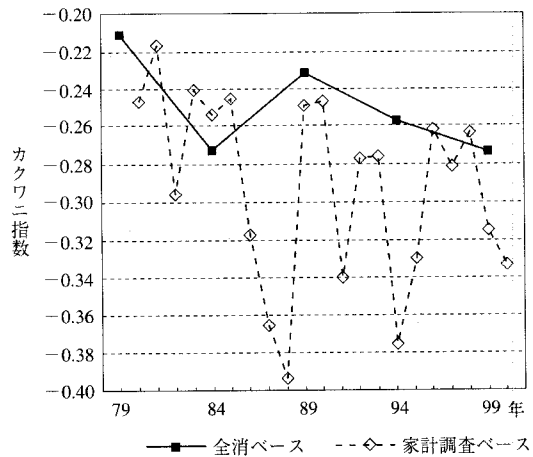


図3 全消ベースと家計調査ベースのカクワニ指数の比較(入院費, 全世界帯(単身世帯除く))

歳代では約0.6%と若年・壮年期ではさらに低くなる。したがって、『家計調査』の標本数では入院に対して代表性が確保できない可能性が高い。事実、図3は『家計調査』と『全国消費実態調査』の入院医療費に関するカクワニ指数のグラフであるが、家計調査の値が不安定であることが読み取れる。

[外国のデータ]

外国のデータは表1の調査を用いた。データは日本のデータ同様、すべて公表されたものである。

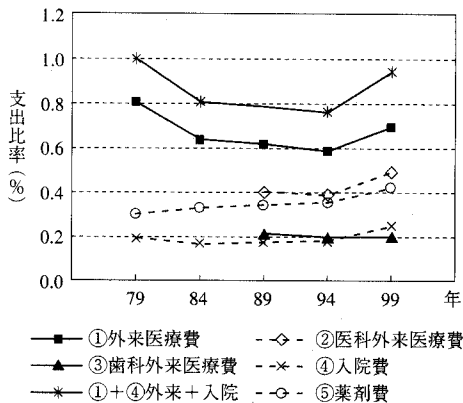
## III 分析結果1: 時系列分析

### 1 支出比率の変化

図4および表2は支出比率の経年推移を示したものである。99年の支出比率は外来医療費が0.69%、入院医療費0.25%と自己負担額の平均値では入院は外来の0.36倍である<sup>3)</sup>。時系列変化を見ると外来医療費の支出比率は79~84年に大きく低下し、84~94年はほぼ横ばいで推移したが、94~99年では大きく上昇した。入院費の支出比率は94~99年に大きく上昇した。支出比率の増加率を支出額増加率と所得増加率に分解したものが図5である。外来医療費では、84~89

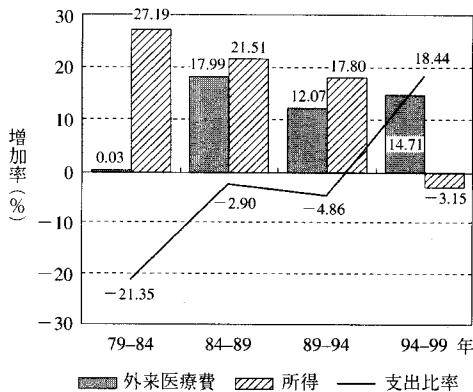
表1 本稿の分析に使用する統計一覧

国名	統計名 (下段カッコ内: 英語訳)	調査機関 (下段カッコ内: 英語訳)
アメリカ	Consumer Expenditure Survey	Bureau of Labor Statistics
イギリス	Family Expenditure Survey	Office for National Statistics
オランダ	Budgetonderzoek (Family Budget Survey)	Centrale Bureau voor de Statistiek (Central Bureau of Statistics)
カナダ	Family Expenditure in Canada	Statistics Canada
韓国	National Survey of Family Income and Expenditure	National Statistical Office
スウェーデン	Hushållens utgifter (1995年より Utgiftsbarometern) (Family Expenditure Survey)	Statistiska Centralbyrån (Statistics Sweden)
ドイツ	Einkommens- und Verbrauchsstichproben (Income and Expenditure Survey)	Statistisches Bundesamt (Federal Statistical Office)
日本	日本消費実態調査報告, 家計調査年報	総務庁統計局 (2001年より 総務省統計局)
フランス	Budget des Ménages (Family Budget Survey)	Institut National de la Statistique et des Études Économiques (National Institute of Statistics and Economic Studies)



資料出所) 『全国消費実態調査』。

図4 医療項目別に見た支出比率の経年変化 (全世帯 (単身世帯除く))



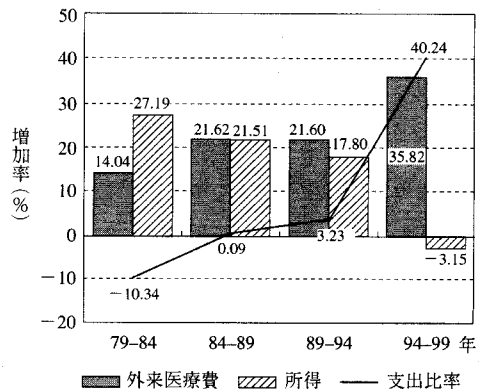
資料出所) 『全国消費実態調査』。

図5 支出比率の要因分解 (外来医療費と入院医療費, 全世帯 (単身世帯除く))

表2 医療項目別に見た支出比率の経年変化 (全世帯 (単身世帯除く)) (単位: %)

年	① (②+③) 外来医療費	② 医科外来医療費	③ 歯科外来医療費	④ 入院費	①+④ 外来+入院	⑤ 薬剤費
79	0.80			0.19	0.99	0.30
84	0.63			0.17	0.80	0.33
89	0.61	0.40	0.21	0.17	0.78	0.34
94	0.58	0.39	0.20	0.18	0.76	0.35
99	0.69	0.49	0.20	0.25	0.94	0.42

資料出所) 『全国消費実態調査』。





年, 89~94年, 94~99年はほぼ同じ伸び率で支出額は増加した。84~89年, 89~94年は所得の伸び率が支出の伸び率を上回ったため支出比率の増加率はマイナスとなったが, 94~99年では所得の伸び率がマイナスに落ち込んだため支出比率の増加率はプラスに転じた。一方, 入院医療費では, 84~89年, 89~94年は支出額が増加したが, 所得が同程度に上昇したため支出比率は同水準にとどまった。94~99年は支出額の伸び率が大きく増加し, 一方で所得の伸び率がマイナスに落ち込んだため支出比率は大きく上昇した。以上の結果, 入院医療費の支出比率は84年の0.17%から99年には0.25%へと上昇した。

2 カクワニ指数の変化

(1) 外来医療費と入院医療費

図6, 表3は外来と入院のカクワニ指数の時系列変化を示したものである。医科外来, 歯科外来と入院医療費の比較では, 歯科外来が最も逆進性が小さい。これは歯科外来は医科外来と比較して特定療養費(金属床義歯等)や自由診療(矯正歯科等)のウェイトが高いことが大きな理由だと考えられる。入院医療費(大半が医科)と医科外来では入院の方が逆進性が低い。一般に入退院の意思決定は外来受診の意思決定と比較して患者の選択の余地は小さいため, 入院需要の方が外来需要

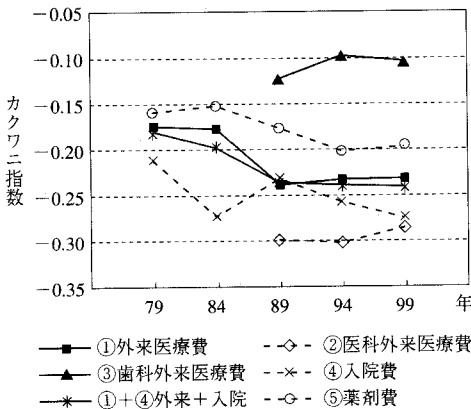
より所得非弾力的になると考えられる。そうだとすれば, 入院の方が外来より逆進性は高くなると考えられる。一方, 入院には室料差額代(差額ベッド代)という支出額の大きな特定療養費があるのに対して, 外来の特定療養費は予約診療代や時間外診療代など支出額が大きなものではない。このことは入院の方が外来より支出の逆進性が低くなる可能性が高いことを示している。実際には入院の方が医科外来より逆進性が低いのであるから, 後者の要因が強く働いていると考えられる。

89年以降の時系列変化を見ると入院医療費の逆進性は上昇傾向にあり, その結果, 外来と入院の逆進性の差は縮小してきている。これは入院医療費において低所得層(第1分位, 第2分位)の支出比率が他の所得階層の支出比率より高い伸び

表3 医療項目別に見たカクワニ指数の経年変化(全世帯(単身世帯除く))

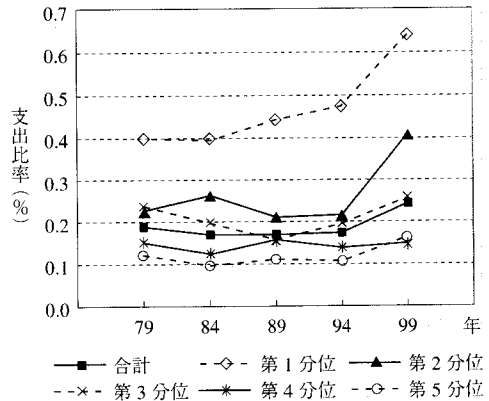
	①(②+③)	②	③	④	①+④	⑤
	外来 医療費	医科外来 医療費	歯科外来 医療費	入院費	外来 +入院	薬剤費
79	-0.174			-0.211	-0.181	-0.159
84	-0.177			-0.272	-0.197	-0.152
89	-0.238	-0.298	-0.123	-0.231	-0.236	-0.175
94	-0.233	-0.301	-0.099	-0.257	-0.238	-0.201
99	-0.231	-0.283	-0.105	-0.273	-0.242	-0.195

資料出所) 『全国消費実態調査』。



資料出所) 『全国消費実態調査』。

図6 医療項目別に見たカクワニ指数の経年変化(全世帯(単身世帯除く))



資料出所) 『全国消費実態調査』。

図7 所得分位別に見た支出比率の経年変化(入院費, 全世帯(単身世帯除く))

を示したためである(図7)。この理由については次のことが考えられる。

第一は、高齢化の影響である。高齢者の増加は外来より入院の需要を増やすが、高齢者世帯は全世帯より平均所得は少なく医療費支出は大きい(表4)。したがって、高齢者の増加が入院患者の逆進性を高めたと考えられる。表5は高齢化の影響をできるだけ除くために、標本集団に高齢世帯が含まれる割合が小さい勤労者世帯を標本としたカクワニ指数である。勤労者世帯のデータでは、1) すべての支出項目で全世帯データより逆進性が低く、2) 94~99年に入院医療費の逆進性が上昇するという全世帯データに見られる傾向が認められない。このことから、高齢化は入院医療費を中心に医療費支出全体の逆進性を高める方向に働いたことがうかがえる。

高齢化により入院医療費の逆進性が上昇するのであれば、表3の入院医療費のカクワニ指標は趨勢的に低下してもよさそうなものだが、84年に大きな低下を示し、89年に上昇し、その後は趨勢的に低下している。我々はこの原因を84年の保険制度改正と『全国消費実態調査』の調査期間が重なったためだと考える。84年改正(被保険者

本人の自己負担をそれまでの定額負担(初診時800円, 入院時1日500円)から定率1割負担(外来および入院)へ変更)の施行月は10月であり、一方、『全国消費実態調査』の調査月は9, 10, 11月の3ヵ月であった。すなわち、84年は『全国消費実態調査』の調査対象月に自己負担引上げの改定があったことになる。自己負担引上げ改定に伴う患者の需要調整行動には一定の時間を要すると考えられる。特に入院は外来と比較して需要量の調整反応は遅いことから、84年では低所得者が退院を早めるなどの入院に関する需要調整が不十分だったため、逆進性が大きく上昇したと推測できる。84年の外来医療費のカクワニ指数が安定的であったことや(表3)、澤野(2001)の『家計調査』データを用いた分析で84年改正の家計支出に与えた影響が軽微であったという結論などもこの推論を支持するものと考えられる。したがって84年の逆進性の急伸は特殊事情を反映した異常値だと考えられる。

入院の逆進性が上昇傾向にある第二の理由は、保険制度の改正に伴う患者の自己負担増加の影響である。84年改正以降では97年に外来・入院ともに被保険者本人の自己負担率を2割に引き上げ、薬剤費の一部負担を課するという改正が実施された。入院に対する需要の価格弾力性が1より小さく、かつ価格弾力性は入院の方が外来より小さいこと

表4 所得と保健医療サービス支出の世帯別比較

(単位:円)

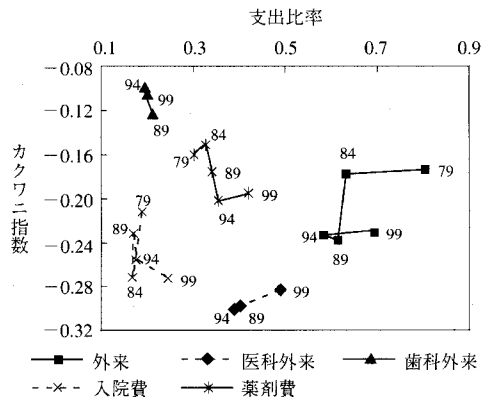
	所得	保健医療サービス支出
全世帯	7,590,200	79,606
勤労者世帯	7,991,600	73,368
高齢者夫婦世帯	4,876,024	92,778

資料出所) 『全国消費実態調査』。

表5 医療項目別に見たカクワニ指数の経年変化(二人以上の世帯, 勤労者世帯(単身世帯除く))

年	①(②+③)		②	③	④	①+④	⑤
	外来医療費	歯科外来医療費	歯科外来医療費	入院費	外来+入院	薬剤費	
79	-0.149				-0.175	-0.154	-0.116
84	-0.149				-0.273	-0.174	-0.106
89	-0.192	-0.257	-0.075	-0.227	-0.199	-0.114	
94	-0.186	-0.256	-0.049	-0.205	-0.190	-0.130	
99	-0.173	-0.220	-0.061	-0.227	-0.186	-0.116	

資料出所) 『全国消費実態調査』。



資料出所) 『全国消費実態調査』。

図8 医療項目別に見た支出比率とカクワニ指数の経年変化(全世帯(単身者除く))

が予想されるため、これらの改正は外来より入院において低所得者の医療費を相対的に増加させ、結果として逆進性を高めたことが考えられる。

### (2) 支出比率とカクワニ指数の経年変化

図8は医療項目別に支出比率とカクワニ指数の経年変化を同一の図に示したものである。84年以降の傾向を見ると、外来では84～89年に逆進性が高まり94～99年に支出比率の上昇が見られ、結果として84～99年では低所得者の医療アクセスが不利になっている。入院では84年の逆進性の上昇を調査のタイミングに起因する異常値と考えれば、80年代以降は一貫して逆進性が高まり、94～99年に支出比率が上昇し、結果として入院医療でも低所得者の医療アクセスは不利になっていることが分かる。この傾向は高齢化の進展、所得の伸び悩み、2000年以降の保険制度改定<sup>4)</sup>により、観測年以降も継続していると予想される。

### (3) 高齢世帯の支出比率

高齢者夫婦世帯の医療関連費の支出比率を全世界帯と比較したものが図9である。高齢者夫婦世帯の統計では医療関連の支出として保健医療サービス<sup>5)</sup>、薬剤費、総医療関連支出しかデータがないため、公的医療保険との関連が最も高い保健医療サービスを全世界帯と比較した。84年の支出比率は全世界帯0.90、高齢者夫婦世帯1.20(有業0.96、無業1.64)であったが、99年では全世界帯1.05、

高齢者夫婦世帯1.90(有業1.52、無業2.27)と支出比率の伸び率は高齢者が全体を上回った。制度的には自己負担の軽減が図られている高齢者であるが、支出比率では全世界帯平均より高く、かつその差は拡大している。このことから高齢者の増加が医療支出の逆進性を上昇させる方向ではたらくことが分かる。

## IV 分析結果2：国際比較

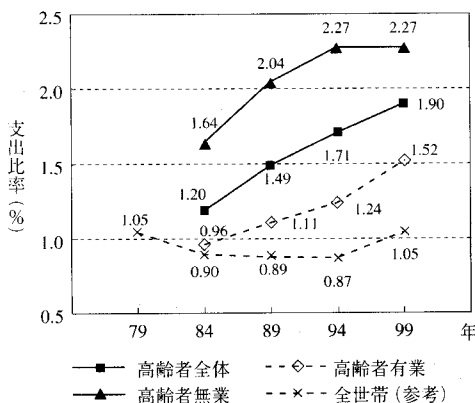
次に、わが国の医療関連支出の特徴を他の国と比較する。

### 1 総医療関連支出による比較

総医療関連支出とは、①公的医療保険の対象となる財・サービスへの支出、②保険対象外の医療関連の財・サービスへの支出の合計である。本研究の対象とする医療関連支出とは原則として①を考えるが、国際比較では支出項目を統一させる必要があるため、全ての調査対象国で把握可能な総医療関連支出を用いた(表6参照)。全ての医療関連の財・サービスが代替的であると仮定すれば総医療関連支出を用いて比較することも一定の合理性を有すると考える<sup>6)</sup>。

図10は8カ国において各観測年の毎に支出比率とカクワニ指数を計算して平均値を算出している。低所得者の医療アクセスが高所得者より不利である程度を図2の基準に従うと、日本はカナダとほぼ同じ水準にあり、イギリスより低所得者のアクセスは不利な状況にあるが、アメリカや韓国よりは不利な状況にないことが読み取れる。

イギリスはNHS(National Health Service)により全ての人の自己負担が少ないため支出比率は低いが、経済的に余裕のある層は入院の待機期間の短縮などを目的とした民間病院やペイ・ベッド(公立病院内にある自費で優先的に使用できる病床)を自費で利用する傾向があり、その分逆進性は低下している。その結果イギリスは支出比率が低く、逆進性はそれほど大きくない。アメリカは医療費が高額なことに加え、公的医療保険の対象者が高齢者と低所得者に限定されているため支



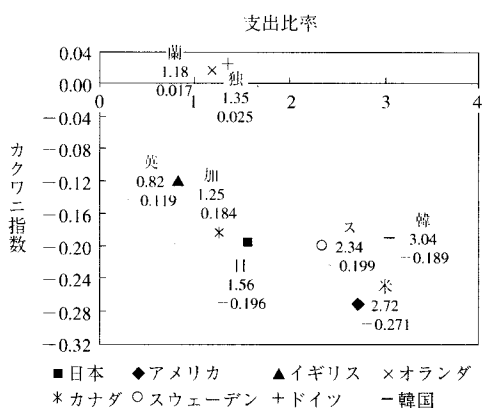
資料出所) 『全国消費実態調査』。

図9 医療項目別に見た支出比率の経年変化(高齢者夫婦のみの世帯)

表6 各国で利用可能な医療項目の一覧

国名	医療費用区分											所得のタイプ
	① 外来 医療費	② 医科外来 医療費	③ 歯科外来 医療費	④ 入院 医療費	⑤ 薬剤費	⑥ その他医療 関連サー ビス費用	⑦ その他 医療用具 費用	⑧ 私的医療 保険料	①+④+⑤ +⑥+⑦	①+④+⑤ +⑥+⑦+⑧	①+④+⑥ 保健医療 サービス 支出	
アメリカ					○		○	○	○	○	○	課税前・世帯所得
イギリス					○			○	○	○	○	課税前・世帯所得
オランダ									○			可処分・世帯所得
カナダ			○		○			○	○	○		課税前・世帯所得
韓国					○		○		○		○	課税前・世帯所得
スウェーデン									○			可処分・世帯所得
ドイツ					○			○	○		○	課税前・世帯所得
日本	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	課税前・世帯所得
フランス				○					○	○		課税前・等価所得

- 注1) 94年以降のイギリスの薬剤費は眼鏡を含む。
- 注2) 93年以前のイギリスの私的医療保険料は傷害保険料、共済組合費等を含む。
- 注3) 93年以前のイギリスの保健医療サービス支出は眼鏡を含む。
- 注4) ドイツの薬剤費は包帯、湿布などの消費財を含む。



資料出所) 表1参照。

- 注1) 図中の各国の位置は以下の年次の平均値  
 日本)79, 84, 89, 94, 99      カナダ)86, 92  
 アメリカ)84-99                      スウェーデン)88,92,96  
 イギリス)80, 84-99                  ドイツ)78, 83, 88, 93  
 オランダ)80, 84, 95                  韓国)96

注2) オランダ、スウェーデンは可処分所得から計算。

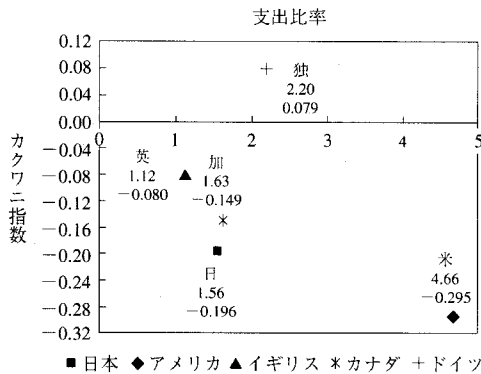
図10 各国の支出比率とカクワニ指数(総医療関連支出)

出比率は非常に大きい。また逆進性が非常に高いのは次の理由によると考えられる。1) 非高齢者は公的医療保険の対象とならないため私的医療保険に加入しないかぎり無保険者となるため、低所得層の医療費支出は相対的に大きくなる(2000年

では国民の約17%は無保険者といわれる)、2) 大企業の役員・従業員は福利厚生として保険料を企業が負担する団体保険に加入する慣行があるため、大企業従業員(=高所得者)の医療関連支出は相対的に少なくなる。その結果、アメリカは先進国の中で最も低所得者の医療アクセスが不利な状況にあるといえる。ドイツの支出比率は日本並であるが、支出が累進的であるのが特徴である。ドイツは一定の所得水準を越える被雇用者、自営業者、公務員は公的医療保険への加入義務はなく自由意思で公的医療保険から離脱できる。そのため、高所得者の医療費支出が増え医療関連支出は累進的となっていると考えられる。この場合、自由意思で公的医療保険から離脱しているのであるから、支出が累進的だといっても高所得者のアクセスが不利だということはいえない。

## 2 私的医療保険

多くの国では公的医療保険とは別に医療費自己負担をカバーする方法として私的医療保険が利用されている。その場合、医療関連支出に私的医療保険の保険料を加えることが正しい自己負担額だということもできる。そこで所得階層別に私的医療保険の保険料が把握できるドイツ、イギリス、



資料出所) 表1参照。

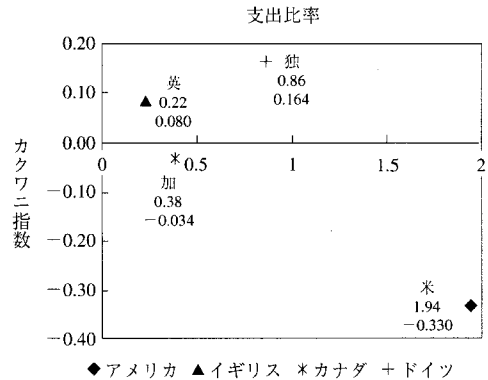
注1) 図中の各国の位置は以下の年次の平均値  
 日本)79, 84, 89, 94, 99    カナダ)86, 92  
 アメリカ)84-99    ドイツ)78, 83, 88, 93  
 イギリス)94-99

注2) 日本は私的医療保険料のデータが取れないため総医療関連支出のデータを参考値として記載。

図11 各国の支出比率とカクワニ指数(総医療関連支出+私的医療保険料)

カナダ、アメリカについて総医療関連支出に私的医療保険料を加えた支出パターンを示したのが図11である。総医療関連支出だけの場合と比較して、4カ国とも保険料の支出の分だけ支出比率は増加する。一方、上下方向では、ドイツ、イギリス、カナダは上方シフトするが、アメリカは下方シフトする。これは、前3カ国の私的医療保険とアメリカでの私的医療保険の経済的意味が異なることに起因する。

図12は4カ国の私的医療保険の保険料に関する支出比率とカクワニ指数を記したものであるが、ドイツ、イギリスは累進的、カナダとアメリカは逆進的である。特にアメリカの逆進性は非常に高い。私的医療保険の保険料支出の累進性・逆進性はその国の公的医療保険の仕組みに依存するところが大きい。ドイツの私的医療保険は2タイプに大別できる。一つは公的医療保険を自分の意思で離脱した高所得の被雇用者、自営業者、公務員などが加入する保険である(約720万人が加入)。もう一つのタイプは差額ベッドや歯科補綴を対象とした公的医療保険を補完するものである。どちらのタイプの保険も経済的余裕のある層が積極的



資料出所) 表1参照。

注) 図中の各国の位置は以下の年次の平均値  
 アメリカ)84-99    カナダ)86, 92  
 イギリス)94-99    ドイツ)78, 83, 88, 93

図12 各国の支出比率とカクワニ指数(私的医療保険料)

表7 私的保険料のカクワニ指数(勤労者世帯(単身世帯除く))

年	私的保険料
79	-0.078
84	-0.070
89	-0.059
94	-0.072
99	-0.060

資料出所) 【全国消費実態調査】。

注) 私的保険料には医療保険のほか、生損保の保険料を含む。

に加入する傾向があるため支出が累進的となる。自己負担の低いNHSを採用するイギリスでは、私的医療保険加入の主たる目的はペイ・ベッドや民間病院の利用であるため、高所得者が積極的に加入する。このようにドイツ、イギリスでは私的医療保険は奢侈財的性格をもっており、保険料支出も累進的である。

それに対して、アメリカは公的医療保険の対象は高齢者と貧困者であるため、非高齢者にとって私的医療保険は必需性の高い財であり、そのため保険料支出は逆進性をもつと考えられる。さらにアメリカの特徴として大企業は福利厚生の一環として私的保険料の大半を企業が負担するため、低所得者の保険料負担は相対的に大きくなることも、逆進性を高める理由だと考えられる。

日本では所得階層別に私的医療保険の保険料を補足した公表データが存在しないため、私的保険料(医療保険を含む生損保の保険料)支出のカクワニ指数を調べたものが表7である。所得階層別の医療保険加入状況が同様のパターンを示すと仮定すれば、日本の私的医療保険も逆進性が低いと考えられる<sup>7)</sup>。

## V 混合診療に関する考察

本稿の分析結果は混合診療の解禁を考える上で有益な情報を提供している。混合診療の解禁は医療費支出に関して二つの影響を与えられられる。一つは所得に応じた医療費支出が促進されるため逆進性を低下させる可能性が高いことであり、もう一つは確実に支出比率を上昇させることである。

まず逆進性について考えてみよう。①国内的には自由診療のウェイトの高い歯科医療においてアクセス上の大きな不平等が生じていないこと、②国際比較では日本は皆保険制度を持たないアメリカを除くと逆進性は最も高い水準にあることなどから、混合診療の解禁により逆進性が低下したとしても医療アクセス上大きな問題が生ずるとは考えにくい。しかし支出比率の視点からは混合診療の解禁に慎重であるべきというメッセージが示される。①国内的には保険制度の改定、不況および高齢化により入院を中心に医療関連支出の支出比率が上昇しており、その傾向は今後も続く予想されること、②国際比較では日本の総医療費支出の支出比率は1.72%(99年)で、アメリカの2.7%(99年)を下回るもののドイツの1.76%(93年)、カナダの1.80%(96年)と同水準で、イギリスの1.11%(99年)、オランダの1.17%(95年)を上回っていること、などを考慮すれば混合診療の解禁により支出比率がさらに上昇することは問題視すべきである。

混合診療の最大の問題は、患者が自由診療の内容を的確に理解して、所得に応じて自由に選択することがどこまで可能なのか、という点である。医師・患者間の情報の非対称性の存在や患者が自

由選択できる環境に置かれている保証がないことにより、低所得者も非自発的に高い自己負担を行わなければならない状況も予想される。その場合、混合診療の解禁は支出比率の上昇と逆進性の上昇を同時に生じさせて、低所得者の医療アクセスをより不利な状況に移行させてしまう。日本の状況をアメリカに近づけることになる。このことを回避するためには、自由診療の対象としてすべてを自由にするのはではなく、限定的に対象を選定する特定療養費の運用拡大が妥当だと考える。運用拡大の対象としては、患者の利便性の向上、患者の評価可能性などを考慮して、①アメニティに代表される医療の中核とならないもの、②諸外国で標準的に使用されている医薬品や高度な医療技術、③検査を中心とした予防的医療の一部、④鍼灸など国家資格が必要なサービスなどに適用するのが適切ではないだろうか。

### 注

- 1) 混合診療の禁止とは一疾患に対する一連の診療行為において保険診療と自由診療を併用した場合、全額を患者負担とする制度である。
- 2) ローレンツ曲線と集中度曲線が途中で交差する、あるいは集中度曲線が45度線と交差する場合があるが、この場合カクワニ指数は累進度・逆進度を正しく評価できない。本稿で行ったカクワニ指数の計算では交差の例は少数であり、それも大きな交差ではなく、交差によるバイアスは小さいことを確認した。
- 3) 入院医療費は外来医療費より高いが、①入院は外来受診より頻度が小さい、②自己負担率が低く設定されている高齢者の占める割合は入院の方が外来より大きい、③入院の方が高額療養費の適用者が多い、という理由で自己負担額の平均値は入院の方が低くなっていると考えられる。
- 4) 2000年改正は①70歳以上の高齢者の外来、入院が定額から定率1割(上限あり)へ変更、②高額療養費の上限引上げを実施。2002年改正では一定以上の所得のある高齢者は自己負担率2割へ引上げ、被保険者本人の自己負担率3割に引上げ(2003年実施)。
- 5) 保健医療サービスとは日本では医科外来、歯科外来、入院、その他の保健サービス(人間ドック代、予防注射代、検眼料、鍼・灸・あんま・指圧代、接骨医治療代など)の合計である。
- 6) 日本の99年『全国消費実態調査』(全世帯)では総医療関連支出に占める割合は外来医療費

38%, 入院医療費 14%, 薬剤費 23%であった。  
 7) 日本でも最近では私的医療保険の加入が急増しているが、その実証研究は非常に少ない。その中でも先駆的な研究として滋野(2000)と澤野・大竹(2002)があげられる。滋野(2000)が独自のアンケート調査に基づき分析した結果では、生命保険の加入の有無は勤労所得と有意に正の関係があるが、私的医療保険の加入の有無と勤労所得とは有意な関係が認められなかった。一方、生命保険文化センターが実施したアンケート調査の結果を用いた澤野・大竹(2002)の分析では、私的医療保険の入院給付金額と世帯所得は有意に正の関係が認められたが、生命保険の加入の有無と世帯所得とは有意な関係が認められなかった。このように生命保険の需要と私的医療保険の需要の関係は明確でないため、生命保険料が多くを占める私的保険全体の保険料を私的医療保険の保険料に代理させてカクワニ指数を計算した表7の結果については慎重に読む必要がある。

本研究に用いたデータは医療経済研究機構平成12年度自主研究『医療費自己負担の分析：支出比率とカクワニ指数の国際比較と時系列分析』の調査結果に負うものである。

#### 参考文献

Kakwani, N. C. (1977) "Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison",

*Economic Journal*, Vol. 87, March, pp. 71-80.

Wagstaff, Adam et al. (1992) "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons", *Journal of Health Economics*, Vol. 11, pp. 361-87.

Wagstaff, Adam et al. (1999) "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, pp. 263-90.

医療経済研究機構(2001)『医療費自己負担の分析報告書』, 医療経済研究機構・社会保険福祉協会。

遠藤久夫・駒村康平(1999)「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』Vol. 35, No. 2, pp. 141-48。

厚生労働省大臣官房統計情報部編, 平成11年『国民医療費』。

澤野孝一朗(2001)「家計消費における医療費自己負担 エンゲル曲線アプローチ」『日本経済研究』No. 42, pp. 61-84。

澤野孝一朗・大竹文雄(2002)「私的医療保険需要の決定要因：入院診療と医療費負担」『医療と社会』Vol. 12, No. 3, pp. 117-36。

滋野由紀子(2000)「私的医療保険の需要と公的医療保険」『季刊社会保障研究』Vol. 36, No. 3, pp. 378-90。

(えんどう・ひさお 学習院大学教授)

(しのざき・たけひさ 東京大学社会科学研究所 助手)

## 医療機関の資金調達の実態と課題

真野俊樹

### I 背景

株式会社による病院経営解禁論が総合規制改革会議、経済財政諮問会議を通して根強いものがある。この是非を議論することは本稿の目的ではないが、情報開示を通して医療機関の経営を透明化することが、争点のひとつであることは言うまでもない。すなわち、株式会社のほうが<sup>1)</sup>透明性が高いという議論である。この論点は株式会社や医療機関といった組織のガバナンスの問題と密接に関連する。

さらに、この議論は医療機関が営利法人形態で

表1 医療システムの基本類型(国際比較)

	イギリス	フランス	ドイツ	日本	アメリカ
供給	公	公	公	私	私
delivery	ほぼ全て	約70%	約90%	約20%	約25%
財政	公	公	公	公	私
finance	税	保険料	保険料	保険料+税	—

注) 供給の下欄は全病床に占める公的病院(国立・公立)の病床の割合。ドイツの場合は「公益病院(宗教法人立・財団法人立等)を含む。

出典) 広井良典『医療の経済学』(1994)。

表2

	所有		公	共同	私	
資金調達	投資資金	公	運転資金	①	②	③
				私	④	⑤
	私	私	運転資金	⑦	⑧	⑨
				私	⑩	⑪

運営できないことから資本市場からの資金調達が制限されている、マーケットテストを受けないため非効率である、という議論につながる。

公的とされるサービスをどのように供給するかは、4つのマトリックスで捉えることができる。すなわち提供が民間か公かという軸と、ファイナンスが民間か公かという軸である。医療をこの軸で分類したものが表1であり、日本は公的なファイナンスがついた上での民間供給が主体であるといえる。

このファイナンスは、日本の診療報酬制度においては、主に運転資金を保障する形になっている。資金調達を運転資金と投資資金に分けて分類したものが表2である。ここでの運転資金とは主に提供するサービスの対価によってまかなわれるもので医療サービスの場合には診療報酬がこれにあたる。⑫は完全な私企業であり、公的な病院は①にあたる。共同所有とは生協のような共同組合組織、財団法人などを指すが、学校法人も⑪、持分のない医療法人は⑧に分類される。一方持分のある医療法人や個人病院は⑨になる。補助金によって建築がまかなわれ、かつサービスも公的に提供されていた、介護保険導入前の介護サービス提供は②にあたる。

本稿では、まず医療機関の資金調達についての実態を紹介し、ついで最近話題になっている病院債(医療機関債)について論じたい。さらに医療機関の営利・非営利問題、ガバナンスの問題を資金調達との関連で扱いたい。



## II 医療機関における資金調達の実態

医療機関の資金調達は主として銀行からの長期借り入れに偏っている。1999年の医療経済実態調査によれば、また、医療法人の長期借入金は平均で6億2,676万円であるのに対し、短期借り入れは9,300万円と、長期借り入れは短期借り入れの6.7倍である。

最初に、資金調達に関する最近の調査を概観したい。まず、平成13年度厚生科学研究による結果を報告しよう<sup>1)</sup>。このアンケートは、全国の医療法人5,109病院と個人病院1,517病院(合計

6,626病院)から病床規模、都道府県で層化抽出した2,000病院に対して実施し、有効回答率は14.8%であった。

調査結果であるが、まず経営課題については、病院経営上、困っていることについてたずねたところ、回答を寄せた病院のうち、資金調達の困難性を挙げる病院は16%、項目別の順位では9番目に過ぎず、資金調達に対する関心度は相対的に高くはなかった。なお、関心の高い項目としては、医師不足等の人材不足や在院日数の長さなどが挙げられた。

資金調達の実態については、長期資金は約6割が必要とし、それら必要と答えた病院のうち約4

表3 医療保健衛生業に対する銀行などの貸付残高の推移(日銀資料)

年度末		平成10	シェア	平成11	シェア	平成12	シェア	平成13	シェア
事業団	設備	14,767	12.6%	16,897	14.0%	17,975	15.0%	18,666	15.6%
	その他	111	0.1%	134	0.1%	150	0.1%	169	0.1%
	合計	14,878	12.7%	17,031	14.1%	18,125	15.1%	18,825	15.7%
市中銀	設備	69,245	59.1%	69,640	57.5%	68,849	57.3%	67,609	56.4%
	その他	32,301	27.6%	30,741	25.4%	29,328	24.4%	29,160	24.3%
	合計	101,726	86.8%	100,381	82.9%	98,177	81.7%	96,769	80.8%
他機関	設備	282	0.2%	2,787	2.3%	3,085	2.6%	3,300	2.8%
	その他	269	0.2%	818	0.7%	835	0.7%	898	0.7%
	合計	551	0.5%	3,605	3.0%	3,920	3.3%	4,198	3.5%
合計	設備	84,474	72.1%	89,324	73.8%	89,909	74.8%	89,575	74.8%
	その他	32,681	27.9%	31,693	26.2%	30,313	25.2%	30,217	25.2%
	合計	117,155	100.0%	121,017	100.0%	120,222	100.0%	119,792	100.0%
全産業		6,071,020		6,455,856		6,242,489		5,972,253	
シェア		1.9%		1.9%		1.9%		2.0%	
前年比増減率									
事業団				1.145		1.064		1.039	
市中銀				0.987		0.978		0.986	
他機関				6.543		1.087		1.071	
合計				1.033		0.993		0.996	
全産業				1.063		0.967		0.957	

注) 事業団とは、医療・社会福祉事業団である。

医療保健衛生業とは、病院・診療所・助産所・マッサージ業・滅菌業・看護士業・水質点検作業を含む。

市中銀とは、都市銀行・地方銀行・第二地方銀行・信用金庫。

他機関とは、商工組合中央金庫・農林中央金庫・日本政策投資銀行・国際協力銀行・国民生活金融公庫・中小企業金融公庫・沖繩振興開発金融公庫。

社福事業団の計数は、社福事業団調べ(出典には含まれず)。

割が不足としていた。

その資金需要の中身であるが、これは建物の増改築が圧倒的で約8割であった。ここ5年間程度の信用金庫、信用組合を含む銀行の融資態度は、以前と変わらないとする病院が約5割あったが、一方で以前より借りやすくなった病院が約2割、厳しくなったとする病院が約2割と、変化があったとする病院が4割あった。なお、当然ではあるが、後述するように医療が価値財であり、公益を前提とする限り、銀行の融資態度の消極さ、貸し渋りについては他の財をサービスする提供主体についてより厳しい見方が必要であろう。すなわち、貸し渋りに対して病院の経営に影響を及ぼすものが存在するのであれば、少数であっても注意していく姿勢である。

一方、病院の資金調達を容易にする方策については、公的支援を求める声が圧倒的であった。

また、マクロデータである「医療保健衛生業に対する銀行などの貸付残高の推移(日銀資料)」(表3)を見ると医療機関に対する間接金融の姿勢が厳しくなっていることがうかがわれる。

一方、筆者らは、平成14年度厚生科学研究により、医療機関の営利・非営利の問題について調査研究を行っている<sup>2)</sup>。この調査は、日本病院会

加入病院2,621施設に対して、名古屋大学医学部医療管理情報学教室が2003年1月に行ったものであり、回収率は22.4%であった。

この結果では、経営状態は「やや悪い」までで半数を超えた。一部の病院に、PFI(民間資金等の活用による公共施設等の整備)を実施したいとか、市民出資債<sup>3)</sup>を実施したい、という声が聞かれた。

病院の営利・非営利を意識したことがある経営者は80%を超えたが、ステークホルダーという言葉聞いたことがある経営者層は33%であった。

情報公開の程度は、公益性との関連で論じることができる。情報公開を、「不特定多数」に公開することが重要と考えるものは40%弱、「地域住民」に公開することが重要と考えるものは95%強と情報公開に対する意欲は高い(図1)しかしながら、財務内容「不特定多数」に公開することが重要と考えるものは10%強であり、「地域住民」に対して公開することが重要と考えるものは50%を切っていた(図2)(図1)。医療機関側は、医療情報やカルテなどの診療情報を提供すること、経営状況を公開することは別と考えているようだ。これは、NPOが多様なステイク・ホルダ

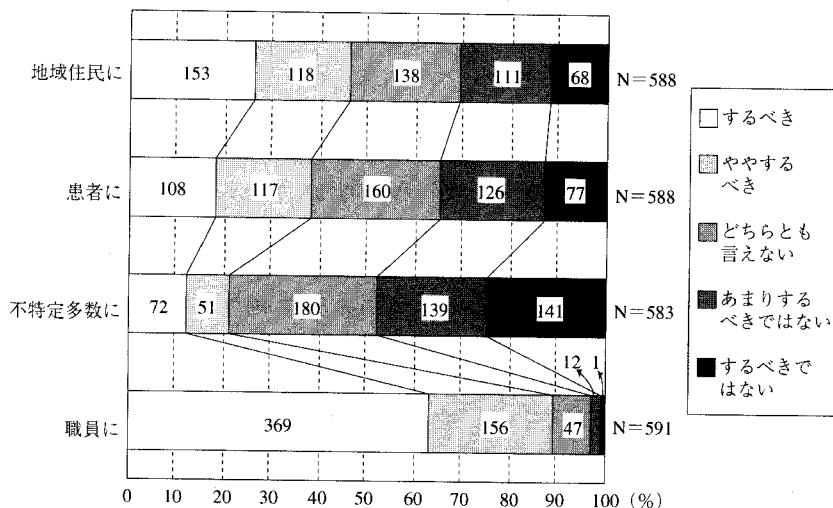


図1 病院はどこまで財務状況を明らかにするべきか?

一を持つために<sup>3)</sup>、ステイク・ホルダーが資金提供者である株主中心である株式会社と異なるためであろう。

### III 医療法人制度の問題

医療法人の数は2000年の調査では、9,266病院中58%が医療法人立で、診療所92,842中38%が医療法人である。傾向としては個人立病院や診療所が減少しており、医療法人立が増加傾向にある。

ここで、医療における特有の「非営利」法人制度である医療法人制度について概観しておこう。医療法人制度は、1950年8月に「医業経営の安定と永続性の確保」を目的として医療法において制定された。1950年から60年代は戦後復興の時期であり、国公立病院が入院患者の約60%を占めていた。民間の医療体制が極めて貧弱であったために、多くの診療所が設立された。なかでも、一部の診療所は規模を拡大し病院へと脱皮した。ここで必要とされた病院建築費を含めた借入れの多くは個人名義で行われた。

昭和30年代には頻りに所得税率の引上げが施行され、個人の最高税率は所得税率75%に地方税を加えた93%に及んだ。このため、個人が税金を支払った残金で多額な借入金の返済を行うことは困難で、多くの個人病院は返済不能を回避するために、実効法人税率(法人税に事業税、地方税を加えた税率)50%の医療法人並の病院へ移行していった。

民間の医療体制が不備な時代に施行された医療法人制度は、病院が永続し、賃金が設備投資に向かうようにするために、また病院以外に資金が拡散しないように、配当ができない非営利とされた。いいかえれば、配当ができないことをもって非営利性の担保としたために、公益法人では放棄している「残余財産の配分請求権」が残ってしまい<sup>3)</sup>、他の公益主体である社団法人、財団法人(民法：いわゆる民法34条の公益法人)、宗教法人(宗教法人法)、学校法人(私立学校法)、社会福祉法人(社会福祉法)、独立行政法人(独立行政法人法)より非営利性が弱い法人制度になっている。

さて、ここでいう医療法人とは持分のある医療法人と、持分のない医療法人にわけられる。これは上記の「残余財産の配分請求権」があるものとなないものに対応する。持分のない医療法人数は、全医療法人の2%弱(2003年の全医療法人は診療所も含み37,309)に過ぎない。

さらに、この一部に、厳しい縛りがついた医療法による特別医療法人(2002年4月で324法人)、租税特別措置法による特定医療法人(2003年5月で27法人)という持分を持たない特殊な医療法人がある。特定医療法人制度は、租税特別措置法67条の2の規定により法人税の軽減(税率22%)を受ける制度で、1964年に創設された。さらに1998年4月から医療法上の公益性の高い法人として、特別医療法人制度が創設された(医療法第42条第2項)。

現行の医療法人制度にはいくつかの欠陥があるといわれる。そのいくつかは、1) 残余財産の配分請求権に基づく経営者の持分問題(相続時の問題点と非営利性との矛盾)、2) 経営者層に高額給与(配当と同じこと)、3) 配当禁止による資金調達方法の制限、4) 税法上の優遇がほとんどない、5) 医療周辺の営利事業が行えない、と言われる。

上記の、名古屋大学によるアンケートにおいては、医療法人制度については「現行のままでもいい」が約半数であったが、一方では「持分を放棄すべき」「思う」「やや思う」までとると、半数近くに賛成意見が見られた。

さらに言えば、医療法人は民法上の公益法人でも営利法人でもなく、医療法による法人制度である。その意味では、設置主体の如何と連動しない税法においては、税率が営利企業と同様の30%であることも指摘しておく必要がある。

医療は不特定多数の利益に供される財でもなく、また、公益事業ではないと日本の税法では判断されている<sup>4)</sup>。しかし医療自体は経済学的には純粋な公共財と言にくい<sup>5)</sup>、日本では、1950年後半の議論を経て、医療を価値財<sup>6)</sup>と考え、1961年の国民皆保険体制の実現<sup>7)</sup>がなされた。この点からは行っているサービスが公益に限りなく近いとは言えるであろう<sup>8)</sup>。

なお、米国では非営利病院とは非課税病院を指す。非課税病院とは、内国歳入法 (Internal Revenue Code) による 501 条 3 の該当病院であるが、その基本的な要件は、①個人の利益に属さない公益事業である、②政治活動、政治献金、ロビー活動の禁止、③資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、④解散時の個人への資産分配の禁止である<sup>1)</sup>。

#### IV 医療機関における資金調達方法

デットによる規律付けという概念がある。すなわち、金融機関の借り手に対するガバナンスは、借り手が無謀な過剰投資をすることを抑制する機能があるといわれる。さらに、借り手自身も、本来デットより資本コストが高いはずのエクイティに対しての認識不足から、資本コストを考えない投資行動や消費行動に走る例もある。一般に経営感覚に乏しいといわれる病院にとっては当該病院の経営内容をよく把握している主力銀行の融資行動は、過剰投資に対する一定の牽制、いいかえればガバナンスになっていると考えられる。

間接金融では、借り手と貸し手の間に金融仲介機関が介在する。金融仲介機関は借り手の発行する本源的証券を購入し、一方で貸し手に「間接的証券」(預金証書や保険などの証券)を発行して、資産の変換を伴う機能を持った仲介をするのである。

一方、直接金融とは、「本源的証券」(借り手が発行する株式や債券など)を最終的な貸し手が購入する形態をいう。直接金融では通常、証券会社が仲介をする。しかし証券会社の機能は、銀行ほど積極的ではなく、情報提供や取引の場を提供することで取引コストを節約しつつ、売買を仲介することであり、あるいは新規発行の際にアンダーライターとして、借り手の情報提供を補完することである。

たとえば、医療機関による債券での資金調達は大きな転換を示唆する。すなわち債券を使って資金調達するということは、市場性資金の利用を行うことにつながる。

その視点を持ちながら、医療機関における資金調達方法の多様化、いいかえれば医療機関におけるさまざまな資金調達の可能性について考えよう。

株式会社による医療機関経営の長所としても資金調達方法の多様化があげられ、「これからの医療経営のあり方に関する検討会」では、逆に、現行の制度であっても、資金調達方法はかなり多様に行うことが可能である、との報告書を示した<sup>4)</sup>。

なおここでの資金調達とは表2における投資における資金調達を示す。ここで、その1つである医療機関債について考えてみよう。

#### V 医療機関債について

医療機関の資金調達法としての病院債・医療機関債(医療機関が発行する債券と定義)には私募債、公募債の2種類の形がありえる。また国債、政府保証債、地方債をあわせて公共債というが、この一部として医療機関の資金調達を行う方法がある。公共債は普通公募の形をとる。2003年度中に厚生労働省は医療機関債の発行指針を策定すると発表した。現行ではこの指針は下記のような方向である。

- 病院債保有による病院経営への介入禁止
- 病院債保有による診療の差別禁止
- 病院経営を安定させるため病院債の売買を制限
- 運転資金への利用を禁止
- 債券の発行目的の明確化
- 財務だけでなく医療提供体制を含めた経営内容の開示

#### VI 公募債としての医療機関債

公募債として、医療機関(主として病院)の資金調達をまかなうには、多くの困難が伴う。ひとつには出資法の規制<sup>9)</sup>があるが、同様に大きな問題は債券の発行に伴う費用である。公募債の発行には情報の開示等さまざまな間接コストがかかる。また、債券の購入者があまり期待できないという問題もある。これは医療機関債では、一般に債券

表4 病院債発行実績額

1999年1月-6月		(百万ドル)		
	合計金額	シェア	発行数	1件当り平均金額
Charity Obligated Group	426.1	4.4%	8	53.3
University of Pittsburgh, Medical Center	370.0	3.8%	2	185.0
Alexian Brothers Health System	306.0	3.2%	1	306.0
Cleveland Clinic Foundation	284.0	3.0%	3	94.7
Baptist Healthcare System	275.0	2.9%	2	137.5
トップ5合計	1,661.1	17.3%	16	103.8
トップ5以外	7,962.8	82.7%	205	38.8
産業合計	9,623.9	100.0%	221	43.5

出典) Thompson Financial Securities Date. 明治生命ファイナンシャルズ研究所『経営の実態把握とその対応策について』より改変。

の発行量が少なくなるために、多くの売買が期待できず、多くの投資家にとっては魅力ではないからである。

また、医療機関の収益は社会制度の影響を大きく受ける。これは制度が安定しているときにはプラスに働く要素であるが、現在のように制度の先行きに不透明感があるときには、リスク要因になってしまう。

この点を回避する方法としては、保証機関による債務保証という手段がある。しかし、民間の保証機関がこれを行うには、その安定的な経営のために医療機関数が必要であるといった問題が伴う。政府が債務保証を行う可能性はあるが、財政制約から期待できない。

上記のように、公募債での資金調達にはかなりの困難が伴う。

地方債を使って病院の資金調達を行うには、2つ方法がある。すなわち、地方自治体が地方債として調達した資金の中から、病院に資金を振り分ける方法、もうひとつは、地方自治体が病院債を発行する場合である。しかしながら、この方法は、公的病院が中心になることは論をまたない。民間医療機関がこの方法からのメリットを享受する<sup>10)</sup>には、最低でも持分を持たないという条件は必要であろう。

松原らによる米国の病院債発行実績額を表4に示した<sup>5)</sup>。米国では、病院債は、政府または地方

自治体が発行し、病院が発行するものではない。投資家にとっては免税の恩典も大きく、米国では非営利病院の大きな資金調達手法の1つになっている。

いずれにせよ公募を行うには情報開示を通して医療機関の経営をさらに透明化していくことが必要になる。

## VII 少数私募債<sup>6)</sup>

現行法上でも行いえると考えられる少数私募債は、投資家保護の法律である有価証券取引法の適応にはならず、積極的な情報公開、格付け等の対象にもならない。また、一般に金利は、

金融商品金利 = 国債金利

+ 信用リスクプレミアム

+ 非流動性プレミアム

によって決まる。私募債は非流動性プレミアムのために金利が高くなる。信用リスクプレミアムを何らかの保証によって引き下げることが、購入を容易にする方法になろう<sup>11)</sup>。

少数私募債では法定果実として利子が支払われる。少数私募債の場合には、配当先が親族等の同族関係者に偏らないこと、過度の利子による配当類似行為にあたらぬような配慮が必要である。次いで資金調達と密接に関連するガバナンスについて考えよう。

## Ⅷ ガバナンスの考え方

一般にガバナンスといった場合には、政府のガバナンスである「パブリックガバナンス」と、企業を対象にした「コーポレートガバナンス」がある。

コーポレートあるいは組織のガバナンスは株式会社あるいは組織において企業（組織）経営を常時監視しつつ、必要に応じて経営体制の刷新を行い、それによって不良企業（組織）の発生を防止していくためのメカニズムである。コーポレートガバナンスには機関投資家、取締役会、公的機関、業界団体が関与する。この中で強さを増しているものが機関投資家である。それに比し、非営利組織の場合には、機関投資家は不在であるし、取締役会の代わりに理事会がその役目を果たすが、むしろ業界団体、他の組織といった同業からの見方といったものの影響が大きい。

さらに、医療はヒューマン・サービスであるという特徴を持つ。ヒューマン・サービスとは、人が人に対して、いわば対人的に提供されるサービスである。具体的には、医療や保健、福祉、教育などのサービスを包括的に捉えた概念である<sup>7,8</sup>。これらのサービスは個人の基本的な福利に関わることが多く、公的にサービスが提供されることも多いので、行政サービスとも重なり合っている。また、原則として対人的であるために、信用や信頼が、その可否や是非を決定する非常に重要な要素になる。

このようなサービスを提供する組織体では、利潤の追求や株式価値最大化を目的とした組織文化が形成されないために、ガバナンスのあり方も独特なものになると言えよう。

## Ⅸ 米国の病院の実態

米国の病院は、財源の面で在郷軍人病院などに見られる公立の病院と私立の病院に分けることができる。私立病院は前述したように、税制上の区分で、営利病院と非営利病院に分かれる。病院の

規模は、20床以下の小病院から、1,000床を越える大病院まであり、全米病院協会の報告書によると、2000年時点で5,810病院が存在する。プライマリーケアや、在宅医療、また長期療養施設を統合した形式の大型の病院がある一方、日帰り外来外科のみに特化した小型の特殊専門病院も存在する<sup>9</sup>。

また、最も株式会社立病院が多い米国においても全病床の13%前後しか株式会社立病院が存在しない<sup>10,11</sup>ことからみても、世界的に株式会社立病院経営は制度化されていないといえるかもしれない。

営利企業に複数の均衡が存在したがごとく<sup>12,13</sup>、非営利企業にも複数の均衡が成立する可能性もある。あまり文化的、宗教的な背景を重視することは、青木のいうように進化ゲーム理論の意味を損なうかもしれないが、米国での非営利病院の多くが日本と異なり宗教的な病院であることは重要な要素ではなからうか。

## X 営利と非営利のあり方

営利病院と非営利病院の質やアウトカムについては、米国には多くの調査がある<sup>11</sup>。しかしながら、現状ではこの問題については明快な回答は示されていない。

医療そのものは、消費の性格上は私的財であり、米国とは異なり、日本ではそれを価値財としてきたわけだが、英国のように公的な供給のみ<sup>13</sup>とは異なり、その背景には民間病院による私的所有権があったことになる。

株式公開とは、英語で言う Public Offer（公開）という言葉でも示されるように、公共に財務情報を含めた企業情報を開放することである。この過程は、所有と経営の分離、あるいは株式が第三者に渡っていく過程でもあると考えてよいであろう<sup>14</sup>。その意味では、株式会社化、ひいては株式公開によって医療の透明性は高まる。

しかしながら、この議論はあくまで公開された株式会社にのみ当てはまる議論であることに注意を要する。逆に、中小企業の域をでない多くの日

本の病院にとって株式公開が可能とは考えられない。

さらに、公開された株式会社は、経営への歯止め、つまりマーケットテストのためにコーポレートガバナンスの仕組みが適切にはたかなければならない。現況では、エンロンの例のようにこの仕組みがうまくいっているとはいいがたい。また、この仕組みが、効果的に機能したとしても株主の意向が強くと現れすぎる。

究極的には、公開株式会社は、所有者から見れば自らの投資を最大化してくれる媒体である。これを病院に当てはめると、地域住民のためにたとえば小児科が必要であっても採算性のために(株主の意向で)廃止する、といったことが想定される<sup>15)</sup>。その意味で、株式会社は医療機関には不向きなのではなからうか<sup>16)</sup>。

## XI ま と め

民間の企業経営においては、「株主価値向上」ということが盛んにいわれるが、これは、会社を経営するための資本を投じてくれた株主に対して最大の価値を還元しなければならないということの意味する。官が公共事業やサービスを行う場合も同じであり、いいかえれば税金という貴重な投資に対して、最大の価値を提供する義務を政府は負っているはずだ。これは公的病院に対しても同じである。

現況では、ガバナンス機能が十分に働いているとはいいがたい株式会社による病院経営については問題が多いと思われる。しかし、医療機関の経営が透明化され、債券を含め資金調達手法が多様化し、一方今後の企業の考え方が、さらに社会的責任重視に向かったときに接点が見出せるのではないだろうか。

純粋な公共財と言にくい医療という財を、日本では価値財としている立場との整合性を取るという立場からは、医療法人制度にさらなる非営利性を持たせるべきであろう。さらに言えば、個人立病院<sup>17)</sup>は営利主体とみなされうるので、早急な法人化が必要とされる。ここで非営利性の担保

の方法には種々の方法が考えられる。上述した医療法人制度の改革もその方法のひとつであろう。

また、上述したように、資金調達方法の多様化は今後進む可能性があるが、そこで調達した資金は、医療機関による日々のオペレーションにより返済ないしは償還がなされなければならない。その意味で、医療機関が効率的な経営を行っていくことは、いかなる資金調達方法をとろうが避けることはできない。また、表2での投資資金を必ずしも考慮していなかった、現行の診療報酬体系も改善の余地がある。

## 謝 辞

慶應義塾大学大学院の田中滋教授、明治生命ファイナンシユアランス研究所の松原由美氏、国際医療福祉大学大学院の河口洋行助教授、新日本監査法人の牧健太郎氏には数々のご教授をいただいた。この場を借りてお礼を申し上げたい。なお、本報告の一部は、効率的な医療機関の経営母体に関する研究——株式会社病院経営、非営利組織経営論の視点で——(H14-政策-019)の援助を受けている。

## 注

- 1) ここでの株式会社というのは主に株式公開会社のことと思われる。
- 2) 群馬県では平成14年3月、県民債として病院の立替資金を募ったところ、10億円の債券が18分で売り切れた。
- 3) 当初は、このことが法人解散時に問題になると思われていなかったようだ。
- 4) 労働組合や農協等の協同組合では配当可且つ、税率も軽減されているものもあることも指摘しておきたい。
- 5) 排除性競争性を持ち、私的財といえよう。
- 6) ステグリッツによれば、個人の私的選好に反映された価値に取って代わる社会的価値があり、政府が市民にそのような価値観を強制する権利と義務がある。そのような財を価値財という。
- 7) 現場にあまねく行き渡ったのは1963年である。
- 8) あまり指摘されていないが、組織構成員の行動様式は非営利的である(本稿Ⅶでも触れる)。
- 9) (出資法2条 預り金の禁止)

1 業として預り金をするにつき他の法律に特別の規定のある者を除く他、何人も業として預り金をしてはならない。

- 2 前項の預り金とは、不特定かつ多数の者からの金銭の受入で、預金、貯金または定期積金の受入および、借入金その他何らの名義をもってするを問わず、これらと同様の経済的性質を有するものをいう。
- 10) 厚生連などの場合には、市町村立病院がない場合に、当該地方公共団体から補助金をもらうことがある。
- 11) 医療法人協会が発足させた地域医療振興債認証審査の機能は一部これにあたる。
- 12) 2002年度全米病院協会年次報告書によると、2000年時点で、営利病院は現在749病院があり、これは全米病院数5,810の約13%にあたる。ベッド数では11%、入院数では12%、外来患者数では7%を占める。非営利病院は市場の87%を占め、そのうち、連邦、州、地方政府の公立病院が約20%を占める。営利病院は、1950年代頃までは1,200病院以上存在していたが、ここ数十年間は、700から800の間を推移している。1990年代後半から2000年にかけては、統廃合が進んだため病院数が減少傾向にある。
- 13) 正確には一部は私的供給されている。
- 14) なお、ここで情報を公共に公開するということは、株式会社のみに行いえることではない。NPO法人や公益法人においても情報を公開している例は多い。
- 15) もちろん、株式会社でない病院でも同じことが、一部では行われている。しかし、これをすべての病院に当てはめることはできない。これは可能性からの推論と確率の高さの問題である。
- 16) 非公開の場合については、別の意味で問題が生じる。真野俊樹(社会保険旬報, 2002年4月1日を参照)。
- 17) 一部の有床診療所も含まれるであろう。

## 引用文献

- 1 松原由美ら 田中滋主任研究者(2003)『医療機関開設資金調達に関する研究』, 厚生労働省報告書。
- 2 真野俊樹主任研究者(2003)『効率的な医療機関の経営母体に関する研究—株式会社病院経営, 非営利組織経営論の視点で—』, 厚生科学研究中間報告書。
- 3 桜井正成 NPO型経営としての病院経営の可能性 真野俊樹編著『21世紀の医療経営』薬事日報社2003年。
- 4 『これからの医業経営のあり方に関する検討会報告書』(2003) 厚生労働省報告書。
- 5 松原由美ら 田中滋主任研究者(2000)『平成11年度医療施設経営安定化推進事業 経営の実態把握とその対応策について報告書』, 明治生命ファイナンスアランス研究所。
- 6 医療法人資金調達研究委員会(2003)『病院債(医療機関債)の発行に関する中間報告書』。
- 7 田尾雅夫(1995)『ヒューマン・サービスの組織』, 法律文化社。
- 8 田尾雅夫(2003) ヒューマン・サービス組織の課題と将来, 真野俊樹編著『21世紀の医療経営』, 薬事日報社。
- 9 富沢 仁(2003) アメリカにおける営利病院のトレンド, 真野俊樹編著『21世紀の医療経営』, 薬事日報社。
- 10 [http://www.hospitalconnect.com/aha/resource\\_center/fastfacts/fast\\_facts\\_US\\_hospitals.html](http://www.hospitalconnect.com/aha/resource_center/fastfacts/fast_facts_US_hospitals.html) AHA(米国病院協会)のHP。
- 11 McClellan M., Staiger D. (2000) Comparing Hospital Quality at For-Profit and Non-Profit Hospitals. Culter DM ed., The Changing Hospital Industry, The University of Chicago Press.
- 12 青木昌彦(2002)『移りゆくこの十年 動かぬ視点』, 日本経済新聞社。
- 13 青木昌彦, 奥野正寛(1996)『経済システムの比較制度分析』, 東京大学出版会。

## 参考文献

- Culyer AJ, Newhouse JP (2000) Handbook of Health Economics Elsevier Science.
- Berle, A., Means, G. (1932) Modern Corporation and Private Property, MacMillan.
- 奥村 宏(2002)『エンロンの衝撃』, NTT出版。
- 田中 滋(2001)『医療経済学の体系』, GPnet 10月号。
- 医療法人資金調達研究委員会(2003)『病院債(医療機関債)の発行に関する中間報告書』。
- 真野俊樹(2003)『医療・介護におけるガバナンス論—金融との類似からミクロのガバナンスまで—』, 週刊社会保障 1月13日号。
- (2002)『現実的な病院経営への株式会社参入論』, 社会保険旬報 4月1日号。
- (2000)『医療における価格メカニズム再考』, 社会保険旬報 11月1日号。
- (2002)『医療における市場メカニズムとその問題点:米国を例に』, 病院管理 Vol. 39, No. 1。
- 真野俊樹ら, 田中滋主任研究者(2003)『医療機関開設資金調達に関する研究』, 厚生労働省報告書。
- 小佐野広(2001)『コーポレートガバナンスの経済学』, 日本経済新聞社。
- 長谷川敏彦編(2002)『病院経営戦略』, 医学書院。
- 田村達也(2002)『コーポレート・ガバナンス』, 中公新書。
- 大野吉輝(1991)『社会サービスの経済学』, 勁草書房。
- 岩井克人(2002)『株式会社の本質 現代経済学の潮流2002』, 東洋経済新報社。
- (まの・としき 多摩大学大学院客員教授)



## 病床の地域配分の実態と病床規制の効果<sup>1)</sup>

泉 田 信 行

### I はじめに

本稿では日本の医療保険制度の主要課題となっている病床数の過剰に関連する諸問題について検討する。これまでの研究や論評では病床数と平均在院日数の長さに正の相関があること、その結果として入院医療費を高くしているという主張がなされている。例えば、前田(1983)、鶴田・知野(1997)、印南(1997)、知野・杉野(2002)がある。

より本質的な問題としてなぜ病床過剰が発生したのかという原因や病床分布の不均衡については研究者によってある程度検討されている。長井・藤咲(1990)は昭和30年代の高度成長に伴う都道府県間人口移動が人口当たり病床数の配分に大きな影響を与えたことを指摘した。大道(1993)は病床数の動向について包括的に検討している。その中で病床数の増大が医療法人によることが指摘されている。また、医療計画の問題についても述べている。高木(1996)は医療計画の下では病床過剰地域において新規参入が病床の売買という形態で行われていることをヒアリング調査結果から描写している。長谷川(1998)は地域医療計画の問題点を包括的に検討している。福田・長谷川(1999)は日本の病床数拡大が1966年の国民皆保険成立以後、1980年代の老人医療拡大期、1988年の病床規制直前の駆け込み増床にあることを指摘している。これらの研究は日本の病床数過剰の問題について重要な貢献をしているが、いまだ検討されるべき課題は残されていると思われる。

病床数は医療法の第一次改正(1985年)によっ

て導入された地域医療計画(現医療計画)によって政策誘導の対象となった。病院を開設する場合、都道府県知事から許可を得ることが必要である。その際に医療機関を開設する地域において必要病床数(現基準病床数)を実病床数が超えている場合には都道府県知事が申請者に対して開設しないように勧告することや許可を与えないことが可能である<sup>2)</sup>。医療計画は第四次医療法改正によって算定方法が変更になったが、その原則は変化していない<sup>3)</sup>。

経済学的な観点からは過剰病床が存在すれば医療機関の経営が難しくなる。それゆえ、個別の医療機関には過剰な病床をもつ誘因は存在しないはずである。この個別の医療機関の誘因と市場全体の供給の乖離を調整するために医療計画は導入されたと言えよう。医療計画については昨今様々な議論があるが、その効果と帰結について考慮した上で検討すべきである。そこで本稿では、地域医療計画施行以後における病床数拡大の要因・帰結について分析する。分析にあたっては焦点を一般病院の病床に限定する。つまり、病床のうち診療所病床については扱わない。また、病院病床のうち結核病床等の特殊病床についても扱わない。これは問題の本質的な部分のみを検討するためである。本稿は次の内容を明らかにすることを目的とする。1) 一般病床の配置の実態、2) 病床増加の要因と医療計画の効果、3) 病床数の大小がもたらす帰結、である。記述統計の整理により次の結果を得た。1) 人口当たり病床数が多い地域のひとつの特徴として中小病院数の比率が高い。2) 人口減少が始まった以降も実病床数の増加が見ら

れる都道府県がある。3) 医療計画は病床数の総数をコントロールするためには有効であった。4) 医療計画は無医地区の解消という点では有効でない可能性がある。5) 人口当たり病床数が増大すると(病院間の競争が激化すると)病院は選択的に患者サービスを実施する可能性がある。これらの点は今後十分に学術的な検討を行う必要がある。

以下において本稿は次のように構成される。IIにおいては都道府県別の必要病床数・実病床数の実態について確認する。IIIにおいては病床過剰の要因について検討される。IVにおいては病床数の拡大を医療機関間の競争の激化と捉えて、それが医療機関のサービス提供水準とどのような関係にあるかを検討する。Vで病床の分布に関する歪みの一形態としての無医地区の問題について検討したうえで、VIで結語が与えられる。

II 基準(必要)病床数と実病床数

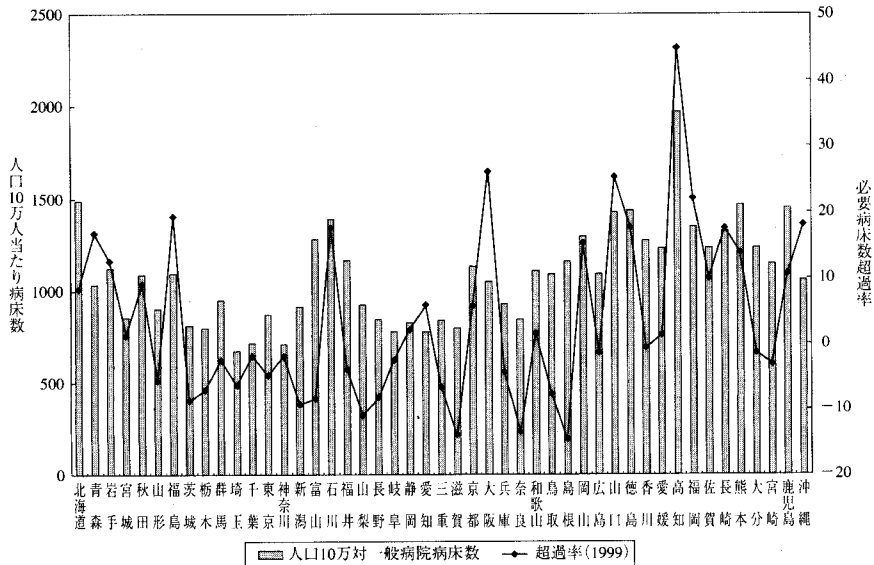
一般病床は病院ないしは診療所によって供給されるが、その供給にあたっては、医療施設としての許可と保険医療機関としての許可が必要である。医療施設としての許可は全ての医療施設が受ける

べきものであり、医療法によって規定されている。他方、保険医療機関としての許可は保険診療を行う場合に必要であり、その根拠は健康保険法第65条に求められる。

医療法による医療計画は医療法の第一次改正によって地域医療計画として導入された。地域医療計画は地域の病床数の上限として必要病床数を設定した。当時の医療法及び医療法施行規則の規定によれば、ある区域における必要病床数の算定式は次の式により定められていた。

$$\text{必要病床数} = (\sum \text{当該区域の性・年齢階級別人口} \times \text{当該区域の性・年齢階級別入院率} + \text{当該区域における区域内流入入院患者数} - \text{当該区域における区域外流出入院患者数}) / \text{病床利用率}$$

この算定式によって算定された必要病床数と実際の病床数の関係は図1に示されている。図1は1999年における実際の一般病床数を人口10万人当たりで示した実病床数が必要病床数をどの程度超えているのかが示されている。(以下、必要病床数超過率と呼ぶ。これは(実病床数-必要病床数)/必要病床数、と定義されている。)この図1



医療施設調査より筆者作成

図1 人口10万人当たり一般病床数と必要病床数超過率

を見ると北海道・北陸・近畿以西において人口10万人当たり病床数が多く、関東・中部では相対的に少ないことがわかる。

しかしながら必要病床数超過率は人口10万人当たり病床数が多い地区において高くなるという関係は必ずしも成立しない。これは必要病床数が都道府県単位ではなく二次医療圏単位で設定されているため、同一都道府県のある二次医療圏で必要病床数を超過しても他の二次医療圏で超過しなければ全体として実病床数が必要病床数を超過しないこともあり得るためである。それゆえ、北海道、島根、広島、香川、愛媛、大分、宮崎のように相対的に人口10万人当たり病床数が多くても必要病床数超過率が相対的に低い場合もあり得る。

人口当たり病床数が多い地域のひとつの特徴として中小病院数の比率が高いことが指摘できる。図2は横軸に都道府県別の人口当たり病院病床数を、縦軸に都道府県別の病院総数に占める中小病院の比率をとっている。中小病院比率として100床未満の病院の総病院数に占める比率、200床未満の病院の総病院数に占める比率の両者を指標として取り上げている。いずれの指標を見ても都道府県別の人口当たりの病床数と中小病院比率には正の相関(0.3416, 0.5107:それぞれ5%と1%水準で有意)があることが見てとれる。なぜ病床

が多い地域に中小病院が多いのかについては必ずしも明らかではないが、医療機関が病床を拡張するメカニズムと関連していると考えられるため、学術的には今後検討すべき課題であると考えられる。

### III 医療法改正以後の病床過剰

長井・藤咲(1990)は昭和30年代の高度成長に伴う都道府県間人口移動が人口当たり病床数の配分に大きな影響を与えたことを指摘した。彼らの分析は病床が自由に開設できた時代の分析である。ここでは病床規制以後における病床数の動向について検討する。病床数の指標として用いられる人口10万人当たり病床数は病床数の変動だけでなく人口の変動によっても変化する。つまり、

人口当たり病床数変化率

$$= \text{実病床数変化率} - \text{人口変化率}$$

という関係が成立する。この式を利用して、医療法改正以後の1987年(昭和62年)から1999年(平成11年)のおおよそ12年間について、人口10万人当たり病床数の変動の要因を確認する。表1より、幾つかの点が見える。ひとつは人口10万人当たり病床数が減少している都道府県(富山・石川・山梨・愛知・三重・滋賀・高知・宮

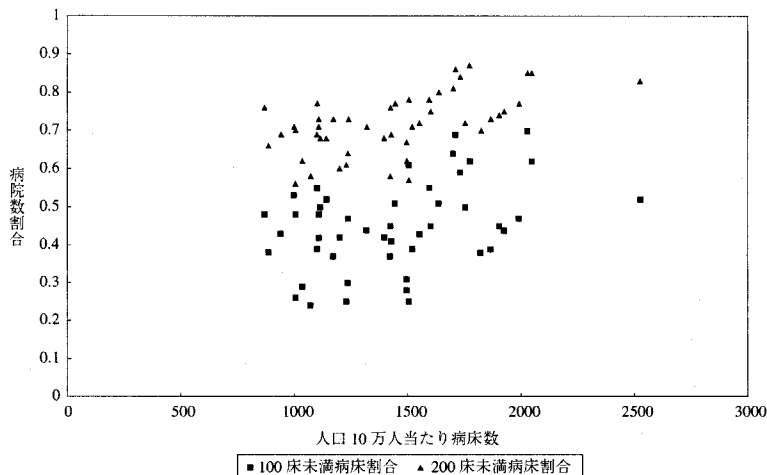


図2 人口10万人当たり一般病床数と中小病院数割合

表1 1987年～1999年の病床の動態

	人口10万 対病床数 変化率	病床数 変化率	人口 変化率		人口10万 対病床数 変化率	病床数 変化率	人口 変化率
全 国	6.57	8.53	1.96	三 重	-5.51	-0.02	5.49
北海道	9.09	9.55	0.46	滋 賀	-0.32	12.74	13.06
青 森	3.92	1.47	-2.45	京 都	1.75	3.02	1.27
岩 手	2.66	1.96	-0.7	大 阪	3.48	4.21	0.73
宮 城	2.11	9.09	6.98	兵 庫	6.96	9.91	2.95
秋 田	9	5.06	-3.94	奈 良	17.54	26.16	8.62
山 形	16.23	15.44	-0.79	和歌山	6.2	5.74	-0.46
福 島	3.8	5.9	2.1	鳥 取	13.1	12.78	-0.32
茨 城	7.52	16.05	8.53	島 根	14.24	10.7	-3.54
栃 木	3.95	10.18	6.23	岡 山	7.63	9.08	1.45
群 馬	17.65	22.29	4.64	広 島	13.69	15.28	1.59
埼 玉	4.01	18.26	14.25	山 口	9.75	6.12	-3.63
千 葉	13.32	25.02	11.7	徳 島	4.19	3.24	-0.95
東 京	1.06	0.54	-0.52	香 川	1.29	1.58	0.29
神奈川	2.55	12.77	10.22	愛 媛	2.07	0.17	-1.9
新 潟	11.14	11.62	0.48	高 知	-0.69	-3.8	-3.11
富 山	-0.62	-0.35	0.27	福 岡	4.67	9.84	5.17
石 川	-0.39	2.12	2.51	佐 賀	6.59	7.27	0.68
福 井	0.75	1.72	0.97	長 崎	11.72	7.75	-3.97
山 梨	-2.38	3.68	6.06	熊 本	8.35	9.27	0.92
長 野	2.45	5.85	3.4	大 分	17.32	15.56	-1.76
岐 阜	0.76	4.33	3.57	宮 崎	-2.25	-2.33	-0.08
静 岡	20.41	24.75	4.34	鹿児島	21.1	19.5	-1.6
愛 知	-6.94	-0.06	6.88	沖 縄	36.58	45.73	9.15

注) 医療施設調査より筆者作成。

崎)が存在することである。そのうち、富山・愛知・三重・高知・宮崎については実病床数が減少している。次に、人口が減少しているにも関わらず、実病床数が増大している都道府県(青森・秋田・東京・和歌山・鳥取・島根・愛媛・長崎・大分)が存在することもわかる。上述の通り、必要病床数は二次医療圏単位で決定されるため、都道府県レベルでは人口減少と実病床数増加は両立し得る。ただし、これらの都道府県内二次医療圏における病床配分が適正か否かは検討されるべき課題である。また、京都・大阪・福岡のような高医療費とされる県において人口増加を超える高い病床数の伸びが観察されることも指摘されるべきであろう<sup>4)</sup>。

このように既に病床過剰が叫ばれている地域や人口が純減している地域において実病床数が拡大していく状況はいわゆる「駆け込み増床」と呼ば

れる現象によって説明される。これは医療法の改正が決定され施行されるまでの間に増床し、既得権として病床を確保しようとした動きをいう。これは表2の都道府県別一般病床数の時系列推移から理解される。

各都道府県について、1987年と1990年の間における病床数の増加が著しい。この部分が上述の駆け込み増床の部分形成する。全国でも7.86%だけ病床数が伸び、北海道では12.05%、奈良県で16.82%、福岡県でも9.9%も病床数が拡大するという結果を招いた。

ところが、1990年以後は全国平均でも0.61%、0.1%、-0.09%と病床数の伸びは一気に抑制された。これが病床規制の効果であると考えられる。実際には病床規制は病床数の上限を示すものであるから、病床数がマイナスの伸び率を示す場合には、病院経営を困難にする別の要因が影響してい

表2 開設主体別病床数の変化(1987年~1999年)

	87-90	90-93	93-96	96-99
全国	7.86	0.61	0.1	-0.09
北海道	12.05	-0.04	-1.11	-1.09
青森	1.95	-1.68	2.34	-1.09
岩手	-0.47	1.7	0.99	-0.25
宮城	3.31	0.39	3.32	1.82
秋田	2.62	1.01	1.75	-0.39
山形	-0.91	6.78	5.83	3.09
福島	9.55	-0.39	-0.77	-2.2
茨城	17.83	-0.06	-2.72	1.31
栃木	7.63	0.99	1.44	-0.08
群馬	15.56	-1.64	2.76	4.71
埼玉	15.89	0.67	0.15	1.21
千葉	11.35	5.34	2.98	3.51
東京	6.13	-0.81	-2.38	-2.16
神奈川	11.08	2.37	-0.28	-0.55
新潟	3.93	4.83	-0.69	3.16
富山	-0.68	-1.9	-2.01	4.37
石川	4.94	0.99	-1.16	-2.51
福井	-0.39	0.26	1.05	0.79
山梨	2.86	1.05	-0.64	0.39
長野	1.43	1.7	0.27	2.35
岐阜	8.84	-0.66	-2.53	-1.01
静岡	16.06	2.18	3.95	1.2
愛知	4.24	-0.71	-2.5	-0.96
三重	2.22	-0.76	-2.36	0.94
滋賀	10.46	-2.66	3.1	1.7
京都	6.11	-0.59	-1.69	-0.66
大阪	9.42	-1.61	-0.68	-2.55
兵庫	6.75	0.6	-0.14	2.49
奈良	16.82	4.45	1.17	2.2
和歌山	5.85	0.12	-0.89	0.68
鳥取	3.19	2.52	3.33	3.16
島根	5.53	1.95	0.91	1.97
岡山	4.97	-0.41	5.63	-1.21
広島	8.46	2.77	1.45	1.95
山口	6.11	1.13	-0.5	-0.62
徳島	6.37	-0.01	-1.66	-1.3
香川	2.69	-1.59	1.22	-0.7
愛媛	1.09	1.66	-0.68	-1.86
高知	1.31	-0.88	-2.41	-1.83
福岡	9.9	1.23	-0.35	-0.92
佐賀	8.73	-1.62	1.66	-1.36
長崎	8.22	0.3	-0.18	-0.56
熊本	3.66	1.58	4.59	-0.77
大分	11.68	3.67	0.7	-0.88
宮崎	3.43	-1.77	-3.14	-0.75
鹿児島	8.26	4.19	4.57	1.31
沖縄	26.66	4.03	8.22	2.21

注) 医療施設調査から筆者作成

ると考えられる。なにはともあれ、1990年以降病床数の伸びは劇的に低下した。

医療計画は、ある地域の必要病床数が満たされている場合、開設を認めないことや開設しないように勧告することができる。公的部門や社会保険関連団体が病院を開設する場合には開設を認めないことができる。その他の民間病院については開設しないように勧告することができる。このため、開設主体によっては医療計画の効果が異なる可能性がある。

そこで、同時期の開設主体別の病床数動向について確認する。これは表3にまとめられている。開設主体別の一般病院病床数の変化率を一般病床数の全体の変化率に換算して表示している。例えば、同期間において一国全体では7.86%だけ一

表3 開設主体別病床数の変化(1987年~1999年)

	87-90	90-93	93-96	96-99
総数	7.86	0.61	0.1	-0.09
国	0.04	0	0	-0.2
厚生省	-0.01	-0.01	0.58	-0.2
文部省	0.01	0	0	0.01
労働福祉事業団	0.03	0.06	0	0
その他の国	0.01	0	0	-0.01
公的医療機関	1.05	0.73	0.47	0.47
都道府県	0.19	0.17	0.08	0.09
市町村	0.49	0.41	0.27	0.24
日赤	0.13	0.05	0.03	0.04
済生会	0.08	0.06	0.05	0.06
北海道社会事業協会	0	0	0	0
厚生連	0.16	0.05	0.04	0.04
国民健康保険団体連合会	0	-0.01	0	0
社会保険関係団体	0.12	0	0	-0.01
全国社会保険協会連合会	0.02	0.02	0.01	0.01
厚生団	-0.01	0	0	0
船員保険会	0	0	0	-0.01
健康組合及びその連合会	0.01	0	-0.02	-0.01
共済組合及びその連合会	0.1	-0.02	0.01	0
国民健康保険組合	0	0	0	0
民間	6.65	-0.17	-0.95	-0.35
公益法人	0.35	0.06	0.04	0.02
医療法人	6.46	2.31	2.41	3.04
学校法人	0.15	0.13	0.08	0.09
会社	-0.04	-0.01	-0.04	-0.14
その他の法人	0.18	-0.05	0.04	-0.04
個人	-0.45	-2.61	-3.48	-3.32

注) 医療施設調査から筆者作成

般病床数が増大したが、そのうちの6.46%分を医療法人が開設する一般病院の病床増加が占めているわけである。表中において影が付いている部分は開設主体の類型別の伸び率である。

この表3から、駆け込み増床の時期においては全体で7.86%増大した病床のうち6.65%分は民間病院分であり、民間病院の病床増加が大きかったことが指摘できる。駆け込み増床が民間病院による病床確保によるものということが裏付けられる。それ以後は民間病院全体の病床数は伸びていない。しかしながら医療法人立病院の病床数は2%を超えて増加している。これは個人立病院が減少していることに符合する。長谷川(1999)も指摘するように、個人病院から医療法人立病院へ転換が進んでいるものと考えられる。

この他、駆け込み増床以後、公的医療機関の病床が伸びていることも指摘できる。公的医療機関はいわゆる病床過疎地域において病院の開設や病床拡大を行っているものと考えられる。しかしながら医療計画実施下における公的病院の拡充によっても病床の不均衡配置の象徴である無医地区<sup>5)</sup>の問題は解決されていない。表4に無医地区数の時系列推移が記載されている。表4からわかるとおり、無医地区数は順調にその数を減少してきたが、1999年現在でも900箇所以上の無医地区が

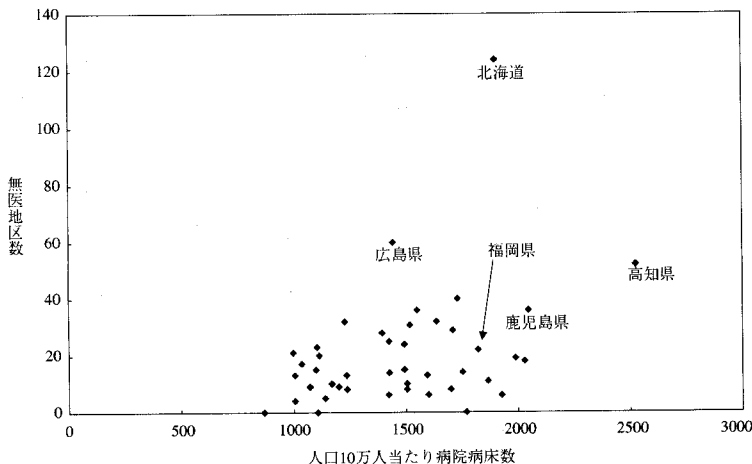
存在するのである<sup>6)</sup>。病床数のマクロ的な充足と病床分布の不均衡が並存しているのである。

これは都道府県別の病床数と無医地区数の関係を見ると更に明確になる。図3は都道府県別の人口10万人当たりの病床数と無医地区数の分布を示しているものである。この図3から明らかなように高医療費地域である西日本の県(高知県、福岡県など)において、人口10万人当たり病院病床数だけでなく無医地区数も相対的に多い。無医地区数が最も多いのは北海道であり124カ所である。北海道の人口10万人当たり病院病床数は1902.7であり、他の都道府県と比較すればやはり多い。このように見てくると、医療計画は無医地区解消という観点からは有効性が低いと考えられる。無医地区を解消するための方法の有効性や社会的な厚生に与える効果は検討されていない。医療計画の有効性を検討する上からも今後早急に検討されるべきである。

表4 無医地区数・無医地区人口

	昭和53年	昭和59年	平成元年	平成6年	平成11年
無医地区の人口	504,819	319,796	285,034	236,193	203,522
無医地区数	1,750	1,276	1,088	997	909

注) 無医地区調査より筆者作成



無医地区調査及び医療施設調査より筆者作成

図3 無医地区数と人口10万人当たり病床数

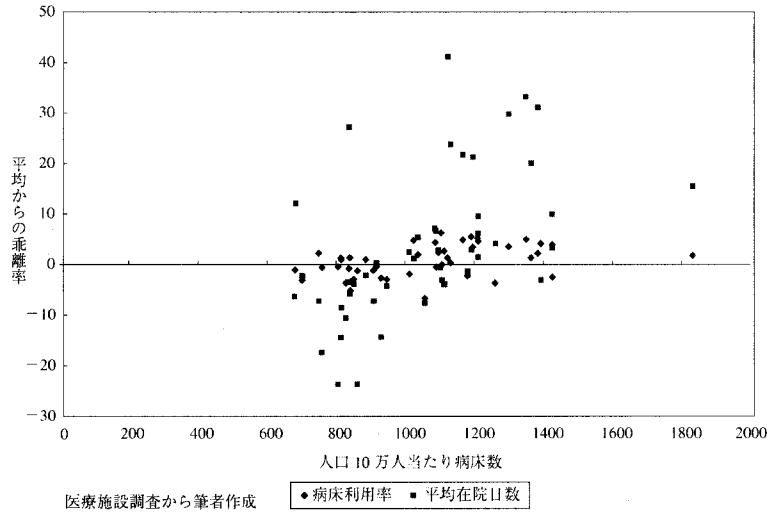


図4 人口当たり病床数と平均在院日数・病床利用率との関係

#### IV 病床数と病床利用

人口当たり病床数が異なる時、医療機関が行う医療サービス提供が異なるケースがあり得る。良く知られた例として、人口当たり病床数と平均在院日数の間には正の相関(0.425, 0.539:それぞれ1%水準で有意)があることがあげられる。図4は、都道府県別に平均在院日数と病床利用率それぞれが平均値から何%乖離しているかを計算し、それぞれと病床数との関係を調べたものである。

この図4から平均在院日数・病床利用率ともに人口当たり病床数と正の相関があること、平均在院日数の方が平均からのばらつきが大きいことがわかる。

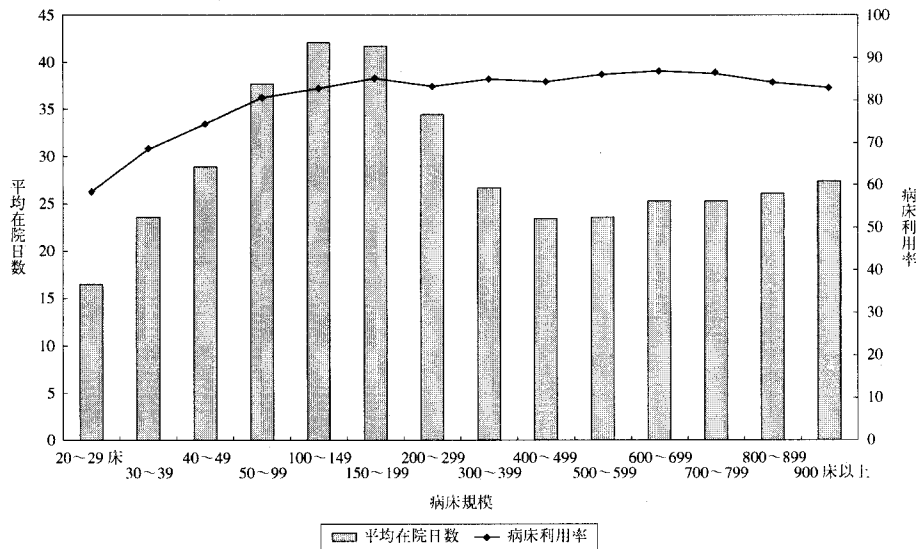
IIにおいて得られている結果としては、人口当たり病床数が多い地域では中小規模の病院が多いということであった。このことが平均在院日数の長さにも影響を与えている。病床規模別に全国平均の平均在院日数・病床利用率を比較したのが図5である。この図5からわかるとおり、平均在院日数は病床規模によって異なり、ひとつのピークが100~149床の水準に存在する。100~149床よりも大きくなると平均在院日数は低下し始める。400~499床においてひとつの谷を形成し、その

後緩やかに増大し始める。平均在院日数と病院の病床規模の間にはこのような関係が存在することより、中小病院、特に200床未満の病院の比率が高いほど平均在院日数が長くなることは明らかであろう<sup>7)</sup>。

しかしながら病床利用率が低い中小病院が多く存在する地域、つまり人口当たりの病床数の多い地域において、平均的な病床利用率が高くなっている。このふたつの事実が両立するためには、人口当たりの病床数の多い地域においては同一の病床規模でも病床利用率が高くなる必要がある。この点はデータの制約により本稿では検討されないが、政策的に重要な点であり、学術的にも医療機関がいかに競争状態に対応するかという観点から興味深い問題である。

#### V 病床数と患者サービスの関係

競争によって医療費が増大しても競争の結果としてサービスの水準が向上すればよいという考え方もある。厚生水準を引き上げるのは、一定のサービス水準で価格が低いことだけでなく、一定の価格でサービス水準が高いことにもよるからである。このように考えると、病床数で測った競争度は高い方が望ましく、医療計画などによって人為



医療施設調査から筆者作成

図5 病床規模別平均在院日数・病床利用率

的にコントロールすることは望ましくないことになる。

しかしながらこのような観点から医療計画について評価が行われたことはなかった。本稿では、サービス水準の指標として、医療施設調査の調査項目として利用可能な項目を取り上げ、これを実施している一般病院の数をその総数で除した指標を利用して分析を行う。このサービス実施病院比率と人口10万人当たり一般病床数との相関係数を計算した(表5)。これらのサービスはおおまかに2群に分類される。「夕食が複数メニューからの選択が可能な一般病院の割合」から「院外処方せんを発行している一般病院の割合」までは院内で患者に対して行うサービスであり、それ以降のサービスは在宅医療サービスである。

分析の結果、表5のとおり一般病床数で測定した競争の強さとサービス提供を行っている医療機関の数の間に相関はほとんど存在しない。一部のサービス、往診、訪問リハビリテーション指導管理、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理、寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理、については有意な正の相関が観察された。他方、負の相関が見られるケースもあった。在宅患者訪

問看護・指導、寝たきり老人末期訪問看護・指導、在宅医療機器の貸出である。

正の相関が見られるサービスは訪問リハビリサービスである。訪問リハは患者が病院に通うコストが少ない。このため、病院が患者の通院コスト負担を肩代わりする形で患者サービスを行っているともみることできる。

他方、負の相関が見られるサービスは医療機関が少ないために利用する代替サービスであることが可能である。もちろん、これらの結果からすぐに競争とサービス水準の関係について結論を下すことは適当ではないが、医療機関間の競争環境が医療機関のサービス提供に対して選択的に影響を与えていると思われる。競争の激化によって医療機関が収益確保のためにどのような選択肢を選ぶかは今後実証的に検討される必要がある。それは学術的な観点のみならず医療計画の効果に関する評価という行政に密着した観点からも興味深いと考えられる。

## VI 結 語

記述統計的な分析からこれまで注目されてこな



表5 各種患者サービス等と人口当たり病床数の相関<sup>8)</sup>

「夕食が複数メニューからの選択が可能な一般病院の割合」	-0.0782	訪問看護ステーションへの指示書の交付	-0.1864
「医薬品情報提供・管理をしている一般病院の割合」	-0.4114	訪問看護・指導	-0.0463
「専用室有一般病院の割合」	-0.4229	在宅患者訪問看護・指導	-0.2907*
「院外処方せんを発行している一般病院の割合」	-0.3345	寝たきり老人訪問看護・指導	-0.0415
往診	0.3414*	精神科訪問看護・指導	0.0709
在宅時医学管理	0.1647	在宅患者末期訪問看護・指導	-0.2813
訪問診療	0.1524	寝たきり老人末期訪問看護・指導	-0.2959*
在宅患者訪問診療	-0.0203	訪問リハビリテーション指導管理	0.3816**
寝たきり老人訪問診療	0.0936	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	0.3346*
歯科訪問診療	-0.1010	寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理	0.3542*
在宅末期医療総合診療	0.1463	その他の在宅医療サービス	-0.1733
寝たきり老人末期訪問診療	-0.1321	在宅医療機器の貸出	-0.5541*

注) 医療施設調査から筆者作成

かった次の結果が得られた。1) 一般病床の配置の実態, 2) 病床増加の要因と医療計画の効果, 3) 病床数の大小がもたらす帰結, である。記述統計の整理により次の結果を得た。1) 人口当たり病床数が多い地域のひとつの特徴として中小病院数の比率が高い。2) 人口減少が始まった以降も実病床数の増加が見られる都道府県がある。3) 医療計画は病床数の総数をコントロールするためには有効であった。4) 医療計画は無医地区の解消という点では有効でない可能性がある。5) 人口当たり病床数が増大すると(病院間の競争が激化すると)病院は選択的に患者サービスを実施する可能性がある。

病床数の拡大については医療計画が一定の機能を果たしてきた。また, 上にも述べたように2001年1月31日に施行された第四次医療法改正は病床数のより強力なコントロールを可能にする制度改正となっている。改正点のひとつは基準病床数(それまでの必要病床数)の算定方法の暫定的な変更である。その算定式はほぼこれまでと同一の方法で算出される値に平均在院日数推移率を乗じる。平均在院日数推移率は平均在院日数の短縮を考慮に入れるための数値であり, 現在は平成13年1月31日厚生労働省告示第22号によって0.9とされている。平均在院日数推移率が告示で

変更可能であるため, 随時必要病床数を減少するように誘導することが(増加するように誘導することも)可能となっている。この他, 療養病床と一般病床を各病院が選択することやそれぞれの病床について必要要件を改訂したことなど, 相当の改革が実施されている。このため, 本稿で指摘された事項が第四次医療法改正によって改善される可能性がある。

このような制度的な対応がなされているが, 他方で医療計画は参入規制であり新陳代謝を弱めるという論点から医療計画の廃止を求める意見もある。しかしながら, 両者は計画か無制限の参入か, という両極端の選択となっている。医療機関の市場参入について購買者の立場が反映されにくいという共通点を持つと考えられる。この問題点は消費者主権の観点を医療サービスに導入するための障害となる。

この点を解決するためには契約という形態を通じて保険者と医療提供者の間の相対関係で解決されるべき問題であると考えられる。先行研究が示すように自由開業制の下で病床配置の不均衡は拡大し, 医療計画という計画体制の下でも是正ができなかった。いずれの制度においても需要と供給をマッチさせる誘因と能力がなかったからである。保険者が加入者の代理人となる条件を満たせば,

保険者は加入者が必要とする病床を確保する責務を負うことにより必要な病床数が確保される。また、そのために加入者が負う費用も低減される。ただし、保険者と医療提供者の相対で解決するためには、必然的に保険者は必要な病床数がどの程度であるかを調査・吟味する能力を持たねばならず、医療提供者も費用負担者である保険者を納得させる診療パフォーマンスを示し、その情報を公開する必要が発生する。現時点ですぐこのような選択肢が選択可能であるとは思われないが、長期的には追求していくべき方向であると思われる。

#### 注

- 1) 本研究は平成15年度厚生労働省科学研究費補助金政策科学推進研究事業「個票データを用いた医療・介護の需給に関する分析」報告書の一部として執筆されたものである。当然のことであるが、本稿の内容は筆者個人の意見であって、他の研究班員や筆者の所属組織の見解を代表するものではない。
- 2) 医療法第7条の2及び第30条の7の規定による。
- 3) 医療計画自体は医療法第30条の3に規定されている。
- 4) 沖縄県における病床数の伸びの非常な速さも指摘されるべきかも知れない。
- 5) 無医地区は厚生労働省が次のように定義している地区のことを指す。無医地区の定義：「医療機関のない区域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している区域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない区域」。
- 6) 無歯科医地区も同程度存在する。
- 7) 注意すべきことはここでは同一病床規模の病

院の平均在院日数が地域の病床供給量（人口10万人当たり病床数）によって影響を受けるか否かについて検討していないことである。もし同一病床規模の病院の平均在院日数が地域の病床供給量によって影響を受けるのであれば、病床供給量は平均在院日数延伸に対して二重の効果を持つこととなる。

- 8) \*は5%水準で有意であることを、\*\*は1%水準で有意であることを示している。

#### 参考文献

- 印南一路(1997)「医療費の決定構造と地域差」『医療と社会』Vol. 7, No. 3, pp. 53-82。
- 大道 久(1993)「医療における病床数と医療施設体系」『季刊社会保障研究』Vol. 28, No. 4, pp. 360-369。
- 高木安雄(1996)「医療計画による医療供給体制の変化と問題点」『季刊社会保障研究』Vol. 31, No. 4, pp. 388-399。
- 知野哲朗・杉野 誠(2002)「高齢者入院医療費の格差とその経済的含意」PIE Discussion Paper Series, No. 100。
- 鴫田忠彦・知野哲朗(1997)“The present and future National Medical Expenditure in Japan” 経済分析 152号, 経済企画庁経済研究所。
- 長井吉清・藤咲 進(1990)「病院病床増加の要因」『病院管理』Vol. 27, No. 3, pp. 29-34。
- 長谷川敏彦(1998)「地域医療計画の効果と課題」『季刊社会保障研究』Vol. 33, No. 4, pp. 382-391。
- 福田吉治・長谷川敏彦(1999)「病床数増加の都道府県格差をもたらした要因の分析」『病院管理』Vol. 36, No. 2, pp. 31-35。
- 前田信雄(1983)「高齢者の入院費用の高低に関する研究」『季刊社会保障研究』Vol. 19, No. 1, pp. 56-69。
- (いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部主任研究官)

## 介護保険財政の展開 ——居宅給付費増大の要因——

田 近 栄 治  
菊 池 潤

### I はじめに

介護保険制度が発足して2年が経過したが、この間介護保険で何が起こったのであろうか。本稿では2年間の介護保険の動きを把握し、今後の介護保険財政の展開について考察することを目的としている。

介護保険導入以前、高齢者介護の問題は老人福祉と老人保健の二つの制度の下で行われてきた。しかしながら、高齢化の進展にともなって介護の問題が国民の重要な関心事となったこと、また高齢者の所得水準の上昇とともに高齢者自身の介護に対するニーズが多様化したことなどが原因で、介護サービスの受給資格からサービス内容まで全てを自治体が決定する措置制度での対応が難しくなってきた。一方で、介護サービスを受けられない要介護高齢者の一般病院への入院、いわゆる社会的入院の問題も医療資源の非効率的な利用として問題視されていた。これらの問題を解決するものとして期待されたのが公的介護保険である。

では、介護保険導入によっていったい何が起こったのであろうか。我々は以下のように考える。まず、介護保険の導入によって介護需要が顕在化し、介護保険における要介護高齢者は時間の経過とともに増大してきた。これらの要介護高齢者は本人あるいは家族の選好にしたがって、居宅サービスないしは施設サービスを、また一部は介護サービスを利用しないことを選択した。その際、施設サービスに対する需要は供給を上回り、施設待機者となって現れてきた。そして、これら「満た

されない施設需要」の一部はその代替としての居宅サービスへと向かい、その結果、居宅給付費を一層押し上げることとなった。この「満たされない施設需要」によっても居宅給付費が押し上げられているという動きが、今後の介護保険の展開を考える上で、最も重要な動きであると考えられる。

それでは介護保険は今後どのように展開していくのだろうか。その鍵は施設サービスへの民間企業の参入である。「満たされない施設需要」が発生しているということは、民間企業の施設サービス市場への参入の条件がすでに整っているということである。そして民間企業の施設サービスへの参入が起これば、「満たされない施設需要」の多くは民間施設へ向かうと考えられる。このような経路をつうじて介護保険は、今後ますます拡大していくと予想される。

一方、高齢者医療の一部は療養型医療施設などの介護保険によるサービスに代替されるが、高齢者医療と介護全体では、財政はますます厳しくなる。我々は、高齢者の医療と介護に別個の保険で対応している現在の制度を維持し続けることは不可能であり、抜本的な改革は避けられないと考える。その際には医療保険制度を含めたかたちで、また若年者と高齢者を含んだ統一的な枠組みを考えていく必要があると思われる。

本稿の構成は以下のとおりである。まずⅡにおいて介護保険制度の概要についてふれ、Ⅲにおいて旧厚生省が2000年10月に行った介護給付費の将来推計について述べる。Ⅳにおいては旧厚生省推計と比較するかたちで制度発足以来2年間の介護保険の動向を考察し、居宅給付費が急増してい

ることを示す。Vでは介護給付費の決定要因について回帰分析を行い、「満たされない施設需要」が居宅サービスへと向かっていることを検証する。VIはまとめであり、介護保険の抱える問題点と今後のあり方について述べる。

## II 公的介護保険制度の概要

本節では、2000年4月から施行された公的介護保険制度の概要を、その財政の仕組みに重点をおいて述べる。まず、この保険は、国民健康保険と同様に市町村を保険者とする社会保険である。被保険者は65歳以上の高齢者からなる第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を対象とする第2号被保険者から構成される。被保険者が保険給付を受けるためには要介護認定を受ける必要があり、要支援状態、あるいは要介護状態と判断された場合に保険給付が受けられる。

介護保険の給付対象となるサービスは居宅サービスと施設サービスに分類される。どちらのサービスにおいても利用額の9割が保険給付として支払われる。ただし、居宅サービスに関しては要介護度に応じて利用限度額が設定されており、実際の費用が限度額を超えたときには、その限度額の9割が支給され、限度額を超えた額は全額利用者負担となる。

介護保険の給付にかかわる費用は50%が公費で賄われる。その内訳は国25%、都道府県12.5%、市町村が12.5%となっている。残りの50%は被保険者の保険料で賄われ、介護給付費の17%を第1号被保険者の保険料(第1号保険料)で、33%を第2号被保険者の保険料(第2号保険料)でそれぞれ賄う<sup>1)</sup>。ただし、国庫負担の25%のうち5%は市町村間の財政力格差の調整を目的とした財政調整交付金として用いられる。財政調整交付金は各保険者の後期高齢者の加入割合や高齢者の負担能力、あるいは災害発生時の特別な事由などを考慮して決定される。つまり、後期高齢者が多く、所得水準の低い市町村においては国庫負担の割合が25%よりも高く、第1号被保険者の負担割合が17%よりも低いものとなる。また、

都道府県は財政安定化基金を設置し、保険財政の赤字を一時的に補填するための資金の貸与・交付を行っている。

第1号被保険者の保険料は、所得段階別の定額保険料が保険者ごとに設定される。また保険料の徴収に関しては、一定額以上の老齢・退職年金受給者は年金からの天引き(特別徴収)が行われ、それ以外のものについては市町村が個別に徴収(普通徴収)する。第2号被保険者の保険料は各医療保険者が徴収し、介護納付金として社会保険診療報酬支払基金に納付する。このように全国でプールされた第2号保険料から各市町村の介護給付費の33%が支払われる。なお、第1号被保険者の保険料徴収は制度の円滑な導入を目的に制度発足から半年間は免除された。その後、2000年10月から半額徴収となり、2001年10月から全額徴収が始まった。

## III 旧厚生省による介護給付費の将来推計

旧厚生省は「社会保障の給付と負担の見通し」(2000年10月)において、年金・医療・福祉等の三部門からなる社会保障給付費の将来推計(2025年度までの長期推計)を行っているが、そのうち福祉等の一部として、介護給付費の将来推計(以下、旧厚生省推計)を行っている。IVにおいて制度発足から2002年1月までの介護給付費の推移を見るが、その際の比較対象としてこの旧厚生省推計を用いた。したがって、本節においては、旧厚生省推計の推計方法および結果について簡単にふれることにする。

2000年度から2004年度の旧厚生省推計は、2000年3月31日時点に策定された都道府県の介護保険事業支援計画を集計したものである。また、都道府県の介護保険支援事業計画は市町村が策定した介護保険事業計画を集計したものとなっている。2005年度以降に関しては2004年度の推計値および国立社会保障・人口問題研究所の『将来推計人口(1997年1月中位推計)』をもとに推計を行っている。したがって、以下においては、介護保険事業計画における推計方法を中心にみていく

ことにする<sup>2)</sup>。

介護給付費の将来推計を行うためには、まず将来の要支援・要介護高齢者数を把握する必要がある。介護保険事業計画では要支援・要介護高齢者を二つに分類して推計している。一つは老人福祉施設等に入所する要支援・要介護高齢者であり、一つは居宅における(施設に入所していない)要支援・要介護高齢者である。このうち、施設に入所する要支援・要介護高齢者とは実際の施設入所者であり、施設の定員数をもとに推計が行われている。このようにして推計された結果が表1の認定者数(施設)である。また表1の65歳以上人口に対する比率は、住民基本台帳をもとに推計された、65歳以上人口に対する認定者数(施設)の比率であり、2000年度には3.2%に達するとされている。2005年度以降の認定者数(施設)はこの65歳以上人口に対する比率を3.4%として将来推計人口に乗じて計算している。

一方、居宅における要支援・要介護高齢者数は、各市町村が介護保険施行前に行った訪問調査の結果をもとに推計しており、それが表1の認定者数

(居宅)である。2005年度以降の認定者数(居宅)は、2004年度における65歳以上人口に対する比率を65歳以上人口の将来推計に乗じることによって推計したものである。

要介護状態と認定された高齢者の一部は居宅サービスを、一部は施設サービスを利用することになる。このうち施設に関しては、先ほど述べた認定者数(施設)が施設サービス受給者となる。この認定者数(施設)に施設別の1人当たり平均単価(表2認定者1人当たり費用)を乗じることによって施設費用が推計され、施設費用から自己負担分を除いた額(施設費用の9割)が施設給付費となる(表2給付額(施設サービス))。なお平均単価は名目賃金の上昇を考慮して年率2.5%で上昇するものと仮定されている。

居宅給付費の推計は厚生労働省が定めた「参酌標準」と各市町村が行った利用意向調査をもとに行われる。参酌標準とは要介護度別・サービスの種類別に標準的な利用量が示されたものであり、各市町村はこの参酌標準をもとに地域固有の事情等を考慮したうえで標準サービス量を決定する。

表1 要支援・要介護認定者数の推計

		2000年度	
		人数	65歳以上人口 に対する比率
		(人)	
65歳以上人口		21,733,000	—
認定者数(出現率)	合計	2,687,000	12.4%
	居宅		
	要支援	466,000	2.1%
	要介護1	707,000	3.3%
	要介護2	330,000	1.5%
	要介護3	219,000	1.0%
	要介護4	158,000	0.7%
	要介護5	118,000	0.5%
	合計	1,998,000	9.2%
	施設		
	老人福祉施設	304,000	1.4%
	老人保健施設	214,000	1.0%
	療養型医療施設	171,000	0.8%
	合計	689,000	3.2%

出所) 旧厚生省「社会保障の給付と負担の見通し(2000年10月)」より作成。

表2 保険給付額の推計

給付額			2000年度	
			給付額	認定者1人 当たり費用
			(百万円/月)	(円/月)
給付額	居宅サービス	要支援	8,636	20,592
		要介護1	35,486	55,770
		要介護2	19,455	65,505
		要介護3	17,737	89,991
		要介護4	14,641	102,960
		要介護5	12,806	120,582
		合計	108,762	60,484
	施設サービス	老人福祉施設	88,920	325,000
		老人保健施設	68,180	354,000
		療養型医療施設	66,331	431,000
		合計	223,431	360,315
	合計		332,193	—

出所) 旧厚生省「社会保障の給付と負担の見通し(2000年10月)」より作成。

また、利用意向調査をもとに利用希望率を決定し、

「居宅における要支援・要介護者数」

×「標準サービス量」×「利用希望率」

というかたちで各サービスの必要量を決定する。ただし、実際のサービス利用量は需給両面から決定されるものであるため、「ゴールドプラン21」における整備計画等が加味されたうえで、最終的なサービス利用量の見込み額となる。

このようにして導出されたサービス利用量の見込み額にサービスごとの単価を乗じて自己負担分を除いたものが居宅サービス給付額となる(表2 給付額(居宅サービス))。ところで、介護保険で居宅サービスを利用する際には利用限度額が決められているが、先に計算された居宅給付額は居宅における要支援・要介護者全体でみて2000年度に利用限度額の33%を利用することに相当する。介護給付費の将来推計は実際にはこの利用限度額に対する利用割合をもとに行われ、制度普及とともに利用割合が年率4.4%で80%になるまで上昇し、利用限度額自体が年率2.5%で上昇していくとの仮定のもとで推計されている。

#### IV 介護給付費の推移

本節では厚生労働省の全国集計データ『介護保険事業状況報告(暫定版)』(2000年4月分から2002年1月分)を用いて介護給付費の推移についてみることにする。介護保険は施行2年が経過したことになるが給付費は拡大しつづけている。なかでも注目されるのが居宅給付費の急増であり、その一つの原因は、「満たされない施設需要」が居宅サービスに向かっているためだと考えられる。以下、Ⅲの旧厚生省推計を比較対象として、詳しく見ていくことにする。

##### 1 要介護認定者数と介護サービス受給者数の推移

表3は要介護認定者数および介護サービス受給者数の実績値と旧厚生省推計とを比較したものである。なお実績値は2001年1月と2002年1月のものである。まず、65歳以上人口に対する要介護認定者数の割合(以下、出現率)が11.3%から12.6%に上昇していることが確認できる。これは、

表 3 旧厚生省推計と実績値との比較(要介護認定者数・介護サービス受給者数)

認定者数(出現率)	旧厚生省推計(2000年度)			旧厚生省推計(2001年度)			2001年1月			2002年1月			前年 同月比
	人数 (人)	65歳以上人口 に対する比率	人数 (人)	65歳以上人口 に対する比率	人数 (人)	65歳以上人口 に対する比率	人数 (人)	65歳以上人口 に対する比率	人数 (人)	65歳以上人口 に対する比率	人数 (人)	65歳以上人口 に対する比率	
65歳以上人口	21,733,000	—	22,377,000	—	22,249,658	—	22,988,474	—	—	22,988,474	—	—	3.3%
要支援	466,000	2.1%	487,000	2.2%	319,497	1.4%	373,926	1.6%	—	373,926	1.6%	—	17.0%
要介護1	707,000	3.3%	735,000	3.3%	679,824	3.1%	845,673	3.7%	—	845,673	3.7%	—	24.4%
要介護2	330,000	1.5%	343,000	1.5%	468,253	2.1%	547,959	2.4%	—	547,959	2.4%	—	17.0%
要介護3	219,000	1.0%	219,000	1.0%	353,051	1.6%	379,718	1.7%	—	379,718	1.7%	—	7.6%
要介護4	158,000	0.7%	156,000	0.7%	364,177	1.6%	382,029	1.7%	—	382,029	1.7%	—	4.9%
要介護5	118,000	0.5%	117,000	0.5%	326,223	1.5%	370,627	1.6%	—	370,627	1.6%	—	13.6%
未区分	689,000	3.2%	734,000	3.3%	—	—	—	0.0%	—	—	—	—	—
合計	2,687,000	12.4%	2,791,000	12.5%	2,511,025	11.3%	2,899,932	12.6%	—	2,899,932	12.6%	—	15.5%
受給者数(受給率)	—	—	—	—	209,886	0.9%	244,133	1.1%	—	244,133	1.1%	—	16.3%
居宅サービス	—	—	—	—	425,414	1.9%	567,840	2.5%	—	567,840	2.5%	—	33.5%
要介護1	—	—	—	—	258,923	1.2%	335,019	1.5%	—	335,019	1.5%	—	29.4%
要介護2	—	—	—	—	163,302	0.7%	196,227	0.9%	—	196,227	0.9%	—	20.2%
要介護3	—	—	—	—	129,975	0.6%	149,133	0.6%	—	149,133	0.6%	—	14.7%
要介護4	—	—	—	—	114,018	0.5%	130,863	0.6%	—	130,863	0.6%	—	14.8%
要介護5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
未区分	—	—	—	—	25,507	0.1%	0	0.0%	—	0	0.0%	—	—
合計	—	—	—	—	1,327,025	6.0%	1,623,215	7.1%	—	1,623,215	7.1%	—	22.3%
施設サービス	304,000	1.4%	320,000	1.4%	290,967	1.3%	315,719	1.4%	—	315,719	1.4%	—	8.5%
老人福祉施設	214,000	1.0%	231,000	1.0%	226,559	1.0%	243,862	1.1%	—	243,862	1.1%	—	7.6%
老人保健施設	171,000	0.8%	183,000	0.8%	104,812	0.5%	111,842	0.5%	—	111,842	0.5%	—	6.7%
療養型医療施設	—	—	—	—	11,580	0.1%	0	0.0%	—	0	0.0%	—	—
未区分	689,000	3.2%	734,000	3.3%	633,918	2.8%	671,423	2.9%	—	671,423	2.9%	—	5.9%
合計	—	—	—	—	1,960,943	8.8%	2,294,638	10.0%	—	2,294,638	10.0%	—	17.0%

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定版)」(各月版), 旧厚生省「社会保障の給付と負担の見通し(2000年10月)」より作成。

注1) 旧厚生省推計・未区分の欄は「施設における要介護高齢者」に相当。

注2) 旧厚生省推計では, 介護サービス受給者数という考え方はしていないため, 受給者数(居宅サービス・合計)の欄は「—」としてある。

導入当初には十分認知されていない制度が、少しずつ認知されていくという、制度導入時特有の動きであると考えられる。

つぎに介護サービス受給者数の推移について観察する。まず施設サービスについてみてみると、老人福祉施設・老人保健施設に関しては、65歳以上人口に対する施設受給者数の割合（以下、施設受給率）が旧厚生省推計とほぼ一致していることが確認できる。Ⅲで、旧厚生省の施設受給者数が、施設定員数に基づいて推計されたものであることを述べた。このことから、推計値と実績値の一致は、施設で待機者が発生していること、また施設整備が計画通りに進んでいることの表れであると考えられる。それに対して、療養型医療施設は旧厚生省推計を大幅に下回っている。療養型医療施設は社会的入院を解消するものとして期待されていたが、厚生労働省が2000年度の当初予算ベースで19万床の介護保険適用への転換を見込んでいたのに対し、2000年10月1日現在で実際に指定を受けたのは11万6千床にとどまっている。この原因としては、介護報酬の設定が遅れたことや診療報酬の改定が控えていたために病院側が態度を保留したためといわれている<sup>3)</sup>。したがって、介護保険導入前に期待されていた社会的入院の解消は、現時点では、それほど進んでいないことになる。

つぎに居宅サービスについてみてみると、居宅サービス受給者数は対前年同月比で22.3%増と大幅に増加していることが確認できる。65歳以上人口に対する居宅サービス受給者数の割合（以下、居宅受給率）でも、6.0%から7.1%へと上昇している。居宅受給率は、出現率と認定者に対する居宅サービス受給者の割合とに分けて考えることができるが、両者が居宅受給率の上昇に寄与している（出現率は11.3%から12.6%に、認定者に対する居宅サービス受給者の割合は52.8%から56.0%にそれぞれ上昇<sup>4)</sup>）。

認定者に対する居宅サービス受給者数の割合が上昇している一つの原因として、施設の不足が考えられる。先にみたとおり、施設サービスでは待機者が発生しており、施設入所を希望していても

入所できるとは限らない。これらの「満たされない施設需要」が代替的サービスとしての居宅サービスに向かったことが、居宅サービス受給者が急増していることの一つの原因と考えられる。この点に関しては、Vで再度検討することにする。

## 2 介護費用・介護給付費の推移

表4は2001年1月、2002年1月の介護給付費を旧厚生省推計と比較したものである。施設給付費からみてみると、老人福祉施設・老人保健施設に関しては旧厚生省推計とほぼ一致しており、先ほどと同様に、施設サービスが供給サイドで決定されていると推測できる。ただし、療養型医療施設に関しては介護保険への転換が思ったほど進まなかったため、旧厚生省推計を大幅に下回っている。つまり、現時点では社会的入院の解消はそれほど進んでいないと考えられる<sup>5)</sup>。

次に居宅給付費についてみてみると、要支援を除く全ての要介護度において受給者1人当たり費用が増加している。受給者全体でみると、2001年1月の84,974円（月）から2002年1月の94,061円（月）まで9,000円以上増加していることになる。また、居宅受給者自体も大幅に増加しているため、居宅給付費全体では前年同月比で35.4%の増加となる。旧厚生省推計では「居宅受給者」という考え方はしていないため、1人当たり費用を直接比較することはできないが、2002年1月の居宅給付費はすでに旧厚生省推計を上回るものになっている。

このように、施設給付費、居宅給付費の増加を受けて、介護給付費全体としては、15.1%の増加となっている。介護給付費の増加は介護保険が保険制度である以上、保険料の上昇へとつながることになるが、単純に保険給付費の17%を第1号被保険者の保険料と考えると（表5の1号保険料）、この間に1月2,332円の保険料は2,597円へと上昇したことになる。

表4でみた介護給付費の推移をサービス別にみたものが表5である。介護給付費に占める居宅給付費の割合は当然上昇しており、2002年1月時点で約4割に達している。このように、居宅サー



表4 旧厚生省推計と実績値との比較（介護給付費）

介護給付費	旧厚生省推計（2000年度）		旧厚生省推計（2001年度）		2001年1月		2002年1月		前年 同月比 （給付費）	
	給付費	認定者1人 当たり費用	給付費	認定者1人 当たり費用	給付費	認定者1人 当たり費用	給付費	認定者1人 当たり費用		
	(百万円/月)	(円/月)	(百万円/月)	(円/月)	(百万円/月)	(円/月)	(百万円/月)	(円/月)		
居宅サービス	要支援	8,636	20,592	10,485	23,921	7,143	37,814	8,247	37,534	15.5%
	要介護1	35,486	55,770	42,856	64,786	25,039	65,398	34,698	67,895	38.6%
	要介護2	19,455	65,505	23,491	76,095	20,100	86,255	28,492	94,495	41.8%
	要介護3	17,737	89,991	20,605	104,540	17,461	118,805	23,629	133,796	35.3%
	要介護4	14,641	102,960	16,793	119,605	15,832	135,342	21,179	157,794	33.8%
施設サービス	要介護5	12,806	120,582	14,750	140,076	15,925	155,190	21,168	179,730	32.9%
	合計	108,762	60,484	128,978	69,669	101,500	60,081	84,974	94,061	35.4%
	老人福祉施設	88,920	325,000	95,940	333,125	88,286	337,136	95,947	337,667	8.7%
	老人保健施設	68,180	354,000	75,437	362,850	68,125	334,105	73,523	334,994	7.9%
	療養型医療施設	66,331	431,000	72,760	441,775	41,850	443,651	44,347	440,572	6.0%
未区分	合計	223,431	360,315	244,137	369,568	198,261	347,506	213,817	353,837	7.8%
合計	332,193	—	373,115	—	305,255	—	351,230	—	—	15.1%

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定版)」(各月版), 旧厚生省「社会保険の給付と負担の見通し(2000年10月)」より作成。

表5 旧厚生省推計と実績値との比較

実績値	保険給付費(百万円, 下段構成比)													65歳以上人口1人当たり給付費(円)	
	訪問通所	短期入所	その他単品	福祉用具	住宅改修	居室計	老人福祉	老人保険	療養型	施設計	未区分	合計	合計	1号保険料	
2001年1月	75,318	9,957	13,857	565	1,803	101,500	88,286	68,125	41,850	198,261	5,494	305,255	13,720	2,332	
	24.7%	3.3%	4.5%	0.2%	0.6%	33.3%	28.9%	22.3%	13.7%	64.9%	1.8%	100.0%			
2002年1月	98,078	16,801	19,216	717	2,601	137,413	95,947	73,523	44,347	213,817	0	351,230	15,279	2,597	
	27.9%	4.8%	5.5%	0.2%	0.7%	39.1%	27.3%	20.9%	12.6%	60.9%	0.0%	100.0%			
旧厚生省推計 (1月平均)	—	—	—	—	—	108,762	88,920	68,180	66,331	223,431	—	332,193	15,285	2,598	
	—	—	—	—	—	32.7%	26.8%	20.5%	20.0%	67.3%	—	100.0%			
2001年度	—	—	—	—	—	128,979	95,940	75,437	72,760	244,137	—	373,115	16,674	2,835	
	—	—	—	—	—	34.6%	25.7%	20.2%	19.5%	65.4%	—	100.0%			

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定版)」(各月版)、旧厚生省「社会保障の給付と負担の見通し(2000年10月)」より作成。  
 注1) 訪問通所: 訪問通所サービス(訪問介護, 訪問入浴介護, 訪問看護, 訪問リハビリテーション, 通所介護, 通所リハビリテーション, 福祉用具貸与)  
 短期入所: 短期入所サービス(短期入所生活介護・短期入所療養介護(老健)・短期入所療養介護(病院等))  
 その他単品: その他の単品サービス(居宅療養管理指導, 痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護・居宅介護支援)  
 福祉用具: 福祉用具購入費  
 住宅改修: 住宅改修費

2) 1号保険料は65歳以上人口1人当たり給付費の17%として計算。

ビスは厚生労働省の予想以上に利用されているわけであるが、特に我々が注目しているのは「その他単品サービス」の増加である。「その他単品サービス」には居宅療養管理指導、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、居宅介護支援の四つのサービスが含まれている。いわゆるグループホームは痴呆対応型共同生活介護に、また有料老人ホームは特定施設入所者生活介護にそれぞれ含まれている。これらのサービスは介護保険では居宅サービスに分類されているが、サービス内容としては施設サービスに類似したものである。さらに、国民健康保険中央会がまとめた介護給付費の2000年度と2001年度との比較によると、居宅サービスのなかで対前年度比が40%を超えているものは、訪問介護、福祉用具貸与、短期入所サービス(計)、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護の五つであり、特定施設入所者生活介護は48.2%の増加、痴呆対応型共同生活介護にいたっては144.9%の増加となっている<sup>6)</sup>。

これらのサービスが増えている一つの原因は、介護保険施設の不足と考えられる。つまり、「満たされない施設需要」がこれらのサービスに向かっているものと考えられる。そして、近い将来には、民間企業の参入によって、不足している公的施設を民間施設が補完していくものと推測される。もちろんこれらのサービスは額としてはまだまだ小さいものであり、対前年度比が大きくてやすいため、割り引いて考える必要があるが、都市部を中心にこれらのサービスの利用が急速に進んでいることから、今後拡大していくものと思われる。

## V 介護給付費の決定要因

IVでは厚生労働省の集計データを用いて、居宅サービスが拡大していることを検討した。また、「満たされない施設需要」が居宅サービスに向かっていることが一つの原因となっていることを指摘した。本節では施設給付費と居宅給付費とに分け、それぞれの決定要因を分析することによって、以上の議論を統計的に検証する。

### 1 介護給付費の地域差

本節で使用するデータは国民健康保険中央会がホームページ上で公開している介護保険給付費の都道府県集計データ(2002年3月サービス分)である。また都道府県別の65歳以上人口は総務庁『2001年10月1日現在推計人口』を、介護保険施設の定員数は厚生労働省『2001年介護サービス施設・事業所調査結果速報』を用いている。これらのデータから65歳以上人口1人当たり保険給付費、65歳以上人口1人当たり施設定員数(以下、施設定員率)を作成した(表6参照)。

表6より、65歳以上人口1人当たり介護給付費に関して、すでにかかなりのバラツキが発生していることが分かる。最も低い埼玉県が11,955円であるのに対し、最も高い沖縄県では2倍強の24,393円となっている。単純に65歳以上人口1人当たり保険給付費の17%を第1号保険料と考えると(表中の1号保険料)、埼玉県が2,032円であるのに対し、沖縄県は4,147円に達することになる。また、ここで用いたデータが都道府県レベルの集計データであることを考えると、実際の保険者である市町村単位ではさらに大きなバラツキが発生しているものと考えられる。

つぎに、介護給付費の地域差を居宅サービス・施設サービス別にみってみる。図1は横軸に居宅給付費の全国平均からの偏差を、縦軸に施設給付費の全国平均からの偏差をとったものである。このように施設給付費と居宅給付費で地域を分けると、沖縄県など施設給付費と居宅給付費ともに平均より大きな地域、北海道など施設給付費は平均より大きい、居宅給付費は小さい地域、一方、埼玉県など二つの給付費ともに平均より小さな地域、および東京都など居宅給付費は平均より大きい、施設給付費は小さい地域の四つに分類することができる。このなかで介護給付費の高い地域は、図1の第1象限と第2象限に含まれる施設給付費の高い地域に集中し、医療費と同様に、いわゆる「西高東低」の現象が生じていることがわかる。

医療費の地域差の原因として一般に指摘されるのが、①人口の年齢構成の違い、②病床数・医師数等の医療提供体制の違い、③住民の生活習慣や

表6 基本データ (2002年3月サービス分)

	65歳人口1人当たり定員数(定員率)				出現率	65歳人口1人当たり介護給付費(円)						1号保険料(円)
	老人福祉	老人保健	療養型	施設定員率		居宅給付計	老人福祉	老人保健	療養型	施設給付計	介護給付計	
北海道	0.0158	0.0110	0.0104	0.0372	0.1359	4,787	4,846	3,377	4,229	12,452	17,239	2,931
青森県	0.0151	0.0153	0.0037	0.0341	0.1578	8,165	4,922	5,001	1,305	11,228	19,393	3,297
岩手県	0.0147	0.0147	0.0028	0.0321	0.1315	5,036	4,673	4,476	1,014	10,163	15,200	2,584
宮城県	0.0117	0.0101	0.0014	0.0232	0.1192	5,911	3,799	3,358	351	7,508	13,419	2,281
秋田県	0.0165	0.0150	0.0031	0.0346	0.1383	5,181	5,240	4,614	1,415	11,268	16,449	2,796
山形県	0.0175	0.0092	0.0010	0.0278	0.1277	6,098	5,384	3,052	559	8,995	15,093	2,566
福島県	0.0107	0.0100	0.0016	0.0224	0.1162	5,392	3,654	2,951	524	7,130	12,522	2,129
茨城県	0.0108	0.0118	0.0027	0.0252	0.0996	4,567	3,312	3,294	910	7,516	12,083	2,054
栃木県	0.0114	0.0116	0.0021	0.0251	0.1094	5,023	3,520	3,515	846	7,881	12,904	2,194
群馬県	0.0121	0.0116	0.0032	0.0268	0.1197	6,155	3,868	3,562	1,150	8,579	14,735	2,505
埼玉県	0.0104	0.0079	0.0032	0.0216	0.1045	5,247	3,184	2,433	1,091	6,708	11,955	2,032
千葉県	0.0101	0.0100	0.0032	0.0233	0.1044	5,426	3,281	2,726	1,025	7,031	12,458	2,118
東京都	0.0136	0.0043	0.0017	0.0196	0.1272	7,290	4,521	1,851	1,234	7,606	14,897	2,532
神奈川県	0.0101	0.0059	0.0036	0.0195	0.1205	6,817	3,310	2,255	1,326	6,890	13,707	2,330
新潟県	0.0143	0.0141	0.0041	0.0325	0.1274	6,222	4,826	4,316	1,666	10,808	17,030	2,895
富山県	0.0135	0.0135	0.0106	0.0376	0.1300	5,649	4,630	4,419	4,286	13,336	18,984	3,227
石川県	0.0150	0.0137	0.0085	0.0372	0.1390	6,601	4,795	4,146	3,057	11,997	18,598	3,162
福井県	0.0176	0.0151	0.0061	0.0388	0.1253	5,480	5,485	4,664	2,214	12,363	17,843	3,033
山梨県	0.0119	0.0115	0.0022	0.0256	0.1128	5,542	3,744	3,461	1,017	8,221	13,763	2,340
長野県	0.0129	0.0094	0.0028	0.0251	0.1260	6,419	4,217	3,009	1,116	8,342	14,760	2,509
岐阜県	0.0102	0.0122	0.0023	0.0247	0.1180	6,130	3,296	3,552	859	7,707	13,837	2,352
静岡県	0.0104	0.0075	0.0037	0.0215	0.1115	6,084	3,388	2,430	1,569	7,387	13,471	2,290
愛知県	0.0097	0.0093	0.0038	0.0228	0.1158	6,035	3,145	2,914	1,497	7,556	13,591	2,310
三重県	0.0127	0.0127	0.0026	0.0279	0.1305	6,100	3,980	3,873	936	8,789	14,889	2,531
滋賀県	0.0115	0.0083	0.0035	0.0234	0.1223	6,710	3,845	2,630	1,549	8,025	14,735	2,505
京都府	0.0126	0.0074	0.0082	0.0281	0.1482	7,243	4,285	3,174	3,200	10,659	17,902	3,043
大阪府	0.0118	0.0086	0.0051	0.0255	0.1399	6,654	4,036	2,795	2,180	9,010	15,664	2,663
兵庫県	0.0130	0.0089	0.0048	0.0267	0.1352	6,329	4,533	2,951	1,860	9,345	15,674	2,665
奈良県	0.0153	0.0086	0.0024	0.0263	0.1331	6,537	4,666	2,638	1,258	8,562	15,099	2,567
和歌山県	0.0152	0.0114	0.0034	0.0300	0.1511	7,317	4,837	3,812	1,321	9,970	17,287	2,939
鳥取県	0.0168	0.0138	0.0045	0.0351	0.1487	6,865	5,714	4,597	1,967	12,278	19,143	3,254
島根県	0.0181	0.0085	0.0057	0.0322	0.1514	6,716	6,323	2,820	2,086	11,229	17,945	3,051
岡山県	0.0157	0.0134	0.0055	0.0346	0.1555	7,186	4,932	4,124	1,942	10,998	18,185	3,091
広島県	0.0142	0.0109	0.0070	0.0321	0.1549	7,224	4,657	3,612	2,667	10,937	18,160	3,087
山口県	0.0149	0.0112	0.0129	0.0390	0.1478	5,511	4,619	3,507	4,868	12,994	18,505	3,146
徳島県	0.0148	0.0208	0.0113	0.0469	0.1612	6,414	4,819	6,201	3,399	14,418	20,832	3,541
香川県	0.0146	0.0131	0.0060	0.0336	0.1508	5,925	4,728	4,179	1,713	10,619	16,545	2,813
愛媛県	0.0126	0.0124	0.0074	0.0324	0.1469	6,713	4,012	4,063	2,635	10,710	17,423	2,962
高知県	0.0161	0.0094	0.0178	0.0433	0.1443	5,472	4,821	3,098	6,795	14,714	20,186	3,432
福岡県	0.0139	0.0140	0.0098	0.0377	0.1549	6,942	4,175	4,321	3,824	12,320	19,262	3,274
佐賀県	0.0150	0.0148	0.0084	0.0382	0.1463	6,288	4,913	4,594	3,438	12,945	19,234	3,270
長崎県	0.0155	0.0130	0.0066	0.0351	0.1622	7,387	4,810	4,064	2,272	11,146	18,532	3,151
熊本県	0.0150	0.0134	0.0122	0.0405	0.1534	6,091	5,034	4,167	4,722	13,923	20,013	3,402
大分県	0.0148	0.0129	0.0053	0.0330	0.1616	6,902	4,880	4,077	1,796	10,754	17,656	3,002
宮崎県	0.0146	0.0118	0.0082	0.0346	0.1434	6,655	4,657	3,683	3,158	11,498	18,153	3,086
鹿児島県	0.0174	0.0119	0.0078	0.0372	0.1726	7,600	5,595	3,907	2,573	12,075	19,675	3,345
沖縄県	0.0210	0.0193	0.0096	0.0499	0.1706	8,590	6,386	5,896	3,522	15,804	24,393	4,147
最大値	0.0210	0.0208	0.0178	0.0499	0.1726	8,590	6,386	6,201	6,795	15,804	24,393	4,147
最小値	0.0097	0.0043	0.0010	0.0195	0.0996	4,567	3,145	1,851	351	6,708	11,955	2,032
単純平均	0.0139	0.0116	0.0056	0.0311	0.1363	6,311	4,474	3,663	2,126	10,264	16,575	2,818
標準偏差	0.0025	0.0031	0.0036	0.0072	0.0185	866	791	893	1,351	2,356	2,719	462
変動係数	0.1808	0.2698	0.6436	0.2315	0.1355	0.1371	0.1768	0.2437	0.6351	0.2296	0.1640	0.1640

出所) 国民健康保険中央会 HP (<http://www.kokuho.or.jp>) 資料(2002年3月サービス分), 厚生労働省「2001年介護サービス施設・事業所調査結果速報」, 総務庁「2001年10月1日現在推計人口」より作成。

注) 1号保険料は65歳人口1人当たり給付費の17%として計算。

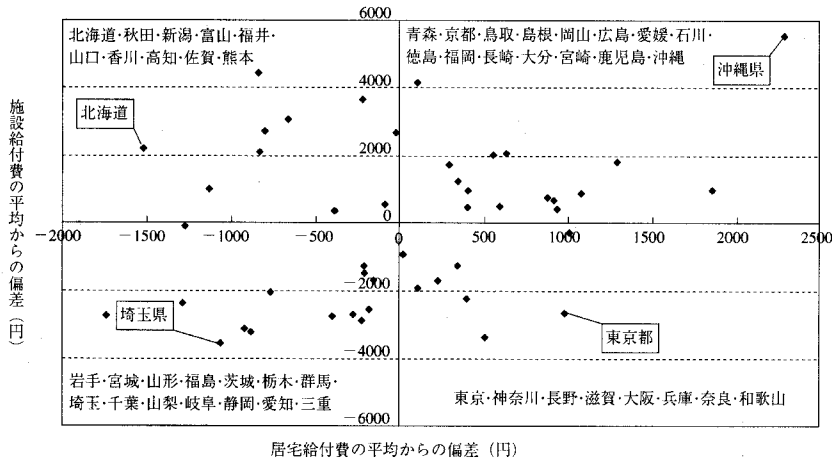


図1 65歳以上人口1人当たり保険給付費の平均からの偏差

健康意識・受診行動の違い, ④医療機関の診療パターンの違いの4点である。同様のことを介護保険の文脈で考えると, ①は後期高齢者比率に依存すると考えられる出現率の違いとして, ②は介護保険施設の定員数や介護サービス事業者数の違いとして考えることができる。③に関しては, 医療と同様に予防的活動が出現率に大きな影響を与えられる。また, 第三者による介護に対する抵抗感や施設に対する選好の度合いなども地域によって違いがあると考えられる。最後に④に関しては, ケアマネージャーの影響が大きいと考えられる。

今回の分析では③④に関して適切な指標が得られなかったため, 以下では出現率および施設定員率を用いて施設給付費・居宅給付費の決定要因について考察する。

## 2 施設給付費の決定要因

IVにおいて, 「満たされない施設需要」が居宅サービスへと向かい, 居宅給付費を一層押し上げていることを指摘したが, そのためには施設サービスで待機者が発生していることが前提となる。いいかえれば, 施設定員数が施設受給者数, 施設給付額を決定していることが前提となる。したがって, まずはこの点を検討する。

施設の種類ごとに, 65歳以上人口1人当たり

表7 推計結果: 65歳以上人口1人当たり施設給付費 (OLS)

老人福祉	定数項	老人福祉定員率	$R^2$
	223.091	306,015.141	0.944
	1.422	27.538	
老人保健	定数項	老人保健定員率	$R^2$
	435.548	278,332.247	0.952
	3.889	29.825	
療養型	定数項	療養型定員率	$R^2$
	60.793	368,286.360	0.969
	0.932	37.531	

注) 下段の数値はt値。

施設給付費を施設定員率に回帰した結果が表7である。いずれの施設においても決定係数は極めて高い。また, 図2は老人福祉施設についてプロットしたものであるが(横軸: 施設定員率, 縦軸: 65歳以上人口1人当たり給付費), 施設定員率と施設給付費の間には極めて強い線形関係が存在することが確認できる<sup>7)</sup>。これらのことから, 施設の定員数が施設給付費を決めている, つまり供給制約に直面していると考えられる。

先に, 地域を四つに分類したが, 沖縄県と北海道は施設定員率が高く, それに対して東京都や埼玉県は定員率が低い。この図2は, 施設定員率がそれぞれの地域の施設給付費に大きな影響を与えていたことを示唆している。

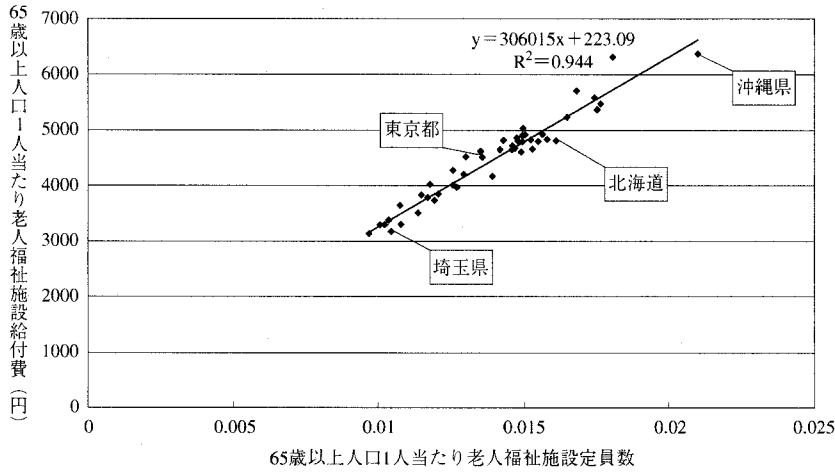


図2 老人福祉施設定員数と老人福祉給付費(65歳以上人口1人当たり)

表8 65歳以上人口1人当たり居宅給付費(OLS)

定数項	出現率	施設定員率	$R^2$	$\bar{R}^2$
1,997.743	31,654.165		0.456	0.444
2.819	6.141			
1,361.731	53,634.773	-75,869.566	0.634	0.618
2.257	8.398	-4.632		

注) 下段の数値はt値。

### 3 居宅給付費・居宅受給者数の決定要因

次に居宅給付費の決定要因について考える。65歳以上人口1人当たり居宅給付費を被説明変数とし、各説明変数に回帰した結果が表8である。まず、居宅給付費を出現率だけで説明した場合、その符号はプラスで有意となる。次に、居宅給付費を出現率と並んで施設定員率で説明すると、出現率はプラスで有意であり、かつそれが給付費に及ぼす効果は増大する。一方、定員率はマイナスで有意であり、定員率を説明変数に含めた場合の方が、回帰式全体の説明力も大きく改善する。以上の結果から、要介護高齢者の増加が居宅給付費を増加させると同時に、施設定員率の低下によっても居宅給付費が増加する。すなわち、施設サービスの代替として居宅サービスが利用されていると考えられる。この施設サービスから居宅サービスへの代替を定量的に捉えるために、以下では、居宅受給者数の決定要因について考える。

要介護状態と認定された高齢者はまず介護サービスを利用するかしないかを決定する。以下の分析においては、要介護認定者の一定割合  $\rho$  の人々が潜在的な介護サービス需要者であるものとする。

$$\tilde{X}_i = \rho N_i$$

ここで  $\tilde{X}_i$  は第  $i$  都道府県の65歳以上人口に対する潜在的な介護サービス需要者数の割合を、 $N_i$  は第  $i$  都道府県の65歳以上人口に対する要介護認定者数の割合を表す。これらの潜在的な介護サービス需要者は年齢や要介護度などの属性に応じて、居宅サービスを利用するか施設サービスを利用するかを決定する。そこで、 $\tilde{X}_{1i}$  を第  $i$  都道府県の65歳以上人口に対する(潜在的な)居宅需要者の割合とし、居宅・施設の選択に影響を与えらる変数ベクトルを  $Y_i$  とすると、

$$\tilde{X}_{1i} = \tilde{X}_i(Y_i)$$

となる。また、第  $i$  都道府県の65歳以上人口に対する(潜在的な)施設需要者の割合  $\tilde{X}_{2i}$  は  $\tilde{X}_i = \rho N_i$  からの残差として、

$$\tilde{X}_{2i} = \tilde{X}_i - \tilde{X}_i(Y_i) = \rho N_i - \tilde{X}_i(Y_i)$$

となる。

さて、すでに上で検討したように、施設サービスの実際の利用者  $X_{2i}$  は供給サイド、すなわち、施設定員率によって決定されていると考えられるので、第  $i$  都道府県の施設定員率を  $BED_i$  とす

ると、

$$X_{2i} = X_2(BED_i) \quad (1)$$

と表すことができる。施設サービスを希望しているが施設に入所できない人々 ( $\tilde{X}_{2i} - X_{2i}$ ) のなかで、 $\theta$  の割合の人々が居宅サービスを利用するものとする、実際の居宅サービス利用者  $X_{1i}$  は、

$$\begin{aligned} X_{1i} &= \tilde{X}_1(Y_i) + \theta(\tilde{X}_{2i} - X_{2i}) \\ &= \tilde{X}_1(Y_i) + \theta(\tilde{X}_i - \tilde{X}_1(Y_i) - X_{2i}) \\ &= (1 - \theta)\tilde{X}_1(Y_i) + \theta\tilde{X}_i - \theta X_{2i} \end{aligned}$$

となる。また、 $\tilde{X}_i = \rho N_i$  と仮定している、居宅サービスの実際の需要者は、次のように決定される。

$$X_{1i} = (1 - \theta)\tilde{X}_1(Y_i) + \theta\rho N_i - \theta X_{2i} \quad (2)$$

推計は二段階で行った。第1段階で  $X_{2i}$  を  $BED_i$  に回帰し、その結果を第(2)式の第3項に代入したのち、この式の推計を行った。居宅サービス需要の説明変数ベクトル  $Y_i$  としては、要介護高齢者の年齢や要介護度、介護者の有無、職業などの介護者の状況、世帯の所得水準などが考えられる。しかしながら、今回の分析ではデータの制約上、要介護度と年齢のみを取り上げた。要介護度を示す変数としては、「介護  $i$ 」として、要介護高齢者に占める要介護度  $i$  以上の要介護高齢者の割合をとった。年齢についての変数である「後期高齢」は、65歳以上人口に占める70歳以上女性人口の割合である<sup>8)</sup>。これらの要介護度と年齢に関する変数を差し替えてつさまざまな推計を行った(表9参照)。

今回の分析では、要介護度、後期高齢化比率の指標に関しては有意な結果が得られなかった。他の変数に関しては、いずれのケースにおいても出現率の係数はプラスで有意であり、第(1)式で推計された実際の施設受給率の係数はマイナスで有意となっている。また施設受給率の係数である  $-\theta$  は  $-0.771$  から  $-0.777$  の値をとっており、「満たされない施設需要」の約77%が居宅サービスを代替的に利用していることが分かる。同様に、 $\rho$  の値は  $0.908$  から  $0.933$  となっており、要介護認定者の約9割が潜在的な介護サービス需要者であると考えられる。

以上の結果から介護給付費全体で考えてみると、以下の2点となる。第1に、出現率が高い地域では介護給付費全体としても高くなる。第2に、施設定員率が低い地域では、施設サービスから居宅サービスへの代替が生じ、居宅給付費が高くなり、施設給付費が低くなる。ただし施設給付費の方が相対的に高いため、ネットの効果では介護給付費を抑えることになる。

以上の認識のもとに、あらためて介護保険の今後の展開について考える。施設需要が十分に満たされていないことを考慮すると、やはりグループホームや民間有料老人ホームなどの施設サービス市場へ民間企業が参入してくることが予想される。またこのような民間企業の参入は大都市圏を中心に起こってくると考えられるため、東京・神奈川・大阪などで民間有料老人ホームの入所者が増

表9 推計結果：65歳以上人口1人当たり居宅サービス受給者数(2SLS)

定数項	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	後期高齢	出現率	施設受給率	R <sup>2</sup>	$\bar{R}^2$	$\rho$
-0.019	0.006					0.042	0.703	-0.774	0.909	0.900	0.908
-0.686	0.258					1.296	13.360	-6.353			
-0.019		0.007				0.041	0.712	-0.772	0.909	0.900	0.922
-1.047		0.473				1.273	13.150	-6.436			
-0.021			0.016			0.038	0.724	-0.776	0.910	0.901	0.933
-1.289			0.764			1.164	13.040	-6.487			
-0.019				0.023		0.034	0.723	-0.777	0.910	0.901	0.930
-1.291				0.749		1.020	13.080	-6.488			
-0.015					0.027	0.034	0.712	-0.771	0.901	0.901	0.923
-1.223					1.019	1.019	15.270	-6.458			

注) 下段の数値はt値。

えていき、今後ますます居宅給付費が拡大していくと考えられる。先ほどの図1でいうと第4象限に位置する東京都や大阪など大都市部ではますます右へ動いていくことになると思われる。また、大都市に近く、第3象限に属す埼玉県、千葉県などでも今後居宅給付が増え、図中右側に移動していくものと思われる。

## VI おわりに

本稿では全国集計データおよび都道府県集計データを用いることにより、施行2年が経過した介護給付費の推移とその決定要因について考察した。IVで明らかとなったことは要介護認定者数および居宅給付費が制度発足以来増え続けていることである。Vで明らかとなったことは、第一に、施設給付費は施設定員率によって決定されているということであり、第二に、居宅サービスが施設サービスを代替していることである。

このように、介護保険制度の導入により介護サービス需要が顕在化し、居宅給付費を中心に保険給付費は拡大してきた。しかし介護保険が保険である以上、保険料とくに第1号被保険者の保険料は引き上げざるを得ないであろう<sup>9)</sup>。各市町村の第1号被保険者の保険料は、給付額の(平均)17%とされているが、この保険料をすでに徴収していない、あるいは、徴収できない市町村が存在している。

全国介護保険担当課長会議資料(2002年2月12日)によると、2001年10月1日現在で、1号保険料の単独減免(減額または免除)を行っている市町村は309市町村に達しており、一部の保険者は保険料減免の財源として一般財源を投入している。同様の動きは利用時の一部負担についてもみられ、2001年10月1日現在、単独で利用者負担の軽減措置をとっている市町村は722市町村に達している。

また、全国介護保険担当課長会議資料(2002年6月4日)によると、財政安定化基金からの借入れ団体も2001年度に入って急増している。各保険者は保険財政が逼迫したときのために都道府

県単位で財政安定化基金を設置しているが、介護給付費が異常に高い沖縄県では、75%の保険者が財政安定化基金からの借入れを行っている<sup>10)</sup>。今後の介護給付費の増大にともない、このような市町村はますます増えていくと思われる。

一方、高齢者医療のなかでかかえてきたいわゆる社会的入院は、療養型病床群による施設サービスとなり、その一部は介護保険によって代替される。しかし、現在までのところそうした医療から介護への転換は思ったように進んでいない。また、そうした転換が進む場合であっても、介護保険における施設給付費が増大する、あるいはここで指摘したように、居宅給付費が増大していくのであれば、高齢者医療・介護の全体の給付額は増大を続けるであろう。そうしたなかで、高齢者への医療・介護サービスを保険を通じて供給していくのであれば、介護保険では市町村を保険者としていること、および、高齢者の医療と介護が分けられている現在の仕組みの是非にまでもどった抜本的な改革が不可避であると思われる。

## 謝 辞

本論文の執筆にあたり、文部科学省科学研究費特定領域研究(B)603「世代間利害調整研究プロジェクト」、および、「一橋大学複合領域研究助成金」からの研究支援を得た。記して謝意を表したい。

## 注

- 1) 介護保険事業計画は3年を1期としており、ここでの負担割合は第1期事業計画(2000年4月～2002年3月)のものである。
- 2) 介護保険事業計画の推計方法に関する記述は、武蔵野市の介護保険事業計画を参考にした。
- 3) 「介護療養型は11万6千人—厚労省が12年介護施設等調査速報—」『週刊社会保障』No. 2151。
- 4) 認定者に対する居宅サービス受給者数の割合は、表3の認定者数・居宅サービス受給者数から計算。
- 5) 全国総合健康保険組合協議会が行った、公費負担5割施設入院患者の追跡調査によると、介護保険施行6ヵ月を経過しても施行直前の入院患者の33%が依然として社会的入院であると指摘している(「社会的入院患者は33%に」『週間



社会保障』No. 2156)。

- 6) 詳細なデータに関しては国民健康保険中央会ホームページ (<http://www.kokuho.or.jp>) を参照されたい。
- 7) 他の二施設に関しても同様の関係が確認できる。
- 8) 後期高齢化率に関する指標としては、男女全体の後期高齢化率、男子の後期高齢化率についても同様の分析を行った。また、年齢についても70歳以上、75歳以上、80歳以上の3通りで分析を行った。本稿では、紙幅の関係上、最も決定係数の高い女子の後期高齢化率のみ掲載している。
- 9) 厚生労働省が実施した2003年度から2005年度の第2期介護事業計画期間における介護サービス量の見込みによると、第1号被保険者の加重平均保険料基準額は3,241円になるとしている(『週間社会保障』No. 2215)。
- 10) この点についての分析は、田近・油井(forthcoming) が詳しい。

#### 参考文献

- 公正取引委員会(2002)「介護保険適用サービス分野における競争状況に関する調査について—居室サービスを中心に—」。
- 全国介護保険担当課長会議資料(2002年2月12日)。
- 全国介護保険担当課長会議資料(2002年6月4日)。
- 田近栄治・油井雄二(1999)「高齢化と国民健康保険—財政の視点から—」『季刊社会保障研究』第35巻第2号, pp. 128-140。

————(2001)「介護保険導入1年で何がおきたか—北海道東部三市町村のケース—(上)」、『健康保険』10月号。

————(2001)「介護保険導入1年で何がおきたか—北海道東部三市町村のケース—(下)」、『健康保険』11月号。

————(2003)「介護保険の財政と改革(上)」、『健康保険』2月号。

————(2003)「介護保険の財政と改革(下)」、『健康保険』3月号。

————「沖繩からみた介護保険の課題」『健康保険』9月号。

武蔵野市『武蔵野市老人保健福祉計画・武蔵野市介護保健事業計画』。

八代尚宏(2000)「公的介護保険と社会福祉事業改革の課題」『季刊社会保障研究』第36巻第2号, pp. 176-186。

#### 統計資料

厚生労働省『介護保険事業状況報告(暫定版)』各月版。

厚生労働省『2001年介護サービス施設・事業所調査結果速報』。

旧厚生省「社会保障の給付と負担の見通し(2000年10月)」。

国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(1997年1月推計)』。

総務庁『2001年10月1日現在 推計人口』。

(たぢか・えいじ 一橋大学大学院教授)  
(きくち・じゅん 一橋大学大学院博士後期課程)

## 痴呆デイケア施設における痴呆度と寝たきり度と介助量の関係 ——要介護者の介助量測定から——

松村 菜穂美

### I はじめに

わが国では、平成12年4月から介護保険が施行され、介護は社会的サービスとなり、要介護者に提供され始めた。この介護サービスを受ける要介護者には、痴呆症や寝たきり状態を伴うことが多く、施設入所の要介護者は、老人保健施設で95.3%が、特別養護老人ホームでは94.8%、療養型病床群では96.4%である。在宅サービス利用者では、訪問看護利用者の約7割が痴呆や寝たきりを伴うと報告されている<sup>1)</sup>。後期高齢者の増加から今後もその数は多くなる予測である。

この痴呆や寝たきりという障害は、急激に死への転帰をとるというよりも、徐々に悪化することが知られている。これらの介護サービスは長期間におよび、痴呆のうちアルツハイマー病は、平均8年といわれ<sup>2)</sup>、寝たきり状態の場合は約5割が3年以上である<sup>3)</sup>。

また、痴呆と寝たきりはそれぞれ別なものではなく、痴呆であれば寝たきりになりやすく、寝たきりであれば痴呆になりやすいといわれている<sup>4,5)</sup>。したがって、痴呆や寝たきりという障害は介護保険制度において要介護度を判定する調査内容に含まれ、先行研究でも介助量を変化させる要因としてあげられている<sup>6,7)</sup>。寝たきりの重度化と介助量の多さとの関連は示されている<sup>8)</sup>。一方、痴呆の重度化と介助量の多さとの関連は示されている<sup>9)</sup>ものもあるが、介護認定において痴呆が反映されていないという指摘がでてきている<sup>9)</sup>。また、要

介護者には痴呆と寝たきりの両方を伴うことが多いが、痴呆と寝たきりの両方と介護の量との関係は明らかになっていない。

そのため、まずは一定の介護環境で提供される介護サービスの量を客観的に把握し、要介護者の痴呆や寝たきりの障害程度と介助量の関係を明らかにする必要があると考える。介護保険が開始される以前から、この提供される介護サービスの量や質を把握することが必要であるといわれている<sup>10)</sup>にもかかわらず、調査が進んでいないと言わざるを得ない。それには、介護の客観化が必要になるが、対象とする介護の範囲や提供する側の介護スタッフ人員配置、専門職の種類、熟練度、士気、設備、あるいは提供される側の健康状態等が複雑に入り組んで、どれが適切で、どこまでが十分か、その基準や標準を設けるのは難しいからである。

そこで、本調査において、一定の環境で行われている痴呆と寝たきりを伴う要介護者への介助量を測定し、その介助量と要介護者の痴呆と寝たきりの障害程度との関係を明らかにすることを目的とした。

### II 対象および方法

#### 1 調査期間

期間は、1999年11月18日、2000年3月29、30、31日の4日間であり、分析上必要なサンプル数の確保と、要介護者に対して脆弱性の配慮から季節的な影響を受けない通常健康が保てる時

期および、介護スタッフに対しては配置転換の時期に重ならない時期として選定した。なお、1999年の調査においてデイケアにおける介助の種類についての調査検討を行った。

## 2 調査対象

調査対象を経験豊富な介護スタッフによる特定の要介護者に対する個別的介助とした。

### 1) 介護スタッフ

重度痴呆デイケア施設<sup>1)</sup>の介護スタッフ延べ24名、全員女性である。介護スタッフは、年齢 $34.1 \pm 5.3$  (平均±標準偏差) 歳、看護職11名、介護職13名である。調査上、以下3点の配慮がある。1つに、人員配置である。1日あたりの人員配置は、平均利用者数12.0人に対し、看護職2.8名、介護職3.3名である。一般のデイケア施設基準からみれば、本調査施設は約2倍の人員である。この人員は適正な介助に不足することがないよう、特に注意して配置した。かつ、このス

タッフには通常以上の介助は行わないよう説明した。介護スタッフの勤務時間中約6割が介助に当てられているとの報告<sup>11)</sup>があり、人員により介助量の上限が規定されると考える。2つ目に、介護経験についてである。介護スタッフの痴呆と寝たきりの介助ならびに臨床経験は看護職 $8.3 \pm 1.5$ 年、介護職 $5.5 \pm 1.0$ 年である。この介護経験については、入所施設の介護スタッフでは2年以上が標準化されているとの報告がある<sup>10)</sup>。3つ目に、デイケアでは利用日ごとにほぼ同じスタッフで介助しており、利用者とのコミュニケーションや人間関係の安定、介助の種類や手順など個別的な関わりについてもスタッフ間で統一して行っている。

### 2) 要介護者

痴呆と寝たきりを伴う要介護者とし、デイケア施設4日間の全利用者とした(表1)。要介護者は男性17名、女性31名であり、年齢は $75.6 \pm 9.0$  (平均±標準偏差) 歳である。要介護者は厚生統計の報告<sup>12)</sup>から、一般的デイケア施設利用者と年

表1 要介護者基本属性 (N=48)

		(人)	(%)	平均年齢	標準偏差
性別	男性	17	35.4	75.6	9.0
	女性	31	64.6	73.7	9.5
痴呆の主な原因疾患	脳血管疾患	22	45.8	76.6	8.7
	アルツハイマー病	13	27.1		
	混合型痴呆	9	18.8		
	アルコール性脳変性	2	4.2		
	その他精神・身体疾患	2	4.2		
痴呆度	なし	0	0.0		
	I	11	22.9		
	II	14	29.2		
	III	14	29.2		
	IV	9	18.8		
	M	0	0.0		
寝たきり度	J	19	39.6		
	A	16	33.3		
	B	7	14.6		
	C	6	12.5		
痴呆寝たきり割合	痴呆寝たきりを両方伴う割合(再掲)		27.1		
	寝たきりでない痴呆割合(再掲)		72.9		
	痴呆でない寝たきり割合(再掲)		0.0		
	寝たきりも痴呆もない割合(再掲)		0.0		

齢、男女比ともに統計的な偏りはない。

要介護者の痴呆と寝たきりの障害程度は施設利用当日に、医師とデイケア施設のケアマネージャーにより、痴呆度と寝たきり度で判定した。痴呆度は、厚生労働省の痴呆性老人日常生活自立度の判定基準<sup>13</sup>を参考に4段階で、また、寝たきり度は、厚生労働省の障害老人日常生活自立度の判定基準<sup>14</sup>を参考に4段階で施設ケアマネージャーと医師が別々に判定した。先行研究において痴呆度と寝たきり度はともに要介護者の身体状況を表す尺度として有用性が認められている<sup>15,16,17</sup>。判定の精度については、医師とケアマネージャーとの一致率は痴呆度97.2%、寝たきり度94.9%と高い一致を確認し、妥当性を確認した。その後、痴呆度と寝たきり度の判定に一致がみられなかったケースについて、両者の討議を経て再判定した。判定について妥当性を確認した理由には、この痴呆度、寝たきり度の判定には、複数の判定者間において、判定の違いがあり、研修が必要であることを示唆している報告<sup>17,18</sup>がみられていたことからである。

### 3) 個別的介助の範囲

デイケア施設利用中の要介護者に対し、施設内の測定可能な範囲で介護スタッフにより提供された個別的介助とした。この個別的介助を平成13年度要介護認定調査検討会のケア調査項目分類<sup>19</sup>を参考に、「直接介助」と「間接介助」および「その他の介助」に分類した。「直接介助」とは、従来介護としていた介助の種類であり、直接要介護者の身体に触れながら介助するもので、食事や排泄、移動、整容、清潔などの日常生活動作と、個人の金銭や私物管理などの生活関連活動の「一部介助」と「全介助」とした。また、「間接介助」とは、直接には要介護者に触れないが、要介護者の日常生活動作や生活関連活動等に即した「見守り・誘導」と「準備・片付け」の介助および、「痴呆の不安や興奮への予防的ケア」<sup>20</sup>とした。「その他の介助」とは、セラピーの補助、診察、処置、家族への対応等を含むものとした。本調査において、特定の要介護者への介助とはいえない、全要介護者に対する環境整備や、使用物品の準

備・片付け、管理、調理、バス送迎などと、医師による診断治療、施設外の介助は除いた。

### 3 介助の測定方法

介助量を時間と回数で定量化(数値化)するため、以下の手順を行った。

まず、施設内に3台のビデオカメラを定位置に設置し、要介護者の入所から退所までを撮影した。設置場所の選定には、要介護者がどこにいてもその介助状況が把握できるように配慮を行い、撮影範囲は施設内利用面積の64.3%を網羅した。一方、ビデオ撮影から除外したものは、プライベート範囲であるトイレ、休憩室、診察室内部であり、その介助については、担当した介護スタッフの振り返りにより記録した。

次に、撮影終了後、調査者とデイケア施設看護職により、ビデオカメラの付属のタイマー機能を用いて、介助量を秒単位の時間とその頻度で測定した。1回分の介助としてカウントする条件を「1人の介護スタッフが1人の要介護者に対して1種類の介助の開始から終了まで」とした。この時、1秒に満たない介助について頻度は測定したが時間は0秒とし加算しなかった。

そして、この測定についての妥当性を確認した。調査者と看護職の両者間で別々に測定を行い、一致率96.0%と高い信頼性を確認した。その後、一致がみられなかった介助について、両者の討議を経て再分類した。

### 4 分析方法

分析に用いる介助量には、要介護者のデイケア施設利用1時間あたりに提供された介助の所要時間と回数、さらに、1回あたりの介助所要時間を加えた、3指標とした。デイケア施設利用1時間あたりとは、要介護者ごとにデイケア利用時間は6時間50.0±56.9分(平均±標準偏差)とばらつきがあることから、このばらつきを除外するためである。つまり、介助量としたものは、1時間中の平均介助合計時間[分/時]<sup>21</sup>(以下、所要時間という)と1時間中の平均介助合計回数[回/時]<sup>22</sup>(以下、回数という)および1回あたりの平均介

助時間 [分/回] ((以下, 1回あたりの所要時間という)である。

分析には, 3つの種類分けした介助量を用いた。個別的介助を合計した総介助量(総介助量=直接介助量+間接介助量+その他の介助量)と, 直接介助量および間接介助量とした。分析は, 各介助量について痴呆度(以下, E1と記す)または寝たきり度(以下, E2と記す)および, 痴呆度と寝たきり度(以下, E12と記す)との関連について回帰分析で検討した<sup>4)</sup>。直接介助量と間接介助量を分析に用いたのは, 在宅介護においても行われているものであり, 十分応用ができる介助であると考えた。「その他の介助」を分析から除いたのは, 主に専門職種による医学的管理であるためである。

なお, 分析には「SPSS for Windows ver 10.0」を用いた。

### 5 倫理的配慮

調査に際し, 要介護者および介護スタッフ等に調査同意への規準を設定し, 文書や口頭で同意を得た。要介護者へ依頼文書については内容とその範囲を明確に記した文章を作成し, 同意書に署名を求めた。同意は本人と本人以外の同居している成人家族からも得た。その結果, 要介護者本人および, 同居家族の代表者の全員から同意が得られた。調査当日にはさらに, 本人に対して口答によ

り再度同意について確認した。また, 介護スタッフおよび施設管理者の同意については, 書面または口答で計画を説明し, それぞれから書面または口答にて調査参加の同意を得た。

## III 結 果

### 1 介 助 量

総介助量の所要時間は  $28.3 \pm 18.5$  分/時(1時間中の平均介助合計時間±標準偏差)であり, 回数は  $12.3 \pm 7.6$  回/時, 1回あたりの所要時間は  $2.2 \pm 6.3$  分/回であった(表2)。また, 表から直接介助量と間接介助量を比べると, 所要時間については直接介助が  $4.9 \pm 5.7$  分/時に対し, 間接介助は  $14.6 \pm 11.1$  分/時である。総介助量の所要時間に占める間接介助の割合は 55.1%であり, 直接介助の 3.0 倍であった。また, 回数は直接介助が  $4.7 \pm 4.6$  回/時に対し, 間接介助は  $6.5 \pm 4.1$  回/時であった。総介助量の回数に占める間接介助の割合は 57.7%となり, 直接介助の 1.4 倍であった。さらに, 1回あたりの所要時間は直接介助が  $1.3 \pm 3.7$  分/回に対し, 間接介助は  $2.1 \pm 5.4$  分/回であり, 間接介助が 1.6 倍の時間を要した。

表2 介助量について

項目	所要時間(分)		回数(回)		1回あたりの所要時間/回(分/回)	
	平均 <sup>†</sup> %	標準偏差	平均 <sup>‡</sup> %	標準偏差	平均	標準偏差
総介助量	28.3 100.0	18.5	12.3 100.0	7.6	2.2	6.3
直接介助量	4.9 18.5	5.7	4.7 33.3	4.6	1.3	3.7
間接介助量	14.6 55.1	11.1	6.5 57.7	4.1	2.1	5.4
その他	7.0 26.4	6.4	1.1 8.9	0.6	6.9	14.0

注) <sup>†</sup> 上段は平均所要時間, 下段は総所要時間を100とした場合の占める割合(%)。

<sup>‡</sup> 上段は平均回数, 下段は総回数を100とした場合の占める割合(%)。

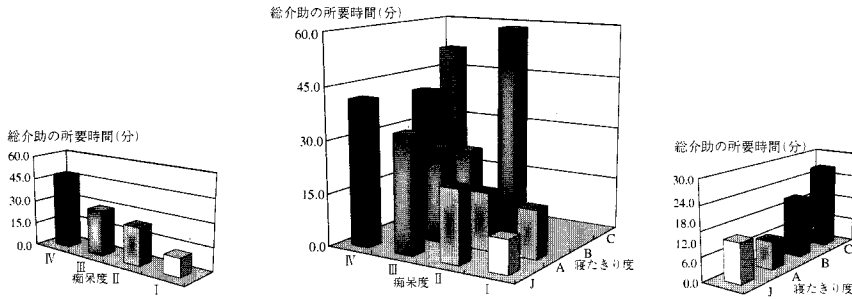


図 1-b 痴呆度・寝たきり度別総介助の所要時間  
 総介助の所要時間(分) = -2.5 + 9.3 \* 痴呆度 + 3.6 \* 寝たきり度

図 1-a 痴呆度別総介助の所要時間  
 総介助の所要時間(分) = 0.6 + 11.0 \* 痴呆度

図 1-c 寝たきり度別総介助の所要時間  
 総介助の所要時間(分) = 11.2 + 8.1 \* 寝たきり度

図 1 総介助の所要時間に対する痴呆度・寝たきり度の関係

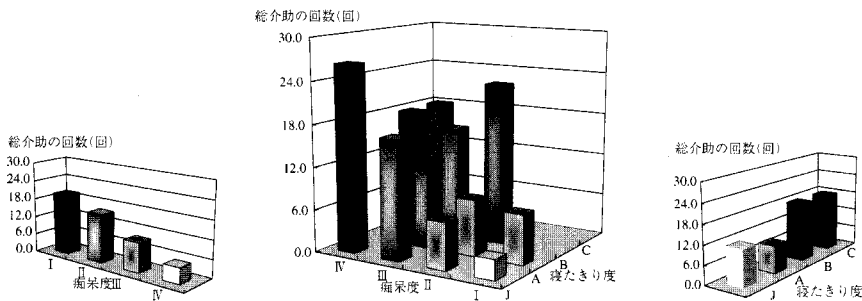


図 2-b 痴呆度・寝たきり度別総介助の回数  
 総介助の回数(回) = -0.1 + 5.0 \* 痴呆度 + 5.8 \* 寝たきり度

図 2-a 痴呆度別総介助の回数  
 総介助の回数(回) = -5.8 + 5.1 \* 痴呆度

図 2-c 寝たきり度別総介助の回数  
 総介助の回数(回) = 7.3 + 2.5 \* 寝たきり度

図 2 総介助の回数に対する痴呆度・寝たきり度の関係

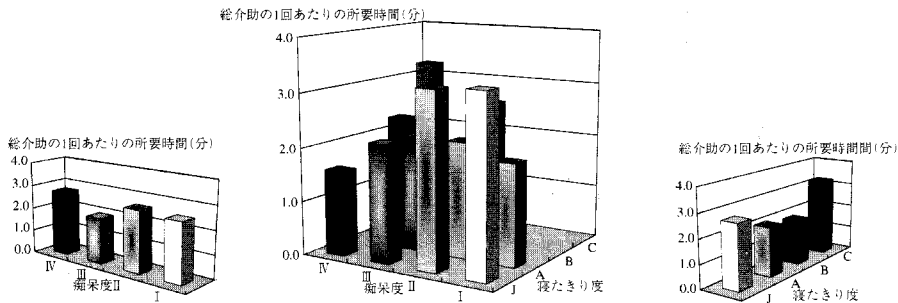


図 3-b 痴呆度・寝たきり度別総介助の1回あたりの所要時間

図 3-a 痴呆度別総介助の1回あたりの所要時間

図 3-c 寝たきり度別総介助の1回あたりの所要時間

図 3 総介助の1回あたりの所要時間に対する痴呆度・寝たきり度の関係

表3 総介助量と痴呆度・寝たきり度との関係

総介助量の内訳 説明変数	所要時間			回数			1回あたりの所要時間		
	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度	寝たきり度	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度	寝たきり度	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度	寝たきり度
回帰係数	11.0	9.3/3.6	8.1	5.1	5.0/5.8	2.5	-3.6	-5.7/4.3	1.6
標準誤差	1.900	2.113/2.151	2.242	0.755	0.866/0.881	1.017	0.159	0.183/0.186	0.162
t	5.767	4.391/1.686	3.604	6.697	5.810/0.066	2.431	-0.232	-0.311/0.230	0.096
p 値	<0.001	<0.001/0.10	<0.01	<0.001	<0.001/0.95	<0.05	0.82	0.76/0.82	0.92
自由度決定済み 決定係数 (R <sup>2</sup> )	0.407	0.430	0.203	0.483	0.470	0.095	-0.021	-0.042	-0.022
モデルの p 値	<0.001	<0.001	<0.01	<0.001	<0.001	<0.05	0.82	0.95	0.92

## 2 総介助量に対する痴呆度 (E1) と寝たきり度 (E2) および痴呆度・寝たきり度 (E12) の関係

所要時間 [分/時] について、痴呆度 (E1) 別所要時間には直線をあてはめることについて妥当性があり ( $p < 0.001$ )、自由度調整済み決定係数は  $R_1^2 = 0.407$  ( $R_1 = 0.648$ ) となった (表3)。回帰係数 11.0 ( $p < 0.001$ ) が得られた。これは、痴呆度が1段階重度になると 11.0 分の増加が予測できることを示している (図1-a)。寝たきり度 (E2) 別所要時間にも直線をあてはめることに妥当性があり ( $p < 0.01$ )、 $R_2^2 = 0.203$  となった。回帰係数 8.1 ( $p < 0.01$ ) が得られた。寝たきり度が1段階重度になると 8.1 分の増加が予測できることを示している (図1-c)。痴呆度・寝たきり度 (E12) 別にも直線をあてはめることに妥当性があり ( $p < 0.001$ )、 $R_{12}^2 = 0.430$  となった。痴呆度回帰係数 9.3 ( $p < 0.001$ ) が得られた。寝たきり度回帰係数は得られたが有意ではなかった。痴呆度が1段階重度になると 9.3 分の増加が予測できることを示している (図1-b)。

回数 [回/時] について、E1 別回数には直線をあてはめることに妥当性があり ( $p < 0.001$ )、決定係数は  $R_1^2 = 0.483$  となった。回帰係数 5.1 ( $p < 0.001$ ) が得られた。痴呆度が1段階重度になると 5.1 回の増加が予測できることを示している (図2-a)。E2 別にも直線をあてはめることに妥当性があり ( $p < 0.05$ )、 $R_2^2 = 0.095$  となった。回帰係数 2.5 ( $p < 0.05$ ) が得られた。寝たきり度が1段階重度になると 2.5 回の増加が予測できることを示している (図2-c)。E12 別にも直線を

あてはめることに妥当性があり ( $p < 0.001$ )、 $R_{12}^2 = 0.470$  となった。痴呆度回帰係数 5.0 ( $p < 0.001$ ) が得られ、寝たきり度回帰係数は得られたが有意ではなかった。痴呆度が1段階重度になると 5.0 回の増加が予測できることを示している (図2-b)。

1回あたりの所要時間 [分/回] について、E1 別には直線をあてはめることの妥当性が欠けていた ( $p = 0.82$ ) (図3-a)。E2 別も妥当性に欠け ( $p = 0.92$ )、E12 別にも妥当性に欠けていた ( $p = 0.95$ ) (図3-c, b)。

直線へのあてはまりのよさについては、自由度調整済み決定係数 ( $R^2$ ) の比較から、所要時間では、 $R_1^2 = 0.407$ 、 $R_2^2 = 0.203$ 、 $R_{12}^2 = 0.430$  となり、E12 が一番よいことが分かった。また、回数でも  $R_1^2 = 0.483$ 、 $R_2^2 = 0.095$ 、 $R_{12}^2 = 0.470$  となり、E1 と E12 がよいことが分かった (表3)。

## 3 直接介助量に対する痴呆度 (E1) と寝たきり度 (E2) および痴呆度・寝たきり度 (E12) の関係

所要時間について、E1 別直接介助の所要時間には直線をあてはめることについて妥当性があり ( $p < 0.001$ )、決定係数  $R_1^2 = 0.321$  となった (表4)。回帰係数 4.2 ( $p < 0.001$ ) が得られた。これは、痴呆度が1段階重度になると 4.2 分の増加が予測できることを示している (図4-a)。E2 別にも直線をあてはめることに妥当性があり ( $p < 0.001$ )、 $R_2^2 = 0.599$  となった。回帰係数 5.7 ( $p < 0.001$ ) が得られた。寝たきり度が1段階重度になると 5.7 分の増加が予測できることを示し

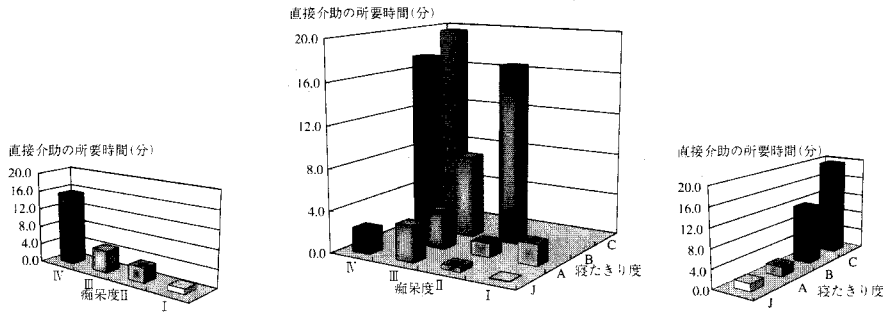


図 4-b 痴呆度・寝たきり度別直接介助の所要時間  
 直接介助の所要時間(分) =  $-8.9 + 2.0 * \text{痴呆度} + 4.8 * \text{寝たきり度}$

図 4-a 痴呆度別直接介助の所要時間  
 直接介助の所要時間(分) =  $-4.7 + 4.2 * \text{痴呆度}$

図 4-c 寝たきり度別直接介助の所要時間  
 直接介助の所要時間(分) =  $-6.0 + 5.7 * \text{寝たきり度}$

図 4 直接介助の所要時間に対する痴呆度・寝たきり度の関係

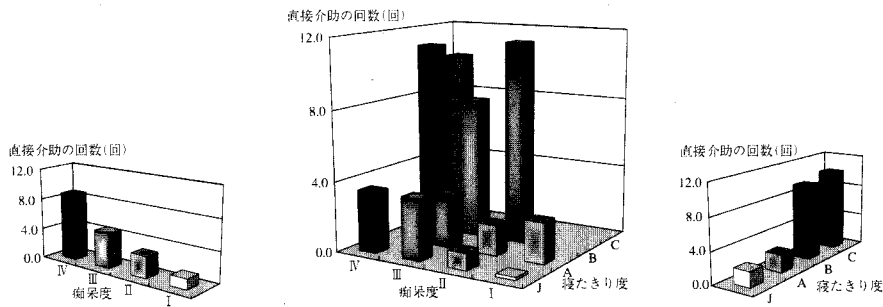


図 5-b 痴呆度・寝たきり度別直接介助の回数  
 直接介助の回数(回) =  $-3.7 + 2.4 * \text{痴呆度} + 1.2 * \text{寝たきり度}$

図 5-a 痴呆度別直接介助の回数  
 直接介助の回数(回) =  $-1.6 + 2.3 * \text{痴呆度}$

図 5-c 寝たきり度別直接介助の回数  
 直接介助の回数(回) =  $-1.8 + 3.0 * \text{寝たきり度}$

図 5 直接介助の回数に対する痴呆度・寝たきり度の関係

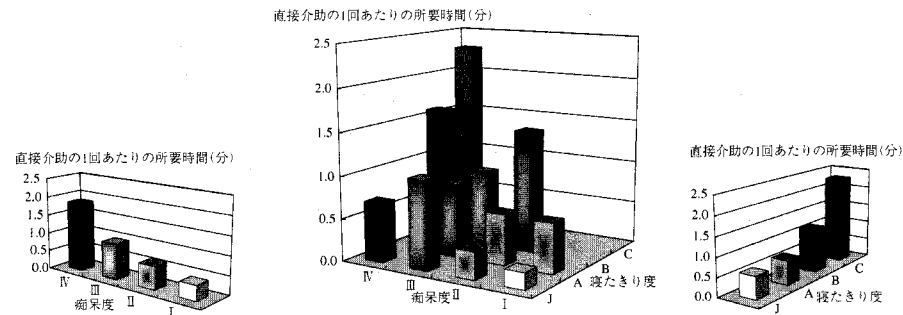


図 6-b 痴呆度・寝たきり度別直接介助の1回あたりの所要時間  
 直接介助の1回あたりの所要時間(分) =  $-8.9 + 2.0 * \text{痴呆度} + 4.8 * \text{寝たきり度}$

図 6-a 痴呆度別直接介助の1回あたりの所要時間  
 直接介助の1回あたりの  
 所要時間(分) =  $-4.7 + 4.2 * \text{痴呆度}$

図 6-c 寝たきり度別直接介助の1回あたりの所要時間  
 直接介助の1回あたりの所要時間(分)  
 =  $-6.0 + 5.7 * \text{寝たきり度}$

図 6 直接介助の1回あたりの所要時間に対する痴呆度・寝たきり度の関係



表4 直接介助量と痴呆度・寝たきり度との関係

直接介助量の内訳	所要時間			回数			1回あたりの所要時間		
	説明変数	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度	寝たきり度	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度	寝たきり度	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度
回帰係数	4.2	2.0/4.8	5.7	2.3	2.4/1.2	3.0	0.5	0.3/0.3	0.5
標準誤差	0.870	0.708/0.721	0.681	0.504	0.463/0.455	0.435	0.087	0.086/0.088	0.086
t	4.818	2.782/6.655	8.437	4.636	5.238/2.661	6.919	5.202	3.405/3.934	6.883
p 値	<0.001	<0.001/<0.01	<0.001	<0.001	<0.001/<0.05	<0.001	<0.001	<0.01/<0.001	<0.001
自由度決定済み	0.321	0.650	0.599	0.304	0.558	0.499	0.357	0.511	0.398
決定係数 (R <sup>2</sup> )									
モデルの p 値	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

ている(図4-c)。E12別にも直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),  $R_{12}^2 = 0.650$ となった。痴呆度回帰係数2.0( $p < 0.001$ ), 寝たきり度回帰係数4.8( $p < 0.001$ )が得られた。痴呆度が1段階重度で2.0分の増加と, 寝たきり度が1段階重度で4.8分の増加が予測できることを示している(図4-b)。

回数について, E1別直接介助の回数には直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),  $R_1^2 = 0.304$ となった。回帰係数2.3( $p < 0.001$ )が得られた。痴呆度が1段階重度になると2.3回の増加が予測できることを示している(図5-a)。E2別にも直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.01$ ),  $R_2^2 = 0.499$ となった。回帰係数3.0( $p < 0.01$ )が得られた。寝たきり度が1段階重度になると3.0回の増加が予測できることを示している(図5-c)。E12別にも直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),  $R_{12}^2 = 0.558$ となった。痴呆度回帰係数2.4( $p < 0.001$ ), 寝たきり度回帰係数1.2( $p < 0.05$ )が得られた。痴呆度が1段階重度で2.4回の増加と, 寝たきり度が1段階重度で1.2回の増加が予測できることを示している(図5-b)。

1回あたりの所要時間について, E1別直接介助の1回あたりの所要時間には直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),  $R_1^2 = 0.357$ となった。回帰係数0.5( $p < 0.001$ )が得られた。痴呆度が1段階重度になると0.5分の増加が予測できることを示している(図6-a)。E2別にも直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),

$R_2^2 = 0.398$ となった。回帰係数0.5( $p < 0.001$ )が得られた。寝たきり度が1段階重度になると0.5分の増加が予測できることを示している(図6-c)。E12別にも直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),  $R_{12}^2 = 0.511$ となった。痴呆度回帰係数0.3( $p < 0.01$ ), 寝たきり度回帰係数0.3( $p < 0.001$ )が得られた。痴呆度が1段階重度で0.3分の増加と, 寝たきり度が1段階重度で0.3分の増加が予測できることを示している(図6-b)。

直線へのあてはまりのよさについては, 決定係数( $R^2$ )の比較から, 直接介助の所要時間には,  $R_1^2 = 0.321$ ,  $R_2^2 = 0.599$ ,  $R_{12}^2 = 0.650$ であり, E12が一番よいことがわかった。また, 回数でも,  $R_1^2 = 0.304$ ,  $R_2^2 = 0.499$ ,  $R_{12}^2 = 0.558$ であり, E12が一番よく, さらに, 1回あたりの所要時間でも,  $R_1^2 = 0.357$ ,  $R_2^2 = 0.398$ ,  $R_{12}^2 = 0.511$ となり, E12が一番よいことがわかった(表4)。

#### 4 間接介助量に対する痴呆度(E1)と寝たきり度(E2)および痴呆度・寝たきり度(E12)の関係

所要時間について, E1別間接介助の所要時間には直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ), 決定係数は $R_1^2 = 0.363$ となった。回帰係数7.0( $p < 0.001$ )が得られた(表5)。痴呆度が1段階重度になると7.0分の増加が予測できることを示している(図7-a)。E2別には直線をあてはめることの妥当性が欠けていた( $p = 0.31$ )(図7-c)。E12別には直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),  $R_{12}^2 = 0.375$ となった。

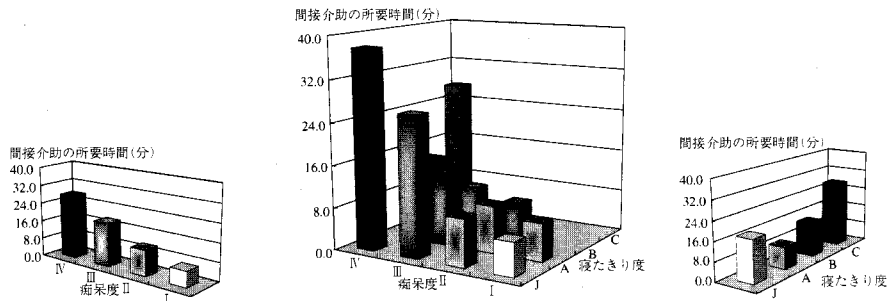


図 7-b 痴呆度・寝たきり度別間接介助の所要時間  
 間接介助の所要時間(分) = 0.2 + 8.0 \* 痴呆度 - 2.1 \* 寝たきり度

図 7-a 痴呆度別間接介助の所要時間  
 間接介助の所要時間(分) = -1.6 + 7.0 \* 痴呆度

図 7-c 寝たきり度別間接介助の所要時間

図 7 間接介助の所要時間に対する痴呆度・寝たきり度の関係

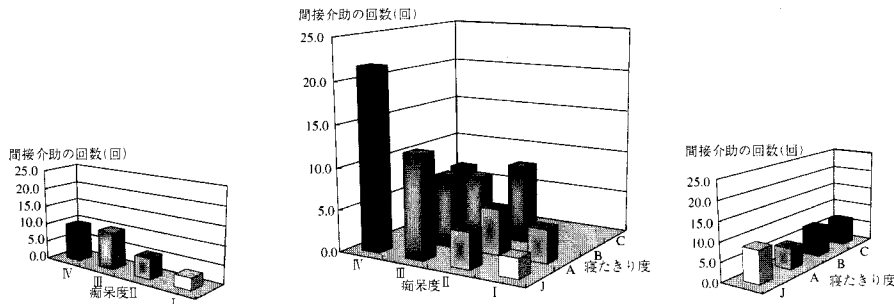


図 8-b 痴呆度・寝たきり度別間接介助の回数  
 間接介助の回数(回) = 3.0 + 3.6 \* 痴呆度 - 2.4 \* 寝たきり度

図 8-a 痴呆度別間接介助の所要回数  
 間接介助の回数(回) = 1.0 + 2.5 \* 痴呆度

図 8-c 寝たきり度別間接介助の回数

図 8 間接介助の回数に対する痴呆度・寝たきり度の関係

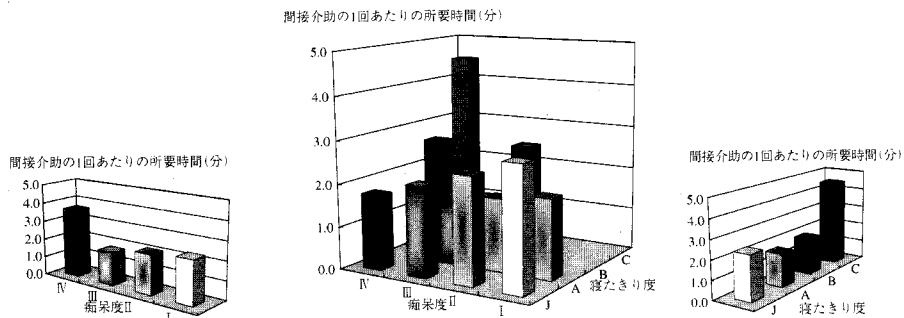


図 9-b 痴呆度・寝たきり度別間接介助の1回あたりの所要時間

図 9-a 痴呆度別間接介助の1回あたりの所要時間

図 9-c 寝たきり度別間接介助の1回あたりの所要時間  
 間接介助の1回あたりの所要時間(分) = 1.5 + 0.4 \* 寝たきり度

図 9 間接介助の1回あたりの所要時間に対する痴呆度・寝たきり度の関係

表5 間接介助量と痴呆度・寝たきり度との関係

間接介助量の内訳 説明変数	所要時間			回数			1回あたりの所要時間		
	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度	寝たきり度	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度	寝たきり度	痴呆度	痴呆度/ 寝たきり度	寝たきり度
回帰係数	7.0	8.0/-2.1	1.8	2.5	3.6/-2.4	-0.7	0.3	0.1/0.4	0.4
標準誤差	1.334	1.499/1.526	1.700	0.558	0.534/0.544	0.674	0.212	0.236/0.240	0.210
t	5.274	5.335/-1.360	1.037	4.494	6.775/-4.416	-0.985	1.447	0.547/1.593	2.114
p 値	<0.001	<0.001/<0.180	0.31	<0.001	<0.001/<0.05	0.33	0.160	0.59/0.110	<0.05
自由度決定済み 決定係数 (R <sup>2</sup> )	0.363	0.375	0.002	0.290	0.494	-0.001	0.023	0.054	0.069
モデルの p 値	<0.001	<0.001	0.31	<0.001	<0.001	<0.001	0.160	0.110	<0.05

痴呆度回帰係数 8.0 ( $p < 0.001$ ) が得られ、寝たきり度回帰係数は得られたが有意ではなかった。痴呆度が1段階重度になると8.0分の増加が予測できることを示している(図7-b)。

回数について、E1別には直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),  $R_1^2 = 0.290$ となった。回帰係数 2.5 ( $p < 0.001$ ) が得られた。痴呆度が1つ重度になると2.5回の増加が予測できることを示している(図8-a)。E2別には直線をあてはめることの妥当性が欠けていた( $p = 0.33$ ) (図8-c)。E12別には直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.001$ ),  $R_{12}^2 = 0.494$ となった。痴呆度回帰係数 3.6 ( $p < 0.001$ ), 寝たきり度回帰係数 -2.4 ( $p < 0.001$ ) が得られた。痴呆度が1段階重度で3.6回の増加と、寝たきり度が1段階重度では逆に2.4回減少すると予測できることを示している(図8-b)。

1回あたりの所要時間について、E1別には直線をあてはめることの妥当性が欠けていた( $p = 0.16$ ) (図9-a)。E2別には直線をあてはめることに妥当性があり( $p < 0.05$ ),  $R_2^2 = 0.069$ となった。回帰係数 0.4 ( $p < 0.05$ ) が得られた。寝たきり度が1段階重度になると0.4分の増加が予測できることを示している(図9-c)。E12別には直線をあてはめることの妥当性が欠けていた( $p = 0.11$ ) (図9-b)。

直線へのあてはまりのよさについては、決定係数 ( $R^2$ ) の比較から、所要時間では、 $R_1^2 = 0.363$ ,  $R_2^2 = 0.002$ ,  $R_{12}^2 = 0.375$  であり、E12が一番よいことがわかった。また、回数でも、 $R_1^2 = 0.290$ ,

$R_2^2 = -0.001$ ,  $R_{12}^2 = 0.494$  で、E12が一番よかった(表5)。

#### IV 考 察

本調査の目的は、痴呆と寝たきりの介助量を測定し、介助量と痴呆と寝たきりの障害程度との関係を見ることであった。

その結果、痴呆の重度化は総介助量と直接介助量、間接介助量の全ての所要時間と回数および、直接介助量の1回あたりの所要時間を増加させていた。つまり、痴呆症が悪化することで、どの介助量も増加することが分かった。また、寝たきりの重度化も総介助量と直接介助量の所要時間と回数、間接介助量の1回あたりの所要時間を増加させていたが、間接介助量の回数は増加させていないことが分かった。つまり、寝たきり状態が悪化することで、総介助量と直接介助量が増加するが、間接介助量は増えないことが分かった。また、介助量に対し、痴呆と寝たきりとはそれぞれ独立した増加要因であり、介助量はそれぞれの障害分だけのプラス関係であった。つまり、痴呆と寝たきりの両方を伴うよう介護者には、それぞれの障害程度だけのプラスされた介助量が必要であることが分かった。この関係は、総介助量にとどまらず、直接介助量、間接介助量にも同じ関係が示された。

##### 1 痴呆デイケアの介助量について

本調査を行った痴呆デイケア施設では、痴呆と寝たきりの要介護者1人あたり  $28.3 \pm 18.5$  分/時

の時間を要していることが分かった。つまり、日中にデイケアを8時間利用した場合、介助が1人の要介護者に対し、平均226分(3時間46分)提供されたこととなり、利用中の大半が介助されている状況であった。この値は、実質的にその他の時間にも必要な介助をするため、最小値でもこれくらい時間がかかるということが分かった。この結果を先行研究の入所の要介護者と比較してみると、B. E. Fries<sup>20</sup>は、米国において医師や事務職を含むスタッフで入所要介護者とリハビリテーション入院患者に関わる時間を測定し、平均118分/日であり、池上<sup>11</sup>は国内でB. E. Friesと同じ条件で測定し、96分/日とした。また、筒井<sup>10</sup>は医師を除く介護スタッフの入所要介護者の介護にかかる時間として85.2分/日としており、本調査の値はいずれの先行研究よりも群を抜いて多い。また、在宅の場合、山田<sup>6</sup>は、アルツハイマー病者の家族介護を測定し、3.5時間/日であったと報告しており、これも本調査の結果が多い。しかし、デイケアにおける測定調査はなく、先行研究が入所施設や在宅での夜間を含む24時間の測定であったのに対し、本調査は午前9時から午後5時までの活動期における測定であり、特に介助が頻回に行われる時間帯であり単純に比較はできない。

また、デイケア施設の介護とは、要介護者の生活が在宅であることから施設入所者の介護と異なり、個別的な在宅の介助内容を基盤としつつも痴呆への予防的ケア等による専門的な技術を用いることによって自立への可能性を引出し、自立の程度を維持し、効率的かつ受け入れられ易い方法がとられる。痴呆要介護者の場合、特にその点に注意している特徴がある。先行研究と比較するには、測定の対象とした要介護者や介護スタッフの職種、または、分析対象となった介助内容等が異なり、また、人員配置に関しては不明確であり、いずれも同一条件ではない。そのため、本調査での介助量が多いかどうかは分からない。今後、条件をそろえた研究を行い、比較をする必要がある。

さらに、本調査の介助量には、介護スタッフの人員配置をデイケア施設規定の2倍に設定したこ

とが影響していると考えられる。しかし、経験豊富な介護スタッフのみの測定であり、過剰に介助を行ったとは言えない。人員配置が介護の質に関わることは以前からも議論されているが、十分検討したとは言えない。現行の介護保険制度では、施設介護スタッフ人員基準は、介護保険以前から要介護者定員に対して設けられているものであり、必要な介助量からなる人員配置ではない。ただ要介護度は、介護スタッフの大変さという指標であり、相対的な6段階に分けられた報酬体系にすぎない。実際の介護現場において主観による評価が行われており、痴呆と寝たきりを伴った入所している要介護者への介護について「時間と手間がかけれない」と約9割の介護スタッフが意識している<sup>21</sup>。この人員配置については、人件費等経営的な過少評価についてインセンティブが内在していることから、今後、適正な人員配置についての調査をすすめる必要がある。

一方で、この介助量調査とは提供された介助量から介護スタッフに、専門的研究に裏付けられた「ニーズの把握」、「技術」、「知識」を資質として備えるかどうか専門職の質を評価する指標にもなり得るといわれている<sup>10</sup>。本調査施設は介護環境として痴呆や寝たきりの重度化に応じた介助を提供していたと同時に、介護スタッフは、痴呆も寝たきりが重度になるにしたがい介助への体力を要するだけでなく、介護の専門職としての質をより問われるとも捉えることができる。

ところで、介助とした直接介助と間接介助とは、痴呆と寝たきりの重度化と関係のある介助の種類であった。この直接介助は、総介助量の所要時間に占める割合が18.5%であり、間接介助では55.1%であった。山田<sup>6</sup>は、介護を専念時間と非専念時間に分類し、前者のうち日常生活動作と、生活関連活動との総所要時間に占める割合は34.4%、痴呆症状対応(安全監視、状況確認)と生活共有等の占める割合は45.8%としており、総所要時間からみた直接介助に相当する割合はそれほど多くなく、間接介助に相当する割合が約半分を占めるという点で一致した。

## 2 痴呆度と寝たきり度の重度化と介助量の関係について

本調査において痴呆度 (E1)、寝たきり度 (E2) という障害の重度化を表した尺度を用い、痴呆や寝たきりの障害程度と介助量の関連を直線にあてはめて検討したことは、特徴ある試みであった。

痴呆度の重度化は、介助量とした総介助量、直接介助量および間接介助量の所要時間と回数を増加させていた。このことは、痴呆が軽症であれば記憶障害や視空間失認があるに止まるが、中程度であれば、失語、失行、錯乱、興奮などの精神症状が出現する。さらに重度化すると、失禁、摂食障害、運動障害や身体機能障害、認知機能低下および精神症状を伴い、またさらに、介護者への抵抗も伴うことが知られている。そのような状態が、介助の回数を増加させ、結果として所要時間延長をさせていると考えられる。痴呆介護の特徴である「頻回さ」は、他の研究で介護専門職や家族介護者に意識されているものと一致している<sup>22</sup>。また、所要時間の延長に関して、山田<sup>6</sup>は、痴呆の重症度 (CDR アルツハイマー病重症度<sup>23</sup>) は、24時間在宅家族介護量を100分ずつ増加させる要因であるとも報告しており、本調査で痴呆度が介助量を増加させていたことと一致した。また、従来いわれている「徘徊の痴呆要介護者に見守りが多い」ということが、本調査において「痴呆度が重度で寝たきり度が軽度の要介護者には総介助量の大半である間接介助量 (回数と所要時間) を多く要するようになる」と言い換えることが可能であった。介助量の1回あたりの所要時間については、直接介助と間接介助について痴呆の重度化と関係し、総介助量について関係していなかった理由には、直接介助と間接介助およびその他の介助内容を含めたため、それが平均化され、関係が現れなかったと考えられる。この他、総介助量の痴呆度IVのみが多く提供されていたことは、介護者への拒否が影響していると考えられる。

また、寝たきり度の重度化は、介助量とした総介助量、直接介助量の所要時間と回数および直接介助と間接介助の1回あたりの所要時間を増加さ

せていた。このことは、それぞれの介助量ごとに特徴があることを示している。寝たきりの重度化により生活行動範囲が屋外から屋内へ、さらに室内へ、ベット上へと狭まり、結果として車椅子などの補助具を用いて移動介助を行わねばならず、生活動作の全面的な介助が必要であると思われる。そのような状態が、総介助および直接介助について、回数や所要時間を増加させ、特に直接介助では、1回あたりの所要時間延長もあり所要時間がさらに多く要するような影響を与えている。要介護度と寝たきり度の関連が報告されている結果と一致する<sup>8</sup>。間接介助については、前者の特徴と異なる。1回あたりの所要時間の増加について、車椅子を利用している対象が多くなり、介護スタッフが同じ目線でコミュニケーション介助や不安や興奮への予防的ケア時に、隣に椅子を置いたり、腰をかがめたりする態度の影響と考えられるが、それが所要時間と回数の多少への影響にならなかった。これは、寝たきり要介護者は、認知力や記名力、思考力について障害されていないために痴呆のような感情コントロールのための介助 (痴呆の不安や興奮への予防的ケア等) を余分にしないで済むためと考えられる。

さらに、各介助量に対する痴呆度と寝たきり度の関係を直線のあてはまりのよさ (自由度調整済み決定係数  $R^2$  の比較) から検討した結果、介助量を痴呆介助量と寝たきり介助量をプラスして予測することが一番良いことが分かった。総介助量については痴呆の程度からも介助量を予測することが同程度良いことが分かった。つまり、痴呆と寝たきりの介助量はそれぞれ独立な関係であり、痴呆と寝たきりの両方を伴う要介護者には、それぞれの障害程度に応じた介助量が必要であることが示された。これは、障害がどちらか1つのときよりもより多く介助量を必要とするものと考えられ、要介護者の多種多様な障害に分類してそれぞれに対応する介助の種類が存在すると考えられる。筒井<sup>24</sup>の単要因だけよりも多要因の組み合わせの方が介助量を予測できるという報告と一致している。この痴呆と寝たきりの両方があることは、より転倒事故の危険性が高いことや、問題行動の発

現頻度が多くなることが報告されている<sup>5,25</sup>。これらは、本調査における総介助量や直接介助量を多く必要とし、間接介助量については、痴呆の重度化だけ余分に必要になることと関係していると捉えることができる。この件について、本調査の直接介助と類似する介助の種類を用いた筒井<sup>7</sup>の、食事、排泄、更衣(入浴)の1回あたりの所要時間と、合計所要時間の増減が「歩行の可・否」と「痴呆の有・無」と関係し、さらにその重相関係数が、「歩行の可・否」だけ、「痴呆の有・無」だけの相関係数よりも大きいことを示し、本調査の結果と一致した。さらに、本調査では筒井の「歩行の可・否」の2群と「痴呆の有・無」の2群をそれぞれ4段階に細分類した介助量との関係を明らかにし、筒井の結果をさらに進めた。

また、本調査を行った痴呆デイケア施設では、痴呆や寝たきりのそれぞれの重度化から介助量を予測することが可能であった。これについて、入所施設の要介護者を対象に要介護度基準作りの基礎調査を行った筒井<sup>24</sup>は総介助量を予測できる独立した要介護者の要因はなかったと報告している。筒井の場合、介護スタッフの人員は規定水準であり、介助の種類も施設入所者の生活を中心とするものであったと思われる、測定した介助の種類、設備等が異なるために、結果も異なる可能性があるため比較検討は難しい。

この本調査の新たな試みとして、介助量を所要時間と回数および1回あたりの所要時間の3指標を設け、それぞれについての自由度調整済み決定係数 $R^2$ を用いて比較検討を行った。その結果、痴呆や寝たきりの重度化と介助量の関係を鋭敏に関係を示したのは「回数」であったことを示した。これは、筒井<sup>24</sup>が回数は要介護者の障害にあった鋭敏な指標となり得るという見解と一致していた。ただし、直接介助量の場合には、所要時間が回数よりも鋭敏な指標であった。これは、回数とともに1回あたりの所要時間が関係を示し、所要時間はその両方を乗じた関係であったことからであると考える。

### 3 研究の限界と今後の課題

本調査の方法についても、さまざまな試みを行った。

まず、測定において、介助量測定にビデオを用いた。これによって、複数の測定者を設け、測定者間の一致率を確認し、測定精度を示すことが可能であった。再現性のある測定方法といえる。しかし、撮影されなかった場面の介助は測定できなかった。したがって実際の介助量は測定結果より多い可能性がある。また、分析時にビデオを用いたことにより、その付属のタイマー機器を用いて、秒単位の測定が可能であった。筒井<sup>10</sup>は、1分単位の測定から1回の介助時間は、1分未満が多いことを指摘しており、本研究においても1回の介助時間は1分未満のものが、7割存在することが明らかになった。介助は、要介護者への連続した動作であり、無意識のうちに行っていることも考えられる。そのことから、連続介助動作を測定するには、精度の高い方法が必要である。さらに、秒単位の測定方法は、1回の介助時間を正確に測定し、痴呆度と寝たきり度との関係を明らかにした。しかし、このような秒単位の測定方法は、手間と時間、膨大な費用がかかる。今後、測定方法の簡便化を図るのであれば、回数を測定することで検討が可能であると考えられる。

次に、分析において、介助量をデイケア施設利用時間にばらつきがあることから、デイケア施設利用1時間あたりとした。これは、本人と家族の健康状態や都合で変動するものであり、実際にデイケアは時間単位で利用されている。介助量として時間単位を用いることは、他の介助量に対する影響要因を検討するためにも有用であると考えられる。

さらに、痴呆度や寝たきり度別の介助量を直線にあてはめる際、痴呆度Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳと寝たきり度J・A・B・Cを1, 2, 3, 4と数字にあてはめ、重度化を等間隔であるとの前提で用いた。しかし、痴呆度と寝たきり度がともに介助量に対し等間隔かについての検討がなかったことから、得られた回帰係数の大きさについての議論はできなかった。調査を進め、介助量と重度化の間隔との関係を検討する必要がある。

最後に、1施設に限った本調査では、介護スタッフについて個別的介助の標準化が確認できる測定上の限度があった。この本調査を行った施設は痴呆デイケア施設であり、他のデイケア施設との介護スタッフ、介助の種類、介助量、痴呆度と寝たきり度の判定、構成等についての比較検討の必要がある。それと同時に、繰り返すが人員配置についての研究へとすすめる必要がある。

## V 結 論

痴呆デイケア施設における経験豊富な介護スタッフによる痴呆と寝たきり要介護者の個別的介助量を秒単位で測定した結果、介助量に対する痴呆と寝たきりの重度化は、それぞれ独立した介助量の増加要因であった。痴呆の重度化は、総介助量と直接介助量、間接介助量のどの介助量についても回数が増加し、所要時間をより多く要していた。また、寝たきりの重度化は、総介助量と直接介助量について回数の増加と1回あたりの所要時間の延長が示され、所要時間を多く要していた一方、間接介助については1回あたりの所要時間の延長はあるものの回数は多く要さず、所要時間の延長も認められなかった。痴呆度と寝たきり度の両方がある要介護者には、それぞれの障害分だけプラスされた介助量が必要であると予測することが可能であった。

平成 14 年 7 月投稿受理

平成 15 年 2 月採用決定

## 注

1) 重度痴呆デイケア施設：精神科外来に設置され、精神科医師と精神科勤務経験のある看護職等により、痴呆の治療と介護を専門的に行っている。また、ここでは、痴呆特殊療法(セラピー)が1日3回、合計2時間30分行われている。痴呆特殊療法(セラピー)とは、痴呆者に対し、回想療法を中心とした芸術療法、すなわち音楽、絵画、陶芸、園芸、その他創作活動などをいう。また、日常生活において、痴呆者への積極的な統合的ケア・アプローチであるRO(Reality Orientation)を取り入れた生活リハビリテーションが行われている。在宅要介護者とその介護者に対して多く利用されている介護サービスの1

つが、デイケア(通所リハビリテーション)であり、痴呆を含む要介護者の多くが利用している。機能としては、要介護者に医療、リハビリテーションの提供、社会との交流の場、生き甲斐を持った生活の場を提供することであり、介護者には介護負担を軽減する。効果として、デイケアを利用する要介護者は、集団啓発により日常生活動作(以後、ADLとする)の自立度が回復するとともに、体力の維持、活動性の向上、寝たきり予防になることが明らかにされている。痴呆デイケア施設はその一種である。

2) 非言語的コミュニケーション技術とされている手をさする、そばにいる、積極的傾聴、共感、タッチ・アイコンタクト・ジェスチャーとその組み合わせで行われているものと手つなぎ歩行とした。これらは主に痴呆による心身の機能低下から出現する失認・失行・失語と、精神症状の幻覚や妄想などから発生する不安や興奮が起きやすい(起きている)痴呆者に対して意思疎通を図り、欲求や意向をくみ取り、不安や興奮を軽減し、安心感を与え誤解を解くなどの目的で用いる。一般的な介助方法となっていないが全国各地で試みられてきている。

3) 断りとして、介助は必ずしもスタッフと利用者が1対1の関係で行っている場合に限らず、複数の介護スタッフが複数の利用者を介助していることもあって、理論的には分析上、所要時間が1時間を越えることもあり得る。

4) 回帰分析による検討方法は、モデルに用いた痴呆度と寝たきり度は互いに順序尺度であり、痴呆度も寝たきり度もI, II, III, IVおよびJ, A, B, Cの値の距離について等間隔であるかどうか明らかなわけではないが、どちらも順にその障害程度が重くなる特徴をもっている。このとき回帰分析を用いることで、1つの目的変数を説明変数(X1:痴呆度, X2:寝たきり度)で直線的な関係の想定が可能となる。本調査では、各介助量に対し痴呆度と寝たきり度がどれだけモデルの直線としてあてはめて考えられるかを検討するためにこの手法を用いた。自由度調整済み決定係数( $R_1^2$ :痴呆度,  $R_2^2$ :寝たきり度,  $R_{12}^2$ :痴呆度・寝たきり度)とは、予測モデルの当てはまりの良さを示す指標となり、Rとは、変数(Y:実測の介護量)と、その直線で示される予測値( $Y_i$ :モデルの介護量)のモデル直線における相関係数である。 $R^2$ 値からモデル式が有意な場合、 $Y=aX+b$ と示す。痴呆度と寝たきり度の2要因によるモデル式が存在する場合、交互作用による検討も行った。これは、痴呆度と寝たきり度の2要因の関係式: $Y=aX_1+bX_2+c$ うち、cには、3通りの組み合わせがあり、[痴呆度+寝たきり度とした組み合わせ]、[痴呆度×寝たきり度とした組み合わせ]および

## 社会 保 障 法 判 例

原 田 啓 一 郎

在留資格のない外国人が国民健康保険法5条の「住所を有する者」に該当せず、この者に対する国民健康保険被保険者証を交付しない旨の処分が違法ではないとされ、原告が同処分を負担することになった治療費等に関する国家賠償法1条1項に基づく損害賠償請求が棄却された事例

東京高等裁判所平成14年2月6日判決(平成13(ネ)1165号損害賠償請求控訴事件)『判例時報』1791号63頁

## I 事実の概要

1 原告Xは昭和27年に在外華僑を父母として韓国にて出生した。昭和46年以降、Xは日本と中国あるいは韓国に行き来をしていたが、昭和51年、72時間の寄港地上陸許可を得て来日したものの、同許可にかかる上陸期間を経過し、以後日本国内に不法に残留した。

2 Xは、昭和52年に中国(台湾)国籍の妻と結婚しており、昭和60年から平成10年12月まで、妻と子ども二人でA市K区内に居住していた。平成10年3月、Xの長男が脳腫瘍に罹患していることが判明し、入院治療を受け、退院後の現在も治療を続けている。

3 Xは、平成10年5月20日付けで、訴外A市K区長に対し国民健康保険被保険者証(以

下「被保険者証」とする)の交付を求める申請をしたところ、横浜市の委任を受けたK区長は、同年6月9日、Xに対し、Xには在留資格がなく、国民健康保険法(以下「国保法」という)5条に規定する被保険者に該当しないことを理由に被保険者証を交付しない旨の処分(以下「本件処分」という)を行った。その後、平成10年11月24日、在留資格を「定住者」、在留期間を1年とする在留特別許可を取得したので、A市K区長は11月25日付けで、Xに対し被保険者証を交付した。

4 そこで、Xは、被告Y1(国)の国保法についての誤った解釈に基づいて行われた本件処分及び右解釈を採っていること等がY1及びY2(横浜市)両名の共同不法行為に当たるとして、Y1及びY2に対し、本件処分の結果、Xが過分に負担することとなった治療費等に関して国家賠償法1条1項に基づく損害賠償請求を行った。



[cが0に近いかもしくは、cのp値が有意でない場合の交互作用を否定したもの]である。どの組み合わせが良いかを検討した。

### 引用文献

- 厚生労働省 (2002) 平成12年介護サービス施設・事業所調査の概況。
- 植木昭紀・真城英孝・中島貴也他 (1999) 「アルツハイマー型老年痴呆および血管性痴呆の生命予後に関連する要員の検討—老人性痴呆疾患センターでの追跡調査から—」『日本老年医学会雑誌』36 (5), pp. 360-364。
- 厚生省, 大臣官房統計, 平成10年国民生活基礎調査, 表9年齢階級別にみた意思疎通の状況別構成割合, 1998。
- 柄澤昭秀, 在宅地方性老人の実態, 長谷川和夫監修 (1992) 『痴呆の疫学と実態』, 中央法規, pp. 11-24。
- 筒井孝子・中嶋和夫 (1999) 「共分散構造解析を用いた痴呆の認知及び身体機能と問題行動の関連性の検討」『病院管理』36 (3), pp. 253-259。
- 山田ゆかり・池上直己・池田俊也他 (2001) 「在宅アルツハイマー型痴呆患者におけるケア時間の算出方法の検討」『病院管理』38 (1), pp. 41-49。
- 筒井孝子 (1994) 「特別擁護老人ホームにおける個別介護プログラム作成のための基礎研究—要介護高齢者の介護の程度および個体要因と介護時間の分析—」『老年社会科学』15 (2), pp. 150-156。
- 富田英正・内山義和他 (1997) 「厚生省要介護度分類 (試案)」の妥当性の検討—七沢特別養護老人ホームでの調査より—『神奈川リハビリテーションセンター紀要』23, pp. 1-7。
- 宮本有紀・伊藤弘人・立森久照他 (2001) 「介護老人保健施設痴呆専門棟入所者の要介護度は認知機能を反映しているか」『老年精神医学雑誌』12 (10), pp. 1169-1175。
- 筒井孝子 (1996) 「介護の専門性をめぐって—測定された介護業務の分析からみた専門性への考察」『看護』5月特別臨時増刊号, pp. 37-49。
- 池上直己・池田俊也・高木安雄他 (1993) 「長期ケアの支払い方式に関する研究—日本におけるRUG-IIIの検証—」『病院管理』30 (2), pp. 181-190。
- 厚生労働省 (2000) 平成12年老人保健福祉計画等統計調査, 表8性別にみた利用者数及び平均年齢。
- 厚生労働省老人保険福祉局通知 (1993) 「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について, pp. 62-63。
- 厚生省大臣官房老人保険福祉部長通知 (1991) 「障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準」検討会報告書, pp. 89-92。
- 山内慶太・池上直己 (1999) 「介護保険下での痴呆の評価方法に関する研究—Cognitive performance scale (CPS) の信頼性と妥当性—」『老年精神医学雑誌』10 (8), pp. 943-952。
- 池上直己・山内慶太・五十嵐智嘉子他 (2000) 「介護保険における要介護度分類に関する方法—「要介護度総合分類」における現行方式の検証—」『病院管理』37 (4), pp. 305-313。
- 富田英正・内山義和 (1998) 「『寝たきり度』の妥当性について」『リハビリテーション医学』35 (12), pp. 965-966。
- 高橋泰・開原成允 (1992) 「SFC (Status-Function-Care) 法の評価」『病院管理』29 (4), pp. 19-30。
- 厚生労働省委介護調査検討会 (2001) 平成13年度ケア調査項目分類ケア内容例。
- B. E. Fries, D. P. Schneider, W. J. Foley, et al. (1994) Refining a case-mix measure for nursing homes, Resource Utilization Groups (RUG-III), Medical Care, 32 (7), pp. 668-685。
- 寺崎仁・梅里良正・久保喜子他 (1993) 「長期療養サービスにおける要介護老人のQOLに関する研究」『病院管理』30 (4), pp. 327-337。
- Taft L. B., Cronin-Stubbs, D. (1995) An update Behavioral symptoms in dementia, Research in Nursing & Health, 18, pp. 145-163。
- Hughes C. P., Berg L., Danziger W. L. et al. (1982) A new clinical scale for the staging of dementia, British Journal Psychiatry, 140, pp. 566-572。
- 筒井孝子 (1995) 「特別養護老人ホームにおけるケアの定量的分析からみた高齢者タイプに関する研究」『季刊社会保障研究』31, pp. 63-77。
- 北川公子・竹田恵子・池田真由美他 (1995) 「特別養護老人ホームにおける痴呆性老人の転倒」『北海道医療大学看護福祉学部紀要』2, pp. 43-49。  
(まつむら・なおみ 元医療法人筑波記念病院看護部)

5 原審(横浜地判平13・1・26判時1791号68頁)は、在留外国人の「住所」の認定について、我が国の在留する外国人について、国保法5条の住所の有無の認定は、日本人の住所認定と全く同様に取り扱うことはできなく、当該外国人が我が国に入国した経緯、入国時ないしその後における在留資格の有無及び在留期間の長短を考慮して行う必要がある、在留資格のない外国人であっても、居住関係を中心とした客観的生活状況及びその者の定住意思から、我が国に住所があると認めるべき場合も例外的に生じるものというべきであるとして在留資格のない外国人にあっても「住所を有する者」に該当する場合があることを判示した。

そして、Y1に対する請求につき、厚生省通知は、法5条の住所の解釈について妥当性を欠く解釈基準を示したものであるというべきであるが、そのことをもって直ちに同通知が国家賠償法上の違法性を帯びるものではないとして請求を棄却した。同様に、Y2に対する請求につき、本件処分は、違法なものとして取消されるべきものであったというべきであるが、厚生省通知に相当の合理性があり、本件処分当時、国保法5条の「住所」の解釈に関する確定した判例がなかったことも考慮すると、Y2担当職員には、本件処分が違法であることについて故意、過失があったとは認められないとしてY2に対する請求を棄却した。

これに対し、控訴をしたのが本件である。

## II 判 旨

### 控訴棄却

#### 1 在留外国人と法5条の「住所」

国保法5条の住所は、特定の場所における各人の生活の実体が市町村の行う国民健康保険の被保険者資格の付与の趣旨に適合するものであることを法律上の当然の前提とし、そのような実体を持つものを「住所」として解するとしうえて次のように判示する。

(1)「憲法上、外国人は我が国に入国する自由を保障されていないことはもとより、日本国内で自由に生活し活動することを国に要求すること

ができる権利を保障されて」おらず、「外国人が日本国内において社会生活を営む拠点(生活の中心的場所)をもっている」と評価することができるためには、その前提として、当該外国人が、適法に我が国に入国し、かつ、将来に向かって一定期間適法に在留することができる法的地位を有しているものと認めることができるものでなければならないというべきである。」

(2)「不法入国者や不法残留者のように、退去強制の対象とされている立場にある者(不法滞在外国人)については、その者の我が国における過去の事実上の在留期間が相当長期にわたり、また、それまで過ごしてきた生活の場所にある程度の持続性が認められるとしても、当該外国人について、法5条にいう『住所を有する者』と認めることはできないと解するのが相当」である。これを要するに、「法5条の『住所』の意義として、外国人については、一定の在留資格があることをその概念に当然内包しているものと解するのが相当である。」

(3)「ただし、以上のように解すべきであるとしても、厚生省通知のように『国民健康保険の適用対象となる外国人は、……(入管法)第二条の二の規定により決定された入国当初の在留期間が一年以上であるものであること』というのが法5条の解釈として導かれる命題であるかは疑問である。」

#### 2 控訴人の憲法及び国際人権規約違反の主張について

「外国人に対する憲法の基本的人権の保障は、我が国の外国人在留制度の枠内で与えられているに過ぎないものと解するのが相当であり(最高裁大法廷昭和53年10月4日判決)、また、我が国の入国管理政策と整合するように市町村の行う国民健康保険制度を定めることは立法府の裁量の範囲内に属する事柄であるというべきである」、から上記解釈及び法5条の規定が憲法13条、14条、25条及び41条に反するものということはいし、国際人権規約B規約26条並びにA規約12条及び2条2項に違反するものということはいし、

できない。

### 3 本件処分 of 適法性について

(1) 「上記認定の事実によれば、控訴人は昭和51年7月5日から、控訴人の配偶者と二人の子は昭和59年10月14日から、いずれも日本国内に不法在留していた者であることが明らかであり、本件処分の時点において何らかの在留資格を有しない者であるから、法5条に規定する被保険者資格を有すると解することはできないといわなければならない。」

(2) Xの請求は、その余の点について判断するまでもなく、理由がない。

## III 解 説

### 判旨一部疑問

#### 1 本判決の特徴

(1) 難民条約加入に伴う1986年の国保法の国籍条項撤廃以後、国保の適用対象となる外国人は、厚生省通知「外国人に対する国民健康保険の適用について」(平成4年3月31日保発41号)によって、①外国人登録を行っており、入国当初の在留期間が1年以上である者、②入国当初の在留期間が1年未満であっても、外国人登録を行っており、入国時においてわが国に滞在すると認められる者、③1年未満の滞在予定であった者が、在留期間の更新を行う場合には、右①または②の基準に適合する者、に限定されている。また、被保険者資格取得の時点は、原則として、外国人登録を行った時点とされ、外国人登録または変更登録と併せて、被保険者資格取得届出を行うべきものであるとされている。本判決は、A市に住所を有する在留資格を有しない外国人であるXが、被保険者証の交付申請をしたところ、Xには在留資格がなく、国保法5条に規定する被保険者に該当しないことを理由に本件処分を受けたため、Y1とY2に対して国家賠償法1条1項に基づき、本件処分の結果、Xが負担することとなった治療費等の損害賠償を求めた事案である。

(2) 本件以前の裁判例として、その違法な入

国を基礎として作られた居住の事実状態だけをとりえて、そこに「住所を有する」と評価することには躊躇を感じざるを得ないとして不法入国者の被保険者資格を否定した国保被保険者証不交付処分取消請求事件<sup>1)</sup>(以下「平成7年判決」という)、在留資格のない外国人であっても、居住関係を中心とした客観的生活状況及びその者の定住意思から、我が国に住所があると認めるべき場合があるとして、Xの国保被保険者資格を認めた国保被保険者証不交付処分取消請求事件(以下「平成10年判決」という)<sup>2)</sup>がある。本件の地裁判決を含め、在留資格を欠いた外国人の国保被保険者資格について、下級審の判断が揺らいでいる。

従来 of 事案が、被保険者証不交付の取消を請求したものであるのに対し、本件は、国家賠償法1条1項に基づいて本件処分によって生じた損害賠償を請求した事案である点、在留外国人の被保険者資格の認定に際し、在留資格を一律の要件とするか否かについて1審と2審の判断が大きく分かれた点が本件の特徴といえよう。

以下、本判決の争点となった①在留外国人と法5条の「住所」(2.)、②本件処分の憲法及び国際人権規約の違反性(3.)、③本件処分の違法性の有無と厚生省通知の違法性の有無、(4.)について、誌面の制約上、限定的に解説を行う。

#### 2 外国人と法5条の「住所」

(1) 国保法には「住所」に関する別段の定めがない。このため、国保法5条の「住所」の認定にあたって、民法21条の規定を準用して、「各人の生活の本拠」であると解されている。国保法の「住所」についても、「人の住所はその生活の本拠をさすのであるが(民法第21条参照)、生活の本拠がどこにあるかは、その人の客観的な居住の事実とそれを補足する主観的な定住の意思によって認定される。その認定にあたっては、国民健康保険法が住所を被保険者たる資格要件と定めた趣旨を考慮しなければならない」と解されている<sup>3)</sup>。本件は、一般論として、従来 of 見解と同じ立場を出発点としている。

しかし、この一般論はおもに日本人を対象にし

たものであるため、外国人、とりわけ不法在留外国人の「住所」の有無を判断するにあたって、同様の解釈が成り立つのかといった問題が学説・裁判例ともに議論されてきた(岡村(1997))。不法在留外国人に対する国保の適用に対する学説は、国保法の趣旨(逆選択の禁止)を厳密に解し、不法在留外国人を一律に国保の被保険者資格は認められないとする見解(岡村(1997))、国保法上の「住所」は、同法の趣旨・目的に沿って解釈すれば足り、入管政策と整合性を著しく損なわない限度で「住所」概念を相対的なものとしてとらえる余地があるとする見解(岩村(1998)、中野(1999))、内外人平等取扱原則を定めた国際人権規約を根拠に、不法滞在者も含めて国籍の如何を問わず市町村国保の適用を認める見解(高藤(1996 a))など見解は分かれる。

(2) 本判決は、国保法5条の「住所」の解釈は、民法21条の概念が「重要な基準」であるとして、国保法5条の「住所」の解釈の一般論を述べながらも、判旨1のように、特定の場所における各人の生活の実体が市町村の行う国民健康保険の被保険者資格の付与の趣旨に適合するもの——すなわち、適法な入国をし、かつ、将来にわたって一定期間適法に在留することができる法的地位を有しているということ——を「法律上当然の前提として」、その実体を持つものを「住所」とする。この論旨は、理由付けに違いがみられるものの、平成7年判決の結論と同じ立場であるといえよう。

市町村国保では、適用除外に該当する場合(国保法6条)を除き、当該住所を有する者は強制的に被保険者となる(国保法5条)。適用対象者の住所の把握は、国保法の保険者と被保険者との間の保険関係を円滑に管掌するための前提とされる。しかし、住所の把握が困難な不法在留外国人については、国保法における保険者の円滑な保険関係の管掌を十分に行うことができないため、不法在留外国人や不法入国者を「一律」に国保に加入することを認めることには躊躇せざるを得ない。その理由として、不法在留外国人や不法入国者が、保険料を納めないまま傷病に罹患して重症になっ

た時点で初めて国保の加入手続きを行うという逆選択の問題を挙げる見解(例えば、島崎(1995)、岡村(1997)など)があるが、社会保険である国保が短期保険であり、加入手続き後は直ちに医療給付を受けることができることを鑑みると、問題はむしろ、国保加入後の保険料徴収の確実性について保険者による円滑な保険関係の管掌が期待できない点にあるのではなかろうか<sup>4)</sup>。右のように解するとすれば、国保法における保険者の円滑な保険関係の管掌を十分可能である場合、すなわち、平成10年判決や多くの評釈が指摘している通り、すでに安定的な生活関係が構築されており、かつ定住の意思がある場合で、今後その状態が相当の期間にわたり継続される見込みがある場合には、例外的に国保上の住所の存在がある者と認めることが妥当であろう。具体的には、日本国籍の子どもがいる、日本人の配偶者であるなど、在留特別許可が認められる可能性の高い者が考えられる。加えて、国保制度の趣旨より、「相扶共済の立場にある社会構成員」を強調するのであれば、入管法や外国人登録法から定まる「住所」の有無と完全に一致させることを重視するのではなく、むしろ保険料の拠出の継続性・可能性を重視すべきであると思われることを併せ鑑みると、本判決のように、在留資格の有無と国保法5条の住所の判断を直結させた考え方を採用することは相当ではないと思われる。

### 3 本件処分の憲法及び国際人権規約違反について

Xは、国保法5条の「住所」をめぐって、外国人については一定の在留資格があることをその概念に当然内包しているとする限り、国保法5条の規定は、憲法13条、14条、25条、41条に違反する、また、事実上外国人についてのみ居住の継続性・安定性を要求し、日本人と別扱いをする国保法5条の解釈は、憲法98条2項、国際人権規約B規約26条並びにA規約12条及び2条2項に違反すると主張する。

これに対し、本判決は、入国管理政策と整合するように市町村の行う国保制度を定めることは立法府の裁量の範囲内に属する事柄であるとして実

質的な判断をせず、Xの主張を退けた。しかし、仮に、国保制度を入国管理政策と整合するように定めることが立法府の裁量の範囲であったとしても、そのことから直ちに、外国人については一定の在留資格があることをその概念に当然内包しているとする法5条の解釈を正当化することは前述のとおり難しいと思われる。このため、判決は、国保法の趣旨と憲法13条などの観点から、法5条の解釈の違法性の有無を判断すべきであったと思われる。

#### 4 本件処分の適法性

(1) 従来の国保保険証不交付処分取消請求事件とは異なり、本件は、国家賠償法1条1項に基づく損害賠償請求事件である。このため、本件では、国家賠償法1条1項に当たる違法性、すなわち、公権力の行使に当たる公務員が、行為規範として個別の国民に対して負担する職務上の法的義務に違背することの有無が問われることになる。この点、判決は、Y1及びY2の違法性につき、判旨3のように、国保法5条の「住所」の有無の認定に際し、外国人については、一定の在留資格があることをその概念に当然に内包していると解することを前提に違法性がないとした。

(2) 先述の「在留資格の1年要件」を定めた厚生省通知は、同要件定立について法の委任を受けていない国保課長の実質的な立法行為に当たり、このような行為は違憲・違法であり、故意に基づくものであるとするY1の国家賠償法上の違法性に関するXの主張に対し、本判決は、本件処分に影響しない事項について、その違法性を問題とする余地はないとして、本件処分の適法性を述べているにとどまる。

被保険者資格の要件は、当然に立法事項である。このため、Y1の違法性の有無の判断にあたって、「在留資格の1年要件」という厚生省通知が、国保法5条の「住所」の有無の判断に関する「解釈通知」であるのか、法の委任に基づかない要件に関する「実質的立法」であるのか、いずれとするのが問題となろう。

一般に、住所の認定が困難な場合の判断につい

て、特定の状態が継続する期間が1年以上にわたると認定されるか否かによって振り分けられる場合が多い。いわゆる「1年要件」であるが、「1年要件」は、住民基本台帳法に関する通知や個別の疑義回答等で多くの事例に拡大適用されてきているといわれている<sup>5)</sup>。そして、現在では、入院などの場合の住民基本台帳法上の住所の解釈基準が、外国人の国保の適用拡大が図られる際の判断基準として準用されるようになってきている<sup>6)</sup>。右経緯に鑑みると、判決も述べるように、「在留資格の1年要件」が国保法5条の解釈として導かれる命題であるとするには疑問が残る。併せて、国保法7条において、資格の取得時期を当該市町村に住所を有するに至った日とするのに対し、厚生省通知が、被保険者資格取得の時点は、原則として、外国人登録を行った時点としている点を鑑みると、「在留資格の1年要件」は、単なる解釈の基準ではなく、国保法5条の要件を補充する要件として厚生省通知による実質的立法化とみなす余地は十分に残されていると思われる。

#### 5 おわりに

本判決は、国家賠償法1条1項に基づく賠償責任の判断にあたって、国保法5条の「住所」の意義に、在留の適法性という概念を内包すると解することにより、在留資格のないすべての外国人に対して一律に国保法の被保険者資格を認めないとした。この点、本件が国賠であったことを勘案しつつも、他の被保険者不交付処分取消請求事件にどのような影響を与えるのかは今後注目されよう。

不法滞在外国人に対する医療の半ば無保障状態について、国保法の法解釈による解決には、一定の限界があると思われる。国保法の外国人の適用をめぐることは、その適用要件の明確化などをも含めた立法による解決が望まれる。

#### 注

- 1) 東京地判平成7年9月27日『判時』1562号41頁。
- 2) 東京地判平成10年7月16日『判時』1649号3頁。なお、高裁判決は、Xが法務大臣から特別在留を許可されたことにより、被保険者資格を

得ており、また不交付処分後資格取得までの間に保険給付の支給原因が発生していないから、本年処分の取消を求める法律上の利益を有せず、訴えの利益を欠く不適法な請求となっているから、Xの請求を認容した原判決を取消のうえ、本件訴えを却下している（東京高判平成11年3月24日判例集未搭載）。なお、解説は、高藤（2001）248-256頁参照。

- 3) 大阪地判昭和44年4月19日『行集』20巻4号568頁。
- 4) 逆選択の問題は、確信犯的国保保険料（税）の不払い者のように日本国籍者についても生じているため、不法入国者・不法在留者の加入を一律に否定する根拠ともなり難いとするという指摘は示唆に富む。岩村（1998）109頁参照。
- 5) 島崎（1995b）100頁以下参照。
- 6) 住民基本台帳法は、外国籍の者を適用除外にしていることから、外国人の国保の適用に関する通知（昭和56年11月25日保発第85号）における「在留資格の1年要件」は住民基本台帳法「1年要件」を直接適用したものではない。島崎（1995b）102頁参照。

#### 参 考 文 献

- 岩村正彦（1998）「不法在留の外国人と国民健康保険の被保険者資格」『ジュリスト』1147号。
- 岡村世理奈（1997）「社会保障判例研究——わが国に不法入国し適法な在留資格を得ないまま四年余りの間わが国に在留を継続していた外国人女性が、国民健康保険法第五条にいう『住所を有する者』に該当せず、国民健康保険の被保険者資格を取得しないとされた事例（アンダヤ訴訟第1審判決）」『季刊社会保障研究』33巻2号。

倉田 聡（1996）「外国人の社会保障」『ジュリスト』1101号。

島崎謙治（1995a）「外国人医療費保障問題について（上）——医療保険の適用を中心として——」

『社会保険旬報』1871号。

——（1995b）「居住移動と社会保障（上）」『千葉大学法学論集』9巻3号。

——（1995c）「居住移動と社会保障（下）」『千葉大学法学論集』9巻4号。

高藤 昭（1996）「不正規入国外国人への医療保障の法理論」『ジュリスト』1084号。

——（2001）『外国人と社会保障法』，明石書店。

中野妙子（1999）「行政判例研究——在留資格を失ったまま日本人と婚姻している外国人女性について、国保法五条の『市町村または特別区の区域内に住所を有する者』に該当するとして、被保険者資格が認められた事例」『自治研究』77巻1号。

堀 勝洋（1994）『社会保障法総論』，東京大学出版会。

——（1996）「社会保障判例——不法残留外国人による生活保護の申請を却下した処分が違法でないと言われた事例（宋訴訟第一審判決）」『季刊社会保障研究』32巻3号。

山田 洋（1997）「行政判例研究——他人名義の旅券を用いてわが国に不法に入国し在留資格を有しない外国人がした国民健康保険被保険者証の交付申請に対し、特別区が、同人は国民健康保険法五条が被保険者資格取得の要件として定める同区内の区域内に住所を有する者に当たらないとしてした不交付処分が、適法とされた事例」『自治研究』73巻2号。

（はらだ・けいいちろう 駒澤大学専任講師）

## お知らせ

- 1 『季刊社会保障研究』第38巻第3号に掲載された松浦克己・白波瀬佐和子著「既婚女性の就業決定と子育て—これからの社会保障政策に向けて—」197頁右上から15行目の「謝辞」の前に、以下の付記を加えます。

## 付記

本研究は、平成12年度～13年度にかけて実施された厚生労働科学研究政策科学推進研究事業「日本の所得格差の現状と評価に関する研究」において行われた厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果等を利用した。

- 2 『季刊社会保障研究』第38巻第3号に掲載された玄田有史著「見過ごされた所得格差—若年世代 vs. 引退世代, 自営業 vs. 雇用者—」210頁右上から21行目「付記」の「本稿の作成に際し、」の前に、「本研究は、平成12年度～13年度にかけて実施された厚生労働科学研究政策科学推進研究事業「日本の所得格差の現状と評価に関する研究」において行われた厚生労働省「所得再分配調査」の再集計結果等を利用した。」を加えます。

---

 海外社会保障研究 No.144 目 次
 

---

## 特集：ロシア・東欧における社会保障の動向

特集の趣旨	小森田 秋 夫
ハンガリーの社会動向と福祉レジーム	堀 林 巧
ポーランドの社会保障	
—大量失業時代における生活保障システムの再構築—	小森田 秋 夫
チェコの老齢年金制度	池 本 修 一
ロシアにおける社会保障	篠 田 優

## 論 文

オランダにおけるワークフェア改革	
—「給付所得より就労を」—	水 島 治 郎

## 書 評

Braithwaite, J., Grootaert, C. and B. Milanovic, <i>Poverty and Social Assistance in Transition Countries</i>	埋 橋 孝 文
--	---------

---



**編集後記**

私が担当してから医療制度改革に関する特集は二回目です。一度目の特集は「医療制度改革の方向性」というタイトルであり、当時方向性が与えられていなかった制度改革に対して一定の指針を与える示唆的な内容の論文から構成されていました。

今回の特集は現在進みつつある医療制度改革の各分野における個別論点について網羅するように構成されております。今後、個別の制度改革についてその効果の検証を行う特集を数年後には行うべきかも知れません。  
(N. I.)

**編集委員長**

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)

**編集委員**

岩村正彦 (東京大学教授)

岩本康志 (一橋大学教授)

遠藤久夫 (学習院大学教授)

菊池馨実 (早稲田大学教授)

新川敏光 (京都大学教授)

田近栄治 (一橋大学教授)

永瀬伸子 (お茶の水女子大学助教授)

平岡公一 (お茶の水女子大学教授)

島崎謙治 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

中嶋潤 (同研究所総合企画部長)

府川哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

松本勝明 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

**編集幹事**

後藤玲子 (同研究所・総合企画部第2室長)

大石亜希子 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

西村幸満 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

小島克久 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

泉田信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部主任研究官)

宮里尚三 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

**季刊**

社会保障研究 Vol. 39, No. 2, Autumn 2003 (通巻161号)

平成15年9月25日 発行

**編集**

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 (03) 3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

制作 (株)UTP制作センター