

[目次]

## 医療・介護における制度改革の軌跡 - 政策とニーズとの乖離をめぐって -

衛 藤 幹 子  
法政大学法学部

### 和文要約

本稿の目的は、日本の医療・介護政策における制度改革に焦点を当て、政策とニーズとの乖離によっていかなる問題が生じ、またその要因は何かを考察することにある。国民の健康・福祉ニーズを形づくる疾病構造から政策のあるべき方向を整理すると、医療・介護政策には大きく急性期医療、慢性期ケア、高齢者介護およびターミナルケアの4つのカテゴリーが必要である。1950年代には成人病が日本人の死因の上位を占めるようになり、80年代に入ると老人の介護問題が重要な政策課題になった。また、高度医療の普及のなかで、いかに尊厳ある死を全うするかが問われている。ところが、日本の医療制度は急性期医療に適合した仕組みをもち、高齢者介護も一部の高齢者を対象にした制限的な制度になっており、慢性疾患や高齢者の介護問題に急性期型医療サービスで対応するという政策のミスマッチが起っている。そのため、過剰医療、患者の医療不信、患者家族の過重負担といった問題が生じているが、新しいニーズに対応した政策への制度改革を阻む要因は医療・介護政策の制度構造それ自体にあると結論づけることができる。

### キーワード

医療・介護政策、疾病構造、政策基準、ニーズと政策のミスマッチ、制度構造

はじめに

制度と現実の乖離は、現在の日本社会を覆う諸般の制度疲労の例を持ち出すまでもなく、あらゆる政策領域に見受けられる現象である。本稿の目的は、医療・介護領域における制度と国民ニーズとの乖離という現状を明らかにし、そのことによっていかなる問題が生じ、またその要因は何かを考察することにある。

高齢化社会とは65歳以上人口の総人口比（高齢化率）が7%を超えた社会を指す。たとえば1870年のフランスの高齢化率は7.41、1890年のスウェーデンでは7.68と記録されており、19世紀末すでに西欧は高齢化社会を迎えていたことがわかる。それからほぼ一世紀後の1970年、日本の高齢化率は7.1%になり、後発のスタートを切った。しかし、そのスピードは著しく速く、2005年には日本の老年人口比率は世界でもっとも高いものになる。

人口の高齢化がもたらす社会経済へのインパクトは多岐にわたっているが、とりわけ医療・介護にかかわる経済的および社会的コストの増大が問題になろう。実際、先進諸国では、第一次オイルショックを契機とした経済の低迷と歩調を合わせるように、70年代後半から医療費抑制策が登場した（OECD1994）。また、80年代に入ると、高齢者の介護（long-term care）問題が重要な政策課題の一つになっている（OECD1996）。

日本においても、80年代以降、行財政改革の潮流に呼応して、医療や社会福祉の制度改革が着手され、90年代には一層の改革が進められている。80年代の医療制度改革は、自由開業制度並びに出来高払いによる診療報酬制度という制度創設以来のロジックに変更を加え、病院の開設規制、定額払い制度の導入、在宅医療の推進、さらには老人保健制度の創設などの新しい方向性を打ち出した。確かにそれは、一面において医療費抑制という行財政改革の要請によるものではあったが、他面で慢性疾患や病弱・障害高齢者への対応を意識した制度の再構成を意味してもいた（衛藤、1995）。すなわち、人口構造や疾病構造の変化によって破綻を来しつつある制度の見直しが志向されたのである。とはいえ、この改革は現状追認以上の成果を上げることはできず、重要な論点は今日に先延ばしされることになった。そのため、国民の健康ニーズと制度とのズレが一層拡大し、医療コストや医療・介護サービスに対する利用者の不満が増している。

本稿では、国民の健康・福祉ニーズを形づくる疾病構造とそれに規定される政策のあるべき方向を整理し、現実政策との乖離とその問題点を明らかにする。そして、ドラスティックな改革を阻止する要因の一つが、医療並びに高齢者介護制度の構造それ自体にあるという結論を導く。

## 1 疾病構造からみた医療・介護の政策基準

医療・介護政策は、国民の健康・福祉問題という政策課題を解決するための方針である。健康・福祉にまつわる問題は、経済、社会、文化環境に影響されるが、一義的には今人々の間でどういった病気が問題になっているのか、病気の分布傾向を示す疾病構造に規定される。ここでは、まず政策課題としての疾病構造を類型化し、それぞれに対応する医療・介護政策のありようを目的と手段から方向づける。なお、手段については、医療・介護サービスの仕組みとその仕組みを誘導するためのプログラムとに分けて説明する。このうち、前者については施設のあり方と人的構成に重点を置いた供給システムを、また後者では供給側に経済的インセンティブを与えることによって政策を誘導する手段になる診療報酬制度<sup>1</sup>、あるいは事業の運営財源を取り上げる。

疾病構造とは、その社会の構成員の間に蔓延し、かつ主要な死亡原因となっている病気に共通する特性を概念化したものである。疾病構造は、人口構造や社会経済構造の変化、さらに医療技術の進歩に伴って変化を遂げ、わが国の場合、後述するように1900年前後、1951年、1981年に転機を迎えている（長谷川、1992）。そして、病気の原因、治療法、病態像、予後などから、急性疾患、慢性疾患、加齢退行性疾患、および終末期問題の4つのグループに分けることができる。

表 疾病像と政策基準

目的 方向性 サービス供給  
 の仕組み 人的資源 政策誘導  
 (診療報酬、新制度の創設) 急性疾患  
 原因・治療法ともに明確 治療 機能集約的医療  
 (cure) 一定の設備を  
 整えた医療施設 医療職 モノ、技術の評価/  
 出来高払い方式 慢性疾患

慢性疾患原因不明確	病気との共存	全人的ケア (homebased)	長期療養施設 +在宅ケア	保健・医療・福祉職	-ヒト、質の評価/定額
主として加齢退行性疾患と(老人病)に対して	生活障害との共存	生活支援型ケア (long-term care) i c	介護施設 + 在宅ケア	上記 + ボランティア ア ppsaj/1999-01-007 い	-介護サービスの制度化 払い

				+ ボランティア	
終末期 (ターミナルケア)	納得のいく 死を迎える	全人的ケア + 霊的ケア	ホスピス + 在宅ケア	上記 + 宗教家	-時間や技能等 に応じた評価

### 1.1 急性疾患の医療

急性疾患は、発病の原因が特定化でき、治療法が確立しているため、適切な治療によって完治可能な病気である。たとえば赤痢やコレラ、チフスなどの急性感染症、結核に代表される慢性感染症、さらに虫垂炎や気管支炎といった炎症性疾患がこのグループに含まれる。これらの病気は、急激に病状が悪化するなど病態の変化は激しいが、原因と発病の因果関係が明らかで、内服や手術で病因を取り除けば治癒し、予後も良好である。

急性疾患の政策目的は病気の治癒を図ることであり、それは上記のごとく薬物投与や手術によって達成できる。しかも、入院をし集中的に治療を行なうほうが効率的なので、ある程度の検査、あるいは入院ができる医療機関を整備することが求められる。また、急性疾患は早期の治療処置がより効果を上げるため、医療へのアクセシビリティを高めるような医療機関の配置も有用である。そのため、急性疾患には、一定水準の設備をもつ中小規模の医療機関の設立を促すような誘導策が望ましいものになる。

こうした政策誘導は、薬剤(「モノ」)と検査や画像診断など薬剤・器具を伴う技術(「物的技術」)とを経済的に有利に評価することによって比較的容易に実現することができる<sup>2</sup>。というのも、医療制度の発足以来わが国の医療供給を支えてきた開業医にとって、「モノ」と「物的技術」を重点評価する診療報酬のあり方は、その医業経営を安定させることになるからである。また、急性疾患の治療においては、医療側に治癒に至るまで最善を尽くすことを動機づけるという点で、出来高払いによる支払い方式にも合理性を認めることができる。

### 1.2 慢性疾患のトータルケア

慢性疾患には、原因が特定化できず、決め手となる治療法もないという急性疾患とは逆の特徴を示す病気が含まれる。たとえば、典型的な慢性疾患の特徴を示す脳血管疾患、心臓病、糖尿病、がんなどの成人病(生活習慣病<sup>3</sup>)は、遺伝や体質、食生活、生活環境など様々な要因が絡み合って発病する。また根本的な治療法がないため、対症療法が

行われるが、それは完治を望めず、病状が慢性的に経過することを意味する。しかも、病気の進行によって心身に永続的な機能障害が残ることもある。精神神経疾患やアレルギー性疾患など現代病と呼ばれている病気の殆どは慢性疾患である。

慢性疾患の患者は病気をコントロールし、言わば病気と折り合いをつけながら生きることになる。しかし、症状が安定すれば通常の生活を送ることができ、機能障害が残った場合でも機能回復訓練や生活の工夫によって社会復帰することができる。また、成人病は、食事の改善や運動など生活習慣の改善による予防効果が高い。したがって、慢性疾患による健康問題の解決には、予防から治療、リハビリテーションに至る緩やかな長期的アプローチ、言い換えれば、医療のみならず、精神、社会、経済などの多方面から患者の生活をトータルに支える（「全人的ケア」）<sup>4</sup>視点が不可欠である。

こうしたケアのあり方は、急性疾患とは異なるサービス供給の仕組みを要請する。たとえば、症状が安定し、治療が定型化した患者にとって、長期入院は必ずしも好ましいことではない。むしろ、入院は急性期に限り、在宅療養、もしくは医療サービスとともに在宅に等しい生活の場を提供する施設（長期療養施設）のほうがふさわしく、在宅における医療行為（訪問診療、訪問看護）の制度化、急性期病棟と慢性期病棟との明確な区分による長期療養施設の制度化、さらに在宅とそれぞれの施設間の連携などの条件整備が求められる。また、生活をトータルに支える全人的ケアは、医療職に加え、保健、福祉、心理など多様な専門職が参加するケア・チームによって達成される。

したがって、診療報酬制度においても、診療内容や施設の性質によって評価を変える、人的配置と診療の質を評価するといったように評価の重点を変更しなければならない。たとえば、長期療養施設の場合、定型化した治療が行なわれるので、定額（包括）払い方式を導入する一方、慢性期患者の入院を患者と供給側双方に促すような特典を付加する。リハビリテーション、看護についても正当な評価が行われるべきであるが、それはケアチームを構成する個々の専門職（「ヒト」）に注目することを意味する。また、カウンセリングや相談・指導、予防活動など診療の「質」に踏み込んだ評価も必要である。

また、慢性期の療養の場合、生活障害に対する援助、すなわち介護は欠かせないサービスである。介護サービスを広義の医療行為の一つととらえて、診療報酬で評価するのか、それとも別立ての制度によるのか、その財源確保の方法については議論のあるところではあるが、介護サービスを経済的に評価しなければ、十分な供給量を確保できないことは確かであろう。

### 1.3 加齢退行性疾患の介護

加齢退行性疾患（老人病）は、加齢に伴う心身機能の低下によって生じ、寝たきりや痴呆を引き起こす。成人病も身体器官の老化現象、すなわち退行性病変であるが、一般に成人病は30歳代後半から50歳代に発病し、機能衰退の進行を止めたり、そのある程度の復元は可能であるため、不可逆的な退行現象である加齢退行性疾患とは区別される（長谷川、1992）。したがって、それは病気というより障害と捉えたほうがよく、ケアの重点は治療よりも機能衰退によって発生する生活障害に対するリハビリや身体介助に移る。

加齢退行性疾患は、病態的には慢性疾患の延長線上にあり、生活をトータルに支えることを目的に、在宅と長期滞在施設（ナースィングホーム）とを中心にサービス供給体制が組み立てられる。しかし、慢性疾患との違いは、加齢とともに不可逆的に進行し、介護サービスの比重が決定的に増す点である。もっとも、病状によっては濃厚な医療サービスを要す場合もあるので、専門的な老人医療を提供する病院から介護施設までバリエーションのある施設整備を行なうこととともに、それら施設間の住み分けが明確になるような誘導策が必要である。

すでに述べたように、介護サービスの制度化はその運営財源をどう確保するかにかかっている。介護サービスが慢性期ケアにみられるように、医療サービス全体の中の付加的部分を占めるにすぎないのであれば、診療報酬の中に位置づけるという方法も考えられるが、高齢者のケアでは介護の必要性は格段に広がるので、医療保険とは別の仕組みとすべきである。そして、この場合、その財源に注目すると、後述するように社会保険と租税の2つのアプローチがある。

### 1.4 ターミナルケア

終末期の問題は、病気それ自体ではなく、慢性疾患と加齢退行性疾患の増加、また高度医療の発達の結果から生じる。末期に肉体的苦痛の大きいがん死亡率の増加、寿命の伸び、高度医療の普及による過剰なまでの延命措置など、死をめぐる状況が複雑になっている今日において、どのように死を迎えるのかという問題は病気の克服以上に困難な課題である。

死とどう向き合うかは自己裁量の問題であるにもかかわらず、多くの場合病院の中で医療サイドの意思に委ねられている。身体中に管を通され（スパゲッティ症候群）耐

え難い苦痛の中で最期を迎えることも少なくない。ターミナルケアは、こうした機械的な死への反省から、いたずらに延命を行わず、末期における心身の苦痛を緩和して最期まで尊厳ある生を全うできるようあらゆる側面から援助することを目的にしている( 柏木、1987 : 221 - 223、デーケン、1991 : 13 - 14 )。

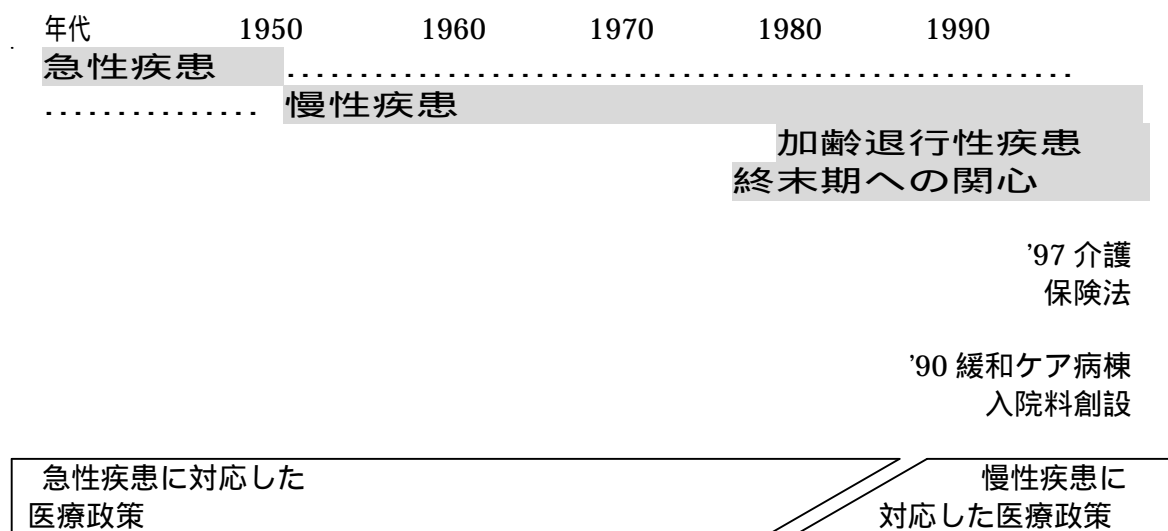
ターミナルケアは、生活の質を高めるような設備と人的配置をした「ホスピス」と呼ばれる医療施設で提供される。とりわけ、精神科医による精神・心理面に対するアプローチ、さらに宗教者の関与( 霊的ケア<sup>5</sup> ) が重視され、ケアの重点はより人的な労力が要請される部分にシフトする。薬剤の使用や技術的処置は疼痛のコントロールなどのごく一部に限られるので、「モノ」と「物的技術」を出来高払いで評価する診療報酬ではホスピスの経営は成り立ち難い。定額払いや「ヒト」に注目した評価が求められる。同時に、精神・心理面のケアには、要した時間に応じた評価のあり方も考慮すべきである<sup>6</sup>。

しかしながら、ターミナルケアの場はホスピスだけではない。患者の嗜好や生活の質を追求すれば、自宅こそが最期を迎えたい場所であり、在宅におけるターミナルケアの制度化も必要である。また広井は、福祉施設で死の看取りを行うイギリスの例を挙げ、「福祉主体のターミナルケア」を提案している( 1997 : 155 - 156 )。確かに、医療ではなく生活施設という位置づけがなされる福祉( 介護 ) 施設は、生活の質を追求するという点では在宅に近く、医療機関との提携により緩和医療( palliative care ) の確保ができるならば、ターミナルケアの場にふさわしいとすることができる。

## 2 疾病転換と政策展開

以上のように、疾病構造の違いは政策方針の違いを導き出す。なかでも、急性疾患とそれ以外のグループとは対照的な違いを示しており、次章で詳述するように疾病構造と政策とのミスマッチは政策の効果にネガティブな影響を及ぼす。そこで、つぎに疾病構造の変化と医療・介護政策における制度改革とを追跡し、そのズレを検証する。( 図 1 )

図1 疾病転換と改革のタイム・ラグ



### 2.1 疾病構造の変遷

日本人の疾病構造は、図1の上段に示したように、1951年を境に急性疾患に代わって慢性疾患が主流になり、1980年代に入ると加齢退行性疾患が登場している。また、70年代後半頃からターミナルケアに対する関心が集まり始めている。

急性疾患を代表する感染性の疾患(伝染病)は、強い流行性をもつ急性感染症と緩慢に流行する慢性感染症とに分けることができる。急性感染症は劣悪な生活環境、個体の抵抗力の低下、衛生思想の欠如などによって発生し、近代以前は言うまでもなく、明治維新後も流行が繰り返されていた。だが、西洋医学の普及と衛生行政機構の整備とが進むなかで、流行は次第に沈静した。急性感染症による死亡率は次第に低下し、1900年前後には結核がそれにとって代わった。結核は、1951年に脳血管疾患と入れ替るまで日本人の死因の第一位を占めてきた。(大村、1992)

結核死亡率の減少は、特効薬(抗生物質)の発見と、栄養状態の向上、生活環境の改善とによってもたらされた。しかし、こうした医学の進歩と欧米型食生活や都市型生活への変化は、慢性疾患という新たな健康問題を引き起こした。1951年以来、脳血管疾患、がん、心疾患が日本人の3大死因を占めている。これらのうち脳血管疾患は、他のふたつを引き離して高い死亡率を示してきたが、1970年をピークに減少し、1981年からはがんが首位を譲っている。

そして、脳血管疾患からがんへの死因第一位の交代は、疾病構造を慢性疾患からさら



に加齢退行性疾患へと移行させることになった。がんや心疾患は人口の高齢化にともなって自然増加する病気で、病態的には遅発退行性病変（老人性病変）に位置づけられる。つまり、がんの増加は老人性疾患の増加の指標になるというわけである（大村、1992）。確かに、80年代に入ってから高齢化のスピードが速まっている。とりわけ75歳以上の後期高齢者の割合が増加しているが、年齢が高くなるほど痴呆や寝たきりの発生率は上昇するので、高齢化の進展が加齢退行性疾患の増加を促すことは明らかである。

一方、1967年にロンドンに設立されたセント・クリストファーズ・ホスピスを嚆矢として欧米でホスピスの設立や研究が盛んになったことから、日本でもターミナルケアに関心が集まり始めた。中島らによると、70年代になって一部の医師や看護婦、キリスト教宗教者の間にホスピスについて研究するグループが現われ、77年にはより多くの人々を巻き込んだ「死の臨床研究会」が発足している（中島・中島、1991：62 - 63）。また、この頃にはマスコミにもホスピスが紹介されるようになり、一般の人々の関心も高まってきた（柏木、1987：213）。そして、80年代に入ると、先駆的な試みとしてホスピスが設立されている。

## 2.2 医療・介護政策の特徴と改革の方向

このように、日本人の健康問題は戦後急速な変化を遂げ、80年代以降は慢性疾患、加齢退行性疾患、そして終末期の3つが同時に健康・福祉の政策課題になっている。そこでつぎに、これらの課題に対応可能な政策が展開しているのか、医療と高齢者介護における制度の現実をその基本的な特徴と今日までの主要な改革からみておこう。なお、図1の下段にその大まかな流れを示した。

### 2.2.1 医療制度

日本の医療制度は明治近代化とともにスタートし、その基本的なフレームは戦前までに形づくられた。戦後は診療報酬制度を中心に整備・充実が図られ、1958年の国民皆保険の成立とともに完成をみた<sup>7</sup>。

欧米では診療所（外来）と病院（入院）の機能が明確に区分され、病院の受診にあたっては診療所の判断を必要とするなど、ある種の関門が設けられている。これに対し、日本はこの両者の区分が曖昧で、診療所もベッドや検査・手術の設備を持ち、準専門的な医療を提供する一方、病院にも自由に受診することができる（フリーアクセス）。ま

た、病院の開設者に占める私立（医療法人および個人）の比率が高い点も、欧米諸国には見られない特徴の一つである。施設数で見るとその71%、病床数では54%がプライベートセクターである（1995年時点）。

そして、こうした私立優位の医療機関に経済的インセンティブを与える診療報酬制度については、出来高払い、全医療機関一律、「モノ」と「物的技術」とに偏った評価などの特徴をもっている。物価には地域格差があるので、たとえば都心部と農村部では経費の差から、医療サービスの価格にも差が生じ、大学病院と一般の診療所間でも設備投資などの点で費用が異なって当然であろう。また、免許を取りたての医師とベテランの専門医とでは技術に相当な開きがあるはずであるが、これらの間の差は設定されていない。

診療報酬における評価は開業医の、とくに外来診療に有利な内容になっている。薬や検査は入院でも行なわれるが、外来のほうが多用され、検査や薬に重点を置いた評価は外来医療へのインセンティブを高める。これに対し、人的労力を要し、医師の技能が問われる手術部門の診療報酬は相対的に低く（高木、1996a：78）、高度な手術を行なうほど病院は不採算を増やすことになる（池上、1997：14）。そのため、病院は外来部門で不採算部門の補填をすることになる。

つまり日本の医療制度は、医療へのアクセシビリティに優れ、経済的インセンティブの面からも急性疾患にフィットした仕組みになっているのである。そして、急性疾患対応型の医療政策は高度成長を原資に量的拡大を方向づけられながら継承され、慢性疾患を考慮した改革は80年代に入ってからであった（図1 - 下段）。

80年代の医療制度改革は、直接的には医療費の抑制、とりわけそれに占める公費負担の縮減を目的に、自己負担増<sup>8</sup>、医療保険制度間の財政調整<sup>9</sup>、入院抑制（病床規制）、診療報酬の「凍結」（二木、1992：4）<sup>10</sup>など即効的な手法が取られた。とはいえ、医療費増加の一端は制度の疲弊それ自体にあった。より本質的な取り組みは、90年代を待たねばならないが、慢性疾患に対応する制度改革の端緒が出現している。

85年の第1次医療法改正では、都道府県に二次医療圏ごとに必要病床数と実際の病床数との過不足を算定する医療計画の策定を義務づけ、病床過剰地域における増床を規制した。また、診療報酬の面でも入院時医学管理料（入院の基本診療費）に逡減制（入院が長期化するほど診療報酬が低下する）が導入され、入院制限による医療費の抑制が行われている。しかしながら、慢性疾患は急性期を除いて病院に必ずしも入院する必要はない。これまで一般的にみて日本の病院は、急性期医療を提供する病床として発展し

てきたのであり、これを整理縮小するという目的自体はそれなりに疾病構造の変化に適合している。もっとも、慢性期の療養を保障する在宅医療や長期療養施設が整備されなければ、新たな混乱を生むことになる。84年の診療報酬改定では在宅指導管理料が創設され、在宅における医療行為を社会保険の対象とする措置が講じられたものの、対象範囲はごく一部に限られ、供給体制の再編にまで踏み込んだ改正は94年の第2次医療法改正に持ち越された。

第2次医療法改正では、医療提供の場を在宅（法律では「居宅」）、外来、入院に分け、在宅医療が法的根拠を持つことになった。さらに入院施設である病院が、専門的医療を提供する特定機能病院、急性期医療を行なう病院、慢性期の患者を対象にした療養型病床群の3つの機能に区分された。そして、これらを誘導するため、それぞれ診療報酬上の措置が講じられている。在宅医療行為の診療報酬上の位置づけが大幅に拡大された。また、入院時医学管理料の逡減制を施設機能に応じて細分化し、特定機能病院、病院、療養型病床群の入院時医療管理料がそれぞれ1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月を目処に逡減する仕組みになった。さらに、97年の診療報酬改定では、急性期医療と慢性期医療との区別をより鮮明にするため、病院を平均在院日数が30日以内と以上とに分け、診療報酬点数を前者では入院2週間以内、後者は2週間以降に厚い配分にした。

90年の診療報酬改定では、「緩和ケア病棟入院料」が包括点数として創設された。緩和ケア病棟とはホスピスを指し、看護体制や設備などの施設基準を満たしていることを条件に診療報酬の包括払い（1997年現在、1日3600点）を行なう。包括点数にはターミナルケアに必要なほとんどの費用が含まれている<sup>11</sup>。また、94年の秋の改定では、従来の基準看護に加え、看護婦と無資格の看護補助者とを別々に評価する新看護料が新設された。新看護料は、正看護婦、准看護婦、看護補助者を区別し、正看護婦の比率が一定割合以上を占めると点数が加算でき、看護の質に注目した評価とすることができる。さらに、国立病院・療養所において入院医療費の定額払いが実験的な試行が始められている。いずれにせよ、慢性期の医療政策は端緒が開かれたばかりである。

### 2.2.2 高齢者介護制度

高齢者の介護は、1973年に老人医療費無料化制度（自己負担分の公費負担）が導入されるまで、社会福祉制度のなかで取り扱われてきた。1963年に制定された老人福祉法は、施設（特別養護老人ホーム、養護老人ホームなど）と在宅（ホームヘルパーの派

遣など)における介護サービスの提供を規定している。ところが、老人医療費無料化制度は、病弱高齢者の介護を医療機関が担う(「福祉の医療化」という構造を常態化した。老人福祉法は、それまで生活保護法のなかに規定されていた低所得の単身や病弱の高齢者対策を引き受けたという経緯から、救貧的な制度になっている。受給者は資産調査、家族構成などのミーンズテストを通過しなければならず、要介護高齢者にとって老人福祉施設への入所は狭き門である。それに対し、アクセシビリティの高い病院は比較的容易に入院でき、しかも本人負担は無料なので、要介護高齢者の入院が急上昇した。そのため、82年にはこれを廃止し、一部自己負担を含む老人保健法が創設された。

老人保健法の施行(83年)にともない、「老人(70歳以上、寝たきり等の場合は65歳以上)」については別立ての老人医療診療報酬点数表が用いられることになった。老人診療報酬は一般の診療報酬とは項目が異なり、点数も全般に低く設定されている。また、入院医療を中心に定額払いが導入され、定額払い制は徐々に拡大して老人病院入院費のかなりの部分を占めるようになった。

こうした診療報酬上の措置は、症状が緩慢に経過し、ルーティンな治療を長期にわたって継続することになる老人医療の特殊性を考慮したものと考えることができる。しかしながら、第1章で述べたように老人性疾患のケアにおいては介護の占める割合が極めて大きく、介護サービスを制度的に組み込む必要がある。現行制度ではこれを医療と社会福祉の2つの異なる枠組みによって構成している。老人の医療施設には、入院患者の6割以上を老人医療対象者が占める老人病院と、在宅復帰を目的にリハビリテーションや生活介助に重点を置く老人保健施設とがある。

老人病院のうち一定数以上の介護職員を配置している介護力強化型老人病院と老人保健施設については、その費用の2分の1が公費で負担されている。通常老人医療費は、自己負担分を除く7割が医療保険財源からの拠出、残り3割が公費(国と地方とで2分の1ずつ)で負担されているが、この2つの施設は介護の比重が大きいということから公費負担が増加されているのである。もともと社会福祉制度の財源は公費(国と地方で2分の1ずつ)で賄われ、医療施設であるにもかかわらず、上記のふたつの施設に公費が多く充当されるのは、こうした社会福祉施設財源とのバランスをとるためである。高齢化と都市化の進行は、病弱高齢者を増加させる一方で、家族機能の低下をもたらし、家族による高齢者の介護は限界に達してくるのである。しかし、上記のように社会福祉サービスの供給は所得や家族構成など属性的要件に対して制限的で、一定水準の所得があったり、家族と同居していると、サービスを受けることが難しい。73年の老人医療

費無料化制度は、上記のように高齢者の社会的入院の契機になったが、それは制限的な社会福祉制度のために潜在化していた高齢者の介護ニーズが病院という吸収先を得て一挙に噴出したためであった。

92年には、特別養護老人ホーム入所における所得制限の廃止など高齢者福祉サービスの受給要件が緩和された。しかし、供給面に対する規制は緩和されなかったため、介護サービスは一向に増加せず、ニーズの増大に対する供給量不足が慢性化した。介護サービスの不足は、高齢者の社会的入院を加速させた。

老人医療費の増加分はそれを負担する医療保険財源に転嫁されるので、それにつれて老人医療費拠出制度に対する支払側の不満もエスカレートし、経営者団体や健康保険組合連合会は政府に老人医療費の公費負担制度の復活を要求した。介護部分の「医療」からの切り離しが政治的にも迫られたのである。(衛藤、1998)

94年、高齢者福祉ビジョン懇談会が公的介護保障の必要性を、また社会保障制度審議会が公的介護保険の創設を提言し、老人保健福祉審議会の審議を経た後、97年12月介護保険法が成立した。

介護保険制度では、被保険者である要介護高齢者に施設および在宅サービスが提供される。個々の受給者に給付されるサービス量は、市町村長が設置する要介護認定機関が6段階(要支援および要介護 から要介護 まで)に分かれる要介護度に応じて決定する。現行の高齢者福祉制度と介護保険制度との違いは、まずその対象者にある。

上記のように、現行制度が一部の限られた高齢者を対象にしている(選別主義)のに対し、新制度では保険加入を条件に資産や家族の介護能力といった資格要件は問われない(普遍主義)。

また、現行制度においてサービス供給は、行政もしくは社会福祉法人など行政の委託を受けた特定の組織(公的セクター)に担われていたが、新制度ではこうした公的セクターに加え、市町村長の指定を条件に営利、非営利を問わず、私的セクターの参入を認めている。サービス供給主体の多様化は、サービス量の増加を促す一方、利用者に選択の幅を広げることが期待されている。

サービス量がどの程度充足するのか、医療保険と介護保険の住み分けをどのようにするのか、要介護認定やケアマネジメントが公平かつ効果的に機能するのか等々新制度への不安も少なくない。また、介護サービスは利用者の生命や健康に直結し、利用者と供給者との間に情報量の不均衡が生じやすいことから、サービスの質や利用者の権利をどう保証するかなど未解決の問題も残されている。

### 3 制度と健康・福祉ニーズの乖離がもたらす問題

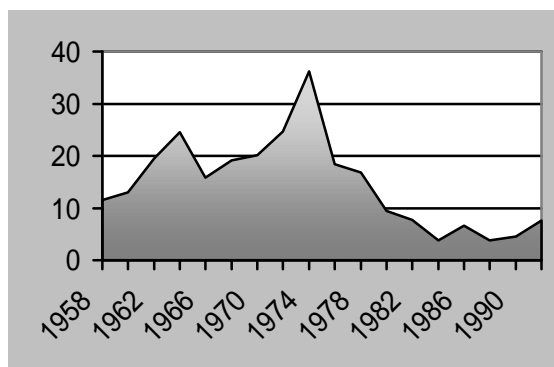
以上みてきたように、1950年代急性疾患は後退し、疾病構造はすでに慢性疾患の時代を迎えていたその時期に、医療制度は急性疾患型政策を追求していた。80年代に入り、医療費抑制に後押しされて改革が着手された。しかしながら、改革のターゲットは専ら老人医療に向けられ、慢性期医療政策の転換が本格化するのは90年代に入ってからであった。しかも、老人病には医療サービス以上に介護サービスが必要であるにもかかわらず、介護保障の整備が遅れたため介護ニーズを医療制度のなかで解消するという事態が生じ、それは制度に歪みを引き起こすことになった。

#### 3.1 過剰医療

薬や検査を厚く評価する診療報酬やアクセシビリティの高い供給システムは、急性期医療には効果的である。1947年まで先進諸国のなかで最も高かった日本人の死亡率は、1959年からは最も低率になっている。乳児死亡率や平均寿命などそのほかの健康指標も同様の傾向を示し、日本人の健康状態は短期間のうちに著しく改善された。その点で、日本人の健康問題の改善は急性期型医療政策の成功によるところが大きい。

ところが、急性期型医療政策は慢性疾患に対しては過剰な医療行為をもたらす。急性期には高度な検査や集中的な投薬が必要だとしても、慢性期に入り、治療が定型化してくると、検査の回数や薬剤の使用量は少なくなる。にもかかわらず、検査や投薬を行わなければ、医療機関は経営が成り立たないため、経営上こうした「モノ」への依存が維持される。また、急性疾患が治癒によって治療が完了し、療養期間に限りがあるのに対し、慢性疾患は療養期間が長期にわたるので、慢性期医療における出来高払いの診療報酬は、当然医療費を上昇させることになる<sup>1,2</sup>。さらに、医療技術は日々進歩しており、同じ病状であってもより高度な医療行為のほうが高額になり、医療費の上昇を促す(池上、1996)。実際、1960年代から1970年代には、これらの要素が相乗的に作用し、総(国民)医療費は著しく増加している(図2)。

図2 総(国民)医療費対前年度伸び率の年次推移(%)



(データ出典は、厚生省大臣官房統計情報部『平成5年度国民医療費』厚生統計協会(1993年))

総医療費の増加率を対前年度比で見ると、1961年から79年まで、ほぼ25%から15%の伸び率を示している。なかでも74年は前年の老人医療費無料化制度を受けて36.2%の伸びになっている。そして、79年から伸び率は10%を切って鈍化し、80年代以降は7%前後から4%前後の伸び幅にとどまっている。80年代以降の増加率の減少は、既に述べたように診療報酬における改定率の抑制、老人入院医療における定額払い制の導入、入院制限を目的にした入院医療費逓減制の強化など一連の医療費抑制策によるものであるが、このことは急性期医療政策がいかに慢性期医療のコストを増大させるかを現わしている。

過剰医療は、患者の治療効果の面からも望ましいことではない。高木は、老人医療における過度の治療が衰弱や寝たきりを引き起こす要因になることを、老人病院におけるケーススタディから実証している(1996b)。出来高払いの診療報酬では、たとえば食欲が低下すると、経口摂取の努力よりは、診療報酬で直接評価される経管栄養が行なわれる。しかし、こうした処置は感染の危険が高く、感染症を併発して抗生物質が投与され、やがて衰弱して寝たきりになる。ところが、定額払いの場合、経口摂取が努力され、この悪循環を断ち切ることができるばかりか、看護婦は検査や投薬などの診療補助から解放されて、患者の自立を促すようなケアに労力を回すことができるという。

### 3.2 患者満足度の低下

生活のなかで病気をコントロールする慢性疾患の治療には、患者の自覚と自己管理が求められ、病気や治療法に関する説明や療養指導が治療の一環として組み込まれていなければならない。また、患者のほうも病気について十分な情報を得たいという要求が高まっている。しかし、こうした行為の診療報酬上の評価は低く、それを促進するような仕組みにはなっていない。医師の個人的な努力には経営面からも限界があり、医師とのコミュニケーションギャップは患者に医療に対する不満感を高めよう。

また、医師と患者の対話不足は、「3時間待って3分診療」と呼ばれる外来診療の混雑ゆえでもある。限られた診療時間内に多数の患者を診察することになると、患者一人あたりの診察時間は短縮せざるを得ない。池上・キャンベル(John C. Campbell)は、この外来の混雑を患者の大病院志向という視点から分析している(1996: 181 - 183)。池上・キャンベルによれば「3時間待って3分診療」の状況を呈しているのは、大抵大病院である。患者はより規模が大きく、設備の整った病院に集まる傾向にあるが、それ

は患者自身の嗜好であると同時に、病院が患者の選択を受け入れる態勢になっているためである。つまり、大学病院であれ、一般診療所であれ、同一条件で受診できるので、より高度な技術を求める患者は必然的により大きな病院を選ぶことになる。他方、病院側にとっても、外来診療は不採算部門の赤字補填になるので、外来部門を重視せざるを得ない。

患者の医療に対する不満・不信は、官僚的な医療組織、医療従事者のトップダウンな態度など、その旧弊な体質に向けられている部分も少なくない。しかし、病気について十分な説明を受けることができるならば、そのかなりの部分は払拭されるものと考えられる。日本の医療は機会の平等性、アクセシビリティの高さなどの制度面においても、また死亡率、平均寿命などのパフォーマンスの面でも、他の先進諸国に決して引けをとっているわけではない。それにもかかわらず、医療に対する国民の満足度は非常に低いのである<sup>13</sup>。

### 3.3 患者・家族の過重負担

80年代の医療費抑制策はコスト削減という成果を上げた反面、慢性期医療に対応した装備を整えることなく、医療費の抑制だけが動機づけられ、患者や家族に過重な負担を強いることになった。また92年医療法第2次改正以降、急性期医療と慢性期医療との機能区分が明確にされているが、慢性期の医療施設である療養型病床群が整備されていない状態で、一般病院からの早期退院が推奨されているため、患者や家族に混乱を招いている。診療報酬において在宅医療行為を評価しても、それを行なうかどうかは個々の医療機関の判断に任されるので、在宅医療に熱心な医療機関のある地域とそうではない地域とのバラツキが生じている。

在宅療養は介護力、住居環境など医療以外の条件も考慮しなければならず、病院から在宅への切り替えはそれほど簡単なことではない。とはいえ、行き場を失った患者は自宅に帰るほかなく、医療機関の機能区分は現状では患者と家族の犠牲を強いる結果になっている。

高齢者介護についても同様の問題が生じている。医療機関の機能区分によって社会的入院の是正が進められてきたが、それは高齢者の長期入院の影に隠れていた介護サービスの不足を顕在化させた。高齢患者の多くは、急性期医療と慢性期ケアのほかにおそらく終生続くであろう介護を必要とする。ところが、在宅、施設ともに介護サービスが不



足しているゆえに、医療施設から退院してきた患者が家族の介護力を頼りに在宅生活を余儀なくされ、家族は“介護地獄”という過酷な負担を強いられるのである。そして、このことは、介護に疲れ、余裕を失った家族による高齢者虐待が増えていることからわかるように、介護を受ける高齢者にとっても決して好ましいことではないのである。

90年代に入って、特別養護老人ホームの入所決定基準が緩和され、医学的要件（要介護度）が重視されるようにはなった<sup>14</sup>。しかし、現実には前章で述べたように、こうした施設が不足しているために、依然経済状態や家族構成といった要素が入所判定を左右している。たとえば、要介護度は低くても生活保護の受給者や単身者だと入所措置がとられる。また、要介護度が同程度の場合は、所得が低いほうが入所しやすい。そして、このような判定は客観的な基準によるのではなく、その時々施設の空き状況やほかの社会福祉制度との兼ね合いといった担当者の主観的判断で行なわれる<sup>15</sup>。健康や生活問題には裁量的な判断が求められるとはいえ、不透明な基準によってサービス給付の可否が決められるのは、高齢者と家族にとっては納得でき難いことではなからうか。

#### 4 改革を阻む要因

なぜ国民の健康問題に逆行した政策が志向され、あるいは改革が停滞したのであろうか。一つには、疾病転換のスピードの速さを挙げることができる。日本人の疾病構造は短期間に変貌を遂げたため、改革がそれに追いつくことができず、対策が後手に回ってしまったことが考えられる。政策の変更や新制度の創設には、アジェンダセティングから政策形成、決定というある程度時間を要する一連のステップを経なければならず、めまぐるしい変化への即応自体難しいことではある。

政策担当者の問題認識の不十分さも対応の遅れに拍車をかけることになった。広井は、日本に限らず各国において、老人病を慢性期医療の枠組みで対応したため、様々な混乱が生じるようになったと指摘している（1998：219）。80年代、病弱高齢者に対して介護サービスを整備することなく、医療サービスのみでこれに対応したことは、まさにこの指摘のとおりである。また、病気や死に対する医師の考え方も慢性期医療やターミナルケアの推進を阻害する一因になっている。近代医学は病巣の除去による「治癒」とあくまでも命を長らえさせる「延命」とに価値を置いてきたのに対し、慢性疾患や老人病のケア、ターミナルケアではこうした価値を否定するところから始まる。だが、医師の間には依然として「病との共存」や「死」を敗北とする考え方が根強く、ホリスティッ

ク・メディスンやターミナルケアの考え方の浸透を阻んでいる。しかし、より重要で困難な要因は、医療と高齢者福祉の制度構造<sup>16</sup>それ自体にある。

#### 4.1 医療における制度のイナーシャ

日本の医療制度は、医療サービスの供給を自由開業医制度に基礎づけられた私的医療機関に依存しながら、一方で公的医療保険制度を整備してきた。このプライベートセクターが公的保険医療を担うという構造が医療サービスのあり方を枠づけてきたのである。

日本における医療供給体制の形成は、1874（明治7）年の「医制」に始まる。このなかで、自由開業医制度を中核にした医療供給体制が確立していった。医制48条は、患者の医療費未払いを医師が訴えた場合、行政が職権をもって取りたてることができるとした。また、1896年営業税が創設された折り、医業を非課税扱いとし、医師に開業の自由を保障する一方、その医業経営を保護する方策がとられたのである。また、医制は官公立医学校に付属病院を設立することを規定し、1887（明治20）年まではその促進が図られたものの、その後は財政難から後退した。官公立病院の増加が停滞したのとは対照的に、私立病院の開設は増加し、1888（明治21）年以降、大正時代の一時期を除いて、数の上では私立病院が優位を誇るようになる。もっとも、病院といっても、その殆どは病床数10床程度、設備もなく、診療所に患者の収容場所を付加した程度のものであった。

戦後は、1948年に医療法が制定され、病院（20床以上のベッドを有し、必要なスタッフと施設を整えている医療施設）と診療所（無床もしくは19床以下の医療施設）との区分、さらに総合病院（病院のうち、病床が100床を超え、一定以上の診療科目と所定の施設をもつもの）が規定されたが、自由開業医制度とそれに基礎づけられた私立医療機関優位の体制に変わりはない。欧米の病院が伝統的に公立もしくは宗教団体などの非営利組織であるのに対し、日本の病院の大半は小規模の、言わば診療所との連続性をもったプライベートセクターで占められることになったのである。

一方、公的医療保険制度については、1922（大正11）年プロイセンのビスマルク社会保険を範に健康保険（健保）法が制定された。制度の導入にあたり、政府は保険医療提供機関の設立と運営という新たな問題への取り組みを迫られた。が、政府としては既存の医療供給制度を利用するほかはなく、プロイセンの総額請負制に倣って、健康保険

診療を医師の団体、すなわち医師会に請け負わせることにした。医師会は、開業医の利益保護を目的にした職能団体であるが、任意とはいえその設立は1906（明治39）年の医師法の中に規定されていた。

政府が保険診療を報酬（診療報酬）は点数制とし、医師会に一括して支払うという案を提案したのに対し、医師会側は被保険者による医師の選択は自由とする団体自由選択主義の容認、医療給付額については医師会と保険者との協定によることなどを主張した。政府は医師会の主張を大筋で認め、医師会と健康保険組合（政府管掌健康保険組合の場合は政府）との診療契約により、医師会傘下の医療機関が被保険者に保険医療を提供するという仕組みがスタートした。1938（昭和13）年には非被用者を対象に任意加入の国民健康保険（国保）法が制定されたが、1958（昭和33）年国民健康保険組合の強制設立加入と組合員の強制加入を規定する改正が行われ、国民皆保険が達成された。

健保発足当初、個々の保険者（健保組合および政府）と医師会が団体に診療契約を結び、診療報酬総額を被保険者の人頭割で算定して診療を請け負う方法がとられていた。すなわち、総診療報酬は被保険者の人数に比して決められ、個々の保険医にはその診療点数量に応じた出来高払いで支払われていたのである。しかし、この方式は被保険者の数が増えるほど診療報酬単価が低減し、単価の総額で支払われる個々の保険医にとっては不利であったことと戦時体制下における統制の強化とを理由に、1942（昭和17）年この方式を廃止し、診療報酬単価の公定化が行なわれた。同時に、社会保険診療報酬算定協議会を設立し、第三者機関が単価を決定する方式が採用されたのである。なお、社会保険診療報酬算定協議会は、1948年中央社会保険医療協議会（中医協）に改組されている。

ところで、和漢医の時代から日本の診療費は診察料、技術料、薬価を一体のものとして取り扱い、医師収入の多くが薬価に依存していた。そのため、西洋医学の導入にともない明治医制において医薬分業が進められた折りも、開業医の強い反対で有名無実化し、診療報酬も薬治料を組み込んだ体系になっていた。薬治料には薬価差益と潜在技術料が含まれ、それらは薬価に連動して上昇したため、高い薬を処方するほど利益が得られた。だが、戦後GHQの指導により再び医薬分業が実施されることになり、診察料、技術料、薬価を分離し、個別医療行為の原価にもとづく診療報酬体系への切替えが必要になった。しかし、薬治料に含まれていた薬価差益と潜在技術料の喪失は医療機関の大幅な収入減になるうえ、医師技術の評価をめぐって医師会側の納得が得られず、政府は原価計算による診療報酬算定方式の採用を断念した（西村、1996：40 - 45）。

1958 年に出された「新医療費体系」では基本的に従来 of 総枠による算定方法が踏襲され、「原価計算を『より所』として技術料に重点配分した」(西村、1996:47) 診療報酬体系が形づくられた。また、それまで単価の変動や技術差・地域差によって異なっていた価格の固定・統一化が図られた。単価(1点)を10円に固定し、技術差・地域差を解消して全国のあらゆる医療機関(および医師)に共通の評価基準が用いられることになった。1956 年からの医薬分業の実施に対しては、処方箋料、薬剤師調剤料のほかに、薬価に連動した薬剤処方料の新設による薬価差益の喪失補填が行なわれ、薬価に依存した診療費のあり方は依然として改められなかったのである。

このように医師会の主張を全面的に認めた背景には、医師会の交渉力の強さもさることながら、国民皆保険制度の実施という政府側の事情があった。国民皆保険の構想は、当初戦後社会保障制度の抜本改革のなかで、全国民を包括する一元的な医療保険を公的医療機関が担うという方向が打ち出されていた。しかし、やがてそれは既存の分立型医療保険制度を前提に、被用者保険適用外の国民を国民健康保険に吸収し、保険医療は従来どおり私的医療機関が担うという方向にトーンダウンした。保険診療は医療行為に公的なコントロールを及ぼすことであり、私立医療機関の医業活動の自由を制約する。政府としては、皆保険の実施にあたり医師会の協力を得るためには、保険医療収入を有利に導くという譲歩をせざるを得なかったのである。

そして、この「プライマリ・ケアを担う開業医に有利に作られ」(高木、1996a:85) た診療報酬体系は、改定率の大幅な上昇によって総医療費を増大させていったが、それは医師会の主張が通りやすい交渉のメカニズムによって実現した。中医協は、医療費を媒介にその支払側(保険者)、診療側(医療機関)および公益側(第三者)によって構成されるが、実質的には厚生省と医師会の対立が軸になる。というのも、被用者保険のうち、組合健保など大規模事業所の健保組合は、個別の事業所ごとに設立され、健康保険組合連合会(健保連)という全国組織はあっても、それぞれ財政規模や組合員の構成が異なっているため一枚岩ではなく、むしろ個別組合の利害のほうが優先される。政府管掌健康保険は政府、すなわち厚生省保険局が保険者であり、保険組合としては最大規模の被保険者を擁している。しかも、国保財政の半分近くは国庫補助金が充当されており、厚生省は最大組織の保険者として、また国庫財源投入の主要者としても診療報酬には多大な関心をもっている。

他方、医療機関の利益団体としては公立病院を中心にした日本病院会などもあるが、日本医師会の組織力には遠く及ばない。医師会は中医協における診療側の座を独占し、

開業医の利益が全面的に主張されることになった。皆保険実施後、厚生省の関心は保険診療の充足と分立する医療保険制度間の格差の是正とに注がれ、保険医療給付の拡大が方向づけられた。それは、開業医の利益と符合し、また高度経済成長によって担保されたのである。

80年代、医療費抑制を目的に急性期型医療からの転換が志向された。しかし、改革は自由開業医制度と公的医療保険制度という制度の根幹を温存するかたちで進められた。診療報酬体系については、開業医の収入を大きく左右することになる薬や検査に依存したあり方はそのままに、定額払い制の一部導入、入院医療費逓減制の強化といった周辺的な改革に終始した。第1次医療法改正の病床規制も、まず規制のターゲットにされるのはこれから病院経営に参入しようとするチェーン型病院であり、開業医との利害関係は薄い(池上・キャンベル、1996:61)。しかも、需要の伸びから中小の私立病院が転換を期待する老人病院は規制から外されている。また、80年代の医療費抑制を成功させたと言われる診療報酬におけるスライド制の廃止<sup>17</sup>も、確かに効果を上げはしたが、既存の診療報酬体系を維持するための妥協策であった。

#### 4.2 高齢者福祉における措置委託制度の論理

高齢者の福祉制度改革の停滞も、同様の観点から説明できる。戦前の日本における公的福祉制度としては、救貧対策である救護法があったが、孤児院、養老院、障害者施設など社会的弱者対策は宗教団体や民間篤志家によって担われていた。1938(昭和13)年、政府はこれら民間社会事業施設への監督と助成を目的に社会事業法が制定した。戦後はGHQの指導により、順次社会福祉法制が整備されたが、このなかでGHQは「国家責任の原則」を打ち出し、民間による社会福祉事業を禁じた。だが、公営施設の設置が間に合わない現状では、急務とされた戦災孤児対策や傷痍軍人の救済策は引き続き戦前からの民間社会事業者に依存せざるを得ない。しかも、憲法89条は博愛等の事業に対する公金の支出を禁じ、資金難に喘ぐ民間社会事業者への財政支援の道も断たれた。

<sup>18</sup>

社会福祉サービスの担い手として民間事業者を生き延びさせるには、社会福祉事業の「国家責任の原則」を遵守しつつ、憲法89条との抵触を回避しなければならない。そのため、1951(昭和26)年に制定された社会福祉事業法は、社会福祉事業のうち第1種社会福祉事業(24時間ケアを行なう入所事業)については、国、地方公共団体およ

び社会福祉法人がその経営を行なうとしたうえで、国および地方公共団体はその事業を社会福祉法人に委託できると規定した（「措置委託」）。社会福祉法人は公益法人とは異なる認可制の特別法人で、国および地方公共団体から委託された事業の正当な対価（委託費）を受け取ることができる。つまり、社会福祉サービスに対する行政責任を留保する一方で、民間社会事業者に社会福祉法人という特別な地位を付与し、準公的な組織に格上げして憲法 89 条の縛りを乗り越えたのである。

「措置委託」制度は、国や自治体による公営施設の設置が進むまでの一時的なものであった。にもかかわらず、やがてそれは常態化し、社会福祉サービスの供給手法として自治体行政のなかに定着するにいたった。なかでも、高齢者の福祉サービスはこの手法が一般的で、高齢者福祉施設の過半数が社会福祉法人で占められている。社会福祉法人は行政サービスを請け負う負の対価として、委託以外の収益事業の禁止といった一定の制約を受ける。しかし、委託を受け続ける限り、収入が確実に保障され、経営は安定する。また、社会福祉サービスの実施責任を負う自治体行政にとっても、事業を直接運営することなく、行政責任を果たすことができるという構造は財政面など行政効率の点から都合の良いものになった。

そして、こうした社会福祉法人と自治体双方からの「措置」制度に対する信任は、制度の法的解釈によって正当化されたのである。社会福祉法人や自治体の職員は、一般的に措置制度を受給者の権利を保障する装置とみなしていると指摘されている。措置制度では、行政が資格審査（ミーンズテスト）によって申請者のサービス給付の可否を決定するが、この資格審査という行政介入こそが憲法 25 条が規定する社会福祉における国家責任を担保すると解釈されており、この考え方は社会福祉研究者にも共有されている。（古川、1997：78 - 87）

しかしながら、早くも 70 年代初めには、全額無料のサービスを受ける福祉施設入所高齢者と放置される在宅の病弱高齢者との格差が指摘された。80 年代に入ると、有料老人ホームの不祥事が起こり、措置制度の枠外で提供されるサービスの質や安全性の問題が提起された。また、高齢化の進行と老人医療費の上昇が介護サービス量の不足を明らかにした。厚生省内外で措置制度の矛盾や限界が認識されるようになり、1986 年社会福祉関係審議会において、施設入所における契約制度の導入などを柱とする措置制度の見直しが議論されることになった。

だが、措置制度を支持する現場や研究者からは、措置から契約への切り替えは行政責任の放棄であるとして強い反対が起こった。当時臨調・行財政改革の下で社会福祉費用

における国庫負担率の切り下げが遂行され、自治体の費用負担が増加していたことも、措置制度の見直しに対する自治体側の不信感を募らせた。こうした現場の抵抗の前に、結局見直し作業は見送られ、高齢者介護政策の改革論議が再び起こるのは、1994年「21世紀福祉ビジョン」の問題提起まで待たねばならなかったのである。おそらく、1986年当時の厚生省は、実益のみならず、理念的にも措置制度を強く支持する高齢者福祉現場の論理を超える新しい論理を持ち得なかったのであろう。その点で、社会保険法式は、厚生省にとって、措置制度を超えることのできる論理であった。(衛藤、1998)

おわりに

制度が浸透するにしたがって、利害関係をもつ組織、関係団体がその中に根を下ろし、それは良好な政策パフォーマンスというポジティブな実績を生む一方、改革を阻む契機になる(Marsh, David and Rhodes, R.A.W., 1992: 249-268)。戦前に形を成した日本の医療制度は戦後、日本人の寿命を伸ばし、少なくとも量的には目覚ましい成果をもたらした。現行の高齢者福祉制度についても、低所得・単身の要介護高齢者の生活を向上させてきたことは確かである。しかし、実績を積んだその構造が新たな健康・福祉問題への対応を阻んでいる。

2000年度以降、老人保健制度に変わる新たな老人医療制度の創設、医療機関の機能に応じた診療報酬体系の制度化、新薬価基準制度の導入、さらに保険者と医療機関との直接契約制度の創設などの改革が予定されている(川淵、1997: 11-27)。また、社会保険という新しいフレームによる高齢者介護制度もスタートすることになった。改革は既存制度におけるサービスの供給側と受け手側双方に痛みや犠牲を迫ることになり、たとえ予定どおりに改革が進められたとしても、理念と運用の現実とにはかなりの開きが出るのが予想される。

本文で指摘したように、政策と問題との不一致は様々な問題を引き起こし、その不一致の早期の解消が望ましいことは言うまでもないが、制度の根幹に一挙に変更を加えるような改革はおそらく制度それ自体によって拒絶されるだろう。したがって改革は、既存制度の良質な面を維持しつつ、制度の特質との対立を回避するような進め方が求められる。短期的な抜本改革よりも、個別の調整によって総和として予定通りの改革が遂行されるような長期の取り組みが望まれる。

<sup>1</sup> わが国の保険医療機関に対する支払いは社会保険診療報酬制度に基づいて行なわれている。これは、保険医療行為を経費や技術的難易度などから点数評価し、1点を10円で換金してその費用を支払うもので、医療機関の収入はこの診療報酬体系のあり方に左右されている。

<sup>2</sup> 池上が、検査、画像診断、薬剤を含めて「もの」と括っている(1996:211)のに対し、二木は検査、画像診断については物的技術という表現をしている(1996:233)。ここでは、薬剤と検査、画像診断など「もの」を使用した医療行為とを切り離し、前者を「モノ」、後者を「物的技術」と呼ぶことにしたい。

<sup>3</sup> 成人病の発症が生活習慣に深く根差し、また若年層の発病が増えていることから、最近は成人病ではなく「生活習慣病」と呼ばれている。

<sup>4</sup> こうしたアプローチを行なう医学・医療は、holistic medicine、あるいは holistic health care と呼ばれ、具体的な内容については聖路加看護大学学長の日野原重明氏の著作に詳しい。

<sup>5</sup> 中島らは末期における痛みの一つに、「死への恐れ」や「罪の意識」が原因の「霊的な痛み」があることを指摘し、この痛みからの解放の必要性を説いている(中島・中島、1995)。

<sup>6</sup> スイスで大腸がんの手術を受けた犬養道子氏は、「内視鏡や血液検査や超音波の費用はその中に入っていない。ゆっくりと私に話をさせて(性格も好みも仕事内容も生活習慣もみな聞きとって)診断を下すだけの費用が6万円」であったと述べている(日野原・犬養、1997:159)。

<sup>7</sup> 日本の医療制度の特徴を検討したものとしては、広井(1997)、川淵(1997:203-239)。

<sup>8</sup> 老人医療費無料化制度が廃止されて一部負担が復活し、被用者医療保険本人給付が10割から9割に切下げられた。

<sup>9</sup> 具体的には、各医療保険が自己負担分を除く老人医療費の7割を負担する「老人医療費拋出制度」、被用者保険退職者の医療費については老人保健制度が適用されるまで、退職以前に加入していた保険組合がその一部を負担する「退職者医療制度」を指す。

<sup>10</sup> 物価スライド制を廃止し、改定における伸び率を抑制した。

<sup>11</sup> 緩和ケア病棟の包括払い制度の導入にあたっては、宗教系の施設等にみられるような特別な寄付や基金がなくとも、いかにすれば終末期患者の専門病棟の運営が可能かといったコスト面の研究が行なわれた(志真・阿部、1993:155)。厳格な施設基準がネックになっているものの、制度導入後ホスピスは確実に増え始め、1997年現在で36施設が認可されている。

<sup>12</sup> Abel-Smith は、医療費増加の要因として、国民すべてを対象にした公的医療保険制度の整備、高齢化、医療技術の発達のほか、不適切な医療サービスの実施を指摘し、ニーズとサービス展開のミスマッチがコスト増を招く可能性を示唆している(1996:27)。

<sup>13</sup> 報道や身近な体験などから医療に対する国民の不満は容易に実感できるが、池上・キャンベルは、先進5カ国で実施した世論調査(1990年)結果から、「平均的な日本人は自分たちの受けている医療を、スキャンダルにみちて、質は低く、お金がかかりすぎていると評価しているといえよう」と述べている(1996:19)。

<sup>14</sup> 1992年には、特別養護老人ホームに全額自己負担で入所する契約制のホーム運営を認めるモデル事業が開始されている(掘、1997:165)。

<sup>15</sup> 筆者も参加した東京都内特別養護老人ホーム7施設における入所者656人の要介護



度調査では、要介護度ランク別による「自立」5人(0.8%)、「要支援」31人(4.7%)、「要介護」31人(4.7%)、「要介護」120人(18.3%)というように、医学的あるいはADLからは入所対象になり得ないような高齢者がかなりの比率で入所していた。その主な入所理由は、生活保護受給者、単身者、家族が引き取りを拒否しているといったものであった(サンセイ長寿社会研究所、1998)。

<sup>16</sup> 日本の医療制度並びに高齢者福祉制度の構造については、それぞれ衛藤(1997)、衛藤(1998)参照。

<sup>17</sup> スライド制は物価・賃金の上昇にリンクさせて診療報酬の改定率を上げていくもので、廃止は実質的な医療収入の減少を意味した。

<sup>18</sup> この社会福祉における戦後改革の経緯については村上(1987)、副田(1995:8-88)、また措置制度の形成については衛藤(1996:108-110)参照。

Abel-Smith, Brian (1996), "The Escalation of Health Care Cost: How Did We Get There?" OECD, ed., *Health Care Reform: The Will to Change*, OECD.

Marsh, David and Rhodes, R.A.W. (1992), "Policy Communities and Issue Networks: Beyond Typology", Marsh, David and Rhodes, R.A.W., eds., *Policy Networks in British Government*, Clarendon Press.

OECD, ed. (1994), *The Reform of Health Care Systems*. OECD.

OECD, ed. (1996), *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*. OEDD.

池上直己(1996)「医療費の自然増の分析 検査と医薬品使用を中心として」社会保障研究所編『医療保障と医療費』(東京大学出版会)

同上(1997)「岐路に立つ民間病院」『社会保険旬報』第1935号

池上直己・J.C.キャンベル(1996)『日本の医療 統制とバランス感覚』中公新書  
衛藤幹子(1995)「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」『レヴァイアサン』第17号(秋)

同上(1996)「くらしづくりにおける分権の課題」地方自治総合研究所編『地方分権の戦略 市民自治の地方政府づくり』(第一書林)

同上(1997)「政策の連続と変容 日本医療制度の構造」日本政治学会編『年報政治学』(岩波書店)

同上(1998)「連立政権における日本型福祉の転回 介護保険制度創設の政策過程」『レヴァイアサン』臨時増刊(夏)

大村外志隆(1992)「戦後日本の疾病構造の転換 脳卒中を中心に」財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団国際共同研究報告書(研究代表者:武藤正樹)『健康転換と国際比較分析とQOLに関する研究』

柏木哲夫(1987)『生と死を考える ホスピスケアの実践』(朝日選書)

川淵孝一(1997)『医療保険改革と日本の選択 ヘルスケア・リフォームの処方せん』(薬事日報社)

サンセイ長寿社会研究所(1998)『特別養護老人ホーム入所者の在宅継続に係わる調査研究』

志真康夫・阿部薫(1991)「緩和ケア病棟と新しい緩和ケア・プログラム」平賀一陽編『終末期医療 問題の解決に向けて』(最新医学社)

副田義也(1995)『生活保護制度の社会史』(東京大学出版会)

高木安雄(1996a)「診療報酬の変遷とその経済的効果」『医療保障と医療費』

同上(1996b)「高齢化による医療費増加と医療政策の課題」『医療保障と医療費』

デーケン、アルフォンス(1991)「ホスピスの思想と歴史」A.デーケン・飯塚真之編『日本のホスピスと終末期医療』(春秋社)

- 
- 中島修平・中島美知子(1991)『希望の医療ホスピス』(家の光協会)  
二木立(1992)『90年代の医療と診療報酬』(勁草書房)  
同上(1996)「技術進歩と医療費抑制策との関係の実証的検討」『医療保障と医療費』  
西村万里子(1996)「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察 医療費の決定要因：診療報酬改定率の決定と医療政策」『医療保障と医療費』  
長谷川俊彦(1992)「日本の健康転換のこれからの展望 新たな QOL 概念、疾病概念の必要性について」『健康転換と国際比較分析と QOL に関する研究』  
日野原重明・犬養道子(1997)『ひとはどう生き、どう死ぬのか』(岩波書店)  
広井良典(1997)『医療保険改革の構想』(日本経済新聞社)  
同上(1998)「介護保険と長期ケア施設の課題」『病院』第57巻第3号  
古川孝順(1997)『社会福祉のパラダイム転換 政策と理論』(有斐閣)  
堀勝洋(1997)『現代社会保障・社会福祉の基本問題 21世紀へのパラダイム転換』(ミネルヴァ書房)  
村上貴美子(1987)『占領期の福祉政策』(勁草書房)

#### 英文要約

The Survey of Reforms of the Health and Welfare Systems in Japan: The Gap Between Policies and Needs.

#### Summary

This article describes the gap between service programs and actual needs in Japanese health and welfare policies; what kinds of gaps are discernible in the health and welfare policies; what problems are created by the cleavage; and why the government can hardly succeed in reforms to bridge the gap.

To fulfill all the needs for health and welfare, the government must implement the policies that cover the following four categories, i.e., acute cure, chronic care, long-term care, and terminal care. While adults' diseases, such as cancer, heart diseases and diabetes, have been the most familiar illnesses that the Japanese people have suffered since the 1950s, long-term care policy for the frail and disabled elderly has also been increasingly important since the 1980s.

The existing health care and welfare system, however, is suitable for acute cure. The absence of chronic and long-term care services has caused three problems: namely, waste of resources, patients' distrust of a doctor and heavy burdens of family members for the elderly care. The author concludes that policy inertia produced by the existing system per se is resistant to reform.

Keywords : health and long term care policies , disease structures , a gap between needs and policies , institutional structures