

造などの内的環境の変化の中で、収容施設の量的整備の将来推計を行い、機能分化と連携の必要性を協調している。確かに、社会保障費の将来推計は重要であり、そのためにはモデルの構築は重要である。しかし、PCに関するシナリオの分析は行われていない。また、量の時代は終わったと言われていながら、シミュレーションは量的な検討が中心になり、質的なものが反映されにくい。

具体的なシステムの構築、さらに制度化をどのようにするべきかという議論は、全く異なる取り組みが必要である。それらは優れて政治的、行政的課題であるが、それらの取り組みは得てしてインクレメンタルな改善に陥りやすい。政策研究の役割は、ビジョンを明らかにし、さらにそこに向かっていく場合の基本的な諸問題を深く検討することでなければならない⁸。

3. Managed care と信頼

公共政策の中で、公共サービス、特に社会保障領域のサービスの質と効率を確保するためには、手放しで市場機構を活用することはできない。

アメリカの managed competition の基本的な考え方は、HMO をモデルとして、FFS のインセンティブを逆転し、同種の大きなケア提供組織間の市場競争を促進することによって、ケアの質と効率の向上を達成しようとするものである。提唱者の Enthoven は「managed competition」こそがアメリカの医療改革の手段として

アメリカの複数主義、個人の選択と責任、そして皆保険にふさわしい」とした⁹。しかし、クリントン政権はこの考え方によって医療の国民皆保険を公約に掲げたが、失敗に終わった¹⁰。

クリントン案の失敗後、提供組織間の競争は激化し、民間の医療保険も PPO などを組織しそれに対抗するが、市場競争は結局医師の行動に介入しなければならないことから managed care が生まれることになった¹¹。そして、いわゆる gag 条項の承認となった。それに対し、患者の権利が侵害されているとして、民主党を中心に患者の権利を擁護する立法化の動きがあり、アメリカ医師会が支持に回ろうとしており、政治問題化しているという¹²。

4. イギリスにおける準市場改革と信頼

イギリスにおいては、同じく managed competition の考え方に影響され、Thatcher 政権によってラディカルな NHS の改革が進められた。基本的な考え方は、政府は直接サービスの提供はせず、サービスを購入する立場に徹すること (purchaser provider split)、さらに GP

⁹ Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.

¹⁰ クリントンの国民皆保険案の失敗については、郡司篤晃 (2001) 前掲書、p. 185-91、及び引用文献を参照

¹¹ 郡司篤晃 (2001) 前掲書、pp. 173-191.

¹² Gag 条項、即ち保険者が認めていない診療を患者に説明することを禁ずることは、国民の反発をまねき、患者の権利保護の基本法を求める動きとなり、政治問題化している。天野拓 (2006) 「現代アメリカの医療政策と専門家集団」慶應義塾大学出版会、p. 258-283.

⁸ 本研究の平成 20 年度、郡司篤晃の分担報告書参照

fund-holder (GPFH) とトラスト化した病院群の間に内部市場を創設するというものであった。

この内部市場は確かに機能し、病院の態度や行動を大きく変えた。しかし、病院側は個々の患者の医療費を算出しなければならないという、経験したことがない巨大な事務作業が必要となり、医療関係予算の 8% がそのために使われたという。

第三の道を主張する労働党は、GPFH と内部市場を廃止する公約を掲げて勝利し、実際にそれらを廃止したが、手上げ制であった GPFH に代わって Primary Care Group を発足させ、GPs を強制加入とした。さらに法人格の明確な Primary Care Trust (以下 PCT) とし、その民間団体に政府のケア関係予算を集中させて、予防から医療福祉まで、seamless care の実現を目論んだ¹³。

これまで PCG から PCT への移行は順調に推移し、PC 領域では多様な工夫や変化がもたらされた。しかし、福祉・長期ケアの統合はもろもろの理由から必ずしも順調に進んではいない¹⁴。

また、医療の価格を公定価格¹⁵とし、PCT と病院トラストとの間は、契約ではなく 3 年間の量的な合意 (agreement) とした。これによって病院側は契約を打ち切られる心配が減少することによってサービス改善への介入 (commissioning) の力¹⁶は弱まり、その後病院機能の向上はほとんど見られなくなった¹⁷。

5. Practice Based Commissioning¹⁸

Blair 首相は、これらの政策の行きづまり問題を解決し、さらに NHS 改革を推進するための方策を検討するために、LSE の J Le Grand を personal advisor として迎えた。そして打ち出された重要な政策の一つが Practice Based Commissioning (PBC) である。PBC は 2005 年から試行され、2008 年からは GP の手上げ制で実施に移された。

Le Grand はかねてから社会保障領域における政策の基本概念として、quasi-market (準市場) なる概念を主張してきた。市場が機能することが期待で

題研究所『海外社会保障情報』156: 19-31.

¹³ この間の制度改革とその評価については、郡司篤晃 (2007) 「イギリスのプライマリケア組織に導かれた制度改革に学ぶ」 J. Seizon and Life Sci. Vol. 17B pp.55-79.、郡司篤晃 (2007) 「ケア・システムの質と効率と統合性の確保: イギリスのプライマリ・ケアに導かれた制度改革に学ぶ」

厚生労働科学研究費補助金 平成 16 年度 - 18 年度総合研究報告書 (主任研究者島崎謙治) 「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」分担研究報告書、第 1 章 pp.45-80.

¹⁴ 郡司篤晃 (2006) 「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」、社会保障人口問

¹⁵ Payment by Result という。ケアミックスによる DRG のイギリス版である。

¹⁶ いわゆる exit power

¹⁷ Judith Smith, Nicholas Mays, Jennifer Dixon, Nick Goodwin, Richard Lewis, Siobhan McClelland, Hugh McLeod, Sally Wyke, *A review of the effectiveness of Primary care-led commissioning and its place in the NHS*, The Health Foundation.

¹⁸ DH (Oct 2004), *Practice Based Commissioning - Engaging Practices in Commissioning*;

DH (15 Dec 2004), *Practice Based Commissioning - Promoting clinical engagement*

きない領域での政策立案には、インセンティブを設計しようというものである¹⁹。そのインセンティブには、経済的なものだけでなく、利他や公共心なども含めて考えようという点で、かなり柔軟な考え方である。しかし、概念としては理論的分析のモデル化もなく、経験の積み重ねは可能だとしても、具体的な設計は極めてヒューリスティックであるので、実証的な評価が必要である。

PBC は、幾つかの側面を持っている。一つは、PCT が大きな組織過ぎるので、さらに Practice 単位に分権化したことである。予算や経理の責任は PCT に残すが、PCT の予算内であれば、その使い方は Practice²⁰ 単位に立案できる。そうすることによって、GP だけでなく、ケアスタッフや市民の意向も反映させやすくことがねらいである。

もう一つの重要な側面は、「選択 (Choice)」の導入である。患者は GP も、また病院も患者が GP と相談して選択できるようになった。この点では、GPFH の方向への回帰である。PC に導かれた NHS 改革のまさにエンジンとして、その力に提供者が反応すること (responsiveness) が期待されているのである²¹。

¹⁹ J Le Grand (2000), *Motivation, Agency and Public Policy*, Oxford. (郡司篤晃監訳 (2008)「公共政策と人間：社会保障の準市場改革」聖学院大学出版会)

²⁰ 診療所あるいはグループ・プラクティス

²¹ J Le Grand (2008), *Trust, Mistrust, Voice and Choice: Models for Health Care Reform*, 社会保障・人口問題研究所主催、第 13 回厚生科学セミナー (季刊「社会保障研究」に掲載予定)

しかし、PBC の本質は保健計画 (Health Planning) であって、医療単価は公定価格化 (Payment by Results) されたことから事務の簡素化は進んでいるものの、診療以外にそのような事務に取り組む意欲や能力を兼ね備えている GP がどれだけいるかは疑問であろう。King's Fund から 2008 年に出されたりレビューも、このプロジェクトが必ずしもはかばかしくない、あるいは地域によってはほとんど手詰まりの状態だとしている²²。そして、報告書では、その原因の一つが関係者の間での信頼の喪失にあるという。

しかし、イギリス政府は、その推進に大きな期待と努力を傾けようとしている²³。まさに、イギリスの地域社会の力が問われている政策であり、今後の実証的な評価研究が待たれるところである。

6. 医療における「信頼」の重要性

経済取引においては、信頼は取引を効率化する。また、市場経済において信頼 (信用) がいかに重要かは、今現在世界規模で経験しつつある。医療においても、信頼は制度やシステムが機能するかどうかにもかかわる要素の一つでもあり、制度論の基本的な重要な研究課題の一つとして浮上している。例えば、もし信頼の対象が人間という行為主体 (agency) な

²² Natasha Curry, Nick Goodwin, Chris Naylor, Ruth Robertson (2008), *Practice-Based Commissioning: Reinvent, replace or abandon? The King's Fund*.

²³ DH (Jun 2008), *NHS Next Stage Review: Our vision for primary and community care*.

ら、事務手続きを簡素化しモラルを向上させるが、説明責任の強化と達成指標と評価の導入を生むことになる。また、信頼を傷つけたときに規制を強化するという官僚的な反応は、いわば不信と疑いの制度化であり、このような制度は関係者のモラルを著しく害するものである²⁴。

しかし、医療において信頼は、単に複雑な制度を動かすための潤滑油として重要であるに留まらず、より本質的に重要であるが、その研究は必ずしも十分行われては来なかった。しかし、近年になって、医療費の抑制が世界的に共通の課題となる中で、ケアの提供者自身に対して医療費節約的なインセンティブをかけざるを得ないという認識が広まっている。その際、問題になるのは医師・患者関係、あるいは広くケアの提供者と受け手の信頼関係に対する影響である。

7. 「選択 (choice)」と信頼

M Calnan らは、最近のリビューの中で次のように述べている²⁵。信頼が必要なのは、頼ろうとする個人の動機、意図、将来の行動に関する不確実がある場合である。医療における信頼が重要なのは、医療の効用には不確実とリスクが存在し、患者は弱者であり (vulnerability)、情報の非対称が極めて大きいからである。

医療における信頼 (trust) は重要であ

るが、以下のような要因によって蝕まれていくという。それらは、

- 1) 消費者主義の高まり
- 2) ポスト・モダン文化 (脱権威化、批判)
- 3) Professional の労働者化
- 4) 市場化による臨床的判断と経済的判断の明らかな関連性²⁶
- 5) マスメディアの批判的な報道

などがあるという。

信頼には、①情緒的な要素と②認知的な要素がある。①だけの場合は盲信となり、②は納得して信頼するということがあり、近年は②の要素が大きくなっている。しかし、信頼には常に最後の信頼の飛躍 (leap of faith) が存在する²⁷。

患者の医師に対する信頼を形成する要素は、医師の能力、専門性、コミュニケーション能力など多いが、そこに含まれる要素は大きい順から、loyalty または caring、competency、honesty、confidentiality などであるという。ただし、これらの要素は独立的ではなく全体として上下するという²⁸。

²⁶ Thom らによれば、1996年から99年までの間に医師に対する信頼は低下した。その原因は医療費削減を気にせざるを得なくなってきたからだという。D H Thom, et al (2004), Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care, *Health Affairs*, 23(4): 124-32.

²⁷ 「知らしむべからず、よろしむべし」は日本的な信頼の悪用であろう。

²⁸ 信頼には言語によりその意味内容が微妙に異なっている。そこで、H Mark らは言語の違いによらない信頼の評価尺度を開発しようとしている。Mark Hall (2006), Researching medical trust in the United States, *Journal of Health Organization and Management*.

²⁴ Julie Brownlie, Alexandre Greene and Alexandra Howson (2008), *Researching Trust and Health*, Routledge

²⁵ この項目についての内容の多くは、Michael Calnan and Rosemary Rowe (2008), *Trust Matters in Health Care*, Open University. によっている。

患者の医師に対する信頼は個人的な特性だけではなく、その所属する組織、システム、さらに制度といった重層的な構造になっているという。Calnan は、医療システム全体の中で重要な信頼関係を図のように分類している。

Le Grand は trust に頼る政策は、モニタリングの費用も安く専門家の満足も高いが、効率の向上へのインセンティブは弱く、専門家支配につながるという²⁹。2008 年から、ケアの質と効率の改善に対する影響力に期待して、患者は GP も、また病院も GP と相談して選択 (Choice) できるようにしたことに伴い、信頼に対する影響が心配されている。しかし、Calnan のレビューでは、医師も患者も必ずしも選択を選ぶものは多くはなく、イギリスにおいては医師・患者間の信頼関係は相変わらず強いまま保たれているとしているとしている。

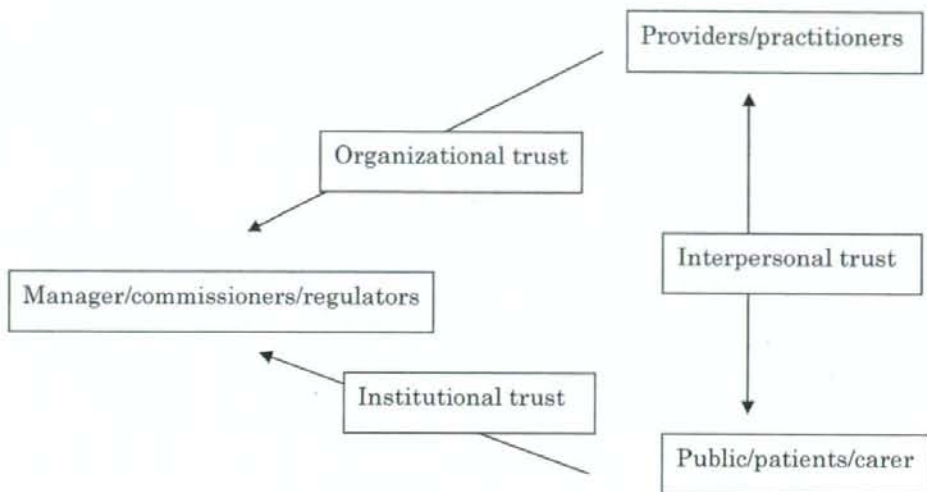
また、国民の NHS に対する信頼は相変わらず高い。しかし、政権が変わるたびに著しく医療政策が変わるため、政治に対する医療関係者の信頼は薄れている。また、提供者間や管理者と提供者間の信頼に関する研究は極めて少ないのが現状である。

E. 結論

わが国の PC に課せられた課題は、まさに厚生労働白書がいうように、ケアのシステムを市民にわかりやすくすることである。しかし、日進月歩の医学や医療技術や機能分化した施設の十分な理解を

全ての国民に要求することは不可能であるので、医療にも代理人 (agent) が必要である。もし、医師・患者の信頼関係が頑健なものであるならば、医療資源の節約のインセンティブを注意深くかけることはやむおえない方向であろう。さらに、病院におけるサービス量を増やす方向へのインセンティブは減らすとともに、PC が患者や住民のケアについて責任を持ち安心を与えることに対して十分に報われることが重要である。

²⁹ J Le Grand (2008)、前掲シンポジウムの資料から。



『 医療・介護の制約条件と効率化をめぐる3つの課題 』

研究分担者 政策研究大学院大学 島崎謙治

（要旨）

高齢化が急速に進み医療・介護需要が増加する一方、生産年齢人口が急減するため、医療・介護の人的資源の確保は大きな問題となる。日本は先進諸国に比べ保健衛生・社会事業従事者や看護師等の労働力人口に占める比率はやや低いが、この四半世紀の間に、看護職員は1.5倍から2倍程度、介護職員は2倍ないし2.5倍程度増やす必要がある。そのためには、潜在看護師等の活用といった方策以外に養成数自体を増やす必要があり、一定の仮定を置いて試算すれば2030年には新卒者の約8人に1人を看護・介護職員とすることが必要になる。

若年労働力の争奪が激しくなることは必至であり、その前提として医療・介護の一層の効率化が求められることになる。医療・介護の効率化の課題は、医療機関の機能分化の推進、医療・介護の連携の強化、家庭医やプライマリケアの医療政策上の明確化など山積しているが、十分議論が進んでいない検討課題もある。

第1に、生産性向上という観点から職能の見直しを行うことは不可避である。ナース・プラクティショナー、専門看護師、認定看護師に一定の条件の下で医療行為の一部の実施権限を付与することを検討すべきであるが、医師らの理解を得るためには、具体的に対象とすべき医療行為の範囲や条件等を十分詰める必要がある。また、「医療的ケア」の介護職等への解禁論については、当面は違法性阻却論により解禁することもやむをえないが、将来的には、「医療的ケア」という類型を設け、一定の資格を創設し解禁することを検討すべきである。

第2に、医療経済上や患者のQOL向上の観点から透析医療のあり方の検討を行うべきである。日本では施設透析が圧倒的であるが、患者の態様等によっては在宅透析が望ましく、患者や家族の負担軽減や診療報酬上の問題など在宅透析の阻害要因を政策的に除去すべきである。また、透析原因の大きな割合を占める糖尿病の発症予防や患者の疾病管理、居住系施設における透析患者受入れ条件の検討も行う必要がある。

第3に、公立病院改革を進める必要がある。公立病院問題は、高コストで多額の赤字を抱えているという問題もさることながら、開設者と病院長との「責任と権限」関係の不明確性、多様なステイクホルダーの関与、行政内部の縦割りと権限の分散といったガバナンス構造に本質的な問題がある。公立病院改革は一過性の問題ではない。改革プランをペーパープランに終わらせないためには、こうしたガバナンス構造に遡ってメスを入れる必要がある。

A. 研究目的

医療・介護の制約条件である人的資源確保問題を分析するとともに、医療・介護の効率化をめぐる重要な課題である、①職能の見直し、②透析医療、③公立病院改革について、法的課題や論点の整理など医療・介護政策に繋がる考察を行うこと。

B. 研究方法

現地調査および文献研究による。

（倫理面への配慮）

個人データを扱っていないため不要。

C. 研究結果、D. 考察および E. 結論

1. 日本は先進諸国に比べ保健衛生・社会事業従事者や看護師等の労働力人口に占める比

率はやや低い、この四半世紀の間に、看護職員は 1.5 倍から 2 倍程度、介護職員は 2 倍ないし 2.5 倍程度増やす必要がある。そのためには、養成数自体を増やす必要があり、一定の仮定を置いて試算すれば 2030 年には新卒者の約 8 人に 1 人を看護・介護職員とすることが必要になる。

2. 若年労働力の争奪が激しくなることは必ずであり、その前提として医療・介護の一層の効率化が求められることになる。

3. 生産性向上という観点から職能の見直しを行うことは不可避である。ナース・プラクティショナー、専門看護師、認定看護師に一定の条件の下で医療行為の一部の実施権限を付与することを検討すべきであるが、医師らの理解を得るためには、具体的に対象とすべき医療行為の範囲や条件等を十分詰める必要がある。また、「医療的ケア」の介護職等への解禁論については、当面は違法性阻却論により解禁することもやむをえないが、将来的には、「医療的ケア」という類型を設け、一定の資格を創設し解禁することを検討すべきである。

4. 医療経済上や患者の QOL 向上の観点から透析医療のあり方の検討を行うべきである。日本では施設透析が圧倒的であるが、患者の態様等によっては在宅透析が望ましく、患者や家族の負担軽減や診療報酬上の問題など在宅透析の阻害要因を政策的に除去すべきである。また、透析原因の大きな割合を占める糖

尿病の発症予防や患者の疾病管理、居住系施設における透析患者受入れ条件の検討も行う必要がある。

5. 公立病院改革を進める必要がある。公立病院問題は、高コストで多額の赤字を抱えているという問題もさることながら、開設者と病院長との「責任と権限」関係の不明確性、多様なステイクホルダーの関与、行政内部の縦割りや権限の分散といったガバナンス構造に本質的な問題がある。公立病院改革は一過性の問題ではない。改革プランをペーパープランに終わらせないためには、こうしたガバナンス構造に遡ってメスを入れる必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

一般病床退院患者に対するリハビリスタッフの継続関与・連携の実態 ～病院構成による違いを中心に～

研究分担者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

厚生労働省は、医療制度改革の中で、急性期から維持期・在宅までの切れ目のない包括的なサービス提供体制の構築を推進している。こうした流れの中、リハビリテーション（以下、リハ）は非常に重要な役割を期待されているが、医療から介護への移行部分において、連携が十分には機能していないという指摘も多い。今回の介護報酬改定においても、医療から介護へのリハ移行を円滑にするため、①通所リハにおける短時間、個別のリハの評価の新設 ②短期集中リハ実施加算点数の増額 ③訪問看護ステーションからのリハ職による訪問の要件緩和などが導入された。このように、医療と介護におけるリハ連携強化が、報酬改定という手法を使って進められているが、現場レベルでは、連携強化やサービスの質の向上に向けた課題はまだ山積している。

そこで、今回、兵庫県理学療法士会のご協力のもと、退院後のリハスタッフの継続関与の実態把握を目的に、兵庫県下の病院（一般、回復期リハ、療養のいずれかを有する病院）を対象とした、『退院後のリハビリ専門職の継続関与に関する実態調査』を実施した（アンケート送付数：247、有効回答数：47（回収率17.4%））。

病床種類別に主な結果を比較すると、①一般病床のみの病院に比べ、回復期リハ病床や療養病床を併せ持つ病院の方が、介護施設や在宅リハサービスを多く有していること ②平均在院日数は、「一般のみ」が最も短く（20.9日）、「一般+回復期リハ」が最も長いこと（39.0日） ③逆に、病床稼働率は、「一般+回復期リハ+療養」が最も高く（95.1%）、「一般のみ」が最も低いこと（74.8%） ④スタッフの配置をみると、回復期リハを有する病院では、全ての一般病床に3職種が配置されているが、「一般のみ」はPTのみ配置が約4割を占め、かつ半数にはSTが配置されていないこと ⑤退院先をみると、「一般のみ」では、在宅退院が約6割に対し、「一般+回復期リハ」では、在宅退院は約5割で、約3割は「回復期リハ病床への転棟」であること ⑥退院先への情報提供は約8割は書面のみであること ⑦ケアマネは約半数の患者に対し、病院を訪問して情報をえていることなどがわかった。

患者の流れからすると、「一般病床→在宅」、「一般病床→回復期リハ病床→在宅」が多い。一般病床の平均在院日数がさらに短縮されると、在宅でも回復期状態の患者への適切なサービス提供が求められるが、現在の介護給付をみると、リハサービスが適切に導入されているとは言い難い。今後、退院元と在宅関係者の一層の連携強化が必要であろう。

A. 研究目的

脳卒中患者の一般病床からの退院に着目し、これら対象者に対し、退院元の医療機関と、退院患者の受け入れを行う医療機関、介護施設、ケアマネとの、リハ

に関する連携の実態と有する課題を明らかにすること。

B. 研究方法

兵庫県下の一般、回復期リハ、療養のい

ずれかを有する 247 病院に、自己記入式質問紙による郵送調査法を用いたアンケート調査を実施した。調査時点は 2009 年 2 月 2 日時点である。なお、本分析は、このうち、一般病床を有する病院に対するものである。2009 年 3 月 10 日時点の回答数は 47 病院で、回収率は 17.4%であった。調査内容は、①病院概要（開設主体、病床数、併設事業）②運営状況（スタッフ数、リハ届け出状況、平均在院日数など）③入院患者の状況（患者数、傷病別リハ必要患者の構成割合）④退院後の受け皿機関との連携状況（倫理面への配慮）

実施に際し、アンケート用紙に、本調査の趣旨、データ公表に関する留意点等を記載した文書（共同研究者である兵庫県理学療法士会の会長との連名）を添付し、調査への協力を依頼した。その中で、公表に際し、個別事業所が特定できないよう配慮することを謳った。

C. 研究結果

1) 開設主体

開設主体別にみると、「医療法人」が 60.5%と最も多く、次いで「自治体」25.6%、「社会保険」「個人」4.7%、「独立行政法人」「学校法人」2.3%の順であった。

2) 併設事業の状況

併設事業の有無をみると、「一般のみ」に比べ、回復期リハ病床や療養病床を併せ持つ病院の方が、多様な住まいや在宅リハサービスを多く有している状況であった。

3) リハスタッフの配置

回復期リハ病床を有する病院では、全病院で、一般病床に 3 職種（PT/OT/ST）を配置していた。一方、「一般のみ」では、PT のみ配置が約 4 割、また、半数は ST を配置していなかった。

4) 平均在院日数/病床稼働率

平均在院日数をみると、「一般のみ」が最も短く、「一般+回復期リハ」が最も長かつ

た。逆に、病床稼働率は、「一般+回復期リハ+療養」が最も高く、「一般のみ」が最も低かった。

5) 連携バス

脳卒中連携バスの使用率は、「一般のみ」12.5%に対し、回復期リハを有する病院は 100%であった。

6) 退院先

退院先をみると、「一般のみ」では、在宅退院が約 6 割に対し、「一般+回復期リハ」では、在宅退院は約 5 割で、約 3 割は「回復期リハ病床への転棟」であった。

7) リハ情報提供状況

退院先への情報提供は、約 8 割は書面のみであった。ケアマネは約半数の患者に対し、病院を訪問して情報をえていた。

D. 考察および E. 結論

大阪府の調査によると、一般病床からの脳卒中退院患者のうち、約 4 割は在宅へ、約 25%は回復期リハ病床へ、約 15%は療養病床へ、約 1 割は特養・老健へ、約 1 割は死亡退院であったと報告されている。また、回復期リハ病床退院患者の約 6 割は在宅へ、約 25%は療養病床へ、約 15%は老健・特養へ、約 5%は死亡退院となっている。

患者の流れからすると、「一般病床→在宅」、「一般病床→回復期リハ病床→在宅」が多い。一般病床の平均在院日数がさらに短縮されると、在宅でも回復期状態の患者への適切なサービス提供が求められる。

現在の介護給付の実態をみると、リハ提供は非常に低い水準に止まっている。せっかく、回復期リハにより、ADL 等の改善が図られたとしても、その後のリハ継続が不十分であれば、再び機能が低下する可能性も高い。一般、ないし回復期リハ病床関係者と、在宅療養を支援する関係者間の連携強化が強く求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状

況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

『民間事業者が供給する居住系サービス施設の立地と施設特性の関係
—全国ならびに東京大都市圏における有料老人ホームの分析から—』

研究分担者 宮澤 仁 お茶の水女子大学

本研究では、介護保険の開始以降、営利企業等の民間事業者により急増をみてきた有料老人ホームについて、その立地特性を全国と都市圏の二つのスケールで分析し、近年の有料老人ホームの地域的な事業展開を明らかにするとともに、その拡大要因について地理学的観点から考察することを目的とした。分析の結果、以下の諸点が明らかになった。

介護保険の開始に伴い、有料老人ホームは大都市圏を中心に大量供給され、なかでも東京大都市圏には全国定員の約4割が集中している。また、その内部では、既成市街地に有料老人ホームが立地する傾向に加えて、立地密度ならびに入居費用には大きな地域差がみられる。こうした立地特性は、特別養護老人ホーム等の公的な介護施設とはやや異なるものである。そこで、その立地要因についてサービス・ニーズとの関係ならびに土地・建物の確保との関係を考察した。その結果、まず定員供給は生活困窮高齢者の福祉ニーズとは無関連であり、富裕高齢者の高齢者向け住宅需要との関係も必ずしも強いものではないことが明らかになった。むしろ、両者は入居費用と関係していた。そこで、従前の土地・建物用途に注目したところ、遊休施設等からコンバージョンされた施設が多数確認された。特に有料老人ホームが高密度で立地する地域に多く、その大半はリストラの一環として企業が閉鎖した社員寮を用途転換したものであった。こうしたコンバージョン物件の地域的多寡が、東京大都市圏における有料老人ホームの供給動向を左右したと考えられる。

以上の結果から有料老人ホーム事業には、①その供給量は、不動産取引の活性化という経済の動向の影響を受けやすいため非計画的にならざるを得ないこと、②公的な介護施設の開設が伸び悩むなかで急拡大した有料老人ホームは、行き場のない高齢者の受け皿としてセーフティーネットの役割を図らずも果たしているが、入居費用にあまりにも大きな地域差が存在する、という問題点が指摘される。特に後者の問題は、社会階層により入居者が選別されるため、高齢者の生活選択を社会-地理的に制約する格差の要因となることが危惧される。

A. 研究目的

介護保険の開始後、居住系サービスは急激に増加した。なかでも有料老人ホームの定員は2007年までの8年間に全国で約4倍まで急増し、18万人（要介護者向けの定員が13万人、自立者向けが5万人）という総定員は、特別養護老人ホームの約半数に相当する規模である。有料老人ホームは、現在、高齢者の介護や居住をめぐる問題を論じる上で無視できない存在となっている。また、介護保険により民間の介護事業への参入が促されてきたが、有料老人ホームの約9割は民間事業者が運営しており、それが最も進んだ分野である。さらに、現在、価格や施設のグレード、保険外サービスなどの点で多様な施設が供給されている。

有料老人ホームに関する研究としては、建築学において施設の建築設計と入居者の生活領域との関係や入居後の時間経過と生活の変化に関する実態調査（浦ほか1995；伊佐地・上野2006など）、社会学や老年学において入居者の幸福感とその規定要因に関する分析（瀧澤2001；梁2007など）が進められてきた。また、地理学においては、千葉県御宿町に立地する一施設の入居者を対象に、その基本属性と前住地を調査した平井（2004）の研究がある。しかし、入居者の入居選択や生活行動を条件づけるであろう施設の立地を明確なカタチで考慮に入れて分析した研究は数が少ない。さらに、介護保険の開始前か開始直

後に調査された研究が多く、有料老人ホームが急増するとともに多様化した現在の状況を必ずしも踏まえたものではない。

そこで本研究では、近年の有料老人ホームの地域的な事業展開を明らかにするとともに、その拡大要因について地理学的観点から考察することを目的に、以下の二つの課題に取り組んだ。

課題① 全国スケールにおいて、有料老人ホームの地域的な供給動向を明らかにし、特別養護老人ホームなどの他の介護施設の立地と比較考察する。

課題② 大都市圏スケールにおいて、有料老人ホームの立地と施設特性との関係を明らかにする。それとともに有料老人ホームの立地要因を、a. サービス・ニーズとの関係と、b. 土地・建物の確保に関する制約の観点から考察する。

これらの分析・考察から得られる知見は、民間事業者の主導により展開される施設事業の特徴を明らかにする一助となり、社会保障費拡大の限界から公的主体による施設供給の大幅な拡大が難しく、民間事業者による効率的な供給に期待する政策的な動きがある中で、その是非を論ずる際の材料になる。

B. 研究方法

全国にわたる有料老人ホームのデータベースであるタムラプランニングアンドオペレーティング社が提供する『高齢者住宅データ・

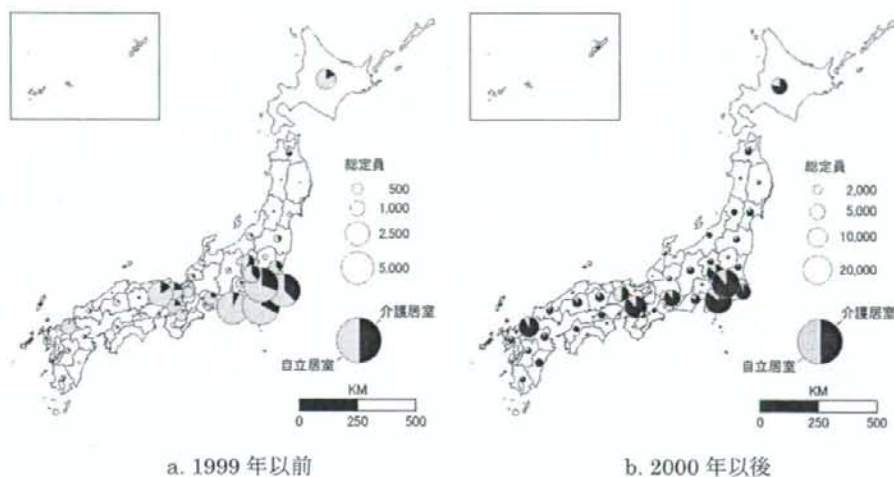


図1 都道府県別にみた有料老人ホームの定員供給量

注：2000年を境に供給量が大きく異なるため、左右の図で同じ大きさの円が示す供給量には違いがあることに注意されたい。

資料：『高齢者住宅データ・サービス』から作成。

サービス』の2007年末時点のデータを用いて、その立地を全国スケールと都市圏スケールの両方でGIS（地理情報システム）により分析した。また、課題②-aにおいては、各種の地域統計資料をあわせて用い、SEM（構造方程式モデリング）の援用から、有料老人ホーム（介護居室定員）の地域的な供給水準とサービス・ニーズとの関係を検証した。課題②-bでは、ゼンリンの住宅地図に基づいて、有料老人ホーム開設以前の土地・建物の用途に関するデータベースを作成した。

C. 研究結果

課題① 全国スケールでみた有料老人ホームの事業展開

図1は、時期別に各都道府県の有料老人ホームの定員供給量を示した地図であり、円の

大きさと定員を、さらにその構成により居室の種別を示している。この図から、1999年以前には南関東と京阪神の都府県で供給量が大きく、北海道と福岡県がそれに続くことがわかる。また、これらの大都市圏とともに静岡県でも供給が多い。これは主に熱海市において開設されたものであり、千葉県でも房総半島で開設されるなど、大都市近郊の保養地においても相当数の定員が供給された。なお、この時期に供給された居室は自立者向けのものが主であった。2000年以降は、特に南関東と阪神の都府県、また福岡県、北海道、愛知県で供給が多く、兵庫県を除いて介護居室の供給が主となっている。

事業者別の開設地域をみると、2施設以上を運営する370事業者のうち68%は同一県内で施設を開設している。また、15%の事業者

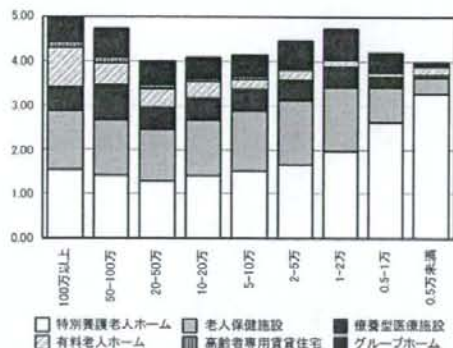


図2 市町村の人口規模別にみた介護施設供給量（65歳以上人口100人当たり定員）

資料：『高齢者住宅データ・サービス』、厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』、『社会福祉施設等調査』から作成。

は複数の県で施設を開設しているが、その範囲は同一の地方ブロックにとどまっている。他方、複数の地方ブロックで施設を開設する事業者は17%に過ぎない。定員規模でみた全国の上位15事業者でさえ、施設の開設は南関東に集中しており、それに加えて関西や東海

地方に数件の施設を開設する程度の事業者が多い。

次に、定員の分布を市町村スケールで示したものが図2であり、人口規模別に市町村を区分した上で集計し、他の施設とともに65歳以上人口100人当たりの定員として示した。

この図から、有料老人ホームの定員は市町村の人口規模と正比例に分布していること、また人口100万人以上の大都市では療養型医療施設の定員を大きく上回ることがわかる。この傾向は他の施設と異なっており、特に特別養護老人ホームとは正反対の分布である。

そこで、有料老人ホームの定員について上位20位の市区町村を表1に掲載した。この表によると、まず熱海市や三浦市、神奈川県湯河原町、千葉県御宿町など、東京大都市圏の近郊に位置し、保養地を擁する自治体が上位

表1 有料老人ホームの供給量上位20位の市区町村

市区町村	地域特性	総人口	65歳以上人口	供給量 (65歳以上人口100人あたり)	介護居室		自立居室		主な設置年代
					施設数	定員	施設数	定員	
静岡県熱海市	保養地	41,202	13,105	25.81	4	261	18	3,121	1970-1980, 2000
群馬県川場村	保養地	4,179	1,556	23.20	2	239	1	122	1980
奈良県河合町	大都市郊外	19,446	4,226	13.25	0	0	1	560	1990
千葉県御宿町	保養地	7,942	2,819	10.89	0	0	1	307	1990
神奈川県三浦市	保養地	49,861	11,903	9.84	6	273	3	898	1980, 2000
神奈川県横浜市都筑区	大都市郊外	179,008	18,921	7.69	10	751	4	704	2000
神奈川県湯河原町	保養地	27,430	7,437	6.47	1	32	2	449	1980, 2000
静岡県東伊豆町	保養地	15,165	4,330	6.30	2	93	1	180	1990-2000
千葉県君津市	保養地	90,977	17,751	6.08	2	353	2	726	1970-1990
神奈川県横浜市青葉区	大都市郊外	295,603	36,502	5.77	29	1,632	4	475	2000
神奈川県川崎市多摩区	大都市郊外	205,389	27,078	5.38	19	1,217	1	240	2000
福岡県志免町	大都市郊外	40,557	6,632	5.37	3	170	1	186	2000
東京都中央区	大都市都心	98,399	15,998	5.12	3	219	2	600	2000
愛知県豊山町	大都市郊外	13,565	2,079	4.95	2	103	0	0	2000
愛知県名古屋市中区	大都市都心	70,738	13,152	4.55	7	287	4	311	2000
千葉県千葉市中央区	大都市郊外	184,637	33,680	4.54	21	1,221	2	307	1990-2000
神奈川県箱根町	保養地	14,206	3,405	4.41	1	150	0	0	2000
静岡県伊東市	保養地	72,441	19,740	4.34	6	258	4	599	2000
神奈川県川崎市宮前区	大都市郊外	207,895	26,551	4.27	13	1,087	1	48	2000
東京都三鷹市	大都市郊外	177,016	31,889	3.93	13	688	2	566	2000

資料：『高齢者住宅データ・サービス』から作成。

に位置している。これらの市町村では、比較的早い時期から施設が開設され、自立居室の供給が多い。他方、川崎市・横浜市の北部や愛知県豊山町、福岡県志免町など、大都市郊外の自治体が上位にみられる。これらの自治体では 2000 年以降に開設された施設が中心であり、介護居室の供給が自立居室のそれを大きく上回る事例がある。さらに、東京都中央区や名古屋市中区といった大都市の都心区も上位にみられる。

課題② 東京大都市圏における有料老人ホームの立地と施設特性

大都市圏の事例として、東京大都市圏（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県）を取り上げる。東京大都市圏における有料老人ホームの定員は、2007 年末の時点で 7.4 万人である。これは、全国定員の約 4 割に相当する。また、東京大都市圏では上位 20 事業者が定員の 52% を供給しており、全国以上に大手事業者のシェアが大きい。入居にかかわる費用は平成不況に入ってから低下傾向が続いているが、全国で最も高い水準にあり、2 位の関西地方と比べて入居一時金は 1.5 倍、毎月の利用費は 1.2 倍、最低の水準である東北地方と比べると各々 6 倍と 2 倍の差がある。

●立地特性

図 3 は、東京大都市圏における有料老人ホームの立地を示した地図であり、円の大きさを

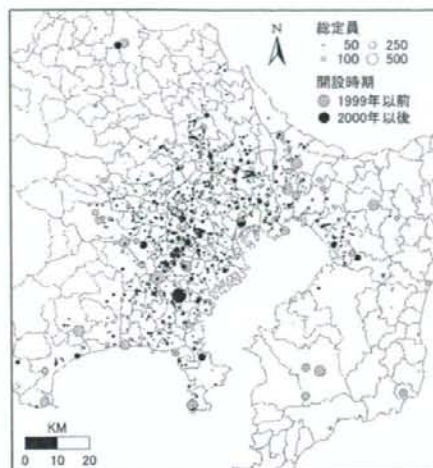
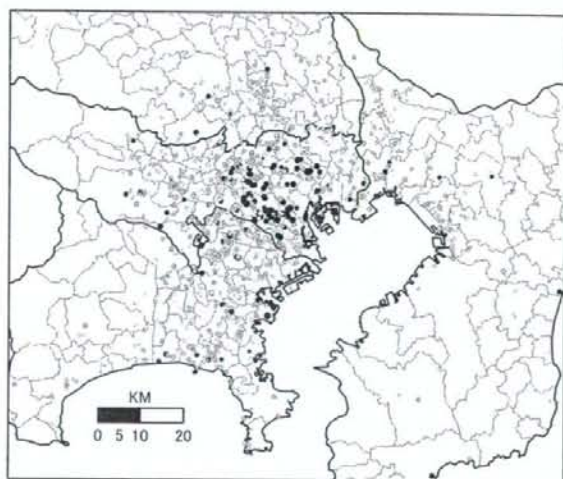


図 3 東京大都市圏における有料老人ホームの立地
資料：『高齢者住宅データ・サービス』から作成。

は各施設の定員規模を、色の濃淡は開設時期を示している。この図をみると、東京 23 区の縁辺部とその周辺地域、特に世田谷区から川崎市・横浜市北部にかけてと杉並区から三鷹市、足立区などで施設の密度が高いことがわかる。また、さいたま市や千葉市にも多くの施設が立地している。これらの地域では、2000 年以降に開設された、総定員が 150 人程度までの中小規模の施設が多く、自立居室を有する施設は少ない。それとは対照的に、定員が 250 人を超えるような大規模施設は郊外から近郊の保養地に立地しており、その居室は自立者向けが中心であり、1999 年以前に開設された施設も目立つ。

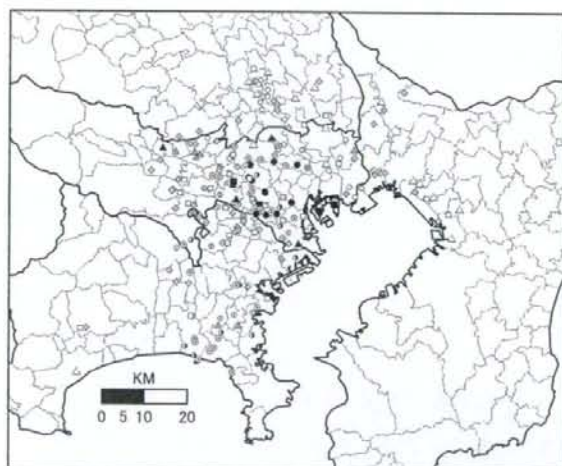
施設の近接性については、91% の施設が DID に立地しており、年々、既成市街地に開設される傾向が強まっている。特別養護老人



5年間総支払額(万円)	入居一時金(万円)
● 1,000	○ 0 ≤, <555
● 2,000	● 555 ≤, <1,420
● 4,000	● 1,420 ≤

図4 介護居室の入居費用

資料：『高齢者住宅データ・サービス』から作成。



ベネッセスタイルケア	ゼクス・グループ	◇ ベストライフ
● アリア	■ パーリントンハウス	メッセジ・グループ
○ グランダ	■ チャーミング	▲ Sアミーユ
○ グラニー	○ ボンセジュールグラン	▲ アミーユレジデンス
○ くらら	□ ボンセジュール	△ アミーユ
○ まどか		

図5 主要事業者の施設配置

資料：『高齢者住宅データ・サービス』から作成。

ホームと比較すると、DIDに立地する特別養護老人ホームは53%であり、有料老人ホームは既成市街地を志向して立地していることが

わかる。また、最寄りの鉄道駅との近接性をみると、70%の施設が駅から1km以内に立地しており、特別養護老人ホームの同値が40%

であることから、有料老人ホームの立地は鉄道駅との近接性が重視されていると考えられる。

図4は、施設の立地密度が高い地域を拡大した上で、各施設の介護居室における5年間総支払額と入居一時金の金額を、各々円の大きさと色の濃淡で示した地図である。5年間総支払額に関しては、23区の文京区から杉並区、世田谷区を経て目黒区、品川区へと続く都心の西部周辺で高く、2,000万円から4,000万円の施設が多い。それに続く地域が東京西郊と川崎市・横浜市北部、横浜市南部から湘南にかけてであり、1,500万円から2,000万円の施設が中心である。他方、東京の荒川以東と以北、神奈川県内陸部には、1,000万円前後から1,500万円の比較的安価な施設が多い。入居一時金にも同様のパターンが認められる。

以上でみた入居費用の分布パターンは、大手事業者が設置する施設に明瞭に現れる。図5は、大手事業者のベネッセスタイルケアとゼクス、ベストライフ、メッセージについて、それぞれの施設の分布を示した地図である。中価格帯以上の複数ブランドを運営するゼクス・グループの施設をみると、自立者向けの高級施設であるパーリントンハウスとチャタリング・コート、同要介護者向けに居室面積が比較的広いボンセジュールグランは23区の西部とその隣接市に立地が限られている。それに対して、やや安価なボンセジュールは、その多くが郊外に立地している。さらに安価

な施設を供給するベストライフとメッセージは、23区内の開設が少なく、都心から20km以遠の郊外に多い。こうした傾向は、高価格帯から低価格帯までの複数のブランドを展開するベネッセスタイルケアの施設に明瞭にみることができる。高価格で居室面積の広いエリアは23区の西部に多く立地しており、中価格のグランダとグラニー、くらはは23区西部に加えて東京西郊や横浜南部から湘南にかけて多い。対照的に、低価格のまどかの立地は、東京の北から東のセクターにおいて郊外に限られている。

●ニーズとの関係からみた立地要因

各種の入居者調査の結果（社団法人全国有料老人ホーム協会産業雇用高度化推進事業推進委員会2005など）に基づくと、有料老人ホームの地域的な供給を考察するにあたり、公的な介護施設の研究において注目されてきた福祉に対するニーズ（必要）に加えて、高齢者向け住宅に対する需要が要因として考慮されるべきであると考えられる。

そこで、高齢者の身体ケアの必要に関する指標として要介護・要支援者比率を、同居家族によるサポートの欠如に関する指標として高齢単身世帯比率を、経済的サポートの必要に関する指標として生活保護受給高齢者比率を、また高齢者向け住宅への入居を条件付けるであろう経済的基盤と関係する指標として、その予備軍となる年齢層も含めた中高年（50

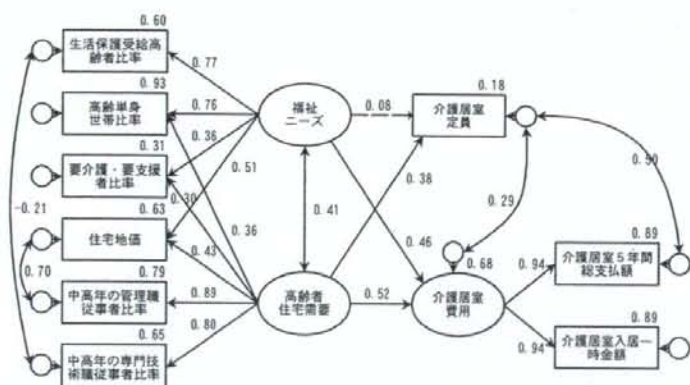


図6 介護居室の地域的供給水準と福祉ニーズ・高齢者住宅需要との関係

歳以上)の専門技術職従事者比率と管理職従事者比率という職業階層に関する指標を、さらに不動産取得の可能性ならびに売却額を左右する指標として住宅地価を選定し、図6に示したパス図のように、①生活困窮高齢者の「福祉ニーズ」ならびに②比較的裕福な高齢者の「高齢者住宅需要」の因子との関係を設定し、これらの因子と、有料老人ホームの定員供給について、65歳以上人口100人あたりの③「介護居室定員」と、5年間総支払額ならびに入居一時金額との関係が設定された④「介護居室費用」の因子との間の因果関係をSEMにより評価した。このモデルにより、福祉に対するニーズと高齢者住宅に対する需要が、有料老人ホームの地域的な供給に与える影響について検証することができる。

最終的に得られたモデルの適合度をみると、GFI (Goodness of Fit Index) と AGFI (Adjusted GFI), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) の各値は、0.98 と 0.94, 0.99, 0.05 であり、あ

てはまりの良いモデルと判断される。そこで、各因子と観測変数との関係を示す影響係数をみると、バランスの悪い結果ではないと考えられる。そして、「福祉ニーズ」ならびに「高齢者住宅需要」と「介護居室定員」との因果係数をみると、「福祉ニーズ」から「介護居室定員」への関係は有意ではなく、「高齢者向け住宅需要」からの関係は有意ではあるが、重決定係数は0.18と小さい。他方、「介護居室費用」に対する両因子の因果係数はともに有意であり、重決定係数も0.68である。

●従前の土地・建物用途からみた立地要因

最も多かった従前の用途は企業の福利厚生施設(34%)であり、その大半は単身者向け社員寮であった。次に多かった用途は農地・緑地(15%)であり、駐車場(12%)、戸建て住宅・アパート(9%)、ビル・マンション(9%)、工業・運送業用地(7%)、造成地・空地(6%)と続く。このように従前の用途は多様であるが、変化のパターンとしては、

①遊休施設等のコンバージョン（建物の用途転換）により開設された施設と、②低・未利用地の（再）開発として開設された施設に大別でき、その構成比はほぼ半々である。

ただし、そこには地域差がみられる。図7は、老人福祉圏域等を参考にして対象地域を17に区分した上で、各地区の施設数を高さで、その従前の用途を構成で示したものである。

この図から、低・未利用地等であった施設の比率は、東京の城西ならびに北のセクターにおいて値が高く、特に東京の都心周辺と埼玉県中央部（特に川口市）では工業・運送業用地であった施設が、同様に東京の城北と埼玉県、神奈川県内陸の各地区では駐車場、東京の城西から多摩地域と埼玉県東部から千葉県西部にかけての各地区では農地・緑地であった施設が多い。他方、遊休施設等であった施設は、実数と構成比ともに東京の城南から川崎市・横浜市、湘南にかけて、施設が高密度で立地する地域で大きいことがわかる。その大半は企業の単身者向け社員寮であった施設であり、特に川崎市・横浜市の北部に当該施設が多い。

こうした従前の用途が施設の特性に与える影響をみると、まず遊休施設等であった施設では自立居室が全定員の7%に満たないが、低・未利用地等であった施設では同19%と多い。ただし、提供施設数は前者が6%（自立居室のみの施設はその半数）、後者は10%（同7割）と少ないため、集計を介護居室に限定

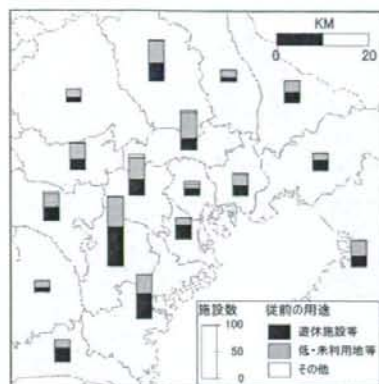


図7 有料老人ホーム開設前の土地・建物用途
資料：ゼンリン住宅地図に基づき作成。

すると、遊休施設等であった施設は平均の居室面積が16㎡弱で、入居一時金の初期償却率は42%であった。この値は、低・未利用地等であった施設と比べて、各々、約3㎡と12ポイント小さい。

D. 考察

まず、全国レベルの分析から明らかになったことは、介護保険の開始に伴い、大都市圏において介護居室の供給が盛んになったことである。特に、東京大都市圏には全国定員の約4割が集中しており、大手事業者が参入しての活発な事業展開が指摘される。その背景には、団塊の世代の高齢化、特にこれから定年を迎える都市の中間層の存在が考えられる。日本の人口予測をみると都市圏における高齢者の増加が予測されており、2030年には全高齢者の半数が三大都市圏の、さらにその半数は東京大都市圏の居住者とされる(田原2007)。