

# わが国の高齢者ケアの将来

自立・人権・連帯のために

田中 滋\*

この小論は、経済学の観点から見たこれからのわが国高齢者ケアのあり方が主題である。まず初めに高齢者ケアについて、社会的位置づけをメリットグッツ概念に求めた上で定義を定める。続いてこの分野にかかわる社会の現状について批判的な記述を行う。そのためヘルスケア・サービス授受の経済学的性質、日本の医療システムの特徴との対比を明らかにし、高齢者ケア・システムが未完成ゆえの問題点を浮き彫りにする。

次にこれからの高齢者ケアにとって主流とすべきではない方向…公共サービス中心型、家族機能依存、および一般的な市場メカニズム…を示す。合わせて“民活論”が強く否定されている。最後に将来の高齢者ケアの社会システムとして、『準市場』…社会保険制度によるニーズの需要への転化策と、非営利企業を中核とする多様な供給主体の組み合わせ…を提案する。なお補論では「ビジネスを行う非営利組織の性格」を論じている。

キーワード：高齢者ケア、ヘルスケア・サービスの経済学的性質、わが国医療システムの特徴、準市場、非営利企業

## はじめに

この小論は、わが国における高齢者ケアのあり方をめぐる考察を主題としている。主題選択の理由は、高齢者ケアに対応する社会システムの整備が、現在われわれが正面から取り組まねばならぬ最重要課題の1つだからに他ならない。高齢者ケアについては、サービス生産主体の性格も、ニーズをもつ人々と生産者が適切に出会う“場”も、ケアに必要な費用を保障する仕組みも、費用保障制度からの支払方式も、そしてそれら各々に関する公私各種主体の役割分担も、今のところすべて研究・討議段階にとどまる。

しかし日本社会にとって、急速な高齢化は目前に迫る問題である以上、利用者、ならびに現にサービスや機器・用具の生産に努力している人々の声をベースに、政治や行政と共に公正で効率的な高齢者ケア・システムをつくっていかねばならない。当然、ヘルスエコノミクス研究者の視点からの意見も、他の専門分野と協力しつつ積極的に提出する義務があると考えられる。

本稿では始めに§1で高齢者ケアの定義を示して概念を明確化する。その際、その定義を導くために、まず高齢者ケアの社会的位置づけ、すなわち「誰のための財貨サービスか」が提示される。また医療との違いにも簡単

に触れている。

続く§2では、高齢者ケアにかかわるわが国社会の現状について批判的な記述を行う。内容は3つの部分からなっている。最初にヘルスケア授受の経済的性質を明らかにする。次にそれを受けて日本の医療システムの特徴を整理し、高齢者ケアの現状と対比する。3番目にシステム不備をもたらす高齢者ケアの問題点を要約している。

§3においては、これからの高齢者ケアで「主流としてはならない」方向を確認しておく。それらは公共サービス中心型、家族機能依存、および一般的な市場メカニズムである。さらに「市場原理」「競争原理」説の極端な形である“民活論”が強く否定されている。

§4では、高齢者ケアの将来に関する社会システムの方向を、『準市場』という言葉で提案する。具体的には、社会保険制度によるニーズの需要への転化策と、非営利企業を中核とする多様な供給主体の組み合わせである。最後に補論として「ビジネスを行う非営利組織の性格」を取り上げる。社会保険制度下での効率的資源配分を図るために、今後検討を深めていかねばならないテーマと思われるゆえである。

## §1 高齢者ケアとは

### 1.1 高齢者ケアの定義と社会的位置づけ

加齢に伴い各種機能が低下した高齢者が効果的な生活支援を得られるよう、医療・福祉・介護等の様々なシ

\*慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授

テムによるサービス（ならびに機器・用具）は、しかるべく一体化した形で提供される必要がある。とはいえ、社会資源の公正かつ効率的な使用のためには、個別システムとそれらの統合システムが、それぞれ明確な分析・政策概念の下に構築されていなければならない。中でも「高齢者ケアの固有の性格は何か」に関する共通の理解が不可欠である。よって経済学の視点から高齢者ケアの定義を行う。

経済学とは、「何をどれだけ／誰のために／いかに／生産・配分し、合わせてそこに生ずる経済的成果を誰にどのように分配するか」を考える社会科学である。「何を」は本稿においては高齢者ケアに絞られている。また「いかに生産・配分するか」については§3と4で述べているので、この節では「誰のために」を提示しておく。なぜなら結局のところ、社会の価値体系における高齢者ケアの位置づけが明示されなければ、経済学による分析・提言を行う地平が確定できないからである。

そこで、(不備はあるにせよ) 社会システムとして一応安定した機能をはたしている医療に倣い、高齢者ケアにかかわる理念を『(自律を伴う) 自立・人権・連帯』と定めるところから始めたい。この理念を受け入れるなら、必然的に「ニーズをもつ人すべてのために」という方向が定まる。つまりメリットグッズとしての位置づけである。

**メリットグッズ**：便益の性質は私的なものであるが、自由市場で決まる購入・消費水準では何らかの価値観から見た必要量に達しない [適切な消費量を超える] と思われるため、他者、特に政府の強制・説得・費用補助 [禁止・課税] によってでも当該主体に割り当てる [消費を減らせる] べき財。

加齢が主な原因となり（多くのケースで傷病をきっかけとするが）、心身機能のどちらか、あるいは双方に何らかの衰えに直面した高齢者が、できる限り自立した生活を送れ、かつ自らの望む形で社会参加を行えるように、本人ならびに家族などの関係者の力を支援・補完するための機能付加または機能移転サービス（関連機器や用具の生産と流通を含む）

理念が明らかになれば高齢者ケアの定義はほとんど自動的に導かれる。

なお上記の定義には医療の一部も含まれてしまう。概念の明確化のため、高齢者ケアと医療サービスとの違いを一覧しておこう(表1)。

### 1. 2 本稿では採用しない捉え方

一方、時折見られる以下の措定は、どれも高齢者ケアにかかわる適切な分析概念・政策概念とは言い難い。まず始めに「寝たきり、痴呆、虚弱老人等の（いずれも即物的な呼称で括えられる）高齢者への介護」は、言うまでもなく高齢者ケアの最重要な部分であるとはいえ、定義の内容のすべてではない。

次に高齢者ケアをいわゆる福祉サービス、つまり公的措置の範囲でのみ捉える方向は、たとえ一定割合の人々が何らかのケアを必要とするにしても、これからの高齢者は年金制度の成熟もあって経済的な弱者ではなくなっていく以上、やはり対象を狭く限定し過ぎることになる。

上と反対の方向で、高齢者ケアを“シルバーサービス”＝「民間部門により市場競争の原理に基づき、利用者が高齢者であることを意識して提供されるサービス及び商品」と規定すると、財の性格を改めて問う意味も、供給面での公私の役割分担を論ずる必要も消え、残る問題点

表1 高齢者ケアと医療の比較

高齢者ケア	医 療
a) 目的： 機能支援／機能補完	治療
b) 日常生活との関連： 生活と一体	生活中断
c) 情報の非対称性（サービスの質）： 本人／家族がある程度判断可能	特に重症では難しい
d) ニーズ発生の不確実性： 遅い年齢で発生、確率は加速度的に高まる 1度発生すると一般に不可逆的	中年後期から発生率上昇 サービス終了／繰り返しあり
e) サービス生産： 複合的でありえる	基本的に診療＋看護＋収容
f) ニーズを充たす費用：どちらもカストロフィックな額になる可能性	

は費用負担面についてだけ考える…いわば「誰が払うか」…だけの問題に矮小化されてしまう。よって「高齢者向け私的ビジネス」という種類の捉え方は採用しえるものではない。

その他、高齢者の行う支出なら費目を問わずすべてを合算して、それを“シルバー・マーケット”呼ばわりするような無意味な設定は…少なくとも社会科学の立場からは…無視すべきであろう（実際のところ、「2010年にはx x x兆円の高齢者市場が」の類の荒唐無稽なレポートは珍しくないが）。

## §2 高齢者ケアにかかわる社会システムの現状：医療システムとの対比

### 2.1 ヘルスケア授受の経済的性質

経済学の視点からヘルスケア・システムにアプローチしていくためには、ヘルスケアという財に内在する特質を把握し、あわせてその社会的位置づけにかかわる理念を確定しなければならない。

第1に、消費者の効用関数に含まれる最終財は「健康」など生活の喜びであって、「医療」「介護などの高齢者ケア」そのものではない。医療は健康に近づくための、ケアは自立支援のための手段、すなわち中間投入とみなしうる。投入物である以上、選択基準は効用極大よりも費用極小となる。

第2に、ヘルスケア、特に高齢者ケアの一定部分は、質はともあれ家計内でも類似サービスの提供が可能である。ゆえに、外部供給者の存在／利用方法がわからなかったり、たとえ知っていても利用に伴う金銭的あるいは心理的コスト（古典的な例では「親を病院・施設に預けることへの罪悪感」）が大きい場合、家計内生産が選択されても不思議ではない。その際、家庭で発生し、一般に初めは低く、時間と共に上昇していく内部生産のコスト（稼得機会の放棄という側面に限らず、拘束感・閉塞感などの心理的コストがやはり重要）は、家計の外からは軽視されがちである。

第3に、生産要素の専門性や固定費負担の問題、需要時間の振替コスト、家計内生産のコスト上昇、および外部供給利用に対する障害の除去などの理由により、外部供給者から財貨サービスを購入するほうが安くなった場合はどうか。公衆衛生的な部分を除き、根本的には医療も高齢者ケアも非排除性・非競争性が成り立たず、経済学の用語法では私的財に区分される。したがって市場が成立しうると考えてよい。しかし情報の非対称性と不確実性を伴っているため、単純な市場メカニズムでは効率的な資源配分は実現しえない。

第4に、たとえ資格制度と保険等を通じ情報の非対称性と不確実性への補正がなされたとしても、費用保障制度を整備しない限り、多くの場合支払能力を欠きがちな「医療／介護ニーズを強くもつ人々」について、分配の公正…ここでは「基本的人権」…を守れぬ恐れが強い。その際、普遍的な保障制度でなければ、かえって対象者の人格を尊重できない点にも留意すべきである。

第5に、家計外の専門供給主体に関しては、注意深く制度を設計すれば、ある程度資本投下のリスクを負わせ、かつ／または財貨サービスの質とコストをめぐる潜在競争下におくことにより、効率的資源配分に近づけるだろう。

その他、必然的な帰結ではないが、上記の論理に付随して次のようリスクが存在する。公的制度は個別価格を人為的に設定可能なだけに、全体システムの合理性を逸脱する恐れを否定できない。取り分け「特定対象のみを扱う部分的な公的介入当局による価格設定」が問題を引き起こしやすい。全体システムの合理性に反する価格づけの理由は、介入当局の財政状態かもしれないし、公共財の提供…一般に無料か手数料程度…との混同も、政治力学の結果もありえるだろう。

悪しき典型例は米国医療のコストシフト現象（メディケア・メディケイドの財政苦境がもたらす平均費用以下の支払に起因する“ツケまわし”）である。さらにわが国の自治体が行う「低廉な利用者負担額での高齢者ケア・サービス」も…措置行為の範囲内にとどまるか、逆にニーズをもつ人すべてが必要サービスを受けるほどの提供量でない限り…公正な価格体系を阻害している可能性が強い。

### 2.2 日本の医療システムの特徴との対比

前項で示した「ヘルスケア財の社会的位置づけ」を高齢者ケアについて考察するため、比較対象である日本の医療システムの経済的特徴を確認しておこう（紙幅の都合上、諸外国と比べてもきわだつような原則10点のみを記述してある。なお付録にこのリストの英文表記を添付する）。a～d、iが公正、e、g、h、jが効率のための仕組みである。

#### ①理念

- a] 社会的連帯：全居住者に対し、法定の社会保険を普遍的に適用。具体的には、いくつかの財政調整の仕組みを伴う細分化された保険プランからなっている。
- b] 平等性：すべての加入者が（国際的にみて）かなり広範な内容の医療サービスの保険給付を受ける＝包括的給付。

## ②社会保険への加入

- c] 強制適用：雇用ないしは居住地により加入保険は自動的に決定。保険者も被保険者を選べない。
- d] 保険料応能負担：リスクには比例せず。被用者については報酬比例の保険料を雇用主と折半。その他の制度に対しては高い比率の公費補助あり。この負担方式が公平／公正とみなされている。

## ③患者

- e] 大部分の医療機関に自由にアクセス：受療回数などの利用制限なし。ただし医療機関選択に関する適切な情報は、システムからは特に供給されていない。
- f] 低い自己決定権：インフォームド・コンセントは啓蒙段階。経済面では保険の自己負担率も法定。

## ④供給者

- g] 自由開業制：医師は診療所開設（届出）も病医院に雇われることも自由。
- h] 病院等の企業性：保険からの償還価格と病床制限、医療法人の兼業禁止を除き、経済規制は相対的に少ない。以下の項目は当該主体の自由な判断で目標を定めてもよい…資本支出、R&D、総収入、購入する財貨サービスへの希望支払価格、給与・賃金、利益額・率、そして退出／倒産。

## ⑤保険制度から医療供給者への支払

- i] 公定の一律な価格：患者、保険者、医療機関を問わず、同一基準の下での同一サービスには共通価格（老人はやや違うが、さほど大きな差ではない）。
- j] 出来高と定額：行為別相対点数方式と、1日／1月当たり単価方式の組み合わせ。老人医療では包括払いが増加しつつある。処方薬は公定の薬価基準による償還。

これに対し、わが国高齢者ケアの特徴はどうだろう。そもそも公的な費用保障制度が未だ存在していない以上、a]～d]、i]、j] はあてはまりようがない。介護にかかわる社会保険が考慮されているものの、細部は未定である。つまり今のところ、連帯の理念は具現化されておらず、きわめて不平等なサービス利用状況の下で、高齢者ケアは人権を守る要素としての位置づけを確保できずにいる。

また、福祉制度の「措置」によってサービス利用が定められるケースでは、当然e] は不可能であり、さらにf] については医療以下の自己決定権しか与えられていない。ただし、在宅介護支援センターは、今後サービス供給者の選択にあたって適切なアドバイスを供給する点で、医療とは異なる可能性をもつ存在と評価しうる。

なおg] とh] も、将来はいざしらず今のところ余り自由であるとは思えない。

## 2. 3 高齢者ケアの問題点

こうした現状をもたらしている本質的な理由は、高齢者ケアに対するニーズ増であることの把握から出発しなければ、すべての議論が歪んでしまう。にもかかわらず、「核家族化や女性の社会進出により家計の高齢者ケア能力が低下した／する」との誤った言説が後を断たない。たしかに子供世代と同居する高齢者の率は減少した。しかし高齢者世代と同居する中高年家計の数は現在戦後最大となっている。疾病・傷病とは異なる「長期ケアを必要とする高齢者の顕著な増加」は、多くの専門家が言うように1960年代以降の現象なのである。高齢者ケアの家計内生産量は、低下どころか急増中と捉えなくてはならない。

また、現在家庭内で高齢者ケアを直接担当している人の過半は60歳以上の女性であり、“社会進出”を云々される世代とは異なる世代に属する。すなわち、核家族化も女性の社会進出も、充足されない高齢者ケア・ニーズ増大の原因でなない。

とはいえ、3世代同居・看病・死の看取りと、長期にわたる高齢者ケアとの混同から、サービスの家計内生産への過剰期待が未だに存在している。「日本社会には老親扶養の伝統があった」は、主に末期の世話、嫁による家事、およびごく一部の家計における“跡取り”の働きに基づく経済的扶養などを指すにすぎないことを確認しなければならない。

一方、経済学用語でいう需要と供給はどうか。高齢者ケアは個別主体ではニーズ発生が不確実であり、さらにニーズ発生後も…保障制度が未成立な状況では…支払金額が不確実なままにとどまる。ゆえに貯蓄の取崩しや年金の充当が行いにくい。したがってニーズのほとんどが「需要」になっていないと見た方がよい。需要面が未成熟である以上、高齢者ケアの事業としての「供給」も事実上なされていない。結局のところ存在している形態は、社会福祉、医療サービスの転用、公的サービス、そしてごく一部の企業となっている。その結果、入院サービスの過剰利用による非効率的な資源配分が起きているばかりか、施設間での自己負担の著しい格差という不公平が生じている。

### § 3 これからの高齢者ケアで主流としてはならない方向

#### 3. 1 公的サービスと家族機能

貯蓄や年金などにより一応の支払能力をもつ一方で高齢者ケアへのニーズを有する人々と、財貨サービスの生産側がもっとも適切に出会う場としては、一体どのような形態が望ましいだろうか。答えを求める過程では、はじめに中核にはなりえない、もしくはしてはならない方式を列記しよう（いずれも補完システムという役割ならしかるべき機能を果たし続けられるにしても）。

★『公共の手』＝自治体や社会福祉法人によるサービス生産・機器用具調達と“配給”：ケアという財の経済的性格上、（サービス担当者の善意云々とは無関係に、またこれまでと同じく経済的弱者を主な対象とする場合を除き）非効率な資源配分となっていく確率が高い。そもそも同じ主体が提供するサービスでも、公的福祉ではしばしば利用時の自己負担が応能制の下にある。同一の財に対する応能支出は市場経済ではありえないし、普遍的社会保障制度では一般に拠出段階に適用される原則である。中経済層がもっとも強い負担感をもつシステムは拡大すべきではない。

★『家族』＝子供もしくはその配偶者、孫などによるケア：高齢者数の一層の増大が予測される次世紀に、中核システムとしては継続不可能。先述のように「複数世代の単なる同居」「死の看取り」「看病」との混同で、あたかも昔は（ニーズそのものが大きく発生していなかったにもかかわらず）家族介護が主流であったかのごとく説く向きが未だに珍しくない。しかし、もともと家族の基本機能に長期にわたる高齢者ケアは内在していなかった事実を確認すべきである。

#### 3. 2 市場メカニズムと民活論

##### 3.2.1 市場の成果と民間活力論の趣旨

★『市場』＝通常の市場メカニズムを利用した高齢者ケアの授受：たとえ需給が一致していても、支払能力に不安を抱く層（＝一般にニーズの大きい層）は先に説明したように「需要」側に参加できず、市場から排除されている可能性が高い。

こうした帰結を想定せず、「市場原理」「競争原理」等の経済用語を、内容の吟味なく医療や高齢者ケアで安易に用いるケースが見られるが、その極端な形に「民間活力」論が存在するので、この節で批判を加えておきたい。

「民間活力」なる言葉は、一見すると経済用語のごとく感じられるかもしれないが、実はまったくそうではな

く、下に典型的な例を示すいくつかの特殊な意味を含めた“政治用語”と考える方が正しい。したがって、はじめから政治的用途を旨しつこの言葉を取り上げる場合は別として、経済（学）／経営（学）の分野で使う際はしかるべき注意が必要である。

★ a] 公共セクターと関連する私的財について：土地という財は、市場経済が中心となっている国／地域にあっても一般に強い全体計画の下におかれている。にもかかわらず、それを本来の用途とは異なる“投機目的の金融商品”に変えてしまった時の強弁に使われた用語。

★ b] 公的事業への私的資金の利用：公的資金の不足を補うため公共事業を第3セクターに移管し、企業等からの出資を募る際に使用される理由づけ。

★ c] 高齢者ケア：今後増大していく高齢者ケアのニーズを、すべて公費と公的サービスで満たすことはできない。こうした理解（それ自体は正しい実情把握と言える）の下で、家計に資金負担を求め、一方で企業セクターにサービス供給への参加を誘う方向を、より積極的なニュアンスで伝えるための言葉。しかし「公的部門だけでは限界があるから“民間活力”を導入する」と言っても、もともと公的部門がすべての高齢者ケア・サービスを狙っていたわけではない。限定された福祉サービスを除けば、むしろ家計内生産が中心であった様子は前述の通り。

##### 3.2.2 「民活」類似分野について

上記のごとく特殊な意味を含めた政治的言語であるがゆえに、a]～c]と類似の事例でも民間活力という用語はめったに聞かれない。次にそれを確かめてみよう。

a] 私企業にも公共の土木・建設事業の発注がなされているが、わざわざそれに“民活”という用語をあてはめはしない。他方、一般市場財に関しては、自動車産業や鉄鋼業にせよ、流通業界にせよ、好況時はもちろん、不況時、もしくは不調な会社をめぐって「民間の方が活力がある」などともはやされる事態は考え難い。さらに、（負の外部性を別にすれば）純粋な私的財でありながら公的組織が営利事業を行ってきたタバコ産業では、政治的理由によるタバコ農家の保護のために、未だに一般企業を利用した“民活”は語られていない。

b] 私的主体による公債の購入は、第3セクターへの出資と同じく、「公的事業への私的資金の利用」と見ることができ。しかしたとえ（第3セクターに出資を要請される先と）同一の地方金融機関が地方債を“割り当て”られても、それは「民間活力の利用」

と呼ばれない。

- c) メリットグッズであっても、医療と教育のように、公的資金・社会保険と家計支出、および私的投資で現在のところ一応成り立っているケースでは、家計資金の利用についても、私的投資に対しても、(それが既存の事実であるためか)やはり特に“民間活力”とは唱えられない。

### 3.2.3 「民間活力」の誤った使用

最後に、民間活力という言葉の誤用、もしくは「誤りと知りながら意図的に政治上のレトリックから用いられるケース」の例を指摘しておきたい。

- ★ d) 「市場経済の利点=効率的資源配分」にかかわる拡大解釈: 「民間活力の利用」を「競争メカニズム導入」と同一視した上、公正な市場が成り立つための前提条件に関する適切な吟味を伴わずに、「民活により競争市場に近づけば、効率化や顧客サービス向上などがもたらされる」と、論理の飛躍を重ねていく主張が典型である。前提条件の吟味をへぬ“競争賛美論”への拡大解釈が危険な理由は、私的財でも公正な市場基盤が確保されていない状態、あるいは外部性を伴う財、ならびにメリットグッズとして扱うべき財などでは、“自由な市場取引”によりむしろ好ましからざる結果がもたらされる可能性が高いからに他ならない。
- ★ e) 「営利企業のもつ市場適合のための工夫=顧客志向努力」との混同: 顧客志向自体は大いに構造的な姿勢だろう。しかし「営利企業だから顧客志向」なのではなく、「公正な競争」がそうさせるのである。私企業でも独占的地位を占めれば十分に傲慢でありえる。また、もともと市場経済に委ねれば適切な資源配分を実現しうるタイプの財貨サービスなら、競争基盤さえ整備すれば、「顧客志向ではない供給者」は自然にマーケットから脱落するはずではなからうか。

最後に、「顧客サービスにうとい公的供給者への刺激策のために私企業を参入させる」という主旨で民活が期待されるなら、公的供給者が欠かせなかった理由が消失/縮小したのか否かを確認しなければならないし、もし技術進歩等により本当に自由競争の方が好ましい財に変わっているとすれば、もはや公的供給者は不要である。「私企業と同じ行動をとる公的供給者」は語義矛盾としか言いようがなく、それは「公的所有になる私企業」にすぎない。そしてしばしばそうした主体は不公正な競争条件をもちこむため、効率的資源配分を阻害する例が多い。

以上の分析から明らかなように、一部の人々の唱える「企業により供給されるシルバーサービスを家計が自ら

の資金力に応じて購入する」あり方を中心におく体制、いわば「高齢者ケアの一般市場財化による民活論」は、わが国の目指すべき到達点とは思えないし、そもそもそれが最適資源配分をもたらす可能性はゼロに近いことは確認しておきたい。

## § 4 21世紀の高齢者ケア・システム

### 4.1 “準”市場メカニズムの活用

では望ましいあり方は何か。それは高齢者ケアの理念を背景に、ヘルスケア・ポリシーの枠組みに従いつつ、適切な産業政策を組み合わせる方向である。ヘルスケア・ポリシーについては、以前自著に示した通り、経済学の観点から定めると次のように表せる。

保健・医療・介護などにかかわるヘルスケア・サービスの授受について、社会の価値規範にのっとった公正な目標を設定し、それを資源の効率的配分を果たす形で実現するための基盤を整える政策

理念に従い、高齢者ケアを公正かつ普遍的に配分するためには社会保険制度の設立が不可欠と考えられる。社会保険方式は加入者の権利性を伴う点で、公費による配給型よりも、自立・人権・連帯を具現化しやすい。またニーズ発生の不確実性と費用の大きさの可能性からも保険給付になじむ。さらにできる限り自立した生活への機能支援・補完という目的を踏まえると、年金給付額の成熟を条件に高齢者自身も保険料を負担する方が、一方的給付である公費方式に比べ、受益と負担の明確化を図れるだろう。最後に社会保険では、高齢者ケアにかかわる財貨サービスの幅広い提供主体に支払いを行いやすい。

社会保険制度はこれらに加えて、リスク発生後の支出金額に対する不安を緩和する機能をもつ。高齢者ケアにかかわる財貨サービスの中には、資源配分上、メリットグッズ扱いをせずに自己責任にとどめるべき費目や、もし制度を適用する場合でも、モラル・ハザード防止のため利用者自己負担率を高めに設定した方がよい費目が少なくない。したがって、社会保険制度がカストロフィックな状況を予防できるがゆえに、ある程度までの利用者負担を求めやすくなる効果は重要である。また、現在は「いくらかかるか分からない」不安感のせいで家計内にとどまっているニーズを需要へと転化することに役立つ。これは年金の死蔵を減らし、その社会的機能を発揮させる方向とも合致する。

他方、保険制度の後押しによってニーズを需要へと顕在化させることができれば、自律的な供給主体を活用す

### 高齢者ケアをめぐる準市場コンセプト

利用者側に対しては、ヘルスケア・ポリシーの全体システムに調和した形で創設される社会保険制度によって不安感を減少させ、ニーズを需要に転化しうよう支援策をとる。他方サービス生産側は、注意深く設計された制度の下、非営利企業を中核とする多様な供給主体にある程度資本投下のリスクを負わせ、財貨サービスの質とコストおよび技術革新をめぐる共生的競争を目指す。

こうして補正された市場＝準市場において、「需要」と「供給」の間で…ケア・マネジメント機能の介在を経て…比較的自由な取引が行われよう誘導し、公正かつ効率的な資源配分を図る。

る方が効率に資源配分がなされる可能性が大きい。具体的には、顧客へのサービス提供からほぼ費用に見合う収入を得る非営利組織、すなわち、「非営利企業」を中核としつつ、多様な主体を利用すべきである（表2にヘルスケアに・サービス生産の活動主体の種類を要約し、非営利企業の位置を明らかにしておく）。

ここまでのすべての議論をまとめた結論を示そう。こ

れからの高齢者ケアは、公的費用保障制度を前提に、非営利企業を中核とする多様な供給主体を活用する“準”市場を通じて提供される形が最適である。

最後に留意事項を2点記しておきたい。第1、今現在の高齢者のためにもっと直接的なサービス提供体制を急いで築く努力は別な課題であることは忘れてはならない。第2、高齢者ケアの成果をより効果的・効率的にするには社会基盤整備が不可欠である。たとえば、住宅と街のバリアフリー化、ケアに従事する人材の育成、そしてケアの質を高め、ケア労働の負担を減らす技術開発などが例にあげられる。また経済機能と家族（家庭内のケア担当者）の機能の補完策も不可欠である。これらの施策と相まって、高齢者ケア需給両者の自律的意思決定と出会いの場の整備という主張が生きていくことになる。

#### 4.2 (補論) 準市場における非営利企業論

##### 4.2.1 医療の非営利性と資本

わが国の病院の約8割と診療所のほとんどは、開設者の自己責任で資本調達（出資と借入金）を行ってきた。それらの病・医院は、現状では基本的には医業収入によって借入金の元本返済と資本コストをまかなわなければならない。

もし資本調達額が足りなければ、不十分な建物・設備・

表2 ヘルスケア・サービスをめぐる活動主体の分類

ヘルスケアにかかわる財貨サービスの生産主体の性格を分ける軸を4本考えてみよう。最初の軸はノンビジネスと事業である。事業体は、顧客からの収入がある程度費用をまかなうかどうかで企業と非企業に分けられる。また企業は目的に基づき非営利と営利が存在する。以上のすべては開設者／所有者の違いにより私的と公的に区分できる。この区別とそれぞれの例を示す。

a] 私的ノンビジネス	:	ボランティア活動のある部分
b] 私的非営利事業	:	献血システム
c] 私的非営利企業	:	私的医療機関／高齢者ケアを供給する私的組織
タイプ1		学校法人／社会福祉法人
タイプ2		医療法人／高齢者ケアを担当する新種の法人
タイプ3		個人病院／個人診療所
d] 公的企業	:	公的病院／自治体立老健施設
e] 第3セクター	:	“公設民営”型組織
f] 公的事業	:	保健所／自治体による福祉サービス
g] 営利企業	:	調剤薬局／有料老人ホーム
		医薬品／介護機器や用品の製造・販売企業

機器に甘んずることになる。反対に十分な資本を投下してきた場合でも、外部借入金に頼った資本構成の下では、長期にわたる資金回収に失敗すれば倒産に至るかもしれない。また自己資金で開業・拡大した場合には…倒産はないとはいえ…やはり資金回収額が不足すれば、新しい技術を取り込んだ設備更新は不可能となってしまう。

一方で、技術進歩および医療ニーズの変貌に伴い…たとえ最先端ではなくとも…進んだ医療サービスと療養環境を提供し、患者の満足を図るために必要な資本投下額はますます高額となっていく。ところが診療報酬からの利益には、残念ながら投資原資、もしくは借入金の呼び水としてさほどの額を期待できる状況にはない。したがって、根本のところ借入金以外の外部資本調達を禁じた“非営利性”の再定義か、診療報酬以外の経路を通ずる資本費補助、もしくは別収入の工夫がなければ、私的医療機関の明白はきわめて限定されていると考えられる。

#### 4.2.2 非営利企業と利益

こうした状態を参考としつつ高齢者ケア提供者のあり方を考えるに際しては、まず概念を整理する必要がある。最初に資本調達と非営利性の関係を「非営利企業」に絞って分析しよう。そもそも営利企業とは、経済学の観点からは下のように定義できる（反対に非営利組織については「営利を目的としない」以外の積極的かつ包括的な定義は難しい）。

営利企業の定義：事業活動を通じ、資本市場における当該組織の評価を最大化する行動をとる主体。事業からの長期利益の最大化は、一般にその目的にもっとも役立つ手段である場合が多い。

は、上の定義に示す行動が期待した成果を生めば、「資本市場における資金調達の容易化」という“報酬”を得やすくなるだろう。

これに対し、以下に列記する“営利”ないし“非営利”をめぐる規定は、いずれも経済学的には誤りとみなしてよい。

a] 営利企業とは、所有者に配当（分配）する利益の最大化を目的として運営される主体である。

b] 営利企業とは事業からの利益獲得を目指す主体を言う。

b'] よって事業からの利益を目指すことは営利行動に分類される。

（ゆえにけしからぬ、というニュアンスが込められている場合が多い）。

c] 非営利組織たる医療機関や高齢者ケア提供者にとっては患者／利用者サービスが第一でなければならず、効率の追求はなじまない。

まずc]は、希少な資源の無駄な配分を奨励するに等しい誤解以外の何物でもない。目的関数が何であれ、それが定められた後では実現過程における資源の効率的使用はあらゆる組織の責務だからである。

次にa]はやや古典的な規定であり、ちょうど『ヴェニス商人』に描かれているような、単発の企てごとに出資者が利益の配分を受ける形態にのみあてはまる。しかしながら現代の事業体では、ほとんどのケースで事業の継続と組織の発展が前提となっているとみなすべきだろう。そして継続と発展を前提におくならば、当該組織に対する判断指標としては、期間あたり利益の配分額・率よりも、組織そのものの評価の方が適切となる。ゆえに事業運営の目的も評価の最大化におかれて当然である。

これを別な角度から眺めれば、最大化される価値が資本市場で金銭的に定められる事業体を営利企業と呼ぶと言ってもよいだろう。他方、資本市場以外の判断による価値の最大化を目指すなら、それは非営利企業の必要条件の1つを充たすと判断してよい。

上から分かるように、非営利性の判定は、決してb]やb']のごとく当該組織が従事する事業において利益獲得行動をとるかとはらぬかによって下せるわけではない。ましてや事業からの利益の発生の有無は、営利と非営利の識別要素ではまったくない。非営利企業であっても、外部からの借入金や債券発行の形で資金調達を行えば、利子を支払い、元本を返済するために利益が必要である。逆に先行投資など様々な理由により、営利企業が赤字事業を運営している事態もしばしば観察される。

しかし非営利企業では、事業利益の「最大化」自体が目標となつてはならない。非営利企業は、組織設立の目的を果たすために、「資本市場以外の判断による価値が高まる」行為を…会計的には不採算でも…実施するはずだからである（課税などの面で優遇されうる根拠であろう）。ゆえに結果的には利益最大化は実現されぬことになる。

とはいえ、顧客へのサービス提供から…資本コストを含め…ほぼ費用に見合う収入を得られる見通しがたつたならば、非営利企業形態に対しても一応の資本投下のインセンティブが働くだろう。また経済学の観点から見れば、顧客が自由に非営利企業を選定できる仕組みの下では、一定の利益の存在は効率的資源配分に資する指標と考えられる。



以上の議論から導かれるように、厳密な意味での営利行動さえ排除されるなら、高齢者ケア分野における「非営利企業」の性格は相対的に緩く規定すべきである（いくつかのタイプに分けてもよい）。社会保険によって高齢者ケアのニーズを需要に転化させる支援を行っても、サ

ービス供給能力が増えなければやはりニーズは満たされない。必要なサービス生産量を…多額の税資金を用いずに…確保するためには、資本資金調達について適度の柔軟さを認める方向が好ましいと考える（もしくは当初の資本必要額に対する何らかの補助が必要となろう）。

(付録)

## Japan's Health Care System

### 10 Fundamental Characteristics

#### ①Philosophy

- a] Social Solidarity : Universal coverage to all residents through fragmented statutory social insurance with various mutual financial aid schemes.
- b] Equality : Comprehensive insurance benefits to everybody including;
  - medical consultation
  - diagnosis
  - medical treatment eg. surgery
  - medical supplies eg. prescription drugs
  - accomodation to a hospital
  - nursing service associated with hospitalization
  - dental care
  - child delivery
  - a part of geriatric care

#### ②Insurance Affiliation

- c] Mandatory Enrollment : Insurance plan to which one belong is automatically determined by employment or residence. Neither the insurer nor the insured has the right to choose.
- d] Ability to pay (not risk adjusted premiums) : Income based contributions split between employee and employer with heavy government subsidy. This way of "taxation" is considered as impartial/fair.

#### ③The Patient

- e] Free access to (almost) any medical institution : No volume control. But inadequate information for choosing medical institution.
- f] Low level of Participation re :
  - choice of treatment
  - choice of medicine
  - when to be hospitalized and discharged etc.Copayment rates are fixed by law.

#### ④The Provider

- g] Physicians : Free to establish a clinic to become an independent practitioner. (40%)  
Free to be employed by hospital. (60%)
- h] Hospitals, pharmaceutical companies and the others : Strong proprietary nature. Little economic regulation except for reimbursement prices and the number of hospital beds in each region. The following items are not regulated;
  - capital investment
  - R & D investment
  - sales volume
  - purchasing prices
  - wages and salaries
  - profit margin/bankruptcySocial regulations are similar to those in other industrialized contries.

#### ⑤Reimbursement from the Insurer to the Provider

- i] Uniform and official prices : Same regardless of the type of patient, insurer or provider.
- j] Payment formula : Combination of the fee schedule of relative value points and per diem payment.  
Drugs dispensed are reimbursed according to the official drugs tariff.

# The Future Direction of the Long-term Nursing Care for the Aged in Japan

—— Autonomy, Human Rights, and Solidarity ——

Shigeru Tanaka

(Keio University Graduate School of Business Administration)

This paper deals with the future direction of the long-term nursing care for the aged [LTCA] in our country. First, LTCA's desirable position in the society and its tentative definition are proposed by applying merit-goods concept.

Second, the present conditions of LTCA in Japan are criticized. The content of the section is the following; economic nature of health care service, the comparison with the fundamental characteristics of Japan's medical care system, and the problems caused by immatured social system regarding LTCA.

Third, the paper rejects public service, household function, and the general market mechanism as the major apparatus for promoting LTCA in the future.

Finally, the author recommends the "quasi-market" idea, i.e. the combination of statutory social insurance schemes covering the LTCA needs and a diversity of supplying organizations. Also, the role of nonprofit enterprises in the above stated quasi-market is explained.

**Key words:** Long-term nursing care for the aged, Economic nature of health care service, Fundamental characteristics of Japan's medical care system, Quasi-market, Nonprofit enterprises