

生活支援ニーズに応える福祉産業の特性

The Characteristics of Welfare Industry and Personal Social Services Meeting Daily-living Needs of Persons with Disability

近 藤 克 則
Katsunori KONDO*

Abstract

Welfare industry has been expected to be a hopeful industry in aging society. However, it is unable to succeed without understanding the characteristics of the industry, which has to meet daily-living needs of persons with disability. The purpose of this paper is to describe the characteristics from four viewpoints.

- 1) Daily living of persons with disability need the continuity, comprehensiveness, easy accessibility and variety of services.
- 2) The characteristics of goods or services and its delivery systems are that the demands and roles of family caregivers, formal carers, in particular care managers, have to be taken into consideration.
- 3) Compared with other industries, the personal social service and related services providers have to manage higher personnel expenditure ratio, integration with health services and the difficulty of quality control etc.
- 4) The government plays significant roles under the public long-term care insurance, for example the prices of services are decided by the central government.

The manager of welfare industry meeting daily-living needs of persons with disability must to know these key characteristics if he want to succeed.

社会の高齢化や介護保険の導入を追い風に、21 世紀の成長産業といわれる福祉産業には、どのような特性があるのだろうか。それを明らかにするのが小論の目的である。福祉産業には、対人サービスからめがね・かつらに至るまで幅広い業種が含まれるので、ここでは、福祉産業の特性を最も色濃く反映している要介護者・介護者の生活支援ニーズに応える分野を中心に述べる。具体的には、介護保険で民間事業者の参入が認められた対人介護サービス（訪問介護、訪問入浴サービス）、福祉用具レンタル事業者やメーカーなどを、想定して特性を検討する。

* Associate Professor, Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University

1 福祉産業の特性——分析の枠組み

産業の特性を論じる時に、様々な切り口があり得るが、ここでは、1. ニーズ、2. 商品・デリバリーシステム、3. 経営マネジメント、4. 介護保険下の市場という4つの視点から特性を検討する（図1）。

一番目の「生活支援ニーズの特性」を知ることは、「ニーズ」を満たす魅力ある商品の開発にあたり不可欠なものである。そのために、要介護者や介護者が持つ「生活支援ニーズ」の特性について述べる。第二の、「商品・デリバリーシステム」では、商品が消費者に選ばれ、届けられる過程における特徴を、第三の「マネジメント」では、狭い意味での経営にとどまらず、質の管理などを含む広い意味での福祉産業のマネジメント上の特性について述べる。最後に、「市場の特性」では、公定価格である介護報酬でまかなわれる介護保険下の介護市場の特性について考察する。

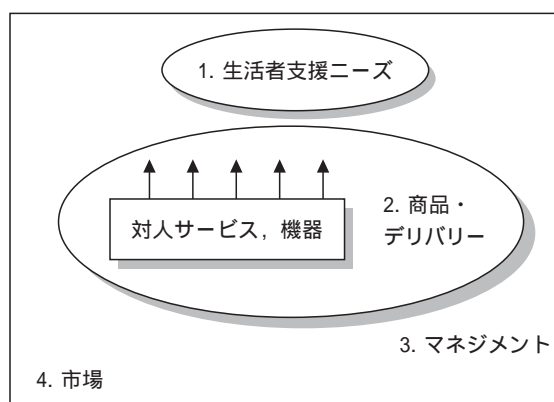


図1 福祉産業の特性の分析枠組み

1) 生活支援ニーズの特性

(1) 連続性・総合性

生活を支援するためには、切れ目のない連続性や総合性をもつサービスが不可欠である。連続性が問われる例として、おむつの交換を例に挙げるだけでも十分だろう。健常人でも1日の排泄回数は4回から7回程度である。健常人であれば尿意を感じることも出来るし、排泄をして良い状況が整うまで、ある程度の時間我慢できる。しかし、要介護者では、尿意が消失したり、尿意を感じてから我慢できる時間が短くなったり、排泄回数が増えることもあり、排泄時間を正確に予測することは困難である。したがって、質の高い介護の一つの目安といわれる「適時おむつ交換」（おむつが濡れたら直ちに交換）や「排泄誘導」（排尿が予想される時間になったり、それらしい身振りが見られたりしたらトイレに座らせて排尿を促す）を行おうとすれば、連続的に（長時間あるいは頻回に）身振りやおむつの状態を観察する必

要がある。

総合性の必要性は、一人暮らしの要介護者の自宅療養を支えることを考えれば、明瞭である。生活を支援するためには、おむつ交換だけではダメである。三度の食事もいれば、入浴もいる。洗濯も掃除も、通院あるいは訪問診療や看護など、生活を支える総合的なサービスの組み合わせが必要なのである。

(2) 多様性

要介護者にも、多様な障害像がある。精神・知的機能障害(痴呆など)と身体機能障害(寝たきりなど)の2つの軸に限っても重症度に相当な広がりがある。例えば、要介護認定で参考にされる厚生省の「痴呆性老人の日常生活自立判定基準」には、ランク J, A, B, C, M の5ランクがあり、さらに J と A は a と b に細分できる。また、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準は、ランク J, A, B, C の4ランクあり、それぞれ1と2に細分できる。この両者をクロスさせたマトリックスでは、5×4ランクで合計20(細分化すれば7×8=56)の障害像に分類可能である。さらにこれに、痴呆では問題行動(これにも訪問調査の基本調査項目だけでも21種類ある)の有無や身体障害の麻痺の強い部位などを組み合わせれば無数の障害像になるのである。ニーズは障害像により異なってくるので、ニーズは多様であり、汎用性のあるものでなければ一つの商品で満たせるのは、きわめて少数の顧客のニーズにすぎない。

(3) 強い地域性

一点豪華主義で満たされるサービスならば、遠隔地であっても満たすことができるであろう。例えば、日常から抜け出したいというニーズに応える旅行などであれば、海外リゾートなど遠いことが魅力になり得る。しかし、生活支援サービスは、24時間365日にわたるサービスでなので、場合によっては1日に何度も通える距離にサービス拠点がなければ、ニーズを満たせないものである。また、先に述べた総合性とも関わって、自前ですべてのサービスを提供できない限り、他のサービス提供者との連携を必要とする。柔軟な連携のためには、フェイス・ツー・フェイスの関係を基礎とするネットワークが必要であり、この面でも地域密着性が求められる。

(4) 生活支援ニーズの中心は対人サービス

介護負担を軽減する福祉機器が期待されるといっても、介護そのものを人間にとってかわれるほどのロボットの開発には、いまだ相当な時間を要するであろう。当面は、あくまで対人サービスが、ニーズに応える主役であり、福祉機器は脇役にとどまる性質を持っている。

2) 要介護者向け商品・デリバリーシステムの特性

(1) 専門職が介在

a. 素人にはわかりにくい——「情報の非対称性」あるいは「情報格差」がある

介護商品の選択は、医療に比べれば、見ただけでわかりそうな印象があるが、実際には

相当の情報が必要である。車椅子を例にとっても、基本構造の違いだけでも、普通型、リクライニング型、介助型があり、介助型はさらにA型とB型がある。これにアームレスト（肘のせ）やフットレスト（足のせ）、バックレスト（背もたれ）などにオプションが加わる。さらにこれに、要介護者の障害像の多様性が加わるので、最適な商品の選択は意外に難しい。もちろんすべての要介護者が唯一絶対の車種があるわけではないが、それぞれの特徴や限界・適応を知らないばかりに、例えばタイヤのサイズが大きすぎて自宅内で方向転換が出来ず単なるイスとして使われているなどという事態も生じている。商品提供者と購入者が、同じように商品进行评估できる「情報の対称性」は、部外者が思うほど高くないのである。やはり、介護分野にも、相応の知識をもった専門家が必要である。

b. 適応例にのみ使用価値がある——多品種少量生産&デリバリーにならざるを得ない

福祉機器で考えるとニーズの多様性からわかる通り、ある商品がその使用価値を発揮できるのは、限定された消費者となる。汎用性や共用性を高めない限り大量生産ができない、典型的な多品種少量生産商品である。

対人介護サービスをとっても、介護技術には難易度があり、また介護者に使用経験のない介護機器は使用できない場合もある。ヘルパーであれば誰でも何にでも対応できるというものでもない。さらに人間同士なので相性の問題も加わり、排泄介助や自宅内に他人を入れることなど、プライバシーに関わることであるので、人選に苦労している現場はまれでない。

c. 流通の特殊性——エンドユーザーに直接売り込みは困難

介護サービスの主なエンドユーザーは、痴呆や寝たきりなど何らかの障害を持つ高齢者である。したがって、情報収集能力や自己決定能力にも障害があり、直接売り込むことは困難である。結局、家族にその商品の良さや必要性を説明してくれるケアマネジャーあるいは家族に、情報を届ける必要性が高い。

(2) 家族も介在

a. 選択・購入するのは家族

要介護者の判断能力は障害されていることが多いため、介護用品の場合、選択・購入決定するのは要介護者本人でなく家族となる。そのため、要介護者には「よい商品」であっても、家族にとって操作や収納、精神的ストレス、経済性などの面で負担を強い商品、選択されない性質を持つ。介護機器分野のヒット商品といわれる松下電器の座・シャワー（座っているだけで全身のシャワー浴が可能となる）も、「要介護者だけでなく疲れて帰宅した家族にも使える」と家族に支持された点が無視できないであろう。要介護者以上に介護者である家族に支持されることが、決定的に重要なのである。

逆の例を挙げれば、悪質な老人病院が問題とされなくならなかった背景には、家族の苦しい事情もあった。自宅でみられないにもかかわらず「急性期治療を終えたから」と退院を迫られた家族には、他に選択の余地がなかったからこそ要介護者本人にとっては良

質でないことを家族は知っていながら入院させざるを得なかった。また経済的に余裕のない家族にとって、人手が少なく環境も良いとはいえない病院は一般に経済的負担が少なくてすんだ（さらに極端に言えば早期に死亡すれば経済的負担がさらに少なくてすむ）ことなどの消極的な理由からではあったが、家族に選択されていた事情があったのである。

b. 家族がいなければ、重度要介護者の在宅療養は不可能

現在の介護保険の給付水準では、一人暮らしの重度障害者が在宅で療養できる北欧の水準にはほど遠く、要介護者の在宅療養は、介護してくれる家族がいなければ不可能である。今後、一人暮らしや高齢夫婦のみの世帯が増えることを前提として、そのような要介護者であっても在宅療養を継続できるような総合性と高い水準を持つレベルに改善されるのであれば、個々の介護機器や介護サービスがいくら優れていても、その市場拡大は期待できない。現状のまま推移すれば、中長期的には在宅にとどまれない要介護者を対象とする施設サービスや施設で用いられる設備・機器の市場の方が拡大する可能性も高い。

c. 教育・情報の重要性 —— 重要な情報への接近のしやすさ（accessibility）の向上

いまだかつて超高齢社会を経験した国はなく、しかも今後提供されるサービスも急激に変化することが予想される。潜在的ニーズは大きくとも、それが現実を満たされうることが知られなければ、そのニーズはいつまでも顕在化され（「需要」とな）ることなく埋もれてしまう。例えば、血液透析を受けている患者は、週に3日程度一日に4から6時間程度は血液透析装置による人工透析を必要とするため、旅行をあきらめている場合が多い。しかし、最近ではハワイなどリゾートには、旅行客向けの透析医療を提供する施設が登場している。同様に、車椅子などを必要とする障害者向けの海外旅行プランも徐々に人気を高めているという。このような生活の質を高めてくれる医療・福祉関連ビジネスがあるという情報が必要な顧客のもとに届かなければ、「あきらめ」のために購入意欲は顕在化しない。

一方、増えたとはいっても65歳以上の高齢者は全人口の17%程度であり、要介護者はその13%前後に過ぎない。人口全体からみれば $17\% \times 13\% = 2\%$ 程度であり、マスメディアを使った方法の効果・効率が問われることになる。しかも、そのような情報を必要としている介護者は、「新聞やテレビを見るひまがあったら寝ていたい」というほど、介護に追われ疲れており、情報入手のルートは限られている。

(3) 対人サービスとともに使われないと使用価値が発揮されない

機器についていえば、介護者がいなければ車椅子も移乗用のリフトもほとんど役に立たない。今後、老老介護がいつそう進むことから、高齢者にも操作しやすいことがますます重要となる。また、対人サービスを社会的に補う水準が高くならなければ、在宅向け介護機器の市場は拡大しない。福祉機器産業の拡大のためにも、社会的な対人介護サービスの拡充が不可欠である。

(4) ケアマネジャー・ケアマネジメントが重要

a. 顧客を把握しているケアマネジャー（介護支援専門員）

先に述べたように、要介護者の生活ニーズは多様であり、あるサービスを必要とする顧客（要介護者）の発見は、容易ではない。この面で、ケアマネジャーは、どこに顧客がいるのかだけでなく、対象の状況・ニーズを把握しているので、市場の拡大の鍵を握るキーパーソンである。ケアマネジャーに、必要かつ良質なサービス・商品として認知されるか否かが、福祉ビジネスとしての成否の分かれ道となる。

b. ケアマネジメント——高いQOL（生活の質）の提案

介護保険で導入されたケアマネジメントの必要性和目指しているものを確認しておこう。先にも述べたように、生活支援ニーズの重要な特徴は、その連続性、総合性である。したがって、そのニーズを満たす介護サービスや機器も、単品だけでは生活の質は向上しない。単品でなくそれらが組み合わせられたパッケージ（ケアプラン）となってはじめて、生活全体が変わるのである。この一連の過程がケアマネジメントと呼ばれるものである¹⁾。

また、いろいろな介護サービスや機器などを、限られた給付上限額の枠内で組み合わせるには、目標（ゴール）の高さが重要である。例えば、現在の日本の住宅とその周囲には必ず段差があり、車椅子の導入なども、住宅と周囲のバリアフリー化がともに進められなければ、居室内での使用にとどまってしまう。「散歩を楽しめる生活」をゴールに設定した時に初めて、車椅子の購入だけでなく、段差解消のための器具も住宅改修工事もケアプランに入るのである。ゴールとプランを決めるのはケアマネジャーである。この意味でもケアマネジャーはキーパーソンである。

先に例を挙げた障害者向け旅行に代表される、高いQOL——あたらしいライフスタイル——の提案を伴う商品は、ニーズを掘り起こし需要を拡大する可能性を秘めている。その鍵は、単品サービスでなく必要なサービスや機器をパッケージにされているかどうか、言い換えればケアマネジメントされているかどうかである。

3) 生活支援ニーズに対応する事業体経営（マネジメント）の特性

(1) 高い人件費比率

福祉分野は、典型的な労働集約型産業である。在宅サービス部門では人件費比率は8割であり、施設でも6割前後を占めている。人件費比率が高いと言われるデパートやホテル業界に比べても、介護サービス分野の人件費比率は著しく高いのが特徴である。

その理由として、ヘルパーに象徴されるように、機械化できる業務に限度があり素手で提供するサービスの比重が高いこと、事前にセンター方式で下準備ができる部分が少ないこと、食事介護など希望利用時間が集中し、適時排泄介助などは時間の予測が困難であること、生活を支えているだけに、急な変更に伴う臨時の需要やスタッフの病欠などに対するバックアップ体制が必要なこと、情報化により合理化できる余地が少なく、投資額が大きくなればその

メリットは出にくいなど、避けがたい要因がいくつも存在している。

また、福祉用具の製造・流通においても多品種少量生産となりがちなこと、利用者の発見²⁾や環境との適合（フィッティング）に手間・コストがかかるなど、やはり人件費上昇要因が大きい。

他産業で有効であったマネジメント手法を、人件費比率が高いこの分野に適応して効果を上げるには、独自の努力・工夫が求められよう。

(2) 求められる高い地域密着性 —— スケールメリットは出にくい

訪問型にしる通所型にしる在宅サービスには、移動の時間がついて回り、この時間が大きくなると効率は低下する。したがって、一つの拠点がカバーするエリアは狭い方が効率は高いことになる。逆に言えば、一つの拠点を大規模化するようなスケールメリットを追求するよりも、複数拠点方式（あるいはサテライト方式）のメリットが多い。

複数拠点方式によるメリットが期待できるのは、複数の拠点で緊急時のバックアップ体制や管理・研修などの間接部門を共有するような展開である。ただし、この面でも人の移動が伴うのでやはり比較的狭い地域性が強みを発揮する。また、人材の層が厚くなることで、新拠点の管理者の確保などが容易になる面も期待できる。さらに、この産業では女性労働者が多いのも特徴なので、遠方への転勤を伴う移動には困難が伴う。この面からも対象とする地域は狭い方がよいことになる。

こうしてみると拠点間の距離が離れた分散型の全国展開よりは、1時間以内に移動可能なエリア内に複数の拠点を配置する方が、マネジメント上のメリットは大きい。このことは、次項で述べる「複合体」³⁾が、限定された地域内で展開していることに、マネジメント上の合理性があることを示唆している。

(3) 医療との連携が不可欠 —— 保健医療福祉の「複合体」の時代

保健医療福祉の「複合体」とは、主に医療法人や社会福祉法人が中心となり、様々な保健・医療・福祉施設を、合わせ持つ形態のことである³⁾。具体的には、医療機関を中心に訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、訪問リハなどの訪問系、診療所やデイケア・デイサービスなどの通所系、病院や老人保健施設、特別養護老人ホームなど入所系などの各種事業所を、併設あるいは同じサービス提供エリア内で運用しているものである。

介護サービスの対象者は、基礎に何らかの疾患を持っていることが多く、また要介護者は、いろいろな合併症を起こしやすい。筆者の経験でも、訪問診療の対象患者の一割程度は、常に交代で入院し、デイケアの利用者も、登録患者の1-2割程度は、入院や体調不良などを理由に欠席する。つまり、介護サービス利用者には、発熱や元気がないなど医学的な評価が必要な状態や、カテーテルの交換など医療的処置を必要とする状態は珍しくなく、医療との連携が不可欠なのである。また、医療機関がバックについている「複合体」の介護サービス事業者と「単独型」の介護サービス事業者とが同じ地域に合った場合、医療・医師信仰が強い日本では「複合体」は一種のブランド効果を発揮すると思われる。

また、要介護者の多くは、脳卒中や骨折・腰痛などに代表される疾病をきっかけに介護サービスの利用を開始する。つまり医療機関は介護サービスの入り口に当たるのである。いわば(川上から川下までおさえる)「垂直統合」という意味でも「複合体」には大きな強みがあるのである。

(4) 質のコントロールが困難

介護サービスにおいて、質のコントロールが困難な理由は3つある。まず、対人サービスの中でも、人に依存する部分が大いことである。しかも、多様な年齢層の多様な背景・経歴をもつ層が雇用されている。そのため、マニュアルを作成してもその遵守が容易でなく、かつマニュアルを読んだり講習会を受講しただけでは実技が伴わない。

第2に、サービスを提供する相手が多様であり、生活水準や信条・価値観などにより、サービスに求めることも多様であることも、質のコントロールを困難にしている。このような相手の求めているものを感じ取り、それに対応することは、マニュアルや講習会では習得が難しい暗黙知⁴⁾やアート⁵⁾(技術・技能)である。

第3に、そもそも「良いサービス」を定義したり、質を評価すること自体が難しい。規格が決まっており不良品の定義が容易な製造業とは異なり、どのようなサービスを「良いサービス」とするのか評価するための定義すら簡単でない。例えば、要介護者が自分でできないことをすべて介助することは、安楽の視点からは「良い」サービスであるが、自立支援の視点からは「良くない」サービスになるなど一義的ではない。また、特に訪問サービスでは、ヘルパーと利用者とのみのいわば密室で仕事がされることも、研修や評価を難しくする。対人サービスの質を評価したりコントロールしたりすることは、不可能ではないが大変手間がかかるものである。

(5) 競争の中心は、コスト削減

福祉ビジネスのモデルには、いろいろあり得るだろう。しかし、多額の自己負担が可能な富裕層を、しかも多数相手にできる大都市部でない限り、収入は「公定価格である介護報酬」で決められてしまう。したがって、利益の確保の面に限れば、競争は顧客数増加とコスト削減にかかっている。しばしば話題となる質の高さは、それが高いから収入が増えたり、低いから価格が低くなったりするわけではない。醒めた見方をすれば、顧客確保に支障のない程度の質を確保すればよいし、供給量不足地域では質が低くとも「ないよりマシ」ということになる。

(6) 特定のサービス分野に特化はリスクが大きい

福祉産業の政治的リスクは、介護報酬が市場でなく政府により決められる公定価格であることにある。介護報酬は、サービスの種類や要介護度、地域加算などにより事細かに決められている。介護報酬と事業にかかる費用との差額である「うまみ(利益)」の大きさには、在宅サービスをとっても、12種類の間に当初バラツキがある。しかし、厚生労働省が医療保険の診療報酬の改定で見せてきた実績からすれば、以下のような予想ができる。次の改

訂に向けて、どのサービス分野にうまみが多いのかを把握し、いわば過剰利益の部分を削って次の政策誘導の財源にあてる。あるサービス分野の供給量がニーズに対し不足している間はその分野に手厚くし、過剰になれば介護報酬を引き下げそれ以上の拡大を抑制し、あわよくば一部の事業者が撤退することを期待する。供給量が不足でも過剰でもないサービスについては、うまみが大きい部分を削り、原価割れしている分野への上乗せ分の財源にしてしまうであろう。2003年度の改訂で、施設サービスの報酬が削られ、在宅サービスの報酬が引き上げられる方向というのは、まさに、この現象である。

つまり、特定のサービス分野に特化することは、公定価格の介護保険制度の下ではリスクが大きい。その分野が供給量不足の間は、うまみのある介護報酬に支えられ急成長が期待できるが、需給バランスがとれたと厚生省が判断して以降は、厳しい展開になるからである。政治的リスクを分散するには、複数のサービスを複合的に提供し、介護報酬水準をみてその重心を移動できるマネジメントが求められる。

4) 介護保険下の介護市場の特性

財界は、民間企業の役割を強調し、その条件整備のための規制緩和などを求めている。例えば、2000年1月25日に発表された経団連「新産業・新事業委員会企画部会」から「医療・福祉分野の市場創造・拡大に向けて」と題する報告書や、最近では総合規制改革会議による規制改革特区構想に、その主張を見ることができる。しかし、そこでは政府の役割については消極的評価しかされていない。

筆者は、高齢社会に対応するために、福祉分野にも「競争」が持ち込まれることは支持する。が、市場の機能を過大評価する市場原理主義者が期待しているような「市場」の拡大には大きな不安を感じる。また、「生活を支えること」や医療福祉サービスの特性も軽視されていると考える。医療経済・社会政策研究者の立場から、以下で健全な医療・福祉事業者あるいは産業を育む市場創造のための政策のあり方について考えたい。

(1) 「競争的市場」で福祉産業は活性化するか？

a. 介護保険で導入されるのは「市場」ではなく「競争」

介護保険で、「市場原理の導入がされた」と表現されることがあるが、これは誤りである。経済学で基本的モデルとされる「競争的市場」は、導入されていない。導入されたのは、「競争」にすぎない。

経済学の教科書でいう「競争的市場」では、「価格は、需要（買い手）と供給（売り手）の法則で決まる」ので「取引価格が需要と供給を一致させる均衡価格となる」世界をモデルとしている⁶⁾。しかし、介護保険においては、価格は公定価格である介護報酬で決まっているのである。介護保険で導入される「市場」的側面とは、第一に、契約制度に移行することで、利用者がサービス事業者を選べるようになること、第二に、在宅サービス提供者を多元化し、民間企業も参加させることでサービス提供者間に競争を持ち込むことなど

であり、「競争」の導入を指しているにすぎない。

b. 政府の役割は、「市場の失敗」の矯正

「市場」にすべてをゆだねれば、必ず高い経済効率性が実現するわけではない。介護に苦しむ国民は数十年前から数十万人規模でいたにもかかわらず、しかも、民間保険会社が以前から商品として「私的」介護保険を販売していたにもかかわらず、「市場」ではこの問題は解決しなかった。加入者が少ないため保険料が高額となり、「市場」にゆだねていたのでは、「私的」保険需要が伸びなかったからである。経済学でいう「市場の失敗」の一つ「市場の欠落」⁶⁾の典型例が、介護サービスを中心とする福祉産業分野で見られたのである。

「市場の失敗」を矯正する役割は、政府にも求められる。介護保険制度は、社会問題化してきた介護分野で、政府がその責任を果たすべく、5番目の社会保険として立ち上げたものである。政府が責任を果たすときに、考慮すべき点——「公正の視点」「適切な規制」について介護サービスと共通点の多い医療サービスを例に以下で検討しよう。

(2) 政府の役割

a. 不可欠な「公正」の視点

政府の役割として不可欠なものが、社会における「公正」の視点である。需要と供給の調整を主に売り手と買い手だけに任せた場合、どのような状態になるのかはアメリカ医療の実状をみると理解できる。アメリカには、世界から患者や研究者を引きつける高水準の医療がある一方で、人口の約2割弱に相当する4000万人もの無保険者を生んでいる。疾病は貧困と深く結びついており、潜在的ニーズは低所得層に多い。しかし、無保険者である低所得層の患者たちには、医療を購入する経済力がないために、市場に買い手として登場できないのである。市場に委ねれば高まるはずの「効率」も国のレベルで医療サービスの効率を考えた場合、WHOのレポートでも示されたように、アメリカの医療が日本よりも優れているとはいいいがたい。アメリカはGDP比で世界一、日本の2倍の水準の医療費をつぎ込みながら、4000万人もの無保険者を残し、平均寿命も世界7位にとどまっているのであるから。

我が国の介護分野をみても、要介護者の出現頻度は、やはり低所得層ほど多い⁷⁾。福祉サービスの需要を持つ層が購入資金をもっていない場合には、市場原理にゆだねても、市場は拡大するはずがなく、福祉産業の将来展望を明るく描くことはできない。この分野には、所得再分配機能を持つ社会保障給付を導入して社会的に財源を確保し、要介護認定を受けた者に対し必要に応じて給付する公的な医療・介護保障制度が必要なのである。つまり、競争市場にゆだねても問題は解決せず、アメリカの医療と同様むしろ問題は拡大する事態が予想されるのである。

b. 規制緩和で効率は改善するか？

財界は、規制緩和を強くかつ広い範囲にわたり求めている。しかし、規制緩和で効率改

善などの効果が期待できるのは、商品の質を利用者が判断できる分野である。医療・介護分野においては、規制緩和論者のこの前提が、成立しがたいことが軽視されている。

医療や福祉の分野がサービス業としての性格を持つとしても、やはり他のサービス産業以上に、評価が難しい面があるのである。医療・福祉サービスの質の評価は、努力はされているものの、専門職同志においても、極めて難しい分野である。

例えば、ある疾患についての医療を例にとっても、死亡率が低い病院ほど質が良いとも限らない。重症例や手のかかる高齢者の診療を体よく断り、軽症患者だけを選択している可能性が高いからである。この面を評価するには、個々の患者の重症度を木目細かく記録する必要があるが、そのためには診療にあたる人員や現場で記録する人員、さらにそれをデジタル化する人員や情報機器、さらにデータを分析できる研究資源が必要となる。

市場原理主義者は、市場原理がうまく機能した領域における成功体験をもとに、医療・福祉分野が遅れていると主張する。しかし、ある分野で成功した手法が対象の性質が異なる他領域でも、成功する保障はないのである。

素人に分からなくても、専門家による第三者評価なら可能で、その結果を公表すればよいとの主張もある。しかし、日本医療機能評価機構が設立されて早くも5年がたったが、その間に評価できた病院数は816である（2002年12月16日現在）であり、全国にある9000余りの一般病院を母数にしても9%にすぎない。評価件数は年々増えているが、2001年度の実績でも245件である。このペースでは、全病院を評価するだけでも、数十年かかる。認定証の有効期間が5年なので、5年毎に全病院を評価しようとするれば、必要な財政規模は現在の数十倍となる。実際、医療機能評価が進み定着しているアメリカでは、人員も数十倍規模である。しかも、第三者評価の前提となる個々の医療機関が自己評価に使える診療・経営情報の蓄積など基盤整備の到達点にも雲泥の差が見られる。それらをマクロで見れば、アメリカの病院スタッフの数が日本の3倍、GDP比の医療費が日本の2倍に上ることを忘れてはならない。第三者評価に多額な投資をしているのも、医療分野の経済規模が大きいがゆえと言える。しかも、アメリカの医療のマクロで見た効率は低いのである。規制緩和で質と効率が高まるかどうかは、医療・福祉分野では実証されていないのである。

c. 生活関連社会資本の整備水準が福祉産業の市場を拡大する

福祉産業は、生活の質を上げることに貢献する産業である。したがって、国民にとって当たり前となった生活水準が高いほど、市場規模が拡大する性質を持つ。例えば、交通機関などのバリアフリー化など社会資本の整備が進めば、生活圏が広がり、屋外用車椅子の需要を生み、旅行商品の市場ができる。独居でも要介護者が在宅で過ごすのが当たり前になるためには、高い水準の社会サービスが必要であり、そうなれば、在宅介護機器の市場は拡大する。ガルブレイスのいう「アンバランスな社会」（私的なサービスや商品は高水準だが、公的なサービスは貧困な社会）よりも、社会サービスが充実した社会の方が、私

的なサービスや商品の市場も拡大し「バランスのとれた社会」が実現するのである。福祉産業の健全な育成のためにも、生活関連社会資本の整備水準を上げること、これは政府でなければ担えない役割である。

まとめ——福祉産業の特性

福祉産業が相手にするものは、生活支援ニーズである。生活の一時的、断片的要素に対するニーズを満たせば足りる他産業との違いの原点はここにある。それに応えるよい商品・デリバリーシステムを形にするには、思われている以上に専門性やケアマネジメントされたパッケージが重要で、ケアマネジャーがキーパーソンとなる。経営マネジメントでは、地域密着性や医療との連携・統合などが求められる。そして、公定価格で運用される介護保険下の福祉産業の市場は、競争的市場ではない。公正の視点や適切な規制、社会資本の整備、社会サービスの水準の引き上げなど、政府がその役割を十分に発揮することが、むしろ福祉産業発展の条件を拡大する。これらが福祉産業の特性なのである。

謝辞：本研究は、日本福祉大学課題研究費、科学研究費補助金（課題番号 14330038）の助成を受けて行った研究である。

参考文献

- 1) イギリス保健省・社会サービス監督庁ほか（小田兼三ほか監訳）「ケアマネジメント」学苑社，1996
- 2) Weissert WG: Seven reasons why it is so difficult to make community-based long-term care cost-effective. Health Services Research 20: 423-433, 1985
- 3) 二木 立「保健医療福祉複合体」医学書院，1998
- 4) 野中郁次郎：知識創造のダイナミクス。R. ラグルスほか編（木川田一榮訳）：「知識革新力」ダイヤモンド社，2001
- 5) M. ポラニー（長尾史郎訳）：個人的知識。ハーベスト社，1985
- 6) スティグリッツ，J. E.（藪下史郎ほか訳）「入門経済学」東洋経済新報社，p43-52，233-263，1999
- 7) 近藤克則：要介護者は低所得者層になぜ多いか——介護予防政策への示唆。社会保険旬報 2073：6-11，2000