

介護サービス事業の育成・振興方策に係る 調査研究報告書

平成13年3月

(財)岐阜県産業経済振興センター

ま え が き

4人に1人が65歳以上という時代を目前にして、高齢者の生活を支えるサービス産業の普及と充実が不可欠となっている。特に、介護保険制度の導入によってマーケットの形成を目指すことになった介護サービス産業は、地域福祉の向上とともに地域経済を牽引する新産業としてその発展に対して大きな期待が寄せられている。

しかし、市場化されて日が浅い介護サービス分野に参入しているのは中小企業が多く、一つの産業として自立し発展するためには、公的な支援も必要であろう。また、介護サービスが事業として成熟し参入企業にとって魅力が高まることは、利用者にとっても受けるサービスの質向上につながると考えられ、その支援は社会的に意義深いものとなる。

そこで当センターでは、「介護サービス事業に係る育成・振興方策に関する調査研究」として、介護サービス市場の実態をアンケート調査やヒアリング調査などにより把握するとともに、研究会、公開シンポジウムなどを実施し、介護サービス事業を育成・振興するための方策について議論を重ねてきた。

この報告書は、研究会等における議論の内容を中心にとりまとめたものであり、一つの考え方を示している。本報告書が介護サービス事業の発展の一助となれば、幸いである。

最後に、本調査研究の実施にあたり、名古屋市立大学の下野教授をはじめ研究会に参画頂いた方々、アンケート調査及びヒアリング調査にご協力頂いた多数の関係者に深く感謝を申し上げます。

(財)岐阜県産業経済振興センター
理事長 渡邊 東

目 次

研究会構成員名簿

研究会の開催経緯

第1部 本論

第1章 はじめに

1-1 調査研究の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

1-2 調査研究の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

1-3 調査研究の対象・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

第2章 介護サービス事業に関する基本的認識

2-1 介護サービス事業の育成・振興の意義・・・・・・・・・・6

2-2 介護保険制度の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

2-3 介護サービス事業の特性・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

2-4 介護サービス市場の可能性・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

第3章 岐阜県における介護サービス事業の現状

3-1 岐阜県の介護サービス事業をとりまく環境・・・・・・・・14

3-2 介護サービスへの参入状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

3-3 要介護者の現状と将来見通し・・・・・・・・・・・・・・・・17

3-4 介護保険者等の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・18

3-5 介護給付費等の支払状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・19

3-6 岐阜県介護保険事業支援計画・・・・・・・・・・・・・・・・19

第4章 介護サービス事業者及び利用者の意識

4-1 アンケート調査結果の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・21

4-2 ヒアリング調査結果の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・23

第5章 介護サービス事業の育成・振興のための基本的考え方

5-1 岐阜県の介護サービス事業が抱える課題・・・・・・・・25

5-2 介護サービス事業の育成・振興に向けた基本的方向・・27

第6章 介護サービス事業の育成・振興のための具体的方策

6-1 潜在需要顕在化のための方策・・・・・・・・・・・・・・・・28

6-2 競争環境の整備のための方策・・・・・・・・・・・・・・・・30

6-3 品質向上のための方策・・・・・・・・・・・・・・・・・・32

第2部 研究会委員論文

「介護サービス産業の現状と育成のために」・・・・・・・・35

名古屋市立大学大学経済学部附属経済研究所 下野恵子

「介護サービスの生産性向上とサービスの質について」・・47

静岡県立大学看護学部 大津廣子

「需給両面からの公的介護保険の評価」・・・・・・・・・・54

大阪大学社会経済研究所 大日康史

第3部 資料編

参考資料1 シンポジウム議事概要・・・・・・・・・・・・・・・・65

研究会構成員名簿

<座長>

下野恵子 (名古屋市立大学経済学部附属経済研究所 教授)

<委員>

石原美智子 ((株)新生メディカル 代表取締役社長)

市橋節子 ((株)コムスン田神ケアセンター オペレーションマネージャー)

大日康史 (大阪大学社会経済研究所 助教授)

大津廣子 (静岡県立大学看護学部 助教授)

鈴木伸一 ((株)コムスンサービス推進部東日本地域ネットワーク推進課)

林 一成 (特定非営利活動法人介護支援ネットワーク協議会ぎふ 理事長)

松葉英之 (岐阜県健康福祉環境部福祉政策課 課長補佐)

溝口賢一 (岐阜県健康福祉環境部高齢福祉課介護保険室 課長補佐)

三輪隆博 (岐阜県農林商工部新産業労働政策課新産業振興室 課長補佐)

(50音順 敬称略)

研究会の開催経緯

- 第1回研究会 平成12年9月18日(月) 県民ふれあい会館408会議室
研究スケジュールについて
岐阜県における介護サービス事業の現状について
アンケート調査について
- 第2回研究会 平成12年11月20日(月) 県民ふれあい会館407会議室
アンケート調査の結果について(速報)
委員からの報告(石原委員、市橋委員、林委員)
「介護サービス事業を展開するうえでの障害、問題点、行政に期待する点について」
- 第3回研究会 平成13年2月5日(月) 県民ふれあい会館407会議室
アンケート調査の結果について
委員からの報告
「介護サービス産業の育成」 下野座長
「介護サービスの生産性向上とサービスの質について」 大津委員
「公的介護保険による実際の介護需要及び介護事業者の分析」 大日委員
- 第4回研究会 平成13年3月6日(火) 県民ふれあい会館404会議室
報告書骨子について
- 公開シンポジウム 平成13年3月19日(月) 県民ふれあい会館301中会議室
<第1部> 問題提起
「介護サービス産業の育成のために」
<第2部> パネルディスカッション
「介護サービス事業の育成・振興のあり方」

第1部 本論

第1章 はじめに

1-1 調査研究の背景

2000年4月からの介護保険制度の実施に伴い、介護サービスの利用は従来の措置方式から契約方式に移行した。この介護保険制度では、それまでの措置とは異なり介護サービスの利用者が自分自身のニーズに合ったサービスを、適切に選択し利用できる環境として、質と量を兼ね備えた介護サービス事業者が多数参入した介護マーケットが形成され、円滑に機能することが求められている。

国立社会保障人口問題研究所によると65歳以上の高齢者が2015年には約3200万人（高齢化率 全国25.2% 岐阜県25.5%）と予測されており、人口の4人に1人が高齢者という高齢社会を迎えることはほぼ確実である。よって要介護認定者数及び全高齢者数に占める割合も年々大きくなることが間違いないと見込まれている。

そのような高齢社会においては、介護サービスの充実が社会的に重要な課題であり、既存のサービス提供主体に加えて、民間企業を初めとする多様なサービス提供に期待するところが多い。よって産業としての介護サービス事業についてビジネスとしての魅力を高めるための環境整備が必要とされている。

1-2 調査研究の目的

本調査研究においては、岐阜県における介護サービス市場の実態を、供給と需要の両面から調査分析し、介護サービス市場の発展に向けて懸案となっている課題を探る。

また介護サービスの充実が社会的に重要な課題であるという観点から、介護サービス市場に多様な供給主体が参入するための方策や介護サービス需要を喚起するための方策など介護サービス事業の育成振興のあり方について検討する。

1-3 調査研究の対象

本調査研究の対象となる介護サービス事業の範囲は、民間企業を中心とした多様な供給主体が、自由に参入・退出できる介護サービス市場とする。（表1-1）

（表1-1） 組織形態別の参入可能分野

組織形態	在宅サービス	施設サービス	ケアプラン作成
社会福祉法人			
公益法人		×	
医療法人等			
民間企業		×	
農協、NPO等		×	
地方公共団体			

* 一部の在宅サービスには民間企業等の参入について制約がある

* 在宅サービス、施設サービスの内容は2章を参照

第2章 介護サービス事業に関する基本的認識

岐阜県において、介護サービス事業を育成・振興していくための各種方策等を検討するにあたり、最初に介護サービス事業に関する基本的認識を整理する。

2-1 介護サービス事業の育成・振興の意義

(1) 介護サービス事業の発展が地域福祉の向上に役立つ

急増する高齢者の介護サービスに対するニーズ多様化への個別対応には、民間企業をはじめとする多様なサービス事業者の存在は不可欠である。

画一的になりがちな公的セクターに対して、多様なサービス事業者による柔軟な発想が導入されることによって質が向上する。

介護サービス分野がビジネスとして成熟することによって、介護保険制度が優れた制度となる。

(2) 安定・継続した市場として大きな雇用吸収力が期待出来る

介護サービスは不可避なニーズとして、景気動向にあまり左右されないある程度確実に予想できるマーケットとして安定している。

介護サービスの需要は継続的であり、持続性のある仕事となる。

労働集約的要素の強い介護サービス事業は、安定した雇用の受け皿となる。

従来 of 家族介護から開放されることに伴って、特に女性を中心とした労働力の供給増加が見込める。

介護のための途中退社が減少し、社会的損失を抑制できる。

(3) 地域経済の活性化に多大な効果を期待出来る

介護保険制度が十分に機能すれば、過剰貯蓄傾向が解消され、個人消費の拡大につながる。

介護サービス事業は大きな資本を必要とせず、地域密着型で比較的容易に新規開業、事業多角化できる。

トータルケアビジネスの中心として介護サービス事業が発展し、地域経済の活性化に寄与できる。

* 各種の生活支援サービスや健康増進のためのサービス、生きがいづくりのためのサービス、医療サービスなども含めたのがトータルケアサービス産業

2-2 介護保険制度の概要

介護サービス事業は、介護保険制度と結びついて存在するビジネスである。ここでは介護保険制度の概要について、基礎的な部分を整理・確認する。

(1) 介護保険制度創設の背景

介護を国民みんなで支えるという『介護保険制度』は、「人口の高齢化の進展による介護を必要とする高齢者の増大や介護リスクの一般化、家族形態の変化等、介護問題をと

りまく状況の変化」及び「措置制度を骨格とした老人福祉制度や、社会的入院などの問題点が生じた老人保健制度等、従来の制度による対応の限界」などを背景として生まれた。

(2)介護保険法施行までの状況

介護保険法は以下の検討経緯を経て、新しい形の社会サービスとしてスタートした。

1989年12月	「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」 ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイの『在宅3本柱』が初めて本格的に登場
1994年 4月	高齢者介護対策本部を設置（旧厚生省内） 「21世紀福祉ビジョン」（高齢社会福祉ビジョン懇談会） 社会保障給付費（年金、医療、福祉）の配分比率を、5：4：1から5：3：2への転換を決定
9月	「社会保障将来像委員会第2次報告」（社会保障制度審議会） 『公的介護保険構想』を提案
12月	「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」（高齢者介護・自立支援システム研究会） 高齢者の自立を基本理念とした『社会保険方式を導入した新介護システム』を具体的に提案 「高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直しについて（新ゴールドプラン）」
1996年4月	「高齢者介護保険の創設について」（老人保健福祉制度審議会） 約50回の審議、2回の中間報告を経た最終報告書
1997年12月	介護保険法成立 高齢者介護対策本部を介護保険制度実施推進本部に改組
1999年10月	市町村による介護保険の申請受付及び要介護認定開始
2000年 4月	介護保険法施行

(3)介護保険制度のねらい

介護の社会化

介護不安を解消し安心して生活できる社会をつくとともに、家族等の介護者の負担軽減を図る。また介護を必要とする状態になっても、自らの意思に基づき自立した質の高い日常生活を送ることができるように社会的に支援する。

利用者本位とサービスの総合化

従来の老人福祉制度と老人保健制度を再編し、利用者の選択により、多様な事業主体から必要な福祉サービスと保険医療サービスを総合的・一体的に受けられるようにする。

社会保険方式の導入

介護サービスに関する給付と負担の関係を明確にし、今後増大が予想される費用につ

いて、高齢者も含めた共同連帯によって支えていく。

社会保障構造改革

医療費の非効率的な使用を改めるため、医療保険から介護部分を切り離す。

また、民間企業や農協、NPOなど多様な事業主体の参加により、民間活力の活用を図る。

地方分権の先鞭

住民自らの意思と責任において政策選択－高負担高福祉か低負担低福祉か－を迫るものであり、住民自治の論理にかなっている。

(4)介護保険制度の対象となるサービス

在宅サービス

訪問介護	ホームヘルパーが家庭を訪問して、入浴、排せ、食事などの介護や家事などの身の回りの世話をするサービス
訪問入浴介護	巡回入浴車などで家庭を訪問して浴槽を運び入れ、入浴の介護をするサービス
訪問看護	看護婦や保健婦が家庭を訪問して、療養上の世話または必要な診療の援助を行うサービス
訪問リハビリテーション	理学療養士や作業療養士が、家庭を訪問して、機能回復のためのリハビリテーションを行うサービス
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師などが家庭を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービス
通所介護(デイサービス)	日帰り介護施設(デイサービスセンター)などに通わせて、入浴や食事、日常生活の世話、機能回復訓練などを行うサービス
通所リハビリテーション(デイケア)	老人保健施設、医療機関などの施設(デイケアセンター)に通わせて、学療去や作業療去その他必要なリハビリテーションを行うサービス
短期入所生活介護 (福祉施設のショートステイ)	特別養護老人ホームなどの福祉施設に短期入所させて、入浴、食事、排せなどの介護や日常生活の世話、機能回復訓練を行うサービス
短期入所療養介護 (医療施設のショートステイ)	老人保健施設、医療機関などの医療施設に短期入所させて、看護、医学的管理下における介護や日常生活の世話、機能回復訓練を行うサービス
痴呆対応型共同生活介護 (グループホーム)	5～9人の痴呆性老人が共同生活を行いつつながら、入浴、排せ、食事などの介護その他の日常生活上の世話や機能回復訓練を行うサービス
特定施設入所者生活介護	有料老人ホーム、ケアハウスなどに入所している要介護者に対して、介護サービス計画に基づいて、入浴、排せ、食事などの介護その他の日常生活上の世話や機能回復訓練を行うサービス
福祉用具の貸与等	車椅子や特殊ベットなど福祉用具の貸与、購入費(特殊尿器など貸与になじまないもの)、住宅外修費(手すりの取り付けや段差の解消)の支給など

施設サービス

介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム（老人福祉法）の入所者に対して、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話や機能訓練および療養上の世話などを行うサービス
介護老人保健施設	老人保健施設（介護保険法）の入所者に対して、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護その他の日常生活上の世話や機能訓練および必要な医療などを行うサービス
介護療養型医療施設	療養型病床群等（医療法）の入所者に対して、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護その他の日常生活上の世話や機能訓練および必要な医療などを行うサービス

ケアプラン（居宅介護サービス計画）作成

介護保険施設および指定居宅介護支援事業者に配置された介護支援専門員（ケアマネジャー）が、要介護認定を受けた利用者のための介護サービス計画を作成するサービス

(5)被保険者及び認定手続き

被保険者

第1号被保険者・・・65歳以上の人

第2号被保険者・・・40歳から64歳までの医療保険に加入している人

要介護度認定

被保険者が申請し、介護認定審査会において要介護状態区分等についての審査・判定を受けることが必要である。なお、要介護状態区分は、以下の6つに分かれる。

要支援・・・日常生活の上で一部介助が必要な場合や、状態が悪化しないようリハビリなどの支援を要する場合

要介護1・・・立ち上がりや歩行などが不安定で、排せつ、入浴などに部分的な介助を要する

要介護2・・・立ち上がりや歩行などが自力ではできない場合が多く、排せつ、入浴などに部分的または全介助を要する

要介護3・・・立ち上がりや歩行などが自力ではできず、排せつ、入浴などに全面的な介助を要する

要介護4・・・排せつ、入浴、衣服の着脱など日常生活に全面的介助を要する

要介護5・・・日常生活を行う能力が著しく低下しており、全面的な介助を必要とし、意志の伝達がほとんどできない

(6)利用限度額

要介護度の段階ごとに、サービスの種類等に応じて保険給付の上限額で設定されており、原則として以下のとおりである。

区 分	訪問・通所サービス（月額）	短期入所サービス（日数）
要支援	61,500円	6ヶ月につき7日
要介護1	165,800円	14日
要介護2	194,800円	14日
要介護3	267,500円	21日
要介護4	306,000円	21日
要介護5	358,300円	42日

(7)自己負担金

原則としてかかった費用の1割を利用者が負担する。なお、利用限度額を超えて利用した分は、全額自己負担となる。また利用者負担が高額となる場合には、軽減を図る制度などがある。

2-3 介護サービス事業の特性

(1)情報の対称性がある

サービスの質や必要性をサービスの受け手自身やその家族が判断することができる場合が多い。

消費に反復性があるので、気に入らなければ購入先を他に変更することができる。しかし実態は需要者のおかれた環境によって様々で千差万別である。

(2)規模の利益はそう大きくない

在宅介護のための事業所などは、あまり規模が大きくなると交通の問題が深刻化する。また介護福祉士などの資格を持つサービス提供責任者の配置（常勤ヘルパー10人に対し1人）など、規模を拡大しても単純には利益が上がりにくい。

(3)労働集約的である

売上高に占める人件費の割合が高い。そのため人件費を抑えて良いサービスが提供されるかによって収益が大きく左右される。

介護サービスの供給は、変則的な労働条件を必要とする切迫した介護需要が生じるのは通常の間時間帯よりも夜や朝であることが多い。

(4)需要者が限定されている

65歳以上の要介護状態にある人は限定されており、かつ市町村からの要介護認定という手続きを経て、初めて介護サービスの対象者となる。

要介護状態にあっても、介護を家庭内労働に依存していれば、ニーズは顕在化してこない。

(5) 事業者には価格設定の主導権がない

介護報酬単価は厚生大臣が定めるため、事業者には価格設定の主導権がない。
提供するサービスに付加価値を付けても、それを価格に反映させることができない。

(6) 生産と消費が同時で同じ場所

生産と消費は、常に同時に同じ場所で行われる。

介護サービスの提供行為は、事業者側から見れば「生産」であり、利用者側から見れば「消費」である。

(7) 供給者と需要者の協働が、介護サービスの質に影響

需要者が非協力的であれば、正確な情報が把握できず、適切なサービス提供を行えない可能性がある。

(8) 継続性が重要

介護サービスは利用者の生活を支えるものであり、サービスの継続性が極めて重要である。

サービスが途中で途切れてしまうと、利用者の生活を損なってしまう。

2-4 介護サービス市場の可能性

介護関連サービスの市場規模については、これまで各省庁及び民間シンクタンクによって推計されている。ここでは、主なものを取り上げる。

(1) 厚生労働省（旧厚生省）による予測、計画

厚生労働省では、公的介護保険市場規模（保険給付に要する介護サービス費用の総額）を2000年度の4兆3千億円から、2010年には6兆9千億円へ拡大することを見込んでいる。

* なお厚生労働省は、平成12年度を初年度とした今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）を策定している。これは、高齢者保健福祉施策の一層の充実を図るため、各地方公共団体の介護保険事業計画を踏まえ、策定された新たなプランである

1 プランの基本方向

（基本的な目標）

活力ある高齢者像の構築

社会全体で活力ある高齢者像の実現に向けて、意識改革を含め取り組むことが肝要

高齢者の尊厳の確保と自立支援

要介護の高齢者やその家族が安心できるよう、介護サービスの質量ともの確保を目指す
支え合う地域社会の形成

高齢者に対する支援が地域においてなされなければならない

利用者から信頼される介護サービスの確立

サービス提供が契約化される中で介護サービスの信頼性の確保こそ重要

2 今後取り組むべく具体的施策

- (1) 介護サービス基盤の整備
- (2) 痴呆性高齢者支援対策の推進
- (3) 元気高齢者づくり対策の推進
- (4) 地域生活支援体制の整備
- (5) 利用者保護と信頼できる介護サービスの育成
- (6) 高齢者の保健福祉を支える社会的基盤の確立

3 介護サービス提供量の目標数値

	(新ゴールドプラン目標)	
	2000年度	2005年度
ホームヘルパー	17万人	35万人
訪問看護ステーション	5,000ヶ所	9,900ヶ所
デイサービス/デイ・ケア	1.7万ヶ所	2.6万ヶ所
ショートステイ	6万人分	9.6万人分
特別養護老人ホーム	29万人分	36万人分
老人保健施設	28万人分	29.7万人分
グループホーム	—	3,200ヶ所
高齢者生活福祉センター	400ヶ所	1,800ヶ所

(2)内閣府(旧経済企画庁)による調査

内閣府では、「介護保険導入の経済に与える影響調査」(1999年3月(社)日本リサーチ研究所へ委託)において、2010年度における介護費用と労働力を試算している。

その調査によると、2010年度の介護保険の給付総額は、全国で88,280億円(うち岐阜県は1,584億円)、在宅介護に必要な従事者数は、訪問型が全国で1,435千人(うち岐阜県は23千人)通所型が全国で1,340千人(うち岐阜県が21千人)となっている。

(3)中小企業庁による調査

中小企業庁では、「在宅介護・在宅生活支援サービスの現状把握と今後の発展可能性についての調査研究」(1998年(株)日本アプライドリサーチ研究所)において、表2-1のとおり2010年における特定のサービス種類について市場予測をしている。

(表2-1) サービス種類別の市場予測

単位：億円

サービス種類	2000年	2010年(伸び率)
訪問介護	5,570	10,740(92.8%)
訪問入浴	1,350	1,920(42.2%)
訪問看護・訪問リハビリ	1,150	1,650(43.5%)

95年度価格

(4)ニッセイ基礎研究所による調査

ニッセイ基礎研究所では、表2-2のとおり在宅と施設に区分した2050年までの市場規模の推計を行っている。

(表2-2) サービス分野別の市場予測

98年度価格 単位：億円

		2010年	2020年	2030年	2040年	2050年
在宅	ヘルパー	54,400	97,000	100,700	104,500	101,500
	有料 老人ホーム	1,200	2,300	2,300	2,400	2,400
	計	55,600	99,300	103,000	106,900	103,900
施設	老人保健 施設	5,000	9,100	8,300	9,800	9,500
	特別養護 老人ホーム	17,900	32,200	33,500	34,900	33,900
	療養型 病床群	31,500	50,900	53,200	55,700	54,200
	計	54,400	92,200	95,000	100,400	97,600
合計	110,000	191,500	198,000	207,300	201,500	

公表データをもとに当センターにて作成

第3章 岐阜県における介護サービスの現状

3-1 岐阜県の介護サービスを取りまく環境

(1) 地域介護力

住友総合研究所ではホームヘルパー利用状況、デイサービス利用状況、ショートステイ利用状況の3指標を総合的に指数化し、地域介護力として公表している。

同研究所の推計(1996年度)によると、岐阜県の在宅介護力指数は47都道府県中38位となっている。なお三重県は32位、愛知県は35位、静岡県は43位である。

(表3-1) 在宅介護サービス3本柱の高齢者100人あたり年間利用回数

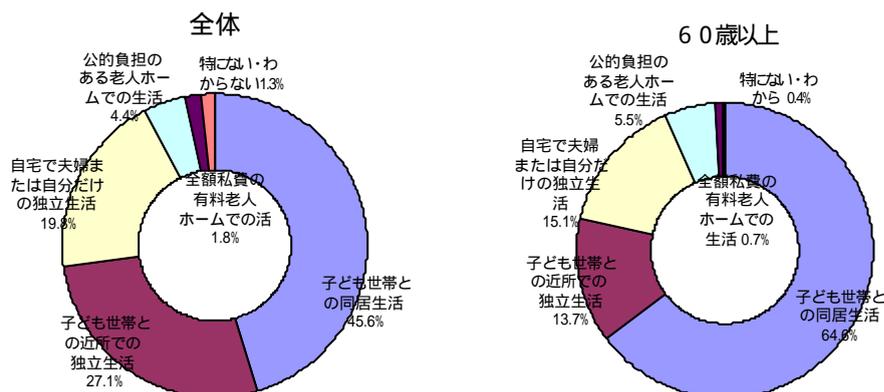
ホームヘルパー利用状況	137回(全国平均119回)
デイサービス利用状況	132回(全国平均142回)
ショートステイ利用状況	28日(全国平均37日)

住友生命総合研究所による推計 1996年度

(2) 老後生活に対する意識

第25回県政世論調査によると、老後生活に対する県民意識は、「子ども世帯との同居生活」が最も多く、約半数である。なお、60歳以上に限ると、その割合は6割以上を占めている。(図3-1)

(図3-1) 老後生活に対する県民意識



資料：第25回県政世論調査 1996年

(3)平均世帯人員

1995年の国勢調査によると、岐阜県の平均世帯人員は3.23人で、47都道府県中7位である。(図3-2)

(図3-2) 都道府県別平均世帯人員(上位9県)

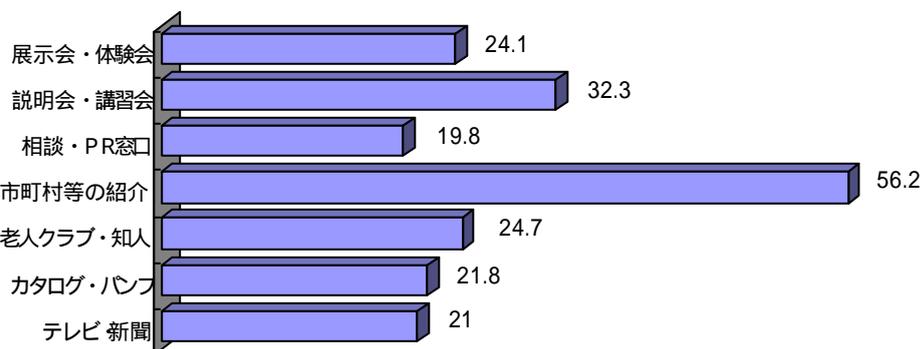


国勢調査 1995年

(4) シルバーサービスの状況

民間シルバーサービスを知る方法は、岐阜県シルバーサービス振興会のシルバーサービスに関する県民意識調査によると、「市町村等の紹介」が群を抜いて多く、「説明会・講習会」「老人クラブ・知人」が続いている。(図3-3)

(図3-3) 民間シルバーサービスを知る方法



資料：シルバーサービスに関する県民意識調査 1995年
(岐阜県シルバーサービス振興会)

3-2 介護サービスへの参入状況

介護保険制度の対象となる介護サービス事業を行おうとする場合、都道府県知事による「指定」を受ける必要がある。指定にあたっては、原則として法人格を有していること、厚生労働省令で定める指定基準（人員・設備・運営に関する基準）を満たすことが条件となっている。

岐阜県が指定した2000.12末現在の介護サービス事業者は、居宅介護支援が446事業者、居宅サービスが5,152事業者、施設サービスが156事業者である。圏域別では、居宅介護支援、居宅サービス、施設サービスのいずれも岐阜圏域が最も多く、中濃圏域が続いている。

（表3-2、表3-3）

（表3-2） サービス種類別指定状況

（単位：件）

事業者区分	通常指定分	みなし指定分	基準該当サービス	合計
居宅介護支援	433	—	13	446
居宅サービス	675	4,462	15	5,152
施設サービス	45	111		156
計	1,153	4,573	28	5,754

2000.12末現在 岐阜県高齢福祉課資料

みなし指定・・・特定の事業者、施設が行う特定の介護サービスについては、介護保険法上の申請手続きを経ることなく、指定事業者とみなしているもの

例：特別養護老人ホームによる介護老人福祉施設、保険医療機関等による訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導

基準該当サービス・・・指定要件を満たしていない事業者が、市町村等の判断により、サービス提供エリアを限定して保険給付の対象となるもの

（表3-3） 圏域別指定状況

（単位：件）

圏域名	居宅介護支援	居宅サービス	施設サービス	合計
岐 阜	171 (38.3%)	2,430 (47.2%)	58 (37.2%)	2,659 (46.2%)
西 濃	68 (15.2%)	733 (14.2%)	25 (16.0%)	826 (14.5%)
中 濃	90 (20.2%)	804 (15.6%)	27 (17.3%)	921 (16.0%)
東 濃	63 (14.1%)	725 (14.1%)	27 (17.3%)	815 (14.2%)
飛 騨	54 (12.1%)	460 (8.9%)	19 (12.2%)	533 (9.3%)
合 計	446 (100%)	5,152 (100%)	156 (100%)	5,754 (100%)

2000.12末現在 岐阜県高齢福祉課資料をもとに当センターにて作成

居宅介護支援及び居宅サービス事業者数を主な組織形態別に見ると、全ての形態において増加しているが、特に公益法人と民間企業の伸びが著しい。（表3-4）

(表3-4) 主な組織形態別の居宅介護支援及び居宅サービス事業所数の推移

(単位:件)

組織形態	2000.4.1	2000.7末	2000.12末
社会福祉協議会	177	186	188 (100.6%)
社会福祉法人(社協以外)	187	197	208 (105.6%)
公益法人	26	47	57 (121.3%)
病院・薬局等	186	1,791	1,806 (100.8%)
農業協同組合	27	53	60 (113.2%)
民間企業	243	269	319 (118.6%)
地方公共団体	150	383	390 (101.8%)
合計	996	2,926	3,028 (103.5%)

*2000.4.1現在のみなし指定分を含まず カッコ内は2000.7末との比較
岐阜県高齢福祉課資料をもとに当センターにて作成

3-3 要介護者の現状と将来見通し

岐阜県の要介護者数は、2000.11末現在38,609人であり、要介護状態区分別では要介護1が24.3%で最も多く、要介護2が20.0%で続いている。なお、2000.6末との比較では、要介護2の伸び率が最も大きい。(表3-5)

(表3-5) 圏域別要介護認定者数

単位: (上段)人 (下段)%

県計のみ最下段に2000.6末との比較 %

圏域	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
岐 阜	1,490	3,089	2,704	1,946	2,117	1,798	13,239
	11.3	23.3	20.4	15.4	16.0	13.6	100
西 濃	759	1,478	1,395	1,027	1,057	1,029	6,745
	11.2	21.9	20.7	15.2	15.7	15.3	100
中 濃	903	1,946	1,475	1,102	1,044	897	7,367
	12.2	26.4	20.0	15.0	14.2	12.2	100
東 濃	806	1,758	1,304	1,012	1,007	991	6,878
	11.7	25.6	19.0	14.7	14.6	14.4	100
飛 騨	475	1,124	839	614	614	714	4,380
	10.8	25.7	19.2	14.0	14.0	16.3	100
県 計	4,433	9,395	7,717	5,796	5,839	5,429	38,609
	11.5	24.3	20.0	15.0	15.1	14.1	100
	100.7	107.6	108.5	102.9	102.0	107.6	105.3

2000.11末現在 岐阜県高齢福祉課資料

当センターが昨年度実施した調査において、2020年までの要介護認定者数を推計した。その調査では、2020年の要介護認定者が50,221人で、2000.11末に比べて3割強の増加を見込んでいる。

(表3-6) 岐阜県の要介護認定者数の将来予測

単位：人

年	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
2005	4,444	8,753	7,385	5,876	6,306	5,907	38,671
2010	4,948	9,746	8,223	6,542	7,022	6,577	43,058
2015	5,575	10,982	9,266	7,372	7,912	7,411	48,518
2020	5,771	11,367	9,591	7,630	8,190	7,672	50,221

「社会保障支出の将来展望とその地方財政に与える影響に関する調査」当センター 2000. 3

*推計方法

厚生省都道府県別将来推計人口(1997.3)×1999.3現在の比率(岐阜県高齢者等実態調査をもとに推計された割合)

3-4 介護保険者等の状況

岐阜県の介護保険者は、広域化が進められており、全事務の共同化を目的とした広域連合等が8組織、要介護認定の共同実施を目的とした一部事務組合等が8組織設置されている。

よって、2000.8現在の介護保険者数は58、介護認定審査会は20となっている。(表3-7)

また、2000.8現在の県下の介護保険料(基準額)は、最高が3,200円、最低が2,000円で、平均は2,552円である。

(表3-7) 介護保険者の状況

2000. 8 現在

全事務の共同化	8	49市町村が広域化
広域連合	7	安八、揖斐、本巣、郡上、益田、高山・大野、吉城
一部事務組合	1	山県
要介護認定の共同実施	8	
一部事務組合	5	海津、中濃、可茂、土岐、中津川・恵那
共同実施	3	羽島、養老、不破
単独設置	4	岐阜市、大垣市、多治見市、各務原市
合計	20	

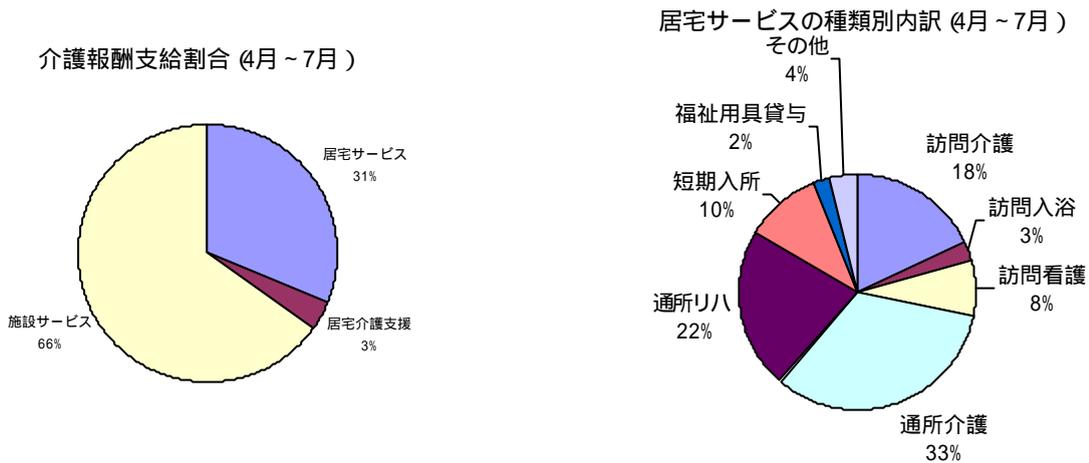
岐阜県高齢福祉課資料

3-5 介護給付費等の支払状況

県全体の介護報酬支給額（2000.4～7）は、居宅サービスが5,204,053千円、居宅介護支援が557,532千円、施設サービスが10,799,274千円で、施設サービスは居宅サービスの約2倍である。なお、居宅介護支援は3.4%で、非常に小さい割合である。

サービス種類別では、通所介護、通所リハビリの通所系サービスで居宅サービス全体の5割以上占めており、訪問介護、訪問入浴、訪問看護等の訪問系サービスは、3割以下である。（図3-4）

（図3-4）



岐阜県高齢福祉課資料をもとに当センターで作成

3-6 岐阜県介護保険事業支援計画

岐阜県においては、2000年度から2004年度までの期間の、介護保険制度における保険者である市町村等への支援策を明らかにしている。その主な内容は以下のとおりである。

(1) 介護施策の推進

在宅サービス

- ・在宅での介護サービスに重点を置いた介護基盤の充実
- ・目標年度には、在宅サービス必要量を100%充足できる在宅介護基盤の整備
- ・介護支援専門員の県内組織化による資質の向上
- ・痴呆対応型グループホームに積極的な整備

施設サービス

- ・地域の必要性（高齢化率、入所希望、世帯人員等）を踏まえた入所施設の整備
- ・待機者等を踏まえた市町村計画目標量を充足する特別養護老人ホームの整備

広域的な介護サービス提供体制の推進

- ・市町村等の意向を踏まえ、介護保険の全事務を対象にした一層の広域化を推進
介護保険事業を行う広域連合、一部事務組合数 全国1位（2000.1.14現在）

2004年度における目標量（主な事業）

事業種類	1999年	2004年（対1999年）
ホームヘルパー	2,589人	6,125人（136.6%増）
訪問看護ステーション	58ヶ所	75ヶ所（29.3%増）
通所サービス施設	247ヶ所	362ヶ所（46.6%増）
短期入所サービス施設	1,657人	2,046人（23.5%増）
グループホーム施設	6ヶ所	100ヶ所（1566.7%増）
特別養護老人ホーム施設	4,005人	5,296人（32.2%増）
老人保健施設	4,820人	5,290人（9.8%増）
居宅介護支援事業者	546人	670人（22.7%増）
在宅介護支援センター	145ヶ所	199ヶ所（37.2%増）

(2) 施策展開の環境整備事業

サービス情報提供体制の整備

県民情報ネットワーク（岐阜県ホームページ）により、介護保険制度等に関する情報提供

社会福祉・医療事業団により開発された福祉保健医療情報ネットワーク（WAM NET）を活用した情報提供

福祉用具等関連機器の研究開発に対する支援

福祉用具産業の市場動向、商品動向、商品評価システムの構築、ユニバーサルデザインの定義とその市場動向といった最新の福祉産業の動向についての講習会等の実施、県内福祉関連企業が開発、商品化した商品のモニタリングなどの実施

民間シルバーサービス事業者への支援

県内のシルバーサービス関連企業により自主的に組織されている岐阜県シルバーサービス振興会の事業（講演会などの啓発・普及事業、ホームページなどの情報提供事業、セミナーなどの研修・交流事業）を支援

第4章 介護サービス事業者及び利用者の意識

介護サービスの供給主体である事業者及び介護サービスの需要主体である利用者の各々の実態と当面の課題等を把握することを目的に、アンケート調査及びヒアリング調査を実施した。以下はそれぞれの結果概要である。

4-1 アンケート調査結果の概要（全データは巻末に掲載）

(1)対象

県内の介護サービス供給者 : 628法人等
要介護認定を受けた者 : 1,500人
(各務原市、多治見市、揖斐郡、郡上郡、吉城郡で各介護保険者において抽出)

(2)期間

サービス事業者 : 平成12年10月19日(木)～平成12年11月6日(月)
サービス利用者 : 10月下旬～11月中旬(各介護保険者において期限設定)

(3)回答率

サービス事業者 : 60.4%(379法人等)
サービス利用者 : 71.7%(1075人)

(4)調査結果のまとめ

<サービス事業者>

開業してからの年数

「6ヶ月未満(介護保険制度施行日以降)」が最も多く、「6ヶ月～3年未満」が続いている。特に民間会社で「開業してから3年未満」の割合が大きいのが目立つ。

顧客数

「100人以上」が最も多いが、訪問介護、福祉用具の貸与、居宅介護支援の業種では「30人未満」の割合が多いのが目立つ。

顧客確保のための営業活動

「居宅介護支援事業者との連携」が群を抜いて多い。但し病院や地方公共団体では「特にしていない」の多さも目立つ。

利用している広告媒体

ほとんどの業種で「カタログ、パンフレット」が最も多い。なお民間会社では、概して多くの広告を利用している。

参入前の業種及び参入動機

参入前の業種は「医療法人」が最も多い。参入動機は「既存資源(ノウハウ、技術含む)を生かし易かった」が最も多いが、「事業の多角化を目指した」「今後の市場拡大を期待した」なども多い。

現在苦労している問題点

「新しい顧客の開拓・確保が難しい」が最も多く、「介護サービス事業に対する認知度が低い」「公的施設や同業他社との競争が激化」が続いている。

介護保険制度実施前の見込みと現在の採算状況との比較

「見込みどおり」が最も多いが、民間企業のみ「見込みより悪い状況」が最も多いのが目立つ。

人材確保、育成面の問題点

「専門的立場から指導できる人材が不足」が最も多く、「労働時間、勤務日の融通がきか

ない」が続いている。

質や効率性向上面の問題点

「効率的な労務管理が難しい」が最も多く、「マニュアル化ができていない、不十分」「情報交換の場、関連分野の情報が少ない」が続いている。

今後の事業展開の意向

いずれの業種においても「現在の提供地域内での供給能力を高めたい」が群を抜いて多く、「当面は現在のまま活動したい」の割合も多くなっている。

行政に期待すること

「介護サービス事業者への情報提供」が最も多く、「介護保険の意義の宣伝・広報」「介護サービスを支える人材の育成」などが続いている。

<サービス利用者>

利用しているサービス

「通所サービス（デイサービス、デイケア）」が最も多く、「訪問サービス（ホームヘルパー、看護婦などの訪問）」が続いている。なお「介護サービスを受けていない」が1割以上見られる。

介護サービスを利用しない理由（介護サービスを受けていない人のみ）

「家族の介護でまかなえる」が最も多く、「日常生活に困らない」が続いている。

介護サービスの提供者

「社会福祉協議会」が群を抜いて多く、特に郡部を中心にその傾向が強い。

利用割合

「限度額の半分以上の利用」が最も多い。また「限度額一杯以上利用している」のは2割強である。

利用限度額一杯を利用しない理由

「家族の介護でまかなえる」に集中し、「費用の自己負担が大変」が続いている。

介護サービスの印象

「満足」「やや満足」を合わせて7割以上を占める。なお要介護4・5で「やや不満足」「不満足」を合わせた割合が1割以上見られている。

今後の利用意向

「現在のままで十分」が最も多い。但し短期入所サービスに限り、「介護サービス利用を増やしたい」が最も高くなっている。

1ヶ月あたりの自己負担金及び負担者

自己負担金は「1万～2万円未満」が最も多く、「5000～1万円未満」が続いている。

世帯年収別には、おおむね年収が高いほど自己負担が高くなっている。

負担者は「本人」が最も多く、同居の家族が続いている。

介護保険制度導入によるサービスの変化

サービスの質、回数、種類でいずれも「変わらない」が半数以上を占めているが、費用については「重くなった」が半数以上を占めている。

事業者に対する希望

「サービス時間や回数を必要に応じて変更」が最も多く、「サービス価格を割引する」「医療との連携を強くする」が続いている。

受けたい介護保険対象外サービス

「介護サービス施設以外への移送・送迎」「緊急時の連絡・通報装置の設置」「話し相手となる」「自宅への配食サービス」の順に多い。

行政への希望

「介護事業者の情報の公開」「介護保険で提供されないサービスの提供」に対して要望が多い。

4-2 ヒアリング調査結果（詳細内容は巻末に掲載）

(1)対象

岐阜県内において介護サービス事業を展開している8法人を任意抽出した。

(2)時期

平成12年12月

(3)調査方法

直接面接方式

(4)調査結果のまとめ

項目	内容
事業展開上の問題点	<p>利用者の獲得で苦労している。訪問介護は系列病院の居宅介護支援事業から流れてくる利用者がほとんどである。</p> <p>2ヶ月遅れの入金、最大のネックである。当初の運営資金の借入れの影響は現在も響いている。</p> <p>この事業は利益幅が薄く、利用者が増えれば増えただけ儲かるものではない。特に家事援助が増えれば赤字である。</p> <p>入院したり亡くなったりする利用者が多いので安定性が無く、ヘルパー補充のタイミングが難しい。</p> <p>在宅介護事業というものに信用、将来性が認められていない。</p> <p>ケアプランに反映できるような福祉機器の情報はほとんど無く、自ら情報収集するしかない。</p>
採算状況	<p>採算としてはトントンの状態である。利用者数は、このところ毎月2～3名増えている。</p> <p>ケアマネージャーの運営費は、持ち出しが必要になっている。</p> <p>デイ・サービスの利用者は最近増えており、採算的には何とか見えるようになった。しかし、当日キャンセルが一定割合は必ず出るため安定性がない。</p> <p>訪問介護における利用者1人あたりの利用額は平均10万円前後で、なんとかギリギリでやっている。身体介護で家事援助の分をカバーしているという状況である。</p>
介護保険制度に対する意見	<p>ショートステイのニーズと要介護度は関係ない。要介護度により利用限度額を設定しているため矛盾が生じている。</p> <p>実際には、家事援助の方が身体介護より大変であるのに、現実を無視して差がありすぎる。</p> <p>訪問看護のニーズが大きいにもかかわらず、料金が高すぎて使えない。現行はデイケアの方が選択されやすい。</p> <p>ケアマネージャーは限度額をいかに使い切るかの調整機能に過ぎなく、トータルコーディネートはできていない。ケアマネージャーは長期的視点にたって、そのサービスが利用者にとって本当に必要なものかどうかを客観的に見る機能を果たすべきだと思う。</p> <p>身体的障害であれば、全治の考え方を持ってケアの前にリハビリを取り入れるべきである。一方、痴呆の人はトータルケアを重視するべきである。</p>

<p>人材の確保・育成で工夫していること</p>	<p>能力を高めて仕事を進めていくために必要な資格をとってもらっている。専門職として幅広い知識と経験がないと、いいサービスは提供できないと思う。</p> <p>ケアマネジャーは、いかに良質なサービス業者を知っているかが重要であり、そのための情報を得るよう努力している。ケアプランが常に不十分ではないか思案し、議論できるような体制にしている。複数の目によるチェック・評価が質の向上に繋がるのである。</p> <p>月1回の勉強会を開催し、各種研修会にも積極的に参加している。施設間の交換研修等はやっていないが、地域ブロック範囲での意見交換・情報交換の場を利用している。</p> <p>一定の資格を持った人達には、基礎的能力は十分備わっていると考えている。よって特別に研修などは行っていない。</p>
<p>質や効率性の向上で工夫していること</p>	<p>リハビリ可能な人にはそれを目標にした支援を行っている。利用者が自立支援を目指すにあたって何が一番いいかを考えている。介護保険制度では料金一率なため、割り切った質で勝負できる。質を高めるために、毎月1回の勉強会を開いている。</p> <p>利用者にとって負担のないように、いかにコストを下げたサービスを能率良く提供でき、介護サービスを使い切るかということも重視している。そのため医療との複合体が有効であると思う。</p> <p>介護保険制度以外のサービスを安く提供する事によって、制度対象の顧客を確保する方策を考えている。</p> <p>利用者の都合に合わせたサービス提供を行っている。利用者とは常に話し合いをし、1ヶ月のプランが何回も変わる人が多い。早い対応というのをモットーにしている。困っている人は今困っているのだということを十分認識している。</p>
<p>社会福祉協議会などとの競合問題</p>	<p>市民が市役所へ相談に行くと、まず社協を紹介されているように思う。社協は市役所と直結している感があるのではないか。</p> <p>社協では対応し難いような土日、時間外だけ回ってくる。365日の看板を上げているにもかかわらず、土日祝日は受け入れを避けたいというのが本音だと思う。</p> <p>以前から社協が受け入れられないケースを受け入れ、社協と役割分担は明確に出来ており、うまくいっていると思う。重いケースや家族関係が難しいようなケースが回ってくることが多いが、一切断わっていない</p> <p>在宅支援センターのケアマネジャーが「わけの分からないところに出すのは嫌だ、安心できるのは社協だ」とはっきり言っている。そんなこともあって民間企業は非常に厳しい状況である。</p> <p>いろんな会合もあるが、途中から民間だけ閉め出されることがある。民営化とは全く逆の流れになっているような気がする。</p> <p>基礎的な部分での整理ができていないにもかかわらず、競争しているのが不思議である。</p>

第5章 介護サービス事業の育成・振興のための基本的考え方

5-1 岐阜県の介護サービス事業が抱える課題

(1)利用者意識が低く利用率が上がらない

未利用者の理由

- ・介護サービスを受けていない人の多くは、家族介護で代替しているケースが多い。
- ・「他人の目、世間体」が障害になって、介護サービスの利用が促進しない。

利用限度額に対する利用割合

- ・介護サービスを利用している人の多くは、決められた利用限度額の半分以下しか利用していない。
- ・介護サービスを利用しない不足分は、未利用者と同様、家族介護で代替している。

(2)自己負担に対する不安感が大きい

- ・世帯年収に利用率が比例しており、低所得者層にとっては自己負担の大きさに対する不安感が利用促進を妨げている。
- ・ケアプランの作成や変更等手続きの煩雑さが、利用者にとって負担になっている。
- ・過去に「家族介護」が可能であったという意識があり、自己負担に対する抵抗感がある。
- ・介護保険制度についての理解を高める必要がある。

(3)民間企業の採算性が悪い

サービス種類による採算性の格差

- ・医療系サービス（訪問看護、通所リハビリテーション）に比べ、介護系サービス（訪問介護、通所介護）、福祉用具の貸与、居宅介護支援の採算状況が悪い。

組織形態による採算性の格差

- ・民間企業では、当初の見込みより悪いところが多い。
- ・介護関連サービスが総合化されている事業者は、採算が比較的安定している。

請求時期のズレ

- ・サービス提供時期から2ヶ月遅れの収入となる現在のシステムは、事業者にとって資金繰りの面で大きな痛手である。

(4)大きい参入障壁

顧客確保が難

- ・特に民間企業や農協を中心として、参入時に顧客の開拓・確保が難しい。
- ・また、訪問サービス、福祉用具貸与において顧客の開拓・確保に苦労している。

不十分な競争環境

- ・アンケート結果では、利用者の半分近くが、社会福祉協議会によるサービスを利用している状況であり、需要が過剰に集中している。
- ・中立的立場の介護保険者（市町村等）と1事業者である社会福祉協議会の関係がブラックボックス化している。
- ・利用者がサービス事業者を選択できない地域が存在する。

ケアマネージャーの機能

- ・「公正中立」の順守が義務づけられているケアマネージャーが、同一系列の事業者の営

業を行うなど利益誘導に走るケースがある。

- ・基準違反行為は行政の目の届かない領域になるため、現状では居宅介護支援事業者の倫理観に頼るしか未然防止の手だてがない。

ケアマネージャーの報酬

- ・ケアマネージャーの業務量に比べて、報酬額が低い感がある。
- ・ケアマネージャー分野の採算性が悪いために、小規模事業者ではケアマネージャーの確保が難しい。現状では、ケアマネージャーを持たない事業者にとっては、ビジネスの展開が困難である。

(5)情報交換、意見交換の機会が少ない

難しい労務管理

- ・多種多様な勤務形態や、業務の性質上、効率的な労務管理が難しい。
- ・アンケート結果では約7割の利用者が、現在の介護サービスでほぼ満足しているが、事業者に対する要望は多岐に渡っている。

情報交換等の場

- ・事業者間の情報交換や意見交換の場が十分確保されていない。
- ・情報ネットワークシステムが有効に機能していない。

地域独占による質の向上の阻害

- ・1事業者が地域の介護サービスを独占している地域では、供給サイドの事情が優先され、質の向上を阻害することが懸念される。

(6)人材の確保・育成が困難

専門性の欠如

- ・専門的な立場から業務全体を適正に指導できる人材が不足している。
- ・全く異なる分野からの参入が可能であることが、専門性の向上を困難にしている。
- ・従事者自身が、専門性の高い仕事として誇りを持っていない。

低い賃金水準

- ・訪問介護ではパートや登録等の雇用形態が多く、また介護保険制度における報酬額での採算バランスから、賃金水準は低く抑えられている。

仕事としての魅力

- ・訪問介護では中高年の女性という層に年代、性別の偏りがみられ、若い世代の仕事としては魅力に乏しい。

教育研修システム

- ・在宅実習を行うフィールドが限定されているなど、小規模な事業者が独自で研修を行うことの限界がある。

5-2 介護サービス事業の育成・振興に向けた基本的方向

(1)潜在需要の顕在化方策によって、利用者の拡大を図る

介護保険制度が施行されて約1年経過しているが、利用者サイドからのドラスティックな意識改革を期待することは難しいようである。依然として一部には「家族介護は美德」といった意識も残っており、介護サービスを外部化することへの心理的抵抗感は大いと思われる。介護サービスの利用意向が高まっても、サービス事業者に関する情報量の少なさや費用・手続きに対する負担感が大きく、利用者の利便性向上に向けた環境整備が不十分と考えられる。

こうした状況に対応するため、潜在需要を顕在化させる方策として、「家族介護で十分」という利用者サイドの意識改革、利用者の選択支援など利便性の向上、真のニーズ把握等、の3つの観点から検討していく。

(2)機会均等で公正な競争環境の確保により、介護マーケットの活性化を目指す

社会福祉協議会など介護保険制度開始以前からの介護サービス提供主体が、現在も多くの利用者を抱えているケースが多い。その状態は、民間事業者が参しようとする際の高い障壁となり、介護サービス市場の活性化につながらないと思われる。かつての自治体と社会福祉協議会の密接な関係において培われた相互の信頼関係が、様々な憶測を呼んでいるのも事実である。介護保険者である自治体として、いかなる事業者に対しても機会均等で公正な競争環境を確保する必要がある。

一方、介護サービス業界としてはIT技術などを活用した経営基盤の効率化や介護関連サービスの総合化などによって収益改善に向けた取組みが期待され、またそれを社会的に支援するシステムを構築する必要があると思われる。

さらに、介護保険制度のキーパーソンであるケアマネージャーが、公正で独立した役割を果たすことができる環境整備も重要である。

こうした状況に対応するため、機会均等で公正な競争環境を形成するための方策として、多様な供給事業者の参入による競争促進、経営基盤の強化、ケアマネージャーの独立性確保、の3つの観点から検討していく。

(3)サービス品質の向上によって、社会的信用力を高める

介護サービス市場が高い信頼性を備えて発展するためには、そこで取引される商品、すなわち介護サービスの品質が常に一定水準以上である必要がある。

介護サービス事業の品質を支えるための第一の条件としては、サービス提供を行う人材が優れていなければならない。優秀な人材の確保・育成を継続的に図るための条件整備を進める必要があると考えられる。

また、サービス品質の管理・向上のためには、サービス事業者自身や業界としての努力はもとより、関係機関との幅広い連携・協力が必要である。

こうした状況に対応するため、サービス品質の管理・向上のための方策として、人材の確保・育成、品質の管理・評価、情報交換等の促進、の3つの観点から検討していく。

第6章．介護サービス事業の育成・振興のための具体的方策

6-1 潜在需要顕在化のための方策

(1) 「家族介護で十分」という利用者サイドの意識改革

継続的なPR活動及び介護保険制度に関するアカウンタビリティ
未利用者に対する積極的アプローチ

メンタル面、愛情面など家族でなければ果たすことのできない役割はあるが、介護サービスについては十分な機能を果たすことが難しいと考えられる。要介護者にとって望ましい姿は、専門的能力を備えた有資格者、すなわち介護サービス事業者からサービス提供を受けることであり、その方向を目指すべきである。しかし現実には、「これまで家族介護で十分であったし、かつそれが最も望ましい」という認識が依然として深く浸透していることが、アンケート結果などからうかがえる。家族介護の長期化に伴って介護者の精神的、肉体的負担によって過大になり、各地で様々な問題が発生し、介護の社会化を目的とする介護保険制度が成立したという原点を、社会全体として常に考えなければいけない。

介護サービスを外部化するうえでの障害として、研究会では「利用者や家族の意識だけでなく“世間体、近所の目”も大きな要因である」という意見が多く出されている。そのため介護サービスを受けやすい雰囲気、要介護者及びその家族はもちろん社会全体に浸透させることが必要である。そこで行政や事業者組織等は、広報、宣伝広告やイベントなどあらゆる機会や媒体を利用した継続的なPR活動を実施すべきである。特に第2号被保険者や40歳未満の被保険者以外に対しては、職場、学校などの研修・教育カリキュラムに介護に関する基礎学習や体験学習などのセッションを組み込むことが有効である。また、介護保険制度のアカウンタビリティを果たすためにも、市町村など自治体職員が地域での出前講座を行うなど住民と直接に話し合うことも考えられる。

一方、要介護認定を受けているもののサービス利用が十分に図られていない人に対しては、外部からの積極的アプローチが必要である。在宅介護支援センターや地域事情に詳しい民生委員などの個別訪問が効果的と思われる。さらに、介護サービスの未利用者や特定のサービスを利用したことがない要介護者に、無料でサービスを体験しプロによるサービスの良さを体感してもらうことは、サービス利用者のすそ野を広げる観点から有効である。キャンセル発生に伴うホームヘルパーなどの待機は、事業経営上かなり頭の痛い悩みのものである。例えばキャンセルによる空きを使って、介護サービスの無料体験を可能にするシステムを官民一体となって構築することが考えられる。

(2) 利用者の選択支援など利便性の向上

介護サービス事業者を選択する際に必要な情報提供
負担に対する不安解消

ヒアリングでは、「介護サービス利用者にとってサービスを選択する際の事業者に関する情報が十分ではなく、口コミや自治体窓口、病院などからの情報に偏っている」という意見があった。利用者が自らサービスを選択できる環境整備として、サービス事業者自身によるPRなど自助努力も重要だが、小規模な事業者にとっては限界がある。そこで、行政が各サービス事業者に関する詳細な情報を行政が統一かつわかりやすい冊子の形で利用者に提供することが必要である。

また、行政が標準契約書を示し、利用者とサービス事業者間の契約時にはなるべくそれに準拠させていくことが考えられる。それにより、契約システムに不慣れな利用者サイドの立場を守るとともに、事業者に対する一定以上の倫理観を担保するという相乗効果も期待できる。

アンケートでは、利用者の自己負担に対する不安が多く見られた。自己負担率（原則1割）については、研究会においても様々な意見が出されたが、その妥当性については今後の課題として、まずは制度の利便性を高める工夫が必要である。但し低所得者層については、現行の負担率が利用の大きな障害となっていることから、制度とは別の形による補助制度の導入について検討が必要である。

なお、社会福祉協議会（社協）が持つ自己負担の無利子融資制度は制度の利便性を高めるものの一つであり、その活用が積極的に図られるよう期待される。また、福祉用具の購入や住宅改修については、利用者がとりあえず全額を支払う必要があるため、一時的とはいえ費用負担が生じる。あらかじめ給付券を発行するなど、こうした負担の解消をなくしていくための検討も必要である。

さらに、介護保険制度ではケアプランの作成・変更、サービス事業者の決定等手続きが煩雑で、それが要介護者にとって利用促進の障害となっていることも考えられる。介護保険者等による手続き簡素化のための創意工夫は利用促進のうえで期待されることである。

一方、居宅サービスを一層推進するためには、ホームヘルプなどの人的サービスだけでなく、福祉機器の利用や住宅のバリアフリー化が重要と思われる。このため福祉機器利用や住宅改造に対し、通常の介護保険給付だけでなく、行政による追加支援により便宜を図ることが必要であり、具体的には、そのための特別給付や補助金の拡充、福祉住環境コーディネーターや作業療法士、建築技術者などによる支援・指導する仕組みを構築することが考えられる。

(3) 真のニーズ把握等

継続的な情報収集

苦情相談窓口としての第三者機関の設置・運営

アンケートにおいて、利用者サイドからの回収率が高い（71.7%）だけでなく、自由回答に対する記入件数が非常に多かった（約270件）ことは予想外であった。これは、介護サービス利用者が対外的に何かを訴える機会を待ち望んでいるとうかがえる。そうした声を吸い上げるためには、単発的なアンケートだけでなく、介護保険者が主体となって利用者のニーズを継続的に収集する取り組みを実施することが重要である。その際「御用聞き」のスタンスで直接利用者宅に訪問するなど、生の声を聞くよう努力することが望まれる。

一方、介護保険制度における苦情処理については、サービス事業者、居宅介護支援事業者、市町村、都道府県、国保連合会など各主体が相互に連携し、役割に応じた機能を果たす体制となっている。しかし現在のシステムは利用者にとっては敷居が高い印象があり、気軽に相談できるものではないようである。県内では多治見市やもとす広域連合など一部の地域において、有識者などにより構成された第三者機関が苦情・相談窓口として設置・運営されている。利用者にとって気軽に相談しやすい窓口が増えることは重要であり、そうした組織が県下全域において早期に設置されるよう期待する。

6-2 競争環境の整備のための方策

(1) 多様な供給事業者の参入による競争促進

社会福祉協議会における介護サービス部門の分離・独立 民間企業による施設サービスへの参入自由化等規制緩和の促進

民間企業等の事業者の参入意欲を高めるためには、あらゆる介護サービス市場が公平な競争環境でなければならない。しかし県内には、都市部と比べ採算性、効率性の悪いとされる中山間、過疎地域が多い。こうした民間参入が期待され難い地域では、社協のみのサービス提供、または市町村が事業主体となり、社協に対してサービス委託が行われているケースなどが多い。しかし利用者による事業者選択が原則である介護保険制度では、利用者による事業者の選択が不可能という状況は、極力避けなければいけない。そのため行政としては、あらゆる地域においてサービス供給主体の多様化を目指した支援が必要である。たとえば補助金などが考えられるが、これはあくまでも介護サービス事業の赤字を補填するものではなく、切り離された施策としての位置づけが必要である。

社協が介護サービス事業において利用者からの信用度や信頼度が高く、将来的にも多大な期待を寄せられていることはアンケートからうかがえる。また、これまで社協が地域福祉の向上に果たした役割は多大であり、その歴史的な経緯を考えると、社協には地域のサービス供給のコーディネート、正規雇用者を中心とした安定したサービス供給など、地域の介護サービス供給の中心としての役割を果たすことは大いに期待されることである。

しかし、研究会やヒアリングにおいて、「市町村や在宅支援センターの窓口への利用相談はほとんどが社協に流れているのではないか」「好条件でホームヘルパーなどを公募できるのは市町村から何らかの支援を受けているのではないか」「社協の介護サービス部門は、他部門と明確に分離されていないのではないか」といった意見が多く出されるなど、市町村と社協の関係に対する様々な不信感がある。

介護保険制度においては、介護サービス部門は他の部門とは経理的に明確に分離されることが必要であり、社協が地域の介護サービス供給のリーダーとしての役割を果たすうえでも、社協の介護サービス部門が、他部門と明らかに分離・独立した経営が行われるよう、今一度徹底されることが望ましいと考えられる。

なお、研究会では「特別養護老人ホームを中心とした施設サービスの不足等により、デイサービスやショートステイの希望に十分対応できていない」「施設サービスの充実については、待機者解消の観点から必要である」という意見が出された。施設サービスの介護報酬総額は居宅サービスの約2倍という（3-5 介護給付費等の支払い状況 参照）経済的効果がある分野である。その観点からすると、施設サービス分野は民間企業にとって非常に魅力的であると考えられる。そして、在宅3本柱であるデイサービスやショートステイの高いニーズに応えるうえでも、施設サービス分野への民間参入を可能にするといった規制緩和の早期実現が期待されることである。（なお、施設の建設・運営に対する民間企業の参入については、一部緩和される動きがある 2000.11.12付け日本経済新聞）

(2) 経営基盤の強化

IT技術を活かした効率的経営手法の導入による収益改善 介護関連サービスの総合化、複合化
--

近年のIT技術の発達により、ほとんどの産業分野においてインターネットを使った効率性を高める様々な取り組みがなされている。介護サービス事業の分野においても、ITをいかに経営に活かしていくかが問われており、ASP（アプリケーション・サービス・プロバイダー）と呼ばれるインターネットを利用した業務支援システムの活用等が、コスト削減を図るうえで有効と考えられる。（「日本ユニシス」や「東芝ケアコミュニティ」による小規模な事業者向けの業務管理システム、「岐阜銀行」による介護報酬インターネット電子請求サービスなどの提供が行われている）

また、小規模事業者にとって煩雑な業務となっている利用者の自己負担金の集金業務や、資金繰りに影響が出ている2ヶ月遅れの介護報酬の入金などに対して、金融機関による集金代行業務体制やファクタリング（介護報酬債権の買い取り）が考えられる。社会的な存在意義のある介護サービス事業者に対して、県内金融機関の連携等による強力なバックアップ体制の確立が期待されるところである。

一方、介護関連のサービスを総合化、複合化したトータルマネジメント能力の向上は経営基盤の安定にとって重要なキーワードである。すなわち単一のサービス提供のみを行う事業者と比較して、食事の宅配や移送サービス、話し相手など介護保険対象外も含めた総合的なサービスを提供できるシステムは、利用者にとって大きな魅力となるからである。アンケートにおいても介護保険対象外の受けたいサービスとして、「移送・送迎」「連絡・通報装置」等の要望が多く出されている。よって介護保険制度対象外サービスの充実が、居宅サービス定着を推進する原動力になると考えられる。そのため介護サービス事業者が自ら対象外分野を事業化し付加価値をつけるか、NPOや住民グループによるボランティア組織をコーディネートする能力を高めるなどにより、総合化・複合化を進めることが重要である。なお、ボランティア情報の提供や行政自らのサービス実施など、総合化・複合化を図るための行政による積極的な支援策の検討も必要である。

(3) ケアマネージャーの独立性確保

ケアマネージャーの報酬額引き上げなどによる採算性向上 ケアマネージャーに対する情報提供、ネットワーク充実

介護サービス事業のキーパーソンであるケアマネージャーの報酬は、利用者の要介護度に応じて1人当たり月額6,500円～8,400円とされている。膨大な書類の作成や利用者の容体の変化などによって何時でも走っていかなければならない激務であるにもかかわらず、収益性としては非常に低い業務のようである。そのため大半のケアマネージャーが施設やサービス事業者に勤務せざるを得ず、ケアマネージャーの独立性の確保について課題がある。なお、ケアマネージャー業務のみであっても一定の採算性が確保できる水準まで介護報酬を引き上げるなど制度の充実が必要であるという意見は、研究会などでも多数出されている。

また、中津川市社会福祉協議会のように、民間企業の参入期待度の高い都市部における社会福祉協議会が保有資源や人材を活用してケアマネージャー業務のみに特化することも、ケアマネージャーの独立性確保のための一つの方向性と考えられる。

ところで、福祉機器などに関する情報量が少ないために、ケアマネージャー自身が走り回って情報収集をしたり、デイサービス、ショートステイの空き情報収集などに時間と手間をかけるなど、ケアマネージャーは業務の特殊性から、1人で多くの調整役を強いられ、孤立

無援となるケースもあるようである。そうした状態をできるだけ緩和するためには、地域単位におけるケアマネジャーのネットワーク化や勉強会の実施など、共有できるノウハウの蓄積を図ることが必要である。利用者にとって本当の意味で満足のいくケアプランの作成を可能にするためには、ケアマネジャーがやりがいを持って働くことのできる環境整備が重要である。

ケアマネジャーが自らの組織の意向にとらわれず、完全に利用者の立場に立って利用者の主張を代弁できているか否かは、介護保険制度の成否のための重要なポイントとである。ケアマネジャーに求められるのは、医師や看護婦、社会福祉士、介護福祉士などの経験に加えて、医療、福祉、住宅、機器、社会資源など幅広い知識と情報を統合してアセスメントする能力である。そのような常に高い資質が要求されるケアマネジャーの資格については、有効期限を定めた更新手続きなど、定期的なチェックを行なうことも必要であると考えられる。

6-3 品質向上のための方策

(1)人材の確保・育成

教育、研修システムの一層の整備促進 職業としての魅力向上

ヒアリングでは「小規模な介護サービス事業者が独自で技術向上のための研修やケーススタディを行うのは困難である」という意見があった。また研究会でも「社協などが主導的立場に立って業界全体のレベルアップを図るための研修会を実施することを期待する」「社協の現場を、在宅実習のフィールドとして提供して欲しい」などの意見が出された。そのため、

教育、研修システムについて事業者自らの教育、研修体制の充実に加え、介護サービス業界全体としての教育、研修システムを構築することが必要である。その中心的立場として、人的資源のストックが多い社協に期待するという意見も多く、業界の牽引車としての役割が求められている。

一方アンケートでは、専門的能力を備えたリーダーシップのある人材の確保・育成が大きな課題となっている。その対応としては、業界内部だけでなく外部の人材養成専門機関の活用なども検討すべきである。

またホームヘルパーなどの仕事に対して社会的な評価が得られていないと考える人が多いようである。介護サービス事業の従事者の不安や不満を取り除くだけでなく、業界として優秀な人材を確保し続けるためには、労働条件や報酬等の改善が重要である。そして職業としての魅力向上のために、行政による広報活動など、社会的に安心して働くことのできる環境や労働条件の整備が必要である。なお、ホームヘルパー業務に相応しい報酬額を確保するために、行政による支援及び基準単価の検討なども必要である。

なお雇用条件が不安定な登録ヘルパー中心では、品質を高めることが難しいと思われる。例えば朝、夕方、休日のサービスや、重度の要介護者に対するサービスが不十分になる可能性も考えられる。その観点からは、長期的な視点で優秀な人材を確保するために、社協等による安定した雇用機会の提供が期待されることである。

(2)品質の管理・評価

事業者自身による主体的取り組み

科学的裏付けを備えた介護技術や作業手順のマニュアル化

サービスの質の概念を明確に定義することは、実際には非常に困難であり、介護技術、ヘルパーの人間性、会社の組織力、記録の整備など、総合的なサービス水準が品質の善し悪しを左右することになる。具体的なサービス品質の目安としては、(社)シルバーサービス振興会が交付している『シルバーマーク』を取得する動きが普及しているが、それが通用するのは福祉の業界だけである。そこで一般的な品質保証規格として国際標準化機構(ISO)9000の取得促進は一つの考え方である。ISOの取得によって利用者に安心感を与えるとともに、トラブル等の原因を分析し今後に生かすうえで非常に有効となる。さらに、ISOのシステムを維持し続けるよう企業努力することによって、次第に品質を高めていくことも期待できる。

また厚生労働省では、痴呆についての科学的な介護手法の確立に向けて、本格的な研究を開始している。県としても県立看護大学や岐阜大学看護学部など県内の関係大学と介護サービス業界からなる連携組織を形成し、介護技術や作業手順サービスのマニュアル策定のための研究に取り組むことを検討する必要がある。

なお研究会においては、行政による品質のチェックを期待する意見が出されている。但し品質チェック体制を可能にできるだけの専門的能力を、行政に期待することは困難であるため、連携組織の活用などにより、品質チェック体制の構築を進める必要がある。

(3)情報交換等の促進

双方向性を持った情報ネットワークシステムの充実

情報交換、意見交換の場の設定

介護サービス事業に関する情報提供としては、社会福祉・医療事業団のホームページ(<http://www.wam.go.jp> 通称「ワムネット」)が運用されており、施設の空き情報など検索できるシステムとなっている。しかし、空き情報の入力等のメンテナンス業務は、各事業者には任されていることもあり、信頼度としては乏しいものがある。ヒアリングなどでは「ケアプラン作成に際しても、電話等を利用したほうが確実である」といった意見もあり、現在の状況のままでは使い難いようである。ワムネットの一層の有効活用を図るうえでも、使いやすくかつ双方向性のあるシステムとなるよう関係者の叡智を集め、さらなる改善を図る必要がある。

また、研究会やヒアリングにおいて、「全てのサービス事業者を対象にした情報交換、意見交換の場が少ない」という意見が多数出されている。介護サービス業界の一層の発展を目指し、定期的な情報交換や意見交換の場を、行政や社協が中核となって設定することが期待される。

参考文献

- 「介護保険導入の経済に与える影響調査 報告書」 社団法人 日本リサーチ研究所
1999年3月
- 「新規参入を促進するためのシルバーサービス関連情報収集・提供事業報告書」
社団法人 シルバーサービス振興会 2000年3月
- 「岐阜を考える No.102 介護経済～介護ビジネスの可能性を考える～」
2000年1月 (財)岐阜県産業経済研究センター
- 「高齢者福祉」 小笠原祐次、橋本泰子、浅野仁 編 有斐閣
- 「地域介護力 介護サービスの現状と課題」 住友生命総合研究所 編 中央法規
- 「わかりやすい介護保険法」 増田雅暢 有斐閣
- 「介護保険の教室」 岡本祐三 PHP 研究所
- 「介護の経済学」大森隆、田坂治、宇野裕、一瀬智弘 東洋経済新報社
- 「岐阜県生涯安心計画」 岐阜県 2000年2月
- 「在宅福祉サービス市場の現状」 中小企業庁小規模企画部サービス業振興室 監修

第2部 研究会委員論文

介護サービス産業の現状と育成のために

名古屋市立大学経済学部附属経済研究所 下野恵子

1. はじめに

多くの制度上の問題(介護認定、財源、サービス報酬など)を抱えながら、この2000年4月から介護保険が実施された。高齢者の介護を家族にゆだねてきた政策からの大転換であるが、現在でも“親の介護は子どもの当然の義務である”と考える人は少なくない。しかし、高齢者介護が問題化してきたのは、戦後の栄養状態の改善、医療水準の向上、国民皆保険制度などにより、平均寿命が急激に延び、介護を必要とする高齢者が急増したからである。例えば1955年の平均寿命は女性67.8歳、男性63.8歳であったが、1995年には女性83.2歳、男性76.7歳で、40年間の間に女性15歳、男性13歳も平均寿命が延びているのである。要介護者の割合が急激に上昇するのは、後期高齢者といわれる75歳以上である。つまり、高齢者介護の問題は昔からあったのではなく、高齢者の寿命が延びたことによる新しい問題であることを、はっきり認識する必要がある。

ちなみに、厚生省の推計によれば、公的介護保険のサービス対象者は269万人(65歳以上人口の13%)、うち在宅サービス対象者は198万人である。一方、『国民生活基礎調査』(1998)によると、同居介護をしている者が106万人おり、半数が60歳以上である。介護者の8割が女性であり、介護者の平均年齢は65歳を超えている。

日本では介護者の大半が女性であるため、介護に関する考え方には男女間で大きな差がある。生命保険文化センター『老後生活のリスク認識に関する調査』(1999)によれば、30歳代後半の男性の62.7%が親の体が不自由であれば子どもが介護すべきだと考えているのに対し、この意見に賛成する同年代の女性は36.6%に過ぎない。一般にどのような調査をみても、日本の男性はどの年代であろうと、親や自分が要介護になった場合について楽観的であり、配偶者や子どもによる在宅介護を期待する傾向がある。しかし、今後の介護の主たる担い手を期待されている若い世代の女性は、現在の女性介護者と異なり、無条件に介護者となりはしないことを男性もはっきり認識する必要がある。

ところで、介護保険が実施された現在の日本は、初めて長期の経済停滞を経験しており、2000年の失業率は4.7%、300万人の失業者が存在する。このような産業一般の雇用の縮小が続く中で、今後の雇用の拡大が見込めるのが「介護サービス産業」である。2000年4月に実施された介護保険を契機として、多数の民間企業が介護サービス産業に参入している。岐阜県でも例外ではない。しかし、岐阜県産業経済振興センター『介護サービス事業に関するアンケート調査結果』(2001)の事業者に対するアンケート結果をみると、民間企業は参入してから日が浅く(7割が開業3年未満、開業6ヶ月未満が4割)、一般に経営状態はよくない。また、社会福祉協議会の75%が50人以上の利用者を抱えているのに対し、民間企業の半数は利用者30名未満である。しかし、赤字であっても直ちに撤退や縮小を計画している企業は少なく、今後の介護サービス産業の拡大に期待している。このような介護サービス産業に新しく参入した民間企業を育成する方策を探ることが、この論文の目的である。

最後に、介護サービス産業の経済効果は一般に考えられている以上に大きく、地域経済を活発化させる契機となり得る。大守・田坂・宇野・一瀬(1998)は、産業連関表を用いて新ゴールドプランに投入された9兆円の経済効果を計算し、同額の公共事業の経済効果と比較している。その結果、新ゴールドプランの生産誘発効果は約30兆円で公共事業の93%であるが、粗付加価値ベースでは、公共事業16兆3200億円に対して、新ゴールドプラン16兆9800億円と、若干介護サービスの経済効果が高くなる。GDPは付加価値額の合計なので、介護サービス産業を育成するほうが、従来の公共事業よりも、わずかであるがより高い経済成長を

達成できることになる。さらに、介護サービスは公共事業に比べて、雇用創出効果が大きいことも地域経済にとっては重要な要素である。

この論文では、まず2節で、国際比較を通して日本の介護サービスの現状と水準を明らかにする。さらに3節で、岐阜県の介護サービス利用の現状をアンケート調査から明らかにする。4節では、介護サービス産業の育成のためのいくつかの提言を行う。

2. 日本の高齢者介護の現状：施設介護、在宅介護、そして、家族介護の国際比較

高齢者に対する介護サービスの提供には、特別養護老人ホームのような高齢者用施設での介護サービス提供、公的・私的な在宅介護サービスの提供、そして、伝統的な家族による介護サービスの提供という3つの形態がある。これら3つの介護サービスの比率は各国の歴史、家族形態、社会の選好を反映している。欧米先進国の間でも、介護サービス供給の大部分を家族に依存しているイタリア、スペインなどのラテン諸国と、介護サービス就業者を公務員化して施設介護のみならず、在宅介護サービスも公的に供給している北欧諸国まで、各種のバラエティがある。この節では、施設介護、在宅介護の国際比較を通じて、日本の高齢者介護の特徴を明らかにする。表1は、施設介護、在宅介護サービスの利用度の国際比較である。それぞれ65歳以上高齢者のうちの利用者割合を示している。

まず、施設介護に関しては、イタリア、スペイン、日本を除いて、高齢者の5 - 6%が高齢者用の施設を利用しており、施設の利用度には各国間にそれほど差はない。このことは、家族介護に大幅に依存しない限り、最低限65歳以上人口の5%程度が利用できる施設の整備が必要であることを意味している。日本の施設利用度は3%にも満たず、家族介護に依存している。ちなみに、この表に示された1993年での施設利用者の半数以上が6ヶ月以上病院に入院している高齢者である。特別養護老人ホーム利用者は高齢者の1.2%でしかない。特別養護老人ホームの待機者が多いはずである。

ここで、治療が必要でない高齢者が医療施設に入院していることの経済的損失が非常に大きいことを認識しておく必要がある。表2はイギリスの例であるが、医療施設への入院は高齢者1人1週間あたり費用800ポンドで、介護施設337ポンドの倍以上となっている。表2の付表で日本の介護報酬が示してあるが、この表でも、医療施設から転換した介護老人保健施設、介護療養型医療施設の報酬は、特別養護老人ホームより1ヶ月で3万円から10万円も高くなっている。これら3施設の利用者には差がないといわれているのも関わらず、費用面での格差が存在する。

次に、ホームヘルパー利用者の割合を表1でみよう。在宅介護サービスが無料で必要に応じて提供される北欧諸国では、当然のことながらホームヘルプ・サービスの利用率は13 - 17%と高くなっている。一方、フランスを別として、カソリック教徒が多く、家族意識の強いイタリア、スペインなどのラテン国家と日本、ドイツは、ホームヘルプ・サービスの利用率も1 - 3%と低い。オーストラリア、フランスはこの中間でホームヘルプ・サービス利用率は7%である。

なお、ドイツは1994年に4つ目の社会保険として介護保険を導入し、日本でも2000年に介護保険の導入がなされたので、現在では、ホームヘルプ・サービスの利用率も上がっていると思われる。日本の場合、厚生省の推定どおりであれば、高齢者約2,150万人のうち約200万人が在宅サービスを利用する結果、ホームヘルプ・サービスの利用率は約9%となるはずであった。しかし、実際には要介護認定そのものを拒絶したり、サービスを利用しない高齢者が多く、実際の介護サービスの利用量は厚生省の推定の半分程度と思われる。岐阜県産業経済振興センター『介護サービス事業に関するアンケート調査結果』(2001)の利用者アンケートでは、介護認定を受けた要介護者でさえ16%がサービスを全く利用せず、少なくとも40%は利用可能なサービス額の半分以下しか利用していない。

ところで、日本における高齢者の「家族介護」という慣習を支えたのは、子供との同居率の高さである。表1で、家族外の介護サービスの利用が低い水準にあるのは、介護保険実施以前の日本と並んで、イタリア、スペインである。イタリア、スペインの子供との同居率は30%以上となっており、他の欧米先進国に比べると非常に高い(表3を参照)。そして、日

本は、イタリア、スペインに比べても、子供との同居率が飛び抜けて高い（1985年時点で65%）。しかし、同居率、三世帯世帯とも急激に減少する一方、高齢単独世帯の比重が急激に高くなっている。2020年には、同居率は30%程度となり、高齢単独世帯の割合が高齢者を含む世帯の3分の1を占めると推定されている（国立社会保障・人口問題研究所資料）。さらに、日本の家族介護は、介護者が女性に偏っているという特徴がある。日本の介護者の8割が女性であるが、欧米では男性介護者も多い。例えば、イギリスでは、高齢者の介護者の40%が男性であり、60%が女性である（The Royal Commission on Long Term Care(1999)を参照）。また、日本では、女性でも妻や長男の嫁の比率が高いが、イギリスでは、介護者は男女を問わず配偶者が多く、次は娘、そして親戚の比率も20%を占めている。介護者の年齢も40歳代、50歳代の比率が高くなっている。日本では介護者の平均年齢が65歳を越えているのと比べると、相対的に介護者の年齢が若い。

以上の国際比較から、日本の介護の特徴は次のようにまとめられる。まず、第1に、家族介護に依存してきたため、介護施設が不足している。しかも、費用のかかる医療施設（あるいは医療施設からの展観施設）に依存してきたため、よけいな費用がかかっている。第2点として、介護保険が導入されたものの、ホームヘルパーの利用は期待ほど伸びていない。介護保険の導入により、介護サービスは福祉ではないということが、十分認識されていない。第3は、日本では「介護は女性問題である」といわれるが、欧米では男性、女性を問わない問題である。ついにながら、介護が女性の負担となっているイタリア、スペインは、日本と同様に、出生率が1.3前後とヨーロッパで最も低い国となっている。

最後に、在宅介護サービスが施設介護の代替物となり得ないことを指摘しておかねばならない。表2はイギリスの例であるが、費用の面から見る限り、在宅介護は決して効率的ではない。OECDレポート(1996)でも、繰り返し「在宅介護は施設介護と同じくらいかそれ以上の費用がかかる」ことが、指摘されている。表2を用いて、具体的に計算してみよう。もし一日6時間の在宅介護サービスを受けた場合の公的支出は、一日51ポンド、一週間357ポンドとなる。この金額は、ナースング・ホームの一週間の費用337ポンドを上回る。表2の付表は、日本の介護保険報酬であり実際にかかった費用ではないが、それを用いて同様の計算をしてみよう。一日6時間で24,000円、一ヶ月で60万円を超える。特別養護老人ホームは1ヶ月30万円以内である。今後要介護度の高い85歳以上の高齢者が急増する。欧米の例では、85歳以上の高齢者の30-40%が介護施設を利用している。この数字を考慮すれば、日本でも早急に介護施設の充実を図るべきであろう。

OECDレポート(1996)では、さらに、在宅介護サービスは、サービス必要度の決定、提供サービスの調整、サービス供給者の調整が面倒であり、移動コスト、不適切あるいは過剰なサービス供給によって社会的な非効率を生じる可能性が大きいことも指摘されている。

3. 岐阜県の介護サービスの現状

この節では、全国平均と比較して岐阜県の介護サービスの水準を明らかにする。介護サービスに関する最も新しいデータが使用できるのは1996年であるため、ここで取り上げるデータは最新のデータがある場合にも、1996年度のものを示す。

まず、岐阜県の1996年度の高齢化率は15.9%で、全国平均の15.1%を上回っている。一方、同年の高齢者世帯割合（高齢単身者世帯と高齢夫婦世帯の割合）は全国平均11.3%に対して、岐阜県は9.9%と全国平均を大幅に下回っている。つまり、人口に占める高齢者の比率は全国平均より高いが、独居老人や高齢者だけの世帯は少なく、子供との同居率が全国平均よりかなり高いといえる。

図1から図3は、在宅介護サービスの3本の柱といわれるホームヘルプ・サービス、デイサービス、ショートステイの利用度を都道府県別に示している。各介護サービス利用度には、都道府県間で大きな差がある。全般的な傾向としては、西日本のほうが介護サービス利用度の高い傾向にある。特にデイサービスの利用に関して、この傾向が顕著である。

ここで、1996年度の岐阜県の介護サービス利用率を順にみていこう。まず、ホームヘルパー利用率に関しては全国平均以上である。岐阜県の高齢者100人あたりのホームヘルパー年

間利用回数は 137 回で、全国平均は 119 回である。しかし、デイサービス、ショートステイでは、全国平均を下回っている。岐阜県の高齢者 100 人あたりのデイサービス年間利用日数は 132 日で全国平均の 142 日より 10 日間少ない。ショートステイの年間利用日数は、岐阜県の 28 日に対して全国平均では 37 日となっている。

その結果、在宅介護サービスの柱とされるホームヘルパー、デイサービス、ショートステイの利用を総合的に指数化した在宅介護指数（住友生命総合研究所推計）では、岐阜県は 47 都道府県中 38 位である（1996 年度）。ちなみに、1 位は宮城県である。東海地方の他県も、三重県 32 位、愛知県 35 位、静岡県 43 位と苦戦している。

岐阜県の介護サービス水準が低いのは、特別養護老人ホームの不足に原因がある。高齢者 1000 人あたり特別養護老人ホームの定員数は、全国平均 17.8 人に対して、岐阜県は 13.2 人であり、岐阜県の特別養護老人ホームの不足は明らかである。介護施設が不足しているために、デイサービス、ショートステイの利用率が全国平均以下になっているのである。岐阜県の介護サービスの水準を高めるためには、デイサービスとショートステイという 2 つの在宅介護サービスを提供できる介護施設を増やす必要がある。

2 節で示したように、日本そのものが欧米に比べて介護施設が不足しているが、介護施設の整備では、岐阜県は日本の平均をさらに下回っているのである。

4. 介護サービス産業の育成のために

この節では、日本の現状、岐阜の現状をふまえて、介護サービス産業を取り巻く問題点、介護サービス産業を育成するための課題を順に取り上げる。なお、以下の主張は著者の主張であり、研究会の意見でないことを明記しておく。特に、(1) 介護施設の建設促進、(2) 社会福祉協議会の役割、に関しては、研究会内部でも異論のあるところである。

(1) 特別養護老人ホームの建設促進

2 節で述べたように日本では介護施設が不足している。介護施設の不足は、特別養護老人ホームの長い待機者リストによって目に見える形で示されている。そして、岐阜県は日本の平均よりも高齢者人口あたり特別養護老人ホーム定員数が少ない（高齢者 1000 人あたり全国平均 17.8 人、岐阜県 13.2 人）。

現行では高齢者の施設利用の半数以上を占めている医療系の施設は、本来的に病気の治癒が目的で短期滞在を前提としているため、特別養護老人ホームに比べると、一人あたり専有面積も狭く食堂や談話室などの生活面を快適にする施設面でも劣っている。介護施設の充実を目指すならば、特別養護老人ホームを建設すべきである。

また、日本では、施設介護を含めて、介護サービス提供が低所得者対象の「福祉政策」として行われてきたため、1 人あたり居住面積が広く設備も整っている特別養護老人ホームでさえ、4 人部屋がふつうであり集団生活を強いられてきた。しかし、このような集団生活を強いる特別養護老人ホームは、持家で暮らしてきて個室を当然とする団塊の世代以降の高齢者には受け入れられないであろう。現在のヨーロッパやオーストラリアのように、少なくとも個室が原則とされる必要がある。

岐阜県がもし本気で介護施設、介護サービスを充実させれば、秋田県鷹巣町のように、外部から豊かな高齢者の移住を期待できる。生命保険文化センター『老後生活のリスク認識に関する調査』（1999）によれば、30 歳から 70 歳までの 10% 程度は、介護サービスの整ったところに移動してもよいと考えている。当然若い世代ほどその比率が高い。日本は欧米ほど人々が移動しないが、自由な移動を阻む大きな要因の一つは土地価格の高さであった。土地価格の下落と中古住宅市場の充実が、人々の移動をより容易にするであろう。

なお、岐阜県産業経済振興センター『介護サービス事業に関するアンケート調査結果』（2001）の利用者票でも、介護者の声として、将来要介護になった場合に介護施設に入れないことを心配しているケースが多々見受けられた。女性が大半を占める介護者は、自分が要介護になった場合、家族に期待するよりも介護施設に期待する傾向が強い。生命保険文化センター『老後の生活保障と老後リスクに関する調査』（1999）でも、要介護になったときに家族ではなく

介護施設に期待するのは、年齢が若くなるほど、男性より女性という、はっきりした傾向がある。

社会福祉協議会の役割

a. 介護サービスの提供：民間業者との役割分担

今回の事業者に対するアンケートで、現状における岐阜県の介護サービスの主力が社会福祉協議会であることが、改めてはっきりした。そして、多くの社会福祉協議会が今後介護サービス提供を拡大する計画を持っている。しかし、社会福祉協議会が民間企業と同じ分野で介護サービス拡大を目指すべきであろうか。少なくとも、公的資金が投入されている社会福祉協議会と民間企業とでは、介護市場で対等の競争は行えない。

しかも社会福祉協議会は、介護保険実施前の福祉政策（措置制度）の関連で介護サービス提供の長い経験を持っている。また当然ながら行政との関係も深く、変更の多い介護サービスの情報も入手しやすい。

これらの点で、社会福祉協議会は民間企業より有利な状況にある。もし社会福祉協議会が何らかの自己規制をしない限り、社会福祉協議会が優位性を持つ介護市場において民間企業を育てていくのは難しい。

では、社会福祉協議会の役割をどのように考えるべきであろうか。ここで、以下の3つの例を簡単に紹介する。直接的な介護サービス提供を行わない東京都府中市、登録ヘルパーを主体にして地域の介護サービス供給の大部分を引き受けている名古屋市、そしてパートとフルタイムのヘルパーを雇用して介護サービスを提供している静岡市、以上3つの社会福祉協議会である。ここで取り上げた3市は、各市の社会福祉協議会の協力を得て、介護保険実施直前の1999年12月に介護プロジェクトでホームヘルパーに対しアンケート調査を行ったところである（下野・大津（2000）を参照）。

東京ではホームヘルパーのほとんどが民間事業者に属しており、社会福祉協議会は介護サービスとほとんど関係を持たない。介護サービスに関する活動は、ホームヘルパーの育成（ホームヘルパー講座の開講）、無償の介護ボランティア活動の支援などに限っている。有償の介護ボランティア（登録ヘルパー）の派遣は福祉公社として社会福祉協議会とは別組織としているところが多く、府中市もその例に漏れない。府中市のホームヘルパーに対するアンケートで明らかになったことは、賃金の安さである。特に民間事業者で働くホームヘルパーは、低賃金、労働時間が少ないこと、身分の不安定を不満とする割合が名古屋市、静岡市に比べると非常に高い。実際、ホームヘルパーの時間給の平均は名古屋市より1割以上も低い。名古屋市の社会福祉協議会は名古屋市の介護サービス供給の大部分を提供している。そのため、民間企業の進出は難しいといわれていた。介護サービス供給の主体は約2600名の登録ヘルパーで、ほかにパートヘルパー、ケアヘルパー（嘱託）が約200名いる（1999年12月）。登録ヘルパーの大部分は家事援助サービスだけであるが、身体介護を行っている登録ヘルパーもいた。しかし、時間給は同じである。

静岡市も名古屋市と同様に介護サービスを供給しているが、名古屋市と異なり、登録ヘルパーは使っていない。パートタイム、フルタイムで雇用したホームヘルパーによるサービス提供を行っている。ホームヘルパー育成講座は開講しているが、登録ヘルパーは民間事業者で就業するとのことであった。

さて、社会福祉協議会の活動として、どの形態が望ましいのであろうか。私は静岡市のケースが、社会福祉協議会と民間企業の役割分担が明確であり、よいと考えている。東京都のように、すべての介護サービスを民間企業に委ねなくてはならないという必然性はない。府中市のように、現状では介護サービス分野の低賃金が質のよい労働力を失わせる危険性がある。また、社会福祉協議会に介護サービスのコーディネイト役を期待するならば、社会福祉協議会も介護サービス供給を行っていることが望ましい。イギリスでは65歳以上の高齢者のホームヘルパー利用率は13%であるが、9%は公的に供給され、4%が民間部門によって提供されている。公的部門ではヘルパーの身分保障がしっかりしており、夜間介護や比較的重度の高齢者の介護を担当している。

しかしながら、岐阜県の社会福祉協議会は名古屋市と同じく登録ヘルパー主体である。民間企業への聞き取り調査では、民間介護サービス事業所が、社会福祉協議会で面倒をみられないケース、つまり、早朝や夜間、休日、そして、重度の高齢者を介護していることが明らかになった。この理由は、主婦が大部分を占める「登録ヘルパー」では、最も需要のある早朝や夜間、休日の介護サービスは提供できないし、重度の要介護者に対するサービスも提供することができないためである。むしろ、古くからの歴史のある特別養護老人ホームに設置された介護サービス部門が、よりプロフェッショナルなサービスを提供しているのが現状である。

しかし、公的資金を投入されている社会福祉協議会が有償ボランティア（登録ヘルパー）主体では民間企業も育たないし、社会福祉協議会が地域介護サービスの中心になることも難しい。社会福祉協議会は身分保障のあるプロのヘルパーで地域の介護サービスの提供・コーディネートを行い、民間企業との競争を避けることが重要である。公的資金が投入されているからこそ、介護サービス産業が厳しい状況にある現状でもホームヘルパーの身分保障が可能なのである。介護サービス市場に質のよい労働力をつなぎ止めるには、ある程度の賃金と身分保障のできる社会福祉協議会の役割が大きい。

繰り返しになるが、今後も社会福祉協議会が安い介護労働力である登録ヘルパーを主体とした介護サービス提供を行うならば、民間企業はとうてい太刀打ちできず、介護サービス産業は育たない。

b. ボランティアの組織化

さらに、地域の介護センターとして、社会福祉協議会に期待したい点がある。それは、社会福祉協議会の本来の目的である（無償）ボランティアの組織化である。特に介護分野には、ボランティアを生かすことが可能な分野が多くある。例えば、高齢者には運転ができない人が多いので運転ボランティア、高齢者の話し相手になるボランティア、近所の高齢者の安否を尋ねる訪問ボランティアなどが考えられる。また、配食ボランティアも今後は必要になるであろう。欧米では、暖かい食事の提供が重要な介護サービスの一つになっているが、食事を配るのはボランティアの役目になっているところが多い。

何かをしてあげたいけれど、その情報がないので、何もしていないという「潜在的ボランティア」は多く存在する。社会福祉協議会には、ボランティア活動の情報発信者になることを期待する。ともかく社会福祉協議会の信用度は、民間企業をはるかに凌駕している。そのメリットを生かしてほしい。

c. ホームヘルパーの育成・研修

民間であれ、公的であれ、人材育成は重要である。社会福祉協議会では、ホームヘルパー育成講座を実施しているが、今後もぜひ継続してほしい。そして、ホームヘルパーを育成するだけでなく、技術の向上、情報の交換などのために、ホームヘルパーのための研修やケーススタディの報告会の機会を提供してほしい。訪問介護分野に参入している民間事業者は小規模なところが多く、独自で技術向上のための研修やケーススタディを行うのが難しい。公的資金のバックアップがあり、準公的機関と考えられている社会福祉協議会が、介護サービス従業員全体のレベルアップを図ることは、介護サービス産業全体にとっても有益であろう。

さらに、今後重要性を増す介護サービスのコーディネーター（ケア・マネジャー）の育成への取り組みを期待する。2節でも述べたように、在宅介護サービスは、サービスのコーディネーターがしっかりしていないと無駄の多い非効率なものとなる。その意味で、ケア・マネジャーの役割は非常に重要である。事業者に対するアンケート調査でも、人材確保、育成以上、「専門的立場から指導できる人材が不足している」ことが1番の問題となっていた（事業者の45%）。

それに対し、現時点では、ホームヘルパーの不足の声は聞かれない。社会福祉協議会を中心にホームヘルパーの育成に積極的に取り組んできた成果であろう。今後は、ヘルパーの質の

向上、介護サービスのコーディネーターの育成にも積極的に取り組んでほしい。

d . 介護サービスのに関する情報の発信

アンケート調査から、介護保険を十分理解し必要なだけ介護サービスを利用している高齢者は多くないし、多くの事業者も介護サービスに関する情報が不足していると感じている。

社会福祉協議会は、利用者と事業者の両者に対し情報提供を行いうる立場にある。活動歴の短い民間より利用者の信頼を得ているし、行政とのパイプが太いことは介護サービスの最新情報が入ってくることを意味する。社会福祉協議会には、地域の介護センターとして、行政と協力して、利用者、事業者に対する介護に関する情報の提供に積極的に取り組んでほしい。特に、規模が小さく、開業して間がない民間事業所は介護サービスに関する情報を求めている。

岐阜県の役割

ここでは、(1) で論じた特別養護老人ホームの建設促進以外で、重要と思われる岐阜県の役割を列挙する。

a . 介護保険の宣伝、介護サービス需要の掘り起こし

今回の利用者アンケート調査で最も驚かされたのは、要介護認定を受け権利があるにもかかわらず介護サービスをいっさい受けていない高齢者の割合が高いことであった。要介護者の 16% が介護サービスを全く利用していない。要介護 4 , 5 とほとんど寝たきりであっても、介護サービスを受けず、家族だけで介護を担っている場合が 15% 以上も存在する。また、利用可能額の半分以下しか利用していないケースが少なくとも 40%、利用額の上限を把握していないケースも 13% ある。

利用者の自由記入欄をみると、高齢者が介護サービスの利用を拒むケースが多いようである。介護者の意見として、「介護の手を抜こうとしていると高齢者に思われるので、高齢者に介護サービスの利用を進められない」という記述もあった。事業者に対するアンケート票の自由記述欄にも、「要介護者・介護者を含めて利用者の介護保険や介護サービス、料金に対する誤解があり、利用者の開拓が難しい」という意見が少なからず書かれていた。

この状況においては、行政が、介護サービスの利用者と介護者の両者に対して、介護保険の意義、介護サービスの積極的な利用を働きかけることが、介護サービス産業を育てていくことにつながる。行政は、第 3 者の立場で、民間事業者単独ではできない介護保険そのものに対する十分な説明を行うことができる。ただし、多数を対象にした説明会はあまり役に立たないので、できれば(潜在的)利用者の家まで出向いて、個別の相談、説明を行うことにより、(潜在的)利用者の介護保険に対する理解を深めることができよう。また、第 3 者が説明することにより、高齢者も介護サービス利用に積極的になれる可能性がある。家族でない第 3 者による高齢者への介護サービスの説明・介護サービス利用の説得(今は「福祉」ではないこと、メニューの説明など)は、介護サービスの拡大にとって、非常に重要であると思われる。

また、期間限定で介護サービスの利用の無料提供(“お試し期間”)を行政のバックアップで行うことも、家族以外の介護サービスを認めない高齢者の態度を変えるきっかけになるに違いない。

b . 民間事業所に対する資金援助

岐阜県産業経済振興センター『介護サービス事業に関するアンケート調査結果』(2001)の事業者アンケートで明らかになったように、介護サービスに参入した民間事業所は、開業して 3 年未満、利用者規模でも大半が 30 名以下である。その結果、民間事業者の経営はよくない。特に、訪問介護サービスを行っている民間事業所のほとんどが赤字となっている。しかし、事業の縮小や撤退を計画している企業は少ない。今後の需要の拡大を期待していると思われる。

岐阜県のアンケートでは、民間事業所の 3 分の 1 が、行政に期待することとして「介護事

業者に対する資金援助」をあげている（複数回答）。苦戦している民間事業者に対する資金援助も現状では必要である。

c . 介護サービスに関する情報発信

民間企業は規模の小さなところが多いため、介護サービスに関する情報が入りにくい。また、業者間の情報交換の場もない。聞き取り調査でも規模の小さな事業所ほど、情報の不足、情報交換の場のないこと、を経営上の不安としてあげていた。

事業者に対するアンケート調査でも、民間事業者の半数が行政に対する期待として「介護サービスに関する情報提供」を求めている（複数回答）。

利用者に対する介護保険の宣伝とともに、介護事業者に対しても、介護サービスに関する情報の提供、および、事業者間の情報交換の場を行政が設定していくことは、介護サービス産業育成のために行政のできる重要な役割であると思われる。また、これらの活動には、各地の社会福祉協議会が地域の介護サービス提供の拠点、コーディネーターとして、積極的に関わっていくのが、望ましい。

d . 介護報酬に関する意見を政府に伝える

事業者向けアンケートの自由記述欄には、家事援助サービスの報酬が低すぎることで、そのために経営が悪化していることを多数の事業者が書いている。聞き取り調査でも、同じ意見を何度も聞いた。介護報酬を決定するのは岐阜県ではないが、事業者の意見を政府に伝えることは、行政の重要な役目である。

また、利用者に関しては、要介護度の高いほど利用可能な介護サービスを使い切っていないことが明らかになった。平均すると対象者の 27% が介護サービスを利用限度まで使ってきているが、この比率は要介護度が高くなるにつれて低くなる。要介護度 5 では、介護サービスを限度額まで使っているのは 14% にすぎない。つまり、介護保険サービスの 1 割負担の出費が、世帯にとって大きな負担になっていると考えられる（大日論文を参照）。介護サービス利用に関して、一律 1 割負担は低所得者にとって厳しいものがある。低所得者に対する負担の減免を考えないと、サービス利用は伸びない。

以上の 2 点、「家事援助サービスの介護報酬の引き上げ」「低所得者の介護サービス利用負担の減免」を、介護サービス産業育成のために、政府に働きかけてほしい。

< 参考文献 >

伊藤敬文「デンマークにおける老人のための保健・福祉サービス」、福地義之助・冷水豊編『高齢化対策の国際比較』、第一法規、1993。

大守隆・田坂治・宇野裕・一瀬智弘『介護の経済学』、東洋経済新報社、1998。

岐阜県産業経済振興センター『介護サービスに関するアンケート調査結果』、2001.2。

下野恵子・大津廣子「ホームヘルパーに関するアンケート調査結果」、国際地域経済研究、no1、2000。

生命保険文化センター『老後の生活保障と老後リスクに関する調査』、1999。

藤岡純一「公的部門の発展と地方分権」、藤岡純一編著『スウェーデンの生活者社会』、青木書店、1993。

三浦文夫編『図説 高齢者白書 2000』、全国社会福祉協議会、2000。

Garber, A.M., "Long-Term Care, Wealth, and health of the Disabled Elderly Living in the Community", in Wise, D.A. ed., The Economics of Aging, The University of Chicago Press, 1989.

OECD, Caring for Frail Elderly People: Policies in Evaluation, OECD Publishers, 1996.
OECD, "Health and Long-term Care: A Health and Care System for All Ages?" in OECD, OECD 2000, OECD Publishes, 2000.

The Royal Commission on Long Term Care, With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities, The Stationery Office Limited, 1999.

表1 施設介護と在宅介護の65歳以上人口あたり利用率の国際比較

	介護施設	ホームヘルプ	合計
オーストラリア	7.0 (1981) 6.2 (1991)	7 (1988)	13%
デンマーク	6.0 (1980) 5.2 (1992)	14 (1980) 17 (1991)	22%
フランス	5.4 (1982) 5.0 (1990)	7 (1985)	12%
ドイツ	4.3 (1980) 5.4 (1992)	1-3 (1992)	6-8%
イタリア	1.9 (1981) 2.4 (1988)	1 (1988)	3%
日本	2.7 (1993)	2 (1993)	5%
スペイン	2.0 (1981) 2.4 (1988)	1 (1985) 2 (1994)	4%
スウェーデン	6.0 (1980) 5.3 (1990)	17 (1980) 13 (1990)	18%
イギリス	3.7 (1980) 5.1 (1990)	13 (1991)	18%
アメリカ	5.2 (1980) 5.2 (1990)	4 (1990)	9%

注1 利用率はOECD (1996)より作成。

2:日本の介護施設利用者には、6ヶ月以上入院の高齢者を含む。

表2 施設介護と在宅介護の費用比較 :イギリスの場合

Type of Expenditure	Unit Cost in 1995/96 prices
Home Care	£ 8.50 per hour
Community Nurse	£ 17 per visit
Day Care	£ 28 per attendance
Meals	£ 2.90 per meal
Lunch	£ 2.90 per meal
Chiropody	£ 10 per treatment
Residential Care Homes	£ 275 per week
Nursing Homes	£ 337 per week
Long-stay Hospital	£ 800 per week

注 :The Royal Commission on Long Term Care (1999) のTak

<付 :日本の介護保険報酬>

訪問介護 :身体介護中心	4,020円 (30分以上1時間未満)
:家事援助中心	1,530円
:複合型	2,780円
訪問入浴介護	12,500円 (1回)
訪問看護	4,250円 (30分未満)
デイ・サービス	5,950円 (4時間以上6時間未満)
デイケア	6,640円 (4時間以上6時間未満)
ショートステイ	9,140円 ~ 11,200円 (介護度による)
特別養護老人ホーム	238,800円 ~ 292,200円
介護老人保健施設	264,000円 ~ 324,000円
介護療養型医療施設	337,880円 ~ 389,700円

表3 子供との同居率と高齢単身世帯割合 (65歳以上人口比率)

	子供との同居率	高齢単身世帯割合
オーストラリア		21 (1986)
デンマーク	4 (1988;70歳以上)	53 (1992;70歳以上)
フランス	14 (1987)	38 (1990;60歳以上)
ドイツ	23 (1987)	41 (1992)
イタリア	39 (1990)	31 (1990)
日本	65 (1985)	12 (1992)
スペイン	30 (1988)	20 (1988)
スウェーデン	5 (1986)	41 (1990)
イギリス	16 (1980)	38 (1991)
アメリカ	15 (1987)	31 (1990)

注 OECD (1996)より作成。この時点での最も新しいデータである。

図2-1 高齢化率 (1996年) と高齢世帯割合 (1995年)

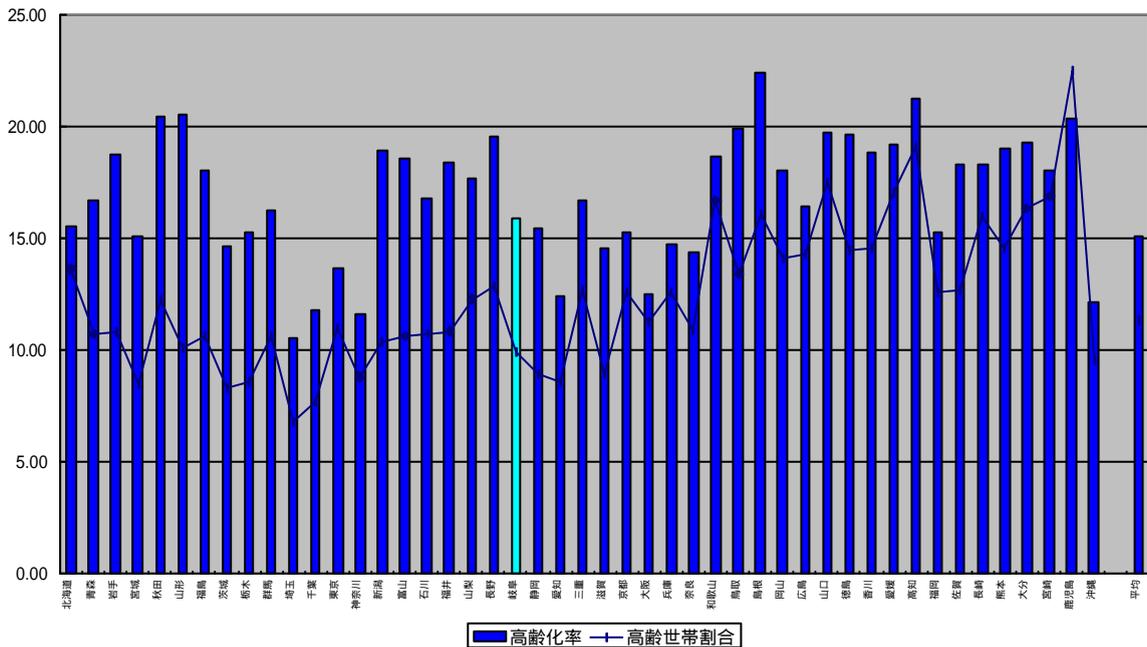


図1 ホームヘルパー利用状況(高齢者100人あたり年間利用回数,1996年度)

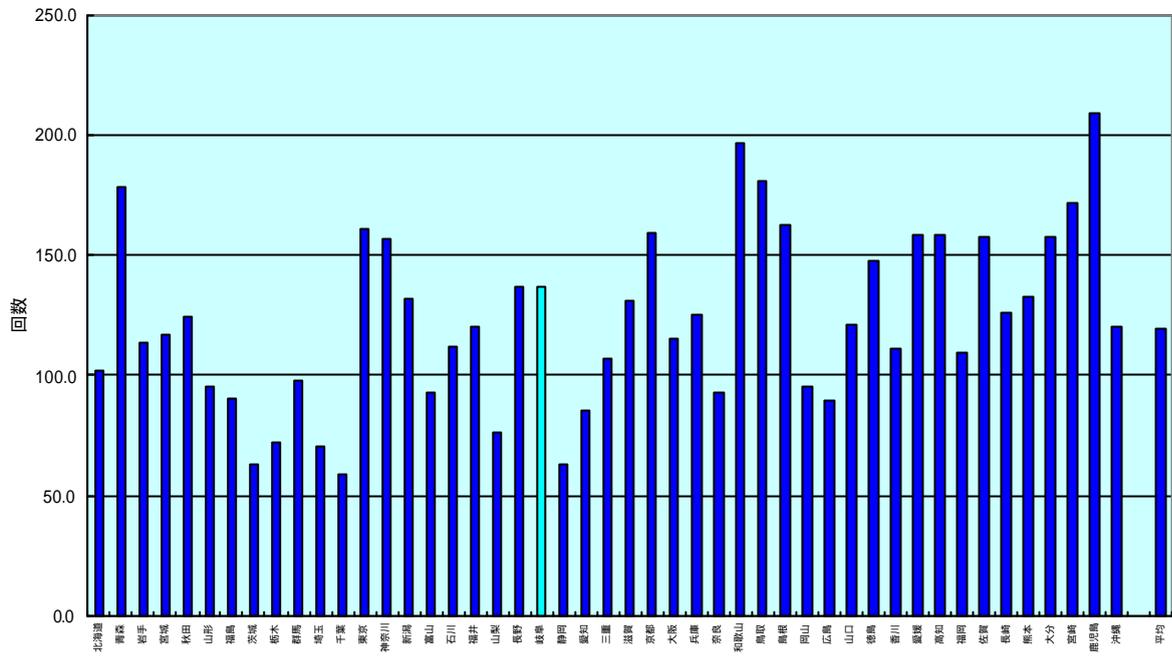


図2 デイサービス利用状況(高齢者100人あたり年間利用日数;1996年度)

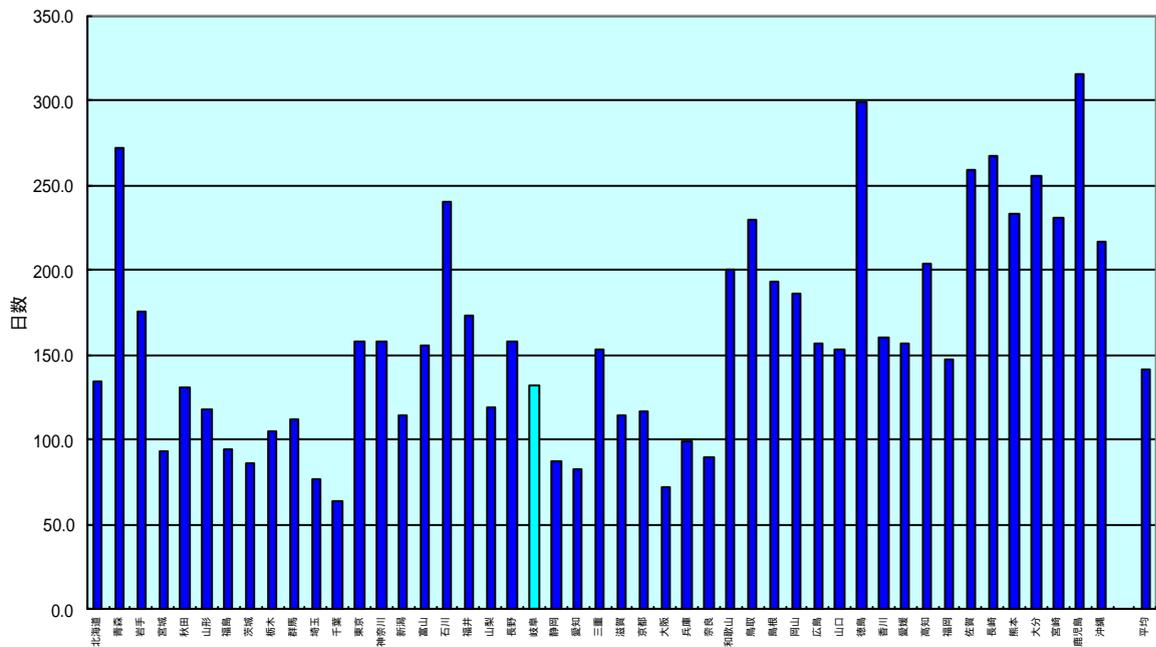
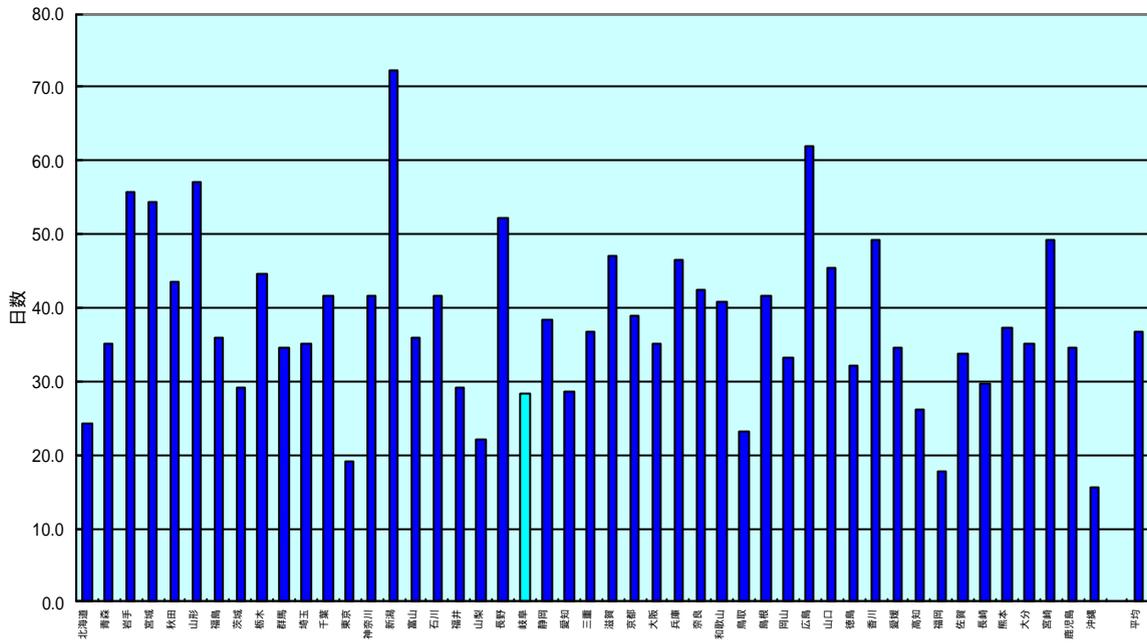


図3 ショートステイ利用状況（高齢者100人あたり年間利用日数；1996年度）



介護サービスの生産性向上とサービスの質について

静岡県立大学看護学部 大津廣子

はじめに

高齢社会の到来は、高齢者に対する介護サービスのあり方に大きな影響を及ぼした。従来、高齢者の介護ニーズに対しては、一部は老人福祉法に基づき行政側がサービスを決める「措置」に基づくサービスとして提供され、一部は老人保健法に基づく老人医療の中で行われていたが、利用手続き、利用者負担の面で不均衡があり、利用者がサービスの選択を自由に行えないことなどの問題が指摘されていた。2000年4月から実施された介護保険制度は、老人福祉法と老人保健法の制度を再編成し「高齢者の自立支援」を理念とし、利用者の選択によるサービス利用を原則としてスタートした。

この制度では、高齢者が自分の心身の状況や生活環境に応じてサービスを自ら選択するというように利用者が事業所を選択し、契約に基づき介護サービスを利用する仕組みとなり、介護サービスの市場が登場することとなった。そこで、事業所側は「利用者に選ばれるサービス」の提供に向けて、その対策が問われることとなった。

本調査における介護サービス供給側の結果からも、現在苦労している問題点をみると「新しい顧客の開拓、確保が難しい。」が最も多く、「介護サービス事業にたいする認知度が低い。」「公的施設や同業他者との競争が激しい。」「人材の確保」と続いており、今後の介護サービスの生産性向上に対しての問題点が示された。介護サービスの生産性向上は、サービス一般の生産性向上の要因と同様に、サービスの質に影響されるといえる。よりよいサービスが提供されれば、消費者はそのサービスを購入するものであり、ひいては生産性向上につながるものである。そこで、介護サービスの経済的特性について検討したうえで、その質を向上させるための対策について検討する。

1. 介護サービスの特性

介護ということばは、1963年の老人福祉法で特別養護老人ホームで働く寮母が行う業務として登場した。家族が世話をしてきた内容を施設の寮母が代わりに行うのであるから、看護婦でなくてもできるであろうと、介助の介と看護の護から介護が造語されたといわれている¹⁾。その後日本は本格的な高齢社会に突入し、本格的に社会のサービスとして介護を提供する仕組みが必要となり、1987年に社会福祉士及び介護福祉士法が制定された。第2条において介護福祉士は「専門的技術及び知識をもって、身体上又は精神上の障害があることによって日常生活を営むのに支障があるものにつき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者」であるとしている²⁾。このことから、「介護」とは身体上または精神上の障害がある者に対して、入浴や排泄などの日常生活行為を援助することであるといえる。

ところで「サービス」という語は、日常用語として通常用いられる。「割安で売る」意味での奉仕とか、喫茶店や飲食店などで「接客」の意味で使用したり、「家庭サービス」など奉仕の意味が転用されたりする。サービス一般の経済的特性として、次の5点を挙げることができる³⁾⁴⁾。物質的財貨が有形であるのに対し、サービスは無形であり、生産と消費（供給と需要）が同時である。物質的財貨が在庫変動により需給を調整するのに対して、サービスは貯蔵できないという性質から時間によって調節する。医療サービスなどの予約制がそれである。サービスの生産には消費者（需要者）の協力が重要な役割を果たす。例えば医師の問診に対して、患者は適切に答えて自分の症状を正確に説明するという反応はサービスの効率を左右する。つまり、サービスは供給者と需要者の「協働」によって完成するのであるから、需要者の知識、経験、消費の動機づけなどが影響する。サービスの価格はコスト基準というより、消費者がそのサービスに満足して、どれだけ自発的に支払おうとするのかという需要者側の要因に影響される。物質的財貨の生産性がどのくらい上がるかは、どの程度の器械や設備が入るかによって規定される。それに対してサービスの生産性では、

機械設備の役割は比較的小さくて労働力に体化される。たとえば、看護サービスでは機械設備の比重は小さく、提供する看護技術のレベルは看護専門職に体现されるといえる。

これらのサービス一般の特性から、前述した介護サービスの経済的特性を次のように考えることができる。

介護サービスは、看護と同様に直接人間の欲求を満たす活動であり、充足させるものは日常生活を営むうえに支障がある者のニーズである。

介護サービスも、生産されるところで、消費される。たとえば、高齢者の介護ニーズを満たすことは、介護者側からみれば「生産」であり、高齢者側からみれば「消費」ということになり、この現象は同時に同じ場所で行われることである。

効率的な介護サービスの生産には、需要者の協力が重要となる。たとえば、訪問介護で身体介護サービスを行う際に、顔色、発汗など利用者の健康状態を把握する「健康チェック」があるが、需要者側が非協力的であれば、正確な情報は把握できず、適切なサービス提供ができない可能性がある。つまり、供給者と需要者の協働が、介護サービスの質に影響するといえる。

物質的財貨や他のサービスの場合には、消費者は購入する商品についての情報をかなり持っていることから、消費者はその商品の「質」を判断できる。しかし、医療や看護ほどにはないにしても、現在のところ、需要者が必要とする介護サービスの情報は不十分であり、介護サービスの「質」を正しく判断できるとはいえない。

介護サービスの生産性は、看護サービスと同様に機械設備の比重は小さく、介護技術を提供するヘルパーなどの介護職に体现される。したがって、介護サービスを提供する人的資源の質により生産性が左右されるといえる。

2. 介護サービスの質評価

「質のよいサービス」の提供が生産性の向上につながることから、介護サービスの質のレベル評価が重要となるが、何が質のよいサービスなのかという評価は難しいものである。医療・看護における質評価は「構造」、「過程」、「結果・満足度」の3側面が重要とされているが、この側面は介護の評価にも該当するといえる。

「構造」の評価は、介護が提供される条件や環境に基づき評価することである。この側面は把握が容易であるために、比較的従来から行われているが「結果・満足度」との因果関係の追求は不十分であることから、この部分が課題である。

たとえば、介護スタッフに対する介護福祉士の割合、介護福祉士やホームヘルパーの能力、介護スタッフの持続性や時間外、傷害率などを把握しチェックし評価することである。筆者と下野⁵⁾が介護保険制度実施前にホームヘルパーを対象に実施した調査では、在宅で身体介護サービスを実施する時に「これはヘルパーが行う介護の仕事なのか」と迷ったことがあるか否かについては、686名中「迷ったことがある」者は48.1%で迷ったことがない者よりも若干多くみられた(図1)これらの「迷ったことがある」者が多く出会った場面の第1位は「清潔に関する仕事」、ついで「排泄に関する仕事」であり、「迷ったことがある」者の行動は、「派遣先と相談して援助した。」が33.8%、「利用者が困っているので実施した。」が29.3%もみられている(図2)。ヘルパーの仕事か否か問題意識を持ちながらも「利用者が困っているから実施した。」という行動が2番目に多いことは、利用者とヘルパー、ヘルパーと雇用者側の契約内容や労働条件にさまざまな問題が生じる要因になるといえる。この現状は、ヘルパーの役割意識や業務内容の理解、状況判断能力に問題があることが推測され、「組織」の評価につながるといえる。

「過程」の評価は、介護サービスの目的にあった介護活動が適切に行われているかどうかを評価することである。たとえば、介護技術のレベル、利用者に必要な介護実施時間、利用者の安全の保障、利用者や家族の指導、介護スタッフの満足度などをチェックすることである。この側面は、サービスの質との関連が比較的わかりやすく、基準化や標準化がしやすい

く、介護スタッフの専門性と関係し、介護スタッフ自らのサービスの質を考えるうえで重要な側面である。

茨城県水戸市の株式会社デベロは訪問入浴介護事業者であるが、ここでは訪問入浴サービス時に利用者の健康状態をアセスメントし、入浴が中止となった場合に清拭と足浴の方法を選択し援助することについて、介護サービスを提供しているスタッフ自らが研究を進めている⁶⁾。このような介護技術に関する科学的な研究を行い介護サービスの現場にフィードバックをしていることは、利用者により安全・安楽な介護技術を提供することになり質のよいサービスの提供になるといえる。

次に、個々の介護サービスの専門性が高くてもそのサービスのみでは、利用者の自立への援助は不十分である。いくつかのサービスがうまく連携して機能することで、全体としてのサービスの質が向上するといえる。前述した「迷ったことがある」ホームヘルパーの対処行動では「医師あるいは看護婦に援助を依頼した。」者は8.2%しかみられなかった。家族や医療との連携を密に行うシステムづくりも、利用者とのつながりを確保することになったり、サービスの連続性を確保することで、全体としてのサービスの質を高めることにつながるという。

また「過程」の評価は、自己評価のみならず、相互評価や第三者評価を行うことが可能な側面である。たとえば、ホームヘルパーが実施したサービスについて、利用者やホームヘルパーに表1のような項目に回答してもらうことでも、介護サービスの質を測定することにつながる。

表1 介護サービスを測定するための質問項目（例）

<p><利用者用></p> <p>ヘルパーはあなたの食事で注意しなければならないことについて、わかりやすく説明しましたか。</p> <p>ヘルパーはあなたのお通じやお小水の状態をいつも気にかけていますか。</p> <p>ヘルパーはあなたがしてほしいというようなやり方で体をきれいにしますか。</p> <p>ヘルパーはあなたが自由に動けないときに、必要に応じて手助けをしますか。</p> <p>ヘルパーはあなたが頼んだことをすぐしてくれますか。</p> <p style="text-align: right;">など</p> <p><ヘルパー用></p> <p>私は、利用者に食事の援助を実施する際、利用者の理解度やどこまで出来るかを考慮して援助する。</p> <p>私は、利用者の排泄の状態を把握している。</p> <p>私は、利用者の排泄の行動を把握してタイミングよく援助している。</p> <p>私は、利用者の希望を取り入れながら清潔の援助をしている。</p> <p>私は、利用者に頼まれたことはすぐに行く。</p> <p style="text-align: right;">など</p>
--

「結果・満足度」の評価は、提供された介護サービスによって、利用者が得られる結果や満足度に基づき評価するものである。たとえば、利用者、家族の満足度、利用者の自立の程度などである。この側面は、介護サービスの結果そのものをみており、質との関係が密接であるが、正確な結果の把握には時間と費用がかかる。

サービスの質は客観的に評価することが難しいことから、利用者が提供されたサービスの質を評価できるようにするには、提供するサービスをより具体的に示すことが重要となる。「ケア・センターやわらぎ」は立川市に本部があり、看護訪問サービス、定期訪問在宅サービス、ホームヘルプサービスなどを実施している民間の非営利福祉団体であるが、ここでは利用者がサービスの質を判断できるような体制づくりをしている。145種類に区分された「ケアメニュー」の中からコーディネーターと利用者、家族がサービスを選択し、サービス内容、提供時間、回数、利用料金、サービスが不満の時の対応、損害賠償に対して契約をする。サービス実施後はサービスの内容、提供時間、利用料などの情報が記載されたレシートが利用者に渡され、その内容に利用者が納得すればサインをするというシステムである⁷⁾。このようなシステムづくりにはコンピューターシステムの導入が必要であり、費用がかかることではあるが、利用者の視点にたったサービスの質の評価としては一方法であるといえる。

また、北九州市を基盤にしている「せいうん会」では標準化した介護サービスを「商品」として提示し、提供される介護サービスを利用者が分かりやすいように具体化している⁸⁾。在宅介護の現場は、閉鎖的でホームヘルパーがどのような方法でサービスを提供しているかは、利用者本人や家族しか把握できず、介護サービスのチェックをすることが難しい。それゆえにヘルパー育成のあり方が問題となるが、ここでは介護サービスの方法をマニュアル化し、ヘルパーはそのマニュアルにそって教育される。介護ニーズは個別性があるが、それに対しても利用者宅に訪問し、部屋やベッドの配置、日頃の湯の使い方などを確認し、基準マニュアルを「介護手順書」として個別性のある介護方法に修正し介護サービスを提供している。契約書には「介護手順書」に書かれているとおりのサービスが受けられなかった場合は連絡するように明記され、利用者からのサービスの評価システムづくりがされている。

以上のように質のよい介護サービスの提供には「構造」「過程」「結果・満足度」の3側面がばらばらではなく有機的関連性をもちながら、因果関係を明らかにしていく評価が行われることが重要となる。そのような評価を行うには事業所やヘルパーなどによる自己評価も必要であるが、介護サービスの質を管理するという観点からの行政側による他者評価が効果的であると考える。行政側は、事業所などが提供している介護サービスを、消費者である高齢者が安心して購入でき満足しているかどうかをチェックする評価システムをつくり、サービスの質管理を行う役割があると考えられる。

3. 介護の人材育成

介護サービスの経済的特性でも述べたが、サービスにはサービスの送り手と受け手が存在する。介護サービスの供給者と需要者であり、介護サービスの効用実現過程では、供給者と需要者の「協働」が必要となる。そしてこの「協働」には供給者と需要者の間に十分な信頼関係の成立が重要な条件となる。美容師と客など直接対人サービスの場合は必要な条件であるが、特に医療や看護サービス、介護サービスなどのように人々の健康や基本的ニーズに対するサービスには、相互の信頼関係が必要不可欠といえる。利用者側で「ヘルパーさんに叱られると恐いから、本当はお願いしたいけど頼まないでおこう。」などという姿勢があれば、真に必要な介護サービスは提供されないことになる。

したがって、介護サービスに携わる人材の育成をどのように行うのかが問題となり、介護サービスの質にも影響する。

介護サービスの人材育成については、介護保険法施行令第2条の2で、法第7条第6項の政令で定める者は研修の課程を修了することとしている。研修課程は、1級課程から3級課程まであり、それぞれ研修の方法、時間について基準を設けている。介護サービスの実践において重要となる「介護技術」の講義時間は、1級課程で28時間、2級課程で11時間、3級課程では3時間である。また、「介護技術」の演習時間については、1級、2級課程で30時間、3級課程では10時間である¹¹⁾。本調査結果でも人材確保、育成をはかるうえでの問題点として「研修、教育訓練が充実していない」と回答した者が25.6%もみられたことから、介護保険法の理念を達成するにはあまりにも不十分な研修時間であるといえる。

介護技術は介護の目的を到達する方法、手段であり、それは介護サービスの中心をなすも

のである。介護技術は、ヘルパーが利用者とのふれあいを通して安全、安楽な技術を個別性を考慮して提供していくことを必然としていることから、観察技術、コミュニケーション技術、身体清潔の援助技術、移動動作の援助技術、排泄の援助技術、食行動の援助技術などは、知識だけではなくその方法を行動化できるレベルまで教育する必要性を感じる。介護技術を行動化できるということは、その技術の根拠をも理解したうえで行動化でなければ、利用者の個別性を考慮した介護サービスとはならない。根拠を理解したうえで行動化とは、人間の解剖生理や基礎的な医学的知識、観察技術、コミュニケーション技術を統合したうえでの介護サービスの実施ということである。特に日常生活面の援助は一般人でもできる行為である故に、介護サービスの提供に対しその対価を請求するのであれば、その対価にみあうレベルの技術提供でなければ利用者は満足しないであろう。したがってヘルパーの介護技術能力を高めるために技術に関する研修時間の増加と現場に即した指導方法が求められる。

また、高齢者は老化に伴う健康障害をともなっていることから健康障害をも考慮したケアプランの立案をして、適切な介護サービスを提供することが必要となる。そのためにはケアプランを立案するケアマネージャーの資質向上が要求される。ケアマネージャーがその役割を真に発揮するには、看護婦や介護福祉士の知識や経験だけでなく、医療制度、高齢者福祉制度、生活保護制度、住宅制度、社会資源の状態などの知識とともに看護や介護、医療に関する知識を統合してアセスメントできる能力が必要であろう。

介護保険制度の「要介護状態になった者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように必要な介護サービスを提供する」という目的を達成するためには、行政側は以上のような内容を意識した研修カリキュラムの検討と介護サービスの質管理に向けての評価システムづくりへの検討を行う必要がある。介護サービスの生産性は介護職である人的資源に大きく影響されることを考えると、定期的にケアマネージャーのケアプラン能力のチェックをしたり、ヘルパーの介護技術能力のチェックをしてはどうであろうか。資格取得後のヘルパーやケアマネージャーに対する定期的な資質チェックは、介護サービスの質を向上させ、品質保証された質の高いサービスの提供につながると考える。

おわりに

本稿では、介護サービスの特性を概観し、質のよい介護サービスを提供するためには「構造」「過程」「結果・満足度」の3側面からの評価の必要性と、利用者の信頼を得るには良質なサービスを提供することであり、それには良質なサービスの担い手である人的資源を大切にしたいよりよい人材育成の重要性について検討を加えた。

今後ますます増加が予想される介護サービス事業であるが、「利用者にとって質のよい介護サービス」が提供される健全な介護マーケットの育成には、介護事業経営者の高齢者に対する価値観が影響するといえる。介護サービスに関わる一人一人が良質なサービス提供者となるように、介護サービスの質を真剣に考えることが急務であろう。

引用・参考文献

- 1) 鎌田ケイ子、一番ケ瀬康子他：介護概論,9 - 10,ミネルヴァ書房,1991.
- 2) 門脇豊子他：看護法令要覧-平成 12 年度版-,3,日本看護協会出版会,2000.
- 3) 江見康一：サービス経済,経済学大事典 ,252 - 265,東洋経済新報,1980.
- 4) 二木 立：医療経済学,8-9,医学書院,1991.
- 5) 下野恵子・大津廣子：ホームヘルパーのサービスに関する調査（名古屋市・府中市・静岡市）の概要,国際地域経済研究,創刊号,89-120,2000.
- 6) 医療経済研究機構：先進事例に見る在宅介護事業 - 成功への道 - ,48-52,日経メディカル開発,2000.
- 7) 前掲書 8),15-19.
- 8) 前掲書 8),29-33.
- 9) ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会：ホームヘルパー養成研修テキスト 第 1 巻 - 社会福祉関連の制度とサービス - ,489-491,長寿社会開発センター,2000.
- 10) 伊藤周平：介護保険,青木書店,1998.
- 11) 後藤卓史：介護保険体系において医療・福祉法人に何が可能か,月刊総合ケア,10(3),36-43,2000.
- 12) 岡本祐三：介護保険の課題,月刊総合ケア,11(2),11-15,2001.
- 13) 中辻直行：動き出した介護保険 見えてきた課題,月刊総合ケア,11(2),16-19,2001.

図1 ヘルパーの仕事なのかと迷ったことがあるか

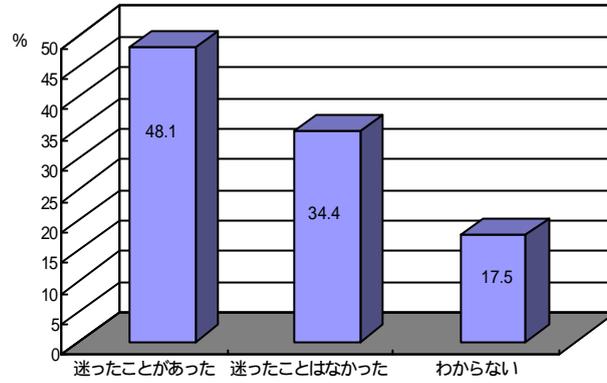
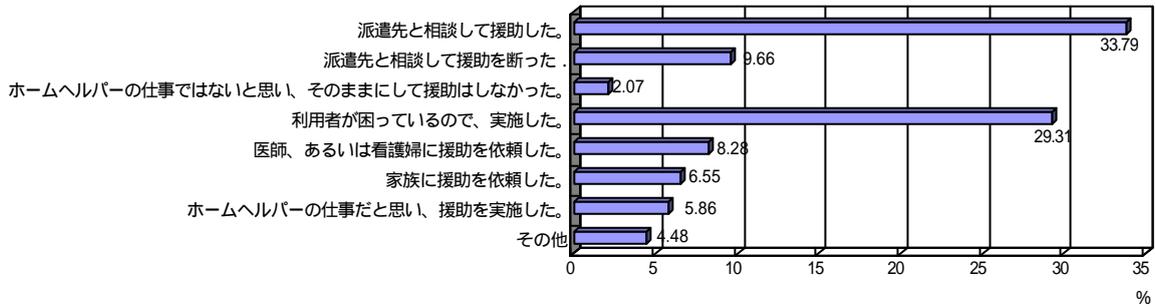


図2 迷ったことがある者の対応行動



需給両面からの公的介護保険の評価^{*}

大阪大学社会経済研究所 大日康史

1 はじめに

公的介護保険が導入されて既に1年近く経過するが、その機能を検討するためには、需要側あるいは供給側の情報が必要である。本稿では、アンケートの章で評述している岐阜県における公的介護保険の介護サービスを提供している全事業所に対して行った調査と2市3郡の要介護認定を受けた利用者の調査を用いて分析を行う。

事業所の分析では、その収支状況を特にそれを阻害している要因について中心的に分析する。このような公的介護保険の介護サービスを提供している事業所における調査は非常に多いが¹⁾、多くの場合は記述統計的な現状把握にとどまり、本稿のように経済学的に分析した研究は極めて少ない。これは、一つには公的介護保険導入以前においては、建前的にも福祉サービスとして地方自治体が主体となって介護サービスを提供していたという制度的背景がある。そのために需給が一致する、あるいは一致させようとするメカニズムは働かず、研究は財政的な側面や実態把握的な調査に終始していた(斎藤・中井(1991),大日(1998))。したがって、本稿のように、供給側から公的介護保険の機能を実証分析した研究は筆者の知る限り存在しない。それだけに、本稿の研究はきわめて重要である。

他方、介護需要に関する従来の研究は、そのほとんどが公的介護保険導入以前に行なわれていたために、その分析のほとんどが仮想的質問法に依存せざるをえなかった。仮想的質問法では価格も自由に設定できるために、価格弾力性の分析が行えるが、反面、その信頼性は低いといわざるをえない(阿部(1996),大日(1997,1999a,b,2000a,b))。一方、実際の需要行動を分析するのであればその信頼性は高いが、介護報酬として価格が公定されているために、実際の需要行動から厚生分析を検討するための基本的な情報である価格弾力性を導出することは非常に困難である。介護には医療と異なり密接な代替財(家計内生産能力)が存在するために、価格弾力性がかなり大きいと予想される。このように実際の需要行動と仮想的質問法とは互いに補完的であると考えらるべきであろう。

したがって、本稿での関心は価格以外の需要を決定する要因、例えば、所得や家計内生産能力によって需要がいかに影響を受けるかを検討することになる。特に所得弾力性に関しては、国民生活基礎調査基本調査('86,'89,'92)の個票を分析した大日(1997)では0.03~1.4、財団法人日本中小企業福祉事業財団(通称:日本フルハップ)が1997年2月に加盟企業経営者に対して実施した介護需要に関する調査を分析した大日(1999a)は0.15を上回る場合もある事を確認している。また、公的介護保険導入前後で分析した大日(2000a,b)では、0.1~0.2程度であるとされている。

2 事業所調査の分析

分析には全回答法人または団体のうち、「採算を度外視している」と回答した法人または団体及び地方自治体を除いている。記述統計量が表1にまとめられているが、収支は「収入が支出を大幅に上回っている」を基準として、4:収入が支出を若干上回っている、3:収入と支出がほぼ同じになっている、2:支出が収入を若干上回っている、1:支出が収入を

大幅に上回っている、である。なお、「採算は度外視している」と回答した事業所は分析の対象から除外している。

労務管理上の問題は、1:専門的な立場から業務全体を適正に指導出来る人材が不足している、2:他の業種に比べて賃金水準が低い、3:労働時間、勤務日の融通がきかない、4:福利厚生施設が充実していない、5:研修、教育訓練が充実していない、6:パートタイマー等非常勤の占める割合が多く、身分が安定しない、7:経営基盤が安定していない、8:その他、9:特になし、である。

質・効率性の問題は、1:訪問ルートや時間の調整等、効率的な労務管理が難しい、2:パソコン等新しい情報機器、情報システムの導入が遅れている、3:介護サービスのマニュアル化が出来ていない、または不十分である、4:機能的でない介護機器等の福祉用具が多い、または介護ロボット等新たな介護機器の開発・導入が遅れている、5:介護保険者、介護支援センター等との連携が出来ていない、6:公的施設や同業他社との情報交換の場がない、または関連分野に関する情報が少ない、7:ケアプランが利用者にとって適切でない場合がある、8:経営基盤が安定していない、9:その他、10:特になし、である。

事業展開は、1:現在の介護サービス提供地域内において、供給能力を高めたい、2:都市部を対象にして、介護サービスの提供地域を拡大したい、3:農山村部を対象にして、介護サービスの提供地域を拡大したい、4:介護保険制度の対象となっている介護サービスの種類を増やしたい、5:介護保険制度の対象外となるサービスを拡大したい、6:当面は現在のまま活動したい、7:事業を縮小することを検討している、8:その他、である。

行政への要望は、1:介護保険の意義の宣伝・広報(住民への啓発)、2:介護サービスを支える人材の育成、3:介護サービス事業者に対する情報提供、4:介護サービス関係者を対象にした情報交換の場の設定、5:介護サービス利用者への、積極的な介護サービス事業者紹介、6:介護サービス事業者を客観的に評価する機関の設置、7:介護サービス事業者に対する資金援助、8:公的組織による介護サービス機能の役割縮小、9:その他、である。

2.1 推定モデル

本稿では事業所の経営状況に与えるさまざまな要因を明らかにし、そのうえで問題点、事業展開、行政への要望をその事業者がおかれている環境と考え、それがいかに経営を圧迫しているかを見ていく。そのために、被説明変数である経営の指標として、5段階の収支状況を用いる。この変数は値が小さいほど経営状態が悪いことに留意が必要である。

説明変数としては、サービス事業内容、組織形態、繰上期間、地域、規模に加えて9種類の労務管理上の問題、10種類の質・効率性の問題、8種類の事業展開の見込み、9種類の行政への要望である。この内、主たる事業、従たる事業、組織形態、地域、事前の見通し、労務管理上の問題、質・効率性の問題、事業展開の見込み、行政への要望はいずれもダミー変数である。労務管理上の問題、質・効率性の問題は3つまで回答が行われている反面、事業展開の見込み、行政への要望では回答の制限はない。

繰上期間は、この事業者の公的介護保険導入以前の準備も含めノウハウの蓄積の程度を表す指標として用いる。他の条件が一定であれば、繰上期間が長いほどノウハウが蓄積されているので、経営状況は良好であると予想される。他方、公的介護保険導入以前から繰上している事業所は、非営利団体であることが強く予想されるので、一般に導入以後に参入した営利法人よりも経営状態が悪いという推論も成り立つ(南部(2000))。

地域は、この都道府県を5区分してそこでの展開の有無を用いる。規模は従業員と顧客数が考えられるが、どちらが適切なか事前には判断できないので、択一的に用いる。なお、規模は対数値を用いる。この規模は規模の経済性を測っている。もし規模の経済性があるのであれば、事業所の大規模化が効率的である反面、独占的行動や質の低下に対する監視が重要となる。逆にもし規模の不経済が観察されれば、小規模事業所が乱立する方が望ましい。一般に介護サービスは労働集約的であると考えられるので、規模の経済性は予想されない。他方で、逆の因果関係も成り立つ。つまり、大規模事業所が展開している地域はそれだけ需要も大きく、収益を上げやすいから事業所が大規模になったのであり、事業所規模が小さい地域は需要も低迷しているのかもしれない。これは一種の囲い込みであり、そのために事業所規模が大きい方が収益を上げていても、規模の経済性を意味しない。規模の経済性と囲い込みをこのデータのようなクロスセクションデータで分析することは非常に困難で、長期的に参入・退出・成長・衰退の過程を観察する必要がある。

推定法は、分散の不均一性を考慮した5段階のordered probitを用いる。

2.2 推定結果

推定結果は表2では規模に従業員数あるいは顧客数をそれぞれ用いた推定結果がまとめられている。推定結果は以下のようにまとめられる。

2.2.1 事業所の属性

サービス事業内容での収支の有意な差はない。組織形態では、社会福祉協議会と比べて、社会福祉協議会以外の社会福祉法人、公益法人、医療機関・薬局、有限会社等、その他が収益を上げている。その影響の大きさは順に37～38,28～30,20,26～31,41～57%ポイント黒字である確率が高い。なお、株式会社は社会福祉協議会との有意な差はない。全体的に社会福祉協議会は大規模に事業を展開している反面、収支状況は望ましくない。

操業期間は、従業員数の場合で有意に正であるが、顧客数の場合には有意ではない。これは、新規参入企業はノウハウの蓄積が欠如している事を示唆しており、この結果は南部(2000)と整合的である。その影響は、一年操業期間が伸びると約2%ポイント、黒字である確率が増す。

規模に関しては、従業員数で測ると有意ではないが、顧客数で測ると有意に正である。したがって規模の経済、もしくは囲い込みが観察される。しかしながらその影響の程度は、顧客が倍増した場合に黒字になる確率が約9%ポイント増加する程度である。なお、地域ダミーには有意な変数が多く、地域差によって収支に大きな影響を及ぼしている事が確認される。最大で10%ポイント以上の差が出ている。

2.2.2 問題点

労務管理上の問題では、「パートタイマー等非常勤の占める割合が多く、身分が安定しない」と答えている事業所で有意に収益が低く、13～14%ポイント黒字確率が低い。質・効率性の問題では、「介護保険者、介護支援センター等との連携が出来ていない」、「経営基盤が安定していない」として事業所で有意に収益が低く、前者で22%ポイント、後者で24～26%ポイント黒字確率が低い。事業展開では、「介護保険制度の対象外となるサービスを拡大したい」、「その他」とする事業所で有意に収益が高く、それぞれ22～25,43～44%ポイント黒

字確率が高い。因果関係を見無視すると、収益の高い事業所では一層の多角化、効率的な経営を行うための問題が重要である一方、低い事業所では行政や他社との連携の欠如が収益を阻害していると考えられる。

2.2.3 行政への要望

行政への要望では、「介護サービスを支える人材の育成」と答えた事業所で有意に収益が高く10%ポイント黒字確率が高い。逆に「介護サービス事業者に対する資金援助」、「その他」と答えた事業所で有意に収益が低く13~14,17~20%ポイント黒字確率が低い。先の質・効率性の問題点での結果と合わせると、公的部門の役割を介護サービス提供を行う当事者としてではなく、連携、情報交換、資金調達をサポートする機能が、特に収益の低い事業所において期待されている。

3 利用者調査の分析

3.1 推定モデル

被説明変数は公的介護保険を利用した際の自己負担額（対数）である²⁾。これは、利用の有無、自己負担額（2000,5000,10000,20000,30000円未満、30000円以上の5段階）、要介護度に応じた支給限度額（要支援から順に6150,16580,19480,26750,30600,35830円）から、ある幅を持って知る事ができる。さらに、支給限度額を使い切っているか否かの設問があり、その情報も幅を狭くするのに有用である。しかしながら、支給限度額を使い切っているか否かの回答と自己負担額と矛盾する場合も多く、前者を信用する場合と後者を信用する場合とに分けて分析を行う。

説明変数は、要介護度、世帯形態（老夫婦のみ世帯か否か、独居か否か、同居世帯か否か、同居世帯の場合に無業者がいるか否か）、市部か否か、要介護者の性別、世帯所得（対数）、要介護者の年齢である。推定方法は、被説明変数がカテゴリー・データであるので、カテゴリー推定法を用いる。この推定法は、Tobit推定法を一般化したもので、このように上限（支給限度額）、下限（0）が複雑なデータの推定に適している。また、推定には要介護度をダミー変数として入れる場合と、要介護度毎に標本を分割した推定の二種類の推定方法を用いる。前者は要介護毎に平均利用額を除いてはその需要行動が同じであるとする定式化であり、逆に後者は推定する要介護度に応じた需要行動がまったく異なる事を想定した定式化である。

3.2 推定結果

推定結果は表2にまとめられている。まず全標本を用いた推定では、まず要介護度が当然のことながら一貫して有意であり、また要介護度が高まるに従いその推定値は高い。つまり、要介護度が上がるとより多くの介護サービスが必要されている。他方、世帯構造や性別、地域はいずれも有意ではなく、世帯所得と年齢がいずれも正で有意である。特に所得弾力性は0.6とかなり高い。

要介護別の推定では、かなりバラバラではあるが、まとめると世帯所得は正で有意であり（要介護度3、4）、その弾力性は1を越えている。したがって非常に弾力的であるといえよう。他方、世帯構造では同居世帯さらには無業者のいる同居世帯は、老夫婦のみ世帯より

も有意に介護需要が少ない（要支援、要介護度4、5）。他方で独居世帯は結果が交錯している。例えば、要介護度3では独居世帯の方が老夫婦のみ世帯よりも有意に介護需要が高いが、逆に要介護度2、5では逆に有意に介護需要が少ない。このように独居世帯での介護需要が不安定であるのは、その独居高齢者を支える地域的な状況、例えば別居しているが親族が周囲に居住していたり、地域住民との関係が重要であるために、またそれ故にこの高齢者が独居を続けられる背景となって、このような結果になっていると推測される。また性別はまったく有意ではない。年齢は要介護度5でのみ正で有意である。市部は要支援でのみ負で有意である。

4 おわりに

本稿ではまず、公的介護保険の介護サービスを提供している全事業所に対して行った調査に基づいて収支状況を分析した結果、収益の低い事業所は、公的部門の役割として介護サービス提供を行う当事者としてではなく、連携、情報交換、資金調達をサポートする機能を求めていることが明らかにされた。これは、介護事業所の産業振興という側面において自治体の果たすべき役割が明らかに示されているといえよう。また、規模の経済性が囲い込みかは別として、規模が増加した場合に黒字になる確率が約9%ポイント増加することが確認された。しかしながら両者の違いは経済学的にもまた、政策的にも非常に重要であるために、それを峻別するための工夫が必要であろう³⁾。

他方、公的介護保険の需要行動に関して実際の要介護者の行動の分析結果から所得弾力性が高く、1以上である場合も確認された。このように所得弾力性が高いことから、介護サービスは奢侈財である性質を有しており、社会保険であることから求められる公平性から著しく乖離していると言えよう。同じ社会保険である医療保険では、一般的には所得弾力性は無視し得るとされている（Phelps(1997),Newhouse(1993)）、日本においても井伊・大日(1999)では多くの場合で有意でないものの、-0.003で有意である場合も報告されている。いずれにしても、本稿での0.6~1とは質的にも大きく異なる。これは、自己負担率1割という過剰消費に対するモラルハザード対策が過剰に効きすぎたことを意味する。

この事実から出てくる政策的含意は、所得あるいは資産に応じた自己負担額の設計が必要であろう。恐らくは低所得者層に対する無料化も含めた自己負担率の削減、あるいはパウチャーの配布が考えられる。これらの方策は財政的な配慮が必要である事は言うまでもないが、地方自治体独自の福祉政策の一環として一般財源からの事業として実行可能であろう。また、これが需要者のすそ野の拡大、利用率の向上を通じて、需要を喚起し、それが新たな事業者の参入を促すことにもつながると思われる。これは、いわば公的介護保険を骨髄にして、措置制度への回帰を事実上意味する。この様に、低所得者層には財源を税金とする福祉で、高所得者層には保険料を財源とする保険方式で行う事が望ましい。さらには高所得者層の保険を公的に行う必要があるのかという当然の疑問も起ころう。

今後の研究課題として、今回の研究では実際の需要行動のみが分析されたために価格弾力性の情報は得られていないが、要介護者（世帯）における仮想的質問法を行うことによって価格弾力性を分析することが必要である。いずれにしても需給両方の側面において本稿の結論は特定の時期と地域に限定されるために、その結論の蓋然性が問題となる。したがって今後は継続調査も含めて、長期的また広範囲の調査・分析が期待される。

脚注

*)本稿は(財)岐阜県産業経済振興センター「介護サービス事業の育成・振興方策に関する研究会」(主査:下野恵子名古屋市立大学教授)の研究成果の一環である。同主査や大津広子岐阜大学教授をはじめとする研究会のメンバーの活発な議論に感謝する。また、このような貴重な調査の機会を与えて頂き、さらに多くの労をとっていただいた各介護保険者の方々をはじめとする関係諸団体の方々の協力に心から感謝する。最後に、研究を補助して頂いた長瀬知子さんに感謝する。なお、本稿は筆者の個人的な意見であり研究会を代表するものではない。また、含まれているかも知れない誤りの責任は筆者にある。

1)実際に事業所にヒアリングに出かけると、厚生省、地方自治体、地域団体、業界団体、研究者など、非常に多くのアンケートが郵送され、その対応に苦慮しているという声がよく聞かれる。

2)公的介護保険における介護サービスを利用していない場合における被説明変数は0としている。これは、厳密には1円の自己負担額に相当する。

3)一つの方法は、地域をより細かく特定化した上でHeckman, Ichimura and Todd(1997,98)の手法を適用することが考えられるが、このデータで可能かどうかは不明である。

References

- [1] Heckman, J.J., Ichimura, H and P. Todd (1997), "Matching as an Econometric Evaluation Estimator: Evidence from Evaluating a Job Training Program," *Review of Economic Studies* 64, pp.605-654.
- [2] Heckman, J.J., Ichimura, H and P. Todd (1998), "Matching as an Econometric Evaluation Estimator," *Review of Economic Studies* 65, pp.261-294.
- [3] Newhouse (1993), "Free For All", Harvard University Press.
- [4] Phelps, C.E. (1997), "Health Economics", Addison-Wisley.
- [5] 阿部信子 (1996), 「介護サービスの需要構造から見たシルバーサービス振興課題」, *医療と社会*, vol.6, no.1, pp.60-79.
- [6] 井伊雅子・大日康史 (1999), 「軽医療における需要の価格弾力性の測定-疾病及び症状を考慮した推定-」, *医療経済研究*, vol.6, pp.5-16.
- [7] 大日康史 (1997), 「在宅介護者の選択に関する意思決定 - ホームヘルパーに対する需要分析 -」, *医療経済研究*, 第4巻, pp.71-88.
- [8] 大日康史 (1998), 「高齢者福祉サービスにおける自治体間格差」, 『「経済と社会保障に関する研究」報告書別冊「福祉政策と就業行動」』, 医療経済研究機構.
- [9] 大日康史 (1999a), 「介護需要関数の推定」, 1998年度中小企業の経営者の実態に関する調査研究会研究報告書.
- [10] 大日康史 (1999b), 「介護場所の選択と介護者の就業選択」, *医療と社会*, vol.9, no.1, pp.101-121.
- [11] 大日康史 (2000a), 「Conjoint Analysisを用いた介護需要関数の推定 -公的介護保険導入前後の追跡調査の分析-」, 病院管理学会報告論文.
- [12] 大日康史 (2000b), 「Conjoint Analysisを用いた介護需要関数の推定」, *季刊社会保障研究*, vol.1.36, pp.338-352.
- [13] 斎藤慎・中井英雄 (1991), 「福祉支出の地域間隔差 - 市町村歳出決算の老人福祉費を中心

として - 」,季刊社会保障研究,27,pp.265-273.

[14]下野恵子・大津広子(2000),『ホームヘルパーのサービスに関する調査(名古屋市・府中市・静岡市)』の概要 - 介護の地域間格差とホームヘルパーの育成・確保 -,国際地域経済研究 1.

[15]南部鶴彦(2000),「介護サービス産業の産業組織と介護保険導入のインパクトに関する理論的研究」,国立社会保障・人口問題研究初編『医療・介護の産業分析』第3章.

表1: 事業所内に関する変数の平均値

収支5	2.80%	質・効率性の問題	
収支4	33.80%	1	44.59%
収支3	20.77%	2	17.57%
収支2	22.89%	3	33.78%
収支1	19.72%	4	4.73%
問介護	44.93%	5	15.88%
問入浴	12.16%	6	26.69%
問看護	23.99%	7	20.61%
所介護	30.41%	8	16.22%
イケア	14.86%	9	5.41%
ョートステイ	26.35%	0	5.74%
具貸与	21.62%	事業展開の見込み	
宅介護支援	58.45%	1	63.51%
会福祉法人	14.53%	2	9.46%
益法人	8.45%	3	7.77%
療機関・薬局	22.64%	4	18.24%
協	4.05%	5	15.54%
式会社	15.20%	6	22.97%
限会社等	12.84%	7	2.03%
その他	1.69%	8	1.01%
業期間	4.591525	行政への要望	
域1	45.27%	1	45.61%
域2	23.99%	2	33.11%
域3	29.05%	3	49.66%
域4	20.95%	4	28.72%
業員(対数)	2.819443	5	28.38%
客数(対数)	3.893395	6	18.24%
		7	34.46%
務管理上の問題		8	15.54%
1	47.97%	9	9.80%
2	28.38%		
3	33.45%		

4	8.11%
5	25.00%
6	19.26%
7	23.65%
8	4.73%
9	10.47%

表 2 :事業所に関する推定結果

	従業員を規模とした場合	顧客数を規模とした場合
訪問介護	-.212139	-.1169699
訪問入浴	.1649144	.1746981
訪問看護	-.2142055	-.2648134
通所介護	-.2520044	-.3148372
デイケア	.134168	.0720806
ショートステイ	-.0383311	.0814857
用具貸与	-.2016545	.1315654
居宅介護支援	.0659045	.0303508
社会福祉法人	1.036951*	1.070768*
公益法人	.7885764*	.8385868*
医療機関・薬局	.5722455	.669968*
農協	-.0412971	-.0520698
株式会社	.042211	.1431692
有限会社等	.7396729 *	.8889754*
その他	1.344361 *	1.611219 *
繰業期間	.0554117 *	.0389299
地域1	-.2778031	-.3203448*
地域2	-.3158429 *	-.3641856*
地域3	-.27542	-.3053197*
地域4	.1748903	.1353489
規模	.1289393	.2509191*
労務管理上の問題		
1	-.037415	-.1272452
2	.0958636	.0510166
3	-.0171977	-.0141396
4	.2162274	.1698236
5	.3373536	.3425814
6	-.3838645*	-.3606633*
7	-.2213467	-.2500764
8	-.0947832	-.2074509

9	.2866544	.2603197
質・効率性の問題		
1	-.0873314	-.0444392
2	.1786236	.1470299
3	.1725134	.1694098
4	.2421036	.1719865
5	-.620308*	-.5501856*
6	-.2143839	-.1894909
7	.0673265	.0532243
8	-.7367221*	-.6652352*
9	.0671062	.1594467
10	.3809485	.2847777
事業展開の見込み		
1	.1220061	.2127261
2	.1873661	.2345181
3	.1831355	.1485327
4	-.2165305	-.1465917
5	.7059303*	.6199616*
6	.1207667	.1944754
7	.136641	.1364672
8	1.204042*	1.225397*
行政への要望		
1	.129449	.0986084
2	.2815573*	.2339085
3	.0306901	-.0215963
4	.0777717	.0498676
5	-.0998969	-.039735
6	.0333498	.0137368
7	-.3614101*	-.3891551*
8	.0723741	.0282138
9	-.4900331*	-.5629703*
閾値1	3.218243	3.792627
閾値2	1.2649	1.796779
閾値3	.5409274	1.064232
閾値4	-.364918	.1520052

Note:推定法は不均一分散を考慮したordered probitで、低いほど収益が高い。従業員を規模とする推定での標本数は283個、対数尤度は-344.29454、疑似R²は0.1625、定数項を除いた全ての係数が0であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却される。顧客数を規模とする推定での標本数は282個、対数尤度は-339.29183、疑似R²は0.1706、定数項を除いた全ての係数が0

であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却される。*印は、その係数が10%有意水準で有意であることを示す。

表 3：利用者に関する変数の平均値

	全標本	利用者
利用金額	8513.07	10018.21
上限使用	27.80%	.2780338
要介護度	22.87%	.2250804
要介護度	20.23%	.2057878
要介護度	15.50%	.1607717
要介護度	14.56%	.1511254
要介護度	13.61%	.14791
独居	11.91%	.1189474
同居	26.70%	.2557895
無業者	40.84%	.4189474
女性	63.00%	.6336842
市部	47.35%	.4589474
世帯所得	5.695823	5.708029
年齢	80.99021	81.28421

Note:標本数は全標本で1058個、利用者のみ標本で933個である。全標本を用いた推定では、標本数は763個、対数尤度は-1678.5803、定数項を除いた全ての係数が0であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却される。要支援における推定では標本数は120個、対数尤度は-222.90076、定数項を除いた全ての係数が0であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却される。要介護度1における推定では、標本数は202個、対数尤度は-440.38122、定数項を除いた全ての係数が0であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却されない。

表 4 :利用者に関する推定結果

	推定値	要支援	要介護度 1
要介護度1	2.146916*		
要介護度2	3.223415*		
要介護度3	3.376092*		
要介護度4	4.051568*		
要介護度5	6.807338*		
独居	.6671432	.130629	1.454029
同居	-.6544254	-4.032539*	.0513419
無業者	-.0215645	1.680057	.5761573
女性	.3105888	1.51316	-.0591334
市部	-.5602134	-2.880838*	-.5773112
世帯所得	.6159603*	.1301111	.5185323
年齢	.0546351*	.0709573	.0522786
定数項	-2.615439	-1.07016	-.0153367

	4.887038*	6.039216*	4.674555 *
--	-----------	-----------	------------

	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
独居	-3.34639*	5.360381 *	1.045696	-2.7842
同居	-.1469268	.4537178	-1.214783	-2.217909 *
無業者	-.4117065	.492511	-2.031604 *	-1.205538
女性	.5116911	-.3671988	.1785943	-.5143822
市部	.1637623	-.9715865	.0869245	-.0354263
世帯所得	.538227	1.04582 *	1.127509 *	-.0977691
年齢	.0421531	-.0093191	.0590924	.0554421 *
定数項	1.716464	3.424717	-.863045	7.65623
	4.327289*	4.095432 *	4.11558 *	2.872654 *

Note:要介護度 2 における推定では、標本数は176個、対数尤度は-392.2914、定数項を除いた全ての係数が0であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却されない。要介護度 3 における推定では、標本数は123個、対数尤度は-291.0520、定数項を除いた全ての係数が0であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却される。要介護度 4 における推定では、標本数は117個、対数尤度は-276.8108、定数項を除いた全ての係数が0であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却される。要介護度 5 における推定では、標本数は96個、対数尤度は-215.9873、定数項を除いた全ての係数が0であるとする帰無仮説は10%有意水準で棄却される。

第3部 資料編

< 参考資料 1 >

介護サービス事業の育成・振興に関するシンポジウム (議事概要)

.日時：平成13年3月19日(月) 14:00~16:00
.会場：岐阜県民ふれあい会館 301中会議室
.プログラム： <第1部>問題提起 「介護サービス産業の育成のために」 講師：下野恵子 名古屋市立大学経済学部附属経済研究所教授
<第2部>パネルディスカッション 「介護サービス事業の育成・振興のあり方」
下野 恵子 名古屋市立大学経済学部附属経済研究所教授
石原 美智子 (株)新生メディカル 代表取締役社長
鈴木 伸一 (株)コムスン中部事業部 サービス推進部
加藤賀代子 多治見市介護保険課長
渡邊 東 (財)岐阜県産業経済振興センター 理事長

< 第1部 > 問題提起

1. 介護問題と介護サービス産業の経済効果

介護問題は、新しい問題である。・・・平均寿命の伸びが高齢者を急増させた。

公的介護保険のサービス対象者 269 万人、うち在宅介護サービス対象者 198 万人

介護サービス産業の経済効果：公共事業との比較（9兆円の投資）

	生産誘発額	粗付加価値額
新ゴールドプラン	29兆9400億円	16兆9800億円
公共事業	32兆2500億円	16兆3200億円

2. 高齢者介護の国際比較

施設の利用率

オーストラリア、デンマーク、フランス、ドイツ、スウェーデン、イギリス、アメリカ

では高齢者人口の5%以上

日本は高齢者人口の2.7%（6ヶ月以上の病院入院者含む1993年）

イタリア、スペイン（ラテン系）は、2.4%（宗教上の理由が考えられる？）

ホームヘルプサービスの利用率

スウェーデン、デンマーク、イギリス・・・高齢者人口の13%以上

オーストラリア、フランス・・・高齢者人口の7%

日本、ドイツ・・・1-3%（ドイツは1994年に介護保険を導入）

在宅介護は施設介護と同程度に費用がかかる。もしコーディネートがうまくいかなければ、無駄なサービスや必要なサービスが提供されず、無駄な出費が多くなる可能性がある。

3. 岐阜県の介護サービス利用の現状

岐阜県の高齢化は全国平均より進んでいるが、高齢世帯割合（高齢単身者世帯と高齢夫婦世帯の割合）は全国平均より低い。

在宅介護力指数（住友生命総合研究所推計）によれば、岐阜県は47都道府県中38位

(1996年度)。ちなみに、宮崎県が1位。三重県 32位、愛知県 35位、静岡県 43位。

4. アンケートからみた岐阜県の介護サービス

介護サービス事業者

民間介護事業者は、介護産業に参入してから3年未満が半数を占め、従業員、利用者とも小規模が多い。

経営的には苦しいところが多いが、介護サービスの縮小、撤退を計画している事業者はほとんどない。

介護サービス利用者

在宅介護サービス利用者の7割はサービスに満足している。

要介護認定を受けた高齢者の12%は、サービスを全く受けていない。

利用限度いっぱいまで利用しているのは、要介護認定者の22%。

利用者の少なくとも40%は、サービスの限度額の半分以下しか利用していない。

5. 介護サービス産業育成のための課題

「介護施設(特別養護老人ホーム)」の不足

建設促進が必要

社会福祉協議会の役割 ==> 長期的には民間企業との競合を避ける

社会福祉協議会の役割を明確化

ボランティアの組織化

ホームヘルパーの育成・研修

介護サービスに関する情報の発信

岐阜県の役割

介護保険の宣伝：介護サービス需要の掘り起こし

民間事業者に対する資金援助

介護サービスに関する情報発信

アンケート調査等で明らかになったことを政府に伝える

<第2部> パネルディスカッション

【渡邊】

ディスカッションは「介護サービス事業の現状について」「今後の介護サービス事業の育成・振興のための課題について」の2部構成で行う。

「介護サービス事業の現状について」

【石原】

日本の社会がまだ福祉や介護ということを言い出す前からこうした事業を手掛けてきた。まず特別養護老人ホームを昭和51年に作った。18年間その施設長を務めたが、その際いくつかの疑問点を持った。

第一点目は、素人による介護の問題である。「人生の終末点を迎える人たちを介護する者が、果たして無資格者でよいのであろうか」という介護の専門性を追求する気持ちである。介護をする者の専門性を高めることにより、障害を持った方の終末を人間らしく支えることを可能にすると考えられる。この問題は、介護とは何かを考える際の一番大きな問題だと思う。

第二点目は、家族介護でどうしてもなくなった時に施設に飛び込んで来る問題である。「家族が在宅で支えていく意欲・体力があるうちに、何らかのサービスが手に入っていたら、施設にたどり着かなくてもよかったのではないか」と痛切に感じた。家族が倒れるまで見るのか、施設に入れるのかの選択肢しかないオール・オア・ナッシングの状態を非常に疑問に思い、家族が倒れなくてもいいように支える在宅サービスの必要性を強く感じた。

そこで、昭和62年に(株)新生メディカルという会社を興した。特別養護老人ホー

ムに対する評価とは異なり、(株)新生メディカルの仕事は、「老人を食べ物にするのか」と非難の声ばかりであった。同じ人間が同じ思いで税金を使わずに仕事をして、世間の評価はこんなにも違うのかと痛感した。

今後日本が進む少子高齢化社会とは、税収が減り税金を使わざるを得ない人たちの割合が増えていく社会である。そこでは、如何にして無駄を抑え合理的に、かつサービスの質を落とさない社会を築いていくかが非常に重要なポイントとなる。介護保険の導入によって、ようやく民間の活力を活かしていこうという追い風が吹いてきたと考えられる。

現在、利用者の意識はまだ充分変わったとは言えないが、介護サービスを使い易くしたことの意義は大きい。税金で賄われていた当時は、介護の度合いが同程度の人でも、収入や家族の状況に応じた行政の判断により、サービスが受けられるかどうか左右されていた。こうした状況では、サービスを必要とする人がいても需要は喚起されなかった。しかし、介護保険の時代となって、全ての事業者が同じ土俵の上に立つようになり民間が活躍できる環境になったことで、ようやく経営が成り立つ見通しになった。

これまで苦労してきた中で良かった点は、職員の勉強する時間があり、家庭の主婦 2 級ホームヘルパー 介護福祉士 社会福祉士 ケアマネージャーとなったスタッフを抱えれたことである。そして、このスタッフたちが高齢化社会についての啓蒙活動を行ってきた。これらは、なにより貴重な財産と考える。

【鈴木】

アンケート調査結果にあるように、現時点で民間の介護サービス事業者は、多くの問題点と矛盾を抱えながら事業を展開している。しかし、事業者の規模や方針によって、その問題点の内容は異なる。当社は全国展開しており、地域による問題点の特性もある。

東京・大阪・名古屋といった都市部では、「顧客の獲得」よりも「ヘルパーの確保(数だけでなく質の保持)」が深刻な問題となっている。一方、郊外の市町村では、「顧客の確保」が問題となっており、岐阜県は後者に属する。

顧客を確保するに当たり最初にぶつかる壁は、「利用者および介護者の意識」の問題である。「介護」という言葉は我々の普通の生活にとけ込んできたが、実質的な「介護」はまだまだである。現在の介護サービスの対象者は、厳しい時代を生き抜いてきており、贅沢をせず世話にならないという意識が強い。また家族にも家族介護の美風が根強いと感じられる。こうした意識が、介護認定の申請者の伸び悩みや、利用限度額に満たない利用率の低さにつながっているのではないかと思う。

介護保険制度の啓蒙・普及活動については、いろいろな形で取り組んではいるが、民間事業者であるが故の限界がある。行政には、地域のコンダクターとして、また保険者として、これまで以上のお力添えをお願いしたい。ポスター等の掲示物に目がいく人は、既に介護保険について何らかのアクションをとっている人で、これからはそういったものに目の届かない方々に如何にアナウンスするかを考えていく必要があるのではないだろうか。

三重県の事例では、地域の民生委員が65歳以上の家庭を一軒一軒巡回し、介護保険のPRをおこなったところ、見込みどおりの申請者があった。静岡県の実例では、訪問介護と訪問入浴の無料お試しキャンペーンを行政が呼びかけ、民間がサービスを実施し、利用者が増えたというケースがある。このように、官民一体となってそれぞれの役割をこなすことは、介護保険制度の発展にとって重要である。

民間事業者としては、行政をお願いばかりするのではなく、各社が経営努力をし、健全な市場原理が働くなかで、利用者が自由に事業者を選択できる状況の確立が望まれる。

【加藤】

岐阜県全体の高齢化率と異なり、多治見市の高齢化率は全国平均を下回っている。しかし、今後は高齢化率が急速に上昇していくと予想される。このため介護保険の導入に

当たっては、市民を巻き込んで制度を作っていかなければ、今後の高齢化に対応できないのではないかと考え、市民公募の方も交えて、事業計画を策定した。

多治見市の特徴は、従来からショートステイの利用者が多くそれにより家族の介護負担が軽減されていた。それで、介護保険の導入に当たり、独自にショートステイの利用限度の上乗せを行い、保険料もそれに応じて上乗せした。現在の状況は、利用希望者が多く順番待ちでなかなか利用できないとの苦情が出るくらいである。

障害の重い方々の介護サービス利用が伸び悩む原因の一つに、重度の医療系施設に入所している方々が介護保険の適用対象外になったことがある。社会的な入院をなくそうという介護保険の一つの目的を果たすためにも、国にこうした方々への介護保険適用を働きかけていきたい。

行政としては、利用者の拡大やサービスの充実を図るためにも、市民や民間事業者には、ありのままの情報提供を進めていきたい。

「今後の介護サービス事業の育成・振興のための課題について」

【石原】

施設の問題については、特別養護老人ホームの不足との報告があったが、地方公共団体と社会福祉法人しか設置主体となれないので、ここでは民間事業者の産業育成について述べたい。

入所施設は、一箇所に集めて面倒を見ることができる点で効率的ではあるが、利用者の立場から見ると、一旦入所してしまうと生活能力をそいでしまうという弊害がある。それで、福祉の先進国であるスウェーデンでも施設は廃止の方向である。

一方、在宅での介護の場合、ヘルパー 8 割：家族 2 割で介護を行っても、家族の者にとっては家で最後まで看終えたという満足感を持つことができる。これは居宅介護の大きなメリットである。

岐阜県には、持ち家率および同居率が高いという特徴がある。「他人を家に入れたくない」という意識さえ変えることができれば、この特徴は岐阜県にとって、在宅介護サービスを進めるには格好の条件となる。

施設としては、在宅の扱いとなる集合住宅の形を増やせばよいと思う。特別養護老人ホームをたくさん作る前に、高齢者の本当の幸せを考えた議論を行う必要があると思う。

社会福祉協議会の役割については、社協がどうすべき、民間がどうすべきではなく、介護保険の理念である「利用者の選択の自由」が約束される環境が整うよう願っている。行政の役割については、

介護保険が「いわゆる従来の貧しさ・哀れみ・同情の福祉ではなく、幸せのための生活支援という意味での福祉である」という意識改革を促す

専門家の目を持ち合わせて、質のチェックを行う

フェアな情報を公開・提供する

この3つをお願いしたい。

【下野】

厚生労働省は介護施設の不足を認識して、今後は民間企業も設置主体となれるよう検討中である。施設数についても、待機者ゼロとはいかないまでも、やはり一定程度の数は必要と考える。

在宅と施設の関係について、在宅サービスは施設サービスの代替にコスト的にはなり得ない。在宅サービスはヘルパーの人件費等費用がかかることを認識する必要がある。

【石原】

在宅サービスのコストが高いとの意見については、在宅サービスは一箇所にべったり張り付かずに巡回で回るため、コスト面を比較する場合にはこの点を考慮すべきである。

【渡邊】

施設の問題については、<効率性>と<家族や本人の幸せ>との間にトレードオフがあり、この二つをどううまく組み合わせて解決していくかというのが課題である。

【会場A】

ヘルパーのなり手が少ないとのことだが、その理由をお伺いしたい。

【鈴木】

介護保険に定められた介護報酬により、ヘルパーにお支払いできる賃金の上限がある。現状では、ヘルパーはその仕事内容のわりに、社会的な身分保証が十分なものではないと感じる。そのため、ヘルパーの有資格者は多くいても、過酷な労働条件がその方々の就労を妨げている。

【会場B】

事業者が生き残るためにも、職員の質の向上が課題として挙げられるが、小さな市町村では単独での研修が時間的にも人数的にも困難である。こうしたことへの対応は、何か考えているか。

【石原】

自社では研修センターを設けており、社内的な各種研修を行っている。また、自治体からの委託を受けたヘルパー研修をいくつか行っている。

他にも、学校を持っておりそのなかでの学生相手の教育や、公開講座として一般開放も行っている。

【鈴木】

ヘルパーの教育は最重要課題のひとつとらえている。ヘルパーの資格は自動車運転免許と同じ性格のものであり、現場での仕事に対する顧客満足度を高めるには技術・ノウハウを身につける必要があるため、東京・大阪・福岡に研修施設を設けている。しかし、訪問介護事業の採算性が低い状況のなか、どこまで教育に費用をかけられるか各事業者は悩んでいると思う。収益の確保は、ヘルパーの質を高めるためにも必要である。

ヘルパーの育成について、各事業者が持つ独自のノウハウを共有化していくことでより発展すると考える。

【会場C】

県下に71カ所ある訪問看護ステーションのうち3カ所を看護協会で運営している。看護婦のレベルアップのために自助努力はしているが、ヘルパーおよび施設職員等と一緒に頑張って勉強する環境づくりを行政に期待したい。

【会場D】

田舎に行くほど社協の力が強い傾向にあるが、競争原理を持ち込んでサービスの向上を図るためにも、社協から民間事業者へ早くシフトしていくことを望む。

本人の死ぬまで家に居たいという希望がある一方で、施設サービスは、家族に対するサービスのようなものである。在宅と施設の間と見えるケアサービスの付いたグループホームが多く作られることを期待する。

【会場E】

施設の現場で働く者としては、親を施設に連れてくる家族の意識が低いと感じる。施設に入れてしまっただけでよしとするのではなく、できる限り在宅で親を看ていただきたいと思う。

【会場F】

在宅で十分な介護サービスをうけられないために、施設に預けざるをえないという方々がいると思う。施設が必要と考える前に、足りないのは在宅サービスの充実であり、そちらに知恵と力とお金を出していければと思う。

