

特別寄稿

介護保険と介護市場をめぐる政策の展開

田中 滋*

抄 録

2000年以降のわが国高齢者ケアについては、介護サービス市場の発達と、その“推進エンジン”の機能を担う介護保険制度が、要介護者・要支援者および家族の生活（の少なくとも一定部分）を支えてきた。本稿では、政策研究を志向する次世代の研究者に材料を提供する目的で、介護保険と介護市場をめぐる政策展開のうち、筆者がかかわったいくつかの論点をめぐる議論を整理した。

はじめに主な分析概念を説明した後、介護市場創造の過程を説明する。次いで、医療との「財の性質」の違いから見た介護保険給付と介護報酬を論ずる。そこでは成功報酬と現金給付論にも触れている。続いて、家事援助と施設食住費を例に、介護サービスと保険給付対象の区分に関する進展が示される。さらに、介護情報公表制度の意味を説く。

最後に、この主題に関する今後の展望として、(1) 高齢者ケアの長期化と認知症の増大、(2) 介護労働市場の変化、(3) 施設対在宅の対比：高齢者住宅の整備、(4) 地域包括ケアの4点について意見を述べる。

キーワード：介護サービス、介護保険、準市場、市場創造、介護サービス市場の基盤整備、介護報酬、保険給付範囲、現金給付、地域包括

1. はじめに

(1) 本稿の趣旨

2000年以降のわが国高齢者ケアについては、介護サービス市場の発達と、その“推進エンジン”の機能を担う介護保険制度が、要介護者・要支援者および家族の生活（の少なくとも一定部分）を支えてきた。本稿では、政策研究を志向する次世代の研究者に材料を提供する目的で、介護保険をめぐる政策展開¹⁾のうち、筆者がかかわったいくつかの論点をめぐる議論を整理していく。主な公表資料に関しては、

- ・高齢者介護・自立支援システム研究会報告書

(1994)

- ・社会保険福祉審議会介護給付費部会と同審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会などの資料ならびに議事要旨（1999-2000）
- ・高齢者介護研究会報告書（2003）
- ・社会保障審議会介護給付費分科会と同分科会介護保険施設の在り方に関する委員会の資料ならびに議事録（2001-2007）
- ・同審議会介護部会の資料ならびに議事録（2003-2004）
- ・介護保険料の在り方等に関する検討会などの資料ならびに議事録（2007）
- ・シルバーサービス振興会における介護情報公表関係の委員会議事録（2002-2006）

などを読み直した。また個人的な資料としては、1990年代前半から現在にいたるまで筆者が加わっ

* 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授

た上記の各種委員会等、そのための準備会や勉強会、さらにそのための打ち合わせ等におけるメモを見返した。たとえば、高齢者介護研究会の報告書作成過程では100回を超える書き直しが行なわれている。

(2) 介護保険と介護市場の略史

1990年代前半から、先進的な人々が各地で「介護の社会化」を説き²⁾、あるいは実行しはじめた。それらの努力は…保守派による「介護の社会化は“日本の古き良き”家族制度を崩壊させる」といった非現実的な反対論などのために起きた紆余曲折を経て…1990年代後半に、介護保険法の制定(1997)と、数々のサブシステム、サブ・サブシステム構築へと結実していった。その間、保険財政、保険給付形態(現金・現物)、介護報酬の性格(成功報酬論を含む)、要介護認定、ケアマネジメント、提供主体にかかわる規制等々をめぐってもさまざまな議論が行なわれた³⁾。

同じ時期、サービス提供量確保を目的とした基盤整備政策が着実に進められたことも忘れてはならない。2000年4月の介護保険制度開始と同時に、新たに創造された市場において介護サービスが大きな不足なく授受できた理由は、そこに至る準備の努力の成果なのである。その後、介護サービスが行き渡るに連れ、「要介護者の生活に役立つサービス」と「介護保険が給付すべきサービス」が…多くは重なるものの…異なる集合であることが意識されるようになった。

介護分野の今後の展開にとっては、①介護の長期化と認知症への対応、②高齢者ケアが議論されるようになってから初めて経済好況に直面した変化の下、介護労働市場で起きている逼迫状態、③「施設対在宅」の対比論を越えた高齢期にふさわしい住宅の整備、④地域包括ケア体制の構築などが、とりわけ大きな課題と考える⁴⁾。

2. ニーズの発見と充足の方法

過去には(一部の先進的な人々を除き)意識されていなかったニーズが急速に増大している実態が社会的に広く認識され、かつその状況を放置してはならないとの意見が多数を占め、しかしそのニーズに応える手段の提供が充分ではないと判断される場合、どのような対応がありえるだろうか。そうした充たされぬニーズ拡大に対し、国際的に、もしくは国内に認識されるようになった代表例として、地球環境問題、わが国の少子化傾向、そして1990年代後半以降の日本における高齢者介護問題があげられる。

ニーズに対する対応策として公共財が用いられるなら政府による提供しかありえない⁵⁾。一方、本稿の主題である介護サービスの財としての性質は、基本的に非競争性・非排他性・外部性を伴わず、私的財に分類される。この点、伝染力が強く罹患後の生命健康リスクが高いタイプの感染症に対する診療、および一部の公衆衛生サービスのような公共財を含み、モラルハザード発生の可能性が相対的に小さい急性期医療を中核とする医療分野と、介護分野とは性質が異なっている。

できる限り急いで社会的対応が求められる私的財の普及に関しては、大別して2つの政策手段が考えられる。もちろん両者は並行して進められてもよい。第一は公的に提供体制を構築する選択である。それについても、公的セクターが自ら提供主体となるケースと、提供責任は公的セクターが負うものの提供体制の建設に要する資本資金に関しては(部分的にせよ)民間の力を用いるケースの双方が、時代環境により適宜選ばれてきた。前者に関しては公立特別養護老人ホームや公立保育園の建設、後者では特定郵便局や社会福祉法人制度の発足時の姿が典型例である。第二は当該財貨サービスの需給が行われるはずの市場の創造を目

指し、そのためになされる基盤整備に力を注ぐ選択である。

1990年代、介護ニーズ増大への認識の広まりと共に、第一の選択の一つの案として、北欧型の「公費財源+公務員ヘルパー」による対応を主張する意見も唱えられた。しかし、①成熟した地方自治を前提とし、政府と市民の関係が上下というより相互補完的である実態に見られるように、わが国とまったく異なる北欧型の社会システムの一部のみを切り出して導入することの無理、②それまでの日本の措置制度において明らかであった公費財源の使いにくさ（後述）、③当時の公務員ヘルパーおよび社協ヘルパーの賃金の高さから計算される莫大なコスト、④同じく当時の公務員ヘルパー等は主に平日昼間のみの労働しか受け持たない事例が多かった、等々を理由にこの選択肢は早くに消えていった。

一方、第二の選択、すなわち市場創造案に関しては、既存の年金保険制度内の付加給付、既存の健康保険制度内の追加的給付、独立の保険制度創設の3つが検討された²⁶。年金制度拡大は現金給付がもつ問題点、健康保険制度は医療と介護の「財としての性質の違い」（やはり共に後述）ゆえに採択されなかった。その結果、最終的にわが国は独立の保険制度を構築する選択を行なった。言うまでもなく、介護保険等の社会保障制度がもつ根本的な機能は「分配の公正」であるが、本稿では市場創造の基盤としての側面に着目している。

3. 介護保険と準市場

(1) 自立支援という理念

わが国の公的介護保険は、経済的弱者にかぎった保護を目的とする制度ではない。要介護認定プロセスを経て、介護サービスもしくは介護予防サービスが必要な状態と客観的に判定された住民の

尊厳ある自立を、本人ないし家族の経済的狀態によらず、社会的連帯の仕組み＝介護保険制度を通じて支援することが基本理念である（高額介護サービス費や施設入居者に対する補足給付など、一部ではあるものの本人ないし家族の経済力²⁷が影響する場合が存在する）。

介護保険以前には、一般論で記述すれば以下のような事態が珍しくなかった（より柔軟で利用者志向だった地域も存在していたことは承知しているが）。旧来の社会福祉制度の「お世話になる」＝措置を受けるためには、ケアの必要性に加えて、通常は本人・配偶者・子の所得と資産が乏しい状態を明らかにしなくてはならなかった。時にはそれ以外の親族との関係のあり方まで尋ねられる場合もあった。特別養護老人ホームなどの施設利用についても、行政権限による措置決定を待たねばならず、もし“貧しさの程度ゆえに”入居が認められたとしても、基本的に行き先は自分では選べなかった。

サービス提供者の側も、措置制度の下では、詳細に規定された業務をその通り果たすしかなく、利用者の便宜を図って規定を超えたサービスを提供しようとするれば、大体のところ当局に「指導」され、時によっては支給金額を減らされてしまうケースさえ見られた。また、「経済的弱者を選んで救済している以上、会計上利益が発生すれば召し上げる」扱いとなっていた。

他方、1999年、国際高齢者年にあたり、国際連合は「自立、参加、ケア、自己実現、尊厳」の五原則を高齢者のために提示した。この五原則は、高齢者のみならず、普遍的な人権思想の根幹として住民すべてにたまねく保障されるべき未来志向の目標概念であり、「弱者保護」から「社会的連帯」への福祉思想の大きな前進であった。わが国介護保険制度もこの原則と通底する理念をもつ。そして、日本の介護分野において自立支援の理念

を実際のサービス利用につなげて実現させるための中心的仕掛けは、介護保険が支える介護サービス市場の創設、正確には「準市場方式の活用」であった。

ただし、介護療養病床や訪問看護など、医療サービス市場からの移行分も含まれていた点は留意すべきである。

(2) 介護分野における準市場の性質：参入制限

介護に関する準市場とは、「自由な選択に基づく需給出合いの場」と、「社会保険制度の本質的な性格に由来する公的介入」の組み合わせを指す。公的介入は具体的には、①サービス利用代金の定率補助（＝介護保険給付）と、②保険給付単位および単価の公定制（＝介護報酬）…の2つが代表である。なお、9割という保険給付率も介護報酬公定も、どちらも厳密に表せば「原則として」が正しい。前者については高額介護サービス費等が適用されるし、後者については福祉用具貸与および購入費ならびに住宅改修費の支給があてはまらない（居宅介護系サービスに対する報酬の上限規定については後述）。すなわち、準市場の活用とは、社会の限りある資源が、公的配分と私的配分の双方の利点が組み合わさって活かされることを期待した社会の選択を意味している。

「準」がつく以上、一般の市場より経営の意思決定に対する制限が強い。その違いの代表例は参入制限である。介護施設と居住系サービスに関しては、地域ごとに参入量に上限（いわゆる参酌標準）が設けられ、また介護療養病床についてはカテゴリとしての廃止と転換推進が決まるなど、介護保険給付対象サービスに対し…時に後から…制限が課せられる。これは、主にサービスの質の保証を目的とした参入資格制限…こちらは居宅系にも等しく課せられる…とは別のタイプの規制であ

る。

参入上限規制が行われる主な理由は、「社会連帯の精神に則って徴収された2号保険料が原資の半分を構成し、保険財政に投入される国費と合わせ、全国ベースで配分される資金である以上、保険者はその資金が効率的かつ効果的に使用されるよう制度を運営する責任を有する」ためと説明できる。また介護分野では、財の性質から「公的保険による費用保障の導入と提供体制整備に伴い、ニーズでなくウォンツに基づく需要が喚起される可能性が医療より高い」との認識（詳しくは後述）もその背景にある。介護保険導入後、措置という所得制約による配分がなくなったため、施設、特に特別養護老人ホームへの需要が急増した事態が典型である。

医療分野でも1990年以降、地域医療計画による病床数規制がなされてきた。ただし、急性期医療については、待ち行列状態でないかぎり、提供者数が増えても、新たな脳出血、心臓発作、がん患者が発生する可能性は低い。医学的判断に基づくニーズが需要の源に存在する急性期医療の特徴と言えよう。もちろん、新技術で疾病の早期発見が進んだり、これまで受療を諦めていた患者が新たな治療法の導入によって医療機関を利用したりする変化は当然発生するが、それらは医師誘発需要やモラルハザードではない。

最低限の質の担保、サービス種目による経営母体に関する規制、および施設と居住系に対する参入制限の下ではあるが、提供側の市場参入意思決定は経営者としての判断に委ねられている。利用者が事業者を選択できる仕組みと合わせ、「利用者を選ばれ続けなければ事業者は収入が得られない」、だから「選ばれるように努力する」インセンティブが働く（はずの）市場メカニズムの長所に対しての期待が込められている。

質の保証は、地域密着型事業者²⁸については市

町村、それ以外の一般事業者については都道府県による指定が基礎的な役割を担う。また経営母体規制としては、医療機関および介護福祉施設について自治体以外の開設者に関し、法人種別に制限がある。ただし、医療機関および社会福祉法人^{※9}の設立は、一連の手続きが必要であるものの、旧来の公益法人の設立^{※10}に比べれば難しくない。他方、居宅介護系と特定施設については母体に関する制限がなく、営利企業にも市場が開放された。

なお、基本的に市場メカニズムは性善説に基づいており、そうして整備された基盤を悪用した供給者・需要者は事後的にペナルティを与える方が普通である^{※11}。

(3) 市場の創造

基盤整備を通じて目指された市場創造の方法に関し、需給両サイドに分けてもう少し掘り下げてみよう。

需要側については、介護保険料納付の見返りとしての「住民の権利性」を具体化する購買力の付与が根本と言ってよい。権利性は次のような具体的根拠をもつ。介護保険制度は、利用者の自立支援を主目的とし、世代間連帯の仕組みを明示的に組み込んだ社会保険である。そこで「高齢者への施し」とはまったく違う性格とすることはもちろん、世帯別ではなく個人別に「高齢者も連帯に加わる」仕組みが導入された。具体的には、これまで健康保険においては被扶養者として保険料支払いがなかった人、また生活保護受給者も含め、65歳以上の年齢層の（原則）全員が介護では保険料を負担するよう定められた。1号被保険者も、2号被保険者と全国の1人あたり平均値では同額の保険料を負担する^{※12}。そして1号保険料は、市町村議会で議決される住民主権の姿が徹底されている。

不幸にして介護ニーズの発生に直面した被保険

者に対し、要介護認定プロセスを経て介護サービスの必要性が客観的に担保されるかぎり、利用期間に上限なく価格のごく低い割合（上述のように原則1割）を負担すれば介護保険給付サービスを購入できる。居宅の場合、購入サービスの選定や契約に際し、代理人としてのケアマネジャーによる支援の利用に関しては自己負担がない。保険給付によって、要介護者および家族がサービス利用に必要な支払い能力の枯渇に対し持つかもしれない不安感を小さくし、また居宅介護支援を通じて市場への不慣れからくる利用抑制を減じ、ニーズを需要に転化しやすくすることが目的である。

他方、供給側については、介護に要する費用の（原則）9割保障による需要創造を見て、提供意欲を具体的な供給に転化させることが目的である。介護にかかわるサービスの多くが、後述する財の性質や保険理論を超えて、初期には保険給付対象とされた理由は、まさに市場創造が主目的だからに他ならない。

加えて、市場機能を活かすためには、需給両サイドが介護サービスの効果、“期待品質水準”と“値ごろ感”、そして利用方法を理解し、介護市場における取引に対して信頼感をもつように、単なる保険給付を超えたさまざまな基盤整備に努める必要があった。提供量の確保と利用方法の標準化がその中核である。そのための努力は、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21等による提供体制整備、各種の指定基準制定、老人クラブ等を通じた普及啓発活動など多岐にわたる。ケアマネジメント機能もこの観点から見れば、最重要の市場基盤と読み直すことも可能である。

提供量の増加を表す印象的な数値をいくつか以下に掲げておく。いずれも1989年と2006年の比較を示す。

- ・訪問看護ステーション（0→5,500ヶ所）、
- ・居宅介護支援事業所（0→2.7万ヶ所）、

- ・認知症対応型共同生活介護＝認知症高齢者グループホーム（0→11.5万人分）、
- ・通所介護＋通所リハビリテーション（1,000ヶ所→2.6万ヶ所）、
- ・生活介護短期入所＋療養介護短期入所（4,000人分→28万人分）、
- ・介護福祉施設＝特別養護老人ホーム（16万人分→39万人分）、
- ・介護老人保健施設（2.8万床→28万床）

いずれの値も、わが国が短期間に行なった資本投下の大きさを表している^{註13}。

4. 保険給付と介護報酬

(1) 給付上限：医療との「財の性質」の違い

わが国の医療保険には原則として給付上限額が存在しないが、介護保険制度では要介護度別に月額給付上限額が設定されている。その理由は、サービスの「最適」量の有無にかかわる。

医療における治療の中核部分は、「患者には必要だが健康人には不要もしくは害悪となる恐れが強い介入」と考えられる。そして、「効果を生む質・量の閾値＝最適な水準」と定義すれば、最適水準より一定幅以上少ない医療では一般に目的を果たせないし、最適量を一定幅以上超えるとほとんどのケースでかえって患者に危険である。手術の範囲なり、抗がん剤の一週間の投与量なりは、診断に基づいて医学的に決まり、患者の好みによって量を増加するなどといった事態はありえないし、患者の経済力が乏しいからといって必要量以下ですませるような治療もあってはならない。つまり、ニーズ（と確率）に応じた介入策が客観的に決定される（はずである）。

もっと極端な例を持ち出せば、健康人が手術や抗がん剤等の侵襲性の高い治療手段を求めることは常識では考えられない。それらは健康人にとっ

ては無意味どころか危険だけでなく、「嬉しくない」「欲しくない」財貨サービスだからである。さらに、二週間以内程度の急性期医療の途中では、生活的側面はそれなりに大切とはいえ、治療目的にとっては副次的な要素にとどまるだろう。

そうした医療の「財としての性質」を受け、医療保険の世界では、本質的に「時の医学から見て客観的なエビデンスに基づく最適な医療」を給付する理論的組み立てに（少なくとも建前上は）なっている。

ところが介護は、本質的には、生活を支援するサービスである。生活にかかわる以上、その中には、介護とは無関係な人も楽しみに思ったり、ありがたいと感じたりするサービスが含まれる。典型例としては家事援助（生活能力にかかわるリハビリテーションの側面を除く）があげられる。また「外出支援サービスの助けを得て、求めるときに自分が目指す場所に出かけたい」などの気持ちに代表される社会参加にかかわる高次のニーズについては、客観的な最適量という概念を想定しにくい。したがって、介護分野のサービスに対する社会的支援は、相対的にモラルハザードを発生させやすい。

言い換えれば、「客観的に判定しうるニーズを社会的に支援する」にとどめることがなかなか難しく、主観的欲求（ウォンツ）が生む需要もあわせて増やしてしまう恐れが強い。それに伴う費用をすべて社会の共同負担に期待するには重すぎ、納税者・被保険者の合意を得られるとは思えない。ゆえに、「人権を守るに足るサービス量」をできるかぎり科学的に要介護度別に求め、それぞれに対応する給付上限金額を月ごとに設定する^{註14}方式が採用されたのである。

なお、人がもつ高次ニーズ充足の重要さも指摘しておく。何らかの形での社会参加は尊厳の維持のためにもっとも大切な要素であり、それを可能

なかぎり充たせる地域の工夫が望まれる。社会参加支援策は社会保障制度を超えてよい。NPOやボランティア、地域コミュニティや友人が行うことは大いに奨励すべきである。

(2) 報酬の骨格

急性期医療に対する診療報酬は、MDCに基づく診断コード、保険請求上の治療コード、あるいは退院時サマリー等に照らして、診療行為別定額（＝俗に言う「出来高払い」）にせよ、診断群別1件当たり（DRG/PPS）ないしわが国の1日当たり包括払い（DPC）にせよ、支払われるべき診療報酬が事後的に定まる。これは、診療開始前には必要な費用が確定しえないためである。したがって、個々の患者への給付額について、事前に月額等では上限を設ける診療報酬は（療養病床への報酬や慢性疾患等の指導管理料などを除き）なじまない。

これに対し、介護報酬の根本的な性格としては、医療と違って事後的に額が決まるのではなく、サービス利用以前に支払い金額が分かる、サービス種目毎の時間当たり包括払いが採用された。

介護報酬の中でも、居宅の医療系サービス（通所リハビリテーションや訪問看護など）および施設サービスにかかわる保険給付は公定単価による授受しかできない。他方、居宅の介護系サービス（通所介護や訪問介護など）には、介護報酬単価を上限とする自由価格制を導入した（事実上ほとんど割引価格は存在していないが）。他方、福祉用具の貸与はまったくの自由価格制がとられている^{注15}。福祉用具の購入および住宅改修は、要介護度別の月額給付上限とは別に、一定額（用具は年10万円、住宅は原則一回かぎり20万円の9割）まで保険給付がなされるが、価格は市場に委ねられる。上限を超えた分は自己負担となり、逆に上限未満の場合は実額の9割が給付される。

このように介護報酬に3つの性格が混在してい

る背景には、「利用者ないし家族が介護サービスの質を一応は理解できる」という判断が存在する。なお、介護報酬は、事業所ないし事業者の標準的規模、標準的稼働率、さらには標準的な経営能力、および利用者の標準的処遇困難度を前提として定められている。したがって、標準より下にはずれた規模、稼働率、経営能力等の場合、長期の存続に足る収支差額を得られない可能性が高い。当然、逆も真である。もし小規模や低稼働率となる理由が離島などやむを得ぬ事情なら、加算や補助金が救済手段となる。しかしもし赤字の理由が経営上の判断の結果なら、それは事業者の責任である。ただし…後述するが…労働市場の逼迫による賃金上昇にいかに対応するかは、実のところ制度の中に答えが用意されていない。

(3) 成功報酬

成功報酬をめぐる論議も交わされた。成功報酬は医療にはない概念である。医療の世界には、患者が治ると特別に医師や看護師にボーナスが保険制度から支給される支払い方式は存在しない。ところがなぜか、介護保険には成功報酬を入れるよう国会で付帯決議がなされた経緯がある。とはいえ実際のところ、「何をもって成功と考えるか」「誰が成功させたのか」にかかわる客観的基準の設定は事実上困難である。要介護度の改善理由が、本人の意欲か、家族の努力か、ヘルパーの熱意か、看護師の力か、あるいはケアプランが良かったからか、もし正確にそれぞれの貢献度を測定しようとするれば、モニタリングに要する費用はサービス提供費用と同じぐらいかかるかもしれない。

そうした実務的難しさに加え、「そもそも介護に携わる人々は成功報酬がなければ働かないとは思わない」「どの分野にせよ、専門職の誇りは成功報酬云々とは違う方向なのではないか」「専門職は利益以外のインセンティブでも競争に立ち向

かう」「競争は効率的資源配分にとってとても役に立つ手段だが、それを所得動機だけに訴える必要はない。プロとしての誇りをめぐる競争こそ良い成果を生む刺激である」などの理由により、成功報酬は導入されなかった¹⁶。

(4) 現金給付と現物給付

①現金給付の否定

介護保険制度のもっとも危ない陥し穴は現金給付であった。しかし、保険設立時には現金給付論も有力な案として検討された歴史がある。われわれは次のような否定論でこれを打破してきた。

要介護度別に受け取る額が多くなる現金給付方式だと、ドイツ連邦共和国が公的介護保険を導入した際の歴史(1995)が示すように、必ず判定をめぐって「もっと重いのではないか」との申し立てを多数引き起こす。また、要介護度調査に対する回答・対応を歪めるかもしれない。仮にうそをつかない正直な人が多かったとしても、判定の結果が現金給付に結びつくようだと、訪問調査員や認定審査会が住宅や家庭状況などによって客観性を失い、温情主義的な判断を下す「囁き」の源となる可能性もある。政治家に介入の機会を与えることも、他の現金給付制度の経験から明らかに予測された。

さらに、「現金給付をすれば済む」制度だと、自治体の介護基盤整備努力に水を差す悪い影響も懸念された。介護保険給付額のうち、自治体が自分で集める義務は1号保険料と市町村負担分だけにとどまる。残り、つまり財源の2/3以上は、全国ベースでプールされた2号保険料と、国・都道府県負担からなる。サービス基盤整備に力を注がずに、要介護度に応じた現金、それも大部分は外からくる資金を給付し、それで責任が果たせたとみなすような制度にしてはならなかった。また、東京都などで1990年代に行われていた要介護高齢

者に現金給付する試みからは、その現金が介護サービス購入に使われる保証がないことが分かっていた。

ましてや家族への現金給付はもっと悪い結果を生む可能性が高いと考えられた。家族への現金給付は、給付対象ではない親族などが、「もらった人の責任」という態度をとる原因となってきた。要介護者の配偶者、子供、嫁、孫、兄弟などの中で、現金を給付された人がそれ以外から冷たくされるのである。以上のいくつかの理由からわかるように、現金給付方式は、制度の公正さをゆるがす誤った方向であるとの意見が多数を占めた。

②現金給付代理受領

ところで、介護保険では、意外に思える、もしくは解釈に混乱を引き起こすかもしれないが、制度の理論構成上は現金給付保険として設計された。その理由は、「混合介護」、つまり保険外サービスとの組み合わせを可能とする設計が求められたためである。

急性期医療の世界では、先述のように、時の医学から見て最適な診療を、介入結果をみながら組み合わせていく一連の行為に応じて結果として報酬額が定まる。つまり、まだ診断のついていない個々の患者への給付額に対し、診療開始前に月額上限を設ける設計は不可能である。したがって、保険制度からの支給は「療養の給付」が基本となる。また、混合診療は、医学的根拠を伴わぬ危険な組み合わせを避けるために、先進医療のように一定のエビデンスに基づく場合のみ許される。

これに対し、同じく先述した財の性質上、基本的に効果・効用がサービス量に比例する介護では、主観的満足感が表にでてしまうので、モラルハザードを防止するために給付の上限額を設定せざるをえない。他方、やはり財の性質から、給付上限額を超えた場合、自費によるサービス回数上

乗せを禁止する意義は薄い。また、配食や話し相手、それから楽しみのための外出支援等の横だしサービスを組み合わせることも結構である。つまり、混合介護は社会正義に反しないし、一般に安全性の問題も伴わない。ゆえに、制度の理論構成上は、「(人権を守るに足るサービスに要する)費用の給付」、すなわち「現金給付」との設計が必要だったのである。

ただし原則として事業者が保険給付金を代理受領するので、利用者本人に現金を支給する仕組みにはなっていない。その意味では、利用者側から見れば現物給付の形態となっている。理由は先述の通りである。保険者側にとっての給付の性格と異なる、興味深い組み立てと言えよう。

5. 介護サービスと保険給付対象の区分

(1) 家事援助

介護保険制度のスタート当初、需給両側が市場取引に慣れるまでの間は、多少のモラルハザードが想定されるにせよ、ともかくも市場創設・育成が優先された。したがって、「加齢によって心身が弱った人の自立を支援する多様なサービス」と「介護保険が給付すべきサービス」の区別があまりつけられていなかった。さらに、施設サービスには社会福祉制度の延長としての色彩が強い部分が残っていたために、施設利用に対し、(全額ではないが)食住費も含む保険給付がなされていた。

初期に論議が展開された代表例が家事援助であった。「家事援助は公的保険給付対象からはずすべきだ」との意見が、介護保険に対し懐疑的だった保守派と、積極的に保険設立を推進してきた自立支援派の双方から唱えられた。保守派は、「高齢者のための家事は家族が責任をもつべきだ。だから家事分野への介護保険給付は大切な家族機能を放棄させかねない」と説いた。これに対し自立

支援派の一部は、「家事援助はお年よりの生活を支え、かつ家族機能を支援する大切なサービスだが、(保険事故状態=要介護状態の人だけが望むサービスではないので)保険給付には本来なじまない」と判断した。かくして両者が…論拠は違うものの…表面上は同じ主張を行う場面も見られた。

他方、保険制度開始直後には、身体介護と当時の「家事援助」に対する介護報酬単価が著しく違ったことから、本来はケアプランの中で身体介護を選ぶべき状態の要介護者が、単に1割自己負担額が少ないとの理由で、家事援助あるいは折衷型を選択する事例が多数生じてしまった。その結果、①身体介護ニーズが満たされず自立支援の目的が果たしづらい、②ヘルパーが家事援助もしくは(当初存在した)折衷型の料金で実際は身体介護サービスを要求される、③事業者の収益が予定を下まわってしまったなどの事態が起きた。ただし、原因の一部は、身体介護や巡回型のサービスが家事援助とどう違うかを利用者実感させられなかった事業者、顧客獲得を急ぐあまり…本来は身体介護サービス提供を志向しながら…短期的判断で家事援助・折衷型を引き受けた事業者、そして利用者本人・家族およびケアマネジャーの経験の乏しさにも求められる。

(2) 施設食住費

保険導入後3年以上経過した頃、一応のところ市場が成立し、需給両側がその使い方に習熟したとみなされた後は、介護保険が受け持つ役割の純化が政策課題として意識されるようになった。要支援者に対する福祉用具レンタルの一部、介護施設における食住費が典型である。

こうした変化は次のようにまとめられる。高齢期を支えるためのたくさんの要素のうち、主要なものは、「どの地域にしようと、どういふかたち

の人生をすごそうと、すべての高齢者には高齢期に適した住まいが求められる」「年齢の上昇によって増大していく一定の確率で介護サービスが必要となる」「多くの高齢者は何らかの医療ニーズをもつ」、そして年齢によらず「食事は必須」「権利擁護ニーズに直面する人もいる」のように整理できる。この切り分けは、住んでいる場所…施設か在宅か居住系か…ではなく、求められるサービスの機能を示している。

心身が弱くなった要介護者が暮らしていくために必要なサービスはさまざまな種類があるにしても、そのうちどこを介護保険が担当し、どこがある程度自己負担を求める部分で、何を医療保険が担当するか、さらに社会福祉制度に期待される固有の役割は何か、何が自治体に課される社会福祉以外の責務か、またコミュニティのインフォーマルセクターが果たしうる貢献は何かについての議論が進められた。

住まいと食事は、年齢、健康度合い、所得等を問わず誰もが必要とする。ゆえに本質的に保険事故とみなされる対象ではない。他方、自分で食物や水分をうまく摂取できなくなったり、口腔内清潔保持が適切に行えなくなったりする事態、あるいは排泄をコントロールできなくなる状態等は保険事故である。介護市場が安定的に機能し始めたとの判断の下、前者（誰もが必要なサービス）への対応と、後者（要介護者のみが必要とするサービス）への対応との区分が行われた。要介護であろうとなかろうと生きていく上で必要な事柄…居住にかかわる諸コストを支払い、食事ないし食材を購入する等…と、介護、医療を機能別に分け、どこが保険事故の概念に合うかが改めて問われたと言ってよい。

その結果、「要介護者・要支援者にとって必要なサービス」が、すなわち「介護保険給付対象とすべきサービス」とはかぎらないとの理解が…反

対者はいたものの…主流となっていった。

なお介護保険の改革に際し、「中重度者の重視」が説かれた理由は、保険の原理に立てば、カストロフィックな状態、つまり重い保険事故状態になるからこそ助けの手、支援の手を伸ばさなければならぬからなのである。これは軽度者の切り捨てだと攻撃される場面も見られたがそうではない。軽度者へのサービスも大切だと考えることは正しい。ただし、その財源、ないし提供主体としては介護保険の外側にも求めていかざるを得ない。なぜなら、介護保険制度も国全体の財政の制約を受け、また1号被保険者、2号被保険者とも保険料上昇には限りがあり、さらに後期高齢者に関しては、新設の高齢者医療制度にかかわる保険料負担も考慮しなければならないためである。

6. 介護サービス情報の公表

市場が機能するために不可欠な要素は情報であることは言うまでもない。4年にわたる準備期間を経て、2006年から実際に始まった「介護サービス情報の公表」制度は、サービスの質を判断する材料として、すべての介護事業所に対し、サービス区分ごとに共通化された項目群について取り組みの有無を問い、都道府県の責任でデータを公表する画期的な仕組みと言える^{注17}。

介護サービス情報の公表は次のように理解できる。この仕組みでの訪問調査は、第三者評価のように事業所を評価するのではなく、事業所が「イエス」と言っていることを確認できる材料…これも事前に定められている…が存在するかどうかを見てくるだけにとどまる。例えば、「利用者の権利擁護の仕組みがありますか？」という質問に対して、事業所が「イエス」と答えたとしよう。訪問調査員も調査規定にしたがって事業所が示すエビデンスを確認すれば、その答えが虚偽のものだ

ったとしても、それは「イエス」であると公表される。

第三者評価では評価者が評価の責任をもつ。しかし、介護の公表情報に関する責任は、開示主体である介護事業所だけがもつ。いわば事業所の正直さを試しているのである。もし、「この事業所は『イエス』と書き、訪問調査員も『確認した』と記しているけれども、そんな事実はほとんどない、嘘だ」という声が、利用者や家族から、あるいは、内部告発者からあがった場合は、重いペナルティが課せられる。制度上の制裁だけではない。現代経済社会では「嘘をつく」態度こそ、一番悪い「罪」に…法律的にはなく経済的信用の著しい低下という形で…問われる。

倒産するかどうかは別として、経営に失敗した場合のペナルティは、代表取締役（営利企業）や理事長（非営利組織）等の幹部層辞任など職務上の事柄にとどまり、刑罰的な罰、行政処分や倫理的ペナルティは課せられない。しかし、嘘をつく、重大さによっては刑事罰と行政処分も、業界での信用喪失も覚悟しなければならない。かつて銀行が金融庁に対して嘘の報告を行った例があった。それが明るみに出た結果、担当役員は逮捕され、銀行自体の存続も危うくなったことは記憶に新しい。それと銀行が何らかの経営判断を誤って業績が悪化したケースとは全く別の話である。介護事業者も、虚偽の申告に対しては、指定取り消し等の罰のみならず、顧客、地域、そして他の介護事業者から見放される事態が予想される。

このように情報公表もまた、市場基盤整備の大切な一環である。

7. 今後の展望

(1) 高齢者ケアの長期化と認知症

2003年の高齢者介護研究会の頃から、高齢者介

護サービスについて、以前とは違う形で捉える必要性が広く認識されるようになった。この変化は、要介護認定、要介護度の変化、および介護報酬請求などをめぐる膨大なデータの集積を主な理由とする^{注18}。

第1の必要性は、高齢者ケアの長期化に対する備えを構築することである。2000年以前には、重い要介護状態になってから高齢者が…しばしばほとんど外部サービスを受けずに放置されているところを…「見つかり」、褥創の手当てからケアが始まるモデル（要は「寝たきり老人モデル」）が珍しくなかった。これに対し、軽度の要介護状態から開始される長期ケアのあり方は異なっている。後者の場合、利用者の状態像は時間経過と共に、人によって違うさまざまな過程を経るからである。

そこでまず、（高齢者介護研究会報告書流の表現を用いれば）「1人ひとりの高齢者が生きる時の流れの中」で、生活を支える機能の何が欠けているのかを見きわめる。その上で、当該高齢者の自立支援に向けて何を補えばよいのかを、連続的な視点に立って考えるアプローチが求められる。「人生の最終段階にある方々のお世話をする」のではなく、「高齢者の尊厳ある自立」をサポートする介護モデルに他ならない。

介護モデルを変化させる必要性の第2の理由は、要介護認定者の6割以上が何らかの認知症状を伴うという冷徹な事実の発見である。認知症にかかわる本源的な障害原因、あるいはその進展要因の除去・軽減については、医学・薬学等の進歩を待つしかないだろう。ただし、介護サービスの環境が悪かったり、アセスメントやケアプランが不十分だったり、痴呆に対する家族の理解が不足していたりなど、間違った介護の提供形態によって起こる「見かけ上の障害」、つまり高齢者の行動障害は減らすことができるとの理解も広まっ

た。

認知症にかかわるニーズについては、既存の介護市場サービスだけによる対応は不可能であり、コミュニティがもつさまざまな機能との組み合わせが不可欠である。

(2) 労働市場の変化

介護の社会化、そして保険制度発足と介護市場創設にいたる議論は、経済環境を遡って冷静に判断すれば、長期にわたる不況の下でなされてきたことが分かる。その間、労働市場は常に有効求人倍率が1以下の状態であった。ところが、介護政策関係者は、その事実をあまり意識してこなかったように思える。

これに対し、2005年以降のわが国経済の好況化と共に、新規雇用が難しくなり、介護専門学校の入試倍率が低下し、さらに一部では人材流出さえ問題となっている。医師や看護師のように、一般の労働市場とは分断された専門職が中核を占める医療サービス分野とは異なり、介護分野は一般労働市場の逼迫の影響を直接受けてしまう。介護分野で働く人の総数はまだ増えているものの、この点に関しては、マクロ経済の変化に対応した政策の検討が欠かせない。人材獲得について、個々の組織はそれぞれの努力を行うにしても、国全体での施策が必要な状況と思われる。

(3) 「施設対在宅」の対比論を超えて：高齢者住宅の整備

介護保険発足時には、施設対在宅の対比が強調された上で、在宅サービスの重視がうたわれた。理由は在宅サービスがまだあまり発達していなかったからに他ならない。つまり、「在宅重視」と唱えることによって、在宅サービスを何とか伸ばそうとしたとの理解が正しい。その結果と言ってよいと考えるが、自治体と事業者の努力、および

利用者側の成熟によって在宅サービス市場は急速に成長した。

これとは別に、制度施行後の年数経過に伴い、在宅対施設の二分法とは違った視点で要介護高齢者の生活を考える方向が関係者の間に広まっていた。先述のように、住んでいる場所が施設か在宅か居住系かではなく、サービスの機能区分で分ける視点である。

これまで、施設では、安心感とバリアフリーの建物と介護サービスがセットになって…主に施設入居者・通所者に対し…提供されてきた。そうした施設の持つ機能を分類して個別に洗い出した上でそれを再構築し、施設の内部にとどまらず、できる限り地域に展開することも施設に期待される役割と大きくなっていく。

「介護療養病床廃止」も、この文脈で捉えると分かりやすい。「病床」は医療ニーズに対応するもので、終の棲家に対応する機能は「住まい」と呼ぶべきだろう。最末期の3日間だけは入院させたいなどの家族の希望は否定しにくいかもしれないが、要介護を主な理由として、人生の終わりの2年間を病院・病床なる名前の、生活に関する規制の強いところで暮らす過ごし方は、QOL上やはり問題と思われる。

介護療養病床が…医療機能の存在による安心感は別として…本質的に住まいと介護サービスを提供しているなら、居住系サービスにふさわしい名前に変更するか、在宅復帰のプロセスである介護老人保健施設に変更するかの選択になる^{注19}。また在宅生活を支援する機能も今後拡大する役割であろう。「病床廃止」は、このような変化に応じ、当該施設が果たしてきた機能にふさわしい名称に変える進化であって、決して今まで行ってきたサービスが間違っていたとか、必要ないと言われたのではない。機能区分を明確にし、介護付きの終の棲家サービスを提供してきた多くの良心的な療

養病床が移行期間にその機能にふさわしい名前に転換する。本当の意味では、療養病床の廃止でも再編成でもなく、果たしてきた機能と名前を一致させようとした試みと理解すべきである。

高齢者にとって…実のところすべての人々にとって…暮らしの基本は「住まい」に他ならない。ただし、住まいにかかわるコストは、いかなるタイプの建物（既存の「施設」を含む）に住もうと、経済的弱者に対する支援は別として、原則自己負担であることは言うまでもない。ただし、心身が弱まった方に対しては、できるかぎり街の中心部に近づけたユニヴァーサルデザインの集住型の住まいが好ましい以上、（入居後の家賃等の支払いは居住者に求めて当然としても）その供給・整備は公的に推し進める必要がある。介護市場に加え、高齢者住宅市場の整備加速を図らなくてはならない^{注20}。

(4) 地域包括ケア

今後の基本コンセプトは地域包括ケアとなっていく。かつては一人の要介護者に対して一人のケアマネジャーと何人かのサービス提供者が接するスタイルが主であったのに対して、今後は地域単位で、切れ目なく連続的、かつ包括的なケアおよび医療の体制を作らなければ長寿社会を維持することはできない。地域包括ケアの中心は、個別のケアマネジメントを超えた地域のケアマネジメント体制である。

どのようなタイプの住み方を選ぼうと、ニーズもしくは需要に応じて、①配食を代表とする生活支援、②医療、③保健・予防（認知症等の「早めの発見と早めの対応」）、④社会福祉・権利擁護などのサービス提供が暮らしを支えるよう、地域包括型のケアマネジメントが切れ目なく展開されなければならない。在宅主治医とケアマネジャーの連携を基礎におく多職種協働がその鍵と言えよ

う。なおここでは、①から③の一定割合は介護保険と医療保険の給付、③と④の一定割合は公費が支援し、いずれも住まいとは切り離されて“外付け”で利用できる姿が望まれる。そして、以上を基盤とするさまざまな形の社会参加が人間に尊厳もたらすのである。

自治体は、介護保険法以前には措置権者＋（一部では）サービス提供者としての機能が基本であった。法制定以後は保険者としての責務、そして提供者を指導・監査する業務が追加された。地域包括ケア体制が成長するためには、介護保険事業者のみならず、さまざまな地域資源をコーディネートするという新しい市場基盤の視点を持つことが期待される。

注

- 1 政策研究の意味合いを深く理解するためには、権丈善一慶應義塾大学教授による一連の著作がもっとも知的なレベルでヒントを与えてくれる。『再分配政策の政治経済学〈1〉日本の社会保障と医療』（慶應義塾大学出版会2005）、『医療年金問題の考え方－再分配政策の政治経済学〈3〉』（同2006）など。
- 2 大熊由紀子国際医療大学大学院教授が設けているホームページ『ゆき、えにしネット』に詳しい。特にその中の『物語・介護保険』<http://www.yukienishi.com/>は、人に焦点をあてつつ歴史を記述した貴重な記録である。
- 3 「保険者を誰にするか」「被保険者の範囲をどうするか」についても議論されたが、本稿の主題である市場創造とは直接には関係しないので本稿では取り上げない。
- 4 財源の見通しは介護保険制度の持続可能性にとってはきわめて重大な課題だが、ひとつ前の注と同様、市場創造とは直接には関係しないので取り上げない。
- 5 談合問題のような市場取引の不正さを監視・摘発し、市場による資源の効率的配分を助ける役割を担う公正取引委員会の機能強化や、複雑化する一方の金融システムの監督を行う金融監督庁の設立などは公共サービス拡大例である。
- 6 「規制を撤廃し、自由な市場メカニズムが活きる

- ようにすれば高齢者介護ニーズに合わせた市場ができるはずだ」といった、いつの時代にも存在する現実離れた市場経済原理論を言う向きもなかったわけではない。ただし、もともと介護サービスは、医療と違い、業務独占も名称独占も存在しなかった（現在、介護保険指定事業者となるには資格が必要であるが）にもかかわらず、市場が発達しなかった。最大の理由は（ありもしない）“規制”ではなく、「生涯にわたる支出金額が不確定ゆえにニーズが必要に転化されなかったこと」だとの共通の理解に基づき、社会保障制度による支援策が必須と思われたので、自由市場論は検討の対象にはなりえなかった。
- 7 哲学としては個人保険制度であるはずの介護保険給付に、家族の経済力が影響する点に関する議論については <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0319-8.html> を参照。
- 8 地域密着型サービスは、①「従来にない新しいサービス類型」、すなわち小規模多機能型居宅介護と夜間対応型訪問介護、②これまで主として大規模・広域型となっているサービスについて小規模の類型を設け、効率的かつ効果的な運営を確保する観点から基準の設定等が必要なもの、③すでに存在したサービスであるが、実態等を踏まえ、都道府県から市町村（保険者）が事業所指定ならびに一部では地域の実情に応じた報酬および基準の設定を可能とするもの（認知症対応型共同生活介護と同通所介護）に分けられる。目的は保険者機能の強化の一環と考えられる。保険財源を効率的かつ効果的に使用する責任をもつべきだからである。
- 9 2006年以降、社会福祉法人改革の議論も急速に進展し始めた。社会福祉法人経営研究会編『社会福祉法人経営の現状と課題－新たな時代における福祉経営の確立に向けての基礎作業』（全国社会福祉協議会出版部2006）に全体像がまとめられている。
- 10 2006年5月に成立し、6月に公布された「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律」、「公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律」および「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律」の施行（2008年）以前の状態を指す。
- 11 事前にすべての制度悪用を取り締まることは実態上不可能に近いとはいえ、介護サービス市場では、提供体制の整備を急いだためもあり、また厚生労働省が市場メカニズムにおける営利事業者の志向に慣れていないがゆえの問題も起きてしまった。そのような事業者の発見や摘発が続き、厚生労働省としても適正化プログラムに取り組みなければならない事態にいたったばかりか、それ以上の不祥事が続発する現実はまだことに残念としか表しようがない。
- 12 個々の保険料は、1号2号それぞれ別個にグループ内での被保険者ごとの経済力を反映する。なお1号保険料について、場合によってやはり家族の経済力が影響し、その経済力の指標として住民税納付の有無が採用されている点をめぐる議論も、注7と同様に <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0319-8.html> などを参照。
- 13 介護サービスの量だけでなく、質の改善と技術革新も積極的に行なわれてきた。特にユニットケアの推進は施設サービスのコンセプトを大きく変えたと言ってよい。ユニットケアの普及に文字通り命を捧げた優れた研究者を回顧した記録集『対話：外山義 魂の器を求めて』（いっと編集室2003）は忘れがたい。他にも厚生官僚と自治体関係者をはじめ沢山の方々の努力を列記すべきだが、紙幅の都合上、そうした尊敬すべき人々の中から「すでに故人となられた」、との選択条件で限定し、1990年代に巡回型訪問介護サービスを開発した榎本憲一氏の名を挙げておきたい。
- 14 短期入所については月を超えて計算する例外があった。
- 15 福祉用具貸与市場の現状と課題に関しては、テクノエイド協会『福祉用具貸与の実態に関する委員会報告書』が詳しい。
- 16 筆者は「要介護度改善の際はご本人に花束を贈ることがもっともおしゃれでよい」と分科会で発言したが、もちろん無視された。
- 17 シルバーサービス振興会内の介護サービス情報公表支援センターのページで具体的な解説を見ることができる。 <http://www.espa-shiencenter.org/>
- 18 厚生労働省による作業は責務上当然だが、研究者サイドでは池田省三龍谷大学教授が主導したデータ蓄積と分析の意義は大きい。
- 19 老人福祉法が改正されれば、介護福祉施設も転換先の候補に加えられるだろう。
- 20 高齢者住宅論に関しては、故滝上宗次郎氏による

『やっぱり『終のすみか』は有料老人ホーム』(講談社2006)を推奨。氏が日経ヘルスケア21別冊「拡大するシニアリビングマーケット2巻(2006)に寄せた貴重な論稿は、まさに白鳥の歌となってしまった。

参考文献

- ・ 政策論・制度論の進展のためには健全な批判者の存在が不可欠である。最高峰として、二木立日本福祉大学教授の多数の著作が役に立つ。新著では『介護保険制度の総合的研究』(頸草書房2007)など。
- ◆ 『医療経済研究』より
 - ・ 広井良典. 社会保険と福祉(公的扶助)の連続化—不確実性・保険原理・高齢化をめぐる—考察. 医療経済研究1995;2:17-25
 - ・ 筒井孝子. 高齢者の要介護および要介護度推定方法に関する研究. 医療経済研究1996;3:117-129
 - ・ 大日康史. 在宅介護者の選択に関する意思決定—ホームヘルプサービスに対する需要分析—. 医療経済研究1997;4:71-88
 - ・ 外山 義. 介護保健施設における個室化とユニットケアに関する研究. 医療経済研究2002;11:63-89
 - ・ 畑農鋭矢. 社会的入院の定量的把握と費用推計. 医療経済研究2004;15:23-35
 - ・ 宮澤健一. 医療—介護の福祉的財政的・産業的三潮流とその交錯. 医療経済研究. 2006;18:279-93
- ◆ 『医療と社会』より
 - ・ 高橋 泰. 介護における職員数、高齢者の機能レベル、サービスの質に関する概念モデル. 医療と社会1993;3-1:86-98
 - ・ 角田由佳. 老人介護政策の有効性—介護労働供給・労働需要行動の経済分析. 医療と社会1993;3-1:121-144
 - ・ 鍋田忠彦. 在宅介護の経済分析—国際的視点から—. 医療と社会1995;5-3:1-17
 - ・ 丸尾直美. 高齢者の介護と医療—北欧との比較—. 医療と社会1996;6-3:1-12
 - ・ 小椋正立, 宮川知之. わが国の高齢者における介護必要率の推計について. 医療と社会1996;6-3:13-46
 - ・ 印南一路, 堀真奈美. 寝たきり老人発現率の地域格差と環境要因構造に関する探索的データ分析. 医療と社会1999;9-3:33-68
 - ・ 大日康史. 介護場所の選択と介護者の就業選択. 医療と社会1999;9-1:101-121
 - ・ 大日康史. 訪問介護事業所の供給行動に関する分析. 医療と社会2003;13-1:113-124
 - ・ (財)医療科学研究所. 〈第13回シンポジウム〉在宅医療の課題と新たな改革に向けて. 医療と社会2004;13-4:1-76
 - ・ 山内康弘. 訪問介護費と事業者密度. 医療と社会2004;14-2:103-118
 - ・ 山口ひろみ. わが国の『介護』にかんする文献調査:経済学的な視点から. 医療と社会2004;14-1:1-15
 - ・ 真野俊樹. 介護市場における代理人問題. 医療と社会2004;14-1:17-24
 - ・ 河口洋行. 医療機関による介護サービス供給形態とその影響に関する小票分析. 医療と社会2004;14-1:25-35
 - ・ 松原由美. 第三の介護サービス提供拠点:小規模・多機能「ケア付住宅」の実例. 医療と社会2004;14-1:37-49
 - ・ 田城孝雄, 片山 壽, 丸井英二, 田中 滋. 地域医療連携「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ. 医療と社会2004;14-1:51-62
 - ・ 酒井 正, 風神佐知子. 介護保険制度の帰着分析. 医療と社会2007;16-3:285-301

著者連絡先:

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
田中 滋
〒223-8523 横浜市港北区日吉本町2-1-1
TEL: 045-564-2030
FAX: 045-562-3502
e-mail: DZM01032@nifty.com

Evolution of Policies regarding Public Long-term Care Insurance and the Long-term Care Service Market: 1990-2007

Shigeru Tanaka*

Abstract

In Japan, the development of a long-term care service market has supported the fragile elderly and their families since 2000. The public long-term care insurance system has performed the role of a "promotion engine" to develop the service industry.

Several issues with respect to the evolution of government policies regarding long-term care insurance and the service market are discussed in this paper. The issues were chosen among those which I took some responsibility when they were discussed in government committees and councils. The purpose of explaining these issues is to offer resources to researchers of the next generation who plan to study these policies.

First I explain a couple of analytic tools. Then I talk about the process of the care market creation using these tools. Next I discuss nursing care insurance benefits for the elderly and the insurance payment to the long-term care service providers. A difference of "characteristics of the goods" as compared with medical care services from the view point of economics is one very important point to understand.

With the development of the market, the extent of insurance coverage, i.e. what services should be covered and what should be paid only by out-of-pocket payment became the critical issue. Housekeeping support and the food and housing costs for nursing home residents are examples of such controversy.

Then I mention the importance of the new information disclosure system imposed on long-term care service providers since 2006.

Finally, I give an opinion about four key points for the future of the long-term care system in our country: (1) prolongation of the fragile period for senior citizens at the end of their life and the rapidly growing number of elderly with dementia, (2) changes in the care labor market, (3) the current lack of barrier-free housing for the elderly, and (4) comprehensive care systems in each local community.

[key words] Long-term care, Public long-term care insurance, Quasi-market, Market creation, Infrastructure improvement for long-term care market, Remuneration for long-term care services, Limits of insurance benefits, Benefits in cash, Comprehensive care in a community

* Professor, Graduate School of Business Administration, Keio University