

Ⅲ. 韓国で開催された二つの学会での発表論文

内 容

野口定久「日本の介護保険制度改革の方向－地域福祉への移行」

－ 韓国社会福祉政策学会国際学術会議シンポジウム

(2005 年 6 月 7 日) 提出論文より －

二木 立「日本の介護保険制度と病院経営－保健・医療・福祉複合体を中心に」

－ 大韓リハビリテーション医学会 2005 年秋期学術大会

(2005 年 10 月 23 日)・招待講演より －

1. 日本の介護保険制度改革の方向－地域福祉への移行

日本福祉大学社会福祉学部教授
COE 事業推進者

野口 定久

はじめに

本日（2005年6月7日）は、韓日社会福祉政策国際学術会議においてシンポジウムの発題者として報告の機会を得ることができた。韓国社会福祉政策学会に感謝申し上げる。日本では現在、介護保険法及び関係する法律についての改正案が国会に提出され、それぞれの自治体（保険者）が2006年度からの介護保険事業の見直し作業に取り組んでいるところである。改正案の内容は、介護保険の支出（給付）額の増大を抑制し、被保険者の保険料の負担増を押さえるという財政問題に重点が置かれ、まさに社会保障制度としての将来の介護保険制度の存亡にかかわる極めて重大な時期を迎えている。また、韓国においても「公的老人療養保障制度実施試案最終報告」が提示され、2007年度の第1段実施にむけて、モデル事業が実施されると聞いている。

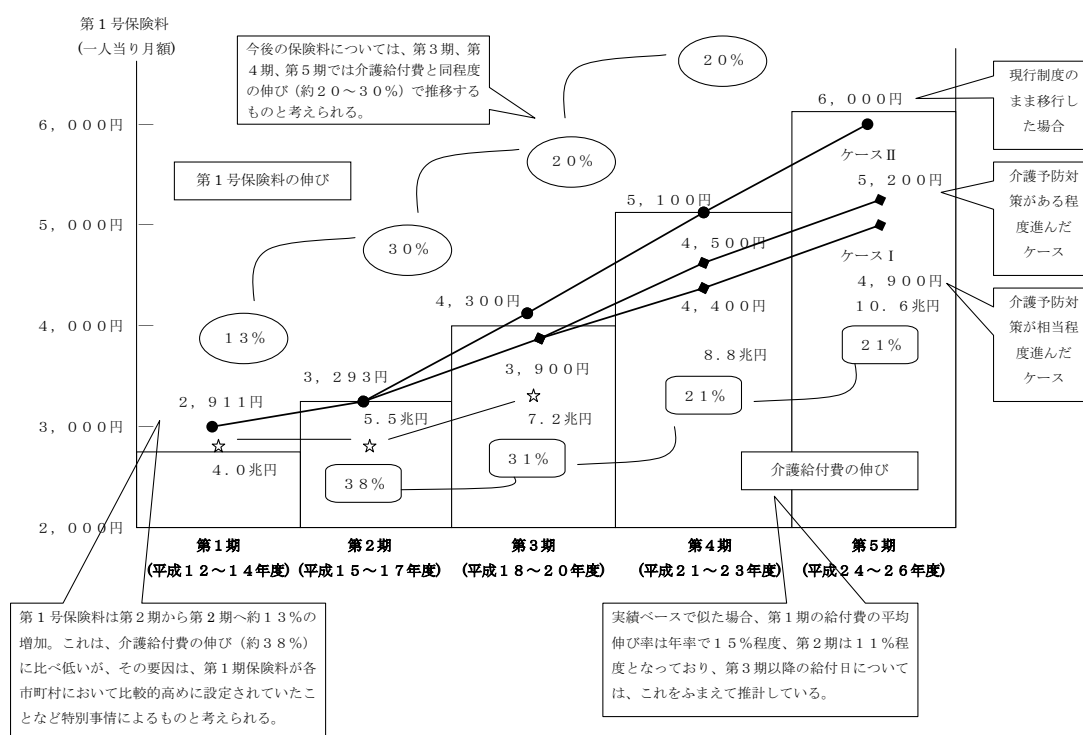
私が所属する日本福祉大学大学院社会福祉学研究科では、文部科学省21世紀COEプログラム（福祉社会開発の政策科学形成へのアジア拠点）の採択を受け、そのプロジェクトのひとつである「日韓両国における福祉国家の形成・再編と福祉社会の開発」の課題研究に取り組んでいる。研究の現時点では、東アジア諸国（とくに日本と韓国）の福祉制度・政策は、エスピン・アンデルセンの「福祉資本主義の3つの世界」説をはじめとする、伝統的な福祉国家類型論では説明できないことを明らかにした。私たちは、日韓比較研究（特に韓国の福祉国家性格論争と日本の1990年代以降の現実の福祉政策の展開過程の分析）を通して、従来の福祉国家研究で支配的であった、東洋やアジア諸国を一括して扱う「福祉オリエンタリズム」は克服することができたと考えている。この文脈でみると、日本が福祉国家再編期に介護保険制度の見直しが始まり、韓国では福祉国家成立期に老人療養保険制度が開始されるというように福祉国家論と介護保険制度の関係は双子のような存在であるといえる。その意味でも、今回の私の報告において日本の介護保険制度の見直しの内容を検討することによって、日本・韓国の社会福祉政策形成の類似点と相違点を確認しあいながら、それぞれの社会福祉政策の発展と持続可能な介護保険制度（老人療養保険制度）にむけて有意義な議論が展開されることを期待したい。

1 介護保険制度見直しの要点

日本の介護保険制度が2000年4月にスタートしてから6年目を迎える。介護保険法には、施行後5年を目途として制度全般の検討と見直しを行うものと明記されている。現在、全国の自治体（保険者）では、第3期目（2008年度－2010年度）の見直し作業に着手しているところである。

現在進行中の介護保険法及び関係する法律の改正案の要点は、次の3点に集約できる。第1は、介

図1 介護給付費及び第1号保険料の推移



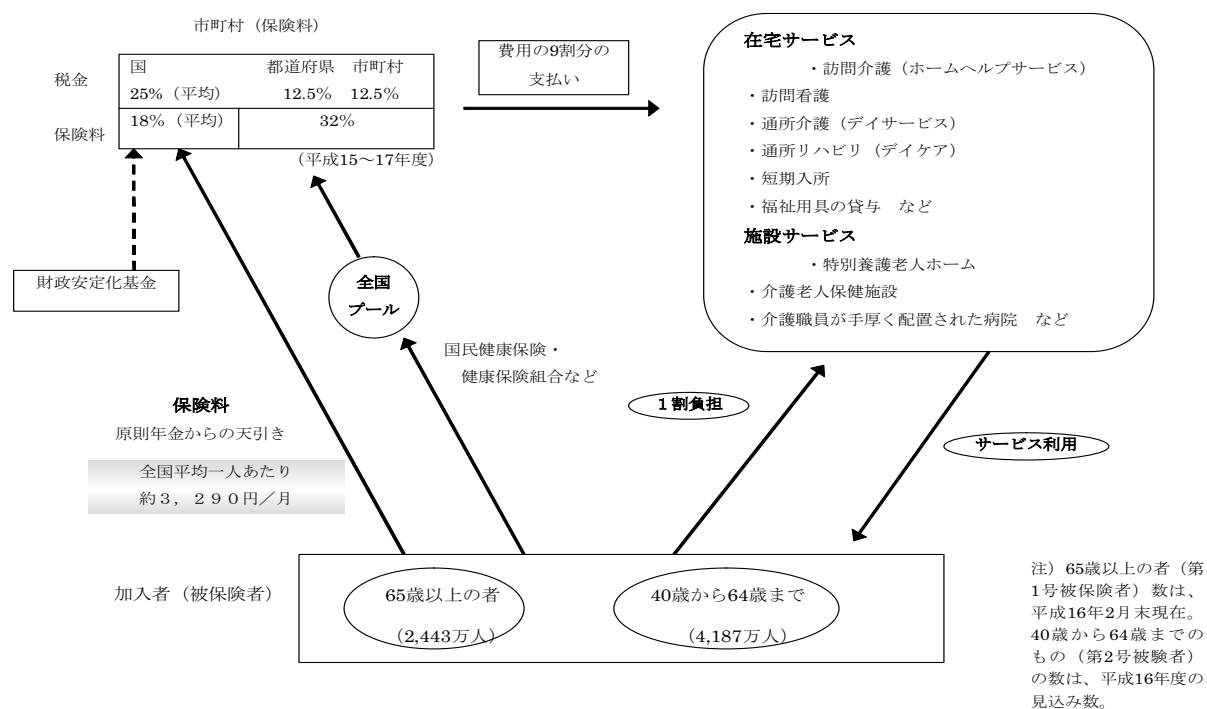
介護保険の支出額の増加による財政悪化の問題である。その大きな要因は、介護サービスの利用者の急増である。とりわけ軽度の認定者の急増(2000年4月の1.78倍)が特筆される。具体的には、要支援が2.07倍、要介護1が2.27倍、要介護2が1.51倍となっている。このように膨らむ給付費によって、保険料の引き上げは必至である。また、施設の給付偏重も要因のひとつである。介護保険サービスの利用者数(2004年1月サービス分)は、在宅が75%(223万人)、施設が25%(74万人)に対し、保険給付額は、在宅が46%(1979億円)、施設が54%(2318億円)となっている。

このような介護保険の財政悪化には、保険料の引き上げで対応せざるを得ない。今回の制度見直しの大きな争点のひとつは、障害者への給付の拡大とあわせて保険料負担の40歳未満の若年層への拡大にあった。それらの案はいずれも見送りとなった。(障害者給付は2009年度以降。負担年齢の引き下げは、2006年4月から3年ごとに5歳程度の引き下げか2009年4月に一気に引き下げするという2案が浮上している。)

厚生労働省の試算によると(図1)、現行制度のまま推移場合には、第3期(2006-2008年度)に4,300円、第5期(2012-2014年度)に6,000円まで上昇すると予想されている。仮に、介護予防対策が相当に進んだケースでも、第3期(2006-2008年度)に3,900円、第5期(2012-2014年度)に5,900円まで上昇するとの予測がたてられている。このように介護予防などの抑制策が効いても保険料上昇は免れない。

第2は、総合的な介護予防システムの確立と施設給付の見直しある。総合的な介護予防システムとは、要介護状態になる前の段階から、要支援・要介護1程度までの高齢者に対して、その人の状態像に合った予防プランを策定し、介護予防サービスを提供するものである。内容は、①軽度で予防効果を見込める人に「新介護予防給付」を設けること(主な例：筋力トレーニング、口腔ケア、栄養改善、

図2 介護保険の全体像



予防訪問看護など）、②痴呆や心身の状態が安定していない人には従来の「介護給付」を行う、③要支援・要介護になる前の高齢者向けに市町村が予防サービス事業を展開する。（介護保険の給付費の3%程度を市町村の予算援助に充てる）また、施設入所者も居住費・食費を負担することになる。施設給付の見直しとは、在宅サービス利用者と施設サービス利用者間の不均衡の是正のために、介護保険施設における光熱水費等の居住費や食費（いわゆるホテルコスト）分を保険給付から除外することにある。（図2、表1）

第3は、新たなサービスの創設である。そのひとつが地域密着型サービスといわれるものである。これは、高齢者独居世帯の増加や認知症高齢者の増加に対応するため、要介護者等の住み慣れた地域で支えるという観点から提供されるサービスである。地域の特性に応じて、多様で柔軟なサービス提供を可能にするため、市町村長が事業者の指定や指導監督を行い、また報酬決定についても市町村の裁量を拡大する方向である。具体的には、小規模（定員30人未満）介護老人福祉施設、小規模（定員30人未満）で介護専用型の特定施設、認知症高齢者グループホーム、認知症高齢者専用デイサービス、小規模多機能型居宅介護、地域夜間訪問介護の6種類が想定されている。これらのうち、小規模多機能型居宅介護、地域夜間訪問介護については、新たに介護保険サービスに加えられることになる。また、「自宅」と「施設」以外の多様な「住まい」の選択肢を確保する観点から、介護保険制度の対象を現行の「介護付き有料老人ホーム」や「ケアハウス」以外に拡大する。これまで介護保険の対象となっていなかったシルバーハウジング（公営住宅、公団住宅）や高齢者向けの優良賃貸住宅などについても、一定の基準を満たすものについては、特定施設入居者生活介護の対象となる。また、現行の「包括型」のほか「外部サービス利用型」も認めるなど多様化を図る方向で検討されている。（図3）

表1

介護保険制度改革の全体像

～持続可能な介護保険制度の構築～

改革の全体像

介護保険制度については、制度の基本理念である、高齢者の『自立支援』『尊厳の保持』を基本としつつ、制度の持続可能性を高めていくため、以下の改革に取り組む（平成17年通常国会に関連法案を提出予定）

Ⅰ. 介護保険制度改革

1. 予防重視型システムへの転換

「明るく活力のある超高齢社会」を目指し、市町村を責任主体として一貫性・連続性のある「総合的な介護予防システム」を確立する。

→新予防給付の創設、地域支援事業(仮称)の創設

2. 施設給付の見直し

介護保険と年金給付の重複の是正、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、介護保険施設に係る給付のあり方を見直す。

→居住費用・食費の見直し、低所得者等に対する措置

3. 新たなサービス体系の確立

痴呆ケアや地域ケアを推進するため、身近な地域で地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供を可能とする体系の確立を目指す。

→地域密着サービス(仮称)の創設

→地域包括支援センター(仮称)の創設

→医療と介護の連携の強化

4. サービスの質の向上

サービスの質の向上を図るため、情報開示の徹底、事業者規制の見直し等を行う。

→情報開示の標準化

→事業者規制の見直し

→ケアマネジメントの見直し

5. 負担のあり方・制度運営の見直し

低所得者に配慮した保険料設定を可能とするとともに、市町村の保険者機能の強化等を図る。

→第1号保険料の見直し

→市町村の保険者機能の強化

→要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化

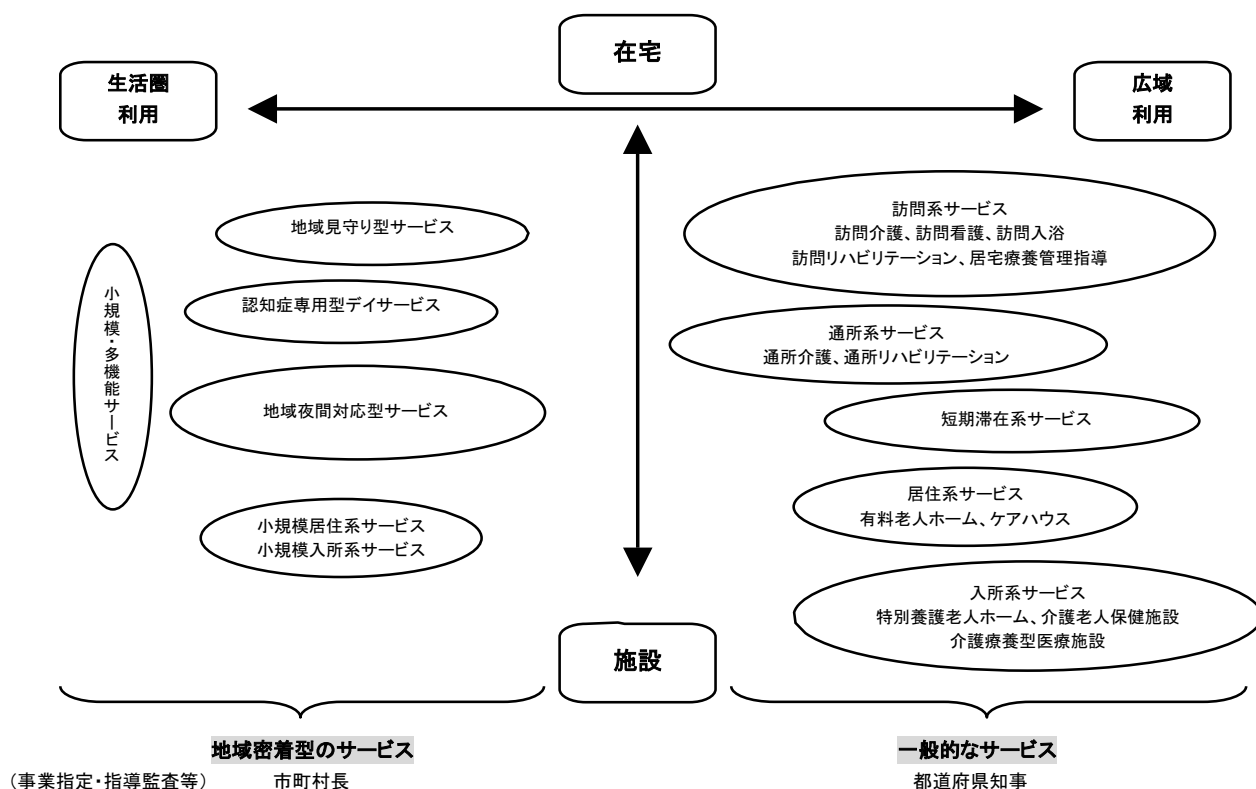
見直しの
基本的
視点明るく
活力のある
超高齢社会
の構築制度の
持続可能性社会保障
の
総合化

Ⅱ. 介護サービス基盤の在り方を見直し

高齢者が住み慣れた身近な地域で暮らし続けることができるよう、地域における介護サービス基盤の計画的整備を推進する。

→地域化以後・福祉空間整備等交付金(仮称)の創設

図3 新しい介護サービス体系



2 介護保険制度導入の意義を振り返って

一連の社会福祉の「基礎構造」の改革とは、主として、従来の社会福祉・社会保障の基盤となる制度の仕組みやサービス提供方法のパラダイム転換を意味する。その主要な論点は、①将来にわたって増大・多様化する福祉需要に的確に対応し、国民全体の生活の安定を支える地域福祉システムの構築、②これまでの中央集権的な福祉サービス供給体制を地方分権化し、サービスの多元化と住民参加を志向した供給体制への変革、③国民の自立支援、選択の尊重、④福祉サービス利用者の信頼と納得の得られる質の高い福祉サービスの効率的運営などである。これらの考え方に沿って導入されたのが介護保険制度である。介護保険制度は、その意味でも地域ケア政策の中核をなすものである。介護保険制度は、そもそも要介護高齢者の自立支援と介護の社会化という高邁な理想を掲げて出発した。この文脈に照らしてみると、介護保険には4つの意義があった。

第1は、将来の供給不足に対する国民の不安感の払拭、自由契約への転換による利用者本位のサービス給付、利用者間の不公平感の解消にある。導入以前に懸念された「保険あって介護なし」という供給不足は、一部の地域（中山間地域では営利企業が参入しにくい）を除いて生じていない。特に在宅介護の利用は順調に増加し、概して利用者の満足度も高い。初年（2000）度に3.2兆円だった介護給付費は、2004年度で5.5兆円に達するという勢いである。これには、在宅サービスの利用量の増加現象が寄与している。当初はサービス利用が増加しないことが問題視されたが、①利用料が低所得

者層にとっては高すぎる、②認知症高齢者のニーズに合ったサービスが供給されていない、といったサービスの質に係る要因（平岡、2003）などの理由を除いては、概ね在宅サービスの利用は順調に伸びている。（表2）

表2 介護保険総費用・保険給付費推移

	平成12年度 (実績)	平成13年度 (実績)	平成14年度 (実績)	平成15年度 (補正後)	平成16年度 (予算)
総費用	3.6兆円	4.6兆円	5.2兆円	5.7兆円	6.1兆円
保険給付費 (費と突き当たり平均給付費の増加率)	3.2兆円	4.1兆円 (16.0%増)	4.7兆円 (13.1%増)	5.1兆円	5.5兆円

※平成12年度は11か月分、平成15年度は補正後予算ベース。平成16年度は予算ベース

第1号被保険者の保険料

第1期(2000～2002年度) 平均 2,911 円／月	→	第2期(2003年～2005年度) 平均 3,293 円／月 (+13.1%の上昇)
----------------------------------	---	--

第2は、「介護の社会化」のひとつの側面である、いわゆる介護地獄からの家族負担の解消、女性の就労促進である。残念ながら家族、特に女性の「長時間介護」「介護地獄」といった家族の過重な介護負担は無くなっていないという実証結果もある。筆者は、在宅サービスの拡大にもかかわらず、施設入所待機者が増加し続ける現象に、この家族介護負担の過重が陰に陽に関連しているのではないかと考えている。

第3は、介護サービス提供事業者の新規参入の増加によるサービスの安定供給の実現、訪問介護市場への営利企業参入などの競争原理の導入、それを通じたサービスの質と効率性の向上である。すなわち、サービス供給の多元化・市場化と参入規制の緩和が進んだといえる。介護保険実施前は、主要な介護サービス（特別養護老人ホーム、ホームヘルプ、デイサービスなど）の大部分が社会福祉法人に措置委託するかたちで供給がなされていた。介護保険実施後は、サービス供給体制の多元化が促進し、市場原理の導入が図られた。営利企業、NPO法人等が構造設備・人員等について一定の基準を満たせば自由に参入、利用者の自由選択、事業者間の自由競争の実現が期待されたが、市場化に対するさまざまな制約も存在している。

第4は、社会保険方式による財政の強化、医療・福祉の縦割りの解消、介護を理由とする長期入院（社会的入院）の解消による医療費の効率化である。財政の強化については、給付に必要な費用のうち、原則として50%は公費（国・自治体の歳出）を入れることによって、高い水準の給付を可能にしたが、反面、介護保険財政の安定化にとっては、国や自治体の財政事情や財政政策の影響を受けやすくしたともいえる。その結果、介護保険サービスの費用を賄いきれず、都道府県からの借入金に頼った実質赤字の自治体数（291市町村）が増加しているし、赤字の総額は2004年度で約150億円と前年の3.4倍に膨れ上がっている。（日本経済新聞調べ、2005年5月16日）また、医療・福祉の縦割りの解消については、介護保険サービスの全種類の中に、社会福祉・保健・医療の各制度のもとで別々

の基準に基づいて提供されていたものを介護保険サービスとして共通の枠組みで統一した制度設計がなされている。したがって、サービス利用要件、利用料（利用者負担額）の統一（応益負担）を図っている。最後の社会的入院費の削減は期待されたほどでもないとの調査結果が示されている。（日本経済新聞、河口洋行、2005年5月16日）

3 介護保険制度の見直しのための問題点と対策

以上見てきたように介護保険制度は、①将来の供給不足に対する国民の不安感の払拭、自由契約への転換による利用者本位のサービス給付、利用者間の不公平感の解消、②介護サービス提供事業者の新規参入の増加によるサービスの安定供給の実現、訪問介護市場への営利企業参入などの競争原理の導入、③医療・福祉サービスの縦割りの解消などの成果が認められる。その反面、問題点もいくつか散見できる。

第1に、家族介護負担の解消が進んでいないことである。このことは、施設入所待機者の増加と関連している。施設と在宅の給付費の合計は、2000年度を100とすると2003年度に143.7へ。施設が100から116.6に対し、在宅は199.4へと約2倍に急増している。理論的には、在宅サービスに重点をおく政策が功を奏し、在宅サービスの供給量が増大したわけで、利用者のサービス利用への心理的抑制も緩和されてきたのであれば、その結果として家族介護の負担は軽減するものと考えられる。しかし、現実には、家族介護の負担も軽減していない。もちろん、家族介護の負担が軽減している利用者層も存在する。この人たちの多くは富裕層で、必要な介護サービスを介護保険以外に購入できる階層の人たちである。多くの場合、介護保険サービスの利用限度額以内の利用者世帯である。1割負担が重くのしかかる低所得世帯も存在する。これらの世帯では、相も変わらず家族介護の負担も軽減されず、極端なケースでは介護虐待の事例も報告されている。このような背景から、施設入所希望者は後を立たない。他方で需要の増加にもかかわらず施設サービスの供給を抑制する政策が成功したとの見方も否定できない。むしろこのほうが現実的であろう。現在、全国各地で介護保険施設、特に特別養護老人ホームへの入所希望者が増加しつづけている。筆者がかかわっている自治体の調査結果では、新型特別養護老人ホームや介護保健施設を創設したにもかかわらず、施設入所待機者数が増えているという実態もある。

筆者は、この原因を特別養護老人ホームの入所要件の緩和及び施設供給の抑制政策とあわせて、在宅サービスが利用者本人や家族の満足度を得るところまで質的に向上していないのではないかという仮説をもっている。東京都内の調査データでは、入所待機者は、全般に障害のレベルが高く、介護者の負担感が高く、家計の余裕にも乏しい（平岡、2003）との結果が示されている。

対策としては、施設入所待機者の実態の綿密な分析を行い、在宅サービスを含めた地域福祉システムの総合的な対策を講ずる必要がある。

第2に、介護財政の悪化である。在宅サービスについていえば、サービスの需要（利用者）側は、サービス利用が、従来の自治体の裁量的な判断や予算の制約によって制限されることはなくなり、契約と選択の自由があたえられた。また、サービスの供給側からみると、多様な性格を持つ事業者の参入が自由化され、需要の伸びに対応した給付の増加の実現も可能となった。その意味では、一定の介

護の市場化が進行したといえるだろう。さらに、ケアマネジメントの仕組みが導入され、介護保険サービス利用者であれば、誰でも希望すれば無料でケアマネジメントサービスが提供される。介護サービスへのアクセスも大幅に改善した。このことにより、介護保険の給付額は、年率10%以上で伸びている。この急速な伸びは、介護需要の増加、制度の定着に伴う利用増、無駄や不適切な給付の3つの要因が一般的に流布されている。要するに介護需要の利用増である。これ自体は喜ばしいことであるが、それが介護財政の悪化を伴うとすれば、そもそも介護保険の制度設計に問題の在りかを考えなければならない。自治体（保険者）の意見では、①軽度の介護認定者が予想以上に増えたこと、②特別養護老人ホーム入所待機者の急増への代替機能を果たす施設としてのグループホームの入所需要の増加があげられる。とくに認知症などの高齢者が共同生活するグループホーム数が5年間に約6,600箇所まで急増したこと、などの指摘が目立っている。

対策としては、①には予防施策と健康・雇用・生きがい対策などの積極的な政策である。財源は介護保険制度に含まれる介護予防費のほかに、老人保健福祉計画を推進するための公費（租税）で行うべきである。②には現在のところグループホームに対する国・都道府県が供給量をコントロールする仕組みがなく、介護報酬の不正請求が相当な件数に昇っている。一部のケアマネジャーが自分の所属する事業所の売り上げを増やすためサービスを利用者に必要以上に利用させるという不適切なサービス提供が問題視されている。認知症高齢者グループホームには、2002年10月に外部評価が義務づけられた。自治体（保険者）のサービス評価事業として専門的な評価機関による第三者評価の制度導入や独自に第三者評価を実施している自治体（愛知県高浜市）も増えてきている。政府は、全自治体への全面的導入は困難との判断であるが、今回の見直しでは標準化された情報の開示を義務付ける「情報開示の標準化」を提示している。

第3は、ケアマネジメントの管理の問題である。介護サービスが提供され、認定利用者がサービスを購入（契約）し、サービスが提供される「瞬間」が事業所に属するケアマネジャーに委ねられている。この「瞬間」をどのように管理するかが、介護保険制度の生命線でもある。ケアマネジメントに関する介護保険の制度設計は次のような特徴をもっている。①居宅介護支援事業者（一定の基準を満たしたケアマネジメント機関）に非営利組織や営利企業の参入を認めており、利用者がその居宅介護支援事業者を自由に選択できる。②その業務は、給付管理に関する事務処理業務、サービス提供機関間の調整にあり、サービス利用の可否やサービス利用の優先順位を決定する権限は認められていない。③ケアマネジャーには、社会福祉士（ソーシャルワーカー）や保健師・看護師ばかりでなく、その他の福祉・保健・医療関係の専門職で一定期間の実務経験を有する者も、基礎知識に関する試験に合格し、短期間の講習を受ければ、ケアマネジャー（介護支援専門員）としての業務を行うことができる。

ケアマネジメント制導入の評価点は、介護保険制度の中核機能であるサービスの契約と提供の「瞬間」の場面にケアマネジメントが全面的に実施され、認定されたケアマネジメント機関がサービス利用のための単一の窓口として機能し、介護サービスへのアクセスが大幅に改善されたことである。しかし、その制度設計に基本的な問題も含まれている。すなわち、ひとつに、一人のケアマネジャーが担当するケースが多すぎるという問題である。ケアマネジメント業務のなかでも、給付管理の事務的業務に相当の時間が割かれ、複雑な問題ケースなどには必要なアセスメントやモニタリングができないという不満がケアマネジャーから聞こえてくる。二つに、ケアプラン作成にあたっての事業者選択

は、どうしてもケアマネジャーが所属するサービス提供組織や事業所のサービスを優先的に使うことになり、ケアマネジャーの中立性が担保できないという基本的な問題が横たわっている。三つに、ケアマネジャーの専門的な知識・技術の不足が取りざたされる。先述の基礎資格の幅の広さ、事前の研修の量的・質的不足などの問題があげられる。

対策としては、政府もこの問題の所在を認識しており、主任ケアマネジャーなど特定技能の習得の専門員研修、介護予防や痴呆対応など分野ごとの研修を構想しているが、なお多くの課題が残されていると思われる。筆者の主張は、ケアマネジャーの立場及び価値は中立性・公平性にあり、サービス提供事業所にケアマネジャーが所属しているところに基本的な問題があるという見解である。ドイツの場合は、医療保険の保険者である「疾病金庫」が母体になっている「介護金庫」の社会医がケアマネジャーの役割を担っている。ケアマネジャーの中立性・公平性を担保する NPO 組織を設立し、自治体（保険者）と契約を結ぶことも政策の選択肢にあげられよう。

4 介護福祉サービスのマネジメント

急速な少子高齢社会を迎えるなかで、今後ますます保健・医療・福祉サービスの連携が求められるようになっている。これは、介護保険制度の導入により、社会福祉サービスの提供の仕方が、いわゆる行政処分の措置制度から、サービス利用者個人が自ら選択し、それをサービス提供者との契約により利用する制度への転換をも意味している。介護保険制度の導入や社会福祉法の制定を踏まえ、措置型福祉サービス運営から選択型利用福祉サービスへの転換期における在宅福祉サービス供給多元化時代の背景とその考え方を提示する。

1990 年の社会福祉関係八法改正から社会福祉法の成立に至る一連の社会福祉基礎構造改革の流れによって、市町村は施設サービスとともに、在宅福祉サービスの実施主体として民間組織や団体への事業委託化を推進しながら、それら地域のサービス提供機関の運営と管理に責任をもつこととされ、地域福祉計画の策定、地域における事業の総合調整が市町村の役割となった。こうした状況を背景に、介護福祉サービスの運営・管理（マネジメント）やシステム化のための検討課題を何点か示しておこう。

介護福祉サービスの 3 原則

北欧をはじめ多くの国々で社会福祉サービス提供の要件として、ノーマライゼーションの理念に基づく、次の 3 要件が重要であることが常識と考えられている。第 1 に自己決定（サービス利用者は選択可能なサービスの内容を事前に知らされ、自らの決定により開始されたサービスを評価する権利を有する）、第 2 に残存能力の活用（サービスは、利用者の残存能力に着目して、自立を援助する目的で提供される）、第 3 に人生の継続性（いかなるサービスも利用者の生活の継続性を尊重しなければならない）が介護福祉サービス提供の際に、具体的に保証されていなければならない。

新たな公共性の形成

社会福祉の分野における分権化については、一方で自治体間の福祉サービスの基盤整備をはかりつつ、他方で福祉における分権や住民参加をどう促進するかという問題とを、同時に考慮する必要がある。

る。新しい公共に求められるのは、まさに地域社会の希少資源を有効に活用しながら新しい価値（公共）を創造して、公共性の構成要件である「公正」と「効率」を積極的に両立させることにある。また、従来の公共性には、社会の上にある国家が社会に向かって救いの手を差し伸べるという印象があったが、現代では国家と社会は水平的関係にあり、むしろ社会を構成する人々が政府を媒介として自ら公共的諸問題を解決していく主体として登場している傾向が見られる。したがって、新しい公共では、公セクター、民間セクター、市民・住民セクターの三者の協働によって、公共的諸問題を解決していく政治・経済・社会システムを地方自治体を中心となって構築していくことになる。（野口、2005a）

広域性と地域性の調和

広域的な介護福祉サービスの整備とその運営主体を組織する場合、受益者と負担者とが一致しないことが多く、合意の形成に困難を伴うことがある。このため広域的な機能を果たす施設や介護福祉サービスの事業体であっても地域的な機能を併せもったり、広域的な施設・事業体と地域的なそれとの一袋的な運営が必要となる。広域的・地域的相互の利便が調和するような社会資本の整備を進める必要がある。

生活と文化価値の創造

これまでの介護福祉サービスや施設サービスの提供は、その対象を限定するあまり画一的なものになりがちであった。今後は地域固有の文化や環境を視野にいれ、地域の生活文化を維持するとともに、新たな生活価値や文化価値の創造に寄与していくという視点が大切である。

ケアマネジメントシステムの構築

介護保険の導入により、これからの介護福祉サービスがより多くのニーズをカバーしていくためには、市場競争力を持った利用コストの低い社会サービスを形成しなければならない。この利用コストの低さと同時に、サービス・利用価値・使いやすさ等総合的な質の高さの確保も追求する必要がある。ケアマネジメントの性格の第一義は公共性であり、それは公平性と効率性を同時に追求する価値を保有する。

5 介護福祉サービスの公私協働論

介護予防から地域福祉への移行

日本の社会福祉の動向は、近年の地方分権や福祉サービス供給システムの多元化論を背景に、基礎自治体における介護保険と地域自立生活支援等の地域トータルケアシステムの構築、地域福祉計画の策定作業、介護保険サービスを含めた福祉政策評価、福祉サービス供給と利用に係わる契約システムの開発等が進められている。とくに、介護保険の導入によって、在宅サービスと施設サービスの提供の仕組みが、①租税財源方式から社会保険方式へ、②市町村の判定（措置）から要介護認定、ケアマネジメントへ、③市町村のサービス決定（措置）から利用者のサービス選択へ、④行政、社会福祉法人中心のサービス提供機関から多様な主体へ、⑤所得に基づく応能負担から利用に応じた応益負担

(1割の定率負担)へ移行することになる。(野口、2001)

これらの変化によって、とくに民間営利事業者の参入も認めた指定居宅サービス事業者の競合関係を作り出し、サービスの質の向上や利用者の選択性の効果をもたらすことが期待されている。

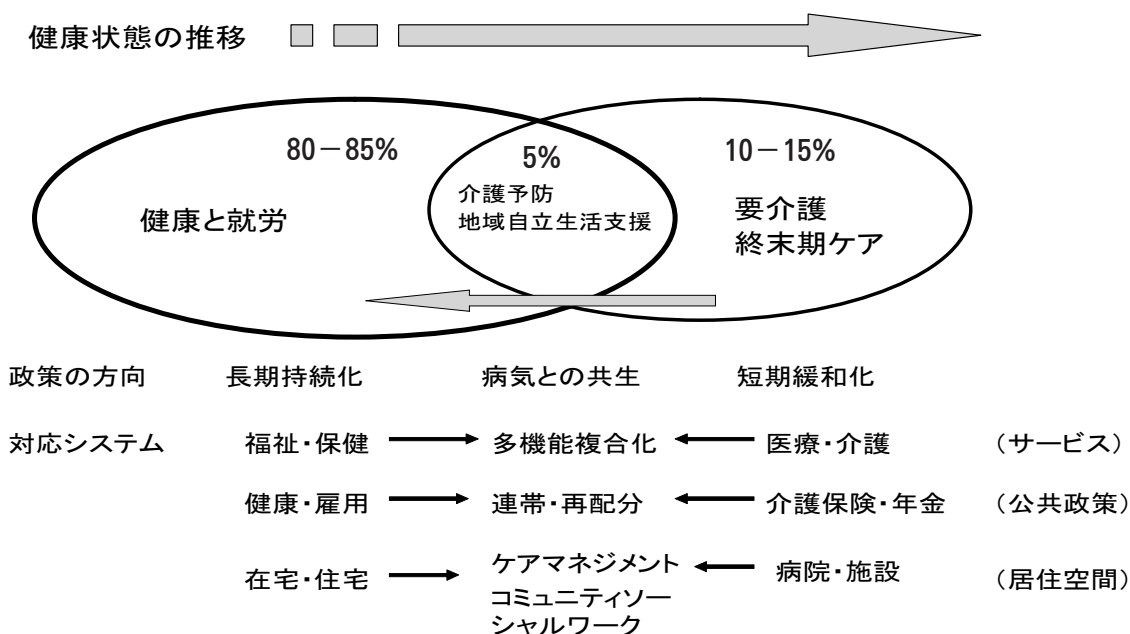
介護保険導入のねらいのひとつが、施設ケア重視から在宅ケアへのシフト移行であった。そのため、「老老介護」や認知症高齢者の対応ケースなどを含めて、できる限り社会サービスを活用しながら在宅ケアを可能にしようという試みである。したがって、在宅で、できるかぎり家族と一緒に暮らしたいと願う高齢者の在宅生活ニーズに応えるためには、在宅サービスと施設サービス（訪問系・通所系）の総合的な提供が必要であり、保健・医療・福祉サービス（介護系・医療系）の連携が今後ますます求められるようになっていく。

そもそも在宅サービスや施設サービスを通じて在宅ケアを可能にするためには、要介護や要支援状態の高齢者が自立しようとする意欲や、家族介護者が介護しやすいような、また閉じこもりを防ぐような居住環境（住宅改修、介護機器等）と地域ケア・サービス（レスパイト・サービス、近隣による助け合い活動等）の整備が必要であることを強調しておきたい。

事後的福祉から予防的福祉への移行

これからの介護福祉サービスには、環境改善のための方策やいわゆる予防的社会福祉としての相談・助言活動、斡旋・紹介・送致の活動、さらに福祉増進サービスも含まれる。このサービスは、地域ケア・サービスを有効に機能させ、社会サービスを利用しやすくするアクセスのことをさしている。さて、このサービスも、介護保険の導入によって、ますます必要になってきたといえる。すなわち、介護保険事業は、寝たきりなど介護が必要な高齢者に対し、本人の選択と第三者機関による審査を経てサービスの提供が行われるものであり、対象者・目的・サービス内容等がある程度限定されている。しかし、介護保険でのサービスを希望しても対象と認定されなかった人に対する福祉サービスの確保、すべての高齢者を視野に入れた健康増進・疾病予防・生きがいづくり・一人暮らし高齢者の生活支援等、幅広い分野での総合的な保健・医療・福祉対策が必要である。要援護者をはじめさまざまな課題やニーズをかかえる人たちが気軽に相談できる総合窓口の一元化と専門的な相談体制づくり、情報提供システムの整備、そして介護保険とあわせての在宅ケアマネジメント・システムの構築、保健・医療・福祉サービス連携のためのサービス機関のネットワーク化をさらに図る必要がある。また、このような社会的ケア需要の増大に対応するためには、在宅福祉サービスの単一的な供給形態だけでなく、在宅福祉サービスの内容として日常生活の援助を中心として同時に医療、リハビリテーション、あるいは生活相談ニーズを含んだ専門的サービスと通常の家事サービス等を総合的に供給するシステムづくりが必要になる。これらのアクセス・サービスを地域で中心的に担っていく機関は、やはり在宅介護支援センターということになる。ただし、指定居宅サービス事業者や介護施設に併設されている多くの在宅介護支援センターは、現在のところ、介護保険事業に追われる状況にある。基幹型在宅介護支援センターや地域包括支援センターといった総合的なアクセス・サービス機能を統合した機関の設置が必要である。(図4)

図4 これからの高齢者政策の方向と対応システム(野口定久作成)



6 介護福祉サービス提供システム

介護保険と福祉サービス供給多元化の動向

一連の社会福祉の「基礎構造」の改革とは、主として、従来の社会福祉・社会保障の基盤となる制度の仕組みやサービス提供方法のパラダイム転換を意味する。その主要な論点は、①将来にわたって増大・多様化する福祉需要に的確に対応し、国民全体の生活の安定を支える地域福祉システムの構築、②これまでの中央集権的な福祉サービス供給体制を地方分権化し、サービスの多元化と住民参加を志向した供給体制への変革、③国民の自立支援、選択の尊重、④福祉サービス利用者の信頼と納得の得られる質の高い福祉サービスの効率的運営などである。これらの考え方の延長に社会福祉法の理念や精神を読み取ることができる。

地方分権と社会福祉サービス供給の多元化

社会福祉サービス供給の多元化時代の視点は、分権化の動向にある。では、地方分権によって、何が変わるのかというと、①中央政府と地方自治体の関係の変化（地方自治体が国のコントロールから自由になり、対等協力の関係へ）、②行政内部の変化（画一的な施策から多様な施策に、縦割りから総合行政へ、受身から能動的姿勢に変わりうる可能性）、③住民参加の方式の変化（政策意思決定の場面への参加、住民による諸活動の拡大、社会サービスに対する住民の選択権が確立する等、住民が社会サービスを受益する権利とそれを負担する責務の発生）など大きく3つの側面で変化が見られることになる。

地方自治体の自治権の確立には、国から地方への財源移動が諸外国に比して非常に大きいことから、典型的なパターンの補助金を廃止して、市町村行政の財政面における自己決定権を確立することである。また、現在のような自治体規模では、よしんば国から権限や財源が移ったとし

でも、それを市町村の側で受け止める体力があるか、という市町村の規模・行財政能力が問題視されるに至っている。介護保険制度の運用で試みられている広域連合や市町村合併の政策評価が待たれるところである。

福祉ニーズの多様化と利用者本位の考え方

多様な福祉ニーズが現代的ストレスや社会病理的現象と相俟って複合的に地域コミュニティの中で現れる傾向にある。まず、家族の形態変化については、一世帯あたり人員の減少や女性の社会進出の傾向から、家庭での介護や養育の機能が変化し、子育ての支援、要介護高齢者や認知症高齢者、さらには介護予防等の保健・医療・福祉サービスを必要とする人びとが漸増している。

また、福祉サービス・ニーズが多様化・普遍化し、画一的なサービスから、より個別的で柔軟なサービスの供給が求められるようになっている。すべての住民にとって、疾病や高齢等により障害を負う可能性が大きくなっており、これを支える家庭や地域社会の状況が変化していることから、保健・医療・福祉サービスの必要性が住民全体のものとして認識されてきている。

生活問題や社会福祉ニーズを社会福祉の政策・計画との関連で論じている武川正吾は、政策がその対象とする人たちを特定範疇として限定せざるをえない場合が少なくないため、一般的な市民参加に加えて、利害当事者の参加が工夫されるべきであるとし、社会福祉政策や計画への住民参加を説いている。また、行政や医療・福祉専門家と利用者の間に生じる優位・劣位関係からの開放のためにも、利用者参加の必要性を強調している。同時に行政から独立した社会福祉サービスの専門職や専門性の確立もまた、利用者の権利やニーズを守るために必要であるとの指摘がなされている。

福祉ニーズの多様化と利用者本位の考え方

多様な福祉ニーズが現代的ストレスや社会病理的現象と相俟って複合的に地域コミュニティの中で現れる傾向にある。まず、家族の形態変化については、一世帯あたり人員の減少や女性の社会進出の傾向から、家庭での介護や養育の機能が変化し、子育ての支援、要介護高齢者や認知症高齢者、さらには介護予防等の保健・医療・福祉サービスを必要とする人びとが漸増している。

また、福祉サービス・ニーズが多様化・普遍化し、画一的なサービスから、より個別的で柔軟なサービスの供給が求められるようになっている。すべての住民にとって、疾病や高齢等により障害を負う可能性が大きくなっており、これを支える家庭や地域社会の状況が変化していることから、保健・医療・福祉サービスの必要性が住民全体のものとして認識されてきている。

行政や医療・介護福祉専門家と利用者の間に生じる優位・劣位関係からの開放のためにも、利用者参加の必要性を強調しておく。同時に行政から独立した介護福祉サービスの専門職や専門性の確立もまた、利用者の権利やニーズを守るために必要である。

ただし、ケアプランを作成するケアマネジャーは、保険者や事業所からの中立性・公平性を担保するために NPO 組織を設立し、自治体（保険者）と事業者、利用者の契約システムを構築することを提起しておきたい。

小地域福祉活動のネットワーク

地域福祉や在宅福祉サービスが、コミュニティ（小地域）を抜きにしては実践できないことは自明のことであるが、それはコミュニティを単にサービスの利用圏として見るのではなく、援助関係の結び付き、援助のネットワークとしてとらえようとしたことにある。

小地域での拠点を中心に、要援護者の早期発見システムづくりや、近隣やボランティアなどの援助活動の組織化などが小地域活動であるといえる。小地域はコミュニティ形成の場であり、公共的なサービス供給の効果をたしかめ、最も日常的な生活の場で助け合いのネットワークをつくれる場である。地域社会における健康と福祉の向上にむけての努力は、行政はもちろん、住民、事業者、保健医療福祉関係者等が地域福祉システムの構築のための共通理解のもとに、各々の役割と責任を果たすときに初めて実効性をもつものである。

このため、行政・住民・事業者・保健医療福祉関係者のこれら四者は、それぞれの権利と義務、社会的保障と自助、社会連帯と自己責任の望ましい調和・結合を図るために自ら努力するとともに、相互に連携を図っていく必要がある。とくに地域福祉の視点にたった健康、医療、教育、生活環境、その他の諸分野の総合化や保健・医療・福祉の連携の強化、さらに地域的視点にたった参加型福祉の促進が重要である。

自治体の役割と任務

介護保険制度における自治体（保険者）の役割は、保険料の徴収、要介護認定の実施、介護報酬の支払い等の保険者としての管理的業務に限定されている。その限りでは、概ね適切にその役割を果たしているという評価が一般的である。また、介護保険事業計画の策定と実施も概ね妥当である。しかし、冒頭に述べたように、今回の第3期目（2008年度－2010年度）の介護保険事業計画の策定は、介護保険の支出額の増加による財政悪化という保険制度の根幹にかかわる重大な問題が争点なることは必至である。自治体（保険者）は、介護保険給付額を抑制し、妥当な介護保険料を住民及び第1号被保険者の間で合意し、そして何よりもサービス利用者の満足度を高めるという、まさに三位一体の政策を打ち出さなければならない。そのために、介護保険政策や計画実施の調整機能の強化を図り、サービスが提供される「瞬間」のサービス供給とケアマネジメントの双方をサービス供給体制のなかで自治体が果たす役割を明確にすべきである。利用者への情報提供、事業者の組織化、サービス評価、ケアマネジャーへの支援、サービス事業者への指導などがあげられる。その上で、自治体（保険者）による介護予防事業や健康推進事業などへの積極的な関与が必要である。さらに、事業者に対する市区町村の規制の権限を明確化し、低所得層の保険料・利用料の負担軽減など独自の基準設定、保険料・利用料の減免措置を実施する裁量権を拡大する必要がある。

さらに、介護保険サービス以外のフォーマルな地域保健医療福祉サービスの円滑な運用は、行政・サービス事業者・市民とのパートナーシップによって形成されるものである。価値観やニーズの多様化が進むなかでは、正確さ、わかりやすさ、迅速さに配慮した情報公開を行い、継続的な双方向のコミュニケーションが大切である。それによって相互の協働的な運営を図る地域福祉システムづくりが必要となる。また、行政内部においても、全部門の情報共有化を図りながら、関係部門等が連携しながら総合的かつ効率的な整備を進めていく地域トータルケアシステムづくりが肝要である。

7 まとめに代えて－韓日介護保険制度比較論争へむけて

これまで述べてきたように、日本の介護保険制度は今、岐路に立たされている。今回の制度改革は、サービス利用に対する制限の強化、家族介護者への負担の転嫁、介護サービスの医療化をもたらすことへの危惧などが内包されている。その意味でも、介護保険事業計画と老人保健福祉計画のなかで、新たな介護福祉サービス体系の確立が標榜され、それを推進する主体としての地方自治体の役割と地域福祉の位置づけが明確にされたことは重要な意味をもつものである。その内容には、老人保健事業の再編成及び総合的な介護予防システムの構築の展望が示されていることに注目する必要がある。それは、高齢化と社会保障費の拡大による財源問題を契機に、日本の介護保険制度が普遍的な社会保障制度から分離していく過程を経て、再び財政問題から普遍的な社会保障・社会福祉政策へとその対象領域を拡大していく道筋を描いているからに他ならない。

この経緯は、韓国の老人療養保険制度の設立と発展に大きな示唆を投げかけていると思われる。すなわち、韓国の老人療養保険制度の導入時期の議論にかかわってくる。財源問題やサービス供給量の問題が不可避である。

韓国・日本の老人療養保険制度と介護保険制度の比較研究の意味は、「東アジア福祉国家モデル」研究に連動していると考える。すなわち、皆保険及び社会保障にかかわる普遍的な法・制度が整備され、人口高齢化や社会福祉費支出が OECD 基準比で算定できるかどうか。日本と韓国はこの点で類似性が見られる。また、福祉国家のサブシステムである家族や共同体の構造、ジェンダー、宗教とのかかわり、風土的多様性など多面的視点からの比較が可能なこと。特に家族・共同体扶養システムと社会保障制度の融合の視点をもってこそ、東アジアの福祉国家の特徴が浮き彫りになり、今後の方向も見出される。今後は、一国レベルを超えた社会保障の枠組みが重要な意味をもって来る。世界的なグローバリズムや新自由主義的経済基調に対抗しうるような社会的セイフティネット及び居住環境の整備など社会保障制度の枠組み作りを進める必要がある。特に日本・韓国を中心に、東アジアのグローバルな福祉社会（福祉国家は内包される）の開発が 21 世紀の主要な課題となり始めているといえる（野口：2005b）。独自の「東アジア福祉国家モデル」が存在するか否かについては、韓国・日本の社会福祉政策研究を今後更に進めていきたいと考えている。その意味でも、今回の韓日社会福祉政策国際学術会議でのシンポジウムは、その出発点に両国が立ちえたこととして大きな意義が見出せたと確信している。

【文献】

- 平岡公一「パネル調査データに基づく介護サービスの利用効果の検証－特別養護老人ホーム入所需要との関連で－」『日本評価学会第4回大会報告集』
- 野口定久「在宅福祉サービスの供給方法と推進方法」福祉士養成講座編集委員会『地域福祉論』
 <新版 社会福祉士養成講座⑦> 中央法規、2001
- 野口定久（2005a）「地域福祉の新たな展開と協働の経営・運営にむけて」『新たな地域福祉の構築における民間非営利セクターの役割と支援の手法の開発』（2003・2004 年度科学研究費補助金研究成果報告書、研究代表者：宮城孝）
- 野口定久（2005b）「東アジア諸国の福祉社会開発と地域コミュニティ再生－地域福祉と居住福祉の視点から」日本福祉大学COE推進委員会編『福祉社会開発学の構築』ミネルヴァ書房、2005

2. 大韓リハビリテーション医学会 2005 年秋期学術大会・招待講演 日本の介護保険制度と病院経営－保健・医療・福祉複合体を中心に

日本福祉大学社会福祉学部教授
COE プログラム拠点リーダー

二木 立

本稿では、まず、日本の介護保険制度について、制度の本質、制度創設の目的、制度創設後 5 年間の変化、2005 年の法改正の特徴について、述べる。次に、日本と韓国の病院制度の簡単な比較を行い、両国の制度は先進国（OECD 加盟国）中もっとも類似しているが、違いも少なくないことを指摘する。第 3 に、日本で介護保険制度創設前後から急増している保健・医療・福祉複合体について、その定義、実態、出現した制度的理由、功罪、介護保険制度が複合体への強い追い風になる理由、および複合体の新たな展開形態について述べる。最後に、介護保険制度下の医療機関の 2 つの選択とリハビリテーション医療施設・専門職の責務について、問題提起する。本稿では、日本の介護保険制度と保健・医療・福祉複合体のプラス面だけでなく、マイナス面も述べる。

はじめに－自己紹介

本題に入る前に、私の簡単な自己紹介を行う。私は、臨床医（リハビリテーション専門医）出身の医療経済学・医療政策研究者である。

私は、1972 年に東京医科歯科大学医学部を卒業した学生運動世代であり、大学卒業直後から 13 年間、東京の地域病院に勤務し、脳卒中の早期リハビリテーションの診療と研究に従事した。それを集大成した『脳卒中の早期リハビリテーション』[1] は、日本初の脳卒中リハビリテーションの EBM（根拠に基づく医療）書であった。1985 年日本福祉大学教授となり、それ以降、政策的含意が明確な実証研究と医療政策の批判・提言の研究・言論活動を続けている。なお、日本福祉大学教授となった後も、2004 年まで 19 年間、上記病院で診療（リハビリテーション外来と往診）を継続していた。

2003 年度から、日本福祉大学の 21 世紀 COE（center of excellence）プログラム「福祉社会開発の政策科学形成へのアジア拠点」の拠点リーダーをつとめている。これは、日本に世界水準の大学を創るために文部科学省が始めた国家的プロジェクトで、約 140 校ある福祉系大学のなかでは、日本福祉大学だけが選ばれている。この COE プログラムには 5 つの研究領域があり、その 1 つが「日韓比較研究」で、これは延世大学校等との共同研究でもある。私は、「医療・高齢者ケアの日韓比較研究」を行っており、そのために韓国の病院・複合体を訪問調査している。

1 日本の介護保険制度－2000 年の制度創設から 2005 年の制度改革へ

まず日本の介護保険制度について、2000 年の制度創設から 2005 年の制度改革までのポイントを述べる。ただし、制度の網羅的な説明ではなく、韓国の医療関係者が知っておくと参考になることに限

定する。その際、そのプラス面だけでなく、マイナス面についても述べる。

(1)2000 年創設の介護保険法の本質

まず、2000 年創設の介護保険法の本質について述べる。介護保険法の本質は、単なる福祉法ではなく、「高齢者慢性期医療・介護保険法」である[2: p5]。この点は、介護保険法第 1 条（法の目的）に、要介護者に「保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」と明記していることから明らかである。この第 1 条だけでなく法の全条文で、保健医療サービスが福祉サービスよりも先に置かれている。なお、日本では一般には「介護」に医療は含まれないが、介護保険法の「介護」のみは慢性期医療も含んでいる。

その結果、介護保険制度創設により、高齢者の慢性期医療の多くが「老人保健法（医療）」から「介護保険法」に移行した。具体的には、病院の療養病床の一部（34 万床のうち 19 万床。約 34%）、老人保健施設のすべて、訪問看護と訪問リハビリテーションの大半と通所リハビリテーション等が移行した。

介護保険制度により、医療機関（病院・診療所）は、高齢者福祉施設（特別養護老人ホーム等）以外の、ほぼすべての事業に参入可能になった。また系列の社会福祉法人を作れば、高齢者福祉施設の開設も事実上可能である。それに対して、営利企業が参入できるのは在宅福祉サービスに限られている。

ドイツの介護保険制度との違い

ここで、日本の介護保険制度についてのよくある誤解を正したい。それは、「日本の介護保険制度はドイツの介護保険制度をモデルにしている」という誤解である。しかし、実際は、日本の介護保険制度は、ドイツの社会保険方式、北欧諸国の市町村主権、イギリスとアメリカのケアマネジメント、および日本の国民健康保険制度を折衷したものである。

ドイツの介護保険制度との主な違いは 4 つある。第 1 は、純粹の社会保険方式ではなく、保険と公費の混合方式で、給付費の 5 割が公費であること。第 2 は、介護だけでなく慢性期医療も給付対象としていること。第 3 は、ドイツの介護保険制度にはないケアマネジメントを導入していること。第 4 は、ドイツの介護保険制度にはある現金給付がないことである。

(2)介護保険制度創設の目的－公式目的と隠れた目的

2 番目に、介護保険制度創設の目的（公式目的と隠れた目的）について述べる。最大の公式目的は言うまでもなく、「介護の社会化」、要介護高齢者のサービス拡充と家族介護者の負担の軽減である。

もう 1 つの公式目的は高齢者の「社会的入院の是正」による、高齢者の入院医療費の抑制である。ここで、「社会的入院」とは、医学的治療の終了後も、患者が自宅退院や福祉施設入所ができないなどの社会的理由で、病院に長期間入院することの俗称で、概ね 6 カ月以上の長期入院を指す。介護保険制度開始前は、65 歳以上の高齢者の入院患者のうち約 4 ～ 5 割が 6 カ月以上の長期入院であった。

しかし、介護保険制度にはもう 1 つ隠れた目的もあった。それは、急増する老人医療費の一部を介護費へ転嫁する「コストシフティング」である。国民の多くは医療不信が強いため、医療保険料の引き上げには大反対したが、「介護の社会化」には賛成し、新たな負担を伴う介護保険制度の創設にも

賛成した。

実は、厚生省は当初、公費負担方式（財源は消費税）とすることも非公式に検討していた。しかし、消費税の引き上げに対する国民の反発が非常に強かったため、社会保険方式に転換した。

(3)介護保険制度創設後 5 年間の変化

3 番目に、介護保険制度創設後 5 年間の変化について述べる。介護保険制度創設後、要介護認定者数とサービス利用者数は急増し、介護保険の総費用・給付費も急増した。要介護認定者数は、218 万人（2000 年 4 月）から 411 万人（2005 年 4 月）へ、5 年間で 1.9 倍化した。特に「軽度者」（要支援と要介護1）は 2.4 倍化した。介護保険の総費用（保険給付費に1割の利用者負担額を加えたもの）も、3.6 兆円（2000 年度）から 6.8 兆円（2005 年度予算）へ、同じ期間にやはり 1.9 倍化した。

ここで見落としてならないことは、給付費の増加は制度開始前の想定範囲に収まっていること、および「軽度者」の急増は保険給付費急増の主因ではないことである（「軽度者」の給付費増加寄与率は約 25%にすぎない）。

この間、「在宅重視」の目標に沿って、在宅サービスは急増した反面、施設サービス（施設の新設）は厳しく抑制された。ただし、家族の介護負担の軽減は進んでおらず、施設入所希望は逆に増加し、大都市部中心に、施設（特に利用者負担の少ない特別養護老人ホーム）の入所待ちが急増した。特別養護老人ホーム入所の待機者数は制度開始前の 1999 年の 10.5 万人から 2004 年の 34 万人に 3 倍化した。

その結果、不足する特別養護老人ホームの代替として、中所得層向けのグループホームと高所得層向けの有料老人ホームが激増した。グループホーム数は制度開始前の 300 弱から 2005 年の 6000 超へ 20 倍化した。有料老人ホーム数も制度開始前の約 300 から 2005 年の 1400 へ 5 倍化した。なお、介護保険法上は、これらは施設サービスではなく在宅サービスと規定されている。

5 年間の変化で最後に強調したいことは、この間政府の財政危機が進行し、社会保障給付費の抑制が至上命令になったことである。特に小泉政権は、歴代の自民政権に比べても、厳しく社会保障給付費を圧縮している。

(4)2005 年の介護保険法改正の特徴

4 番目に、2005 年（今年）の介護保険法改正の特徴を簡単に述べる [3]。

最大の目的は、急増する介護保険給付費を抑制し、制度の持続可能性を保つことである。ただし、ここで注意しなければならないことは、それが介護給付費絶対額の抑制ではなく、「伸び率」の抑制であり、政府が想定している今後の介護保険給付費の伸び率は、医療費の伸び率よりもかなり高いことである。そのために、私は介護は、医療以上の「永遠の安定成長産業」と位置づけている。

介護保険給付費の抑制策は短期と長期の2つある。まず、短期的抑制策は、保険給付の範囲と水準の縮小で、中心は、施設の食費と居住費を保険給付から除外し、全額利用者負担とすることである。これは、利用者には「夢も希望もない」改革であり、特に低所得者の施設入所はきわめて困難になる。施設もこれにより大幅減益に直面している。なぜなら、保険給付費の減額幅が施設が患者から徴収する費用を上回るためである。さらに、「軽度者」への在宅介護サービス給付も相当制限されることになった（次に述べる「新介護予防給付」へ移行するため）。

長期的抑制策は、介護予防の推進により、介護費用の急増の抑制をめざすことである。具体的には、「軽度者」には「新介護予防給付」（筋力向上トレーニング、口腔機能ケア、栄養改善）を優先して実施し、要介護者の出現率を低下させ介護費用を抑制することをめざしている。

ただし、私の包括的な文献学的研究によれば、これら3つのサービスの長期的健康増進効果はまだ証明されておらず、それらによる費用（医療費・介護費）抑制効果を厳密に実証した研究は世界に1つもない[4, 5]。

介護保険法改正のもう1つの特徴は、従来の「在宅重視（自宅偏重）」から、自宅と施設（正確に言えば、従来型の大規模施設）の中間と言える、地域密着型の「小規模多機能サービス」の整備へ転換することである。これの実態は、グループホーム等の小規模施設で、大規模施設に比べて、建設費・介護給付費ともはるかに安い。

2 先進国（OECD 加盟国）中もっとも類似している日本と韓国の病院制度

次に、日本と韓国の病院制度の簡単な比較を行う。実は、日本と韓国の病院制度は先進国（OECD 加盟国）中もっとも類似している

まず、病院の大半が民間病院で国公立病院は少ない先進国は、日本・韓国・アメリカの3カ国だけである。

しかし、同じく民間病院中心と言っても、日本・韓国とアメリカには根本的違いがある。それは、日本と韓国の民間病院の大半は（事実上の）医師所有であること、および日本と韓国では営利目的は禁止され、株式会社による病院経営も原則として認められていないことである。

ただし、医師所有病院は、欧米諸国の所有者のいない非営利病院に比べて、非営利性が弱いことも見落とせない。経済学的には、それらは、営利組織と純粋な非営利組織との中間の、「営利のみを目的とするのではない（not-only-for-profit）」組織（カナダの医療経済学者 Evans が提唱した概念）と言える[6]。

病院の機能分化（急性期病院と慢性期病院への分化）が遅れている点でも、日本と韓国は共通している。

日本と韓国の病院（制度）の5つの違い

ただし、日本と韓国との違いも見落とせない。私は、現時点では、暫定的に、以下の5つが大きな違いだと思っている。

第1は、日本では、医療法人病院の開設者は原則として医師に限定され、非医師による開設はごく例外的であることである。第2は、日本では、都道府県の「地域医療計画」により、病院の新設は厳しく制限されていることである。

第3は、日本では、病院の倒産はきわめて少ないことである。毎年民間病院の1割が倒産している韓国の読者には信じられないかも知れないが、日本の1987～2004年度の18年間の病院倒産総数は140件であり、病院総数のわずか1.5%にすぎない[7]。

第4は、日本では、病院のIT化（電子カルテ、およびその前提の病名の標準化）はきわめて遅れ

ており、保険請求もいまだに紙ベースなことである。第5は、韓国では、老人病院等の高齢者の長期療養施設の整備が非常に遅れていることである。

この第5の違いのためもあり、韓国では、病院の保健・福祉分野への進出＝複合体化はまだごく一部でしか生じていない。しかし、韓国でも、介護保険制度導入により、病院の複合体化が今後急速に進む可能性がある。しかも、日本の経験に照らせば、複合体化は、韓国の民間中小病院の生き残りの有力な選択肢になりえる。

3 日本の保健・医療・福祉複合体

(1)保健・医療・福祉複合体の定義（二木）

そこで次に、日本の保健・医療・福祉複合体（以下、「複合体」）について、介護保険制度との関係を中心に紹介する[2, 8, 9]。

まず、保健・医療・福祉複合体の定義を述べる[2: p27, 8: p4]。複合体の包括的な定義は、医療機関（病院・診療所）の開設者が、同一法人または関連・系列法人とともに、各種の保健・福祉施設のうちのいくつかを開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的（自己完結的）に提供するグループである[8]。複合体のうち、医療機関と在宅・通所ケア施設（訪問看護ステーションやホームヘルパー・ステーション、通所リハビリテーション施設等）のみを有するものを「ミニ複合体」と呼ぶ[9]。

複合体は私が提唱した概念だが、現在では、厚生労働省、医療・福祉関係者の間では、「一般名詞」・共通言語となっている。

複合体は、1980年代後半から出現したが、急増したのは1990年代後半以降である。具体的には、日本で介護保険制度の創設が初めて公式に提案された1994年12月以降、急増した。

(2)複合体の実態

次に、複合体の実態を簡単に6点述べる。これは、私が1996～1998年に行った全国調査[8]、2000年に京都府で行った調査[9: p203]、およびフィールド調査に基づいている（私は、今までに全国で100以上の複合体を訪問調査している）。ただし、複合体の全国調査はこれ以降行われていない。

第1に、公立複合体は少数であり、大半が民間複合体である。

第2に、制度上は福祉施設である特別養護老人ホームの3割が民間医療機関母体である。先述したように、民間医療機関が特別養護老人ホームを開設するためには、系列の社会福祉法人を開設する必要がある。

第3に、複合体には多様な形態があるが、中核は病院・特別養護老人ホーム・老人保健施設を開設する「3点セット」複合体である。「3点セット」複合体は、母体病院の機能から2類型に大別できる。1つは、急性期病院が老人ケア分野での継続性を保つ（退院患者の受け皿を確保する）ために「複合体」化したグループ、もう一つは慢性期病院（老人・精神）が老人ケアのメニューを拡大するために「複合体」化したグループである。総数では、前者が4割、後者が5割であり、残り1割は「混合型」（急性期病院と慢性期病院の両方を持つ）である。

第4に、入所施設を持たず、在宅・通所ケアに特化した「ミニ複合体」も多数存在する。

第5に、複合体の大半は、大病院ではなく、中小病院・診療所が母体となっている。私は、これが一番注目すべきことだと思っている。ただし、病院の複合体化率は、大病院や病院チェーン（同一法人または同一グループが複数の病院を所有）の方がはるかに高い

第6に、リハビリテーション病院は、一般の病院よりはるかに複合体化が進んでいる。介護保険制度開始直前（1999年）、すでに、リハビリテーション病院の約4割が入所施設（特別養護老人ホームまたは老人保健施設）を併設していた[2: p64]。当時、病院全体ではこの割合は1～2割にすぎなかった。

(3)1980年代後半から複合体が出現・急増した3つの制度的理由

介護保険制度が提唱される前の1980年代の後半から複合体が出現・急増した制度的理由は3つある。

第1の理由は、1987年から都道府県の「地域医療計画」により、病院の新設が大幅に制限されたことである。1970年代～1980年代半ばまでは、経営手腕のある民間病院の経営戦略は病院の規模拡大または病院チェーン化であったが、「地域医療計画」によりそれが困難になったため、保健・福祉サービス分野に積極的に進出するようになった。

第2の理由は、厚生省が、1989年に、病院と施設・自宅の「中間施設」である老人保健施設を創設したことである。私の調査によると、老人保健施設の約9割が民間医療機関を母体としている[8: p75]。実は厚生省は当初、医療費抑制のために、病院から老人保健施設への転換＝病床削減をめざしていたが、現実には老人保健施設の大半は新設だった。しかも、病院（特に急性期病院）の利益率がわずか数%しかないのに比べて、老人保健施設の利益率ははるかに高い（概ね10%以上）。

第3の理由は、政府が1989年に「ゴールドプラン」（高齢者保健福祉推進10か年計画）を作成し、公費で、在宅福祉サービスと福祉施設の大幅拡充を計画的に進めたことである。

これは、1989年から10年間に6兆円の公費を投入した、史上最大の福祉拡充計画であった。なお、この計画の直接の契機は、1989年に導入された消費税に対する国民の強い批判を和らげることであった。

しかも、「ゴールドプラン」では、従来自治体と社会福祉法人に限定されていた在宅福祉サービスの提供者を医療機関等にも開放した。その結果、経営手腕のある民間医療機関は、退院患者の受け皿整備のためにも、この新しい事業に積極的に参入した。また、特別養護老人ホームの建設費の大半は公費負担であり、しかも利益率も高かったため、経営手腕のある民間医療機関は、系列の社会福祉法人を設立して、特別養護老人ホームを開設した。

そして結果的には、2・3番目の理由が2000年創設の介護保険制度の基盤整備になった。日本の高齢者福祉は、1990年まではヨーロッパ諸国に比べて大きく遅れていたが、「ゴールドプラン」のおかげで、介護保険制度が創設された2000年にはすでにヨーロッパ水準に近づいていた。たとえば、1990年の日本の65歳以上の在宅福祉サービス利用率は1.0%にすぎなかったが、2000年には5.5%となり、ドイツ（2003年）の7.1%に近づいた[10: p62, 11: p41]。高齢者の施設入所率は日本3.2%（2000年）、ドイツ3.9%（2003年）である。ちなみに韓国の2000年の高齢者の施設入所利用率、在宅福祉サービス利用率はともに0.1%であり、まだきわめて低い[11: p41]

(4)複合体の功罪

次に、複合体の功罪について述べる。他のあらゆる組織と同じく、複合体にもプラスの面とマイナ

ス面の両方がある。

まず、複合体の経済学的なプラス面（効果）としては、保健・医療・福祉サービスを「垂直統合」することにより、「範囲の経済」と「取引費用」の削減が生じ、サービス提供が効率化することがあげられる。

ただし、この経済的効果は学問的にはまだ完全には証明されておらず、現実には、患者・利用者への継続的・包括的サービスの提供による、安心感の増加というマーケティング上の効果が大きいと言える。

逆に、複合体には以下の4つのマイナス面もある。

第1は「地域独占」で、患者・利用者を囲い込み、医療・福祉施設の連携を阻害することである。第2は、「福祉の医療化」による、福祉本来の発展を阻害することである。第3は、「クリーム・スキミング」（利益のもっとも上がる分野への集中）により利潤の極大化を図ることである。第4は、中央・地方政治家や行政との癒着である。

ただし、これらのマイナス面はすべての複合体に見られるわけではなく、それらとは無縁の良心的な複合体も少なくない。

(5)介護保険制度が複合体の追い風になる理由

私は、2000年介護保険制度創設は介護保険制度創設は複合体への強い追い風になったし、2005年の制度改正も複合体への第2の追い風になると判断している。

まず、2000年の介護保険制度創設が複合体への追い風となった理由は4つある。

第1は、介護保険では、在宅利用者の慢性期医療・福祉費用に要介護度別に支給限度額が設定されたことである。そのために、医療施設と福祉施設が独立してサービスを提供する場合には、限られたパイの奪い合いが生じ、その調整のためのコスト（「取り引きコスト」）が発生するが、医療・福祉サービスを一体的に提供する複合体ではこれを大幅に削減できる。

第2は、介護保険では、特別養護老人ホームの性格が一変したことである。従来の公費負担制度の下では特別養護老人ホームへの入所は市町村が決めていたが、介護保険制度では、特別養護老人ホームは契約施設となった。その結果、わが国の高齢者は医療への依存度が強いため、独立型の特別養護老人ホームよりも、医療機関母体の特別養護老人ホームの方が、利用者の安心感が高く、利用者確保の点で圧倒的に有利になった。

第3は、複合体は、一般の社会福祉法人等に比べて、経営能力・人材がはるかに厚いことである。医療保険の出来高払い制度の下で他施設との競争や経営合理化に習熟している「複合体」は、公費負担制度に守られて経営努力をほとんど必要としなかった社会福祉法人に比べて、経営能力・人材の厚さという点ではるかに勝っている。

第4は、要介護者の発掘・確保の点でも、複合体は圧倒的に有利なことである。なぜなら、新規の要介護者の大半は、疾病・事故が原因で要介護状態になるため、医療機関がまず把握することになる（医療機関に入院し、医学的治療が終了した時点で、潜在的「要介護者」となる）からである。介護保険では「医療の出口に福祉の入り口がある」と言える。

次に、2005年の介護保険法改正が複合体への第2の追い風になる理由は2つある[3]。

1つは、新設される新予介護防給付は、従来の福祉（介護）と異なり、医療的色彩が強いことである。もう1つは、新設される地域密着型の「小規模多機能サービス」では、「医療と介護の機能分担と連携」が強調されていることである。

(6)介護保険制度創設以降の複合体の新たな3つの展開形態

最後に、介護保険制度創設以降の複合体の新たな3つの展開形態について、簡単に述べる[12: p80]。

第1は、診療所や中小病院が、訪問看護ステーションやホームヘルパー・ステーション、通所リハビリテーション施設等の在宅・通所ケア施設を併設する「ミニ複合体」化である。これは、土地の制約が大きく入所施設の開設が困難な大都市部を中心に急速に増加している。

第2は、予防分野への進出である。今までの「複合体」は大半が、福祉分野への進出であったが、「健康日本 21」を受けて、予防分野に進出する「複合体」が増えている。予防サービスには、全額自費という魅力があり、しかも将来の「顧客」を確保するというメリットもあるからである。

第3は大手「複合体」が進めている「企業化」である。数の上で多いのは系列の子会社（いわゆるMS 法人）による事業展開であるが、手腕のある「複合体」は大企業と対等の共同事業も始めている。

おわりに — 介護保険制度下の医療機関の2つの選択とリハビリテーション医療施設・専門職の責務

最後に、介護保険制度下の医療機関の2つの選択とリハビリテーション医療施設・専門職の責務について簡単に問題提起したい。

日本では、今後、一部の専門病院・診療所を除けば、医療機関が孤立して存在することは困難になる。その結果、医療機関の2つの選択に直面する。それらは、複合体化と他の医療・福祉施設とのネットワーク形成の選択である。

ただし、両者は対立物ではなく、「真理は中間にある」と言える。現実にも、1つの大規模複合体による地域独占も、単独機能の施設間の純粋なネットワークも例外的であり、大半の地域では複合体とネットワークが競争的に共存している。

特に、「医療と福祉の接点」というリハビリテーション医療の特性・位置を考慮すると、リハビリテーション医療機関は、一般の医療機関以上にネットワーク形成や複合体化を進める必要がある。先述したように、リハビリテーション病院の複合体化は現実には相当進んでいる。

合わせてリハビリテーション専門職種には、リハビリテーション医療の適応と禁忌の明確化、「根拠に基づいた」リハビリテーションの確立が求められている。特に、従来一部の医療機関で見られていた、慢性期リハビリテーションの漫然とした実施の見直しは不可欠である、と私は判断している。

以上は、日本の医療機関、リハビリテーション医療施設・専門職についてのものだが、介護保険制度の創設を控えた韓国の医療・リハビリテーション関係も、今後同じような選択や責務を果たさなければならなくなる可能性があるかも知れない。本稿がそのための参考になれば幸いである。

〔本稿は、大韓リハビリテーション医学会 2005 年秋期学術大会での同名の講演に加筆補正したものである。洪允景氏（喜縁医療財団韓日交流係長）と金道勲氏（韓国医療保険公団調査部。現・日本福祉大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程）の翻訳により、『大韓リハビリテーション医学誌』に掲載予定である。〕

文 献

- 1) 二木立・上田敏『脳卒中の早期リハビリテーション』医学書院, 1987 (同第 2 版, 1992).
- 2) 二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房, 2000.
- 3) 二木立「後期小泉政権の医療改革」『社会保険旬報』No2223: 6-16, 2004.
- 4) 二木立「新予防給付の科学的な効果は証明されているか?」『文化連情報』No328: 34-36, 2005.
- 5) 二木立「新予防給付の科学的な効果は証明されているか? (その 2)」『文化連情報』No329: 23-27, 2005.
- 6) Evans RG: Strained Mercy Butterworths, 1984, pp120-121.
- 7) 帝国データバンク情報部「医療機関の倒産動向調査」2005.
- 8) 二木立『保健・医療・福祉複合体－全国調査と将来予測』医学書院, 1998.
- 9) 二木立『21 世紀初頭の医療と介護－幻想の抜本改革を超えて』勁草書房, 2001.
- 10) OECD: Caring for Frail Elderly People, 1996.
- 11) OECD: Long-term Care for Older People, 2004.
- 12) 二木立『医療改革と病院』勁草書房, 2004.

〔文献 2, 8, 9, 12 の主要論文は延世大学保健科学大学保健行政学科 Hyoung-Sun Jeong 教授訳による韓国語版が本年中に出版予定である〕