

医療・福祉産業活性化によるまちづくり戦略 ー福祉産業のコンビニ化ー

研究調査報告書

2011 年 3 月



(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
研究調査本部

ま え が き

戦後のベビーブーム期に出生した人びと、いわゆる団塊の世代が15年もしないうちに後期高齢者に到達いたします。この時点において日本は、世界にも希な長命国であることが寿がれる実質的な「長寿国」になっていなければなりません。そして同じく、遅かれ早かれ高齢化が進行し、追隨してくるアジア諸国の模範とならなければなりません。日本は、どのようにして超高齢化に適応し、そして活性的な長寿国へと展開していったのかは、必ず近隣諸国のモデルとなるはずです。

それでは、その長寿国になっているためには今後、どのような戦略が不可欠なのでしょうか。この報告書は、平成21年度において開始した当研究機構の大型プロジェクトである「長寿国につぼん活性化への提言」に關しての「総論」(平成21年3月当研究機構HP掲載)を受けて、本年度から新たにスタートした4つの各論のうちの1つである「医療・福祉産業の活性化によるまちづくり戦略ー福祉産業のコンビニ化ー」に關する調査研究の成果を取りまとめたものであります。

本報告書では、まず地方自治体としての県に対して、ニッチ市場や受注生産の市場において地域の中小企業が本来的に有しているその競争力を発揮させるためには産業政策として福祉関連産業ならびにその支援産業への参入支援策に積極的に取り組むことが重要であることを提言しています。つぎに医療・福祉関連産業間での交流やその中間支援のための組織づくり(例えば、福祉産業協議会など)、そして、そのもとで福祉機器等の新しいニーズの発掘や製品開発の支援などを行なうことが重要であることを提言しています。

そして、新しい福祉産業に關しての定義を明確にして、毎年、その統計データを整備していくことを提言しています。加えて、現状では介護予防における支援事業の一部のみ認められている地域ニーズに応じたサービスを、地方自治体の裁量の範囲を拡大させる制度的な変更を、国に働きかけていくことの必要性を提言しています。

さらに詳しい内容については、ぜひ本報告書を一読くださるようお願いいたします。最後になりましたが、本調査研究にご協力くださった多くの皆さまに、この場をかりて心から御礼を申し上げます。

平成23年3月

長寿国につぼん活性化への提言

研究統括 野々山 久也

研究体制

研究統括	野々山久也	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構研究統括 甲南大学教授
上級研究員	加藤恵正	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構上級研究員 兵庫県立大学教授
研究者(報告書執筆)	桜井靖久	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構主任研究員
研究会委員	林俊彦	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構研究統括 同志社大学教授
	野間敏克	同志社大学教授
	山下淳	関西学院大学教授
	鈴木洋太郎	大阪市立大学教授
	斎藤悠実	中小企業診断士
	山口宰	高齢者福祉施設館長
	林万平	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構研究員
	大床太郎	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構主任研究員
研究協力	芦谷恒憲	兵庫県企画県民部政策室統計課
	羽原好一	兵庫県健康福祉部社会福祉局高齢社会課

目次

(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構	0
第 1 章 はじめに	1
第 1 節 研究の目的.....	1
1-1. 兵庫経済をとりまく経済環境の変化	1
1-2. 「長寿国につぼん活性化への提言」	2
第 2 節 研究のフレームワーク	3
2-1. 福祉の経済効果	3
2-2. 福祉産業とコンビニ化	4
第 3 節 研究の方法.....	4
3-1. 研究会の開催	4
3-2. ヒアリング調査.....	7
第 2 章 福祉制度と高齢者介護	8
第 1 節 福祉サービスと日本の高齢者福祉制度.....	8
1-1. 日本における福祉	8
1-2. 日本の介護保険制度.....	11
第 2 節 海外の高齢者福祉	13
2-1. アメリカの高齢者福祉	13
2-2. ドイツの高齢者福祉	15
2-3. イギリスの高齢者福祉	16
2-4. スウェーデンの高齢者福祉	17
第 3 節 諸外国における制度と日本の比較.....	17
第 3 章 兵庫県における介護サービスと事業所	19
第 1 節 介護サービスの種類と分類	19

第2節 兵庫県における介護サービスの地域分布	20
第3節 兵庫県内における介護サービスの推移	22
第4章 医療と福祉関連・支援産業	25
第1節 医療産業と関連産業	25
1-1. 医療の福祉における役割	25
1-2. 日本の医療機器業界	25
第2節 福祉産業における関連・支援産業	26
2-1. 福祉関連業界の現状	26
2-3. 地方自治体の取り組み・支援	28
第1節 福祉産業の定義	31
第2節 研究の成果と政策提言	31
第3節 おわりに	33
参考文献	34
資料	35
第一回研究会議事録	35
第二回研究会議事録	42
第三回研究会議事録	45
第四回研究会議事録	48

第 1 章 はじめに

第 1 節 研究の目的

1-1. 兵庫経済をとりまく経済環境の変化

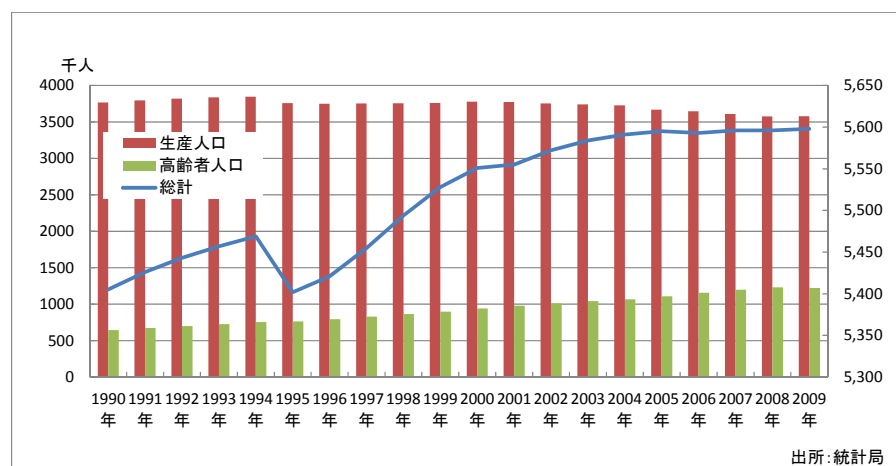


図 1-1-1 兵庫県の人口推移

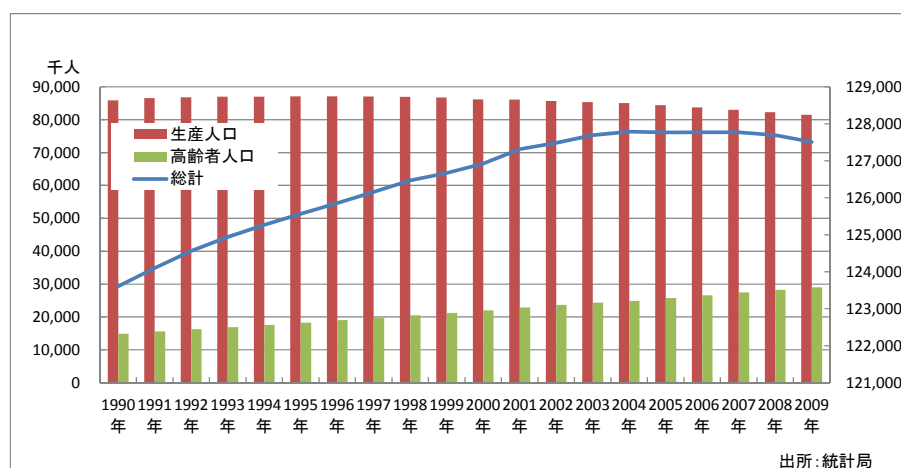


図 1-0-1-2 日本の人口推移

日本経済の低迷はバブル崩壊後の失われた10年に加えて、サブプライムローン問題という世界経済の影響を受けて20年になろうとしている。その間、日本経済は成長を止めたままいたずらに時間だけを消費してきた。また、兵庫県にとっても阪神大震災から16年が経過した。被災による被害を克服し復興を成し遂げてはいるが、経済的な傷跡は震災以前には戻れないまま、日本経済と同様に成長できずに今日に至っている。しかし、経済的停滞は、震災を経験した神戸に限らず日本のあらゆる地域でも起こっている。

このような低成長のさまざまな要因が語られているが、経済環境の変化が大

きな一つの原因といえる。例えば、経済のグローバル化は企業立地の選択の幅を増やすことで、国内から海外へとその事業活動に移転させてきた。その結果、企業はグローバル化の恩恵を受けて成長したとしても、各地域は工場の移転などによって雇用の喪失や税収の減少など経済的縮小に甘んじている。また、国内に限ると少子高齢化と人口減少という大きなマーケット構造の変化に直面し、これまでの産業構造から大幅な転換が叫ばれているのである。このような、日本国内における外部不経済に対して、新しい成長のエンジンとしての産業を模索しなければならない。

そうした経済環境の変化に対して、これまでの域外からの資金調達から経済成長を遂げるモデルから、地産地消による域内の経済循環モデルによる新しい賑わいを構築する研究について、昨年度の当研究機構の調査報告「安心の経済循環と新しい賑わいの研究」を行っている。その研究では、域内の経済循環における核となる産業として福祉産業が効果的であることを明らかにした。そのため、本研究においては昨年度の「安心の経済循環と新しい賑わいの研究」をふまえて、継続

した研究として位置づけている。つまり、本研究においての目的の一つとしては、低成長時代における日本の地域経済の成長について、新しい方法論を探ることである。

1-2.「長寿国につぼん活性化への提言」

前項で述べた「安心の経済循環と新しい賑わいの研究」に加えて、平成21年度の研究でもう一つ本研究において重要な調査研究がある。それが、「長寿国につぼん活性化への提言（総論）」（以下、総論）である。「福祉産業の活性化におけるまちづくり戦略」は、この総論における各論としての位置づけをもっている。本研究以外にも、「福祉社会実現のための新しい公共セクターの構築」、「女性・高齢者の就労支援と家庭支援および雇用の創出」、「長寿社会における高齢者の介護・医療システムの適正化戦略」があり、四つの研究プロジェクトから構成される。総論では、神戸の震災を経験した神戸では先の見通せない環境を享受した。その経験から、現代における日本の閉塞感が将来への不安であることを明らかにし、その解決のためには長寿国につぼんとして老後の不安を取り除くことが重要であるとの結論に達した。その長寿国としてのあり方を模索する上で、上記四つの具体的な方法論を唱えたのである。先に述べると、本研究における目的のもう一つの核はここにある。つまり、豊かな老後を現実として提供することはもちろんであるが、漠然とした不安を解消するために確かな安心を提供することが目的である。そのためには、高齢者に対する上質な介護サービスの提供は必要不可欠である。よって、福祉を産業としてとらえることで活性化を促し、日本の福祉産業がグローバルな競争ができるようにイノベーションを創発するように導かなければならないのである。これが、本研究におけるもう一つの目的である。

本研究は総論においては以下のように位置づけられている¹。福祉産業の活性化とは、短期的な需要創出として、福祉関係への公的支出を増やすべきだと言っているわけではなく、長期的な基幹産業として医療・福祉産業の発展を促すべきだという点にある。その一方で、この領域は民間事業の拡大が規制されており、そのため国民ニーズを満たすように資源が移動することを妨げている。この規制を緩和することで、イノベーションの創発や輸出産業への成長が期待できることに加えて、地域の経済成長を促すための研究になっている。総論においても、「世界の中で最も急速に高齢社会から超高齢社会への道を歩んでいるわが国にとって、福祉産業は成長産業として位置づけられなければならない。」と明記している。また、「福祉産業には公的な社会保障制度から、民間の医療・介護サービス、介護タクシーなどそれに付随するサービス、福祉機器、バリアフリー住宅設備、コンサルティング・サービスなどが含まれる。高まるニーズに応えて人材や資本の移動が見られるはずである。しかし、わが国の問題点は、そうした分野への資源の移動が円滑に行われていないところにある。」と産業構造の側面からも注目している。その課題として、「産業としてのポテンシャルが高いとはいえ、福祉産業には医療保険、介護保険、年金会計等の公的関与が大きく、そのため民間事業の拡大が抑制され、国民のニーズを満たす方向に資源が移動することを妨げている。個人サービスに対するニーズは需要者によって多様で个性的であるだけに、その多くを公的規制の下に置くことは産業の健全な発展を阻害する。ナショナル・ミニマム確保のために必要な公的関与と、家計が自

¹ …… ひょうご震災記念21世紀研究機構（2010a）、9ページ。

由に選択できるサービスの多様化とを両立させる工夫が必要である。そうすれば、ビジネスチャンス求めて資金、ノウハウ、人材、技術が福祉産業により多く流入し、そこには技術革新の契機も高まると予想される。対人サービスをはじめとして、福祉産業が高齢化において日本に追随する多くの国に対して輸出産業となることも期待できよう。」と考察した。

そして、最終的な提言として以下のようにまとめられている²。「福祉産業の全体像を把握するために、日本産業分類、活動別国内総生産、産業連関表等で採用する「福祉産業」について、早急に定義とデータを整備すべきである。福祉産業は、付加価値生産額においても最終需要に占める比率においても、現在は5%程度のウェートであるが、この産業は国民のニーズに応えられる内需型産業であることから、そのウェートが10年間で3倍増方向へ向けて、規制緩和政策を含む産業政策を実行すべきである。

スウェーデン・パラドックスに見られるように、社会保障の充実および福祉産業の拡大と、経済全体の国際競争力の向上は矛盾しないことを理解し、産業界も積極的労働市場政策を支援するなど、新しい方向感覚を身につけるべきである。」

以上のことより、本研究は、一つは地域経済の停滞に対する活性化の方法論として、もう一つは日本人が抱える不安を解消するための処方箋として提示することを目的とする。その両者を満たすために必要な産業が福祉なのである。

第2節 研究のフレームワーク

2-1. 福祉の経済効果

福祉が経済成長にとっての負担であるという議論から、むしろ経済に良い影響があるという議論まで約20年の間に変化してきた。福祉が経済成長にとって負担であるという論理は、福祉は投資ではなく消費であり、資金を投入することは他への波及効果がないということであった。そのため、これまでの地域政策において、製造業の誘致や公共事業が有効な経済成長の手段として認識されてきたのである。しかし、2000年の介護保険制度に向けての議論の中で、これまで常識として語られてきたそのような経済にとっての負担であるという説が否定されてきた。それを明確にしめしているのが、岡本祐三他(1996)である。また、地域の経済にとって公共事業と福祉の経済効果を考察した自治体問題研究所(1998)、日本のマクロ経済のイノベーションの視点から考察した西村周三(1997)があげられる。また、介護保険導入以後の日本経済への経済効果として前田由美子(2009)が分析している。また、ひょうご震災記念21世紀研究機構(2010b)においても兵庫県における介護サービスの経済効果について分析した。

このように、様々な先行研究において福祉の経済効果はこれまでの通説であった経済成長にとっての負担であるというイメージは根拠がないことがわかる。2009年に政権交代を果たした民主党が新成長戦略で健康・福祉を新しい成長産業としてとらえ、日本の経済成長のエンジンとしようとしていることもこの議論の流れのなかにあるといえる。

しかし、このような社会保障費の増大による福祉の充実を、景気対策や経済成長としてつかうこと

² … ひょうご震災記念21世紀研究機構(2010a)、20～21ページ。

に対する異論もある。たとえば、鈴木亘氏は日本経済新聞の記事³の中で、次のような問題点として以下の点をあげている。①福祉分野における雇用増加率が高いのは非正規労働者が多く賃金が低いことを意味している②予備的貯蓄はストック資産である③予備的貯蓄の取り崩しは他の投資資金の減少を意味する④公費が多額に及ぶために財政が悪化する。このような批判に対する我々の答えは、非正規労働者の待遇については昨年度の研究報告でも述べている⁴が、本年度における「女性・高齢者の就労支援と家庭支援および雇用の創出」でも考察する。財政の問題については、本研究においては産業化を考察するので扱わず、むしろ公的資金以外の資金を誘導することを目的としている。そして、予備的貯蓄の問題であるが、これは高齢者が支払うお金は貯蓄からのみであることと、福祉に対する支出は介護サービスに対しての対価だけであるという認識と考えられる。しかし、本研究においては経済循環の考え方から福祉産業を考察することは、先に述べたとおりである。そのため、域内に資金を循環させることが主題であって、必ずしもいかに資金を増大させるかという視点では考察しない。つまり、産業として福祉を捉える以上は市場原理に基づいた資金調達や事業展開、サービスの提供というものを考察することを原則としている。そのため、公的な資金やその財源のあり方などは本研究では取り扱わない。

2-2. 福祉産業とコンビニ化

タイトルの副題にある「コンビニ化」とは、まちづくりにおいてコンビニは重要になっていることに起因している。かつては、地域開発の時には学校が中心にコミュニティができていたが、禁煙はむしろショッピングセンターやコンビニがそれに成り代わっている。さらに、昨年の研究での提言であるクラスターのイメージが明確にできなかったため、特別の場所に作るのではないニーズに近いところに福祉ができるべきであろうというイメージを刺激的にあらわしている。一方で、福祉は入居者の家族のためのものでもあり、家族にとってすぐそばにいる場所であるということも、コンビニ化と表現している。

つまり、福祉のあり方は地域コミュニティの核として存在するという意味でのコンビニ化であり、福祉サービスの提供をコンビニ化するという点でないことを明記する。

第3節 研究の方法

3-1. 研究会の開催

本研究にあたり全4回の研究会を実施した。研究会の委員は以下の通りである。

加藤恵正	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構上級研究員 兵庫県立大学教授
林敏彦	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構研究統括 同志社大学教授
野々山久也	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構研究統括 甲南大学教授

³ … 『日本経済新聞』 2010 年 5 月 17 日朝刊 「経済教室」

⁴ ひょうご震災記念 21 世紀研究機構 (2010b)

野間敏克	同志社大学教授
山下淳	関西学院大学教授
鈴木洋太郎	大阪市立大学教授
斎藤悠実	中小企業診断士
山口宰	高齢者福祉施設館長
芦谷恒憲	兵庫県企画県民部政策室統計課
羽原好一	兵庫県健康福祉部社会福祉局高齢社会課
桜井靖久	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構主任研究員
大床太郎	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構主任研究員
林万平	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構研究員

また、それぞれの研究会についての詳細な議事録は巻末の資料に添付する。それぞれの、研究会の概要は以下の通りである。

①第一回研究会

- ・日時：2010年6月21日。
- ・場所：(公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構。
- ・参加者：加藤恵正、林敏彦、野間敏克、斎藤悠実、山口宰、芦谷恒憲、桜井靖久、林万平。
- ・概要—

福祉は、必要な人以外は必要ないため、消費して終わりである産業だと捉えられてきたが、家族や地域に対する影響というものを従来考えられてこなかった。投資だけに注目してきたこれまでの成長産業の見方であり、むしろ最終消費を豊かにすること自体が社会に顕在化しているという時代の変化を考えなければいけない。つまり、福祉に投資しても無駄であるという常識論に対する理論武装が必要だとされている。そうした中で、医療と比較して、福祉の産業化を邪魔しているものは何かを議論した。また福祉産業は、普通の産業とは異なった構図が考えられる。しかし、一方で過疎地では高齢化しており福祉が必要だが、その政策的な対応と、産業として自立して回る部分の両方を研究会として考える必要がある。もう一つは、福祉は公費負担があるので需要があるだけでは産業として発展せず、必ず財政も必要だという意見がある。しかし、この研究会ではむしろ、公費がなければ発展しない産業に問題があり、自立した産業にするための方法を考えることで一致した。また、研究調査の方法について議論し、医療福祉産業の規模と成長性を統計的にとらえること、福祉に関連する川上・川下の産業の実態を把握すること。そこから、需要創出の推計などから福祉産業を活性化する方法、地域の成長のための戦略を考えることが決定された。

②第二回研究会

- ・日時：2010年10月6日。
- ・場所：(公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構。
- ・参加者：加藤恵正、林敏彦、野々山久也、野間敏克、山下淳、鈴木洋太郎、斎藤悠実、山

口 宰、芦谷恒憲、羽原好一、桜井靖久、大床太郎、林万平。

・概要―

桜井研究員による、兵庫県内の介護サービスの分布、福祉関連の機器業界について、地方自治体の福祉機器業界の支援事例を紹介に沿って議論がすすめられた。最終提言として、クラスターの創出ですすめること、「長寿国につぼん活性化への提言」との関連について議論があった。福祉の範囲については、クラスターの考え方から議論があった。産業としての適切な形について、県内の福祉サービスの事業所が兵庫県に均一にあればよいという話と、周辺産業があることでイノベーションの可能性や活性化につながるということが本題である。そのため、サービスと周辺産業との相互関係を重視しなければならない。つまり、消費者ニーズと事業者との接点の問題だ。コンビニ化は、サービスはコンビニ化でよいが、周辺サービスはコンビニでは無理がある。医療は、介護サービスとの接点から考えればよいとの意見があった。また、福祉産業として神戸の医療産業都市のような拠点をつくる議論があったが、性質上、小さな拠点をネットワークで結ぶことが好ましいとの統一見解を得た。その際に、核となる組織について様々な意見がでた。福祉機器については、外国製と日本製の特徴や強み弱みについてそれぞれ意見がでた。今後の方針として、機器製造業はニーズの把握を目指すべきとの意見で一致した。また、サービスとの関連で、バリューチェーンのような事業体のイメージで価値を生み出すこと、兵庫県全体の地域の話である地域ブランド、つまり兵庫県にあるということで価値があるということを考える必要がある。

③第三回研究会

日時：2010年11月30日。

場所：(公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構。

参加者：加藤恵正、野間敏克、山下淳、鈴木洋太郎、斎藤悠実、山口宰、芦谷恒憲、桜井靖久、林万平。

概要―

桜井研究員による、各国の社会保障制度と高齢者福祉についての報告により議論がすすめられた。他の国では地域ごとの独自サービスを提供しているが、日本は全国画一的であるので、独自サービスが地域発展につながるのではないかという意見が一致した。また、意思決定として、地域にクラスターを作るときに福祉産業協議会のようなものを作れば、コミューンの福祉委員会のプロセスのようなものとして機能するのではないかと意見がでた。その際に、福祉サービスは制約なしになんでもできるが、税金やボランティアを活用しながら供給体制を地域でどう作り上げるかというのが行政の仕事である。介護保険を改善するのか前提にするのかははっきりさせたほうがよい。公共サービスの話なので、自治体がサービスを提供する必要はない。ただし、国、県、市町村のそれぞれのレイヤーごとの役割も求められている物も違うので、役割を整理して都道府県ごととも違いがあれば、はっきりするとの意見が一致している。

福祉産業という視点から、ヘルスケアや医療、関連の教育機関を集めることでクラスターが形成され、安心安全の地域ブランドに繋がるとよい。国がいい悪いではなく、地域における関連産業と公的機関の集積の特色にベクトルを合わせるべきとの意見があった。また、福祉産業の産業的特質は従来の産業とは当然違っているので、需要サイドと供給サイドも独特に形成されるわけです。それを地域の中でどのように作り込んでいくのかを議論した。

④第四回研究会

日時：2011年3月4日。

場所：(公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構。

参加者：加藤恵正、林敏彦、野々山久也、山下淳、斎藤悠実、山口宰、芦谷恒憲、羽原好一、桜井靖久、大床太郎、林万平。

概要—

桜井研究員による、福祉業界の産業組織構造および、その市場規模の推計について報告をうけて議論した。直接サービスの地理的配置について、便利な都市部に事業所数が多い中で割合が違ったり、利便性の高いところよりも中山間地域で通所の割合が多かったりと、実際は市場の失敗がかい間見られることになっているので、地域が参加できる仕組みができるかできないかよりも大事だという意見が一致した。利用者の定義について、本人なのか、家族なのか、事業者なのかを議論した。また、事業参入における中小企業について、参入の際の規制の問題と退出の際の利用者の保護については、産業の論理だけでは決定できないという結論を得た。参入障壁は能力やビジネスのクオリティで参入を評価できる仕組みが必要で、退出の際のセーフティネットはどこにするかは国民的議論が必要である。

産業構造は複雑になってきて、制度やロジスティック、サービスまでレイヤーに分けてハードからソフトまである。最近では産業エコロジーという言葉があって、訪問サービス、通所サービスが一種の生態系の食物連鎖ごとく、あるいは邪魔し合うごとく、絡まり合ってトータルにワールドができていく。もうひと工夫してこれをビジュアルに描けると、制度的な部分でつながったりしていることが出てきてよい、との意見があった。

3-2. ヒアリング調査

本調査研究において、以下の通りヒアリングを実施した。なお、「スマイルサポートメッセ神戸 2009 神戸すこやかライフ展」、「国際福祉機器展 2010」にて行ったヒアリングを含む。

兵庫県立福祉のまちづくり研究所

養父市地域包括支援センター

川崎市経済労働局

富山県厚生部厚生企画課

長崎県

日本福祉用具・生活支援用具協会

財団法人テクノエイド協会

有限会社環境造形

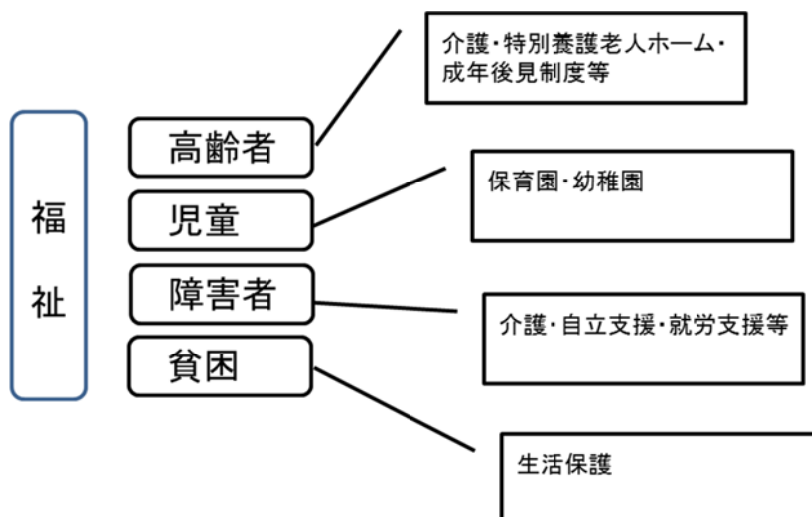
国際統合化活動報告会(日本医療機器産業連合会)

第 2 章 福祉制度と高齢者介護

第 1 節 福祉サービスと日本の高齢者福祉制度

1-1. 日本における福祉

日本における福祉とは、高齢者、児童、障害者、貧困の四つに大別できる(図 2-1-1)。この中で、市場取引として認められるものは、高齢者、児童、障害者である。それぞれの利用者数の推移を見ると以下のように変化している。



まず、児童福祉の担い手である保育園の事業者数、定員、児童数の推移を見ると、厚生労働省の統計によると、2002 年時

点でそれぞれ、約 2 万 2 千ヶ所、約 195 万人、約 188 万人が、2009 年までに 2 約万 3 千ヶ所、約 213 万人、約 204 万人とほとんど増えていない(図 2-1-2)。これは、少子高齢化による児童数の減少もあるが、自治体の財政状況に左右されていることもある。一方で、障害者福祉の統計データを見ると、日本の障害者は 2006 年現在で約 350 万人となっている。これは、1996 年時点の約 293 万人からやや増加しているが、内訳を見るとほとんどが内部障害である。内部障害は、疾病が最も大きい原因で、心臓機能障害や呼吸器機能障害、腎臓機能障害などの内臓疾患による障害である。また、HIV による免疫障害もここに含まれる。その他の障害については、この 50 年間であまり変化がみられない(図 2-1-3)。

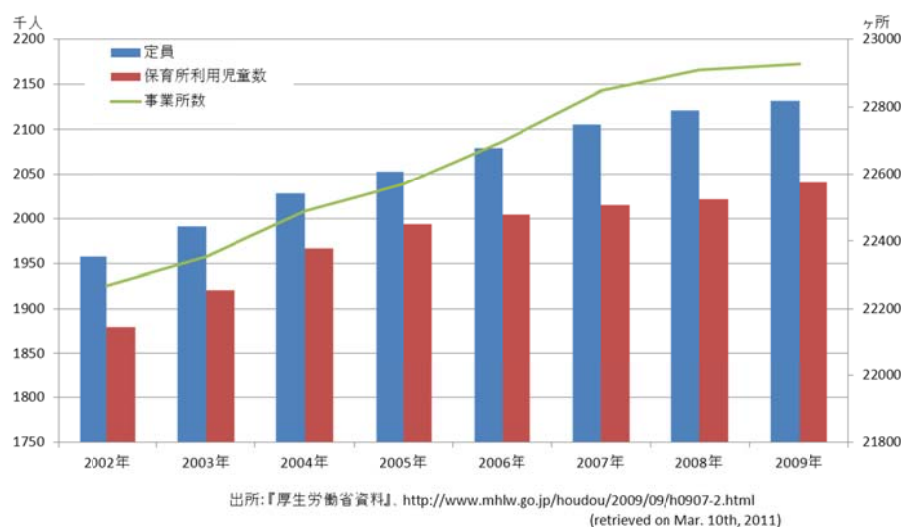


図 2-1-2 保育所の利用推移

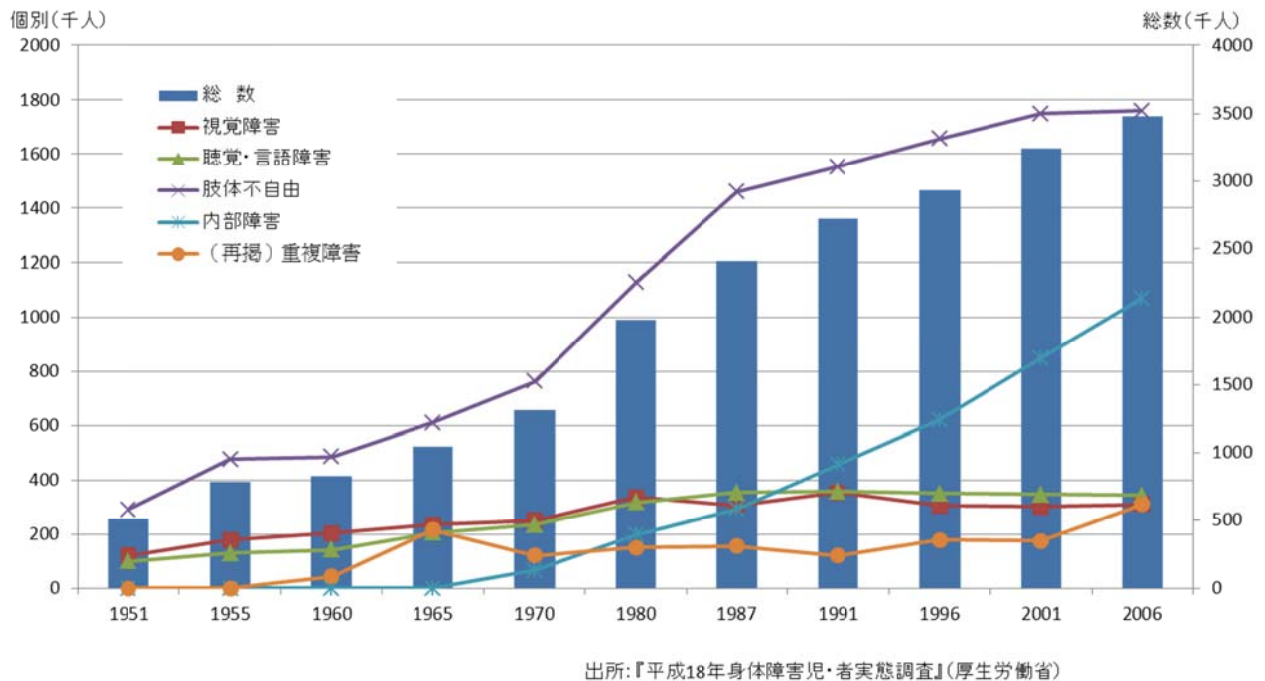


図 2-1-3 障害者数の推移

このような状況において、利用者の増加が顕著であるのが、高齢者福祉と貧困である。貧困の場合、この十年間で保護費は2倍近く、保護世帯も3割程度増加している(図 2-1-4)。しかし、保護世帯数は期間を通して増加傾向にあるが、保護費の額は 2005 年から横ばいになっている。これは、国や自治体の財政状況の悪化により、簡単に保護費を増やすことができない事情がある。

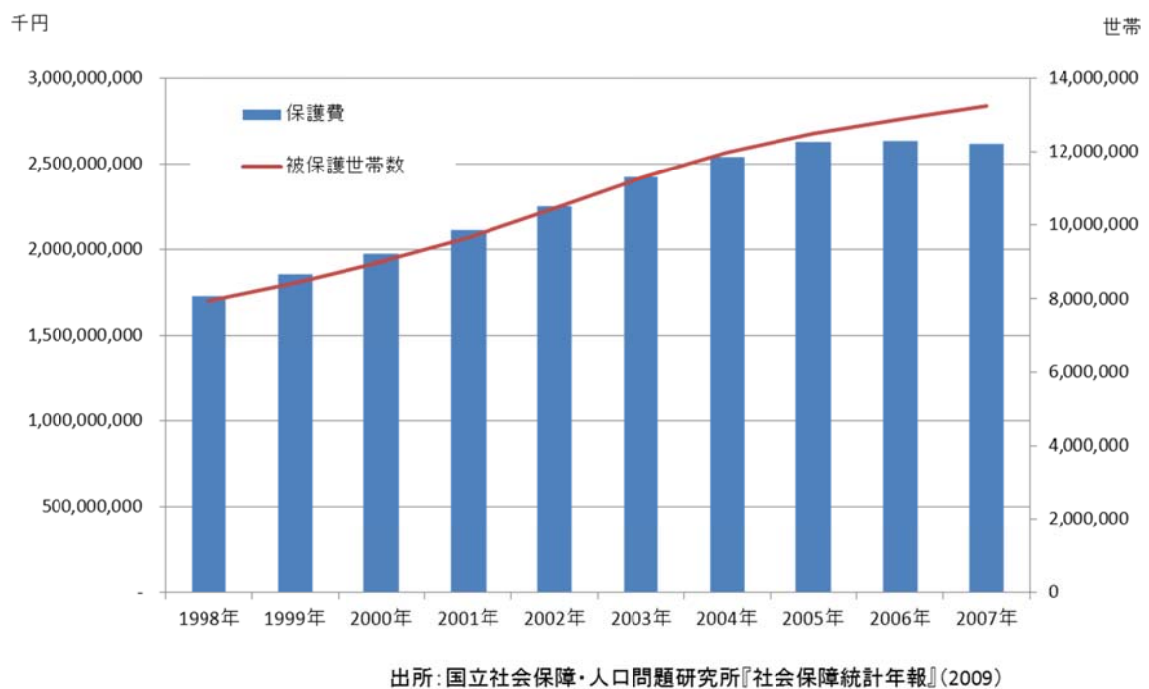


図 2-1-4 生活保護の受給推移

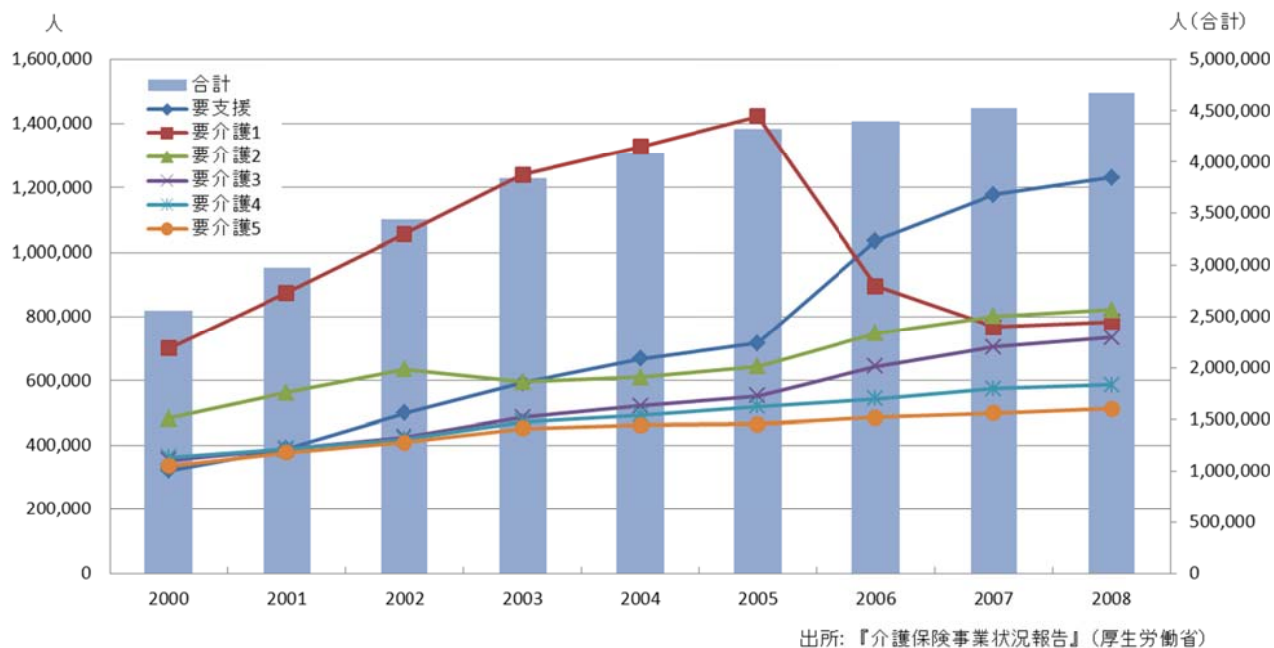


図 2-1-5 要介護認定者数の推移 (全国)

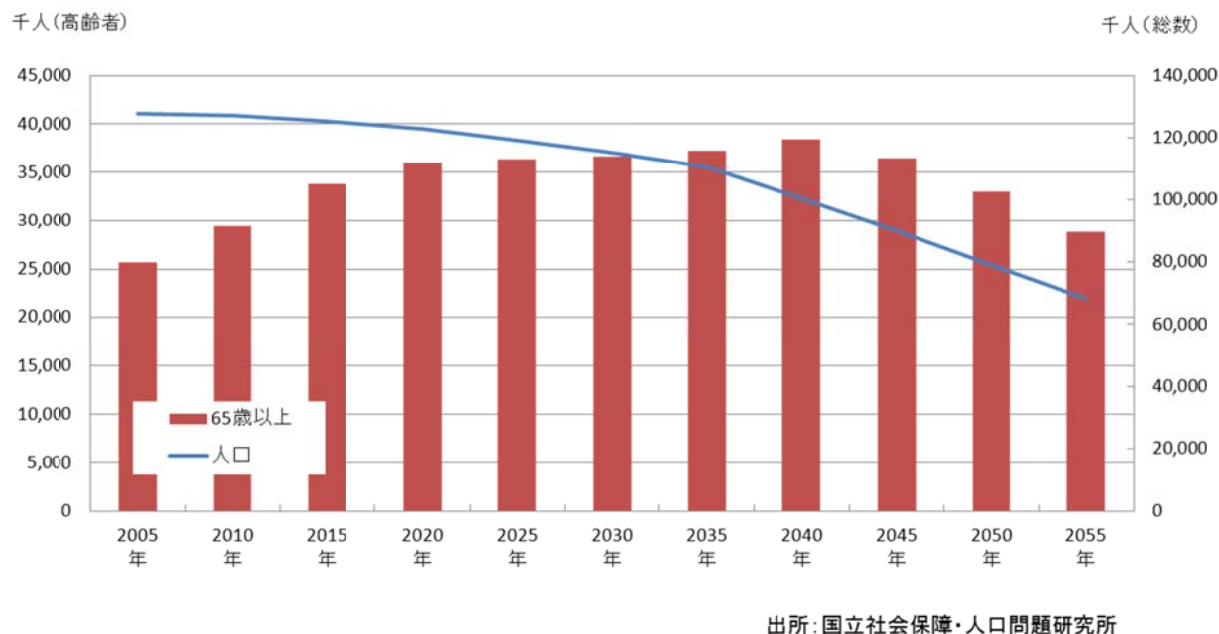


図 2-1-6 予測人口の推移

高齢者福祉は、要介護認定者の数で見ると、介護保険制度が始まった2000年には256万人であったが、2008年には、467万人まで増加している。これは、2000年代前半は介護認定率が上昇していることもあるが、後半は高齢者数の増加も原因になっている。(図 1-1-2)

以上のことより、福祉の産業化を考える上でそれぞれの市場規模は、貧困と高齢者が増加傾向にある。しかし、貧困は経済の景気に左右される一方で、高齢者福祉は今後さらに増加する傾向が予測される。全国の65歳以上高齢者は今後2040年のかけてまで増加すると予測されている(図

2-1-6)。そのため、今後の福祉の産業化を考える上で最も重要な領域は高齢者福祉ということになる。また、本研究における「長寿国にっぽん活性化」のために高齢者福祉の重要性は大きい。よって、本研究では福祉の産業化を考える上で、高齢者福祉、特に介護サービスについて考察する。そのため、次項では、日本の介護保険制度について概観する。

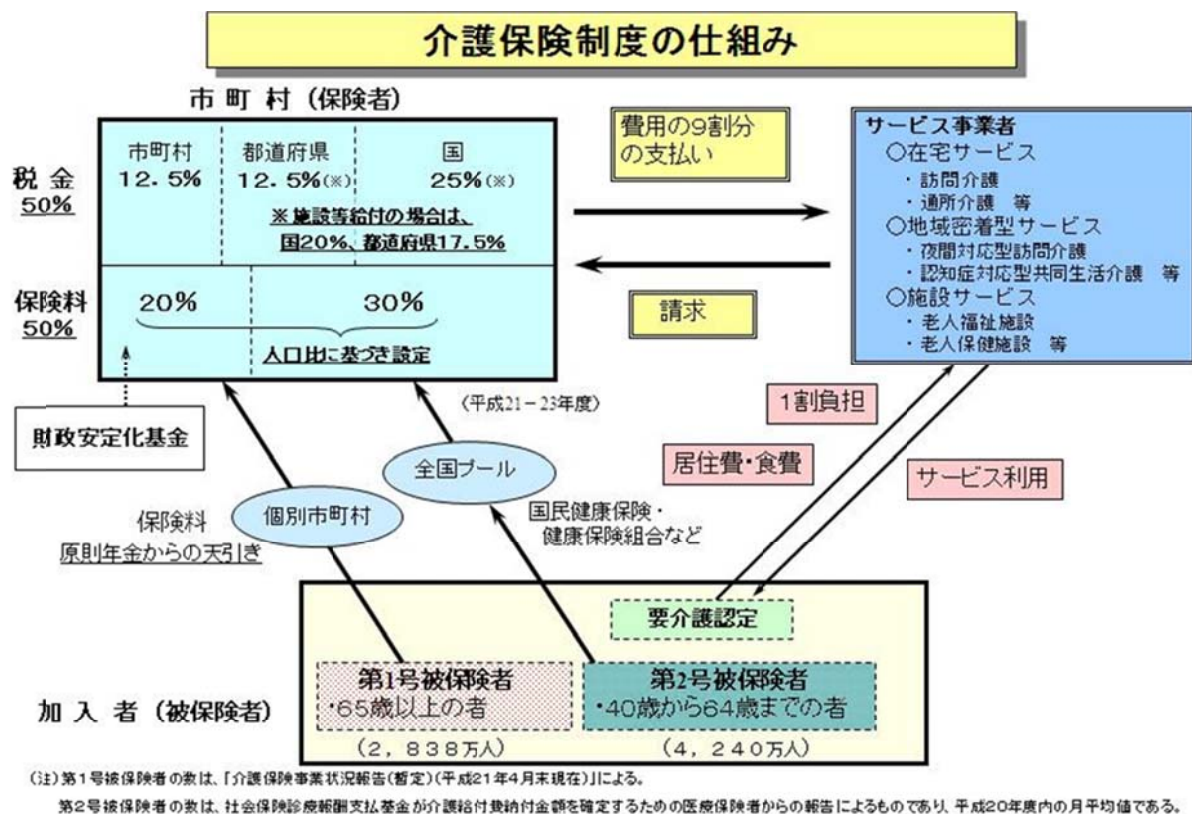
1-2. 日本の介護保険制度

日本の高齢福祉制度は、介護保険制度を採用している。そのため、財源は保険料であるが、50%は公的資金でまかなわれている。具体的には、国が25%、地方自治体のうち県と市町村がそれぞれ12.5%ずつを税金で負担している。それに加えて、利用者は1割を利用料として支払う仕組みになっている(図2-1-7)。そして、利用者は費用のうち1割を自己負担し、残りの9割を保険給付として事業者は受け取る仕組みになっている。ただし、利用者は要介護度によって保険給付限度額が決まっているため、限度額を超える費用については全額自己負担になる。

さらに、介護保険によるサービスを受けるためには、市町村の介護認定受けなければならない(図2-1-8)。要介護認定を受けるためには、市町村の窓口に申請した上で、所定の調と医師の意見によってできる。また、介護度にも段階があり、要支援2段階、要介護5段階の合計7段階に区分される。それを受けた上で、ケアマネジャーにプランを作成してもらい、受けるサービスが決定される。

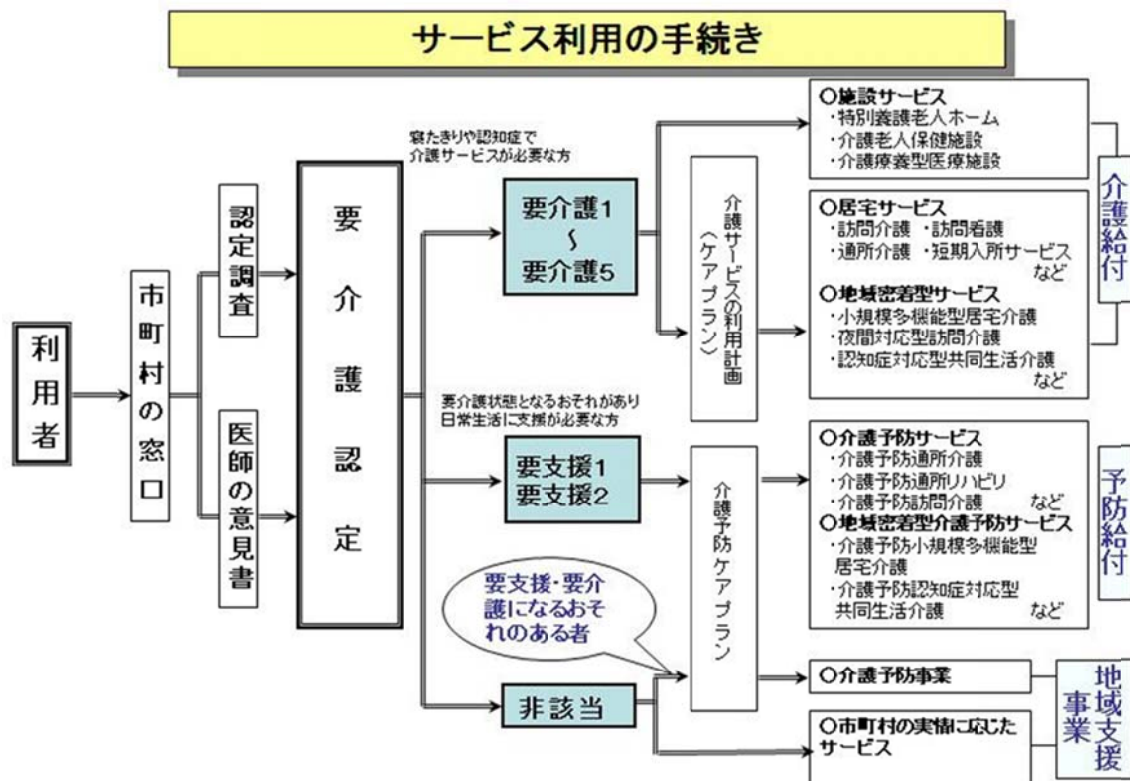
このように、日本の介護保険は利用するためには保険の加入だけでなく、市町村での介護認定が必要となっている。この認定基準を操作することで、受けることができるサービスをコントロールすることができる。例えば2006年の改正時には、利用者が一人暮らしか家族と同居しているかで基準を変更したため、家族と同居している利用者の認定度が下がるなどの影響がでた。さらに、介護サービスを受けるためには、ケアマネジメントを作成しなければならず、作成業務をするケアマネジャーの存在が大きくなる。このマネジメント作成に対する報酬についても、取り扱い件数の上限を設けたためにケアマネジャーの収入が悪化したり、ケアマネジメントを受けることができなくなった利用者が増えたりした。これも、介護保険の給付を押さえようとする恣意的な操作とみることができる。

このように、日本の介護保険制度は多様なサービスをニーズにあわせて提供するという理念よりも、介護保険をいかに維持していくかという理念が重視されている。そのため、利用者や家族にとって、実情に合わないケースや利用者や家族にとって不便を強いるケースが出てきている。今後、この領域の産業化を考える上では、保険制度の維持とは離れた議論が必要となってくる。



出所：厚生労働省、http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/hoken_08.html、(retrieved on Feb. 10th, 2011)

図 2-1-7 介護保険制度の仕組み



出所：厚生労働省、http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/hoken_13.html、(retrieved on Feb. 10th, 2011)

図 2-1-8 介護保険におけるサービス利用の手続き

第2節 海外の高齢者福祉

2-1. アメリカの高齢者福祉

アメリカの社会保障制度⁵は、一般的に完全な個人の責任において、市場原理に基づいている。その中で高齢者福祉に限ると、活動主体は全て民間団体によるもので、組織形態として営利企業に加えて、NPOやNGOというような非営利組織が活動している。非営利組織は、公的な補助金やプライベートな寄附金を財源にしている。また、高齢者福祉という決まった制度がないので、地域差が非常に大きく、活動している団体の存続に頼っているためサービスの供給は流動的である。

■ アメリカ高齢者法

地域の高齢化対策室が財源を確保し、高齢者サービスの民間団体に供給して、財源の確保とネットワーク化をはかる。

- ①アクセス保障サービス
- ②居住サービス
- ③地域サービス
- ④介護者へのサービス

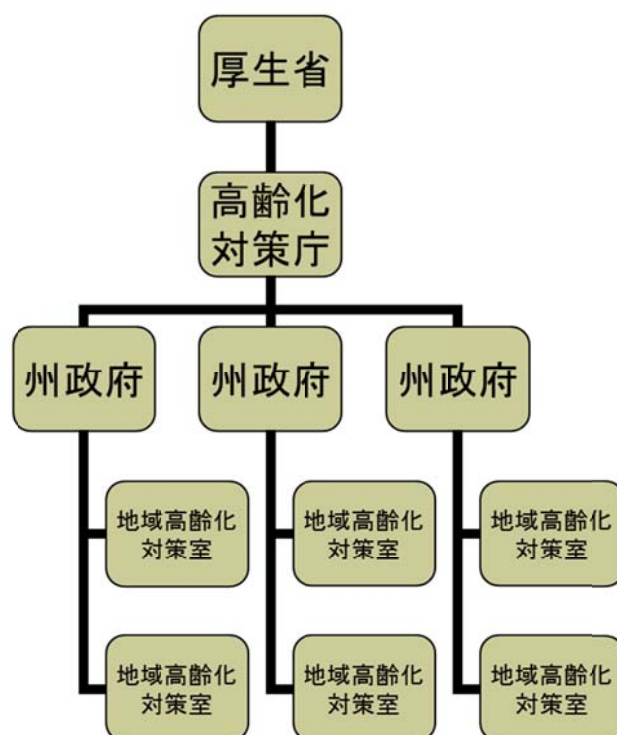


図 2-2-1 アメリカの高齢者福祉

しかし、全く市場原理で行われているわけではなく、福祉に関する法律は存在する。一つは、「アメリカ高齢者法」で、もう一つが「社会保障法」である。前者では、連邦政府の厚生省の高齢化対策庁によって、それぞれの州政府に対して地域の中での地域高齢化対策室の設置を義務づけている。この高齢化対策室では、行政サービスを提供するわけではなく、民間の高齢者向けサービスを行っている団体に対して財源の確保を助けたり、民間団体同士のネットワーク化を図ったりするといったものを目指している。そのサービスは、アクセス保障サービス、居住サービス、地域サービス、介護者へのサービスの4つで、それぞれが機能するようにすることが高齢化対策室の役割である。後者は、低所得者に生活上のニーズに対するサービスを提供することを義務づけている。しかし、低所得者に補助を与える一方で、自助の促進と依存の除去が第一の目的である。

また、近年ではオバマ大統領において公的な医療保険制度を導入するうごきがみられるため、ア

⁵ …アメリカの高齢者福祉については、藤田伍一、塩野谷祐一編（1999）、笠原政幸（2004）を参照。

アメリカは公的な医療保障が全くない印象があるが、実際は2種類の医療保険が存在する。メディケアとメディケイドと呼ばれるものである。メディケアは高齢者医療保険制度、メディケイドというのが医療扶助で低所得者向けの制度になっている。つまり、介護に対しての保険ではないが、アメリカでは介護は医療の一部という認識になっている。

財源は、税金である社会保障税と保険料で担われている。さらに、社会保障税を払っていない人は保険料を支払えばこのメディケアに入ることができる。本来、アメリカの医療制度はマネジドケアと呼ばれるものが一般的で、民間の医療保険に入ることによって、その商品の性質によって受けられる医療制度が決まるというものである。これを、医療自体をマネジメントするという意味で、マネジドケアと呼ばれる。つまり、どの医師や病院にかかるかを保険会社が決定することで、医療自体を費用と効果からマネジメントができる。メディケアは保険料負担することによって、被保険者がマネジドケアに加入することもできる。

次に、メディケイドは低所得者向けに対する医療扶助のことである。運営は州政府が担い、財源は州政府と連邦政府が半分ずつの負担でできている。そして、これは基本的には現物給付で行われている。医療扶助なので、所得制限や基準が多く、一般的な制度ではない。ただし、高齢者が低所得の場合は、メディケイドに適用されると、メディケアの保険料を負担することでそこに入ることが可能になる。つまり、高齢者の低所得者は、メディケアに保険料を支払わずに加入することが制度的には可能である。そういう意味で、アメリカの公的医療保障であるメディケアとメディケイドが、一般的には高齢者介護の保障になっている。

アメリカの高齢者福祉サービスは具体的にあげると、アクセスサービス、居住サービス、施設サービス、地域サービスという4つに大きく分けられると、先に述べた。アクセスサービスの中で移送サービスに関しては、メディケイドによっても利用が可能であるが、アメリカの場合国土が広いために車がないと移動できないことが多い。そのため、アクセスサービスの中でも移動の確保は保障されている。また、物理的な移動という面だけでなく、情報相談という情報へのアクセスもここには含まれている。これは単に提供するだけでなく、メディケイドの利用者に対しても受けることが義務づけられているサービスである。

居宅サービスは、アメリカでも不十分な部分であると言われているが、家事援助や介護サービスがここに含まれている。そして、施設サービスは一般的に住居・居住ケアと長期ケアの二つに分けられる、長期ケアは医療の範疇に含まれるのでメディケアの保障になる。

アメリカの高齢者サービスで最も特徴的なものは、地域サービスである。これは、保健・精神衛生の一般的な保険サービスに加えて、犯罪防止や法律サービスも高齢者福祉サービスに含まれている。さらに、就労やボランティア、教育がある。また、食事を提供するサービスは所得制限なく行われているが、州政府が補助金を出して食事を高齢者に対しては誰にでも提供できるようにしている。一部では、食事を提供するだけでなく、移動困難な人に対して配食するサービスも行われている。また、日本の老人クラブに相当する高齢者センターもここに含まれている。デイケアやデイサービスも行われているが、これはメディケイドや補助金によって運営されていることが多い。

以上のようにアメリカも民間だけではなくて、さまざまな公的な部分でもサービスが提供されている。しかし、基本的には民間によるさまざまな組織による活動が主体となっており、地域による格差というよりもむしろそれぞれの団体・組織による格差というのが大きいと言える。

2-2. ドイツの高齢者福祉

ドイツの高齢者福祉制度⁶は、日本の介護保険制度を導入した際にそのお手本となっていたため、制度的な違いは多くない。しかし程度としては大きな違が存在する。その一つは日本は限度額までは自己負担が1割だが、ドイツでは自己負担は限度額まではなし、超える場合は日本ドイツとも全額負担となっている。もう一つの大きな違いは、現金給付があるということである。日本では、介護保険制度は基本的には現物支給なので、利用者はサービスを受けることが給付に当たるわけである。しかし、ドイツでは、家族介護に対しては限度額の半額までという基準で現金給付というかたちもある。さらに、現物支給のサービスを受けることと現金給付とを組み合わせることも可能になっている。三つ目の違いは障害者も同じ介護保険による給付が行われている。そして最後に医療保険とセットになっていることである。つまり、介護保険が医療保険と一緒に保険料が徴収されるということで、金庫と言われる基金が基本的には医療保険と同じになっている。また、医療保険と介護保険は同じ保険であるので、公的な医療保険に入っている場合は公的な介護保険に入ることになり、民間の医療保険に入った場合は民間の介護保険に入っていることになる。

日本と違いが大きい理由は、保険導入の経緯が日本と異なるためである。日本の場合は医療保険の高額化により高齢者の介護の部分を医療費から切り離すという目的があった。一方、ドイツの場合は介護施設に入所するためのコストがかなり高額であったということが背景にあった。つまりドイツの介護保険導入以前というのは、民間の介護サービスが提供されており、その結果市場原理に基づいて価格が決定されていた。そのために、介護施設へ入所が非常に高額となっていたのである。ある程度裕福な高齢者でも、介護施設に入ると財産使い果たしてしまうようなケースが続出したため、介護保険制度が導入されたのであった。それまでも補助金や公的な補助があったが、十分ではなかった。

また、ドイツの社会制度として保険という制度が発達・整備されていたという歴史的経緯も整っていた。例えば、ギルドのような職人が集まるような組織が歴史的に発達していったことが一つの社会保険制度の整備、発達という根拠になっている。三つ目にドイツの東西統一の影響がある。これはドイツの介護保険の導入直前に、ドイツの統一という大事件によって東西格差が影響しだしていた。そうした社会的背景の中で、福祉というものをどのように整備していくかということが国民的に議論になった。このような経緯によって、5番目の社会保険制度として新しく導入されたものが、現在のドイツの介護保険制度である。

実際の福祉介護の担い手は、市町村は主体となっており行われている。国家制度として連邦制がとり入れられているため地方分権がかなり進んでおり、連邦政府・州政府・市町村と自治体がある中で、市町村の権限がそもそも大きいこともある。そのために、ドイツもアメリカと同様にサービスの規模や内容が大きく違っている。日本のサービスは法律で規定されているが、ドイツではもともと民間の介護サービス事業者がそれを担っていたため、サービス内容は事業者ごとに違っていたという経緯がある。そのために、法律でも細かくサービスの内容まで決めていない。サービスを提供する事業者は、基本的には民間の社会福祉団体がほとんどであり、公的な部門は民間ができない部分しか

⁶ ……ドイツの高齢者福祉制度については、保健福祉広報協会編（2008）や古瀬徹・塩野谷祐一編（1999）を参照。

ない。高齢者福祉にかかわらず、ドイツの憲法の基本原則においては公的部分は補足性の原則が機能しているためでもある。

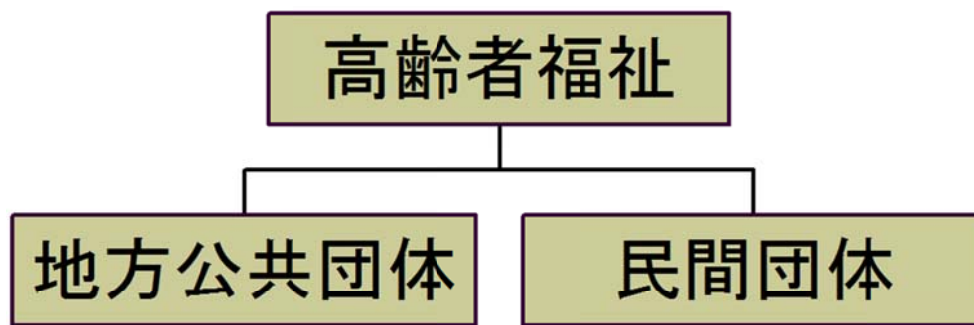
そして、ドイツでは日本のようにケアプランに沿って介護サービスを受けるというかたちではなくて、利用者が好きな介護サービスを選ぶことができる。例えば、日本では要介護状態によっては訪問介護しか受けられないという状態であっても、ドイツでは限度額までであればどんなサービスであっても保険を適用してもらえる。つまり、限度額を超えた部分は自己負担するのであれば、訪問看護であろうと入所サービスであろうと利用することは自由とされている。

2-3. イギリスの高齢者福祉

イギリスの高齢者福祉⁷は、日本のケアプランに相当するケアマネジメントという概念がある。イギリスの高齢者福祉は地方公共団体が提供するものと、民間団体が提供するものに大きく分けられる。そのため、完全な民間サービスではなく、スウェーデンのような公的サービスに近いものだが、民間は自由にどのようなサービスを提供してもよい。地方公共団体のケアサービスと、民間団体のサービスとの併用ということも可能となっている。地方公共団体のサービスは、地域によってかなり異なる部分がある。そして、地方公共団体のサービスを受ける場合、ケアプラン作成する必要があり、このケアプランが日本と同じようなケアマネジメントの部分となっている。これによって、どのようなサービスを受けるかが決定されるが、イギリスではケアマネージャーが認めれば民間サービスも受けることが可能となっている。

プロセスとしては、ケアマネージャーがケアプランを作成して高齢者のニーズの評価をする。その上で必要なサービスを決定し、民間か公共か選択してサービスを購入する。基本的にイギリスの福祉サービスの事業というのは、国民保健によって原則無料となっている。入所サービスと在宅サービスの基準についてはそれぞれ異なっており、入所サービスについては国の基準があり、それによると高所得者が高額になるように費用が決定される。在宅サービスについては、地方によってその基準や運用というものが任せられているために地域によって大きな違いが存在している。

⁷ イギリスの高齢者福祉は、武川正吾・塩野谷祐一編（1999）、保健福祉広報協会編（2006）を参照。



- ケアサービスの提供
- 地方によって異なる
- ケアプランにより民間もあり
- サービスは自由
- 地方公共団体と併用可

図 2-2-2 イギリスの高齢者福祉

2-4. スウェーデンの高齢者福祉

スウェーデンの高齢者福祉⁸に関しては、様々な場所で語られているため、本稿では詳細については省略する。スウェーデンの制度で特徴的な部分は、やはり税金ですべて負担する公的サービスになっている点である。運営の主体としては、国家、県、コミューンと階層化している中で、日本の市町村にあたるコミューンが大きな権限を持っていることが特徴である。そのため、コミューンによって提供されるサービスに違いがあるだけでなく、制度そのものが大きく違うケースもある。また、スウェーデンの福祉は、だれでも気軽に利用できてさらに費用がかからないという印象が強いが、コミューンによってはコスト意識を持たせるために料金を徴収したり、民間の事業者を活用したり、運営を民間に委託したりしている。

福祉サービスは、住宅サービス、住宅福祉サービス、家族への支援という大きな三つに区分できるが、その中でも住宅サービスは老人ホームや入所関係も含めて自分が住んでいる家に対しての補助であり、介護状態になってもできるだけ自宅で住めるようにするサポートである。この部分が、スウェーデンの福祉サービスの大きな特徴となっていると言われる。スウェーデンでも、基本的には家族の介護を決しておろそかにはしていないので、利用者にとっても家族からのサービスが非常に大きな地位を占めている。そのために、家族への支援という部分も大きな柱としてかかっている。

第3節 諸外国における制度と日本の比較

高齢者福祉の特徴を海外と日本を比較すると、海外においては基本的に地方自治体であったりとか一番市民と近い自治体であったりという行政が運営を担っている。それぞれが独自のサービスを提供しているというかたちがほとんどであり、公的な部分と民間の部分というのが必ず共存している。特にドイツやイギリスのような日本と似た制度においても、民間の部分が一定の割合を担っている。また、アメリカのような市場原理に依存するような高齢者福祉制度においても、地域の最も近い

⁸ スウェーデンの高齢者福祉は、丸尾直美・塩野谷祐一編（1999）を参照。

場所で NPO などが活動している。

日本の特徴を見ると、地域独自のサービスというのがなく、画一的な印象が強い。サービスが法律で決まっているために画一的で、事業者の審査も規制されている。このようなことから、日本における地域差の問題や独自性をどのように捉えるか、またどの程度認められるのかによって、地域の成長や優れたサービスの提供が可能となるかどうかを考察する必要がある。例えば兵庫県や神戸市が独自のサービスを展開することは、地域の産業にどのような影響をあたえ、またそのサービスが優れたモノになるという論理が必要となる。

そのため、次章では、兵庫県の介護サービスについて考察する。

第 3 章 兵庫県における介護サービスと事業所

第 1 節 介護サービスの種類と分類

訪問介護サービス	訪問介護
	介護予防訪問介護
	夜間対応型訪問介護
訪問入浴介護サービス	訪問入浴介護
	介護予防訪問入浴介護
訪問看護サービス	訪問看護
	介護予防訪問看護
訪問リハビリテーションサービス	訪問リハビリテーション
	介護予防訪問リハビリテーション
通所介護サービス	通所介護
	介護予防通所介護
	認知症対応型通所介護
	介護予防認知症対応型通所介護
	療養通所介護
通所リハビリテーションサービス	通所リハビリテーション
	介護予防通所リハビリテーション
福祉用具サービス	福祉用具貸与
	特定福祉用具販売
	介護予防福祉用具貸与
	特定介護予防福祉用具販売
居宅介護支援サービス	
特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム) サービス	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)
	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・外部サービス利用型)
	介護予防特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)
	介護予防特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・外部サービス利用型)
	地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)
特定施設入居者生活介護 (軽費老人ホーム) サービス	特定施設入居者生活介護(軽費老人ホーム)
	特定施設入居者生活介護(軽費老人ホーム・外部サービス利用型)
	介護予防特定施設入居者生活介護(軽費老人ホーム)
	介護予防特定施設入居者生活介護(軽費老人ホーム・外部サービス利用型)
	地域密着型特定施設入居者生活介護(軽費老人ホーム)
特定施設入居者生活介護 (適合高齢者専用賃貸住宅) サービス	特定施設入居者生活介護(適合高齢者専用賃貸住宅)
	特定施設入居者生活介護(適合高齢者専用賃貸住宅・外部サービス利用型)
	介護予防特定施設入居者生活介護(適合高齢者専用賃貸住宅)
	介護予防特定施設入居者生活介護(適合高齢者専用賃貸住宅・外部サービス利用型)
	地域密着型特定施設入居者生活介護(適合高齢者専用賃貸住宅)
小規模多機能型居宅介護サービス	小規模多機能型居宅介護
	介護予防小規模多機能型居宅介護
認知症対応型共同生活介護サービス	認知症対応型共同生活介護
	介護予防認知症対応型共同生活介護
介護老人福祉施設サービス	介護老人福祉施設
	短期入所生活介護
	介護予防短期入所生活介護
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
介護老人保健施設サービス	介護老人保健施設
	短期入所療養介護(介護老人保健施設)
	介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)
介護療養型医療施設サービス	介護療養型医療施設
	短期入所療養介護(介護療養型医療施設)
	介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設)

図 3-1-1 介護保険制度におけるサービスの種類

現在の介護保険制度における介護サービスには、介護サービスと介護予防サービスの二つに分けることができる。介護サービスについては、おおまかに分けると、自宅に介護者が訪問して提供する訪問サービス、利用者が施設まで通って受ける通所サービス、施設に入所して受ける入所サービスがある。入所サービスは厳密には介護保険制度におけるサービスではないが、本研究では分類上、そのように区分する。また直接サービス以外には、ケアマネジメントである介護支援サービス、福祉機器のレンタル販売も含まれる。

介護予防は、その名の通り要介護に陥らないように予防するためのサービスである。介護状態が軽度の場合、その状況にあることでより介護状態が悪化することが多い。例えば、足や腕の骨折によって長期間動かなくなること、骨や筋肉の機能が衰えることによって体の機能低下が進む。そのため、この時点で軽度の介護状態から進行することを防ぐための予防は重要であるので、このような予防サービスがある。特に、2006年の制度改正においてよりこの予防が重視されるようになった。そのため、従来の予防サービスだけでなく、知己包括支援センターを中心とした地域支援事業として予防サービスの強化を行っている。また、介護サービスにおいては、従来のサービスに加えて地域密着型サービスが新たに加わっている。これは、市町村の権限によって、24時間365日のサービス提供によって施設に入所するようなサービスを提供できることを目指している。

第2節 兵庫県における介護サービスの地域分布

兵庫県の介護サービスは、介護サービス情報公表システムによると10,501ヶ所でサービスを提供している。最も多いのは訪問サービスで3,418ヶ所、通所サービス2,593ヶ所、入所サービス2,273ヶ所がある。また、その他のうち介護支援サービスが1,277ヶ所、福祉機器レンタル販売が940ヶ所になっている(図3-2-1)。地域別の分布を見ると、やはり神戸市や姫路市などの都市部が多くなっている(図3-2-2)。しかし、サービスあたりの高齢者数から見ると、必ずしも都市部に集中しているとは言えない(図3-2-3)。最も過密であるのは播磨町の181人で、最も少ないのが福崎町の65人である。兵庫県の平均は106人であるので、50市町村区中平均より過密なのは32市町村区であるが、特に都市部が恵まれているであるとか、不足しているとは言えない。しかしながら、サービス別の地域分布を見ると都市部とそれ以外との特徴がみてとれる。図3-2-4を見ると、入所サービスや通所サービスは都市部で比較的比率が低いのに対して、但馬や淡路など地方部では逆に高い比率を示している。

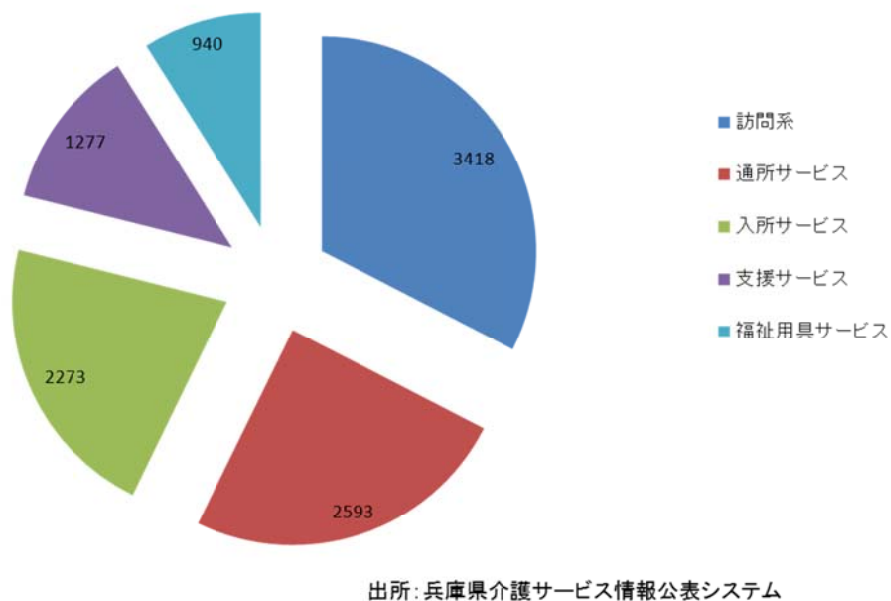


図 3-2-1 兵庫県におけるサービス別比率

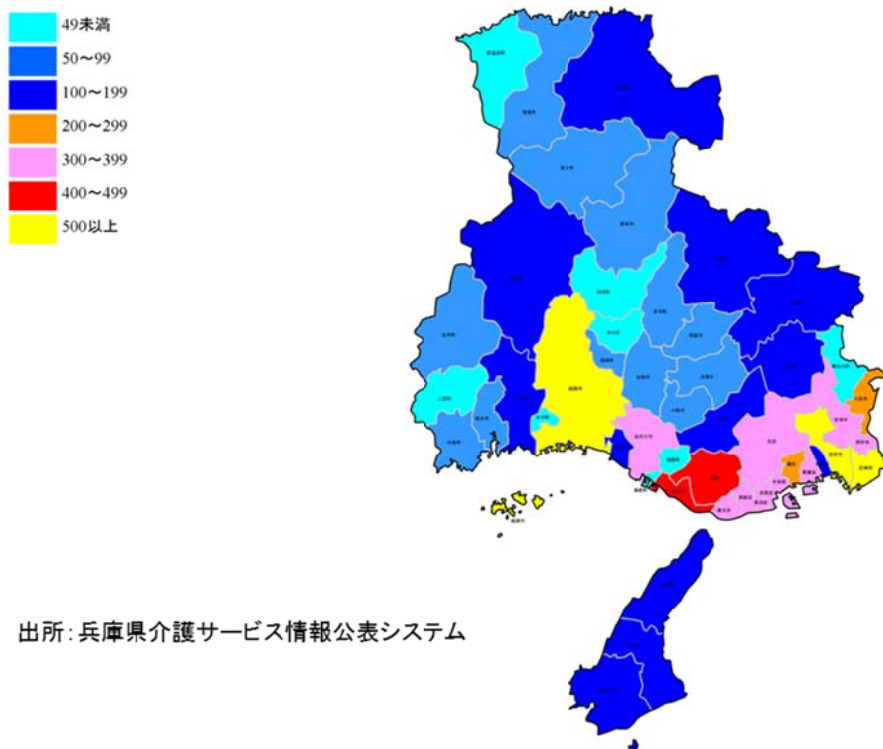


図 3-2-2 兵庫県の地域別介護サービスの分布

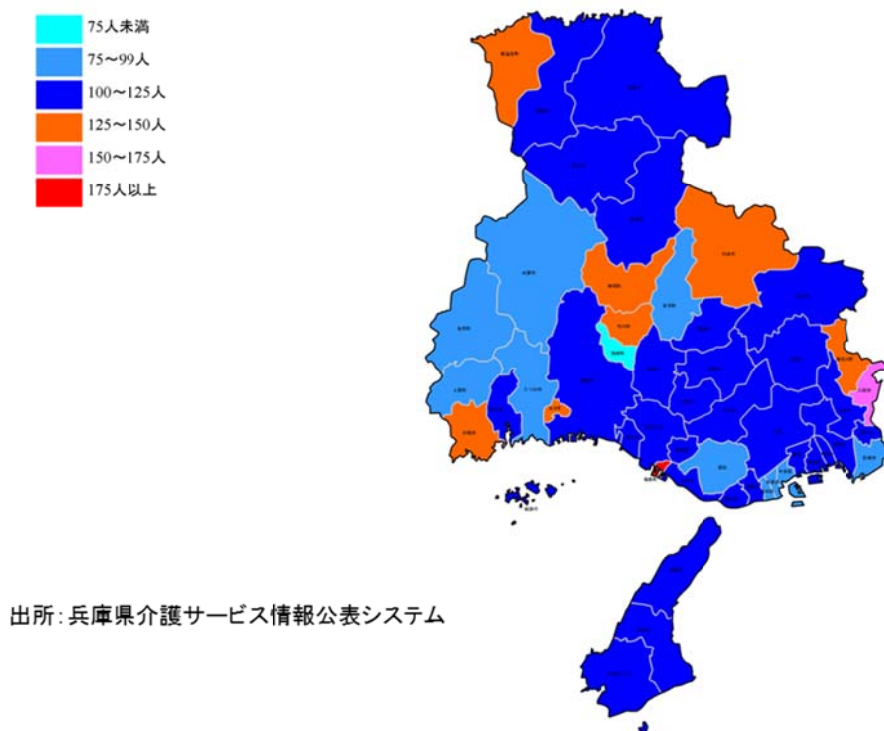


図 3-2-3 兵庫県の介護サービス当たり高齢者数

	用具	訪問	支援	通所	入所		用具	訪問	支援	通所	入所
神戸市	276	1090	400	699	662	神戸市	8.8%	34.9%	12.8%	22.4%	21.2%
阪神南地域	164	795	224	388	304	阪神南地域	8.7%	42.4%	11.9%	20.7%	16.2%
阪神北地域	134	340	109	268	208	阪神北地域	12.7%	32.1%	10.3%	25.3%	19.6%
東播磨地域	67	350	123	313	204	東播磨地域	6.3%	33.1%	11.6%	29.6%	19.3%
北播磨地域	44	125	84	170	158	北播磨地域	7.6%	21.5%	14.5%	29.3%	27.2%
中播磨地域	101	293	126	289	222	中播磨地域	9.8%	28.4%	12.2%	28.0%	21.5%
西播磨地域	36	163	79	156	191	西播磨地域	5.8%	26.1%	12.6%	25.0%	30.6%
但馬地域	40	103	51	128	124	但馬地域	9.0%	23.1%	11.4%	28.7%	27.8%
丹波地域	32	50	30	84	63	丹波地域	12.4%	19.3%	11.6%	32.4%	24.3%
淡路地域	42	95	43	93	119	淡路地域	10.7%	24.2%	11.0%	23.7%	30.4%
合計	936	3404	1269	2588	2255	兵庫県	9.0%	32.6%	12.1%	24.8%	21.6%

出所：兵庫県介護サービス情報公表システム

図 3-2-4 兵庫県におけるサービスの種類別の地域分布

このように、兵庫県内の介護サービスの分布には、量的な偏りは絶対的な数としては都市部に偏っているが、それは高齢者が都市部に偏っているためであり、1サービス当たりの高齢者の偏りは特に法則性があるわけではない。むしろ、サービスの種類別において、その傾向は見るることができる。

第 3 節 兵庫県内における介護サービスの推移

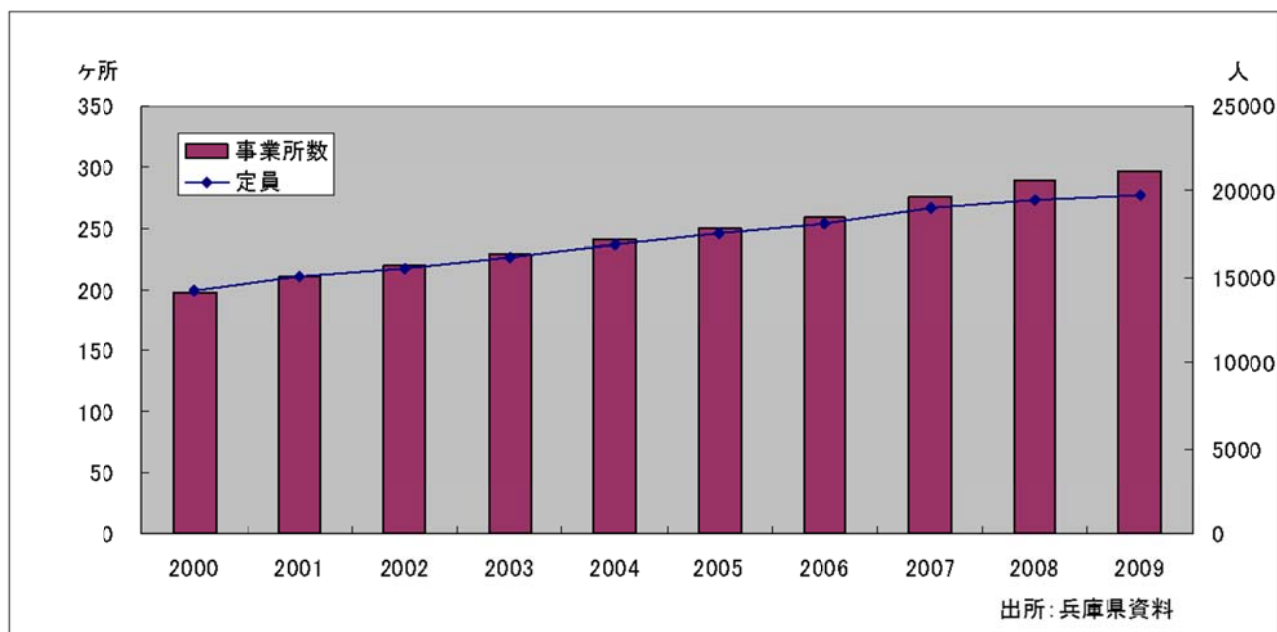


図 3-3-1 兵庫県の特別養護老人ホームの施設数と定員の推移

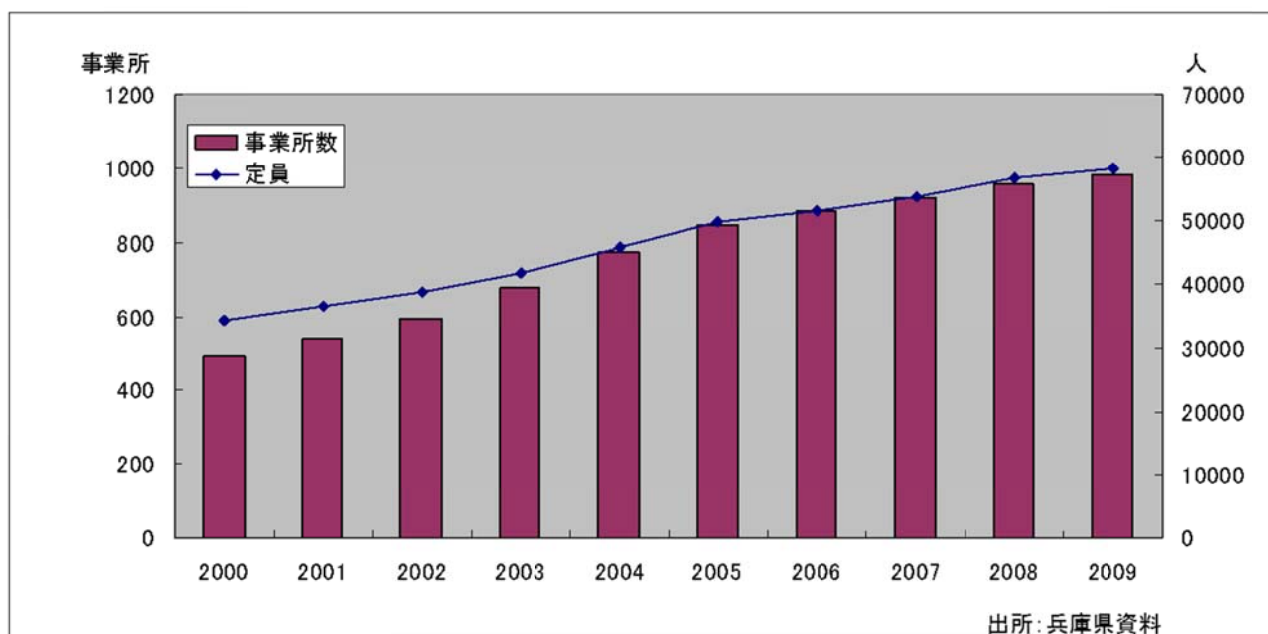


図 3-3-2 兵庫県の入所サービスの施設数と定員の推移

次に、介護サービスの量的な年次推移を検討する。一般的に、日本の介護サービスは不足していると言われている。その象徴としてよく言及されるのが、特別養護老人ホーム（以下、特養）の待機者数である。厚生労働省の調査によると待機者が全国で 42 万人にもものぼる。兵庫県においても、約 2 万 5 千人の待機者数が存在する。実際に、県内の特養は、2000 年に 198 カ所・定員 14,202 人であったが、2009 年には 296 カ所・定員 19,754 人となっている（図 3-3-1）。4 割ほど定員は増えているが、実数では 5 千人の増加でしかない。現状では、県内 2 万 5 千人の待機者が解消される見込みは全くなく、高齢者数の増加に比例し待機者数は増加していくことが予想される。

しかし、特養にばかり注目されるが介護事業者もサービスの量も介護保険制度以来一貫して増加傾向にある。たとえば、特養と同じように入所サービスには、他にも養護老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム、有料老人ホームなどがあり、2000 年の時点で 492 ケ所・定員 34,324 人が、2009 年では 983 ケ所・定員 58,218 人まで増加している（図 3-3-2）。その他の介護サービスの事業者数を見ても、全国の推移は 2000 年当時で約 12 万 9 千ヶ所だったが、2008 年までに 24 万 7 千ヶ所まで増加している（図 3-3-3）。兵庫県では 5,666 ケ所が 7,595 ケ所に増えている（図 3-3-4）。

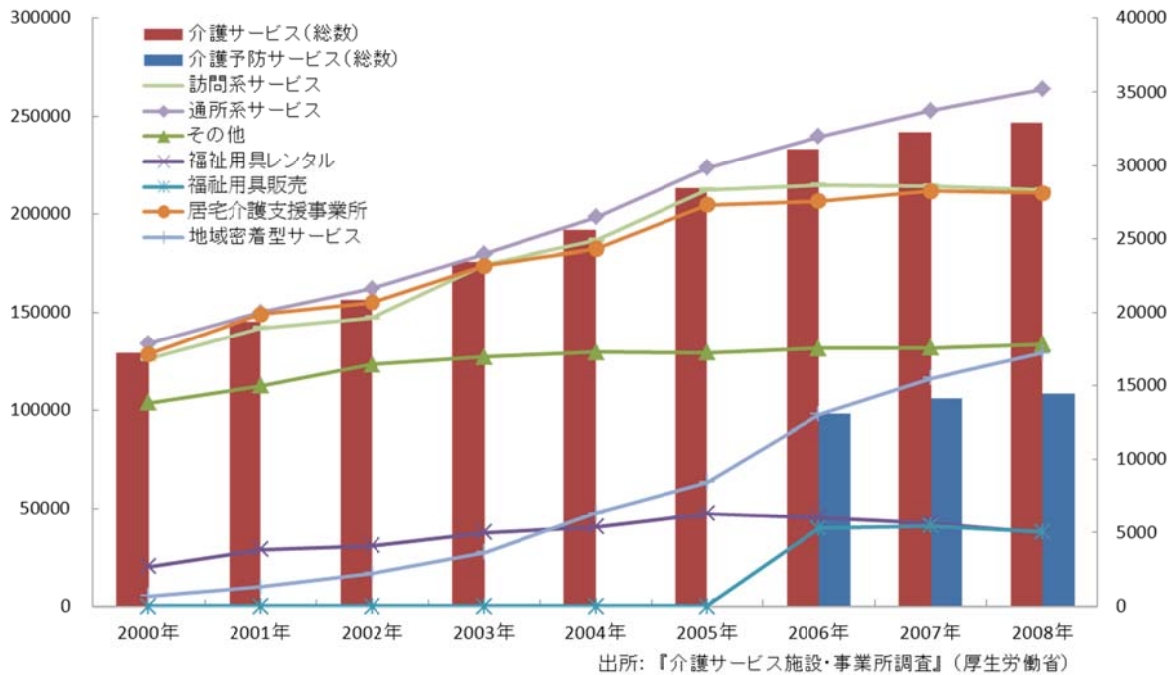


図 3-3-3 サービス別介護事業所の推移 (全国)

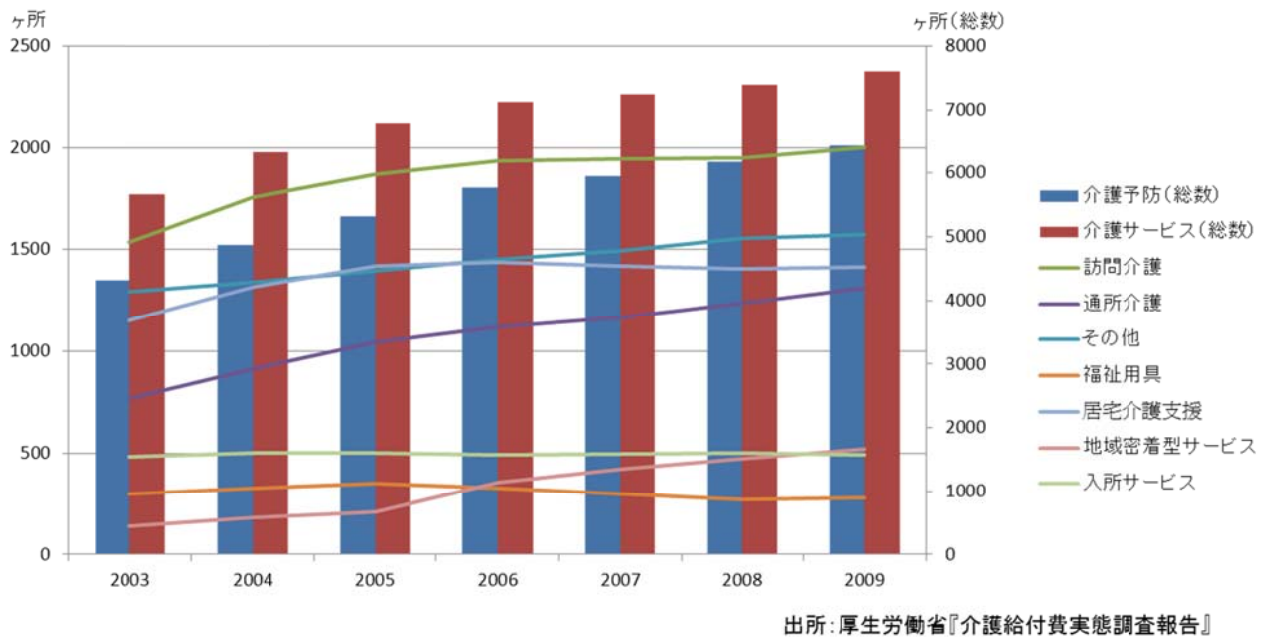


図 3-3-4 サービス別介護事業所の推移 (兵庫県)

注:)地域密着型サービスの2005年以前は、認知症対応型共同生活介護の数値

第4章 医療と福祉関連・支援産業

第1節 医療産業と関連産業

1-1. 医療の福祉における役割

福祉における医療の役割は非常に大きい。特に、介護サービスにとって医療は事業のためには必要不可欠である。しかし、医療そのものについての考察は、「長寿社会における高齢者の介護・医療システムの適正化戦略」にゆずるため、本研究では介護サービスの周辺産業としての位置づけで医療を考察する。

1-2. 日本の医療機器業界

薬や医療機器は、安全性を担保するために薬事法で規制されている。そのため、医療機器の製造、輸入、販売について厚生労働大臣の認可が必要であり、薬と同じように、臨床試験や安全性のテストが求められる。そのため、医療機器業界に参入するには、非常にハードルが高いのである。特に、中小企業にとっては製品化するまでの資金などの面で続けることができない。実際に、福祉関連製品製造業のヒアリングでも、医療用の基準はクリアしているが、臨床試験を行うだけの資金がないため、断念したとのケースもあった。また、製品化に成功しても、医療業界の複雑な流通構造や、細分化された領域など中小企業にとっては障壁が高いのである。そのため、県内中小企業の参入を促すために規制緩和を進めることも方法として考えることができるが、後述する国際的な整合化の動きもあり容易ではない。

① 医療機器規制国際整合化会議（Global Harmonization Task Force：以下、GHTF）

医療機器の製造輸入・販売は、日本だけが厳しく規制しているわけではない。アメリカやEUなどの他の先進国でも同じように規制されている。また、中国を含む途上国でも、同様のことが言える。しかし、このように各国が独自に規制をすることは、経済的結びつきを強めることで利益を得てきたグローバル経済の動きに逆行することである。しかし、一方で医療機器は人の生命にかかわる製品であるので、単純な規制の撤廃や緩和が好ましいものではない。そのため、グローバルに規制の統一化をする動きがでてきた。

GHTFとは、医療機器の規制の国際的な整合化を進めるために、1992年に創設された国際会議である。その会議では、日本、アメリカ、EU、カナダ、オーストラリアの5ヶ国の政府と産業界代表が参加している。そこでは、運営委員会をトップに、5つの研究グループによって整合化のための合意事項のガイダンス文書作成に携わっている。5つの研究グループには、市販前規制、不具合報告、品質システム、QMS 査察、臨床評価がある。その研究グループで整合化された合意事項を、各国は、遵守し規制の不整合を回避することを求めている。

また GHTF のリージョナルメンバーとして、医療機器規制アジア整合化作業会議（Asia Harmonization Working Party：以下 AHWP）によって、GHTF でうけたガイダンスをアジアでも適応する活動がある。このメンバーは、日本をはじめとして ASEAN、中国、韓国、台湾、香港、インド、パキスタン、サウジアラビア、ヨルダン、アブダビ、イエメン、南アフリカ、チリの合計22の国と地域が参加し、世界人口の約半分をカバーしている。

第2節 福祉産業における関連・支援産業

2-1. 福祉関連業界の現状

①福祉機器業界の現状

福祉機器業界には、非常に多様な製品とそれにかかわる企業や団体などの組織がかかわっている。業界団体である日本福祉用具・生活支援用具協会では、アンケート調査とヒアリングによって、福祉機器に関する市場調査を行っている。この協会による福祉機器は、家庭用治療器、義肢・義足、おむつとか入浴・排せつ関連、衣類などのパーソナルケア製品、つえ、歩行器、車いす、リフトなどの移動機器、ベッドやホームエレベーターなどの家具・建物を含めている。また、メガネや補聴器などの視覚・聴覚支援の何か機具をコミュニケーション機器として、ずれ防止、訓練機器、レクリエーションなどの在宅等介護関連分野としている。直接、介護者が利用するものだけでなく、厨房や洗濯機械、施設管理をシステム福祉施設用機器として定義している。さらに、社会参加支援機器としては、公共交通や福祉に関連する点字の本、新聞などが重要性を持つようになってきている。

また、本来は福祉ではないが、健康や美容関連も福祉との領域があいまいになりつつある。アンチエイジングという言葉と介護予防がそれである。神戸市のしあわせ村にあるスポーツジムやプールで、高齢者や障害者に対するリハビリを兼ねたトレーニングを行っている。他にも、福祉を利用した新しいビジネスモデルも生まれてきている。北九州のソフトウェア開発業者は、成年後見業務支援システムを開発することで、成年後見をビジネスとして活用できるように支援している。しかも、成年後見制度における問題として、後見人による使い込みや不正も、ビジネスにすることで透明性や公正性を確保できるという点もメリットである。福祉というと、ビジネスや産業としてみなすことに抵抗があるという意見もまだ根強いが、一方で事業者は金融機関や行政による認可など目に見える形で監視されるというメリットもある。株式会社であれば、より株主に対して説明責任が求められるために、情報公開はNPOなどよりも透明性が高い場合がある。

このように、福祉関連産業には、従来の福祉機器の製造業や流通業だけでなく、情報通信産業や対人サービス業、対事業所サービス業など多様な業種が存在している。そして、企業組織としても、地方自治体に加えてNPOなどの非営利組織、社会福祉法人だけに及ばず、大企業から中小企業までの民間企業も存在している。また、大学などの教育機関、福祉関連の情報発信をする出版社も含まれている。

②福祉機器の研究開発

次に、福祉機器における研究開発の現状として、福祉のまちづくり研究所のヒアリング調査の結果を紹介する。福祉業界の一番大きい課題は、市場規模が非常に小さいことである。その結果、研究開発が公的給付金や補助金にターゲットを絞っていることが多い。つまり、ニーズをくみ取った開発ではなく、どういうものを開発すれば公的給付金や補助金、介護保険に適用できるかということを考えて開発している。そうすると、障害者や高齢者の利用者が本当に必要な製品の開発が進まないことになる。そもそも、消費者ニーズの把

発泡スチロール製で軽量

車椅子用スロープ好評

周南の「環境造形」移動、成型も簡単

周南市古泉の建設メーカー「環境造形」が、軽量で持ち運びが簡単な発泡スチロール製の車椅子用スロープを開発、好評だ。取り外し可能なため、家庭や小規模事業所の玄関などで重宝されている。発泡スチロールを使った装飾品などを手がける同社の大亀守社長



発泡スチロール製のスロープを片手で軽々と持つ大亀社長

（61）が昨春、福祉施設関係者から「軽いスロープはできないか」と尋ねられたのがきっかけ。

表面に厚さ数ミリのFRP（繊維強化プラスチック）を敷いて強度を高め、人が乗っても負荷が板全体に分散されて、「べこみ感」をほぼ解消。段差の形に合わせた成型も簡単と

【諫山耕】

いう。幅90センチ、奥行き60センチ、高さ10センチの簡易型（1万円）は重さ約2・5キロ。大人が片手で持てる。実際に触れてみると安心する」と大亀社長。価格は大ききで決まる。問い合わせは同社（0834・63・1980）。

握手段がメーカー側でないことが多い。誰に聞いてどういう情報を得て開発すればいいのか、その方法が理解されていないのである。そうして開発したとしても、完成した試作品の検証をする場がない。一般的な製品であれば、特定の人に対する検証や実験は問題ないが、福祉機器に関してはそれを使える人や使う人とは非常に特定される。従って、試作品を適切な利用者で検証をすることができないことが大きな課題である。つまり、利用者と業者との接点がないことで、福祉のまちづくり研究所ではその問題点を解決しようと取り組んでいる。

この取り組みについて最大の障害となっているのが、人手不足である。県立の施設ということで県の財政状況の悪化に伴って、施設の職員が削減されており、このような福祉機器に対する専門職員の数が非常に少なくなっている。さらに、メーカーなどの業者との情報交換が、職員の個人的つながりに依存しているために、機能的な運用ができていない。上記のような取り組みをよりシステム化することが求められている。

③福祉機器業界への参入

この業界に対する参入としては、中小企業の技術移転という視点から期待されている問題である。この業界に多様な業種があることは先に述べた。それは、福祉とは無関係な業種からの参入が増えたからでもある。実際、ヒアリング調査などによると、様々な企業が福祉領域へ参入してきている。例えば、神戸は異国情緒漂う建築物が多いが、そのような雰囲気を支えている山口県の建設メーカーである「環境造形」を紹介する。このような建物に装飾をする場合、軽さと強度が必要であるので、発泡スチロールを使っている企業がある。この企業は、そうした技術を活かして、発泡スチロールで段差解消のスロープを製造販売している。建物の外部の装飾に利用しているため強度もあり、発泡スチロールであるため軽く持ち運びが容易である。また、加工も容易であるため、どのような場所にも適

用できるスロープを短期間で作ることができるのである。

もう一つは、大阪府のゴムの製品製造業者の事例である。これは、ゴム製品を製造していた経験からその技術を生かして歩行誘導マットの製造に参入してきた。視覚障害者に対して駅など公共機関にある歩行用を補助するものである。従来の製品は、凹凸によって視覚障害者に道を示していたが、この製品はその凹凸がなくとも認めることができ、さらに複数の種類を作ることができる。そして、持ち運びも自由にできるため、設置が簡単でコストがかからないというものである。例えば、病院や公的な機関に新しく簡単に設置可能であるうえに、ゴムなので自由に伸縮できるというメリットもある。

このように、市場参入は既存技術を活かした形で参入が進んでいる。特に、中小企業は日本経済の停滞に伴って、これまでの取引関係に依存した経済活動が困難になりつつある。頻度の高いメンテナンスやカスタマイズが必要な福祉機器製造は、企画化された大量生産をする大企業よりも、地域の中小企業の方が競争力を発揮することはこれまでの産業集積論やクラスター論で語られてきたことであった。従って、このような中小企業の参入は今後も増えると予想される。

2-3. 地方自治体の取り組み・支援

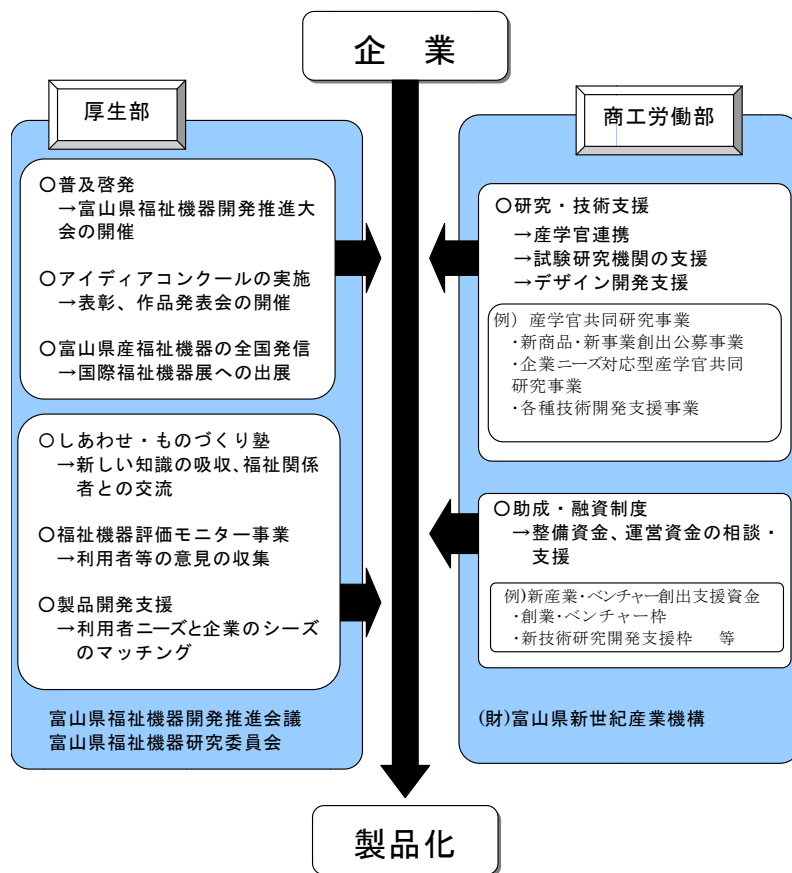
自治体による福祉機器に対する支援の取り組みについて、富山県と川崎市の事例を紹介する。

①富山県

富山県では、支援体制として厚生部と商工労働部が協力体制を築いて、富山県内の福祉施設・福祉用具関係者、大学、研究機関が一体となっている。そして、福祉機器の製品開発に「福祉機器開発推進会議」を設置し、福祉機器の開発及び普及啓発を推進する組織として産学官民の連携を行っている。具体的には、講演等による福祉機器開発の普及啓発、福祉機器に関するアイデアコンクールの実施、富山県産の福祉機器として全国発信を行っている。特に、賛助会員に対する「しあわせ・ものづくり塾セミナー」では、全国の講師による福祉機器関係の啓発講座を実施している。また、福祉機器評価モニター事業や製品の検証をフィードバックするモニター事業を実施している。

②川崎市

川崎市は、福祉機器の製品開発ガイドラインを示した「かわさき基準」を提唱している。これは、利用者にとって最適な福祉製品のあり方を示した基準で、自立支援主な目的としている。つまり、自分でできることではなく、「自らが望む」、「主体的に選択、自己決定できる」ことであり、家族や地域が協力することを含めている。この理念は、スウェーデンの基本方針や理念を参考にし、介護保険における理念を加えて、「8つの理念」を提唱している(資料「かわさき基準の全体像」)。それら基準をクリアした製品に対して、認定することが「かわさき基準」である。この「かわさき基準」は川崎市以外の地域からも参加することができるが、認定機器に対して具体的支援がいまだ不明確であり、それは特定の民間企業に対して市が支援することが認められるかを危惧している。



出所：富山県資料

図 4-2-1 富山県における福祉機器開発支援体制

平成17年度講座実績

日時・場所	テーマ	講演者	内 容・事 例
第1回 平成17年 11月24日 (木) 13:30-15:30 富山県総合福祉会館704号室	福祉用具をとりまく動向	早稲田大学特任教授 (人間科学部健康福祉学科) 山内 繁氏	「福祉用具法(H5-10-1 施行)」からこれまでの国内の取り組みについて。 前国立身体障害者リハビリテーションセンター 研究所長として、同法及び関連施策への関わりから、これまでの国内における福祉用具に関する流れと利用者ニーズに基づく商品化について解説。
第2回 平成17年 12月17日 (土) 13:30-15:30 富山県総合福祉会館701号室	開発製品報告	セコム株式会社開発シニアエンジニア 石井 純夫氏	介護支援ロボット「My Spoon」について 自分の力で食事が出来ない・障がい者、高齢者のための食事自立装置、NHKテレビ「福祉」で製品紹介。手が不自由で食事介助を受けている人が簡単な操作を行うことにより、自分で食事ができるようになる日本発のロボット開発について解説。
第3回、4回 平成18年 2月18日 (土) 13:30-18:30 富山県総合福祉会館701号室	開発製品報告 高齢社会における「ものづくり」のポイント	独立行政法人産業技術研究所 主任研究員 柴田 崇徳氏 日本政策投資銀行富山事務所長 藤田 寛氏	アザラシ型癒しロボット「バロ」について 聴覚、視覚の他、触覚に対応する複数のアクチュエータによるあたかも感情がある生物のように自立的に行動するロボット開発について解説。 「産業構造と福祉機器開発について」～福祉用具開発研究の現状と展望～ 全国の開発企業の事例紹介と特徴及びその動向について解説。

平成18年度講座実績

日時・場所	テーマ	講演者	内 容・事 例
第5回 平成18年 5月27日 (土) 13:30-15:30 富山県総合福祉会館704号室	福祉用具をめぐる現状と将来	財団法人 テクノエイド協会開発部普及部長 井坂 順彦氏	福祉用具の研究開発等の推進、福祉用具の試験評価、情報の収集及び提供の取り組みについて 福祉用具の普及・促進のための各種支援事業や調査研究事業について紹介するとともに、福祉用具の評価制度など最近の福祉用具を巡る状況について解説。 その他、テクノエイド協会や新エネルギー・産業技術総合開発機構(NEDO)の支援策に関する最新情報の紹介。
第6回 平成18年 8月5日 (土) 13:30-15:30 富山県総合福祉会館704号室	福祉機器の開発のポイント	星城大学リハビリテーション学部教授 畠山 卓朗氏	福祉機器研究者、技術者としての視点について 高齢者、障がい者の立場にたった福祉機器の研究について、真のニーズの把握、バリアフリーとユニバーサルデザインに加え、開発が失敗する要因など、経験に基づく福祉機器研究者・技術者としての機器開発の視点を解説。
第7回 平成18年 11月18日 (土) 13:30-15:30 富山県総合福祉会館704号室	福祉機器の将来	福祉技術研究所 代表取締役 市川 列氏	それぞれの障害に応じた福祉機器の開発について 利用者ニーズに対応した使える福祉機器について、その人それぞれの生活環境を考慮した上での福祉機器開発について解説。

出所：富山県資料

図 4-2-1 富山県「しあわせ・ものづくり塾」のセミナー講座

「かわさき基準」の全体像

平成 19 年 11 月

理念	本文	製品開発ガイドライン			
		細則 (例)			
		移動・移乗	排泄	入浴	コミュニケーション
人格・尊敬の尊重	Ⅱ-1. 人格・尊敬に対する配慮	⑧利用者の心理特性・尊敬に対する配慮 (歩行)	⑥利用者の尊敬に対する配慮 (排泄)	⑧利用者の尊敬に対する配慮 (洗体)	③利用者の尊敬に対する配慮 (理解)
	Ⅱ-2. 利用者のライフスタイルに対する配慮	⑥利用促進に対する配慮 (歩行)		⑤利用促進に対する配慮 (入浴)	②利用促進に対する配慮 (理解) ⑧利用促進に対する配慮 (意思伝達)
利用者の意見の反映	Ⅲ-2. モニター・専門家による評価に対する配慮				
自己決定	Ⅳ-1. 製品情報の提供に対する配慮				
ニーズの総合的把握	Ⅲ-1. 客観的なニーズ把握に対する配慮				
活動能力の活性化	Ⅱ-4. 機能性及び自立支援に対する配慮	①自立的な立上り・起上りに対する配慮 (立上り・起上り) ②利用者の身体特性に対する配慮 (立上り・起上り) ⑤利用者の身体特性に対する配慮 (歩行) ⑨自立的な階段昇降に対する配慮 (階段昇降) ⑫快適性に対する配慮 (階段昇降) ⑬快適性に対する配慮 (車いすでの移動) ⑬利用者の身体特性に対する配慮 (車いすでの移動) ⑬自立的な移乗に対する配慮 (移乗) ⑬機能性・快適性に対する配慮 (移乗)	①自立的な着脱に対する配慮 (排泄に保つる衣類・器具) ②利用者の身体特性に対する配慮 (排泄に保つる衣類・器具) ③快適性に対する配慮 (排泄に保つる衣類・器具) ④利用者の身体特性に対する配慮 (排泄) ⑤自立的な排泄行為に対する配慮 (排泄)	①自立的な移動に対する配慮 (移動) ②介護者の利便性に対する配慮 (移動) ④機能性に対する配慮 (入浴) ④操作性・理解性に対する配慮 (入浴) ⑦機能性・快適性に対する配慮 (洗体) ⑨操作性・理解性に対する配慮 (洗体)	①自立的な認知に対する配慮 (理解) ④操作性・信頼性に対する配慮 (聴取) ⑥機能性に対する配慮 (視覚障害用機器) ⑦自立的な意思伝達に対する配慮 (意思伝達) ⑨機能性に対する配慮 (意思伝達)
	Ⅱ-5. 心理的受容性に対する配慮 Ⅱ-6. 社会的便益に対する配慮	⑧利用者の心理特性・尊敬に対する配慮 (歩行)	⑦空間適合性・利用者の心理特性に対する配慮 (排泄)		
利用しやすさ	Ⅳ-2. 購入・維持・修理のしやすさに対する配慮	⑬維持・修理の容易性に対する配慮 (車いすでの移動)			
安全・安心	Ⅱ-3. 安全性及び社会的要請に対する配慮	③特別な場所での使用に対する配慮 (歩行) ④信頼性・耐久性・可搬性に対する配慮 (歩行) ④耐久性・可搬性に対する配慮 (車いすでの移動) ⑦バリアフリー住宅・施設での使用に対する配慮 (歩行) ⑪準備の簡便性に対する配慮 (階段昇降) ⑬準備の簡便性に対する配慮 (移乗) ⑦バリアフリー住宅・施設での使用に対する配慮 (歩行)			⑤可搬性・特別な場所での使用に対する配慮 (目視)
ノーマライゼーション	Ⅴ-1. 生活環境に対する配慮 Ⅴ-2. 社会環境に対する配慮		⑦空間適合性・利用者の心理特性に対する配慮 (排泄) ⑧環境適合性に対する配慮 (排泄)	③バリアフリー住宅・施設での使用に対する配慮 (移動) ③バリアフリー住宅・施設での使用に対する配慮 (移動)	

第5章 福祉産業活性化のための政策提言

第1節 福祉産業の定義

これまで検討してきたように、福祉とは単なる介護保険によるサービスの提供とその制度や、財源を含めた再分配の問題ではない。日本や地域における経済活動に占める大きな産業である。産業である以上は、川上から川下まで取引関係で結ばれた価値連鎖がその領域である。そのため、これまでの福祉の領域を越えた範囲を福祉産業とみなさなければならない。本研究では、直接サービスとしての介護サービス、福祉機器や用具などの関連産業、医療や医療機器産業を含めることが重要である。また、福祉領域に資源を投入する、教育・研究機関や情報発信なども含める必要がある。加えて、新しい福祉ビジネスも生まれてきている。このような、裾野の広い産業として、福祉産業を捉える必要があるだろう。

第2節 研究の成果と政策提言

これまで述べてきた福祉産業についての研究をまとめ、その成果を活かして以下の通り政策を提言する。

① 県内中小企業への支援

福祉機器製造業界における産業組織構造は、カスタマイズやメンテナンスが必要な製品が多い。つまり、少品種大量生産ではなく多品種少量生産型の製造業であることがわかる。スウェーデンの製品が優れているのは技術力ではなく、福祉機器をつくるための理念であり、そこには人間らしく生きるためには何が必要かを考えたうえで製品開発している。そのような、いわゆるニッチ市場や受注生産市場は地域の中小企業が競争力を持つため、産業政策として福祉関連・支援産業への参入支援策を行うべきである。具体的には、富山県や川崎市の事例が参考になるだろう。ただし、これまでのように資金援助や融資のような金銭サポートは慎むべきである。

また、医療機器メーカーが福祉機器産業へ参入することは容易であるが、中小企業が医療機器産業へ参入することは非常にハードルが高い。そのため、県内中小企業はまず福祉機器産業への参入を促した上で、その成長性から医療関連への参入を目指した方がよい。

② 中間支援組織

上記の中小企業への支援の一環として、交流や中間支援のための組織をつくり、そのもとで福祉機器などの新しいニーズの発掘や製品開発支援などを行う。福祉機器の開発の項や、富山県、川崎市の事例でもとりあげたが、企業がニーズを発掘することはこの産業では容易ではない。なぜなら、企業と消費者が直接繋がっていないことが原因の一つにある。例えば、要介護者が介護サービスを受けるにしろ、福祉機器を利用するにしろ、かならずケアマネージャーのケアプランを通さなければならない。つまり、自分の好みや意見だけで決定できないという事情がある。また、要介護者が認知症などで自ら判断できない可能性もある。その場合、家族や介護者がサービスや製品を決定するのだが、誰のための製品であるのかが曖昧になる。例えば、介護者や家族が便利であっても、要介護者には適さないものもあるかもしれない。また、施設ではそれぞれに介護に対する理念や思

想が存在する。そのような、理念に反する製品もまた、その施設にとっては適当ではないだろう。

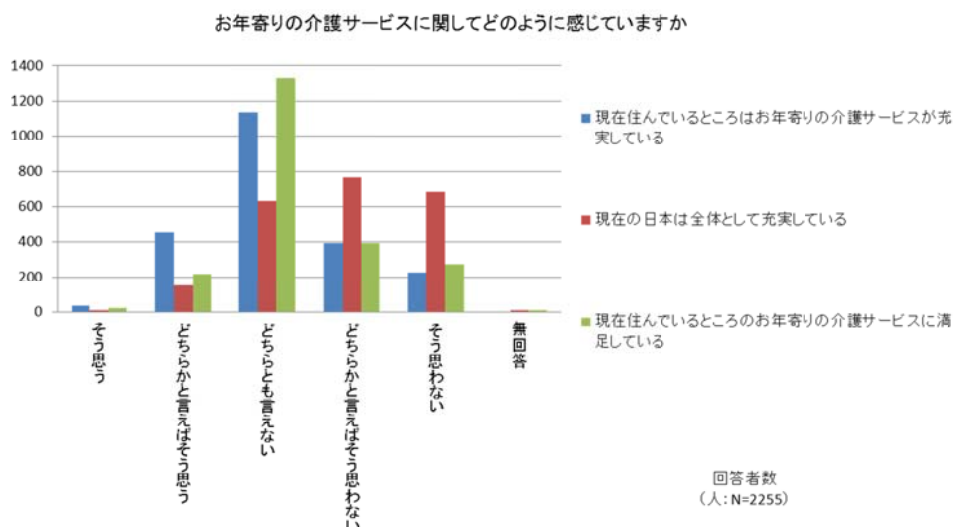
このように、福祉産業はニーズの把握が難しい。そして、どれも間違いではないのである。そのため、様々なニーズから企業や事業者は新しい製品やサービスを創出していかなければならない。何かを教えてもらったり、与えられたりで起こるイノベーションでは、適切なニーズに応えることができないだろう。そのため、自らが発見する場である様々な業種や団体、組織が集まることができる中間支援組織が必要となる。現在のところ、その可能性がもっとも高いのは地域包括支援センターである。

③統計データの整備

前節で述べたとおり、介護保険制度によるサービスだけが福祉産業ではない。そのため、新しい福祉産業の定義で、毎年の統計データを整備することが求められる。地域や日本の経済成長のエンジンとするためには、実態の把握が重要である。しかし、現在の産業分類では正確な福祉産業を捉えることができない。そのため、雇用者の数や付加価値額が把握できなければ産業政策や雇用対策など、適切な政策を打ち出すことができない。定期的な統計データを整備することが必要である。

④地域のための制度設計

市場原理にしたがえば、ニーズのあるところに供給があるので、市場原理が働いているならば現状がもっとも公正であるはずだ。しかし、多くの人が感じているように日本の福祉について十分とは感じていない。当機構が行ったアンケート調査でも、日本全体の福祉の充実度は非常に低いと感じている一方で、自らが住む地域の福祉の充実はよく分からないと答えている。そのため、実際に何が足りないというわけではなく漠然とした不安感が覆っていると理解することができる。これは、つまり自分たちが意思決定のプロセスに参加できないことではないだろうか。日本以外の先進国での福祉制度は、必ず地域が決定している。なぜなら、福祉の特性として多様であるからで、地域のニーズとは異なっているのである。そのため、国が決定した制度とサービスを全国一律に同じ条件で運営することは、非常に矛盾が生じる。現在の制度では、介護予防における支援事業の一部のみ認められている地域ニーズに応じたサービスを、地方自治体の裁量の範囲を拡大する制度的な変更を国に働きかけていくことが求められるだろう。



第 3 節 おわりに

神戸が震災の被害をうけて 16 年が経過した。当時の、物理的被害は完全に修復し、見た目の賑わいも戻っている。しかし、被災した人々が県外に移転したり、企業が倒産したり、また神戸港の荷物取扱量は震災前の水準に戻っては居ない。本研究機構でも、16 年も続けていまだに復興について対策を続けているのである。

そして、2011 年 3 月 11 日に発生した東北地方は、地震と津波、そして原発事故とそれに電力不足と四次災害まで発生している。家やインフラは破壊され、多くの方が亡くなった。そして、そこにあった産業も阪神大震災の比ではない被害を受けた。神戸の経験から言えることは、災害前と同じ状態には絶対戻ることはないのである。今後、東北においても復興が始まるだろうが、そこに新しい産業を気づけるかどうかが鍵となってくるだろう。

これは、震災に限らず都市や地域の衰退においても同様で、新しい産業を作り出すことが現在のところ有効な処方箋である。その新しい産業を作り出すには、その領域に資金や人、技術を流入しなければならないのである。そのためには、市場原理に基づいた産業としての機能を果たす必要がある。

そして東北に限らず、電力問題によって首都圏の経済活動に著しい制約が生じている。このことは、関西経済にとってチャンスである以上に危機でもある。単なる、首都圏の代替機能として、関西がその役割を担うのであれば、いずれ立ち直る首都圏との競争にまけることになるだろう。代替することは現状維持であり、単なる一時的な現状の量的拡大でしかない。そしてそれは、日本経済全体にとっても好ましいことではない。それは、経済的停滞の本質的問題の解決になっていないからである。本研究における福祉の領域は、日本が抱える停滞感を打ち破るだけでなく、日々の暮らしを支える産業としての可能性を大いに秘めていることは分かった。今後の震災からの復興や、低成長時代の日本のよい処方箋となりうることを信じたい。

参考文献

- 岡本祐三、一円光弥、八田達夫、木村陽子(1996)、『福祉は投資である』、日本評論社
- 笠原政幸(2004)、『アメリカの高齢者医療、介護の事情—ミネソタの現場から』、財団法人保健福祉広報協会
- 厚生労働省、『平成 18 年身体障害児・者実態調査』
- 厚生労働省、『介護サービス施設・事業所調査』
- 厚生労働省、『介護保険事業状況報告』
- 厚生労働省、『介護給付費実態調査報告』
- 国立社会保障・人口問題研究所(2009)、『社会保障統計年報』
- 自治体問題研究所(1998)、『社会保障の経済効果は公共事業より大きい—産業連関表による生産・雇用・GDP 効果比較』、自治体研究社。
- 清水谷論・野口晴子(2004)、『介護・保育サービス市場の経済分析』、東洋経済新聞社。
- 下野恵子・大日康史・大津廣子(2003)、『介護サービスの経済分析』、東洋経済新聞社。
- 藤田伍一、塩野谷祐一編(1999)、『先進諸国の社会保障 7—アメリカ』
- 武川正吾・塩野谷祐一編(1999)、『先進諸国の社会保障 1—イギリス』
- 西村周三(1997)、『医療と福祉の経済システム』、ちくま書房。
- 日本福祉用具・生活支援用具協会(2010)、『福祉用具産業市場動向調査報告』
- 兵庫県(2010)、『高齢者福祉施設一覧』
- ひょうご震災記念 21 世紀研究機構(2010a)、『安心の経済循環と新しい賑わいの研究』(調査報告書)
- ひょうご震災記念 21 世紀研究機構(2010b)、『長寿国につぼん活性化への提言(総論)』(調査報告書)
- 古瀬徹・塩野谷祐一編(1999)、『先進諸国の社会保障 4—ドイツ』
- 保健福祉広報協会編(2006)、『英国の医療・福祉制度の歩みと展望』
- 保健福祉広報協会編(2008)、『創設から 12 年、ドイツの介護保険の現状』
- 前田由美子(2009)、「医療・介護の経済波及効果と雇用創出効果—2005 年産業連関表による分析—」(日医総研ワーキングペーパー)。
- 丸尾直美・塩野谷祐一編(1999)、『先進諸国の社会保障 5—スウェーデン』

資料

第一回研究会議事録

2010年6月21日

場所 (公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構

○林敏彦(公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構研究統括(以下、林敏彦)

自民党の質問に以下のようなものがあつた。

- ・三木市の金属部品加工が医療機器メーカーへ供給できないか
- ・福祉は消費なので、資源を投入しても効果はないのではないか

これの答えとしては、福祉は高齢者と身障者以外は必要ないが、消費してその人が死んでしまうと終わりではなく、家族や地域に対する影響がある。また、産業活動は、他の部分の産業活動に消費する。さらに投資だけに注目してきたこれまでの成長産業の見方であり、むしろ最終消費を豊かにすること自体が社会に顕在化しているという時代の変化を考えなければいけない。つまり、福祉に投資しても無駄であるという常識論に対する理論武装が必要ではないか。

○加藤恵正 (公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構上級研究員(以下、加藤)

医療も明らかに産業、サービス業としてとらえ、その中でどう展開していけるかということが最大の課題になっているが、ビジネスとしての医療がうまく結びついていないということ、大学の医学部が地域の中に連動していない構造になっている。医療と比較して、福祉の産業化を邪魔しているものは何かを議論したい。

また、地場産業の高度な技術は、生産に入ってからビジネスになる。医師と医療機器メーカーの関係から複雑な構図が日本ではありうる。そうした中で、欧州製の機器を使っていることは、普通の産業とは異なった構図が考えられるではないか。福祉でもそのあたりを教えていただきたい。

○桜井靖久 (公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構主任研究員(以下、桜井)

昨年度は、安心・安全のまちづくり研究として進めていたが、今年度は『長寿国につぼん日本活性化』プロジェクトの一つになった。ほかの3つは、「福祉社会実現のための新しい公共セクターの構築」、「女性高齢者の就労支援と家庭支援、及び雇用の創出」、「長寿社会における介護医療の適正化の方策」である。本研究では、長寿国につぼんの活性化には、医療福祉に関連・支援産業の充実、それを支える地域経済の持続的な成長をめざし、そのために何が必要であるかを調査することが目的である。

○野間敏克 同志社大学教授(以下、野間)

タイトルの副題の「コンビニ化」の意図は何か。

○林敏彦 まちづくりにコンビニは重要になっている。地域開発の時にかつては学校が中心にコミュニティができていたが、むしろショッピングセンターやコンビニがまずありきで、まちができています。さらに、昨年の提言であるクラスターのイメージがもう一つ明確にし切れなかった。どこか特別の場所に作るのではなく、ニーズに近いところに福祉ができるべきであろうというイメージを刺激的にあらわしている。一方で、福祉は入居者の家族のためのものでもあり、家族にとってすぐそばにいる場所であるということで、刺激的にコンビニ化と言っている。コンビニという名前でなく、医療のデジタルコンプレックスやメディカルセンターでもいい。一カ所の建物でなくても、コンビニや専門クリーニング屋があ

り、総合病院のようなものをイメージしている。

○林万平（公財）ひょうご震災記念21世紀研究機構研究員（以下、林万平）

山奥に福祉施設をつくると労働力が確保できない。医療施設が過疎の地にないという現象と同じことが起きる可能性がある。都心部に近いほうが労働力の供給を見込めるので、事業者側からもあまりいいモデルではない。

○林敏彦 過疎地では高齢化しており福祉が必要なので、その政策的な対応と、産業として自立して回る部分の両方を研究会として考える必要がある。

もう一つは、福祉は公費負担があるので需要があるだけでは産業として発展せず、必ず財政も必要だという意見がある。しかし、この研究会ではむしろ、公費がなければ発展しない産業に問題があり、自立した産業にするための方法を考えたい。

○桜井 医療福祉産業の規模と成長性を統計的にとらえること、福祉に関連する川上・川下の産業の実態を把握する。そこから、需要創出の推計などから福祉産業を活性化する方法、地域の成長のための戦略を考えたい。そして、福祉の高齢者、児童、障害、貧困の中で、貧困以外で産業として考える。

研究の進め方は、ヒアリング調査行う。既存サービス事業者、起業、転業というパターンを考えたい。その他、関連産業である関連機器製造や住宅改修、食品などを考えている。支援サービスについては、コンサルタントや情報通信、情報発信、人材育成が考えられる。そして、それ以外の関連・支援産業を、福祉と完全に関連してるものとしてとらえるのかというところを、議論したい。

一方で、福祉産業の成長に対する批判を考慮しなければならない。というものがあります。その論点は、自立的な成長がそもそも期待できる分野ではない、雇用創出効果が高い理由は非正規労働者が多く賃金が安いからであり、予備的貯蓄（高齢者の貯蓄）の取り崩しの問題、の三点がある。この批判に応える議論も考える必要がある。

山口さんに伺いたい。うまくいっている施設とそうでない施設、また措置時代からの施設と、最近になって他の業種から参入してきた施設と違いはあるのか。

○山口 幸 高齢者総合福祉施設オリンピア兵庫館長（以下、山口）

2000年からの介護保険制度では、在宅サービスに関しては法人格を持っていれば参入できるようになった。増えたのは、NPO法人と有限会社で、その二つは注目してもよい。ただし失敗した例や、社会福祉法人でも病院がやっていたり大きな民間企業だったりというケースもあるので、法人格だけではわからない部分もある。今は株式会社で特別養護老人ホームをすることはできないが、株式会社が社会福祉法人をつくれれば可能だ。

○加藤 医療と福祉の産業ということから、その関連性について現状はどうなってるのか。

○山口 特別養護老人ホームは必ず嘱託の医師が必要で、神戸市は自由に医師を選ぶことはできない。医師会と三者で契約を結んで選んでいる。現在は過渡期で複雑な状況にあるが医師の存在がないとサービスを提供するということは難しい。

○加藤 医師会は非常に大きな強力な組織であるので、柔軟に動けず医療の産業化が難しくなる、一つの要因と考えられる。神戸の医療産業都市構想では、一般の神戸の病院との連携は、ほとんどないのが実情だ。市民の期待としては、近くの病院から高度な研究開発が集積しているので、東京では治らない病気でも治ると思っている。兵庫県で高度な福祉があるとすれば、同じように市民は期待する。政策的にそのような提案もあればよい。兵庫県医師会と神戸市医師会に対して提言す

るというのも考えてよい。

○山口 要介護認定のシステムの中にも、必ず二名の医師と三名の保健師、そして学識経験者が入っているので、医師の占めるウエートが大きい。さらに、2次審査では1次判定の結果と主治医の意見書を合わせて審議をする。そこでは、主治医の意見書が重要で直接的に福祉業界とかかわっている。

○加藤 例えば施設で医療行為が必要な時は、病院に入院することを勧めるのか。

○山口 今まで、レーゾーンだった。例えばインシュリンの注射は自分でも家族でも可能だが、介護士はできない。建前ではそうだが、実際は行われていたということがあるので、今年度から緩和しようという議論がはじまっている。

○加藤 通常は、体調悪くなると病院に行き、治ったら帰ってくる。ある施設では、下が病院で上が介護施設なので、エレベーターで移動だけですんだ。そうでない限りは、病院と施設を移動しなければならない。施設でできる医療行為にグレーゾーンがある。

○野間 医療と介護に接点があるのはわかるが、クラスターや経済循環とかいう観点からとは異なる範囲ではないか。介護の場合地域に密接につながっている。たとえば、施設で働いて収入を得ればその地域にお金を使う。介護に関する機材も近くにあるかもしれない。医療の場合、機器製造は高度な技術が必要なので海外で生産して域内に輸入する場合もある。介護と医療の経済循環のフレームワークで同列に扱うことができるのか疑問。

○齊藤悠実研究会委員（以下、齊藤）

2年前に、医療福祉産業都市を調べた。そのとき、兵庫県の中小企業が医療器具をつくる試みをおこなっていた。一番の障害は、商品開発に時間がかかることと、製造責任者や免許が必要なことだった。中小企業で1社あたり3人必要であるという場合に、企業が団体として集まり、責任者を設置し、製造販売免許をとり販売を行う仕組みはつくられている。しかし、製品化までの時間とニーズをどう掴むかが大きな問題。一方で、人的交流は活発にはしたいが、守秘義務と情報収集の違いがはっきりしない問題がある。メスのようなものをつくる技術はあるが、大量生産してビジネスになるので、かなり時間をかけて黒字化のめどがついた。次に、全国展開する場合、医療器具の卸が特殊だ。記憶が定かではないが、内科は内科の卸、外科は外科の卸がある。参入してすぐに拡販できる単純なシステムがない。さらに中小企業の場合、高度医療機器を作っているような大企業との取引がないので、中小企業に関連する仕事が降りてこない。このような仕組みが、医療器具製造企業と地場産業の接点ではないか。一方で、福祉産業の場合は、規制はかなり緩和されている。たとえば、奈良の医療法人が高齢者の入浴支援器具を兵庫県の靴メーカーに生産を依頼して、利益を得ている話がある。

もう一つは、先ほどの議論で失敗事例についてだが、主婦によるNPO法人たちあげの場合、ケアマネの確保が難しい。そのため、利用者を確保できないので、事業継続が困難になっているケースが多い。

そして、産業としての福祉だが、中国でも高齢化が目の前に控えていることから、たとえば流動食を開発している事業者がサービス業の輸出という形で可能性はあるのではないか。ビジネスモデルを確立することで、福祉は消費としてそこで完結するけれどもノウハウとして技能の蓄積は可能ではないか。

○林万平 この資料①にある、「介護分野は非正規労働者が多く賃金が低いにすぎない」とあるが、

その評価はない。悪いという基準は何なのか。失業率がすごい勢いで伸びている現状であれば、人的な余剰資源を吸収していく方法を一つでも作ることは、プラスの部分はある。その上で、非正規の問題点は別の視点で議論するテーマである。この批判は、消費で終わるのではなく、その後に続く雇用と収入の関係を見逃している。加えて、サービス業自体が労働供給量をコントロールしやすい産業であることを見逃している。つまり、どのようなインセンティブをつけてコントロールしていくかという議論がこれではできない。

○林敏彦 齊藤氏の輸出という視点はまさにそうだ。世界各国が高齢化している中で、日本がその先頭を走っている。中国やヨーロッパも高齢化しており、最も高齢化しないのはアメリカである。そういう状況で、システムなりノウハウなりがあればマーケットは膨大であるという発想になる。たとえば、韓国から日本に介護ノウハウを学びにくるということになれば、人材育成システムや研究システムも開発できるうえに、輸出できる。

しかし、介護で難しいのはその国の家族制度との折り合いをつけることである。韓国の例で言えば、家族の絆が強いので介護士のような他人が介護することに抵抗はある。そのような社会的基盤がある国に日本の制度を植え付けることは難しいが、日本も同じように家族制度が強かった国であったことから、日本が克服してきた経験をいかすことで汎用性のあるシステムができるのではないか。

○山口 日本でも介護保険が始まる10年前までは、親の介護は当たり前という風潮だった。施設を山奥に作る理由は、土地が安いこともあるが、当時はまちの中に立てることに反対が多く難しかった。日本人の感覚は介護が必要な人はかわいそう、スウェーデンでは障害や病気のあるなしにかかわらず普通に暮らす権利があるという意識が強い。そのために、スウェーデンではまちの中に施設が存在する。

逆に、小規模多機能という考え方は逆にヨーロッパにはない。日本で十分なサービスがないので、近隣の人を集めて何かしようということが始まっている。その結果、顔なじみの人がケアするという関係性ができた。これは、海外からも注目を集めている。

○林敏彦 大学もかつて迷惑施設だった。今もそうだと。

○齊藤 本来であればまちづくりの核となるはずではないか。

○加藤 制度が邪魔して、本来の大学まちってというのがなかなかできない。

○林敏彦 象徴的な事例が大阪市で、工場と集積排除法を適用したので、市大も府大も阪大医学部も市内から出て行った。そして、若者がいない。同じように、迷惑施設のような扱いが福祉の中にあったが、そこがどう克服したかというヒストリーも他の国にとっては学習のネタになる。

ビジネスと医療と関連で、回生病院があるが、病院をセコムが購入し社会福祉法人が運営している。安藤忠雄が設計して、有料老人ホームはセコムが運営、病院はまったく別の社会福祉法人が運営している。その老人ホームは、1億円ぐらいします。そして、その人は7年以内に死ぬことが期待されている。福祉に産業が関係するとメリットがあり、それはマネジメントが優れていることだ。通常、人件費を削って利益をあげると思われがちだが、それを実行すると人が来なくなるのでやらない。それ以外の細かいコスト削減ということを産業の人はやっているの、その結果2割から3割のコストが下がる。もう一つは、営業が優れている。ただし、ある施設は、7年で死ぬという料金設定をしているので、それ以上長生きすると赤字になる。それは、一時金ビジネスモデルの問題であるので、家賃や月割りで工夫しなければならない。

○山口 昔から福祉に携わってきた人たちにとっては、マネジメントや営業は、何か嫌われた部分が

あるが、不可欠な部分でもある。

○加藤 昨年度は、福祉の領域で社会的なビジネスを念頭に、労働市場の問題や、社会全体の分配の仕組みに取り組んだが、現実と対応するのが難しかった。一方で、北欧モデルはイギリスとは大分違う。第3の道という方向を考え始めたイギリスと、国の仕組みの中で動かそうという北欧、日本のビジネスモデルが機能し始めると固有の何かを提案できるかなと思う。それが恐らく地域とかなり密接に結びついているというようなことになっていると思う。

○林敏彦 規制緩和の問題も大きい。産業ビジネスとして成り立つようにするためには、細々した規制は余りにもたくさんあるが、具体的に緩和したほうがよいものが幾つか出てくればいいのではないか。

○加藤 医師は絶対に必要だが、工夫でコストは安くなるのではないのか。県庁のある部局や保健所の所長は必ず医師だが、医師かどうかにかかわらず仕事ができる人にやってもらう方がよい。介護の分野に医師が必ず必要かどうかは別の話なので、これを提言するのはどうか。

○斎藤 やはり、治療という面では病院の方がすぐれている。たとえば、衛生面にしても介護施設には限界があり、ビジネスという視点とケアという視点から介護施設は医療高度化という方向にいくのではないか。

○林万平 介護施設で働く人の賃金カーブをどのように引き上げるかが問題だ。それが解決できないと、技能の開発も労働供給も見込めない。それを正当化するためには、なんらかの付加価値が必要になる。労働集約産業で周辺業務しかできないのであれば、そのような賃金は妥当だけれども、そういうサービスに落ちてしまう。医療行為のような技能の形が寄与するのであれば、違った賃金カーブを設定できる。そうすることは、医療と介護の境界があいまいであることでもあり、ニーズにこたえることでもある。

○加藤 介護領域にも、専門職として看護師のように社会的な位置づけが確保する必要がある。

○林敏彦 内部労働市場として、大阪ガスの例では、現場で作業する人たちは、細かなランクづけが内部でなされている。これは国家資格でなく会社の中の資格でできるようになっている。民間にはこのようなことがあるが、介護業界にあるのかどうか。公的資金が半分入っているので、資格は公的資格になっていて、非常に難しいペーパーテストを要求することになっている。その場合、昼間は忙しく試験の勉強ができない、資格が取れないから一定の仕事しかできない。会社としても、仕事をおろそかにして勉強してもらうと困るが、いつまでも資格をとれないことも困る。この矛盾をなんらかの解決方法がないか。

○林万平 トヨタも細かく職務表が決まっていて、できる仕事によって等級が与えられ賃金が決まる。事前にすべて決めているということは、それだけ技能の幅が広い仕事を与えられている。つまり、仕事によって職務の幅が定義されていることによって、できない仕事をさせてロスがでないようにしている。逆に、介護は単純労働を与えられていることで技能の幅がないのでポジションをつくれないと理解できる。しかし、介護の仕事にも本当は技能の幅があるとすれば、その幅に従って提供されるサービスの質が違ってくるので、それが付加価値に変わっていく。たとえば、スーパー介護士のような人がいて賃金も差別化ができるならば、いかにそういうメニューを増やし、技能の幅を広げていくのかというのが課題になる。その一つとして、医療行為があるのではないか。事業者側が単純労働で技能の幅が低いって認知してしまっていることが問題で、規制緩和を推進するということは、実はそういう事業者側のニーズに裏打ちされている必要がある。

○山口 昨年度から職務改善交付金が、介護職に対して給付金がでており、その条件として今年度の9月までに、法人内でのキャリアパスを策定し提出しなければならないことになっている。恐らく、各法人でそういうものを作らと思う。

○加藤 ある程度、地域の中で共有されるキャリアパスのプログラムであれば、この資格持っている人ができる仕事の幅がわかり、その人はインディペンデントコントラクターのようなもので、状況次第で仕事をする。また、一時的に退職したと人も組織に関係なく比較的自由的な働き方ができる。専門職なので技能を向上させることで給料が上がる。しかも場所によって異なる。看護師はそれに近い。

○山口 社会福祉法人ではグループや団体で、そうことをやろうという議論はあるが、株式会社やNPO法人が入ると難しい。看護師の話は、逆にそれがうまく行き過ぎて、渡りの看護師のような人が多いのも問題だ。経営サイドとしては、長く働いてもらわないと困る、たとえば業者の方とのなじみの構築などで。それは、利用者とのなじみは介護の場合は付加価値になるが、病院の場合は患者との接点は深くない。

○山口 介護の場合は用具については介護保険制度でカバーされているが、保育は市町村が独自に補助を出しているケースはあるが、保育園はまだ措置施設なのですべて公費で運営されている。

日本の福祉要具はスウェーデンと比較すると、10年以上おくられているのでマーケットとして非常にチャンスがある。スウェーデンでは、車いすはその人の体に合わせてつくるオーダーメイド型だ。いかにその人の能力を保持するかという観点でつくられているが、日本は同じ規格のまま大量生産して体に合わない車いすに座らせる。そして、ずれるためにベルトで縛る、ということが行われている。

○桜井 そのようなオーダーメイド型製品の製造は地理的な近接性メリットの議論であるので、福祉と器具との関連性ができるのではないか。

○加藤 中小企業グループでは、そういう試みをしている地域の人たちはいる。

○山口 価格の問題も大きく、20万と2万の車いすなら2万円を選ぶ消費者が多い。

○林万平 中国への生産移転に関連して、日本ですべて製造するというスタイルは難しいので、違いを強調していくことは世界展開しやすい。日本はつくることに一生懸命だけど、何もよくないのだろう。よくないものを作っているので売れないのは当然だが、どうしてそうしているのかを考えたとき、何が求められているのかに対する注目か少ない。

○加藤 北欧は障害者が快適に活動できるのかということから車いすの開発をする。そういう開発は最終的に社会のためになるのかということを考えている。そうしてはじめて、輸出できるビジネスのモデルにしていく必要がある。

○林敏彦 なぜ日本にスウェーデンの技術を日本に紹介したり移転したりできないのか。

○加藤 基本的には、大量生産で利益を出す体質があるために、個別に対応しているということが余りない。

○林敏彦 ある規格でしか売ってはいけないという規則があるわけではない。

○林万平 互換性が違うために新しいものができる、それ以外がすべてなくなるというデメリットがあるので、なるべく一つの規格に買う人も売る人もそろえようとする。だから、新しい規格は非常にリスクが高い。

○斎藤 事業者はいろんな産業や業種から参入しており、個別の発展を目指しているのでプラットフォームとしての方向性がない。医療福祉産業っていう大きな土台の部分の方向性がない。

○山口 日本よりも優れている福祉機器は他に、介護用のリフトがある。文化の問題もあるが、日本ではほとんど普及してない。なぜなら、日本のリフトは機能が弱いこともあるが、場所の問題もある。日本は家屋が狭く、使いにくいとか。また、人は人が介護するべきという意識もまだ強い。ベッドはかなり日本の製品を使っている。それ以外には、デザインだ。スウェーデンの福祉器具は見ていて楽しくなるぐらいおしゃれだ。

○林敏彦 逆に、スウェーデンの器具が優れているならば、なぜ世界中に普及しないのか。

○山口 安い大量生産のものに勝てない。

○林敏彦 逆に日本にあるものをスウェーデンに持っていったら売れるというものはなにか。

○山口 スウェーデンの製品はつくりが雑なので、もし日本でつくれば競争できると感じている。また、テーナというスウェーデンのおむつは日本と発想が違って、吸収力が多く長時間つけておくことができる。交換の回数が減り、職員の手間が省ける。その結果、時間をほかのことに有効に使えるという合意的な発想をもっている。ただし、オムツの交換の回数が減るので、回数が多いほうがよいケアだという考え方をする人には受け入れられない。ただし、テーナにしても多くの種類があり、一人一人にあったサイズや吸収量を選んだり、パットとパンツが分かれてそれぞれの人に合ったものをつけたりできる。日本の場合はS、M、Lしかサイズがないが安い。車いすも同様だろう。そして購入するときは、全額補助がでる。

○林敏彦 スウェーデンでは介護を楽しむことやぜいたくすることを後押している。日本では必要最小限しか認められない。

○林万平 かつては楽観的で介護になるという意識はなかったが、高い確率で介護になると意識するようになれば、様々なニーズがもとめられてくる。

2010年10月6日

場所 (公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構

○桜井 今回の論点は、兵庫県内の介護サービスの分布、福祉関連の機器業界について、地方自治体の福祉機器業界の支援事例を紹介する。サービスの地理的分布は都市部に集中している。サービスの種類は地域によって偏りがある。入所サービスは、北播磨、西播磨、但馬、淡路が多い。

養父市でのヒアリング調査では、サービスの供給量は不足を感じていない。むしろサービス供給が増えると、同時に自治体の負担が増えるため、行政としては好ましくない。一方で、専門職の人材が地方では少ない。養父市の場合、但馬長寿の郷からの派遣を活用している。

福祉機器の市場調査は、日本福祉用具・生活支援用具協会が出している。一般的な福祉機器に加えて、厨房や洗濯機械が含まれている。さらに、公共交通、点字本、新聞も含む。日本福祉用具・生活支援用具協会の統計データにはないが、健康や美容も、アンチエンジリングとして福祉関係と密接な関係をもっている。福祉のまちづくり研究所のヒアリングでは、福祉機器は市場規模が非常に小さく、開発が公的給付金にターゲットを絞っていることが多い。そのため、本当に必要な製品開発がすすまない。さらに、消費者ニーズの把握手段というものがそのメーカー側にはない。さらに、試作品の検証する場がない。一番大きな問題は、消費者と業者の接点がないこと。

○野間敏克 同志社大学教授(以下、野間)

市場規模が小さいという意味はなにか。

○桜井 介護や障害の度合いや種類が個々で違うということで、適応する製品も大きく異なるためにカスタマイズやオーダーメイドが必要な部分が多い。そういう意味で市場規模が小さい。

医療との関連でいえば、中小の蒸留水メーカーによると品質基準は医療用としてクリアしているが、臨床試験のコストが負担できないので福祉用として販売していることがある。医療用機器は薬事法で規制されているので、薬と同じ基準が必要。福祉に関連する規制は、福祉用具そのものの規制よりも、他の法令による規制にひっかかる。

地方自治体側の取り組みとして、長崎県と富山県、川崎市があり、岐阜県、島根県、静岡県、岡山県は、県の研究所で技術系の開発をしている。この島根県と静岡県に関しましては国の補助金を利用している。長崎県は産業労働部産業振興課の地場産業振興担当で支援している。県内の福祉機器を開発している中小企業に機器展の出展ブースを県出している。福祉機器の支援よりも地場産業の支援の意味が大きい。一方で、富山県と川崎市は福祉機器の支援に積極的である。川崎市は福祉産業振興事業で、福祉機器に川崎基準を作成し支援している。富山県は、福祉機器開発支援として普及活動、アイデアコンクール、全国発信を行っている。特徴的なのは、「幸せものづくり塾セミナー」で県内の福祉機器の開発支援を行っている。神戸市のしあわせの村では、高齢者や障害者に対してリハビリを兼ねたトレーニングを行っている。県内の福祉の拠点として、但馬長寿の里、神戸市しあわせ村、県立リハビリテーションがあるのではないかと。

福祉における高齢者、障害者、児童、貧困の中で、高齢者と障害者、障害者と児童は重なる部分があるが、貧困はすこし特殊だ。そして、児童福祉の位置づけをもう少し、産業化の中で考える必

要がある。

○加藤 この研究会の最終的な提言は、地域の差異や業界の動き、政策をクラスターという形ですめるのか？

○大床 「長寿国につぼん活性化への提言」との関連も必要だ。

○野々山久也（公財）ひょうご震災記念21世紀研究機構研究統括（以下、野々山）

福祉の範囲については議論して決めればよいのではないか。

○林万平 クラスターについて説明してほしい。

○桜井 昨年のクラスターの目的は福祉サービス従事者の社会的地位を上げるためだった。そのためには、情報の共有化が重要でクラスターの役割はその範囲でしかなかった。そのため、地理的な範囲や役割があいまいのままであった。今回の産業化におけるクラスターであれば、県立リハビリテーションセンターの福祉のまちづくり研究所の事例がよいかもしれない。

○鈴木洋太郎 大阪市立大学大学院教授（以下、鈴木）

県内において、福祉サービスの事業所が兵庫県に均一にあればよいという話と、周辺産業があることで、イノベーションの可能性や活性化につながるということが本題だ。そのため、サービスと周辺産業との相互関係を重視しなければならない。つまり、消費者ニーズと事業者との接点の問題だ。コンビニ化は、サービスはコンビニ化でよいが、周辺サービスはコンビニでは無理があるのではないか。医療は、介護サービスとの接点を考えればよいのではないか。

○加藤 神戸の医療産業都市は大きな拠点を作っているが、介護はなにか大きな拠点をつくるという話ではなく、たくさんの小さな拠点がネットワーク化するというイメージだ。

○山下淳 関西学院大学教授（以下、山下）

クラスターの地理的範囲がわからない。また、情報の共有だけではクラスターの意味がなく、人材や資金をどう共有するかが課題だ。

○野々山 つなげる役割は地域包括支援センターに可能性がある。アジアの国々が高齢化するので、そのときに、日本はお手本にされるだろう。

○羽原好一 兵庫県健康福祉部社会福祉局高齢社会課（以下、羽原）

兵庫県立総合リハビリテーションセンターは、リハビリテーションの全県の支援センターとして、病院と研究所、退所した人の職業訓練を連携してやっている。そして支援センターが医療圏ごとにあり、但馬長寿の郷は但馬地域の支援センターということだ。それぞれの市町や介護事業所に対して、研修、人材を派遣、技術移転、展示場で機器の紹介をしている。また、各地域の病院が指定されているところもある。但馬長寿の郷と西播磨総合リハビリテーションセンターの三つが中核になる。そこでは、情報や新しいサービス、技術を提供できる体制を目指して、10年前から指針をつくっている。

そこでは、障害者と高齢者の区別はしていない。リハビリテーションの関係者が集まり、家の近くでリハビリが受けられ、いつでも必要なサービスが受けられるということをめざしている。そして、地域包括支援センターに提供できる情報や技術を検討し、地域の包括支援センターが遠いときに相談できる仕組みづくりをつくっている。

○大床 地域包括支援センターの役割を増やすのがよいのか、消費者ニーズと事業者のマッチン

グが課題なのかを考えて、産業のパイを増やす方向にもっていく必要がある。また、供給サイドの調査が必要で、需要再度は必要でないのではないか。

○加藤 むしろ需要サイドとの接点が、介護は相互性が経済の要で重要ではないか。

○野々山 例えば地域包括支援センターは情報を集めているが、つながっていない。結局、同じワンパターンである。供給サイドはワンパターンでも問題ない。しかし、ニーズは地域によって違う、カスタマイズはまさにそのことだ。そうすると、そこに福祉産業、NPOが発達するような可能性もあるかもしれない。そのつながりは、地域包括支援センターや、新しいセンターでつなげるかということを提言していくべき。

○桜井研究員 誰のためのサービスかということは、事業所によって違う。つまり、利用者なのか、介護者なのか、事業者なのか。ニーズといっても、どのニーズなのか把握し区別するのは難しい。

○桜井研究員 事業所ごとの思想や方針が、福祉機器の利用を決定している。

○野間 産業連関表を使った雇用という視点が必要ではないか。

○山口 福祉機器はアイデア商品の域を超えていない。スウェーデンは、利用者のためにどんなものがいいかということを考えながらつくっている。また、介護する側にも体を守るような機械を使うことは、利用者にとってのケアにつながるという考えがある。日本の技術力はすばらしいが製品はよくない。それは、介護保険制度が邪魔している部分がある。具体的には、ケアマネージャーが機器レンタルや販売の事業者を決めて、利用者が自分で選ぶことが難しい。

○桜井 具体的にスウェーデン製品のよいところはどこか。

○山口 車いすの場合、当に体に合わないと意味がない。体に合わせた車いすを作っているだけで、技術的にはそれほど難しいものではない。ただし、非常に高価になる。

○斎藤 クラスターはむしろバリューチェーンのほう適切かもしれない。サービス、機器製造、支援産業をその概念で位置づけられる。

○鈴木 バリューチェーンのような事業体のイメージで価値を生み出すこと、兵庫県全体の地域の話である地域ブランド、つまり兵庫県にあるということで価値があるということが考えられる。それが、人や情報を集めてくるものだろう。短期的なバリューの仕組みが重要だけれども、安心・安全という兵庫県のイメージが具体的なものとして福祉産業ができあがれば、今後アジアでもなんらか通用するものがある。提言として、短期・中期・長期があればよい。

○林敏彦 兵庫県として、高齢者が増えることはいい県だという価値観が必要。そのための、事例を出して提言にしていく。

○桜井 各国の高齢者福祉サービスについての論点をまとめる。アメリカは個人の責任において行われるプライベートなマーケットのパワーバランスで決まる。ドイツでは、日本と同様に介護保険制度がある。イギリスは、ケアマネジメントがあり、日本の制度が見習っている。スウェーデンは、アメリカと対照的で、税金で賄う公的サービスである。

アメリカの高齢者福祉はすべて民間団体による活動で、NPOやNGOが公的な補助金やプライベートな寄附金などさまざまなものを財源にして様々な方法で行われている。それは地域格差が非常に大きく、さらに決まったかたちや制度がなく非常に流動的なサービスといえる。数年後には団体自体がなくなることもある。法律としては、「アメリカ高齢者法」と「社会保障法のタイトル20」がある。前者はサービス主体のネットワーク化や財源の確保のサポート、後者は低所得者へのサービスを提供する根拠になっている。医療保障にはメディケアとメディケイドがあり、メディケアに高齢者医療保険制度が含まれている。アメリカの場合、長期の介護は医療と見なされる。

ドイツは介護保険制度だが、限度額までは自己負担なし、超える場合は全額負担。加えて、現物給付以外に現金給付がある。障害者も同じ保険でカバーされ、その保険は医療保険とセットで徴収される。保険導入の経緯は、元来自由市場であったが介護に対するサービスの高額化のために導入された。東西ドイツの統一による格差是正の側面もあった。連邦制のため市町村にかなり権限があり、また保険制度以前は民間がその役割を担っていたこともあり、アメリカと同様サービスの規模や内容が地域ごとに違っている。

イギリスは、ケアプランを立てるというマネジメントを行っている。そして、高齢者福祉は地方公共団体が提供するものと、民間団体が提供するものに大きく分けられている。つまり、地方公共団体のケアサービスと、民間団体のサービスとの併用ということも可能。

スウェーデンの制度は、国の政府がありその下に県、さらにコミューンがある。

このコミューンが福祉サービスを提供しているため、地域独自のサービス提供の仕組みができている。公的サービスであるが、必ずしも無料ではなく、民間の活用も行われている。

このように、主要国の特徴は、基本的には市民に近い自治体が行政が運営を担って、それぞれが独自のサービスを提供している。さらに、公的な部分と民間の部分が必ず共存している。兵庫県の場合、阪神地区のような都市部と但馬のような中山間地域とのサービスのニーズの違いはある。

○鈴木 他の国では地域ごとの独自サービスを提供できるが、日本は全国画一的であれば、独自サービスが地域発展につながるケースが参考になると思う。

○加藤 地域のレベルを自治体レベルからコミュニティレベルまで考えてみると議論の素地になった気がする。

○林万平 日本の制度は財政制約だけから考えて設計された印象があるので、地域独自サービスはその範囲内で勝手にやればよいという暗黙の内の理想化しているかもしれない。

○山口 スウェーデンの制度が複雑であるのは、コミューンという基礎自治体がサービスの提供からシステムまで決定されるため、コミューンによって非常に多様だから。日本の場合も誰がどこの領域をするのかは一応整理されてはいるが、政策決定プロセスが異なる。スウェーデンの場合は、コミュ

一の福祉委員会で多数の市民参加の下で決定されるため、税金の使われ方がクリアであり、そのためサービスの享受が可能となる。その点を日本も学ぶ必要はあるだろう。

○加藤 そのスウェーデン方式をうまく兵庫県版として組み込めればよい。

○山口 介護保険導入から 10 年がたち、システムのためのシステムになりつつあるので、原点での議論が必要だ。

○加藤 制度的な部分で、国民が満足できる制度はなにかを数字で分析できればよい。

○鈴木 スウェーデンの場合に、どこか突出して優れた地域はあるのか？

○山口 全体的に優れているが、日本のようにどこの施設がよいという話にはならない。逆に都市部では質の低下は叫ばれているし、7 万人以下の都市は評判がよい傾向がある。

○鈴木 福祉産業という視点から、ヘルスケアや医療、関連の教育機関を集めることでクラスターが形成され、安心安全の地域ブランドに繋がるとよい。国がよい悪いではなく、地域における関連産業と公的機関の集積の特色にベクトルを合わせるとよい。

○桜井 地域にクラスターを作るとして、意志決定プロセスの機関として福祉産業協議会のようなものを作ればよい。コミュニンの福祉委員会のプロセスのようなものを、もっと広い範囲でできればよいのではないか。

○山下 地域ごとにサービスのニーズに違いがあることと、供給するときにサービスの立地優位性によるすぐれたサービスがあるという話からすると、どういうサプライを整える必要があるのかをするのか？また、介護保険でカバーできるサービスが十分に提供されていないのか、介護保険外のサービスをどのように供給するのかを考える上で、制度前提の話で進めるか、現行制度をチャラにした状態で話しをするのかがわからない。

○羽原 介護保険制度で地域ができるのは地域支援事業の中の二次事業のメニューから選択できることに限られる。保険料は市町村が決めることができるが、大きく市民の負担を増やしてまで思い切ったことはできない。

○山下 福祉サービスだから、制約なしになんでもできるが、お金をどれだけ振るかの問題だけだ。だから、税金やボランティアを活用しながら供給体制を地域でどう作り上げるかというのが行政の仕事。介護保険を改善するのか前提にするのかははっきりさせたほうがよい。公共サービスの話なので、自治体がサービスを提供する必要はない。

○斎藤 サポートが必要な人の支援をコミュニティの中の NPO や有志が介護ビジネスを立ち上げ、県はコミュニティ事業離陸応援事業でサポート団体立ち上げ支援をやっている。

○加藤 既存の社会福祉協議会はどのような役割があるのか、外からよく見えない。斎藤さんのおっしゃるコミュニティビジネス応援事業にも参加したりしているので、もっと福祉産業協議会のように単一目的の機能にしてもいい。

○林万平 潜在的に必要なサービスを介護保険でやっているの、その近くは触れずに残った部分をサポートしようとしている。ただ、何が必要であるかという方法論の論拠がはっきりしない。つまり、ある理屈で望まれているサービスを供給していくことが本当は望ましいが、現実はそうっていないので問題だろう。そうすれば、地域ごとに多様なサービスを我々が望んでいてそれができていないと言えるかもしれない。

○山下 地域に協議会かなにか作って、そこでどのようなニーズがあるのか議論し、そのニーズにどのような供給体制をつくるのかという話をやればよい。その下で、介護保険かコミュニティビジネスか、

ボランティアかを判断できる。介護保険を生産的な位置づけに落とした方がよいかもしれない。

○加藤 福祉産業の産業的特質は従来の産業とは当然違っているので、需要サイドと供給サイドも独特に形成されるわけです。それを地域の中でどのように作り込んでいくのかがおもしろい。

○山下 日本ではニーズと供給の独自性とは何かを議論しているところがわからな。つまり、介護保険ありきで、社会協議会があり、自治体の福祉部門がありでトータルの議論ができない。各国の事情から、様々な参加が可能な体制があるから、それと日本を比較すればよい。

○加藤 広域圏で日本平均とは異なる福祉のあり方を提案するということを行ってもいい。

○芦谷恒憲 兵庫県企画県民部政策室統計課(以下、芦谷)

定義を決めるときに、日本標準産業分類と各国の福祉のイメージが若干ずれているだろうから、現場の人から補足してもらう必要があるだろう。そして、統計上ははっきりしない範囲を我々できめてやる必要があると思う。スウェーデンの県の役割が大きく変化しているようだ。

○山口 スウェーデンの県は医療や公共交通などのその程度

○山下 おそらく人口規模が、日本とスウェーデンの場合違いすぎる。

○加藤 制度としての機動力が日本の場合にはなさすぎる。

○芦谷 神戸大の丸山先生によると、人口規模で比較すると兵庫県はフィンランドに近いが、産業構造で比較するとスウェーデンに近い。なので、兵庫県の比較対象はスウェーデンの方がいいかもしれないとのことだ。

○林万平 国、県、市町村のそれぞれのレイヤーごとの役割も求められている物も違う。つまり、必要最低限の部分は国が担い、その上の人口も産業も違う部分は国が定義しない場合、どこが担うのかを整理していけば、都道府県ごととも違いがでてきて、お互いにやらなければならないセグメントがはっきりしてくるだろう。

○加藤 単ある介護だけではなく、様々なことに繋がっていて、空間的なクラスターを形成している可能性があり、非常に複雑な構造をしているのでうまく整理できれば。全体図を作った上でレポートとしては、焦点を当てる部分を決めるという感じだろうか。あまり議論の蓄積のないところを我々として焦点を置く。

○桜井 福祉業界の産業組織構造は、直接サービス、その関連産業、そして支援産業がある。支援は、事業者に対する支援産業と利用者に対する支援産業がある。直接サービスは、高齢者、障害者、児童、貧困が四大柱で、そのうち高齢者は訪問サービス、通所サービス、入居サービス、福祉機器販売等支援サービスがある。事業所も10年であまり増えていない。しかし、入所サービス全体は、10年で2倍近くまでふえている。サービス別の保険給付費は、地域密着型の予防サービス、在宅サービスが一番多い。そのため、直接サービスに関する問題点は、多様なサービスがあるが故に事業者の参入が担保される必要がある。

関連産業は、医療サービス、医療機器をどうするか。

福祉機器は利用者が介護用の福祉機器を使おうとすると、介護保険が適用される場合は、ケアマネージャーやその施設と相談しながら使うという方法になる。介護リフォームは利用者が自由に使える部分。

福祉用具市場は2000年の介護保険導入まで非常にふえたが、その後は伸び悩む。理由として、それぞれの製品の市場規模が非常に小さいため、公的給付金をターゲットに開発する。その結果、介護保険制度に製品の売上げがコントロールされる。また、消費者ニーズを把握する手段の欠如し、試作品の検証などができない。それは消費者と業者との接点がないということ。医療機器とは、規制の国際整合化会議が活動しており、国によって違う医療機器の規制の共通化を図ろうとしている。

産業組織構造の問題点は、ニーズと事業者の情報が分断されている。地域が参加できる枠組みは、国が決めたことをするという枠組みに対しての不信感というのは、非常に大きいのではないかと。主体的に地域が決めることが、産業間の連携効果を最大限にする。

○林万平

便利な都市部に事業所数が多い中で割合が違うのか。利便性の高いところよりも中山間地域で通所の割合が多いということはなぜか。保険制度で政府も入ったはずなのに、実際は市場の失敗がかい間見られることになっている。地域が参加できる仕組みができるかできないかよりも大事だ。

○山口 通所サービスは基本的には施設がお迎えにいくので、交通の便は直接利用者には関係ない。都市部で訪問の割合が高いというのは、用地や場所のコストが考えられる。

都市部ではいろんな種類のサービスがあり、自由にできるが余り選択肢がないというのは事実だ。しかし、都市部では競争が激しくなり過ぎ、非常に非効率な状態になっている。特に訪問介護は、ヘルパーの移動時間が非常に長くなっている。スウェーデンでは、区域を区切って、担当する事業者を決めている。

○桜井 市町村別の入所サービスの増減を見ると、豊岡や太子町、上郡町でも大幅に増加している。

○野々山 農村部は入所サービスがすごい多く、大きな問題だ。必要なサービスは何かということが、なかなか見えにくいので、ニーズのための市民委員会をつくるという方向を提言している。

利用者という概念があいまいだ。本人なのか、家族なのかというところが利用者になっている。

○大床 利用者は被保険者だから、使用者すれぽうか。

○野々山 新しい産業を定義することは、ここのテーマだ。統計データを整備したときに、福祉産業と言っているものは、何と何を統計的に取れば、福祉産業と言えるのかという形が一定の構造を示す必要がある。

○林万平 市場が十分かどうかという議論と、その中で福祉産業活性化ということを考えるのであれば、今後の参入の話をまとめていかなければならない。業界団体はやめたほうがよい。

○野々山 業界団体であれ、協議会であれ中身が重要。これに参画することを通して、ニーズに対して事業者が貢献できるかという情報交換する場として、地域ごとにあればよい。

○山下 地域の単位は、どういう単位を想定しているのか。兵庫県か、もう少し広いのか、狭い単位の話なのか。また、ニーズの掘り起こしの話、それとも供給する側の調整、あるいはニーズとサービス供給側のミスマッチの調整なのか。それとも新しい事業化の可能性、新しいサービスの可能性を埋めていくという話なのか。市民委員会をつくることは、公共サービスの世界では最近はやりだが、期待されている役割は何かというところをはっきりさせないので、本当にそれでいいだろうかという疑問がある。

こういう仕組みは、ある程度詰めて提言をするべきで、制度変更に働きかける時もなんらかの組織から出てくるわけで、この仕組みがそうなるというシナリオが分かりやすい。新しい産業の定義の話と、イノベーションのための仕組みづくりが提言だろう。

○加藤 介護サービスの構成が兵庫県で地域別に違うのは、当然、地域によってニーズが違うので供給の仕組みや構成も恐らく異なってくるのではないか。本来は合意的な構成比があるのではないだろうか。こういう福祉産業は小組織企業やミニ企業なので、非効率な部分がある。しかし、巨大企業が参入しても効率的であるとは言えない。むしろ、そういう小組織業に企業がうまくネットワークをつくることで、より効率的な供給体制ができるいのではないか。

○桜井 中小企業が福祉サービスの事業を行う課題として、倒産や退出などの場合利用者へのフォローをどのレベルにするか。利用者への不利益を考えて退出できないようフォローするのか、退出してしまったときにスムーズにサポートできる仕組みが必要なのか、ということ。これは、セーフティネットをどこに置くかという問題なので、国民が議論して決めていくことだ。そのため、中小企業が強みを発揮することと、そのデメリットの部分を単純に市場化で対処できないジレンマがある。

○加藤 参入障壁を高くせざるを得ない。これまでの福祉産業の参入障壁は、資産をどれだけ持っているかであった。能力やビジネスのクオリティで参入を評価できる仕組みが求められている。

○林万平 100%の安全はコストがかかる。本当に大事なのは、福祉サービスの利用者の安心感で、それを担保できるのは行政ではないか。もしもの場合悪くはないという部分と、絶対に事故に陥らないようにするというのは精神が違う。ここは産業の活性化が目的なので、安心の議論は入れずなくともよい。

○山口 退出は推奨されないが現実には起こっている。むしろ、質の悪いところは退出してほしいというのが行政の考え方。実際に倒産した事業所の対応は、経験的には他の事業者が吸収して、大きい事業所はますます大きくなっていつている。サービスがなくなって困ることは現状では

起こっていない。

○林敏彦 福祉産業が制度型福祉サービスと市場型福祉サービスが混在している。例えば、特養は制度型福祉サービスで、老人ホームは市場型福祉サービスであるだろう。ニーズというのは医療における混合診療のように、福祉サービスも行政型福祉サービスと、お金がある人は楽しい老後のためのサービスを受けるというものをイメージしていた。そうした場合、サービスが充足しているかどうかと、サービスに対してニーズが充足しているかどうかというのは、行政サービスとして考えれば意味がある。行政ニーズならば、それをどう取り上げて、どの地域にどう対応していく意味では重要だ。一方で、市場型であれば、事業者任せにしておけばよい。ニーズがあれば参入するだろうし、なければ退出するだけのことだ。ニーズを委員会で見上げてというのではなく、オウンリスクでやればよい。その結果が行政サービスの地域的な偏りがあるから、それはそれでいいのではないかという発想の転換がいる。

この報告書では、政府型サービスとしての福祉産業を活性化するのか、自由市場型の福祉サービスを産業として活性化するとかを考える必要がある。それは、レギュレーションがあったり、イノベーションに対する規制があったりする。全体が行政型サービスとしての福祉産業を前提として話ができているような気がしたが、産業という言葉を使わなければならぬ、その発想は違う。

○山下 市場原理にまかせることとニーズを組みとめることは、地域ニーズとは別の議論だ。例えば農村部に入所が多くなるのは土地が安いからで、実際のニーズは都市部に多いはずなのに、合理的な結果としてそういう偏りがでる。一方で、地域には非常に多様なニーズがあって、地域は地域で参加して、その中で地域のよさをだせばよいだけで、介護保険制度の中でするかどうかはそこで決めるべき。

○林敏彦 行政サービスをニーズにマッチさせようとする、エンドレスになる。だから、制度に押し込めてこの範囲で満足しろということになる。だから、そこは自由にやっている部分がある。制度外はコストがかかるとは思わないし、制度の中に納まりきれないニーズというのが全体としてはだんだんふえていくと思われる。

○野々山 行政に要求するという権利ニーズとの議論ではなく、むしろ規制が多過ぎることによるニーズのくみ上げができない部分をどうするかということ。それを国全体で統一できているかもしれないが、地域によって非常に違いがあるので、その中で参加して自分たちの議論が展開できるようなシステムが欲しい。そういう提言ができないだろうか。

毎年の統計データを整備したときに、福祉概念、産業概念を定義してあげればよい。それは、試案として出してよい。

○林敏彦 産業構造は複雑になってきて、制度やロジスティック、サービスまでレイヤーに分けてハードからソフトまである。最近では産業エコロジーという言葉があって、訪問サービス、通所サービスが一種の生態系の食物連鎖ごとく、あるいは邪魔し合うごとく、絡まり合ってトータルにワールドができている。もうひと工夫してこれをビジュアルに描けると、制度的な部分でつながっていることが出てくればいいと思う。

○桜井 制度か市場かというところで、限度額と全額自己負担の関係と、保険制度のサービスとその外部のサービスの二つの側面がある。

○斎藤 現状の制度では、要介護度に従ってサービスを受ける上で、保険限度以上に望んだ場合、自己負担で1日1時間から2時間に利用できるようにできない。保険制度と自己負担で

払うサービスを同じ日にできない。

○山下 制度を維持する上では、それが確実だからだ。あくまでも仕組みをきりっと管理運営するというのが、行政的な発想なので業者のニーズは考えに入らない。

ただ、現実にはそういう制度が一方であり、他方でカバーできない部分は、NPO型や支援団体のサービスはあり、研究会のターゲットとしてははっきりさせるべきだ。地域の交通で言われている市民会議は、制度の中の話ではなく、制度にどこまで含めることができるか、または制度に含めることができない部分はどうするかという、マッチングが課題だ。例えば福祉は、市民会議で介護保険の枠内で何かするという話より、どこまで介護保険でできるか、できない部分はどうするかを議論せざるを得ない。

○加藤 そこに専門家かコンサルタントがいればよい。

○斎藤 ケアマネージャーがそれに当てはまる。市民会議でなくても、ユーザーはケアマネに相談しているので、ニーズは拾えている。

○山下 むしろ問題なのは、ニーズをマッチングさせるサプライサイドがうまく合わないことだ。しかし、市民会議がマッチングまでやらないと答えを出したことになる。

○野々山 制度的な部分は直接サービスを論じていること、市場的な部分は予防的なイメージがある。その予防的な産業というのは、介護保険とは関係なくあり得る。その分野についての産業というのを含めて、福祉産業を新しい概念として定義しておくということ。

○芦谷 一般的に兵庫県のデータは全国平均値に近いといわれる。ただし、都市部と農村部が非常に違っている。兵庫県の統計は、おそらく平均に近いものが出るだろう。

もう少し議論をするためには、地域をわけて見るべきだ。