

目次

○巻頭エッセイ 福祉と環境に立向かう協同の仕組みの役割……藤田 暁男 1

特集：「民営化と非営利・協同」

○論文「郵便事業改革の国際類型とわが国の郵政民営化」
……桜井 徹 2

○座談会「介護保険改定と福祉事業の新たな課題と対応」
浦澤正和、岡田孝夫、日吉修二、司会：石塚秀雄 11

○論文「改定介護保険法の特徴と問題点」 ……………林 泰則 30

○論文「介護ショップのマネジメントの課題について—介護保険7年目を
むかえ、地域において人と人との接点を大事にする事業をめざして」
……小川 一八 37

○論文「国民健康保険料に関する自治体格差の実態について」
……鈴木 岳 59

○書評 山口二郎・宮本太郎・坪郷實（著）
『ポスト福祉国家とソーシャル・ガバナンス』（ガバナンス叢書）
……石塚 秀雄 65

○エッセイ韓国から④「富の偏在と新自由主義」 ……………朴 賢緒 68

○文献プロムナード⑬「マルチ医療論」 ……………野村 拓 70

○研究所ニュース ……………29、64、69、74

○バックナンバー ……………75

○入会申込書

福祉と環境に立向かう協同の仕組みの役割

藤田 暁男

福祉と環境の問題は我々にますます厳しい課題を突きつけているが、それに立向かう社会的仕組みとして協同の仕組みは、生活防衛的な社会性を越える社会的発展性と社会的仕組みとしての重要性を高めつつある。

最近、環境報告書の約7割近くが社会的責任を加味した社会・環境報告書の形に変化するほどに、社会的責任企業の考え方が普及している。しかし、利益追求とのジレンマは大きく、地球温暖化阻止に関わる京都議定書合意の企業サイド目標も国内的対処では達成できないのが実態である。とは言え、徹底した情報開示を伴う社会的責任企業の進展は株式会社の持続可能な社会への接近の第一歩と見ることもできる。例えば、社会的責任企業のパイオニアとも言われている The Body Shop は、企業目標である5項目（動物テスト反対、人権擁護、地球保全、自己啓発推進、コミュニティ貿易支援）の社会的価値を自らの株主に支持するかどうかをアンケート調査し、株主の社会的価値への関心を促す働きかけをしたり、企業政策の決定過程、評価過程への従業員を含むステイクホルダー参加を進めるシステム形成を試みたりしている。また、イギリスでは、90年代に従業員持株制度 ESOP と協同組合が合体した ECOP という企業形態が現れたり、さらに、最近日本でも注目されている社会的企業（協同組合、従業員共同所有企業、社会的 NPO 企業等をまとめた名称）が多様化を伴って発展しつつある。イギリス政府は通商産業省と環境食料地方省にそれぞれ専門部局を置いてその推進政策を展開しており、その政策立案や実

行にイギリス協同組合同盟が協力している。そのような状況はイギリスだけでなく、他の EU 諸国においても、スウェーデンの統合型のように、その国特有の多様な形態をとって発展しており、多くの国において協同組合はその潮流の中心部で活躍している。

日本ではそれらの諸国と政治や社会経済状況が違いますが、今後ますます福祉と環境への厳しい対応を迫られる状況は同じであり、従来の利益追求専心型の株式会社による対応では前進できないことは明らかになりつつある。経済同友会も「市場の進化」と社会的責任企業による対応を提示し、「欧米の社会的責任経営が主として消費者や NGO などの社会からの圧力で推進されているのに対し、日本では社会的圧力が相対的に弱い中、経済界が議論を先導している」という強い自負を示している。しかし、「社会的圧力」が弱い中で利益追求とのジレンマを克服した前進を実現することは極めて難しいと言わざるを得ない。

社会的企業の発展に見られるように、協同の仕組みは福祉と環境への厳しい対応を成しうる社会的仕組みであり、さらに進展させねばならない内実を有する仕組みである。そのような進展のためには、協同の在り方の掘下げと共に、社会経済システム転換論の構築作業を含めた、社会的企業や社会改革のポテンシャルを有するグループとの連携と協働を一層意欲的に進めることが不可欠であるように思われる。

（ふじたあきお、金沢大学名誉教授・

コープいしかわ理事）

郵便事業改革の国際類型とわが国の郵政民営化

桜井 徹

はじめに

2005年10月14日、郵政民営化法が成立した。この法律の実施によって、2003年4月1日に郵政事業庁が改組され誕生した日本郵政公社は3年半で消滅することになる。

具体的にいえば、郵便事業、郵便貯金事業、簡易生命保険事業のいわゆる郵政三事業を一体的に経営していた日本郵政公社を、2007年10月1日に全額政府出資の持株会社日本郵政株式会社に改組し、その下に、郵便事業株式会社、郵便局株式会社、郵便貯金銀行および郵便保険会社の4会社が設立される。その後、2017年9月末までの移行期間中に郵便貯金銀行と郵便保険会社の株式を完全売却するとともに、持株会社の株式の政府保有割合を3分の1に引き下げるといふものである。

郵便貯金銀行と郵便保険会社の株式処分の際して「連続的保有も可能にする」など曖昧な点もあるが、原則として、郵便貯金事業と簡易保険事業を完全民営化し、郵便事業と郵便窓口事業を部分的民営化にとどめるといふことが、経営形態からみたわが国の郵政民営化の特徴である。

それでは、こうしたわが国の郵政民営化は、世界の郵便事業改革の中で、どのような位置を有するのであろうか。とくに、郵政民営化法案の審議における最大の争点、郵便事業と金融サービスの分離の是非とともに、営利的経営によるユニバーサル・サービスの縮小、とりわけ国民生活にとって身近な郵便局の廃止が進行するの否かという争点が、世界の郵便事業改革の中でどのように扱われてきたのか。

本稿では、世界の郵便事業改革を俯瞰し、その類型化を述べ、その中で、わが国の郵便事業改革を位置づけたい。そのことによって、わが国の郵便事業改革の特徴が明らかになるとともに、また、

改革の代替案が存在することをも示すことができるように思われるのである。

その前に、郵便事業の特質とその改革の一般的な背景について述べておきたい。

1. 郵便事業の特質と郵便事業改革の背景・目的

1) 郵便事業の特質

郵便事業の起源は、ペルシャ王朝やローマ帝国あるいは中国の古代王朝にまで遡るが、資本主義の下での郵便事業の原型は、産業革命に先行して国有ないしは国家独占としての発達を前提として、1870年にイギリスでローランド・ヒルが行った改革で整備された近代郵便制度が各国に普及していったものである。重量別均一料金制、切手貼付による料金前納制、およびポスト投函制が近代郵便制度の内容をなしている。そして、1980年代まで、ほぼすべての諸国で、国有の国家独占事業として経営されてきた。より詳細にみると、郵便事業は、つぎの5つの特徴を有していた*¹。

第1は、郵便局と郵便ポストを結節点とするネットワーク＝インフラストラクチャーに基づいて、主として、紙に書かれた通信文＝書状を全国津々浦々に送達する、すなわち、ユニバーサル・サービスを提供する事業であるということである。わが国の郵便法で「郵便の役務をなるべく安い料金で、あまねく、公平に提供することによつて、公共の福祉を増進することを目的とする」(1条)のべていることは、その一例であるが、EUの指令(97/67/EC)でも、ユニバーサル・サービスの内容として、「領域内のすべての地点で、全ての利用者に適切な価格で明示された質の郵便サービスを恒常的に提供する」(3条)と規定している。さらに、アメリカ合衆国郵便公社(USPS)の設立根拠法の郵便再編成法(Postal Reorganisation

Act of 1970)でも「合衆国郵便は、その基本的機能として、人々の個人的・教育的・著述上および業務上の書状を通じて国民を結びつけるために、郵便サービスを提供すべきである。それは、全ての地域におけるパトロン（国民）に、迅速で信頼でき、そして効率的なサービスを提供し、全ての地域に、郵便サービスの手をさしのべるべきである」としている。

第2は、書状送達事業だけでなく、一方では、小包や新聞その他の印刷物の送達事業や、他方では、郵便振替・郵便貯金・簡易生命保険などの金融サービス事業も兼営し、いわば「範囲の経済」を利用していることである。上記のユニバーサル・サービスには、小包・新聞・印刷物の送達が含まれるが、さらに、郵便貯金・簡易保険もわが国や後述するフランスやスペインなどでは含まれてきた。ただし、書状の送達とは異なり、小包や新聞その他の印刷物の送達や金融サービス事業は、国家独占ではなく、民間の宅配便業者や銀行・生命保険業者と競合している。

第3は、インフラストラクチャー一般がそうであるように、郵便事業は、企業活動にとっても、また国民生活の上でも不可欠であり、その利用目的から産業基盤と生活基盤の2つの性格を併有していることである。このうち、狭義の公共性＝狭義のユニバーサル・サービスは生活基盤に係わっている。

第4は、労働集約的性格を有することである。集配郵便局内で差出し区分や配達区分などに自動化装置も導入されているが、全費用の65%と推計される全戸配達は、バイク・自転車・徒歩で行われ、労働力の果たす役割はきわめて大きい。しかも、規模の経済性も指摘されている。

第5は、ネットワークの国際性を有することである。万国郵便連合（Universal Postal Union、本部スイス・ベルン）は、1874年に設立され、加盟国は190ヶ国である。加盟各国間では、国内の郵便物は、差し出し国で料金を支払うだけで国境を越えてすべての加盟国に配達される。

2) 郵便事業改革の背景

1990年代に入って、ヨーロッパ諸国を中心に、民営化（経営形態の変更）と自由化（競争の導入）

の方向での改革が行われるようになってきている。その背景は何か。

世界の郵便事業改革を分析されたカナダの Wilfrid Lauvier 大学教授の Campbell 氏は、後述するように民営化よりも自由化が主たる改革方向であることを踏まえた上で、自由化の背景として、情報通信技術発展、国際化、および政策基調の3点をまとめている*²。また、自由化を最初に提起したEUのグリーン・ペーパーは、郵便事業のおかれた3つの環境の変化を指摘している。第1は、FAX、電子メールなどの技術発展、第2は、世界的規模で展開する民間業者と各国の郵便局に代表される郵便事業部門内の競争、そして第3は、「より決定的なもの」としての「顧客の要求の急激な変化」である*³。

Campbell 氏の指摘する要因のうち政策基調とは、「小さな政府」論やニュー・パブリック・マネジメントに代表される新自由主義であり、また、国際化はグリーン・ペーパーのいう第2の要因や第3の要因と合致する。両者とも、指摘する FAX や電子メール、インターネットなどの情報通信技術の発展は後述するが、ここで注目したいのは、「顧客の要求の変化」である。

郵便事業の利用者を大きく企業・事業所と個人に分けると、①企業・事業所が企業・事業所に対して、取引の一環として書状・物品を郵送する場合、②企業・事業所が個人に対して、とくに企業の場合、マーケティング・販売活動の一環としてダイレクトメールや納品書や商品などを郵送する場合、③個人が企業・事業所に対して返答や注文書・小切手を郵送する場合、そして④個人が個人に対して書状でおこなう通信の4つに分かれるが、今日では、量的には企業が利用者の過半を有している。1990年のEUの調査によれば、書状の利用者のうち、企業・事業所は、企業・事業所(35%)へと個人(45%)へを合わせると、全体の80%をしめている*⁴。2002年のEU15ヶ国平均でも、それは85%に達している*⁵。またドイツポストの2000年の調査でも、81.9%を占めている*⁶。わが国の場合も同様に、差出人が事業所である比率は、1973年度80.5%、2000年度83.0%と上昇しているが、しかし、2004年度に76.8%と減少している*⁷。これは、郵便物数の絶対数が減少していること、

また対事業所の割合が低下していることを考慮すると、メール便や特定信書便の増加の影響が大きいと思われる。

なお、概して、低所得国は、高所得国に比較して、私人が差出人である割合が高いが、企業・事業所が差出人である割合は共通して高くなる傾向にある*⁸。

企業・事業所には、企業に加えて官公庁、その他の団体も含まれているが、主として企業ないしは企業の事業所と考えて差し支えない。したがって、グリーンペーパーのいう「顧客の要求の急激な変化」とは、企業のそれである。

それでは企業の郵便事業サービスに求める要求の何が変化したのか。

2つある。1つは、多頻度小口輸送ないしはジャストインタイム輸送にみられるようなフレキシブルでスピードのある輸送を求めていることであり、企業物流においても消費者物流においても、いわゆる宅配便が増加していることに現れている。とくに、今日では、情報技術の利用に伴い、B2B（企業間取引）やB2C（企業と消費者との取引）に代表されるようなインターネット取引の発展もあり、この多頻度小口輸送が、資材調達に於いても商品販売においても、企業活動にとって重要な位置を持つようになってきている。郵便事業にとっては、このことは、小包みや宅急便輸送、また、ダイレクトメールの増加を促すようになっている。

もう1つは、企業活動の国際化に伴う、国際輸送の増加である。このことが、上記の要因とあいまって今日、アメリカ系のインテグレーターであるUPS（United Parcel Service）やFedExおよびドイツポスト傘下のDHLなどの民間運送業者を大きく成長させている背景である。

したがって、自由化の基本的要因は、国際化の進展を背景とする企業・事業所の要求の変化である。また、それは、Campbell氏やグリーン・ペーパーが共通して指摘した要因、FAX、電子メールやインターネットの発展とも関連していることが理解できよう。

「大口の企業・事業所顧客にとって重要になるのは」、わが国の料金別納郵便や料金後納郵便にみられるように、「仕分け装置や特定の郵便局へのアクセス」であり、多くの国民の利用する郵便

ポストや小さな郵便局ではないのである。「この大口顧客が大量の郵便の発送者となるにつれて、郵便事業者はこのグループの要求を充足するインセンティブを十分に有するのである*⁹」。一般の郵便局や郵便ポストが廃止される背景でもある。

ただし、自由化や、時として民営化の根拠として主張される見解、すなわち、FAXや電子メールおよびインターネットなどの電気通信手段の発展が、文書による伝達手段としての郵便＝書状の利用量を減少させるという点について補足しておきたい。たしかに、そうした側面も存在することは否定し得ない。

しかしながら、このことを郵便事業無用論に直結させる議論に対しては、次の4点を考慮する必要がある。

第1は、電子メールの構成割合の上昇は、郵便だけではなく、電話やFAXの構成割合も低下させていることである。第2は、電気通信系通信手段に対する郵便の長所*¹⁰として、誰でもが利用でき、一対一でも一対多でも通信可能であり、老人に優しく、開始費用も安価であるという特徴が存在することである。第3は、電気通信系通信手段の増加は、とくに電子商取引の増加を背景としているが、それは、ダイレクトメールや小包・宅配便を増加させていることである*¹¹。第4に、最近の研究では、電子メールやインターネットの利用の増加が郵便物量の減少に一義的に結びつかないと指摘されている。「インターネットを利用している家庭はあまり書状を出さない傾向にあるが、インターネットを利用しない家庭よりも多くの書状を受け取る傾向にある*¹²」。また、アメリカにおける郵便物量の減少の要因を検討した研究では、「減少のほとんどは、事業所対事業所間で生じており、これまで想定されてきたように、『ネットで結ばれた』（“wired”）家庭が受け取る郵便が減少していることによるのではない*¹³」。さらに、EU委員会の委託研究も、ヨーロッパ諸国の郵便物量の減少の要因として、一人あたり国内総生産物、経済成長率、自由化の程度、経営形態、料金、サービスの質とともに、インターネット普及率をあげているが、インターネット普及率の増加と郵便物量の減少には一義的な関係があるとは断定できないと述べている*¹⁴。

2. 世界の郵便事業改革とその多様性

たしかに、こうした変化に対応して、民営化と自由化を内容とする郵便事業改革が行われつつある。しかし、各国で、その対応が異なっている。

まず、横軸に民営化を縦軸に自由化をとって、主要国をプロットした図1を見てみよう。この図は、UPUのTim Walsh氏が作成したものに、わが国の状況を記したものである。経営形態の変化は、左側から国有と私有とがあり、その中間に、左側から公共法人、全額政府出資の株式会社、公私混合出資の株式会社がある。左側から右側に移行することを民営化と一般に言われるが、狭義の民営化、すなわち所有形態の変化は、図の右と左を区別する線の左側の経営形態が右側に来たときに起こっている。

縦軸の自由化は、一番下側に郵便事業の完全独占が、一番上側に完全自由化があり、その中間に、基本的には独占だが、競争が例外的に認められている場合と、一定領域（重量と料金で設定）が郵便局の独占で他の領域が自由化されている場合がある。

もちろん、民営化を国有から私有（私企業）への移行だけでなく、国有から民間非営利団体への

移行をも含め、また、自由化も、独占から競争への移行だけでなく、独占から協同への移行をも含めれば、異なる改革図を描くことができる。しかしながら、そうした図は、未だ理念の世界にとどまっており、本稿では割愛せざるをえなかった。

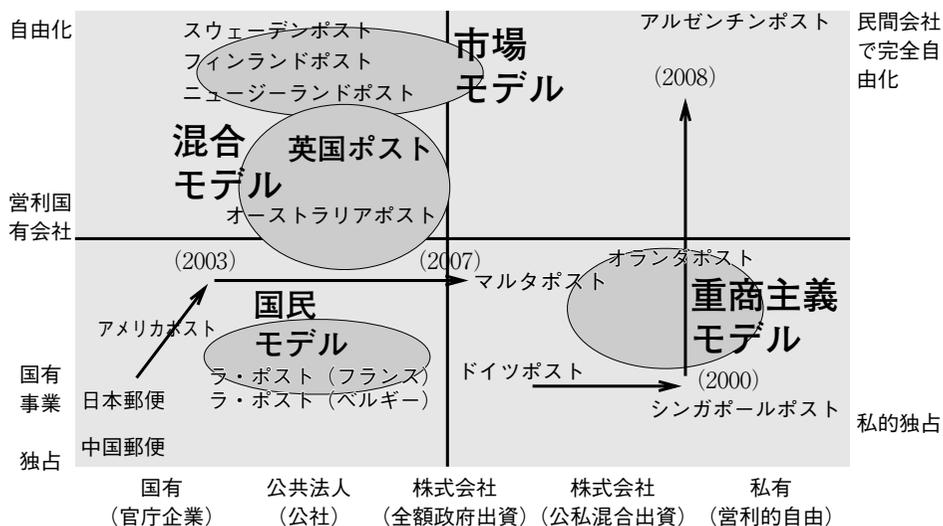
とはいえ、この図から理解できることは、次の3点である。

第1は、完全民営化と完全自由化の双方を行った国として、1997年にライセンスを民間会社 *Corres Argentina SA* に付与したアルゼンチンがあるが、それは、例外的であるということである。しかも、*Corres Argentina* は破産し、2003年11月に、アルゼンチン政府は郵便サービスを行政事業体に委任することを決定した*15)ので、今日では、完全自由化と完全民営化を採用する国は皆無である。

第2は、狭義の民営化、すなわち所有形態の変更を行っているのは、マルタやシンガポールにドイツとオランダと少なく、多くは全額政府出資にとどまっていることである。これに対して、自由化を行っている国は多いが、完全自由化はそれほど多くない。

第3は、中国は別としても、「自由競争と私企業之国」アメリカでは、郵便事業（書状の送達事業）は、公社であるUSPS (United States Postal Service: 合衆国郵便) によって独占的に経営され

図1 各国郵便事業の民営化・自由化と4つの改革モデル



出所) Tim Walsh, Globalization, Posts, and the Universal Postal Union: a Functional Critique, in: Michael A. Crew/Paul R. Kleindorfer (eds.), *Current Directions in Postal Reform*, Kluwer Academic Publishers, 2000, p. 506に、一部修正・加筆し、Robert Campbell氏の4つの改革モデル (本文参照) を追加。

ていることである。

したがって、民営化と自由化の改革がなされているのは事実であるが、詳細に見ると多様であることが分かるのである。

図に記載されている国は、もちろん、世界のすべてを網羅しているわけではない。そこで、UPUが作成した加盟国に関する『郵便事業の経営管理事業の現況と構造』から民営化と自由化に関する分類を筆者なりにまとめると表1と表2のようになる。上で述べたことが世界規模でも妥当する。むしろ、完全独占や官庁企業形態が依然として多数である。

3. 郵便事業改革の3つの国際類型＝改革モデル

注目すべきは、これらの異なる郵便事業改革に関する、Campbell氏の類型把握＝モデル^{*16}である。

同氏は、郵便事業改革を5つのタイプに分類している。①ドイツ、オランダに見られる「重商主義モデル」(mercantile model) ②フィンランド、ニュージーランド、スウェーデンにみられる「市

場モデル」(market model) ③フランス、デンマーク、カナダに見られる「国民モデル」(national model) ④イギリス、オーストラリアに見られる「混合モデル」(hybrid model) および⑤EUやUPUに見られる「超国家モデル」(transnational model)。⑤を除く4つのモデルを楕円形で、図1に入れると、これらの4つのモデルとして提示されている各国は相互に接近している。

混合モデルは、①、②、③の各モデルの混合であるので、基本的には、3つのモデルがあるということになる。この3つのモデルについて、Campbell氏は、郵便事業改革の背景との関連で、次のように述べられている。

まず、①の「重商主義モデル」は、「独占的ポストを民営化ないしは会社化し、新しい郵便世界でより強い支配的なプレーヤーにすることによって」^{*17}、技術変化や競争などに対応しようとしているという。

たしかに、すでに別稿^{*18}でも述べたように、ドイツポストは、「郵便・通信・物流の国際的リーディングコンツェルン^{*19}」を目指すという経営戦略の下に、Danzas, DHL, Airborne, Exelな

表1 世界の郵便事業の経営形態

国有（官庁企業）	48
国有企業	28
公共法人	53
株式会社（全額政府出資）	22
株式会社（公私混合出資）	7
株式会社（私有）	1
合計	159

注) 1. 国有企業は、公共法人か官庁企業か不明である。

2. 公私混合出資の株式会社形態をとる国は、ドイツ、オランダ、マルタ、ナムビア、ウズベキスタン、デンマークおよびベルギーである。

出所) UPU, *Status and Structures of Postal Administration*, update/ May 2005を基本に、新聞報道などで訂正。

表2 世界の郵便（書状）事業の自由化の程度

自由化の程度	国の数
完全独占	55
形式上独占	9
独占留保分野が50 g 未満と100 g 未満	13
独占留保分野が200 g 未満、250 g 未満、350 g 未満	9
独占留保分野が500 g 未満、1 kg 未満、2 kg 未満	28
30kg、31.8kg、標準料金の4.5倍未満	3
独占留保分野を有する	4
自由開放	20
不明	16
合計	157

出所) 表1に同じ。ただし2ヶ国(サンマリノとリヒテンシュタイン)は除いた。

どの宅配便・物流企業を買収し、今日では、フォーチュン500ランキングの部門別売上高では、競争相手であるUPSやFedExを抜いて、2位になっている。TNTを買収したオランダポスト（TPG）も同様である。ドイツポストの売上高構成に占める宅配便と物流部門の割合は、過半を超えているが、しかし、その最大の収益源は、国内の郵便（書状）である。それは、排他的ライセンス（独占留保）分野の設定によってもたらされているとともに、人員削減や郵便局廃止に見られるような合理化の成果でもある。ユニバーサル・サービスが十分でない状況が創出されているのである。

次に、②の「市場モデル」は、形式的民营化にとどまり、「重商主義モデル」のように実質的民营化はしない。しかし、「郵便独占ないしは保護領域を除去し」、市場メカニズムへの依存度が最も高く、その意味で「最もラジカルな」モデルである^{*20}。このモデルでも、ユニバーサル・サービスの維持は国家の責任となっている。とはいえ、

このモデルでは、料金の引き上げや郵便局の廃止など、急速に営利的経営が行われていることも事実である。例えば、1994年に郵便事業を完全自由化したスウェーデンでは、ダイレクトメールを中心に新規参入企業が増加し、これらの企業と国営郵便会社であるスウェーデンポスト（Sweden Posten AB）との競争が開始された。その過程で、スウェーデンポストは、大量ダイレクトメール（50g）を名目で30%、実質で50%引き下げ、個人の書状（20g）を50%、付加価値税を含めると90%引き上げたのである^{*21}。スウェーデンポストの市場占有率は、2003年で93.4である^{*22}。さらに、郵便局の廃止も進行している（表3、参照）。

だからこそ、Campbell氏も「このモデルは、実質的な競争が生じたときに初めてテストされるだろう。そして、そのときに、ユニバーサル・サービスを維持する能力の弱体化が政府を困難に追い込むことになるだろう」（p.37）と述べている。事実、2002年に郵便サービス法が改正され、ユニバーサル・サービスに「基礎的現金サービス」が含まれることになった^{*23}。また、郵便局の減少に対応して、2002年以降、金融サービスを含むすべての業務を行う直営の郵便局を400にまで減少する代わりに、書状と小包業務を提供する営業所をスーパーやガソリンスタンド内に1800、書状のみを扱う営業所を、コンビニエンス・ストアやガソリンスタンドおよび空港、病院に1000設置するとされている^{*24}。

以上の2つのモデルに対して、③の「国民モデル」の特徴は、「郵便政策の策定に際し、経済的判断に対して社会的・政治的判断を優先させる」ということにある。もちろん、「これらの政府も郵便世界の技術的、国際的現実を無視してはいないが、それらに適合する最善の道が国民的目的にそってそれらを制御し、それらを経営していくことであると主張している^{*25}」。

このモデルの代表であるフランスの場合についてみると、ラ・ポスト

表3 各国の郵便局数の推移

年末（日本は年度末）	スウェーデン	ドイツ	フランス	日本
1991	1,978	25,922	16,945	24,190
1992	1,978	22,000	16,855	24,303
1993	1,836	20,500	16,877	24,419
1994	1,786	20,200	16,919	24,521
1995	1,745	16,971	n.d.	24,587
1996	1,720	16,604	17,069	24,638
1997	1,075	15,331	17,148	24,693
1998	1,019	14,482	17,038	24,736
1999	922	13,948	16,930	24,768
2000	851	13,663	16,662	24,774
2001	n.d.	12,818	17,001	24,773
2002	n.d.	12,683	17,015	24,752
2003	n.d.	13,514	16,992	24,715
2004	n.d.	13,019	16,947	24,678

（http 出所）スウェーデン（1996年まで）とフランスは upu(http://www.upu.int/pls/ap/asp_report=CreateReport/)、スウェーデン(1997-2000)は、Robert Campbell, *op.cit.* (注2)、ドイツは、94年は Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.), *Statistisches Jahrbuch*, 1991-93年は Deutsche Bundespost POSTDIENST, *Geschäftsbericht* 各年版、1995-2005年は Bundesnetzagentur, *Tätigkeitsbericht 2004/2005*、日本は、1999年度までは『日本郵政公社統計データ』（2000年）、2000-04年度は『郵便2005』などから作成。

は、1990年7月2日の法律によって公共法人となり、フランス政府と契約を結び事業活動を行っている。郵便事業の独占留保分野を維持しているのはドイツと同様であるが、注目すべきは、独占留保分野がダイレクトメールを含む100g未満^{*26}と範囲が広いこと、とりわけ、書状や小包だけでなく、新聞・雑誌そして郵便貯金と生命保険などの金融サービスを含めてユニバーサル・サービスの追求をおこなうとされていることである。事実、フランスの郵便局は、自治体に委託した郵便局（17%）があるが、全体としては、削減されていない。

もちろん、ラ・ポストは、同時に、自立的経営体として、営利性をも追求している。とくに、分社化=filializationと呼ばれる政策^{*27}に基づいて、多数の子会社を設立して、国際宅配便・物流事業などの競争市場でも、ヨーロッパ規模ではあるが、積極的に展開している。例えば、宅配便部門では、GeoPostが、国内のChronopost、ドイツのDPD、イギリスのGeoPost UK Ltd. を傘下におさめているし、さらに、2001年からはFedExと提携し、ヨーロッパに輸送網を構築している。ラ・ポスト・グループの経営成績は、黒字を維持している。

Campbell氏は、ラ・ポストの国際活動の特徴として、スペインなどの他国の郵便事業体と提携関係を有していることを肯定的に紹介している。というのは、ドイツポストやオランダポストは、他国の郵便事業体と競争関係にあるからである^{*28}。

以上、簡単に、郵便事業改革の3つの類型、「重商主義モデル」、「市場モデル」、「国民モデル」を、ドイツ、スウェーデンおよびフランスの事例に基

づいて、その特徴を見てきた。ユニバーサル・サービスの維持に関しては、国民モデルがすぐれていると思われる。営利性を売上高利益率でみると、ラポストのそれが、ドイツポストやスウェーデンポストよりも低くなっている（表4、参照）。

4. 郵便サービスに対するドイツ、スウェーデン、フランス市民の満足度

それでは、実際に各国市民は、そうした改革類型の下での郵便事業サービスをどのように評価しているのだろうか。EU委員会保健・消費者保護局の要請を受けて欧州バロメーターが行った公益事業のサービスに関する市民アンケートの結果のうち郵便サービスに関する部分が参考になる。ここで利用するのは、2004年10月27日から11月27日にかけて、EU25ヶ国の2万4867人を対象にして行った調査の集計結果である^{*29}。

すべてを紹介しえないが、重要な部分のみ、ドイツ、スウェーデン、フランスに係わる結果について見よう。比較のため、EU25ヶ国から旧東欧諸国など最近加盟した10ヶ国を除くEU15ヶ国平均も付記する。

まず、郵便サービスへのアクセスに関しては、容易であると回答した割合はいずれも80%を越えているが、困難であると回答した割合は、スウェーデン17%、ドイツ12%、フランス10%、EU15ヶ国10%と、スウェーデンが一番高く、ドイツ、フランスの順となる。郵便料金の適切性（affordability）では、「適切ではない」と「とりすぎ」を合わせた回答者の割合は、スウェーデン20%、

表4 各国の郵便事業体の売上高

	スウェーデン			ドイツ			フランス			日本		
	売上高 (百万SEK)	利益 (百万SEK)	売上高 利益率	売上高 (百万ユーロ)	利益 (百万ユーロ)	売上高 利益率	売上高 (百万ユーロ)	利益 (百万ユーロ)	売上高 利益率	売上高 (億円)	利益 (億円)	売上高 利益率
郵便(書状)				12,747	2,085	16.4%	10,873	721	6.6%			
小包・宅配便	24,410	1,049	4.3%	17,792	367	2.1%	2,387	123	5.2%	19,329	262	1.4%
物流				6,786	281	4.1%	1,097	76	6.9%			
金融サービス	1,550	-4	-0.3%	7,349	692	9.4%	4,292	261	6.1%	187,639	18,568	9.9%
郵便局							28	-342	-1221.4%			
合計	25,540	1,045	4.1%	43,168	3,347	7.8%	18,677	523	2.8%	206,333	25,488	12.4%

注) 部門別売上高・利益の集計値は、内部取引による相殺などのため合計値には一致しない。また、スウェーデンの金融サービスの売上高には、政府補助金の400万 SEK を含む。

出所) Posten SA, *Posten Annual Report 2004*, p.54, DPAG, *Geschäftsbericht, S. 40, 2004* La Poste, *Rapport de gestion du groupe La Poste Exercice 2004*, p.70, 日本郵政公社『日本郵政公社2005』16ページより作成。

ドイツ18%、フランス8%、EU15ヶ国16%である。「サービスの質」では、「かなり悪い」と「非常に悪い」を合わせると、スウェーデン19%、ドイツ13%、フランス7%、EU15ヶ国12%と、いずれも、スウェーデン、ドイツの方がフランスに比べてマイナスの回答の割合が高いのである。「サービスの値打ち (value for money)」、「情報の受け取り」「契約の条件」「顧客関係」「苦情の処理」などの項目でも同様である。最後に、「全体的な顧客満足」を見ると、「満足していない」の割合は、スウェーデン20%、ドイツ20%、フランス11%、EU15ヶ国16%となっている。

これらを見ると、郵便サービスの水準は、「市場モデル」のスウェーデンと「重商主義モデル」のドイツが低く、「国民モデル」のフランスは高いように思われる。もちろん、この調査では、イタリアなどがスウェーデンよりも悪く評価されている項目もあり、また同じく「国民モデル」とされているデンマークや「重商主義モデル」のオランダ等では、フランスとドイツに比較するとやや異なってくる。とはいえ、そうした限定付きだが、市場モデルや重商主義モデルは、ユニバーサル・サービスという点で問題を持っていることは確かである。

5. わが国の郵政民営化の国際的位置

それでは、わが国の郵政民営化による改革は、上記の3つのモデルのどれに属するのであろうか。

まず、「国民モデル」である。地域・社会貢献基金の設置等に見られるように、過疎地域の郵便局を維持しようとする側面は見られなくはないが、経営形態はもちろんのこと、その改革の背骨をなす新自由主義的志向を考えたとき、郵政民営化法に基づく改革はこのモデルではないことは確かである。

現行の日本郵政公社は、フランスのラ・ポストと経営形態上、同格であり、また三事業一体でユニバーサル・サービスを提供していたことからしても、2002年に郵政事業庁から日本郵政公社に移行させた「郵政改革」は、まさに「国民モデル」であったといえよう。とはいえ、ラ・ポストは、日本郵政公社よりも、国内および国際の競争領域

に進出し、民間企業と競争するなど、日本郵政公社よりも大幅な自主性が付与されていたのである。逆に言えば、このラ・ポストに見られる「国民モデル」は、日本郵政公社を改革するもう1つのオプションであったと位置づけることはできるのである。

次に、郵政民営化法による改革が「市場モデル」に属するかについて検討しよう。日本郵政公社の設立と同時に実施された信書便法により「完全自由化」が可能となっている。しかしながら、特定信書便はともかく、一般信書便は参入条件が高くなっており、参入企業は皆無であるので、将来は別にして、現在のところ、郵政民営化による改革を「市場モデル」とすることは困難である。

それでは、「重商主義モデル」はどうか。たしかに、郵便貯金・簡易保険事業の完全民営化と、郵便事業・郵便窓口事業の公私混合企業化を進めようとしている点では、オランダやドイツと同様であり、その限りでは、わが国も「重商主義モデル」といえなくもない。郵政民営化によって、巨大な民間会社が誕生するのではないかという一部の論調は、この側面を指摘しているのである。しかしながら、日本郵政株式会社が、ドイツポストやオランダポストのように国際物流で大きな位置を占めるに至ると考えるのは、早計である^{*30}。従って、わが国の郵政民営化に基づく改革は、あえていえば、Campbell氏の用語にいう「混合モデル」となる。

しかも、この3つのいずれのモデルとも異なる点がある。最大の相違は、金融サービスと郵便事業の関係にある。ポストバンクを傘下におさめているドイツ、金融サービスをユニバーサル・サービスとしているフランス、さらには、最近になって基礎的金融サービスの提供を取り扱うようになったスウェーデンに比較して、わが国では、法案成立に関して曖昧となったが、基本的には、郵便事業と郵便貯金や簡易生命保険事業を分離しようとしたことにある。

むすびに代えて

以上、主としてCampbell氏の郵便事業改革の国際類型=改革モデルに依拠して、その特徴と内容を紹介し、同時に、わが国の郵政民営化法に体

現された郵便事業改革が、どの改革モデルに属するののかについて見てきた。現在のところ民営化に傾斜し、郵便事業と金融事業との分離を内容とする「混合モデル」である。このモデルの向かう先が、「重商主義モデル」なのか、「市場モデル」なのか、さらには、「国民モデル」なのかは、今後の検討課題である。郵政民営化委員会が3年ごとに郵政民営化の進捗状況について「総合的な見直し」を行うことになっている。日本の国民と政府には、なお選択の余地があるといえよう。

-
- * 1 以下は、拙稿「郵便事業」ネットワーク・ビジネス研究会編（代表 桜井徹）『ネットワーク・ビジネスの新展開－公益事業入門－』八千代出版、2004年、193-196ページに加筆・修正したものである。
 - * 2 Robert M.Campbell, *Modernizing Postal Systems in the Electronic and Global World*, McGill-Queens University Press, 2002, p.14.
 - * 3 Kommission der Europäischen Gemeinschaften, *Grünbuch über die Entwicklung des Binnenmarktes für Postdienste* (KOM(91)476.endg, 11. Juni 1992 Brussel, S.1, 参照)
 - * 4 *a.a.O.*, S.73, 参照。
 - * 5 *The Economist*, January 22nd 2005, p.64、原資料は、Boston Consulting Group, 参照
 - * 6 DPAG, *Geschäftsbericht 2000*, S.43, 参照。
 - * 7 郵政省郵務局郵政事業史編纂室編『郵政事業120年史』および日本郵政公社『郵便2005』87ページ、参照。
 - * 8 UPU, *Post 2005—Follow up and Trend*, 2000, p.17.
 - * 9 WIK consult, *Final Report Main Developments in the European postal Sector*, July 2004(http://www.europa.eu.int/comm/internal_market/post/doc/studies/2004-wik-final_en.pdf), p.162.
 - * 10 Campbell, *op.cit.*, pp.9-10およびOECD, *Promoting Competition of Postal Services*, ES DAFPE/CLP(99)221999, p.28, 参照。
 - * 11 以上の詳細は、「前掲拙稿」(注1)、191-193ページ、参照。
 - * 12 Matthew C.Harding, *Mail Demand Models* (Background Paper No.1, November 12, 2004), p.33, in: *Electronic Substitution for Mail: Models and Results, Myth and Reality*(<http://www.postinsight.pb.com/>)
 - * 13 Froud H. Nader, *Mail Trends*(Background Paper No.2, December 12, 2004 Version 2)pp.9-10, in: *Electronic Substitution for Mail: Models and Results, Myth and Reality* (<http://www.postinsight.pb.com/>)
 - * 14 WIK consult, *op.cit.*, p.181.
 - * 15 UPU, *Status and Structures of Postal Administration*, update/May 2005, 参照。なお、アルゼンチン政府は、2004年6月に法人化し (*DowJones Newswire*, June 14, 2004 [<http://www.postinsight.pb.com/>])、その後、競争入札により再民営化を企図していたが、その期限を2006年7月に延期すると発表した (*Wall Street Journal* 27, January 2006 [<http://www.postinsight.pb.com/>])。延期は、これで三回目である。

- * 16 Campbell, *op.cit.*, 参照。
- * 17 *ibid.*, p.37.
- * 18 拙稿「日独比較からみた郵政民営化」『経済』No.126, 2006年3月号、参照。
- * 19 DPAG, *Geschäftsbericht 1998*, S.3.
- * 20 Campbell, *op.cit.*, p.111.
- * 21 Ecorys, *Development of Competition in the European Postal Sector*, MARKET/2004/03./C, Final Study, July 2005, p.83(http://www.europa.eu.int/comm/internal_market/post/doc/studies/2005-ecorys-final_en.pdf).
- * 22 WIK consult, *op.cit.*, p.94, 参照。
- * 23 Sweden Posten AB, *Posten Annual Report 2004*, pp.28-29 (<http://hugin.info/134112/R/991795/149525.pdf>)、および UPU, *Status and Structures of Postal Administrations*, Update/May 2005(http://www.upu.int/status/en/status_en.pdf)による。
- * 24 NERA, *Economics of Postal Services: Final Report*, July 2004, p.143, 参照(http://www.europa.eu.int/comm/internal_market/post/doc/studies/2004-nera-final-postal-report_en.pdf).
- * 25 Campbell, *op.cit.*, p.37.
- * 26 Ecorys, *Development of Competition in the European Postal Sector*, MARKET/2004/03./C, Final Study Annex II Country Information Sheets, July 2005, p.87 (http://www.europa.eu.int/comm/internal_market/post/doc/studies/2005-ecorys-final-country_en.pdf).
- * 27 Campbell, *op.cit.*, p.264, 参照。
- * 28 Campbell, *op.cit.*, pp.269-270, 参照。
- * 29 Eurobarometer, *Special Barometer 219: Services of General Interest*, October 2005(http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_219_report_en.pdf).
- * 30 以上についての詳細は、「前掲拙稿」(注18)、参照。

(さくらい とおる、日本大学商学部)

「介護保険改定と福祉事業の新たな課題と対応」

座談会出席者

浦澤 正和（うらさわまさかず、株式会社城南医薬保健協働介護事業部統括責任者・取締役、介護ショップらくだ）

岡田 孝夫（おかだたかお、株式会社医療共済社代表取締役社長、にここサプライ）

日吉 修二（ひよししゅうじ、株式会社福祉協同サービス代表取締役）

司会：石塚 秀雄（いしづかひでお、主任研究員）

石塚 本日は大変お忙しいところありがとうございます。



今回の座談会は医療・福祉の分野で特に福祉器具の問題、用具の問題についてはあまり取り上げられてこないもので、時宜にかなったテーマなので、ぜひ研究所で取り上げようという話が

機関誌委員会で出まして、さっそく取り上げさせていただくことになりました。

今回、介護保険改定の中で、この福祉用具の購入・レンタルにつきましても、一定の影響が出てきていると思います。システムそのものは予防という言葉がかなり重要視されてきて、福祉用具につきましても、従来の考え方から予防とか自立支援とか、そういう解釈を厚労省がしています。そういう厚労省の解釈の分化というものが今後この部門での福祉要求の部門でどういう影響があるのかということ、ひとつ論点として挙げさせていただきます。

また、一般読者につきましても、いわゆる介護の事業というものがどう運用されているのかという点も、紹介がてら、お話をさせていただけたらと思います。

事業の現状と、今後どういう展開が予想されていくのか、そしてまた医療機関との連携の問題点はどのようなものがあるのかなどについて、今日はお話いただければと思っております。

最初に、口火を浦沢さんからお願いします。

●それぞれの事業について

浦澤 城南医薬保健協働の浦沢です。もともとは調剤薬局のお店だったので、介護保険が始まったときに福祉用具のレンタル事業を始めるということで、介護保険が導入されると同時に立ち上げて、福祉用具のレンタルと住宅改修という仕事をやってきました。



ちょうど6年弱ぐらいですか。うちのお店は取次店でその上に卸があり、卸からベッドなどを借りて、それを利用者のほうにお届けする、そういった仕事をしています。

うちの特徴点は2次店を持っていることです。私どもも直接ベッドを入れたり回収したりしていますが、そういったことができないお店に対してもうちに入れて、回収し、保険請求は2次店のほ

うでやると。そういった形で、普通の介護ショップよりはやや大きめかなというところだと思います。

介護保険対象の購入品ですけれども、ちょっと記憶をたどったところ、一昨年が月平均収入のほしい10%から12%ぐらいを占めていたと思いますが、今年に入ってからほしい3~4%ぐらいですね。ですから3~40万円ぐらいの収益しか上がらないという、現状です。

石塚 ありがとうございます。用具にはレンタルと購入の2種類あるようですが、この比率というのはどのくらいですか。

浦沢 ほとんどがレンタルで、購入金額は10万円までということが決まっておりますので、うちのお店で直接そういうものを買われる方というのは、ポータブルトイレであるとか、お風呂で使うシャワーベンチとかといったものです。介護保険導入当初は結構需要が多かったんですけれども、5年以上経った今のところではあまり多くはないです。

岡田 にこにこサプライの岡田です。法人名が「株式会社医療共済社」で、「にこにこサプライ」は福祉用具レンタル事業所名です。



医療共済社の歴史は古く、1965年に創設されています。福祉用具貸与事業は2002年6月から始めました。介護保険が2000年4月から始まったので、それから2年過ぎて貸与事業を始めたこととなります。福祉用具の卸とレンタルという2つの事業を中心開始し今に至っています。主たる創設法人は財団法人東京保健会・病体生理研究所が起業しました。病体生理研究所は総合検査センターですが、検査センター事業だけではなかなか立ち行かない経済的な情勢もあって、経営構造の転換の1つとして新たな事業を起こそうということで、にこにこサプライを立ち上げた経緯があります。

現在、卸が約9割、直接レンタルが1割ぐらいの規模でやっています。卸がほとんどですので、

直接の利用者さんとのレンタル契約数が少ないですが、2005年12月度で、ベッドで約1130台普及しています。東京民医連の貸与事業所、浦沢さんのところの「介護ショップらくだ」さん、あるいは東京保健生協の「オリーブの樹」さん、ほくと医療生協の「ハピネス」さん、「あずさ福祉本舗」さん、神奈川の「かりん」さん等の事業所にベッドを卸し、レンタルする事業が9割で、あとはケアマネージャーから注文が来て、直接ご利用者さんと契約をしてレンタルをするという事業運営になっております。

石塚 主たる用具というのはやはりベッドが中心ですか。

岡田 そうですね。ベッドが1130台で、車椅子が約800台です。その他、エアーマット、歩行補助具、電動車いす、スロープ等、そういった福祉用具です。

石塚 岡田さんのところは、主として卸となりますが、メーカーとの関係などはいかがですか。

岡田 ベッドでいえば、パラマウント社、シーホネンズ社などのメーカーがあり、ここから直接仕入れて、仕入れたものを私どもがレンタルで卸をするという形です。実はこの事業というのは、とてもお金のかかる事業で、何百台もベッドを仕入れて購入しなければならず、この間に千台以上買っているわけで、購入してかつ減価償却をしながらレンタルする。直接契約の場合はレンタル料金が違ってきますが、レンタル卸料で仕入価格をペイするために、おおよそ15カ月から20カ月ぐらいかかります。したがって、非常に資金のかかる事業で、やっと単月黒字にはなったけれど、まだ資金繰りには苦しんでいるところが結構あります。1億円以上の資金が必要ですから、大変です。

石塚 最初の出資は病体生理研究所ですか。

岡田 病体は財団法人で出資できないので、ほとんど銀行です。

石塚 何年ぐらいで赤字から黒字になりましたか。

岡田 3年間は赤字でした。やっと4年目ですね、去年の4、5月は確かまだ赤字だったはずですけども、7月ごろから収支のバランスで経常利益が少し出るようになりました。しかし、いちど黒字になると、なかなか赤字にはなりにくい構造もあるので、そういう意味では、今後の展望も出てきていると感じています。一度レンタルすると積み重ねて増えますから、もちろん返却用具もありますが、高齢者の増加やケアプランの増加など、新規レンタル分があれば当然増えていくわけです。それまでの3年間は、何とか単月黒字、単月黒字とずっと言い続けて経営をやってきましたから、大変でした。

日吉 私どもの会社は、株式会社福祉協同サービスと申しまして、2002年11月に法人登記して、2003



年の1月から福祉用具貸与事業者の認可を得て、福祉用具貸与事業を開始しました。出資は保健医療福祉協同組合、(株)外苑企画商事、それから千葉民医連事業協同組合、3法人グループの出資で、資本金6000万

円で出発をしました。現在の到達点としては、自社所有の福祉用具を直接利用者さんと契約してレンタルするという形を取っています。今は1080件ぐらいの人に借りていただいています。それと、3法人グループの取次店契約しています。千葉地域は「介護ショップはなぞの」が取次店として活動をして、500件ぐらい。それから、流山で「わかば薬局」が200件ぐらいで、合計で約1700件です。

もう1つの特徴は、介護保険における住宅改修を直接施工部を持ってやっています。これはちょっと珍しいですけども、月35件ぐらいの実績になり、月60万~70万円程度の売上を上げていると。1級建築士も所属をしてリフォームを受けられるような状況になっています。当然協力業者には入ってもらっていますけれども。

にこここサプライさんと一緒に、自社所有のベ

ッドで約1180台、車椅子は840台ぐらいに到達しています。おもな活動地域は三郷市、流山市、船橋市、千葉市、足立区、葛飾区、江東区、渋谷区、港区、新宿区、世田谷区です。

重要なところは、3法人グループで1年間ぐらい事前協議をして、3法人グループの共同事業として開始をした点です。それと、健和会さんが前から福祉用具については補助器具センターという研究機関を持っていてやってきたので、福祉用具に対する知識は、かなりの水準になっていたという状況はあります。

石塚 それぞれのご紹介をどうもありがとうございました。

今度、介護保険が見直しになりますが、その影響というのは何らかの形で出ているのでしょうか。

厚生労働省のガイドラインと事業への影響

日吉 地域によっていろいろ影響の出方が違うようですが、一番厳しいという話を聞いているのは、大田区地域ですね。東京都のモデル地域、いわゆる規制のモデル地域になって、世田谷、大田が厳しかったです。

石塚 どういう点が厳しくなっていますか。

浦沢 一昨年(2004年)の6月にガイドラインというものが厚労省から出まして、要支援の方や要介護1の方は、車椅子、特殊寝台、床ずれ防止用具、体位変換器、移動用リフト等の福祉用具は使ってはいけませんよというか、使うほどではないでしょうと、ちょっと違うことをやって自立のほうを選びなさいというか、しなさいということで、具体的に使える福祉用具が制限される方向で討議されています。それは決まったわけではなくて、いろいろなアドバランを上げますので、そのうちの1つだとは思いますが。ただ実際的には、今回の要支援の方はそのまま要支援1になり、要介護1の方が、要支援2と要介護1に分かれるということが言われています。要介護1の方というのは、要支援2にだいたい7~8割行くだろうと言

われていまして、そうするとその7～8割の方が、例えば、「車椅子は必要でしょうか」とか、「特殊寝台は必要でしょうか」というようなことになるわけですね。今まで使っていた方が使えなくなってしまうケースも出てくるかもしれないという部分での制約みたいなものが出てくると思います。具体的にはやはり自治体、大田区なら大田区のほうで、そういった説明会をケアマネージャーさん対象にかなりやっていましたね。

ですから、そういったところから、使う人にももちろんそうですし、これは新聞とかいろいろな雑誌などでも出ていますし、それから具体的には、それを指導するというか管理するケアマネさん自身に対しても、今言ったような感じのお話をいろいろして、きちんと選別、区別して、指示を出しなさいというようなところがかかり出てきているのではないかなと思います。

石塚 ガイドラインで、こういう人は使っているのか悪いのかと細かくいうのは、器具としては、出てくるのはベッドよりも車椅子などでしょうか。ベッドにもかなり影響は出てくるんですか。

日吉 ベッドが一番ですね。

岡田 先ほど出た「福祉用具選定の判断基準」というガイドラインが昨年6月に出了た以降、各自治体によって厳しく指導するところとあまりしない自治体と格差があります。いずれにしても、それ以降、例えば、あるケアマネージャーから「要支援と介護度1の人はもうベッドが頼めないんですか」という問い合わせが来たこともあります。ガイドラインが、今回の介護保険改定の先取りみたいな形になっていて、ケアマネージャーが、軽度のご利用者にベッド、車椅子を利用することが難しくなって、萎縮してきているのではないのでしょうか。

具体的数字では、05年度は、04年度との比較でいうと、今年度はまだ終わっていないけれども、ベッドのレンタル数が、前年比で伸び率40%以上減少すると予想しています。今年度の予算も抑えた予算は取ってはいるが、残念ながら予算通りに推移してきています。もちろんガイドラインだけ

の要因ではなく、ケアマネージャーが忙しすぎてケアプランをこれ以上増やせないとか、ケアマネージャー人数をこれ以上配置できない法人の事情もあろうかと思います。これはベッド、車椅子だけでなく、いろいろな用具にも関係してくると思います。

日吉 ベッドという言い方ではなくて特殊寝台とありますが、1モーターというのはハイローか背あげだけ、それから2モーターは背上げとハイロー、3モーターは足上げも加わります。今まで主に3モーターが出ていたのが、在宅に必要なのはそんなに高機能・高価格のベッドだけでないという議論がありました。じゃあ低価格の1モーターだったらいいのかというと、いわゆる介護保険給付費の総量規制ですから、ベッドレンタルそのものを抑制してしまえば、介護保険の給付費は減ります。というのは、福祉用具レンタルの中で、件数を多く占めるのは、ベッド・車椅子と床ずれ予防具です。その3種類の付属品を含めてほしい9割を占めるといわれています。このなかで一番価格の高いのはベッドなんですね。そうすると、ベッドレンタルを規制すれば、給付費は自然と減ることになります。

現実に福祉用具貸与の保険給付額は、一昨年12月の131億円から去年の8月139億円と伸びが鈍化しています。それまでは前年比9%以上の右肩上がりでしたけれども、厚労省のガイドラインが出てから、抑えつけ、いわゆる自主規制も含めて抑えつけられていると考えています。

石塚 確実に、全体の数字は下がっていますか。これは下げ止まりで、一定程度、下の方で安定していくのでしょうか。さらに、例えば要介護1の人たちが増えて予防介護で在宅を重視する、施設から在宅を重視するというと、単純に考えると在宅での費用は人数が増えて基本的には少し大きくなっていくという感じもありますけれども、先々は福祉用具のレンタル事業というのはどうなるのでしょうか。

岡田 先は読みにくいですね。来年の予算もどうするかと悩ましいところもあり、高齢者人口の間

題だとか、先ほどの厚労省のガイドラインのように介護保険改定で財政抑制をしてくる。とりわけ福祉用具についても、それをどう抑制するかということでガイドラインがあって、今度の予防給付でいえば、もう福祉用具はだめよという形をはっきり取ってきているわけで、そういう行政的な側面でいうと、福祉用具のレンタル依頼は、今まで要支援とか要介護1の方も使っていたのが、これからは今まで以上に出てこない、減るだろうという考えはもっています。

それを追い超すほど高齢者人口が増えて、ケアマネージャーが増えて、ケアプランが増えてとはあまり考えにくいのではないかと。そういう意味で伸率で減少することを想定はしています。

日吉 私のほうはちょっと見方が違って、ここ2年ぐらいは給付抑制政策が一定は進むだろうと考えています。ただ高齢者人口は増えてきますから、基本的に福祉用具を使う人は増えてくるはずだと思っています。ですから長期のスパンで考えれば増えるだろう、ただここ1、2年は厳しいよと。どういうふうになるかちょっと状況をよく見ないとわからないという見方はしています。

浦沢 私も日吉さんとちょっと似ているんですけども、いろいろな介護保険の改定が出ていまして、地域包括支援センターを創設して、実際立ち上げに必要とされている社会福祉士・保健師・主任ケアマネージャーが揃わない場合に、2008年の3月末までに整備しなさいという項目がついているんですね。そうすると、実際そういった条例を出しても、どんなにやるんだぞといっても、立ち上がらないだろうとの思惑というか、厚労省側にも一定の懸念があるだろうと思うんですね。

福祉用具なども、そういった視点でみると、現在ベッドを使っている方のお宅に行くと、明日からベッドを取り上げてしまうということは、実際にはあり得ないと思うんですね。そうすると、だいたいうちのほうでも介護保険の認定期間というのがもちろんありますから、その1つのクールが終わるまでは、そういった意味ではいきなり、いわゆる要介護1から要支援になってしまっただめという形にはならないと思うんですね。むしろ

2015年が一番ピークと言われてはいますが、そのときにどうするかということで、今すぐということではなくて、あと1、2年のスパンがある中で、期間の中で考えなさい、ということだと思っただけですね。

ただ、そのまま放っておいたら、先ほども言ったとおり利用者さんのほうから連絡があるんです。もし自分がベッドを介護保険で使えないのならば、ベッドを使った方がかなり楽なので、自費でもいいからベッドを購入したいというお話もあるんですよ。それは、いろいろお話してお断りしているんですけども、そういった事例が出てきているというのが実態でありますので、ケアマネさんだけではなくて、介護保険を使う方、利用者さん自身が、そういった形での意識になってきているのかなという気はしています。

石塚 地域包括支援センターは、作らない場合には、いわゆる補助金等を全部カットしますよという、いささか脅しみたいなのところがあるので、だいたいの地域では出来るのではないかなと思うんです。しかし、ベッドを買いいたいという場合は、介護保険の適用にはならないんですよ。

浦沢 そうですね。さっき言った特殊寝台ですからね。そういった形での、それをレンタルという形ですから、購入品の対象外ですね。

日吉 福祉用具貸与事業のレンタル価格というのは、事業者がレンタル価格を自分で決めていいんですよ。ですから、自分のところで所有している福祉用具のレンタル料というのは、会社によって違うわけですよ。12品目ありますと、それぞれ全部会社によって違う。ライバルの様子を見ながら新しい価格をつける。そこに価格競争を折り込ませているのが最大の特徴です。レンタル料の自己負担分については医療費控除の対象にもならない。さらに消費税は課税と非課税が混在しているというのが特徴ですね。

石塚 そういう価格競争は、ケアマネあたりで関心があるんですか。例えば1割負担ですから、たぶん差額は100円単位ということになるので、100

円高いとか、利用者自身はあまり関心は高くなく、そんなに動機がないのではないかなと。

日吉 そうですね。せいぜい200円とか300円とか。

石塚 事業所のところ、訪問看護センターなどで、業者選択といったことはあるのでしょうか。

日吉 あります。今の要支援で1ヶ月に6万1,500円の支給限度額ですが、それが目一杯になっていればレンタル価格で安い業者を選びます。この支給限度額が満杯になっているからどうにかしてよという相談も来ますね。

1件当たりでいうと、1人の利用者がだいたい東京で1万5000円-6000円の間だと思います。地域によって差があって、関西に行ったら、去年神戸に同業者の見学に行ったんですけども、1件当たり1人の利用者平均1万円は取れないと言っていました。ライバルがあって、1万円以上出したらもう全然利用してくれないと。

一番高額な地域で1件あたり1万7000円ぐらいと聞いています。

石塚 それは、1人の利用者の限度額程度まで。

日吉 限度額というよりも、だいたい平均すると1ヶ月のレンタル料で1人1万5000円ぐらい入るよということですね。医療機関の件当円と同じです。どれぐらいのものがサービスできるかという。レンタル価格の設定と用具の選定で件当円が高くなります。

石塚 利用者は、支払いの名目上は月払いでしょうが、平均何カ月ぐらい借りるのでしょうか。

岡田 うちで返却用具のレンタル開始と返却期間の調査をしました。返却された利用者さんだけの数字ですが、平均ベッドは9.5ヶ月、車椅子は4.4ヶ月で返却されてきます。それはご利用者さんが亡くなられたり、病院に入院したり、施設に入所したりして、用具が必要なくなる。それで返却されてくるのがそのぐらいの期間ですね。

返却は月によっていろいろで、「今月はどうも

亡くなる方が多いな」という感覚のときもあります。寒さが厳しくなってくる季節とか、12月は多かったですね。

浦沢 うちで12月の回収の理由を調べたら、死亡解約が12名だったんですね。今までで一番多いと思います。解約数でも月単位で一番多かったですね。

それからレンタル期間というのは本当に個人差がありまして、マットレス交換のときに、利用者さん調査をしたんですね。すると、4年前にベッドをレンタルしてマットレスも同じものが入っている方がいるわけですよ。そこで、この間、4～2年までは全部新しく消毒済みのマットレスに交換するというので、もれがないように全部問い合わせをしてやっています。1年以上借りているという方に関しては、ほぼ、新しい消毒済みのものと交換しました。現在利用している方々の半分ぐらいがそういう方でしたね。ですから、統計を観ると結局中間が少ないというんですか、短い方は本当に短いんです。1週間であるとか、5日であるとか、そういった期間です。

石塚 請求については月単位ではなく、日割での計算ですか。

浦沢 実質的に請求上は半月単位でやっていますね。

●メンテナンスとストック

石塚 器具のメンテナンス、消毒などの費用については、どこが持つのでしょうか。

浦沢 これはもちろん、にこにこサプライさん等卸の業者の方にご協力いただいて、無料で交換するわけです。

石塚 メンテナンスの費用は、保険の対象にはならないですね。

岡田 ならないです。サービス、持ち出しです。

日吉 基本的には、在庫を持っているところが取次店と取次店契約を結びます。取次店契約の中に、メンテナンス、修理は元請けがやります。それから、支払基金への請求だとか、レンタル中の用具については定期点検・モニタリングなどは取次店がやってください。で、引き取りは、うちが行きます。それで、取次店に対しては、レンタル価格の例えば3割なら3割、手数料をお支払いします。例えばベッドが月レンタル料11,000円でしたらその3割分はお支払いします、という形で契約をします。

それから引き上げてきたものの洗浄、消毒、メンテナンス、履歴管理などは元請けと言われる業者が全部やるということになります。

石塚 メンテナンス関係で、ずいぶん費用がかかりそうですね。

岡田 にこにこサプライとしても「消毒→洗浄→梱包→再レンタル」というサイクルがありますが、その業務は請求できない。しかし、その業務をしっかりやらないと、レンタル事業者として信頼がなくなるだけでなく、安心安全の福祉用具を提供できないわけですから、事業のなかの重要な課題として取り組んでいます。

先ほど言ったように、亡くなる方がある月だけ増えたり、返却用具がどんと増える月があったりします。そうなると、手狭な倉庫がいっぱいになる。日吉さんのところはまだ広い倉庫がありますが、うちは手狭なものですから、この間も置き場所がなくなるぐらい返却用具で満杯になりました。

とにかく人手がかかります。消毒液を噴霧し、清拭し、場合によっては修理や部品取り替えもあり、本当に1つひとつ汚れを点検し、またそれを洗浄液で落とし、それこそ新品同様に、また梱包する。本当のマントーマンの仕事ですから、ベッド1台1時間、場合によっては2時間ぐらいかかる場合があるんですね。

ご利用者さんは届いた用具が汚れていると嫌な思いをします。やはりそういう作業に手を抜かない仕事をするのが、これからのレンタル事業者として試されてきていると思います。その意味で、人件費も含めて、スペースの問題も含めて、にこ

にこサプライとして来年度事業計画をどうしようかと悩んでいるところですね。

日吉 一般的には、1000台貸しているとだいたい1割ぐらいが在庫としてあるそうですが、100台のベッド保管というのは、大変な面積が必要なんですよ。車椅子でも100台だと、車椅子は横積みはできないですからね。

浦沢 同じベッドといっても、いろいろな型や種類がありますので、同じだったらそれほどでもないと思うんですけども、そういった点では、在庫を抱えるとすごく大変ですよ。だから逆にいうと、どういうものが出るかというところをある程度予測を立てないといけないわけです。そういった点では、元請けの方は、日吉さん、岡田さんのところは、かなり大変かなという気はします。うちは元請けさんから借りるだけでして、その点では比較的楽をさせていただいています。

岡田 たしかに大変ですね。大変な要素として、返却がドッと増えるということもそうですが、例えばパラマウントが新しい製品を発表すると、テレビで宣伝、コマーシャルをやります。そうすると、ケアマネージャーもご利用者さんも、そのベッドが良いということで、そのベッドが普及し始めます。私どもはそのベッドを仕入れて、再レンタルする訳で、一方で、減価償却が終わるまでは従来型のベッドも再レンタルしなければなりません。

従来型といってもそれほど古くはないのですが、どうしてもメーカーの戦略で新製品が発売されると従来型ベッドのレンタル数が減少します。その意味で、在庫が増加するには二重の意味があります。新ベッドが出て旧ベッドがなかなか出ないということで在庫が増える。それと、ご利用者さんが亡くなるなどして、ある月の返却が増える。私どものようなレンタル卸の事業所としては、今後の大きな課題として在庫をどう減らすかという問題があります。

そこで、レンタル商品ではあるけれども、ベッドや車椅子等の販売も少し始めています。老健施設、ショートステイ、グループホームに入所され

る方などにレンタルベッドを販売に切り替えて、減価償却が終わりかけているものについて、ある意味では通常価格よりかなり安い価格で買っていたかどうかということも少し始めたところですよ。

実は中古のベッドを販売するには古物商の認可があると言われたものですから、調べましたら、中古商品を継続的に販売事業としてやる場合、古物商の認可が必要であることが分かり、地元の警察署に申請し、先月12月にその認可が下りて、また古物商という新たな事業が一事業というほどではないですが一始まっています。在庫をどう減らすかという意味での事業展開も今後求められてくると思います。

石塚 中古ベッドの販売先は、施設に売ると、先ほどお話があったような個人が安い値段ならば買いたいという、個人利用者もいらっしやるのですか。

浦沢 うちでは原則的には個人の販売はしないという形で対応しています。どうしても個人の方ですと、ADL（日常生活動作）がベッド購入時と変わってくるのが普通なので、そのベッドをずっと使えるかというところでもなくなります。そうであればレンタルで、その時々状況に応じた福祉器具を使ったほうが良いということを説明して、丁寧にお断りをしています。施設等への紹介はやっております。

岡田 個人の需要は少ないですが、介護保険の上限を越すから、レンタルでなく購入したい方もいらっしやいます。65歳になっていない方で介護ベッドの購入希望もありました。

石塚 日吉さんのところはいかがですか。

日吉 個人には新品を売るようにしています。中古はできるだけ売らないようにしています。でも、今まで3年間でせいぜい数件です。介護保険が始まってから、そういうのは極めて少なくなりました。レンタルで借りたほうがずっと経済的にはいいし、不要になったときには引き取りに来るといって、それは介護保険の非常にいいところだ

と思うんです。

住宅改修

石塚 先ほど住宅改修をやられているということでしたが、これは今後はいかがでしょうか。

日吉 住宅改修は、給付額20万円が限度なんです。当然1割負担で、2万円が利用者負担です。今のところ、行政からの規制はかかっていないですから、今後ここを強化していこうかなと思っています。

石塚 改修の内容は、主にどういうところですか。スロープや手すりをつけるといったことでしょうか。

日吉 やはり段差解消と手すりですね。ケアマネもしくはリハビリ担当者がまずご利用者さんの身体状況及び家屋評価をしたうえで、転倒予防や、歩行にこれが必要だと判断して、依頼が来ます。うちの担当者が現地調査に行って評価をした上で、見積書を提出して施工という流れになります。来年度からは事前申請になるんですが、自治体に事前申請して、許可が出たところを全部施工ができるということになります。

浦沢 事前申請になるということで、かなり大変な事態になることがあるんですね。というのは、病院から退院される前に、ご自宅でいろいろなところを改修し、新しい車椅子も入れるようになったとします。それが事前申請になりますと、役所へ届け出をして、認可が下りないと9割分が（最高で18万円）保険から下りないのです。それまで待っている間に、もしもその方がもう1回入院してしまったり、それですめばいいですけども、極端な例では死亡してしまったり、そういう可能性も結構あるわけですよ。

うちでも多少は住宅改修をやっているのですが、今まででも見積もりを取ってくださと言われて取っている間に亡くなられてしまったケースがありましたから、これからはそういうケースがかなり増えてくるのかなと思います。その点では本当

にご自宅に帰られてから生活しやすい住環境にできなくなってしまうのかな、かなり制限があるかなと思っっているんですね。

日吉 事前申請による制限は、うちの担当者に言わせると、「かえって行政がやっていいのかどうかははっきりさせるから、それはそれでいい」、だそうです。事前申請して許可が出ないもの、申請が通らないものはやってはまずいという大義名分が出てしまうじゃないですか。

浦沢 今まで実際に、着工してしまっ、いわゆる住宅改修や工事をやったあとに行政へ持って行って、これはだめだよというケースはありました？私のほうから見れば、事前申請はお墨付きがもらえて良い、というよりは、在宅を勧めてる方針を出しているのにもかかわらず、なぜ事前申請で許可が必要なのか、住環境を整備するための住宅改修なのに実情に合わないどころか逆の考えではないかと言わざるをえないという感じがします。

石塚 申請にどのくらい時間がかかるのですか。

浦沢 それは明記されていないため、現時点では見当も付かないんです。

日吉 これから始まって、行政の窓口の担当者がどれぐらいの知識を持っているかによって、実際の対応が違ってくるのではないかということは予想していますよね。

浦沢 ある自治体ではきちんとやってくれるけれど、ある自治体では遅いということは出てくると思うんですね。

石塚 今度の介護保険改定では、一応、なにか困ったことがあったら、置いてある専門職に聞きなさいよ、ということになります。住宅問題も、耐震構造偽装などの事件があったので、役所は相当腰が引けて、専門知識のない人がものを決定するという事はしづらくなってきているのではないかなと思います。

事前申請を誰が決めるかというのは、ケアマネ

などの専門職に下ろして決定させるか、第三者機関でやるかのどちらかになってくるのではないかなという気がします。

浦沢 現状でも区の職員でPT（理学療法士）の方が立ち会って、「ここに手すりをつけたほうがいい」とか、「ここはつまずくので床を平らにした方がいい、車椅子がぶつかるので棧をはずしたほうがいい」とか、そういう形での指導や指示はあったんです。だから専門職の方々の意見を聞きながら、あとは大工さんがきちんと設計して、どれだけそういった指導・指示に忠実に手すりなどを取り付けられるかということに済んでいたんですよね。これからは1ランク、ハードルが高くなるというか、超えにくくなるが出てくると思うんですね。

日吉 手続きとしては、余分に、繁雑にはなりませんね。

石塚 20万円を限度とすると、そんなに大した工事はできないと思うんですね。スロープ、手すりをつけて…くらいでしょうか。

浦沢 あとは、区のそれに対するいろいろな措置制度がついていて、20万円だけではないのです。いわゆる介護保険は20万円ですけれども、それにプラスアルファでそれぞれの区によっては総額で100万円、150万円というかなりの金額になるケースがあるんですよ。そのへんは日吉さんのほうがかなり件数も実例も多いかなと思います。

日吉 行政区によっては横出しや上乗せをやっていたのですが、最近では削ってきましたね。板橋とか足立とか、都や区の予算の関係から、浴槽の改修で1件あたり37万円助成額を20万円に減額するというふうになり、利用者の自己負担は増えていきます。去年、一昨年あたりからそうなり始めて、やはり抑制傾向にあります。住宅改修そのものについては、実際に施工している部分については規制がないですから、総量規制も福祉用具に比べて甘いですから、需要があり、事業としてまだ伸びるかなとは思っていますけれど。

岡田 住宅改修は、月に1～2件程度、工務店にお願いしてやっています。最近の事例では、トイレを和式から洋式に変更する工事で、最初に見積りが確か25万円と出ました。介護保険は20万までの上限なので、ケアマネとご利用者さんから、とにかく20万円にしてくれという相談がありました。結論をいうと20万円で施工しました。工事方法の変更と材質の変更によって、また工務店さんの協力もあったと思います。

バリアフリーのような高額な費用の場合、身体障害者の1～2級認定を受けた方では、一旦福祉事務所に相談するのも一つの方法と思えますが、最近は介護保険優先の考え方があって難しくなっています。

◆土建とのコラボ

浦沢 うちの場合は住宅改修で、ネットワークまでいかどうかわかりませんが、土建さんをだいたい指名しています。業者としては工務店4社と契約していますが、東京土建の大田支部と提携してまして、いろいろなことについて半年に1回ぐらい打ち合わせもしながら、よりいいものを作っていくということ、お互いに話し合いながらやっています。この大田支部というのは、いろいろなことをやっているんですね。デイサービスやヘルパー派遣もしています。そういった面ではお互いに情報交換もしながら、具体的に仕事をやっていただきながらということで提携を組んでいるというところはありますね。

実は一度提携契約が自然消滅しているのですが、お互いにいろいろな話をして、結果として去年から再開という形になったのですが、今は割と順調にっています。

岡田 土建事務局がヘルパー派遣ですか。

浦沢 事業としてやっていますね。

岡田 土建の事務局が？

浦沢 そうですね。事務局が主体となって。

岡田 日吉さんのところでは、そういうのがありますか？

日吉 土建はないけれども、高齢者事業団がやっていますね。

浦沢 うちへパンフレットやカタログを持ってきて、うちのグループ、城南グループですね、大田区を中心とした、そこの主体事業所へ私たちが行って、各ステーションに置かせて頂くようによろしく願いますという感じでやっていますよ。

岡田 大田支部はそうですか、板橋は何もやっていませんね。

日吉 足立土建もやっていないですね。住宅改修の下請けを何件かやっているというくらい。うちも頼んだけれども、なかなかうまくいかなくて、結局、今はぼしゃっていますね。

岡田 住改担当者がよく言うのは、土建の方に最初お願いしていただけれども、いい仕事をしてくれないとなかなか頼めないというか。土建ではないところですごく丁寧な仕事をしてくれるところに、ついまたお願いをするという形があって、なかなか東京土建と全面的に提携、とはいかないことがあります。こんな話、土建の人が聞いたら怒るだろうと思うけれども（笑）。

◆福祉用具専門相談員というアドバイザー

日吉 「お風呂の中はこういう器具があって、こういうものが便利ですよ」とか、「日常生活の杖にはこういうものがありますよ」という形で、利用者の相談に乗れるというのはありますよね。トータルで、利用者の要望に応えられるのと、利用者の知識はまだそんなに深くないですから、いわゆる一般的に認知されていないですから、こういうものもありますよという形でアドバイスができる部分が多々出てきましたね。それはもう福祉用

具を納品する段階でも同じで、車椅子を持っていった段階で「ここにこういう手すりがあれば便利だ」というようなことをケアマネージャーさんに一応情報として伝えるとか、ベッドを入れたときに「こういう形での手すりがあればまだ楽ですよ」ということで、福祉用具専門の相談員、福祉用具貸与事業者としてのいわゆるポジションを確立できる。だんだんそういうふうになってきたというのは言えますね。

今まではケアマネさんオンリーで、どこの業者もケアマネの言うことには嫌とは言わないです。明日納品しろと言われたら明日納品する、その日に納品してくれと言われたらその日に納品するわけです。ケアマネには何回も言われたんですが、例えば「うちは3日後じゃないと納品できません」と言うと、「日吉さん、ほかの業者は嫌とは言わないよ」と。業者としてはそれだけ儲かる、利益が上がるわけです。そういうのがだんだんだんだん、こちらが実力をつけてくるにしたがって、いろいろな意見の交換が、ケアマネあるいは利用者とできるようになってきた。

石塚 福祉用具専門相談員ですか。そういう資格を社内では何人か、あるいはみんなが取られるのですか。

日吉 福祉用具専門相談員の養成講座を40時間受講すれば、業界認定を得られます。一応、それが要件にはなっています。けれども実際には、現場を経験しなければ福祉用具専門相談員としての実力はついてこないと思うんですね。

浦沢 認定資格と実際の仕事の能力は格差が出ますね。

石塚 いわゆる地域で、先ほどの土建や高齢協、労協、あるいは訪問看護センターや病院など、そういうところと協力関係といいますか、意識的な交流、例えば勉強会をしているとか、そういうことはあるんですか。

浦沢 うちの場合ではすぐ隣に大田病院がありますが、病院でのおむつの販売を、業者と掛け合っ

てうちから仕入れて大田病院へ売るという形にしているんですね。そのおむつの使い方の研修会をやったり、福祉用具に関しては、何種類もある車椅子を実際に看護師の方に見ていただいたり、お風呂等々の昇降つきのリフトですね、そういった部分での使い方の研修会を開いたりしています。あとは低反発のマットレスを実際に使っていて、その感想を聞いて病院で使用して頂いたり、患者さんが退院後在宅で使っていただくとか、そういった形での交流をしています。

同じグループに「すずらん」というヘルパーを派遣する事業所があるんですが、そこにも同じように特殊寝台・車椅子を持って行って使い方の説明会をしたりします。これらは単独ではなかなかできないので、いろいろなベッドのメーカーさん、おむつメーカーさん、車椅子のメーカーさんの方々に来ていただいて行きます。また毎年おこなわれる「品川・大田健康まつり」などがありますので、そういった場合には、卸のここにこサプライさんから、いろいろな福祉用具をお借りして、展示しながら福祉用具の説明会をするとか、そういったことはやっていますね。

日吉 うちの場合は、財団法人テクノエイド協会、これは福祉用具とはいわずに、補助器具（テクノエイド）というのですが、補助器具メーカーなどが集まって作った協会なんですけれども、そこで認定している「補助器具プランナー」の研修に行かせるようにしています。かなり専門的な研修で、福祉用具専門相談員の講習の次の段階にあたります。今は3名います。福祉用具業界の中ではかなり権威を持った協会ですね。

岡田 地元の板橋には「あずさわ福祉本舗」という事業所があります。その事業所と一緒に、地域での福祉用具展示や福祉用具体験学習会などに参加しています。各地域の「健康まつり」にも出しています。杉並のヘルパーステーションの学習会に呼ばれて、介護ベッド、電動車椅子、歩行補助具などを運び込み、福祉用具の説明をおこなったこともあります。

最近ではちょっと頓挫しているのですが、ケアマネージャーや専門相談員の方々を対象に、各事業

所にも呼びかけて福祉用具の選び方をテーマにしたもの、床ずれ防止用具の選定の仕方や、車椅子のフィッティングの仕方、移動用リフトの正しい使い方とか、それぞれの専門家を呼んで、規模は大きくないのですが、だいたい20名に来ていただいて、少しでも福祉用具についてもっと理解して頂きたいということを目的に、これまで7回学習会を開催しています。

日吉 医療機関等との連携では、新製品をデモで使用してもらい、その評価を聞くなどを行っています。新人研修としてデイサービスと特養ホームで合計1週間の研修をさせてもらいます。福祉用具については、医療機関や施設とは連携は少なくしています。というのは、不特定多数の利用者が使うものですから、そうすると用具の傷み方とか感染予防とかについて用具の管理がかなり大変なので、もうちょっと事業規模が大きくなると、医療機関、一般病院を視野に入れた連携は、用具ではなかなか難しいと思いますね。

石塚 すると、病院のいろいろな福祉用具というのは、別のルートから入っていくのですね。

日吉 病院の備品として購入とか、リースで入るといったケースが多いと思います。ベッドもちょっと仕様が違うようです。レンタル品とは違い組立・分解を前提としないキャスタータイプが主です。一般的に、うちの社員が利用者宅で組み立てるのではなくて、メーカーの従業員が直接行って組み立てて納品をするという形で、ちょっとそのイメージが違いますね。

石塚 基本的には在宅分野をカバーですね。

日吉 そうですね。在宅で使用して頂くのが基本です。定期的な訪問、メンテナンスなどに行ったときに、担当のケアマネさんに、あの人の使い方はこうでした、こういう生活状況でしたというような情報が提供できる活動が少しできるようになってきたという、それが今の到達点ですね。

浦沢 日吉さんや岡田さんのところは両方も元

請けで、うちの場合は小売店というところもあるので、リハビリシューズや杖といった品を扱います。介護保険に関わらないものももちろんありますので、リハビリシューズや杖の販売は、大田病院は別にうちと直接取引しなくてもいいですし、今まで違うところでやっていたのです。ただうちだと病院のすぐ隣ですし、在庫を一定持っていれば、すぐにでも靴ならば履いてみて病院のPTやOT（作業療法士）さんに見ていただいて、「この靴がいいですよ」という助言をしてもらえる。そういったところはかなり使っていただいているというか、利用していただいています。

日吉 介護ショップを開店していればそういうのはあります。外来で紹介を受けてきているとか、そういうものもありますね。しかし介護ショップはレンタルで得た利益をつぎ込むつもりでやらないと経済的にはちょっと厳しい、単独でやるのはちょっと厳しいですね。

またリハビリ用品は高いんです。それを勧めなくてはいけないというのは、ちょっと心苦しいと言いますか（笑）。

浦沢 うちなんかですと、病院の紹介だと10%から15%値引きということで、できるだけ利用者さんに負担のかからない方向でやっていますけれども、日吉さんがおっしゃったように、利益はなくてはなりませんが、そんなにいい商売ではないですね。

●制度改正と元請けのデッドストック

日吉 一番、僕らが苦しんでいるというか、いわゆる元請けをやっているというのは全国の民医連でにこにこサプライとうちだけだと思います。ほかは取次店という形式。例えばベッド100台買うのに150万円ぐらいの資金が必要になります。1500台持つとやはり2億円ぐらいの資金が必要だということです。今度の介護保険の改訂で、その何割かがデッドストックになるかならないかということになります。100台、200台規模でデッドストックになってしまったら、大変打撃を被る。そういうおそれがだいぶ、今度の介護保険の改訂で出てきたというのは、今ちょっと、取次店さんと

違った危惧というか、危機感があります。

岡田 同じようにありますね。調べた数字があって、要支援と介護度1の方で直接契約件数比率が、合わせると34.3%になりました。介護度1が全面的に介護予防給付ではなくて、だいたい70~75%ぐらいが予防給付に移行するだろうと言われていて、仮に70%とした場合には、今うちで契約している27%の契約者の方が、予防給付に移行するという数字が出ました。27%は結構大きい数字で、これが全部ベッドを使っているとは限りませんが、少なくとも契約件数でいくと、27%の契約者が、今度はもう「福祉用具の使用が想定しにくい」というような抑制の中で影響が出てくると思われます。しかも、契約が減るという方向と、今、日吉さんが言ったように、新規のベッド、車椅子の契約が今後どれだけ来るのかということはどう見通すかということだと思います。

先ほど言ったように、従来のベッドもレンタルされないと、私どもは在庫余り現象が起きて、資金繰りがますます厳しくなるという一方で、経営の損益は黒字であるけれども、資金繰りでショートしてしまうなどということも、考えられないわけではありません。

そこで昨年、卸先の各事業所に、キューマアウラという従来のベッドのこれだけ在庫があるから、利用者さんやケアマネージャーが、ベッドメーカーを問わなければ、ぜひキューマアウラベッド、アウラ21をぜひ普及くださいというお願い文章を、FAXしたんですね。そこでご協力いただいて、そのときはちょっと減ったんですが、しばらくして在庫がまた増えました。追いかけてこです。ですから、また06年度も同じような現象が起きてくる可能性がありますね。

日吉 ちょっと話が違うのですが、介護保険の認定を受けた人たちのだいたい3~4割ぐらいが福祉用具を使用されます。そのうちの9割が先ほど言った3種類になります。介護度の軽度の人からの使用依頼は確実に減るだろうと思います。それから、介護度1~5ぐらいの人たちについては、相対的に増えれば、その件数はある程度カバーはできるだろうと思います。ただし、要介護、要支

援1、今度の改定では要支援1と2と、それから要介護1が3~4割を占めてしまう。その大部分で使っていただいたベッドが1年間あるいは2年間かけて戻ってくるという状況、基本的にはそういう状況があると思います。ではケアマネさんが利用者のアセスメントをどれぐらいやってくれるのか。あるいは、厚労省のガイドラインには、転倒予防という観点が入っていない、逆にそういうものを使うと「廃用症候群を助長している傾向にある」というような表現がガイドラインにあるんですね。そのへんをどれだけケアマネさんが頑張ってくれるか、福祉用具の貸与と事業者がどれだけケアマネさんの後押しができるかというのが、1つ闘いの方向にはなってくるのではないかなと思っています。

石塚 厚労省の文書を読むと、必ずしも「だめ」ではなくて、判断基準ではっきりしないのはいけない、という書き方ですね。

日吉 新予防給付で要支援1だとだめ、要支援2で原則だめだけれども、原則ですから、ケアマネさんがアセスメントをしっかりとしてくれれば大丈夫です。

実際には民医連のケアマネージャーは看護師出身の方が非常に多いのが特徴で、一般的にはそういう人は少ないですね。すると病気の特徴、その人の生活状況の把握、それらを判断して福祉用具を決めるとか、そのへんの知識が乏しいと、自治体の言っているとおり規制に入ってくる。要支援1だからもうベッドはだめだよと、今でも要支援だからベッドだめだよというプランを押しつけてくるようなケアマネさんもいます。

岡田 確かに、画一的な規制ではなく、利用者さんの身体状況や生活環境もふくめて判断した、しっかりした理由書の記載や、予防給付であっても医師の意見書に基づく福祉用具の利用も十分あり得ると思います。あきらかに利用することによって改善を阻害するのであれば、これはもう利用してはいけないと思います。自分で立ち上がり、歩行がまだ可能な方に介護ベッドはどうなのと言われてれば、必要ないと思います。しかし、現在でも、

ケアマネジャーの方は「福祉用具の利用が想定できるから」プランを作成しているわけで、画一的にとらえてはいけないと思います。

立ち上がりができる人、困難な人、同じ1でもいろいろな身体状況があって、本当にその人に合わせた福祉用具がしっかりプランされていれば、軽度の方でも大いに在宅で自立した生活を維持できていると思っています。

ガイドラインの表現が微妙で、「福祉用具の利用が想定しにくい」という言葉を使う。抽象的な表現を活用している。介護度1の人が、介護ベッド、あるいは車椅子を使うのは想定しにくいと言う。「しにくい」けれど、ではその先をどうすればいいのですかと、含みを持たせている判断基準にしている分、それを今度は自治体がまともに受け止めて、規制を強めてくるということに大きな問題があると思っています。

石塚 私もそう思いました。まさに、ガイドラインの中身が想定しづらいと（笑）。やはり基本的に、規制をかけるという目的でガイドラインが出ているわけですね。

浦沢 ひとつおもしろいデータがあるんです。ガイドラインが出たのが2004年6月だと思いますが、それ以降も保険請求総額、ベッド・車椅子の請求総額、又ベッドレンタル総件数・車椅子レンタル総件数は増加しているんですが、ガイドライン発表あたりを境にして件当金額が減ってきています。例えば、2004年5月審査分ではベッド一台当たり11,028円ですが、2006年10月は10,364円とレンタル単価が664円もさがっています。

いわゆる福祉用具の事業所というのは、営利団体といいますか、株式会社が多いわけですね。そうすると、そういうものが出ると様子見はするかなと思うんですよ。価格競争もあるとは思いますが、利用者さんと厚労省をにらみながら薄利多売的な対応をしているように思います。そういう面ではしたたかとかいうか、そういう側面があるのかなという気もしますね。それがすべていいとは思いませんし、確かに必要なくても使っているという業者も中にはあるかもしれない。ただ、ガイドラインが出た後の件数増を見れば、ある意味

ではそんなに必要性がなく貸しているというケースは少ないのではないかなと受け取れます。

うちの場合をみますと、やはり医療系出身のケアマネジャーさんが多いですから、要支援者の方々に貸している割合は、2004年度ですと金額ベースで2.6%しかないんですよ。全国平均で7.4%が要支援者に対する福祉用具のいわゆる給付額になっているんですね。それをうちは2.6ですから。現在でも割合はそんなに変わってないと思います。先ほど要介護1の問題がありましたけれども、そのへんはそんなに厳しくは見ていないとか、いきなりということはないだろうと思っています。たぶん要支援はそのまま行きますから、そのあたりの影響というのはあるかなと思いますが、相対的にいうと絶対数が伸びてくるわけですから、現状のままいくとすれば、今の段階ではさほど厳しくはみていないという状況ですね。

◆今後のマーケットの方向性

石塚 さきほどベッドの納入が遅ければほかにも業者はあるよという言葉がありましたが、民間の競争相手、民間の市場が圧倒的に大きいと思いますが、そういうところとの兼ね合いというのはどうなんでしょうか。競争ということも含めまして、介護用具のマーケットとしてみると、今後はどういう方向に行くんでしょうか。

日吉 足立区でいうと、足立区福祉用具協会というところに所属して理事も務めています。そこから情報として聞くのは、一般的な話も含めて介護保険の始まる前に措置時代、ひと月にだいたいベッド1台4000円ぐらいの収入があって、それがいきなり介護保険が始まって、1件1万数千円になった。先発業者はそのときからの何百台とベッドを持っているわけで、もうとてつもない利益を上げているわけですね。そういう先発業者は、今はサービスの充実には走っています。1件レンタル依頼をもらおうと2人ぐらい担当者が利用者宅にいて、状況を把握してケアマネに報告をして、納品する。住宅改修で注文を受けると、施工をする人、意見を聞く人、アドバイザー、それから営業、4人ぐらいで飛んでいって対応。それで利用者と

きっちり顔合わせした上で施工まで持っていくというのが、一番サービスが充実している業者の実態ですね。だから、我々にはとても真似できるような状況ではないですね。

それから一番大きいレンタル会社は、営業1人に300件ぐらい担当させて、6カ月の定期訪問のようなことをやらせていますね。労働条件はかなりひどいです。残業代は2万円ぐらいで打ち切り、早朝から終わるのが夜9時あたり。低賃金で縛りつけてやっていますから、これもちょっとできないし、やるつもりもないですが。

福祉用具の業界で働いている人たちの労働条件というのは全体的にひどいと思います。たぶん一番儲かっているのは、大手のベッドメーカーでしょうけれども、p社が7割ぐらいを占めているそうです。ほとんど独占的ですね。あとは価格競争で、徐々に徐々に厳しくなってきた、車椅子B級品と称して、例えば月々の自己負担が200円とか一今まで500円ですが一そういうものが出ようになった。通常の半分ぐらいですね。うちもB級品と称して償却が終わったベッドを7000円ぐらいで出しているんですけども、それより安いものも出てくるようになった。6000円ぐらいで出てくるようになった、というのが現況で、東京でも価格競争が厳しくなってきました。というのは「この業界が儲かる」と建設機器のリースをやっていた会社が乗り込んでくるようになって、そこがレンタルの価格を安く出してきています。

石塚 先ほどの東京土建とのネットワークと申しますか、同じようなことではないのでしょうか。

浦沢 競合するという意味ですか。

石塚 ええ。同じような全体的な、競合的なサービスとなりませんか。

浦沢 競合するところはたぶん出てくるだろうし、そういう形で同じような事業をやれば、当然なるかとは思いますが。しかし競合というよりも、掘り起こしとか、そちらのほうを考えたほうがいいのかなどという気はします。

デイサービスでも昨年からいろいろ制約が行わ

れ、食費を自分で支払うといったものが出てきましたけれども、実態とすれば、そういうデイサービスでもまだまだ行きたいという高齢者の方がたくさんいると思うんですよね。そういった点では、その受け入れが十分にできていないのではないかなという気がしていますので、現段階では競合するとは思っていないですね。

ベッドのレンタル価格では、ケアマネさんからもうちょっと安くならないのという話は確かにあります。今おっしゃったように、ベッドメーカーさんの直属の営業所はすごいですね、営業マンとか。ケアマネさんとはいろいろな話し合いの中で、どうして価格競争をしない、すべきではないという理由を言って納得していただいています。例えば先ほど出ましたマットレスを交換するとか、何かあったらすぐ行きますよという形を取りたいと。どこでもやっているものですがけれども質の点ではだいぶ違っている、違うような形でなければ自分たちが生き残れないと思っていますから、そういった点での福祉用具・器具の知識という点での勉強も含めて、やっていこうというのが大事かなと思っています。ですから、いきなり競合してつぶし合うという形には単純にはならないと思います。

ただ、要求は強いです。先ほどおっしゃったような、ベッドはもうちょっと安くならないのかとか、日曜・祭日にベッドの搬入ができないのかとか、あるいは家族の方が仕事に行くので、その前の朝7時にベッドを入れてほしいとか、そういういろいろな要望があります。全部が全部に対応できるわけではありませんので、それぞれケースバイケースですが、絶対出来ないとは言わないんですけども、基本的にはしませんということで対応しています。

日吉 基本は生活に密着したサービスですので、地域で、やはり一定の地域テリトリーを決めて、きめ細かく動くのが求められる。それが、競争に勝つ一番の秘訣でもあるのかなと思います。価格の面では、ケアマネが「これもっと安くならない？」と言ったら下げる業者も出てきている。これは不法行為で二重価格はいけないんですけども、そういう業者も出てきている。そういう情報

も素早くつかんで、そういうのが不法行為であるということを教えてあげなくてはいけないし、ケアマネにもそういう情報を流す、事業所にもそういう情報を流す必要もあるし、介護ショップを中心にしながらの地域密着型のサービスになっていなくてはいいかなと思っています。

岡田 業界の中での競合問題では、大手と競争するよりも、うちの場合には課題が2つあって、1つは、迅速、親切、丁寧に対応しようと心がけています。例えば事業所から注文が来て、事業所の人手がなくて配達できないと代わりに搬送するのですが、「明日退院するから今日ベッドを入れますか」という要請があり、それで、空いていれば、断らないようにしています。その日の要望があったらその日にお届けするということもあります。回収もそうです。「お通夜があるからその前に回収に来て」と、結構あるわけで、そういう要望にはなるべく応えられるようにしています。私どもはサービス事業であると同時に、利用者さんや、家族の方が困っていることは、できるだけ解決したい気持ちは強いです。

もう1つの大きな課題はサービス面でいうと、やはりメンテナンスです。大手では、2カ月3カ月に1回など、ご利用者さんの用具のメンテで訪問しています。うちはそんなに人手がなくて、やりきれないところもありますが、これは競合というよりは、まさにご利用者さんの用具を安全に使ってもらう立場から必要なことだと思います。1カ月に1回はどうかと思いますが、例えば、たまたま訪問したところ、車椅子のタイヤの空気がほとんど抜けている状態で利用している方がいました。高齢者の方ですと分からないで利用していることもあります。介助する家族の方がいればまだいいのですが、独居の方で、ずっと使っていた方がいました。これは自転車のタイヤと同じですから、自然に空気が減ってきます。最低でも3カ月か半年ぐらいに1回は、タイヤだけでも見にいかないと、本当に安全に使っているかどうかわからない。まだベッドのほうがそんなに故障するものではないのですが、それでもたまにネジがゆるんでいたり、脚座のピンがはずれていたりとか、たまにあります。

その意味では、06年度の1つ大きな課題として、うちで直接契約しているところに、今月から、訪問計画表というのを作って、いつから使っているかというのを順番に、車椅子、ベッド、使っている用具のリストも作って、計画的に訪問しようと始めました。今までもやっているけれども、計画書に基づいて始めています。この問題は、情報開示の標準化の問題にも触れることになり、それは利用者さんの調査項目があり、記録も含めて実践しているかどうか問われることになります。それで、厳しい人人体制ではあるけれども、やり切ろうという意思統一はしています。

器具のトラブルと対応

石塚 今まで器具で事故とかそういう問題は起きたことがありますか。

浦沢 うちのほうで1件あったのは、電動車椅子をお使いだった方が、病院の中でご利用していたんですね。病院の自動ドアが開くスピードと電動車椅子のスピードがうまく合わなくて、ガラスにぶつかってしまったということがありましたね。その場合の、ガラスはお金で済むけれども、ご利用者さんがけががなさったりとか、いわゆる何でこんなものがあるのかなという福祉用具に対する不信感というのを持たれてしまったりすると怖いので、そのへんの話は丁寧にやりましたけれども。

電動車椅子というのは日本では時速6キロ以下で、運転免許資格はいらなくて、誰でも乗れるわけです。また使用方法やブレーキがメーカーによって少しずつ違うんですよ。握ると走るところあれば、手を離すと走るところとか、いろいろあり、そのへんの教え方が非常に難しいんですけども、そういったところをかなり注意して、きちんとやらないと大変だなというのはありますね。考えつかない想定外の事故というものはあると思います。その後、電動車椅子に関してはメーカーさんに来て頂いて研修を受け、全員研修終了認定書をもらいました。

岡田 うちでトラブルがあったのは、最近でいうと、電動車椅子のバッテリーが途中で切れて、町

中の歩道で動けなくなってしまった。その方は何とか自宅まではタクシーに乗って帰ったのですが、その電動車いすは歩道に置きっぱなしで、取りに行ってくれと連絡が入り、自宅まで届けたことがあります。バッテリーは家庭の電気で充電すれば問題はないが充電忘れもトラブルになります。

過去一番大きなトラブルでは、これも福祉用具というよりはベッドの構造上の問題ですが、介護ベッドのサイドレール、柵と柵の間が少し開いている、ここに、おそらく柵を乗り越えようとしたと思われるが、足が挟まって体が外に出ていることがありました。幸い発見が早くて大事に至らなかったのですが、サイドレールに挟まれない備品を活用しなかったことが反省されています。確かに、ベッドのサイドレールというのは非常に危険なこともあって、間に首が挟まって医療事故になった事例もあったと聞いています。

日吉 そういう、業者にとっては予想もつかないような話はちよくちよくあります。事故とは関係ないですがゴキブリの巣になって返ってきたベッドとか、ニコチンで白いベッドが真っ黄色になって返ってくるとか、電動車椅子のバッテリーをネズミにかじられて返ってくるとか、いろいろありますよね。

独居の方の生活というのはやはり想定がつかない部分というのが多い。それでもやはり6カ月の定期訪問など、今まで見過ごしていたことをやらなくてはいけない時代になってきたということも確かだと思うんです。

●地域密着、人材育成、ネットワーク

石塚 先ほど出された地域密着型の独自の事業ということにつきまして、介護事業の地域展開の今後の方向と、それから、サービス、メンテナンスに関わる人材育成といった組織上の諸問題など、そのあたり触れながら、順番にお一人ずつ、一言ずつお願いしたいと思います。

浦沢 先ほど福祉用具専門相談員という資格を得れば、そういった福祉用具のレンタルができるようになりました。これは最低、事業所で2人そういっ

た方がいれば、東京都へ届け出をして指定業者になれるわけですね。そうすると、時間数でいくと40時間、講習だけ受ければ誰でもできるということで、それが実際の現場ではなかなか役立つもないことも日吉さんのほうから意見があったんですけども、まさにそうだと思うんですね。

だから、そういう資格制度が曖昧といっちはおかしいんですが、かなり実情にそぐわない資格制度の位置づけがされている中で、どういう形で専門職として育てていくかという点では、個人の事業主、うちなんかは本当に取次店ですから、そんなに資本的な部分でも大きくないわけですから、人材育成という点では現場に入って覚えるしかないということだと、事故があったらどうしようとか、そういった問題も出てくると思うんですね。

やはりしかるべき組織といえますか、例えば、民医連で、先ほどの情報公開の問題もありましたけれども、そういったものも含めて一定の位置づけをきちんとしながら、それこそネットワークを組みながら作り上げていくという形でないと、なかなか単体、個人の事業主では扱いきれない問題かなと。歴史もそんなにないわけですので、できないのではないかなという気はしますね。

いわゆる事業展開とすれば、本当に、医療、介護、福祉という点では一翼の一端を担っていかなければいけない事業だと思いますので、どういう形・方法で人材を育てていくかが、かなり重要だと思います。私を含めて、今日集まっている方々を見てもおわかりかと思いますが、あと3~4年、4~5年すればだいたい定年かというロートルが多いわけですから(笑)、そういった点では、若い方がどういう形で育っていくかというのは緊急課題です。はっきり言いまして現状ですと、本家一城南福祉医療協会というところですけども一から来て、その中で現場を中心に事業責任を任されてやっていくという形になっていますから、ある意味では、医療の中で培ったものの延長なわけですね。だから、新しい視点、視野というのはなかなか持ちにくいというのがあって、これからはそういうことだけではいけないのかなという気はします。そういったところで様々な専門職の集団に入ってその中で、ネットワークの一員として

プロとして働けるように教育・研修をきちんと組んでやらないと、なかなか育っていかないのかなという気はします。

岡田 職員教育問題になってくると思いますが、福祉用具専門相談員の資格を持っていても、最初は役に立たないですね。やはり、1、2年やって、専門性が身についてくる。例えばご利用者さんのところに訪問したときに、ご利用者さんの身体状況の把握から、家族環境やどういう生活をしているのか、居住空間のなかでどういう生活動作をしているのか、その中で福祉用具を利用して改善できることがあるのか、そういう専門的な相談を受け入れられるような職員が求められてきます。

しかし、新人もいるわけで、訪問するときは、ベテランと新人を一緒に訪問させることをやっています。ケアマネージャーに用具の専門家として相談できる力量と、そのための知識をどれだけ持っているか。そういう目と構えをもてる職員集団を構築したいと希望だけはもっています。

なかなかうまくいかないと思うけれども、やはり僕らの仕事の喜び、福祉用具をお届けしたときに、お年寄りや障害者が「よかった、これで少しは楽になる、これからも在宅で生活を続けられる」ということを言ってくれた時が一番嬉しいわけで、それが民医連の事業所でもあるし、そのために僕は努力しなければならないと考えています。

もう1つは、まだなかなかですが、例えば、うちは卸で東京民医連の6カ所ぐらいの事業所と連携しながらの事業ですが、その中で人事交流をこの間少しだけ始めて、うちの職員を1年間の出向させたことや、それから2カ月間だけですが、今日から、らくださんに業務支援に1名出しました。そういう経験は非常に重要だと思います。人事交流だけでなく、全体的に東京民医連の中で、経験交流や経営活動交流など、もっとできればいいと思いますね。残念ながら全日本民医連の介護事業部では、なかなか福祉用具については方針がそんなに出されていない。訪問看護ステーションの話だとか、ヘルパーさんの交流会とかは全日本民医連もありますが、福祉用具もこういうことがあ

るんだということを知ってもらって、民医連運動の一翼の中の一つになればいいと思っています。

日吉 地域でいわゆる居宅支援事業所にいるケアマネージャーさんと連携をして、利用者にはいい福祉用具を提供できる人員を育てようということ、去年から専任の営業を配置し始めて、今年はあと2人配置する予定なんです。その中で、やはり地域に密着して活動できるような体制を作っていきたい、システムにしていきたい。そのための教育というのはしっかりやっていきたい。それが、住環境コーディネーターの資格だったり、それから福祉用具プランナーの資格だったりということにより、一般的なものよりももうちょっと質を向上させたところで勉強してもらって、展開をしていきたいと考えています。

すると、対ケアマネージャーさんに対する情報提供の質も必然的に変わってくるのではないかと。その中で福祉用具貸与事業というのはこういうものだというのを確立をしていきたいというのが、第1点です。そうすれば、必然的な依頼も増えるのではないかなと思っています。それは3法人の共同の事業ですので、3法人関連の事業所への展開だけでいいかなと思っています。

そういう意味では、先ほど言った介護ショップというのは、ある意味では、経済的には非常に厳しい状況に必ず置かれるんですけども、地域の老人の拠り所、1つのものを買うのにだいたい30分、長い人で1時間ぐらいお話をしていくんですよ。そういう意味では、地域社会に届く、高齢者の援助もできる、こちらの質が良ければ対応できるというか、そこが社交場みたいになったりすることもありますので、地域の一環としての介護ショップももう少し1店舗か2店舗増やして、そういう地域の中で生きる会社としての方針を確立してやっていきたいなと思っていますけれども。

民医連についてどうのこうのというとなまた長くなりますので、やめますけれども。

石塚 最後にいろいろ貴重な話をいただきまして、ありがとうございました。やはり介護保険が改定されて、厚労省の考え方、政府の言い方だと、予防とか自立を中心にするということであるとすれ

ば、まさに福祉器具というのは、これからは従来の考え方と変わって、単に生活を維持するというのではなく、利用者の自立や活動を活発化させるための、あるいは、要するに予防的な道具としての介護器具という、そういう位置づけが強まってくると思うんですね。そういう点では、福祉用具の役割が、今後ますます積極的な位置づけとなっていく、そういう点で、福祉用具の理論武装といますか、ビジョンというものを持たないとい

けない。ケアマネにそういうことを持ってくださいというのはなかなか困難なことなので、やはり、介護シヨップとか福祉用具を担っている人たちが、ちゃんと理論武装してやっていくというところが、ますます国の政策を勘案しても必要になってきているんだなと思いました。

今日は、いろいろ貴重な意見ありがとうございました。

(2006年1月16日)

【事務局ニュース】1・会員募集と定期購読のご案内

会員募集 「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」の会員を募集しています。会員には正会員（個人・団体）と賛助会員（個人・団体）があり、入会金・年会費は以下のようになっています。また、機関誌『いのちとくらし』を追加購入される場合、会員価格でお求めいただけます。（なお、会員への機関誌送付部数は、団体正会員1口5部、個人正会員1口1部、団体賛助会員1口2部、個人賛助会員1口1部となっています。）

研究所ニュースが無料配布されます。

○会費（年会費）

	区 分	適 用	入会金	年会費(一口)
正会員	団体会員	団体・法人	10,000円	100,000円
	個人会員	個人	1,000円	5,000円
賛助会員	団体会員	団体・法人	なし	50,000円
	個人会員	個人	なし	3,000円

定期購読 機関誌『いのちとくらし』定期購読の申し込みも受け付けています。季刊（年4冊）発行、年間購読の場合は研究所ニュースも送付いたします。また、会員の方には機関誌が送付されますが、会員価格で追加購入もできません。詳細は事務局までお問い合わせください。

○会員の種類

- ・正会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布され、総会での表決権があります。
- ・賛助会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・

- ・1冊のみの場合：機関誌代 ￥1,000円＋送料
- ・年間購読の場合：機関誌年4冊＋研究所ニュース＋送料 ￥5,000円

改定介護保険法の特徴と問題点

林 泰則

今年4月からの改定介護保険法全面実施に向け、現在急ピッチで作業が行われている。厚労省では、介護報酬の改定をはじめ、政省令や細則の準備がすすめられており、各自治体では、サービスの整備や介護保険料の設定などをふくめ、第3期介護保険事業計画策定の最終段階に入っている。

今回の制度改定は、単なる法律の一部手直しにとどまらない、新たな制度をつくりあげる内容といっても過言ではない。改めてその全体像を整理し、そのねらいと問題点を明らかにしたい。

1 介護保険制度見直しの目的

2000年に創設された介護保険制度は、一面では、利用者数や事業者数を大きく増やすなど、高齢者・国民の中に公的な介護サービスを利用する機会を広げてきた。しかし、重い費用負担による利用抑制、特養待機者34万人に象徴される基盤整備の遅れ、訪問介護をはじめとする給付内容の制限、低水準の介護報酬など、利用者・事業者双方に重大な困難をもたらしてきた。今回の制度改定は、現状の矛盾・問題点の是正・解決は放置したまま、年平均10%ずつ伸び続ける介護給付費を何よりも問題視し、保険財政上いかに「制度の持続可能性」を確保するかを目的としていることを最大の特徴としている。

法改定を前に、厚労省はさまざまな給付抑制策を着々とすすめてきた。スタート当初は、利用者やサービス量の増加を「制度が順調に推移している」指標として説明していたが、制度第2期（03年～05年）からは評価を一転させ、右肩上がりで推移する介護給付費を前に、いわば「介護保険財政危機論」ともいべき認識を全面に押しだし始める。2003年1月には、「介護給付費適正化対策本部」を設置し、実地指導・監査と連動した「適正化」対策を実施に移すとともに、2.3%に及ぶ介護報酬の引き下げ（03年4月）、「福祉用具給付

の判断基準」の策定（04年6月）、施設整備費の大幅削減など、今回の法改定に向けた「地ならし」ともいべき給付抑制策を重ねてきた。今回の改定は、その積み上げの上に乗って、「介護給付費の伸びの抑制」「給付の重点化・効率化」のための本格的なシステムを構築することに最大のねらいがある。さらに、高齢者医療制度の創設をはじめとする社会保障「構造改革」の牽引者（＝フロントランナー）としての役割をいっそう強化しようというものである。

しかし同時に、改定法には今後の高齢化に向けた問題意識や新たな課題が改定法に盛り込まれていることも見逃せない。高齢化率のアップ、独居・老々世帯や認知症高齢者の急増など、今後10年間急速なスピードで進行していく高齢化への対応は時代の要請であり、厚労省も正面から向き合わざるを得ない。予防の重視、身近な地域でのサービスの整備、認知症ケアの強化などは高齢者・国民の要求の反映であり、地域の介護保障の拡充につながる可能性をもつ。しかし、「財政の論理」優先のもとでは、利用者・高齢者の生活実態や要求からかけ離れたかたちで実施され、利用者・高齢者に逆に困難をもたらすおそれがある。

政府・厚労省の「財政の論理」に対抗し、今後の高齢化にふさわしい介護保障、生活保障をどうつくり出していくか、運動と事業の両面で問われている。

2 改定法の概要

改定法の柱は、（1）予防重視型システムへの転換、（2）施設給付の見直し、（3）新たなサービス体系の確立、（4）サービスの質の向上、（5）負担のあり方、制度運営の見直し—の5点である。障害者支援費制度との「統合」を睨んだ「被保険者・受給者の範囲の見直し」は、障害者団体の強い反対の声があって今改定では見送られた。しか

し、付帯事項として「社会保障の一体的見直しをあわせて検討」「2009年度を目処に所用の措置を講ずる」とされている。

○「予防重視型システム」への転換

今改定の中核であり、介護予防を軸に、全体の給付を「地域支援事業（介護予防事業）」「新予防給付」「介護給付」の3つの体系に切りわたる【図1】。

新予防給付は、認定区分の見直しによって新たに設けられた要支援1、要支援2を対象に、介護給付とはまったく別の給付体系として制度化する。要支援1は、現在の要支援全員が該当し、要支援2は、現在の要介護1のうち「疾病や外傷等により心身の状態が不安定な状態」「認知症等で新予防給付の利用に係わる適切な理解が困難な状態」「その他、心身の状態は安定しているが新予防給付の利用が困難な状態」をのぞく者となる【図2】。全体で150～160万人の軽度利用者を新予防給付に移行させる。

新たな新予防給付のサービスとして、第1に、「運動医器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」を制度化し、通所事業（介護予防通所介護、介護予防通所リハ）において提供する。第2に、訪問介護などの既存サービスについては、介護予防に役立つ内容と方法で提供する【図3】。

新設される地域支援事業（介護予防事業）として、（1）地域の高齢者全員を対象に、健康教育や運動指導などを実施する一般高齢者施策と、（2）要支援・要介護状態になるおそれのある「特定高齢者」（65歳以上の5%を想定）を対象に、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のほか、閉じこもり、認知症、うつ病に対する予防・支援を提供する特定高齢者施策を実施する。

新予防給付と特定高齢者施策に介護予防ケアマネジメントを導入し、地域包括支援センターが実施する。ただし、新予防給付のマネジメントの一部を居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）に委託できる。

○ 施設給付の見直し

改定法の全面施行に先行して、すでに昨年10月から実施済み。「在宅と施設の公平」「介護と年

金の調整」を理由に、（1）施設等の居住・食事に要する費用を介護報酬から削減し、（2）それぞれの施設・事業所ごとに、利用者との契約で居住費・食費を決めて徴収する。これによって、施設の居住費・食費、短期入所（ショートステイ）の滞在費・食費、通所サービスの食費が保険給付の対象からはずされ、利用者の自己負担となる。

低所得者対策として「補足的給付」（負担上限額を設け、別に設定する基準費用額との差額を保険から給付）を実施するが、通所サービスの食費は対象外となる。

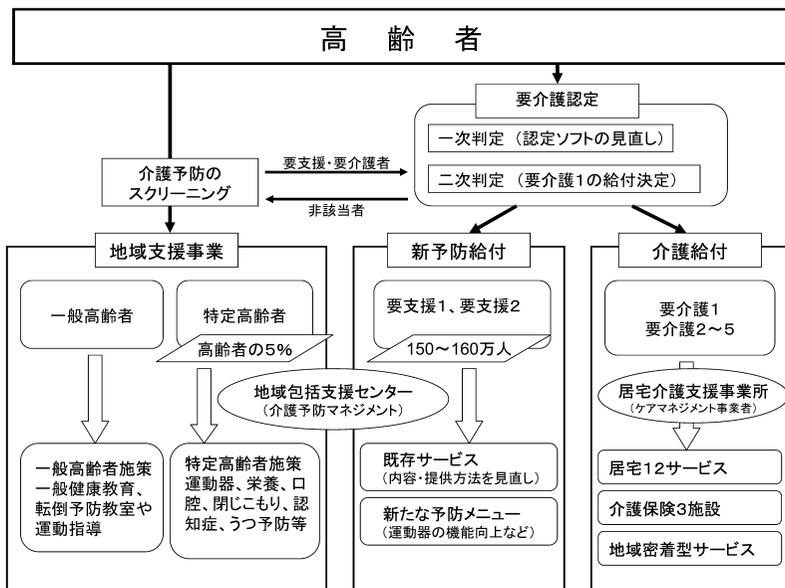
○ 新たなサービス体系の確立

地域密着型サービスは、「中重度の要介護状態になっても、できるかぎり住み慣れた地域で生活を継続できるよう、原則として日常生活圏域内でサービスの利用、提供が完結するサービス」である。市町村が事業指定、指導・監督を行い、（1）小規模多機能型居宅介護、（2）地域夜間訪問介護、（3）小規模（30人未満）介護老人福祉施設、（4）小規模（30人未満）で介護専用型の特設施設、（5）認知症高齢者グループホーム、（6）認知症対応型通所介護の6種を制度化する。このうち小規模多機能居宅介護は、「通い」の機能を中心に、「訪問」「泊まり」を組み合わせて提供することによって在宅生活を支援するものであり、宅老所をモデルとしている。介護予防事業をふくめ、全体のサービス体系は【図4】のようになる。

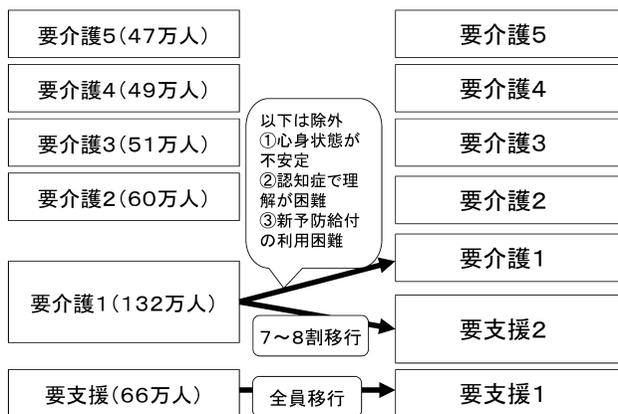
居住系サービスでは、介護専用型特設施設の新設、有料老人ホームの規定の改定など、特設施設の要件を拡大する。

「地域住民の保健医療の向上、および福祉の増進を包括的に支援」する機関として「地域包括支援センター」を新設する。原則は市町村の直営であるが、在宅介護支援センターを有する法人などに委託できる。「介護予防事業」「地域ケア支援事業」「総合相談機能」「高齢者虐待防止・権利擁護事業」の4つの事業を担い、専門職種として、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーを配置する。日常生活圏域ごとに1カ所、全国で5000～6000カ所を設置するが、設置カ所数や職種の配置は市町村の事情に応じて柔軟な対応が可能である。

【図1】

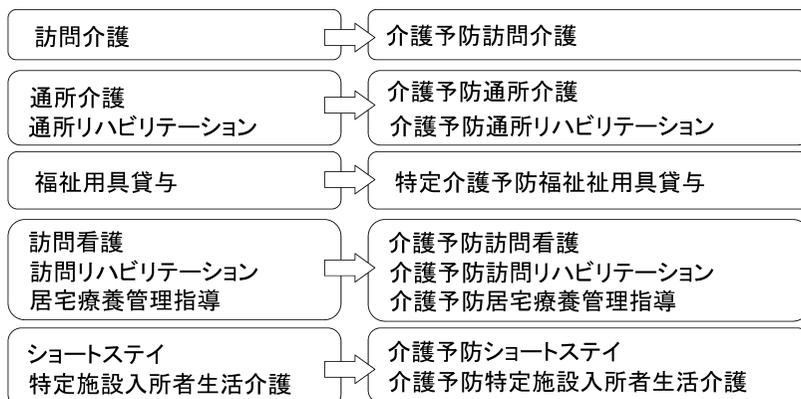


【図2】



【図3】

既存サービスの見直し



「生活機能の維持・向上」をめざす観点から、介護予防に役立つかたちでの利用のみ給付

【図4】

	市町村が指定・監督	都道府県が指定・監督
介護給付	<p>【地域密着型サービス】 (従来にない新しいサービス体系)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●小規模多機能型居宅介護 ●夜間対応型訪問介護 <p>(大規模・広域型→小規模類型)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域密着型特定施設入居者生活介護(30人未満) ●地域密着型特養ホーム(〃) (現存サービスで報酬・基準見直し) ●認知症対応型通所介護 ●認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 	<p>【居宅サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●訪問介護 ●訪問入浴介護 ●訪問看護 ●訪問リハ ●居宅療養管理指導 ●特定施設入居者生活介護 ●特定福祉用具販売 <p>【施設サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●通所介護 ●通所リハ ●短期入所生活介護 ●短期入所療養介護 ●福祉用具貸与 ●特養 ●老健 ●療養型医療施設 <p>【居宅介護支援】</p>
予防給付	<p>【地域密着型介護予防サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防認知症対応型通所介護 ●介護予防小規模多機能居宅介護 ●介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <p>【介護予防支援】</p>	<p>【居宅サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防訪問介護 ●介護予防訪問入浴介護 ●介護予防訪問看護 ●介護予防訪問リハ ●介護予防居宅療養管理指導指 ●介護予防特定施設入居者生活介護 ●介護予防特定福祉用具販売 <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防通所介護 ●介護予防通所リハ ●介護予防短期入所生活介護 ●介護予防短期入所療養介護 ●介護予防福祉用具貸与

○ サービスの質の確保と向上

「医療と介護の連携の強化」をはかる。主治医とケアマネジャーとの連携、重度者に対する医療型多機能サービスの実施や、施設や居住系サービスでの医療と介護の連携をすすめる。

事業者に対して「介護サービスの公表」を年に1回義務づける。公表する情報は、基本情報(事業者が報告する)と調査情報(都道府県が基本情報が正しいかを訪問調査し確認する)の2種類であり、2006年度は、訪問介護、通所介護、居宅介護支援などの9事業からスタートする。

「ケアマネジメントの体系的見直し」では、包括的・継続的ケアマネジメントの強化をはかるとともに、ケアマネジャーの資質・専門性の向上に向けて、研修の義務化、二重指定制度の導入、資格の更新制の導入、主任ケアマネジャー制度を創設する。ケアマネジャー1人あたりの担当件数を見直し、中立・公正性の確保をはかる。

事業者規制を強化し、指定の欠格事由への指定取消履歴の追加、事業指定の更新制の導入(有効期間5年間)、勧告、命令などの新たな権限(改善勧告・命令など)を追加する。

○ 負担のあり方、制度の見直し

介護保険料の段階区分や徴収方法の見直し、保険者による給付等のチェックの強化や事務の外部

委託など保険者機能の見直し、要介護認定事務(申請代行や認定調査)の見直しなどを行う。

3 改定法が構築する介護保障システム

改定法のねらいは、介護給付費全体の伸びを抑制し、給付の「重点化・効率化」(「軽度から中重度へ」「施設から在宅へ」)を徹底するシステムを構築することにある。単なる法律の一部手直しというレベルを超えた、制度の創設にも匹敵する抜本的な制度の転換といってよい。このシステムを稼働させるために、事業者に管理・規制を強め、ケアマネジメントを「重用」する。これらは給付体系の見直しにとどまらず、「自立」「選択の自由」など制度理念に直接関わる。あわせて受益者負担主義をいっそう徹底する。

(1) 給付の抑制と「重点化・効率化」

①「予防重視」と軽度者のサービス切り捨て

厚労省は、介護予防の目的として、(1)高年齢者が要介護状態になることをできるかぎり防ぐ(発生予防)、(2)要介護状態であっても状態がそれ以上に悪化しないようにする(悪化予防)の2点をあげている。予防を重視すること自体は積極的なものであるが、今改定での介護予防導入の目的は、国民が反対し難い「予防重視」という理念をふりかざし、軽度利用者を介護給付から切

り離すことにある。介護報酬を低く抑えた新予防給付に移行させることによって、介護給付費2割の削減を見込んでいる。

「予防重視型システム」の第1の問題は、そもそも導入の根拠自体が曖昧模糊としている点である。厚労省は、「在宅軽度者の悪化率が高い」「介護予防の効果が上がっていない」ことを理由にあげ、それを裏付けるデータとして松江市での調査結果を示したが、在宅では施設よりも改善・維持の割合が高くなっている部分を意図的に伏せるなど、データ自体を曲解していたことが国会審議の中で明らかになった。ヘルパーの専門性を乱暴に否定した「家事援助が利用者の自立を阻害している」との説明も何ら具体的に立証されていない。介護予防サービスによる費用削減効果については、厚労省が資料として用いた諸外国の文献においても証明されていないことが指摘されている。

第2に、既存サービスについて、介護予防に役立つかたちでの利用のみ認めるなど、サービス利用に著しい制限をもちこむ点である。

例えば、訪問介護は「利用者が自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、それについて同居家族による支えや地域の支え合い・支援サービス、他の福祉政策などの代替サービスが利用できないケース」に限定され、「本人のできることはできるだけ本人が行うことを基本」ととされている。福祉用具は、要介護1もふくめ、「状態から見て、利用が想定しにくい次の品目」（※注：車椅子などの5品目）については、原則的に「保険給付の対象としない」とし、すでに貸与を受けている利用者については、4月から6カ月の経過期間を経てこの規定を適用するしている。

第3に、介護予防サービスとして「運動機能の向上」などが制度化され、通所事業所で提供されることになる。今後通所サービスは、それぞれの予防プログラムにあわせた「期間限定」のサービスに一新され、送迎や入浴の報酬も包括化される。

第4に、介護予防ケアマネジメントでは、希望する生活の目標をつくり、その実現をめざして、自発的に意欲をもって努力することがアセスメントの基本とされる。掃除や洗濯など生活上の「困りごと」よりも「本人が何をしたいか」を明らかにすることが優先され、目標や意欲がもてない場

合は予防プラン自体が成立せず、予防サービスは利用できないことになる。さらに、予防プランに位置づけられる支援は、できるだけ公的給付に依存せず、施設入所にも頼ることなく自前で在宅生活ができる内容となる。本人のセルフケア、家族支援、地域の社会資源など介護保険以外の代替サービスの利用が優先され、いかに介護保険サービスから「自立」（＝離脱）させるかという発想で組み立てられている。

以上のように、「予防重視型システム」には、そのマネジメントからサービス内容に至るまで、介護保険サービスを制限し、打ち切る設計思想が全体に貫かれている。

現在の居宅サービス利用者の4割前後が新予防給付に移行することが見込まれる。民医連の調査でも、訪問介護などの利用によって在宅生活を維持している利用者が大半であり、新予防給付への移行→介護サービスの大幅な制限・打ち切りによって、生活の継続に困難をきたす利用者が相当数生まれることが予想される。

そもそも、状態の悪化防止は予防サービス単独では不可能である。必要な介護サービスを利用して生活基盤を確立することが前提であり、そのうえで予防サービスが提供されるべきである。通所事業でいくら生活機能が改善しても、肝心の在宅で効果が発揮されなければ無意味であり、予防サービスと家事援助などの介護サービス両者の利用が必要である。必要な介護サービスの切り捨ては、逆に介護度を悪化させ、厚労省の思惑に反して介護給付費を増加させる結果となりかねない。

②施設給付費の抑制、施設整備の総量規制

第1に、介護給付費の5割を占めている施設給付費について、居住費・食費の保険はずしが昨年10月から強行された。

厚労省は、年間3000億円規模の介護給付費の圧縮を見込んでいる。今までに例をみない新たな利用者負担は、施設からの退所、短期入所や通所サービス利用の手控えなど、利用者に深刻な影響をもたらしている。島根県保険医協会の調査によれば、昨年11月時点で、全体で7割以上の入所者の負担額が増えており、老健施設3施設で15人、療養型医療施設2施設で4人の入所者が、負担増の

ため退所を余儀なくされたと報告されている。民医連のケアマネジャーのレポートでも、現在は入所、サービス利用を継続しているものの、「貯蓄をとりくずす」「家族のサービス利用を減らす」ことで何とか凌いでいる利用者が多く、今後深刻な影響が発生し、拡大していくことが予想される。報酬削減による施設・事業者の影響も甚大なものとなっており、3～4%にもおよぶ収益ダウンは施設経営を直撃している。

第2に、施設整備の総量規制である。すでに整備補助金の大幅な見直しが実施されており、今後は施設整備の目標そのものが低位固定化される。介護保険3施設（特養ホーム、老健施設、介護療養施設）について24万人分の整備を減らす計画が打ち出されている。また、整備の上限枠である「参酌標準」に有料老人ホームと認知症グループホームを加えることで、慢性的な不足が続く特養の整備を有料老人ホームの建設に代替させることが事実上容認された。今後10年間で介護保険3施設の居室の5割を高額負担を伴う個室に転換させる計画とあわせ、低所得者はいっそう入所サービスから遠ざけられることになる。介護療養施設については2012年までに廃止し、老健や有料老人ホームに転換させる方針が示されているが、施設不足、在宅療養の条件が不十分な中での一方面的な廃止は、行き場のない高齢者を大量に生み出しかねないとの批判の声があがっている。

③在宅での中重度、ターミナルへの対応重視

報酬改定の審議の中では、施設の在宅支援機能の強化として、特養ホームでのホームシェアリングの導入、老健施設での試行的通所サービスの制度化などがあげられている。在宅では、訪問介護や短期入所などの個別サービスにおいて中重度介護に対する報酬を厚く設定することや、難病やがん末期を対象とする「療養通所介護」の新設などが予定されている。

「在宅で最後を迎えたい」という要求に応える点で積極的な側面をもつものといえるが、他方で、施設整備の抑制や医療制度改悪によって、今後増加が予測される在宅中重度、ターミナルケアの「受け皿」づくりの側面をあわせもつ。医療と歩調を合わせ、「施設志向の是正」「在宅重視」のかけ声と

ともに、在宅への誘導がいっそう強化されている。

（2）事業者に対する管理・規制強化と給付抑制目標の設定

給付費の抑制や給付の「重点化・効率化」を徹底するために、事業者に対する管理・規制、介護サービスに対する事後的チェックが抜本的に強められる。外部からの評価やチェックは、事業者の法的整備、質の向上に資する面をもつが、給付抑制の手段としての性格を強めるならば、逆に事業者を萎縮させ、利用者へのサービス抑制につながる危険性がある。このことは、各地で実施されてきた給付「適正化」対策でも明らかである。

制度のキーパーソンであるケアマネジャーに対する規制は格段に厳しくなる。ケアマネジャーごとに全ケアプランをチェックするしくみがつくられるとともに、「不正」に対する罰則の強化がはかられる。介護予防支援の委託を受けた場合、作成した予防プランは「原案」の段階で地域包括支援センターのチェックを受けるしくみとなり、ケアマネジャーの裁量権に係わる問題を生じる。

厚労省は給付抑制の数値目標を提示している。例えば、特定高齢者施策の対象者のうち年間20%について要支援・要介護状態に移行させない、新予防給付の対象者のうち年間10%は介護給付に移行させない、要介護2～5の認定者数に対する施設・居住系サービスの利用割合を現在の41%から37%以下に引き下げることが明示されている。各市町村は、これらの目標を織り込んだ第3期の介護保険事業計画を策定し、達成することが義務づけられる。

（3）高齢者、国民の負担増

施設やショートステイ、通所サービスでの居住費・食費の自己負担に加え、大半の自治体で4月以降の介護保険料（第1号被保険者）の引き上げが計画されており、自己負担がさらに増えることになる。税制「改定」に伴う保険料の段階区分の引き上げなどによる深刻な影響も予想される。

介護保険料（第1号被保険者）について、従来から矛盾が指摘されてきた第2段階が2つに区分されたものの、（年収80万までを第2段階、80～262万円を第3段階とし、第4段階が基準額とな

る)、所得が低いほど負担が重くなるという逆進的な性格はそのままである。さらに、今回の区分見直しに伴って、第4段階(基準額)が本人非課税層であるにもかかわらず、低所得者対策から除外されたことは重大である。徴収方法についても、特別徴収(年金天引き)の対象が遺族年金や障害年金など死亡または障害を支給事由とする年金にも拡大される。

利用料について、低所得を要件とする費用軽減は制度化されず、低所得者に利用抑制をもたらしている応益負担原則(定率1割の利用料)の構造はそのまま維持された。地域支援事業についても自己負担を求めることが可能とされた。

(4) 制度理念の変質、さらなる後退

改定法は、制度を変えるだけでなく、その土台にある制度理念をも変質させ、形骸化させる内容をふくむ。「予防重視型システム」の構築は、厚労省のいう「自立」が、必要な介護サービスを利用しながら、その人らしい生活、憲法25条で保障された「健康で文化的な生活」を実現する「自立」ではなく、自己責任を基調とし、公的サービスからの「自立」を意味することを露骨に示した。

「選択の自由」(自己決定権)もいっそう形骸化する。今までもせいぜい事業所を選べるという意味での、それも負担能力や基盤整備の水準など限られた選択肢の中での「選択の自由」にすぎなかったが、今改定では、「介護」(介護給付)か「予防」(新予防給付)かを利用者の意志で選択できなくなる。また、要支援者と判定された瞬間から、窓口は地域包括支援センターとなるため、担当ケマネジャーを選べない。

介護保険創設時に高く掲げられた「介護の社会化」の理念は、わずか数年で放棄され、今回の改定においては一言も言及されていない。介護制度を自己責任型の家族介護へと逆行させ、利用者・家族に負担と責任を押しつけるものにほかならない。

おわりに

今回の制度改定は、経済力や家族介護力など個々の生活条件の違いによるサービス利用の「格

差」をいっそう広げるものである。さらに、新予防給付の導入によって在宅生活を継続できなくなる軽度者、制度の谷間に落ち込み切り捨てられてしまう高齢者など、新たな困難層を大量に生み出しかねない。市町村の役割や裁量を強める一方で、国が本来果たすべき役割・責任を自治体に転嫁する改定でもあり、「地方行革」「三位一体改革」の下で自治体の財政事情が逼迫しているなか、自治体間の格差がさらに拡大することが予想される。

改めて、誰のための、何のための「制度の持続可能性」かが問われなければならない。改定法による影響を継続的に検証し改善提案をとりまとめ、「提言型」の運動をすすめていくことが求められる。同時に、介護保険制度を超えた多様な介護保障制度を求めていく必要がある。

あわせて、軽度者への介護サービスが大幅に切り捨てられるなか、地域での様ざまな助け合い事業や生活支援のとりくみが決定的に重要になる。小規模・多機能の介護拠点づくり、介護予防の制度化に対応した健康づくり、生きがい活動などをふくめ、「安心して住み続けられるまちづくり」をすすめる上で、非営利・協同組織の地域での役割は、いっそう重要になると考えられる。

【追記】1月26日、厚労省・社会保障審議会は介護報酬改定案を了承した。平均で0.5%のマイナス改定であり、このうち在宅部分は、新予防給付をふくむ軽度が5%の引き下げ、中重度(要介護3~5)が4%の引き上げで、全体で1%のマイナスとなっている。施設は±0%になっているが、昨年10月にすでに4%の大幅な削減が実施されており、10月分とあわせると全体で2.4%の引き下げとなる。全体として、前回2003年の改定率(2.3%ダウン)とほぼ同水準の引き下げであり、介護保険制度スタート以降、介護報酬は2%台の毎回目減りしていることになる。

報酬全体を引き下げたうえで、本稿の3章で述べたような「重点化・効率化」の視点で、個々のサービスの報酬体系や単価の設定がされている。

(はやし やすのり、全日本民医連事務局次長)

介護ショップのマネジメントの課題について

介護保険7年目をむかえ、地域において人と人との接点を大事にする事業をめざして

小川 一八

はじめに

介護保険制度は、1997年（平成9年）に制定し2000年（平成12年）4月に施行した。これは、少子高齢化が進む中で社会問題となっていた介護問題への施策として実施された。介護保険サービスには、施設サービスと在宅で生活する利用者を対象とした居宅サービス⁽¹⁾がある。介護ショップの行っている介護保険サービスは、居宅介護サービスの福祉用具貸与、居宅介護福祉用具購入費（以後、「福祉用具購入」と略す）、居宅介護住宅改修費（以後、「住宅改修」と略す）⁽²⁾の事業がある。そして、介護保険対象外の福祉用具の販売と住宅改修の事業がある。

介護保険のサービスは、要介護度認定に応じた限度額内において、毎月ケアマネジャーが作成するケアプランのサービス計画により実施する。これは、先にあげた介護ショップが行っている福祉用具貸与も同様である。

介護保険施行以前には、福祉用具は障害者施策（重度心身障害者の日常生活用具給付事業として、都道府県単位で市町村自治体窓口）として、現物給付をおこなってきた。福祉用具貸与事業は、以前からいくつかの自治体において実施していたが、介護保険により全国で一斉に福祉用具貸与事業がおこなわれた。これにより、福祉用具の再利用による環境保全の効力だけでなく、身体状況及び生活環境の変化に適応した福祉用具の選択、一時的貸与が可能となった。

福祉用具貸与事業の業務内容は、ケアマネジャーや利用者・家族等との相談、福祉用具及び介護保険制度の説明・情報提供と具体的な機種選択のアドバイス、環境や状態にあわせた配送・搬入、

調整、回収、清掃・消毒。そして、貸与中の定期的なモニターリングやメンテナンス、イレギュラーなトラブルに対する即応などがある。そうした介護ショップがおこなう福祉用具貸与事業を、介護保険の関係者でさえも福祉用具の商品物流ビジネスの側面のみでとらえ、福祉用具を媒介として「人と人との接点を大事にする」事業であることが、理解されていない場合もある。実際の調査ヒヤリングでは、関係者から介護ショップへの具体的な話の内容を、聞くことができた。本論では、この点を意識し論じなければならないと思っている。

介護ショップについての先行文献⁽³⁾を調べると、意外に少ない。著書としては、2～3年に一回発行する『全国介護ショップ情報』、1995年発行の『介護ショップ経営マニュアル』、1998年発行の『福祉用具の流通ビジネス 成長市場の全貌』、1999年発行の『福祉用具産業政策 ‘99「多様性の支援」を目指して 福祉用具産業懇談会報告書』がある。介護保険施行後に介護ショップについて書いたものは、2001年2～4月に雑誌掲載した「CLOSEUP! 介護ビジネス利益を生む介護ショップ経営(1)～(3)」がある。介護保険施行後1年程で掲載し、主に介護ショップへのコンピューターシステム導入を取り上げ、今後の事業管理方法を示唆した内容となっている。その後は、2005年8月の筆者が書いた「介護保険下における介護ショップのマネジメントについて—R介護ショップの例から」（『日本福祉大学経済論集』）が、介護ショップをテーマとして取り上げた、最近の公開された論文となる。私の論文は、実際にR介護ショップを対象にして経営分析をおこなったものであり、その点では、本論文と前述した私の論文の

主に第2章を読んでいただければ、筆者の介護ショップ経営の考えがより理解いただける。介護ショップの経営に携わるみなさんの参考にしていただけることを期待している。

私は、前述の論文に「今後は厚生労働省の意図する『施設から在宅へ』の施策の影響により、『在宅』への選択が求められている。それにともない、在宅における利用者の生活環境の整備という視点から、介護ショップの役割は一層増す」⁽⁴⁾と介護ショップについて今後の示唆を述べた。今回の2006年の介護報酬、医療制度改革（診療報酬を含む）の改定を見て、幸いにも軌道修正が必要といった考えに至っていない。

今後は、地域における人と人との接点を基調として、福祉用具を媒介とした介護ショップの実践内容により、地域において介護ショップが求められる速度が規定される。そして、個々の利用者への実践内容と同様に、介護ショップの組織（事業体）へのマネジメントによっては、介護ショップの発展する展望が明らかになるはずである。

本論は、いくつかの介護ショップの訪問ヒヤリングや2006年度介護保険制度改正を踏まえて、雑誌『いのちとくらし』の掲載を目的として、「介護ショップのマネジメントの課題」に焦点を絞り、筆者の前述の論文を基礎として加筆訂正したものである。

第1章 介護保険下における 介護ショップ

1-1 福祉用具と福祉用具専門相談員について

福祉用具については「心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障がある老人又は、心身障害者の日常生活上の便宜を図るための用具及びこれらの者の機能訓練のための用具並びに補装具」（平成5年 福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律 第2条により）と定義している。また、福祉機器という用語が福祉用具と同義語として使う場合もある。さらに、広義の福祉用具というとき、実際には普段健常者が使用している用具・機器も含むのである。これを「共用品」と呼ぶ。トイレ便器に装着するウォッシュレットは「共用

品」の代表例といえる。それは介護保険の対象外であるが、一般に利用者の要望により介護ショップでも取り扱っている。

福祉用具の目的は、「障害を持つ人の身辺自立や社会参加の促進あるいは、これらの人に対する介護に携わる人への負担軽減、さらには両者に対して生活における安全性の向上」⁽⁵⁾である。実際に障害を持つ人が福祉用具を使用すると「周囲にとってはささいな変化であっても、本人の生活の質についての向上に重大な影響を与える場合も多い。」⁽⁶⁾と指摘している。介護保険の福祉用具貸与事業所では、福祉用具専門相談員等について2名以上の配置が必要である。その福祉用具専門相談員の講習時の研修テキストを見ると「福祉用具利用にとって重要な点は、利用者福祉用具がうまくフィッティングをしているかどうか」⁽⁷⁾であると述べている。フィッティングにあたっては「個々の障害の特性に応じて福祉機器の選択をおこなったり、制作や調整をおこなう作業」⁽⁸⁾が重要になる。このために、障害と用具についての専門的な知識と経験を持った福祉用具専門員が求められている。介護ショップ職員には、こうした専門性を持つ職員が求められている。

この点で、筆者が訪問したある介護ショップの経営幹部から「現行の福祉用具相談専門員の資格でよいのだろうか。」という疑問を投げかけられた。求められる福祉用具の専門性と今後の可能性を鑑みると、福祉用具供給とアドバイスをおこなう従事者の国家資格制度を創設することが考えられる。大学に福祉用具専門コースを新設し、その大学を卒業した者が国家資格を取得する制度でも、現状においての違和感はない。また、現行の医療資格制度との関係では、理学療法士や作業療法士の大学において、当該の資格に福祉用具の国家資格を取得するという制度が考えられる。イメージとしては、看護大学において看護師資格を取得し保健師や助産師の資格を取得するといったものだ。一方、国家資格制度を取り入れれば取得者への人件費が上がり、福祉用具の単価に跳ね返ることになる。現在の増加傾向にある福祉用具の普及状況では、福祉用具専門の国家資格取得者による、適切な福祉用具の活用を推進した場合に、かならずしも福祉用具の費用抑制につながらない。むしろ

ろ、より福祉用具の普及を促進し費用拡大となる可能性がある。よって、国家的な社会保障費抑制策の中で、国家資格を創設し専門的知識の普及による福祉用具活用によるレベルアップは、おこなわないだろうというのが結論である。このようなことから、社会保障費抑制の観点により、福祉用具貸与事業所の基準が福祉用具相談員2名の配置（現行の40時間の講義で取得できる。）という低い水準に止めているのではないかとする筆者の疑問は、考えすぎであろうか。

いずれにしても、今後は利用者の立場に立った用具の開発とともに、福祉用具活用を推進する人材の育成が、求められるのは間違いない。

1-2 求められるノーマライゼーション

福祉用具は、利用者の生活の質の向上を図り、自己実現や社会的参加の手助けする道具である。生活の質の向上については、福祉用具による身体機能を補うことに止まらず、利用者がどのような生活をするのかを問うのである。こうしたことを目指すと、福祉用具サービスの提供のみでは完結できない。介護保険サービスなどの公的なサービスに限らず、ケースによっては家族だけでなく地域の力を借りて、利用者の自己実現や社会参加を求める。このためには、国や地域の人々が高齢者や障害者の自己実現と社会参加を当然として認めることが前提となる。すなわち、「すべての人は自己実現と社会参加をおこなう権利を有する」としたノーマライゼーションの思想について、一般社会における認知が必要となるのである。

1-3 流通システムの高度化を基礎として

介護ショップが注目を浴びようになったのは、介護保険施行により福祉用具貸与事業が定着してからである。しかし、介護ショップの社会的認知は1989年のシルバー振興会による「シルバーマーク」による事業者認定にさかのぼる。介護保険施行前の介護ショップについて、通商産業省は「福祉用具流通業は、『介護ショップ』『百貨店・GMS・ホームセンター等の一般流通（以下「福祉用具一般流通」という）』『レンタル事業者』『通信販

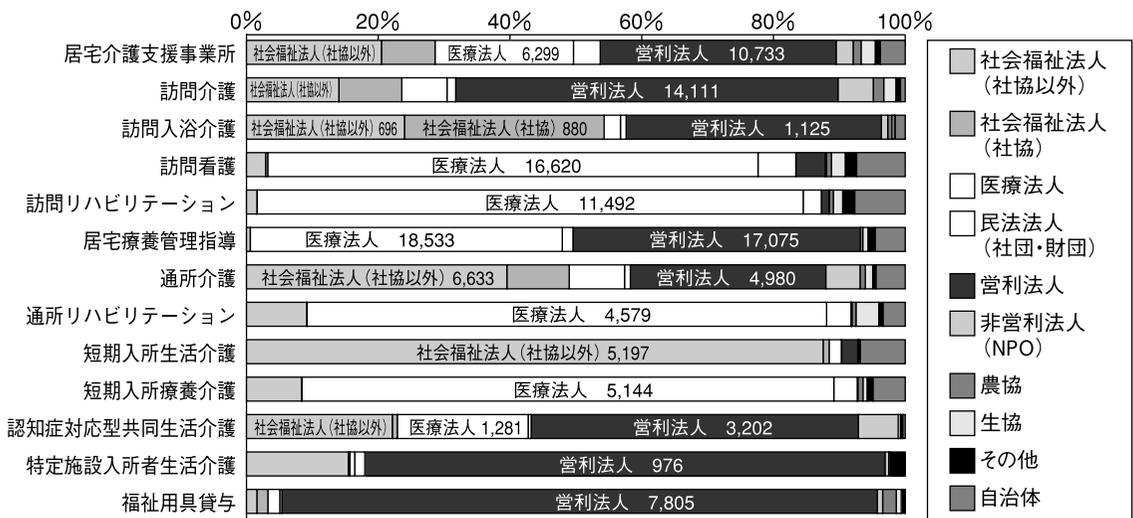
売』等の多様な業態により構成される。…主として担っているのは『介護ショップ』『福祉用具一般流通』である」⁽⁹⁾としている。また、当時の通商産業省の医療・福祉機器産業室長の後藤芳一氏は「『介護ショップ』といわれる業態の平均像は、年商2～3億円以内、店舗の広さは約100平米、従業員は数名～10名で、全国に1200店舗内外と見られる…現状は、介護ショップが福祉用具の小売流通の中心を担っており、その消長が業界構造を直接に左右することになる」⁽¹⁰⁾と述べている。後藤氏は、介護保険施行以前から福祉用具普及のためには、小売の性格を有する介護ショップだけでなく「流通の高度化が、業界全体の発展の鍵を握る」⁽¹¹⁾と指摘していた。それは先の報告書においても「一般流通システムは製品の生産と消費を結ぶ経路であり、受給を調整すること、利用者ニーズを供給側へ反映すること等を通じ市場原理を働かせるという役割を持っている。この過程で商品が評価・選択され、磨かれていくこととなるため、流通業は、産業全体の高度化の鍵を握るという重要な位置にある」⁽¹²⁾と同様な提言をおこなっている。介護保険の福祉用具貸与事業は、介護保険施行前後からの流通システムの高度化を基礎として発展したのである。その後の発展は、後に見る福祉用具貸与事業者の指定件数を見ても明らかである。

今後も、介護ショップは利用者やケアマネジャーによる商品の評価・選択を絶えず注視する必要がある。しかし、これのみに一喜一憂するのではなく、市場動向の背景を評価した上でマネジメントをおこなうことが求められるのである。

1-4 福祉用具貸与事業者に占める営利法人

表1は、平成17年（2005年）4月において全国の介護保険の居宅サービス事業者を法人種別毎に表にしたものである。福祉用具貸与事業者は、8671件が都道府県知事より指定を受けている。（データは、独立行政法人福祉医療機構ホームページのWAMNETより入手）表1によれば、福祉用具貸与事業者数において「営利法人」が約9割を占める。福祉用具貸与事業者は、他の居宅サービスと比較しても「営利法人」が多くを占めている。し

表1 介護保険サービス事業者 法人種別比率 2005年4月現在



しかし、ここでは単純に法人形態を営利法人と呼んでいるだけであり、実際には法人種別形態によって営利か非営利かを区別することはできない。それは、実際の福祉用具貸与サービス事業者の場合、高齢化社会に対応した社会的貢献を事業の目的として掲げて、利益は事業運営維持(事業の再生産)のための必要最低限に止めている事業者も少なくないためである。株式市場へ上場した株式会社のように、投資した株主に対して利益配当をおこなうことを命題とした事業体とは異なるのである。このように、介護保険のサービス事業者では、ビジョンやミッションを高らかに唱え、薄利でも事業活動を実践している事業者もある。また、これは職員の低い労働条件と、無関係ではない。

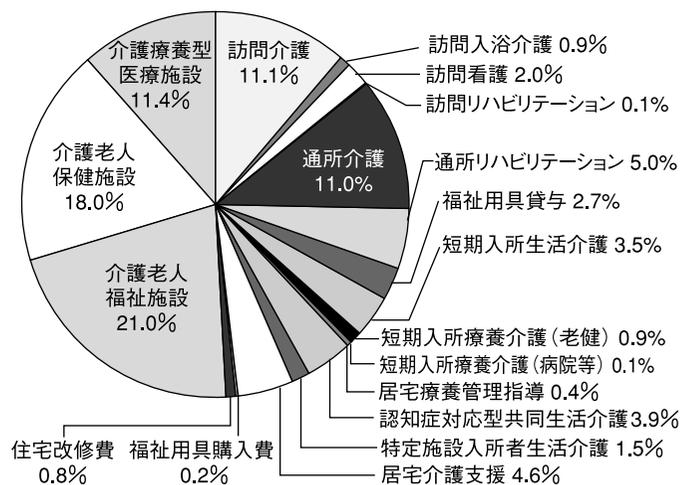
以上から、福祉用具貸与事業者件数の内、約9割が営利法人だからと言って、一概に法人種別形態のみで、営利目的の事業所が多いとはいえないのである。

1-5 介護保険給付費に占める介護ショップの事業

表2は、厚生労働省の介護保険事業状況報告(暫定版)から2004年度累計(2004年4月分から2005年3月サービス分ま

で)を積算し円グラフにしたものである。大まかな算出として、介護保険事業総支給額の累計は、5兆1466億円である。この内、介護ショップが行っている福祉用具貸与事業、福祉用具購入、住宅改修の支給額を合算すると、支給額と総支給額比率は、1,909億円3.7%(福祉用具貸与1,400億円2.7%、福祉用具購入111億円0.2%、住宅改修398億円0.8%)となる。このことから、多くの介護ショップにとって介護保険に關係する最も多い事業収益は、福祉用具貸与事業といつてよい。また、

表2 介護保険給付決定額 2004年度(2004年4月~2005年3月)

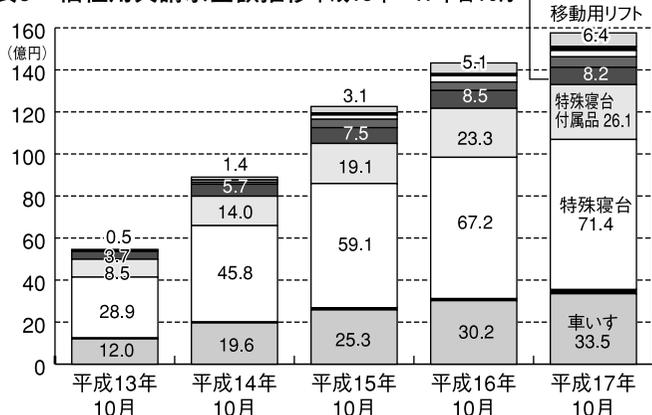


※2004年度(4月~3月)決定額、償還払いは1・2ヶ月遅れの推定給付額は一部負担を除き5兆1466億円。上記数値は、厚生労働省の介護保険事業状況報告月報(暫定)より小川が積算グラフとした。

社会保障費抑制策の中で、全体の3.7%規模程度では抑制の主要なターゲットとする事業規模ではない。

表3では、平成13～17年の各10月における全国の福祉用具貸与事業の保険請求額をグラフにした。特殊寝台（ベッド）及び特殊寝台付属品が、各月の請求額において6割強を占め、車いすと車いす付属品で2割弱を占めている。介護保険における福祉用具貸与事業の事業収益において、ベッドと車いす、その付属品を合算すると8割以上を占める。そして、表3にあるように、総請求金額が毎年増加していることが確認できる。なお、表3

表3 福祉用具請求金額推移平成13年～17年各10月

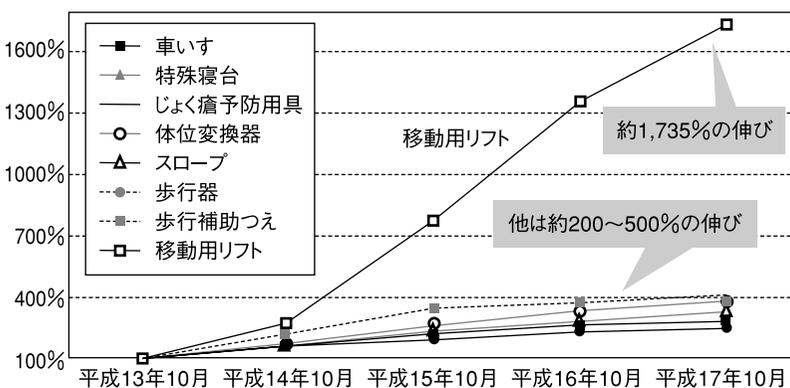


※データは、厚生労働省ホームページより「介護給付費実態調査月報（各月審査）」から各年の10月審査分を使用した。※データを元に小川がグラフを作成した。

では介護保険対象の福祉用具を対象としているために、介護保険対象外の自費の福祉用具貸与費・販売品と自治体の独自施策の場合、表に含まれていない。

表4では、全国の各福祉用具品目の貸与件数について、平成13年10月を100%とした場合の増加率を見た。移動用リフトを別として、平成16年には約200～500%の増加がしている。この中では、歩行器の増加率が一番高い。

表4 平成13年10月を100%とした場合の各年と各福祉用具の推移



※データは、厚生労働省ホームページより「介護給付費実態調査月報（各月審査）」から、各年10月審査分を使用する。小川がグラフにした。

ここで注目されるのは、1,735%の増加をしている移動用リフトである。市川洸氏は「リフトに限らず、福祉用具全般にいえることだが、使用者にとってはこれまで使ったことのない道具を生活の中で使わざる得なくなる。馴染みのない道具であるがゆえに、道具は使い方を教わらなければ簡単に使いこなせないから、誰かがきちんと使い方を伝えないと、生活の中で有効に使えるようになるまで時間がかかったり、ある場合には危険さえ生じる。この典型的な例がリフトである」⁽¹³⁾と述べている。

また、平成15年（2003年）4月から、福祉用具貸与の対象品についての告示の「改正告示及び解釈通知による変更点等」では、特殊寝台付属品としてスライディングボードやスライディングマットが給付対象となる。歩行器として、六輪歩行器

を給付対象とすること。移動用リフトとして入浴用リフト（垂直移動のみのもの）、段差解消機、起立補助機能付き椅子が給付対象となった。表4のリフトの件数増加は、リフトの給付対象が増えたことが背景にある。しかし、給付対象になったからといって福祉用具の件数が増えるとは限らない。むしろ、リフト利用については、もともとは活用されずにいたが、使用する現場で認知され、飛躍的に伸びていったと考えられるのではないだろうか。

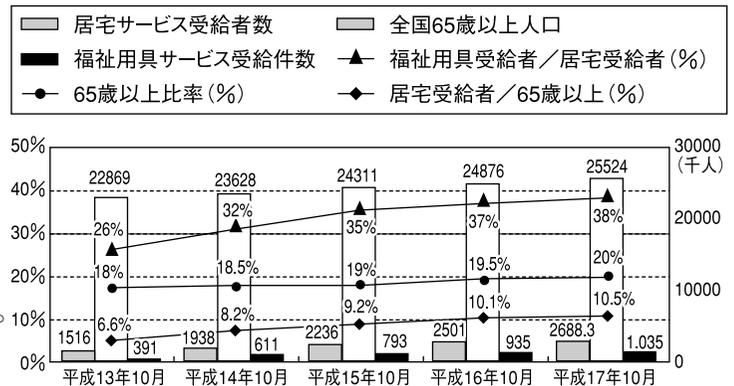
しかし、いまだに施設や訪問介護の現場では、時間がかかることを理由にして、リフトを使用しない例を筆者も多く目にしている。その点では、改善の途中であるといえる。

1-6 高齢化率と福祉用具貸与サービス受給者

表5では、高齢化率（65歳以上人口と全人口に占める比率）と居宅サービス受給者（介護保険における施設以外の居宅サービスを受けている件数）、その内の福祉用具貸与サービスを受ける受給者の件数とその比率を表している。高齢者人口は、平成13年（2001年）の18.0%から毎年0.5%増加している。また、居宅サービス受給者は、平成14年（2002年）より毎年約1%前後増加をしていたが、16年から17年は0.4%増加となり、居宅サービス受給者の比率が上げ止まりしつつある。そして、居宅サービス受給者の内、福祉用具貸与サービス受給者の比率は、2001年（13年）は26%、2002年（平成14年）は32%と6%の増加を示していたが、その後は3%、2%、1%の増加と縮小している。この原因は、当初は介護保険により初めて全国で福祉用具貸与事業がはじまったために、2000年当初から高齢化の進展以上に、福祉用具サービス受給者比率の増加がおこなわれた。先の市川氏の指摘にある、利用者やケアマネジャー、介護者において福祉用具の認知がすすんだこととあわせて、利用者数が伸びてきたと説明ができる。2002年（平成14年）頃からの増加率の減少は、需要量に対して供給量が接近していることを意味する。それは、遅れていた福祉用具貸与事業の供給サービス源である介護ショップの整備が、需要に近づき大きな増加が終えつつあることを意味するのである。そして、これまでの福祉用具利用者数の高度成長に対して、「冷や水をかける」ように告示された通称ガイドラインによる抑制も影響としてあげられる。詳しくは本論「2-3 福祉用具貸与事業への抑制策」において説明する。

今後、福祉用具貸与事業所の開設の増加が続けば「サービス供給不足」から「安定供給」、「サー

表5 平成13年～17年各10月の全国数値
人口と介護保険の福祉用具貸与事業利用者



※データは、総務省統計局より各年の10月1日現在推計人口を使用する。また、介護保険に関しては厚生労働省ホームページより「介護給付費実態調査月報（各月審査）」から、各年の10月審査分を使用した。

ビス過剰」の時代へ転換する。今後は、高齢化の進展の範囲内において、福祉用具サービス受給者増加量が止まることが推測できる。よって、高齢化率の推移と事業所数の推移が、市場規模と競争内容を規定する。すなわち、高齢化率の推移と事業所数の推移が、経営分析において重要な意味合いを持つことになる。

表6は、全国予測人口と高齢者人口数値（国立社会保障・人口問題研究所による「日本の将来推計人口の中位推計—平成14年1月推計」より）を使い、筆者が予測した居宅サービス受給者人口と福祉用具貸与サービス受給者数である。この予測は、介護保険制度などの公的システムの変更がないこと、福祉用具の認知度が現行の水準であることを前提とする。また、居宅サービス受給者数は、65歳以上人口の10%に設定した。福祉用具サービス受給者は、居宅サービス受給者の39%と設定している。どちらも、2005年（平成17年）までの実際の数値を基礎として検討した比率係数である。

これを前提として今後の受給者数増加の可能性を検討すると、2005年（平成17年）以降、これまでのような福祉用具貸与サービス受給者数の大幅な増加はないことが結論となった。

表6 日本の人口と高齢者人口、
居宅サービス受給者数と福祉用具サービス受給者数 (千人)

年次		人口		%	居宅 サービス 受給者	福祉用具サービス受給者 (平成16年度より居宅サ ービス受給者の39%に設定)	
		総数	65歳以上				
平成12	(2000)	126,926	22,041	17.4	65歳以上10%設定		
13	(2001)	127,183	22,843	18.0	1,516	391	差
14	(2002)	127,377	23,581	18.5	1,938	611	220
15	(2003)	127,524	24,219	19.0	2,236	793	182
16	(2004)	127,635	24,722	19.4	2,501	935	142
17	(2005)	127,611	25,524	20.0	2,688	1035	100
22	(2010)	127,473	28,735	22.5	2,874	1121	86#17.2
27	(2015)	126,266	32,772	26.0	3,277	1278	157#31.4
32	(2020)	124,107	34,559	27.8	3,456	1348	70#14.0
37	(2025)	121,136	34,726	28.7	3,473	1354	6# 1.2
42	(2030)	117,580	34,770	29.6	3,477	1356	2# 0.4

* 国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口(平成14年1月推計)の中位推計を使用した。
平成17年までは総務省統計局が公表した、実際の各年10月数値を使用している。
* 17年以降は、65歳以上人口の10%を居宅サービス受給者としている。また、居宅サービス受給者の39%
を福祉用具サービス受給者とした。
* 福祉用具サービス受給者の差で、#は年平均を表記している。表は小川が作成した。

表7では、全国の福祉用具貸与事業者の半年ごとの推移を表したものである。「登録サービス事業者数」の推移を見ると介護保険施行前日の2000年3月末において登録された貸与事業所は、2574カ所である。また、2006年1月末で9040カ所であり、5年10ヶ月を経て約3.5倍になっている。その内、実際に福祉用具貸与事業をおこなっているのは約8割である。2005年に入り、事業所の増加数も例年ほどの件数増加とはなっていない。表7では、2003年9月を母数(100%)として前後の年月において増減比率を確認すると、表5の説明でものべたように2002年後半から2003年にかけて、請求件数、請求総単位数ともに増加率の減少が確認できた。2005年から福祉用具貸与事業者の登録サービス事業者の増加数も減少している。これに

より、受け皿である福祉用具貸与事業者の整備は、一段階を終えた状況であると判断できる。

ここで注目する点は、表7の請求事業者1件あたりの件数と請求額である。1事業所の収益が月額200万円程度では、福祉用具貸与事業として自立した事業体をイメージできる規模ではない。具体的には若い常勤職員1名と非常勤事務職員1名を雇用できる規模である。また、この人員では約140名の利用者の福祉用具を管理するのは容易なことではない。以上から、福祉用具貸与事業の多くは、この平均値より小さな小規模事業所が多数を占め、他のサービス事業等(介護保険サービスに限らない)併設で行っていると推測できるのである。

表7 福祉用具貸与事業者 全国年次半期毎推移

	登録サービス事業者数-末日 (%)		保険請求事業者数	請求事業者 / 登録事業者数 *登録事業所を母数にした	介護請求利用者件数		介護請求総単位数		請求事業者1件あたりの件数 (件)	請求事業者1件あたりの請求額 (単位)
					(千件)	(%)	(千単位)	(%)		
1999年12月	610	8.3%								
2000年3月	2574	35.0%								
2000年9月	4474	60.8%								
2001年3月	5000	68.1%								
2001年9月	5456	74.2%								
2002年3月	5884	80.0%			497	59.6%	724900	59.8%		
2002年9月	6433	87.5%	5000	84.0%	639	76.7%	914933	75.5%	128	182,987
2003年3月	6877	93.6%	5500	92.4%	723	86.8%	1042734	85.9%	131	189,588
2003年9月	7347	100.0%	5948	100.0%	833	100.0%	1212632	100.0%	140	203,872
2004年3月	7856	106.9%	6428	108.0%	908	109.0%	1324097	109.2%	141	205,989
2004年9月	8384	114.1%	6879	115.6%	983	118.0%	1432571	118.1%	143	208,253
2005年3月	8671	118.0%	7120	119.7%	1013	121.6%	1467190	121.0%	142	206,066
2005年9月	8883	120.9%	7335	123.3%	1086	130.3%	1571091	129.5%	148	214,191
2006年1月	9040	123.0%								

*表の数値は、登録事業者数は、WAM NET介護事業者情報、厚生労働省ホームページの介護給付費実態調査月報（各月審査分）より
 *2002年9月を仮に標準値として比率を算出した。これは、これより以前の厚生労働省資料が公開されていることと、平成14年（2002年）より安定期へ入りだしたという判断にもとづいてである。
 *空白に斜線は厚生労働省より公開されていないため数値がない。また、「保険請求事業者数」の2002年9月、2003年3月は、公表数値が「5.0千件」「5.5千件」と表記されていたためにそのまま掲載した。
 *小川が作成

1-7 広域と専門化、地域限定とサービス併設の展開

はじめに紹介した私の前述の論文で「これは仮説であるが、他の事業と併設することでシナジー効果を生み、結果的に『範囲の経済』を取り入れたと考えられる。一方で、福祉用具貸与事業単独のサービスをおこなっている場合、サービス対象地域を広域に設定し、一定の利用者数すなわち『規模の経済』を求めて事業展開をしていることが、実態からも推察できるのである。都市部のように多くの事業所が競合している場合、福祉用具貸与事業所はこのように広域に展開する事業所と、狭い地域を対象にして他の介護サービス等と併設している事業所とに大別できる。」⁽¹⁴⁾と述べている。これを図にて説明したのが、「図1 介護ショップの事業展開のモデル-対象地域と併設サービス」である。この図は抽象的概念モデルを図式化

したものである。よって、説明のために「モデルA」と「モデルB」という仮想モデルを設定し説明をおこなった。

モデルAの場合、広域において介護ショップの事業である福祉用具貸与、福祉用具販売もしくは住宅改修の事業をおこなっている例である。都道府県単位の範囲で複数の県もしくは地方を想定している。この中には前述の単体事業のみの場合もある。この広域とは、顧客が広域に分布している意味である。具体的例として、先の移動用リフトメーカーなど典型例といえる。介護保険以前から福祉用具の普及に努め、取扱う福祉用具は、細部には自社固有の形状を使用し独自性を有している。この場合、製造メーカー兼販売メーカーである例が多い。モデルAは、固有の専門性と知識、経験の蓄積を背景に福祉用具へ特化した事業をおこなっている。ここでは、単純に「専門性」として説明しているが、専門性によるブランド事業を意味

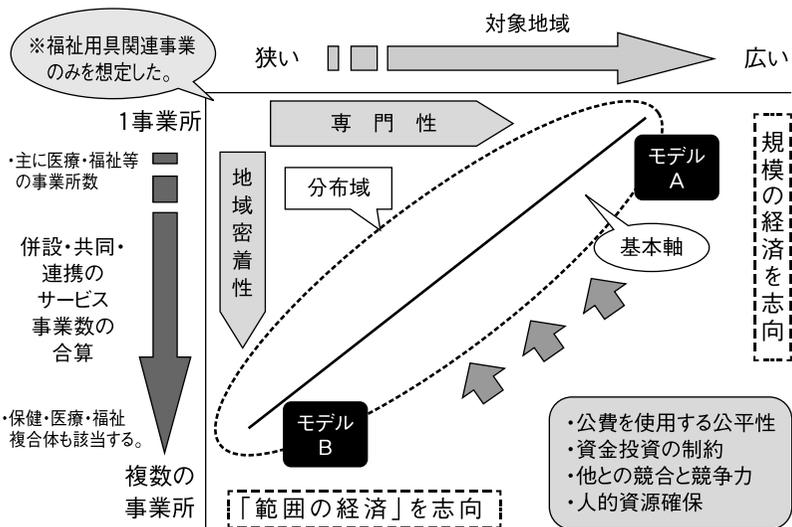
する。実際には、広くニーズの掘りおこしをおこなうために、特定の顧客に絞って、新規の個別利用者の掘りおこしは難しい。このために、販売促進も広く一般におこなう傾向にある。実際には、知名度（ブランド）により問い合わせ・発注があり、利用経験を通じてケアマネジャーや利用者が媒介として拡大していく。この場合、利用者の拡大は広域に範囲を広げることで、事業の持続可能な収益の確保をおこなうことを想定する。

次にモデルBの場合、狭い地域というのは、その地域の高齢者人口密度と交通の利便性によって異なるが半径2～10km圏内を想定している。他にいくつかのサービス（介護保険サービスに限らない）を併用することで、事業の持続可能な収益確保を想定している。この場合、地域密着性が特性としてあげられる。こういった事業展開は、継続的に事業を持続させるために一定の収益を確保する必然性から発生する。例として、保健・医療・福祉複合体⁽¹⁵⁾の介護ショップもモデルBの例としてあげられる。

モデルAとモデルBを含み、すべての事業体の発展には、対する圧力が存在する。それは、図1の右下に示したように「公費を使用する公平性」「資金投資の制約」「他との競合と競争力」「人的資源確保」があげられる。これにより、極端な例であるモデルAとモデルBの中間において展開する事業展開も存在する。こういったモデルAとモデルBが、全体の中で多くを占めるわけではなく、むしろ少数である。その中間が大多数を占めると推測できるのである。

図1は、全体としては発展と圧力の間に基本軸（便宜上直線としている）を中心に、広く分布している（円状域を形成しているとは限らない。他の形状もある）。この中で、それぞれの環境条件の中で、自らのポジションを設定し事業をおこな

図1 介護ショップの事業展開モデル 対象地域と併設・共同・連携サービス



うのである。

第2章 介護ショップの経営環境

2-1 価格の論議

事業において、価格は最も大事な戦略の一つである。先に述べたように介護ショップの各介護保険サービスには、それぞれに価格に関連して制限がある。福祉用具貸与は、利用者が使用する介護保険サービスの総計が要介護度別の利用者上限額に限られ、福祉用具販売は上限10万円、住宅改修は上限20万円となっている。いずれのサービスも公的な単価設定がないといった特徴を有している。これは他の介護サービスと比べても、最も異なる点である。具体的には、ベッドや車いすのレンタル料も貸与事業者の設定に任されている。また、福祉用具販売に該当するポータブルトイレ（小売価格はパンフレットにおいて設定され、その範囲内で価格設定可能）、住宅改修において設置する手すりも同様である。医療機関の場合、保険診療は診療報酬により価格が統制され、地域医療計画により病床が規制されことにより医療費が抑制されている。そういった、社会保障分野の公的サー

ビスにおいて単価設定がないのは、異質といえる。

そこで、医療・福祉分野関係者の読者のサービス自由設定価格に関する違和感を、少しでも払拭するために、もう少し詳しく説明をおこなう。

医療・福祉以外の事業において、とりわけ小売店等では価格の設定変更は最も頻繁におこなわれている。まず、商品取引における価格決定のプロセスを例にあげて説明をおこなう。市場において価格は大変重要である。一事業所の収入(売上高)は単価すなわち価格と個数により収入が規定されるからである。通常は、価格と個数の関係は、価格が廉価になれば個数が増え、単価が高くなれば個数が減るという作用が発生する。事業体は、商品を消費する顧客の需要を把握することを前提に、商品支出の費用算出(原価計算)を基礎として生産量と品質により、価格を決めるのである。この場合、机上による価格に対する戦略にとどまらず、絶えずおこなわれる売手と買手の値段交渉により、価格の決定がおこなわれる。

商品の価格というのは、継続的に剰余を得る必要がある事業と密接な関係にある。その場合に売手側の戦略なしには継続的な剰余を得て、存続できる事業としては成立しにくい。実際の価格交渉の場合、その状況にあわせて、売手と買手との間にある需要と供給、その環境における価値判断において価格が成立していくのである。ここで大事なものは、買手への売手の戦術とその対応の是非が、値段に大きく影響する例を多く見ることができる点である。これは、日常の事業活動において戦略をとまなう戦術が存在することを意味する。実際に、原価計算で100円の商品が、150円や50円で売り買いがおこなわれるのもその例である。

価格交渉は、その事業体というよりも個々の担当者が代表して戦術対応をおこない、成立する場合がある。例えば、戦略を策定し新商品Aの価格を100円と決定したとする。売手は、新商品Aを売るために、さまざまな戦術を実践する。新商品Aの宣伝をおこないブランド価値を高めたり、なんらかの付加価値を買手である顧客に理解してもらうような実践をおこない新商品Aを100円の価格で売るのである。先に述べたように、ときには値引きや無料にて試供する場合もある。しかし、事業の継続的発展において大事な点は、新商品A

の商品価値もしくは付加価値を日常の実践において、売手側がどれだけ追求し戦術を積み重ねることができるかという点にある。それには、経営理念、方針、計画にもとづく実践を絶えず評価し戦略の再検討をおこなうことが必要となる。この場合、実践を絶えず評価することが経営戦略なのである。

日常的な戦術の実践の評価がなければ、自ずと市場やその環境の変化による対応に遅れる。それは、顧客への対応力、すなわち組織の構成員である職員の柔軟性を損なう。このように「価格」は、経営戦略において重要なポイントである。理論的には「戦略」と「戦術」を区別して説明をおこなう。この場合、価格設定は「戦術」として理解される場合もあるが、事業活動の局面では一体的なのである。よって、実際の「価格」の設定は、戦略を含む戦術が求められるのである。

介護保険施行前から通産省(現在の経済産業省)主導で福祉用具貸与事業者の整備がおこなわれたが、現実には施行当初から介護保険の福祉用具貸与事業に対応する業者の受け皿が充分ではなかった。そこで、価格設定を自由にして事業所開設認可と利用者上限額による抑制のみで、受け皿である事業者の整備がおこなわれた。先にも述べたが、介護保険施行7年目をむかえ流通システムは概ね整備を終えたといえる。

一定の福祉用具貸与事業者の整備が進行し終えた中で、今後の社会保障費抑制策を展望したときに、価格について事業所の戦略と戦術を踏まえた事業所内部の討議が求められる。

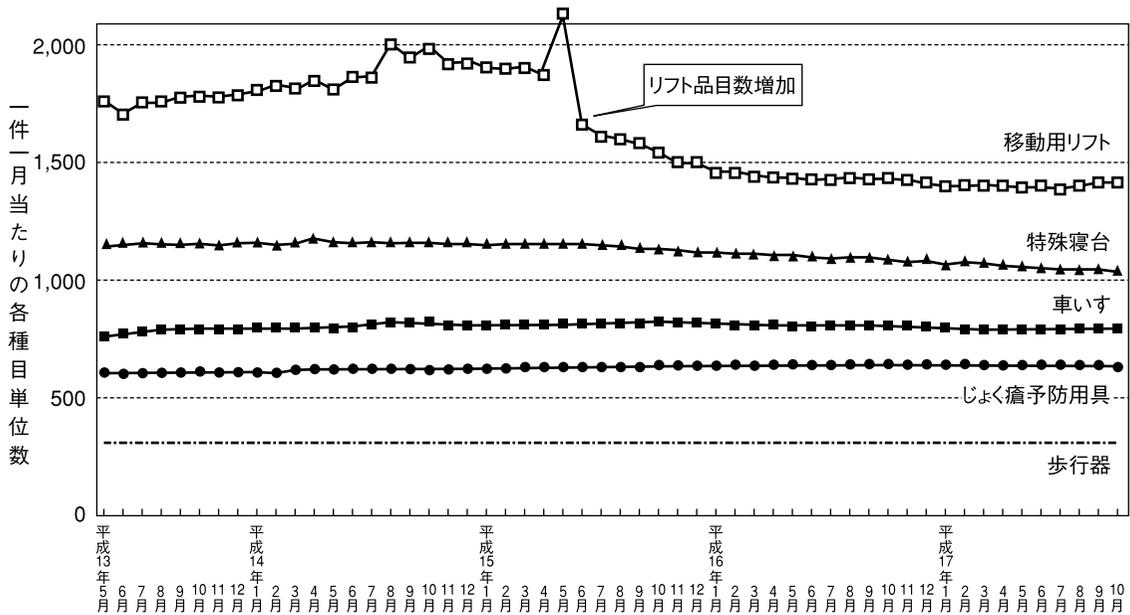
筆者の介護ショップヒヤリング調査において、関東圏と関西圏との同商品の価格差があることも確認できた。地域文化の違いや経済状況の違いによるものであるが、規模により価格格差によって優位性を確保し、廉価に提供することを事業戦略の中心に位置づけて全面展開する事業体も存在した。

表3で見たように福祉用具貸与事業において特殊寝台と特殊寝台付属品は、全体の約6割を占めているが、下記の「表8 全国介護保険福祉用具貸与 各サービス別1件あたり平均単位数月毎推移」において、特殊寝台(ベッド)について平均単価の減少が確認できたのである。筆者は、この

点に注目してヒヤリング調査をおこなってきた。ヒヤリングにおいて、いくつかの介護ショップ担当者は、福祉用具貸与卸業者や介護ショップの新規参入による顧客獲得を目的とした廉価な価格で

の提供と、ガイドラインを説明する中で、自治体担当者による1モーターベッド導入の口頭による指導が、価格変動の主要な要因としてあげられた。

表8 全国介護保険福祉用具貸与 各サービス1件あたりの平均単位数月毎推移 平成13年(2001年)5月～



※厚生労働省の介護給付費実態調査月報の各月の第16表より抽出し作成する

ヒヤリングを終えて、その地域における適正な価格設定はたえず注視する必要がある。しかし、価格低下による顧客確保に目を奪われて、利用者の福祉用具の活用による生活の質の向上や自己実現という本来の目的が後回しにならないように注意することが大事であると感想を持った。社会的評価の高い専門家（例えば、医師・弁護士・大学教授等）が、情報や技術を提供する場合に、対価である価格は一般に決して安い価格とはいえない。その場合、情報や技術の価値により高い価格でも顧客から求めがある。大胆にも、これを福祉用具貸与事業者におきかえると、品質のよい福祉用具とその情報や技術の付加価値をどれだけ顧客に認めていただけるか、価格の論議の結論となろう。このことは、経営学においては「ブランド」として表現する。また、会計学においては「のれん」として金額換算をして、評価するのである。

介護ショップの場合、地域におけるブランドの

形成が課題となる。それは「信頼」とも言い換えられる。この「信頼」ブランドを、その地域で買っていただくという発想で価格設定をおこなうことが大事なのである。

介護保険サービス事業の中で福祉用具貸与事業者は、唯一価格設定が自由である。そのために、介護認定度によって決まっているサービス上限額内に、少しでも多くサービスを入れたい場合に、福祉用具貸与事業者の選定は値段の安い業者へインセンティブ（誘い・誘因）が発生する。そもそも安く福祉用具を供給する事業者を選ぶというのは、事業者の事業努力の結果であり、評価につながる。これは否定はできない。しかし、当然安く供給することを優先させると、質の悪いサービスを提供する可能性が高くなる。このような、大変な「落とし穴」が潜んでいる場合、その責任は、提供した供給側の責任にある。介護ショップは、社会的責任を継続して遂行できる事業をおこなう

責任がある。このことを、肝に銘じて事業を進めなければならない。このような当たり前の約束が、不思議なことに貨幣価値優位となると、簡単に破棄されるのである。

2-2 ケアマネジャーとの連携

筆者の調査では、多くのケアプランのサービス計画において、利用者へ福祉用具を導入した初期から福祉用具の品目内容に大きな変化があるものが少なかった。これは、福祉用具貸与事業において、福祉用具貸与の品目が少ないことの影響を考慮しても、導入初期に決めた福祉用具品目内容が基準となり、その後は福祉用具の品目の増減や変更が少ないためである。介護ショップにとっては、福祉用具の変更がなければ利用料は変わらず、利用者の同意を得る必要はない。筆者は、もともと介護度に応じて、福祉用具の追加・変更・キャンセルがもっと頻繁におこなわれるべきと考えている。このことから、利用者へ福祉用具を導入する初期段階において、介護ショップからケアマネジャーへの対応には、特に留意する必要があるといえる。

ケアマネジャーの判断により、供給できるサービス内容と価格が合致する、もしくはケアマネジャーと同事業所で併設・系列グループ事業所のサービスであるために利便性がよいなどの理由からサービス事業所を選定している。また、月当たりの総サービス額が要介護度別の限度額を超える、もしくは他の居宅サービスが優先されるために福祉用具のサービスが後回しになる場合がある。一方、各介護ショップでは福祉用具の品揃えについて、その商品の回転がよい、もしくは商品の性能をよく知っているといった、その介護ショップで得意な福祉用具を常備して、重点的に利用者やケアマネジャーへ宣伝する経営戦略は一般的である。その場合には、介護ショップ職員の専門的知識と経験が福祉用具品目の選択において大きく影響するといえるのである。

また、ある日突然に利用者及び介護者・家族等は、介護サービスが必要となることが多い。

それは、介護者や家族等において介護の経験がある者がほとんどいないために、身体機能の低下

が認知できないからである。その場合、生活に支障があるようなトラブルがあって初めて介護サービスの必要性を認識するのである。ときには、そのことがサービス導入の遅れを招き、事態の解決を大変困難にする場合もある。このために、サービス事業者には利用者の要望にすぐに対応することが求められるのである。また、介護経験のないことが、福祉用具導入時にケアマネジャーと利用者側との情報の非対称性を発生させる。この場合には、信頼のおけるケアマネジャーの提案するケアプランのサービス計画に、提案どおり利用者側が依拠することが多い。利用者側とケアマネジャーとの関係において、ケアマネジャーがケアプランを主導的にコントロールできる立場となる。よって、介護ショップの顧客は本来は利用者とケアマネジャーであるが、ケアマネジャーを利用者の全権を委任された代理人とした対応が、介護ショップに求められるのである。

以上のことから、導入初期の福祉用具貸与事業者とケアマネジャーとの連携が、サービス計画の内容やサービス量を左右することになるといえるのである。とりわけ、介護ショップの継続的なメンテナンス内容について、ケアマネジャーとの詳細な確認をおこない信頼関係を構築することが求められている。この場合、多忙なケアマネジャーに対して詳細な確認は困難である場合も多い。その点を考慮した、介護ショップの連絡の工夫と利用者の状態についての討議を含む連携が求められている。

2-3 福祉用具貸与事業への抑制策

平成16年（2004年）6月に「介護保険における福祉用具の選定の判断基準（通称＝ガイドライン）」が厚生労働省老健局より通知された。この背景は、先に見たように福祉用具貸与事業の費用額の急激な増加への抑制策といえる。通知では、「福祉用具については、介護保険施行後、要介護者等の日常生活を支える道具として急速に普及、定着していますが、その一方で、要介護度の軽い者に対する特殊寝台、車いすの貸与など、利用者の状態像からその必要性が想定しにくい福祉用具が給付され、介護保険法の理念である自立支援の

趣旨に沿わない事例が見受けられます」とその主旨を述べている。

その中で、主に特殊寝台や車いす等の福祉用具について、「使用が想定しにくい状態像」「介護度」が具体的に提示された。これは、この間の増加と福祉用具貸与事業の給付額等の8割以上は、特殊寝台・車いす・その付属品であることから、この「急速な普及」をターゲットを絞って抑制することを目的とした通知である。表5に見るように「福祉用具受給者／居宅受給者の比率」は、これまでのような増加はない。ここに先に述べたサ

ービス整備の充足と、ガイドラインの影響を推測することができる。医療機関では、地域医療計画や診療報酬改定により医療費抑制がおこなわれてきたが、このようなガイドラインの通知による福祉用具利用者増加の抑制は、診療報酬改定等による抑制効果と同様の影響が、ケアマネジャーやサービス事業者に及ぼされた結果といえる。これは、医療における日本医師会に代表されるような、有力な職能団体若しくは政治圧力団体が、介護保険関係及び福祉用具関係の業界に存在しないことと無関係ではない。

表9 介護保険福祉用具貸与におけるガイドライン該当件数の推移 平成15年(2003年)5月～

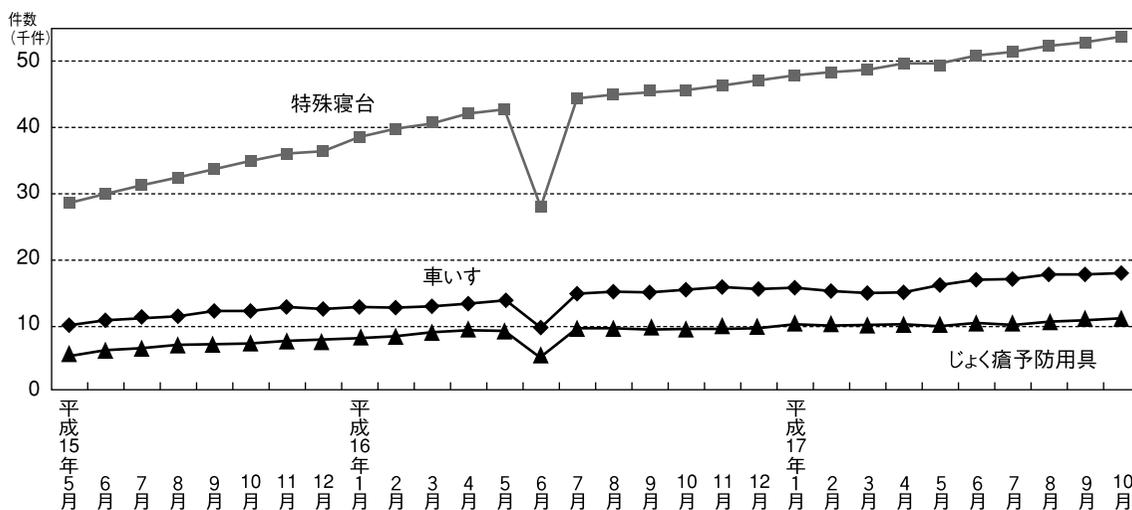


表9は、ガイドラインに該当する特殊寝台（ベッド）、車いす、じょくそう予防用具（床ずれ予防用具）の各月の請求件数推移を示したものである。平成16年6月以降も増加件数が鈍化している。特筆する点は、平成16年6月の請求審査件数が激減している点である。

一方、この間の介護ショップのヒヤリング調査では、請求提出先である国保連合会から、ガイドラインにあわせた大規模な減査定がおこなわれたとの話を聞いていない。とすれば、福祉用具貸与事業者による請求の差し控えがおこなわれ、その後は徐々に月遅れ分が請求されたと考えられる。有力な職能団体もしくは政治圧力団体を有していないが、なかなか強かであるといわざるを得ない。反対に、ガイドラインに該当する可能性のある利

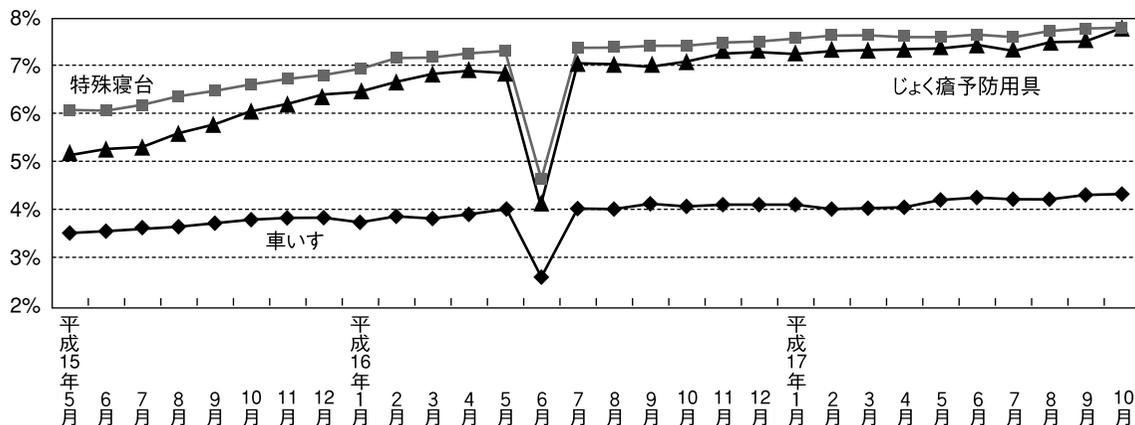
用者を、相当数が有していることを推測させる事象である。

表10は、特殊寝台（ベッド）、車いす、じょくそう予防用具の各月の総請求件数の中でガイドラインに該当する件数の比率である。表9で確認したと同様にガイドライン以降も、該当する件数も増加しているがその比率も増加しているのである。これは、これまでガイドライン該当利用者がなんら減っていない。むしろ件数と全体件数に占める比率も増加しているのである。実際にガイドライン該当者の減査定がおこなわれる2006年4月以降までは当面請求を続けるといった事業者が相当数あるということなのか。それとも、ガイドラインにある要介護度による判断基準が実態にそぐわないということなのか。二通り考えられよう。筆

者は、施設テーターを基礎とした現行の要介護度認定そのものに疑問を持っているために、後者の

ガイドラインの基準にある要介護認定が実態にそぐわない該当者が圧倒的に多いと推測している。

表10 介護保険福祉用具貸与におけるサービス品目件数に占めるガイドライン該当件数の比率推移
平成15年(2003年)5月審査分～



2-4 2006年度介護保険改正の予防介護導入による影響予測

福祉用具貸与の2006年度介護報酬改定について

要支援Ⅰ・Ⅱと要介護度1は、「特殊寝台」「車いす」「床ずれ防止用具及び体位変換器」「認知症老人徘徊感知器」「移動用リフト」について給付の対象外となった。

4月から半年間の経過措置あり。一定の例外となる者の規定あり。

例外規定—例外となる者の範囲

(特殊寝台の場合)

- ・日常的に起きあがり困難な者
- ・日常的に寝返りが困難な者

*「起きあがり」「寝返り」等の判断は、要介護認定データを活用して客観的に判断。

第39回社会保障審議会介護給付費分科会資料(平成18年1月26日開催)より25頁参照

2006年度介護報酬改正の改正により、利用者の要介護度が現行の要支援に、新たに「要支援Ⅰ」と「要支援Ⅱ」が設定された。また、要支援Ⅰ・

Ⅱと要介護度1は、「特殊寝台」「車いす」「床ずれ防止用具及び体位変換器」「認知症老人徘徊感知器」「移動用リフト」について保険給付の対象外となった。前項のガイドラインの説明では、車いすや特殊寝台(ベッド)の規制は要支援までであったが、要介護1も「要支援に十分な効果を上げる観点」を理由に規制枠の対象となった。また、例外規定が示されているように、機械的に要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護1に該当するからといって、特殊寝台すべてが保険の対象外になるわけではない。

これを受けて、早速ある自治体の担当者が要介護度1のベット貸与の自粛を公言している例も見られる。ガイドラインにある「使用が想定しにくい状態像」をつかんだ上で、ベット貸与の中止であれば問題ないが、ケアマネジャーが自治体担当者からの公言を受けて、無批判に実施された場合には、すぐに生活自立機能(ADL)の低下につながる可能性がある。この点は、慎重に対応し憂慮すべき問題にならないようにしたい。その点から、本改定では4月から半年間の経過措置をおこなっているのであろう。

介護ショップの経営にとって、2006年度介護保険改正を厳格に実施すれば、今後は要介護度2～5の認定を受けた利用者の収益が、福祉用具貸与収益の内、8～9割以上を占めるということが想定できる。現行でもガイドラインを遵守すれば、

利用者は要介護の占める割合の増加がするのだが、前項の「2-3 福祉用具貸与と事業への抑制策」の表9、表10で見たように実際は要支援の車いすや特殊寝台は増えているのである。この点は、これからたえず注視する必要がある。

2006年度改正にある「要支援Ⅰ・Ⅱの標準利用例(案)」には、各サービスの利用例が提示された。その中で福祉用具貸与の項目には「補助杖」⁽¹⁶⁾と提示された。杖の月当たり貸与費は500~1000円相当である。定期的なメンテナンスに対する人件費や経費支出を考えると要支援Ⅰ・Ⅱの利用者の比率が高くなると、事業継続をおこなうことが難しくなる。また、要介護Ⅰの場合、今後は要介護度2~5へ移行することが考えられる。その場合に、多くはケアマネジャーの担当変更はないと予想できる。このために、今後の事業拡大を展望すると、介護ショップの対象は要介護度1~5の認定を受けた利用者が多くなる。また、そのようなインセンティブがはたらくであろう。

本改定を、全国データより影響予測するために作成したのが表11である。最新の公表されている介護保険福祉用具貸与事業給付費の2005年(平成17年)10月審査分を使用した。請求件数を要介

護度別に見ると、「車いす」「特殊寝台」とともに要介護Ⅰが最も多い。本改定はここをターゲットにした改定である。

現行の要支援と要介護Ⅰの利用者を併せると「車いす」で27.2%、「特殊寝台」で38.7%が対象となる。例外規定があるものの、実際の件数は、要支援と要介護Ⅰの「車いす」において利用者11.48千件、「特殊寝台」において利用者26.7千件となる。2006年4月からの6ヶ月の経過措置の間に、該当者への保険給付の打ち切りを検討することが、ケアマネジャーも当該保険者において、利用者の納得いく形で遂行できるのであるかという疑問が生じるのである。

表11にあるように、10月審査分総額は158億2884万円である。総額を100%として、「車いす」「特殊寝台」の要支援・要介護Ⅰのそれぞれの比率を提示した。車いすとその付属品を使用する要支援・要介護Ⅰの利用者額が12億7418万円(給付総額の8.0%)、特殊寝台とその付属品を使用する要支援・要介護Ⅰの利用者額が36億1648万円(給付総額の22.8%)、併せて48億9066万円(給付総額の30.9%)となり他の該当サービスを併せると、総額の3分の1相当が該当額となる。これをそのま

表11 全国の介護保険福祉用具貸与 介護度別の主たるサービスの請求件数と請求額

平成17年10月審査分

		計		要支援		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		
請求 件数 (千件)	車いす	421.9		18.4	4.4%	96.4	22.8%	78.1	18.5%	85.1	20.2%	84.2	20.0%	59.8	14.2%	
	特殊寝台	688.7		54.0	7.8%	213.0	30.9%	124.7	18.1%	112.2	16.3%	100.4	14.6%	84.5	12.3%	
請求 額 万円	総額一分母	1582884	100.0%	110504	7.0%	435472	27.5%	268763	17.0%	261790	16.5%	260566	16.5%	245789	15.5%	
	(下記以外を含む)															
	車いす	335241	21.2%	29470	1.9%	94628	6.0%	57982	3.7%	56600	3.6%	54462	3.4%	42098	2.7%	
	付属品	16926	1.1%	617	0.0%	2703	0.2%	2142	0.1%	2929	0.2%	4212	0.3%	4325	0.3%	
	小計	352167	22.2%	30087	1.9%	97331	6.1%	60124	3.8%	59529	3.8%	58674	3.7%	46423	2.9%	
	特殊寝台	71374	45.1%	52859	3.3%	216185	13.7%	128002	8.1%	116372	7.4%	106819	6.7%	93509	5.9%	
付属品	261011	16.5%	17527	1.1%	75077	4.7%	47979	3.0%	46789	3.0%	42948	2.7%	30692	1.9%		
小計	974758	61.6%	70386	4.4%	291262	18.4%	175981	11.1%	163161	10.3%	149767	9.5%	124201	7.8%		

*厚生労働省ホームページ介護給付費実態調査月報よりデータを入手する。直近の2005年(平成17年)10月データを使用し、小川が主たる車いすと特殊寝台等を抜き出し比率とともに提示した。

ま各介護ショップへ当てはめると、大半の介護ショップは事業停止・中止をおこなうことになる。

この対応策として考えられるのは、一つ目にグループもしくは連携ネットワークを強めて、その中で利用者確保をおこなう。また、二つ目に保険外の部分で収益確保をおこなうなどが考えられる。

一つ目は、本論「1-7 広域と専門化、地域限定とサービス併設の展開」においてふれた、モデルBの事業展開モデルが現状において有利に働くと考えられる。その場合、医療との連携内容がこれを規定する。その点は詳しくは、次章の「3-3 医療との連携」においてふれる。今後は、連携ネットワークによる囲い込みが、さらにおこなわれることになるかと予想する。

二つ目は、保険外負担を含めた収益確保である。介護保険の各サービス別の採算を優先させずに、要支援も含めて要介護すべての利用者へのサービス供給をめざす。それは介護保険対象外のサービスを導入・販売するといった目的があるためである。

最近、本体は大手寝具メーカーをしている大阪のある介護ショップを訪問した際に、要支援対策として自社の寝具等の販売を従来以上に位置付ける話を聞いた。このように公費以外のサービスを位置付けることで、収益の減少を回避する方策が検討されていた。このような利用者へのトータルサービスの展開をおこなう介護ショップも、今後はいくらかはあらわれると予測する。

続いて、地域包括支援センターについて述べる。これまで、在宅介護支援センターが福祉用具利用の指導的役割を担う⁽¹⁷⁾とされてきた。しかし、実態としては介護ショップが、その任の多くを果たしてきたのは広く現場の認知するところである。今回の改正では、在宅介護支援センター（地域包括支援センター）と介護ショップとの関係も変化すると予測している。在宅介護支援センターの多くは、地域包括支援センターへ移行する。これまで在宅介護支援センターには、様々な福祉用具が展示され、その役割に「福祉用具の紹介、使い方に関する相談、助言」⁽¹⁸⁾があった。行政の委託により、福祉用具のフィッティングについて指導をおこなう立場にあった。しかし、実際には平均職員3名で朝9時から夜7時、8時まで休日以外は連日窓口を開けて相談業務をおこなっている。ま

た、福祉用具の専門家を職員配置している在宅介護支援センターは希という現状がある。

今回の改正において、地域包括支援センターが福祉用具に関連した役割を直接に担うとはなっていない。これまでの在宅介護支援センターの現状も同様だが、今後は地域包括支援センターが実際に担当地域を3名の職員で300名の要支援Ⅰ・Ⅱの利用者を担当するとすれば、とうてい福祉用具の相談・助言をおこなうなどの余裕はないだろう。

それよりも、地域包括支援センターについては、2006年度から要支援Ⅰ・Ⅱと要介護Ⅰの利用者について、現在使用している特殊寝台や車いす等を取り上げる（貸しはがし）役割を担う可能性がある。また、先に述べたように介護ショップが、要支援Ⅰ・Ⅱの杖補助などの利用者の比率を多く抱えることができないとすれば、地域包括支援センターが介護ショップへ要支援を対象としたサービスの依頼をおこなうことになるだろう。現在よく見られる福祉用具メーカーや介護ショップが、在宅介護支援センターへ営業として日参する様子が、今回の改正で包括支援センターへ改名した際に、業者の対応が一変するかも知れない。以上から、介護ショップの専門的役割が、ますます重大になっていることが、ご理解いただけたと思う。

2-5 情報開示について

「利用者による介護サービス（事業者）の適切な選択に資する『介護サービス情報の公表』（情報開示の標準化）について報告書」（介護サービスの情報開示の標準化に関する調査研究委員会）
社団法人シルバーサービス振興会 平成17年3月全257頁（*インターネットホームページ公開は同年5月16日）これにもとづき、各事業所において2006年度からサービス情報の開示ための準備がおこなわれている。単純に情報開示のシステムを構築するのであれば問題はないが、公開する情報にあわせた業務の変更が求められているのである。通常の業務マニュアル作成、緊急対応時のマニュアル作成、各種研修の報告書の整備等の業務整備と文書化が求められているのである。

これまででは、仕入れ単価において規模による優位性が確認できたが、情報開示によっても規模に

よる優位性が発生すると考えている。前述した業務整備は、例えば1事業所でも10事業所でもそれぞれ同様の作業が求められる。そこで、整備する事業所が多ければ多いほど、1事業所あたりの経費支出は減額する。それは、多くの事業所を有する事業所ほど支出が減ることになる。その点では、規模による優位性が発生するのである。単体で小規模福祉用具貸与事業者の支出負担は、複数の貸与事業所を有する事業体より高くなり、卸単価とあわせて価格へ転化するであろう。価格を福祉用具業者選択基準の最も有効な選考条件とする利用者やケアマネジャーの場合、ますます規模の大きな貸与事業所へ集中する可能性が高くなるのである。このように、情報の開示は大きな事業者は大きく、小さな事業者はますます小さくなる作用を発生させる。そして、このまますすめば、小さいものは淘汰される危険がある。

小規模事業者の最大の利点は、利用者の顔が見える、利用者や介護者の電話の声でその意志がわかるといった安心と、利用者にあわせた細かな対応と即時対応するネットワークである。規模の大きな事業者に見る、業務規定の制約にある組織の場合には、発揮されにくいものである。利用者が、情報の開示に求める最低限の課題は、安全なサービスを選択できる情報の開示にある。最近のいろいろな時事に見る不正や粉飾を見る限り、特定の大きな組織が事業に影響力を多く占めるのは、情報の不正操作につながりやすく、事業所を監督する行政にとっても介護保険の政策システムの継続にとっても、大変な危機を生み出しかねない。

筆者は、情報の開示により安全性を標準化することで全体をボトムアップすることには大賛成である。公的保険により運営している介護保険制度にとって、地域の隅々に入り込んで展開する小規模な福祉用具貸与事業者の存在は、利用者にとって不可欠である。事業所の淘汰を目的とするのではなく、保険者である自治体等は情報開示にむけた業務整備の支援をおこなうことが、事業の透明性を維持する点で有効である。このような対応が、介護保険の制度維持のために、自治体へ求められるのではないだろうか。

第3章 介護ショップの経営と マネジメンツの課題

以下では、介護ショップの調査・分析を通じて見えてきた、介護ショップのマネジメンツの課題を述べる。

3-1 人と人との接点を大事にした サービス

介護ショップのサービスは、先に述べたように、利用者（顧客）等との対面販売とサポートが基本である。福祉用具貸与サービスは、利用者へ道具を運ばばよいというものではない。個別の利用者について身体状況や生活環境にあわせたフィッティングが必要となる。介護保険以前から、個々の利用者におけるフィッティングに積極的に対応してきたのは、介護ショップである。この点で「福祉用具の取扱い全般に関する能力は、ケアマネよりレンタル業者（引用文献では福祉用具貸与事業所をこう略している）が優れている」⁽¹⁹⁾とする調査結果とも一致する。また、同時に「レンタル業者の能力格差も大きく、…能力の高いものと低いものに二分される」⁽²⁰⁾と指摘されている。

実際に個々の福祉用具の特性を勘案したフィッティングをおこなう場合、介護ショップの職員が様々な種類の福祉用具を取扱った経験を持ち、介護ショップが福祉用具を常時保持して、必要なときにすぐに試せない、利用者等への説得力にかけるのである。例えば、身体状況が同じ二人の利用者に対して、一方に了解を得た同じ車いすでも、他の利用者に了解を得るとは限らない。この問題を補完してきたのが、介護ショップである。突き詰めると最終的には利用者・介護者・家族等の価値観や感覚の問題に突き当たる。その場合、実際の機器を扱っている介護ショップ職員の言葉には説得力がある。また、福祉機器を保有している介護ショップの職員の場合、実際に「使い」「触り」「試す」ことを利用者に提起できる。すなわち、利用者が実際に体験することで、利用者から納得を得るのである。そして、介護ショップはその機動性のよさにより、在宅での生活を把握して提案をおこない、利用者・介護者・家族等、そしてケ

アマネジャーから信頼を得ることができるのである。このように、職員が利用者・介護者・家族等に対して「人と人の接点を大事にしたサービス」をおこなう場合、職員の専門的知識と経験の蓄積が、個別の対応において信頼の度合いを決定づける。そして、経験の蓄積とその共有化が、介護ショップにおける財産となるのである。こういった立場で事業活動をおこなうとすれば、福祉用具を一定数常備して、知識と経験を有する職員を配置することが必要になる。介護ショップにおいて、この体制を維持する財政的な裏付けとして、適正な価格を利用者やケアマネジャーへ提示し説明をして、理解と同意を得ることが必要となるのである。

3-2 製造・流通業者との真摯な関係づくり

福祉用具の適正な普及のために、介護ショップは製造・流通業者との関係を保持しなければならない。介護保険が施行され6年が経過する。施行年から貸与事業で使っていた福祉用具も消耗、もしくは破損等のために老朽化して、修理・廃棄を要する場合も多い。そして、6年の年月により介護ショップと製造・流通業者間との商品の流れや関係が、固定化していることも少なくない。福祉用具貸与事業所の多くは、利用者やケアマネジャーの意向に機敏に反応してきた。その反応が鈍化しないようにすることが、マネジメントには求められている。利用者への一定の品質を備えた福祉用具供給において、そのサポートをどのようにおこなうのが介護ショップにおける福祉用具貸与事業の具体的テーマとなろう。利用者やケアマネジャー、そして地域へ製品情報を発信し、相談やモニター活動、製造販売業者へのクレームバックと製品の改善・開発の提言に責任を持つことなどが課題としてあげられる。そして、レンタル用品の老朽化に対するメンテナンスと新機種への導入がある。そういった品質の追求とあわせて利用者へ安く機器を供給する視点もかかせない。

これらを真摯に追求すると、介護ショップと製造・流通業者との関係はときとして厳しいものとなる。その場合には、「社会への貢献」「福祉用具

の市場をどのように発展させていくのか。」という視点で、各業者と共に取り組むことが必要である。

3-3 医療との連携

利用者への福祉用具貸与サービスを追求すると、医療機関や福祉施設との連携が必要となる。介護ショップには、医療機関からの老年医学を前提としたリハビリテーション医療の立場から専門的なアドバイスが望まれる。医療・福祉サービスにおける医療機関やサービス事業者と患者・利用者との信頼関係は、他の流通産業に比べて格段に高い。そして、医師・看護師をはじめとする医療スタッフのライセンスに対する信頼はさらに高い。筆者の問題意識としては、医療スタッフへの高い信頼を背景にして、介護ショップとの連携をおこない、医療機関を経営している経営体が介護ショップ経営に本格的に参入するならば、その地域における介護ショップの中で、顕著な差別化をおこなうことができると思う。

現状においては直接の経営参入でなくても、利用者・介護者・家族等から直接に見えるような連携をすることでも、先に述べた複合体の効果に類似するものが望めると考える。

しかし、今後はさらなる医療費抑制政策を考えると、複合体の形成において福祉用具貸与事業への参入が進むと予測している。

直接に目に見える連携の具体的な例として、医療施設にある福祉用具に目をむける必要がある。多くの医療機関で常備しているベッドや車いすの機能水準は、ベッドだと背あげ足あげが手動式のものを使用している例が多い。車いすでは不特定多数の患者が使う施設用のものが多く、フィッティングとは無縁である。このような状況に対して、働いている医療スタッフの労働環境の整備と、医療機関の療養環境の整備という労働者と患者の視点から、介護ショップとの連携も考えられるのではないだろうか。

医療との連携をおこなう場合に、患者と医師との情報の非対称性や利用者と事業者との情報の非対称性と同様に、医療機関と介護ショップとの連携においても情報の非対称性が発生するのでは、

連携がかけ声だけに終わる可能性がある。医療機関を本体とするグループで介護ショップの事業を展開する場合、この医療連携が他との差別化による優位性につながる。介護ショップ開設に止まらず、どのような連携もしくは双方のサービス向上をめざすのか、具体的な検討が必要といえよう。その場合に、医療機関等での一定の経験と医療スタッフと対等に討議をおこなえる人材の配置が、医療との連携の成否を決めるといっても過言ではない。「言うのは容易だが、どこに人材いるのか？」とお叱りをいただきそうであるが、医療系グループ（先に述べたように、保健・医療・福祉複合体もこのような例に該当する。）の介護ショップにおいて医療連携がむずかしいのであれば、介護ショップを開設する経営的なメリット⁽²¹⁾はあまりない。むしろ、リスクが増すので介護ショップの事業をおこなわない方がよい。現状では、各地域において他に専門性と経験を有する介護ショップは多くあるのでそちらへ譲るのも方策である。この点は、なにも介護ショップの事業に限られた話ではないことは周知の事実であろう。

3-4 職員のこだわり

図2において示しているように、筆者は、他のすべての課題において「こだわり」が、成果の進捗を決定すると考えている。別の用語として、「モチベーション」⁽²²⁾と表現する場合もある。きめ細かなサービスを追求する場合の原動力として、筆者は「こだわり」という言葉を使う。医療・福祉サービスにおいて、「安全・安心」「品質」「こだわり」がサービス向上の大事な因子であると考えている。また、「安全・安心」「品質」だけでは、サービスを向上することはできない。「こだわり」は、サービス業において、サービス提供者である介護ショップの組織を指すのではな

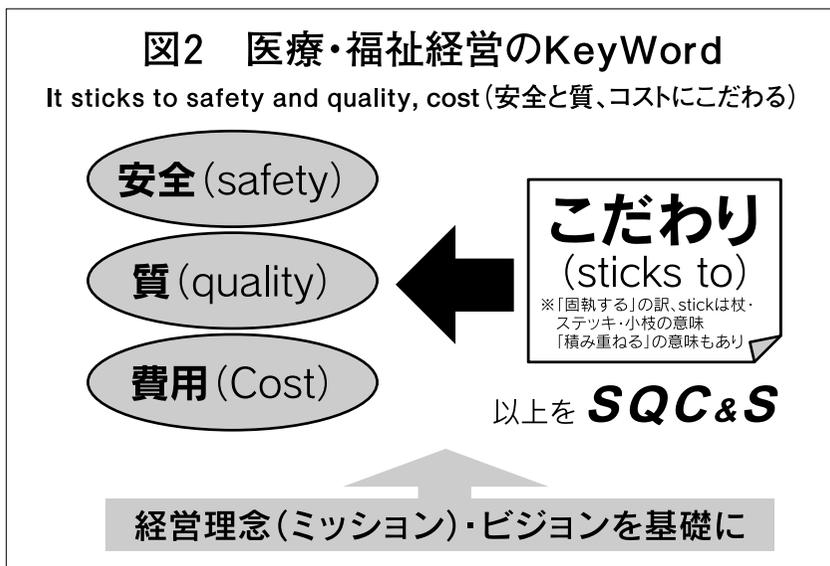
く、その組織の職員に内在するサービスをおこなう姿勢を意識して使用している。他の言葉でもよいが、「こだわり」の提起により、介護ショップの組織や職員を刺激していくことが、マネジメントに求められているのである。

3-5 介護ショップの財務数値について

介護保険が月単位の請求であるために、月当たり貸与料合計額（福祉用具貸与事業収益）は、月末をすぎて初めて数値確定ができる。この日々の管理把握は取扱い数量の増減でおこなうことになる。

その場合、第1章で見たとおり、とりわけ特殊寝台（ベッド）と車いす、その付属品の給付額が、全国における給付金額の8割以上を占めていることから、主要な取扱い数量に絶えず注視する必要がある。また、第2章で見たように、狭い地域を対象とする事業所の場合、サービスを併設する介護ショップが多い。そこでは、小企業が多く毎月の財務管理やサービス部門別の会計管理は費用がかさむことから、月次・部門別の財務数値の把握はおこなわれていない現状が多く見られる。この点は、今後の課題となるだろう。

財務数値を見る場合、当該業界の成長状況により、数値の見方やマネジメントのあり方も異なる。現状のように、全国的に福祉用具貸与事業が伸び



ている場合には、売上げである事業収益の数値に注目して、主に事業収益増加とサービスの品質の管理をおこなう。逆に、今後それほど成長が見込めない場合、支出である人件費や仕入れ、その他各経費等の管理に比重を移す。誤解のないように付け加えると、どちらか一方のみということではなく、今後の展望を予測してバランスよくおこなう。それと貸借対照表やキャッシュ・フロー表などの資金の流れと所有する現金の把握をおこなう。それらを経営環境を見ながら、バランスが維持されているかどうかチェックを実施することが必要となる。

筆者は、福祉用具貸与事業において、単独事業として自立できる介護ショップの規模の目安として、介護保険の年間保険請求金額が少なくとも1億円を超える規模が妥当と考えている。介護ショップの事業収益規模1億円とは、月当たりの事業収益が830万円以上となる。これを具体的に介護ショップに当てはめると、月当たり取扱い数量が基本としてベッド約300~400件、車いす約300~400件、その他の福祉用具の貸与事業収益を合算すると830万円以上となる。そして、福祉用具貸与の卸業者との取引価格は、その事業収益の約45~65%相当である。この比率は、各卸業者と取引額の規模によって契約内容が異なる。製造・卸業者との特別な関係がない場合には、市場において適正な取引をおこなうために、卸業者は複数と契約している例が多い。前述した利用者規模の介護ショップを運営する場合、必要人員として職員5~7名程度を配置する。その人件費は、事業収益の約20~30%程度となる。その他の経費は、事業収益の約20%前後となる。このように常勤職員の複数配置、「規模の経済」を背景とした関係業者との価格交渉などを考えると、年間の福祉用具貸与事業収益額が少なくとも1億円を超える規模が、必要最低限といえる。

誤解のないように申し述べると、「大きいことはいいことだ」とする、規模が大きければ大きいほどよいというものではない。規模を大きくすると比例して管理コストが発生しリスクが生じるのである。このリスクを回避するのは、人的資源である。その点をバランスよく管理する経営トップ（集団）の責任は大きい。事業体全体のボトムア

ップは、トップのボトムアップなしには存在しないといわれる所以である。

おわりに

介護ショップは、商品の価格競争による利用者争奪戦のみに目を奪われることなく、良質なサービスを継続的に提供する必要がある。筆者は、そのために介護ショップのおこなう事業は、冒頭のはじめに述べたように「人と人との接点を大事にしたサービス」でなくてはならないと考えている。その場合、介護ショップ職員一人一人の知識と思想、そして人間性を統合した利用者へのサービスが求められていると考えている。このような筆者の考えは、日本の医療について述べられた「上からの抜本的改革よりも当事者による地道な改革の積み重ねのほうがそれぞれ効果的」⁽²³⁾とする考えとも一致する。医療や福祉サービスの場合、利用者・患者、現場のチームスタッフといわれる当事者による改革が必要なのである。そして、そこには人と人との接点が不可欠となるのである。

筆者は、2004年にドイツのデュッセルドルフで開かれた世界最大規模といわれる福祉機器展「2004 REHA CARE」を視察する機会を得た。そこで展示されていた福祉機器は、日本で使用している福祉機器と比較して、大きくは遜色がないことに気づいた。日本において介護保険が施行され、一定の水準の福祉機器が広く使用されるようになってきている。このことから、日本における今後の介護ショップの課題として、フィッティングはもちろん日本の特性に合わせた「人と人との接点を大事にしたサービス」が求められるという思いを強く感じた。その思いは、現在の社会保障費抑制策による介護ショップのかかえる課題を考えた場合に、介護ショップの新たな可能性を含めて、より思いを強くしているのである。

最後に、紙上をお借りして御協力いただいた各介護ショップ関係者の方々に、厚くお礼を申しあげる。

私の研究において、現場の感覚で発信するというのは、私の「こだわり」といえる。研究において現場の声なき声を吟味し発信することは、狡猾

に見え隠れする現代社会の矛盾を垣間見ることであり、現場の喜怒哀楽に接する有意義な機会と、喜びの時である。私のこのような現場業務と研究活動のアクロバット飛行に、常日頃から理解をいただき、暖かく見守っていただいている私の職場の仲間をはじめ、多くの周りの方々に、この場を借りて重ねて感謝を申しあげる。

(おがわ かずや、(株)城南医薬保健協働
介護ショップらくだ)

注記

(1) 介護保険のサービス給付は、施設以外の在宅でおこなう居宅サービス費 (①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③訪問看護 ④訪問リハビリテーション ⑤居宅療養管理指導 ⑥通所介護 ⑦通所リハビリテーション ⑧短期入所生活介護 ⑨短期入所療養介護 ⑩痴呆対応型共同生活介護 ⑪特定施設入所者生活介護 ⑫福祉用具貸与)、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費がある。また、ケアプランを作成する居宅介護サービス計画費、3施設(指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設)を対象とした施設介護サービス費がある。在宅での生活を支える場合、介護保険のサービスに止まらず医療等のサービスも必要とする。医療において、「居宅」という名称を使うことはほとんどない。在宅でおこなう医療サービスを「在宅医療(サービス)」というのが一般的である。よって、本論では介護保険の居宅サービス以外に在宅医療を含む場合には、「在宅サービス」「在宅」を使用している。

(2) 介護保険の被保険者が、告示に定められた福祉用具を購入した場合や住宅を改修した場合には、購入費や改修費の9割を支給している。これを本論では、「福祉用具購入」「住宅改修」という。

(3) 下記は、介護ショップのマネジメントの文献である。文献検索では、Webcat-Plus(国立情報学研究所が提供する図書/雑誌データベース)、NDL-OPAC(国立国会図書館蔵書検索)、紀伊国屋書店・丸善・八重洲ブックセンターのホームページより、「介護ショップ」「福祉用具」「福祉機器」「福祉用具貸与」「レンタルショップ」の語句をタイトル及びフリーワードの項目で検索した。

①シルバー新報『全国介護ショップ情報.1990』環境公害新聞社 1990年9月。

シルバー新報『全国介護ショップ情報.1991~1992』環境公害新聞社 1991年11月。

シルバー新報『全国介護ショップ情報.1995』環境新聞社 1994年10月。

シルバー新報『全国介護ショップ情報.1996~1997』環境新聞社 1996年8月。

シルバー新報『全国介護ショップ情報.1998~1999』環境新聞社 1998年10月。

シルバー新報『全国介護ショップ情報.2000』環境新聞社 2000

年9月。

シルバー新報『全国介護ショップ情報.2002~2003』環境新聞社 2002年11月。

②日経ヘルスビジネス他『介護ショップ経営マニュアル』日経BP社 1995年4月。

③後藤芳一『福祉用具の流通ビジネス—成長市場の全貌』同友館 1998年10月。

④通商産業省機械情報産業局医療・福祉産業室『福祉用具産業政策'99「多様性の支援」を目指して 福祉用具産業懇談会報告書』通商産業調査会出版部 1999年8月。

①は全国の介護ショップを紹介したガイド本という性格が強い。全国の各介護ショップの紹介と各介護ショップへのアンケート結果を載せている。②はマネジメントについて論じている点では本論と一致するが、介護保険制定以前の著書である。③は著者の行政担当官としての経験を踏まえて介護ショップのマネジメントについても詳細に書かれている。本論では、この著書が先行文献として基礎となっていることはいうまでもない。この中で「消費者のニーズが経営に反映される」とある点は、本論の「人と人との接点を大事にした」とする、筆者の問題意識と通じるものがあると考えられる。④の資料4「福祉用具流通事業者標準経営指標等に関する調査結果の概要」105~118頁は介護保険施行以前であるが介護ショップの経営指標について明記された報告である。

・水 downstream「CLOSEUP!介護ビジネス利益を生む介護ショップ経営(1)介護ショップの現状と課題」『流通ネットワークング』日工・テクニサーチ 2001年2月。

・水 downstream「CLOSEUP!介護ビジネス(2)介護ショップのシステム化」『流通ネットワークング』日工・テクニサーチ 2001年3月。

・水 downstream「CLOSEUP!介護ビジネス(終)利益を生む介護ショップ経営(3)めざせ!健康情報サロン」『流通ネットワークング』日工・テクニサーチ2001年4月。

・松永るみ子「ムーブメント地域の介護福祉をネットワークする—草の根介護ショップ『ファミリー』吉川和子さんの歩み」『季刊「女も男も」』労働教育センター2000年01月。

・総合ユニコム「不動産活用の新ビジネスとして注目されるシルバー関連事業(2)人的サービスの充実図る介護ショップ」『レジャー産業資料』総合ユニコム1999年11月。

・沢中昭子「介護ショップの生残り戦略(シルバービジネス・マネジメントセミナー講演より)—事例にみる介護ショップ協同組合の活動(女性経営者特集)」『産業能率』大阪能率協会1999年9月。

・総合ユニコム「特別レポート—介護ショップセミナー&展示会(特別企画拡大するシルバー市場の事業展望)」『レジャー産業資料』総合ユニコム1997年4月。

・日本医療企画「インサイドレポート新しい調剤薬局の経営スタイル—介護ショップの併設でマーケットを拡大」『フェイズ・スリー』日本医療企画 1996年11月。

(4)小川一八「介護保険下における介護ショップのマネジメントについて—R介護ショップの例から」経済論集 日本福祉大学経済学会・日本福祉大学福祉社会開発研究所2005年8月 133頁

(5)徳田哲男・児玉桂子編『講座超高齢社会の福祉工学(上)』

福祉機器と適正環境』中央法規1998年4月 129頁。

(6) 前掲書 129頁。

(7) シルバーサービス振興会編『福祉用具専門相談員研修用テキスト』中央法規出版2000年4月175頁。

(8) 徳田哲男・児玉桂子編『講座超高齢社会の福祉工学く上く福祉機器と適正環境』中央法規1998年4月 129頁。

(9) 通商産業省機械産業局編(財団法人通商産業調査会)『福祉用具産業政策'99「多様性の支援」を目指して福祉用具産業懇談会報告書』1998年8月「第3章 福祉用具の流通システムの高度化に向けた方策」を参照されたい。22~38頁。

(10) 後藤芳一『福祉用具の流通ビジネス 成長市場の全貌』同友館 1998年10月207頁。

(11) 前掲書 ii頁。

(12) 通商産業省機械産業局編(財団法人通商産業調査会)『福祉用具産業政策'99「多様性の支援」を目指して福祉用具産業懇談会報告書』1998年8月 22頁。

(13) 市川洵編『高齢者ケアシリーズく1く福祉用具プランニング入門』厚生科学研究所2003年5月28頁。

(14) 小川一八「介護保険下における介護ショップのマネジメントについて—R介護ショップの例から」経済論集 日本福祉大学経済学会・日本福祉大学福祉社会開発研究所2005年8月 144頁

(15) 二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院1998年10月。この同名の著書から「保健・医療・福祉複合体」は注目された。複合体の典型・中核として「三点セット」として、同法人若しくはグループにて病院・老人保健施設・特別養護老人ホームを開設している例をあげている。最近では、二木氏は「現実には、連携と『複合体』とは『スペクトラム(連続体)』を形成している」「大半の地域では、入所施設開設『複合体』、『ミニ複合体』、単機能の医療・福祉施設とが競争的に共存しているのが現実である」二木立『医療改革と病院』(勁草書房)2004年4月 99頁と述べている。介護保険施行以後に、複合体の全国若しくは広域の調査報告を見ない。この点は、今後の研究課題と言えよう。

(16) 2006年1月26日社会保障審議会介護給付分科会(第39回)資料 46頁「要支援者に係るサービス標準利用例(案)」

(17) 京極高宣・市川洵『福祉用具活用法』北隆館 2002年9月 199頁。「在宅介護支援センターでの福祉用具普及の取り組み」の項を参照されたい。

(18) 大田区のホームページを見ると「在宅介護支援センターの役割」に「福祉用具の紹介、使い方に関する相談、助言」とある。

(19) 田川則子「福祉用具選定における介護支援専門員と福祉用具貸与事業者との関わりに関する研究—愛知県下における介護保険福祉用具貸与サービスに関する調査—」『日本福祉大学経済論集』日本福祉大学経済学会・日本福祉大学福祉社会開発研究所2004年10月 183頁。

(20) 前掲書 183頁

(21) 保健・医療・福祉複合体の効果について、二木氏は『保健・医療・福祉複合体』37頁で「単独施設に比べて『範囲の経済』や『取引コスト』の削減を実現していると予想される。ただし、これについて実証的研究はまだない。」と述べている。「範囲の経済」による効果は、シナジー効果によって発生する。本論での「ブランド」もシナジー効果の影響によるものである。また、介護ショップでの一つの例として、介護ショップと卸業者との折衝の中で「今後はその福祉用具を医療機関や福祉施設でも使用したいと考えている。」言った場合に、卸業者からは、これまでよりも良い条件提示があったという話を聞いた。医療経営が厳しいので、介護ショップをおこなうというのでは、人的資源により経済的効果は発生しない。筆者は、複合体の効果は人的資源を媒介にしたものだと考えている。その点では、人的資源を揺り動かす事業動機の提示は大事である。

(22) 新村出編『広辞苑(第4版)』モチベーション motivation 動機付け、動機を与えること、誘因。

(23) 池上直巳・J. C. キャンベル『日本の医療 統制とバランス感覚』中公新書 1996年8月 234頁。

国民健康保険料に関する 自治体格差の実態について

鈴木 岳

はじめに

格差という妖怪が、昨今の日本で頻繁に飛び交っている。経済格差、情報格差、知的格差 et cetera。労働現場でも処遇格差は大きくなる一方である。どの職場でも正規就業者とさまざまな形態の非正規就業者（パート・契約・派遣・嘱託等）の混合形態が当たり前となり、後者の比率が急増していることは、いまさら言うまでもない（『新時代の『日本的』経営』＜1995年、日本経済団体連合会＞レポートは象徴的である）。例えば、2005年に『エコノミスト』誌上で企画された特集「息子・娘の悲惨な雇用」のトリオロジーは、若年労働者の過酷な状況や、フリーターと呼称される人々の年収が平均106万円に過ぎないという実態を、赤裸々に示したものである。

さて、今回頂戴したテーマは、「国民健康保険の実態」に関してである。区市町村を保険者として、各自治体がそれぞれ独自の金額を設定して徴収している国民健康保険に、自治体間の保険料格差が存在することはある程度知られていた（但し、真の実態について、マスメディアや一般経済誌で詳細に記されることは、後述するように、殆どなかったし、その内容はむしろ誤解を招くものが多い）。最近では、介護保険の導入以来、むしろそちらの市町村格差が話題になる。確かにその問題も小さくはなかろう。しかし、今や加入者が500万人を超えた国民健康保険（以下、例外を除いて国保と略す）の高額な料金設定とその自治体格差こそ、より看過できない大問題である。職域の健康保険に加入しえない雇用形態の多くの低賃金労働者（その中心が20代から30代の若年層であるが、40代以降の中年層にも及ぶ）にとって、深刻な経済的貧困をより助長する要因となっているし、制度上の欠陥の結果として支払いの滞納や、確信犯

のフリーライダー（富裕者にも貧困者にも存在する）を生じさせ、納付率の低下を招いている。日本の国民皆保険システムは、世界保健機関（WHO）が高く評価するものであり、確かに「かかりやすさ」については遥かに優れたものである。が、国民年金料（所得にかかわらず定額、2005年度現在月額13,580円）と同様、保険料の支払いに関しては甚だ逆進的であり、受けられるサービスは全く同じなのにもかかわらず、負担の地域差が激しいとあっては、やはり本質的に何か欠陥があると認めざるをえないだろう。

そこで、本稿では、まず、保険料格差に関する一般的認識に疑問を指摘し、ついで、前提として被用者の健康保険のおさらいをする。その上で、東京都の区及び市、さらに首都圏周辺、もっと広げて、日本の幾つかの国保料の概算値を算定することで、国保料の重圧と自治体間の負担差を鮮明にするものである。

本稿の基本的視座は、松谷宏氏の労作『正直者が馬鹿を見る国民健康保険』2000年に多くを負うものである（かつては西舘静夫主著『国保が人を殺すとき』1989年という著作もある）。が、国保の徴収手法の状況や算定額は年々変化しており、また、どの形態の世帯を算定するかによって、地域によっては税法上の控除（住民税）をどの程度考えるかによっても大きく異なってくる。本稿では、極力「控除」を最低限にとどめ、算定も単純に単身世帯のみ、賃貸住居とする。かつてのような自営業者が加入し、各種控除を活用していたイメージと異なり、昨今では次第にこれら給与所得層が国民健康保険に加入せざるをえない状況となっており、一層この額こそ実態に即した数値になりつつあるからである。もちろん、扶養者の存在する場合は、さらに控除は発生するので、その分を引いた額を元に均等割額（人数分）をプラスす

ればいいのだが、今回は省略する。また、介護保険は埒外とする。以下の全ての数値は、平成17年度（2005年）に算定された基準に合致するものである。

1. 保険料に関する一般的認識の誤謬

近年のマスコミや各種週刊誌や経済誌でも、暮らし情報系のコラムに国保の地域間格差を示す内容は時おり掲載される。例えば、『週刊ダイヤモンド』2005年11月25日号には、「こんなにある！国民健康保険料の地域格差」と題して、以下のような記事が掲載されていたので引用する（この記事を選んだことに他意はなくたまたまである。念のため。）おおむね、下記の認識が一般的ではなからうか。

「国民」と付く以上、日本全国一律かと思いきや、じつは国民健康保険の保険料は市町村ごとに異なる。

加入者の所得や資産額に一定の率を掛ける、あるいは加入者ごとに一定金額を課すなど、複数の算定基準を組み合わせて、各市町村がそれぞれ保険料の額を決めているのである。2002年度、1人当たりの年間保険料が市町村別で最も高いのは北海道羅臼町で11万5162円、最も安いのは鹿児島県十島村で2万1260円。じつにその差は5.4倍である。都道府県ごとの平均で見ると、最も高いのは栃木県で、沖縄県の1.6倍である。

ところが、保険料を多く支払っているからといって、医療サービスを受ける頻度が高くなるわけではない。たとえば埼玉県民の平均保険料は、全国で2番目に高いが、1人当たりの医療費は全国で最低である。逆に鹿児島県民は、平均保険料は沖縄に次ぎ全国で2番目の安さだが、最も多額の医療費をかけている。同じ日本人、病気のかかりやすさにはたいした差はないはずだが、鹿児島県民の1人当たり医療費は埼玉県民の1.9倍で、それでいて、国保の保険料は埼玉県民より2万5000円以上も安いのだ。

これほどの格差が生じていながら、その理由に合理的な説明ができないところに、この制度

の難しさがある。

この記事を読むと、鹿児島県や沖縄県で暮らす人間は、栃木県や埼玉県よりも大いに国保料が安いので、後者の県民は、いっそ南の国へ引っ越そうと早とちりする人間が出たり（まあ、少ないでしょうが）、羨望を感じてしまうかもしれないにせよ、事実は全く違う。何故なら、この保険料の統計には、保険料負担の基礎となる各人の所得差を全く考慮していないからである。1人当たり（世帯あたり）の所得が高額な都道府県ほど、1人当たりの保険料が高くなることは、通例当たり前である（ただ、コトはそう簡単ではないから問題なのだが）。それ故、この種の比較には殆ど意味がない。重要なのは、各区市町村の保険料徴収制度の相違を調べた上で、同じ所得額に掛かる保険料の多寡を比較することである。

2. 健康保険の状況について

いわゆるフルタイム雇用のサラリーマンたる賃金労働者は、社会保険料として厚生年金料と共に健康保険料を徴収される。双方の加入資格として、事業所でのおおむね3/4の時間ないし日数を勤務している継続雇用労働者も含まれる。

さて、健康保険（健保）は、ごく簡潔に言えば、周知のとおり、労使折半の保険料負担分を8.2%、うち労働者側の負担を4.1%として、日本全国一律の基準で算定される。ここでは、月額98,000円～980,000円の間で細分された標準報酬月額をもとに、単身世帯の労働者の年収ごと、年間に支払う保険料を概算しておく。次項以降に算定する国保との金額差の比較に必要なからである。

基準年収 年間保険料（概算）

150万円—	58,000円
200万円—	83,000円
250万円—	108,000円
300万円—	128,000円
350万円—	157,000円
400万円—	167,000円
450万円—	187,000円
500万円—	216,000円

600万円—246,000円
700万円—290,000円
800万円—335,000円
900万円—369,000円
1000万円—433,000円
1200万円—482,000円

*年間保険料は約482,000円が上限となる

健保は、自営業に派生する各種控除が使えないことや、通勤手当も算定に含まれるデメリットがある。しかし、健保は運用時における各種メリットと共に、労使折半という仕組みが大きいにせよ、保険料が概して国保よりかなり安い。その意味で、フルタイム労働者は、彼らの多くが気付いていないだろうが、国保の加入者との間の比較でいえば、まだ恵まれている。さらに、大企業の労働者が加入する「組合管掌健康保険」や、公務員の加入する「共済組合保険」の加入者は、「政府管掌保険」の加入者よりも一層恵まれている。

3. 国民健康保険料を算定するための前提

国民健康保険料（自治体によっては国民健康保険税と呼称しており、こちらが多く使われているようだが、ここでは保険料に統一する）の年間支払い額の算定方法は、区市町村それぞれが毎年ごと、任意に設定している。が、大きくは次の3方式のいずれかに区分することが可能である。

- A. ①所得割額（所得—基礎控除額を基準とする）+②資産割額+③均等割額+④平等割額
- B. ⑤所得割額（住民税を基準とする）+③均等割額
- C. ⑥所得割額（市民税を基準とする）+③均等割額

それぞれ使われる方式と用語を説明しておこう。

A方式は、最も一般的である。①の所得割額とは、直近年度における年間収入金額—給与所得控除額—総所得金額を算出した後、そこから基礎控除のみ（33万円）を引いた基準額（所得割基礎額）を算出する。この値に自治体ごとに定めた異なった乗数を掛けたもの。②の資産割額は固定資産税

を納税している世帯にかかるものである。やはり乗数もまちまちである。地価の高そうな地域では、これをかけない代わり、他割額に付加のせされる傾向がある。③は世帯における人数あたりにかかるもの。④は常に固定額で付加されるものである。なお、A方式の中では、②や④を計算に含めない自治体もある。本稿では、実年収ごと、次のとおり①の所得割基礎額を算定している。

基準年収 ①の所得割基礎額

106万円— 80,000円
150万円— 520,000円
200万円— 890,000円
250万円—1,240,000円
300万円—1,590,000円
350万円—1,940,000円
400万円—2,330,000円
450万円—2,730,000円
500万円—3,130,000円
600万円—3,930,000円
700万円—4,770,000円
800万円—5,670,000円
900万円—6,570,000円
1000万円—7,470,000円

B方式での⑤の所得割額とは、住民税、即ち、都道府県民税+市町村民税を基準として、それぞれ乗数を掛けるものである。住民税額は、①よりも社会保険料を含む各種控除による不確定要素が大きく、算定が難しい。しかし、本稿では、実年収ごと、筆者の経験も踏まえ、次のように⑤での住民税額（基礎額）を推計した。

基準年収 ⑤での住民税額

106万円— 6,000円
150万円— 21,000円
200万円— 36,000円
250万円— 49,000円
300万円— 61,000円
350万円— 73,000円
400万円— 91,000円
450万円—118,000円
500万円—146,000円

600万円—212,000円
700万円—288,000円

C方式での⑥の所得割額とは、市町村民税のみ
にそれぞれ乗数を掛けるものである。やはり算定
は難しいが、次のとおり推計した。

基準年収 ⑥での市町村民税額

106万円— 4,000円
150万円— 13,000円
200万円— 22,000円
250万円— 30,000円
300万円— 37,000円
350万円— 43,000円
400万円— 55,000円
450万円— 76,000円
500万円— 98,000円
600万円—151,000円

なお、保険料の上限額（賦課限度額）は、殆ど
の自治体で一世帯あたり年間53万円（一部で50万
円）である。また、低所得層には、三段階の減額
措置があり、それも考慮に入れて算定する必要が
ある。本稿では、年収200万円未満をその対象と
見て算定した。

4. 国保の保険料比較

それでは、実際に単身世帯を算定するとどうな
るのか。幾つかの自治体を例に、具体的に算定し
てみよう。

（1）東京都23区

都区内は、全てBの算定手法をとっており、同
額である（但し千代田区のみ所得割額の算出乗数
は1.98）。即ち、住民税額×2.08+32,100×人数
=年間保険料 である。このように概算できる。

基準年収 年間保険料

106万円— 22,000円
150万円— 60,000円
200万円—106,000円
250万円—134,000円
300万円—158,000円

350万円—183,000円
400万円—221,000円
450万円—277,000円
500万円—335,000円
600万円—473,000円
700万円—530,000円（上限値）

（2）東京市部

東京市部では、B方式を取る武蔵野市（住民税
額×1.95+25,800×人数）、三鷹市（住民税額×
2.20+24,700×人数）、調布市（住民税額×2.30
+30,000×人数）以外、A方式及びそれに準じる
方式を取っている。例えば、

- ・東村山市 所得割基礎額×0.054+固定資産税
額×0.1+19,000×人数+12,000
- ・国立市 所得割基礎額×0.052+19,800×人
数+6,000
- ・八王子市 所得割基礎額×0.053+27,600×人
数である。所得割額の算出乗数は、府中市の0.048
から立川市の0.059ぐらいの幅はあるが、その差
はそれほど大きくはない。ここでは、筆者に縁の
ある小平市（所得割基礎額×0.0526+固定資産税
額×0.1995+21,000×人数+8,000）を例に取っ
てみよう。

基準年収 年間保険料

106万円— 16,000円
150万円— 45,000円
200万円— 75,000円
250万円— 94,000円
300万円—112,000円
350万円—131,000円
400万円—151,000円
450万円—172,000円
500万円—193,000円
600万円—235,000円
700万円—279,000円
800万円—327,000円
900万円—374,000円
1000万円—421,000円

どうであろうか。案外国保は高くはないと思われ
るかもしれない。但し、ここには固定資産税関連

を計上していないので、その点に留意する必要がある。

(3) 東京周辺の各県

さて、東京都市部から離れると、例外はあるものの（例えば、神奈川県相当数の市）、増加するのが国保の保険料というものである。幾つかの市の例を挙げよう。A方式が圧倒的に多いが、横浜市のようにC方式を取る市もある。

- ・宇都宮市 所得割基礎額×0.0816+固定資産税額×0.22+27,000×人数+30,000
- ・高崎市 所得割基礎額×0.081+固定資産税額×0.25+21,000×人数+19,800
- ・川口市 所得割基礎額×0.08+固定資産税額×0.4+19,500×人数+19,500
- ・さいたま市 所得割基礎額×0.091+29,500×人数
- ・松戸市 所得割基礎額×0.0924+22,500×人数+15,900
- ・横浜市 市民税額×3.27+42,580×人数

賢明なる読者諸兄がこれらの数式をご覧になれば、どう感じられるだろうか。例として、さいたま市を算定しておく。

基準年収 年間保険料

- 106万円— 18,000円
- 150万円— 61,000円
- 200万円—110,000円
- 250万円—142,000円
- 300万円—174,000円
- 350万円—206,000円
- 400万円—241,000円
- 450万円—277,000円
- 500万円—314,000円
- 600万円—387,130円
- 700万円—463,000円
- 800万円—530,000円（上限値）

横浜市に至っては、年収600万円レベルで上限値に到達してしまうことが、算定すれば理解できる（ただ、横浜市のホームページには、保険料の自動計算機能があり、その意味では「親切」である）。

(4) 鹿児島・沖縄は安い？

上述の経済誌面において、保険料が安いと報じられた南の県の実態はどうだろうか。下記二例は共に資産割額のないA方式をとっている。

- ・鹿児島市 所得割基礎額×0.09+23,700×人数+27,400
- ・那覇市 所得割基礎額×0.11+21,000×人数+29,900

算定式を見れば、事実は一目瞭然であろう。

(5) アツというまに上限値

次の算定式は目の錯覚ではない。否、むしろ、地方においては、十分ありうる数値といえよう。きりがないので、とりあえず、下記の4市で本項を終えたい。

- ・札幌市（B方式+平等割額）住民税額×4.6+37,990×人数+23,700
- ・大阪市（B方式+平等割額）住民税額×5.53+34,300×人数+25,233
- ・神戸市（B方式+平等割額）住民税額×5.05+27,320×人数+30,410
- ・福岡市（C方式+平等割額）市民税額×7.93+29,738×人数+32,562

ここでは、大阪市のみ下記に推計し、後は読者にお任せする（但し、下の数値では、もともとの社会保険料控除が大きくなるので、実際の保険料はもう少し低くなる。が、減額分は数パーセントがせいぜいだろう）。

基準年収 年間保険料

- 106万円— 45,000円
- 150万円—140,000円
- 200万円—258,000円
- 250万円—330,000円
- 300万円—396,000円
- 350万円—463,000円
- 400万円—530,000円（上限値）

「スーツ支給」の大阪市、空港開港の神戸市…。さもありなん、といったところか。

5. 結論

①介護保険以上に、国保保険料の甚だしい差別的
地域格差というまでもない。居住地を考える上で、
既に一つの要素となるレベルである。

②情報の非対称性も問題である。本稿は、主とし
て各自治体によるホームページをもとに算定した
が、計算式すら公開しない自治体も相当存在する
(2006年1月末現在)。堂々と公開すべきである。
メディアの報道姿勢にも問題がある。

③保険料の逆進性も明らかである。払えない人々
と、払わない高額所得者を生んでも現状では仕方
がないといえる。結果として、多くの真面目な保
険加入者が馬鹿を見ているといえる。

④概して、単身世帯の場合、年収400万円～500万
円以下の所得層に過重な負担を強いている。地方
の自治体で保険料の比率が高くなる傾向が顕著で
ある。

⑤医療制度改革が叫ばれ、国保も都道府県単位へ
の編入が構想されているようだが、これでは技術
的な解決にはならない。健保との格差も歴然とし
ている。具体的には、税方式による統合一元化し
かないのではないか。しかし、ここでは理由を記
さないが、その道は険しいといわざるをえない。

(すずき たかし、千葉県立衛生短期大学 非常
勤講師)

【事務局ニュース】2・会員の海外医療体験談、情報掲載について

会員の皆様から海外医療体験談、活動近況報
告を募集します。皆様の応募をお待ちしていま
す。

- ・ 字数：400字～800字程度
- ・ 原稿料：掲載された方には薄謝を進呈
- ・ 内容：

1. 会員活動状況、情報募集

活動状況や情報募集など、読者へお知らせす
る内容をお書きください。

2. 海外医療体験談

海外で生活し、実際に現地の医療を受診した
方の体験談を募集します。

・ 投稿先：

事務局へ郵送あるいはFAX、電子メールで
お寄せください。

なお投稿いただく際には「活動報告」「情報
募集」「海外医療体験」などのテーマを明記
し、「情報募集」の場合は連絡先を必ず入れ
てください。

BOOK

山口二郎／宮本太郎／坪郷實編著

『ポスト福祉国家とソーシャル・ガバナンス』

(ミネルヴァ書房、2005年、p 356、3500円)

石塚 秀雄

ソーシャル・ガバナンスとはなにを議論するのか、「序章（宮本）」の丁寧な問題整理にもかかわらず、本全体としては個別論者の議論になってしまっているという印象を受ける。とりわけ、日本側の執筆者たちにその感が深い。外国人を含めた国際的な論文集には往々にして、テーマや問題意識のずれが見られるが、これは自らの経験からしても同情すべき点がある。本書は、一連の国際フォーラムに基づく論文で構成されている。執筆陣は日本側が7名、外国側が7名でそのうちドイツ2名、イギリス3名、デンマーク、スウェーデン各1名である。北海道大学中心のフォーラムであったので、北方系ヨーロッパの研究者を集めたのかもしれない。閑話休題。

●● 日本の社会民主主義をめぐって

本書の第1部は「社会民主主義とソーシャル・ガバナンス」というテーマで4つの論文、第2部は「福祉国家と労働市場のガバナンス」で5つの論文、第3部は「市民社会のガバナンスと社会運動」で4つの論文で構成されている。このような分け方であるが、日本の論者による第2章「20世紀日本における社会民主主義とリベラリズム」（八木紀一郎）、第3章「2005年レジーム」（住沢博紀）、第4章「日本の改革における『社会的』なものの意義」（山口二郎）と第9章「市民社会の社会運動へ」はひとまとめに見ることもできるであろう。テーマは、日本の社会民主主義の軌跡についての検討である。外国側の論文は、自国の労働雇用政策、福祉混合の取り組みについて論じたものが多い。日本側と外国側の議論の接点というものの印象が薄いのは、日本の社会民主主義についての議論が最新の用語などで語られるが「古

風な」感じが否めないからかもしれない。総じてソーシャル・ガバナンスの議論はあまりされていない印象を受ける。これは「ソーシャル」すなわち「社会的」なものとはなにかということについては、論者によってまちまちであるからである。

概して日本の論者においては、「社会的」なものというものの理解について外国執筆陣との共通前提理解にずれがあるように思える。気になる点は、日本の論者の文章の中には、非営利セクターという言葉は出てくるが、「社会的経済・連帯経済」という用語が出てこないことである。これはなにも言葉尻を捉えて言っているのではなくて、公的セクターと私的セクターについて、第三のセクターを非営利セクターとして見ていくのかあるいは社会的経済セクターとして見ていくのかには違いが出てくるからである。この点で、第7章「福祉国家の南欧モデルと日本」（埋橋孝文）の中で、南欧モデルを第4の独自の類型であるという考え方にたいして、それは大陸ヨーロッパの保守主義（コーポラティスト）モデルの一亜種（サブカテゴリー）であるという考え方に賛成しているのは、やはり、南欧モデル理解において、社会的経済の概念が念頭にないからである。

第2章八木論文では、新しい用語で日本の社会民主主義の歴史的過程を捕らえ直している。表題にあるように社会民主主義をリベラリズム（自由主義）を基盤にしているものと見ている。また、



戦後の社会党の江田親子の構造改革論などを評価しつつ、「社会コーポラティズム」が1970年代以降成立し、それは勤労者の利害を中心においた福祉国家、代行的参加【労働組合などの】、資本主義・混合経済の三角形を構成するが、今後あるべきモデルは「市民社会戦略モデルで、市民の生存権を中心において、参加民主主義（市民的ガヴァナンス）、承認と能力増進【市民のエンパワーメント】、営利・非営利経済の三角形を構成する」という。政治面で「固定的な組織政党に依存しない参加型民主主義」と「非営利経済」の具体的なあり方というものについてどのように考えているのか。また、社会民主主義は社会主義と民主主義の結合表現であるが、著者は「社会自由主義」といったものを構想しているようである。ともあれ「労働から出発しない市民社会の戦略は、企業・産業の性格については無頓着である」とか「政策の具体化は官僚にまかせ、社会運動の側は反体制への思想的鈍化を志向するという不毛な経験を繰り返してはならない」という意見には大いに同意できる。

第3章住沢論文では、「2005年レジーム」構想である。これは「1955年レジーム」の転換として構想されている。ちょうど50年。いわゆる55年体制の悪しき遺産を乗り越えられるのか、破壊されたがまだ創造されていない新しいレジームはどのようなものであるべきか。55年体制を支えた柱の一つである社会党は、自社連合政府の結成の後に実質消滅した。現在の「二大政党」メカニズムに対抗して社会民主主義的政党は出現するのだろうか。著者は小沢一郎、大前研一、細川元総理などの行動に好意的に見えるが、構想する2005年レジームの道具立ては案外、常識的である。すなわち、ステークホルダー、ソーシャル・ガヴァナンスは新しい内容が盛り込まれるかも知れないが、NGO、地域ユニオン、知事連合、分権社会などの構想は、以前の革新自治体論や最近の自治体主導型の市民社会論などを新しくなぞっているにすぎないのではないか。しかし、2005年レジームというものが成立するとするならばその詳細な構想を期待したいものである。

第4章山口論文は、いわゆる失われた10年の後、自民党にとって変わる政権が出てこない、民主党

にも期待ができず、「日本の政党政治は閉塞状況に陥った」ことへのいらだちが示されている。左派にとってもまた失われた10年であったが、自民党政治を支える官僚による裁量政治が続いていること、左派もまたその追従者であったことを批判して、あるべき「社会民主主義とは、伝統的な大きな政府ではなくて、官僚制の病理を克服し、市場活力と共存できるような洗練された政策でなければならなかった」と言っている。著者は民主党に機会平等を保障する日本の社会民主主義の改革の理念を持ち新自由主義への対案の提示を期待しているようだ。

また第9章の篠田論文の副題は「労働運動の古くて新しいパースペクティブ」であるが、労働運動の失われた15年からどのように再構築するかということで、「市民社会の社会運動としての労働運動」という線を考えている。これまでの労働運動についての評価はさておき、今後の労働運動にもとめられるのは、労働組合本来の多様な労働者階級（階層）の権利擁護と社会運動の2つの目標を同時に追求することであろう。この点で連合なども社会的経済に関心を持ち始めていることは良い兆候であろう。

それにしてもこれらの筆者たちの歴史的議論の中では、共産党の位置づけやもうひとつの労働組合ナショナルセンターである全労連などについて触れられていないので、議論が広く社会的パースペクティブをもつものとはならないのではないかな。

●● ヨーロッパのソーシャル・ガヴァナンス

第一章「20世紀における社会民主主義とその未来」（T. マイヤー、ドイツ）は、ヨーロッパ社民は、市場のグローバル化に対抗してその中に社会民主主義を埋め込み可能かと問い、可能でありすべきだと答えている。しかし、「埋め込み」とは言い換えれば、市場と市民社会の合一化、すなわち経済と社会の統合的把握、ということで、ドイツ的には社会的市場経済の実績の自負に立った見解なのであろう。また、この中で、WTOなどに対する反グローバル化運動が若者による抗議運動として注目しているが、日本の若者がこうした運動にほとんど関心がないのは、グローバル化を基本的に肯定し、世界銀行、IMF、国連などの

国際機関の役割に楽天的であることと無縁ではないであろう。なお、この論文の中ではグローバル・ガバナンスという言葉が使われているが、その実体はよくわからない。しかし、IMFや世界銀行、EU、ASEAN、NAFTAなどの組織における民主化を提起していることは、われわれがグローバル化への対応を考える上で重要なことであると思われる。グローバルな公共圏をわれわれはどのように作るべきかは、大きな課題であろう。

第5章F. シャルプ論文では、主としてOECDの統計数字に基づいた先進国の雇用・税制・社会保障を各福祉モデルにそって論じている。産業分類を「競争セクター・保護セクター」と二分しているのが無学者にとっては初耳であった。福祉国家としてミニマリストのアングロ・サクソン諸国とマキシマリストの北欧諸国は共に高く評価できるが、(ヨーロッパ)大陸諸国については保留している。さしずめモデストの大陸西欧か。原因は経済指標によるマトリックス分析に馴染まない要素が欧州大陸にあるからであろう。

第6章アンダーセン(デンマーク)論文は、1990年代以降の労働市場政策についてである。гент制度とよばれる、労働組合が国庫補助を受けて、自主的な失業保険制度を運用する中で、積極的労働政策を採用して成功しているようである。日本の労働組合も同じようなことを提案したらどうだろうか。

第8章E. ショウ(イギリス)論文は、ブレアの新労働党政策(第三の道)の批判である。社会民主主義よりも新自由主義的傾向が強いということである。低賃金労働者に対して冷たい政策になっていることを示している。第10章M. テーラー(イギリス)論文は、それに対して、いくらか明

るイギリスを描いている。イギリスは第三の道から第三セクターの道を切り開くべきだとまでは言わないが、その実体を紹介している。著者は、新しいガバナンス構造の挑戦として「第三の道という新しい社会民主主義は、第三セクター組織が切り拓き自ら要求する未知の領域を開拓した。ここには、新しい主体が成功し、福祉において新しい形態で投資を行う機会がある。たしかに、領域を越えた新しい同盟の機会がある」と述べている。テーラーがショウに比べてより前向きな展望を持っているのは、第三セクターの中身を知っているためであろう。

第12章のA. グライムス(イギリス)論文は、ソーシャル・ガバナンスの実践的な事例としてスコットランドにおける社会的経済、社会的企業の展開について触れており、コンパクトにまとまっている。

最後に第11章のY. ストリヤン(スウェーデン)論文は、第三セクターと労働市場と雇用への役割を論じている。社会的経済アクターが公的アクター、民間アクターにつづいて第三のアクターとして自らの領域をもって登場していることを示している。なお、社会的弱者(障害者を含む)の雇用促進を目的としたサムハルという公営株式会社の役割は、国が障害者の仕事を確保するという試みであり、その経過(現在縮小気味のようだが)と意義は日本の現在の障害者の労働参加の課題にとっても参考になるとと思われる。

日本の諸論文はヨーロッパの各論文とかみあうような議論の展開をしてほしかった。シリーズ本ということなので、次の成果を期待したい。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

「富の偏在と新自由主義」

朴 賢緒

〈韓国でも貧富格差広がる〉

1月18日盧大統領は新年の施政にかんする課題を示した。国民に訴えたのは二つあり両極化問題とそれを解消するための財源確保問題であった。両極化とは貧富格差の両極化をさしている。日本でも年頭の臨時国会で貧富格差が言及されたが耐震偽装問題などでかき消されている。

貧富格差が問題になっているのは今更の事ではない。資本主義経済が芽生えた当初からの原罪的で宿命的なコースでもありそれがゆえ厚生経済学なども発達したり社会民主主義理論も政党も生まれたのである。

しかし最近韓国における富の偏在とそれがもたらす社会問題は深刻でそのまま放置できない状態に至っている。国民のわずか4%が富の半分を占めているという統計すらでている。97年秋のIMF金融危機はようやく乗り越えたものの、それがもたらした金融リストラ、大量解雇と失業者の増大、クレジットカード乱発、中小企業没落と悪循環は果てしなく続いた。中産階層はどんどん落ち込んで低所得層あるいは貧民層が増え続けていった。それを支えるべき社会保障の財源は乏しく非正規職とパート労働者は総就労人口の半分を占めるに至っているのが05年末の社会状況であった。

今年の景気展望では5%以上の成長を見込んでいるそうだ。自動車や電子製品の輸出も好調を期待しているらしい。ともあれ上半期内にアメリカとの自由貿易協定を結ぶ計画のもとでは農産物をはじめ土着産業はおろか教育、医療、会計、弁護士などのサービス産業分野にも物凄い外資系の浸透が予想されていてその対抗策を探るのにいとま

がない。

新自由主義を凌ぐにあたって韓国は日本に比べ近代産業の立ち遅れという点を除いても幾つかの不利な条件をまもっている。

〈北朝鮮問題、国防費、富裕税〉

北朝鮮との対峙関係の解消問題が先ず揚げられる。核問題にまつわる六者協議の合意、休戦協定体制から和平条約体制へ、南北国家連合体制から国家連邦体制へそして遂に南北統一国家の実現という何年がかかるか知らない長い道程が待っていると言う条件。この条件解消の各段階毎に顕在化されるであろう政治、社会、経済、文化各面での対応状況の研究と対策など。韓国の人びとはこの気の遠くなるような長い道程を辛抱強く待ち続けており各段階ごとに横たわるハードルを取り退くためアイデンティティをかけた必死の努力を払って来た。

六者協議の合意を見守る段階プラス新自由主義の狂風に晒されつつある現在、韓国政府予算の構成比について見ると、予算の1/3は国防費に回され残り2/3で財政投資、教育、社会福祉を充たして来た。この予算比は50年間そのまま続いており休戦状態即ち準戦時状況という中での予算編成だから仕方がないと言うのが保守陣営の言分である。ところが民主労働党がかかげた減軍案は平和的祖国統一を熱望する国民大多数の支持を得た。候補者討論の場では減軍計画として年次縮小案を提示し最終の5年目にシーリング20万名を減らす案になっていた。統一費用にかかる膨大な財政投資を想定する場合、軍の精鋭化による国防費の節減縮小は当然のことだという世論も根強いものがあつた。

富裕税新設案について民主労働党は財閥、大手企業などの粉飾決算を精査して公平課税し4%の富裕者にたいしては総合所得課税と総合不動産課税を併用し財源を確保すべしと唱えて多に民心をかち得た。この富裕税案は縮小した形ではあるが現政権下でも増税政策として引き継がれている。

高齢化の速度は日本を上回るようになり少子化対策もこれと言った効き目も無い状況だ。国民皆保険制を積極奨励してきた政府もこの調子で行けばあと35年後には基金の底がつかかぬと見ている。医療保険も産業災害保険（労災保険）の事情もさして変りはない。社会安定網の脆い構造にくわえて失業手当や極貧者補助金は財政圧迫により長期展望ははっきりつかない状況と言える。大統領が訴えた両極化問題の解消とこれにみあう財源確保法案に触れたのは以上の政治的、社会的背景があったためである。これにたいし野党ハンナラは小さい政府云々で増税に強く反対しながらも貧富格差の解消問題には全く触れなかった。つまり社会安全網の拡充には関心が無いという姿勢である。

〈求められる労働運動の団結〉

いま韓国における労働陣営の状況はどうなっているのだろうか。去年の10月民主労総では長期間

確執してきた派閥争いが表面化して執行部が総辞退し代りの非常対策委体制が3月の執行部再選まで続くことになっている。傘下の全国教職員労働組合（組合員数は10万名）も非常対策委体制のままで3月の再選を予定している。全国公務員労組は1月下旬民主労総に加盟することを決議、これにより民主労総は韓国労総を上回る80万労働者のナショナルセンターになった。しかし当事者のたゆまぬ闘争とILOの勧告にも拘わらず政府は依然として全公労を合法化していない。OECD加盟国として公務員の団結権、交渉権等を認めないのは恥ずかしい限りである。

勝ち組負け組が普遍化される新自由主義、弱肉強食が当然視される新自由主義、この荒波はクローン技術の捏造になり耐震偽装にも繋がっている。この荒波に打ち勝つため人民陣営の更なる団結が切実に要望される貴重な時機に労働陣営が乱調を招いているのは到底許されない。団結した人民の力は国際連帯強化で新自由主義を打ち破らなくてはならない。対テロ戦争を名目に在韓・在日米軍の再編再配置を通じて世界制覇を企てるアメリカの野望を挫けるためにも日本の進歩的で平和愛好の皆さんとの国際連帯強化を望んでやまない。

(Park, Hyun Seo 源進職業病管理財団理事長)

【事務局ニュース】3・2005年度研究助成決定

2005年度は以下の3研究（共同研究）に助成が決定しました。今年度の個人研究への助成はありません。なお「研究所ニュースNo.13」でタイトル記載に誤りがありましたので、訂正します。

【共同研究・各80万円】

・北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究（代表：上野勝代）

- ・地域社会の持続的発展と非営利・協同（社会的経済）の実践—スウェーデン・イエムランドと日本・農村地域の事例研究—（代表：A. ヒューゴソン）
- ・介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働者負担軽減に関する介入研究（代表：埴田和史）

マルチ医療論

野村 拓

象牙の塔・症候群

日本で「医療論」という言葉が本の書名などに登場するようになったのは、おおむね1970年代と考えられる。「医療は医学の社会的適用」というような能天気医療論から社会的共同生活手段としての医療、住民の共同業務としての医療、というような社会科学的医療論まで、いろいろあった。つまり医療論は登場したときから多分に「マルチ」であった。

その後、めまぐるしい医療技術進歩の合い間を縫って、「医療とは」がしばしば問いなおされた。華やかな技術的進歩を追いかけるだけで、大事なことを忘れてはいないか。そして大事なことを忘れて、置きざりにすることに対して「象牙の塔・症候群」(ivory tower syndrome)という言葉が使われたのが1988年である。

「象牙の塔・症候群」という言葉は

『2000年戦略の研究政策』

☆WHO: Research Policies for Health for All.(1988) WHO.

で使われたが、それは次のような文脈においてであった。

プライマリ・ケアと住民参加を重視する「アルマ・アタ宣言」(1978)に沿って運動を展開する上で、一番の障害は先進諸国の医学教育における「象牙の塔・症候群」だ、というのである。

このWHO文書よりも2年早く出されたイギリスのGPによる

『2000年のプライマリ・ケア』

☆John Fry 他: Primary Health Care2000. (1986) Churchill Livingstone.

では、同様の文脈で、途上国の保健医療ニーズと

先進諸国による医療援助とのミスマッチを厳しく批判している。商社や医療産業がらみで途上国が求めている「病気の殿堂」(disease palace)を援助している、と。また、「象牙の塔」での医療費がやたら高いことをとりあげたのが

『医療的象牙の塔と高医療費』

☆Matthew Halt 他: Medical Ivory Towers and the High Cost of Health Care. Stanford Univ. 1992-93, Winter.

で、ここでは東大病院とスタンフォード大学病院との比較がなされている。

「象牙の塔・症候群」とは関係ないが、講義担当者が視野の片隅に置いた方がいいと思われる本が

『象牙の塔とハリー・ポッター』

☆Lana A. Whited 編: The Ivory Tower and Harry Potter.(2004) Univ. of Missouri Press.

である。

大学の企業化

しかし、堅固で尊大に見える「象牙の塔」も、いまや「企業の論理」という白蟻に喰い荒らされつつある。単純化すれば、産学協同から「大学の企業化」へのコースである。

『都市医療センター』

☆Eli Ginzberg 編: Urban Medical Centers——Balancing Academic and Patient Care Function. (1996) Westview.

では「金づまり時代の医学研究」の実態がとりあげられ

『医療技術の源泉——大学と企業』

☆Nathan Rosenberg 他 編: Source of Medical Technology, Universities and Industry.(1995) Na-

tional Academy Press.

ではタケダとハーバード医大の提携例が掲げられている。

『医学センターの未来』

☆Henry J. Aaron 編: *The Future of Academic Medical Centers.* (2001) Brookings Inst. Press.

は大学の独立行政法人化への参考資料になりうるような内容だが、他方、大学の役割を楽天的に述べ、意味のあることをやれば、お金の問題はひとりでに解決しそうなニュアンスの本が

『保健医療の学術センター』

☆医学研究所(IOM): *Academics Health Center.* (2004) The National Academies Press.

で、ここでは20世紀と21世紀の大学の役割についての対照表が掲げられているが、もうひとつピンと来ない。

『医療政策とハイテク産業』

☆Marco R. Di Tommaso 他編: *Health Policy and High-Tech Industrial Development.* (2005) Edward Elgar.

には「知的資本、知的財産としての大学」の章もあれば「大学とハイテク産業との同盟」の章もある。たしかなことは「象牙の塔」から出される医療廃棄物の量が多いことで、

『医療廃棄物管理』

☆P. Rushbrook 他: *Better Health Care Waste Management.* (2005) WHO & The World Bank.

では、医療廃棄物の量が次のように示されている。

- ・プライマリケア・クリニック
患者 1 人 1 日あたり 0.1kg
- ・地方小病院
入院患者 1 人 1 日あたり 1 kg
- ・総合病院
入院患者 1 人 1 日あたり 2 kg
- ・大学病院
入院患者 1 人 1 日あたり 4 kg

医療経済的切り口

危険な医療廃棄物を大量に出す大学病院は「政治経済学的対象」といえるが、すでに

『大企業寄りの医学がもたらす危険』

☆Jerome P. Kassirer: *On the Take—How*

Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health. (2005) Oxford Univ. Press. が出されており、「われわれは研究者を信頼しているのか」という章もある。このような分野を扱う医療経済論、医療経済学も、やはり1970年代からにぎやかになった「マルチ医療論」の有力な一翼といえるが、最近のものだけをとりあげると次のようになる。

『医療の経済学』

☆Brigitte Granville 編: *The Economics of Essential Medicine.* (2002) The Royal Inst. of International Affairs.

『医療の経済的評価』

☆Rachel Elliot 他: *Essentials of Economic Evaluation in Healthcare.* (2005) Pharmaceutical Press.

『医療における私的介入』

☆April Harding 他編: *Private Participation in Health Services.* (2003) The World Bank.

『医療労働力の未来』

☆Celia Davies 編: *The Future Health Workforce.* (2003) Palgrave.

『WHOの費用効果分析』

☆T.Tan-Torres Edejer 他編: *WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis* (2003) WHO.

『誰が払う? メディケア』

☆Darniel Shaviro: *Who Should Pay for Medicare?* (2004) Univ. of Chicago.

『長期ケアとメディケア政策』

☆David Blumental 他編: *Long-Term Care and Medicare Policy.* (2003) National Academy of Social Insurance.

『メディケイド』

☆Julie Lynn Stone: *Medicaid.* (2004) Novinka Books.

『医療政策、遂行と財政』

☆Huw T. O. Davies 他編: *Health Care Policy, Performance and Finance.* (2004) Ashgate.

『費用便益分析と医療評価』

☆Robert J. Brent: *Cost-Benefit Analysis and Health Care Evolutions.* (2003) Edward Elgar.

『医療財政の経済学』 2 版

☆Cam Donaldson 他: *Economics of Health Care Financing.* (2005) Palgrave.

『医療消費者の研究』

☆Jennifer Burr 他: Researching Health Care Consumers. (2005) Palgrave.

『医療給付範囲の決定』

☆Timothy Stoltzfus Jost 編: Health Care Coverage Determinations. (2005) Open Univ. Press.

『日本医療論争——展望のちがいがい』

☆The Japan Healthcare Debate——Diverse Perspectives. (2004) Global Oriental.

『医療の配置効率』

☆Xingzhu Liu: Policy Tools For Allocative Efficiency of Health Services. (2003) WHO.

『医療経済学・入門』

☆David Wonderling 他: Introduction to Health Economics. (2005) Open Univ. Press.

医療経済論では、これまでくり返し state か market かが論じられてきた。そして、state すなわち公権力が、国民の意志、要求を代弁・代行する可能性について論ずることは医療経済論の範囲外とされてきた。

また、market 原理が state の施策を左右するような段階をとらえるマクロな政治経済学的方法論を持たなかったといえる。

マクロに、政治経済学的に

医療論は、いまやマクロに、そして政治経済学的に、変革への契機を探りながら展開されるべきだろう。そのような意図を持って、第4回で「医療の国際比較」を取り上げたが、その後のものを紹介することにしよう。

『ボリビアの医療改革』

☆世界銀行: Health Sector Reform in Bolivia. (2004) The World Bank.

では、ラテン・アメリカ9カ国(ボリビア、ペル、ニカラグア、パラグアイ、グアテマラ、ホンジュラス、エクアドル、ブラジル、メキシコ)の保健統計、経済統計がコンパクトにまとめられている。また

『アジア太平洋の比較医療政策』

☆Robin Gauld 編: Comparative Health Policy in The Asia-Pacific (2005) Open Univ. Press.

では、国別分担執筆の形で、中国、韓国、台湾、

オーストラリア、日本、シンガポール、香港、ニュージーランドの各国がとりあげられている。

このように国際比較的な記述になっている本以外にも、資料の得難い国を単独でとりあげた本はそれ自体、国際比較の有力な素材となりうる。例えば、中国、イスラム圏などであり、資料の多いアメリカ、カナダ、EU関係のものは別の機会にまわして、先にここで紹介することにしたい。

中国の近代衛生史をまとめた

『衛生的近代』

☆Ruth Rogaski: Hygienic Modernity. (2004) Univ. of California Press.

には日本の医学者、衛生学者が数多く登場する。年代順に並べれば、緒方洪庵、長与専斉、松本良順、後藤新平、石黒忠恵、森鷗外となる。

『中国の人口政策——レーニン主義から新自由生物政策まで』

☆Susan Greenhalgh 他: Governing China's Population——From Leninist to Neoliberal Biopolitic. (2005) Stanford Univ. Press.

の表紙は毛沢東の絵だが、この本で、毛沢東の時代は「ソフト産児制限からハード産児制限への時代」とされている。その後「ハード」の時代がつづき、最終章の章名は「レーニン、フーコー、そして中国の人口政策」となっている。他に、国際的「おさわがせ」となりつつある

『SARS——流行の中心で』

☆Christine Loh 他編: At the Epicentre——Hong Kong and The SARS Outbreak. (2004) Hong Kong Univ. Press.

も出されている。また

『中国農村部の医療保険』

☆Yuansheng Jiang: Health Insurance Demand and Health Risk Management in Rural China. (2004) Peter Lang.

は人口13億の国の制度を、既存の国家システムを念頭においてとらえようとするべきではないことを教えてくれる。

『イスラムにおける人権としての健康』

☆M. H. Al-Khayat: Health as a Human Right in Islam. (2004) WHO.

では「母乳哺育の責任」は述べられているが女性の権利はどうなっているか、という疑問は晴れない。

巨大な人口を抱える中国、インド、イスラム圏、アフリカ、ラテン・アメリカなどでは保健医療の圏外におかれた人たちが問題視され、いわゆる先進諸国では医療の質や効率が問題視されるのがマクロな傾向といえるが、国際比較的にとらえるかぎり、途上国の「人海」における保健医療問題からは、「生ま身」の人間が浮かび上がりにくい。やはり、「生ま身」の患者像や医師像が浮かび上がってくるのは「文学的医療論」ということになるのではないか。

文学的医療論

『深遠な科学と優雅な文学——19世紀アメリカの医師像』

☆Stephanie P. Browner: *Profound Science and Elegant Literature——Imaging Doctors in Nineteenth Century America.* (2005) Univ. of Pennsylvania Press.

にはオルコットの『若草物語』(原名はLittle Women)も登場する。児童文学としては成功したが、大人の文学としては大成しなかったオルコットの描く医師像は?というのもひとつの読み方だろう。

『図書における人体——近代医学の文学的人間学』

☆Iain Bamforth 編: *The Body in the Library——A Literary Anthology of Modern Medicine.* (2003) Verso.

は文学的医師像ではなく、「文学者、実は医者だった」式の叙述の方が多い。ディッケンズも、コナン・ドイルも、という調子で。

『生理学と文学的イマジネーション』

☆John Gordon: *Physiology and the Literary Imagination.* (2003) Univ. Press of Florida.

からは、詩人ワーズワースが医者であったことを知るし、「血液循環(の原理)」は、the mechanical pump-and-pipe circulation of the blood というおよそ詩的ではない表現であることも知る。詩や文学は、医業という仕事に対する「口なおし」であったかもしれないが、自分の職業に対する屈折・卑下した気持ち時には必要だろう。まったくそういう気持ちを持たずに思い上がることに對して「医学的ナルシズム」という言葉も使われる。そして

「医学的ナルシズム」は医療過誤を起こしやすいものであることを述べたのが

『医療過誤と医学的ナルシズム』

☆John Banja: *Medical Errors and Medical Narcissism* (2005) Jones & Bartlett.

である。みずからを鏡に映してハイな気持ちになるナルシストが、他者(特に患者)に対して持つ感情はどんなものだろうか。医学的ナルシズムの対極で、患者の安全をテーマにした本も数多く出されている。訳せば、みな「患者の安全」になってしまうので「仮訳の和名」を掲げにくい、並べれば次のようになる。

『患者の安全』

☆Jacqueline Fowler Byere 他編: *Patient Safety.* (2004) Springer.

『患者の安全——ケアの新基準』

☆Philip Aspden 他編: *Patient Safety——Achieving A New Standard for Care.* (2004) Inst. of Medicine.

『害を与えないこと——医療機関における患者の安全の保障』

☆Julianne M. Morath 他: *To do No Harm——Ensuring Patient Safety in Health Care Organization* . (2005) Josey-Bass.

『患者の権利を守る?』

☆Stephen Mackenney 他: *Protection Patients' Right?* (2004) Radcliffe Medical Press.

「患者の権利を守る」につけられた疑問符は現代医療に掲げられた疑問符なのかもしれない。

強者のみ——新・象牙の塔症候群

マルチ医療論ということであれば、アメリカにおける医療社会学は多くの研究者を擁する分野である。ゴマンというソシオロジストが医療分野で修士論文、博士論文を製造するから、数だけではにぎやかである。錠剤の「色別」プラセボ効果の研究まであり、「赤色」が一番効果を持つとのこと。

医療社会学論文集におけるプラセボ効果ではなく、それ自体を1冊にまとめたものとしては『プラセボ』

☆Dylan Evans: *Placebo.* (2004). Oxford Univ. Press.

がある。

医療の圏外におかれた人の多さと、この種の研究の多さとはどんな関係になるのか、それぞれ医療社会学的テーマといえるのではないだろうか。

いま、一種の「政治的プラセボ効果」で権力の座にいる人たちの考え方は、弱者の立場を無視した「新・象牙の塔症候群」というべきものではないだろうか。それは言い換えれば「強者の医療」であり

『アメリカ・強者の医療』

☆David M. Cutler: *Your Money or Your Life—Strong Medicine for America's Healthcare System.* (2004) Oxford Univ. Press.

の書名が示すとおりである。ここでの「強者の医療」を書生っぽく表現すれば「ブルジョア・ハイテク医療」である（拙書『21世紀の医療づくり』2003。本の泉社。では、現代アメリカ医療の特質を「軍事的・ブルジョア・エマージェンシー医療」

と規定したが）。

かつての象牙の塔としての大学は、その独立性を失ない、代って「産・官・学共同体」がブルジョア・ハイテク医療の実行者として「新・象牙の塔症候群」を生み出しつつある。

『国民皆保険の試み』

☆Rick Mayes: *Universal Coverage—The Elusive Quest for National Health Insurance.* (2004) Univ. of Michigan Press.

を失敗させたのも、ブルジョア・ハイテク医療である。「新・象牙の塔」の鏡は、権力者のナルシズムや医学的ナルシズムは生んでも、庶民の生活はうつさないからである。もし、医療を多面的にとらえるのが「マルチ医療論」であるとすれば、前記の一面性、偏向性をただすことをさしあたっての目標として設定すべきだろう。

(のむらたく 国民医療研究所顧問)

【事務局ニュース】4・機関誌の論文募集、ワーキングペーパーの募集

研究所機関誌『いのちとくらし』に掲載する論文を募集します。応募の内容は以下の通りです。またワーキングペーパー（多少長めの論文）の募集も致します。詳細は、事務局までお問い合わせください。

- ・ 字数：（図表、写真を含めて）400字詰め原稿用紙30枚（12000字）程度
- ・ 掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます
- ・ 原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします
- ・ 募集する主なテーマ

1：NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題

組織論、組織構造論、経営論、所有論、労働組合と経営参加、政策と統制、賃金論、地域社会と医療社会サービス組織、など

2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言

政府医療社会保障政策批判と対応策の提言、社会政策・労働政策批判、制度比較分析、など

3：新自由主義と市場経済論の打破

現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など

4：非営利・協同の実践・理論探求

NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業（社会サービス、雇用）調査、非営利・協同セクター運動論、など

5：その他

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

●13号（2005年11月）—特集「非営利・協同と福祉国家」

- 巻頭エッセイ「次は医療と農業？」吉田万三
 - 論文「社会的排除としてのホームレス問題」中嶋洋子
参考資料：「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から
 - 論文「『構造改革』の頂点と医療構造改革」後藤道夫
 - 座談会「介護への取り組みについて」鈴木洋、松本弘道、森尾嘉昭、武井幸穂、
司会：石塚秀雄
 - 翻訳「中央のサポートと地域への動員のバランス——スウェーデン協同組合開発システム」
Y. ストルイヤン 竹野ユキコ
 - シリーズ医療事故問題②
座談会「医療事故問題をめぐって②」高橋正己、根本節子、中村建、伊藤里美、棚木隆、
司会：石塚秀雄
 - 資料「アメリカの医療事故過誤救済制度について」石塚秀雄
 - エッセイ韓国から③「爪痕癒し」 朴賢緒
 - 文献プロムナード⑩「階層化・流動化」 野村拓
-

●12号（2005年8月）—特集：雇用失業問題と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：「よみがえれ、8月15日」小川政亮
 - 論文「大量失業に直面した、われわれの課題—フランスの失業対策を参考にして」都留民子
 - 論文「障害者自立支援法と真の自立への通」立岡暁
 - 論文「共働事業所運動と障害者の労働参加」斉藤縣三
 - 定期総会記念講演「スウェーデンの福祉戦略と市場主義への対抗ビジョン」宮本太郎
 - 論文「スウェーデンでは、ケア付き高齢者集合住宅等における医行為を誰がどのように担っているか」
高木和美
 - シリーズ医療事故問題①
座談会「医療事故問題をめぐって」新井賢一、二上護、高柳新、大橋光雄、篠塚雅也、伊藤里美、棚
木隆司会：石塚秀雄
（転載）「個人のニーズに対応する新規医療」新井賢一
資料「医療過誤補償機関制度（スウェーデン、フランス）」石塚秀雄
 - シリーズ・文献プロムナード⑩「はたらきかけ」野村拓
 - 書評・本の紹介：岡崎祐司『現代福祉社会論—人権、平和、生活からのアプローチ』谷口一夫
書評・本の紹介：角瀬保雄著『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える』石塚秀雄
-

●11号（2005年5月）—特集：インフォームド・コンセントと患者・医療者の関係

- 巻頭エッセイ：「和をはかること」と民主主義 中澤 正夫

- 第5回公開研究会報告：「患者と医療者の医療技術観—相互理解のインフォームド・コンセントのために—」 尾崎 恭一
 - 論文：「インフォームド・コンセントを患者医療参加の契機に」 岩瀬 俊郎
 - 翻訳：M.ファルケフィッサー、S.ファンデルヘースト「オランダ疾病金庫の価格競争」 竹野 幸子
 - インタビュー「労働運動から見た非営利・協同」 小林 洋二
 - エッセイ韓国から②「易地思之の心構えで」 朴賢 緒
 - シリーズ・文献プロムナード⑩「社会的再生産失調」 野村 拓
 - 書評：八田英之『民医連の病院管理』 石塚 秀雄
-

●10号（2005年2月）——特集：非営利・協同と労働

- 巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」 山田 定市
 - 座談会「非営利・協同組織における労働の問題——医療労働について」
田中 千恵子、二上 護、大山 美宏、岩本 鉄矢、坂根 利幸、角瀬 保雄、司会：石塚 秀雄
 - 非営利・協同入門⑥「ワーカーズ・コレクティブ、NPOでの就労に関する論点と課題」 山口 浩平
 - 論文「市民を守る金融システムは出来るのか」 平石 裕一
 - 論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」 相野谷 安孝
 - 第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会——金持ちより心持ち」 色平 哲郎
 - 海外医療事情②「セネガル保健事情——見過ごされた優等生？」 林 玲子
 - エッセイ韓国から①「わだかまりを越えて」 朴 賢緒
 - 文献プロムナード⑨「全人的ケアの歴史」 野村 拓
 - 書評「ボルザガ、ドゥフルニ著、内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳『社会的企業——雇用・福祉のEUサードセクター』、日本経済評論社、2004年」 日野 秀逸
-

●9号（2004年11月）——特集：非営利・協同と教育／破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業

- 巻頭エッセイ「セツルメント運動」 升田和比古
 - 座談会「非営利・協同と教育」 三上満、村口至、大高研道、川村淳二、司会：石塚秀雄
 - インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」 升田和比古
 - 教育アンケートに見る特徴
 - 教育体験談： 長野典右、矢幅操
 - Part 1「民医連北九州健和会再生の決め手」 馬渡敏文
Part 2「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」
吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸
 - 論文「社会的責任投資（SRI）と非営利・協同セクターの役割・課題—コミュニティ投資を中心として」 小関隆志
 - 翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」 訳：石塚秀雄
 - 文献プロムナード⑧「医療と市場原理」 野村拓
 - 書評「近藤克則『医療費抑制の時代を超えて』」 柳沢敏勝
-

● 8号（2004年8月）—特集：非営利・協同と文化

- 巻頭エッセイ「アメニティと協同」植田 和弘
 - 座談会「非営利・協同と宗教」若井 晋、日隈 威徳、高柳 新、司会：石塚 秀雄
 - 論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」森川 貞夫
 - 論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」池上 惇
 - 論文「協同社会の追究と家族の脱構築」佐藤 和夫
 - インタビュー「前進座・総有と分配」大久保 康雄
 - 論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向— I A S 32号解釈指針案と農協法の改正—」堀越 芳昭
 - 論文「フランスの社会的経済の現状と事例」石塚 秀雄
 - 団体会員訪問①「千葉県勤労者医療協会」
 - 文献プロムナード⑦「平和の脅威」野村 拓
 - 書評「二木立『医療改革と病院』」川口 啓子
-

● 7号（2004年5月）—特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ『『満足の文化』といまの日本』相野谷安孝
 - インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
 - 栄村REPORT
 - ・「栄村訪問記」角瀬保雄
 - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
 - ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
 - ・資料 事務局
 - 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
 - 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
 - 書評「橋木俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄
 - 文献プロムナード⑥「医療職種」野村拓
 - 非営利・協同入門⑤「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎
 - 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
 - 書評・東京民主医療機関連合会50年史編纂委員会編／『東京地域医療実践史—いのちの平等を求めて』相澤與一
-

● 6号（2004.02）—特集：非営利・協同と共済制度・非営利組織と公共性

- 巻頭エッセイ「出征」日隈 威徳
- 座談会「共済事業と非営利・協同セクター」本間 照光、根本 守、伊藤 淳、司会：石塚 秀雄
- 論文「新非営利法人法の制定議論と税制改悪の方向」坂根 利幸
- 論文「社会的企業体の連帯で保健・福祉・医療の複合体を」大嶋 茂男
- 論文「長野モデルにおけるコモンズについて」石塚秀雄

- シリーズ非営利・協同入門④「非営利・協同と社会変革」 富沢 賢治
 - 文献プロムナード⑤「Care を考える」 野村 拓
 - 書評／南信州地域問題研究所編『国づくりを展望した地域づくり…長野・下伊那からの発信』 石塚 秀雄
-

● 5号 (2003.11) — 特集：行政と非営利組織との協働 (1)

- 巻頭エッセイ「民医連の医師」 千葉 周伸
 - 座談会「行政と非営利・協同セクターとの協働について」
富沢 賢治、高橋 晴雄、窪田 之喜、司会：石塚 秀雄
 - インタビュー「医療と福祉に思う」 秋元 波留夫
 - 特別寄稿 (再録)「津川武一と東大精神医学教室」 秋元 波留夫
 - 論文「韓国の社会運動と非営利・協同セクター」 丸山 茂樹
 - 論文「韓国の医療保険制度と非営利協同セクター」 石塚 秀雄
 - 第2回公開研究会報告「ヨーロッパの医療制度の特徴と問題点」 松田 晋哉
 - シリーズ非営利・協同入門③「サードセクター経済と社会的企業—ライブリネスのデベロップメント—」 内山 哲朗
 - 文献プロムナード④「医療の国際比較」 野村 拓
 - 書評／野村拓監修・赤十字共同研究プロジェクト著『日本赤十字の素顔』 角瀬 保雄
-

● 4号 (2003.08) — 特集：障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐって—

- 巻頭エッセイ「NPOによる地域福祉貢献活動とその困難」 相澤 與一
 - シリーズ非営利・協同入門②「非営利・協同の事業組織」 坂根 利幸
 - 座談会「非営利・協同と共同作業所づくり運動」 立岡 暁、斎藤 なを子、長瀬 文雄、岩本 鉄矢、坂根 利幸、司会：石塚 秀雄
 - 論文「『共同作業所づくり運動』の過去・現在・未来」 菅井 真
 - 第1回公開研究会報告「米国のマネジドケアと非営利病院」 松原 由美
 - 「アメリカのNPO病院の非営利性の考え—薬品安価購入に関連して—」 石塚 秀雄
 - シリーズ「デンマークの社会政策 (下)」 山田 駒平
 - 文献プロムナード③「医療政策」 野村 拓
 - 書評・宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』 田中 夏子
-

● 3号 (2003.05)

- 巻頭エッセイ「わが家の庭から考える」 高柳 新
- シリーズ非営利・協同入門①「非営利・協同とは」 角瀬 保雄
- 座談会「福祉国家の行方と非営利・協同、医療機関の役割」 後藤 道夫、高柳 新、司会：石塚 秀雄
- 論文「地域づくり協同と地域調査実践」 大高 研道・山中 洋
- 論文「介護保険制度見直しと法改正に向けての展望」 伊藤 周平

- 文献プロムナード② 「地域への展開」 野村 拓
 - シリーズ「デンマークの社会政策（上）」 山田 駒平
 - 「アメリカの医療と社会扶助の産業統計の特徴」 石塚 秀雄
 - 書評・八代尚弘・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』 高山 一夫
-

● 2号（2003.02）

- 巻頭エッセイ「医療事故と非営利・協同の運動を思う」 二上 護
 - 新春座談会「NPOの現状と未来」 中村 陽一、八田 英之、角瀬 保雄、司会：石塚 秀雄
 - 論文「コミュニティ・ケアとシチズンシップ——イギリスの事例から」 中川 雄一郎
 - インタビュー「介護保険にどう取り組むか」 増子 忠道、インタビュアー：林 泰則
 - 論文 「『小さな大国』オランダの医療・介護改革の意味するもの——ネオ・コーポラティズム的政
労使合意のあり方——」 藤野 健正
 - 文献プロムナード① 「もう一度、社会医学」 野村 拓
 - 海外事情 「アメリカの医療従事者の収入事情」 石塚 秀雄
 - 書評 「日本へ示唆 福島清彦著・『ヨーロッパ型資本主義』」 窪田 之喜
-

● 準備号（2002.10）

- 発起人による「新・研究所へ期待する」
- 特別寄稿論文
 - ・「市場経済と非営利・協同—民医連経営観察者からの発信—」 坂根 利幸
 - ・「医療保障制度の問題点—フランスの事例を中心にヨーロッパ医療制度改革の問題点—」 石塚 秀雄

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.13 (2006.01.31発行)

理事長のページ、副理事長のページ(高柳新)、参加報告(ダカールでの社会的経済・グローバル化会議、11.27市民国際フォーラム、シンポジウム「改正保険業法とこれからの共済」、書評『医療の値段』)

○No.12 (2005.10.28発行)

理事長のページ、副理事長のページ(坂根利幸)「ベレー・ロッホ」、参加報告「2005年度夏季医療・福祉政策学校参加記」(高山一夫)、「第7回全日本民医連・学術運動交流集会参加報告」(竹野ユキコ)、「NPO・社会的企業が議論された協同組合学会」(石塚秀雄)、書評・真田是著『社会保障と社会改革』(石塚秀雄)

○No.11 (2005.7.25発行)

総会報告、理事長のページ「企業と社会」、副理事長のページ(高柳新)「主権者学のすすめ」、フランスの医薬事情(廣田憲威)、ポルトガルの医療制度の特徴(石塚秀雄)、書評:北島健一・藤井敦史・清水洋行『イギリスの社会的企業の多元的展開と組織特性』・中川雄一郎『社会的企業とコミュニティの再生—イギリスでの試みに学ぶ』

○No.10 (2005.5.16発行)

書評・玄幡真美『仕事における年齢差別—アメリカの経験から学ぶ—』(石塚秀雄)、理事長のページ「労働組合運動」、副理事長のページ「MONDRAGON」、デンマークのオンブズマン制度(山田駒平)、ニューヨークの協同組合住宅運動(石塚秀雄)、韓国調査同行記(竹野幸子)、エッセイなど

機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

いのちとくらし別冊

No.1

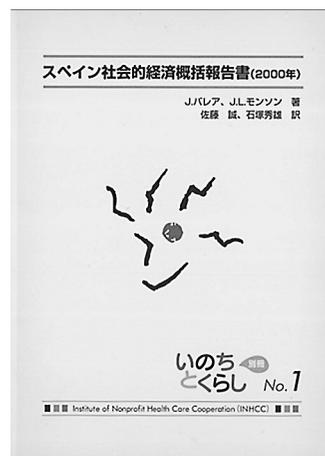
『スペイン社会的経済概括報告書(2000年)』

J. バレア、J. L. モンソン 著、佐藤誠、石塚秀雄 訳

2005年4月発行、44ページ、頒価500円

スペインCIRIEC(国際公共経済・社会的経済・協同組合研究情報センター)から2002年に出された報告書の翻訳(序文等は省略)です。地域における雇用創出、事業の民主的運営、働く者の働きがい、医療・福祉・社会サービスの営利民営化への代案としての社会的企業の役割など、社会的経済セクターが認知されているスペインの事例が日本の課題にも大いに参考になるのではないのでしょうか。

お申し込みは研究所事務局まで。



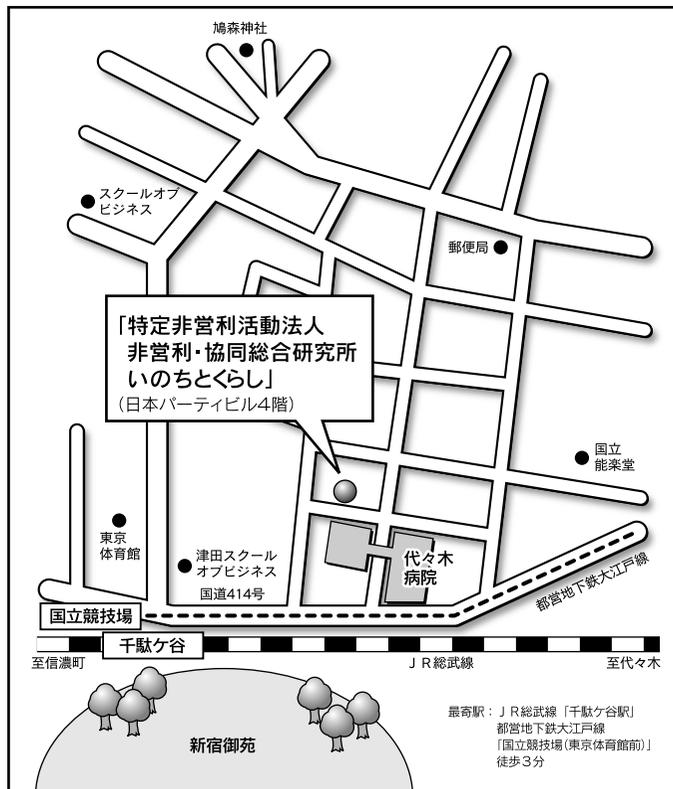
【次号第15号の予定】(2006年5月発行)

特集：共済制度の行方

- ・ 座談会
「共済制度の淘汰と非営利・協同組織の共済事業」
- ・ 非営利・協同セクターの地域通貨の活用の可能性
- ・ 医療事故問題3、など

【編集後記】

今号で取り上げたように介護保険改定による福祉事業への厳しい影響はかなりのものと思われます。スウェーデン視察では福祉事業に非営利セクターとともに営利企業が参入し、入札が行われているのを知ることが出来ましたが、営利企業が入札しても営利のみを追求することは社会的に許されていない様子でした。日本でも身勝手な営利追求が行き過ぎると企業自身の存続が危ういものとなるようです。企業と社会、企業と労働者、労働者と社会、それぞれの距離を考えていきたいと思います。



**「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局**

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3 日本パーティビル4階

TEL : 03-5770-5045 / FAX : 03-5770-5046

ホームページ URL: <http://www.inhcc.org/> e-mail: inoci@inhcc.org