

高齢化社会とシルバー産業

－公的介護保険制度とシルバーサービス産業の展開－

小 田 利 勝

Aging Society and the ‘ Silver Industry ’ : The Public Care Insurance
and Development of the ‘ Silver Services Industry ’

Toshikatsu Oda

はじめに

高齢化の進展は社会の様々な面に多くの変化をもたらしてきているが、この十数年の動きで注目されることは、いわゆるシルバー産業あるいはシルバービジネス、シルバーサービス産業といわれる高齢者を対象とする産業・ビジネス分野への期待と要請である(小室, 1989)。とくに、介護サービスにおける民間部門の比重を高めるためのシルバーサービス産業の振興は、「社会保障構造改革の第一歩」(厚生省, 1998a, 1998b)として導入された公的介護保険制度を意図通りに機能させる上で緊要な課題とされており、各地域でシルバーサービス振興のための組織作りが活発になってきている(社団法人シルバーサービス振興会, 1998)。本稿では、その社会的背景と課題に関して若干の考察を試みようとするものであるが、ここで、用語上の問題について少し触れておくことにする。

シルバー産業やシルバービジネスという言葉は、本来であれば、高齢者を対象として物質的財貨やサービスを商品として生産・販売する事業全般を指し、そのうちサービスに限っていう場合にシルバーサービスという言葉を用いるほうが適切である。しかし、厚生省は、「シルバーサービスとは、利用者が高齢者であることを意識して、民間部門により提供されるサービス及び商品のこと」(平成3年版『厚生白書』)と説明しており、社団法人シルバーサービス振興会によれば、シルバーサービスの具体例の中には、福祉用具のレンタルや販売、有料老人ホーム、ケア付き老人マンション、高齢者向け住宅建設・リフォーム、高齢者向け出版物といった物質的財貨も含まれている⁽¹⁾。そこでは、サービスという言葉が一般にいう用役や役務といった非物質的財貨のことではなく、民間部門が高齢者を対象にして販売する商品全般を指すものとして使われている。サービスという言葉のそうした使われ方が既に一般に浸透しているとすれば、物質的財貨とサービスを厳密に区分してシルバーサービスについて議論することも現実的ではないともいえるが、シルバーサービスを産業・ビジネスとして考えるときには、物質的財貨とサービスの相違に留意しておかなければならないであろう。

神戸大学発達科学部人間科学研究センター 〒657- 8501 神戸市灘区鶴甲3丁目11

e- mail : oda@kobe- u.ac.jp

| 1998年6月30日 受付
| 1998年6月9日 受理

1. 人口の高齢化と産業全般のシルバー産業化

(1) 高齢化とシルバーマーケットの拡大

日本が急速に高齢化しているということは周知のところであるが、高齢化というのは、一般に高齢人口の割合が増大することをいう。したがって、高齢化という言葉自体は、高齢者の数そのものが増加することを意味しているわけでもなければ、平均寿命が伸びて大勢の人が長生きできるようになったことを意味しているわけでもない。なぜ、このようなことをあらためていうかといえば、シルバー産業を考えるとときに問題になるのは、高齢人口の割合ではなくて、高齢者人口そのものが市場の規模を決めることになるからである。市場の規模は、事業を行っている人や営業マン、ビジネスマンにとって最大の関心事項であろうし、そのことを考えない人はいないであろう。しかし、シルバービジネスやシルバー産業ということが口にされるときに、高齢化が進んでいるからシルバー産業が成長する、というようなことが言われる場合がある。その場合は、高齢化ということを高齢者の増加と同じ意味で使っていることになる。

高齢化は、単に高齢人口の割合が大きくなることを指しているから、高齢化率が増大するということは、他の年齢層と比較したときに高齢人口が相対的に増加することであって、高齢人口そのものが増加することを指しているわけではない。したがって、高齢人口に変化がなくても、年少人口や生産年齢人口が減少すれば人口全体は高齢化することになるし、高齢人口そのものが減少しても高齢化は進むこともある。たとえば、いま、全人口を100人として高齢人口が20人だとすると高齢人口の割合すなわち高齢化率は20%である。全体の人口が80人になって高齢人口が18人になると、高齢化率は22.5%になる。明らかに高齢化は進むが、高齢人口は減少している。この場合は、高齢化が進んでいるからマーケットが拡大しているとはいえない。むしろ、マーケットは縮小していると見なければならぬことになる。

もっとも、シルバー産業といわれる領域のマーケットの動向は複雑で、そんなに単純ではないであろうから高齢人口の規模だけでは判断はできない。しかし、高齢者を対象とする企業活動としてのシルバー産業やシルバービジネスのマーケットの規模は、基本的には高齢人口の規模に依存する。したがって、シルバーマーケットの規模を考えるとときには、高齢人口の割合ではなくて高齢人口そのものに着目しなければならないことになる。こうした観点から高齢人口の将来推計をみると(国立社会保障・人口問題研究所、1997)、シルバー産業にとっては幸いなことというか、現在の予測では、2020年頃までは高齢人口の割合の増大と高齢人口の増加は並行して進むとみられており、2020年頃には、65歳以上人口は、全人口の約27%、3,300万人になると予測されている。したがって、今のところは、高齢化が進んでいるからシルバー産業が成長する、という見方も誤りではない。

しかし、周知のように、日本の人口は、あと10年もしないうちに(今のところ2005～2009年頃とみられているが)ピークを迎え、それ以降は減少していく。2050年までの予測では、日本の総人口はおよそ1億人と推計されている。現在よりも2,000万人くらい減少することになる。2,000万人というと、オーストラリアやルーマニア、ペルーなどの一国の人口に匹敵する。オランダ(1,500万人)やスウェーデン(900万人)、フィンランドやデンマーク(それぞれ500万人)の人口をはるかに上回り、フランスやイギリスの人口(それぞれ約6,000万人)の3分の1にも当たることになる。

65歳以上人口は、2050年頃には30%を超えると見られているが、実数では2020年頃と同様に約3,300万人、あるいは、それより少なくなると推計されている。50年先のことであるから、この予測をくつがえすような事態が生じるかもしれないが、これからさらに高齢化は進むが高齢人口そのものは50年先になっても20年後の2020年頃とほとんど変わらないということである。

こうした予測をどう解釈するか、ということになるが、一つは、高齢化は、この先50年間続くとし

ても、シルバー産業のマーケットが拡大していく期間はそれほど長くはないということである。しかし、他方では、世界各国の人口に照らしてみると、高齢人口3,300万人というのはカナダの総人口に相当し、フランスやイギリスの人口の半分、マレーシアの1.5倍、スウェーデンの3倍であり、デンマークやフィンランドの6倍にもなる。人口規模から単純に考えたとしても、今後50年間は、シルバー産業にとって、大規模で、しかも安定したマーケットが確保されているということもできる。

（２）産業全般のシルバー産業化

シルバー産業あるいはシルバービジネスの典型は、私企業が営利を目的に市場原理に基づいて物質的財貨やサービスを商品として販売する市場供給型の産業、ビジネスである。具体的分野としては、住宅関連産業、介護・医療関連産業、スポーツ・レジャー関連産業、金融関連産業、食品関連産業、衣料・ファッション関連産業などがあげられるが⁽²⁾、高齢人口が3,300万人にもなるということは、シルバー産業などといわなくても、すべての産業やビジネスは、高齢者を顧客として考慮せざるを得なくなる、あるいは極端に言えば、そうしなければ成り立たなくなる、といっても過言ではないような状況になるということである。いいかえると、すべての産業やビジネスがシルバー産業、シルバービジネスとしての要素あるいは性格を必然的にもつようになるということである。

現在ではシルバー産業やシルバービジネスと呼ばれて新規の産業のようにみなされているものが、特定の産業分野ではなくなるということでもある。既に、住宅メーカーの多くは、一般住宅でも高齢期の生活を念頭においたバリア・フリー構造にしており、家電製品やカメラでも、高齢者の利用を考慮した製品が多くなってきている。それらは、かつてのような特別仕様の製品としてではなく、通常の製品として販売されるようになってきている。かつて特別仕様であったバリアフリーが通常仕様になってきており、バリアフリーであることは、もはやかつてのような高品質住宅のセールスポイントにはならなくなりつつある。今後、そうした傾向は、さらに多くの各種製品でみられるようになるであろう。誤解がなければ、これを産業全般のシルバー産業化あるいは産業のシルバー化と表現しておきたい。

今日でも、シルバー産業やシルバービジネスは、高齢化社会における新規産業、新規ビジネスの分野として、その将来性やマーケットの規模が議論されることがある。しかし、以上に述べたような理由から、ことさらそうした議論をする時期は既に過ぎているといっていよい。高齢者を対象とする産業やビジネスは、もはや、大手企業が手を出さない隙間（すきま）産業でもなければ、時代を先取りしたアイデア勝負のベンチャービジネスでもない。すべての産業、ビジネスが必然的にシルバー化していくのが、高齢化社会における産業、ビジネスの一般的趨勢になるということである。

（３）シルバーマーケットの規模と将来性

これまで述べてきたところからすれば、高齢化が進み、高齢者も増加すれば社会全体の中での高齢者の消費支出は相対的にしろ絶対的にしろ増大し、シルバーマーケットは拡大する。しかし、それは、例えば自動車市場や電気製品市場のような固有の市場としてではない。既に述べたように、産業全般がシルバー産業化することによってシルバーマーケットとしての固有性が失われていくからである。したがって、シルバーマーケットが今後急速に拡大する有望な市場であるとか、新規に参入しようとする事業者に大きなビジネスチャンスを提供している、とは単純にはいえない。

シルバーマーケットの規模に関する問題のもう一つは、高齢者の消費支出が他の年齢層に比べて低いことと関係する。高齢期においては、教育費や住居費が大幅に削減されるからであるが、それだけではなく、高齢期における貯蓄率の高さも関係する。日本人は貯蓄好きだといわれるが、日本人の貯蓄の理由の上位2つは、「病気や災害への備え」という不時の出費に備えるためと「老後の生活資

金」を確保するためであり、この傾向は長い間変わっていない（貯蓄広報中央委員会の各年の調査結果参照）。老後の生活資金のためというからには、高齢期になる前の人々の貯蓄理由かというところではなくて、70歳を越えた人でも「老後の生活資金」のために貯蓄するという人は多い。高齢期の経済生活に不安をもっており、老後にどれくらい金がかかるかわからないからである。たとえば、平成9年の貯蓄広報中央委員会(1998)の調査で世帯主の年齢別貯蓄目的を見ると、「老後の生活資金」を目的とする割合が、20代で10.7%、30代で16.7%、40代で42.9%、50代で66.8%、60代で71.9%、70歳以上で65.7%である。老後生活資金については、保険会社や各種の金融機関なども試算をしているが、高齢期において不時の出費が必要になったときに、自分の貯蓄以外で現金を調達しうる方法は一般にごく限られるから、自由にできる手持ちの資金は多ければ多いほど安心、ということになる。

以上のことを勘案すると、シルバー産業、シルバービジネスにおいては、一般的に、若者向け商品のような爆発的なヒット商品は期待できないと考えられる。したがって、シルバービジネスは、ベンチャービジネスにはなりえないといえる。しかし、他方では、シルバービジネスは、ヒット商品を狙う必要がない分野でもあるともいえる。長生きするということは、それだけ多くの商品を長期にわたって消費することでもあるから、高齢者の需要に対応した商品であれば、長期にわたって購買されることが期待できるからである。その意味では、シルバー産業やシルバービジネスは、日本のような高齢（化）社会における経済の安定成長の要になりうるともいえる。しかし、また、どのような産業やビジネスでもシルバー産業に参入することが可能になるということからすれば、事業者当たりのマーケットの規模はむしろ縮小することになり、個別事業者にとってはシェア争奪のための競争が激しくなるであろう。そして、どの産業、ビジネスの分野においても、高齢者の需要に対応した「シルバー商品」の開発の成否が、事業経営を少なからず左右することにもなる。

2. 介護の社会化と公的介護保険制度

(1)後期高齢人口の増加と介護サービス需要

65歳以上を一括すると、高齢者人口はいずれ3,300万人くらいで落ち着くと述べたが、高齢人口をもう少し細かくみると、1996年では、65～74歳が1,154.6万人で、75歳以上が746.7万人である。65歳から74歳までをヤング・オールド、75歳以上をオールド・オールドということがあるが、国立社会保障・人口問題研究所(1997)の推計では、高齢人口のうちでも、この75歳以上のオールド・オールドと呼ばれる後期高齢人口が、今後、急速に増加すると予測されている。現在は、65歳以上人口の約39%であるが、2000年には40%を越えて約900万人になり、2015年には約1,500万人に、2025年には約2,000万人になるとみられている。その時には、65歳以上人口の6割近くが75歳以上人口で占められることになる。75歳以上のオールド・オールドが高齢人口の中心になるということである。

現在では、高齢者といっても、かつてに比べると、身体的活動能力の面でも知的活動能力の面でも若々しい人が少なくない。世論調査などでも、高齢者あるいは老人と呼べるのは70歳以上という人が70%を占めるまでになっており(内閣総理大臣官房広報室「高齢期の生活イメージに関する世論調査」平成9年版『厚生白書』)、前期高齢人口のヤング・オールドは、もはや高齢者とは呼ぶことができない時代になったともいえる。しかし、後期高齢人口が高齢人口の多数を占めるようになるということは、高齢人口全体の中で要介護者の割合が上昇することでもある。平成9年版『高齢社会白書』によれば(表1)、人口千人当たりの要介護者は、65- 69歳では25.1、70- 74歳では43.5、75- 79歳では79.7、80- 84歳では166.2、85歳以上では342.1と、75歳を過ぎると要介護者率は急激に大きくなる。介護保険制度の説明資料として厚生省が発行している各種パンフレットでは、公的介護保険のサービスの対象となる高齢者は、65歳以上で13%、80- 84歳で25%、85歳以上では50%と見込んでいる。長生

きすれば、いずれ何らかの介護が必要となる確率が確実に大きくなるということである。

表1．要介護等の高齢者の割合

(千人対)

	65歳以上	65- 69	70- 74	75-79	80- 84	85歳以上
在宅の要介護者	49.3	15.5	26.8	46.8	102.3	209.0
全く寝たきり	7.6	1.4	4.5	6.8	15.3	37.1
ほとんど寝たきり	8.7	2.0	4.1	8.5	16.5	44.0
寝たり起きたり	22.6	8.0	11.7	20.7	46.2	96.3
その他	10.5	4.1	6.5	10.8	24.3	31.7
特別養護老人ホーム	11.7	2.1	4.9	11.1	23.0	55.4
老人保健施設	5.0	0.4	1.9	5.1	11.5	23.6
病院・一般診療所	16.3	7.1	9.9	16.7	29.4	54.1
上記の計	82.3	25.1	43.5	79.7	166.2	342.1

出典：平成9年版『高齢社会白書』（総務庁編）55頁。この表のもとになった資料は、厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」（平成7年。阪神・淡路大震災のため兵庫県は除かれている）、「社会福祉施設調査」（平成7年）、「老人保健施設調査」（平成7年）、「患者調査」（平成5年）。「病院・一般診療所」の数値は、「患者調査」による6か月以上入院している推計患者数。

重要なことは、その時に、本人も家族も、経済的にも精神的にも過重な負担を強いられることなく、介護サービスを利用できる条件が整っていることである。表1からわかるように、要介護者は、どの年齢層でも、その6割が在宅で介護されている。在宅介護を望む要介護者が少なくないことも理由に挙げられるが、介護施設とその職員の絶対数が少ないことが在宅介護の割合を大きくしている主要な要因である。そして、今日の介護サービス施策は在宅介護に力点が置かれていることから、在宅の要介護者の割合は現在よりも増大することはあっても縮小することはないであろう。

(2) 家族の基本的性格と介護の社会化

厚生省発行の公的介護保険に関する資料には、連合（日本労働組合総連合会）が行ったショッキングな結果が掲載されている（厚生省、1998b）。それによれば、家庭で介護に当たっている人の35%が要介護者に憎しみを感じたことがあると答えており、要介護者を虐待したことがあるという介護者が半数に上る。こうした状況は、介護する側にとっても、介護を受ける側にとっても不幸なことであり、この調査結果をみてやりきれない思いをする人は少なくないと思われる。また、昔は老人は家庭で大切にされていたから、そんなことはなかったのに、いまの家族は薄情であるとか、家族の精神的絆を強くしなければいけないというような意見も出そうである。

しかし、この結果を、人間味が欠けているとか薄情であるとかといった精神論で解釈したり、介護者に心構えを求める精神訓話の材料にしてはならない。実際に介護に当たった人にしかわからない様々な事情があるであろうが、この結果が教えていることは、個人や家族の個別介護力には限界があるということである。介護の問題を考えるとときに重要なことは、まず、このことを誰でもが素直に認めることである。介護が必要な高齢者を抱えた家族は、経済的負担に加えて、身体的にも精神的にも大

きな負担を強いられている。介護を必要とする高齢者と、介護をしている家族とを社会全体で支えることが求められており、公的介護保険制度に何よりも期待されるところは、この要請に応えることである。

かつて高齢者は体が弱くなったときには家族によって家庭で手厚く介護されていたが、いまの家族は介護力が低下して高齢者を家庭で介護できなくなった、ということがよく言われる。この家庭の介護力の低下という認識には根強いものがあり、その要因を核家族化や女性の社会進出に求める傾向が強い。国や都道府県、市町村の各種高齢化対策関係の文書には、決まり文句のようにそうした説明が頻繁に登場する。果たしてそうであろうか。

生まれてから65歳まで生きることができた人が半数を越えるようになったのは1950年、戦後5年たってからである。そのころの75歳までの生存率は、男で30%、女で40%にすぎなかった。子ども夫婦と同居していた高齢者が多かったといっても、一般には同居期間はそれほど長くはなかったし(小田, 1990)、寝たきりや痴呆で長く家庭の介護を受けていた高齢者は少なかった。寿命が短かったからである。言い換えれば、介護を必要とする高齢者を抱えて、介護を実際に長期にわたって経験した家族はごくわずかであったということである。そして、その当時の介護がどのようなものであったかも不明である。このことだけでも、かつての家族に十分な介護力があつたなどとは、どうていいえない。戦後50年以上たった現在では、65歳の生存率は男で80%、女で90%に達している。そして、男の60%、女の80%は75歳まで生きる時代である。同居した場合には、寿命がはるかに伸びた今日では、同居期間は戦前に比べてはるかに長く、介護を必要とする高齢者を家族が抱える確率も格段に大きくなったのである。

家族は、日常的にさまざまな機能を果たしており、家族の誰かが病気になったときに看病するという医療・介護機能もその一つである。しかし、それは、解熱のため頭を冷やしたり、家庭常備薬を使ってちょっとしたケガを治したりといった簡単な治療、介護の機能でしかない。教育機能に関しても、また、娯楽機能や宗教機能に関しても同様に素人が日常生活の中でできる程度のものである。そして、家族はそうしたさまざまな機能を果たすことによって個々の家族員の生活を支え、そのことによって家族生活は維持されているのである。

たしかに、かつてに比べれば、それら諸機能の水準は向上している。家庭内に様々な機器や用具が持ち込まれるようになり、家族員の知識水準が向上したからである。しかし、そうであっても、家族はそれら諸機能を専門機関のように遂行できない。家族の機能水準が上昇する度合いよりも、専門機関の専門性が高度化する度合いの方がはるかに大きいからである。要するに、家族は、「非専門的多機能性小集団」であり(小田, 1990)、そうであるかぎりにおいて家族は集団として存続しうる。家族のこの基本的性格は、昔も今も変わっておらず、そして将来も変わることはないであろう。

家族のもう一つの特性は、ほかのさまざまな集団や組織と異なり、メンバーの入れ替えが簡単にできないということである。家族は、そうした方が集団としての効率性や生産性を向上させることができるからといって、一般の集団や組織のように、必要に応じて人を加えたり、入れ替えたりすることはしないし、できない。所与のメンバーで、得手不得手に係わりなく、それぞれが集団としての家族の存続に必要な役割を果たすことによって、家族員全員の日常生活を可能にしているのである。それぞれの家族は、家族の発達過程にしたがって、その家族固有の役割体系が形成されていき、そのもとで家族生活が営まれている。したがって、家族の誰かが特定の役割を遂行しようとする場合にも、そうした役割体系が大きく崩れることながなければ、個々の家族員の日常的な生活欲求は従前通りに充足され、家族のそれまでの生活も大きく変化することはない。

しかし、特定の家族員に特定の役割に専念することが求められた場合には、それまで果たしていた役割を代替できる条件がなければ、その家族員は、それまで担っていた他の役割も遂行しなければな

らなくなるから過重な役割負担を強いられることになる。ましてや、求められる役割が専門性の高いものであれば、それまでの役割を放棄あるいは放棄に等しいほどに縮小しなければ遂行することは難しい。いわゆる手抜きをすることになる。この場合には、放棄した役割を他の家族員が代替しようとすれば、その家族員が今度は過重な役割を負うことになる。

今日求められている在宅介護の機能は、家族が一般的に行っている介護(看護)機能よりもはるかに専門的な知識や技術を必要としている。治療や介護の知識や技術、そして用具は急速の進歩を遂げており、それらを離れては今日の介護は考えられないし、また、そうでなければならない。しかし、そうした機能は、家族本来の機能達成可能水準をはるかに越えるものであり、家族には、本来、そのような高度の介護機能を発揮する条件は備わっていないのである。まず、このことを、誰でもが率直に認めなければならない。現実には、そのことを無視し、単に家族だからという理由で、あるいは肉親の情に絡めて達成可能な水準以上の機能を家族に求めているのではないであろうか。

在宅介護において、介護者が要介護者に憎しみを感じたり虐待するという問題は、以上に述べたような家族の基本的性格を理解していないと、家族の介護力が低下したという根拠のない「昔はよかった症候群」におちいり、誤った議論を導くことになる。家族にとって、在宅介護という機能は高齢化の進展に伴って全く新しく付け加えられた機能であるということである。そして、その機能は、通常の家族が持っている介護力の水準を大きく越えるものであることを先ほどの調査結果は教えている。

このように考えれば、介護を必要とする高齢者と、介護をしている家族とを社会全体で支えることが必要であるということは異論のないところであろう。家族の安定が社会の安定の基礎だといわれるが、要介護高齢者の介護を、個人や家族の個別的な努力にまかせずに社会全体で支えることこそ、高齢社会が安定的に存続する条件である、といえるであろう。

介護保険の先進国であるドイツでは、その導入後に在宅介護サービスをビジネスとする事業者が雨後の竹の子のように増えたという(yama110, 1997)。新たな市場、ビジネスチャンスとして介護保険を歓迎したといわれているが、日本の公的介護保険と最も異なるところは、在宅介護に当たる家族を有償の労働力と見なして介護保険からの介護手当の支給や年金制度への加入、労災保険の適用などが行われていることである。現在では、在宅給付の7割から8割が介護手当(現金給付)を選んでいるといわれる。家族を介護サービスの社会的資源とみなすからであるが、日本では家族で介護に当たればタダという認識が一般的であり、肉親・親族の介護を有償労働とみなすような発想は、それ自体が突飛であって日本には馴染まないと受け取られており、今回の公的介護保険にも家族介護手当はない。

家族が無償で献身的に介護することが美德とされる日本では、そうした介護を受ける高齢者こそが一番の幸せだとみなされてきたし、いまもそう思っている人も少なくない。気のおけない家族に介護されることが幸せであることは否定しないが、それが無償であるか有償であるかは別の問題である。ドイツにおける介護手当は、集団としての家族の基本的性格に対応した適切な方策であるといえる。家族介護をシャドウワークあるいはシャドウビジネスとして放置しておかずには有償労働化することが、要介護者およびその家族を社会的に支えることであることを教えているのがドイツの介護保険である。家族の介護力が低下したという最近の日本における議論は、無償の介護力が減少あるいは確保しにくくなったと言っているにすぎない。後に触れるように、公的介護保険制度の導入による利用者にとっての利点の一つとして、利用者が自由にサービスを選択して利用できることがあげられているが、家族介護手当のない日本の公的介護保険制度は、ドイツの介護保険に比べて選択の自由が大きく制約されていることになる。

(3) 高齢化の必然性と介護の社会化

先進産業国はどこでも高齢化が進んでおり、途上国はどこも先進産業国のような高齢化を経験して

いない。これには例外がない。先進産業国と途上国の違いは国民の生活水準の違いであり、生活水準の高い社会は高齢化社会である。高齢社会は、豊かさと引き替えに現代の産業社会が手にした望みからぬ帰結であるといえる。豊かさを求め続けてきたことが高齢社会を生み出したということである。そうであれば、人口高齢化が引き起こす問題は、個人や家族だけに負わせずに、社会全体で負わなければならないということも納得できるであろう。

現代の産業社会は、常に更新を続ける新しい知識と技術に支えられた社会である。そして、この産業社会は、そうした新しい知識と技術を身につけた人材を常に必要としている。新しい知識と技術を身につけるには、長い教育年数が必要となる。社会が要請する人材を世に送り出してきたのは教育機関であるが、子どもたちに長い年月と高額のコストをかけて教育を受けさせてきたのは家族である。

生活水準が向上すれば、家族は、より多くの子どもを生み、育てることができるはずである。しかし、実際にはそうはならなかった。生活水準の上昇は、子ども一人当たりの養育コストを大きく引き上げることになり、少数精鋭主義的子育てという養育形態が一般化することになった。そして、そうして育てられた子どもが産業社会を発展させ、自分も親がしたように少数精鋭主義的子育てをすることになった。出生率はさらに低下し、いわゆる少子化現象が生じ、人口はますます高齢化してきたのである。

産業化の進展に伴う経済発展によって衛生条件や医療条件が格段に改善され、人々の栄養水準も飛躍的に向上した。乳児死亡率は大幅に改善され、子どもを多く産まなくても、ほしいと思った子どもの数を確保できるようになり、追加出産の必要がなくなった。このことも出生率を下げることになった。また、栄養条件や保健医療条件の向上は、中高年期の人々の健康水準を向上させ、死亡率を低下させた。出生率の低下と高齢人口の死亡率の低下によって高齢化が急速に進んだが、人口高齢化は、何よりも、まず、少数精鋭主義的子育てという出産・子育て行動を行ってきた家族が引き起こしたものであり、そのこと自体が産業社会を支え、それを発展させ豊かな社会を作り上げてきたのである。

こうして人口は高齢化し、高齢社会が生み出されてきた。経済発展をめざして社会を産業化し、生活水準を向上させて豊かな生活を願う以上、人口が高齢化することは避けることができないということである。高齢化問題は、高度産業社会の構造的矛盾のあらわれである。少数精鋭主義的子育てに邁進し、そのことによって産業社会を支え、発展させてきた個人や家族が、いま、そして今後とも、高齢化問題を背負わなくてはならないとしたら、いわれの無いしっぺ返しとしかいいようがない(小田, 1995)。これが、介護を必要とする高齢者およびその家族を社会全体で支えなければならない根拠的理由である。

3. 公的介護保険とシルバーサービス

昨年(1997年)12月に法案が可決され、平成12(2000)年から施行されることになった公的介護保険制度は、法案構想段階から幾多の論議を呼び、成立後も、なお少なからぬ課題が残されているが、これまで述べてきたように、要介護者およびその家族を社会全体で支える何らかの仕組みを早急に作らなければならないことに異論をはさむ人はいないであろう。その方法や手段に関しては、保険によらない全額公費負担や目的税方式なども考えられるが、公的介護保険制度は、「社会保障構造改革の第一歩」として、介護サービスに関わる公的負担と公的主体の活動の比重を抑制する意図で導入されるようになったことから、構想当初から社会保険方式が採用されることになっていた。

国が公的介護保険制度を導入しようとする理由の中には、国民医療費の高騰と医療保険の財源圧迫という問題もある。社会的入院といわれるように、在宅介護が困難または老人ホーム等の介護施設が利用できない、あるいは医療機関であれば医療保険が使えるなどの理由で、治療ではなくて介護を受

けるために長期入院している高齢者も少なくない。介護サービスのための施設やマンパワーなど物的、人的資源の絶対数が少ないからである。その結果、本来ならば介護費用というべきものも治療費用として医療保険から支払われることになる。公的介護保険制度の導入は、そうした費用を医療費から切り離そうとする医療保険改革の一環としても重視されている。

ところで、そうした「改革」の一環としての公的介護保険制度において現在もっとも重要な課題と考えられるのは、必要とする介護サービスを提供できる諸資源が公的介護保険の施行までに確保できるかどうかということである。2000年までに計画通りのサービス資源量が確保できなければ、公的介護保険制度は、保険あって介護なし、という最悪の事態のもとで出発することになる。そして、医療過疎地域と同様に多くの介護過疎地域が残され、同じ保険料を払っても受ける介護サービスに大きな地域格差が生じることになる。介護のための人的、物的資源の開発が急がれるところであるが、いま、シルバーサービス産業に注目が集まっているのは、公的介護保険を機能させるために必要な人的、物的資源の開発を民間部門に期待しようとしているからである。

(1) 公的介護保険制度と新ゴールドプラン

公的介護保険制度が具体的に検討されるようになったのは、平成6年3月に策定された「21世紀福祉ビジョン」(高齢社会福祉ビジョン懇談会)の中における新ゴールドプラン策定と新介護システムの構築という提言からである(厚生省、1998c)。同年12月には、「高齢者介護・自立支援システム研究会」が、「高齢者の自立支援」を基本理念として、高齢者自身による選択、介護サービスの一元化、ケアマネジメントの確立、社会保険方式を基礎とする介護システムの創設を提言しており、同時期に新ゴールドプランが策定された。そして、その翌年(平成7年7月)に社会保障制度審議会が公的介護保険制度の創設を勧告した。それ以降、急ピッチで法案作成が進められ、わずか2年の検討で平成9年12月に公的介護保険法が成立することになったが、以上のように、公的介護保険制度における物的、人的資源の確保に関わる施策として用意されたのがゴールドプランを拡充した新ゴールドプランである。

平成元年に大蔵・厚生・自治大臣合意のもとで出発した「高齢者保健福祉推進10か年戦略」(通称「ゴールドプラン」)は、こうして計画年次半ばで全面的に見直され、新介護システムとしての公的介護保険制度に対応すべく、目標年次は同じく平成11年度であるが、高齢者の介護サービスに必要な基盤整備の目標値が大幅に引き上げられた。たとえば、在宅サービス関係では、ホームヘルパーが10万人から17万人に、ショートステイが5万人分から6万人分に引き上げられ、ホームヘルパーステーション1万か所と老人訪問看護ステーション5千か所の整備が新たに付け加えられた。また、ゴールドプランの整備目標にはなかったマンパワーの養成が盛り込まれ、寮母・介護職員20万人、看護職員等10万人、OT・PT1.5万人を確保することが目標とされている。

法案成立前に厚生省(1997)が発行していた「介護保険制度案の概要」では、公的介護保険法の施行に関して、「介護保険制度の施行に当たっては十分な準備期間を置くこととし、新ゴールドプランの達成状況等を見極め、平成12年度から在宅・施設を同時に実施」するとしていた。十分な準備期間というのは、公的介護保険制度が十分に機能するだけの人的・物的資源が確保・整備される期間でなければならないが、実際は、新ゴールドプランの最終年次である平成11年までが準備期間とされ、「新ゴールドプランの達成状況等を見極め」とはいうものの、達成状況の如何に関わらず、平成12年に施行されることになった。施行時期に合わせて人的・物的資源の確保・整備が進んでいると受け止めることもできるが、新ゴールドプランの目標値が達成されることが、公的介護保険が機能するために必要な全ての条件整備が完了することを意味しているわけではない。新ゴールドプランは、ゴールドプランにおいても同様であったが、高齢者介護サービスの「基盤整備」が目標であり、その目標値が達

成されたからといって、公的介護保険が十全に機能するための必要条件が整ったことにはならない。介護サービスに民間事業者の参入が図られるようになったことは、このことと関係している。

ゴールドプランでは、「消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を進める」ことを唱っていた。そこでの介護サービスに関する基本的認識は、事業主体が公的機関であり、公的資金を用いたサービス供給システムの充実のための基盤整備であったから、介護サービス需要に対応した整備目標の設定と、それを実現し、それに基づいてサービスを供給する主たる責任主体は明らかに公的機関であった。新ゴールドプランでは、それが社会保険方式による公的介護保険制度の基盤整備という性格に変わったために、サービスを直接供給する責任が全くなかったというわけではないが、条件整備は、いっそう「基盤整備」としての性格が強くなり、サービス供給システムにおける民間事業者の役割が増大することになった。このことは、現行の自由開業医制の下における医療サービスの供給システムを想起すれば容易に理解されよう。

(2) 社会保障構造改革と公的介護保険

既に述べたが、後期高齢者人口の増加によって、今後、要介護高齢者の数はますます増加することが予想される。公的介護保険制度を解説する厚生省の資料では、介護を必要とする高齢者は、65歳以上を一括すると約13%で、80-84歳では約25%となり、85歳以上になると約50%に達するとされている。長生きすればするほど、介護サービスを必要とする確率は確実に高くなるということである。その確率自体を、それほどまでに高くなるとみるか、その程度にすぎないとみるかは人によって異なり、自分の親が、あるいは自分が85歳以上生きたときに、介護を必要とする高齢者の中に入るのか、そうではないのかは五分五分ということになる。これらの数字は、公的介護保険への国民の関心を高め、その必要性を訴えようとする意図で使われているのであるが、この数字自体は、そこまで長生きした場合には、という条件付きであることに留意しなければならない。

1995年の生命表によれば(国立社会保障・人口問題研究所、1997)、生まれてから65歳までの生存率ということであれば、男で83.30%、女で91.62%であるが、80歳までの生存率は男で48.23%、女で70.23%である。そして、85歳までとなると、男で29.52%、女で53.07%である。人生80年時代といわれているが、男で80歳まで生きるのは、同年生まれの半分、85歳までということになると3割、女でも5割にとどまる。85歳以上長生きする人の割合が今後どれほど上昇するかはわからないが、以上のような数字を基に考えると、同年生まれで介護サービスを必要とする人の割合は、大雑把に言って、男で約15%(=85歳までの生存率×85歳以上の要介護率)、女で約25%ということになるだろう。大多数の人にとっては、公的介護保険を利用する可能性は医療保険に比べてはるかに小さいということである。

このようなことが指摘されることはほとんどないようだが、公的介護保険制度に関するこれまでの議論では、長生きすれば誰でもが介護を必要になるから公的介護保険制度が重要だという理由付けがなされてきた。しかし、そのことは、以上に述べたことから明らかなように、公的介護保険制度が必要とされる理由としては説得力に乏しいといわなければならない。厚生省の説明資料の数字は、逆に、大多数の人は介護サービスとは無縁のままで生を終えることを教えていることになるからである。

自分にとってさほど関係がないと思われるものに、人は強い関心を持つことは難しい。85歳以上になると、要介護状態になって公的介護保険のサービスの対象となる割合は約50%にもなる、といわれても、85歳以上の長生きができる人は全体から見れば少数派であり、しかも、要介護状態になって介護サービスを必要とする高齢者は、その半分である。多くの人にとっては、85歳以上長生きして介護サービスを受けるようになるということは、なお他人事であるということができよう。にもかかわらず、公的介護保険制度が導入されたのは、既に述べたように、介護サービスに係わる公的部門の負担を抑制するためである。

85歳以上の生存率や要介護状態になる確率は大きくはないというものの、日本人口は絶対数が大きいから、長命の人の中で要介護状態になる人の絶対数は小さくはない。1995年の国勢調査の結果では、80歳上人口は387万人(男130万人、女256万人)で、そのうち85歳以上人口は158万人(男48万人、女110万人)であるが、2025年には、それぞれ1,111万人(男393万人、女718万人)と582万人(182万人、女400万人)になるとみられている。先ほどの数値を単純に当てはめれば、1995年時点では80歳以上人口の25%にあたる97万人が、85歳以上人口の50%に当たる80万人が要介護状態と見込まれるが、2025年には、それぞれ278万人と291万人になることになる。厚生省の推計では、虚弱、寝たきり、痴呆などで何らかの介護が必要とされる高齢者は、1993年には200万人(65歳以上人口1,69万人の11.8%)であったが、2000年には280万人(同2,187万人の12.8%)、2010年には390万人(同2,812.6万人の13.9%)、2025年には520万人(同3,311.6万人の15.7%)になると推計されている(厚生省, 1996)。

新ゴールド・プランでは、介護サービスの基盤整備のために5年間で9兆円以上の予算を当てている。最近のさまざまな公的資金導入の議論や日本の国家予算からいえば、5年で9兆円、年平均で2兆円弱というのはそれほど驚くほどの規模ではないともいえるが、それは基盤整備にかぎっての予算であり、介護サービスを全て公的財源で行うとすれば、さらに多くの予算が必要になるとみられている。その規模は、現在では、2兆円ほどであるが、2000年には約4兆円、2005年には6兆円、2010年には7兆円になる予測されている。この額も、大規模とみるか、大したことはないともみるかは、日本経済のゆくえと政策的判断いかんであるが、日本経済が今後も急成長が期待できないとすれば、相当の高額だといえる。

徴収した税金をつぎ込む先をどこにするか、あるいは税金をどれくらい徴収して、それをどう使うかは、基本的には国民の判断であるから、税金のかかなりの部分を介護サービスの費用に使い、他を削ればすむことだという意見が多数を占めれば、それはそれで、そうした介護サービスの体制ができあがることになろう。しかし、介護サービスを丸ごと公費負担で行うだけ公的財源にゆとりがないと判断されて、社会保険方式の介護サービスシステムとして選択されたのが公的介護保険制度である。そして、社会的入院といわれるように、本来介護費用というべきものが、病院に入院しているために医療費として計上され、医療保険からの給付額を膨張させているという事情もある。このような言い方が許されれば、もっと安上がりになることを高い費用を使ってやることはない、ということである。公的介護保険の導入によって、医療保険からの給付額は1兆数千億円削減されると見込まれている。

公的介護保険制度は、人口高齢化に伴って生じるそうした社会保障費用の不可避的な増大に対して、高齢化のピーク時における国民負担率(国民所得に対する租税及び保険料負担の割合)を50%以下に抑制することを目的とする「社会保障構造改革の第一歩」として導入されたものである。したがって、介護保険制度は、その目的に沿って、公的負担と公的主体の活動の比重の増大を抑制することができるよう仕組みで作られることになったのである。いいかえれば、介護サービス需要が増大するという理由で、それに対応するサービス供給量を確保することを直接の目的として公的介護保険が導入されたわけではない、ということである。このことが、実際には国民の大多数の人は介護サービスとは直接的には無縁のままで生を終えることになるにもかかわらず、国民的課題として、論議半ばともいえるほどの短時日のうちに公的介護保険が導入された理由である。

社会保障構造改革の観点からいえば、公的介護保険による介護サービスが国民の大多数には直接的には無縁のものであることの方が重要である。また、そうでなければ保険制度は、いわゆる健全運用できない。公的介護保険による保険給付は、介護サービス費用の半分であり、残りは公費によって負担される(国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%)。介護サービス需要が大きければ、保険財源から支出される額も公費負担も増大し、国民負担の増大を抑制するというという目的は達成できない。医療保険が医療サービス需要を創出したように、公的介護保険も介護サービス需要を新たに創出

するであろうが、介護保険制度の仕組みの中に導入された要介護認定制度は、介護サービス需要の増大を抑制する装置としても機能しうるものである。創出される需要量がどれほどかはにわかには判断できないが、かりに、医療保険のように被保険者が自分あるいは家族の判断で自由に介護サービス機関を利用することができ、サービス機関の判断でサービスの量と質が決められるとすれば、公的介護保険の導入によって介護サービス需要は一挙に増大することも考えられる。したがって、介護が必要か否かを判断する要介護認定制度を需要創出過程に介在させることは、社会保障構造改革の先鋒としての公的介護保険に欠かすことのできない装置となっていることになる。

(3) 公的介護保険と民間シルバーサービス

1996年7月5日に閣議決定された「高齢社会対策の大綱について」の中では、「各種サービス等についても、民間事業者の活用を図るとともに、基礎的な給付については公的に保障しつつ、それを越えるものについては民間保険の積極的な活用を進めるなど、多様な選択が可能となるように配慮する」と述べ、「健康・福祉に係わるサービスに対する需要の高度化及び多様化に的確にこたえとともに、サービスの効率化を図るため、民間事業者によるサービスを積極的に活用することとし、介護サービスの供給主体に関する規制の緩和を進めて、その参入を促進するとともに、融資制度の活用により民間事業者の健全な育成を図り、介護関係の市場や雇用の拡大を目指す」と唱っている。

国がシルバーサービス産業の振興に着手するようになったのは1985年に厚生省にシルバーサービス振興指導室を設置してからであるから、既に20近くになる。その後、社団法人シルバーサービス振興会の設置(1987年)やシルバーマーク制度の創設(1988年)、都道府県における長寿社会振興財団の設立などを経て、90年代に入ってから各地域でシルバーサービス振興連絡会やシルバーサービス組織が相次いで設立されるようになり、公的介護保険制度が議論されるようになって以降、シルバーサービス産業の育成に関する動きが本格的になった。

介護サービスを民間サービスに依存するということは、少なくとも介護サービスがビジネスとして成り立つことを前提にする。そのためには、介護サービス経営を継続することが可能なだけの需要がなければならない。公的介護保険制度は、介護サービスの需要を大きく創出することになると思われるが、その予測は医療需要に比べてはるかに難しい。公的介護保険は医療保険の介護版であるともいえるが、医療保険の場合は、医療サービスを必要とする被保険者が医師（医療機関）を訪れた瞬間に需要が発生し、保険が利用されることになるが、公的介護保険の場合は、たとえ、それが民間事業者の供給するサービスであっても、介護サービスを申請した後に介護認定審査会の審査等の手続きが必要であり、さらにケアプランを作成した後でなければ介護サービスを利用できない。この点が医療保険と大きく異なるところであり、介護サービス需要の予測や介護資源の地域的配分モデルの作成を難しくしているところでもある。

ところで、公的負担と公的主体の活動の比重を抑制するということは、私的負担の増大と民間活力の活用と表現される公的サービスの民間委譲である。社会保障関係審議会会長会議が1996年11月19日に出した「社会構造改革の方向(中間まとめ)」では、前者に関しては、「適切な自己負担によるサービス費用に対する意識の喚起」が重要であるとして、「適切な自己負担がサービス費用に対する意識(コスト意識)を喚起させるという機能に着目し、適切な利用者負担により、良質で効率的な社会保障サービスを享受できるような制度を構築する」とし、後者に関しては、「民活促進等による質の確保と全体としての費用の適正化」を目指すために、「福祉を始めとする社会保障分野の規制をできる限り緩和するなどして、民間事業者によるサービス提供を促進し、競争を通じて良質なサービスが提供されることを目指しつつ全体としての適正化を図る」としている(厚生省, 1998b)。

要するに、社会保障構造改革とは、一言でいえば私的負担(利用者負担)を高めることと民活促進に

よって公的機関が担っていた社会保障サービス提供役割を縮小することである。公的介護保険制度で民間活用が強調されるのは、以上のような理由に加えて、保険あって介護無しという事態が生じないようにするためにサービス供給資源を早急に、しかも多量に作ることが求められているからである。現在でも、措置委託制度によって民間事業者による介護サービスの供給が行われているが、公的介護保険制度の下では、市町村の委託を受けることなく、営利法人などの民間事業者や住民参加型の非営利組織など多様な事業者が介護サービス市場に参入できるようになった。また、そうして供給量を一挙に増加させなければ、公的介護保険は実質的に機能しなくなるからである。

厚生省(1998d)は、多様かつ高度な要望に応えるためには、民間部門の創意工夫を生かした高齢者向け民間サービスの発展が不可欠であり、その健全な育成を推進している、と述べるとともに、介護保険制度が施行されることにより、特に在宅サービスの分野では増大する介護需要に的確に対応して、機動的、弾力的なサービスの確保を図る観点から、企業、農協、生協、住民参加型非営利組織等の多様な民間事業者の積極的な参入が期待されるところであるといい、公民の主体の種別を問わず、原則として同じ条件を満たした事業者が在宅サービスに参入できることになると述べている。

民間事業者の参入によって、利用者にとってはどのような利点があるかといえば、厚生省(1998b)自身が述べているところによれば、利用者が自由にサービスを選択して利用できる、画一的ではなく多様で効率的なサービスが提供される、などというものである。いままでの公的機関による介護サービスは、利用者が自由にサービスを選択できず、しかも画一的で非効率であったことを厚生省自身が認めていることになるが、聞きようによっては、役所のやることは全てそういうものだと開き直っているようでもある。それはおくとしても、民間事業者の参入によって生じる期待や利点をさらに付け加えれば、もし、自由競争の原則が働けば、サービスの価格は市場、マーケットで決まることになるから、供給が多くなれば価格は下がり、利用者にとっては、安い価格で購入できることになる。

多くの需要があって供給量が少なければ価格は上がるか、自由に価格を設定できる。そうすると一般に価格は高めに設定される。多くの需要に対応して市場に多くの供給者が参入しようとするれば競争原理が働くから、供給する側は安くて良質なサービスを供給しようとしのぎを削ることになる。そういう競争を望まない業者は参入しないことになるか、参入できないことになり、競争に負ければ市場から撤退することになる。

介護サービスへの民間事業者の自由な参入は、一連の規制緩和の一環でもあるが、規制が緩和されるということは公的保護もなくなるということであるから、事業者にとっては介護サービス市場はかなり厳しいものになり、高度の経営手腕が要求されることになる。このことは、利用者にとっては歓迎すべきものである。選択の幅が広がると同時に、良質で納得のいく価格のサービスはどんなものかが利用者にも容易に判断できるようになり、介護サービスの質の向上を期待することができるからである。しかし、民活促進のための規制緩和の一環といっても、介護サービスは公共性の強いサービスであるとともに公的介護保険制度では介護サービス費用の半分は公費負担であるから、価格を全面的に市場原理に委ねてしまうことはできない。

市場で決まる価格では、価格が高騰あるいは高値で安定した場合には利用時の負担が1割といっても介護サービスを購入できない人々が生じるという排除原理が働くこともあり、保険財源からの支出と公費負担も大きくなる。そうなれば公共性は失われ、公的介護保険制度は破綻する。公的介護保険の給付額が定額制になっているのはそのためであり、民間サービスの健全育成を図る際に、国や地方公共団体が行政指導を行うときの指針を厚生省が早くに策定していることもそのためである。定額制導入や行政指導の指針は一種の価格統制や規制であるから、過剰サービスのような形で利益を上げることはできない。その意味では、事業収益ということでは、医療サービス市場よりは事業者にとってははるかに厳しいものとなるといえるかもしれない。

いずれにしても、多様な事業者が参入してサービスの十分な供給がなければ介護保険制度は機能しない。シルバーサービス産業の振興という目的もそこにある。シルバー産業がベンチャービジネスにはなり得ないが、安定した産業としての可能性がある」と述べたのも、そうした理由からである。シルバー産業一般ではなくて、シルバーサービス産業というサービス産業についていうならば、公的介護保険制度がある限り介護サービス市場は維持されるといってよいであろうが、以上に述べたことから、その市場形態は、これまでの産業、ビジネスにはない特異なものとなろう。

(4)公的介護保険制度におけるサービス供給者としてのシルバーサービス産業

サービスは、物質的財貨と異なり、作りだめしておいたり、どこかよそに輸送して販売するということができない。自動車やテレビのような財であれば、安く生産できるところで製造し、高く売れるところで販売すれば利益が上がり、場合によっては貯蔵しておいて価格が高いときに出荷することができる。しかし、サービスとくに人的サービスは、生産の場所と消費の場所が同一で、しかも貯蔵ができないので、人的サービス産業は、一般に、安い経費で高いものを作るという意味での効率化を図ることが難しい産業である。とくに、一定の知識・技術水準が求められるサービスでは、価格の低さが質の低さをそのまま反映する。また、生産と消費が同時に生じるという性格は、人的サービス産業は地域性が高いということを意味する。とくに、在宅介護サービスの場合は、サービス供給者がサービス消費者の場所に出向くことになるから、需要の大きいところに供給点があった方が有利になる。

日本全体でみれば、当分の間は、高齢化すなわち高齢人口の割合の増大と高齢者の数そのものの増加は一致しているということを述べたが、地域的にみると、高齢人口の割合の増大と高齢者の数そのものの増加は一致していない。たとえば、高齢化率が30%とか40%という高い高齢化率の地域があったとする。それでは、その地域は、他の地域、たとえば、高齢化率が10%の地域に比べてシルバーサービスの対象となる介護を必要とする高齢者が増えているかということ、そうはいえない。人口が1万人の地域で高齢化率が40%といえ、高齢人口は4千人である。10万人の地域で高齢化率が10%といえ、高齢人口は1万人である。シルバーサービスのマーケットとして、どちらが大きいかはいうまでもない。要するに、人口規模が大きいところほど、高齢化率は小さくても高齢人口そのものが多いということである。

シルバーサービス産業とかシルバービジネスと呼ばれる産業分野が登場してきたのは、人口高齢化が進行してきたからであるが、地域産業としてシルバービジネスを考える場合には、この、高齢化率はマーケットの大きさを示すものではないことに留意しなければならない。高齢化率が高くて、これからは高齢化が進行するからといって、多くの事業者がそこに参入しても、利用する方には歓迎だが、事業者にとっては経営的に難しいということになる。営利法人であれば、できるだけ需要の大きいところに進出しようとするであろうから、市場原理でいけば、サービス供給点に地域的な偏りができるのは避けられない。こうなると、地域によっては保険あって介護無しという介護過疎地域ができてしまうことになり、被保険者にとっては公的介護保険制度も画餅に終わる。

ところが、もう一方では、大きな事務所をかまえて大都市で事業を展開するとなるとかなりの資本が必要になるから、シルバーサービス事業を経費のかかる地域で全く新たに開始しようとするのも容易ではない。見込まれる利益が、他の産業部門に比べてそんなに大きいとはいえないからである。シルバーサービス産業は、資本力のある企業にとってはそれほど魅力のある産業とはいえないであろう。付加価値を付けにくいことと、介護サービスは人間的要素が大きいサービスであるために、質の高いサービスを提供して事業者間の競争に負けないようにするには人件費を抑制しにくいからである。現在の企業経営は、ある部門で上げた利益を他の部門の損失の埋め合わせに使うということをしていないで、不採算部門を縮小したり廃止し、採算部門の拡大を図るというように、組織丸ごとの経営はしな

くなっているから、高い利益が見込まれない事業であれば参入しようとはしない。こう考えていくと、シルバーサービス産業に参入する事業者は、既に他の産業で事業を展開している事業者で、信用度を背景にしてシルバーサービス部門を新たに設置して、利益は少ないけれども、社会的貢献ということでイメージアップを図るために市場に参入するか、最初から営利を目的としない組織として出発する事業者などに限られてくることが予想される。農協や生協が例にあげられているのは、地域の事業所ということもあるが、利益追求を第一とする一般の営利法人とは違う事業所と位置づけられているからである。

(5) シルバーサービスとしてのケアマネジメント

介護サービスの中で、いま一番関心をもたれているのがケアマネジメントサービスである。最近の福祉関係の用語にはカタカナ語が多いが、昨年9月に、厚生省は、カタカナ語の使用をできるだけ避けるようにするというので、ケアマネジメントは介護支援サービス、ケアマネジャーは介護支援専門員、ケアプランは介護サービス計画とすることにしたようであるが、言葉は生き物であるから、それほどまでして漢語表記にこだわる必要もないし、その方が便利であればカタカナ書きしてもいっこうにかまわないと筆者は考える。お年寄りにわかりにくいということもいわれるが、訪問援助員というよりは、いまではホームヘルパーのほうが通りがよいし、ゲートボールをわざわざ日本語に言い換える人もいない。

それはともかく、公的介護保険では、介護サービスを自由に選択できるといっても、医療サービスのように、自分で判断して医療機関に行き、その場での医師の診断・治療で費用が決まるといった性格のものではない。保険者である市町村に介護サービスの申請をして、介護が必要な状態の基準に該当するかどうか、介護がどの程度必要かについて介護認定審査会の判断を待つことになる。そして、認定を受けた後にケアプランを作成し、それに応じて介護サービスを利用する、という手続きが必要となる。ケアプランは、自分で作成することもできるし、ケアプラン作成機関に依頼することもできる。

既に生命保険会社などではケアプランを商品として売り出す準備を進めている。さまざまな保険商品と同様に、ケアプラン関係の商品も、その事業者独自の商品を販売しようとすることになるから、多様な商品が出てくる可能性が高いと思われる。そのとき、利用する側にとっては選択の幅が広がるが、どこがどう違って、どれがよいのか見当がつかないような商品では選択も困難になる。専門的サービスに共通することであるが、素人には違いとか善し悪しの判断が容易ではない。かといって、横並び一線で、どれもこれも同じでは民間事業者が参入する意味はなくなる。今後、利用者にとって魅力ある商品がどれほど登場するか興味のあるところであるが、多くのケアマネジメント業者が多様な商品を販売することになれば、利用者は、幾つかの事業者から、いわば見積もりをとって検討することが可能になろう。そうしたことが、また、適切で魅力あるケアプラン商品の登場を促すことになり、介護サービスの質的向上が図られることになろう。

ところで、ケアプランの作成方式については幾つかの方式が提案されている。どの方法が適切かは、今後次第に明らかになっていくことと思われるが、自分で、ということは家族がということになるが、家族が作成する場合に、それが誰にでも容易なものでなければ、結局は、その道の専門家に依頼することになる。現在でも、各種の公的書類作成には行政書士や司法書士、車の車検をとるには修理工場といった代行業者に依頼することが多いことは周知のところであるが、それらは、本来、当事者が行うべきことを業者が代行しているにすぎない。しかし、代行してもらうことが当たり前のような風潮もあり、往々にして、そうしなければならぬような圧力がかけられることが多いことも、また事実である。そこに代行業者が介在することによって、利用者は、もし自分で行えば出費しないで済むは

ずの代行料を支払うことになる。専門家に任せれば安心ということと、面倒な手続きや書類作成には経験がないとスムーズにいかないということが主たる理由であろうが、そうした書類作成や手続きは、一般的にいて、一度経験すれば、それほど難しいものではない。しかし、ケアプランの作成は、おそらく何回も経験するようなものとはならないことと、必要とする介護サービスと、その内容についての判断が容易ではないことから、自分で(家族が)作成することは容易ではないかもしれない。とはいえ、その作成が素人ではとうてい無理とみなされるようなものであったり、専門家に依頼するのが当然というような雰囲気を作ってしまうことは避けなければならないであろう。

現在は、在宅介護支援センターが相談や介護サービス機関との仲介業務を行っている。こうした介護支援業務がケアマネージメントと呼ばれ、その担当者である介護支援専門員をケアマネージャーと呼ぶが、ケアプランは、ケアマネージメントの中の重要な部分を占めることになる。ケアプランは、介護を必要とする高齢者の心身の変化や置かれている環境の変化に対応することが必要であるから、一度作ってしまえばそれで終わりというわけにはいかない。介護を必要とする高齢者との頻繁な接触によって経過観察を継続することが不可欠な業務になる。ケアマネージャーと呼ばれる介護支援専門員は、まさに専門員と呼ぶに相応しい職務が要求されることになるが、どこまでが担当業務かということになると、今後は、かなり高度で広範囲の内容の仕事を受け持つことが期待されることになる。そこでは高い専門性が要求され、作成されるケアプランにそれが反映されることになる。そして、その成否がシルバーサービスがビジネスとして成り立つか否かを大きく左右することになる。

ケアマネージャーやケアプランナーは、要介護認定の手続きおよび介護サービスの計画的利用といった公的介護保険の効果的、効率的運用の要となる役割を担うことが期待される。従来の介護サービスは、在宅サービスにしろ施設サービスにしろ、措置制度によって行政機関が直接あるいは民間事業者への措置委託による供給されてきたが、介護サービスに民間事業者が直接参入することが可能になったことから、要介護者（世帯）と民間事業者との間で介護サービスの供給と需要の直接的関係が成立することになる。適切な介護認定と保険から給付される介護サービス費用の適正な使途が公的介護保険の成否を握っているといっても過言ではないが、それらを左右するのがケアマネージメントである。

ケアマネージメントは、要介護者の心身状態やおかれている環境を評価するケアアセスメントから始まり、ケアプランの作成、そして、介護サービスが開始されてからは、要介護者の状態の変化や提供されているサービスの内容の点検、要介護者本人の希望と家族の意向との調整といった一連の過程から成り立っている。ケアアセスメントやケアプランの作成には多領域の専門家が参加することになるが、専門家間のコーディネートやカンファレンスの際の総合調整などに当たることになるケアマネージャーには、高度の学識と力量が求められる。また、要介護者本人の希望と家族の意向との調整にも高度の専門知識が要求される。ちなみに、ケアマネージャーと同様の職種としてアメリカで知られているのは、GCM(Geriatric Care Manager)と呼ばれており、弁護士や個人開業医と同様に個人事業主として活動している人も少なくない。こうした人々は同業者団体に所属してケアマネージャーの資質維持と向上を図っており、専門性を保証することと社会的信頼を保つために同業者団体が会員資格(看護婦資格やソーシャルワークの修士号所持など)を定めている(社団法人シルバーサービス振興会, 1997)。

GCMを抱えるケアマネージメント会社もあるが、これら会社は直接介護サービスを提供することではなく、既に述べたケアマネージメントの一連の過程に関与することと顧客である要介護者あるいはその家族に適切な介護サービス機関を紹介し、介護サービスの期間中は要介護者およびその家族と介護サービス機関との橋渡しを行っている。GCMが介護サービス機関に雇われることがなく、またGCMを抱えるケアマネージメント会社が直接介護サービスを提供することがないのは、ケアマネー

ジメントにおいて客観的な判断が下されることを重要視しているからだと言われている。このことは、日本の公的介護保険制度にこそ求められることであるが、公的介護保険がないアメリカでそのことが重視されていることは注目しなければならない。

いうまでもなく、日本においてもケアプラン作成機関と介護サービスの実施機関は別にした方がよいという意見がある。実施機関が介護を必要とする高齢者を顧客として取り込んでしまうことと、利用者のニーズにではなく実施機関の条件に合わせてケアプランが作成されてしまうおそれがあるというのが、その理由である。日本においてGCMのような職業が育っていかない場合には、介護サービス機関が直接に、あるいは保険会社が介護サービス機関と提携してケアマネジメントを行うことになるであろうから、ケアマネジメントおよびケアプランの客観性が保証できなくなる。そのことは、ひいては、公的介護保険の適切な運用にも大きな影響がでてくるであろう。ケアマネージャーが一層の専門性を高めて独立した業務として認知され、権限をもつようになっていくことが、いま求められるところである。

公的介護保険制度が目的通りに機能するために、介護サービスを支えるマンパワーの確保と、その資質向上が緊急の課題とされており、新ゴールドプランにおいても、そうしたマンパワーの養成は、介護サービスの向上を目的とする各種の基盤整備の中でも大きな比重を占めている。しかし、公的介護保険制度において一層重要な役割を果たすことになるケアマネージャーやケアプランナーの養成に関しては、新ゴールドプランにおけるマンパワー養成に関わる整備目標の中には含まれていない。ケアマネジメントは、2000年の介護保険制度施行に先立って民間事業者にも開放されることになり、平成10年度予算で要介護の判定やケアプラン作成などを試行的に実施するとともにケアマネージャーを養成するための研修事業が実施されることになったが、公的介護保険制度の下でのケアマネジメントには高度の専門性が求められることになるので、ケアマネージャーの養成には一層の力を入れるべきである。

(6) シルバーサービス産業の展望

介護サービスがビジネスとして展開される場合には、全くの自由市場であれば、事業者間の競争や競合が生じ、価格も需要と供給の関係で決まる。しかし、それが公共的サービスであり、公的介護保険制度の枠の中でのビジネスということになると、一般的な市場原理は働きにくい。医療保険でも診療報酬は点数制であり、事後的にはあるが診療報酬の適切性がチェックされる。公的介護保険は、医療保険と異なり、サービス内容が事前にチェックされる。その意味では、公的介護保険制度のもとでの介護サービスは、価格やサービスの点で競争しにくい事業ではある。その中で、介護サービスをビジネスとして展開しようとするには、他の事業者とは異なる魅力あるサービスを提供できるかが鍵となる。そのときの第一の課題は、いかにして優れた人材を集めるかということであり、そして第二の課題は、いかにしてわかりやすく効果的な介護サービス情報を提供するか、ということになるであろう。

第一の課題は、介護サービスは人の手による部分が大きな比重を占めていることと関連する。阪神大震災では、介護を必要とする多くの高齢者が住むところを失った。多くの仮設住宅が建てられたが、その中にケア付きの仮設住宅もあった。仮設住宅であるから設備は十分ではないが、それを支えたのが多くの優れた介護員であった(小田ほか、1998)。介護サービスのマンパワー、人材は不足しており、現在、全国の大学・短大で、福祉関係の人材養成のために新設の学科や学部が続々と誕生している。少子化に伴って高等教育機関においても学部や学科の新・増設が難しい今日にあっても、福祉関係だけは例外ということで文部省も積極的に新・増設を認可している。その効果が現れるのは数年先のことであるが、シルバーサービス産業の成長次第では青田刈り現象が出てくることも考えられる。

第二の課題である情報提供の問題は、福祉関係の情報は一般にわかりにくいことと、情報交換あるいは情報公開が十分になされていないことと関係する。福祉関係では、公開しにくい情報や秘匿情報が多いこともあるが、これまでは、多くの場合、申請方式になっており、そうしたサービスがあることを知らないで申請することがなければ、そのサービスを受けることができなかった。また、申請手続きも簡便ではなかった。シルバーサービスの事業活動にとって、PRや情報提供をいかに効果的に行うかがビジネスの決め手になるともいえる。既にインターネット上にシルバーサービスに関する多くのホームページを見ることができるようになってきた。それらの中には、都道府県や市町村が運営しているものもあれば民間企業のものもあるが、各家庭でインターネットが利用できる条件の違いを反映してか、アメリカにおけるシルバーサービスのホームページに比べると、情報の量・質とインターネットを通じての営業戦略は未だ十分なものとはいえない。どのような方法をとるにせよ、きめ細かな広報活動は、シルバーサービスにおけるビジネス戦略にとってだけでなく、公的介護保険制度が利用者にとって効果的に機能する上でも重要な課題となろう。

おわりに

高齢化の進展に伴い、高齢者を対象とする産業、ビジネスが、シルバー産業あるいはシルバービジネスとよばれて注目を集めてきた。日本の人口は、将来的に約1億人となり、そのうち高齢人口が約3,300万人を占めることになると予測されている。こうした人口構成の下では、産業、ビジネスの発展にとって高齢者を考慮せずにはいられなくなるので、必然的に産業全般のシルバー(産業)化が進み、シルバー産業は特定の産業・ビジネス分野としての性格が弱まることになるだろう。そして、高齢人口の中でも75歳以上の後期高齢人口が多数を占めるようになることから要介護高齢者の数も増加し、介護サービスの需要が高まることは必至である。

長生きすれば、介護を必要とせずに生を終えたいと願っても、いずれ何らかの介護が必要になる可能性が高くなる。重要なことは、介護が必要になったときに、本人も家族も、経済的にも身体的にも、そして精神的にも過重な負担を強いられることなく介護サービスを利用できる社会的条件が用意されていることである。家族の介護力が低下したという議論があるが、集団としての家族の基本的性格からして、家族は本来的に高度の介護力を持っておらず、今日家族に求められている在宅介護の機能は高齢化社会になって初めて家族に期待されるようになった新しい機能である。しかし、それは家族の機能達成可能水準を大きく上回るものであり、そのことが要介護者を抱えた家族に過重な負担を強いっている。

2000年から実施される公的介護保険制度は、そうした家族の過重負担を軽減し、要介護者およびその家族を社会的に支える新しい介護システムとして機能することが期待されるが、課題もまた多く残されている。その一つは、公的介護保険制度が公的負担と公的部門の活動の比重を抑制することを目的とする「社会保障構造改革の第一歩」として導入されたことから、介護サービスの諸資源の開発やサービス供給が民間部門に大きく依存することになったことである。介護サービスの民活化によって社会保障構造改革は進むであろうが、「保険あって介護なし」とならないように、必要なサービスを民間部門が十分に供給できるようにならなければならない。そのためには、シルバーサービスがビジネスとして成り立つことが条件となる。

公的介護保険は医療保険の介護版ともいえるが、その制度的性格は医療保険制度とは大きく異なり、ビジネスという点では医療サービスに比べて自由度はるかに小さい。そうした制度的な制約の中で、シルバーサービスがビジネスとして魅力あるものであるかについては判断が難しいところである。シルバーサービスは民間部門にとって新たな、そして大きなビジネスチャンスと言われることもあるが、

必ずしもそうとはいえない。公的介護保険制度のもとでは、むしろビジネスとしては厳しいものがあると言った方がよいであろう。しかし、シルバーサービス産業が発展しなければ公的介護保険制度は十分に機能しないことになる。シルバーサービスの振興に力が入れているのはそのためであるが、公的介護保険制度が実施されるまでに2年もない。保険あって介護なしの状態で見切り発車とならないためには、シルバーサービス産業の振興を一層進めるとともに、利用できるサービスの選択肢を増やすためにも、保険給付の中に家族介護手当を盛り込むことが求められよう。家族介護手当を保険から給付することは、マンパワーの確保や介護サービスの地域格差解消につながり、要介護者およびその家族を社会的に支えるという介護の社会化を促進することにも通じるからである。

シルバーサービスに関しては、なお多くの検討しなければならない課題があるが、その中でも、ケアマネージャーの養成が今後の大きな課題となるであろう。今秋、都道府県単位で初めてケアマネージャー資格の試験が実施されるが、これからのケアマネージャーには更に高度の学識と専門性が求められることになろう。ケアマネージャーは、シルバーサービスビジネスの要になり、適切で有効な介護サービスの供給と公的介護保険の健全な運営にとって重要な役割を演じることになるからである。

注

(1) シルバーサービスの原状と健全育成に関する研究会(1986)がシルバーサービスに関して示した次のような分類が参考になる。

1) サービスの供給形態別分類

- ① 市場供給型(純粋なコマーシャルベース)
- ② 相互扶助型(会員組織、有償ボランティア)
- ③ 公的サービス協力型(第三セクター方式、非営利団体)

2) サービス対象のニーズ別分類

- ① 基礎生活ニーズ(ヘルプサービス、入浴サービス、介護用品等)
- ② 生活の質向上ニーズ(旅行、カルチャーセンター等)
- ③ 生活不安解消ニーズ(終身介護付き有料老人ホーム、寝たきり介護保険等)

3) 事業別分類

- ① 有料老人ホーム、老人マンションの設置・運営事業(有料老人ホーム設置者、建設・不動産会社、金融機関、医療機関等)
- ② 在宅ケアサービス運営事業(ヘルプサービス・入浴サービス会社、ボランティア団体、医療機関、保険会社、福祉機器・介護用品メーカー、警備保障会社等)
- ③ 福祉機器、介護用品の開発・販売事業(メーカー、販売会社、メンテナンス会社、情報提供機関、福祉施設、医療機関、金融機関等)
- ④ 金融関連サービスの販売事業(生命・損害保険会社、銀行、証券会社等)
- ⑤ 住宅関連産業(建設・不動産会社、プレハブ住宅メーカー、住宅パーツメーカー、デベロッパー、電鉄、金融機関等)
- ⑥ ベターエイジングサービス提供事業(旅行会社、スポーツ用品メーカー、カルチャーセンター、出版会社等)
- ⑦ その他(情報産業、生活産業、医薬品産業、医療周辺事業等)

(2) 社団法人シルバーサービス振興会がシルバーサービスの具体例としてあげているのは次の17例である。1.在宅介護・ホームヘルプサービス、2.在宅入浴サービス、3.在宅配食、4.移送サービス、5.福祉用具のレンタルや販売、6.ショートステイ、7.デイサービス、8.相談・情報提供、9.緊急通報サービス、10.有料老人ホーム、11.ケア付き老人向けマンション、12.高齢者向け住宅建設・リフォーム、13.金融商品・保険商品、14.高齢者向けの出版物、15.健康増進スポーツ、16.教育・教養、17.旅行。

文献・資料

厚生省(1991),『平成3年版厚生白書』。

厚生省(1996),『平成8年版厚生白書』。

厚生省(1997), <http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo/kaigo5.html>.
厚生省(1998a), <http://www.mhw.go.jp/shingi/s1119-3.html>.
厚生省(1998b), <http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo/kaigo1.html>.
厚生省(1998c), <http://www.mhw.go.jp/search/docj/other/topics/bukyoku/kourei1.html>.
厚生省(1998d), <http://www.mhw.go.jp/search/docj/other/topics/h10-kyoku/roujin-h/t0120-10i.html>.
国立社会保障・人口問題研究所(1997), 『人口統計資料集1997』
小室豊允編(1989), 『シルバービジネス』中央法規出版。
小田利勝(1990), 「高齢化と家族生活」飯田・遠藤編著『家族政策と地域政策』多賀出版。
小田利勝(1995), 「高齢化」井上・矢島編著『生活問題の社会学』学文社。
小田利勝・朴木佳緒留・松岡広路(1998), 「ケア付き仮設住宅の機能と入居者への生活支援」『研究・調査報告書』財団法人大阪ガスグループ福祉財団。
シルバーサービスの現状と健全育成に関する研究会(1986), 『シルバーサービス』中央法規出版。
総務庁編(1997), 『高齢社会白書』平成9年版、大蔵省印刷局。
社団法人シルバーサービス振興会(1997), 『シルバーサービス』1997年7月号。
社団法人シルバーサービス振興会(1998), <http://www.linkstar.ne.jp/silver/>.
貯蓄広報中央委員会(1998), <http://www.saveinfo.or.jp/yama110/>
yama110(1997), <http://web.kyoto-inet.or.jp/org/yama110/dehoken.html>.

神戸大学発達科学部研究紀要 第6巻第1号 1998年 235- 254頁 *Copyright* T. Oda