



## 慶應義塾大学ビジネス・スクール

# 介護分野の制度設計

## 幅広い選択肢の準備と決意に基づく選択

### 高齢者のさらなる長寿化

日本のみならずどの経済的先進国でも、まず 20 世紀前半に公衆衛生の発達と栄養水準向上により子どもの死亡率が劇的に低下しました【図 1】。続いて抗生物質の発見・利用によって結核が一応のところ克服されると若年世代の死亡率が減り、続いて高齢者の死亡率も 20 世紀後半に急速に下がっていきました。今では史上空前の数の元気高齢者が存在します。

わが国において最近 50 年超の間に高齢者の死亡率がどのくらい低下したか。女性の数値を取り上げます<sup>[1]</sup>。1960 年と比べると、2015 年までの間に年間死亡率は、65 歳から 74 歳では 5 分の 1 に激減しました【図 2】。もし、治療方法の発見や進化が功を奏し、ある疾患の年間死亡患者数が 3 割減つたら、それは素晴らしい成果と言ってよいでしょう。ところが、この 55 年間に起きた 65-74 歳の年間死亡率は 3 割どころか、8 割減、つまり 5 分の 1 まで減りました。何と 90 歳代でも 2 分の 1 になっています。このように、「すべての年齢階層で高齢者が 1 年間に亡くなる率が著しく減った」事実は間違いない。医療利用の普及、健康行動の広がりなどにより、高齢者のさらなる長寿化が当たり前となりました。ただし、すべての人が病気になってもそこから回復し、人生の終末期近くまで元気とは言えないこともまた事実です。だから、高齢者の長寿化は手放しでめでたい変化かと問われても、即答は難しい。

[1] 男性数値の傾向もほぼ同じです

本ケースは、埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授 田中 滋がクラス討議の参考のために作成したものである。本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクールまで（〒 223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉 4 丁目 1 番 1 号、電話 045-564-2444、e-mail:case@kbs.keio.ac.jp）。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法（電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない）による伝送も、これを禁ずる。ケースの購入は <http://www.bookpark.ne.jp/kbs/> から。

Copyright © 田中 滋 (2022 年 1 月作成)

sample

sample

sample

sample

sample

高齢者の死亡率低下によって日本における 65 歳から 74 歳の人口がどう変わってきたか。この年齢層の人口総数は 1920 年にはたった 220 万人でした。1970 年までの 50 年間に 280 万人増えて 500 万人になり、次の 50 年間には一挙に 1,250 万人も増加して 2020 年にはほぼ 1,750 万人に達しました【図 3】。徐々に拡大してきたのでもなく、増減を繰り返しながら到達したのでもありません。徳川家康や葛飾北斎のような晩年まで活動的だった長寿者は例外として、高齢者数は縄文時代来ずっと、統計学的にはゼロとあまり変わらなかったと想定されます。明治以降少し増えたものの、第二次大戦後でもまださほど高齢者数は多くなく、高度経済成長期の最終段階であった 1970 年以降の変化の結果なのです。

1950 年代までは、引退者・自営業者などの中には、公的保険対象外だったため、自分で治療費を支払う経済力が不足し、治療を控えた人も多かったと言われています。1961 年に始まった医療の皆保険制度体制により、受療に対する経済制約が著しく減少した変化が、医療提供体制の整備とあいまって、高齢者長寿化の主な理由の代表と推測できます。さらに 1973 年には老人医療無料化が導入されました<sup>[2]</sup>。なお 65-74 歳の国内人口は今世紀前半がピークで、1,000 年後はいざ知らず、しばらくの期間、二度とこの数に達しないと予測されています。

15

## 人類史上初めて見る要介護者の発生・急増

年齢階層別に見た高齢者の死亡率低下がもたらす高齢者のさらなる長寿化は、社会に新しい大きなニーズを生じさせました。それは要介護者増に他なりません。20 世紀最後の四半世紀以降に現れた、まさに人類史上初の現象です。経済的先進国ではどこでも、それまでの歴史では経験のない数の要介護者急増に気づくようになりました。そもそも高齢まで達し、心身が弱ってもなお長生きする人は稀であったがゆえに、「介護」という言葉さえ、世界中存在していなかったと言われています<sup>[3]</sup>。

50 年前に急性期入院医療に携わっていた医療者たちは、「退院後に長期にわたって要介護状態が続く」高齢者の大量出現という新たな事態は想定外であった人が多かった、ないし知っていても対応の仕方が分からなかったと思われます。日本では、1975 年から 90 年代には、在宅でも、あるいは当時「老人病院」と呼ばれた一部の病院においても、寝たきり、褥瘡、拘縮患者を発生させていました。なぜか。薬漬け金儲け医療の話は別として、寝かせきりにさせていたからです。よく言えば絶対安静にさせていたからでした。北欧では少し早くからできるようになっていた、医療・看護とは異なるニーズに対応する高齢者ケアが日本ではまだ広がっていなかったため、世間で騒がれるほどの数の寝たきり老人問題を引き起こしてしまいました。

30

<sup>[2]</sup> 今では高齢者も受療に際し、所得に応じて 1 割、2 割、あるいは 3 割の自己負担が課されています（生活保護医療扶助受給者を除く）。

<sup>[3]</sup> 英語には今でもありません。Long-term care が近いようですが、介助と看護の合成による造語である「介護」のような新しい言葉とは違います。

sample

sample

sample

sample

sample

その後、適切にリハビリテーションおよび栄養ケアや口腔ケア、福祉用具の利用などを含む、よく計画された介護サービスを利用すれば、要介護状態であっても、寝たきりにならない、褥瘡だらけにならない、関節が拘縮しないケアも可能であると分かってきました。今の慢性期医療や介護の世界では安静にしておくだけの待遇はめったに見られません。要介護者も適切な各種サービスを利用できるよう環境を整え、体を動かすようにします。

5

## 介護サービス提供方法の相次ぐ革新

20世紀終盤のわが国において急ぎ取り組まれ始めた介護政策構築過程において、まず重視された課題は、介護保険制度等の経済面にかかる制度設計よりも、介護サービス提供体制整備でした。介護保険法成立（1997年）と保険制度開始（2000年）に先立って、ゴールドプラン（1989年）、新ゴールドプラン（1994年）と名付けられた「高齢者保健福祉推進十か年戦略」を通じ、介護サービス提供体制の構築が図られていました。

振り返ってみれば、1985年以降の保険制度給付サービス提供方法の革新と広がりには目を見張るものがあります<sup>[4]</sup>。サービス事業種別を見ても、まず「老人保健施設」（1987年）、次に「訪問看護」（1992年）、「居宅介護支援事業（ケアマネジメント事業）」と「認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）」（2000年）、「小規模多機能型居宅介護」と「認知症対応型通所介護」（2006年）、「看護小規模多機能型居宅介護」と「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」（2012年）、医療ニーズを持つ要介護者のための生活施設としての「介護医療院」（2018年）などの新形態が次々につくられていきました。

量だけではなく介護サービスの質を保障する取り組みについては、2019年の介護保険法改正によって、個々の利用者に対する各種介護サービス提供の開始にあたり、あらかじめ「第三者評価の実施の有無」「第三者評価を実施した直近の年月日」「実施した評価機関の名称」、および「評価結果の開示状況」を、利用申込者またはその家族に対して重要事項として説明することが義務付けられました。

一方、特別養護老人ホームにおける利用者本位のサービス提供のために、介護保険発足前に始められた革新事例として、個室化・ユニットケア化への取り組みを忘れてはなりません<sup>[5]</sup>。かつては、さしたる証拠もなく、「同室の人と交流できるので大部屋で暮らす方がよい」とされていました。しかし、2002年秋に惜しくも若くして亡くなられた京都大学工学部外山義教授が主導した研究により、大部屋で

10

15

20

25

30

<sup>[4]</sup> 1990年代は医療保険制度からの給付でしたが、2000年4月からは老人保健施設と訪問看護を含め介護保険制度給付に移行しました。ただし、要介護者ではないものの在宅医療ニーズがある場合（代表例はがんの看取り期）は、医療保険制度給付の訪問看護が使えます。

<sup>[5]</sup> 一般社団法人日本ユニットケア推進センターのホームページには、『「ユニットケア」とは、自宅に近い環境の介護施設において、他の入居者や介護スタッフと共同生活をしながら、入居者一人ひとりの個性や生活リズムに応じて暮らしていけるようにサポートする介護手法のことを指します』と説明されています。

sample

sample

sample

sample

sample

の要介護高齢者同士の会話は、隣りあつたベッド同士ではほとんどおきず、むしろ個室にした方が、自分のプライバシー空間を保ちつつ、昼間は共有スペースに出て、そこで共にすごし、会話する機会が多くなるなどの点が明らかとなつたのです。

さらに、介護事業に加えて、生活圏域ごとの高齢者相談窓口機能を果たすと共に、ケアマネジメントを包括的かつ継続的に支援するため、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの3職種が配置された「地域包括支援センター」の設置が2005年の介護保険法改正で定められました。地域包括支援センターは、2020年4月までには全国のすべての市町村に行き渡り、サテライト2,134カ所を含め、合計7,335カ所に設置が進められてきました。「介護予防ケアマネジメント」「包括的・継続的ケアマネジメント」「総合相談」「権利擁護」の4つの業務を担っています。ワンストップ相談所でもあり、地域のケアマネジメントの質を上げるケア会議の主催者どもなる、重要な拠点と言えます。

以上の例から読み取れるように、わが国介護分野では、量の増大だけでなく、ソフト面の技術革新も次々と生まれてきたのです。

sample

sample

## 医療と介護の違い

sample

sample

### 医療と介護それぞれの目的、およびサービス提供に当たり必要な情報

医療と介護は似ているように見えるし、確かに隣り合わせにありますが、異なるところもたくさんあります。

医療、特に急性期入院医療とは、重症なら救命を図り、病気の症状や原因ができるかぎり取り除く、もしくは外傷を治すなど、いわば日常生活から切り離された過程です。がんに対し、手術する、放射線を照射する、強い抗がん剤を使うなどの間は、患者の生活の側面よりも病と闘うほうが優先順位が高い。COVI-19重症患者に対しても同様でしょう。急性期病院の医療従事者は救命・治療を上位目的と考えて仕事をしています。その際に有効な患者情報は、バイタルデータとか、薬など治療手段の効果に関するさまざまなデータ、過去の病歴などが主です。

他方、介護とは、生活の機能の一部、ADL (Activities of Daily Living : 日常生活動作)、IADL (Instrumental Activities of Daily Living : 手段的日常生活動作) 等で表される身体的機能や認知機能が低下した人が、その状態の下で生活を再構築することが目的です。ここでの生活とは家庭内に限られず、地域社会への参加や人々とのふれあいを含みます。機能の落ちた状態に対する“世話”は、手段としては重要にしても、介護にとっての上位目的ではない。

介護のためには別なタイプの情報が必要になります。当事者の生活に関する事柄と、配偶者や子・孫など親族との関係性に加え、どういう友人がいるかなども重要な情報です。手術するとき、親友がいるかいないかはあまり術式に影響はありません。夫婦仲の良し悪しや友人の数を外科医は尋ねない。と

ころが介護のプラン作成にあたってはそれらの情報は考慮されます。あるいは家の中の作り、たとえば要介護者が寝起きするベッドからトイレまでどういう動線になっていて、途中にいかなる家具がおかれていって危険か、逆に伝い歩きの際に手をおけるので助かるか。これは介護プランにとってとても大切な情報です。

集中医療にあたっては、患者の趣味や家の台所の作りを担当医は気にしない。外科医や救急医にとつて、患者の趣味は医療情報に含まれない。趣味はそこでの治療方法の決定にはあまり影響しないからです。しかし介護従事者はそれらも重要情報と捉えます。

### 「最適量」

医療については、治療の中核部分は「患者には必要だが健康人には不要、もしくは害悪になりうる懼れが強い介入」と表しても間違いではないでしょう。健康人が手術や抗がん剤を求める事態は常識では考えられません。それらは健康人にとっては不要、さらには危険なだけでなく、「嬉しくない」サービスだからです。

実際のところ、例えば手術の範囲なり、抗がん剤の投与量なりは、時代の医学に基づく診断に応じ、時代の医学が推奨するいくつかの案が示された上で選択がなされます。患者の好みによって切除部分や投与量を増加するなどといった事態は普通はありえないし、基本的にあってはなりません。つまり、ニーズと確率に応じた介入策が客観的に決定されます（されるはずです）。

したがって、医療保険の世界では、「時の医学の標準的水準から見て客観的なエビデンスに基づく最適な医療」に要する費用を給付するという理論的組み立てに（建前上は）なっています。「もっとも効果を生む質・量=最適な水準」と定義すれば、最適水準より一定幅以上劣る医療給付では一般に目的を果たせないし、最適量を一定幅以上超える給付を認めるとかえって危険と考えて当然です。

これに対し介護の目的は、上述のように、「何らかの理由で失われてしまった能力」が果たしていた機能を、生活の中で再構築することが本質です。生活にかかわる以上、その中には、要介護状態とは無関係な人にとっても楽しみに感じられ、ありがたいと思え、かつ身体侵襲などのリスクをさほど伴わないサービスも含まれます。特に「外出支援サービスを利用して地域の活動に参加し、人と会いたい」などの高次の社会的ニーズについては、客観的な最適量という概念があてはまりにくいと考えられます。こうした種類のサービスは、一般に利用量が多い方が満足感が高まります。

よって、保険給付に制限がなければ、モラルハザードが大きく発生してしまう恐れも強い。言い換えれば、適切な制度設計を伴わずに「支払う力」が保険により補強されると、狙いどおり客観的ニーズが必要に転化されるにとどまらず、主観的欲求（ウォンツ）が生む需要も増えてしまう恐れが強いと想定されます。つまり、保険制度側が、給付する最適量を定めることは極めて困難なのです。

## 科学は普遍的、社会システムは個別の文化を反映

政策形成は歴史と文化を色濃く反映します。一方、科学技術は文化の差異を超えて伝播できます。情報システム機器や、ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation : 体外式膜型人工肺) を用いる治療方法は、アメリカ合衆国であれ、日本であれほとんど変わりません。脳梗塞を起こした人に t-PA (Tissue Plasminogen Activator : 血栓溶解剤) を何分以内に静注するかにかかる医学的判断も文化はまず関係しません。

しかし、「誰が治療を受けられるか、受けにくいか」「誰が治療費の過半を負担するのか」を決める公的な医療費保障制度の有無、受療の際のアクセス手順（例えば高度専門治療を提供する医療機関を患者の選択により自由に受診できるか否か）、医療機関経営主体の法人格（官か民か、営利か非営利か、そもそも法人格がなくともよいか）など、医療システムは国ごとに全く違います。さらに介護はもっと違います。なぜならば、介護システムは生活文化をより強く反映しているからです。

また、要介護状態だけではなく経済的に困窮していたり、利用者本人ないし家族に複合的な課題を抱えていたりすると、介護保険給付だけでは足りない事態は想像に難くないでしょう。要介護者の生活すべては介護保険だけでは支えられない。本人の介護ニーズに加え、本人・家族の難病、身体障害、知的障害、精神障害、あるいは貧困等に起因するニーズを持つ人、もしくは日常生活支援を希望する住民には、介護保険制度からの給付のみでは対応しきれません。

別ケースで扱う地域包括ケアシステムの構築が求められる理由の一つはここにあります。

## 20 介護保険制度の設計にあたって

ここで政策策定をめぐる思考訓練（？）を行うために、時を 1990 年代半ばまでさかのぼってみましょう。介護サービス利用に要する費用を公的に支援するにはどのような制度設計をすればよいかをめぐり、多岐にわたる関係者の間では盛んに議論が交わされました<sup>[6]</sup>。当時の論点と、論点ごとの選択肢を下に列記します。どれかの案が絶対的に良いわけではなく、それぞれ一長一短があります。企業経営者による戦略決定と同様に、可能な選択肢を幅広く考察し、その中から決意に基づく選択を行う過程でした。つまり、本ケースを読み、下記の選択肢一覧から、自分なりの案を選び、それを理念レベルから説得する試みは、企業経営者を目指す人にとって有意義なシミュレーションとなるはずです。

<sup>[6]</sup> 高齢者団体・家族の会、福祉界、医療提供者団体、介護提供者団体、労働界、財界、各政党、複数省庁、都道府県や市町村特別区が加わる自治体団体、学界等。

## 経済面の仕組みと財源

選択候補案の例は以下の通り。今でも、いずれの案に対しても利点と欠点の指摘が可能です。なお公債発行で財源を貢う先送り策は取らないとすると、どの案でも初年度2兆円程度の税収増、もしくは保険料の新規ないし追加徴収が必要と推計されていました<sup>[7]</sup>。

5

1. 保険給付の対象はあくまで利用者とするものの、医療保険制度のようにサービス提供事業者が介護報酬の形で代理受領する。

- 賛成論の典型

<全国に標準的なサービスが行き渡ることを重視する考え方> 制度としての全国共通の標準をつくりやすく、かつ「事業者指定の取り消し」という“ムチ”を用意できるので、一定の質を担保しやすい。

10

- 反対論の典型

<事業者による工夫を重視する考え方> 人々の日常生活を支えるサービスが期待されている以上、地域ごとや事業者ごとの工夫が望ましいが、介護報酬に細部を定められるとそうした工夫を行いくくなる。

15

2. 要介護者もしくは家族に対する現金給付を認めるべきか

- 賛成論の典型

<選挙民からの要求に早く応えたい政治家> 提供体制構築が遅れても、場合によっては提供体制が無い地域があっても、制度をスタートできる。

20

<新自由主義派> 要介護者やその家族が、受け取った現金を用い、好むサービスを購入すれば、市場経済原理が働きやすく、質の高い事業者が選ばれていく。

<保守派> 夫の世話をを行う妻、親の世話をを行う息子・娘・嫁などに報いることができ、日本の伝統的家族の姿を守れる。

- 反対論の典型

<「不肖の息子の酒代」論> 受け取った現金が介護サービス利用に向かうとは限らない。

25

<女性団体> 女性（妻・娘・嫁）を家庭内に縛り付ける桎梏となってしまう恐れが強い。

<自立支援派> 強制徴収によって集められた資金は要介護者の自立支援に資するサービスに使われるべきなのに、給付された現金を用いる購入だと、楽しそうな“スーパー銭湯”タイプのデイサービスや、本人より家族の希望に基づく安易な”お預かり”型が選ばれてしまうのではないか。自立支援にとって大切なリハビリテーション／機能訓練型サービスがえらばれにくくなる。

30

<sup>[7]</sup> 2020年度の介護費総額は12兆円を超えたとの推計が示されています。

### 3. 財源案

- (1) 公費財源、つまり増税
- (2) 年金保険制度の保険料を引き上げ、現金給付にあてる
- (3) 医療保険制度の保険料を引き上げ、現金ないし現物の介護給付に充当
- 5 (4) 独立の介護保険制度を創設し、新たに保険料を徴収すると共に、給付を行う
- (5) 自賠責（自動車損害賠償責任保険）のように民間保険への強制加入

なお現実にはわが国は (4) を選びました。しかし遡っての思考実験は可能です。

## 独立介護保険制度のシステム設計

10

次に、(4) を前提とした上で、独立の保険制度を構築するために決めなければならなかった、システム、サブ・システム、さらにはサブ・サブシステムの設計をめぐる論点と選択肢を示します。異なる項目の選択肢間の整合性を含め、どれが相対的に好ましいかを考えてみてください。

3. 被保険者の範囲：全年齢の住民、20歳以上、40歳以上、65歳以上など

15 4. 保険給付 (a) 対象：特別養護老人ホームやグループホーム等の居住型施設における食住費<sup>[8]</sup>、住宅改裝、福祉用具、通所型サービスの送迎、予防、高い入居金などを徴収する富裕層向け有料老人ホームにおける介護サービス、などの費用について、保険給付対象とすべきはどれか、給付対象外とすべきはどれか。

20 5. 保険給付 (b) 利用者自己負担割合：無し、1割、2割、3割。利用者ないし家計の所得および財産を利用者負担割合に反映させるべきか

6. 保険給付 (c) 要介護認定プロセス：必要か、もしくは医療保険のように事前（受療前）のニーズ判定は不要とするか。介護サービス利用を希望する被保険者が給付対象かどうかを認定する主体については、自治体、保険者、医師や看護師等の医療職、社会福祉関係者、介護事業者などが候補となりえる

25 7. 保険給付 (d)；ケア計画担当者を介護サービス提供者とは別に設置すべきか。ちなみに医療分野ではサービス提供者たる医師が自ら治療計画を策定している

8. 保険者機能を担う主体：国、都道府県、市区町村、医療保険者、民間保険者、新たに介護保険者を設立など

9. 保険料：国民年金のように定額か、厚生年金や医療保険制度のように所得比例か

30 10. 保険料徴収方法：勤労者であれば給与から、高齢者は年金から源泉徴収を行うか、それとも請求書に基づき役所窓口や金融機関・郵便局等で納付を求めるか

<sup>[8]</sup> 要介護者であっても自宅居住者の食住費は基本的に自己負担です。

11. 保険制度に対する公費財源の投入割合と負担者：無し、1/4程度、1/2程度のどれか。公費を投入する場合、国、都道府県、市区町村それぞれの負担割合をどうするか
12. サービス提供者の参入資格：自治体直営、社会福祉法人、医療法人、生活協同組合や農業協同組合等の非営利法人各種、NPO等の市民団体などのうちどれを認めるか。さらに営利法人参入希望をどう扱うか、医療分野のように営利主体は原則として排除するか 5
13. 介護事業者に対し保険制度から支払われる介護報酬の単位：個別サービス種別ごとか、サービスの組み合わせに対する包括払いか。個別サービスに対する支払の場合、支払単位は時間当たり、サービス1回あたり、1日あたりのどれか。包括払いの場合、単位期間は、1日当たり、1月あたり、それ以外の期間のどれか。
14. 介護報酬の性質と決め方：公定価格か参考価格か市場メカニズムに委ねるか。医療界における中医協（中央社会保険医療協議会）のように公定価格を審議する権限の強い会議体を設けるべきか 10
15. 保険制度運営や改正にかかる責任官庁：厚生省（当時、現厚生労働省）、自治省（当時、現総務省）、通商産業省（当時、現経済産業省）など

15

10

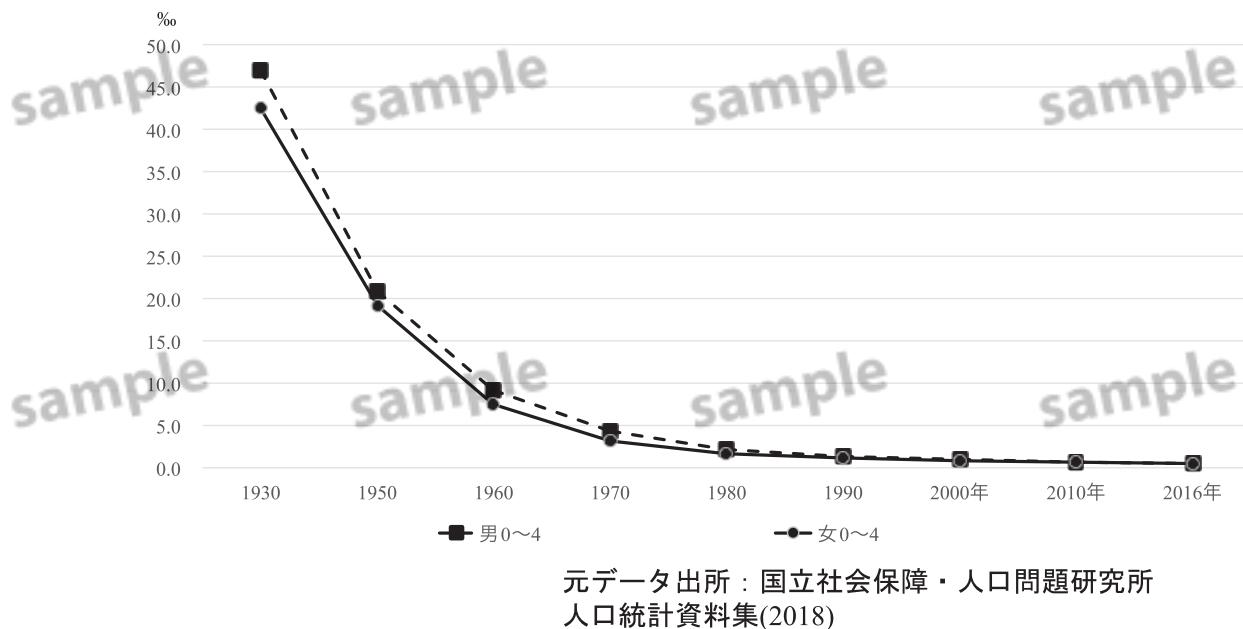
15

20

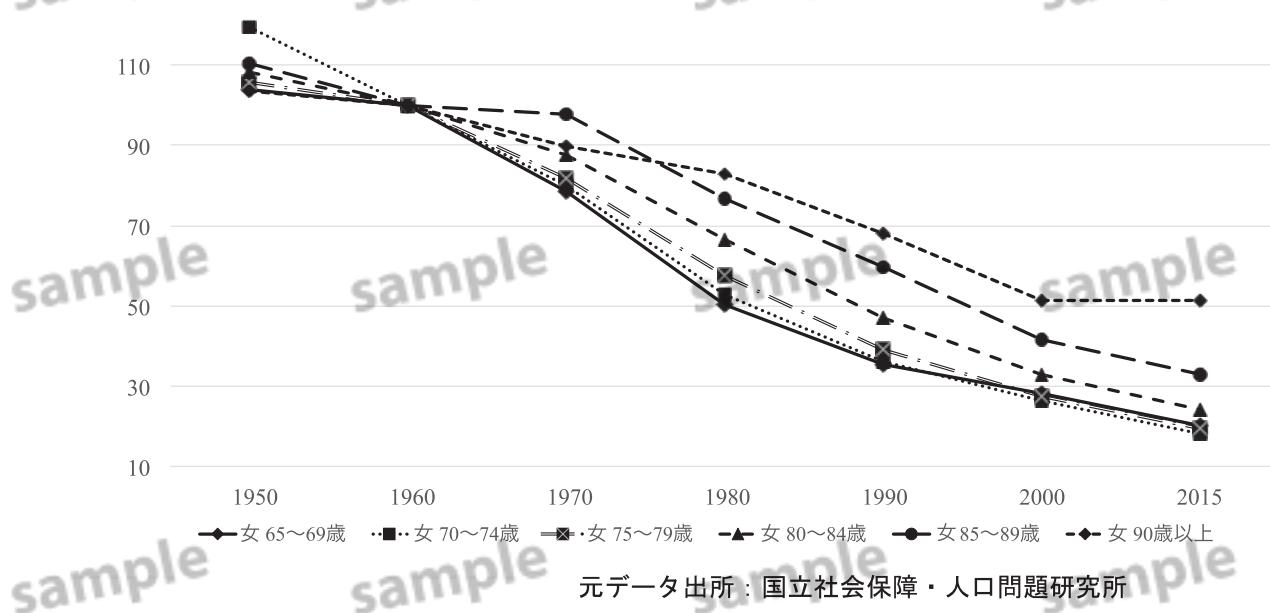
25

30

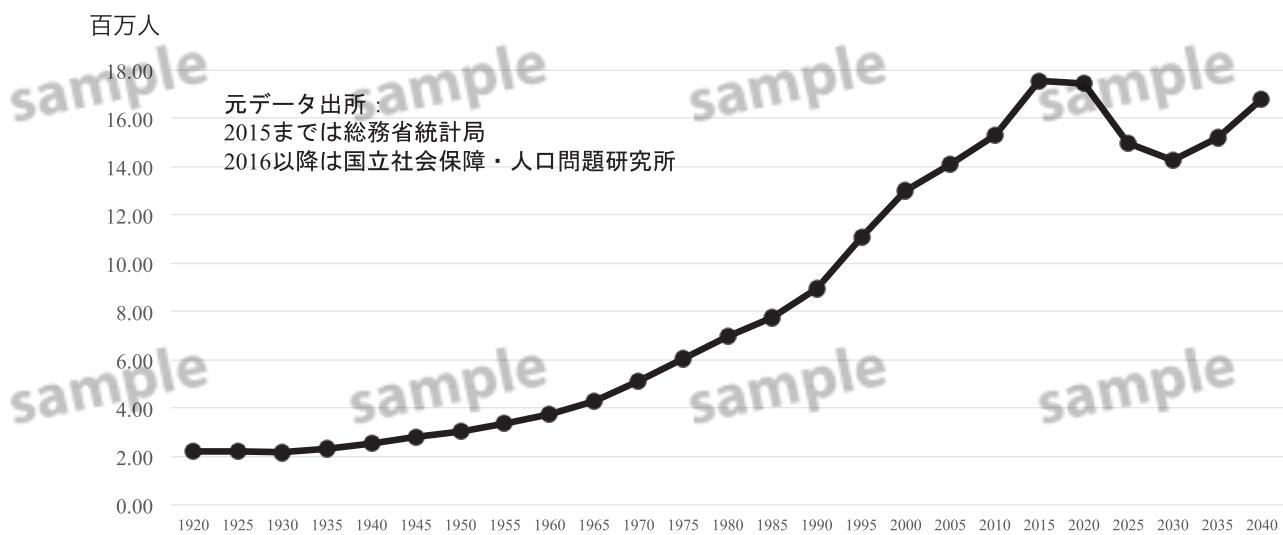
## 図1 日本における乳幼児死亡率の推移



## 図2：日本における女性高齢者死亡率



## 図3 65歳-74歳人口推移と予測：1920-2040



**不許複製**

慶應義塾大学ビジネス・スクール

共立 2022.1 PDF