

# 老人介護サービスのマーケティング

## —— 介護保険法の問題点とマーケティング戦略発想 ——

渡 辺 好 章

### 1. イントロダクション

「公的介護保険」の2000年4月実施をめぐって、97年12月の第141臨時国会で可決成立以来、各方面で賛否両論がにぎやかに展開されている。

だが、行政の側において、福祉充実を選挙公約とする議員は多いが、肝心の介護を受ける顧客サイドのニーズやウオントに関する調査や研究は不足しているうえに、老人介護問題に対する国家の基本方針について、国民のコンセンサスを得るための説明や討論も不足しているように思われる。要するに、相変わらず、福祉サービスの生産者たる行政のご都合主義的論理が、サービスの消費者たる国民に強要されるきらいが残る。

そこで、「交換による顧客満足の充足」というマーケティングの理念とその戦略的手法を用いて、公的介護保険問題を考察することが本論の目的である。先ず最初に、マーケティングの定義と市場概念の枠組みを、老人介護サービスの需給市場における交換関係に当てはめて考察したうえで、欲求充足の4原理、サービス・マーケティングの特性などについて明らかにする。次に、戦後の介護福祉政策の流れにおいて、この度の公的介護保険法による介護サービスの交換形態を明確にしたうえで、介護サービスの内容と問題点を検討する。そして最後に、受益者たる顧客が希望し満足するような介護サービスと、マーケティング戦略概念に基づく交換形態について考察してみたい。

### 2. マーケティング概念と介護福祉サービス

マーケティングとは、MARKETにINGをつけた学問の名称で、マーケット（市場）を構成する顧客欲求の量的質的分析と、顧客満足の創出を意図する、事業活動の戦略的研究を中軸とする。1948年のアメリカ・マーケティング協会（AMA）定義にみるごとく、当初、マーケティングとは（営利）企業の製品販売に関するビジネス活動として狭義に捉えられていたが、1970年

代を通して展開されたマーケティング概念拡張論争の末、現在では、1985年に公表されたアメリカ・マーケティング協会（AMA）の定義が、おおむね世界的に受け入れられている。

**1948年改定のAMA定義**

マーケティングとは、生産者から消費者または使用者に、商品およびサービスの流れを方向づける、ビジネス活動のパフォーマンスである。

**1985年改定のAMA定義**

マーケティングとは、個人および組織の目的を満足させる交換を創造するために、商品やサービスおよびアイディアの、企画開発・価格設定・販売促進および流通にかかわる、計画と実施のプロセスである。

**(1) 個人の目的（欲求）充足行為と組織の目的（使命・目標）達成行為**

では、85年定義が明らかにするマーケティング概念の主要文言について、老人介護サービスのマーケティングを想定して解釈するならば、「個人」とは、第一顧客としての介護を必要とする老人であり、その欲求は介護による快感や人間関係から生ずる安心感であろう。第二顧客としての家族や親族も、経費負担の軽減や時間的・肉体的看護労働からの解放などの満足を得るために、積極的に参与する個人といえる。また、宗教的動機や世間の義理から、自己の意思で独自に介護サービスを提供するボランティアも個人と解釈できる。さらに、組織で働く個人も、組織活動を通じて自己の目的を追求する意味で、介護マーケティングに参加していることになる。

同様に「組織」とは、厚生省など中央省庁、都道府県・市町村など地方自治体、社会福祉協議会や民間ボランティア団体など公共・非営利組織、および介護サービス提供者、介護機器製造業者、介護用品販売業者などの営利組織が考えられる。それぞれの組織の目的は、公共、非営利、営利組織で異なり、また中央省庁と地方自治体とでも異なることはない。

ところで、組織は個人の集合であるから、「個人目的と組織目的の乖離」という問題が発生する。つまり、明確な営利目的をもたない公共団体や非営利組織では、営利企業のようにその事業目標やゴールを数値化しにくいので、組織目的と個人目的の調整が重要な経営課題となる。そこで、ドラッカーはNPOにおける組織使命の設定と顧客満足の創造の重要性を説いている<sup>(1)</sup>。

(1) ドラッカーは半世紀にわたる仕事と経験を蒸留して、「非営利組織のための自己管理手法」を著した。使命を明確にし、優先順位をつけ、成果を定義し、それを計測し、資源を配分するための手法である。なかでも、使命（組織目的）設定を明確におこなうために、①われわれの使命（仕事）は何か？ ②われわれの顧客は誰か？ ③顧客は何を価値あるものとするか？ ④われわれの成果は何か？ ⑤われわれの計画は何か？ と自問せよと教えている。そうすることで、組織目的が個人目的として認識されるのである。

出典：ピーター・F・ドラッカー著、田中弥生訳、非営利組織の「自己評価手法」、ダイヤモンド社、1995年、21頁

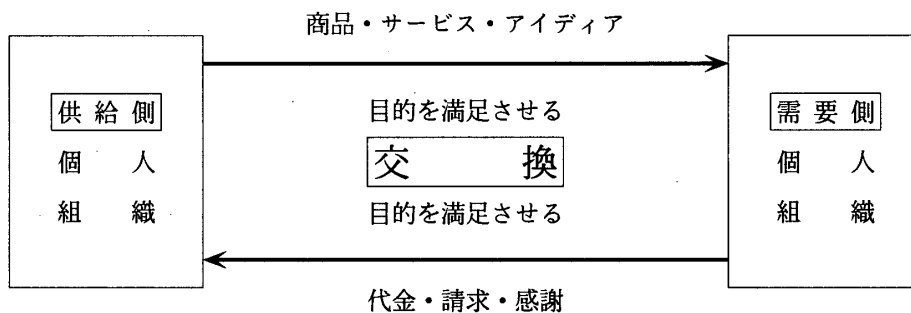
また、個人と組織の関係についてみれば、48年定義では、「生産者（製造業者）から消費者（個人消費需要の購買者）または使用者（業務用需要の購買者）へ」上下フロー関係として捉えているが、85年定義では、公共機関や非営利組織を考慮に入れたせいか、全てを並列インタラクティブ関係において捉えているように窺える。したがって、前者が売買取引関係を想定しているのに対して、後者はより広い概念の交換取引関係を提起していると解釈できる。

売買取引から交換取引への概念拡大は、主体者が目的を充足（欲求満足）するための動機と行為を複雑にした。売買取引では主として、購入商品に対して代金が直接的に支払われるから、売り手は商品のかわりに代金と利益をうけとり、買い手は代金のかわりに商品と便益を得る。しかし、介護サービスの交換取引となると、次に説明するごとく、サービスの提供と代金の支払いが、間接迂回的に行われるので、関係者の間で交換行為を行っているという自覚が薄らいでしまう。

## (2) 交換による目的達成または欲求満足

要介護者に介護サービスが提供される局面における交換は、当事者たちの実感として分かりやすい。供給側から介護用品、介護サービスおよび介護アイデアが提供され、需要側の要介護老人や家族から代金の一部と感謝が支払われる。(図1)

図1 介護現場の直接交換の図式

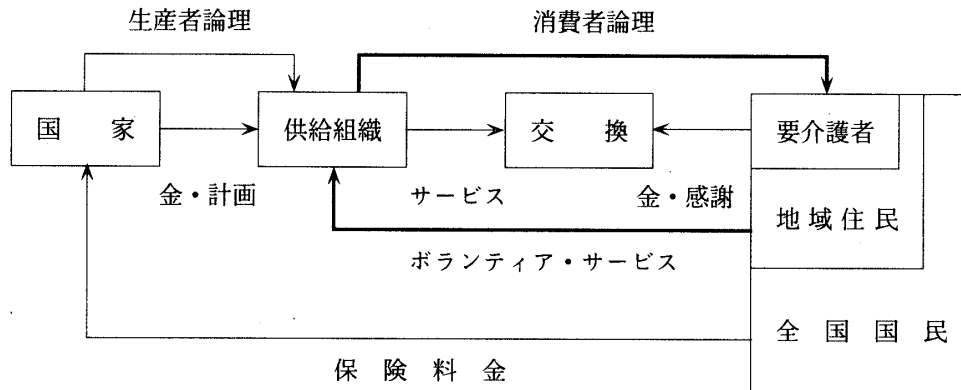


しかし現実的には、介護サービスの提供は、公共団体、非営利組織または営利企業に所属する介護士やホームヘルパーによって供給されるが、介護サービスの費用は、公的介護保険法のもとで、40歳以上の全国民の負担となり、その代金の大部分（90%）が直接間接的に中央政府から当該機関に還付されることになる。(図2)

国庫に吸い上げられた保険金が、サービス供給組織に還付される形態をとることで、マーケティングでいう交換の概念は著しく阻害される。ここに介護保険制度の矛盾があり弱点がある。それら矛盾と弱点については、次節で詳しく指摘するとして、ここでは真の意味で「交換の創造」による個人と組織の目的充足ではなく、介護保険制度の下の交換は、むしろ「強奪と懇

願」<sup>(1)</sup>の関係にあることを強調しておきたい。

図2 公的介護保険法による間接交換の図式



### (3) 介護福祉関連の「商品やサービスおよびアイデア」

介護福祉製品に関しては、多様化するニーズを狙って、介護者用住宅からベッド、車椅子、昇降機、入浴介護装置から、紙おむつや補聴器に至るまで、企業やベンチャー起業家により、次々に新製品が開発され、新しい市場が創造されている。

介護サービスに関しては、「新ゴールドプラン」で指摘されているごとく、ホームヘルパーや介護ソーシャルワーカー、老人保健施設や特別養護老人ホームなど、ソフト面もハード面も大いに不足が予測されている。

介護関連のアイデアとは、ホームヘルパーや看護婦が指導する、リハビリ運動のやり方や日常生活の注意事項などのアイデアの他に、広く一般的に啓蒙する高血圧、糖尿病など老人病予防のキャンペーンや、充実した健康生活を送るための知恵、禁煙運動、宗教的心の安らぎなど、メンタルな啓蒙活動の全てが該当する。欧米では民間NPOが人々の心構えを改造する触媒（エージェント）として、アイデアの啓蒙マーケティングで成果をあげている。

老人介護福祉では、製品よりも、サービスが交換の中核になる。そこで、サービスの特性を理解した上で、介護福祉マーケティングを展開する必要がある。ちなみに、サービスの特性とは、①「無形性」：介護サービスを事前に、見たり、試したり、比べたり、注文をつけたりすることはできない、②「不可分性」：サービスの生産（提供）と消費（享受）が同時に行われるので、

(1) 人々が欲しい物を得るために4つの方法があり、交換はそのうちの1つである。第1は「自給」で、自分または家族で自給自足する。第2は「強奪」で、権力や暴力で他人から必要なものを取り上げる。第3は「懇願」で、他人の慈悲にすがって欲しい物を得る。第4が「交換」で、かわりに何かを提供することによって、ある人から欲しい物を獲得する行為。

出典：フィリップ・コトラー著、村田昭治他訳、マーケティング原理、ダイヤモンド社、1984年、19頁

両者の信頼と協力関係が満足を生む、③「変動性」：サービスを提供する人により、同じ人でも心身の状態により、時間帯により、サービスの質が変動する、④「消滅性」：介護サービスの善し悪しについて事後評価しにくい、介護サービスの内容が見えにくい。したがって、介護サービスの提供者たる、ホームヘルパー、看護婦、医者サービスの質を、いかに向上させ、維持させるかが重要な問題になる。また、介護される側の老人の人柄や回復意欲などによって、それぞれの満足度は異なる。

#### (4) 介護サービスの4Pに関する計画と実施

製品（商品・サービス・アイデア）の企画開発・価格設定・販売促進・物的商的流通とは、いわゆるマーケティング・ミックスの4P（Product, Price, Promotion, Place）とよばれる領域で、介護サービスのマーケティングにおいても大筋で適用できる。

しかしながら、企業のマーケティングでは、これら4Pは独自の戦略で操作可能な要素であるのに対して、介護サービスのマーケティングでは、企画開発と価格設定の基本は当該中央省庁がおこない、物的商的流通は介護サービスを提供する公共団体、営利企業、民間NPOがおこない、販売促進など広報活動や市場調査は主として地方自治体がおこなう構造になっている。

つまり、介護サービスのマーケティングにおいて、計画と実施の主体が分離されているところに、巨大な社会的浪費と、サービス需給のミスマッチと、不満足交換の拡大をもたらす危険性があると思われる。

以上要するに、介護福祉サービスの需給構造をマーケティング定義にあてはめて考察すると、4つの問題点があることが見えてきた：

- 1) 個人と組織の目的の不一致、つまり個人的欲望のための組織資源悪用の問題。
- 2) 「交換」ではなく「強奪・懇願」関係なので、社会的不満が発生する問題。
- 3) サービスの無形性、不可分性、変動性、消滅性から生ずる品質管理と流通問題。
- 4) 計画立案と実施運営機能の分離により生ずる責任不在と資源浪費の問題。

### 3. 公的介護保険法と問題点

#### (1) わが国における老人介護問題の歴史的背景

戦後日本の社会福祉制度の基本的考え方は、1946年にGHQ（連合軍最高司令部）が公布した「社会救済に関する覚え書き」に始まる。その要点は、①無差別平等の原則、②最低生活保障の原則、③国家的・公的責任確立の原則、④公私分離の原則にある。特に問題となるのは③と④で、「社会福祉事業に公的責任を確立し、公私を分離せよ」ということは、社会福祉事業は国営で行

い、委託も助成金の交付も禁止されていた。

そこで、1950年に「社会福祉事業法」が制定され、その第5条第2項で「國または地方公共団体がその経営する社会福祉事業について、収容その他の措置を他の社会福祉事業を経営するものに委託することを妨げるものではない」と外部委託を可能とした。さらに、第56条で、「國または地方公共団体が必要と認めるとき、社会福祉法人に対して補助金を支出することが出来る」とし、その補助金を有効に使用させるために、当該社会福祉法人に監督権をもたせたのである。

このようにして、中央政府または地方自治体が財政的「措置」を行い、その特殊外郭団体としての民間の社会福祉法人が独占的に福祉サービスを提供するという、いわゆる「措置委託制度」が、これまでのわが国福祉行政の根幹をなしてきた。

さて、社会福祉事業を老人介護問題に絞って考えると、それが社会的および政治的に問題視されるようになったのは、1980年代に入ってからのことである。それまでは、高齢者人口が総人口の10%にも満たない割合<sup>(1)</sup>であり、経済成長のおかげで健康保険、労災保険、雇用保険など公的保険資金が潤沢にあり、高齢者の在宅介護は主として嫁や娘など女性家族の労働力にまかされていた。

しかし、80年代の後半から90年代にかけて、高齢者の人口比率が11、12、13%と増大する一方、バブル経済の崩壊で医療保険や年金保険の破綻が現実のものとして見えてきた。さらに、女性の高学歴化と社会進出、および夫婦家族と単身家族の増大で、嫁や娘にたよった在宅介護は現実問題として不可能になってきた。

戦後、60-70年代の介護福祉問題は、老人福祉法（施行昭和38年）、老人保険法（施行昭和58年）によりある程度は保護されてきたが、介護の対象は低所得者と家族のいない高齢者などに限定されていた。ところが、1980年代にはいり、一般の中流家庭における要介護高齢者が激増し、特別養護老人ホームや老人保健施設などの需要が増大するに及んで、厚生省は通達や現場の運用などで介護対象者を次第に拡大したが、ついに、1990年「高齢者保険福祉十カ年戦略」（ゴールドプラン）を公表、さらに1994年地方自治体の「老人保健福祉計画」に基づき、新ゴールドプランとして修正した。

老人介護保険の構想が、初めて公表されたのは、94年3月に出された「21世紀福祉ビジョン」においてである。その後、同年6月にドイツにおいて介護保険法が成立し、その内容が紹介されると、わが国でも公的介護保険制度の確立にむけて、事態は一気に加速する。老人介護の財源に関しては、当初、国民福祉税とすとか、消費税値上げの内1%を高齢者介護に向けるとか、租税方式が検討されたが、この時点でドイツに習って、租税方式を排し、保険方式でゆくことが決

(1) 近年の高齢化は：1970年の7.1%、1980年の9.1%、1990年の12.0%、1995年の15.1%

定した。しかし、老人介護費用負担の公平性や妥当性をめぐって、今後さまざまな問題が浮上してくると予想される。

## (2) 介護保険法の成立と意図

1997年12月9日、第141回臨時国会で一部修正のうえ可決され同法案は成立した。その経緯は、1995年7月の老人保健福祉審議会の中間報告をタタキ台にして、96年4月に最終報告をまとめ、第139臨時国会へ提出したが審議未了となり、97年1月の第140通常国会の衆議院において修正のうえ可決された。その修正された内容は、①市町村介護保険事業計画の策定・変更の際に被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講じること、②法施行後5年を目途として介護保険制度の全般に関する検討を行うこと、③その他所要の修正を行うの3点であった。しかし、参議院に送付された修正案は審議未了のため次期国会で継続審議すると延期された。そして遂に、第141国会で一部修正のうえ可決されたのである。修正された点は、①国の責務の具体的内容として「保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策」を明記すること、②先の通常国会で成立した健康保険法等の一部改正法の施行に伴う条文整理の2点である<sup>(1)</sup>。

こうして見ると、5年後の制度見直しや、市町村の勝手な計画の策定や変更を禁じたり、国の責務と権限の留保を意図したあとが窺えるなど、足掛け3年をかけて、修正に修正を重ねた妥協の産物であったことが想像できる。

ではなぜ、バブル破裂後の金融危機のこの時期に、これほどまでして拙速に法案を可決させたのか。おそらくその背後に、①激増する高齢者人口に、現行の医療福祉制度は破綻する。同時に、不況による租税収入の減少から、老人福祉予算の増額は望みがたく、保険制度という強引な集金策が必要になってきた。②老人福祉行政は住民と直結している市町村が行うとする方向で、欧米先進国は動いている。わが国でも「地方分権」の趨勢から、老人福祉行政の実施責任を地方自治体に転嫁できれば都合がよい。しかし、中央が保険金の配分権を握って、地方自治体を通じて間接支配したい。とする、厚生省の思惑が見えないでもない。

## (3) 介護保険法の要点

さて、大きな問題が残ると言われる介護保険制度案の骨子は次の通りである<sup>(2)</sup>。

- ① 保険者は市町村とし、国及び都道府県並びに国民の共同により運営する重層的な制度とする。

(1) 社会保障統計年報、平成9年版、総理府社会保障制度審議会事務局編、平成10年2月、26頁

(2) 前稿書、28頁

- ② 被保険者は、制度発足に当たっては40歳以上の者とする。
  - ③ 保険給付は、要介護者の自立支援を基本に、適切な要介護認定を行った上で、在宅・施設両面にわたる介護サービスを計画的に提供する利用者本意の制度とする。
  - ④ 公費負担は給付費の2分の1とする。
  - ⑤ 利用者負担は保険給付の対象費用の1割とし、施設においては食費は利用者の負担とする。
  - ⑥ 保険料の徴収は、65歳以上の被保険者（第1号被保険者）については、年金保険者からは特別徴収を行うほか、非年金保険者は市町村が徴収を行う。また、40歳以上の被保険者（第2号被保険者）については、医療保険各法の定めるところに従い、医療保険者が徴収のうち一括して納付し、高齢化率の調整を図りつつ市町村に配分する。
  - ⑦ 市町村における事務・財政両面にわたる円滑な保険者運営に資するため、市町村の連合組織において、財政支援事業をはじめとする市町村支援事業を実施する。
  - ⑧ 施行に当たっては十分な準備期間を置き、新ゴールドプランの達成状況、基盤整備の進展を見極めつつ施行日を定める。（在宅サービスは平成11年4月から、施設サービスは平成13年を目途に実施）
  - ⑨ 介護保険制度全体について、法律施行後の推移及び状況変化を踏まえて検討を加え、必要な見直し等の所要の措置を講じる。
  - ⑩ 介護保険制度の創設に合わせ、医療法をはじめとする関係法律の改正を行う。
- これら10項目の骨子に、付帯的修正事項として、市町村に対する財政支援の強化策として、要介護認定の経費の2分の1を国が市町村に交付すること、都道府県に財政安定化基金を置くことのほか、平成12年度からの在宅サービス・施設サービスを同時に実施することなどの意見が盛り込まれた。

#### (4) 介護保険制度の問題点

##### ① コスト／ベネフィットの不公正性：保険者の9割は掛け捨て

原案によれば、40歳以上の国民から、なかば強制的に該当者の医療保険に上乘せするかたちで徴収する。65歳以上からは、年金から天引きとする他は、市町村の責任で個別に徴収するようだ。

試算によれば、平成7（1995）年のわが国総人口は1億2,557万人。そのうち40歳以上人口は6,224万人（49.6%）、65歳以上人口は1,828万人（14.6%）である<sup>(1)</sup>。この65歳以上高齢者人口のうち、洗面・歯磨き・着替え・食事・排泄・入浴・歩行のいずれか一つでも何らかの介護を必

(1) 日本の統計・1998, 総理府統計局, 平成7年国勢調査に基づく, 15頁



要とする「要介護者」は86万人で、65歳以上人口の4.7パーセント、これを40歳以上人口比率でみればわずか1.4パーセント。ほかに、65歳以上で特別養護老人ホームに入っている者の21万人（1%）と老人保健施設にいる者の9万人（0.5%）を、要介護者の86万人に加えても116万人。要するに、平成7年の時点でみれば、65歳以上人口の6.5パーセント、116万人の要介護者を、40以上の人口6,224万人で面倒を見ようという保険制度なのである。

さらに、厚生省の推計でみると<sup>(1)</sup>寝たきり、痴呆症、虚弱高齢者の合計で、平成12年（2000）には280万人（65歳以上推定人口21,870千人に対し12.8%）、22年（2010）には390万人（28,126千人に対し13.9%）、37年（2025）には520万人（33,116千人に対し15.7%）となる。しかし、これらの合計数字の約半数は虚弱高齢者であるから、全てが介護を必要とするとは限らないので、今後四半世紀の間、わが国の介護保険の対象となる要介護者は、65歳以上人口の1割以下で推移するとみてよいだろう。

はたして、65歳以上人口の10パーセント以下の要介護者を支援するために、40歳以上の全国民が保険金を負担するだろうか。これは、自主的「交換」の論理では不可能である。「強奪と懇願」の論理だからこそ可能になる。

もう一つの不公正として、今後、SOHO（自宅仕事場）事業家や、フリーター（自由勤労者）、NPO勤務者、自主的失業者、および自営業者などの増加が予想されるが、はたして市町村自治体は、こうしたフリーライダーから公正にきっちり保険金を徴収できるのだろうか。それとも保険金を支払ってこなかった者は、介護福祉の対象外に追いやるのだろうか。さらに、民間保険会社が提供する老人保健に加入している人々が、公的介護保険への加入を拒否できるならば、ここにも抜け穴が生じてしまう。

## ② 要介護の「認定」をめぐる不当性：認定遅滞、手続煩雑、審査の信憑性、地域格差

第1の不当性は、要介護認定が下りるまでに1ヶ月も待たされる「認定遅滞」。風呂場やトイレで倒れて怪我をして、急に介護が必要になった。何かの事件をきっかけに、急にボケがひどくなり、家族では手に負えないようになった。家族の緊急事情で、介護の必要な老人を一人にして、家を空けねばならなくなった。などなど、およそ介護が必要になるのは急な事態が多い。

第二の不当性は、煩雑な要介護認定の手続きで、このために1ヶ月余もかかるのである。介護認定手続きの流れは：①まず、被保険者または家族が市町村に要介護認定の申請をする、②すると市町村から認定調査員が訪問調査にやってきて聞き取り式で調査票を作成する、③介護認定審査会（合議制判定機関）が認定調査票をコンピュータにかけて介護度をランキングする（一次判

(1) 平成9年度版、高齢社会白書、総務庁編、1998年、55頁、及び平成9年度版、社会保障統計年報、総理府社会保障制度審議会事務局編、1998年、109頁より合成計算

定)、④次に審査会は、かかりつけの医者または指定された医療機関からの意見書に照らしてランキングを再評価する(二次判定)、⑤ここで要介護認定がでると、申請者に連絡がゆき、さらに「ケアプラン」が必要な場合は、居宅介護支援事業者が診断にきてこれを作成し、⑥遂に、介護サービス提供機関からサービスが受けられる、という仕組みである。なお、要介護認定は3ヶ月ごとに見直しを行うという<sup>(1)</sup>。

第三の不当性は、調査票に基づくコンピュータによるランキング評価の信憑性にある。現行モデルの調査票は31項目73問あり、内容は、視力・聴力・会話・口頭指示の反応・麻痺の有無・寝返り・排尿排便・歩行・行動などに関するチェック形式である。それをコンピュータのプログラム・ソフトにかけて、在宅サービスの場合は、要介護度Ⅰ：虚弱のケース・月額6万円程度、Ⅱ：軽度・14-16万円、Ⅲ：中度・17-18万円、Ⅳ：重度・21-27万円、Ⅴ：痴呆・23万円、Ⅵ：最重度23-29万円の6段階。施設サービスの場合は、特別養護老人ホームが29万円程度、老人保健施設が32万円程度、療養型病床群等が43万円程度となっている<sup>(2)</sup>。

第四の不当性は、人により地域により異なる認定率のバラツキである。認定調査員の性格や人間関係、あるいは要介護者のたまたまその時の容態によって、認定結果に差違が発生すると思われる。ドイツの例では、州によって認定却下率に45%から25%までの開きがあるそうだ。わが国でも、介護サービスが充実している市町村では、不備なところに比べて、認定率が高くなると予想される。また、認定調査員は特定の福祉機関に所属するから、必然的に所属施設への優先的扱いが予想される。

### ③ 流通コストの肥大化：財務管理費、各種人件費、過剰サービス、ためにする福祉

元来、家族や親族で面倒をみてきた老人介護の問題を、40歳以上の全国民が総掛かりで、国家的制度のもとで解決しようという、壮大な計画であるから、医療保険問題や国民年金問題と同様に、ムダ・ムリ・ムラが避けられないだろう。

第一に、保険金の徴収と配布にかかわるコスト、および制度の管理運営費や各種人件費をざっと想像しただけでも、巨額なプロジェクトである。第二に、「薬付け医療」のように、介護士や介護機関が収益をあげるためには、必ず「過剰介護サービス」と介護老人の「たらい回し」などによる巨大なムダが生ずる恐れがある。第三に、こうした問題に中央政府や政治家が深くかかわると、(自分たちの)「ためにする福祉」がまかり通る。すでに、スキャンダル事件が発生してい

(1) 高野・佐野・伊藤著、これでいいのか介護保険、エイデル研究所、1997年、35頁、図表1・要介護認定の手続き

(2) 前稿書、これでいいのか介護保険、36-37頁、図表2・調査票の内容、図表3・要介護状態区分と給付月額

るように、それこそ制度あって介護なしという結果になるおそれがある。

#### ④ 不親切な介護サービス：顧客ニーズ無視のサービス提供

「お医者さんがいばっているのが老人病院，看護婦さんがいばっているのが老人保健施設，そして寮母さんがいばっているのが特別養護老人ホーム」<sup>(1)</sup> だそうだ。

この状態は、お客さんより、売り子がいばっている、社会主義国の百貨店と似ている。顧客たる介護老人の真のニーズは二の次で、組織の都合や作業ノルマの効率性が優先する。したがって、夕食の時間は早いほうが便利で、手の掛かる老人は寝たきりになった方が介護しやすい。現実には、介護サービスにきたホームヘルパーが、近所の店に買い物にでかけ二時間後に帰ってきたとか、邪見に介護されるのを嫌がる老人がいるとか、見えない所では、サービスの質的管理が難しい。「強奪・懇願」システムによる生産者の理論からすれば、それは仕方ないことかもしれないが。

## 4. 介護サービスのマーケティング・アプローチ

現行の選択の余地のない「措置委託制度」に比べれば、2000年に施行される「公的介護保険制度」は、若干の競争原理が導入された点で、半歩前進と言えるかもしれないが、それでも上記のごとく、厚生省など中央政府が制度、運用、資金面で、大きくかかわるところに問題が残る。

これを改善し、老人介護サービスの需給関係に、介護サービス提供者も要介護者も共に「満足」のいく「交換」を創造するために、顧客志向の理念に基づくマーケティングの考え方は有用である。

### (1) ディマーケティング戦略：介護需要の削減

ディマーケティング<sup>(2)</sup>とは、製品やサービスに対する需要が多すぎたり、その需要が望ましくない事態にあるとき、需要を抑制するために行われる戦略である。

つまり、介護サービスの提供量を増やして多くの利用を促すのでなく、介護サービスをできるだけ不要にするマーケティングをおこなう戦略が今後重要になるだろう。その意味において、公的介護保険は介護需要を助長する制度になるおそれがある。なぜならば、保険料を払い続けてきたのだから、少しでも重度の「認定」を受けて、手厚い在宅サービスを受けたいと考えるのが人

(1) 医の常識・非常識，消える総合病院制度，厚生省科学研究所，吉野晶雄，日経ビジネス，1998年4月27日，119頁

(2) ディマーケティング（demarketing・抑制的マーケティング）は，需要が多すぎたり，望ましくない事態に対して，それを抑制するために行われる。P.コトラーによれば，ソーシャル・プログラムの容量を超える需要があるときや，未成年者や女性の喫煙抑制キャンペーンや飲酒運転防止キャンペーンなどで実施されている。金子・中西・西村編，現代マーケティング辞典，中央経済社，237頁

情だからである。

高齢者を対象にした生きがいや臨終に関するアンケート調査で、必ず出てくる臨終願望は、「元気で働き続けて、死ぬときは、面倒や世話をかけずに、ポックリ死にたい」。日本全国にさまざまなポックリ寺<sup>(1)</sup>があって、お参りする人が後を絶たないのは、その現れとみてよいだろう。ならば、その願望を満足させるために、老人がいつまでも若々しく、健康で、創造的な生活を可能にするような、ソフト面（制度、法規、教育、価値観など）とハード面（運動施設、リハビリセンター、自然環境など）の充実を図る必要がある。そして、65歳以上の要介護老人比率を、現在の7%から、今後は5%、3%と低下させることを政策目標とにおいて、その実現に社会的努力を傾注すべきである。

従って今後、地方分権が進展し、事業企画と財政収支に自治体の自主性が求められると、老人問題の位置づけは、地方行政の重要政策課題となる。老人を社会的弱者として介護や養護の対象とせず、老人を社会的貢献者として顕彰し、最後まで生きがいある仕事に従事してもらうように、発想の転換を行う政策課題である。

そのためには、人々の心構えや価値観の修正が必要になる。そこで、アイディア（ピン・ピン・コロリ運動）を様々なかたちでマーケティングするために、「改造触媒」（チェンジ・エージェント）<sup>(2)</sup>としての公共・非営利組織（NPO）の存在と役割が不可欠になる。

## (2) 市場セグメンテーション戦略：市場細分化による介護需要の分別

マーケティングでいう市場細分化とは、ある製品・サービス・アイディアに対する全体市場を、年齢、所得、職業、住所などの因子、あるいは使用頻度、購買理由など行動因子によって、比較的同質の需要市場に細分化することである。

老人介護市場も同様に、さまざまな因子を用いて細分化することにより、①裕福な要介護老人（介護付き高級老人ホーム、民間の老人介護保険を利用）、②家族により介護が可能な老人（減税や報奨金で報いる）、③自立自尊意欲の旺盛な老人（携帯電話や緊急ベルをもたせ、要望に応じて介護する）、④本当に困窮している要介護老人（適切なケアプランに基づく介護）などに分別して、それぞれの市場ニーズに応じて営利、非営利、公共組織のそれぞれが介護サービスを提供すればよい。

ディマーケティングは要介護者となる老人の総数を削減する戦略であるが、セグメンテーショ

(1) 朝日新聞、朝刊、大阪、97年10月4日、毎日新聞、朝刊、96年2月4日

(2) チェンジ・エージェントとは、他の人の気持ちを変えさせようと働きかける個人や組織。介護福祉に関しては各種医療機関、カウンセラー、ヘルパー、大学、宗教団体、などなど。出典：P. コトラ著・井関監訳、非営利組織のマーケティング戦略、第一法規、1991年、181、437頁

ン戦略は、要介護老人を類別して自助努力と相互扶助を促す戦略といえる。その結果、これから増大の一途をたどると予想される、老人介護に要する国民一人当たりの費用を、少しでも軽減することができる。また、過剰な介護サービスや、偽りの介護要請に、無駄な介護サービスを提供することもない。

ところで、このセグメンテーション戦略を有効に実施するために、地域単位の老人データベースの構築と維持管理が不可欠である。そして、ひとたびデータベースが完成すれば、次に述べる、ダイレクト・マーケティングやリレーションシップ・マーケティングの展開が可能になる。

### (3) ダイレクト・マーケティング戦略：中間流通コストの削減

ダイレクト・マーケティングとは、本来、製造業者が中間業者を介在させずに、直接消費者に販売すること。しかし、現在では、ダイレクトを広義に捉え、通信販売、電話やテレビ販売、インターネット販売など、中間流通業者を介さない対消費者直接販売をいう。

老人介護サービスの流通におけるダイレクト・マーケティングとは、公的介護保険制度が考えているような、40歳以上の全国民と中央省庁や都道府県と市区町村の自治体など幾多の機関が介在する、国家レベルのロング・サーキット制度ではなく、市町村レベルの自治体と住民が主体となり、地域の老人介護は地域住民の責任とする原則の下で、人間的なシビル・ミニマム介護を保障する地域レベルのショート・サーキット制度とすることである。

国家の役割は、地域単位ごとに、老人数とその比率に応じて、最低必要限度の交付金を公金(税金)から支給すればよい。市町村レベルで老人介護サービスが満足のいくものか否かは、それこそ首長の才覚と努力、住民の相互扶助精神と隣人愛にかかってくる。住民は自分が支払っている税金の内いくらが地域の老人介護に充当されているか正しく認識するべきである。単独負担が困難な小さな町村なら、連合するか合併して対応すればよい。むしろ、裕福な老人を都会から誘致するような、村起こしがあってもよい。

そうすれば、中央と都道府県レベルに介在する幾多の公共機関や外郭団体に要する「流通コスト」が削減され、同時に、悪徳議員や官僚による「組織資源の流用」を未然に防ぎ、また、「強奪と懇願」の関係が改善され、介護サービス「交換」の実体が見える形になる。その結果、保険金を払ったのだから介護されるのが「あたりまえ」だと不平を言う老人が減り、地域住民への負担やボランティアの親切な介護に「ありがたい」と涙する老人が増えてくる。

### (4) リレーションシップ・マーケティング戦略：個人的介護ニーズへの対応

リレーションシップ(関係性)マーケティングとは、従来のマス・マーケティングにみられた衝動的で一回性の売り手と買い手の関係を改め、反復的で継続性のある売り手と買い手の関係を

構築しようとするもので、整備された顧客情報管理と親密なコミュニケーションと長年にわたる信頼関係により実現する。

老人介護におけるリレーションシップ・マーケティングとは、ナショナル・ブランドの介護サービス・パッケージを、認定度に応じて、全国一律に支給するのではなく、地域の自治体が管理する住民データベース情報に基づき、ワン・トゥ・ワンの関係において、要介護者が必要とする介護サービスを、必要な時に、必要な方法で提供する、個別ニーズ対応の考え方である。

本来、老人介護は非常にパーソナルでリレーショナルな問題である。おそらく介護を必要とする老人のニーズは、十人十色はおろか、時と場合により、一人十色にもなる。ということは、わが国の老人介護市場は、非常に大きな潜在需要と、多種多様なニーズが見込める、巨大なビジネス・チャンスを秘めている市場である。その市場を開発するには、マス・マーケティングの手法より、リレーションシップ・マーケティングの手法が適切であることは言うまでもない。

#### (5) 市場開発のマーケティング戦略：交換の創造による市場の質的量的拡大

マーケティングの原理にしたがえば、巨大な潜在需要が見込まれる有望な市場が存在するとき、財やサービスの供給者は、その顧客満足を志向して、こぞって市場に参入し、製品・価格・流通・広告などマーケティング・ミックスを最適化して競争するプロセスを通じて、市場創造と顧客満足が実現する。

老人介護市場の規模は、厚生省の試算によると2000年に4兆2000億円、2010年には6兆9000億円まで拡大する見通し。しかし、明治生命は2000年に8兆円程度の市場を独自に見込んでいる。この分野の雇用者も今後、急速に増加する見通しで、例えば、経済審議会の専門部会は、医療・保健・福祉分野の雇用は、93年から2000年までに110万人、2000年から2010年までに70万人増加すると試算している<sup>(1)</sup>。

介護用品市場に限ってみれば、1998年度におそらく1兆円市場をマークするだろうと通産省医療・福祉機器産業室は予測している。その内訳は、①体の機能を補助する「義肢・装具市場」②入浴や排せつ、移動などを補助する「在宅介護関連市場」③補聴器などを含む「コミュニケーション機器市場」の3分野に分類できる。なかでも伸びが大きいのが在宅介護関連分野で、96年度の市場規模は前年度比24%増の3284億円。とりわけ大人用おむつの伸びは著しく、95年に年間490億円だった市場が、2000年には1000億円と2倍以上に拡大する見通し。現に企業による、紙おむつの新製品開発と販売促進努力がすでに始まっている<sup>(2)</sup>。

ところが、介護サービスの提供者についてみれば、最大の供給主体は社会福祉協議会などの外

(1) 日経ビジネス, 1998年6月22日, 53頁

(2) 日本経済新聞, 1998年6月10日, 11面

郭非営利団体であり、現在のところ民間営利企業のサービスは限定されている。民間営利事業者が参入している市場とは、老人ホーム、ホームヘルプサービス、在宅給食サービス、移送サービス、在宅入浴サービス、緊急通報サービス、住宅改造サービス、福祉用具（車椅子、介護ベッド、移動用リフト、成人用紙おむつ、等など）の製造・販売・レンタルの分野と限られている。

その上、民間営利事業者によるサービスは、通常利用料金のみで運営されるため、公的サービスと比べ大幅に高価格になる。したがって、公的と民間サービスの価格差のために、民間サービスに対する需要量は自ずから限界がある。年間売上高を業界別にみると、最大が福祉用具製造の2500億円、次が有料老人ホームの600億円で、以下は数億から数十億円規模の小規模な市場分野である<sup>(1)</sup>。

## 5. 老人介護福祉問題の基本的な考え方

国民の生活水準が高まり、生活者ニーズが多様化してくると、統制経済が機能しないことは、すでに実証されている。だが、公的介護保険制度の実施を廃止せよと言うつもりはない。先にも述べたとおり、現行制度を改革し、半歩前進するための手段として、むしろ必要であるかもしれない。危惧していることは、すでに予想される膨大な保険金の使途を狙って、既得権の維持と、新たな権益を求めて、省益、党派益、団体益、組合益、社益を意図した動きが始まっている。そしてその次に見えてくるのは、保険料の引き上げか、介護サービスの低減である。そうかと言って、直ちに完全に民営化して、営利を目的とした自由競争にゆだねれば、市場原理が作用して、弱者の切り捨てにつながる恐れがある。

従ってこの問題は、今後さまざまな紆余曲折の末に固まってくるわけだろうが、少なくとも老人福祉問題を考える上で遵守すべき原則が三つある。

第一は、セルフ・ヘルプ（自助）の原則。これを介護福祉の根本理念として、明確に打ち出すべきである。わが国には古来、「自分のことは自分でする」、「自業自得」の教えがある。西洋にも「Self-help is the best help」の諺がる。サッチャー元首相はこれで英国病を治療した。

古来、人間として自分の始末は自分でつけるのが本筋で、とことん自助努力で生き抜いてみて、どうしても不自由になったとき、地域や国家に介護してもらおうという自覚を、全ての国民に周知徹底させるべきである。これは個人が人間としての尊厳をもって、人生を全うするための理念である。それなのに、「65歳過ぎれば国家が面倒をみますよ」と公言すれば、本人も家族も自助努

(1) (社)ニュービジネス協議会編、行政サービス・ビジネス、東洋経済、1997年、99-100頁

力を失くなることは、当然の成り行きだろう。

第二は、セービング・ヘルプ（蓄財補助）の原則。蓄えの無い老人にセルフ・ヘルプを強要することは、弱者の切り捨てにつながるの批判が高まるだろう。そうではなくて、老人にセルフ・ヘルプができるように、貯蓄と収入をもたせる政策の必要である。

例えば、相続税を安くする、一定の条件のもとで住民税を割り引く、働く意欲のある老人にふさわしい職場を用意する、宅地・住宅や生命保険のリボリングを奨励するなどなど。すでに現在でも、ゆとりのある高齢者層はかなり増加している。

おそらく反論として、老人はお金を貯めても、自分の介護費に使わないという立論があるだろう。しかし、だから介護保険で一律に面倒を見るのだというのでは、あまりに短絡的な議論である。それは反面、本当に必要とされない、無駄な介護サービスが公金で賄われているということである。

ゆとりのある老人が増えれば、介護サービスに対するニーズは一人十色。そうしたニーズに対応すべく、創造的な企業がリレーションシップ・マーケティングを展開すれば、巨大な市場が開発されることは間違いない。そして、その介護サービス・ビジネスが本当に有効なものであれば、高齢化が始まるアジア諸国においても通用するノウハウとなるだろう。

第三は、リリーフ・ヘルプ（救済補助）の原則。いつの時代どのような社会制度のもとでも、不運な人、不幸な人、貧乏な人、孤独な人はいる。戦前の日本や、現在の発展途上国にあって、それはどうにもならない問題かもしれない。しかし少なくとも、現在日本の経済力をもってすれば、国民が真に必要な救済的な介護サービスを、中央および地方行政が保障することは可能であるし、義務でもある。

しかし、そこで常に問題になるのは、政治家と官僚の金銭感覚のルーズさと、産業や企業との癒着の構造である。その責任の一端は、税金を「払った」のではなく「取られた」と思う国民の側にもあるわけだが、介護保険制度のような「親方日の丸」事業は、必ず巨大なムダが発生すると予想される。

従って、救済的介護を、真に必要なか否かを、いかなる基準に照らして、誰が認定するか？ 必要とする介護サービスを、いかに効率的に、かつ低コストで提供するか？ 物理的な介護サービスにとどまらず、精神的な心の救済サービスをおこなうには、何が欠けているのか？ といった根本的命題を真剣に検討しながら、宗教団体への呼びかけや、民間ボランティア団体の育成、自主的な募金活動の奨励などを、きめこまかく実施して行く必要があるだろう。

以上



《Summary》

Marketing for the Aged Care Service  
—A Marketing Approach to Overcoming  
Difficulties with the Care Insurance Acts—

*By* Yoshiaki WATANABE

In advance of the enforcement of the Public Care Insurance Acts starting in April, 2000, arguments for the pros and cons have stirred up great public interest.

It is obvious that there are many difficulties and contradictions in executing the Acts. In marketing terms, this is a “production-oriented” national scheme and not a “customer-oriented” one.

Therefore, the purpose of this paper is try to apply a marketing approach in offering aged care service, after an explanation of the contents and difficulties of the Acts.