

Title	準市場の優劣論と介護保険制度導入時の議論
Author(s)	児山, 正史
Citation	人文社会科学論叢, 2, 2017, p.143-156
Issue Date	2017-02-28
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10129/6005">http://hdl.handle.net/10129/6005</a>
Rights	
Text version	publ isher



<http://repository.ul.hirosaki-u.ac.jp/dspace/>

## 【論文】

# 準市場の優劣論と介護保険制度導入時の議論

児山正史

## 目次

1. はじめに
2. 概観
3. 利用者の行為主体性
4. 条件の充足
5. 良いサービスの提供
6. おわりに

### 1. はじめに

本稿は、準市場 (quasi-market) の優位というルグラン (Julian Le Grand) の主張に沿って、日本の介護保険制度の導入時の議論を整理し、介護の選択制について実証的に明らかにすべき点を挙げる。

準市場とは、サービスの費用を利用者ではなく政府が負担する(「準」)一方で、当事者(政府、供給者、利用者など)の間に交換関係がある(「市場」)方式である。準市場にはいくつかのタイプがあるが、日本では、利用者やその近親者が供給者を選択する型(利用者選択型)を指すことが多い(児山2004)。準市場の代表的な研究者であるルグランによると、準市場(利用者選択型、以下同じ)は、供給者に誘因を与え、利用者を行為主体として扱うことなどにより、競争・情報・いいとこ取りなどに関する条件が満たされるならば、質・効率性・応答性・公平性などの点で良い公共サービスを提供する可能性が他の供給方式よりも高い<sup>(1)</sup>(児山2011)。

日本では、2000年前後に、保育、介護、障害者福祉の分野に、利用者が供給者を選択する制度(選択制)が導入された。日本の社会福祉の選択制については、導入時に活発な議論が行われ、導入後の効果・影響に関する実証的な調査・研究も蓄積されてきた。このような議論や調査・研究は、準市場の優劣論を検討するための豊富な材料を提供しているが、これらを用いてルグランの主張を検討した研究はほとんど見られない。前稿(児山2016)では、日本の社会福祉の選択制に関する総論として、社会福祉基礎構造改革をめぐる議論を整理し、社会福祉の選択制について実証的に明らかにすべき点を挙げた。本稿からは、介護、保育、障害者福祉の各分野ごとに、選択制に関する議論や実証的な調査・研究を整理する。

まず、本稿では、介護保険制度の導入時における介護の選択制をめぐる議論を整理する。介護保険制度の導入前には、市町村が要介護高齢者に対して居宅サービスの提供や施設への入所の措置をとること（措置制度）が規定されていたが、2000年4月に介護保険法が施行されたことにより、介護の分野に選択制が導入された（同上：26）。以下、第2章で、介護の選択制の導入の経緯と介護保険制度を概観した上で、第3～5章では、ルグランの主張に沿って、利用者を行為主体として扱うこと、良いサービスを提供するための条件の充足、良いサービスの提供に関する議論を整理する。なお、供給者に誘因を与えることについては、議論が見られなかったため省略する。

## 2. 概観

### (1) 経緯

介護の選択制は、1990年代前半から、政府の審議会の報告等で提言された。

1993年2月、社会保障制度審議会（内閣総理大臣の所轄に属する機関（社会保障制度審議会設置法1条）の社会保障将来像委員会が、社会保障を推進する場合の基本原則として、サービスを利用者の意思で選択できることが重要であると報告した（社会保障制度審議会1993：9）。また、1994年9月の同委員会の第2次報告や1995年7月の同審議会の勧告は、公的介護保険が介護サービスの費用を負担するようになれば、利用者にとって選択が可能になり、供給者間の競争を強め、サービスの量的拡大と質の向上が期待できると述べた（社会保障制度審議会1994：11、1995：14）。

これらの報告・勧告の前後には、厚生省の懇談会等も介護の選択制を提言した。1994年3月、高齢社会福祉ビジョン懇談会（厚生大臣の私的諮問機関）が、21世紀に向けた介護システム構築の基本的視点として、高齢者本人の意思に基づき最適なサービスを選べることが重要であるとした（高齢者福祉ビジョン懇談会1994：37）。12月には、高齢者介護・自立支援システム研究会（厚生事務次官の私的研究会）が、高齢者が自らの意思でサービスを選択するシステムを構築すべきであるとした（高齢者介護・自立支援システム研究会1994：79）。1995年2月には老人保健福祉審議会（委員は厚生大臣が任命（老人保健福祉審議会令2条））が介護保険制度についての審議を開始し、7月に中間報告、1996年1月に第2次報告、4月に最終報告を公表し、高齢者がサービスを選択する制度を提言した（老人保健福祉審議会1995：116、1996a：192、1996b：25）。

1996年5月には厚生省が老人保健福祉審議会に介護保険制度の試案・修正試案を提示し、6月には厚生大臣が介護保険制度案大綱を諮問して、介護が必要な者が自らの意思でサービスの利用を選択できる制度を提案した（厚生省1996a：240、1996b：260、厚生大臣1996：211）。そして、同審議会は、介護が必要な者が自らの意思に基づきニーズに応じた介護サービスを利用できる制度を創設すべきであると答申した（老人保健福祉審議会1996c：236）。

その後、1996年11月に介護保険法案が閣議決定、国会に提出され、1997年12月に同法が成立し、2000年4月に施行された。（増田2014：20-5）

## (2) 制度

2000年4月に開始した介護保険制度は、次のような内容である。

介護保険は、被保険者の要介護状態などに関し、必要な保険給付を行うものである（介護保険法2条）。介護保険の保険者は市町村・特別区であり（3条）、被保険者は、65歳以上の住民（第1号被保険者）と、40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）である（9条）。要介護状態に関する保険給付（介護給付）を受けようとする被保険者は、要介護者に該当することと要介護度の区分（要介護状態区分（7条））について、市町村（特別区を含む（9条））の認定（要介護認定）を受けなければならない（19条）。要介護者とは、要介護状態にある第1号被保険者と、加齢によって生じた要介護状態にある第2号被保険者である（7条3項）。

要介護認定を受けた被保険者（要介護被保険者）は、例えば居宅サービスの場合、自己の選定する事業者からサービスを受け、その費用の9割を市町村から支給される（市町村が被保険者に代わって事業者を支払うこともできる）（41条）。支給される額は、要介護状態区分に応じた支給限度額の範囲内である（43条）。なお、費用が支給されるのは、都道府県知事が指定する事業者からサービスを受けた場合である（41条）。

介護保険の費用の負担は、国が25%、都道府県が12.5%、市町村（一般会計）が12.5%、被保険者の保険料が50%（第1号と第2号は人数比で按分）である（121～126、129条）。（佐藤・河野編1998：53-67, 87, 91）

以上のように、介護保険制度は、サービスの費用（の大部分）を政府が負担し、当事者（政府、供給者、利用者）間に交換関係があり、利用者が供給者を選択する、準市場であるといえる。

## 3. 利用者の行為主体性

前稿で扱った社会福祉基礎構造改革をめぐる議論では、福祉の選択制に対して、福祉サービスの利用者は行為主体として行動する能力が不足しているという批判や、公的責任・権利性が低下するという批判があった。介護保険制度をめぐる議論では、これらに加え、介護保険法に利用者の選択を制限する規定があるという指摘もあった。以下では、利用者の行為主体としての能力、公的責任・権利性、利用者の選択を制限する介護保険法の規定に関する議論を整理する。

### (1) 行為主体としての能力

社会福祉基礎構造改革をめぐる議論では、福祉サービスの利用者は行為主体として行動する能力が不足していると批判された<sup>(2)</sup>。この点は、介護の選択制を提案する側にも認識され、対応策が示されたが、それに対する批判もあった。

まず、介護の選択制を提言した審議会の報告等は、サービス利用を当事者間の契約にゆだねる結果、弱い立場にある利用者側が不利益に扱われるという不安があると認識し、このような懸念を解消するため、専門家による支援体制や緊急的な保護手続の整備などが必要であると述べた（高齢者介

護・自立支援システム研究会1994：87)。このような制度としては、前稿（児山2016：29-30）で挙げた成年後見制度、福祉サービス利用援助（地域福祉権利擁護）事業（社本他2000：129-32, 172-3）、例外的な措置制度（老人保健福祉審議会1996a：193、1996b：34、厚生省1996a：245、1996b：266、厚生大臣1996：217）の他に、介護保険制度に特有のものとして、居宅介護支援事業者（ケアプラン作成機関）があった（老人保健福祉審議会1996b：37、厚生省1996a：245、1996b：267、厚生大臣1996：217）。

居宅介護支援事業者とは、要介護者が居宅サービスを適切に利用できるよう、要介護者の依頼を受けて、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成したり、居宅サービスの提供が確保されるよう事業者と連絡調整を行ったり、施設への入所を要する場合には施設への紹介を行ったりする事業者である（介護保険法7条18項）。要介護被保険者が都道府県知事の指定した事業者から居宅介護支援を受けたときは、市町村がその費用を支給する（46条）。事業者がこの指定を受けるためには、介護支援専門員（ケアマネジャー）が一定数以上いるなどの要件を満たす必要がある（79条）。（佐藤・河野編1998：82-3）

しかし、この制度に対しては次のような批判もあった。第1に、専門家であるケアマネジャーが主導権を握り、本人や家族が形式的に同意することになる、第2に、ケアプラン作成に対する介護報酬が安いと、ケアマネジャーが短期間でできるだけ多くの人のケアプランを作ろうとして、機械的・画一的なケアパックになる、第3に、居宅介護支援事業者がサービス事業者に併設され、ケアマネジャーが利用者の利益よりも自分の属する事業者の利益を代弁する、という批判である。（伊藤2000a：43-5、2000b：69-73）

厚生省の定めた基準によると、居宅介護支援事業は、利用者の心身の状況や環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスが提供されるよう配慮して行われなければならない。また、居宅介護支援事業者は、支援の提供に当たって、常に利用者の立場に立ち、サービスが特定の事業者に不当に偏することのないよう公正中立に行わなければならない（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準1条）（濱島2000：33-4、菊池2000：238-9）。そして、この基準に従って事業を運営することができなければ、都道府県知事は事業者の指定を取り消すことができる旨の規定もある（介護保険法84条）。しかし、現実には指定の取り消しは困難であると指摘された（伊藤2000b：72）。

なお、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に対しても、前稿（児山2016：30）で述べた点と同様に、対象が精神障害者などに限定されていること、前者は手数料がかかること、後者は契約の締結を前提にしていることなどが批判された（伊藤2000b：155）。

## (2) 公的責任・権利性

社会福祉基礎構造改革をめぐる議論では、選択制への移行によって地方自治体の公的責任や利用者の権利性が低下するという批判があった。措置制度の下では、地方自治体が利用者を施設に入所させるなどの措置をとらなければならないことが規定されており、また、このことから、利用者はサービスの給付を請求する権利を持つという解釈が学説では有力であったとされるが、選択制への

移行後は、施設入所などの措置をとらなければならないという規定は例外的なものになった（児山2016：30-1）。介護の選択制についても、介護システムの契約的性格が強くなるため、生存権保障の観点から行政庁が責任をもって高齢者の生活を保障しなければならないという公的責任性が弱まると指摘された（田中1997：96）。

しかし、介護保険法の制定や老人福祉法の規定により、公的責任・権利性は強化・維持されたという見方もあった。

第1に、施設入所などの措置をとらなければならないという従来の規定については、多くの学説の批判を受けながらも、行政解釈は国民の受給権を認めてきておらず、申請権も条文上は明らかではなかったが、介護保険法では給付請求権が明確に認められ、受給権についても審査請求や訴訟の権利・手続が明確化されたことから<sup>(3)</sup>、権利性は強められ、市町村の給付実施の責任も強化されたと述べられた。また、措置制度の場合には、施設が少なれば措置開始決定の数を減らすという行政裁量が認められていたが、要介護認定については、その基準は厚生大臣が全国一律に定め、各市町村には介護認定審査会が設置される点で<sup>(4)</sup>、措置の必要性の判断よりも羈束性が強まり、市町村の裁量は狭まるとされた。（新田1999：27-8、有馬2000：61、倉田2001：77）

これに対して、介護認定審査会が実際には市町村の財政状況やサービスの整備状況などから影響を受けて過少に認定する可能性も指摘された（田中1997：103）。また、要介護認定を受けても、利用できる施設・事業者が近くになれば、被保険者は法的権利を事実上有効に行使できないこと（「保険あって介護なし」）も指摘されたが（倉田2001：77）、措置制度の下でも、特別養護老人ホームの待機者などを見れば、自治体が義務を果たしているとも住民の権利が守られているともいえない（「措置制度あって介護なし」）と指摘された（野上1996：73、堀1997：104）。この点については競争という条件の問題として次章で述べる。

なお、医療保険と比べると、介護保険における市町村の給付実施責任は小さいとも指摘された。医療保険の給付はサービス自体の提供（現物給付）であるのに対し、介護保険の給付は介護サービス費用の支払い（現金給付）であることから<sup>(5)</sup>、市町村の介護サービス提供の法的責任を問うことはできないと解釈された（新田1999：30-1、伊藤2000b：106, 124）。

第2に、市町村は、介護保険法に定められた保険主体としての責任とは別に、老人福祉法に定められた福祉行政の主体としての責任があるとも主張された（秋元1997：186）。介護保険法施行法（20条）に基づき改正された老人福祉法によると、市町村は、先述の例外的な措置の積極的な実施に努めるとともに、これらの措置や介護保険法に規定するサービスを行う者の活動の連携・調整を図るなど体制の整備に努めなければならない（10条の3）。

なお、税方式から保険方式への移行によって権利意識が強まるという主張もあった。税方式では、公的に保護してもらおうという感覚が拭えず、所得調査や家族調査にも抵抗感がつきまとう（制度上は権利性が確保されている生活保護の要求も困難である）のに対して、保険方式では、保険料を負担する見返りとして、受給は権利であるという意識を持つことができるとされた（田中1997：

99-100、社会保障制度審議会1994：11、京極1997：171-3)。これに対して、保険方式でサービスを受けることができるのは保険料を納めた者だけの特権であるという批判もあったが（芝田1996：84、里見1997：53）、保険料を支払える国民の大多数の権利性が争点であり、保険料を支払えない階層は社会扶助の役割であると反論された（京極1997：177）。

### (3) 選択の制限

介護保険法では、保険給付は、被保険者の選択に基づき、適切なサービスが提供されるよう配慮して行われなければならないことが規定された（2条3項）。他方で、市町村は、要介護認定をするに当たっては、介護認定審査会の意見に基づき、被保険者が受けることができるサービスの種類を指定することができることも規定された（37条1項）。そして、この規定が、利用者の選択の自由を侵害する形で用いられる（例えば、施設入所ができない状況があれば、在宅サービスの利用を指定する）可能性が指摘された（伊藤1998：8）。

しかし、元厚生省の担当者が執筆した解説書によると、この規定は利用者のサービス選択の自由という理念を損なうものではなく、被保険者の要介護状態の軽減のために特に必要と考えられる場合に行われる特例的な措置であるとされている（増田2014：148）。また、市町村からサービスの種類の指定を受けた被保険者は、サービスの種類の変更の申請をすることができる（37条2項）ことも指摘された<sup>(6)</sup>（田中1997：104）。

本章では、介護サービスの利用者を行為主体として扱うことに関する議論を整理してきた。社会福祉基礎構造改革をめぐる議論と同様に、利用者は行為主体として行動する能力が不足しているという認識や、公的責任・権利性が低下するという批判があり、また、介護保険法の規定に基づき利用者の選択が制限されるという指摘があった。これらの点については、対応策や反論が示されたが、それらに対する批判や再反論もあった。

以上の議論を踏まえて、介護サービスの利用者を行為主体として扱うことについて実証的に明らかにすべき点は、前稿（児山2016：31）で挙げたものに加えて、次のとおりである。第1に、利用者が行為主体として行動する能力については、居宅介護支援事業者が利用者の立場に立って支援を提供しているかである。第2に、公的責任・権利性については、要介護認定や保険給付を利用者がどのように要求し、市町村がどのように実施しているか、老人福祉法に定められた事業者との連絡・調整などの体制整備を市町村がどのように行っているかである。第3に、介護保険法に基づく選択の制限については、市町村によるサービスの種類の指定や利用者による変更申請がどのように行われているかである。

## 4. 条件の充足

準市場が良い公共サービスを提供するためには、いくつかの条件を充たす必要がある。まず、利

用者が供給者をうまく選択し、それが質、効率性、応答性の向上をもたらすためには、多数の供給者が存在するなどの意味での「競争」があり、利用者が質に関する「情報」を持たなければならない。また、公平性を損なわないためには、「いいとこ取り」を防止する必要がある。本章では、介護の準市場におけるこれらの条件をめぐる議論を整理する。

## (1) 競争

競争については、サービスの量を増やすための対策の有効性や、営利企業の参入に対する評価が主に議論された。

### ①サービスの量

介護保険制度に批判的な論者は、介護サービスが整備されていなければ「保険あって介護（サービス）なし」の事態となり、サービスが足りなければ選択もできないと指摘した（伊藤1999：117）。介護の選択制を提言した1994年の報告も、高齢者によるサービスの自己決定は、選択できるだけの量のサービスが確保されて初めて可能であるが、現状ではサービスの絶対量が不足しているほか、市町村間で大きな格差があり、さらに、都市部では施設整備が立ち遅れ、過疎地では専門的人材の不足等の問題がみられると述べた（高齢者介護・自立支援システム研究会1994：82）。サービスの量を増やすための対策として、サービス基盤の計画的な整備、介護保険制度による財源確保が挙げられたが、それぞれに対して批判があった。

#### (a) 計画的整備

1996年の厚生省の介護保険制度案には、介護サービス基盤の計画的な整備を進めるため、国が全国的な整備目標などの基本方針を示し、都道府県・市町村が基盤整備に関する計画を策定することが記載されていた（厚生省1996a：242、1996b：263、厚生大臣1996：214）。これに先立ち、1990年度から国はゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）に基づく基盤整備を開始し、1993年度中には全都道府県・市町村が各自治体のゴールドプランともいわれる老人保健福祉計画を策定し、国はこれに基づいて新ゴールドプランを作成、1995年度から実施し、1999年には介護保険制度の導入を念頭にゴールドプラン21を策定した（増田2000：88-90）。また、介護保険法では、厚生大臣が定める基本方針に即して、市町村・都道府県がそれぞれ介護保険事業計画・介護保険事業支援計画を定め、前者にはサービス量の見込やその確保のための方策、後者にはサービス量の見込や施設整備・従事者確保に関する事項を定めることが規定された（116～118条）。

このように、介護サービス基盤の計画的整備のために、ゴールドプランが策定され、介護保険法の規定が設けられたが、それぞれに対して批判があった。

まず、ゴールドプランについては、目標値の達成が困難であることや、目標値自体が低すぎるものが批判された。1995年の日本弁護士連合会のアンケート調査によると、自治体の7割以上が目標



年度(1999年度末)までの老人保健福祉計画の達成は困難であると回答したとされる。また、新ゴールドプランにおける特別養護老人ホームの目標値29万人分は、要介護高齢者280万人の1割強にすぎないことや、同じくホームヘルパーの目標値17万人の算定基準は週3～6回派遣であり、家族介護に依存していることが指摘された(伊藤1997:50-2)。厚生省の担当局長も、介護保険制度の開始直後に、サービスの提供量は十分とはいえず、利用者が選択するといっても現実にはそう多くの幅があるわけではないと述べた(大塚2000:6)。

次に、介護保険法における市町村介護保険事業計画等の規定については、計画を策定する責務にとどまり、施設整備やホームヘルパー養成の責任に関する明確な規定はないと指摘された。ただし、この点は従来の措置制度でも同様であり、老人福祉法は高齢者を施設に入所させる措置をとることを義務づける一方で、施設の設置は義務づけておらず<sup>(7)</sup>、このことが公的責任の尻抜けになり、基盤整備の遅れにつながったとも述べられた。(佐藤・河野編1998:147-8、堀1997:172)

#### (b) 介護保険制度による財源確保

介護保険制度の導入により、サービスの量を増やすための財源を確保しやすくなると主張された。税方式では、一般財源からの支出の増大に大蔵省が制約をかけ、また、用途が担保されない増税には強い抵抗がつきまとうが、保険方式では、保険料という特定財源が確保され、残りの公費負担も行わざるをえない上に、介護給付という具体的な利益のための保険料引き上げには比較的合意しやすいとされた(田中1997:92,95)。介護保険制度を提案した研究会の報告も、従来の制度は租税を財源とする一般会計に依存しているため、財政的なコントロールが強く予算の伸びが抑制されるが、保険方式は保険料の用途が介護費用に限定されるため負担と受益の対応関係が明確であり、サービス拡充に伴う負担の増加に国民の理解を得やすいと主張した(高齢者介護・自立支援システム研究会1994:77,87)。

このような主張に対して、介護保険制度が創設されれば短期的には介護費用の財源が急増するが、数年後には大蔵省が公費負担部分の増加を厳しく抑制するため介護保険の給付総額も抑制され、また、施設整備費は一般財源に依存し、従来通り大蔵省のコントロール下に置かれるとも予測された(二木1997:129)。しかし、保険方式よりも税方式の方が財政当局の直接的な支配下にあり、その圧力はより厳しいと反論された(京極1997:191-2)。

なお、保険方式の導入後にサービスの量が増えた例として、国民健康保険が挙げられた。例えば、厚生省の担当者は、1961年に国民健康保険が開始した際、どこに医療機関があるのかと批判されたが、制度導入後に一挙に診療所や病院が増えたと述べた(伊原他1995:117)。厚生省の別の担当者や介護保険制度を提言した審議会等の委員も同じ例を挙げた(増田2000:191、岡本1996:52、京極1997:174)。しかし、この例に対しては、1960年代の高度経済成長期とは条件が大きく異なることや、医療では厳格な資格制度と専門性が確立されているが、介護労働はまともな職業として扱われておらず、十分な人材が確保されないことが指摘された(伊藤1997:155-6)。

## ②営利企業の参入

介護の選択制を提言した審議会の報告等は、営利企業などの多様な主体が参入することにより、競争が行われ、質・効率性・応答性が向上すると主張した。例えば、老人保健福祉審議会の最終報告は、在宅サービスについて、民間事業者などの多様な事業主体が参加しうるような仕組みとすることにより、競争を通じてサービスの向上を図ることが期待されると述べ、施設サービスについても、利用者本位の効率的なサービス提供という観点から、できる限り多様な主体の参加を求めていくことが重要であるとした（老人保健福祉審議会1996b：38）。また、別の研究会の報告も、シルバービジネスなどの多様な事業主体が介護の現場に参加し、利用者のニーズを汲み上げながら、サービスの質の向上やコストの合理化をめぐる健全な競争を展開していく方向を目指すことが適切であると主張した（高齢者介護・自立支援システム研究会1994：81）。厚生省の担当者も、在宅サービスについて、法人の種別を問わず事業者として指定を受けることができる仕組みとすることにより、民間企業等の多様な主体の参画が可能となり、サービス基盤の充実とともに、競争原理によるサービスの質の向上や費用の効率化が図られることが期待されると述べた（増田2000：99-100）。<sup>(8)</sup>

これに対して、営利企業の参入により、質の低下や事業者の撤退に伴う問題が生じると批判された。まず、営利企業の参入により質が低下する理由が次のように述べられた。在宅サービスは労働集約性が高いため、効率化のために人件費が削減され、人員配置が手薄になるとともに、低賃金で身分保障が不安定なパート雇用が主流となる。そして、できるだけ多くの要介護者を短時間に介護することが求められるため、高齢者との会話や人間的な触れ合いは必要とされず、介護をする側に余裕がないためミスも頻発する。過酷な労働が続けば体がもたず、ヘルパーの定着や専門職としての質の確保も望めない。さらに、労働条件や待遇がよくない上に、労働の自主性・人間性も失われると、やる気が低下し、職業としての魅力も失われ、人材確保が損なわれる（伊藤2000b：130-3）。また、営利企業は不採算なら事業から撤退し、サービス供給の継続性が損なわれるとも批判された（伊藤1997：175-6）。

これらの点について、審議会の報告は、民間事業者などの多様な事業主体が参加する場合にも、介護サービスの質や安定性を確保する観点から一定の要件を満たすことが重要であると述べた（老人保健福祉審議会1996b：38）。そして、1999年には、介護事業・施設の人員・設備・運営に関する基準が厚生省令で定められた（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準など）。しかし、人員の基準は緩やかであり、例えば訪問介護の場合、常勤換算で2.5名以上、常勤職員が1名以上（5条）となっていることなどが批判された（伊藤2000b：130-1）。

以上のように、競争という条件については、サービスの量を増やすための対策の有効性、営利企業の参入に対する評価が主に議論された。

まず、サービスの量を増やすための対策として、ゴールドプラン・介護保険法に基づく計画的整備や、介護保険制度による財源の確保が挙げられた。しかし、ゴールドプランの目標値の達成が困

難であることや、目標値自体が低すぎることで、介護保険法は計画策定の責務だけを規定していることが指摘され、また、保険方式に移行しても公費負担部分に対する財政的制約が残ると予測された。サービスの量について実証的に明らかにすべき点は、国・自治体の整備計画が達成されたか、介護保険制度の導入後に財源が増加したか、これらを通じてサービスの量が増え、利用者による選択が可能になったかということである。

次に、営利企業の参入により、競争が行われ、質・効率性・応答性が向上するという主張と、効率性の向上のために質が低下し、撤退によってサービスの継続性が損なわれるという批判があった。営利企業がどのくらい参入し、それによって質・効率性・応答性やサービスの継続性にどのような効果・影響が生じたかは、実証的に明らかにすべき点である。

## (2) 情報

介護の選択制を提言した審議会の報告等は、利用者による選択や良質・身近で利用しやすいサービスの条件として、サービスの内容・質の評価や情報の提供・公開を挙げた。(高齢者介護・自立支援システム研究会1994：79-80、高齢社会福祉ビジョン懇談会1994：32、厚生省1996a：242、1996b：262、厚生大臣1996：213-4)

そして、サービスの評価については、介護保険法で、事業者が自らその提供するサービスの質の評価を行うことに努めなければならないことが規定された(73、87条など)(国府田2000：89)。他方、情報提供・公開については、介護保険法に明確な規定はなかったが、介護事業・施設の運営基準を定めた1999年の厚生省令で、サービス選択のための重要事項の説明・掲示や虚偽・誇大広告の禁止などが規定された<sup>(9)</sup>(伊藤2000c：225、土屋1999：63-4)。ただし、厚生省の担当局長は、介護保険制度の開始直後に、情報提供の充実や第三者評価のあり方についてもこれから研究することになっていると述べた(大塚2000：7)。

情報という条件について実証的に明らかにすべき点は、法令などに基づく情報提供や評価がどのように実施され、利用者がどのような情報を入手・利用しているかということである。

## (3) いいとこ取り

介護の準市場では、いいとこ取りを通じて不公平が拡大すると批判された。介護保険制度では、利用者が自由な契約によってサービスを選択するが、契約は双方の合意で成立するので、事業者側にも自由契約を認めることになり、利用料を払えない利用者、要介護度に比べて手間がかかる利用者、追加のサービスを自己負担で購入できない低所得者は、サービスの提供を拒否されると予測された。また、このようないいとこ取りは、営利企業だけでなく、営利企業との競争にさらされる非営利法人も行うことになり、サービスを最も必要とする人にサービスが行き渡らなくなるおそれがあると批判された。(伊藤1999：79-80、岡崎2001：129)

いいとこ取りの防止策として、介護事業・施設の運営基準を定めた1999年の厚生省令では、事業

者は正当な理由なく介護の提供を拒んではならず、また、利用申込者に対し自ら介護を提供することが困難な場合は、他の事業者の紹介などの必要な措置を速やかに講じなければならないことが規定された（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準9～10条など）（土屋1999：63-4）。しかし、この規定については、「正当な理由」の中に事業者の経営上の理由も含まれると解することもできる、サービス提供の拒否を常時調べる機関がない、いいとこ取りだけを理由に事業者の指定を取り消すことは困難である<sup>(10)</sup>と指摘された（伊藤2000b：102, 167-8、斎藤2000：187）。

いいとこ取りについて実証的に明らかにすべき点は、事業者によるサービス提供の拒否がどのくらい、どのような理由で行われているか、いいとこ取りを防止するための規定がどのように運用されているかである。

## 5. 良いサービスの提供

介護の選択制を提言した審議会の報告等は、選択制に伴い、質や応答性の向上などの効果が生じると主張した。介護保険がサービスの費用を負担すれば、利用者にとってサービスの選択が可能になり、供給者間の競争を強めてサービスの量的拡大と質の向上を期待できる（社会保障制度審議会1994：11、1995：14）、介護が必要な者が自らの意思でサービスの利用を選択でき、ニーズに即した介護サービスが提供されるような制度とする（厚生省1996a：240、1996b：260、厚生大臣1996：211）などである。また、営利企業などの多様な主体が参入することにより、質・効率性・応答性が向上することも主張した（4章1節）。

これに対して、質は低下し、応答性は向上せず、公平性は低下するという批判もあった。

第1に、質に関しては、営利企業の参入により、効率化のために人件費が削減され、質が低下すると批判された（4章1節）。

第2に、応答性については、居宅介護支援事業者が利用者の立場に立って支援を提供しない（3章1節）、市町村がサービスの種類を指定する（3章3節）と批判された。

第3に、公平性については、保険方式の導入により、サービスを受けることができるのは保険料を納めた者だけの特権になる（3章2節）、いいとこ取りが行われ、サービスを最も必要とする人にサービスが行き渡らなくなる（4章3節）という批判があった。

介護の準市場の導入やその条件の充足・未充足の結果として、質、効率性、応答性、公平性の点で良いサービスが提供されたかどうかは、実証的に明らかにすべき点である。

## 6. おわりに

本稿は、準市場の優位というルグランの主張に沿って、日本の介護保険制度の導入時の議論を整理し、介護の選択制について実証的に明らかにすべき点を挙げた。介護サービスの利用者を行為主体として扱うこと、競争・情報・いいとこ取りの防止という条件の充足、これらの結果としての質・効率性・応答性・公平性への効果・影響について、各章・節の末尾で挙げたような多くの点が

あった。これらの点について、介護保険制度導入後の効果・影響に関する実証的な調査・研究を整理することが次稿の課題である。

## 注

- (1) いいとこ取り (cream-skimming) とは、費用のかかる利用者に対する差別である。応答性 (responsiveness) とは、利用者のニーズや欲求に応答することであり、「公平性」とは、社会経済的地位などのニーズと無関係な違いに関わらずサービスを利用できることである。(児山2011: 28)
- (2) ただし、介護保険制度をめぐる議論では、保険方式に批判的な論者も、利用者による選択自体は批判せず、北欧型の公費方式でもサービスの量が増えれば選択が可能である (伊藤1997: 213)、保育所は措置制度でも選択が可能である (芝田1996: 82、桑本1996: 121、里見1997: 52) と指摘したり、措置制度を利用者の選択権の確立の方向で改革することを主張したりする (二木2000: 4) ことが多かった。
- (3) 要介護認定を受けようとする被保険者は、市町村に申請しなければならない (介護保険法27条)。保険給付に関する処分に不服がある者は、介護保険審査会 (都道府県に置く) に審査請求をすることができ (183条)、審査請求に対する裁決を経た後であれば、処分の取消しの訴えを提起することができる (196条)。なお、介護保険制度の創設は、行政の継続性・無謬性のドグマに縛られて行政解釈を変更できず、福祉サービス受給の権利性を認めることが困難であった状況を、制度変更により打開することが狙いの1つであったと推測されている (新田1999: 43-4)。
- (4) 介護認定審査会 (認定審査会 (介護保険法14条)) は、厚生大臣が定める基準に従い審査・判定を行い、その結果を市町村に通知し (27条8項)、市町村はその結果に基づき要介護認定をする (同条10項)。
- (5) 国民健康保険法では、市町村は被保険者の疾病・負傷に関して診察・治療・看護などの療養の給付を行うことが規定されていたが (36条)、介護保険法では、先述のとおり、被保険者は費用を市町村から支給されることが規定された。なお、介護保険の給付を金銭給付として構成したのは、介護保険の給付対象となるサービスと私的自由契約によるサービスとの併用 (混合介護) を可能にするための法的テクニックだったとされる (新田1999: 47、倉田2001: 79)。
- (6) 申請があった場合、市町村は認定審査会の意見を聴き、必要があると認めるときは、サービスの種類を変更することができる (介護保険法37条3~4項)。
- (7) 老人福祉法の従来の規定はおおむね次のとおりである。市町村は、65歳以上で常時の介護を必要とし、居宅で介護を受けることが困難な者を特別養護老人ホームに入所させるなどの措置を採らなければならない (11条)。都道府県は、老人福祉施設 (特別養護老人ホームなど (5条の3)) を設置することができる (15条)。
- (8) なお、介護保険制度の導入の前後に介護の事業主体の範囲に関する法令上の変化はなく、施設サービスは国・地方自治体・社会福祉法人に限定され、在宅サービスは制限が設けられていなかった。(児山2016: 32)
- (9) 例えば、居宅サービスに関する規定はおおむね次のとおりである (指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準)。事業者は、利用申込者またはその家族に対し、サービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、介護の提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない (8条)。事業者は、事業所の見やすい場所に、重要事項を掲示しなければならない (32条)。事業者が広告をする場合は、その内容が虚偽または誇大なものであってはならない (34条)。なお、2000年5月に改正された社会福祉法でも、情報提供や質の評価などについて定められた (児山2016: 34)。
- (10) 事業者が厚生大臣の定める基準に従って適正な事業の運営をすることができなくなったときには、都道府県知事はその事業者に係る指定を取り消すことができる (介護保険法77条など)。

## 参考文献

- 秋元美世 (1997) 「福祉給付における権利と決定：措置制度と公的介護保険制度」、『社会保障法』12号、173-187頁。
- 有馬晋作 (2000) 「介護保険におけるサービス受給の権利性の法的検証と課題」、『研究年報』(鹿児島県立短期大学地域研究所) 32号、57-75頁。
- 伊藤周平 (1997) 『介護保険：その実像と問題点』(青木書店)。
- (1998) 「介護保険制度の問題点と改善点：利用者の立場から具体的に考える」、全国老人福祉問題研究会編集協力『老後保障最新情報資料集 15 シリーズ・1億人の老後 総特集：介護保険制度の改善点』(あけび書房)、2-26頁。
- (1999) 『出直せ！介護保険』(自治体研究社)。
- (2000a) 『介護保険で福祉が消える：福祉をなくさないための介護保険の修正提言』(かもがわ出版)。
- (2000b) 『介護保険と社会福祉：福祉・医療はどう変わるのか』(ミネルヴァ書房)。
- (2000c) 『検証 介護保険』(青木書店)。
- 伊原和人、樋口恵子、石原美智子、山井和則、岡本祐三 (1995) 「シンポジウム 公的介護保険」、岡本祐三監修『公的介護保険のすべて：不安なき老後への福祉革命』(朝日カルチャーセンター)、91-171頁。
- 大塚義治 (2000) 「インタビュー むつかしい情報の第三者評価：検討体制立ち上げるが最終判断は利用者自らの責任で」、『厚生サロン』20巻10号、4-11頁。
- 岡崎祐司 (2001) 「社会福祉『基礎構造』改革と社会福祉サービス保障の課題」、『社会学部論集』(佛教大学) 34号、123-141頁。
- 岡本祐三 (1996) 「なぜ公的介護保険なのか：新介護システムと社会保険方式」、岡本編 (1996)、49-55頁。
- (2000) 『介護保険の教室：「自立」と「支え合い」の新秩序』(PHP新書)。
- 岡本祐三編 (1996) 『「論争」高齢者福祉：公的介護保険でなにが変わるか(からだの科学臨時増刊)』(日本評論社)。
- 菊池馨実 (2000) 「介護保険制度と利用者の権利擁護」、『季刊社会保障研究』36巻2号、235-245頁。
- 京極高宣 (1996) 『介護革命：老後を待ち遠しくする公的介護保険システム』(ベネッセ)。
- (1997) 『介護保険の戦略』(中央法規)。
- 倉田聡 (2001) 『これからの社会福祉と法』(創成社)。
- 桑本文幸 (1996) 「社会福祉運動と措置制度」、芝田編著 (1996)、101-130頁。
- 厚生省 (1996a) 「介護保険制度試案」、厚生省監修 (1996)、240-256頁。
- (1996b) 「介護保険制度修正試案」、厚生省監修 (1996)、257-278頁。
- 厚生省監修 (1996) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『高齢者介護保険制度の創設について：国民の議論を深めるために』(ぎょうせい)。
- 厚生大臣 (1996) 「介護保険制度案大綱(諮問)」、厚生省監修 (1996)、211-235頁。
- 高齢者介護・自立支援システム研究会 (1994) 「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」。
- 高齢社会福祉ビジョン懇談会 (1994) 「21世紀福祉ビジョン：少子・高齢社会に向けて」。
- 国府田文則 (2000) 「高齢者介護サービスの評価をめぐる動向と論点」、『SRIC report』5巻2号、89-102頁。
- 児山正史 (2004) 「準市場の概念」、『年報行政研究』39号、129-146頁。
- (2011) 「イギリスにおける準市場の優劣論：ルグランの主張と批判・応答」、『季刊行政管理研究』133号、17-31頁。
- (2016) 「準市場の優劣論と社会福祉基礎構造改革論」、『人文社会論叢(社会科学篇)』35号、25-41頁。
- 斎藤義彦 (2000) 『介護保険最前線：日独の介護現場の取材から』(ミネルヴァ書房)。

- 佐藤進、河野正輝編(1998)『介護保険法：権利としての介護保険に向けて』(法律文化社)。
- 里見賢治(1997)「新介護保障システムと公費負担方式」、里見他(1997)、1-98頁。
- 里見賢治、二木立、伊東敬文(1997)『公的介護保険に異議あり：もう一つの提案 増補版』(ミネルヴァ書房)。
- 芝田英昭(1996)「社会保険と措置制度から社会保障財源を考える」、芝田編著(1996)、55-99頁。
- 芝田英昭編著(1996)『幸齢社会への挑戦：「公的介護保険」で幸せになれますか』(かもがわ出版)。
- 社会保障制度審議会(1993) 社会保障制度審議会 社会保障将来像委員会「社会保障将来像委員会第一次報告：社会保障の理念等の見直しについて」。
- (1994) 社会保障制度審議会 社会保障将来像委員会「社会保障将来像委員会第二次報告」。
- (1995)「社会保障体制の再構築(勧告)」。
- 社本修、坏洋一、金子充(2000)『介護保険法の底流：21世紀の介護保障』(東京法令出版)。
- 田中きよむ(1997)「介護保険と措置制度をめぐる論争に関する一考察」、『高知論叢(社会科学)』59号、89-127頁。
- 土屋和子(1999)「介護保険法における利用者の権利保障システム」、『賃金と社会保障』1261号、54-73頁。
- 二木立(1997)「公的介護保険の問題点」、里見他(1997)、99-154頁。
- (2000)『介護保険と医療保険改革』(勁草書房)。
- 新田秀樹(1999)「介護保険制度における市町村の責任」、『名古屋大学法政論集』179号、1-70頁。
- 野上隆(1996)「公的福祉サービスと措置制度の限界：市民と向かいあって介護サービスをつくっていくためには現在の制度には限界がある」、岡本編(1996)、72-78頁。
- 濱島叔恵(2000)「介護保険制度と福祉の権利性の再検討」、『今治明德短期大学研究紀要』24集、29-38頁。
- 堀勝洋(1997)『現代社会保障・社会福祉の基本問題：21世紀へのパラダイム転換』(ミネルヴァ書房)。
- 増田雅暢(2000)『わかりやすい介護保険法〔新版〕』(有斐閣)。
- (2014)『逐条解説 介護保険法』(法研)。
- 老人保健福祉審議会(1995)「新たな高齢者介護システムの確立について(中間報告)」、厚生省監修(1996)、106-119頁。
- (1996a)「新たな高齢者介護制度について(第2次報告)」、厚生省監修(1996)、180-207頁。
- (1996b)「高齢者介護保険制度の創設について：審議の概要・国民の議論を深めるために」、厚生省監修(1996)、13-104頁。
- (1996c)「介護保険制度案大綱について(答申)」、厚生省監修(1996)、236-237頁。