

博士学位論文

公的介護保険法の施行下における  
準市場化に関する研究

—公共領域の準市場化と公的介護保険制度—

鹿児島国際大学大学院

福祉社会学研究科 社会福祉学専攻

石踊 紳一郎

2016年9月

# 目 次

## はじめに

1 研究の目的	1
2 問題の所在	1
3 研究課題	3
4 本論文の構成	3

## 第1部 公共領域の準市場化理論の検討

### 第1章 公共領域の準市場化と民営化

1 新自由主義的改革と公共領域の市場化・民営化	6
2 公共サービスの市場化と対人ケア	7
3 新自由主義的市場化と社会の変質	9

### 第2章 公的介護保険制度の創設と展開

1 社会福祉基礎構造改革—その経緯と方向性	12
2 社会福祉法の成立とその全体像	14
3 公的介護保険制度の創設	16
4 公的介護保険制度の供給構造	20
5 公的介護保険制度におけるサービス供給の基本方向とその特徴	21

### 第3章 福祉の市場化と準市場原理の理論的枠組み

1 対人福祉サービスと福祉の市場化	23
2 福祉サービスの市場化と市場原理	24
3 準市場とその原理	25
4 準市場の評価基準	29
5 準市場の評価基準を達成するための条件	30
6 準市場に関する日本での研究と定義	33

### 第4章 公的介護保険制度における準市場的要素と準市場化

1 公的介護保険制度と福祉サービスの利用制度化	39
2 公的介護保険制度における準市場的要素	41
3 公的介護保険制度の準市場化の現状	42

1) 市場構造	43
2) 情報の非対称性の防止	44
3) 取引費用と不確実性	44
4) 動機づけの問題	45
5) クリームスキミングの防止	45
4 準市場理論の公的介護保険制度への適用の課題	46

## 第2部 準市場化調査と公的介護保険制度

### 第5章 本調査の概要

1 調査の視座	48
2 調査の目的	49
3 調査の種類と方法	50
4 調査対象地域	51
5 調査対象者	51
6 倫理的配慮	51

### 第6章 介護保険行政アンケート調査

1 調査の概要	52
2 調査結果	52
1) 総人口, 高齢者人口, 高齢化率	52
2) 第1号被保険者数, 要介護認定者数, 認定率	53
3) 要介護認定者数 (要介護度別)	53
4) 介護保険受給者数	54
5) 年間介護給付費	54
6) 介護保険料の推移	55
7) 休止・廃止した事業所の状況	55
8) 介護サービス提供事業者数の状況	56
(1) 認知症対応型共同生活介護事業 (認知症高齢者グループホーム)	57
(2) 通所介護事業 (デイサービスセンター)	58
(3) 訪問介護事業 (ヘルパーステーション)	60
(4) 有料老人ホーム	60
3 調査結果のまとめ	62

## 第7章 介護保険事業者アンケート調査

1 調査の概要	64
2 調査結果	64
1) 法人の状況	65
(1) 法人の創設年数	65
(2) 法人の経営している事業所数	65
(3) 法人全体の職員数及び常勤・非常勤・パート職員の割合及び職員の過不足	65
(4) 介護事業費用に占める人件費の割合	66
(5) 最も収入の多い事業と現在の収入の状況	66
(6) 経営効率化・向上に向けての取組み	67
(7) サービスの質の管理の取組み	67
2) 職員研修	68
(1) 職員研修にかかる費用	68
(2) 職員研修・育成に関する取組みの方策	69
3) 職員の募集・採用	69
(1) 職員の募集・採用に関する取組み	69
4) 職員の定着・離職防止	70
(1) 職員の定着状況	70
(2) 職員の早期離職防止や定着促進の方策	70
5) 法人経営・運営	71
(1) 利用者負担の見直し	71
(2) 介護サービス経営上での課題	71
(3) 今後の事業展開	71
3 調査結果のまとめ	72

## 第8章 インタビュー調査

1 調査の概要	75
2 調査結果	76
1) 競争に関する意識	76
(1) 介護サービス市場での競争の有無	76
(2) 介護事業の運営上での資金・職員・利用者の確保	77
2) 介護サービス公定価格の設定	79
3) 介護サービス利用の制限	80
4) 社会福祉法人と民間営利法人との競争条件	81

5) 施設サービスに関する規制緩和	82
6) 公的介護保険事業への参入や運営全般に関する国の関与	83
7) 介護サービスを提供する際の効率性	84
8) 介護サービスを提供する際の応答性	85
9) 介護サービスを提供する際の選択性	86
10) 介護サービスを提供する際の公平性	87
11) 競争原理と介護サービスの質の向上	88
12) 多様な事業主体の参入と介護サービス市場	89
3 調査結果のまとめ	90

### 第3部 準市場の現状分析とこれからの課題

#### 第9章 調査結果と公的介護保険制度の準市場化

1 調査結果と準市場の達成状況	94
1) 市場構造の視点	94
2) 情報の視点	95
3) 取引費用と不確実性の視点	96
4) 動機づけの視点	96
5) クリームスキミングの視点	97
2 公的介護保険制度の準市場化の課題	98

#### 第10章 準市場化と公的介護保険制度の課題と展望

1 公的規制と市場の併存との課題	100
2 福祉サービスの質をめぐる課題	101
3 準市場化の方向と展望	103

謝 辞	105
-----	-----

引用文献	106
------	-----

参考文献・参考資料	109
-----------	-----

調査資料	112
------	-----

## 凡 例

本論文における資料の引用は以下によるものとし、脚注を同頁下に主要参考文献を巻末に示した。

1. 本論文においては、和書・洋書を問わず、本文の中で（編著者名，出版年，頁）の順で示した。
2. 雑誌掲載文献についても、和書・洋書を問わず、（編著者名，出版年，頁）の順で示した。
3. インターネットの参考に関しては、URL，当該情報のタイトル，アクセス年月日を示した。
4. 引用文中の省略は・・・で示した。

## 表 一 覧

### 第1部

表 3-1	日本の研究者による準市場の定義・・・・・・・・・・・・・・・・	38
-------	---------------------------------	----

### 第2部

表 6-1	総人口・高齢者人口・高齢化率の状況・・・・・・・・	53
表 6-2	第1号被保険者・要介護認定者数・認定率・・・・・・・・	53
表 6-3	要介護認定者数（軽度・中度・重度者別）・・・・・・・・	53
表 6-4	第1号被保険者の介護保険受給者数（軽度・中度・重度者別）・・・・・・・・	54
表 6-5	第1号被保険者の1人当たりの年間介護給付費・・・・・・・・	54
表 6-6	第1号被保険者の保険料基準額の推移・・・・・・・・	55
表 6-7	休止・廃止した事業所数・・・・・・・・	55
表 6-8	調査対象地域の事業者数の比較・・・・・・・・	56
表 6-9	設置主体別 認知症対応型共同生活介護事業所数・・・・・・・・	58
表 6-10	設置主体別 通所介護事業所数・・・・・・・・	59
表 6-11	設置主体別 訪問介護事業所数・・・・・・・・	60
表 6-12	有料老人ホーム 類型・設置主体別事業所数一覧・・・・・・・・	61
表 7-1	調査対象法人・・・・・・・・	64
表 7-2	法人の創設年数・・・・・・・・	65
表 7-3	経営している事業所数・・・・・・・・	65

表 7-4	法人全体の職員数	65
表 7-5	介護費用に占める人件費の割合	66
表 7-6	現在の収入状況	67
表 7-7	経営効率化や向上に向けての取組み	67
表 7-8	サービスの質の管理のための取組み	68
表 7-9	職員研修にかかる費用（年額）	68
表 7-10	職員研修・育成に関する取組みの方策	69
表 7-11	職員をどの媒体で何人採用したか	69
表 7-12	法人における従業員の定着状況	70
表 7-13	介護サービス事業を営もうえでの課題	71
表 7-14	今後の事業をどのように考えているか	72
表 8-1	インタビュー調査対象者	75
表 8-2	介護サービス市場参入による競争の有無	76
表 8-3	介護サービス事業運営に関する資金確保の困難さ	78
表 8-4	介護サービス事業運営に関する職員確保の困難さ	78
表 8-5	介護サービス事業運営に関する利用者確保の困難さ	79
表 8-6	公的介護保険の報酬水準	80
表 8-7	介護サービスの利用者負担金	80
表 8-8	介護サービス利用の制限	81
表 8-9	社会福祉法人に対する税制や補助金の優遇	81
表 8-10	施設サービスに関する規制緩和	82
表 8-11	公的介護保険事業への国（行政）の関与	83

## はじめに

### 1 研究の目的

1970年代半ば以降、先進諸国において福祉国家体制への批判が高まり、いわゆる「福祉国家の危機」論が広まった。「福祉国家の危機は市場原理主義と並行して台頭する」（新川 2004: 14）が、その背景には福祉国家を経済成長の停滞の要因として論ずる風潮があった。欧米での福祉国家批判の中心にいたのが新保守主義者たちであるが、彼らの言う福祉国家の危機とは、「財政の危機」と「規制の失敗」を意味していた。すなわち、社会保障支出の増大が経済成長を阻害するという議論、また、個人や家族の自助努力が失われ、過度の国家介入によって個人の自由や人権が剥奪されるという国家介入主義への批判によって、「小さな政府」を目指そうという考えである。この新保守主義の考えを持ってイギリスで1979年に政権に就いたのがサッチャーであり、彼女の政策は、反「福祉国家」的なものであった。

本論文では、そうした主張に与するのではなく、福祉国家＝介入国家における福祉サービスの市場化に着目し、「民間営利法人の参入が提供される介護サービスの質の向上および公的介護保険制度にどのような影響を与えるか」に焦点をあてて、サービス利用者の利便性と当事者主権に重点を置き「準市場のメカニズム」としての公的介護保険制度の構造を明らかにしようとするものである。

### 2 問題の所在

1980年代以降の福祉国家再編の動きの中で、イギリスを初めとする多くの先進諸国において、保健医療、社会福祉、教育等の社会サービスの供給システムに市場メカニズムを導入する多元化（pluralization）と市場化（marketization）という動きが広がった。そこでは、社会サービスの供給主体としての政府部門（行政サービス）の比重を低める一方で民間営利・非営利部門の比重を高めること、あるいは社会サービスに何らかの形で市場メカニズムを導入することを目指す政策が推進され、営利組織による社会サービス供給が拡大するなど、サービス供給主体がより多様化し、多元化する傾向がみられた（平岡 2001: 30）。

一方、社会サービスの供給主体を国家、公共団体などの公的機関から完全に市場経済に移行させることは、最低限の社会保障に対する公的責任の原則を形骸化させる危険性がある。むしろ、公的責任の原則を基底にしつつ、社会福祉制度や行政の民主的コントロールの必要性が強調されるべきである（田畑 2009: 12）との見解もみられる。

ところで、日本においても高齢化や女性の就業率の上昇により、社会福祉サービスの利用



者は、より普遍化し多様化した。供給サイドがサービスを利用者に割り当てるといった措置制度から、利用者がサービスを選択する仕組みが必要となり、社会福祉システムの改革、社会福祉基礎構造改革がすすめられた（駒村 2004：222）。この社会福祉基礎構造改革もその一環としての公的介護保険制度も、福祉の分野に広く市場原理と契約原理を導入し、選択の自由の名において福祉供給主体の多元化を図り、事業者間の競争による費用の効率化、サービスの質の向上といった論理が前面に打ち出されている。これは「市場原理を手段とした」介護サービスの市場化の始まりであった。

公的介護保険制度は、日本の福祉サービス供給体制において「市場化」の概念をいち早く導入したものである。それは供給されるサービスの量、種類、範囲、価格に関して一定の公的規制を行っており一般市場とは異なる、いわゆる「準市場」(Quasi-Market)<sup>1</sup>の枠組みである。準市場の概念に関しては、その理論的な先駆者でもあるイギリスの経済学者ルグラン (J. Le Grand) やバートレット (W. Bartlett) らの著書『Quasi-Markets and Social Policy』(London: Macmillan 1993) に詳しく論じられている。彼らの研究は、今日の福祉サービス体制を分析するにあたって、極めて有用な概念として評価されている。

イギリスにおいて、準市場メカニズムは、財政は公的な枠組みの中で、サービスの供給者と購入者を分離して供給者間の競争を促し、サービスの質の向上と効率化を図ろうとするものであり、1990年に制定されたNHS（国民保健サービス）及びコミュニティ・ケア改革によって本格的に進められた。

規制緩和された日本の介護サービス市場において、これまで介護サービスを提供してきた非営利法人である社会福祉法人や医療法人に加え、NPO法人や協同組合、営利法人である株式会社や有限会社など、多様な事業主体の参入を促進させることとなった。「多様な事業主体が参入することで、提供するサービスの質の向上」につながるものが大いに期待されたのである。そのことは、特に介護サービスの供給面へ大きな影響をもたらした。

公的介護保険制度がスタートして15年が経過し、サービス利用者数が、511万人（在宅サービス382万人、施設サービス90万人、地域密着型サービス39万人）と爆発的に増加している。介護保険料の費用総額も当初の3.6兆円から10.1兆円に約3倍へと拡大している<sup>2</sup>。また、介護サービス提供事業者も居宅サービスである訪問介護、通所介護、認知

---

<sup>1</sup> 社会福祉の市場化をめぐるには、「疑似市場」あるいは「準市場」が使われているが、規制された市場という意味で本論文では引用文を除いては「準市場」に統一している。

<sup>2</sup> 公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成27年度版 厚生労働省 老健局 総務課

症対応型共同生活介護などについては、民間営利法人の進出が著しい<sup>3</sup>。

しかし、多様な事業者の存在が、利益追求と経費削減への偏重、人材確保難、情報公開の不十分さ、人員基準・運営基準の遵守など多くの課題が出現することとなってきた。つまり、提供される介護サービスにおいて求められる効率性、応答性、選択性、公平性を実現するために、公的介護保険制度の準市場化の現状を検討する必要がある。

### 3 研究課題

公的介護保険制度は、「利用者の自立支援、自己決定、選択を尊重する利用者本位の仕組み」の具現化を図るため、介護サービスの量的・質的な基盤整備を推進してきた。財源としては、これまでの税を中心とした措置制度から社会保険料と税を組み合わせるものへ、利用に関しては、措置制度から契約制度へと介護サービスの配分方法を根本的に変えることとなった。これまでみられた国家の公的責任としての介入・規制が弱まった感がある。

とはいえ、李（2015：4）が指摘するように、福祉サービス供給の最終的な責任は国にあるため、ある程度の国家規制が存在することとなる。したがって、公的介護保険制度の市場化を分析するにあたって、市場的側面と国家規制の側面の両方を合わせて分析する必要があると考える。

このような視点で、本研究では準市場としての日本の公的介護保険制度において導入された「市場メカニズムである競争原理」が介護保険提供事業者間でどのように機能しているか、その結果として、効率性・応答性・選択性・公平性がいかに達成されているかの検討を試みることにした。研究に際しては、ルグランの提示する「準市場原理」をもとに、日本における準市場諸説の理論的な分析とともに、ルグランの理論に従って実践現場を実証的に検証する。

### 4 本論文の構成

本論文は3部構成である。第1部が「公共領域の準市場化理論の検討」、第2部が「準市場化調査と公的介護保険制度」、第3部が「準市場の現状分析とこれからの課題」と題して、各部に章を連番で置いてある。まず第1部が、第1章「公共領域の準市場化と民営化」、第2章「公的介護保険制度の創設と展開」、第3章「福祉の市場化と準市場原理の理論的枠組

---

<sup>3</sup> 営利法人の割合は、訪問介護で64.4%、通所介護で58.4%など、半数以上を占める。

み」, 第4章「公的介護保険制度における準市場的要素と準市場化」, 第2部が, 第5章「本調査の概要」, 第6章「介護保険行政アンケート調査」, 第7章「介護保険事業者アンケート調査」, 第8章「インタビュー調査」, 第3部が, 第9章「調査結果と公的介護保険制度の準市場化」, 第10章「準市場化と公的介護保険制度の課題と展望」となっている。

このように3部構成にしたのは, 準市場の理論の検討, 準市場化の調査, 現状分析という3つの観点から公的介護保険法の施行下における準市場化を分析するためである。特に, ルグランの準市場論を基礎にしながらも, 利用者と供給者との間の準市場的な側面に着目し, 日本独自の状況を反映した準市場論の展開の考察を試みることにした。

ルグランの準市場論は, 購入者である行政と供給者である事業者とのやり取りに着目しているが, 日本では購入者が利用者であるため, ここでは利用者と供給者との関係に注目することとした。いうまでもなく, ルグランの準市場論は, ケアサービスの準市場研究において独特な位置を占めており, 多くの研究者が彼の理論を援用して研究を進めている。

しかし, 本論文は準市場化を理論的に検討したうえで, 実証的な評価を現場において確認するため, 第2部の準市場化調査に多くの紙面を割いて検討している。ここに本論文の特徴の一つがある。また, 本論文は, 長い間のサービス提供に携わってきた筆者のかねてからの問題意識を反映していることにも特徴がある。日本の公的介護保険制度において導入された準市場が, ルグランの準市場論に照らしてどのような要素と特質を有しているかを解明しようとしている。本論文は, 日本の介護保険市場で, 準市場論がどのように機能しているのか, 現状はどうなっているのか, その課題は何なのかを考究したものである。

なお, 本研究のベースとなったものを発表順に列挙すると次のようになる。

①「認知症高齢者の在宅支援の現状と課題」

(『心と社会』40巻3号137, 日本精神衛生会 2009年)

②「高齢者福祉」

(『福祉実践と地域社会』ナカニシヤ出版 2010年5月)

③「準市場としての公的介護保険制度の現状と課題」

(『九州社会福祉学年報』vol.6, 2014年10月)

④「介護サービス市場への民間事業者参入状況とその影響」

(『鹿児島国際大学大学院学術論集』vol.6, 2014年11月)

- ⑤ 「福祉サービス多元化時代に社会福祉法人に求められる意義と役割」  
（『九州社会福祉学年報』 vol.7, 2014 年 11 月）
- ⑥ 「準市場原理の理論的枠組みと公的介護保険制度」  
（『鹿児島国際大学大学院学術論集』 vol.7, 2015 年 11 月）
- ⑦ 「日本の人口の変動」  
（『少子高齢社会の家族・生活・福祉』 時潮社 2016 年 3 月）

## 第1部 公共領域の準市場化理論の検討

### 第1章 公共領域の準市場化と民営化

#### 1 新自由主義的改革と公共領域の市場化・民営化

新自由主義思想の祖であるハイエク（F.A.Hayek=1987：56）によれば，社会保障制度の拡大に基づく最大の誤解は個人に社会的給付を「当然の権利として」与えることにあったとし，福祉国家の再分配政策を徹底して排斥した．国家の社会への介入を批判する新自由主義においては，規制緩和等を通して公的領域の市場化・民営化が図られるが，ここでは公共領域の市場化・民営化について，まずは検討しておきたい．

1980年代頃から多くの先進諸国において，行政に民間企業の経営手法を導入し，行政部門の効率化・活性化を図るための制度改革が行われるようになった．こうした改革を基礎づけているのが，NPM(ニュー・パブリック・マネジメント)と呼ばれる行政管理の実践イデオロギーだといわれている（武智 1999:529 - 530）．このNPMを理論的に体系化し整理すると，その構成要素は，①業績・成果による統制②市場メカニズムの活用③顧客主義への転換（住民をサービスの顧客とみる）④ヒエラルヒーの簡素化であるということになる（大住 2002：12）．この理論に基づいて実施される新たな行政管理の手法としては，業績指標，民間委託，エイジェンシー化などがある（田畑 2009：8）．

これらの新自由主義的手法による改革は，民間部門の積極的な活用や組織・個人間の競争を通じた効率性の向上を目指すという点では，公共サービスを広い意味での市場論理に従属させることを狙いとするものである．しかし，それは常に当該のサービスの供給の市場ないし疑似市場のメカニズムを持ち込むものではない．業績指標やエイジェンシー化といった手法は，むしろ，（疑似）市場メカニズムの直接的な導入が困難な領域において，業績・成果による統制を実現するための手法として考案されたものとみるべきであろう（平岡 2004:303）．

公的領域が市場化されることによって，サービスの供給や選択が，全て貨幣を通じて行われるということである．ハーバーマス（J.Habermas =1990:33）のいうように，公共性を形成する上で，言葉による議論や協議は，全てではないまでも，「語ること」と「聞くこと」がきわめて重要な要素になる．「関係する当事者がもれなく含まれていること，関係者の権利が対等であること，相互行為に強制が介在しないこと，主題やよせられる見解に制約がないこと，生み出された成果が修正できること」などといった条件の下での民主的議論が，公共性形成のプロセスとしては重要となる．しかし，市場化はこれらの領域におけ

る科学的データとその公開による民主的討論や住民による異議申し立てを排除してしまう。その場合、高額所得者が勝者となり、低額所得者が敗者となることはいうまでもない。こうして公共性の解体・再編が行われ、発言力の貧しい少数者が公共圏から排除されることになる（重森 2002:17）。

## 2 公共サービスの市場化と対人ケア

公共サービスの供給主体を国家、公共団体などの公的機関から完全に市場経済に移行させることは、社会保障に対する公的責任の原則を形骸化させる危険性がある（田畑 2009 : 13）。にもかかわらず、措置制度を見直し、市場原理と消費者主権といった契約原理を打ち立て、社会福祉供給主体の組織の多元化が図られた。

「措置制度を代表とする従来制度では、民間事業者（公益法人）を『公の支配』のもとにおいて行政サービスの提供を代行させてきただけに、準市場の導入などの公共サービス改革は同時に公益法人など伝統的な非営利組織、サードセクター組織に根本的な自己改革を迫るものである。その意味で、公共サービス改革の動向は、利用者の権利性の動向を占ううえで、また、日本における非営利セクター、サードセクターの今後の展望を考えるうえでも最重要の要素の一つである」（後 2015 : 2）

社会・公共サービスの広範な市場化は、新たに創設された市場領域への低コスト労働者の動員をもたらすが、それだけではなく、新自由主義的社会統合によって、市場では調達できない無償労働力を招来する（中西 2008 : 7 - 13）。サービス供給のモデル化は福祉国家レジームでも当然生じるが、市場モデルは、擬制的にはあれ、各種の対人サービスを「関係商品」形態で提供しなければならず、それゆえ、関係資源を商品として対象化できるかたちにつくりかえる。それは、人びとの広範な相互関係、すなわち、以前であれば商品交換関係とは無縁な領域としてあつかわれてきた社会形成領域内に商品形態が浸透すること、社会の商品化の質的な深度が深まることを意味している（田畑 2009 : 9）。

サービス分野の大規模な市場化は消費社会化の重要な特質と言えるが、新自由主義的社会的再編が推しすすめようとするのは、社会・公共サービス部門の広範な市場化であり、商品形態でのサービス提供が困難な保育、教育、介護などの分野、すなわち不定型な対人ケアを必ず含む領域に対しても、より徹底した商品形態が押し付けられる。すなわち、その性格上不定型で想定外の活動部分を含む対人ケアを定型化することによって市場化が促進されることとなる（中西 2006 : 14）。

ホックシールド (A.R.Hochschild =2007:12-13) が指摘する感情労働の出現・拡大は、対人サービスの商品としての定型化に因るが、対人ケア領域における労働の定型化は労働の熟練を解体し労働力コストを引き下げる。対人ケアにかかわる社会の関係資源を主として公共的に組織してきた福祉国家体制を解体することが新自由主義政治の目的である。この目的を実現するために新自由主義構造改革は、単に公共事業経営を民間に移管させるだけではなく、ケア労働の性格・内容をこの意味で変質させる。1980年代から長期にわたり財界が執拗に要求し続けてきた医療・介護、保育、教育分野などにおけるこの種の規制緩和は、一方で社会福祉領域への公的支出を削減させるとともに、低コストのケア労働者によって支えられるケア「市場」を拡大させる。人手を要する事業分野であるだけに、低賃金化のもたらす効果は大きいのである (田畑 2009:9)。

もちろん対人ケアの現実には、定型化から「はみ出し」、その人ごとに異なる関係や作業が不可避免的に含まれ、予めすべてのケアを定型化することは不可能である。定型化の側からみれば「はみ出し」になるが、むしろ、定型外の作業であることのほうが本質的と言うべきであり、パッケージに囲い込んで商品化することには、本来不可欠な活動を排除するという矛盾がつきまとう。定型化される作業メニューが概括的で指標的な意味しかもちえないのは、対人ケアの本性からして当然のことからであるから、対人ケアの商品化は「はみ出す」領域を何らかの仕方で「処理」せざるをえないことになる (中西 2006:15)。

定型化されたサービス商品の供給が「はみ出し部分」を伴うことは、必ずしも市場化の障害ではない。何故ならば、非定型領域を「はみ出させる」ことによって、この部分にたいする追加費用を支払わせることが可能となるからである。「行き届いた」プラスアルファのサービスがそうやって新たに商品化される。もちろんその際は、「はみ出し部分」を十分供給できるソフトを備えたサービス商品—たとえば、少人数のリベラルアーツ教育等々—は、当然、高額にならざるをえない。

サービスの定型化は格差のあるサービス体系をつくりだし、特権的追加支出に耐えられる購買層が無理なく「組織」される。重要なのは、追加サービスを商品化できるために相対的に低価格の定型サービスが存在しなければならず、両者が区分されていなければならないこと、すなわち、格差が設けられることである。非定型領域をはみ出させるそうした区分は、個々の具体状況にそくする臨床型の「かたちある労働」(小池 1994:11) のなかに、市場化の要請に従う人為的分断をもちこむこととなる。

ところで、教育、保育、介護といった領域における「よりよいケア」の実現は、一方で

は、サービス水準を公的に規定するよりよい指標の獲得に左右されるとともに、他方では、非定型領域をふくんだ労働経験の蓄積・交流・継承水準によって左右される。商品化された対人サービスであっても、実際には、多くの非定型領域をふくんでいる。しかし、対人サービスの定型化は「はみ出し部分」を意識させざるをえず、これを切り捨てるかコスト化させるかの選択をサービス供給者に迫ることとなる。市場化された対人ケア労働で「はみ出し部分」を必要なケアとしてコストに組み入れることは、サービス価格にコストを転嫁することによってのみ可能であるから、「はみ出し部分」を含まない定型サービスが、常に下限に固定され続ける。実際にこの「基準」からはみ出すサービスは、これに携わる労働者の犠牲的精神によって行われるほかないのである（中西 2006:16-17）。

### 3 新自由主義的市場化と社会の変質

対人サービスの商品化・定型化は、一方で、定型的なサービスパッケージの市場をつうじた供給により、いわばジャンクフード型の生活様式を出現させるとともに、他方では、「はみ出し」部分のサービスを高額で購入する特権的生活様式をも生み出す。両者は価格のうえで明瞭な差があるだけでなく、その消費様式においても、社会的な空間のありようとしても画然と区別される。コストのかかる非定型サービスを十分に享受できる生活は、高額で供給される特別な「社会」となる。「教育の行き届いた家庭」同士の気のおけないつきあいや、ゆったりと談笑できる交流スペースなどは、「不効率」な「はみ出し」部分をふくむからこそ、そういう環境を得るためのコストは高くなる（中西 2006 : 21）。

こうした特権的社会は、非定型のさまざまなサービスを有賞化することによって成立する。しかし、そのようにして得られる豊かなサービスは、無償の関係資源の社会的共同利用や公共的な組織によっても得られる可能性をもっている。そこで、「サービスの豊かさ」を高く売るためには、別のかたちでそれが社会化される可能性を塞いでおかねばならない。公共性や共同性とサービスの市場化に由来する社会の特権化との対立構造がここには存在する。また、当然ながら、高額で供給される社会には、そのサービス購入者以外をオフリミットにする「サービス」もふくまれている。対立構造には、従来共有されてきた社会がそのようにして分裂させられることを意味している（中西 2006:22）。

新自由主義的改革がすすめる「社会開発」は、対人サービスの市場化をつうじて、関係資源ストックの編成を組み換え、社会的分裂の新たな様相を出現させる。社会の分裂がどの程度可視的となるかは、新自由主義政治がどのような形態でこの分裂を制度化するか



かかっている。上層エリートの特権的社会を徹底的に保護する新自由主義国家である現代アメリカの場合には、「危険な下層」の排除という思想があからさまにみえるかたちで現実になっている。デイヴィス(M.Davis)の『要塞都市LA』によれば、生活空間の断裂の姿は、単に新自由主義経済の上層エリートと貧困層が住み分けている状況ではない。軍事要塞に等しいセキュリティを備えた図書館、見通しの良いショッピングモールなどは、あたかも「外敵」に囲まれた殖民地入植者の厳重に守られた「安全空間」のように、潜在的「外敵」たるアンダークラスをそこから排除し、信頼できる階層だけが、事実上、特権的にこの空間を「私有化」することを表している(デイヴィス=2001:188 - 200)。

そうした意思の表明自体、公共サービスの民営化のみならず、地域社会の民間主導による構造再編の動きに相応している。ちなみに、安心・安全なコミュニティでは人々は自分たちの関心を囲い込まれた生活空間の内部で私的に充足する。一方で、外側に生きる人々については、専ら自分たちの資源を奪おうとする他者として否定的に対応する傾向にある。そして、そうした他者が依存せざるを得ない「公共的なもの」を貶め、結果的には地域社会から公共的なものが離脱していく状況を促すのである(吉原 2007 : 53)。

日本における地域社会の再開発では、米国の典型例にみられるような再格差化が今のところ明瞭に現れているとは言えない。むしろ、世界でもきわだった大衆社会型資本主義の肥大化という線に沿う社会の再編が進行してきた点に、日本の特徴があろう。たとえば、地方中核都市をふくめ全国的に均質の様相を呈するターミナル開発、郊外住宅地への最寄り駅周辺の駅前開発など、いずれも、大衆市場化の追求という特質をもっており、こうした市場化を阻む社会的・文化的障壁が弱く、生活文化と生活空間の細々した領域や、子どもたちの生活領域にまで商品化の波が深く広くおよんでいることが、1970年代以降の日本社会の大きな特徴である(田畑 2009 : 11)。したがって、日本の場合、新自由主義的な市場化・社会開発の進行がすでに生活の深部にまでおよんでいる市場化をどのようなかたちでつくりかえ、または抑制できるか、という問題が焦点とならざるを得ないであろう。本研究で、準市場化の典例として介護保険制度を取り上げた理由の一つはここにある。

新自由主義的な市場化による地域社会の変質がみられる今、所得・医療・福祉などのセーフティーネットの崩壊や地域格差問題が可視化してきた。そうした状況にあって、社会保障の将来がますます見えにくくなってきており、その不安がこの国を覆っているといってもよい。今後、医療や介護は負担が増え、年金は目減りする。「痛み」の分配を繰り返した先の暮らしはどうなるのか。将来への不安は現役世代にも重くのしかかっている。

少子高齢社会を乗り切るには、社会保障制度の枠内にとらわれず、交通や住宅政策などと組み合わせた展開が求められる。換言すれば、公共的サービスの増進を図る立場からすると、従来の公私二元論を乗り越え、かつ相互補完的関係を根拠とした「閉じられた」公共性に矮小化するのではなく、いわば「開いて守る」（吉原 2007：47）新しい公共性を構築することが、社会保障・社会福祉に求められているであろう。それは、他者の生への保障が問題化されるようになった事象、たとえば、ワーキングプア、ホームレス、介護問題などが、一般にも通じる共通の問題として認識され争点化されていくことでもある。

## 第2章 公的介護保険制度の創設と展開

### 1 社会福祉基礎構造改革—その経緯と方向性

1990年代前半のバブル経済崩壊は、経済社会に大きな打撃を与え、社会全体のこれまでのシステムを抜本的に変革する必要に迫られたと同時に、世界的な潮流であった新自由主義的経済政策の展開が大きくなるとなって押し寄せてきた。

また、当時は社会環境の変化による福祉需要の増大・多様化への対応、公的介護保険制度や保育所の選択制導入に伴う社会福祉行財政のあり方、地方分権、規制緩和や情報開示など、社会的要請に対応する必要があった。このような要請に的確に対応するためには、社会福祉制度全体について整合性をとった構造改革が必要であり、社会福祉事業法を基礎とした共通基盤制度の見直しが不可欠となっていた。

佐橋（2002b:139）によれば、少子高齢化に伴う福祉ニーズの多様化やバブル経済崩壊後の経済情勢と相まって、措置制度がもつ行政処分としての性格、また応能負担制が負担の不公平や非効率をもたらすと論じられ、社会保障構造改革が推進され社会福祉基礎構造改革へと展開されていった。

厚生省<sup>1</sup>において、社会・援護局長の私的懇談会として「社会福祉事業等のあり方に関する検討会」（座長：八代尚宏）が設置され、社会福祉基礎構造改革の検討が始まったのは、1997（平成9）年8月である。検討会では、社会福祉事業や社会福祉制度の現状について問題点の整理が行われた。そして、同年11月には同検討会から「社会福祉の基礎構造改革について（主要な論点）」が取りまとめられたのである。

そこでは、サービス事業者と利用者の対等な関係の確立、個人の多様な需要への総合的支援、信頼と納得が得られるサービスの質と効率性、多様な主体による参入促進、住民参加による福祉文化の土壌の形成、事業運営の透明性の確保の6つの改革の方針が示された。まさに、福祉サービスの契約化、個別化、提供組織の多元化が議論されたのである。これらを具体化するために検討すべき事項として、社会福祉事業、措置制度、施設整備、社会福祉法人などが整理されている<sup>2</sup>。

これを受けて、中央社会福祉審議会（委員長：木村尚三郎）において社会福祉基礎構造改革の本格的な検討が始まった。同審議会では、検討すべき内容の重要性を考慮して、新たな専

---

<sup>1</sup> 中央省庁の再編により、2001年1月より、厚生省は厚生労働省となった。

<sup>2</sup> 社会福祉基礎構造改革に関しては、『社会福祉の基礎構造改革を考える 検討会報告・資料集』（1998）及び『社会福祉法の解説』（2001）中央法規出版、炭谷茂編著『社会福祉基礎構造改革の視座』（2003）ぎょうせい、を参照した。

門部会として社会福祉構造改革分科会(分科会長:木村尚三郎)を設け、集中的な審議を行うこととした。同分科会では、1998(平成10)年6月に「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」が取りまとめられた。中間まとめでは、個人が人としての尊厳をもって、家庭や地域の中で、その人らしい安心のある生活が送れるよう自立支援を目指すことにあり、このような理念に基づく社会福祉を実現するために以下の7つの基本的考え方に沿って、社会福祉の基礎構造全般について抜本的な改革を実行する必要があるとしている。

①サービスの利用者と提供者との間の対等な関係の確立、②利用者本位の考え方にに基づく利用者の多様な需要への地域での総合的な支援、③利用者の幅広い需要に応える多様な主体の参入促進、④信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の向上、⑤情報公開などによる事業運営の透明性の確保、⑥増大する社会福祉のための費用の公平かつ公正な負担、⑦住民の積極的かつ主体的な参加による根ざした個性ある福祉文化の創造であり、このような改革の理念に基づき、

(1) 社会福祉の推進として、

- ・福祉サービスの利用について、利用者の個人としての尊厳を重視する観点に立ち、行政庁の判断によりサービスを提供する措置制度から、利用者が自らサービスを選択し、サービス提供者との契約によりサービスを利用する制度への移行、
- ・利用者自らがサービスを選択し利用する制度への移行にあたっては、痴呆<sup>3</sup>の高齢者など自己決定能力が低下している者の権利を擁護する制度の整備が不可欠であり、成年後見制度とともに、それを補完する、福祉サービスの適正な利用など日常生活上の支援を行う仕組みを社会福祉の分野に導入、
- ・権利擁護のための相談援助事業や障害者の情報伝達を支援するための事業など新たな社会福祉事業の追加とともに、きめ細かなサービスを提供するための社会福祉事業の規模要件の緩和、
- ・福祉サービス提供の担い手として中心的な役割を果たす社会福祉法人の経営基盤の確立や適正な事業運営の確保、

(2) 質と効率性の確保として、

- ・利用者がサービスを選択し利用する制度への移行に伴い、サービスの提供過程、評価などの基準の設定、専門的な第三者機関によるサービスの評価や情報開示の導入、

---

<sup>3</sup> 認知症とすべきであるが、歴史的な文言であるので記述時点の原文のまま記載した。

(3) 地域福祉の確立として、

- ・福祉サービスの利用者が地域での総合的なサービスを受けられる体制を整備するため、対象種別ごとの計画を統合した地域福祉計画の導入や社会福祉協議会、民生・児童委員、共同募金の活性化、  
などの方策が提言されている。

その後、厚生省は、関係団体との意見交換および全国 6 か所で開催されたシンポジウムでの意見交換などを行い、1998（平成 10）年 12 月 8 日に「社会福祉基礎構造改革を進めるにあたって（追加意見）」を公表し、社会福祉基礎構造改革の理念、改革の基本的方向、改革すべき具体的内容を示した。

社会福祉基礎構造改革の理念と基本的方向は、中央社会福祉審議会の「中間まとめ」に集約されているが、ゴールドプランの策定から介護保険制度の導入に至る高齢者福祉施策の諸改革、障害者基本法の制定に伴う障害者福祉施策の動向なども踏まえたものが提示されている。「中間まとめ」は、これらの社会福祉理念に国民全体を対象に社会連帯のもとでの支援を行い、「個人が人としての尊厳をもって、家庭や地域の中で、障害の有無や年齢にかかわらず、その人らしい安心のある生活が送れるよう自立を支援すること」にあるとしている。この考え方は、社会福祉制度全体が、社会的弱者の援護救済から国民すべての社会的な自立支援を目指すものであることが基本理念として明示されたことを意味している。

## 2 社会福祉法の成立とその全体像

厚生省は、中央社会福祉審議会や与党自民党での検討結果を踏まえ、福祉関係団体との意見交換などを参考にしつつ、「社会福祉基礎構造改革について（社会福祉事業法等改正法案大綱骨子）」と「社会福祉事業法等一部改正法案大綱」を公表した。その後、2000（平成 12）年 3 月に、「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律案」の閣議決定がなされ、同日付けで第百四十七回通常国会に提出された。同年 5 月に衆議院本会議で可決され、その後、参議院に送付され国民福祉委員会において審議が行われた結果、5 月 29 日に参議院本会議で可決成立し、6 月 7 日に公布された。

一括改正法の構成は、社会福祉事業法の改正を起点とする。個人の尊厳を保ち、利用者の地域における自己選択、自己決定の実現を目指す新しい社会福祉の理念を具体化するために、今後の社会福祉制度は、措置制度から利用者が自ら福祉サービスを選択して利用する制度へと転換することとなった。したがって、措置制度を前提に社会福祉制度の共通的基本事

項を定めていた社会福祉事業法は、福祉サービスの利用制度を基本として共通的基本事項を定める法体系に改められている。

一括法改正は社会福祉基礎構造改革の中心となる法律であるが、改正内容の全体像は、内容面からみると大まかに4つの部分に整理できる。

第1に利用者の立場に立った社会福祉制度の構築である。身体障害者・知的障害者・児童の各福祉法を改正して、在宅福祉サービス等を中心に利用者が直接選択して利用できる制度に改めるものである。併せて、社会福祉事業法を改正して、利用制度の下における利用者保護の仕組みとして、利用者への情報提供、福祉サービス利用の援助、苦情解決、重要事項説明や誇大広告の禁止などの規定の整備を行っている。

第2に、福祉サービスの質の向上に関する制度の整備である。社会福祉事業法を改正して、社会福祉事業の経営者による福祉サービスの自己評価や情報提供、国や地方公共団体による情報提供や福祉サービスの評価に関する支援措置、社会福祉法人の財務諸表等の開示義務づけなど、福祉サービスの質の向上に資する規定が整えられた。

第3に、福祉サービスの拡充に関する規定の整備である。社会福祉の多様化を図るために9つの事業を社会福祉事業に追加するとともに、政令で定める小規模な福祉サービスを社会福祉事業とするために規模要件の特例が定められた。また、社会福祉法人の活性化を図るために、社会福祉法人の経営原則を明らかにするとともに、収益事業の収益を公益事業に充てられること等の規定が整備された。

第4に地域福祉の推進に関する規定の整備である。地域福祉の推進を各地域で自主的に図れるように、市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画が法定され、その策定手続きの整備が行われた。また、社会福祉協議会、共同募金、民生委員、児童委員について地域福祉の担い手としての役割を明確にするとともに、規制緩和や事業運営の透明性を高めるなど、活性化を促すための規定が整備された。

社会福祉基礎構造改革とは、社会環境の変化に応じて、戦後50年余り続いた措置制度を新たな理念のもとに、利用者によるサービスの選択を保障し事業者の参入を促すものであった。

こうした日本の社会福祉制度改革は、ヨーロッパ先進諸国の社会保障改革と同時期に行われている。その取り組みや方法は、歴史、文化、国民性など異なるがゆえに多様であるが、イギリスのコミュニティケア改革、スウェーデンのエーデル改革、ドイツの介護保険制度の導入など1980年代後半から90年代にかけて行われた福祉改革をみても、福祉サービスに

ついて、公私の役割分担の見直し、サービスの選択制の導入、効率化といった共通の目的や市場化、民営化への方向性であることがわかる<sup>4</sup>。

### 3 公的介護保険制度の創設

生活環境の改善や医療の進歩、発達などによりわが国の平均寿命が著しく伸び、公的介護保険制度が成立した1997（平成9）年には、男性77.19歳、女性83.82歳にまで伸長し、世界有数の長寿社会となった。それに伴い介護を必要とする寝たきりや認知症の高齢者が急速に増加することが見込まれることとなった。これまで家族が中心的に介護を担っていたが、身体的にも精神的にも大きな負担となっており、家族はまさに「介護疲れ」の状況にあり、家族間の人間関係も損なわれる状況が生じてきた<sup>5</sup>。

公的介護保険制度の創設は、1989（平成元）年に「介護対策検討会」が介護問題への報告書を提出した時をその始まりとみることができる。その後、1994（平成6）年4月、厚生省に事務次官を本部長として設置された高齢者介護対策本部において高齢者介護施策に関する総合的な検討が開始された。そして、新しい介護システムを具体的に検討する視点としたものが同年3月に高齢社会福祉ビジョン懇談会が提言した「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて」である。そこでは、現状の介護サービスについて、①サービス量が十分でないこと、②提供機関や利用手続きについての情報を得にくいこと、③保健・医療・福祉にまたがるサービスの中から個人のニーズに最もふさわしいサービスを選択することは容易ではなく、また、④サービス内容が画一的であること、⑤ニーズに対応する多様な民間サービスの健全な発達が必ずしも十分でないことなどの問題点を指摘して、「21世紀に向けた介護システムの構築」として、以下のように論じられている<sup>6</sup>。

介護を要する高齢者が増大する21世紀に向けて、新ゴールドプランによるサービス提供基盤の緊急整備を進めつつ、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」を構築していく必要がある。その際、介護問題は、福祉のみならず、医療、年金など社会保障の各分野にまたがる問題であることから、介護に着目した社会保障全般にわたる再点検を行い、施設でも在宅でも高齢者の状態やニーズに応じて必要なサー

<sup>4</sup> 社会福祉基礎構造改革の記述については、鬼崎信好「社会福祉の基礎構造改革の理念と課題」『高齢者介護サービス論』（2014）中央法規出版を参照した。

<sup>5</sup> 厚生白書平成11年版を参照した。

<sup>6</sup> 高齢社会福祉ビジョン懇談会報告書「21世紀福祉ビジョン—少子高齢社会に向けて—」に関しては、厚生省大臣官房総務課広報室監修（1994）『どう支える超高齢社会—21世紀福祉ビジョンシンポジウム』財団法人厚生問題研究会 中央法規出版を参照した。

ビスが等しく受けられるような介護システムを構築していくことが必要である。その際、基本的視点として、以下のような点が重要であると考えられる。

- ①医療、福祉などを通じ、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシステム
- ②高齢者本人の意思に基づき、専門家の助言を得ながら、本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム
- ③多様なサービス提供機関の健全な競争により、質の高いサービスが提供されるようなシステム
- ④増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム
- ⑤施設・在宅を通じて費用負担の公平化が図られるシステム

これら 5 つの視点を具体的に政策に反映させるための手段として、これまでの老人福祉制度における措置制度の見直し、高齢者の福祉と医療の制度再編、サービス利用に際してのケアマネジメントの導入、民間事業者を含む多様なサービス提供機関の参入促進、介護費用の財源確保のシステムの導入などである。

増田（2003：84-89）によれば、公的介護保険制度が制定された背景として、①人口の高齢化の急速な進展とそれによる介護を必要とする高齢者（要介護者）の増大と介護リスクの一般化、②家族形態の変化や介護問題を取り巻く状況の変化による家族介護の限界、③老人福祉制度や老人保健制度などの現行制度による対応の限界があげられるとしている。つまり、公的介護保険制度は、高齢者介護が深刻化してきた状況で高齢者が介護を必要とする状態になっても、尊厳をもって自立した生活を送れるよう社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして、日本において年金保険、医療保険、雇用保険、労災保険に続く 5 番目の社会保険制度として創設されることとなったのである。

厚生省は、公的介護保険制度創設のねらいとして、主に 4 点をあげている。第 1 に老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みの創設「介護の社会化」、第 2 に給付と負担の関係がわかりやすい「社会保険方式」の導入、第 3 に、老人医療と老人福祉に分かれていた従来の制度を再編成し、利用者の選択による多様な主体から保健サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みの創設「利用者本位のシステム」、第 4 に介護を医療保険から切り離し、社会的入院の条件整備を図るなど「社会保障構造改革の第一歩」である。

増田（2003：89-93）は、これらの意義に加えて次の 4 点を加えて具体的に公的介護保険制度導入の意義を述べている。

第 1 に、従来の社会保険制度にはない新しい仕組みを盛り込んだ社会保険制度を創設し



たことである。それは、高齢者層が介護保険の受給者であるばかりではなく、高齢者一人ひとりが保険料を負担する被保険者として位置づけられている点である。つまり、高齢者自身も被保険者として制度を支える側に位置づけられたことを意味している。また、保険料負担に関して、若年世代から高齢世帯への支援という世代間連帯と高齢世帯内の世代内連携との双方の考え方が組み込まれている。利用者負担に関しても1割の定率負担となっており、医療保険制度などと異なり、高齢世帯と若年世帯との間に差を設けていない。このことは、高齢者一人一人が社会保険制度の給付対象であるばかりではなく、社会保障制度を支える側に立つという考え方は、今後の少子高齢社会の中の社会保障制度の仕組みを考えるうえで、重要な点である。

第2に、介護分野の市場の開拓・拡大である。利用者本位のシステムの構築を図るためには、利用者が自由にサービスを選択できるよう、サービスの供給量をニーズの増大に合わせて拡大する必要がある。従来の措置制度では、サービス提供主体は、市町村か市町村の委託を受けた社会福祉協議会や社会福祉法人などに限られていた。民間事業者がホームヘルプサービスなどの介護サービス事業を実施することは可能であったが、利用者負担が低額な公的サービスに対して価格面で対抗することができなかった。結果、サービスシステムは行政機関など供給者中心の提供システムとなっていた。

また、サービス供給量は、予算の範囲内という制約を受けていたので、需要があってもすぐには対応できないという需要に対する弾力が乏しかった。さらに、供給者間でのサービスの質の向上等の観点からの競争意識も弱かった。これに対して公的介護保険制度では、一定の基準を満たすものであれば供給主体が公的、民間を問わず、同じ水準の介護報酬で評価されるので民間事業者の価格面での不利が解消されている。

民間事業者と公的機関の競争はサービスの内容や質、利用のしやすさ等の面が中心となる。公的介護保険制度では、在宅サービスにおいて民間事業者の参入を容易なものとし、多様な主体によるサービスの量的拡大や事業者間の健全な競争によるサービスの質的向上を図ることとしている。

ねらいどおり、介護保険施行直後に在宅の介護サービス分野に全国展開した企業が現れたほか、有料老人ホーム（特定施設入所者生活介護）や認知症高齢者共同生活介護事業に株式会社や有限会社などの一般企業のみならず農業協同組合や生活共同組合、特定非営利活動法人の介護事業への参入など福祉サービス提供主体の多元化が進んでいる。

第3に、介護サービスに対する利用者の意識の変化という点がある。従来の在宅福祉サ

ービス利用や特に老人ホームへの入所利用者は、低所得者が中心であるというイメージがあり、一定の収入がある高齢者にとっては、福祉サービスを受けることに対して心理的な抵抗感があった。「福祉のお世話になる」という言葉がこうしたイメージを表していた。また、費用負担制度が応能負担であり、所得に比例した相応の額の負担が必要であった。

公的介護保険制度では、要介護度等の一定の要件に該当すれば、所得の多寡や家族形態を問わず、誰でも一律の負担で介護サービスを利用できる。介護サービスが特別の人に対するものでなく、誰でも必要になれば利用できるもの、自らの希望に応じて活用するもの、というようにサービスに対する利用意識が一般化すれば、利用者数や利用料は増加していくことが予想された。現実に制度施行後、予想以上のスピードで介護サービスの利用が拡大している。

第 4 に、公的介護保険導入による地方行政の活性化があげられる。従来の老人福祉行政は、国の指示・監督が都道府県、市町村へと行われ、一般的に市町村は国や都道府県からの「受け身の姿勢」であった。公的介護保険制度は「地方分権の試金石」と言われ、市町村が保険者となる。公的介護保険が住民の期待に応えられるかどうか、地域の介護不安を解消できるかどうか、保険者である市町村の運営如何にかかっているといえる。

公的介護保険制度の運営にあたって保険者は、第 1 号保険料の賦課・徴収・要介護認定業務の実施、介護保険事業計画の策定・推進等、住民に意見を求め、それを反映させたりする業務がある。このほか、市町村特別給付や保健福祉事業、介護予防事業、事業者の育成・連絡調整、サービス評価、苦情解決など役割は小さいものではない。市町村は、公的介護保険制度の運営を通じて、地域の特性や住民の要望に応じた介護システムを構築していくことが必要である。

さて、制度の概要は高齢者に対する福祉・医療・保健に関する制度の効率化を図るものである。つまり、介護ニーズに着目してサービス利用に際して原則 1 割の応益負担とする社会保険方式を採用して、保険者を国民に最も身近な市町村が担うことで運営される仕組みである。その上で国、都道府県、医療保険者等が重層的に支え合う。

40 歳以上の者が被保険者となるが、65 歳以上が第 1 号被保険者、40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者を第 2 号被保険者の二つに区分されている。第 1 号被保険者は、常時介護を必要とする状態（要介護状態）や日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合に要介護認定を受けることで介護サービスが利用できることとなった。第 2 号被保険者は、初老期の認知症、脳血管疾患など老化に伴う疾患（特定疾患）により要介護状態や要支

援状態になった場合にサービスが受けられる。また、従来の措置制度に基づく行政処分的性格のサービス利用から、利用者自らが自由にサービス種類およびサービス提供者を選ぶことが可能となったのである。つまり、介護サービス提供に関しては、規制緩和と多様な供給組織の存在を前提としている。一定の条件をクリアした企業には門戸を大きく開放し、民間の力を活用することによって介護サービスの供給量を確保し、競争原理の下で質の向上を図りたい、ということである（鬼崎 2014 : 98）。

#### 4 公的介護保険制度の供給構造

繰り返すことになるが、公的介護保険制度は、これまでの社会福祉が措置制度によって提供されてきた公的な介護サービスを、社会保険として提供するサービスへ組替えた点に制度上大きな変化がある。これにより介護サービス提供に関する公的な役割が消滅したわけではないが、制度上は責任を負うべき度合いが縮小された。

従来の措置制度では、サービス供給の確保、体制整備、サービス利用の可否・程度の決定、必要量の確保、費用負担など介護サービスの供給と利用に関わるすべての点について国が責任を負っていた。一方、公的介護保険制度のもとでは、サービス供給組織の指定、サービス利用の可否と利用額の上限設定および保険料の設定・徴収と費用の一部について責任を負うことになった。つまり、介護サービスの最終的な利用と提供については、利用者と供給者の契約に委ねられ、行政は直接に関与しない仕組みに変わったことが重要である。

横山（2003 : 94）によれば、公的介護保険制度における公的責任の内容は、制度の基本的な性格を示している。すなわち行政が供給と利用に全面的に関与する制度ではなく、利用者と提供者との契約関係を基本とし、行政は制度の管理・運営にのみ関わるという性格である。つまり公的介護保険制度では指定を受けた事業者がサービス供給を担うことが基本とされ、行政による直接的なサービス供給は必ずしも前提にされていないということである。介護保険サービスの供給は基本的に民間事業者によって担われ、民間事業者と利用者との直接的な売買を通じてサービスが供給されていく仕組みとなったのである。

公的介護保険制度における供給構造は、制度が生み出された背景および政策上の位置づけと深く結びついている。また、公的介護保険制度が経済社会の構造改革の一環として、直接には社会保障の構造改革の一環として具体化されてきたこと、それゆえ規制緩和を通じて競争的關係を拡大することによって、ビジネスとしての性格を付与された。

## 5 公的介護保険制度におけるサービス供給の基本方向とその特徴

公的介護保険制度が構造改革の一環として具現化されてきたことから、サービス供給に対する考え方も構造改革の課題と方向に沿って具体化されてきた。その内容と特徴を整理すると、第1は、措置制度という公的な規制が供給・利用を制限したとする認識から、何よりも供給主体に対する規制を緩和して「供給の多元化」を図ることが重視されたことである。

この「供給の多元化」は、多様化したニーズに対応するために多様なサービス供給を行うことで選択肢の幅を拡大することが必要であるとした「福祉改革」の理念に沿ったものである。「供給の多元化」は、直接的には公的機関と一部の非営利法人による独占を多様な組織による供給への転換を指している。

第2は、利用者と事業者が直接に相対して、事業者が利用者の獲得をめざして競争する、いわゆる競争的環境をつくり出すことである。利用者と供給者の当事者同士に委ねられる市場関係の導入がこの面から求められた。競争的環境の創出は、構造改革を進める立場、コスト削減を進める立場、民間事業者の参入を促進するためにも必要な条件であった。

第3は、これまで基本とされてきた福祉サービス供給の非営利の原則を変更し、営利・非営利を問わないことへ転換したことである。その理論的根拠とされたものは、提供されるサービスの質は事業者の性格ではなく、競争促進のためには競争的な民間営利法人の参入が不可欠であるという主張であった。営利・非営利の相対化は、企業参入によって介護ビジネスを確立して新しい産業を育成していくための第一歩となった。

第4は、多様な事業者が参入しやすい事業環境とするために、行政の関与が「事前規制」から「事後チェック」へと転換されたことである。事業者の参入に対してはハードルの基準を低くして参入促進を図り、行政としては事業所評価や情報公開、苦情解決、権利擁護などの事後的な問題解決の仕組みを整備するという方向であった。

鬼崎（2014：101）は、多様な事業者の参入は介護サービスの領域に競争原理に基づくサービス提供が実施されることになるが、他方では介護市場拡大によって悪質な業者が入り込む恐れもある。とくに、在宅サービスの分野では利用者の家がサービスの提供の場になることが多くなるため、消費者保護の見地から社会全体の仕組みとして、苦情処理体制やサービス評価システムの確立と同時に、事業者自身の取組みと業界全体の対応が重要となると論じている。

広井（1999：94-95）によれば、日本の公的介護保険制度は、「財政は公、提供は民間」のシステムを導入したものであり、準市場に該当する。市場との違いは、財政が公的に保障さ

れている以上、所得の多寡がサービス利用に影響を与えない。つまり、所得再分配の公平性をめぐる問題は本来起こらないと考えられる。しかし、①サービスの質を十分担保できるかどうか、②クリームスキミング等が起こらないか、などいくつかの問題をはらんでいる。反面、③効率性へのインセンティブや利用者への迅速な対応などがより優れているのではないか、④供給主体が多様化することで競争原理が働き効率化が図られるのではないか、などのプラス面が予測される。さらに、取引費用や非効率といったものがどのように発生するかという点も考慮する必要がある。そして、福祉における公私の役割分担、民間事業者参入のあり方に関しては、きちんとした理論枠に基づく分析を行い、効率性及び公平性の観点からみて、どのような姿がもっとも望ましいものであるかを明らかにしていく必要があると述べている。

### 第3章 福祉の市場化と準市場原理の理論的枠組み

#### 1 対人福祉サービスと福祉の市場化

広井（1999：90-94）は、日本の場合、急速な高齢化の進展を背景に高齢者介護が社会的にも大きく取り上げられ、「福祉＝高齢者介護」というイメージが定着しつつある。しかし、福祉分野は高齢者介護にとどまらず広い範囲で展開していくものである。

イギリスでは、1970年代に新たな基本コンセプトとして「対人社会サービス（personal social service）」という概念が唱えられるようになった。これは、それまでの老人福祉、障害者福祉、児童福祉等とタテワリ的であった福祉サービスが対人社会サービスという概念で統合されたことということである。つまり、福祉専門職種であるソーシャル・ワーカーも「普遍的（generic）ソーシャル・ワーカー」として、幅広い問題に対応する方向が重視されるようになったのである。これは、「従来の福祉」が「低所得性に着目した施策」を意味するものであったのに対して、対人社会サービスという発想は、むしろ「サービスの内容に着目した概念」である。つまり、低所得者層を対象に含めた幅広い階層の社会的・心理的ニーズに応えるものであるとしたことが重要な点であると述べている。

さらに、広井は、「福祉が対人社会サービスとして普遍的な層を対象とするようになってくると、公私の役割分担についても新しい視点が必要になる。公的介護保険制度導入に際しては、サービス提供主体に広く民間営利法人の参入をめぐる議論が活発となった。つまり、福祉分野における公私の役割分担の望ましいあり方を理論的に整理し、中長期的な視点で今後の福祉における民間営利法人の役割についての展望を描いていくこと」を示したのである。

そして、公私の役割分担について重要な点は、「財政」と「供給」という2つの側面をはっきりと区分して議論を進めることであるとした。しかしながら、実際には財政面、供給面の両者が混同されて論じられる場合がある。従来は、財政と供給の一致、財源も供給も行政が主体、あるいは逆に財源が民間で供給も民間というのが、基本的な福祉サービス提供の体制であった。しかしながら、1980年代以降、特にイギリスを中心に、財政と供給を分離（スピリット）して「財政は行政、供給は民間」という形態を積極的に導入して、医療や福祉などの効率化を図ろうとする政策展開がなされた。いわゆる「準市場（quasi-market）」ないしは、「内部市場（internal market）」論であり、NHS（国民保健サービス）改革やコミュニティ・ケア改革における理論的背景となったものであると論じている。

## 2 福祉サービスの市場化と市場原理

福祉サービスの市場化は伝統的な福祉国家が目指す理念とは相反する概念であり、福祉国家の発展を妨げるものであるという考え方が強かった（李 2015 : 1）。福祉サービスの市場化をどう捉えるか、横山（2012 : 144）によれば、「福祉制度は一般的にはエスピン・アンデルセンが、福祉レジュームのキーワードのひとつとして用いた「脱商品化<sup>1</sup>」に示されるように、市場からは独立した存在、市場メカニズムが機能する市場とは区別される独自の仕組みを持つ制度として位置づけられてきた。福祉と市場の関係が論じられるのは、両者が異質な存在であることを確認するという文脈においてであった」としている。

市場原理を福祉サービスの供給において、いち早く導入したのはイギリスであったが、そのイギリスにおいても、ある時期まで市場原理は社会サービスとは異質のものであるという考え方が一般的であった（平岡 2004 : 294）。

第二次世界大戦以降続いてきた高度経済成長時代は、1973年のオイルショックで終焉を迎え、多くの先進資本主義諸国が経済成長の停滞と失業率の上昇に陥り福祉国家崩壊の危機に直面することとなった。これは、戦後の福祉国家を支えてきたケインズ理論による政策体系を経済優先への体制に導くこととなったのである。成長優先時代の基調とされたのは、経済的規制および社会的規制によって市場に加えられた制約を取り除いて、市場機能による福祉国家への再編であった。

オイルショック後の経済不況のなか、福祉と市場の異質性があらためて強く意識されるようになった（伊藤 2007 : 47）と考えられるが、一方では、福祉制度の歴史的変遷なかでこれまでのように両者を異質なものとしてではなく、相互に影響を及ぼし合うものとして位置づけ、その関係を論じる議論が登場してきた。「市場化」という用語は、福祉サービスにおいてめずらしい概念ではなくなってきたのである。

先進諸国は、1980年代初頭にはイギリスではサッチャー首相、アメリカではレーガン大統領に代表される新自由主義・新保守主義的勢力が台頭し、福祉国家再編の具体化を推し進めた。福祉と市場の関係に変化が生じたのは、この具体化の過程である。具体的には、福祉制度に市場原理を導入し福祉制度にも市場の機能が働くように仕組みを組み換え、市場の機能を強化する「改革」が提起され推進された。

横山（2009 : 44）によれば、「社会保障の市場化は、本来は市場とは異なる原理をもつ

---

<sup>1</sup> エスピン・アンデルセンは、「社会サービスが人々の権利とみなされるようになり、また一人の人間が市場に依存することなくその生活を維持できる労働力の脱商品化生じる」としている（岡沢憲英・宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房 2010年 : 23 ページ）

社会保障の領域に市場の原理を持ち込み、社会保障を市場と同様の仕組みをもつ存在へと転換させることを意図して進められる特異な社会保障政策である。」社会保障の市場化は、「社会保障を唱える限り、何らかの形で行政の責任と関与を残さざるをえない。そして、そのことが市場化によって作り出される市場に特有な性格を付与することになる」としている。

福祉の市場化は、一般の財やサービスとは異なる性格を有している。福祉サービスは経済学において「公共財」と位置付けられ、その利用において独自の仕組みを作り上げてきた。市場は万能ではなく、財やサービスによっては、市場に委ねられると必要な人に配分されないで、生活に深刻な影響を及ぼす場合がある。市場経済が確立して以降、あらゆる国が「市場の失敗」と呼ばれる事態を経験してきた。そこで、それを克服するために市場とは異なる利用・提供の仕組みを作り上げてきた。それが公共財であり、福祉サービスもその一つに位置づけられてきた。それは、行政の責任で供給を確保して、負担は負担能力に応じて支払い、サービスは必要に応じて提供する仕組みを設け、購買力のない人々もサービスを享受できる体制である（坂田 2012 : 48-67）。

### 3 準市場とその原理

1980年代以降、イギリスを初めとする多くの先進諸国において、保健医療、社会福祉、教育等の社会サービス供給システムに市場メカニズムを導入する多元化（pluralization）と市場化（marketization）という動きが広がった。そこでは、社会サービスの供給主体としての政府部門（行政サービス）の比重を低める一方で民間営利・非営利部門の比重を高めること、社会サービスに何らかの形で市場メカニズムを導入することを目指す政策が推進された。そこでは営利組織による社会サービス供給が拡大するなど、サービス供給主体がより多様化し、多元化する傾向がみられた（平岡 2001 : 30）。保健医療の分野を例にとると、90年代初頭に、イギリス、オランダ、ドイツ、スウェーデンなどの国々で、市場メカニズムを導入し、医療機関の間の競争を促進する改革が相次いで実施されている（大坪 2013）。

イギリスでは、この市場を「準市場」（quasi-market）と呼び、市場としての特性、機能するための条件、公平性、効率性からみた評価、メリットとデメリットなどをめぐる研究と議論が展開されてきた。そのポイントは、競争的要素が導入された社会サービスをどのように捉えるか、本来は矛盾する公共サービスとしての側面と市場としての側面をどの



ように統一的に捉えるかであった。このように、「準市場」という用語が登場したのはイギリスにおける社会サービス分野への市場原理の導入とそれがもたらした変化の研究においてであった（横山 2009 : 49）。

具体的には、ルグラン（J. Le Grand）やバートレット（W. Bartlett）らによって 1990 年代に体系的に整理された。日本においても準市場の枠組みに関する理論的な先行研究は蓄積されている<sup>2</sup>が、ここで改めて、ルグランとバートレットの編著である『Quasi-Markets and Social Policy』（London:Macmillan 1993）をもとに、準市場（quasi-market）の理論的枠組みを整理しておきたい。

平岡（2001:44）によれば、「準市場の理論とは、標準的な経済学の理論をベースとして、社会サービスにおいて市場メカニズムが有効に機能する条件を明らかにし、実施された市場化に向けての改革によって実現したサービス供給システムが、それらの条件を満たしているのかどうかを分析するために開発された理論的枠組みである」としている。

ルグラン（1993 : 11）は、準市場の形成により提供コストを削減することで効率性の向上と資源の節約をもたらすのか、それとも資源の無駄遣いの更なる原因を作り出すのか、利用者のニーズや要望に応答的で選択肢を増やす体制を構築できるのか、あるいは商業主義によって提供者と利用者の信頼に基づく関係が歪められてしまうのか、貧困者や真のニーズを持っている人々に対応できるシステムとなっているのか、それとも社会の弱者を差別したり非難するような二層構造になってしまうのか、などの問題意識をもって準市場という言葉のもつ概念を次のように特徴づけている。

市場とは、独占的な国家による提供体制を競争的で独立した提供者に転換するという意味であり、準とは、いくつかの主要な点で通常の市場とは異なるからである。その違いは、供給サイドと需要サイドとの両方にある。供給サイドでは、通常の市場と同じように提供者間での競争が存在しており、独立した機関（学校、大学、病院、施設、住宅共済、個人家主）が顧客をめぐる競争を競い合っている。しかし、通常の市場と対照的にすべての組織体が利潤の最大化を求めているのではない。需要サイドに関しては、消費者の購買力は貨幣で示されてはいない。それは、特別に割り当てられた予算で特定のサービス購入に限られたバウチャーであったり、利用者が直接参入するのではなく、権限をもった購入機関が行

---

<sup>2</sup> 準市場（疑似市場）に関する日本での研究には、駒村康平(2004)、平岡公一(2001)、児山正史(2004)、佐橋克彦(2000, 2002, 2008)、横山壽一(2012)、坪洋一(2008)、狭間直樹(2008)、真野俊樹(2012)などがある。

うという形をとることもある。購入決定に関しての選択権を行使するのは、利用者ではないことも重要である。その選択・決定は利用者に代わって、国では社会サービス局が、コミュニティ・ケアではケアマネージャー、ヘルスケアでは GP（一般医:General Practitioners）や保健局が行う。」と述べ、非営利組織が営利組織と委託契約をめぐって競争し合うこと、消費者の購買力は貨幣ではなく割り当てられたバウチャーの形か代理人に委ねられている。これらの点が通常の市場とは異なる準市場の特徴であるとしている。

需要サイドに関する説明はイギリス特有の事情であり理解しづらい点であるが、準市場とは、顧客をめぐって競争する独立した供給主体がいるという意味では市場に近いが、財やサービスを購入するための費用は、基本的に利用者ではなく政府によって賄われるという点で市場とは異なるものと説明される。さらに利用者に対しては、政府の予算や基金、あるいはバウチャーといった形で財やサービスが提供され、それらの選択権も与えられる。そのため準市場によって、利用者の購買力の差、すなわち、不平等を作り出さずに公共サービスを提供することが可能であり、基本的には平等主義的な仕組みである（Le Grand 2007:41）と述べている。

ルグランは、日本での講演の質疑応答で「準市場とは何か」との質問に答えて、「競争の力を用いるという点では市場」であるが、「国家が購買者」として振る舞うこと、「代理人が購買を決定」すること、「少しずつ違った動機をもった提供者」が混ざり合っていることが通常の市場と違う点であると説明している(郡司 2004 : 70)。

ルグランは、また、福祉における市場の導入がイギリス福祉国家の二つの鍵となる仮説に対する保守政権の信念の変化に因っていることを明らかにしている。つまり、従来、「福祉国家内で働く人々は公共の利益ため」という動機をもっていること、「サービスを供給される人は本質的には受動的である」ことの仮説に立っていたが、サッチャー政権では、「公共セクターの働き手は公共の利益より私的利益の追求」に走っている、「消費者は王様」でなければならないとして、「働き手が利己的で消費者が王様」であるならば、サービス提供に唯一の適切な機構は「市場」であるとし、市場の導入が行われたとしている(横山 2009 : 51)。

ルグラン(Le Grand 2007:14-15)は、よりよい公共サービスのための手段として、4つの方法、つまり、①信頼モデル、②命令・統制モデル、③発言モデル、④選択・競争モ

デルを組み合わせることが必要であるとも述べている<sup>3</sup>。

なかでも、「選択・競争モデル」は公共サービスの供給に準市場を導入した方法であり、準市場における「利用者の選択」と「供給主体の競争」という自律的原則が他のモデルの短所を補い、よりよい公共サービスを提供できると主張している。他の三つのモデルに欠けている点は、どれもサービス供給主体の動機付けを適切にコントロールできないという点にあるとされるが、「選択と競争モデル」を導入することで、供給主体の利己的で悪意のある行動を監視し、同時に不正や恣意的な操作による不公平を是正できると主張し、「選択と競争」が公共サービス提供において「もう一つの見えざる手」(*The Other Invisible Hand*)として機能し、よりよい公共サービスを達成する手段となる (Le Grand 2007:36-46)と述べている。

準市場とはどのようなメカニズムを持つものであろうか。繰り返すことになるが、公的なサービス供給体制を国家財政から切り離し、財源調達と供給を分離した上で民間部門と競争させるプロセスである。民間部門には、営利機関もあれば非営利機関もある。それらのサービス機関はもはや独占的な公共的コントロールの下に置かれることはない。したがって、国家機関はサービスの条件整備主体 (enabler)、調達主体 (commissioner)、購入主体 (purchaser) になる。特に国家機関は十分な量と質のサービスが供給されるように監視する責任を担う点に留意する必要がある (山本 2002:18)。このように準市場の主たる目的は公共サービスに競争原理をもたらすことであり、さまざまな供給機関は契約をめぐる競争することになるのである。

なお、準市場と通常の競争市場との相違については、①国による財源調達、②専門家の介在、③利潤の追求性、をみておかなければならない。第一に指摘できるのは、準市場で提供されるサービスを購入する「購買力」は、個人ではなく国家によって確保されるということである。つまり、「購買力」は公的レベルでとらえられ、財源調達については国がその役割を担うのである。第二には、利用者がサービスを選択する場合、利用者－事業者の二者の関係ではなく、医師やケアマネージャーなどの専門家が介在することである。デマンド (需要) という言葉は個人の欲求度を表し、ニーズは専門家によって判定される必要度であるが、準市場においてもこのことが当てはまる。第三には、サービス供給の担い手にボランティア団体も含まれるため、供給主体のすべてが利潤の極大化を求めるとは限らないということである。たとえば、ボランティア団体は自らが掲げるミッション (環境

---

<sup>3</sup> ルグランのフレームワークについては、真野(2012)、坪(2008)を参照。

保護、協同事業、セルフヘルプ等々)を達成することで、社会的貢献を志向しており、必ずしも直接的な利益を求めるものではない。

準市場の原理について、佐橋(2008b:74-75)は、「競争に代表される市場原理の活用を標榜しつつも、公的規制をも併存させる制度的枠組みである。この場合の公的規制は、参入規制とメカニズムの監視・監督を通じた質の標準化(保持・向上)に関する規制であり、市場をコントロールするというよりも、サービスをコントロールするという意味である」と述べている。

#### 4 準市場の評価基準

ルグランは、「準市場改革」を評価するための適切な評価基準を明確にしている。その基準は、準市場の領域「何が含まれているか」という問題や、その定義「どのように特定化すべきか」、主体「誰の目からみた基準なのか—政治家か、公務員か、利用者か、研究者なのか」などの多くの問題があるとしている。しかし、ルグランは評価基準を簡潔に効率性(efficiency)、応答性(responsiveness)、選択性(choice)、公平性(equity)の4つを提示している。

効率性(efficiency)に関しては、福祉分野の関係者には受け入れ難い概念ではあるが、資源の浪費(無駄)をなくすことが効率性概念を適用するゆえんであると論じている。効率性という言葉が非難を浴びる要因はそれが粗効率性(crude efficiency)と同一視されているからである。粗効率性とは単にサービスの供給を効率化することを目的としており、サービスのトータルコストが低ければ低いほど他のサービスより効率的であるといえるが、低コストのサービスは質が低いか、量的にも不足するサービスを意味している。

それに対して、ルグランらが求めているものは生産的効率性(Productive efficiency)である。ある一定水準の質や量のサービスを維持しつつ、提供するサービスの費用が最小になることを意味しており、対価性、つまり投入した資金に対して可能な限り低コストで提供するサービスに多くの付加価値を与えるかが重要である(Le Grand 1993:14-15)としている。

応答性(responsiveness)とは、利用者のニーズや欲求にしっかりと対応することである。従来の官僚的福祉政策が利用者への配慮の不足、不親切であったという批判(それは感覚的な批判だとしても)に対応するため、応答性を高める必要が生じた。サービス提供者が応答的であればサービスを受ける側の満足度も増すのである。また、地域のニーズや

優先事項に臨機応変に対応したスタッフに対して、より大きな報酬を与えることも応答性向上へのインセンティブ効果が働く (Le Grand 1993:15-16) と述べている。

選択性 (choice) については、福祉サービス利用者の選択肢を増やすことは準市場改革にとって重要な点で、利用者の権利保障の一部でもある。選択の概念には、誰の選択かという問題、どの提供者を選ぶかの問題、つまりサービスの選択と提供者の選択の違いもある。提供者の選択については、営利・非営利セクターを関与させることで多様性を担保することとしている。そして、利用者が受けるサービスについて自由に選択できることで効率性と応答性という政策目的が容易になる。

また、福祉サービスのもつ複雑な側面と長期にわたるという性質を考慮に入れると、声 (Voice) のメカニズムが、選択の拡張を含む退出 (Exit) のメカニズムよりは応答性を達成する手段 (Le Grand 1993:16-18) として好ましいとしている。

公平性 (equity) に関しては、サービスが収入の多寡や社会経済的身分や性別、民族性などの要因に拘わらず全ての人に公平に提供されることである。それは、供給されるサービスの質と量がニーズを必要とする度合いによってのみ判断されることであり、ニーズを最も必要とする人たちにサービスを集中すべきである。つまり、ニーズに関連づけて公平性を定義している。これによって、社会正義や公平性を促進できる (Le Grand 1993:19-33) としている<sup>4</sup>。

## 5 準市場の評価基準を達成するための条件

ルグランは、準市場改革を成功へと導く評価基準としての4つの目的である効率性、応答性、選択性、公平性を示しているが、これらを達成するためには満たすべき条件 (Conditions for Success) があるとしている。それらの条件は、①市場構造の転換 (Market Structure)、②情報の非対称性の防止 (Information)、③取引費用と不確実性への対応 (Transaction Costs and Uncertainty)、④動機づけの問題 (Motivation) と⑤クリームスキミングの防止 (Cream-Skimming) を示している (Le Grand 1993:18-19)。

第1の「市場構造の転換」は、市場が効率的で応答的で選択的であるためには、競争的でなければならないとしている。そのためには多くの提供者と購入者の存在が必要であり、需要と供給の力関係 (相互作用) が価格を決定し、資源の効率的配分を示すシグナルとし

---

<sup>4</sup> イギリス社会の構造的特徴である多民族国家 (multi culture society) を平和的に機能させていくためには、公平性という概念は欠かすことのできない概念である。

て働くとしている。一方、準市場においては提供者を小規模化、分散化することで競争が促進され、効率性の向上につながり利用者のニーズに応答的な立場がとられ、幅広い選択権を与える結果にもなり得るとしている。また、効率性を高めることで新しい供給者が準市場に自由に参入する機会が得られ、また、退出も容易になる。

サービス価格に関しては、購入機関の管理された価格設定メカニズムにより公定価格が設けられている。それは政府の予算枠の範囲内で決定され、供給されるサービスを制限している。利用者の需要の多寡が価格決定に影響を与えないということである。そのためには代理人である関係機関が利用者のニーズにきわめて鋭敏でなければ、利用者の意向を十分に反映した価格設定にはなり得ない。したがって、価格決定のプロセスに利用者が参加することが、効率的な価格決定の必須条件である (Le Grand 1993:18-19)。

第2の「情報の非対称性の防止」については、提供者、購入者がともにサービスの価格と質に関する正確な情報を安価に入手できることが必要である。提供者は供給するサービスの適切な原価計算ができる情報を得られること、購入者は提供者が質を下げることで価格を下げる可能性を防止するために、サービスの質をモニタリングできるようにすることである。また、モラルハザードや逆選択が提供されるサービスの質の低下を招くとしている。モラルハザードとは、提供者がサービスの提供に際して契約事項に記載されているより少ない資源を投入する場合に起こる。逆選択は、提供者がサービスの供給に不利益な影響を与えるかもしれない情報を購入者には明かさない場合に起こる。

これらを防止するためには購入者による継続的なモニタリングが必要となる。情報の非対称性を利用して機会主義的戦略を取る可能性を排除することが効率性の改善に寄与している (Le Grand 1993:24-26)。

第3の「取引費用と不確実性への対応」については、準市場においての取引は従来の市場よりも複雑で多面的であり、不測の事態が起こることが予想される。そのため取引費用という負担（コスト）が生じることを考慮しておく必要がある。そのコストは提供者の規模に影響されるため分散化も必要であり、契約の拡大が不確実性を増大させる状況を生むことになる。不確実性は「制限された合理性」と関連してより複雑化するので、提供者と購入者の間でリスクを共有することが求められる (Le Grand 1993:26-30)。

第4の「動機づけ」に関しては、提供者サイド、購入者サイド双方に生じてくるが、サービス提供者は利潤を追求することが求められる。一方の購入者はどのようなニーズがあるのかを把握し、適切にそれに応じ得るサービス提供のあり方を検討するなど、利用者の

福祉追求という動機を持たなければならないとされている (Le Grand 1993:30-31)。

最後に「クリームスキミングの防止」であるが、クリームスキミングとは「いいとこどり」を意味しており、サービス提供者が自らの利益を最大化するよう購入者や利用者を選別することである。それを防ぐためには、教育現場や医療機関において費用のかかりそうな子供や患者に対しては割増金や特別手当などで支援することを提案している。

準市場においては、低所得者層への費用負担に配慮して受給資格がありニーズをもつ利用者にサービスを届けることになる。これは、公平性を確保してニーズの有無をサービス利用の可否につなげるのであって、提供者にとってより大きな利益をもたらす可能性を持つ利用者を選別することを防ぐためのものである (Le Grand 1993:31-33)。

佐橋 (2008a:32) によれば、供給者間の競争、情報の開示、不確実性への対応、供給者の利益追求動機、利用者の福祉追求動機、ニーズに応じた利用者の平等性などである。これらの成功条件を満たすことによって形成される準市場は、以下の点において評価されることになる。

第1の生産的効率性に関しては、質を確保しながらコストを抑制するという「生産的効率性」の追求が、利用者に質や量ともに優れたサービス提供が可能になる。

第2の応答性の向上に関しては、多様な提供者が存在して、かつ、提供者は利潤追求、利用者は福祉追求という動機づけを持つことで緊張関係が生まれ、購入者や利用者のニーズに応えることが求められる。また、購入費用が公的に担保されることで一定の採算が見込め、種々のサービスが登場する可能性を持つことになる。これはサービスの質の一部となるだけでなく、給付水準を決定する要素にもなる。

第3の選択性の向上に関しては、この場合の選択とはサービスの選択と提供者の選択を意味している。当然、提供者に対する選択と提供者の多様化との間には相関性がある。さらに、「声」(voice) や「出口」(exit) の確保も重要とされる。「声」は応答性の確保に、「出口」は選択の幅の拡大に資するとされる。

第4の公平性の確保に関しては、公定価格を設定することや低所得者に対して費用負担の減免や無料化策が講じられることで所得や支払能力、性別や人種に関係なくニーズに対応したサービスの利用が可能になる。また、サービス提供者が利用者をクリームスキミングする危険性も低下する。

ルグランらが提唱する準市場の原理は、サービス提供体制における効率性、応答性、選択性、公平性の達成を目的として、市場構造を転換し、情報の非対称性を緩和し、提供体

制の安定化や取引費用の確保を求めるものである。また、公平性を確保するためにクリームスキミングの防止が求められる。「重要なことは準市場の目的が、従来の公共サービス提供体制における短所の克服にある点である。そのために一定の公的規制を加えつつ、市場の長所とされる要素を取り入れることになった」（佐橋 2008b:79~80）のである。

## 6 準市場に関する日本での研究と定義

日本での準市場の研究に関して、駒村（2004:213-217）は「quasi-market」を疑似市場と訳し、イギリスにおいて1980年代後半から保守党政権が進めた教育、医療、コミュニティ・ケアといった対人社会サービス分野における公共事業・国営企業を対象に民営化した規制緩和の動きを詳細に整理している。

そして、疑似市場のポイントを「供給者」と「購入者」の分離(provider-purchaser split)であるとしている。これまでは政府は自らの部門で公的サービスを生産し、購入してきた。しかし、疑似市場では、サービスの生産は政府ではなく、多様な競争的な民間事業者が行なう。さらに「購入者」と「財政(支出者)」の分離も重要である。これまで政府は「購入者」であり、かつ「財政(支出者)」であったが、疑似市場では、「財政(支出者)」になるが購入者にはならない。サービス生産の費用、財政は税や社会保険といった公的な資金で賄われる。公的サービスの利用者はこれまでの依存者から脱却し、財源から購入権を与えられた「購入者」になり、自ら選択権を行使でき、多様な事業者は「供給者」として「購入者」を巡り競争するとしている。

それが機能する条件として、①十分な供給主体が存在すること、②価格・報酬体系に関するインセンティブ設計の重要性、③ニーズ把握の問題、④サービスの安定供給の問題、⑤コストの増加の問題をあげている。

そして、どのような競争市場メカニズム(費用負担・価格設定)を導入することが公平性・効率性・責任・選択の多様性という基準から適切か、またどのような規制(NHSにおける地域保健当局のモニター機能など)を課すことが公平性を保つことに役立つかを検証した。そして、特に情報構造と公平性に関するクリームスキミングが重要な問題になるとした。そのうえで、疑似市場は「従来の措置原理は供給者優先のメカニズムであり、供給者が『良かれ』と思ったことがサービス改善の原動力であったが、疑似市場では利用者から選択されることが、サービス改善の原動力となる。つまり、供給者優先の社会福祉から利用者優先の社会システムになる」（駒村 2004:225）としている。



平岡（2001:30）も「1980年代以降、福祉国家体制の再編が進むなかで、多くの先進諸国において、社会サービスの供給システムに多元化（pluralization）と市場化（marketization）という概念で特徴づけられる変化が生じている」と捉えている。そして、準市場に関するルグランらの研究分析に基づいて、市場メカニズムを有効に機能させるための取るべき措置を以下のとおり述べている（2001:40）。

第1に、そうした措置の中には両立が不可能なものがある。例えば、情報の不完全性の問題を解消するために特定の供給者と購入者が長期的な契約を結ぶことは、競争を阻害する恐れがある。第2に、市場メカニズムの阻害要因の中には、ケア・サービスの本来の特性に根ざすもので、除去するのが困難、或いは不相当とみなされるものがある。「例えば、サービス利用者の心理的安定や健康の維持という点からみて、サービス供給機関の市場からの『退出』を積極的に促す措置をとることは不相当だということがあるとしている。

さらに、「社会サービスの市場化とは、現実には疑似市場化を意味する。それだけに、市場化の是非について論じる前に、実際に社会サービスにおいてどの程度まで市場化が可能であるのか、あるいは、現実にはどの程度まで市場メカニズムが作用しているかを客観的に評価・分析することが重要である（平岡 2004:297）」と指摘している。

見山（2004：129－134）も「近年の公共サービス改革において『市場』の要素の導入が重要な位置を占めている。イギリスでは1990年代初めから、準市場(quasi-market)という概念が用いられるようになってきた」と認識し、ルグランらの提唱する準市場の概念を整理するとともにその定義に多くの限界を含んでいるとしている。

彼は、準市場が「市場」である理由について次のような問題点を指摘している。第1に、「準市場が市場である理由の一つに、独占的な国家の供給者を『競争的』な供給者によって置き換えることである」としているが、「独占市場」があるように市場は競争的であるとは限らない。経済学では、「独占的か、競争的かという問題は市場の定義ではなく市場構造または市場形態の問題である」としている。第2に、『国家』の供給者を『独立』の供給者に置き換えることである。『国家』と対比させて『独立』という言葉を用いると、「国（公立）の供給者は準市場における供給者から排除」されてしまう。第3に、準市場が『市場』である理由の中には、利用者の選択が可能であるという点が含まれていない。バウチャー制などの点からも、利用者の選択という要素を準市場の『市場』の側面の中に位置づけるべきであろうとしている。また、準市場が『準』である一つの理由は、非営利組織の存在である。経済学では、『供給者が営利を追求するかどうかは市場の定義ではなく経済主体の

動機』の問題として扱われる。ルグランらも供給者の動機を準市場の成功の条件の1つとして位置づけている。また、「準市場の本質的な要素であるサービスの費用を利用者ではなく政府が負担するという点<sup>5</sup>が含まれていない」と指摘している。そして、準市場を「政府が費用を負担し、当事者間に交換関係がある方式」と定義し、その上で、サービス利用の意思決定の権限の所在に基づいて、準市場を「政府購入型」「専門職購入型」「利用者選択型」の三つに分類し、準市場の概念を体系的に整理している。

横山（2012:148-149）は、1980年以降の先進諸国の社会保障制度改革及びそれに伴い1990年代前半から始まった福祉改革を、従来の利用・提供の仕組みに市場的要素を導入し、市場における売買と実質的には変わらない仕組みへと置き換えることであったと認識して、これらの「市場化」と呼ばれる改革は、今日、その影響力を強めて新自由主義的改革の一環として具体化され推進されてきた。そして、この市場化改革の理論的構築に「準市場」の概念で寄与したのがルグランらイギリスの研究者たちであったと捉えている。

ルグランらの準市場論を「時として営利組織も含むが非営利組織が委託をめぐって競争すること、消費者自身ではなく代理人が売買に関わる点や購買が割り当てられたバウチャーの形をとること、などの点が通常の市場とは異なる準市場の特徴である」と要約している。また、ルグランらの説明は、「あくまで需要と供給の特性であって、準市場における競争の特性については言及しておらず、その意味で市場の特性論としては不十分である。市場の特性を競争の性格から規定するためには、競争の行われる環境がどのような特性を備えているかを明らかにする必要がある。競争の自由を支える一般的条件は、価格競争の自由と参入・撤退の自由によって担保される<sup>6</sup>」と述べている。

そして、競争の基本を支える条件として、「市場が閉じられた環境ではなく事業者が自由に市場に出入りできる環境が必要である」としている。したがって、準市場の特性は、「これらの条件が具体的にどうなっているのか、どのように規制が加えられ、制約が課せられているかの視点から評価することが必要である」と述べている。つまり、公定価格が定められた下では自由な価格競争は排除され、競争の主な内容はサービスの質やコスト削減の

---

<sup>5</sup> 費用の負担の割合や交換関係の有無にはさまざまな程度がある。準市場と市場の境界を定めるのは政府と利用者の費用負担の割合である。我が国の公的介護保険制度には、その利用に際して1割（平成27年8月から一部2割）の利用負担がある。

<sup>6</sup> 公定価格が設定されること（価格規制が行われること）の必要性は、所得の多寡に関係なく利用者にサービスが届けられるようにするためである（佐橋2008）。また、サービス機関の市場からの「退出」を積極的に促すことは、サービス利用者の心理的安定や健康の維持という点からみて、不適當だということもある（平岡2001）。

競争となる。また、事前規制が行われれば参入・撤退の自由は制限され競争も限定的なものになるとしている。

準市場に関するこれまでの研究においては、競争が存在することを基本要件としたうえで、需要と供給における一般市場との違いに注目をして、購買者が多くは利用者（消費者）本人以外であること、供給者が営利・非営利を含めて多様であることが特徴として挙げられている。しかし、一般市場においても行政などが購買者になることがある。また、供給者に非営利組織が含まれることもある。つまり、準市場の定義としては不十分である。

重要なことは、「需要と供給の特徴を指摘するだけでなく、その特徴が市場のどのような特殊性を持ち込んでいるかである。」さらに言えば、競争の存在が市場の大前提にあるとすれば、その競争における特殊性を明らかにすることが「準市場」の「準」を規定する最大のポイントとなる。需要と供給、三面競争（売り手と買い手、買い手間、売り手間の三面にわたる競争）という市場の要素についてさらにその特殊性を正確に分析することが求められる。つまり、準市場の研究は、「非市場」として存在してきた社会保障に市場的な要素が導入されることで、社会保障が市場との関係を深め、社会保障の内部に特有の市場を作り出してきた。そのような事態を受け、それらを解明するための装置として登場したのである。準市場の研究は、特殊な市場に関する研究ともいえるが、社会保障の実態研究でもある。研究にあたって、市場の側面だけに着目した分析は不十分で、社会保障の在り方を問い、社会保障が本来的な役割・機能を発揮するために何が求められているか、その手がかりをどのように見いだしていくかという視点と問題意識が欠かせない(横山 2003:56-57)とされている。

京極（2008：2-3）は、ルグランらの準市場論について、それは開発途上にあり、経済論理的にみでの検討課題も少なくないとはいえ、公共政策的色彩があまりに濃かった従来の社会保障の改革方向にとっては、準市場の概念が極めて有力な視座を与えてくれることは間違いないであろうと評している。

また、準市場を、「準経済市場（quasi-economic market）のこととして、特に社会保障の準市場化に対しては、相対する反対論が存在している。」すなわち、「一方では新自由主義的立場に近い見解として、中途半端だとみて、より一層の自由主義化に向けての反対論があり、他方では統制主義に近い立場から、社会保障の市場化そのものを拒否する反対論があり、各々が相対立している状況」にある。「準市場論がこれら双方の議論の中間領域にあることになる。それは、おそらく、準市場そのものの存在が純粹の公共政策の領域と自

由競争的な経済市場の領域とのいわば中間領域にあることのイデオロギー的反映であるからに他ならない」としている。

そして、準市場を活用するメリットとして、「一方で市場原理を抑制して低所得の人々の費用負担に配慮することが可能となる面があり、他方で、低品質化や低効率化などの官僚的弊害を防ぐことが可能となる面がある」としているが、これら両面のどちらを強調するかで、準市場を支持する論者もいくつかのタイプに分かれるとしている。従来の社会保障政策を改革していくために、準市場の概念をきわめて肯定的に捉えているが、「ティトマス (R. Titmas) やギルバート (N. Gilbert) が提唱した社会市場 (social market) という概念をさらに発展させ、準市場をも包摂する混合市場 (incorporated market 社会市場と経済市場との重複領域)」という枠組みを提唱している。

準市場は、公共政策と経済市場の中間領域にある限り、いくつかの段階とバリエーションが存在する。特に、社会保障の実証分析においては、利用者の立場、事業者の立場、政策当局の立場から、各々どのような効果があるかを制度ごとにきめ細かな議論を展開する必要がある。問題は、「単に当該社会保障部門が準市場の領域に属するか否かではなく、準市場にあるとしたら、どのようなプラス効果、マイナスの効果が生じているかを実証的に論ずるものでなければならない」としている<sup>7</sup>。

李 (2015 : 31-33) は、準市場の定義に関して、①公的規制と市場原理の併存に着目している視点、②役割分担の変化に着目した視点、に大きく二つに分けて以下のように論じている (表3-1 参照)。

①公的規制と市場原理の併存に注目している研究は、その定義の共通点として「国家の規制と市場原理の併存」としてまとめられる。横山 (2003) が「規制された市場」、狭間 (2004) が「参入規制等の公的規制を残しつつも、可能な限り市場原理を活用して公共サービスを運営していくやり方」、佐橋 (2002a) は「市場原理を活用しつつも公的規制をも併存させる制度的仕組み」と捉えているとしている。

②役割分担の変化を基準とした研究は、駒村 (1999b) は「購入と供給の分離による供給者間の促進という形で公的部門の内部に市場メカニズムを導入することにより、効率性を高める疑似的市場メカニズム」と定義している。広井 (2000) は、「財政は行政、供給は民間」と位置づけ、財政と供給を公と私の役割を分けている。つまり、サービス提供主

---

<sup>7</sup> 「社会市場の論理入門 (上) (下)」『経済セミナー』2008年4月号、5月号及び、『社会保障と日本経済』慶応義塾大学出版会 2007年を参照した。

体を私（民間）、財政負担を公（公共）の二つに役割が分離された」とみている。

これらの見解は、「サービスを提供する主体は私（民間）、財源の主体は公（公共）となり、役割が分離された」とまとめられる。

表3-1 日本研究者による準市場の定義

① 公的規制と準市場の併存に着目した視点

研究者	準市場の定義
佐橋（2002a）	市場原理を活用しつつも公的規制をも併存させる制度的仕組み
横山（2003）	規制された市場
狭間（2004）	公的規制御を残しつつも、可能な限り市場原理を活用して公共サービスを運営していく方法
岡崎（2007）	規制された特殊な形態の市場

② 役割分担の変化に着目した視点

研究者	準市場の定義
駒村（1999b）	購入と供給の分離による供給者間の競争の促進という形で公的部門の内部に市場メカニズムを導入することにより、効率性を高める疑似的な市場メカニズム
広井（2000）	「財政＝公、供給＝私」というパターン
児山（2004）	政府が費用を負担し、当事者間に交換関係がある方式

出所：李 宣英（2015：32）

日本においていち早く市場原理が導入された公的介護保険制度の特徴として、準市場としての「準」、いわゆる「公的規制」の部分として、供給主体側では、事業者の介護サービス市場への参入に際して一定程度の基準が設けられていること、不正を犯した場合は、行政処分や指定取り消しを受ける場合がある。利用者側では、介護サービスを利用する際に、行政から要介護の認定を受ける必要があること、要介護度別に利用限度額が設けられていることなどがある。「市場」としての部分では、供給主体側では、民間営利事業者の参入により利益追求が可能となりビジネスチャンスが広がったこと、利用者側では、サービス内容やサービス事業者を自ら選ぶことが可能となった（李 2015：95）。

すなわち、日本の公的介護保険制度は、「公的規制を残しつつも、市場原理を働かすことでサービス内容・事業者を選択できるようなシステムを創り出し、提供されるサービスの質の向上を目指すメカニズム」と定義することができる。

## 第4章 公的介護保険制度における準市場的要素と準市場化

1980年代以降の先進諸国の保健医療、社会福祉、教育等の社会サービスの提供体制における市場メカニズムの導入に関して、日本においては2000年前後に実施された公的介護保険制度の導入、保育所制度改革および社会福祉基礎構造改革が、そのような性格を持つ制度改革の典型例としてみなされてきた。わが国での公的部門の営利化と社会福祉の市場化の促進は、公的介護保険制度導入により可能となった（岡崎 2007 : 31）。

本章では、そうした観点から準市場（quasi-market）としての公的介護保険制度について、その特徴と要素を踏まえて準市場化の現状を考究する。

### 1 公的介護保険制度と福祉サービスの利用制度化

高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）は、大蔵、厚生、自治の三大臣合意のもとに1989（平成元）年に策定された。それは、保健福祉サービスの目標量、目標年次、財政的裏付けをもって作られた画期的な計画であった。そして、1994（平成6）年には、全国の市町村が策定した老人保健福祉計画におけるサービスの目標数値を積み上げて、ゴールドプランの目標数値を修正した「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」が策定された。基本理念として、「利用者本位・自立支援」、「普遍主義」、「総合的サービスの提供」、「地域主義」などの事項が明記された。

同年には高齢社会福祉ビジョン懇談会が、21世紀に向けた介護システムのあり方として、①介護に必要なサービスの総合的な提供、②専門家の助言を得ながら、自立のための最適なサービスの選択、③多様なサービス提供機関の健全な競争による質の高いサービスの提供、④介護費用の国民全体での公平な負担、⑤施設・在宅を通じての費用負担の公平化、を掲げて「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—」と題する報告書を取りまとめている。

この流れを受けて、高齢者福祉分野では1995（平成7）年から厚生省において高齢者介護システムの検討が行われ、1997（平成9）年12月に要介護高齢者を社会全体で支援する仕組みとしての公的介護保険法が制定され、2000（平成12）年から施行された。また、公的介護保険制度の策定・施行と並行しながら、社会福祉基礎構造改革が押し進められた。その改革の基本的方向は、①サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立、②多様な需要への地域での総合的な支援、③幅広い需要に応える多様な主体の参入促進、④信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の向上、⑤情報公開等による事業運営の透明性の確保、

⑥増大する費用の公平かつ公正な負担，⑦住民の積極的な参加による福祉文化の創造である。これを受けて，2000年6月に「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」（社会福祉法）が公布された。法律の全体像は，①利用者の立場に立った社会福祉制度の構築，②福祉サービスの質の向上に関する制度の整備，③福祉サービスの拡充に関する規定の整備，④地域福祉の推進に関する規定の整備であるが，措置制度から利用者自らがサービスを選択し利用する制度への転換，すなわち福祉サービスの利用制度化である。

さて，社会保険方式として導入された公的介護保険制度の特徴としては，①市町村が保険者となり，40歳以上の国民が被保険者となり保険料納付の義務を負うこと，②サービス利用に当たっては従来の応能負担から原則1割の応益負担となったこと，③要介護度に応じて利用できるサービス毎の保険給付に上限が設けられていること，④在宅福祉サービスに民間事業者を含む多様な供給主体が参入することで競争原理が導入されていること，などであり，介護サービスの提供・供給において事業者間への競争原理の導入，公定価格としての「介護報酬単価」の設定及び応益負担である（佐橋 2002b : 139）。

これは介護サービス市場の誕生を意味するが，一般の市場の形態と異なり，負担のあり方，サービス利用等に関して要介護認定や介護報酬単価などに公的規制が設けられている。つまり，社会福祉の分野に市場の要素を導入して，提供されるサービスの質や効率性を高めようとする「準市場」という考え方である。狭間（2008 : 70）は，「準市場」が法的根拠を持ち公的財源によって提供される公共サービスに市場原理を導入した運営方式であるとしている。

また，佐橋（2002b : 140）は，準市場の理論的枠組の特徴は市場構造，情報，取引費用と不確実性，動機づけ，クリームスキム対策をとることによって，供給体制については従来の国家独占の形態から脱却し，多様な供給主体による消費者をめぐる競争を要求する一方で，購入体制においては公的機関等による購入代行の後，利用者に対してそのニーズに従いサービスが分配されることになると考えるところにある。最終的には，中央集権的なサービス供給体制において欠如しがちであった効率性・応答性・選択性・公平性が達成されると述べている。

準市場の特徴としては，①供給サイドでは，生産者やサービスの提供者間の競争が存在し，公的部門も含むさまざまな動機に基づく独立した主体が利用者を巡って競争している。②需要サイドでも純粋な市場と異なり，購買力は金銭で示されるわけではなく，特定の目

的に割り当てられた購入権という形をとっている。③受けるサービスの内容は健康や社会福祉に関することであり、消費者自身がどの程度サービスが必要か自ら決定することができないという場合もあり、第三者がエージェントとして必要な需要を決定し、その効果をモニターすることになる。つまり、準市場は、競争的な要素を導入し、サービス配分上の効率も改善することを目的にしている（駒村 2004：215）。

## 2 公的介護保険制度における準市場的要素

横山（2009：58-60）によれば、わが国の福祉の市場化として代表的な公的介護保険制度は、「それまでの行政が介護サービスの提供・利用を決定していた措置制度から契約に基づく利用提供の仕組みに変えることである」として、まさに介護市場を作り出したと認識している。介護市場は、提供者としての介護事業者、利用者としての被保険者、そして保険者としての市町村によって構成されることとなった。公的介護保険制度による介護サービスの利用は、認定を受けた介護保険事業者と契約を結んで、利用するごとに介護報酬単価に基づいて利用総額の一割を事業者に支払う。事業者はサービス提供後に各保険者に残りの九割を請求して支払いを受けるというプロセスからなっている。これは、介護サービスが貨幣を媒介として取引されるものであり、まさに市場での取引である。しかし、通常自由市場とは異なる以下のような特有の規制が存在するとしている。

第1は、自由市場の要件である「価格競争の自由」がなく、介護報酬という「公定価格」が設定されている。介護報酬以外については、自由な価格設定が認められてはいるが、本来の介護保険給付は国の定めた介護報酬による利用しか認めていない。これは、準市場と自由市場との最も大きな相違点である。

第2は、事業者の「参入・撤退の自由」については、参入に関しては原則的に都道府県（地域密着型サービスは保険者である市町村）の指定を受ける必要があること、介護保険独自の指定要件が設けられていること、対象が基本的に法人組織に限定されていること、「施設介護」に関しては原則として社会福祉法人や医療法人など非営利法人に限定されていることなど、制約・制限が設けられている。また、撤退に関しては、指定要件を条件に退出のルールが設けられている。

第3は、介護サービスの提供・利用による代金の支払い・受け取りが、事業者と利用者との間で行われる利用料の1割部分を除いて、残りの9割が代理受領として国民保健団体連合会を通して間接的に行われる。



第4は、介護サービスの利用にあたっては、利用量や利用額には要介護度ごとに上限枠が設定されており、あらかじめケアマネージャーによるケアプラン（介護サービス計画）の作成が求められていることなど、一定の制約が課せられている。ちなみに、在宅介護サービスに関しては利用者自身がケアプランを作成することができるが、その場合は償還払いとなる。このように、介護サービス市場は、一般的な自由市場に課せられている制約・規制に加えて、利用者の自立支援や権利擁護などの視点からさまざまな規制が加えられている。まさに「準市場」といわれるゆえんである。

佐橋（2002b：142）は、公的介護保険制度における準市場的要素を供給主体と購入主体とに分けて次のように抽出している。

供給主体として、介護サービスの提供は、「都道府県知事から認可・指定を受けた事業者が行うため、供給主体は事業者」である。事業者は利用者の要介護度などに応じて最終的には利用者の承諾を得て作成されたケアプランに則りサービスを提供する。サービス費用は、利用したサービスごとの報酬単価に従い1割を利用者、9割を保険者である市町村が支払うこととなる。つまり、供給主体としての準市場的要素として、「事業者として指定・認可の公的規制の要件を満たせば介護市場への参入が可能であること、利用料についても保険者からの支払い、利用者の意向の尊重」などを挙げている。

購入主体については、「介護サービス内容と事業者を選択する権利があることで、介護サービスの利用者を購入者と位置づける。」サービスの利用に際しては、市町村に要介護認定の申請を行い、被保険者の心身的状況等を勘案した一次・二次判定の後、要介護度が決定される。要介護度に応じて利用できるサービスの上限枠が定められており、基本的にケアマネージャーが作成するケアプランに基づいて、利用者が事業者を選択して利用する。

つまり、購入主体の準市場的要素としては、「①購入者が利用者であること、②公的規制として要介護認定を受けること、③効率性や公平性を確保するため1割の利用料負担がある」ことなどである。

### 3 公的介護保険制度の準市場化の現状

ここで、公的介護保険制度の準市場的要素について、ルグランやパートレットが提唱する「準市場原理」の理論的枠組みに従って、準市場達成のための成功条件である①市場構造、②情報、③取引費用と不確実性、④動機づけ、⑤クリームスキミングの視点からその特徴を分析する。

## 1) 市場構造 (Market Structure)

市場が応答的で効率的であるためには、市場構造を独占的なものより競争的なものへ転換する必要がある。そのためには、サービス提供者を小規模化・分散化し、参入促進・退出防止を通じて多数の提供主体を確保し、購入者をめぐる提供者間の競争を促進させることが必要であるとされる (Le Grand 1993 : 19)。公的介護保険制度が導入された以降、多様な性格をもった組織が介護サービス市場に参入することが可能となり、システム上では競争が活発に起きる状況にある。

介護サービス提供方法に関しては、イギリスでは、行政（国）が購入者となりサービスを利用者に配分する。価格は公定価格を設定することで効率性を担保している。準市場原理として、購入者をめぐる提供者間の競争が必要とされる。つまり、提供者—購入者—利用者の構図となり、購入者は競争的な方法でサービスを購入し利用者に配分する。提供者はサービス内容や価格を提示して、提供者間で競争する仕組みとなっている。一方、日本では、購入者＝利用者であるため提供者と利用者が直接契約を結び、介護報酬単価を媒介とするシステムとなっている (佐橋 2008 : 120)。

参入に関しては、日本の場合、営利・非営利を問わず一定の要件を満たすことで、介護事業者として所轄庁により指定・認可を受けることで、提供事業者となることが可能となった。退出に関しては、法的には指定基準の要件である人員基準や設備基準などを満たさなくなった場合や利用者確保が難しいなど運営上の問題などの場合である。

価格に関しては、一般的市場は、貨幣を媒介とした財やサービスの売買の総体であり、価格は需要と供給のバランスによって変動し、消費者の選択や財によって価格調整が行われるが、公的介護保険制度では公定価格としての介護報酬単価が設定されている。

これは、限られた予算の範囲内でサービスを提供しなければならず、公定価格を設定することにより価格をより効率的なものにするためである。つまり、公定価格が定められる意義として、介護総費用の抑制とともに利用者の所得に関係なくサービスを受けられるようにするためのものである (佐橋 2000b : 143)。つまり、価値財としての位置づけでもある (坂田 2012 : 57)。介護報酬単価は、提供するサービスの質を担保するため、国が一定の基準を定めるものであると理解することができる。しかしながら、設定される価格水準によっては、介護サービスを利用できない、もしくは利用を手控える現状も考えられる。

一方、逆に低く設定された場合には、サービス提供者は採算が合わなくなり、撤退を余

儀なくされる状況が出てくる場合がある。介護報酬単価は利用者やサービス提供事業者の状況を十分に勘案して設定する必要がある。

そして、サービス供給量に比較して利用者のニーズがあまりにも少なければ、供給者間に過当競争を引き起こす可能性があり、逆に、一定の供給量に比べて利用者のニーズがあまりにも大きければ、供給者間に競争が起きない可能性も出てくる（李 2015 : 80）。

## 2) 情報 (Information) の非対称性の防止

介護サービス事業者を選ぶ際、公定価格が設定されているので価格が判断基準にならず、サービスの質が主な判断理由になるはずである。準市場が効率的に働くためにはサービスの質に関する的確な情報を得なければならない。しかし、利用者と介護サービス事業者の間には「情報の非対称性」があることから、事前に事業者のサービスの質を判断することは難しい（Le Grand 1993 : 24）。また、情報の非対称性を利用して機会主義的戦略

（Opportunistic Behavior）を取ることによって起こるモラルハザードと逆選択の防止策が必要である。モラルハザードは、イギリスにおいては「一括契約」など、契約構造によって起きるとされているが、日本の場合は、利用者と事業者との個別の直接契約となっているため、問題は起きないと思われる。逆選択の防止については、サービス提供が効果的に運用されるために適切な価格設定とサービスの質の確保のための情報の非対称性防止が必要である。利用者の選択性や提供されるサービスの質を高める観点から、情報の非対称性を解消するために事業者の積極的な情報開示が求められる。

公的介護保険制度においては「介護サービス情報の公表制度」や「サービス提供機関の情報」など、厚生労働省や独立行政法人医療・福祉機構の情報ネット「WAM NET」上で公表され、さらに、事業者や市町村が相談苦情対応をすることとされている。また、成年後見制度や日常生活自立支援事業（旧：地域福祉権利擁護事業）など、利用者の人権が擁護されることとなっている。しかし、現状では情報の量、内容、サービスの質に関しては十分ではなく、容易に情報を得ることも難しい状況である。いずれにせよ、日本の場合は、利用者が直接サービスを購入することになっているので、情報の非対称性が発生する可能性が高いといえる（李 2015 : 83）。

## 3) 取引費用と不確実性 (Transaction Costs and Uncertainty)

取引過程の複雑さに伴う取引費用の発生および不測の事態を意味するものである。生産

的効率性の関連で、取引費用の低減は効率性の確保を意図したものである。取引費用は、事前・事後の2つに分けることができる。事前については契約など利用開始に際しての費用のことで細心の注意を払うことの重要性、事後については契約条件に関しての紛争や交渉費用のことでモニターの必要性を強調している（Le Grand 1993 : 27）。

公的介護保険制度においては、サービス利用に際して重要事項説明書や契約書を作成して提供するサービス内容について利用者に十分に説明することとなっている。しかしながら、内容がより専門的で煩雑なために、利用者やその家族がサービス内容を十分理解しているかどうかは、疑問のあるところである。このことが、事後の不測の事態の際に費用を増大させる結果となり得る可能性を秘めている。それゆえ、不確実性とも関連するが、提供したサービスに対する何らかの不都合や不測の事態への対応策として、サービス提供事業者がそのリスクのために損害賠償保険への加入を義務づけることが必要である。

#### 4) 動機づけ (Motivation) の問題

供給者は利益追求動機、購入者は福祉追求動機、つまり、供給者と購入者の双方において動機づけが必要である（Le Grand 1993 : 31）。公的介護保険制度導入をビジネスチャンスと捉え、利益追求動機を1つの目的としている多くの民間営利企業が在宅介護サービス事業を中心に参入してきた。一方、利益追求動機を一義的な目的としない従来の社会福祉法人、NPO法人などの組織もある。多様な組織が参入している中で、それぞれの組織がいかなる動機づけでサービスを提供しているか不明な点である。

購入者が利用者と完全に分離している場合には、購入者は利用者の福祉追求動機を持つことが必要であるとしている。日本の場合、購入者と利用者が一致しているため問題が生じる可能性が低い。しかし、利用者の介護サービス利用に際しては、支援・利用計画を作成して給付管理の役割を果たすケアマネージャーの大半がサービス提供事業所に所属しているため、その果たすべき役割が中立的なものになりにくく、購入者である利用者の意向が軽視される可能性が高まる。実際に多くのケアマネージャーが特定の事業所に所属していることで、利用者の意向をどのくらい尊重しているか疑問な点である。

#### 5) クリームスキミングの防止 (Cream-Skimming)

低所得者層に対してサービス費用の無料化や減免などの配慮を行うことで、サービス提供主体が自らの利益を最大化しようと利用者を不当に選別することを防ぐためのものであ

る (Le Grand 1993 : 32-33). つまり, 経済力と関係なくニーズを持っている者すべてが公平にサービスを利用することができる環境である. しかし, 介護ニーズ以外の要素が影響を与え, 介護サービスを利用できない状況であればクリームスキミングの可能性が高いといえる. 介護サービス利用に際して認知症や手のかかりそうな利用者に対しては, 介護報酬が段階的に設定されているので問題は低いように思えるが, 認知症対応型共同生活介護事業所においては, 介護度に応じた報酬単価の幅が少ないフラットな単価設定になっているために重度な利用者の排除といった可能性が大きい.

介護サービス利用に際しては1割の利用負担<sup>1</sup>があり, 保険料に関しては低所得者層に対しての配慮はあるものの, 2005年の制度改正により食費や居住費を利用者から徴収する見直しが行われたため, 利用料負担能力の有無に関連して経済的要因でクリームスキミングされる恐れがある.

#### 4 準市場論の公的介護保険制度への適用の課題<sup>2</sup>

公的介護保険制度における準市場化の要素と現状をみてきたが, ここで, ルグランが提示している準市場の成功条件をもとに, 日本の公的介護保険制度における介護サービスの特徴と課題を整理してみる.

日本の公的介護保険制度は, イギリスと異なり社会保険原理にもとづいて機能しており, サービス価格が定められていることにより価格をめぐる競争が発生しない. サービスを購入する主体は自治体でなく, 利用者自身であることがあげられる. そして, 保険者の範囲は日本では市町村であり, 供給者間の主な競争の範囲は市町村単位となっているのが特徴である. 具体的には,

第1に市場構造については, 日本の場合, 価格競争ができない構造となっているため, 供給者間に価格をめぐる競争は発生しない仕組みとなっている. そして, 購入者が利用者本人であるため, 市場構造を歪めるほどの影響力を持つ可能性は低い. それでは, どのような競争が働いているか, 地域間格差や, 事業者の参入状況などの検証が必要である.

第2に情報の非対称性の問題であるが, イギリスでは, 地方政府(購入者)と事業者(供給者)との間に発生する情報の非対称性に注視している. 一方, 日本では利用者と事業者

---

<sup>1</sup> 平成27年8月から, 第1号被保険者のうち, 一定以上の所得がある利用者はサービス利用費の2割負担となった.

<sup>2</sup> 「準市場の成立は高齢者ケアサービスを変えられるか」2015 李宣英を参照.

の間に情報の非対称性が発生する可能性が高い。そのため、事業者の情報の公表制度、成年後見制度や相談・苦情制度などによって情報の溝を埋める制度を創設している。しかし、サービス購入にあたっては、ケアマネージャーがサービス提供事業所に所属している関係で、ケアマネージャー自身の権限が小さく、情報の非対称性とともにもラルハザードの視点からの検証が必要である。

第3に取引費用と不確実性の問題に関しては、事前と事後のやり取りがあるが、事前については利用に際し重要事項や契約書などを取り交わしているが、その内容が煩雑なため利用者が十分理解していないこと、書式自体が統一されていないことなどの問題が存在する。また、事後についてはモニタリングなどがある。取引費用については介護報酬には含まれていないため、事後的費用を低減させるために事前の説明を慎重にすること、不測の事態に備えるために、損害賠償保険加入（義務化されていないが）の検証が必要である。

第4に動機づけに関しては、利用者の動機づけについては、日本の場合は購入者が利用者であり介護サービスの利用に対する動機を持っているため問題にならない。供給者の動機づけについては、ルグランは主に金銭的な動機づけを強調しているが、NPO法人や共同組合など多様な組織が参入しているため、いかなる動機をもって介護サービス市場に参入しているか、その多様性も検討する必要がある。

第5にクリームスキミングについては、公的介護保険制度においてサービス価格である介護報酬が決められているので、要介護度に応じて投入される労働量（介護の手間）と介護報酬が比例しない場合にクリームスキミングされる可能性が高い。介護報酬の水準が事業者にとって納得できる評価価格であるかどうかの問題となる。また、利用者の特性からの医療的な処置が多い場合などクリームスキミングが発生する可能性が高い。介護報酬の水準とクリームスキミング発生の実証的分析の検証が必要である。

## 第2部 準市場化調査と公的介護保険制度

### 第5章 本調査の概要

#### 1 調査の視座

日本の高齢化率は2015（平成27）年に26%となり、人口の4人に1人が65歳以上の高齢者となった（『平成27年度版 高齢社会白書』）。この急速な高齢化に対して「介護の社会化」、「高齢者の自立支援」を掲げて2000（平成12）年に公的介護保険制度が導入され、社会保険方式で高齢者を支える仕組みとしての介護サービス事業が開始された。介護サービス需要に対応するために、これまで一部に限られていた社会福祉事業のうち第二種社会福祉事業（在宅サービス）に限って規制緩和が行われ、運営主体が社会福祉法人や医療法人に加えNPO法人、協同組合、民間営利法人である株式会社や有限会社などへ大幅に拡大された。これまで非営利組織として介護サービス提供の中心的役割を果たしてきた社会福祉法人に代わり、民間営利法人が大きな役割を果たす状況が生まれた。サービス供給の担い手に構造的変化を生んだのである。これには、多様な事業主体が介護サービス事業に参入することで競争原理を働かせ、提供する介護サービスの質の向上をめざす狙いもあった。

医療法人もその比重を大きく高めた。医療機関による福祉分野への参入がすでに広い範囲に及んでいることは二木（1998）らの研究によって明らかにされているが、公的介護保険制度はこうした動きを加速する役割を果たしたといえる<sup>1</sup>。この変化によって福祉と医療の間に供給組織上の結合関係が拡大した。

一方、社会福祉法人は介護サービス供給全体に占める比重が低下したとはいえ、引き続き中心的な地位を維持していることは周知の事実である。社会福祉協議会とそれ以外の社会福祉法人とは区別すべきであるが、介護サービス市場に非営利を原則とするこれらの組織が多数派にとどまっていることは重要である。問題は非営利組織としての社会福祉法人が市場に組み込まれていくのか、それとも市場をコントロールしていくのか、いずれの役割を担うかが大きなポイントになると考えられる。

また、新しいタイプの非営利組織として注目されてきたNPO法人は、期待されたほどの参入はなく一部にとどまっている<sup>2</sup>。NPO法人が一定の役割を果たせる環境を持ち得るか

---

<sup>1</sup> 二木立は、公的介護保険制度の創設に対応して、私的医療機関の「複合体」化が進むことは避けられない。その場合、「複合体」のプラス面が発揮されるだけでなく、マイナス面が拡大する危険も大きい。それだけに、①医療・福祉施設のケアの内容と経営情報の公開の制度化、②個々の「複合体」を対象にして日常的にマイナス面の発生を監視・予防することが、行政と医療専門職団体、市民（団体）に課せられた新しい課題であるとしている。

<sup>2</sup> 2015（平成26）年10月1日現在の全国での経営主体別事業所数の構成割合は、訪問系・通所

どうかは、公的介護保険制度の供給構造を左右するポイントのひとつと思われる。

このように介護サービス提供組織が多様化していくなか、国や地方自治体の比重が一段と低下し「行政の直接的なサービス供給」が特殊な形態となった。福祉サービス供給体制において行政によるサービス供給の後退は、1980年代の地方行政改革のもとで急速に進んだが、公的介護保険制度における民間事業者の参入促進はこの傾向をさらに加速させたのである（横山 2003：98-104）。

公的介護保険制度を主体的に運営する市町村の役割は、介護認定調査を行い、介護の必要量を把握し、介護保険料やサービス内容を反映した介護保険事業計画を策定することにある<sup>3</sup>。この変化によってサービス供給における公・民関係は、民主導であることが一層明確になったのである。さらに、地域包括ケアシステムの構築に向けた動きが加速し、2015年の制度改正では要支援者の地域支援事業への移行が打ち出された。制度創設時に地方分権の試金石といわれた保険者としての市町村の役割や使命は今後大きく転換していくことが予想される。

公的介護保険制度がスタートして15年が経過した現在、介護サービス提供の現状から「介護サービス事業者間で適切な競争が働き、その結果として提供されるサービスの質の向上が図られたか」を実証的に分析する必要がある。具体的には事業者の増加により公的介護保険制度にどのような影響が出ているのかを探る。枠組みとして、中心にルグランが提示している準市場メカニズムの評価基準及び準市場達成への前提条件を参考に、介護サービス供給主体の実態を調査し検討することで準市場としての公的介護保険制度の姿と課題を考察する。

## 2 調査の目的

本調査の目的は、公的介護保険制度に導入された「市場化」が保険者である市町村、介護サービス利用者、介護サービス提供事業者に与える影響に関して、特に「競争原理と提供さ

---

系・地域密着型サービスなどで、NPO 法人が 5%、協同組合が 1%前後である。

<sup>3</sup> 国及び地方公共団体の責務について、社会福祉法第 6 条では「国及び地方公共団体は、社会福祉を目的とする事業を経営する者と協力して、社会福祉を目的とする事業の広範かつ計画的な実施が図られるよう、福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策、福祉サービスの適切な利用の推進に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない」とし、また、介護保険法第 5 条において国の責務を「介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう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その他の必要な各般の措置を講じなければならない」、地方公共団体の責務を「都道府県は介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない」と規定している。



れる介護サービスの質」に着目して、ルグランが提唱した「準市場理論（quasi-market theory）」に基づいて、準市場メカニズム達成条件である市場構造、情報、取引費用と不確実性、動機づけ、クリームスキミングの視点から達成状況を実証的に検証することで、公的介護保険制度の課題を抽出することである。

本調査では、鹿児島県において人口規模が類似している鹿屋市、霧島市、薩摩川内市の3地域を調査対象地域として、公的介護保険制度の実施状況を把握するために、行政関係者と介護サービス提供事業者を対象に「介護保険行政アンケート調査」、「介護保険事業者アンケート調査」、「インタビュー調査」の3種類の調査を実施することとした。

### 3 調査の種類と方法

本調査では、行政関係者を対象に「介護保険行政アンケート調査」、介護サービス提供事業者を対象に「介護保険事業者アンケート調査」、行政関係者及び介護サービス提供事業者を対象に「インタビュー調査」を実施した。

「介護保険行政アンケート調査」では、対象地域である3市の行政担当者に対し、介護サービスの実施状況や介護サービス事業者の参入状況など質問した。調査時期は2016年1月下旬であった。調査票を対象者に郵送しインタビュー調査時に回収した。

「介護保険事業者アンケート調査」では、対象地域の社会福祉法人及び民間営利法人の関係者に対し、介護サービス提供主体の属性、職員の状況、経営・運営状況などを質問した。調査時期は2016年1月下旬で、調査票を対象者に郵送しインタビュー調査時に回収した。

「インタビュー調査」は対象地域の行政、社会福祉協議会、社会福祉法人、民間営利法人の関係者に対し、ルグランが提示した準市場の評価基準の達成状況および達成の前提条件となる市場構造、情報・取引費用と不確実性、動機づけ、クリームスキミングに関して質問を行った。

なお、調査協力を依頼する段階で、調査対象者に公的介護保険制度における市場化を未だに理解していないことや、それに伴う競争原理の認識が浸透していないことが判明したので、ルグランが提示した準市場の概念に関する資料<sup>4</sup>およびインタビュー事前調査票を送付した。インタビューの時期は2016年2月であった。対象者の勤務先の会議室を借りて、事前調査票に沿いながらインタビューを実施した。インタビューの時間は約2時間であった。

---

<sup>4</sup> 参考資料として、高野龍昭（2016）『『準市場』とわが国の介護保険制度』『月刊老施協1月号』全国老人福祉施設協議会 vol542.P18-19を送付した。

#### 4 調査対象地域

調査対象地域とした鹿屋市，霧島市，薩摩川内市の3市の状況についてみると，鹿屋市は大隅半島の中心部に位置し，2006（平成18）年1月1日に鹿屋市，輝北町，串良町，吾平町の1市3町が合併して誕生し，当初の人口は106,220人であった．霧島市は県の中央に位置し2005（平成17）年11月7日に国分市を中心に溝辺町，横川町，牧園町，霧島町，隼人町，福山町の1市6町が合併して誕生し，当初の人口は127,289人であった．薩摩川内市は，平成16年10月12日に川内市，樋脇町，入来町，東郷町，祁答院町，里村，上甕村，下甕村，鹿島村の1市4町4村が合併して誕生し，当初の人口は105,464人であった．

3市は平成の大合併により，産業，医療，福祉，教育など都市機能を備えた10万人都市となり，産業構造や人口構造などに違いはあるものの県内において行政政策など比較検討の対象とされる都市でもある．合併後10年前後を迎え，総人口や高齢者人口，高齢化率などに変化が生じているが，比較対象とするのにもっとも適切であると考えた．

#### 5 調査対象者

調査対象者は，3市の調査対象地域の行政，社会福祉協議会および介護サービス提供事業者として社会福祉法人関係者，民間営利法人（株式会社・有限会社関係者）であった．

行政については，調査対象地域の介護保険担当部署職員，社会福祉協議会については，調査対象地域の介護保険事業の担当者に依頼した．

社会福祉法人関係者は鹿児島県老人福祉施設協議会会員の中から特別養護老人ホームの経営に携わっている者，営利法人関係者は地区での協議会会員の中から経営に携わっている者を3つの調査対象地域から，それぞれ5法人の推薦を頂き協力をお願いした．ただし，薩摩川内市の民間営利法人は4法人であった．

#### 6 倫理的配慮

アンケート調査においては調査票の表紙に「調査目的」など調査の趣旨とともに回答者の個人名や法人名などが特定されないように統計処理をおこなうことを明記した．

インタビュー調査においては，開始時に「調査目的・方法」など調査の趣旨を説明するとともに，回答に関しては個人や法人・事業所が特定できないようにすること，調査で得られた結果は学術研究以外の目的で使用しないことを説明し，了解，同意を確認し調査を開始した．なお，本調査は鹿児島国際大学の「教育研究倫理審査委員会」の承認を得て実施した．

## 第6章 介護保険行政アンケート調査

### 1 調査の概要

本調査においては、調査対象地域である鹿屋市、霧島市、薩摩川内市における高齢化の状況、要介護認定者数、介護保険料などの介護保険実施状況の基本情報およびサービス提供事業者数などに関する調査票を作成して、行政（介護保険担当部署）に対して質問を行った。具体的な調査項目は以下に示す8項目であった。

- (1) 総人口、高齢者人口、高齢化率
- (2) 第1号被保険者数、要介護認定者数、認定率
- (3) 要介護認定者数（要介護度別）
- (4) 介護保険受給者数
- (5) 年間介護給付費の推移
- (6) 介護保険料（第1号被介護保険者の標準額）の推移
- (7) 休止又は廃止した事業所の状況
- (8) 介護保険事業者数

### 2 調査結果

本調査は、3つの対象地域別に分けて行った。結果について、(1) 総人口、高齢者人口、高齢化率、(2) 第1号被保険者数、要介護認定者数、認定率、(3) 要介護認定者数（要介護度別）、(4) 介護保険受給者数、(5) 年間介護給付費の推移、(6) 介護保険料（第1号被介護保険者の標準額）の推移、(7) 休止又は廃止した事業所の状況、(8) 介護保険事業者数、の順に述べる。

#### 1) 総人口、高齢者人口、高齢化率

2015（平成27）年4月1日現在の調査対象地域の総人口、高齢者人口および高齢化率は、鹿屋市は人口104,239人でうち高齢者は27,957人で、高齢化率26.8%であった。霧島市は人口126,842人でうち高齢者31,071人、高齢化率24.5%であった。薩摩川内市は人口97,673人でうち高齢者28,430人、高齢化率29.1%であった。

3市を比較してみると、霧島市は総人口、高齢者人口が最も多いが高齢化率は一番低かった。薩摩川内市は、総人口は最も少ないが高齢化率は一番高かった。高齢化率は人口の増減に影響を受けている可能性があることが分かった（表6-1）。

表6-1 総人口・高齢者人口・高齢化率の状況

	総人口	高齢者人口	高齢化率
鹿屋市	104,239人	27,957人	26.8%
霧島市	126,842人	31,071人	24.5%
薩摩川内市	97,673人	28,430人	29.1%

(2015年4月1日現在)

## 2) 第1号被保険者数, 要介護認定者数, 認定率

第1号被保険者に占める要介護認定者数の割合(認定率)は, 鹿屋市 21.2%, 霧島市が 18.9%, 薩摩川内市 21.7%であった。鹿屋市は3市の中で第1号被保険者数が 27,766 人と一番少ないが, 要介護認定者数は霧島市とほぼ同数であった。霧島市は第1号被保険者数が 3市の中で最も多かったが, 要介護認定者数は最も低い 5,891 人で認定率も 18.9%低かった。薩摩川内市は要介護認定者数が 6,153 人と最も多く認定率も最も高かった(表6-2)。

このことから, 薩摩川内市は第1号被保険者で支援や介護を必要とする高齢者の割合が高いのか, もしくは積極的に介護認定を受けている可能性がある。一方, 霧島市では, 支援や介護を必要としない比較的元素な高齢者の割合が高いと考えられる。

表6-2 第1号被保険者・要介護認定者数・認定率

	1号被保険者数	要介護認定者数	認定率
鹿屋市	27,766人	5,892人	21.2%
霧島市	31,071人	5,891人	18.9%
薩摩川内市	28,417人	6,153人	21.7%

(2015年4月1日現在)

## 3) 要介護認定者数(要介護度別)

第1号被保険者の介護度別の要介護認定者数は, 軽度者(要支援1・2)は薩摩川内市 1,693 人, 霧島市 1,652 人とほぼ同数であるが中度者(要介護1・2)は薩摩川内市が 100 名ほど多かった。割合で見ると, 霧島市と薩摩川内市は軽度・中度・重度者とも同じような割合を示していた。一方, 鹿屋市は重度者(要介護3~5)が 2,442 人と3市の中で一番多く, 割合も 41.4%で他の2市と比べて5ポイントほど高かった(表6-3)。

表6-3 要介護認定者数(軽度・中度・重度者別) (単位:人)

	要支援1・2	要介護1・2	要介護3・4・5	合計
鹿屋市	24.3%(1,431)	34.3%(2,019)	41.4%(2,442)	100%(5,892)
霧島市	28.0%(1,652)	36.2%(2,133)	35.8%(2,106)	100%(5,891)
薩摩川内市	27.5%(1,693)	36.6%(2,255)	35.9%(2,205)	100%(6,153)

(2015年4月1日現在)

鹿屋市には要介護度の高い重度な高齢者が多く、霧島市と薩摩川内市は比較的軽度の高齢者が多いことが分かった。このことが、介護保険料や介護サービス供給事業者にどのように影響しているのか、介護保険受給者数と合わせて検討する必要がある。

#### 4) 介護保険受給者数

第1号被保険者の要介護認定者のうち、介護保険受給者数（実際に介護保険を受けた延人数）は、鹿屋市は軽度者が18.5%に対して重度者が46.0%と非常に高い割合を示した。霧島市は中度者36.5%、重度者35.5%程度に対して軽度者が28.0%（19,378人）と軽度者の割合が高かった（表6-4）。薩摩川内市も霧島市と同様に軽度者の割合が23.2%となっていた。傾向としては、要介護認定者数の割合と類似していた。

表6-4 第1号被保険者の介護保険受給者数(軽度・中度・重度者別) (単位:人)

	要支援1・2	要介護1・2	要介護3・4・5	合計
鹿屋市	18.5% (11,240)	35.5% (21,583)	46.0% (27,916)	100% (60,739)
霧島市	28.0% (19,378)	36.5% (25,145)	35.5% (24,475)	100% (68,998)
薩摩川内市	23.2% (14,912)	37.9% (24,439)	38.9% (25,080)	100% (64,431)

(2015年4月1日現在)

#### 5) 年間介護給付費

第1号被保険者の過去5年間の年間介護給付費の推移は、薩摩川内市が3市のなかで一番高く336千円～338千円の幅で推移したが、2015年度は332千円となっていた。霧島市は275千円～301千円程で推移していた。鹿屋市は320千円程で推移してきたが、2015年度は354千円と高くなっていた（表6-5）。

表6-5 第1号被保険者の1人当たりの年間介護給付費 (単位:円)

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
鹿屋市	314,853	317,934	320,973	325,073	343,028
霧島市	275,833	292,990	296,020	301,214	298,803
薩摩川内市	336,180	338,795	338,755	337,707	328,086

(各事業年度末現在)

霧島市と薩摩川内市では30千円～50千円程の開きがあり、鹿屋市も比較的高い数字を示しているのは何が影響しているのであろうか。先にみた介護保険受給者数は、霧島市が最も多く薩摩川内市より4千人、鹿屋市より8千人も多いことと比較検討してみると、薩摩川内市及び鹿屋市においては、要介護認定者が利用する介護サービスは施設系や住居系サ

ービスの割合が高いと推測される。つまり、施設サービスを利用すると支給限度額の上限の費用設定となるため、年間介護給付費を押し上げていると考えられる。

## 6) 介護保険料の推移

保険料の推移は表 6-6 に示すとおり、3 市とも 3 期から 4 期にかけては同額で変化がなかった。霧島市は 4 期から 5 期は 400 円、5 期から 6 期にかけて 900 円上昇していた。鹿屋市と薩摩川内市は 4 期から 5 期にかけて、1,300 円程上昇していた。しかし 5 期から 6 期にかけては鹿屋市が 50 円、薩摩川内市が 300 円程の上昇にとどまっていた。

表6-6 第1号被保険者の保険料基準額の推移 (単位:円)

	第3期	第4期	第5期	第6期
鹿屋市	4,600	4,600	5,990	6,040
霧島市	4,200	4,200	4,600	5,500
薩摩川内市	4,500	4,500	5,800	6,100

第3期(2006~08)第4期(2009~11)第5期(2012~14)第6期(2015~17)

## 7) 休止・廃止した事業所の状況

公的介護保険制度がスタートしてから休止・廃止した事業所数を 5 年ごとに集計して表 6-7 に示す。鹿屋市は合計で 111 事業所、そのうち休止 21 事業所、廃止 90 事業所に上っていた。これは合併によって市直営や社会福祉協議会が運営している事業所が合併のため廃止したことが、主な要因であった。一方、霧島市は全体で 6 事業所と一番少なく、休止が 5 事業所、廃止が 1 事業所となっていた。薩摩川内市は、2005 年までは休止・廃止の事業所はなかったが、2006 年から急激に廃止の事業所が増加していた。全体で休止 6 事業所、廃止 45 事業所、合計 51 事業所となっている。

表6-7 休止・廃止した事業所数

	鹿屋市		霧島市		薩摩川内市	
	休止	廃止	休止	廃止	休止	廃止
2000-2005年	3	27	—	—	—	—
2006-2010年	6	31	1	—	4	32
2011-2015年	12	32	4	1	1	13
小計	21	90	5	1	5	45
合計	111		6		50	

休止・廃止した事業種別は、居宅サービスである訪問介護、通所介護、通所リハ、居宅介

護支援事業所や福祉用具販売・貸与事業が顕著であったが、ここ数年は有料老人ホームや短期入所生活介護、介護療養型施設など居住系サービスにも見受けられるようになった。

これは、サービス供給事業所の増加による供給過剰で利用者から選択され淘汰されての結果なのか、あるいは介護報酬マイナス改定の収益悪化による結果なのか、詳細は明らかにできなかった。しかし、休止・廃止した後、利用者を他の介護サービス事業者適切に結び付けていくこと、つまり介護サービス利用の継続性が大きな課題である<sup>1</sup>。

## 8) 介護サービス提供事業者数の状況

介護サービス提供事業所の整備状況は、鹿屋市は通所介護（60 事業所）、訪問介護（40 事業所）、認知症対応型共同生活介護（35 事業所）、住宅型有料老人ホーム（35 事業所）が多いことが分かった。霧島市も鹿屋市と同様に通所介護（47 事業所）、訪問介護（31 事業所）、認知症対応型共同生活介護（24 事業所）、住宅型有料老人ホーム（18 事業所）が比較的多かった。他の2市と比較して小規模多機能施設（19 事業所）と介護付有料老人ホーム（11 事業所）の整備が進んでいた。一方、薩摩川内市は老人福祉施設が16施設、老人保健施設が7施設、通所リハビリが18事業所と他の2市と比べて多かった（表6-8）。

表6-8 調査対象地域の事業者数の比較 (単位:ヶ所)

	鹿屋市	霧島市	薩摩川内市
老人福祉施設	8	9	16
老人保健施設	4	5	7
通所介護	60	47	32
通所リハビリ	12	17	18
訪問介護	40	31	29
認知症対応型共同生活介護	35	24	19
小規模多機能	5	19	6
有料老人ホーム(住宅型)	35	18	8
有料老人ホーム(介護付)	3	11	0

(2015年10月1日現在)

これら事業所の設置状況から3市を比較検討してみると、鹿屋市は住宅型有料老人ホームの増加が著しく、これに併設する形で小規模な通所介護、訪問介護が設置されているケー

<sup>1</sup> 休止・廃止する事業所は、利用者やその家族への説明はもちろんのこと、利用者休止・廃止後、他事業所の紹介などを含めた介護サービス利用継続のための方策などを1月前までに、所轄庁である県や保険者である市町村に届け出なければならない。

スが多かった。また、認知症対応型共同生活介護事業所が多いことも分かった。

霧島市は在宅サービスや地域密着型施設が多く設置されていた。特に小規模多機能施設の整備が進んでいた。また、医療法人による通所リハビリ事業所も多い。

薩摩川内市は老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が多く設置されていたが、これは1市4町4村と9自治体の合併であり、合併時点に各市町村では特別養護老人ホームがすでに整備されていたことに起因している。その結果、老人福祉施設が16施設と他の2市と比較して多かった。また、医療法人による通所リハビリ事業所の設置も多かった。

3市の介護サービス事業所の整備状況から、鹿屋市は通所介護、認知症対応型生活介護、有料老人ホーム、霧島市では通所介護、認知症対応型生活介護、小規模多機能介護事業所、薩摩川内市は老人福祉施設や老人保健施設、通所リハビリ事業所の整備が進んでいることが示された。

ここで、調査対象地域の3市において介護サービス提供事業所の整備状況の違いや、介護サービス供給事業者を、需要と供給の問題、給付費の増加が介護保険財政に与える影響などに関してみていく。具体的には、介護保険法で居宅サービスに位置付けられている「認知症対応型共同生活介護事業」、「通所介護事業」、「訪問介護事業」、老人福祉法の位置づけである「有料老人ホーム」に関して、設置主体別に事業者数を具体的にみていくこととする。なお、以下において「民間営利法人」と表記する場合は、「株式会社と有限会社」を合わせたものとする。

#### （1）認知症対応型共同生活介護事業（認知症高齢者グループホーム）

認知症対応型共同生活介護事業（以下、グループホームと略す。）の設置主体別事業所数は、表6-9のとおりである。すなわち、鹿屋市は総事業所数が35事業所で、うち社会福祉法人8事業所（22.9%）、株式会社4事業所（11.4%）、有限会社17事業所（48.6%）、医療法人5事業所（14.3%）であった。有限会社の事業所が半数弱を占めていた。民間営利法人が全体の60%を占め、参入の大きさを物語っていた。

霧島市は総事業所数が24事業所で、社会福祉法人9事業所（37.5%）、株式会社4事業所（16.7%）、有限会社3事業所（12.5%）、医療法人8（33.3%）であった。民間営利法人が3割（29.2%）程に対して、社会福祉法人と医療法人の参入の割合が多かった。

一方、薩摩川内市も、社会福祉法人6事業所（31.6%）、医療法人5事業所（26.3%）、民間営利法人6事業所（31.5%）であった。社会福祉法人と医療法人の割合が高かった。



表6-9 設置主体別 認知症対応型共同生活介護事業所数 (単位:ヶ所)

	社 福	株式会社	有限会社	医療法人	NPO	その他	合計
鹿屋市	22.9%(8)	11.4%(4)	48.6%(17)	14.3%(5)	2.8%(1)	—	100%(35)
霧島市	37.5%(9)	16.7%(4)	12.5%( 3)	33.3%(8)	—	—	100%(24)
薩摩川内市	31.6%(6)	10.5%(2)	21.0%( 4)	26.3%(5)	5.3%(1)	5.3%(1)	100%(19)

注)社福は社会福祉法人 その他は組合など (2015年10月1日現在)

グループホームは、公的介護保険制度施行時の平成 12 年 4 月から入所の形態を伴いながらも居宅サービスとして位置づけられた。更に、厚生省（現厚生労働省）が、認知症ケアの切り札として整備を推奨したこともあり、設置基準や人員配置など一定の基準を満たしていることを条件に開設が比較的容易であることから事業所数が全国で飛躍的に増加した。

鹿児島県での事業所数の推移は、2000（平成 12）年 4 月に 28 事業所であったが、2015（平成 27）年 10 月現在では 379 事業所と、約 13 倍になっている。特に民間営利法人の進出が著しい。主な理由として、開設に当たっては 1 ユニット 5～9 名の利用者が基本であり建設、整備にかかるイニシャルコストが高額とならないこと、事業所の収入面においては介護保険施設として指定を受けることで介護保険給付が適用され安定した収入が確保できること等があげられる。また、居住費や食費に関しては全額が利用者負担とされており、それぞれの事業所で独自に料金設定することが可能となっている。グループホームの誕生により、民間営利法人の介護保険事業への参入が本格化した。

ところで、グループホームの入居希望者は、有料老人ホームや高齢者賃貸住宅などの増加によりここ数年は減少傾向にある。主な理由として、インタビュー調査でも確認できたことであるが、筆者の運営しているグループホームや有料老人ホームの運営推進委員会、家族会、運営懇談会において、利用者や家族の希望や意見などを総合的に判断すると、「グループホームは認知症ケアに特化しており、家庭的な雰囲気の中で安心・安全の 24 時間サービスを提供している。一方、リハビリやレク活動といった日常活動支援といった基本的なケアが軽視されているケースがみられる」などの意見が聞かれた。今後、グループホームも利用者ニーズへの個別対応と入居者の重度化への適切なケアが望まれる。

## (2) 通所介護事業（デイサービスセンター）

通所介護事業所（以下、デイサービスセンターと略す。）の設置主体別事業所数をみると、鹿屋市には全体で 60 事業所があり、そのうち社会福祉法人 16 事業所（26.7%）、医療法人

4事業所（6.7%）、株式会社16事業所（26.7%）、有限会社20事業所（33.3%）で、民間営利法人が実に36事業所（60%）を占めていた。

霧島市には全体で47事業所あり、社会福祉法人13事業所（27.7%）、医療法人6事業所（12.8%）に対して、民間営利法人は26事業所（55.3%）になっていた。鹿屋市と同様に民間営利法人の参入が著しかった。

一方、薩摩川内市は全体で32事業所あり、社会福祉法人17事業所（53.1%）、医療法人3事業所（9.4%）で、民間営利法人は11事業所（34.4%）であった。全体の5割を社会福祉法人が占めており、医療法人と併せると6割を占めていた（表6-10）。

表6-10 設置主体別 通所介護事業所数 (単位:ヶ所)

	社 福	株式会社	有限会社	医療法人	NPO	その他	合計
鹿屋市	26.7%(16)	26.7%(16)	33.3%(20)	6.7%(4)	5.0%(3)	1.6%(1)	100%(60)
霧島市	27.7%(13)	42.5%(20)	12.8%( 6)	12.8%(6)	2.1%(1)	2.1%(1)	100%(47)
薩摩川内市	53.1%(17)	25.0%( 8)	9.4%( 3)	9.4%(3)	—	3.1%(1)	100%(32)

注)社福は社会福祉法人 その他は組合など (2015年10月1日現在)

特に、鹿屋市は民間営利法人が36事業所と約6割を占めていたことは、後述する住宅型有料老人ホームに併設されたデイサービスセンターが増加した影響である。つまり、住宅型有料老人ホームとデイサービスセンターがセットとなったビジネスモデルが急増したことが伺える。確かに事業所が増加したことで、年間介護給付費の増加をもたらした介護保険料が上昇している。事業所数の増加と介護給付費の上昇と相関関係があることが明らかである。

ところで、デイサービスセンターは公的介護保険制度施行以前には市町村の高齢者福祉事業として、行政もしくはその委託を受けた社会福祉協議会や社会福祉法人が担ってきた歴史的経緯がある。その結果、現在でも事業主体としては社会福祉法人が比較的多い。しかし、施設整備に係るイニシャルコストや運営上のランニングコストが低く抑えられることもあり多様な事業主体の進出が著しい。鹿児島県には、2015（平成27）年10月現在692事業所（うち15事業所が休止中）となっている。

このように、デイサービスセンターに関しては、①開設時費用の抑制、②人員基準上、生活相談員以外は常勤換算でよく非常勤職員で対応が可能であるため、人件費を比較的安く抑えられる、③利用者確保においても、特定の介護事業所の利用に偏らないような制度改正が行われ、比較的容易に利用者確保ができるとの思惑が働いた、④住宅型有料老人ホームの増加に伴い、介護サービス提供事業所として併設された、などの理由で民間営利法人の参入が著しく急速な事業展開が図られた。

### (3) 訪問介護事業（ヘルパーステーション）

調査対象地域の訪問介護事業所（以下、ヘルパーステーションと略す。）の設置主体別事業所数をみると、鹿屋市では40事業所があり、社会福祉法人11事業所（27.5%）、医療法人5事業所（12.5%）、民間営利法人は19事業所（47.5%）となっていた。民間営利法人が全体の約5割を占めておりその割合が高かった。霧島市においては全体で31事業所あり、社会福祉法人9事業所（29.0%）、医療法人6事業所（19.3%）、民間営利法人は12事業所（38.7%）、その他（生協、事業団）が2事業所であった。営利法人は4割を占めていた。

一方、薩摩川内市の場合は、全体で29事業所あり、うち社会福祉法人14事業所（48.3%）、医療法人5事業所（17.2%）、民間営利法人は8事業所（27.6%）、その他が2事業所であった。約5割を社会福祉法人が占めていた（表6-11）。

鹿屋市や霧島市においては民間事業所の参入が多かったことは、設置基準が緩やかで、人員基準も管理者の他にサービス提供責任者を含め常勤換算で2.5人以上と職員配置のうえで事業所設置が容易なことがある。また、デイサービスセンターと同様に介護保険制度を利用した外部サービスとして住宅型有料老人ホームに併設されていることが考えられる。

表6-11 設置主体別 訪問介護事業所数 (単位:ヶ所)

	社 福	株式会社	有限会社	医療法人	NPO	その他	合計
鹿屋市	27.5%(11)	30.0%(12)	17.5%(7)	12.5%(5)	5.0%(2)	7.5%(3)	100%(40)
霧島市	29.0%(9)	35.5%(11)	3.2%(1)	19.3%(6)	6.5%(2)	6.5%(2)	100%(31)
薩摩川内市	48.3%(14)	10.4%(3)	17.2%(5)	17.2%(5)	—	6.9%(2)	100%(29)

注)社福は社会福祉法人 その他は組合など (2015年10月1日現在)

訪問介護事業はデイサービスセンターと同様、在宅福祉の三本柱ともいわれ公的介護保険制度施行以前から行政もしくはその委託を受けた社会福祉協議会や社会福祉法人が設置運営してきた。鹿児島県には、2015（平成27）年10月現在483事業所（うち27事業所が休止中）となっている。

### (4) 有料老人ホーム

有料老人ホームの事業所数、法人種別の設置状況をみると、鹿屋市では介護付・住宅型を合わせた総事業所数は38事業所で、社会福祉法人10事業所、医療法人2事業所、営利法人は23事業所、NPO法人2事業所、その他が1事業所となっていた。民間営利法人が全体の6割を占めていた。種類別では、介護付が3事業所で残り9割の35事業所が住宅型で

あった。鹿屋市の場合、住宅型有料老人ホームが多く、民間営利法人の進出が著しいのが特徴である。

霧島市の場合、住宅型が 18 事業所、介護付が 11 事業所で合計 29 事業所であった。社会福祉法人 5 事業所、医療法人 3 事業所、営利法人は 19 事業所となっていた。約 7 割を営利法人が占めておりその進出が著しい。特徴としては、介護付有料老人ホームが 11 事業所と総数の約 4 割を占めていた。このことは、公的介護保険制度スタート時に介護保険特定施設として有料老人ホームを位置づけて認可した結果である。しかし、その後は介護保険の財政的配慮からか、特定施設として認可されず、住宅型有料老人ホームが増加している。

薩摩川内市の場合、住宅型有料老人ホームが 8 事業所であり、社会福祉法人 1 事業所、営利法人は 5 事業所、医療法人 1 事業所、その他 2 事業所となっている。霧島市や鹿屋市と比べると事業所数が一番少なかった。これには、老人福祉施設や老人保健施設が量的に充実していることが影響していると考えられる（表 6-12）。

表6-12 有料老人ホーム 類型・設置主体別事業所数一覧 (単位:ヶ所)

	類 型	社 福	株式会社	有限会社	医療法人	NPO法人	その他	事業所数	ベッド数	ベッド総数
霧島市	住宅型	3	9	3	2	1		18	355	607
	介護付	2	4	3	1		1	11	252	
鹿屋市	住宅型	8	8	14	2	2	1	35	756	840
	介護付	2	1					3	84	
薩摩川内市	住宅型	1	4	1	1		1	8	190	190
	介護付									

注)社福は社会福祉法人 (2015年10月1日現在)

住宅型有料老人ホームに民間営利法人が多数参入している一番の要因としては、公的介護保険制度の枠外で、基準等が緩やかで容易に運営できるという理由が考えられる。

一方で、民間営利法人には、他業種から参入して住宅型有料老人ホームを運営してみたが、事業運営が難しくなり休止や撤退する事業所も出てきている。

住宅型有料老人ホームの1月の利用料を調査してみると、5万円～15万円ほどの幅があった。これは食費や居住費を事業者が独自に設定できる結果であると考えられる。また、介護サービスは施設では提供されておらず、デイサービスセンターやヘルパーステーションなど外部サービスを利用することとなる。これらの介護サービスは24時間提供されるわけではないため、サービス内容には質の向上という側面が担保しにくい面があると思われる。

ところで、有料老人ホームについては、介護付・住宅型・健康型の3つの形態がある。特に

住宅型有料老人ホームがここ数年急速に建設されるようになってきた。その理由の一つに、グループホームが2005（平成17）年の介護保険法改正により、地域密着型介護サービスに位置付けられ保険者の総量規制の対象とされてことが大きい。つまり、各市町村の介護保事業計画に則って整備されることとなったため、介護保険料の引き上げに繋がることを理由に整備が抑制された面がある。その結果、民間営利事業者を中心にデイサービスセンターやヘルパーステーションを併設する形で住宅型有料老人ホームの建設が進んだことである。

### 3 調査結果のまとめ

調査対象地域である鹿屋市、霧島市、薩摩川内市の3市の介護保険実施状況について、統計資料に基づいて比較検討を行った。介護サービス市場規模に関して、鹿屋市は、総人口、高齢者人口、高齢化率、要介護認定者数、認定率は3市の中で二番目に高かったが、介護保険受給者数は一番低かった。しかしながら、1人あたりの年間介護給付費は一番高かった。このことは、介護保険受給者のうちで、要介護3・4・5の重度者が多いことによる給付額が高いことや利用限度額の上限まで利用していると考えられる。

霧島市は、総人口、高齢者人口、1号被保険者数は3市の中で一番多いが、高齢化率、要介護認定者数は一番低かった。介護保険受給者数は一番多かったが、年間介護給付費は3市の中で一番少なかった。つまり、高齢者人口は多いが認定者数が少なく、受給者数は多いが年間給付費が少ないことは、元気な前期高齢者が多いこと、支援が必要な高齢者でも要介護度が低く介護サービスの利用がそれほど多くないことが考えられる。

薩摩川内市は、総人口が一番少ないが高齢者人口は2番目に多く、高齢化率、要介護認定者数、認定率は一番高い。介護保険受給者数は2番目に多く、1人あたりの年間介護給付費は一番高かった。高齢化率が高いことは人口が少ないことが影響している。要介護認定者数が多いことは積極的に申請をして認定を受けていることが考えられる。介護保険受給者数と比較して年間介護給付費が高いことは、在宅サービスに比べて特別養護老人ホームや老人保健施設が多く、施設サービス受給者が多いことが影響していると考えられる。

介護サービス提供事業所の状況をみると、規制緩和されたことにより介護サービス市場に多くの民間営利法人の参入が確認された。鹿屋市や霧島市では、通所介護、訪問介護、認知症対応型共同生活介護、有料老人ホームの事業所数が多く、民間事業者が占める割合が高かった。一方、薩摩川内市は高齢化率が高く、高齢者人口・介護給付費も高かったが、在宅サービス事業所も他の2市と比べて少なく、民間営利法人数の割合も少なかった。

調査結果をもとにルグランの示した準市場の「市場構造」の視点から調査対象地域の現状を分析すると、市場参入については、介護市場の規模や利用者の需要の多さが大きく影響すると思われたが、事業数との関連性は確認できなかった。ただ、薩摩川内市に関しては、特別養護老人ホームと老人保健施設が他2市より多く、しかも、従来から事業展開している社会福祉法人と医療法人が現在も事業拡大を図っていることで、民間営利法人の参入が進んでいない要因として示唆された。

退出に関しては公的介護保険制度施行に休止・廃止した事業所数でみたが、鹿屋市が一番多かった。原因としては、①市町村合併による公的事业所の統廃合、②事業所の整理として医療法人から社会福祉法人への移行、③効率性の視点から複数の事業所を統合した、ことなどであった。一方では、居宅介護支援事業者やヘルパーステーションには、「人員確保の問題で介護事業所指定基準に合致しなくなった」、「利用者獲得が難しく今後の利用者増も期待できなくなった」との理由で介護サービス事業からの撤退を余儀なくされたところも見受けられた。しかし、これはあくまでも自主的な退出であり、人員基準を満たさない、サービス提供に関しての指定基準ルールに基づくことでの行政処分などの法的処置による退出ではなかった。

この調査においては、以下の3点が示唆された。

- ①民間営利法人の参入は、ニーズの高まりや地域の高齢化率を反映したものではなく、参入のしやすさが動機として考えられる。
- ②グループホームが介護保険制度の居宅サービスとして位置づけられたことにより、民間営利法人の介護市場への本格的参入が認められた。
- ③介護サービス供給に関する総量規制により、住宅型有料老人ホームとデイサービスセンターやヘルパーステーションがセットとなったビジネスモデルが急増した。これにより、保険料の増加が起きる要因となった。

多くの事業者が介護サービス市場に参入することで介護サービスが整備され、利用者にとって結果的に選択の自由が増える状況にはなっている。本章においては、統計的資料をもとに介護サービス提供所業者の現状に関して調査したが、「介護サービス事業者間で適切な競争原理が働き、その結果として提供されるサービスの質の向上が図れたか」を具体的に実証することには限界があった。そこで次章において、提供されるサービスの質に影響する「サービス提供事業者の人材確保・育成、経営・運営」の状況を中心にした「介護保険事業者アンケート」調査結果をもとに、さらに検討、分析を試みる。

## 第7章 介護保険事業者アンケート調査

### 1 調査の概要

本調査は、調査対象地域である鹿屋市、霧島市、薩摩川内市の3市において介護サービスを提供している社会福祉法人および民間営利法人とした。調査対象法人数は、社会福祉法人15法人、民間営利法人は14法人の29法人であった（表7-1）。

表7-1 調査対象法人 (単位:法人)

	鹿屋市	霧島市	薩摩川内市	合計
社会福祉法人	5	5	5	15
民間営利法人	5	5	4	14

調査項目は、公益財団法人介護労働安定センターの「事業所における介護労働実態調査」、  
「介護労働者の就業実態と就業意識調査」<sup>1</sup>を参考に、以下に示すとおり法人の状況、職員研修の状況、職員の募集・採用の状況、職員の定着・離職防止の状況、法人の経営・運営の状況など5つのカテゴリー（16項目）とした。

(1)法人の状況について、「創設年数」、「経営事業所数」、「職員数・常勤・非常勤の割合・職員の過不足感」、「人件費の占める割合」、「収入の多い事業・現在の収入状況」、「経営効率化への取り組み」、「サービスの質の管理の取り組み」の7項目

(2)職員研修の状況について、「職員研修にかかる費用」、「職員研修・育成に関する取り組み」の2項目

(3)職員の募集・採用の状況について、「職員募集・採用に関する取り組み」、「どのような媒体・手段で採用したか」の2項目

(4)職員の定着・離職防止の状況について、「職員の定着状況」、「早期離職防止や定着促進の効果のあった方策」の2項目

(5)法人の経営・運営の状況について、「利用者負担の見直しの有無」、「介護サービス運営上の課題」、「今後の事業展開」の3項目

### 2 調査結果

本調査の結果分析は、対象地域別ではなく、社会福祉法人と民間営利法人に分けて行った。なお、標本数が少ないため $\chi^2$ 検定は行わなかった。

<sup>1</sup> 公益財団法人介護労働安定センターが2014年度に実施した「事業所における介護労働実態調査」、「介護労働者の就業実態と就業意識調査」の調査項目を参考にした。

調査結果について、(1)法人の状況、(2)職員研修の状況、(3)職員の募集・採用の状況、(4)職員の定着・離職防止の状況、(5)法人の経営・運営の状況の順に述べる。

## 1) 法人の状況

### (1) 法人の創設年数

民間営利法人は12法人すべてが創設15年以内となっていた。公的介護保険制度がスタートしてから創設されたことが確認できる。一方、社会福祉法人は15法人中10法人が20年以上経過していた。うち35年を経過している法人が5法人あった(表7-2)。

表7-2 法人の創設年数

	～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20～25年未満	25年以上	合計
社会福祉法人	0.0%(0)	6.7%(1)	26.7%(4)	13.3%(2)	53.3%(8)	100%(15)
民間営利法人	42.9%(6)	57.1%(8)	0.0%(0)	0.0%(0)	0.0%(0)	100%(14)

### (2) 法人の経営している事業所数

法人が経営している事業所数をみると、民間営利法人14法人中13法人が「1～5事業」であった。これに対して、社会福祉法人は「6～10事業所」が8法人で、20事業所を経営している法人も1法人であった。社会福祉法人が、より積極的に事業展開を進めていることが分った(表7-3)。

表7-3 経営している事業所数 (単位:ヶ所)

	1～5	6～10	11～15	16～20	合計
社会福祉法人	33.3%(5)	53.3%(8)	6.7%(1)	6.7%(1)	100%(15)
民間営利法人	93.0%(13)	7.0%(1)	0.0%(0)	0.0%(0)	100%(14)

### (3) 法人全体の職員数及び常勤・非常勤・パート職員の割合及び職員の過不足

法人全体の職員数は表7-4のとおりで、社会福祉法人は「50～99人」が最も多く15法人中8法人(53.4%)であった。

表7-4 法人全体の職員数 (単位:人)

	1～49	50～99	100～149	150～200	200以上	合計
社会福祉法人	0.0%(0)	53.4%(8)	25.0%(3)	13.3%(2)	13.3%(2)	100%(15)
民間営利法人	85.7%(12)	14.3%(2)	0.0%(0)	0.0%(0)	0.0%(0)	100%(14)

また、200名を超える法人も2法人あった。これに対して、民間営利法人は、14法人中12法人(85.7%)が「1～49名」であった。経営事業数に比例して職員数にも大きな違いが



認められた。

また、常勤職員とパート職員の比率については、全ての法人で1割から2割の非常勤・パート職員が働いていたが、2法人で正規職員を上回っていた。職員募集が困難な状況のなか、介護の担い手としての非常勤・パート職員がますます重要になってきている。

法人での職員の過不足感については、多くの社会福祉法人で、訪問介護員（ヘルパー）、介護職員、ケアマネなどが不足気味であった。民間営利法人では、介護職員、看護職員が不足気味であった。社会福祉法人に職員の不足感が多かったのは、規模の大きさが影響していることも考えられる。

#### （４）介護事業費用に占める人件費の割合

2014年度の介護費用に占める人件費の割合をみると、社会福祉法人は「60～64%」と「65～69%」で全体の8割を占める12法人であった。また、「75%以上」も1法人あった。一方、民間営利法人は「55～59%」が3法人、「70～74%」に4法人、「50～54%」、「75%以上」にも1法人ずつとばらつきがみられた（表7-5）。これは、インタビュー調査の際に確認したことであるが、民間営利法人には、「理念に基づき高齢者介護に取り組んでいる経営者」と「あくまでも利益を求めて効率的に事業の推進を図る経営者」に大別される。人件費比率の割合が賃金の高さを示しているとは限らないが、業種的に収入に対して人件費支出の割合が高いことが分かった。

表7-5 介護費用に占める人件費の割合 (単位:%)

	50～54%	55～59%	60～64%	65～69%	70～74%	75%以上	合計
社会福祉法人	0.0%(0)	6.6%(1)	40.0%(6)	40.0%(6)	6.6%(1)	6.6%(1)	99.8%(15)
民間営利法人	7.7%(1)	23.0%(3)	15.4%(2)	15.4%(2)	30.8%(4)	7.7%(1)	100%(13)

#### （５）最も収入の多い事業と現在の収入の状況

民間営利法人は、「デイサービス（訪問介護）」「グループホーム（認知症対応型共同生活介護）」など、それぞれの法人の主たる事業と回答されていた。

また、事業開始後最もよかった年度を100とした場合の現在の収入状況は、社会福祉法人は15法人のうち9法人が「95%以上」であった。民間営利法人は「75～79%」が14法人のうち5法人、「80～84%」が4法人であり、6割の法人が85%以下であった（表7-6）。

この結果をもとに「現在の収入の状況」と「最も収入の多い事業」と比較して検討してみ

ると、①社会福祉法人が特別養護老人ホームを中心に規模の大きい施設を運営していることでのスケールメリットが働いている。②経営事業所数が多いことで収益構造への変化に対応できていることが分った。

表7-6 現在の収入状況 (単位:%)

	75～79%	80～84%	85～89%	90～94%	95%以上	合計
社会福祉法人	0.0%(0)	0.0%(0)	13.3%(2)	26.7%(4)	60.0%(9)	100%(15)
民間営利法人	35.7%(5)	28.6%(4)	7.1%(1)	28.6%(4)	0.0%(0)	100%(14)

### (6) 経営効率化・向上に向けての取組み

経営効率化・向上に関する質問については、さまざまな方法で効率化に取り組んでいることが分かった。社会福祉法人は「IT等の活用により業務の効率化を図る」が最も多く選択されていた。また、「現存する介護サービスの規模拡大」、「介護保険事業以外の事業を考えている」などが多かった。

民間営利法人は、「介護保険事業以外の事業を考えている」が最も多く、「人件費の圧縮」、「利用者のターゲットを重度の方にシフトした」であった(表7-7)。

表7-7 経営効率化や向上に向けての取組み

	社会福祉法人	民間営利法人
介護保険事業以外の事業を考えている	4	8
現存する介護サービスの規模拡大	4	2
人件費の圧縮	1	4
利用者のターゲットを重度の方にシフトした	3	4
IT等の活用により業務の効率化を図る	8	1

※該当するもの3つの選択。回答の多かったものを表示

興味深いことに「介護保険事業以外の事業を考えている」の回答は、社会福祉法人では公益事業に位置付けられている有料老人ホームなどの事業展開を念頭に回答したものであったが、民間営利法人は「全く違う事業」、介護サービス以外の事業を意味していたことであった。つまり、収入減や職員の確保難から今後は介護サービス事業からの撤退(退出)も視野に入れていることが分った。

### (7) サービスの質の管理の取組み

サービスの質向上への取組みに関しては、両法人とも「事故報告書の共有等の仕組みの整備」、「ヒヤリハット事例の収集・共有等の仕組みの整備」、「サービス(業務)の具体的な流

れ等を示す手順書やマニュアル等の作成」,「苦情対応の仕組みの整備」が多く回答されていた。事故後の対応に関する項目を主に検討しているようである。ただし,社会福祉法人は「顧客満足度調査の実施」,民間営利法人は「サービスに関する自己評価の仕組みの整備」の回答も多く,利用者や第三者の評価視点も意識していた(表7-8)。

表7-8 サービスの質の管理のための取組み

	社会福祉法人	民間営利法人
サービス(業務)の具体的な流れ等を示す手順書やマニュアル等の作成	7	9
苦情対応の仕組みの整備	6	8
ヒヤリハット事例の収集・共有等の仕組みの整備	8	10
事故報告書の共有等の仕組みの整備	10	10
サービスに関する自己評価の仕組みの整備	2	7
顧客満足度調査の実施	6	1

※複数回答。回答の多かったもの違いがあるものを表示

## 2) 職員研修

### (1) 職員研修にかかる費用

職員研修にかかる費用については,に示す。

職員研修にかかる費用(旅費・日当を含む)に関しては,年間で社会福祉法人は500,001～1,000,000円が7法人と最も多く,2,000,000円以上の法人もあった(表7-9)。

表7-9 職員研修にかかる費用(年額)

	社会福祉法人	民間営利法人
0～50,000円	0	4
50,001～100,000円	0	3
100,001～200,000円	0	3
200,001～300,000円	1	1
300,001～500,000円	0	1
500,001～1,000,000円	7	2
1,000,001～1,500,000円	1	0
1,500,001～2,000,000円	2	0
2,000,000円以上	4	0
合計	15	14

民間営利法人は200,000円以下が10法人あり全体の7割を占めていた。研修費用総額での回答のため経営する事業所の規模や職員でも違いやばらつきがあった。そのため,一人当たりの費用や参加回数は確認できなかった,しかしながら,相対的に社会福祉法人が積極的に研修に取り組んでいることが示された。

## (2) 職員研修・育成に関する取組みの方策

職員研修・育成に関して、どのような研修体制で育成に取り組んでいるを聞いてみたところ、「自治体や業界団体が主催する教育・研修には積極的に参加指せるようにしている」、「法人全体で連携して育成に取り組んでいる」、「職員に後輩の育成経験を持たせている」、「能力の向上が認められた者には、配置や処遇に反映している」などが多かった。また、「職員に後輩の育成経験を持たせている」の回答が民間営利法人より社会福祉法人が多かった。法人の事業規模が計画的な職員研修や育成、研修機会の増加及び資金的にも影響していることが示された（表7-10）。

7-10 職員研修・育成に関する取組みの方策

	社会福祉法人	民間営利法人
自治体や業界団体が主催する教育・研修に積極的に参加させるようにしている	15	13
法人全体(関係会社を含む)で連携して教育に取り組んでいる	7	8
能力の向上が認められた者は、配置や処遇に反映している	8	7
職員に後輩の育成経験を持たせている	10	4
教育・研修の責任者(兼務を含む)もしくは担当部署を決めている	8	6
教育・研修計画を立てている	9	7

※複数回答。回答の多かったもの違いがあるものを表示

## 3) 職員の募集・採用

### (1) 職員募集・採用に関する取組み

福祉業界にとって人材難は深刻であり職員確保は重要な課題の一つでもある。法人がどのような手段や媒体をもって職員募集を行っているかを聞いてみた。

結果として、両法人とも「ハローワーク」が最も多かったが、社会福祉法人は「職員や知人を通じて」、「就職セミナー」、「学校・養成施設等」が多かった。民間営利法人は「ボランティア、実習生に声掛け」、「福祉人材センター」が多かった。あらゆる媒体を使って懸命に募集をしていることが見受けられる。人材不足を強く感じる結果となった。

表7-11 職員をどの媒体で何人採用したか (単位:人)

	社会福祉法人	民間営利法人
ハローワーク	159	48
職員や知人を通じて	23	20
学校養成施設等	15	1
求人・就職情報誌求人情報サイト	17	2

実際にどのような媒体で何人を採用しているのかについては「ハローワーク」が最も多かった。次に「職員や知人を通じて」となっている。特徴的なことは、社会福祉法人が積極的に学校・養成施設等から採用していることであった（表 7-11）。

#### 4) 職員の定着・離職防止

##### (1) 職員の定着状況

職員の定着については、民間営利法人では7法人（50.0%）が「定着率が低く困っている」と回答しているが、6法人（42.9%）が「定着率は低くない」と回答しており、法人によって定着率に差が生じていた。民間営利法人は、事業所規模が小さく家族的な雰囲気、人間関係が「うまくいく・いかない」など職場環境が影響していることも考えられる。

表7-12 法人における従業員の定着状況

	社会福祉法人	民間営利法人
定着率が低くて困っている	26.7%(4)	50.0%(7)
定着率は低いが困っていない	13.3%(2)	7.1%(1)
定着率は低くない	60.0%(9)	42.9%(6)
合 計	100%(15)	100%(14)

一方、社会福祉法人では、「定着率は低くない」が9法人（60.0%）で定着率が比較的に高いと考えられる（表 7-12）。このことは、社会福祉法人が福利厚生などで充実しているとの理由であった。定着率の低さは、（公財）介護労働安定センターの「介護労働者の就業実態と就業意識調査」による「1年以上~3年未満」の離職率の結果と類似している。

##### (2) 職員の早期離職防止や定着促進の方策

早期離職防止や定着促進については、多い法人で10項目、少ない法人でも3項目の方策を講じていた。「賃金・労働時間等の労働条件（休暇をとりやすくすることも含める）を改善する」、「非正社員から正社員への転換の機会を設ける」、「労働時間（時間帯・総労働時間）の希望を聞く」などの回答が多く、労働条件や労働環境の改善に力を入れていた。

最も効果があった方策としては、全体的にばらつきがみられたが、社会福祉法人で「賃金・労働時間等の労働条件（休暇をとりやすくすることも含める）を改善する」、民間営利法人で「労働時間（時間帯・総労働時間）の希望を聞く」であった。働きやすい労働時間や休暇取得の取り易さなど「労働条件の改善」が効果的であることが分った。

## 5) 法人経営・運営

### (1) 利用者負担の見直し

消費税増税（8%）の際に、利用者負担の見直しを行ったかの質問に対しては、民間営利法人の15法人中10法人が行ったと回答している。見直しの内容（複数回答）は、食費が7法人、光熱水費が4法人、居住費3法人、その他2法人となっている。社会福祉法人では4法人が見直しを行っていた。民間営利法人の対応の早さが際立っていた。

### (2) 介護サービス経営上での課題

介護サービス事業を運営するうえでの課題について、社会福祉法人では「良質な人材の確保が難しい」との回答が最も多かった。民間営利法人では「経営（収支）が苦しく、労働条件や労働環境改善をしたくてもできない」の回答があった（表7-13）。両法人が「今の介護報酬では、人材の確保・定着のために十分な賃金を払えない」と多く回答されていたことは、介護報酬水準が低いのではないかと考えられる。

表7-13 介護サービス事業を運営するうえでの課題

	社会福祉法人	民間営利法人
今の介護報酬では、人材確保・定着のために十分な賃金を払えない	9	8
経営（収支）が苦しく、労働条件や労働環境改善をしたくてもできない	2	5
良質な人材の確保が難しい	10	5
新規利用者の確保が難しい	2	4
教育・研修の時間が十分取れない	4	1
指定介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われている	4	0

※該当するもの3つを選択。回答の多かったもの違いがあるものを表示

### (3) 今後の事業展開

今後の事業展開をどのように考えているかに関しては、社会福祉法人が「サービス種別において、規模拡大の方向」が5法人、逆に4法人が「サービス種別において、規模縮小の方向」と回答していた。民間営利法人も5法人が「サービス種別において、規模縮小の方向」と回答していた（表7-14）。

社会福祉法人は、「サービス種別によって積極的に規模拡大へ進む法人と規模縮小へ向かう法人」とに大別された。民間営利法人は、「規模縮小を検討する法人」が多かった。社会福祉法人5法人、民間営利法人7法人の「わからない」との回答は、今後の介護サービス事

業，公的介護保険制度の不透明さを感じさせる結果となった。

表7-14 今後の事業をどのように考えているか

	社会福祉法人	民間営利法人
規模縮小の方向	0.0%(0)	0.0%(0)
サービス種別において、規模縮小の方向	26.7%(4)	35.7%(5)
規模拡大の方向	0.0%(0)	0.0%(0)
サービス種別において、規模拡大の方向	33.3%(5)	0.0%(0)
わからない	33.3%(5)	50.0%(7)
その他	6.7%(1)	14.3%(2)
合 計	100%(15)	100%(14)

### 3 調査結果のまとめ

創設年数に関しては，社会福祉法人は，当然ながら歴史も実績もあることから利用者確保に関しては有意な立場にあることが分った，民間営利法人はすべて公的介護保険制度がスタートしてから創設されたものであり，実績面から競争条件の公平性がない。

経営している事業所数に関しては，社会福祉法人が「6事業所以上」と多く，民間営利法人の「5事業所以下」と対照的で，社会福祉法人が事業規模の拡大を図っていることが明らかとなった。それに伴い，職員数も比例して社会福祉法人が多くの職員を雇用していた。課題としては，小規模な事業所が淘汰され競争原理が働かなくなることが危惧される。

人件費に関しては，社会福祉法人が「60%～69%」が8割を占めて人件費比率の高さが示された。これに対して，民間営利法人は「70%以上」も4割近くあった。今後，人件費の割合が今以上に高くなった場合は，事業の継続性も危ぶまれる。

現在の収入の状況については，民間営利法人の6割以上が「84%以下」に比べて社会福祉法人の6割が「95%以上」と回答しており，要因として，①経営している事業所数の違いによるスケールメリットが働いている，②社会福祉法人が税制面でも優遇措置がある，などであることが分った。

経営効率化に向けての取組みに関して特徴的な回答としては，社会福祉法人が「IT等の活用により業務の効率化を図る」ことに対して，民間営利法人は「介護保険事業以外の事業を考えている」ことであった。このことは，繰り返しになるがインタビュー調査でも確認したところ，「職員の確保難，収入減から介護サービス事業からの撤退（退出）も考えている」とのことであった。人材確保が困難な状況の中，事業運営や継続にも大きな課題を抱えていることが浮き彫りとなった。

提供するサービスの質の向上への取組みは、「ヒヤリハット事例の収集・活用」、「事故報告書の活用」など、実際に起こることが予想されることや起こったことに対処することで質の担保を図ろうとしていた。しかし、社会福祉法人は、「顧客満足度の調査」など客観的な評価尺度として提供するサービスの質向上を目指していた。

職員研修、育成に関する事項については、社会福祉法人が民間営利法人と比べて研修費用、研修体制に関して積極的に取組んでいた。また、規模の大きな法人が研修機会、回数、内部研修を含めて、職員育成を計画的に行っていた。研修内容については、業界団体や自治体が主催する「介護業務に関連する」外部研修が主であったが、社会福祉法人のなかには「経営や事業戦略に関する」研修にも参加している傾向が見受けられた。

職員の募集・採用については、ハローワークや職員や知人を通じての募集採用が多かったが、採用人員の大半は専門性の期待できる有資格者ではないとの回答であった。専門性が期待される福祉系の高校・大学や養成校などからの採用は、社会福祉法人にみられたが、在校生の減少の影響であろうか、現状として多くの採用には至っていない。

職員の新規採用が難しい状況のなか、定着促進や離職防止の方策も重要なポイントである。定着率に関しては、社会福祉法人が「低くない」が6割を示していたが、民間営利法人が「低くて困っている」が5割、「低くない」が4割と分かれていた。これは、民間営利法人の事業所が小規模であるがゆえに「職場内での人間関係の良し悪し」が離職に関係していることを示していると思われる。

また、早期離職防止や定着促進に向けての方策としては、「休みが取りにくい」、「勤務体制が不規則」、「ストレスが溜まりやすい」などの労働条件の改善に向けての方策が効果的であることが分かった。

今後の事業展開については、社会福祉法人はサービス種別によって規模拡大を模索する法人と規模縮小へと向かう法人に分かれた。民間営利法人は、規模縮小を考えている法人が目立った。ただ、社会福祉法人の3割、民間営利法人の5割に「わからない」との回答があった。これは今後の公的介護保険制度の法改正、特に報酬改定などが、介護サービス供給の構造体系に与える影響の大きさを示していた。

介護サービス経営上での課題としては、(公財)介護労働安定センターの調査と同様、「良質な人材確保が難しい」との回答が社会福祉法人に多かった。また、「今の介護報酬では人材確保・定着のために十分な賃金を払えない」と多くの回答があったことは、介護報酬単価である価格設定にも関係してくる。



準市場の視点から分析すると、社会福祉法人は、民間事業者ではあるが非営利法人としてすでに公的介護保険制度スタート以前より地域においてサービス提供事業者としての役割を果たしてきていた。この独占的な介護市場に民間営利法人が事業者として新規参入することで、確かに利用者の選択の幅は広がってきた。それは一方では、供給者間において介護サービス利用者の確保、事業所での介護の担い手である人材の確保の競争を激化させる結果となっている。

昨今の支援ニーズの増大と多様化に伴い、支援の「量」の確保に加えて「質」の向上に関する社会的要請が高まっている。従来の保健あるいは福祉といった単独領域の支援によっては解決が不可能な課題が山積している。さまざまな支援の複合的な活用の必要性から、保健福祉のマネジメント能力を基盤とした専門性の向上が必須要件となる（高山 2000:13）。人材に関しては、小規模施設では人材確保・育成にかかるコストを十分に捻出していくことが難しく、離職への懸念が感じられた。

今後は、公的介護保険制度の改正によるところも大きいですが、法人規模の大きさと運営している事業の多様性により、収益構造の変化に対応できる法人が安定的な運営を可能とするのではないかと考えられる。

## 第8章 インタビュー調査

### 1 調査の概要

インタビュー調査対象者は表8-1に示すとおりである。3つの地域における社会福祉法人は15法人で15人、民間営利法人は14法人で14人であった。また、行政関係者は3市で9人、社会福祉協議会は3市4人であった。調査対象者総数は全体で42人であった。

表8-1 インタビュー調査対象者 (単位:人)

	鹿屋市	霧島市	薩摩川内市	合計
社会福祉法人	5	5	5	15
民間営利法人	5	5	4	14
行政関係者	3	4	2	9
社会福祉協議会	1	1	2	4
合計	14	15	13	42

インタビュー調査は、2016年2月に3つの調査対象地域に出向き、法人・関係者ごとに日時、場所を設定して行った。インタビューの時間は約2時間であった。

インタビュー調査内容は、インタビュー事前調査票で質問した「準市場の達成条件である市場構造、情報、取引費用と不確実性、クリームスキミング、評価基準である効率性、応答性、選択性、公平性」(Le Grand 1993:13-34)および、「介護保険事業にどのような影響を与えたか」、「参入にあたっての困難さ、規制緩和や行政(国)の関与」に関する12項目に基づき、市場化を導入した公的介護保険制度が施行後15年を経過して、「多様な事業者の健全な競争により、質の高いサービスが提供されるシステムを目指す」目標が現在どのように展開しているかを聴き取り調査した。質問事項は以下のとおりであった。

- (1)競争に関する意識の事項
- (2)介護サービス公定価格の設定に関する事項
- (3)介護サービス利用の制限に関する事項
- (4)社会福祉法人と営利法人との競争条件に関する事項
- (5)施設サービス運営の規制緩和に関する事項
- (6)公的介護保険事業への参入や運営全般に関する国の関与に関する事項
- (7)介護サービスを提供する際の効率性に関する事項
- (8)介護サービスを提供する際の応答性に関する事項
- (9)介護サービスを提供する際の選択性に関する事項
- (10)介護サービスを提供する際の公平性に関する事項

(11)競争原理と介護サービスの質の向上に関する事項

(12)多様な事業主体の参入と介護サービス市場に関する事項

## 2 調査結果

本調査結果は、社会福祉法人、民間営利法人、社会福祉協議会、行政に分けて行った。また、質問項目の一部は社会福祉法人と民間営利法人のみに行った。

結果については、(1)競争に関する意識、(2)介護サービス公定価格の設定、(3)介護サービス利用の制限、(4)社会福祉法人と民間営利法人との競争条件、(5)施設サービスに関する規制緩和、(6)公的介護保険事業への参入や運営全般に関する国の関与、(7)介護サービスを提供する際の効率性、(8)介護サービスを提供する際の応答性、(9)介護サービスを提供する際の選択性、(10)介護サービスを提供する際の公平性、(11)競争原理と介護サービスの質の向上、(12)多様な事業主体の参入と介護サービス市場、の順に述べることとする。

### 1) 競争に関する意識

#### (1) 介護サービス市場での競争の有無

準市場の達成条件である市場構造に関する質問項目でもあるが、ルグランは「市場が競争的であるためには多くの事業主体が自由に参入する機会が与えられる」ことを条件に挙げた (Le Grand 1993:19-24)。対象地域において居宅サービスに位置付けられている通所介護事業や訪問介護事業、地域密着型サービス事業である認知症対応型共同生活介護、小規模多機能事業などを中心に多くの事業主体が参入している。このような状況において事業主体それぞれの管理者や責任者が介護サービス市場をどう捉えるかを質問した。

介護サービス市場での競争の有無を表 8-2 に示す。

	起きている	起きていない	合計
社会福祉法人	80.0%(12)	20.0%( 3)	100%(15)
民間営利法人	71.4%(10)	28.6%( 4)	100%(14)
社会福祉協議会	75.0%( 3)	25.0%( 1)	100%( 4)
行政(担当課)	55.5%( 5)	44.5%( 4)	100%( 9)
合計	71.4%(30)	28.6%(12)	100%(42)

全体では 42 人中 30 人 (71.4%) が「多様な事業者が参入することで、競争が起きている」と認識していた。「起きていない」との回答は、「地区によっては過疎化が進んでいて、

高齢化率は高いが介護サービスを利用する高齢者人口は減少している。また、従事する介護職員の確保も困難となってきた。このような現状は介護サービス提供事業者の経営が成り立たないため進出する事業者が少なく利用者が選択できる状況にはない。すなわち競争原理が働いていない状況である」との意見であった。

競争条件の質問項目と回答が重複するが、民間営利法人の「競争が起きていない」という意見の中には、社会福祉法人への税金や補助金などの優遇制度を挙げている者もいた。一方では、民間営利法人は固定資産税等の支払いや補助金の受けづらさもあり、社会福祉法人との条件の相違から競争にならないという意見が多く聞かれた。

一般的には、民間事業者の中には特色を活かして利用者を獲得する努力をしており、競争原理が働いていると考える者も多かった。また、「社会福祉法人は老舗感覚で対応が遅れているが、民間事業者が小規模なゆえに利用者の要望に対して素早く対応している。競争に関しては、相対的に社会福祉法人がより意識しているようである」との回答も聞かれた。

供給が過剰になってきており小規模事業所には非常に不利な状況で競争が起きているが、経営だけを考えた手法になっている事業者も多く存在する。そこにはモラルの問題があるとの意見も聞かれた。

家族と本人のニーズの相違も要因にある。認知症が悪化して、自分で言葉も発せられず自宅に居たいという思いがあっても、家族が入所させたい場合、両者の思いはまったく異なる。入所できる方がいい施設・事業所となってしまう、そこには競争の原理が働かない。公的介護保険制度が始まり15年が経過したが、利用する側も本来の介護保険を使う意味が浸透していない点もある。要介護状態になってもなんらかのサービスを使うことで、自立した生活を維持できるのが公的介護保険制度の理念である。しかし、現実的にどれだけのサービス量を使えるかが重要視されている。

## (2) 介護事業の運営上での資金・職員・利用者の確保

事業者にとって介護サービス事業を立ち上げ運営していくうえで、いかに資金を確保し、適した介護人材を確保し、利用者を集めるかは重要な点である。この質問項目については、社会福祉法人と民間営利法人の関係者に聞いてみた。

- ①「資金確保の困難さ」については、表8-3に示すとおり、民間営利法人は14人中8人(57.1%)が「困難さがあった」と答えている。一方、社会福祉法人は15人のうち4人(26.7%)であった。

これは、社会福祉法人が従来から公的な補助金を得て事業を立ち上げている証でもある。反面、社会福祉法人の「どちらともいえない」という回答は、施設等を建設するにあたり建設費の一部や土地を寄付という形で創設者が拠出するからという意見であった。

表8-3 介護サービス事業運営に関する資金確保の困難さ

	あった	なかった	どちらともいえない	合計
社会福祉法人	26.7%( 4)	26.7%( 4)	46.6%( 7)	100%(15)
民間営利法人	57.1%( 8)	14.3%( 2)	28.6%( 4)	100%(14)
合計	41.4%(12)	20.7%( 6)	37.9%(11)	100%(29)

②「職員確保の困難さ」は表 8-4 に示すとおり、社会福祉法人は 15 人中 7 人（46.7%）、民間営利法人では 14 人中 9 人（64.3%）と多くの法人が困難さを感じている。特に、ここ数年は有料老人ホームなど介護サービス事業所の著しい増加に伴い人材確保が難しくなっている。「仕事の割には給与が安い」など介護に対するネガティブなイメージが定着してしまったことも影響しているとの意見があった。

また、霧島市や薩摩川内市では、郊外にある大型商業施設や大手メーカーの工場進出により就職先が多く、労働力の流動性が高いことも原因の一つと考えられる。介護サービスは人が人に対して行う仕事で労働集約的産業であり、提供されるサービスの質の向上には人材確保が一番のポイントである。人件費比率が高いなか、それほど多くの賃金アップが見込めない。これからは職員確保とともに離職防止の対策も必要となってくるとの意見があった。

表8-4 介護サービス事業運営に関する職員確保の困難さ

	あった	なかった	どちらともいえない	合計
社会福祉法人	46.7%( 7)	20.0%( 3)	33.3%( 5)	100%(15)
民間営利法人	64.3%( 9)	21.4%( 3)	14.3%( 2)	100%(14)
合計	55.2%(16)	20.7%( 6)	24.1 % ( 7)	100%(29)

スタッフの募集・確保については「介護保険事業者アンケート調査結果」でも示されているが、ハローワーク、人材紹介で対応している場合が多い。人材確保のために学校に募集に行くが採用には結びついていないのが現状である。募集をしても「病院など医療系で働きたい。都会で知識を蓄えたい」など、地元での就職を希望する人は少ないとの答えであった。法人の情報と就職希望者の情報が違うことでのミスマッチが起きていると推察される点がある。

また、既婚者の男性職員は生活のための給与保証がないと難しく、しかも将来展望が描き

にくい現状がある。法人を拡大展開することで、役職づくりをして利益を還元することを目指すのも一つの方法であるとの意見もあった。

社会福祉法人関係者からは、「介護職員の賃金の改善が図られないと介護職員募集は難しいのではないかと考え、介護職員の給与の見直しを進めてきた。介護職員の給与については大きなテーマだが、小規模の法人では現実的には厳しいことが予測される。賃金の見直しは、人件費比率の割合まで関係してくるが、給与面だけの見直しだけでなく、介護現場の環境改善（ノーリフトの推奨）など、様々な面で雇用側が怠ってきた部分を改善しないと介護業界の人材確保はますます厳しい状況になってくる」との意見もあった。

③「利用者確保の困難さ」に関しては表8-5に示すように、全体として29人中13人(44.9%)が「あった」、9人(31.0%)が「どちらともいえない」と回答があった。民間営利法人14人中9人(64.3%)が「あった」とは、事業創設時は利用者の確保がスムーズにいかないと回答であった。

表8-5 介護サービス事業運営に関する利用者確保の困難さ

	あった	なかった	どちらともいえない	合計
社会福祉法人	26.7%( 4)	33.7%( 5)	40.0%( 6)	100%(15)
民間営利法人	64.3%( 9)	14.3%( 2)	21.4%( 3)	100%(14)
合計	44.9%(13)	24.1%( 7)	31.0%( 9)	100%(29)

社会福祉法人の「どちらともいえない」との回答は、公的介護保険制度以前は困難さを感じていなかったが、ここ数年、通所介護や訪問介護、認知症対応型共同生活介護など居宅サービスを中心に利用者の減少が出始めているとの理由であった。

## 2) 介護サービス公定価格の設定

介護報酬の水準については表8-6に示すとおり、サービス提供者と行政関係者との回答がはっきりと分かれていた。社会福祉法人では15人中9人(60.0%)、民間営利法人では14人中10人(71.4%)が「低い」と感じていた。「低くない」はゼロであった。行政関係者は「低くない」が3人で(33.3%)、「どちらともいえない」が4人で(44.5%)と「低いわけではない」と考えていた。保険財政の健全運営と保険料の圧縮を考慮しての回答であると感じた。

介護報酬設定については、3年ごとの介護報酬見直しのたびにマイナス改定が続き、特に施設サービス報酬に関して全般的に低いと感じているようである。介護報酬は公定価格で

あるため利用者はサービス事業者を選ぶ際に価格が判断材料にならない。ゆえに、サービスの質が主な判断材料になるはずである。しかし、情報の非対称性の問題でもあるが、利用者が多くの情報を得られないことから事業者のサービスの質を判断することは難しい。介護サービス情報の公表制度はあるが、利用者に活用されているとは言い難い。

介護報酬の価格を高く設定すると、利用者負担が増え介護サービスが利用しづらくなってくる。一方、低く設定すると、サービス提供事業者の経営が成り立たなくなってくる。公定価格をどの程度の水準で決定するかは、非常に難しい問題である。

表8-6 公的介護保険の報酬水準

	低い	低くない	どちらともいえない	合計
社会福祉法人	60.0%( 9)	0.00%( 0)	40.0%( 6)	100%(15)
民間営利法人	71.4%(10)	0.00%( 0)	28.6%( 4)	100%(14)
社会福祉協議会	50.0%( 2)	0.00%( 0)	50.0%( 2)	100%( 4)
行政(担当課)	22.2%( 2)	33.3%( 3)	44.5%( 4)	100%( 9)
合計	54.8%(23)	7.1%( 3)	38.1%(16)	100%(42)

利用者負担金に関しては表 8-7 のとおり、全体的には「どちらともいえない」が 42 人中 20 人 (47.6%) と最も多かった。しかし、「低くない」と回答した人も社会福祉法人の中で 3 人、民間営利法人で 4 人、行政関係者で 4 人いた。利用者負担金も低くはないと感じている人の割合が高かった。また、一概に言えないが施設利用においても食費や居住費が自己負担となり、2015 年 8 月から標準世帯で一定所得以上の利用者は利用負担額がこれまでの一律 1 割負担から 2 割となり負担感が増しているとの意見もあった。

表8-7 介護サービスの利用者負担金

	低い	低くない	どちらともいえない	合計
社会福祉法人	33.3%( 5)	20.0%( 3)	46.7%( 7)	100%(15)
民間営利法人	14.3%( 2)	28.6%( 4)	57.1%( 8)	100%(14)
社会福祉協議会	0.0%( 0)	25.0%( 1)	75.0%( 3)	100%( 4)
行政(担当課)	33.3%( 3)	44.5%( 4)	22.2%( 2)	100%( 9)
合計	23.8%(10)	28.6%(12)	47.6%(20)	100%(42)

### 3) 介護サービス利用の制限

この項目は社会福祉法人と民間営利法人の関係者に調査を行った。表 8-8 のとおり介護サービス利用制限に関して 4 項目の質問した。多くの法人がサービス利用を制限していな

いと回答していた。しかし、「症状（病状）によって利用を制限するか」に関しては、社会福祉法人関係者で6人、民間営利法人関係者で5人が「する」との回答であった。これは医療的措置が多い利用者、例えば鼻腔、胃瘻の利用者を制限する場合であった。福祉施設であるため医療体制が整っていないことがその背景にあることが考えられる。

性別による利用制限は、多床室での男女の部屋割りの関係であった。収入による制限は、居室料や食費が利用者個人負担のため、希望者の所得状況次第では敬遠する施設もあった。

表8-8 介護サービス利用の制限

	社会福祉法人		民間営利法人	
	する	しない	する	しない
要介護度によって利用を制限するか	1	14	1	13
収入や資産によって利用を制限するか	2	13	0	14
性別によって利用を制限するか	0	15	1	13
症状(病状)によって利用を制限するか	6	9	5	9

#### 4) 社会福祉法人と民間営利法人との競争条件

税制や補助金で優遇されている社会福祉法人と民間営利法人の競争条件については、全体として31人(73.8%)が優遇されていると「思う」と回答している(表8-9)。特に、民間営利法人関係者は実に14人中13人(92.9%)が「思う」と回答していた。意見の大部分が社会福祉法人は優遇されており、民間営利法人と比べて公平な競争原理が働いていないとの意見であった。

表8-9 社会福祉法人に対する税制や補助金の優遇

	思う	思わない	合計
社会福祉法人	66.7%(10)	33.3%( 5)	100%(15)
民間営利法人	92.9%(13)	7.1%( 1)	100%(14)
社会福祉協議会	75.0%( 3)	25.0%( 1)	100%( 4)
行政(担当課)	55.6%( 5)	44.4%( 4)	100%( 9)
合計	73.8%(31)	26.2%(11)	100%(42)

介護事業者として公的介護保険制度のもとで同じ介護サービスを提供しているが、社会福祉法人は税金や補助金で優遇されているため条件が違いすぎる。いわゆるイコールフットリングの視点から論議されている問題である。

インタビューにおいて、「社会福祉法人は必要な課税は受け入れることで自由度を高め事業充実・拡大などを図る必要がある」との意見も一考の余地があると思われる。



反対に、「社会福祉法人に課税をするのではなくて、介護サービス事業自体を非課税にしてはどうか」という提案もあった。また、「社会福祉法人が社会貢献として税金を払うこともアイデアの一つではないか」との提案意見もみられた。

## 5) 施設サービスに関する規制緩和

「施設サービス（特別養護老人ホームなど）の参入に関し規制緩和すべきか」については、「思う」と回答した人の割合は、社会福祉法人が15人中3人（20.0%）であるのに対して民間営利法人が14人中11人（78.6%）という結果になった。全体として施設サービスの規制緩和に関して、「思う」が42人中17人（40.5%）に対して、「思わない」が25人（59.5%）であった。特に行政関係者の9人中8人が「規制緩和すべきだとは思わない」との意見であった（表8-10）。

表8-10 施設サービスに関する規制緩和

	思う	思わない	合計
社会福祉法人	20.0%( 3)	80.0%(12)	100%(15)
民間営利法人	78.6%(11)	21.4%( 3)	100%(14)
社会福祉協議会	55.0%( 2)	50.0%( 2)	100%( 4)
行政(担当課)	11.1%( 1)	88.9%( 8)	100%( 9)
合計	40.5%(17)	59.5%(25)	100%(42)

第1種社会福祉事業を規制緩和することにより、社会福祉法人のみでなく民間営利法人にも施設サービス提供主体として認めるかとの問いに関しては、「思わない」とする意見が社会福祉法人と行政関係者に多かったが、それは老人福祉施設（特別養護老人ホーム）をセーフティネットとしての役割、位置づけとして考えているとの意見であった。

しかし、「思う」との回答の中には、「東京など都市部では特別養護老人ホームなどの担い手がいない。全国を考えると民間活用も必要である。規制緩和して民間営利法人などの参入を許すのもいいのではないか。人材不足や資金的な問題を考えると老人福祉施設の民間参入の流れも必要と考える」、「特別養護老人ホームをどのように位置づけるか、やはりセーフティネットとしての役割が大事である。日本には住み替えの感覚があまりないが、有料老人ホームなどの利用者が、重度化していくなか、看取りケアまで求める風潮がある。しかし、それが可能とそでない施設がある。いくら施設整備をしても棲み分けの感覚を持たないと利用者が尊厳をもって生活することは難しいと考える」との意見があった。

同様の意見として、「特区を設けて民間営利法人が特別養護老人ホームを創設してもいい

と思うが、今後は医療との連携が必要と考える。『看取れないからどこか行ってください』ということが、家族、本人が一番困ることであるから特別養護老人ホームを運営する以上は利用者を最後まで看るといふポリシーと体制が必要であるとする」などの意見があった。

#### 6) 公的介護保険事業への参入や運営全般に関する国の関与

「介護保険事業全般に関して国の関与、つまり規制を強くすべきか」については、全体の42人中22人(52.4%)と約半数が「すべきである」と回答している。特に行政関係者や社会福祉法人関係者に多かった。「どちらともいえない」との回答には民間営利法人に14人中8人(57.1%)と一番多かった(表8-11)。

表8-11 公的介護保険事業への国(行政)の関与

	すべきである	すべきでない	どちらともいえない	合計
社会福祉法人	66.7%(10)	20.0%(3)	13.3%(2)	100%(15)
民間営利法人	28.6%(4)	14.3%(2)	57.1%(8)	100%(14)
社会福祉協議会	50.0%(2)	25.0%(1)	25.0%(1)	100%(4)
行政(担当課)	66.7%(6)	11.1%(1)	22.2%(2)	100%(9)
合計	52.4%(22)	16.6%(7)	31.0%(13)	100%(42)

ここでは、介護サービスの供給体制の競争原理に焦点をあて、国の関与のあり方が準市場の形態にどのように影響を与えているかを聞いてみた。

規制を強くすべきであるとの意見には、「規制緩和や自由競争ではなく、介護に関しては総量規制による一定の市場規模を保つ必要が求められていると考える。人材及び利用者の分散により地域から居住を奪う恐れが出てくる。介護保険制度は公的制度である以上、社会保障の側面から一定の規制が必要であるとする」などや、「公的介護保険制度において保険者は市町村である。訪問介護や通所介護の認可は県に指定・監督権限があるため、介護保険事業計画を策定する市町村では管理できない現状にある。認可などについても県や市が協議するなど一定の配慮が必要であるとする。一方、あくまでも保険者は市町村であるので、すべての指定権限を介護保険者である市町村に移すべきである」、また「容易な事業所の設置認可により、利用者や職員不足のジレンマに陥り、本来の福祉のあり方が崩れてきた感じがする」との意見も聞かれた。

反対に、行政の関与を強くすべきでないという考え方には、「措置の時代は細かいところまで行政に管理されていた思いがある。社会福祉法人の独立性、自立性がない状況であった。

行政の関与が強くなると逆戻りになるのではないか。許認可に関してはもう少しハードルを高くして、事業運営に関しては法律で決めるのではなく、お互いに協力して自由な発想での地域貢献事業ができるような関係性を築くことが必要である」との意見もあった。

## 7) 介護サービスを提供する際の効率性

ルグランは効率性の概念として「低価格・低品質の粗効率性ではなく、同一の資源を投入した場合、高品質でより多くの産出があること」つまり、質を担保しながらコストを抑制する生産的効率性の追求である (Le Grand 1993:14-15) と指摘している。これに関連して、

(1) 効率性が図られているという回答は、以下の2点であった。

- ①介護サービスを利用する際に、ケアマネージャーが利用者本人や家族が選択できるようなサービスの内容や量などを的確にアドバイスし、コーディネートできている。
- ②個別ケア、リハビリの実施など入居者のADL維持を図り、提供するサービスの質の向上を目指して効率性も達成していると思う。

(2) 効率性が図られていないという回答は、以下の6点であった。

- ①利用者が介護認定を受ける際の調査は、1次判定では全国統一の調査票を用いて客観的なコンピュータ判定を行っているが、訪問調査員の聞き取りや評価の視点にばらつきがみられる。2次判定では主治医の意見書と併せた判定となっているが、対象者の断片的な側面での評価になって、的確な介護認定がなされないこともある。この結果、必要な介護サービスを使えなかったり、提供できなかったりしている。
- ②利用者のニーズを引き出し必要な支援サービスを選択するというより、家族介護者の負担の軽減に意識が傾きすぎて過剰なサービス提供になっている場合もある。
- ③住宅型有料老人ホームに併設されている通所介護の利用に関する一体型・囲い込み型運営の問題がある。支援を必要としていない人まで過剰なサービス利用が散見され、非効率であるとともに、自立支援を阻害することにもつながりかねない。
- ④選択性や公平性の問題でもあるが、事業所は全体的に増えてきているが、過疎地域、山間地域、離島など地域によっては新規事業者の進出がなく、効率的に提供されていない。
- ⑤多くの小規模な施設では報酬との関係で余分な職員を配置できず、書類作成や報告書などに時間を取られ、利用者のニーズに応えきれていなく効率が悪い。
- ⑥ケアの質の担保や向上より、利用者確保のため低価格・低品質につながる食費や居住費の価格引き下げ競争(粗効率性)が始まっている。

上記のとおり、(a)介護認定に関すること、(b)サービス利用に関すること、(c)地域間格差に関すること、(d)粗効率性に関することなど、効率性は図られていないとの意見が多かった。制度に関するものとして、「効率性を重視するならば、介護保険料徴収年齢の引き下げおよび1・2号被保険者の見直しや、公定価格のもとで比較的・安定的な運営が担保される制度作りも必要である」との意見も聞かれた。構造的に機能する制度にはなっているが、ルグランの指摘にかかわらず、要介護認定システム、契約制度、保険対象となりうるかなど、制度運営上の問題が効率性の阻害要因となっているとも考えられる。

## 8) 介護サービスを提供する際の応答性

旧来の官僚的福祉政策では利用者のニーズより、行政権限が重視されてきた。準市場では多様な提供者が存在することで、利用者とその家族が持つニーズに柔軟で敏感に対応することが求められる (Le Grand 1993:15-16) と述べている。これに関連しては、

(1) 応答性が図られているとの回答は、以下の3点であった。

- ①以前は個別性に欠けていたが、現在は利用者の日常生活動作 (ADL)、生活の質 (QOL)、環境、社会性など考慮して応答的に支援ができています。
- ②公的介護保険制度が定着してきて、ケアに対するいろいろな考え方や改革がなされ、サービス事業所がそれぞれ特徴をもった事業展開をしていくようになり、利用者の個々のニーズに合ったサービス提供ができるようになってきている。
- ③介護サービスを提供する際、利用者本人や家族と事業所のケアマネージャーや生活相談員等がサービス担当者会議を開催し、利用者のニーズに沿ってケアプランを作成する。そして、実行され、モニタリングを行い、見直しをしていくシステムが確立されているので、利用者の要求はおおむね反映されている。

(2) 応答性が図られていないとの回答は、以下の3点であった。

- ①要支援利用者は、ニーズはあっても包括的介護報酬のため利用回数も含めて、十分なサービスが介護保険給付の基準内での提供がされていないと思う。これではニーズに的確に応えられていない。
- ②利用者のニーズに応えるようにしているが、最終的な決断は介護者である家族の意見が強い。地域によっては事業者が少なく利用者のニーズが反映されにくい。
- ③ケアマネージャーが、本人の状況よりも家族の意見をメインにケアプランを作成しているため、利用者の個別のニーズが活かさない。

応答性に関しては、多様な事業者が参入し競争原理が働くことで、ルグランの指摘をまっまでもなく概ね達成されていた。確かに、多くの事業者が介護保険事業のサービス提供者として参入してきたことで、競争原理が働き、利用者に応答的になってきた。しかし、多様な事業者の参入がもたらす弊害として、「福祉の理念を持った経営者・責任者とは限らず、特に異業種からの参入の場合は、質の担保が保たれない。理念がなく、利用者のニーズを追求して応えようという意識がない」など、福祉事業の特異性の課題に取り組む姿勢に関する意見もみられた。

### 9) 介護サービスを提供する際の選択性

利用者自身が幅広く介護サービスを選択できることは、個人の権利の保障でもある。ニーズに必要なサービスを選ぶのか、提供する事業者で選ぶのかの問題もある。多様な事業者が存在することは、選択肢の拡大にもなりサービスの質の向上にも結び付くものでもある (Le Grand 1993:16-18) と述べている。この点については、

(1) 選択性が図られているという回答は、以下の3点であった。

- ①情報との関連では、正確な情報を基に適格なサービスを受けられるようなシステムができてきている。
- ②利用者が自らサービスを選ぶことについては、居宅介護支援事業所などの情報の提供が必要となる。地域によっては、事業所も多く参入してきており競争があり選択性が図られていると思う。
- ③利用者個人がサービスを選択することが難しいために、知識を持ったケアマネージャーといった専門職を作り、利用者のニーズを把握してサービス事業所との架け橋となることで機能を果たせていると思う。

(2) 選択性が図られていないという回答は、以下の5点であった。

- ①選択は誰がしているのか、利用者が選択をしていない現状がある。実態としては主に家族やケアマネージャーの選択となっている。公的介護保険制度は個人を対象とした保険であるのに、その当事者が選択できていないと感じる。
- ②利用者が最初に関わりをもった事業所の提供するサービスを選ぶ傾向がある。たとえば、入院時の病院が経営する介護サービスを優先的に利用する場合がある。利用者が主体的にサービスを選択できていない。
- ③利用者はケアの内容で選んでいるのではなく、事業所で選んでいることも考えられる。た

たとえば、A 事業所に隣の友達が行くから自分も行くなどケアの内容は考えていない。また、知人の事業所を利用する、ケアマネージャーが進めたから利用するなどである。本人のニーズに沿って選択され提供がされているのかは甚だ疑問である。

④事業所によっては、ケアマネージャーが所属する同一法人の事業所を第一に考えて、サービスを優先的に進める場合が多いと感じる。

⑤社会福祉法人は老舗の感じがして安心して行きやすいという理由で利用する方が多い。

私の事業所も開設して 5 年目にしようやく選択肢の一つに入ってきた。利用者も選べることを知らない現状があると思う。

上記のとおり、選択性については、利用者の選択か、家族の選択か、ケアマネージャーの選択かなど、選択の主体性に関する疑問点が多く出された。選択を困難にしている背景には、制度の複雑化とケアマネージャーの中立性の担保が図られていないことによると思われる。

## 10) 介護サービスを提供する際の公平性

公平性の定義として、収入とか社会経済的身分や性別、民族性といった福祉とは無関係な要因ではなく、ニーズによって利用が決定される (Le Grand 1993:18-19) と述べているが、この点については、

(1) 公平性が図られているという回答は、以下の 2 点であった。

①地域によってサービスを受けられる事業所数に違いがあるが、おおむね公平性は担保されていると思う。

②介護保険が定着してきて、施設ケアプランや在宅のケアプランなど、十分なアセスメントを行ったうえで、利用者一人ひとりの経済状況にも応じた支援内容を計画している。

(2) 公平性が図られていないという回答は、以下の 4 点であった。

①ニーズによっては介護保険限度額内では支援しきれないケースがあり、金銭的に負担が増えることで必要な支援を受けられない利用者がいる。

②低所得者の方が、介護サービスを利用する際に 1 割の利用者負担金を払えず必要なサービス利用を控えたり、回数を減らしたりするケースがみられる。また、生活保護の方など、収入によって利用できるサービスが限られ制度上の問題があると考える。

③施設サービス利用者は本人より家族が希望される場合が多いが、認知症など個室での生活が必要との判断がありながらも、ホテルコストなどの負担のため多床室を選択する場

合も多い。

④ケアマネージャーが所属する法人のケアサービスが優先される、いわゆる囲い込みが行われている。特に有料老人ホームは同事業所のサービスだけを使っている法人が多いため、他の事業所との関係で公平性が担保されていないと思う。

上記のとおり、ルグランの指摘どおり、サービス提供の面からは公平性は確保されている。しかしながら、利用者の中には経済的理由で利用を減らしたり、差し控えたりする場合があることが分った。また、選択性の問題と関連するがサービスの集中利用についての公平性の問題とする回答もあった。

制度面からは、地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特別養護老人ホームなど）の利用は、老人福祉施設（特別養護老人ホームは2015年4月以降）の利用は、原則要介護3以上でなければ利用できなくなったことは、公平性を欠くのではないかとの意見も出された。

## 11) 競争原理と介護サービスの質の向上

公的介護保険制度は、多様な事業者の参入を促し、利用者が主体的に選択することで、介護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が働くシステムを目指したものである。競争原理が働くことで介護サービスの質の向上が図られているのか聞いた。これに対して、

(1) 質の向上が図られているという回答は、以下の4点であった。

①事業所が急激に増え競争が激化しており、そのことがサービスの質の向上につながっていると思う。また、利用者確保が難しくなる状況で『提供するサービス＝商品』の内容が向上している。特にリハビリ重視型の通所介護事業所が増え、利用者の自立支援や身体機能向上に大きく貢献している。取り組んでいない事業者との格差が生じていく。

②業界団体の組織がしっかり機能して、意識統一もできておりサービスの質の向上につながっている。認知症の利用者に関しては家族などの意見が大きく反映する場合もあるが、利用者を十分アセスメントしてサービスを提供しているので、サービスの質は向上していると思う。

③事業所が増えたことで競争が行われているのは事実である。コストの合理化や経営の在り方を各法人が模索するようになった。

④生産的効率性としてのサービスの質を問う競争かどうかは別にしても、競争があること

で淘汰されていく事業所が出てくると思う。ただし、質の高いサービスを提供する事業所が生き残れるかどうかは別の話である。

(2) 質の向上が図られていないとする回答は、以下の4点であった。

- ①事業所が急激に増加したことにより、介護スタッフや事業者の分散といった状況が生まれ、介護報酬単価、人材確保・教育や研修まで手が届かないなどの問題がある。更に給与見直しや福利厚生充実など経費を圧迫してくる。質の維持が精一杯で質の向上まで至っていない状況もある。
- ②競争は起きているが利益優先の事業所もあり、質が上がるための競争ではなく顧客の奪い合い、事業経営を成り立たせるための競争であり、ルール違反が横行している。退出のルールが機能していないと感じる。
- ③純粋な競争原理は働いていないと思う。現状は利用者を増やして利益をあげることを追従することに流れているような気がするが、どうすれば改善できるか。規制を厳しくして、事業所を淘汰して適正化を図る必要がある。
- ④本来は「提供される介護サービスでの競争」であると考えますが、反面、保険対象外での競争が激化しているのではないかと。保険ではどこまで支援をするのか。保険外のサービスが売りになっている場合もある。保険対象外で特色を出さないと介護報酬でのメニューは決まっている。実際競争をするのであれば保険対象外の部分でしかできない気がする。

## 12) 多様な事業主体の参入と介護サービス市場

多様な事業主体が介護サービス事業に参入することで、事業者間で何らかの競争意識が働き提供される介護サービスにも変化が生じてきていること、そのことが事業者や利用者、公的介護保険制度にどのような影響を与えているかの意見を聞いた。これに対して、

(1) 影響を肯定的に捉えている回答は、以下の4点であった。

- ①利用者本人の生活に着目し、自宅での生活を自分らしくいつまでも続けられるような視点でサービス内容を取り入れる事業者が参入してきたことで、質の向上が図られてきたと感じる。
- ②事業所によっては、リハビリ専門職を配置したり、レクリエーションや野外活動、季節の行楽、地域との交流等がより活発に行っているように感じる。利用者の自宅での生活が向上し家族の介護負担の軽減が図れるような視点も芽生えてきていると感じる。在宅サービス事業者と施設との連携もとれているようである。



③政策的に介護サービスメニューが増えたことや多様な事業所が参入することで、選択の幅は広がったが、どのサービス、どの事業所を選んでいいのが難しくなった。

④社会福祉法人は、これまで競争というより社会貢献をしながら共存共栄の意識で運営してきたように思う。結果として、競争意識が弱く、新しいことへの取り組みが遅れているところもあるが、経営者の専門性や経営主体の特徴によって自由な発想で事業運営をするところもあり、結果的に利用者から選択されていると思う。

(2) 影響を否定的に捉えている意見としては、以下の3点であった。

①競争ではなく、ものまね合戦になっている。リハビリが良いと聞くと機能訓練機器を導入したり、セラピストを置く事業所があると聞けば多くの事業者がセラピスト求めるなど、事業者としての考えが一貫してない。

②競争原理が働き質の向上に繋がった面はあるが、多様な事業所の参入で人材確保が難しくなり、サービスの質の低下を招いていると思う。従事者の不足が事業所の収支にも影響を与え、円滑な運営になっていない。

③サービス事業所が増えることで利用者の選択肢は増えてはいるが中身が解らない。介護スタッフが不足する中、十分な教育が出来ず、質を維持することが困難となってきたのではないかと。

上記のほかに、民間営利法人の理念に対する疑問が感じられる意見もあった。今後の展開として地域、行政、他事業所などつながりを大切に地域貢献意識の強い事業所、自事業所中心に閉鎖的な事業所に二極化されていくことが危惧される。

### 3 調査結果のまとめ

「介護サービス市場での競争の有無」については、回答者の7割が「多様な事業者が参入することで、競争が起きている」と認識していた。しかし、過疎地域や中山間地域、離島などでは参入してくる事業者が無く、社会福祉協議会・社会福祉法人・NPO法人など非営利法人がかろうじて介護サービスを提供していた。やはり、需要のあるところに事業者の参入が偏っていることが明らかとなった。

「競争の有無とサービスの質」の関連については、家族と利用者本人のニーズの違いから、預かってくれる事業所がいい施設・事業所となってしまう、本質的な競争ではなく、ルグランの提示する生産的効率性は達成されていない状況が確認された。

「介護保険運営上での課題」については、「資金確保の困難さ」、「職員確保の困難さ」、「利

「利用者確保の困難さ」のいずれに関しても民間営利法人が「困難さ」を感じていた。これは民間営利法人が公的介護保険制度施行後に参入した結果で、事業所立上げ・運営に苦勞している姿が分かった。

「介護サービス公定価格・介護報酬の水準」については、事業者と行政関係者で意見が分かれていた。事業者の多くは介護報酬の水準が「低い」と感じていたが、行政関係者は「どちらともいえない」や「低くない」との回答が多かった。これは、制度創設以来15年が経過し、全国において65歳以上の被保険者数が3,300万人、サービス利用者数は511万人となっており、介護給付の総費用額が10兆円を超える額となっている。今後は保険財政に与える影響がますます大きくなって、制度自体の持続性を脅かす要因となってきている。

「介護サービスの利用制限、クリームスキミングに関する事項」については事業者に対して、要介護度、収入や資産、性別、症状（病状）についての4項目で聴き取りを行ったが、症状による利用制限を確認した。これは、今後ますます中重度の利用者の増加が見込まれる中、深刻な課題となり得る。また、施設サービスにおいては、部屋代、食事代など、利用者の個人負担となっており、事業者が利用を制限するというよりも負担能力がない利用者は自ら利用を差し控える動きも出ていることも分かった。

「社会福祉法人と民間営利法人との競争条件」については、社会福祉法人が税制や補助金に優遇措置を受けていることに不平等感を感じており、公平な競争条件でないとの意見が多かった。結果でも述べたことではあるが、社会福祉法人は社会福祉法第22条に「社会福祉事業を行うことを目的として、この法律の定めるところにより設立された法人」と規定され、公の支配に属する法人に位置付けられている。そのため様々な公的規制を受ける一方で、非課税など税制上の手厚い優遇措置が講じられてきた経緯がある。しかし、イコールフットイングの視点からの議論が展開されている状況がある。

「施設サービス（特別養護老人ホームなど）の参入に関し規制緩和すべきか」との質問に対しては、民間営利法人が「すべきである」との回答が多かった。規制緩和と同様に、不平等感を感じていることであった。インタビュー調査の回答を総合的に勘案すると、特別養護老人ホームはこれまでも、これからもセーフティネットとしての役割が大きい。その点からも民間営利法人の参入について規制緩和するのであれば、施設としての役割を明確に果たせるよう事前規制のハードルを高くする必要性を感じる。

「介護保険事業全般に関して国の関与を強くすべきであるか」については、社会福祉法人や行政担当者が「すべきである」との回答が多かった。これは、社会保障の観点から、ある

程度の規制が必要であるとの意見であった。反面、民間営利法人は「どちらともいえない」との回答が多かった。

「介護サービスを提供する際の効率性」については調査結果でも述べたが、効率性が図られているとする回答が2点、図られていないとする回答が6点あった。要約すると、規制緩和して民間事業者の参入が増えることで効率性が向上するはずであるが、利用者確保のために食費や居住費の値引きなど、粗効率性を追求していた。構造的には効率性が機能する制度ではあるが、運用上の課題がネックとなっている。

「介護サービスを提供する際の応答性」については、応答性が図られているとの回答が3点、図られていないとの回答が3点あった。多様な事業所の参入によって、概ね応答性は達成されていると思われた。しかし、事業所の中には、利用者のニーズに応答的に対応するのではなく、事業所の都合で対応する場合があることも分かった。また、家族の都合が優先される実態も明らかになった。

「介護サービスを提供する際の選択性」については、選択性が図られているとの回答が3点、図られていないとの回答が5点あった。回答者の多くが答えていたことは「誰の選択であるか」という点である。つまり、利用者か、家族か、ケアマネージャーか、誰が選択しているか」の問題である。もう一つ重要な点は「サービス内容・種類を選択するのか、事業所を選択するのか」の問題もある。利用者が高齢で認知症のある場合など、ニーズの判断や自己決定が難しいことなどを含め、選択性についてはルグランの指摘を前進させるためにも、専門性と職業倫理を兼ね備えたケアマネージャーの専門性の育成が急務である。

「介護サービスを提供する際の公平性」については、公平性が図られているとの回答が2点、図られていないとの回答が4点あった。やはり、介護保険料と利用した際の1割の利用料は、かなりの負担感になっていると回答されていた。特に、施設利用者にとっての食費、居住費の自己負担などは、利用を減らしたり、差し控えたりことが見受けられた。また、要支援利用者の介護予防サービスへの移行や地域密着サービスの創設、特別養護老人ホームの要介護3以上の利用制限など、制度面での利用制限（佐橋は、これを制度からのクリームスキミングとしている）が公平性の課題であるとの指摘もあった。

「競争原理が働くことで介護サービスの質の向上が図られているか」については、質の向上が図られているとの回答が4点、図られていないとの回答が4点あった。確かに多様な事業者の参入が競争状態を生み出し、提供する介護サービスの内容やコストの合理化をめぐって模索するようになってきていた。反面、事業者が急激に増えたことで、介護・看護スタ

ップなどの人材不足が顕在化し、教育・研修まで手が届かない状況で、提供するサービスの質の向上まで至っていない状況も見られた。

「多様な事業主体の参入が、介護サービス市場にどのような影響を与えているか」について質問したが、影響を肯定的に捉えている回答が4点、否定的に捉えている回答が4点であった。多様な事業者の参入で、事業所の選択の幅が広がり、事業者も利用者から選ばれるようサービス内容の改善など努力するようになってきている。しかし、事業者間のサービス向上への競争ではなく、物まね合戦になっているようにも感じられた。本来の介護サービスメニューなのか、保険対象外の個人趣向的メニューなのかを、制度的にもはっきりとさせる必要を感じた。

確かに、規制緩和により特に居宅サービスに多様な事業者が参入したことで、実態として競争状態が生まれた。しかし、そのことで提供される介護サービスの本質的な質の向上に結びついているとは言い難い状況であることが示唆された。

日本の公的介護保険制度において民間営利法人の参入は、超高齢社会に不可欠なものである。ただし、そこには遵守すべき基準があり、利用者の自立支援というゆるぎない理念がある。サービス提供事業者数の増加は、事業者間に競争を生んだといえる。しかし、調査の結果から、それは事業者側の主に経営面を重視した競争に重点が置かれおり、それによる弊害が起きていることを検証し述べてきた。

これから迎える高齢化は、後期高齢者の増加と医療的管理の必要な人の増加が予想される。今後、軽度者へのサービス提供が市町村事業に移行が進む中、中重度者へのサービス提供が、介護事業所経営の大きなポイントとなることは間違いない。これに対応出来得る人材確保、育成がさらに必要となってくる。今後は、事業所の増加による競争から、中重度者を支援できるケアの成熟期への移行が進んでいくと考えられるが、本質的な介護サービスの質が評価されていくのは、これからであろう。

### 第3部 準市場の現状分析とこれからの課題

#### 第9章 調査結果と公的介護保険制度の準市場化

##### 1 調査結果と準市場の達成状況

鹿屋市，霧島市，薩摩川内市の3市において，行政関係者およびサービス提供事業者に対して，「介護保険行政アンケート調査」，「介護保険事業者アンケート調査」および「インタビュー調査」を行った．これら3つの調査結果もとに，公的介護保険の実施状況，事業者の現況，準市場メカニズムの機能状況の分析をとおして「公的介護保険制度の市場化の現状」の考察を試みる．考察にあたっては，ルグランの準市場の理論的枠組みに従って準市場の達成条件である①市場構造，②情報，③取引費用と不確実性，④動機づけ，⑤クリームスキミングの視点から特徴と現状を明らかにするとともに，評価基準である効率性，応答性，選択性，公平性の達成状況も合わせて考察する．

##### 1) 市場構造 (Market Structure) の視点

市場構造については，供給量が十分であるか，供給主体の構成はどうなっているか，地域間格差はないか，実際に競争は発生しているかなどを中心に調査を行った．

その結果，在宅サービスに関しては一定の設備基準および人員基準など参入基準を満たした場合，行政（所轄庁）から指定を受けることで容易に参入が可能のため，調査対象地域ではサービス供給量に関しては十分な状況が明らかになった．特に，民間営利法人の参入による供給量の増加が著しかった．しかしながら，薩摩川内市では公的介護保険制度施行以前からの社会福祉法人や医療法人が事業拡大を図っている関係で，居宅介護サービス事業者における民間事業者数の割合が3市の中で一番低かった．これは，利用者確保の点で，小規模で実績のない事業者は新規参入することが難しい状況を示している．

サービス供給量の地域間格差については，同じ行政区域のなかでも事業者参入が顕著な地域とそうでない地域がはっきりと分かれていた．つまり，高齢化率は高いが今後は利用者が見込めない過疎地域や中山間地域，離島などには事業者（特に民間営利法人）が進出を手控えていることが明らかとなった．このことは，利用者に対しての応答性や選択性が担保できないばかりか公平性が達成できない可能性を示している．

競争の有無については，「多様な事業者が参入したことで，競争原理が働いている」状況にあった．事業開始当初には利用者確保に困難さがみられたが，現状は利用率が高い状況であった．一方，特に多くの民間営利法人が参入している鹿屋市においては，ここ数年は

居住系サービスである住宅型有料老人ホームなどの増加により、事業者間で利用者の獲得競争が激化し、事業者による利用者の掘り起し需要（供給者誘発需要）が起きている状況も散見された。

次に、公定価格として「介護報酬」を設定した主な理由は、①提供されるサービスの質の向上を目指す、②利用者の所得に関係なく介護サービスを受けられるようにするの2点である。介護報酬については、多くの事業者が「低い」と感じており、行政は「低くない」あるいは「わからない」との回答で、その違いが際立っていた。

利用者負担としては、介護保険料と利用料<sup>1</sup>がある。さらに、施設サービスにおいては食費や居住費が保険給付対象外で自己負担となっており、所得の低い利用者はサービスを控える状況もあることが回答された。今後は、設定される介護サービス価格の水準によっては介護サービスを利用できないか、もしくは利用を手控えることが予想され、公平性の観点から大きな課題となり得る。

## 2) 情報 (Information) の視点

事業者と利用者間の情報の非対称性に関する問題であるが、介護サービスは実際に利用してみるまでは、その品質がわからないという特殊性も存在する。

介護サービスの提供が効率的、応答的に運用されるためには、利用者が十分に情報を得られることが必要であり、情報の非対称性があるとすれば事業者の積極的な情報開示が求められる。公的介護保険制度においては「介護サービス情報の公表制度」や「サービス提供機関の情報」など、独立行政法人医療・福祉機構の情報ネット「WAM NET」や全国の都道府県のインターネット上で公表されている<sup>2</sup>。

しかしながら、調査の結果から、実際には事業所や提供されるサービス内容の情報での選択よりは、「隣の人が利用している」、あるいは「親しいケアマネージャーから紹介された」、「知人が経営している事業所だから」など、情緒的感情でサービスを選んでいる利用者が多かった。また、行政や地域包括支援センターなどに「介護が必要になったときどこ

---

<sup>1</sup> 利用したサービスの量に応じて費用を支払う応益負担（1割負担）となっている。但し、2015年の公的介護保険法の改正で、年間所得に応じて2割負担となる場合もある。

<sup>2</sup> 介護サービス情報の公表制度とは、介護サービスを利用しようとしている方が事業所選択を支援することを目的としている。日本全国の約19万か所の「介護サービス事業所情報」を、都道府県がインターネット等により公表するしくみである。公的介護保険法に基づき、2006年4月からスタートした制度で、「介護サービス情報公表システム」を使って、利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶことができる。

に相談すればよいのか、どのようなサービスがあるのかわからない」との相談が寄せられていた。介護予防サービスや地域密着型サービス事業の創設など、サービス種類、情報量が多くなったことも含め、公的介護保険制度自体が複雑化することで高齢者にとって理解し難く、利用しづらいものになってきている面は否めない。

また、情報の非対称性を利用して機会主義的行動（Opportunistic Behavior）を取ることで起こるモラルハザードとして、過剰供給が過剰介護につながり、利用者の介護に対する依存度も高くなり自立の妨げになっている現状もあった。これは保険制度自体に内在する問題点でもある。つまり、報酬の面から見て自立支援や自助努力を評価する制度設計になっていないことに起因しているとも考えられる。言い換えると「利用者が自立しない可能性と介護者が自立させる努力を怠る可能性」（吉田 2007：101）があることが、調査をとおして示唆された。

### 3) 取引費用と不確実性（Transaction Costs and Uncertainty）の視点

取引過程の複雑さに伴う取引費用の発生および不測の事態を意味するものである。取引費用は、事前・事後の2つがある。すでに述べたことではあるが、事前については、事業所がサービス利用に際して重要事項説明書や契約書を作成して提供するサービス内容について利用者に十分に説明し同意を得ることとなっている。しかし、内容がより専門的で煩雑なために、利用者やその家族がサービス内容を十分理解していない状況があった。特に施設サービスにおいては、介護保険制度での支援の範囲がはっきりと決められていないことから、事業者と利用者の思惑の違いが問題となって表れていた。これは、利用者やその家族がサービス提供事業所の機能と役割などの理解も十分ではなく、要介護認定を受けることで容易にいつでも利用できると考えていることも一因である。これらのことが、事故などの予測不可能な事態の際に費用を増大させる結果となり得る可能性を秘めている。

また、提供したサービスに対する何らかの不都合や不測の事態への対応策として法的に義務づけられてはいないが、多くの事業者が損害賠償保険に加入しておりリスク管理として、不確実性への対応は図られていることも分かった。

### 4) 動機づけ（Motivation）の視点

従来の社会福祉法人やNPO法人などの非営利組織に加え、制度導入をビジネスチャンスと捉え、利益追求を目的として多くの民間営利法人が在宅介護サービス事業を中心に参

入していた。民間営利法人が多く参入したことで、競争原理が働きサービスの質の向上につながった面はあるが、利益優先を第一に考える法人もみられ、職員研修や教育が不足してコンプライアンスが守られていないことも事実として明らかになった。

購入者が利用者と完全に分離しているイギリスの場合には、購入者は利用者の福祉追求動機を持つことが必要であるとされるが、日本の公的介護保険制度においては、購入者＝利用者であるため、その心配はないはずである。しかし、利用者の大半が高齢者であり、しかも認知症や身体的なハンディキャップをもっているため、介護サービス利用に際しては、専門的知識をもったケアマネージャーが支援・利用計画を作成して給付管理する主な役割を担っている。

調査において、ケアマネージャーは、利用者の主体性、個性を尊重し自己選択や自己決定できるように、利用者本人の希望やニーズに応えるように支援してはいる。しかし、多くは、家族の希望やケアマネージャーの考えが優先されサービスを選んでいることが分かった。それは、ケアマネージャーの多くがサービス提供事業所に所属しているため、その果たすべき役割が中立的なものになりにくく、事業者の思惑が優先され利用者の意向が軽視される可能性があることを示している。

##### 5) クリームスキミング (Cream-Skimming) の視点

調査では、要介護度、収入や資産、性別、病状に関連する項目で、利用を制限したことがあるか検討した。全体として、鼻腔や胃瘻の経管栄養など医療的措置の多い利用者に対しての制限が確認された。これについては、医療体制が整っていないことが大きな要因と考えられる。

認知症や介護の頻度が高い利用者に対しては、介護報酬が段階的に設定されているので問題は低いように思える。しかし、認知症対応型共同生活介護事業所においては、介護度に応じた報酬単価の幅が少ないフラットな単価設定になっているために重度な利用者の排除につながる可能性が高いことも分かった。

2015年4月から、特別養護老人ホームの利用は要介護度3以上の重度者に限られた。それに伴い、要支援や要介護1～2の利用者は在宅介護サービスへの移行が進むなか特別養護老人ホームでは、重度者、医療ニーズが高い利用者が入居するようになる。痰の吸引も含め、医療ニーズが高くても特別養護老人ホームなどの施設が受け皿となる。セフティーネットとしての役割を社会から要請されていると思われる。これにより事業種別ごとの



役割が一層明確になってきたとも言える。

介護サービスは利用に際して1割（年間の所得に応じて2割の場合もある）の利用負担がある。保険料に関しては低所得者層に対する配慮はあるものの、2005年の改正により食費や居住費用を施設利用者から徴収する見直しが行われ、利用者にとっての負担感の増加とともに、経済的な負担能力によるクリームスキミングが起きる恐れも大いに懸念されている。

## 2 公的介護保険制度の準市場化の課題

ルグランの準市場の概念に当てはめて、調査対象地域とした鹿屋市、霧島市、薩摩川内市の3市における公的介護保険制度の市場化の現状を考察してきた。ここで民間営利事業者の参入が介護市場にどのような影響を与えているか、多元的な福祉供給体制をどのように評価すべきかを検討してみる。

国が進める地域包括ケアシステム構築は、住み慣れた地域で在宅サービスを利用しながら生活できることをめざしている。認知症対応型共同生活介護や有料老人ホームなど居住系介護サービスの増加がこれに寄与していることは事実である。需要と供給の問題、給付費の増加による公的介護保険財政の問題もあるが、高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯が多い地域で、安心・安全に生活できることを考えると必要である。また、急増している住宅型有料老人ホームにおいては、併設のデイサービスセンターやヘルパーステーションの利用に際して介護保険制度の複雑さも含めて、行政への相談・苦情が多く寄せられており、利用に際して本人及び家族への説明が充分なされているかが問われている。

多くの事業者が参入することで介護サービスが十分に整備されてきているが、そのことで介護サービスの質が整ってくるとは限らない。今後さらに、サービスの質が担保される必要があり、その評価システムとして、「指導監査」「第三者評価」「相談・苦情解決」の制度が設けられている。提供される介護サービスの質の向上を図るためには事業者も行政も互いに連携、協力する必要があると考える。

介護人材の育成について、多角的に事業展開している社会福祉法人は、独自で事業内研修体制を展開しており介護に関する専門性や倫理性を含めての人材育成を図っている現状が見受けられる。一方、民間営利法人では、小規模事業者が多く独自の研修体制を確立するまで至らないケースも見受けられた。このような状況において、職能団体や協議会などで開催される研修会が人材育成やコンプライアンスにおいて重要な役割を果たしている

考える。今後は、特に小規模事業者に対する研修等の機会の必要性がますます深刻化していくことが予想される。つまり、研修の場がないことで、サービスの質はおろか、守るべき基準さえ理解できない事業者が増える危険性がある。また、行政は保険者として指導監査能力を高めて、全体指導・個別指導を定期的に開催するなど事業者に対する指導体制を確立する必要性を感じる。

さて、公的介護保険制度創設時の理念「多様な事業所の参入することで競争原理が働き、提供されるサービスの質の向上につながる」とは、どのような状況であるか。調査において、多様な事業者が参入することで、認知症対応型共同生活介護や有料老人ホームなど事業所によっては空床がみられており、事業所の選択は起きている。その結果として、通所介護や訪問介護などでは、民間営利法人で事業休止・廃止する事業者が出始めている。介護サービス市場に民間事業者が参入したことの影響として明らかになったことは、次の3点である。

- ①サービス提供事業者が増えることにより利用者の分散が始まっている。
- ②介護給付費の総額が増えることで市町村の介護保険財政に影響が出てきている。
- ③利用者確保のために食費や居住費の価格の引き下げ競争が始まっている。

多様な事業者が介護市場に参入してくることで、利用者にとって結果的に選択の自由が増える状況は確認できたが、そのことが利用者本人の望むサービスとは限らない。

特に、これ以上の制度の複雑化は避けるべきである。利用者が高齢で、しかも認知機能の低下が認められる状態において、情報の公表や選択の際の指標は、より具体的で信頼度の高いことが必要となる。介護市場が準市場であることで費用対効果も含めて、本質的な議論が必要である。

## 第 10 章 準市場化と公的介護保険制度の課題と展望

### 1 公的規制と市場の併存との課題

準市場原理の基本的理念は、供給体制を競争的なものとして、提供されるサービスの質の向上を図ることであると考えられる。本研究では、ルグランの準市場理論に依りながら公的介護保険制度の市場性について考究してきた。筆者は準市場の定義を公的規制と市場の併存と捉え、公的介護保険制度を「公的規制を残しつつも、市場原理を働かすことでサービス内容・事業者を選択できるようなシステムを創り出し、提供されるサービスの質の向上を目指すメカニズム」と定義した。まさに公的介護保険制度は準市場そのものである。

イギリスにおいて、準市場の下では購買決定において非営利組織が営利組織と委託契約を巡って競争し合い、消費者の購買力は割り当てられたバウチャーか代理人にゆだねられている。つまり、ルグランの言う「国が購買者」という大前提がある。サービスの市場化は、社会空間の特権化と対立構造を生むが、ルグランはそこに準市場の評価基準を設け社会正義や公平性を促進しようと考えていた。

一方、日本の公的介護保険制度は社会保険方式を採用しつつも、多様な民間事業者の参入を促進し量的拡大を目指し、事業者間での健全な競争をとおしてサービスの質の向上を図ることを目的とした。1998 年に出された「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」において示された 7 つの基本的考えにおいてもその根幹が示されていた。

しかし、供給の多元化により組織体は利潤の最大化を求めるようになっていった。加えて、行政によるサービスへの関与が低減する中で、利用者と提供者の対等な関係性、サービスの質の向上、情報公開等においても様々な課題が明白となってきた。これは、社会保険方式という極めて公的側面の強い公的介護保険制度において、事業者自らが利用者を獲得して運営を維持するという形態を生み、特に小規模事業者にとっては脆弱な組織基盤から運営の弱体化を招いた。その結果として、公的介護保険制度の根幹ともいえる需要と供給との間の契約行為においても契約の不明確性が存在するといった事態を生み出している。そして、多様な民間事業者の参入の後には、一定規模の組織基盤への統合という流れを生み出すことが予測される。

公的介護保険制度の特徴として、李（2015：258 - 267）は、日本において市場化が議論されはじめたころにはすでに民営化<sup>1</sup>の状態にあり、「民営化なき市場化」が進められたとし

---

<sup>1</sup> 日本の場合、民間事業者が福祉の供給については中心的な役割を担ってきた経緯がある。1951（昭和 26）年の社会福祉事業法において「社会福祉法人」制度を創設したことにその源がある。

ている。したがって、イギリスの市場メカニズムの特徴である「供給者と購入者の分離」がされていない。構造的な違いとして、イギリスでは供給者間に入札を行うため競争原理が明確に働くが、日本では事業者自らが利用者を獲得する「任意的な競争」となっている。

また、介護サービスの価格が「介護報酬」として定められており、価格をめぐる競争が発生しないことも大きな違いである。そのため、市場メカニズム機能としての類似点と相違点を認識して、適用できる点と限界を明確にする必要があると指摘している。

公的介護保険制度が、自立支援を基本理念とし利用者の自律性を保証しているにもかかわらず、稼働率により運営が左右される事業者側が、過度なサービス提供を引き起こす可能性は制度開始時より指摘されていた。本研究において、準市場としての公的介護保険制度の課題を示すとすれば、多くは契約の不明確性に起因する事象と言えるのではないだろうか。そこには、準市場化を進めるうえでサービスの種類により国が示す基準で運営に縛りかけられる一方で、監督権限においては増加しすぎた事業者を管轄できるだけの体制が図られてこなかった現状があげられる。つまり、ルグランのいう社会正義や公平性を保つ上での公の評価基準が機能していないことが示唆されたと言える。

本研究で行ったアンケート調査及びインタビュー調査の結果から、供給体制の課題を以下の5点に整理した。

- ①多様な事業者の参入で選択の幅は広がったが、サービスの質を上げる事よりも、利潤追求と経費削減に向かっている。
- ②非営利法人である社会福祉法人を含めて多くの事業主体が、事業拡大路線に向かっていることで人材確保も困難な状況が出てきている。
- ③情報公開体制の未整備及び人員基準違反などコンプライアンスが守られない事業者が散見される。
- ④サービス選択にケアマネージャーの独立性が担保されていないため、サービスの質に関わらず囲い込みの形態がみられる。
- ⑤チェック機能を果たすべき行政の監督権限体制が脆弱化している。

## 2 福祉サービスの質をめぐる課題

本研究では、日本の福祉サービス市場化の嚆矢として導入された公的介護保険制度が、市場化によって「多様な事業主体が参入することで、提供されるサービスの質の向上を目指す」ことが達成されているかを議論の出発点とした。

福祉サービス実践現場において提供されるサービスの質はどうあるべきか、それを実現するには、どのようなことが必要になるかの視点に関して、倉田（2001：182）は、①広い視野から利用者のニーズを把握する必要性、つまり、「サービスにニーズを合わせる」のではなく、「ニーズにサービスを合わせる」、②サービス提供者自らのレベルの自己覚知の必要性、③サービスを評価するシステムを制度上明確に規定すべきである、④事業者、サービス提供者として、理念や目標を明確にしておくこと、⑤質の高いサービスを継続的に提供していくために、サービス計画（全体計画）、利用者個々の個別計画（ケアプラン）、サービス提供者である職員の職種ごとの業務計画の作成、整備の必要性を指摘している。

公的介護保険制度導入の目標は「既存の政府による独占的で一律的なサービスの供給体系に民間組織のもつ多様性を結び付けて供給者間の競争を誘導し、その結果、利用者中心の質の高いサービスを提供することができるシステムの構築」（李 2015：265）であった。

結論として、事業所間の「任意的な競争」は確認できたが、そのことがサービスの質の向上に寄与しているかという点については懸念材料も多く散見され、過当な競争を生んでいる実態が明らかになった。今後、日本において超高齢化が進み財源的・人材的にも逼迫する中で、公的介護保険制度が持続可能でサービスの質の向上を目指すためには、以下の2点を検討し、具体的に進めていく必要があると考える。

#### ①サービスの質の向上に結びつく競争市場の創造

- ・民間営利法人など事業者の参入は活発で、介護サービスの供給量は十分であると考えられるが、地域によっては参入が少なく地域間格差が大きくなっている。ゆえに、競争市場としての不完全な状態の改善。
- ・公定価格が決まっているため、事業者間の競争については、サービスの質を求める本質的な競争ではなく過当競争が起きている。収益の拡大には事業所の規模拡大が必要との観点から事業者の統合も視野に入れた拡大路線など、粗効率性追求の是正。
- ・公的介護保険制度の理念は、「利用者の自立支援・要介護度改善」である。これを達成した事業者への評価制度（報酬上の加算制度）がない。これでは、事業者が現在のサービス以上の創意工夫をする必要性を感じない。ゆえに、サービスの質の向上へ向けてのインセンティブの創造。

#### ②「準市場」制度構築へ向けた国の関与の必要性

- ・急激な少子高齢化のなかで、高齢者介護サービス体制の充実が喫緊の課題となり、サービス供給量を拡充する必要性に迫られ民間事業者に供給を委ねた。ゆえに、安易な事業

展開を防ぐための事業者参入に関する規制（ルール）の厳格化。

- ・準市場の「準」は公的関与・規制が行われる側面である。規制には、参入の制限、設備や人員配置基準、指導・監査などがある<sup>2</sup>。しかし、事業者の規模拡大の影響もあり介護人材の不足が急激に顕在化してきている。ゆえに、「人員基準・運営基準」など一定基準を満たさない事業者が出始めている。行政の継続的な指導、悪質な事業者に対する退出ルールの厳格化など、より一層の国（行政）の関与が必要。
- ・どのような規制が必要で、どの程度の市場参入の自由度が必要かの再検討。

### 3 準市場化の方向と展望

広井（1999：95-96）は、公私の役割分担や民間営利法人参入のあり方について、どのような姿が効率性及び公平性の観点から見て望ましいかを「①所得再分配施策としての分野、②普遍的な『対人サービス』の分野、③財源も『私＝民間』にゆだねる周辺の・上乘せ的分野の3者を明確に区分していくことが妥当である」と示唆している。

公的介護保険制度においても、①措置制度として（所得再分配政策）、②準市場として（財政は公、供給は民）、③純然たる市場として（財政も供給も民）というかたちでの対応を行っていくことも妥当ではないかと考えられる。ともかく、公私の役割分担についての構想をしっかりと描いていくことの必要性を感じる。

市場主義に基づく競争原理が公的介護保険制度において機能し得るかどうか、福祉政策においては、利用者の権利擁護も含めて提供されるサービスの質を担保する意味からも保険者である行政の関与は、今後も一定程度強めていく必要がある。

日本においても、公的介護保険制度という高齢者介護の分野における準市場化が進んできたが、高齢化の進展に伴う介護保険料の上昇、サービス利用者及びサービス量の増加に伴う利用料の上昇など、介護保険財政の運営は厳しい状況にある。今後ますます増大する介護ニーズに十分に対応するために、準市場システムが効率性と公平性を達成するための仕組みづくりが必要である。

要介護認定を受けた65歳以上の高齢者で、公的介護保険制度による介護サービスを利用しているのは全体の約15%程度にすぎない。実際に介護サービスを利用していない高齢

---

<sup>2</sup> 規制については、Propper, C. (1993) *Quasi-Markets and Regulation*. In Le Grand, J., B. Will (1993) *Quasi-Markets and Social Policy*. 183 - 220を参照した。

者は多い。団塊の世代が75歳に到達する2025年、ますます高齢化・重度化が進むことが予想される。これからは、介護サービス事業者として、専門性向上への取組みが大いに望まれるところである。また、それに合わせて、利用者や家族への制度の理解を促し公的介護保険制度が目指した本来の「自立支援」の理念がシステムとして構築することが必要である。

## 謝 辞

本論文を作成するにあたり、指導教授の田畑洋一先生から丁寧かつ熱心なご指導を賜り、ここに研究の成果をまとめることができました。先生の励ましとご助言に御礼申し上げますとともに、多くのご支援と示唆を賜りました鹿児島国際大学福祉社会学研究科の諸先生方に心より深く感謝申し上げます。また、鹿児島国際大学大学院客員教授の高山忠雄先生には、仕事にかまけて論文作成が遅々として進まないなか、毎月のように時間を割いてご指導を賜りました。励ましの言葉がどれほど私の気持ちの支えになったか計り知れません。この場をお借りして、心より深く感謝申し上げます。

さらに、アンケート調査、インタビュー調査に際しましては、鹿屋市、霧島市、薩摩川内市の行政関係者、社会福祉協議会、介護サービス提供者としての民間法人、社会福祉法人の方々には、ご多忙のなか特段のご配慮とご協力を賜りましたこと、改めて感謝申し上げます。有難うございました。

さて、私が福祉の仕事をはじめたのは、特別養護老人ホームを開設した1994（平成6）年4月で、まさに、日本が高齢化率14%を超え、高齢社会へと突入した時でもありました。

その後、高齢者福祉政策は、2000（平成12）年の公的介護保険法の施行で措置制度から契約制度へ大きく転換しました。保険制度の導入、規制緩和による民間事業者の参入、競争原理によるサービスの質の向上などなど、私ども社会福祉法人で働く者にとって「意識改革」の必要性を痛切に感じた時でありました。その後、増大する介護ニーズに対応すべく多くの事業所が乱立する時代となり、介護業界では人手不足が深刻化し、人材育成などほど遠く、それに伴い提供されるサービスの質は低下の一途を辿っているといっても過言ではありません。

大学院では、研究者の一人として、「提供するサービスの質はどうあるべきか」、また、高齢者施設を経営する者として「公的介護保険制度はどうあるべきか」を考究しました。

利用者の方々一人ひとりが、地域で尊厳をもって自分らしく暮らしていくことを支援していくのが、私たちが果たすべき役割であり、使命であり、思いでもあります。

今後も、高齢者福祉施設で働く者の一人として、「提供する介護サービスの質どうあるべきか、質を向上するためにはどのようにすべきか」を問い続けていきたいと思えます。



## 引用文献

- 坪 洋一(2008)「福祉国家における『社会市場』と『準市場』」『季刊社会保障』44(1), 82-93.
- 伊藤周平(2007)『権利・市場・社会保障』青木書店.
- 李 宣英(2015)『準市場の成立は高齢者ケアサービスを変えられるか』ミネルヴァ書房.
- 後 房雄(2015)「日本における準市場の起源と展開—医療から福祉へ、さらに教育へ」『RIETI Discussion Paper Series 15-j-022』.
- G.エスピン・アンデルセン(2010) 岡沢憲英・宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界』.
- 大住荘四郎(2002)『パブリック・マネジメント—戦略行政の理論と実際』日本評論社.
- 大坪英二郎(2013)「生命保険会社の成長に関する一考察—『社会市場』と『準市場』の考え方を踏まえて—」『ビジネスクリエーター研究会報告要旨』.
- 岡崎祐司(2007)「福祉の準市場化と市場個人主義をめぐる理論的検討」『社会福祉政策論集』3, 21-38.
- 鹿児島すこやか長寿プラン 2015.
- 鬼崎信好(2014)『高齢者介護サービス論—過去・現在・未来に向けて』中央法規出版.
- 京極高宣(2007)『社会保障と日本経済』慶応義塾出版会.
- 京極高宣(2008)「準市場と「社会市場」」『季刊・社会保障研究』, 2-3.
- 倉田康路(2001)「高齢者福祉施設におけるサービスの質の変遷」『関西学院大学社会学部紀要』89, 171-183.
- 郡司篤晃 編著(2004)『医療と福祉における市場の役割と限界』聖学院大学出版会.
- 小池直人(1994)「かたちある労働」佐藤和夫編『ラディカルに哲学する二』大月書店.
- 厚生省大臣官房総務課広報室監修(1994)『どう支える超高齢社会—21世紀福祉ビジョンシンポジウム』財団法人厚生問題研究会 中央法規出版.
- 厚生省 社会・援護局企画課／監修(1998)『社会福祉の基礎構造改革を考える—検討会報告・資料集』中央法規出版.
- 厚生省監修『平成11年度版 厚生白書』ぎょうせい.
- 厚生省監修『平成12年版 厚生白書』ぎょうせい.
- 駒村康平(1999a)「介護保険、社会福祉基礎構造改革と準市場原理」『季刊社会保障研究』35(3), 276-284.
- 駒村康平(1999b)「疑似市場（準市場）」庄司洋子他編『福祉社会辞典』弘文堂, 188-189.
- 駒村康平(2004)「疑似市場論—社会福祉基礎構造改革と介護保険に与えた影響—」渋谷博史/平岡公一編著『福祉の市場化をみる眼—資本主義メカニズムとの整合性—』ミネルヴァ書房, 213-236.

- 児山正史(2004)「準市場の概念」年報行政研究 日本行政学会 2004, 39, 124-146.
- 坂田修一(2012)『社会福祉政策』有斐閣アルマ 有斐閣.
- 佐橋克彦(2000)「準市場と公的介護保険—英国の理論モデルを手がかりに—」『帯広大谷短期大学紀要』38, 137-147.
- 佐橋克彦(2002a)「対人社会サービスの準市場化と本質」『帯広大谷短期大学紀要』36, 99-108.
- 佐橋克彦(2002b)「わが国の介護サービスにおける準市場の形成とその特異性」『社会福祉学』42 (2), 139-149.
- 佐橋克彦(2008a)『『準市場』の介護・障害者福祉サービスへの適応』『季刊社会保障』44 (1), 30-40.
- 佐橋克彦(2008b)『福祉サービスの準市場化 —保育・介護・支援費制度の比較から—』ミネルヴァ書房.
- 重森暁(2002)「市民的公共性の再生と公務労働」『大阪経大論集・53 (2)』.
- 社会福祉法令研究会／編集(2001)『社会福祉法の解説』中央法規出版.
- 新川敏光(2004)「福祉国家の危機と再編—新たな社会連帯の可能性を求めて—」斉藤純一編著『福祉国家／社会的連帯の理由』ミネルヴァ書房, 13-53.
- 炭谷 茂編著(2003)『社会福祉基礎構造改革の視座—改革推進者たちの記録』ぎょうせい.
- 高山忠雄 (1998)「保健福祉学の理念」高山忠雄編 著『保健福祉学—利用者の立場に立った保健福祉サービスの展開』川島書店.
- 武智秀之(1999)「新行政管理論」庄司洋子他編『福祉社会事典』弘文堂.
- 高野龍昭(2016)『『準市場』とわが国の介護保険制度』『月刊老施協』1月号 全国老人福祉協議会 542, 18-19.
- 田畑洋一(2009)「福祉国家的介入と社会福祉」『九州社会福祉学年報』創刊号 2, 1-10.
- M・ディヴィス (1990) 村山敏勝・日比野啓訳『要塞都市 LA』青土社, 2001.
- 内閣府(2015)『高齢社会白書 平成 27 年度版』.
- 中西新太郎(2006)「リアルの不平等と幻想の自由」竹内章郎・中西新太郎他著『平等主義が福祉をすくう』青木書店.
- 中西新太郎(2008)「自治体市場化とは何か、どう対抗するか」『住民と自治・54 (2)』.
- 二木 立(1998)『保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測』医学書院.
- F.A・ハイエク (1960) 気賀健三・古賀勝次郎訳『ハイエク全集七自由の条件Ⅲ』春秋社,1987.
- J・ハーバーマス(1962) 細谷貞雄訳『公共性の構造転換』未来社, 1990.
- 狭間直樹(2008)「社会保障の行政管理と『準市場』の課題」『季刊社会保障』44 (1) , 70-81.
- 平岡公一(2001)「社会サービスの多元化と市場化」大山博・灰谷茂・武川正吾・平岡公一編著『福祉国家への視座』ミネルヴァ書房, 30-52.

- 平岡公一(2004)「社会サービスの市場化をめぐる若干の論点」渋谷博史・平岡公一編著『福祉の市場化をみる眼』ミネルヴァ書房, 293-312.
- 広井良典(1999)『日本の社会保障』岩波新書.
- 広井良典(2000)「経済社会における社会福祉のグランドデザイン」『月刊福祉』2000(1), 24-29.
- ホックシールド(1983=2007)『管理される心—感情が商品になるとき』石川准・室伏亜希 訳 世界思想社.
- 増田雅暢(2003)『介護保険見直しの争点 政策過程からみえる今後の課題』法律文化社.
- 真野俊樹(2012)「社会保障と準市場の考え方」『共済総合研究』第 65 号,農協共済総合研究所, 96-113.
- 山本恵子(2002)『行財政から見た高齢者福祉』法律文化社.
- 横山寿一(2003)『社会保障の市場化・民営化』新日本出版社.
- 横山寿一(2009)『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』新日本出版.
- 横山寿一(2012)「福祉と市場」『金沢大学経済論集』第 33 巻第 1 号 143-156.
- 吉原直樹(2007)『開いて守る』岩波書店.
- Le Grand, J. and W. Bartlett (1993) *Quasi-Markets and Social Policy, London: Macmillan.*
- Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition [Paperback].*
- Propper, C. (1993) *Quasi-Markets and Regulation. In Le Grand, J., B. Will (1993) Quasi-Markets and Social Policy. 183 - 220.*

## 参 考 文 献

- 安梅刺江(2003)『グループインタビュー法』医歯薬出版株式会社.
- 石踊紳一郎(2014)「準市場としての公的介護保険の現状と課題」『九州社会福祉年報』6 東洋大学  
社会福祉学会九州部会, 41-49.
- 池田省三(2011)『介護保険論—福祉の解体と再生—』中央法規出版.
- 伊藤周平(2003)『社会福祉のゆくえを読む』大月書店.
- 伊藤周平(2004)『改革提言 介護保険—高齢者・障害者の権利保障に向けて』青木書店.
- 伊藤周平(2010)『医療・福祉政策のゆくえを読む』新日本出版.
- 伊藤周平(2010)『介護保険法と権利保障』法律文化社.
- 伊藤周平(2011)『保険化する社会福祉と対抗構想』山吹書店.
- 伊藤周平『福祉国家と市民権』法政大学出版局, 1996.
- 岩田正美・武川正吾・永岡正巳・平岡公一編(2004)『社会福祉の原理と思想』有斐閣.
- 大熊一夫(1995)『ルポ・有料老人ホーム』朝日新聞社.
- 小笠原祐次(1999)『生活の場としての老人ホーム その過去、現在、未来』中央法規出版.
- 小笠原祐次・福島一雄・小國英夫編集(2002)『社会福祉施設』⑦これからの社会福祉 有斐閣.
- 岡本祐三(2009)『介護保険の歩み』ミネルヴァ書房.
- 小國英夫編者(2006)『新・高齢者福祉概論—真のパラダイム転換に向けて—』学文社.
- 北場 勉(2000)『戦後社会保障の形成 社会福祉基礎構造の成立をめぐる』中央法規出版.
- 木村忠次郎(1951)『社会福祉事業法の解説』時事通信社.
- 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和・平田直直之編集(2004)『介護保険キーワード辞典』中央法規  
出版.
- 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著(2004)『世界の介護事情』中央法規出版.
- 訓覇法子(2002)『アプローチとしての福祉社会システム論』法律文化社.
- 坂本忠次・住居広土編著(2006)『介護保険の経済と財政』劉草書房.
- 佐藤卓利(2008)『介護サービス市場の管理と調整』ミネルヴァ書房.
- 里見賢治・二木 立・伊東計文著(1999)『公的介護保険に異議あり—もう一つの提案』ミネルヴァ  
書房.
- 須田木綿子(2011)『対人サービスの民営化 行政—営利—非営利の境界線』東信堂.
- 増田雅暢(2004)『介護保険見直しへの提言 5年目の課題と展望』法研.
- ジュリアン・ルグラン著 郡司篤晃 監訳(2008)『公共政策と人間』聖学院大学出版会.
- N・ジョンソン(1987) 青木郁夫・山本隆訳『福祉国家のゆくえ—福祉多元主義の諸問題』法  
律文化社, 1993.

- 高山忠雄監修 安梅刺枝／芳香会社会福祉研究所編著(2014)『いのちの輝きに寄り添う エンパ  
ワメント科学』.
- 田畑洋一編著(2004)『現代社会保障論』学文社.
- 田畑洋一編著(2004)『現代社会福祉概説』中央法規.
- 田畑洋一(2014)『現代ドイツ公的扶助序論』学文社.
- 堤 修三(2010)『介護保険の意味論』中央法規出版.
- 中井健一(2009)「続・戦後日本社会福祉論争史 その3 措置制度論争」『東邦学誌』38(2).
- 中山信吾(2011)『認知症高齢者と介護者支援』法律文化社.
- 二木 立(2007)『介護保険制度の総合的研究』剋草書房.
- 狭間直樹(2008)「社会保障の行政管理と『準市場』の課題」『季刊社会保障』Vol.44,No.1,70-81.
- 古川孝順(2002)『社会福祉 21 世紀のパラダイム I 理論と政策』誠信書房.
- 増田雅暢(2004)『愛護保険見直しへの提言 5 年目の課題と展望』法研.
- 三浦文夫(2000)『社会福祉政策研究』増補改訂版第三刷 全国社会福祉協議会.
- 矢野 聡・島津 淳編著(2002)『介護保険制度と福祉経営—措置から契約へ』ミネルヴァ書房.
- 山田 誠編著(2005)『介護保険と 21 世紀型地域福祉』ミネルヴァ書房.
- 吉田初恵(2007)「介護保険制度とモラルハザード」『関西福祉科学大学紀要』11, 95-105.

## 参 考 資 料

鹿児島県年齢別推計人口調査結果

鹿児島県 <http://www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/index.html> (平成 27 年 10 月 1 日)

鹿児島県内の市町村合併状況

鹿児島県 <http://www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/index.html> (平成 27 年 10 月 1 日)

介護施設の状況 (グループホーム、デイサービス、ヘルパーステーション)

鹿屋市 <http://www.e-kanoya.net/index.html> (平成 27 年 10 月 1 日)

霧島市 <https://www.city-kirishima.jp/> (平成 27 年 10 月 1 日)

薩摩川内市 <http://www.city.satsumasendai.lg.jp/www/toppageAPM03000.html>

(平成 27 年 10 月 1 日)

介護保険事業状況報告 (各年度)

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html> (平成 27 年 10 月 1 日)

平成28年1月20日

様

鹿児島国際大学大学院 福祉社会学研究科  
博士課程3年 石踊紳一郎

## 介護保険制度における準市場化に関するアンケート調査について（お願い）

向春の候、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

私は現在、鹿児島国際大学大学院で、田畑洋一研究指導教員のもと博士論文の執筆を行っております。研究のテーマは、「公的介護保険法の施行下における準市場化」です。研究では、介護保険制度が導入されて以降、実際の介護保険サービスの利用状況や、多様なサービス事業所の参入による競争原理の実態等から、利用者の尊厳が保障されたサービスとなっているか等の関連を検討いたしております。今回の調査研究は、霧島市、鹿屋市、薩摩川内市の3市の介護保険実施状況を中心に、それぞれの市における民間事業所の参入状況が、利用者の選択や保険者である行政にどのような影響を与えているかを3市の行政関係者、社会福祉法人施設の管理者、民間事業者など、日々、介護保険制度の最前線で業務にあたられている皆様方にインタビュー調査をお願いしたいと考えております。

具体的な調査研究計画は下記の通りであります。趣旨をご理解のうえ、是非ともご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、インタビュー調査は、「行政関係者」、「社会福祉協議会関係者」、「社会福祉法人施設関係者」、「民間施設事業者」に分けて、1グループ3～5名にて実施したいと考えております。

## 調査研究計画書

### 1. 研究課題

多様な介護サービス提供事業者の介護サービス市場への参入が、介護保険サービス受給者及び公的介護保険制度に及ぼす影響に関する調査研究

### 2. 研究期間

平成28年2月1日～平成28年2月29日（具体的な日程は調整させていただきます。）

インタビュー時間は、2時間程度を予定しております。

### 3. 研究概要

目的は、介護保険提供事業者として営利法人など多様な民間事業所が参入した公的介護保険制度において、事業者が介護サービス市場にどのような影響を与えているのか。市場原理が働いたことにより、提供される介護サービスの質が向上しているのか。今回、インタビュー調査をすることにより市町村における介護保険の現状と影響、事業所における課題などから、多様な事業者（特に民間営利法人など）の介護サービス市場への参入による影響について検討することを目的とする。

調査方法は、インタビュー調査（グループ・個別インタビュー）を中心とする。

### 4. 研究の対象及び選定方法

霧島市、鹿屋市、薩摩川内市の行政関係者（介護保険担当職員）、社会福祉協議会職員、福祉施設従事者（社会福祉法人、営利法人、NPO法人など）、鹿児島県老人福祉施設協議会などの団体事務局職員の予定。なお、インタビューの実施場所は、行政庁の会議室、公民館などを借りて実施予定。

### 5. 研究による倫理的配慮

個人が特定されないよう記号で表示するなどプライバシーの保護に十分配慮する。得られた情報は、研究者の責任で5年間保存して、その後研究者の責任で処理する。

### 6. 成果の公表

- ①日本社会福祉学会九州部会で発表し、同学会機関紙にて発表予定。
- ②博士論文に活用する。



## 介護保険行政アンケート調査票（行政関係者）

問 1. 貴市における過去 5 年間の下記の事項についてお答えください。（各年度の 4 月 1 日現在）

	2011 年度	2012 年度	2013 年度	2014 年度	2015 年度
総人口	人	人	人	人	人
高齢者人口	人	人	人	人	人
高齢化率	%	%	%	%	%
1 号被保険者数	人	人	人	人	人
要介護認定者数	人	人	人	人	人
認定率	%	%	%	%	%

問 2. 貴市における過去 5 年間の第 1 号被保険者 1 人あたりの年間介護給付費についてお答えください。

	2011 年度	2012 年度	2013 年度	2014 年度	2015 年度
年間介護給付費					

※各年度給付費累計／各年度末第 1 号被保険者数、（各年度末現在）

問 3. 貴市における過去事業年度の介護保険料（第 1 号被保険者の基準額）の推移について、お答えください。（合併後の年度からでも結構です。）

2000 年 第 1 期	2003 年 第 2 期	2006 年 第 3 期	2009 年 第 4 期	2012 年 第 5 期	2015 年 第 6 期
円	円	円	円	円	円

問 4. 貴市における過去 5 年間の介護度別認定者数についてお答えください。（各年度の 4 月 1 日現在）

	2011 年度	2012 年度	2013 年度	2014 年度	2015 年度
要支援 1	人	人	人	人	人
要支援 2	人	人	人	人	人
要介護 1	人	人	人	人	人
要介護 2	人	人	人	人	人
要介護 3	人	人	人	人	人
要介護 4	人	人	人	人	人
要介護 5	人	人	人	人	人

問5. 貴市において、介護保険施行以降に休止もしくは廃止した事業所があればお答えください。

年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )	数	事業種別
2000年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2001年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2002年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2003年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2004年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2005年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2006年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2007年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2008年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2009年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2010年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2011年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2012年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2013年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2014年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		
2015年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休止( ) 廃止( )		

問6. 貴市における介護サービス提供事業者数を法人種別ごとにお答えください。

※(平成27年10月1日時点でお答えください。)

事業名 / 事業主体	社福	医療	NPO	株式会社	有限会社	その他	総計
特別養護老人ホーム							
老人保健施設							
通所介護(デイサービス)							
通所リハビリ							
訪問介護(ヘルパー)							
訪問看護							
グループホーム							
小規模多機能							
有料老人ホーム(住宅型)							
有料老人ホーム(介護付)							
居宅介護支援事業所							

※社福=社会福祉法人 医療=医療法人 その他=公社など(具体的にご記入ください。)

## 介護保険事業者アンケート調査

(社会福祉法人・株式会社・有限会社・NPO法人・その他)

### I. 法人の状況について

問1. 貴法人の設立年月日についてお伺いします。(平成27年10月1日現在)

1. 昭和	2. 平成	( )年	( )月	(創設	年目)
-------	-------	------	------	-----	-----

問2. 貴法人が設置運営する介護保険サービス事業所についてお伺いします。事業所数はいくつありますか。事業所数及び該当する事業所をすべて選んでください。

総事業所数 ( )

1. 特別養護老人ホーム ( )	2. 老人保健施設 ( )	3. デイサービス ( )
4. デイケア ( )	5. 訪問介護 ( )	6. 訪問看護 ( )
7. グループホーム ( )	8. 小規模多機能居宅介護 ( )	9. 有料老人ホーム ( )
10. サービス付き高齢者住宅 ( )	その他 (具体的に )	

問3. 貴法人の全体のスタッフ数についてお伺いします。スタッフ数は何名ですか。該当するものを選んでください。

1. 1～49名	2. 50～99名	3. 100～149名	4. 150～199名	5. 200名以上
----------	-----------	-------------	-------------	-----------

問4. そのうち、常勤・非常勤・パートの割合はどうか。人数をお書きください。

常勤	非常勤・パート	その他 (具体的に)
人	人	人

問5. 貴法人でのスタッフの過不足感についてお伺いします。それぞれの職種について、1～6の考え方で○印をつけてください。

1. 大いに不足	2. 不足	3. やや不足	4. 適当	5. 過剰	6. 該当職なし
----------	-------	---------	-------	-------	----------

1. 訪問介護員	1	2	3	4	5	6
2. 介護職員	1	2	3	4	5	6
3. 看護職員	1	2	3	4	5	6
4. 生活相談員	1	2	3	4	5	6
5. PT・OT・ST	1	2	3	4	5	6
6. ケアマネ	1	2	3	4	5	6

問6. 貴法人の平成26年度の介護事業費用に占める人件費の割合はどの程度ですか。該当するものを選んでください。

1. 45～49%	2. 50～54%	3. 55～59%	4. 60～64%	5. 65～69%	
6. 70～74%	7. 75%	8. その他 (具体的に )			

問7. 貴法人で最も収入の多い事業は何ですか。

- |              |                 |           |               |
|--------------|-----------------|-----------|---------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 2. 老人保健施設       | 3. デイサービス | 4. デイケア       |
| 5. グループホーム   | 6. 訪問介護         | 7. 訪問看護   | 8. 小規模多機能居宅介護 |
| 9. 有料老人ホーム   | 10. サービス付き高齢者住宅 |           |               |
| 11. その他（具体的に |                 |           | ）             |

問8. 貴法人で、事業開始後もっともよかった状況の事業収入を100とした場合、現在の事業収入はどのような状況ですか。おおよその数字を記入してください。

%

問9. 貴法人が、現在経営効率化や向上に向けて取り組んでいることは何ですか。該当するものを3つまで選んでください。

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. 新たな事業の創設を考えている。      | 2. 介護保険事業以外の事業を考えている。 |
| 3. 現存する介護サービスの規模拡大      | 4. 人件費の圧縮             |
| 5. 利用者のターゲットを重度の方にシフトした | 6. 職員の非正規化を図った        |
| 7. 業務の一部を外部の委託する        | 8. 派遣労働等の活用           |
| 9. IT等の活用により業務の効率化を図る   | 10. 特に何も行っていない        |
| 11. その他（具体的に            | ）                     |

問10. 貴法人では、サービスの質の管理のためにどのような取り組みをしていますか。あてはまる番号すべてに○をしてください。

- |                                      |                           |                 |
|--------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| 1. サービス（業務）の具体的な流れ等を示す手順書やマニュアル等の作成  |                           |                 |
| 2. 苦情対応の仕組みの整備                       | 3. ヒヤリハット事例の収集・共有等の仕組みの整備 |                 |
| 4. リスクマネージャーの設置                      | 5. 事故報告書の共有等の仕組みの整備       |                 |
| 6. ケースカンファレンス等困難ケース等に関する相談・検討の仕組みの整備 |                           |                 |
| 7. サービスに関する自己評価の仕組みの整備               | 8. 自己点検シートの活用             |                 |
| 9. 顧客満足度調査の実施                        | 10. 第三者評価の受審              | 11. ISO等の仕組みの導入 |
| 12. 計画・実施・評価・見直しのPDCAサイクルを構築している     |                           |                 |
| 13. いずれもあてはまらない                      |                           |                 |
| 14. その他（                             |                           | ）               |

## II. 職員研修について

問11. 貴法人の平成26年度の職員研修にかかる費用は次のうちどれに入りますか。（旅費・日当含む）

- |                          |                          |                        |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1. 0円～50,000円            | 2. 50,001円～100,000円      | 3. 100,001円～200,000円   |
| 4. 200,001円～300,000円     | 5. 300,001円～500,000円     | 6. 500,001円～1,000,000円 |
| 7. 1,000,001円～1,500,000円 | 8. 1,500,000円～2,000,000円 | 9. 2,000,001円以上        |

問12. 貴法人では、職員研修・育成に関する取組みにあたってどのような方策をとっていますか。該当するものすべてに○をしてください。

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. 自治体や、業界団体が主催する教育・研修には積極的に参加させるようにしている |                  |
| 2. 法人全体（関係会社を含む）で連携して育成に取り組んでいる          |                  |
| 3. 能力の向上が認められた者は、配置や処遇に反映している            |                  |
| 4. 職員に後輩の育成経験を持たせている                     |                  |
| 5. 教育・研修の責任者（兼任を含む）もしくは担当部署を決めている。       |                  |
| 6. 採用時の教育・研修を充実させている                     | 7. 教育・研修計画を立てている |
| 8. 地域の同業他社と協力、ノウハウを共有して育成に取り組んでいる        |                  |
| 9. その他（具体的に                              | )                |
| 10. 特に研修はおこなっていない                        |                  |

### Ⅲ. 職員の募集・採用について

問13. 貴法人では、職員の募集を行うにあたって、どのような手段や媒体を用いていますか。該当するものすべてに○をしてください。

- |                   |                      |                     |
|-------------------|----------------------|---------------------|
| 1. ハローワーク         | 2. 就職セミナー（就職説明会）     | 3. 福祉人材センター（webを含む） |
| 4. 職員や知人を通じて      | 5. 学校・養成施設等          | 6. 自社ホームページ         |
| 7. ボランティア、実習生に声かけ | 8. 求人・就職情報誌、求人情報サイト  |                     |
| 9. 折込チラシ、新聞・雑誌の広告 | 10. 退職した職員への再就職の働きかけ |                     |
| 11. 看板・張り紙、吊るし広告  |                      |                     |
| その他（具体的に          |                      | )                   |

問14. 貴法人で、平成25年度に採用したスタッフのうち、どのような媒体で何名採用しましたか。該当するものすべてお答えください。

媒 体	採用数	媒 体	採用数
1. ハローワーク		7. ボランティア、実習生に声かけ	
2. 就職セミナー（就職説明会）		8. 求人・就職情報誌、求人情報サイト	
3. 福祉人材センター（webを含む）		9. 折込チラシ、新聞・雑誌の広告	
4. 職員や知人を通じて		10. 退職した職員への再就職の働きかけ	
5. 学校・養成施設等		11. 看板・張り紙、吊るし広告	
6. 自社ホームページ		その他（	)

### Ⅳ. 職員の定着・離職防止について

問15. 貴法人の現在の従業員の定着状況についてどのように考えていますか。該当するもの1つを選んでください。

- |              |                  |           |
|--------------|------------------|-----------|
| ①定着率が低く困っている | ②定着率は低いですが困っていない | ③定着率は低くない |
|--------------|------------------|-----------|

問16. 貴法人では、職員の早期離職防止や定着促進を図るために、どのような方策をとっていますか。該当するものすべてに○をしてください。

1	賃金・労働時間等の労働条件（休暇をとりやすくすることも含める）を改善する
2	能力や仕事を評価し、配置や処遇に反映する
3	非正社員から正社員への転換の機会を設けている
4	新人の指導担当・アドバイザーを置いている
5	能力開発を充実させる（社内研修実施、社外講習等の受講・支援等）
6	労働時間（時間帯・総労働時間）の希望を聞く
7	仕事内容の希望を聞く（持ち場の移動など）
8	悩み、不満、不安などの相談窓口を設けている（メンタルヘルスケア）
9	健康対策や健康管理に力を入れている
10	職場内のコミュニケーションの円滑化を図っている（ミーティング、意見交換等の開催）
11	経営者・管理者と従業員が経営方針、ケア方針を共有する機会を設ける
12	福利厚生を充実させ、職場内の交流を深める（同好会、親睦会等の実施を含む）
13	職場環境を整える（休憩室、談話室、入社時に座れる席の確保等）
14	子育て支援を行う（子供預かり所を設ける。保育費用支援等）
15	離職理由を分析し、早期離職防止や定着促進のための方策に役立てる
16	特に方策はとっていない
17	その他（具体的に _____ )

問17. 貴法人では、職員の早期離職防止や定着促進に最も効果があった方策はどれですか。該当するものを1つだけ選んでください。

1	賃金・労働時間等の労働条件（休暇をとりやすくすることも含める）を改善する
2	能力や仕事を評価し、配置や処遇に反映する
3	非正社員から正社員への転換の機会を設けている
4	新人の指導担当・アドバイザーを置いている
5	能力開発を充実させる（社内研修実施、社外講習等の受講・支援等）
6	労働時間（時間帯・総労働時間）の希望を聞く
7	仕事内容の希望を聞く（持ち場の移動など）
8	悩み、不満、不安などの相談窓口を設けている（メンタルヘルスケア）
9	健康対策や健康管理に力を入れている
10	職場内のコミュニケーションの円滑化を図っている（ミーティング、意見交換等の開催）
11	経営者・管理者と従業員が経営方針、ケア方針を共有する機会を設ける
12	福利厚生を充実させ、職場内の交流を深める（同好会、親睦会等の実施を含む）
13	職場環境を整える（休憩室、談話室、入社時に座れる席の確保等）
14	子育て支援を行う（子供預かり所を設ける。保育費用支援等）
15	離職理由を分析し、早期離職防止や定着促進のための方策に役立てる
16	特に方策はとっていない
17	その他（具体的に _____ )

V. 法人の経営・運営について

問 18. 貴法人で消費税率8%への増税の際に、利用者負担に関する見直しを行いましたか。

1. 行った →問 18-2へお進みください。      2. 行っていない

問 18-2 見直しを行ったと回答された方、見直しを行ったものすべて選んでください。

1. 食費      2. 光熱水費      3. 居住費      4. その他(      )

問 19. 貴法人において、今後事業をどのように考えていますか。該当するものに○印をつけてください。

1. 規模縮小の方向      2. サービス種別において、規模縮小の方向  
3. 規模拡大の方向      4. サービス種別において、規模拡大の方向      5. わからない  
6. その他（具体的に      ）

問 20. 貴法人で介護サービス事業を経営するうえでの課題は何ですか。該当するもの3つまで選んでください。

1. 今の介護報酬では、人材の確保・定着のために十分な賃金を払えない  
2. 経営（収支）が苦しく、労働条件や労働環境改善をしたくても出来ない  
3. 良質な人材の確保が難しい      4. 新規利用者の確保が難しい  
5. 介護従事者の介護業務に関する知識や技術が不足している  
6. 介護従事者の介護業務に臨む意欲や姿勢に問題がある  
7. 管理者の指導・管理能力が不足している      8. 教育・研修の時間が十分に取れない  
9. 介護従事者間のコミュニケーションが不足している  
10. 経営者・管理者と職員間のコミュニケーションが不足している  
11. 利用者や利用者の家族の介護サービスに対する理解が不足している  
12. 介護保険の改正等についての的確な情報や説明が得られない  
13. 指定介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われている  
14. 雇用管理等についての情報や指導が不足している  
15. その他（具体的に      ）

問 21. 最後に、社会福祉法人制度もしくは介護保険制度に関してご意見があれば、自由にお書きください。

## インタビュー調査 事前調査票

インタビュー調査にご協力頂くにあたり、インタビューをスムーズに進行できるよう調査項目の基本的質問事項を事前に送付致します。「規制緩和による多様な事業主体が介護サービス市場に参入したことで、介護保険事業に与える影響」について以下の項目にお答えください。

趣旨をご理解のうえ、何卒、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

問1. 多様な事業主体が参入することで、競争が起きていると思いますか？

1. 激しく起きている 2. 起きている 3. あまり起きていない 4. 全く起きていない

問2. 介護事業へ参入する際に、資金や職員や利用者の確保に関して困難さはありましたか。

①運営資金確保についての困難さ

1. あった 2. どちらともいえない 3. なかった

②職員確保についての困難さ

1. あった 2. どちらともいえない 3. なかった

③利用者確保についての困難さ

1. あった 2. どちらともいえない 3. なかった

問3. 介護サービス価格の設定についてお伺いします。

①介護報酬の水準について

1. 低い 2. どちらともいえない 3. 低くない

②利用者負担の水準について

1. 低い 2. どちらともいえない 3. 低くない

問4. クリームスキミング (いいとこどり) について

①利用者の介護度によっては利用を制限しますか 1. する 2. しない

②利用者の収入や資産によって利用を制限しますか 1. する 2. しない

③利用者の性別によっては利用を制限しますか 1. する 2. しない

④利用者の症状によっては利用を制限しますか 1. する 2. しない

問5. 介護サービス市場において、社会福祉法人は税制や補助金などが優遇されていますが、このことに関して競争条件が平等でないとおもいますか。

1. 思う 2. 少しは思う 3. 思わない 4. 全く思わない

問6. 施設サービス (特別養護老人ホームなど) の参入に関して規制緩和すべきと思いますか。

1. 思う 2. 少しは思う 3. 思わない 4. 全く思わない

問7. 介護保険事業への参入や事業運営全般に関して国の関与を強くすべきと思いますか。

1. すべきである 2. すべきでない 3. どちらでもない



問8 介護サービスを提供する際の効率性は図られていると思いますか？

効率性の定義について

「限られた介護保険財政のなかで、介護サービスが効率的（一定の量の資源によって最高の質と量のサービスを提供するもの）に実施されること。サービス提供事業者の収益の効率性を意味していない。」

( ) 思う ( ) 思わない

その理由

.....

問9 介護サービスを提供する際の応答性は図られていると思いますか？

応答性の定義について

「利用者のニーズに応えること。決して、押し付けではなく、利用者の要求が反映されていること。」

( ) 思う ( ) 思わない

その理由

.....

問 10. 介護サービスを提供する際の選択性は図られていると思いますか？

選択制の定義について

「措置から契約制度への移行に伴い、利用者が自ら介護サービスを選択することとなった。実際必要なサービスを選択できているのか。供給者（事業者）を選ぶことに終始していないか」

( ) 思う                      ( ) 思わない

その理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

問 11. 介護サービスを提供する際の公平性は図られていると思いますか？

公平性の定義について

「収入とか社会経済的身分や性別といった福祉とは無関係の要因ではなく、ニーズによって介護サービス利用が決定づけられること」

( ) 思う                      ( ) 思わない

その理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

問 12. 競争原理が働き提供される介護サービスの質の向上が図られたか？

競争原理の定義について

「公的介護保険制度は、サービス内容が画一的にならないよう、市場メカニズムを導入することで提供される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が行われるようなシステムに転換されているか」

( ) サービスの質の向上につながった

( ) サービスの質の向上につながっていない

その理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

問 13. その他、これまでの社会福祉法人、医療法人に加えて多様な事業主体（株式会社・有限会社、NPO 法人、協同組合など）が介護サービス市場に参入することでどのような影響が出ていますか。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

### 調査対象地域のインタビュー調査の実施状況

インタビュー調査実施状況の、3市の調査団体関係者、調査実施日時、調査実施場所は、下記のとおりである。行政関係者は3市で9名、民間営利法人は14法人で14名、社会福祉法人は15法人15名、社会福祉協議会は3市で4名であった。調査対象者数は全体で42名であった。

#### 鹿屋市

調査団体関係者	調査実施日時	調査実施場所
行政関係者	2月12日(金) 9:30~11:30	鹿屋市役所 会議室
民間営利法人関係者	2月12日(金) 13:30~15:30	有料老人ホームとも 会議室
社会福祉法人関係者	2月4日(木) 13:30~16:00	特別養護老人ホーム鹿屋長寿園 会議室
社会福祉協議会関係者	2月18日(木) 10:00~12:00	鹿屋市社会福祉会館 会議室

#### 霧島市

調査団体関係者	調査実施日時	調査実施場所
行政関係者	2月2日(火) 9:30~11:50	霧島市役所 会議室
民間営利法人関係者	2月5日(金) 13:30~15:40	地域サポートセンターよいどこい 会議室
社会福祉法人関係者	2月2日(火) 14:00~16:00	特別養護老人ホームフラワーホーム 会議室
社会福祉協議会関係者	2月5日(金) 16:20~17:30	霧島市社会福祉協議会単人支所 会議室

#### 薩摩川内市

調査団体関係者	調査実施日時	調査実施場所
行政関係者	2月22日(月) 10:30~12:00	薩摩川内市役所 会議室
民間営利法人関係者	2月17日(水) 10:00~12:00	グループホーム鹿野苑 ホール
社会福祉法人関係者	2月22日(月) 14:00~16:00	特別養護老人ホーム幸せの里 会議室
社会福祉協議会関係者	2月17日(水) 13:30~15:30	薩摩川内市総合福祉会館 会議室