

日本における介護サービス市場の特徴

—— 経済学的分析の前提の検討 ——

大 谷 強

The long-term care insurance will be created in Japan as a first step towards structural reform of the social security. In this system, the users can freely choose the welfare services and medical care services. To diversified and efficient services, private businesses and non-profit organizations will participate in this fields. But, many of the users are bedridden and senile elderly people. How can they exercise the rights of the consumer for an efficient and fair social supports?

JEL : I31

Key Words : schemes for long-term care insurance, market mechanism, rights of consumer

1. 介護保険制度の開始

2000年4月から介護保険法が実施される。介護保険については日本社会の構造変化を示す新しい動きが多くある。制度の必要性を訴えることから始まって創設を巡る政策形成の過程においても、連立政権のもとで市民が深く参画していた。制度に盛り込まれている理念や具体的なシステム設計についても、日本の社会のあり方を大きく変える要因を持っている。家族制度や地域社会のあり方、自治体行政と地方分権、財政制度の課題、医療との関係や年金制度を含んだ総合的な社会保障政策についてなど、多様な研究課題をはらんでいる。規制緩和による多様な民間企業の進出と新たな成長産業の形成可能性も産業論として興味深いテーマである。

これまでは、措置制度という行政の仕組みによって介護などの福祉サービスが提供されていた。租税を財源として行政機関が特定条件に当てはまる人であると決定した場合にだけ、サービスを提供した。提供側が一方的に措置決定をするという行

政処分であった。サービスを利用する者は、たとえば特別養護老人ホームなど施設を利用する場合に法律でも「収容」という用語が使われていたように、市民としての権利主体を否定されていた。

社会福祉の分野で「サービス」という普通名詞が公式に厚生省や自治体の文章で使われるようになったのは、やっと 1986 年である。この年にはじめて「シルバーサービス振興指導室」が厚生省内に設けられたのである（それ以前にはデイサービスという特定の事業を示す言葉があっただけである）。この場合も、社会福祉の基本部分についてではなく、民間サービス業が進出しはじめたことへの対応に過ぎなかったが、これをきっかけに「サービス」という言葉が広まった。

市民も福祉サービスを利用する場合に、自らを消費者と意識することはなかった。「福祉のお世話になる」という表現に示される通り、特別な立場という認識が 80 年代まで一般的であり、「福祉を受ける」がそれについて多く使われていた。89 年に作成されたゴールドプランが各自治体で具体化され、いくつかのサービスメニューについての理解がかなり広まった 90 年代にやっと「福祉サービスを利用する」という表現が広がってきた。しかし、まだ、消費者という意識は希薄である。

非市場的なサービスの提供決定と利用に限られていた福祉サービスの分野で、市場経済の仕組みを持ちこむ制度改革である介護保険法が 1997 年に成立した。それだけ制度創設の論議から現在までも「福祉は商品ではない」とか「民間企業が参入することは福祉を歪めるものである・サービスの質を落すものである」などという反対意見も、既存事業者だけではなく、行政職員や市民の間でも根強い。既存体制からの移行過程でもあり、当然ながら、制度を理解しない政治家や福祉業界関係者、市民も多い。制度発足の半年前になっても、政治家主導で基本骨格を揺るがせる修正論議がまかりとおる理由でもある。また、税金を財源にすべきだという意見が当初から出ているなど、社会保険のシステムを活用することへの反対も根強い。

小論では、介護サービス市場の特色を形成していると思われる点をいくつか取り出し、どのような特徴を持っているかを明らかにする。今後、介護サービス市場についての本格的な経済学的検討の基礎作業である。

2. 要介護認定による消費者のニーズ確定

(1) 要介護認定の必要性

介護保険法のもとでは介護サービス市場に消費者として登場するためには、被保険者であるだけでは十分ではない。消費を希望する被保険者は、必要不可欠な条件として要介護認定を保険者である市町村に申請して、そこで認定を受けなければならない（介護保険法第19条。以下、介護保険法を引用するときは条文の号数だけを記述する）。

要介護認定とは、要介護状態か要支援状態にあたるか否かを審査し、要介護状態などに当てはまると判断された場合はその介護度の区分を決定する過程である。40歳以上65歳未満の第2号被保険者の場合は、それに加えて要介護状態の原因である身体的・精神的な障害が加齢に伴う「特定疾病」（15の疾病が決められている）によって生じたものであることを判定する必要がある（法27条第7項など）。要介護状態などは市町村などに設置された認定審査会が審査・判定するが、市町村がその結果について通知を受けて被保険者に通知することにより、確定する（法第27条第10項）。

一度決定された認定の有効期間は原則6ヵ月と定められ、有効期間が過ぎると認定を更新する規程になっている。これは要介護者の状態が変化することに適切に対応し、過剰給付や過少給付にならない仕組みである。また、有効期間中であっても状態が大きく変化したときには、いつでも認定をやりなおすことができるし、市町村からみて要介護度が低くなったと判断したときにも、認定をやり直すことができる。状態の変化に対応してその時々サービスの必要度を判定し、柔軟にサービスを利用できるようにする制度になっている。

行政システムであれば、一度決まった判定が固定化して利用者の実態とそぐわなくなる弊害をもちがちなものである。それを防ぎ変化に対応できる仕組みをあらかじめ制度に組み込む試みである。

認定の過程が2段階に分かれているのは、行政から独立した認定審査会という専門家から構成される機関がもつばら審査・判定を行い（法第14条、第15条）行政職

員は審査に加わらない。行政はその結果を追認して法律上の行為に確定する行政処分に専念するだけに権限をとどめた。これまでの福祉行政では、予算権限とサービス提供の責任をもつ行政だけが調査・判定・決定の一連の過程を一元的に行っていたために、利用者の決定にあたって予算の制約で利用を制限したり、サービスを提供する側からの見方で利用者の選別をしていた弊害を取り除こうとしたためである。

市場経済化という面からはこの認定過程を設けたことは、2つの異なる評価ができる。まず、1つの面としては、消費者のサービス利用を求める権利を積極的に拡大したという評価ができる。消費者を確定する手続きを行政機関が恣意的に行うのを防ぎ、被保険者の状態を客観的に判断して消費者としてサービスを利用する機会を自由化した。申請に当たってあらかじめ詳しい書類を利用者が準備する必要がなくなったことも、消費者の権利を発揮しやすくした。

他方で、一般商品市場では消費者は提供者のところに購入するために訪れる以前に、認定を受ける必要はない。サービスを利用できるかどうかは、直接に提供側と利用側とが接触して判断する。その意味では、認定は消費者の自由を制限する制度という評価ができる。

こうした手続きによってサービスを必要とする高齢者が排除される危険性を指摘する意見もあった。なによりもわずらわしい手続きによって、利用申請をいやがる人が出てくる。独立した審査会ではあるといっても、行政の意向を配慮して認定を厳しくして、サービスを利用できる人数を押さえることができるのではないか。それによって行政はサービス量の増大を防いだり、特定のサービスに限定するなど、政策的配慮をする危険性も懸念されていた。

(2) 保険事故としての認定

保険である以上、保険事故に該当するかどうかの認定は不可欠である。保険につきもののモラルハザードを防ぎ、被保険者の利益を公平にまもるための保険者としての権能である。私保険だけではなく、社会保険でも保険制度を採用している以上、欠かすことができない。

ところが、同じ社会保険であっても医療保険の場合は、日本ではアクセス自由である。被保険者は直接に診療機関にいき、そこで医療サービスを利用する必要があるかどうかを医師から判定してもらう。これと比較すると、介護保険はサービス利用を制限する制度であるかのように見える。

医療保険の場合は、初診をした医師が保険事故に当てはまるかどうかを判定する権限を行使している。診察した結果「貴方にはどこも悪いところはありません」と治療の必要がないと判断する場合もある。交通事故やけんか、暴行など第三者が加害者である場合や、自殺・自傷の疑いがある場合など、保険事故とは認められない理由による疾病・傷害の場合は、保険の適用を除外する判断も行う。労働災害による疾病・傷害については、別の保険制度を適用する。医師という専門家集団に保険事故かどうかの判断を委ねていたのであり、消費者からは治療と一体化していたために、保険独自の機能が明確に分離して見えなかつただけである。

むしろ、日本ではアクセス自由が保障されているために、資源の無駄が生じていることが、制度の欠陥として指摘されている。軽い疾病や慢性疾患であっても、技術や設備の高度な大病院に患者が行ったり、いくつもの医療機関を重複して利用する弊害が、大きい。北欧やイギリスなどでは、地域の家庭医を日常的なかかりつけ医師として配置し、専門治療を行う病院に患者が直接にアクセスするのを防ぐゲートキーパーの役割を持たせている。

厚生省は診療報酬のうえで病院への患者の集中を防ぐ政策をくりかえし試みているが、まったく成果はあがっていない。

(3) あいまいな介護ニーズの確定作業

医療サービスとの違いは、ニーズの内容が違うところにもある。消費者は健康でないと感じたときに医療サービスを求める欲求が発生するが、心身の機能が損傷して耐えられない痛みや不快感、違和感を自分でも感じる。それが一般には耐えられないほどに切実になったときに、医療サービスを利用しようという行動に結びつく。多くの市民は医療保険に加入しているからといって、不必要な医療サービスを求め

ようとはしない。むしろ、我慢を重ねてそれでも耐えられない痛みや苦痛を感じたときに、やむを得ず診療機関の門をくぐる。だからこそ、健康診断・検診や予防のためには、特別に市民を誘導する対策が必要とされるのである。

これにたいして、介護ニーズの切実さは、感じ方が個人によって異なる。しかも、日常生活をよりスムーズに行うためには、社会サービスを利用したいという欲求は、一定の状態になった人に限らない。安価に利用できるものであれば、だれでも他人のサービスを活用したいと思う。まして、サービス内容が身体的介護から調理・洗濯・清掃など家事にまで広がれば、そうした要望は無限に広がる。社会サービスへの依存を不必要に掘り起こしてしまうモラルハザードが発生する。本来、個人が自己負担で市場でサービスを購入すべき範囲までも、市民の欲求は拡張する。社会の成員が財源を負担する社会制度としての区切りができない。

介護保険の制度化を論議するときに、当初は要介護状態の高齢者に介護サービスだけを提供するように限定する構想があったのも、そうした曖昧さを反映している。介護以上に利用者の範囲を広げると、本当に費用を社会化する政策的必要性があるかどうか合意が取りにくいとの意見があった。また、家事サービスを制度に組み込むと、利用する資格があるかどうかの判定が難しくなるという判断があったためである。実際には、当時の福祉サービスの実態は、ほとんどが家事サービスであり、福祉施設においても介護の必要がほとんどない高齢者も、入居していた。そのために「要介護状態になる恐れがある状態」（第 2 条）というあいまいな基準を法律に持ちこんだのである。介護以外に「要支援」という保険事故を新しく法律に組み込み、介護給付と予防給付という 2 つの保険給付の種類を新設したのである。なお、ドイツの介護保険法では、1 日 1 時間 30 分以下しか介護時間を必要としない程度の状態には、社会的な支援は必要ないとして給付の対象にしていない。

さらに要介護の高齢者や障害者の日常生活を考えると、家庭への配食、病院や施設への送迎以外の一般的外出支援、余暇・文化活動、生きがいの援助にまでも、対象サービスが広がる。それらは社会保険による制度にする必要があるかどうか、議論が分かれる。本来、家族や地域社会の連帯や相互支援などによって解決する課題

という意見も強い。また、個々人が市場でサービスを自己負担で購入するべき面もある。保険給付の対象にいれるかどうかの制度設計の問題でもあるが、要介護認定によって必要性を証明することによって、区切りをつける手続きも合わせて備えておかななくてはならない。

なお、後述するが、ケアプランの作成にあたっては、法定給付の限度額を超えるサービス量（「上乗せサービス」という）や法定給付以外のサービス（「横だしサービス」という）を組み込んでもよいことになっている。この部分は市場経済に委ねることになり、公的規制はない。社会システムによるサービス利用と市場経済によるサービス購入とを組み合わせた混合給付が、介護保険の特徴でもある。これまでの日本では、公的年金に私的年金を上乗せしたり、医療保険からの法定サービス以外にも自費診療を受けるなど、社会保障制度に私的サービスを組み合わせることは、個人の判断によって行われてきていた。しかし、制定された法律で混合サービスを組み込んでいることはなかった。これも介護保険が市場経済のもとで創設された歴史的な産物であることを示している。

(4) 個人ニーズを確定する福祉サービスと自己決定

保険方式を採用したために、要介護認定という個人のサービス利用を制限する仕組みが持ちこまれたとの誤解がある。しかし、税金を財源にしていたこれまでの日本でも、北欧諸国やイギリスでも、社会サービスについては申請した個々人のサービス必要性を調査・判定して実施している。そのときに、本人の身体的・精神的な機能の損傷状態や介護の必要度のほかに、家族構成や所得、住居の種類や地域での関係など、個人のプライバシーにまで調査は踏み込んでいた。国や時代によって、またサービスの種類によって、調査すべき項目は異なっている。しかしいずれにせよ、個別に調査して決定する作業は、個人が利用した費用を社会で負担する連帯型社会のシステムにとっては不可欠な手続きである。

つまり、公的な財源を使うシステムでは、サービスの消費に当たって利用できる有資格者を確定する作業を欠かすことはできない。保険方式であれば、保険料を払っ

ているために、権利行使の主体になることが利用者も判定決定者にとっても明確である。税方式であれば、納税者から税の無駄使いへの批判もあり、できるかぎり厳密に適用者を確定するように、決定者である行政スタッフに圧力がかかる。サービスの必要性を利用する個々人が個別に証明する責任が生まれる。

調査・判定に当たっては、行政スタッフ個々人の家族や本人の自立生活についての価値観や社会に一般的であるべき姿論や通念が、大きくかかわる。しかし、自立した個人生活を支援するためのサービスを理念にするのであれば、個々人の生活様式や家族・住居条件などに判定作業が立ち入るべきではない。誰と住むか、どんな住居にすむか、どんな設備や用具を使うかなどについては、自己決定に任せられるべきである。

とするなら、個人の生活要素を判定するにしても、できるだけ客観的な基準で個別の生活について価値判断が紛れ込むことを予防する工夫が必要となる。客観的な調査と判定基準によって、誰にとっても共通の尺度が成り立つ。同じ制度のもとでの不公平をできる限り排除しようという工夫が、要介護認定に込められている。この調査を担当し基準を開発した人たちが、他の国々にはない日本独自の制度であると誇っているのは、その限りで正当である。

これまでの福祉サービスが行政処分という形式をとっており、対象者の生活全体を丸ごと把握したうえで、はじめて公的支援を行っていた。市民からみれば、必要な支援を受けるためには生活のすみずみまで調査されることを容認し、プライバシーを行政職員に公開するように迫られていた。社会の支配的な価値観によって生活態度や生活様式までも決め付けられることもあった。それと引き換えに保護が与えられたが、それも生活を管理する側面が強く、あるべき生活を営むことを強要されていた。

介護保険では、個々人が生活をどう営むかについては、立ち入らない制度として、設計された。一般の市場では、需要側の個人的な生活が問題にされることはない。どんな生活をしているかどうかは、消費者の自由である。また、購入した商品・サービスをどう使うかも個人の決定に任されている。旧来の社会福祉の分野に市場システ

ムを導入することによって、サービスを利用する個人の自己決定を行政もサービス提供者も、権利として認めその自立生活ができるように支援する制度が可能になったのである。

3. 消費者と提供者との間をとり結ぶケアマネジャー

(1) ケアプランの作成による現物給付化

要介護認定を受けてサービスを利用できる資格が市町村から認められた高齢者は、直接に提供者とのサービス売買の契約を結ぶ。都道府県から指定された事業者であれば、どの事業者から保険給付のサービスを購入してもよい自由がある。これによって、措置制度のもとでは認められていなかった消費者のサービスを選ぶ権利が、保障される。基本的な仕組みは利用者と提供者との利用契約になっている。

要介護高齢者は事業者のサービスを利用して、事業者に料金を支払う。これも通常の商品取引と同じである。その後、かかった費用の9割が保険者である市町村から利用者に保険金として支払われる（償還払い）。この支給をたとえば居宅介護サービスであれば「居宅介護サービス費の支給」という（第41条、この規定は介護サービス計画費や施設サービス費の支給についても同様である）。つまり、サービスの購入による費用の9割を保険から給付することによって、個人の負担を軽減する経済的保障である。これも民間保険にも共通する保険の仕組みである。つまり、介護保険は介護サービスを一般の市場経済の仕組みによって消費できるように、制度を根本的に作り変えたのである。

ところが、介護保険法はもう一つの保険金支払方法を採用できるように規定している。サービスを利用する被保険者が前もってケアプランを作成して市町村に届けなければ（実際には作成を指定居宅介護支援事業者に依頼する旨を届ければよい）、市町村は介護サービス費をサービスを提供した指定事業者に直接支払うことができる（第41条6項など）。市町村という保険者から被保険者が受け取るべき保険金をサービス提供事業者が代わって受け取るのであるから「代理受給」という。実際には、圧倒的多数の介護サービスはこの代理受給によって処理されると予想できる。

経済学論究第 53 巻第 3 号

なぜ、こうした方法を採用したのか。被保険者はサービスを利用するたびにサービスの価格全額を事業者に支払うために、手持ちの資金を準備する必要がある。それだけ、サービスを利用しにくくなる。代理受給であれば、サービスを利用したときには、1割の自己負担で済むので、いわば価格の9割引でサービスを購入した形になる。それだけ、サービスを利用しやすくなる。利用したときにほとんど自己負担を必要としないで、サービスを受けられる制度を「現物給付」という。日本では医療保険制度がスタート時からこうした方法を取っていた。とりあえず、必要な医療サービスを安価な負担で受けることができるという意味で、利用者にとっては便利な制度であった。この仕組みに市民も慣れていたので、介護保険でも現物給付の制度にすることを求める声が強かった。

もっとも、現物給付はサービスを提供するために実際にかかったコストについて、利用者が意識することが少ない。そのために提供者の側から与えられるサービスをそのまま受け取ってしまい、過剰なサービスになる傾向が強く、医療費の増大に歯止めがかからないという弊害も以前から指摘されている。

ただ、これに対しては医療保険の診療報酬は出来高制であるため過剰給付になる毛工が強くなるのであり、現物給付であるためとはいえない。介護報酬は支給限度額があり、サービスも定額払いである。自己負担が1割であり、かかった費用総額をもだれでも計算でき、消費者のコスト意識は高まるという反論もあり、現物給付が継続されている。

(2) ケアプランの市場論での意義づけ

介護保険制度においてケアプランの作成を義務付ける意義は、どこに求めることができるか。

法律では「居宅介護支援」といい、保険給付の対象となっている(第46条)。サービス内容は、要介護者の心身の状態や家族関係、住居などの生活環境などを調査し、その実態を把握したうえで、もっとも適切なサービスを効率的に、総合的に提供するために、当事者のために介護計画(ケアプラン)を作成することである。

在宅生活を維持するためには、多様なサービスが必要となる。法定給付でも12種類のサービスが指定されている。多彩なサービスのうち、どのサービスをどの程度の数量、いつ、どの時間帯に利用するかを組み合わせる必要がある。また、参入規制の廃止によって多数の事業者が参入すると、どの事業者からのサービスを利用するかもあらかじめ確定しておかないと、サービスが実際に提供されない事態も起こりうる。しかし、利用する要介護高齢者や介護者は、どのようなサービスがあれば自立生活ができるのか、どの程度の量や頻度でサービスを使うことが適切なのかなどについて知識や情報がないことが多い。また、実際にサービスを提供する事業者についての情報はほとんどなく、的確に必要なサービスを組み合わせることができない場合がある。それに対して、専門知識があるスタッフが高齢者からの相談を受けてその人に対応した助言をする仕事が第1である。

要介護の高齢者の生活実態を調査して必要としているニーズがなにであるかをアセスメントする。その上でその人にもっとも適した支援ができるようにサービス計画を作成することが第2の仕事である。

さらに第3に計画に盛りこまれたサービスが確実に提供されるようにそれぞれの事業者との連絡調整や情報交換を行う。サービスが提供される段階に入っても継続的な管理を行い、必要があれば計画を修正するというマネジメントを行う。こうした仕事を担当する専門職を介護支援専門員（ケアマネジャー）と呼ぶ。

この支援事業にかかる費用については、保険から「居宅介護サービス計画費」として全額が支給され、利用者の自己負担はない。日本では具体的なサービスに対して費用を払うことは、一般に認められているが、計画作成や相談助言について利用者が費用をはらう慣習がほとんどないことが考慮されたためである。

現物給付にする条件としてケアプランの作成と市町村への提出が義務付けられたの主な理由は、支給限度額を超えて給付が行われるかどうかをチェックすることである。支給限度額を超えた部分については利用者負担となる（自治体が別枠で費用を肩代わりしたり、民間保険の適用も考えられるが）。代理受給にする場合に、どこまでを保険からの給付にあてるか不明確になり、事業者が多種多様にわたって

る場合は重複支給になる危険性があるためとされている。

しかし、ケアプランを作成する意義はもうひとつある。介護保険は、介護サービスを自立生活を維持し、高めていくために活用する目標を設けている。その目標を達成するためには利用者にもっともふさわしいサービスを組み合わせ、効果をあげる必要がある。そのために、サービス計画を作成することが求められる。

これは通常の商品を購入するときにはありえない規定である。どんな商品をいくらの数量、いつ買うかは、消費者が自分で決めることである。アドバイスを受ける場合もあるが、あくまでも参考にすぎない。その意味では、消費者が自由にサービスを購入する権利を制限しているともいえる。

限度額管理という保険の仕組みに必要な意義のほかに、なぜこうした規定が盛りこまれたのだろうか。市場で消費者と提供者との間にこうした専門職が介在するシステムは、他に見られない。なぜ、こうした存在を新設したのか。介護という社会サービスについて、これまでの措置制度におけるサービス指定に対する反省とともに、介護サービスの利用者に対する配慮がある。

いわゆる社会福祉サービスが利用者の自立にとって効果がない労働になっていた。むしろ、スタッフへの依存を高め、あるいは自立を損なう結果になるサービスの仕方が多く存在していた。施設に入れば寝たきりや痴呆症状が悪化するという事例が、数多く見られた。在宅生活の場合であっても、多くのヘルパーなどの労働が提供されながらも、高齢者の生活が張り合いのあるものにならなかった。多くの関係者から「寝たきり」は「寝かせきり」にした結果であると 80 年代の後半に指摘されていたが、実態はあまり改善されなかった。そうした旧態依然としたサービスをしている事業者は、公費をより多く投入することは、社会資源の無駄使いともいえる。

目標に向かって有効に社会資源を活用する必要があった。サービスを自立生活を支援するように、総合的に組み合わせ、最大の効果があがるようにマネジメントすることが求められる。それを自分でするには要介護高齢者は知識が不足している。自分の判断だけで多種多様なサービスを適切に購入することはできないとの判断が制度設計者にあった。専門的な助言が必要とされた。アメリカやカナダなどで市場

経済のもとで行われていたケアマネジメント（当初はケースマネジメントととして紹介された）の手法を採用することで、この問題を解決しようとした。

一方で、市民から求められていた消費者保護を果たす役割が必要だという面もあった。事業者との関係では圧倒的に利用者が不利な立場に置かれている。要介護高齢者は専門的知識はもとより判断能力も弱くなっていく。サービスについての情報の非対称性が著しく強く出る関係である。しかも、サービスが提供されないと日常生活が維持できないという依存的位置に置かれている。そこから市場での対等な関係になるように、利用する当事者を支援する存在が必要とされた。要介護高齢者は、個人を取ってみれば消費者の権利を発揮しにくい状態であり、その人たちに対する介護サービスは市場経済の外枠で提供されてきた。その人たちも市場経済のなかに登場できれば、消費者の権利を実現でき、自己決定ができるという考え方を採用した。市場の枠を広げる意味もあり、新しい産業の発展にもつながる。しかし、利用者がより良く権利を行使できるように、消費者と提供者の間にケアプラン作成という媒介を置いたのである。

もっとも、自己決定の原則から利用者が自らプランを作成する権利を奪うものであってはならない。このジレンマが制度についてまわる。したがって、ケアプランを作成するのは、あくまで本人など（家族も含む）であって、ケアマネジャーはその依頼を受けて作成を支援するという形式をとった（第7条第18項）。さらに、ケアマネジャーは計画の原案を提示するだけで、説明を受けた利用者が納得して文書により同意してはじめて、計画となるという仕組みにしている（指定居宅介護支援等の人員および運営に関する基準、省令第38号第13条）。医療で世界的な基準になっているインフォームドコンセントの理念が介護保険で日本でも公式に制度として取り入れられたともいえる。日本の社会保障では画期的な制度である。

自己決定の原則を実現するために、利用者自身が自分でつくるセルフプランも認められている。もっとも、介護保険ではほとんどの利用者はケアマネジャーに作成を依頼すると想定されている。これに対して、現在、介護保険の仕組みを応用した障害者政策の変更が検討されているが、そこでは、障害当事者からセルフプランが

基本であるという意見が強く主張されている。自分の生活を社会的支援を活用してどう設計するかという基本的な決定権を他人に委ねることは、自立の理念に反するものであるという見方である。社会サービスについて「消費者」「ユーザー」という概念は、日本では高齢者よりも障害者のほうが、早かったことも、関連している。障害者個人が自由にサービスを選択する権利をより強く求めているのは、これまで若いときから他人、とくに専門家によって自分の望まない生活を押しつけられてきたことへの反発が強いからでもある。

(3) 消費者のための助言か、提供側の販売促進活動か

介護保険では利用者が市場でサービスを選択して購入するときに、ケアマネジャーが提供者との間に介在する。利用者がサービスの種類や数量、それに事業者の指定などを決定する権利を持つてはいるが、実際の取引においてケアマネジャーは極めて大きな役割を持つことが予想できる。消費者の需要を決めることができる。

厚生省の指定基準ではケアマネジャーが担う居宅支援事業では「特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない」（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準、厚生省令第 38 号、第 1 条第 3 項）と規定されている。さらに、「利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない」し、居宅サービス事業者等から「金品その他財産上の利益を収受してはならない」（同、第 25 条）と強く禁止している。

しかし、実態はどうか。法律の施行に先だって 1999 年 10 月から各自治体で要介護認定の申請が行われているが、それにさいしても居宅介護支援事業者が高齢者の勧誘や困り込みを行っている事例が、各地で顕著になっている。自治体によっては、各家庭への介護保険制度を説明する仕事から事業者に委託しているところもある。また、申請の代行を指定事業者ができる規定になっていてもいることもあり（第 27 条）、それを活用して申請のときにケアプラン作成の予約をとる事業者も登場している。さらに、市町村職員が行うことになっている訪問調査も、指定事業者に委託

できる（第27条第2項）。そこで調査委託を受けた事業者があわせてケアプランを作成する予約を取ったり、実際にその場でプランを作成したり、ひいては自分の所属している事業者の居宅サービスを利用する予約を取るなどの違法行為を行っている事例も報告されている。あまり目に余る実態であるので、厚生省も99年9月14日に各都道府県に「指定居宅介護支援事業者等の事業の公正中立な実施について」と題した通知を出したほどである。ここでは、事業活動が活発化している傾向があるが、「同一系列事業体がより多くの利用者を獲得するために」支援事業者があらためて公正中立な立場に立つように指導するように、要請している。

本来は、要介護認定を受けた後で、ケアプランの作成を依頼する事業者を選ぶことが、利用者に認められている権利の一つでもあった。どんなプランを作成する事業者であるかかという段階で消費者の選択があることになっていた。また、プランに盛り込まれる介護サービスを提供する業者については、利用者が選択することになっていた。こうした分節化によって、それぞれの段階で消費者の自由選択が行われる仕組みになっていた。しかし、ケアマネジャーに求められる「公正中立」が、当の事業者によってまったく無視されているのが実情である。

なぜそうなるか。ケアプランを作成する事業者は多くの場合、介護サービスを提供する事業者でもある。ケアマネジャーはその事業者に雇用されており、事業経営者から在宅サービスを勧誘する役割を与えられている。その背景には、介護サービス計画費の報酬が兼営を前提にした水準になるという事情がある。単独経営は成立しない単価が想定されているために、ケアマネジャーはサービス事業者に雇われなくては仕事ができない。サービス事業者は一定規模以上のサービスを提供しなくては経営効率が悪くなるために、消費者を早めに確保して経営計画を立てたいという事情がある。規模の利益が介護サービスで働くかどうかはまだ証明されていないが、すくなくともある程度のまとまった需要があったほうが、経営は安定することは確かである。新しい事業のスタートにあたって、事業を軌道に乗せようとするならば、需要を獲得しようとする経営努力も認めないわけには行かない。

また、ケアプランには、限度額を超えた上乘せサービスや法定給付以外の横だし

サービスを盛りこむこともできる。そのために、ケアマネジャーが一人の顧客を獲得すれば、関連したより多くの種類のサービス・商品やより大量のサービスを売りこむことができる。この双方の事情があいまって、利用者の獲得競争が激化したのである。

しかし、事業者が競って需要を確保しようとするのは、良くないことと禁止できるか。市場原理の導入した政策意図は、事業者間の競争がない独占状態によって供給側の都合でサービスを押しつけていた閉鎖性を打ち破るところにあった。とすると、利用者の需要をめぐって激しい競争が繰り広げられることは、むしろ歓迎されるべき事柄とも言える。問題は競争のなかで利用する要介護高齢者がより良い選択ができるか、より満足ができるサービスを得ることができるかである。

市場原理に立つと、ケアマネジャーは居宅介護サービス事業者の販売促進員であっても構わない。ただ、その販売促進の方法が問われる。アメリカのケアマネジャーのマニュアルでは「ユーザーオリエンテッド」と消費者主体が明確になっている。中立をいうだけであれば、具体的な仕事の場においてはまったく効果がない。顧客を確保しようとするには、ユーザーの意向をどう汲み取るか、満足度を高めるサービスが継続して提供できるかである。消費者の意識や嗜好、人間としての尊厳を尊重できるような生活支援を提案したプランやそれを実現するサービスを提供できるかどうか、ポイントである。これまでの福祉業界では、営業として当たり前のことに気がついていない事業者が多かった。介護保険は新しい市場を作り出したといえる。

問題は同一系列の事業者が総合的にサービスを提供することにより、消費者が単体のサービスごとに選ぶことができないところにある。市場経済を活性化するために独占を禁止する規制ができるかどうかである。一方で、事務費など共通管理費を節約するために、多角的な経営を行うことを一概に否定できない。

介護支援専門員（ケアマネジャー）を高齢者が自立生活を営む権利を擁護する役割に重点を置いて考える意見もある。高齢者の尊厳をまもり、自立を支援するという介護保険の理念から導きだす考え方である。ただ、そのためには、介護サービス

計画費の報酬を独立した事業が運営できる水準にまで引き上げることが必要である。しかし、99年8月に公表された介護報酬の仮単価では、50ケースを担当して1ヵ月30数万円程度の収入にしかない。通常の作業時間を考慮すると50ケースは担当しきれない計算になり、数人が集まった事業所としても単独経営は困難な収入しか入らない。

サービス事業者には雇用されていても、高齢者の権利擁護のために公正中立な職務を行う倫理規定を、たとえばケアマネジャー協会のような職能団体で取り決め、それを尊重するという社会的規制力を持たせることも提案されている。また、その精神で仕事をしたケアマネジャーをそれを理由として解雇や不利益な扱いをしないとという労働協約を締結することも、考えられている。

こうした独立性が保障されるかどうかは介護サービスが消費者主体で提供されるためにも、必要な条件である。

4. 指定事業者によるサービス提供と価格競争の容認

(1) 参入自由の市場と指定事業者制度

社会福祉のサービスは行政が直接に運営するか、社会福祉法人など厚生省が認可した特定の法人しか提供することを認められていなかった。それに対して、介護保険では原則はどのような事業者であってもサービス提供ができるようになっている。社会福祉事業の実施主体を社会福祉法人に限ってきた。その結果、不正行為や腐敗が横行したり、福祉サービスの効率的な運営ができないという批判が高まった。規制緩和の対象分野になった。

また、申請して認定を受けた利用者にとって保険給付をするためには、サービス量が整っていることが前提になる。しかし、現状で準備されているサービス量では不足することは、各自治体の事業量とニーズ調査から明らかである。市場で利用者が購入できるだけの供給力が整っていないと、保険制度は成り立たない。措置制度であれば供給量におうじたサービスを提供すれば良いので、その矛盾は明確にはならない。サービス供給量を増やすためには、参入障壁をできるだけ低くして、しか

も期待できる報酬はかなり高めに設定する必要がある。

しかし、一方ではどんな事業者でも運営できることについて利用者からサービスの質について不安が出された。とりわけ民間事業者がこの分野に入ってくると、効率と営利を追求するあまり、労働条件を引き下げたり、職員の人数を減らしたり、非常勤やパート、嘱託などを雇用するようになる危険性も指摘された。市場に乗り出すハードルを低くすれば、いっそう悪質な事業者が入りこむ余地を大きくする。消費者である市民も、必要サービス量が確保できない恐れと、質の悪いサービスが増大する不安とのジレンマに悩まされることになった。くわえて、選択の自由をより良く行使しようとするれば、必要供給量に余裕があるほどでないと、高齢者それぞれの状態に合わせたサービスを求めることはできない。

そこで、事業者について許認可ではなく、事業を行う上での最低条件をクリアすれば、どんな事業者でもサービスを供給できる仕組みが採用された。それが都道府県による事業者指定方式である。ここでは、なんらかの法人格を持っていることと、人員・設備・運営に関する基準に達成していれば、都道府県への申請により指定事業者となることができる。指定事業者になると、ケアプランの作成があった利用者については、保険給付を代理受給できる。

サービスの質については消費者が自ら選ぶ自己責任となった。多くの場合、要介護高齢者はサービスについて判断する情報も基準も十分に持ち合わせていない。それだけに当事者の状態を把握して必要なサービスについて判断できるとともに、事業者の情報を提供するという需要と供給を結びあわせる機能が、大きな力を発揮する。介護サービス市場がどう形成されるか、どう変化していくかは、消費側と供給側との相互の直接の関係だけではなく、ケアマネジャーの働きがより大きな要因になるであろう。

(2) 価格競争を認めた介護報酬と市場変動

介護保険で事業者を支払われるサービス価格は介護報酬と言われる。これは、上限価格であり、事業者はより低い価格でサービスを提供できる。その場合は、保険

大谷：日本における介護サービス市場の特徴

から給付されるのは、実際の価格の9割である。サービスの種類ごとに点数がサービスで定められているが、同一サービスであっても点数自体を引き下げる自由が事業者認められている。医療保険との違いである。医療保険では同じ医療サービスについて診療機関が異なっても同一価格であり、したがって利用者の自己負担も同一である。介護保険では同じ種類のサービスについて事業者によって価格が異なり、したがって利用者負担の金額も異なる。

これは医療保険の診療報酬が事実上の公定価格となって硬直的になっており、医療費の増大を食い止めることができない現状への反省から提案された。硬直的な公定価格のために技術や知識を反映していない。そのために経営効率化のインセンティブが働かない。価格競争を持ちこむことによって競争を促進しようという政策意図がある。

同一価格のもとではサービスについて質の競争だけである。しかし、介護保険では価格競争も展開できる。しかも、介護度別に決まる限度額の範囲であれば、点数を低くしたことによって限度額に余裕が生まれるが、それをより多くのサービス量で埋めても構わない。要介護高齢者は利用できるサービスの質よりも、むしろ利用できる時間数のほうを好む傾向が強いと推測される。質は高いが短時間しか使えないサービスと、質はそれほどでもないが、より長時間の利用が可能な事業者のサービスとをどう選択するだろうか。

事業者にしてみれば、高い価格でわずかのサービスを販売するよりも、ある程度の採算が取れる価格にまで引き下げて、販売数量を増やすという営業活動が可能になる。今考えられている仮単価は、ヘルパー派遣や訪問入浴サービスでは、5%から10%弱の粗利益が見こまれる水準と評価する意見が強い。しかも報酬は事業者の平均コストを参考に決定することになっており、より効率的に運営した事業者には、利益がより多く生み出されるように設定されている。地域によって上下約10%の格差が設けられており、さらに早朝・夜間では25%の上乗せ、深夜では50%の割増で計算される。つまり、介護報酬ではかなりの利益がでる計算になっており、それを価格の引き下げでより多くのサービス量を販売する余力は充分にある。販売量

を増やすことによって規模の利益を生み出す経営も可能である。

サービスや商品の売上に対して代金の 9 割は保険から給付されるために事業収入は保証されている。販売代金の回収にも費用はほとんどかからない。売上数量が増えれば増えるだけ収入は確実に入ってくる。となると、新規参入企業はかなり増えてくると予想される。その結果、どういった競争が展開されるであろうか。

需要は安定している。厚生省は制度発足の当初は、在宅要介護高齢者の約 4 割が社会サービスを利用すると想定していた。しかし、家族介護をしている人たちも保険料を払う上にサービスが地域に広がれば、社会サービスを活用するようになる。しかも、一度介護サービスを利用するようになれば、その後も引き続き顧客でありつづける場合が大半であろう。要介護高齢者の数は急速に増えていく。自立度が高まって介護サービスを打ち切る人数よりも、新たにサービスを消費するようになる人数のほうが、数倍にもなるはずである。

また、消費者がサービスを選択するシステムになっているが、現在の高齢者はサービスが不満であるからといって、気軽に事業者を変更する人は少ないと事業者はみなしている。高齢者は我慢強いし、もし不満があっても変更を申し入れる行動はしない。また、別の事業者がいるかどうかという情報を持っていないことが多く、比較検討をすることも少ない。それだけに、最初の段階で顧客にしておこうと、ケアマネジャーが一生懸命に消費者の囲い込みを行っているのである。こういう構造のもとでは、当面は安定した需要が見込まれるであろう。

その場合、供給量が急速に増えて供給過剰になるか、需要の伸びに対して供給が不足するか、また競争はどういう様相で展開されるだろうか。介護報酬はスタート時点では新規事業者を誘導する意味合いもあって、高めに設定された。しかし、総需要量が増えていく中で、市民の保険料負担が高くなることを同考えていくか、公費負担の増加が財政収支との関係でどうなっていくかによって、報酬の相対的水準も変化していくであろう。

(5) 消費者本位による地域市場

要介護の高齢者は自分の居宅でサービスを利用する。あるいは、自分が生活している範囲で施設やデイサービスなどの拠点を活用する。消費者が遠くまで市場でより良いサービスを探しに行くことは、家族が別の地域で生活している場合以外にはほとんど考えられない。日常生活を支援するサービスであるから、消費者が普段に暮らしている地域で、サービスが提供されないと、消費の増加にもむすびつかない。

金銭給付であれば、全国を市場として有効に活用することも考えられる。また、入所施設や長期に入院する医療機関であれば、日常生活から遠く離れたところに立地していても、それほど不都合はないともいえる。もともと最近では、施設や病院といえども、家族や友人が住んでいる地域に近いところの方が望ましいとされてきている。在宅での生活を支援するサービスであり、日々消費される現物形態で給付されるからには、提供者も消費者と同じ地域に存在していることが基本条件である。利用者の生活実態に迅速に対応し、柔軟に支援サービスを組み立てるためには、サービス拠点を地域に設けることが求められる。

また、生活実態は地域によって異なっており、地域事情を把握した上で、そこで暮らす市民にとって、有意義なサービスが供給される必要がある。消費者本位のサービスを提供しようとするれば、市場は地域に密着した仕事の方法も重要になる。

介護保険では、指定事業者は都道府県が行う。準備されている社会資源は地域によって異なるし、生活スタイルもそれぞれ地域により差がある。社会保障政策では年金や医療保険、雇用などについては全国水準で最低基準をクリアすることが求められていた。また、中央政府が国民国家の統制を実現するために画一システムで行なってきた。しかし、介護市場は地域ごとに分立した市場で展開されるであろう。

5. 介護保険における市場構造の特徴

社会保障政策は市場経済を前提して、そのセーフティネットとして制度化されたものである。社会システムを市場化する試みは、80年代にイギリスを始め、各国で提供主体の民営化という手法で行われた。サービスの決定と提供をともに行政が担当

するシステムから、提供者を民間企業や非営利組織にまで広げて多様化するシステムに変更した。内部市場を形成して提供者側での競争を促進する政策が採用された。

日本の介護保険もその政策の流れに位置付けることができる。しかし、日本では、社会福祉分野は、北欧やイギリスとちがって、市民は権利として社会サービスを請求でき、行政は提供する責任をもつ対等な関係ではなかった。市場から隔離されたところで、行政と関連する特別の法人がサービス決定から実施まで閉鎖的に独占していた。そこに自立支援という理念を掲げて市場原理を導入するシステムに転換を強制した。かなりの反対や批判が出るのも当然である。

とともに、そこで形成されつつある介護サービス市場には、いくつかの特徴がある。この小論では、それを有資格消費者を特定する方法について見てきた。保険方式を採用したことによる事故概念の明確化作業もくわわり、通常の消費者として自由に市場に登場できる仕組みとは違うことを示した。介護サービスを利用する消費者が持っている特徴から従来は市場の外に置かれてきたが、それを市場内のシステムに乗せる上での工夫や調整が重要な要素になることを示してきた。

消費者と提供者との間に立って需給を取り持つケアマネジャーの介在とその役割が、大きな働きをすることを見てきた。介護サービス市場が今後どう成長するか、どういった変容をするかは、この職種がどんな存在になるかにかかっている。

事業者は行政から指定されるが、基本的に自由開業制である。民間営利企業から非営利組織、農協や生協、社会福祉法人、医療法人それに行政セクターなど、多彩な事業体が参加するであろう。市民も事業を起こしてサービス提供に加わることができる。それぞれがどういった経営戦略を立てるかによって、市場構造は大きく変わるであろう。しかし、当面は市場規模が拡大することは確実であり、市場再編成は拡大する市場のなかで行われる。

市場の指標である価格は介護報酬という公式に決められるが、医療保険とちがって価格を引き下げることが可能である。価格競争が社会保障の制度内で行われる可能性を示している。それと上乗せ、横だしサービスの販売を含めて経営はより選択肢を多くもつ。

大谷：日本における介護サービス市場の特徴

消費者はどう自分の権利を行使できるかが、本来のテーマである。市場化したことにより要介護高齢者も消費者の一員になった。独立した個人として経済活動に参加する。と同時に、自己決定の責任も引き受けざるを得ない。

同じに、消費者の権利を主張できる環境が必要になる。これについては、最近オンプズマン制度に関連した別の文章を書いたので、ここでは取り上げていない（『週刊社会保障』第2060号、1999年11月01日号）。

今後、こうした特徴をもつ介護サービス市場がどう展開するかについて、より現実に立ち入った分析をしたい。この小論はそのための準備作業である。

参考文献

介護保険については、厚生省の老人保健福祉審議会資料をはじめ、厚生省の介護保険制度実施推進本部の資料を活用した。現在ではホームページで入手できる。政策形成過程における情報公開が介護保険の特徴でもある。