

わが国介護サービスにおける選択制と 利用者主体の限界

——準市場の観点から——

佐 橋 克 彦

わが国介護サービスにおける選択制と利用者主体の限界

——準市場の観点から——

佐橋 克彦

目次

- I. はじめに
- II. 介護「市場」と介護保険制度をめぐる動向
- III. 選択制は利用者主体を担保するか
- IV. わが国における「利用者主体」の誤謬
- V. おわりに

I. はじめに

わが国において介護保険制度が施行されて10年以上が経過した。制度施行直前の1999年10月に公刊されたブックレット『介護保険法の解説』の「序章」では、「介護は非医療的、非看護的、非専門的なもので、家族構成員など世帯内で対処できるものと考えられてきた。そのため老人福祉法の老人家庭奉仕事業による地域・在宅福祉サービス提供も、制定当初は任意的な行政要綱に基づくもの¹であった」と述べられており、介護保険制度の成立背景には上記のような手法の行き詰まりがあったといえよう。

少子高齢化は加速度的な進行をみせ、同時にバブル経済の崩壊に伴う不況のもとで、全体としての財政はもちろん、社会保障財政に関しても毎年約1兆円ずつの自然増にどのように対処するかが本格的に問われる中での同制度の施行であった。

強制加入を特徴とする社会保険方式を採用し、「介護の社会化」をうたった同制度は「社会化」を40歳以上の国民を被保険者の範囲として定め、原則65歳以上²で要介護等に

該当すれば介護サービス（以下、サービスとする）を利用できるものであった。しかし、サービスの利用にあたっては、保険料負担に加え、逆進性を伴う定率応益負担方式が採用された。このことはサービスの利用抑制をもたらし、結果的に「介護心中」や「介護殺人」、「認認介護」をうみ、今では、利用者にとって「介護の社会化」は空洞化しつつあると言わざるを得ない。

一方、サービス提供者に関しては、社会福祉基礎構造改革において事業者補助から「契約」を媒介とした利用者補助方式に転換したことから、競争原理が作用し、利用希望者に選ばれなければならなくなった。しかし、サービス費用については厚生労働省によって「介護報酬単価」が定められ、その基準に則って利用料が決定されるようになった。また第2種社会福祉事業については規制緩和により民間事業者の参入が認められ、サービス提供体制の多元化が顕著に見られるようになった³。

さて、ここで、今一度わが国介護保険制度のエッセンスを抽出するとすれば、①社会保険方式を採用し、保険料を支払うことで受給資格（利用権）が発生するというエンタイトルメント（entitlement）の考え方が導入されたこと、②定率応益負担により所得にかかわらず負担額が一定であること、③提供者が「競争」を行うこと、④それに伴い介護サービスの公的独占性が後退したこと、⑤政府による価格統制や提供者への一定の規制がある

こと、が挙げられよう。

これらの特徴に鑑みれば、英国の LeGrand & Bartlett らによって1990年代に体系化された「準市場」(Quasi-Market) の枠組みを用いてその特徴を分析できる。

準市場の理論枠組みに関しては、既にわが国においても先行研究⁴が蓄積されているが、念のため、ここで原典⁵からその特徴を概観しておこう。

まず、準市場の「準」とは、サービスの利用にあたって利用者の購買力を問わないこと、もしくは貨幣を媒介とした取引ではないことを意味し、「市場」は財・サービスの提供過程に競争原理を導入することを意味している。

そして、この準市場が成立するには、いくつかの「成功条件」を充足する必要がある。その第一は市場構造を独占的な状態から競争的なものへと転換することであるが、価格統制が行われる⁶。これにより必要なサービスが適正な価格で提供されるほか、事業者による不当なダンピングやつり上げが防止され、カット・スロート・コンペティションを回避できる。

第二は情報の非対称性の問題である。

この問題は医療現場や金融取引で問題にされることが多い。すなわち、財やサービスの提供者側がそれらについての情報(原価、利益率、質、今後の見通しなど)に関して優位性を持ち、それゆえモラルハザード(moral hazard)や「逆選択」(adverse selection)が起き、結果的に患者や取引相手に不利益をもたらすことである。準市場ではそのような事態を防止するために購入者がサービスの質、コストの監視(monitoring)を行うことが必要である⁷。

第三は取引費用と不確実性への対処である。市場原理をサービス提供体制に組み込むことで、財やサービスの取引過程が複雑になるため、そのイニシャルコストやランニングコスト、万が一の損害賠償費用や弁護士費用等を

確保しておかなければならない⁸。また、準市場には一定の管理・統制があるとはいえ、市場原理は常に内的矛盾を含み不確実性にさらされる⁹。それは裏返せば市場における「購入者」の選択の自由と表裏一体の問題でもある。

第四は動機付けの問題である。準市場では、財やサービスの提供者は利潤を追求することが求められ、一方の購入者はそれ自身か利用者の福祉追求という動機付けをもたねばならない¹⁰。ここで注意しなければならないのは、得られた利潤の用途は再投資に向けたり、労働者に分配したりということを含み、経営者の報酬や株主への配当はさほど問題にされない点である。また、購入者はどのようなニーズがあるのかを把握し、かつ適切にそれに応え得るようなサービスのあり方を検討しなければならない。

最後に、クリーム・スキム(いいとこどり)の問題が指摘されている。これは利用者を搾取の対象にしたり自らの組織にとって有利に働くような選別を行わないということである¹¹。

以上が準市場が成功するための条件であるが、それでは形成された準市場に対してはどのような視点から評価が可能だろうか。

第一は生産性効率(productive efficiency)の向上である¹²。これは低価格・低品質ではなく、同一の資源を投入した場合に、高品質でより多くの産出(output)が見込まれるという意味での効率性の向上である。第二は応答性の向上である¹³。旧来の福祉官僚制は利用者のニーズに対して鈍感(unresponsive)であった¹⁴。準市場の形成を評価するには利用者とその介護者の持つニーズに対して柔軟で敏感であるかどうか問われる。これは生産性効率の向上と結びついている視点でもある¹⁵。第三に選択の視点である。この場合の選択とは「サービス」と「提供者」の両方にかかるものである。そして、あるべき望ましさと個人の権利を保障するものでもある¹⁶。

第四は公平性に関してである。これはそれぞれのニーズのみに着目し、それを十分に満たすという意味での「公平性」である¹⁷。

以上、これらの「準市場」の特性を踏まえて、本稿ではわが国における介護保険制度をひとつの準市場として措定し、以下について論じる。

第一にわが国における介護保険制度のもとでの「市場」およびサービスをめぐる動向について整理する。介護保険制度では3年を一期とする「市町村介護保険事業計画」を定めなければならない（介護保険法第117条）、また、政府は「社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討し」「平成21年度を目途として所要の措置を講ずる」（新介護保険法の制定）ものとしている（平成17年附則第2条）。

第二に介護保険制度におけるサービス内容および利用希望者によるサービス提供者の選択権はどのように担保されているかを明らかにする。準市場における選択権は「利用者主体」の根本にかかわるポイントである。踏み込んで言うならば、選択は利用者の満足度を向上させ、提供者はサービスの質の向上を目指さなければならない。したがって利用者主体がわが国の介護保険制度の一つの目玉ならば、それがどのように担保されているか（あるいはないか）を明らかにする。

その上で、わが国介護サービスにおける利用者主体にまつわる誤謬を明らかにする。これは準市場における応答性や公平性の問題と関連するものである。

最後に介護保険制度における選択制と利用者主体の限界を明らかにし、それを克服するための方策について述べる。

Ⅱ. 介護「市場」と介護保険制度をめぐる動向

（1）介護保険制度への布石

1994年の『21世紀福祉ビジョン』（高齢社会福祉ビジョン懇談会）で、介護問題がクローズアップされ、それが国民共通の普遍的課題であるとされた。さらに1995年には社会保障制度審議会による『社会保障体制の再構築』（「95年勧告」）のなかで「みんな」という文言を用いて相互扶助の精神に基づくサービス提供体制の重要性が説かれた。

これらはサービスの普遍主義化を象徴するものであったといえようが、島津によれば、国民医療費（老人医療費）の抑制をしなければ国家財政が傾く可能性があり、それゆえ「1980年代には、厚生省の官僚等は、介護保険制度に関する私的な勉強会を持つようになった」¹⁸という。このことは、介護問題の解決は国民のニーズの高まりによるものだけではなく、マクロ財政運営の観点からの課題であったことも意味している。

他方、介護問題は施設福祉よりも在宅福祉の問題として捉えられた。1996年には岩田・平野・馬場らによって『在宅介護の費用問題 介護にいくらかけているか』が上梓され、「家計調査を基本に据え、それを供給組織の経営問題に関連付け、さらに公的介護保険を含めた介護システムへの政策課題を打ち出したもの」¹⁹が明らかになった。この「研究会は1992年の秋」から始まり、そして結果的に「在宅での介護費用はあまり大きくない」²⁰という事実を解明した。

以上のような公私にわたる調査研究、あるいは報告、勧告は「公的介護保険構想」を一気に加速させ、1997年には介護保険法の成立を見ることになる（施行は2000年）。

なお、中小企業庁小規模企業部サービス業振興室（＝当時）は1998年に『在宅福祉サービス市場の現状 『与えられる福祉』から

『選ぶ福祉』へ』を公刊し、「来るべき高齢社会に対応するためには、民間事業者や広く様々な支援を提供するために組織された非営利団体 (Voluntary Sector) 等を含めた多様なサービス供給体制の確立が急務である」²¹と指摘した。

こうして、在宅介護に要する費用が必ずしも高くないことが強調され、サービスは多様な提供主体の中から「選ぶ福祉」へと移行することが官民挙げて強調されたのであった。

(2) 介護保険制度の施行と展開

2000年4月に介護保険制度が施行された。この時点でのわが国の総人口は約1億2,769万人、65歳以上人口は約2,974万人で高齢化率は23.2%であった²²。

先述したとおり、介護保険制度は社会保険方式を採用し、40歳以上の国民から介護保険料を徴収し、原則として65歳以上の国民をサービスの対象とした。そして介護が必要になった場合、要支援から要介護1～5に区分され、市町村が運営する介護保険から要した費用の9割が給付されることになった。

しかし、所得に応じた保険料の減免措置はあるものの、サービスの利用料は応益負担方式を採用したこと、逆進性の問題が当初から存在した。介護給付費の半分は公費負担(税)であるとはいえ、社会保険方式のため、強制的な保険料の納付とサービス給付が対の関係となり、低所得層において無保険者が生じる可能性をはらんでいた。実際、普通徴収の対象は低所得層(年間所得18万円未満)であり、これがまた第二の国保といわれる所以である。

以上が介護保険制度の概要であるが、同制度の最大の特徴は要件を満たした希望者には提供者とサービスの利用権が与えられ、契約の締結によって介護サービスを「購入」し、自らが希望する生活を送られるようにするという点であった。介護保険法第2条3項では「保険給付は…(略)…被保険者の選択に基

づき、…(略)…福祉サービスが、多様な事業者または施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない」と定められている。上記の主語は保険者である「市町村」であり、被保険者による選択行為以外は「配慮義務」になっている。つまり、市町村はサービス提供に積極的に関与しない²³。

それでは、被保険者の選択の範囲はどう定められるのか。同法では、その適用範囲(保険金の支払いとでも言うべきか)は要介護認定で定められた費用内であり、これに自己負担額が連動する。なお、それ以上の部分は各市町村で任意に提供される「横出し」、「上乘せ」サービスの「購入」しかない。つまり、選択の「幅」には、利用者の経済力による差、そして居住している市町村による差があるといえる。

ここで、さらに保険方式をめぐって検討してみると、二つの特徴が浮かび上がる。

その第一は、そもそも論として税を主たる財源とする措置制度は中高所得層にとって不公平であるから、保険方式を採用してそれらの層の負担感を軽減しようという考えである。この背景には措置制度の下では施設サービスが中心的に展開されたため、介護＝施設というベクトルが働きやすく、所得の異なる入所者がいわば「混合処遇」されていたことがある。また、同制度では、「要介護度」というランキング概念はなく、老人福祉法上「常時介護を要する」という概念を用いて施設入所の可否を決定していた。

そして、その費用負担は応能負担方式を採用したこと、から、「中高所得層にとって重い負担」²⁴が生じていたとされる。一例では、年収800万円(税込)の扶養義務者とその老親である平均的な厚生年金受給者が施設入所した場合、負担額の合計は19万円/月(扶養義務者：4.1万円、本人：14.9万円)という試算がある²⁵。

それでは果たして、介護保険制度の導入によって「重い負担」は軽減されたのだろうか。

そこで、介護保険による給付状況を具体的にみてみよう²⁶。まず、前提となる利用者数は2011年5月末で要介護（要支援）認定者数が約508万9千人、そのうち、居宅サービス利用者は約307万人、地域密着型サービス利用者は約27万6千人、施設サービス利用者数は84万5千人となっている。

その上で、給付についてみると、居宅サービスにかかわる給付費の総額は約3,037億円（公費負担分）である。これを利用人数で割り戻すと一人当たり約11万円となる。同様に施設サービスの場合を計算すると、給付費の総額は約2,263億円で、一人当たり約29万8千円となる（要介護度は考慮していない）。

これらから在宅サービスを利用している人の平均自己負担額は約11,000円／月、施設サービスを利用している人の場合は約29,800円／月となる。

しかしながら、上記は非常に単純な平均値であり、最重度である要介護5（全介助が必要、認知症の症状もある場合）で特別養護老人ホーム入所の場合を計算すると、施設給付費が約803億円、利用者数が約27万3千人であるので、一人当たりの費用はおよそ32万7千円／月となる。自己負担額はこれの1割であるから、32,700円／月となる。このように見ると、確かに介護保険制度は自己負担額を軽減しているかのようにみえる。

しかし、本当にそうだろうか。2005年の第1次制度改正ではホテルコストの考え方が導入され、直接介護にかかわらない費用は全額自己負担の対象となった。この背景には、「在宅でのサービス利用者との公平性」を図るという名目があった。しかし無視できない存在として『平成12（2000）年版 厚生白書』がある。同『白書』では、「第1部 新しい高齢者像を求めて—21世紀の高齢社会を迎えるにあたって—」の中で、第一に高齢者は現役

世代と遜色のない所得水準にあるということ、第二に「活力ある高齢者像」を描き出している。すなわち、高齢者は経済的にも社会的にも弱者ではなく、それゆえ自己の選択に基づき、サービスを利用し、応益負担とホテルコストの負担が十分可能であるという伏線を張っている。

そこで、高齢者の所得と負担の実態についてみてみよう。

まず、年間所得²⁷であるが、2010年現在で65歳以上で最も多いのが「300～400万円」で27.2%、次いで「400～500万円」で16.2%、すなわち「300～500万円」で43.4%を占めている。しかしながら、他方で300万円以下の層も33.3%存在する。つまり、高齢者は総じて「豊か」とはいえない。

次に、独立行政法人福祉医療機構・福祉貸付部が2006年に実施した調査結果²⁸によると、ユニット型個室の特別養護老人ホームの平均ホテルコストは2,396円／日、高いところだと4,500円／日が徴収されていることが明らかになっている。

以上から施設入所の費用負担は平均ホテルコストに加えて、食費を厚生労働省の定めた標準負担額の1,380円／日で計算すると、

$(2,396円 + 1,380円) \times 31日 + 32,700円$ （1割負担）＝149,756円／月となり、措置制度時代の利用者本人の応能負担額とほとんど変わらない。しかも、これは「平均的」なホテルコストを徴収している施設に入居した場合である。そして、これは所得や要介護度に応じた負担額ではなく、一律に徴収される額である。これでは国民年金（老齢基礎年金）のみに収入を頼っている被保険者には負担が難しい。また平均的な厚生年金（2008年度で161,000円²⁹）を受給しているのであれば、そのほとんどが消えることになる。

したがって、現状の介護保険制度は低所得層に対する逆進性が強いことに加え、中高所得層にとっても、新たにホテルコストの徴収

によって負担が軽減されないものとなっている。

準市場においては購買力を問わずサービスに手が届くこと（利用できること）が求められている。しかし、わが国の場合、ここまでみてきたように低所得層には逆進性の問題が生じていることはもちろん、中高所得層と呼ばれる人びと、そしておそらくはとりわけ多数の中間所得層をねらいに利用権の付与と引き換えに「応分の負担」を要求している。

しかし、こうしたサービスの利用者は余裕のある老後生活を送ることができるだろうか。

所得の二極分化が進む現代のわが国において、まず低所得層は排除され、中間所得層は周縁部に追いやられた生活をし、余裕のある生活を営めるのは高所得層に限られるのだとしたら（「活力ある高齢者」）、介護とはいったい誰のためのものになるのであろうか。

第二の特徴として、限られた範囲の中でどの事業者・施設のサービスを利用するか、どの程度のサービスを利用するか、あるいはどのようなサービスを利用するかという「組み合わせ」の問題がある。これは「ケアマネジメント」の問題として取り扱うことができる。

さて、介護保険制度では「利用者」がサービスを利用するには要介護認定を経て、いわゆるケアプラン（居宅サービス計画／施設サービス計画）の立案を行わなければならない。なお、2005年の制度改正によって市町村が責任主体となり、「介護予防事業」（新予防給付）に関するケアマネジメントを担うこととなった³⁰。また、責任主体である市町村は指定地域包括支援センターの職員に一定の範囲で委託できることになっている（介護保険法115条21の3）。

しかし、制度改正前には認められていた本人によるケアプランの作成（セルフケアプラン）は認められていない（介護保険法施行規則83条の9）³¹。

以上のように市町村が責任主体とされた背

景には、介護支援専門員（ケアマネジャー）の中立性の問題と契約文化へのなじみが少なかったことが考えられる。以下、ケアマネジメントとの関連からこの二点について検討してみよう。

第一に中立性に関してである。

介護保険法第69条の34では、介護支援専門員は「常に当該要介護者等の立場に立って…（略）…（サービスが）特定の種類または特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう公正かつ誠実に業務を行わなければならない」と規定されている。まず、このような規定がおかれること自体、「問題」の存在を示している。

制度開始直後ではケアマネジャーは各施設・事業所に属する職員であり、中立性が担保されていなかった。これにより、いわゆる利用者の「囲い込み」や過剰な（あるいは水増しして）サービスの提供や用具の販売・貸与によって「利益」を上げていた過去があった³¹。

現在では先に見たとおりケアマネジャーの中立性を厳しく定め、また、介護予防事業等に関しては地域包括支援センターが計画を立案し、その最終的な責任は市町村が負うことで中立性を担保しようとしている。

しかし、市町村直営の地域包括支援センターは2009年4月時点の厚生労働省調べでは約31.5%にとどまっており、委託が約67.3%を占めている³²。そして委託されたセンターのうち、約53%が社会福祉法人によって設置されたもの³³であり、依然として中立性の問題は解決されていない。

仮に中立性の問題が市町村によるセンターの直営を義務化することでクリアされたとしても、今度は担当の市町村職員に専門性が求められることになる。しかし、そのような職員を配置するには「三位一体改革」の影響もあり、現実的にはかなり困難であろう。というのも、市町村における専任の「老人福祉指導主事」（任用資格）³⁴は全国で90名（兼任で

カウントしても564名)であり³⁵、その専門性はさることながら、他の「主事」に比較して絶対数も不足している³⁶。

2011年10月現在、生活保護受給者数は200万人を突破しているが、2009年時点で65歳以上の高齢者は既に2900万人を超えている³⁷。今後予想される一層の高齢者の増加と介護ニーズの高まりに市町村で直接対応するには相当な無理があり、サービス計画の立案を社会福祉法人等を含む民間部門に委託する傾向が一層強まると考えられる。その際、中立性と不確実性への対処方法を具体的現実的に担保する仕組みづくりが依然として必要である。

第二に、契約文化は従来の措置(委託)を中心とした社会福祉の現場ではなかったものであり、担当者自身が民法上の私契約の法的効力についてよく理解していなかった側面がある。たとえば、介護サービス利用の契約時に「重要事項説明書」を「後で読んでおいて下さい」と手交するのは問題であり、この場合、厚生労働省の通知では口頭で内容をわかりやすく説明した後、疑問の有無を確認し、手交しなければならない。

なお、2009年10月には契約法改正について法制審議会に諮問(法務大臣諮問第88号)がなされ、2013年2月ころには「中間試案」を取りまとめるように審議が進められているという³⁸。社会福祉従事者も福祉サービスの一般的な準市場化に伴って、契約という法律行為に精通した当事者足りうることも求められる時代が到来するのである。

次節では上記を踏まえて、介護保険制度がうたう「選択の自由」が、介護保険制度の理念の一つである「利用者主体」をどのように担保しているかを明らかにする。

Ⅲ. 選択制は利用者主体を担保するか

ここではまず介護保険制度における「選択制」について立体的なモデルを想定して分析

したのち、それが果たして利用者主体にどこまで有効であるかを検討する。

さて、介護保険制度における選択制を考えたとき、単に「利用者補助への転換」として表面的に捉えるだけではその功罪を断ずることはできない。そこで、以下に示すような視角を用いて分析してみよう。

第一に、現在のサービス内容や提供者の選択「行為」が可能か否かを判断するには、そもそもの出発「点」として、本人が要支援か要介護状態にあるという判定を受けなければならない。自立した状態にある(J判定)か、医療的処置が必要である状態(M判定)にある者は対象外となる。加えて、40歳以上65歳未満の場合、加齢に伴う「特定疾病」でなければ、保険料を納付していても給付の対象外とされる。なお、保険料を滞納している場合、償還払いでの利用(12ヶ月)、さらには給付の差し止め(18ヶ月)が行われる。さらに滞納すると負担額を3割とし、高額介護サービス費を支給しない(24ヶ月)。これは事実上のペナルティとなる。

第二に状態像によって選択の「幅」は異なる。居住系サービスに限られるか、施設系サービスにまで選択肢を広げられるか、あるいは新予防給付か地域支援事業の体系に含まれるかといった「幅」の中で「選択」することが可能である。

第三に、仮に同一の状態像でも所得・収入によって選択の「高さ」が異なることが指摘できる。すなわち、1割の自己負担分とホテルコストその他の負担を考えたとき、選択量＝「高さ」を自身の所得状況に応じて検討しなければならない。横山は「利用額が全体として支給限度額の4割にとどまり」³⁹、この背景には「定率1割の利用料による自己負担の増大という制度的要因」が年金制度や保険料水準との兼ね合いといった構造的要因と関連していると指摘している⁴⁰。なお、直近のデータでは、居宅サービスの利用率(給付上

限度に対する利用料の割合)は40.0%~60.9%の範囲内にあり⁴¹、横山の指摘をほぼ裏付ける結果となっている。

第四に運営単位である市町村ごとで見たとときの選択の「奥行き」である。2006年度より施行されたいわゆる「新サービス体系」では「地域密着型サービス」(6種類)⁴²と「地域密着型介護予防サービス」(3種類)⁴³が創設された。これらの事業者の指定および指導監督は市町村長が行うこととなっているだけでなく、地域の実情に応じた弾力的な運営(指定基準および介護報酬の設定)が可能となっている。

上記を肯定的に捉えれば市町村が地域福祉を積極的に推進し、そのマチならではのネットワークを形成し、可能な限り住み慣れた土地で最期まで暮らすという介護保険制度の本来の趣旨にも適うことになる。

そこで、「地域の実情」を検討する一例として、地方交付税の不交付状況をみてみよう。総務省によれば、地方交付税の不交付団体数は減少しており、2008年度には179団体あったものが2010年度には75団体までになっている⁴⁴。しかもその構成は東京都をはじめとした大都市圏と原子力発電所を抱えている市町村からなっており、それ以外の市町村は地方交付税を得られなければ十分な行政サービスを提供できない相対的に「貧しい地域」である。

図らずも1991年の段階で厚生省(=当時)の幹部が講演で「福祉が伸びない市町村に住んでいるのは、そこの住民が不幸であると言うことであきらめてもらう。これは市町村の責任である」⁴⁵と発言している。この言葉は市町村におけるサービス水準の格差を容認するものであると同時に、国・政府の公的責任の後退をも意味するものであろう。こうして「小泉改革」の与えた影響とも相まって、ほとんどの「地域」における介護サービスの「奥行き」は非常に乏しいと言わざるを得な

い。

以上、「選択制」のもつ点・幅・高さ・奥行きという4つの視角と現状を明らかにした。それでは、このような視角から利用者主体はどのように担保されているかについて検討してみよう。

第一の「点」においては、利用者は調査票に基づく認定調査と介護認定審査会によって相当程度機械的に介護の必要性の有無およびその程度等が判定されるため、客体として存在することになる。したがって、この時点では利用者主体とはいえない。

第二の「幅」においては保険給付の対象となることまでは明確になるものの、利用者の状態像によって広げられたり、狭められたりする。この際に留意すべき点は、その状態像が「素」の状態を反映しているかどうかである。そのような意味では、家族や第三者が普段目に見ている日中の生活の様子や外出の程度、外部環境の変化への適応といった生活機能を重視したアセスメントが求められる。また、「幅」があるということは、利用者自身も介護サービスの「購入者」としてADLやQOLの向上に必要なサービスを要求することつまり、準市場で要求される「自らに関する福祉追求動機」をもつこと一ができる。

第三の「高さ」においては選択肢それ自体は利用者オープンにされているものの、それらを全て選択するかどうか(あるいは一部にとどめるか)は、利用者の所得状況で変化する。これは換言すれば、利用者の購買力とサービスの利用水準が連動することを意味しており、準市場でいうところの「準」の要素の欠落を意味する。

準市場は利用者の購買力は問わないか、若しくはサービスの取引において貨幣を媒介としない点に特徴があるものである。しかし、わが国の介護保険制度では既に保険料に加えて1割負担が求められている。しかも、未来永劫に亘って1割負担とは限らない。むしろ

過去および現在の社会保障制度の動向からは、少子高齢化の影響も大きく、負担は引き上げの方向に傾くであろう。そうすると「高さ」を追求できるのは一部の人たちに限られ、基本的に同一の保険料を納付したにもかかわらず、給付において高低差が生じる。つまり、そこで問われる利用者主体とは「あきらめる自由」をもつ主体であり、自己責任原理に帰される主体である。これは、福祉実践における「利用者中心」一すなわち、「ケース・ワーカー独自のアプローチは、個人の社会環境を通じて個人に戻ること」⁴⁶とは相当意味が異なるのである。

第四の「奥行き」においては地理的・物理的・財政的制約がシビアである以上、現時点では利用者主体は保障され得ない。手段があるとすれば多様なサービスが用意されている地域への「介護移住」であろう。そうすると、「住み慣れた地域で最期まで」という介護保険制度の理念と矛盾してしまうばかりか、最終的には移住先の人口構成や保険料水準、サービスの多様化（都市部への偏在など）にも好ましくない影響を及ぼすことになる。

以上の検討結果から、利用者主体が尊重されるのは「幅」の側面においてであり、その他の「点」の側面ではコンピュータによる一時判定が中心である機械的な「篩い分け」が作用し、「高さ」の側面では不平等が生じる。さらに「奥行き」の側面では法理念との矛盾に加え、住み続けることが困難になるばかりか地域間格差の拡大をもたらすという結果に陥ることが明らかとなった。

それでは、なぜ利用者主体ということが強調されるのか、そして利用者主体原則の尊重とはいったい何を意味するのかを次節で明らかにする。

Ⅳ. わが国における「利用者主体」の誤謬

わが国福祉サービスの領域における抜本的な「改革」は1990年代半ばからの社会保障構造改革においてであった。

構造改革が必要とされたのは、当時の歴代内閣がバブル経済崩壊以後の低迷する景気の浮揚に躍起となり、大量の国債を発行したことと関係する。それまでのわが国の経験では、不況時には公定歩合を引き下げ、同時に乗数効果を伴う大規模な公共投資を行うことで危機を乗り越えることができていた。

しかしながら、1992年から1995年にかけて国債を湯水のごとく大量に発行し、合計65兆円もの緊急経済対策を打ち、また、ゼロ金利政策を取ったにもかかわらず景気は一向に回復しなかった。

この背景には1990年代初頭のヨーロッパ諸国における社会主義国の崩壊があった。これは余剰労働力を生み出し、安価な労働者を増加させることになった。こうして、世界的な規模で価格破壊を伴う「大競争」(Mega Competition)が生ずるに至った。高コスト体質の先進国はその対応に追われ、わが国では海外生産・逆輸入方式の「産業の空洞化」現象のおそれが経済界から出された。

以上のような経済情勢を受けて、従来のケインズ型の財政運営は行き詰まりを見せることになり、わが国をして「構造改革」を行うにせしめたのであった。

当時の内閣は橋本内閣であり、「財政構造改革」を推進した。この一環が「社会保障構造改革」であった⁴⁷。「構造改革」の基本は規制緩和・自己責任・市場原理の積極的な活用とされ⁴⁸、これは社会保障構造改革とて例外ではなかった。否、むしろ少子高齢化の進展が見込まれる状況下では社会保障給付の増大は財政に悪影響を与えることが予測されるため、抜本的な社会保障制度の見直しが必要と

されたのである。

その「第一歩」⁴⁹として位置づけられたのが介護保険制度の創設であった。その理由として、今後増大する高齢者にかかわる社会保障給付をバブル経済崩壊後の超低成長路線のもとで如何に抑制していくかが焦眉の課題とされたからである。特に、財源、利用手続き、自己負担のあり方などが制度間で異なることが問題視され、全額税方式でその費用が賄われていた高齢者介護の分野、医療保険制度で賄われていた高齢者医療、老人保健の分野を対象に統合の議論がなされた。

とりわけ、批判の矛先は措置（委託）制度に対して向けられた。その論点は、多額の税の投入、応能負担方式の採用による利用者間・制度間での「不公平」性、経営努力の不足とそれに伴う非効率性、さまざまな規制に縛られていることによって生じている硬直性・画一性、といったものであった⁵⁰。

これらの問題を「解決」すべく、①税から保険料へ、②応能負担から応益負担へ、③事業者補助から利用者補助へ、④サービス提供体制の公的独占から競争原理の導入へ、⑤事前規制から事後チェックへ、という仕組みを構想し、これらを統合したのが「措置から契約へ」という大転換であった。

池田によれば、措置（委託）は「その思想は困窮者の社会的救済に置かれ」「サービスは行政によって選別された高齢者に提供」⁵¹される仕組みであり、一方の介護保険制度は「介護を必要とする高齢者すべてに社会サービスを提供しようとする制度」⁵²であり、契約行為は「サービスの購入、金銭の支払いは自分の能力（選択能力、支払能力）に立脚した自己表現であり、自力による自己実現へのプロセス」⁵³として捉えられるという。すなわち、「措置＝依存」対「契約＝自立」という対立的な構図が描かれるのである。

そして契約の根底にある「自立」概念は自己決定＝責任論として位置づけられる。「介

護保険の自立支援という思想…（略）…には、当然自己責任が含まれる。そもそも自己責任なき尊厳などというものはありえない」⁵⁴し、「自分でできること、自分で負担できることについては、本人が責任を持つのは当然である。本人の責任に帰せないケースは社会福祉の役割である。介護保険の守備範囲ではない」⁵⁵とするのである。

このような考えに対し、竹内は第一に「事実の問題としては（福祉依存は＝筆者注）、すでに歴史的に論駁されてきている」⁵⁶と指摘した上で、「抽象的で無媒介な『個人の自立・自助』論、『自己決定』論はそもそも成立すべくもない」⁵⁷とし、その根拠を「人は…（略）…社会関係の網の目にあるものとして、当初からケアする他者なしには存続し得ないものであり、かつ、その生活と生産的労働の全領域において相互的な依存関係にあるばかりでなく、その感性と精神世界の形成の全体においてもつねに他者を必要とする、もっとも深刻な意味での共同体的存在であり、相互応答的存在だからである」⁵⁸とする。

上記のような人間社会の実存とその関係性に立脚した観点からは、池田のいわば新自由主義的「主体＝能力論」は幻想として退けられるのである。

そのうえで、わが国の介護サービスにおける「利用者主体」の意味するところを今一度吟味するならば、第一に権利の行使は不完全にしか保障されていない一方で、義務が課されることを強調している点、第二に基本的にはどのような状態にある人間でも契約主体として存在させられることにより、その結果を引き受けざるを得ないこと、第三に能力があるということは行為主体として責任を問うこと（利益・不利益を引き受けること）ができ、かつ、それができない場合は残余的「社会福祉」のもとで「救済」という考えに立っていること、が問題点として指摘できよう。

結局、わが国の介護サービスにおける「利

「利用者主体」とは新自由主義的な一つのイデオロギーであり、使い勝手のよい概念にしか過ぎない。利用者は介護「市場」に「主体」として突然解き放たれ、周囲からは「あなたが主役なのですよ、さあご自分で決めてください。ただし、どうなるかわかりませんが…」と言われるようなものである。そして、いざとなれば「利用者主体」という名のブラックボックスに、あらゆるものを放り込んで「守備範囲ではない」とシラを切ればよいという見方は穿ちすぎだろうか。

V. おわりに

以上、わが国の介護サービスにおける選択制と「利用者主体」の限界について準市場の観点も踏まえつつ考察してきた。

明らかになったことの第一に、わが国の介護保険制度自体が国家財政の状況と密接な関係の中で構想されてきたことが確認された。いわば「経済的なもの」（経済システム）⁵⁹が高齢者介護の土台を侵食している様子が浮き彫りになった。この「経済的なもの」からのアプローチには、第一に先述した財政との問題があり、第二にカネを持っていれば利用者になることができるという限界を指摘できる。国家財政が逼迫する中、利用者負担はサービス利用の抑制と現役時代における「老後への備え」を暗黙のうちに要求している。つまり、保険料を払っていても、老後に介護サービスを「選択」したり「購入」できないのは「自己責任」であるというレトリックが垣間見えるのである。換言すれば、介護問題は老後における問題としてではなく、それ以前一現役時代に備えておくべきものとして把握できる。これもひとつの「自己決定」「自己責任」観の現れであろう。

よって、わが国の介護保険制度における選択制が意味するところは、利用権は認めるが、選択権を保障していない。つまり、実際の

サービスは保障されにくく狭隘なものであるということである。介護の必要性は高齢化に伴って普遍的に存在し、また社会的にも認められている。しかし、それを手に入れるには幾重もの選別機構が作用していることのみならず、モニタリングが困難であることを看過してはならない。

準市場ではサービスのモニタリングが必要であるとされるが、現行制度ではその機能が弱いため、介護報酬の不正請求に関するチェックのみならず、提供されるサービスの質に関して評価できるような改善策が必要である。たとえばサービスの質を指標化し、その質と報酬とを正當に連動（評価）させる方法が考えられる。そのことがまた、現場の職員の士気を高めることにもつながるであろう。なお、この際注意しなければならないことは、「事なかれ主義」を生み出す減点方式を採用せず、加点方式の採用がのぞましい。

ちなみに最近、「住宅型有料老人ホーム」や「高齢者専用賃貸住宅」の果たす役割に注目が集まっている。特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）といった施設は現状ではすぐに入所できないが、これらは「カネ」があれば入居できる。実際、自由や豪華さ、安心や利便性をうたったこれらが新たな介護市場となっている。一例として、ある高齢者専用賃貸住宅では60歳以上で20年契約をする場合、全額払いで約3,600万円～5,000万円を支払えば入居できる。これに加えて月々の管理費は2名で105,000円、食費は1名につきおよそ6万円／月を払うことができれば「よい老後」が待っている。しかし、これは第一に「賃貸」であるので、20年後の終の棲家をどうするかという別次元の問題が生じるであろう。第二に、これだけの費用（20年間の総額は9,000万円～）を負担しなければ「自由」や「安心」を手に入れられないという状況は、異常ではないだろうか。

こうしてみると、「公的」介護保険制度は

その公的とされる性質ゆえにサービスの点・幅・高さは「必要最小限」という名の水準の低下をもたらし、奥行きは各自自治体に委ねることでよしとする姿勢が見られる。あるいは利用者負担を強化・拡大して「持続可能性」を模索すると考えられる。

次に利用者主体の限界性である。この問題はケアマネジメント（あるいはケアマネジャー）の中立性に関連している。

現行の介護保険制度が想定している競争原理のもとでは、まず必然的に利用者／消費者を誘導して顧客として確保しなければならない。これは単純に利用者補助だからと言う理由だけでなく、経営学的観点からいえば、スケールメリットを活用して、コストの逡減化＝介護報酬との乖離の拡大に傾注せざるを得ないことを意味している。しかし、そうなれば、提供主体の多様化は多くの離散集合を通じて、やがて寡占体制へと移行するであろう。そうなれば「利用者主体」は一層空文化するであろう。

加えて、利用者主体に関連して問われる浅薄な「自立」観は退けられなければならない。相互応答的存在としての自己と他者の関係性は、まさに社会福祉実践において最も重視されるべきものであると考える。アメリカの哲学者、メイヤロフ（Mayeroff, M.）の言葉を借りれば、「了解性が、この世界の中で心を安んじている状態（being at home）」⁶⁰、すなわち「ケアすることとされることをとおして、はじめて究極的に心を安んじる（at home）ことができるのである」⁶¹という指摘は人間の実存に関して正鵠を得ているものと思われる。このような視点に立脚した制度政策および実践を期待したい。

最後に、現在におけるわが国の介護保険制度の特徴を準市場の観点から整理すると、以下のような指摘ができよう。

第一に低所得層への配慮に乏しいことが挙げられる。準市場の原理では、ニーズに応じ

たサービスの提供が「収入や社会経済的地位、ジェンダー若しくは民族にかかわらず」⁶²行われることになっている。わが国の介護保険制度ではニーズとサービスが対になっており、また高額介護サービス費も設定されているもののホテルコストを考慮に入れると、負担能力＝収入によって利用の程度や可否が「利用者主体」のもとで決定される。総務省の「家計調査（総世帯）」（平成22（2010）年）⁶³によれば、65歳以上世帯の実収入から消費支出を引いた額はマイナス38,000円である。つまり、高齢者が生活を維持するためには公的年金だけでは不足であり、預貯金を切り崩して生活している現状が浮かび上がる。つまり、既に支出超過となっている世帯に対し、さらに負担を要求しているというのが現状である。高齢者の負担能力は決して高くない。とりわけ低所得層であればいくらニーズがあろうとも、サービスを利用するには厳しい状況におかれている。したがって、準市場の成立に必要な最も基礎となる部分が欠如している。

第二に、選択制の問題である。一つに地域間格差と「地域の実情」から生じる選択の限界である。とくに在宅福祉サービスは参入と撤退の自由が認められることから、提供体制はおのずと不安定になり、選択の幅が地理的要因で左右される。もう一つには要介護度の区分にかかわる問題である。たとえば要支援状態の新たな区分の創設には政治的な要素が大きく影響しており、常に政策決定者の恣意性にさらされる。サービスの購入者は利用者自身であるとみることでもできるが、9割を給付（＝支払う）する国・都道府県も隠れた購入者である。これらの財政状況や「政治的なもの」（政治・行政システム）⁶⁴の動向によってどのような状態がneedyであるかが変化する。一方的に変更されるのではなく、利用者やその家族が「声」をあげることが一層求められるし、またそのような仕組みを組み込むことが必要である。個別の要介護度の認定

にかかわる不服申し立てや苦情解決の仕組みはあるが、それは、現に提供されようとしているか、既に提供されているサービスにかかわるものである。介護問題が社会問題の一つであるならば、「制度の持続可能性」が意味するところを吟味し、個別の利益追求にとどまらない国民的な取り組みが今後必要である。

第三に生産性効率の向上に関する問題である。とりわけサービスの質の向上が求められる。準市場における競争は生産性効率を重視した上での競争であり、薄利多売や人件費の抑制による利潤の創出に汲々としてはならない。質の確保が働くようなインセンティブを制度設計に組み込み、粗効率性の追求に陥らないようにしなければならない。サービス従事者への国家資格付与の厳格化や業務独占化が必要であろう。ただし、一方で専門職支配に陥ることも回避しなければならない。利用者や提供者がもつ予見可能性は常に限界付けられている。つまり、人間には不可能性、不確定性、不完全性の問題が付きまとうからである⁶⁵。これを踏まえて準市場形成の観点からすれば、とりわけ情報の非対称性の克服をめざすことが必要であろう。

以上、三点に絞って介護保険制度の更なる準市場化に向けての提案を示した。

これらに対応するには保険料や利用料の引き上げも含めた財源の手当てが必要であるという意見もあろう。しかし、ここではそのような短絡的な発想はとらない。

確かにわが国は巨額の借金を抱えている⁶⁶。また震災関連の復興増税も必要である。しかし、これらを個人増税や控除の縮小・廃止で賄うのではなく、企業への増税を通じて賄うことも一方策である。歴史的に見てわが国の税制は家計の安定より大企業を優遇し、企業自身も「節税対策」をとってきた。それを改め、法人税の強化を中心とした税収増が可能である。上場企業のうち156社が2012年3月期に経常最高益を更新するという⁶⁷。わが国

もアメリカのように役員が多額の報酬を得、株主への配当を強める（株主資本主義）傾向が顕著であるが、そのような分配を止めることも一方策である。

また、40%となっている法定実効税率は形骸化しているため⁶⁸、この見直しを図るほか、繰越欠損金の見直し、非上場の大企業に対する課税強化も考えられる選択肢である。

以上のように、個人に対する課税強化よりも企業に対する課税強化を行い、必要な財源を手当てするのが先決である。これは現在の日本企業で十分に可能である。なぜならば、過去においても同等の課税水準にあった時期があるが、産業の空洞化は歴史的背景を考慮していえば、財界・大企業による脅し文句であり幻想である。

介護サービスのありかたは国民一人ひとりにとっての問題であるが、同時に、急激な高齢化を迎える国家としてブレのないポリシーのもとで対応する必要がある。そしてわれわれは世代間の対立や利害を超えて普遍的な問題として真剣にこの問題を考え直さなければならない時期に来ているのである。

最後に準市場化の制度比較・国際比較も今後必要であろう。各国における準市場化の特徴から、より非市場に近い体制をとっている国（イギリス）、一方でより一般的市場に近い体制を取っている国（アメリカ）、そしてその中間に位置するであろう国（日本）、を分析することにより、いわば「準市場スペクトラム」を想定することができる。これにより各国の準市場化に関する比較、あるいはタイプを明らかにすることができようが、これは他日の課題としたい。

【注】

- 1 長瀬二三男『介護保険法の解説』一橋出版, 1999年, 6頁.
- 2 40歳以上で老化が原因の「特定疾病」であれば利用可.
- 3 厚生労働省「介護サービス調査・事業所調査」2009年. で, 民間事業者が増大しているという結果が出ている. ホームヘルプに関しては2000年には30.3%であったものが2009年には55.1%に, 同じくデイサービスは4.5%から40.6%へ, グループホームは21.2%から53.1%となっている.
- 4 例えば, 駒村:1995, 1999, 檜原:1997, 広井:2000, 佐橋:2004, 2008, 2011, 佐藤:2008, など.
- 5 LeGrand & Bartlett., "*Quasi-Markets and Social Policy*" Macmillan, 1993, London.
- 6 *ibid.*, pp. 19-24.
- 7 *ibid.*, pp. 24-25.
- 8 *ibid.*, pp. 26-33.
- 9 伊藤誠『資本主義経済の理論』岩波書店, 1997年, 193頁.
- 10 LeGrand & Bartlett., *op. cit.*, pp. 30-31. イギリスのケアマネジャーは公務員であり, 利用者の代弁者たることが求められている.
- 11 *ibid.*, pp. 31-33.
- 12 *ibid.*, pp. 14-15.
- 13 *ibid.*, pp. 15-16.
- 14 *ibid.*, p. 15.
- 15 *ibid.*, p. 16.
- 16 *ibid.*
- 17 *ibid.*, p. 19.
- 18 島津淳『介護保険制度と政策形成過程』久美出版, 2008年, 1頁.
- 19 一番ヶ瀬康子「推薦のことば」岩田正美, 平野隆之, 馬場康彦『在宅介護の費用問題 介護にいくらかけているか』中央法規, 1996年.
- 20 同上書, 「まえがき」
- 21 「はじめに」中小企業庁小規模企業部サービス業振興室監修『在宅福祉サービス市場の現状 『与えられる福祉』から『選ぶ福祉』へ』通商産業調査会, 1998年.
- 22 総務省統計局「平成20年10月1日現在推計人口」
- 23 ただし, 地域単位で過当競争を防ぐため「総量規制」を行う場合がある.
- 24 介護保険研究会『わかりやすい介護保険制度 Q&A』中央法規, 2001年, 19頁.
- 25 同上.
- 26 厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定)」より, 平成23年5月分.
- 27 厚生労働省『年金制度基礎調査』より, 2010年.
- 28 独立行政法人福祉医療機構『ユニット型特別養護老人ホームの実態調査について』2010年, 7頁.
- 29 厚生労働省年金局『年金財政ホームページ』より.
- 30 介護保険研究会, 23頁.
- 31 ただし, 利用者があらかじめ市町村に届け出, 専門的見地から確認できた場合はこの限りではない(同第1号二)が, 利用者は専門家ではない場合が多いので非現実的である. こうした行為に関してとりわけ民間事業者によく見られた. 詳しくは, 佐橋克彦「改正介護保険制度における事業者への規制強化とその効果—準市場形成の観点から—」北海道社会福祉学会『北海道社会福祉研究』31号, 2011年, 23-35頁.
- 32 2010年8月23日, 第29回社会保障審議会介護保険部会資料.
- 33 2,729カ所中1,445ヶ所が社会福祉法人によるものであった. 同上資料.
- 34 老人福祉法により福祉事務所に設置が義務づけられている主事であり, 高齢者の生活一般のほか, 老人福祉施設への入所などの相談に応じ, 専門的技術を必要とする調査および指導などを行う専門の職員. 老人福祉法第7条.
- 35 厚生労働省『平成16年福祉事務所現況調査』2004年.
- 36 例えば, 生活保護を担当する査察指導員は1,937人, 現業員は10,299人である. 厚生労働省『平成21年福祉事務所現況調査』2009年.
- 37 国立社会保障・人口問題研究所「総人口等年次推移」, 社会保障統計年報データベースより.
- 38 内田貴『民法改正—契約のルールが百年ぶりに変わる』筑摩書房, 2011年, 19-20頁.
- 39 横山寿一『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社, 2003年, 111頁.
- 40 同上書, 112頁.
- 41 厚生労働省「平成22年度介護給付費実態調

- 査」, 2010年.
- 42 夜間対応型訪問介護, 認知症対応型通所介護, 小規模多機能型居宅介護, 認知症対応型共同生活介護, 地域密着型特定施設入居者生活介護, 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護, の6種類である.
- 43 介護予防認知症対応型通所介護, 介護予防小規模多機能型居宅介護, 介護予防認知症対応型共同生活介護, の3種類である.
- 44 総務省「平成22年度不交付団体の状況」, http://www.soumu.go.jp/main_content/000075077.pdf.
- 45 中村秀一「在宅福祉サービスの推進と老人保健福祉計画」『月刊福祉増刊号 福祉改革Ⅲ』1991年10月号, 全国社会福祉協議会. なお, 氏は現在内閣官房社会保障改革担当室室長の要職にある.
- 46 メアリー・リッチモンド=小松源助訳『ソーシャル・ケース・ワークとは何か』中央法規, 1995年, 57頁.
- 47 財政構造改革のほか, 金融構造改革, 行政構造改革, 教育構造改革などがあった.
- 48 石弘光『財政構造改革白書』東洋経済新報社, 1996年, 58-59頁.
- 49 当然第2歩, 第3歩があった. 年金改革, 医療保険改革である.
- 50 炭谷茂『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, 2003年, 14-19頁.
- 51 池田省三『介護保険論 福祉の解体と再生』中央法規, 2011年, 2頁.
- 52 同上.
- 53 同上書, 39頁.
- 54 同上書, 368頁.
- 55 同上書, 369頁.
- 56 竹内章郎「はじめに」竹内章郎・中西新太郎・後藤道夫・小池直人・吉崎祥司『平等主義が福祉をすくう』青木書店, 2006年, x頁.
- 57 同上.
- 58 同上.
- 59 松井二郎『社会福祉理論の再検討』ミネルヴァ書房, 1992年, 45-49頁.
- 60 ミルトン・メイヤロフ=田村真・向野宣之訳『ケアの本質』ゆみる出版, 2003年, 156頁.
- 61 同上書, 156-157頁.
- 62 LeGrand & Bartlett., op. cit., p.19
- 63 総務省統計局「高齢無職世帯の実収入および実支出の推移」『家計調査』2010年.
- 64 松井二郎, 前掲書, 49-52頁.
- 65 高橋昌一郎『理性の限界』講談社, 2008年, 27-108頁.
- 66 わが国の短期・長期の国債残高は1000兆円を突破した. もちろんこれらの償還も考えなければならない. 日本経済新聞, 2011年10月22日付.
- 67 日本経済新聞, 2011年8月31日付.
- 68 多国籍大企業では研究開発減税と外国税額控除などの優遇措置がある. それらによりトヨタ自動車は30.1%, ホンダ技研興業は24.5%, パナソニックが17.6%, ソニーが12.9%が実質的な税負担であるという. 「しんぶん赤旗」2010年6月24日付.

[Abstract]

The Limitation of Choice and Client-Oriented Principle in the Elderly Care Insurance System in Japan : From the Perspective of Quasi-Market Theory

Katsuhiko SAHASHI

This article examines the limitation of the choice and the client-centered principle of the Elderly Care Insurance System (ECIS) in Japan from the perspective of the Quasi-market theory. The following conclusions are reached. First, the ECIS was created for financial reasons. Second, there is a strong relationships the income level of clients and the type of care services they use. Third, care managers do not maintain neutrality from the service providers to which they belong. In addition, the client-centered principle of the ECIS is just an ideology of neo-liberalism theory, and along with this the independence of the individual is emphasized. In order to transform the ECIS to a quasi-market will require a large budget, but this money should be raised by a corporate tax rather than an increase in the consumption tax. Finally, although it is important to consider how the ECIS provides care to individuals, it is also important to consider how the ECIS serves society as a whole.