

岩淵〔1999〕でとりあげられた、高知県の鏡村の例をみる。鏡村は、1998年の高知県の試算によると、保険料は6,100円となった。鏡村は、後期高齢者が前期高齢者とほぼ同数であり、高齢者に占める後期高齢者の割合が非常に高い（約50%）。また、介護保険の対象となる要介護・要支援者は90人近くで、うち約40人が療養型病床群などの病院に入院しており、10人あまりが施設に入所し、在宅は30人あまりで、医療・施設サービスの比重が高い。まさに、鏡村は、保険料が高くなる条件を満たしている。

次に、都道府県平均値（加重平均値）でみた場合の保険料をみる。ここでは、保険料を決定する要因であるサービス基盤と要介護発現率にも着目し、それらの指標と保険料の比較を試みる。なお、より厳密には、市町村単位でみる方が現実的である。あくまでもここは、それら個々の市町村を構成する都道府県の平均の姿としてみていただきたい。

都道府県別の保険料は、残念ながら全ての都道府県のデータは得られない。ここでは、都道府県が公に発表した値や日本経済新聞の調査によるデータを用いた。

サービス基盤の状況は、直近の「平成9年版老人保健福祉マップ」（財団法人長寿社会開発センター）で把握する。厚生省〔1999〕では、上記の資料を用いて、在宅福祉サービス3種の利用状況と特別養護老人ホームの定員率を都道府県別に示している。そして、在宅サービスの利用状況が全国平均以下で、特別養護老人ホームの定員率が全国平均以上のところには、「在宅サービスと施設サービスとの均衡がとれていない（施設サービスは全国平均以上であるが、在宅サービスは全国平均以下）」ということが示唆され、在宅サービスの一層の充実が望まれる」と指摘している。この指摘の背景には、同書でも指摘する、高齢者の多くが住み慣れた家庭や地域で生活を送ることを願う、といった高齢者自身の効用に加え、高齢者福祉政策の基本方針である在宅重視の徹底や、低コストである在宅サービスの充実による財政負担の軽減があると思われる。

ここでは、サービス基盤を全国平均で二分するという厚生省の方法を踏襲し、在宅サービスと施設サービスのサービス基盤が、全国平均を上回れば「高在宅・高施設型」と呼び、その反対に、両方のサービス基盤が全国平均を下回れば「低在宅・低施設型」と呼ぶ。さらには、在宅サービスのサービス基盤は平均を上回るが、施設サービスの基盤が平均を下回っている場合には「高在宅・低施設型」と呼び、在宅サービスのサービス基盤は平均を下回っているが、施設サービスの基盤が平均を上回っている場合を「低在宅・高施設型」と呼ぶ。

一方、要介護発現率であるが、矢口〔1999,3〕では、2000年における要介護者数を推

計している<sup>9</sup>。この値と、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成9年5月推計）」で得られる2000年の高齢者数の推計値を用いて、2000年の要介護発現率（要介護者数／高齢者数）を求める。そして、全国平均で二分して、要介護発現率が高ければ「高要介護発現率」と呼び、それが低ければ「低要介護発現率」と呼ぶ。2000年の要介護発現率は、以下のとおりである（図表4）。

図表4 2000年における高齢者に占める要介護者の割合

| 都道府県 | 割合    | 順位 | 都道府県 | 割合    | 順位 |
|------|-------|----|------|-------|----|
| 北海道  | 12.15 | 39 | 滋賀   | 12.63 | 27 |
| 青森   | 11.99 | 42 | 京都   | 12.92 | 18 |
| 岩手   | 12.32 | 35 | 大阪   | 11.73 | 46 |
| 宮城   | 12.15 | 40 | 兵庫   | 12.27 | 37 |
| 秋田   | 12.27 | 38 | 奈良   | 12.42 | 34 |
| 山形   | 12.61 | 28 | 和歌山  | 12.68 | 25 |
| 福島   | 12.48 | 32 | 鳥取   | 13.36 | 4  |
| 茨城   | 12.59 | 30 | 島根   | 13.43 | 1  |
| 栃木   | 12.44 | 33 | 岡山   | 13.16 | 9  |
| 群馬   | 12.66 | 26 | 広島   | 13.12 | 12 |
| 埼玉   | 11.67 | 47 | 山口   | 13.13 | 11 |
| 千葉   | 11.97 | 43 | 徳島   | 13.05 | 17 |
| 東京   | 12.07 | 41 | 香川   | 13.11 | 13 |
| 神奈川  | 11.79 | 45 | 愛媛   | 12.91 | 19 |
| 新潟   | 12.88 | 20 | 高知   | 13.41 | 2  |
| 富山   | 13.06 | 16 | 福岡   | 12.71 | 24 |
| 石川   | 13.14 | 10 | 佐賀   | 13.08 | 15 |
| 福井   | 13.17 | 8  | 長崎   | 12.83 | 22 |
| 山梨   | 13.32 | 5  | 熊本   | 13.23 | 6  |
| 長野   | 13.19 | 7  | 大分   | 12.80 | 23 |
| 岐阜   | 12.32 | 36 | 宮崎   | 12.84 | 21 |

<sup>9</sup>同書では、都道府県ごとの要介護発現率は一定と仮定している。したがって、高齢者に占める後期高齢者の割合が高いところが、後述するところの「高要介護発現率」としてそのまま分類される。

|    |       |    |     |       |    |
|----|-------|----|-----|-------|----|
| 静岡 | 12.60 | 29 | 鹿児島 | 13.10 | 14 |
| 愛知 | 11.97 | 44 | 沖縄  | 13.40 | 3  |
| 三重 | 12.58 | 31 | 全国  | 12.57 |    |

単位：％

注：小数点第3位を四捨五入

資料：矢口〔1999.3〕と国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口-平成9年5月推計」を用いて作成

これをみると、全国の高齢者に占める要介護者の割合は12.57％である。割合が高い都道府県は、高い方から、島根県（13.43％）、高知県（13.41％）、沖縄県（13.40％）、鳥取県（13.36％）、山梨県（13.32％）であり、西日本で割合が高い。一方割合が低い都道府県は、埼玉県（11.67％）、大阪府（11.73％）神奈川県（11.79％）、愛知県（11.97％）、千葉県（11.97％）である。総じて、都市部の方の割合が低くなっており、全体的には西高東低の傾向がよみとれる。

先のサービス基盤と、今求めた要介護発現率も加味して都道府県別の保険料を示すと、それは以下のようなになる（図表5）。

図表5 都道府県別の第1号被保険者の保険料とサービス基盤及び要介護発現率

| 都道府県 | 保険料             | 要介護<br>発現率 | サービス<br>基盤 | 都道府県 | 保険料         | 要介護<br>発現率 | サービス<br>基盤 |
|------|-----------------|------------|------------|------|-------------|------------|------------|
| 高知   | 3,900           | *          | □          | 愛媛   | 2,871       | *          | ◆          |
| 宮崎   | 3,500程度         | *          | □          | 秋田   | 2,860       |            | □          |
| 徳島   | 3,300           | *          | □          | 岩手   | 2,822       |            | □          |
| 福岡   | 3,300程度         | *          | ◇          | 岡山   | 2,800       | *          | ◇          |
| 青森   | 3,271           |            | □          | 新潟   | 約2,800      | *          | ◆          |
| 北海道  | 3,202           |            | ◇          | 兵庫   | 2,799       |            | ◆          |
| 大分   | 3,176           | *          | □          | 滋賀   | 2,500～3,000 | *          | ◆          |
| 香川   | 3,100           | *          | □          | 千葉   | 2,727       |            | ■          |
| 佐賀   | 3,080程度         | *          | □          | 奈良   | 2,700       |            | ◇          |
| 島根   | 3,000を少し上<br>回る | *          | □          | 群馬   | 2,700台      | *          | ■          |
| 大阪   | 3,036           |            | ■          | 埼玉   | 2,682       |            | ■          |

|     |         |   |   |                   |         |   |   |
|-----|---------|---|---|-------------------|---------|---|---|
| 広島  | 2,938   | * | □ | 愛知                | 2,650   |   | ■ |
| 東京  | 2,928   |   | ◇ | 京都                | 2,600程度 | * | ◆ |
| 和歌山 | 2,923   | * | □ | 三重                | 2,576   | * | ■ |
| 神奈川 | 2,905   |   | ◆ | 福島                | 2,520   |   | ■ |
| 静岡  | 2,900   | * | ■ | 山形                | 2,481   | * | □ |
| 鳥取  | 2,900程度 | * | □ | 栃木                | 2,442   |   | ■ |
|     |         |   |   | 岐阜                | 2,432   |   | ■ |
|     |         |   |   | 長野                | 2,404   | * | □ |
|     |         |   |   | 宮城                | 2,357   |   | ◆ |
|     |         |   |   | 茨城                | 2,356   | * | ■ |
|     |         |   |   | 山梨                | 2,325   | * | ■ |
|     |         |   |   | 全国平均 2,885(市町村平均) |         |   |   |

注1：栃木、群馬、新潟、山梨、滋賀、岐阜、京都、鳥取、島根、岡山、高知、福岡、佐賀、大分、宮崎の各県は、日本経済新聞の調査による値である。なお、鳥取は県内17市町村の数値、徳島は1999年1月時点での試算、高知は県議会で公表した金額である。

注2：要介護発現率の欄の\*印は、その値が全国平均の要介護発現率（12.57）よりも高いこと（高要介護発現率）をあらわしている。

注3：サービス基盤の欄の各マークは以下のことを示している。

□：高在宅・高施設、◇：低在宅・高施設

◆：高在宅・低施設、■：低在宅・低施設

資料：各種資料を用いてライフデザイン研究所作成

図表5では、おおまかにみて保険料が高い順に都道府県をならべている。図の左側には、市町村平均の保険料よりも高いところを、右側には市町村平均の保険料よりも低いところをならべている。

先に、サービス基盤が充実していたり、その内訳が施設サービスに偏っていれば、保険料が高くなる傾向があることをみた。さらには、要介護発現率が高ければ保険料が高くなる傾向があることもみた。この点をふまえると、□で示した「高在宅・高施設」と、◇で

示した「低在宅・高施設」ほど保険料が高くなり、\*で示した「高要介護発現率」の場合にも保険料が高くなる傾向があるといえる。実際、図表5をみると、図表の左側にある保険料が平均よりも高い都道府県ほど、それらのマークは目立つ。後述する4県を除き、保険料の高低は、サービス基盤か要介護発現率にその原因が求められる結果となっている。特に、上位3県は、いずれも「高在宅・高施設型」で要介護発現率が高いところである。そのうち、高知県と徳島県は、療養型病床群の整備率もかなり高い水準にあり、医療の要因も保険料の高額化に影響を与えていると思われる<sup>10</sup>。

ただし、サービス基盤と要介護発現率では説明できないところとしては、大阪府、神奈川県、山形県、長野県がある。中でも長野県の保険料の低さは目をひく。実際、吉村知事は、「市町村などの在宅介護重視の姿勢が表れているとともに、療養型病床群の利用が全国に比べ少ないことを反映している」（日本経済新聞、地方経済面、1999年7月27日付より）というコメントを発表している。在宅重視の姿勢が保険料の低額化につながったことも確かであるが<sup>11</sup>、さらなる要因として、医事評論家の水野肇氏も指摘する積極的な保健活動もその理由としてあげられよう<sup>12</sup>。積極的な保健活動は、老人医療費の少なさを説明する一つの要因としてあげているが、この保健活動を通じ、日頃から健康に対する高い意識が形成され、結果として、要介護発現率にもいい影響を与えているよう思われる。

医療も含め、保健と福祉の連携が重要なことは従来から言われているが、この長野県の例は、それを改めて再認識させられると思われる。

## （2）サービス給付について

まず始めに、介護保険法の対象となるサービスについてみる。給付対象サービス及び民

---

<sup>10</sup> 直近の「平成9年版老人保健福祉マップ」で得られる、1998年1月1日現在での開設許可を受けている療養型病床群の病床数は、全国では、65歳以上人口10万人当たり368.6個である。しかし、高知県は1,522.7個（全国1位）で、徳島県は1,118.1個（全国3位）であり、病床数は多い。

<sup>11</sup> 脚注10と同様のくくりで見た場合、長野県の65歳以上人口10万人当たりの療養型病床数は13.0.3個（全国45位）である。また、山形県は97.5個で一番少ない。このことは、同県の保険料の低額化に影響を与えていると思われる。

<sup>12</sup> 詳しくは、水野〔1997〕を参照されたい。

間営利主体の参入の是非は、以下のとおりである（図表6）。

図表6 介護保険法の給付対象サービス

| 居宅サービス                          |                 | 施設サービス                  |           |
|---------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------|
| サービス名                           | 民間営利主体の参入       | サービス名                   | 民間営利主体の参入 |
| 訪問介護（ホームヘルプサービス）                | ○               | 介護療養型医療施設               | ×         |
| 訪問入浴                            | ○               | 介護老人保健施設                | ×         |
| 訪問看護                            | ○               | 介護老人福祉施設（特別<br>養護老人ホーム） | ×         |
| 訪問リハビリテーション                     | ×               |                         |           |
| 居宅療養管理指導<br>（医師等による管理・指導）       | ○ <sup>1)</sup> |                         |           |
| 通所介護（デイサービス）                    | ○               |                         |           |
| 通所リハビリテーション<br>（医療機関でのデイケア）     | ×               |                         |           |
| 短期入所生活介護（ショートステイ）               | ○               |                         |           |
| 短期入所療養介護（ショートステイ）               | ×               |                         |           |
| 痴呆対応型共同生活介護（痴呆性老人グループホームにおける介護） | ○               |                         |           |
| 特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム等における介護）     | ○               |                         |           |
| 福祉用具の貸与及び購入費の支給                 | ○               |                         |           |
| 介護サービス計画（ケアプラン）の作成              | ○               |                         |           |

1) 民間営利主体は薬局による居宅療養管理指導のみ可能である。

2) 上記の他、居宅サービスとして、手すりの設置や段差の解消等を目的とした住宅改修費の支給がある。

資料：厚生省資料や日経ヘルスケア等を用いてライフデザイン研究所作成

給付対象サービスは、居宅（在宅）サービスで12種、施設サービスで3種の計15種である。民間営利主体の参入は、施設サービスが全て認められておらず、居宅サービスでは、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護で認められていない（一部、居宅療養管理指導も認められていない）。つまり、医療及びリハビリ等、医療の周辺分野に該当するサービスへの民間営利主体の参入は認められていない。このように、介護サービスを個々でみていくと、主体によっては供給できないサービスがあることがわかる。次に、これら介護サービスの性質に着目し、その視点から規範的に考え、サービス

の望ましい供給主体に関する分析を行う。

介護サービスは、「準公共財 (quasi public goods)」であるといわれる<sup>13</sup>。それは、サービスから得られる便益はサービスの対象者である要介護者だけでなく、要介護者の家族等周りにいる人々にも波及するというような、集団的な消費が可能という性質にもとづいている。この集団的な消費という性質を極限まで進めた場合は、すべての国民があまねく等量のサービスを消費可能ということになる。その具体的なものは、地球環境、国防、司法等があり、それらは、「純粋公共財」と呼ばれる。

一方で、介護サービスは、通常の商品やサービスと同様に消費者から対価を受け取ることが物理的に可能であり、対価を支払わない人の排除が可能である。つまり、「排除性」が存在する。この「排除性」と、先に示した集団的な消費という性質から介護サービスは準公共財ととらえることができるので、その見方からすれば、家族介護は、家族による準公共財の自発的な供給ととらえることができる。

経済学的な視点に限らず、多くの専門的な文献では、介護サービスを準公共財としてとらえるか、消費すること自体に価値があり、その消費に対して政府は干渉的 (パターナリストリック) な行動をとっても構わないという「価値財 (merit goods)」としてとらえる。実際、介護保険の給付方法では、現金給付と現物給付の間で議論が起こったが、経済学的につきつめて考えると、より少ない費用でより高い便益を消費者に与えるという効率性の基準でみる限り、消費に関する選択の幅を広げる現金給付の方が効率的であることは明らかである<sup>14</sup>。

ただ、介護保険を現金給付にすると、給付によって得た現金がサービスの購入に費やされる保証はなくなる。場合によっては、健康を害するものに費やされることも考えられ、介護給付が無駄に浪費される可能性を否定できない。その結果、一定の費用のもと、介護サービスからの便益をなるべく多くするという「有効性」の基準からは、現金給付が必ずしも有効であるとはいえなくなる。また、現金給付を実行すれば、家族介護が旧態依然と

---

13 より詳しい経済学的な説明は、加藤・丸尾編著 [1998] に収められている筆者執筆の第4章を参照されたい。なお、駒村 [1999] は、介護サービスを価値財的性質をもった財としてとらえている。

14 詳しくは、公共経済学の文献を参照されたい。公共経済学の基礎的なものとしては、山田 [1982] がある。

残ることになり、介護保険の理念である「介護の社会化」は達成できなくなるかもしれない。その点では、介護サービスは価値財的な性質をもったものである。

しかし、より厳密に、また少なくとも本稿の立場からみれば、介護サービスを「準公共財」や「価値財」としてとらえるのでは十分でない。介護サービスは「地方公共財(local public goods)」としてとらえるべきであり、価値財的な性格を強調すれば、価値財的な性質をもった地方公共財としてとらえるべきである。なお、地方公共財とは準公共財の一種であり、その財・サービスの便益が一定の範囲や地域にしか及ばないものをいう。

介護保険法下では、保険者は基礎自治体であり、一部の広域連合を除けば、要介護者は自分の住んでいる基礎自治体で要介護認定を受け、そしてサービス提供を受ける。さらに、65歳以上の第1号被保険者であれば、その被保険者の住んでいる基礎自治体によって定められた保険料を支払うことになり、サービスの給付と負担という点で見れば、介護サービスの地方公共財としての性格は如実にあらわれる。それであるから、一部の高齢者は高いサービス水準を求め、居住の移動を行うのであり、サービス基盤が充実していない地域に住んでいる要介護者の移動を、しばし「介護難民」と呼ぶのである。そして、その次に問題になるのは、地方公共財の供給のしかたである。

次章では、どのような方法で地方公共財である介護サービスを供給するのが最適なのか、そして、どの主体が供給すれば最適になるかをみることにする。

## 5. 介護サービスの供給方法と供給主体について

### (1) 介護サービスの供給方法

地方公共財である介護サービスの供給方法を考えるには、最初に、中央政府による一元的な供給と地方政府(自治体)による独自供給の比較を試みる。

供給のしかたの是非を問う場合には、是非の基準(価値基準)が必要である。ここでの基準は効率性で考える。実際、介護保険の精神からしても、効率性は特に尊重される基準だからである。なお、ここでいう効率性とは、前述したように、より少ない費用でより高い便益を消費者に与えるということである。

まず便益、つまり消費者の嗜好であるが、そもそもサービスに対する嗜好は、諸個人で様々なことはいうまでもない。その嗜好を形成する要因も様々であり、サービスの性質、その個人の肉体的な特徴、その個人の思想や価値観、さらにはその個人が住んでいる環境

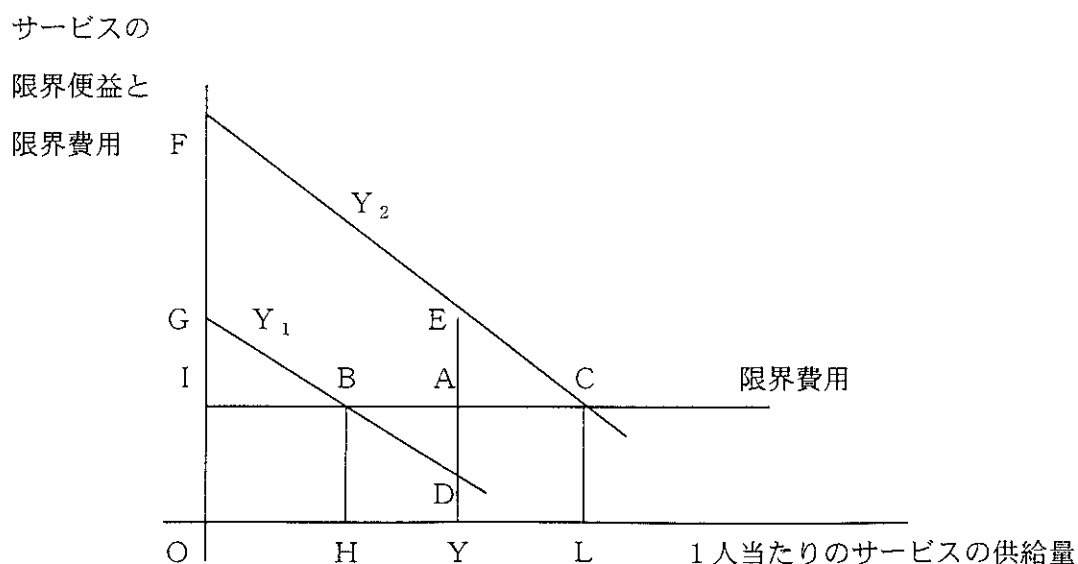


にも影響されると考えられる。したがって、その嗜好の度合いは、全国どの地域をとっても全く同一ということではなく、各地域によって違うと考えるのが自然であるように思える。

この点を重視すれば、中央政府による一元的な供給よりも、地方政府による供給の方が優れているといえよう。なぜなら、地域の嗜好はその地方政府の方が、中央政府よりは知っていると考えられるからである。そして、中央政府と地方政府で供給に要する費用が同一であれば、それは明らかに地方政府による独自の供給の方が効率的である。また、効率性の差は、そのサービスに対する嗜好の地域差が顕著であればあるほど開く。さらには、必需品として認識されるサービスよりは奢侈品として認識されるそれの方が、効率性の差は開く。なぜなら、奢侈品的なサービスの方が諸個人の求める量のばらつきが大きく、中央政府が各地方政府に何らかの単位による同一の量を供給したとしても、各地域の消費者はその量を多いと感じたり、少ないと感じたりする程度の差は大きいからである。これらのことを、経済学的な図形分析を用いて考察する。

ここでは、単純化のため地域は2つとし、それぞれ「地域1」、「地域2」とする。そして、2つの地域ではサービスの選好の度合いに差があり、地域2の方がサービスの選好度合いが高いとする。そのような状況下を図示すると、以下のようなになる（図表7）

図表7 サービス供給と効率性



ここで、縦軸はサービスの限界便益と限界費用を示している。主観的な満足感である便益と客観的な指標である費用が同一の軸に並んでいるのには違和感が感じるかもしれない。ここでは、便益が費用と同様に金銭単位で測定できるということを仮定している。

$Y_1$ は地域1の限界便益を示しており、 $Y_2$ は地域2のそれを示している。限界便益とは、サービス供給量が限界的に1単位増加したときの便益の増加分であり、サービス供給量が増加すればするほど低下すると考えられる。なぜなら、最初のサービス1単位の方が、その次のサービス1単位よりも希少性が高いからである。したがって、限界便益曲線は右下がりに描ける。地域2の方がサービスの選好度合いが高いのであるから、地域2の限界便益曲線は地域1のそれよりも上方にある。

限界費用とは、サービス供給量が限界的に1単位増加したときの費用の増加分である。これは、中央政府が一元的に供給しても、各地方政府が独自供給しても一定であると仮定する。したがって、限界費用はO Iの水準で一定となる。

この場合、両地域の最適なサービス供給量は、それぞれの地域の限界便益と限界費用が同じになる水準である。したがって、地方1の最適供給量はHであり、地方2のそれはLとなる。そして、便益から費用を引いた純便益は、地方1は $\triangle G B I$ 、地方2は $\triangle F C I$ である。

地方政府が独自でサービス供給を行えば、それぞれの地域で上記に示した純便益を達成することができる。しかし、中央政府が一元的にYという量を供給する場合はどうであろうか。その場合、地域1ではサービス量が多すぎて、地域2では少なすぎてしまう。その結果、純便益はそれぞれ $\triangle A B D$ 、 $\triangle A C E$ だけ小さくなる。この部分は「効率ロス」と呼ばれる。したがって、中央政府が一元的にサービスを供給するよりも、各地方政府が独自に供給した方の効率性が高いことがわかる。これは、W.E. オーツの「地方分権定理」のエッセンスである。

そして、中央政府が一元的に供給した場合の効率ロスを含めた純便益は、両地域の限界便益曲線が離れるほど、両地域で小さくなることがわかる。これは、地域間でサービスの選好の差が大きいほど、中央政府による一元的な供給が非効率であることを示している。さらには、両地域の限界便益曲線の傾きが緩やかになるほど、純便益は両地域で小さくなることもわかる。限界便益曲線が緩やかになるということは、そのサービスが奢侈品的であることを示しており、奢侈品的なサービスほど、中央政府による一元的な供給が非効率であることがわかる。なお、上記の分析を裏返せば、地域間での選好の差があまりなく、

サービスが必需品的であれば、中央政府による一元的な供給の非効率性は緩和されることもわかる。

仮に、中央政府が一元的に供給する場合の方が、地方政府が独自に供給する場合よりも費用が節約できる場合はどうであろうか。このことは、サービス供給に対して、費用節約的な規模の効果が働くことを考えている。この場合は、中央政府による一元的な供給の非効率性は緩和される。サービスの嗜好に対する地域差が小さく、かつサービスが必需品的である場合には、かえって効率的にさえなるかもしれない。戦後まもなくの生活困窮状態下での、必要最低限の生活保護サービスの供給は、中央政府による一元的な供給が理にかなっていた。

しかし、中央政府による一元的な供給では、大規模であるがゆえの管理費用もかかってしまう。さらには、ライベンシュタインが提唱する「X非効率性」のような、大規模組織の歪みやたるみが生じるかもしれない。これらの点は、費用を押し上げる要因で、規模の効果による費用の節約を打ち消すものであり、無視できない要因である。したがって、中央政府による一元的な供給によって、画期的なほど費用が低下するとは考えられず、地方政府による独自供給の方が効率的あるといえよう。特に、介護サービスはもはや生活保護的なものではなく、生活支援サービスと位置づけられる。また、各地域の地理的条件等の違いを考慮すれば、地域間での嗜好の差は大きいと考えられ、その点からも地方政府による独自供給の方が効率的であるといえる。

次に、さらに一步ふみこんで、中央政府が各地域の嗜好を調査し、地域の嗜好に合わせて供給量を変えるように図った場合はどうであろうか。しかし、それでもやはり地方政府の方が、その地域に根差しているということからも地域の嗜好を把握しており、地方政府による供給の方が優れていると考えられる。つまり、地域のニーズはその地域一番がよく知っているということである。ここで、注意が必要なのは、地方政府、具体的には基礎自治体はその地域のサービスの嗜好を完全に知っていることを主張するものではないということである。むしろ、地方政府の方が中央政府よりは知っているという意味での相対的な優位性を認めるにすぎないということである。

本来、個人のサービスの嗜好というのは、人間の奥底にあるものであり、容易に顕在化するものではない。それは、F.A.ハイエクのいう「場の情報」にも相当するものであり、局所的で断片的なものである。その意味では、地方政府と中央政府の差は、たいしたものではないのかもしれない。しかし、それでも地方政府の優位性を認める方が妥当であると

思われる。また、このことは、地方分権を進めることが重要であるという主張を裏付けるものでもある。

本節では、供給方法について議論し、地方政府による独自供給の方に優位性をあげた。そして、さらなる問題は、介護サービスの供給主体はどこかということである。

## (2) 介護サービスの供給主体

前章でみたように、介護サービスは地方公共財である。地方公共財は準公共財の一種であるから、介護サービスの最適供給主体を論ずるには、準公共財の最適供給主体を検討しなければならない。しかし、準公共財の最適な供給主体は理論的に確定しない。ここに、最適供給主体を論ずる難しさがある。なぜ、確定しないかというと、準公共財は、純粋公共財と通常の商品やサービスであるところの「私的財」との中間的な性質をもつからである。

理論的にも、また実際的にも、純粋公共財であれば行政が供給するのがよく、私的財であれば民間営利主体が供給する方がよいことはわかっている。しかし、準公共財であれば、行政が供給しても民間営利主体が供給してもそれぞれ固有の失敗が生じてしまう。これらは、専門的には「政府の失敗」「市場の失敗」と呼ばれる。前者は、行政が消費者のニーズを適切に把握することが難しいことや、行政組織特有のゆがみやたるみその根拠にしている。一方、後者は民間営利主体であれば、自己の利潤しか意識しないので、社会的に最適な供給量よりも過少にしか供給されないことをあらわしている。

このように、行政も民間営利主体もそれぞれ固有の失敗が生じており、どちらが供給主体になればよいかは理論的には確定しない。一方では、H.B.ハンズマンが指摘する「契約の失敗」の論によれば、民間非営利主体こそが最適な供給主体であることが導ける。契約の失敗とは、以下に示す理論である。

### (契約の失敗)

契約の失敗とは、「ある準公共財の品質についての情報が、需要者よりも供給者の方に偏っていれば、供給者の営利的な行動は、ある準公共財の取引量を経済効率上の最適水準以下に縮小させる」と定義される。

これは、供給者が需要者の情報不足を悪用し、利潤を増加させる可能性が否定できないから、需要はそうでない時に比べて過小になるということを示しており、需要者の営利供

給者に対する信頼の欠如が失敗を招くという意味である。ここで注意が必要なのは、何も営利供給者に責任があるということを一方的に主張しているのではなく、むしろ、需要者が営利供給者に抱く信頼が完全ではないということを問題にしている点である。その結果、需要者は準公共財に対して低い価格しか支払おうとしなくなるので、営利供給者の供給誘因が阻害され、準公共財の供給量は減少する。そして、「契約の失敗」の解決策として、H.B.ハンズマンは、「政府の失敗」をも考慮し、民間非営利主体の役割を重視した。

「契約の失敗」の理論がそのまま適用できるのは、介護サービスの中でも、身体への接触を多分に含んでいる身体介護の分野であろう。それは、身体介護には、医療ほどではないが、極めて技術的な知識が必要であり、需要者は供給者よりも品質の情報に関しては知識が不足していると考えられるからである。さらに、介護サービスは、これまで家族内で行われてきた行為を代替するものであり、被介護者の家族を依頼人（principal）とすれば、供給者は代理人（agent）という立場になる。依頼人である家族は、代理人である供給者がきちんとサービス行為を実行してくれるかということに多大な関心があり、代理人である供給者の行動には特に注意を払うであろう。これら2つの理由は、介護サービスの供給に対して、需要者の供給者への信頼という要素が多分に入りやすい状況にあることを示している。そのため、介護サービス、特に身体介護にかかわる分野では、契約の失敗が起こりやすいといえる。

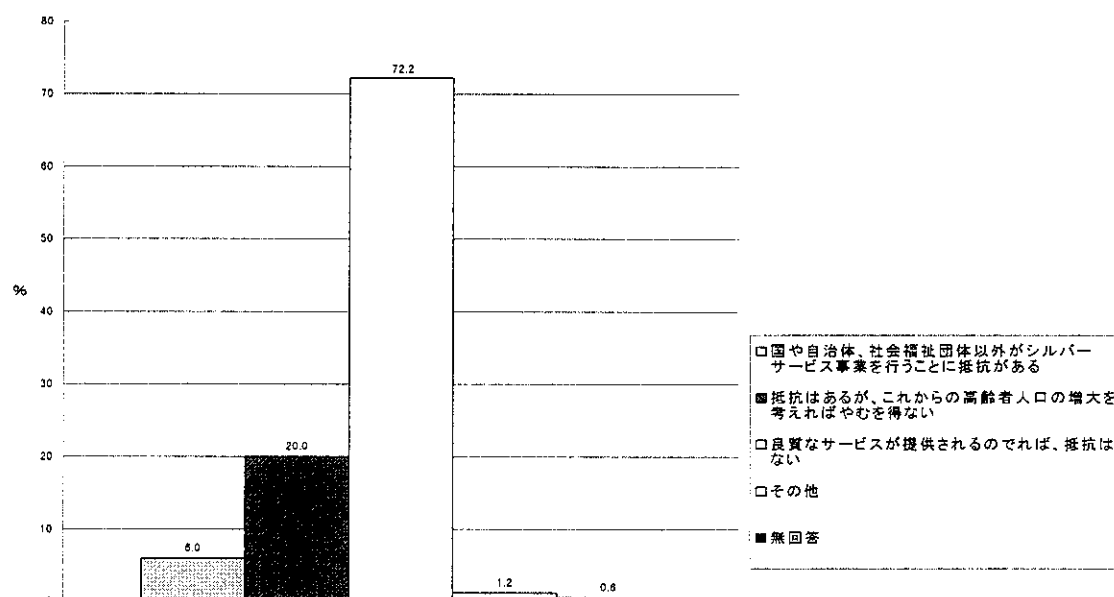
しかし、契約の失敗は、アメリカの例をもとにした理論であるので、そのまま我が国にも適用できるとは限らず、具体的な民間非営利主体について考える必要がある。

民間非営利主体には、行政の強い指示・監督を受ける社会福祉法人（社会福祉協議会も含む）もあれば、草の根的な住民参加型のNPOもある。また、介護保険法下では、農協や生協といった組織も供給主体になるであろう。民間非営利主体の中で、従来大きな供給シェアを占めていたのは、2、3章でもみたように社会福祉法人であった。しかし、社会福祉法人は会計報告等のディスクロージャーが不十分であり、実際、汚職事件も起きている。したがって、我が国の場合では、社会福祉法人に対し、消費者が十分な信頼を抱けるかどうかは疑問であり、民間営利主体との比較でも信頼に違いはうまれないと考えられる。また、農協や生協も非組合員の信頼を得られるかどうかは疑問が残る。さらには、近年注目されるころの住民参加型のNPOも、事業の継続性という点では、いまだ十分な信頼は勝ち得ていないように思われる。それらの点を考えれば、契約の失敗の理論をそのまま信じることはできない。むしろ、介護保険が施行され、サービス供給が始まってから、消

費者の信頼や評価が形成される。信頼や評価は、実際にサービスを受け、場合によっては比較してこそわかるのであり、先験的に決められるものではないからである。

したがって、先験的には民間非営利主体が最適な供給主体とはいえないので、行政や民間営利主体と同等に位置づけられるべきであろう。しかし問題は、従来の措置制度に対する慣れや、営利と福祉という一見矛盾する思想から起因する民間営利主体への抵抗感である。この抵抗感が存在すると、信頼や評価を形成するための前提であるサービス消費が、民間営利主体の場合には発生しないかもしれない。しかし、民間営利主体によるサービス供給に、消費者はあまり抵抗を感じていないことも確認されている（図表8）。

図表8 民間営利主体によるサービスへの抵抗感



注1：調査対象は20歳から69歳までの全国の男女で有効回収数は940名

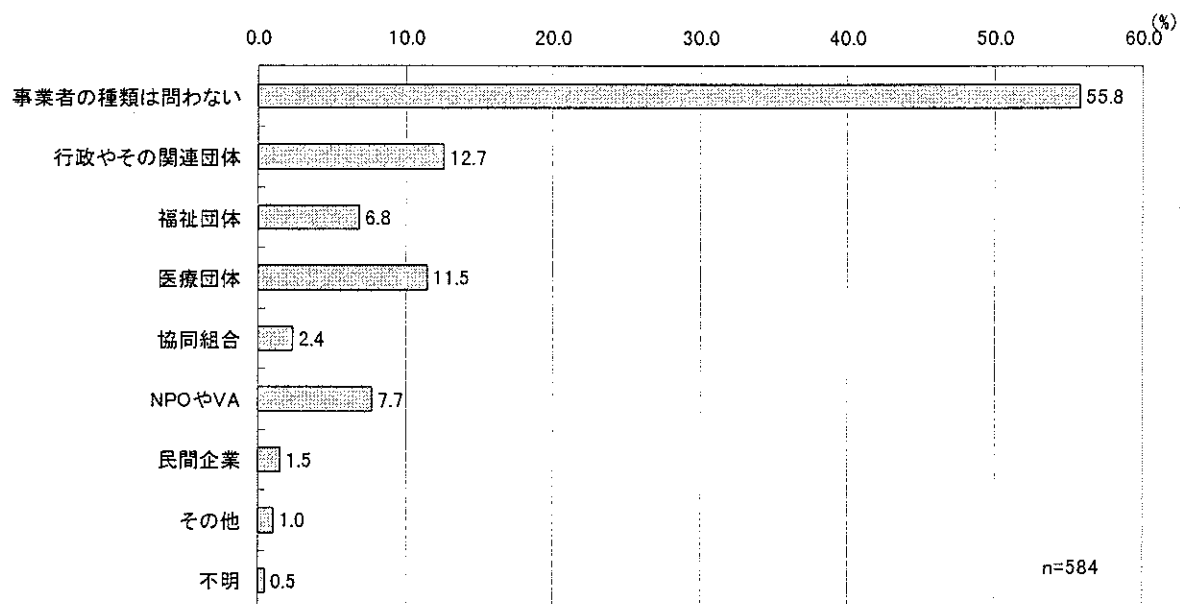
注2：調査実施時期は1998年5月

資料：ライフデザイン研究所より

また、望ましいサービス供給主体を尋ねた調査では、事業者の種類は問わない（55.8%）という回答が一番高く、行政やその関連団体（12.7%）、医療団体（11.5%）という回答が上位にあがった（図表9）。そして、民間企業をあげた回答は他の主体と比較すれば少なかった。このように、民間企業を強力に指示する傾向はないが、事業者の種類は問わないという意見が半数以上を占めているところからも、先験的に民間営利主体を排除するこ

とはできないであろう。また、民間営利主体が持つ事業性や創造性を十分に発揮しなければ、多様なサービスが供給されなくなり、それが消費者の選択の幅を狭め、消費者利益を損なうことにもなる。

図表9 在宅サービス分野での望ましい供給主体



注1：調査対象は20歳から69歳までの全国の男女で有効回収数は584名

注2：調査実施時期は1998年11月

資料：宮垣 [2000] より

ただ、民間営利主体は利潤を得るからこそ市場に参入する。そのため、山間部や僻地への供給は当面控えるであろう。実際、介護保険の報酬は、それらの地域には高めに設定されており、その点では非常に的を得た政策的配慮といえる。今後は、民間営利主体の参入をさらに促進する必要があるだろう。

なお、介護保険法下で民間営利主体の参入が認められていない特別養護老人ホームであるが、経済団体連合会や日本労働者団体総連合会等から、民間営利主体の参入に関する意見や要望が出ている。第3章でもみたように、特別養護老人ホームは要援護の基準が反映された第一種社会福祉事業であり、措置制度のもとにおかれていた。しかし、介護保険法施行後は、契約で入所する人と、措置制度の枠組みで入所する人もしくは入所しつづける人が混在することとなる。現行法のもとでは、措置制度で入所する人に対しては従来の主

体がサービス供給を担うことになるが、要援護の理念を重視すれば、従来の方で行うのも一方法ではあるし、現実的な方策かもしれない。

しかし、契約で入所する人に対しては、介護保険法の基本的な理念である多種多様な供給主体の選択を、在宅サービス同様に認めるべきであると思われる。その点では、契約で入所する人だけを介護する、民間営利主体の特別養護老人ホームを認めてもよいと思われる。これは、特別養護老人ホームでの介護は、従来から福祉の範疇にあるものであり、在宅と施設の違いはあるが、訪問介護サービス等と同様に、民間営利主体にも馴染みやすく、サービスの質に関する情報の非対称性も医療やリハビリを要する療養型病床群や老人保健施設と比較しても少ないということとも関係している。また、それは、社会福祉の供給サイドの改革を指向した、中央社会福祉審議会（中社審）による「社会福祉基礎構造改革」の基本理念である、「多様な主体の参入促進」にも順応するものである。

## 6. おわりに—介護保険の広域的な取り組みをふまえて—

最後に本研究の要約と今後の地域福祉のかぎとなる広域連合について簡単にふれ、本稿を終える。

第2章では、措置制度の歴史的変遷を地域の主体性と絡めてみた。

第3章では、措置制度下でのサービス基盤についてみた。ここでは、行政や行政による事業委託が供給の多くのシェアを占めていたことを確認した。また、事業委託は、社会福祉法人等の民間非営利主体へのものがその多くを占めた。また、措置制度には公費投入がなされており、それと地方交付税交付金等の地方財政制度が関係しあい、財政力の弱い地方では、財政力以上の介護サービスが供給できていたことも確認した。

第4章では、保険料とサービス給付の動向についてみた。ここでは、第1号被保険者の保険料を決定づける要因を分析し、サービス基盤の整備状況、特に療養型病床群を含んだ施設サービスと在宅サービスの内訳が重要になることをみた。平均的に同じような水準のサービス基盤でも、前者の方が後者と比較して充実していれば、その分保険料は高くなることをみた。さらには、要介護発現率が低いほど、介護費用が節約できるので、保険料が安くなることもみた。そして、都道府県別の保険料のデータを用いて、サービス基盤と要介護発現率との関係を分析した。そして、おおむね上記の要因と整合的であることを確認した。

サービス給付については、介護保険法の給付対象サービスは地方公共財や価値財的な性



質をもった地方公共財としてとらえるべきであることを主張した。そして、第5章では、地方公共財である介護サービスの供給方法と供給主体について規範的に検討した。

ここでは、中央政府による一元的な供給よりも地方政府による独自供給の優位性を主張した。それは、中央政府が各地域の嗜好を調査し、個別事情を考慮して供給する場合でもその優位性は変わらない。介護サービスの供給主体としては、準公共財の最適供給主体の議論や消費者の民間営利主体によるサービスへの抵抗感は少ないという意識調査の結果もふまえ、行政、民間非営利主体、民間営利主体の3主体が、同等の立場で供給することが求められることを主張した。また、従来から福祉の範疇にある介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に関しては、サービスの性質や社会福祉基礎構造改革の基本理念とも照らし合わせ、契約で入所する人だけを介護するという限定つきで、民間営利主体の特別養護老人ホームを認めるべきであることを主張した。

以上が本研究の要約であるが、地域福祉という視点からは、今多くの自治体で進められている広域的な取り組みへの示唆も重要である。厚生省の調査では、451 地域、2,506 市町村で何らかの広域的な取り組みが行われようとしている。全市町村数は 3,229 なので、実に 77.6%の割合となっている。その具体的な内訳は、機関の共同設置が 252 地域、一部事務組合が 155 地域、広域連合が 44 地域である。ただ、その内容は、要介護認定のみの広域化が最も多く、介護保険全般に対する広域化は、全体の1割程度である。

広域化のメリットとしては、事務負担の軽減、専門的な人材の確保、保険料の不均衡の是正を含む保険財政の安定化等が考えられる。しかし、広域化は、ある意味では寄り合い部隊であるため、個々の自治体の責任があいまいになったり、規模が大きくなることで要介護者との距離が遠くなり、きめ細かな対応にかけるというデメリットも抱えている。

また、大きなデメリットとして考えられるのは、介護保険に積極的に取り組んでいる自治体と取り組んでいない自治体が共同で行う場合には、その平均的なところに収斂し、自治体の独自性が十分に出ず、介護保険法の基本理念である地域の独自性が打ち消されてしまうことである。したがって、広域化はただ大きければいいというのではなく、適正な規模があると思われる。この適正な規模についての分析は、介護保険の施行実態を観察した上での、今後の研究課題としたい。

## 参考文献

- ・岩淵勝好「超少子高齢社会と介護保険」中央法規、1999年
- ・加藤寛・丸尾直美編著『福祉ミックス社会への挑戦』中央経済社、1998年
- ・北場勉「社会福祉法人制度の成立とその今日的意義—新しい福祉分野の出現とその担い手について—」季刊社会保障研究 Vol.35 No.3 Winter 1999
- ・駒村康平「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 Vol.35 No.3 Winter 1999
- ・厚生省『平成11年版厚生白書』ぎょうせい、1999年
- ・厚生省老人保健福祉局・介護保険制度施行準備室監修『介護保険制度の解説』社会保険研究所、1999年
- ・坂田期雄『市町村合併・広域連合事例集』ぎょうせい、1999年
- ・武智秀之『行政過程の制度分析』中央大学出版部、1996年
- ・長沼健一郎「介護保険料の地域格差—保険料はどのように算定されるのか—」ニッセイ基礎研 REPORT.1999.8、ニッセイ基礎研究所
- ・林宜嗣『地方財政』有斐閣、1999年
- ・丸尾直美「福祉供給における市場機能と福祉ミックス」季刊社会保障研究 Vol.32 No.2 Autumn 1996
- ・丸尾直美『市場指向の福祉改革』日本経済新聞社、1996年
- ・水野肇『医療・保険・福祉改革のヒント』中公新書、1997年
- ・宮垣元『在宅介護サービス分野における民間非営利組織の信頼メカニズム』ライフデザイン研究所研究報告書、2000年
- ・矢口和宏「都道府県別にみた高齢者保健福祉サービスの需給動向」LDI-REPORT 98'2、ライフデザイン研究所
- ・矢口和宏「2000年におけるホームヘルプサービスの基盤整備について」LDI-REPORT 99'3、ライフデザイン研究所
- ・矢口和宏「2000年における都道府県別にみた介護サービスの動向」公共選択の研究 第32号、1999年
- ・山田太門『公共経済学』日経文庫、1987年

*Economic and Social Policy  
Management:  
Towards Productive Welfare*

Edited by Naomi Maruo & Eskil Wadensjö

Life Design Institute

## Workshop

Welfare Policy and Labour Market Transformations of the Japanese  
and the Swedish Models for the 21<sup>st</sup> Century

Date:andTime: September 15, 1999, Wednesday

Place: Room2( Mimer) ,Aula Magna, Stockholm University

### Programme

- 10.00 A.M. Adress of welcome
- 10.05-10.50 Towards a Welfare Mix Society  
Professor Naomi Maruo, Nippon University
- 10.50-11.35 Gradual Retirement in Sweden  
Professor Eskil Wadensjö, Stockhlom University
- 11.35-12.15 Cultural Factors Behind Economic Decisions: The Case of Japan  
Dr. Lars Vargö, Ambassador
- 12.15-13.15 Lunch
- 13.15-14.00 Changing Labour Market Structures  
Professor Yasuhiko Nagayama, Tokai University
- 14.00-14.45 Wage Formation in the Kaleidoscopic Production System  
Professor Bengt Stymne , Stockholm School of Economics
- 14.45-15.00 Concluding discussion

### Workshop coordinator

Professor Carl le Grand, Swedish Institute for Social Research, Stockholm University

Tel. : 08 16 26 46 , Telfax: 08 15 46 70

This is a preliminary draft written as a part of the book results from the " Sweden - Japan Joint Study on Economic and Social Policy Management" The Joint Study is subsidized by the Ministry of Health and Welfare , and Univers Foundation of Japan. I welcome your comment on my paper.