

介護サービスにおける公と民の役割に関する経済分析

産業調査部 研究員 郷 一尚
kazuhisa. go. wh93@wharton. upenn. edu

<要旨>

1. 本稿の趣旨

本稿では、介護サービスにおける公と民の規範的な役割に関する考察を行う。供給面からは「誰（自治体・非営利団体・企業）が介護サービスを供給すべきか」、財政面からは「誰（公費・利用者）が介護費用を負担すべきか」といった命題に対する分析を試みる。

2. 日本の公民役割分担の定性分析

わが国における公民役割分担は、①供給面からは、公的部門と民間非営利部門が中心となっており、民間営利部門は参入規制や公費アクセスの制限等により、周辺の・補完的な地位に止まっている。②財政面（需要面・費用負担面）からは、公的サービスは大部分が公費、民間サービスは全額私費となっている。

3. 日本の公民役割分担の定量分析

供給・財政両面での公民の構成比を推計した。①供給面からは、施設介護サービス（以下、施設）では公的部門16%・非営利部門78%・営利部門6%、在宅介護サービス（以下、在宅）では同46%・47%・7%となり、非営利部門が大きく営利部門は小さい。②財政面からは、施設では公費95%・私費5%、在宅では公費90%・私費10%と、何れも公費負担が中心となっている。

4. 国際比較

日本と欧米諸国の公民構成比を比較した。①供給面からは、営利部門の構成比が、施設においては7ヶ国中最も小さく、在宅でも6ヶ国中2番目に小さい。②財政面からは、わが国の公費負担基準は、各国に比べ比較的寛容といえる。

5. 公民の役割（供給面）に関する考察

供給主体として、公民のどちらが優れているかを検証した。①費用に関しては、営利部門は利潤動機により効率性を高く（生産費用を低く）することができるが、監視や規制等の必要性から社会的な取引費用は高くなる。一方、公的（非営利）部門は、X非効率性により生産費用は高くなりがちだが、社会的な取引費用については低くて済む。②品質に関しては、営利部門は利潤動機によりコストの過剰削減→品質低下の懸念があるが、柔軟性・

多様性に優れる面もある。一方、公的部門は最低（標準）品質は恐らく保証されるが、品質向上インセンティブは働きにくい。既存の実証研究からは、生産費用に関する営利部門の優位性は確認されたが、取引費用や品質に関しては、公民どちらかの明確な優位性を実証するデータは得られなかった。

6. 公民の役割（財政面）に関する考察

財政面からは、市場の失敗の防止、外部性の存在、アクセスの公平性確保等の理由により、ナショナル・ミニマム部分に関しては公費負担が望ましい。ただしモラルハザードやただ乗りの除去、国庫負担の軽減などのために、所得・要介護度・サービス内容等に応じて適度な私費負担を導入すべきである。

7. 望ましい政策

以上より、次のような政策が望ましいと考えられる。すなわち、品質面での規制や監視体制を整備し、利用者には選択の自由を保証したうえで、公費負担によって成立した市場において、公的部門・非営利部門・民間部門などの多様な供給主体が、同一条件下で自由な競争を展開する。こうした政策により、財政面で公平性を確保しつつ、供給面で効率性を追求することができる。

8. 現行制度と公的介護保険制度の政策評価

7. の観点から、現行制度と公的介護保険制度を政策として評価した。現行制度は、①供給面からは、公民サービス間の価格差等により、公民間の公平な競争が実現していないことなどが問題だが、②財政面からは「大部分が公費負担、一部私費負担」という基本構造は評価できよう。公的介護保険制度は、①供給面からは、在宅においては公民間の競争条件（価格等）が同一化される点は評価できるが、施設においては参入規制などにより公民間の公平な競争は困難である点は改善の余地があろう。②財政面からは、需要創造効果などが高く評価できよう。

はじめに

介護サービス⁽¹⁾をはじめとする社会サービスにおいては、最近になって企業による供給の拡大、競争原理の導入、私費負担の導入・引上げ、民間保険⁽²⁾の普及など、公と民⁽³⁾の関係を巡る状況が世界的な規模で大きく変化している。またわが国では、公的介護保険の導入を目前に控え、社会保障は誰が提供すべきか、その費用は誰が負担すべきかといった議論が盛んになっている。

本稿は、こうした最近の状況変化や関心の高まりに応えるべく、介護サービスにおける公と民の規範的な役割に関し、政策論としての立場⁽⁴⁾から、主に経済学的ツールを用いつつ、科学的・客観的・多面的な考察を試みるものである。さらに具体的に言えば、供給面⁽⁵⁾においては「誰（公的部門、非営利部門、営利部門等）が介護サービスを供給するのが政策として最も望ましいのか⁽⁶⁾」という命題、また財政面⁽⁶⁾においては「誰（政府（税）、社会保険、民間保険、利用者等）が介護費用を負担するのが政策として最も望ましいのか」という命題に、それぞれ答えを出そうとするものである。

そのために本稿は、最初に内外の公民役割分担に関わる内外の現状を把握し、そこで得られたデータや認識などを基に、理論的・実証的な考察を展開するというステップを踏んでいる。本稿は4つの章から成るが、まずⅠ章ではわが国における公民役割分担の現状を概観し、公民の構成比の推計を試みた。続くⅡ章では海外における公民役割分担の現状を紹介し、国際間の比較を行った。こうして現状を把握した後、Ⅲ章では規範的な公と民の責任範囲について、理論分析、データ分析、ケース・スタディ等を用いて考察を進めた。最後のⅣ章では、前章までに得られた結論を踏まえ、現行制度および公的介護保険制度の政策評価を試みた。

なお本稿は、命題に係わる範囲の広さおよび深さ故に、今後の更なる研究を前提としたワーキング・ペーパーとしての性格が強い点をご理解頂ければ幸いである。

(1) 本稿では主に高齢者介護を想定している。

(2) 民間介護保険は個人の判断・個人の費用により加入し、積み立てるものであるから、「公費か私費か」という分類では、「私費」とするのが適当であろう。また本稿では「税か社会保険か」という議論は行っていない。社会保険料も強制徴収の国民負担という意味では税と同じであり、「公費か私費か」という議論の下では何れも「公」に含めて良いと考えるからである。

(3) 本論文集掲載の竹中平蔵教授論文「社会保障改革への視点」では、供給面を「官民」、財政面を「公私」として区別しているが、本稿ではいずれも「公民」という用語を用いている。

(4) なお社会福祉等の分野からは、理念的に「かく在るべき」という視点もあるであろうが、本稿はあくまでも政策論としての立場から議論を展開するものである。

(5) 本稿では全編を通じ、「供給面」と「財政面」（費用側・需要側）を明瞭に区別して議論している。その理由は、供給側と需要側では議論は本質的に異なるうえ、供給主体と財政負担者が同一でなければならない必然性はないからである。

(6) 本稿における議論の対象は、制度的（フォーマル）な介護サービスに限定し、インフォーマル部門（家族、友人、隣人等）の役割は、直接的には扱わない。本稿は「社会サービスにおける公民の分担」という視点から議論しているため、社会サービスの供給主体ではない家族、友人、隣人等に関する考察は本稿の趣旨を外れるからである。

I. わが国における公民役割分担の現状

1. 公民役割分担の定性的分析

本節では、本稿の議論の前提となる認識として、公民役割分担という視点から見たわが国の介護サービスの現状を簡単に概観する。

(1) 供給面

わが国の介護サービスでは、供給主体としては、大きく公的部門⁽⁷⁾、民間非営利部門、民間営利部門に分けられる。憲法25条②は「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」としている。これを受けて、わが国の介護サービスの供給は、量的には⁽⁸⁾社会福祉事業（公的サービス⁽⁹⁾）が中心となっている。

公的サービスは主に公的部門によって供給されるのはもちろんだが、社会福祉事業法第5条2等の措置委託により、社会福祉協議会（主に在宅介護サービス⁽¹⁰⁾）および社会福祉法人（主に施設介護サービス）によっても供給される。社会福祉法人⁽¹¹⁾は、法律上は「民」であるものの、実態としては「官と密接な関係にある」という指摘は数多くなされてきた⁽¹²⁾。確かに資産や運営費、顧客（利用者）の獲得等に関しては、施設整備費の4分の3と運営費の大部分が公費⁽¹³⁾によって支弁されたり、顧客も市町村の福祉事務所を通じて紹介されるなど、現在のところ「行政サービスの代行機関」的な面も否定し難いといえる。

こうしたなか営業部門によるサービスは、供給量としてもわずかで⁽⁸⁾、補完的・周辺的な位置付けに止まっている。営利部門が参入可能なのは、第一に相对契約・全額私費負担によるいわゆるシルバーサービスだが、公民サービス間の価格差により、現状では主に高所得者層対象となっている

⁽⁷⁾ 本稿における公的部門および民間部門の定義は次の通りである。公的部門＝国・都道府県・市町村等、非営利部門＝社会福祉法人・社会福祉協議会・医療法人・農業協同組合・生活協同組合等、営利部門＝企業、個人事業主等。なお民間部門は、営利部門と非営利部門の合計である。なお、以下本稿では、「民間（非）営利部門」の「民間」は省略している。

⁽⁸⁾ 量的な側面に関しては、I. 2に具体的な数値を紹介している。

⁽⁹⁾ わが国の社会福祉事業では供給主体と費用負担主体が必ずしも一致しないため、本章の分析では、公的部門と民間部門という区分ではなく、公的サービス（主に公費を財源とするサービス、法定サービス）と民間サービス（全額私費負担によるシルバーサービス、非法定サービス）という区分を用いている。

⁽¹⁰⁾ 本稿で「在宅介護サービス」と称する場合、在宅入浴サービス、食事宅配サービス、移送サービスなどの関連サービスも含めている。部分施設介護サービス（デイサービス・ショートステイ）は「在宅介護サービス」のカテゴリーに含めている。また「施設介護サービス」は「老人ホーム」とほぼ同義で用いている。

⁽¹¹⁾ 社会福祉協議会の大部分は社会福祉法人格を取得しているため、以下本稿では「社会福祉法人」と総称する。

⁽¹²⁾ たとえば「（行政と社会福祉法人間の契約は）一般の常識では考えられない片務的な契約関係であり、こうした仕組みそのものが、福祉をめぐる強大な官支配の温床になってきた」（西村(1997)、P. 173）、「社会福祉法人は、自前の資産、財源を有せず、その意味で民間団体としてのオートノミー（自立性）を確保できず、行政依存的になる」（三浦(1987)、P. 115）、「社会福祉法人という特別の公益法人を公の支配に属させ、それに対して措置費や施設整備費という公費を支出する現行社会福祉の仕組み」（堀(1987)、P. 145）など。

⁽¹³⁾ 本稿においては、公費は「税および社会保険」、私費は「公的サービスにおける利用者負担とシルバーサービスにおける自己負担の合計」と定義する。

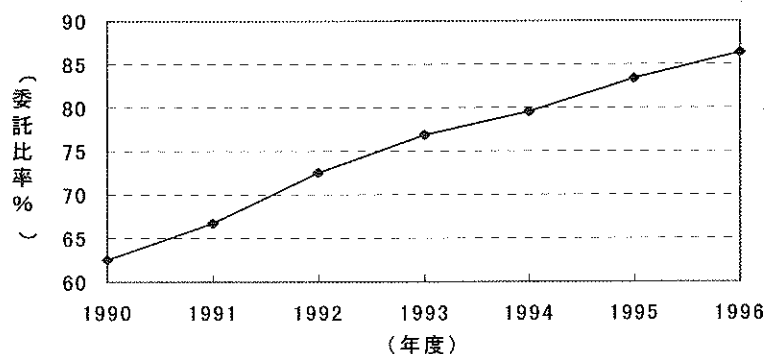
ため、需要量としては大きくはない。第二に、社会福祉事業法第5条2等による在宅介護サービスの措置委託が、89年からは企業にも開放されている。ただ公的受託の場合、現実には内容より価格重視であり、競争入札では業者間で価格を叩き合っているのが実情である。そのうえ単年度契約が多いため初期投資等の回収が難しく、事業者にとって採算的なメリットは少ない⁽¹⁴⁾。

表I-1 企業にとっての公的受託の割合

	(%)		
	あり	なし	無回答
在宅介護・ホームヘルプ	20.0	58.5	21.5
在宅入浴サービス	90.2	4.9	4.9
給食・食事宅配サービス	35.7	35.7	28.6
移送サービス	37.9	41.4	20.7
福祉機器製造	22.7	56.8	20.5
福祉機器レンタルサービス	48.1	31.8	20.1
有料老人ホーム	9.2	75.5	15.3
ショートステイ・デイサービス	29.4	52.9	17.7
要員育成サービス	25.0	41.7	33.3
住宅リフォームサービス	30.3	39.4	30.3
緊急通報サービス	70.0	30.0	0.0
金融・保険関連サービス	0.0	93.1	6.9
生きがい関連サービス	17.9	71.8	10.3
相談・情報提供サービス	12.5	62.5	25.0
合計	34.9	44.2	20.9

(注) 「あり」は公的サービスを「受託している」と回答した企業の割合。

(出所) シルバーサービス振興会「平成5年度 シルバーサービス事業者実態調査」(1994)



図I-1 民間委託を実施する市町村の割合の推移

(注) 1. 社会福祉法人等、非営利部門への委託も含まれる。

2. 「委託比率」とは、業務を一部でも「委託している」と回答した市町村数が全市町村数に占める割合。

(出所) 厚生省「社会福祉行政業務報告」より作成

⁽¹⁴⁾ とはいえ企業にとって公的受託は公的財源にアクセスするほぼ唯一の方法であり、企業の3割以上が公的受託を受けているなど、企業からみた重要性は大きい(表I-1)。また、民間委託そのものも増加してきている(図I-1)。

こうした公民の違いの背景としては、公的サービス（施設）が国家の老人福祉政策の基幹として古くから整備が進められた一方、民間サービスは80年代によく普及が本格化したという沿革の違いがある。さらに法律上、参入規制などにより、企業は基幹的なサービスに参入できない点も大きい。たとえば老人福祉法第15条および社会福祉事業法第4条により、第一種社会福祉事業（高齢者関連では養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム）の設置・運営は、市町村・都道府県・社会福祉法人に限定されている。さらに公費で大部分の費用が賄われる公的サービスと、基本的に全額私費負担となる民間サービスとでは、同じ様なサービス内容でも私費負担に大きな違いが生じるため、民間サービスへの需要が伸びないという面もある。

ただ政府は80年代以降、「基本は公的サービス」というスタンスは維持しつつも、「民間活用」の政策を徐々に打ち出してきている（表I-2）。

表I-2 民間活用政策に関する最近の動向

年	政策内容
85年	社会保障制度審議会「老人福祉のあり方について」の中で高齢者福祉への民間活力の導入を提言 厚生省にシルバーサービス振興指導室（現 老人福祉振興課）設置
87年	厚生省、シルバーサービスの育成・指導等を目的として社団法人シルバーサービス振興会を発足 老人保健福祉審議会・社会保障制度審議会・医療保険審議会、介護サービスにおける民間部門の役割を明確化
89年	民間事業者による老後の保健及び福祉のための総合的施設の整備の促進に関する法律制定 老人保健福祉審議会・社会保障制度審議会・医療保険審議会、民間部門の健全育成方針を打ち出す 公的な在宅介護サービスの民間委託を開始
90年	福祉関係八法改正 市町村への権限委譲が民間活用を促進
94年	厚生大臣の私的懇談会である高齢社会福祉ビジョン懇談会による「21世紀福祉ビジョン」で、企業を含んだ重層的な地域福祉システムの構築を提唱 厚生省、新ゴールドプランの中で民間サービス活用方針を打ち出す 産業構造審議会（通産相の諮問機関）、「医療福祉」を新規成長12分野の一つとして挙げる
95年	民間シニア住宅に補助金支給開始
96年	老人保健福祉審議会報告で介護保険制度創設を答申。民間活力と競争原理の導入を明言 厚生省、企業による老人訪問看護事業も医療保険支払対象とする方針を表明
97年	厚生省、ショートステイ、デイサービス、在宅介護支援センター等の民間委託方針を表明 経済閣僚対策会議 緊急景気対策として指定訪問看護事業への企業参入、ショートステイ・デイサービス・在宅介護支援センター（98年中）の民間委託などを打ち出す 介護保険法成立（2000年施行）
98年	ショートステイ・デイサービスの企業への委託開始

（出所）ニッセイ基礎研究所作成

(2) 財政面

憲法25条②（前出）を受けて、法定サービスの財源は公費を基本としている。ただし通常は老人福祉法28条に基づき、少額の私費負担（所得比例）が徴収されるため、一部私費によっても負担されていることになる。一方、企業によるシルバーサービスは、通常は全額私費によって負担される。この結果、表I-3のような大きな公民価格差が生じている。このため公的サービスは主に低～中所得者層、民間サービスは主に中～高所得者層という棲み分けが、結果としてなされている。

表1-3 公民サービス間の価格格差

(円、倍)

	公的サービス 利用者負担			民間サー ビス価格	公民 価格差
	最小(A)	最大(B)	平均(C)	(D)	(D/C)
ホームヘルプ(1時間)	0	1,250	—	2,500	少なくとも2倍
在宅入浴サービス(1回)	0	0	0	14,500	—
ショートステイ(1泊)	1,000	2,090	1,495	20,000	13.4
デイサービス(1日)	300	500	383	10,000	26.1
訪問給食サービス(1食)	0	440	343	1,000	2.9
老人ホーム(1ヶ月)	0	215,500	40,000	130,000	3.3

- (注) 1. 価格は何れも概算。公的サービス価格は東京都23区のデータ。
 2. 老人ホームの「公的サービス」は特別養護老人ホーム、「民間サービス」は有料老人ホームの値。
 有料老人ホームでは表の入居料に加えて、平均2,800万円程度の一時金が必要。
 (資料) 日本消費生活アドバイザー・コンサルタント協会等のデータにより筆者作成

2. 公民分担の定量的分析

本節では、財政・供給の両面における、サービス別の公民構成比⁽¹⁵⁾の推計を試みる。

(1) 供給面

① 施設介護サービス

老人ホームにおける公民構成比⁽¹⁶⁾は、厚生省「社会福祉施設等調査報告」によれば、利用者数ベースでは公的部門が16.4%、非営利部門が77.7%、営利部門が5.9%となっており⁽¹⁷⁾、非営利部門の構成比が圧倒的で、営利部門の比率は極めて小さい(図I-2)。過去からの推移をみると、公的部門の構成比は一貫して縮小する一方、非営利部門の比率が拡大していることが分かる。営利部門の構成比は伸びてはいるものの、92年をピークに頭打ちとなっている。これは自宅を売却して入居一時金に充てることの多い有料老人ホームについては、バブル経済崩壊後の地価下落で需要が低迷する一方、公的老人ホーム(特に特別養護老人ホームと介護利用型軽費老人ホーム)については、ゴールドプランにより急ピッチで整備が進められていることによる。

(15) 本稿における「公民構成比」とは、供給面では公的部門・非営利部門・営利部門の構成比、財政面では公費と私費の構成比を指す。

(16) データとしては、公的部門と非営利部門に関しては養護老人ホーム(一般、盲)・特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム(A型、B型、介護利用型(旧ケアハウス))の合計値を、営利部門に関しては有料老人ホームの数値を用いた。

(17) ただし有料老人ホームのうち非営利部門が経営している施設がある(表I-4)。この点を補正すると、老人ホームにおける公民構成比は公的部門16.4%、非営利部門80.4%、営利部門3.2%と推測され(ただし年次、統計ベースが異なるため、あくまで参考値)、営利部門の割合はさらに小さくなる。

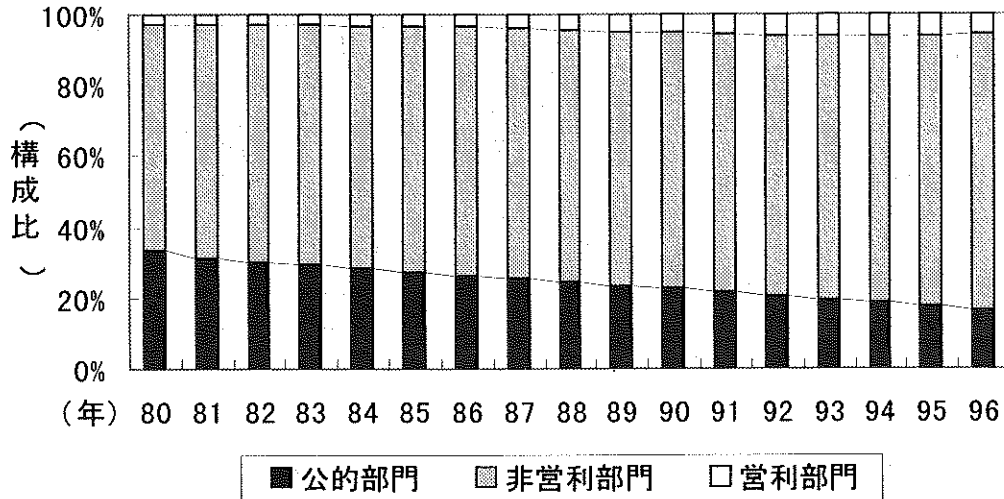


図 I-2 施設介護サービス供給主体の公民構成比の推移

(注) 入居者数ベース

(出所) 厚生省「社会福祉施設等調査報告(各年版)」より集計

表 I-4 有料老人ホームの経営主体 (%)

経営主体	構成比
株式会社	49.6
厚生年金福祉事業団	13.0
社会福祉法人	9.3
財団法人	7.4
宗教法人	6.7
簡易保険福祉事業団	5.2
有限会社	4.1
その他	4.7

(出所) 総務庁「シルバーサービスの現状と課題」(1994)

② 在宅介護サービス

在宅介護サービスにおける公民構成比は、厚生省「健康・福祉関連サービス需要実態調査」⁽¹⁸⁾ から集計すると、公的部門46.1%、非営利部門47.0%、営利部門6.9% (利用者数ベース、無回答補正済み) となる⁽¹⁹⁾ (表 I-5)。サービス毎にみると、食事宅配サービス、移送サービスな

⁽¹⁸⁾ 当該統計では、営利部門の構成比が過小になり過ぎている可能性がある。その理由は、民間委託の場合、企業がサービス提供していたとしても、市町村を通じて申請した利用者としては、「供給主体は市町村」と認識してしまうケースが見られるためである。たとえば緊急通報サービスにおける営利部門の構成比が「0.0%」となっているが、実際には企業への委託も多い。

⁽¹⁹⁾ 事業所数ベースのより正確な統計には、厚生省「在宅看護・介護・健康関連サービスの実態」があるが、本稿の主旨からは公的部門に関するデータがないこと、直近の平成5年調査には社会福祉協議会が統計から外されていることなどが難点である。

ど、比較的企業に馴染みやすい分野で、営利部門の比率が大きくなっていることが分かる。

表1-5 在宅介護サービス供給主体の公民構成比

(%、ポイント)

	公的部門		非営利部門		営利部門		その他
在宅看護・リハビリ	34.2	0.9	54.4	-0.6	3.3	-4.4	8.1
在宅介護・ホームヘルプ	44.8	-5.6	40.1	6.1	6.5	-3.2	8.6
在宅入浴サービス	54.3	-0.7	36.2	2.1	4.3	-3.4	5.3
寝具乾燥サービス	54.1	-	35.1	-	8.1	-	2.7
給食・食材宅配関連	27.4	9.0	50.0	-7.3	16.1	-3.3	6.5
在宅療養・看護・介護機器のレンタル関連	56.3	2.7	27.5	-8.0	9.9	3.5	6.3
緊急通報	81.8	21.2	11.4	-12.9	0.0	-15.2	6.8
移送サービス	31.4	-17.0	40.0	11.0	25.7	9.6	2.9
デイサービス	41.8	-6.5	46.2	-2.7	4.1	3.0	7.9
ショートステイ	36.1	8.7	54.6	-6.2	5.9	0.0	3.4
在宅医療・在宅福祉関連情報提供	51.8	1.8	37.5	-7.2	5.4	3.2	5.4
高齢者用ケア付き住居関連	50.0	27.8	12.5	-20.8	12.5	-9.7	25.0
合計	42.8	-0.7	43.7	-0.6	6.4	-1.6	7.1

(注) 94年。利用者数ベース。各列の右端の小さい数字は91年からのポイント変化(年率)。

原統計の「サービスの種類」名は長いので短縮している。

(出所) 厚生省「健康・福祉関連サービス需要実態調査(平成6年、平成3年)」より集計

(2) 財政面

財政面については、サービス別のデータが入手不可のため、(1)で求めた供給面の数値を基に、公費・私費⁽²⁰⁾のおおよその比率をラフに試算した。計算方法は次の通りである⁽²¹⁾。

- ① 公民のサービス単価を求める。公的サービスの単位当たりの私費負担額を P_{co} (表 I-3 の (C) の値)、民間サービスの単価を P_{pr} とする (表 I-3 より)。また公的部門の単位当たりコストを C_{pb} 、非営利部門の単位当たりコストを C_{np} とする (表 III-3 より)。
- ② 公的部門のサービス供給量 (利用者数、以下同) を Q_{pb} 、非営利部門の供給量を Q_{np} 、同じく民間サービスの供給量を Q_{pr} とする (図 I-2 および表 I-5 の数値を用いた)。
- ③ 公費負担額 $Y_{pb} = Q_{pb}(C_{pb} - P_{co}) + Q_{np}(C_{np} - P_{co})$
 公的サービスにおける私費負担 $Y_{co} = P_{co}(Q_{pb} + Q_{np})$
 民間サービスにおける私費負担 $Y_{fp} = P_{fp}Q_{fp}$
 私費負担の合計 $Y_{pr} = Y_{co} + Y_{fp}$
 公費負担率 $= Y_{pb} / (Y_{pb} + Y_{pr})$ 、私費負担率 $= Y_{pr} / (Y_{pb} + Y_{pr})$

⁽²⁰⁾ 民間サービス(100%私費負担サービス)における私費と、公的サービスにおける利用者負担とは、同じ「私費」でも性質が異なるため、本来は分けて扱うべきである。しかし「公費 vs. 私費」というコンテキストの中では数字が一本化している方が良く、分けるには余りに額が小さいことなどから、本稿では両者を足して扱っている。

⁽²¹⁾ 次の前提を置いている。A. 利用者一人当たりの利用量は等しい(統計上は一ヶ月に一度だけ使う人も、毎日使う人も同じ「一人」と教えている)、B. 公的部門と非営利部門によるサービスは全て公的サービス、営利部門によるサービスは全て民間サービス。

表 I - 6 公的サービスの総費用と私費負担

	費用 (A)	私費負担 (B)	私費負担率 (B/A)
在宅看護・リハビリ	5,040	250	5.0
在宅介護・ホームヘルプ	2,608	625	24.0
在宅入浴サービス	21,854	0	0.0
食事宅配サービス	1,151	300	26.1
移送サービス	8,000	5,000	62.5
デイサービス	8,000	400	5.0
ショートステイ	19,939	1,545	7.7
老人ホーム	326,500	40,000	12.3

(注) 公的サービスのコストは、表 I - 3 の注 2. の方法によって算出。

(出所) 表 I - 3 および表 III - 3 より作成

当該試算によると、老人ホームでは、有料老人ホームのストック部分を考慮に入れても (図 I - 3 の注 1. および 3. 参照)、約 95% が公費で支払われている (図 I - 3)。時系列でみると若干私費負担が増える傾向にあるが、大きな差は認められない。

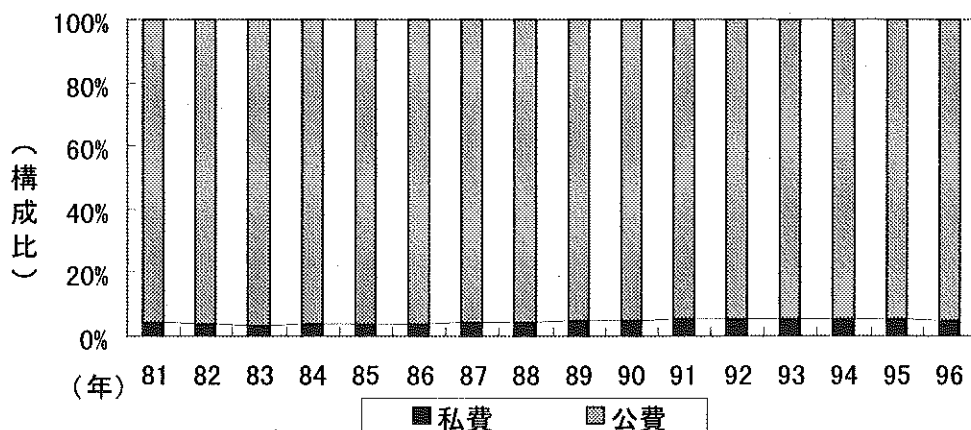


図 I - 3 施設介護サービスにおける公費私費比率の推移 (推計)

(注) 1. 私費=老人福祉施設における私費負担+有料老人ホーム利用料 (入居一時金含む)。

2. 有料老人ホームへの新規入居者数は、在居者数の対前年増減値を使用。

3. 有料老人ホームの入居一時金は10年償却として計算。

(出所) 図 I - 2・表 I - 3・表 III - 3 等よりニッセイ基礎研究所推計

在宅介護サービスについては、私的財 (サービス) としての性格が強い「移送サービス」(64.5%) や「食事宅配サービス」(28.8%) において、私費負担率が高くなっている (表 I - 7)。単価ベースでの私費負担率の高さ (24%) から私費負担率が高めになっている「在宅介護・ホームヘルプ」を除くと、何れ分野も公費負担の割合が高い。トータルでは、公費:私費は9

対1程度と推計される。参考までに福祉用具⁽²²⁾のデータを見ると、車いすなどは3割程度が公費であるが、全体としては公費の割合は1割程度に過ぎない(表I-8)。

まとめると、わが国では施設介護で95%、在宅介護で90%程度が公費負担となっており、財政面では公費中心の構造といえるだろう。

表I-7 在宅介護サービスにおける公費・私費比率(推計)

	(%)	
	公費	私費
在宅介護・ホームヘルプ	65.9	34.1
在宅入浴サービス	99.0	1.0
食事宅配サービス	71.2	28.8
移送サービス	35.5	64.5
デイサービス	93.6	6.4
ショートステイ	89.9	10.1
合計	90.4	9.6

(出所) 図I-2、表I-5、表I-6等よりニッセイ基礎研究所推計

表I-8 福祉用具における公費・私費比率

	(%)	
	公費	私費
義肢装具	20.0	80.0
車いす	31.5	68.5
(うち手動車いす)	22.1	77.9
補聴器	14.5	85.5
福祉用具全体	9.0	91.0

(注) 96年値

(出所) 通商産業省福祉用具懇談会「第3次中間報告」(1998)

II. 欧米における公民役割分担と国際比較

本章では、海外の事例として米国・英国・ドイツにおける公民役割分担の現状と最近の動向を紹介し、その後簡単な国際比較を行う。

1. 米国

(1) 供給面

米国では在宅介護で65%、施設介護で75%が営利部門によって供給されており(表II-3)、介護といえどもビジネス化している。公的サービスとしては、社会保障法(Social Security Act)

⁽²²⁾ 製品としての福祉用具は本来本稿のドメイン外だが、福祉用具販売レンタル業は「在宅介護関連サービス」のひとつであり、表I-5等でも扱っていることなどから、福祉用具についても簡単に触れておくことにする。

第20章および高齢米国人法 (Older Americans Act) 第3章によるサービス等があるが、全国民に対して普遍的に給付できるほどの財源が確保されていないため、供給量として多くはない⁽²³⁾ (表II-1) うえ、内容・範囲・量等に関し州によるバラツキが大きい。米国の介護サービスは、結果として「民中心、公周辺」という分担になっているといえよう。

(2) 財政面

米国では、介護にかかる費用に関しても、自己責任が基本という考え方である。介護サービスに使われる公的財源は、政府管掌医療保障給付 (メディケア・メディケイド) が中心である。施設介護サービスに関しては、メディケア (パートA) によるSNF (Skilled Nursing Facility) 給付があるほか、破産後にはメディケイド給付が使われる (ただし前者は事実上、入院後に限った21日間の給付に止まっている)。在宅介護サービスの場合は、メディケアのHHA (Home Healthcare Agency) 給付、メディケイドのPAS (Personal Assistance Service) 給付、HCB (Home and Community Based Care) 給付などのオプション・プログラムにより、施設介護サービスに比べれば寛大な給付がなされるため、公費によるカバー率は施設介護サービスよりは大きい。この結果、私費：公費は在宅介護サービスでおよそ32対68、施設介護サービスでおよそ50対50となっている (表II-1～II-2)。

表II-1 在宅介護費用の内訳 (%)

項目	構成比
メディケア	28
メディケイド	25
SSBC (社会保障法20章)	8
OAA (高齢米国人法第3章)	7
私費	32

(出所) Health Care Financing Administration

表II-2 施設介護費用の内訳 (%)

項目	構成比
私費	50
メディケイド	42
メディケア	1
その他 (民間介護保険、SSI・SSP ⁽²⁴⁾ 等)	7

(出所) Health Care Financing Administration

⁽²³⁾ たとえば高齢米国人法第3章に基づくサービスは、法律上の規定では健康、介護、生涯教育、移動、住宅、栄養など、非常に広い範囲に渡っているが、予算上の制限により、事実上、大部分が栄養プログラムなどの周縁的サービスに使われており、介護サービスそのものの財源としてはそれほど活用されていない。

⁽²⁴⁾ SSI (Supplementary Security Income) は高齢者や身障者に対する連邦政府の所得補助制度プログラムで、SSP (State Supplementary Payments) はその「州版」である。主に低所得者がレジデンシャルホーム等に入居する際の費用保証などに使われる。

2. 英国

(1) 供給面

英国では、二度にわたって公から民への供給シフト政策が採られた。一回目は80年の所得補助対象の拡大、二回目は92～93年のコミュニティケア改革である。前者は施設のみ、後者は施設・在宅の双方が対象となった。

① 所得補助制度改正による民間シフト

社会的入院の是正などを目的に、80年11月、低所得者への所得補助制度 (Supplementary Benefit) が改正され、企業経営のナーシングホームやレジデンシャルホームの入居者が新たな支給対象として加えられた。その結果、長期入院患者が民間のナーシングホームにシフトしたほか、潜在需要の顕在化等によりナーシングホームへの新規需要が急増し、これを商機とみた企業が相次いで老人ホーム事業に参入した。

この結果、企業経営の老人ホームが80年代に急増した。施設数の成長率 (84年～90年) を供給主体別にみると、営利部門は年平均17.4%と大きい、公的部門は-2.9%、非営利部門は-0.3%と何れも減少している (図II-1)。

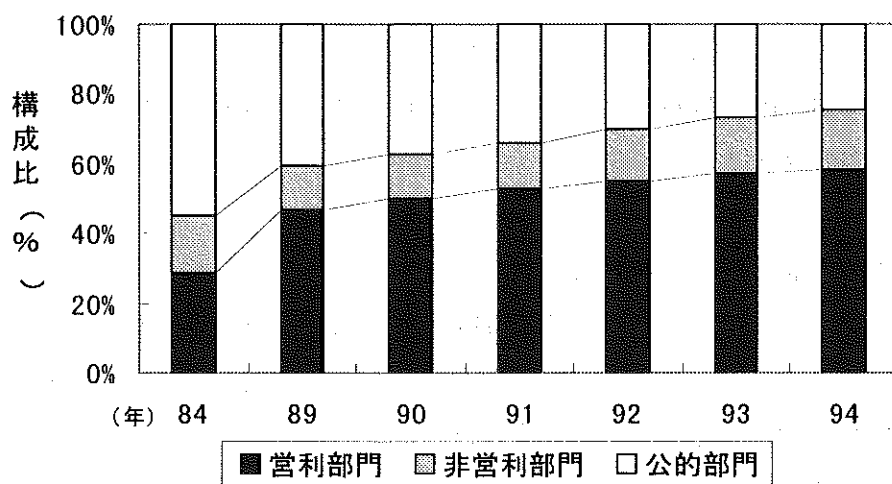
② コミュニティケア改革による民間シフト

コミュニティケア改革⁽²⁵⁾はサッチャー政権による行政改革の一つであり、「民間部門の活用」を政策目標の一つとするものである⁽²⁶⁾。同改革では、地方自治体に対し、外部事業者からのサービス購入と自前のサービス供給を比較し、費用効果の高い方を選択することを義務付けた。特に地方自治体が自らサービス供給を望む場合は、民間と同じ条件で入札に参加するよう定めている点が注目される。さらに93年から3年間、地方自治体に対し「特別臨時補助金 (Special Transitional Grant)」を支給し、うち85%以上は民間サービスの購入あるいは民間サービスへの移管に伴う諸経費に使うことを求めた。

こうした改革により、自治体の福祉現業部門の縮小・廃止、公立施設の廃業や民営化、民間施設 (主に企業経営) の新設などが相次いだ。その結果、施設介護サービスの供給主体は、公的部門と営利部門の構成比が逆転した (図II-1)。在宅介護についても同様で、たとえばロンドン近郊の Merton Sutton and Wandsworth 地区では、民間事業者が93年の28社から98年の67社へと増加している。

⁽²⁵⁾ 90年に成立、92年と93年に施行された「NHSとコミュニティケア法 (National Health Service and Community Care Act)」による福祉の制度改革のこと。目的は施設介護から在宅介護へのシフトや自治体への権限委譲などで、内容は①コミュニティケアの計画化、②地方自治体のサービス購入者としての役割の付与、③利用者ニーズのアセスメントとケアマネジメントの実施、④利用者の権利保障 (監査や不服審査等を行う機関等の設置) などである。

⁽²⁶⁾ たとえばコミュニティケア改革の構想が述べられた「コミュニティケア白書 (Caring for the People)」(89年) には、「政府部門による民間部門の活用」が理念の一つとして明記されている。



図II-1 英国施設介護サービス供給主体の公民構成比の推移

(出所) Health and Personal Social Services Statistics for England

こうした一連の変化は、かつて公的部門中心であった英国の福祉供給システムを、民間部門積極活用型の多元型福祉供給システムへと変化させた。

(2) 財政面

コミュニティケア改革の権限委譲に伴い、予算も中央政府から地方自治体へと移管された。自治体はその使途に決定権を持つことになったが、同時に予算内に収める責任も生じた。このため従来は低額が多かった利用者負担を引き上げるケースが相次いだ。このようにコミュニティケア改革は、財政面では公費から私費へのシフトをもたらしたといえる。

3. ドイツ

(1) 供給面

① 公的介護保険導入前の状況

ドイツの介護サービスは、伝統的に民間非営利の福祉団体がサービス供給を担い、連邦政府は資金負担という役割分担がなされてきた。政府は自らサービス供給を行うよりは、福祉団体の慈善活動に対し助成することによって、制度福祉を「代行」させてきた面が強い。

なかでもキリスト教系を中心とするいわゆる六大福祉団体⁽²⁷⁾は、規模の大きさや、歴史の

⁽²⁷⁾ ドイツ・カリタス (Deutscher Caritasverband)、ドイツ赤十字 (Deutsches Rotes Kreuz)、労働者事業団 (Arbeiterwohlfahrt)、ディアコニー事業団 (Diakonisches Werk)、ドイツ・パリタティッシュェ福祉事業団 (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband)、ユダヤ人中央福祉所 (Zentralwohlfahrtsstelle der Juden)。

長さ、信用・知名度の高さ、全国津々浦々まで張り巡らせたソーシャル・ステーション（在宅福祉の供給拠点）のネットワークなどにより、企業に対して競争上の優位性を確保していた。また上記の補助金に加え、ツイビル・ディーンスト（Zivil Dienst：給与の大半を国が負担する兵役忌避者による社会サービス）の雇用により安い労働力が安定的に確保できるなど、財政上も有利な立場にあった。しかし、このような寡占や優先的地位などが、組織の官僚化やサービスの硬直化を招き、新規参入を阻んでいるという批判も大きかった。

② 公的介護保険導入後の状況

公的介護保険の導入は、公民役割分担に大きな変化をもたらした。介護保険法（「要介護リスクの社会保障に関する法律」）第72条Bの規定には、介護金庫（Pflege Kassen：公的介護保険の保険者）とのサービス供給契約における民間事業者の優先原則が明記されている（これは効率性に優れる民間サービスを普及させるため、立法者の意図である）。このため公営の介護施設を民営化したり、第三セクター化する例が多くみられた。

また公的介護保険の目的の一つは、競争原理の導入（在宅介護サービスにおける福祉団体による寡占の解消）を通じたサービスの効率化であった⁽²⁸⁾。そのため補助金の公平化が進められ、福祉団体への運営費助成は（保険給付が取って代わるものとして）廃止または縮小されたうえ、逆に従来福祉団体にほぼ独占されていた州・市等による建設費助成については営利事業者⁽²⁹⁾にも申請可能となった。さらに介護金庫による営利事業者の審査（サービス供給契約の締結時）が、利用者からみた営利事業者の品質面や信用面の不安を軽減した。また介護金庫による事業者情報の利用者への配布義務が、知名度の乏しさという新規参入者のハンディを軽減した。

こうした施策を通じて、営利部門の非営利部門に対する競争力は大幅に向上した。その結果、公的介護保険の導入に前後して営利目的の在宅介護サービス事業者が相次いで設立された（その多くは看護婦が独立した個人営業の事業所であった）。たとえばミュンヘン市では、95年当初に80～90社（個人事業含む）であった在宅介護の営利事業者が、96年12月には180社程度に増えた⁽³⁰⁾。このように公的介護保険の導入は、在宅介護サービスにおける福祉団体の独占体制を突き崩す効果があったのである。

⁽²⁸⁾ 本沢(1996、p. 52)は、「介護金庫（公的介護保険の保険者）には六福祉団体主導で行われてきた非効率・不経済な介護サービスに対する不満が強く、公的介護保険を通じて介護の現状を是正しようとする意欲が強く感じられる」としている。

⁽²⁹⁾ ドイツに関しては、企業に加えて個人事業主も多いため「営利事業者」という表現にしている。

⁽³⁰⁾ ただしミュンヘン市では、民営化が積極的に進められたため、180社には元公営の会社も含まれる。

(2) 財政面

公的介護保険の導入前のドイツは、施設介護サービスの場合、公民を問わず全額私費で利用料を支払い、払えない場合は社会扶助により対応されていた。老人ホームの入居料（平均月額約DM4,000～6,000：旧西独）は、年金受給額（平均月額約DM1,700～1,900程度：旧西独）を大きく超えており、施設入居者の8割程度が社会扶助の受給者となっていた。こうして生まれる莫大な社会扶助費は、社会保障費増大の一因となっていた。

公的介護保険の導入に伴い、老人ホームにおける社会扶助受給率は3～4割へと低下し、その結果社会扶助費は年間104億DM程度（97年）節約された。また国民から見ると、私費負担と社会扶助の間に公的介護保険という新たな保障ができたことになる。このように公的介護保険の導入は、社会保障費を削減する一方で、施設介護サービスの財源を私費から公費（社会保険）へとシフトさせる効果があったといえよう。

4. 公民役割分担の国際比較

1. ～3. を踏まえ、以下に公民役割分担に関する簡単な国際比較を試みる。

(1) 供給面

公民役割分担の視点から分類すると、①公的部門が大きく民間部門は政策的にその補完や委託先と位置付けられるスウェーデン、②大きな公的部門がなく民間福祉団体が中心のオーストラリアやドイツ、③福祉の公民ミックスの実現を目指す英国、④供給はほぼ全て民間が担っている米国の4つに分けられよう。日本は非営利部門が大きいものの、ボランティア・セクター（NPO、NGO）というよりは「公的サービスの委託先」としての役割が主となっているため、①と②の中間に位置付けられよう。また日本の営利部門の構成比は、7ヶ国の比較（表II-3）では、施設介護サービスと高齢者住宅においては最も小さく⁽³¹⁾、在宅介護サービスでも6ヶ国中、スウェーデンに次いで2番目に小さい。

さらに、公民を明瞭に区別する日本の制度と比較すると、欧米の場合は公民の区別が少ない点が注目される。たとえばドイツや米国には地域によってナーシングホームへの参入規制があるものの、目的は需給調整であり、公民を問わず適用される。施設の監査なども、公立だからと言って優遇されることはない⁽³²⁾。助成に関しても事業者の属性（公か民か等）ではなく、利用者の属性（所得や要介護度等）により判断されることが多く、その結果利用料金については公民サービス（施設）間に格差がないケースが多い。

なお世界的なトレンドとしては、介護サービスにも市場原理が導入されつつあり、その結果民間部門が拡大する傾向がみられる（詳細は拙稿(1998)参照）。

(31) オーストラリアの施設介護サービスを、全体（ナーシングホームとホステルの合計）の構成比で見た場合。

(32) 従来英国の公的老人ホームは監査が免除されていたが、コミュニティケア法により現在では民間同様、監査を受けなければならない。

表II-3 介護サービス供給主体における公民構成比の国際比較 (%)

	国名	サービス名	公的部門	非営利部門	営利部門
施設 介護 サー ビス	米国	Nursing home	1	24	75
		Assisted living	3	19	77
	英国	Nursing home	17	25	58
	ドイツ	Alten vohnheim 等	12	56	32
	オーストラリア	Nursing home	18	35	47
		Hostel	5	95	0.3
	フランス	Maison de retraite	89		11
	スウェーデン	Service house, Nursing home	91		9
日本	脚注14参照	16	78	6	
在宅 介護 サー ビス	米国	(基本的にはホームヘル プ・在宅介護サービス)	—	35	65
	英国		60	30	10
	ドイツ		5	49	46
	オーストラリア			90	10
	スウェーデン		96		4
	日本		46	47	7
高齢 者 住宅	米国	Retirement community	0	0	100
	英国	Sheltered housing	33	33	33
		Residential home	40	12	48
	オーストラリア	Retirement village	0	0	100
	日本	シニア住宅		90	10

(注) 以下①～③の理由により単純比較はできないため、大まかなイメージである。

①各国統計によってベースが異なる (施設数、事業者数、定員数、事業収入等)。

②何れも最近の数値だが年は統一されていない。③各国の施設制度が異なるため、必ずしも同類の施設どうしを比較してはいない。

(出所) 各国社会保障関連統計等よりニッセイ基礎研究所作成 (一部推計)

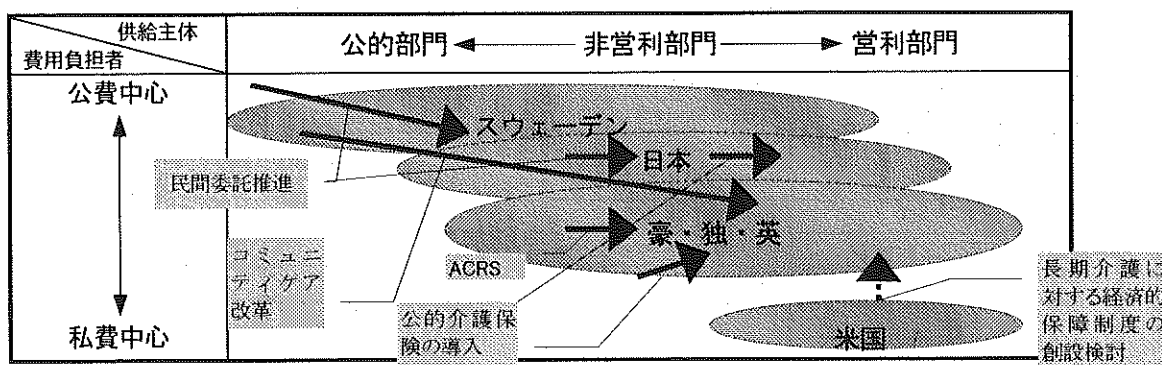
(2) 財政面

財政面では、大まかには私費を中心とする米国、社会保険で運営されるドイツ、イスラエル等、税を中心とするその他国々の3パターンに分類されよう (ただしオランダやスイスには在宅介護に限り、医療保険による給付あり)。

私費負担に関しては、マクロベースでの比較は行っていないが、個々のサービスの利用者負担額を比べてみると、日本の公費負担は諸外国に比べかなり寛容なことが分かる。たとえば英国では、公費による介護サービス利用者が£16,000以上の資産を保有している場合、その処分により介護費用を捻出するよう求められ、また資産を持たない場合は、週約£10の「小遣い」を除いて、介護費用が年金から「天引き」される。また老人ホームの入居料については、公的施設であっても、健康で資産もある高齢者に対しては、市場価格での入居料負担を求めるのが普通である。こうした仕組みはドイツやスイスでも同様である。米国における公費負担の厳しさは既に紹介したが、III. 2. (2). ③でさらに詳しく触れる。

なお、トレンドとしては各国とも財政事情は厳しさを増しており、欧州などでは通貨統合の影響もあって、公費負担の縮小・私費負担の拡大がおおむね共通の傾向となっている。

以上の状況をまとめて図示したのが図Ⅱ-2である。



図Ⅱ-2 公民役割分担政策の国際比較イメージ

- (注) 1. 矢印はこれまでの主な動きと、今後の大まかな方向性。
 2. ACRS=Aged Care Reform Strategy (オーストラリアの高齢者福祉改革)。
 (出所) ニッセイ基礎研究所作成

Ⅲ. 最適な公民の役割の考察 (試論)

前章までの現状把握を踏まえ、本章では「何が最適な公と民の役割なのか」について、政策論としての立場から、公共経済学のツール等を用いつつ、理論的・実証的な分析を試みる。ただ本章の分析は、既存研究や実証データ等のサーベイが十分ではないことなどから、あくまで「試論」の域に止まる旨をご了承きたい。

1. 供給主体としての公民比較

(1) 理論的考察

本節では供給主体としての公民の優劣の比較、すなわち「公的部門・民間部門⁽³³⁾のメリット・デメリットは何か」を議論し、その議論を前提に2.以降で望ましい公民の役割について考察を進めることとする。

① サービスの品質

品質面における民間部門のプラス面は、通常は公的部門に比べて柔軟な雇用形態（パートタイマー等）や意思決定プロセス等を持ち得ることなどから、時間的・内容的等に柔軟で多様（24

⁽³³⁾ 本節（Ⅲ-1）における「民間部門」は、議論の性格上、営利部門のイメージである。逆に本節における「公的部門」は、非営利部門を含むものとして扱っている。

時間・週末等)、先駆的できめ細かなサービスを提供できる点である。また常に競争や倒産の危険に直面するため、品質や顧客満足度を高めようというインセンティブが働く。逆にマイナス面としては、利潤動機による過剰なコスト削減が、品質低下を引き起こす懸念である。

一方、公的部門については、利潤動機が少なくとも民間部門よりは少ないと考えられるため、極端な低品質にはなり難いと思われる。しかし一方で、競争や倒産リスクの不在等がもたらすモラルハザードにより、顧客志向や品質向上に対するインセンティブが働き難い。その結果サービスの品質は極めて標準的になり、選択の幅が狭く、柔軟性や多様性を欠く傾向を持ちやすい。

このように理論面からは、公民両サイドにプラス・マイナスの両方の面があり、どちらが優れているかは断言し難い。

② 費用

A. 生産費用

民間部門には、利潤最大化のための効率化インセンティブが働く一方、公的部門にはこうした効率化メカニズムが働き難い⁽³⁴⁾ (X非効率性⁽³⁵⁾)。特に社会福祉事業法では社会福祉法人に利益(剰余金)の発生を認めていないうえ、措置制度の下で年度毎の総予算制度(予算を使い切らないと翌年度の予算が削られるいわゆる「ユーズ・イット・オア・ルーズ・イット (use it or lose it)」)が採用されているため、なおさらこの傾向が強いといえる。以上より、単位当たりの生産費用は、理論仮説的には民間部門の方が低いといえよう。

B. 取引費用

民間部門においては利潤動機による品質低下(前述)や、立地・利用者・不採算事業等におけるクリーム・スキミング(cream skimming:高採算の事業に集中し、低採算の事業は行わないという企業行動)の懸念がある。さらに不完全情報下では、「低品質のサービスを高く売りつける」といった営利事業者の機会主義を利用者が懸念するあまり、善良な事業者が駆逐⁽³⁶⁾される「契約の失敗⁽³⁷⁾」(contract failure)に陥るリスクも指摘されている。このため民間部門の参入を認める場合は、品質規制や、行政・市民団体などによる企業行動等の監視

⁽³⁴⁾ 公的組織が民間組織に比べて非効率になる理由として、たとえばStiglitz(1988)は、組織のインセンティブ(倒産の懸念のなさ、競争のなさ)、そして個人のインセンティブ(俸給構造、雇用保障)、官僚制度(業績測定の高難性、事業存続・組織規模の最大化インセンティブ等)を挙げている。また西村(前掲書)は、①利益発生という目標の不在によるコスト削減意欲の欠如、②事業の存続そのものが目標となることによる過剰投資などを挙げている。

⁽³⁵⁾ レイベンシュタインの命名であり、組織に起因する(狭義には官僚組織の)非効率性を指す。

⁽³⁶⁾ この点はアカロフによる「レモンの定理」(lemon principle)に近い概念であろう。

⁽³⁷⁾ たとえば加藤・丸尾(1998) p. 102等を参照せよ。

(monitoring) などが必要となってくる。さらに、利用者が優良事業者の情報入手にかかるコストや、企業が宣伝やマーケティングにかかるコスト、すなわち情報費用 (information cost) も発生する。こうして発生する様々なコストが、「取引費用」 (transaction cost) である。

一方、公的部門や非営利部門の場合は、「非営利性」が利用者に対して、品質や信用力に関する有効なシグナリング (signaling) となるならば、取引費用を低く抑えることができる。すなわち取引費用においては、公的部門・非営利部門は営利部門に比べ、理論的には優位性を持っているといえよう⁽³⁸⁾。

表III-1 品質と費用に関する公民サービスの比較

	公的部門・非営利部門		営利部門	
	メリット	デメリット	メリット	デメリット
品質	利潤動機の不在により、品質低下が起りにくい。標準品質は恐らく保証される。	著しく標準的で、選択の幅が狭く、柔軟性に欠ける。競争や倒産リスクの不在がもたらすモラルハザードにより、品質向上に結びつきにくい。	競争に晒されるために、常に品質を高めようというインセンティブが働く。柔軟・多様・先駆的・きめ細かな対応が可能。	利潤動機が過剰なコスト削減を招き、その結果低品質に陥る可能性。
費用	非営利性が利用者への有効なシグナルとなれば、取引費用は低くなり、監視費用も低くて済む。	効率化意欲が働き難く、生産性向上に結びつきにくい(X非効率性)。	利潤極大化インセンティブにより、コスト削減・生産性向上に結びつく。	営利性が機会主義を引き起こす疑念から、契約の失敗が起り易く、取引費用は高い。その結果、第三者監視のための監視費用も高い。

(出所) ニッセイ基礎研究所作成

(2) 実証的考察

このように理論的考察からは、公民何れに関しても、品質と費用 (生産費用+取引費用) のそれぞれにメリットとデメリットがある。ただこれらは仮説であるから、実際に実証データを集めてみて、どちらのファクターが強く働くかを見極める必要がある。すなわち、民間部門の活用による生産費用の低下が、品質の低下による社会的便益の低下と、取引費用の増加の合計を上回るのかどうか焦点となる。本節では、少数ながらこの点に関する簡単な実証データを集めた。

① サービスの品質

品質に関しては、公的部門の優位性を裏付ける実証研究が多い。たとえば米国におけるナーシングホームの品質に関する実証研究では、非営利施設への入居者の方が、営利施設への入居者より満足度が高かった (遠藤(1996))。また定性的には、70~80年代を中心に、米国や英国

⁽³⁸⁾ ただ私見では、公的あるいは非営利部門であっても、事業永続のためには継続して赤字を出すことが許されないという意味では営利部門と大差はなく、また経営者の利己心の完全な除去が不可能な以上、公的部門や非営利部門が経営しているからといって、サービスの質や事業倫理性等が完全に確保される保証はないと考える。従って品質に関する規制や監視は、たとえ公的・非営利部門の供給するサービスに対しても最小限は必要である。このような認識に立てば、たとえ公・非営利中心の供給体制であっても、取引費用が大幅に削減されるとは言い難いであろう。

では、企業の経営する高齢者施設で、劣悪な処遇や詐欺などのスキャンダルがたびたび発生したという例がある。しかし英国では、コミュニティケア改革で急増した企業により、サービスの24時間化、レスパイトケアの増加など、サービス・イノベーションが行われるなど、営利部門の品質面における優位性が伺える事例もあり、どちらが優れているかは一概には断定し難いであろう。

② 費用

生産費用に関しては、民間部門の方が低いとする実証研究が多い（遠藤(前掲書)などを参照）。またアーサー・アンダーセン社の調査（1996）によると、米国のナーシングホームのコストは、人件費も含めて営利部門で最も低くなっている（表Ⅲ-2）。地方自治経営学会データでも、ほとんどの介護サービスで、民間部門より公的部門の方が1.3～2.3倍程度コストが高いことが分かる⁽³⁹⁾（表Ⅲ-3）。なお取引費用は通常は内部化されたコスト（intangible cost）であるため、直接測定するのは難しく、しばしば無視されている⁽⁴⁰⁾。

表Ⅲ-2 米国ナーシングホームにおける公民のコスト比較

	営業収入 (\$)	営業費用 (\$)	給与 (\$)	営業利益率 (%)
営利部門	84.50	82.20	21,157	3.68
非営利部門	86.73	87.65	22,162	2.26
公的部門	80.15	85.73	22,420	1.25

- (注) 1. 営業収入・営業費用は入居者一人一日当たり。
 2. 営業収益は総収入と総費用から計算しているため、他データとは一致しない。
 3. 給与は、総人件費（福利厚生含む）をフルタイム換算職員数で割った数値。
 (出所) Arther Andersen "The Guide to the Nursing Home Industry: 1996"より作成

表Ⅲ-3 わが国介護サービスにおける公民のコスト比較

	公的サービスのコスト				民間コスト	最大格差
	(A)	(A) 内容	(B)	(B) 内容	(C)	(A)/(C)
ホームヘルプ(1時間)	5,040	常勤	1,670	非常勤	2,486	2.0
入浴サービス(1回)	32,400	市町村	19,231	社福	13,931	2.3
食事宅配サービス(1食)	1,634	社協	668	ボランティア	983	1.7
ショートステイ(1泊)	20,530	市町村	19,347	社福	16,314	1.3
老人ホーム(1ヶ月)	356,000	公立	297,000	社福	281,000	1.3

- (注) ショートステイの民間コストは、重度と軽度の算術平均
 (資料) 地方自治経営学会資料より作成

⁽³⁹⁾ ただし当該データを始めとして、多くの生産性に関するデータは、品質面は測定していない点に留意が必要である。たとえば同じ「食事介助1回」でも、10分で食べさせるのと、心ゆくまで食べさせるのとでは、利用者の効用に大きな違いがある。公的サービスは費用は高くても、高品質かも知れないのである。

⁽⁴⁰⁾ たとえば「企業はスキミングをするか」あるいは「非営利性は有効なシグナリングとなり得るか」など（遠藤(前掲書)）、取引費用そのものを測定するわけではないが、「取引費用が発生し得るか」といった視点からの研究はある。

2. 公民の役割に関する理論的考察

(1) 供給面

1. の分析からは、「供給主体として公民どちらが優れているか」という命題に対し、生産費用においては民間部門が優れているが、取引費用においてはおそらく公的部門が優れ、また品質についてはどちらとも言えないという結果しか得られなかった。これだけのデータからは、公・民どちらか一方の優位性については断言し難い。

しかし政策論という観点からは、やや強引ではあるが、次のようなことが言えよう。すなわち、公民どちらが優れているにせよ、供給主体としての公民を同一条件で競争させることにより、少なくとも生産費用と品質に関しては、長期的には極端に低レベルな事業者は市場からの退出を迫られることになるはずである。従ってここでは、公民は役割を分担するのではなく、お互いに自由に競争させるのが望ましいという結論に達する。

ただしこうした政策の設計は極めて慎重になされなければならない。第一に、規制はもちろん、補助金や情報へのアクセスなど、公と民が完全な平等条件で競争する仕組みが確保されていなければならない。第二に、取引費用をミニマイズする工夫が必要である。しかし現実にはこれは容易ではなく、たとえば情報費用や契約費用の抑制には、優良な民間事業者のリストアップが効果的だが、情報の収集・集計・メンテナンスに費やす事務コストは大変なものになる。また「優良な事業者」の判断のためには検査や認定などが必要であるが、そのコストも無視し得ないレベルに達するであろう。

(2) 財政面

① 総論

財政面からは、幾つかの視点から公民の役割を考察してみたい。第一に、支払能力 (affordability) の問題である⁽⁴¹⁾。介護サービスの利用者は身体機能が低下しているうえ、通常は収入も少ない (e. g. 就労は困難、年金生活者等) ため、一般的には購買力が低いといえよう。このため私費負担能力には限界があり、私費による支払いを原則とした場合、支払能力の不足から「市場の失敗」が起りやすい。

第二に、経済的理由からアクセスの公平性が確保されないのでは、社会保障⁽⁴²⁾としては意味がない。

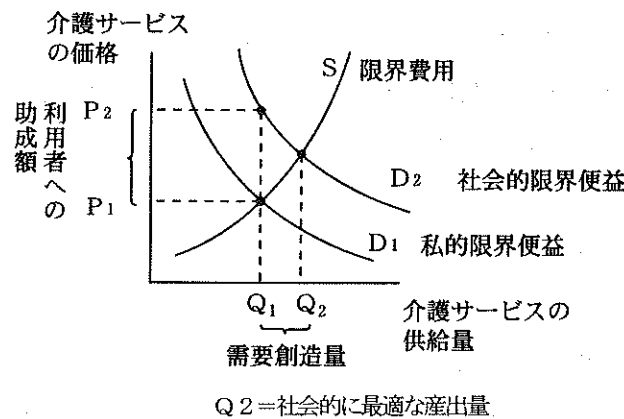
第三に、介護費用を公費で負担することは、介護に関する経済的不安感の軽減、米国にみられるような「介護破産」の回避による社会不安・混乱の未然防止やその波及効果 (消費や労働

⁽⁴¹⁾ 財政面に関しては、本来ならば年金との連関において議論されるべき事項である。たとえば英国やドイツでは、年金給付額が大きいと私費負担も大きくすることができる (隅谷・丸尾(1987)参照)。しかし社会保障制度全体の設計は本稿のドメイン外となるので、この点に関する議論は割愛する。

⁽⁴²⁾ 介護の発現はほぼ確率的であり、要介護状態に陥るのは普遍的风险と考えられる (日本の要介護出現率は65歳以上で約10%) ことから、介護サービスを社会保障の対象とすることは合理的といえるだろう。

意欲の向上)など、社会的費用を軽減する効果(あるいは社会的便益を向上する効果)を持つと考えられる。

第四に、「介護サービス」という財の利用は、(公費・私費を問わず)長期介護からの家族の解放による就労の可能性、専門家による効率的な介護、リハビリによる社会復帰の可能性などにより、私的便益を上回る社会的便益をもたらす⁽⁴³⁾と考えられる。こうした正の外部性(positive externality)を持つ価値財(merit goods)は、社会的に見てその利用を促進すべきである。そこで私的便益と社会的便益の差を公費で助成すれば、外部性が内部化され、社会的に効率的な産出量を達成することができる(図III-1)。



図III-1 利用者助成による外部性(社会的便益)の内部化

(出所) ニッセイ基礎研究所

以上より、介護サービスの購入に要する費用は、基本部分(少なくともナショナル・ミニマム(national minimum)の水準)に関しては、公的財源により「需要を創造」する必要があると考える⁽⁴⁴⁾。むろん政府としては、公費で負担する前に、国民に自助努力、すなわち民間介護保険の購入や貯蓄等を勧奨することは可能である。しかし、若年層を中心に、何十年も先に発生するかも知れない介護費用のために行動を起すケースよりは、マイオピズム(myopism: 長期的便益よりは短期的費用発生回避の回避を選択する近視眼的行動)に走って何もしないケースの方が恐らくは多いと考えられ、国民全員に自助努力を期待するのは現実的ではなかろう(実際、介護に対する公的財源が極めて限定的である米国ですら、民間介護保険を購入しているのは人口の数%にしか過ぎない)。しかも私保険の場合は、逆選択(adverse selection)・ただ乗り(free-riding)・モラルハザード(moral hazard)などの市場の欠陥(market imperfections)の危険性が指摘されており、保険を最も必要とする低所得層や要介護リスクが高い層などが充

⁽⁴³⁾ 介護サービスの「社会化」が社会的な介護費用の軽減につながる点は、宇野(1993)を参照せよ。

⁽⁴⁴⁾ 西村(前掲書)も「需要側のシステムを民間に委ねることは、所得配分という観点からみて計り知れない問題を引き起こす」としている。

分なカバレッジを受けられない恐れがある。

なお、補助金は事業者に給付することも、利用者に給付することも可能だが、一般的には後者が望ましいとされているようである。理由は後者の場合、利用者は「消費者」として扱われるため、サービスの品質向上が期待できるからである。

② 利用者負担

①では「基本は公費負担」と述べたが、どんな場合でも全て公費で支払うことには、次の観点から問題があるといえよう。

第一に、完全無料化すると、モラルハザードによる構造的な過剰需要や濫用、ただ乗り等が生じやすいから、これを抑制する必要があるからである。第二に介護サービスは、防衛や警察、消防といった公共財と異なり、非排除性の不在など私的財としての性格もあるため、ある程度は受益者負担を導入しても良いと考えられる。第三に、追加的な歳入の確保による国庫負担軽減がある。第四に、経済資源（国家予算）の有限性を考えると、高所得者や、水準以上の質（アメニティや生活の質等）や量（24時間付添い看護等）を求めるサービスにまで、公的財源で補助すべきではなかろう。

北欧の様に、「所得に関わらず全国民に全てのサービス利用を認める」という完全な普遍主義（universalism）による福祉国家は確かに理想ではあるが、現実的には持続可能（sustainable）とはいえない。今後高齢化が進むなか、行き過ぎた普遍主義は、国民に過大な負担を強いることになり、北欧がそうであったように経済の活力を失わせる可能性もある。実際、かつて完全無料が多かったスウェーデンや英国でも、現在ではほとんどのケースで私費負担が設けられている（II. 2. (2)参照）。

要するに公費の範囲内は、あくまでナショナルミニマムを基本とし、それ以上の部分については、過剰にならない範囲で応能による私費負担を導入すべきと考える。

③ ケーススタディ：米国での公的財源の不在による社会問題

財政面を私的費用に任せただけの場合にどのような影響が生じるかは、米国にその例を見ることができる。米国では、前述の通り、特に施設介護サービスに対する財政面での公的な保障が非常に限られている。その結果、入居者は平均13週間（西村(1995)）という短期間で財産を使い果たし、社会扶助としての性格が強いメディケイドに頼ることになる。こうした現象は「スPENDダウン（spend-down）」と呼ばれている。

メディケアのナーシングホームへの給付は100日間が限度である。そのうえ全額支給されるのは最初の21日間だけであり（そもそも急性医療を想定しているメディケアならではの短さである）、22日目以降は最高87ドル/日の私費負担がある。すなわち、入居料が月額2,610ドル（87ドル×30日）以下のナーシングホームでは、22日目以降は全額私費負担と同じことである。平

均月額2,000～3,000ドル（大都市圏ではその1.5～2倍）というナーシングホーム入居料を考えると、多くのナーシングホームでは、大半または全額が私費負担となる⁽⁴⁵⁾。

このように、長期施設介護の財源としては、メディケア給付はほとんど当てにすることができない。実際、メディケアはナーシングホーム総費用の約1%を負担しているに過ぎない（表II-2）。一方、ナーシングホーム費用のうち最も大きいのは私費で、約半分を占めている。メディケイド費用は42%であるから、いかに破産した入居者が多いかが分かってしまう。

問題は、スペンドダウンが構造化・一般化していることである。すなわち、一部の低所得者だけの問題ではなく、中所得者層も含めて、一般的に米国人にとって、晩年に社会扶助受給者になるリスクは無視できないほど大きいものになっている。それまで勤勉に働いてきたにも関わらず、介護状態になればほぼ必然的に破産するという構造は、やはり社会的には問題が少なくないといえよう。

ただこうした問題点は十分認識されており、これまでに88年のメディケア高額医療保障法（Catastrophic Act of 1988）や、クリントン大統領のヘルスケア改革（93年）など、長期介護に対する財源の創設は何度となく試みられてきた。しかし前者は1年で廃案となり、後者は周知の通り失敗に終わっている。その結果、現在でも米国では長期介護に対する公的な財源は確保されていない。

何れにしても米国のスペンドダウン問題は、財政面を私費中心とした場合にデメリットが生じることを実証したひとつのケースとして注目される。

3. 公か民かを定める基準

(1) 供給面

III. 2. (1)では、公民は「役割分担」ではなく、対等に競争すべきであると述べた。一方で、「採算サービスあるいは市場機構を通じて供給可能なサービスは民間に、不採算あるいは市場機構を通じて供給不可能なサービスは公的部門に」といった「役割分担」が望ましいとの考え方がある。

しかし需要面（財政面）は公費中心で成り立たざるを得ない介護サービスの場合、採算は公費の給付レベルによって左右される。低採算が予想される地域・対象者・サービス内容、たとえば僻地・スラム、低所得者や重度や痴呆の要介護者、ビジネスとして成立しないと考えられている友愛訪問や話し相手サービスなどについては、「僻地特別加算」、「重介護者特別加算」、「友愛訪問手当」の様な制度を設ければ、市場機構を通じても供給は可能であり、採算も確保させることができよう。このように介護サービスの場合、採算が取れるかどうか、あるいは市場機構を通じ

⁽⁴⁵⁾ なお、レジデンシャルホーム入居者はSSI・SSP（前出）の対象とはなるが、何れも受給は低所得者に限られる。このため一般の利用者は平均月額1,000～3,000ドルにも及ぶ入居料を全額私費で負担せざるを得ず、ナーシングホーム同様、「スペンドダウン」している入居者も多い。

て供給可能かどうかは、最終的には財源の問題に帰結するはずである。

(2) 財政面

財政面については、以下の基準を基に、公費と私費が「役割分担」すべきと考える⁽⁴⁶⁾。

① 身体状況

要介護度（身体的ニード）が高い場合（寝たきり等）は、介護サービスが生命と生活の維持に不可欠であるため主に公費負担、低い場合（虚弱、要支援等）は家事援助など私的財としての性格を強めがちなため私費負担とすべきである。

② 所得

所得（経済的ニード）に応じて私費負担を増やしていくべきである。

③ サービス内容

基礎的サービスに関しては公費負担、付加的・補完的・任意的・選択・贅沢的なサービスに関しては私費負担とすべきである。前者はナショナルミニマムのサービスであり、後者は高級感、高い接客技術、快適さ、アメニティなど付加価値を高めたサービス、あるいは希望によって規定より長時間にわたって提供されるサービスなどである。

④ 健常者費用

健常者も要介護者も等しく必要なサービス（たとえば食事や移動）については、健常者にとっての市場価格を要介護者にも私費負担させ、残差（要介護状態にあるがために生じるコスト）のみ公費負担とすべきである。たとえば福祉車両による移動であれば、移動区間の公共交通機関料金は私費負担、残りは公費負担とすべきである。

⑤ 財源

①～④は何らかの合理的な論拠による基準であるが、現実には公費で負担可能な額は国家の財政状況によって自ずと規定されざるを得ない面がある。すなわち、「まず財源ありき」で公費負担が決まり、残りを自動的に私費負担とすることである⁽⁴⁷⁾。

⁽⁴⁶⁾ 本節は堀(1987)、隅谷・丸尾(1987)、大野(1991)、三浦(1987)などを参考している。

⁽⁴⁷⁾ これら①～⑤の方法からは、結果として異なる公費・私費比率にたどり着くケースも多いといえよう。現実には、これらの方法のうち複数の方法を組み合わせて、公費・私費比率を決めるべきケースがほとんどであろう。

4. 結論

以上の分析をまとめると、望ましいと考えられる公民役割分担の政策とは、表Ⅲ-4のようなものとなる。市場も政府も万能ではないという認識に立てば、このような混合経済体制を取ることにより、市場と政府のそれぞれの短所を補うと同時に長所を組み合わせ、公平性と効率性を両立させることができると考えられる。

表Ⅲ-4 公民の役割に関わる望ましい政策

前提条件	規制等 競争条件	品質面の規制や監視体制、権利擁護、不服審査制度等の整備。 利用者に事業者の選択の自由を保証し、事業者間の競争条件も完全に同一条件としたうえで、自由競争を展開。
公民の 役割分担	供給面 財政面	地方政府の現業部門・非営利団体・民間企業など多様な供給主体を認定。 介護費用は基本的に公費負担。ただし一部は応能による私費負担。

(出所) ニッセイ基礎研究所作成

IV. 現行制度と公的介護保険制度の政策評価

本節では、I～IIの実態把握とIIIの理論的考察を踏まえ、最適な公民の役割という観点から、現行制度および公的介護保険の簡単な政策評価を試みる。ただし本章では、供給面・財政面ともに、適切な公民比率に関する絶対的・一義的な数値は提示しない。たとえば、現行の5%という企業の比率が高いか低いか、あるいは公的介護保険における1割という利用者負担が高いか低いかなどの判断は行わない。その理由は、供給面では「公正な競争の結果得られた公民比率であるかどうか」、財政面では「私費負担の基準が①～⑤に合致しているかどうか」が重要であり、結果としての数値水準の絶対水準そのものにはあまり意味がないと考えられるからである⁽⁴⁸⁾。

1. 現行制度の政策評価

(1) 供給面

現行制度では、公民価格差、企業の助成対象からの排除、企業に対する参入規制などにより、民間の公平な競争は実現されていない(I. 1. (1))。こうした構造は一面において、公的サービスの構造的過剰利用と、内容的に競合関係にある民間サービスのクラウディング・アウト(crowding out)をもたらしてきたと考えられる。現在のわが国における企業の構成比は、こうした構造によって不自

⁽⁴⁸⁾ ただし、過去との比較や国際比較などの相対的評価には意味があると考えられ、本稿でもその観点からの分析は行っている。

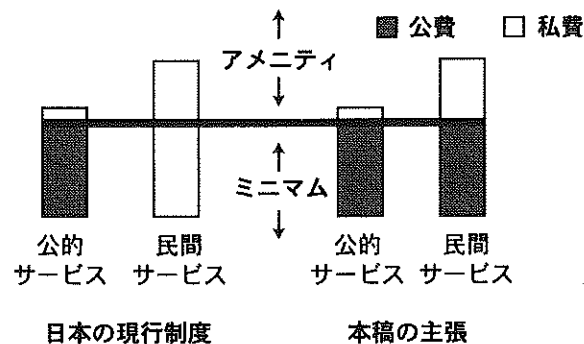
然に低く抑えられてきた面もあるといえよう。「公民が対等に競争することが望ましい」という本稿(Ⅲ. 2. (1))の主張からは、現行の供給制度は高く評価できるものではない。

(2) 財政面

公的サービスは「大部分が公費負担だが、応能により少額の私費負担がある」という構造であり、Ⅲ. 2. (2)の視点からは、現行制度はおおむね評価できる。私費負担基準についても、基本は所得比例、ニードによる判断(身体状況を公的サービス利用の前提条件とするものが多い)であり、Ⅲ. 3. (2)の分析からも納得できるものである。

ただ、いくつか指摘すべき点もある。たとえば0円が多い入浴サービスの利用者負担や、平均343円の食事宅配サービスなど(表I-3)は、Ⅲ. 3. (2)の判断基準④から判断するとやや低すぎると考えられる。また日本の公費カバー率はマクロ的に見れば高いが、個々の利用者について見てみると、民間サービスは全額私費負担、公的サービスは大部分が公費負担と、供給主体によって「オール・オア・ナッシング」という構造になっている。民間サービスの場合は、基本(ミニマム)部分に関してすら、公費補助は得られないという現状では、利用者間での公平性を欠くといえるだろう(図IV-1)。

またわが国の公的サービスでは、補助金の多くが利用者ではなく事業者へ給付されるうえ(Ⅲ. 2. (2). ①の最後部分)、利用者に事業者の選択余地がないため、職員にも利用者にも「顧客」という意識は働きにくく、サービス向上が期待しにくい仕組みとなっている点は、改善の余地があるといえよう。



図IV-1 供給主体による公費アクセスの相違

(出所) ニッセイ基礎研究所作成

2. 公的介護保険制度の政策評価

(1) 供給面

公的介護保険の導入により、公民の役割分担は大きく変わる。公民間の価格差は消滅(介護報酬による同一化)し、現行制度では明瞭に区別されている公的部門・非営利部門・営利部門は、公的介護保険下では同一条件による自由競争となる。保険給付は利用者への直接給付となり、利用者が事業者を自由に選ぶことが認められる点は、「公民競争」というⅢ. 2. (1)の主張に合致す

るし、競争促進による効率化（生産費用低下）という観点からも高く評価できるものである。ただし、現在のように需給ギャップが大きい場合、買い手に比べて売り手の交渉力が大きく、競争原理が正常に働かない危険性については、留意と監視が必要であろう。

また公的介護保険制度では、取引費用に関するメリットも予想される。都道府県による指定が「品質の高さ」に対するシグナル（signal）として有効に機能するならば、利用者は公民の区別が無差別（indifferent）となり、情報費用や契約費用が小さくて済むはずである。しかも公的介護保険制度では、介護報酬による一律価格となるため、極端な低価格・低品質（安かろう悪かろう）の懸念もない。ドイツの公的介護保険制度でも、介護金庫による契約審査が品質面での最低保証となり、契約費用の軽減につながったと考えられるほか、介護保険法に定められた介護金庫による利用者への事業者情報の配布義務が、利用者・事業者の双方における情報費用の軽減をもたらしている。

一方、施設介護サービスにおいては、営利部門の役割は現行制度と大差ないと予測される。措置の原則廃止による利用者側の自由選択化という大きな変化はあるものの、企業の参入規制は公的介護保険導入後も見直される予定がないからである。この点は公民競争促進（Ⅲ. 2. (1)）という観点からは評価できず、公的介護保険制度の大きな改善余地のひとつといえるであろう。

(2) 財政面

現行制度では公的サービスしか公的財源へアクセスできないが、公的介護保険制度では、在宅介護サービスに関しては、営利部門によるサービスについても社会保険から9割の給付を受けられるようになる（図IV-1）。これは供給主体による公費アクセスの不公平是正という観点からは非常に望ましい変化である。しかし、施設介護サービスに関しては、公的介護保険制度導入後も営利部門が公的財源（特に施設整備費）にアクセスできないという構造に変化はない。この点については、繰り返し指摘してきたように、Ⅲ. 2. (1)の観点からは評価できない。一方、公的介護保険制度では、これまで公費負担が少なかった福祉用具や住宅リフォーム等の分野での「需要創造」がなされる。この点は、3. 2. (2). ①の観点からは、非常に高く評価できる。

おわりに

本稿の結論は、「供給面は公民問わず同一条件での自由競争、財政面は公費中心で一定の私費負担があることが望ましい」という主張に集約される。さらに具体的には、品質面での規制や監視体制を整備し、利用者には選択の自由を保障したうえで、中央政府の財政負担によって成立した市場を舞台に、公的部門・非営利部門・民間部門などの多様な供給主体が、同一条件下で自由な競争を展開することが、本稿が理想とする政策の姿である。

繰り返しになるが、市場も政府もそれ単体では万能とは言えない。それぞれの短所を取り除き、長所を組み合わせるためには、上記のような混合経済体制が有効と考えられるのである。財政面で所得配分の公平性を維持しつつ、供給面で資源配分の効率性を追求できれば、少なくとも現行制度に比べ、パレート改善的な政策転換が可能なのではないだろうか。

本稿では公民役割分担の全体に関わる包括的議論を試みたが、カバーすべきトピックが広範に亘るために個々の議論が希薄になってしまったうえ、先行研究のサーベイや実証データの収集なども十分ではなかった。その意味で本稿は、「序説」ないしは「試論」としてご理解頂ければ幸いである。今後は、本稿で不十分だった既存研究（特に英国の quasi-markets 論等）のレビューを体系的に行ないながら、当テーマをさらに追求するとともに、たとえばマクロレベルでの各国の私費負担比率の国際比較や、医療サービスにおける公民役割分担論など、本稿のテーマをさらに発展させることを今後の研究課題としたい。

主要参考文献

- 市川一宏 (1995) 「イギリスにおけるコミュニティケア法以降の動向」『図説高齢者白書1995』全国社会福祉協議会、1995年
- 宇野 裕 (1993) 「老人問題はなぜ社会的に解決しなければならないか」『週刊社会保障 No. 1756-1762』法研、1993年
- ウォーカー、A. (1997) 「ヨーロッパの高齢化と福祉改革」渡辺雅男・渡辺景子訳、ミネルヴァ書房、1997年
- 遠藤久夫 (1996) 「営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する一考察」『医療経済研究 vol. 3 1996』医療経済研究機構、1996年
- 大野吉輝 (1991) 「社会サービスの経済学」勁草書房、1991年
- 岡本茂雄・高杉多恵子 (1996) 「ドイツ介護保険の最新情報 (1)～(4)」『日経ヘルスビジネス1/8/96～3/18/96』日経BP社、1996年
- 海外社会保障動向研究会 (1992) 「海外社会保障動向92～93年版」ぎょうせい、1992年
- 樫原朗 (1996) 「公的介護保険の形成に向けて I」『文研論集 (改題47号) No. 117』生命保険文化研究所、1996年
- 加藤寛・丸尾直美編著 (1998) 「福祉ミックス社会への挑戦 少子・高齢社会を迎えて」中央経済社、1988年
- 川渕孝一「医療の規制緩和」(1997)『病院経営新事情1997. 9. 5～1997. 10. 5』産労総合研究所、1997年
- 郷 一尚 (1998) 「欧米で進む介護サービスへの市場メカニズム導入」『基礎研 REPORT 98年2月号』ニッセイ基礎研究所、1998年
- 厚生省大臣官房統計情報部監修 (1993) 「在宅福祉・医療・健康関連民間サービスの実態」中央法規出版、1994年
- 厚生省大臣官房統計情報部 (1997a) 「平成5年健康・福祉関連サービス産業統計調査」厚生統計協会、1997年
- 厚生省大臣官房統計情報部 (1997b) 「平成6年健康・福祉関連サービス需要実態調査」厚生統計協会、1997年
- 厚生省大臣官房統計情報部 「社会福祉施設等調査報告 (各年版)」厚生統計協会
- 駒村康平 (1995) 「英国における社会サービスへの市場メカニズム導入政策の研究体系」『海外社会保障情報 Vol. 112』国立社会保障・人口問題研究所、1995年
- 坂田期雄 (1996) 「分権と地方行革」時事通信社、1996年
- 佐藤 進 (1992) 「世界の高齢者福祉政策」一粒社、1992年

- サラモン、L.・アンハイアー、H. K. (1994)「台頭する非営利セクター」今田忠監訳 ダイアモンド社、1994年
- 社会保障研究所編 (1992)「福祉国家の政府間関係」東京大学出版会、1992年
- 社会保障研究所編 (1993)「アメリカの社会保障」東大出版会、1993年
- 社会保障研究所編 (1989)「現代フランスの社会保障」東大出版、1989年
- ジョンソン、N. (1989)「イギリスの民間社会福祉活動」田端光美・下川浩一訳 全国社会福祉協議会、1989年
- シルバーサービス振興会 (1992)「シルバーサービスの現状と将来展望に関する調査研究事業」、1992年
- シルバーサービス振興会 (1994)「平成5年度 シルバーサービス事業者実態調査 調査報告書」、1994年
- シルバーサービスの現状と健全育成に関する研究会編 (1986)「長寿社会へのチャレンジ シルバーサービス」中央法規出版、1986年
- 隅谷三喜男・京極高宣編著 (1987)「民間活力とシルバーサービス」中央法規出版、1987年
- 隅谷三喜男・丸尾直美編著 (1987)「福祉サービスと財政」中央法規出版、1987年
- 総務庁行政監察局 (1994)「シルバーサービスの現状と課題」大蔵省印刷局、1994年
- 総理府社会保障制度審議会事務局編 (1998)「社会保障統計年報 (平成9年版)」法研、1998年
- 園田真理子 (1993)「世界の高齢者住宅」日本建築センター、1993年
- 武田宏 (1995)「高齢者福祉の財源課題」あけび書房、1995年
- 通商産業省機械情報産業局医療・福祉機器産業室編 (1998)「福祉用具産業政策'98 一 共用品、知の共有、流通ほかー 福祉用具産業懇談会 第3次中間報告」通商産業調査会、1998年
- 土田武史 (1998)「ドイツの介護施設の現状」『週刊社会保障 No. 1995』法研、1988年
- 鴫田忠彦 (1993)「英国の老人介護におけるコミュニティケアの経済分析」『海外社会保障情報 No. 103』国立社会保障・人口問題研究所、1993年
- 西村周三 (1997)「医療と福祉の経済システム」筑摩書房、1997年
- 西村由美子編著 (1995)「アメリカ医療の悩み」サイマル出版社、1995年
- 日本消費生活アドバイザー・コンサルタント協会 (1995)「高齢者在宅福祉サービスの実態と地域比較」日本法令、1995年
- 福地義之介・冷水豊編著 (1993)「高齢化対策の国際比較」第一法規、1993年
- フックス、V. R. (1990)「保健医療の経済学」江見康一・田中滋訳、勁草書房、1990年
- 掘勝洋 (1987)「福祉改革の戦略的課題」中央法規出版、1987年
- 松下和子・田所靖代・海保理子 (1993)「高齢者の在宅ケア～アメリカに学ぶ自立と豊かさへの道」有斐閣、1993年
- 松村祥子 (1998)「フランスの福祉サービスの現状と課題」『海外社会保障情報 Spring 1998』国立人口問題・社会保障研究所、1998年
- 松本勝明 (1996)「ドイツ介護保険法一介護サービスの提供と質および経済性の確保」『週刊社会保障、

No. 1881』法研、1996年

丸尾直美 (1984) 「日本型福祉社会」日本放送出版協会、1984年

丸尾直美 (1996) 「市場指向の福祉改革」日本経済新聞社、1996年

三浦文夫編著 (1987) 「増補社会福祉政策研究—社会福祉経営論ノート—」全国社会福祉協議会、1987年

メックス、K.・シュミット、A. (1995) 「ドイツ介護保険のすべて」榎木真吉訳、筒井書房、1995年

毛利健三 (1990) 「イギリス社会福祉国家の研究」東大出版会、1990年

本沢巳代子 (1996) 「公的介護保険～ドイツの先例に学ぶ」日本評論社、1996年

モンク、A.・コックス、C. (1992) 「在宅ケアの国際比較」村川浩一・翠川純子他訳、中央法規、1992年

Arther Andersen LLP (1996) "The Guide to the Nursing Home Industry: 1996" HCIA Inc. (Dallas), 1996

Arvidsson, G. (1996) "Value for Money in Health Care; How Can the Private Sector Contribute?" Studieforbundet Naringsliv Och Samhalle (Stockholm), 1996

De Riddar, W. (1996) "The Privatization of the Welfare State", Stichting Maatschappij en Onderneming (Amsterdam), 1996

Her Majesty's Britannic Office (1989) "Caring for the People: Community Care for the Next Decade and Beyond" Her Majesty's Britannic Office (London), 1989

Iloniemi, J. (1996) "The Rise and Decline of the Public Sector" Centre for Finnish Business and Policy Studies (Helsinki), 1996

Jamieson, A. (1991) "Home care for Older people in Europe" Oxford University Press (Oxford), 1991

Le Grand, J. and Bartlett, W. (1993) "Quasi-markets and social policy", Macmillan(London), 1993

Le Grand, J. and Estrin, S. (1989) "Market Socialism" Claendon Paperbacks (Oxford), 1989

Organization for Economic Cooperation and Development (1996) "Caring for the Frail Elderly People: Policies in Evolution" OECD (Paris), 1996

Pitkanen, P. (1996) "The Future of the Welfare State: a Challenge for the Private Sector", Centre for Finnish Business and Policy Studies (Helsinki), 1996

Social Security Administration (1995a) "Social Security Programs throughout the World" Social Security Administration (Washington D.C.), 1995

Social Security Administration (1995b) "Social Security Handbook 1995: 12th edition" Social Security Administration (Washington D.C.), 1995

Stiglitz, J. E. (1988) "Economics of the Public Sector: 2nd edition" W.W. Norton & Company (New York), 1988

Sundstrom, G. (1987) "Old Age Care in Sweden" Wallin & Dalholm Boktryckeri (Lund),
1987

Wolfenden Committee (1978) "The Future of Voluntary Organizations: Report of
the Wolfenden Committee" Billing & Sons (London), 1978