

少子高齢時代における 社会的規制改革¹

競争原理導入のための規制改革

慶應義塾大学 大村達弥研究会 社会保障パート

清水 俊輔²

清水 達哉³

瀬戸 謙丞⁴

永田 忠慶⁵

藤沢 志津子⁶

星 達也⁷

2004年12月

¹ 本稿は、2004年12月11日、12日に開催される、ISFJ（日本政策学生会議）、「政策フォーラム2004」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、大村達弥教授（慶應義塾大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得べき誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

² 慶應義塾大学経済学部3年 E-Mail : double_s0219@msn.com

³ 慶應義塾大学経済学部3年 E-Mail : tatsuyaruruluck@hotmail.com

⁴ 慶應義塾大学経済学部3年 E-Mail : vietnow@taupe.plala.or.jp

⁵ 慶應義塾大学経済学部3年 E-Mail : fk021733@hc.cc.keio.ac.jp

⁶ 慶應義塾大学経済学部3年 E-Mail : genie_sf@yahoo.co.jp

⁷ 慶應義塾大学経済学部3年 E-Mail : reagangawp@yahoo.co.jp

要旨

現在の日本に少子高齢化という荒波が押し寄せていることに異論を唱える人はいないだろう。「少子化」に関しては、合計特殊出生率は最新の 2003 年度のデータでは 1.29 まで低下した。「高齢化」に関しては、国連の World population prospects の数値によると、日本の高齢化率が 30% を超えるのは 2025 年頃と予測されている。

こういったデータを踏まえ、本論文では経済学的な見地から「少子高齢化」問題にアプローチしていく。具体的には「少子高齢化」によって発生している需要に対して、供給が追いついていないサービス、また画一的であり需要者のニーズに対応していないサービスにおける、供給サイドの改革を提言していきたい。具体的には、「少子化」に関する問題としては保育を、「高齢化」に関する問題としては医療、介護を扱っていく。

これらの三分野に共通して言えることは、消費者の健康や安全を確保するために「社会的規制」が存在し、「経済的規制」に比して規制の改革が遅れていることである。「社会的規制」の特徴は、過度に公平性に重点が置かれ、既存の事業者を保護するための参入規制へとつながっている点である。そして、参入規制は競争原理を抑制し、サービス内容の改善へのインセンティブを働きにくくしている。

その結果、極めて要求水準の高い「日本」という市場における「少子高齢化」社会の下では、これらの分野における需要者のニーズを、種類・量・質の面で満たせなくなっている。

本論文ではこういった点に問題意識を感じ、「社会的規制」の存在する同三分野での規制改革を行っていく。その際の指針は、これら三分野に競争原理を導入することである。その結果、これらの分野におけるサービスの供給者が、需要者のニーズを満たす存在へ変化していくと考える。

目次

はじめに

第 1 章 医療

- 第 1 節 (1. 1) はじめに
- 第 2 節 (1. 2) 現行の規制と問題点
- 第 3 節 (1. 3) 政策提言
- 第 4 節 (1. 4) おわりに

第 2 章 介護

- 第 1 節 (1. 1) はじめに
- 第 2 節 (1. 2) 介護分野における現状と問題点
- 第 3 節 (1. 3) 政策提言
- 第 4 節 (1. 4) おわりに

第 3 章 保育

- 第 1 節 (1. 1) はじめに
- 第 2 節 (1. 2) 保育分野における現状と問題点
- 第 3 節 (1. 3) 政策提言
- 第 4 節 (1. 4) おわりに

参考文献・データ出典

はじめに

日本は戦後の経済成長によって、世界第二位のGDPを誇り、世界第一位の平均寿命を手に入れた。1950年における日本の平均寿命は男 58.0 歳、女 61.5 歳だった。それから約半世紀経た 2004 年には男 78.4 歳、女 85.3 歳と、男女ともに 20 歳以上伸びている。また、平均寿命の伸びだけでなく、日本の高齢化率¹は現在 19.24%である。国連の World population prospects の数値によると、高齢化率が 30%を超えるのは、2025 年頃と予測されている。すなわち、あと 20 年後には 3 人に 1 人が高齢者になるということである。このように日本の平均寿命は急速に伸び、高齢化率も上昇傾向にある。

日本の人口構造を語る上でもうひとつ大きな特徴といえば「少子化」が挙げられる。政府統計では 2003 年度最新の合計特殊出生率²は 1.29 となり過去最低を記録した。特に東京は全国で初めて 1.0 を割り込む 0.9987 であった。この水準は近年低下傾向にあり、大きな社会問題となっている。日本の総人口が増えも減りもしない均衡のとれた状態を保つには、この数値は 2.09 となっていなければならない。また、2004 年の全人口に対する 15 歳未満の割合は 14.03%であり、この数値からも事態の深刻さが読み取れる。

このように日本の人口構造を考えた際、大きな特徴として「高齢化」と「少子化」の二点が挙げられる。高齢化の背景には、医療技術の進歩等による平均寿命自体の伸び、少子化による相対的な増加が要因にある。一方、少子化の背景には、女性の社会進出、晩婚化の進展、独身世帯の増加、経済的理由等があると考えられる。ここまでは「少子化」と「高齢化」を分けて記してきたが、高齢比率の増大はすなわち若年層の減少を意味しており、分けて切り離せない問題であることは言うまでもない。

前述の人口構造の変化を背景にして、本論文では「少子高齢化」による需要に対して供給が追いついていない産業、また画一的であり需要者のニーズに対応していない産業における供給サイドの改革を提言していきたい。具体的には「少子化」に関する産業としては保育を、「高齢化」に関する産業としては医療、介護を扱っていく。少子化であるのに保育の需要が増大していると聞くと一見矛盾しているように思われるが、女性の社会進出を背景に保育への需要は高まっている。また、保育の整備が不十分なために育児にかかるコストから出産を諦める女性を含めると、潜在的な需要も多く存在すると考えられる。

これらの三分野に共通して言えることは、消費者の健康や安全を確保するために「社会的規制」が存在したことである。「社会的規制」に対する用語としては「経済的規制」という言葉があるが、八代(2003)によれば両用語は、「経済的規制がもたら特定産業分野での価格規制や市場参入規制を用いることに対して、社会的規制では、①公益目的のために特定分野の営業活動の制限、②安全確保のための検査・検定制度、③専門的サービスの質を確保するための資格制度」と定義されている。そしてその両者に関しては、「産業分野での経済的規制は緩和が当然だが、国民生活分野での社会的規制はその例外」という考え方が根強く存在している。その結果、健全な競争原理が働き世界で市場をリードしているような産業もある一方で、「社会的規制」分野の産業は規制改革が立ち遅れてしまっているという現状がある。

これらの規制の原点は戦後のキャッチアップ期に存在する。確かに、進むべき道がはっきりしていた戦後のキャッチアップ期には、公平性に重点を置いた、規制と補助金とがセットになった社会的分野の統制は有効であった。しかしながら、世界第二位の経済規模を誇り、極めて要求水準の高い「日

¹ 全人口に占める 65 歳以上人口の比率

² 一人の女性が生涯に産む子供の数

本」という市場における「少子高齢化」社会のもとでは、これらの規制は種々の弊害を生み出す苗床となっている。それは規制が重点を置いた公平性に端を発している。つまり、見かけ上では消費者の健康・安全を守ると謳ったものであっても、実際には既存の事業者を保護するための参入規制へとつながっている。参入規制によって競争原理は抑制され、閉ざされた市場であるために、サービス内容を改善するインセンティブが働きにくい産業となっている。その結果、サービスの種類は限定的で需要者に選択の余地はなく、供給量は需要を下回り、また、質の面でも疑問が残るものとなっている。

このように、「社会的規制」の存在する分野でのサービスは、種類・量・質に関して改善が迫られているといえるだろう。また「少子高齢化」社会の下で保育、医療、介護といった分野への需要が高まることは必然であり、改善の必要性が大きいといえる。そこに多大な成長の可能性が潜んでいると考えた。

本論文では、「少子高齢化」時代を背景とし、第1章では「医療」を、第2章では「介護」を、第3章では「保育」を扱っていく。個々の産業におけるこれまでの規制、そして改善策を提言していく。政策目標とは、市場原理の導入・促進であり、経営の効率化、財・経営主体の多様化を図ることにより、最終目的は需要者に応じたサービスの供給を意図するものである。それらを通じてわれわれは「産業の再生・創造」の達成を試みる。

第1章 医療

高齢化が進む今求められているのは、高質で多様な医療サービス、つまり需要者である患者本位のサービスである。そのためには医療分野においても、他の産業分野と同様に、医療サービスの内容や質に関して、医療機関における公正かつ自由な競争を促進することが必要である。まず実質的な新規参入障壁となっている病床規制を部分的に撤廃する。既存医療機関に新規参入による刺激を与え、全体的な医療機関の新陳代謝を促すことが可能となる。次に株式会社病院の経営を許可することで患者の選択肢の拡大、患者本位の医療サービスの提供が効率的に行われることになる。さらに混合診療の解禁によって、より多様な医療サービスが実現する可能性を広げることができる。これらの政策を包括的に行うことで、医療は、公の全面的な管理下ではなく、患者の需要に対応した専門的なサービスを提供することが可能となるのである。

第1節 はじめに

医療は、人の生命や健康に直接関わるものであるということ、国民生活に不可欠なサービスであるという公共性を有するものであること、医療サービスの提供者である医師と医療サービスの需要者である患者との間には情報の非対称性が存在することなどから、特殊な性格を持つ分野であるといえる。そのために、一定以上の医療サービスの水準を確保し、患者の利益を確保するため数々の規制がある。例えば、医療法・医師法に基づいて医療機関の構造設備や人員配置に関する規制、経営主体に関する規制、広告に関する規制、そして医師の免許制などである。さらに、これらに加え、医療機関に対して病床数を基準とした医療機関の開設に対する規制、保険診療の価格設定に関する規制もある。これは、日本特有の国民皆保険制度によって、診察料などのほとんどが公的医療保険によって賄われていることから、国民が一定負担となるように医療サービスを提供し、公的医療保険制度を適正に維持するためとされている。

このように、医療分野には数多くの規制が存在している。しかしそれは、医療サービスの供給者である医療機関が、自由かつ自主的に病院開設や価格設定を行い、競争することに大きな制約となっているのである。つまりここでは新規参入規制が強く働いているため、市場における完全な自由競争状態は達成されることはないに等しいと言える。こうした制約については、これまで需要者の安全確保などの社会的目的を達成するために必要不可欠な「社会的規制」として位置づけられている。

このような医療サービスにおける数々の規制は、国民の生命、健康に直接影響を及ぼす医療サービスという性格上、また医療の特殊性と公的医療保険の趣旨から、提供されるサービスの内容の差別化を手段とする競争原理にはなじまないという考えから設けられている。しかしながら、規制として必要不可欠なものも当然あるが、逆に社会的規制という大義名分の下、実質的な経済規制となっているものもある。

現在、需要者である患者のための医療サービス、すなわち、国民負担に応じた「質の高い医療サービス」と「医療サービスの効率化」が求められている。その実現のためには、患者がそのニーズに応

じて医療機関を選択し、供給者である医療機関が相互に競争する環境を整備すること、すなわち競争原理の活用が必要である。そのため、医療分野においても、ほかの産業分野と同様に、医療サービスの内容や質に関して、事業者である医療機関における公正かつ自由な競争を促進することが必要である。そして、需要者である患者がニーズに沿った医療サービスを提供する医師や医療機関を選択することを通じ、患者の利益を確保することが重要である。また、それと同時に、医療機関が創意工夫を発揮できる事業活動のインセンティブを喚起することなどにより、医療サービスの質も向上が図られなければならない。

これまでも、総合規制改革会議により、医療分野では種々の分野で規制改革が行われてきた。例えば、医療機関経営の効率化・透明化を目的に、医療機関の「理事長要件」¹の緩和や、「205円ルール」²の見直しが行われてきた。また、医療機関と患者間の情報の非対称性の解消を目的に、「広告規制」³の緩和が行われてきた。しかし、まだ多くの分野で改革が講じられていないのが現状である。そこでこの章では、医療分野における競争の促進と、医療サービスの向上を目的に、現在の医療分野における①基準病床数による参入制限、②株式会社の参入制限、③混合診療に関する規制、の在り方について論じる。

第2節 現行の規制と問題点

1. 医療計画に基づく基準病床数による開設等の制限

(1) 基準病床数

基準病床数とは、地域の医療ニーズに対応して二次医療圏⁴ごとに策定される病床枠のことである。病院と有床診療所の全病床数を規制する基準値を意味する。一般のベッド（一般病床と療養病床）以外に、精神病床・結核病床・感染症病床についてもそれぞれの基準病床数が策定される。医療機関からの病床増設・新設申請に対して、都道府県は、この枠が残っているか満杯であるかを重要な根拠の一つとして許可・不許可の判断を行う。ちなみに、「一般病床」とは、精神病床、結核病床、感染症病床及び療養病床以外の病床をいい、「療養病床」とは、精神病床、結核病床、感染症病床以外で、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床をいう。

(2) 医療法・健康保険法による病床規制

医療法において、都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、病院の開設又は病院の病床数の増加に関して開設の中止や申請病床数の削減を勧告することができる（医療法第三〇条の七）また、「特に必要がある場合」とは、病院の開設又は病院の病床数の増加の許可を申請した場合に、既存病床数が、医療計画に定める基準病床数に既に達している場合、又はその開設等によって当該基準病床数を超えることとなる場合をいう、としている。この勧告には法的な拘束力はないが、仮に従わなかった場合には、別途、健康保険法により、保健医療診療機関の指定を受けられないという新たな規制が1998年に加えられた。保険医療機関の指定を拒否された場合であっても、病院等を開設し、医療行為を行うこと自体は可能である。しかし、健康保険等の公的保険

¹ 理事長は原則として医師でなければならないという制度。

² 医療機関は、一日分が205円以下の薬は保険請求時に、薬の名前を省略しても良いという制度。

³ 医療に関する広告については、限定的に広告可能な事項として認められた事項以外は、原則として禁止するという制度。

⁴ 厚生労働省の指定した人口35万程度の自己完結的な医療圏。この圏内の医療機関で、急性期から慢性期に至るほとんどの一般的な疾患に対する医療が、完結して提供可能であるとされている。

が適用されない自由診療のみしか提供することができず、国民皆保険制度を採っている現状では、事実上、医療機関としての経営を維持することが難しいことから、結局、医療機関の開設許可が与えられなかった場合と同様の結果となるのである。

このように、医療法上の医療計画に基づく病床規制に、健康保険法に基づく保険医療機関の指定制度を連動させることにより、医療計画に基づく病床規制が、事実上、実効性のある参入規制として機能している。

医療計画における病床規制は、医療資源の地域的偏在の解消、医療施設相互の機能連携の確保等という目的と、医療費の高騰を防ぐという目的の下にある。そして同時に、医療市場における医療機関数及び病床数に対する総量規制としての機能も有するに至っている。

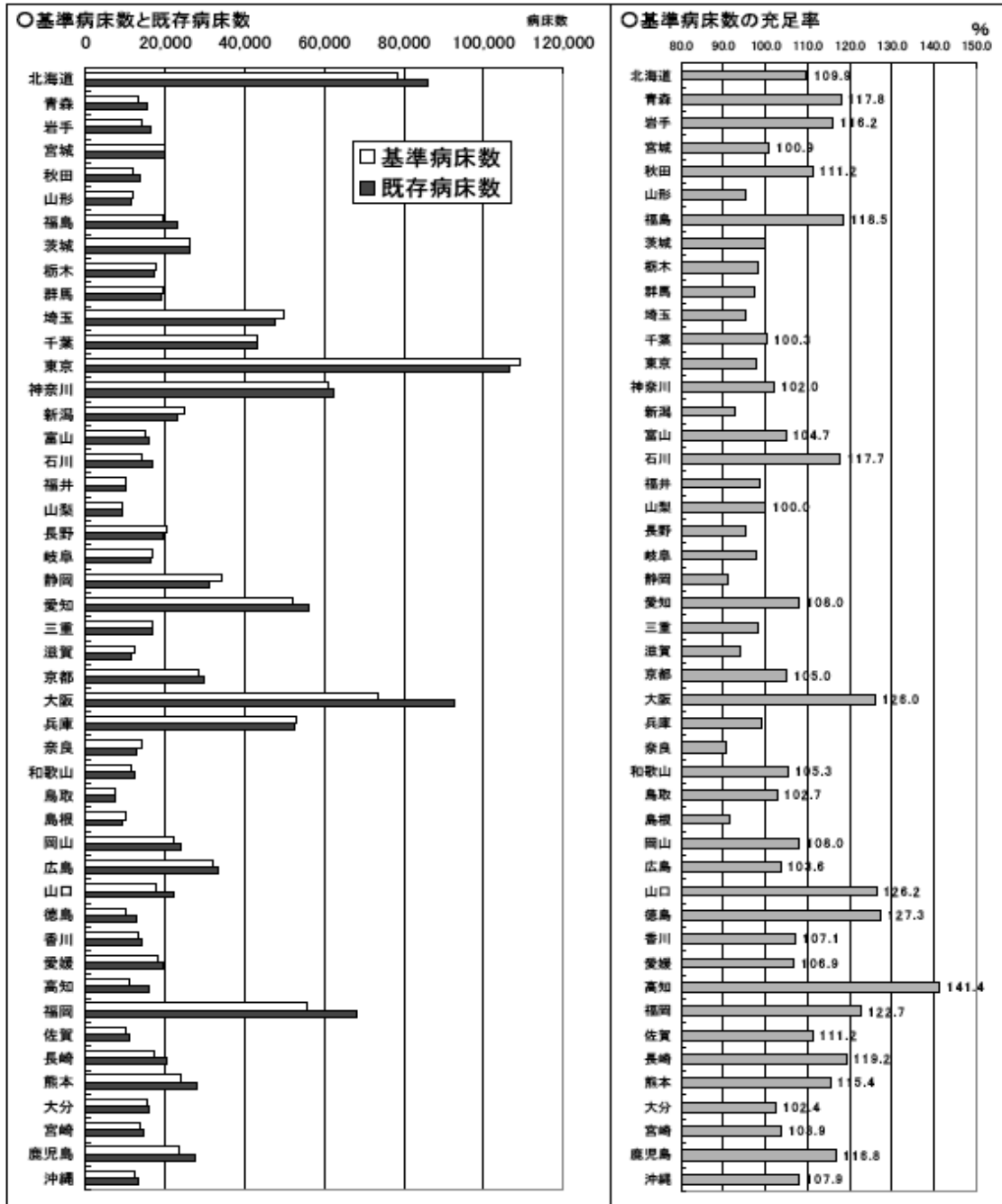
(3) 病床規制による問題点

医療分野では、情報の非対称性のために患者の合理的な選択の確保が困難であることなどから、通常の競争原理が働きにくく、供給が需要を生む構造となっている。よって、勧告に従わない場合には、保険医療機関の病床として不相当であることとされている。実際に、病床数と一人当たり入院医療費の間には強い正の相関関係が認められるとして、病床数の多い都道府県ほど入院医療費も高額であるという説明がなされている。

しかしながら、入院医療費は、地域ごとの疾病発生率の違いや療養にかかわる社会環境の違いなど様々な原因があるはずであると考えられる。よって、医療費の増加を抑制する目的から、基準病床数を基に医療機関の開設等を制限することは、医療法が予定する医療資源の地域的偏在の解消等の本来の目的に対する手段としてそぐわないものである。また、既存医療機関の既得権を保護してしまっていると考えられる。

現行制度は、医療機関及び病床数の過剰を防止するための新規参入の抑制機能はある。しかし、既存医療機関について、病床の利用状況等の活動実績や医療資源の適正配置といった観点から、病床数の削減、他の地区への移転等の措置を講じる仕組みではない。このため、医療計画に基づく基準病床数による規制が、既に参入している医療機関にとっては、新規参入による競争圧力を受けることのない既得権として機能することになっている。そのために、医療機関の現在有する病床を維持し、また増床するために、他の医療機関と競争し、より良い医療サービスを提供しようとするインセンティブを阻害している。その結果、病床過剰地域では、病院の閉鎖等により空き病床が生じた場合に開設申請を行うか、または、既存の病院施設を買い取るしか当該地域に新たに参入する方法がないのである。このことは、意欲ある者の新規参入や、患者選好の高い既存医療機関が事業規模を拡大する途を閉ざし、競争過程を通じた医療サービスの向上が期待できない状況となっている。そして同時に、患者の選択の幅を狭めることにもつながっている。

図 1 - 1 都道府県別の基準病床数の充足状況



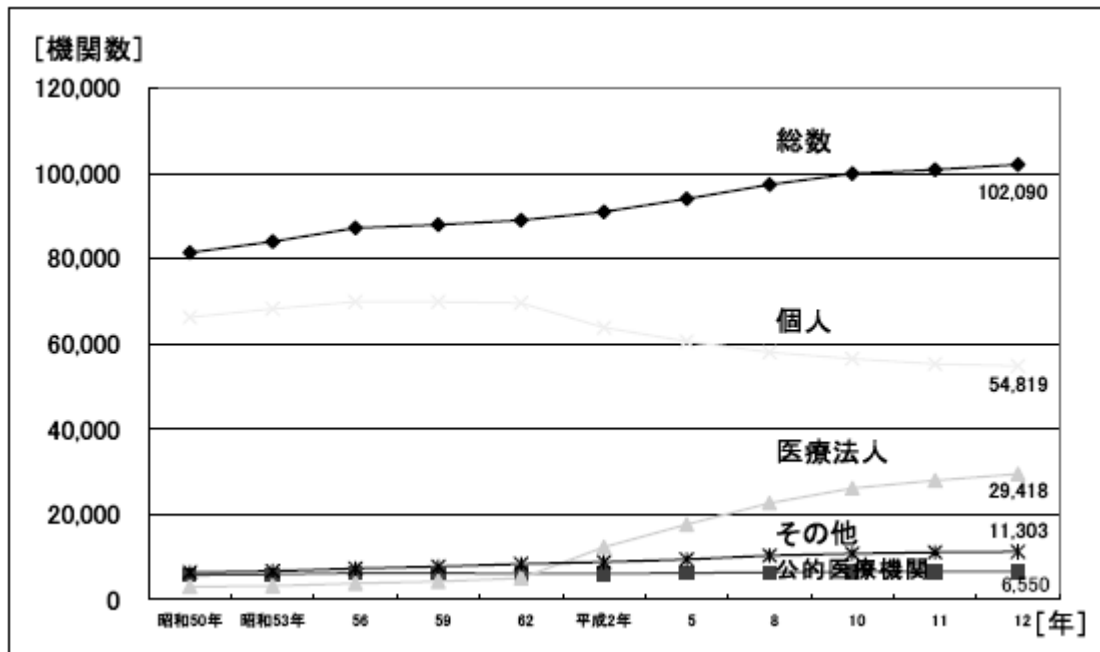
資料：厚生労働省「国民衛生の動向」

2. 株式会社の参入制限

(1) 医療法による株式会社の参入規制

医療法上、病院等の医療提供施設の開設者として、「公的機関」（国、都道府県、市町村等）、「医療法人」、「個人」及び「その他」（社会保険関係団体、公益法人等）がある。これを病院及び診療所の医療機関数でみると、平成12年時点において、「公的機関」によるもの6550施設（6.4%）、「医療法人」によるもの29,418施設（28.8%）、「個人」によるもの54,819施設（53.7%）、「その他」11,303施設（11.1%）という構成となっており、医療法人によるものが増加傾向にある。

図1-2 開設者別の医療機関数の推移



資料：厚生労働省「医療施設調査（平成12年）」

都道府県知事は、病院の開設又は医師でない者による診療所の開設に係る許可申請が行われた場合に、営利を目的として医療機関を開設しようとする者に対しては、開設の許可を与えないことができる（医療法第七条第五項）とされており、株式会社の参入は明文では禁止されていない。この規制は、医療法の制定当初から規定されているものである。

しかし、厚生労働省通知により、都道府県知事は、営利を目的とする法人に対して、医療機関の開設許可を与えないこととされているため、事実上株式会社の参入は制限されている。

また、医療法人の非営利性を確保するため、事業運営により生じた剰余金の配当を行うことは禁止されている（医療法第五四条）。したがって、剰余金が生じた場合には、施設の整備・改善費等に充てるか、積立金として留保しなければならないのである。

(2) 株式会社の参入規制の合理性

医療は人の生命・健康に関わる公益性の高い事業であり、営利を目的とした者が参入すると、その営利性のために利用者に不利益を与えるおそれがあることから、医療機関は非営利組織によって運営されなければならない。この考え方が株式会社の参入を制限する理由である。現行では、規制対象とすべき「営利を目的とする者」について、株式会社が有する「営利性」という性格を基準としているため、その参入を形式的に一律排除することとなっているのである。しかしながら、医療法人の実態

に鑑みると、形式的に医療機関の経営主体やその収益事業を制限することは、そのような規制の目的を実現する手段として適切といえるか疑問がある。

医療法人など医療法で参入が認められた、営利目的ではないとされる医療機関について、その経済活動をみると、以下のとおり、実態としては、営利的な事業活動を行っている一般の民間企業と区別できないものである。

- 医療機関の多くは、銀行からの融資やリース・賃貸等の資金調達方法により、病院施設や設備を整備している。そのため、借入金の返済や賃貸料等の支払いのために収益を計上しなければならない。つまり、配当と同様、資金調達に対する当然の対価（支払いコスト）として、利子という形での「医療外への利益の流出」を行っている。
- 医業活動により収益を計上し、資本蓄積を進め、設備投資等を行うことにより規模を拡大したり、チェーン化を進めており、さらに、チェーン化された医療機関では、本部組織を中心に資金や人材を融通したり、共同調達等を実施している。
- 株式会社と同じ法人税率が適用され、税制上も、営利法人と同様の扱いとなっている。
- 現存する62の株式会社病院¹は、公的保険による運営という「公共性」を維持しており、これまでに何ら患者にとっての弊害をもたらしていない。なお、現在、専ら社員の福利厚生を目的とする場合に限り、株式会社による医療機関の開設が例外的に認められている。しかし、こうした形態の医療機関の中には、実態として、地域一般住民の診療を相当程度行っているものも多い。これは、事実上、一般住民を対象とする医療機関を営利法人が運営していることになるが、営利性による弊害として指摘されている、収益性の高い分野への集中や過剰診療などの問題は特段生じていない。

このように資金調達的手段だけから「営利性」を定義し、直接金融市場を通じた資金調達は「営利的行為」とする区分にはいかなる合理性もなく、株式会社による医療機関経営を禁止することには合理性は乏しいといえる。

(3) 株式会社の参入規制による問題点

医療機関の資金調達の方法としては、医療法により医療法人の剰余金の配当が禁止されているため、株式の発行など資本市場から直接資金を調達することができないので、銀行や医療福祉事業団等からの融資が中心である。このため、病院等の建設に要する巨額の資金の調達は困難となっているとともに、多額の資金を必要とする施設・設備の近代化などが促進されにくい。つまり、医療機関の競争手段の多様化が阻害されているのである。この結果、株式会社のように、市場における競争において重要な役割を占める主体が参入し、多様な経営主体による活発な競争の可能性をなくしている。また、土地又は建物を所有しない新規参入者にとっては、開業は非常に難しくなっている。さらに、借入金は、株式配当の場合と異なり、赤字経営でも返済が求められるため、医療機関の経営を困難にし、事業活動の継続性を阻害する要因ともなり得るといえる問題点もある。

なお、2004年度から構造改革特区では、高度な医療を行う医療機関については、自由診療の枠内に限って株式会社が参入できるような規制改革が行われた。しかし、この特区の認定申請で、応募した自治体は1つも無かったことなどから、こうした厳しい制約条件のもとでは大きな効果は期待できない状況であると考えられる。

3. 混合診療に関する規制

(1) 混合診療の規制の概要

¹ 現存する62の株式会社病院は全病院の0.7%にあたり、主に医療法成立（昭和23年）前に設立された病院である。

いわゆる混合診療とは、保険医療機関が行う一連の診療行為のうち、保険適用の対象となる診療とそれ以外の自由診療を組み合わせ提供した場合に、保険対象部分について公的保険が適用される形態のことであるといわれている。保険診療と自由診療を併用する混合診療を直接禁止する旨の明文の規定はない。しかし、保険診療の内容と価格を公定している現行の診療報酬体系上、一疾病に対する一連の診療行為において、自由診療が行われた場合には、その診療全体が保険給付の対象外とされており、事実上、認められていない。

しかしながら、混合診療の禁止は、患者が診療報酬点数表に記載されていない先進医療等を受ける機会を失わせることになりえる。また、医療サービスの周辺部に位置するサービスであって、画一的、均質的な給付として位置付けることが必ずしも妥当ではないサービスも存在する。こうした観点から一九八四年の健康保険法の改正により、特定療養費制度が導入され、一定の範囲で混合診療が認められた。具体的には、以下の「高度先進医療」と「選定療養」について、患者から通常の自己負担を超える金額の支払いを受けることが認められるという制度である。これは事実上の混合診療を特定の範囲内で容認することで、それ以外の場合の混合診療の禁止を法的に定めたものであると解釈される。

「高度先進医療」とは、新しい医療技術を応用した治療方法が保険診療の対象となるためには、それが全国的に普及することが前提となるため、それまでの臨時的な処置として、都道府県知事の承認した医療機関で、個別に承認された項目について容認されるものである。これはあくまでも近い将来に保険診療の対象になることが前提であり、単に外国で一般的に普及している治療方法というだけでは認められない。また、「選定療養」とは、個室等の差額ベッド料¹、歯科選択材料²、予約診療等、一定のサービスの質が担保され、かつ医療サービスの本質部分と関わりの少ないものが選定されている。

それでは、何故このような保険診療と保険外診療の組み合わせが禁止されているかという点、医療の公平性原則に反するものとされるためである。すなわち、患者の生命にかかわる医療では、患者の負担能力の差にかかわらず、必要な医療を公平に提供すべきという医療固有の性格が指摘される。公的保険を患者の公平性の観点から「普遍的に利用可能な医療」に限定する結果、保険診療の対象となる医療サービスの基準として、個々の患者にとっての「必要度」よりも、それが全国の病院で利用可能か否かの「普及度」が用いられているのである。

(2) 混合診療禁止による問題点

現在、混合診療が禁止されている医療分野における問題点としては、まず、第一に医療機関が多様化する患者ニーズに対応できないことがあげられる。すなわち、所得水準の向上、価値の多様化、健康志向の高まり等を背景に、費用が高くても、先端的な医療サービス、より快適な医療サービス、技術水準の高い医師の診療等を保険診療と併用してできるだけ安価に受けたいという患者ニーズの多様化に、十分対応できないということである。例えば、混合診療を避けるため、本来一回の入院・手術で済むところを保険診療部分と保険外診療部分とに分けて行うなど、あえて診療行為の分断などを行うことにより、患者の身体的・経済的負担を増大させることがあるのである。さらに、こうした非効率な行為が、医療費全体を増大させているとの事実もあるということである。

第二に、医療分野における技術革新の効果を迅速に反映することを制限してしまっていることである。技術革新による新薬が登場しても、我が国において医薬品としての認可を受け、さらに、厚生労働大臣の定める保険医薬品となるまでには相当の期間を要する。その間は、患者が希望しても、保険診療としてその処方を受けることができないのである。また、同様に、先進的な医療技術についても、特定療養費の対象として定められない限り、保険診療との併用によってその恩恵を受けることはでき

¹ ベッドや布団など入院に必要な基本的な費用は、治療費同様に公的医療保険で決まっているが、一定水準以上の環境を備えた病室は、病院が特別料金を設けることが認められている。この特別料金から保険で定められた料金を差し引いた額が、差額ベッド料となる。

² 保険適用外の金合金または白金合金により歯の鑄造歯冠修復を行った場合に負担になる、保険適用の歯科材料(金銀パラジウム合金)との材料の差額。

ないのである。海外では広く認められているにもかかわらず、我が国では公的保険の適用外となっている新しい医療技術・サービスに対する医師の積極的取組を阻害している。そのため、患者の受診機会を狭め、医療サービスの質の向上を妨げているといった弊害が大きいのである。

第三に、医療機関の医療サービス提供に係る創意工夫の余地をなくしていることである。手術に関して高度な技術を有する医師の施術であって、患者の希望がある場合でも、医療機関は、一律の診療報酬で提供しなければならない。これは、医師のインセンティブの向上や医療機関の事業活動における創意工夫を発揮する余地をなくするとともに、技術面で高度な医療サービスを受けたいという患者の選択を狭めることにもなっている。

第3節 政策提言

1. 病床規制の改革

現在の公的医療保険制度の下では、入院医療費と病床数とは、相関関係にあるとの基本的考え方（病床誘発需要仮説）から、現在の地域医療計画では、医療機関（病床数）の量的なコントロールを行っている。一方で、地域医療計画に基づき病床規制が行われている結果、医療機関の競争が働きにくい、経営努力をしない者まで保護することになっている。既存の医療機関の病床数がいわば「既得権益化」しているのである。そして、当該地域に質の高い医療機関が参入することを妨げているという点を問題視した。また都道府県によっては、対人口比の地域間格差が大きいなど、地域の実情・ニーズに応じた適切な機能別の病床数の確保が出来ていないなどの問題点も指摘される。

したがって、具体的な政策として、地域医療計画において、段階的に基準病床数を増やし、最終的には撤廃すべきである。急性期、慢性期、特殊診療などの病床の機能について、地域の実情・ニーズを適切に踏まえた基準病床数の算定基準を公正かつ厳格に設定する。さらにその上で、適正な病床数に収束するように管理を徹底し、基準病床数を増加していくべきである。

しかし、病床誘発需要仮説¹を考えるとこの政策によって病床数を増やすと医療費の増加を助長してしまうという二次的な問題が危惧される。実際のところ、現在の病床規制は、病床の総量調整と医療費抑制という二つの目的を達成しているのだろうか。まず、病床過剰地域における新規参入阻止策として総量調整という機能は充分であると考えられる。しかし、所期の目的である医療費抑制効果をもたらしているかどうかは明らかではない。ここで、都道府県別の病床供給過剰と医療需要すなわち患者数や入院日数との相関をみると、若年層（69歳以下）については相関がみられない一方、高齢者層（70歳以上）については相関がみられる。このことから、病床規制の根拠となっている病床誘発需要仮説は若年層には当てはまらない可能性が高いのである。すなわち、病床規制による総量規制は、医療費抑制のための規制としては合理性がなく、むしろ既得権化といった弊害により悪影響を及ぼしているといえる。したがって、若年層の医療需要をカバーすることが多い急性期病床に対する総量規制、すなわち病床規制を撤廃し、新規参入を含め競争を促すべきである。新規参入により新しいサービスの創造といった効果も期待できる。

高齢者の入院医療需要を主にカバーする療養病床については病床過剰による需要誘発の可能性が高いことが示唆されている。よって、病床数の過剰が医療費増加の要因となっている可能性は否定できないことから、供給総量規制を直ちに撤廃すべきではないといえる。

この政策により、既存の非効率な医療機関を温存させる参入障壁は無くなり、より効率的な医療機関の新規参入を促すことができる。そうすることにより、競争過程を通じた医療サービスの向上が期

¹ 入院医療費と病床数とは、相関関係にある

待できるのである。また、このことは、患者選好の高い既存医療機関が事業規模を拡大することも可能にし、患者の選択の幅を拡大させることにもつながっている。

2. 株式会社による医療機関経営の解禁

現在の医療機関は、経営という観点からみた場合、資金調達手段が限定されており、建物や高額医療機器等の設備投資が容易には行いにくいことが問題となる。こうした状況を踏まえて考えると、医療機関の経営力を強化するために、資金調達手段を多様化し、事業の拡大・統合が容易にできる仕組みへと変えていくことが必要と考える。

その具体的政策として、前項の病床規制の段階的撤廃と併せて、株式会社による医療機関経営の解禁を行うべきである。

既に、医療法人制度は、現状においても法人税や相続税の面で既に商法法人（株式会社等）と同じ扱いであり、むしろ資金調達手段が多様化することにより、医療供給の継続性は高まると考えられる。また、経営効率化等による事業の成功の果実が経営者と従業員で配分できることにもつながり、医療従事者に対して経済的にもインセンティブを付与することが可能である。こうした仕組みが整備されれば、競争激化によって経営が行き詰まった場合においても、経営力のある法人による買収などを通じて、倒産することなくサービス提供を続けながら、効率性を高めることができると考えられる。そして、資本集積が容易になり、経営効率化のための多額の事業投資等が容易になること、経営情報開示、チェック機能の強化などの経営の近代化が可能になり、透明性の向上が実現することなどもメリットとしてあげられる。

また、株式会社病院の容認は、医療サービス利用者と病院経営者の双方にとっての選択肢の拡大にもつながる。すなわち、効率的に良質なサービスを提供するノウハウに長けた株式会社等が医療機関経営に参入することで、徹底した患者ニーズの把握による患者満足度向上につながるシステム環境整備、経営マインドの発揮によって、患者の選択肢の拡大、患者本位の医療サービスの提供が効率的に行われることになる。さらに、企業参入によって病院間の競争が促進され、既存の公立病院および医療法人病院が経営合理化へのインセンティブを高めることも期待できる。

また、株式会社参入については、『医療・介護・保育等における規制改革の経済効果』（内閣府〔2003〕）がその効果を定量的に試算し、医療産業の生産が 20.4% 拡大すると報告されている。ただしその前提として、株式会社等参入の効果が発揮されるためには、混合診療解禁などにより、病院経営の自由度を高めることが含まれている。

3. 混合診療の解禁

世界の医学界において技術改革はテンポを速めており、新しい治療法や新薬による治療効果の向上は著しい。ところが、わが国では保険診療の厳しい枠と混合診療の禁止により、新しい技術の開発と海外からの移入が阻害されている。そのため、世界トップ水準の所得国でありながら、国民は最高水準の医療サービスを受けることができない状態にある。そして、医師と患者の自由な契約を公共性の観点から規制するという点で、多様な利用者のニーズに答えられないものとなっている。また、医療分野における技術革新の恩恵を迅速に受けることを制限し、医療機関の医療サービス提供に係る創意工夫の余地をなくしているなどの点も問題視されている。

そこで、保険診療と自由診療を組み合わせること、つまり混合診療を解禁することが必要となるのである。今まで海外では一般的に用いられている治療方法も、日本国内で使うまでには長い時間がかかっていた。そのギャップや問題を、混合診療によって埋めることは、医師と患者の双方にとって望ましいはずであり、より多様な医療サービスが実現する可能性を広げることになるのである。

そして、保険診療と自由診療との組み合わせが普遍化すれば、その範囲内では価格競争が働くことになる。よって、追加的な負担を払う利用者を引き付けるための情報提供へのインセンティブが高ま

ることが期待される。その結果、医療機関間の競争が活発になり、医療サービスの質が高まれば、保険診療受診者にとってのメリットも大きい。

また、混合診療が解禁されれば、患者がこれまで全額自己負担しなければならなかった高額な高度・先端的医療が、一定の公的保険による手当ての下で受けられるようになる。そのために、「金持ち優遇」どころか、むしろ逆に、受診機会の幅を拡大し、国民間の所得格差に基づく不公平感は改善できるのである。

第4節 おわりに

医療サービスに関しては、市場競争が働きがたい分野として、価格と数量の両面で政府の幅広い介入がなされてきた。この背景としては、医療においては他のサービスのように消費者主権が働かないため、医師と政府の責任をもって、弱者である患者の利益を守るという医療の伝統というものがある。また、全ての国民に対し良質な医療を公平かつ効率的に提供する国民皆保険制度も、画一的な制度を前提としているのである。

現在、医療技術とともに医療費が拡大し、現行の制度のままでは、高齢化進展の下でいっそう強まるものとみられている。こうしたなか、医療問題はもっぱら医療費総額の抑制という財政問題としての側面が強調されている傾向にある。実際、2003年度の健康保険法等の改正でも、医療費膨張を抑制するために、患者の自己負担率の引き上げが中心となっている。

しかし、医療分野の真の問題は医療費の大きさよりも、その配分であると考えられる。過去の医療政策は患者の公平性という点に最も重点が置かれてきた。現在、国民所得水準の向上、高齢化による疾病構造の変化などの下、その画一性というものが引き起こす弊害は強まっている。このような観点から、医療改革の目的は医療費総額の抑制ではなく、医療サービス供給体制の効率化を通じた質の向上にあるといえる。そのためには、提供側主体のシステムではなく、医療機関間の公正で自由な競争を通じ、他のサービス産業と同様な利用者本位のシステムに転換することが必要である。

そのためには、まず実質的な新規参入障壁となっている病床規制を部分的に撤廃することで、既存医療機関に新規参入による刺激を与え、全体的な医療機関の新陳代謝を促すことが可能となる。次に株式会社病院の経営を許可することで、徹底した患者ニーズの把握による患者満足度向上につながるシステム環境整備、経営マインドの発揮によって、患者の選択肢の拡大、患者本位の医療サービスの提供が効率的に行われることになる。さらに混合診療の解禁によって、より多様な医療サービスが実現する可能性を広げることができる。これらの政策を包括的に行うことで、医療は、公の全面的な管理下ではなく、患者の需要に対応した専門的なサービスを提供する「医療産業」となることができるのである。

第2章 介護

高齢社会の進展により、介護サービスを必要とする人はこれから増え続けていく。このような時代に対応した介護分野にするべく改革を提言する。

現状の問題としては、旧来の介護の独占的提供主体であった社会福祉法人に対する様々な優遇措置が残されており、このままでは介護分野の市場拡大に際しての障害になる可能性があることがあげられる。これからの介護サービスの発展のためには、社会福祉法人だけに介護サービスにおける優遇措置を与えるのではなく、多様な経営主体が等しい条件の下で競争をしあい、効率的で質の高い介護サービスを提供できる土壌をつくる必要がある。また同時に利用者が主体的にサービスを選べる環境を整備することで介護市場における利用者主権を確立しなければならない。

第1節 はじめに

日本における介護サービスは社会的弱者救済という老人福祉の観点から出発した。行政主導の措置制度の下で、サービスの提供者を行政側に指定され各個人がサービスの提供者を選ぶことができなかった。この制度の下では利用者はサービスの選択権を十分保障されているということとはできず、自分に合ったサービスが受けられるかは分からないものであった。またサービスを行政からの委託として行っている事業者はサービスを主体的に決めることはなく画一的なものになりやすいといった問題も抱えていた。

そのような中であって、2000年度から介護保険が導入され、介護分野は大きく変わりはじめていく。まず、介護保険制度ではサービスの利用者はサービスの提供者と直接契約できるようになり、自らの選択によるサービスが受けられるようになった。また、在宅介護の分野においては規制緩和も進み、株式会社など多様な経営主体の参入が認められることになった。

この結果、介護市場が新しく確立され、その後も順調な伸びを見せている。現在、日本人の5人に1人が高齢者である。この日本の高齢化はさらに進むことが予想され、高齢人口そのものは、日本の総人口が減少するなかでも2020年前後まで伸び続けると予想され、また日本の高齢者割合は2015年には26%、2050年には36%に達するという見通しがなされている。特にこれから増加すると考えられる後期高齢者¹は日常生活自立度の低下や認知機能の低下（痴呆の増加）が著しいといわれ、要介護者数が増加していくことは避けられない状況にあると考えられる。現に、遂に要介護認定者は400万人²を超え、これは介護保険制度が開始された時（2000年4月）のほぼ2倍にあたる人数になった。

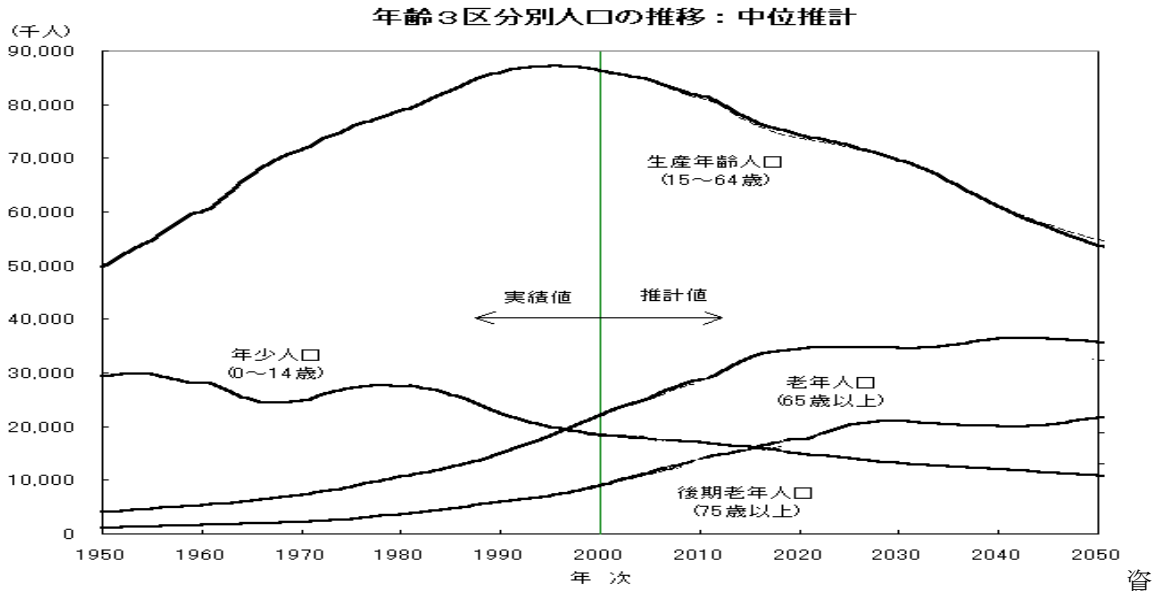
このように急激に伸びている介護サービス需要に対応し、供給不足を解消するため、介護市場に更なる新規参入は必須事項である。

しかし、旧来の介護の独占的提供主体であった社会福祉法人に対する様々な優遇措置が残されており、このままでは介護分野の市場拡大に際しての障害になる可能性がある。特に介護保険上で施設サ

¹ 75歳以上のお年寄り

² 介護保険事業状況報告（暫定）平成16年度8月分から

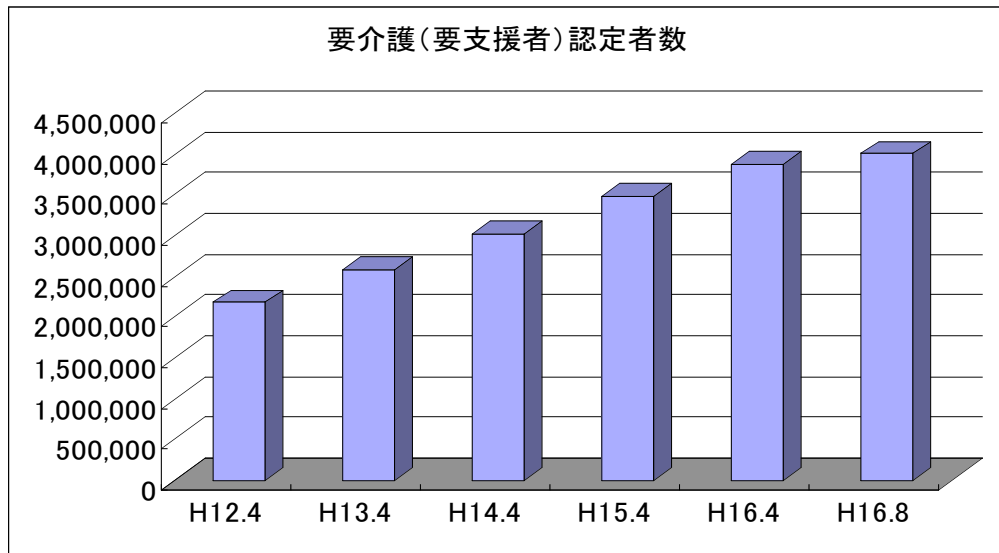
サービスとされる特別養護老人ホームの設置主体は市町村と社会福祉法人に限られたままであり、民間業者の参入はできないようになっている。これからの介護サービスの発展のためには、社会福祉法人だけに介護サービスにおける優遇措置を与えるのではなく、多様な経営主体が等しい条件の下で競争をしい、効率的で質の高い介護サービスを提供できる土壌をつくるのが重要である。



資料：国立社会保障・人口問題研究所 HP より

http://www.ipss.go.jp/Japanese/newest02/3/z_3.html

図 2 - 2 要介護認定者数の伸び



資料：厚生労働省 介護保険事業報告より筆者作成

第2節 介護分野における現状と問題点

1. 特別養護老人ホームにおける待機者の問題

現在特別養護老人ホームには入所を希望しているが、入所できない人が20万人以上いるといわれている。これには特別養護老人ホームの数が圧倒的に不足していることに加え、特別養護老人ホームの代替サービスであるはずの介護付有料老人ホームとの価格差が非常に大きなものになってしまっているために、有料老人ホームが十分に活用されていないということを原因にあげることができると思う。本来、入居希望者が希望通り入居できることが望ましく、特別養護老人ホームの新規参入の促進と、また有料老人ホームとの価格差の問題を解決していかなければならない。

2. 特別養護老人ホームと財政負担

特別養護老人ホームの運営にかかる月額経費は全国平均で約33万円である。一方、利用者の本人負担は、本人負担の限度額以上は高額介護サービス費も支給されることから、5万円程度が限度になっている。つまり、実質の補助金負担は8割から9割に及ぶということになる。その上、特別養護老人ホームを整備する際には、施設補助費として費用の4分の3が補助金として出ている財政の負担は非常に重いものになっている。このため、介護保険の持続可能性や日本の財政赤字の問題を考慮に入れると、特別養護老人ホームに待機者が20万人いるからといって、現在の仕組みのままで、特別養護老人ホームを20万人分すぐに整備すればよいという考えは非現実的である。これら20万人の解決へは特別養護老人ホームの整備だけでなく、民間施設を有効活用していく方策を考えることが必要になってくる。

3. 特別養護老人ホームへの参入規制

現在、特別養護老人ホームは、社会福祉法上の第一種社会福祉事業であり、国、地方自治体、市町村は都道府県知事への届出、社会福祉法人は都道府県の認可により設置することができるとされている。(設置主体に関する規制)

また、都道府県知事は社会福祉法人から特別養護老人ホーム設立の申請があった場合には、当該申請に係る所在地を含む区域における特別養護老人ホームの入所定員の総数が都道府県老人福祉計画において定める特別養護老人ホームの必要定員総数を既に達しているか、または当該認可によって超えることになると認めるとき、その他の都道府県老人福祉計画の達成に支障が生ずるおそれがあると認めるときは、認可しないことができるとされている。(総量に対する規制)

これら規制の根拠としては、設置主体に関しては、①入所者が要介護高齢者であり、施設に対して権利主張が行いがたい、②サービスの提供は夜間・早朝にも行われるといった外部の目が行き届きにくい環境にあり、そのうえ、不適切なサービスが行われた場合には、要介護高齢者に具体的な被害が発生し、事後チェックでは回復不能である、③入所者にとって、特別養護老人ホームは終の棲家であり、経営主体が自由に退出せずに、長期間安定した形でサービス提供をし続けることが求められるといったことがあげられている。また、総量に対する規制としては①財政を圧迫する、②高齢者の保険料の上昇を防ぐ、③乱立によるサービスの低下等が理由がとてあげられている。

これらの問題に対して厚生労働省の見解としては、株式会社は、株主の利益の最大化を目的とする組織であり、例えば、身体的にも精神的にも弱い立場の入所者を寝かせきりにして、機械的で画一な手抜きサービスにより人件費コストを削減し、利益を上げる恐れがある¹。

¹ 社会福祉法人は社会福祉事業の公益性を担保する等の観点から、配当は認められていないため、利益を追求する恐れがないとされる

株式会社は利益を求めて場所を選ばず活動し、目的達成とともに事業を廃止する組織であり、常に退出の恐れがある。(社会福祉法人には、社会福祉事業の実質的な継続性を担保する観点から、一方的な事情による安易な退出は認められていないほか、事業廃止の場合にあっても残余財産を自由に処分することは認められておらず、同様の事業を行っている社会福祉法人に引き継ぐ、国庫に帰属させることになっている)

しかし、株式会社は利益を追求する法人であるのは確かだが、利益の追求とサービスの質の向上は相反するものではなく、むしろ、利用者の望むより良いサービスを提供することによって、利益を最大化することができるのではないかと考える。また、介護付有料老人ホームの経営においては株式会社で特別養護老人ホーム並みの介護を行っている場合もあり、株式会社であるからといった理由だけで特別養護老人ホームでのサービスを提供することを問題視する必要はないと考えられる。さらに、事業の永続性に関して言えば、安易な事業の退出は介護サービスを受けるものに対して大きな負担を与えると考えるため、良いものだとは言えないが、事業の退出を制限することは逆に効率の悪いサービスや質の低いサービスを提供している事業者が市場に残り続けるといった弊害も生み出す。そこで、株式会社等の新規参入を認め、効率の悪いサービスや質の悪いサービスを行う事業者に対しては退出を促し、その分、新規参入を活発化させるといった市場経済のメカニズムを介護サービス市場にも取り入れていくべきである。また不適切サービスの監視や防止については、そもそも外部からの検査体制、苦情処理機関、情報公開等の手段で対処すべき問題であると考えられ、設置主体の制限によって問題を解決するといった方法は十分でないと考ええる。

4. 介護報酬の格差

有料老人ホームやケアハウスにおける特定施設生活介護サービスは、介護保険上の施設介護サービスである特別養護老人ホームと比べてみても、看護職員数、介護職員数の基準や設備基準に若干の違いが存在するものの、提供するサービスの内容はほぼ同様である。しかし、提供するサービス内容が同様であるにもかかわらず、特別養護老人ホームのほうが介護報酬を高く設定している。現行制度においては単純計算で最大1日235単位¹の差がある。この差は民間の業者が特別養護老人ホーム以上の介護サービスを提供した場合でも存在するものであり、これは一人あたり1日にして2350円、ひと月にすると7万円近い差になり、その格差は一目瞭然であると言える。さらに、従来型の特別養護老人ホームでは日常の生活費も介護報酬の対象になっているに対して、特定施設では日常の生活費は利用者の自己負担とされている。そのため、特別養護老人ホームと特定施設間の価格差は非常に大きなものになっている。しかし、この点では議論が進み、厚生労働省も2005年10月にも特別養護老人ホームにおいて居住費と食費を徴収することを決めた。介護報酬とはすなわち収入に直結するものであり、特別養護老人ホーム有利のこの報酬設定は民間事業者の参入意欲を削ぐものになってしまう恐れがあるため、これからも検討が必要である。

図2-3 介護報酬の比較
介護報酬比較(単位:単位/日, 原則1単位10円)

	新型特養	従来型特養	特定施設
要支援			238
要介護1	784	677	549
要介護2	831	748	616
要介護3	879	818	683
要介護4	927	889	750
要介護5	974	959	818

¹従来型特養は加えて基本食事サービスに対する介護報酬として、1日2120円が加算される

資料：厚生労働省HPデータより筆者作成

5. 社会福祉法人に対する優遇措置

これまでの介護サービスの主要な提供主体であった社会福祉法人に対しては、事業規制の見返りに、補助金の投入や税の減免といった様々な優遇措置が与えられてきた。このような優遇措置は介護が措置制度であった時代には有効的であったかもしれないが、厳しい事業規制と補助金は、経営コストの削減やサービスの質の向上のインセンティブを含まず、限られた財源を効率的に活用することが必要となるこれからの介護分野においては不向きであり、変更する必要がある。

(1) 施設建設に対する補助

社会福祉法人が特別養護老人ホームやケアハウス等を建設する場合には、国または地方公共団体からの補助金の支給、低利貸付、有利な条件での公有地の譲渡などを受けることが可能である。

一方、株式会社等は PFI 法¹の活用により、事業上の助成を受けることができるが、それが活発に行われているとは言えない上、PFI 法以外には、特定施設を建設するに当たって、これらの優遇措置を受けることができない。

(2) その他の優遇措置

社会福祉法人は、その経営する社会福祉事業については非課税措置やその他の支援を受けることができ、介護サービスは、社会福祉事業と位置付けられているために、同じサービスを提供する株式会社に比べて極めて優遇されている。次ページ図 2-4 の通り、非課税措置は法人税、住民税、事業税、固定資産税と多岐に渡り、いかに税制面で社会福祉法人が優遇されているかが分かるだろう。

なお、社会福祉法人は、社会福祉法によりその業務に対して規制が課されており、社会福祉事業以外の事業については社会福祉事業に支障がない範囲内に制限されるとともに、資金調達上の制限が課されている。また、社会福祉法人は、その施設ごとに区分経理することが義務付けられている。

¹ 正式には「民間資金等の活用による公共施設等の整備促進に関する法律」と言う。この法律の目的は、公共部門自身が実施してきた社会資本の整備や運営を民間事業者の資本や経営を利用することによって、効率的に整備・運営することである。

図 2-4 社会福祉法人と株式会社の税制面での比較

資料：厚生労働省HP 社会福祉事業及び社会福祉法人について（参考資料）より

	社会福祉法人	株式会社
法人税	○ 原則非課税 ※ 収益事業により生じた所得に限り課税（所得の22%）	○ 課税 ・所得の30% ※ ただし、資本金が1億円以下の場合、所得800万円以下の部分は22%
道府県民税	○ 原則非課税 ※ 収益事業を行う場合は、 ・均等割 2万円 ・法人税割 法人税の5% ※ ただし、収益の90%以上を社会福祉事業の経営に充てるならば、収益事業としては取り扱われない。	○ 課税 ・均等割 2～80万円 ・法人税割 法人税の5%
市町村民税	○ 原則非課税 ※ 収益事業を行う場合は、 ・均等割 5万円 ・法人税割 法人税の12.3% ※ ただし、収益の90%以上を社会福祉事業の経営に充てるならば、収益事業としては取り扱われない。	○ 課税 ・均等割 5～300万円 ・法人税割 法人税の12.3%
事業税	○ 原則非課税 ※ 収益事業により生じた所得に限り課税 ・所得のうち、 400万円以下 5% 400万円超 800万円以下 7.3% 800万円超 9.6%	○ 課税 ・所得のうち、 400万円以下 5% 400万円超 800万円以下 7.3% 800万円超 9.6%
固定資産税	○ 社会福祉事業の用に供する固定資産については非課税	○ 課税 ・税率 1.4%

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0217-7b.html#4

6. 利用者保護の現状

現在、利用者が自ら

主体的にサービスの提供者の情報を得ることは難しい状況である。また、介護プランの作成を手助けしてくれるケアマネジャーから介護サービス情報を得ようとしても、自分が所属する事業者のサービスばかりを説明され、他の事業者のサービスと比較できないといった例も聞かれる。大半のケアマネジャーは特定の事業者には雇用されており、こうした事例が発生する可能性は非常に高い。こうした事例の原因として考えられるのは、第一には自分の所属する事業者への利益誘導、第二に他の事業者のサービス内容を把握することができず、どうしてもよく知った自分の事業者のサービスを提供せざるを得ないといった事情もあるようである。介護サービスのプロであるはずのケアマネジャーでさえ、介護サービスの内容を知ることが困難な現状では、利用者が自ら情報を手に入れることはできず、結

局ケアマネジャーにサービスの選択を任せてしまう状況を生み出してしまっており、利用者主権が確立しているとはいいがたい状況にある。

また、利用者がサービスの苦情を訴えたい場合には市町村、国民保険団体連合会（以下、国保連）、都道府県等が苦情の受付機関になっており、重層的な苦情処理制度が構築されている。しかし、多様な機関が苦情処理にあたっているといったことが、かえって、その責任の所在を曖昧にしてしまうという問題点を生み出している。具体的に言えば、市町村が苦情を受け付けたとしても、国保連や都道府県といったところへ問題を委ねてしまうことが多いということがあげられる。さらに、各処理機関が明確に審査対象の基準をもっておらず、その審査内容も非公開が多いため、苦情のたらいまわしを容認する結果になり、現状では対応の遅れや不明瞭な処理が行われた場合にも行政責任を問うことができにくいものになっている。このような状況は利用者にとって不都合なものであり、高齢者の身体に直接的な被害が発生するといった迅速な対応を迫られる介護の問題を扱うにはあまりにも不誠実なものであると考える。このため、苦情処理に対して一貫した行政責任を担保した苦情処理制度を整備する必要がある。

第3節 政策提言

1. 方針

今後、少子高齢化が急速に進むことから、全ての人々が必要最低限の水準の介護サービスをより安価に提供することができるような枠組み作りが重要になってくる。全ての人々に必要最低限のサービスを保証するといった観点からも、現行の介護保険制度のような社会保険制度を維持することとともに、サービスの質等に一定の基準を設けることは必要となってくる。そうした、利用者の保護を勘案しながらも、公正で自由な競争促進していくことが必要となってくる。介護サービス分野において、新規参入を促進するとともに、多様なサービス提供者間で公正な競争条件の確保を図ることにより、利用者のニーズにこたえた多様な介護サービスを提供し、なおかつ、競争を通じた効率的な介護サービスが提供されるようにしていくことがこの政策の目指すところである。

2. 提言

(1) 特別養護老人ホームへの民間参入の促進

介護保険上の施設介護サービスでは、その設置・経営主体が制限されている。このため、施設介護サービスにおいて民間事業者が参入できない分野があることから、民間事業者は施設介護サービスを選択肢にいれることができず、サービス提供の幅が狭まってしまっている。消費者利益の観点からは、このような制限を緩和し、株式会社やNPO法人等が社会福祉法人などの既存の事業者と対等な立場で参入できる環境を整備するべきである。（イコールフットingの実現）

しかしながら、現行の制度の下では施設介護サービスにおいては介護保険対象外サービス（自己負担）を行うことができないため、民間企業独自のアイデアを発揮することが難しいと考えられる

ので、施設介護サービスにおいても、消費者の多様なニーズに応えられるようにすべく、介護保険対象サービスと介護保険対象外サービスの自由な組み合わせを認めていく必要がある。

特別養護老人ホームの民間参入のメリットとしては、消費者のサービスを汲み取った多様なサービス提供及び競争による劣悪なサービスの淘汰と質の向上、あるいは、建設・運営コストの削減により、既存の財源でより多くの特別養護老人ホームを用意できることなどがあげられる。

(2) 特別養護老人ホームと特定施設の介護報酬の見直し

現在、同様のサービス提供を行っているにもかかわらず発生している特別養護老人ホームと特定施設の介護報酬の格差は見直されるべきである。また、介護保険法上における施設介護サービスと居宅介護サービスの区分を廃止することで、介護報酬を見直すことも検討するべきである。これにより、現在は介護保険上では在宅介護サービスと区分されている特定施設の提供を促進することができると考えられる。

(3) 社会福祉法人等に対する優遇措置の見直し

介護サービス分野において、多様なサービス主体間で公正かつ対等な競争条件が確保されていない大きな原因に、社会福祉法人等への優遇措置があげられる。これら社会福祉法人等への優遇措置を見直すことでイコルフットィングの実現を図る。

① 公的助成に関する見直し

構造改革特区において、特別養護老人ホームにおける株式会社等に対する公設・民営の活用及び PFI 法の活用が認められた。株式会社等による介護サービスの重要性を考慮に入れ、これらの公的助成による特別養護老人ホーム等の運営は株式会社等で懸念される事業の永続性の問題等を解決できた上で、サービスの多様化といった民間参入の利点を得ることができることから構造改革特区に限った活用ではなく、早急に全国へ解禁すべきものであると考える。

また特別養護老人ホームの設置の際の施設整備費補助の見直しも同時に重要になってくる。現行の制度の下では特別養護老人ホーム建設の際には、4分の3が施設整備費補助として国及び地方自治体から補助金が支給される仕組みになっている。民間事業者が特別養護老人ホーム事業に参入する際にも同等の条件を付与することが重要になってくると考えられるが、憲法89条で「公金その他の公の財産は、宗教上の組織若しくは団体の使用、便益若しくは維持のため、又は公の支配¹に属さない慈善、教育若しくは博愛の事業に対して、これを支出し、又はその利用に供してはならない。」とされ、介護もこの憲法89条に規定された事業と解釈されており、民間企業に補助金を出すのは難しいと考えられている。そのため、施設整備費補助の代わりに介護報酬で施設整備費を償却していく方法をとることが望ましいと考えられる。これは医療分野における診療報酬で取られている方法であり、また現行の制度でも、社会福祉法人が特養老人ホームを建設する際に発生する補助以外の4分の1の自己負担部分を融資等により、資金調達し、介護報酬から返済することが可能とされている。この方法を現在の4分の3の補助分の代わりとして適用しようとするものである。この方式の導入の際には施設整備費補助の廃止を考慮に入れた介護報酬の増額が必要になってくる。

② 税制上の格差の是正

同じ介護サービスを提供しているにもかかわらず、社会福祉法人にだけ様々な税制上の優遇措置が与えられている現状はあまりにもフェアではないと考えられる。これからの株式会社等によるサービス提供の拡大への期待を考慮に入れ、公正な競争を促進するためにも、社会福祉法人に対する優遇措置を介護事業に限って除外するなどの大幅な見直しを検討していく必要がある。

¹ 公の支配とは（平成5年2月23日参議院文教委員会 内閣法制局長官答弁）

「公の支配に属するといえますのは、その会計、人事等につきまして国あるいは地方公共団体の特別の監督関係のもとに置かれているということの意味するわけでございます。」

③社会福祉法人の改革

現在行われている事業規制は、サービスの提供の選択肢の多様化を妨げることになるので、補助金の削減とともに、緩和の方向に進むべきであると考えられる。また、事業ごとの厳格な会計上の区別は資金の調達面の不利益も大きく、これも同時に緩和していく必要がある。

(4) 利用者主権確立のためにとるべき方策

介護が契約方式に変わったことにより、利用者は自ら介護サービスを選択することが可能になったが、事業者と介護サービスの利用者の間には情報の非対称が少なからず存在すると考えられ、これらの非対称をできる限り排除し、利用者が事業者と対等の条件で契約することができるようにするのが重要となってくる。介護サービスの適切な情報が利用者に提供することは、サービスの主体と利用者との間の情報の非対称を解消する効果がある。介護サービス分野における競争を有効に機能させるためには、サービスの提供者が自ら積極的にサービス内容について情報提供することを促していくような環境を整備していく必要がある。

①第三者評価制度の導入

事業者自らの情報公開に加え、専門機関による客観評価に基づく第三者評価制度を導入することは、サービスの質の面での向上を促す効果が期待でき、有益であると考えられる。この第三者評価制度はグループホームでは義務付けが課されているが、その他の介護サービスでは義務付けは行われていない。ここでは特別養護老人ホームや有料老人ホームといった入居型の介護サービス施設への第三者評価の義務付けを提言する。その他の介護サービスにおいても第三者評価を順次推進するべきである。

また現在の第三者評価は評価機関によって評価の方法がばらばらなのが現状であり、国レベルで評価の標準化を行うことも必要である。その際には、自治体ごとにさらに詳しい評価基準などをもつことは、大変有意義なものであると考え、自治体の個性を奪うようなものではないようにすることも重要である。各評価はホームページなどを利用して積極的に公開されていくことが望ましい。現在グループホームに対する第三者評価は独立行政法人福祉医療機構の「WAMNET (ワムネット)」にて公開されている。この枠組みを積極活用するとともに、当該サイトの周知徹底を図るべきである。

②ケアマネジャーの公平性の確保

サービスの選択に際して大きな影響力を持つケアマネジャーの中立性の確保も重要である。ケアマネジャーは独立しても生計を立てることが難しく、特定の事業者には雇用されているのが大半である。これでは、ケアプランを作成する際に、自分の所属する事業所のサービスを受けることを誘導し、利用者が自らの判断でサービスを得られなくなってしまう状況が発生する可能性が残る。ケアマネジャーは介護サービス事業者からは独立して活動し、公平な視点をもって利用者に介護サービスを紹介すべきである。このことを実現するためには、ケアプランの作成報酬の引き上げ等の措置が取られるべきであり、独立して活躍するケアマネジャーを増やしていかないといけない。

③行政を主体とした苦情処理機関の確立

不適切サービスが発生した際の苦情処理制度を新たに構築すべきである。具体的には、市町村を単位に一貫した苦情処理の責任体制を法的に整備する。現在でも市町村が苦情処理を行っているが、法律上はその責任は明示されておらず、また国保連等への苦情の丸投げをする余地が残されるため、介護保険法上も苦情処理の第一次的機関であるということを明示する。具体的には、介護サービスの苦情処理機関を市町村に設置し、苦情に対応するようにする。ここで第一次的な機関を市町村単位で設定するのは、介護保険の保険者であり、一番利用者に近い存在だからである。しかし、現行

の制度では介護保険事業者の指定は都道府県の権限であることから、介護保険指定の取り消しといった権限を市町村に移す必要がある。こうして、苦情の処理と行政処分を一体化させることで、苦情処理に対しての実効性を上げられると考える。現在、第一線で苦情の処理にあたっている国保連は市町村で対応できなかったものや市町村の説明に納得できなかったものを扱う上部機関のような役割にしていく。

このように介護問題における責任の所在を明らかにすることで、行政の介護問題への関係と責任を明確にし、利用者の権利が十分担保される制度をつくることができると考える。

第4節 おわりに

介護サービス市場における問題点は社会福祉法人には様々な優遇措置があるのに対し、民間事業者にはそれら優遇措置がないことである。これら優遇措置を見直し、多様な経営主体が公正な競争条件でサービスの提供を行える基盤をつくることによって、介護市場にさらなる新規参入を促すことができる。加えて、競争を通じて、経営の効率化やサービスの多様化・質の向上が期待でき、利用者の選択の幅を広げることができる。

また、第三者評価やケアマネジャーの独立を促すことで利用者がより主体的にサービスを選べる環境をつくることができる。さらに、行政による苦情処理制度を確立することで、利用者の安全を守る体制を強化することができる。これらが実現した先には、利用者本位の新たな介護市場が誕生するのである。

第3章 保育

少子高齢化・女性の社会進出という社会の下で、保育需要は高い。そこで以下の提言を行い、現状の問題点を改善する。

まず、保育サービスを完全に民間委託する。その際、株式会社の参入規制を撤廃し、民間に自由裁量を与える。それによって、公立保育所の人件費や保育コストの削減、またそのお金を用いることによるサービスの向上、待機児童の解消、などの効果が挙げられる。民間委託を行うプロセスとしては、既存の公立保育園の土地をそのまま利用し、経営主体だけを公立から民間に変えるという、公設民営化方式を採用し、コストを出来るだけ下げる。

次に、認可保育所への補助金を一部、バウチャーを利用した利用者への直接補助に転換する。それにより、認可外保育所の競争力が向上し、それによる認可・認可外保育所の提供するサービスの質の向上を図ることが可能になる。また税の効率的配分を達成することができ、さらには利用者の意思の反映が容易となる。

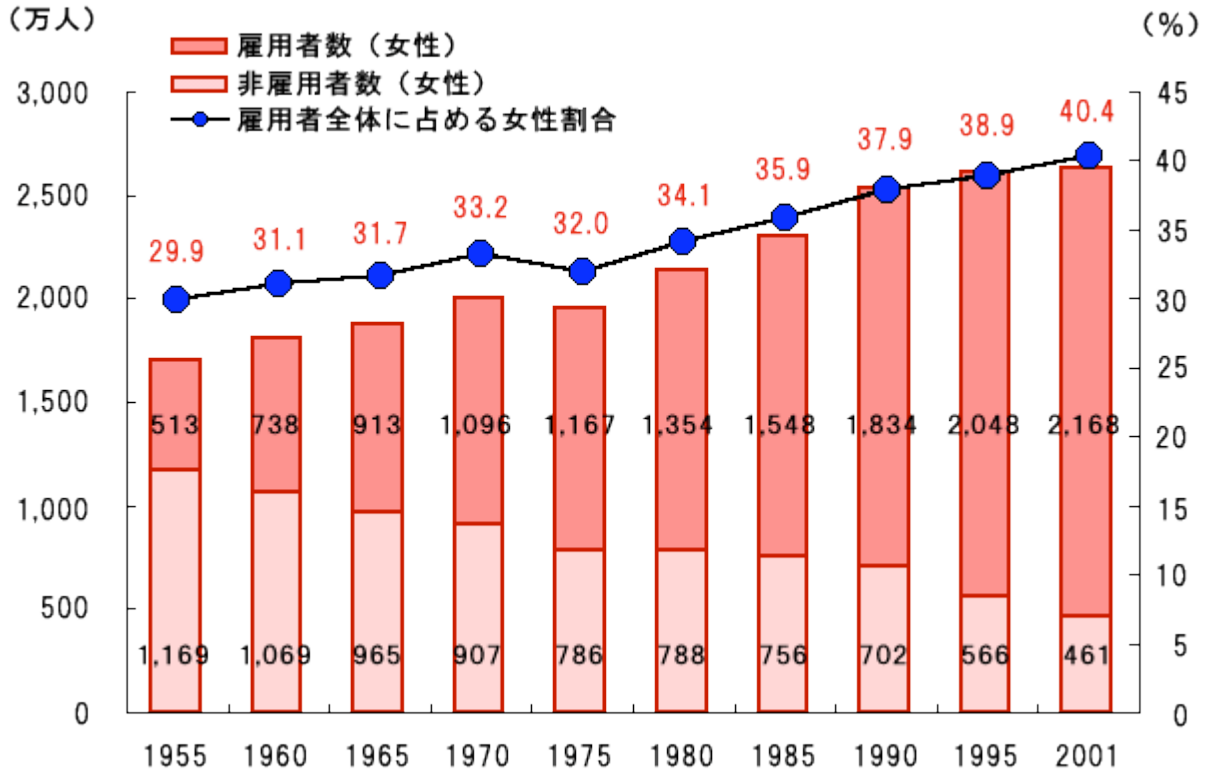
第1節 はじめに

少子化高齢化の中で今、保育サービスの充実が求められている。女性の社会進出に伴い、夫婦の多くは共稼ぎとなり、子育て期の女性でも6割近くが仕事をしている。しかし、特に都市部では保育所が極度に不足しているため、働きながら子育てをすることが難しくなっているのが現状である。高齢化に伴い、女性の労働力は非常に重要な位置を占めているため、保育分野のインフラを整備し、働く女性にとって働きやすい環境をつくることは急務であるといえる。また、働く女性に限らず、専業主婦にとっても保育分野の充実が期待されている。

政府は1999年の新エンゼルプランや、2001年の閣議決定“仕事と子育ての両立支援策の方針”に基づき、ここ数年の間に児童受け入れ枠の拡大や延長保育などの充実を行ってきた。また待機児童ゼロ作戦を行い、保育所に入れない児童を減らそうと努力を行ってきた。しかし、待機児童数は依然として増加傾向が続いており、2003年4月の時点でもいまだに2万6千人を超えていると言われているのが現状である。全国的には定員割れの保育所が多い中で、都市部には依然として待機児童数が存在しているということから、地域間に大きな格差が存在するということが見受けられる。特に若い世帯の所得が伸び悩む中で、家計は保育サービスへの需要を以前に増して強めており、更なる保育サービスの拡大が社会的に求められている。ところがこの保育サービスの需要に対して供給がなかなか増えていないというのが現実である。その大きな原因の一つとしては、保育サービス事業に民間主体が参入しにくいさまざまな規制がいまだに存在し、その規制が市場競争を歪めている、ということである。この規制は児童福祉法に基づくものであるが、この規制を緩和するためには法律を改正する必要が出てくるため、容易なことではないのは確かであるが、急速に変化する社会環境の中で、過去の“豊富で質の高い若年労働者”を前提とした雇用慣行や、少ない高齢者の扶養負担を前提とした社会保障制度は今の時代にはそぐわないため、大きな転換が迫られている。

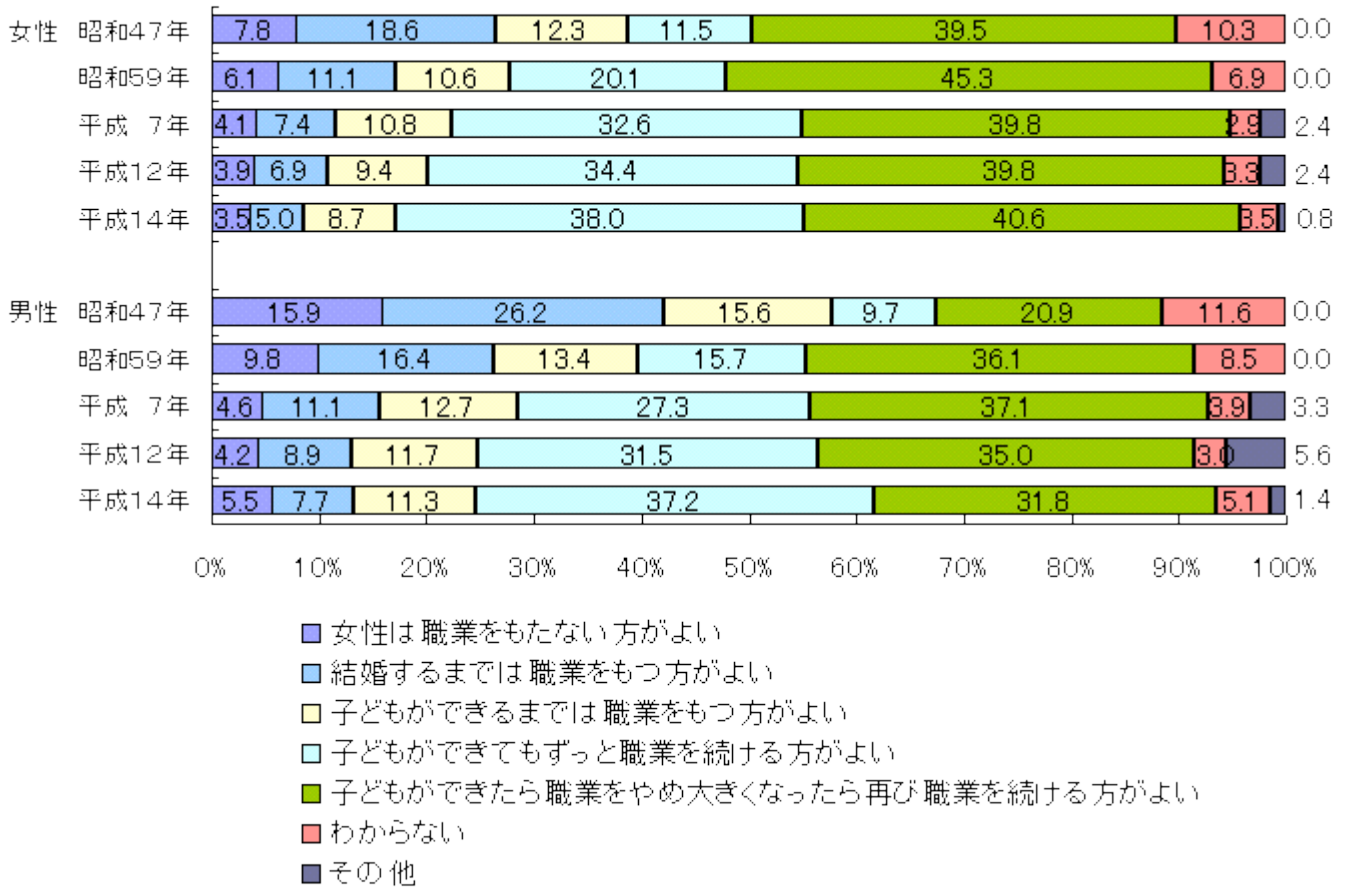
そこでこの章では、保育分野の現状と問題点を提示した上で、規制改革による市場原理の促進を中心に、コスト削減による効率的な経営、利用者のニーズにあった保育の質の向上を念頭に政策提言を進めていく。

図3-1 女性の社会進出について



資料：「労働力調査年報」総務省

図3-2 女性の労働に対する潜在需要



資料：「男女共同参加に関する世論調査」内閣府より

第2節 保育分野の現状と問題点

1. 認可保育所と認可外保育所の格差

認可保育所とは、厚生労働省が定めた保育士の数や施設の広さ、給食設備、防災管理、衛生管理等の必要最低基準を満たし、都道府県知事の認可を受けて開設した保育所のことであり、認可外保育所は逆にその一定基準を満たしていないために都道府県から許可を得ないで開設している保育所のことである。そこで問題なのは、認可を受けている保育所は、全保育コストの約8割強を国や地方自治体からの補助金としてもらっているのに対し、基準を少しでも満たさないと認可をもらえず、故に補助金を受けることが出来ないという点である。この差はとても大きく、認可保育所は公費で運営されているために、モラルハザードが発生しやすく、効率的な経営、そしてサービス向上のための努力が行われてない可能性が高い。逆に認可外保育所の方は、認可保育所に少しでも追いつくために、できるだけ経費を節約せねばならず、時には劣悪な保育環境になることも有り得るのである。

国の定める基準を1つでも満たしていないと認可外保育所として扱われ、世間で蔑視されてしまう傾向があるが、実際には保育サービスのレベルが高い施設もある。例えば、給食室を設置していない

保育所を取り上げてみると、他面では認可保育所と変わらないのに、単に給食室の有無の基準を満たしていないだけで認可を受け取れずに、よって補助金をもらえずに悪戦苦闘しているのである。しかし、食中毒などの危険から食事を外部委託することは本来自由であるべきだが、それを基準外だからといって独自性を認めないのは適切ではない。

図 3 - 3 保育所の区分

認可 保育所	公立保育所	市町村立の保育所	
	私立保育所	社会福祉法人の設立、または民間の株式会社設立の保育所	
認可外 保育施設	施設型保育施設	一般認可外保育施設	
		ベビーホテル	夜間や宿泊を伴う保育を行う施設
		事業所内 保育施設	企業等が従業員の子どもを預かるために設置した 保育施設 (病院内に設置された院内保育施設等)
		へき地 保育所	山間等のへき地にある保育施設 (市町村立)
		小型児童館	児童館の一部を利用して保育を行う 施設
	個別型訪問型 保育施設	ベビーシッター	利用者の家庭での在宅保育サービス
		保育ママ	保育ママの家庭で行う在宅保育サービス

資料：保育の広場

2. 依然として民間参入を阻む障壁

規制緩和が進み、保育分野への株式会社（以後民間と呼ぶ）の参入は法律では認められるようにはなったものの、依然として民間保育所の参入の例は非常に少なく、参入は厳しいというのが現実である。

(1) 自治体による保育料の設定、認可・認可外の大きな差

民間の保育コストは年齢の違いもあり一概には言えないが、平均一人あたりにつき15～20万円くらいで、30～50万円もかかっている公立施設より低い。しかし、認可保育所であれば補助金を受け取っているという名目上、利用者から徴収できる保育料というのは市町村に決められてしまい、公立であろうが私立であろうが保育料は同じ料金に設定されているのが現状である。そのため保育内容においても違いを出すことが出来ず、経営主体が異なるというだけしか両者の違いはない。よって、他施設との競争が行われていないため、民間の特性を活かし切れない非効率な経営が行われていると推測できる。また、もし認可を受け取れず、認可外保育所となってしまった場合、多額の補助金を受けている認可保育所の安い保育料に認可外保育所は太刀打ちできないため、保育料を高く設定するか、サービスが劣悪化する以外に方法がなく、よって民間参入は事実上困難となっている。

(2) 経営上の制約

経営上の大きな制約の存在が民間参入を阻む障壁の1つにもなっている。それは、保育市場で稼いだ利益を子育て事業以外には使用・処分してはならないという、経営資源の使途や利益処分に対して強い制約がかけられていることである。これではせっかく参入したとしても民間企業に自由度はなく、経営能力を十分に発揮することは出来ない。

(3) 認可に対する障害

認可は国ではなく地域の判断であり、必要性の判断は市町村の認定委員会がするが、民間保育所の申請の多くはそこで排除されてしまうのが現状である。なぜなら委員会の半分近くは社会福祉法人の関係者であり、経営能力のある民間との競争を恐れるが故に、その地域では保育支援需要は満たされていると結論してしまうことが多く、その結果民間の申請は受理されず、認可を受けられないのである。このようなカルテルが存在すれば、正常な市場原理は働かないため、利用者にとって少なからず不利になっていることは自明である。

3. 待機児童の存在、保育所のミスマッチ

全国的には定員割れの保育所も多い中で、都市部では依然として待機児童が多数存在するという、地域のミスマッチが発生している。厚生労働省の定める待機児童の定義は、「保育所入所申込書が市区町村に提出され、かつ、入所要件に該当しているものであって、現に保育所に入所していない児童」のことをいい、すなわち保育所に入園したいが、定員が満杯のために入園できないで待機している子供を指す。しかし、この待機児童数の数値は子供を入園させることのできなかつた親の中で自治体に届け出た人の数値であるため、この数値はあくまでも待機児童の氷山の一角にしか過ぎない。というのは、どうせ登録しても無理だと思い登録を諦めてしまっている人や、条件のいい認可保育所を希望しつつも入れずに、やむなく無認可保育所に通っている多くの児童はその数値に含まれていないためである。よって潜在的な待機児童数ははっきりとは計測できないが、10万人単位で存在すると考えられている。また、下の表からわかるように、特に低年齢児の待機児童数は非常に多いという現状もある。この0～2歳の時期は手間がかかるうえに保育コストが高いため、受け入れる保育施設が限られていることが数値の高い理由である。

このように、女性の社会進出に伴って90年代後半から保育所の利用者数が急増したのに対し、保育所数も定員もほとんど増やさず、対策をとってこなかったことが、この待機児童を生んだ原因である。待機児童が存在するような地域においては、そもそも保育サービスの絶対量が足りないということで、利用者の意思が反映されづらく、女性の社会進出の阻害要因になっているのは明らかである。

この待機児童数を解消するため、2000年には保育所の設置主体制限が撤廃され、株式会社の参入も国の基準では可能になったが、地方自治体レベルでは依然として事実上規制されている場合が多く、民間参入が依然として厳しいため、待機児童の解消には至っていない。

図3-4 利用児童数と登録されている待機児童数の年齢別割合

	15 年利用児童数(%)	15 年待機児童数(%)
低年齢児(0~2 歳)	594,759 人(31.0%)	17,893 人(67.8%)
うち 0 歳児	73,085 (3.8%)	2,932 (11.1%)
うち 1・2 歳児	521,674 (27.2%)	14,961 (56.7%)
3 歳以上児	1,325,832 (69.0%)	8,490 (32.2%)
全年齢児計	1,920,591 (100.0%)	26,383 (100.0%)

資料：厚生労働省

4. 公立保育園の保育コストの高さ

保育サービスの供給が拡大しない最大の理由は保育コストの高さにある。認可保育所の運営費に占める保育料は 1～2 割に過ぎず、残りは国や地方自治体が負担している。つまり、認可保育所は主に税金で運営されているのだが、その中でも地方自治体の運営する公立保育園の保育コストは民間保育所よりも高い。その理由は、公立保育園の保育士の人件費は高いということである。公立保育園の保育士というのは公務員であるため、法律で決められた年功序列型給与体系が採用されている。公立保育園が作られたのは日本が高度経済成長期の時であり、当時は働く女性のほとんどは家計補助的なパートや臨時工であった。そのため、彼女達が乳飲み子を抱えて労働するのは大変だということから 70 年代に全国的に公立が整備されたのだが、当時の職員は若く労働単価が安かったため、人件費に関して特に問題視されなかった。それに対して今の公立の保育士は、仕事への定着率がよく、勤続年数が長い方が多いため¹に、人件費が抑えられずに高騰してしまっているのである。また、以下の図 3-5 のとおり、公立と私立の給与体系の差は大きな差がある。

図 3-5 名護市の公立（市立）と私立の給与比較

区 分	経 験 年 数	市立 A		私立 B		比 較 B/A (%)
		平均給料	職員数	平均給料	職員数	
	35 年以上	422,800	1			
	30 年以上 35 年未満	416,967	3	289,310	1	69
	25 年以上 30 年未満	404,597	36	274,417	2	68
	20 年以上 25 年未満	385,613	15	232,300	12	60
	15 年以上 20 年未満	299,425	4	208,008	20	69
	10 年以上 15 年未満	250,980	5	192,620	17	77
	07 年以上 10 年未満			175,434	17	
	05 年以上 07 年未満	211,767	3	175,742	5	83
	03 年以上 05 年未満	174,400	1	164,594	8	94
		174,400	1	176,950	5	101
	全 体	368,987	69	196,816	87	53

資料：名護市立保育所管理運営検討部会報告

そこでさらに問題なのは、仕事内容は私立の保育士と同等、もしくはそれ以下であるのに、給与は公立の方が高いという点である。公立の保育士は身分も給与も国から保障されている公務員なので、

¹ ある地域での公立の保育士の年齢平均は 42.9 歳、対して私立の平均は 27 歳

モラルハザードが発生し、立場に甘える人が出てくることや、また長年の経験は貴重である半面、マンネリ化してしまう人も存在する。よって、高い給与に見合った働きをしているかは疑問である。

5. 年齢の低い乳幼児の通所率の低さ

保育所を利用している児童の年齢別の割合を認可保育所で見ると、0～2歳の低年齢児が17%と低い。多くの企業では半年くらいの育児休暇があるから0歳児の多くは母親が育てている。これを考慮すると一見17%という数字は妥当のように思われるが、しかし1歳を超えると育児休暇はほとんどなくなるため、母親は子供を保育所に預けて仕事に行きたいが、地域によっては絶対的に保育所の数が足りない上に、低年齢児の受け入れはコスト高のため保育所は歓迎しない。というのは、保育士は0歳児や1歳児の面倒を見ると、保育士一人につき三人の児童しか一度に面倒を見ることができないため、保育所側は低年齢児の定員を抑えたり、極端に言えば受け入れ拒否に近い形の対応をするところも実質存在するのである。したがって母親の多くは一年間の育児休暇が終わってそろそろ働きたいと思っても、それから1、2年間は働けず、結果女性のキャリアが途切れてしまうということも稀ではない。もちろん親戚に手助けをしてもらおうという手段もあるが、核家族化が進んでいることから、劣悪なサービスを行っている可能性を秘める無認可保育所にやむなく入れるという選択肢をとってしまう人も少なくない。これは保育所の絶対数を増やすか、保育士の人件費をカットし、その分新しい人員を増やすか、もしくは法律を改正し、幼児と保育士の割合を変えるか、いずれかの対応をしない限り解決しない問題であるが、依然として何も行われていないのが現実である。

第3節 政策提言

以上では、人件費の高騰による公立保育所の非効率な経営の現状や、依然として残る民間の保育分野への参入規制の存在、認可保育所と認可外保育所の格差を明示し、よって保育所の絶対的な量が不足し、待機児童が依然と解消されていないこと、需要者のニーズを満たしきれていないことなどを問題点としてあげた。これより、(1) 保育サービスの完全民間委託 (2) 認可保育所への補助金削減 (3) 累進性を帯びたバウチャー制度の導入による、利用者への直接補助、これら3つの政策を提案する。全ての提言に共通していることは、国の過度な関与から脱却し、無駄なコストの削減による保育の効率化と、利用者のニーズに最大限応えた保育サービスの多様化を目指す、という点である。

1. 保育サービスの完全民間委託

(1) 公設民営化

急速な勢いで保育分野の規制改革が行われ、民間企業や株式会社の保育サービス市場への参入が可能になった。よって現在は公立と私立の2つの保育所の経営主体が存在している。しかし、前述のとおり公立保育所というのは、保育士の人件費が高く、強いては全体の保育コストも高くなり、さらには補助金の垂れ流しによるモラルハザードが発生しやすい場所である。よって、公立保育所はもはや要らず、完全に保育施設を民間に委託することを提言する。民間の保育所は現状のままとし、公立保育所に関しては、民間に移行していく手法として公設民営化を用いるのが望ましい。公設民営化は、土地や設備はそのまま使用し、経営主体を国から民間にシフトさせることによって、財政的に更なる節約が可能になり、また民間のノウハウを保育サービスに活かせばサービスの向上にもつながる。

公立保育所運営の高コスト構造は、保育の供給制限をもたらしているだけでなく、保育内容においても消費者ニーズへの対応が進んでいない。だが仮に、公営保育所の保育コストが民間並みに低下し

た場合、待機児童の解消に何役も買うことができる。以下の試算は公立保育所と民間保育所の運営費を比較したもので、ここからもし公立保育所の保育コストが民間並みに低下した場合、入所児童の増加数は18.3万人であり、2003年現在で2万6千人いるといわれている待機児童数を全て解消した上で、さらに0歳児を対象に換算しても14.3万人分の保育が可能になるということがわかる。こうして公設民営化は待機児童数の削減に大きな役割を果たすことができ、もちろん大幅なコスト削減によって更なる新規投資を行うことができるようになることや、その浮いたコストで保育の質をさらに上げることも可能になると考えられる。

図3-6 公営保育所の民営化試算

(円)

	保育所運営費（年額）の想定（A）
	民間保育所並み
0歳	34,895,040,000
1～2歳	311,067,504,000
3歳	148,425,216,000
4歳以上	390,886,560,000
合計	885,274,320,000
実際の運営費（B）	1,374,880,356,000
運営費の差（C）=(B)-(A)	489,606,036,000
民営保育所の0歳児保育コスト（D）	2,676,000
入所児童の増加人数（E）=（C）/（D）	182,962

資料：「新市場創造への総合戦略～八代尚宏」より抜粋

さて、ここで問題なのが公設民営化をすることによって生じる公務員の処遇問題である。公設民営化をすることによって、経営主体が官から民へ変わるので、もちろん給与体系や経営方法も一気に変化し、公務員の保育士にとってはマイナスになる。しかし、公務員というのは国民の税で給料を受け取っているという点から考えると、利用者ニーズを満たす公設民営化によって、結果減俸になることは仕方のないことだと考える。また独立行政法人法を適用すれば、公務員が反対したとしても公設民営化を行うことも可能である。

また、急に公設民営化を行うと、利用者はとまどってしまう可能性があるため、よく説明した上で、時間をかけて行うことが望ましい。

(2) 民間の参入しやすい環境へ

保育分野に参入しようとする民間に対し、参入規制が依然とかけられていることは前述したが、その現存の社会的規制を改革することによって、民間の自由裁量権を拡大させることが望ましいと考えられる。現在の規制では、たとえ民間保育所が市場に参入して効率的な運営を行うことによって利益をあげることができたとしても、それを自由に活用することが制限されている。しかしこの規制は民間企業の自由な経営の足かせになっており、そのせいで今後民間の効率的な経営をするインセンティブがないと考えられる。よって利益再分配の自由な権利を民間に賦与して効率的経営の邪魔をしないことが重要であると考えられる。また認可保育所であっても、自治体に保育料を設定されているという現状を改め、各施設が保育料を設定できるようにすべきである。これによって競争原理が働き、民間は独自の特性を活かして他施設との差別化を図ることができるようになり、さらにそれは需要者のニーズを満たすことにもなるのである。

2. 認可保育所に対する補助金の削減

現在、保育所を設立するにあたり、国の定めた必要最低限の基準に満たしているかないかで、認可保育所と認可外保育所に分別されてしまっている。認可外保育所だと、全保育コストの約8割近くが国や地方自治体の補助金から賄われて、あとの2割は自動的に入ってくる保育料ということで、国が過度に保護しているために、努力をしなくても経営が成り立っていくことができる。そのせいで、モラルハザードが発生し、保育サービスの内容が向上しにくい状態に陥っている。それに対し、補助金が少ない認可外保育所は、少しでも認可保育所との競争に打ち勝つために保育料をより低く設定しようと試みたり、サービスの差別化を図ろうとするが、それにはやはり限界がある。すると、ただでさえ保育所の絶対数が少ないのに、認可外保育所が淘汰されることでさらに絶対数が減少し、待機児童数が改善されない恐れがある。もちろん、サービスが劣悪で情報開示もなされておらず、何をしているのかわからないような認可外保育所は淘汰されて然りだが、なかにはサービス内容が優れている認可外保育所も存在するのである。たった一つでも国の定めた基準に満たしていないだけで認可外として扱われ、補助金の差が激しいために公正な競争が行われていないので改善すべきである。

よって、補助金を削減し、保育所の主体者にもっと経営努力を行わせるべきである。また認可外保育所との大きな差を縮小し、認可外保育所にも競争できるチャンスを与えるべきである。この削減した補助金を、今度は直接利用者への支払いに切り替えようというのが次の提言である。

3. 利用者の保育所への直接契約、バウチャー制度の導入

(1) 直接契約をすることの意義

現段階では、保育所を利用したい保護者はいったん市区町村を介して書類を提出し、名前を登録すると、今度は自治体に適正かどうか審査され、その審査の後に入所できるか否かの答えが出されるというシステムになっている。1998年4月から、児童福祉法の改正によって保護者が自由に保育所を選べるようになったものの、実際には、誰もが希望どおりに入れることが可能になったわけではない。定員との関係や優先度の違いによって、行政が審査し、調整を行うことは従来のものである。よって希望が却下されて、違う保育所にまわされることも稀ではない。なぜこのようなシステムが構築されたかと言うと、保育所側が利用者を取捨選択するのを防ぐためとされているが、この市区町村を介するシステムを維持すると利用者の意見が反映されがたく、また保育所の情報も伝わりにくい。市区町村が間に挟まる理由はないと考えたため、そこで、市区町村を介さない、利用者の保育所への直接的なアクセスができるようなシステムに移行することを提案する。そうすれば、利用者のニーズに合った保育所に入所することができる可能性が増え、保育所側も利用者を選択してもらうために、多様なニーズに合わせてサービスの質の向上を狙った行動をとるようになると考えられる。よって保護者が直接、保育を希望する保育所に申し込み、当該保育所が審査・決定を行うことができるようにすることが望ましい。もちろんこれを進めていく上で、その保育所のサービスや独自性などの情報を、徹底して公開するということは欠かせない。

(2) 保育サービスの利用者に対する直接補助方式・バウチャー方式の採用

従来、政府は供給側のみの観点から物事を捉えてなかったため、供給者側に補助金を出して援助するというシステムをとっていたが、そのシステムを廃止し、利用者への直接補助方式に移行することによって、保育所側のモラルハザードを回避することができ、保育の質を高めることができると同時に、補助金の無駄のない均等な配分を行うことができると考える。その根拠としては、補助金の一部が減り、それが利用者への補助に変わることによって、施設側は経営を改め、子供を獲得するためにサービス向上にむけて努力を行わざるを得なくなることや、今まで利用者からは目に見えなかった補

助金を直接受け取れることによって、税金の使い道の透明性が増すということである。但し、児童手当と同じような性格を帯び、保育以外にもそのお金を使えるような形をとってしまうと本末転倒である。よって“バウチャー方式を用いる”ことを提案する。バウチャーとは「使い道に制限のある補助金」のことを指し、保育バウチャーの場合は保育所利用のときだけ使える引換券を意味する。このようにすれば、保育のための補助金を他の用途に使われる恐れはない。このバウチャー制度の具体的な方策としては、累進制度を取り入れることとする。こうすることによって、資源（お金）の非効率的な配分を防ぎ、効率的かつ適度な公正を保つことができると考えるからである。こうして、消費者に対する直接補助方式に転換し、その補助の使い道を保育だけに限定できるバウチャー方式を導入することで、利用者の意見が反映されやすくなり、また保育所側も利用者のニーズに合わせようと努力し、サービスの向上を目指すようになるものと考えられる。

バウチャーの具体的な方策としては、累進制度を取り入れることにする。こうすることによって、非効率的な配分を防ぎ、効率的かつ適度な公正を保つことができるからである。

また直接補助方式をとることによって、今まで禁じられていた保育料設定の自由化が可能になることも重要なポイントである。現存では民間企業の保育所であっても、認可されていれば補助金（公費）で経営が賄われているため、自治体に保育料を決める権利があり、民間の自由裁量が効かなかった。しかし、保育所に対する補助から利用者への補助に変えることによって補助金というしがらみがなくなり、保育料を設定する権利を有し、さらには独自の特性を活かした経営を行うことが可能になるのである。

第4節 おわりに

保育サービス市場はいまだに官製市場から脱却しておらず、モラルハザードが発生しやすく、サービスの向上が図られていない。また、民間が例え参入しても、その企業の裁量権は剥奪されており、独自性のある特性を活かした経営戦略が不可能になっている。このように、保育市場において市場原理が働いていないことがとても大きな問題であると捉えた上で、競争を促進させ、無駄な経費・補助金の削減や独自の経営手腕を用いた戦略によるサービスの向上を推し進めることによって、利用者の需要を満たすことができ、さらには少子高齢化社会の中で重要な労働力である女性の社会進出を手助けすることも出来るようになる。具体的には、まず①保育サービスの民間委託を行うことによって、保育士の人件費の削減、待機児童の解消、全体の保育コストの削減、またその金額を用いることによるサービスの向上、などの効果が挙げられる。もちろん、低年齢児の通所率の低さの改善にもなる。次に②認可保育所への補助金を削減することによって、認可外保育所の競争力が向上し、それによる認可保育所の提供するサービスの質の向上を図ることが可能になる。最後に、③その削減した補助金を利用者への直接補助に転換し、その際にバウチャー制度を導入することによって、税の効率的配分を達成し、また、供給者側のサービスの質の向上、さらには利用者の意思の反映が容易になる。

こうして以上の提言を行うことによってコスト削減による効率的な経営や利用者のニーズにあった保育の質の向上を達成させることができると考える。

参考文献

第1章

八代 尚宏 (2003) 『規制改革 法と経済学からの提言』有斐閣
 三重 野卓・近藤克則 (2003) 『福祉国家の医療改革』東新堂
 岡田 玲一郎 (2002) 『近未来の医業経営』厚生科学研究所
 「厚生労働省」 <<http://www.mhlw.go.jp/index.html>>
 「経済同友会」 <<http://www.doyukai.or.jp/about/committee.html>>
 「公正取引委員会」 <<http://www.jftc.go.jp/index.htm>>
 「総合規制改革会議」 <<http://www8.cao.go.jp/kisei/>>
 「財務省」 <<http://www.mof.go.jp/>>
 「日本医師会」 <<http://www.med.or.jp/>>
 「医療経営.net」 <<http://www.iryoh-keiei.net/>>
 「全国保険医団体連合会 (保団連)」 <<http://hodanren.doc-net.or.jp/index.html>>

第2章

八代 尚宏 (2003) 『規制改革 法と経済学からの提言』有斐閣
 「総合規制改革会議」 <<http://www.op.cao.go.jp/kisei/>>
 「厚生労働省」 <<http://www.mhlw.go.jp/>>
 「読賣オンライン」 <<http://www.yomiuri.co.jp/iryoh/ansin/an451601.htm>>
 「特別養護老人ホーム 緑風園」 <<http://www.ryokufuu.com/index.html>>
 「公正取引委員会」 <<http://www.jftc.go.jp/index.htm>>
 「ケアマネジャーの業務、待遇問題」
 <<http://www.nishinippon.co.jp/news/life/helthcare/041016.html>>
 「立命館大学山本ゼミ論文」
 <<http://www.ritsumei.ac.jp/~yamamoto/seminar/02goudou/kaigo.htm>>
 「WAM NET」 <<http://www.wam.go.jp/>>

第3章

八代 尚弘 (2004) 『新市場創造への総合戦略』日本経済新聞社
 島田 晴雄 (2004) 『雇用を創る構造改革』日本経済新聞社
 二宮 厚美 (2003) 『構造改革と保育のゆくえ』青木書店
 中山 徹・杉山 隆一 (2004) 『幼保一元化』自治体研究社
 前田 正子 (2004) 『子育てしやすい社会』ミネルヴァ書房
 「総合規制改革会議」 <<http://www.op.cao.go.jp/kisei/>>
 「厚生労働省」 <<http://www.mhlw.go.jp/>>