

## 「混合介護」弾力化は社会福祉分野産業化の第一歩

Uninsured service and the industrialization of social welfare in Japan

芝田 英昭

SHIBATA, Hideaki

### Abstract

The Japan Fair Trade Commission (JFTC) released *A Report on Long-term Care* in September 2016. The report proposed that for-profit corporations should run nursing homes in the future, that the Japanese government should reform the tax system in regard to social welfare companies, and it should approve uninsured services rather than insured services in the field of long-term care insurance. This paper examines issues in the JFTC report.

**Key words:** Japan Fair Trade Commission, industrialization of social welfare, insured service, uninsured service

## はじめに

公正取引委員会（以下「公取委」）は、2016年9月『介護分野に関する調査報告書』（以下「介護報告書」）を公表し、1）特別養護老人ホームへの株式会社参入規制の緩和、2）社会福祉法人への補助制度・税制度の見直し、3）混合介護・価格の弾力化、を提案した。同報告書は、公正取引委員会が2016年1月に実施したアンケート調査、ヒヤリング調査、意見交換会を基にまとめたものである。

さて、公取委とは、いかなる組織であろうか。公取委のホームページによれば、公取委は「独占禁止法を運用するために設置された機関」[公正取引委員会（2017）]であるとし、また、独占禁止法概要も解説している。公取委によれば、「独占禁止法の目的は、公正かつ自由な競争を促進し、事業者が自主的な判断で自由に活動できるようにすることです。市場メカニズムが正しく機能していれば、事業者は、自らの創意工夫によって、より安く優れた商品を提供して売上高を伸ばそうとしますし、消費者は、ニーズにあった商品を選択することができ、事業者間の競争によって、消費者の利益が保護されることになります」[公正取引委員会（2017）]としている。

しかし、筆者は、公取委が介護分野に関して大胆な提案を行ったことに、少なからず違和感を感じる。前掲独占禁止法の解説には、「公正で自由な競争促進」、「市場メカニズムが正しく機能」、「消費者は、ニーズにあった商品を選択する」[公正取引委員会（2017）]とあるが、これでは公取委が介護分野は、“市場で提供される商品である”と認識し、その前提で調査対象にしたと理解せざるを得ない。介護分野は、多くは単純に市場で売り買いされる「商品」ではなく、“生存権保障の一翼を担う社会福祉サービス”であり、公取委はこの点を完全に捨象したか、意図的に隠蔽し議論を進めている。

この時期に、公取委があえて常識を逸脱した報告書を公表したのは、何らかの意図があると判断せざるを得ない。つまり、安倍自公政権下で推し進められる社会福祉分野の「産業化」の牽引役を、公取委が率先し引き受けたとみることができる。

本稿では、社会福祉分野の産業化と公取委介護報告書の問題点を明らかにしたい。

## 1. 背景にある自公政権下の健康・医療分野産業化戦略

### 1) 健康・医療戦略推進法のもと、医療・介護分野の産業化を鮮明に

介護・医療分野の産業化を明確に打ち出した法律は、2014年5月成立の「健康・医療戦略推進法（以下「推進法」）」が初めてであり、また、それを推進する政府戦略が、2014年7月に閣議決定された健康・医療戦略である<sup>1)</sup>。

推進法は、その目的に「健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の創出及び活性化、(中略) それを通じた我が国経済の成長を図る」[政府（2014b）] こととし、「健康・医療」分野を、経済成長の道具と位置づけている。人間の生命・生活の根幹をなす分野を産業化することは、商品としての同分野を購入できる者とできない者との格差を拡大させ、国民の健康破壊を推し進め

ることにしかならないし、健康・医療における人権思想・倫理観が欠如しかねないといわざるを得ない。

同法は、「国は、健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の活性化を図るため、医療分野の研究開発の成果の企業化の促進その他の新たな産業活動の創出」[政府 (2014b)] と企業化も打ち出しており、“財界の利益のために国が奉仕する姿勢”を鮮明にした。結局、利益の見込めない健康・医療分野、特に低所得者を対象とする領域は切り捨てられる可能性が高い。

また同法において、国による「健康・医療戦略」[政府 (2014a)] 策定が法定化され、早速 2014 年 7 月 22 日に同戦略が閣議決定された。

戦略は、健康・医療産業を「戦略産業として育成し、我が国経済の成長に寄与できる、世界でも類を見ない安心と安全を前提にした医療福祉先進国として世界に広げていく」[政府 (2014a)] とし、健康・医療分野の国内での産業化に止まらず、戦略産業として他国に輸出し、他国民をも日本の財界の餌食にしようとしている。

「疾病予防、慢性期の生活支援等を念頭においた公的保険外の新しいヘルスケアサービスの市場を創出」[政府 (2014a)] は、国民を健康破壊に導く戦略ではなかろうか。疾病は予防が極めて重要なのは周知の事実である。疾病予防を公的保険外の市場に委ねるとの言質は、経済格差を健康分野に持ち込むものであり、決して許されることではない。「公的保険外」とは、公的保険が適用されない分野を商品化するだけでなく、今後公的保険が適用されない範囲を拡大し、商品化し一大産業とすることを促進するのが狙いである。

## 2) 地域包括ケアシステム構築の名の下に介護保険の保険外サービス拡大を提案

2016 年 3 月、厚生労働省、農林水産省、経済産業省が合同でとりまとめた「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集 (以下、「ガイドブック」)」が公表された。三省が合同で、このようなガイドブックを公表するのは、介護保険分野の商品化・産業化に本腰を入れている証左とも言える。

さて、ガイドブックは、「地域包括ケアシステムを補完・充実していくためには、介護保険等の社会保険制度や公的サービスに加え、ボランティアや住民主体の活動等である『互助』、市場サービス購入等である『自助』を充実していく必要がある (下線筆者)」[厚生労働省、農林水産省、経済産業省 (2016), p.1] とし、さらに「保険外サービスへの期待や潜在的な成長可能性」[厚生労働省、農林水産省、経済産業省 (2016), p.1] は大きいとしている。

しかし、ガイドブックは、「保険外サービスは必ずしも短期的に利益に結びつくものばかりではない。とりわけ、営利法人が取り組む場合、企業全体の収益に左右され、事業の継続が危ぶまれたり、組織運営体制の変更に伴って事業方針が頻繁に変更される」[厚生労働省、農林水産省、経済産業省 (2016), p.17] と、現時点で介護保険外サービスが、営利企業にとって魅力ある分野だとはしていない。つまり、現時点での保険外サービスだけでは、産業化の足がかりにしかならず、大幅な利益にはつながらないとの危機感がある。従って、今後、保険サービスのカバー範囲

を縮小し“保険外サービスの拡大”を図りたいのが本音であろう。

この点は、介護保険2015年改定の目玉であった、要支援1・2の給付（介護保険からの給付）の一部を市町村事業に移行したことから理解できる。その内訳は、要支援1・2の介護保険給付費の約6割を占める介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を、保険給付から外したのである。

また、厚生労働省は、2018年介護保険改定に向けて、要介護1・2の生活援助サービス及び福祉用具貸与・住宅改修の原則自己負担化を検討していたが、2016年10月までに“要介護1・2の保険外し反対”との180を超える地方議会の意見書採択状況を鑑みて、2018年改定では断念した〔毎日新聞（2016年10月7日付朝刊）、東京新聞（2016年10月7日付朝刊）〕。

### 3) 日本再興戦略2016と介護・健康分野産業化の思惑

2016年6月2日に閣議決定された『日本再興戦略2016（以下「再興戦略」）』は、介護予防・生活支援サービスは、「公的保険外」であることを前提に産業化推進を謳っている。それは、「公的保険外の介護予防や生活支援等のサービスが、地域包括ケアシステムの一環として活用されるよう、医療・介護関係者と民間事業者が連携してサービス提供を行う枠組みを構築する（下線筆者）」〔政府（2016）、p.68〕からも理解できる。

また、「介護分野での保険外サービス市場を創出・育成し、介護・認知症予防、生活支援や見守り、介護食等の、高齢者が地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう支える」〔政府（2016）、p.69〕としているが、保険外サービス市場が高齢者の生活を支えるためには、保険サービスを提供する事業者と営利企業との「連携」が必須であろう。

再興戦略は、「地域において医療・介護関係者と公的保険外サービス事業者が連携してサービス提供を行うモデルの確立に向けて実証を行い、他地域への横展開を目指す」〔政府（2016）、p.69〕としているが、これは2017年4月施行の地域医療連携推進法人をイメージしていると考えられる。同法人の詳細は、2017年2月8日付で公布された「医療法施行令の一部を改正する政令」及び「医療法施行規則の一部を改正する厚生労働省令」で明らかとなった。

表1 地域医療連携推進法人概要

<p>(1) 都道府県知事の認定</p> <p>○ 地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人は、都道府県知事の認定を受けることができる。</p> <p>&lt;参加法人(社員)&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院等の医療機関を開設する医療法人等の非営利法人。 <ul style="list-style-type: none"> <li>* 介護事業等の地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う非営利法人を加えることができる。</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;主な認定基準&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療構想区域を考慮して病院等の業務の連携を推進する区域を定めていること。</li> <li>・ 地域の関係者等を構成員とする評議会が、意見を述べることも定めていること。</li> <li>・ 参加法人の予算、事業計画等の重要事項について、地域医療連携推進法人の意見を少なくとも求めるものと定めていること。</li> <li>* 都道府県知事の認定は、地域医療構想との整合性に配慮するとともに、都道府県医療審議会の意見を聴いて行う。</li> </ul> <p>(2) 実施する業務</p> <p>○ 病院等相互間の機能の分担及び業務の連携の推進(介護事業等も含めた連携を加えることができる。)</p> <p>○ 医療従事者の研修、医薬品等の供給、資金貸付等の医療連携推進業務。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 一定の要件により介護サービス等を行う事業者に対する出資を可能とする。</li> </ul> <p>(3) その他</p> <p>○ 代表理事は都道府県知事の認可を要することとともに、剰余金の配当禁止、都道府県知事による監督等の規定について医療法人に対する規制を準用。</p> <p>○ 都道府県知事は、病院等の機能の分担・業務の連携に必要と認めるときは、地域医療構想の推進に必要な病院間の病床の融通を許可することができる。</p>
--

出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人の設立に向けた地域での動き」、産業競争力会議第35回実行実現点検委員会、2016年3月23日。

2016年3月に厚生労働省が示した地域医療連携推進法人の概要(表1)では、「医療連携推進業務を行う一般社団法人」となっており、一定“非営利性”は担保されているが、一般社団法人であることから理事長は医師以外でも就け、直前まで株式会社経営者であった者が理事長に就任することが可能であり、将来的には“非営利性をなし崩しにするための第一歩”の可能性は否めない。

また、同法人が実施する業務は、①病院相互間(介護事業等も含む)業務の連携推進、②医療従事者の研修、医薬品等の供給、資金貸付等の医療連携推進業務、③一定の要件により介護サービス等を行う事業者に対する出資を可能とする、としていることから、人員配置・業務の効率化の推進で国民医療費削減に貢献させようとしていることは自明である。③に関しては、非営利性を掘り崩す火種になる可能性がある。つまり、介護サービス事業者(株式会社含む)への出資は、相手が株式会社であれば“株の購入”で、そこからの株式配当を受けることを認めるものでもあり、非営利性を堅持できるのかは実に不安が残る。

同法人の認定区域は、地域医療構想区域(原則として二次医療圏)とされており、広域にまたがる大規模法人は想定されていないが、将来的にこのタガが外される可能性は否定できない。事実、再興戦略は「他地域への横展開を目指す」[政府(2016), p.69]としている。

## 2. 特別養護老人ホームへの株式会社参入規制緩和を狙う

公取委の介護報告書は、「介護分野に対する競争政策上の考え方」において、「自治体が設置する特別養護老人ホームにおいて、株式会社等を指定管理者とするように、指定管理者制度を積極

的に活用していくべき（下線筆者）」[公正取引委員会（2016）， p.99] と、実質的に第1種社会福祉事業への株式会社参入規制緩和を提言している。

地方自治法一部改正法が2003年9月施行されたことで、公の施設（スポーツ施設、都市公園、文化施設、社会福祉施設など）の管理方法が、管理委託制度から指定管理者制度に移行した。同改正法施行前は、公の施設を外部に委ねる場合、その管理は公共団体に限定（下線筆者）されていたが、同改正法施行後は、営利法人、NPO法人なども参入可能（下線筆者）となった。

しかし、指定管理者制度実施後も自治体設置社会福祉施設の指定管理者として株式会社の参入が思うようには進まなかったことから、厚生労働省は、株式会社の参入促進目的のために自治体へ2度にわたり通知を送付している。

一つは、2007年3月30日、厚生労働省計画課長・振興課長・老人保健課長通知「地方公共団体が設置する介護サービス提供施設における指定管理者制度の取扱いについて」[厚生労働省（2007）]で、「特別養護老人ホームについては、旧地方自治法上の管理委託制度と比べて地方公共団体の関与が強化されることを踏まえ、従来から指定管理者制度の下では、株式会社でも指定管理者として管理を行うことができる取扱いとしている（下線筆者）」[厚生労働省（2007）， p.3]として、株式会社参入を強調している。

また、2014年には、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課長名で「社会福祉施設に係る指定管理者制度の運用について」[厚生労働省（2014）]との通知が出された。同通知では、「今般、『規制改革実施計画』（2014年6月24日閣議決定）において、社会福祉施設における指定管理者制度等の運用の改善の観点から、業務委託や指定管理者制度などの公募要件において理由もなく株式会社を排除しないよう地方公共団体に通知することが求められています。つきましては、貴職におかれては、上記通知の趣旨を改めて御理解いただくとともに、貴管内市町村に対し周知願います（下線筆者）」[厚生労働省（2014）， p.1]と、市町村が指定管理者公募に際して株式会社を排除しているとの認識にたつて、その改善を強く求めている。

しかし、その後も社会福祉施設への指定管理者として株式会社の参入は広がっていない。総務省の『公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果（以下「指定管理者調査」）』[総務省自治行政局行政経営支援室（2016）]によると、2015年4月現在で自治体設置の社会福祉施設（病院、診療所、特別養護老人ホーム、介護支援センター、福祉・保健センター、児童クラブ、学童館、保育所等）における指定管理者制度導入件数は、13,685件、そのうち株式会社が指定管理者となったのは589施設、全体の僅か4.3%であった<sup>(2)</sup>。この実態を受け、公取委は、特別養護老人ホームへの株式会社の指定管理者への推進役を買って出たと推察できる。

しかし、そもそも地方公共団体が設置する特別養護老人ホームを実質的に株式会社が経営できるとの発想には、筆者は違和感を禁じ得ない。社会福祉行政の基本法である社会福祉法は、その2条において、第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業を定義しているが、特別養護老人ホームは、第1種社会福祉事業（社会福祉法2条三項）に規定されている。

表2 生活保護と福祉一般：第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業

## 第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業

## 【第1種社会福祉事業とは】

利用者への影響が大きいため、経営安定を通じた利用者の保護の必要性が高い事業（主として入所施設サービス）です

## 経営主体

- 行政及び社会福祉法人が原則です。施設を設置して第1種社会福祉事業を営もうとするときは、都道府県知事等への届出が必要になります。
- その他の者が第1種社会福祉事業を営もうとするときは、都道府県知事等の許可を得ることが必要になります。
- 個別法により、保護施設並びに養護老人ホーム及び特別養護老人ホームは、行政及び社会福祉法人に限定されています。

## 【第2種社会福祉事業とは】

比較的用户への影響が小さいため、公的規制の必要性が低い事業（主として在宅サービス）です

## 経営主体

- 制限はありません。すべての主体が届出をすることにより事業経営が可能となります。



出典：厚生労働省「生活保護と福祉一般：第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業」

[www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-fukushi-jigyuu2.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-fukushi-jigyuu2.html) 最終閲覧日2017年1月5日。

また、社会福祉法60条は、第1種社会福祉事業の経営主体を、「社会福祉事業のうち、第1種社会福祉事業は、国、地方公共団体又は社会福祉法人が経営することを原則とする（下線筆者）」と規定していることから、株式会社等の営利法人は第1種社会福祉事業を営むことができないと解するのが妥当である。ちなみに、厚生労働省ホームページの「生活保護と福祉一般：第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業」（表2）では、経営主体に関し「経営主体：個別法により、保護施設並びに養護老人ホーム及び特別養護老人ホームは、行政及び社会福祉法人に限定されています」[厚生労働省（2017a）]と説明している。

表3 開設主体別介護保険施設の構成割合（単位：%）

	総数	都道府県	市区町村	広域連合・一部事務組合	日本赤十字社・社会保険関係団体・独立行政法人	社会福祉協議会	社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	医療法人	社団・財団法人	その他の法人	その他
介護保険施設											
介護老人福祉施設	100.0	0.7	3.4	1.5	0.1	0.2	94.2	—	—	—	—
介護老人保健施設	100.0	0.0	3.8	0.6	1.8	—	15.7	74.3	2.8	1.0	0.1
介護療養型医療施設	100.0	—	5.0	0.3	0.9	—	0.9	83.2	2.6	0.5	6.5

出典：厚生労働省「2015年介護サービス施設・事業所調査の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service15/index.html> 最終閲覧日2017年1月5日。

ただ、指定管理者制度は地方公共団体が設置した施設への適用だけであり、全ての公立特別養

介護老人ホームが株式会社を指定管理者としても、全介護老人福祉施設の僅か5.6%（表3）でしかないことを勘案すれば、公取委による介護報告書の真意は別のところにあると考えられる<sup>(3)</sup>。つまり、公取委は公立特別養護老人ホームへ指定管理者として株式会社を参入促進し、その実態をもって、特別養護老人ホームを第1種社会福祉事業から除外するために、社会福祉法、老人福祉法、介護保険法各法の改正の弾みとしようとしている、とみるべきである。

### 3. 社会福祉法人に対する補助制度・税制度の見直し

介護報告書は、「補助制度について、実質的に同一サービスを提供している特別養護老人ホームと介護付き有料老人ホームの間で、利用料金に差が付くのは高額な補助金が原因」[公正取引委員会（2016），p.100]、「税制について、社会福祉法人の場合は、原則として法人税、住民税及び事業税が非課税である。（中略）株式会社等からは税制上のイコールフットイングが強く求められている」[公正取引委員会（2016），p.101]として、社会福祉法人への補助金及び税制上の優遇措置の見直しを迫っている。しかし、この論法には大きな飛躍がある。本報告書は、介護分野の課題を指摘するはずが、いつのまにかその範疇を超えて、“社会福祉法人一般”の問題へとすり替えている。ただ、本音こそが、この点にあるとみるべきである。

まず、補助制度に関し、特別養護老人ホームも介護付き有料老人ホームも、同一のサービスを提供しているのだから、特別養護老人ホームへの高額な補助金を止めるべき、との発想は、入居者の所得状況を無視している。厚生労働省の介護サービス施設・事業所調査（表4）によると、特別養護老人ホーム入所者の82%が、住民税非課税世帯で、生活保護や低年金世帯、いわば特別養護老人ホームは貧困世帯の要介護高齢者の入居先だということである。この点を鑑みれば、特別養護老人ホームへの補助金削減は、結果的に入所者の自己負担を増やし、貧困者を排除することにしかならない。

表4 特別養護老人ホーム入居者等の所得段階別割合

段 階	主 な 対 象 者	割 合
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村税非課税世帯の老齢福祉年金受給者	7%
第2段階	・市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下	59%
第3段階	・市町村民税非課税世帯であって、第2段階該当者以外	16%
第4段階	・市町村民税本人非課税であって、世帯に課税者がある者 ・市町村民税本人課税者	18%

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課「2010年介護サービス施設・事業所調査」2012年2月より筆者作成。

ただ、介護報告書は、「低所得者層の自己負担の軽減等といった公益的な役割を果たすために必要な範囲で行われるべきであり、それを超える過剰な補助は好ましくない」[公正取引委員会（2016），p.101]と、一定の配慮を見せている。しかし、何をもって“過剰な補助”と判断するのかには言及していないことから、大幅な補助削減の蟻の一穴になる可能性は高い。

また、税制に関し提言では、「現行制度下において、株式会社等が提供可能な介護サービスと

同一の介護サービスを提供する場合には、その部分について社会福祉法人に対する税制上の優遇措置は除外する」[公正取引委員会 (2016), p.101] ことが望ましいとしているが、これは社会福祉法人の性格を歪めるものである。

厚生労働省は、ホームページ上に社会福祉法人の詳しい説明を記載している。その沿革では、社会福祉法人は、「強い公的規制の下、助成を受けられる特別な法人として創設」[厚生労働省 (2017b)] され、法人税に関し「収益事業以外からの所得は非課税」[厚生労働省 (2017b)] となっている。その反面、「事業収入は原則として社会福祉事業のみに充てられ、配当や収益事業に支弁できません」[厚生労働省 (2017b)]、さらに「解散した場合の残余財産は、定款の定めにより他の社会福祉法人または国庫に帰属」[厚生労働省 (2017b)] する、厳しい規制・監督がある。

社会福祉法人は、公益性を担保し、株式会社とは違い配当もできないことから、法人税等（法人税、固定資産税、寄付等）に関し優遇措置が講じられている。この点を無視し、同一の介護サービスを提供する場合、社会福祉法人の税制上の優遇措置を廃止すれば、社会福祉事業の公益性の担保は難しくなるのではなかろうか。もう一步踏み込んで考察すれば、社会福祉事業・社会福祉法人の公益性を排除し、実質的に株式会社と同じ営利法人化し、最終的には社会福祉法人を駆逐していくことが狙いだと見ることができる。

#### 4. 混合介護・価格の弾力化は、介護サービスの範疇を曖昧に

介護保険は、同じく社会保険として運営されている医療保険とは異なり、制度発足当初から“混合介護”が認められている。例えば、“上乘せサービス”や“横出しサービス”を条例に定め提供可能としている自治体もある。上乘せサービスは、支給限度基準額を超えるサービス（訪問介護の追加利用等）を、対象者が全額自己負担で利用するもの。また、横出しサービスは、ガラス拭き、大掃除、通院の送迎、出張理容など介護保険給付対象外のサービスを全額自己負担で利用するものである。しかし、現行制度の下では、保険内サービスと保険外サービスは、明確に区分されていないとすればならぬし、保険内サービスと保険外サービスを同一時間内に一体的に提供することはできない。

訪問介護における保険内サービスは、大きく生活援助と身体介護に区分され、生活援助は、対象者が日常生活を送る上で必要不可欠な家事や本人が一人ではできない部分を支援することとされている。具体的には、掃除、洗濯、調理、買い物、衣服の整理、ベッドメイクなどであるが、本人以外の家族へのサービスは禁止されている。

しかし今回、介護報告書では、混合介護が弾力化されれば、「保険内サービスの提供時間内に利用者の食事の支度をする」と併せて、帰宅が遅くなる同居家族の食事の支度もするといった保険外サービスを組み合わせたサービスを利用者が希望する場合には、追加料金を徴収した上でこれを提供することが可能となり、保険内外のサービスを同時一体的に提供することでより低料金で効率的にサービスを提供できるようになる可能性がある」[公正取引委員会 (2016), p.102] とし、また、特定のヘルパー派遣を要請する「指名料の徴収」[公正取引委員会 (2016), p.102]

も可能とすべきとしている。

介護報告書は、混合介護が弾力化されれば、「介護サービス事業者の収入の増加をもたらし、ひいては、介護職員の処遇改善につながる可能性もある」[公正取引委員会(2016), p.102]と指摘している。しかし、混合介護の弾力化は、介護サービスの範疇を曖昧にしかねない。保険外であっても要望する一般サービスが、同じ事業者あるいは同じ介護員によって提供されれば、対象者にとっては、どこまでが保険内サービスか保険外サービスかは判然としなくなり、事業者は、対象者のニーズに即した保険外サービスの付加価値で自らを選択させるようにするであろう。一旦混合介護が弾力化されてしまえば、保険外サービス価格ダンピング競争は激化し、結果的に介護職、および介護現場で働く労働者は、低賃金に甘んじなければならなくなる。この点は、介護報告書が謳う「価格の弾力化」[公正取引委員会(2016), p.103]に通じるものと言えるし、また、介護サービス保障の公的性格を崩壊させ、一般市場で取引される「商品」にしてしまいかねない。

本稿推敲の最中、東京都豊島区が「混合介護」を、国家戦略特区制度を利用して2018年度から実施する方針をかためた[毎日新聞(2017年1月17日付朝刊)]、との報道がなされた。高齢者が密集しており事業者も比較的多い豊島区のような都市部においては、混合介護への方向転換は一定の効果はあるかもしれない。ただし、それは介護保険の空洞化を伴ってであることに注意しなければならない。保険外サービスが仮に儲かったとすると、介護事業者は、保険内サービスよりも保険外サービスに注力し、事実上、介護事業者が価格を決定することになる。結果、一定以上の所得階層はある程度のサービスを受けることが可能となるが、反面、多くの高齢者が切り捨てられ、現役時代の格差をそのまま高齢期の介護においても引きずる事となる。

### おわりに…準市場から市場へのステップ

そもそも、介護保険は、医療保険とは異なり、創設当初から市場化・産業化への危惧があった。介護保険は、医療保険のように“療養の給付(医療法)”を中心とする現物給付ではなく、“サービス費の支給(介護保険法40条)”を中心とする金銭給付である。

この点は、幾分説明が必要である。医療保険では、医療機関は患者が必要とする医療サービスを認定し、給付する。その費用は、保険者から支払機関を通して診療報酬として直接医療機関に支払われる。診療報酬は、公費を含むことから、憲法89条(公金支出禁止条項)違反とならない仕組みとなっている。

憲法89条は、「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、又は公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない」、つまり、公金(公的補助金)は、宗教、あるいは公の支配に属しない医療、教育、福祉活動等(下線筆者)に支出してはならない、と解される。従って、公金が支出される医療活動においては、国、自治体、学校法人(公益法人)、医療法人(公益法人)等、公あるいは公的機関だけが療養の給付が可能となっており、憲法89条違反とはならない。また、公金が支出される教育活動は、国、自治体、学校法人(公益法人)のみに許されており、憲法89

条違反とはならない。

しかし、介護保険においては、公金を含む介護報酬が株式会社等（営利法人）に支出されており、憲法89条違反のように思われるが、保険の仕組みが医療保険とは異なり、違反とはならない。介護保険は法制度上、介護サービスの現物給付ではなく、給付限度額（実際には、対象者は限度額上限まで利用するとは限らない）の9割を、対象者個人に給付し、対象者は1割の自己負担と合算し、その費用（10割負担）で介護サービス（商品）を購入する仕組みである。つまり、営利法人は、公金である介護報酬を受け取るが、これはあくまでも個人に給付された費用を、事務的に煩雑にならないように個人に代わり“代理受領”していると解されることから、憲法89条違反とはならない。従って、介護保険においては、制度的に営利法人参入が可能となっている。しかし、個別の法律である社会福祉法において、現在特別養護老人ホームは第1種社会福祉事業と規定されており、営利法人の参入が許されていない。

介護保険は、法律上商取引におけるサービス売買であるが、価格は公定価格である介護報酬であり、さらに施設においてはサービス提供者に一定の規制があることから、完全なる市場を形成しているのではなく、「準市場」である。しかし、この最後のタガである、価格・サービス内容を自由化（混合介護の弾力化）することは、介護保険を“完全なる市場”へ誘うものであり、さらには社会保障全体の市場化・産業化への足がかりとなる恐れがある。

社会保障の本質は、基本的人権の一つである「生存権・生活権」の具現化としての政策であることを鑑みれば、市場化・産業化にはそぐわないのは自明のことである。常に権利としての社会保障の視点に立ち、社会保障改革の行方を注視すべきではなかろうか。

- (1) 2014年以前にも健康・医療戦略は存在するが、法定化された戦略は、2014年が初めてである。
- (2) 総務省調査では社会福祉施設と一括りで記載されており、株式会社が指定管理者となった特別養護老人ホーム数は不明。
- (3) 厚生労働省大臣官房統計情報部「2015年度福祉行政報告例」によれば、公立特別養護老人ホーム数は360カ所、私立特別養護老人ホームは8,821カ所、総数9,181カ所となっている。

#### 引用文献：

- ・公正取引委員会（2016）『介護分野に関する調査報告書』、2016年9月。
- ・公正取引委員会（2017）「公正取引委員会の紹介」、[www.jftc.go.jp/soshiki/profile/index.html](http://www.jftc.go.jp/soshiki/profile/index.html)、最終閲覧日2017年1月10日。
- ・厚生労働省（2017b）「生活保護と福祉一般：社会福祉法人」、[www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-fukushi-jigyoku3.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-fukushi-jigyoku3.html) 最終閲覧日2017年1月6日。
- ・厚生労働省（2017a）「生活保護と福祉一般：第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業」、[www.mhlw.go.jp/bunya/](http://www.mhlw.go.jp/bunya/)

seikatsuhogo/shakai-fukushi-jigyuu2.html 最終閲覧日2017年1月5日。

- 厚生労働省（2014）『社会福祉施設に係る指定管理者制度の運用について』、2014年9月29日通知。
- 厚生労働省（2007）『地方公共団体が設置する介護サービス提供施設における指定管理者制度の取扱いについて』、2007年3月30日通知。
- 厚生労働省、農林水産省、経済産業省（2016）『地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集』、2016年3月。
- 毎日新聞（2016年10月7日付朝刊）。
- 毎日新聞（2017年1月17日付朝刊）。
- 政府（2014a）『健康・医療戦略』、2014年7月閣議決定。
- 政府（2014b）『健康・医療戦略推進法』、2014年5月成立。
- 政府（2016）『日本再興戦略2016』、2016年6月、閣議決定。
- 総務省自治行政局行政経営支援室（2016）『公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果』、2016年3月25日。
- 東京新聞（2016年10月7日付朝刊）。