

【論文】

準市場の優劣論と介護保険制度導入後の結果(3)

児山正史

目次

1. はじめに
2. 制度の概要
3. 利用者の行為主体性
4. 条件の充足
 - (1) 競争 (以上、第3、4号)
 - (2) 情報
 - (3) いいとこ取り
5. 良いサービスの提供
 - (1) 質
 - (2) 応答性
 - (3) 効率性 (以上、本号)
 - (4) 公平性
6. おわりに

(2) 情報

利用者が供給者をうまく選択し、それが質の向上をもたらすためには、利用者が質に関する情報を持ち、質を重視して選択しなければならない。介護の選択制を提言した審議会の報告等も、利用者による選択や良質のサービスの条件として、情報の提供やサービスの質の評価を挙げた(児山2017:152)。本節では、情報提供と評価の制度を概観した上で、これらの制度がどのように実施されているか、利用者が情報をどのように利用しているかに関する調査結果を整理する⁽¹⁾。

①制度

(a) 情報提供

情報提供の制度については、一般への情報公開と利用申込者への説明に分けて見ていく。

第1に、一般への情報公開については、2000年6月施行の社会福祉法において、社会福祉事業の経営者は、福祉サービスの利用希望者が適切・円滑にサービスを利用できるように、経営する事業に関し情報の提供を行うよう努めなければならないことや、国・地方自治体は、福祉サービスの利用希望者が必要な情報を容易に得られるように、必要な措置を講ずるよう努めなければならないことが規定された(75条)。また、2006年4月施行の介護保険法改正により、介護サービス情報の報告・公表制度が導入され、事業者は、介護サービスの提供を開始しようとするときなどは、介護サービスの内容や事業者の運営に関する情報を都道府県知事に報告し、都道府県知事は報告の内容を公表しなければならないことが規定された(115条の35)。

第2に、利用申込者への説明については、2000年4月施行の厚生省令において、事業者は、利用申込者またはその家族に対し、サービスの選択に資すると認められる重要事項(運営規程の概要、従業者の勤務体制など)を記した文書を交付して説明を行わなければならないことが規定された(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準8条など)。

(b) 評価

評価については、自己評価と外部評価・第三者評価の制度を見ていく。

第1に、自己評価については、2000年4月施行の介護保険法において、事業者が自ら質の評価を行うことに努めなければならないことが規定され(73条など)、同月施行の厚生省令でも、事業者が自ら質の評価を行わなければならないことが規定された(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準22条など)。

第2に、外部評価・第三者評価については、まず、2000年6月施行の社会福祉法において、国は、福祉サービスの質の公正・適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならないことが規定された(78条)。そして、認知症対応型共同生活介護に関しては、2003年4月施行の厚生労働省令で、事業者が定期的に外部の者による評価を受けなければならないことが規定された(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準163条7項、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準97条7項)。また、福祉サービス全般についても、厚生労働省が第三者評価に関する指針を2001年と2004年に地方自治体へ発出し(2014年に全部改正)、評価基準や推進体制などを技術的助言として示した(厚生労働省2001、同2004、同2014)。

以上のように、情報提供については、事業者や国・地方自治体の努力義務、介護サービス情報の報告・公表制度、利用申込者に対する事業者からの説明義務が法令で定められた。また、評価については、事業者による自己評価の義務、認知症対応型共同生活介護に関する外部評価の義務が法令で定められ、福祉サービス全般に関する第三者評価の指針も示された。

②実施状況

(a) 情報提供

情報提供については、介護サービス情報の報告・公表、事業者と地方自治体によるその他の情報公開、利用申込者に対する事業者からの説明の実施状況を見ていく。

第1に、介護サービス情報の報告・公表の内容は、独立行政法人福祉医療機構のウェブサイト(WAM NET) からリンクされた各都道府県のサイトで検索・閲覧することができる。そこには、事業所・施設ごとに、サービス内容、利用料、従業員数(職種、退職者数、常勤・非常勤別の内訳)や経験年数5年以上の従業員の割合、利用者の総数や要介護度、利用者の意見を把握する取組や第三者評価の有無などが掲載されている。(福祉医療機構2018b)

第2に、その他の情報公開のうち、まず、事業者によるものについては、全国の介護サービス事業者に対する2016年のアンケート調査(有効回答は株式会社・有限会社(以下、株式会社等)483、社会福祉法人469)によると、情報公開の手段として多く挙げられたのは(複数回答)、事業所・施設への資料の備え付け(株式会社等71%、社会福祉法人78%、以下同様)、自社・自法人のウェブサイトへの情報掲載(69%、84%)、チラシ・パンフレット・ダイレクトメールの配布・送付(57%、45%)、体験・見学会(52%、45%)などだった。また、情報公開の内容として多かったものは(複数回答)、サービスの種類・内容(95%、97%)、運営方針・サービスの特色(90%、95%)、料金(介護保険の自己負担分)(85%、86%)、料金(その他必要費用)(81%、82%)などだった。なお、ウェブサイトで情報を公開している割合は、サービスの種類・内容が株式会社等70%、社会福祉法人83%、運営方針・サービスの特色がそれぞれ66%、76%などだった。(公正取引委員会2016:2,72-5)

次に、地方自治体によるその他の情報公開については、全国の市区町村への2016年の調査(有効回答420)によると、介護保険法で規定された情報公表制度以外にウェブサイト上で提供している情報として多く挙げられたのは(複数回答)、事業者名・住所・電話番号(在宅48%、施設51%、以下同様)、サービスの種類・内容(28%、28%)、法人形態・種別(17%、19%)などだった。なお、利用者が必要としている情報を把握する取組を行っているという回答は9%、行っていないというものは89%だった。(同上:70-1)

第3に、利用申込者に対する事業者からの説明については、東京都の訪問介護事業所への2003年のアンケート調査(有効回答757)によると、契約内容の説明の際に特に役立っているものとして多く挙げられたのは(複数回答)、重要事項説明書と契約書(それぞれ約8割)だった。また、特に重点的に説明する項目として多かったものは(複数回答)、サービスの内容(約9割)、料金、キャンセル(それぞれ約7割)だった(新井他編2006:63、本澤他2005:177-8,184-5)。なお、事業者に対する2001年度の調査(対象193)によると、重要事項説明書を作成していないものが7%、一部の利用者に交付していないものが6%あった。それぞれの理由は、交付義務を知らなかった、介護保険制度施行以前からの利用者であるため内容を承知していると判断した、などだった(総務省2002b、同2002a:5)。

以上のように、介護サービス情報の報告・公表制度に基づき、サービスの質に関する情報がウェブサイトで公表されている。それ以外にも、ウェブサイトでは運営方針・サービスの特色を公表している事業者が7割前後あったが、サービスの種類・内容を公表している自治体は3割程度だった。また、利用申込者への説明の際に、重要事項説明書を特に役立てる事業者は8割、サービスの内容を特に重点的に説明する事業者は9割あった。ただし、重要事項説明書を作成・交付していない事業者も、介護保険制度の発足直後には1割近くあった。

(b) 評価

評価については、自己評価の実施状況に関する調査・研究が見られなかったため、外部評価と第三者評価の実施状況に関する調査結果を整理する。

第1に、認知症対応型共同生活介護の外部評価については、実施件数・割合に関する調査・研究は見られなかったが、WAM NETには2018年4月時点で102,326件の評価結果が掲載されている（福祉医療機構2018a）。認知症対応型共同生活介護の事業所数は、外部評価が義務化された2003年は3,665、2016年は13,069（この間の平均は9,439）であることから（児山2018：191）、外部評価はおおむね実施されていると考えられる。

第2に、その他の介護サービスに関する第三者評価については、2016年度の実受率率は、訪問介護が0.2%、通所介護が0.8%、特別養護老人ホームが6.4%などだった。（全国社会福祉協議会2018）

以上のように、認知症対応型共同生活介護の外部評価はおおむね実施されていると考えられるが、その他の介護サービスに関する第三者評価の実受率は低く、事業者による自己評価の実施状況は不明である。

③情報の利用

次に、利用者がどのような情報を利用したか、十分な情報を得たか、選択の際に何を重視したかに関する調査結果を整理する。

(a) 利用した情報

利用者が用いた情報については、主な情報源、介護サービス情報の報告・公表と第三者評価の利用状況を見ていく。

第1に、情報源に関する利用者・家族への調査によると（表1）、ケアマネジャーという選択肢がある場合はこの回答が最も多く、他には、支援センター（在宅介護支援センター、地域包括支援センター）、医療機関、役所、家族・親族、友人・知人などが挙げられた。

第2に、介護サービス情報の報告・公表の利用状況については、まず、都市部の5都府県の利用者・家族等への2009年の調査（集計652）によると、この制度を知っているという回答は18%、知らないというものは77%だった（シルバーサービス振興会2009：74）。また、利用者・家族への2016年の調

表1 利用者の主な情報源

(単位：%)

出典等	①	②		③	④	
調査地域	ウェブ	都市部の5都府県			東京都の1市	
調査年	2016	2002		2009	2011	
主な回答者	利用者・家族	利用者・家族	家族	家族・利用者	利用者	家族
N	931	650	114	652	57	85
家族・親族		—	—		○39	21
友人・知人		13	11	○26		25
ケアマネジャー	◎73	◎32	◎44	◎57	—	—
医療機関	○26	—	—		28	○32
支援センター		○29	○23		◎46	◎42
役所					23	25
事業者(チラシ等)	22					
事業者(体験等)	21	—	—	—		
その他		18	16			

- 出典：①公正取引委員会2016：2-3, 80、②シルバーサービス振興会2002：7-8, 39-40, 68-9、③シルバーサービス振興会2009：30-1, 55、④李恩心2014：54-5, 65
- 注：設問・選択肢の表現は調査によって異なる。単一回答(②)は10%以上、複数回答(②以外)は20%以上の回答があった選択肢に数値を記載した。「—」は選択肢に含まれないことを意味する。◎は各調査の1位、○は2位。

査(集計931)によると、この制度を利用したことがあるという回答は7%、ないというものは81%だった(公正取引委員会2016：88)。

第3に、第三者評価の利用状況については、利用者・家族への2016年の調査(集計931)によると、第三者評価の結果を見たという回答は9%、見なかったというものは91%だった。見なかった理由は(複数回答)、この制度のことを知らなかったが67%、どこで公表しているか分からなかったが22%などだった。(同上：91-2)

なお、都市部の5都府県のケアマネジャーへの2009年の調査(集計997)によると、介護サービス情報の報告・公表制度を参考にしているという回答は15%、知っているが参考にしていないというものは76%、知らないは7%であり、第三者評価についての回答は、同様に、10%、74%、15%だった。(シルバーサービス振興会2009：118)

以上のように、利用者・家族は主にケアマネジャーから情報を得ており、介護サービス情報の報告・公表や第三者評価を利用した割合は1割未満だった。なお、これらの制度を参考にしているケアマネジャーも1割程度だった。

(b) 情報量

次に、利用者が十分な情報を得たかどうかについては、サービスや事業所に関する知識・理解の

程度、情報収集の困難についての調査結果を整理する。

第1に、サービスや事業所に関する知識・理解については、まず、全国の高齢者に対する2005年の調査(対象1,053)によると、14種類のサービスについて、よく知っているという回答は10～28%(平均19%、中央値19%)、よく知っている・ある程度知っているという回答の合計は33～71%(各54%、55%)であり、残りの回答は、名称くらいしか知らない、全く知らないというものだった(和気他2007:3-4)。また、東大阪市の利用者・家族への2001年の調査(回答は利用者146、家族577)によると、サービスの種類や内容をわかっていたかという質問(わかっていた・あまりわかっていたは1点、すこしわかっていたは2点、わかっていたは3点)に対して、利用者の回答は平均2.1点、家族は1.8点だった(久津見他2004:508-11)。次に、墨田区の要介護高齢者への2002年の調査によると、介護についての不満として(複数回答)、どういう事業所があるかわからないので最もよい事業所を選んだかどうかかわからないと回答した割合は、訪問介護(集計512)が7%、訪問看護(集計186)が2%だった(平岡他2002:326,335,339)。

第2に、情報収集の困難については、まず、利用者・家族への2016年のウェブ調査(集計931)によると、事前に知りたかったにもかかわらず入手が難しかった情報があったと回答した割合は12%、なかったという回答は47%、分からないというものは41%だった。入手が難しかった情報の内容としては(複数回答)、料金(実際負担する額)、入所・入居待ちの状況、介護・看護職員の資格保有者数・経験年数、定員・空き状況、夜間の職員数、運営方針・介護サービスの特色(全体に占める割合はそれぞれ2～4%)などが挙げられた(公正取引委員会2016:80-1)。また、東京都の1市の利用者・家族に対する2011年の調査(集計は利用者56、家族84)によると、情報収集時に大変だったことや困ったことが多くあった・少しあったと回答した割合は、利用者と家族がともに39%だった。その内容としては(複数回答)、どのようなことを調べれば良いか分からなかった(全体に占める割合は利用者21%、家族24%、以下同様)、どこで介護情報を手に入れば良いか分からなかった(16%、15%)、介護情報の量が豊富ではなかった(7%、17%)、介護情報の内容が不十分だった(5%、8%)などが挙げられた(李恩心2014:67)。

以上のように、各種サービスについて名称しか知らない・全く知らないと回答した高齢者が3～7割おり、利用者・家族はサービスの種類・内容について少し分かっている程度だったが、介護についての不満や情報収集の困難として情報の不足を挙げた割合は1割前後だった。

(c) 重視した点

利用者が選択の際に何を重視したかについては、選択の理由、役に立った情報の内容、利用者の質問の内容に関する調査結果を整理する。

第1に、利用者が事業者を選択した理由としては(表2)、他者(ケアマネジャー、家族・親族、友人・知人、役所)のすすめ、利便性(自宅・職場から近い、以前から利用、ケアマネジャーが所属する事業所)、経営主体(医療法人、公的)などが多く挙げられた。他方、サービスの質に直接関

表2 利用者の主な選択理由

(単位：%)

出典等 調査地域 サービス 調査年 主な回答者	①		②		③		④			⑤
	全国 在宅	2001	都市部の5都府県 訪問介護	2002	2009	葛飾区 訪問介護	大館市 訪問介護	大館市 通所介護	岐阜県 特養	
	1,005	N	650	114	652	141	146	41	127	225
他者のすすめ	家族・親族	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	友人・知人	○26	—	—	—	○19	16	○32	○34	—
	ケアマネジャー	25	—	26	○38	○55	○59	○49	27	11
	役所	—	—	—	—	—	—	—	—	○23
利便性	以前から利用	24	○41	○31	—	—	—	—	—	—
	自宅・職場から近い 早く入所できる	—	26	○38	○24	16	○23	17	○33	○32
	ケアマネジャーの所属事業所	—	24	29	○24	—	—	—	—	14
経営主体	公的	—	○30	20	—	—	—	20	17	—
	医療法人	○28	—	—	—	—	—	—	—	—
サービス(直接)	質がよい	○26	—	—	—	4	8	7	5	—
	人員配置、職員の人柄 設備	—	—	—	4	—	—	—	—	1
	経営・サービスの理念・方針	—	17	11	9	—	—	—	—	3
サービス(間接)	体制・組織がしっかり 評判	—	27	27	—	—	—	—	—	—
	実績がある	—	12	8	14	—	—	—	—	9
その他		—	18	7	—	—	—	—	—	—
		—		21	—	—	—	—	—	—

・出典：①内閣府2002：7、資料13-1、図表13、②シルバースーツサービス振興会2002：65-6、③シルバースーツサービス振興会2009：58、④日米LTCI研究会編2010：26-7、67-8、⑤杉浦2005：218-9、233-4。

・注：設問・選択肢の表現は調査によって異なる。単一回答(④⑤)は10%以上、複数回答(①②③)は20%以上の回答があった選択肢に数値を太字で記載した。ただし、サービスに関する選択肢にはすべて数値を記載した。「—」は選択肢に含まれないことを意味する。◎は各調査の1位、○は2位。⑤は岐阜県東濃圏域の特別養護老人ホーム。

わる理由（質がよい、人員配置・職員の人柄、設備）や間接的に関わる理由（経営・サービスに関する理念・方針、体制・組織、評判、実績）が多く挙げられることはあまりなかった。なお、都市部の5都府県のケアマネジャーへの2009年の調査（集計997）によると、訪問介護サービス事業所を紹介する際に重視していることは（複数回答）、事業所が迅速に対応する（82%）、ヘルパーやサービスの質がよい（67%）、利用者の状況をこまめに知らせる（63%）、利用者・家族が希望する（60%）などだった（シルバーサービス振興会2009：92）。

第2に、利用者・家族にとって特に役に立った情報の内容については、都市部の5都府県の利用者・家族等への2009年の調査（集計652）によると（複数回答）、特にないという回答が41%、事業所のサービス提供地域と提供時間がそれぞれ17%、事業所の住所・電話番号が16%、サービスの特色・メニューが14%、ホームヘルパーの数・勤務形態（常勤・非常勤など）が9%、ホームヘルパーの経験年数・資格が8%などだった。（同上：64）

第3に、利用者の質問の内容については、まず、都市部の5都府県のケアマネジャーへの2009年の調査（集計997）によると、利用者が訪問介護サービス事業所を選択する際に、事業所の質・内容について質問することがよくあると回答した割合は17%、たまにあるは51%だった。また、訪問介護サービス事業所の選択の際に利用者からよく尋ねられる情報として多く挙げられたのは（複数回答）、サービスの利用料金（31%）、事業所の住所・電話番号（30%）、事業所のサービス提供時間（21%）、サービス利用にあたっての制限の有無（18%）などであり、サービスの特色・メニュー、利用者・家族の要望聞き取り体制、ヘルパーの数・勤務形態（常勤・非常勤等）、ヘルパーの経験年数・資格は10～5%だった（同上：90, 99）。なお、東京都の訪問介護事業所への2003年のアンケート調査（有効回答757）によると、契約の際に利用者から聞かれることが多い項目は（複数回答）、サービスの内容が最も多く約7割であり、以下、料金が約5割、キャンセルが約3割、契約内容の変更が約2割だった（本澤他2005：177, 185）。ただし、この調査でいうサービスの内容は、サービスの質だけでなく提供時間などを含む可能性もある。

以上のように、事業者を選択した理由としてサービスの質に関わることを挙げた利用者は少なく、サービスの内容やヘルパーに関する情報を特に役立てた割合は1割前後であり、サービスの質についてよく質問されるケアマネジャーは1～2割程度だった。ただし、ケアマネジャーの7割はヘルパーやサービスの質を重視して事業者を紹介しており、ケアマネジャーにすすめられて事業者を選択した利用者は比較的多いことから、質を重視して事業者を選択した利用者はこれよりもやや多い可能性もある。

本節では、情報提供と評価の制度を概観した上で、これらの実施状況と情報の利用に関する調査結果を整理してきた。

情報提供については、介護サービス情報の報告・公表を事業者・知事に義務づける制度、重要事項を記した文書を利用申込者に交付して説明することを事業者に義務づける制度や、利用希望者へ

の情報提供に関する事業者や国・地方自治体の努力義務が定められている。また、評価については、事業者による自己評価、認知症対応型共同生活介護に関する外部評価が義務づけられ、福祉サービス全般に関しても第三者評価の指針が示されている。

義務づけられている制度のうち、介護サービス情報の報告・公表、利用申込者への重要事項の説明、認知症対応型共同生活介護に関する外部評価はおおむね実施されているが、事業者による自己評価の実施状況は不明である。また、義務づけられていないもののうち、事業者による情報の公表は多く実施されているが、自治体によるものは少なく、福祉サービス全般に関する第三者評価の受審率は低い。

他方、利用者は、介護サービス情報の報告・公表や第三者評価をほとんど利用せず、主にケアマネジャーから情報を得ている（ケアマネジャーも上記の情報をほとんど利用していない）。サービスに関する利用者の知識・理解の程度は高くないが、情報の不足を不満・困難として挙げる利用者はわずかである。利用者は、サービスの質を重視して選択することは少なく、他者のすすめや利便性などを理由に選択することが多い。

以上のように、情報提供や評価に関する制度は整備されており、義務づけられているものはおおむね実施されているが、利用者はサービスの質に関する情報をあまり持たず、質を重視して選択することは少ない。

(3) いいとこ取り

いいとこ取り (cream-skimming) とは、費用のかかる利用者に対する差別であり、公平性を損なう要因の1つである（児山2016：35）。介護保険制度の導入をめぐる議論では、要介護度に比べて手間のかかる利用者や利用料を払えない利用者はサービスの提供を拒否されると批判された（児山2017：152）。本節では、いいとこ取りを防止するための制度を概観した上で、利用者の受入・退去の基準と実態に関する調査・研究を整理する。

①制度

2000年4月施行の厚生省令において、介護サービスの事業者は、正当な理由なく介護の提供を拒んではならないことなどが規定された（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準9条など）。この規定の趣旨について、厚生省は、特に要介護度や所得を理由にサービスの提供を拒否することを禁止するものであると説明した。なお、提供を拒否する正当な理由がある場合の例としては、在宅サービス・地域密着型サービスについては、事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合や、利用申込者の居住地が事業所の通常の事業実施地域外である場合、特別養護老人ホームについては、入院治療の必要がある場合などが挙げられた（厚生省1999、厚生労働省2006、厚生省2000a）。

また、施設に関しては、2002年改正の厚生労働省令により、特別養護老人ホームの入所申込者が空き定員よりも多い場合には、介護の必要の程度や家族等の状況を勘案し、サービスを受ける必要

性が高い申込者を優先的に入所させるよう努めなければならないことなどが規定された（指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準7条など）。同時に、特別養護老人ホームについては、厚生労働省から都道府県に通知が出され、入所の必要性の高さを判断する基準などを盛り込んだ指針を自治体と関係団体が協議して作成することが適当であるとされた（厚生労働省2002b）。

このように、要介護度や所得などを理由にサービスの提供を拒否することは禁止され、特別養護老人ホームについては入所の必要性が高い申込者を優先的に入所させる努力義務が定められている。

②基準

事業者が定めている利用者の受入・退去の基準については、特別養護老人ホームの入所基準、認知症対応型共同生活介護事業所の退去基準に関する調査結果を整理する。

第1に、特別養護老人ホームの入所基準については、まず、全国の施設への2009年の調査（回収3,272）によると、優先入所の評価項目として多く挙げられたのは（複数回答）、介護者の状況（96%）、要介護度（92%）、認知症の程度（69%）、居宅サービスの利用状況（58%）などであり、最も重視する項目として多かったものは（単一回答、同点の場合は複数回答）、要介護度（55%）、介護者の状況（51%）などだった（野村総合研究所2010：5, 22）。次に、全国の施設への2011年の調査（回収592）によると、入所評価基準の項目として多く挙げられたのは（複数回答）、介護者・家族の状況（92%）、要介護度（88%）、居宅（施設）サービスの利用状況（73%）、認知症の程度（62%）などであり、点数配分として多かったものは、介護者・家族の状況（100点のうち25点）、要介護度（同じく24点）だった（医療経済研究機構2011b：4-5, 25）。また、同じ調査で提出された入所指針・評価基準（237）の分析によると、評価基準の項目として多かったのは、介護者の年齢・要支援状態（88%）、要介護度（85%）、介護者の健康状態・疾病（84%）、在宅サービスの利用状況（75%）などだった（医療経済研究機構2012：89, 95）。このように、特別養護老人ホームの入所基準としては、要介護度と介護者の状況が重視され、在宅サービスの利用状況が考慮されることも多かった。

第2に、認知症対応型共同生活介護事業所の退去基準については、全国の事業所への2004～05年の調査（集計は退去基準のある772）によると、退去基準の内容として多く挙げられたのは（複数回答）、共同生活の維持に支障をきたす（76%）、入院が長引いた（74%）、利用料を滞納した（70%）、認知症以外の疾患に恒常的な医療行為が必要になった（62%）、著しい精神症状や行動障害が治まらない（50%）などの場合だった（医療経済研究機構2005：3, 20）。なお、厚生労働省令では、認知症対応型共同生活介護は、少人数による共同生活を営むことに支障がない者に提供するものとされ、また、入居申込者が入院治療を要する場合は病院を紹介するなどしなければならないことが定められている（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準94条）。このように、認知症対応型共同生活介護事業所の退去基準としては、提供するサービスとの不適合の他に、利用料の滞納も多く挙げられた。

③実態

利用者の受入・退去の実態については、受入拒否・退去の理由、事業者の利益と受入との関係、いいとこ取りに関する行政・事業者の認識を見ていく。

第1に、受入拒否・退去の理由については、まず、全国の特別養護老人ホームへの2010年の調査（回収1,024）によると、全く受け入れていない利用者の状態像としては（複数回答）、人工呼吸器（89%）、中心静脈栄養（83%）、気管切開（74%）、重篤な合併症（57%）などが多く挙げられ、重度の認知症（徘徊を含む）は少なかったが（3%）、家族・身元引受人がないことは14%だった（医療経済研究機構2011a：2-3, 9）。次に、全国の特別養護老人ホームへの2011年の調査（回収592）によると、入所を原則として断るとされた申込者は、人工呼吸器の管理（77%）、注射・点滴（44%）、がん末期の疼痛管理（35%）を要する者が多く、認知症による常時徘徊がある（1%）、低所得である（0.2%）者は少なかった。しかし、入所を断ることがあるとされた割合は、認知症による常時徘徊が28%、低所得が6%だった（なお、受け入れるとされた割合は、それぞれ63%、85%、優先して受け入れるとされた割合は、それぞれ5%、8%だった）（医療経済研究機構2011b：2, 4-5, 22）。最後に、全国の認知症対応型共同生活介護事業所への2004年の調査（集計は退去者1,757）によると、退去の理由として多く挙げられたのは（複数回答）、恒常的な医療行為が必要（24%）、その他（24%）、身体機能の低下（23%）などだった（利用料の滞納という選択肢はなかった）。その他の内訳で多かったものは、家族の希望、他施設へ、在宅復帰（全体に占める割合は各5～3%）であり、経済的理由は1%だった（医療経済研究機構2005：79-80）。このように、受入拒否・退去の理由は、医療行為が必要であるというものが多かったが、特別養護老人ホームが全く受け入れない理由として、家族・身元引受人がないことが1割程度挙げられ、受け入れないことがある理由として、認知症による常時徘徊が約3割、低所得が1割近く挙げられた。なお、認知症対応型共同生活介護の退去理由として、経済的なものが挙げられることはほとんどなかった。

これらの理由のうち、身元引受人がないことについては、別の調査によると（表3-1、3-2）、特別養護老人ホームや認知症対応型共同生活介護事業所などの約9割以上が身元引受人を求めており、身元引受人がない場合には1～3割前後が受け入れを拒否していた。厚生労働省は、身元引受人がないことはサービス提供を拒否する正当な理由に該当しないとしているが（厚生労働省2016：403）、同じ調査によると、このことを知っている割合は5～7割前後だった（成年後見センター2014：31、第二東京弁護士会2017：問14）。

第2に、事業者の利益と受入との関係については、関東の1都6県の特別養護老人ホームへの2000年の調査（有効回答179）の結果が分析されている。まず、要介護度別の赤字額（採算価格と実際の介護報酬単価との乖離）は要介護度が高いほど小さく、他方、入所者の要介護度の分布は2000年4月から9月に要介護度が高い方に変化した（要介護1は12.7%から12.3%に減少、要介護2～4はそれぞれ14.6%から15.0%、18.9%から19.4%、29.4%から29.6%に増加）⁽²⁾。また、現在と今後の事業方針（複数回答）として、要介護度の高い者の選別を挙げた割合は、全施設（179）の28%、赤字施

表3-1 身元引受人の要求

(単位：%)

設問	選択肢	全体	特養	グループホーム	名称(複数回答、内数)	出典等
身元保証人等を求めているか	はい	91	—	—	身元引受人 66	①
契約書に本人以外の署名を求めているか	求めている	—	99	99	身元引受人 特養 57、グループホーム 76	②
身元保証人を求めているか	求める	—	89	94	—	③

- 出典(表3-2も同じ)：①成年後見センター 2014：1-2, 6-7, 14-5, ②みずほ情報総研2018：32-7, 40-1, ③第二東京弁護士会2017：間1, 2, 12。
- 調査地域・年・N(同上)：①全国・2013年・全体506(特養157、グループホーム164など)、②全国・2017年・全体2,387(特養485、グループホーム339など)、③東京都・2017年・特養156、グループホーム95。
- 注(同上)：特養は特別養護老人ホーム、グループホームは認知症対応型共同生活介護事業所。

表3-2 身元引受人がない場合の対応

(単位：%)

設問	回答者	拒否	条件付き	受け入れ	出典等
身元保証人等が得られそうにない場合 (複数回答)	全体	認めない 31	成年後見制度の検討・活用を図る 71	不在のまま認めている 16	①
	特養	17	(不明)	(不明)	
	グループホーム	32	(不明)	(不明)	
本人以外の署名欄に記載できない場合	全体	受け入れていない 30	条件付きで受け入れる 35	そのまま受け入れる 6	②
	特養	29	25	16	
	グループホーム	拒否	後見人等がいる場合は認める	なくとも認める	
身元保証人をつけることができない人	特養	6	72	5	③
	グループホーム	9	67	4	

- 注：身元引受人を求める場合の内数。②他の回答は、特に決めていない(特養27%、グループホーム26%)など。②条件(複数回答、内数、全体)は、成年後見制度の申請74%、市区町村への相談55%など。③他の回答は、その他(特養14%、グループホーム17%)など。

設(68)の35%だった。そして、これらのことから、いいとこ取りが起きているとされている(鈴木・佐竹2001:3, 15-7)。ただし、特別養護老人ホームは、著しい障害があるために常時の介護を必要とする者にサービスを提供するものであり(指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準7条)、要介護度が高い者を優先的に受け入れることがいいとこ取りであるとは必ずしもいえない。

第3に、いいとこ取りに関する認識については、まず、全国の市区町村の介護保険担当への2000～01年の調査(有効回収1,361)によると、居宅介護サービスにおいて事業者側が利用者を選ぶ傾向がかなりあるという回答は1%、一部あるは21%、ほとんどないは62%、わからないは13%だった(平岡他2002:154)。また、東京都23区の訪問介護事業所への2013年の調査(集計208～210)によると、要介護度・資産状況・性別・症状によるいいとこ取りがあるという回答は0.5～3%だった(李宣英2015:222-3, 243)。

本節では、いいとこ取りを防止するための制度を概観した上で、利用者の受入・退去の基準と実態に関する調査・研究を整理した。

制度上、要介護度や所得を理由にサービスの提供を拒否することは禁止されており、また、特別養護老人ホームは、介護の必要度や家族等の状況を勘案して、入所の必要性が高い申込者を優先的に入所させるよう努めなければならないことが定められている。

受入・退去の基準に関しては、特別養護老人ホームの入所基準としては要介護度と介護者の状況が重視され、認知症対応型共同生活介護事業所の退去基準としてはサービスとの不適合の他に利用料の滞納も多く挙げられた。

受入・退去の実態については、特別養護老人ホームや認知症対応型共同生活介護事業所の受入拒否・退去の理由としては医療行為の必要性が多く挙げられ、特別養護老人ホームは要介護度の高い入所者の割合が増加し、在宅サービスでいいとこ取りが(かなり)行われていると認識した自治体担当者・事業者は1割未満だった。しかし、特別養護老人ホームや認知症対応型共同生活介護事業所などは身元引受人がない場合に1～3割前後が受け入れを拒否しており、特別養護老人ホームが受け入れを拒否することがある理由として認知症による常時徘徊が約3割、低所得が1割近く挙げられた。なお、認知症対応型共同生活介護事業所の退去理由として経済的なものが挙げられることはほとんどなかった。

以上のように、身元引受人のいない利用者、認知症による常時徘徊のある利用者、低所得者は受け入れを拒否されることがあり、いいとこ取りはある程度行われている。

5. 良いサービスの提供

本章では、介護の選択制が、質、応答性、効率性、公平性という点で、良いサービスの提供をもたらしたかどうかについて、実証的な調査・研究を整理する。

(1) 質

介護の選択制がサービスの質に与える影響については、供給者間で質の競争が行われ、質が向上するという見方と、価格競争が行われ、人件費の削減、労働条件の悪化などを通じて、質が低下するという見方があった。また、営利企業の参入についても、同様の2つの見方があった（児山2016：36、同2017：151-3）。本節では、営利企業の参入が進み供給量・事業者数が多い訪問介護を中心に、供給者間の競争がどのような形態（質の競争、価格競争）をとり、労働条件やサービスの質にどのような影響を与えたか、営利企業の参入が同様にどのような影響を与えたか、介護保険制度の導入前後にサービスの質がどのように変化したかについて、実証的な調査・研究を整理する。

①競争

競争については、その形態、労働条件などへの影響、サービスの質への影響を見ていく。

(a) 形態

競争の形態については、事業所の方針と自治体の担当者の認識に関する調査結果を整理する。

第1に、関東の訪問介護事業所への2000年の調査（有効回答445）によると、現在および今後重視する事業方針（14項目、複数回答）として、質の競争に関わる項目を挙げた割合は、ヘルパー教育の拡大が70%（1位）、医療との連携強化が58%（2位）、経験豊富なヘルパーの獲得が34%（4位）、高度な資格取得者の増員が14%（9位）だった。他方、価格競争に関わる項目を挙げた割合は、パート・ボランティアなどの低賃金未熟練労働力の活用が29%（6位）、価格引き下げが5%（13位）だった。（鈴木・佐竹2001：9）

第2に、全国の市区町村の介護保険担当への2000～01年の調査（有効回収1,361）によると、居宅介護サービスにおいて事業者間で割引による価格競争が起きているかどうかについて、かなりあるという回答は0%、一部あるは3%であり、ほとんどないが84%、わからないが11%だった。（平岡他2002：154）

このように、価格競争が行われているという回答は少なく、質の競争に関わる事業方針を挙げる割合の方が大きかった。

(b) 労働条件などへの影響

価格競争が行われれば、人件費などの経費が削減され、給与の低下、雇用の不安定化、無資格者の採用などが起こり、サービスの質が低下するという見方があった（児山2016：36）。ここでは、経費・給与、雇用形態・資格、仕事量、仕事上の悩みに関する調査結果を整理する。

第1に、経費・給与については、2004～16年度の3年毎のデータによると（表4）、まず、訪問介護の1回当たり支出は増減している。また、介護職員（常勤、非常勤）の1人当たり給与費は、非常勤の2007・10年度以外は減少していない。

表4 訪問介護の経費・給与費・雇用形態・仕事量

年度		2004	2007	2010	2013	2016
訪問1回当たり支出(円)		3,834	3,462	3,670	3,147	3,336
1人当たり給与費(万円/月)	介護職員 常勤	21.9	22.3	22.3	26.9	28.8
	介護職員 非常勤	21.5	21.2	19.9	25.0	27.3
常勤率(%)	介護職員	38.1	40.8	43.7	47.3	49.7
1人当たり訪問回数(回/月)	訪問介護員	78.7	93.7	(87.7)	101.5	103.3

- ・出典：厚生労働省経営実態2011-2017。
- ・注：3年に1回の抽出調査(2001年度はこれらの項目なし)。抽出率・回答率は年によって異なる。2007年度以降は予防を含む。1人当たり給与費・常勤率・1人当たり訪問回数は常勤換算の職員数に基づく。1人当たり訪問回数の2010年度は訪問介護員以外の介護職員のものを含む。1人当たり訪問回数は前回調査よりも増加した場合、他は減少した場合に数値を太字にした。

表5 訪問介護の雇用形態・資格

年	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
人数(千人)																	
総数	170	224	264	329	355	400	386	380	359	385	373	378	421	442	440	446	436
常勤専従	33	42	46	56	60	70	64	65	61	65	63	65	75	79	81	80	82
介護福祉士	11	14	15	15	17	20	22	26	27	32	32	33	38	41	45	45	49
比率(%)																	
常勤専従	20	19	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	18	18	18	18	19
介護福祉士	34	33	32	27	29	29	34	41	45	49	50	50	50	52	55	56	60

- ・出典：厚生労働省施設事業所調査2001-2017。
- ・注：常勤換算ではなく名目の数値。介護福祉士は常勤専従の内数。2000年は介護職員、2001年以降は訪問介護員。2009年以降は調査の回収率が変動しているため厳密な比較は困難。比率が減少した場合に数値を太字にした。

第2に、雇用形態・資格については、まず、同じデータによると(表4)、常勤の介護職員の比率は上昇している。また、2000~16年のデータによると(表5)、訪問介護の常勤の専従職員の比率は、2001・02年以外は低下していない。次に、資格については、同じデータによると(表5)、介護福祉士の比率は、2001~03年以外は低下していない。

第3に、仕事量については、2004~16年度の3年毎のデータによると(表4)、訪問介護員1人当たり訪問回数は増加傾向にある。

第4に、仕事上の悩みについては、全国のホームヘルパーへの1997・2002年の調査(有効回答2,255、6,643)によると、就業上の悩み・不安・不満があるという回答は90%から93%に増加した。具体的な悩み等のうち増加の幅が大きかったのは、同僚とコミュニケーションする機会がない(1997年は19%、2002年は30%、以下同様)、難しい問題への対処に自信がない(30%、41%)、仕事上の事故などに対する補償が不十分(23%、30%)、収入が不安定(34%、40%)だった。他方、減少の幅が大きかったのは、急用時の代替要員(35%、24%)、経験・資格に応じた手当がつかない

い(38%、27%)、仕事の範囲が不明確(32%、23%)、雇用が不安定(38%、30%)、社会的評価が低い(70%、63%)だった。(日本労働研究機構編1999:1章1節2、同2003:1章3、図4-3)

以上のように、労働条件などは項目・時期によって変化の方向が異なり、一貫して悪化する傾向は見られなかった。

(c) 質への影響

競争が質にどのような影響を与えたかについては、自治体の担当者の認識、競争の程度と質との関係、新規参入と質との関係を見ていく。

第1に、自治体の担当者の認識については、全国の市区町村の介護保険担当への2000~01年の調査(有効回収1,361)によると、居宅介護サービスにおいて競争によってサービスの質が向上する傾向があるかという質問に対して、かなりあるという回答は6%、一部あるは39%、ほとんどないは27%、わからないは26%だった。(平岡他2002:154)

第2に、競争の程度と質との関係については、まず、関東の訪問介護事業所への2000年の調査(有効回答445)の分析によると、競争の程度(市区町村の65歳以上人口に対する事業所数)とサービスの質(質の管理・サービス利用の利便性・情報公開・ホームヘルパーの能力に関する14項目の得点の単純合計・第1主成分の合計)との間に、統計的に有意な関係はなかった(周・鈴木2004:177,180-1)。他方、関東の認知症対応型共同生活介護事業所(1,069)の2006年度の外部評価の分析によると、競争の程度(市場の集中度を示す指数による)が高い場合の方が低い場合よりも、サービスの質(運営理念・生活空間・サービス・運営体制に関する14項目の得点の単純平均・主成分分析により重みづけをした平均)は統計的に有意に高かった(角谷2016:80-3,94-5)。

第3に、新規参入と質との関係については(表6)、多様な結果が示されている。各分析の概要は次のとおりである。①関東の訪問介護事業所への2000年の調査の分析によると、サービスの質の管理・利便性・情報公開・ヘルパーの能力に関する15項目の得点は、4項目で新規事業者、4項目で

表6 新規事業者のサービスの質

出典等		①	②	③
調査の概要	地域	関東	関東	関東
	サービス	訪問介護	訪問介護	グループホーム
	年	2000	2001	2006
	回答者等	事業者	事業者	外部評価
	N	445	442	1,069
質の指標		15項目	12項目	14項目
比較		差なし	高い、差なし	低い

- ・出典：①鈴木・佐竹2001:10-1、②清水谷・野口2004:71-5、③角谷2006:98。
- ・注：例えば「高い」は新規事業者の方が質が高いことを意味する。グループホームは認知症対応型共同生活介護事業所。

既存事業者の方が統計的に有意に高かった(残りの7項目は統計的に有意な差がなかった)。②関東の訪問介護事業者への2001年の調査の分析によると、サービス内容の管理・職員・利便性・情報提供・事故対応などに関する12項目の合計得点のうち、主成分分析によりウエイトをつけたものは新規事業者の方が統計的に有意に高かったが、単純に合計した得点は統計的に有意な差がなかった。③関東の認知症対応型共同生活介護事業所の2006年の外部評価の分析によると、運営理念・生活空間・サービス・運営体制に関する14項目の合計得点(単純に合計した得点、主成分分析によりウエイトをつけて合計した得点)は、新規事業者の方が統計的に有意に低かった。

以上のように、競争がサービスの質に与えた影響について、自治体の担当者の認識や統計的な分析の結果は分かれており、競争によって質が向上したとも低下したともいえない。

②営利企業の参入

営利企業が参入すると、競争によってサービスの質が向上するという見方と、人件費が削減され、労働条件が悪化し、職員が定着せず、サービスの質が低下するという見方があった(児山2017: 151)。以下では、営利企業と他の事業者との間で、労働条件やサービスの質に違いがあるかどうかを比較した調査・研究を整理する。

(a) 労働条件など

まず、営利企業と他の事業者との間で、事業者の利益や、職員の給与、雇用形態、仕事量、仕事への評価、定着に違いがあるかどうかを見ていく。

第1に、利益については、2001～16年度の3年毎のデータによると(表7)、訪問介護事業所の収入に対する利益の比率は、2001～10年度は営利企業の方が社会福祉法人よりも高かったが、2013年度以降は営利企業の方が低くなった。なお、岐阜県の事業者への2000年の調査の分析(対象282または283)によると、黒字になる確率は株式会社と社会福祉協議会との間で統計的に有意な差がなかった(下野他2003: 70, 75-80)。

第2に、給与については、まず、2007～16年度の3年毎のデータによると(表7)、収入に対する給与費の比率や職員1人当たりの給与費は、営利企業の方が社会福祉法人よりも一貫して低かった。また、全国の事業所への2000年の調査の分析によると、女性のホームヘルパー(営利1,457人、非営利4,083人)の日給の平均は、営利企業(8,503円)の方が非営利法人(8,647円)よりも統計的に有意に低かった(清水谷・野口2004: 32, 34)⁽³⁾。他方、同じ調査の別の集計によると、訪問介護事業所のヘルパー(営利1,893人、非営利2,068人)の時給の平均は、営利企業(1,431円)の方が非営利法人(1,324円)よりも高かった(内閣府2002: テクニカルノート5-2)⁽⁴⁾。このように、営利企業の方が給与が低いという結果が多かった。

第3に、雇用形態については、まず、2007～16年度の3年毎のデータによると(表7)、介護職員のうち常勤の比率は、2007年度には営利企業の方が社会福祉法人よりも低かったが、2013年度以降

表7 営利企業・社会福祉法人の訪問介護事業所の利益・給与・雇用形態・仕事量

		年度	2001	2007	2010	2013	2016
利益率 (%)	営利		9.5	1.1	6.9	7.8	5.7
	社福		-1.8	-0.8	6.8	9.0	6.5
給与費率 (%)	営利		73.1	79.3	73.4	70.6	72.1
	社福		86.4	87.6	79.9	76.9	82.4
1人当たり給与費 (万円/月)	介護職員 常勤	営利	—	22.1	22.1	26.5	28.1
		社福	—	23.4	23.6	28.6	30.2
	介護職員 非常勤	営利	—	21.2	20.4	24.7	27.6
		社福	—	22.4	23.1	26.5	28.9
常勤率 (%)	介護職員	営利	—	37.5	—	49.0	49.5
		社福	—	43.8	—	47.0	47.6
1人当たり訪問回数 (回/月)	訪問介護員	営利	—	94.5	(89.4)	105.6	110.3
		社福	—	93.4	(91.7)	103.4	93.9

・出典：厚生労働省経営実態2002-2017。

・注：社福は社会福祉法人（社会福祉協議会以外）。3年に1回の抽出調査。抽出率・回収率は年によって異なる。2004年度は経営主体別の数値なし。2007年度以降は予防を含む。「—」は数値なし。利益率・給与費率は収入（補助金を含む）に対する比率。1人当たり給与費・常勤率・1人当たり訪問回数は常勤換算の職員数に基づく。1人当たり訪問回数の2010年度は訪問介護員以外の介護職員のものを含む。利益率・1人当たり訪問回数は大きい方、他は小さい方の数値を太字にした。

は営利企業の方が高くなった。他方、上述の2000年の調査の2つの分析・集計によると、正規職員の割合はいずれも営利企業の方が非営利法人よりも小さかった（1つめの分析では営利が42%、非営利が63%で、統計的に有意な差があり、2つめの集計では営利が44%、非営利が57%だった）（清水谷・野口2004：34、内閣府2002：テクニカルノート5-2）。このように、2000年・2007年度のデータでは営利企業の方が常勤職員・正規職員の割合が小さかったが、2013年度以降のデータでは営利企業の方が常勤職員の割合が大きかった。

第4に、仕事量については、2007～16年度の3年毎のデータによると（表7）、訪問介護員1人当たりの訪問回数は、営利企業の方が社会福祉法人よりもおおむね多かった。

第5に、職員の仕事への評価については、全国の認知症対応型共同生活介護事業所に勤務する介護職員への2006年の調査（回収1,372）の分析によると、株式会社の方が非営利法人（NPO法人または社会福祉法人）よりも統計的に有意に評価が低かったのは、職務・職場への満足感に関する4項目のうち1項目（人間関係）、心理的ストレスに関する3項目のうち1項目（利用者に関わることの煩わしさ）、組織への帰属意識に関する3項目のうち1項目（愛着心）だった。なお、残りの7項目（職務全般・職務内容・職場環境への満足感、情緒的エネルギーの消耗・達成感の低下、組織に留まる利益・組織への忠誠心）は統計的に有意な差がなかった。（松川他2009：231-8）

第6に、職員の定着については、上述の2000年の調査の1つめの分析によると、営利企業の方が非営利事業者よりも定着が悪かった。正規職員の定着が悪いと回答した割合は営利が12%・非営利が7%、非正規職員の定着が悪いと回答した割合はそれぞれ23%・16%、非正規職員の定着が良い

と回答した割合はそれぞれ53%・59%であり、いずれも統計的に有意な差があった（正規職員の定着が良いと回答した割合は統計的に有意な差がなかった）。（清水谷・野口2004：34）

以上のように、営利企業と他の事業者を比較すると、営利企業の方が給与が低く、仕事量が多く、仕事への評価が低く、職員の定着が悪いという結果が多かった。なお、以前は営利企業の方が利益率が高く、常勤職員の割合が小さかったが、近年は逆転した。

(b) サービスの質

次に、サービスの質については（表8）、営利企業の方が他の事業者と比べて質が高い、低い、両者に統計的に有意な差がないなど、多様な結果が示されている。各調査・分析の概要は次のとおりである。

まず、訪問介護等については、①全国の訪問介護の利用者の主介護家族への2001・02年の調査によると、サービスの質がとても高い・普通よりも高いと回答した割合は、営利企業を利用している場合の方が非営利事業者を利用している場合よりも小さかった（質が普通よりも低い・とても低いと回答した割合は変わらず、よくわからないと回答した割合は営利企業を利用している場合の方が大きかった）⁽⁵⁾。②全国の訪問介護・訪問入浴介護の事業所への2002年の調査の分析によると、マ

表8 営利企業のサービスの質

出典等		①	②	③	④
調査の概要	地域	全国	全国	関東	関東
	サービス	訪問介護	訪問介護等	訪問介護	訪問介護
	回答者等	家族	事業者	事業者	事業者
	年	2001、2002	2002	2000	2001
	N	577、474	2,565	445	442
質の指標		質の高さ	18項目	14項目	12項目
比較	対非営利	低い	高い	高い	差なし
	対公共	—	—	—	高い

出典等		⑤	⑥	⑦
調査の概要	地域	全国	関東	東京都
	サービス	グループホーム	グループホーム	グループホーム
	回答者等	サービス情報	外部評価	家族
	年	2015	2006	2006
	N	11,786	1,069	601
質の指標		基盤、過程	14項目	19項目
比較	対非営利	低い	差なし	低い
	対公共	—	—	—

- ・ 出典：①清水谷・野口2004：80-2, 125-7、②下野他2003：136, 142-4、③鈴木2002：77, 79、④清水谷・野口2004：72-5、⑤金谷2017：48, 51-3、⑥角谷2016：89-92、⑦狭間2008：77-8。
- ・ 注：例えば「低い」は営利企業の方が質が低いことを意味する。「—」は比較なし。グループホームは認知症対応型共同生活介護事業所。

ニュアル作成・研修会・会議・評価などを実施している割合は、18項目のうち5項目で営利企業の方が社会福祉協議会よりも統計的に有意に大きかった（残りの13項目は統計的に有意な差がなかった）。③関東の訪問介護事業所への2000年の調査の分析によると、サービスの質の管理・利便性・情報公開・ヘルパーの能力に関する14項目の合計得点（単純に合計した得点、主成分分析によりウエイトをつけて合計した得点）は、営利企業の方が非営利事業者（社会福祉協議会を除く）よりも統計的に有意に高かった。④関東の訪問介護事業者への2001年の調査の分析によると、サービス内容の管理・職員・利便性・情報提供・事故対応などに関する12項目の合計得点（同上）は、営利企業の方が公共の事業者（社会福祉協議会を含む）よりも統計的に有意に高かったが、営利企業と非営利事業者（社会福祉協議会を除く）の間には統計的に有意な差はなかった。

次に、認知症対応型共同生活介護事業所については、⑤全国の事業所の2015年の介護サービス情報の分析によると、施設の面積・設備、介護職員の数・資格・経験は営利企業の方が非営利事業者よりも評価が低く、高度なサービス（認知症専門ケアなど）の提供は営利企業の方がわずかに少なく、運営状況（利用者の権利擁護、質確保の取組、外部機関との連携、安全・衛生管理、研修など）、利用者等の意見把握・第三者評価は差がなかった。⑥関東の事業所の2006年の外部評価の分析によると、運営理念・生活空間・サービス・運営体制に関する14項目の合計得点（単純に合計した得点、主成分分析によりウエイトをつけて合計した得点）は、営利企業と非営利事業者との間で統計的に有意な差がなかった。⑦東京都の事業所の利用者の家族への2006年の調査の分析によると、サービス内容・生活支援・地域との交流・利用者意思の尊重などを肯定的に評価する割合は、19項目のうち7項目で営利企業の方が社会福祉法人よりも有意に小さかった（残りの12項目は統計的に有意な差がなかった）。

このように、サービスの質について、営利企業と他の事業者を比較した結果は一致せず、営利企業の方が質が高いとも低いともいえなかった。

③介護保険制度導入前後の質の変化

介護保険制度の導入前後にサービスの質がどのように変化したかについては、各種アンケート調査、施設サービスの比較を見ていく。

第1に、各種アンケート調査によると（表9）、まず、利用者・家族の回答は、どちらともいえないというものが6割前後であり、向上は1～3割、低下は1割以下だった。また、三鷹市の在宅要介護高齢者の介護者への1996・2002年の調査（回収941、595）の分析によると、訪問介護・訪問看護・通所介護・短期入所のサービスの質（世話・看護の内容、ヘルパー・看護師との人間関係、職員の対応）に満足していると回答した割合は、両年の間で統計的に有意な差がなかった（杉澤他編著2005：22-4, 54）。他方、保健師・市町村の回答は（表9）、向上したというものが5～7割だった。

第2に、北海道の特別養護老人ホームへの1996・2006年の調査（回収119、70）によると、サービスの質が改善した項目、あまり変わらない項目、悪化した項目があった。改善した項目は、手足胴

表9 介護保険制度導入前後におけるサービスの質

(単位：%)

回答者	設問	選択肢・回答				出典等
		向上	不明・不変	低下	無回答	
利用者	サービスの質	良くなった27	どちらとも58	悪くなった3	無回答12	①
	サービスの質	良くなった12	—	—	—	②
	事業所の態度	—	—	悪くなった0.5	—	③
家族	サービスの質	良くなった27	どちらとも65	悪くなった8	—	④
利用者・家族	サービスの質	高まった9	—	—	—	⑤
保健師	介護の質	非常に向上8 やや向上64	ほぼ不変26	やや低下2 非常に低下0	—	⑥
市町村	サービスの質が良くなった	そう思う51	どちらとも39	そう思わない9	答えない1	⑦
	質の悪いサービスによる不利益が増加	ほとんどない80	不明11	かなりある0.1 一部ある6	—	⑧

- ・出典：①厚生省2000b：44, 47、②厚生労働省2002a：19、③佐藤2008：78-9、④厚生省2000b：48-9、⑤相野谷他2002：9, 43、⑥白鞘他2003：960-1,966、⑦社会保障審議会2004：47、⑧平岡他2002：154。
- ・調査地域・時期・N：①全国（老人クラブ関係者）・2002年・805、②全国・2002年・894、③草津市・2000年・633、④東京都（呆け老人をかかえる家族の会東京都支部）・2000年・105、⑤全国・2000～01年・21,180、⑥全国・2001～02年・1,454、⑦全国・2003年・2,898、⑧全国・2000～01年・1,361。
- ・注：「どちらとも」は「どちらとも言えない」の略。「—」は選択肢に含まれないことを意味する。各調査で最も多かった回答を太字で示した（②③⑤を除く）。②③⑤は該当するものを挙げる設問（複数回答）。

の抑制（1996年は57%、2006年は46%、以下同様）、あまり変わらない項目は、食事を選択できる（73%、71%）、ホーム内で飲酒できる（99%、96%）、家具を持ち込める（91%、94%）、現金保有の制限（46%、51%）、入浴が週2回（83%、85%）、悪化した項目は、おむつ交換（5回以内は7%、25%、9回以内は32%、7%）である。（大友2008：138-40, 144, 147-9, 151-2）

このように、利用者・家族の認識や施設サービスの比較では、介護保険制度の導入前後にサービスの質はあまり変わらなかった。

本節では、介護の選択制が質の高いサービスの提供をもたらしたかという観点から、競争の形態と労働条件・サービスの質への影響、営利企業の参入の影響、介護保険制度の導入前後のサービスの質の変化について、実証的な調査・研究を整理してきた。その結果は次のとおりである。

第1に、価格競争が行われているという回答は少なく、労働条件などが一貫して悪化する傾向は見られなかった。また、競争がサービスの質に与えた影響に関する調査・研究の結果は分かれており、競争によって質が向上したとも低下したともいえなかった。

第2に、営利企業と他の事業者を比較すると、労働条件などは営利企業の方が悪いという結果が多かったが、サービスの質については多様な結果が示され、営利企業の方が質が高いとも低いともいえなかった。

第3に、介護保険制度の導入前後のサービスの質は、利用者・家族の認識ではあまり変化がな

かった。

以上のように、介護の選択制によって、サービスの質が向上したとも低下したともいえない。

(2) 応答性

応答性 (responsiveness) とは、利用者のニーズや欲求に応答することである。(児山2017: 154)

介護の選択制が応答性の高いサービスの提供をもたらしたかどうかに関する実証的な調査・研究は少ないが、全国の利用者(介護保険制度の導入前からの利用者)への2002年の調査(集計894)によると、現在の制度に対する評価として(複数回答)、自分にあったサービスを利用できるようになったと回答した割合は12%だった。(厚生労働省2002a: 19)

なお、介護保険制度の導入後の状況に関する調査としては、まず、6市の在宅介護サービス利用者への2001~02年の4回の調査(集計271~328)によると、提供されるサービスの内容が自分の希望と違う・不足であるという不満について、ないという回答が59~68%であり、非常に不満は1~3%、やや不満は13~15%、無回答は18~24%だった(医療経済研究機構2003: 3, 108)。また、墨田区の要介護高齢者への2002年の調査によると、訪問介護、通所介護・リハビリ、訪問看護についての不満な点として(複数回答)、利用を希望する曜日・時間に利用できないことを挙げた割合は3~6%、希望する内容の看護をしてもらえないことを挙げた割合は4%だった(介護・リハビリについてはこの選択肢がなかった)(平岡他2002: 335, 337, 339)。

このように、介護保険制度の導入前後を比較して応答性が向上したという回答は少なかった。なお、介護保険制度の導入後の応答性への不満は少なかった。

(3) 効率性

効率性の高いサービスとは、与えられた水準の資源から可能な限り高い質・量のサービスを提供するものである(児山2011: 28)。介護保険制度の導入時の議論では、この制度を提言する側も批判する側も、営利企業の参入や競争によって効率性が向上すると主張した(児山2017: 151)。ここでは、競争の程度・新規参入・営利企業と効率性との関係について、実証的な調査・研究を整理する。

第1に、競争の程度と効率性との関係については、関東の訪問介護事業所への2000年の調査(有効回答445)の分析によると、競争の程度(高齢者千人当たりの業者数)と総費用(質を調整したもの)との間に統計的に有意な負の関係があった(競争の程度が大きいほど効率性が高かった)。(周・鈴木2004: 182-3)

第2に、新規参入と効率性との関係については(表10)、多様な結果が示されている。各分析の概要は次のとおりである。①関東の訪問介護事業所への2000年の調査の分析によると、採算価格の分布は、新規と既存の事業者の間でほぼ同様の形状をしており、平均値にもほとんど差が見られなかった。②同じ調査の別の分析によると、総費用(質を調整したもの)は、新規の事業者の方が統計的に有意に高い(新規の事業者の方が効率性が低い)という結果が出る場合(質を調整する際に14

表10 新規・営利の訪問介護事業者の効率性

出典等		①	②	③
調査の概要	地域	関東		関東
	年	2000		2001
	N	445		442
効率性の指標		採算価格	総費用	総費用
新規		差なし	低い、差なし	高い
営利		差なし	高い	差なし

・出典：①鈴木・佐竹2001：12-3、②周・鈴木2004：183-4、③清水谷・野口2004：104-6。

・注：例えば「高い」は新規・営利の事業者の方が効率性が高いことを意味する。

指標の得点の単純合計を用いた場合）と、新規・既存の事業者に統計的に有意な差がないという結果が出る場合（同じく第1主成分の合計を用いた場合）があった。③関東の訪問介護事業所への2001年の調査の分析によると、総費用（質を調整したもの）は、新規の事業者の方が統計的に有意に低かった（新規の事業者の方が効率性が高かった）。

第3に、営利企業と他の事業者の効率性を比較した結果も多様だった（表10）。①関東の訪問介護事業所への2000年の調査の分析によると、採算価格の分布は、営利企業・社会福祉協議会・非営利事業者（社会福祉協議会を除く）の間ではほぼ同様の形状をしており、平均値にもほとんど差が見られなかった。②同じ調査の別の分析によると、総費用（質を調整したもの）は、非営利と公共の事業者の方が有意に高かった（営利企業の方が効率性が高かった）。③関東の訪問介護事業所への2001年の調査の分析によると、総費用（質を調整したもの）は、非営利および公共の事業者と他の事業者との間に統計的に有意な差がなかった。

以上のように、競争の程度が大きければ効率性が高いことを示す分析が1つあったが、新規参入や営利の事業者と効率性との関係については多様な結果が示されていた。

注

- (1) 社会福祉基礎構造改革をめぐる議論では、過剰な広報活動が生じるという批判があったが（児山2016：34-5）、この点に関する実証的な調査・研究は見られなかった。
- (2) 要介護5の割合は減少したが（4月と9月の数値は不明、差は0.2～0.3%ポイント）これは、入院中の利用者の費用を行政が負担する期間が短縮されたため、入院者の再入所を認めないようになったことによるとされる。（鈴木・佐竹2001：16）
- (3) ホームヘルパーに占める男性の比率は低い女性のみが分析されている。非営利法人は、社会福祉法人、医療法人、NPO法人、生協、農協、その他公益法人である。（清水谷・野口2004：32）
- (4) 前の分析と異なり、男性を含み、施設・短期入所を兼営している事業所を除いている（施設労働者が含まれるため）。（内閣府2002：テクニカルノート5-2）

- (5) なお、この調査の分析者は、サービスの質についてよくわからないと回答した割合は営利企業を利用している場合の方が大きく、また、事業者を選んだ理由としてサービスの質がよいという評判を挙げた割合は営利企業を利用している場合の方が大きかったことから、営利・非営利のどちらかが高い評価を得ているとはいえないとしている（清水谷・野口2004：81-2）。しかし、サービスの質が高いと回答した割合は非営利事業者を利用している場合の方が大きく、また、事業者を選んだ理由（ケアマネジャーの推薦などの選択肢を含む）や質に関する評判は実際のサービスの質に対する評価とは異なるため、本稿では、非営利のサービスの質の方が高い評価を得ていると解釈した。

参照資料

- 相野谷安孝、石川満、林泰則、山本淑子（2002）『介護保険見直しの焦点は何か』（あけび書房）。
- 新井誠、秋元美世、本沢巳代子編著（2006）『福祉契約と利用者の権利擁護』（日本加除出版）。
- 李恩心（2014）『介護サービスへのアクセスの問題：介護保険制度における利用者調査・分析』（明石書店）。
- 李宣英（2015）『準市場の成立は高齢者ケアサービスを変えられるか：日韓の比較実証分析』（ミネルヴァ書房）。
- 医療経済研究機構（2003）『平成14年度 在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究 報告書』（医療経済研究機構）。
- （2005）『認知症（痴呆）対応型共同生活介護における医療・看護の実態に関する調査 報告書』（医療経済研究機構）。
- （2011a）『医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査（介護保険施設） 報告書』（医療経済研究機構）。
- （2011b）『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究 報告書』（医療経済研究機構）。
- （2012）『特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業：待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究』（医療経済研究機構）。
- 大友芳恵（2008）「介護保険制度施行以降における特別養護老人ホームの援助の変化：1996年調査と2006年調査結果の比較から」『北星学園大学大学院社会福祉学研究科北星学園大学大学院論集』11、137-152。
- 角谷快彦（2016）『介護市場の経済学：ヒューマン・サービス市場とは何か』（名古屋大学出版会）。
- 金谷信子（2017）「準市場における非営利・営利事業者のサービスの質と経営戦略的行動：介護保険グループホームの場合」『広島国際研究』（広島市立大学国際学部）23、43-60。
- 九津見雅美、伊藤美樹子、三上洋（2004）「介護保険サービス決定における要介護者と家族の主体性に関連する要因の検討：利用者の基本属性による違い」『日本公衆衛生雑誌』51（7）、507-521。
- 厚生省（1999）厚生省老人保健福祉局企画課長「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について」。
- （2000a）厚生省老人保健福祉局企画課長「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」。
- （2000b）厚生省老人保健福祉局企画課「介護保険の施行状況について」（全国介護保険担当課長会議、2000年7月31日、資料1）。
- 公正取引委員会（2016）『介護分野に関する調査報告書』。
- 厚生労働省（2001）厚生労働省社会・援護局長「福祉サービスの第三者評価事業の実施要領について（指針）」。
- （2002a）厚生労働省老健局「全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議：平成14年2月12日（火）」。
- （2002b）厚生労働省老健局計画課長「指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について」（全国介護保険担当課長会議、2002年9月4日、資料4（4））。

- (2004) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」(福祉サービス第三者評価事業全国担当者会議 評価事業普及協議会準備会、2004年5月7日)。
- (2006) 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」。
- (2014) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長「『福祉サービス第三者評価事業に関する指針について』の全部改正について」。
- (2016) 厚生労働省老健局「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料：平成28年3月7日(月)」。
厚生労働省経営実態(2002-2017)「介護事業経営実態調査結果」。
厚生労働省施設事業所調査(2001-2017)「介護サービス施設・事業所調査」。
- 児山正史(2011)「イギリスにおける準市場の優劣論：ルグランの主張と批判・応答」『季刊行政管理研究』133、17-31。
- (2016)「準市場の優劣論と社会福祉基礎構造改革論」『人文社会論叢(社会科学篇)』(弘前大学人文学部)35、25-41。
- (2017)「準市場の優劣論と介護保険制度導入時の議論」『人文社会科学論叢』2、143-156。
- (2018)「準市場の優劣論と介護保険制度導入後の結果(2)」『人文社会科学論叢』4、175-199。
- 佐藤卓利(2008)『介護サービス市場の管理と調整』(ミネルヴァ書房)。
- 清水谷論、野口晴子(2004)『介護・保育サービス市場の経済分析：マイクロデータによる実態解明と政策提言』(東洋経済新報社)。
- 下野恵子、大日康史、大津廣子(2003)『介護サービスの経済分析』(東洋経済新報社)。
- 社会保障審議会(2004)『介護保険制度の見直しに向けて：社会保障審議会介護保険部会報告・介護保険4年間の検証資料』(中央法規)。
- 周燕飛、鈴木亘(2004)「日本の訪問介護市場における市場集中度と効率性、質の関係」『日本経済研究』49(3)、173-187。
- 白鞘康嗣、島田直樹、中原俊隆、潮見重毅、里村一成、武村真治、近藤健文(2003)「介護保険導入による市区町村の保健福祉サービスの変容」『日本公衆衛生雑誌』50(10)、959-969。
- シルバーサービス振興会(2002)『シルバーサービス利用者の選択行動とニーズに関する調査研究事業 報告書』。
- (2009)『介護サービスにおける利用者のサービス選択要因に関する研究事業 報告書』。
- 杉浦真一郎(2005)『地域と高齢者福祉：介護サービスの需給空間』(古今書院)。
- 杉澤秀博、中谷陽明、杉原陽子編著(2005)『介護保険制度の評価：高齢者・家族の視点から』(三和書籍)。
- 鈴木亘(2002)「非営利訪問介護業者は有利か？」『季刊社会保障研究』38(1)、74-88。
- 鈴木亘、佐竹秀典(2001)「介護サービス産業への市場原理導入を徹底せよ：事業者アンケートに基づく現状評価と課題」(Discussion Paper(大阪大学社会経済研究所)523)。
- 成年後見センター(2014)成年後見センター・リーガルサポート『病院・施設等における身元保証等に関する実態調査 報告書』。
- 全国社会福祉協議会(2018)「受審数等の状況(総括表)(2) 主な施設・サービス別の受審数・受審率と累計」。
- 総務省(2002a)「介護保険の運営状況に関する実態調査結果に基づく勧告」。
- (2002b)「介護保険の運営状況に関する実態調査結果(要旨)」。
- 第二東京弁護士会(2017)「身元保証人に関する実態調査のためのアンケート集計結果報告書」(シンポジウム「身元保証問題について考える」、2017年10月2日)。

- 内閣府 (2002) 内閣府国民生活局物価政策課『介護サービス市場の一層の効率化のために：「介護サービス価格に関する研究会」報告書』。
- 日米 LTCI 研究会編 (2010) 『在宅介護における高齢者と家族：都市と地方の比較調査分析』(ミネルヴァ書房)。
- 日本労働研究機構編 (1999) 『ホームヘルパーの就業実態と意識：「ホームヘルパー就業意識調査」結果報告書』(日本労働研究機構)。
- (2003) 『ホームヘルパーの仕事・役割をめぐる諸問題：ホームヘルパーの就業実態と意識に関する調査研究報告書』(日本労働研究機構)。
- 野村総合研究所 (2010) 『特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究 報告書』。
- 狭間直樹 (2008) 「社会保障の行政管理と『準市場』の課題」『季刊社会保障研究』44 (1)、70-81。
- 平岡公一他 (2002) 主任研究者 平岡公一、分担研究者 武川正吾他『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究 平成13年度 総括・分担研究報告書』。
- 福祉医療機構 (2018a) 「介護保険地域密着型サービス外部評価情報」(WAM NET、2018年4月25日閲覧)。
- (2018b) 「サービス提供機関の情報」(WAM NET、2018年4月25日閲覧)。
- 松川誠一、久場嬉子、清水洋行、藤原千沙、矢澤澄子、吉村治正 (2009) 「ケアサービスの準市場化はケア労働者に何をもたらしたのか：グループホーム職員の心理的ストレス、職務満足、組織コミットメント」『社会政策研究』9、223-241。
- みずほ情報総研 (2018) 『介護施設等における身元保証人等に関する調査研究事業 報告書』。
- 本澤巳代子他 (2005) 主任研究者 本澤巳代子『福祉契約と利用者の権利擁護に関する法学的研究 平成14年度～16年度 総合研究報告書』。
- 和気純子、浅井正行、和気康太、武川正吾 (2007) 「介護保険制度施行5年後の高齢者の介護サービス認知と利用意向：全国調査 (2005年) のデータ分析を通して」『厚生指標』54 (15)、1-8。