



RIETI Discussion Paper Series 15-J-022

日本における準市場の起源と展開 —医療から福祉へ、さらに教育へ

後 房雄
経済産業研究所



Research Institute of Economy, Trade & Industry, IAA

独立行政法人経済産業研究所

<http://www.rieti.go.jp/jp/>

日本における準市場の起源と展開*

——医療から福祉へ、さらに教育へ

後 房雄（名古屋大学・経済産業研究所）†

要 旨

医療や福祉においては、税により資金を調達して行政直営で供給する公共型、社会保険で資金を調達して民間主体も含めた供給体制をとる社会保険型、主に民間保険と民間供給者によって構成される自由型の3類型が見られる。社会保険型は、公的資金で購買力を補助された利用者が供給者を選択でき、それゆえ供給者間で競争が起こる準市場（quasi-market）を伴う場合が多い（ただし税と準市場の組み合わせもありうる）。

日本では、福祉においては戦後直後に確立した公共型に近い措置制度が主軸となってきたが、1990年代以降の福祉基礎構造改革のなかで、保育所（完全ではない）、高齢者介護、障害者福祉などの分野で次々に準市場が採用されてきている。2015年4月から施行される子ども・子育て支援新制度では保育所と幼稚園に準市場が導入される。

しかし、実は1922年に成立した国民健康保険法において、実質的な準市場が採用されたという事実がある。

小論では、日本において医療分野で準市場が採用され定着するにいたった経過を歴史的に検討すると同時に、1990年代以降に他の各分野で準市場が採用されている経過と背景を検討する。

あわせて、これまで十分に意識的に把握されてこなかった準市場という制度の固有の性格を明らかにし、日本において広く採用されるに至っている準市場の諸事例を横断的に比較検討し、問題点の解決のための制度設計上の改善を提案するための体系的な作業が必要になっていることを指摘する。

キーワード： 準市場、バウチャー、医療、福祉、措置制度、公益法人

RIETI ディスカッション・ペーパーは、専門論文の形式でまとめられた研究成果を公開し、活発な議論を喚起することを目的としています。論文に述べられている見解は執筆者個人の責任で発表するものであり、所属する組織及び（独）経済産業研究所としての見解を示すものではありません。

*本稿は、独立行政法人経済産業研究所におけるプロジェクト「官民関係の自由主義的改革とサードセクターの再構築に関する調査研究」の成果の一部である。

† 名古屋大学大学院法学研究科教授、（独）経済産業研究所ファカルティフェロー

<目次>

はじめに

- 1 近年の公共サービス改革の目的
- 2 措置制度と公益法人制度
- 3 準市場＝バウチャー制度
- 4 医療制度の3類型と日本における準市場の起源
- 5 近年における準市場の展開
- 6 準市場の問題点と制度設計の課題

はじめに

私の基本的な問題関心は、公共サービス提供のための制度枠組み、行政－民間団体関係の自由主義的改革、それに伴うサードセクター組織の経営改革、サードセクター全体の再構築などの一連の動向であるが、それを前提に、小論においては、近年の日本の公共サービス改革において中心的な仕組みの一つとして重要性を増しつつある準市場（バウチャー制度）の重要性に注意を喚起することを目的としたい。

措置制度を代表とする従来の制度では、民間事業者（公益法人）を「公の支配」のもとにおいて行政サービスの提供を代行させてきただけに、準市場の導入などの公共サービス改革は同時に公益法人など伝統的な非営利組織、サードセクター組織に根本的な自己改革を迫るものでもある。その意味で、公共サービス改革の動向は、日本における非営利セクター、サードセクターの今後の展望を考えるうえでも最重要の要素の一つであるが、この両方の動向を関連させて検討する研究は依然として不十分なので、小論の問題提起にも一定の意味があると考えられる。

公共サービス改革の動向のなかでのサードセクター組織の経営実態の変化については第3回サードセクター調査に基づく別稿に譲り、以下では、医療から福祉の各分野へ、さらには教育へと展開しつつある日本における準市場の起源とその後の展開過程を辿りつつ、今や公共サービス提供のための主要な制度の一つとなった準市場を使いこなすための課題、とりわけ適切な官民関係の構築とサードセクター組織の経営改革を進めるための課題を検討する。

- 1 近年の公共サービス改革の目的

1990年代末以降、日本において準市場が各分野において導入されてきたのは、

いわゆる公共サービス改革の動向のなかにおいてである。そこで、そうした動向の根拠となった代表的な3つの法律の条文を手がかりに、近年の改革が公共サービスをどのような方向へ向けて改革しようとしているかを確認しておきたい。

まず突破口となったのは、1990年代半ばから検討が始まった社会福祉基礎構造改革の基本的な内容を集約した2000年の社会福祉法である。これは、戦後の福祉システムの基礎となった1951年の社会福祉事業法の全面改正によって制定されたもので、中央社会福祉審議会の社会福祉構造改革分科会が1998年6月にまとめた「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」によれば次のような7点が「改革の基本的方向」とされている。

- ① サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立
- ② 個人の多様な需要への地域での総合的な支援
- ③ 幅広い需要に応える多様な主体の参入促進
- ④ 信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の向上
- ⑤ 情報公開等による事業運営の透明性の確保
- ⑥ 増大する費用の公平かつ公正な負担
- ⑦ 住民の積極的な参加による福祉の文化の創造

社会福祉法の第3条においては、「福祉サービスの基本的理念」として、「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」と述べられている。ここで強調されている個人の尊厳（①）やサービスの質（④）以外の点も、その他の条文に反映されている。

次は、「国の行政機関等又は地方公共団体が自ら実施する公共サービスに関し、その実施を民間が担うことができるものは民間にゆだねる観点から、これを見直し、民間事業者の創意と工夫が反映されることが期待される一体の業務を選定して官民競争入札又は民間競争入札に付することにより、公共サービスの質の維持向上及び経費の削減を図る改革」のための必要事項を定めた2006年の「競争の導入による公共サービスの改革に関する法律」（公共サービス改革法）である。

その基本的な目的は、基本理念を規定した第3条において、「透明かつ公正な競争の下で民間事業者の創意と工夫を適切に反映させることにより、国民のため、より良質かつ低廉な公共サービスを実現すること」と規定されている。要するに、民間事業者の創意と工夫を活用した良質かつ低廉な公共サービスの実現が目的とされている。

最後に、2009年に制定された公共サービス基本法であるが、これは公共サー

ビス全般に関する基本法として、まず第 2 条において「公共サービス」の定義を示している。

それによれば、公共サービスとは、「国民が日常生活及び社会生活を円滑に営むために必要な基本的な需要を満たす」ための国と地方公共団体の行為であり、①国または地方公共団体の事務又は事業であって、「特定の者に対して行われる金銭その他の物の給付又は役務の提供」、②「国又は地方公共団体が行う規制、監督、助成、広報、公共施設の整備その他の公共の利益の増進に資する行為」の二つからなるとされる。

そのうえで、第 3 条基本理念においては、次の 5 点が「公共サービスに関する国民の権利」として提示されている。つまり、公共サービスの実施はこれらを実現するべく行われる必要があるということである。

- ① 安全かつ良質な公共サービスが、確実、効率的かつ適正に実施されること。
- ② 社会経済情勢の変化に伴い多様化する国民の需要に的確に対応することであること。
- ③ 公共サービスについて国民の自主的かつ合理的な選択の機会が確保されること。
- ④ 公共サービスに関する必要な情報及び学習の機会が国民に提供されるとともに、国民の意見が公共サービスの実施等に反映されること。
- ⑤ 公共サービスの実施により苦情又は紛争が生じた場合には、適切かつ迅速に処理され、又は解決されること。

以上から確認できることは、近年の公共サービス改革においては、国民ないし公共サービスの利用者の権利や選択権を重視すること、サービスの質と効率性を向上させること、多様化する需要に対応することの 3 点が中心的目標とされているということである。そして、そのために有効な手段として、サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立（契約関係）、国民への必要な情報と意見表明の機会の提供、多様な提供主体の参入促進などが重視されている。

これらのことがあらためて強調されるということは、従来の公共サービスにおいてはこれらの目標が十分達成されておらず、そのために有効な手段も十分採用されてこなかったという反省がその基礎にあると言ってもよいだろう。

そこで次に、従来の公共サービスのあり方を代表するものとして、戦後福祉システムの基本的な枠組みをなしていた「措置制度」を振り返っておきたい。小論の関心からすると、この措置制度は国や地方公共団体から措置委託を受ける公益法人の制度と一体であったので、公共サービス改革以前の日本における官民関係と非営利組織のあり方を確認しておくうえでも重要である。

2 措置制度と公益法人制度

社会福祉学者の古川孝順によれば、措置制度は次のように定義される。

「措置制度とは、公的福祉サービスの供給に際して、措置機関の実施する、利用者のニーズの認知（申請・通告の受理、職権による認知）からその評価（調査・判定、審査）、ニーズに適合するサービスの選定と供給の決定、さらにはサービスの提供機関・施設にたいする通知あるいは送致にいたるまでの手続きを意味している。」（古川 1991 : 136）

より具体的にいえば、措置制度は次の三つの要素から構成されている（中井 2009 : 92）。

① 措置権

行政庁は、生存条件の悪化した国民の発見につとめ、必要な「福祉の措置」を講じなければならないとした職権主義に基づく行政権限である（ただし生活保護法は申請主義を主体に職権主義を加味している）。

② 措置費

「福祉の措置」を講じた費用に対する公費負担義務として措置の実施にあたる地方公共団体や措置を受託した法人等に支弁される。これには所得に応じて利用者から措置費用の一部を徴収する（応能負担）費用徴収制度がくみあわされている。

③ 措置委託制度

民間事業者を社会福祉法人制度によって公の支配下におき、本来公が担うべき「福祉の措置」、特に施設入所の措置を民間事業者に委託する。民間事業者に措置受託義務を課す。

措置制度の評価をめぐっては、1980年代から開始された措置制度解体論の立場からの批判と擁護論の間でかなり激しい論争が展開されたが、それは、措置制度が「措置の実施機関が自己の設定する基準にもとづいてその利用者を選別し、福祉サービス供給の範囲を制限するメカニズム」であると同時に、「措置の実施機関が利用申請者にたいして公的福祉サービスの提供を約束し、福祉サービス享受権の確保を保障するという効果をうみだす制度」でもあるという二重の性格をもっていたがゆえである（古川 1991 : 136）。

より具端的に言えば、措置制度については、ナショナル・ミニマムを設定し維持するという機能を果たしてきたという効用が指摘されると同時に、問題点としては、①福祉サービスの利用を国民による福祉サービス享受権の直接的な行使ではなく、行政庁の決定にもとづく反射的利益の教授として位置付けられているという解釈を前提に成り立っていること¹、②措置の決定過程に利用申請

¹ 老人福祉法制定時（1963年）の厚生省社会局長の説明では、老人ホーム等への収容等の

者が関与する余地がなく、決定の結果にたいする不服申し立ての制度が十分整備されていないことなど、総じて利用者の権利保障が不十分であることなどが指摘されてきた（古川 1991 : 136）。

そしてまた、こうした問題点をめぐっても、それらが「措置制度固有の本質的な問題なのか、または政策の不備、不足がもたらした結果なのか」（中井：104）という理解の対立が見られた。

それゆえ、古川のように、措置制度の重大な難点を指摘しつつもその内在的改革を主張する議論が提起されるのも理解できることである。彼が構想したのは、次のような「自治的社会福祉のパラダイムを前提に、公的な枠組みのなかで福祉サービスの利用の可否ないし適否を決定するシステム」であった。

「恐らく、新しい利用方式は、利用者による利用の申請、利用申請者と福祉サービス提供者による対等な関係を前提とする交渉（ネゴシエーション）と合意、両者によるサービスプラン、あるいはケアプランの作成、利用者の自己決定権、不服申し立て制度、利用者による福祉サービス忌避権、利用申請ハンディキャプトにたいする職権による申請の支援などのキー概念を含む、いわば申請＝交渉＝利用方式とでもいうものになろう。」（古川 1997 : 97）

古川はまた、措置制度に連動する措置委託制度の改革として、「社会福祉法人の経営の安定や施設の建設費の確保など、総体としての供給システムを拡大し、安定的に維持していくための方策」を検討する必要性も指摘していた。

しかし、他方で古川は「公的な枠組みのなかで利用の決定を行う方式」を維持することを重視し、「自由市場パラダイムを前提とする契約方式の危うさとそれへの楽観的にすぎる信託」を批判する立場を明言していた。

ここで古川が批判していたのは保育所の利用制度や介護保険制度で導入されようとしていた準市場のことであるが、私自身は、準市場の制度設計次第で古川が構想したような「申請＝交渉＝利用方式」は可能だと考える。逆に言えば、準市場の導入なしの措置制度の改革によって措置制度の難点や社会福祉法人制度の問題点を解決することは現実的にはほとんど不可能だったのではないかと考える。しかし、おそらく古川自身は、「自由市場パラダイム」への強い不信感のゆえに準市場の導入を受け入れず、措置制度の内在的改革を選んだのだと思われる。

結果としては、激しい論争や反対運動による紆余曲折を経て、福祉のほぼ全分野において措置制度の廃止と準市場の導入という方向が選択されることとな

福祉の措置（同法 11 条）に関して職権主義を採用した理由の説明と関連して、「本条による措置は、措置の実施機関に課せられた義務であって・・・希望者からの請求権に基づく権利ではない。したがって措置を受けることにより老人ホームにおいて養護されることは、老人に与えられた権利ではなく、公的機関に措置義務があることから派生する反射的利益である」とされていたという（成瀬：79）。

った。1993年厚生省が保育問題検討会を設置、1997年6月改正児童福祉法成立、1997年12月介護保険法成立、1998年6月社会福祉審議会・社会福祉基礎構造改革分科会「中間まとめ」提出、2000年社会福祉事業法ほか7本の福祉関連法が改正、2003年障害者福祉の「支援費」制度実施、2005年10月障害者自立支援法成立、2012年6月障害者総合支援法成立、2012年8月子ども・子育て3法成立、2015年4月子ども・子育て支援新制度実施。

いずれにしても、準市場の導入によって、措置制度の問題点が実際に解決されつつあるのかどうか、「自由市場パラダイムを前提とする契約方式」に対する危惧がどの程度解消されたのかは徹底した検証に値するであろう。

次に、措置制度の一部としての措置委託制度と各種公益法人についての制度の変遷をたどっておきたい。

日本における非営利組織についての最初の法的枠組みは、1896年施行の民法の34条である。

「第34条 学術、技芸、慈善、祭祀、宗教その他の公益に関する社団又は財団であつて、営利を目的としないものは、主務官庁の許可を得て、法人とすることができる。」

これによって、近代化のかなり早い段階で社団（Association）と財団（Foundation）の法人格制度が創設されたわけであるが、問題は、それぞれの分野毎に主務官庁（各省）が設定され、その許可を得ないと法人格が取得できない主務官庁制が同時に確立されたことである。主務官庁は、行政主導の近代化のために有益と考える団体にのみ限定的に法人格を許可し、その後も絶えず監督や規制を加え続けることとなった。こうした体制は主務官庁制と呼ばれ、その後の日本のNPOセクターが分野毎に複雑に分断され各分野の行政組織によって強く統制されるものになる基礎構造として、2006年の民法34条以下の根本的改正まで存続することになる。

NPOに関する法的枠組みの第二段階は、第二次大戦終了直後のいわゆる戦後改革期に、それまでも主務官庁制のもとにおかれてきた社団、財団に加えて、各省がそれぞれの分野において別個の法人格制度を創設し、主務官庁制をより複雑で強固なものにしたことである。新しい法人格制度とそれを創設した法律の名称は次の通りである。

- 1948年 医療法人（医療法）
- 1949年 学校法人（私立学校法）
- 1951年 社会福祉法人（社会福祉事業法）
- 1951年 宗教法人（宗教法人法）
- 1985年 職業訓練法人（職業能力開発促進法）
- 1995年 更生保護法人（更生保護事業法）

戦後直後の行政は資源が乏しかったため、それぞれの分野の信頼できる団体に公的資金を提供して行政の代わりに公的事業を実施させたいと考えたが、その際に障害となったのが、アメリカ占領軍の強い影響のもとで制定された日本国憲法の 89 条であった。

「第 89 条 公金その他の公の財産は、宗教上の組織もしくは団体の使用、便益もしくは維持のため、または公の支配に属しない慈善、教育も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。」

占領軍の意図は、国家神道や超国家主義イデオロギーをもつ民間団体を国が援助・支援することを禁止することと、従来の「官民一体型」の福祉制度を変革することにあつたと思われるが、皮肉にも、この条文は、政府が公的資金を民間団体に提供するためにはその民間団体を「公の支配」のもとに置くことが必要だと全く逆方向に解釈されることとなった（堀：147）。こうして、政府によって強く統制される各種の非営利法人制度が創設されていくことになったのである。

その後、1990 年代以降になって、ようやく主務官庁制が解体される過程が始まることになる。

その第一弾が 1998 年の特定非営利活動促進法（通称 NPO 法）による特定非営利活動法人（通称 NPO 法人）の創設である。この法人は、「許可」を基礎にした主務官庁制を脱却した制度であり、内閣府または都道府県の「認証」（必要な書類を提出すれば認証されるので、届け出制に近い）によって団体は法人格を得ることができるようになった。

NPO 法は民法 34 条を前提にした特別法として制定されたが、2006 年にはついに民法 34 条自体が根本的に改正され、「主務官庁の許可」という規定が削除されることになった。そして、民法とは別の法律によって、一般社団法人、一般財団法人、公益社団法人、公益財団法人の制度が創設された（2008 年 12 月から施行）。

現在も依然として、分野別の各種公益法人や NPO 法人の制度は存続しているが、それらの法人も将来は合流することが期待される統一的な NPO 法人制度（社団と財団）の母体が形成されたと評価できる。

とはいえ、各省が分野毎の特別の公益法人を統制し特権を与える実質的な主務官庁制は現在においても非常に強固なので、統一的な NPO 法人制度を法的に確立するためには、まずはそうした実質的な主務官庁制を解体することが現実的な道だと考えられる。実際それが公共サービス改革の動向の中で始まっていることはすでに紹介した通りである。

3 準市場＝バウチャー制度

小論の後半では、医療や福祉などの各分野に即して、準市場の諸外国の事例や日本での展開を検討していくことになるが、その前提として、「準市場」(quasi-market) という用語とその内容について簡単に整理しておくべきだろう。

公共サービスへの市場原理の導入に関しては、イギリスの医療制度改革において内部市場（行政内部における購入者と供給者の分離と契約関係）という用語が使われて、それがさらに準市場へと展開したという経過がある（なお、quasi-market の訳語として疑似市場という用語が使われることもあるが、小論では引用文を除いて準市場に統一している）。

また、アメリカでは、同様の制度についてバウチャー制度という用語が使われている。1955年の論文、1962年の著書でミルトン・フリードマン（訓覇：226）が提案し、その後フリードリッヒ・ハイエク（ハイエク：71-72）も支持した教育バウチャーがその代表的な例である。

準市場というメカニズムを初めて体系的に提示したのは、ルグランとバートレットだとされる。ルグランはその後、2003年から2005年にかけて労働党ブレア首相の上級政策顧問として官邸入りし、医療や教育の公共サービス改革に関わっている。その経験も踏まえて執筆した2007年著書『もう一つの見えざる手』において、準市場について次のような定義を示している。

「準市場は、顧客を獲得するために競争する独立した複数の供給者が存在するという意味で市場と同じである。しかし、準市場は、少なくとも一つの決定的に重要な点で通常の市場とは異なる。それは、通常の市場のように、利用者はモノやサービスを買うために自分自身の資源を持って準市場に来るのではないということである。そうではなく、サービスは国家によって支払われるのであり、しかもバウチャーや、使途が特定された予算や資金提供方式などの形式を通じて、利用者の選択に従って動く資金によって支払われる。それゆえ、通常の市場において人々の購買力の差から生まれる不平等のほとんどを避けるような仕方で公共サービスが提供されることを可能にするので、準市場は根本的に平等主義的な仕組みである。

準市場では、さまざまな供給者がお互いに競争することができる。そこには、スモール・ビジネス、パートナーシップ（合名会社）、ワーカーズ・コープ、株式会社、非営利組織あるいはボランティア組織、公的所有組織などが含まれる。（中略）重要なのは競争が存在するということであり、供給者の所有構造ではない。なぜなら、競争によってもたらされる行動様式は、供給者のタイプにかかわらずかなり似通っているからである。」（ルグラン：38）

アメリカでは、この制度について、バウチャーという用語の方がより一般的のようである。レスター・サラモンが編集した『政府の道具』における「バウチャー」の解説では、「個人に対して、一定の範囲のモノやサービスのなかから選択できる限定的な購買力を付与する補助金」と定義されている。補助金や事業委託契約と異なる点は、公的資金がまずサービス利用者に提供されるので、供給者ではなく公的事業の最終的受益者により大きなコントロール力を与えることである。それゆえ、「生産者側の補助金」と対比して「消費者側の補助金」と呼ばれる。ただし、バウチャーは購入できるものが限定されており、額も制限されているので、選択権は無制限のものではない（Salamon：446）。

参考までに、バウチャー制度の先駆的な提案者であるフィリードマンの教育バウチャーの提案の内容を紹介しておこう。

「すでに論じたように、最低限の学校教育を義務づけることと、この義務教育の費用を国家が負担することは、どちらも学校教育の外部効果を考えれば妥当である。しかし学校の運営そのものを政府が行うこと、すなわち教育産業の大部分を国営・公営にすることは、外部効果によっても、また私の知る限り他の理由によっても、まったく正当化できない。政府が運営する方が望ましいとはっきり言えるケースはまずあるまいと思う。政府は大体において、教育機関の運営コストを直接支払うという形で学校教育に出資している。そして、金を出すとすれば口も手も出すのが当然だと考えているらしい。だが両者は簡単に切り離せるはずだ。政府は最低限の学校教育を義務づけたうえで、子供一人当たりの年間教育費に相当する利用券、すなわち教育バウチャーを両親に支給する。この教育バウチャーは、公立私立を問わず政府が「認定」した教育機関で使用することを条件とし、子供をそうした認定校に入学させバウチャーを提出すれば、それに対して政府が額面額を払う仕組みである。こうすれば両親は、額面額に自分のお金を足し、自分が選んだ認定校で教育サービスを購入する自由が保障されることになる。教育サービス自体を提供するのは、非営利団体でもよいが、営利目的の企業でもよかろう。そして、政府の役割は、学校が最低基準を満たすように監督することに限る。たとえば最小限共通して教えるべき内容が学習課程に組み込まれているかチェックする、といったことである。（フリードマン：177-178）

ルグランによれば、準市場の基本的メリットは、利用者に購買力を与えて選択権を保障し、供給者に競争のなかでより質が高く効率的なサービスを提供しようとする誘因を与える点にあるが、それは絶対的なものというより他のモデルと比較した相対的なものとして主張されていることに注意が必要である。

彼によれば公共サービス（公的資金によって全部または大部分が賄われるサービス）を提供するための手段ないしモデルは4つあり、それぞれに長所と短

所があるという（ルグラン：13-20）。なお、その長所や短所を判定する基準として、ルグランは「良い公共サービス」の要素として、①質が高い、②効率的、③利用者のニーズや要望に応答的、④納税者に対するアカウントビリティを果たす、⑤利用者や労働者を公平に扱う、という6点を提示している。

ルグランの挙げる第1のモデルは信頼モデルであり、そこでは公共サービスで働く専門家やその他の職員は、政府や他人から干渉されなくても良い公共サービスを提供するだろうとただ信頼される。公共サービスの質や効率性を利用者、政府、経営者が完全に監視することは不可能なので信頼の要素は不可避ではあるが、すべての供給者が良いサービスを提供しようとする意欲を持っていると信頼するのは非現実的である。

第2は命令と統制モデル（特に目標・成果管理モデル）であり、そこでは国家ないし国家の機関が管理の階統制によってサービス提供を担い、上位の管理者が部下に対してサービス提供に関する命令ないし指示を与える。このモデルは、短期的には組織の変化への抵抗を打ち破ることができ、単純な目標を短期的に達成するうえでは機能するかもしれないが、職員への誘因が粗雑で、懲罰的でやる気を阻害し士気を下げるような種類のものなので、サービスの質を損なう可能性が高い。

第3は発言モデルであり、そこでは利用者は供給者に対して、専門家に直接会いに行ったり、議員などに苦情を述べたりとさまざまな方法で自分たちの意見を直接伝えることによって良いサービスを得ようとする。このモデルは、供給者に彼らが提供しているサービスの質に関する重要な情報を与えることができるという長所があるが、供給者に自分たちのサービスを改善しようとする誘因を与えることができない。

そして第4が選択と競争モデル（準市場）であり、そこでは利用者は顧客を求めて相互に競争する多様な供給者の間から選択することができる。ルグランによれば、このモデルは、個人の自律性の原則を満たし、利用者のニーズや欲求に対する応答性を促進するとともに、より質が高くより効率的なサービスを提供しようとする誘因を供給者に与えるので、他のモデルよりも優れている。

ただし、ルグランが、このモデルを中心としつつ他のモデルも必要に応じて活用すべきだと指摘していること、また、このモデルにもいくつかの問題点が伴うことを認めつつ、それらを解決するための具体的な制度設計上の工夫が重要であることを強調していることは確認しておきたい。

4 医療制度の3類型と日本における準市場の起源

準市場は1980年代以降の国際的な公共サービス改革の動向のなかでいわば再

発見され採用されるようになり、日本でも 1990 年代末以降各分野で採用されるようになったわけだが、実は日本において 1961 年に実現した医療の国民皆保険制度が実は準市場でもあったというのは極めて興味深い事実である。もちろん、当時において準市場という用語が使われていたわけではないが、まさに準市場にほかならないメカニズムが全面的に採用されていたことに間違いはない。本章では、医療において日本の準市場の起源が形成されることになった経過をたどってみたい。

(1) 医療制度の 3 つの類型

まずその前提として、医療制度に関して通常指摘される 3 つの類型があること、そしてそれぞれの類型の典型国としてのイギリス、ドイツ、アメリカがそれぞれの類型をどのような経過で採用したのかを簡単に確認しておきたい。日本がなぜ早い段階で準市場を採用することとなったかは、それらとの比較においてより理解しやすくなるからである。なお、医療制度の骨格は、「医療サービスの供給に関する医療供給制度と費用の調達・財政に関する医療保険制度の 2 つ」（島崎：19）によって構成されるので、その二点を中心に紹介する。

まず、第一の類型は公共型であり、スウェーデン、ノルウェー、デンマーク、フィンランド、イギリス、アイルランド、イタリア、スペイン、部分的にはポルトガル、ギリシャ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドが該当する。

国民全員にほぼ無料の医療サービスを提供する。医療の提供はおもに国家が組織し、その財源は税金である。そのなかには非常に中央主権的な組織構造の国（イギリス）もあれば、組織・財政・管理が地方分権化された国（北欧諸国、イタリア、スペイン）もある。

一般的に、公共型の医療制度では、医療サービスの利用面での平等性は高く、医療費は比較的安い。しかし、提供される医療の質の面では、問題がある場合もある。とくに専門医にかかるまで、かなり長期間またさえるという弊害が指摘されている。

第二は医療保険型であり、ドイツ、フランス、オーストリア、ベルギー、ルクセンブルク、日本、オランダ、中欧・東欧諸国の一部が該当する。

医療の提供は民営化されている部分と公共の部分（特に病院部門の一部）があり、患者が医師を選択できることや、開業医の地位が保証されている場合が多い。費用はさまざまな強制加入の社会保険料によって負担される。

医療保険型の医療制度では、患者の選択や利便性が保証されており、医療の質も高い場合が多い。しかし、医療費は高くなる傾向にあり、医療サービスの利用面で不平等が生じやすい。

第三は自由型であり、主に米国であるが、その他、中欧・東欧諸国やラテン・アメリカ諸国も該当する。ここでの公共型の疾病保険制度は最低限型であり、救急の患者、最貧者、高齢者、障害者のみが医療に関する公的支援を受けることができ、その他全員は民間の保険制度を利用しなければならない。その場合、雇用主が保険料を負担する場合はほとんどである。医療サービスの提供は、ほとんどの場合民間が行う。

米国型は、技術面で高いパフォーマンスを誇り、富裕層は質の高い医療サービスを享受できる。しかし、(医療サービスの利用や、国民の健康状態に関して)きわめて強い不平等が生じる。また、医療費全体のレベルもきわめて高い(パリエ：31-33)。

(2) ドイツの事例

以上のような3つの類型が成立していった経過について、まず、1883年に世界最古の社会保険とされる「法定疾病保険」を成立させたドイツの事例(医療保険型)からみていこう(足立：第8章、セイン：126-129、飯田：175-177)。

当時のドイツ帝国宰相ビスマルクが疾病保険法(1883年)、労災保険法(1884年)、老齢廃疾保険法(1889年)という一連の社会保険政策を展開したのは、工業労働者の増加を背景に労働組合や社会民主党の影響力が強まりつつあったことへの対応であって、社会主義者鎮圧法(1878年)を制定する一方で社会改良を進めたのであった。

この疾病保険について重要な点は、それがそれ以前のプロイセンにおける共済組合の伝統を継承するものだったということである。プロイセンでは熟練労働者や鉱夫などの共済組合が組織され、組合員の拠出に基づいて疾病や事故の際の生活費を援助することは早くから行われていたが、19世紀になって医師による治療が普及するにつれて、こうした共済組合が開業医と契約してメンバーに対して診療を提供するようになる(メンバーが自由に医師を選択できる組合もあったが、多くの組合は特定の医師と診療契約を結ぶ方式をとっていたという)。

ビスマルク疾病保険は、これらの自主的な相互援助組織に法的基礎を与えるもので、一日6マルク3分の2以下の賃金を受け取るすべての工業労働者に加入を強制した。こうして設立された疾病金庫は、特定の医師と保険医(金庫医)の契約を締結し、そこで協定された条件にしたがって被保険者に保険治療を提供させた(被保険者が医師を選択できる金庫もあったが、その場合は治療費が市場状況に左右されるため、ますます多くの金庫が医師と直接契約を結ぶ方式を採用するようになったという)。

その後、1911年には労働者につづいて職員にも強制保険が適用されるに至り、医療の需要サイドの組織化が大きく進んだことにより、医師にとっては金庫医となる以外の選択肢が消滅し、金庫と医師との力関係は大きく金庫に有利なものとなった。そのアンバランスを解消するために、1931年の緊急条例によって公法的団体として金庫医協会が創設され、疾病金庫による保険診療をおこなう医師はこれに加入することを義務付けられた。金庫医協会は総体契約を締結する全権を与えられたが、他方では疾病保険の被保険者への金庫医の診療提供の保証責任を負わされることとなった

この金庫医協会の設立後の段階について、足立は、「被保険者は評判の良い医師をもとめて競争し、医師はより多くの患者を集めて収入を得ようと競争する」という意味において「疑似市場 (QM)」が成立していると指摘している。疾病金庫と金庫医協会の間で集団交渉がもたれ、医師の診療報酬を初めとする種々の条件が取り決められる。この集団交渉においては、とくに年間医療費の総額が交渉され、その総額を金庫医協会がそれに所属する医師の間で配分する。この医療費総額請負制のもとでは、医師は診療行為を増やすことによって他の医師に対して相対的に多くの収入を獲得できるが、総額そのものは増加せず、供給量が増加すると単価が減少することになる。これがドイツの医療費を長期にわたって安定させてきた大きな原因だったという（足立：153-156）。

なお、ドイツにおいては、自営業者や一定以上の賃金がある者は公的保険の強制加入適用外であった。被保険者が加入する疾病金庫を選択できるようにした2007年の公的医療保険競争強化法は、公的医療保険に任意加入が可能であるにもかかわらず未加入のものに加入を促すとともに、民間保険会社に公的料保険と同等の給付の引き受け義務を課すものであった。しかし、依然として無保険の状態を選択するものにまで強制的に保険の「網の目」がかかっているわけではなく、日本の文字通りの皆保険とは異なる（島崎：149）。

（2）イギリスの事例

イギリスにおいては、1906年から1914年までの自由党政権のもとで進められた一連の社会改革（学校給食、学童の健康診断、老齢年金など）の一環として1911年に国民健康保険制度が設立された。それを主導した自由党の政治家ロイドジョージは1908年に国民保険制度を調査するためにドイツに旅行し、帰国後、大蔵省の官僚にイギリスに類似の制度を設立する手段を検討するように指示したといわれるように、ドイツ・モデルの影響が強かったといえよう。

その制度では、保険料徴収や給付支払などの日常的運営は従来も同様の役割を担ってきた友愛組合、労働組合、特定の営利的保険会社に委ねられた（全国保険委員会の監督を受ける）。男性被雇用者の場合、週6ペンス（雇用主が3ペ

ンス)の保険料を払い、1日2ペンス以下の所得の人は免除された。国家は労働者一人当たり週2ペンス弱を拠出した(セイン:99-100)。

その後、イギリスの医療保険制度については見直しのための調査や小さな制度改正がなされたものの骨格は変わらなかった。1939年の時点で国民健康保険でカバーされていたのは全国民の半数未満であり、また、主に貧困者向けの治療を担っていた非営利組織が運営するボランタリー病院がベッド総数の25%を提供していたが、その財政状況はますます厳しくなっていた。

第二次世界大戦の勃発とともに、空襲の犠牲者に対して治療を施すための国家機関として緊急医療サービス体制が確立された。これは、新たな病院を創設するだけでなく、ボランタリー病院と公立病院の両方を接収することによって二つの病院制度のかなりの統合を実現するとともに、中央集権的計画化の利点を証明したとされる。

その後、1945年総選挙において労働党が勝利し、「ユニバーサルで無料の医療サービス」を目指すベヴァンが保健大臣に就任したことが1946年の国民保険サービス法の成立の最大の契機となったわけだが、国営の医療サービスをめぐって、政府に雇用される保健医務官たちや貧困者の医療に深く関わっていた一般開業医たちが支持し、一部の病院顧問医や繁盛している一般開業医が反対するという形で医師会が分裂していたことも重要な背景となったと思われる。

1948年に発足した国民医療サービス制度(NHS)は、すべての国民に租税方式による無料の医療サービスを提供するものであった。一般医は独立した開業業者として国と契約して第一次ケアを担い、そこからの紹介患者に対して第二次ケアを行う病院の専門医は国家によって雇用される勤務医となった。これが公共型の代表例としての戦後イギリスの医療制度である。ここでも、住民はあらかじめ自分の一般医を選ぶことができ、一般医は契約に基づいて国から人頭報酬、出来高報酬、経費支弁的支払の3つの要素からなる支払を受ける仕組みだったので、この部分は準市場と言えるが、第二次ケアを受ける病院を患者が選ぶことはできなかった。

詳しくは紹介できないが、1990年代からは保守党政権のもとでの改革によって政府内で医療サービスの購入者(地方保健当局、予算保持一般医)と供給者(病院)とを分離して契約を行う「内部市場」が導入され、さらには1997年からの労働党政権のもとで、従来からあった患者による一般医の選択に加えて専門医による第二次ケアの選択も可能にするメカニズムの開発が試みられた。一般医は、患者が診療を受ける病院について、いくつかの候補を提示しなければならなくなり、最長限度の待ち時間が遵守されていない場合には、患者は病院を代える権利をもつことになった(パリエ:88、柏木、武内)。本格的な準市場化といえよう。

(3) アメリカの事例

「小さな連邦政府」の伝統が強固なアメリカにおいては、憲法上も連邦政府が公的な医療制度を構築する権限を正当化する余地がきわめて小さい。それを正当化する条文としては、「一般の福祉に具えるため」に租税を賦課し徴収する権限（第8条第1項）と「各州間の通商を規制する権限」（同第3項）しか存在しない（山岸：32）。

こうしたなかで、20世紀初頭にはアメリカにおいても公的医療保険を導入しようとする動きが生まれる。1905年設立のアメリカ労働立法協会がヨーロッパで発展していた社会政策をアメリカにも導入しようと政策提言を行っていた。連邦政府官僚のなかにもそれに協力する者もあり、アメリカ医師会（1847年設立）も、医療費を支払えない患者が多いことで財政的に苦しむ医師が多いという背景もあり、当初は強制医療保険に好意的な姿勢を示した。他方で、労働者の最大組織であるアメリカ労働総同盟（1886年設立）は、強制医療保険は雇用主と労働者との間に政府が割って入り、労働者の自立心を低下させ、連邦政府が支配する結果になることを恐れて反対の立場をとったという。

この公的医療保険をめざす最初の動きは、1917年にアメリカが第一次世界大戦に参戦することで一気に衰退することになる。戦争によって政府の政策的優先順位が変わったことのほか、公的医療制度が「親独的」ないし「社会主義的医療」として批判されたことが大きかった。アメリカ医師会もその態度を一変させ、1918年の総会で反対を宣言した。なお、自由や個人主義というアメリカの理念に訴えかけるこの「社会主義的医療」という言葉は、最近のオバマ改革に至るまで、反対派の最も効果的な武器の一つとなってきた。

1920年に憲法修正第19条によって女性普通選挙制が確立したことを背景に、1921年に幼児及び妊婦保護法が成立し、ヘルスセンターで政府によって雇われた看護婦が、妊娠期間から出産後までを通して、女性に医療サービスを提供する体制が整備された。しかし、これに対して、医療全体への影響を恐れたアメリカ医師会が「国家医療」の「輸入された社会主義的陰謀」として反対運動を展開し、1929年には同法を更新停止に追い込んだ（山岸：35-41）。

1930年代には、大恐慌に対処する民主党ローズヴェルト大統領のニューディール政策の展開のなかで、再度公的医療保険の導入が試みられるが、やはり医師会の強い反対のなかで断念されることになる（山岸：43-56）。

しかし、戦時体制と戦後再建という緊急事態のなかで、公的医療保険に向かう新たな推進力が生まれることになる。1943年には、連邦レベルに単一の医療保険基金を創設し、被保険者は制度に参加する専門医や病院を自由に選択できるという準市場型の制度を導入しようとするワグナー＝ミュレイ＝ディンゲル

法案が議会に提出されるが、労働組合側は支持したものの、医師や病院が連邦政府の監督下に置かれることを恐れる医師会の反対で挫折する。

しかし、1943 年度補正予算で、州を通じて下士官の妻や幼児に充実した産科医療と小児医療を提供する事業が創設されたり、1919 年に開始された退役軍人向けの公的医療サービスが第二次大戦中に急速に拡大するなどの変化も見られた（山岸：57-71）。

戦後は、1945 年 4 月にローズヴェルトが病に倒れた後を引き継いだトルーマン大統領が 1952 年まで公的医療保険の創設を繰り返し試みるが、やはり失敗に終わる。この時点では、医師会は民間医療保険の拡大を積極的に支持するという立場（従来は医療保険そのものに反対）に立つようになり、労働組合も、実現しない公的医療保険の次善の策として民間保険を支持するようになった。そして、1950 年代以降、民間医療保険の急速な拡大と営利化が起こることになる（山岸：72-92）。

その後、1960 年代の民主党ジョンソン大統領の「偉大な社会」計画の一環として、1965 年について貧困者向けのメディケアと高齢者、障害者向けのメディケイドという部分的な公的医療制度が成立することとなる（山岸：108-114）。

それ以降も、民間保険に加入しない、または加入できない者が多数存在する状況の中で、民主党側からの皆保険を目指す試みは持続する。特に、1993 年にクリントン政権が①皆保険の確立、②平易なシステムの形成、③医療費の削減、④患者や医師の選択の自由の確保、⑤医療の質の確保、⑥市民の責任感の育成という六つの原則を前提に、雇用者に被用者への医療保険の提供を義務付けることを中心にした法案を 1993 年に提出するが、医師会や民間保険業界が反対しただけでなく、労働組合が雇用主提供保険の現状維持を志向して消極的な態度をとり、全米退職者協会がメディケアを優先して支持しないなどの事情もあり、未成立に終わってしまった（山岸：143-148）。

そして、ようやく最近、民主党オバマ政権のもとで 2010 年 3 月にアメリカの全市民に保険加入を義務付ける患者保護及び医療費負担適正化法が成立するに至ったことは周知の通りである。下院での票差はわずか 7 票であった。この改革は、既存の雇用主提供保険はそのまま残し、無保険者にはメディケイドの受給資格を緩和することで公的保険に加入させ、さらにはその受給資格を満たさない人々には公的補助金を提供する（そして加入を拒否する者へ罰金を科す）ことで民間医療保険に加入させ、皆保険をめざすものであった。

一応の国民皆保険ではあったが、公的医療保険の創設は社会主義的医療という批判の前に今回も実現しなかった。しかも、26 にのぼる州が、今回の制度ですら、主に個人加入義務化とメディケイドの強制的拡大（州に対して）は違憲だという訴訟を提起することとなった。

2012年6月28日にアメリカ合衆国最高裁判所が下した判決は、メディケイドの州への拡大強制については違憲（7対2）とする一方で、改革法の最も重要な部分であった個人加入義務化についてはわずか一票差（5対4）で合憲とするものであった。しかも、後者の合憲の根拠は、州際通商条項ではなく連邦政府の「一般の福祉」のための課税権の範囲で認められる（罰金を税金とみなす）という危うい判決であった（山岸：第6章）。

（4）日本の事例

以上で見てきた事例と比較しながら、日本の事例を見てみよう。

日本での最初の福祉立法といわれる1911年の工場法（施行は1916年）に続いて、1922年に非西欧で最初の社会保険といわれる健康保険法が成立した。

それまでの過程で、普通選挙制を見越して労働者層へと選挙基盤を拡大することを狙った憲政会が、1920年、1921年に疾病保険法案を国会に提出した（審議未了）こと、1920年8月に農商務省工務局に設置された労働課が中心となって健康保険法要綱案の立法作業を行っていたことに示されるように、第一次世界大戦後の緊迫する労使関係などの社会情勢を政治家や行政が受け止めて先取りに対応したといえる。この法案は、「当時の進歩的官僚の主導によるドイツなどの疾病保険制度にならった新立法であったために、労資ともにその問題点や影響をすぐつかみ切れなかった」（吉原：41）という状況の中で、議会に提出されてからわずか10日余りの間にたいした論議もなく成立した。

健康保険法の概要は以下の通りであった（菅谷：61）。

- ① 工場法や鉱業法の適用を受ける事業に使用されているもので、一年の報酬1200円以下のものを強制加入被保険者とする。
- ② 保険者は政府ならびに法人である健康保険組合とし、常時100人以上の被保険者を使用する事業主は健康保険組合を設立でき、常時500人以上を使用する事業主は健保組合の設立を強制される。
- ③ 保険給付は、被保険者の疾病・負傷・死亡・分娩にたいして行われる。
- ④ 健保組合に限り、家族にたいして保険給付の一部（家族給付）を給付することができる。
- ⑤ 国庫は被保険者一人当たり年2円の割合で保険事業に要する費用の一部を補助する。
- ⑥ 保険料は原則として労使折半とするが、被保険者の負担率は標準日給の3%を越えてはならない。
- ⑦ 保険者は被保険者の健康保持のための施設をつくることができる。

成立過程はあっけなかったが、1922年の健康保険法は、グレゴール・ガザが指摘するようにその後の日本の医療制度の原型、さらには福祉システム全体の

原型を据えることになった。「社会保険に基礎を置いた政策が好まれること、(保険主義という原則に反するにもかかわらず) 政府が一般会計から補完的な支出を行うこと、雇用主と労働者がともに拠出すること、被保険者団体がかかる医師を選択することができること、本質的に公的なプログラムを民間大企業内の健保組合が管理するといった、後に続く日本の福祉システムの仕組みの多くは、この法に起源をもつ」(ガザ：23)。

次の展開は、恐慌下における農村医療問題の深刻化や、準戦時体制のもとで「国民体力の向上」のために1938年1月1日に厚生省が設立されたことなどを背景に、1938年4月に国民健康保険法が成立したことである。内務大臣の説明要旨は次のように述べていた。「最近における農山漁村住民、都市中小工業者などの疲弊は深刻なるものがあり、斯かる人々にとって医療費は相当経済的重圧となっているのであります。此の医療費問題を根本的に解決するには共同の力と平素の用意とにより保険組織を持って最良の策たることを認め、国民健康保険制度案を作成」しました(菅谷：89)。

農山漁村の住民など一般国民を対象とした保険であることが最大の特徴であったが、内務省社会局が主張した強制加入は採用されず、衛生局が主張した任意加入が採用された。その概略は次の通りである(吉原：73-74)。

- ① 保険者は健康保険組合であり、市町村の区域を単位にそこに居住する世帯主を組合員とする普通組合と、同一の事業または同種の業務に従事する者を任意加入の組合員とする特別組合がある。
- ② 非本件者は組合の組合員及びその世帯員とする。
- ③ 保険給付は疾病及び負傷に対する療養の給付、分娩に対する助産の給付、死亡に対する葬祭の給付とする。助産及び総裁の給付は任意とする。
- ④ 組合は組合員より保険料を徴収する。療養については給付を受けた者から一部負担金を徴収することができる。(自己負担は3割から5割だったといわれる)
- ⑤ 国、都道府県及び市町村は予算の範囲内で組合に対し補助金を交付する。

立法過程では、1934年に要綱案が発表されて以降、大きな反響を呼び、賛成反対の論争が展開された。特に、医師会は、「低い診療報酬を強いられて、医療内容の低下を招き、組合直属の医療機関がつくられたり、少数の嘱託井医制度が採用されて、一般開業医が患者を奪われ、開業医制度を脅かしかねない」と強い不安と警戒心を抱いた(吉原：72)といわれる。これは、すでに医療施設を経営していた産業組合が健康保険組合の代行を認めるかどうかという点をめぐっての医師会と産業組合との対立を背景にしていた。

任意加入として始まった国民健康保険であるが、1941年には2013組合、被保険者数672万人まで拡大し、1942年の改正で、普通組合、特別組合、代行組合

を問わず、国保組合の強制設立・強制加入の規定が導入されることになる。そして、戦争末期の1944年には、保険者数10331、被保険者数4048万人にまで拡大している。敗戦時には、全国10600市町村のうち10343市町村に国保組合が設立されていた。ただし、医療品や人材の不足で制度の実質は急速に失われていった（吉原：107）。

敗戦直後もしばらくの間、制度は危機状態に陥り、組合数や被保険者数も大きく減少したが、占領軍GHQは1947年6月に制度の崩壊を防ぐための改革を政府に勧告した。それを受けて、1948年の国保法改正で、従来の組合主義を廃して市町村公営を原則とすることとされた。さらに、保険財政の危機を救うため、1951年には地方税法のなかに保険料を目的税とする国民健康保険税が創設され、保険料未納の防止が図られた。さらに、国保の事務費に対する国庫補助は1949年50%、1950年70%、1951年以降100%と引き上げられた。また、1953年の法改正で、これまで認められていなかった国保の給付費にたいする国庫補助も2割相当が実現し、国保保健婦の件費の三分の一も国庫補助されるようになった（これらは保険主義に対する重大な修正であった）。これによって、一時は2500万人前後に低迷していた被保険者数は1956年には3058万人にまで回復した（菅谷：182-190）。

他方、職域健康保険についても、1948年国家公務員共済組合法、1953年日雇労働者健康保険法、私立学校職員共済組合法、1954年市町村職員共済組合法などによる制度整備が進められた（菅谷：191）。

1950年代は、経済不況のなかで保険財政が危機となり、医療費引き下げや保険料値上げをめぐって激しい対立が展開された。そして、1957年の健保法改正によって、政管健康保険にたいする国庫補助金の繰り入れを明確化する反面、保険料の算定の基礎となる標準報酬月額を引き上げ、外来初診料と入院料についての自己負担の導入が行われた。なお、この改正をめぐる論議の過程で、「国民皆保険」の計画が表面化することになった。

このなかでは、5人未満事業所の被用者を職域保険に入れるか国保に入れるかをめぐっての対立はあったものの、労資、自民党、社会党、医師会などの間には国民皆保険に関して異論は見られなかったといつてよい。

新国民健康保険法は1958年12月に成立し、1959年1月から施行された。その概要は次の通りである（吉原：164-167）。

- ① 国民健康保険は、従来のような市町村の任意の固有事務から国からの団体委任事務に変わり、全市町村に国民健康保険事業の実施を義務付ける。
- ② 職域保険などの被保険者とその被扶養者を除き、市町村の区域内に住所を有する者はすべて国民健康保険の強制被保険者とする。5人未満の零細企業の被用者も国民健康保険の被保険者とする。

- ③ 給付割合は、一律最低 5 割（自己負担 5 割）と法定し、給付の機関や範囲も含めて市町村が財政の充実とともに漸次内容の向上を図る。
- ④ 従来は国民健康保険に対する国庫補助は都市部に対して少なかったが、新法では国の財政責任を明確にするため、療養給付に対する国家補助を国庫負担に改め、これとは別に療養給付費に対する 5 分相当額の調整交付金を創設し、さらに事務費も補助金から負担金に改める（これにより大都市部にも最低 2 割の負担金が交付される）。

これにより、1961年4月の時点で、奄美大島の1町5村を除き国保の全国的普及が達成され、保険者数は3670、被保険者数は4900万人に達した。他方で、1956年公共企業体等共済組合法、1958年農業漁業団体職員共済組合法、1962年地方公務員共済組合法など職域保険も整備され、各種保険の分立、不均衡という問題を孕みつつも医療における国民皆保険が達成されたわけである（吉原：167-168）。

以上の経過を振り返ってみれば、ドイツやイギリスと同様に、まずは社会保険型の医療制度が成立したこと自体はむしろ自然な展開だったと思われる。その際に、社会的秩序の維持を優先する国家官僚の主導性が強かった点が日本の特徴として指摘できるだろう。市町村の直営による国民健康保険組合の運営という独特の方式が採用されたことも、行政主導の表れの一つと考えられる。さらに、療養給付にまで国家補助が導入されていた点についても、経済水準の低さからくる財政危機によるものであると同時に、保険組合の自律性の弱さ、行政への従属、依存という日本のシステムの特徴を示すものといえる。

他方、日本においてイギリスのような医療供給の国営化、公共型への転換が起こらなかった点については、開業医を基盤とする医師会（1906年郡市区、道府県医師会が法定、1923年日本医師会が法定）の発言力が強かったことに加えて、医療の国営化を推進するような社会民主主義勢力の台頭と社会民主主義政権の成立が起こらなかったということが最大の理由である。

こうして、意識的なモデルの選択というよりも、事態の展開のなかでの自然な帰結として準市場というモデルが日本において採用されたというのが実態であると考えられる。それだけに、準市場という仕組みの固有の機能や特徴についての意識は不十分なまま推移してきたともいえる。

5 近年における準市場の展開

1961年に準市場に基づく医療の国民皆保険（準市場）が実現して以降も、貧困層などの特定の階層のみを対象としていた福祉分野においては措置制度が基軸となっていたが、福祉サービスの普遍化を背景にして、1990年代以降、保育、

高齢者介護、障害者福祉などの分野に次々と準市場が導入されるという展開が生まれる。ここで、それぞれの個別の成立過程を検討することはできないが、第2章で紹介したような公共サービス改革の動向が背景に存在したことを考えれば、公共型（行政直営型）のシステム、とりわけ措置制度を維持するという選択は支持を得ることがきわめて困難になっていたことは推測できる。

ドイツと日本の介護保険の成立過程を比較研究したキャンベルは、もし1994年の国民福祉税案が実現していれば、直営方式が採用された可能性が高いとしている。「もし税によって運営するという計画が成功したら、日本はほぼ確実に社会保険に移行するよりも、北欧モデルの長期的ケアの道に留まっただろう」（キャンベル：260-261）。

しかし、仮に財源調達方式が社会保険でなく税となったとしても、膨大な介護サービスの供給体制を行政直営で整備するという方式が日本で支持される可能性があったとは考えられない。キャンベルは、ドイツと比べて日本には「施設とコミュニティの両方のケアを直接提供する実質的な基盤があった」（キャンベル：260）ことを強調しているが、日本では、措置委託制度を通じて民間事業者を活用する伝統もまた強かったことを軽視しているのは間違いである。

ただ、介護において措置委託方式のままで民間団体を活用するという選択肢も、利用者の選択権やサービスの質や効率性の向上の必要性を考えると、やはり支持されるものではなかつただろう。

なお、財源における税方式が供給の直営方式とセットであり、社会保険方式が準市場とセットだというキャンベルの議論でも前提になっている考え方は、従来の傾向としては概ね事実であったとしても、税方式で提供される公共サービスに準市場を採用するというのは、すでに紹介したフリードマンの教育バウチャーの提案からも分かるように、原理的にはまったく矛盾はないことには注意を喚起しておきたい。

こうして、医療制度においてすでに採用されていた準市場という仕組みを他の分野でも採用するという意識がどこまで明確であったかは確認できないが（市場原理を導入するという意識は明確であったと思われる）、事実上、準市場に相当する仕組みが保育、高齢者介護、障害者福祉、保育所、幼稚園の分野に次々と導入されていくことになる（なお、利用者の側について言えば、準市場という仕組みは、医療制度ですでに経験していたためにそれほど理解しにくいものではなかつたのではないかと推測される）。

以下では、それぞれの分野における準市場の概略を確認するにとどめる。

まず、1997年の児童福祉法改正で導入された保育所の利用制度では、保護者が市町村に対して保育所の選択を含む利用の申請を行い、市町村は保育要件が確認されればその申請に応じることが義務付けられる。この場合、保護者と保

育所との間には契約関係はなく、むしろ市町村と保育所との間で委託契約が結ばれ、それに基づいて市町村から保育所に保育費用が支弁される。市町村は保護者から費用の一部を徴収する。利用者と保育所との間での契約関係がないという意味では準市場になり切っていないが、利用者が選択権を持ち、それに伴って保育所間に競争が生じる（公的資金は保育する児童の数に連動する）ので実質的には準市場が導入されたと言いうる。

なお、保育所間の競争に関わって、従来は社会福祉事業法において保育所は第二種社会福祉事業として位置づけられており、法的には社会福祉法人以外でもその実施が可能であったが、1963年の厚生省通知により原則として地方公共団体か社会福祉法人による運営が求められてきていたために競争は厳しく制限されていた。しかし、2000年3月の厚生省通知により、待機児童の解消を主目的とした規制の緩和が認められ、株式会社も含む社会福祉法人以外の者による保育所の設置が可能になった。しかし、社会福祉法人以外に保育所を認可する自治体は例外的なものに止まり、あとで紹介する2015年からの新制度実施に至るまで、社会福祉法人以外への参入規制が実質的な競争を制約する状況は大きくは変わらなかった（佐橋：100-116、古川1991）。

次に、2000年から実施された公的介護保険であるが、これは特に新しく本格的に事業化された居宅介護サービスを中心に典型的に準市場が導入された事例である。

市町村が運営主体＝保険者となり、40歳以上の国民が保険料納付義務を負う被保険者となり、65歳以上の被保険者が要介護認定を受けるとサービスの利用が可能となる（税でなく社会保険制度が採用された理由として利用者の権利性を明確にするという狙いがあった）。利用者は費用の1割を負担し、要介護度に応じた保険給付の上限まで9割公費負担でサービスを利用できる。

サービスの提供は、知事から指定事業者の指定を受けた事業者が行うが、どの事業者からサービスの提供を受けるかは利用者が選択でき、利用者と事業者の間で契約が結ばれる。事業者は利用者の要介護度に応じ、利用者の承諾を得て介護サービス計画を作成し、それに基づいてサービスを提供する。

選択と競争の実質化という点から見た一つの問題点は、居宅介護分野に関しては株式会社も含めて多様な供給主体が参入できるが、3施設といわれる介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に関しては、社会福祉法人のみに参入が制限されているということである（堀：145、佐橋117-140）。

次に、2003年からスタートした障害者福祉における支援費制度では、利用希望者（障害児の場合はその保護者）は、主に市町村から情報収集を行い、自らに必要なサービスを特定し、市町村に支給申請を行う。次に、市町村は申請にしたがって支給決定を行い、受給者証を交付する。支給決定を受けた申請者は、

受給者証を提示して指定事業者・施設と直接契約を結び、サービスの利用を開始する。サービスの利用者は、本人・扶養義務者の支払い能力に応じて定められた額を事業者等に支払う。同時にサービスの提供者は利用者負担分以外の費用を市町村に請求する。市町村は、その請求を審査した後、提供者に支払うことになる。指定事業者については社会福祉法人以外の参入も自由となっている。

支援費制度においては、施設訓練等支援費は都道府県（福祉事務所を設置しない町村の場合）または市が4分の1を、国が2分の1を負担し、居宅生活支援費は都道府県が4分の1以内を、国が2分の1以内を補助できることとされている。要するに、支援費の場合は、利用者負担分以外の公費については税によって賄われることになっている（佐橋：146）。

2006年に制定された障害者自立支援法では、支援費制度を継承しつつ、傷害の種別毎に身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法によって個別に提供されていたサービスを共通の制度のもとに統一的に提供することとした。費用の9割は市町村が負担し（利用者負担は1割）、市町村の費用の4分の1を都道府県が、2分の1を国が負担することとなった。この制度の骨格は2012年の障害者総合支援法にも継承されている。

最後に、2012年に成立した子ども・子育て3法に基づいて2015年4月から施行される子ども・子育て支援新制度においては、認定こども園、幼稚園、保育所を通じた「施設型給付」、および小規模保育などへの「地域型保育給付」が利用者の条件に応じて給付され（施設が法定代理受領する）、利用者は施設を選択し所得に応じた保育料を支払ってサービスを利用する。従来から幼稚園については、利用者が市町村から「幼稚園就園奨励費」という補助金を受け、幼稚園との間で契約を結んで保育料を払ってサービスを利用してきたが、今後は保育所についても利用者が保育所と契約を結んでサービスを利用する。

ただし、児童福祉法第24条において、保育所における保育は市町村が実施することとされているため、私立保育所における保育の費用は施設型給付でなく、市町村が施設に対して保育に要する費用を委託費として支払う形をとる。この場合の契約は市町村と利用者との間の契約となるが、実質的には利用者の選択権は存在するといえる。

供給者間の競争に関して言えば、新制度においては私立保育所の運営主体は社会福祉法人、学校法人以外でも「供給過剰による需給調整が必要な場合を除き」認可することとなり、事実上参入が自由化されるという大きな転換が実現したものの、私立幼稚園についての学校法人以外への参入規制が維持されただけでなく、認定こども園についても、学校法人、社会福祉法人のみに設置主体が限定された。このように、医療における医療法人以外への参入規制と並んで、教育における参入規制が維持されたことは、日本における準市場独特の重大な

問題点、つまり主務官庁制のもとでの特定公益法人に対する行政統制とセットで参入独占を保障するというシステムが依然として崩れなかったということの意味する（後 2014、内閣府子ども・子育て支援新制度施行準備室）。

6 準市場の問題点と制度設計の課題

日本においてすでに導入されている準市場が、たとえば従来の措置制度時代に比べて、利用者の選択権や供給者の競争を通じて公共サービスの改善をもたらしていることは事実であるが、準市場の想定されるメリットが十分現実化していなかったり、新たな問題点を生み出しているというのも事実である。

それらの不十分点や問題点を各分野の事例に即して具体的に分析することは今後の課題とせざるをえないが、先行研究を紹介する形である程度の議論の整理をしておきたい。

1990年代から公共サービスにおける供給主体の株式会社も含めた多様化や準市場化が推進されたスウェーデンの事例を検討した訓覇法子は、こうした「福祉ミックス」や市場化の問題点として次の4点を指摘している（訓覇：第IV部第3章）。

- ① 疑似市場において、利用者は顧客になる一方で、その社会的市民権が空洞化するのではないか。
- ② 顧客としての「選択」が保証される一方、市民の公的部門のコントロール（発言）が低下し、公共部門の責任が後退するのではないか。
- ③ 社会的統合が困難になるのではないか。
- ④ ニーズが需要に変換されるためには、経済力以外にも選択能力という潜在能力が不可欠である。

また、保育サービス（1997年改革以後 2015年4月以前）、介護サービス、障害者福祉サービスの3分野について準市場という視点から横断的な比較分析を行った佐橋克彦は、生産性効率、応答性、選択性、公平性などの評価基準に照らして、ある程度の効果がみられることを確認しつつ、「福祉の（一般的市場における）サービス化」をもたらしている点を強く批判している。

そこでの批判点は次の3点である（佐橋：225）。

- ① 選択や自己責任といった理念を通じて、サービスの枠組みを「利用者」だけに焦点化し、一般的市場における購入者や消費者としての位置づけに近似させつつあること。
- ② 大多数のニーズに着目し、それらへの権利性の付与を重視しつつも、少数者のニーズに対する権利性を希薄化しつつあること。
- ③ 「福祉サービス」は「より良い生活」を求めるための、アメニティ（快適

さ) 的性格を強め、「不可欠なもの」として捉えられていないこと。生活上の問題を解決するためのサービスを、自己責任や選択といった理念を通じて「より良い生活」を求める個人に焦点化し、社会問題に対応するためのサービスという視点を欠落させていること。

こうした批判の基礎にあるのは、準市場の導入は、「利用者にも提供者にも、そして規制主体としての行政にも、市場原理に基づく行動様式を要求する」福祉の「(一般市場における)福祉サービス」化をもたらすという基本的な前提がある。佐橋はそれを批判して、次のような対案を提示している(佐橋:226)。

「福祉問題を分断的『個』の問題とみなし、市場原理に依存することで解決しようとする『福祉サービス』ではなく、むしろ適切な援助関係の維持・発展が社会的に支えられ、また、なされるような『社会福祉サービス』として再構築することこそが求められているのではないだろうか。」

訓覇や佐橋の批判は、共通して、市場原理や一般的市場に対する強い不信感と、利用者としての個人の選択や自己責任を強調することへの違和感に基づくものだと考えられる。

しかし、彼らも、市場原理がサービスの質や効率性を改善させる誘因を供給者にもたらすというメリットや、公共サービスにおいて個人の利用者としての選択権や発言権が重要であること自体を否定するわけではないはずである。また、個人の利用者としての権利を強調したからと言って、それが個人が主権者として公的制度の在り方について政治的、社会的に発言し行動することの重要性を軽視することに直結するわけでもない。

市場原理や株式会社について言えば、「公共圏が善を独占し、民間セクターが悪を独占するというのは事実ではない。公共的組織はナイトだけによって運営されているわけではないし、民間企業は悪党だけによって運営されているわけではない」(ルグラン:55)というのが現実的な評価というものだろう。

しかも、そもそも準市場という仕組みは、利用者の選択権や供給者間の競争を導入するという意味では市場原理の導入であるが、同時に、利用者に対する購買力の付与や制度設計全般にわたる政府の役割も重視する制度である。そうである以上、その政府の役割をどのように設計するかによって準市場の実際の効果が大きく変わりうることは当然のことである。

ルグランは、準市場が良い公共サービスを提供することができる可能性が他のモデルよりも大きいことを明確に主張するが、同時に、その可能性を現実のものにするためには「適切に設計されなければならない」ことも強調する。

たとえば、教育については次のような事項を保障するようなメカニズムが不可欠だという(ルグラン:81)。「新しい供給者の参入が容易であること、退出が存在すること、重要な決定が政治の干渉から免れていること、選択に当たっ

て親が、特に低所得の親が必要な情報や支援を与えられていること、なかでも特に低所得層向けに通学費用の支援があることである。そして、いいとこ取りの機会や誘因は排除されるべきである。」

日本において準市場が意識的に活用され始めた 2000 年前後からまだ 10 数年しかたっていない。また、それぞれの分野の準市場は、多くの利害の間の政治的妥協を反映した制度設計ともなっている。こうした段階では、具体的な問題点を確認しつつ、それらが制度設計の工夫によってどの程度解決できるかを試みる過程を積み重ねることが最も生産的な方法だと考えられる。

そのような立場からすると、日本における 3 分野の準市場の実態を詳細に比較分析したこれまでで最も重要な準市場の実証的研究を行った佐橋が、具体的な問題点を数多く指摘しながら、それを制度設計の改善提案へとつなげるのではなく、一気に市場による「福祉サービス」への原理的批判へと議論を飛躍させていることは非常に惜まれる。

今後必要とされるのは、医療、高齢者福祉、障害者福祉、保育、幼稚園へと拡大して現実に運用されている日本の準市場の具体例に即して、「良い公共サービス」という基準からみてどのような問題点が生まれているのかを確認し、それらがどのような制度設計上の工夫によって解決ないし改善できるのかを試行錯誤するような実務と連携した研究だと考える（八代 2003、2011、2013）。その際に、ルグランの研究は最も有効な理論的枠組みを提供するだろうし、佐橋の実証的研究は継承されるべき重要な基礎になるだろう。

飯田洋介（2015）『ビスマルク』 中公新書。

岩井克人（2009）『会社はこれからどうなるのか』 平凡社。

後房雄（2009）「福祉国家の再編成と新自由主義——ワークフェアと準市場」、
日本行政学会編『変貌する行政（年報行政研究 44）』 ぎょうせい。

後房雄（2009）『NPO は公共サービスを担えるか』 法律文化社。

後房雄（2014）『『準市場』論から見た子ども・子育てシステム改革』、日本教育
政策学会編『教育ガバナンスの形態』 八月書館。

ガザ、J・グレゴリー（堀江孝司訳）（2014）『国際比較でみる日本の福祉国家』
ミネルヴァ書房。

柏木恵（2014）『英国の国営医療改革 ブレア＝ブラウン政権の福祉国家再編政策』 日本評論社。

キャンベル、ジョン・クレイトン（2012）「日本とドイツにおける介護保険制度
成立の政策過程」、『社会科学研究』 第 60 巻第 2 号。

訓覇法子（2002）『アプローチとしての福祉社会システム論』 法律文化社。

- 駒村康平 (2004) 「疑似市場論—社会福祉基礎構造改革と介護保険に与えた影響」、
渋谷博史／平岡公一編著『福祉の市場化をみる眼』ミネルヴァ書房。
- 佐橋克彦 (2006) 『福祉サービスの準市場化 保育・介護・支援費制度の比較から』
ミネルヴァ書房。
- 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。
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会。
- 新藤宗幸 (1996) 『福祉行政と官僚制』岩波書店。
- 菅谷章 (1987) 『日本社会政策史論 増補改訂』日本評論社。
- 須田木綿子 (2011) 『対人サービスの民営化 行政—営利—非営利の境界線』東
信堂。
- 炭谷茂編著 (2003) 『社会福祉基礎構造改革の視座』ぎょうせい。
- セイン、パット (深澤和子・深澤敦監訳) (2000) 『イギリス福祉国家の社会史』
ミネルヴァ書房。
- 武内和久・竹之下泰志 (2009) 『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』集英
社新書。
- 内閣府子ども・子育て支援新制度施行準備室 (2015) 「子ども・子育て支援新制
度について」
(<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/pdf/setsumeipdf>)
- 中井健一 (2009) 「続・戦後日本社会福祉論争史 その3 措置制度論争」、『東
邦学誌』第38巻第2号。
- 中静未知 (1998) 『医療保険の行政と政治』吉川弘文館。
- 成瀬龍夫 (1997) 「社会福祉措置制度の意義と課題」、『彦根論叢』第309号。
- ハイエク、F.H. (渡部茂訳) (1988) 『新装版ハイエク全集第10巻 自由人の政
治的秩序——法と立法と自由Ⅲ』春秋社。
- パリエ、ブルーノ (近藤純五郎監修／林昌宏訳) 『医療制度改革』白水社。
- ヒル、マイケル／ゾーイ・アービング (埋橋孝文／矢野裕俊監訳) (2015) 『イ
ギリス社会政策講義』ミネルヴァ書房。
- フリードマン、ミルトン (2008) 『資本主義と自由』日経BP社 (原著1962年)。
- 福田素生 (2011) 「医療保険の現状と改革」、斉藤純一ほか編『社会保障と福祉
国家のゆくえ』ナカニシヤ書店。
- 古川孝順 (1991) 『児童福祉改革』誠信書房。
- 古川孝順 (1997) 『社会福祉のパラダイム転換』有斐閣。
- 古川孝順 (1998) 『社会福祉基礎構造改革』誠信書房。
- 堀勝洋 (2009) 『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』ミネルヴァ書房。
- 八代尚宏 (2003) 『規制改革 「法と経済学」からの提言』有斐閣。

- 八代尚宏 (2011) 『新自由主義の復権』 中公新書。
- 八代尚宏 (2013) 『規制改革で何が変わるのか』 ちくま新書。
- 山岸敬和 (2014) 『アメリカ医療制度の政治史』 名古屋大学出版会。
- 吉原健二+和田勝 (2008) 『日本医療保険制度【増補改訂版】』 東洋経済新報社。
- リッター、G.A. (木谷勤ほか訳) (1993) 『社会国家 その成立と発展』 晃洋書房。
- ルグラン、ジュリアン (後房雄訳) (2010) 『準市場 もう一つの見えざる手 選択と競争による公共サービス』 法律文化社。
- Friedman, M. (1955) “The Role of Government in Education,” in R. Solo(ed.) *Economics and the Public Interest*, Rutgers University Press.
- LeGrand, J. (1991) “Quasi-Market and Social Policy,” in *The Economic Journal*, vol. 101.
- Salamon, Lester M. (ed.) (2002) *The Tools of Government*, Oxford University Press.