

Welfare and Market

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/34329

福祉と市場

横 山 壽 一

はじめに

- I 福祉改革と福祉の市場化
- II イギリス医療・福祉改革と市場化
- III 準市場と福祉における市場の特性
- IV 福祉の市場化と選択の自由—スウェーデンにおける「選択の自由革命」
- V 選択の自由をめぐる議論

おわりに

はじめに

1990年代前半から始まり今日なお途上にある福祉改革は、この20年余りの間に夥しい数の法・制度の改正を通して福祉制度の様相を大きく変えた。その変容は多岐にわたるが、改革を推進する側がその軸に据えたのは、従来の利用・提供の仕組みに市場的要素を導入し、市場における売買と実質的には変わらない仕組みへと置き換えることであった。「市場化」と呼ばれるこうした改革は、バブル崩壊以降、経済政策において影響力を強めやがて主流を占めるようになる新自由主義的改革の一環として具体化され推進された。

かかる市場化の動きは、1980年代以降、先進諸国の社会保障制度改革において、すでに多くの具体化をみてきた。例えば、準市場の概念でこの市場化の理論構築に寄与してきたジュリアン・ルグランやハワード・グレナスターらのイギリスの研究者が対象にしてきたのは、1980年代後半から本格化する国民保健サービス改革やコミュニティ・ケア改革であった。ほぼ時期を同じくして具体化されたドイツにおける疾病金庫の選択加入制度の導入等の医療

保険制度改革、オランダの医療制度改革など、いずれも市場的要素を導入する点で共通していた。医療費の増大に直面していた先進各国の事情を反映して、社会保障制度のなかでも医療制度を対象にしてこの市場化政策が導入された。こうした動きをOECDは、医療における「擬似的市場メカニズム」の導入と特徴づけた¹⁾。

日本における社会保障制度の市場化は、措置制度の見直しの動きとして登場し具体化された。戦後の福祉制度を支えた措置制度は、福祉サービスの提供における公的責任、最低規制によるサービス水準の維持、福祉サービスに対する公費負担責任を内容とし、利用・提供の双方に行政が直接関与し最終的責任を負う仕組みであり、そこでは市場的な要素は基本的に排除されていた。市場化は、この措置制度の限界を指摘し、そこからの転換を求めるかたちで展開された。

措置制度の限界として主として指摘されたのが、利用者が選択できない仕組みであるという点である。措置は行政処分であり請求権は認められていないとの認識に立って、利用者の選択が可能な制度にするためには措置制度からの転換が不可欠との提起が繰り返し提起され、具体化されていった。この議論に見られる選択の自由の拡大を前面に掲げて市場化を進める動きは、日本だけではなく、ヨーロッパの福祉改革においても認められる。

本稿では、福祉制度の市場化をめぐる議論を検討し、福祉改革における選択の自由がもつ意味と役割について、権利保障の視点から考察する。

I 福祉改革と福祉の市場化

まず、福祉の市場化それ自体の捉え方をめぐる整理から始めよう。福祉制度は、一般的には、エスピン・アンデルセンが福祉レジームのキーワードのひとつとして用いた「脱商品化」²⁾に示されるように、市場からは独立した存在、つまり、市場メカニズムが機能する市場とは区別される独自の仕組みを持つ制度として位置づけられてきた。「市場の失敗」から生じた社会制度として取り上げられることも少なくないが、その場合も含めて、福祉と市場の関係が論じられるのは、もっぱら、両者が異質な存在であることを確認すると

いう文脈においてであった。

しかし、福祉制度の変容とともに両者の論じられ方にも変化が現われる。福祉と市場をこれまでのように異質なものとしてではなく、相互に影響を及ぼし合うものとして位置づけ、両者の望ましい関係を論ずる議論が登場するようになる。そうした変化は、福祉制度の改革をめぐる議論とその具体化を反映した結果に他ならない。

その転機は、1970年代半ばにおける高度成長時代の終焉とその結果として生じた「福祉国家の危機」に求めることができる。高度成長の終焉は、戦後の福祉国家を支えてきた「経済成長」「完全雇用」「社会保障」を三本柱とする政策体系、それを可能にしてきた三者の相互促進的な関係に終止符を打ち、成長優先の再編時代をもたらした。それは、福祉国家の本性が現代資本主義国家であることからして、当然の帰結であった³⁾。

かかる成長優先の再編時代の基調とされたのは、福祉国家の下で張り巡らされた経済的規制および社会的規制によって市場に加えられた制約を取り除いて市場機能を取り戻し、その力で再び成長軌道にのせること、つまり市場主義による福祉国家の再編であった。こうして成長と雇用・福祉との「平和的」関係は終わりを告げ、経済成長を独立変数、雇用・福祉を従属変数とする「本来の」資本主義的体制へと再び逆戻りすることになる。

先進各国は、それぞれ違いはあるものの、1980年代初頭には総じて市場の復活・強化を唱える新自由主義・新保守主義的勢力が政権につき、かかる再編の具体化を進めた。福祉と市場の関係に変化が生じたのは、この具体化の過程である。とはいえ、戦後の福祉国家体制の下で構築され社会に深くビルドインされた福祉制度そのものを全面的に排除することはできない。そこで実際には、市場を強化する方向で福祉制度を再編すること、具体的には、福祉制度に市場原理を導入し、福祉制度にも市場の機能が働くように仕組みを組み替え、市場の機能を強化する「改革」が提起され具体化された。福祉と市場の論じられ方が変わり、両者の望ましい関係が論じられるようになるのは、おおよそ以上のような経緯による。

II イギリス医療・福祉改革と市場化

こうした福祉制度の改革にいち早く乗り出したのが、巨大な公的部門を抱え、成長力の低下にあえぐイギリスであった。イギリスの福祉改革は、公的部門に民間企業の経営理念や経営手法を導入することで効率化・活性化を図ろうとするニュー・パブリック・マネジメントの思想に沿って具体化され、国民保健サービス(NHS)、コミュニティ・ケア、教育、住宅などの領域への市場原理の導入が図られた。以下では、NHSとコミュニティ・ケアを中心に取り上げる。

福祉制度への市場原理への導入は、決まったスタイルがあるわけではなく、それぞれの国の置かれた政治的・経済的状况によって、また、各領域の性格の違いによって多様なスタイルを取り得る。具体化のポイントは、制度の利用・提供の仕組みを競争的な性格に変えることにある。というのは、市場構造が競争的であることが市場メカニズムが機能する状態に他ならないからである。先に触れたように、OECDは各国の医療制度改革を医療における競争の促進をめざした「擬似的市場メカニズム」の導入としてとらえたが、その際、具体的なタイプとして、①購入者(purchaser)と供給者(provider)との分離、②消費者をめぐる購入者間の競争の導入、③購入者をめぐる供給者間の競争の三つを挙げている。そして、第一のタイプの代表例としてイギリスのNHS改革を挙げている。ちなみに、第二のタイプにはドイツ、オランダにおける保険者間の競争の導入、第三のタイプには同じくドイツ、オランダにおける購入者(保険者)と供給者(医療機関)との個別の保険診療契約の締結による医療機関同士の競争の導入が、それぞれ挙げられている⁴⁾。

では、イギリスにおけるNHS改革では、何がどのように改革され、市場メカニズムがいかにして導入されたのだろうか。その内容を1990年の「国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法」(1991年4月施行)で確認しておく。まず、NHS本体から独立したNHS病院トラストを創設して新たな供給者とし、これまで医療サービスの購入者でもあり供給者でもあった「地区保健当局」(District Health Authority)は購入者とすることで、購入者と供給者を分離し、供給者(NHS病院トラスト)間の競争関係を創出した。また、これまでプライマ

リケアを担当しかつ病院診療のゲートキーパーの役割を果たしていた一般医 (GP: General Practitioners) のなかに、一定の要件を満たす一般医をあらたに予算保持一般医 (GPFH: GP FundHolders) とし、NHS病院トラストで診療を受ける患者の費用をGP自ら購入できる仕組みとした。そうすることで、病院相互の間に競争を創り出した。この措置は同時に、住民が³GPFHか非GPFHかいずれかを選択する方式をとることから、GP間の競争も生み出した⁵⁾。

以上のように、イギリスにおけるNHS改革においては、サービスの購入者と供給者との分離が、市場メカニズムを導入する方法として採用された。こうした方向でのNHS改革は労働党政権に交代して以降も継続された。もっとも、その内容は大幅に変更されて当初の姿とはかなり異なっている。しかし、購入者と供給者を分離する基本方向は維持されている。その概要をみると、1997年の改革では、予算保持一般医の制度は廃止されて、その機能がプライマリ・ケア・グループ (Primary Care Groups) へ移され、さらに2000年の改革でその機能はプライマリ・ケア・トラスト (Primary Care Trust) に委譲された。このPCTは、NHS病院トラストのサービス購入者の役割を全体として担うことになり、それにともなって地区保健当局は、購入者の役割からも退き、もっぱら財政提供者としての役割を果たす存在となった⁶⁾。

NHSとともに福祉制度改革の対象となったコミュニティ・ケアにおける改革も、基本的にはサービスの購入者と供給者の分離を行うことによって市場メカニズムを導入し活性化を図る方法がとられた。具体的には、上述した「国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法」によって、自治体の社会サービス部は購入部門と供給部門が分離され、自治体は民間非営利や民間営利の供給者、希望があればインフォーマル・サービスの供給者からもサービスを購入し、利用者のニーズに見合ったサービスを提供する仕組みとなった。同時に、自治体は、コミュニティ・ケアの実施責任者として、利用者に対するニーズ・アセスメントとケアマネジメントを導入するとともに、地域に対するコミュニティケア計画の策定、監査部門の設置、苦情処理手続きの整備等が義務付けられた⁷⁾。

Ⅲ 準市場と福祉における市場の特性

福祉制度への市場メカニズムの導入は、福祉制度のなかに新しい市場を創出した。イギリスでは、この市場を「準市場」(quasi-market)と呼び、市場としての特性、機能するための条件、公平性・効率性から見た評価、メリットとデメリットなどをめぐる研究と議論が展開されてきた。その第一人者であるルグランとバーネットは、準市場について以下のように述べている。

「“市場”を用いるのは、独占的な国家による提供に競争的で独立した提供がとってかわるからである。また“準”を用いたのは、いくつかの重要な点で通常の市場とは異なるからである。その違いは、需要と供給の両面にある。供給サイドでは、通常の市場がそうであるように、供給者間での競争が存在している。独立した機関(学校、大学、病院、施設、住宅協会、個人家主)が消費者をめぐる競争している。しかし、通常の市場とは違って、すべての主体が利潤の極大化を求めているわけではない。つまり、私的な利益を求めているわけではない。……需要サイドについては、準市場では消費者の購買力が貨幣で示されるわけではないことである。それは、割り当てられた予算の姿をとったり、あるいは特定のサービス購入のための“バウチャー”、あるいは、権限を与えられた代理人による購買という姿をとることもある。また、多くの場合、何を購買するかを選択・決定を利用者が直接行うわけではないということも重要である。その選択と決定は、社会サービス部とかコミュニティ・ケアではケアマネージャ、あるいはヘルスケアではGPや保健当局がしばしば利用者に代わって行う。」⁸⁾

ルグランらは、以上を要約して、時として営利組織も含むが非営利組織が委託をめぐる競争すること、消費者の購買力が現金ではなく代理人だとか購買が割り当てられたバウチャーの形をとること、以上の点が通常の市場とは異なる準市場の特徴であるとしている。

ルグランは、日本での講演のあとの質疑応答でも「準市場とは何か」との質問に答えて、競争の力を用いるという点では市場だが、国家が購買者として振舞うこと、代理人が購買を決定すること、少しずつ違った動機をもった提供者が混ざり合っていることが通常の市場と違う点であると説明している⁹⁾。

また、パウエル(パース大学)は、ルグランらの以上の見解を紹介したうえで、準市場を特徴づける購入者と供給者の分離の理解について相違があり、さらなる意見の分布が存在することを指摘している。具体的には、両者の委託関係がsoftかhardか、直接的か間接的か、内的関係か外的関係か、以上の三つの次元によって8つに分岐するとしている¹⁰⁾。

ルグランらは、準市場の特性を一般市場と比較した場合の需要および供給の特徴から説明しているが、この説明で果たして準市場の特性が正確に捉えられているのだろうか。ルグランらが指摘している特性は、あくまで需要と供給の特性であって、市場自体の特性ではない。市場は需要と供給によって変動し、それぞれの特性が市場の変動を特徴づける関係にはあるが、より正確に言えば、需要と供給が織りなす競争のあり様が市場を特徴づけ、市場の変動を規定する。ルグランらの説明は、準市場における競争の特性については言及しておらず、その意味で市場の特性論としては不十分である。

市場の特性を競争の性格から規定するためには、競争の行われる環境がどのような特性を備えているかを明らかにする必要がある。競争の自由を支える一般的条件は、価格競争の自由と参入・撤退の自由によって担保される。前者は、自由競争のもっとも基本的な条件で、市場の競争は究極的には価格をめぐる競争として展開される。ゆえに、価格設定の自由が確保されていることが、市場が競争的であるための不可欠な条件である。後者も、競争の基本を支える条件で、市場の競争が閉じられた環境ではなく、競争者が自由に入出りできる環境の下で行われる場合がもっとも競争的である。

準市場の特性は、したがって、この二つの競争の自由を支える一般的条件が具体的にどのようになっているのか、つまり、どの程度の自由度が確保されているのか、どのように規制が加えられ、制約が課されているのか、そうした視点から特性が評価される必要がある。例えば、公定価格が定められたもとは価格競争の自由は基本的には排除され、サービスの質をめぐる競争、コスト削減をめぐる競争が競争の主要な内容になる。また、事前規制が行われていれば参入・撤退の自由は大幅に制限され、競争も限定的なものになる。とくに営利法人の参入が認められているかどうかは、その市場の競争に大きく影響する。というのは、営利法人はもっとも市場に適合的な組織であり、

それゆえに最も競争的な資格を持つ組織だからである。

Ⅳ 福祉の市場化と選択の自由—スウェーデンにおける「選択の自由革命」

次に、福祉の市場化と選択の自由との関連に関する議論を取り上げる。後にも見るように、この両者は一体不可分のものとして議論され、具体化が図られてきた。具体的には、ある時は、選択の自由の確保が福祉の市場化の直接の目的及び課題として位置づけられ、またある時は、福祉の市場化の主要な効果として選択の自由の実現が謳われた。日本では、措置制度からの転換の議論において、こうした提起が行われたが、同様の議論はヨーロッパ職においても認められる。その象徴的な動きとしてスウェーデンの選択の自由革命を挙げることができる。

スウェーデンは、エスピン・アンデルセンの三つの福祉国家レジームのうちの社会民主主義レジームのひとつとして位置づけられた「普遍主義の原理と社会権の脱商品化が新中間層にまでその効果を及ぼしているような国」¹¹⁾である。日本的な言い方をすれば、巨大な措置制度をもつ公共部門中心の福祉先進国である。スウェーデンでは、福祉サービスはコミューンが責任を持ち、コミューンによるサービス提供(いわゆる直営)、コミューン財政による公費負担を基本的なスタイルとしてきた。その方式に変化が生じ始めたのは、1980年代に入って以降の公共部門の見直し・効率化を求める動き、具体的にはニュー・パブリック・マネジメント論の進展を契機とする。1991年に戦後初めて社民党政権から保守・中道政権へと交代が行われるが、その政権が唱えたのが「選択の自由革命」である。そこでは、国の最終的な責任・公的な財政による維持の堅持を謳いつつ、サービス提供(生産)については常に公的に行われなければならないというわけではないとして、民間セクターの導入を求め、民間への国庫補助の制度化など、その具体化を進めた。この当時に使われた「選択の自由」は、民営化とほぼ同義で必ずしも利用者の選択の自由を指していたわけではなかった。1994年に復帰した社民党政権も、プライマリケアや介護の多様性とそのため民間団体と自治体との契約締結を部分的ではあるが認めた。

2006年に再び登板した保守連立政権は、「顧客選択制度」に乗り出し、文字通り利用者の選択の自由を促進する「自由選択法」を成立させ、2009年に施行された。同法は、「本法に基づく自由選択システムとは、購買主たる当局が承認し契約を締結した供給者のなかから、サービスを提供する供給者を選択する権利を利用者たる個人に与えることを目的とするものである」と謳い、個人の自由な選択を可能にするために、供給者に関する情報を当局が利用者²に提供する責任を同時に謳っている。そして、政府も介護サービスに関する質の評価とそのための指標の開発および情報公開を進めた。2010年には、高齢者サービスの分野では、おおよそ1割の職員が民間に所属している。また、質を評価するための指標に基づいて評価が行われ、公表されるようになった¹²⁾。

スウェーデンでは、第一次の保守中道政権以降、公共部門における競争促進が進められ、高齢者ケアなどの分野で競争入札の方式が保守党の強いコミューンを中心に導入されてきたが、多くの場合、入札では一供給者を決定し、当該地域のサービスはその供給者に委ねられてきた。そのことが選択の自由を欠くものとみなされ、「選択の自由革命」は、上述のとおり「顧客選択制度」へと向かっていった。ここでは、「選択の自由」がいわば「供給者を選ぶ自由」に置き換えられ、複数の供給者による供給とその選択がもつぱら重視された。しかし、一供給者による供給、さらにはコミューンによるサービス供給で選択の自由が存在しなかったかといえばそうではない。というのは、確かに「供給者を選ぶ自由」は存在しなかったが、ニーズを充足するために必要な量と質を備えたサービスが提供されることで、それぞれが希望する生活を送ることが保障されていたからである。ここでは、いわば「生活を選ぶ自由」は確かに存在した。また、一供給者を決定するにあたっては、コミューンが責任を持って提供を委ねられる事業者を「選択する」プロセスが存在した¹³⁾。福祉における「選択の自由」を考える際には、「事業者を選ぶ自由」と「生活を選ぶ自由」の二つの面の区別と関連を明確にしておく必要がある¹⁴⁾。また、「事業者を選ぶ自由」については、利用者による選択か、行政による選択かの区別も重要である。「選択の自由」におけるこの二つの面は、選択の自由を市場の視点から考えるか、権利保障の視点から考えるかの違いとも結びついている。

V 選択の自由をめぐる議論

選択の自由における二つの側面は、選択と競争をめぐる様々な論点を生み出してきた。

ルグランが『準市場』取り上げている選択と競争をめぐる論点の多くも、二つの側面が孕む対立的な関係と関わっている。ルグランは、二つの側面として明示してはいないものの、彼が取り上げた選択とサービスの質、選択と公共圏などの論点は、実質的には二つの側面の位置づけと関わっている。以下、ルグランの議論を手掛かりに、この二つの側面のより具体的な検討を行う。

ルグランは、公共サービスを提供する方法を「信頼のモデル」「命令と統制のモデル」「個人的、集団的な発言モデル」の三つに整理したうえで、もうひとつのモデルとして「選択と競争モデル」を取り上げ、このモデルが他のモデルと比べて「一般的に、供給者に対してより良い誘因構造を与え」、その結果として「質の高いサービスを効率的に、公平に、そして応答的な仕方提供する可能性が高い」との評価を与えている。しかし、このモデルをめぐる批判論も多いとして、主要な批判について検討を加えている¹⁵⁾。

そのうちの「人々は選択ではなく良いサービスを望んでいるのだ」との批判が、選択の二つの側面と直接かかわる論点を扱っている。ルグランは、質の高いサービスは選択と二者択一ではなく、むしろ選択は質の高いサービスを手に入れるための可能な手段の一つであるから、「質の良いサービスは選択を与えるシステムと選択を与えないシステムのどちらによって提供されると考えますか」と問うべきだとする。そして、人々は公共サービスにおいて選択がまったく存在しない状況を出発とする場合には選択を重視するとし、その根拠として、医療と教育における選択についてのイギリス人を対象とした世論調査などいくつかの調査結果を紹介している¹⁶⁾。

ルグランは、選択か質の高いサービスかという設定自体を排除していることから、ルグランにとっては選択のない質の高いサービスはありえないことになる。実際にも、ルグランは競争とセットになった選択だけが質の高いサービス提供を可能とするとしており、選択のないもとの高い質のサービスは考える余地すら与えられていない。注意が必要なのは、ルグランがここでい

う選択は、上記の区分でいえば「利用者による事業者の選択」であるということである。しかし、実際にはスウェーデンのように、行政による事業者の選択による質・量の確保というケースも存在する。だがルグランは、そもそもそうしたケースは想定していない。すでに述べたように、スウェーデンの場合、利用者が事業者を選択する自由はなく、それゆえに「選択の自由革命」が生じているのだが、利用者には一切の選択がないわけではなく、それぞれのニーズに応じて必要なサービスを利用し、希望する生活を選択できるよう行政によって保証されている。このことは、サービスの質・量が十分に確保されているもとは、事業者の選択は二義的な意味しか持たないこと、サービスの質の確保には、利用者による事業者の選択は、必ずしも必要条件とはならないことを示している。

そのことを踏まえて、ルグランが挙げた調査結果をあらためて注意深く見ていくと、必要量が充足されている公共サービスについて選択を問うたもの(例えば学校の選択)と、量的に充足されていない公共サービスについて選択を問うたもの(例えば手術待ちをしている患者の病院選択)とが含まれていることが分かる。この二つは選択の質が異なる。前者の場合には、どのような教育を受けたいかという本人の意向に沿う選択となるが、後者の場合は、手術を受けたいが受けられない状態の中でより早く受けられる病院を選択するという、いわば本人の意向というより不足のなかの必要充足のための選択を意味する。つまり、前者の場合は、各自の希望(どのような教育を受けたいか、将来の職業選択のために必要な教育は何かなど)が選択の主要な内容をなすが、後者の場合は、必要充足をかけた選択となる。後者の場合、選択がサービスの質を高める保証はどこにもない。

以上のことから、選択と競争は一体不可分ではあるが、利用者による事業者の選択が唯一の方式ではなく、行政による事業者の選択という方式もありうる。選択とサービスの質とは関連するが、必要量が充足されているもとの競争と不足しているもとの選択は質が異なること。また選択がいつでもサービスの質向上をもたらすわけではないことが確認できる。

これらの論点は、既に指摘したように、選択の自由を市場の視点から促進するか、権利保障の視点から促進するかという上述した対立と結びついてい

る。前者の場合、サービスの利用者と事業者が直接に相対し、利用者の選択が事業者間の競争を促す状態を実現しようとする。その際、競争を促進するために、事業者の参入をできるだけ容易にし、量的な確保も基本的には事業者の参入意向に委ね、質の確保も競争による淘汰と事後的なチェックによる悪質な事業者の排除で対応する方向を選択する。ここでは、利用者は市場のアクター(購買者)として登場する。後者の場合は、行政が事業者を選択しサービスを買って取り利用者へ提供することで、サービスの質と量の確保を行政の責任で実現する方向を選択する。ここでは競争および市場は活用されるものの、アクターは行政と事業者であり、利用者は市場には直接登場せず、権利の主体として行政と向き合う¹⁷⁾。したがって、選択の自由も、前者では事業者を選択する自由を意味し、後者では生活を選択する自由を意味する。ニーズの充足も、前者では利用者の選択に委ねられ、後者の場合は本人も選択するが、最終的には行政の評価と判断に委ねられる。そのいずれを選択するかは、究極的には行政の市場に対する対応によって決まる。

おわりに

福祉における選択の自由は、いかなる福祉理念と結びついて具体化されるかによって、全く異なった姿を取って現れる。はじめにで触れたように、日本およびヨーロッパでは、選択の自由は福祉の市場化とセットで具体化され、もっぱら事業者を選択する自由の保障あるいは拡大として具体化された。さらに言えば、日本では選択の自由のために福祉の市場化が唱えられ推進されてきた。日本の現実が示すように、こうした市場化とセットになった選択の自由化は、サービスの利用・提供を利用者と事業者の当事者同士の直接的な契約関係に変え、公的制度に不可欠な行政による責任を後退させる。こうした枠組みのもとで行われる個人の選択・決定によるサービスの利用は、その結果も含めて個人に責任を負わせることになる。その結果、事業者の選択はたしかに実現はしたが、ニーズに見合ったサービスの充足は個人の選択に委ねられ、結局は個人の意向と支払い能力の度合いに委ねられることとなった。その結果、サービスが十分に利用できず、本人の意向とは異なる生活スタイル

ルで過ごすことを余儀なくされる人たちが大量に登場することとなった。

こうした選択の自由の対極にあるのが、人権保障をベースとした選択の自由の保障である。具体的には、「選択の自由革命」以前のスウェーデン方式である。ここでは、事業者を選ぶ自由は制約されるが、行政の責任による必要なサービスの確保によって、生活を選択する自由が確保される。これが、本来の意味での選択と「自己決定」、権利としての選択の自由に他ならない。

いずれが福祉制度にふさわしい選択の自由か、おのずと明らかであるが、スウェーデンの「選択の自由革命」にみられるように、権利保障としての選択の自由を唱える国でさえ、市場化の洗礼を浴びる状況にある。その際、見落としてならないのは、市場化を制度に導入する場合でも、サービスの量的・質的確保の責任は行政委が負うことを明確にし、国民を直接市場に投げ込む方式とはとらない、競争は促進するが事業者間の競争に限定し、国民をその渦に巻き込まないなど、市場をコントロールすることで権利保障としての性格を維持する方式が選択されていることである。その点に照らせば、日本の福祉の市場化は、市場に多くを委ね、しかも国民を市場に投げ出すという点で、権利保障としての性格が最も弱い方式である。そこからの脱却を、他国の経験を手がかりにどのように進めていくか、その行方が問われている。

- 1) OECD, *A Caring World : The New Social Policy Agenda*, Paris, OECD, 1999, p109
- 2) エスピン・アンデルセンは、労働力の脱商品化を「社会サービスが人々の権利とみなされるようになり、また一人の人間が市場に依存することなくその生活を維持できる」とことと説明している(岡澤憲芙・宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房、2001年、23ページ)。
- 3) 福祉国家の危機と転換については、横山壽一「『福祉国家』の危機と社会保障政策の転換」『立命館経済学』第35巻第3号、1986年8月、参照。
- 4) OECD, *op. cit.*, pp109-110
- 5) 榎原朗『イギリス社会保障の史的研究Ⅴ』法律文化社、2005年、第1章、第2章
- 6) 同上、第3章、第4章
- 7) 平岡公一『イギリスの社会福祉と政策研究』ミネルヴァ書房、2003年、72～74ページ。
- 8) Julian le Grand and Will Bartlett ed., *Quasi-Market and Social Policy*, 1993, p. 10
- 9) 郡司篤晃編著『医療と福祉における市場の役割と限界』聖学院大学出版会、2004年、

70ページ

- 10) Martin Powell, Quasi-markets in British Health, *Policy Social Policy and Administration*, volume37 December 2003 pp. 726-728
- 11) エスピン・アンデルセン, 前掲書, 30ページ。
- 12) スウェーデンにおける「選択の自由革命」については, 奥村芳孝『スウェーデンの高齢者ケア戦略』筒井書房, 2010年, 第12章, 西上彰俊『揺れるスウェーデン』新評論, 2012年, 第4章, 吉岡洋子「2000年以降のスウェーデンにおける高齢者福祉—「選択の自由」拡大とそれに伴う諸対応の展開—」『海外社会保障研究』第178号, Spring, 2012, 参照。「選択の自由」の促進は保育・教育にも広がり, 株式会社立の学校も登場している(奥村芳孝「選択の自由と私立保育園・学校の増加」『医療・福祉研究』, 第21号, 2012年)。
- 13) 奥村芳孝「スウェーデンの高齢者福祉最前線」筒井書房, 1995年, 参照。
- 14) 横山壽一「社会保障の再構築」新日本出版社, 2009年, 91~93ページ。
- 15) ジュリアン・ルグラン, 後房雄訳『準市場 もうひとつの見えざる手』法律文化社, 2010年, 第2章「選択と競争」。
- 16) 同上, 44~46ページ。
- 17) 上述したイギリスにおけるコミュニティ・ケア法によるサービスの提供も, 自治体が事業者からサービスを買取り, 自治体の責任で利用者に提供する仕組みであり, 競争関係にあるのは事業者と利用者ではなく, 自治体と事業者の間である。