
公的介護保険とモラルハザード 医療と介護に見られる相違面の制度化

私は元々財政の専門家でありまして、ドイツの財政を長くやっております。ですから、医療も介護も分かりません。

ドイツの介護保険の関係で勉強を始めた新規参入者なんです。昨年度ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成をいただきましたのを機会に、研究を始めたという状況であります。先程の開原先生のお話で、日本では医療や介護についての政策研究が非常に遅れているとのご発言がありましたが、私も本当にそう思っております。経済政策学会とか財政学会で、私みたいな者がこういう報告をしてもほとんど聞いていただけないのですが、今日はこんな大勢おられるんでびっくりしています。



鹿児島大学法文学部
(経済情報学科)教授

山田 誠

最初に私の主張であります。ここで申し上げたいことは、先程、大友先生がスライドで新聞記事を見せてくださいましたが、あそこで問題になっているような事柄を政策として制度化する場合に、理論的な側面からもやはりきっちり考えるべきではないのか、ということです。

高齢化の進展、そして厳しい財政状況の下で、社会保障制度の運用に際してモラルハザード（或いは日本語で言いますと道徳的危険）というような問題に大きな関心が集まっております。その場合、モラルハザードの対策は2つのレベルを区別する必要があるかと思いません。

1つは、医療で言えば医師と患者の側で費用節約の動機が無い為に結果的に医療制度全体の支出が膨張してしまう。この局面については直接規制、それから誘導メカニズムをどう組み込むのか、が問題になります。

その場合にも、日本の経済学というのはアメリカの経済学の流れを非常に強く受けていて、医療の経済学というものはかなり流行ってきております。従って、そういうモデルはかなり出ているわけです。

もう1つは、いわばミクロの次元です。当事者の代理人となるべき人々...医者であったり介護の提供者（介護ホームヘルパーや家族）であります...、その人達は本来当事者の代理人であるはずなのに、その人達の満足度よりも自己都合を優先させてしまうという局面であります。ここでは、要介護者の選択の自由さが問題になります。

日本の制度を作るプロセスでは、こういう理論的な問題をあまり真っ正面からは受け止めていない。先程の先生が介護の例でお話下さったように、そういうことは社会保障の研究者だとか或いは実際のケアに従事されている方は随分と問題提起をされています。けれども全体としてみれば、この両者が切れているというのが現実ではないか、と考えております。

せっかく新たに公的介護保険を新設するのでありますから、その介護保険では両方の局面のモラル・ハザード対策というものが組み入れられるべきだと考えます。

日本はドイツの公的介護保険を真似て作ったと言われています。外国へ行くと、日本は猿まねの国だといつも笑われるんです。そういうことの名人の国であるはずなんですが、この公的介護保険を見ますと、後から導入するにもかかわらず、ドイツが持っているアイデアを充分活かしてないと思います。

2番目に私の主張したいのは、ただそれを従来のように政策だけで言うのではなくて、サービス特性と絡めて議論すべきであるという点であります。これに関しては、92年のファイザーの報告書ですでに長谷川先生がご報告されています。高齢社会というのは、疾病が量的に増え、そして質的に多様な治療介護需要（先生は医療需要と書いてますが）が増える社会だ、と言えるかと思います。

それをもう少し医療・介護の対象範囲及び社会保障の制度と結びつけて整理してみます。一方の側からは、急性疾患そして慢性疾患、長期ケアというふうに移って行くのに対して、もう一方の介護の方は、高齢者の場合に体力の衰弱、または、事故なんかにあって動けなくなったり、あるいは身体に障害が残る。そして要介護状態に陥ります。

この両者のサービスが重なり合うということは、皆さんよくおっしゃる。この時、一方は医療保険で扱われて、もう一方は介護福祉...社会福祉で扱われる。後者の場合には要介護の程度に加えて家族の環境及び所得という違う要素が判定条件に入ってくる。もし介護保険というものを導入して、要介護の程度だけにすれば、介護を医療保険と同じレベルで扱えるとする議論が多い。けれども、私はそこから、ある意味で落とし穴に入ってるという気がいたしております。といいますのは、医療保険の場合には、その背後には医療サービスの特性というものがああります。まず医療の場合には患者の訴えが次々に変わったりしても、少なくとも身体という限定があり、そこに治療の対象範囲が制約されているわけです。

もう1つは、医療経済学でしきりに言われることですが、情報の非対称性が非常に大きい。要するに医者への疾病に対する測定度と患者が持っている知識というものに月とスッポンぐらいの差がある。それと同時に治療法についても、医師の方が格段によく知っている。そういう前提で医療モデルは成り立っております。この特性を基礎にモデルを作りまして、モラル・ハザードが起こってくることを説明するのでありますが、そういうことは介護にあっては非常に起こりにくい。

介護は生活に直結しておりますので、身体の介護だけに終わらないですね。先程のご報告にもありましたように、家事の介護もあります。それから私が調査しましたドイツでは、心理的な相談相手になるとか、家の中だけに居たのではストレスがたまるので公園に出かける。あるいは、友達に会いに行くなど、移動それ自体も保険給付の対象になっております。従いまして、介護の範囲をどこまで取るかということの裁量が非常に大きいわけでありまして、それからもう1つ。最近、介護もりハビリとかで専門性が高まっておりますが、いくら専門性が増しても、命にかかわる医療の情報の非対称性と比べれば、その度合ははるかに小さいということがございます。

この2つを重ねますと、いわゆるミクロの局面のモラル・ハザード対策ですが、急性疾患の患者と比べたら要介護者の自己要求はものすごく強いと思うんです。そういう自己要求の実現度によって本人の満足感が大きく左右される。医療の場合、急性でガンだとか言われて、お医者さんに治療法などを説明されると、そのお医者さんをあまり信用してなくても、やっ

ぱりそうかなと思って8割方納得してしまう。ところが、介護の場合にそれほど納得するケースは少ないのではないかと思います。

ここで、公的介護保険のモラル・ハザード対策に関する日本とドイツの比較に移ります(表1)。1つは運営費に対する直接的な規制であります。これもマクロの局面とミクロの局面があります。ミクロの局面は日本もドイツも比較的似ています。マクロの局面を見れば、日本は支出実績に見合う保険料の設定となっています。ドイツの方は、逆に事実上、法定の定率保険料になっているんです。この仕組みだと、保険料はととも上げにくい。今の日本の消費税みたいなものでありまして、上げようと思うとかなり難しい。

その次に、どうやって誘導インセンティブを組み込むかの話なんですが、ここが本当は一番のミソです。

要介護者の満足度に関する説明では、図1は経済学でよく使うのですが、予算制約線を用います。千円なら千円でリンゴとミカンを買うときに、買える組み合わせはこの線上だったらどれも一緒になる、こういうふうな話であります。

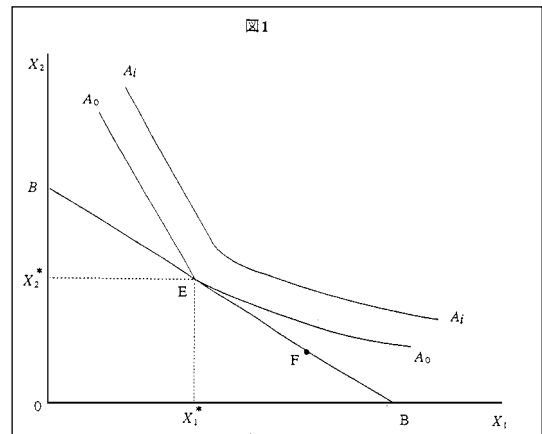
要介護者の満足度は、先程申し上げましたように、個々人で非常にバラエティに富んでおります。いつどこで、どういう介護を受けたいか。これを日本の場合には、原則的にケア・マネージャーが計画するシステムにしようとしているわけです。そうしますと、これはお分かりのように、本人しか分からない最適の組み合わせを他人が決めるわけでありまして、同じお金を投入しながら本人の満足度はより低いという状況を制度化してしまうこととなります。ドイツは、給付の組み合わせ・利用形態を全面的に要介護者に任せています。

もう1つ、ドイツの公的介護保険の誘導インセンティブは、実際の保険給付額と要介護者のコスト感覚を逆順位に設定している点にあります。介護にかかるコストを考えれば、施設介護にあっては初期投資が非常に大きいわけでありまして。もちろん施設を大きくして、たく

表1

表1 日・独の公的介護保険の構造概観		
構成事項	日 本	ド イ ツ
対象年齢	加入義務は40歳以上 給付対象は基本的に65歳以上	加入義務、給付対象とも 医療保険の加入者全員
給付対象	対象範囲は広い 虚弱者、軽度の要介護者も含む	対象範囲は狭い かなりの要介護者が対象外となる
サービスの提供	厳しい規則(指定または認定事業者) 福祉法人と民間事業者の併存 ケア・プランナーによるケア計画作成	在宅・専門・半専門・非専門サービス の混在。家族介護者も対象 施設:既存の福祉団体、規則緩和による新規参入
給付金額	要介護度に応じた段階的な上限設定	要介護度に応じた段階的な上限設定
給付形態	現物給付のみ	現物給付と金銭給付の選択制
管理組織	市町村	介護保険(実質は全国一本) (医療保険金庫の組織利用)
制度組織	市町村に審査会 学識経験者による合議体	医療保険医療認定サービスを用 [常設の組織]
保 険 料	3か年を期間とする賦課方式 スタート時の標準額は2500円	従来法定主義の賦課方式 1996年7月からは1.7% (それ以前は1.0%)
負担形態	労使折半 年金受給者も納付	労使折半 年金受給者も納付 (半額は年金管理者が負担)
徴収方法	公的医療保険が同時徴収 高齢者には、公的年金から源泉徴収 一部高齢者については市町村が直接徴収	公的医療保険が同時に徴収
財 源 構 成	公的資金4.5割 保険料4.5割 利用時負担金1割	保険料のみで公的資金の投入なし 追加サービスは自己負担で購入
財 政 調 整	全国的に徴収された資金を各経路で配分 財政安定化基金(県レベル) 相互財政安定化基金(広域市町村)	1.5ヶ月分の運転資金以外は中央の 調整基金に集中 各介護金庫の資金不足は月ごとに 完全補填
各経路の基礎整備	市町村(国の補助半額)	国(自治体の役割分担)

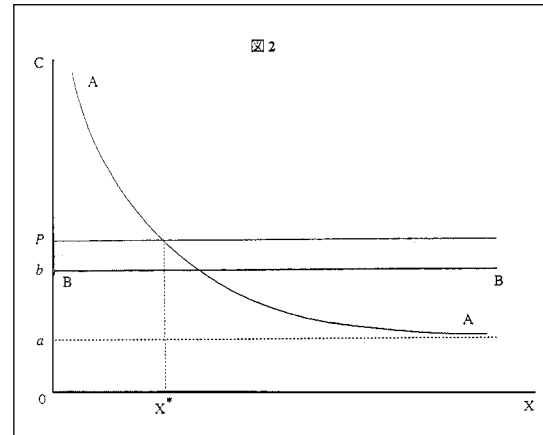
図1



さんの人が利用すれば、一人当たりのコストは下がってきますので、Aのようにかなり急カーブの右下がりの費用曲線になります（図2）。在宅でホームヘルパーを派遣するといった事業は、初期投資が小さいですし、パートタイマーの雇用形態を多用することも可能です。したがって、一人当たりのコストは、かなり水平に近くなると思います。これがBの曲線であります。

こうした曲線でいきますと、必要な介護サービスの量が低い段階は、当然のことながら施設の方が高くて、ホームヘルパーの方が安いという話になります。それから、ドイツを念頭において言いますと、家族介護にお金が出ます。この時、家族介護にいくらのお金を出すかは、ものすごく難しい。考え方は色々あるんですが、点線aよりも低い現金給付を設定すれば、少なくとも制度としては効率的であることとなります。

図2



保険の給付額も、こういうコスト差を反映して、一般には施設に入っている人に多いのであります。在宅ホームヘルパーを選択すれば、やはり給付は少ないんです。ドイツでも、日本でも大体こういう関係になっています。ドイツの現金給付はもっと低い水準になっているわけです。

誘導インセンティブを組み込むうえで、1番のポイントはどこにあるのでしょうか。1番コストの安い家族介護に皆が出来るだけ応募してくれて、それがだめな人は在宅介護に、どうしようもない重度の人だけが施設介護を選択してくれれば、その制度はもっとも効果的な政策になります。

ドイツの非常に面白いところは、政策立案プロセスで、要介護者の満足度からみて在宅介護が望ましいという世論形成に成功したことです。そして、公的介護保険でもこの優先順位を明記した。在宅で、家族介護が出来れば1番いい。その場合には現金給付をする。家族介護に対しては要介護度に応じて4万円とか13万円とかを出しますが、それをどう利用するかは本人に任せる。施設介護になりますと、自己負担が大体、一人月あたり20万円くらいかかる。つまり、3つの給付・コスト支払いの形態差を組み込んだわけでありませう。

このインセンティブは国民にとってのものすごく大きいものがあります。

要介護に認定されると、自分のところの家族なり知人に見てもらえれば、現金がプラス・アルファとして入ってくる。在宅介護で外部の専門家に頼んだ場合には、日本のように1割負担がありませんからタダです。施設に入ると月20万円くらい必要になる。この段階差が非常に大きい。この誘導インセンティブによって、結果的にはドイツの場合には要介護と認定された人の8割が現金給付を望むという状態があります。それは政策合理的なモラル・ハザード対策というものを考える面からいえば、かなり面白い事例だと思っております。