

介護保険制度における 安定的な制度維持のための一考察

吉 田 初 恵*

A Consideration about maintaining the stability of long-term care insurance system

Hatsue Yoshida

要旨：社会保険としてわが国の介護保険制度それ自体は、従来の措置制度や税による介護サービス供給に比較して、その意義と機能は十分に優れている。しかし、現行の介護保険制度にはいくつかの問題点を残したままであり、この制度を安定的に維持するためには、なお多くの解決されるべき課題がある。

本稿は、わが国の介護保険制度がなぜ社会保険制度を採用したのかについて、社会保険制度の意義と機能を明らかにし、次に介護保険制度の特徴や利点、社会保険制度固有の問題点、負担と給付の問題点、運用上の問題点から考察を加える。最後に社会保険制度それ自体がもたらすモラルハザードの問題、さらには現行の介護保険制度に起因するモラルハザードの問題を指摘する。制度を維持していくためには、これらの問題を克服する制度上での対応策と具体的な解決方法が必要である。他方では、社会保険制度自体で将来の介護サービス需要を充足できるのかどうかの反省と検討が必要となるであろう。

Summary : By comparing the present long-term care insurance system as a social insurance with the traditional long-term care service supply system by tax, it will be apparent that the effectiveness and the function of the social insurance system have various advantages. However, some important problems are left in the insurance system of our country, and so for this system to be assured continuity and stability, there are many problems to solve.

This paper clarifies the meaning and the function of the social insurance system, feature and advantages of the long-term care insurance system, peculiar problems of the social insurance system, problems of pay and benefits, problems in operation, and considers why the nursing insurance system of our country has adopted the social insurance system.

At the end, the problem of moral hazard in a social insurance in itself and in the Japanese present long-term care insurance system is pointed out.

A counter measure on the system that overcomes these problems and a concrete method of settlement are necessary to maintain the system.

On the other side, it will be necessary to reflect and examine whether only the social insurance system can be satisfied to meet the future demand of a long-term care service.

Key words : 社会保険制度の機能 The function of social insurance system 介護保険制度の利点 Advantage of long-term care insurance system 介護保険制度の問題点 Problems of long-term care insurance system モラルハザード moral hazard

*関西福祉科学大学社会福祉学部 助教授

I はじめに

今日、わが国の社会保障制度改革は行政改革等の様々な制度改革の中でも、特に重要な焦点の改革である。政府は1994年に「21世紀の福祉ビジョン—少子・高齢化に向けて」を発表し、①公正・公平・効率的な社会保障制度の確立②介護・子育て等福祉対策の飛躍的充実③自助・共助・公助による地域保険システムの確立を訴え、介護・育児重視と医療効率化の方向を打ち出した。その後、高齢者保健福祉推進計画(ゴールドプラン)、育児のエンゼル・プラン、障害者プランを通して、社会福祉の基礎構造改革が行われてきている。

特に高齢者保健福祉については、厚生省(現厚生労働省)は、家族依存型から社会全体で対応するように政策転換した。すなわち介護保険制度の創設である。それにより、社会保障の給付費割合を年金5・医療4・福祉1から年金5・医療3・福祉2にする根本的な変革を目指したのである。

こうした政策転換は、国民の保健福祉サービスに対するニーズや需要の変化によるものでもある。社会保障制度の年金、医療、介護、福祉のサービスは技術的には市場において提供することのできる私的財であるが、これらのサービスを完全に市場に委ねた場合には、市場の失敗、公平性の問題が起こる。そこで現代の福祉国家は、公正な社会を構築するために、これをメリット財として公共的管理の下においている。

今後も増大するであろう介護費用を賄うには利用者のニーズを把握し、適正な給付を行うと同時にこれに見合った公平、公正な負担がなされねばならない。この意味では、介護保険制度は21世紀の社会保障構造改革の試金石である。この制度の中には、従前の社会保障とは異なる様々な新しい試みが含まれている。

本稿は、まず、公的介護保険制度それ自体の意義と機能を理解したうえで、その後に、安定

的な制度の維持のためには、わが国の介護保険制度はどうあるべきかを検討し、それが抱える問題点と課題を明らかにする。最後に、社会保障制度それ自体とわが国の介護保険制度が具有するモラルハザードを指摘し、このモラルハザードを克服する手だてについて若干の提言を試みる。

II 介護保険制度の意義と機能

すでにわが国の医療保険制度の財政方式は社会保険方式を採用しているが、なぜ介護保険制度においても社会保険方式が採用されたのか、なぜ税方式ではわが国の介護保障¹⁾になじまないのかについて、検討を加えることによって介護保険制度の意義と機能を明らかにする。

(1) 社会保険と民間保険と税方式

わが国の社会保障制度は社会保険制度を中心としているが、社会保険の特徴を明らかにするために簡潔に社会保険・民間保険・税方式の各々の特徴を比較する必要がある²⁾。

わが国の社会保険に共通している特徴は①失業、疾病、高齢化など、保険事故の発生に際して給付が行われる。②社会保険料の拠出が受給の要件である。③受給と費用負担との間に個別的な対応関係がある。④個々の被保険者に固有な持ち分は存在しない。⑤事務費の公費負担など、公費負担を部分的に導入している等である。

これに対して、民間保険には次のような特徴がある。①任意加入である。②個々の被保険者に固有な持ち分が存在する場合が少なくない。③給付反対給付均等が原則であり、応能負担や扶助原理の要素は認められない。

さらに、税方式には次のような特徴がある。①保険料の拠出が受給の要件ではない。②受給とその費用負担との間に個別的な対応関係は存在しない。③社会保険料の「上限」に相当するものは、通常は租税には存在しない。

(2) 社会保険方式の本質的な特徴

以上のようなそれぞれの相違があるとして、個人生活にかかわる公的安全保障の方式の一つとしての社会保険方式の本質は何かといえば、大野（1994）³⁾によると給付面については、保険料の拠出が受給資格を得るための要件になっている。また、低所得ではなくて、保険事故の発生が受給の要件とされていることも、給付面の特質のひとつに数えられる。それらの点では社会保険方式は一種の保険制度である。負担面（財源調達面）については、社会保険料による財源調達の特徴は、個々の被保険者を単位とする拠出制にある。これは被保険者負担と同時に事業主負担にも当てはまる。なお、所得比例型の保険料には、「上限」が存在するのが通例である。

それでは、給付面と負担面（財源調達面）のどちらが社会保険にとってより本質的であるのか。確かに受給の要件として社会保険料の拠出があるが、国民皆保険、国民皆年金など国民全体を包括する保険制度の場合、あるいは普遍主義による医療保障の場合、社会保険方式と公的保険サービス方式の間に給付面での実質上の相違はほとんどない。また、保険事故が発生した場合に限り、給付が行われる点も基本的には税方式でも同じである。以上から、社会保険方式の本質的な特徴は、個々の被保険者を単位とする拠出制の財源調達方式を採用している点にあるということが出来る。その他の特徴や性格はこの本質から派生するものである。

(3) 医療サービスの特質及び介護サービスの特質と介護保険制度の特徴と利点

わが国の医療保険制度はすでに長い実績と経験をもっている。医療サービスの性質としては①需要の予測不可能性②需要時の所得の減少または損失③情報の非対称性④需要の消失（回復または死）の時期の不確実性⑤外部性がある。個人は一般に不確実な損失の危険に対して保険に加入することにより損失を回避しようとする。

しかしながら、この場合留意すべき点はいくつか存在する。第一に保険がどの様なリスクをカバーすべきなのかということである。病気になることによる人々の厚生損失一般を問題にするのであれば、疾病の治療にかかる経済的費用のみならず、その間に雇用を失うことによる所得の損失も対象にしなければならない。現在の日本の医療制度では病気の治療費については医療保険がカバーしているが、その間に失った所得については、医療保険の対象としていない。また、保険がカバーすべき疾病の範囲を決定する問題がある。疾病全般を対象にするのか、一部の疾病は保険対象から除くのかについて政策的判断が必要になる⁴⁾。

これに対して、介護サービスの場合にも①需要の予測不可能性②情報の非対称性③外部性が存在することはすでに指摘したところであるが⁵⁾、この場合保険を利用することによって、人々の経済的厚生が上昇し、医療サービスで述べたことと同じ論理が適用できる。しかしながら、消費者の年齢、病歴などによってある程度介護リスクを予測できる可能性もある。その場合、保険を利用することが社会的に望ましいとはいえない。

ただし、介護サービスの場合、いったん、介護リスクが発生して要介護状態になると、長期化する傾向にあるため、介護が終了するまでの期間が予測不可能であり、したがって介護リスクが発生したことによる費用の大きさについても予測が困難である。この場合保険料を設定することが2重の意味で容易ではない。それは、費用そのものの推定が難しい場合と発生したりリスクが複数年にわたって継続することから生じること起因する場合においてである⁶⁾。

このような特徴をもつ介護サービスに対して、税方式ではなくて、なぜ社会保険制度を採用したのであろうか。それには次のような利点があるからである。

①措置方式でなく契約方式がとられるために利用者に選択の自由がある、②介護サービスの

供給を促進させる、③自己負担の格差を是正する、④世代間の費用負担を公平にする、⑤医療保障給付費を抑制する等があげられる。以下にそれぞれについてやや詳しく述べる。

①選択の自由

措置制度では、利用者が自らの意思によって介護施設やサービス内容を選択することができない。また、介護サービスの提供が一般財源の制約によって制限されていたため、介護施設が慢性的な不足状態に陥り、さらに施設介護と在宅介護との間で公的なサービス供給の格差が大きいという問題も発生していた。これに対して、介護保険制度ではサービス利用は利用者とサービス提供機関の間の契約となるため、利用者がサービス提供機関を選択し、対等の関係でサービスを利用することができる。

②サービス供給の促進

介護保険制度によって、利用者の需要やニーズが今まで以上に顕在化するようになれば、民間事業者の参入が認められることから相まって、需要に対応した供給体制が整備される。

③自己負担格差の是正

従来の介護サービスは、それがほとんど同じ内容であるにもかかわらず、税方式による「福祉」と社会保険方式による「医療」という異なる2つの制度の下で提供され、そのためにさまざまな矛盾が生じていた。その代表的な例がいわゆる「社会的入院」である。自己負担が応能負担の「福祉」制度による介護施設より、社会保険方式の「医療」制度による病院の方が安上がりだったという事実もこの社会的入院現象の背景にある。介護サービスが社会保険方式で提供されることにより、所得による自己負担の格差が是正され、社会的入院を減らすことができるであろう。

④費用負担の世代間公平

介護保険では第1号被保険者と第2号被保険者1人あたりの保険料は、ほぼ同一水準に設定されるため、世代間の公平化が進むといえる。保険料負担面での世代間の所得移転は少なく

り、現役世代が減少し高齢者世代が増加しても保険料収入には影響しにくい財政構造になった。

⑤医療保障給付費の抑制

社会的入院の費用が医療保険の財源から支出されることは、貴重な医療資源の無駄遣いとなっていた。そこで、介護保険制度によって介護サービスが提供されれば、医療保険からの出費を節約することができる。

介護保険制度によって社会的入院が是正されるならば、医療保障給付費を削減することができる⁷⁾。

(4) 介護保険制度に内在する社会保険制度の問題点

しかしながら、他方では、介護保険制度に内在する社会保険制度の固有な問題点が残される。

①税方式および既存の保険制度活用方式(公的年金活用方式と医療保険活用方式)のような介護保険制度に代わる代替的方式がある以上は、それらとの比較検討が必要である。公的年金制度を利用する場合には、介護給付の方式の自由度が低くなる。医療保険を活用する場合には、医療との連携がはかれる利点がある。その反面、医療保険の制度間調整の必要性が生じるデメリットが考えられる。税方式には、その性格上、給付方式についての弾力性が高いというメリットがある。

一方、現行の介護保険制度では5割もの公費負担が導入されているので、今後財政当局の関与が強まり、給付の範囲、水準などが抑制されないかという懸念がある⁸⁾。

②保険料方式のなかでは、積立方式か賦課方式かの問題が残る。前者は現に介護サービスを受けるべき人や家族がいるのであるから、現実性がないが、他方の賦課方式は公的年金と同様に、現役世代からの所得移転が高齢化・少子化に伴って高まる危険がある。ただし、単なる高齢者への所得移転ではなく、要介護者をかかえ

る家族への移転を意味するから、同世代間の所得移転の意味を持つことになる。

③社会保険が独占保険であり加入先の選択が不可能である以上、非効率経営に対するペナルティーは排除されているという問題が残る。

④介護保険導入時は「保険あって介護なし」の状況が予想されたように、介護市場の需給バランスは保険加入を契機として大きく需要過多に陥る危険があった。今後は保険によって財源が賄われ、需要は多様となり巨大となるが、社会保険方式の利点の一つである疑似市場の成立に伴う競争誘因の導入により、多様な供給主体が積極的に参入するため介護サービス供給量は飛躍的に増える。サービスの質を高めながら営利企業や非営利組織の参入機会を刺激する施策が求められる。

⑤さらに重要な問題がある。それは、低所得者対策が講じられてはいるものの、保険方式では低所得者に不利になる点である。介護保険の保険料負担は低額年金生活者や障害者世帯にも及ぶのである。自己負担は一割だが、それでも自己負担額が重い低所得者はサービスの利用を極端に抑制している。一方で、高所得者は「20万円のサービスを1割の2万円で買えるならば安い」と考える。介護保険は高所得者に有利な社会保険となっている。

全国の2千2百万人の高齢者は、たしかに平均値でみれば、他の世代に比べると最も資産も貯蓄もある世代である。だが世代内部では貧富の差が大きく二極化している。したがって、高齢者からも応分の負担を求めるという発想は許されるが、だれもが保険料と利用料を負担しなければならない「保険」方式を採用したことは大きな問題を残している⁹⁾。保険料や利用料を払えない低所得者層への負担の軽減、保険料未納者への対応が必要である。

Ⅲ 介護保険制度における負担と給付の問題点

(1) 基本的な問題点

介護費用は、家庭における扶養機能の補完・

代替という観点からは、施設利用者にとって食費等生活費的な費用や在宅の住宅に当たる居住費的費用等は在宅者とのバランスから自己負担と認められ、給付は介護、生活援助部分に限定されている。

これに対して、介護手当・老人手当の社会保障を通じての現金給付が適当であるとされる議論がある。現実の状況はもっぱら財源を軸にした介護費用の操作が中心であるという批判からは、基本的には老人介護に苦しみ介護家族の実態を考慮すべきであり、したがって介護手当では家族扶養に対する公的支援という性格から、社会手当で支給すべきであるとする。このような在宅での介護者の経済的評価をすべきであるという意見は社会福祉分野では強い。その場合、高齢者の介護とは何かを限定する必要がある。介護の意思決定者、サービスの受益者、費用負担者は誰かである。たとえば介護需要は家族か要介護者個人か、前者であれば、機会原価の介護費用が家族に給付されるべきであり、介護ができない場合には家族機能の代替としての介護サービスを購入すればよい。後者であれば、要介護者個人に給付され、個人の責任において家族か外部のサービスかを選択することになる。

また給付額について、家族であれば、家庭内生産（機会原価・時間）、子世代の負担能力、相続程度が問題となり、要介護者であれば、要介護者の遺産を含めた負担能力、市場のサービス価格などが問題となる。

提供されるサービスと遺産相続との交換関係については、遺産が多いほど同居する確率が高い事実がある。貯蓄の取り崩しよりも遺産相続によって子世代への所得移転をする現実から、介護および介護費用と遺産動機の研究、たとえば暗黙の年金契約仮説（仕送りとして借り入れて遺産で返却する）、戦略的遺産動機仮説（介護サービスの対価として遺産を残す）などの研究が行われるべきである¹⁰⁾。

次に、現物給付か現金給付かの基本的な問題

についてみる。

①介護の生産性

家族介護と社会的介護の比較が重要問題である。介護の質の問題、さらには同一の質であればヘルパーの規模の利益の可能性（たとえば所要時間）があるのではないかという問題がある。

この種の問題は「身の回りのお世話」か「自立支援」かの「介護の意義」によって異なる。後者であれば、時間は生産性の要素にはならない。また両者の（とくに家族介護の）介護の評価が困難であるから（とくに自立を促す介護）、単純には家族介護擁護論はできない¹¹⁾。

②現物給付

利用者のコスト意識が低くなり、過剰なサービスを受ける可能性が高いことは医療の世界では認められるが、それは医療報酬が出来高払いであることによる。介護報酬は支給限度額があり、サービスも定額払いであるから、消費者にとってコストが計算できるので現物給付でよいとされる¹²⁾。

③現金給付

収容能力の代用としての家族介護への補償、家族介護という無償労働への評価として認められる。家族介護と公的介護の自由選択を可能にするとして、主として経済学者は、自由意思にゆだねるべきこと、ニーズを知らせることで市場メカニズムを通じた効率的な資源の配分を可能にするとしてこの立場にある。

現実の問題として、在宅ケアではいかに現物給付がなされても負担は残る。老々介護の増加などで、さらに家族の介護能力が低下することによって、入所へのニーズが顕在化する。この「ホーム移住効果」「ホーム吸引効果」を避けるためには、現金給付の導入も一考の価値があるのである。

これに対して、補助金としてとくに女性の家族介護を固定させる、家族が流用することでサービスの質の向上を保証しないという指摘もされる。主として医療・福祉関係者は、要介護者

の自立支援を基本とすれば、専門性が重要で個人の自由裁量にゆだねることはできない非効率であるとする。

要するに、介護の社会化の程度は、コスト以外の要素が多いが、コストに限って言えば、負担の軽減を求める地域では家族介護に給付をし、求めない地域では多くの負担をすることになる。

結局は、「消費者主権」に対する信頼性の問題に帰着するが、それは「情報の非対称性」の程度によって異なるから、比較的軽度な介護では、介護サービスと代替する家事サービスを認めて、選択させることができるし、他方で重度の介護サービスは現物給付が適当であるということが出来る。「福祉切符」（バウチャー）の制度も考えられるが、この場合にも専門家のケアプランによって自立を支援するものであることが求められる¹³⁾。

(2) 負担は公正か

①介護サービスの対価としての保険料の正当性

保険料負担について、とくに 65 歳以上の第 1 号被保険者にも保険料について、各市町村の介護費用や高齢者数等の地域の介護需要などを基礎に、保険者である市町村が第 1 号被保険者の保険料を決めているので市町村間に保険料格差が生じている。しかも、同じ保険料であっても介護サービスの内容が異なる場合もあり、介護サービスの対価としての保険料の正当性がより厳しく問われてくる。市町村間の保険料の格差は 4 倍以上という調査結果もある。このような大きな格差は介護保険制度への不信と不満を招く。また、第 2 号被保険者の保険料は医療保険に上乗せして徴収されるので、医療保険の未納者や無保険者等が増加する傾向からは、医療保険の健全化が先決の問題でもある。

②第 1 号被保険者の保険料負担についての問題

第 1 号被保険者の保険料負担は、所得に応じ 5 段階の保険料額が定められていたが、この 5 段階の区分が、所得の分布に応じた細かい区分

ではなく、半数以上が5段階の下から2番目までに入っていた。つまり医療保険料の年金控除後の保険料と同様、低所得者内の刻みが粗いのである。介護保険料の減免措置を多くの市町村が計画しているが、それはこうした粗い保険料の段階設定があるからである。低所得者にも保険への参加意識を高めてもらうために、一定の負担をとという意図は理解できるが、そのことと、きめの細かい所得区分による負担の設定とは矛盾しないはずである。年齢とともに所得や資産の格差は拡大するという現実があり、それを踏まえると、高齢者に一律に負担増を求めるのは非現実的である。したがって、同一世代内での所得・資産の再分配の可能性を探る必要がある¹⁴⁾。

高齢者は必ずしも経済的弱者でなく、むしろ高齢者世帯に高額所得世帯が多いことも事実である。すべての高齢者世帯に対して、公費負担や負担免除をすることは公平性を欠く。他方で、高齢者ほど所得階層分化が大きいことから、適正な費用負担が問題となる。高齢者の所得格差・資産格差を基準とした費用負担の制度を明確かつ詳細に規定すべきである。とくに資産格差が重要である。また費用負担の基準になる課税の算定方法にも問題が波及する¹⁵⁾。

③雇用主負担の問題

組合健保と政管健保に加入している第2号被保険者の保険料について企業に労使折半の負担を求めている点である。もともと社会保険料を雇用主が負担することは、公的年金や医療保険が労働者の企業への定着を促すための施策としての意味を持つのである。

企業の負担が増大することから、企業サイドから反論が出されているが、単純な企業エゴとして片付けられない問題である。被保険者を個人として保険料を定額とすれば、雇用主の保険料負担は曖昧となる。少なくとも現行の基礎年金方式を準用すべきであり、労使交渉の対象となるべきである。また、国民健康保険の被保険者の保険料は半分が公費であり、公費負担が被

用者と非被用者とは異なるという制度に問題がある¹⁶⁾。

④公費負担の問題

介護費用の50%の公費負担は、社会保険の保険としての性質を弱体化する。これによって社会保険としての受益と負担の構造を一層不明瞭にしている。公費の投入によって、公費方式と社会保険方式の双方の利点を実現すると考えるのは、妥協による曖昧性を残すだけの結果を生む。

⑤公的扶助の社会保険補完問題

社会保険は本質的に社会福祉の弱者救済の制度ではないため、社会保険には公的扶助の補完が不可欠ではある。ところが、65歳以上の生活保護者については、保険料を生活扶助が引き受け、利用時の一部負担は新設の介護扶助が引き受ける。他方で40歳～64歳の生活保護者は医療保険の加入を条件とする第2号被保険者となることができないため、介護サービスに要する費用全額が介護扶助によって引き受けられることになる。これは、保険と扶助の原則的区別を曖昧にしたまま両者を結合するものであり、制度の首尾一貫性を大きく損ない、社会的受容をいずれは妨げることになる。

(3) 給付は適正か

①給付対象範囲の問題

受給者をなぜ原則として65歳以上の高齢者に限定したのかという問題がある。第2号被保険者は特定疾病の人に限り要介護認定とされるが、例えばケガで要介護状態になった人の介護保険適用を考える必要がある。このような制度は第2号被保険者を保険料の拠出者として位置づけるほうが介護保険上は都合がよいが、福祉制度とともに事故による後遺症、障害者への給付問題も総合的に検討する余地がある。とくに障害者を除外したことは、介護保険制度の導入を措置制度の限界や選択性のなさに求めるとすれば、対象外にする根拠に乏しい。障害者への介護サービスを高齢者と切り離すことへの根拠

が明らかではない。

②給付額と給付内容の問題

同一施設では要介護度によって給付額が異なるのに、一括サービスを提供して規模の利益を得ようとする(限界費用でなくて平均費用による料金体系を採用する)から、供給が不足している場合には、割り当て(rationing)が起こるという問題が残る。

③家族介護への給付の問題

家族介護を対象にしていないことが問題となる。家事援助サービスの提供には多額の費用(機会費用)が含まれるが、これを除外している。介護保険では家族労働は報われない。家庭内介護サービスは社会的費用である点から、自己負担ではなくて何らかの給付(介護休暇制度・介護保険給付・公費補助・所得減税等)が必要である¹⁷⁾。

家族介護への現金給付は介護保険法で禁じられているが、在宅介護の不足を補うため、家族介護への現金給付を条件付きで認めることになった。しかしながら、その条件として、ホームヘルパーの資格取得を義務づけていることで、家族介護のうち「老々介護」への現金給付は困難になっている。

④混合給付の問題

法定給付の限度額を超えるサービス量(上乘せサービス)や法定給付以外のサービス(横だしサービス)という混合給付を認めて、市場経済化を図っていることは重要である。しかし、これによって提供業者の競争を刺激することは認められても、同時にとくに情報の非対称性の下にある利用者の情報不足を増幅させるという問題がある。

⑤低所得者支援の問題

公費負担方式の立場から、とくに低所得者への配慮が十分ではない点が指摘される。わずかに、第 1 号被保険者の保険料が所得段階別定額制や保険料の減免制度に見受けられる程度である。

IV 介護保険制度運用の問題点と課題

わが国の介護保険制度は、財源問題、要介護認定問題、対象範囲の問題、モラル・ハザード問題、保険者としての市町村の対応等の議論されるべき問題を残したまま施行された。介護保険制度は運営しながら問題点を解決していく方針で、施行後 5 年ごとに制度全体が見直される。施行後 5 年となる平成 17 年には制度全体の見直しが行われたが、見直しは介護費用の抑制を目的とした内容になっており、介護保険制度導入時の問題は、依然として課題として残ったままなのである。

(1) 市町村は適正に保険者機能を果たせるか

市町村によって苦情処理、上乘せ横だし等の枠外サービス、第 1 号被保険者の保険料や利用料の減免等、高齢者介護に取り組む姿勢に差がある。そのため、サービスが充実しており、少しでも低額な保険料を設定している市町村に高齢者が転居する「介護移住」の現象が現れている。

一方、保険者である市町村は、独自の施策で介護保険制度を運営できるはずが、市町村への権限の委譲が充分でないために独自性が発揮できないジレンマがあり、市町村の保険者機能の拡大を保障するためのいくつかの権限付与が必要である。それには、介護サービスのメニューや量・質を決定する権限、事業者に対する質の低いサービスに対する調査・改善勧告の権限、独自の介護報酬を決定する権限などが与えられなければならない。

普遍主義を分権主義で支えることが課題であるが、しかしながら、元来保険者としての市町村には、いくつかの限界があることにも留意すべきである。

すなわち、財政安定化基金の借入れが全市町村の 25% 以上に達しているために、財政的に運営がすでに不可能である。また、要介護者・施設・事業者と密接な関係をもつ地域性がある

ために、それらに対する監視機能を十分に果たせないことから管理者として望ましくないという指摘もある¹⁸⁾。このようにして保険者である市町村がモラル・ハザードに陥るおそれがある。

行政は供給主体であるよりも、介護市場の円滑な機能を監視することが今後の中心的な役割となるべきである。地域における多元的な主体による多様なサービスの拡充という福祉多元主義と基盤整備と調整機能に特化するサービス供給主体としての自治体の役割を確定する限定主義への潮流を確実にすべきである。

(2) 要介護認定の手続き（受給者決定プロセス）は適正か：介護認定基準の問題点

介護サービスについては、年金や医療保険と異なり、介護認定という独自の審査が設けられている。申請から要介護認定までのプロセスや期間の問題、主治医が医学と福祉の両面から判断して書く「意見書」の正当性や認知症の症状が低く判定されること等が問題である。特に要介護認定基準はコンピュータによる1次判定の仕組みが大きく最終判定結果に影響するだけに、その仕組みと精度を増すための作業が必要になる。

2次の審査についても審査会は専門家約5人で構成されており、高齢者人口が多い自治体では複数の審査会チームが設置される。しかしながら、チーム間で判定の整合性を確実にすることは困難であり、さらに、それぞれの市町村が審査会をもつので、全国的にも整合性に欠ける。そこに認定が不公平になるおそれがある。

(3) ケアマネジャーは役割を果たせるか：ケアプランの評価と不正監視機能強化

制度として要介護度によって給付額の上限が設定され、この予算限度内でのケアプラン（総合的な給付計画）が行われる。特に在宅介護はこの要介護認定とケアプランの適切さこそがコストコントロールの要である。しかし、ケアマ

ネジャーは事業者側に所属していることから、事業者の売上げを優先し、供給者誘発需要を引き起こす場合がある。したがって、ケアプランの適切性を評価することで、不適切な給付をある程度防止できる。市場原理を導入しているが、市場の品質評価や監視体制が整備されてこそ機能を発揮できる。介護保険の費用管理や品質向上の面から、ケアプランの評価と不正監視などの監視体制機能強化が必要である。

(4) 介護保険制度は医療保険制度より利用者優位であるか

①医療サービスと介護サービス

わが国の現行の医療保険制度により、医療の即応性またはフリーアクセス性から、医療サービスは原則的にいつでも、どこでも、だれでもサービスが受給できる。これに対して、介護サービスでは原則的に介護認定を受けてからケアプランが作成された後にサービスが受給できるため、介護サービスは医療サービスに比較して利用に手間がかかる。

②医療給付と介護給付

医療保険は原則的に出来高払い方式¹⁹⁾で医療給付の上限がない。これに対して要介護度により介護給付の上限があり、それ以上の介護サービスの利用は全額自己負担で追加的なサービスを購入しなければならない。

③診療報酬と介護報酬

医療保険の診療報酬は全国一律であるが、介護報酬の一部は、介護サービス供給主体が厚生労働省により決められた報酬から料金を割引することができる。これは市場経済を導入するためと思われるが、過当競争の原因になる可能性がある。

(5) 介護保険は医療保険と区別できるのか

介護保険制度は既存の医療と福祉の相異なる資源配分体系を再構成した制度であり、両者との整合性を図らなければその制度の意義が半減する。ところが、法案成立までの政治過程の中

で、サービス供給者サイドとの間で多くの妥協が行われ、例えば、医療と介護の関係にかかわる条文の大幅な変更やケアマネジャー受験資格の拡大などが施された。特に、医療と介護の関係において、入院療養に伴う世話とそれとは関係のない世話を従来通り分離して、前者を医療保険制度と老人保健制度で補い、後者の日常生活上の世話は福祉サービスとして新たな介護保険制度で補うことが可能であった。しかし、現実には、老人保健制度の枠組みをそのままにして介護サービスと一部の医療サービス等を介護保険制度の給付として混在させることになった。すなわち、老人保健施設のサービスに加えて、医療サービスである療養型病床群や時限的ではあるが当初予定になかった介護力強化病院における入院サービスまでが介護保険の給付対象とされることになった。実は、老人医療費のうち入院医療費が 40% 以上を占めているが、このうちの相当部分が老人保健制度から介護保険による給付に移り、そうなれば、介護サービス市場の規模は福祉サービスだけを給付対象とした場合に比べて著しく拡大して、それに比例して保険料も大幅に高くなる。

特に、療養型病床群等の医療サービスを給付対象としたため老人医療における最大の問題である大量の「社会的入院」を介護保険制度が抱え込む可能性が高い点が問題である。そうなれば、当初から高額な保険料を設定することになり、介護保険の円滑な運営が危機に瀕する市町村が出ることになる。必要のない入院サービスを給付するという資源の乱用による市場の拡大は、公費の大量投入と保険料の高騰を招く結果となり、介護保険制度への信頼を失わせることにつながる危険がある。その意味からも、在宅優先主義の諸施策を講ずる必要が大である。

他方では、介護と医療の境界の問題がある。すなわち、医学の進歩によって疾病を持った要介護者が増加すると、医療が必要な要介護者が多くなり、どこまでが医療でどこからが介護かの区別が難しくなるという問題である。また、

介護と看護の境界が曖昧でヘルパーが医療行為をしてしまうという問題もある。例えば褥創(床ずれ)の処置等である。簡単な医療行為で介護に関係のある医療行為の見直しが必要である。

(6) 制度改正による新たな問題²⁰⁾

平成 17 年度および 18 年度の制度改正によって、新たな問題が発生している。

①介護報酬の支払い方式の変更や報酬額の削減等を受けて、介護サービス事業者が介護職員の絶対数を減らす傾向がある。特に常勤職員を減らして臨時職員・未熟練作業が増えることによって、「慈愛のあるケア」などの対人援助を中心とした人的サービスが低下する可能性がきわめて高い。したがって、人的資源の条件や有資格者に対する介護報酬加算のインセンティブを強化することが必要となる。

②介護報酬はもっぱらハードの状況や数値(インプット)によって決められているが、介護サービスの本質からは、人的サービスの質を評価することが重要である。したがってサービスの質を評価のウエイトを高めることが必要である。

③サービスの質の評価はそれ自体が相当に困難な作業であるが、これを避けて通れない。そのための 1 つの手段として、外部評価の制度を確立する必要がある。

④各種の経営形態を介護市場に参入させて競争原理で効率的な経営をする趣旨であったが、いぜんとして行政の規制が随所にあり、これが社会的な効率性(合理的な棲み分け)を阻んでいる。利用者個人の属性に従って、経営形態をさらに自由に選択できる改革が必要である。

⑤他方では、社会福祉法人に手厚い保護がなされており、他の経営形態からはイーコールフットイングの要望が強い。この点はある程度是正すべきである。

⑥しかしながら、昨今の営業停止処分を受けた事業形態は株式会社形態の営利企業が多い事実

からしても、営利企業が社会的サービスを経営する際の利潤目的との整合の問題が明らかに浮かび上がっている。この場合は、規制の緩和ではなくて規制の強化が必要である。同様に、NPOの営業停止処分も無視できないことは、偽装した営利企業がNPOに参入しているものと考えられる。ここでもNPOの認証制度を見直す必要があろう。

V 介護保険制度に見るモラル・ハザード

本来、保険制度には固有なモラル・ハザードが内在しているが、これに加えて介護保険制度において発現するモラルハザードが存在している。このような2つのモラル・ハザードが介護保険制度がかかえる基本的な問題点であることを指摘しなければならない。

①保険機能によるモラル・ハザード

介護保険制度には、その対象となる保険事故（この場合、要介護状態になること）が保険という仕組みのシステム自体によって影響されるモラル・ハザードの問題がある。

保険のモラル・ハザードとは、保険契約をすることによって、リスクに対して保険が準備されているために、リスク回避の意識が薄れ、リスクを促進させてしまうことである²¹⁾。

介護保険制度の場合、例えば、要介護認定を重度に申告したり、現物給付より現金給付を選択し、介護以外の生活費に流用することなどである。

モラル・ハザード対策を強化するには、専門的な見地からの要介護認定を、介護サービスの供給者や市町村などの公的機関により正確に行うことが重要であり、事前にチェックするための仕組みがどの程度円滑に働くかが重要である。

②要介護者のモラル・ハザードの問題

介護保険制度は、自立や自助努力に報いる制度設計になっていないため、要介護者が自立しない可能性と介護者が自立させる努力を怠る可能性があり、保険料を払ってこの保険給付を受

け取らない人たちの自助努力を減退させるだけでなく、保険給付を受ける人たちの自立のためのインセンティブをなくす。したがって、介護に依存しないで自立する仕組み（インセンティブ）を導入する必要がある。

とくに介護サービスでは、サービス内容が身体的介護から調理・洗濯・清掃など家事にまで広がる可能性が高く、サービスへの依存が高くなる。どうせ保険だから1割負担でいいのだからサービスを使わないと損をするという思考が働き、その結果モラル・ハザードを持ち込むため、厳格な認定が必要である。自助努力を前提とした保険給付のあり方の検討が必要である。保険給付にはなんらかの制約条件があって給付がなされる必要がある。

必要のない人も要介護認定を受けて受益しようとする。このことは現物給付でもその本質は変わらない。自立している人に対しては生涯保険を払い続けるインセンティブも少なからず必要になるであろう²²⁾。

③介護サービス供給者のモラル・ハザードの問題

営利事業者が参入したことによる収益確保や収益増大のための「供給者誘発需要」の問題が浮かび上がる²³⁾。

それは、介護サービス提供者と利用者間における情報の非対称性から、特に営利事業者が参入したことによる供給者誘発需要の問題である。この誘発された過剰供給により、給付費が増加していることは現場から指摘されている事実である。ある事業者の今月は売上げが厳しいからという理由で、不必要な介護サービスをケアプランに組み込む例は枚挙に暇がない。過剰供給が過剰介護に繋がり、自立の妨げになるようでは介護保険の趣旨に反する。

④保険者のモラル・ハザードの問題

保険主体が住民介護者や地域事業者と密接に関連している市町村にあることから発現するモラル・ハザードの問題である。この市町村が認定ケアプラン作成サービス提供に係ること

にモラル・ハザードの基盤がある。認定・認可の甘さ、監視・監督の不備、未納者・滞納者の措置などに現れる。他方で、市町村が主体になることから、民間の参入を阻むことになる。そもそも市町村を保険者としながら、全国一律の給付メニューを定めることは問題である。

以上の諸点から、自助努力を考えた介護保険の給付が必要となる。つまり、保険給付によるモラル・ハザード発生で保険機能が失敗するので、制約条件のある給付がなされる必要がある。モラル・ハザードの誘因を少なくするために、可能な限り自助努力をするような保険給付の仕組みの検討とその導入が必要である²⁴⁾。

Ⅳ むすびにかえて

社会保険制度は、政府や自治体または非営利の保険団体が保険者となり、国民に加入を義務づける制度である。この制度やその他の公共政策によって、介護サービス市場の「失敗」を是正する仕組みが考案され導入されてきた。しかしながら、このような制度や政策をつうじて市場の失敗を是正する能力があるのであろうか。

被保険者や介護サービス供給者の行動を政府がモニタリング（監視）できないとすれば、政府が保険を供給するとしても民間と同じように保険のもたらすモラル・ハザードによって市場の失敗が発現するものである。そこで、政府の役割は自らが保険者になることや、課税や補助を通じて介入することだけでなく、被保険者がどのような状態に陥るかに関する情報を生産・精度化し、保険契約当事者のために、情報の標準化と共通化を図ることが政府の役割である。

しかしながら、「逆選択」が問題になるとときには、保険市場への政府の介入が正当化される²⁵⁾。

社会保障制度の再構築が求められている今日、社会保障制度を給付と負担の観点から再検討することが必要であると考えられる。効率性と公平性を担保し、セーフティ・ネットとして

の社会保障制度の枠組みを維持した上で、需要者のニーズと選択に答え、供給者の競争を活用しなければならない。

注

- 1) 税方式であれば保険ではないので介護保障とした。
- 2) 大野吉輝 (1994)「第 6 章 介護保険の性格」『社会サービスの経済学』勁草書房
- 3) 大野吉輝 (1994)「第 6 章 社会保険の性格」『前掲書』
- 4) 三輪芳朗 (1979)「医療問題」坂本他編『経済政策入門 (2) 各論』有斐閣
- 5) 拙稿 (2005)「医療経済再考」
- 6) 大野吉輝 (1994)「第 6 章 社会保険の性格」『前掲書』
- 7) 山崎泰彦 (1999)「介護保険から社会保障構造改革へ」『月刊福祉』第 82 巻 1 号、全国社会福祉協議会
- 8) 堀 勝洋 (1997)「第 5 章 社会保険方式と社会扶助方式」『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房
- 9) 瀧上宗次郎『再考：介護と医療』日経経済教室 2000. 10. 25
- 10) 石田好江 (1994)「高齢者介護費用研究の検討」愛知淑徳短大研究紀要、第 33 号
- 11) 西村周三 (2000)「第 11 章 介護保険」『保険と年金の経済学』名古屋大学出版会
- 12) 大谷 強 (1999)「日本における介護サービス市場の特徴」『経済学論究』53(3)
- 13) 小塩隆士 (1998) 前掲書
- 14) 西村周三「再考：介護と医療」2000. 10. 24
2005 年の改正で、第 1 号被保険者の保険料の 5 段階の下から 2 番目 2 段階目をさらに分け、保険料額は 6 段階になった。
- 15) 石田好江 (1994) 前掲書
- 16) 八代尚宏 (1996)「介護保険の経済分析」『経済分析 政策研究の視点』経済企画庁経済研究所編集 (現内閣府经济社会総合研究所) 176 頁
- 17) ただし家族介護、65 歳未満を含めると、介護費用が増大する。小塩隆士 (1998)「公的介護保険制度の経済学」『社会保障の経済学』日本評論社 171 頁
- 18) 田近栄治「介護保険改革の方向」日経経済教室。04. 7. 29
- 19) 個別の診療行為ごとの点数を算定しその点数

- を合算する。これに基づいて診療報酬支払い基金に診療報酬を請求し、診療報酬の支払い受ける方式。老人の入院医療の診療報酬は定額・包括払い方式も多い。
- 20) 拙稿（2005）「介護保険制度改革に向けての論点」非営利法人研究学会
- 21) 野村総研、経営用語の基礎知識
- 22) 田近栄治（1997）「介護保険とモラル・ハザード」一橋論叢、118(6)
- 23) 拙稿（2005）前掲稿
- 24) 田近栄治（1997）前掲稿
- 25) 漆 博雄（1998）「4章 医療保険」担当：中泉真樹『医療経済学』東京大学出版会 82～84頁

