

介護保険とモラル・ハザード

田 近 栄 治

1 はじめに

公的介護保険の成立が図られている。その背後にあるのは、増大する一方の高齢者医療費をなんらかの方法で削減しなくてはならない、そのためには、高齢者医療と介護を切り離し、介護に関しては新たな保険を設けるべきであるという考え方である。高齢者にとって要介護の状態となった時、病院で治療とケアを受けるのが一番安いという、老人保健の仕組みがある限り、高齢者医療の負担は今後増大するだけである。それに対して、なんらかの歯止めをとという考えは理解できる。

しかし、そのためにまずなすべきことは、現在の老人保健をどのように改めるかであろう。今回の医療保険の改正（97年9月から実施予定）によって、一ヶ月1020円であった外来治療費が月4回まで、1回当たり500円（支払い上限2000円）になるなどの改正が行われたが、実質的には定額負担であることには変わりはない。高騰する国民医療費の本質を見極め、定額負担に代わる定率負担を導入すること、その場合であっても、出来高払い制度や薬価制度の見直しを行うなど、今後の改革に向けもっと突っ込んだ議論があってよかった。

医療負担に対するそうした不十分な将来展望のままに、新たに公的介護保険の設立が叫ばれていることが、問題を不透明にしている。すなわち、医療の分野で高齢者へのサービスをどのように供給するか、そしてその負担を本人、税、保険料でどのように支払っていくのかという、展望がない。今後ど

れほど医療保険の負担が上がるのか、その負担を世代間や国・自治体、組合健保などでどのようにシェアしていくのかがいっこうに明らかにされていない。そうしたなかで、市町村を実施主体とする公的介護保険を創設するのだと言われても、たんに負担のつけまわしをしているだけではないのか、と国民の目には映ってしまう。

一方、肝心のなぜ「公的」介護保険なのか、についても十分な議論がなされてきたとは思われない。民間介護マーケットがなぜ育ってこなかったのか、民間介護サービスが提供されるための環境が整備されてきたのか、自治体自身が供給する補助金付きの介護サービスが、むしろ民間介護マーケットの発展を阻害してきたのではないか。

公的介護保険を導入するとしても、その負担のあり方にも疑問を残す。自営業者からなる国民健康保険の加入者や中小企業を対象とする政府管掌健康保険加入者と、大企業のサラリーマンからなる組合健康保険の加入者とは、保険料が違う上、年金の場合と同じようにサラリーマンの被扶養配偶者(第3号被保険者)には、保険料負担はない。国民年金と厚生年金、国民保険と組合保険の問題がここでも、踏襲されている。介護保険の場合、サラリーマンの妻で、働いていないとの理由で保険料を免除されるのは、説得的ではない。

このようにわが国の高齢者医療と介護をめぐって、医療のサイドでも、介護のサイドでも問題の本質をつくような議論がなされぬままに、将来の不安のみ募っているのが現状である。年金と同じように甘い言葉で始まるのが、公的保険につき物である。甘い言葉の中身も同じだ。「国や企業が保険料の半分を持ちます、月々の保険料は、自営業で1250円、サラリーマンで1700円程度にしかありません。」

こうした不安と不信が混在したなかで、この小論では、公的介護保険にとってもっとも重要な問題の一つである、保険とモラルハザードについて考えていきたい。モラルハザードとは、保険にかかる人々がリスクに対する注意を怠ったり、保険を乱用したりすることをさす。自動車保険であれば、保

険加入によって、そうでない時に比べ運転に対する注意が散漫なることはあまりないとしても、小さな破損でも保険がかかっているれば保険で支払ってもらおうという気持ちにはなる。

医療保険でも、月々定額で2000円までの支払いですむのなら、つつい病院で診てもらおう。介護保険の難しさは、その状態の認定である。寝たきりの判定でも、かかりつけのお医者さん、自治体の判定にかかわるグループ、あるいは都道府県のより客観的な機関では違うであろう。かかりつけのお医者さんの助言や、日頃接することの多い市町村の医師や看護婦の判定は、つつい甘くなりがちであろう。ましてや、要介護の状態が異なるにつれて給付が異なるとすれば、より多くの給付をもらおうとするのが人情である。一方、公的保険であるので保険者にもコスト意識は弱いかもしれない。一人一人のそうした行動の結果、介護保険のコストは膨大になるのではないか。これが、介護保険とモラルハザードの問題である。

第2節では、まず経済企画庁による介護費用の推定が、かなり低く見積もられていることについてふれる。つづいて、介護に関する自治体の報告書を手がかりに、介護保険においてモラルハザードがきわめて生じやすいことを指摘する。ここではまた、介護保険において、保険主体である自治体による公的サービスが、民間サービスの参入を阻害する可能性があることを指摘する。

第3節では、保険市場におけるモラルハザードの理論的な側面を取り上げ、まずモラルハザードがおきている場合、保険市場が失敗する可能性があることを指摘する。ここでみる簡単なモデルでは、保険市場は文字通り消滅することになる。これにつづく議論が、この小論で一番主張したい論点であり、モラルハザードが生じる時、保険は人々がモラルハザードをおこさないという制約を課し、その上で保険料や給付を決定しなければならないということを主張する。

そこでの議論を先取りすれば、疾病保険によって、病気などを理由に働くことができなくなった時に給付が得られる場合、働けないと申告する人すべ

てに給付を与えてしまえば、働くインセンティブがなくなり、保険は成立しなくなる。そこで、保険が成立するためには、働くことができる人はすべて働くという制約を課さざるをえない。保険が成立するには、そうしたいわば、次善的な制約を前提に給付を与えるべきであるというのが、ここでの主張である。簡単なモデルを通じて、モラルハザードが生じる場合には、そうでない場合と比べて、どのように給付のストラクチャが変わるかを説明する。

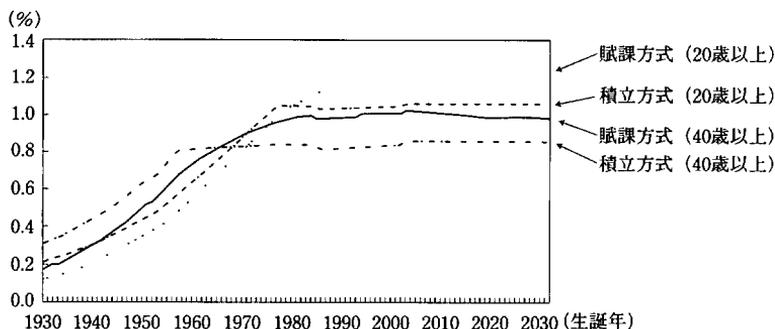
介護保険では、要介護の審査を的確に行うことはいうまでもないとして、65歳からフラットな給付を行うのではなく、給付水準を年齢や健康管理に関連付け、高齢になっても自分の健康を保つ努力を支援するような仕組みでなければならない。現在提案されている介護保険では、すでに新聞紙上において、「本人、家族が自助努力をしているほど症状が軽いと判定され、保険給付が少なくなる矛盾が発生する」(日経新聞、1997年4月24日、『介護保険を問う3』)と指摘されており、努力が評価されない仕組みとなっている。65歳を過ぎても保険料を支払わされる一方、死ぬまで人の世話になるまいと健康に気をつけて過ごそうという人が、回りの人を見て自分は損をしたと思うような保険だけは避けなくてはいけない。

2 自治体からみた介護保険—モラルハザードの地盤

公的介護保険の費用負担については、さまざまな推計があるが、経済企画庁『平成9年版、日本経済の現況』では、「介護リスクと保険制度」(pp. 200-208)を取り上げ、介護費用の将来推計を行い、図1に示された保険料の生涯所得比率を得ている。

この図によれば、介護保険の保険料の生涯所得比率は、もっとも高い世代(コホート)でも、1.3%程度であり、極端な世代間の格差は生じない。この結果にもとづき、経済企画庁は、「介護保険については、年金や医療等と比べると将来世代の負担はそれほどでのものとはならないとみられるが、それにしても将来費用の的確な見積もりと公平な負担が求められよう(p. 208)」という結論を下している。

図1 保険料の対生涯所得比率の推移



(備考) 厚生省の人口の中位推計を基に、生涯に支払う保険料の累計額が生涯所得に対してどのくらいの割合になるかを試算。

(出所) 経済企画庁、「平成9年版、日本経済の現況」、1995年。
204頁、第2-3-4図

政府が公的介護保険の創設を目指しているなかで、この経済企画庁の推計の解釈には十分注意が必要である。まず、その推計にあたっておいた仮定であるが、「一人当たりの保険料を算出するに当たって、介護費用総額のうち10%は自己負担、残りの90%を保険料と公費で折半すると想定している。さらに、給付は65歳以上を対象とするが、65歳以上になっても保険料は払い続けるものとする (p. 202)」としているが、この仮定によると保険料は介護費用の45%となる。自己負担、公費は保険料ではないと言っても、個人にとっては直接自分で払うか、税金で払うのかであるから、上で見たように、生涯所得に占める介護保険の保険料が1%そこそこだから安心というわけにはいかない。介護保険のファイナンスがどうであれ、ざっとみて経済企画庁の推計の2倍の負担が予想されているというべきである。負担は、決して軽くはないのである。

経済企画庁の推計でいっそう問題となるのは、要介護老人数について、厚生省「21世紀福祉ビジョン」における推計を用いているが、介護制度が導

入される前と後では、要介護老人数は異なってくるであろう。これが、まさに介護保険におけるモラルハザードの問題で、すでに、「65歳以上の人口に占める介護が必要な高齢者の割合についても『2000年度には15%前後に達し、厚生省試算の11-12%を上回るのではないか』(高橋信幸・三鷹市保険年金課長」との指摘もされている(日経新聞, 1997年4月22日, 『介護法案を問う1』)。

このように考えていくと、介護保険だけでも生涯所得の2%から3%の負担が予想され、費用負担だけでももっと厳密な議論が必要である。また、介護保険で老人保健の費用が節約されるというが、その分がどのくらいになり、それが医療保険料の引き下げにどの程度寄与するかも明らかにするべきである。

公的介護保険の創設にあたり、そのもっとも基礎となる介護コストの推計にすでに問題があると思われるが、介護保険の実施主体となる自治体の対応をみると、そのコストはさらに増大する可能性がある。介護保険をめぐる、三鷹市、立川市、府中市、国分寺市、町田市、日野市、保谷市、東大和市、東久留米市、稲城市などの保険担当者による研究報告が、まとめられている(東京市町村自治調査会『市町村からの緊急提言、介護保険と自治体負担—公的介護保険制度の課題と提言』, 1997年, 大成出版社)。この報告書に目を通すと、介護保険の保険者である自治体にコスト意識が、きわめて希薄であることがわかる。まさに、自治体が介護保険におけるモラルハザードの地盤となっているのではないかと思わせるのである。

この報告書の内容(以下、『自治体緊急提言』)を追っていくことにしよう。問題の発端の一つは、東京都の自治体では、すでに軽度の要介護者である虚弱高齢者を中心にかかなりのケアをほとんど無料でやってきていることにある。その結果、厚生省による全国一律の介護サービスでは、保険料を取った上、サービス内容が低下することになりかねないのである。この点について、『自治体緊急提言』では以下のように述べている。

「当面のサービス供給においては、地域の現行サービスの総量に供給するサービスの総量を合わせるのか、全国一律のサービス水準にすべきかという議論がある。供給の高い市町村には高いサービスがあってもよい、それを地域差として認めてよいのではないのかという前者の考え方に従った場合、地域のサービスレベルの差を要介護認定のレベルから認めていくのか、それとも保険の枠外で自治体単独事業として行うのか、どちらになるのかみえてこない部分がある。場合によっては、要介護認定のレベルが同じ自治体でも、年ごと変わることになり、住民の認定に対する信頼を獲得することができるのかという問題がある。また、当然市町村間で、認定レベルの差もでてくることになる (pp. 27-28).」

やや読みづらいところもあるが、要するに、全国一律以上のサービスをすで行っている時、国のサービス・メニューを超えたサービスを自治体の単独事業で行うのは不可能である、したがって、自治体独自に要介護者を認定する可能性を認める必要があるというのが、その主旨である。そこで、介護認定基準をどう定めるか、そして、認定を誰が行うのかが、大きな問題となる。この点に関して、『自治体緊急提言』はつづけて以下のように論じている。

厚生省の公的介護保険に関する「制度案大綱」(1996年6月)では、要介護認定の審査にあたっての留意点の一つとして、「要介護認定は、高齢者をめぐる社会環境の状況によって左右されることなく、あくまでも高齢者の心身の状況に基づき客観的に行われることが重要である」としている。これに対して、『自治体緊急提言』では、要介護認定において心身の状態のみに着目するのではなく、「家族の状況」を考慮することが大切であるとし、「要介護認定の尺度から、家族状況等の社会的側面を排除してしまってよいか疑問が残る (p. 20)」と言うのである。

そうした観点にたてば、要介護認定は介護保険において自治体のもっとも重要な機能であり、ケアプランの作成にあたって、「市町村は保険者である

と同時に、最大のサービス提供機関であり相談機関であるという立場から、自らのケアプラン作成に取り組むとともに、多様なケアプラン作成機関を総合的に調整する能力を持つべきである(p. 22)」という主張となる。

自治体が、その住民に対してより多くのサービスを提供しようという考えを持つのは当然であるとしても、問題はそのコストを自治体が単独で負うのではなく、国に肩代わりさせようというところにある。『自治体緊急提言』は、保険料の徴収についてもふれ、その難しさを強調するのである。

「福祉サービスという性格上、未納・未加入者に対してサービスを給付しないということは難しい。実際、福祉サービスを受けられないと最低限の生活も不可能であると思われる人が、市町村の窓口で支援を求めてきたとき、サービスの給付を断ることは難しいのではないだろうか(p. 33).」

「(サービスの改善を図り、介護保険料を支払ってもらおう努力を重ねたとしても)それでも出現してくる未納・未加入の要介護者については、その時にできるだけの保険料は溯って支払ってもらおうとしても、なお不足する分については、結局は公費=措置として対応せざるをえないのではないだろうか。公費による介護ではなくて、公的な保険による介護制度を選択した以上、これは宿命的にやむをえないことではないだろうか(p. 66).」(本文中、カッコ内は筆者加筆)

ここまで読み進めると、(1) 公的介護保険が、市町村を保険者、すなわち保険の実施主体とすることの問題点と、(2) 市町村を保険者としておきながら、全国一律の保険料、給付メニューを定めることの問題点が明らかになってくる。選挙の洗礼を受ける自治体の首長が、保険者の長である限り、保険料の厳格な徴収と給付の制限は困難であろう。また、市町村が保険者でありながら、全国一律の保険というのもまた、矛盾している。その結果、東京都の自治体であれば、全国より高い給付を自前の負担をできるだけ少なくして、

どのようにして国にシフトさせるかが問題となり、他方、貧しい自治体は全国水準のサービスを提供することができず、保険料の減額を要求するであろう。

このように公的介護保険を自治体のサイドから眺めると、コスト意識がきわめて脆弱であることがわかる。「来る者（介護申請者）は拒まず、保険料の支払いも臨機応変に」、というサインを自治体が発しているとすれば、介護を受ける側にモラルハザードが生じてもなんら不思議はない。ひとたび強制保険に入ってしまった後に、保険ならば1割負担ですむホームヘルパーやその他の介護サービスに対して、介護マーケットから「高い」サービスを購入するインセンティブは激減するであろう。

序説ですでに言及したが、そうしたなかで本人や家族が健康に気を使い、公的介護保険の給付を受けなかった人々は、強制加入の上、生涯にわたって保険料を支払わされる。そうした人々は、今提案されている公的介護保険になんとも割り切れない感じを持つであろう。なぜ、そうした人々に報いる、あるいは、そうした自助努力を促進するという姿勢が、介護保険の支柱の一つにならないのであろうか。負担を忘れた福祉優先政策が、国民のものはや望むものではないことは、明らかであろう。そこで節を改め、保険とモラルハザードの関係を考え、人々の自助努力を前提とした保険のあり方をみていくことにしたいが、その前に公的介護保険における公的サービスと私的サービスの関係について述べておきたい。

介護保険法案では、「保険給付は、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならないこと」（第2条第3項関係）とし、民間企業の介護サービスへの参入に前向きな姿勢を示している。

ところが、介護保険では自治体が保険者であると同時に、サービス提供者でもあるという問題がある。すなわち、自治体は介護保険を執行すると同時に、サービス供給における現役プレーヤーとなる。その結果、民間サービス

との競争にさらされることになるが、この点を意識して、『自治体緊急提言』は、たんに介護認定の主導権を握るだけではなく、認定後の居住サービス計画(ケアプラン)作成においても責任を果たすべきことを強調している。在宅支援センターや訪問介護ステーションなどに携わる民間団体は、自治体の機関である「介護認定審査会の手足」となるべきだというのが、その主張である。

そして、「実態的には、市町村こそ最大のサービス提供機関であると同時に、相談機関でもある。自治体が本来持っている、そうした機能を十分に生かしつつ、保険者として、地域におけるサービス提供のそうした総合的調整機能をいかに獲得していくのか、早急に検討が求められる(p.68)」と、自治体こそ介護サービスの主役であることを謳っている。

ここで介護の総合的調整機能とは、介護認定→ケアプラン作成→自治体によるサービス提供、と介護のすべてにわたって自治体が権限をふるうということにほかならない。はたして、介護保険法のいう、介護給付の総合的かつ効率的な提供とは、このことを指すのであろうか。

制度に試行錯誤はつきものである。必要ならその時、制度を改正すればいいという面もあるだろう。しかし、自治体が介護保険者であると同時に「介護サービス業者」であることは、早晚問題とならざるをえないであろう。介護サービス部門は、民営化するなどして切り離し、その会計を独立させ、どんぶり勘定はやめるべきである。さもないと、補助金で安くなっている公的サービスが、育つべき民間介護サービスの芽までつんでしまう可能性があるからである。

3 自助努力を考えた介護保険の給付

ここでは、疾病によって労働できなくなった場合の保険を取り上げ、モラルハザードがどのように生じ、その結果保険市場がどのように失敗するかをみる。そこで保険機能を復活させるためには、モラルハザードを生じさせないような制約を課した上で、保険の給付を行わなければならない。このような

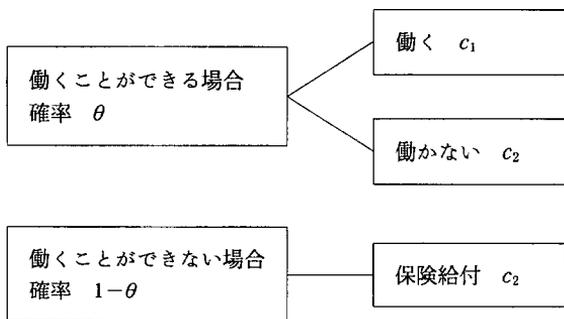
「自助努力」を前提とした保険では、疾病時の給付を引き下げ、モラルハザードの誘因を小さくすることが求められる。さらに、このモデルを介護保険に適用し、自助努力を考えた時、介護保険の給付がどのようにあるべきかについて考える。

Diamond and Mirrlees は、労働するか否かを考える個人を想定して、ここで述べたような疾病保険を研究している¹⁾。ここでは、そのモデルをできるだけ単純化して、モラルハザードと保険給付の関係について述べる。そこでまず人々が、働くことができる場合には、一定の労働を供給して、一定の額を稼得するとし、その額を1とする。一方、人々は一定の確率、 θ で働くことができ、 $1-\theta$ の確率で疾病にかかり、働けなくなるとする。

保険の仕組みは、強制加入の公的 disease 保険とみなすことが一番分かりやすいが、働いた場合の所得を全額保険料として支払う一方、働いた場合の給付を c_1 、疾病であろうと、働けるにもかかわらず働かなかった場合であろうにせよ、働いていない場合の給付を c_2 とする。(以上の仕組みを、より保険らしく表現すれば、働いた場合の保険料と給付をそれぞれ $1-c_1$ と c_1 とし、理由のいかんを問わず働かなかった場合の給付を c_2 とすることと、言い換えることができる。) なお、通常の仮定通り、保険機関はリスク中立的であり、保険金と給付の期待額は一致していると仮定する。

この個人の労働と給付の関係を示せば以下の図の通りである。

さて、この個人には働くことができても働く、働くことができても働かない、



そして働くことができない、の三つの状態があるが、それぞれの効用関数を $U_1(c_1), U_2(c_2), U_3(c_2)$ で表わす。ここでは、さらに働くことにともなう不効用を $A(>0)$ として、三つの効用関数を以下のように特定化する。すなわち、

$$U_1(c_1) = \log c_1 - A,$$

$$U_2(c_2) = \log c_2,$$

$$U_3(c_2) = \log c_2.$$

状態2は働くことができても働かない場合、状態3は働くことができない場合であるが、ここでは一定の給付から同一の効用が得られると仮定する。

以上の諸仮定のもとにまず、個人の状態に関して完全情報の場合の保険給付を考える。この場合、個人は次の問題を c_1 と c_2 に関して解く。

$$\text{Max } \theta U_1(c_1) + (1-\theta) U_3(c_2)$$

subject to

$$\theta c_1 + (1-\theta)c_2 = \theta$$

とくに説明は不要であろうが、完全情報下では、保険機関は個人の疾病について正しい情報を持っているので、働ける者が疾病給付を受けることはできない。したがって、ここでは先に述べた状態2は、存在しない。最大化されるべき目的関数は、そうした場合の期待効用であり、制約式は保険の期待収支均等を示している。

この問題の解は、 $U_1'(c_1) = U_3'(c_2)$ で与えられ、うえて仮定した効用関数の場合には、 $c_1 = c_2$ となる。すなわち、この保険に加入することにより、個人は疾病のリスクから完全に解放されることができる。このことは、図2に示した。図のなかで、 $c_1 = 1$ を通り傾き、 $\theta/(1-\theta)$ の直線は、保険の収支制約式を示しており、完全情報の下では、個人はこの予算制約式と原点を通る45度線との交点で消費を行う。

次に、保険機関が個人の状態に関する情報を完全には所有することができない場合を考える。この場合、図2に示されたような均衡では、働いても働かなくても給付は同一であるので、個人は働くことができても、働くことができないと偽り疾病給付を受け取ろうとするであろう。労働に不効用がとも

図2 完全情報のもとにおける給付

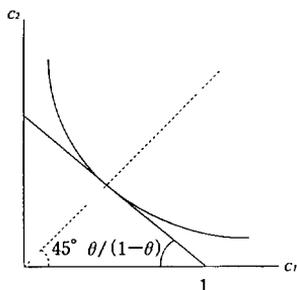
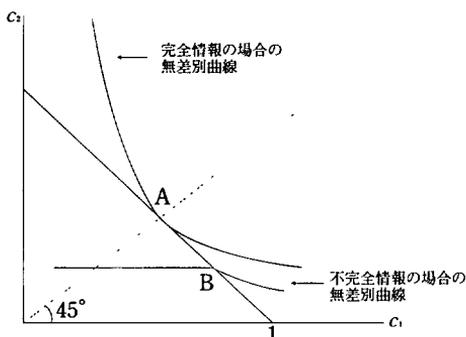


図3 不完全情報のもとにおける給付



なう以上、当然の選択である。これが、不完全情報のもとにおける（あるいは、保険機関と被保険者との間の情報の非対称性による）モラルハザードであり、この場合には、個人が働かなることから保険金が集まらず、保険市場は失敗する。

そこで、個人がモラルハザードを起こさないという条件を課した上で、給付を決定しなくてはならない。これが、自助努力を前提とした保険であり、この場合であれば、働けるものはすべて働くという新たな条件の下で給付を考える。ここで、働ける者は働くとは、働ける時、働いた場合の期待効用がそうでない場合の期待効用より大きいことを指す。すなわち、

$$\theta U_1(c_1) + (1-\theta)U_3(c_2) > \theta U_2(c_2) + (1-\theta)U_3(c_2)$$

である。したがって、 $U_1(c_1) > U_1(c_2)$ がその条件となる。これはまさに、働いた場合の給付は、そうでない場合の給付より大きくなければならないことを意味する。我々の仮定した効用関数では、この条件は、 $c_1 > c_2 e^A$ となる。

この自助努力（インセンティブ）制約を新たに課した上で、完全情報の下で解いた個人の問題を解きなおし、新しい給付を求める。結果は、図3に示した。図中、原点と点Bを通る直線が $c_1 = c_2 e^A$ を示したもので、この直線から下の領域で給付を決めなくてはならない。また、この直線から上では、自助努力が働かず、働ける個人も働かなるので、そこでは給付はつねに c_2

となる。したがって、不完全情報の場合の無差別曲線は、B点から左は水平線となり、B点から右は完全情報の場合と同一となる。

保険の収支制約に新しく自助努力制約が加わったことにより、個人にとっての最適点はB点となる。これが、自助努力を考えた場合の給付である。この点と完全情報の場合のA点を比べると、不完全情報の場合には、 $c_1 > c_2$ となり、働ける場合の給付が増大し、疾病の場合の給付が減少する。働くことができるにもかかわらず、働かなくなるというモラルハザードを回避するには、このように働いた場合得られる給付を増やし、疾病の場合の給付を減らすという工夫が必要となってくるのである。

以上、疾病にともなう休業保険の給付を考えたが、この問題は介護保険の給付と深く関連している。働ける状態と、疾病にともなって働けないという状態を、それぞれ介護を必要としない状態と介護を必要とする状態と読み替えることは容易だ。そして、働けても働かない状態は、介護が必要でなくても、要介護の認定を受けることだ。労働の不効用は、介護の世話にならずに、自立して生活するために日頃励行する自己管理や節制に対応する。そして、保険機関は要介護の認定において、個人が真に要介護状態であるか否かの完全な情報を持たない。

このように考えてくると、介護保険がかかえる問題の本質が見えてくるのではないか。疾病保険の簡単なモデルでは、そうした場合、働く個人も働くのをやめて、疾病給付を受けようとし、保険は支出のみをかかえ失敗する。介護保険であれば、介護の必要も無い人も要介護認定を受け、そのベネフィットを享受しようとする。もちろん、現実の制度では、介護給付は現物給付であるから、給付の権利を譲渡できない限り、保険の乱用は現金給付の時ほどでもないだろうが、問題の本質は変わらない。まして、高齢になっても節制を続け自立している人々が、介護保険を払い続ける一方、まわりの高齢者が制度を乱用していると感じるようなことが生じれば、人々のモラルにはマイナスの効果を生んでしまうであろう。

4 むすび

高齢化にともなう国民医療費の増大，そしてそれを支えてきたさまざまな保険の財政破綻がおきているなかで，高齢者の医療と介護の両面で改革が急がれている。しかし，現実には，97年度の医療改革に見られたように，老人保健制度の抜本的な改革の方向を示すことができないまま事態が推移している。そうしたなかで，公的介護保険の創設が叫ばれているが，多くの国民には医療負担の別口会計としか映っていない。

介護保険にはさまざまな問題があるが，ここでは，そのもっとも重要な問題の一つである介護保険とモラルハザードに焦点をあてて，問題点を明らかにした。まず，介護保険のこの問題を無視している経済企画庁の介護費用推計が，過少となっている可能性を指摘した。第2に，介護保険が市町村を保険者として実施されることにともなうさまざまな問題を指摘した。すなわち，市町村という住民と密接な機関で要介護の認定を行うことによって，介護保険におけるモラルハザードの発生の可能性がきわめて高くなること，そして介護保険の保険者と介護サービスの主たる提供者が一致していることにともなって，民間介護マーケットの浸透が阻害される可能性などについて述べた。

そうしたモラルハザードの地盤の上で開始される介護保険を前にして，自助努力を前提とした保険給付のあり方の検討は急務である。まず，要介護の認定では，可能な限り適正な審査が求められる。審査会が市町村に置かれること，かかりつけの医師の助言も判断材料になることなどを考えると，適正な要介護認定の必要性を強調して，し過ぎることはないであろう。次に，給付の構造であるが，老年期を迎えるにあたって人々が介護に依存せず，可能な限り自立するような仕組みを導入する必要性がある。そうでない限り，保険の負担は膨大なものとなるし，介護保険の世話にならず節制を続けるという意欲に水をさすことになってしまう。

ここまで考えるてくると，介護保険を市町村という公的機関がなぜ実施するのかというもっとも根本的な疑問に戻らざるをえない。介護保険のオプシ

☎ンは多様である。介護保険自体は民間にまかせ、市町村は医療に対する保健衛生、母子健康相談などのように、介護に関するきわめてベーシックな部分に係るという選択肢もあり得た。また、市町村が介護の保険者であっても、それは介護サービスの提供者であることを意味しないであろう。介護サービスは、要介護認定の審査会やケアプランの作成を含め民営化なり、完全な民間委託にして、厳正なサービスの提供を図るべきではなかったのか。そうすれば、介護に関する民間のノウハウの蓄積にともない、国民に介護のより多くのメニューを提供することが可能になるであろう。子供の時の教育から、大学入試のセンター試験、そして老後の介護に至るまで国による一律サービスメニューにもっと、厳しい眼が向けられてしかるべきあると思われる

1) Diamond, P. A. and J. A. Mirrlees, 1978, A model of social insurance with variable retirement, *Journal of Public Economics*, 10: 295-336.

———, 1986, Payroll-tax financed social insurance with variable retirement, *Scandinavian Journal of Economics*, 88: 25-50.

* 本論文を執筆するにあたり、科学研究費からの補助を受けた。記して謝意を表したい。平成9年度科研費(基盤研究(C)(2))、課題番号09630099、「高齢者医療と介護の経済分析」(研究代表者、油井雄二)

(一橋大学教授)