

をやっている専門の方からもこのことは頻繁に聞かれます。やはり日本の介護保険制度のサービスのあり方、根幹を問いただして、何が一番大事か、お年寄りが何を望んでいるかというところにぜひ注目して考えていただきたいと思います。

最後にもうひとつ、頻繁に聞かれる「介護予防」とか、「健康寿命」という言葉は、死ぬまで元気で自分で自立して生きる、そして最後までQOLを保って生きるということを示しています。これ自体は素晴らしいことですし、理想的なことで、誰でもが願うことです。しかし年を取っていくということの現実、これとは全く違うところにあります。この現実を見ず、理想を義務というふうに課して、お年を取った方に「いつまでも元気でいましょうね」と言ったりハビリをたくさんさせたりすることが果たして本当に望ましいことなのかどうか。そういった視点が今、非常に問われているのではないかと思います。介護保険制度は、医療より生活にかかわる問題ですので、より多くの人口を巻き込みます。私たちは本当に真剣に考えていく必要があると思います。

それも含めて経済学的なアプローチや、市場論といったことを専門家の方にぜひ緻密に研究していただき、国民にも発信していただき、みんなで考えていきたいと思っております。どうもありがとうございました。

—医療・介護サービスの新しい分析の意義と課題—

金子能宏



今、ご紹介にあずかりました社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部の金子能宏と申します。今日は先生たちのお話を伺いまして、これに対するコメントをお話しさせていただきたいと思います。既に

討論者の方から各先生のお話の内容の概要についてご報告がありましたので、私も簡単にどういう点に注目したのかということをお話しさせていただきたいと思います。そして、その後、シェラー先生のお話で私が非常に興味を持ったところについてお話をさせていただきたいと思います。

ルグラン教授の報告では、まず理論的には準市場の視点から、政府予算・社会保障財源を活用した医療サービス提供における諸問題とその解決の方向性について議論なさったと思います。政府予算方式と出来高払い制の比較、それぞれにメリットデメリットがあるということでした。また、インセンティブの問題が非常に重要で、これは先ほど郡司先生から計画なのか、介入なのか、もしも介入を採用するとすれば実際にはインセンティブを活用する介入の方法が必要であり、そのためには幾つかの条件があるということのお話がありました。具体的には、ルグラン先生は医師などの専門家のインセンティブがなぜ重要なのかということ、果たして医療制度というのは利他的な動機付けに依存することだけでうまくいくのかということをお話しなさったと思います。また、実際にインセンティブが働いて本当に医療がうまくいっているかどうか。これはやはり医療のパフォーマンスをどう計測するのかということと、経営管理が問題であろうということもお話しなさっていたと思います。パフォーマンスの計測というのは、シェラー先生の医療費の国際比較や井伊先生のコメントと同様に、医療の統計をそれぞれの国でどう整えていくのかということとも関係していると考えられます。特に経営管理の問題では、医療サービスの提供の当事者たちの声、ルグラン先生の用語そのままですと“Voice”，すなわち郡司先生がお話になったところの民主制が重要であるということが指摘されました。それから選択と競争です。最後に、こういういろいろな課題に対してどう挑戦していくのかということで、一つの視点が社会民主的な課題への挑戦であるのではないかとお話ししていらっしゃいました。

順番は変わるのですが、京極先生の報告では、高齢化と介護費用に関する指標の国際比較という

ものがありました。やはり日本の介護制度を正確に把握するためにはどうしてもデータの国際比較が必要だということで、これはシェーラー先生の医療支出の国際比較と同様に非常に重要なテーマだと考えられます。そして、社会市場、混合市場（インコーポレーテッド・マーケット）の理論と準市場の理論の位置付けについてお話しなさいました。最終的には社会市場の理論と準市場の理論は統合していく、あるいは手と手を取り合って相互に発展させていくべきであろうというメッセージをお話ししていたと思います。それから、社会市場・準市場の理論から見た介護サービスの需給にかかわる諸問題の整理と分析です。さらに、経済市場とのかかわりを通じた介護保険の国民経済への影響が重要であろうとお話しになっていました。

ただ、これらの理論について考える場合、やはり理論の前提としての現実ということで、高齢化の進展の国別の相違はどうなっているのかを知ることが必要です。それから、今日データとしては具体的にはなかったのですが、高齢者の世帯構造・貯蓄構造などに見られる自助や共助の国別の相違、高齢者の地理的分布、これは人口密度の問題ともかかわると思います。やはり日本では医療の提供を都会でやるのか、それとも里山、農村部でやるのかで随分違いがあるだろうということで、高齢者の地理的分布、地域差、人口の分布という問題も非常に重要なのではないのでしょうか。それから、南先生もお話しになっていましたが、高齢者の所得格差・資産格差などについてもいろいろと詳しく見ていく必要があるのではないかと思います。

また、国際比較をするとそれぞれの国で公費と民間の費用の割合が違っているということ、それからまた、同じ医療費の中でも外来医療費と入院医療費と薬剤医療費で国々によって違っているということがシェーラー先生からお話がありました。また、景気変動と医療費の伸びの関係も国々によって若干違うというお話があったわけですが、なぜそのようなことが起こるのでしょうか。社会市場・準市場との関係では、社会市場の大き

さや準市場の大きさがそれぞれの国によって違っているのかもしれないのですが、それならばなぜ経済市場と社会市場というものがお互いに重なり合って存在しているのかということを考える必要があるかもしれないということになります。

そこで、自分自身が経済学出身なので、経済学的になぜ二つの市場があって、それが重なり得るのか、重なり合ってそれが制度を維持しつつ発展していくのかということについて、何か理論的なバックグラウンドがあるのではないかと考えてみました。一つはゲーム論の応用として、制度的補完性というものがあります。少し難しくなるのですが、現実の世界においてはいろいろな制度をつくりましょと、人々が約束をしたり、約束を破ったりします。このとき戦略のマッチングをできるだけ安い費用でやることを考えます。先ほどホモエコノミクスという言葉も出ましたように、やはり同じ制度をつくっていくなら安い費用でつくっていった方が効率的ということになります。戦略のマッチングをより低い取引費用で実現したいと思いますが、そうはいつでも人々の行動するルールは慣習や道徳的規範にも影響されることになります。郡司先生が経済哲学ということもまた必要だとおっしゃっていましたが、やはり道徳的規制などの影響も受けることになります。そうすると、人々がいろいろな制度をつくっていく、あるいは制度を維持していくためにゲームを繰り返していくことになります。これはゲームにおける補完的な戦略のルール化と見なすことができます。しかし人々は物の考え方も歴史的な背景も違って、複数の均衡が存在するかもしれません。制度体系の中で、互いが互いを強め合う要素とそれをもつ均衡だけが残っていきます。仮にそうでない均衡があったとしても、それは不安定なので長くは続かないからです。これが制度となり歴史となって残っていくというような考え方があります。したがって、社会市場や準市場というもの、あるいは社会市場と経済市場が重なっている混合市場、なぜそれが気が付かないうちにいつの間にかできてきたのかということを考えるとき、経済学的には、スタンフォード大学の青木昌彦先生が

提唱して、幾つかの本も出されている比較制度分析で用いられている概念、制度的補完性という考え方をすると説明していくことができるのではないかと思います。

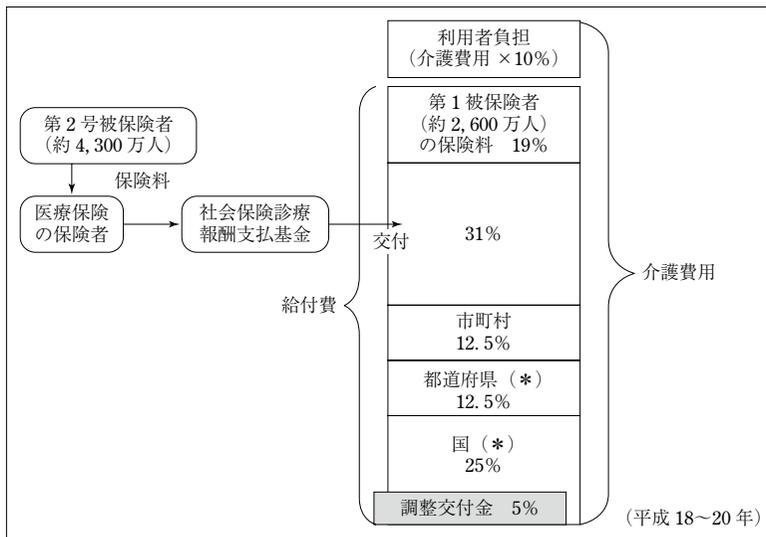
次に、社会保険方式を中核とする日本の医療保険ですが、シェラー先生に国際比較でたくさんのグラフを見せていただきました。なぜ各国で非常に多様な医療費の配分が見られるのかというと、それは政策手段は、それぞれの国がいずれも同じ割合で選択するとは限らないからです。先ほど京極先生が社会市場あるいは混合市場、広義の準市場、それぞれにおいて政策手段があるとお話しになっておられました。制度的なバックグラウンド、歴史的なバックグラウンド、価値観、道徳的規範の違いもあるので、その政策手段の選択が国々によって違ってきます。その結果、国々によって少しずつ違う様相の医療費の配分が見られるのではないかと思います。その中の一つが日本の姿だと思います。

ただ、これを改革していくためにはやはりインセンティブの問題が非常に重要です。インセンティブというのはお金で与えることも可能ですが、お金だけではどうにもならない人の気持ちという

ものも大切にしなければいけない部分もあります。したがって“Voice”，民主制，人々の気持ち，その制度を維持していく人，あるいは制度をつくる人のところに届かなければいけません。また患者さんの声を届けるのと同様に，患者さんを見守る看護婦さんやお医者さんやケアマネジャー，プロフェッショナルたちの声も患者さんに届かなければいけないし，また，お医者さんを管理する組織にも届かなければいけません。このように，インセンティブにはお金の面と気持ちの面と両方があるのではないかと思います。

最後に，地域格差の問題，あるいは所得格差の問題で，日本の介護保険制度が実際に準市場になっている一つの証拠が見られると思います。皆さんご存じのように介護費用のうちの半分は公費が担っています。ここでグラフでは市町村 12.5%，都道府県 12.5%，国からの公費負担が 25%，介護保険財政の 50% が公費になっています。このように，準市場，あるいは混合市場というのは，私たちの身近なところにあるのだなということであらためて意識した次第です。さらに OECD 諸国によってどういう違いがあるのかということを経済データを使って国際比較していくということ

資料 6-8



(*) 施設等給付の場合は、国 20%、都道府県 17.5%

出典) 健康長寿ネット <http://www.tyojyu.or.jp/hp/> 「介護」 “介護保険財政”

が重要なと思います。特に OECD の医療統計は OECD ヘルスデータとして毎年更新されておりまして、また、その概要については OECD の東京センターのホームページで日本語でも見ることができますので、皆さん参照していただければ

と思います（資料 6-8）。

以上、わが国の立場、そしてまた、OECD の国際比較という立場からコメントさせていただきました。どうもありがとうございました。

ディスカッション

ジュリアン・ルグラン、ピーター・シェーラー、
京極高宣、井伊雅子、郡司篤晃、
南 砂、金子能宏、西山裕（司会）



司会 それでは、パネリストの方々に基調講演者の方々も加わっていただきまして議論を深めていきたいと思っております。

まず進め方です。円滑な進行という観点から、取りあえずは私から各先生方に質問するという形で進めてまいりたいと思います。その際には、本日のセミナーのパンフレットで「討論のポイント」

という事項があったかと思いますが。それを一つには参考にさせていきたいと思います。それからあと、先ほどまでの間に会場からご質問を多く頂いております。これらのご質問も踏まえまして質問をしていきたいと思っております。なお、パネルディスカッションの時間は限られております。会場から頂きましたご質問をすべてご紹介することは