

介護保険の改革に向けて：介護保険が 保険として機能するために*

油 井 雄 二

I はじめに

わが国の社会保障制度は、いま、大きな転機を迎えている。公的年金制度は、本年10月から保険料が引き上げられたが、同時に、保険料に将来の上限水準を設定するとともに、賃金上昇率や人口減少率を勘案して給付水準を切り下げるマクロ経済スライドを導入した。これによって特に若年層の負担増に歯止めを設け、国民年金の未納率の上昇に象徴される国民の公的年金制度に対する不信感、不安感を払拭することを狙っているが、しかし今回の改革によって恒久的な年金制度が実現したと信じる人は、ほとんどいないといってよいであろう。

医療保険制度についても、老人医療費の増嵩に対して、抜本的な改革の必要性が叫ばれながらも、具体的な改革案の検討は一向に進んでいない。さらに、介護保険制度も2006年度に向けて、現在、全般的な見直しの作業が行われている。これは、制度発足当初からの予定通りとはいうものの、被保険者の範囲をどこまでとするかという最も根本的な問題で厚生労働省の原案に対して厳しい批判が寄せられている。

社会保障制度の目的は将来に対する国民の不安を軽減することにあるが、わが国の現状は、むしろ社会保障制度の度重なる改革が人々の不安を増幅

* 本稿は、田近栄治氏（一橋大学大学院経済学研究科）とのここ数年にわたる共同研究の成果に基づいている。また、研究にあたって、成城大学教員特別研究助成による研究費の補助を受けた。ここに記して感謝する。もちろんありうる誤りは、筆者のものである。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

しているとさえ言うことができる。確かに、人口の少子高齢化が予想を上回るスピードで進んできたということはあるが、この点についても政府の予想は楽観的過ぎるという指摘が繰り返し行われてきたところである。それにも増して、年金・医療・介護のすべての分野において、これまでの改革が対症療法的な弥縫策に留まり、社会保険制度としての持続可能性に基づいた改革がなされてこなかったことが、その最大の理由ではないだろうか。

年金制度を例にとれば、基礎年金に対する国費の投入を3分の1から2分の1に引き上げて保険料の引き上げを抑制することになっているが、国民負担の観点では、一部の税金を払っていない人々を除けば、保険料にしても税金にしても負担であることには変わらない。医療保険制度改革では、老人医療費を誰がどのように負担するか、負担の配分の議論にとどまり、各医療保険の保険者、医師会などの関係者の利害対立から抜け出ることが難しい。今般の介護保険の見直しにおいて、最後に浮上してきた被保険者の範囲を20歳まで拡大する構想は、障害者に対する支援費制度が導入後1年で財政的な破綻に直面しているのが、その大きな理由である。

結局、これまでの社会保険制度の改革は、負担の付回しに終始し、給付を如何に効率化し負担を引き上げを抑制するか、そのための制度設計はいかにあるべきかという議論が欠如している。政府は社会保障懇談会を設置して国民負担の観点から税と保険料との一体的な検討は始めようとしているが、それがどのような具体的成果を挙げられるかは、いまの段階では不明である。

本論文は、このような現状認識と問題意識に基づいて、いま、全面的な見直しの最中にある介護保険を効率的で維持可能な制度に改革するために、何が重要な課題なのかを考えてみたい。特に、介護保険と同様に市町村が保険者となっている国民健康保険（以下、国保と略記）の経験を学ぶとともに、さらに介護保険では国保に比べ市町村の保険者としての役割がはるか

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

に重くなっていることに注目して、この問題を考える。

以下では、Ⅱ節で2000年4月に導入されて以降の介護保険の利用状況を見る。導入当初こそ高齢者のなじみも薄く利用が低調な地域もあったが、時間の経過とともに急速に利用が高まっている状況が明らかにされる。予想を上回る介護サービスの利用は、多くの保険者で介護保険財政を困難な状況に陥らせ、保険料の大幅な引き上げを余儀なくさせた。Ⅲ節ではこうした介護保険財政の厳しい状況について検討する。Ⅳ節では、介護保険改革を考えるに当たって、国保の経験から何を学ぶことができるのかを考える。そしてⅤ節において、効率的で維持可能な介護保険制度に改革するために最も重要なことは何かを考える。

Ⅱ 介護保険の利用状況

公的介護保険制度は、高齢者の家族介護から介護の社会化へ、施設介護から在宅介護へ、そして社会的入院の是正などを目的として、2000年4月に導入された。この背後には、人口高齢化の急速な進行に伴って寝たきりや痴呆などの要介護者が増大する一方で、核家族化や女性の社会進出の進展により、従来の家族による介護機能が大きく変化している状況があり、また、急性期を脱し医療サービスよりも介護サービスが必要であるにもかかわらず、一般病院に長期間入院するいわゆる社会的入院が、医療費を高騰させる一因となっているという認識がある。介護保険導入により、従来、税を財源として行政による「措置」として提供されてきた高齢者介護サービスは、高齢者自身が保険料を支払った者の権利として、利用するサービスの種類やサービス提供事業者を自ら選択できる保険制度へと変わった。介護サービスが、行政によって「与えられるもの」から高齢者が「選択するもの」へと転換したという点で、大きな改革であった。

導入当初こそ、サービス供給基盤の整備の遅れや制度に対する高齢者のなじみも薄く利用が低調な地域もあったが、時間の経過とともに介護保険

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

制度に対する理解は急速に浸透して、要支援・要介護の認定を受ける高齢者の比率は年々、上昇し、またその中で実際に介護サービスを利用する人々も増加している。一方、サービスの提供事業者も、従来の社会福祉法人に加え、居宅サービスには民間の参入が認められ、供給体制も多様化しつつある。介護保険の導入後の推移については、田近・油井(2004)でも見たが、以下では期間を延長して検討する。

【介護サービスの利用状況】

表1と図1は2000年4月から2004年4月までの4年間に介護保険の利用がどのように進んだかを示している。介護保険の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者、40歳以上65歳未満の第2号被保険者からなる。第1号被保険者に対しては、要介護状態もしくは要支援状態と認定された場合には、原因にかかわらず保険から給付が行われる（要支援から要介護1～要介護5の6段階がある）。他方、第2号被保険者については初老期における痴呆、脳血管疾患など特定の疾病を原因として要介護状態になった場合にのみ給付が行われ、事故などによる場合は障害者福祉の対象とされる。したがって、介護保険の給付の大部分は第1号被保険者が得ている（2004年4月では97%）。

そこで、第1号被保険者の推移を見ると、2,166万人から2,453万人まで4年間で13%、約290万人弱増加している¹⁾。このうち、75歳以上の後期高齢者は、2004年4月では1,079万人と約44%を占めている。要支援・要介護の認定を受けた者は、218万人から387万人へ4年間で70%以上、約160万人も増加している。ただし、この数字は第2号被保険者も含んでいるので、高齢者だけを取り出せば、2004年4月時点では介護認

1) 初年度の数値には、制度発足当初の混乱によって含まれていない保険者があるため、当初の伸び率は過大に出ている可能性がある。また表の要介護認定者やサービス受給者の数値には、第2号被保険者が含まれている。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

表1 第1号被保険者・要介護認定者・受給者の推移

単位 1,000人, %

(末日現在)	2000年 4月3)	2000年 10月3)	2001年 4月	2001年 10月	2002年 4月	2002年 10月	2003年 4月	2003年 10月	2004年 4月
(1) 第1号被保険者数	21,655	22,005	22,473	22,787	23,224	23,568	23,981	24,206	24,528
(2) 要介護認定者数 ¹⁾	2,182	2,473	2,582	2,822	3,029	3,293	3,484	3,712	3,874
(3) 認定率(=(2)/(1)) ²⁾	10.1%	11.2%	11.5%	12.4%	13.0%	14.0%	14.5%	15.3%	15.8%
(4) 介護サービス受給者数 ¹⁾	1,490	1,874	1,986	2,185	2,317	2,544	2,657	2,872	2,982
(5) 受給率(=(4)/(2)) ²⁾	68.3%	75.8%	76.9%	77.4%	76.5%	77.3%	76.3%	77.4%	77.0%
(6) 居宅介護サービス受給者数	971	1,255	1,347	1,524	1,644	1,842	1,944	2,137	2,237
(7) 施設介護サービス受給者数	518	619	639	661	672	703	713	735	745
(8) 居宅サービス/施設サービス比率	1.9	2.0	2.1	2.3	2.4	2.6	2.7	2.9	3.0

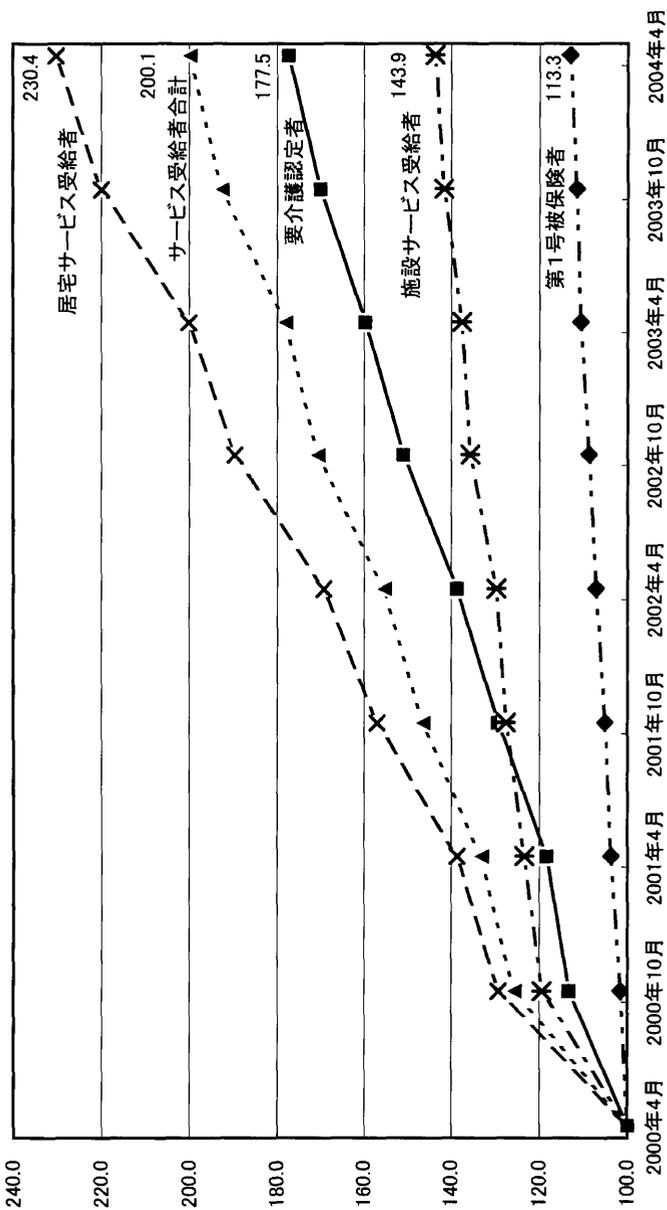
(注1) 要介護認定者数、サービス受給者数には、第2号被保険者も含む。なお、受給者数は、現物給付については当月サービス分、償還給付分については当月と翌月のサービスの合計人数である。

(注2) 認定率は要介護認定者数の第1号被保険者数に対する比率であり、また受給率はサービス受給者数の要介護認定者数に対する比率である。

(注3) 2000年4月の要介護認定者数及びサービス受給者数には38保険者の未報告分が、また2000年9月については19保険者の未報告分が含まれていない。また、2001年3月の第1号被保険者数および要介護認定者数は、「平成12年度介護保険事業報告(年報)」による。

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定)」各月、「平成12年度介護保険事業報告(年報)」

図1 第1号被保険者等の推移



介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

定を受けた高齢者は374万人であり、このうち後期高齢者が308万人、83%を占めている。

その結果、第1号被保険者に対する（第2号被保険者を含む）要介護認定者の比率（認定率）は、当初の10%から徐々に増加して15%を大きく超えている。第1号被保険者だけを取り出せば、2004年4月の認定率は15.2%で、高齢者7人に1人が要介護認定を受けているが、このうち前期高齢者の認定率が4.8%、20人に1人なのに対し、75歳以上の後期高齢者の認定率は28.5%、3.5人に1人と約6倍も高くなる。今後、高齢化が進行し、後期高齢者が絶対的にも相対的にも増加するのに伴い、介護保険の利用者が高齢化のスピードを上回って増加することが予想される。また、表には示していないが、近年、認定者の中でも要支援や要介護1のような軽度の要介護者が大きく増加していることも注目されている。

こうした点を踏まえると、どのようにして要介護状態に陥ることを避けるか、また要介護状態になっても、その悪化を防ぐかという、介護予防がますます重要になる。厚生労働省も、軽要介護度の人には、生活介護を制限し介護予防に力点を置くという構想を発表している。ただし、介護予防サービスのあり方、その効果、そして費用などの研究は、まだ緒についたばかりである。また予防効果は持続的に予防サービスを利用しなければ期待できず、本人の意欲に依存する面が強い。実効性のある予防サービスの内容や導入方法の確立が急務である。

次に、サービスの利用状況を見ると、要介護認定を受けた中で実際にサービスを利用した者は149万人から298万人へ、4年間で2倍と急速に伸びたことがわかる。要介護認定者に占める受給者の比率も近年では77%前後で安定している。利用しているサービスを居宅サービスと施設サービスに分けると、施設サービスの受給者が40%あまりの増加なのに対して、居宅サービスの受給者が2.2倍も増加しており、サービス利用者の増加はもっぱら居宅サービスの利用者の増加によることがわかる。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

このように介護保険は高齢者の間に急速に浸透し、介護保険サービスとくに居宅サービスが多く利用されるようになっていくことがわかる。これを見る限り、「施設介護から在宅介護へ」の転換も進んでおり、高齢者介護を「措置」制度から「保険」制度に転換したことは、成功したように思われるが、居宅サービスの中味を詳細に見れば、必ずしもそうではない。

【介護費用の推移】

介護サービスにかかる費用も増加の一途をたどっている。表2は国保中央会による2000年度から2003年度までの4ヵ年の介護給付費を示しているが、2000年度に4兆円弱であった給付費は2003年度には5.7兆円まで4年間で40%以上も増加している。2004年度には6兆円を越すと見込まれている。年々の変化率を見ると、2003年度にはそれまでの15%前後の高い伸び率が9%にまで低下したが、これは収容定員の管理で抑制しやすい施設サービスの対前年度伸び率が1.9%に抑えられたためである。施設サービスの伸びは4年間でも17%の増加にとどまっているが²⁾、他方、居宅サービスは4年間で倍増しており、2003年度も伸び率はやや低下したものの、依然として前年度比20%の増加を続けている。

居宅サービスの内訳を見ると、訪問介護や訪問看護などの訪問系サービスよりも通所介護、通所リハビリなどの通所系サービスのほうがやや多いが、訪問系サービスがより大きく伸びている。さらに、居宅サービスの中で絶対額自体は大きくないが、車椅子などの福祉用具貸与、痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）、特定施設入所者介護（介護つき有料老人ホーム）などが著しく伸びている。

グループホームは全国的に、また介護つき有料老人ホームは都市部で増

2) 表1で施設サービス受給者が4年間で40%伸びているが、4月時点でなく10月時点で比較すれば、受給者数の伸びは、19%程度で、費用額の伸びと同程度になる。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

表2 介護費用の推移
(単位 億円, %)

	2000年度		2001年度		2002年度		2003年度			
	費用額	構成比	費用額	対前年度 伸び率(%)	費用額	対前年度 伸び率(%)	費用額	構成比	対前年度 伸び率(%)	対2000年 度比
合 計	39,535	100.0	45,652	15.5	51,918	13.7	56,795	100.0	9.4	1.44
施設介護サービス	26,594	67.3	28,544	7.3	30,422	6.6	30,996	54.6	1.9	1.17
居宅介護サービス	12,941	32.7	17,108	32.2	21,496	25.7	25,799	45.4	20.0	1.99
訪問系サービス	4,357	11.0	5,860	34.5	7,181	22.5	8,248	14.5	14.9	1.89
通所系サービス	5,604	14.2	6,740	20.3	7,885	17.0	9,133	16.1	15.8	1.63
福祉用具貸与	335	0.8	722	115.5	1,095	51.6	1,442	2.5	31.7	4.30
短期入所サービス	995	2.5	1,534	54.2	2,329	51.8	2,598	4.6	11.6	2.61
痴呆対応型共同生活介護	158	0.4	388	144.9	744	91.9	1,390	2.4	86.9	8.79
特定施設入所者生活介護	197	0.5	293	48.2	413	41.3	606	1.1	46.6	3.07
居宅介護支援	1,131	2.9	1,381	22.1	1,637	18.6	2,177	3.8	33.0	1.93

(注1) 各国保連の支払実績としての各項目を集計したものである。

(注2) 福祉用具購入費、住宅改修費などの市町村が直接支払う分は除く。

(注3) 居宅サービスには、ここに挙げたもののほかに居宅療養管理指導がある。

(出所) 国民健康保険中央会【給付状況(平成15年度分)】2004年7月7日

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

加しているが、こうしたサービスは自宅を離れ「施設」に居住するものの、在宅生活の延長と位置づけられ、介護保険給付は居宅サービスが適用される。しかし、ほとんどの要介護者も、またその家族も、「施設」サービスを利用しているという認識だろう。介護施設の定員が抑制されているため、施設サービスに対する満たされぬ需要がこうした施設に向かっているというのが実態である³⁾。

これらのサービスは、居宅サービスといいながら、給付額の計算方法も通常の居宅サービスとは異なる。居宅サービスは、ケアマネージャーが作成したケアプランに基づいて利用するサービスを選び、それに応じてサービスが提供され、自己負担や保険給付がなされる。一方、これらの民間施設の場合は、要介護度に応じて給付額が設定されており、利用するサービスを積み上げて給付額が計算されるわけではない。「介護施設」と同じ「マルメ」という計算方法が取られており、この面でも居宅と施設の境界がはっきりしていない。またグループホームについては、もともと痴呆があるものの要介護度自体は中程度までの高齢者を対象としていたが、最近では重度の要介護者も増えており、「施設」との違いがさらにあいまいになっている。

そうした中で、こうした民間施設と特別養護老人ホームなどの介護施設では、食費のほか光熱水費などの居住費いわゆるホテル・コストの負担のあり方が異なる。前者ではこれらの費用は利用者の負担となっているが、後者では個室の「新型特養」を除くと、介護保険がその費用も給付する。負担の公平の観点から、介護施設入居者にもホテル・コストの負担を求めるのは当然であろう。

居宅サービスの増加により、施設サービス対居宅サービスの比率は7対3から5.5対4.5とほぼ拮抗するまでになっている。施設サービスについて

3) 田近栄治・菊池 潤 (2003) 「介護保険財政の展開—居宅給付費増大の原因—」

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

では収容定員の伸びが政策的に抑えられているが、居宅サービスについてはサービス事業者による需要の掘り起こしも行われている⁴⁾。居宅サービスは今後とも増加すると予想される。なぜなら、この制度が利用者にとってきわめて使い勝手のよい制度だからである。支給上限内ならば介護サービスを1割の自己負担で購入でき、しかも自己負担には上限が設定されている。軽介護度の高齢者の利用が急速に伸びていること、車椅子などの福祉用具の貸与が伸びていることなどは、その反映と考えられる。介護保険を持続可能な制度とし将来にわたって安心して利用できるようにするためには、過度の負担軽減は是正すべきであろう。

Ⅲ 介護保険財政の状況

はじめに、介護保険財政の仕組みを簡単に述べておく。介護保険では、介護費用のうち、1割を利用者が負担し、残りの9割が保険から給付される。その財源は、50%を被保険者が保険料で拠出し、残りを公費で負担する仕組みである。保険料は、全国の第1号被保険者と第2号被保険者の人口比に応じて、第1号被保険者は、その地域でかかった費用の18%を皆で負担し、32%分については第2号被保険者が負担する。ただし、第2号保険料については、全国の介護給付費の32%を全国の第2号被保険者が共同して医療保険料に上乗せして支払い、個々の介護保険の保険者には支払基金交付金として交付される。したがって、介護保険の保険者が自ら徴収する財源は、第1号被保険者から集める保険給付の18%分だけである。第1号保険料は、所得に応じて5ないし6段階に設定されており、年金からの天引きである特別徴収が大部分を占める。

また公費の内訳では、国からの補助金（給付費の25%）のうち、給付費

4) この点については、田近栄治・油井雄二(2003b)「沖繩からみた介護保険の課題」、同(2004)「介護保険：4年間の経験で何がわかったのか」『フィナンシャル・レビュー』を参照。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

表3 財政安定化基金貸付状況

単位：100万円，%

	2000年度末現在			2001年度末現在			2002年度末（見込）			累積貸付・交付金額				
	貸付保 険者数	貸付金 額	貸付保 険者の 割合%	貸付保 険者数	当年度 貸付金 額	貸付保 険者の 割合%	貸付保 険者数	当年度 貸付金 額	貸付保 険者の 割合%	累積貸 付金額	交付金 額	貸付・ 交付金 額合計 (A)	安定化 基金積 立総額 (B)	A/B (%)
北海道	4	14	1.9	19	366	9.2	50	1,448	24.2	1,828	314	2,143	9,973	21.5
青森県	4	24	6.0	28	494	41.8	39	1,586	58.2	2,104	27	2,130	2,814	75.7
岩手県	-	-	-	1	9	2.3	6	121	14.0	130	-	129	2,754	4.7
宮城県	-	-	-	3	25	4.2	4	43	5.6	68	-	68	3,390	2.0
秋田県	2	9	3.9	9	96	17.6	13	249	25.5	354	19	374	2,587	14.5
山形県	3	12	6.8	7	167	15.9	12	336	27.3	515	1	518	2,361	21.9
福島県	4	26	4.4	12	54	13.3	18	118	20.0	198	-	197	3,197	6.2
茨城県	-	-	-	5	41	6.2	11	134	13.8	175	16	191	3,719	5.1
栃木県	-	-	-	2	14	4.1	3	73	6.1	87	6	92	2,801	3.3
群馬県	-	-	-	2	9	2.9	6	102	8.6	111	0	111	3,200	3.5
埼玉県	-	-	-	-	0	-	-	0	-	-	-	-	6,843	-
千葉県	-	-	-	2	7	2.5	5	83	6.3	90	2	93	6,687	1.4
東京都	2	23	3.2	3	53	4.8	4	14	6.5	90	19	110	17,814	0.6
神奈川県	-	-	-	-	-	-	1	14	2.7	14	0	14	10,336	0.1
新潟県	3	9	2.8	13	254	12.0	31	1,341	28.7	1,604	-	1,604	4,676	34.3
富山県	-	-	-	4	238	40.0	6	926	60.0	1,164	71	1,234	2,242	55.0
石川県	5	62	13.5	13	225	35.1	20	608	54.1	895	7	902	2,126	42.4
福井県	-	-	-	-	0	-	3	4	10.0	4	1	4	1,688	0.2
山梨県	1	2	1.6	12	98	18.8	23	275	36.5	375	14	388	1,369	28.3
長野県	2	10	1.8	20	253	17.9	49	1,331	43.8	1,594	15	1,609	3,710	43.4
岐阜県	-	-	-	2	61	3.4	6	138	10.3	199	8	207	3,149	6.6

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

の20%は国庫負担金としてすべての保険者に等しく配分される。そして、総額で給付費の5%になる調整交付金は、後期高齢者の割合や低所得者の割合など保険者の状況に応じて配分されることになっている。したがって、保険者によっては国からの負担金と調整交付金を合わせると国の補助金が給付費の25%を超えるところもあり、逆に調整交付金が1,2%というところもある。また地方負担は、都道府県と市町村がそれぞれ給付費の12.5%ずつを一般会計から負担するが、地方交付税の交付団体では、この繰入額は基準財政需要に算入され、交付税で手当てされている。

このように給付財源の18%はサービス利用者である第1号被保険者が保険料として負担する。残りの大半の部分は、国や地方自治体そして被用者保険からの補助金として交付される仕組みである。

介護保険が高齢者の間に浸透するにつれ、予想を上回る介護サービスの利用が生じているが、その結果、介護保険財政は極めて厳しい状況に陥った。介護保険では、各保険者の将来の急激な給付増加などに対処するため都道府県ごとに財政安定化基金を設置し、各保険者は国や都道府県とともに資金を拠出して、介護保険財政が逼迫した際には、各保険者はその基金から不足額の一部を交付もしくは貸付を受けることになっている。介護保険では3年をひとつの事業運営期間として保険料が設定されており、もし財政安定化基金からの貸付を受ければ、その返済のための資金は、次の事業運営期間3年間の第1号被保険者の保険料に上乗せされて徴収されることになっている。

この貸付状況は、表3に示している。これを見ると、多くの保険者で導入後2年目から保険財政が厳しい状況に陥っていることがわかる。第1事業運営期間の最終年度である2002年度には、貸付を受けている保険者は735と、全保険者(2,863)の4分の1に当たる。とくに沖縄県(87%)を筆頭に、熊本県、富山県、青森県、佐賀県、石川県などでは県内の保険者の過半数が貸付を受けている。また、被保険者の規模別に見ると被保険者

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

が5万人以上では14%の保険者が貸付を受けているのに対し、5千人未満では30%近くの保険者が貸付を受けている⁵⁾。市町村を保険者とする現行制度では、小規模保険者の財政が困難な状況に置かれていることがわかる。

2002年度からはじまる第2事業運営期間では、各地域の第1号保険料は、保険給付の増大に合わせて引き上げられるとともに、財政安定化基金からの貸付を受けた保険者ではその返済額が上乘せされた。ただし、厚生労働省は特例として、返済による保険料の上昇が大きくなる場合には、返済期間を原則の3年から6年ないし9年に延長し、保険料の上昇を緩和することを認めた。その調整をしても、2003年度からの第2事業運営期間に適用される第1号保険料は、全国平均で第1期の2,911円から3,293円へと13%へと引き上げられた。第1事業運営期間では保険料が4,000円を超えたのは1保険者だけであったが、第2事業運営期間では197保険者(全体の7%)に上る。しかし、保険料に引き上げにもかかわらず、2003年度においても財政安定化基金から170の保険者が43.3億円の貸し付けを受けている状況である⁶⁾。また、保険料は事業運営期間の3年間は一定とする原則であるが、財政状況の悪化から各事業運営期間の途中での保険料の引き上げをせざるを得ないところもあるといわれている。

IV 国保からの教訓

介護保険制度は市町村を保険者として発足した。これは、高齢者介護サービスが従来、市町村の高齢者福祉事業の一環として提供されていたことに加え、市町村が国保の保険者となっていたことによる。もっとも、市町村からは、国保と同様に保険財政の赤字補填のため一般会計からを財源投入せざるを得なくなることを危惧して、保険者を引き受けることに対し強

5) 社会保障審議会介護保険部会(2003)(第3回資料)

6) 厚生労働省(2004)『介護保険担当課長会議資料』参考資料2

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

い反対があった。厚生労働省は、その説得のため、介護保険では、市町村の負担分は給付の12.5%に限定されるとともに、財政安定化基金という仕組みを整えた。しかし、先に述べたように、介護保険の財政は極めて厳しい状況にある。介護保険が国保の二の舞にならぬために、以下では国保の歴史を簡単に振り返り、介護保険改革への教訓を探る⁷⁾。

国保は、社会経済構造の変化による加入者の高齢化、過疎化などにより、しばしば財政困難に陥った。国保の歴史は、一口で言えば、財政困難とそれに対処する支援措置の導入の繰り返しであった。財政支援措置は、国庫補助制度と財政調整制度に大別されるが、前者では給付費の50%を国庫補助する措置の他に、保険基盤安定制度（1988年創設）、国保財政安定化支援事業（1992年度創設）などが導入されてきた。保険基盤安定化制度は、市町村が低所得世帯の保険料を軽減し、それを一般会計から補填する場合には、一般会計から国保特別会計への繰入額の2分の1を国庫が、県と市町村がそれぞれ4分の1を負担するものである。また、国保財政安定化支援事業は、市町村が国保財政を安定化し、また保険料を平準化するために、一般会計から国保特別会計に繰入れを行うとき、それを地方交付税の基準財政需要に加えるというものである。とくに、貧しい地域、高齢化の進んだ地域にはより手厚く繰入額を計上できるよう制度設計がなされている。

財政調整制度には、1983年に導入された老人保健制度、1984年創設の退職者医療制度などがある。老人保健制度（医療事業）は、高齢化による老人医療費の増大の影響が国保に集中する制度的な仕組みを是正し、老人医療費を国民が公平に負担することを目的としていた。この制度の実施主体は市町村であり、その対象者は医療保険の加入者で、70歳以上の者および60歳以上70歳未満で寝たきり等の障害状態にあると認定された者であったが、現在では、その適用年齢は5歳ずつ引き上げられている。

7) 国保の分析については、田近栄治・油井雄二(1999)「高齢化と国民健康保険・介護保険—財政の視点から—」を参照されたい。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

老人保健の財政は、被保険者の一部負担金、公費（国と地方）、そして各医療保険からの拠出金でまかなわれる。公費と拠出金の分担比率は、一部負担金を除いた老人医療費の30%を公費により、また残りの70%を国保や組合健保などの医療保険の各保険者が負担するとされ、また公費負担の内訳は、国が20%、都道府県、市町村が各5%である。ただし、1991年より老人保健施設療養費や介護の要素の強いものについては、公費の負担割合が50%（国が2分の1、都道府県、市町村が各4分の1）に引き上げられた。介護保険は、従来、老人保健事業の中で医療として提供されている介護サービスを医療から独立させ引き受けるものであるが、その費用負担方式は、老人保健の仕組みを引き継いでいる。

各保険者の拠出額は、各保険者の老人加入率が全国平均に等しいと仮定して計算されるため、高齢化の進む市町村の国保の老人拠出金は、相対的に軽減される一方、組合健保のように老人加入率が全国平均よりも低い場合には、その保険者は自分自身の老人医療費を上回って拠出することになる。その結果、組合健保の財政をいじるしく困難にしており、老人医療費をどのように負担するかは、現在の医療保険のもっとも大きな問題となっている。

もう一つの財政調整制度である退職者医療制度は、退職によって被用者保険から国保に移った高齢者の医療費を、老人保健制度の対象になるまでの間、現役時代に在籍していた被用者保険が負うと同時に、給付水準は被用者保険加入時の水準を維持するというものである。被保険者は、国保一般保険者と同様に保険料を市町村に支払うが、給付は被用者保険並みである。退職者の医療給付の費用は、退職被保険者の一部負担金および保険料とともに被用者保険からの拠出金でまかなわれ、退職被保険者は国保の被保険者というものの、それは形式的な所属を示しているにすぎない。

これらのほかにも国保にはさまざまな財政支援措置が導入されてきた。なぜ、こうしたことが繰り返されたのであろうか、またそのことは何を意

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

味するのだろうか。国保は、人口・経済構造、所得水準などの異なった全国3,000を超える市町村を保険者として運営されている。それゆえ、保険者の財政力には大きな格差が生じざるを得ない。その結果、財政力の弱い市町村の国保に財政破綻の危機が迫ると、全国一律の制度を維持するために、新たな財政支援措置が追加されてきた。もし、ある地方の国保を破綻させてしまえば、同様な状況にある全国の市町村に波及し、それがほころびとなって市町村を保険者とする現行の枠組み自体が崩壊することになってしまうからである。

そして、このことの本質的な問題は、このような財政危機のたびに繰り返される財政支援措置の導入が、保険者たる市町村に、たとえ財政危機が生じて、また新たな支援措置が追加されるという期待を生んでしまうことである。市町村が、医療サービスが適切に利用されているかをチェックし、また保険料を適切に設定するとともにその徴収を行うなど、保険者としての機能を果たすインセンティブを弱めてしまうことである。地域間の財政力や人口構造の格差を埋める事前的な補助ではなく、財政困難に対して事後的な救済を続けて行けば、予算はソフト・バジェットになり、保険者のモラル・ハザードを引き起こす⁸⁾。

われわれは、かつて、国保を老人保健制度と統合して、国保の規模別に保険料収入のシェア、1人当たり保険給付額などがどのように分布しているかを検討した⁹⁾。その結果、総費用に占める保険料の割合は3分の1程度にすぎず、また保険者である市町村自身が国保の財源不足のために投入している自前の財源も、ごくわずかである。しかも、都市部よりも町から村へ行くにしたがって、財源に占める保険料のシェアが下がるとともに、逆に1人当たり給付額が高いという傾向が現れる。

8) ソフト・バジェットについては、田近・油井・佐藤(2001a)および佐藤主光(2001)「ソフトな予算制約と税源移譲の経済効果」参照。

9) 詳細は、田近・油井(1999)を参照。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

こうした結果は、財政力の弱い地方ほど、手厚い財政援助によって高い給付を行い保険財政もゆとりがあることを示唆している。このように国保財政の歴史を振り返ってみると、手厚い財政支援措置が、保険者に保険料収入の確保や医療サービスの効率化に対して積極的に取り組む努力を阻害し、保険者の責任を曖昧にするおそれがあるということを教訓として学ぶことができる。国保の危機は医療保険制度全体の危機へと拡大し、今になって国保制度の解体を含めた改革が議論されているが、市町村を保険者とするものの是非を、もっと早くに検討すべきであった。

市町村を保険者とする介護保険においても、財政危機に対して、こうした国保の教訓を学ぶべきである。しかし、2003年度からの第2期事業運営期間の開始にあたって、厚生労働省はすでに2つの財政支援措置を導入した。その一つは、上述した財政安定化基金への返済のための保険料上乗せ期間の6年ないし9年への延長である。この措置が適用された保険者は全国で254あり、そのうち9年償還に延長されたのは135保険者である¹⁰⁾。この措置は、第1号被保険者の保険料への上乗せ部分の一部の徴収を繰延べることになるが、高齢者にとって9年という期間延長は、サービスを享受していた被保険者の一部が負担を免れ、次の世代に転嫁することを意味する。

もう一つの財政救済策は、財政基盤の脆弱な小規模市町村や離島市町村が広域化を図る場合、保険者に対して時限的に補助金を交付する措置である。ただ、この措置の恩恵にあずかった沖縄の実態を見ると、広域化による財政基盤の強化や給付の効率化を期待することは難しく、広域化の真の狙いは補助金獲得のための財政上の結合という面が強い¹¹⁾。こうしたことが繰り返され、介護保険も国保の辿った道を歩む危険は高い。

10) 社会保障審議会介護保険部会(2004)第2回資料

11) 前掲 田近・油井(2003b)参照。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

V なにを改革すべきか

最近、厚労省は、現行制度のままでは、第1号保険料は現在の3,200円あまりから8年後には6,000円になるという試算を発表した（朝日新聞2004年10月21日）。これは、平均的な市町村の保険料に当てはめれば、本人が住民税非課税で世帯に住民税課税の家族がいる場合の保険料である。もし本人が住民税が課税され、合計所得金額が200万円以上あれば、保険料はその1.5倍になる。すでに現在で5,000円を超えている市町村の保険料は、いくらになるのであろうか。介護保険制度をこのまま維持することは極めて困難な状況にあることは明らかである。

なぜ、このような事態に陥ったのだろうか。そのひとつの理由は、この制度が利用者にとってきわめて使い勝手のよい制度だからである。支給上限内ならば介護サービスを1割の自己負担で購入でき、しかも自己負担には上限が設定されている。軽介護度の高齢者の利用が急速に伸びていること、車椅子などの福祉用具の貸与が伸びていること、また施設サービスに対して根強いニーズがあることなどは、その反映と考えられる。介護保険を持続可能な制度とし将来にわたって安心して利用できるようにするためには、過度の負担軽減は是正すべきであろう。

厚労省の改革案でも、①軽介護度の高齢者については、家事代行サービスの利用制限と予防給付の拡大、②介護施設における食事代や光熱水費、居室代等のいわゆるホテル・コストの自己負担、などが具体的に挙げられている。こうした改革とともに、1割という自己負担率の引き上げを検討すべきであろう。豊かな高齢者には、より高い自己負担率を求めることが必要である。

次に、今回の介護保険改革におけるもっとも大きな争点である被保険者・受給者の範囲の問題を取り上げる。より具体的には、支援費制度のもとで介護サービスを受けている65歳未満の障害者を介護保険の受給者に含

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

めるとともに、40歳からとなっている第2号被保険者の対象年齢を20歳まで引き下げるといった問題である。

現在、身体障害者および知的障害者は、年齢によって異なる制度のもとで介護サービスを利用している。65歳以上の障害者は、その障害が老化に起因するものでなくとも介護保険の適用を受ける。一方、65歳未満の障害者は、介護保険の第2号被保険者であっても、支援費制度の下で介護サービスを利用している。介護ニーズが年齢や原因に関係なく生じる普遍的なものとなれば、現行制度にはねじれがあるということができる。

支援費制度は、2003年度にそれまでの「措置」制度に変わって導入されたもので、障害者が利用するサービスを選択できる制度へと転換した。その後、障害者の在宅サービスは急増し、2003年度の給付費は措置時代の前年度よりも6割も増加するとともに、更なる増加が予想されている。国からの補助金が不足し、自前の財源を投入しなければならない市町村がある一方で、サービス基盤の不足や財政状態からサービスの利用が抑えられている地域も存在し、大きな地域格差が生じている。

今回の改革では、介護ニーズの普遍性に加え、より直接的には支援費制度の予算不足に対応するため、支援費制度を介護保険制度と統合し、被保険者の対象年齢を20歳まで引き下げることが検討されている。これにより介護保険の財政安定にも貢献するというものである。こうした改革については障害者からのものも含め、多くの反対意見が出されているが、以下では社会保険としての介護保険という観点からこの問題を検討する。

介護保険の財政面での大きな特徴は、税を財源とした従来の措置制度や、給付と負担の関係が希薄な国保あるいは老人保健制度とも大きく異なり、第1号保険料がその地域の保険給付額の一定割合となるようリンクされていることである。

かつて介護サービスが行政措置として提供されていたときには、サービスの給付と財源は、直接的なリンクはなかった。しかし、介護サービスが

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

保険という枠組みで提供される場合には、給付と負担が連動していなければならない。被保険者は保険料を拠出することによって、給付を受ける権利を得る。一方、保険者は、国や都道府県からの補助金と保険料によって、必要かつ適切な保険給付を充足できるように、保険料を設定し徴収する義務がある。必要かつ適切なサービスがより少ない負担で利用できるためには、給付と負担の連動は不可欠な仕組みなのである。

介護保険では、第1号被保険者については、保険料はその地域の介護サービス給付額のたかだか18%に見合うものであるけれども、給付と負担は連動し、もしくりに過剰な利用が行われれば、保険料が引き上げられ、利用を抑制する仕組みが組み込まれている。ここで、支援費制度と介護保険を統合すると、多くの障害者に保険の前提である負担を求めることが可能かどうかという問題が生じる。また、可能であっても、現行の仕組みでは、第2号被保険者の保険料は、その地域で提供されているサービス水準とは直接の関係を持たず、給付と負担の連動は効かない。同様に現行の仕組みのまま対象者を20歳に引き下げると、第1号被保険者の保険料の負担分を引き下げることになり、給付と負担の連動を弱めるものである。

このように、介護保険の制度設計にあたり、国保や老人保健の反省から、保険として給付と負担とのリンクを組み込んだにもかかわらず、その対象年齢の引き下げはそのリンクを弱める。結局、介護保険の財政は、補助金や第2号被保険者からの拠出への依存度を高め、ソフト・バジェットに陥る危険を高めることになる。

最後に、現行制度のより根本的な課題として、介護保険の保険者として、果たして市町村が適当なのかという問題を考える。介護保険の保険者は、これまで福祉サービスの担い手として住民にもっとも身近な存在であること、国保の保険者としての経験があることなどを理由として、市町村が担うことになった。また、財政力を高めるという観点から市町村合併や広域化を通して、保険者の規模の拡大が図られている。確かに、介護リスクを

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

プールするためには、ある程度の規模が必要である。しかし、規模の拡大によって、保険者としての本来の機能が果たされるようになるのであろうか。

国保の保険者としての市町村の役割と介護保険の保険者としてのそれは、同じなのであろうか。国保の保険者としての市町村は、保険料の徴収と、レセプトの審査と給付費の支払いが主たる役割で、まさに「支払い側」である。しかもレセプトの審査も、基本的には国保連合会に委託し、市町村が実際にレセプトを審査し、医療費のチェックを行うことは少ない。他方、介護保険の保険者としての市町村は、保険料の設定と徴収を行い、要介護認定の審査会を運営し、また、介護サービス事業者が適正なサービスを提供しているかどうかの評価を行うなど、保険者として本来の機能が強く求められている。介護保険の保険者として市町村に期待される役割は、国保の保険者に比べはるかに大きい。問うべき問題は、保険者の規模ではなく、こうした業務を行うだけの専門性を市町村が担えるのかどうかなのである。

かつて措置時代には多くの市町村は社会福祉法人と一体的に活動し、介護サービスを提供するプレイヤーの役割を担っていた。一方、介護保険のもとでは、市町村には民間の事業者の審査・監督、被保険者への情報提供など、いわばレフェリーとしての役割が求められている。とくに、現状では、適切なケアプランを作成する責任をもつケアマネジャーの多くが、介護サービスを提供する事業所に所属している。個々の介護サービスの内容とともにケアマネジャーも含めた事業者の評価と被保険者への情報提供は、ますます重要になる。しかし、保険者である市町村自身が措置時代の名残を引きずり、民間事業者の競争を阻害する事例も見受けられる¹²⁾。

現在、厚生労働省はグループホームなどの許認可を都道府県から市町村

12) 公正取引委員会(2002)『介護保険適用サービス分野における競争状況に関する調査報告書—居宅サービスを中心に—』。また、市町村の介護保険担当者が定年退職後に社会福祉法人に天下るケースもしばしば見受けられる。

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

へ移し、地域密着型サービスを進めるに当たって中核的な役割を市町村に期待している。しかし、保険者が地元へ密着するがゆえに、市町村のレフェリーとしての機能がおろそかになる危険が危惧される。むしろ、市町村の保険者としての役割をはずし、保険者の地域的再編などにより、保険者機能がいっそう発揮しうるような抜本的な改革が必要とされている。

参 考 文 献

- 公正取引委員会 (2002)『介護保険適用サービス分野における競争状況に関する調査報告書—居宅サービスを中心に—』3月
- 厚生労働省 (2000)『平成12年度介護保険事業状況報告 (年報)』
- 厚生労働省 (2001)「介護保険事業報告 (暫定版)」各月
- 厚生労働省 (2002a)「全国介護保険担当課長会議資料」2002年2月12日
- 厚生労働省 (2002b)「全国介護保険担当課長会議資料」2002年6月4日
- 厚生労働省 (2002c)「全国介護保険担当課長会議資料」2002年9月4日
- 厚生労働省 (2002d)『介護給付費実態調査報告 (平成13年5月審査分～平成14年4月審査分)』
- 厚生労働省 (2004)『全国介護保険担当課長会議資料』2004年9月14日
- 佐藤主光 (2001)「ソフトな予算制約と税源移譲の経済効果」井堀・岡田・伴・福田編『現代経済学の潮流 2003』
- 社会保障審議会介護保険部会 (2003)「保険給付の状況等について」第2回, 第3回配布資料
- 社会保障審議会介護保険部会報告 (2004)『介護保険制度の見直しに向けて』中央法規 2004年10月
- 田近栄治・菊池 潤 (2003)「介護保険財政の展開—居宅給付費増大の原因—」『季刊社会保障研究』第39巻第2号
- 田近栄治・油井雄二 (1999)「高齢化と国民健康保険・介護保険—財政の視点から—」『季刊社会保障研究』第35巻第2号 1999年秋
- 田近栄治・油井雄二・佐藤主光 (2001a)「地方交付税の何が問題か」『税経通信』9月
- 田近栄治・油井雄二 (2001b)「介護保険導入一年で何が起きたか—北海道東部3市町村のケース—」健康保険組合連合会『健康保険』10月号, 11月号
- 田近栄治・油井雄二 (2002)「介護保険導入何が起きたか—武蔵野市, 国分寺市, 横浜市, 甲府市のケース—」一橋大学経済研究所 PIE ディスカッション

介護保険の改革に向けて：介護保険が保険として機能するために

ペーパー 第 132 号

田近栄治・油井雄二 (2003a) 「介護保険の現状と改革」(国立社会保障・人口問題研究所編『選択の時代の社会保障』東京大学出版会, pp. 297-317

田近栄治・油井雄二 (2003b) 「沖縄からみた介護保険の課題」『健康保険』9月号

田近栄治・油井雄二 (2004) 「介護保険：4年間の経験で何がわかったか」財務省財務総合政策研究所『フィナンシャル・レビュー』2004年第3号(8月)