

【論文】

# 介護保険制度の新しい財源を開拓する

－ 消費税の一部目的税化による財源調達 －

吉田 初恵

---

Tap a new source of revenue in the long-term-care insurance system  
-A source of revenue by making partly the consumption tax as the object tax-

Hatsue Yoshida



2011年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【論文】

# 介護保険制度の新しい財源を開拓する

—消費税の一部目的税化による財源調達—

吉田 初恵\*

Tap a new source of revenue in the long-term-care insurance system  
–A source of revenue by making partly the consumption tax as the object tax–

Hatsue Yoshida

## 要 旨

高齢化の進展などにより増大する介護費用を賄うために、介護保険料の引き上げ、一般財源の投入、消費税の福祉目的税化等々、如何に財源を調達していくのかが介護保険制度の焦眉の問題となっている。すでに現状では、増大する介護費用を賄うために、第1号被保険者の保険料もそれに伴って増加しているが、このまま保険料負担が増えていくと老後の生活を圧迫することになる。そこで、大阪府の統計資料の分析結果に基づいて、財源調達の一方策として消費税を増税し、一部目的税化して介護保険交付金を創設し、各保険者に交付を行うことが適正であり合理的であることを提言したい。本研究では、大阪府内の保険者のみを分析の対象としているため、今後、研究対象を全国規模に拡大し分析を続ける。

## Abstract

To cover the costs of increasing long-term care expenses with the aging of the population, how to secure a source of revenue is a burning problem of long-term care insurance system. There are many arguments, that is, increase in premium of it, and/or injection of general account, welfare-specific consumption tax, and so on. At present, first insured person premium is going to rise to cover the costs of increasing long-term care expenses, but increasing burden of premium payment will weigh down retirement life. So I make a proposal as a policy that raises the consumption taxes as a portion of the object tax and through its taxes subsidizes for long-term care system. My present analysis focuses on only insurers in Osaka prefecture. Therefore, I'll continue my studies to expand the research on a nationwide scale.

● ● ○ **Key words** 介護保険制度 long-term-care insurance system / 給付 benefit / 負担 premium / 財源調達 source of revenue supply / 消費税 consumption tax / 介護保険交付金 long-term-care-insurance subsidy

受付日 2010.9.22 / 受理日 2010.11.10

\* 関西福祉科学大学 社会福祉学部 准教授

## はじめに

2000年に創設された介護保険制度は、高齢化の進展や介護サービス需要の掘り起こしによる要介護度の軽度者の予測を超えた増大によって、当初予想された以上の介護費用が必要になったために、介護保険料の引き上げと一般財源の増大は避けられないこととなった。

このように増大する介護費用を賄うために、第1号被保険者の保険料負担もそれに伴って重くなってきており、保険料が基準額の夫婦であれば、毎月1万円近くの介護保険料を負担することになる。保険料負担増が第1号被保険者の生活を圧迫することを考慮すれば、増大する介護総費用を第1号被保険者の保険料増だけでは賄えない。

欧米の公的な介護に対する財源は、税方式や社会保険方式にかかわらず、目的税に受益と負担をリンクさせる方式が望ましいと主張されていることもあり、本研究の分析結果からわが国の介護保険制度に「介護保険交付金」を導入することを提言したい。

介護保険交付金の財源は、消費税を現行の5%から6%に増税することで、増税分1%を目的税とし、介護保険交付金に充てることとする。消費税1%増税による増収分は2兆5千億円が見込まれるが、景気変動等不確実な要素を考慮してもおおよそ2兆円が新たな財源となる見込みである。

本研究では、大阪府内の保険者を対象に、それらの保険者の第1号被保険者一人あたりの保険料負担に占める給付額の割合を「給付額割合」として、その「給付額割合」をデータから算出し、「給付額割合」の少ない保険者、多い保険者を確定し、そのうえで、「給付額割合」に影響をあたえる要因から保険者によってなぜ「給付額割合」に格差がでるのかを検討する。

分析結果から、介護保険給付金が必要だと思われる保険者に対して、どのように介護保険交付金を交付すべきかを考察する。

### I 給付と負担を中心とした介護保険制度の仕組みについて

2000年4月に創設された介護保険制度の概要を簡単

に振り返ると、介護が必要になった40歳以上の人を社会全体で支える社会保障制度で、40歳以上になると保険料を負担する社会保険である。年齢によって被保険者が分かれ、40歳以上65歳未満で公的医療保険に加入している人は、第2号被保険者となる。65歳以上になると公的医療保険に加入していなくても第1号被保険者となる。

しかしながら、わが国の介護保険制度は、原則として65歳以上の高齢者への介護保険給付を想定しており、理由の如何にかかわらず介護保険給付を受給できるのは、第1号被保険者で、第2号被保険者の介護保険給付については、一定の制限がある。

市区町村や広域連合が保険者となり、介護保険事業計画を策定・要介護認定を実施し、保険者ごとの総給付額や第1号被保険者総数などから第1号被保険者の保険料額を決める。

介護給付のための財源は、介護保険のサービスを利用した費用の1割を利用者が負担し、残りの9割を保険料と公費（税金や公債など）が50%ずつ負担している。

保険料は介護報酬の改定に合わせて3年ごとに見直され、65歳以上の第1号被保険者の保険料は市区町村ごとに決められ、第2号被保険者の保険料は、市区町村で差はなく、医療保険に上乘せられて徴収される。

介護がどの程度必要かを示す要介護認定は、最も軽い「要支援1」から最重度の「要介護5」まで7段階あり、要介護度ごとに利用できる額に上限が設定されており、その上限額を超えて介護サービスを利用した場合は、全額自己負担になる。

次に、介護保険制度の給付と負担について述べる。介護保険制度は、要介護者へのアセスメントと介護サービスの選択的な購入の仕組み（バウチャー）や供給サイドの市場化（準市場）などの新しいシステムを備えている。財政的には市町村を保険者にしたことによって、受益（給付）と負担のリンクをつけるなどの制度的なフィードバックも備えた仕組みを持っている。

介護問題に限らず、先進国の国際的な流れとしてこれまで全般的に進んできたことは、公的部門の市場化の動きである。社会福祉は中央政府が行う所得再分配の一環であり、現金給付にせよ現物給付にせよ、国が責任を持って直接給付をする福祉国家は見直される流

れになっていく。

それに代わって、供給側では民間事業者や非営利団体の役割が増大してきた。同時に需要者の側には、選択の機会が生じることになる。そこでは、どのように受益者負担の仕組みを作っていくべきかという課題も大きくなる。

このような市場化の動きは、公的介護部門でも同様であった。第一に、公共による直接供給で長期介護問題に対応することは、画一的な基準による非効率が発生することのほかに、要介護者の家族環境や経済的な事情など個人的な条件が多様であり、ニーズも多様になってきたことから、供給側の市場化が進んできたことが指摘できる。

公的な介護に対する財源は、税方式や保険方式の如何を問わず、目的税に受益と負担をリンクさせる方式が望ましいことが主張されるようになってきている。かつての中央集権的な福祉国家論は、ほとんど影響力がなくなってきており、地域の財源を地域で使うように、運営主体は受益と負担ならびに会計責任が自覚できるような範囲が必要であり、それには適切な地方自治体の範囲が望ましいという原則である<sup>(注1)</sup>。

### I-1 介護保険制度の財政の仕組みについて

わが国の介護保険制度の財政方式を社会保険方式にした理由の一つは、財源を確保しやすいことがあげられる。社会保険は給付と負担の関係が明確だから、新たな負担に対して国民に理解してもらいやすかったのである。保険料負担に対して給付を受ける仕組みであることから、給付を受ける権利意識をもちやすいこともあった。

2010年度予算の財源構成について、財源の50%が保険料で40歳以上のすべての成人が支払うこととなっている。内訳は、65歳以上の第1号被保険者負担分が20%、40歳から65歳までの第2号被保険者の負担分が30%となっている。全国の第1号被保険者総数の割合と第2号被保険者総数の割合によって、第1号被保険者負担分と第2号被保険者の負担の割合が決まる。

財源の残り50%が公費で負担されている。居宅給付費では、国が25%、都道府県が12.5%市町村が12.5%を負担する。施設給付費では、国が20%、都道府県が17.5%、市町村が12.5%を負担する。このよう

に財源に50%公費（税、公債など）が入っているため、純粋な社会保険方式とは言えない。

国庫負担金の25%または20%のうち、5%は調整交付金としている。調整交付金は、後期高齢者の割合や第1号被保険者の所得の状況に応じて市町村に交付する。

後期高齢者の割合が高い保険者では要介護者が多いので、普通に計算すると第1号被保険者の保険料が高くなる。また、所得の低い第1号被保険者が多いと第1号被保険者の保険料額は、所得段階別定額方式であるから基準額以上の所得がある第1号被保険者の保険料額は高くなる。このようなことが起きないように調整するために交付するのが、調整交付金である。

仮に、ある市町村の1年間の介護総給付費が100万円とすると、第1号被保険者の保険料として20万円を徴収し、第2号被保険者の保険料として30万円を社会保険診療報酬支払基金から受け取る。残り50万円のうち、居宅給付費の25万円・施設給付費の20万円を国から、居宅給付費の12万5千円・施設給付費の17万5千円を都道府県から支給され、市町村は12万5千円を一般会計から負担する。

介護サービスはできるだけ住民にいちばん身近な自治体が行うことが望ましい。しかし、一方で、財政規模が小さいと保険者間に保険料の著しい格差が生じたり、保険財政が不安定になるという問題がある。このため調整交付金などで市町村の保険料に著しい格差が生じないようにする。

また、予想以上に第1号被保険者の保険料の収納率が悪かったり、予想以上に給付費が増えてしまった場合に、市町村にお金を貸すための財政安定化基金が各都道府県に作られている。財政安定化基金の財源は国、都道府県、市町村が3分の1ずつ拠出している<sup>(注2)</sup>。

### I-2 介護保険制度と市町村財政

各保険者の介護給付総額によって、その地域の第1号被保険者の保険料額が決定される仕組みは、これまで抽象的に語られてきた分権型社会の実現にむけての取り組みが具現化される第一歩である。

第1号被保険者の保険料額が給付総額によって決定されるという住民にとって、わかりやすい制度設計のため、保険者である市町村は、国への依存型ではなく



自立したより効率的な介護事業計画を策定する意欲がはたらく。

介護保険制度は、このように部分的ではあるが、市町村財政的な自立の促進というメカニズムを設定し、従来の国に対する依存的体質を改める可能性を開いたことは画期的である<sup>(注3)</sup>。次章では、各保険者の地域間格差の要因について述べる。

## II 介護保険制度の地域間格差

### II-1 第1号被保険者の保険料（負担）格差

介護保険制度の地域格差としてまず考えられるのは、保険料に関する格差である。既に述べたように第1号被保険者の保険料は、保険者ごとの総給付額に基づいて保険者が独自に算出するので、第1号被保険者の保険料に格差が生じる。

保険料は3年ごとに見直されることになっているので、自らの地域で3年間に必要になる総給付額を想定する。その総給付額の20%を第1号被保険者が負担するので、総給付額の20%を第1号被保険者数で按分すると第1号被保険者一人当たりの保険料が算定できる。

こうして算出された保険料は、市町村ごとに条例で定められたのち、市町村によって徴収される。算出された保険料は基準額であり、実際には、第1号被保険者の保険料は所得段階別定額保険料になっている。

保険料額について言えば、保険料は低い方がいいとは必ずしも限らない。保険料が低くても介護サービス量が不足していて、十分な介護サービスが受けられないのでは意味がない。また、全国平均よりも保険料負担が高くても、サービスの量が充足していて、さらに高水準のサービスが実施されていることで介護給付費が高くなりそのことで保険料が高い場合もある。しかしながら、毎月の保険料負担が重いと不満を持つ人もいるであろうことは容易に考えられる。

保険料について考えるには、表面上の金額だけでなく、介護サービスの量と質に対して妥当な金額であるかどうかを正確に判断しなくてはならない。

第1号被保険者の保険料格差は、調整交付金や介護財政安定化基金によって是正されるが、実際には2009年4月の介護保険料の改定で、青森県十和田市の保険料が最高になった。介護保険料は基準額で5,770

円と全国平均（4,160円）を4割近く上回り、最も安い福島県檜枝岐（ひのえまた）村（2,265円）の2.5倍に達している<sup>(注4)</sup>。

### II-2 介護保険制度の保険者間格差の要因

#### (1) 保険者である市町村の財政状況

介護保険は特別会計なので、一般会計と直接連動しないとはいえ、給付費の12.5%は市町村の持ち分である。財政の苦しい市町村にとっては、これが重い負担になるので、保険者である市町村の財政状況が良いのか良くないのか。

#### (2) 人口

地域の人口総数に対して第1号被保険者や後期高齢者がどのぐらいの割合で居住しているのか。また、65歳以上の第1号被保険者や後期高齢者の割合だけではなく、人口の総数と第1号被保険者の総数・介護サービス受給者の総数が多いのか少ないのか。

#### (3) 介護サービス事業者

介護サービス事業者が供給する介護サービス量によって給付額が変動することから、介護サービス事業者が多いか少ないか。

#### (4) 立地

高齢者が広い地域、例えば山間部に点在しているのか、都市部のようにある程度まとまって居住しているのか。

#### (5) 抵抗感

介護サービスを利用することに抵抗のない地域か、依然として家族介護が中心の地域なのか。

#### (6) 要介護申請率

他の地域と比較して、高いのか低いのか。

#### (7) 保険者である市町村の介護保険への取り組み

まだ他にも保険者間に格差が生じる要因はあるが、主な要因を列挙した。

介護保険は、保険者である市町村の方針が明確に反映される制度である。介護サービスへの取り組みが積極的であるかどうかによってサービスの供給状況も大きく変わってくる。また、どのようなサービスを重視しているのか、施設サービス、居宅サービス、介護予防サービス、地域密着型サービスなのか、サービスの質の向上にこだわるのか、あるいはサービス量を増やすことに力をいれているのかで、給付

内容はまったく別のものになる<sup>(注5)</sup>。

以上を踏まえて、実際の保険者の給付と負担の関係がどうなっているのかを大阪府内の介護保険の保険者のデータを基にして実証分析を進めたい。そのうえで、若干の政策提言を行う。

### Ⅲ 大阪府内の介護保険制度の保険者の負担と給付の分析

#### Ⅲ-1 分析説明

まず、厚生労働省のホームページ<sup>(注6)</sup>より、介護保険制度の保険者である全国1385市町村（広域連合を含む）のデータから大阪府内の保険者のデータを抽出し分析対象とした。市町村合併による年度間・資料間の市区町村数のすり合わせのため、資料間で一致しないサンプルは除外した。

本研究では、大阪府内の保険者に限定して分析を行った。大阪府内の介護保険制度の広域連合は「くすのき連合」一つである。くすのき連合は、守口市、門真市、四条畷市の連合体である。

まず、「大阪府内の保険者別 第1号被保険者一人あたり給付額」から「大阪府内の保険者別 第1号保険料基準額」<sup>(注7)</sup>を除いて、「大阪府内の保険者別 第1号被保険者一人あたり保険料に占める一人あたりの給付額割合」（以下、「給付額割合」とする）を算出した。

次に、この「給付額割合」に影響を与える要因となる①「大阪府内の保険者別 総給付額」②「大阪府内の保険者別 総保険料」③「大阪府内の保険者別 介護保険サービス受給者人口」④「大阪府内の保険者別 第1号被保険者人口」のデータを調べ、上記の4要因が「給付額割合」に与える影響を保険者ごとに分析した<sup>(注8)</sup>。さらに、「給付額割合」と「保険者である各市町村の人口」<sup>(注9)</sup>を関連付けることで、「人口規模」と「給付額割合」の2つの値の相関を分析した。

#### Ⅲ-2 給付額割合の算出方法

上記のとおり、「大阪府内の保険者別 第1号被保険者一人あたり給付額」から「大阪府内の保険者別 第1号保険料基準額」を除いて、「給付額割合」を求める。

A：「大阪府内の保険者別 第1号被保険者一人あたり給付額」、B：「大阪府内の保険者別 第1号保険料基準額」とすると、「給付額割合」はA/Bとなる。

次に、「給付額割合」に影響を与える4要因を以下の記号で表す。

a：「大阪府内の保険者別 総給付額」

b：「大阪府内の保険者別 総保険料」

$\alpha$ ：「大阪府内の保険者別 介護保険サービス受給者人口」

$\beta$ ：「大阪府内の保険者別 第1号被保険者人口」とすると、A/Bは、下記のように表すことができる。

$$\frac{A}{B} = \frac{a}{a} \div \frac{b}{\beta} = \frac{a}{b} \cdot \frac{\beta}{a}$$

この式から、まず、aの「大阪府内の保険者別 総給付額」が小さいことは給付額割合が低くなる要因である。逆にaの「大阪府内の保険者別 総給付額」が大きくなることは給付額割合が高くなる要因である。次にbの「大阪府内の保険者別 総保険料」が小さいことは給付額割合が高くなる要因である。逆にbの「大阪府内の保険者別 総保険料」が大きくなることは給付額割合が低くなる要因である。

同様にして、 $\alpha$ の「大阪府内の保険者別 介護保険サービス受給者人口」が小さいことは給付額割合が高くなる要因である。逆に $\alpha$ の「大阪府内の保険者別 介護保険サービス受給者人口」が大きくなることは給付額割合が低くなる要因である。次に $\beta$ の「大阪府内の保険者別 第1号被保険者人口」が小さいことは給付額割合が低くなる要因である。逆に $\beta$ の「大阪府内の保険者別 第1号被保険者人口」が大きくなる要因である。これら4要因の値の大小は、給付額割合にこのような影響を与えると考えられる。

#### Ⅲ-3 大阪府内の保険者についての分析結果

「大阪府内の保険者の給付額割合の平均値」は、A：「大阪府内の第1号被保険者一人あたり給付額」B：「大阪府内の第1号保険料基準額」から大阪府内の各保険者の給付額割合を求め、平均すると「A/B=5.3206」になった。なお、「a/bの平均値は1.7402」、「 $\beta/a$ の平均値は3.1356」であった。a/b、 $\beta/a$ の値の大小によって保険者の特性が次のように考えられる。

$a/b$  の値が大きい保険者の介護保険財政は切迫していると考えられる。反対に  $a/b$  の値が小さければ、その保険者の介護保険財政は余裕があると考えられる。しかし、この数値は次に説明する  $\beta/a$  の値の影響を強く受けていることを考慮しなければならない。

$\beta/a$  の値が大きければ、その市区町村の第1号被保険者は日常生活において自立しており、介護サービス受給がそれほど必要でない第1号被保険者が多いことがわかる。 $\beta/a$  の値が小さければ、その市町村の第1号被保険者は介護サービス受給が必要な被保険者が多いことがわかる。

次に、大阪府内の保険者の「A」「B」「a」「b」「 $\alpha$ 」「 $\beta$ 」「人口」「給付額割合」「 $a/b$ 」「 $\beta/a$ 」「保険者別人口に占める第1号被保険者」「第1号被保険者に占める後期高齢者の割合」の値を昇順で示した（本稿の最後に添付）表1を概観する。

(1) まず、「給付額割合」を見てみると、茨木市、寝屋川市、摂津市、池田市、くすのき広域連合が給付額割合の低い保険者である。反対に給付額割合が高い保険者は、千早赤阪村、岬町、能勢町、富田林町、和泉市である。中央値は泉大津市で、その前後の保険者を見ると貝塚市、松原市、柏原市、熊取町がある。

第1号被保険者一人あたり保険料に占める一人あたりを給付額割合としていることから、給付額割合が高い保険者は、第1号被保険者が支払う保険料に対して給付額が多いということになる。給付額割合が低い保険者は、第1号被保険者が支払う保険料に対して給付額が少ないということになる。

(2) 次に、 $a/b$  を見てみると、寝屋川市、茨木市、高槻市、豊中市、くすのき広域連合、池田市が  $a/b$  の値が小さい保険者である。これらの保険者は、介護保険財政に余裕がある保険者である。

反対に  $a/b$  の値が大きい保険者は能勢町、千早赤阪村、岬町、河南町、和泉市、松原市であり、これらの保険者は、介護保険財政が切迫している保険者である。

中央値は貝塚市で、その前後の保険者を見ると泉南市、東大阪市、交野市、泉佐野市がある。

(3) さらに、 $\beta/a$  を見てみると、能勢町、千早赤坂村、河南町、松原市、岬町、和泉市が  $\beta/a$  の値が小さい保険者である。これらの保険者は、介護サービス受給が必要な第1号被保険者が多い。

反対に  $\beta/a$  の値が大きい保険者は、寝屋川市、忠岡町、高槻市、豊中市、泉大津市、茨木市であり、これらの保険者は、介護サービス受給がそれほど必要でない第1号被保険者が多い。

中央値は田尻町で、その前後の保険者を見ると吹田市、大東市、貝塚市、岸和田市がある。

(4) 保険者別人口に占める第1号被保険者の割合を見てみると、熊取町、和泉市、摂津市、茨木市、吹田市、泉大津市が保険者別人口に占める第1号被保険者の割合が低い保険者である。

反対にこの割合が高い保険者は、岬町、千早赤阪村、能勢町、田尻町、豊能町、忠岡町である。

中央値は高石市で、その前後には寝屋川市、岸和田市、泉佐野市、東大阪市がある。

(5) 第1号被保険者に占める後期高齢者の割合を見てみると、寝屋川市、くすのき広域連合、摂津市、大東市、交野市、松原市が第1号被保険者に占める後期高齢者の割合が小さい。反対にこの割合が大きい保険者は、太子町、大阪市、高石市、岬町、千早赤阪村、能勢町である。中央値は島本町で、その前後には富田林、泉大津市、和泉市、忠岡町がある。

### III-4 大阪府内の保険者の特性

表1から「給付額割合」が高い、千早赤阪村、岬町、能勢町、富田林町、和泉市の中、大阪府内で唯一の村である千早赤坂村について、「給付額割合」が一番高い要因を探る。「給付額割合」は、6.612である。 $\beta/a = 2.1236$  と能勢町について2番目に小さく、介護サービス受給が必要な第1号被保険者が多いことから「給付額割合」が押し上げられたと考えられる。 $\beta/a$  が小さい要因として、能勢町について2番目に第1号被保険者に占める後期高齢者割合が高かったため、千早赤阪村の「給付額割合」が高いのは、後期高齢者が多いことが要因の一つであることがわかった。

岬町、能勢町もおおよそ千早赤阪村と同様の理由で「給付額割合」が高いと推測できる。

富田林市は「給付額割合」が5.8836と高いが、 $\beta/a = 2.9662$  とそれ程小さくないことから、介護サービス受給が必要な第1号被保険者がそれほど多くないことがわかる。さらに、第1号被保険者に占める後期高齢者の割合はそれを裏付けるようにほぼ中央値である。



大阪府内の介護保険の保険者の特性 表1

保険者名	第1号被保険者一人当たり保険給付額 A 昇順 円	保険者名	第1号被保険料基準額 B 昇順 円	保険者名	大阪府内被保険者別総給付額 = a 昇順 円
茨木市	14,373	能勢町	2,896	田尻町	8,085,553
池田市	15,437	河内長野市	3,127	太子町	16,178,449
摂津市	15,456	茨木市	3,129	千早赤阪村	17,503,829
寝屋川市	15,616	富田林市	3,178	忠岡町	18,109,006
高槻市	15,734	太子町	3,178	河南町	27,326,152
田尻町	15,823	河南町	3,178	豊能町	28,279,536
吹田市	15,923	千早赤阪村	3,178	能勢町	28,291,296
豊中市	15,954	高槻市	3,198	島本町	28,406,325
くすのき広域連合	16,133	豊中市	3,205	熊取町	44,675,141
大東市	16,568	吹田市	3,218	岬町	45,298,107
箕面市	16,626	田尻町	3,222	阪南市	65,052,570
枚方市	16,835	池田市	3,223	大阪狭山市	65,809,466
河内長野市	16,926	島本町	3,270	泉南市	68,671,269
豊能町	16,944	泉大津市	3,280	泉大津市	69,208,198
島本町	16,959	摂津市	3,280	摂津市	74,049,696
泉大津市	17,246	忠岡町	3,292	高石市	81,394,635
河南町	17,528	豊能町	3,298	交野市	82,577,686
能勢町	17,616	くすのき広域連合	3,318	藤井寺市	91,699,416
八尾市	17,668	寝屋川市	3,340	池田市	95,802,022
東大阪市	17,698	箕面市	3,350	柏原市	99,361,680
太子町	17,759	泉南市	3,350	貝塚市	105,446,295
忠岡町	18,001	大東市	3,367	箕面市	114,536,514
交野市	18,034	藤井寺市	3,370	大東市	120,764,152
熊取町	18,287	枚方市	3,375	泉佐野市	126,182,160
泉南市	18,327	八尾市	3,402	河内長野市	138,522,384
大阪市	18,425	交野市	3,415	富田林市	152,594,378
柏原市	18,510	熊取町	3,468	羽曳野市	172,728,602
富田林市	18,698	大阪狭山市	3,472	茨木市	190,715,337
高石市	18,907	羽曳野市	3,480	寝屋川市	194,106,880
藤井寺市	19,009	高石市	3,487	松原市	224,111,190
阪南市	19,077	柏原市	3,512	和泉市	250,317,225
大阪狭山市	19,282	東大阪市	3,570	岸和田市	260,497,380
貝塚市	19,473	大阪市	3,580	八尾市	308,836,640
泉佐野市	20,280	堺市	3,700	吹田市	314,909,171
堺市	20,301	貝塚市	3,717	高槻市	324,246,272
松原市	20,346	岸和田市	3,725	くすのき広域連合	327,064,309
羽曳野市	20,434	和泉市	3,742	豊中市	359,571,252
岸和田市	20,658	岬町	3,762	枚方市	371,683,130
千早赤阪村	21,013	阪南市	3,775	東大阪市	605,590,164
和泉市	21,975	泉佐野市	3,778	堺市	1,149,320,814
岬町	22,959	松原市	3,876	大阪市	3,529,235,050
美原町	//////////	美原町	//////////	美原町	//////////

大阪府内の介護保険の保険者の特性 表1

保険者名	大阪府内被保険者別総保険料 = b 昇順 円	保険者名	介護サービス受給者数 = α 昇順 人	保険者名	保険者別第1号被保険者数 β 昇順 人
田尻町	5,316,300	田尻町	511	田尻町	1,650
千早赤阪村	5,621,882	千早赤阪村	833	千早赤阪村	1,769
太子町	8,590,134	太子町	911	太子町	2,703
能勢町	9,015,248	忠岡町	1,006	能勢町	3,113
河南町	12,216,232	河南町	1,559	河南町	3,844
忠岡町	12,726,872	能勢町	1,606	忠岡町	3,866
豊能町	17,871,862	豊能町	1,669	岬町	5,057
島本町	18,674,970	島本町	1,675	豊能町	5,419
岬町	19,024,434	岬町	1,973	島本町	5,711
熊取町	26,616,900	熊取町	2,443	熊取町	7,675
大阪狭山市	38,959,312	阪南市	3,410	大阪狭山市	11,221
泉南市	43,054,200	大阪狭山市	3,413	阪南市	11,603
高石市	43,486,377	泉南市	3,747	高石市	12,471
阪南市	43,801,325	泉大津市	4,013	泉南市	12,852
泉大津市	46,559,600	高石市	4,305	藤井寺市	14,064
藤井寺市	47,395,680	交野市	4,579	泉大津市	14,195
摂津市	48,320,960	摂津市	4,791	摂津市	14,732
交野市	50,927,895	藤井寺市	4,824	交野市	14,913
柏原市	52,381,480	柏原市	5,368	柏原市	14,915
貝塚市	65,054,934	貝塚市	5,415	貝塚市	17,502
池田市	67,728,122	池田市	6,206	泉佐野市	20,252
泉佐野市	76,512,056	泉佐野市	6,222	池田市	21,014
富田林市	76,929,846	箕面市	6,889	大東市	23,468
大東市	79,016,756	大東市	7,289	箕面市	23,740
河内長野市	79,238,180	富田林市	8,161	富田林市	24,207
箕面市	79,529,000	河内長野市	8,184	羽曳野市	24,743
羽曳野市	86,105,640	羽曳野市	8,453	河内長野市	25,340
松原市	108,086,136	松原市	11,015	松原市	27,886
和泉市	115,204,954	和泉市	11,391	和泉市	30,787
茨木市	145,592,370	寝屋川市	12,430	岸和田市	40,862
岸和田市	152,210,950	岸和田市	12,610	茨木市	46,530
寝屋川市	162,981,980	茨木市	13,269	寝屋川市	48,797
八尾市	195,390,468	八尾市	17,480	八尾市	57,434
吹田市	204,729,160	吹田市	19,777	吹田市	63,620
くすのき広域連合	231,878,430	くすのき広域連合	20,273	くすのき広域連合	69,885
高槻市	240,409,650	高槻市	20,608	高槻市	75,175
枚方市	254,194,875	枚方市	22,078	枚方市	75,317
豊中市	255,569,905	豊中市	22,538	豊中市	79,741
東大阪市	376,106,640	東大阪市	34,218	東大阪市	105,352
堺市	637,162,200	堺市	56,614	堺市	172,206
大阪市	2,021,081,840	大阪市	191,546	大阪市	564,548
美原町	//////////	美原町	//////////	美原町	//////////



大阪府内の介護保険の保険者の特性 表1

保険者名	人口 昇順	保険者名	給付額割合 A/B 昇順	保険者	a/b 昇順
	人口				
千早赤阪村	6,538	茨木市	4.5935	寝屋川市	1.1910
田尻町	7,240	寝屋川市	4.6754	茨木市	1.3099
能勢町	12,897	摂津市	4.7122	高槻市	1.3487
太子町	14,483	池田市	4.7896	豊中市	1.4069
河南町	17,545	くすのき広域連合	4.8623	くすのき広域連合	1.4105
忠岡町	17,586	田尻町	4.9109	池田市	1.4145
岬町	18,504	高槻市	4.9199	忠岡町	1.4229
豊能町	23,928	大東市	4.9207	箕面市	1.4402
島本町	29,052	吹田市	4.9481	枚方市	1.4622
熊取町	44,505	東大阪市	4.9574	阪南市	1.4852
阪南市	57,616	箕面市	4.9630	泉大津市	1.4864
大阪狭山市	58,208	豊中市	4.9778	田尻町	1.5209
高石市	61,127	枚方市	4.9881	島本町	1.5211
泉南市	64,683	阪南市	5.0535	大東市	1.5283
藤井寺市	65,780	豊能町	5.1377	摂津市	1.5325
柏原市	77,034	大阪市	5.1466	吹田市	1.5382
交野市	77,644	島本町	5.1862	八尾市	1.5806
泉大津市	77,673	八尾市	5.1934	豊能町	1.5823
摂津市	85,009	貝塚市	5.2389	泉南市	1.5950
貝塚市	90,314	松原市	5.2492	東大阪市	1.6102
泉佐野市	98,889	泉大津市	5.2579	貝塚市	1.6209
池田市	101,616	柏原市	5.2705	交野市	1.6215
河内長野市	117,239	熊取町	5.2731	泉佐野市	1.6492
羽曳野市	118,695	交野市	5.2808	熊取町	1.6785
富田林市	123,837	泉佐野市	5.3679	大阪狭山市	1.6892
大東市	126,504	河内長野市	5.4129	岸和田市	1.7114
箕面市	127,135	高石市	5.4221	大阪市	1.7462
松原市	127,276	忠岡町	5.4681	河内長野市	1.7482
和泉市	177,856	泉南市	5.4707	堺市	1.8038
岸和田市	201,000	堺市	5.4868	高石市	1.8717
寝屋川市	241,816	河南町	5.5154	太子町	1.8834
茨木市	267,961	岸和田市	5.5458	柏原市	1.8969
八尾市	273,487	大阪狭山市	5.5536	藤井寺市	1.9348
くすのき広域連合	336,513	太子町	5.5881	富田林市	1.9836
高槻市	351,826	藤井寺市	5.6407	羽曳野市	2.0060
吹田市	353,885	羽曳野市	5.8718	松原市	2.0734
豊中市	386,623	和泉市	5.8725	和泉市	2.1728
枚方市	404,044	富田林市	5.8836	河南町	2.2369
東大阪市	513,821	能勢町	6.0829	岬町	2.3810
堺市	830,966	岬町	6.1029	千早赤阪村	3.1135
大阪市	2,628,811	千早赤阪村	6.6120	能勢町	3.1382
		美原町	//////////	美原町	//////////

大阪府内の介護保険の保険者の特性 表1

保険者	$\beta / \alpha$ 昇順	保険者名	保険者別 人口に占める 第1号 被保険者 割合 昇順	保険者名	第1号 被保険者 に占める 後期 高齢者の 割合 昇順
能勢町	1.9384	熊取町	0.1725	寝屋川市	0.3027
千早赤阪村	2.1236	和泉市	0.1731	くすのき広域連合	0.3040
河南町	2.4657	摂津市	0.1733	摂津市	0.3110
松原市	2.5316	茨木市	0.1736	大東市	0.3112
岬町	2.5631	吹田市	0.1798	交野市	0.3192
和泉市	2.7027	泉大津市	0.1828	松原市	0.3256
柏原市	2.7785	大東市	0.1855	枚方市	0.3349
高石市	2.8969	枚方市	0.1864	東大阪市	0.3400
藤井寺市	2.9154	太子町	0.1866	高槻市	0.3427
羽曳野市	2.9271	箕面市	0.1867	豊中市	0.3434
大阪市	2.9473	交野市	0.1921	柏原市	0.3439
富田林市	2.9662	大阪狭山市	0.1928	八尾市	0.3456
太子町	2.9671	柏原市	0.1936	阪南市	0.3459
堺市	3.0418	貝塚市	0.1938	吹田市	0.3498
摂津市	3.0749	富田林市	0.1955	茨木市	0.3522
東大阪市	3.0788	島本町	0.1966	堺市	0.3534
河内長野市	3.0963	泉南市	0.1987	大阪狭山市	0.3561
熊取町	3.1416	阪南市	0.2014	豊能町	0.3576
吹田市	3.2169	寝屋川市	0.2018	富田林市	0.3623
大東市	3.2196	岸和田市	0.2033	泉大津市	0.3641
田尻町	3.2290	高石市	0.2040	島本町	0.3682
貝塚市	3.2321	泉佐野市	0.2048	和泉市	0.3693
岸和田市	3.2404	東大阪市	0.2050	忠岡町	0.3720
豊能町	3.2469	豊中市	0.2063	泉佐野市	0.3720
泉佐野市	3.2549	池田市	0.2068	田尻町	0.3752
交野市	3.2568	堺市	0.2072	河内長野市	0.3768
八尾市	3.2857	くすのき広域連合	0.2077	藤井寺市	0.3769
大阪狭山市	3.2877	羽曳野市	0.2085	羽曳野市	0.3798
池田市	3.3861	八尾市	0.2100	岸和田市	0.3815
阪南市	3.4026	高槻市	0.2137	池田市	0.3816
島本町	3.4096	藤井寺市	0.2138	箕面市	0.3845
枚方市	3.4114	大阪市	0.2148	熊取町	0.3855
泉南市	3.4299	河内長野市	0.2161	泉南市	0.3855
箕面市	3.4461	河南町	0.2191	貝塚市	0.3870
くすのき広域連合	3.4472	松原市	0.2191	河南町	0.3876
茨木市	3.5067	忠岡町	0.2198	太子町	0.3877
泉大津市	3.5373	豊能町	0.2265	大阪市	0.3879
豊中市	3.5381	田尻町	0.2279	高石市	0.3911
高槻市	3.6479	能勢町	0.2414	岬町	0.4337
忠岡町	3.8429	千早赤阪村	0.2706	千早赤阪村	0.4404
寝屋川市	3.9257	岬町	0.2733	能勢町	0.4786
美原町	//////////	美原町	//////////		

このことから、「給付額割合」は介護サービス受給者数や後期高齢者数以外の要因で高くなっていると考えられる。給付額が大きくなる要因として、地域内に介護施設が多く、施設サービスを利用している要介護者が多いことが考えられる。他に要介護度が高い介護サービス受給者が多いことなどがある。

富田林市の介護給付の状況は、富田林市のホームページの「高齢者を取りまく状況」から、居宅サービスが市域全体として必要量を満たしており、第1号被保険者1人あたりの居宅・居住系サービス（居宅介護サービスと地域密着型サービス）の給付月額と利用率については、給付月額および利用率ともに全国平均を上回っており、利用率については大阪府平均を上回っていることから、居宅介護サービス提供体制が充実しているため介護給付額が押し上げられることから「給付額割合」が高くなったのであろう。

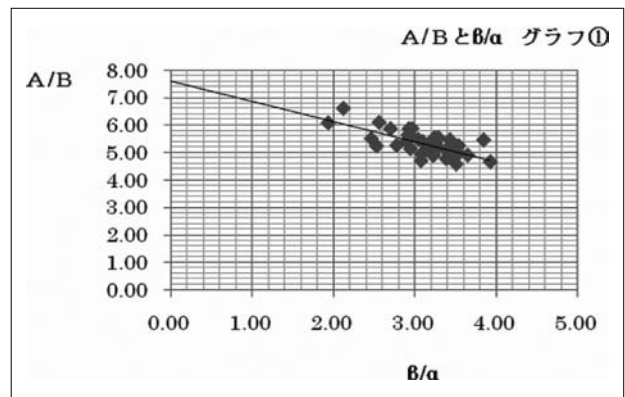
「給付額割合」の低い保険者である茨木市、寝屋川市、摂津市、池田市、くすのき広域連合の中、摂津市以外の茨木市、寝屋川市、池田市、くすのき広域連合は、 $\beta/a$ が比較的大きいことから、介護サービスの受給がそれほど必要でない第1号被保険者が多く、「給付額割合」低いのであろうと推測できる。

摂津市については、人口に占める第1号被保険者割合や第1号被保険者に占める後期高齢者の割合が高く、 $\beta/a$ が平均より低くなっていることから、比較的介護サービスの受給が必要な第1号被保険者が多く「給付額割合」が低いことがわかった。

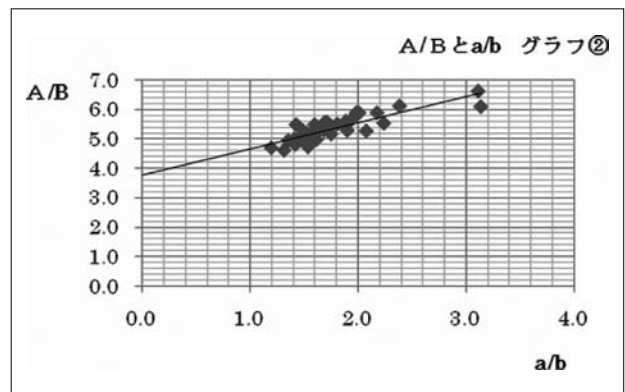
表1を概観すると上記に列記してある市町村以外にも「給付額割合」に影響を与える特徴的な要因をもつ市町村が見受けられるが、それらの市町村については、現地調査などをして実証することを今後の課題とした。

### Ⅲ-5 「給付額割合」と $a/b$ 、 $\beta/a$ の相関について

$A/B$ （「給付額割合」）と $\beta/a$ の相関をみるために、縦軸に $A/B$ をとり横軸に $\beta/a$ をとってグラフ①にした。 $\beta/a$ の値が大きくなるほど、 $A/B$ の値が小さくなる相関関係がみられた。



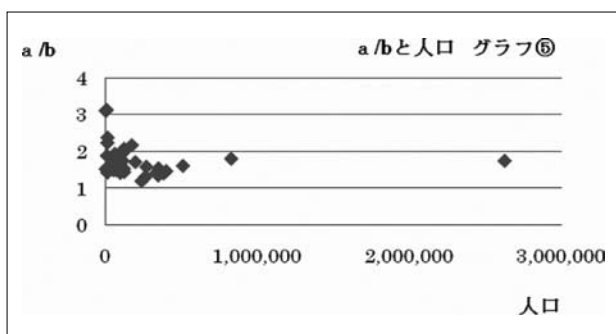
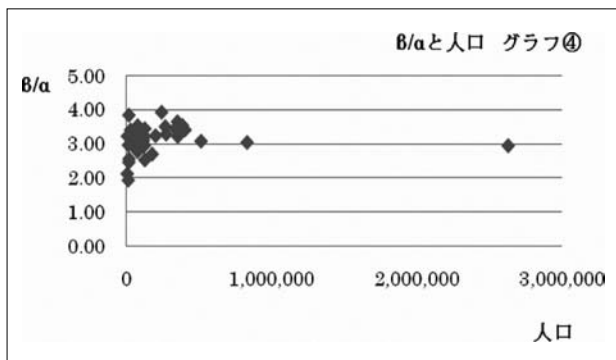
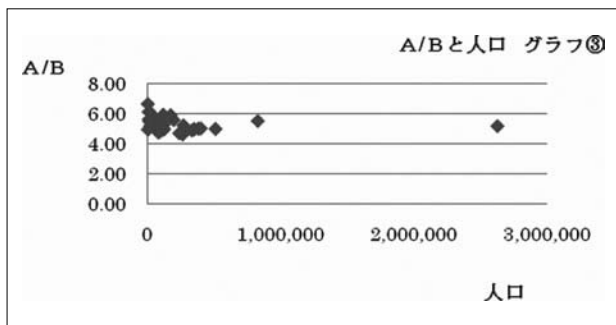
介護サービス受給者人口が少なく第1号被保険者数が多い程 $\beta/a$ の値が大きくなることから、第1号被保険者が日常生活において自立しており、介護サービス受給がそれほど必要でない第1号被保険者が多く高齢者が多いということであるから、元気な高齢者が多い保険者ほど、「給付額割合」が下がることがグラフ①よりわかった。



次に、 $A/B$ と $a/b$ の相関をみるために、縦軸に $A/B$ をとり横軸に $a/b$ をとってグラフ②にした。保険料が低いにもかかわらず給付額多いことを表しており、 $a/b$ の値が大きくなるほど、 $A/B$ の値が大きくなる相関関係がみられた。

$a/b$ の値が大きい保険者の介護保険財政は切迫していると考えられるので、「給付額割合」が大きくなればなるほど、介護保険財政は切迫することがわかった。

### Ⅲ-6 「給付額割合」と「人口規模」の相関について



グラフ③④⑤から共通して言えることは、人口規模と各数値に相関は見られないが、人口規模の大きい保険者ほど平均値に近い水準であり、分散が小さいということである。

人口規模が小さく財政規模が小さい保険者は、「給付額割合」に影響を与える要因の少しの変化でも「給付額割合」が大きく変化する。そのため、介護保険財政が安定せず、介護保険事業計画にも影響がでるであろう。

次章では、介護保険制度の安定的な運用のための介護保険財政政策を試みる。

### Ⅳ 介護保険の給付と負担を調整する財政政策

2000年に創設された介護保険制度は、高齢化の進展や介護サービス需要の掘り起こしによる要介護度の軽度者の予測を超えた増大によって、当初予想された以上の介護費用が必要になったために、介護保険料の引き上げと一般財源の投入の拡大は避けられないこととなった。

政府は介護保険を持続可能な制度にするために増大する介護費用の抑制を焦眉の問題として、2005年の制度改正で、介護費用の抑制を視野に入れた介護予防に重点をおく改正を施行した。

ここで、実際の介護保険総費用と第1号保険料基準額の推移を見てみたい（厚生労働省ホームページのデータより）。介護保険の総費用は、2000年は3.6兆円であったが、毎年純増し、2005年には6.4兆円になったが、介護保険の改正の影響で2006年は6.4兆円と前年度と同額に収まった。しかし、その後、2007年から再び増加し6.7兆円、2009年には介護報酬改定+3%の影響で、いっきに7.7兆円の増加となった。

第1号保険料基準額は、第1期2,911円、第2期3,293円、第3期4,090円、第4期4,160円と10年あまりで、基準額については1000円強保険料が上がっていることになる。

このように増大する介護費用を賄うために、第1号被保険者の保険料負担もそれに伴って重くなってきている。しかし、このまま保険料負担が増えていくと第1号被保険者の生活を圧迫することになる。

#### Ⅳ-1 諸外国の介護保険財政改革

欧米の長期介護財政の改革はどのような方向で行われているのであろうか。諸外国の介護保険制度の財政方式は、税方式と社会保険方式に大きく二分される。税方式を採用する北欧3カ国、ニュージーランド及びイギリスの5カ国は、ほとんどの長期介護の施設と在宅サービスをカバーすると共に、コスト管理と個人のニーズにより密接に近づいたサービスを供給することを同時に行うために、地方自治体が事業内容を選択できるブロック・グラント（包括補助金）のシステムを採用している。これは、地方自治体に対する目的別に指定された特定補助金をやめて（イギリス）、介護財

政をよりフレキシブルなものにすることに向かうものであった。北欧諸国やイギリスでは、ケアシステム(わが国では介護保険制度)の焦点となったのは地方自治体である<sup>(注10)</sup>。

わが国でも国が補助金を用いて主導していくのではなく、限られた財源を前提にしながら地方がそれぞれの地域の負担と責任で地域福祉を充実していくことが求められる。

各地域がどれだけの水準の介護給付の充実を望み、それをどのように財源調整をしていくのかを決定することは、介護保険の保険者である市町村にとって極めて重要である。

福祉に限ったことではないが、負担や費用ができるだけ少なく、高いサービスを利用できるのであればそれに越したことはないが、過小な費用でのサービス提供は、明らかに資源配分の効率性を失う(ここで言う効率性とは、限りある資源を投入して実現される満足度(効用)を最大化することである<sup>(注11)</sup>)。

#### IV-2 財源確保

分析結果からわが国の介護保険制度に、消費税の一部目的税化によって財源を調達して「介護保険交付金」を創設することを提言したい。仮に消費税を1%増税すると、増収分は2兆5千億円が見込まれる。経済的な考慮分を差し引いても、おおよそ消費税1%を介護目的税化すると2兆円が「介護保険交付金」の財源となる見込みである。

調整交付金がすでに介護保険財政に組み込まれているが、財源は一般税であり、介護保険交付金はその財源が目的税であることが大きな違いである。

#### IV-3 介護保険の給付と負担を調整する財政政策

「介護保険交付金」を創設し、どのように交付を行うのかということ、全国一律に交付するのではなく、給付額割合の平均値から上下双方向に分散している地域を対象とする。交付額は、給付額割合が平均値に近くように平均との乖離度などを斟酌して決定する。具体的には、第1号被保険者人口、介護保険サービス受給者人口、後期高齢者人口、居住者の所得階層、サービス受給者の要介護別割合などである。

給付額割合が高い保険者は、介護保険財政が切迫していることが考えられるので、保険料総額を介護保険交付金によって押し上げることで、給付額割合を押し下げ平均値に近づける。反対に給付額割合が低い保険者は、介護保険交付金で第1号被保険者の保険料を下げることで平均値に近づける。

しかしながら、地方交付税や提案した介護保険交付金のような財政システムは、本質的に保険者に残された財政力の格差是正にとどめなければならない。国、地方がそれぞれ担うナショナル・ミニマムに関して保険者間での平等をどのように考え、どこまでの不平等を許容するのかということも重要である。理論的には、高負担で同一のサービスという状況かあるいは負担は同じでもサービスに差があれば、住民の地域間の移動が起こり、その移動はサービスに対する負担の割合が等しくなるまで続く。いわゆる「足による投票<sup>(注12)</sup>」であるが、現実には、引越しには費用がかかり、介護保険に限って言えば、子供達の住んでいる地域に引越しをして住まない限り、年をとって新しい環境に馴染むのは難しいため、理論通りに均衡に向かうことはない。

そのうえで、「格差やむなし」であろうし、もう一つは「格差が生じないように国が責任を持つべき」という主張であるが、現実の制度運営を考える時結局はそのほどこまで調整を図ることになる。

国が一律に、つまり、国税を財源として全地域、全国民を対象として提供すべきサービスの水準と内容は何か、についての議論が不可欠ということである。そして、介護や公的な地域福祉の実際の担い手が地方公共団体であることを考えれば、財政調整や財源保障をどこまで行うかに議論は繋がっていく<sup>(注13)</sup>。

欧米は、格差が生じないように国が責任をもつ福祉国家から地方に財源と権限を委譲した地方分権型の福祉政策を実施している。

わが国の介護保険制度も同様にナショナル・ミニマムを担保したうえで、介護保険制度の地方分権型のメリットを十分に活用しながら、住民や民間の力を活かすなどして、限られた資源を効率的配分し、住民のコンセンサスのもと介護が必要になっても安心して暮らせる社会を一刻も早く構築しなければならない。



---

注

- 注1 船場 正富・斎藤 香里 2003『介護財政の国際的展開』「日本の介護保険の役割と今後の展望」278～279頁 ミネルヴァ書房
- 注2 椋野 美智子・田中 耕太郎 2010『はじめての社会保障』「第3章 介護保険」118～119頁 有斐閣アルマ
- 注3 船場 正富・斎藤 香里『前掲書』284～285頁
- 注4 毎日新聞 2010年9月21日朝刊
- 注5 中井 清美 2003『介護保険 地域差を考える』「介護サービスの地域とは？」52～53頁 岩波書店
- 注6 厚生労働省ホームページ：「平成15年～平成17年度 保険者別第1号被保険者の基準額」、「第2期介護保険 制度の実施状況について」
- 注7 「大阪府内の保険者別 第1号被保険者一人あたり給付額」、「大阪府内の保険者別 第1号保険料基準額」は、厚生労働省ホームページ：「平成15年～平成17年度 保険者別第1号被保険者の基準額」、「第2期介護保険 制度の実施状況について」のデータを加工して使用
- 注8 ①「大阪府内の保険者別 総給付額」②「大阪府内の保険者別 総保険料」は、③「大阪府内の保険者別 介護保険サービス受給者人口」④「大阪府内の保険者別 第1号被保険者人口」は、政府統計の総合窓口ホームページ：平成18年度介護保険事業状況報告(年報)のデータを加工して使用
- 注9 「保険者である各市町村の人口」は、総務省ホームページ：都道府県・市区町村別主要統計表(平成17年)を加工して使用
- 注10 船場 正富・斎藤 香里『前掲書』「第2章 長期介護財政の国際比較」42頁
- 注11 林 宏昭 2007『分権社会の地方財政』「地方分権と地域福祉 社会保障と地方の関わり」180～181頁 中央経済社
- 注12 分権化が進み、様々な地域で多様な公共サービスの組み合わせが提供されることになると、個人は居住選択を通じた「足による投票」により、自らの選好に応じた公共サービスの配分を求めて移住することができるようになる(富士通総研)。
- 注13 林 宏昭『前掲書』189～190頁