

福祉財政システムに関する一考察 －介護保険財政の分析を通して－

山 本 恵 子

Paying for Care for the Elderly in Japan
－Based on the Research Study on the Social Insurance for the Long Term Care－

Keiko YAMAMOTO

With the rising living standards and the progress of medicine, Japan has now reached to the aged society where the elderly can enjoy their long remaining lives. But on the other hand, the number of bedridden or senile elderly has increased sharply. As the countermeasure, the social insurance for the long term care for the elderly was drawn up to implement the full-fledged social care. This social insurance has been in effect since April 2000, designed to increase the volume of care services, enhance the accessibility of such services, and to secure the quality assurance. But still now the debate on the funding system continues. Now that the social insurance has started, there is a real need to explore how the role of municipalities and the pattern of services delivery have changed. This paper compares the old system with the new system through the research study, and suggests the appropriate and sustainable funding system for caring for the elderly.

Key words : the social insurance for the long term care for the elderly, the rationing system, municipalities, accountability, decentralization
介護保険制度、措置制度、市町村、アカウンタビリティ、地方分権

序 章

1990年の社会福祉関係八法の改正以降、わが国の社会福祉を取り巻く情勢はめまぐるしく変化し、社会福祉制度の根幹が変わりつつある。1990年代に入り、高齢化の水準は従来の予想をはるかに上回り、少子化傾向の進展に伴って生産年齢人口の減少を生み出した。今後、わが国の従属人口指数が高まる中で、少子高齢化が一層進展するものと思われる。こうした社会的趨勢に対して、国は行政改革推進委員会の路線に則った規制緩和、行政改革、地方分権、情報開示等の改革を進めてきた。それと並行する形で社会保障構造改革が行われ、さらには1998年社会福祉基礎構造改革の中間

まとめ・追加意見がまとめられて、社会福祉事業法が改正された。そして同時期に、介護保険法が成立、施行された。

特に社会福祉基礎構造改革において強調されたのは、措置制度に代表される‘行政主導型’のサービス提供から‘利用者本位’のそれに転換し、サービスの質の向上および地域福祉の推進を図ることであった。これらの「福祉改革」の流れを受けて、介護保険制度は成立施行され、医療保険制度、年金保険制度、雇用保険制度に続く4番目の社会保険方式の制度となっている。介護保険制度の施行に際し、厚生省はそのメリットを繰り返し強調してきた。すなわち、保険方式下では、給付と負担が明確となり、利用方式により権利

性が明確となるという見解であった。他方、措置制度には行政の一方的な裁量が関与するため権利性に乏しいというのである。¹⁾

小論は従来の措置制度と新たな介護保険制度との相違について、第一に市町村財政、第二に介護サービス量の増大の観点から考察するものである。

第1章 市町村の介護保険財政の分析

第1節 介護保険制度の実施に伴う市町村の財政負担

介護保険制度における保険者は市町村であるが、市町村が保険者である理由を探ることは重要である。というのは、全国およそ3155の市町村が一律に保険者として扱われることに問題があるからである。国の説明によれば、介護サービスの地域性や市町村の老人福祉および老人保健事業の実績を考慮し、また高齢者に対するサービスの決定権限が市町村に一元化されているという地方分権の流れも踏まえて、住民に最も身近な基礎自治体である市町村を保険者としたというのである。周知のとおり、わが国の地域経済は格段の格差が生じており、地方の自治体の行財政能力は低い状態にある。さらには過疎・高齢化が深刻化しており、町村において単独で取り組むには困難が大き過ぎる。広域連合という取り組みは市町村単独での限界を示すものである。ここでは、市町村の介護保険財政の状況を把握し、分析を試みたい。

介護保険制度では給付・財政主体を市町村単位にしているが、財政面や事務面で市町村の負担はどのようになるだろうか。

全体費用の8割強は、公費と医療保険者の納付金により賄われる。市町村が徴収する高齢者の保険料は、全体費用の2割弱である。市町村が徴収する高齢者の保険料に未納があったり、給付費が急増した場合には、各都道府県で設けられた財政安定化基金により、財政支援事業を行う仕組みになっている。第2号被保険者にかかわる介護保険料の上乗せ賦課による保険料（介護保険料＋国保保険料）収納率の低下による財政影響についても、国費による財政支援措置が行われることになっている。²⁾

図1が示す通り、介護保険財政の公費負担は利用料を除く財源の50%であり、国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%を負担する。ただし、国の負担のうち、5%相当分は調整交付金とされている。例えば、高齢者の所得が平均的な市町村では、第1号被保険者は17.0%、第2号被保険者は33%を負担するが、高齢者の所得が低い市町村で第1号被保険者の負担が12.0%にとどまった場合、国が5.0%を補填する。反対

図1 国費による財政支援措置の仕組み

高齢者の所得が低い市町村		高齢者の所得が平均的な市町村		高齢者の所得が高い市町村	
第1号 12.0%	国 10.0%	第1号 17.0%	国 5.0%	第1号 22.0%	
第2号 33%		第2号 33%		第2号 33%	
国 20%	都道府県 12.5%	国 20%	都道府県 12.5%	国 20%	都道府県 12.5%
	市町村 12.5%		市町村 12.5%		市町村 12.5%

に高齢者の所得が高い市町村では、第1号被保険者の負担は22.0%となるのである。

また市町村の求めに応じて、都道府県は、保険財政の広域化にかかわる調整を行い、これに伴う保険料基準の提示を行うことになっている。介護保険の事務のうち、要介護認定事務にかかわる経費の2分の1の相当額を国が交付し、要介護認定に関する事務については、広域的な実施や都道府県への委託ができる。

さらに、従来の制度の市町村負担率と比較すればどのように変化しているのだろうか。図2が示す通り、従来特別養護老人ホームや在宅介護サービスに要する

図2 老人福祉制度・老人保健制度と介護保険での市町村負担の比較（1995年度の介護費用）


老人福祉制度 特別養護老人ホーム、 在宅介護サービス 1.0兆円 〔全額公費〕	利 用 料	国 1/2	都道府県 1/4	市町村負担率 4分の1
			市町村 1/4	
老人保健制度 1.1兆円 〔公費5割〕 〔保険者5割〕	利 用 料	老人保健 拠出金 6/12	国 4/12	市町村負担率 12分の1
			都道府県 1/12	
			市町村 1/12	
				
介護保険	利 用 料	保険料 1/2	国 2/8	市町村負担率 8分の1
			都道府県 1/8	
			市町村 1/8	
市町村負担率 6分の1 → 8分の1				

表1 介護保険創設による公的負担の変化(1995年価格)

	従来の制度	公的介護保険
総 費 用	3.9兆円	3.9兆円
国 庫 負 担	1兆6100億円	1兆1100億円
都 道 府 県 負 担	3900億円	4300億円
市 町 村 負 担	6500億円	4300億円
市町村国保拠出	1800億円	1600億円

老人福祉制度(措置制度)の下では市町村負担率は4分の1、老人保健制度の下では市町村負担率は12分の1であったが、介護保険制度では市町村負担率は8分の1となった。つまり、老人福祉制度および老人保健制度とを合わせた市町村の平均負担率6分の1が、介護保険制度では市町村負担率は8分の1に軽減されたのである。このように単に負担率のみで比べてみると、介護保険制度での市町村負担は軽くなるように設計されている。ただし、これは超過負担を除いた試算であり、実勢の負担額を反映したものではないことに注意したい。

介護保険制度の創設による公的負担全体の変化をみると、表2が示す通り、国庫負担および市町村負担が減額されることになっている。試算によると、とりわけ国庫負担は従来の制度では1兆6100億円であるが、介護保険の下では1兆1100億円へと5000億円が軽減されることになっている。³⁾

第2節 岡山県下市町村の予算変化に関する調査

本節では、措置制度から社会保険方式への転換によって市町村の財政、介護サービス量が大きな影響を受けたが、その変化に関して岡山県下全市町村に対して調査を行った。調査内容および結果を次に述べてみたい。

1. 調査目的 介護保険制度の施行前後の予算状況を介護保険担当者に記入してもらい、そ

の予算の変化を把握する。

2. 調査対象 岡山県全体の状況を把握する目的から、県下78全市町村を、都市部、山間部に分けて、無作為に抽出した9市町村の介護保険担当者
3. 調査方法 介護保険担当者による自記式・郵送調査
4. 調査期間 2000年6月16日(金)～
2000年7月15日(土)
5. 回収率 9/9 うち有効回答: 9市町村
6. 結 果 表2、図3の通り。

介護保険制度の施行前の1999年度予算と、介護保険施行後の2000年度予算を比較すると、回収できた9市町村中5市町村において介護保険制度の下で予算計上額が増加した。その中でも特に目立った伸びを示したのが、落合町、総社市であった。これに対し、介護保険以前の予算計上額のほうが高かった4市町村のうち、特に減額の顕著な市町村が岡山市であった。

まず、2000年度の介護保険制度にかかわる予算の
図3 予算の増減(2000年度-99年度)(単位千円)

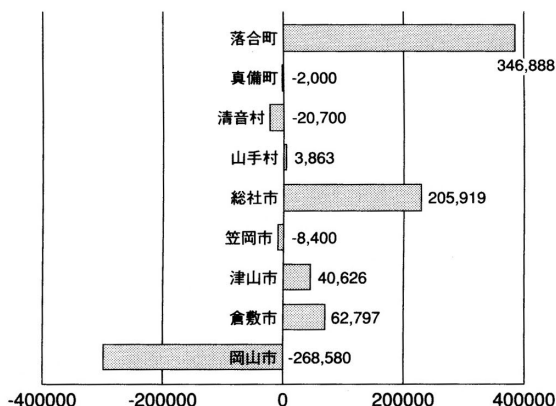


表2 岡山県下市町村財政負担額変化

財政負担について(予算額ベース)

市町村名	平成11年度		平成12年度			(単位:千円)	
	老人医療 (公費5割分)	老人福祉 (措置関係分)	介護保険(関連事業含む)			市町村名	差引増減
			給 付 費	他 特 会 分	関連対策費		
岡 山 市	735,885	3,861,298	3,403,478	654,571	270,554	岡 山 市	-268,580
倉 敷 市	762,993	1,644,906	1,901,460	558,759	10,477	倉 敷 市	62,797
津 山 市	112,994	459,800	454,820	121,200	37,400	津 山 市	40,626
笠 岡 市	82,086	321,848	363,564	27,478	4,480	笠 岡 市	-8,412
総 社 市	74,878	251,055	251,607	92,938	187,307	総 社 市	205,919
山 手 村	16,327	50,529	70,719	0	0	山 手 村	3,863
清 音 村	7,197	36,932	23,339	0	30	清 音 村	-20,760
真 備 町	34,785	88,828	81,263	15,338	25,768	真 備 町	-1,244
落 合 町	214,155	375,999	863,606	67,449	5,987	落 合 町	346,888

ち、サービス提供に直接関わる給付費と、1999年度予算（老人福祉費、老人医療費）を比較すると、9市町村のうち、山手村、落合町を除く7市町村で、介護保険制度施行後に負担額が減っていることが分かる。これは、第1号および第2号被保険者の保険料、介護度認定者のサービス利用に課せられる1割負担が新たな財源として調達されたことによる。

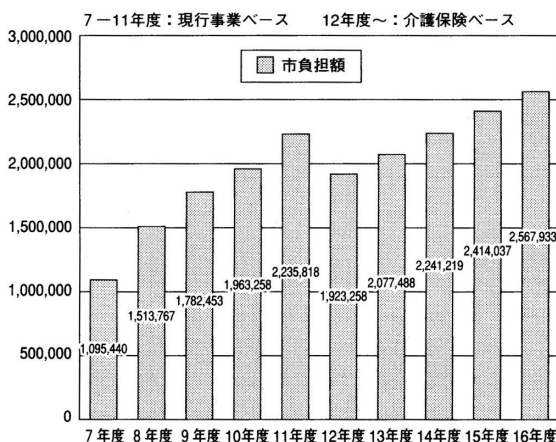
その点を考慮して再び全体を見ると、逆に2000年度になって予算増となった5市町村については、認定事務費や、低所得者の対策、認定漏れ者の対策、経過措置などに要する関連対策費に予算をかけていることが分かる。つまり、予算増となった市町村では、介護保険制度施行前にデイサービス等を利用していた者が介護保険制度施行後「自立」として認定されたものの、「健康老人」対策の対象となり、しかもその数が多かったという事情がある。

ただし、落合町と山手村については、1999年度予算額と給付費だけの比較においても、給付費の方が多かったために、この2町はサービスの利用見込みが事前調査の時点で多く出たのである。

さらに都市部と地方の市町村を比較するために、兵庫県姫路市のデータとつき合わせてみたい。図4が示す通り、姫路市では1999年度の市負担額が223万5818円だが、2000年度の負担額は192万23258円と介護保険制度の施行によって支出額が減少する結果となっている。しかしそれも単年度のみであり、要介護認定の事務費の増大や、福祉一般施策のための事業費を加味すると、2001年度以降は毎年8%ずつ負担額が増えていき、2002年度には1999年度の負担額を上回ると推計されている。

高齢化の進展と在宅サービス需要の増加により年々自治体の負担額は増加し、それに自治体の財政の伸び

図4 姫路市負担の推移（姫路市高齢福祉課資料）



が追いつかなければ、いずれ介護保険制度は破綻するかもしれない。制度施行3か年で、どの程度介護予防基盤が整備できるかが、中長期にわたる介護費用および福祉一般施策費用の建設的な抑制に影響を及ぼすと考えられる。

第2章 介護保険制度の施行前後のサービス提供量比較調査

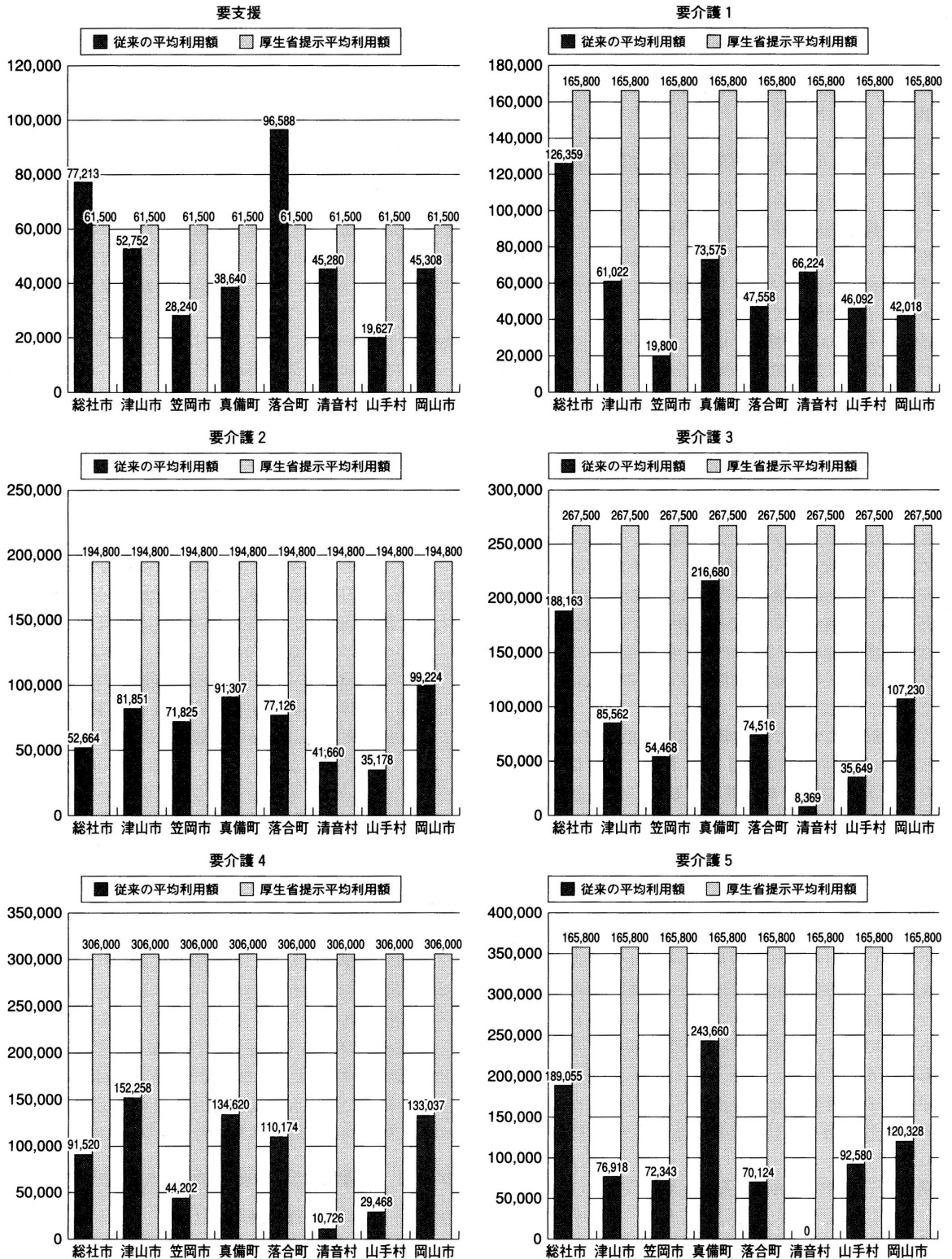
介護保険制度の施行前後のサービス提供量の変化についてみるため、岡山県下78全市町村に対してサービス提供量比較調査を行った。以下に、その調査概要を述べてみたい。

1. 目的 介護保険制度の施行前後において、自治体による介護サービス提供量の変化を把握する。
2. 調査対象 岡山県下78全市町村を対象にして、都市部・山間部・中間層に分け、無作為に抽出した12町村の介護保険担当者に記入してもらった。
3. 調査方法 介護保険担当者による自記式・郵送調査。
4. 調査期間 2000年6月16日（金）～
2000年7月15日（土）。
5. 回収率 8/12 うち有効回答は8市町村。
6. 結果 結果詳細は図5の通りである。

介護度区分別に特性を見ると、要支援では8市町村中、総社市と落合町が介護保険制度によるサービス量を上回っている。特に落合町は国の規定額の1.5倍となっている。要介護度1では厚生省提示額を上回る市町村はないものの、その中でも総社市が一番利用額が高い。要介護度2については岡山市、真備町が高く、要介護度3では総社市、真備町が高い。要介護度4では津山市、真備町、岡山市が高く、要介護度5では総社市、岡山市が高いという結果になった。

このことから、全体的に見て総社市、真備町は、介護保険施行前からサービス提供量が多い自治体であったことが言える。また、総社市・落合町は要支援にあたるサービス量、つまりデイサービス、デイケアの利用率が高かったことが考えられる。実際補完調査で、落合町では健康老人の生き甲斐としてデイサービス、デイケアが位置付けられていたところがあり、介護保険施行後デイが利用できなくなった人数は相当数に上がることがわかっている。総社市についても、介護保険法施行後の（認定漏れなど）関連対策費が県下の全市町村の中でも高く計上されていることから明らかである。

図5 サービス提供量水準換算図



一方、サービス利用額の少なかった市町村が多いことに着目すると、介護保険制度で厚生省が提示するサービス利用限度額は、(利用者が利用するか否かは別にしても)介護度に応じた、ある程度充実したサービス量が確保される結果となっていることにも注意しておかなくてはならない。

第3章 市町村社会福祉財政と地方交付税

第1節 市町村の介護保険対策と国の支援

介護保険制度の保険者は市町村であり、市町村の財政規模の伸びがなければ増大する介護ニーズには対応できない。自治体対策でも都道府県、市町村の負担を全額、地方交付税で手当てしている。加えて、介護関係職員を約2000人増員させ、広報啓発費やホームヘルパー教育等に1000億円の単独事業費を地方交付税に参入することにより計上させている。それ以外にも、自治体の「地域福祉基金」を活用することができ、その残高は1996年度で1兆1000億円である。

なお、1999年度の地方財政計画では、都道府県と市町村を合わせた地方全体の収入のうち、地方税が占める割合は40%、国からの交付税24%、補助金15%を占め、残りは地方債等で賄った。地方税は前年度より8%減り、特に都道府県の法人事業税は24%の減少であった。収収減少の穴埋めの中心は交付税であるが、その財源となる法人税等の国の収収も減っており、交付税特別会計の財政投融资資金からの借入は2000年度で6兆9000億円にのぼっている。

都市財政については財政硬直化に拍車がかかっている。『全国都市財政年報』によれば、地方債の元利返済など義務的経費や介護保険制度に備える支出が増え、各都市の運営は一段と厳しさを増している。地方分権時代を迎えたが、各市には地域の実情に見合った行政サービスの提供が求められる中で、財政の厳しさが独自施策の実施を困難にしている。

1999年度では、各都市は介護保険制度の実施に向けて準備に迫られたが、老人福祉や児童福祉などの経費を含む「扶助費」を見ると、少子高齢社会の進行に伴って増加の一途をたどっている。1990年度決算では全市合計で2兆4778億円であったが、99年度では1.7倍に膨れ上がっている。なお、地方債の返済負担も重く、99年度の発行額は前年度に比べ18.3%減となったものの、元利償還などに充てる公債費は7.0%の増加であった。⁴⁾

第2節 市町村社会福祉財政と地方交付税

市町村の収入は大きく分けて租税、使用料・手数料、借入金からなる。租税は国からの移転収入(地方交付

税、地方贈与税、国庫支出金)と地方税(住民税、固定資産税、事業税、軽油取引税等)に分けられ、また借入金は国債と地方債に分けられる。国からの移転収入のうち、地方交付税と地方贈与税は使途の限定されない一般財源であり、国庫支出金は使途の限られた特定財源である。

地方交付税は地方税負担の過重を避け、かつ地方財政のナショナル・ミニマムを確保し、地方自治体間の財政力格差および財政需要格差の縮小を図る目的で交付される移転収入である。地方交付税の財源は国税の一定部分(所得税・法人税・酒税の32%、消費税の19.2%、タバコ税の25%)である。地方交付税は総額の94%にあたる普通交付税と、総額の6%にあたる特別交付税という形で別々に交付される。⁵⁾

先にも述べた通り、市町村に対しては、これまで国庫負担金で賄われていた老人福祉費関連が2000年度から介護保険制度に変わったことにより、地方交付税の一部として交付される形になっている。具体的には、普通交付税の算定の改正により、基準財政需要額において「介護保険制度の実施をはじめとする少子・高齢社会に向けた地域福祉施策の充実に要する経費の財源を措置すること」として高齢者保健福祉費として6万9000円、うち介護保険費として3万2297円が単位費用として算定されている。

しかしここで注意すべき点として、99年度の単位費用額の算定基礎をみると、介護保険費の単位費用は4255円、高齢者保健福祉費の総額は6万7500円であった。言い換えれば、介護保険費用は2000年度で2万42円高くなったにもかかわらず、総額は1500円しか増額されていない。在宅福祉費等の規模が縮小したことは事実であるが、それ以外の施策費用に多かれ少なかれしわ寄せがきているということがいえる。⁶⁾

また、地方交付税に関連して新たに介護給付費負担金にかかる密度補正が新設されているが、交付税は算定基準が細かいため、基準財政需要額の算定の見込みと実際に市町村に入ってくる額には違いがあり、自治体自体が苦心するところとなっている。地方に行政需要が期待される一方で、不景気、人口構成の変化による収収の伸び悩みで自主財源の確保も難しい市町村、現実収入の半分以上を地方交付税に頼る市町村も多い。その中で国の交付税特別会計の伸びも低い状況にあり、財政的に市町村は年々苦しくなっている。

第4章 破綻した介護保険財政 —M町のケース—

第1節 M町の介護保険運営状況

介護保険制度の場合を考えると、多くの自治体は多

福祉財政システムに関する一考察

少の批判を交えながらも厚生省の集権的とまでいえるリーダーシップに追随し、同省が作成したワークシートに地元データを当てはめるという作業を行ってきた。さらには、制度実施に伴う都道府県、市町村の財政負担についてはそのほとんどが地方交付税で手当てされた。国が作り上げたレールに自治体が乗っかるという護送船団方式は福祉分野でも例外ではない。

しかし、介護保険制度での自治体の役割は介護保険特別会計の「金庫番」だけではもちろんない。介護保険制度の保険者・実施主体として、予防の視点に立った、健康的なコミュニティづくりを実施し、将来を見通した自律的な政策運営が求められている。

ここで、ある自治体の介護保険財政の破綻例をみて

表3 M町の介護保険料賦課状況（第1号被保険者）

（2000年10月13日現在）

	普通徴収	特別徴収	合 計
第1段階	29人	16人	45人（1.1%）
第2段階	117人	915人	1,032人（26.0%）
第3段階	225人	1,810人	2,035人（51.3%）
第4段階	84人	545人	629人（15.9%）
第5段階	33人	194人	227人（5.7%）
合 計	488人	3,480人	3,968人（100%）

（M町健康福祉課資料）

みたい。M町は介護保険財政で1億5000万円の赤字を出し、その対応に苦慮している。M町は、2000年現在、人口2万3578人、就業人口比率は第一次産業7.2%、第二次産業47.8%、第三次産業45.0%という地方都市に隣接する小規模な自治体である。福祉および医療資源については、特別養護老人ホーム1か所・定員80名、病院2か所、診療所9か所をもっている。なお、高齢者人口は3870人（前期高齢者2188人、後期高齢者1682人）、高齢化率16.4%である。

M町では当初、介護保険料算定に際し、認定申請者の見込みを、在宅について312人（要支援・62人、要介護1・120人、要介護2・57人、要介護3・41人、要介護4・20人、要介護5・12人）、施設について135人（要支援・0人、要介護1・27人、要介護2・22人、要介護3・35人、要介護4・31人、要介護5・20人）としていた。しかし、介護保険制度の施行後、特に在宅の要支援、要介護1と判定された認定者が、それぞれ予測数の2.5倍、1.33倍となり、全体では当初見込み数よりも185人も多いことが判明したのである。

その結果、当初予算と2000年の給付見込み額に大きな差額が生じ、要介護者の施設介護（特に療養型病床群）で7595万7000円、要支援者の通所介護支援（デイ

表4 M町の介護認定状況

（2000年3月末現在）

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合 計	非該当	取り下げ
在宅	当初見込	62	120	57	41	20	12	312		
	実認定者	155	159	59	39	19	24	455	26	22
施設	当初見込	0	27	22	35	31	20	135		
	実認定者	4	33	30	32	35	43	177		
合計	当初見込	62	147	79	76	51	32	447		
	実認定者	159	192	89	71	54	67	632	26	22
差引		97	45	10	△5	3	35	185		

（M町健康福祉課資料）

表5-1 M町の保険給付状況

（単位：千円）

		当初 予算	1月 当り 見込額	6月実績		7月実績			8月実績			9月実績			10月実績			計		H12 給付 見込額
				件数	金額	件数	金額	前月比	件数	金額	前月比	件数	金額	前月比	件数	金額	前月比	件数	金額	
要 介 護	居 宅 介 護	176,095	16,009	263	15,063	322	17,866		342	18,546		381	19,554		339	19,032		1,647	90,061	206,364
	施 設 介 護	438,764	39,888	133	39,294	151	45,596		146	44,110		155	46,401		160	49,232		745	224,633	514,721
	住宅改修,福祉用具	7,388	672	3	205	8	453		11	446		4	278		9	261		35	1,643	3,765
	居 宅 介 護 計 画	7,126	648	185	1,401	236	1,786		244	1,848		234	1,775		232	1,756		1,131	8,566	19,628
	小 計	629,373	57,217	584	55,963	717	65,701	117.4%	743	64,950	98.9%	774	68,008	104.7%	740	70,281	103.3%	3,558	324,903	744,478
要 支 援	居 宅 支 援	12,897	1,172	124	3,183	126	3,561		138	3,439		147	3,582		145	3,646		680	17,411	39,895
	住宅改修,福祉用具	540	49	1	6	4	200		2	182		1	40					8	428	981
	居 宅 支 援 計 画	475	43	103	670	114	742		118	767		116	754		121	787		572	3,720	8,524
	小 計	13,912	1,264	228	3,859	244	4,503	116.7%	258	4,388	97.4%	264	4,376	99.7%	266	4,433	101.3%	1,260	21,559	49,400
高 額 介 護 費 等		6,889	626		322		389			365			453			472			2,001	4,585
合 計		650,174	59,107		60,144		70,593	117.4%		69,703	98.7%		72,837	104.5%		75,186	103.2%		348,463	798,463

（M町健康福祉課資料）

表5-2 (単位:千円)

		当初予算 A	第1次補正 B	補正後予算 A+B	当初比 B/A
総務費	一般管理費	8,366	352	8,718	104.2%
	認定調査費等	7,476	1,418	8,894	119.0%
	審査会共同設置負担金	7,442	779	8,221	110.5%
	その他	3,052	0	3,052	100.0%
保険給付費		650,174	108,097	758,271	116.6%
基金積立金		11,412	△11,382	30	0.3%
財政安定化基金拠出金費		3,605	186	3,791	105.2%
公債費		10	0	10	100.0%
予備費		1,000	0	1,000	100.0%
合 計		692,537	99,450	791,987	114.4%

サービス、デイケア)で2699万8000円の赤字が発生した。さらには、居宅介護計画作成費用でも2055万1000円の赤字が生じている。その他の誤差を含めると、赤字総額は1億4828万9000円にも上っているのである。

ちなみに、M町の財政力指数は0.420（公債費比率は15.8）である。他のほとんどの町村と同様に、財政力は極めて弱い。また歳入（1998年度決済）でも、地方税18億5900万円、交付税27億2200万円、国・県支出金8億4600万円、地方債9億9700万円、その他14億7200万円、歳入総額78億9600万円、これらの数字が示すように自主財源は乏しい。

この介護保険財政の赤字の背景には、措置から契約に変わる中での民間の施設経営の問題がある。措置制度においては国庫負担または国庫補助金といった安定的な収入があった。しかし、介護保険制度の施行によって、収入は利用者の契約から発生する介護報酬となり、施設経営の安定化のためにはより多くの利用者の確保が民間事業者にとって急務となったのである。実際、M町では、制度施行の1年前から、民間施設による利用者の「囲い込み」活動が始められた（M町介護保険課長談より）。その内容は、サービスの向上、とりわけ食事の改善に特別の出資をしていたという。これにより、利用者は施設サービスを希望し、認定申請は予想を上回るものとなったのである。制度施行後、「囲い込み」が終わり、サービスは元の水準に戻った。まさに経営戦略が効を奏したのである。

一方、「役場」的文化が残る地方の自治体は民間の経営戦略に触れる機会は少ない。M町では、コンサルタント会社による作成データから算出した認定者数の当初見込み、サービスの需要予測、高齢者世帯の段階別収入などから保険料を2600円に設定した。M町が望んだ保険料に落ち着いたのである。M町は調整交付金の対象となっており、高齢者から高い保険料を徴収するのは困難と判断していた。実は、これが大きな誤算

となり、介護保険財政の赤字を生む原因となったのである。

現在M町は、一般会計からの繰入れができないため、岡山県に対して財政安定化拠出基金からの貸付を申請している。財政安定化拠出基金の貸付制度は、介護保険法第147条にあるように、「貸付を受けた年度の次の事業運営期間に3年間の分割で返済する」としている。そのため2年後の保険料改定で介護保険料の引き上げとなる仕組みである。今後、貸付金返済、サービス利用の拡大などを考慮すると、2期目の保険料は2倍になることが予想される。

第1号被保険者に対する保険料賦課状況は、第1段階、第2段階の占める割合が全体の27.2%を占めており、今後の保険料引き上げには耐えられない階層である。保険料を引き上げても、その徴収率は低下することが予想される。地方の自治体の財政力の弱さ、行政運営の甘さ、そして民間事業者の「囲い込み」が惹起させた財政破綻例である。

第2節 M町と姫路市との比較

概して、介護保険給付状況を見る場合、各市町村における高齢化率（特に後期高齢化率）や介護資源（特に特別養護老人ホームと老人保健施設）の分布状況等に着目する必要がある。次に、地方の町村とは別に、府県下市町村のリーダー格である中核市・姫路市を取り上げて、M町と姫路市とを比較し、さらに市町村福祉財政の現状を検証してみたい。

第一に、M町と姫路市の高齢者人口の比較から始めたい。M町の特徴は第1号被保険者の第3段階（いわゆる基準額）構成比が51.3%と全体の中で突出していることである。産業基盤をもつ財政的に余裕のある町ならばともかく、M町のような構成は通常考えられないことである。これに対し、第4、第5段階では姫路

表6-1 高齢者人口比較（段階別保険料徴収人数より）

(人 数)	M 町	姫 路 市
第 1 段 階	45	1,398
第 2 段 階	1,032	24,626
第 3 段 階	2,035	27,249
第 4 段 階	629	14,324
第 5 段 階	227	7,021
合 計	3,968	74,618

表6-2

(構 成 比)	M 町	姫 路 市
第 1 段 階	1.13%	1.87%
第 2 段 階	26.01%	33.00%
第 3 段 階	51.29%	36.52%
第 4 段 階	15.85%	19.20%
第 5 段 階	5.72%	9.41%

市が高い。M町における第3段階構成比の高さの要因を考えるとすれば、税の無申告者を第3段階に位置づけていることが推測される。また、所得状況や世帯課税状況の調査が徹底されていたかも疑問が残る。厚生省の指導においても無申告者は第2段階とすることとしており、実際に保険料徴収の段階で無申告で第3段階とされた者の苦情が市町村に寄せられている。M町では基準額の人口が多いため、51.3%で保険料を算出すると保険料水準全体は低くなる。しかし、実際にはこれほどの収入は見込めなかったために、その結果として財政安定化基金からの貸付や交付に頼ることになったと考えられる。

第二に、認定者数および認定率（認定／高齢者人口）をみておきたい。認定率においては、M町の方が高い。しかしながら、M町の認定構成比において軽度の認定者の割合が高いのが特徴である。

第三に、給付見込み額については、当初見込み額においては差は認められない。

第四に、施設入所者の比較をみると、ここに給付（支出）上の差が出ている。M町は施設入所比率が

5%弱と極めて高く、高知県や北海道なみである。姫路市のそれは2.61%であるのと対照的である。厚生省の全国平均での施設入所比率見込みでは、2004年度で3.4%と想定しており、その比率に2000年度から2003年度の基盤整備によって近づけていくこととしている。後期高齢化率の高さや、地元での介護保険施設の数が多ければ、給付費全体を圧迫することになる。これらを踏まえて、予算編成したか、あるいは事業計画の策定をしたかで、収支バランスは大きく異なってくるのである。

2000年8月実績で比較すると（姫路市のデータは8月分提供分であるが）、M町の在宅福祉の利用はかなり多いといえる。また施設入所者が多いにもかかわらず、施設の給付割合が姫路市よりも低いのは、在宅サービスの給付費がM町では高く、そのため相対的に施設給付割合が下がっているものと考えられる。在宅福祉が給付面で充実しているためであるが、そうであるからこそ先の支出面での当初見込みが低かったといえる。

最後に、施設給付費の比較をみておこう。M町では施設入所比率が高く、在宅サービスも多いため、当然給付費が多くなると見込まれるにもかかわらず、当初見込みにおける高齢者人口比において姫路市との差が余り変わらない。結論として、M町では施設規模が相対的に大きいにもかかわらず見込み値そのものを低く設定したことが、給付状況を極めて悪化させた要因と判断できよう。

表10-1 8月実績における比較

（金額）	M 町	姫 路 市
計 画 費	2,615	30,898
在 宅	21,985	221,536
施 設	44,110	617,041
住 宅・用 具	628	3,090
合 計	69,338	872,565

表10-2

（構成比）	M 町	姫 路 市
計 画 費	3.77%	3.54%
在 宅	31.71%	25.39%
施 設	63.62%	70.72%
住 宅・用 具	0.91%	0.35%

表11 施設給付費の比較（8月実績額）

（金額）	M 町	姫 路 市
給 付 費	44,110	617,041
対 給 付 費	63.62%	70.72%
対 認 定 者	63	75
対 高 齢 者	11	8

表7-2

（構成比）	M 町	姫 路 市
要 支 援	25.14%	10.42%
要 介 護 1	30.17%	24.81%
要 介 護 2	14.22%	19.61%
要 介 護 3	11.21%	16.27%
要 介 護 4	8.33%	15.85%
要 介 護 5	10.92%	13.05%

表8 給付見込額と高齢者人口の関係

	M 町	姫 路 市
①見 込 額	650,174	12,383,763
②高 齢 者 数	3,968	74,618
① / ②	164	166

表9 施設入所者比較

	M 町	姫 路 市
人 数	196	1,949
対認定者割合	28.16%	23.83%
対高齢者割合	4.94%	2.61%

小括 一地方アカウンタビリティの確立に向けて一

介護保険制度を財政的な視点でみると、社会保険方式により給付と負担が明確になり、財源も安定的に調達できることになっている。何よりも指摘しておきたいのは制度の透明性である。従来の措置制度に代表される税方式と比べると、介護保険制度では地方自治体の福祉財政の中身が格段に「見える」ようになった。裁量の余地が大きかった従来の仕組みでは、入所判定の仕組みやホームヘルパーの派遣決定をめぐって住民にとって不透明であったことは事実である。介護サービスの財源調達に関する行政の負担と住民の負担の関係がルール化され、「見える」仕組みとなった点は評価に値しよう。

しかしながら、介護保険制度がうたう「実施主体を地域住民に身近な市町村とすることで、独自性のあるきめ細かな対応を可能とする」という点においては疑問を感じる。地方分権化が進む中で市町村を実施主体にする形にはなっているが、市町村が意思決定を行う上で、現状の地方歳入の財源構成では独自性を出すことは難しい。地方財政は、地方税収が悪化する中、相変わらず地方交付税、国庫補助金など国からの財源移転と地方債許可制度によって中央集権的に運営されたままなのである。また、社会保険方式の下で低所得者の負担が重く、保険料や利用料を払えない高齢者が存在している。

今、必要なことは、介護保険制度という形で福祉に地方分権の風が吹いた以上、市町村の財政自体にも分権化の風を起こすことである。つまり、地方財源の拡充策が不可欠なのである。例えば横山純一は、国の徴収する所得税率を下げて、代わって地方の住民税率を上げていくか、消費税の地方への配分を2%~3%にするなどの措置を提案している。今後、地方に移転していた税源を地方税（地方の自主財源）とし、財政面から強化することが急務であろう。

ただし、わが国の過疎過密や地域経済の不均等発展の現状を勘案すれば、地方交付税のもつ調整機能は基本的に維持していかなければならない。国際的に見てもわが国の地方財政の規模が大きい。地方の固有事務に加えて、支出の大半が国の委任事務に振り分けられ、過去数年の不況対策のため地方単独事業に「交付税措置」つきの地方債が充てられているためである。地方債の増発は交付税の特定財源化を促している。財政調整機能をもつ地方交付税自体は必要であるが、地方交付税の特定財源化につながるような運用は好ましくない。地方交付税交付額の伸びが難しい中で、地方債の返済

のために、介護、保育、教育、保健、環境整備等の標準的なサービス水準を確保するために算定された部分を削減しなければならない。「交付税措置」については厳格な運用を求め、地方交付税本来の原則から逸脱する決定は慎まなければならない。要するに、標準的なサービスの費用については最小限の交付税を交付し、他のサービスの費用については地方が自主性と責任性をもって運営していくのが地方アカウンタビリティの適切な形であろう。

一方、利用者の面からみると、介護保険制度は低所得者に対して厳しい制度になっていることは否めない。利用者の1割負担もさることながら、将来的な介護ニーズを考えると保険料が高くなる傾向にある。その点で、低所得者への対応が必要とされる。その補助的な部分は、実施主体の市町村に要求されるが、介護保険財政の半分が保険料であるため、補完的に他の手段で財源の安定的拡充をする必要がある。その形の一つとして、消費税の増税が考えられる。

基本的には、住民が本当に望むサービスを、自治体が効率的に提供する仕組みにする必要がある。そのため、受益と負担の関係を明確にし、住民がサービスを選択する必要がある。高額所得者から低所得者への所得再分配が重要であった時代には、累進的な国の所得税や法人税を中心にする必要があった。しかし、社会が成熟化した段階を迎えると、介護などのサービスを全体で支えることが重要になり、所得再分配を担う国から、住民サービスを担う地方自治体へ税源を委譲することが不可欠となる。

註

- 1) 措置制度の意義については、次の文献を参考にした。成瀬龍夫、小沢修司、武田宏、山本隆：福祉改革と福祉補助金、1-21頁、ミネルヴァ書房、1989年
- 2) 介護保険制度とその改革案の仕組みについては、次の文献を参考にした。横山純一：介護保険法の全面改訂を、神野直彦・金子勝編、「福祉政府」への提言、47-95頁、岩波書店、1999年
- 3) 池田省三：介護保険の財源。佐藤進・河野正輝編、介護保険法、248頁、法律文化社、1998年
- 4) 日本経済新聞。2000.11.24.
- 5) 地方交付税については次の文献を参考にした。青木宗明：地方交付税交付金。和田八東・野呂昭朗・星野泉・青木宗明編、現代の地方財政 [新版]、81-91頁、有斐閣ブックス、1992年
- 6) 地方交付税制度研究会編平成12年度 地方交付税制度解説(単位費用篇)326-333頁、地方財務協会、2000年