

## 論文

# 介護保険財政黒字化は何を意味するのか —大阪府の事例を通じて

柴田 知成<sup>\*1</sup>, 八木橋 慶一<sup>\*2</sup>, 正野 良幸<sup>\*3</sup>, 服部 修平<sup>\*4</sup>

ローカルガバナンス研究会<sup>\*1</sup>, 近畿医療福祉大学特任講師<sup>\*2</sup>, 同朋大学社会福祉学部助手<sup>\*3</sup>, 京都市<sup>\*4</sup>

● 要約 ●

制度発足以来、わが国の介護保険制度は厳しい財政状況にあった。しかし、2006年の制度改正以降、増加傾向にあった介護給付費に抑制が働くようになり、その結果、多くの地方自治体で介護保険財政が好転した。本論は、このような事態に内在する問題を考察するものである。

黒字化の要因を分析するため、平均的な事例である大阪府の介護保険財政を取り上げた。具体的には、大阪府の「ふれあいおおさか高齢者計画2006」から分析している。その結果、2006年度の改正により仕組みが大きく変更、あるいは新たに創設されたサービスにおいて、実績値が計画値を下回っていることが明らかになった。

この背景には、新たなサービスの具体的内容が制度開始直前まで明らかにされず、市町村の計画値推定に関する基礎調査等が十分に行われなかったという事情がある。本論では、住民参画の視点から、このような問題が介護保険制度全般にどのような影響を及ぼすかを考察した。

● Key words : 介護保険財政・介護保険料・介護保険事業計画・給付と負担

人間福祉学研究, 2 (1) : 103-118, 2009

## 1. 問題の所在

2000年に創設された介護保険制度は、制度発足以来9年を経て、国民とりわけ高齢者の生活を支える上で不可欠な制度として認知されている。また、社会保険制度であるため、必要な財源となる保険料を被保険者から徴収しなければならないが、このことが保険者である市町村に情報開示を促す契機になったとの指摘もある。つまり、市町村が「地元の高齢者（第1号被保険者）に対して保険料算定の根拠を示す義務が生じた」（山本，2004：218）からである。給付と負担の関係が明確であるため、介護保険料の算定基準が曖昧であれば、地域住民の理解が得られないというわけであ

る。

ところで、2006年の制度改正以降、この制度には財政面で大きな変化が生じたとされる。制度発足以降、増加傾向にあった介護給付費に抑制が働くようになり、多くの地方自治体で介護保険財政が好転したというデータが提出されているのである。確かに、制度の破綻を招きかねない収支の悪化は問題である。一方、保険制度であるため、財政状況の好転自体は良いとしても、過大な剰余金の発生も好ましいものとは言えない。なぜなら、被保険者から過大な保険料を徴収、あるいは極端な給付抑制を行っている可能性があるからである。

ただし、本論では介護保険財政の黒字化自体を

問題として取り上げるわけではない。黒字化を果たした要因に何らかの問題があったのではないか、という視点から論じるものである。つまり、黒字化そのものよりも、そこに至るプロセスに焦点を当てる。本来であれば必ずしも問題とはいえない財政状況の好転だが、本論は、そのプロセスに介護保険制度の正当性を損ないかねない問題があったという認識に立つからである。

財政状況の検討の対象だが、地方自治体が保険者であるという介護保険の性格を考慮し、全国的な状況を論じるよりも市町村を支援する立場にある都道府県単位での考察に限定する。これは、市町村が保険者ではあるが、そのままでは規模の面ではらつきがあるからであり、そこでより広域的な都道府県の方が考察の単位として適していると見なしたからである。もちろん、介護保険法において、市町村における介護保険事業を支援するために「介護保険事業支援計画」を策定することが都道府県に義務付けられている点も重視している。

まず2章では、介護保険制度の全体像を、とりわけ財政面から論じることとする。都道府県単位の議論に入る前に、もう一度制度の全体を概観することが重要であると考えからである。3章では、介護保険財政の現況について、具体例として都道府県、本論においては大阪府を平均的な事例として取り上げる。都道府県単位を基準とすることで、介護保険財政がどのような状況にあるのかを紹介する。4章では、大阪府の分析から、現在の介護保険財政にはどのような問題点が内在し、それが介護保険制度全般にどのような影響を及ぼしているのかを考察することとする。保険財政という技術的な事柄ではあるが、その運用次第で制度全体にいかん影響を及ぼすのかを指摘する。

なお、本論文の執筆者の担当箇所であるが、1章は正野、2章は服部、3章と4章は柴田、5章が八木橋である。全体の調整は八木橋が行った。

## 2. 介護保険制度における財政構造の概要

### 2.1. 制度導入の背景

2000年4月に導入された介護保険制度は、自治体固有の事務である自治事務とされ、自治体独自の運営により、各地域における介護サービスのニーズに応えることが期待されたものである。また、この制度は、日本の福祉サービスの提供体制を転換した「社会福祉基礎構造改革」を最も反映した制度でもある。戦後日本において福祉サービスは、措置制度として行政が定めた方法によって提供されていたが、2000年に行われたこの改革により、福祉サービスは措置制度から契約制度へと移行した。

改革の背景には措置制度への批判があったわけであるが、この制度について鋭く批判したのが、新藤宗幸である。後見的な「措置」などの概念により市町村が一方向的に住民へのサービスを決定しているとし、福祉サービスはあまりに中央集権的、官僚主義的であり、人々のニーズに対応しておらず、専門職者や行政担当者によって管理・支配されていると否定的な評価を下したのである(新藤, 1996)。

ただし、成瀬らは、措置制度の根幹を、国家による統制機能にあるとしながらも、高度成長期の社会福祉ニーズに対応し、戦後日本の社会福祉のナショナル・ミニマムを支えたとして積極的な面を認めている(成瀬ら, 1989:5-18)。確かに、「措置」概念など批判すべき点はあるものの、何よりもこの制度は、生存権を国家責任のもとで明確にしたものとして一定の評価が可能である。また、市町村によっては一方的なサービス決定が行われていないのも事実であり、もしなされていたとしても財源不足が原因だと考えることもできる。

その是非はともかく、高齢化の進展の中、福祉サービスの拡大が急務となる一方で、そのための財源が不足していたのは事実であった。というのも、措置制度は租税によって費用を賄う仕組みであるため、財源確保が財政状況や市町村等の姿勢

に左右され、必要なサービス量が確保されにくいという問題があったためである(椋野, 2006:177)。そこで、福祉サービス領域の規制緩和を行い、「保険料」という新たな財源によって始められたのが、この介護保険制度であった。「措置」批判への対応だけでなく、財源不足解消の妙手として編み出された側面があったとも言える。

## 2.2. 制度の概要

介護保険制度では、被保険者がサービスを受けたい場合、認定審査を受ける必要がある。要介護ないし要支援状態と認定された場合、その度合いに応じて決められた上限値の範囲までのサービスを受けることが可能となる。サービスを提供するのは指定された事業所であり、居宅サービス部門においては営利企業、NPOの参入が可能である。利用者は自由にサービスを選べるとされ、居宅サービスを受ける場合、介護支援専門員によって作成された居宅サービス計画(自分で作成することも可能)に基づきサービスを受ける。保険によるサービス利用は、原則として費用の一角が自己

負担となっている。

次に、介護保険制度における公的セクターの役割分担であるが、これは表1のように整理できる。国は、報酬単価やサービス内容等に関する全国的な制度の枠組みを規定し、都道府県、市町村はその運営にかかわる業務を担うこととなった。なかでも保険者としての市町村は、先述したように介護保険に関する事務を自治体固有の事務である自治事務として位置づけることで、独自の運営によって各地域における介護サービスのニーズに応えることが期待された。その役割は、要介護認定のための事務などある程度マニュアル化が可能な業務にとどまらず、介護保険事業計画の策定と第一号被保険者の保険料を住民参画のもとで決定することが含まれている。

## 2.3. 財政構造の概要

本節では介護保険制度の財政構造をまとめておく。まず負担割合を見ていくと、介護保険が開始された2000年では公費負担が50%であり、その内訳は国が25%、都道府県が12.5%、市町村が

表1 介護保険制度における公的セクターの役割分担

国	法制度の運営等、制度全体の枠組みの設定 要介護認定、保険給付、事業者・施設等の基準の設定 保険者・事業者・施設等への指導等
都道府県	保険者・事業者・施設等への指導(事業者の指定等) 財政安定化基金の設置、市町村からの要介護認定業務の受託 介護サービスの基盤整備(施設整備、マンパワーの確保) 介護保険審査会の設置 介護保険事業支援計画の策定等
市町村	介護保険事業の実施(保険給付、要介護認定業務、第一号被保険者の保険料の賦課・徴収・保険証の交付等) 介護報酬請求の審査・支払 介護サービスの基盤整備 介護保険事業計画の策定 市町村特別給付や保険福祉事業の実施 (以下の2点は2005年度改正により新たに追加された) 地域密着型サービスの実施 地域支援事業の実施

出典：厚生統計協会編(2007)『図説 統計でわかる介護保険2007』より、一部改変

12.5%の負担割合であった。しかし、2006年度の介護保険改正でその負担割合は変更されている(表2参照)。具体的には、介護保険施設等(都道府県の指定権限のある介護保険施設)の給付について、国20%のうち5%は調整交付金で、市町村の高齢者比率、所得水準等に応じて交付されている。つまり、国の負担が軽減された改正内容となっている。また、保険料の第一号と第二号被保険者の割合は2006年度から19%、31%となっている。

介護保険財政全体について、坂本は、介護保険制度が開始された2000年から介護給付費の増加に伴い、市区町村に設けられた介護保険事業特別会計の財政赤字が続いていたことを指摘している(坂本ら、2006)。介護保険制度導入後、当初の予想を上回る利用者や受給者の増加が見られたため、受給費支出の増大につながったのである。そのため、介護保険料の値上がり各自自治体で見られた。さらに、このような財政赤字を理由として、2006年4月から介護報酬は、実質2.4%引き下げられたのであった。また、坂本は、被保険者1人あたりの給付費や保険料には地域格差が存在し、施設介護サービスの割合が高くなるにつれて、給付費も大きくなることを都道府県別の調査により明らかにしている(坂本ら、2006)。

また、介護保険制度の特徴として、居宅サービス等、サービス事業者の一部に営利企業の参入を認めた点があげられる。ところが、この点も利用者の急増とならんで介護保険財政に影響を与えていたのである。このような規制緩和と財政の安定化をどのように両立させるか、課題として残され

たままであった。

当初、規制緩和を理由として、市町村の供給のコントロール権限は認められていなかった。そこで問題になった例として、グループホームの新設がある。グループホームの新設自体は高齢者ニーズに対応するものではある。しかし、それは一方で市町村に費用増の圧力をかけてきた。この背景には、厚生労働省がグループホームを在宅福祉として位置づけて規制緩和の対象に含めたものの、グループホームは、住所地特例の対象になっていないという事情があった。2006年改正では、保険者の機能強化のためにグループホームを含む地域密着型サービス事業者の指定・監督業務を市町村が行えるようにしている。これは地方自治体に介護事業の適正化を徹底させることで、保険料の上昇を抑え、負担の急増を回避しようとするものであった。

確かに、厚生労働省は、「尊厳の保持」という理念のもとに制度改正を行ったとされる。しかし、実際は予想を上回る介護保険給付費の膨張を懸念していたのであり、奥西が指摘しているように、費用抑制に重点をおいた制度改正であることは否めないものであったといえる(小田ら、2007)。

では、具体的に全国の市町村介護保険財政について見ていきたいが、その推移を示したものが表3である。ちなみに地方自治体の介護費用は、従来の高齢者福祉ではなく、特別会計で処理されている<sup>1)</sup>。表3を見ると、2000年度の制度開始後介護費用総額は急増してきたのがわかる。創設時は3.6兆円であったのが、2005年度には6.1兆円となり、その伸びは約2倍である。これは、介護保

表2 介護給付費の負担区分

①施設等給付費

公費	国20% うち調整交付金5%	保険料※	第1号被保険者 19%
	都道府県17.5%		第2号被保険者 31%
	市区町村12.5%		

②居宅給付費

公費	国25% うち調整交付金5%	保険料※	第1号被保険者 19%
	都道府県12.5%		第2号被保険者 31%
	市区町村12.5%		

出典：筆者作成

険実施後サービス供給は増えたが、それに伴って市町村の介護保険財政の負担も拡大してきたことを意味している。

このような総費用拡大に伴い、計画されたサービス給付費に対して実績サービス給付費が上回る事態に陥ってしまい、財政赤字を抱える市町村が増えた時期があった。第2期（2003-2005年度）について言えば、不足した費用を補うために、財政安定化基金から借入れをする保険者が2005年度末で4分の1を超えていた。また、計画値を超えるサービスが供給されたことで、多くの保険者（市町村）は保険料の高騰に苦慮することとなった<sup>2)</sup>。

しかし、2006年の介護保険改正の実施後、介護給付費の増加に歯止めがかかっている。2007年度に、制度の開始以降初めて前年度予算を下回ることとなったのである<sup>3)</sup>。また、第3期介護保険

事業計画において、65歳以上の高齢者が市町村などに納めている介護保険料が、約6割の地方自治体で使い切れずに黒字となる見通しであるという新聞報道があった（朝日新聞、2008）<sup>4)</sup>。このように見ていくと、確かに、介護保険改正以降、自治体の介護保険財政は安定期に入りつつあるとも言える。

介護保険財政が安定化している要因としては、2006年度から保険料が引き上げられ、さらに制度改正や介護給付適正化計画<sup>5)</sup>の影響で給付費を抑えられるようになった点や、地域によっては要介護・要支援の認定率が微減するといった点が考えられる。その中でも、2007年度以降、保険財政を安定化させている構造的な要因として有力なのは、次の2点である。

1点目は、介護報酬の抑制である。この介護報酬は事業所の経営状況をもとに3年ごとに見直し

表3 介護保険財政の推移

(単位：百万円)

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
歳入	3,800,035	4,656,612	5,047,969	5,486,275	5,930,853	6,231,257
保険料	192,361	589,869	806,301	939,266	956,452	983,536
分担金及び負担金	5,598	6,975	7,456	8,896	8,023	4,876
使用料及び手数料	54	105	110	113	110	117
国庫支出金	886,851	1,074,985	1,162,976	1,345,761	1,424,606	1,495,027
支払い基金交付金	1,124,289	1,339,046	1,538,365	1,646,363	1,798,812	1,877,153
都道府県支出金	420,567	523,850	594,220	645,247	705,524	741,609
繰入金	1,166,919	908,980	807,832	826,102	941,816	1,003,668
繰越金	485	197,898	99,280	63,834	72,137	91,798
市町村債	838	11,047	28,689	4,321	15,307	20,508
諸収入その他	2,073	3,857	2,739	6,371	7,905	12,692
歳出	3,589,877	4,552,963	4,983,532	5,407,134	5,828,866	6,105,336
総務費	199,454	210,602	207,646	194,877	190,277	202,987
保険給付費	3,251,940	4,122,545	4,665,914	5,110,100	5,564,176	5,811,914
財政安定化基金拠出金	22,142	23,075	22,607	4,976	5,130	4,980
相互財政安定化事業負担金	87	167	222	179	165	160
保健福祉事業費	174	230	203	300	326	302
基金積立金	113,983	86,787	43,392	53,751	32,802	25,007
公債費	18	348	150	10,590	8,007	9,060
諸支出金その他	2,079	109,209	43,398	32,261	27,982	50,926
歳入歳出差引額	210,158	103,649	64,437	79,141	101,988	125,921

出典：厚生労働省老健局「介護保険事業報告（年報）」

れ、過去2回の改定では2003年度マイナス2.3%、2006年度マイナス2.4%と連続して引き下げられてきた。介護報酬のマイナス改定は給付総額を抑制し、介護経営や介護労働者に負のインセンティブを与えてきた。

2点目は、2005年10月から「施設給付の見直し」がなされたことである。居宅と施設の利用者負担の公平性という観点から、介護保険施設等における食費や居住費を保険給付の対象から外し、利用者の自己負担となった。さらに、支給限度額や介護報酬単価を低くするために、要介護認定のプログラムを意図的に変更し、要支援2の割合を増やしたことも挙げられるであろう。

最後に、地域包括支援センターの役割についてであるが、介護保険改正以前では介護支援専門員が給付費を管理することとされていた。それが、介護保険改正に伴う地域包括支援センターの創設により、要支援1～2の軽度の要介護者に対して給付の適正化が図られるようになった。しかし、実際の運用では、介護保険改正以前の利用者に関して居宅介護支援事業者が継続して担当した実態があり、この点については地域包括支援センターにおける今後の課題であったと考えられる。

## 2.4. まとめ

制度発足以来、あまり好ましい財政状況ではなかったと言えるわが国の介護保険制度が、2007年度以降、好転したことは一見すると好ましい事態であるかのように思われる。しかし、そこにはこの制度の根幹に関わる問題が内在していた。前出のNPO法人の調査によって判明した保険料の徴収額に関する点、さらに、これが介護保険計画の策定過程に与える影響である。そこで、次章以降では大阪府を事例としてこれらの点を検討する。

## 3. 大阪府の介護保険財政の現況

### 3.1. 都道府県介護保険事業支援計画と市町村介護保険事業計画の関係

介護保険制度は市町村が保険者として運営しており、実際の状況を把握するためには、市町村を分析するのが適当であろう。しかし、市町村は人口が数千人から数百万人まであり、規模のばらつきが大きい。また、山間部や都市部など地理的状況も様々なため、一定程度の人口規模があり、かつ広域な都道府県の方が偏りが少なく、分析対象としてはより適切であると考え、都道府県単位での分析を行うこととする。

そこで、都道府県と市町村の関係であるが、都道府県が策定する介護保険事業支援計画は、介護保険法第116条において規定される基本方針において、市町村介護保険事業計画の介護サービス量の集計と一致するよう求められている。また、保険料は、同法第129条において、市町村介護保険事業計画に基づいて、条例で規定するとなっている。

つまり、都道府県介護保険事業支援計画はその都道府県内の市町村介護保険事業計画の積上げたものと一致する形となっており、都道府県介護保険事業支援計画の状況を見れば、その都道府県全体の介護保険財政の傾向や、設定された介護保険料が実態と比較してどうであったかが把握できることとなる。

本章では、大阪府の介護保険事業支援計画を包含して策定された「ふれあいおおさか高齢者計画2006」を例として、この傾向を分析することとする。

大阪府を取り上げる理由だが、「平成18年度介護保険事業状況報告（年報）」（厚生労働省、2008）によると、都道府県別第1号被保険者1人当たり給付費の全国平均は208千円で、大阪府は215千円となっており、都道府県別順位においても、47都道府県中26位と全国的にもほぼ平均的な数値が出ている。

さらに、前章でも触れたNPO法人地域ケア政策ネットワークが行った調査から、介護保険財政の全国的な傾向と一致しているからである。同調査によると、実際の給付費から算出した本来住民に請求されるべき保険料（必要額）と、当初の推計を基にして徴収された実際の保険料（徴収額）とを比較した数字に乖離が生じていることが明らかとなっている。全国1669自治体中、保険料（徴収額）が5%以上多い自治体が1025で、全体の61.4%を占めており、うち717の自治体では10%以上という数字が出ているのである（朝日新聞、2008）。大阪府も同様の現象が生じており、7.4%計画値（徴収額）が多いということが判明している。

### 3.2. 介護保険給付費等の比較

#### 3.2.1. 介護保険給付費

表4は、給付費について2007年度の「ふれあいおおさか高齢者計画2006」の計画値と実際の実績値を比較したものである。

対計画比は、計画値に対しての実績値の割合を示しており、100%であれば、計画値どおりとなり、100%を下回れば介護保険財政としては黒字に、100%を上回れば赤字となる。

対計画比順位は、対計画比において、計画値からの乖離の程度によって、各サービスを順位付けしている。計画値からの乖離を見るために、100%を基準として、そこからの程度で順位をつけており、110%と90%は、双方とも100%から10%乖離しているため、同じ重みづけとなっている。

次に、費用差額は、計画値と実績値の差額を示しており、費用差額順位は、差額の大きなものからの順位付けである。

全体の傾向としては、介護予防サービス給付費が対計画比34.4%、費用差額で、441億800万の黒字となっており、介護サービス給付費が対計画比104.3%、費用差額が152億3800万の赤字となっている。

給付費の総額としては、対計画比93.1%、費用

差額で288億7000万の黒字となっており、これらの状況は前述の全国的な状況と合致する。

また、個々のサービスで見ると、対計画比順位での上位5つは以下のとおりである。

- 夜間対応型訪問介護（地域密着型介護サービス）
- 介護予防認知症対応型共同生活介護（地域密着型介護予防サービス）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護（地域密着型介護サービス）
- 介護予防認知症対応型通所介護（地域密着型介護予防サービス）
- 介護予防小規模多機能型居宅介護（地域密着型介護予防サービス）

地域密着サービスまたは、地域密着型介護予防サービスで占める結果となっている。

費用差額順位での上位5つは以下のとおりである。

- 介護予防訪問介護（介護予防サービス）
- 介護療養型医療施設（施設サービス）
- 介護予防支援（その他）
- 小規模多機能型居宅介護（地域密着型介護サービス）
- 介護予防通所介護（介護予防サービス）

介護予防支援も介護予防に係るサービスであるので、3つのサービスが介護予防サービス関係となっている。

#### 3.2.2. 要介護認定者数等

表5は、要介護認定者数等について、「ふれあいおおさか高齢者計画2006」の計画値と2008年3月時点での実績値を比較したものである。

対計画比は、表4と同様に計画値に対しての3月実績値の割合を示し、差については、3月実績と計画値との差を表している。

これを見ると第1号被保険者数は、103.3%とほぼ計画値どおりとなっているが、認定率においては、対計画比で、92.1%と計画値よりも下回っていることがわかる。介護度別では、要支援1と

表4 大阪府における介護保険給付費の比較

H19		計画値(A) (百万円)	実績値(B) (百万円)	対計画比 (B/A)	対計画比 順位	費用差額 (A-B)	費用差額 順位	
介護予防サービス給付費	介護予防サービス							
	介護予防訪問通所サービス							
		介護予防訪問介護	24,299	8,852	36.40%	18	15,447	1
		介護予防訪問入浴介護	61	7	11.50%	7	54	26
		介護予防訪問看護	1,475	464	31.50%	14	1,011	14
		介護予防訪問リハビリテーション	132	82	62.10%	25	50	27
		介護予防通所介護	11,533	5,188	45.00%	20	6,345	5
		介護予防通所リハビリテーション	5,107	1,860	36.40%	17	3,247	9
		介護予防福祉用具貸与	4,895	665	13.60%	10	4,230	7
		介護予防短期入所サービス						
		介護予防短期入所生活介護	780	93	11.90%	8	687	17
		介護予防短期入所療養介護	261	27	10.30%	6	234	23
		その他						
		介護予防居宅療養管理指導	533	213	40.00%	19	320	20
		介護予防特定施設入居者生活介護	2,726	1,355	49.70%	22	1,371	12
		介護予防支援	9,519	2,751	28.90%	13	6,768	3
		特定介護予防福祉用具販売	527	268	50.90%	23	259	21
		住宅改修費	2,063	1,094	53.00%	24	969	15
		地域密着型介護予防サービス						
		介護予防認知症対応型通所介護	350	10	2.90%	4	340	18
		介護予防小規模多機能型居宅介護	819	32	3.90%	5	787	16
		介護予防認知症対応型共同生活介護	2,136	46	2.20%	2	2,090	10
		その他						
	介護老人福祉施設	—	71	—				
	介護老人保健施設	—	34	—				
	介護療養型医療施設	—	6	—				
介護サービス給付費	居宅介護サービス							
	訪問通所サービス							
		訪問介護	46,268	60,206	130.10%	26	△13,938	40
		訪問入浴介護	2,679	2,459	91.80%	35	220	24
		訪問看護	7,490	8,265	110.30%	31	△775	32
		訪問リハビリテーション	644	1,132	175.80%	12	△488	31
		通所介護	26,788	40,489	151.10%	21	△13,701	39
		通所リハビリテーション	15,265	17,977	117.80%	28	△2,712	37
	福祉用具貸与	10,045	11,025	109.80%	32	△980	33	

短期入所サービス							
	短期入所生活介護	10,491	10,591	101.00%	40	△100	29
	短期入所療養介護	2,710	2,474	91.30%	34	236	22
その他							
	居宅療養管理指導	1,916	3,161	165.00%	15	△1,245	35
	特定施設入居者生活介護	12,180	13,808	113.40%	30	△1,628	36
	居宅介護支援	11,228	18,448	164.30%	16	△7,220	38
	特定福祉用具販売	928	970	104.50%	38	△42	28
	住宅改修費	2,221	1,894	85.30%	29	327	19
地域密着型介護サービス							
	夜間対応型訪問介護	3,540	36	1.00%	1	3,504	8
	認知症対応型通所介護	1,942	2,125	109.40%	33	△183	30
	小規模多機能型居宅介護	7,573	961	12.70%	9	6,612	4
	認知症対応型共同生活介護	17,015	18,018	105.90%	37	△1,003	34
	地域密着型特定施設入居者生活介護	208	5	2.40%	3	203	25
	地域密着型介護老人福祉施設	1,568	281	17.90%	11	1,287	13
施設サービス							
	介護老人福祉施設	77,157	72,097	93.40%	36	5,060	6
	介護老人保健施設	50,666	48,961	96.60%	39	1,705	11
	介護療養型医療施設	40,232	30,621	76.10%	27	9,611	2

介護予防サービス給付費 合計	67,218	23,110	34.40%		44,108	
介護サービス給付費 合計	350,753	365,991	104.30%		△15,238	
総合計	417,971	389,101	93.10%		28,870	

出典：計画値は、「ふれあいおおさか高齢者計画2006（大阪高齢者保健福祉計画及び介護保険事業支援計画）」、実績値は、介護保険事業状況報告月報の集計値（暫定値）をもとに、筆者作成

要支援2の合計では、対計画比68.4%、差で4万8162人のマイナスとなっており、逆に要介護1から要介護5の合計においては、対計画比116.0%、差で3万1331人のプラスとなっている。全体としては、要介護認定者数は、対計画比で95.2%、差で1万6831人のマイナスとなっている。

### 3.3. 計画値との乖離

#### 3.3.1. 介護保険給付費

対計画比や費用差額で計画値との乖離が大きいものは、介護予防サービス、地域密着型介護サービス（予防を含む）、介護療養型医療施設である。これらのサービスは、2006年度の介護保険制度改

正において、サービスの仕組みが大きく変更、または新たに創設されたサービスである。

費用差額の上位5位の中で見ると、以下のよう

- ① 介護予防訪問介護や介護予防通所介護  
実績払が定額払に変更。
- ② 介護療養型医療施設  
医療制度改革における、医療保険も含めた療養型病床の再編。
- ③ 介護予防支援  
実施主体が居宅介護支援事業者から、地域包括支援センターに変更。
- ④ 小規模多機能型居宅介護

表5 大阪府 要介護認定者数等 比較

		計画値 (A)	3月実績 (B)	対計画比 (B/A)	差 (B-A)	
第1号被保険者数	(人)	1,741,859	1,800,180	103.30%	58,321	
認定率	(%)	20.00%	18.40%	92.10%	△1.60%	
要介護認定者数	(人)	348,775	331,944	95.20%	△16,831	
	要支援1	(人)	67,410	52,432	77.80%	△14,978
	要支援2	(人)	85,081	51,897	61.00%	△33,184
	小計	(人)	152,491	104,329	68.40%	△48,162
	要介護1	(人)	46,268	52,883	114.30%	6,615
	要介護2	(人)	42,150	59,356	140.80%	17,206
	要介護3	(人)	37,869	45,775	120.90%	7,906
	要介護4	(人)	37,345	38,510	103.10%	1,165
	要介護5	(人)	32,652	31,091	95.20%	△1,561
	小計	(人)	196,284	227,615	116.00%	31,331

出典：「平成19年度介護保険事業支援計画進捗状況」をもとに筆者作成

地域密着型サービスとして新たに創設.

#### 4. 考察

##### 3.3.2. 要介護認定者数等

計画値との乖離が大きいのは、要支援1や要支援2であるが、こちらも2006年度の介護保険制度改正時に新たに創設されたものである。

##### 3.4. まとめ

以上のことから、「ふれあいおおさか高齢者計画2006」においては、介護保険給付費も要介護認定者数も実績値が計画値を下回っており、財政状況としては黒字で推移していることがわかる。

また、計画値と大きく乖離している項目については、2006年度の制度改正によって制度変更や新たに創設されたサービスであることがわかり、これはサービス提供基盤の整備の遅れや、サービス内容と利用者とのニーズが合わなかった等、制度改正の影響がきわめて大きなものであったことがうかがえる。

##### 4.1. 市町村介護保険事業計画における推計方法

前章において、計画値と実績値の乖離を分析したが、そのことが都道府県介護保険事業支援計画や市町村介護保険事業計画にどのような影響を与えることになるかを本章では考察するが、その前に、ここでは都道府県介護保険事業支援計画の基となっている市町村介護保険事業計画がどのような方法で、計画値の推計を行っているのかを紹介したい。計画値と実績値の乖離がどのようにして起こったかを理解するためには、実際の推計手順を知ることが重要であると考えからである。

市町村介護保険事業計画における推計手順については、厚生労働省は、給付実績を基に、各保険者（市町村）が、参酌標準・過去の実績・政策的判断により推計するものとしている（厚生労働省、2005）。また、基本指針において、介護保険事業計画作成委員会等（以下「委員会」）の開催や、被保険者の意見の反映及び要介護者等の実態の把握のための調査（以下「基礎調査」）が求められている。

一般的に基礎調査については、政策的判断のよりどころの一つとして、以下のようなものがある(介護保険実務研究会, 2005: 60-61).

- 高齢者一般調査
- これから高齢期を迎える方調査(一般・要介護者)
- 要介護サービス利用者調査
- 介護サービス未利用者調査(要介護認定者)
- 介護サービス事業者調査

これらの基礎調査を行うことにより、被保険者や要介護認定者(未利用者を含む)のサービス利用意向や、介護サービス事業者の参入意向を把握することができ、それらの調査結果と委員会での議論を踏まえて、給付実績を基にした計画値の推計を行っている。

#### 4.2. 介護保険制度におけるサービスの具体的内容について

基礎調査の実施や委員会での議論に際しては、調査結果や議論の結論が実効性のあるものでなければならぬ。なぜならば、その結果が政策的判断の根拠として、直接的に計画値の推計に結びつくからである。

つまり、サービス利用意向を調査する際には、具体的なサービス内容がどのようなものか、それに伴う利用料はどの程度になるのか、また、参入意向については、どの程度の人員や設備が必要なのか、その報酬単価はいくらなのか、これらを正確に把握する必要がある。この部分が不明確であれば、調査結果の実効性には疑問符が付くと言わざるを得ないからである。委員会での議論においても、必要となるサービス量に対して、保険料はどの程度の水準になるのかがわからなければ、同様にその議論の結論には、疑問符が付くと言わざるを得ない。

では、介護保険制度におけるサービスの具体的内容はどのように決まっているのかであるが、具体的内容については介護保険法には記載されていない。各サービスによって記載されている省令

などが違うため、ここでは前章で分析した費用差額において、計画値と実績値の乖離が一番大きかった介護予防訪問介護を例にとって説明をする。

介護予防訪問介護では、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省令第35号)と、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省告示第127号)に具体的内容の記載がされている。

これらは、一般的にそれぞれ事業者指定基準、報酬算定基準と呼ばれているものである。介護予防訪問介護における人員配置や必要な設備などは事業者指定基準に、報酬単価やその算定要件は、報酬算定基準にそれぞれ規定がされている。

つまり、この2つの基準が示されて初めて、利用者は、自分が受けるサービスやその費用が、事業者は、人員配置や設備の内容が、被保険者は、サービス水準とそれに伴う保険料がわかるのである。

介護保険財政の黒字が、計画値と実績値の乖離によって生じていることは前章で分析したとおりである。黒字になった場合、その剰余金は各市町村に設置された介護保険給付準備基金に積み立てられる。保険料は3年間を1期として設定されるので、3年間を通じて黒字となった場合には次期保険料に反映される。しかし、サービス量を推計し、それに伴う必要な保険料を設定するという介護保険の原則を考えれば、黒字化は必ずしも好ましい状況ではないはずである。とすれば、この問題がなぜ生じたのか、そこにはどのような問題があるのか、次項で論じる。

#### 4.3. 介護保険における推計値算出の問題点

前述の事業者指定基準と報酬算定基準の2つの基準が正式に出されたのは、2006年3月14日である。つまり、改正された介護保険制度が始まる

のが同年4月1日であるので、わずか2週間前になってようやく具体的な内容が示されたのである。

介護保険における保険料は、サービス水準を象徴的に表したものであり、保険料が高ければ高給付を、保険料が低ければ低給付を、それぞれ意味するのである。保険料の設定については、「介護保険制度の給付と負担がトレードオフの関係にあることが認識されて、そのうえで保険料の高低を判断されるのでなければ、正当な民意の反映を図ることができない」(埜下, 2005:57) ものである。

そのため、介護保険法第117条第6項には、「市町村は、市町村介護保険事業計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとする。」との規定があり、具体的な方策として、前述のとおり、基本指針において委員会の開催や基礎調査が求められているのである。介護保険制度が、その運営において被保険者の参画や声を反映することを重要視していることは間違いないのである。

もちろん、実際の保険料設定段階では、策定作業の実務を担当する市町村が調査結果などを踏まえて数値を算出することになる。埜下は、保険料設定過程において、これまでの政策に特別な変更を加えずそのまま継続した場合の政策を「政策0」、「政策0」より保険料が低くなる政策を「政策1」、「政策0」より保険料が高くなる政策を「政策2」と定義し、事務局(行政)が委員会に対して「政策0」を提示すると共に、複数の政策シミュレーション(パターン)の提示を行うことを提案している(埜下, 2005)。

これらは保険料設定において非常に重要な提案ではあるが、この提案の大前提となるのは、政策シミュレーションの基本となる、サービスの具体的な内容が正確に把握できているということであろう。しかし、2週間前になって事業者指定基準や報酬算定基準が出されているような状況では、市町村が基準を踏まえた精度の高い政策シミュレ

ションを行うことは不可能である。

介護保険制度では、計画の策定に際して被保険者の参画や声を反映することとされているが、それは形ばかりのものであってはならないはずである。だからこそ、介護保険法第117条第6項の規定や基本指針において、委員会の開催や基礎調査を求めているのであり、国は、市町村がこれらのことを実効性のある形で行えるよう、必要な措置を講じなければならない。

しかし、実際には事業者指定基準などが、わずか2週間前に出されている。そのような短い期間に、市町村が基礎調査を十分に実施するのは困難であったと考えられ、委員会で議論が尽くされたとも考えられない。そこでの議論や調査内容は、結果として非常に抽象的なものであったと考えられる。被保険者の負担に直結する保険料に反映されるにもかかわらず、である。この点について、国は責任を果たしたとは言い難いではないか。

計画の策定作業は、市町村にとっては非常に難しい作業である、計画値の精緻さを求めらるのももちろんのこと、被保険者をはじめ様々な関係者の利害を調整することも必要となってくる。また、結果として今回のように計画値と実績値が乖離した場合には、被保険者や事業者等が不利益を被る事態も発生することとなり、その責を負うこととなる。この様な厳しい状況下に置かれている市町村を、国が支援することは当然の責務である。

今回のような不十分な過程を経て設定された保険料は、果して正當に被保険者の意見を汲んでいえると言えるのであろうか。少なくとも被保険者から見た場合、保険料設定の正當性に疑念が生じるのではないだろうか。

#### 4.4. まとめ

市町村介護保険事業計画における被保険者の最大の関心事は、自分達の負担に直結する保険料であろう。もし正確な情報が把握できないままに保険料を設定したのであれば、例えば低い保険料であったとしても、被保険者の理解を得ることは困

難である。

確かに、前述の委員会の開催や基礎調査の実施等の取り組みで、被保険者や事業者等の意見が100%反映できるとは言いがたい部分があるかもしれないが、介護保険制度は2000年に創設された制度であり、現時点では残念ながら、これ以上の手法は開発されていない。その点については、技術的な課題として今後も改良を重ねていかなければならない。

しかし、この事をもってして、都道府県介護保険事業支援計画や市町村介護保険事業計画の根幹を否定するものではないはずである。

つまり、計画の枠組みの問題ではなく、運用段階において、計画策定の大前提となるような情報が被保険者や事業者等と十分に共有できていないという事が問題なのである。

今回の計画においては、残念ながら、そもそもの大前提となる基本的な情報が明らかにされていない状況であった。このような状況では、被保険者の意見が反映されていない、もしくは被保険者に保険料設定の正当性に疑念を持たれるような保険料となってしまふ。

このことは被保険者の保険料への不満が募ることとなり、ひいては都道府県介護保険事業支援計画や市町村介護保険事業計画そのものの否定へとつながりかねないし、結果として、社会保険方式で運営している介護保険制度自体を否定することになりかねない。

## 5. 結論

介護保険制度の発足以降、供給されるサービス量が増えたことは事実である。措置制度から保険制度への転換の是非はひとまず置くとしても、サービスを受ける側にとってプラスの面があったことは間違いない。ただし、この制度が今後も機能するためには、低負担（保険料が低い）であれば低給付、逆に高負担（保険料が高い）であれば高給付、という保険制度の原則が守られることが

前提である。社会保険である介護保険では、赤字財政（低負担・高給付）も、過大な剰余金（高負担・低給付）も制度の存続にとっては好ましくないからである。

しかし、本論で明らかにしたように、2006年の改正以降に限定されるが、実際の給付費と徴収された保険料から判断すると、この負担と給付のトレードオフの関係が成立しているとは言い難い状況にある。現状が続くのであれば、高負担・低給付という利用者への視点を欠いた制度との批判が生じる恐れがあると考ええる。もちろん、制度の安定的な運営を考えれば、適切なレベルの黒字化は恒常的な赤字よりも好ましい。また、保険制度であるのだから、収支均衡が望ましい姿とも考えられる。しかし、本論で指摘したように、黒字化への転換の要因が、事業計画の策定プロセスの不備にあるのであれば、それは計画の正当性を損ないかねないのが問題なのである。

どのような計画であれ、推計値と実績値の乖離が生じる可能性は存在する。しかし、計画の影響を受けることになる地域住民にとって、とりわけ中長期的な計画では置き去りにされかねない個々の高齢者には、その乖離が招く結果は受け入れがたいものであることも指摘しておかなければならない。それゆえ、介護保険事業計画は、他の福祉計画と同等あるいはそれ以上に、被保険者等の意見を聞き、それを反映した計画としなければならないのである。

本論では、2006年の制度改正以降の黒字化は、介護保険事業計画策定の正当性にとって、大前提となる被保険者等との情報の共有が不十分であったため生じた現象であることを明らかにした。また、被保険者等の意見を反映するためには、十分な準備期間が必要であることも明らかにした。では、どのような計画策定が望ましいのであろうか。

まず被保険者等が正しい情報を得ることができることが大前提である。そして、正しい情報を踏まえた被保険者等の意見を反映させる仕組みが必要となる。多数意見に従うという形で計画をまと

めることは、最終的には必要であろうが、事前に被保険者等の個々の事情を正確に把握しておくことも求められる。それらの個別の課題に介護保険事業計画がすべて対応することは困難なことであろうが、地域福祉計画のような他の計画との連携のなかで、異なるアプローチでつねに対応できるようにしておく必要がある。そうすることで、計画の数値に乖離が生じた場合には、技術的な課題として次期計画にその教訓を生かすことができると考える。

介護保険事業計画は、被保険者等の意見の反映なくして成立しえない計画である。財政運営も保険料を払う被保険者等の一定のコントロールに置かれるべき計画なのである。介護予防や訪問介護の事業者指定基準など、サービス推計に利用する基準が、本論で指摘したようにわずかな準備期間しか与えられないまま示されたのであった。これでは計画策定側が、被保険者等の正確なニーズ調査を行うことは困難であった。それは、被保険者等が情報を十分に得られないことにもつながるのであり、彼らの声を正確に反映しない計画は制度の正当性を損なうことであったと考える。

本論で明らかにしたように、2006-08年度計画における介護保険財政の「黒字化」という事態は、国の基準策定の遅れに大きな原因があった。制度設計は国、制度運営は地方自治体というのが介護保険制度の原則である。国は、市町村が住民参画という正当なプロセスを踏んで計画を策定し、責任を持って運営に当たれるように準備する時間を確保しなければならないはずである。2006-08年度計画では、国がその責任を十分に果たしたとは言えない。今後、制度改正のたびに同様の事態を招くことがないようにすべきである。これは、介護保険事業計画によって影響を受けることになる高齢者のためにも、避けなければならない問題なのである。

## 注

- 1) 地方自治体の会計には一般会計と特別会計の2種類があり、介護保険特別会計は介護保険法によってその設置が義務づけられている。
- 2) 山本は「この時期の介護財政の赤字要因については、保険料設定の甘さ、需要予測の甘さ、保険者では需給を調整できない不確実性の3点が作用していた」（山本、2009：106）と指摘している。
- 3) 2007年度では介護給付費全体では0.2%減の6兆6559億円となり、前年度より132億円の減（対前年度比マイナス0.2%）を示している。また、これに伴い、介護保険の国庫負担総額も2.3%減とされた。
- 4) この数字は、NPO法人地域ケア政策ネットワークが行った調査によるもので、実際の給付額から介護サービスを必要とした高齢者1人あたりの保険料（必要額）を算出し、徴収している保険料と比較した結果得られたものである。
- 5) 介護給付適正化計画とは、急増する介護保険の費用を抑えるため、厚生労働省が都道府県に費用削減の行動計画を策定するよう指示したものである。その内容は、①要介護認定の適正化、②ケアマネジメント等の適切化、③事業者のサービス提供体制と介護報酬請求の適正化という3項目である。現在、都道府県と保険者が一体となっており、介護給付適正化の戦略的な取り組みを進めているところである。

## 参考文献

- 朝日新聞（2008）「介護保険料、自治体の6割「余剰」利用見込み下回る」（2008年10月17日夕刊）  
朝日.com（<http://www.asahi.com/health/news/TKY200810170287.html>）2009/1/14.
- 大阪府（2006）「ふれあいおおさか高齢者計画2006（平成18年3月）」  
（<http://www.pref.osaka.jp/korei/keikaku/keikaku2006/keikaku2006.htm>）2009/1/14.
- 大阪府（2008）「平成19年度介護保険事業支援計画進捗状況（平成20年7月）」  
（<http://www.pref.osaka.jp/korei/keikaku/sinnchoku/top.htm>）2009/1/14.
- 小田兼三・竹内一夫・田淵創・牧田満知子編著（2007年）『人口減少時代の社会福祉学』ミネルヴァ書房。
- 介護保険実務研究会（2005）『自治体の介護保険制度改革—その対応と運営—』ぎょうせい。
- 厚生統計協会（2008）『国民の福祉の動向・厚生指標』

- 臨時増刊・第55巻第12号 通巻第867号』厚生統計協会.
- 厚生労働省 (2005) 「全国介護保険担当課長会議資料 (平成17年6月27日)」.
- 厚生労働省 (2008) 「平成18年度介護保険事業状況報告 (年報)」.
- 坂本忠次・住居広士編著 (2006年) 『介護保険の経済と財政 新時代の介護保険のあり方』 勁草書房.
- 新藤宗幸 (1996) 『福祉行政と官僚制』 岩波書店.
- 成瀬龍夫・小沢修司・武田宏・山本隆 (1989) 『福祉改革と福祉補助金』 ミネルヴァ書房.
- 埜下昌宏 (2005) 「政策形成過程における「政策技術」と「政策判断」—介護保険料設定過程を通して—」 『KGPS Review』 関西学院大学大学院総合政策研究科.
- 椋野美智子 (2006) 「介護保険の仕組み」 秋元美世・一圓光彌・柄本一三郎・椋野美智子 『社会保障の制度と行財政 [第2版]』 有斐閣.
- 山本隆 (2009) 『ローカル・ガバナンス —福祉政策と協治の戦略—』 ミネルヴァ書房.
- 山本隆 (2004) 「地域福祉計画と財政」 武川正吾編 『地域福祉計画：ガバナンス時代の社会福祉計画』 有斐閣.

# What Does a Surplus in Long-term Care Insurance Finance Tell Us ? :

## A Case Study on Osaka Prefecture

Tomonari Shibata<sup>\*1</sup>, Keiichi Yagihashi<sup>\*2</sup>, Yoshiyuki Shono<sup>\*3</sup>, Shuhei Hattori<sup>\*4</sup>

<sup>\*1</sup>Local Governance Research Group, <sup>\*2</sup>Kinki Health Welfare University,

<sup>\*3</sup>Assistant of Doho University, <sup>\*4</sup>Kyoto City

Since its implementation in the year 2000, Japan's national long-term care insurance plan was always in severe fiscal situation. However, a significant systemic revision in the year 2006 helped reduce the rapid growth in spending of long-term care benefits. As a result, many local governments experienced an improvement in long-term care insurance finance. This paper examines the problems inherent in this situation.

We examined the situation in Osaka Prefecture as a critical case for investigating factors of surplus in long-term care insurance finance. Specifically, we analyze '*Fureai Osaka Koureisya Keikaku 2006*' or Planning for Osaka Prefectural Long-Term Care Insurance Finance 2006. Results showed that the performance fell short of the projected amount of benefits for services, which were considerably modified or newly created after the system revision in the year 2006. The major reason is because the central government waited to announce the new basic guidelines concerning service delivery to the municipalities right before the enforcement of the systemic revision. Hence, the municipalities were not able to fully conduct basic research and committee deliberations on the estimated amount of benefits. This paper discusses the implications of the findings from the perspective of public participation.

---

**Key words:** long-term care insurance finance, long-term care insurance fee, long-term care insurance scheme, benefits and burdens