

介護保険における都道府県の役割：青森県のケース・スタディ

一橋大学国際・公共政策大学院 田近栄治

成城大学経済学部 油井雄二

一橋大学大学院経済学研究科 菊池潤

第1節 はじめに

市町村を保険者とする介護保険制度では、都道府県は「介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な指導及び適切な援助をしなければならない。」（介護保険法第5条）とされている。本稿の目的は、介護保険財政の観点から、県内保険者の介護保険を持続可能とするために都道府県は何をなすべきかという問題を、青森県内67市町村の介護保険をケースとして取り上げ、その実態分析を通して考察することである。

現行制度における都道府県の役割は、大きくは次の3つにまとめられる。まず第1は、給付費の12.5%を負担することである。介護保険の給付費の財源は50%が保険料で、残りの50%が国等からの補助金で賄われるが、補助金の2分の1を国が負担し、都道府県と市町村がそれぞれ4分の1ずつ負担する。

第2は、サービスの供給基盤の整備に関する役割で、居宅サービス事業者や介護老人福祉施設・介護療養型医療施設の指定を行う。そのために、市町村の介護保険事業計画にあわせて都道府県介護保険事業支援計画を策定し、区域ごとに、各年度の介護保険施設の必要入所定員やその他の介護給付等対象サービス量を見込む。ケアマネージャーやヘルパーの確保又は資質を向上させる事業もその計画に盛り込まれる。また指定した事業者に、報告もしくは帳簿書類の提出・提示を命じ、あるいは設備や帳簿書類その他の物件を検査し、問題がある場合には指定の取り消しを行う。

第3は、市町村の介護保険財政の安定化に関する事業である。財政安定化基金を設け、市町村の保険料収納額が予定額に不足する場合、あるいは収入額が費用額に不足する場合に、交付または貸付を行い、市町村の財政を安定化させる。そのため、都道府県は市町村が拠出した額の3倍に相当する額を繰り入れることとされている。また、複数の市町村が共同（広域化）して介護保険事業を運営しようとする場合、市町村の求めに応じ、都道府県は必要な調整を行うとともに、共通化する調整保険料の基準など必要な助言または指導を行う。

また、現在議論されている医療保険制度改革においても、国民健康保険では都道府県調整交付金が導入され、医療費の適正化や保険料の平準化において都道府県の役割が強化されている。将来的には国民健康保険と政府管掌健康保険を都道府県単位に再編成することが計画されている。また後期高齢者を対象とした高齢者医療保険制度も都道府県単位の保険が検討されている。後期高齢者の医療と介護の連携を考えるならば、介護保険における都道府県の役割は高まると考えられる。

そこで本稿では、青森県を取り上げ、県下の保険者の指導と支援の観点から県は何を行うべきかその役割を分析する。ここで青森県を取り上げた理由は、高齢者 1 人当たり給付水準が全国でも高位にあり、また多くの保険者が財政困難に陥り、財政安定化基金から貸付を受けるなど県下に厳しい財政状況を抱えた保険が多いからである。

以下では、まず都道府県レベルで保険者を集計したデータによって、青森県の介護保険の全体的な特徴を見たのち、県内の地域差の実態を検討する。ここでは医療や福祉の基盤整備の単位となっている 2 次保健医療圏ごとに保険者を集計して、地域的な特徴の有無を調べる。第 2 に、個々の保険者を対象に、なぜ、多くの青森県下の保険者で保険財政が厳しい状況に陥ったのか、またその改善は図られているのか、財政規律の観点から分析を行う。最後に、以上の分析を踏まえ、介護保険財政を持続可能とするために都道府県が果たすべき役割を検討する。

第 2 節 青森県の介護保険：全国との比較

はじめに青森県内の保険者をひとつに集計して、都道府県単位で全国比較を行い、青森県全体の特徴を把握する。2004 年 10 月時点で比較すると、表 1 から青森県の介護保険全体の特徴として次の 6 点を指摘できる¹。

介護サービスとりわけ居宅サービスの給付水準が高い。

第 1 号被保険者 1 人当たりの給付総額（月額）は 22,193 円で全国第 7 位であり、とくに居宅サービスは全国で最も高い。第 1 号被保険者に占める要介護認定者の比率（以下、認定率）が 17.6%で全国第 12 位の高水準であると同時に、認定者に占める居宅サービス受給者の比率（以下、受給率）は 67.3%で、全国 1 位の高さを示している。他方、施設サービスは、1 人当たり給付額が全国第 22 位、受給率が全国第 28 位など、ほぼ全国平均並みである。この結果、青森県ではこの時点ですでに居宅サービスが施設サービスを上回っている²。

居宅サービスの中で通所系サービスの給付額が高い。

第 1 号被保険者 1 人当たりでみて訪問系サービスが全国平均に比べ若干、低いのに対して、通所介護は全国第 3 位、通所リハビリは全国第 8 位の高さである。

その他単品サービスと言われるものの中で、認知症（痴呆）対応型共同生活介護いわゆるグループホームが全国第 2 位と高い。一方、特定施設入所者生活介護（介護つき有料

¹ 以下では、2004 年 10 月末日現在もしくは 10 月のサービス受給額をもとに比較する。第 1 号被保険者数、認定者数、居宅サービス、施設サービスの受給額および受給者数は、厚生労働省『介護保険事業状況報告(暫定版)』平成 16 年 10 月分、12 月分による。また、居宅サービスおよび施設サービスの内訳については、国民健康保険中央会国民健康保険中央会『保険給付の状況』（平成 16 年 10 月サービス提供分）による。

² 2003 年度で居宅サービス給付額が給付総額に占める比率は 48%になり、居宅サービスと施設サービスの給付額は、ほぼ拮抗した。

老人ホーム)は全国平均に比べはるかに低い。

介護老人保健施設の利用が多い。

施設サービス全体の1人当たり給付額は前述のようにほぼ全国並みであるが、介護3施設の中で、介護療養型医療施設(以下、療養型施設と略す。)が全国でも第34位とかなり低いのに対し、介護老人福祉施設(以下、老人福祉施設と略す。)と介護老人保健施設(以下、老人保健施設と略す。)は全国平均を上回り、とくに老人保健施設は全国でも第6位の高さにある。先に、通所系サービスの給付水準が高いことを指摘したが、こうしたサービスは老人保健施設や医療機関で提供されるので、老人保健施設サービスが高いことと符合する。

保険料が全国平均に比べかなり高い水準にある。

2000～2002年度の第1事業運営期間(以下、第1期と略す。)では全国平均2,911円に対して青森県は3,256円と約12%高かったが、2003～2005年度の第2事業運営期間(以下、第2期と略す。)には約24%上昇して4,029円(全国第3位)となった。全国平均は13%上昇して3,293円であるから、全国平均との差は拡大した。

介護保険財政が厳しい状況にある保険者が多い。

第1期中に保険給付が予想以上に増加して資金不足に陥り、財政安定化基金から貸付を受けた保険者は、67保険者中39保険者に上った。貸付保険者の比率は58%であり、全国で4番目の高さである。また、財政安定化基金の積立金の4分の3がすでに貸付に充てられている。さらに、後で詳しく見るように、2003年度にすでに16保険者が貸付を受けており、依然として厳しい状況にある³。

表1 青森県の介護保険：全国との比較

(単位 円、%)

	青森県 (順位)		全国平均
高齢者1人当たり受給額	22,193	7	19,045
高齢者1人当たり居宅受給額	11,564	1	9,350
高齢者1人当たり施設受給額	10,629	22	10,405
認定率(%)	17.6	12	15.7
居宅受給率(%)	67.3	1	60.6
受給者1人当たり居宅受給額	97,446	22	98,102
施設受給率(%)	19.2	28	20.5

³ 2004年度末現在では、保険者数は市町村合併により67から48に減少したが、そのうち20保険者が貸付を受けている。貸付保険者の比率41.7%は、長崎県(43.5%)、福岡県(42.3%)に次いで、全国第3位の高さである。厚生労働省「財政安定化基金貸付状況(平成16年度)」。

受給者 1 人当たり施設受給額	313,356	26	318,068
サービス内訳			
訪問介護	1,742	24	1,853
通所介護	2,983	3	2,293
通所リハビリ	1,744	8	1,062
認知症(痴呆)対応型共同生活介護	2,153	2	707
特定施設入所者生活介護	94	33	269
施設サービス	10,627	22	9,705
介護老人福祉施設	4,603	21	4,239
介護老人保健施設	4,552	6	3,302
介護療養型医療施設	1,472	35	2,163
第1期保険料	3,256	-	2,911
第2期保険料	4,029	3	3,293

注) 平成 16 年 10 月。

出所) 高齢者 1 人当たり受給額から受給者 1 人当たり施設受給額までは厚生労働省「介護保険事業報告」(暫定版)平成 16 年 10 月分、12 月分による。サービス内訳は、国民健康保険中央会「介護保険給付費の状況」平成 16 年 10 月分による。保険料は、青森県「介護保険事業報告」平成 15 年度による。

以上のように、青森県の介護保険は全国と比較すると、居宅サービスを中心に給付水準が高く、保険料も高いものの介護保険財政が非常に厳しい状態にある。こうした特徴が県内保険者に共通するものであるのか、あるいは地域的な特性、偏りが存在するのかを次に検討する。

第 3 節 県内地域差の実態：2 次保健医療圏による分析

青森県には介護保険発足時には 8 市 34 町 25 村の 67 市町村すなわち 67 の介護保険の保険者があった⁴。保険者の規模を第 1 号被保険者数でみれば、もっとも大きな青森市は約 5.5 万人、もっとも小さな西目屋村は約 600 人で、1,000 人に満たない保険者は 9 村あり、規模については大きな格差がある。

ここでは県内の地域的な差異を把握するために、医療や福祉の基盤整備の基礎として用いられている 2 次保健医療圏ごとに保険者を集計して、圏域ごとにどのような地域性が存在するか確認する。表 2 は、青森県に設定されている 6 つの 2 次保健医療圏を示している。人口規模では青森圏域、津軽圏域、八戸圏域が 30 万人から 35 万人でほぼ同じ大きさで、

⁴ 平成の大合併後には 9 市 27 町 10 村の 46 市町村となるが、以下では、合併以前の保険者(市町村)を対象に分析する。

次いで西北五圏域、上十三圏域がおよそその半分、下北圏域がさらにその半分となる。第 1 号被保険者数で見ても、同様な圏域の相対的關係が見られる。

表 2 青森県の 2 次保健医療圏

圏域		構成市町村	人口	第 1 号被 保険者数	備考
1	青森圏域	青森市を中心とする陸奥湾沿いの 7 市町村	328,670	63,595	2 村
2	津軽圏域	弘前市、黒石市を中心とする県西南部内陸の 14 市町村	347,210	78,012	1 村
3	八戸圏域	八戸市を中心とする県南部の 13 市町村	359,894	69,460	1 村
4	西北五圏域	五所川原市を中心とする県西北部の 14 市町村	163,216	40,992	1 村
5	下北圏域	むつ市を中心とする下北半島の 8 市町村	89,466	18,877	3 村
6	上十三圏域	十和田市、三沢市を中心とする県中部から東部の 11 市町村	198,995	40,892	なし

注) 平成 15 年 3 月 31 日現在。備考欄には第 1 号被保険者数が 1,000 人未満の村の数を示した。

出所) 青森県資料。

図 1 は、2 次保健医療圏ごとに第 1 号被保険者あたりの給付総額、居宅あるいは施設給付額、認定率等の県平均値に対する比率を示したものである。これから、各圏域の特徴として次の 6 点を挙げることができる。

八戸圏域と西北五圏域の給付額は高いが、サービス利用は対称的である。

これら 2 つの圏域は、1 人当たり給付総額は県平均をともに 1 割程度上回るが、サービス利用について対称的な姿を示している。すなわち八戸圏域では居宅サービスが多く利用されている一方、施設サービスの利用は低いのに対し、西北五圏域では居宅サービスの利用が低調なのに対し、施設サービスが多く利用されている。この 2 つの圏域では、居宅サービスと施設サービスとの利用が極端に、しかも反対の方向に偏っているのが顕著な特徴である。

上十三圏域は 1 人当たり給付総額が最も高く、また居宅、施設いずれのサービスも県平均を上回っているが、施設の実給率では西北五圏域に次いで高い。施設の実給率は、基

本的に施設のベッド数で決まるから、これら 2 つの圏域では要介護認定者あたりの施設ベッド数が県内でも多いことがわかる。

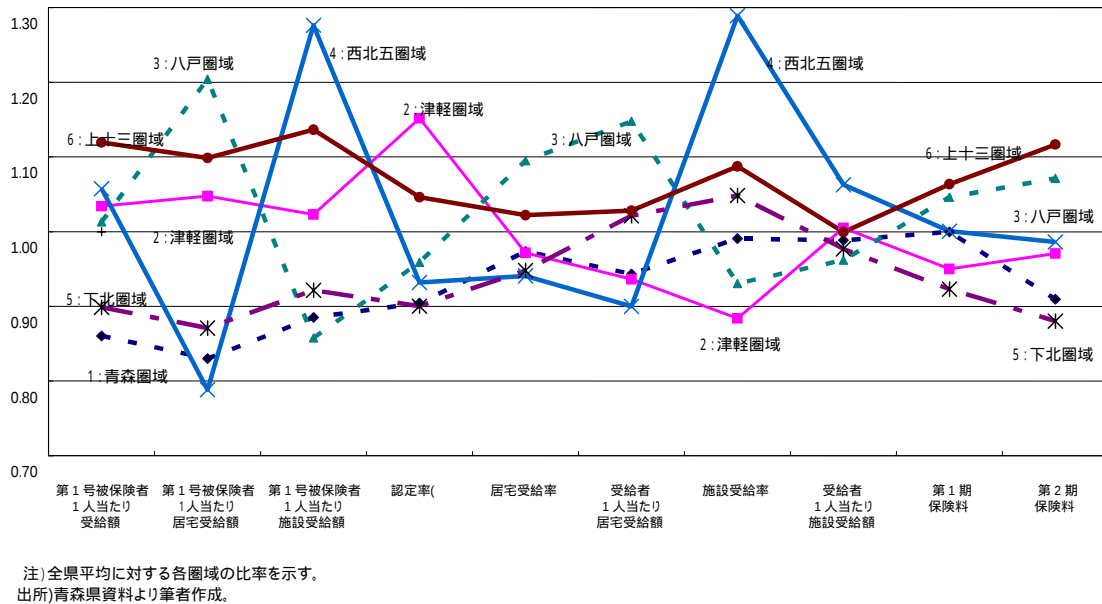
津軽圏域は認定率が最も高いけれども、1 人当たり給付額では総額、居宅、施設いずれもほぼ県平均に等しい。これは、要介護認定者の中で実際にサービスを受給する人の割合が低く、特に施設の受給率は 6 圏域の中で最も低いことによる。

下北圏域と青森圏域は、ともに給付水準（総額、居宅、施設のいずれも）が県平均に比べかなり低いのが特徴である。介護サービスの利用が低調で、また認定率も低い。2 つの中では下北圏域の給付水準のほうがやや高いが、これは、この圏域の施設の受給率がやや高いことに起因している。

第 1 期の保険料は上十三圏域が最も高く、これに八戸圏域が次ぐ。青森圏域と西北五圏域はほぼ県平均に等しく、津軽圏域、下北圏域と低くなっている。保険料の高低を上述の給付水準と比較すると、給付額が多かった上十三圏域の保険料が最も高いが、八戸圏域、青森圏域では保険料が相対的に高く、他方、西北五圏域、津軽圏域は保険料が相対的に低くなっていることがわかる。ただ、保険料の圏域間の格差は大きくない。

2003 年度から始まる第 2 期では、上十三圏域、八戸圏域、津軽圏域では 30% 前後引き上げられたのに対し、下北圏域と西北五圏域は 20% 前後、青森圏域は 14% と保険料の引き上げ幅についてかなりの格差があった。その結果、圏域間の保険料格差は拡大し、上十三圏域と八戸圏域は、それぞれ県平均よりも 1 割前後高くなっているのに対し、他の 4 圏域の保険料はいずれも県平均を下回っている。とくに下北圏域、青森圏域の保険料は低い。

図1 2次保健医療圏における地域差:2002 年度



現在、医療保険改革をめぐる議論の中で、国民健康保険や政管健保は都道府県を単位にした再編が検討されている。しかし青森県を見る限り、2次保健医療圏ごとに介護給付の内容と水準および保険料水準に明瞭な地域差がみられる。こうした傾向は2003年度においても見出すことができる。こうした地域差を残したままで、国民健康保険のように保険者を都道府県単位に統合して一律の保険料で運営することは、地域間で大きな不公平を生じさせることになる。また、2次保健医療圏ごとに統合する場合、1人当たり給付額や認定率、受給率等の圏内格差を県全体を統合したときの県内格差と比較すると、ほとんどの場合において圏内格差のほうが小さい⁵。このことは、県単位の統合に先立ち、2次保健医療圏単位など同じような地域特性をもつ地域の統合を進めていくことが望ましいことを示している。

第4節 なぜ、青森県の介護保険財政は厳しい状況に陥ったか - 保険者の財政努力 -

(1) 保険者の財政努力

上述したように青森県では67保険者のうち60%近い39保険者が第1期中に財政安定化基金から貸付を受けた。また、保険料徴収額が予定額に不足し、給付等の資金が不足するために9保険者が基金から交付を受けた。なぜ、青森県では多くの介護保険財政が厳しい

⁵ たとえば2003年度の1人当たり給付額の県下全体の散らばりを示す変動係数は14.70%であるが、2次保健医療圏ごとの変動係数は、下北圏域が18.93%であるのを除くと、他の圏域では小さい。

状況に陥ったのか、また第 2 期に入って保険者は、保険財政を持続可能とするためにどのように財政改善努力を行っているのかを検討する。

介護保険の財政の仕組みでは、保険者はその地域の給付費の一定割合を第 1 号被保険者（65 歳以上）から保険料として徴収する義務がある。もし第 1 号保険料収入がそれに不足するときには、保険者は次期の事業運営期間で第 1 号保険料を引き上げるか給付を削減して（あるいは両者を行って）財政規律を保持しなければならない。第 1 号被保険者から徴収する保険料以外の財源は、第 2 号保険料を含めて、保険者にとっては自ら徴収する必要のない補助金であるが、第 1 号保険料と給付との間に一定の関係を維持することによって、給付が膨張することを抑制し、財政節度を維持する仕組みがとられている。

第 1 号被保険者の負担割合は、全国の第 1 号被保険者と第 2 号被保険者（40 歳～65 歳未満）の人数比によって決まり、第 1 期では 17%、第 2 期では 18%である。ただし、国の補助金（給付の 25%）のうち給付の 20%相当額はすべての保険者に一律に配分されるが、5%分は調整交付金として、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傾斜配分される。この調整交付金が 5%よりも多い保険者では、第 1 号被保険者の負担割合は 17%（あるいは 18%）よりもその分だけ低くなり、逆に調整交付金の少ない保険者では、第 1 号保険料がその分だけ高く設定される。また、第 1 期で財政安定化基金から貸付を受けた保険者は、第 2 期の保険料に基金への返済分を上乗せすることになっている。

したがって、各保険者が財政節度を維持しているどうかを判断するには、各保険者がこの調整交付金や基金への返済を考慮した調整後の第 1 号保険料の負担割合を実現できたかどうかを見ればよい。しかし、保険者ごとに保険者が達成すべき調整後の保険料負担割合を調べることは困難である。そこで以下では、青森県全体の第 1 号保険料（年間の標準保険料）と 1 人当たり給付水準との比率を、各保険者が達成すべき第 1 号保険料の負担割合とみなし、それとの対比によって個々の保険者が給付に見合った第 1 号保険料を設定していたのかを判断する。

青森県全体では 1 人当たり給付額（年間）と第 1 号保険料（第 3 所得段階に適用される標準保険料の 12 か月分）の比率を見ると、2002 年度が 16.9%、2003 年度は 19.8%である。2002 年度は第 1 期最終年度であるから 17%を多少下回り、2003 年度は第 2 期初年度なので 18%を上回るのは自然である。県全体を平均してみれば、青森県で第 1 期も第 2 期も給付に比べ保険料が著しく低く設定されていたわけではない。そこで以下では、保険料対 1 人当たり給付比率が平均比率を上回っていた保険者の保険財政状態を「良好」、逆に下回っていた保険者の保険財政状態を「困難」と呼ぶことにする⁶。

さらに、保険者の財政努力の評価に際しては、第 1 期の財政状況自体よりも第 2 期に向

⁶県全体の保険給付総額に対する第 1 号保険料収入総額の比率をみると、2002 年度では 15.6%、2003 年度では 18.3%となっている。高齢者 1 人当たり保険料は、低所得者層の分布が大きい場合、標準保険料を下回る傾向がある。したがって、保険財政を均衡させる標準保険料対 1 人当たり給付比率は、県平均値よりももう少し高い可能性があるが、およその基準として県平均値を用いることにする。

けて保険料の設定などの財政努力に注目する。青森県では第 1 期に多くの保険者が財政難に陥り財政安定化基金から貸付を受けた。貸付を受けた保険者を見ると、給付水準の高い保険者のみが財政悪化し貸付を受けたというわけではない。制度発足当時、何らかの理由で保険料を低く設定した保険者もあるかもしれないが、全体としては、制度開始時特有の問題として、要介護認定者やサービス受給者の推移、サービスの利用額が見込みを上回り、設定した保険料では不十分になったことが財政悪化の原因と考えられる。

ただし、第 2 期については、第 1 期の経験を踏まえ、介護サービス需要とそれに見合う保険料はより正確に予測できたはずである。したがって、第 1 期の財政状況を踏まえ、第 2 期の給付に見合う水準にまで保険料を調整することが、保険者の財政上の責任になる。そこで、第 1 期末から第 2 期始めにかけて上に述べた各保険者の財政ポジションがどのように変化しているかを見ることにより、各保険者の財政規律への取り組みの傾向、問題点を把握することにする。

(2) なぜ、青森県の介護保険財政は厳しい状況に陥ったか

第 1 期末の 2002 年度と第 2 期初めの 2003 年度について、標準保険料対 1 人当たり給付比率の県平均を基準に財政状態を「良好」、「困難」に分けると、67 の保険者は表 2 のように分類される。すなわち、第 1 期の財政状態が「良好」だった保険者は 25 あり、そのうち第 2 期も財政状態が県平均よりも「良好」だった保険者は表中(A)の 14 保険者、第 2 期に「困難」になった保険者は表中(B)の 11 保険者である。一方、第 1 期の財政状態が「困難」だった 42 保険者のうち、第 2 期には表中(C)の 11 保険者の財政状態が「良好」に改善され、表中(D)の 31 保険者は依然として「困難」の状態にある。

表 2 財政状態の分類と推移

2002 年度 \ 2003 年度	良好	困難	小計
良好	(A) 14	(B) 11	25
困難	(C) 11	(D) 31	42
小計	25	42	67

以下では 2 期とも財政が「良好」だった保険者を(A)健全財政グループ、「良好」から「困難」になった保険者を (B)財政悪化グループ、逆に「困難」から「良好」になった保険者を(C)財政改善グループ、そして 2 期とも「困難」であった保険者を(D)財政破綻グループとして、これら 4 グループにはどのような特徴、差異が見られるかを検討する。

前節で 2 次保険医療圏間で介護給付水準や保険料に格差があることを見たが、財政状況の地域的な特徴をみるために、圏域ごとに各財政グループ別の保険者数を見ておこう。表 3

は、2次保険医療圏別・財政グループ別の保険者数を示している。これから圏域別に見ると、青森圏域や下北圏域では、財政グループ(A)や(B)に属し、第1期の財政状態が「良好」であった保険者が多い。他方、津軽圏域、西北五圏域、上十三圏域では財政グループ(C)や(D)に属し、第1期の財政状態が「困難」であった保険者が多い。また、八戸圏域では各財政グループが混じっている。先の図1で青森圏域や下北圏域の1人当たり給付水準が相対的に低く、津軽圏域、西北五圏域、上十三圏域は高いことを示したが、財政状態もこれを反映している。もっとも、同じ圏域であっても財政状態が健全な保険者や財政破綻の保険者が混在しており、財政状態は個々の保険者の条件によって異なることがわかる。

表3 2次保険医療圏別・財政グループ別保険者数

	健全財政(A)	財政悪化(B)	財政改善(C)	財政破綻(D)	計
青森圏域	3	3	1	0	7
津軽圏域	3	1	2	8	14
八戸圏域	3	2	3	5	13
西北五圏域	1	3	2	8	14
下北圏域	3	2	1	2	8
上十三圏域	1	0	2	8	11
計	14	11	11	31	67

そこで次に4つの各財政グループに属する保険者の特徴を見るために、給付水準、保険料、認定率等の介護保険を特徴付ける変数の平均値を比較する。表4は各グループ間の平均値の差が統計的に有為なものを示している。各変数は、第1号被保険者1人当たり給付と保険料を除き、2003年度の平均値を示したが、2002年度においても同様の傾向が見られる。

表 4 財政グループ間における差異

グループ	第1号被保険者1人当たり 給付(円) 2002年度	第1号被保険者1人当たり 給付(円) 2003年度	第1期保険料 (円)	第2期保険料 (円)	認定率(%)
健全財政	201,068	207,349	3,107	3,637	15.0
財政悪化	220,850	235,215	3,312	3,531	16.3
財政改善	246,851	251,424	3,045	4,411	17.3
財政破綻	260,639	277,089	3,270	4,188	18.9
グループ	第1号被保険者1人当たり 居宅給付(円)	第1号被保険者1人当たり 施設給付(円)	第1号被保険者100人当たり 居宅介護支援事業者数	第1号被保険者100人当たり 施設ベッド数	
健全財政	92,831	113,513	0.094	2.91	
財政悪化	97,617	136,179	0.142	3.29	
財政改善	122,128	128,082	0.137	2.94	
財政破綻	121,623	153,743	0.153	4.60	

注) 4つの財政グループごとに各変数の平均値を求め、グループ間で変数の分布が等しいという前提の下で、グループ間の平均値の差が5%水準で有意なものを示している。とくに断りのない限り、各変数は2003年度。

出所) 筆者推計。

この表から各グループの財政状態についての全般的な特徴を述べるとともに、それぞれのグループで特徴的な保険者の状況についてもあわせて述べることにする。

(A) 健全財政グループ

このグループは、居宅、施設ともに給付水準が低く、その背後には認定率が低いこと、また居宅・施設ともサービスの供給体制の整備水準が他に比べ著しく低いことがある。保険料も第2期に財政改善グループよりは小さいものの500円程度引上げており、その結果、保険財政の観点からは良好な状態を維持している。

ただし、このグループの個々の保険者の財政状況をみると、その多くは保険料も給付水準も県平均よりも低い、給付のほうが相対的により低いために「良好」な財政状態を実現している。2003年度に給付が平均よりも多い保険者はひとつもなく、大間町や今別町のよ

うに給付水準が県平均よりも 30%以上も低い保険者がある。これらの保険者は財政的には健全であっても、保険料に見合った給付の充実が課題である。

(B) 財政悪化グループ

このグループは、第 1 期では給付水準が 4 グループの中では下から 2 番目と低かったのに対し保険料を最も高く設定したため、財政状態は良好であった。しかし第 2 期に給付水準が大きく伸びたのに対し、保険料の引上げを小幅に抑制していたため、第 2 期には財政が悪化した。

このグループでは、第 1 期の財政的余裕が第 2 期の保険料引上げ抑制につながり、すべての保険者で第 2 期の保険料が県平均以下となって、一挙に財政が悪化した。(A)健全財政グループと比較すると、第 1 期の保険料はより高く設定され、給付は高かったものの、財政的な余裕はほぼ同程度にあったと考えられる。しかし、第 2 期の保険料設定に当たって、(A)グループの保険者の多くが県平均を上回って引き上げたのに対し、このグループの多くの保険者は、いわば第 1 期の黒字を原資に第 2 期の保険料の引上げを抑制した。その極端な例として、蓬田村は県内唯一、第 2 期に保険料を 3,733 円から 3,000 円に引き下げた結果、保険料は第 1 期では県平均よりも 15%高かったのが第 2 期では 25%以上も低くなり、厳しい財政状況にある。他方、給付はもともと第 1 期で(A)グループよりも高かったうえに、第 2 期に居宅サービスが 2 割以上も増加したところも多い。第 2 期の赤字を第 1 期の黒字で埋め、第 1 期と第 2 期を通算して保険料を平準化させたとも考えられるが、第 2 期の赤字は予期した以上にふくらみ、第 2 期に財政安定化基金から貸付を受ける保険者が出ると思われる。車力村はすでに 2003 年度に貸付を受けた。保険料の引上げ不足が財政悪化の大きな原因と考えられ、第 1 期の余裕が財政規律に対する保険者の態度を甘くしている面がある。

(C) 財政改善グループ

このグループは、平均で見ると第 1 期には給付が相対的に高めであったのに対し、保険料は最も低かった。その結果、11 保険者のうち 8 保険者が第 1 期で財政安定化基金から貸付を受けた。第 2 期には給付の伸びを抑える一方、保険料を平均で約 1400 円引き上げ、4 グループで最も高くしている。このグループは認定率も 4 グループの中では上から 2 番目であり、居宅給付はもっとも高いが、施設給付が低く、ベッド数も少ないという特徴がある。

このグループには、第 1 期で給付水準は平均よりも低いけれども保険料がもっと低いいため財政状態が「困難」であった保険者と、保険料は平均よりも高いが給付がもっと高かった保険者の 2 つのパターンがある。第 2 期では給付水準にかかわらず、保険料を 60%引き上げた平内町はじめ、50%以上保険料を引き上げた保険者も 3 保険者あり、給付が平均以下の保険者を含めすべての保険者が 35%以上引き上げている。一方、給付水準が高かつ

た保険者では、天間林村のように前年度よりも給付を縮小し、保険料引上げと合わせ一挙に財政改善したところもある。

(D) 財政破綻グループ

このグループは、第 1 期では給付水準が最も高いのに対し、保険料は 4 グループの中で上から 2 番目である。第 2 期に入り、保険料は平均で 900 円程度引き上げているが、給付も大幅に拡大している。とくにこのグループでは、認定率も最も高く、介護支援事業者数、施設のベッド数も 4 グループの中で最も多い。

このグループには最も多い 31 の保険者が含まれ、そのうち第 1 期に財政安定化基金から貸付を受けた保険者は 26 保険者に上る。このグループの保険者の中には、第 2 期では財政状態は依然として「困難」ではあるものの、保険料対給付比率が県平均の近くまで上昇し、第 1 期に比べ大きく改善しているところも多い。しかしその一方で、財政状態が依然として厳しいままであったり、さらに悪化しているところもある。

この最後のグループは、保険者の財政責任の観点からもっとも問題となるが、個々の保険者の財政状態を詳しく検討すると、次の 2 つの問題を指摘することができる。

第 1 に、第 1 期で給付が県平均を 30% 以上も上回っていた保険者の中に、財政規律が緩んでいる保険者を指摘できる。これらの保険者の第 1 期の保険料は平均を数% 上回る程度だったので、いずれも財政安定化基金から第 1 号被保険者 1 人当たり 2.5 万円～3 万円と巨額の貸付を受けた。財政責任を果たすためには、これらの保険者は第 2 期に保険料を引き上げるか給付を抑制し、あるいはその両者を行って、保険料と給付のバランスを回復することが求められる。しかし、このグループの中で南郷村、百石町、南部町では居宅サービスを中心に給付がさらに増加し、第 1 期よりも県平均との開きが拡大している。これらの保険者はいずれも第 2 期に保険料を 30% 以上引き上げ、4,400 円以上になっているが、給付に見合う水準にははるかに遠い。先に (C) 財政改善グループで述べたように、第 1 期の給付水準が県平均を大幅に超えていた保険者の中には、保険料引上げとともに給付を削減し、財政改善をした保険者もいる。こうした保険者に比べると、第 1 期で給付が平均を著しく超えていたにもかかわらず給付の抑制が行われなかったのは、保険者の財政規律が緩んでいるといわざるを得ない。

とくに百石町の第 2 期保険料は 47% 引き上げられ、4,996 円で県内で最も高いが、もし給付に見合う水準まで保険料を引き上げるとすれば、保険料を 5,200 円程度に設定することが必要と思われる。もしこうした高い保険料が実行不可能ならば給付を削減しなければならない。また、南郷村(4,440 円)や南部町(4,720 円)は百石町に比べ保険料水準は低く、引上げの余地はある。もし実際問題として給付の削減も保険料のいっそうの引上げも難しいならば、これらの市町村の介護保険財政は、実質的に破綻しているといえる。事実、南郷村、南部町では第 2 期の初年度から財政安定化基金の貸付を受けており、保険者のさらに一層の財政改善努力が必要である。

第 2 の問題として、財政安定化基金からの貸付を利用した負担の先送り現象が出ていることを指摘したい。第 1 期の給付水準が百石町、南郷村、南部町ほど大きくなかった保険者の中でも、第 2 期保険料を引き上げてはいるものの、給付に見合う水準にまでは達していない保険者が多くある。これは、第 1 期の保険料が低かったため、第 2 期に保険料を給付に見合う水準まで引き上げると、第 1 期からの引上げ幅が著しく大きくなる。このため、第 2 期には 30% 程度の引上げにとどめ、保険料の調整の一部を第 3 期以降に先送りし、第 2 期には引き続いて財政安定化基金からの貸付を利用しているのではないかと考えられる。保険者のこうした行動は、後世代の 1 号被保険者に負担を転嫁するものであり、利用した介護サービスの一定割合をサービスの利用者である第 1 号被保険者が負担するという介護保険財政の原則を崩すことになる。

また、財政破綻グループ(D)の西目屋村、市浦村、野辺地町は第 1 期に貸付を受けなかったが、給付が拡大する中で第 2 期保険料の引上げ率を抑えたため、財政状況が大きく悪化している。これは財政悪化グループ(B)でも指摘したが、第 1 期に財政的にある程度余裕のあった保険者の中には、給付が拡大したにもかかわらず第 2 期の保険料をあまり引き上げなかったため、第 2 期早々に財政安定化基金の貸付を利用している保険者がある。こうした保険者では、第 1 期の余裕が財政規律に対する保険者の態度を甘くしていると考えられる。

いずれの場合も、財政安定化基金の支援を得られるということが保険者の財政規律を弱めている可能性がある。第 1 期に採られた貸付の返済期限延長という救済措置が、保険者の貸付への依存傾向をさらに強めたと考えられる。

第 5 節 介護保険財政改善のための都道府県の役割

前節では、青森県下の 67 の介護保険がどのような財政状況にあるかを給付水準や保険料の県平均からの乖離率やその変化によって検討した。これを踏まえて、県下の財政破綻に直面している保険者や財政規律の緩んでいる保険者などに対して、介護保険財政改善のために、青森県はどのような指導、支援を行うべきか検討する。

まず、第 1 に財政安定化基金からの安易な貸付を認めないことである。基金には国、市町村とともに県も拠出しているが、基金の積立額に限度があるというだけでなく、保険者に給付の一定割合を第 1 号保険料で徴収するという介護保険の原則を厳守させることが重要である。先の分析から、とくに給付水準の高い保険者の中には、保険料を給付に見合う水準までは引き上げず、ある程度の引上げにとどめてしまっていることが示された。市町村が保険者である限り、給付水準の高い市町村では、住民の反発を恐れて保険料の引上げを抑え、財政安定化基金からの貸付に依存することは十分考えられる。そうした行動を抑制するためには、県が、膨張する給付を抑制し給付に見合う保険料を徴収することを市町村に積極的に働きかけることが必要であり、県にそうした権限を与えることが必要である。介護保険を保険として成立せしめるためには、給付に見合う保険料を徴収するという原則

を徹底することが必要である。

第 2 に、介護保険の保険者が行うべき専門的な保険者機能を県がサポートし、あるいは県が代行することが期待される。介護保険では保険者は、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、保険者として国保よりもはるかに大きく専門的な機能が求められている。しかし、すべての市町村が、保険者としてこうした業務を行う専門性を持つことは、困難といわざるをえない。

たとえば、要介護認定者数の増加は保険給付全体の上昇につながるため、要介護認定は保険者の重要な業務である。青森県内の保険者を見ると認定率に大きな地域差が見られ、しかもそれは地域の年齢構成などでは説明が難しい。このような状況では、県が業務の広域化などを促進し、より公平で中立的な認定審査が行われるよう指導することが必要である。

また、居宅介護サービスのアウトカム評価や施設サービスの評価、事業者の適格性の審査などは、将来の給付に大きな影響を与える。これらの業務については、現行制度でも都道府県の任務とされているものが多い。しかし、実態として、都道府県がその責任を十分果たしていないという声も大きい。とくに施設サービスや居住系サービスの事業者の認可は都道府県の業務であり、各都道府県は認可に当り保険者の意見を聴取することになっているが、ただ聞きおくだけにとどまり、十分な調整機能を果たしていないという指摘も多い。

一方、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、かつて措置時代には多くの市町村は社会福祉協議会や社会福祉法人と一体的に活動し、いまだに民間事業者の排除・差別など措置時代の名残を引きずっているところも多い⁷。また、地方では公共事業の減少に伴い建設業者がグループホームの建設など介護サービス事業に参入している。グループホームの増加は、地元経済を活性化したい市町村の立場からは地方に数少ない若者の雇用の場が出来るという点で歓迎されるが、介護保険の保険者の立場からすれば、第 1 号被保険者の保険料引き上げをもたらすことを踏まえ、保険料と給付とのバランスから検討されなければならない。グループホームをどれだけ認めるかは、前者の立場からではなく、あくまでも後者の立場からなされなければならない。

保険者が地元に着すれば、要介護者の状況や介護ニーズなどの情報を的確、迅速に入手することが出来る反面、事業者の審査・監督、被保険者への情報提供などの保険者が果たすべき機能がおろそかになることが危惧される。市町村合併によりすでに保険者の規模が拡大しているが、むしろ、こうした機能については、都道府県の役割を高めて行くべきと考えられる。そのためには都道府県自身もより積極的にその責任を果たすよう改革していかねばならない。

⁷ 公正取引委員会（2002）

現在、地方分権が推し進められる中で、医療保険の分野においても都道府県の役割が重視されつつある。介護保険においても、小規模保険者の統合などとともに、将来的には保険者機能がいっそう発揮しうるような、第 2 次保健医療圏など市町村の枠を超えた保険者の地域的再編が検討課題となる。高齢者医療・介護との連携を強化する観点からも都道府県の役割を強化すべきであろう。

第 6 節 むすび

介護保険は、導入後まもなく 6 年を終え、来年度から第 3 期に入る。この間、介護保険は高齢者の間に急速に浸透し、介護サービスの利用が急増している。かつての措置時代に見られたような介護サービスを受けることに対する精神的苦痛（スティグマ）が消え、多くの高齢者が自由に介護サービスを選択できるようになったことは、介護保険の狙いであった介護の社会化が進んでいることを示している。その一方で、給付の増大は、介護保険財政を悪化させ、保険料の引上げをもたらしている。このままの調子で給付が増大すれば、高齢者への保険料は負担の上限を超え、保険財政は破綻する。社会に浸透した介護保険制度を持続させるためには、どのような改革が必要なのだろうか。

本稿ではこのような問題意識の下に、介護保険財政が厳しい状況にある青森県下の 67 保険者の財政状況をもとに、なぜ介護保険財政が悪化したのか、またそれに対して、各保険者はどのような対応を取っているのか、そして介護保険財政を維持可能にするために、都道府県はどのような役割を果たすべきかを検討した。

まず、保険者を都道府県単位に集計したデータによって、青森県の介護保険全体の特徴を見た。一言で言えば、居宅サービスを中心に給付水準が高く(全国第 7 位)、保険料も全国第 3 位と高いものの介護保険財政が非常に厳しく、第 1 期に続いて第 2 期でも財政安定化基金から貸付を受けている保険者が多い。

こうした全県的な特徴が県内の保険者に共通するのか、あるいは地域的な差異が存在するのかを、保険者を 2 次保健医療圏ごとに集計したデータで検討した。青森県では 6 つの 2 次保健医療圏が設けられているが、居宅サービス、施設サービスなど 1 人当たり介護給付の内容と水準および保険料水準については、この 2 次保健医療圏ごとに明瞭な地域差がみられる。現在、医療保険改革をめぐる議論の中で、国民健康保険や政管健保は都道府県を単位にした再編が検討されている。介護保険については、青森県を見る限り、全県をひとまとめにするには、介護サービスの水準や内容、保険料などについて地域間の格差が大きい。市町村の枠を超えて保険者を再編する際には、2 次保健医療圏がひとつの候補となる。

次に、各保険者の第 1 号保険料対 1 人当たり給付額比率を県平均と比較して財政状態を「良好」、「困難」に分け、さらに第 1 期から第 2 期へ財政状態がどのように変化しているかによって「健全財政」、「財政悪化」、「財政改善」、「財政破綻」の 4 つのグループに分類し、各保険者の財政努力を分析した。とくに、第 1 期の財政悪化は、制度発足時の給付水準や保険料の読み誤りに基づくところが大いと考えられる。しかし、第 2 期については、第 1

期の経験を踏まえ、介護サービス需要とそれに見合う保険料はより正確に予測できたはずである。そこで、第 1 期の財政状況を踏まえ、各保険者が第 2 期に給付に見合う水準にまで保険料を調整し、財政上の責任を果たしているかどうかを検討した。

介護保険財政の持続可能性の観点から問題である「財政悪化」グループと「財政破綻」グループの分析結果を述べれば、まず、財政状態が第 1 期の「良好」から第 2 期に「困難」に変化した「財政悪化」グループでは、第 1 期の財政的余裕が財政規律に対する保険者の態度を甘くし、第 2 期の保険料引上げを抑制したために財政悪化が生じていることが示された。

一方、2 期間を通じて財政「困難」であった「財政破綻」グループでは、第 1 期で給付が平均を著しく超えていたにもかかわらず給付が拡大し、保険料も給付に見合う水準まで引き上げなかった保険者が見受けられる。保険者の財政規律が緩んでいるといわざるを得ない。また、財政安定化基金の貸付が第 1 号被保険者の負担の先送りの手段として用いられ、保険者の財政規律を緩くしていることも示された。

以上の分析を踏まえ、介護保険制度を維持可能とするために都道府県が県下の保険者に対して行うべき指導、支援について検討した。その第 1 は、給付の一定割合を第 1 号被保険者が負担するという介護保険の原則を各保険者に徹底させることである。そのためには、財政安定化基金への安易な依存を認めないことが必要であり、また基金への返済期限の延長も行うべきではない。

また各保険者が高度の専門性を発揮できるように保険者機能の強化を県が支援することが重要である。と同時に、現在、都道府県の業務とされている事業者の認可や指定の取り消しなどについては、都道府県の対応を批判する声も強い。今回の改革ではグループホームの認可権限を市町村へ下ろす方向で考えられているが、むしろその権限は都道府県に残し、都道府県が保険者と協議し、その意向を十分踏まえて行うほうが望ましいと考えられる。

介護保険法の上では都道府県には、大きな役割を与えられているが、実態は「中二階」と揶揄されるなど重く見られてはいない。しかし、すべての市町村が保険者として十分な保険者機能を発揮すると期待することは出来ない。市町村合併の推進によって、各保険者の介護保険の規模も拡大しているが、規模を拡大すれば保険者機能が強化されるわけではない。介護保険制度を維持可能にするには、都道府県が各保険者の保険者機能の強化に積極的な役割を果たすべきであると考えられる。

参考文献

厚生労働省（2004）『介護保険担当課長会議資料』参考資料 2

厚生労働省（2004）『介護保険事業状況報告(暫定版)』平成 16 年 10 月分、12 月分

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

国民健康保険中央会（2004）「給付状況」（平成 15 年度分）

国民健康保険中央会(2004)「介護保険給付費の状況」(平成16年10月分)

島内 節・友安直子・内田陽子(2002)『在宅ケア - アウトカム評価と質改善の方法』医学書院

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回配布資料

社会保障審議会介護保険部会(2003)(第3回資料)

田近栄治・菊池 潤(2003)「介護保険財政の展開 - 居宅介護給付増大の要因」『季刊社会保障研究』第39第2号、pp.174-88.

田近栄治・菊池 潤(2004)「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」『フィナンシャル・レビュー』、通巻第74号、pp.147-163.

田近栄治・油井雄二(1999)「国民健康保険の現状と課題：財政の視点から」『季刊社会保障研究』第35巻第2号、pp.128-140.

田近栄治・油井雄二(2001)「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」『フィナンシャル・レビュー』、通巻72号、pp.78 - 104.

油井雄二・田近栄治・菊池潤(2005)「介護保険制度の維持可能性—国と県レベルの分析—」近刊。