

介護保険導入で何が起きたか - 武蔵野市、国分寺市、横浜市、甲府市のケース* -

2002年9月

田近栄治(一橋大学大学院経済学研究科)

油井雄二(成城大学経済学部)

はじめに

平成12年度に、急速に進む高齢化とそれに伴う介護需要の高まりに対応するため、施設介護から在宅介護への転換、介護の社会化、社会的入院の是正などを目的として、市町村を保険者とする介護保険が導入された。われわれは介護保険導入後1年を経過した昨年夏以降、全国の市町村を訪ね、介護保険の第一線の担当者から介護保険の実施状況、問題点等について調査を行った。北海道東部3市町村の調査結果については、すでに「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 -」¹として報告した。

言うまでもなく、地域によって人口高齢化率や人口密度、介護サービスに対する需要や供給体制、経済水準など介護サービスの利用状況や介護保険財政などに影響を及ぼす要因は大きく異なり、介護保険の抱える問題点もさまざまであることが予想される。そこで北海道に続いて、首都圏の4市、長野県、熊本県、青森県のいくつかの市町村でもヒアリングを行った。

本稿では、これらのヒアリングの成果を元に次の2つの問題を検討したい。第1の課題は、先の北海道の調査結果と対比しつつ、首都圏の4つの市(武蔵野市、国分寺市、横浜市、甲府市)についての調査結果をまとめることである。そして第2の目的として、これまでのヒアリングをもとに、また介護保険全体の12、13年度の動向を踏まえて、現行の介護保険制度が果たして維持可能なのかどうかという問題について検討したい。とくに、介護保険の保険者としての市町村の役割という視点と、介護保険導入の狙いのひとつである社会的入院の介護保険による代替という視点から、現行制度の維持可能性について検討する。

はじめに、前回調査した北海道東部3市町村の結果と対比すると、今回の首都圏4市の際立った特徴として、次の2点を指摘できる。まず第1に、介護サービスの中で居宅サー

* ご協力いただいた武蔵野市、国分寺市、横浜市、甲府市の関係者の方々には、厚く御礼申し上げます。もちろん、ここでの見解はわれわれ筆者のものであり、誤りがあれば筆者達の責任である。また本研究を行うに当たって、文部科学省科学研究費特定領域(B)603「世代間利害調整プロジェクト」および「一橋大学・複合領域研究助成金」の研究助成を受けた。ここに、記して感謝する。

* 連絡先 yui@seiyo.ac.jp

¹ 田近栄治・油井雄二「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 -」一橋大学経済研究所PIEディスカッションペーパー 第47号 2002年1月

ビスの利用が進んでいることが指摘される。前回調査した北海道東部の市町村では、居宅サービスと施設サービスの給付費を比べると1対3ないし4の比率となり、施設サービスの利用に比べ居宅サービスの利用が進んでいないことが示された。一方、今回の調査では、武蔵野市や横浜市では両者はほぼ同額であり、国分寺市、甲府市でも1対2の比率であった。また居宅サービスの中では、通所型に限らず訪問型の利用も進んでおり、これも北海道の調査と大きく異なる。また、どのようなサービスが多く利用されるかについても、地域間で大きな相違がある。介護保険導入前の措置時代から高齢者介護サービスの実績や、地域的な環境によって、利用状況に大きな差異が存在することがわかる。

第2の大きな特徴は、今回の対象地域は所得水準が高く、また介護保険制度導入以前から高齢者福祉サービスに力を入れてきたところが多く、介護保険料や利用者負担の設定や介護サービスの供給について、独自の制度を導入している点も、前回調査市町村とは異なっている。たとえば、保険料については、横浜市では所得段階を6段階にして低所得者の保険料を軽減したり、国分寺市では「生計中心者の急激な収入減」などの理由による保険料の減免制度を導入している。また利用者負担についても、武蔵野市では居宅サービスのうち中心的な3つのサービスについては、介護保険導入により措置時代よりもサービスの水準が低下しないようにするため、所得制限無しで利用者負担のうち7%を市が補助する制度を設けている。

以下では、節でまず調査対象の4市の人口、経済構造等の概況を述べた後、介護保険の保険者である市の一般会計の状況について検討する。次いで節では、平成12年度の首都圏4市の介護保険の実績を検討する。被保険者数や保険料、財政状況、利用状況等を見る。ここでは、先の北海道の調査結果と対比するために、前掲論文と出来るだけ同じ様式で結果を示している。節では、高齢者医療と介護を統合しての負担と給付の実態を検討する。そして節で、現行の介護保険制度の維持可能性について検討する。最後に節では、得られた結果を要約する。

調査対象の概況

(1) 面積・人口

はじめに、今回の調査対象地域の属性を簡単にまとめておこう。人口、高齢化率等は表1に、また就業別人口で見た産業構造は表2で示される。

まず武蔵野市、国分寺市はともに東京の多摩地区にあって、面積はおよそ11平方キロメートル、また人口もおよそ11~13万人で、多くの住民が都心への通勤者であることなど共通点が多い。ただ、武蔵野市は人口高齢化率が16.0%と東京都平均(15.8%)よりも高く、とくに後期高齢者の比率が6.2%と、東京都下の市の中では高齢化率が4番目の高さであり、東京では高齢化の進んだ都市といえる²。世帯当たり人員も今回の調査対象の中では2.03人

² 75歳以上の後期高齢者の比率は東京都平均が6.2%、全国平均が7.1%である。

ともっとも低い。国分寺市の高齢化率は14.6%、後期高齢者比率は5.3%で、東京都の中でも「若い」都市である。

横浜市の人口は、政令指定都市の中でも東京に次ぐ規模であり、約342万人という人口は、県の人口と比較しても静岡県に次いで全国11番目に位置する。高齢化率も13.9%と全国平均(17.3%)あるいは東京都よりも低く、「若くて巨大な都市」である。甲府市は、県庁所在地で地方の中核都市である。人口は約20万人であり、高齢化率も19.4%と全国平均よりも高い。

表1 4市の面積・人口

市町村名	武蔵野市	国分寺市	横浜市	甲府市
行政面積(km ²)	10.73	11.48	434.71	171.89
総人口(人)	135,746	111,404	3,426,651	196,154
人口密度(人/km ²)	12,651.1	9,704	7,883	1,141.2
世帯数	66,896	51,102	1,370,346	79,161
世帯当り人員	2.03	2.18	2.50	2.48
高齢者数(人)	21,762	16,216	477,053	38,018
高齢化率(%)	16.0	14.6	13.9	19.4
高齢化率(%) (平成7年)	13.9	11.8	11.0	16.1

注) 人口、世帯数、人口密度等は平成12年国勢調査による。なお、高齢化率の全国平均は、14.5% (平成7年) および17.3% (平成12年) である。

出所) 各市の統計書および総務庁『国勢調査報告』(平成12年、平成7年)

(2) 経済活動

表2は各市の産業別就業人口を示す。これをみると、第1次産業の比率はいずれも全国平均よりも低く、4市の中でもっとも高い甲府市でも全国平均と比べればおよそ半分である。また国分寺市で武蔵野市、横浜市に比べ第1次産業の比率がやや高いが、これは都市近郊農業が残っていることによる。第2次産業の比率は、甲府市、横浜市、国分寺市、武蔵野市の順に並ぶが、全国平均と比べ武蔵野市、国分寺市の低さが目立つ。一方、第3次産業の就業人口比率は武蔵野市が83%を超えもっとも高く、国分寺市、横浜市、甲府市の順に低下している。甲府市の比率は全国平均をわずかに上回る程度である。

このような各市の経済活動の特徴は、表3の産業別生産額においても見出すことができる。ただ、1人当り商業販売額については、就業別人口の構成比とは異なって、甲府市が約500万円ともっとも大きく、次いで武蔵野市と横浜市が約350万円、国分寺市が約160万円という順になる。

表2 産業別人口

単位 人, %

市名	武蔵野市		国分寺市		横浜市		甲府市		全国
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	構成比
総数	67,049	100.0	54,290	100.0	1,699,750	100.0	97,075	100.0	100.0
第1次産業	257	0.4	558	1.0	9,067	0.5	2,316	2.4	5.2
第2次産業	9,868	14.7	9,521	17.5	426,633	25.1	27,823	28.7	29.8
第3次産業	55,967	83.5	42,653	78.6	1,230,386	72.4	66,198	68.2	65.1

出所) 総務省『平成12年国勢調査報告』

表3 産業別生産額

単位 100万円(総額), 1,000円(1人当り)

市町村	武蔵野市		国分寺市		横浜市		甲府市	
	総額	1人 当たり	総額	1人 当たり	総額	1人 当たり	総額	1人 当たり
農業粗生産額	170	1	580	5	13,830	4	3,980	20
漁獲金額	-	-	-	-	-	-	-	-
製造品出荷額	11,573	85	32,732	294	4,961,579	1,448	326,814	1,666
商業販売額	479,281	3,531	175,913	1,579	11,929,628	3,481	981,072	5,002

注) 平成11年度。1人当り金額は市民人口1人当り金額である。商業販売額は卸売業と小売業の年間販売額の合計である。

出所) 農林水産省ホームページ「市町村の姿」。現データの出所は、農業粗生産額は農林水産省『平成11年生産農業所得統計』、製造品出荷額等は経済産業省『平成11年工業統計表 市区町村編』、商業販売額は通商産業省『平成11年商業統計表』第3巻

(3) 財政状況

介護保険の保険者である市の財政状況を見ておく。財政状況の概要は、表4にまとめられている。はじめに、今回調査対象とした4市に共通する特徴として、前稿で取り上げた北海道東部3市町村に比べると、いずれも国からの補助への依存度が低い一方で自前の財源が大きく、財政的に豊かという点をあげることができる。とくに、後述するように、武蔵野市は数少ない地方交付税の不交付団体である。

まず、財政規模は、横浜市が飛びぬけて大きく1兆5000億円あまりである。これは、道府県で言えば人口規模と同じく静岡県に匹敵する規模である。次いで甲府市が約660億円、武蔵野市が約540億円、国分寺市が約380億円という順である。市民1人当り歳出額で見れば、横浜市、武蔵野市が40万円代前半、国分寺市、甲府市が35万円前後である。人口規模、産業構造の類似する市(類似団体)の平均と比較すると、横浜市が10万円ほど低い

のに対し、他の3市は類似団体よりも大きく、とくに武蔵野市は10万円ほど大きい。

次に歳入面を見ると、いずれも歳入に占める地方税の比率が高く、地方交付税や国庫支出金などの国からの補助に対する依存度が低いという特徴がある。とくに、武蔵野市は、地方交付税の算定基礎である基準財政需要よりも基準財政収入が上回るために、地方交付税(普通交付税)が交付されない、いわゆる不交付団体である。基準財政需要の基準財政収入に対する比率は財政力指数と呼ばれるが、表に示されるように、武蔵野市では1.46と1をはるかに上回っている。他の市では、国分寺市が0.98と1に限りなく近く、横浜市、甲府市も0.9前後と、類似団体に比べても高い。

このように、これらの市では自前の財源が大きい、これは市民の所得水準の高さを反映している。1人当たり地方税は、武蔵野市では27万円と類似団体(約15万円)の2倍近い水準であり、国分寺市、横浜市も20万円前後、もっとも低い甲府市でも17万円である³。

次に費目別の歳出を見ると、武蔵野市では、類似団体に比べ義務的経費が大きく、投資的経費が小さい。義務的経費では人件費や福祉関係の扶助費が大きい。また、ここには示していないが、各種団体に対する補助費等が金額でも構成比でも圧倒的に大きい。また普通建設事業費では補助事業よりも圧倒的に単独事業が多い。さらに、類似団体に比べ、公債費と地方債残高が少なく、積立金残高が大きい。武蔵野市では、下水道など都市インフラの整備はすでに大きく進んでおり、その結果、北海道東部で見られたような公共事業への依存は小さい。首都圏の都市としても成熟した都市ということが財政面からもうかがえる。

同じ多摩地区にある国分寺市でも、類似団体に比べ義務的経費の額が大きく、普通建設事業費は小さいという点では、武蔵野市と共通している。義務的経費の中では人件費、公債費が大きい。また、各種団体に対する補助費が大きい点も武蔵野市と共通している。ただ、公債残高がやや大きく、義務的経費の比率も類似団体よりも高くなっており、武蔵野市に比べると、財政的な余裕は小さい。

横浜市は、1人当り歳出が類似団体より小さいが、費目別では人件費や扶助費など義務的経費と投資的経費の各費目がおしなべて小さい。ただし、普通建設事業費は金額では類似団体よりも小さいが、構成比ではむしろ高くなっている。公債残高は小さいが、積立金も小さい。

甲府市では、義務的経費が金額、構成比とも類似団体よりも大きく、他方、普通建設事業費が小さい。義務的経費では、扶助費や公債費が大きい。また、武蔵野市と同様、各種団体に対する補助費が金額、構成比とも著しく高い(金額では2倍以上)。公共事業関係費の中では補助事業よりも単独事業の方が大きい。地方債残高は、類似団体よりも大きい。

***** 表4 *****

³ 前回調査した網走市では12万円弱であった。

介護保険の実績

(1) 介護保険の概況

各市の介護保険の実情を見るために、まず、それぞれの介護保険制度がどのような状況で出発したのかを、被保険者数と保険料、および介護サービスの供給体制を(イ)居宅サービスと(ロ)施設サービスに分け、3つの視点からみておこう。

被保険者数・保険料

65歳以上の第1号被保険者と40才から64歳までの第2号被保険者数とその構成比は、表5に示される。当然のことながら、高齢化率の高い甲府市、武蔵野市で第1号被保険者の比率が高い。また、第1号被保険者と第2号被保険者を合わせた介護保険の被保険者が市人口に占める割合は43~53%である。50%をはるかに超えている過疎地域とは対照的である。また、武蔵野市では第2号被保険者の占める比率が低く、40歳未満の人口が大きいことを示している。武蔵野市は、やや誇張して言えば、高齢者と若者の多い町といえることができる。

表5 被保険者数

単位 人, %

市町村名	武蔵野市		国分寺市		横浜市		甲府市	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
第1号被保険者	22,683	17.3	16,226	15.0	488,085	14.2	38,744	19.8
第2号被保険者	34,181	26.1	34,271	31.7	1,170,498	34.1	64,371	32.9
被保険者合計	56,864	43.4	50,497	46.7	1,658,583	48.3	103,115	52.7
総人口	131,094	100.0	108,124	100.0	3,435,554	100.0	195,845	100.0

注) 平成13年3月現在現在。国分寺市は1月1日現在。

出所) 各市資料。

次に、表6は各市の介護保険料の基準額および所得段階別構成比を示している。いずれも全国平均値(月額約2,800円、年間約34,600円)に比較すると高い。中でも武蔵野市の介護保険料の高さは際立っている。介護保険同様、市が保険者となっている国民健康保険の保険料と比較すると、武蔵野市では国保保険料はむしろ低くなっており、反対に介護保険料の低い甲府市では国保保険料が高いという結果になっている。

第1号被保険者の支払う保険料は、本人および世帯の所得水準に応じて、この保険料の割増もしくは減額された額となる。標準的なケースでは所得段階は第1段階(生活保護受給世帯または住民税非課税世帯で福祉年金受給者)から第5段階(本人が住民税を課税されており、かつ合計所得金額が250万円以上のもの)までの5つに分けられるが、横浜市

は、独自に6段階の所得区分を設定し、再分配効果を強めている⁴。

横浜市の所得段階は、第1段階から第5段階までの所得区分の基準は全国基準と同じだが、そのうえに、合計所得金額が700万円以上の者を第6段階としている⁵。また、各所得段階の保険料は第3段階を基準に、標準的なケースでは第1段階（第5段階）は50%の減額（増額）、第2段階（第4段階）は25%の減額（増額）であるが、横浜市では第4、5段階には同じ倍率を用いるものの、第6段階の保険料として第3段階の2倍の水準に設定するとともに、第1段階は基準額から75%の減額、第2段階は基準額から35%の減額と低所得者の保険料を大幅に減額している。

各所得段階の構成比から、武蔵野市、国分寺市、横浜市では第4段階および第5段階（と第6段階）の構成比が全国平均に比べ非常に大きく、豊かな高齢者が多いことを示している。先に調査した北海道東部3市町村では、第1段階と第2段階が全国平均を超え、第3段階以上が少なかったのと、対照的である。反面、これら3市では、第3段階が少なく、第1段階と第2段階は全国平均に近似している。

表6：介護保険料

単位 円，%

市町村名		武蔵野市	国分寺市	横浜市	甲府市	全国
年間保険料基準額(円)		39,600	36,900	37,980	35,308	約 34,600
所得段階別構成比	第1段階	2.3	1.0	2.6	1.7	2.2
	第2段階	28.7	24.5	24.8	35.8	29.0
	第3段階	27.5	31.7	33.4	33.0	42.8
	第4段階	19.3	21.8	22.2	18.5	16.0
	第5段階	22.2	20.9	12.6	11.0	10.0
	第6段階	-	-	4.4	-	-
1人当たり平均保険料		42,610	40,286	40,114	35,423	約 34,800
参考；1人当たり国保保険料		63,064	60,611	73,592	88,197	-

介護保険制度では、第1号被保険者の支払う介護保険料は、介護給付費全体の17%をまかなうように設定されている⁶。したがって、より多くの介護サービスが供給されている地域では、介護保険料が高くなる。しかし第3段階の保険料水準は所得分布に依存するため、

⁴ 保険料の基準額は第3段階（本人が住民税を課税されている）の保険料である。

⁵ 平成14年4月1日現在で、6段階の保険料体系を取っている市町村は、全国で11市町である。厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」平成14年6月4日

⁶ 介護保険料は3年間、固定されるので、平成12年度からの3年間の給付費の17%相当額に見合うように介護保険料は設定されている。

これをみただけでは介護サービスの水準については不明である。そこで、第 1 号被保険者 1 人当り給付水準の高低をより良く示す指標である、第 1 号被保険者 1 人当りの平均保険料を計算し、表 6 に合わせて示した。

これをみると、武蔵野市、国分寺市、横浜市では、保険料の基準額（第 3 所得段階）も全国平均よりも高かったが、第 1 号被保険者 1 人当り平均保険料はさらに上昇し、40,000 円から 42,000 円となる⁷。これら 3 市では、介護給付水準が全国平均に比べてかなり高いことがわかる。とくに、武蔵野市の給付水準は第 1 号被保険者 1 人当りで見ると、全国平均より約 8,000 円も高い。

このような保険料の所得段階別の減額、割増に加え、低所得者に対する負担軽減策として、多くの市町村では、独自に保険料の減免制度や利用者負担の軽減制度を導入している。

まず保険料の減免制度については、今回、調査した中では、国分寺市が市独自のサービスとして、「生計中心者の急激な収入減」などの理由による保険料の減免制度を実施しており、12 年度には 8 件の利用実績があった。厚生労働省では、市町村が保険料を減額するにあたって、保険料の全額免除、収入のみに着目した一律の減免、保険料減免分に対する一般財源の繰入、を行わないことを 3 原則として指導している。国分寺市の制度はこのうち第 1 の原則に抵触している。

全国で単独減免を行っている市町村は、介護保険料の徴収が始まった平成 12 年 10 月 1 日現在で 72 市町村（うち、3 原則を遵守しているのは 4 市町村）であったが、その後平成 13 年 4 月 1 日現在では 139 市町村（同 43 市町村）、同じく 10 月には 309 市町村（同 191 市町村）、そして 14 年 4 月には 431 市町村（同 314 市町村）と増加している⁸。3 原則遵守の市町村が相対的に多くなってきているが、14 年には全保険者のおよそ 15%が単独減免制度を導入していることになる。

また、1 割の利用者負担の軽減については、厚生労働省も 2 つの制度については容認しているが⁹、それ以外に市が独自に行っているものとして、次のものがある。まず、武蔵野市は、介護保険制度導入以前から福祉サービスに力を入れてきたことで有名であるが、その中核的なサービスであった在宅 3 サービス（訪問介護、通所介護、通所リハビリ）については、介護保険導入によるサービスの低下を回避するために、所得制限なしで 10%の自己負担額のうち 7%を市で負担する制度を導入している（12 年度助成金額約 68 百万円）。このような軽減制度は、措置時代に介護サービスを積極的に進めてきた市町村で見られるところである。

⁷ 前回調査した北海道東部 3 市町村では、平均保険料は基準額よりも低くなる。

⁸ 前掲、厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」平成 14 年 6 月 4 日

⁹ 国の認める制度として、次のものがある。

イ) 介護保険制度実施以前から訪問介護を利用していた低所得者（生計中心者が所得税非課税）に対する経過措置として、訪問介護の利用者負担額を 10%から 3%に減額する制度（14 年度まで。その後段階的に自己負担を引き上げ、17 年度に 10%とする。）

ロ) 社会福祉法人による生計困難者に対する利用者負担減免措置（法人の行った減免の一部について、市町村が補助）

また横浜市では12年度には軽減措置はとらなかったが、13年度から一定の資産基準、収入基準を満たす低所得者について、訪問通所サービス、短期入所サービスについて、利用者負担を3%ないしは5%に軽減するとともに、助成後の利用者負担が一定額を越える場合には、超過額を市の一般会計から助成する制度を導入した。全国的には、市町村単独の利用者負担減免制度は、平成13年10月1日現在で722市町村（全体の22.2%）、14年4月には825、全体の約4分の1の市町村で導入されている。

以上のように、今回取り上げた市においては、市単独で保険料の減免制度や利用者負担の軽減制度が導入されており、また、全国的に見てもこうした制度を導入する市町村が増加していることがわかる。こうした軽減措置の問題については、節でもう一度取り上げる。

介護サービスの供給体制

ここでは、介護保険導入に当たり、介護サービスの供給体制がどのように整備されていたかを、居宅サービス、施設サービスに分けて見ておこう。

イ) 居宅サービス

表7は代表的な居宅サービスについて、供給率と基盤整備率をまとめたものである。国分寺市の訪問看護、訪問リハビリの供給率、基盤整備率が低いことを除けば、各市とも代表的な居宅サービスについては、どれも供給率はかなり高い水準を達成している。とくに横浜市と甲府市では、それぞれ1つのサービスを除いて供給率は100%である。前回の北海道東部の調査では訪問入浴の供給率はゼロであったが、都市部では多く利用されており、利用サービスに大きな地域的な差異があることがわかる。また、訪問リハビリの基盤整備率が低い市が多いが、この背景には訪問看護の中で類似のサービスを受けることが出来るという事情もある。

表7 居宅介護サービスの供給体制

単位 %

居宅介護サービス	武蔵野市		国分寺市		横浜市		甲府市	
	供給率	基盤整備率	供給率	基盤整備率	供給率	基盤整備率	供給率	基盤整備率
訪問介護	100.0	57.6	100.0	43.6	100.0	35.0	100.0	25.6
訪問入浴	100.0	24.4	100.0	43.6	100.0	68.0	100.0	14.6
訪問看護	71.8	18.8	25.0	10.9	100.0	26.0	100.0	24.2
訪問リハビリ	56.3	12.0	3.6	1.6	68.8	59.0	100.0	15.1
デイサービス	100.0	37.1	79.2	34.5	100.0	63.0	78.7	43.6
ショートステイ	87.4	32.9	72.6	31.7	100.0	32.0	100.0	50.6

注) 供給率とは、各地域で介護度別の国基準の標準サービス量、給付対象者数、利用希望率などをもとに算出したサービス必要量に対して、実際にその地域の施設やヘルパー人員等の供給体制のもとでのサービス供給量がどのくらい見込まれるかその比率を示す。

一方、基盤整備率とは、介護サービスの給付対象者全員が国の定めた標準サービス量を受給とした場合(利用率 100%)のサービス必要量に対して、当該地域のサービス供給量がどのくらい見込まれるかを示す。したがって、供給率は実際に見込まれる必要量に対しての充足率を示し、基盤整備率は全員がフルに利用を希望したときの充足率を示す。

出所) 武蔵野市『武蔵野市老人保健福祉計画・武蔵野市介護保険事業計画』平成 12 年 3 月、横浜市『横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』平成 12 年 3 月、国分寺市資料、甲府市『甲府市介護保険事業計画』平成 12 年 3 月。

ロ) 施設サービス

表 8 は施設介護サービスの整備状況を特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)、介護老人保健施設、療養型病床群(介護療養型医療施設)に分けて示している。ただし、措置時代と異なり、どの施設を利用するかは被保険者の選択にゆだねられているとともに、都市部では利用可能な施設が市の行政区域や広域圏に制約されずに多岐に渡るため、施設の供給量を求めることが難しい。そのため、実際の施設の入居者数(需要量)によって供給量を計っている面もあり、注意が必要である。

ここで取り上げた 4 つ市の規模は大きく異なるため、施設数(ベッド数)では整備状況がわかりにくい。そこで、病床数を要介護 2 以上の認定を受けた要介護者数で割った比率を整備率と定義し、表に示している¹⁰。3 施設合計の整備率を見ると、およそ 30%から 40%であるが、横浜市が比較的低いことがわかる。横浜市では、これに対応して、今後、特別養護老人ホームを年間 500 ないし 600 床増床し、平成 16 年度までに 7,000 床にする計画を持っている。ちなみに、前回調査した市町村について整備率を計算すると、網走市 51.9%、斜里町 52.6%、東藻琴村 77.3%となり、北海道の施設依存度が高いことをここでも示している。

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、療養型病床群のベッド数は、全国平均では、およそ 3 : 2 : 1 となっているが¹¹、市によってかなりの差異があることがわかる。まず、国分寺市を除いて、療養型病床が少なく、特別養護老人ホームの比重が高い。ただし、老人保健施設は横浜市と、とくに甲府市で高い比重を占めている。施設により介護報酬が異なるため、3 つの施設の構成により介護保険財政にも影響が出ることが予想される。単価の高い療養型病床が増えれば、社会的入院の減少により医療費の抑制が期待される一方で、介護費用が増加するという問題もある。

¹⁰ 特別養護老人ホームには要介護 1 以上の認定があれば入居できるが、介護度の高い待機者が多数いる状況を考え、要介護 2 以上の認定者数で割った。

¹¹ 13 年 3 月サービス分の施設介護サービス受給者数を見ると、特別養護老人ホーム 30.2 万人、老人保健施設 23.6 万人、療養型病床群 10.8 万人である。出所) 厚生労働省「介護保険事業報告(暫定版)」平成 13 年 5 月

表8 施設サービスの供給体制

単位 病床数、%

	特別養護老人ホーム		老人保健施設		療養型病床群		合計
	病床数		病床数		病床数		
武蔵野市	病床数	402	病床数	181	病床数	56	639
	(整備率)	20.9	(整備率)	9.4	(整備率)	2.9	33.3
国分寺市	病床数	229	病床数	69	病床数	145	443
	(整備率)	23.1	(整備率)	7.0	(整備率)	14.6	44.7
横浜市	病床数	4,880	病床数	3,361	病床数	968	9,209
	(整備率)	15.2	(整備率)	10.4	(整備率)	3.0	28.6
甲府市	病床数	526	病床数	458	病床数	61	1,045
	(整備率)	20.7	(整備率)	18.0	(整備率)	2.4	41.1

注) 4市の規模の格差が大きいため、病床数を要介護2以上の要介護認定者数で割った比率を整備率として示してある。また、国分寺市の域内施設には、市が建設費を助成して市民用にベッドを確保した市外の施設を含む。横浜市は平成12年10月現在。

出所) 表7に同じ。

(2) 平成12年度決算

以上の被保険者数、保険料、居宅および施設サービスの供給体制のもとで、各市の介護保険制度が実施された。その運用の結果を、まず介護保険特別会計の収支から見てみよう。

表9は、各市の平成12年度介護保険特別会計の予算・決算状況を示している。まず第1に気づくことは、4市ともいずれも大幅な黒字決算であった。これは、歳出が当初予算に比べ大きく減少したことによる。歳入も歳出減少に伴って減少したものの、減少幅は小さかった。財政規模の大きな横浜市では翌年度に繰り越すべき財源等を控除した実質収支で87億円余りの黒字を出している。元来、介護保険料は3年間の収支を均等化させる予定で設定されているので、初年度には将来の給付増に備えて積立をすとしても、ある程度の黒字が出ることは予想されることである。たしかに、多くの市町村では13年度は12年度に比べかなり高い伸びを想定しており、また実際に全国レベルでは13年度には前年度に比べ給付費が15%程度増加している¹²⁾。それにしても、武蔵野市を除いて、12年度で歳出が当初予算のおよそ70~80%でしかなかったことは、サービスの利用が予想外に進まなかったことを反映している。

¹²⁾ 国民健康保険中央会「介護給付費の状況(平成13年度分)」

表9 平成12年度介護保険特別会計：予算と決算

単位 千円

		予算	決算	差額
武蔵野市	歳入	5,241,772	4,530,050	-711,722
	歳出	5,241,772	4,332,565	-909,207
	収支	0	197,485	196,751
国分寺市	歳入	3,205,247	2,729,318	-475,929
	歳出	3,205,247	2,404,749	-800,499
	収支	0	324,570	290,205
横浜市	歳入	90,653,041	76,214,224	-14,438,817
	歳出	90,653,041	65,221,308	-25,431,733
	収支	0	10,992,916	8,728,614
甲府市	歳入	7,243,695	5,919,834	-1,323,861
	歳出	7,243,695	5,758,637	-1,485,058
	収支	0	161,197	22,484

注)差額欄の3行目は、歳入歳出差引額から翌年度償還額を差し引いた実質収支を示す。

出所) 武蔵野市『平成12年度決算報告』平成13年5月、国分寺市福祉保険部介護保険課『介護保険特別会計決算状況』(平成12年度)、横浜市資料、甲府市資料。

次に、歳入歳出の主要な項目別に、決算額を検討する。表10では、決算額とともに歳入、歳出の構成比と給付費に対する比率が示されている。

まず歳入については、以下を指摘できる。

介護保険給付の財源については、制度として国が給付費の25%、都道府県と市が12.5%ずつ、また第1号被保険者が17%、第2号被保険者が共同して33%負担することになっている。ただし、第1号被保険者からの保険料収入は、初年度は円滑基金からの繰入があったため、本来の収入の4分の1(4.25%)であった。

結果を見ると、12年度は給付費が予算に比べ大きく減少した。そのため、国等の公費や支払基金からの資金移転はそれに対応して減額されているが、一部、調整が翌年度にまわされているものもあり、各項目の給付に対する比率が、制度上のものよりも高くなっている。とくに第1号被保険者の保険料は、歳出減少による調整が行われないから、いずれの市でも本来の給付費の4.25%に比べ、1ないし2ポイント高くなっている。

市(の一般会計)は、給付費の12.5%とともに事務費としてかなりの金額を繰り入れている。ただし、一般会計の負担金や事務費については、交付税措置(地方交付税の基準財政需要に参入)され、国から資金が移転されているが、武蔵野市は地方交付税の不交付団体であ

るため、事務費についても地方税収など自前の財源を充当しなければならないことに注意しなければならない。

）国からの補助金のうち給付費の 20%はすべての保険者に等しく配分されるが、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所得水準など地域の状況に応じて配分されることになっている。この 4 市では、甲府市と武蔵野市にそれぞれ対給付費で 5.3%と 3.8%と多く配分され、他方、国分寺市と横浜市には 1.7%程度しか配分されていない。これは、主に高齢化率および後期高齢者数を反映していると考えられるが、その具体的な配分基準は明らかにされていない。

次に、歳出を検討する。

）給付費の居宅サービスと施設サービスの構成比をみると、ここで取り上げた 4 市は 2 つのグループに分けられる。武蔵野市と横浜市は、おおむね両者の規模は同じである。それに対して国分寺市と甲府市ではおよそ居宅サービス 1 に対して施設サービス 2 の割合である。前回調査の北海道東部では介護サービスの比率は居宅 1 に対して施設がおよそ 3 ないし 4 という規模であった。国分寺市、甲府市の居宅サービスのウェイトは、ほぼ全国平均と同じである。武蔵野市と横浜市では、居宅サービスが進んでいることを示しているが、これは介護保険導入までの措置時代に居宅サービスの充実に力を注いできた結果ということも出来よう。国分寺市は、介護保険導入を契機に、介護サービスの充実に取り組んでいるということであった。

***** 表 10：歳入・歳出決算 *****

(3) 介護サービスの利用状況

平成 12 年度には介護保険特別会計の歳出額が予算に比べ、著しく落ち込んだことを示したが、なぜそうした事態が起こったのか、その背後にある介護サービスの利用状況を、介護度別認定者数、サービス別の給付の状況からみてみよう。

介護度別認定者数

まず、介護サービスの利用者サイドをみるために、要介護認定を受けた認定者の状況からみて見よう。表 11 と図 1 には、介護度別認定者数とその第 1 号被保険者に対する比率である出現率が示されている。これによると、各介護度の出現率の集計値を全国平均値と比べると、武蔵野市が高く、他の 3 市は低くなっている。都道府県全体で見ると、東京都(10.5%)、神奈川県(9.8%)、山梨県(9.5%)と、いずれも全国平均よりは若干低いなかで、武蔵野市の高さが目立つ。

介護度別に見ると、武蔵野市ではすべての介護度で全国平均よりも高い。他の 3 市では、介護度 5 の出現率が全国値よりも高いが、要介護 4 以下では、いずれの介護度でも全国地よりも低い。武蔵野市の高出現率には、65 歳以上の高齢者の中での年齢構成が影響していると考えられる。前述したように、武蔵野市の高齢化率および後期高齢者の全人口に占め

る比率は全国平均よりも低く、むしろ甲府市の方が高い。しかし、65歳以上の高齢者人口（＝第1号被保険者）に占める75歳以上人口の比率は、武蔵野市は43.3%で、全国平均(40.9%)、甲府市(42.0%)よりも高くなっている。これにともない、いずれの介護度でも介護認定を受ける人数が多くなっていると考えられる。なお、国分寺市、横浜市の後期高齢者のシェアは、それぞれ36.5%と36.6%である。

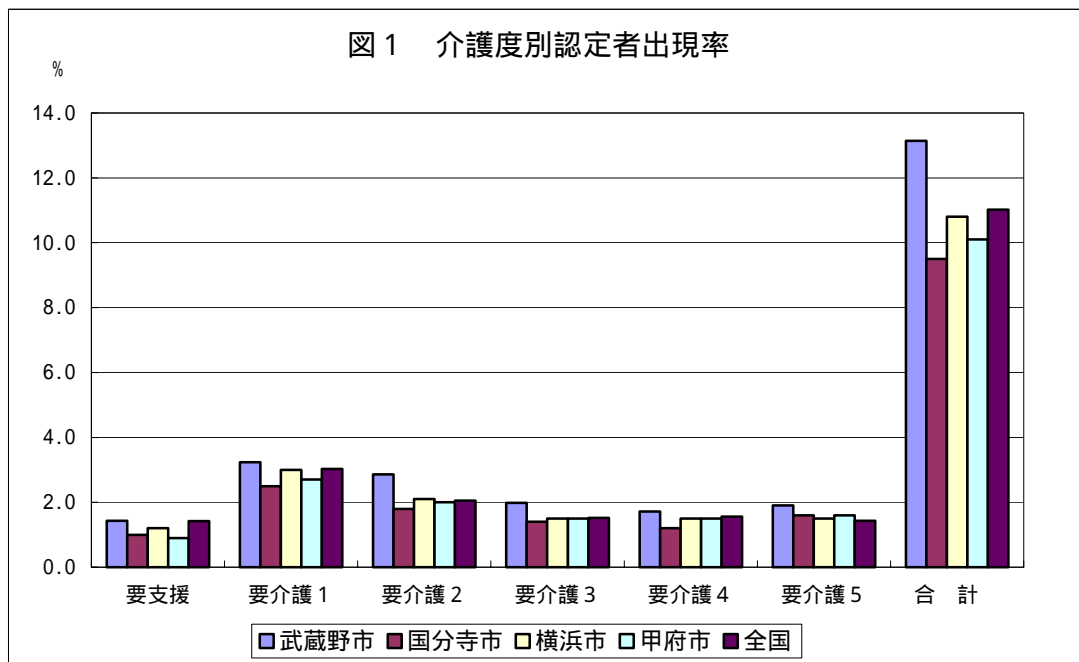
表 11 介護度別認定者数

単位 人，%

市町村名	武蔵野市			国分寺市			横浜市			甲府市			全国	
	人数	出現率	構成比	人数	出現率	構成比	人数	出現率	構成比	人数	出現率	構成比	出現率	構成比
要支援	325	1.4	10.9	170	1.0	10.8	6,087	1.2	11.5	343	0.9	8.8	1.4	12.9
要介護1	735	3.2	24.7	413	2.5	26.2	14,584	3.0	27.6	1,033	2.7	26.4	3.0	27.5
要介護2	650	2.9	21.8	298	1.8	18.9	10,491	2.1	19.8	756	2.0	19.3	2.1	18.6
要介護3	450	2.0	15.1	227	1.4	14.4	7,145	1.5	13.5	600	1.5	15.3	1.5	13.8
要介護4	389	1.7	13.1	202	1.2	12.8	7,206	1.5	13.6	583	1.5	14.9	1.6	14.2
要介護5	431	1.9	14.5	265	1.6	16.8	7,339	1.5	13.9	604	1.6	15.4	1.4	13.0
合計	2,980	13.1	100.0	1,575	9.5	100.0	52,852	10.8	100.0	3,919	10.1	100.0	11.0	100.0

注) 第1号被保険者の認定者数で、居宅、施設の両方を含む。出現率は、第1号被保険者に対する比率である。平成13年3月末日現在。

出所) 各市資料および厚生労働省『介護保険事業報告(年報)(平成12年度)』。



給付の状況

次に、保険給付費の中で、どの費目の執行が予算に比して少なかったのかを見てみよう。まず表12の保険給付費総額の予算額と決算額の比率である執行率を見ると、表10で見た介護保険特別会計の歳出額の執行率とほぼ同様の値を示し、国分寺市、横浜市が70%前後でやや低く、武蔵野市、甲府市が80%前後である。

費目別の予算額と決算額の対比では、金額の大きな居宅介護(支援)サービス費と施設介護サービス費に注目すると、いずれの市でも両者の執行率に極端な差はない。この点は、居宅介護サービスの執行率が50~60%と大きく落ち込んだ北海道東部の調査結果と著しく異なるところである。国分寺市、横浜市、甲府市では、居宅サービスの執行率が施設サービスの執行率を多少下回るが、武蔵野市では居宅サービスの執行率のほうが高い結果となっている。

先の表10では決算データから、各市における居宅サービスと施設サービスの相対的なウェイトを検討したが、本来、供給体制の整備状況を見るには、居宅サービスと施設サービスの予算額の方がよりの確に反映していると考えられる。ただ、各市とも居宅介護(支援)サービス費と施設介護サービス費の執行率に大きな差がなかったため、予算ベースでも決算ベースと同様の傾向を指摘できる。すなわち、武蔵野市の予算では居宅関連サービス全体は施設サービスよりも多少小さい程度であり、また横浜市では、むしろ居宅関連サービスの方が大きい。それに対して国分寺市と甲府市では居宅関連サービスの方が予算ベースでもかなり小さいという結果である。

表 12 介護保険給付の状況

単位 千円, %

費 目		予算	決算	差引	執行率
武蔵野市	居宅介護(支援)サービス費	1,990,158	1,664,070	326,088	83.6
	施設介護サービス費	2,633,470	2,109,111	524,359	80.1
	居宅介護福祉用具購入費	9,640	7,796	1,845	80.9
	居宅介護住宅改修費	31,348	29,624	1,724	94.5
	居宅介護サービス計画費	141,607	131,517	10,090	92.9
	高額介護サービス費	14,463	9,985	4,478	69.0
	審査支払手数料	12,461	5,947	6,514	47.7
	合 計	4,833,147	3,958,013	875,134	81.9
国分寺市	居宅介護(支援)サービス費	1,001,285	692,212	309,073	69.1
	施設介護サービス費	1,698,873	1,207,286	491,587	71.1
	居宅介護福祉用具購入費	30,150	5,271	24,879	17.5
	居宅介護住宅改修費	37,260	15,669	21,591	42.1
	居宅介護サービス計画費	117,708	64,494	53,214	54.8
	高額介護サービス費	11,964	5,746	6,218	48.0
	審査支払手数料	8,677	2,617	6,060	30.2
	合 計	2,905,917	1,993,295	912,622	68.6
横浜市	居宅介護(支援)サービス費	36,775,233	25,058,222	11,717,011	68.1
	施設介護サービス費	38,672,141	29,315,194	9,356,947	75.8
	居宅介護福祉用具購入費	3,133,609	(109,330)	2,311,284	26.2
	居宅介護住宅改修費	-	(345,890)	-	-
	居宅療養管理指導	-	(367,105)	-	-
	居宅介護サービス計画費	2,649,742	2,333,760	315,982	88.1
	高額介護サービス費	256,017	167,370	88,647	65.4
	審査支払手数料	314,727	95,934	218,793	30.5
	合 計	81,801,469	57,792,805	24,008,664	70.7

費 目		予算	決算	差引	執行率
甲府市	居宅介護(支援)サービス費	2,076,725	1,574,236	502,489	75.8
	施設介護サービス費	4,310,610	3,419,437	891,173	79.3
	居宅介護福祉用具購入費	19,595	9,446	10,149	48.2
	居宅介護住宅改修費	29,819	25,263	4,556	84.7
	居宅介護サービス計画費	214,658	152,784	61,874	71.2
	高額介護サービス費	83,101	24,637	58,464	29.6
	審査支払手数料	12,330	7,837	4,493	63.6
	合 計	6,746,838	5,213,640	1,533,198	77.3

注) 横浜市の居宅介護福祉用具購入費、住宅改修費、療養管理指導費の予算額内訳は不明。
出所) 各市資料。

居宅サービスの利用状況

次に、居宅サービスの利用状況を、イ) 利用者数、ロ) 利用率、ハ) 利用額の 3 つの点から検証する。

イ) 利用者数

表 13 は、居宅サービスの介護度別受給者数を示している。あわせて受給者の要介護認定者数に対する比率を受給率(A)とし、また受給者の介護保険事業計画策定時の受給見込者数に対する比率を受給率(B)として示している。

まず、利用者全体について、認定者に対する受給率(A)は甲府市の 50%弱から武蔵野市の 60%強である。また、事業計画に対する受給率(B)は、武蔵野市で 90%を超え、横浜市では 84%と、おおむね計画に近い利用状況であるのに対し、甲府市の受給率が低い。

介護度別に見れば、認定者に対する比率では、介護度が高くなると施設サービスの受給者が増えるため受給率が低くなるのがわかる。甲府市の受給率(A)が全体として低かったのは、要支援の人々の受給率が低かったことによる。

先の北海道調査と比較すれば、受給者総数の認定者に対する比率では 51~53%であり、また事業計画比では 67~82%であったので、居宅サービスの利用者数で見れば、大きな差異はない。ただし、介護度別に見ると、要介護 2 ないし 3 の人々の利用が多いのは共通しているが、北海道では要介護 5 の受給も多かった。なお、受給者数は介護保険制度導入後、全国的に増加の傾向にあり、現状では受給率はここでの数値よりもさらに高まっていることに注意する必要がある。

表 13 介護度別居宅サービス受給者数

単位 人, %

市町村名	武蔵野市			国分寺市			横浜市			甲府市		
	受給者数	受給率(A)	受給率(B)	受給者数	受給率(A)	受給率(B)	受給者数	受給率(A)	受給率(B)	受給者数	受給率(A)	受給率(B)
要支援	213	65.5	58.5	113	66.5	-	4,456	73.2	72.8	195	56.9	22.1
要介護1	575	78.2	88.3	266	64.4	-	9,431	64.7	97.5	558	54.0	44.3
要介護2	470	72.3	109.6	149	50.0	-	5,905	56.3	90.3	407	53.8	72.7
要介護3	302	67.1	102.0	124	54.6	-	3,725	52.1	88.5	281	46.8	74.1
要介護4	189	48.6	102.7	80	39.6	-	3,067	42.6	70.5	225	38.6	84.9
要介護5	172	39.9	102.4	109	41.1	-	2,661	36.3	68.3	212	35.1	124.0
合計	1,921	64.5	91.8	841	53.4	-	29,245	55.3	84.0	1,878	47.9	53.4

注)受給率(A)は要介護認定者に対する受給者の比率であり、受給率(B)は、介護保険計画策定時の受給見込者数に対する受給率である。なお、国分寺市の給付見込み数は不明なため、受給率(B)は空欄となっている。

出所)各市資料。

ロ) サービス種類別利用状況

ここでは、どのような居宅サービスが利用されているか、サービスの種類別利用状況を検討する。先の北海道調査では、通所系サービスに比べて訪問系サービスの利用が低調なことを指摘したが、都市部の利用状況と比較する。

表 14 は代表的な居宅サービスの中から 5 つのものを取り上げ、事業計画と実際の利用状況を比較したものである。まず、各市ともサービスによって事業計画に対する達成率はさまざまであるが、その具体的なサービスの種類は地域によって異なり、都市部としての一般的な特徴を指摘することは出来ない。先の北海道調査と異なり、今回の調査では訪問介護など訪問系サービスでも高い計画達成率を示している。とくに武蔵野市では、上述したように、措置時代から訪問介護、通所介護(デイ・ケア)、通所リハビリ(デイ・サービス)に力を入れ、無料で提供してきたことから、介護保険導入後もこれら 3 つのサービスの利用料負担を軽減している。これが、武蔵野市の高い計画達成率をもたらしていると考えられ、介護保険導入前の状況が、利用実績に大きく影響していることを示唆している。

表 14 居宅サービス種類別利用状況

市町村名		武蔵野市			国分寺市			横浜市			甲府市		
		計画	実績	達成率	計画	実績	達成率	計画	実績	達成率	計画	実績	達成率
訪問介護	(回/週)	279,259	361,251	129.4	43,059	1,446	47.3	109,910	81,518	74.2	23,708	1,706	46.0
訪問看護	(回/週)	27,422	13,826	50.4	177	125	70.5	11,123	5,837	52.5	796	512	64.3
通所リハビリ	(回/週)	13,034	15,057	115.5	229	302	131.5						64.2
通所介護	(回/週)	45,097	50,156	111.2	550	185	33.6	32,392	20,413	63.0	2,994	1,923	64.2
ショートステイ	(日/月)	26,834	10,743	40.0	1,356	563	41.5	10,893	5,453	50.1	4,335	1,411	32.5

注) 武蔵野市の訪問介護の単位は年当り時間数、訪問看護、通所リハビリ(デイケア)と通所介護(デイサービス)は年当り回数、ショートステイは生活介護と療養介護の合計で年当り日数である。国分寺市の利用回数は月当りの回数である。横浜市の訪問介護の単位は時間/週である。達成率は実績/計画で単位は%。国分寺市は、予算ベースと決算ベースの利用回数(利用者数×1人当り利用回数(日数))である。

出所)表 12 に同じ。

八) 利用額

次に、サービスの利用状況をサービスの利用額から見る。表 15 は、介護度別に平均的な利用額と利用限度額に対する利用率を示している。国分寺市、甲府市で 30~40%の利用率であり、横浜市が 40%程度、武蔵野市でおよそ 50%の利用率である。全国の平均では約 40%と言われているが、武蔵野市では、これをかなり上回っている。武蔵野市の所得水準の高さが影響していると考えられる。

また介護度別の利用率をみると、両端の利用率が高い U 字型の傾向は武蔵野市、国分寺市において顕著に見られる。

表 15 利用限度額に対する利用額の比率

単位 円, %

介護度	武蔵野市		国分寺市		横浜市		甲府市	
	1人当り月平均利用額	平均利用率	1人当り月平均利用額	平均利用率	1人当り月平均利用額	平均利用率	1人当り月平均利用額	平均利用率
要支援	34,538	50.5	26,090	42.4	-	-	28,826	46.9
要介護 1	64,460	37.3	44,714	27.0	-	-	53,690	32.4
要介護 2	88,243	43.3	77,143	39.6	-	-	70,942	36.4
要介護 3	134,219	47.8	105,171	39.3	-	-	91,279	34.1
要介護 4	172,942	53.9	141,599	46.3	-	-	103,272	33.7
要介護 5	212,157	56.4	173,420	48.4	-	-	121,834	34.0
合計			83,073	39.5	-	42.0	74,099	32.8

注) 横浜市の介護度別利用率は不明である。
出所)表 12 に同じ

施設介護サービスの利用状況

ここでは、表 16 によって、施設介護サービスの利用状況を、事業計画と実績を対比しながら検討する。特別養護老人ホームと介護老人保健施設は計画どおり、もしくはそれを上回る利用であるが、療養型病床の利用は計画に比して、4市とも低調である。こうした傾向は全国的にも見られるが、計画達成率を先の北海道調査と比べると、今回調査対象地域の方が低い。北海道の施設介護重視という傾向が追認される。

表 16 施設サービスの利用状況

単位 人, %

	武蔵野市			国分寺市			横浜市			甲府市		
	計画	実績	利用率	計画	実績	利用率	計画	実績	利用率	計画	実績	利用率
老人福祉施設(人数)	412	403.2	97.9	229	242	105.7	4,958	4,824	97.3	487	507	104.1
老人保健施設(人数)	164	177.6	108.3	69	93	134.8	3,141	2,721	86.6	437	450	103.0
療養型病床群(人数)	172	56.2	32.7	145	27	18.6	2,751	1,343	48.8	327	64	19.6
合計	748	637	85.2	443	362	81.7	10,850	8,888	81.9	1,251	1,021	81.6

注) 国分寺市は、平成 12 年 4 月から 13 年 2 月までの平均、他は 13 年 3 月末日現在の利用者数である。
出所)表 12 に同じ。

高齢者医療・介護の給付と費用負担

介護保険導入の大きな目的のひとつは、高齢者の医療と介護を分離し、社会的入院を是正して高齢者医療費の増加に歯止めをかけることである。そこで以下では、介護保険がこの課題にどの程度答えているかをみるために、いずれも市が保険者となっている高齢者医療・介護保険を統合することによって、介護保険導入後の高齢者の医療・介護サービス全体の負担と給付がどのように変化したかを検討する。

(1) 高齢者医療・介護給付の変化

まず、給付について検討しよう。表 17 は、甲府市を対象に、介護保険の導入によって、高齢者に対する医療・介護給付がどのように変化したかを示している。医療給付から検討すると、介護保険導入によって、老人医療費のうち介護的な色彩の強い 5 割公費負担部分は、介護保険に移行し、老人医療費から消滅するはずである。(初年度は会計上の時期区分から一部が残っている。)この部分は、介護保険給付のうち訪問看護、通所リハビリ、短期入所(老健、病床群)、居宅療養管理指導、施設介護(老健、病床群)の給付費に対応する。また、介護給付については、従来、一般会計で提供されてきた老人福祉サービスの多くが

介護保険によって供給されるようになった。さらに、多くの市町村では、介護保険導入後、「いきがい」事業などとして、介護認定を受けられない「自立」高齢者に対するデイケアなどの通所サービスを行っている。したがって、老人福祉費が介護保険導入前後でどのように介護保険に移行したのか、また新たにどのようなサービスが追加されたのかを考慮する必要がある。

結果を見ると、まず高齢者医療・介護の給付総額は、12年度は7.6%の伸びで前年度(8.2%)に比べ、やや伸び率は低下した。医療についてみると、介護保険導入後、純粋に医療的部分である公費3割負担部分の伸びは、むしろ前年度よりも大きくなっており、医療費が抑制されたという効果は見出せない。こうした結果は、前回の北海道東部でも、また首都圏はじめわれわれの調査した市町村の多くにおいても見出される。少なくとも、初年度の結果からは、介護保険の導入が医療費を大きく抑制した兆候はないといえよう。この大きな理由として、医療機関から退院したときの受け皿となる介護施設の整備が進んでいないことがあげられる。特別養護老人ホームの整備が抑制される中で、介護保険適用の療養型病床群への転換が進んでいない。その結果、高齢者が医療機関の間を一定期間ごとに移動することになったり、あるいはグループホームや有料老人ホームなどの民間の施設に入り、居宅サービスを利用することが多くなっている。

一方、介護給付と老人福祉費の合計額は、99億円から98億円と1億円あまり減少している。このうち、介護給付がどのように変化しているかは、11年度の老人福祉費中の介護給付相当額が不明なため、把握できない。ただ、この表より、介護保険導入によって、一般会計の老人福祉費が16億円あまり減少し、負担が減っている分、福祉センター費を3億円あまり増加していることがわかる。より実態に即した分析を行うには、さらに詳細なデータが必要である。

*** 表 17 高齢者医療・介護の給付 ****

(2) 高齢者医療・介護の費用負担

次に、高齢者医療・介護を統合して、全体としてどれだけの費用がかかり、それがどのように負担されているかを検討する。結果は図2で示される。なお、ここではデータの関係で、利用者が支払う自己負担部分を無視している。サービス利用にあたっての費用負担はこの自己負担分を含めるとともに、もし市の一般財源による利用者負担の軽減措置が導入されているときには、その部分を市からの補助金として示す必要がある。

分析手法は、前掲論文で詳述したので、ここでは結果のみを述べる。基本的な点では各市に共通しているので、以下では武蔵野市を取り上げる。

まず上段は、12年度の介護保険の歳入を保険料(円滑基金繰入を含む)、支払基金からの交付金(第2号被保険者負担分)、国及び地方(都道府県、市町村)からの補助金に分けて示している。これを見ると、歳入に占める第1号保険料は、円滑基金繰入を含めても、20%

程度に過ぎない。他の3市でも概ね15~25%であり、残りの75~85%が国や支払基金からの補助金である。制度上は、第1号保険料が17%、第2号保険料が33%、国が25%、都道府県、市町村がそれぞれ12.5%である。ここでは、歳入の中に市町村からの事務費の負担金が含まれていること、また上述したように、歳出(給付費)が予想よりも大きく減少したことにより、制度上の配分比率と若干ずれが生じている。

同様に、中段は老人保健の歳入内訳を示している。老人保健特別会計の歳入規模は、介護保険特別会計に比べ2倍以上の規模であることに注意が必要である。

老人保健制度における公費と拠出金の負担比率は、一部負担金を除いた老人医療費の30%を公費(国が20%、都道府県、市町村が各5%)が負担し、残りの70%を医療保険の各保険者が負担する。また介護の要素の強いものについては、公費の負担割合は50%に引き上げられていた。

これらの費用負担のうち、国をはじめ都道府県や市町村からの負担金や、健保組合や政管健保等の医療保険からの交付金は、市町村から見ればすべて補助金である。サービスを給付するために、自ら被保険者から費用を徴収したものではない。唯一、市町村が保険者である国保から老人保健制度への拠出金が、保険者が自らが徴収した費用にあたる。ただし、国保からの拠出金も国庫補助金の対象でその半額は補助されるから、国保の負担分としてはその部分を差し引かねばならない。

また、市町村は一般会計から老人保健制度に繰り入れを行っているが、これも地方交付税措置の対象であり、地方交付税の交付団体では市町村の自前の財源が投入されているわけではない。また、市町村の一般会計から国保に対しては、国保財政の安定化等のためにさまざまな繰入が行われているが、それらも地方交付税の財政措置がなされている。したがって、交付団体の場合には、これを考慮すれば、国保保険者(市町村)の実質的な負担分はさらに低くなると考えられるが、武蔵野市は不交付団体であり、市からの繰入は自前の財源が投入されている。

老人保健の歳入の内訳を見ると、国保から拠出された保険料のシェアは15%程度であり、被用者の拠出が50%近くを占めている。国からの補助金の中に国保への補助金が含まれているため、その分国庫負担金の比率が高くなっている。

図の下段は、介護保険と老人保健制度を統合して、高齢者の医療・介護保険給付の費用がどのように負担されているかを見たものである。武蔵野市の高齢者医療・介護の給付費合計額は142億円あまりであった。これに対して費用負担の方は、保険者が自ら徴収した部分は、仮に円滑基金繰入を含めたとしても歳入の15%である。保険者である市町村にとって、給付費の80%前後が補助金である。補助金の半分を健保組合や政管健保等の医療保険からの拠出金が占め、残りの半分が国と地方からの補助金である。こうした状況は、多くの市町村に共通している。

このように、老人医療・介護保険では費用の大半が補助されている。問題は、こうした状況で、保険者である市町村が、医療・介護サービスの効率化に対して強いインセンティブ

を持つかということである。この点については、次節で改めて検討する。

***** 図2 *****

現行制度は維持できるか

最後に、市町村担当者からの一連のヒアリングの結果と介護保険の12年度以降の推移を踏まえて、現行の介護保険制度を維持することが可能かどうかについて検討したい。とくに、介護保険の保険者としての市町村という視点と、介護保険導入の狙いのひとつである医療と介護の分離という視点から、現行制度の維持可能性について検討する。

(1) 保険者としての市町村

保険者としての市町村に期待される大きな役割は、被保険者がより良質のサービスをより低いコストで利用できるように、介護サービスの効率化・適正化を積極的に図ることである。しかし、現行制度のもとでは、市町村にこうした役割を期待することは難しいと考えられる。その理由として、第1号被保険者からの保険料収入の問題と、従来措置時代の旧弊を引き継いだ保険者自身の競争制限的な行動の2つの問題を指摘できる。

(イ) 第1号被保険者からの保険料収入

第1の問題は、すでに見たように、介護保険給付の財源の大半を補助金が占め、保険者が被保険者から自ら徴収するのは収入総額の17%に過ぎないことである。これは、市町村の介護保険の財政担当者にとっての保険給付のコストは、総額の17%でしかないことを意味する。その最大の関心事は、この17%相当分を第1号被保険者から徴収できるか否かという問題なのである。このような、いわば「17%のコスト意識」と呼べる状況では、保険者が介護サービスの効率化に向かって保険者機能を大いに発揮するとは期待しにくい。

もちろん、自前の財源が高々17%であっても、それが徴収できないとか、給付が予想以上に急増して保険財政が破綻に至る事態になれば、保険者はサービスの効率化に努めざるを得ない。実は、こうした事態が生じる可能性も否定できない。

各保険者は、将来の急激な給付増加などに対処するため、都道府県単位で財政安定化基金を設置して、国や県とともに拠出を行い、財政が逼迫した際には、その基金から貸付を受けることになっている。初年度の介護保険財政は、われわれが取り上げたように、多くの市町村では大幅な黒字を出していた。しかし、全国的に見ると、すでに12年度に全保険者の2.7%に当たる78の保険者が貸付を受け、さらに13年度には貸付を受けている保険者は390(13.6%)まで急増している。県内の保険者の3割以上が貸付を受けている県が6県もあり、沖縄県では県内の4分の3の市町村が貸付を受けている状況である¹³。こうした財政危機をもたらした要因として、「17%のコスト意識」を指摘できるのではないだろうか。これらの市町村では、15年度から始まる次期3年計画で第1号保険料の中から返済すること

¹³ [総務省「介護保険の運営状況に関する実態調査結果」](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/020604/2-1.html#6)厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/020604/2-1.html#6>

になっており、保険料の大幅な引き上げが避けられない。

一方、給付については、介護保険制度が浸透するにつれ、介護認定を受ける高齢者の比率も上り、居宅サービス受給者数も増加している。介護保険給付の件数は13年度には前年度比で23.6%増加し、金額（利用者負担を含めた介護費）は15.5%増加している¹⁴。14年度も増加傾向にあり、多くの市町村では保険料の引き上げが余儀なくされるだろう。

これらの市町村では、次期保険料はどれだけ上るのか。第1号被保険者はそれを本当に払えるのだろうか。すでに見たように、14年4月現在で保険料の単独減免をしている市町村は431市町村にも上り、また全体の4分の1に当たる825の市町村では利用者負担の減免制度を導入している。現行の保険料制度のもとでもこのように減免制度が実施されている状況で、さらに保険料が引き上げられるわけである。

また、低所得者への支援措置が手厚くなるほど、保険制度でありながら、福祉(再分配的)要素が強まることを意味する。保険料を徴収するに当たって、すでに5(ないし6)段階の保険料を設定している。第1号被保険者の中での助け合いという趣旨であるが、そうした傾向が強まれば、リスクに応じて保険料を支払うという保険の本質からますます離れることになる。介護サービスを利用する高齢者は、現状では全体の10%にも満たないことを考えると、再分配的な傾向の強化は、第1号被保険者の不満を呼ぶことになるだろう。これを避けるために第2号被保険者の負担分の引き上げが考えられるが、これはかつての老健拠出金問題を再燃させる。

このような実情をみれば、第1号被保険者からの保険料収入を確保できない財政力の弱い市町村が出てくることは明らかである。市町村を保険者として、全国共通の仕組みで介護保険を実施するためには、低所得者が多く市町村の財政力が弱い地域では、市町村の財政負担を軽減する措置を導入せざるをえない。ここで思い出されるのは、財政危機が訪れるたびに、様々な財政支援措置が導入されてきた国民健康保険制度である。度重なる財政支援がもたらしたものは、保険者の財政支援への一層の依存体質であり、保険者としてのモラルハザードである。今、また、介護保険が同じ轍を踏む危険が高い。

(ロ) 保険者の競争制限的な行動

保険者としての市町村の第2の問題点として、保険者自身に競争制限的な行動が見られることが挙げられる。市町村は、よく知られるように、措置時代には、社会福祉協議会や社会福祉法人と一体となって福祉サービスを提供してきた。首長が社会福祉協議会の会長を兼務していた市町村も多く、また社会福祉法人の設立や運営にも深くかかわってきた。しかし、介護保険制度が導入され、介護サービスへの民間事業者の参入が認められた後では、保険者としての市町村は、多様な事業者間での競争が活発化するような環境整備、事業者によるサービス内容の評価、利用者に対する情報提供などに努めることが主な役割となる。

¹⁴ 国民健康保険中央会「介護給付費の状況（平成13年度）」

しかし、市町村の担当者が、自らの役割の変化に対して、十分な認識を持っていないように見受けられる。

この点について、先ごろ、公正取引委員会が介護保険の居宅サービスの民間事業者を対象に実施した競争状況についてのアンケート調査が、興味深い指摘を行っている¹⁵。まず、多様なサービス提供主体間における公正な競争条件の確保という面では、社会福祉法人や医療法人が居宅サービスと施設サービスを組み合わせたサービスを提供できるのに対して、新規参入の民間事業者は施設サービスを提供できないため、居宅サービス分野においても競争上不利な立場にある。これは、施設サービスを社会福祉法人等に制限している制度そのものに原因があるケースである。

さらに、市町村の行政運営と直接的に関連する事例として、次のような指摘がある。介護保険を利用するためには、市町村から要介護または要支援の認定を受ける必要があるが、市町村はそのための訪問調査を居宅介護支援事業者等に委託することができる。市町村は、この訪問調査や介護等の相談窓口である在宅介護支援センター業務を、措置時代から関係の深い社会福祉法人などの特定の事業者に優先的に委託している。こうした業務を委託されることにより、これらの事業者は利用者情報を有利に入手できることになり、民間事業者は利用者獲得競争において不利な立場に置かれているという回答が多く、民間事業者から出されている。こうしたケースでは、本来、競争を活発化させるべき市町村が、競争制限的な行政運営を行っていることになる。市町村とくに地方の比較的規模の小さな多くの市町村では、いまだに措置時代の名残を引きずっており、保険者としての意識は低い。

(2) 医療と介護の分離

現行制度のもうひとつの本質的な問題は、介護を医療から切り離すという介護保険制度の狙いそのものと関連する。介護保険は、急性期のように医学的治療により回復の見込める患者は医療機関でサービスを提供し、また病状の安定した慢性期の高齢者で、医学的治療よりも機能訓練などのケアや生活の場の提供が必要な場合には、介護施設もしくは在宅での介護サービスを提供するというように棲み分けることにより、高齢者の社会的入院を是正しようとした。また、療養型病床や老人保健施設は、高齢者に対する医療と介護の中間的施設として設けられている。

しかしよく知られているように、医療機関から一定の入院期間後に退院を命じられた高齢者の多くが別の医療機関に移り、短期の入院を繰り返すことが一般に行われている。これは、在宅介護が困難な高齢者について、特別養護老人ホームなどの退院後の受け皿が不足しているために生じている。介護費用の増加を抑えるため施設介護が抑制されるなかで、施設の絶対的な不足がある限り、こうした現象はなくなる。

医療と介護を切り離したにもかかわらず、両者の連携がうまく取れていない例は、他に

¹⁵ 公正取引委員会事務総局『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』平成14年3月

も見られる。たとえば、現在、特別養護老人ホームで入所者が入院すると、本人あるいは家族の同意が得られなければ、3ヶ月間はそのベッドは占有されたままにしなければならず、たとえば短期の入所者に使うことは出来ない。施設にとっては、その間の収入を得ることは出来なくなるため、病気になる危険の高い高齢者を避けることがある。また老人保健施設は、看護や介護、機能訓練中心の療養を行うため、その収入は出来高払いではなく、入所期間に応じた定額払い方式が採用されている。その結果、過剰な投薬を減らすことを期待しているが、その反面では、施設側に立てば医療費は介護費用に含まれており、追加的な収入は得られないことから高度の医療は避けたり、病気の危険の高い人は避けることが行われている。さらに、療養型病床群への転換が進まない理由として、医療機関の経営上の問題が指摘されている。こうした事例は、介護保険導入により医療と介護を切り離れたものの両者の連携がうまく進んでいないことを示している。

(3) 改革に向けて

介護保険の導入に当っては、従来、市町村が老人福祉サービスを所管してきたこと、国保の保険者として地域保険を運営してきた経験などから、市町村を保険者とするものが決まったものである。3,200もの市町村を保険者としたときから、財政的に困難な保険者や出てくることは予想されていた。そして、上述したように、現行制度のままで介護保険を維持することは、困難といわざるを得ない。

いま市町村合併による保険者の統合を進め、財政基盤を強化することが図られている。確かに被保険者が1,000人や2,000人の規模では、介護リスクをプールすることは困難であり、保険者を合併して保険者の規模を拡大することも必要である。その際、どの程度の規模にまで統合するかとともに、拡大された保険者間にも存在するであろう格差にどう対応するかが問題となる。その場合、拡大された保険者間での補助のあり方によっては、モラルハザードを引き起こす危険がある。財政困難が生じた後の事後的な補助から、高齢化率などの保険者に帰すことの出来ないリスクを調整する事前的な補助の仕組みへの転換を検討すべきであろう。

介護保険は、介護サービスを提供する事業者民間事業者の参入を認め、競争的な介護サービス市場を育成することを目指している。しかし、保険者自体は地域独占を認め、保険者間の競争は行われていない。保険者機能を発揮させるためには、保険者の規模を拡大するだけでなく、保険者間に競争をもたらすようなシステムを構築することが重要と考えられる。

さらに、より本質的には、そもそも高齢者について医療と介護を切り分け、高齢者のみを対象にした別々の保険制度でカバーすることが適当かどうか問題になる。介護保険の給付を受ける高齢者は全体の10%に満たず、掛け捨て保険の色彩が強い。しかもその保険料はますます高くなるとすれば、むしろ医療保険と一体化する方が望ましいと考えられる。その際、高齢者のみを対象にした医療・介護保険制度を想定するのか、あるいは高齢者と

ともに若年層も含む職域あるいは地域保険として、医療・介護保険を一体化するのか、注意深い検討を必要とする。具体的な改革については、稿を改めて検討したい。

むすび

はじめに、前回調査した北海道東部3市町村の結果と対比しながら、首都圏4市についての主な結果をまとめておこう。

1. 調査対象の4市の特徴について述べると、経済構造も前回調査の3市町村とは大きく異なり、所得水準も高い。人口高齢化率も前回3市町村に比べ低く、いずれも「若い」都市だが、中では武蔵野市で高齢化が進んでいる。

2. 介護保険の保険者である市の財政をみると、地方税をはじめ自前の財源が大きく、国からの補助に対する依存度が低い。とくに、武蔵野市は地方交付税の不交付団体である。

3. 介護保険の保険料は、北海道も全国平均に比べ保険料は高かったが、4市ではより高く設定されている。第1号被保険者の1人当たり平均保険料を計算すると、とくに武蔵野市、国分寺市、横浜市では高所得階層が多いため、第3所得階層に適用される基準保険料よりも高くなる。これは、第1号被保険者1人当たりの介護サービスの給付水準が、これらの地域では高いことを意味する。また、今回の対象地域の一部では、保険料の減免制度あるいは利用者の自己負担軽減制度が導入されている。

4. 介護保険財政は、北海道同様、これら4市でも大幅な黒字であった。これは給付が予算に比べ70~80%程度の執行であったことによる。

5. 居宅介護サービスと施設介護サービスの比率については、武蔵野市、横浜市では、ほぼ同じくらいであり、他の2市では、居宅1に対して施設2の比率であって、北海道3市町村のように施設サービスが居宅サービスの3ないし4倍というほどの大きな格差はない。都市部では居宅サービスの利用もある程度進んでいるとみてよい。

6. 居宅サービスの中では、通所型に限らず訪問型の利用も進んでおり、これも北海道の調査と大きく異なる。また、どのようなサービスが多く利用されるかについても、地域間で大きな相違がある。

7. 施設介護サービスでは、特別養護老人ホームはいずれの地域でも利用が進んでいるが、老人保健施設と療養型病床群については、利用が進んでいない。とくに後者については医療型から介護保険適用の療養型病床への転換が進んでいない。

8. 高齢者医療と介護を統合してみると、社会的入院の是正による老人医療費の抑制については、この4市でも12年度の数値からは明確な効果は確認できない。

9. 高齢者医療・介護の財源に占める保険料の構成については、全国共通制度で運営されている（低所得地域への特別な救済措置などは導入されていない）ので、前回調査と同じ結果である。すなわち歳入に占める保険料の比率は、介護保険で20%程度、老人医療保健で10数パーセント、両者を統合すると10数パーセントであり、財源の大半は国および地方、そして被用者保険からの補助金であって、「保険」というものの、保険機能が極めて

低いことが示される。

こうしたヒアリングの結果を踏まえ、最後に、現行の介護保険制度を維持することができるかどうかについて検討した。具体的には、市町村が果たして保険者として機能しうるのかどうか、また医療と介護を分離するという介護保険の仕組みは有効なのかという2つの問題を取り上げた。

第1の問題については、以下の点を論じた。まず、現行制度のもとでは保険者は保険給付のコストとして給付の17%しか認識しておらず、介護サービスを効率化するインセンティブにかけている。また、すでに介護保険財政が逼迫し財政安定化基金から貸付を受けている保険者が急激に増加し、全保険者の10%を優に超えているが、この背後にはこうした補助金への依存体質が考えられる。さらに制度が浸透するにつれて給付が増加しており、この面でも第1号被保険者の保険料が引き上げが予想される。しかし、すでに多くの市町村で低所得者向けに保険料の減免や利用者負担の減免制度が導入されており、保険料の大幅な引き上げが困難な市町村も多いと思われる。その結果、財政の逼迫する市町村が増加し、救済のために力の弱い市町村への財政援助が導入されることになれば、国民健康保険と同様に保険者機能が失われることになるだろう。

また、介護保険の導入は、介護サービスの供給に民間事業者の参入を認め、競争的な介護サービス市場を育てるという意図をもっているが、保険者たる市町村が措置時代に密接な関係にあった社会福祉法人などの特定の事業者を優遇している。保険者自身が競争制限的な行動を取っており、地方のとくに規模の小さな市町村に対して保険者機能の発揮を期待することは難しい。

第2の問題は、社会的入院の是正を図るために実行された医療保険と介護保険の分離の問題である。介護保険導入によって、急性期の医学的治療による回復が見込まれる高齢者と慢性期の医療よりもケアが必要とされる高齢者を分離し、前者は医療保険で、後者は介護保険でカバーするという棲み分けが目指された。しかし、現実には医療と介護の間で連携が取れているとはいえない。たとえば、介護施設の受け皿が不足する中で、医療機関を退院した高齢者が別の医療機関に入院し、短期間の入退院を繰り返すことが行われていることは良く知られている。さらに介護の現場では、病気になりがちな高齢者の受入に消極的な特別養護老人ホームや老人保健施設を生み出す制度上の問題も指摘された。今後、掛捨て保険の色彩の強い介護保険の保険料がますます引き上げられるならば、医療と介護を分離し、別個の保険でカバーすることの問題は大きくなると考えられる。

以上の問題を考慮すれば、現行の制度的枠組みを維持することはきわめて困難であるといわざるを得ない。今後の改革の方向としては、保険者の規模を拡大し財政力を高めるだけでなく、保険者機能がよりよく発揮されるよう保険者間の競争の仕組みを構築することが必要であろう。また、高齢者の医療保険と介護保険の一体化の仕組みについても検討を進める必要がある。

参考文献

- 漆 博雄「国民健康保険および老人保健制度の財源問題」社会保障研究所 1994 年
- 尾形裕也「『保険者機能』に関する考察」『季刊社会保障研究』2000 年 Summer.
- 公正取引委員会事務総局『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』平成 14 年 3 月
- 厚生労働省「介護保険事業報告（暫定版）」平成 13 年 5 月
- 厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」平成 14 年 6 月 4 日
- 甲府市『甲府市介護保険事業計画』平成 12 年 3 月。
- 田近栄治・油井雄二「国民健康保険の現状と課題：財政の視点から」『健康保険』2000 年 11 月号
- 田近栄治・油井雄二・佐藤主光「地方交付税の何が問題か」『税経通信』No.9861, 2001 年 9 月
- 田近栄治・油井雄二「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 - 」一橋大学経済研究所 PIE ディスカッションペーパー 第 47 号 2002 年 1 月
- 武蔵野市『武蔵野市老人保健福祉計画・武蔵野市介護保険事業計画』平成 12 年 3 月
- 横浜市『横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』平成 12 年 3 月