

介護保険財政の地域格差是正に向けた政策提言¹

介護保険給付費準備中央基金の創設

日本大学 豊福建太研究会 介護分科会

池田真一 及川洋平 尾朝悠香 今野晃輔

戸倉成章 戸部政俊

2010年12月

¹本稿は、2010年12月11日、12日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2010」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、豊福建太教授（日本大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

介護保険財政の地域格差是正に向けた政策提言¹

介護保険給付費準備中央基金の創設

2010年12月

¹本稿は、2010年12月11日、12日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2010」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、豊福建太教授（日本大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

【現状把握】

日本の公的介護保険制度とは、2000年に施行されて10年が経過し、その間に被保険者、認定者、サービス利用者の数は年々増加し続けてきた。その一方で、都道府県別に見てみると地域間格差というものが広がっている。特に保険者として機能している市町村間における格差は顕著である。地域格差を検証する場合、介護保険財政が一つの指標になる。介護保険料を都道府県別保険料平均で見た場合、最も高いのは青森県の4999円で、順、最も低いのは栃木県の3730円となっている。また、保険者別で保険料を見ていくと、保険料が全国で最も高い市町村は、青森県十和田市の5、770円で、最も低いのは福島県檜枝岐村と岐阜県七宗町の2265円となっており保険料の負担は約2.5倍も差がある。このような状況は特別会計で計上されている介護保険事業において当然のことではあるが、その地域格差が各自治体の一般財源から補填されることを防ぐために、調整交付金や財政安定化基金、市町村特別交付金が存在する。しかし、これらをもっても不足が補えない場合、介護保険給付費準備基金からの取り崩しを行う。介護保険給付費準備基金は介護保険料に上乗せする形で次期の介護保険計画の費用負担見込みが実際にかかった費用を上回っても介護保険財政や各自治体の一般財源から補填が無いように作られた基金である。実際にはこれらの補填機能が保険財政の地域格差を解消するとはいえず、より格差を助長している可能性がある。

【問題意識】

調整交付金や財政安定化基金による補填を受けた結果どういう問題が生じるかということ、財政状況が悪化している保険者も多くあるため、国からの救済措置や一般財源からの穴埋めなどに依存し、保険者が保険料収入の確保やサービスの効率化に努めるインセンティブを阻害するといったモラルハザードを引き起こす可能性があるとの指摘がある（田近栄治・油井雄二（2004））。調整交付金や財政安定化基金の存在は保険財政状況を根本的に改善しているわけではなく、介護保険財政の一時的な補填でしか過ぎない。しかし保険者は安定的な保険財政を運営するために国から調整交付金や財政安定化基金による貸し付けを受ける一方で、同時に中期的な運営を行っていることから介護給付費準備基金を設立することは後に保険料の上昇を招くばかりでなく、要介護認定の抑制を招くと我々は考えた。国からの補填を受けながら介護保険給付準備基金が存在することは、前述した国によって統一的に制度設計されている介護保険制度でありながら、分権的である側面を上手く機能出来ていないことにほかならないからだ。

【分析】

問題意識から、以下の仮説を立て検証した。

仮説: 要介護認定度割合に自治体の財政状況及び介護給付費準備基金が影響を及ぼしている。なお、2008年～2007年のデータを採用した理由については、介護保険準備基金の動向を最新の収支動向から判断するためである。また、被説明変数及び説明変数のデータに関しては全自治体レベルでデータは公表されていないため、データが揃う市町村を用いてタイム・シリーズを用いた最少二乗法（OLS）による回帰分析を行った。

以下、分析結果を考察していく。

どの説明変数においても正に有意な結果を得ることが出来た。このことから自治体の経済状況、介護給付費準備基金の取扱い状況、介護サービス受給者の数、介護保険料収納額がそれぞれ、要介護認定割合に影響を及ぼしていることが分かった。

【政策提言】

介護保険給付費準備基金の効率化及び保険財政の地域格差を是正するために、介護保険給付費中央基金の創設を提案する。分析の結果、介護保険準備基金が要介護認定割合に影響を及ぼしていることから、保険者で海保保険給付費準備基金を運営・管理するのではなく、保険者が国の管理下にある介護保険給付費準備中央基金へプールし、補填が必要となった場合に介護保険給付費準備中央基金から交付を受けるという仕組みである。これにより、介護保険財政の効率化と要介護認定割合の是正が行われ、介護保険財政の地域格差の是正につながるのだ。

目次

はじめに

第1章 現状把握

- 第1節 介護保険制度の現状把握
 - (1. 1) 介護保険制度の利用状況
 - (1. 2) 介護保険制度の財源構成
 - (1. 3) 要介護認定までの流れ
- 第2節 介護保険財政における地域格差
 - (2. 1) 調整交付金と財政安定化基金
 - (2. 2) 介護給付費準備基金

第2章 問題意識

- 第1節 自治体の財政状況による介護認定の地域格差

第3章 先行研究と本稿の位置付け

- 第1節 自治体の財政状況による地域格差の先行研究
- 第2節 先行研究に基づいた本稿の位置付け

第4章 実証分析

- 第1節 データ出典
- 第2節 実証分析
 - (2. 1) 実証分析
 - (2. 2) 考察

第5章 政策提言

- 第1節 デッカー・プラン
- 第2節 介護保険給付費準備中央基金の創設

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

日本の公的介護保険制度が施行されて10年が経過した。被保険者や認定者は年々増加し社会的入院を背景に施行された介護保険制度は普及したかに思われた。しかし、都道府県等に保険者別に介護保険の現状を把握してみると、「地域格差」の問題が今問題視されている。我々は介護保険財政における地域格差に注目した。なぜなら、調整交付金、財政安定化基金、介護給付費準備基金といったいわば介護保険財政の補填役を担う部分が、皮肉にも地域格差を助長している可能性があるからだ。そのような地域格差がなぜ生じているのか、実証分析を基に明らかにしていくことで政策提言の実効性を証明していきたい。

本稿の構成は以下の通りである。まず第一章で介護保険制度の現状を把握し、第二章で問題意識を述べる。第三章では先行研究と本稿の位置付けを踏まえた上で第四章に実証分析を行い、第五章ではその結果から政策提言を行う。

第1章 現状把握

第1節 介護保険財政の現状把握

日本の公的介護保険制度は2000年から施行され10年が経過した。高齢化の進展とともに介護保険制度のサービスは普及している。表1-1によると2000年に被保険者数は22,42万4,135人だったが2008年には28,31万7,370人と年々増加していることが分かる。また、その内要介護認定を受けた認定者数についても表1-2によると2,56万1,594人だったが2008年には4,67万2,688人と年々増加している。

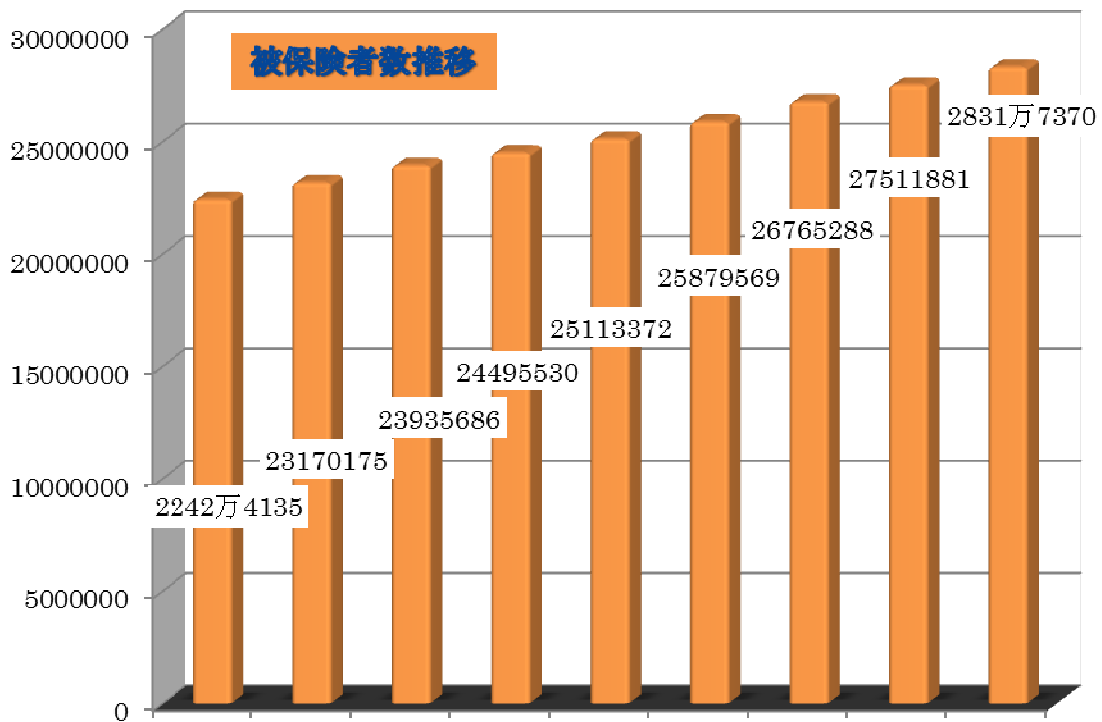


表1-1 介護保険事業報告調査より

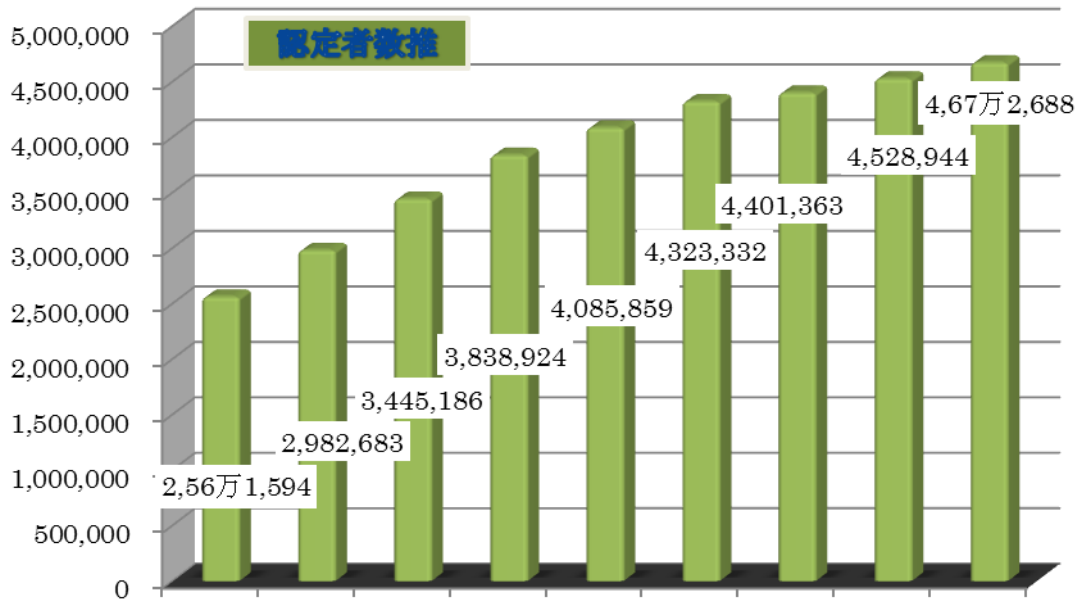


表 1 - 2 介護保険事業報告調査より

また、被保険者と要介護認定者の増加に伴いサービス受給者も増加の一途を辿る。表 1 - 3 の通りサービス開始時の 2000 年 4 月で 149 万人が居宅及び施設介護サービスを受給していたが、2009 年 4 月では 384 万人が受給し開始時よりも全体で 158% 増加していることが分かる。特に居宅サービスの伸びは大きく 9 年で 187% 増加した。¹

¹ 次ページの図の補足説明で大変恐縮であるが、赤色と青色の部分を足したものが居宅及び施設介護サービス受給者全体の数で、赤色が居宅介護サービス、青色が施設介護サービスにあたる。

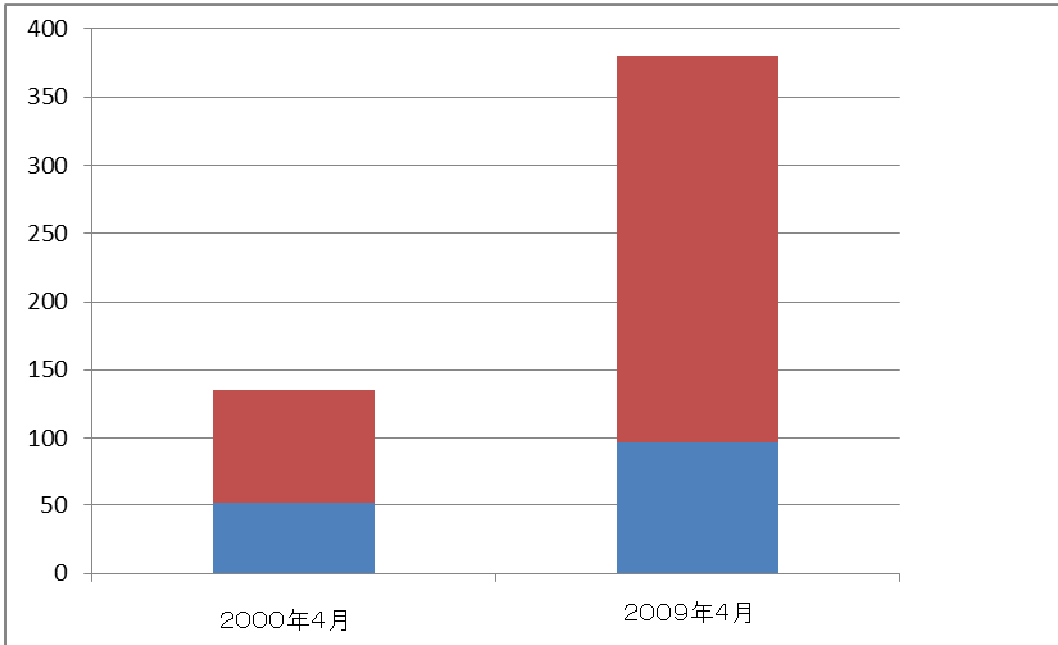


表 1-3 厚生労働省社会保障審議会 介護保険部会第 25 回

(1. 2) 介護保険の財源構成

日本の公的介護保険制度の財源構成は、被保険者から徴収した保険料が 50%、税金から捻出する公費という形で 50% を負担する仕組みとなっている。被保険者の負担の内訳については人口比に基づいて設定することになっているが、概ね第一号被保険者が 20%、第二号被保険者が 30% を負担している。被保険者は、65 歳以上の国民が加入する第一号被保険者と 40～64 歳以上が加入する第二号被保険者に分けられる。介護保険料に関しては第一号被保険者の場合、各市町村が定める保険料基準額と、被保険者の市町村民税の課税状況や所得に応じて段階別に設定される保険料率を掛け合わせて算出される保険料を支払うようになっている。一方、第二号被保険者の場合、本人が加入している国民健康保険や健康保険組合などの医療保険料に介護保険料を上乗せして徴収し、全国でプールした後に各市町村へ分配する。第二号被保険者が支払う保険料は、本人が住んでいる市町村に関係なく加入している医療保険によって異なる。

また、公費の負担の内訳は国が 25% を負担しているが、この内 5% は調整交付金として市町村の地域格差を是正されるために使われている。残りは 12.5% ずつ都道府県と市町村が負担している。

(1. 3) 要介護認定までの流れ

後述する介護保険制度の分権的である、と述べる意味はこの項で述べる保険者としての役割を果たすところにある。日本の介護保険制度において介護サービスを利用する場合、被保険者は要介護認定を受けるために介護認定を申請する必要がある。まず、要介護認定の申請を希望する被保険者は、自治体に対して要介護認定を申請する¹。次に、申請を受けた自治体は、一次判定に向けて訪問調査員を申請者に派遣し、認定調査を行い、併せて自治体は主治医意見書の作成を依頼する。次に二次判定に向けて、認定調査と主治医意見書の結果が、

¹ また申請は被保険者ではなく家族や指定介護支援事業者でも代行が可能である。

自治体で判定用コンピュータに入力され介護認定等基準時間を算出する。最後に、自治体が介護認定審査会の審査結果を基に介護認定の判定を行う最後にケアプランの作成があり、介護サービス計画課題分析（アセスメント）、サービス担当者会議、介護サービス計画作成を経た後に介護サービスの受給が始まる。このように、受給者認定を行うには国が行うには膨大な情報量を扱うことになり、且つ各自自治体の保険者機能の役割を果たすには市町村が適切であることが分かる。

第2節 介護保険財政における地域格差

(2. 1) 調整交付金と財政安定化基金

前節で介護保険利用状況を述べた通り、全国規模で見た場合、利用者は年々増加し介護保険制度の普及がうかがえる。しかし、介護保険財政を都道府県規模や保険者規模で相対的に比較した時、地域格差が広がっていることを以下で指摘していく。日本の介護保険制度の財政運営は、医療保険と異なり、運営主体である市町村が行う。提供するサービスの内容次第でかかる費用も変容することから市町村ごとに納める介護保険料には差異がある。介護サービス給付が地域性を反映し充実している一方で、実際に介護保険料を納める第一号被保険者に着眼点を置くと、介護保険制度高所得者の場合は年金より天引きされるため確実に徴収することができるが、低所得者の場合はその所得額に応じただけの保険料を自ら直接市町村に納めなければならないという点で安定した徴収を望めない形式がとられている。以上のことから介護保険料の地域格差は然るべき要素を伴っているものの、在住している第一号被保険者の所得状況の良し悪しで財政運営に地域格差が生じていることが分かる。

このような地域格差を是正するために、日本の公的介護保険制度には地域格差是正のための調整交付金と財政安定化基金がある。まずは調整交付金とは、市町村ごとの介護保険財政の調整を行うため、公費負担の内国の負担分の5%に該当し給付を行う。具体的には、「高齢者中の後期高齢者（75歳以上）の割合」と「高齢者の所得状況」に応じて調整する「普通調整交付金」と、災害等の特別な事情を勘案する「特別調整交付金」がある。一般的に介護保険財政において調整交付金と呼ぶ場合、普通調整交付金を指す。

しかし、先述の規定に基づいて調整交付金を給付しても、現実には介護保険制度の統一的な運用が確保されていない。そのため、見込みを上回る給付費増や保険料収納不足により、市町村の介護保険特別会計に赤字が出ることとなった場合に、一般財源から財政補填をする必要のないよう、市町村に対して資金の交付・貸付を行うことを目的とした「財政安定化基金」が設けられている。設置主体は都道府県であるがその原資は国・都道府県・市町村（保険料）が各々3分の1ずつ負担するという構成になっている。供給の形式には交付と貸付の二つがあり供給基準がそれぞれ異なっている。交付の場合3年ごと（事業運営期間最終年度）に、財政不足額のうち原則として保険料収納不足額の2分の1を交付する。貸付の場合は毎年、原則として保険料収納不足及び給付費増による財政不足額の全額（交付があるときは交付額を除いた額）を貸付する。なお貸付額の償還は、次の事業運営期間に、保険料を財源として行う。

日本の介護保険事業は短期保険であることから単年度毎に収支を取るべきと考えられているが、運営の安定化のため国の算定基準に基づき市町村三年間を一期とする中期的な介護保険事業期間として保険料率を三年毎に見直すといった配慮がなされている。保険料の算定にかかわる項目として介護保険給付費の見込み、財政安定化基金への拠出金、償還金の額、市町村特別給付の額、保険事業のための額、事務費の額、などが挙げられる。運営期間は第一期を00年～02年、第二期を03年～05年、第三期を06年～08年、そして現行の第四期が09年～011年となっている。実際に、表の2-1の通り第三期（2006年度～

2008年度)の財政安定化基金の貸付割合は、2006年を初年度として734百万円、2007年は1,347百万円、2008年は2,200百万円と上昇している。

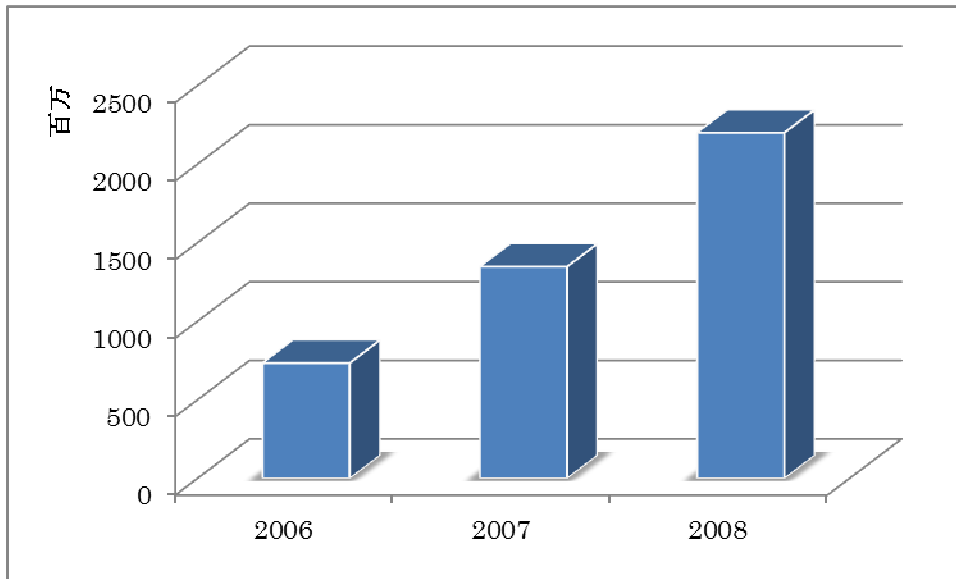


表 2-1 介護保険事業報告調査より

このように財政不足に陥った場合、財政安定化基金から貸付を受けた場合も含めて保険者は介護保険料の引き上げで対応するが、この引き上げに大きな地域格差が生まれている。

厚生労働省によると、全国平均で介護保険65歳以上の第一号被保険者の保険料は第一期事業運営期間(2000年度から2002年度)の月額2,911円から第二期の月額3,293円、第三期の4,090円と上昇し、(2009年度~2011年度)現在の第四期では4,160円と上昇している。都道府県別の保険料の高い順に五つ、また保険料の低い順に五つ比較して表にしたのが以下の通りである(表2-2参照)。

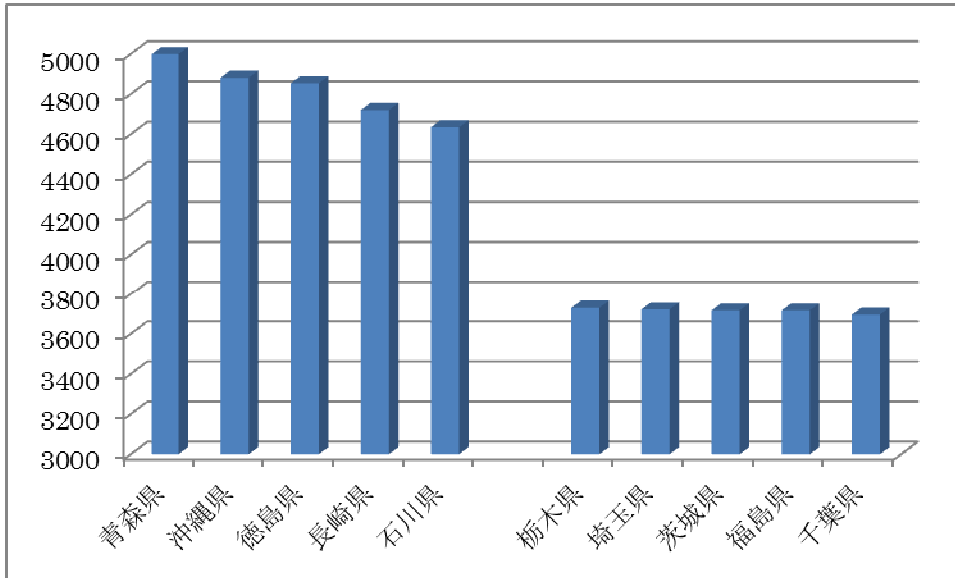


表 2 - 2 介護保険事業調査報告より

都道府県別保険料平均で最も高いのは青森県の4999円で、順に沖縄県の4882円、徳島県の4854円、長崎県の4721円、石川県の4635円となっている。一方、最も低いのは栃木県の3730円で、順に埼玉県の3722円、茨城県と福島県の3717円、千葉県の3696円である。また、保険者別で保険料を見ていくと、保険料が全国で最も高い市町村は、青森県十和田市の5、770円で、最も低いのは福島県檜枝岐村と岐阜県七宗町の2265円となっており保険料の負担は約2、5倍も差がある。

厚生労働省は特例として、財政安定化基金の返済による保険料上昇が大きくなる場合には、返済期間を原則3年から、6年ないし9年に延長することを認めているが、現実には、財源不足分を介護保険料の引き上げだけで対応するのは難しい。というのも、介護保険料が既に相対的に高い水準にある保険者が、さらに不足分をそのまま上乗せするのはかなりの困難を伴うからである。すなわち財政安定化基金による保険財政の補填は、一時的に財政の補填となっても結果的に保険料の上昇につながるだけであり、保険財政状況の厳しさを根本的に解消しているわけではない。このことから地域格差を是正する措置として必ずしも機能しているとは言えないのが現状である。

(2. 2) 介護保険給付費準備基金

前項で、介護保険料の地域格差を述べたがその一方で、介護保険料の地域格差が意図的に生じている。第一号被保険者の保険料は、3年間の計画期間中に見込まれる介護保険事業費の負担を賄えるよう設定してあるため、通常、計画期間の初年度に余剰金が生じることが見込まれるため各保険者には介護保険給付費準備基金を設置している被保険者から保険料を多めにとり、介護保険給付費準備基金に入れて赤字分を取り崩して保険財政の健全化を図っている。各保険者に設置されているため準備金の額や保険料の金額次第で基金の資金も変動してくる。65歳以上になると第一号保険料が徴収されるが全国の保険者が次の一期でどのくらいのサービス需要が発生するかをも込んだうえで、算出している。積み立てられた基金は次の3年間で赤字に陥った時にそこから穴埋めの資金が捻出される。この基金を次期介護保険料の算定に繰り入れるかどうかは各保険者の定める条例により処理されている。厚労省が発表した推計によれば、準備基金積み立てが可能となった保険者のうち、約6割が黒字分を次期介護保険料の算定に繰り入れるという。また準備基金を取り崩して来期の保険料を安くする保険者もある。しかし、実際に介護保険給付費準備基金は来期を待たずして取り崩し

ているところもあり、準備基金としての扱いが市町村によって異なっている。

以上のとおり、調整交付金や財政安定化基金、介護給付費準備基金といった地域格差是正のための措置が必ずしも機能しているとはいえない。これらを問題意識とし次章で詳しく述べていきたい。

第2章 問題意識

第1節 自治体の財政状況による介護認定の地域格差

(1. 1) 自治体の財政状況による介護認定の地域格差

日本の公的介護保険制度は、大枠が国によって統一的に決められている部分が多い中で同時に分権化されている。(清水谷・稲倉 2006) 具体的には、被保険者や保険者の年齢対象、要介護認定手続きや要介護度の区分、自己負担割合の上限、保険の対象となる介護サービスの内容と種類、介護サービスの価格(「介護報酬単価」と1点あたり相当額)は国によって統一的に決められている。同時に、保険者は国ではなく各市町村(あるいはその広域連合)であり、介護保険料は保険者ごとに異なっているといった分権的な側面がある。また、介護サービスの利用を決定する要因の中には、高齢者人口やその構成、所得水準、家族構成をはじめとするインフォーマルケアの利用可能性、フォーマルな介護サービスの供給体制の充実度合いといった多くの要因が複雑に絡んでおり、それらの地域間の違いはかなり大きいものである。こうした状況を踏まえて介護保険事業は、一般会計とは切り離し特別会計によって計上されており、地域間格差というものは生じないように設計されている。すなわち、被保険者の状況によって要介護認定や介護サービスの利用が決まり、保険者の財政状況によってそれらが左右されないよう設計されている。

このことから、確かに地域によって様々な特性があるものの、要介護認定を公平に行うことを意図したスキーム構築が成されていることが分かる。しかし以下では、一章でも述べた通り調整交付金や財政安定化基金、介護給付費準備基金といった地域格差是正のための措置が必ずしも機能しているとはいえない。

その結果どういう問題が生じるかという点、財政状況が悪化している保険者も多くあるため、国からの救済措置や一般財源からの穴埋めなどに依存し、保険者が保険料収入の確保やサービスの効率化に努めるインセンティブを阻害するといったモラルハザードを引き起こす可能性があるとの指摘がある(田近栄治・油井雄二(2004))。調整交付金や財政安定化基金の存在は保険財政状況を根本的に改善しているわけではなく、介護保険財政の一時的な補填でしか過ぎない。しかし保険者は安定的な保険財政を運営するために国から調整交付金や財政安定化基金による貸し付けを受ける一方で、同時に中期的な運営を行っていることから介護給付費準備基金を設立し次期の介護保険事業計画に備えておくというのは後に保険料の上昇を招くばかりでなく、要介護認定の抑制を招くと我々は考えた。理由として財政安定化基金には交付分と貸付分が存在し貸付分は後に返済しなければならず、たしかに、介護給付費準備基金が無ければ介護保険事業計画において見込んだ予算より保険給付費が大きくなった場合、保険財政に影響が出て、国からの穴埋めに依存するといったモラルハザードにつながる可能性はある。しかし、国からの補填を受けながら介護保険給付費準備基金が存在することは、前述した国によって統一的に制度設計されている介護保険制度でありなが

ら、分権的である側面を上手く機能出来ていないことにほかならない。

そもそも介護保険財政の保険者として市町村が行っている理由について述べていく。介護保険制度の導入にあたり、介護保険者はだれが担うのか、被保険者の範囲をどうするのかなどの制度設計が議論された時に、国や都道府県によって重要な部分が決められた後の執行主体として位置付けだけではなく、市町村をとして制度運営できる能力を持った主体としてスタートさせようとしていた。なぜなら、労働保険の歴史的背景から医療保険の運営を任された市町村が行っていたことから、国あるいは都道府県が保険者として機能するよりもすでに医療保険の保険者機能として実績がある市町村の方が適切であると考えられていたからだ。

第3章 先行研究と本稿の位置付け

第1節 自治体の財政状況による地域格差の先行研究

清水谷・稲倉（2006）では、公的介護保険制度における要介護認定や介護保険支給額、介護保険利用が、各自治体の財政状況にどの程度影響されているのか、ということ自治体レベルで検証している。

具体的には、推計方法は保険者の人口規模を加味した加重最少二乗法で「認定率」「利用率」「利用者増加率」「一人当たり支給額」¹を被説明変数とし、説明変数に、主に保険者の財政状況を表すと考えられる「財政安定化基金貸付割合」「経常収支比率」、といった変数や、「65歳以上人口比率」や「人口密度」といった地域の特性を表す変数を置いて実証している。

分析結果では、公的介護保険制度の導入から時間が経過するにつれて、保険者の財政状況が認定率や利用率の変化に影響を与えるようになり、財政状況の悪化している保険者は要介護認定を厳しくしたり、利用者数を抑制していることが指摘されている。

また、厚生労働省の第9回社会保障審議会介護保険部会によると、認定率は特に軽度（要支援、要介護1）のものが全体の地域差に寄与していることを検証結果から述べている。（都道府県別の要介護2～5の認定率は最大最少1，5倍未満であるが、要支援・要介護1では2，5倍を超えている。）。これについては以下の図を参照していただきたい。

¹ 認定率は、要介護認定者数／第1号被保険者数、利用率は、（居宅介護サービス受給者数＋施設介護サービス受給者数）／認定者数、一人当たり支給額は、介護保険支給額／（居宅介護サービス受給者数＋施設介護サービス受給者数）で算出している。

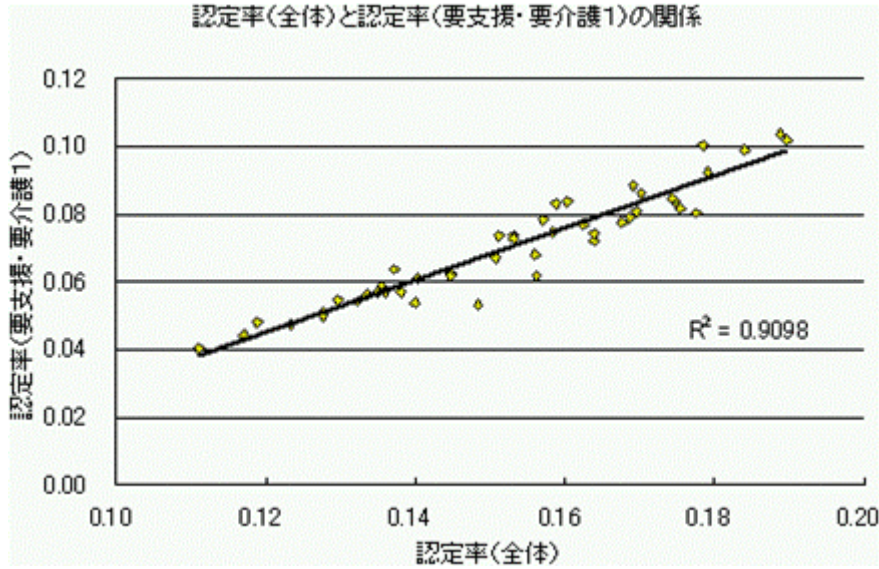


表 3 - 1 厚生労働省 第 9 回 社会 保 障 審 議 会 介 護 保 険 部 会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0223-8f2.html>

第2節 先行研究に基づいた本稿の位置付け

先行研究として用いた清水谷・稲倉（2006）は、要介護認定や介護サービスの利用が保険者の財政状況にどの程度影響を受けているか検証していることを目的とした研究である。しかし我々は、国からの交付金や基金だけでなく各自治体の介護給付費準備金の積み立てを検証対象として置いているところに大きな違いがある。このような分析を行うことで、自治体の財政状況だけでなく、介護保険料の運用を加味した場合どれだけ要介護認定率に影響を与えるか検証している点で自治体の地域格差をより深く検証にあたることができ、大変意義があると考えられる。

具体的には、本稿では「要介護認定割合」を被説明変数とし、説明変数に、各自治体の財政状況を示す変数、要介護認定割合を示す変数、各保険者の保険料収入状況やサービス受給者数を変数として置いて回帰分析を行い、特に介護保険給付費準備基金と要介護認定率との関係を明らかにしていく。

第4章 実証分析

第1節 データ出典

実証分析を行うに当たって、使用したデータおよびその出典について説明していく。

本稿の分析は2008年～2007年のデータを基に行い、それぞれの説明変数におけるデータが全て開示されている全国の市町村1180を分析対象とした。またデータ出典の後に記すことにするが、総務省と厚生労働省のホームページから入手した。データ出典は後に詳しく記すが、主に厚生労働省のホームページから入手した。

第2節 実証分析

(2. 1) 実証分析

本稿では、問題意識を踏まえた上でタイム・シリーズ（時系列）を用いて実証分析を行った。本稿で取り上げる仮説をまとめると以下の通りである。

仮説: 要介護認定度割合に自治体の財政状況及び介護給付費準備基金が影響を及ぼしている。

以上の仮説を取り上げて検証していく。具体的なモデルに関しては以下を採用している。

$$Y_i = \alpha + \beta F_i + \chi B_i + \delta P_i + \varepsilon R_i + u_i$$

- ・ Y_i : 要介護認定割合 = 全要支援者及び要介護認定度 1 / 要介護認定者
- ・ F_i : 経常収支比率
- ・ B_i : 介護給付費準備基金
- ・ P_i : 介護サービス受給者数 = (居宅介護サービス受給者数 + 施設介護サービス受給者数)
- ・ R_i : 介護保険料収納額
- ・ u_i : 攪乱項

なお、2008年～2007年のデータを採用した理由については、介護保険準備基金の動向を最新の収支動向から判断するためである。また、被説明変数及び説明変数のデータに関しては全自治体レベルでデータは公表されていないため、データが揃う市町村を用いてタイム・シリーズを用いた最少二乗法（OLS）による回帰分析を行った。

次に、各変数について説明を加えていく。

被説明変数には、「要介護認定割合」を用いた。先述のとおり、「要介護認定割合」は要支援者及び要介護認定1の者を要介護認定者で割ってもとめた。先行研究と異なり認定率を用いてない理由は、全国の認定率において地域格差が顕著に表れるのは要支援及び要介護認定1の者であるためだ。次に説明変数についてそれぞれ説明していく。

I、各保険者の財政状況を表す説明変数 F_i

今回の分析では、各保険者の財政状況を表す変数として「経常収支比率」を用いた。「経常収支比率」とは、自治体の一般財源の健全性を示す財務指標である。介護保険財政の負担内訳では市町村が12,5%を一般財源から負担をするため、一般税源の健全性が介護認定に影響を及ぼす可能性があると考えて説明変数に加えた。

II、各保険者の介護給付費準備基金を表す説明変数 B_i

介護給付費準備基金の取り扱いが要介護認定割合に対して影響を与えているのではないかと考えているため説明変数に加えた。

III、介護サービス受給者を表す説明変数 P_i

介護サービス受給者の規模によって経度の要介護認定者の割合が大きくなる可能性があると考えたため説明変数に加えた。

IV、介護保険料収納額を表す説明変数 R_i

介護保険料収納額によって要介護認定度を低く抑える可能性があると考えたため説明変数に加えた。

(2.2) 考察

被説明変数に「要介護認定割合」、説明変数に、「経常収支比率」「介護給付費準備基金」「介護サービス受給者」「介護保険料収納額」を置いた。どの説明変数においても正に有意な結果を得ることが出来た。このことから自治体の経済状況、介護給付費準備基金の取扱い状況、介護サービス受給者の数、介護保険料収納額がそれぞれ、要介護認定割合に影響を及ぼしていることが分かった。

第5章 政策提言

第1節 介護保険財政の改善

(1. 1) デッカー・プラン

我々は今回の政策提言にあたり、オランダで用いられているデッカー・プランを参考にした。そもそもデッカー・プランはオランダの医療制度で用いられている政策である。被保険者から保険料を徴収する際に各保険者に保険料を払うと同時に、スポンサーと呼ばれる中央基金にも所得に応じた社会保険料を納入する仕組みである。スポンサーとはこれまで独立していた私的保険や疾病金庫などの医療保険制度や社会福祉サービスを一体とした基礎保険である。これは全人口を対象にした強制加入型の保険であり、スポンサーは各保険者の財政状況に応じて被保険者から集めた保険料を各保険者に配布する。

オランダの医療制度の場合被保険者は保険者を自由に選ぶことができ、保険者との間で個人が保険を結ぶことになっている。そのためどうしても保険料徴収の際に偏りが生じてしまう。この格差を是正するために設立されたものがスポンサーと呼ばれる中央基金である。実際に各保険者が中央基金から受け取るのは平均的経費の75%に当たる部分であり、残りの25%は全加入者に一定に課す定額保険料で賄われている。保険料の全額を各保険者に支払うよりも中央基金を設立することで保険料の一部を基金に積み立てることで、保険者間の競争による保険料徴収リスクが無くなるのである。中央基金は財政状況の厳しい保険者には多額の金額を交付し、財政状況の比較的安定しているところにはあまり金額を交付しない。これにより各保険者間の財政格差を無くす仕組みとなっている。我々はこの仕組みをもとに準備基金を一部に集約するという案を考えた。

(1. 2) 介護保険給付費準備中央基金

前項で参考にしたデッカー・プランを基に、現行の介護保険準備基金を中央基金として国が運営していく仕組みを提案する。介護保険準備基金は介護保険事業計画に関わらず市町村の財政状況に応じてその単年度によって歳入に取り入れるところもあるが、次期に向けて介護保険準備基金の保有額を増やしているところもある。そこで我々は、「今まで保険者が管理していた海保保険準備基金を国が管理する中央基金として介護保険準備中央基金として運営すること」を提言する。

介護保険財政状況に応じて国がプールから交付して準備基金の効率化を図る。これにより各保険者が次期の保険事業計画の費用見込みを考慮して介護認定度を抑制することは防げると我々は考えた。介護保険給付費準備中央基金の仕組みとしては、デッカー・プランを参考にして介護保険者とは別に介護保険給付費準備中央基金というものを国の管理下で新たに設立する。現行と同様に介護保険料に組み込む形で介護保険給付費準備基金料を徴収する。介護保険料に介護給付費準備基金のプール金に組み込まれる点で現行とは変わらないが、中央基金という一か所にお金を集約して、介護財政に補填が必要ないところには交付する。これによって保険者間の財政格差を無くすことは出来るため、介護保険給付費準備基金の負担

分においての地域間の財政格差をある程度抑えることが出来ることから、要介護認定割合の地域格差も抑えることが出来ると考えた。

おわりに

本稿では、本来統一的に制度設計された介護保険制度であるため、分権的な制度であってもそのサービスに自治体の財政状況や介護給付費準備基金といったものが要介護認定割合に影響していないか、という検証を行ってきた。近年日本では少子高齢化の進展から介護保険制度の需要も高まり、より適切なサービスを供給するための制度設計が求められている。その中で、本来であれば統一的な制度設計を行っているため、地域格差が生じてはならないが、その可能性に着目し、保険者の財政運営における地域間格差の要因を検証できたことは大変有意義であった。本稿の課題としてはデータが集まることでより精度の高い検証が行えるのではないかと考えている。最後に、本論文が介護保険制度財政の一助になることを願って、本稿を締めくくることとする。

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

清水谷論・稲倉典子「公的介護保険制度の運用と保険者財政：市町村レベルデータによる検証」『会計検査研究』No34 83-95

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」

《参考文献》

服部 万里子（2004）「介護保険の仕組み」日本実業出版社

山本 拓（2009）「計量経済学」新世社

《データ出典》

社会保障審議会 介護保険部会第9回

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0223-8f2.html>

社会保障審議会 介護保険部会第25回

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-13d.pdf>

総務省 決算状況調

http://www.soumu.go.jp/iken/jokyo_chousa_shiryo.html

医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ

<http://www.jbaudit.go.jp/effort/study/mag/pdf/j36d04.pdf>

介護保険財政の将来像を考える

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/kaisai/service/dai06/06siryou4.pdf>

厚生労働省 介護保険事業状況報告

http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?toGL08020101_&tstatCode=000001031648&requestSender=dsearch

介護保険財政黒字化は何を意味するのか

<http://kgur.kwansei.ac.jp/dspace/bitstream/10236/3491/1/20100112-4-9.pdf>

分析結果

概要								
回帰統計								
重相関 R	0.321350961							
重決定 R2	0.10326644							
補正 R2	0.100086534							
標準誤差	6.855217981							
観測数	1133							
分散分析表								
	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F			
回帰	4	6104.46236	1526.11559	32.4746808	1.18796E-25			
残差	1128	53009.2473	46.99401357					
合計	1132	59113.70966						
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%	下限 95.0%	上限 95.0%
切片	24.07194041	4.910440201	4.902196021	1.08641E-06	14.43731653	33.70656429	14.43731653	33.70656429
99	0.136029765	0.029946072	4.542491054	6.15714E-06	0.077273497	0.194786033	0.077273497	0.194786033
0.022686711	2.695113482	2.871418317	0.938600087	0.348137036	-2.93880819	8.329035156	-2.93880819	8.329035156
13.17572783	4.634823088	1.270501128	3.648027527	0.000276335	2.142011852	7.127634324	2.142011852	7.127634324
16.54510931	-3.07455084	1.222137209	-2.51571658	0.01201709	-5.47246871	-0.67663296	-5.47246871	-0.67663296