

博士論文

介護保険制度にみる日本の地方分権改革の実態

Analysing the progress of decentralization reform in Japan of the long-term care insurance
system

横浜国立大学大学院
国際社会科学府

市川 樹
ICHIKAWA Tatsuki

2022年3月
March 2022

目次

序章 地方分権改革と介護保険制度の関係.....	4
はじめに.....	4
1. 介護保険制度の概要と近年の動向.....	4
1.1 介護保険制度の概要.....	4
1.2 介護保険制度の膨張の問題.....	5
2 介護保険制度の問題点を指摘する先行研究の整理.....	8
2.1 サービス拡充の必要性を主張する議論.....	9
2.2 費用抑制を主張する議論.....	12
2.3 効率性と公平性の問題.....	13
3. 地方分権改革と介護保険制度の関係.....	17
3.1 財政学における地方分権論.....	17
3.2 介護保険制度と地方分権のかかわりに関する先行研究の整理.....	20
4. 本研究の分析手法と課題について.....	23
4.1 分析手法について.....	23
4.2 本研究の構成について.....	24
第1章 介護保険財政における地域間格差と調整交付金の機能.....	26
はじめに.....	26
1. 先行研究の整理.....	27
2. 調整交付金の効果.....	29
2.1 調整交付金の算定方法.....	29
2.2 調整交付金の配分状況.....	31
3. 調整交付金の導入過程の議論.....	33
3.1 介護保険制度成立過程における政府の政策意図と市町村の要望.....	33
3.2 調整交付金の算定方法をめぐる議論.....	37
3.3 要介護認定をめぐる議論.....	39
3.4 調整交付金の交付割合をめぐる議論.....	40
4. 制度導入時の意図と運営状況.....	41
おわりに.....	44
第2章 介護保険財政における療養病床改革.....	46
はじめに.....	46
1. 先行研究の整理.....	47
2. 施設介護サービスの動向.....	49
3. 療養病床施設廃止に向けた取り組みとその限界.....	51

3.1 介護保険制度導入直後の療養病床施設の拡充に向けた議論	53
3.2 療養型サービス抑制・廃止に向けた議論	53
3.3 療養型サービス廃止実現の難しさ	61
4. 政策目標の根本的変更の難しさとその影響	64
おわりに	67
第3章 調整交付金による財政調整効果と療養病床削減の具体的な影響	69
はじめに	69
1. 先行研究の整理	70
2. 全国的な保険料と施設サービスの動向	73
3. 都道府県事例分析	79
4. 市町村単位の分析	84
おわりに	92
終章	94
1. 介護保険制度における財政調整制度の実態	94
2. 近年の改革の動向（2017年改革）	95
3. 近年の介護保険制度の課題と研究動向	98
終わりに	101
参考文献	102

序章 地方分権改革と介護保険制度の関係

はじめに

2000年に導入された介護保険制度は、新しい社会保険制度として高齢者介護サービスの拡充や利用者の権利拡充、社会保険料により財源を確保しつつ市町村が保険者になることで効率的なサービス供給や地域発展を実現することなど、様々な期待が込められ導入された。

介護保険導入から20年以上たった今日、介護保険制度が実際に運用される中で様々な問題点が指摘されている。確かに高齢者の介護サービスは拡充され、制度導入期にはなかった地域密着サービスの導入など、高齢者介護の環境は大きく改善された。しかし、少子高齢化が進む中で介護サービスが十分でないという問題や、介護人材不足といった問題が指摘されている一方で、介護保険財政が膨張しているといった問題が指摘されてきている。

このように介護保険制度に対して様々な問題が指摘されていることを踏まえ、本章では、介護保険制度の抱える問題を指摘している先行研究の整理を行うこととする。それに先立って、まずは、介護保険制度の制度説明と近年の動向を説明することから始めよう。

1. 介護保険制度の概要と近年の動向

1.1 介護保険制度の概要

介護保険制度は、40歳以上の国民が強制的に加入する仕組みであり、原則65歳以上からがサービス給付の対象となる。そして40歳以上65歳未満は第2号被保険者として扱われ、65歳以上が第1号被保険者として扱われる¹。

介護保険の給付対象は加齢に伴い介護が必要となった場合に対しての給付で、要介護認定に応じた給付を受ける制度になっている。要介護認定とは、被保険者が適切な水準のサービスを受けられるよう、ケアワーカーに等の専門家による客観的な診断に基づいて決定されているものである。なお、65歳未満でも加齢による疾病等で介護が必要と認められる場合は、介護保険の給付対象となる。

そして介護が必要となった場合、ケアワーカーによってケアプランが要介護者ごとに作成され、ケアプランに沿って介護サービスが提供される。この給付は、現物給付によって

¹ 以下の説明は、主に厚生労働省（以下、厚労省）（2018）に依拠している。

行われる。給付対象となるサービスとしては、要支援による介護予防、施設介護、在宅サービス、地域密着型サービスなどとなっている。

ただし、サービス費用の原則 1 割は利用者による自己負担が求められる²。また、介護の必要度を定める要介護度によって給付上限が決まっているおり、それを超えた部分は原則として全額自己負担となる。

次に保険料の仕組みについて説明したい。保険料の徴収方法は第 1 号被保険者と第 2 号被保険者と異なる。まず、第 2 号被保険者は健康保険と同じように給与から天引きされる形で徴収される。保険料負担は労使双方が負担することになっており、負担割合は法律の規定がないものの、雇用主の負担の方が大きい傾向にある。そして、徴収された保険料は一度全国単位でプールされた後に、一定割合が各市町村に配分される。

一方で第 1 号被保険者の保険料は市町村ごとに徴収され、徴収方法は年金からの天引きとなっている。この第 1 号被保険料の決定は市町村が策定する介護保険計画によって決められるため、市町村ごとに保険料が異なることになる。

さらに、保険料に加え、税による負担も行われている。給付のうち上述の第 1 号及び第 2 号被保険者保険料が 50%、市町村と都道府県が 12.5%ずつ負担し、25%を国が負担する。ただし、この仕組みでは地域間で保険料格差が大きくなることが懸念され、国の負担の 25%のうちの 5 分の 1つまり、5%は調整交付金というかたちで後期高齢者と低所得の高齢者が多い市町村に重点的に配分される。

1.2 介護保険制度の膨張の問題

介護保険の総費用は図表序-1 の通り、制度創設から膨張を続け、2016 年度には制度が導入された 2000 年度の約 2.9 倍にも増大している³。

こうした膨張の主な要因として高齢化の進展が考えられる⁴。その実態を詳しく見てみると図序-2 の通り、第 1 号被保険者一人あたりの給付費が増大していることが原因として挙げられる。こうした一人あたりの給付費増大の理由は要介護認定率が増大したことであり、単純な高齢化ではなく介護が必要となる可能性が高くなる 75 歳以上の後期高齢者の

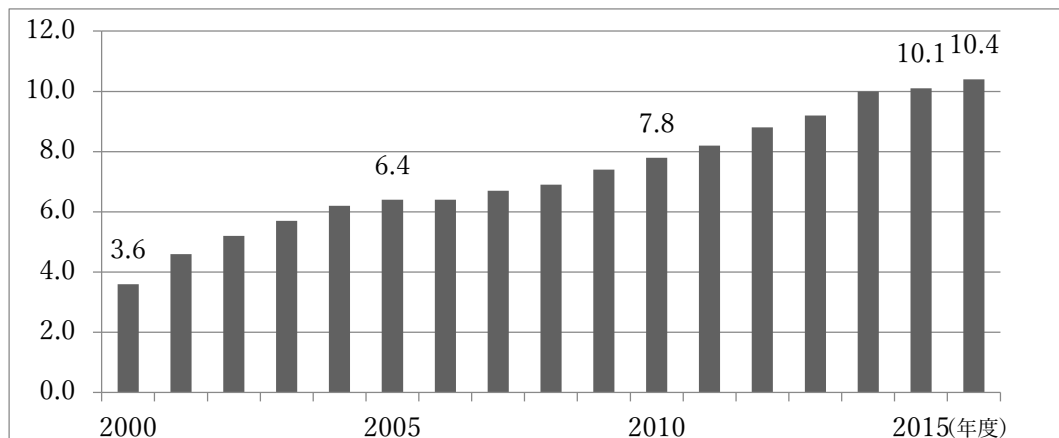
² なお、近年の改正で所得状態に応じて 2 割や 3 割の自己負担が求められる。

³ 本節は、市川(2017)「介護保険財政の膨張への対応とその限界」『都市問題』(2017 年 12 月号、50-59 頁、東京市政調査会)に大幅に加筆修正したものである。

⁴ 厚生労働省「平成 27 年度 介護保険事業状況報告(年報)」によれば、制度導入時の 2000 年に 2,242 万人であった第 1 号被保険者(65 歳以上高齢者)が 2017 年には 3,382 万人にまで増大している。特に 75 歳以上の後期高齢者は 923 万人から 1,637 万人に増大している。

増大が介護保険財政の膨張の大きな要因であると考えられる⁵。

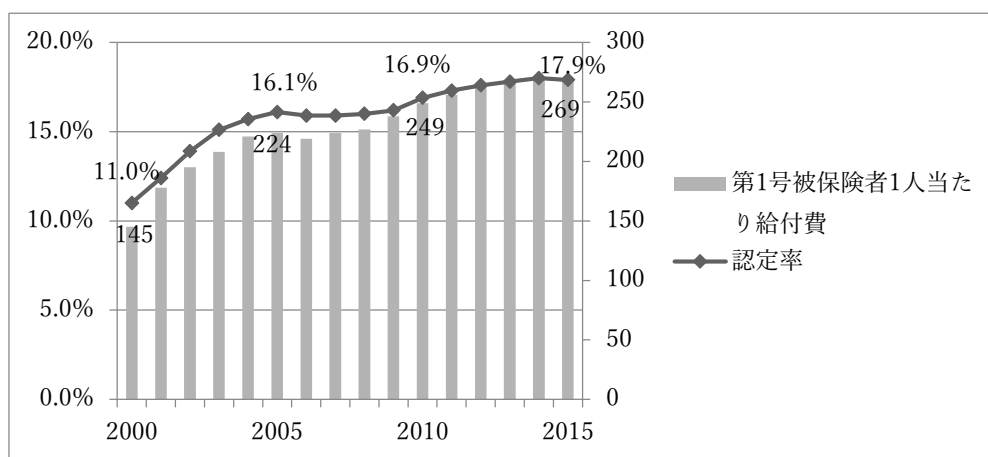
図表序-1：介護保険総費用の推移(単位:兆円)



注：2000～2013年度は実績、2014～2016年度。事務コストなどは地方交付税により措置されているため含まれていない。

出所：社会保障審議会介護保険部会(2016)「費用負担(総報酬割・調整交付金等)(参考資料)」(平成28年8月19日、第61回、参考資料2)

図表序-2：第1号被保険者1人あたり給付費(単位:千円)と認定率(年度)



注：2010年度の数値には東日本大震災の影響により、福島県内5町1村の数値は含まれない。

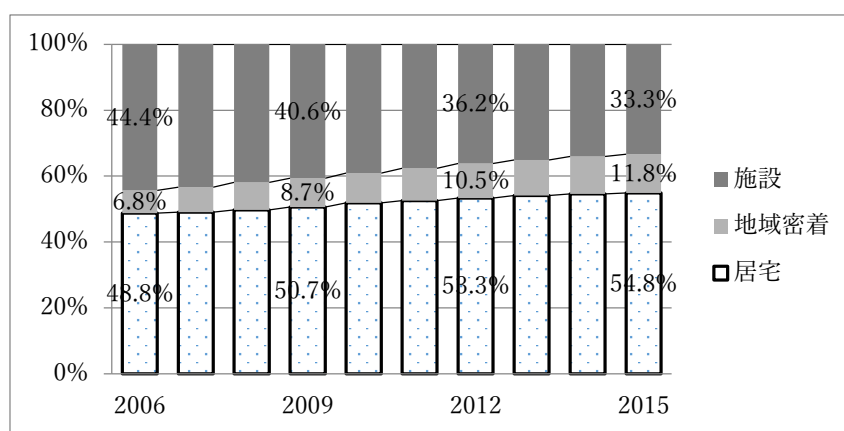
出所：厚生労働省「平成27年度 介護保険事業状況報告(年報)」より筆者作成。

⁵ 例えば2015年度末では要介護認定者約620万人のうち75歳以上が85.5%、65歳以上75歳未満が12.2%、第2号被保険者が2.2%となっている。(厚生労働省「平成27年度 介護保険事業状況報告(年報)」による)。このように、後期高齢者ほど要介護認定となる確率が高くなるため、後期高齢者が増大することにより認定率も増大するという可能性が考えられる。なお、2000年度から2015年度までの後期高齢者数と認定率の相関係数は0.92と高い相関がみられる。

以上から介護保険財政は制度導入以降、後期高齢者数が増大していくのに伴い急速な膨張を続けていることがわかる。そして、今後も後期高齢者の数は増大していくと考えられることから、今後も膨張を続けていくものと考えられる⁶。

こうした介護保険財政の膨張は、単純な財政膨張ではなく、歳出項目の変化を伴っている。図表序-3 は地域密着型サービスが導入されて以降の介護保険財政の構造の変化であるが、在宅サービス(居宅サービス)及び地域密着型サービスの割合が増大する一方で、施設サービスへの歳出割合が小さくなってきていることがわかる。

図表序-3：介護保険財政の構造変化(2006 年度以降)



出所：厚生労働省「平成 27 年度 介護保険事業状況報告(年報)」より筆者作成。

制度が導入された当初の議論では、施設介護から在宅介護へと転換することで介護保険財政の膨張を抑制することが可能であると主張されていた。こうした財政的な要求に加え、制度導入から今日に至るまで施設介護よりも住み慣れた自宅で介護を受けたいという要望がアンケート結果等から出ている⁷。つまり、施設から在宅への転換が歳出を抑制しつつ、国民の要望に添う改革であると考えられており、実際にその方針に従って歳出構造が変化してきている⁸。

ただし図表序-4 の通り金額自体は施設サービスも在宅サービスも増加してきており、

⁶ 内閣府の「平成 29 年版高齢社会白書」では、「75 歳以上人口は増加を続け、平成 30(2018)年には 65～74 歳人口を上回り、その後も平成 66(2054)年まで増加傾向が続くものと見込まれている」と試算している。

⁷ 例えば内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成 24 年)では「介護を受けたい場所」として、「自宅」が男女ともに最も多く(男 42.0%、女 39.1%)、2 位は男性が「介護老人福祉施設」18.3%、女性が「医療機関」23.0%であった。

⁸ 次章以降で説明する通り、介護保険制度を導入する過程において「施設から在宅への転換」が費用抑制と国民からの要望に応えるために必要な施策として期待されていたことを明らかにしている。

施設サービスが縮小したというよりも在宅サービスが施設サービスの伸びを上回って増大しているといえる。また在宅サービスを重視していても、介護サービス全体の歳出増大自体は継続している。要介護者 1,000 人当たりの歳出額をみると 2006 年度以降増大しており 2015 年度に前年度より微減しているのを除けば、一人あたりのコストは軽減されていない⁹。

図表序－4 介護保険財政の歳出構造の変化(各年度、単位：億円)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	平均伸び率
居宅	24,914	28,626	30,228	32,923	35,456	37,828	40,853	43,362	45,765	46,874	7.3%
地域密着	3,485	4,450	5,082	5,680	6,240	7,010	8,027	8,659	9,515	10,105	12.6%
施設	22,649	25,293	25,431	26,373	26,700	27,097	27,704	28,142	28,506	28,483	2.6%
合計	51,048	58,369	60,741	64,975	68,396	71,936	76,584	80,164	83,786	85,462	5.9%
要介護者 千人当たり	11.60	12.89	13.00	13.41	13.51	13.56	13.65	13.73	13.83	13.78	1.9%

出所：厚生労働省「平成 27 年度 介護保険事業状況報告(年報)」より筆者作成。

一方で、介護保険財政の膨張を支えるために保険料の引き上げがこれまで行われてきた。制度導入時点の第 1 号被保険者保険料の月平均額は 2,911 円であったが第 8 期(2021～2023 年度)の保険料は 5,514 円となっている。こうした保険料の引き上げは全国で画一的に行われているのではなく、保険者別に実施されている。そのため保険料の負担は地域ごとに差が生じ、地域間での保険料格差が問題視されている。実際に第 8 期の保険料を見ると、月額基準額の最高金額が東京都青ヶ島村の 9800 円、最低額が北海道音威子府村と群馬県草津村の 3300 円と 6 千円以上差が開いている¹⁰。

2 介護保険制度の問題点を指摘する先行研究の整理

以上のように、介護保険財政は質的な変化を伴いつつ膨張を続け、保険料の高騰と地域

⁹ なお、2006 年度から 2015 年度の消費者物価指数(2015 年基準、中分類指数より算出)の年平均伸び率は 0.3%(統計局 HP「2015 年基準消費者物価指数」資料より算出)、一人当たり名目 GDP の年平均伸び率は 0.06%であり、物価および経済成長等を考慮しても伸びは大きいといえることができる(内閣府 HP「2015 年度国民経済計算」資料より算出)。

¹⁰ 厚労省(2021)「第 8 期計画期間における介護保険の第 1 号保険料について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12303500/000779702.pdf>)(最終閲覧日 2022 年 3 月 1 日)。

間格差の問題が生じている。そのため、膨張する費用負担を懸念する分析や、費用抑制を目指す制度改革が行われてきた。しかし一方で、介護保険のサービス水準が十分でないことを問題視する分析も多く存在する。そこで、以下では介護保険の抱える問題について、介護サービスの拡充を重視する見解と、費用抑制を重視する見解に分けて整理していこう。こうした整理は、経済学の重要なテーマの一つである、効率性と公平性のトレードオフを念頭に置いている。介護保険制度は、強制的な保険料負担が求められる社会保険制度であるだけでなく、多くの公費負担を必要としているため、経済学の視点からは効率性を重視する見解が当然多くなるが、必ずしもそれだけでは捉えきれない論点が実際に存在しており、公平性の観点からの整理をすることができる。そこでは、サービスの充実により介護ニーズを充足させることで高齢者の人権保障において公平性が担保されるという観点が重視される。

2.1 サービス拡充の必要性を主張する議論

まずは、介護保険制度が期待していた通りに介護サービスを拡充させることができていないという指摘から見ていこう。多くの論者が、介護保険制度のサービス基盤が必ずしも十分でなく、さらに利用者負担の存在によって利用者のサービス利用の抑制につながることや、介護サービスに従事する勤労者の賃金が低位に抑え込まれていることなどを問題視している。ただし、介護保険制度も運用が始まり 20 年以上が経過する中で、論調が微妙に変化している点にも注意が必要である。そこで概ね時系列に従いつつ、こうした先行研究をまとめていこう。

最初に、介護保険導入以前及び導入初期の「保険なってサービスなし」という指摘についてみていこう¹¹。要約すれば、介護サービス基盤が十分でないために、介護保険料を支払っていてもサービスが受けられないということを問題視する見解である。上述の通り、介護サービス基盤は拡大しており、その速度は高齢者の増加割合よりも大きく増えている。

しかし、そもそも日本の高齢者介護サービスは劣悪な状態にあったことが指摘されている。例えば、介護保険導入前は高齢者介護を本来は医療を行うべき病院に入院させて行うといった社会的入院や、劣悪な介護サービスが横行するなど、日本の高齢者介護状況は大きな問題を抱え社会問題となっていたと指摘されている(大熊(2007a)(2007b))。そうした

¹¹ 介護保険制度は介護サービスを運営するためのもので、サービス基盤そのものは保険以外の費用で賄うものである。つまり、介護サービス基盤の不足というのは介護保険制度の課題だけではなく、市町村の一般財源の問題であるとも考えられる。しかし、介護サービス不足の原因は、結局のところ介護保険制度が導入される過程で十分なサービス基盤を整備できなかったことにあるため、介護保険制度が抱える問題の一つと考えられている。

問題を解決するために介護保険法が導入されたのであり、ある程度介護サービスが増大しているとしても、それだけで十分なサービスが供給されているとは言い切れないのである。

また急激なサービス拡大を実現していた介護保険導入当初から、単純な統計的な把握だけではサービス水準が妥当であるかを説明するには十分でないことが指摘されていた。まずは介護サービスが拡充したのは主に都市部や都市近郊部であり、地方では不足している点が問題視された。その上、介護サービスが充実した都市部であっても、介護施設に入居できない場合や、家族が大きな負担をしている場合などもみられた。こうした状況は、統計的な把握では十分な検証がおこなえないため、事例分析などによる把握が試みられてきた（伊藤(2003)、森(2008)、朴(2013)等）。

さらには制度上の問題を指摘する分析も多く見られた。特に社会保険制度で運用することへの不安が制度形成期及び制度導入当初には多くみられた。すなわち、介護保険制度が社会保険方式を基本としていることで、「措置から契約へ」という改革が介護保険によって行われ、福祉領域に自己責任の概念が持ち込まれたという指摘である。その結果、保険料が支払えない層は、自己責任に基づいて、保障から排除されるおそれもある¹²。これについては、仮に低所得者層に対して免除等の措置を設けたとしても免除基準を満たせないことによって介護保険から排除されうる層が常に存在しうると指摘されている¹³（里見(1997:51)）。

実際に制度導入後においては、年金生活者や正社員とその妻は源泉徴収で介護保険を納めているために無保険になることはおおむねないとされているが、実際には非正規雇用者や無年金者が無保険状態になっていると指摘されている（結城(2011)など）。

こうした制度からの排除が存在することから、介護保険制度が自己責任論を助長したとする指摘もある（佐橋(2012:108)）。一方で負担をするからこそ権利性が保障されるとの指摘もあるが、社会保険方式で行われることで保険料を支払うことができない者は排除されうると、権利性は限定的であるという指摘もある（里見(1997:54)）。さらには、保険料を負担し介護保険サービスを利用できるとしても、サービス利用の際の自己負担が重く、

¹² この点については、「措置＝依存」対「契約＝自立」という対立構図としてえがかれ、介護保険制度が「措置から契約へ」という福祉政策の転換を実現し、契約の根底ある「自立」概念が「自己決定＝自己責任論として位置づけられる」という指摘がある（佐橋(2012:108)）。その根拠として佐橋は、池田(2011)が「自己責任なき尊厳などというものはありえない」と指摘していることをあげている。なお池田は介護保険制度形成期に、地方自治総合研究所事務局長として市民運動などにもかかり、介護保険制度形成に影響を及ぼしたと指摘されている（大熊(2010b:37)）。

¹³ 具体的には、社会保険制度を支払う義務が生じる所得層と生活保護などによって社会保険料を免除される所得層の間の線引きが必ず必要となるが、低所得層のなかで生活保護ラインよりも少し上の位置にいる所得層の負担が相対的に大きくなるために、保険料を支払えず、保険から排除されうるということである。

利用抑制が強くはたらく可能性も指摘されている(森(2008))¹⁴。

こうしたサービス不足といえる状況に対して、サービス生産者の視点からみると給与水準の低さが問題視されてきた。さらに、サービス生産者が、介護サービスの必要性が高いもの、つまり重度の要介護者を優先的に集めるため、コストが多くかかるという問題が考えられる。そして、優先度が高い要介護者にサービスが集中してしまうことに加え、これまで見てきたような利用抑制の結果サービスを受けられない要介護者が多くなり、市町村に対して不信感が募ってしまう場合も指摘されている(朴(2013)など)。

以上の議論に通底する論点として、利用者やその家族の求めるサービスが保障されていないという公平性の問題がある。例えば、生存権が公平に保障されえない可能性を論拠とすることで、個別・具体的な問題であったとしても、分析者の主観に依存することなく、社会的に解決が必要とされえる課題として取り扱っている¹⁵。さらに公平なサービス供給がなされていない点を軸として、過剰な費用抑制への問題、自己責任論や労働状況への批判、サービス供給に責任を有する市町村への不信といった幅広い論点を扱うことが可能となっている。

最近の分析では介護保険が膨張していることを踏まえたうえでなお、深刻なサービス不足が懸念される事態へと至っていることが指摘されている。例えば介護保険の改正の経緯を分析し、介護保険導入後から次第に軽度の要介護への給付が削減され、さらには介護報酬が抑制されていることで、財政規律が重視される一方介護保険料が着実に上がってきていることが指摘されている(林(2017:43ff.))。さらに、「自助・共助・公助」の組み合わせの名の下、公的責任を後退させ人権としての社会保障を無視するような介護需要の抑制政策がとられており、健康の自己責任論を過剰に強調するようになってきていることを批判する指摘もある(芝田(2020:15ff.))。

こうした研究動向は、介護保険が膨張する一方で、適切に介護サービスが供給されない可能性に対する不安に起因すると考えられ、介護保険導入前後期の懸念が解消することなく現在に至っていると見ることもできよう。

しかしながら、以上の分析では、具体的にどの程度のサービス供給が達成されれば、公

¹⁴ 具体的には、東京都市町村自治会第2次高齢者介護制度研究会の一人暮らしでも安心できるサービス水準の試算に基づいたサービスを介護保険サービスで行おうとするとサービス利用額が上限をはるかに超えてしまうことや、大阪府下の具体的な事例を研究し、高額な自己負担が必要となりうることを明らかにしている(森(2008:69ff.))。そして、大きな自己負担を避けるために家族介護の負担が高まる場合や利用者が我慢せざるを得ない可能性を指摘している(森(2008:76f.))。ただし、東京都市町村自治会の試算が高すぎる可能性も否定しきれない。

¹⁵ 生存権は経済学においても重視されるべきであると里見(2001)において主張されており、介護保険形成過程期から保険制度を前提とすることによる生存権が脅かされることを危惧している。里見の分析は介護保険が保険制度であるために制度から除外され生存権が脅かされうる可能性がある層が常に存在することを問題とし税による保障を訴えている。

平に生存権が保障されたといえるのか、もしくは十分なサービスが供給されたといえるのかを明示することが難しいという問題がある。特に介護サービスは日常生活の延長ともとらえられる部分があることから、逆に過剰なサービス供給となる可能性がありうる。さらに、実際にサービスの拡充を行う場合には、費用の増大を伴うことになる。適正なサービス水準を明示できない以上、その費用はどの程度必要になるのかについての議論を避けて通ることはできないであろう。

こうした点も踏まえ、増税を実現できなかったことに対する批判を展開しているのが下野(2019)の分析である。この分析ではサービス水準が低く、今後高齢化が進展していくなかで、サービス水準がさらに切り下げられる可能性に言及し、そのうえで在宅サービスを中心に据えることで長期的には費用抑制が実現する可能性があるものの、ある程度の負担増加の必要性を主張している(下野(2019:199))。この指摘は、佐藤・古市(2014)を援用しつつ単なるサービス拡充のみならず、具体的な財源にまで配慮したという点で評価できるであろう。しかし、現状のサービス水準が過剰でなく不十分な水準であるといかに説明するのか、また、政治的に難しい増税を介護サービスの点からのみ指摘することが現実的な選択肢であろうかという点で疑問が残る。

こうした問題を踏まえたうえで、介護保険の費用抑制の必要性に着目した先行研究について、整理を行おう。

2.2 費用抑制を主張する議論

上述の通り、介護保険料財政は膨張を続けており、介護保険財政が保険料だけでなく国・都道府県・市町村がそれぞれ費用負担をおこなうという制度上、財政問題に直結することから財政学者の関心を集めることになる。

例えば制度形成期の段階から、大野(1996)では、介護保険の自己負担が高齢者の負担能力と比較して少なくなると予想されることから、不必要なサービス消費が行われる可能性を指摘している¹⁶。また林(2008)では、介護サービスの性質が日常生活の延長上にあるため、どこまでが必要な介護であるかの判断が難しいため、過剰なサービス消費を生じる可能性があることを指摘している。一方で結城(2011)では、要介護度をより重度に見せたほうがよいサービスを受けられるため、要介護者が重度であるかのように装うインセンティ

¹⁶ 大野の議論はあくまでも介護保険の構想段階の議論であるため、それをそのまま今日の議論としてみなすのは無理があると考えられる。しかし、大野の議論は、非効率な制度を国家が作り出すことで経済全体に悪影響を及ぼしうるという指摘を行っており、この点は効率性を考えるうえで重要な指摘である。

ブが働きやすいことを指摘している。

さらに、市町村が国と都道府県に財源を依存できることで、市町村が介護サービスに係る財政の効率化に対してのディスインセンティブが働くという指摘もある(田近・菊池(2006))。その結果、介護保険制度は要介護認定が「真の要介護度」よりも高く出てしまう可能性が高く、そのために介護保険財政が拡大してしまう可能性がある¹⁷(田近・菊池(2006:175))。このように、要介護者が過剰にサービス消費を求め、かつ市町村が過剰なサービスの抑制を要介護認定によって防ぐことができないために、介護保険が「真の要介護度」以上に膨張し、非効率な状況になっていることが問題視されている。

制度導入後の改革に着目すれば、施設入所者にたいして「住居費」を徴収する仕組みが2005年から導入され、さらに介護報酬が2003年に2.3%、2005～2006年に2.4%引き下げられ、要支援が予防給付に限定された(持田(2013:113))。つまり、介護保険制度が非効率であり、必要以上のサービスが供給されていると実際に認識され、改革がなされていくことになる。

こうした介護保険費用の膨張が問題となる理由として、介護保険料膨張が不必要な負担を消費者及び企業に課すことで、生産要素の供給を減退させることがまず考えられる。経済学で頻繁に指摘されるように、公共部門が必要以上に膨張することによって、社会的な効率性が失われるという問題が介護にも当てはまる。こうした分析は、社会保障制度の負担が社会全体に及ぼす影響をも考慮している点が評価できよう。いうまでもなく、介護保険のみが優れた機能を発揮したとしても、社会全体に大きな負の影響を及ぼしているとなれば、介護保険の妥当性に重大な疑念が生じるであろう。また、深刻な財政赤字と日本経済の不調が長期化する中で、こうした論点が重要であることは強い説得力を有している。

2.3 効率性と公平性の問題

しかしながら、効率性を重視した分析では、逆にサービス水準を落とすことが目指されている傾向がある。その結果、上述の老後の生活に不安を感じ、介護サービス供給の拡充を訴える見解とは逆の指摘になる。さらに財政的な制約を問題視する指摘には、効率的でないことがなぜ問題であるといえるのかについての言及が抜け落ちているという限界がある¹⁸。効率性を重視する議論に対しては、たとえ非効率であったとしても、例えば生存権が

¹⁷ ここで、「真の要介護度」以上という表現があるが、何をもち必要なサービスかについては人によって大きく異なる可能性がある。仮に国の想定から外れていることを課題とする場合でも、国が定めた要介護認定に問題があることになるうえ、国の想定そのものが不適當である可能性もある。

¹⁸ 以下、金子(1998)及び金澤(2001)の議論を参照している。

公平に保障されているならば、その非効率さはやむを得ないものであると批判がなされうる。そうした批判にたいして、効率性を至上命題とした説明を行っても、十分な反論になっているとはいえないであろう。

これに対して、介護保険の非効率性によって制度への信頼が失われ、制度の継続が困難になるということである。しかし、仮に効率的な制度であるとしても市民の要求に応えることができてない制度であった場合、制度の存続は難しくなると考えられる。そして、現在の介護保険制度は市民の要求に応えきれていない側面があると指摘する分析が上述のように多く存在している事実を考慮すれば、単に費用抑制という意味での効率化を達成したとしても、それにより市民の要求に応えられなくなり介護保険制度の持続が困難になる可能性がある。

しかし、だからと言って効率性を無視することも、介護保険制度を持続させることを困難にするであろう。経済効率性を重視する指摘の通り、介護保険制度も他の制度同様、限られた財源の中で市民の需要に応えなければならないといえる。このように、サービスを拡充させるべきであるという見解と効率化をめざすべきであるという見解とに先行研究を大胆に区分すると、その根底には効率性と公平性のトレードオフという問題があると言えよう。従って、公平性と効率性の両方の考えを総合的に取り扱うような問題設定こそが必要であろう。

効率性と公平性のバランスは、経済学や財政学において大きな問題とされてきた¹⁹。例えば効率性と公平性のどちらを重視するかによって、ある政策に対して真逆の評価が行われうるうえ、こうした価値判断についてどちらが望ましいかは、経済学の枠内では積極的な判断ができないと指摘されている(井堀(2006:8))。一方で、ヒックスの楽観主義と呼ばれる、効率性を高めていけば最終的には経済のパイが大きくなり、損をした者の分け前が大きくなるという議論や、効率性を先に追求したうえで効率性を歪めない社会保障制度で公平性を調整すればよいというような議論がある(奥野(2008:14))。このように経済学では効率性が優先される議論が多く目立つが、特に社会保障制度に関しては公平性についても配慮すべきであることは上記の先行研究の整理から明らかであろう。

¹⁹ ただし、金子(1998)の指摘の通り、公的所有と私的所有権の二分法を前提とした、公平性と効率性のトレードオフ論は、資本主義システムに内在する本源的生産要素の市場化の限界をとらえることができないという限界を抱えている(金子(1998:29))。従って、こうした問題設定自体に大きな限界があることも事実である。しかし本研究が利用者負担および市町村、民間企業の役割を強調している1990年代後半の議論である社会福祉基礎構造改革における議論を重視しているため、こうした議論を組み入れている。具体的には、1998年6月の「社会福祉基礎構造改革(中間まとめ)」の「改革の理念」において、利用者本位の立場から地域での総合的支援の必要性、質と効率性の重視のために市場原理の活用、高齢化の進展による増大する費用の公平かつ公正な負担の必要性を述べている(中央社会福祉審議会(1998)「社会福祉基礎構造改革(中間まとめ)」<https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1006/h0617-1.html>(最終閲覧日:2022年3月1日))。

そのために、現実的には効率性と公平性の両方を考察した上での議論が必要となるのである。そして介護保険制度は効率性と公平性の両立が当然ながら考慮された制度形成がなされてきた側面がある。

まず、介護保険制度は2000年から導入されたが、その議論の始まりは概ね1989年頃からであると指摘されている(増田(2001)、森(2008)、大熊(2007)、和田(2008)、島津(2008)、介護保険制度史研究会編著(2019)など)。そして1990年代後半に制度形成の議論が本格的に行われ、1997年の12月国会で介護保険導入が決定されるという流れになる。当時の時代状況を考えてみると、バブル経済が崩壊した後の長期不況の中、財政赤字が深刻化している一方で、高齢者介護が劣悪であり改善が求められるうえ、少子高齢化が社会問題として広く認識され、将来少ない労働者で多くの高齢者を支えなければならないという状況が広く認識されていたと考えられる。

このように、不況により増税が困難な中でかつ財政赤字が深刻なため財政負担の増加が困難である一方、少子高齢化の進展により高齢者介護サービスの質の向上と量的な拡大を含めた社会保障全体の充実が求められる中で、介護保険制度の議論が行われていた²⁰。

そして、以下順に説明していく通り、効率的かつ公平な制度を実現するために、社会保険制度で利用者が1割負担し、民間企業が参入できる市町村が中心的な役割を果たす制度となった²¹。

まず社会保険制度であるということで、増税することなく財源を確実に確保することができ、しかも保険を払ったのだからサービスを受けられるということで、スティグマを失わせるということが意図された(衛藤(1997))。この社会保険制度であるということは、制度形成過程では利用者の権利性を高め、かつ40歳以上から保険料を徴収することで、相対的に低所得でかつ当面は介護を利用する可能性が低い若者の負担を低くするという点から公平性の視点が重視されていたと考えられる²²。つまり、必要になったらスティグマを感じることなく公平にサービスを受けられるという意味での公平と、世代間での公平が目指されたものであるといえる。さらに、負担を社会保険というかたちで明示し利用者が把握しやすくなることで、市民が負担の増大に敏感になることで不要なサービスを減らすと

²⁰ 詳しくは衛藤(1997)、伊藤(1998)、里見(1998)、日本医師会研究機構(1998)、大熊(2007)、原(2007)、島津(2008)、森(2008)、和田(2008)、キャンベル(2009)等を参考。これらの研究は介護保険制度の形成過程を各論者の問題意識に即して扱っている。本研究では特に、公平性と効率性の両立をいかに達成しようとしていたのかについて焦点を合わせ、各研究を適宜参照している。

²¹ ここでは詳細を触れてはいないが、社会保険か税による運用かについては、先行研究で多く指摘されており、当時大きな議論となっていた。

²² ただし、実際には所得が低いものにとっては支払いが困難である場合など、かえって不公平な制度となったという指摘が多くなされている(里見(1998)など)。こうした論者は、増税の議論を避けながら国民の負担を増大させることが意図されていると指摘している。

いう効率性も実現しうるであろう。

次に利用者の1割負担についても効率性と公平性の両方が目指されたといえる。応益的に利用者が1割負担することで、保険料を払っていても介護サービスを利用しない人の負担を低くするという意味で、世代内での公平性が目指されたと考えられる。その一方で、1割負担とすることでサービスを受ける際に、それが本当に必要なサービスであるかを利用者が考えることになり、サービスの過剰供給を抑えることで効率化の実現も意図されたと見ることができよう。

そして、民間参入が行われた点も効率性に力点が置かれるが、公平性の向上にも資する可能性があったと思われる。介護保険制度では準市場と呼ばれる、民間企業が一定のサービス水準を確保したうえで市町村の認定を受け市場に参入できるという仕組みが導入された。この仕組みにより、民間企業による参入によって利用者が期待するようなサービスが拡充するという意味での公平性と、公的機関は非効率を生じる可能性があることから民間のノウハウを生かした効率的な運営が実現するという意味での効率性との両方の改善が実現する可能性があったと考えられる。

しかし佐橋(2012)は、介護保険制度がサービス水準の向上と効率化のために準市場システムを導入したが、結局は準市場がうまく機能していないという問題を指摘し、公的責任を拡大させる必要性を訴えている。特に、高齢化が進んでいる地方部の過疎地域では参入しても採算が合わない場合が多く、準市場はほとんど機能していないことを指摘している。同様に佐藤(2008)では、民間企業の参入が都市部に限定されていることに加え、準市場によって期待された効率的経営やコストパフォーマンスの改善が人件費の削減に向かい、それが不安定雇用につながっていると指摘されている。そして、準市場がより機能するように補助金を多くするか、公的責任を拡大させるべきであることを指摘している。

つまり、介護保険制度における準市場システムは期待されたほどの効果がみられず、その理由としては国、都道府県、市町村がその公的責任を回避しようとする動きにより民間企業が参入してこないことなどが考えられる。従って、準市場を含む民営化が成功するかどうかは、結局は公的機関がいかに参入する民間企業に補助を行うかであり、準市場をうまく機能させることが効率性と公平性を両立させると考えるよりも、介護保険に係る公的機関の役割が妥当であるのかを考える必要がある²³。

²³ 準市場はどこまでが公的機関の責任によって担われ、どこまでが民間企業の活動領域となりうるかという意味で、まさに公私分担の問題でもある。2000年代には公私分担を巡る議論のなかで福祉国家が解体したという指摘もなされた。こうした状況を踏まえ金澤(2008)は、民営化への期待が高まる中で、中央集権的な20世紀型の福祉国家の再建ではなく、市民の参加を保障する財政民主主義の徹底を通じて市民の自由を保障する「公」の再生が求められると論じている(金澤(2008:47))。今日的にみても、公私分担論は本質的には、「公」の在り方を巡る議論であったと考えられ、政府の役割について考察することが重要であると考えられる。

そして公的機関に着目した時に、介護保険の特質は、保険者が市町村であるという点があげられる。本来の保険原理から考えると、保険加入者は多様な人間でかつ数が多い方が、リスク分散の観点から考えると望ましい。もちろん、介護保険制度は逆選択が起こらない公的保険システムであり、リスクの偏在に対しては国・都道府県・市町村の一般会計の繰入や、第2号被保険者の保険料の配分割合を調整することで対応をとっているが、こうした手続きの複雑化は様々な非効率性を引き起こす可能性がある。

さらに、介護保険導入期の議論を見てみると、市町村は介護保険の保険者になることに対して積極的ではなかったと指摘がなされている(吉原(1998)、和田(2008)、島津(2008)など)。つまり、市町村としては財政的な不安があり、また事務量の増加を嫌ったため、自らが保険者となることに対して消極的であったということである。

このように、非効率性が生じる可能性やリスクの偏在等の問題を抱え込む可能性がありながら、しかも市町村が積極的に賛同しない中において、介護保険制度の保険者を市町村に設定した背景には、地方分権により効率性と公平性の両立を目指すという課題が存在していた。

市町村を保険者にするということは、市町村が自らの責任で保険料を徴収し、その上で介護保険事業の運営を自らの判断で行うということである。これは地方政府の権限の拡大であり、だからこそ介護保険は「地方分権の試金石」とまで言われているのである。

そのため、地方分権と介護保険の関係を整理しておくことが本研究においてきわめて重要になる。そこでつぎに、地方分権をめぐる議論については、財政学において展開されてきた地方分権論を整理したい。

3. 地方分権改革と介護保険制度の関係

3.1 財政学における地方分権論

財政学において、地方分権は効率性と公平性の同時達成を実現しうるものと考えられている。理論的にみれば、Musgrave(1959)や Oates(1972)以降の財政連邦主義(Fiscal federalism)が地方分権を推進する大きな根拠の一つとされている。この議論については様々な文献で説明がなされているが、本研究とかがわりが深い部分に限定すれば、便益の範囲が空間的に限定される地方公共財を地方政府が供給することで、地域内での負担と受益の関係がバランスし、その地域にとって最適な負担とサービスが実現するという考えである。さらに、公共財特有のフリーライド問題については Tiebout(1956)の主張する、「足による投票」により、各人の最適な負担とサービスが実現している地域に移住するという方法で解消するという議論がなされている。一方、Tiebout 等を第1世代とし、競争的な

地方分権を重視する第2世代と呼ばれる地方分権に関する研究も登場してきている(本間(2021:308))。具体的には Weingast(1995)、Qian and Weingast(1997)や McKinnon(1997)等による効率的な市場制度の保護を強調する議論が代表的である。その一方で、Inman and Rubinfeld(1997)や Rodden and Rose-Ackerman(1997)において、財政連邦主義の妥当性が検討されている。

以上の議論は、広く公共財を取り扱った理論であり、日本の介護保険のような社会保障とは前提が異なっている。林(2017)は、日本の地方財政が社会保障において大きな役割を果たしていることを念頭に、日本の地方分権化が社会厚生に与える影響を理論的に考察している。まずは、理論的には社会保障は中央政府による供給が望ましくなるとしているが、こうした考察では歳入面も含めた地方分権であり、実際の日本の社会保障では政府間財政移転を念頭に歳出面の地方分権が想定されているとしている。そのうえで、常に成立するわけではないが、地方政府の方が地域のニーズを熟知していること、社会保障給付を担う多くの公的部門以外の主体の管理は地方の方が効果的であること、多くの地方政府が存在していることで政策実験が行われているのと同じになること、住民が他の地方政府と比較することで改善圧力をかけられることをメリットとしている²⁴。以上のように財政連邦主義では社会保障を含む州政府間の分権を制約としてとらえているが、これは北米で発達した議論であるため必ずしも日本の社会保障に適用できるわけではないことを説明している(林(2017:707))。同様に、伊集(2006)においても、伝統的な財政連邦主義が地方政府の機能を応益課税にもとづく地方公共財の提供に限定していることから、北欧のような広範な再分配政策を地政政府が担っているケースを説明できないため、歴史的な実証が必要であることを主張している(伊集(2006:214))。

以上のように、演繹的な財政連邦主義では、実際の制度分析を行うのには十分でない。そのため、財政学における歴史・制度分析の視点からの地方分権論が日本の社会保障の実態を分析するうえで有効な手掛かりになりうるであろう²⁵。歴史・制度分析における代表的な分析として、1980年代以降地方分権が様々な先進国で行われており、その理由としては、経済発展にともなう核家族化や高齢化問題によって現物給付が必要となってくる中で、現物給付を行うのに最も適した政府主体である地方政府の自己決定権を拡大させるために地方分権が必要であるという分析があげられる(神野(1998:159))。つまり、現物給付は現金給付と異なり、細かいケアが必要であり、その需要も地域によって大きく異なるため、中央政府が一律に供給するよりも市民生活に最も身近な地方政府がその地域にあったサー

²⁴ なお林(2017)では、日本は単一国家にもかかわらず、地域間の格差が大きいことから水平的公平性が厳密には保たれていないとしている。この点は後述の財政調整の問題と関係してくる。

²⁵ ここでの計量分析、歴史・制度分析という区分方法は本間(2021)が用いた「制度論」「マルクス主義」「近代経済学」という区分を参考にしている。

ビスを供給する必要がある、そのために地方分権が求められているということである²⁶。さらに、グローバル化により国民国家が国境を管理する能力を希薄化する中で、資本主義の発展により家族やコミュニティの機能が弱体化するという歴史的な展開の中で、普遍的な現物給付を住民参加にもとづいて、共同負担原則のもとに地方政府が実情に即した公共サービスを提供するという議論を展開している(神野(2007:289ff.))。このように、財政連邦主義の議論を援用しつつも、歴史的な展開に着目し地方政府の役割を幅広く捉えなおしている。介護保険も社会保障であり現物給付を基本としていることから、以上の歴史実証分析が主張するような効率的かつ公平な供給が分権化によって実現しうると考えられる²⁷。

また、福祉国家財政論の議論からも同様の見解が示されている。例えば渋谷(2014)では、20世紀の福祉国家は経済成長が財源をもたらし、相対的に少ない高齢者への寛大な給付が可能であったものが、人口構成の少子高齢化、社会主義国家の崩壊、グローバル化による国際競争激化に起因する企業のコスト切り下げ圧力の中で福祉国家のスリム化が求められるようになったとしている(渋谷(2014:19ff.))。そして、こうした合理化・効率化圧力が地方財政でも強まっており、そうした要請に適合する分権改革が進んでいる一方、人間性の回復のための住民自治の回復が必要であるとしている(渋谷(2014:149ff.))。このように、コスト削減という意味での効率化の一方、基本的人権が保障されるべきであるとする公平性の両立が模索されうるのである。

以上のように、介護保険の効率性と公平性の問題を総合的に扱うには、地方分権がどの程度達成されているのかを分析することが重要となる。それでは、地方分権と介護保険のかかわりについて指摘している先行研究を参考に、本研究の具体的な研究対象及び研究方法を考察しよう。

²⁶ 神野の分析に対して植田(2000)は、地方政府の役割の重要性を認めながらも地方政府の現物給付は中央政府のセーフティーネットと連動してなされるものであり、単に地方分権が進めば現物給付が現金給付に変わって整備されるものではないと指摘している(植田(2000:33))。神野の分析が現物給付のみを対象としているかは評価が分かると考えられるが、政府間関係を分析の対象に含めるべきである点は重要であろう。

²⁷ なお、介護保険法ではサービス供給を生産者側が拒否できること、実質的に利用者の金銭的負担を減らすような構造になっていることをもって「現金給付」もしくは「金銭給付」であるという指摘がなされることもある。財政学においては年金のように用途を一切指定されないかたちで現金が給付され利用者が市場から自由に商品を選べることをもって現金給付としており、本研究でもサービスの利用用途に制限がかかっていることを重視し、介護保険を現物給付とみなしている。なお、一般的には現物給付は税を用いて運用されるもので社会保険は本来的には所得の喪失に対する現金の保障であることから、介護を保険で行うべきかという論点を含め、介護保険の給付の仕組みの妥当性は検証されるべき課題といえよう。

3.2 介護保険制度と地方分権のかかわりに関する先行研究の整理

まずは介護保険制度の導入が地方分権に実質的にはつながっていないという指摘が多く存在する。

例えば金澤は、市町村を保険者としたことで地域間格差が大きくなる一方、市町村の財源では介護保険事業費を十分に賄いきれないため、都道府県や国に財源を依存せざるをえなくなり、「集権的分散システム²⁸」や「縦割型事務配分」が「再生産」されることとなったと指摘している(金澤(2010:37))²⁹。

市町村を保険者にすることで、地域間で格差が生じることや介護保険財政が不安定になるという点は、介護保険創設に向けた議論のなかでも幾度となく指摘されてきた(厚生省高齢者介護対策本部事務局(1996:43f.)、島津(2008:54)、和田(2008:92))。そのため、都道府県や国が財源を保障する制度となった。ところが金澤(2010)の指摘によると、こうした財源支援が地方分権を阻害しかねないという問題を抱えるのである。金澤は特に、財政支援そのものではなく、市町村が保険料を決定できるという制度がある一方で、国や都道府県からの財政支援が割合によって決まっているため、いくら市町村が介護サービスを拡充させるために保険料をあげようとしても、それが国や都道府県の予算の範囲内での変更しかできないことを指摘している。

一方の吉原(1997)では、介護保険制度の形成過程にさかのぼり、その政治過程において市町村がいかなる主張を行い、介護保険制度が形作られたのかを分析している。そして、制度形成過程において当時の厚生省が中心的な役割を果たし、市町村はむしろ地方分権に反対の立場をとってきたことを明らかにしている(吉原(1997:90f.))。そのために、歳入の自治が拡大しなかったと説明しており、地方財源の拡充の必要性を訴えている(吉原(1997:92))。

これらの指摘は、制度形成過程期に制度が抱える問題を理論的に議論したものであり、実際の運営のなかで地方分権が阻害されているのかについては言及されていない³⁰。こうした理論上の課題を参考にしたうえで、実証的な把握が求められるであろう。

²⁸ 「集権的分散システム」とは、中央政府が決定を行い地方政府が実行するという日本の政府間財政関係の特徴を説明したものである(神野(1998:124))。

²⁹ 類似の視点の研究として、寺田(2007)は、神野モデルに基づき、介護保険制度を機に改革された日本の「福祉生産・供給システム」がビジネスチャンスの拡大となってしまう、「政治システム」と「社会システム」が縮小しているために、地方自治体を中心とする政治システムの適正な強化と、協働による福祉システムの構築により、協力原理に基づく意識形成の営みが必要であると主張している(寺田(2007:216f.))。

³⁰ 結城(2011)でも同様に、自治体の自主性が制限されている実態を説明している。ただし、ともに制度面の問題を中心に上げており、金澤・吉原の指摘と同様である。

実証的な分析として多く見受けられるものが、介護保険に関する各種データやアンケート結果などから数量的に問題を分析する研究である。例えば、小林・名取(2004)では、いくつかの具体的な自治体の介護保険に関わる取り組みの実証的な分析及び職員へのアンケートの分析を行ったうえで、介護保険が職員の実感を伴う形で分権を促進したとしている³¹。

小林・名取(2004)は、地方分権が達成されることが、自己責任を伴う自己決定権の拡大をもたらすことを肯定的に評価している。そして、介護保険の対応から、自治体が地域の実情を的確に把握できていると指摘し、分析を行った時点では多額の財政負担を必要とする事業がなかったという限界があるものの、介護保険のような分権は社会を改善させるとしている(小林・名取(2004:282ff.))。この分析は、民主主義の実践とニーズの把握により不要なサービスが行われなくなるという意味で、地方分権が公平性と効率性の両立を目指していることが主張されており、本研究と同様の問題意識にたち、かつ実証的に分析が行われていると評価できよう。しかし、介護保険制度が時期的に変化を続けていることから、時間を追った分析も必要であろう。

一方で、介護保険制度に基づく自治体の政策をより多面的に捉えた実証分析として朴(2013)は、「福祉日本一の町」といわれた鷹巣町に焦点を当てることで、介護保険制度が市町村の自由を奪い、かえって介護サービス水準を悪化させ、それが市民の市町村への信頼の喪失につながる事となった事例を分析している。朴の分析は、政策変化や財政状況の記述統計を用いた定性的な分析により、約 22 年間続いた岩川町長が選挙で敗北するかたちで介護政策への反発が生じたことを明らかにしている。

しかしこの研究の問題点として、鷹巣町の事例が日本の市町村の中ではかなり特異な事例であるという限界、また町長の敗北が必ずしも介護政策に限定されるわけではなく当時大きな問題となっていた市町村合併など他の要因の影響の可能性を除去しきれていない点があげられる³²。

以上の個別自治体に焦点を合わせた分析は、介護保険と地方分権の関係性を実証的に取り扱うことで、介護保険が達成できたことや逆に問題を引き起こしたことを説明できている点で評価されよう。しかし制度の理論的な分析も含めいずれの研究においても、財政調

³¹ 具体的には、小さな農村地域として京都府和知町、大阪府の広域連合、大都市としての神戸市などの介護保険制度の運営状況を分析し、行政の取り組みを明らかにしている。他にも、先進的な取り組みとして、千葉県野田市、東京都田無市(現西東京市)の事例を行政の立場から分析している。

³² なお、民間活力を参入させた結果、地方部では大手企業が撤退してしまい、介護保険施行以前からサービスを提供してきた社会保障協議会などの事業者が中心となってサービスを供給している現状がある。特に社会福祉協議会は訪問介護の中心的な事業主体であるが、経営状況が悪く、赤字分が自治体からの補助金や委託金で賄われているというケースもみられるという指摘もある(佐々木(2004:222))。このように、朴が指摘した問題は、多くの市町村でも見られる可能性がある。

整という視点が抜け落ちているように思われる。確かに介護保険制度において市町村の自主財源を拡充することは、市町村の意思決定権を拡大すると考えられる。しかし、高齢率は市町村によって異なるし、さらに高齢化率が高い市町村ほど財政規模が大きいとは限らない。そのため、介護保険制度を市町村の自主財源のみで行おうとすると、地域間格差が非常に大きいものとならざるを得ないと考えられる。いわば、各自治体の自主性を発揮するための前提条件として財政調整制度は必要不可欠であり、日本の地方交付税制度をはじめとする各国で地方財政調整制度が導入されているのも、単に中央政府が地方政府をコントロールするためではなく、地方政府の主体性の発揮のための前提条件のためなのである。こうした面を考慮に入れ、介護保険制度における国・都道府県の公費による介入が実質的に市町村の意思決定を阻害しているのかどうかを分析する必要性がある³³。

実際に地域間格差の問題は、今日に至るまで数多くの指摘がなされている（林(2008:300ff.)、佐藤(卓)(2010:291)など)³⁴。しかし、ここで注意しなければならない点として、その格差が許容されうる格差であるのか、あるいは許容されない格差であるのか区別する必要があるということがあげられる。仮に介護保険料が高かったとしても、介護サービスが充実しているならば、それは住民の選択の結果であり不公平とはいえないだろう。

以上のように、介護保険制度と地方分権の関係を問う分析は、財政調整という側面に焦点を合わせ切れていないという限界がある。また、後述のように、介護保険の財政調整制度である調整交付金についての分析は見られるが、多くはその算定式の高齢者の人口分布の捕捉が十分でないことなどに焦点が当てられている。確かに、計量的な分析を用いることで、こうした問題は明らかにできるが、算定式の妥当性としては、年齢区分のみならず所得状況や介護サービスの状況についても検証が必要となろう。

さらに、財政調整を分析する際には、財政学で多くの研究蓄積がなされている制度形成過程についての分析も求められよう。なぜなら、財政調整には平等性に関する考え方が反映されており、それが制度の正当性と直結するためである。例えば、日本の地方交付税については、計量分析のみならず歴史分析・制度分析など多くの研究蓄積がなされている。介護保険の場合は、介護のみに焦点を合わせているという特徴を有しており、必ずしも交付税と同列に比較はできないが、今日の介護保険制度における地域間格差が問題視される

³³ こうした地域間の競争という指摘に対し、市町村は近隣自治体の保険料の水準を参考にしたうえで保険料を決定しているという指摘がある(中澤(2010)、松岡(2016)等)。こうした分析は、近隣自治体同士の保険料の水準が影響を及ぼし合っているのかを数量的に分析したものであり、単に地域間競争が行われているというよりも、互いに協調し合っている可能性も考えなければならないことを示唆している。同時に、近隣自治体同士の協調関係が自治体の意思決定を歪めうる可能性も留意すべきであろう。

³⁴ こうした地域間格差によって地方自治体に競争インセンティブが働くことで、地方自治体の役割の選択と集中が実現されていくとする研究もある(粟沢(2007:14))。もちろん、地域間競争によってサービスの質や効率性の向上は期待できるが、競争の前提条件が確保される必要がある。

中、財政調整の側面から検討することには重要な意義があるといえよう。

4. 本研究の分析手法と課題について

4.1 分析手法について

以上の視点に基づき、本研究では介護保険制度の財政調整に焦点を合わせることにする。各章の構成については次項で、具体的な問題設定については各章で説明していくが、本研究における分析手法について、ここで検討しておこう。第1章では、調整交付金の制度導入過程について厚労省の資料や議事録から政策意図を明らかにしていく。第2章では、厚労省の資料や議事録から制度が運用される中で厚労省がいかに問題を認識し、その解決に取り組んでいったのかを考察する。そのうえで第3章では、制度運用の実態を個別事例の追跡によって明らかにしていく。

このように、本研究では近年主流となっている推測統計に基づく計量分析ではなく、制度形成過程や制度改革の過程を一次資料に基づいて検討するという、定性的な分析手法を用いている。

その理由としては、第一に財政学における研究蓄積がある点があげられる。財政学の領域において、地方分権論及び財政調整については特に近年、精力的に分析が行われてきている。その研究の目的は、各領域によって異なっているが、本間の整理によると、20世紀末から21世紀初頭に地方財政への関心が、政治・行政の場における実際の改革の動きと相まって財政学の研究者の間で高まっていった(本間(2021:242))。もちろん、それ以前から地方財政への分析は精力的に行われてきたこともあり、地方分権及び財政調整に関して十分な先行研究・理論蓄積があるといえる。

従って財政学において蓄積されてきた地方財政論の専門性を活用し、介護保険における地方分権の実態を考察しようという本研究の目的は達成不可能なものではないであろう。近年の財政学においては、計量分析が中心となっているが、本間の整理の通り、制度・歴史分析やマルクス経済学において、国と地方の政府間関係の特徴づけとその原因説明は中心的な関心事項であった(本間(2021:217))。このように、制度・歴史分析を行うことで、地方分権改革の特徴づけを行うことができるであろう。

さらに、地方分権には多様な概念があるが、定性的な制度分析を行うことでその多様性を記述できるという点も強みといえよう。例えば、持田(2004)は地方分権を、競争的分権モデル、行政的分権モデル、協調的分権モデルという3つに整理することができるとしている。こうした強みは、厚労省が意図した地方分権の意味の考察や、介護保険における地方分権の特徴の把握を目指すという本研究の目的に適している。

第二に、定性的な分析方法が、地方分権の達成状況を考察する際に有効であることがあげられる。財政連邦主義が必ずしも制度の実態を明らかにできない以上、地方分権改革が達成されたか否かの基準を設けることは、非常に難しいと言えよう。その際、政策意図に着目し、それを基準として政策意図を実現できたか否かを問うという方法が有効であろう。

一方で政治学など近接領域においても定性分析が積極的に行われ、定性分析の手法の精緻化を目指している分析も多く存在する。厚労省を扱った分析のみに焦点を絞っても、介護保険の制度形成過程について、島津(2008)や佐藤(2014)によるキングドンのモデルを援用した分析、ピアソンのモデルを援用し国民健康保険が厚生省の政策決定に及ぼした影響を分析した北山(2011)、医療・福祉分野とはやや異なるものの、西岡(2021)が少子化対策を巡る厚生省の言説に焦点を当てた分析を行っている。このように厚生省の政策形成過程・変遷過程を分析する際、厚労省内外のアクター及び政治状況、あるいはそれまでの歴史的経緯、制度配置、さらには意思統一のためのアイディア・言説に着目するという定性的な分析は、計量分析では扱いが難しい領域を取り扱うことに成功していると評価することができるであろう。なお、財政学の分析においても、井手(2006)に見られるように定性分析の精緻化に貢献している分析もある。従って、定性分析手法は、近接領域においても活用されており、その結果として計量分析では明らかにしきれない制度運用の実態を検討することが可能となっている。

以上を踏まえ本研究では、厚労省の一次資料等を用い、制度と制度形成過程における政策意図を明らかにしたうえで、それを基準として地方分権の実態を明らかにするという定性的な分析手法を用いることとする。特に本研究では、先行研究の動向を踏まえ、地方分権と介護保険が強く結びつけられていた 2000 年代前半について焦点を合わせることにしたい。

4.2 本研究の構成について

本章の最後として、本研究の構成について説明しておこう。

まず第 1 章において、多くの先行研究で指摘がなされていない介護保険の財政調整システムである調整交付金についての分析を行う。繰り返しになるが、政府間財政調整は地方政府、介護保険の場合は特に市町村が主体的に政策を実施するための前提条件であるという視点を重視して、本論文の分析の主軸として扱う。特に、定量分析が主流となっていく中で見落とされがちであった政策意図に着目し、介護サービスの分権の在り方に関する議論を取り扱う。そのことを通じて、厚労省がどの程度の格差是正を行う意図を有していたのか考察する。

第 2 章では、第 1 章で明らかにした格差是正の妥当性について、考察する。第 1 章で説

明する通り、施設サービスの費用の差が格差を生じさせることを厚労省が認識していたにも関わらず、その格差を積極的には是正しないとしたことの妥当性を分析している。特に施設サービスの一つである介護療養病床施設の廃止の決定とその存続の経緯に着目することで、施設サービス費用の削減が容易でないことを明らかにし、調整交付金の算定式の妥当性を考察する。

第3章では、具体的な都道府県及び自治体における介護保険財政運営に着目し、施設サービスの多寡が介護費用に及ぼす影響、また、施設から在宅への転換がいかに行われたのかを明らかにし、さらに施設サービスや調整交付金の投入割合が第1号被保険者保険料に及ぼす影響について明らかにしていく。

以上の分析を通じて、「地方分権の試金石」といわれた介護保険の財政調整メカニズムの実態を明らかにし、介護保険が目指した地方分権がいかなるものであったのか、またその目標が妥当なものであり、達成されたのかといった問題を実証的に考察する。そして、詳細は終章に譲るが、近年の介護保険をめぐる議論は、さらに深刻化する財政赤字の増大への対応のために積極的な費用抑制が主張される一方、老後の生活不安・多岐にわたる介護問題が広がる中でサービス水準の妥当性に関心が集中している。従って、本論文の問いである地方分権との関係性は必ずしも重視されなくなっている。終章では、こうした近年の動向を踏まえたうえで、再度地方分権に焦点を当てることの意義を考察したい。

第1章 介護保険財政における地域間格差と調整交付金の機能³⁵

はじめに

2000年から施行された介護保険制度は、市町村が主体的に保険財政を運営できるよう第1号被保険者の保険料設定を保険者である市町村が決定できる仕組みになっている³⁶。しかし、高齢者の多さ等により保険料に格差が生じる可能性がある。このような格差への対応として、図表1-1のように調整交付金が存在している。

図表1-1 介護保険財政制度における調整交付金の概念図

都道府県負担 12.5%		12.5%		12.5%	2%
市町村負担 12.5%		12.5%		12.5%	
国費(定率) 20%	調整交付金(国費)	20%		20%	
5%		11%			
23% 第1号保険料		17%		26%	
27% 第2号保険料		27%		27%	
給付全体		高齢者が多い 低所得の 後期高齢者		高齢者が少ない 低所得の 後期高齢者	

注：施設サービスでは、都道府県負担が17.5%、国費定率分が15%。また、保険料の1号と2号の比率は人口比に基づき3年ごとに改定されるもので、図は令和元年度時点のものである点に注意されたい。
出所：厚生労働省 HP(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000551448.pdf>) (最終閲覧日2022年3月1日) より作成。

³⁵ 本章は、市川樹(2016)「介護保険財政における地域間格差と調整交付金の機能」日本地方財政学会研究叢書第23号『自治体政策の課題と展望』に加筆修正したものである。

³⁶ 以下の制度概要は、厚生労働省老健局総務課(2013)「公的介護保険の現状と今後の役割」に基づいている。また、介護保険の保険者には市町村のほか広域連合が存在するが、本研究ではその違いを特に扱うことはないので、広域連合についても市町村と表現する。

こうした財政調整を行っているにも関わらず保険料に格差が生じているが、介護保険制度では、市町村がサービス水準及びサービス量を自らの決定に基づいて拡大させ、それに伴い保険料を引き上げることが認められている。つまり、保険料の格差はサービスの差によって生じている可能性もあり得る。また調整交付金が配分されている中で格差が生じているということから、調整交付金はある程度格差を容認するような仕組みである可能性も考えられる。

以上を踏まえ本章では、介護保険制度が抱える格差の是正のための調整交付金が十分な役割を果たしているのかについて分析を行う。そのため、調整交付金の導入意図を分析し、当初の目的と照らし合わせたうえで、調整交付金の機能を評価する。こうした分析を通じて、市町村の自己決定権行使の前提条件である財政調整をどの程度実施しようとしているのか明らかにする³⁷。

1. 先行研究の整理

介護保険制度は地方自治体の自己決定権を重視するために、市町村が自ら計画を立て自ら第1号被保険者の保険料を決定し徴収するという仕組みになっている³⁸。こうした仕組みの中で構造上やむを得ず生じてしまう格差を是正するための仕組みが調整交付金であるが、保険料格差を問題視する研究が多くある。

先行研究では、介護保険制度の地域間格差について多くの蓄積がある一方、調整交付金の効果を扱った研究はそれほどないように思われる。そこでまず地域間格差問題を扱っている先行研究を整理すると、介護保険のサービス費用の地域間格差について分析をしている系統(前田(2000)、船橋(2008)等)と、サービス費用と保険料負担を合わせて分析している系統の研究(田近・油井(2003)、田近・油井・菊池(2005)、安藤(2008)等)がある。

まず、サービス費用の格差を問題視する分析として船橋(2008)は、介護費用増加の要因についての地域間格差の有無に着目し、回帰分析を行っている。その結果、高齢者人口が介護保険費用の増加に関連していることを明らかにしている(船橋(2008:46))。このことから、地域間で必要となるサービス費用の水準が異なってくるのがわかる。

³⁷ なお、介護保険制度における調整交付金には普通調整交付金と特別調整交付金がある。特別調整交付金は災害等特殊な事情が生じた際に給付されるもので、普通調整交付金と比較して非常に小規模であるため、本研究では普通調整交付金のみを焦点を絞って分析する。以下の分析では特段の断りのない限り、普通調整交付金を指して調整交付金と表記する。

³⁸ 介護保険制度は「地方分権の試金石」と言われ、地方分権が目標の一つであったと多くの研究で指摘されている(吉原(1997)、島津(2008)、和田(2008)、金澤(2010)、佐藤(2010)、結城(2011)等)。

しかしこの分析では、サービス費用面のみに着目しているため、介護保険料の格差が見えてこない。もちろん介護サービスの費用が変わってくれば、必然的に介護保険料も引き上げられるとも考えられるが、サービス費用の格差と介護保険料の格差の関係を直接取り扱っているわけではない。仮に介護サービス費用に格差が生じていても、調整交付金の機能等によって負担の格差が縮小することで、介護保険財政の格差が解消している可能性もある。そこで介護保険料の負担の格差を分析した研究を見ていきたい。

負担面はサービス面と合わせて分析している研究が多い(田近・油井(2003)、田近・油井・菊池(2005)、安藤(2008)等)。まず田近・油井・菊池(2005)は、要介護認定者、保険利用者、施設・在宅サービスの利用の変化を見たのちに、保険料の推移を分析している。そして、介護サービスの利用が予想を上回るほど増えたために、多くの保険者で介護保険財政を困難な状況に陥らせ、保険料が引き上げられていったと説明している(田近・油井・菊池(2005:265))。

しかしこの場合、負担の格差が生じているとしても、それはサービスの量的な差が負担の差として現れているということで、必ずしも不公平な制度となっているとも言い切れない。また、この分析は基本的には都道府県レベルを中心として議論しているため、保険者である市町村のレベルの分析が行われていない。

安藤(2008)は、都道府県レベルではなく市町村レベルに焦点を合わせ、回帰分析を行っている。その結果として、地域の所得水準や県レベルの施設定員率が介護給付水準や介護保険料に影響を及ぼしていると指摘し、そうした要因は保険者が裁量的に調整できるものではないと説明している³⁹(安藤(2008:106))。このように市町村レベルに焦点を当てたことで、保険者たる市町村が主体的に保険料を設定することができていないことを指摘しており、田近・油井・菊池(2005)が視野に入れることができていない問題を指摘していると評価できる。

ただしその場合の本質的な問題は、保険者には調整できない要因が財政調整によって取り除かれていないということであると考えられる。そのため、介護保険制度において財政調整機能の役割を果たす調整交付金の分析が重要となる。

調整交付金の機能について齋藤・菅原・中澤(2014)は、カクワニ係数やジニ係数を用いたうえで、調整交付金が介護保険料の地域間格差に及ぼす影響を明らかにしている。この研究では、介護保険制度が総費用負担の地域間格差に対して平準化措置が取られた結果、保険料の地域間格差が小さくなっていることと、所得水準が低い地域の保険者に対してより多くの調整交付金が支給されるようになったと指摘している(齋藤・菅原・中澤(2014:11))。さらに調整交付金の機能についてサービス水準まで視野に含めた鈴木(2009)

³⁹ なお、ここでの地域の所得水準とは、第一号被保険者世帯の各所得段階割合のことである。詳細は安藤(2008:96)を参照されたい。

の分析においても、調整交付金が有効に機能していることが指摘されている(鈴木(2009:63))。

以上の研究から、調整交付金によって保険料の格差がある程度是正されているということがわかる。ところが、安藤(2008)の分析結果に従えば、調整がなされているとしても保険料が介護施設認定率と地域の所得水準によって影響を受けていると考えられる。問題となるのは、調整を行った上で生じている格差が妥当なものであるかという点である。

ところが上述の分析の多くは制度の現状認識にとどまっているため、調整交付金について妥当な調整がなされているか否かについての積極的な議論がなされていない状況にある。そうした中で齋藤・菅原・中澤(2014)は、調整交付金が介護保険料の地域間格差に及ぼす影響について時系列を追って分析し、pay-as-go 原則に基づく財政調整を efficiency-concerned な方式とし、負担平準化を重視するものを equity-concerned な制度としたうえで、導入当初は前者であったものがなし崩し的に後者へと変化したと指摘している(齋藤・菅原・中澤(2014:11))。ただしこの指摘では、調整交付金の仕組みが本当になし崩し的に変化しているといえるのか、あるいはそもそも負担平準化を目指して変化が生じているのか不明確である。

このように先行研究では、どの程度調整がされれば十分なのかの基準が曖昧なため制度の評価が十分に行われていない。そこで本章では介護保険制度を導入する時点の政策意図を一つの判断基準にし、調整交付金の機能を評価することを試みる。なぜなら今日の格差の問題が制度導入当初から格差を許容することを意図したものであるか否かによって、現状の調整交付金の機能に対する評価は異なってくると考えられるためである。

こうした視点に立ち本章では、調整交付金の機能を論じるために制度導入過程期に遡り、制度導入当初の政策意図を一つの基準としたうえで今日の格差について評価を行う。

2. 調整交付金の効果

2.1 調整交付金の算定方法

まず分析に先立って、「介護保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令」をもとに、調整交付金の計算方式を確認しておこう。

普通調整交付金は、各市町村の調整基準標準給付費額に各市町村の普通調整交付金交付割合を乗じて得た額に調整率を乗じた額である(第1条)。このうちの調整基準標準給付費額とは、居宅介護サービス、地域密着型サービス、施設介護サービス及び各予防サービスなどの支給費といった介護保険法が規定している介護サービスに要した費用である(第2条)。

ここから、第2号被保険者の負担率を控除したうえで計算が行われる(第4条第1項)。つまり、第2号被保険者保険料は全国単位で集めたうえで各市町村に配分される仕組みであるため、調整交付金の計算からは除外されるということである。これにより、調整交付金は第1号被保険者の保険料のみに影響を与えることがわかる。

この第2号被保険者の負担率を控除した数値に後期高齢者加入割合補正係数と所得段階別加入割合補正係数を乗じた数値をさらに控除することで、普通調整交付金の額は算出される(第4条第2項)。具体的な算出方法は、次の通りになる。

調整交付金の算定方法

- ・各市町村の普通調整交付金の交付額=当該市町村の標準給付費×普通調整交付金の交付割合(%)
- ・普通調整交付金の交付割合(%)=26%-(21%×後期高齢者加入割合補正係数×所得段階別加入割合補正係数)

ここで、後期高齢者加入割合補正係数と所得段階別加入割合補正係数の二つの変数が調整交付金の給付割合の決定に影響を及ぼすことがわかる。それぞれの係数の算出方法は次とおりである。

$$\cdot \text{後期高齢者加入割合補正係数} = \frac{\left(\begin{array}{c} \text{全国の前期高齢者の割合} \times \text{前期高齢者の要介護度分布} \\ + \\ \text{全国の後期高齢者の割合} \times \text{後期高齢者の要介護度分布} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{c} \text{当該市町村の前期高齢者の割合} \times \text{前期高齢者の要介護度分布} \\ + \\ \text{当該市町村の後期高齢者の割合} \times \text{後期高齢者の要介護度分布} \end{array} \right)}$$

・所得段階別加入者割合補正係数

$$\begin{aligned} &= 1 - \{0.5 \times (\text{第1号被保険者のうち当該市町村の市町村民税非課税者の割合} - \text{全国の第1号被保険者のうち市町村民税非課税者の割合}) \\ &\quad + 0.25 \times (\text{第1号被保険者のうち当該市町村の市町村民税非課税者のうち前項に当てはまらない者の割合} - \text{全国の第1号被保険者のうち市町村民税非課税者のうち前項に当てはまらない者の割合}) \\ &\quad - 0.25 \times (\text{第1号被保険者のうち当該市町村の合計所得金額が基準所得未満でありかつ前項のいずれにも該当しないものの割合} - \text{全国の第1号被保険者のうち合計所得金額が基準所得未満でありかつ前項のいずれにも該当しないものの割合}) \\ &\quad - 0.5 \times (\text{第1号被保険者のうち当該市町村において前項のいずれにも該当しない者の割合} - \text{全国の第1号被保険者のうち前項のいずれにも該当しない者の割合})\} \end{aligned}$$

後期高齢者補正係数を設定する根拠として、第1号被保険者に占める後期高齢者の割合について、当該市町村における割合と、全国平均の割合の乖離により、要介護・要支援者の出現率に格差が生じ、ひいては給付費＝保険料基準額に格差が生じると考えられることをあげられている⁴⁰。つまり、サービス給付面の調整が意図されていると理解できる。後期高齢者加入割合補正係数は、その市町村の後期高齢者の割合が全国平均と比較して高いほど低くなり、その結果として調整交付金の割合が上がる仕組みになっている。

次に、所得段階別加入割合補正係数を設定する根拠として、第1号被保険者の所得段階別の分布状況について、当該市町村における分布状況と、全国における平均的な分布状況の乖離により、同じ被保険者数・給付費でも、保険料基準額に格差が生じることとしている。これは負担面の調整を意図しているとして理解できる。

所得段階別加入割合補正係数は、より細かな所得区分となっているが、大まかな仕組みとしては上述のとおりである。低所得者の割合が全国平均よりも高いほど補正係数の数値が下がり、標準以上の所得者の割合が全国平均よりも多いほど補正係数の数値が上がる仕組みになっている。この点は、低所得者に対しての減免措置によって保険料収入が低下することに対する調整であると理解できる。

以上のように調整交付金の仕組みを踏まえたうえで、次に調整交付金の配分状況について見ていこう。

2.2 調整交付金の配分状況

2010年度の介護保険特別会計経理状況によると、調整交付金の規模は介護保険財政全体の4.6%程度であった⁴¹。こうした全国的動向と比べ、保険者ごとの調整交付金の割合の差に着目したい。

2010年に被災6町村を除いた保険者1587団体のうち、調整交付金を受け取っていない保険者は、2010年では63団体であった。ちなみに2011年では56団体、2012年は35団体となっている。このように、調整交付金を受け取っていない保険者もある。

このような調整が行われているにもかかわらず、先行研究では地域の所得水準や県レベルの施設定員率が介護給付水準や介護保険料に影響を及ぼしているとして指摘されている(安藤(2008:106))。これを調整交付金の制度と照らし合わせて考えると、調整交付金の算定基準

⁴⁰ 厚生労働省「調整交付金の仕組み」。

⁴¹ ここで2010年のデータを扱っている理由としては、以下の章で特に2006年から2010年を分析の中心とするためである。また2011年の東日本大震災の影響で、被災地域のデータ(福島県広野町、樽葉町、富岡町、川村町、双葉町、新地町)が欠損しているという問題があるものの、1500を超えるデータを使用できるため、十分な分析が行えると判断した。

以外の施設サービスコストと、調整交付金の算定基準である高齢者の所得が介護保険の保険料に影響を及ぼしていると考えられる。

さらに、要介護出現率が保険料に影響を及ぼしているという点が先行研究及び、社会保障制度審議会介護保険部会で指摘されている⁴²。加えて清水谷・稲倉(2006)は、要介護認定者の割合(要介護出現率)が財政状況の悪い保険者では低くなることを明らかにしている。これは要介護出現率の上昇が介護保険財政を膨張させるため、それに伴い財政負担が増大することを市町村が嫌い、要介護認定を厳しくしている可能性が示されているということである。このように要介護出現率の上昇により介護保険財政が膨張すると、必然的に第1号被保険者保険料も引き上げられることになる。そのため、要介護出現率の差が保険料格差につながる可能性があるということになる⁴³。つまり、後期高齢者の分布状況に対しては調整が図られる一方、保険料により直接的に影響しうる要介護出現率については調整が行われておらず、結果として保険料格差を生じさせることになっていると考えられる。

以上のように、施設サービスコスト、要介護認定出現率、高齢者の所得水準が保険料に影響を及ぼしている現状の制度運営状況において、調整交付金の機能は十分と言えるだろうか⁴⁴。もちろん、その評価に対する絶対的な基準は存在しない。そこで調整交付金導入時

⁴² 2013年11月27日に行われた第53回社会保障審議会介護保険部会で、全国老人クラブ連合会理事・事務局長の齊藤秀樹委員は、「要介護認定でありますとか、サービスの質、または今後市町村で利用者負担を決められるという問題については、同じ財源を使いながら、場合によっては内容が伴わないで市町村間の格差が広がるのではないかという懸念が払拭できないまま、この段階を迎えているというのが今の状況ではないかと思うわけであります」と述べている(第53回社会保障審議会介護保険部会議事録)。このように、要介護認定の差が保険料格差につながり得ることが、認識されていると指摘できる。

⁴³ 介護保険料の地域間格差と要介護認定率の因果関係については、本章では十分に取り扱いきれなかったため、今後の課題としたい。しかし注11の分析からも要介護出現率が保険料に影響を及ぼしていると考えられるため、以下では要介護出現率が調整交付金の計算項目に含まれていない点を考察している。

⁴⁴ 上記の先行研究に基づき、改めて重回帰分析を行った。結果は次のとおりである。

$$\log y_i = 1.65 + 0.28 \log \left(\frac{Kyo_i}{Kn_i} \right) + 0.54 \log \left(\frac{S_i}{Sn_i} \right) + 1.06 \left(\frac{Nin_i}{N_i} \right) + 0.52 \left(\frac{sho1_i}{N_i} \right) + u_i \dots \dots \dots (1)$$

(10.7) (11.5) (8.60) (23.7) (5.82)

修正済み R²=0.35、標本規模：1575

ここで、Nは当該市町村の65歳以上人口、iはインデントとなっている。Kyoは居宅サービス費でKnが居宅サービス件数、Sは施設サービス費でSnが施設サービス件数となっている。つまり、この2つの変数は各介護サービス1件当たりのサービスコストをそれぞれ計算していることになる。次に、Ninは要介護・要支援認定者数となっている。Sho1は所得段階1の人数を示している。つまり、要介護・要支援認定者数と、所得段階1については当該市町村の65歳以上人口(N)で割り、高齢者1人当たりの割合を算出している。括弧内はt値である。標本規模が1575であるが、市町村合併等により保険料のデータが入手できなかった地域があるため、本来の保険者の数より少なくなった。

結果として、保険料に調整交付金の算定項目外の施設サービスコスト差と要介護出現率、さらには調整交付金の算定項目である低所得者の多さが影響を与えていた。

なお後期高齢者を算定項目に含めなかった理由としては、後期高齢者割合は要介護出現率と多重共線

の政策意図を一つの基準として、調整交付金の機能を考察したい。その際、調整交付金の算定基準以外の項目である施設サービスコストと要介護認定出現率が保険料に影響を及ぼしていることから、調整交付金の算定基準を後期高齢者割合と高齢者の所得水準に限定した理由について着目したい。また、調整交付金の算定項目である高齢者の所得水準が保険料に影響を及ぼしているため、その投入の量的不足が考えられる。そこで、調整交付金の投入割合が国庫負担分の25%のうちの5%に限定された理由について着目したい。

3. 調整交付金の導入過程の議論

ここまで見て来た通り、調整交付金はサービスコストの差を十分に反映させることなく運営されている。そこで、調整交付金が意図した目的について考察するために、介護保険制度の調整交付金の導入過程を分析したい。

3.1 介護保険制度成立過程における政府の政策意図と市町村の要望

介護保険制度は、1997年12月に成立し2000年度から実施されている。介護保険制度の形成過程は1989年に厚生省が提出した「介護対策検討会報告書」を始まりとし、1994年から審議会等で議論を重ねていき、1997年に介護保険法が成立するという流れになっている。その中で、市町村の役割が強調されてきた。そして保険料の決定という財源の責任を伴いながら、市町村がサービス供給を担う制度となった。こうした経緯から介護保険制度は「地方分権の試金石」であるといわれ、福祉政策の分権改革として重要な事例とされている（結城(2011:96)）。

まず、保険者が市町村に決定された経緯を簡単に見てみたい。介護保険制度の形成過程において、市町村には介護サービスの中心的な役割が期待された。特に厚生省は、地方自治体が自らの地域の特性に合わせたサービス供給を、市町村自らの努力によって達成することを期待していたと考えられる⁴⁵。同様の議論が、審議会や研究会においてもおこなわ

性が発生したため、決定係数が高くなる要介護出現率を項目にした。こうした項目を含められなかった問題はあるが、調整交付金の算定項目外の要素、算定項目が保険料に影響を及ぼしていることを指摘できた。この分析結果は先行研究と整合的であり、先行研究の指摘を改めて確認できた。

⁴⁵ 厚生省の介護保険制度実施推進本部長を務めた堤修三は、1998年に開催された日本病院会の病院長・幹部職員セミナーで、介護保険制度の狙いの一つとして市町村長に保険料、ニーズに見合うサービス基盤の整備のため、努力をしてもらうことだと述べている（『週刊社会保障』第52巻第1997号 p.26「社会的に介護サービスを提供」1998年7月20日）。

れていた⁴⁶。こうした議論の重要な点として、単純に費用抑制という効率化のみならず、各地域の特性に合ったサービスの供給が目指されていたことがあげられる。

ここで、介護保険を管轄している厚労省・厚生省の考える分権について整理しておこう。厚生省が管轄する福祉行政は占領期に著しく増大し、各地に福祉事務所などの設置義務付けを行っており、機能的な集権体制をとっていた(市川(2012:166f.))。その一方で、介護保険制度形成に大きな影響を及ぼした 1938 年に誕生した国民健康保険事業によって、地方政府が保険者としての能力を有していることから国民健康保険は長らく地方政府が管轄している(北山(2011:71))。

このように、戦後の厚生省は集権的な側面と分権的な側面の両面があり、単純に集権的であったとはいえないなかで、1980 年代から分権化が強調されるようになる⁴⁷。代表的な事例としては、1990 年の福祉 8 法改正による福祉サービスの市町村への一元化などがあげられる。ここでいう地域についての官僚の認識に関して、例えば、地域により行政の縦割りを克服するという指摘がある(香取(2017:313))。また、多様な地域状況に即した制度の推進主体、つながりの場、サービスエリアという見解もある(山崎(2017:323ff))。従って、地方分権というときには、行政的な縦割りという問題を念頭におきつつ、前例となる国民健康保険を参照しながら、介護保険制度を検討していったと見ることもできよう。

このように厚労省の地方分権論とは、市町村を保険者としたことで、地域の意見を反映した柔軟な介護サービスの供給が目標とされていると考えられる⁴⁸。

一方、先行研究で指摘があるように全国市長会、全国町村会は市町村が保険者となることに強く反発した。その理由として市町村を保険者にすることで、地域間で格差が生じることや介護保険財政が不安定になるという点が指摘されている(厚生省高齢者介護対策本部事務局(1996:43f.)、島津(2008:54)、和田(2008:92)等)。結城(2011)の整理に従えば、全

⁴⁶ 1996 年の財政制度審議会では、今後の高齢者介護制度について民間参入による効率的なサービス運用や、市町村を主軸とし安定的かつ効率的な制度運営のために国及び都道府県が支援すべきであるといった点が指摘されている(石(1996:103))。

⁴⁷ 福祉政策の展開については、横川(2014)を参照した。なお、介護保険事務は制度形成過程期の 1997 年は団体委任事務とされ、2000 年の地方分権一括法で自治事務となったが、財政構造上国費が多く投入されており、法・政省令の規定の多さから中央集権的であったが、2005 年の地域密着サービス導入など次第に分権化されてきているとしている(横川(2014:177f.))。このように、介護保険制度そのものも制度運営のなかでより分権化されてきており、以下では制度形成期頃の議論を批判的に検証していくが、その背景には時期的な被制約の問題があり、したがって実証的な分析が必要となってくるのである。

⁴⁸ 以上の議論からは、費用負担については必ずしも明確でない部分が見受けられる。1990 年代の厚生省の分権改革について武田(2006)では、1980 年代以降に生じていた福祉領域での地方政府の超過負担問題の解決が図られずに行われた 1990 年代初頭からの地方分権推進が、中央政府の福祉の財源責任を明確にしないまま基礎自治体に賄わせるという方向ですすんでいると説明している(武田(2006:228))。このように、厚労省は費用負担については中央と地方の対立構造で捉えていた可能性もある。

国町村会や全国市長会は運用面から事務負担を回避しようとしていたことに加え、財政負担が生じかねないことを懸念していたため、介護保険導入に向けて調整が必要であったと考えられる(結城(2011:100))。

そして、1996年6月に介護保険法案は一度国会への提出が検討されるが、与党三党間の調整がうまくいかず見送られるという過程をたどる。その要因として市町村を保険者とすることへの不安があった⁴⁹。実際に1996年に与党福祉プロジェクトチームが提出した「介護保険制度の試案作成にあたっての基本的視点」でも、市町村の財政的な不安を少なくする必要性が述べられている。このように、市町村が反対していた理由に財政的な不安があったと考えられる⁵⁰。

そのため介護保険の形成過程において自治体の財政的な不安を解消が求められていた。しかし、市町村の財政的な不安感を解消するために多くの国庫負担を投入するには限界があった。なぜなら、国民負担率の上昇が経済活動を阻害するため、国民負担を引き下げるべきであるが、国債には依存できないと当時の政府が考えていたためである。1997年1月の橋本総理大臣が行った行施策方針演説では次のような主張がなされている。

「財政の健全化については、平成17年度(2005年度)までのできるだけ早い時期に国及び地方の財政赤字の対GDP比率を3%以下とすること、国の一般会計においては特例公債依存からの脱却と公債依存度の引き下げを図ることなどを目標といたします。(中略)少子高齢化の進展の中で、働く世代や企業の負担の増大が経済活力を低下させる懸念を踏まえ、現在及び将来の世代の負担の抑制に最大限努力いたします。」(朝日新聞1997年1月20日付夕刊)

このように、財政再建の達成を目指しながらも国民負担率の増大により経済活力が低下することを前提として、負担の抑制を目指していた。

さらに当時の橋本内閣の目指した財政構造改革においても同様の見解が見受けられる。財政構造改革白書では、財政的な制約が強く意識されている中で、サービスを安定的に供給し、また可能な限り充実させることが目指されている。さらに、市町村の役割が重視されており、高齢者介護における地方分権を目指す見方が確認できる(石(1996))。

⁴⁹ なお、市町村から合意を得るための調整はこの時点でもなされていた。1996年5月15日に老健審に提示された「介護保険制度試案」では財政調整措置を行う際に高齢者の負担能力について特に考慮されていないが、1996年5月30日の「介護保険制度修正試案」においては高齢者の負担能力の差に応じた財政調整措置を行うとしている。この点から考えても、調整交付金は市町村からの合意を得るための一つの手段であったといえる。

⁵⁰ 1995年11月15日に行われた岡山県での老健審の公聴会で、岡山県上川町長は財政力の弱い過疎地では民間活力の期待もできないため、補助制度の見直しが必要だと述べている『週刊社会保障』第49巻第1865号p.43「介護システムの創設で介護関係者が意見陳述」(1995年11月27日)

以上のように、介護保険制度は財政上の制約が強く意識されていたためにコスト削減が強く求められつつも、市町村を主体的とすることでその地域にあった質のサービスを供給できるようにすることが目指されていたと考えられる。この点を踏まえたうえで、調整交付金の導入をめぐる議論に着目しよう。

調整交付金については、保険者を市町村に決定していく過程の中で取り扱われていた。効率的な運営を目指したとはいえ、やはり市町村からの合意を得るためには財政的な不安を解消する必要があった。そのための一つの手法として、調整交付金制度が求められていた。1997年3月12日に岡山県で行われた介護保険法案及び介護保険法施行法案の意見聴取において、岡山県の備前市の市長であった栗山史朗は介護保険財政健全化のために調整交付金の確保あるいは財政安定化基金の充実を求めている。その理由としては、当時国民健康保険財政が危機的状況にあり、新たに創設される介護保険財政が同様の状況になることを市町村は危惧していたと考えられる。

これに対し、政府側も標準的なサービス水準を決定したうえで、その水準の確保を目指していたと考えられる。1997年5月21日に行われた第140回国会厚生委員会第27号で、厚生省の江利川毅政府委員は次のように発言している。

「サービスの標準モデルがあるわけでございまして、この介護保険制度は、いわゆる標準的な給付水準を確保するというのが基本でございますから、標準的給付水準を超えて手厚い給付をするといいますのは、これは、超えた部分につきましては、市町村の独自事業で行うとか、あるいは、一号被保険者の保険料で、ある別の給付で追加をするとか、仕組み上はそうなっているわけでございます。」(第140回国会厚生委員会第27号議事録)

このように、標準的な給付水準を確保したうえで、各市町村が自らの地域の実態に合ったサービスを展開することを目指していたともとれる。こうした見解からも、調整交付金を導入すること自体には政府側も合意したものとみられる。また政府側は、国費の25%のうちの5%で十分に調整ができるというように考えていたものと思われる⁵¹。

以上のように、財政赤字解消のため当時の橋本内閣において財政抑制が求められる中、介護保険制度は市町村の財政的不安を解決すべく導入された制度の一つであったと考えられる。この後に、保険者を市町村とした介護保険法が成立した。介護保険法が成立した後

⁵¹ 厚生大臣官房審議官の江利川毅政府委員は次のように発言している。「給付費の5%に相当する調整交付金、これは国費で見ます25%のうちに入っているわけでありまして。(中略)調整交付金の少ないところ、これは所得水準が高い市町村ということになりますし、あるいは後期高齢者の割合が少ない市町村ということになります。そういう一号被保険料と調整交付金を足し合わせますとその割合はどこの市町村でも同じになるということでございまして、そういう意味で現在の仕組みで十分調整できるんじゃないか」(1997年12月2日第141回厚生委員会議事録)。

に、調整交付金についてはより踏み込んだ議論がなされている。

3.2 調整交付金の算定方法をめぐる議論

調整交付金の算定方法と調整交付金の交付割合については、介護保険法が成立した 1997 年から介護保険が実施される 2000 年までの間において様々な議論がなされている。

まずは、算定方法についての議論を見てみたい。この点は、なぜ調整要素を後期高齢者の割合と所得のみに限定するのかという点が焦点となった。政府側の見解を見てみると、1998 年 9 月に開かれた第 143 回国会厚生委員会第 3 号で厚生省老人保健福祉局長の近藤純五郎政府委員が次のような発言をしている。

「後期高齢者が多い場合には需要も多いわけでございますし、それから低所得者が多いということになりますと全体の水準も上がってくる(中略)ただ、全体の中で 25%の国庫負担をいたしているわけでございますけれども、そのうちの5%を調整交付金という形にして、後期高齢者の数でございますとかあるいは所得分布、こういったものを調整する。(中略)たくさん施設があって受益が多いところは、ある程度それに見合った御負担をしていただく必要があるわけでございますけれども、そうでなく、市町村の責めに帰せないような事情で負担が高くなる、こういったものにつきましては、この5%の国庫の交付金によりまして調整をいたしたい、こういうふうに考えております。」(第 143 回国会厚生委員会第 3 号議事録)

つまり政府側は受益と負担の関係を重視し、市町村が決定できない後期高齢者の数と所得分布については財政調整を行おうと考えていた。もちろん、後期高齢者の数や所得水準以外の要因も介護費用に影響を及ぼす可能性についても介護保険制度が成立する前から議論がなされている。高知県社会福祉協議会の中澤秀夫は、1997 年 11 月 11 日に開かれた高知地方公聴会で、「山間僻地の多いそういう地理的条件というのも、この介護保険法案の中にあります調整交付金ですか、そういうものの中でやっぱり介護保険制度全体の中でそのコストをカバーしていく。そのことによって、山間僻地の介護サービスを維持し、水準を確保していくことができるのではなかろうか、そんなふうに考えておるものでございます。」と発言している(1997 年 11 月 11 日高知地方公聴会速記録)。

このように、後期高齢者数と所得格差以外の要因が保険料水準に影響を及ぼしうるという懸念が介護保険法制定以前からあった。この点については議論が続けられていた。1999 年 6 月 8 日に開催された第 145 回国会厚生委員会第 12 号で民主党五島正規委員は次のように質問している。

「自治体間における高齢化状況の格差あるいは自治体間における所得の格差、これら二つについてはそれ

ぞれ係数を掛けて調整することになっています。この調整ではこの格差が埋まらないということであるのかどうか。」(第145回国会厚生委員会第12号議事録)

この質問に対して、近藤純五郎政府委員は、「施設、特に療養型病床群が多いところが一番影響が大きい、こういうふうに思っております。」と答弁している。この療養型病床群とは長期にわたる療養が必要な患者を入院させる施設のことであるが、必ずしも医療を必要としない高齢者が長期間入院していたこともあり、1996年6月の「介護保険制度案大綱」において介護施設への転換が目指され、2000年の介護保険法施行時に介護保険適用と医療保険適用に分類されたものである(厚生労働省(2006:5))。この療養型病床群を中心とした施設介護が介護費用を押し上げるという懸念が当時は強かったようで、施設介護から居宅介護への転換が求められていた。第145回国会厚生委員会第12号で、宮下創平厚生大臣は次のように発言している。

「施設介護が非常にウエートが高くて、特老が多いあるいは特に療養型病床群が多いという場合には、これが介護費用を押し上げて、それが結果として保険料にはね返ってくるのは計算上明らかでございます。こういったものに対して、激変緩和とかモラトリアムというような考え方にしても、国庫補助でやるということは、そういう施設介護にインセンティブを与えていく結果になりますし、自助努力で、市町村で在宅介護を一生懸命やっているところとますます格差を拡大することにもなる可能性もあるわけですね。」(第145回国会厚生委員会第12号議事録)

つまり、介護保険導入が決定した後の議論では、施設介護から居宅介護への転換が求められており、そのインセンティブを削がないためにも、サービスコストの差による調整が行いにくい状況であったとも考えられる。なお、ここでは財政的な面で施設介護から居宅介護への転換が議論されているが、この点は、サービスの質の改善という点でも期待されていた⁵²。

以上のように、調整交付金の算定要因が後期高齢者割合と高齢者の所得水準に絞られた理由としては、調整交付金以外にも国費が投入されることと、コストが多くかかるうえ社会的入院のような不適切なサービスが行われていた施設介護から、低コストでサービスの質を向上させる居宅介護への転換が図られていたことがあげられる。特に重要な点として、調整交付金によって十分な調整が必ずしも行われぬ可能性を政府側も市町村も認識していたことがあげられる。つまり、コストがかかる施設サービスが保険料を押し上げるため、施設が多い地域の保険料は引き上げられる可能性を厚生省が認識していた中で、計

⁵² 在宅サービスの整備が立ち遅れ、入居型施設サービスに偏重してきたという経緯があり、また、当時の施設サービスは「社会的入院」のような不適切な実態があったと指摘されている(和田(2007:24))。

算式が決定していったということである。

3.3 要介護認定をめぐる議論

以上のサービスコスト差に加え要介護認定出現率も調整交付金の算定項目に含まれていない点について、考察したい。要介護認定出現率は介護保険料の地域間格差の大きな要因の一つとして先行研究でも取り上げられ、さらには社会保障審議会介護保険部会においても継続的に議論がなされている。調整交付金の算定方式では、後期高齢者の割合に対して調整を行う一方で、要介護認定出現率については計算項目に含めていない。そのため、要介護認定出現率が多くなれば、その分サービス量が必要となり保険料に格差が生じることとなる。

しかしながら、介護保険制度形成過程期及び導入過程期の議論においては、要介護認定によって要介護者がサービスを受けられない恐れがあることが問題視されており、保険料格差との関係で議論されてはいなかった。その理由として、要介護認定が未知の存在であり、いかに機能するかがよく理解されていなかった可能性がある。

例えば、伊藤(1997)は要介護認定の基準が厳しくなることで要介護の状態になっても介護保険が適用されない可能性や、介護サービスが量的に不足している状況では要介護認定が介護保険適用者の抑制や費用抑制につながる可能性を指摘している⁵³(伊藤(1997:128ff.))。その上で、日本より先に介護保険を導入しているドイツで自治体ごとのサービス整備状況の差が認定率に差につながってしまっている状況を紹介し、日本でも同様の問題が生じる可能性を指摘している(伊藤(1997:130))。このように、ドイツの事例に基づいた批判も行われていた。

以上のような要介護認定が全国的で公平に行われるのかといった点のほかには、要介護認定の事務作業を誰がどのように担うのかといった点に関心が集まり、要介護認定と保険料格差の問題は制度形成過程及び導入過程では意識されていなかったと推測できる⁵⁴。

しかし今日においても、後期高齢者割合が算定項目に含まれている一方で、調整交付金

⁵³ 研究者のみならず、同様の点がメディア等でも問題視されていた。朝日新聞では「介護サービスを受けるには、市町村の介護認定審査会で『要介護状態』か『要介護となるおそれの状態』という認定を受けなければならない。本人や家族が望んでも、認定されないことがあり得る。」と指摘している(朝日新聞(1997年1月19日付朝刊))。このように、要介護認定の存在によってサービス受けられない可能性に国民の関心が集まっていた。

⁵⁴ 要介護認定の不安については、実際にサービスの生産及び供給を行う社会福祉協議会や市町村等から出されていた。1997年3月20日に行われた岡山県における意見聴取等で上述のような意見が出されている。

の算定項目に要介護認定出現率が含まれていない。後期高齢者割合が算定項目に含まれている理由としては、本章の 3.2 で指摘した通り、後期高齢者が増えることで要介護出現率が增大すると考えられているためである。その一方で、保険料格差に直接的に影響をあたえる要介護認定出現率そのものについては、調整交付金の算定項目に含まれていないのである。

このように、今日要介護認定出現率が保険料格差に影響を与えていることが問題視されているにもかかわらず、調整交付金の算定項目に含めない理由については第 4 節において考察したい。

3.4 調整交付金の交付割合をめぐる議論

次に調整交付金の投入割合が介護保険財政全体の 5%であるという点についての議論を見て行きたい。

具体的な要望としては、国庫負担の 25%は全国の保険者に配分し、それとは別枠で 5%配分を求める意見が出されていた。公明党福島豊議員は「市町村関係者からの主な要望事項ということの中には、まず一つは、調整交付金というのは国の負担の 25%のうちの 5%であるということになっておりますけれども、これは 25%に上乗せした 5%にしてほしいという要望もある」と述べている⁵⁵ (第 145 回国会厚生委員会第 12 号議事録)。

これに対し宮下創平厚生大臣は「しかしながら、4兆 2000 億とも 4兆 5000 億とも思われる総費用に対しての 5%ということになりますと、2000 億以上とかなりの額になりますね。そういうようなことでありますので、これは別枠にするかどうか」と述べている(第 145 回国会厚生委員会第 12 号議事録)。つまり財政的な問題があり、国庫からの負担を増やせない状況であったと考えられる。

また、調整交付金の投入割合が 5%であるという点は特に都市部からの反発が強かった。自民党の松本純議員は次のように述べている。

「都市部の自治体では調整交付金が 5%満額交付を受けられず、その未交付分は 65 歳以上の第一号被保険者の保険料に転嫁されることとなります。保険料の水準が高齢者の心配事になっているにもかかわらず、国庫負担金の未交付分のため保険料が上がるということに関しては高齢者の理解を得ることは難しいと現場の市町村から大きな声が上がっており、国として、25%全額、全市町村に交付できるように工夫すべきではないか。」(1999 年 11 月 9 日第 146 回国会厚生委員会第 2 号議事録)

⁵⁵ こうした要求は介護保険制度運営後にも行われている。2003 年に全国市長会が提示した「介護保険制度に関する決議及び要望」のなかでも同様の要望が提出されている。

これに対し丹羽雄哉厚生大臣は「都市部の方はどちらかというと、(中略)地方に比べると若干お年寄りの中でも後期高齢者の割合が少ないとか、それから低所得者の割合が少ないとか、こういうことから、(中略)全額行かないんじゃないか、こういうような御指摘でございますが、趣旨そのものが、要するに25%の中で特に苦しいところにそういうものを重点的に配分しよう、こういうことでございます」と答弁している(第146回国会厚生委員会第2号議事録)。つまり、この時点で調整交付金は国費の25%の枠内で行われることが既定路線となっていたことがうかがえる。

その後も、国費の25%の枠内で調整交付金が分配されることに対して議論が続けられた。2000年1月12日に医療保険福祉審議会が提出した「介護保険の調整交付金等の政令改正の答申書」において、調整交付金の財源を国費の25%の外枠として必要額を確保すべきという強い意見が出ていたことが指摘されている(年金実務(2000:37))。このように、制度が実際に運営される直前まで調整交付金を国費の25%の枠内で運営することに対し、強い反発があったとわかる。それにもかかわらず、調整交付金は国費の25%の枠内で実施されることとなり、その状況が今日まで継続している。

こうした議論の背景には、先述したとおりに政府の財政的な制約の中で費用抑制的な財政運営を行おうとした意図が介護保険財政にも強く反映されたことがあげられる。その結果、調整交付金の算定要素の議論においては効率的かつ質の高いサービスの供給が強調され、調整交付金の交付割合についての議論においては国家財政の制約が強調されることとなった。

ここまで見て来た通り、調整交付金は財政面の保障を求める市町村からの合意を得るために導入され、サービスコストが大きい施設介護から居宅介護への転換の誘因とすることが目指されつつ、財政的な制約を受け算定率が決定したと考えられる。

4. 制度導入時の意図と運営状況

最後に導入過程期の政策意図と今日の運営状況を比較したい。調整交付金は介護保険法が成立する以前は、標準的なサービス水準を全国で保障することを目的として導入された。また、標準的なサービスを上回る部分については市町村が自ら負担することを許容した制度であった。そして、その調整方法として、市町村の保険料収入確保のために所得水準の低い高齢者が多い地域へ、また、費用が増大する要因である後期高齢者が多い地域へ重点的に国費が配分される仕組みがとられた。

ここで、介護保険導入過程期における調整交付金を導入した政策意図をまとめると、以下のとおりである。

- ・標準的なサービス水準を全国レベルで保障しつつ、それを上回る部分は市町村が自ら負担しサービス水準を向上させる。
- ・市町村が調整できない後期高齢者の多さと高齢者の所得水準については国が財政調整を行う(但し要介護認定出現率の差については調整を行わない)。
- ・コストが高い施設介護から低コストの在宅介護への転換をめざすため、サービスコストの格差については調整を行わない。

このように介護保険制度は、保険制度であるにもかかわらず単純な pay as you go 原理とは異なり、市町村の状況によって生じる格差を緩和することが意図されていた。その理由は、介護保険制度が単純な保険原理によって成立しているわけではなく社会保険制度であることに加え、国、都道府県、市町村がそれぞれ財政的な負担を行う仕組みになっているためである。

つまり保険原理に加え租税による財政負担が加わることで、異なる二つ原理が介護保険制度に組み込まれ、こうした調整が行われているということである。そして、租税による財政負担という原理が介護保険制度に組み込まれているがゆえに、介護保険制度も財政制約の影響を受けることとなった⁵⁶。その財政制約が介護保険制度に影響を与えることとなった点を考慮しつつ、以下で今日の運営状況を制度導入過程の政策意図と比較したうえで評価を行いたい。

介護保険制度は、標準的なサービス水準を確保するため高齢者の所得水準に保険料が影響されないような調整を目指していた。しかし、調整交付金が投入されても低所得者の高齢者の割合が保険料に影響を及ぼしている。つまり、市町村が調整できないために本来国費で調整することが意図されていた低所得者が多い地域への配分が不十分であると評価できる。これは、当時の財政運営方針が費用抑制的であった状況が、財政負担を強いる仕組みである介護保険制度の制度に反映され、財政調整の規模が小さいことに起因すると考えられる。またこの点から見れば、齋藤・菅原・中澤(2014)が「なし崩し的」と表現している格差是正機能は、むしろ制度導入当初に目指していた高齢者の所得水準に保険料が影響を受けないようにするという仕組みに、調整交付金の機能が近づいていることを示していることになる。

一方で、先行研究の指摘の通り施設コスト差が保険料に影響を及ぼしていることが明らかになったが、施設コストの差を調整することは初めから意図されていなかった。つまり、市町村の自助努力によって施設介護から居宅介護への移行することが意図されていたので

⁵⁶ ただし国民負担率の抑制を目指していたことを考慮すれば、財政負担だけではなく、介護保険料そのものを抑制しようとしていた側面もある。

ある。そのため、施設コストの差が保険料に影響を及ぼす状況というのは、政策意図を反映した結果であると評価できる。

また、調整交付金の算定項目外である要介護出現率が保険料に影響を及ぼす可能性が考えられる。この点については、制度導入過程期には要介護出現率と介護保険料を結び付ける議論がみられなかったため、政策意図を反映したものであるかは評価が難しい。しかし、要介護出現率について予防介護等市町村が適切なサービスを自助努力で実施することで保険料を安く抑えることが意図されたとも考えられる。

例えば調整交付金が要介護出現率を算定項目に含めていない点について、介護保険制度実施推進本部事務局長を務めた堤修三は次のように述べている。「ここで注意すべきは、調整の指標は要介護者の比率ではなく、あくまで要介護状態となる可能性の高い後期高齢者の比率であるということです。これにより、市町村が適正な要介護認定と介護予防に努めるようになることが期待されています。」(堤(2010:87))。これは介護保険が実施されてから 10 年後の指摘であるため、制度形成過程期及び導入過程期にここまで意識されていたのかは明らかではない。しかしこの見解のように、市町村の自助努力によって介護費用の抑制を行うことが意図されていた可能性は強いと考えられる⁵⁷。

つまり、要介護出現率が介護保険料に影響を及ぼしている状況が認識されているにもかかわらず市町村の自助努力により介護費用が抑制できると強調されているのである。しかし二木は、2005 年の新予防給付導入に際し厚生労働省が提示した「介護予防の有効性に関する文献概要」の内容を検討し、実際には介護予防による介護費用軽減や長期の健康増進効果は必ずしも証明されているわけではないと指摘した上で、介護予防によって要介護者の発生率が減少することを目標にするのではなく、発生率が増加しないことを目標とすべきであるという小山秀夫氏の警告に賛同するとしている(二木(2007:250f.))。

介護予防に効果があるか否かをここで判断することは難しいが、仮に予防によって要介護出現率を減らせないのであれば本来は要介護認定についても財政調整を行うべきであるにもかかわらず、今日調整は行われていないということになる⁵⁸。このように介護保険制

⁵⁷ 堤のこうした見解は今日も引き継がれている。2013 年 11 月 27 日に行われた第 53 回社会保障審議会介護保険部会で慶應義塾大学経済学部教授の土居丈朗委員は「保険料が高い低いということだけを捉えて地域格差と言うべきではないと思っておりまして、つまり保険者として努力をして、それなりに要介護認定率も低く抑えられたということをもって保険料が低くなるという努力をした結果、保険料が低くなるというケースもあるわけですし、もちろん高齢者の方々が高齢化率が高くて、他地域よりも保険料が高くなるということもあるということですから、保険料が何ゆえ高いか低いかというのは、単に高齢者が多いか少ないかということだけで決まるものではないと思います」と述べている(第 53 回社会保障審議会介護保険部会議事録)。このように、要介護認定率は保険者の自助努力によって改善するもので、それにより保険料を下げることができると指摘されている。

⁵⁸ もちろん介護予防によって要介護認定発生率を増加させないことに成功すれば、保険料を低く抑えられる可能性は十分にある。しかし二木の指摘を参考にすれば、予防による介護費用抑制には限界がある

度が費用抑制的な財政運営の影響を受け、本来調整しなければいけない部分を調整できていない可能性もある⁵⁹。

以上のように、施設サービスコスト差によって生じている今日の保険料の格差は、制度導入過程期から意図されていたと評価することができる⁶⁰。その一方で高齢者所得状況が保険料に影響を及ぼしている点は、制度導入過程期の政策意図とは異なっている。このように、当初の政策意図とは異なり量的に十分な調整が行われていない理由は、当時の費用抑制的な財政運営の影響を受けたためであると考えられる。また、要介護出現率ではなく後期高齢者割合を算定基準としているため要介護出現率が保険料に影響している点は、介護費用を抑制するために正当化されている。つまり、介護費用の膨張を可能な限り抑えようという政策意図が今日に至るまで反映されているということがうかがえる。

このように、市町村からの合意を得るために必要であった調整交付金が、費用抑制的な財政運営の影響を受け、その当初の政策意図から乖離せざるを得なかったところに、今日の保険料格差が生じる要因の一端があるといえる。

おわりに

介護保険財政は保険料の格差が生じることを許容した制度であり、その結果として、先行研究の指摘通り施設サービスコストの差によって介護保険料が上がってしまう状況となっていると考えられる。この点は制度導入過程期の政策意図が反映された結果である。また、要介護認定率が保険料に影響する点は導入当初において議論がなされてはいないが、要介護認定の適正化や市町村による介護予防事業といった自助努力を促すためであると今日正当化されている。一方で、高齢者の所得水準が低い地域への調整は、当初の政策意図とは異なり、保険料に影響を及ぼさないほどの調整がなされていないと評価できる。

と考えられる。

⁵⁹ なお、本分析では十分な指摘ができていないが、高齢者を後期高齢者と前期高齢者に区分するだけでは不十分であり、高齢者の年齢別人口分布をより正確に反映させるべきであるという研究も多くある。これは、より高齢になるほど介護サービスを必要とすることになるためである(若松(2017))。

⁶⁰ ただし本章での分析の結果、施設介護のサービスコスト差ほどではないが、在宅介護のサービスコスト差も保険料格差に影響を及ぼしていた。この点については今後研究の研究課題であるが、調整交付金の量的不足により在宅介護にしても保険料が上がってしまうおそれがある一方、効率的なサービス生産ができれば保険料を引き下げることができるという可能性がある状況だと考えられる。つまり、在宅介護のサービスコスト差が保険料に影響する点も、基本的には調整交付金の量的不足と、費用抑制的な財政運営を行おうという政策意図が反映されたものと捉えられる。

こうした制度導入当初の政策意図は今日において様々な問題を露呈しつつあるように思われる。まず、調整交付金が算定項目にしていない施設サービスコストの調整を市町村が自ら行えるのかについて、安藤(2008)で指摘がなされている通り、疑問が残る⁶¹。

したがって、調整交付金の妥当性を分析するにあたり、施設サービスの費用削減が市町村にとって可能であったのかについての分析が必要である。そこで、第2章において施設サービスの政策についてみていく。

⁶¹ さらに、制度導入当初の政策意図は明確でないが、要介護出現率が保険料に大きく影響を及ぼしているため要介護度が、市町村財政の状況に左右されるという指摘もある(清水谷・稲倉(2006))。

第2章 介護保険財政における療養病床改革⁶²

—介護保険調整交付金の算定基準の妥当性の検討—

はじめに

制度形成過程について扱った第1章では、「施設から在宅への転換」を政府が意図したために、調整交付金の算定式に保険料格差の要因である施設サービス費が組み込まれていないことを明らかにした。しかし制度導入後の制度運用において地域間の保険料格差が拡大の一途をたどる中で⁶³、施設サービスの削減が市町村自らによって調整できる要因か否かについて、検討の余地がある。

そこで本章では、施設サービスの削減が市町村にとって可能な目標であったのか検証するために、介護保険の施設サービスの一つである介護療養病床(以下、療養病床)の動向に着目する⁶⁴。特に療養病床に着目する理由として、療養病床は、在宅介護が難しい重度要介護者にとっての受け皿となっている一方で、利用者一人当たりの費用が大きいため抑制の対象とされており、論争の一つとなってきたことがあげられる。まずは分析に先立ち、介護保険の施設サービスの3類型についてみておこう(図表2-1)(厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会(以下、介護給付費分科会。)(2017))。なお、医療に重点を置いた医療保険適用の療養病床があり、それについては本章では医療型療養病床と表記することとする。

図表2-1の通り、療養病床は医療サービスが必要な要介護者のための施設であり、医師や看護職が配置されているという特徴を持つ施設である。医療も提供していることから、重度要介護者が入院していることが後述の通り指摘されている。以上を念頭に、まずは施設から在宅への転換についての先行研究を整理し、療養型施設サービスの動向についての先行研究をまとめたうえで本章の問題を明らかにしよう。

⁶² 本章は、市川樹(2022)「介護保険財政における療養病床改革—介護保険調整交付金の算定基準の妥当性の検討—」『エコノミア』第72巻第1号に加筆修正したものである。

⁶³ 厚生労働省(2018b)による。

⁶⁴ 施設サービスは介護保険財政上、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3つに区分されてきた(厚生労働省(2018a))。本論文ではこの3つを「介護保険3施設」と明記する。介護療養型医療施設は重度の要介護者を介護してきたため長期に在院することが多く、死亡退院が多かった。

図表 2-1：介護保険施設サービスの3類型

	老人福祉施設 (特別養護老人ホーム等)	介護老人保健施設	介護療養病床 (以下、療養病床)
概要	要介護者のための生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設	長期療養を必要とする要介護者に対し、必要な医療・介護を供給
施設基準(医師)	必要な数	利用者 100 対 1(常勤 1 名以上)	利用者 48 対 1(3 名以上)
施設基準(介護職)	3 対 1	3 対 1	6 対 1(看護職合わせ 3 対 1)
面積(m ²)	10.65	8.0	6.4

1. 先行研究の整理

市町村ごとの施設介護サービスの差が保険料の格差を生じさせる点については、第1章の通り、制度導入以前から議論がなされていた。そのなかで、本章では施設サービス費を引き上げる要因である療養病床について検討していくが、先行研究においては、在宅サービスが施設サービスの需要を吸収することができていない問題が多く指摘されている(池田(2011)、中越等(2014a、2014b)、結城(2008)等)。そのため、市町村の選択によって施設から在宅へ転換することが困難であり、その結果市町村には保険料格差を解消できない可能性が考えられる。すなわち、調整交付金の算定式に施設サービス費が含まれていないことを正当化できないということになる。

しかし、今日介護保険が実際に運営されていく中で様々な問題が審議会や国会で指摘され、政府は地域密着型サービスの新設や医療と介護の見直しなど、施設サービス以外の供給体制の充実を図るといった対応をとってきている。そうした中で、施設から在宅への転換が実質的に不可能であるとする上記の分析は、政府の在宅サービス重視の対応に問題がある点を指摘していると評価できる一方、政府がその対応を長年にわたり維持している理由を説明できないという限界を抱えている。

そこで政府の政策意図について考察していく必要がある。政府が市町村による施設サービスの削減を困難であるとしていた場合、調整交付金の算定式に施設サービス費を含めていない点は問題視されよう。他方で、施設サービスの削減が市町村によって実現可能であるというコンセンサスがとれている場合、調整交付金に施設サービス費を含めないこ

とは正当化されるであろう。

施設サービスと在宅サービスの関係について政策意図にまで分析視野を広げた田近・菊池(2003)は、当初の厚生省の推計よりも居宅サービスが増大している点を根拠とし、施設サービスの供給不足を居宅サービスが代替していると説明している(田近・菊池(2003:185))。この分析は、政府の意図にまで踏み込んだうえで施設サービスの不足という問題提起を行っている点について評価できる。しかし、政策変更の可能性があるなか、当初の推計のみに依拠することの妥当性と、在宅サービスを重視している政府の目標と異なり施設サービスが不足しているとしている点について検討が必要であろう。

また、上述したすべての研究に対して指摘できる点であるが、施設サービスは老人福祉、老人保健、療養病床の3つがある点も注意すべきであろう。本章では、施設から在宅への転換が市町村にとって実行可能な政策であるかについて明らかにするため、保険料を引き上げる要因として指摘され、廃止の方針が取られているにもかかわらず今日まで存続している療養病床に着目し検討を行う。

療養病床に関して、政策形成に携わった元厚労省官僚の和田勝の分析では介護保険が運営される中で療養病床が削減されることが決定した理由は、社会的入院を解決しつつ医療費を削減することが目指されたためであるとしている(和田(2007:145))。さらに、同研究では療養病床の削減が社会的入院の解消という問題と費用削減という地方財政の問題の両方の解決を目指したことを明らかにしている。しかしこうした決定がなされた背景を説明する際に登場するアクターが医療現場と地方自治体に限られており、政策決定のプロセスが十分に明らかになっていないという限界を抱えている。

さらに時代被制約性の問題として、同研究では療養型サービスが当初拡充を目指されていたものが、削減されるに至った理由までは説明されているものの、今日まで療養病床が存続している理由が不明であるという問題があげられる。

比較的最近の療養病床の廃止に関する分析として2017年度改革に際して連載された『厚生福祉』の記事では、医療保険を財源とする医療療養病床と介護保険を財源とする療養病床があるという複雑な状況を療養病床の廃止・転換によって制度上すっきりさせようという狙いと、コストがかかる仕組みを是正することを目指したとしている(介護保険等改正研究会(2017a:4f.))。また同記事では、廃止・転換が進まなかった理由として、日本慢性期医療協会が2013年にまとめた「12年度老人保健健康増進事業」における療養病床をもつ医療機関に対する調査結果を引用し、「転換する予定がない」、「未定」の理由として制度の見通しが不透明、地域で療養病床が必要とされている、転換後の施設経営の見通しが立たない(経営状況が悪化する恐れがある)といった内容を掲載している。さらに、利用者の視点として厚労省の「入院医療等の調査(2014)」を引用し、退院できない最多の理由として「家族による介護は困難であり、入所先の施設が確保できていないため」であったこと等の要因を挙げている(介護保険等改正研究会(2017a,2017b))。

これらの指摘は、制度の整合性と財政抑制を目指したという政府の意図が明確になっている点、転換がうまく進まなかった理由として運営側が直面している問題と利用者側の状況を説明しているという点で評価できる。しかし、使用されている資料は審議会でも用いられているものもあるため、政府側も療養病床の廃止が困難であると認識していたと考えられる。それにもかかわらず、政策を抜本的に変更するわけではなく、廃止の延期にとどめている理由を説明できないという限界がある。

以上から本章では、療養病床の廃止の決定とその存続が決定された政策形成過程を分析する。その際、先行研究では制度形成に係わったアクターを限定してとらえていることを踏まえ、厚労省を中心に自治体、経済アクター、医療・介護関係者の政策意図まで考察する。そのうえで、療養病床の導入当初の役割、廃止が決定された理由、廃止の延長を繰り返している理由についての各主体の政策意図と、その合意形成過程を明らかにすることを目標とする。こうした分析を通じ、施設サービス費を市町村の責によらない財政力の差とみなしていない現状の調整交付金の正当性を考察していこう。

なお厚労省の政策について、「政策決定のプロセスも行き当たりばったりで、でき上がったプランは全く机上の空論であった」という批判がなされることがある(療養病床の在り方等に関する特別部会(2016))。本章では、政策決定過程を分析することで、こうした批判がなされる理由についても考察する。

以下では、まず第2節において施設サービスの動向についての統計情報を確認し、第3節で制度形成過程を分析し、第4節で療養病床改革の結果生じている問題について考察しよう。

2. 施設介護サービスの動向

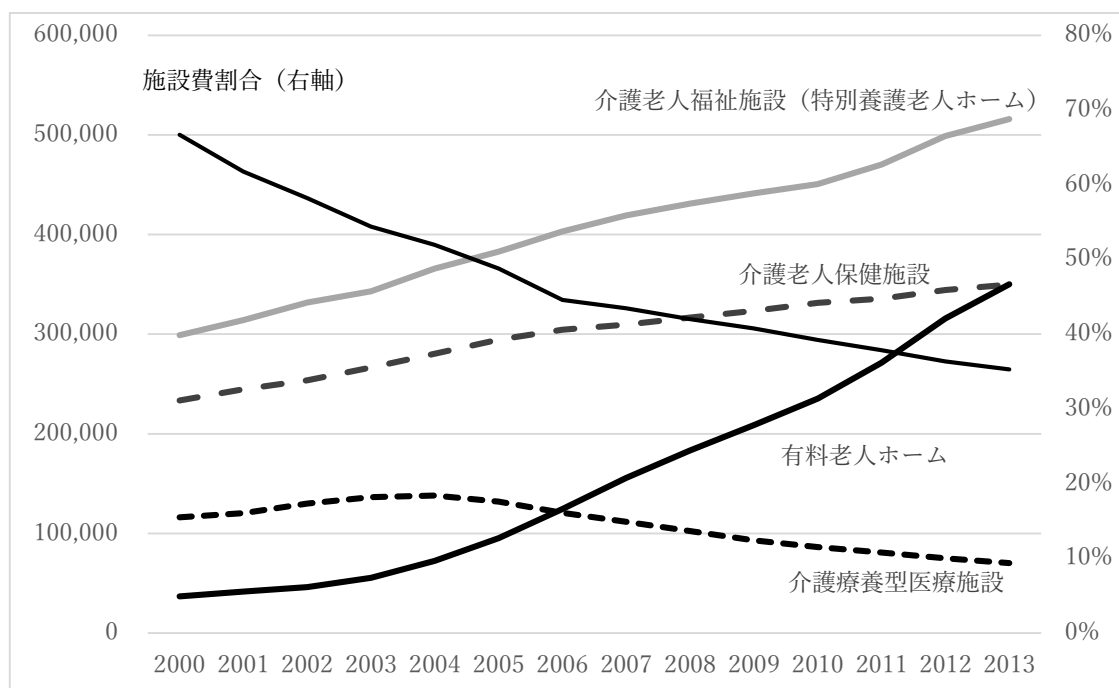
施設介護サービスの動向を施設数、費用、重要な制度改正から確認する。

まず、施設数と費用面から見てみよう。図表2-2は介護保険3施設と有料老人ホームの利用状況の推移(左軸)及び、施設費用が介護保険の費用全体に占める割合(右軸)を示している。社会保障審議会の介護給付分科会で使用された図の一部を、筆者が修正したものに「介護保険事業報告書(各年)」の値を加えたものである。左軸は件数と人数とを示しているため、留意されたい。ここから次の2点を指摘できる。

第一に、施設サービス費用が介護保険財政全体に占める割合は介護保険導入以降、継続して減少しており、この点から「施設から在宅への転換」が達成できているようにも見える。ただしこれは、在宅サービスなど他の費用が施設費用以上に伸びたことに起因している。図2と同期間の具体的な数値を、厚労省「介護保険事業報告書(年報)」の2000年度から2013年度までの各年のものを確認すると、2000年度に居宅サービスの介護費用総額は

1兆2081億円、施設サービスの介護費用総額が2兆4192億円であったものが、2005年度に居宅サービス費用が3兆2335億円、施設サービスが3兆0774億円と逆転し、2013年度には在宅サービスが4兆7689億円、施設サービスが3兆1241億円と推移しており、施設サービスの伸び以上に在宅サービスが伸びていることがわかる⁶⁵。

図表 2-2：施設サービス、有料老人ホーム利用者数の推移(左軸)及び施設費用の割合(右軸)



注1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月分)【H14～】(定員数ではなく利用者数)」による。

注2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスを合算したもの。

注3：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。

出所：社会保障審議会介護給付費分科会（2018）「施設・住居系サービスについて」（2018年4月28日第100回会議資料）及び「介護保険事業報告書(年報)」（2000～2013年度）より作成。

第二に、病床型施設の役割の低下と有料老人ホームの役割の大幅な増大が確認できる。なお、有料老人ホームは施設費用にカウントしていないため、実際には施設サービスに近

⁶⁵ ここでは、「介護給付・予防給付」の費用額を1億円未満四捨五入したものを使っている。なお、同資料では2000年の値は2000年4月から2001年2月の累計、それ以降は各年3月から翌年2月の累計となっている。

いにもかかわらず、介護保険財政全体のうちに占める施設費用の割合が減ったように見えるという問題もある。各値の年平均増加率をみると、介護老人福祉施設が4.3%、介護老人保健施設が3.2%、病床型施設が△3.8%、有料老人ホームが18.9%とそれぞれ変化している。

次に療養病床にかかわる政策の重要な改正を見ていく。まずは、重要な制度改正を列挙すると、以下の通りである⁶⁶。

- ・2000年4月 介護保険制度導入
- ・2005年改正 介護予防の重視、施設給付見直し等
- ・2006年6月 2012年3月末(2011年度末)に療養病床廃止を決定
- ・2011年改正 地域包括ケア重視の方針決定、療養病床廃止延長(新規指定は行わない)
- ・2014年改正 医療と介護の連携強化、特別養護老人ホームを中重度要介護者に重点
- ・2016年改正 介護医療病院の創設、介護療養病床の経過措置を6年延長

注目すべき点として、介護保険導入からわずか6年後の2006年に療養病床の廃止が決定するにもかかわらず、繰り返し廃止延長が行われている点、医療との連携の模索等があげられる。医療改革については、療養病床が重度要介護者を対象とし医療の提供もサービスに含まれていることから、介護保険の中で特に関係が深いと考えられる⁶⁷。そのため、適宜医療改革を含めた社会保障改革全体についても分析の対象に含めることとする。

以上を念頭に、療養病床の量的な変化が起きた経緯について政策形成過程を明らかにしていこう。具体的には介護保険導入後に療養病床が拡大していたが、それが2005年以降になると件数・費用ともに減少していくことになった点に着目し、介護保険導入当初の療養病床の役割が変化した経緯を厚労省の政策意図を中心に明らかにしていく。そのうえで2006年に療養病床の廃止が決定されたにもかかわらず残存している経緯について考察しよう。

3. 療養病床施設廃止に向けた取り組みとその限界

本章では特に介護保険制度の運営について具体的な議論がなされていた2つの審議会に着目していく。具体的には、社会保障審議会の介護給付費分科会と介護保険部会である。

⁶⁶ 厚生労働省(2018a)及び厚生労働省ウェブページ各項目より作成。

⁶⁷ そもそも介護保険は、高齢者医療費の増大との関連で導入が検討されてきた面があり、医療改革との関連は強いと考えるべきであろう。

一つ目の社会保障審議会の介護給付費分科会は⁶⁸、厚生労働大臣の下に置かれた社会保障審議会の下で介護保険の介護報酬を中心に介護給付に関係する審議を2001年10月22日から行っている。もう一つの介護保険部会は社会保障審議会の下に置かれ⁶⁹、介護保険法の規定にある介護保険制度の見直しのために設置され、2003年5月27日から議論を行っている。両者の違いは、介護給付費分科会が介護保険の運営状況に基づいて介護報酬の見直しを中心に議論しているのに対し、介護保険部会は制度導入当初5年ごとに行われることになっていた介護保険全体の見直しを行うために設置された部会である点があげられる(介護給付費分科会(2001a)、介護保険部会(2003a))。

療養病床の廃止に向けた議論は介護保険部会でも問題提起はなされるものの、基本的には介護給付費分科会で行われている。これは、介護保険部会が5年ごとの見直しを検討するために会議の開催が改訂の2年前の2003年から行われていたのに対し(介護保険部会(2003b))、介護給付費分科会は介護保険が導入されてから継続して議論がなされていることに起因するであろう。

一方、療養病床の廃止延期に関しては、介護保険部会で詳細が検討されている。これは介護保険制度の改定が2005年以降3年おきに行われるようになったことで、介護保険部会がより頻繁に行われるようになったことが第1に考えられる。さらに政権交代の影響として、民主党政権期には介護保険部会では従来と同じく介護保険全体の見直しに加え社会保障・税一体改革の介護保険に関連する内容をも議論していたことが影響していると考えられる。

本章では、こうした両審議会の役割の違いを念頭に置きつつ、さらに審議会での決定が必ずしも厚労省の政策意図であるとはせず、審議会を各アクターが意見表明を行う機会の場であり、かつ意見調整が行われた場としてとらえることとする。さらに、両審議会以外にも国会、審議会以外で提示した資料などを通じて各アクターの意図を可能な限り明確にしたうえで、審議会を中心とした合意形成過程を明らかにしていくこととする⁷⁰。

⁶⁸ 詳細は、厚労省ウェブページ「社会保障審議会(介護給付費分科会)」(議事録等一覧)(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698_old.html)。

⁶⁹ 詳細は、厚労省ウェブページ「社会保障審議会(介護保険部会)」(議事録等一覧)(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126734.html)。

⁷⁰ 審議会での最終的な決定が行われるわけではなく、最終的には国会で決定が行われている。療養病床の廃止の決定は審議会である程度方向性が決められるが、廃止の延期については審議会報告書では明確な結論を出しておらず、最終的には政治的な決定が下されている(詳細は後述)。この点から、必ずしも合意形成が審議会で行われるわけではない点が重要であるが、意見調整や意見表明の場として機能していることも重要である。

3.1 介護保険制度導入直後の療養病床施設の拡充に向けた議論

まずは療養病床が導入された直後の議論に着目し、そもそもの療養病床の位置づけについて考察しよう。2001年11月5日に行われた介護給付費分科会の第2回審議会の配布資料において、療養型施設が医療保険との間で機能分化が必要であること、病床数が当初の計画では194,304床を目標としていたにも関わらず119,293床にとどまっていることが指摘されている(介護給付費分科会(2001b))。そして、医療保険との機能分化を重視する必要があるとされつつも、「社会的入院」への対応のためにサービス基盤の不足を克服すべきという視点から、療養型施設を含め施設を増設すべきと健康保険組合連合の下村健委員が主張している(介護給付費分科会(2001c))。そうした指摘に対して、厚労省側も市町村の保険料が上昇する可能性を懸念しつつも、医療との役割分担を明確にしながら整備を進めていくべきであると述べている。2001年12月10日に開催された第3回部会でも同様の指摘がなされており、療養病床の医療から介護への転換が議論された(介護給付費分科会(2001d))。例えば経団連専務理事の矢野弘典委員が療養病床への転換の目標達成率のばらつきが生じている理由を質問し、それに対し、厚労省側は明確な原因はわからないとしている⁷¹。このように、当初の目標よりも療養病床が少ない点が問題視されており、その点は多くのアクターが共有していた。ところで全国市長会の喜多洋三委員が療養病床で医療と介護の混同が生じている点を指摘しているように、医療と介護の役割分担の問題が早くも指摘されている点も、後の議論との関係において重要である。

こうした議論の背景には、高齢者医療費の削減への期待があったと考えられる。この点は国会の議論に目を向けることで明らかとなる。2001年6月13日の決算行政監視委員会議事録によれば、療養病床群への移行により医療費が下げられるのではないかという質問に対し、大塚義治厚生労働省保険局長は療養病床への転換が進めば医療費の削減につながると回答している(衆議院(2001))。このように、当初介護保険制度の療養病床は医療と介護の混同を指摘されつつも医療費の削減につながると期待されていたということがわかる。

3.2 療養型サービス抑制・廃止に向けた議論

3.2.1 主要アクターの見解

一方で介護保険財政の膨張の問題も早くから指摘されていた。例えば2002年5月13日

⁷¹ なお、経団連矢野委員は同会議で財政の健全性の必要性も指摘しているが、ここでは療養病床の削減については言及していない。

に開催された第9回介護給付費分科会で、全国町村会から資料が提出され、その中で療養病床が介護保険料高騰につながるため医療保険適用のみにすべきであると指摘されている(介護保険給付分科会(2002a))。しかしこの見解は、2002年11月18日に開催された第16回介護給付費分科会で日本療養病床協会の木下毅委員が指摘しているように、医療と介護のサービス内容の区分が容易でないために医療保険と介護保険のすみわけが難しい点などから賛同を得られなかった(介護保険給付分科会(2002b))。こうした介護保険の膨張については2003年から介護保険制度見直しに向け始動し始めた介護保険部会においても検討されている。2004年1月26日に開催された第8回介護保険部会で、介護療養施設での利用者の伸びが他の施設サービスよりも大きく費用の伸びも大きいこと、介護療養型医療施設の平均在所期間が長い点が問題視された(介護保険部会(2004))。この2004年頃から介護保険財政の膨張が重要視されるようになった。以下では各アクターの政策意図を明らかにしたのち、適宜介護保険部会での議論も必要に応じて参照していくが、療養病床の廃止決定の契機となったのは介護給付費分科会の議論であったため、そちらを重視して分析を行うこととする(介護保険給付分科会(2006e))。

まずは、厚労省側の政策意図に着目しよう。厚労省は制度を運営していく中で、省内でいくつかの審議会を設け、介護保険の在り方についての議論を行っており、各審議会においても明示的に見解を示す機会も少ないため厚労省の意図はわかりにくい面がある。そこで療養病床の廃止が決定される2006年よりもさかのぼったうえで厚労省の政策意図を明らかにしていこう。まずは厚労省老健局長の私的研究会として設置された「高齢者介護研究会」(座長：さわやか福祉財団理事長堀田力)が策定した「2015年の高齢者介護」(2003年6月26日)に厚労省の見解の原点を見出すことができる(厚労省高齢者介護研究会(2003))。ここで介護保険財政の膨張に言及がなされているが、その要因を軽度要介護者の増大と指摘している。そして施設介護を重度の要介護者に特化させていくこと、在宅サービスのさらなる充実と施設・在宅サービスの負担の不平等さの解消することが目指されている。また施設サービスの過剰な需要は在宅サービスが不十分であることに起因すると指摘され在宅サービスのより一層の拡充を求めている⁷²。

以上から、実態として要介護者を在宅サービスでは支え切れていないとする先行研究の指摘と同様の視点を厚労省側も持っていたことがわかる。また2003年時点では介護保険財政の増大も問題視されているが、ここではその対策として施設サービスの診療報酬を引き下げることと在宅サービスの診療報酬を引き上げることが指摘するにとどまっている⁷³。

⁷² 具体的な方向性としては、医療サービスとの連携や24時間体制により在宅サービスを施設サービスと同様の安心感のあるものにしようというものである。こうした方向性に従い、地域密着型サービスが新設されることとなった。

⁷³ 制度の持続可能性を高めるために将来を見据えた思い切った改革が必要であるという記述があるが、その具体的な内容にまでは踏み込んでおらず、給付の効率化と重点化という抽象的な方向性が示される

こうした診療報酬の変更は、施設と在宅サービスの負担の不平等さの解消を目指しつつ、在宅サービスの質の向上と施設サービスの費用抑制を目指したものと考えられる。こうした主張に、財政抑制の論理が加わることとなる。

財政抑制を強調する見解は、2004年7月30日から2006年5月26日まで実施された「社会保障の在り方に関する懇談会」において具体的に見出すことができる(社会保障の在り方に関する懇談会(2004a))。この懇談会は、社会保障改革全般に影響する議論を行っていた内閣官房長が主宰し、厚生労働大臣が補佐する形で、石弘光税制調査会会長や労使代表者、財務大臣等が参加した。

そして施設介護のホテルコストの見直しと地域密着サービスの必要性、予防システムの確立と医療と介護の役割分担については第3回懇談会で言及がなされている(社会保障の在り方に関する懇談会(2004b))。特に老人医療費の地域間格差を問題視し、療養病床でなくても対応できる患者が医療保険分で約43%、介護保険分で約36%であるとしている(社会保障の在り方に関する懇談会(2004c))。また保険料負担の上昇への企業の不満を示すアンケート結果が提出されるなど、社会保障費全体の膨張が問題視された(社会保障の在り方に関する懇談会(2004d))。他にも「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」や、政府・与党医療改革協議会の「医療制度改革大綱」で費用削減の重要性が指摘されていたことも検討された。ここでは「2015年の高齢者介護」において主張されていた地域密着サービスの新設などについて共通点がみられる一方で、当時の政権が強調していた費用抑制が重視されたことが確認できる。

このように社会保障費の膨張が問題視されるなかで、介護保険においては費用が大きいとみなされた療養病床に対し、医療保険との役割分担の重要性や将来的な在り方の検討の必要性等が介護給付費分科会内で議論された。そして2005年12月13日の「平成18年度介護報酬改定に関する審議報告」において、厚労省の見解を示す必要性が委員から指摘された(介護給付費分科会(2005e))。それを受け、2005年12月21日に厚生労働省が医療・介護の一体的見直しを行い2012年度までに体系的な再編を進める中で介護保険の療養病床の廃止を検討するとした(介護給付費分科会(2005g))。そして2006年1月26日の第39回介護給付費分科会で厚労省は自身の見解として「療養病床の将来像について」を提出した(介護給付費分科会(2006a))。概要をまとめれば次の通りである。

「療養病床の将来像について」の概要

1. 我が国の医療提供体制をめぐる課題

- ・ 諸外国に比べ人口当たり病床数が多い、平均日数が長い

にとどまっている。また、同様の指摘を介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」(2004年7月30日)においても確認できる(介護保険部会(2007))。

- ・急性期病院への人員再配置、急性期から在宅医療へのトータルの治療期間短縮
 - ・平均在院日数短縮に向けた取組
 - ・医療機能の分化・連帯、在宅療養の推進、療養病床の転換支援(老人保健施設、居住系サービス)
2. 療養病床の再編成
- ・療養病床の医療保険適用、介護保険適用
 - ・入院患者の状態が変わりがなく、入院の必要性が低い患者が入院
 - ・医療の必要性が高い場合は医療保険、低い場合は在宅・居住系・老健施設で対応
3. 療養病床の転換
- ・医療保険・介護保険療養病床を老人保健施設等への転換支援を行う
 - ・医療保険については都道府県、介護保険については市町村が主体

このように 2012 年度に介護及び医療の療養病床のうち医療が必要な患者については医療保険適用とし、医療の必要性が低い者については老人保健施設と有料老人ホームや在宅サービスを利用し、療養病床については廃止するとしている。そして、療養病床から老人保健施設への転換については、条件の緩和措置をとることとしている。

また、療養病床についての統計情報が示され、医療療養病床と療養病床との差や、介護保険 3 施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床）の差について参考資料が添付されている。その中で、介護保険の療養病床において、医師による直接医療提供の必要のない患者の割合が 50.1%に上り、平均在院日数が 693 日に及ぶことを説明している。そのうえで、一人当たり毎月の費用額について、介護保険の療養病床が 44.2 万円、医療保険の医療療養が約 49 万円、特別養護老人ホームが 31.9 万円、老人保健施設が 33.3 万円となっていることを説明している。

このように厚労省は入院日数の長さ、すなわち社会的入院の解消のために医療を含めた改革の中で療養病床を他の施設へ転換していくことを目指していた。重要な点として「2015 年の高齢者介護」にみられるような重度の要介護者を施設に特化させるという点や「社会的入院」の解消という目標が引き継がれている一方、「社会保障の在り方に関する懇談会」で議論されたような費用抑制を意識した部分もみられることがあげられる。

こうした厚労省の考え方に対する他のアクターの反応を、「2015 年の高齢者介護」が提出された 2003 年以降について見ていこう。まず市町村の見解として全国市長会が 2004 年 6 月 9 日に取りまとめた「介護保険制度に関する要望」において、予防の充実と施設と在宅サービスの均衡を図るためにホテルコストの徴収や利用者負担引き上げなどを提案していることが確認できる(全国市長会(2004b))⁷⁴。この点は、厚労省に賛同していたことがわ

⁷⁴ なお、同年 4 月 14 日に全国市長会が提出した「介護保険の基本的見直しに関する意見」でも同様の

かる。一方で市町村は、サービス事業者の決定を都道府県が行っていることを肯定的に評価しながらも⁷⁵、グループホームや有料老人ホームが急増し、財政を圧迫していることを問題視している(全国市長会(2004a))。また同資料で、低所得者対策の必要性なども主張していることから、市町村は財政的な負担の増大に懸念を示していることがわかる。そして後述の通り、市町村が費用抑制を積極的に主張していくことになる。

一方で経団連は、2004年4月20日に発表した「介護保険制度の改革についての意見」において、「社会的入院については、療養病床から介護施設への移行を進め、適正なケアや報酬の設計でサービスの質の向上と給付の効率化を図るべきである」とした意見を提示している(日本経済団体連合会(2004))。さらに「介護費用が急激に増加」としていることを問題視し、費用を抑制するための一つとして療養病床の転換が論じられている。

この時点で、経済アクターが積極的に費用抑制を求め、市町村は財政膨張を懸念し、政府与党や財務省、厚労省も費用抑制に賛同していたことから、費用抑制という目標は、広く共有されていたといえる⁷⁶。

こうした費用抑制のための療養病床の抑制という方針に反対していたのが、医療関係者である。具体的には介護療養型で医師が果たしてきた役割を強調し、介護難民が出てくる危険性を訴えている(介護給付費分科会(2006b))。医師会が発行している「日本医師会ニュース」では、2004年10月29日の介護保険部会において、医師会の野中博常任理事長が財政面のみから議論が進められていることに抗議するために途中退席したことを伝えている(日本医師会(2004))。

3.2.2 療養病床廃止の決定に至る議論

以上のアクターごとの政策意図の違いを念頭に、合意形成過程を見ていこう。

2005年11月25日の第35回介護給付費分科会から療養病床の廃止について集中的に議論が行われている(介護給付費分科会(2005a))。同会において厚労省が用意した資料のなかで、療養病床の医療と介護の役割分担の検討の必要性、医療保険適用分を含め本来入院が

指摘がなされ、また、グループホームや有料老人ホームが介護保険事業計画の目標値を超えているために保険財政を圧迫しているという指摘を行っている(全国市長会(2004a))。

⁷⁵ この点について安藤(2007)では、サービス事業者の決定を市町村ではなく都道府県が行っているために、主体的な決定がなされていない可能性を指摘しているが、市町村側にとってはそのことが市町村の主体的な決定を阻害しているとみているわけではなく、実際に制度運営を行う中で必要であると認識していることがわかる。

⁷⁶ この見解は国会でも共有されており、例えば2006年2月24日の衆議院厚生労働委員会では自民党大村秀章議員が、病床転換の必要性を社会的入院の解消及び限られた資源の有効活用と説明している。

必要のない入居者が 3 割近くいることなどが示されている(介護給付費分科会(2005b))。この時点では、廃止の必要性までは議論されず、あくまでも現状の説明にとどまっている。

2005 年 12 月 7 日の第 36 回介護給付費分科会でさらに踏み込んだ議論が行われている(介護給付費分科会(2005c))。ここではまず介護保険料の高騰の原因の一つとして療養型施設があげられ、一人当たりのコストが他の施設と比べて高いことや、医療の分野と混同していることなどが療養病床の問題であるとされた。さらに、「官から民へ」の可能性の模索として療養型施設から医療付きの有料老人ホームへの転換も考える必要があるという主張も登場した⁷⁷。

こうした議論に医師会は強く反発しており、野中博常任理事は社会的入院が解決していないにもかかわらず、廃止ありきの議論になっている状況に苦言を呈している(日本医師会(2006a))。さらに、本来介護を受けるべき患者が医療を受けているという状況と医療型の療養病床の診療報酬改定による減収の結果、介護難民を抱え続けることが不可能になってきているとも指摘している(日本医師会(2006b))。

これに対し、全国町村会会長の山本文男委員は医療と介護の役割分担の明確化、一人当たり費用の大きさから療養病床を廃止すべきと主張している(介護給付費分科会(2005c))。また、龍谷大学の池田省三委員は療養病床の多さが保険料高騰につながっている点を指摘し、全国町村会の意見を擁護している。

その後 2005 年 12 月 13 日に開催された第 37 回介護給付費分科会で、名古屋学芸大学学長の井形昭弘委員は、厚労省が療養病床の在り方の基本的な考え方を早急に示す必要があるとし、経団連からそうした検討の際には費用抑制を重要視すべきであると指摘している(介護給付費分科会(2005d))。こうした指摘をうけ厚労省は 12 月 21 日に療養病床の廃止を打ち出した。ただし大まかな方針であったため、各議員から具体的な内容を提示するように求められた(介護給付費分科会(2005f))。

そして上掲の厚労省が提出した「療養病止の将来像」に対する議論が、2006 年 1 月 26 日の第 39 回介護給付費分科会で行われている(介護給付費分科会(2006b))。ここで日本療養病床協会会長の木下毅委員と日本医師会の野中博委員が、入院している患者の受け皿がない点などから療養病床の廃止に強く反対している。それに対し、厚労省側は在宅を重視する点を強調した。この厚労省の主張を補強するものとして池田省三委員により療養病床の多い地域で訪問介護が少なくなるという説明を行い、療養病床が社会的入院の解消や医療を含めた在宅サービスの充実の妨げとなっているという指摘をしている。

そして 2006 年 3 月 9 日の第 40 回介護給付費分科会で最終的な議論が行われた(介護給付費分科会(2006c))。ここでも木下委員と野中委員は療養病床の必要性を強調している。それに対し、市町村側は医療と介護の役割分担の明確化を利用者側の混乱を避けるために

⁷⁷ 龍谷大学池田省三委員発言。ただし、あくまで可能性の一つとして言及している。

必要であるとし、医療保険型の療養病床のみにすべきとしている。最後まで医療・福祉関係者は入院患者の受け皿などの問題から反対していたが、審議会においてそれに同調する見解は見られなかった。

このように、社会的入院の解消、医療と介護の役割分担、費用抑制という点が賛同され、医療・福祉側の主張が賛同を得られなかったことがわかる。以上のような議論を経て、2006年2月10日に国会に提出された「健康保険法等の一部を改正する法律案」に、療養病床の2011年度末の廃止が盛り込まれ、2006年6月14日に可決され、介護型療養病床の廃止が正式に決定された(介護給付費分科会(2006e))。この国会での決定を受けて、2006年6月28日に開催された介護給付費分科会で療養型病床の廃止に向けた議論が行われた。

具体的な内容について、後述する「介護施設等の在り方に関する委員会」の第1回資料に基づいてまとめると、図表2-3の通りになる(介護施設等の在り方に関する委員会(2006b))。

注目すべき点として、医療介護全体で3000億円程度削減できるとした具体的な費用削減の数値が掲載されていることがあげられる。この試算については議論が起きたが、厚労省はその正当性を主張している(介護施設等の在り方に関する委員会(2006a))。さらに「療養病床の将来像について」と同様に入院日数の長さを問題視しているが、「医療費の適正化」や「効率的」な財源・人材の活用という点が強調されているという違いがみられる。また、具体的な転換先として、老健施設を重視しつつも有料老人ホームなどもある程度その代替となることが期待されていることがわかる。さらに、医療機関の施設転換への支援を強調している点は、サービスの受皿がなくなることを避けるためのものであり、実際にサービスを生産している医療福祉関係者の負担を軽減させる目的からの変更であると考えられる。

このように財政抑制や効率化が強調されるようになった背景として、当時の政府の課題として考えられていた国の財政赤字の問題の影響をうけ、介護保険財政膨張を問題視する見解が広まっていたことが指摘できよう⁷⁸。そのため財政赤字抑制のための費用削減という目標について直接的に反対する見解はわずかであった。また、厚労省は在宅介護の重視を医療制度全般とも関連付け、長期入院の是正のために介護保険を活用することが「社会的入院」の解消につながると主張した。それに対し療養病床を廃止した後の対応が不十分であることなどが医療や福祉の立場から反論されたものの、状況を覆すことはできなかった⁷⁹。

⁷⁸ ただし費用抑制のための廃止という議論が受け入れられたというだけでなく、社会的入院の解消という点が幅広く受け入れられていたことが重要である。例えば2006年4月26日の衆議院厚生労働委員会において参考人として招かれた日本経済新聞社論説委員が、入院日数があまりにも長い状況を問題視し、その解決のために医療型療養病床の削減と介護保険型療養病床の廃止はやむを得ないという主張をしているが同時に、削減・廃止した後についての議論が十分でないことについても指摘している。

⁷⁹ なお、後述する民主党政権下での介護保険部会での議論や、民主党議員の意見において利用者及び利

図表 2-3 「療養病床の再編成について」の概要

<p>療養病床の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必ずしも医療サービスを必要としていない方も利用している ・高齢者の状態に即した適切なサービスの提供 ・医療保険や介護保険の財源の効率的な活用 ・医師・看護師など限られた人材の効率的な活用 ・医療費の適正化は喫緊の課題 ・医療費適正化のための平均在院日数短縮にむけ療養病床の再編
<p>療養病床の再編成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床(医療保険)は存続 ・療養病床は6年で廃止し、その間に老人保健施設等への転換を進める ・地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進める <ul style="list-style-type: none"> ・老健施設を15～17万床、ケアハウス・有料老人ホーム等・24時間診療所を6～8万床 ・医療介護全体で3000億円程度の給付削減、効率的な人材活用、適切なサービス供給 <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険で4000億円程度削減、介護保険で1000億円程度増大
<p>再編を進めるための対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関がそのまま受け皿として老健施設などに転換できるよう支援 ・各都道府県において「地域ケア整備構想」を作成し毎年度の対応方針を決める ・第3期、第4期計画で実施

(出所) 第1回介護施設等の在り方に関する委員会資料「療養病床の再編成について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8c.pdf>)より筆者作成

その後、療養病床の廃止にむけた議論が2006年9月27日から2007年9月28日にかけて介護給付費分科会内の「介護施設等の在り方に関する委員会」においてなされた。この中で、医療や福祉関係者への妥協が図られた⁸⁰。一方で各種提言などがなされたうえで、

利用者家族が療養病床廃止に反対していることがわかる。そのため審議会に参加していなかった利用者及びその家族というアクターが反発する可能性もあったと考えられる。しかしこの時点では、彼らには審議会において明確な反対意見を表明する機会がなく、また療養病床の利用者はごく一部に限られていたため、他のアクターを巻き込むということも難しかったものと考えられる。

⁸⁰ 具体的な議論の経過は次の通りである。まず病床型施設から老人保健施設への転換を円滑にするため

療養病床廃止後の役割を老人保健施設が中心に担うべきであるとしている。これまでの議論では有料老人ホームの参入を期待する意見が出されてきたが、それに対する反対意見の多さから老人保健施設が療養病床の代替施設になるべきであると主張されるに至ったと考えられる⁸¹。

そして2008年3月3日に介護給付費分科会が提示した「介護療養型老人保健施設における介護報酬等の見直しに係る諮問について」で、療養病床廃止後の具体的な方向性が示された(介護給付費分科会(2008d))。その中で療養病床から介護老人保健施設へ転換した場合には夜間対応等に対しての新たな施設サービス費を設けるなど、医療・福祉関係者に配慮した対応がとられている。さらに、療養病床から老人保健施設に転換した場合には医療ニーズに対し介護報酬上特別な評価が加えられる「介護療養型老人保健施設」の創設、本来は1床当たり8㎡の床面積の基準を6㎡に認める、交付金や融資制度を設け費用負担を軽減するといった措置が取られることとなった(介保険部会(2010a))⁸²。このように療養病床廃止決定後に、医療・福祉関係者への配慮がなされていることがわかる。

以上、「社会的入院」の解消と財政抑制を目標として療養病床廃止が決定され、医療福祉関係者の負担を軽減するような方針が取られたことを明らかにしてきた。しかし療養病床の廃止の目標は実現しなかった。いったいなぜなのか。その経緯についてみていこう。

3.3 療養型サービス廃止実現の難しさ

まず国会の議論の中で、療養病床の削減が無理な退院を誘発しているという認識が出てきた。そこで、国会での議論から検討をしていくが、2009年に起きた政権交代により政策形成過程が変更され、介護給付費分科会や介護保険部会で議論がなされる前に政策の方針

に、適切な医療提供を目的とした「医療機能強化型老人保健施設」の創設が提案された(介護施設の在り方等に関する委員会(2007))。また、2008年1月30日の第46回介護給付費分科会において療養病床から転換した介護老人保健施設についてという議題で議論が行われた(介護給付費分科会(2008a))。その中で、自民党は「療養病床から転換した老人保健施設について」(介護給付費分科会(2008b))を提出し、医協は「中医協における療養病床から転換した介護老人保健施設入居者への医療提供に関する議論について」(介護給付費分科会(2008c))を提出した。

⁸¹ 2006年6月7日の参議院厚生労働委員会では、金沢大学教授の横山壽一参考人が療養病床を有料老人ホームなどへ転換させると利用者の負担が高額化し、行き場がない状況に置かれる高齢者が相当数出てくるのではないかと指摘している。

⁸² 介護保険部会(2010a)は、2010年5月以降に再開された介護保険部会において過去の介護保険の改革の経緯などをまとめた資料となっており、2008年の改革の結果も把握できる。また同資料により、介護給付費分科会での議論が、実際に制度改正に反映されたことが確認できる。

が打ち出されているため⁸³、民主党の政策方針に着目していこう。なお繰り返しになるが、療養病床の廃止延長に関する議論は主に介護保険部会で行われ、2010年の11月30日に介護保険部会から「介護保険制度の見直しに関する意見」が提出されることになる(介護保険部会(2010d))。

2008年4月11日の衆議院厚生労働委員会において民主党の菊田真紀子議員が2005年改革以降、介護施設に関する利用者の負担が増えている点や医療改革の影響を受け療養病床から退院を迫られる要介護者が増えていることを問題視する発言を行っている。こうした認識を持っていた民主党が政権をとったことにより、政策に変化が出てきた⁸⁴。2009年の民主党の選挙マニフェストにおいて、「介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる」と題された政策の具体策の一つとして「療養型介護施設の廃止の延長」が主張されている(民主党(2009))。

政権交代後の2010年2月19日の衆議院厚生労働委員会で長妻昭厚生労働大臣が療養病床の廃止について、「社会的入院」を解決するために機械的に目標が決められたが、実態にあっていないため調査を実施したうえで再検討の必要があると説明している。そして民主党厚生労働部門会議(座長：石毛鏡子)が2010年12月22日に「介護保険制度の見直しに関する提言」を発表し、そこで介護療養病床の2011年度末廃止を3年間延長するとしている(民主党(2010))。

こうした民主党の方針に対して、介護保険部会でも療養病床に関する検討がなされている。政権交代後に何度か介護保険部会が開催され、療養病床について議論がなされているが、長妻厚労大臣が実施を表明した調査の結果を受けて2010年9月17日に行われた第32回介護保険部会において療養病床の廃止延期の是非が議論されている(介護保険部会(2010b))。まず調査結果として、約12万床あった療養病床が約8.7万床に減少した点、医療保険型療養病床の方が高度の医療を必要としている患者が多いことから医療と介護の機能分化が進んでいることが説明された。

これに対し、認知症の人と家族の会の勝田登志子委員は利用者の立場として、療養病床を存続させるべきであるとして主張している。また医師会の三上裕司委員は療養病床が廃止になるということでやむなく他施設に転換した施設があることを指摘し、そうした施設

⁸³ 自民政権下で最後に開催された介護給付費分科会は2009年6月であり、民主党政権になってからは同分科会の調査実施委員会が2010年1月、同分科会が2010年7月まで開催されていなかった(厚労省ウェブページ「社会保障審議会(介護給付費分科会)」参照)。一方の介護保険部会も2008年2月に開催されて以降2010年5月まで開催されていなかった(厚労省ウェブページ「社会保障審議会(介護保険部会)」参照)。

⁸⁴ 一方当時の自公連立政権の認識では、在宅を重視するために療養病床を見直そうという考えであった。例えば「社会保障国民会議最終報告書」において医療を含めた病床の見直しが掲げられており、その付属資料では療養病床は2025年の姿からなくなっている(社会保障国民会議(2008))。

が療養病床に戻れるか質問をしている⁸⁵。この質問を受け、厚労省は「制度的に禁止ということはしてごさいません。ただ、こういった現在の状況の中で、実際にお戻りになるかどうかということだと思います。」と回答している。厚労省側は療養病床の廃止を念頭に置いており、そこに戻ることを暗に批判しているようにも解釈できる。

一方で療養病床の廃止に賛同している見解として、全国市長会の石川良一委員は 2000 億円の経費削減につながるとしていたにもかかわらず実際に転換が進まずに廃止の延期をすることが行政不信につながると述べている。さらに市町村側は療養病床の廃止そのものは維持すべきであると主張している(介護保険部会(2010c))。

以上の議論を経て 2010 年 11 月 30 日の「介護保険制度の見直しに関する意見」では療養病床から他の施設への再編が進んでいないために、療養病床の廃止を延期すべきであるとしている(介護保険部会(2011))。また同意見書では、療養病床の廃止そのものを撤回すべきであるという意見も併記しており、審議会として結論を出したわけではない。

次に介護給費分科会の議論を見ていこう。こちらでは介護報酬について議論を行っているため、ここでの決定が介護保険制度改正に直結するわけではないが、各参加者の見解、特に厚労省の見解がより明確になるため確認する。2011 年 5 月 30 日に開催された第 75 回介護給付費分科会では、医療と介護の連携及び介護保険施設についての議論が行われている(介護給付費分科会(2011a))。そこで療養病床から他の施設サービスへの転換が進んでいないことから現存の療養病床の転換期限を 2012 年 3 月 31 日から 6 年間延長することが検討された(介護給付費分科会(2011b))。同会議において厚労省側が療養病床廃止を実現できなかった状況を説明している。その中で、療養病床の廃止を未定としている理由についてアンケート結果を提示しており、「2012 年の医療・介護報酬改定の方向を見てから考える」という理由が最も多く、次いで「療養病床が必要とされている」、あるいは「受け皿に問題がある」という回答が多かったと説明している。これをうけ、日本医師会の三上裕司委員は療養病床が今後も必要ではないかと質問したのに対し、厚労省側は医療保険適用の療養病床の方に医療が必要な患者、介護療養型病床の方に要介護者が集まっているという役割分担が進みつつあるため、将来的に療養病床を廃止できると述べている。こうした厚労省の意見に龍谷大学の池田省三委員は賛同し、療養病床の廃止が実現しなかったことに苦言を呈している。

以上の議論を経て、療養病床廃止の延期が決定する。最後に国会での政府側の主張を見ておこう。2011 年 6 月 9 日の厚生労働委員会で当時野党の自民党議員から療養病床の在り方について質問を受けた際、細川津夫厚生労働大臣は次のように回答している。

⁸⁵ なお、ここでは明言していないが 2010 年 7 月 30 日に開催された第 28 回介護保険部会において三上委員は療養病床廃止の方針そのものに疑問を呈している。

介護療養病床につきましては、これは委員も御承知のように、いわゆる社会的な入院ということ、これを是正をするということで、(筆者注：平成)二十四年三月、来年の三月までで老健施設等に転換をすると、こういうことになっておりますけれども、これにつきましては、現在この転換が進んでいないというような実態も踏まえまして、これまでの政策方針は維持をしながらも転換期限を六年間延長ということにしたところでございます。

今後は、介護が必要でありながら医療ニーズも併せて持つ高齢者が転換後の施設においても適切なサービスが受けられる、そのようにするためにも、医療ニーズが比較的高い入所者に対応するためには、介護療養型老人保健施設等におきます介護報酬の評価というようなことでそちらの方に進んでもらうと、こういうことなど、いろいろな施策を転換をいたしまして、そういう今委員が指摘をされましたように、療養が必要な方につきましては介護療養型の老人保健施設というものの方へ移っていくというようなことを政策としては進めさせていただいているところでございます⁸⁶。

こうした政府の主張に基づき、2011年6月15日に療養病床廃止の延長が国会で決定された。民主党政権の方針が反映され、療養病床廃止の延期が決定されたのである。ただし、廃止の延期という決定にとどまり、介護保険部会で提議された療養病床の存続という政策転換までには至らなかった。これは、療養病床の廃止という実現が困難な目標であっても、対立の構図が基本的に変化しておらず、「社会的入院」の解消と費用抑制に対する幅広いアクター間での合意があったために、根本的な方向転換までには至らなかったということであろう。

4. 政策目標の根本的変更の難しさとその影響

以上の議論をまとめたうえで、療養病床の廃止が決定されつつもその実現の延期が繰り返されているという政策の結果をみていこう。

当初医療との区分が曖昧とされつつも医療改革との関連で「社会的入院」の解消という積極的な位置づけがなされた介護保険の療養病床は、介護保険財政が膨張するに従い抑制そして廃止へと目標が変化していった。しかし、廃止の目標を維持しつつもその達成が実現できずに延長が決定された。その際、一貫して「社会的入院」の是正と医療費を含めた社会保障費の費用抑制が強調されてきた。こうした費用抑制に対しては経団連や市町村が賛同しており、学者による理論的な整理や提言もなされた。こうした主張に対し厚労省は費用抑制そのものに反対することはなく、「社会的入院」の是正や制度上の医療と介護の役

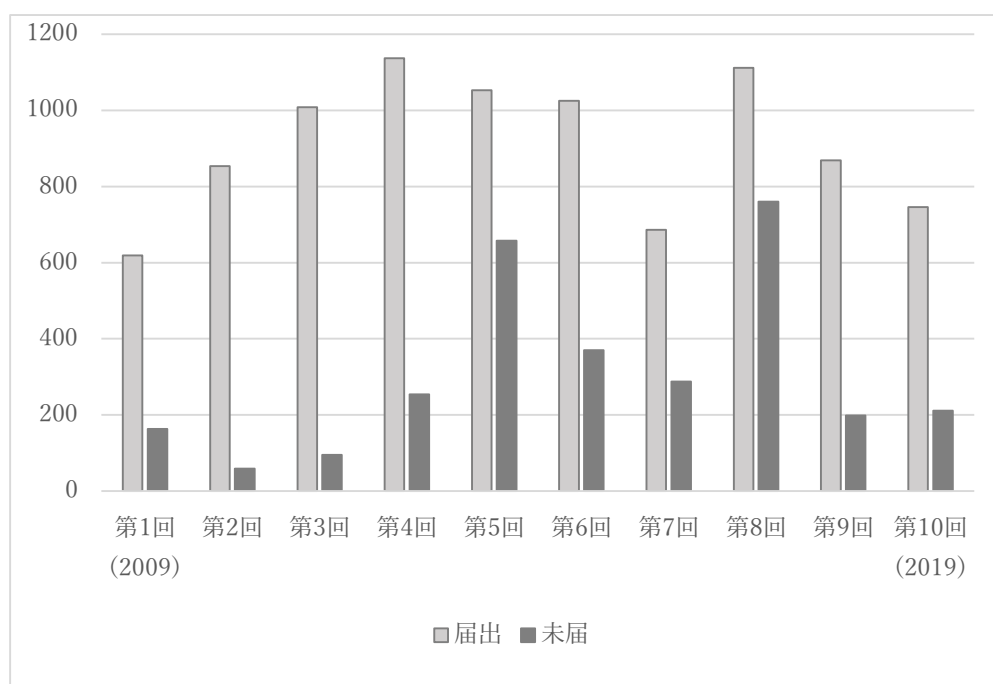
⁸⁶ 2011年6月9日第177回国会参議院厚生労働委員会第12号、細川律夫厚生労働大臣発言。

割分担の明確化を目指していた。一方で医療・福祉関係者は療養病床の存在意義を評価しており、利用者の視点からも療養病床の存続を支持する見解もあったものの、医療費全体の見直しの議論がある中で賛同を集めることができず、介護療養老健施設の新設などの負担の軽減という妥協を引き出すのが限界だったといえよう。

さらに、こうした構図は療養病床廃止の実現が困難な状況でも変わらず、介護保険財政の膨張を危惧する市町村や「社会的入院」の解消及び医療と介護の役割分担を明確にしたい厚労省から療養病床の存続は賛同を得られなかったことが明らかとなった。次にこうした政策変遷の結果を考察していこう。

まず療養病床は、現在でもサービスを供給し続けており、その代替は介護老人保健施設や特別養護老人ホームにすべきであるという議論が中心であったが、前掲図1で明らかなおり民間の有料老人ホームの急激な伸びにつながった。そのため本来医療を必要とする要介護者が費用を負担できないために適切なサービスを受けられない可能性がある。

図表 2-4 各調査において新たに把握した届出/未届の施設数(単位：件)

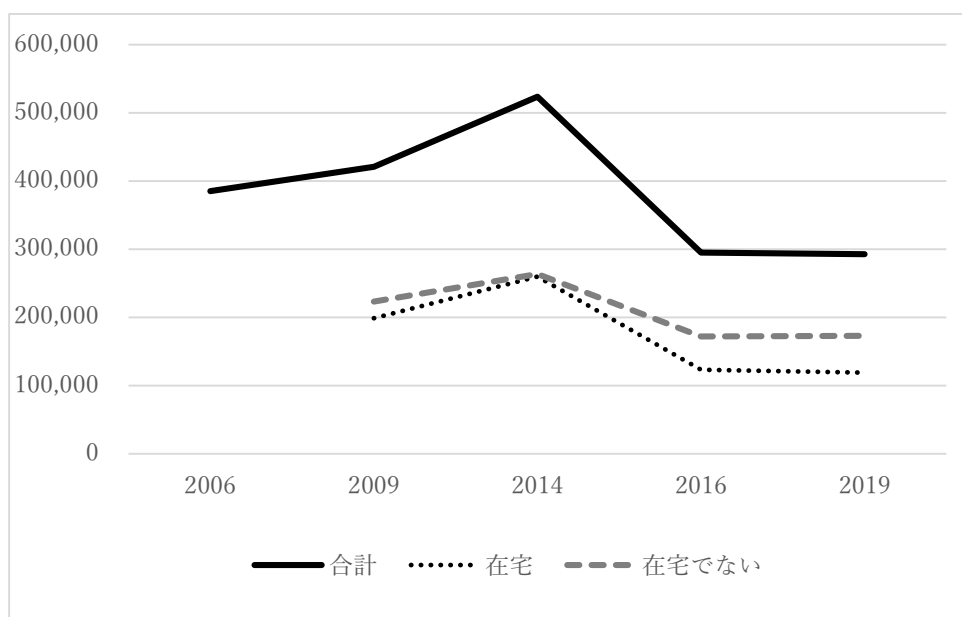


注：第1回は2009年5月1日から2009年10月31日、第2回から6回が11月1日から翌年の10月31日まで、第8回以降は7月1日から翌年6月30日まで。第7回は2014年11月1日から2015年6月30日までと、2015年7月1日から2016年1月31日までの2度行われているが、ここでは後者を第8回に加算している。

出所：厚生労働省(2019)「平成30年度有料老人ホームを対象とした指導状況等のフォローアップ調査(第10回)結果」より作成。

さらに有料老人ホームのなかには、無届施設が存在している。そこで有料老人ホームの無届施設に関するデータも紹介しておこう(図表 2-4)。厚生労働省が 2009 年以降毎年 11 月から翌年 10 月までに未届施設あるいはその可能性があるとしている施設は 59~658 件としている。なお届出施設数はほぼ毎年 1000 件程度あり、3.7~9.3%程度が未届となっている。このことから、満たされない施設サービス需要への供給として、統計上把握できる状況以上に実質的な施設サービスが供給されていることが推測できる。なお、報告時点で検査途中や有料老人ホームに該当するか不明な施設を未届に含めてしまっている点や調査ごとのばらつきや修正が多い点には注意が必要である。また、施設サービスの供給が不十分であることは、施設サービスを利用したいにもかかわらず、実際には利用できないという入居待機者となる可能性がある(厚生労働省老健局(2014,2017,2019)及び労働政策審議会雇用均等分科会(2008))。厚労省の調査によれば、特別養護老人ホームの待機者は、2016 年ではおよそ 29 万人いることが明らかとなっている(図表 2-5)。一方で 2009 年と 2014 年は要介護 1、2 も特別養護老人ホームの対象であったため 2009 年には 42 万人、2014 年には 52 万人の待機者がいた。

図表 2-5 特別養護老人ホーム入所者の推移(単位：人)



出所：厚生労働省(2011,2017,2019)「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」、労働政策審議会雇用均等分科会(2008)「参考資料」より作成。

このように、療養病床の廃止によって生じる施設サービスへの需要は、老人保健施設や特別養護老人ホームでは解消されず、施設サービスの不足という事態に陥っていると考え

られる。そして不足する施設サービスの供給が有料老人ホームや無届施設、待機老人に分散されているのが現状であると考えられる。つまり、施設サービス需要が縮小することはなく、在宅サービスや地域密着型サービスでは十分に代替できず、現状の制度では対応しきれないということが考えられる。その分の負担は、本来サービスを必要としている要介護者や医療保険が負担していると考えられる。

こうした改革の根底には、深刻な財政赤字という財政的前提条件による費用抑制重視があったと考えられる。費用抑制のために経済関係者が改革の推進を主張してきた点は上述の通りである。また重要な点として財政上の責任を負うことになった市町村が費用抑制に賛同したことがあげられる。所得が低い高齢者からも保険料を徴収するという立場にある自治体が、費用抑制に強く賛同したことが療養病床廃止につながっている。その背景には、保険料の高騰が高齢者の生活を圧迫する点が考えられよう。例えば、2014年の改革では低所得者向けの保険料軽減を拡充するという改革が行われている(厚生労働省(2018a))。他方で同じ2014年の改革では従来介護費用の1割を利用者が負担する仕組みであったものが、所得が高い高齢者は2割負担をすることになった点も介護保険財政の膨張への対処方法と考えられよう⁸⁷。

こうした介護保険財政の膨張への対応を重視する見解は、財政抑制が予想以上に強かったという当時の厚労省官僚や審議会参加者の回顧録や出版物でも確認できる⁸⁸。以上から、療養病床の削減という目標は、厚労省が当初意図していたような「社会的入院」の解消という方向に費用抑制が強く加わった結果として目標達成が困難となったことがわかる。しかし、費用抑制という目標が加わったことで経済アクターや市町村の賛同を得ることになり、目標自体を覆すことが困難な状況になったということができよう。

おわりに

介護保険において「社会的入院」を解消するために「施設から在宅への転換」を行うことは経済アクター、保険者である市町村などからの合意や学者による正当化がなされ、その達成のために療養病床の廃止が厚労省にとって重要な政策課題となった。しかしそうした目標に、費用抑制という目標が加わり、次第にその目標が強調されていくことによって療養病床を廃止するという目標が実現困難になった。また、厚労省は各アクターの主張を

⁸⁷ なお給付費を抑制するために、事業者への介護報酬を大幅に引き下げるという方法もありうるが、介護サービスの担い手を確保するためには、こうした選択は困難であったとみられる。

⁸⁸ 例えば、厚労省官僚で老健局長などを歴任した堤修三氏の「予想外だったのは、財政の締めつけがちょっと早めに来たことでした」という発言(菅沼等編(2018:366))や、財政面の収支バランスのみの議論になりがちであったといった指摘(大森(2018:319))があげられる。

取り入れていったことで、行き当たりばったりのように見えるような改革を続行していったことも重要な点であろう。もちろん介護保険が導入されたことにより、介護サービスの供給は向上したが、介護保険制度は財政制約が意識されて改革が進められてきたのである⁸⁹。そして、「社会的入院」の解消という目標そのものは支持されているため、療養病床の廃止という方針そのものは覆されていない一方、財政抑制という目標も支持されているために、療養病床の廃止が実現されることなく目標達成の延長が繰り返されるという状況が続いている。

以上の分析結果に基づいて、介護保険の財政調整システムである調整交付金という制度における施設から在宅への転換の困難という問題について触れておこう。介護保険の財政調整システムは後期高齢者の多さと低所得者の高齢者を算定基準としているために、施設サービスが多い保険者は保険料が高騰しやすい仕組みとなっている。しかし、施設サービスのうち最もその削減が期待された療養病床が今日もなお残存していることから明らかなように、施設サービスの削減は市町村によって容易に達成できるものではないことが伺える。その結果、施設サービスの多さが保険料の高騰に直結してしまうため、無届施設の増大や待機老人の増加といった問題が生じている可能性が明らかとなった⁹⁰。財政調整メカニズムは、市町村自らが調整できない要因を取り除くものであるが、その基準は社会的に公平とみなされる水準に決定されるものである。しかし、実現が困難な政策目標に基づいて公平性の基準が掲げられる可能性もあり、かつ政府側が容易にその方針を転換できない可能性があることが今回明らかとなった。

以上本章では、国全体の動向に着目してきたことで、財政調整の効果が自治体間で異なっていることについて言及できるものの、その具体的内容については検討していない。この点について第3章で検討しよう。

⁸⁹ 例えば厚労省官僚で老健局長などを歴任した中村秀一氏は、自身の著書で介護報酬改定に携わった際、介護保険料は「できるだけ上がらないに越したことはない」と考えた一方、「介護サービスもちゃんと普及しなければ駄目だ」という認識であったと説明している(中村(2019:307))。

⁹⁰ 施設サービスの多さが保険料上昇につながる可能性や、施設から在宅への転換は賛同を得られるものであったとしても費用抑制が先行することで在宅サービスまでも不十分になるなどの問題を抱える可能性は制度導入前から横山(1999:56f.)等で指摘がされてきた。

第3章 調整交付金による財政調整効果と療養病床削減の具体的な影響

はじめに

これまで見てきた通り、介護保険財政の財政調整メカニズムは、施設から在宅への転換のインセンティブを強めるため、介護保険料高騰の要因となる施設介護を重視していない。しかし厚労省も認識しているとおり施設サービスの削減は容易ではなく、財政調整メカニズムの妥当性に疑問が残る。特に、施設サービスの特に療養病床の多寡が自治体の介護保険財政運営に及ぼしうる影響について考察が必要である。そこで、自治体への具体的な影響を検討していくが、以下で先行研究の整理を行うための準備として、介護保険の財政調整メカニズムについて、次のように定義しておこう。

・介護保険の調整交付金＝

- ・後期高齢者(75歳以上)の割合の全国平均との差(「需要要因」)
- ・低所得の高齢者の全国平均の差(「収入要因」)

調整交付金の一つ目の項目では、高齢化がより進むことで介護サービス需要が増大するという点に着目し、後期高齢者の割合が平均より大きい自治体に多くの交付金が配分されている(ここでは、「需要要因」とする)。二つ目の項目においては、低所得の高齢者が多い場合、保険料収入が小さくなる点に着目した配分を行っている(ここでは、「収入要因」とする)。従って、需要が増大する要因としての後期高齢者の割合、収入の減少を招く要因としての低所得者のそれぞれに着目した算出を行っている。なお、割合に応じているため、介護保険需要が大きい市町村ほど金額としては多く入ってくる仕組みをとることで、相対的に費用が大きい自治体に多く配分されるように設計されていると見ることができる。

周知の通り介護保険財政は膨張を続けており、特に費用が大きいとされてきた療養病床は厚労省が主導して積極的な削減が行われてきた。第2章では、介護保険財政の膨張を背景に2006年度には療養病床の廃止が決定されたにも関わらず、療養病床は今日まで存続しており、財政抑制を強調した療養病床の削減は実現できなかったことを明らかにした。しかし、こうした状況において、各保険者が受けた影響については、十分な分析ができていない。

従って本章では、療養病床の廃止に向けての改革を念頭に、調整交付金が施設サービス費用を算定式の中で積極的に評価していないことが各保険者の保険料及びサービス生産に及ぼした影響を明らかにする。

1. 先行研究の整理

分析に先立って、調整交付金に関する政策変化及び先行研究の検討を行おう。まずは実際の政策動向を検討しよう。実際の政策変更では特に、低所得者向け対策が進んできたとみることができる⁹¹。具体的には、当初所得捕捉を5段階で捉えていたものが、6段階に区分した点や2015年からは低所得者の負担軽減、高所得者の自己負担引き上げたことがあげられよう。こうした分析は、保険料の高騰に対し、高所得者への負担増大を意図したもののといえよう。こうした改革に関連し横山は、道府県庁所在地の市、都内及び大阪府内の保険者にアンケートを実施し、多くの保険者がサービス水準の現状維持の一方、低所得者の負担軽減及び1割自己負担の維持をもとめていることを明らかにしている(横山(2015:115))。このように、実際の改革においては特に負担への合意つまり、「収入要因」に焦点が集まっているという傾向が伺えよう。

一方で、調整交付金の「需要要因」に関しての先行研究では、年齢構成が保険料の格差に及ぼす影響が検討されている。具体的には、年齢構成を細分化していくことで、後期高齢者の割合のみを財政調整の指標にすることを問題視する分析があげられる(若松(2017))。年齢の細分化は厚労省の改革から抜け落ちており、需要面での補足として有効な方法であると考えられる。しかしながら、介護保険の需要に着目した場合、「施設から在宅へ」の転換を介護保険が目指している側面がある(市川(2016))。従って、調整交付金の妥当性を考慮する場合、サービス費用についての検討も必要であろう。

サービス費用の動向として、安藤(2008)、市川(2016)等では、施設介護が保険料格差に影響している可能性を指摘している。こうした分析は調整交付金を分析対象としたものに限らず数多く存在している。ただし、計量分析においては一般的全体的な動向及び平均的な影響に焦点が集まることになり、各保険者が受けたであろう多様な影響については分析しきれていないといえよう。

したがって、本研究の目的意識からすれば、個別の保険者が受ける影響についての考察も必要となろう。特に、療養病床の削減は国の決定した方針が失敗に終わった事例としてとらえうるが、地域における多様性が政策の帰結に及ぼした影響を分析することも意義があると考えられる。そこで、各保険者の動向に着目する必要がある。

個別自治体のサービス水準に着目した分析として恩田(2006)は、第2期の保険料負担が最も高い自治体と低い自治体とを事例分析している(恩田(2006:200f.))。その結果、施設介護の多さや上乘せ・横だしサービスの結果保険料負担が大きくなっている事例を紹介している。こうした分析は全国的な動向を把握する分析では捉えられない具体的な状況を明らかにしているという貢献がある一方、こうした状況が引き起こされた要因が明らかとなら

⁹¹ 厚労省(2018)、市川(2017)参照。

ないという限界がある。さらに、確かに多様な影響を分析しているが、保険料負担の最大値・最小値を分析しているがゆえに、どちらの事例も極端なケースであるとも考えられるという限界があろう。つまり、介護保険制度に内在する問題であるのか、あるいは分析対象固有の問題なのか明らかではない。

小林・名取(2004)では、市町村の職員や市長にアンケートを実施し、保険者の主体性に踏み込んでいる。その結果、在宅サービス重視について共通認識があるものの在宅サービス関連の整備が十分でない一方、利用者ニーズがあるにもかかわらず財務担当者が施設の増加に消極的であることを指摘している(小林・名取(2004:24ff.))。こうした分析は、具体的な運営のレベルにおいて、財政抑制が強く働いていることを定量的に明らかにしている一方で、基本的には1度のアンケートに依拠しており、その後の経過を観察しているわけではないため、財政抑制が一時的なものであるか否かを分析の射程に入れていない。さらに、あくまでも制度運用者の認識を分析対象としており、具体的なサービス状況とのそうした認識の関連を問うことも必要となろう。

田近・油井・菊池(2005)、油井・田近(2008)では、具体的な自治体の制度運用に踏み込んだ分析を行っている。田近・油井・菊池(2005)では、第1期と第2期の青森県内の保険者の財政状況を分析し、同じ県内であってもサービス状況が多様であることを指摘、保険料引き上げの抑制と財政安定基金への依存が財政状況を悪化させる可能性を示唆している(田近・油井・菊池(2005))。この分析では、介護保険制度における青森県の位置づけが不明確という限界はあるが、介護保険後内包する多様性を明らかにしつつ、時系列を追うことで多様性を有する中でも共通した問題点として財政安定基金への依存が生じていることを明らかにしている点が評価されよう。しかし、財政依存がサービス状況といかに関連しているのかについては不明確であるという限界を抱えている。

油井・田近(2008)では沖縄県内の保険者について施設サービスが介護保険財政に大きく影響を及ぼすことを指摘している(油井・田近(2008:282f.))。具体的には、施設サービス給付と通所型在宅サービスが保険料を引き上げている点、財政安定化基金からの借入の問題を指摘しつつ、療養病床の削減に成功していることを指摘している。青森の事例と合わせれば、介護保険内の多様性の存在を指摘しつつ、財政安定化基金という問題が一般的に生じているということが明らかになっている点は、事例分析の強みを生かしつつも制度一般が問題を提起しているという点で評価できる。しかし、沖縄の位置づけが明らかになっていないという限界を抱えている点は指摘されよう。さらに、どちらの分析も主に財政安定化基金の問題に焦点を合わせており、本研究のような財政調整メカニズムについては十分な注目がなされていない。

さらに、介護保険財政が自治体財政に及ぼす影響についての事例分析として佐々木(2016)があげられる。佐々木(2016)では、介護保険導入プロセスについても分析しつつ、2000年の介護保険導入が地方財政に及ぼした影響を北海道と東北の自治体にアンケート

を実施することで明らかにしている。その結果、介護報酬単価が及ぼした影響の可能性がありつつも、介護保険導入がかえって高齢者サービスの利用を削減させた可能性を指摘しており、多くの分析が介護保険財政のみに焦点が当てられているなか、財政までに視野を広げたという点が評価されよう。また、佐々木(2016)では、1999年から2001年にかけて岩手県の自治体において介護保険のサービス生産主体の変化に着目した事例分析及び、2005年に仙台市での介護保険事業を行っているNPO法人への調査を実施している。

佐々木の分析はさらに、これら具体的な事例分析をドイツとの比較を行ったうえで、日本の介護保険が公費に多く依存することで国の関与を招き、実際の制度運営において強く自治体の裁量性が弱い点を指摘している。こうした分析は、具体的な制度運営において「地方分権の試金石」とされた介護保険が、その費用を公費に大きく依存することで地方の主体性が発揮できないこと、直接的には指摘をしていないが公費に依存することで、費用抑制につながりかねないという可能性にまで論点を広げうるといいう貢献がある。しかし、分析対象の位置づけが不明確という点は批判されうるのであろう。また、分析対象が介護サービス生産主体である点から、本研究が課題とする調整交付金とは問題意識が異なっている。

佐々木の視角を活かした分析として奥(2020)では、過疎地である岩手県西浦賀町において増大する歳出に対し歳入面の対応を明らかにし、保険料高騰を抑える一つの要因として租税を税源とする調整交付金の投入割合が増えていることを指摘し、社会保険制度でありながら租税に多くを依存する構造になっている問題を指摘している(奥(2020:102f))。奥の分析では西浦賀町の特徴を過疎地域ととらえることで、特に介護財政運営が難しい市町村を対象とした個別分析を行うことで同町の位置づけを明確にしたうえで、歳入・歳出項目の詳細を検討しており、過疎地域における介護財政の厳しさを明確に記述している点が評価されよう。

しかし、本研究の目的意識である調整交付金の妥当性については、過疎地域に多く分配されることが租税への依存を高めているという指摘にとどまっており、地方分権を促進するための手段として妥当なものであるかについては説明がなされていない。また、1つの市町村に焦点を合わせるのみでは、極端な事例を扱っている恐れがあることに加え、調整交付金という制度の影響を明確にできないという限界も考えられよう。

なお、上記研究はおおむね2010年以前の分析にとどまっている点は注意が必要であろう。こうした研究動向は、計量分析の発展に伴い個別事例分析への関心が薄れた点がまずはあげられよう。また畠山(2012)は「地域密着型サービスの供給量には市町村の施策や考え方が少なからず反映」されていると指摘している(畠山(2012:22))。つまり、個別事例を扱う分析においては、地域密着型サービスに焦点が集まってきたということが考えられる。このほかにも、広域連合における介護保険運営の問題点を分析した事例分析もある(杉浦(2015)等)。広域連合は連合内でのサービス不均衡の一方、負担は画一化されることがあり、

受益と負担の関係性を明確化するという分権改革の目標を揺るがす重大な問題を抱えている。このように、介護保険の個別事例分析は、地方分権との関係での分析にも有効であろう。

しかしながら、市川(2022)で明らかにした通り、介護保険財政の格差を引き起こす療養病床を廃止できなかったことは、介護保険の財政調整の妥当性を検討するために重要な手掛かりであり、また同時に療養病床廃止に向けた改革が各保険者に及ぼした影響を分析することは、介護保険財政が抑制されることの影響を明らかにする上で必要不可欠であろう。従って本研究では、油井・田近(2008)を活かしつつ、全国的な療養病床廃止に向けた動向を探り、そのうえで個別の事例を分析し、療養病床廃止に向けた動きがいかなる影響を及ぼしたのか明らかにすることを目標とする。さらに、佐々木(2016)・奥(2020)の視点を活かし、個別事例の分析から制度上の問題を考察しつつも、複数の事例を比較することで調整交付金の機能について明らかにすることとする。

そこで本研究では、療養病床の廃止という点に力点を置き、まずは日本全体の動向を考察しつつ、具体的な事例の位置づけをあきらかにし、本研究が重点的に分析対象としたい療養病床の廃止の影響と調整交付金の問題に特に焦点を合わせることにしたい。従って、財政安定基金や地方財政の一般会計における負担については、本研究の分析からは外れることとなる。

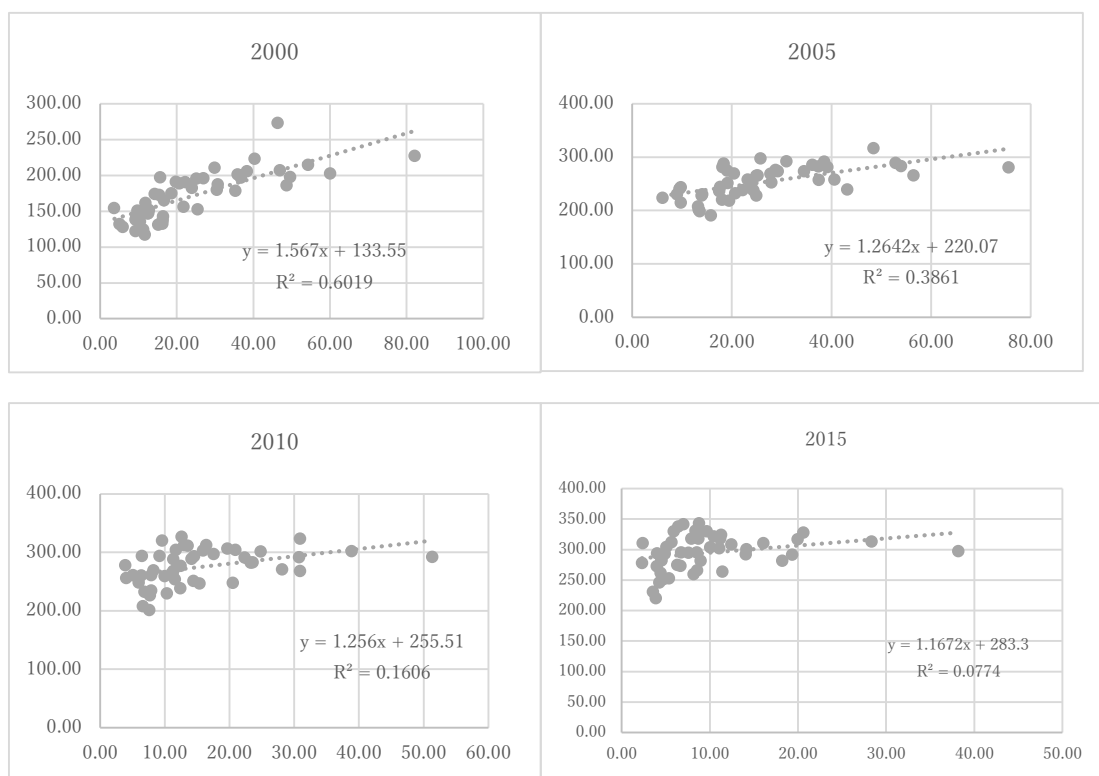
なお、介護保険制度においては様々な指標があるが、それらの利用方法は確立したとはいえない。そこで以下では、各指標を用いる理由も明らかにしていくこととする。分析対象としては、都道府県は施設サービスの設置認可・調査の権限を有し、費用負担も大きいことから、各市町村は都道府県の動向の影響をうけていると考えられるため、まずは都道府県単位での分析を行ったうえで、市町村(保険者)に関しての分析を行う。また、給付費を分析する研究も多いが、給付のみならず運営費用が保険料に将来的に影響を及ぼすということを念頭に「費用」に着目した分析を行うこととする。

2. 全国的な保険料と施設サービスの動向

都道府県別に見た場合の被保険者一人当たり療養病床費用と総費用の相関関係を見てみよう。ここで被保険者一人当たりとしているのは、都道府県別の人口規模を考慮したことに加え、第1号被保険者保険料に対して療養病床費用の差が及ぼす影響を念頭におき、総費用が長期的に保険料に影響を及ぼすという前提にたっているためである。療養病床費用と総費用の相関関係は、2000年度の0.775から2015年度の0.278へと一貫して減少して

いる⁹²。散布図をみると右上に一つだけ突出している都道府県が存在しているが、これは高知県である。なお、療養病床費用と被保険者一人当たり保険料の相関関係をみると2000年度に0.471、2003年に0.631、2006年に0.468に急落し、2009年に0.293となり2012年には0.201、2015年には0.02へと推移していることがわかる。

図表 3-1 都道府県別被保険者一人当たり療養病床と介護保険総費用の分布



出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

このことから、療養病床廃止の取組によって、療養病床が総費用に及ぼす影響は時間と共に小さくなっていること、それに伴い保険料に及ぼす影響も小さくなっていることがわかる。なお、保険料の方が総費用に比べて療養病床との相関係数が低い理由としては、調整交付金の影響に加え、さらに低所得者の都道府県ごとの差といった本研究の研究の対象外の要因を受けていると考えられる。

時系列を追ってみれば、特に療養病床廃止が決定された2005年から2010年ころにかけての減少が大きいことがわかる。従って本研究では、データの一貫性も踏まえ、主要な分

⁹² 以下の統計情報は、特に断りのない限り厚生労働省「介護保険事業報告(各年版)」によっている。

析として2006～2010年を対象とする⁹³。2005年には療養型病床の廃止が決定され、その実現のために積極的に療養型病床を削減したのが2010年ごろにかけてであり、この期間を分析対象とすることには、市川(2022)での問題意識の継承という意味でも意義がある。

この時期に着目すれば、被保険者一人当たり療養病床費用と総費用の相関は0.57(2006)から0.40(2010)に変化しているが、被保険者一人当たりの値は、後期高齢者の多寡等に起因する要介護認定率の差が入り込むものと考えられる。そこで、要介護者一人当たりで計算を行おう。これにより、調整交付金で不十分ながらも財政調整がなされたとみなすことができ、高齢化要因を除去した運用費用のみに焦点を合わせることができるであろう。その結果、療養病床費用と総費用の相関(要介護認定者一人当たり)は、0.34(2006)であったものが、0.10(2010)へと大きく下がっている。このように、要介護認定者一人当たりでも相関関係自体が大きく弱まっていくことから、当該時期に焦点を合わせる意義があるといえよう。

次に要介護認定者一人当たりの総費用に関する増加寄与率についてみていこう(図表3-2)。まず、療養病床の減少は一貫しているが、他の2施設サービスは増減を繰り返していることがわかる。また施設サービスの相対的な地位低下に対して、在宅サービスの伸びが総費用の増加に寄与していることも読み取れよう。在宅サービスのなかでも、特に通所サービスの伸びが大きい。ただし、こうした傾向はあくまでも全国的な水準であり、都道府県別には異なる影響が生じているものと考えられる。そこで、都道府県別で療養病床と各費用についての相関関係についてみておこう(図表3-3)。

図表3-2で見た要介護認定者一人当たりの値が大きく寄与率も大きい訪問、通所は有意に負の相関関係が見られたものの、通所は弱い負の相関であった。一方、施設サービス及び総費用とは有意に強い正の相関関係がみられた。なお、要介護認定者一人当たりの費用が小さい要介護・要認定支援の項目が最も強い負の相関の値をとっていた。これは、療養病床は重度の要介護者にとって必要なサービスである一方、支援は要介護度が比較的低い要介護者にとって必要なサービスであることから、重度要介護者の分布の偏りの影響を受けたものと考えられる。

同様の点は他の在宅サービス全般においても起こりうるが、重度要介護者を在宅サービスでケアできるのかについては、別途検討が必要となるであろう。こうした在宅サービスのうち、通所サービスは有意水準がやや弱まるものの、負の相関が確認できるうえ、規模が最も大きいことから、同サービスが特に重要な役割を果たしたものと考えられる。なお老人保健施設と療養病床との間の負の相関関係については、個別の事情を分析する必要が

⁹³ 2006年度から地域密着サービスが加わり、それに伴い在宅サービス内の区分を含めデータの区分が大きく変化している。なお例年3月～翌年2月のデータを1年としているが2006年度は2006年4月～2007年2月を1年としているため、2006年のデータはすべて12/11倍にして計算している(以下同)。

あろうが、概ね両サービスが代替関係になっていると考えられよう。この点は、市川(2022)で分析した通り、療養型病床を老人保健施設で代替しようとした厚労省の政策意図がある程度反映された結果とも考えられる。

図表 3-2 総費用・被保険者・要介護認定者の増加率と各種増加寄与率(認定者 1 人当たり)

	総費用 増加率	在宅	うち					特定施設	支援
			訪問	通所	短期入所	用具・修繕			
2007	1.93%	1.19%	-0.50%	1.21%	0.29%	-0.19%	0.71%	-0.33%	
2008	0.90%	1.15%	-0.41%	0.81%	0.19%	0.15%	0.41%	0.00%	
2009	3.14%	2.46%	0.30%	0.91%	0.20%	0.12%	0.42%	0.50%	
2010	0.76%	1.55%	0.19%	0.73%	0.11%	0.12%	0.22%	0.18%	
2010 の値	1492.4	770.2	198.6	309.3	75.4	52.1	63.2	71.7	

	総費用 増加率(再)	地域密着	施設	うち			(参考：伸び率)	
				老人福祉	老人保健	療養	被保険者	要介護
2007	1.93%	0.94%	-0.20%	0.35%	0.10%	-0.66%	2.80%	2.90%
2008	0.90%	0.82%	-1.08%	-0.12%	-0.09%	-0.86%	2.93%	3.17%
2009	3.14%	0.66%	0.03%	0.39%	0.48%	-0.85%	2.12%	3.71%
2010	0.76%	0.45%	-1.24%	-0.35%	-0.23%	-0.66%	0.63%	4.46%
2010 の値	1492.4	137.0	585.2	281.5	224.4	79.3	2910 万	506 万

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

図表 3-3 療養病床との相関関係 (2006~2010、都道府県別、要介護認定者 1 人当たり)

総費用	在宅	訪問	通所	短期入所	用具・修繕
0.097	-0.496***	-0.217***	-0.127*	-0.410***	-0.342***
特定施設	支援	地域密着	施設	老人福祉	老人保健
-0.126*	-0.528***	0.037	0.581***	-0.094	-0.235***

注：*は p<0.1、**は p<0.05、***は p<0.01 を示す。N=235。

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

以上を念頭に個別都道府県の動向について分析していこう。なお、ここまでの通り高齢化に伴う要介護認定率の差が費用に大きく影響していることは明らかであり、要介護認定者一人当たりのデータが有効であるが、それらの差によって生じる保険料格差の負担は被保険者全体が行うため、まずは被保険者一人当たりの動向をとらえていこう。

図表 3-4 は 2005 年と 2010 年の被保険者一人当たりの療養病床費用、介護総費用、保険

料の3つについて上位と下位の5位の都道府県名と金額である。また、各値について相関係数を記載している。この図表を活かしつつ、個別分析の対象となる都道府県を選出していこう。まず、都道府県別でも、療養病床の傾向的低下と総費用及び保険料の傾向的増加が確認できる。また、都道府県によっては順位が大きく変動するものもあるが、傾向的に同じ都道府県名が多く並んでいるように見える。総費用と保険料の相関関係は一貫して高いが、調整交付金及び各保険者が実施している低所得者への免除や所得区分の差、などの影響を受けるため、年によって係数が変化していると考えられる。また、2005年から2010年にかけて療養病床費用が高かった都道府県で急激に費用削減が進むのに加えて、もともと療養病床費用が低かった都道府県においても費用削減が進んでいることがわかる。

本研究の分析対象となる都道府県として図表3-4から、施設費用の負担が大きい都道府県として、高知県、徳島県、沖縄県を選出し、施設費用の負担が小さい都道府県として千葉県、山形県、愛知県の3県を選出した。理由は以下の通りである。

図表3-4 都道府県別被保険者一人当たり費用及び第1号保険料収入(単位：千円)

	2005						2010					
	療養病床費用		介護総費用		保険料収入		療養病床費用		介護総費用		保険料収入	
	都道府県	数値	都道府県	数値	都道府県	数値	都道府県	数値	都道府県	数値	都道府県	数値
1	高知県	75.56	徳島県	316.30	沖縄県	52.37	高知県	51.35	沖縄県	326.24	石川県	55.06
2	山口県	56.50	沖縄県	297.15	徳島県	45.51	富山県	38.91	徳島県	323.13	富山県	54.99
3	熊本県	53.95	長崎県	291.91	富山県	45.14	徳島県	30.94	鳥取県	319.87	青森県	53.68
4	富山県	52.87	石川県	291.09	広島県	44.73	山口県	30.94	長崎県	312.08	徳島県	53.43
5	徳島県	48.47	富山県	288.93	青森県	44.36	熊本県	30.80	島根県	311.91	沖縄県	53.29
平均	25.23		243.88		38.01		13.79		259.64		48.20	
43	秋田県	9.75	福島県	214.48	埼玉県	33.82	福島県	6.40	栃木県	232.36	鹿児島県	43.70
44	福島県	9.75	栃木県	207.29	栃木県	32.68	岐阜県	5.98	愛知県	229.57	北海道	43.60
45	山形県	9.48	茨城県	201.36	山梨県	32.56	山梨県	5.09	茨城県	225.95	茨城県	43.50
46	山梨県	8.96	千葉県	198.36	茨城県	30.31	宮城県	4.05	千葉県	207.35	栃木県	43.37
47	宮城県	6.10	埼玉県	190.49	福島県	30.29	山形県	3.92	埼玉県	200.92	福島県	42.95
相関			0.621		0.609				0.401		0.287	

注：「相関」の項目は、都道府県別の被保険者一人当たり療養病床費用と各項目の相関係数の値である。

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

まず高知県は、突出して療養病床のコストが高い一方、介護保険全体の費用は次第に順位を落として行っているという特徴がみられる。表には示しきれていないが、一貫して療

療養病床の被保険者一人当たり費用が1位である一方、介護保険費用の順位は2000年度に2位だったものが、2005年度：12位、2010年度：17位、2015年度：23位と推移していく。それに対し、一人当たり保険料収入の推移をみると、2000年度に20位と中位程度であったものが2005年度には10位と増大し、2010年度には32位、2015年度には45位と保険料の負担が小さくなっている。これは、調整交付金などの影響により、相対的に負担が軽減されていることを示唆していると考えられる。

一方で、徳島県が療養病床費用と介護保険費用がともに高い順位を推移しており、いずれの値も5年ごとのデータでみると上位10位以内に入る負担となっている。すなわち、高知県と比して、療養病床も介護保険総費用も大きい状況を維持しているということがわかる。また、保険料収入に着目すると、2000年から2011年まで4以内を移動しており、財政調整の恩恵をそれほど受けず、費用の高さが保険料に直結していたといえよう。

ここまで上げた2県はともに四国であり、地域的特性もありうると考えられる。そこで、沖縄県を研究対象にしよう。沖縄県も療養病床が大きい負担となっているが次第にその費用削減に成功している一方で、介護保険総費用自体は、上述の2県を上回っている。この点は療養病床のコストの引下げが、介護保険総費用の削減につながっていない重要な事例を示している。

療養病床の費用が小さい都道府県についても検討していこう。まずは、千葉県が研究対象として挙げられよう。千葉県は一貫して療養病床費用が低く、介護保険総費用も低い状況を維持している。保険料は2000年に36位でそれ以降40位前後を推移している。従って、保険料負担が最も低い都道府県のうちの一つであるといえよう。

次に、療養病床の費用が一貫して低い山形県に着目する必要があるだろう。山形県は療養病床費用が低いものの、介護保険総費用は全体的に20位台あたりを推移しており、保険総費用の大きさに影響している他の要因と療養病床との関係を考察する必要がある。一方で、保険料は2015年に19位となったものの、33～42位の間を推移している。従って、調整交付金等の恩恵を受け、保険料が安く抑え込まれているとみることができよう。

最後に、愛知県を対象としたい。理由としては、療養病床の費用は30位前後を推移している一方で、介護保険総費用が低位に推移しているという点があげられる。この点は、療養病床の費用の大きさを他の要因で介護保険総費用に反映させないということが実現できていると考えられる。一方で、保険料についてみると2005年まで30位台だったものが2006～2008年に19位となり、その後20位台後半を推移している。従って、概ね保険料は中位を推移しているといえよう。つまり、総費用を抑え込むことができている一方で、保険料収入にそれが反映されていないといえよう。

特に対象の2005年から2010年の変化について着目したのが図表3-5である。以上から、療養病床の費用が大きい高知、徳島、沖縄の3県、療養病床の費用が小さい千葉、山形、愛知の合計6つの県を比較していくこととする。また、2005年から2010年にかけて

の期間が最も療養病床の費用の介護総費用に対する相関関係の減り方が大きかった点に着目し、この期間を分析対象とする。ただし、統計が2006年度を境に変化し、また療養病床の廃止に向けた動きは2006年度から開始されるため、2005年のデータを参考にしつつ、2006年から2010年までの動きに着目しよう。特に、徳島県を療養病床の負担の大きさが総費用及び保険料の高騰につながった典型事例として、千葉県を療養病床の小ささが総費用及び保険料の低さにつながっている典型事例として検討し、他の4県を例外的な事例ととらえることとする。

図表 3-5 分析対象 6 県の被保険者一人当たり介護費用の変化

都道府県	一人当たり 総費用	一人当たり 療養病床費 用	一人当たり 保険料	期待できる分析
高知県	やや削減 (12→17)	大きい (1→1)	削減傾向 (10→32)	療養病床を削減せずに、保険料を削減できた理由
徳島県	大きい (1→2)	大きい (5→3)	大きい (2→4)	療養病床と総費用が高い状況を維持している理由
沖縄県	大きい (2→1)	中程度 (19→23)	大きい (1→5)	療養病床の削減が総費用の削減につながっていない理由
山形県	中程度 (30→24)	小さい (45→47)	やや小さい (34→37)	療養病床の少なさにも関わらず総費用がある程度の規模を維持する理由
愛知県	やや小さい (42→44)	中程度 (29→31)	中程度 (36→28)	療養病床はそれほど少なくなっても総費用を小さく抑え込んでいる理由
千葉県	小さい (46→46)	小さい (41→41)	小さい (42→41)	療養病床と総費用をともに低く抑えている理由

注：概ね 2 割程度(9 都道府県単位)で区分した。

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

3. 都道府県事例分析

それでは、要介護認定者一人当たりの費用の推移を見ていこう(図表 3-6)。療養病床費用はすべての都道府県で大きく減少していることがわかる一方、そもそもの金額に大きな差

が生じていることが明らかであろう。2010年の段階で、山形県は療養病床費用が最小となっており、削減幅も最大となっていることがわかる。一方で、徳島、高知では、削減幅が小さく療養病床費用は他県よりも圧倒的に大きいことがわかる。それに対し、施設全体の費用をみると、相対的に療養病床よりも上位と下位の差は小さくなる一方、費用を最も削減した高知県の費用が最も高く、費用削減が大きくはない愛知県の費用が最小と、2005年の段階での格差が非常に大きく、いくら削減しても費用負担が高いという状況が生じている。

こうした施設費用の削減を代替しているのが、在宅サービスと地域密着サービスであり、施設費用の削減以上に、両費用の伸びが大きいことで総費用自体は増大しているということがわかる。伸び率で見れば2005年改革で新設された地域密着サービスが大きいですが、金額で見れば在宅サービスが圧倒的に大きいということがわかる。また、施設サービス費用が大きい高知、徳島にくらべ、千葉、愛知、山形において在宅サービスの費用が大きいということがわかる。このことから、施設と在宅とで代替関係が存在していることが伺える。しかし、沖縄県は施設サービス、在宅サービスともに高いという特徴がある。

図表 3-6 2010年の各費用及び寄与率と要介護認定及び後期高齢者割合（千円、％）

	療養病床		施設		在宅		地域密着型		総費用		要介護 伸び率	後期高齢者	
	2010	寄与率	2010	寄与率	2010	寄与率	2010	寄与率	2010	伸び率		2010	伸び率
山形県	21.6	-2.0%	613.5	-3.6%	753.9	5.5%	163.6	4.0%	1531.0	5.9%	3.6%	57.0%	10.8%
千葉県	46.7	-2.3%	530.9	-3.0%	818.9	6.1%	112.6	2.8%	1462.3	5.9%	4.9%	43.0%	23.4%
愛知県	69.1	-3.0%	579.5	-2.8%	837.4	6.1%	117.7	2.3%	1534.5	5.7%	4.2%	44.6%	20.9%
徳島県	143.4	-3.8%	680.7	-2.5%	643.3	6.2%	173.0	2.6%	1497.0	6.3%	1.4%	55.0%	12.3%
高知県	265.7	-5.9%	701.4	-7.1%	618.7	5.5%	191.1	3.7%	1511.2	2.1%	2.8%	55.8%	9.6%
沖縄県	66.7	-1.2%	660.3	-2.7%	962.8	10.2%	105.1	4.8%	1728.2	12.3%	3.2%	51.3%	20.5%
全国計	79.3	-3.1%	585.2	-2.6%	770.2	6.5%	137.0	2.9%	1492.4	6.9%	3.6%	49.1%	16.4%

注1：各費用の2010の値は要介護者一人当たりの値で、後期高齢者の2010の値は被保険者うち後期高齢者の割合を示している。

注2：寄与率及び伸び率はすべて2006年から2010年にかけてのものであり、年率換算は行っていない。

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

総費用をみると、今回選出した6県のうち沖縄を除いた5県が全国平均を下回る伸び率であった一方、千葉を除く5県が全国平均を上回る費用となっていた。このことから、今回選出した都道府県は2005年の段階では、要介護認定者一人当たりで見た場合に値が大きかったが、他の都道府県よりも積極的に費用の削減を実施できたということが言えよう。

また、今回選出の都道府県は被保険者一人当たりの金額を基準としていることから、愛知は相対的に要介護認定率が低いことがわかる。なお山形県については、2010年は被保険者一人当たり費用が全国平均を上回っているため、要介護認定者一人当たりでも全国平均を上回ることになる。

次に以上の変化についての寄与率を分析しておこう。療養の減少分を施設がある程度吸収しているのが、愛知・徳島県で、他の都道府県に関しては「施設から在宅へ」の転換が要介護者のみを対象にした場合にも成立していることがわかる。しかし、全国レベルで見れば、療養病床から他の施設サービスへの転換と在宅・地域密着サービスの増大という傾向がみられるため、愛知・徳島は変化の仕方がむしろ全国的な動向に近いともいえよう。ただし、徳島県では、75歳以上高齢者及び要介護認定者の伸びが全国平均を大きく下回っており、高齢化の影響がある程度落ち着いた状況にあると見ることもできる一方、愛知は75歳以上高齢者の伸び率が大きいため、高齢化の影響による費用全体への影響が大きいと考えられる。この点に着目すれば、後期高齢者要因による財政膨張はむしろ都市部の方が大きいということになる。

また、この点は要介護認定者の増加率でも確認することができよう。つまり、山形県を除けば、後期高齢者の割合の増加が大きいほど要介護認定者の増加が大きくなっているということがわかる。山形県の場合、要介護認定者の伸びは大きくはないが、後期高齢者の割合はそれなりに高く、愛知・千葉と異なりある程度高齢化が進んだ状況にあるということが伺える。先ほどの結果と合わせれば、山形は変化率で見れば相対的にみれば費用の膨張を抑制できているが、後期高齢者の多さと療養病床以外の施設の多さによって費用を抑えることを難しくしていると考えられる。

都市部の千葉、愛知では、施設サービスの負担がそもそも小さい一方、在宅サービスがそれなりに大きなコストとなっているなかで、より在宅サービスへのシフトが進んだと見ることができよう。したがって、両県においては施設サービスへの負担がそもそも小さかったなかでの「施設から在宅へ」の転換が進んだということになり、それが高齢化要因による費用増大の影響があるなかで、全体的な費用抑制を実現しているということになる。なお、愛知が千葉に比して療養病床が大きいにもかかわらず総費用はそれほど大きくない理由としては、高齢化要因すなわち後期高齢者の増加率の低さが考えられよう。

一方で、「施設から在宅へ」の変換が全国平均より進んだとみられる地域でも、沖縄では費用の増加率が大きいという特徴がみられる。従って、施設費用を削減できたとしても、在宅サービスの伸びが急激であると、総費用を抑えることには必ずしもつながらないといえよう。

他方で、絶対額が大きかった徳島・高知を比較すれば、「施設から在宅へ」の転換がある程度うまくいっている高知で費用の伸びの抑制に成功しているようにみえる。ただ、高知ではそもそも例外的に施設費用が大きかったという特徴を有しており、さらに施設費用

減少分を特に地域密着サービスが補うことで在宅サービスの伸び自体も抑制されているという特徴がみられる。一方の徳島は、療養病床の削減にはある程度成功しているものの、高知よりは減少できておらず、さらに他の施設サービス費が増大しており、「施設から在宅へ」という政策の実現が難しい地域であるという可能性が考えられる。ただし、在宅サービスも比較的伸びていることがわかる。全国合算の値をみれば、療養病床費用を削減できても他の施設介護費は大きくなるという傾向が確認できることから、徳島の方が典型的な傾向にあるといえよう。

従って、都道府県レベルに焦点を合わせたとしても、在宅サービス費用の差というのが大きな影響を与えていることが伺える。そこで、各保険者の施設サービスの項目の詳細を確認しつつ、在宅サービスに焦点をあてた分析が必要となろう。図表 3-7 を全体的にみれば、総費用は増大傾向にあるということがわかる。また、在宅サービスが総費用に正の影響を与えていることから、在宅サービスの動向が重要になってくると考えられよう。従って、一般的な傾向として、療養病床の削減は特に在宅サービスの増加によって吸収されているとみるべきであろう。

一方で、高齢化という側面も興味深い結果が見られる。千葉、愛知両県は高齢化が特に進んでいる一方、徳島、高知は高齢化の進みが遅くなっていることが伺える。つまり、同じ時期を分析する場合にはこうした高齢化の進行具合に変化がある点も考慮する必要があるといえよう。従って、本研究では費用変化に着目しているため、要介護度一人当たりで費用を算出しているが、高齢化の進行を考慮したうえで費用負担という側面に着目した場合、要介護認定者一人当たりで計算を行うことで、特に被保険者の増加率が高い千葉、愛知での費用変化に対する被保険者増大の影響の過大評価を避けることができる。その結果、両県で在宅サービスの拡充が積極的に実施されていることが明らかとなった。

図表 3-7 から、通所介護の伸び及び 2010 年の費用が他を圧倒しているということが共通しているといえよう。一方で、「施設から在宅へ」の転換という目標と照らし合わせて考えれば、訪問サービスが全国レベルで見ると減少している点が重要であろう。ただし、沖縄と徳島は訪問サービスの費用が伸びている。この他には、短期入所、特定施設の 2 つの経費が規模は大きくないものの増加傾向にある。従って、「施設から在宅へ」の転換というのは、厳密には療養病床から通所・短期入所・特定施設サービスへの転換が中心であるといえる⁹⁴。上述の金額規模も考慮すれば、特に通所介護が重要であろう。この点は油井・田近(2008)の研究と整合性がとれる結果となっている。なお、分析結果を図表 3-8 にまとめておいた。

⁹⁴ なお、地域密着サービスについても同様の分析を行ったが、認知症対応共同生活の金額が比較的大きいうえ増大を続けているため、認知症対応共同生活による代替もあったと考えられる。他のサービスについてはこの時点では小さく、影響は小さいとみられる。

図表 3-7：2010 年の要介護者一人当たり費用(千円)と 2006 年から 2010 年の寄与率

	訪問		通所		短期入所		用具、改修		特定		支援		在宅合計	
	2010	寄与率	2010	寄与率	2010	寄与率	2010	寄与率	2010	寄与率	2010	寄与率	2010	伸び率
山形県	144	-1.8%	341	9.6%	112	1.2%	48	-0.2%	31	1.7%	77	1.2%	754	11.7%
千葉県	227	-1.5%	303	7.7%	84	1.4%	59	0.5%	75	2.7%	72	0.7%	819	11.5%
愛知県	199	-0.5%	354	7.1%	78	1.3%	61	0.3%	72	2.8%	74	0.9%	837	11.8%
徳島県	187	3.3%	292	7.6%	48	3.0%	39	0.5%	12	0.7%	65	0.6%	643	15.7%
高知県	147	-0.8%	295	10.4%	45	1.2%	37	0.6%	38	3.0%	58	0.7%	619	15.0%
沖縄県	148	0.0%	616	14.8%	39	0.4%	44	1.0%	39	2.3%	78	1.1%	963	19.6%
全国計	199	-0.8%	309	7.7%	75	1.7%	52	0.5%	63	3.7%	72	0.8%	770	13.5%

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

図表 3-8 都道府県分析結果のまとめ

都道府県	特徴	分析の結果
全体動向	施設から在宅への転換	療養病床の減少分を他の 2 施設と通所サービスの増大によって対応
高知県	療養病床は一定 保険料は削減	高齢化が頭打ちになるなかで、施設サービスコストの削減に成功
徳島県	療養病床と総費用が高い	費用抑制が困難な典型事例
沖縄県	療養病床の削減 総費用の増大	在宅サービスの拡大が施設の抑制を上回る ＝在宅への転換が必ずしも費用抑制にはつながらない
山形県	療養病床は小さい 総費用は大きい	後期高齢者の多さ 療養病床以外の施設費用はやや大きい
愛知県	療養病床はやや小さい 総費用は小さい	後期高齢者の増加率が小さく、全てのサービスの伸びが低い
千葉県	療養病床、総費用ともに小さい	後期高齢者の増加率が多いものの、施設サービス費用の抑制と在宅サービスの拡充

以上の分析結果を活かし、個別事例の対象を選別していこう。まず「施設から在宅へ」の転換が困難な状況にあった代表的事例として徳島県の市町村の具体的な状況を分析しよう。療養病床及び施設費の絶対額では高知県の方が大きいですが、寄与率をみれば施設費の削減が最も難しかったのは、徳島県であることを本研究では重視した。さらに徳島県は、訪

問・通所という在宅サービスの拡充も行われていること、高齢化が既に進行し要介護出現率及び被保険者増加率が低いという施設サービス削減及び総費用削減が困難な状況にある事例の典型としてみる事ができるであろう。

一方、療養病床及び施設費用の削減に成功し、「施設から在宅へ」の転換がうまくいっている事例として、千葉県の具体的な市町村を比較対象としたい。千葉県は、2005年以降に高齢化がより進展しているという特徴を有しており、その中で在宅サービスを拡充し、施設サービスの抑制に成功しているという点で、徳島県とは対照的な関係にある。ただし、どちらも要介護認定者一人当たりの総費用は増えていることから、全体的にみればともに介護サービスを充実させることを目指していたものと考えられる。

4. 市町村単位の分析

市町村単位でみることで、介護保険財政の実情がより明確に表れることから確認している。図表 3-9 は千葉県と徳島県の市町村単位のデータについての各費用の要介護者一人当たり値であるが、全体的に徳島県の値が大きいことがわかる⁹⁵。

一方で、全体的に費用が増大していること、施設費も増大傾向にあること、療養病床が縮小傾向にあることは全国的な動向と一致している。総費用と施設費の相関関係が全体的にそれほど変化していないこと、全国レベルのように単に減少しているのではなく、多少上下動していることがわかる。これは、各市町村が各々独自の対応をとっていることや、市町村単位でみると、人口の変化など各値の変化が大きな影響を与えることなどの理由が考えられる。一方で療養病床についてみると、金額は徳島県の方が圧倒的に大きいものの、総費用との相関関係は千葉県の方が強いという結果になった。相関関係については、一層の解明が求められるが、徳島県の方が療養病床・施設費用が大きいという点、総費用についても徳島の方が大きいという点、両県の市町村の傾向が全国的な動向と同じく療養病床・施設費用の削減の一方で、総費用自体は増大しているということが確認できた。

次に保険料と療養病床費の関係について考察しよう(図表 3-10)。ここでは、保険料は被保険者全体で負担することになるため、要介護者一人当たりよりも被保険者一人当たりの値の方が実態を説明するのに適している。2006年と2010年の結果を比較すれば、全体的に保険料が上昇している一方で(Y軸)、療養病床費は小さくなっていることがわかる(X軸)。また、全体的に徳島県の市町村の方が右上に位置していることから、保険料・療養病床費用ともに傾向として高いということがわかる。特に目立つのは、右上にある点であるが、

⁹⁵ なお、2010年3月に千葉県の印西市と印旛村、本埜村が合併し印西市となった(<https://www.city.inza.lg.jp/0000000711.html>)。本研究では2006年から2008年の値について3市村の値を合算し、2009年と2010年については公表された通りの値を用いている。なお、他の市町村合併は行われていない。

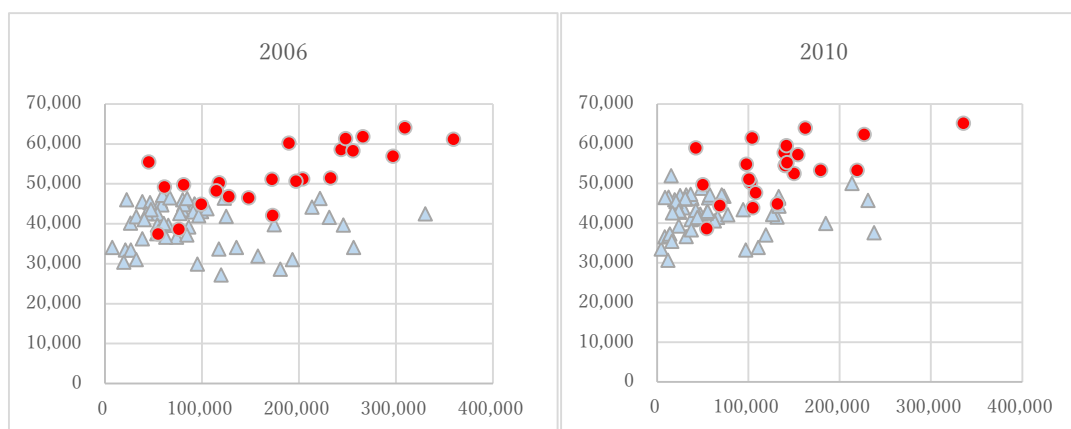
これは徳島県 A 市である。従って A 市は今回の対象のなかで最も保険料と療養病床費が高い水準にあるということがわかる。療養病床と総費用の削減が困難な典型的事例として徳島を上げていることから、同市が典型的な事例として選出できるであろう。

図表 3-9 千葉県及び徳島県の市町村別要介護者 1 人当たり費用の推移(単位：千円)

年	徳島県					千葉県				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
総費用(A)	1464.7	1494.5	1503.2	1537.5	1581.1	1422.9	1454.7	1470.3	1516.3	1520.0
施設費(B)	799.3	801.4	781.6	777.4	789.4	648.8	654.1	639.0	644.3	629.8
A と B 相関係数	0.60	0.64	0.59	0.49	0.59	0.63	0.65	0.72	0.69	0.64
療養病床費(C)	176.8	163.5	149.9	134.7	134.7	95.3	89.9	71.9	67.9	62.4
A と C の相関係数	0.46	0.33	0.21	0.18	0.21	0.43	0.34	0.33	0.35	0.38

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

図表 3-10 要介護者 1 人当たり療養病床と被保険者一人当たり保険料の散布図



注：X 軸が療養病床費用、Y 軸が保険料、円が徳島県、三角が千葉県。

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

次に、財源の構成割合に着目しよう(図表 3-11)。概ね保険料が 11% 台、市町村の一般会計からの繰入が 20% 程度で運用されている。調整交付金についても、概ね 3% 程度で推移しているが、最大値が 9.9%、最小値は 0% と財政調整機能が働いていることが確認できよう。ちなみに、調整交付金の割合が最大なのは一貫して徳島県つるぎ町となっている。

図表 3-11 千葉県及び徳島県の財源構成割合(人口による加重計算済み)

	2006	2007	2008	2009	2010
調整交付金	3.2%	2.9%	2.9%	2.8%	2.8%
(最大値)	9.1%	8.6%	9.0%	9.8%	9.9%
保険料	11.5%	11.3%	11.2%	11.5%	11.6%
一般会計	20.3%	20.3%	20.2%	20.0%	19.6%

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

このように、調整交付金の投入割合は市町村ごとに大きく異なっている。先ほどみた徳島県 A 市では、調整交付金の投入割合は 6% 台前半を推移している。この値に近く、かつ療養病床費の削減に成功している千葉県の事例を探したところ、千葉県 B 市が該当した。千葉県 B 市では、調整交付金の投入割合は 4~5% 台を推移しており、A 市よりはやや少ない値となっている(図表 3-12)。両市の調整交付金の差に着目すれば、2006 年では 1.1% の差があったものが、2010 年には 0.7% と、わずかに接近していることがあげられる。以下では、両市の概要についてみていこう。

図表 3-12 千葉県 B 市と徳島県 A 市の介護保険財政の概要(単位：人、千円)

		被保険者	要介護認定	保険料 割合		調整交付 割合		歳入合計
2006	千葉県 B 市	19,879	3,036	728,190	18.1%	209,109	5.2%	4,023,423
	徳島県 A 市	10,116	2,263	648,104	16.7%	245,586	6.3%	3,878,558
2007	千葉県 B 市	20,089	3,038	753,838	18.5%	199,190	4.9%	4,067,749
	徳島県 A 市	10,364	2,226	669,279	17.7%	229,760	6.1%	3,774,967
2008	千葉県 B 市	20,301	3,069	763,948	19.1%	206,474	5.2%	3,993,982
	徳島県 A 市	10,539	2,183	681,110	17.5%	237,106	6.1%	3,894,189
2009	千葉県 B 市	20,412	3,073	673,208	16.3%	220,474	5.3%	4,124,003
	徳島県 A 市	10,701	2,175	692,594	17.7%	246,983	6.3%	3,911,595
2010	千葉県 B 市	20,141	3,155	674,433	16.0%	231,255	5.5%	4,205,904
	徳島県 A 市	10,701	2,028	696,877	18.2%	237,329	6.2%	3,826,110

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

なお、第一号被保険者および要介護認定者ともに B 市の方が多く、A 市は要介護認定者がむしろ減少局面に入りつつあり、人口規模・人口動態という点では差が生じているといわざるを得ないであろう。ただし、同じ時間軸においてこうした差が見られること自体、

介護保険の多様な運営実態を再確認できるともいえよう。

それでは具体的な運営実態を見ていこう。B市においては、療養病床費の急激な減少が確認できる(図表3-13)。その一方で、施設費全体では微減にとどまっていることから、療養病床費の減少分が介護老人福祉施設および介護老人保健施設に吸収されているといえよう。また、総費用自体が増大しているが、これは特に在宅サービスの一つである通所介護の増大と地域密着サービスの伸びによるものといえるであろう。従って、B市においては療養病床費の削減を進めつつ、施設から在宅への転換を順調に進めることができたといえよう。なお、療養病床以外の施設サービス費用が増大している点は、全国的な動向と一致しているものの千葉の典型事例ではない。しかし、調整交付金の投入割合の近さと、通所介護の大きな伸びという点から、比較対象としては妥当なものと考えられる。

図表3-13 千葉県B市の要介護認定者一人当たり費用の寄与度の推移及び実数(千円)

	居宅	うち					
		訪問	通所	短期入所	用具・改修	特定施設	支援
2006(実数)	538.9	208.7	192.2	35.6	40.5	2.4	59.5
2007	1.14%	-0.29%	1.65%	0.08%	-0.15%	0.27%	-0.41%
2008	-0.25%	-0.89%	0.70%	0.04%	0.00%	-0.13%	0.04%
2009	1.79%	-0.14%	1.31%	0.00%	0.03%	0.33%	0.27%
2010	1.96%	-0.91%	1.84%	0.29%	0.17%	0.41%	0.15%
2010(実数)	646.2	199.9	278.3	44.0	44.8	13.7	65.6
	地域密着	施設	うち			総費用	最多要介護度
			介護老人福祉	介護老人保健	療養		
2006(実数)	63.6	528.8	204.8	256.3	67.8	1,131.4	4(25.2%)
2007	1.18%	-2.41%	0.17%	0.04%	-2.62%	-0.09%	3(24.4%)
2008	1.59%	-1.57%	0.02%	1.38%	-2.97%	-0.23%	3(26.2%)
2009	1.05%	1.52%	1.09%	0.60%	-0.17%	4.37%	3(25.3%)
2010	0.32%	-1.52%	-0.33%	-1.31%	0.12%	0.76%	3(24.7%)
2010(実数)	120.7	527.0	234.9	287.6	4.5	1,293.9	

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

次に、A市についてみていこう(図表3-14)。A市では、療養病床費は要介護認定者一人当たりで換算しても、実数を見ても増大しており、療養病床費の削減が実現しなかったということがわかる。さらに、他の施設関係費、地域密着サービス、在宅サービス総額においても費用が増大しており、唯一費用の引下げに成功しているのは訪問介護のみである。

ただし、要介護認定者が今回の分析期間では 2006 年をピークに減少しているため、数値が大きく出ている点には注意が必要である。しかし、実額でも傾向としてはほとんど同じであり、訪問介護、用具・改修、支援の 3 つを除きすべて増大している。従って、通所介護が大きく伸びているという点については B 市と共通性が見出せるものの、施設サービスの伸びが大きく施設から在宅への転換は困難な状況にあったと見ることができよう。

以上から、調整交付金の投入割合が類似しているとしても、サービス費用の構成が大きく異なる場合には、総費用に大きな差が生じてしまっているといえることができる。さらに、従来のサービス費用構成において施設サービスが大きな役割をはたしている場合、容易に在宅への転換を推し進めることは容易ではないといえよう。また、要介護認定者の減少も必ずしも費用削減には直結していない点も興味深い点である。この点を考えるため、要介護認定別の費用について検討していこう。

図表 3-14 徳島県 A 市の要介護認定者一人当たり費用の寄与度の推移及び実数(千円)

	居宅	うち					
		訪問	通所	短期入所	用具・改修	特定施設	支援
2006(実数)	630.2	197.9	305.0	23.6	38.0	1.4	64.3
2007	-2.23%	-1.51%	0.15%	0.21%	-0.38%	0.06%	-0.76%
2008	-0.01%	-1.38%	0.90%	0.36%	0.03%	-0.05%	0.13%
2009	1.58%	-0.69%	1.96%	0.32%	-0.11%	0.03%	0.06%
2010	4.41%	0.12%	2.71%	0.75%	0.45%	0.02%	0.37%
2010(実数)	752.7	159.7	428.5	53.0	41.7	2.6	67.3

	地域密着	施設	うち			総費用	最多要介護度
			介護老人福祉	介護老人保健	療養		
2006(実数)	138.7	706.5	150.1	272.9	283.4	1,475.4	5(22.5%)
2007	1.00%	2.33%	0.30%	1.19%	0.83%	1.09%	5(23.3%)
2008	0.51%	1.64%	0.49%	0.65%	0.50%	2.14%	5(24.4%)
2009	-0.24%	1.04%	0.82%	0.23%	-0.01%	2.38%	5(25.0%)
2010	0.31%	1.59%	0.63%	0.66%	0.30%	6.32%	4(23.6%)
2010(実数)	177.0	879.2	200.9	342.5	335.8	1,808.9	

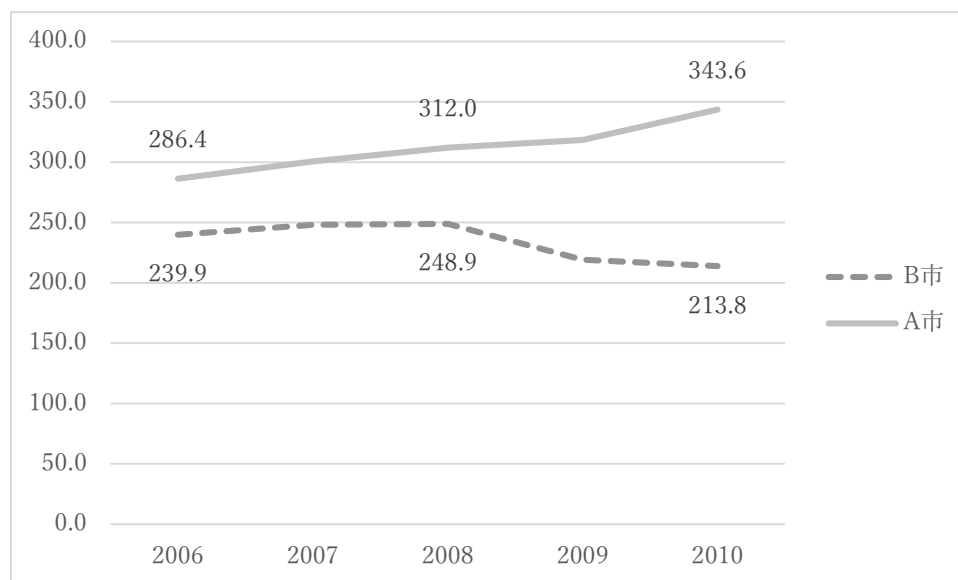
出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

なお、要介護別で費用割合を見た際に、最も大きい割合をそれぞれ示しておいた。A 市は要介護度 5 の費用負担が最も多く、2010 年に要介護度 4 の費用負担が最大となっている。ただし、2010 年の要介護度 5 の費用割合は 23.3%となっている。他方で B 市では、

2006年には要介護度4の費用が最大であったが、それ以降は要介護度3の費用割合が最大となっている。なお、要介護度5の費用割合は14～17%程度を推移している。従って、A市の方が重度の要介護者への負担が大きく、それゆえ施設サービスが必要であり、療養病床費の削減が困難な状況にあったものと考えられる。

こうした状況が介護保険財政に及ぼす影響について考えてみよう。図表3-15は要介護者一人当たりの保険料である。なお、指標としては被保険者一人当たり保険料で見ることができようが、差が大きく出てしまうことに加え傾向としては変わらないため、ここでは要介護者一人当たりの値で見ていくこととする。図から明らかなおとおり、要介護者一人当たりの保険料はA市の方が常に大きい。重要な点は差が開いていることである。なお、A市では要介護認定者が減っていることで、要介護者一人当たり保険料が高くなっている点には注意が必要であろう。具体的にみれば、要介護者は2006年から2010年にかけて10.4%減少したにもかかわらず、費用は0.7%増大している。なお、B市については同期間要介護認定者が3.9%増加しているのに対し、費用は8.9%もの伸びが見られる。しかし、その点を考慮しても、調整交付金の投入割合が近接する一方での保険料格差の増大という傾向は強調されるべきであろう。そして、こうした差こそが、調整交付金によって施設サービス費用を調整していないことの影響であるといえよう。

図表3-15 要介護認定者一人当たり保険料(千円)



出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

しかし、図表3-13から明らかなおとおり、B市においても一人当たり総費用は増大している。それにもかかわらず保険料が下がっているのは、調整交付金の投入割合が増大したことに起因している。B市において、要介護者一人当たりの調整交付金は2006年から2010

年にかけて6.4%、実額で10.6%の増大となっている。一方A市においては同じ期間要介護者一人当たり7.8%、総額では-3.4%と変化している。A市の場合は、要介護認定者の減少という側面は無視できないが、総費用自体が伸びていることも考慮すれば、調整交付金の投入による格差是正機能はそれほど大きくないと考えられる。一方のB市については、調整交付金の相対的な役割の増大が確認できる。

こうした調整交付金の配分の変化の経緯を示したのが図表3-16である。所得段階の区分については2009年に第6段階と第7段階という区分わけがなされ、2010年に第6段階以上という区分けに変更されているため、必ずしもデータの一貫性がない点には注意が必要であることから、各市の年度ごとの変化よりも両市の各年度の比較に焦点を当てて検証する。

全体的な傾向として、A市の方が後期高齢者及び所得段階1～3の割合が大きいため、調整交付金の投入割合が大きい傾向にある。しかし、その差が年を追うごとに縮小していることがわかる。後期高齢者割合は2006年にA市の方が0.9%大きかったものが2010年には0.3%に、同じ期間について所得段階1の割合は1.8%から1.5%の差、所得段階2の割合は3%から2.6%の差にそれぞれ縮小している。従って、両市の調整交付金の投入割合の変化は、後期高齢者の割合の差の縮小と、低所得者の高齢者の割合の差の縮小に起因するものであることがわかる。

図表3-16 調整交付金の投入割合及び75歳以上高齢者と各所得段階の割合の推移

		調整交付金 投入割合	被保険者うち 75歳以上	所得段階の割合						要介護 出現率
				1	2	3	4	5	6～	
2006	千葉B市	5.2%	47.5%	1.0%	15.7%	9.5%	37.4%	26.3%	10.1%	15.3%
	徳島A市	6.3%	48.4%	2.8%	18.7%	11.5%	33.6%	23.5%	9.8%	22.4%
2007	千葉B市	4.9%	48.8%	1.1%	15.4%	9.4%	36.8%	27.3%	10.0%	15.1%
	徳島A市	6.1%	49.9%	2.9%	18.7%	11.7%	33.3%	23.1%	10.3%	21.5%
2008	千葉B市	5.2%	49.5%	1.2%	15.4%	9.7%	36.2%	27.4%	10.1%	15.1%
	徳島A市	6.1%	50.7%	2.9%	19.0%	12.6%	31.9%	23.7%	10.0%	20.7%
2009	千葉B市	5.3%	50.8%	1.3%	17.3%	8.8%	35.8%	16.4%	20.5%	15.1%
	徳島A市	6.3%	51.5%	2.9%	19.3%	12.9%	31.0%	13.5%	20.4%	20.3%
2010	千葉B市	5.5%	52.5%	1.4%	17.7%	9.6%	34.9%	16.6%	19.9%	15.7%
	徳島A市	6.2%	52.8%	2.9%	19.1%	14.1%	30.5%	23.9%	9.4%	19.0%

注：調整交付金は75歳以上の高齢者の割合と所得段階のみを計算対象としており、要介護出現率は対象となっていない点に注意されたい。

出所：「介護保険事業報告書(各年版)」より筆者作成。

着目すべき点として、需要面を考慮している 75 歳以上の割合の変化と要介護出現率の差であろう。A 市の要介護出現率がもともと高かった点に注意が必要であるが、要介護出現率の差も縮小していることがわかる。従って、調整交付金の算定の需要面の考慮として、後期高齢者が増えることで要介護者が増加するという側面については、今回の事例ではある程度当てはまっていると考えられる。もちろん、より詳細に年齢区分をわけることで正確な要介護者の増大の影響を調整することが可能になるであろう。しかし、そうした調整を実現したとしても、施設サービス費用の格差は調整されないであろうと考えられる。なぜなら、調整交付金が主に対象としているのは、75 歳以上の後期高齢者という仮説的な要介護者の数であり、今回明らかにしたような要介護者一人当たりの費用に関しては、ほとんど調整されないためである。

特に今回は差が大きな事例を選択しているという限界はあるが、両市ではともに、要介護者一人当たりのサービス費用そのものは増大しており、特に施設サービス費用の大きな A 市は保険料の増大にも関わらず調整交付金がそれほど投入されていないという状況が生じてしまっている。

以上の市町村単位での分析の結果、施設サービス費用の削減が容易ではなく、そのことが総費用の増大と保険料負担の増大につながっていること、必ずしもこうした格差に対して調整交付金が有効ではないことが確認できた。その結果、施設から在宅への転換は、もともと施設への依存度が小さい市町村において実現できていたものの、そもそも施設サービスに多くを依存している市町村にとっては、達成が困難な目標であることが伺える。そして、一般的な傾向として、通所サービスの拡充が在宅サービスの動向を決定づけていた。つまり、施設から在宅の転換とは実質的には「療養病床費から通所サービスへの転換」であるといえよう。

また、施設サービスについて検討すれば、確かに療養病床費の削減に成功している地域は多く見られるが、その場合でも他の施設サービス費用が増大する場合や、削減が難しいという実態が確認できた。つまり、施設サービスの削減は容易ではなく、特にもともと施設介護への依存が大きい自治体ではその傾向がより鮮明に確認できた。

そのうえで、市町村の介護保険財政について分析した結果、調整交付金の投入割合は施設サービス費用の影響を考慮していないため、保険料負担が施設サービス費によって押し上げられていたとしても、格差是正機能はそれほど働かないことが確認できた。これは、介護保険導入における議論でも強調された、施設から在宅への転換を推進するためであるという厚労省の意図が実際の制度運営において反映されていることを表している。しかし、その結果として、施設サービスが大きい自治体は重い保険料負担をする必要があることがわかった。以下、市町村単位の分析によって得られた知見を要約しておこう。

市町村レベルの分析結果の要約

- ・条件不利地域では療養病床の削減自体が達成できない場合もある
- ・重度要介護者等のため施設サービスの比重を下げるできない場合もある
- ・相対的に費用を抑制した場合でも調整交付金の投入が増大する可能性もある
- ・保険料格差が調整交付金によってかえって広がる可能性もある

おわりに

本章では、調整交付金が施設サービス費用の差を考慮していないなかでの財政調整効果の検証を行うため、都道府県単位と市町村単位でのサービス費用の格差の分析を行った。都道府県単位の分析においても介護保険の運用実態の多様性は明らかであるが特に高齢化が既に進行したところでは、総じて介護保険費用が大きく、また施設サービスに依拠している部分が大きく、施設サービス費用の削減が容易ではなかった。その一方、高齢化がこれから進展する地域は施設サービスがもともと少ない中で在宅サービスを拡充させることができていることがわかった。なお、いずれの場合でも、療養病床費の削減を行いつつ、その削減分を療養病床以外の施設サービスと在宅サービス、特に通所介護によって代替さらにはサービス拡充を目指しているという点が共通していた。

さらに、市町村単位での分析を行ったところ、調整交付金の投入割合が似通った地域であっても、サービス費用の差によって保険料に大きな影響を及ぼすことが明らかとなった。今回事例に挙げた2市は、人口及び高齢化の進展具合が異なっていたという問題はあるが、調整交付金の投入割合が近い値をとっていたにも関わらず、サービス費用の差が保険料の差につながっていた。具体的には、療養病床費の削減が順調に進んだ千葉県B市では、高齢化の進展に伴い要介護者が増えていく中で、療養病床以外の施設費がやや増加しつつも主には通所介護の増大によるサービス拡充が行われ、費用および保険料の抑制に成功していた。それに対しA市では、療養病床費の削減が達成されず、通所介護も大きく増大する一方で施設サービス費も増大してしまい、保険料の膨張が生じていた。しかし、いずれの場合でも介護保険費用そのものは高齢化要因のみならず、サービス費用の上昇を伴い増大していることから、費用削減が容易でないことも確認できる。

以上の分析の結果、「施設から在宅へ」の転換という目標は、大まかには通所介護の拡大によって進められている一方、施設サービス費用の削減は困難を伴い、市町村によっては療養病床費の削減自体も難しいことが確認できた。こうした分析から、介護保険制度運用実態の多様性が明らかとなった点も、本研究の意義といえよう。また、調整交付金を「施設から在宅へ」の転換の達成のために活用しようという意図は、施設サービス費用が高い市町村に対しての調整交付金の投入割合が増大しない仕組みとなっており、実際に施設サ

サービス費用が大きい市町村ほど保険料が高くなることが確認できた。しかし、「施設から在宅へ」の転換が容易ではないことを考慮すれば、市町村に調整できない要因によって生じている保険料格差が調整交付金では調整されていないということができようであろう。

従って、介護保険が目指した市町村に調整できない要因について財政調整を行ったうえで各市町村が主体的にサービス水準を費用面での責任も果たしつつ調整するという地方分権改革は、施設サービス費用という要因によって実現できなかつたと評価できよう。

終章

1. 介護保険制度における財政調整制度の実態

本研究は介護保険制度において財政調整機能をもつ調整交付金の役割を中心に据えながら、介護保険制度の運営における地方分権改革の実態を分析してきた。ここまでの内容をまとめておこう。

まず、序章では介護保険財政が膨張を続けるなかで、効率化による費用抑制を主張する分析と、高齢者の介護保障の公平性が十分に守られていないことからサービス拡充を主張する分析とが対立関係にあることを整理した。そのうえで、地方分権の推進が介護保険制度運営において公平性と効率性の同時達成を実現するための重要な要素として組み込まれていることを説明した。

そのうえで第一章では、介護保険における財政調整制度である調整交付金の制度形成過程を分析することを通じて、調整交付金は地方政府が調整できない要因を財政的に保障し、地方政府が自律性を発揮するための前提条件を整えるための制度として導入されたことを明らかにした。しかし、介護保険料の地域間格差の原因となる施設サービスについては、財政的かつ社会的要請であった施設から在宅への転換を実現するインセンティブの妨げとならないようにするという政策意図のもとで、調整交付金による財政調整の要素から除外するという制度設計を実施したことが明らかにした。

第二章では、施設サービスにかかる費用を調整交付金における財政調整の要素から除外することの妥当性を検証するために、施設サービスのひとつである介護療養病床の廃止を巡る政策過程を分析した。当初は社会的入院の解消に向けた役割を担うことが期待された介護療養病床だが、費用膨張の要因になっていることが明らかとなり、その廃止が決定された。この決定について、経済団体や市町村は積極的に廃止を目指したものの、その廃止が容易でなく目的が達成されなかったことが明らかとなった。このことから、施設サービスの削減は、市町村の裁量では容易には実現できない制度運営の実態を明らかにした。このことを踏まえれば、今後は施設サービス費用についても調整交付金による財政調整の用途として組み込むことも検討されるべきであろう。

そして第三章では、具体的な市町村の介護保険財政に対して、調整交付金が及ぼす影響について検討した。特に第二章の視点を活かし、介護療養病床の削減が順調な団体とそうでない団体の比較分析を行った。その結果、介護サービスの供給において施設サービスへの依存を減らすことができたか否かに関係なく調整交付金の算定がなされることで、施設サービスへの依存が少ない市町村に対しても調整交付金が多く投入され、かえって保険料格差が広がる可能性まであることが明らかとなった。

以上から、地方政府の自律性を発揮するための前提条件を整えるための調整交付金は、制度設計において施設から在宅への転換のインセンティブという要素を組み入れたために、必ずしも地域間格差の是正を達成できないことがあると結論付けられるであろう。従って、介護保険の地方分権は、公平性と効率化の同時達成を実現するための前提条件を十分に整えているとは言い切れないであろう。

2. 近年の改革の動向（2017年改革）⁹⁶

本研究では、調整交付金の算定項目に施設費用を入れなかったことの妥当性を検討するために、施設サービスでも特に保険料格差に影響を及ぼしていた療養病床の動向に着目した。そのため、分析の対象を療養病床が保険料に及ぼす影響が特に大きかった2010年頃までとしてきたが、それ以降にも重要な制度改革が実施されている。そこで、ここでは2017年改革の内容を紹介しながら、近年の改革動向と本研究との関係についても整理しておきたい。まず、歳出分野の改革に関しては、図表終-1で示す通り地域包括ケアの拡充及び予防等の市町村独自の取り組み強化のために保険者機能を拡充するような内容となっている⁹⁷。

また、医療と介護を包括的にケアするという方向に改革が進んでおり、障害者ケアも視野にいた総合的なサービス供給が目指されているといえることができる。障害者ケアについては、「共生型サービス」を追加することで、障害児者と高齢者が同一事務所でサービスが受けられるような改革など制度創設当初から問題視されてきた障害者と高齢者の介護の制度が別建てとなっている状況への対応もみられる⁹⁸。一方で、こうした改革は介護サービスが医療サービス、障害者サービスと区分することの難しさを示しているとも考えられる⁹⁹。

こうした改革は、住み慣れた地域でサービスを受けられるようにするものであり、そのために保険者・市町村がより主体的に介護サービスを供給できるようにするものであると捉えることができる。そうすることで、必要なサービスを効率的に利用者へ供給できる可能性があり、地方分権のメリットを発揮しうる改革の方向であると捉えることができる。

⁹⁶ 本節は、市川樹(2017)「介護保険財政の膨張への対応とその限界」『都市問題』2017年12月号を大幅に加筆修正したものである。

⁹⁷ 以下、厚労省(2017)を参照している。

⁹⁸ ここでの共生とは、制度横断的に児童、障害、高齢、生活困窮に向き合うことを基本としており、さらにその先に「全世代型社会保障」の構築があるという指摘もある(服部(2020:93))

⁹⁹ 介護保険導入時から、介護サービスと医療サービスの区分及び障害者サービスと年齢で区分することへの問題は指摘されてきたことを指摘している分析は多くある(結城(2011)等)。

そして、ここでの地方分権というのは、従来の福祉政策の区分を住民生活に最も身近な市町村が他の主体と協力関係を結びながら、サービスを拡充させていくという点が強調されていることを示している側面がある。それと同時に、保険者機能の発揮の目標が「自立支援・重度化防止」とされていること、また財政的インセンティブとは自立支援や重度化防止の取組を推進した市町村や都道府県に資金を交付するものであることから¹⁰⁰、国の決定した方針を地方政府が効果的に実施できるという意味も含まれていると考えられる。

図表終-1 2017年改革における地域包括ケアシステムの概要

<p>1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）</p> <p>全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化</p> <p>・国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載</p> <p>・都道府県による市町村に対する支援事業の創設 ・財政的インセンティブの付与の規定の整備</p>
<p>2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）</p> <p>①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設</p> <p>②医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備</p>
<p>3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）</p> <p>・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化</p> <p>・高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける</p>

出所：厚生労働省「平成29年（2017年）介護保険改正」より筆者作成。

他方で、地域に必要なサービスと同時にその負担にも責任をもち、住民からの合意を得たうえでサービスを供給するという意味での歳入面の地方分権についても考えてみよう。図表終-2は2017年改革における歳入面の改正内容を示している。重要な改正内容として要介護者のうち高所得者の自己負担を3割へ引き上げることがあげられる。この改革では「負担の公平性」の観点から応能負担が強調され、それがサービス利用時の自己負担の引

¹⁰⁰ 厚労省「保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金」(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17527.html)（最終閲覧日2022年3月1日）

き上げに反映されている¹⁰¹。なお、2017年以前の改革では、高齢者のうちの低所得者に対する減免措置により負担が過重にならないような改革を実施してきている¹⁰²。こうした改革により、社会保険制度が根本的に抱える負担の逆進性の問題の解決が図られようとしている¹⁰³。

一方で、日本の社会保障制度が抱える制度の分立という問題への対応として、介護納付金への総報酬割の導入が行われた。従来、第2号被保険者保険料負担は、各医療保険の加入者数に応じて算出していたが、2017年改正により被用者保険については加入者の総報酬に応じて負担が決定することとなった。従来の方式では医療保険ごとの保険料負担が報酬とは無関係に決まっていたため、報酬の格差によっては逆進性が生じており、この改革は日本の社会保障制度の特徴である制度の分立によって生じうる不平等の解消を図ったものと考えられる。こうした問題の解決が図られる必要があった背景に、保険料が高騰し負担の在り方の不公平さがより一層際立つようになったことがあげられる。

図表終-2 2017年改革における歳入面の改正内容

2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。(介護保険法)
介護納付金への総報酬割の導入(介護保険法)
・各医療保険者が納付する介護納付金(40~64歳の保険料)について、被用者保険間では『総報酬割』(報酬額に比例した負担)とする。

出所：厚生労働省「平成29年(2017年)介護保険改正」より筆者作成。

以上から、介護保険財政の膨張を支えるための手段として、利用者の自己負担と保険料の引き上げにみるように、高齢者の負担を増大させていることがわかる。また単純に負担を増大させるわけではなく、負担能力に応じた対応をとることで単純な保険システムとは

¹⁰¹ 利用者負担の増大については、保険料及び公費と合わせて考える必要があり、現役世代への過大な負担を避けるために必要であるという議論や、介護保険が制度創設時から公平性の観点から所得に応じた負担を基本としてきたことから応能負担を原則とすべきであるといった議論がなされた(社会保障審議会介護保険部会第61回議事録)。こうした議論は利用者負担引き上げの根拠となり、同第67回においても世代間の負担のバランス及び負担能力が強調された。

¹⁰² 2015年度改革においても保険料の多段階化と低所得者への減免が行われている。なお、2015年度改革については横山(2015)による。

¹⁰³ 社会保険制度が有する逆進性は問題視されており、「世代間の公平も重要ですが、世代内の公平ということにも視野を広げると、我が国の社会保険料負担の逆進性は、もはや無視できない問題だと思います。消費税のときによく逆進性が取り沙汰されるのですけれども、私からすれば社会保険料負担の逆進性は、消費税の話の比ではないと思います(社会保障審議会介護保険部会第61回慶應義塾大学教授土居丈朗委員発言)」という見解が出されている。また、第2号被保険者保険料の逆進性についても問題視され、後述の改革につながっている(同第67回議事録)。

異なる仕組みを導入したことになる。

こうした点から、膨張する財政負担への対応が必要となっているが、各保険者においては保険料引き上げに対する住民からの合意を得るというのが難しいという状況のなかで、いかに負担増大への不満を抑制するかという点に議論が集中していることが伺える。したがって、本研究が重視してきたように、制度内の財政調整メカニズムにより、市町村間の介護保険運営の財政的条件を平準化したうえで、住民の合意に基づきながらサービス拡充に応じた費用負担を市町村の責任で実施するという地方分権の目的が十分に達成されていない状況が続いていると考えられる。

直近の 2020 年改革も同様に、市町村は地域の情報を最も有していることを活かし従来の制度区分にとらわれずにサービスを供給できるようにするという方向性を継承している¹⁰⁴。従って、本研究でこれまで論じてきたような地方分権による効率化と公平性の同時達成といった視点に通じる部分もあるが、費用の抑制が強く求められるなかで地域包括ケアのような従来の制度区分にとらわれずに地域の資源を活かすことに力点が置かれる状況になっているといえよう。その理由としては、財政制約がさらに厳しくなる中で、費用抑制を重視する議論がより強くなるとともに、財源負担をめぐる検討が十分に進められていないことが考えられる。によると考えられる。

3. 近年の介護保険制度の課題と研究動向

まず、現状の問題の背景を考えてみれば、深刻な財政赤字が一向に解消することなく、日本財政運営への信頼が損なわれていることがあげられる。介護保険制度の導入以降、小泉政権による財政再建のほか、各政権においてプライマリーバランスの健全化を軸とする財政再建目標が設定されながらも、その達成の目途はたっていない。このような厳しい国家財政のもとで、2000 年代以降の地方財政も著しい抑制基調のもとで推移している。地方分権改革の一環として実施された三位一体改革において一定の税源移譲が実現されながらも、国から地方に対する財政移転は大幅に抑制されてきたために、増大する財政需要を充足することが難しくなっている。このような状況で、地方自治体が独自課税などにより主体的に財源確保を進める動きも低調なものにとどまっており、高齢者の生活保障の実態についても深刻な懸念が指摘される状況が生じている。

こうした経済・社会情勢を受け、研究の領域でも費用の膨張を問題視する分析と、介護サービスの拡充を希求する分析との対立が先鋭化している。そのため、効率性と公平性を同時に達成することを目的とする地方分権の推進という視点から総合的に問題を分析する

¹⁰⁴ 厚労省(2020)

ことが、ますます難しくなっているともいえよう。

例えば、芝田編(2020)に掲載されている一連の論文は、介護保険制度のサービスの不十分さを指摘している。具体的には、複雑な要介護認定制度を簡素化し、現場の介護労働者の裁量を増やすこと、利用者の必要を満たすような給付を目指し一部負担を廃止するという見解(芝田(2020:46))、介護保険制度が高齢者の生活問題の一部を切り取ったうえ、サービス対象を細切れにしているという問題を指摘し、高齢者の生活全体を総合的に解決する必要があるという見解(河合(2020:66ff.))、「地方分権の試金石」として「サービス充実」を競うことを求めた政府が今や「制度縮小、自助互助化」を競わせようとしているという見解(日下部(2020:142))、このほかにも介護労働者の低賃金や労働力不足といった問題を指摘している。これらの分析は、高齢者の生活の問題という今日的な社会問題を介護保険の側面から明らかにしており、今後の社会保障の在り方を考えるうえで重要な分析であるといえよう。

しかし、その財源論になると、社会保険方式から税方式に戻すべきであるとしつつも一旦ペンディングとするという見解(芝田(2020:46))、負担能力のある大企業や富裕層に社会保障財政への貢献を求め社会保障費を増大させるという見解(井口(2020:114))、この他には論者によっては財源論を明示していないことが多いと思われる。確かに、社会保険方式は逆進性が強いなどの問題があり、負担能力のある経済主体から税方式によって多くを求めるというのは公平性の観点から見て極めて重要な指摘であろう。しかし、どの程度の負担を求めることになるのか、また日本の経済パフォーマンスが低下している中で大企業や富裕層に大きな負担を求めることが現実的なのか疑問が残るであろう。

そのためサービス拡充のみならず、負担面も含めた分析が必要となる。そして下野(2017)は、財政学の視点から消費税増税に失敗したことと介護サービスのサービス不足の関連を指摘し、国民の負担増大の必要性を強調している。下野の分析は単にサービス拡充を求めるだけでなく、増税の必要性を説得的に訴えているが、その実現に向けたプロセスについては具体性に欠ける面がある。

費用抑制の議論については、財政制度等審議会においても議論されているように、介護保険財政の膨張が問題視されている状況に大きな変化はない。例えば、財政制度等審議会の議論について医療を中心に論じている論文ではあるが、田近(2019)は、医療・介護は給付費が増加すれば、自動的に財政負担が増える仕組みとなっており、能力に応じた負担と給付のバランスを実現するために利用者負担の引き上げの方向で改革が進んでいると解説している(田近(2019:34ff.))。そのうえで、医療についてはあるが、保険者機能を高めることで質を高めつつ効率化を目指す必要性を述べている。田近の分析は財制審の議論を解説しつつ単に費用抑制を主張するにとどまらない論点を示しており、医療・介護の問題を財政と結びつけた重要な議論であるといえよう。ただし、その保険者機能を高めるための具体的な方法については検討が必要であろう。

同様に、費用抑制だけでは不十分であることを指摘する分析がいくつか見られる。たとえば鈴木(2017)は経済学的な視点から介護保険の制度設計と介護保険導入後の政策変化の問題点を指摘している。具体的には、保険料のみの運用ではなく国・地方合わせ50%もの公費負担がある一方、施設介護への参入規制、介護報酬という価格規制、現金給付を認めなかったことによって市場メカニズムが機能しないという制度設計上の問題を指摘し、さらにその後の改革で無理な財政抑制がおこなわれ保険原理・市場原理も地方分権の精神も忘れ去られたと指摘している(鈴木(2017:172f))。そのうえで混合介護など市場メカニズムを生かす方向での改革を主張している。鈴木(2017)の分析は、単なる費用抑制を主張するのではなく、また制度上の問題や費用抑制に偏重したことへの問題を指摘しており、介護保険制度の新たな改革の可能性を現実的に主張しているという点で評価されよう。しかし、ここでの地方分権とは地域間の競争を念頭に置いていると考えられ、介護保険制度において市場原理を強化する方向性では、価格シグナルを用いた需要抑制を組み込んだ受給バランス調整として機能するため、そのような制度改正が住民ニーズの充足にとって望ましいものとなるかは慎重な検討が必要である。

こうした研究動向の中で、鈴木(2019)では、調整交付金に着目しながら、本研究の結論とは対照的に調整交付金がモラルハザードを引き起こし、調整交付金を多く受け取っている市町村への費用引下げのインセンティブが働いていないことを指摘している(鈴木(2019:85))。鈴木(2019)の分析は、精力的な聞き取り調査などを実施し、また本研究と同様、調整交付金が年齢と低所得者という要因だけに焦点を合わせることに問題点を指摘しており、介護保険制度運用の実態把握に大きな貢献をしつつ、介護保険がいかに国・地方両政府にとって「失敗」を引き起こす要因を内包しているかを明らかにしていると評価できよう。ただし、鈴木自身も認めている通り、「失敗」の定義づけを演繹的に行っており、その定義づけの妥当性には検討の余地がある。

以上のように、近年の介護保険制度を巡る問題は、費用抑制が先行する議論とサービスの急拡大をもとめる議論とが対立し、効率性と公平性を総合的に取り扱うという地方分権に関する議論が多くはない状況にある。一方でサービス拡充と費用抑制とを総合的に扱おうとする議論も確かに存在し、そうした分析では、介護保険の問題点を演繹的な視点から検討している。しかし、政策の成否を評価するには、その政策が何を達成しようとしているかという政策意図の分析が重要となるが、本研究において行った分析は、これらの研究の不足を埋める意義を有していると考えられる。特に、地方分権が多様な要素を内包していることを念頭に置けば、政策意図に焦点を合わせ、それを基準として地方分権改革の成否を評価することの意義は大きいといえる。

終わりに

本章では、本研究での分析内容をまとめたうえで、近年の制度改正の状況と研究動向の推移について確認した。本研究における分析の意義を要約すれば、財政調整の妥当性を制度形成過程における議論を分析することで明らかとなった政策意図と比較したうえで検討したことがあげられよう。その結果として、調整交付金は市町村が自ら調整できない要因については財政調整を行うことを意図していたものの、同時に施設から在宅への転換のインセンティブ確保という要因を組み入れられたことで、効率性と公平性を達成するための財政的な前提条件を市町村において整えるということに失敗し、そのことが格差是正を阻み費用抑制に力点が置かれる制度運営につながっていることを明らかにした。

従って、本研究の結論としては、財政調整メカニズムを適切に機能させ、格差を是正したうえで各地方政府が主体的に負担と受益の調整を行い、高齢者介護を効率的かつ公平に保障していくことが必要であるということになる。

本章で概要を触れるにとどまっているが、こうした状況は現在にも引き継がれている部分がある一方で、費用抑制が先行する中で地方分権の在り方について検討することがより求められているといえよう。

最後に本研究の課題について検討しておこう。まずは、財政調整制度を中心としてきたが、住民参加などの論点を扱えていないことがあげられる。仮に財政上の地方分権に問題を抱えていても、計画への住民参加などによるいわば住民自治が達成されている可能性も考えられよう。ただし、これまで触れてきた先行研究では、小林・名取（2004）の分析が例外的に住民のニーズを地方政府が把握できていることを指摘しているが、他の分析において住民自治の理念が達成されているという指摘はほとんど見られない。従って、介護保険導入後のいずれかの段階で、住民による民主的な介護保険制度が実行できなくなっている可能性も考えられる。こうした点について、より実証的な分析が求められるであろう。

さらに、時代的制約の問題についても課題があるといえよう。つまり、本研究では介護保険が導入される前後および2000年代を中心に扱っており、2010年代後半以降の医療改革との関連での議論との接続が必ずしも十分でないという政策変遷についての問題がある。世界に類を見ない少子高齢化の中で、日本政府は積極的な対応を求められており、医療・介護・福祉の分野で様々な改革が行われている。そうした、他の社会保障と介護保険制度改革との関係についてもより深い考察が求められるであろう。

参考文献

【日本語文献】

- 栗沢尚志(2007)「高齢者福祉と地域における公私の戦略的役割分担—変化する地方自治体の競争優位—」『千葉経済論叢』第37号
- 安藤道人(2008)「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析—保険者データを用いた分析—」『季刊社会保障研究』第44巻第1号
- 井口克郎(2020)「介護人材政策の総括と課題」柴田英昭編『検証 介護保険施行20年 介護保障は達成できたのか』自治体研究社
- 池田省三(2011)『介護保険論 福祉の解体と再生』中央法規
- 石橋敏郎(2016)『社会保障法における自立支援と地方分権 生活保護と介護保険における制度変容の検証』法律文化社
- 石弘光監修(1996)『財政構造改革白書』東洋経済新報社
- 伊集守直(2006)「スウェーデンにおける政府間財政関係：地方分権と財政調整制度」『地方財政』第45巻第5号
- 市川喜崇(2012)『日本の中央—地方関係：現代型集権体制の起源と福祉国家』法律文化社
- 市川樹(2016)「介護保険財政における地域間格差と調整交付金の機能」日本地方財政学会研究叢書第23号『自治体政策の課題と展望』勁草書房
- (2017)「介護保険財政の膨張への対応とその限界」『都市問題』2017年12月号
- (2022)「介護保険財政における療養病床改革—介護保険調整交付金の算定基準の妥当性の検討—」『エコノミア』第72巻第1号
- 井手英策(2006)『高橋財政の研究—昭和恐慌からの脱出と財政再建への苦闘』有斐閣
- 伊藤周平(1997)『介護保険 その実像と問題点』青木書店
- (2004)『改革提言介護保険 高齢者・障がい者の権利保障に向けて』青木書店
- 井堀利宏(2006)『財政学 第3版 (新経済学ライブラリ)』新世社
- 植田政孝(2000)「介護保険制度の分権性について」大阪市立大学『季刊経済研究』23巻2号
- 衛藤幹子(1998)「連立政権における日本型福祉の転回—介護保険制度創設の制作過程」『レヴァイアサン臨時特集 1998 夏(特集)連立政権下の政党再編と政策決定』
- 大熊由紀子(2010a)『物語 介護保険 上』岩波書店
- (2010b)『物語 介護保険 下』岩波書店
- 大野吉輝(1995)「高齢者の負担能力と利用者負担—公私の役割分担の視点から—」『季刊社会保障研究』第32巻第3号
- 大森彌(2018)『老いを拓く社会システム—介護保険の歩みと自治行政』第一法規株式会社
- 岡崎祐司・福祉国家構想研究会編(2017)『老後不安社会からの転換 介護保険から高齢者

- ケア保障へ』大月書店
- 奥愛(2020)「戦後日本の社会保障財源制度を巡る画期に関する研究」立教大学『博士学位論文』第548号
- 奥野正寛編著(2008)『ミクロ経済学』東京大学出版
- 恩田裕之(2006)「高齢者サービスと自治体の役割」国立国会図書館調査及び立法考査局『地方再生:分権と自律による個性豊かな社会の創造:総合調査報告』
- 介護保険研究会(1996)「公的介護保険制度の保険者をめぐって」『月刊介護保険』1996年8月号 No.5
- 介護保険制度史研究会編著(2019)『新装 介護保険制度史 基本構想から法施行まで』東洋経済新報社
- 介護保険法等改正研究会(2017a)「介護療養病床の廃止・転換の経緯と背景」『厚生福祉』6349 合併号
- (2017b)「介護療養病床に関する二つの提言」『厚生福祉』6350 号
- 香取照幸(2017)『教養としての社会保障』東洋経済新報社
- 金澤史男(2001)「日本における新自由主義の20年—経済政策理念と財政問題を中心に—」『土地制度史学』第171号
- (2008)「現代財政と公私分担の再編」『公私分担と公共政策』日本経済評論社
- (2010)「福祉国家財政と現金給付・現物給付」『福祉国家と政府間関係』日本経済評論社
- (2010)『福祉国家と政府間関係』日本経済評論社
- 金子勝(1998)『市場と制度の政治経済学』東京大学出版会
- 河合克義(2020)「高齢者の生活実態と介護保険」柴田英昭編『検証 介護保険施行20年 介護保障は達成できたのか』自治体研究社
- 岸田研作・谷垣静子(2013)「介護保険料の負担感の決定要因—便益、リスク、社会連帯の認知影響—」『会計検査研究』No.47
- 北山俊哉(2011)『福祉国家の制度発展と地方政府』有斐閣
- 木村陽子(1997)「公的介護保険と財政調整のあり方」『季刊社会保障研究』第32巻第3号
- 日下部雅喜(2020)「自治体はどう変えられようとしているのか」柴田英昭編『検証 介護保険施行20年 介護保障は達成できたのか』自治体研究社
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修(1996)『高齢者介護保険制度の創設について—国民の議論を深めるために』ぎょうせい
- 厚生労働省老健局総務課(2013)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」
- 国立社会保障・人口問題研究所編(2003)『選択の時代の社会保障』東京大学出版
- 編(2005)『社会保障制度改革 日本と諸外国の選択』東京大学出版

- 小林良彰・名取良太(2004)『地方分権と高齢者福祉—地方自治の展開過程』慶応義塾出版
会
- 齋藤由里恵・菅原宏太・中澤克佳(2014)「介護保険料の地域間格差の実証分析」『東洋大学
ワーキングペーパー』
- 財務省財務総合政策研究所編(2014)『持続可能な高齢社会を考える—官民の選択と集中を
踏まえた対応—』中央経済社
- 編(2015)『超高齢化社会の介護制度—持続可能な制度構築と地
域づくり—』中央経済社
- 佐々木伯朗(2004)「介護保険の導入と地方財政—保険給付開始後の市町村財政への影響を
中心に」林健久・加藤栄一・金澤史男・持田信樹編(2004)『グローバル化と福祉国家
財政の再編』東京大学出版会
- (2016)『福祉国家の制度と組織—日本の特質の形成と展開』有斐閣
- 佐藤滋・古市将人(2016)『租税抵抗の財政学—信頼と合意に基づく社会へ』岩波書店
- 佐藤卓利(2010)「介護保険の10年」『立命館経済学』第59巻第3号
- 佐藤満(2010)「介護保険法の成立過程」『立命館法学』2010年5・6号(333・334号)
- (2014)『厚生労働省の政策過程分析』慈学社
- 里見賢治・二木立・伊東敬文(1997)『公的介護保険に異議あり』ミネルヴァ書房
- 佐橋克彦(2012)「わが国介護サービスにおける選択制と利用者主体の限界—準市場の観点
から—」『北星学園大学社会福祉学部北星論集』第49号
- 芝田英昭(2020)「介護保険の根源的な矛盾と将来像に対する視点」柴田英昭編『検証 介
護保険施行20年 介護保障は達成できたのか』自治体研究社
- 編(2020)『検証 介護保険施行20年 介護保障は達成できたのか』自治体研究
社
- 渋谷博史(2014)『福祉国家と地域と高齢化』学分社
- 島津淳(2008)『介護保険制度と政策形成過程』久美株式会社
- 清水浩一(2003)「介護保険法の成立過程にみる『隠れた論点』」『明治学院論叢』第690号
社会学・社会福祉学研究114
- 清水谷論・稲倉典子(2006)「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』第34号
- ジョン・クレイトン・キャンベル(2009)「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策
過程」『社会科学研究』第60巻第2号
- 神野直彦(1998)『システム改革の政治経済学』岩波書店
- (2007)『財政学 改訂版』有斐閣
- (2015)「介護保険と地方分権の15年」『都市問題』2015年4月号
- 神野直彦・金子勝(1999)『「福祉政府」への提言—社会保障の新体系を構想する』岩波書店

- 菅沼隆、土田武史、岩永理恵、田中聡一郎編(2018)『戦後社会保障の証言 -- 厚生官僚 120 時間オーラルヒストリー』有斐閣
- 杉浦真一郎(2018)『介護行財政の地理学—ポスト成長社会における市町村連携の可能性』明石書店
- 鈴木栄之心(2019)「公的介護保険制度における『政府の失敗』の理論枠組みの構築と検証：基礎自治体による介護保険料の決定メカニズム」慶應義塾大学『博士論文』第 5170 号
- 鈴木力雄(2009)「東京都における第 1 号介護保険料に関する研究」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第 11 巻第 2 号
- 鈴木亘(2010)『財政危機と社会保障』講談社
- (2017)「介護保険施行 15 年の経験と展望：福祉回帰か市場原理の徹底か？」『学習院大学 経済論集』第 54 巻第 3 号
- 武田宏(2006)『高齢者福祉の財政課題 増補版』あけび書房
- 田近栄治(2019)「社会保障と財政-医療制度改革を中心に-」成城大学『経済研究所年報』第 32 号
- 田近栄治・菊池潤(2003)「介護保険財政の展開」『季刊社会保障研究』第 39 巻第 2 号
- (2006)「介護保険の何が問題か—制度創設過程と要介護状態改善効果の検討—」財務省財務総合政策研究所『ファイナンシャル・レビュー』
- 田近栄治・油井雄二(2003)「第 15 章 介護保険の現状と改革—財政の視点から—」国立社会保障・人口問題研究所編(2003)『選択の時代の社会保障』東京大学出版
- (2004)「介護保険：4 年の経験で何がかわったか」財務省財務総合政策研究所『ファイナンシャル・レビュー』
- 田近栄治・油井雄二・菊池潤(2005)「第 10 章 介護保険制度の持続可能性—国と県レベルの分析—」国立社会保障・人口問題研究所編(2005)『社会保障制度改革 日本と諸外国の選択』東京大学出版
- 建林正彦・曾我謙悟・待鳥聡史(2008)『比較政治制度論(有斐閣アルマ)』有斐閣
- 堤修三(2010)『介護保険の意味論』中央法規
- 寺田玲(2007)「福祉生産・供給システムの生産と地域福祉政策」『佛教大学大学院紀要』第 35 号
- 中越竜馬・武政誠一・南場芳文・盛岡寛文・雄山正崇・中山可奈子(2014a)「在宅高齢者の介護保険サービス利用状況」『理学医療法科学』第 29 巻 5 号
- (2014b)「介護保険の利用における家族介護者の満足度と家族介護者の経済状況」理学医療法科学 第 29 巻 6 号
- 中澤克佳(2010)『介護サービスの実証研究—制度変化と政策対応—』三菱経済研究所
- 中村秀一(2019)『平成の社会保障—ある厚生官僚の証言—』社会保険出版社

- 二木立(2007)『介護保険制度の総合的研究』勁草書房
- 西岡晋(2021)『日本型福祉国家再編の言説政治と官僚制』ナカニシヤ出版
- 西村周三監修 国立社会保障・人口問題研究所編(2013)『地域包括ケアシステム——「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応大学出版会
- 朴姫淑(2014)『地方自治体の福祉ガバナンス』ミネルヴァ書房
- 畠山輝雄(2012)「介護保険地域密着型サービスの地域差とその要因」『地理学評論』
- 服部万里子(2020)「介護保険の誕生からたどる現在の課題」柴田英昭編『検証 介護保険 施行 20 年 介護保障は達成できたのか』自治体研究社
- 林健久・加藤栄一・金澤史男・持田信樹編(2004)『グローバル化と福祉国家財政の再編』東京大学出版会
- 林正義(2017)「社会保障分野における地方公共団体の役割」『社会保障研究』第 1 巻第 4 号
- 林宣嗣(2008)『地方財政学(新版)』有斐閣
- 原清(2007)「介護保険制度の導入をめぐる政治過程」『志学館法学』第 8 号
- 船橋恒祐(2008)「介護費用支出の地域特性の分析」同志社大学『経済学論叢』第 61 巻第 2 号
- 本間正明(2021)『日本の財政学 受難と挑戦の軌跡』日本評論社
- 前田由美子(2002)「高齢者の医療費と介護費用の分析」日本医師会総合政策研究機構『日医総研ワーキングペーパー』No.39
- 増田雅暢(2001)「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題—官僚組織における政策形成過程の事例—」『季刊社会保障研究』第 37 巻第 1 号
- 町田俊彦(2014)「2 つの分権論と分権システム」『財政研究』第 10 巻
- 松岡佑和(2016)「介護保険料決定における保険者間相互参照行動-自治体間の参照基準において何が需要か-」日本地方財政学会研究叢書第 23 号『自治体政策の課題と展望』勁草書房
- 持田信樹(2004)『地方分権の財政学—原点からの再構築』
- (2013)『地方財政論』東京出版
- 森詩恵(2008)『現代日本の介護保険改革』法律文化社
- 山崎史郎(2017)『人口減少と社会保障』中公新書
- 油井雄二・田近栄治(2008)「『施設』に翻弄される沖縄の介護保険」『成城・経済研究』第 181 号
- 結城康博(2008)『介護 現場からの検証』岩波新書
- (2011)『日本の介護システム』岩波書店
- 横山純一(1999)「介護保険法の全面改訂を—地方分権を目指した税方式へ」神野・金子編『「地方政府」への提言—社会保障の新体系を構想する』岩波書店
- (2015)『介護・医療の施策と財源』同文館出版

吉原雅昭(1997)「公的介護保険構想をめぐる政治過程とノン・アジェンダ」『社会問題研究』46(2)

若松泰之(2017)「公的介護保険の調整交付金に関する財政調整効果」『会計検査研究』第55号

和田勝(2007)『介護保険制度の政策過程—日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究』東洋経済新報社

【英語文献】

Inman, P.R. and Daniel, L.R. (1997) “Rethinking Federalism”, *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 11, No. 4

McKinnon, R.I. (1997) “The Logic of Market - Preserving Federalism”, *Virginia Law Review* vol.38, No.7

Musgrave, R.A. (1959) *The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy*, McGraw-Hill

Musgrave, R.A. and Peggy, B.M. (1989) *PUBLIC FINANCE IN THEORY AND PRACTICE Fifth Edition*, McGRAW-HILL BOOK COMPANY

Oates, W.E. (1972) *Fiscal Federalism*, Harcourt Brace Jovanovich

Pierson, P. (2004) *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton University Press.(粕谷祐子訳『ポリティックス・イン・タイム—歴史・制度・社会分析』勁草書房, 2010年)

Qian, Y. and Barry, R.W. (1997) “Federalism as a Commitment to Preserving Market Incentives”, *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 11, No. 4

Rodden, J. and Susan, R.A. (1997) “Does Federalism Preserve Markets?”, *Virginia Law Review*, Vol. 83, No. 7

Tiebout, C. (1956) “A Pure Theory Local Expenditures”, *Journal of Political Economy*, Vol.64. No.5, pp.416-424

Weingast, B.R. (1995) “The Economic Role of Political Institutions: Market - Preserving Federalism and Economic Development”, *Journal of Law, Economics, & Organization*, Vol.11, No.1

資料・参考ウェブページ

序章

厚生労働省(2018) 「公的介護保険制度の現状と今後の役割」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>) (最終閲覧日2021年12月1日)

第1章

参考資料

朝日新聞(1997年1月19日付朝刊)

朝日新聞(1997年1月20日付夕刊)

厚生労働省「介護保険事業業況報告(年報)」(各年版)

厚生労働省(2006)「療養病床の再編成について」

厚生労働省老健局総務課(2013)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

『週刊社会保障』第49巻第1865号「介護システムの創設で介護関係者が意見陳述」1995年11月27日

『週刊社会保障』第52巻第1997号「社会的に介護サービスを提供」1998年7月20日

全国市長会(2003)「介護保険制度に関する決議及び要望」

『年金実務』第1374号2000年1月24日

ウェブページ

厚生労働省HP「調整交付金の仕組み」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0309-6l.html>)(最終閲覧日2021年12月1日)

厚生労働省HP「社会保障制度審議会(介護保険部会)」(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126734.html)(最終閲覧日2021年12月1日)

国立国会図書館HP「(会議録一覧)介護保険法案」(<https://hourei.ndl.go.jp/#/detail?billId=113901007>)(最終閲覧日2021年12月1日)

第2章

首相官邸ウェブページ

社会保障の在り方に関する懇談会(2004a)「社会保障の在り方に関する懇談会の開催について」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai1/1siryou1.pdf>)(最終閲覧日2021年2月11日)

社会保障の在り方に関する懇談会(2004b)「介護保険改革と他の社会保障制度との関係(案)」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai3/3siryou2.pdf>)(最終閲覧日2021年2月11日)

社会保障の在り方に関する懇談会(2004c)「介護保険に関連する医療制度の見直し(厚生労働省提出資料)」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai3/3siryou4.pdf>)(最終閲覧日2021年2月11日)

社会保障の在り方に関する懇談会(2004d)「経済産業省提出資料 企業活動と公的負担に

関する緊急調査について」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai3/3siryou5.pdf>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

社会保障国民会議(2008)「社会保障国民会議 最終報告書」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu.html>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

厚生労働省・厚生労働省社会保障審議会ウェブページ

介護給付費分科会(2001a)「資料 1 社会保障審議会等関係規定」(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/shingi/syakai/1022-1c.html>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2001b)「第 2 回介護給付費分科会 資料 1」(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/shingi/syakai/dl/1105-1b.pdf>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2001c)「第 2 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0111/txt/s1105-2.txt>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2001d)「第 3 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/txt/s1210-1.txt>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2002a)「全国町村会 介護保険制度に関する緊急要望」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/05/s0513-2e.html>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2002b)「第 16 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/11/txt/s1118-1.txt>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2005a)「第 35 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/txt/s1125-6.txt>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2005b)「第 35 回介護給付費分科会資料 1 介護保険施設の報酬・基準について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/dl/s1125-12b3.pdf>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2005c)「第 36 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/txt/s1207-3.txt>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2005d)「第 37 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/txt/s1213-2.txt>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2005e)「平成 18 年度介護報酬改定に関する審議報告」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/dl/s1213-4b.pdf>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2005f)「第 38 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/txt/s1228-1.txt>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2005g)「資料 4 療養病床の将来像(厚生労働省提出資料)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/dl/s1228-2e.pdf>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2006a)「療養病床の将来像について(厚生労働省提出資料)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/dl/s0126-9f.pdf>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2006b)「第 39 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/txt/s0126-4.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2006c)「第 40 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/txt/s0309-2.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2006d)「第 41 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/06/txt/s0628-5.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2006e)「療養病床再編成に伴う介護報酬等の見直しに係る諮問案について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/06/dl/s0628-7b.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2008a)「第 46 回介護給付費分科会議事次第」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/s0130-14.html>)。(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2008b)「自民党 療養病床から転換した老人保健施設について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-14g.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2008c)「中医協 中医協における療養病床から転換した介護老人保健施設入居者への医療提供に関する議論について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-14j.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2008d)「介護療養型老人保健施設における介護報酬等の見直しに係る諮問について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0303-7c.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2011a)「第 75 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001h6uw.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会(2011b)「医療と介護の連携」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001dzdp-att/2r9852000001dzh2.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会 (2017)「第 144 回参考資料 3 介護療養型医療施設及び介護医療院(参考資料)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000174013.pdf)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護給付費分科会 (2018)「施設・住居系サービスについて」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/000044903.pdf) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護施設等の在り方に関する委員会(2006a)「第 1 回介護施設等の在り方に関する委員会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/txt/s0927-2.txt>)(最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護施設等の在り方に関する委員会(2006b)「療養病床の再編成について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8c.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護施設等の在り方に関する委員会(2007)「療養病床から転換した老人保健施設における

医療サービスの提供について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0620-7c.pdf>)

介護保険部会(2003a)「資料 2(1)社会保障審議会介護保険部会について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/s0527-3d1.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護保険部会(2003b)「第 1 回介護保険部会議事録」(https://www.mhlw.go.jp/content/shingi__2003__05__txt__s0527-1.txt) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護保険部会(2004)「第 8 回介護保険部会 資料 4」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-7e10.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護保険部会(2007)「介護保険制度の見直しに関する意見」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/dl/s0730-5a.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護保険部会(2010a)「給付の在り方(施設、住まい)について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000ikoc-att/2r9852000000ikpt.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護保険部会(2010b)「第 32 回介護保険部会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xo8e.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護保険部会(2010c)「第 37 回介護保険部会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000010860.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護保険部会(2010d)「介護保険制度の見直しに関する意見」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000xl19.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

介護保険部会(2011)「介護保険制度の見直しに関する意見」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001rgu8-att/2r9852000001rl3r.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

厚生労働省「介護保険事業報告書(年報)」(2000 年～2013 年度の各年)

厚生労働省(2018a)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」(<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

厚生労働省(2018b)「第 7 期計画期間における介護保険の第 1 号保険料について」(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12303500-Roukenkyoku-Kaigohokenkeikaku/7ki-syuukeikekka.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

厚生労働省(2019)「調整交付金<参考資料>」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000551448.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

厚生労働省ウェブページ「社会保障審議会(介護給付費分科会)」(議事録等一覧) (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698_old.html) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

厚生労働省ウェブページ「社会保障審議会(介護保険部会)」(議事録等一覧) (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126734.html) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

厚生労働省高齢者介護研究会(2003)「2015年の高齢者介護」(<https://www.mhlw.go.jp/to-pics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

厚生労働省老健局高齢者支援課(2011)「特別養護老人ホームの入所申請者の状況」(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

厚生労働省老健局高齢者支援課(2017)「特別養護老人ホームの入所申請者の状況」(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000157883.pdf>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

厚生労働省老健局高齢者支援課(2019a)「特別養護老人ホームの入所申請者の状況」(<http://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000581323.pdf>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

厚生労働省老健局高齢者支援課(2019b)「『平成30年度 有料老人ホームを対象とした指導状況等のフォローアップ調査(第10回)』結果」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000496308.pdf>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

療養病床の在り方等に関する特別部会(2016)「第1回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000130255.html>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

労働政策審議会雇用均等分科会(2008)「参考資料」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1023-4b.pdf>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

国会議事録等

衆議院(2001)「決算行政監視委員会議録 第六号」(<https://kokkai.ndl.go.jp/minutes/api/v1/detailPDF/img/115104127X00620010613>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

「衆議院厚生労働委員会」(2006年2月24日)

「衆議院厚生労働委員会」(2006年4月26日)

「参議院厚生労働委員会」(2011年6月9日)

その他

全国市長会(2004a)「介護保険の基本的見直しに関する意見」(http://www.mayors.or.jp/p_opinion/o_teigen/2004/04/h160414-kaigoiken.php)(最終閲覧日 2021年2月11日)

全国市長会(2004b)「介護保険制度に関する要望」(http://www.mayors.or.jp/p_opinion/2004/06/h1606-17.php)(最終閲覧日 2021年2月11日)

日本医師会(2004)「日医 NEWS 第1037号」(<http://www.med.or.jp/nichinews/n161120h.html>)(最終閲覧日 2021年2月11日)

日本医師会(2006a)「日医 NEWS 第1070号」(<http://www.med.or.jp/nichinews/n180405>)

c.html) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
日本医師会(2006b)「日医 NEWS 第 1085 号」(<http://www.med.or.jp/nichinews/n181120c.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
日本経済団体連合会(2004)「介護保険制度の改革についての意見」(<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2004/034.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
民主党(2009)「Manifesto」(http://archive.dpj.or.jp/special/manifesto2009/pdf/manifesto_2009.pdf) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
民主党(2010)「介護保険制度の見直しに関する提言」(<http://www.caresapo.jp/fukushi/insurance/pdf/101222.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)

第 3 章

ウェブページ

厚生労働省(2018)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」(<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 12 月 1 日)

終章

ウェブページ

厚生労働省(2017)「平成 29 年 (2017 年) 介護保険改正」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000640410.pdf>) (最終閲覧日 2020 年 12 月 1 日)

厚生労働省(2020)「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律 (令和 2 年法律第 52 号) の概要」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000640392.pdf>) (最終閲覧日 2020 年 12 月 1 日)