

研究員 の眼

20年を迎えた介護保険の再考 (14) 地方分権の「試金石」 保険料の水準を市町村が決定することにした意味

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～地方分権の「試金石」とされた理由～

加齢による要介護リスクをカバーするための社会保険制度として、介護保険制度が発足して4月で20年を迎えました。介護保険の論点や課題を考える連続コラムの[第11回](#)は認知症ケア、[第12回](#)は在宅医療との関係、[第13回](#)は介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）などを取り上げつつ、市町村が主体性を発揮する必要性を強調しました。

しかし、市町村の主体性は制度創設時から論じられており、言わば「古くて新しい問題」と言えます。そこで今回は「地方分権の試金石」と呼ばれていた制度創設時の議論に立ち返りつつ、介護保険制度における市町村の役割を再考したいと思います。具体的には、介護保険料の水準を市町村が決定することになった意味を考えつつ、総合事業など介護保険財源を「転用」する仕組みについて、どういった姿勢で臨むべきか考えたいと思います。

2—地方分権改革の経緯と多面性

1 | 地方分権と介護保険の関係

地方分権を積極的に推進するための法制定をはじめ、抜本的な施策を総力をあげて断行していくべき¹。こうした決議が1993年6月、衆参両院で可決され、国から地方に権限・財源を移譲する地方分権改革が明示的に進められるようになりました。その一つの成果が2000年施行の地方分権一括法であり、国が自治体を出先機関のように扱う「機関委任事務」の廃止などが進められました。つまり、介護保険と地方分権改革は同じ時期にスタートしたことになります。

しかし、介護保険は地方分権改革の議論で真正面から取り上げられたわけではありません。むしろ、その以前から社会保障政策では1990年制定の「福祉八法」を通じて「老人福祉計画」の策定を市町村に義務付けたり、1994年の地域保健法を通じて健康づくりに関する保健所の権限を市町村に移譲したりしており、市町村の役割と権限が少しずつ強化されていました。

このため、地方分権の結果として介護保険が生まれたのではなく、元々は別々の流れで始まった改

¹ 1993年6月3日、第126回国国会議録衆議院本会議。参議院本会議の議決は6月4日。

革が同じ時期に施行されたことで、関連性が強く意識されたと言えます。

2 | 地方分権改革の多面性

ここで、注意しなければならないのは地方分権改革の多面性です。地方分権改革は様々な政治勢力や主張の「混声合唱」²としてスタートした面があります。地方分権の経緯について、ここで長々と論じるつもりはありませんが、1970年代の革新自治体に代表されるように「自治体の役割を大きくするべきだ」という議論（仮に「分権重視論」と呼びます）に加えて、第2次臨時行政調査会などの議論を経て、「行財政改革を通じて国の役割を小さくする一環として、民間委託とともに地方への権限移譲を重視すべきだ」という議論（仮に「小さな政府論」と呼びます）も影響していました。

このほか、「一極集中是正の観点に立ち、地方分権が必要」「意思決定の迅速化など統治機構を改革する観点に立ち、国の仕事を地方に移す」という趣旨の意見も示されており、様々な意見の「混声合唱」が大きくなる中、1993年8月の非自民連立政権による細川護熙内閣の発足、さらに1994年6月の村山富市内閣発足といった政変を経て、地方分権改革が政治・行政の主要テーマに位置付けられるに至りました。

このため、地方分権改革の推進に際しては、関係者が同床異夢となる場面が見られました。例えば、小泉純一郎政権期には国・地方の税財政を見直す三位一体改革（国庫補助金の廃止、地方への税源移譲、地方交付税の見直し）が進められたものの、最終的に交付税が大幅削減され、地方分権の機運は急速に萎みました。つまり、先の類型で言えば、自治体の税財源充実を望む「分権重視論」が「小さな政府論」に押され、国の財政再建が優先された結果、交付税の削減という結果を招いたと言えます。

3 | 介護保険への影響

こうした「混声合唱」は当時の潮流であり、介護保険制度も影響を受けたと考えられます。具体的には、福祉八法から市町村の役割や権限を大きくする分権の流れとともに、行政サービスの効率化を目指す「小さな政府論」も反映していたと考えられます。

例えば、介護保険制度が創設された背景の一つとして、膨張する医療費を抑制する目的があった点については、[第1回](#)で述べた通りです。さらに、介護保険20年を振り返る[拙稿](#)で述べた通り、サービス提供者に株式会社やボランティア団体などの参入を認めた点も見逃せません。これは計画経済ではなく、純粋に市場経済でもない「準市場」(quasi-market)と呼ばれ、効率性など市場原理の良い部分を計画的な福祉に取り入れるという視点を持っており、介護保険制度だけでなく、やはり同時期に実施された社会福祉基礎構造改革の基本的な考え方としても位置付けられました。さらに、[第6回](#)で述べた契約制度についても、準市場的な考え方の一つの表れと言えます。

つまり、「混声合唱」としてスタートした地方分権改革と同様、介護保険制度の創設に至る議論も多様性を含んでいたこととなります。なお、準市場は第16回で述べる予定です。

² 西尾勝（1999）『未完の分権改革』岩波書店 pp2-9。同著では第2次臨時行政調査会以来の「行政改革」、選挙制度改革や腐敗防止などの「政治改革」、地方の権限拡大を重視する「地方制度改革」の3つで整理している。

3—地方分権改革の利害得失

では、地方分権改革の先行きは常に明るいと言えるのでしょうか。まず、プラス面として、住民に身近な地域で判断できる点が挙げられます。どんなに国の役人が優秀だったとしても、コミュニティや国民の生活の隅々まで統制するのは困難ですし、地域に責任を移譲すれば、地域の実情に沿って課題解決策を模索することが可能です。こうした考え方は[第11回](#)、[第13回](#)で述べた通り、介護保険制度の基本思想であり、地域の実情に沿って提供体制を改革しようとする「地域医療構想」とも共通しています³。

一方、地方分権改革にもマイナス面はあります。例えば、制度の運営を地域の裁量に委ねることになり、財政力とか、首長や自治体職員の力量次第で地域格差が広がる危険性です。これは現在、私たちが目の当たりにしている現象でもあります。具体的には、新型コロナウイルスへの対応では、新型コロナウイルスインフルエンザ対策等特別措置法を通じて、都道府県に実効権限を付与しており、地域ごとで取り組みに差異が生まれやすくなっています。これは刻一刻と変わる感染症に対して、地域の実情に応じて機動的に対応できるメリットがある半面、「都道府県による対応の差が大きいこと、言い換えれば地方分権の課題が見えてきています」という指摘⁴の通り、地域格差という別の問題を引き起こします。

こうしたプラス、マイナスの両面は介護保険にも当てはまります。例えば、A市が介護保険制度や[第13回](#)で述べた総合事業などを用いて、住民や企業とともに高齢者の暮らしを支える取り組みを進めたとします。これに対し、隣のB市の住民が「A市を見習ってB市も良い政策を考えるべきだ」といった議論が住民や議会で盛り上がれば、住民を交えた議論とか、地域間の競争を促している点で、地方分権改革の考え方と親和的になります。

ただ、A市の取り組みを視察した政治家や役人が「A市の取り組みを『横展開』（筆者注：国の役人が好きな言葉です。要は「全国に広げる」という意味）するため、国の制度に取り込む」という考え方に囚われれば、国の統制を強化することになり、中央集権に繋がります。しかも、多くの市町村が介護保険について前向きな運営に取り組んでいないと判断されれば、「横展開」を望む意見は強まります⁵。

一方、「A市とB市の地域格差はけしからん」という平等主義的な意見も、格差の調整が中央政府に委ねられた場合、結果として中央集権を招きます。つまり、格差を生みやすい地方分権に対しては、国主導による「横展開」を望むような統制的な意見と、一律的な対応を望む平等主義的な意見の狭み撃ちに遭いやすいのです。

この点については、19世紀フランスの思想家、トクヴィルが「誰もが隣人とほとんど同じと思うので、ある一人に適用される規則が他のすべての人に同じように適用されないとすれば、（筆者注：平等

³ 地域医療構想に関しては、過去の拙稿を参照。2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2019年11月11日「[『調整会議の活性化』とは、どのような状態を目指すのか](#)」。コロナ禍の影響に関しては、拙稿2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『回帰』現象](#)」も参照。

⁴ 2020年8月4日『m3.com』配信記事における自見はなこ厚生労働政務官インタビュー。

⁵ ここでは詳しく述べないが、市町村の裁量で弾力的に運用できる制度について、市町村の態度は前向きとは言えない。具体的には、市町村の判断で基準を満たしていない事業所を保険給付の対象に加えられる特例（基準該当サービス）を実施しているのは208団体、在宅生活をきめ細かく支援する地域密着型サービスに関する報酬を独自に設定しているのは19団体、限度額を独自に上乗せしているのは14団体にとどまる。2019年9月17日「介護保険事務調査の集計結果」を参照。

を望む市民は) その理由が理解できない」「いかなる中央権力も平等を愛し、平等を奨励する。(略) 政府は市民の好むことを好み、市民の憎むことを当然憎む」「民主的世紀には、個人の独立と地方の自由は常に工夫の産物であろうと思う。中央集権が自然な統治であろう」と論じている通りです⁶。つまり、平等を望む市民の意識が中央集権を招き、政府も市民の意思に従おうとするため、自然と中央集権が進むと言っているわけです。

では、こうした危ういバランスの中、介護保険制度はどう設計され、どう推移したのでしょうか。地方分権の観点で介護保険の20年を振り返ります。

4——本当に「試金石」だったのか？

1 | 地方分権の「試金石」

機関委任事務の廃止に伴い、自治体の事務は「法定受託事務」「自治事務」に区分けされました。前者はパスポートの発給など国が法律で自治体に事務を担ってもらふ事務、後者は法令に反しない限り、自治体の裁量に委ねられる事務を指します。介護保険は自治事務に区分けされ、「地方分権の試金石」と呼ばれました。

ここで「試金石」と呼ばれた背景を探るため、介護保険がスタートした2000年版の『厚生白書』を見てみましょう。『厚生白書』では市町村が保険者を引き受ける意味について、①住民の意見を踏まえた行政が促される、②サービス供給のための負担についても市町村が責任を持つ、③市町村の判断で制度を柔軟に組み立てられる——の3点を挙げつつ、下記のように指摘されています。

介護保険制度では、多くの役割が市町村に期待されている。実際には、高齢者福祉に関するこれまでの取り組み状況の違いから、地域によってサービスの水準に差はみられるが、住民のニーズに応え、地域の間で切磋琢磨することで、介護サービスの基盤が充実していくことが期待される。制度をどのように運営し、また魅力あるものにしていくか、市町村の取り組みが注目されるどころであり、まさに地方分権の試金石といえよう。

つまり、サービス水準について地域格差が出たとしても、「住民のニーズに沿って切磋琢磨」を通じて地域ごとの主体性が問われるとしており、それが「地方分権の試金石」と言えるとしています。中でも、③に関しては、要介護度ごとに定められた区分支給限度基準額（以下、限度額）の引き上げとか、独自のサービスを追加する「上乘せ・横出し」も認めている点を論じているわけです。

しかし、「試金石」という割に、保険者を担わされた市町村の権限は大きいとは言えません。例えば、[第2回](#)で述べた要介護認定に関しては、どんな項目でチェックするか国の基準で定められており、事業者を支払われる介護報酬の単価、事業所の施設・人員の基準なども国が全国一律で決めています。

さらに事業所の認可に関しても、多くが都道府県の所管となっています。現時点では、①在宅ケアをきめ細かく支援する地域密着型サービスの事業所、②ケアマネジャー（介護支援専門員）が勤務する居宅介護支援事業所——の指定権限を持っていますが、前者は2006年度に創設され、後者は2018

⁶ Alexis de Tocqueville (1840) “De la démocratie en Amérique” [松本礼二訳 (2008) 『アメリカのデモクラシー第2巻(下)』岩波文庫 pp214-215、p223、p224]。

年度から実施されており、「試金石」と言われていた 20 年前の時点で、市町村の権限は今よりも小さかったこととなります。

つまり、「試金石」という看板とは裏腹に、市町村の権限は余り大きいとは言えませんでした。実際、市町村の間では当時、「市町村の自主性で介護保険の根幹が決まるわけではない」といった不満も出ていました⁷。それにもかかわらず、「試金石」と呼ばれた理由はどこにあったのか。この謎を解くヒントは保険料設定にあります。これは先に触れた『厚生白書』の 2 番目、つまり「サービス供給のための負担についても市町村が責任を持つ」という点が絡んで来ます。

2 | 介護保険料の地域格差

図 1 をご覧下さい。こちらは 65 歳以上高齢者（第 1 号被保険者）に課せられる月額基準保険料の地域差です。全国平均は 5,869 円であるのに対し、最高は福島県葛尾村の 9,800 円、最低は北海道音威子府村の 3,000 円なので、かなりバラツキが大きいことが分かります。

具体的には、市町村は 3 年周期で「介護保険事業計画」を作成し、65 歳以上高齢者に課す保険料の水準を設定します。その際、サービス水準を予想して保険料を設定しており、各地域のサービスの多寡が保険料に影響していると思われます。そして、こうした地域格差を認め、市町村がサービスや保険料の水準について決定することが地方分権の「試金石」と呼ばれた所以でした。

この意味について、介護保険制度 20 年の足取りを振り返る [\(下\)](#) で述べたところですが、改めて事例を考えてみます。

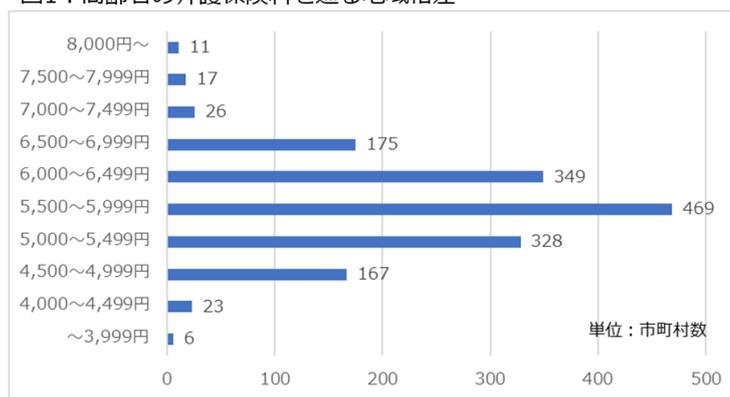
3 | 保険料を決定する意味合い

ここに人口規模や財政力、所得、高齢化率が似ている C 市と D 市があるとします。C 市は古いコミュニティが残っており、家族や住民の支え合いが維持されています。

一方、新興住宅地の D 市は住民同士の関係が希薄で、高齢者の孤独死がクローズアップされるようになったため、市長と市幹部のリーダーシップの下、「要介護認定を通じて行政が積極的に関与する必要がある」と判断したとします。こうなると、65 歳以上に課す D 市の介護保険料は C 市よりも高くなる可能性が高く、D 市役所は D 市の住民に対して、「なぜ C 市よりも保険料が高いのか」「今後、どういう高齢者福祉を展開していくのか」といった点を説明する責任が課されます。

つまり、市町村がサービスや介護保険料の水準を決定したり、その水準の妥当性について住民に説明したりしなければなりません。こうしたことを市町村に任せた構造こそ、介護保険が「地方分権の試金石」と言われた理由になります。この点については、厚生労働省 0B が試金石の意味につ

図1：高齢者の介護保険料を巡る地域格差



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：月額基準保険料であり、実際の保険料負担は所得水準で異なる。

⁷ 土屋正忠 (1999) 『介護保険をどうする』 日本経済新聞社 p137。土屋氏は武蔵野市長であり、後に衆院議員に転じた。

いて、「市町村が介護保険のような面倒な制度を実施できるかどうか（筆者注：という意味）」と説明していることと符合します⁸。

もちろん、こうした議論に対しては、幾つかの批判が想定されます。第1に、高齢者が支払う保険料の割合は図2の通り、介護保険財政の23%を占めているに過ぎません。このため、77%は別の財源から充当されていることになり、純粹に「給付が増えたら保険料も上がる」という構造になっている部分は小さいと言えます。

しかも図2の左側、つまり保険料の部分は高齢者の増加に応じて、「65歳以上（第1号）」「40～64歳未満（第2号）」の割合を調整することになっています。さらに、3年に1回の制度改正では1号被保険者の割合を1%ずつ引き上げる一方、40～64歳の第2号被保険者の割合を減らして来ました。このため、第1号は当初、17%に過ぎず、給付費の増加がダイレクトに高齢者保険料に跳ね返る構造になっていませんでした。

このため、給付増が保険料の上昇に跳ね返る社会保険方式の良さが現れていないという批判が可能です。どちらかと言うと、この意見は行政の効率化を目指す「小さな政府論」から出る意見です。

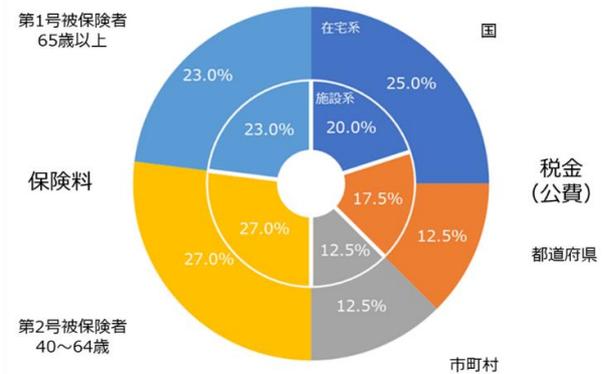
第2に、「地域差はけしからん」という平等を望む意見です。高齢化の差異など地域で解決しにくい要素については、給付費に対する国庫負担金のうち、5%分で調整する仕組みとなっている（「調整交付金」という仕組みです）のですが、平等が好まれる福祉の世界では、こうした地域差を全て問題視する意見を良く耳にします。その意味では、介護保険の保険料設定は微妙なバランスの上に成り立っていると言えるかもしれません。

しかし、それでも介護保険の運営主体となった意味合いは大きいと言えます。実際、こうした面倒な制度を引き受けることについて、市町村は消極的なスタンスを続けました。国民健康保険（国保）の赤字処理に長らく苦しめられ市町村にとって、「介護保険が『第2の国保』になる」という懸念が強かったためです。そこで、厚生省（現厚生労働省）は市町村に保険者を引き受けさせてもらうための手立てを幾つか講じたのですが、この点は次回で詳しく述べることにします。

4 | 衆院の審議で追加された住民参加の規定

さらに介護保険法では、市町村が保険料の水準などを決定する際、被保険者である住民の意見を反映するよう求める規定が盛り込まれています。これは介護保険法の審議に際して、衆議院で追加された規定です。正確に記すと、保険料やサービス水準を3年ごとに定める「介護保険事業計画」の策定に際して、市町村は被保険者である住民の意見を聞くことを義務付ける規定です。つまり、市町村が一方的にサービスや保険料の水準を決定するのではなく、住民参加の下、地域レベルで合意形成を図

図2：介護保険の財政構造



出典：厚生労働省資料を基に作成
注1：自己負担を除く。
注2：低所得向け保険料軽減措置として、国・自治体の税金が計1,600億円投入されている。

⁸ 『文化連情報』No. 497 における堤修三氏インタビュー。

るように求めているわけです。

これは地方自治や行政学の世界で言う「団体自治」「住民自治」での整理が可能です。具体的には、団体自治は「国から自治体に多くの権限を移譲することによって自治体の仕事の範囲を広げ仕事量を増やすこと」、住民自治は「地域住民が自治体の運営に日常的に参加し、住民の総意に基づいて自治体政策が形成・執行されるように仕組みを変革すること」⁹と定義されており、介護保険事業計画の策定に関する住民参加規定は住民自治の表れと言えます。

なお、参考までに弊社が立地する東京都千代田区の場合、介護保険事業計画を策定した運営協議会には3人の「公募区民」が参加されています。皆さんの地域でも住民参加に腐心した介護保険法の規定がどこまで現場で反映されているか、チェックしてみるのはいかがでしょうか。

5——20年で強化された国の統制

では、こうした地方分権の「試金石」と呼ばれた制度は20年でどう変容したのでしょうか。最近の制度改正を総括すると、拙稿¹⁰で取り上げた通り、「分権しつつ集権する」という複雑な状況が生まれていると考えています。

例えば、[第12回](#)の在宅医療・介護連携推進事業、[第13回](#)の総合事業など、市町村の主体性が求められる事業が制度化しており、一見すると分権が進んでいるように見えます。しかし、市町村に対して事業の実施を義務付けている点で、市町村の自由度は下がっているという見方も可能です。

さらに、地域包括支援センターの評価事業が始まったり、介護予防に関する市町村の取り組みに応じて財政支援を講じる「保険者機能強化推進交付金」「保険者努力支援制度」が創設されたりして、国の定める基準に応じて市町村を従わせようとする動きも強まっています。

つまり、市町村の責任を大きくしつつ、国の統制を強化する流れが起きており、「分権しつつ集権する」という複雑な要素を持っています。こうした国の関与が強まっている点について、行政学の専門用語を使うと、自治体に対する国の「規律密度」が高くなっており、自治体の自主性が圧迫されていると言えます。

以上のような複雑な状況が生まれている要因として、幾つか考えられます。第1に、地域の好事例を「横展開」したいとする国の思惑です。在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議などについては、地域の事例を全国に拡大するために制度化した側面があり、2018年度制度改正で創設された保険者機能強化推進交付金に関しては、介護予防の充実で要介護認定率を引き下げたとされる埼玉県和光市や大分県の事例を「横展開」することが明確に意識されていました。

第2に、給付抑制という国の思惑に市町村を仕向けたという判断です。現在、介護保険制度は財政的に逼迫しているため、[第10回](#)で述べた通り、介護予防に力点を置く「自立支援」を通じて給付を抑制する動きを強めています。しかし、市町村に任せ放しだと、給付抑制が進みにくいため、保険者機能強化推進交付金などの財政的なインセンティブを付与しようとしています。

中でも、国からの財政的なインセンティブを付与する方法について、地方分権改革の逆行と言わざ

⁹ 西尾勝 (2007) 『地方分権改革』 東京大学出版会 pp241-253。

¹⁰ 拙稿 2018年8月14日 [「分権と集権が同時に進む医療・介護改革の論点」](#) を参照。

るを得ない側面があります。例えば、地方分権改革推進委員会の第2次勧告（1997年7月）では、①国と自治体間で責任の所在の不明確化を招きやすい、②各省庁の関与が自治体の知恵や創意を生かした自主的な行財政運営を阻害しがち、③細部に渡る補助条件や煩雑な交付手続などが行政の簡素・効率化や財政資金の効率的な使用を妨げる——といった点を指摘していたのですが、保険者機能強化推進交付金などの補助金が増えていることと整合的とは言えません。しかも、こうした方法の問題点などについて、地方分権改革の趣旨に立ち返った異論が自治体サイドから余り聞かれません。20年の歳月が流れる中で、国と地方の双方で昔の議論は忘れ去られつつあるのでしょうか…。

6——求められる市町村の戦術的な対応

しかし、「分権しつつ集権する」現象が間断なく続く背景に財政難の問題が横たわっている以上、現状を批判するだけでは不十分かもしれません。現場の市町村がどのように振る舞えば良いか、戦術的に考える必要もありそうです。

第1に、介護保険料を「転用」した制度を上手く使う視点です。第11～第13回で述べた認知症ケア、在宅医療、総合事業などについては、介護保険料が「転用」されています。つまり、社会保険方式の整理で言えば、本来は給付に充てるべき財源を事業に「転用」しており、厚生労働省OBは「介護保険のための『特定財源』」と説明しています¹¹。

しかし、認知症ケアにしても、総合事業にしても、介護保険の枠組みを超えた発想が求められます。さらに、これらの事業については、①恒常的に支出される人件費に対しても経費を充当できるため、普通の国庫補助事業に比べると、使い勝手が良い、②国庫補助金など介護保険財源から一定割合が必ず支出されるため、市町村にとっては持ち出しが少ない——というメリットがあります。

そこで、介護保険制度だけに囚われず、「高齢社会に対処するために使える予算」、あるいは「地域の支え合いを形成するための使える予算」といった形で戦術的に使うことを考えて欲しいと思います（給付関係に用途を限定する社会保険方式の趣旨で言うと、かなり怪しくなりますが）

第2に、保険者機能強化推進交付金などの細かい評価基準に振り回されない対応です。評価基準は「目安」に過ぎず、地域の実情や課題に沿っているとは限りません。むしろ、地域独自の取り組みを国の評価基準に合わせる形で、国にPRするぐらいのしたたかさを見せて欲しいと思います。

7——おわりに

今回は制度創設時に「地方分権の試金石」と呼ばれた理由や経緯、20年間の変化を考察して来ました。国の規律度が高まるなど、当初の意図と反する流れになって来ていますが、地域ごとに異なる高齢者ケアの課題を解決できるのは市町村しかありません。市町村の職員や議員が足元を常に見詰め、自ら物を考え、関係者とともに課題解決に当たる対応に期待したいと思います。

第15回では、市町村に保険者を引き受けてもらう際、「第2の国保」にしないための講じられた様々な方策を考えることで、介護保険制度を複眼的に考えることにします。

¹¹ 中村秀一（2019）『平成の社会保障』社会保険出版社 pp293-294。