

# 研究員 の眼

## 20年を迎えた介護保険の再考 (15)「第2の国保」にしない工夫 保険料の年金天引き、財政安定化基金などの手立て

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～「第2の国保」にしない工夫～

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](#)、[第12回](#)、[第13回](#)は認知症ケア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。さらに、[第14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を考察しました。

しかし、市町村には「多額の財政負担を強いられていた国民健康保険（国保）のように介護保険の財政運営で苦勞するのではないか」という不安が根強く、保険者（保険制度の運営者）になることに最後まで反対しました。

そこで、厚生省（現厚生労働省）は市町村の不安を軽減するための仕掛けを導入する一方、市町村の財政運営が安易に流れないような手立ても講じました。第15回は市町村を中心とした介護保険財政の詳細を取り上げます。

### 2—最後まで残った市町村の不安

介護保険法の成立を遅らせたのは市町村とあってよいのです。（略）あらゆる手だてを講じて、市町村に迷惑をかけないような仕組みを考えようとし、厚生省も考えた——。介護保険制度の創設に関わった有識者の講演録を見ると、こうした一節が出ています<sup>1</sup>。つまり、市町村サイドの反対姿勢が根強く、調整が難航したということです。実際、町村長による『全国町村会八十年史』の座談会でも「町村会は心の底からこれに賛意を表したことは一回もなかった」「市町村が介護保険を担当するのはやはり不適當」といった声が掲載されています<sup>2</sup>ので、介護保険の運営者（保険者）を市町村に担ってもらう際、市町村の反発をどう緩和させるかが大きなポイントだったと言えます。

ここでのポイントは冒頭のコメントに出ている「あらゆる手だて」「迷惑」です。先に「迷惑」という意味を整理すると、市町村としては「介護保険が『第2の国保』になるのではないか」と懸念して

<sup>1</sup> 大森彌編著（2002）『高齢者介護と自立支援』ミネルヴァ書房 p14。

<sup>2</sup> 全国町村会編（2002）『全国町村会八十年史』全国町村会 pp10-11。

いました。勤め人を対象とする被用者保険（健康保険組合など）と比べると、退職後の高齢者や自営業者などが加入する国保に関しては、1人当たり医療費が高い上、保険料の徴収率も低く、慢性的な赤字に苦しんでいます。さらに赤字が発生した場合、市町村は一般会計で穴埋めしていました（2018年度から財政運営の責任は都道府県に移行）。この負担が市町村財政を圧迫していたため、市町村としては介護保険が「第2の国保」のような存在となり、国保と同様の財政負担で苦しむのではないかと懸念したわけです。これが冒頭の一節に出て来る「迷惑」です。

そこで、市町村を説得するため、「あらゆる手だて」が打たれました。以下、「あらゆる手だて」について、①保険料に関する仕組み、②財政支出に関する仕組み——という2つに整理して考えます。

### 3——保険料に関する仕組み

#### 1 | 年金からの天引き制度

第1に、65歳以上高齢者の保険料を基礎年金から天引きで差し引く「特別徴収」という仕組みが採用された点です。それ以前は「年金の公租公課（年金から税金や保険料を差し引くこと）」を禁じる規定との兼ね合いで、天引きの導入は難しいと見られていたのですが、高齢者の介護保険料に関しては、65歳以上の人を受け取る基礎年金から天引きされることになりました。

この結果、市町村が「普通徴収」として自ら保険料を徴収する対象については、「年金を受け取っていない」「年金の受取金額が少ない」などの条件を満たした高齢者に限定されることになり、市町村としては未納リスクに曝される可能性が減りました。

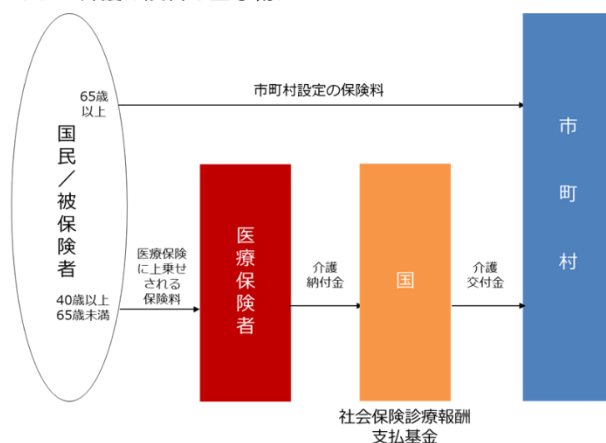
2018年度現在の数字で見ると、特別徴収の対象者数は約3,166万人、普通徴収対象者数は約339万人<sup>3</sup>になるため、日本語として「特別」が「普通」よりも多いのは奇怪な感じですが、天引きによる特別徴収は市町村に保険者を引き受けてもらう上での「切り札」と認識されていたそうです<sup>4</sup>。

#### 2 | 第2号被保険者は医療保険に上乘せ

第2に、40～64歳の人を支払う保険料についても、未納に伴う損失補填を防ぐ手立てが講じられました。具体的には、図1の通り、40～64歳の人を支払う保険料については、市町村が保険料の水準を自ら決定したり、徴収したりするのではなく、公的医療制度の保険者が徴収する形を取り、「納付金」という形で国（社会保険診療報酬支払基金）に支払い、最終的に市町村に対して交付金として分配される流れになりました。

分かりやすい身近な事例として、40歳以上の勤め人の方は給与明細をご覧ください。医療保険料として天引きされている項目に「介護」「介」という形

図1：介護保険料の主な流れ



出典：厚生労働省資料を基に作成

<sup>3</sup> 厚生労働省による2018年度版の「介護保険事務調査の集計結果」を参照。

<sup>4</sup> 介護保険制度史研究会編（2019）『介護保険制度史』東洋経済新報社 p297。

で内数が記されているか、「介護保険」という形で別記されているかもしれません。これが40～64歳の人が支払っている介護保険料であり、医療保険に上乘せられて支払っていることを表しています(ただし、保険組合ごとに書式が違うため、介護保険料を書いていない保険者もあるかもしれません)。

この結果、介護保険料の流れは2層構造となりました。つまり、65歳以上高齢者に関しては「地域保険」として市町村が保険料の水準を決定する一方、40～64歳は事実上の「国営保険」として一本の仕組みで運営されることになったわけです。

その後、2015年度制度改正を経て、40～64歳の人の保険料のうち、被用者保険に関する部分の徴収ルールが変わりました。具体的には、保険者に加入する人数に応じて保険料の金額を決定していた(加入者割)のですが、所得に基づいて設定する仕組み(総報酬割)に段階的に移行しました。これは「総報酬割への移行→協会けんぽの保険料負担削減、健康保険組合の保険料負担増→協会けんぽの国庫負担削減→国の社会保障費抑制」という経路を通じて、国の財政規模と社会保障費を見掛け上、減らす意図がありました<sup>5</sup>。この結果、40～64歳の保険料に関しては、被用者保険と国保で保険料の決定ルールが違う形になりましたが、「2層構造」自体は今も維持されています。

以上のような手立ての結果、制度創設時点で市町村が介護保険料を自ら徴収する部分は全体の5%程度にとどまりました。この点については、『年金から天引きできない低所得者からは直接市町村長が保険料を取れ。未納者は捨てておけ』では、市町村長は未納者にとっては鬼のような存在となる」といった異論が一部で出ていましたが、こうした「あらゆる手立て」が多くの市町村関係者を説得する材料となり、介護保険制度が一定程度、安定的に運営されている一因になりました。

実際、未納率の解消が焦点となる国保に比べると、介護保険制度で保険料の未納が話題になることはほとんどありません。保険料の収納率(2018年度現在)を比べても、国保は92.85%ですが、特別徴収を含めた介護保険の徴収率は99.0%に及びます。

### 3 | 「3原則」による保険料軽減の制限

その一方、市町村の財政運営が安易に流れないような手立ても講じられました。[第14回](#)で述べた通り、保険者となった市町村は住民に対して、サービスの水準に加えて、保険料の水準も決定、説明しなければならなくなりました。一方で、こうした「耳の痛い話」は選挙の時にマイナスになるため、首長や議員としては、税財源を用いた一般会計からの補填などを通じて、保険料を独自に軽減する行動に出るかもしれません。確かに住民から見れば負担は少ない方がいいですし、市町村の首長や議員から見ても保険料を低く設定できれば、選挙の時にPRできるためです。

しかし、それに要する追加的な税負担については、高齢者だけでなく全住民に課せられるため、負担と給付の関係が不明確になります。さらに、追加財源が地方交付税で賄われた場合、その負担は当該市町村の住民だけでなく、全国民に分散されます。これでは、他の自治体の住民に対して負担を押し付けられることになり、住民は真の負担構造を理解できなくなります。

そうなる折角、市町村が保険料やサービスの水準を決定できるようにするとともに、その妥当性

<sup>5</sup> 例えば、2017年11月14日拙稿「[介護保険料引き上げの背景と問題点を考える](#)」を参照。

<sup>6</sup> 土屋正忠(1999)『介護保険をどうする』日本経済新聞社 pp53-54。当時、土屋氏は武蔵野市長であり、後に衆院議員に転じた。

を住民参加で判断、決定する仕組みを導入したのに、首長や議員も「負担は少なく、サービスは多く」という主張に傾く可能性があります。

そこで、厚生省は当時、保険料軽減に際して、厳しく臨みました。具体的には、①個別申請で判定する、②全額免除は行わない、③一般財源の繰入を行わない——という3つの原則を踏まえ、この範囲でしか保険料軽減を認めない方針を掲げました。これらは当時、3原則を標榜した担当幹部の名前を取って「堤三原則」と呼ばれていました。そのOBはインタビュー<sup>7</sup>に対して、制度スタート時に一部の自治体で保険料を軽減する動きが出てきたとして、「保険料を取らないで給付することを認めたら介護保険の自殺行為になってしまうので、頭を抱えた」「せっかくなつくった制度がそこから崩れていくと、一般会計から補填するわけですからね」という危機感を抱いたそうです。その際、神戸市が「ただにはしない」「収入だけでは見ない」といった方針で臨んでいることを知り、それだったら許容範囲と考えて原則として位置付けたと説明しています。

2018年度現在で3原則に沿って、低所得者に対する単独減免を実施している保険者数は全体の約3割に相当する434に上ります<sup>8</sup>が、それでも保険料軽減の動きが野放図に拡大しているとは言えず、こうした歯止めが影響していると考えられます。

## 4——財政支出に関する仕組み

### 1 | 国保の法定外繰入

財政運営に関しても、「第2の国保」にしない工夫が講じられました。国保の財政運営に際して、市町村が最も苦しんだのは赤字処理です。具体的には、給付増などで国保特別会計に赤字が出た場合、事後的に財源を補填する「法定外繰入」という処理が実施されています。2018年度の都道府県化に際して、消費増税の財源を用いた国の財政支援が拡充された結果、国保の赤字幅は改善していますが、その以前は毎年、3,000~4,000億円規模で赤字を出しており、赤字処理に市町村は苦しんでいました。

こうした法定外繰入を巡る予算運営の苦労があったため、市町村は「第2の国保」になることを恐れたわけです。そこで出て来たのが「財政安定化基金」というアイデアでした。

### 2 | 財政安定化基金の概要と意味

財政安定化基金のイメージは図2の通りです。具体的には、国と都道府県の税金（公費）に加えて、市町村が保険料から3分の1ずつを拠出し、都道府県単位に財政安定化基金を造成します。その上で、予期せぬ保険料の減少や給付増に見舞われた際、国保のように市町村が事後的に「法定外繰入」で穴埋めすることを認めず、その代わりに必要額を財政安定化基金から貸付または交付することにしたのです。さらに、貸付額については、市町村が3年周期で策定する「介護保険事業計画」を更新する際、償還に必要な額を上乗せすることになりました。

少し事例で考えましょう。2015~2017年度の3カ年について、A市の介護保険事業計画では300億円の給付費を見込む一方、65歳以上の高齢者から徴収する保険料収入として約70億円を予想してい

<sup>7</sup> 菅沼隆ほか編著（2018）『戦後社会保障の証言』有斐閣 pp362-363。

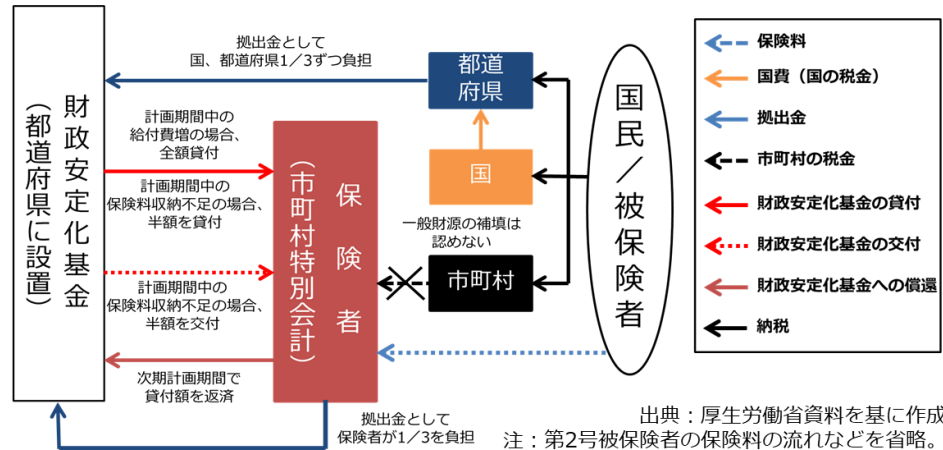
<sup>8</sup> 厚生労働省による2018年度版の「介護保険事務調査の集計結果」を参照。



たものの、サービス付き高齢者向け住宅が2016年に整備された結果、訪問介護サービスが急増し、3カ年の給付費が320億円になったとします。この場合、国保であれば、見込みを上回った20億円分は一般会計から法定外繰入されることとなりますが、介護保険の場合、20億円の全額が財政安定化基金から無利子で貸し付けられます。その後、A市は2018年度から始まる3カ年の次期介護保険事業計画を立案する時、必要な保険料の計算に際して、無利子貸付を受けた20億円を上乗せする必要に迫られます。

図2：財政安定化基金のイメージ

こうした仕掛けを作ることを通じて、市町村は法定外繰入に悩む危険性がなくなり、市町村を保険者とする際のハードルがクリアされました。制度化に際しては、地方財政の運営に長けた自治省（現総務省）からのアドバイスと知恵があったとされています<sup>9</sup>。



さらに財政安定化基金が導入されたことで、負担と給付の関係が明確になり、住民にとってもサービスや保険料の水準について理解しやすくなりました。この点を理解する上では、財政学の議論が役立ちそうです。財政学では、上限を設けている予算制度を「ハードな予算制約」と呼ぶ一方、制約が緩い予算制度を「ソフトな予算制約」と称しており、ソフトな予算制約の下では、財政運営が拡張的になると問題視しています。

つまり、予算制約がソフトだと、住民から財政拡張のプレッシャーが強まった際、自治体は圧力に屈しやすくなるため、歳出が増えてしまう点を問題視しているわけです。実際、国保で赤字が発生した場合、本来であれば保険料を引き上げなければならないのに、市町村長や地方議員は住民の反発（有体に言えば、選挙での落選）を恐れ、保険料を引き上げる選択肢を取らず、一般財源（地方税、地方交付税）からの補填を選ぶかもしれません。

もちろん、補填する場合の財源についても、国民の負担になるわけですが、財政運営が不透明になる危険性がありますし、補填財源として地方交付税を使う場合、住民だけでなく、国民全員に負担を分散できるため、市町村長や議員が主張しやすい面があります。こうした現象が横行すれば、いくら「地方分権の試金石」として、市町村レベルで住民参加の下、負担と給付の水準を議論してもらえる仕掛けを作ったとしても、その効果は半減してしまいます。

これに対し、財政安定化基金は予算制約をハード化することで、こうした行動に出にくい構造を作り上げていると言えます。確かに制度の詳細を見ると、①保険料収入が予想を下回った場合、半額は財政安定化基金から交付されるため、保険料の上昇に跳ね返らない、②元々の原案では国4分の1、

<sup>9</sup> 大熊由紀子（2010）『物語介護保険』岩波書店 pp165-166。

都道府県4分の1、市町村の一般財源4分の1、市町村保険料4分の1であり、税金、保険料を合算した市町村の持ち分が半分を占めていたが、修正協議で3分の1に減らされた——といった点はハードな予算制約を柔らかくしている面があり、「ハード」と言ってもダイヤモンドのような硬さとは言えないかもしれません。

それでも財政安定化基金は無計画な追加的予算投入を制限している点で、保険料軽減の「3原則」と同様、市町村の財政運営が安易な方向に流れさせない歯止めになっています。

### 3 | 財政安定化基金の運営

では、財政安定化基金は現在、どのように運営されているのでしょうか。基金は都道府県で運営されており、市町村から保険料の一定割合を拠出した後、国の公費（税金）負担、都道府県の公費（税金）負担、市町村の保険料が3分の1ずつになるように基金が造成されています。厚生労働省のホームページ<sup>10</sup>によると、都道府県全体の基金残高（2019年度現在）は合計で約1,140億円であり、2005年度以降の基金額の推移、資金の出し入れ、貸し付けを受けた保険者の比率などが公表されています。

このうち、基金額について図示すると、図3のようになり、2012年度に急減しているのに気がきま

す。これは会計検査院から2008年度に基金の運営について見直しの意見が示されたため、特例措置として保険料軽減に充当できるようにした影響です。この分を除けば、基金の積立額は安定的に推移していますし、貸し付けを受けた保険者数に関しても、直近10年間は2011年度の8.7%、2014年度の7.9%を除けば、5%未満の推移が続いていますので、制度は安定的に運用されていると言えます。

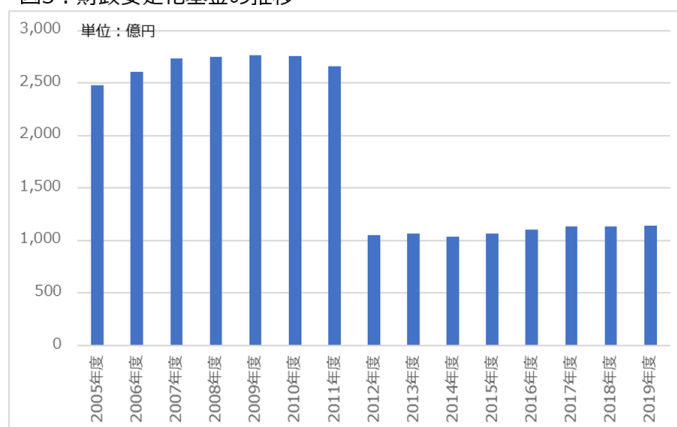
しかし、今後を考えると、楽観視できません。厚生労働省は2021年度からスタートする

次期介護保険事業計画に向けて、財政安定化基金の運営を部分的に修正しようとしています。これには第1回で述べた療養病床、つまり昔の老人病院が絡んで来ます。

老人病院は介護保険制度の創設に際して、医療保険適用と介護保険適用の2つに区分され、2018年度制度改正では介護保険の適用を受けている介護型療養病床については、在宅扱いとなる「介護医療院」に6年間で段階的に移行することが決まりました。

さらに、医療保険の適用を受けている療養病床に関しても、厚生労働省は見直しを進めようとしています。こちらも第1回で少し触れましたが、患者25人に対して看護師1人を配置する「25:1病床」の廃止論議が浮上しており、介護療養病床と同様、6年間の延長が決まっています。このほか、2017年3月までに各都道府県が「地域医療構想」<sup>11</sup>を策定した際、厚生労働省は「医療療養病床など慢性期

図3：財政安定化基金の推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

<sup>10</sup> 厚生労働省ホームページ「介護保険制度（その他）」

<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/sonota.html>

<sup>11</sup> 地域医療構想については、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

病床に入院する軽度患者の 30%が在宅に移行する」という前提で、2025 年の病床数を推計させました。つまり、地域医療構想に盛り込まれた慢性期病床と在宅医療の需要推計は病床縮小を前提としており、療養病床の見直しを少しずつ進めようとしているわけです。

しかし、医療保険から介護保険に移行した場合、介護保険料が跳ね上がる危険性があります。具体的には、国保の場合、法定外繰入を通じて保険料を軽減したり、赤字を補填したりしているため、給付費が保険料に跳ね返りにくい構造となっています。

これに対し、介護保険の場合、上記で強調した通り、税金の投入を通じた保険料の軽減や損失補填が原則として禁じられています。このため、医療保険から介護保険に財源がシフトした場合、実際に費用が増えたわけではないのに、給付費の増加がダイレクトに保険料の上昇として現われやすい面があります。そこで、厚生労働省は 2026 年度までの特例措置として、財政安定化基金から貸し付けた場合の償還期限について、従来の次期計画期間でなく、3 期先の計画期間、つまり 9 年先までに延長すると説明しています<sup>12</sup>。要するに、療養病床の転換を促すため、高齢者の保険料が急に上がる事態を避けるため、市町村が時間を掛けて返済できる環境を作ろうとしているわけです。

特例措置の期限が 2026 年度末で設定されているのは地域医療構想の目標年次である 2025 年を意識していると思われます。その意味で、こうした特例は療養病床を減らすための「苦肉の策」ですが、それだけ介護保険制度が負担と給付の関係を明確にするシステムになっていることの反映と言えます。今後も可能な限り例外的な運用を減らしつつ、制度の根幹は維持して欲しいと思います。

## 5—おわりに

第 15 回は市町村に保険者を引き受けてもらうための仕掛けとして、一般会計からの補填を制限する財政安定化基金などを解説しました。制度創設に際して、市町村の不安や不満が大きかったのに、約 20 年に渡って制度が安定的に運営された一因として、こうした仕掛けが奏功したことは間違いないと思われます<sup>13</sup>。

実際、介護保険の「成功体験」は 2008 年度創設の後期高齢者医療制度にも踏襲され、財政安定化基金や年金天引きの仕組みが採用されました<sup>14</sup>。介護保険の足取りを振り返る 20 年 2 回シリーズの(下)で指摘した通り、介護保険財政は逼迫していますが、制度の根幹は守って欲しいと思います。

第 14～15 回は地方分権改革と介護保険を対比させ、その意味合いなどを考えました。第 16 回についても同じ流れを継続し、介護保険制度に取り入れられた「準市場」という考え方を取り上げます。

---

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 1 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。

<sup>12</sup> 2020 年 8 月 11 日『社会保険旬報』No. 2792 を参照。

<sup>13</sup> 国・都道府県の公費(税金)部分や第 2 号被保険者の納付金についても、不足額を精算する仕組みが導入され、市町村の財政運営の不安を軽減できたという。介護保険制度史研究会編(2019)『介護保険制度史』東洋経済新報社 pp314-316。

<sup>14</sup> ただ、保険料の代行徴収的な側面を持つ介護納付金と異なり、後期高齢者医療制度支援金とは異なるとの指摘がある。堤修三(2007)『社会保障改革の立法政策的批判』社会保険研究所 p63。後期高齢者医療制度の保険料を年金から天引きにした点は批判を招いた。『日本経済新聞』2008 年 4 月 13 日などを参照。