介護保険制度と地方自治

介護保険料の特色 — 新しい地方目的税か

選 井 勝



分権改革と介護保険制度

今回の介護保険制度は、いくつかの点から地 方分権の試金石だとも言われている。

第1には、1999年7月に成立した分権一括法 によっても、介護保険の事務は、市町村の自治 事務として位置付けられている点である。この 自治事務としての介護保険制度の運用や介護保 険法の解釈は、当然ながら市町村の責任とその 判断によることとなる。厚生大臣などの指導は、 基本的にはないはずのものである。市町村は直 接に法律又はそれに基づく政令によって事務を 執行し、被保険者のために制度を設計しなけれ ばならない。省令、つまり介護保険法施行規則 以下の厚生省の文書は、位置付けでは技術的助 言にとどまり、法的な拘束力はないものと解す る他ない。もちろん、従来の要綱や規則などは、 全国的な基準の提示による公平性の確保、市町 村間の合理的なバランスの維持などという点か らは、依然として有益であり、そこに示された 考え方を、市町村が自主的に採用することは当 然である。

第2には、市町村特別給付にみられるように、 市町村の条例による政策を、介護保険法が広く 認めている点である。これは、保険料の設定に おいても、基準所得額の設定や、所得段階の設 定においても、法律が市町村の判断と、地域の

特性を尊重し、生かす趣旨で構成されている点 である。

そして第3には、とくに第1号被保険者の保 険料の設定方法が、地方自治を確立するうえで、 大きな意味をもっているからである。結論的に は、この介護保険の第1号被保険者保険料を市 町村条例によって定める方法は、きわめて自治 的である。それは、現在のわが国の税制が、地 方税にあっても「入るを測って出ずるを制す」 という形をとり、税率から課税方法まで自らが 決定できない仕組みになっているのとは、ある 意味では対照的である。

ここでは、この第1号被保険者の保険料の定 め方から、その特質を整理しておくことにしよ う。

第1号被保険者の保険料

市町村は、介護給付に必要な費用に当てるた めに、第1号被保険者から保険料を徴収しなけ ればならない(介護保険法第129条)。この保険 料は政令に定める基準にしたがい、条例で定め るところにより、算定された保険料率により算 定された保険料額を課すこととなる。

保険者である市町村が、第1号被保険者の保 険料を算定するためには、次の算式によること とされている。(令第38条、則141~143条、付 則4~5条)。

保険料基準額	市町村数		人口割合
4000円以上	7 8	2.7%	0.8%
3500円~4000円未満	1 8 9	6.3%	6.0%
3000円~3500円未満	6 1 8	20.7%	31.0%
2500円~3000円未満	1 1 3 5	38.0%	48.3%
2000円~2500円未満	7 5 7	25.4%	12.2%
2000円未満	206	6.9%	1.7%

全国市町村における第1号保険料の基準額(1999年7月)

資料)社会保険研究所『介護保険制度の解説』100ページ。

保険料の基準額 = 保険料収納必要額

÷予定保険料収納率÷補正第1号被保険者数保険料の基準額とは、事業運営期間(法第147条第2項にいう事業運営期間であって、市町村介護保険事業計画の初年度以降3年間をいう。たとえば平成12年度から14年度の3年間ごとに、保険料収納必要額を予定保険料収納率で除した数値を、第1号被保険者数(補正後)で除した額を、基準として算定する。

この第1号保険料の基準額の試算が1999年度に入って各市町村で行われ、その中間集計が先に触れたように7月に行われている。それを参考までに上記に示した。個々に示された基準額の加重平均は、月額2885円である。

保険料収納必要額とは、以下のような費用の 見込み額の合算額から、収入見込み額を差し引 いた額である。

その費用とは、介護給付及び予防給付に要する費用、市町村特別給付に関する費用、財政安定化基金拠出金の納付に要する費用、保険福祉事業に要する費用、法第147条の財政安定化基金からの借入金の償還に要する費用、その他介護保険事業に要する費用の合算額である。ただし介護保険の事務に要する費用は含まない。

また、控除する収入とは、国庫負担金、都道府県負担金、市町村の一般会計負担金、調整交

付金、介護給付費交付金(第2号被保険者の保険料にかかる納付金による交付金)、国庫補助金、および法第128条の都道府県補助金、その他の介護保険事業に要する費用のための収入である。

標準サービス量、供給率、 希望率、基盤整備率

さてこの介護保険制度の核心部分のひとつは、前述のように第1号被保険者の保険料基準額の算定をするために、「保険料収納必要額」を算出するところにある。

この「保険料収納必要額」は、「3年間の介護 給付などにかかる費用の見込額」(介護給付費 および予防給付費、市町村特別給付、保健福祉 事業費、財政安定化基金からの借入金の償還経 費、その他介護保険事業にかかる経費)から、 国庫負担金や第2号被保険者の交付金などの特 定収入を差し引いて求める。

このような経費の中心は、「介護給付費の見込額」である。この場合、介護に係る費用は、まず要介護度別にどのようなサービスを組み合わせるかによって決定される。このような要介護度別の標準的なサービス利用のモデルが、先述の「基本指針」における市町村が事業計画策

定にあたって標準とすべき「参酌基準」である。 これを介護の状態像ごとの「標準サービス量」 という。

次ぎに、当該年時点で、その市町村が供給で きるサービスの見込み量を、サービスごとに把 握しく 具体的にはサービス事業者を把握し \(`供 給量見込み」を確定しなければならない。

一方で、サービスごとに当該年度に必要とさ れるであろう「サービスごとの必要量」を予測 しなければならない。この「サービス必要量」 は、「要介護度別人数の推計値」と「標準サー ビス量」を乗じた数値に、実態調査等から推計 した「利用希望率」を乗じて算出する。これが 厚生省が示した方式であって以下のように示さ れる。

当該年度のサービス必要量

=要介護度別人数×標準サービス量 ×利用希望率

このように推計された「サービス必要量」に 対して、「供給しうるサービス量すなわち供給 量の見込み量」の割合が「供給率」となる。

供給率 = 供給量見込み:必要サービス量

この供給率は、5カ年を1期とする介護保険 事業計画のなかでは、地域における供給量の確 保および拡大をめざして、各年度ごとにその目 標量を設定することとなる。計画の初年度は、 現実の供給量の見込みから自由ではあり得ない から、実現性のある数値でなければならない。

以上のように、介護保険料(とくに第1号保 険料)の場合は、歳出を決める作業が(介護総 費用の見積もり)、あるいは地域での必要な財 政需要を見込む作業が、まずあるわけである。 この介護費用総額からそれに充当される利用者 負担や国庫支出金などの特定財源を控除し、残

渣を課税標準として、納税者すなわち第1号被 保険者の人数で除すことによって、保険料基準 額を、いわば保険料率を定めるという方法とな っている。

じつは、この方法は、地方自治の母国といわ れるイギリス、とくにイングランドにおいて、 古くから各ディスクリトで行われてきた地方税 の税率決定方法と同じである。

しかし、わが国の場合は、国民健康保険の保険 税と保険料が、既にこのかたちを採っていたか ら、なにも珍しいことではない。

国民健康保険料と保険税

国民健康保険制度は、1938年に発足した市町 村を保険者とする社会保険制度だが、その保険 料は、国民健康保険法にもとづく「国民健康保 険料」と、地方税法の定めにより徴収されてい る「国民健康保険税」とに分立している。

保険税のほうが保険料より徴収の面で有利に なるとの判断があって、従来の保険料のみでは なく、保険税も課することできる旨の制度改正 が1951年に行われ、現在は約2900団体が国民保 険税を、300団体程度が保険料で運営されてい る。

保険料を徴収しているのは、東京の特別区や 政令指定都市が多いために、保険税対象の人口 と保険料対象の人口は前者が多いものの、2500 万と1500万人程度の違いである。

この保険税と保険料は、制度的には、保険料 のほうが課税限度額や徴収方法など条例で定め る範囲が広く、その反面、保険税は地方税法の 定めるところが保険料より多く、裁量の幅が狭 いといえる。とはいえ、もっとも大きな差異は、 徴収権の消滅時効が保険料では2年であるの に、保険税では5年であるところにあるが、基 本的には同一と考えられ、どちらを選択するか は、各市町村に任されている。したがって、保 険税とはいいながら、社会保険の財源として位 置付けられているのである。

この保険税・料の課税額ないし納付額は、次のような算式を基本とする。

標準課税総額 = A + B

- A = (当該年度の初日における一般保険者 に係る療養の給付費の見込額+特定療 養費の見込み額+療養費の支給に要す る費用の見込み額) - 当該療養の給付 についての一部負担金(3割など)の 総額の見込額を控除した額の百分の7 5に相当する額
- B = 当該年度分の老人保健法の規定による 拠出金の納付に要する費用の額から当 該費用に係る国の負担金の見込額を控 除した額

このうち療養の給付費とは、診察、薬剤又は 治療材料の支給、処置、手術その他の治療、病 院又は診療所への収容、看護、移送にかかる費 用である(国保法第36条)。つまり、疾病や負 傷に関する医療サービスの給付に他ならない。 これらの診療による療養の給付については、診 療報酬のかたちで療養取り扱い機関(病院等医 療機関など)に対して、保険者が支払うことと なる。

このように毎年度算定された標準課税総額を、それぞれの市町村ごとの条例で定める算定ルールによって被保険者一世帯あたりの保険料が算定される。

その算定ルールとは、例えば、所得割総額40%、資産割総額10%、均等割総額35%、世帯別平等割総額15%などである。

このように、国民健康保険税または保険料を 定めるにあたっては、「毎年度の被保険者の医 療費の見込額」を想定するところに、制度の核 心があるといってよい。この「毎年度の医療費 の見込額」を規定するのは、ベッド数に影響さ れる有病者数や疾病率などと受診率、そして診 療報酬の単価等の改定である。

そういった点からは、介護保険料もほとんど同じ構造で、1人あたり第1号被保険者保険料が定められている。ただし、国民健康保険料のほうが、診療報酬の動きや、とくに医療機関の配置や、受診行動という他律的な要素への依存度が高いといえそうである。

イギリスの地方税

イギリスは1972年以来、地方制度の改革が繰り返されてきたが、地方税という点では、6つの大都市圏にある36のディスクリクト、地方圏にある296のディスクリクトが重要である(団体の数は1990年6月現在、竹下譲、佐々木敦郎『イギリスの地方税』梓出版社1995年6月13ページ』

これらのディスクリクトは、課税団体とされ、 自らの地方税を賦課徴収するとともに、それ以 外の地方団体の依頼を受けて、それらの団体の 税をも徴収する。そのような徴収依頼団体とし ては、カウンティ(県にあたる)、広域的共同 処理団体(joint authority、一部事務組合)、 およびより狭域のパリッシュ(parish)がある。

イギリスの地方税、とくにわが国の市町村にあたるディスクリクトの税は、長くレイトという固定資産に対する課税であったが、サッチャー政権のときにコミュニティー・チャージ(ポール・タックス)に改められた(1988年地方財政法、実施は1990年4月1日)。このコミュニティ・チャージは、18歳以上のすべての住民が、地方団体のサービスに対する料金として支払うものとされた。しかし非常に激しい反対運動のなかで、ほとんど実績をあげることなく、カウンシル・タックスへと改められた(1992年地方財政法、1990年11月サッチャー退陣)。カウンシル・タックスは、旧レイトのように居住用の

家屋等の資産に課税するもので、納税義務者は 所有者ばかりではなく賃貸の居住者も対象であ る。

その課税額等の決定方法は、「英国の地方税 は、日本で一般的に行われているような法律で 定められた税率によって課税する方式ではな く、伝統的にそれぞれの地方団体の毎年度の予 算の状況に応じて独自にその住民に課すべき課 税水準を決定する方式を採用している」(前掲 『イギリスの地方税』107ページ)。

課税団体の税額決定は、前書によって、簡略 化して示せば次のように行われる(同書167か ら172ページ参照)。

予算所要額(budget requirement)の決定

まず当該年度に必要と見込まれる経費(X) を計算する。Xは、当該団体の事務を処理す るのに必要と見込まれる経常収支会計に属す る経費と、予備的経費、基金への拠出金その 他の経費を積算する。

次に、手数料などの諸収入の収入見込(Y) を積算する。このYには、非居住用資産レイ トと地方交付金 (Revenue Support Grant, R SG) は算入されない。

そして、次にXからYを差し引く。この(X - Y)を予算所要額(budget requirement) と呼ぶ。

カウンシル・タックス基本額の決定 次にカウンシル・タックス基本額(Z)を 決める。

Z = R - P / T

R:予算所要額(X-Y)

P:非居住用資産レイト及び地方交付金

T:カウンシル・タックス・ベース

このカウンシル・タックス・ベースとは、 「地域の居住用資産の中間的な価格帯の標準 資産数」で、基準額にあたる。 資産の価格帯ごとの課税額の計算

以上を見てわかるように、地方税の必要課税

総額の決定は、まず、予算所要額を積算すると ころから始まる。この経常経費を中心とした経 費に係る費用から、まず手数料等の諸収入を控 除し、次に配分されてくるはずの譲与税化した 非居住用資産レイトおよび地方交付金を控除す る。この操作を行った後の経費を課税額の基礎 とするわけである。

自治体が需要額を算定する仕組みこそ 自治の要め

以上に見てきた国民健康保険制度と、イギリ スにおける地方税(現行ではカウンシル・タッ クス)の仕組みは、よく似ている。そして第1 号被保険者の介護保険料の算定方法も、歳出見 込みや必要な費用見込みを算定するところから 始まる、という点ではこれらの仕組みと同様で あることもわかった。

違いは、国民健康保険制度が、その自治的な 性格がほとんど自覚されていない点である。こ れは、国民健康保険の場合、療養の給付費の見 込額を算定することが制度の核心であるにも係 わらず、従来の実績に依存していることとで他 律的なものとして捉えられがちなこと、そして、 医療費そのものを保険者である市町村がコント ロールすることが困難であるからだと思われ る。診療報酬の決定、変更は国の一元的な管理 の下にあり、ベッド数の規制等は県の権限に属 するからである。

また、国民健康保険が一般会計とは独立した 特別会計で処理されているところにも、その制 度的な意義がうまく捉えられていない理由の一 つがありそうである。

一方で、イギリスの地方税の場合は、各自治 体ごとの歳出予算の構造は、それぞれの自治体 によってかなり異なる(前掲『イギリスの地方 税』参照、その他に北村裕明『イギリスの地方 税改革』日本経済評論社も参照されたい)。に

もかかわらず、地方税の必要額の算定とその税率の決定は、その自治体の歳出の見込みから行われるという原則はゆるぎがないのである。

このように、地方自治体の必要とする財源を 自らの歳出見積もりを大前提にして、税率を決 定し、徴収するという仕組みこそ、地方自治が 歳入の自治の裏付けをもって確立するための重 要な条件であるように思われる。

すなわち、介護保険の分権的性格は、法律と 政令に規定されながらも、このような財源の自 律的決定方法を持っているところにあるといえ る。このことは同時に、介護保険給付の種類や 内容、範囲を自律的に構成することをかなりな 程度許容する仕組みをもっているところにあ る。

税か保険かという議論も重要であるが、税であっても保険であっても、このような歳出見積もりの自律性と、税率決定の自律性が尊重されなければならない。この仕組みが尊重されれば、介護保険制度が(あるいは新しい介護制度が)地方自治の確立に向けた分権改革を、福祉政策の面から展開する重要な仕組みとなるに違いない。

(さわい まさる・奈良女子大学教授)