

高齢者介護保障の財源に関する一考察

A Study of the Long-Term Care System in Japan

大 藪 元 康

Motoyasu OYABU

抄録：2000年より高齢者介護保障は、社会保険制度として実施され、15年が過ぎた。本研究においては、保険者間の第1号被保険者保険料の差異に着目した。介護保険制度を財政的な側面から検討し、①保険者の広域化等による保険料の差異を小さくする、②公費（租税）の負担割合を増やし、保険料負担を抑えることを提案した。

キーワード：介護保障、介護保険財政、高齢者介護サービス

1. はじめに

2000年より高齢者介護保障は、介護保険制度により実施され、15年が過ぎた。人口の高齢化の進展によりその財源をどのように確保するかが課題の1つ¹⁾となっている。特に、「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年以降を見据えて、制度改革が進められてきているが、介護サービスの利用を保障するという側面は十分とはいえず、介護保険財源のあり方からの議論であるといえる。本研究においては、保険者間の第1号被保険者保険料の差異に着目した。介護保険制度を財政的な側面から検討し、①保険者の広域化等による保険料の差異を小さくする、②公費（租税）の負担割合を増やし、保険料負担を抑えることを提案する。

2. 介護保険制度創設時の議論から

1994年12月に「高齢者介護・自立支援システム研究会」が出した報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」を基に介護システムについての議論が進み、1997年に介護保険法が成立している。この報告書では、「介護の基本理念として、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、すなわち『高齢者の自立支援』を掲げ（以下略）」と記述されている。また、新システムの理念の1つとして「高齢者自身による選択」を掲げている²⁾。そして、選択を可能にする条件として、以下の4点を示している。

- ① 所得の多寡や家族形態等に関わりなく、サービスが必要とする全ての高齢者が利用できること（サービスの普遍性）

- ② サービスを受ける場所やその種類・内容によって、利用手続きや利用者負担に不合理な格差がなく、公平であること（サービスの公平性）
- ③ サービスの内容や質が社会的に妥当な標準に沿うものであり、かつそれが適切に評価されること（サービスの妥当性）
- ④ 利用者側に十分な情報が提供されるとともに、専門家が高齢者や家族を支援するような体制が整備されていること（サービスの専門性）

介護保険制度では、要介護認定を導入することにより、サービスの公平性が確保され、家族形態に関係なくサービスが提供されるようになったといえる。また、第三者評価制度などによりサービスの質も評価されるようになってきている。しかしながら、①にある「所得の多寡に関わりなく」という点に関しては、制度の改正により十分実現してきているとはいえない。

介護保険制度においては、制度創設当初は、1割負担を原則としていた。これが、2014年の法改正により2015年8月から一定以上の所得者が2割負担となり、さらなる利用者負担の上昇も議論されている³⁾。2005年10月からはじまった、特別養護老人ホームの居住費、食費の自己負担化に伴う補足給付についても資産要件が加わっている。保険料が徴収されており、制度が創設されて15年経った今、介護保険制度は高齢者の意思ではなく、費用の負担能力によって、受けることのできるサービスが決まるという状況になっている。

一方で年金は現行制度のままでは減少することが予想されるため、今後さらに、金銭的な問題から介護サービスの利用を抑えることが起こる可能性がある。全国で同一の所得保障制度になっているのに対して、介護保険

は、市町村及び特別区を保険者としている。

この点について「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」においては、「介護サービスの地域性等を考慮すると、市町村を保険者とする『地域保険』としての構成が考えられるが、一方、保険財政の安定性等の観点からは、より規模の大きな主体が保険者となることも考えられる。」としている。また、「仮に市町村を保険者とした場合には、財政基盤や事務処理体制に問題を有する小規模な市町村が多くみられること、広域的な保健・医療・福祉の圏域との整合性といった観点から、広域的な調整や事務体制などの面にも配慮する必要がある。」としている⁴⁾。

3. 介護保険制度の財源

介護保険制度は、2000年4月に開始されて、以降、3年に1度、制度改正が実施されている。制度開始当初より「保険あって介護なし」とならないようにサービス量を拡充することが必要とされた。在宅サービスに関しては、営利法人による提供が可能であるため、営利法人によるサービス提供が介護保険制度を支えているということが出来る。しかし、サービス利用が進めば、保険料の上昇が避けられない。

介護保険の財源は、公費50%、保険料50%となっている。公費負担分は、居宅サービスと施設サービスで内訳が異なっている。居宅サービスの場合、国庫負担金20%、国の調整交付金5%、都道府県12.5%、市町村12.5%を支出することとなっている。施設サービスの場合、国庫支出金15%、調整交付金5%、都道府県17.5%、市町村12.5%となっている。保険料については、65歳以上である第1号保険者と40歳以上65歳未満の医療保険の加入者である第2号被保険者の保険料の比率が3年ごとに見直されてきた。これは、3年ごとの介護保険事業計画が見直されることによる。各保険者は介護保険事業計画を見直すため、これに伴い、必要となる財源が変わる。負担割合の変化は、第1号被保険者である65歳以上と第2号被保険者の40歳以上65歳未満の人口比率により定められるとされている。

表1 介護保険料の負担割合の推移

	第1号被保険者	第2号被保険者
第1期 (2000～2002)	17%	33%
第2期 (2003～2005)	18%	32%
第3期 (2006～2008)	19%	31%
第4期 (2009～2011)	20%	30%
第5期 (2012～2014)	21%	29%
第6期 (2015～2017)	22%	28%

第1号被保険者の保険料は、保険者が徴収する。年金が年額18万円以上の場合は、特別徴収として年金から天引きされる。年金額が年額18万円に満たない場合には、普通徴収として納付書による納付が行われる。

第2号被保険者の保険料は、医療保険の保険料に上乗せされて徴収させる。現在は、医療保険の保険者の納付額は、第2号被保険者数による「人数割」で決められる。介護保険第1号保険者の保険料基準額の加重平均額は、第1期(2000年～2002年)には2,911円であったものが、第2期(2003年～2005年)3,293円、第3期(2006年～2008年)には4,090円、第4期(2009年～2011年)に4,160円、第5期(2012年～2014年)4,972円、そして第6期(2015年～2017年)においては5,514円となっている。そして、2020年度は6,771円、2025年度には8,165円になると推計されている。

第6期保険料基準額が最も低いところで2,800円、最も高いところで8,686円となっている。上乗せの給付などを行っている保険者も一部あるが、全国で同じサービスを受けることができるということが介護保険制度の根幹の1つにある。同じサービスを受けるための保険料の基準額に5,886円もの開きがあるということは、公平性の問題にもなると考えられる。

保険料水準に関しては、保険者ごとの高齢化率が保険料に影響しているという誤解がある。図1は、第6期保険料について、高齢化率と保険料の関係を示した図である。相関は見られず、高齢化率が高いところでも、低い保険料となっている保険者も見られる。高齢化率が高い場合にも、あまり給付の必要がない場合には、保険料が高くないということが表れているといえる。

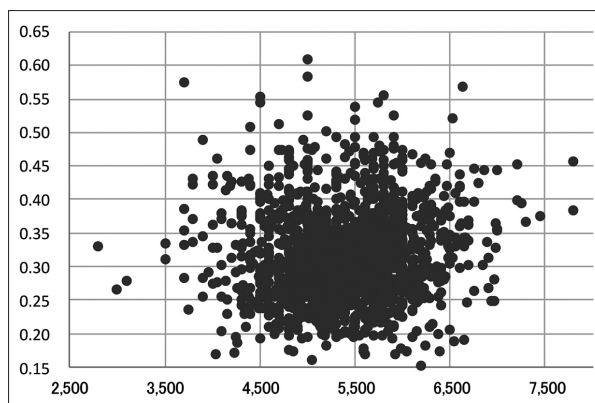


図1 保険者別高齢化率×保険料の分布

次に第6期保険料について、第5期保険料からの変化を見てみる⁵⁾。図2は、第5期保険料と第6期保険料の差を示すグラフである。

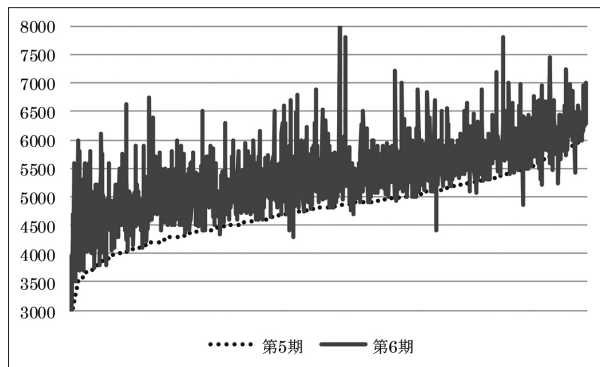


図2 介護保険料 第5期と第6期の比較

急激に保険料が上昇している保険者も見られる。今回対象とした1514保険者のうち、第5期保険料が加重平均額である、4,972円を下回る保険料基準額は、942保険者であった。第6期保険料を見ると、加重平均額である5,514円を下回る保険料基準額は874保険者である。68保険者に関しては、第5期では、加重平均額を下回っていたが、第6期には、加重平均額を上回るまでの保険料引き上げとなっている。

第5期保険料基準額が第6期保険料基準額を下回った保険者は、今回の対象とした1514保険者のうち、27保険者にとどまっている。その下げ幅は、最大で700円となっている。増減なし（第5期と同額）は63保険者であった。

保険料が高くなった保険者について見てみると、500円未満の引き上げが516保険者、500円以上1,000円未満の引き上げが676保険者、1,000円以上1,500円未満の引き上げが、172保険者、1,500円以上2,000円未満の引き上げが41保険者、2,000円以上2,500円未満の引き上げが13保険者、2,500円以上3,000円未満の引き上げが5保険者、最大の引き上げは、3,837円の引き上げとなっている。

保険料は、介護サービスを使わない被保険者も負担するものであり、急激な保険料の上昇は、高齢者の生活に大きな影響を与えるものである。また、介護サービスを利用している場合には、保険料の上昇により、利用料の負担が難しくなることも考えられる。今後、介護給付費の上昇により、財源が必要となることが見込まれるが、保険料の上昇を抑えるよう、制度を改正する必要があるといえる。

4. 給付抑制に向けた制度改革

保険料は上昇する傾向である一方で、介護報酬は、第2期に入る2003年度には-2.3%、2005年度に-1.9%、第3期に入る2006年度には-0.5%と引き下げが行われている。第4期に入る2009年度には3.0%、第5期に入る2012年度には+1.2%であった。また、2014年度には

消費税率引き上げにより+0.63%となっている。しかし、2015年度には-2.27%となった。また、2005年10月に実施された制度改正では、施設サービスにおける「居住費（ホテルコスト）」と「食費」の自己負担化された。これは在宅で暮らす要介護高齢者の生活費との比較を根拠としていた。

厚生労働省は、「介護保険制度の改正について（地域包括ケアシステムの構築関連）」（平成26年7月、厚生労働省老健局総務課）において、介護給付費の増大による保険料の上昇に関して、地域包括ケアの推進と合わせて、「介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要」としている。サービス提供の費用を抑制することは「効率化」ということができる。

さらに、2014年度の法改正による介護予防訪問介護、介護予防通所介護が総合事業に移行したことは、厚生労働省は「住民主体の地域づくりを推進、住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施」としている。住民自治による自治体運営ということもできるが、サービスの量と質に差が生じるといえる。

また、一定以上の所得がある場合には利用料が2割負担となったが、この影響はまだ大きくない。これは、対象者が限定されているからであるといえる。今後、対象者の拡大された場合には、サービス利用に影響がでると考えられる。この軽度者に対するサービス提供の縮小は、厚生労働省の示すところの「重点化」であるといえる。

保険給付として全国で同一の基準により一定の水準で提供されていたサービスを市町村による判断で運営する、利用者負担を1割から2割にするという改革は、費用の上昇を抑えることにより保険料上昇を抑制できるが、その分、介護サービスを必要とする高齢者がサービスを利用しにくくなると言える。

5. 高齢者介護保障の財源のあり方について

保険者ごとの財源の有無によって、サービスの地域間格差が生じるような改革が行われてきている。居住している市区町村によって保険料が大きく異なり、第5期から第6期の保険料の変化から、被保険者の負担が急増するという状況があることがわかった。

この差異と保険料負担の急増を抑えるためには、保険者の単位を後期高齢者医療制度と同様に都道府県単位とすることが考えられる。第6期介護保険料を都道府県単位で集約すると、保険料基準額が第5期に比べて下がる都道府県はない。最も低い山形県で4,835円、最も高い沖縄県でも6,267円となっており、保険料の差異を吸収できるといえる。また、第5期からの保険料基準額の上昇については見ると、最も低いのは、大分県で248円上昇、最も上昇した山形県で860円となる。

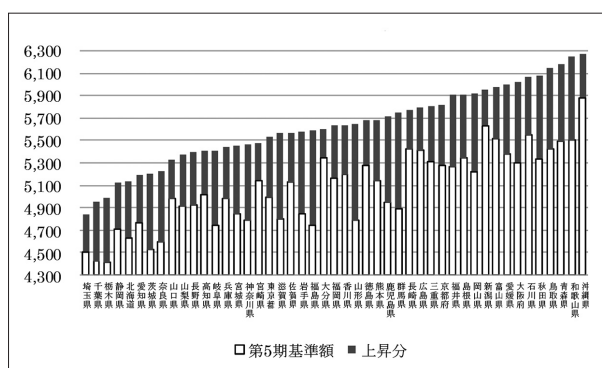


図3 都道府県単位にみた第6期保険料

保険料の保険者間の差を少なくし、急激な上昇を抑えるためにも、保険者の単位を大きくすることは有効であるといえる。

また、社会保険制度の下で高齢者介護サービスを提供すること自体を再検討する必要がある。介護保険制度創設の契機となった報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」において、社会保険方式の意義のとして、「ア. 介護サービス利用の側面」、「イ. 費用負担の面」という2つの側面から論じられている。この中で「租税財源の配分という形になる公費方式に比べ、社会保険方式では、保険料の用途が介護費用に限定されているため、保険料負担とサービス受益の権利の対応関係が明確である。このため、介護サービスの拡充に伴う負担の増加についても、保険料という形をとっていることにより、国民の理解を得ることにつながりやすいと考えられる。」としている。介護サービス給付のための費用について、保険料として徴収したほうが負担と給付の関係が明確であるため、租税よりも国民の理解を得やすい、という理由から社会保険方式が採用されている。

しかしながら、現在、社会保障制度を持続していくために消費税の引き上げが進められている。介護保険料の上昇を抑制するために、介護保険の給付が制限される、自己負担割合が上昇するのは、介護保険制度創設のときの理念とは異なるといえる。現行の介護保険制度の財源構成は、すでに半分を公費となっている。これを全額公費による介護保障にすることで、介護保険のサービスの利用の有無での、高齢世代内での利害の対立を解消することができると思われる。

参考資料

- 「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」高齢者介護・自立支援システム研究会，1994年12月
- 「介護保険の第6期計画（平成27年～29年度）及び平成37年（2025年）における第一号保険料及びサービス見込み量について」厚生労働省老健局，2015年8月3日
- 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」老発0605第5号，平成27年6月5日

注

- 1) 高齢者介護保障の課題として、介護福祉士を中心とした介護人材の確保があるが、本稿においてはこの点については言及しない。
- 2) 新システムの理念は、次の7つとしている。①予防とリハビリテーションの重視、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯による支え合い、⑥介護基盤の整備、⑦重層的で効率的なシステム、を基本的な考え方とする
- 3) 例えば、医療保険において70歳以上に対して「現役並み所得者3割」という規定を介護保険にも取り入れる、という議論がある。（社会保障審議会介護保険部会（第67回）資料参照）
- 4) 同報告書において、国、都道府県、市町村の役割について「①市町村は、住民の身近な地方公共団体として、介護サービスに関する面を主に担い、②都道府県は、広域的な見地からの支援と調整を、③国は、制度の設計・運営の観点から基本的な枠組みづくり等を行う」、という機能分担を示しており、この点は、実現しているといえる。
- 5) 第5期保険料、第6期保険料ともに厚生労働省資料より。東日本大震災の影響により第5期保険料が当初示されていなかった保険者を除いている。また、合併等により消滅した保険者も除いている。

A Study of the Long-Term Care System in Japan

Motoyasu OYABU

Abstract : The long-term care system for the elderly was implemented in Japan from 2000 onwards through a social insurance program.

This paper analyzes the differences of insured premiums between insurers based on the following two points:

- ① Expanding area of the insurer reduce the difference in the premium.
- ② Increasing ratios of public expenditure and reducing premium burden.

Keywords : Long-term Care System, Long-term Care Finance, Care Service for the Elderly