

介護保険制度に関する展望（介護給付費、介護保険料に関する予測）

友添 吉成

はじめに

- 1 介護保険料の決め方
- 2 2025 年水準の試算
- 3 給付費抑制策等の検証

まとめと提言

< 要旨 >

介護保険制度については、給付費が急激に増加しており、それに伴って住民負担も被保険者にとっては、過重な負担となってきた。

本稿では、2025 年時点での住民負担（第 1 号被保険者介護保険料）の推計を行った。推計から、さらに大きな負担となることは確実であると思われる。

この住民負担の増加を抑制するために、平成 27 年度から制度変更が行われる。この抑制策についての検証を行い、その問題点について指摘した。

最後に、保険財政を支えるための制度の抜本的改革についても考察した。

< キーワード >

介護保険、住民負担、介護給付費

はじめに

介護保険制度については、平成 27 年度（2015 年度）から第 6 期中期財政運用期間となる。3 年に一回の介護保険料の改定も同時に行われ、新しい保険料が決まる。

高齢化がピークを迎える「2025 年問題」を見据え、医療・介護制度を一体で改革する「地域医療・介護推進法」が 18 日、成立した。患者や要介護者の急増で制度がもたなくなる恐れがあり、サービスや負担を大きく見直す。とりわけ介護保険は、高齢者の自己負担引き上げなど制度ができて以来の大改正で、「負担増・給付縮小」の厳しい中身が並ぶ。

人口減と高齢化が同時に進む日本。医療・介護制度は、高齢者の急増、支え手世代の減少、財政難の「三重苦」に直面する。厚生労働省によると、25 年には医療給付費がいまの 37 兆円から 54 兆円に、介護給付費は 10 兆円から 21 兆円に膨らむ。病院にかかれぬ高齢患者があふれ、介護保険料は負担の限界を超えて高騰。そんな近未来の予測が現実味を帯びている。サービスを提供する人手の不足も深刻だ。

こうしたなかで保険財政立て直しを目指す介護保険分野は、利用者の痛みにつながるメニューが目立つ。負担面では、一定の所得（年金収入なら年 280 万円以上）がある人の自己負担割合を 1 割から 2 割に上げる。低所得者の保険料を軽減する一方、高所得者は上乘せする。高齢者にも支払い能力に応じて負担を求める方向が鮮明だ。¹

上記の引用記事に見られるとおり、介護給付費は増嵩を続けており、住民負担も制度施行 15 年で大幅に増加した。

（参考資料 1：筑後市の条例介護保険料（標準段階））

第 1 期（平成 12～14 年度）	3,200 円	第 2 期（平成 15～17 年度）	3,200 円
第 3 期（平成 18～20 年度）	3,800 円	第 4 期（平成 21～23 年度）	3,600 円
第 5 期（平成 24～26 年度）	4,860 円		

第 6 期（平成 27～29 年度） 5,265 円（未定：平成 27 年 2 月 15 日時点）

本論では、住民負担（介護保険料ほか）の算定方法を再確認し、住民負担増嵩の要因について考える。また、朝日新聞の記事にある「負担の限界を超えて高騰」が予想される将来の保険料水準について試算する。併せて、給付費抑制策や自己負担増（保険給付率の引き下げ等）策等における効果について検討し、介護保険制度継続についての検証と提言を行う。

1 介護保険料の決め方

（1）介護保険料の算出過程

第 1 号被保険者介護保険料の算出方法は、

1		2	
標準給付費	× 国が定めた第 1 号被保険者負担割合	× 後期高齢者加入割合補正係数	
3		4	
× 所得段階別加入割合補正係数		× (1 + 都道府県設置財政安定化基金への拠出金割合)	
5		6	
÷ 運用期間の被保険者数累計		÷ 予定収納率	

という式による。

「標準給付費」とは、介護報酬のうち自己負担を除いた部分で、保険者が給付を行う部分である。介護保険の給付は原則 9 割。他に、施設の食事代の一部等を保険者が負担している。

¹ 2014.6.18 朝日新聞

(2) お年寄りの負担割合

1 「国が定めた第1号被保険者負担割合」とは、介護給付費全体の財政負担のうち、第1号被保険者（65歳以上の人）が負担する割合をいう。これは国が定めるところにより、3年を1つの財政運用期間ごとに規定される。第1期（平成12～14年度）は17%、第2期（15～17年度）は18%とされた。以降、第3期は19%、第4期は20%というように、3年ごとに1%ずつ引き上げされてきた。

平成27年度からの第6期は22%負担とされている。

この数字の根拠として、「平成12年当時の国における65歳以上人口の総人口に占める割合が約17%（第2期平成15年当時も同様の判断）であったことによる」との説明であったが、現在は、40歳以上の被保険者全体に占める65歳以上の者の構成割合等の説明をしている。（27年2月現在、国の高齢化率は24%を超えている。）

(3) 介護保険の財政構造

介護給付費の財政構造は、保険料と税負担で折半する構造になっている。

そのうち、保険料は、40歳以上の被保険者を年齢要件により二つに分ける。

40歳～64歳の人（第2号被保険者保険料）の保険料は、医療保険に上乗せの形で徴収し、社会保険診療報酬支払基金にストックされる。各保険者の年度ごとの介護給付費決算に応じて、28%（第6期）が「介護給付費交付金」として交付される。

税負担部分については、国が25%、県12.5%、保険者12.5%（一般会計介護給付費繰入金）とされている。それぞれ年度ごとの決算に負担率を掛ける形で精算していく。

65 歳以上 第 1 号被保険者保険料 22%		40～64 歳 第 2 号被保険者保険料（介護給付費交付金） 28%		保険料
5%	国 20%	県 12.5%	保険者 12.5%	
国の留保財源（介護給付費財政調整交付金）				

(3) 簡易な計算例

モデルA市

【平成 12～14 年度】

標準給付費の見込み：12 年度 2,400,000,000 円 13 年度 2,900,000,000 円
14 年度 3,200,000,000 円 合 計 8,500,000,000 円

後期高齢者加入割合補正係数（3 年間統一と仮定）：1.0023

所得段階別加入割合補正係数（ ” ）：0.9636

期間内の平均被保険者数： 12,700 人

安定化基金拠出金割合：ここでは無視する。

予定収納率：ここでは無視する。

実際はもっと複雑な計算が必要

$$8,500,000,000 \text{ 円} \times 17\% \times 1.0023 \times 0.9636 \div (12,700 \text{ 人} \times 36 \text{ 月}) \\ 3,052 \text{ 円}$$

【平成 27～29 年度】

標準給付費の見込み：27 年度 5,700,000,000 円 28 年度 6,200,000,000 円
29 年度 6,700,000,000 円 合 計 18,600,000,000 円

後期高齢者加入割合補正係数（第 1 期と同様と仮定）：1.0023

所得段階別加入割合補正係数（ ” ）：0.9636

期間内の平均被保険者数： 18,000 人

安定化基金拠出金割合：ここでは無視する。

予定収納率：ここでは無視する。

$$18,600,000,000 \text{ 円} \times 22\% \times 1.0023 \times 0.9636 \div (18,000 \text{ 人} \times 36 \text{ 月}) \\ 6,098 \text{ 円}$$

モデル A 市は、福岡県内の実際の自治体を参考に作ったモデルで、総人口 70,000 人。高齢化率 25.7% という想定としている。制度当初と比較して、第 6 期中期財政運用期間には住民負担が 2 倍になるというシミュレーションになった。

平成 12 年当時、「給付費が増大しても、分母となる高齢者数も増加するので、保険料はそれほど上がらない。」という予測を述べる人がいた。また、実際に、被保険者数を増やして試算すると、第 3 期から第 4 期にかけては（施設の標準負担（食事代等）の自己負担拡大等の給付費抑制策が働いたこともあり）値下げという保険者もあった。²

ところが、今回のシミュレーションでは、A 市における、該当年齢到達による高齢者数の大幅増加にもかかわらず、保険料は増加している。では、第 1 号被保険者の給付費負担割合が増え続けていることが保険料増の要因なのであるのか？

² 筑後市も同様の保険料設定を行った。1 頁の資料を参照のこと。

仮に、第6期も第1号被保険者の負担を制度発足当時の17%であると仮定した場合には、

$$18,600,000,000 \text{ 円} \times 17\% \times 1.0023 \times 0.9636 \div (18,000 \text{ 人} \times 36 \text{ 月}) \\ 4,712 \text{ 円}$$

となる。

確かに、約1,400円の違いが出てくるが、この負担割合については、給付費に占める負担割合を、第1号被保険者と第2号被保険者でどのように割りふるかを決めているだけであり、ここの割合を据え置く等した場合でも、負担増は止まらない。

介護給付費の増加が、住民負担の増加の直接の原因であることは間違いのないことであるが、予想を大きく超える勢いで増嵩している。後期高齢者数の増加による保険事故リスクがこの5年で増大したことが理由であるとされている。

この給付費増加にもかかわらず、未だに施設待機者は相当数に上っており、今後さらに給付費増高の勢いが加速することが懸念される。

2 2025年水準の試算

モデルA市を用いて、2025年度の給付費について粗いシミュレートを行ってみる。

(1) 人口推計

- ・2015年1月の第1号被保険者数：16,400人 2025年までの増減を 400人とし、
16,000人と補正する。
- ・2015年1月の55歳～64歳の高齢者人口：8,136人 2025年到達までの増減を
200人とし、7,900人と補
正する。

(2) 受給者に関する推計

受給者発生率：2015年度 20% 毎年1%ずつ増加している傾向から、2025年度
30%と仮定する。

(3) 給付費の試算

パターンα：第6期事業計画では、毎年5億円の増加を見込んでいるため、同様の増加
が10年続くと仮定し、2015年度（平成27年度）給付費見込57億円に5
億×10年を加算

$$5,700,000,000 + 5,000,000,000 = 10,700,000,000 \text{ 円}$$

パターンβ：2015年度給付見込に、(2025年の受給者発生率÷2015年の受給者発生率)
を乗じる。

$$5,700,000,000,000 \times 30\% / 20\% = 8,550,000,000 \text{ 円}$$

いずれの場合も、予防給付の一般財源化や利用者負担増（保険負担切り下げ）施設利用者の介護度による制限等の抑制策は勘案しない。

（４）１号被保険者負担割合

22% + 3%（2025年までに3回の保険料見直し） = 25%

（５）シミュレーション

（標準段階の試算）

パターンα：10,700,000,000円×25%÷23,900人÷12月 = 9,327円

パターンβ：8,550,000,000円×25%÷23,900人÷12月 = 7,452円

補正係数、安定化基金拠出金、予定収納率は考慮しない。

（６）予測

この試算では、団塊の世代の後期高齢年齢到達によるリスク増大を全く見込んでいないので、低めの数値が出たように思う。いずれにせよ、大幅な負担増が予測される。

標準段階での月額10,000円超え、高負担段階（高額所得者）における20,000円超えという事態も考えられる。年金受給水準の問題と相俟って、高齢者には辛い負担となると思われる。

3 給付費抑制策等の検証

（１）予防給付の市町村事業化

平成27年度の見直しから、介護予防訪問介護、介護予防通所介護のメニューが介護保険を離れ、市町村事業に移行する。

現在は「要支援1・2」の下に「要介護1～5」があり、この要介護認定を受けた人が、所定の介護サービスを受けることができます。

要支援は身体介護の必要はほとんどなく、買い物や調理、洗濯、掃除といった生活面の一部に支援が必要な状態です。この「要支援」を対象とする予防給付のうち、訪問介護と通所介護について、2015年4月より3年かけて「医療介護総合確保推進法」を基に、「市区町村が取り組む地域支援事業」に移されることになりました。

訪問介護は、ヘルパーが自宅で入浴のサポートをするなどのほか、掃除や料理などを手助けするものです。一方、通所介護は、施設に通って、レクリエーションを楽しんだり、機能回復のための訓練を行ったりなどのほか、入浴の介助もしてくれます。

これまでは、全国一律のサービスだったものが、市区町村に移行することで、市区町村の財政状態やトップの意識次第で、サービス内容や利用料に差が出る可能性はあります。しかし、NPOやボランティアにも頼めるため、多様なサービスの提供が可能になるとみられています。³

³ 保険市場ホームページ <https://www.hokende.com/static/life/features/wisdom/senior/4/>

モデル A 市における当該サービスの給付費は、平成 25 年度実績で、合計約 3 億円。この場合の保険料への影響は、 $300,000,000 \text{ 円} \times 22\% \text{ (27 年度負担割合勘案)} \div 18,000 \text{ 人} \div 12 \text{ 月} = 305 \text{ 円}$ となる。

予防給付の一部が、市町村事業となった場合の懸念については、引用下線部にみるとおりである。

介護度については、必ず、重度移行をしていくものであり、予防給付を切り捨ててその人が永久に介護保険に戻ってこないということはありません。むしろ、市町村の怠慢により、予防給付メニューが実施されないことで、重度化を早めるということにならないか心配である。

介護保険メニューから何かを外すのならば、住宅改修や福祉用具購入等、利用期間が短く継続性が乏しいものもあり、そちらの方を別財源で対応するなど、もっと考えなければならないことがあったのではないかと思います。

(2) 利用者負担増

介護保険の財源は、1/2 が国と自治体、残り 1/2 を 40 歳以上の被保険者が支払う保険料で賄われています。大介護時代に入ると、今の介護保険制度自体の持続性も危ぶまれます。そのため、現在は介護保険サービスを利用するには、年収などにかかわらず 1 割を利用者が負担していますが、改正後は一部の利用者の負担が増えることになりました。

2015 年 8 月から、年金収入 280 万円以上の方は自己負担が 2 割になります。

「年金収入 280 万円以上」となるのは、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、被保険者の上位 20% に該当する層にあたります。厚生労働省は、在宅サービス利用者の約 15%、特別養護老人ホームの入居者で約 5 % が 2 割負担になるとみています。⁴

制度設計当初から、いずれは保険負担の切り下げがある、と皆が言っていたが、今回の改正の内容程度では、給付費の抑制には繋がらないと思われる。

全てのメニューで保険給付 7 割とした場合、A 市の保険料試算は、

$$18,600,000,000 \text{ 円} \div 90\% \times 70\% \times 22\% \times 1.0023 \times 0.9636 \div (18,000 \text{ 人} \times 36 \text{ 月}) \\ 4,743 \text{ 円} \quad (\text{平成 27} \sim 29 \text{ 年度試算の置きかえ。} 6,098 \text{ 円} \rightarrow 4,743 \text{ 円})$$

となる。本当に抑制したいのなら、このくらいドラスティックな変更が必要で、今回の改正については、高所得層に対し、「介護保険は必要ないでしょう。」と言っているだけのようにも思われる。

⁴ 保険市場ホームページ <https://www.hokende.com/static/life/features/wisdom/senior/4/>

（３）施設入所

介護保険の施設である「特別養護老人ホーム」は、有料老人ホームなどに比べて利用料も安く、要介護度が重くてもケアしてもらえます。この施設の入所待ちが全国で約 52 万人にのぼり、すでに深刻な施設不足に陥っています。そのため、2015 年 4 月より入所条件が設けられ、より厳格になります。原則、新規入所は要介護 3 以上の人限定されるようになる予定です。

なお、この「要介護 3 以上」の制限は新たに特別養護老人ホームに入所する人の基準で、現在すでに特別養護老人ホームに入居中の人は、要介護 1、2 であっても、そのまま住み続けられます。

また、要介護度が 1、2 と低くても、所定の「やむをえない事情」に該当する場合は、新規入所できることになっています。

「やむを得ない事情」の例としては、

- ・認知症高齢者であり、常時の見守りや介護が必要
- ・知的障害や精神障害なども伴って、地域で安定した生活を続けることが困難
- ・家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠

などが挙げられています。⁵

予防給付切り捨てのところで述べたことと共通するが、要介護度状態区分については、変化をしていくものであり、要介護 3 以上への激変は、すぐにも起こりうることだ。よって、「中重度者の入所お断り」などあまり意味はない。

むしろ、一旦入所が決まり、その後は、対象者が亡くなるまで施設に預けっぱなしにしていることのほうが由々しき問題である。特養におけるリハビリ体制の不備、復帰させようという意識の欠如は全く改善されていない。「ここは、終の棲家」など言う施設長がいたりもする。このことは、今の介護保険制度の瑕疵であり、大きな欠陥である。

介護保険の謳い文句として、「誰もが住み慣れた自宅で…」というのがあるが、制度施行後 15 年、筆者を含めて、誰もが高齢者の在宅復帰プログラムについてあまり議論していなかったように思う。反省とともに、再考せねばならない。

まとめと提言

筆者は、筑後市の介護保険事業計画づくりに 2 度携わったが、その当時と比較して、給付費等の増大は著しいものがあり、本当に驚いている。10 年後の予測をしてみて、信じられないような水準の給付とそれに伴う住民負担の高騰が想定され、さらに驚いている。

2025 年問題については、「団塊の世代が後期高齢年齢に達するので、」という切り口で語られるのだが、実際には、「その年くらいから、さらなる給付費の増加リスクが高まる。」ということが想定されるのであり、「2025 年からの 10 年問題」など言わねばならないだろう。

⁵保険市場ホームページ <https://www.hokende.com/static/life/features/wisdom/senior/4/>

第1号被保険者保険料月額が10,000円～20,000円という水準になったとき、制度そのものが継続できるのか、とても不安である。それより前に、破綻してしまうのではないかと懸念もあり、今後の推移には注意していかなばならない。

保険財政安定のためには、

加入年齢の引き下げ

別財源の検討

保険給付の引き下げ

等の方策が考えられる。

加入年齢の引き下げに関しては、若年層では介護保険事故のリスクが極めて小さいことから、理解され難いことがネックである。また、障害者施策との関連で言うなら、介護保険メニューの方が乏しすぎて、障害当事者が介護保険制度に括られることには、猛反撥するということもある。しかしながら、今の方式を続けるのならば、高齢者の負担が限界に達するのは明らかであり、加入年齢の引き下げは必須であるように思う。

別財源の検討については、今の介護保険制度の枠組みをそのまま残しながら、一定の財政発動を行う方法と、制度の完全な刷新（税方式等）と両方が考えられる。現実的には、社会保障財源全体の議論の中で、どのような方式を採っていくのか議論していくことになると思う。いずれにせよ、消費税の増税を見送るなどするべきではなかったのであり、介護医療分野における財源の問題については、早急な対応が必要であると提言したい。

保険給付の引き下げについては、前章で述べたとおり、かなりの荒療治をしないと効果はないように思われる。一方で、高齢者の所得保障についても制度が揺らいでおり、高齢者に徒に負担増を求められない現状がある。中々難しい問題であるといえよう。

その他、レセプト点検や求償事務など、保険給付適正化の取り組みについても強化をしていかなばならない。不正受給の根絶、質の高いサービスの在り方の検討等、未だに市町村がやり切れていない部分も多くある。今後、さらなる高負担を求めていくにあたり、制度の信頼性の確保は重要である。また、納得のいく高水準のサービスを求めていくことも大切な課題である。

（了）

2015.2.15

（行政職員）

友添への石塚先生の長年のご指導、ご愛顧に深く感謝申し上げます。ご退官に際し、今後ますますのご活躍を祈念申し上げます。

石塚先生、ありがとうございました。