

# 高齢者介護と介護保険財政の課題

横山純一

## 1 介護保険制度の成立

二〇〇〇年四月に介護保険制度がスタートしてから約二〇年が経過しました。日本で高齢化問題が直視され始めたのは一九八〇年代後半のことで、一九八九年一月に厚生労働省はゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10か年戦略）を発表しています。ゴールドプランでは、訪問介護サービスや通所介護サービスを柱とする在宅福祉サービスの充実に本格的に取り組む姿勢が示され、施設福祉サービスも量的確保を図るとされました。具体的にはホームヘルパー数を一〇万人、デイサービスセンター数を一万余所、特別養護老人ホームを二四万床、老人保健施設を二八万床にするなどの、今後一〇年間の全国の整備目標値が明示されました。

さらに、市町村が在宅福祉サービスの運営主体として明確に位置づけられ、老人福祉計画の策定を義務づけられましたが、この策定には多くの市

町村が戸惑いました。独力で計画をつくりあげた市町村も少数ありましたが、多くの市町村は民間のコンサルタント等に委託し計画を策定しています（注1）。このように策定方法は様々だったものの、各市町村は老人福祉計画を策定し、高齢者福祉に関する政策や、サービス（在宅福祉サービス、施設福祉サービス）の整備目標値を示していきます。

これら市町村が策定した老人福祉計画の数値等を踏まえたうえで、一九九四年に新ゴールドプランが策定されました。この頃には政策当局や福祉医療関係者等の間で公的介護制度の早期導入に向けた気運が高まり、要介護認定の方法や財源の問題、サービス提供主体の多様化の問題などが論点となりました。特に財源を税方式とするか、社会保険方式とするかが学会などで論争となりました。

私はこの時期、包括補助金制度と高齢者福祉の研究のためフィンランドをたびたび訪れていましたので、フィンランドの包括補助金をヒントに、日本でも地方分権を展望しながら包括補助金を財

源に用いた公的介護制度が構築できないかを考えていました（注2）。結局、わが国では社会保険方式を採用した介護保険法が一九九七年に成立しましたが、公的な介護制度の構築の必要性に限れば、税方式論者と社会保険方式論者との間で考え方にそう大きな違いはなかったように感じています（注3）。

介護保険導入以前の特別養護老人ホームや訪問介護サービスなどは、本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担（応能負担）のため、中高所得層には利用しづらく、さらにはサービスの基盤整備も不十分ということもあり、利用は一部の高齢者のみにとどまっていました。したがって、中高所得層の場合、訪問介護サービスを相対サービスで利用して高額の利用料を払っていたケースがかなり存在していました。

また、当時は高齢化社会（高齢者比率が一四%未満）から高齢社会（同一四%以上）に移行したばかりの時期で、国民の七人に一人が高齢者の状況でした。その後も高齢化が速いテンポで進むこ

とが予想されていましたが、特別養護老人ホームなどの高齢者福祉施設が不足し、訪問介護サービスや通所介護サービスなどの在宅福祉サービスもまったく足りていませんでした。実際、サービスが不足していたために、医療的行為がほとんど必要ないにもかかわらず、特別養護老人ホームよりも利用者負担が低い医療保険で対応できる一般病院への長期入院利用も少なくありませんでした（「社会的入院」）。これらの病院は老人病院とも呼ばれ、居室面積が狭い、食堂や風呂がないなど生活環境面での体制が不十分なうえに医療費の増加を招いていました。

そこで、在宅福祉サービスと施設福祉サービスの量的・質的充実を図ることによって、あらゆる高齢者の介護を社会全体で支えあう（「介護の社会化」）、公的介護制度の実現が求められていたのです。公的介護制度の登場は必然だったということができると思います。

## 2 変容を迫られている介護保険と高齢者介護

現在、介護保険は大きな転換期にさしかかり、変容を迫られています。それは対象となる高齢者とその家族像の変化、後期高齢者の大幅な増加と介護費用の上昇、介護保険料の高額化などが生じているからです。介護保険開始時とは様相を異にし、高齢者介護や介護保険財政をとりまく状況は

格段に厳しくなっています。

### (1) 在宅福祉サービスの対象となる高齢者とその家族像の変化

介護保険開始時には、在宅福祉サービスは利用する高齢者だけではなく、利用高齢者と他世代をふくむ同居家族に対し提供するという性格が強く見られました。例えば、高齢者が訪問介護サービスを利用する場合、妻（または夫）、息子や娘、息子の妻などの援助を前提とするケアプランがほとんどでした。

ところが、現在は高齢者夫婦のみの世帯や一人ぐらしの高齢者世帯が急増しています。図表1を見てください。世帯内に六五歳以上の人がいる世帯数は、一九八〇年に八四九万六千世帯だったのが、二〇一九年には二五五八万四千世帯と大幅に増加しています。また、三世帯世帯も一九八〇年には四二五万四千世帯で、前述した六五歳以上の人がある世帯全体の約半分を占めていましたが、二〇一九年には一九八〇年の約六割に当たる二四〇万四千世帯に落ち込み、六五歳以上の人がいる世帯全体に占める割合はわずかに九・四％になっています。

他方で、夫婦のみの世帯（夫婦二人ともに、もしくは夫婦のどちらか一人が六五歳以上の世帯）は二〇一九年に八二七万世帯（六五歳以上の者のいる世帯全体の三二・三％）、単独世帯（六五歳以上の一人暮らしの世帯）は七三六万九千世帯（同

二八・八％）となっています。ちなみに、約二〇年前の二〇〇〇年では世帯主が六五歳以上の単独世帯が三〇七万九千世帯（同一九・七％）、夫婦だけの世帯は四二万四千世帯（同一七・一％）でしたので、双方ともにほぼ倍増していることがわかります。双方を合わせると、六五歳以上の者がいる世帯数の六割を占めています。

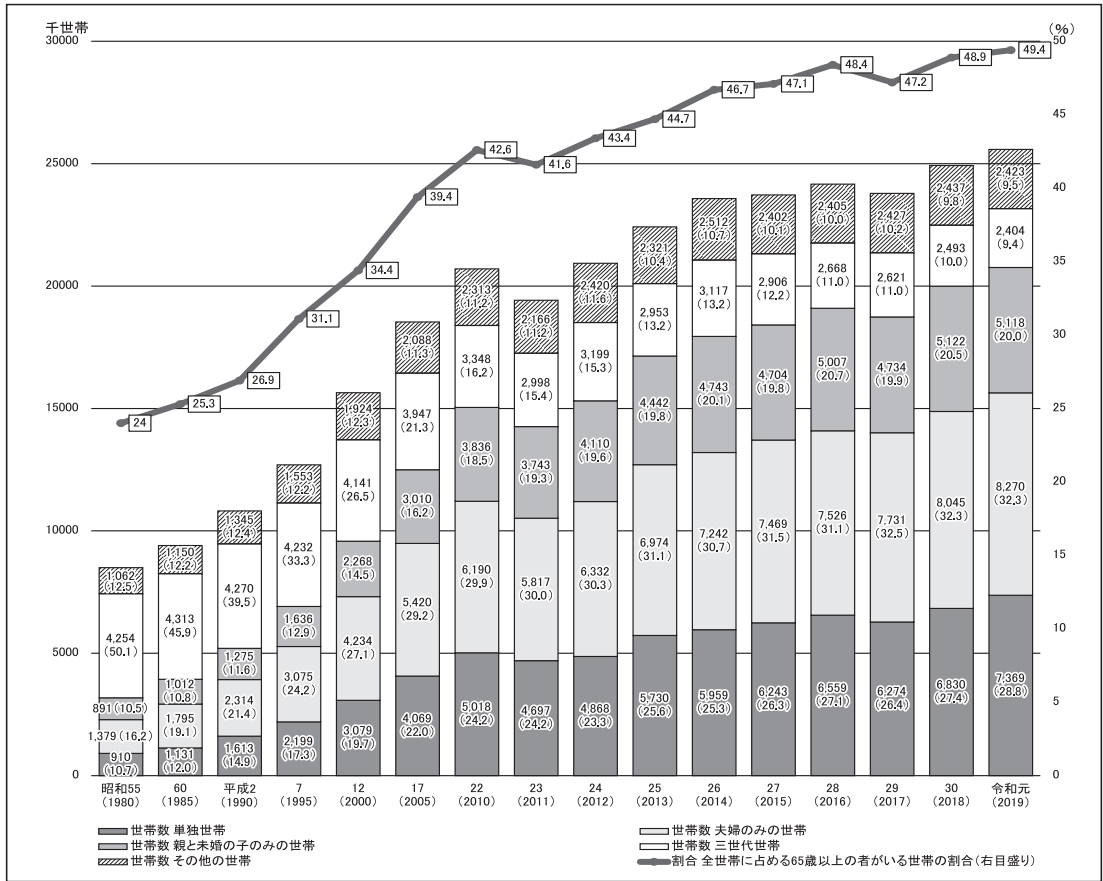
さらに、認知症の高齢者数（六五歳以上）も増大しています。二〇一二年に認知症高齢者数は四六二万人（高齢者全体の一五％）でしたが、二〇二五年には約七〇〇万人（同一二〇％）に増加する見込みとなっています（注4）。

そして、現在、老老介護や認認介護が深刻な問題になっています。その背景には、このような高齢者を取りまく状況の変化があることは自明です。「家族をあてにできた」「家族に頼れない」「在宅福祉に移行しつづつあるということができません。しっかりとした対策が打たれなければ、その深刻の度合が今後一層増すことになるでしょうし、高齢者とその家族像の変化に対応した在宅福祉サービスなどのように構築するかが重要な課題の一つになっているといえるのではないのでしょうか。

### (2) 後期高齢者の大幅な増加と介護費用の上昇

さらに、後期高齢者数の伸びが著しいです。二

図表 1 65歳以上の者がいる世帯数及び構成割合と全世帯に占める65歳以上の者がいる世帯の割合



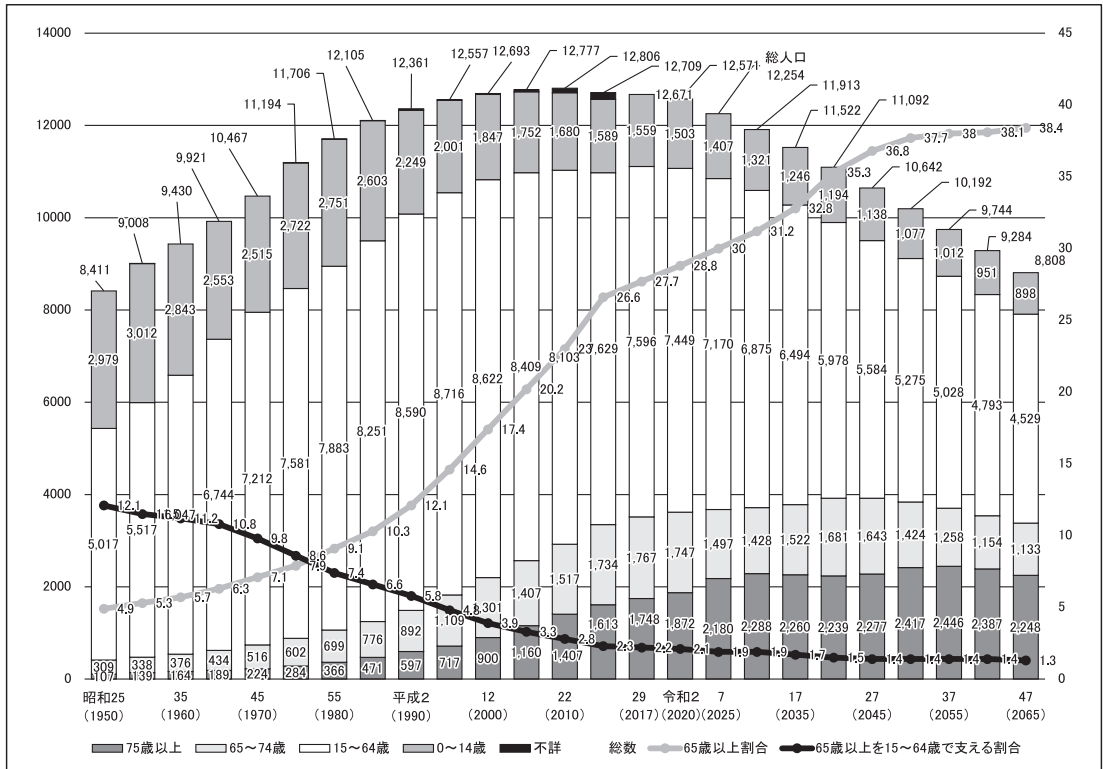
資料：昭和60年以前の数値は厚生省「厚生行政基礎調査」、昭和61年以降の数値は厚生労働省「国民生活基礎調査」による。  
 (注1) 平成7年の数値は兵庫県を除いたもの、平成23年の数値は岩手県、宮城県及び福島県を除いたもの、平成24年の数値は福島県を除いたもの、平成28年は熊本県を除いたものである。  
 (注2) ( ) 内の数値は、65歳以上の者がいる世帯総数に占める割合 (%)。  
 (注3) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。  
 <出所>内閣府「令和3年版高齢社会白書」。

〇〇年には前期高齢者数が一三〇一万人、後期高齢者数が九〇〇万人でしたが、二〇二〇年には前期高齢者数(一七四七万人)と後期高齢者数(一八七二万人)が逆転しています(図表2)。団塊の世代が七五歳以上となる二〇二五年には、後期高齢者数(二一八〇万人)が前期高齢者数(一四九七万人)の約一・五倍となる見込みです。

また、一人当たりの介護給付費は、前期高齢者が四・九万円、後期高齢者が四七・〇万円となっています(注5)。これは後期高齢者の要介護・要支援認定率が前期高齢者よりも格段に高いことがその理由です。実際、前期高齢者の要介護・要支援認定率は四・二%なのに対し、後期高齢者では三一・九%にのぼっています(注6)。こうした高齢化の進展と後期高齢者数の増加の中で、二〇二〇年度には三・六兆円だった介護給付費は、二〇二一年度には一二・七兆円に上昇しています(注7)。

次に要介護・要支援高齢者数を見てみましょう(図表3)。二〇〇〇年四月末に要介護・要支援の認定者数は二一八万人でしたが、二〇一八年度末には約三倍の六四五万人になっています。介護認定別では要介護5が五八万五千人、要介護4が七八万六千人、要介護3が八四万九千人、要介護2が一一人、要介護1が一三〇万二千人、要支援2が九〇万五千人、要支援1が九一萬五千人でした。介護が必要になった原因では、認知症が一八・一%と最も高く、次いで脳血管疾患が一五・〇%、高齢による衰弱が一三・三%、骨折・転倒

図表2 高齢化の推移と将来推計



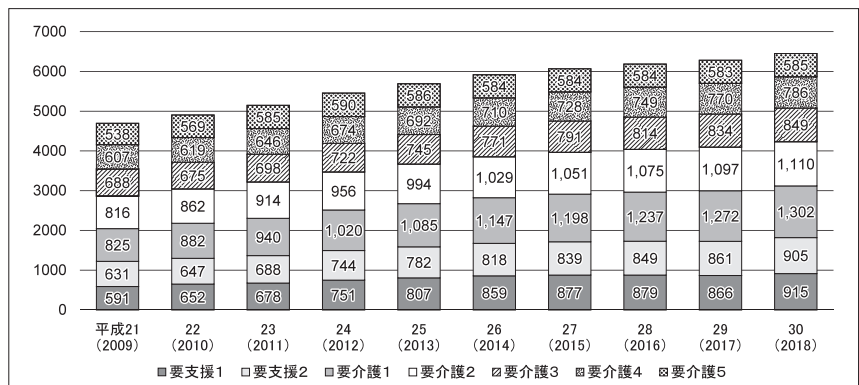
資料：棒グラフと実線の高齢化率については、2015年までは総務省「国勢調査」、2020年は総務省「人口推計」（令和2年10月1日現在（平成27年国勢調査を基準とする集計））、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年集計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。

- （注1）2020年以降の年齢階層別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。
- （注2）沖縄県の昭和25年70歳以上の外国人136人（男55人、女81人）及び昭和30年70歳以上23,328人（男8,090人、女15,238人）は65～74歳、75歳以上の人口から除き、不詳に含めている。
- （注3）将来人口推計とは、基準時点までに得られた人口学的データに基づき、それまでの傾向、趨勢を将来に向けて投影するものである。基準時点以降の構造的な変化等により、推計以降に得られる実績や新たな将来推計との間には乖離が生じ得るものであり、将来推計人口はこのような実績等を踏まえて定期的に見直すこととしている。
- （注4）四捨五入の関係で、足し合わせても100%にならない場合がある。

<出所>内閣府「令和3年版高齢社会白書」。

策が一層必要となるでしょう。  
 量両面での充実や介護費用増加への対応などの  
 世代が後期高齢者となります。介護サービスの質・  
 繰り返しになります。二〇二五年には団塊の  
 が一三・〇％でした（注8）。

図表3 第1号被保険者（65歳以上）の要介護度別認定者数の推移

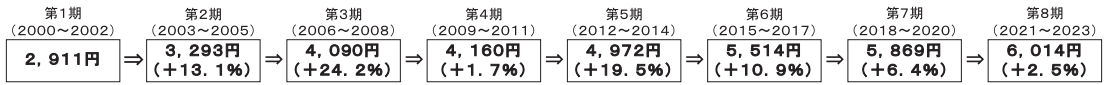


資料：厚生労働省「介護保険事業報告（年報）」

（注）平成22（2010）年度は東日本大震災の影響により、報告が困難であった福島県の5町1村（広野町、楡葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町）を除いて集計した値

<出所>内閣府「令和3年版高齢社会白書」。

図表4 65歳以上が支払う保険料（全国平均（月額・加重平均））の推移



<出所> 厚生労働省老健局、「介護保険制度の概要」、2021年5月。

(3) 介護保険料の高額化と地域格差

1号保険料基準額（市町村民税本人非課税、世帯に課税者が存在）の全国平均・月額は、第1期（二〇〇〇―二〇〇二年度）が二九一〇円でしたが、その後上昇して第6期（二〇一五―二〇一七年度）が五五一四円、第7期（二〇一八―二〇二〇年度）が五八六九円、第8期（二〇二一―二〇二三年度）は六〇一四円になりました（図表4）。これまで、保険料が月額五〇〇〇円を超えると保険料負担に難色を示す高齢者が増えるだろうといわれてきました。介護保険開始当初も月額六〇〇〇円台にのぼった自治体が出て話題になりました。ただ、当時高額となったのは被保険者が少ない小規模自治体の一部で、施設入所者数が一時的に大幅に増加したことが理由でした（注9）。

ところが、第8期では保険料基準額が五五〇一円以上七〇〇〇円以下の保険者が一〇五九保険者のほり、保険者全体の三分の二を占めています（図表5）。しかも

図表5 第8期保険料基準額階層分布

保険料基準額	保険者数	割合
3,001円以上 ~ 3,500円以下	3	0.2%
3,501円以上 ~ 4,000円以下	4	0.3%
4,001円以上 ~ 4,500円以下	15	1.0%
4,501円以上 ~ 5,000円以下	144	9.2%
5,001円以上 ~ 5,500円以下	288	18.3%
5,501円以上 ~ 6,000円以下	488	31.1%
6,001円以上 ~ 6,500円以下	366	23.3%
6,501円以上 ~ 7,000円以下	205	13.0%
7,001円以上 ~ 7,500円以下	35	2.2%
7,501円以上 ~ 8,000円以下	18	1.1%
8,001円以上 ~ 8,500円以下	4	0.3%
8,501円以上 ~ 9,000円以下	0	0.0%
9,001円以上 ~	1	0.1%
合計	1,571	100.0%

<出所> 厚生労働省「第8期計画期間における介護保険の第1号保険料について」、2021年。

都市自治体が多い。もはや保険料の高額化の問題は一部の小規模自治体にとどまる話ではなく、都市において大きな課題になっている状況です（注10）。さらに、保険料の地域間差異の問題もあります。第8期では保険料基準額（月額）の最高が東京都青ヶ島村の九八〇〇円、二位が秋田県五城目町の八三〇〇円、三位が福島県葛尾村の八二〇〇円、四位が岩手県西和賀町の八一〇〇円、五位が大阪市の八〇九四円でした。一方、最低は北海道音威子府村と群馬県草津町の三三〇〇円でした（図表6）。注目されるべきは、大都市の大阪市が八〇〇〇円台になったことです。保険料の高額化の中で地域差が大きくなれば、保険料が高い自治体の

図表6 保険料基準額の高額保険者と低額保険者

【保険料基準額の低額保険者】			【保険料基準額の高額保険者】		
(単位：円)			(単位：円)		
保険者名	第8期基準額 (月額)		保険者名	第8期基準額 (月額)	
北海道 音威子府村	3,300		東京都 青ヶ島村	9,800	
群馬県 草津町	3,374		秋田県 五城目町	8,300	
東京都 小笠原村	3,800		福島県 葛尾村	8,200	
宮城県 大河原町	3,800		岩手県 西和賀町	8,100	
埼玉県 鳩山町	4,000		大阪府 大阪市	8,094	
千葉県 酒々井町	3,900		福島県 三島町	8,000	
北海道 奥尻町	4,000		青森県 東北町	7,950	
北海道 置戸町	4,200		秋田県 井川町	7,900	
北海道 根室市	4,300		山形県 金山町	7,900	
北海道 登別市	4,300		東京都 檜原村	7,900	
北海道 興部町	4,300		東京都 利島村	7,900	
愛知県 小牧市	4,309		北海道 夕張市	7,875	
千葉県 栄町	4,340		秋田県 藤里町	7,800	
大阪府 千早赤阪村	4,390		青森県 六戸町	7,760	
北海道 広尾町	4,400		福島県 双葉町	7,750	
北海道 室蘭市	4,417		青森県 三戸町	7,720	
高知県 津野町	4,450		青森県 六ヶ所村	7,700	
北海道 せたな町	4,500		青森県 七戸町	7,700	
北海道 美深町	4,500		福島県 大熊町	7,600	
北海道 佐呂間町	4,500		群馬県 川場村	7,600	
埼玉県 鶴ヶ島市	4,500		三重県 大台町	7,600	
岐阜県 川辺町	4,500		京都府 和束町	7,600	
			奈良県 東吉野村	7,600	

<出所> 厚生労働省「第8期計画期間における介護保険の第1号保険料について」、2021年。

3 介護費用の抑制

住民負担は深刻となります。都道府県ごとの保険料基準額でも、大阪府は沖縄県とともにトップの六八二六円となっています。このように、第8期では大都市部における保険料基準額の高額化を特に注視しなければならぬということができます。

このような保険料の高額化に対し、国は対策として保険料の多段階設定を導入しました。また、在宅福祉サービスの対象となる高齢者とその家族像の変化に関しては、地域包括ケアが提起された

ことが最も注目されますが、この二つについては後ほど詳しく説明します。ここでは介護費用の抑制について簡潔に述べたいと思います。

介護費用の抑制として、第3期（二〇〇六―二〇〇八年度）に各自治体に地域包括支援センターが設置され、保健師による要支援者への予防事業（予防給付）がスタートしました。つまり、ケアプランから予防プランへの移行が行われました。

また、第6期には予防給付のうち訪問介護サービスと通所介護サービスを全国一律の基準から外して市町村事業へ移行させています。さらに、特別養護老人ホームの入所要件の厳格化、一定以上の所得の高齢者の利用者負担の引上げなどが行われています。第7期では、高齢者の自立支援に取り組む事業者の介護報酬を厚くすることなどが実施されました。

これらの施策は介護費用の抑制に役立ったと言えますが、本日は時間的都合もあり、詳細な説明はできません。なので、以下の点のみ述べておきたいと思います。まず、近年、要支援や要介護1の高齢者を介護保険から外す動きがみられるようになってきたということです。要支援と要介護1の高齢者数が要支援・要介護の高齢者数全体に占める割合は約半分（四八％）になっていますが、これらを介護保険から外せば、介護保険の理念である「介護の社会化」が大きく後退することになることが懸念されます。

また、高齢者の自立支援に努めた事業者に対し

て介護報酬を厚くする方法は効果が出る場合もあるかもしれませんが、高齢者が望んでいない取り組みを行う事業者が出てくることへの心配もあります。そもそも介護保険制度は「身体機能が衰えても安心して暮らせるように」と制度設計してきたはずで、介護保険の理念と矛盾するような対応とならないことが重要だと考えています

#### 4 介護保険料の多段階設定を始めとする制度改定

##### (1) 介護保険料の負担段階の多段階設定の内容

###### ア 第5段階以上の多段階設定

厚生労働省は第3期以降の保険料について、どの保険者でも5段階だった保険料負担段階を6段階としました（標準6段階の設定）。これは市町村民税が世帯で非課税の者の間で所得差が大きいことを踏まえ、第2段階を二つに分けた措置です。さらに、各保険者は市町村民税課税層について、保険料負担段階を増やすことや各保険料負担段階の保険料率の設定が独自にできるようにしました。そして、都市部の自治体を中心に、市町村民税課税者の保険料負担段階（第5段階以上）についての多段階設定が積極的に進められていきます。なかには保険料負担段階数が15を超過した都市自治体も見られました。

###### イ 第3段階の細分化

保険料負担段階が第3段階の対象者は、市町村民税世帯非課税者かつ公的年金収入額等の金額が八〇万円を超過している者です。しかし、この負担段階の高齢者は収入金額にかなりの開きがあることから、第5期以降は保険者の判断で第3段階の保険料負担段階の所得区分を細分化することができるようになりました。

###### ウ 特例第4段階の設定

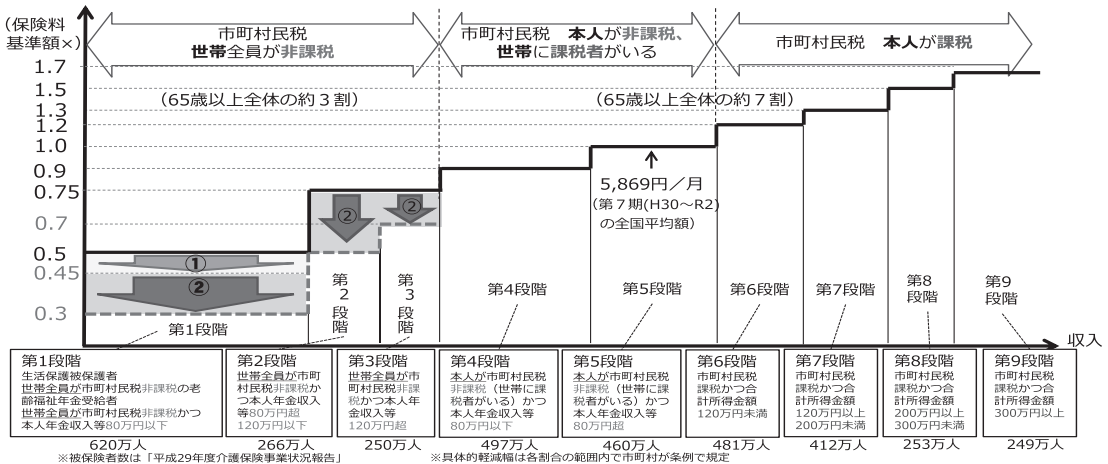
第4期には保険料負担段階が第4段階の高齢者（世帯の中に市町村民税課税者がいるが本人は市町村民税非課税者）のうち、公的年金収入額等の金額の合計額が八〇万円以下の者の保険料について、保険者の判断で保険料基準額に乘じる割合を軽減できるように改正しています。

###### エ 標準9段階の設定

第6期には標準9段階となりました（図表7）。この改正により、第5段階が保険料基準額となり、第6段階以上が市町村民税課税層の保険料段階となりました。第6段階の保険料が保険料基準額の1・二倍、第7段階は1・三倍、第8段階が1・五倍、第9段階が1・七倍と段階別の金額設定となっています。

一方、第1段階から第3段階については市町村民税世帯非課税層の保険料負担段階で、二〇一五年に実施予定だった消費税の増税分（税率が八%

図表7 介護保険料の標準9段階



<出所> 厚生労働省『介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化』、2019年。

から一〇％へ)を活用して保険料の軽減が行われることになっていました。つまり、第1段階と第2段階を統合して新しい第1段階がつけられ、消費税の増税分の活用によって、保険料基準額の〇・三倍が保険料額とすることになりました。さらに、消費税増税分の活用は新第2段階、新第3段階にも及び、これまでの特例第3段階が新第2段階となり、保険料基準額の〇・五倍の保険料額に、新第3段階については〇・七倍となりました。

ただし、消費税の延期によって新第1段階は保険料基準額の〇・五倍、新第2段階と新第3段階は保険料基準額の〇・七五倍になり、前述した保険料軽減策については、消費税が実現した二〇一九年一〇月から実施されることになりました(図表8)。

新第4段階と新第5段階は、高齢者本人は市町村民税が非課税なもの、世帯に課税者がいるケースです。新第4段階はこれまでの特例第4段階が標準化されたもので、保険料額は保険料基準額の〇・九倍とされました。新第5段階は保険料基準額です。なお、この二つの段階については消費税増税分を活用した軽減策は行われていません。

以上のように保険料は標準9段階になりましたが、あくまでも標準のため、都市部の自治体を中心に独自に保険料の多段階設定を行う保険者が多くみられました。その反対に小規模自治体などでは、保険料を六段階のままで徴収するケースもみられました。

図表8 介護保険料の1号保険料の低所得者軽減強化

介護保険の1号保険料について、給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し低所得の高齢者の保険料の軽減を強化													
<b>①一部実施(平成27年4月)</b> 市町村民税非課税世帯のうち 特に所得の低い者を対象 (65歳以上の約2割)	<b>②完全実施(令和元年10月)</b> 市町村民税非課税世帯全体を対象として完全実施(65歳以上の約3割) 【実施時所要見込額(満年度)約1,600億円(公費ベース※)】令和元年度予算ベース												
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>保険料基準額に対する割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1段階</td> <td>0.5 → 0.45</td> </tr> </tbody> </table>		保険料基準額に対する割合	第1段階	0.5 → 0.45	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>保険料基準額に対する割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1段階</td> <td>0.45 → 0.3</td> </tr> <tr> <td>第2段階</td> <td>0.75 → 0.5</td> </tr> <tr> <td>第3段階</td> <td>0.75 → 0.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>※公費負担割合 国1/2、都道府県1/4 市町村1/4</p>		保険料基準額に対する割合	第1段階	0.45 → 0.3	第2段階	0.75 → 0.5	第3段階	0.75 → 0.7
	保険料基準額に対する割合												
第1段階	0.5 → 0.45												
	保険料基準額に対する割合												
第1段階	0.45 → 0.3												
第2段階	0.75 → 0.5												
第3段階	0.75 → 0.7												

(注) 2019年度予算額は年度途中からのため900億円(公費)、うち国費が450億円。

<出所> 厚生労働省『介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化』、2019年。

## (2) 介護保険料の負担段階の多段階設定の限界

厚生労働省の保険料対策は、保険料負担段階の多段階設定により高所得高齢者の保険料負担を重くし、低所得高齢者の保険料負担を軽減しようとするものでした。実際、多くの都市自治体では標準段階数を上回る保険料負担段階数が設定されたこともあり、私は第5期保険料について都市自治体向けのアンケート調査を行うことにしました(注11)。例えば、東京二三区で月額保険料(最高段階)が最も高いのは世田谷区の一六三・一六〇円で、以下中野区の一五七・九一〇円、中央区が一五七・八〇〇円でした。世田谷区の最高段階の保険料は、保険料基準額の実に三・二倍の金額ということになります。

保険料の多段階設定は、高齢世代内の分配強化で保険料の高額化に対応しようとするのですが、この方法は一定期間首肯できても継続性の点で疑問が残ります。先のアンケート調査で「多段階の保険料設定についてどのように考えていますか」という私の設問に対し、「多段階の保険料設定は必要で、さらに進める」と回答した区・市は、回答全体の一八%だったのに対し、「多段階の保険料設定は現状ではやむをえないが、制度を複雑化させるなど課題があるので、将来的には制度改正が必要である」が回答全体の六二%、「多段階の保険料設定は制度を複雑化させるなど課題があるので、できるだけ早く保険料の多段階設定をやめ、公費を投入して低所得者の保険料負担軽減を

図るべきである」が八%と、多段階保険料の課題や問題点を指摘して制度改正を求める回答が多数示されていました。

さらに、自由記述では「保険料の多段階設定は細分化しすぎると問題だし、これ以上の軽減効果は見込めない」「公費投入による低所得者の保険料軽減が必要」との意見や高所得高齢者の保険料について「保険料基準額を大きく上回る保険料額を負担しているがサービスを利用していない高齢者からは不満の声が多数寄せられ、これ以上保険料基準額に乗ずる計数を引上げることは難しい」という声がありました。

### (3) 保険料の高額化と公費の投入

調査結果から保険料負担段階の多段階設定は制度の複雑化を招いており、今後このままのかたちでの継続は難しいと感じています。また、保険料の高額化が進む中で低所得高齢者の負担軽減は重要ですが、低所得高齢者の保険料負担軽減策は、保険料負担段階の多段階設定が難しくなってきたことを考慮すれば、公費投入により進めるべきであると考えています。

実際、国も公費投入に踏み切るべく、消費税を八%から一〇%に増税し、増税分から一三〇億円を投じて高齢者の約三分の一を占める世帯非課税者の介護保険料(第六期)の軽減を図る予定でした(注12)。しかし、消費税の増税延期により約一〇〇〇億円減の二二〇億円の投入にとどま

り、保険料軽減の対象者数も、新第一段階の被保険者のみに絞り込んだため、一一〇〇万人から六五〇万人に減少となり、新第一段階の保険料軽減も保険料基準額の〇・五倍が〇・四五倍ととなったにすぎませんでした。

ただ、延期されていた消費税増税が二〇一九年一〇月に実行されたことから、低所得高齢者約一〇〇万人を対象に、約一六〇億円(満年度の実施時所要見込み額)の公費が投入されて、保険料軽減策が完全実施されています。公費負担割合は、国が二分の一、都道府県が四分の一、市町村が四分の一となっています。市町村民税非課税世帯の保険料については、新第一段階は保険料基準額の〇・四五倍から〇・三〇倍に、同じく新第二段階は〇・七五倍から〇・五〇倍に、新第三段階は〇・七五倍から〇・七〇倍に軽減されました。

消費税増税の延期に伴い施策が縮減されたことは残念でしたが、国が低所得高齢者の介護保険料軽減に税金(公費)を投入しようとしたことは時宜を得たものと評価できます。介護保険料の高額化の中で低所得高齢者の保険料軽減策は大切な施策ですし、さらなる軽減策が必要だと思います。保険料負担段階の多段階設定に限界が見え始めているのですから、今後公費の役割がこれまで以上に重視されなければなりません。その意味では、今回のような軽減策が、介護保険財政の枠組みの中ではなく、国財政(消費税)を用いて行われた点が意義深いと思います。



## 5 地域包括ケア（注13）

地域包括ケアは、団塊の世代が後期高齢者になる二〇二五年を用途に、重度な要介護状態になっても高齢者が住み慣れた地域で最後まで暮らし続けることができるようにすることを目的としたものです。地域包括ケアとは、要約して述べれば、高齢者が自宅や地域で安心して暮らし続けることができるようにするために、介護サービス、保健サービス、医療サービス（主に在宅医療）、訪問看護サービス、福祉サービス、インフォーマルサービスを有機的に結びつけることによって、高齢者のニーズや状態の変化に対応するトータルなケアサービスのことを指します。

そして、このようなフォーマルとインフォーマルを包括する各種サービスの有機的な連携を通じて、施設ではなく在宅での暮らしを高齢者に徹底しようという考え方に結びついています。高齢者夫婦のみの世帯や一人暮らしの高齢者、認知症の高齢者の大幅な増加が見込まれていますから、これらの高齢者の地域での生活を支える施策展開が重要ということになります。

さらに、高齢化の進展状況やサービス等には地域差が大きいため、市町村や都道府県が地域の特性に応じたシステムをつくりあげることが重要になります。しかしながら、実際は課題が多いのも事実です。例えば、健康管理や療養指導などを継

続的に行えるようにするには地域での医療サービスや往診体制、訪問看護サービスの充実を図ることが必要ですが、現状は厳しいと言わざるを得ません。確かに都市部では訪問診療サービスや訪問看護サービスが進みつつありますが、供給不足は否めないのです。

また、町村部を中心に訪問診療サービスの人的な資源に限界があることや、在宅医療に関する医師の意識の問題等があり在宅医療の展開が難しい地域も少なくありません。さらには訪問看護サービスも担い手不足や、訪問介護サービスに比べて高い利用料金がネックとなつていますし、二四時間対応型訪問介護サービスを提供する事業者も不足しています。相談、安否確認、声かけ、見守り等の地域福祉にかかわる住民活動についてもその活動の質・量において自治体間で大きな差があり、同一自治体の中でも地域や集落による差が大きいケースが散見されます。

したがって、自治体は地域の実態や課題の把握に努めるとともに、多職種の連携や多様なサービスの有機的な結びつきを図るための創意・工夫、在宅医療を担う医師や訪問看護師の確保などに力を注ぐことから始めなければなりません。また、地域実情を踏まえた自治体独自の施策も必要になるでしょうし、地域ケア会議など現在ある仕組みを有効に活用することも大切です。

なお、次の点に留意する必要があると思います。つまり、これまで高齢者夫婦だけの世帯では、夫

婦のどちらかが要介護2以上になった場合、介護する側の状況を考えれば在宅では厳しいといわれてきました（注14）。果たして地域包括ケアが進めばそうした家族の負担は軽減されるのでしょうか。軽減される場合どの程度軽減されるのでしょうか。「家族に頼れない」「家族をあてにできない」という中で、在宅福祉の構築に地域包括ケアはどうつながっていくのでしょうか。この点が明確にならなければ、地域包括ケアは割高な施設給付費や医療費の単なる抑制策になつてしまうおそれがあります。今後の地域包括ケアの動向や市町村の取り組みに注目する必要があると考えます。

## 6 介護職員の賃金・労働条件の改善

最後に、現在、喫緊の課題になつている介護職員の賃金・労働条件の改善について述べてみたいと思います。介護に携わる職員の待遇は、他の産業労働者のそれと比べてかなり低くなつてしまふし、介護職員全体に占める非正規労働者（パート労働者や派遣労働者等）の割合も大変高い状況にあります。このため、これまで介護職員の待遇改善策の必要性が議論されてきましたが、自民党麻生政権は介護職員の待遇改善に積極的にとりくみ、続いていた介護報酬のマイナスイラスト改定を転換してプラス改定にするともに、二〇〇九年度補正予算において介護職員処遇改善交付金をつくって四〇〇〇億円を計上しました（注15）。

介護職員の待遇改善については、介護報酬を引き上げる方法と、麻生政権時の介護職員処遇改善交付金のように公費を用いて行う方法があります。介護報酬には介護職員処遇改善加算があります。介護職員処遇改善加算分については、いったんは事業所に介護報酬として「給与の上乗せ費用」として支給されますが、その後、事業所が介護職員処遇改善加算に基づいた金額を介護職員に支給することになっていきますので、ほぼ確実に介護職員の待遇改善に使われます。しかし、介護報酬を引上げれば、介護保険料の上昇や利用者負担の引上げに確実につながることになるので、どうしても引上げ率が小さくなる傾向が生じ、結果、介護職員の待遇改善が小幅なものになってしまいます。

これに対し、公費（国予算等）による方法であれば、介護報酬の改定による方法よりも介護職員の待遇改善が大幅に行われる可能性が出てきますが、この予算措置が臨時的措置であれば、一過性なものになってしまいう可能性があります。私は公費投入に賛成ですが、数年間は公費投入が続けられなければならないと思いますし、介護報酬の引き上げと公費投入の二本建てで、介護職員の待遇改善が行われることが望ましいと考えています。本日は時間の関係がありますので、介護職員の処遇改善問題については、改めて別の機会に述べさせていただきます。ありがとうございました。ご清聴どうもありがとうございました。

へよこやま じゅんいち、北海道大学名誉教授／当研究所理事

#### 〔注〕

1 当時、私は北海道内の数市町村において老人福祉計画策定に関する調査を実施したが、市町村が自らの力だけで策定したケースはそれほど多くなかった。独力で策定した石狩管内のA市役所の担当者も、今後の高齢者福祉について、熱のこもった議論をしたことを記憶している。

2 横山純一「介護保険法の全面改定を―地方分権を指した税方式へ」、神野直彦・金子勝編『福祉政府』への提言」、第二章、岩波書店、一九九九年、横山純一「介護保険の問題点と公的介護制度の将来展望」、神野直彦・金子勝編『住民による介護・医療のセーフティーネット』、第三章、東洋経済新報社、二〇〇二年。上記の神野・金子編の著書2冊が、税方式の公的介護制度を展望した代表的な著書と言えよう。

一九九九年七月、私はヘルシンキで開催されたフィンランドの保健医療福祉関係者が集う学会において、日本の介護保険財政と介護保険料の仕組みについて話す機会に恵まれ、日本の税・保険料論争を紹介した。なお、私は、フィンランドの包括補助金の研究以降も、フィンランドの国財政や地方財政、経済・産業、高齢者福祉などの研究を継続し、二〇一九年に、フィンランドの福祉国家の変容、高齢者福祉の変化、福祉の民営化、経済財政政策と地域経済の動向、地方財政調整制度の改革についてまとめた次の著書を発表した。横山純一「転機にたつフィンランド福祉国家―高齢者福祉の変化と地方財政調整制度の改革」、同文館出版、二〇一九年。

3 社会保険方式を主張する代表的研究者の一人、池田省三（龍谷大学教授）とは、日本地方自治学会、北海道町村会、労働組合の学習集会などで一緒に、論争する機会があった。公的介護制度を創設し、その後も制度を改善していくという点に限れば、それほど大きな意見の相違はなかったと感じている。

4 厚生労働省老健局「介護保険制度の概要」、二〇二一年五月。

5 財務省「日本の財政関係資料」、二〇二二年一〇月。  
6 財務省「日本の財政関係資料」、二〇二二年一〇月。  
7 財務省「日本の財政関係資料」、二〇二二年一〇月。  
8 内閣府「令和三年版高齢白書」、二〇二〇年。  
9 第2期の北海道鶴居村1号保険料基準額が月額六〇〇〇円だった。横山純一「現代地方自治の焦点」、第五章、同文館出版、二〇〇六年を参照。

10 横山純一「介護・医療の施策と財源―自治体からの再構築」、第四章、第五章、同文館出版、二〇一五年を参照のこと。

11 二〇一三年三月に、道府県庁所在地（東京を除く四六保険者、回収率七二％）、東京都内の区・市（四九保険者、回収率六〇％）、大阪府内の市（三一保険者、広域連合形成の守口市と門真市と四条畷市は一保険者としてカウント）、回収率七一％）に行ったアンケート調査。アンケート調査の詳しい内容については、横山純一「介護・医療の施策と財源―自治体からの再構築」、第四章、同文館出版、二〇一五年を参照。

12 厚生労働省「介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化」、二〇一九年。横山純一「介護・医療の施策と財源―自治体からの再構築」、第五章、同文館出版、二〇一五年。

13 厚生労働省「介護保険制度の概要」、二〇二一年。

横山純一「介護・医療の施策と財源―自治体からの再構築」、第五章、同文館出版、二〇一五年。

14 横山純一「介護・医療の施策と財源―自治体からの再構築」、第五章、同文館出版、二〇一五年。

15 二〇〇九年度の介護職員処遇改善交付金については、横山純一「地方自治体と高齢者福祉・教育福祉の政策課題―日本とフィンランド」、第一章、同文館出版、二〇一二年を参照。

本稿は、二〇二二年一二月四日に開催した2021自治講座での講演をまとめたものです。文責・編集部