

「令和」時代の介護、地域差と要介護女性に視線を注げ

政策調査部 石橋 未来／鈴木 準

要 約

2000年に導入された介護保険制度は平成の時代に国民の間に定着したが、際限のない保険料の引き上げが続いているなど、長期的な持続性を損ないかねない多くの課題を抱えている。

これまでも介護保険制度は見直しが進められてきたが、給付範囲の見直しや利用者負担の在り方は引き続きの重要論点である。介護現場での生産性向上と人材確保、著増が見込まれる認知症有病者対策も大きな課題である。

さらに、「ポスト平成」の時代に本格的に取り組むべき課題の第一は、介護認定率や一人当たり給付額の地域差縮減である。介護予防の取り組みを推進しつつ、地域ごとの供給体制やサービス水準、それが被保険者の負担と見合っているかの「見える化」を行い、改革に取り組まなければならない。

第二の課題は、人数が増加していく要介護女性に向けた体制整備である。その意味は、介護保険の枠内での対応にとどまらず、女性が経済力を持つようにする観点からの働き方改革を直ちに実行し、女性の社会参加率を向上させる方策を強力に打つなど、関連する分野を広く捉えた取り組みが介護保険の持続性を向上させる上でも重要になっていくということである。

目 次

はじめに

1章 定着した介護保険制度とその課題

2章 制度の持続性を確保するための主要な論点

3章 「ポスト平成」の時代に本格的に取り組むべき課題

おわりに

はじめに

2000年に導入された介護保険制度は、人々の高齢期を支える最も重要な制度の一つとして、国民の間に定着している。ただし、この間の介護需要の強さは著しく、制度の持続性を懸念する声が少なくない。

今後、社会保障の中で需要が最も膨張するのは介護であると見込まれている。例えば、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省が連名で2018年5月に公表した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」によれば、2040年度にかけて社会保障給付費が名目ベースで1.7～1.8倍に増加するとみられる中、介護は2.7倍になると見込まれている（医療は1.8～1.9倍、年金は1.5倍にとどまる、成長実現ケースの計画ベース）。2040年度には5人に1人が後期高齢者となり（2018年度は7人に1人）、介護需要の増大が見込まれるためだ。そこで本稿では、平成の時代に定着した介護保険制度が現在直面している、「ポスト平成」の時代に取り組むべき課題について述べる。

1章 定着した介護保険制度とその課題

1. 人々の高齢期を支える介護保険

戦前はもちろん「昭和」から「平成」の前半まで、介護は基本的に家族や親族が担うものだった。だが、1970～80年代にかけて核家族化が進展したことなどにより、その社会システムは持続性のないものになっていった。また、高齢化の進展

や医学の進歩を背景とした要介護状態の高齢者の増加や介護期間の長期化は、家族らの負担を増すことになった。自宅での介護が難しいという理由から、医療の必要性が低い高齢者を医療機関に長期間入院させる社会的入院が増え、医療費の増加や高齢者の自立を妨げるといった問題も生じた。平成に入って従来の老人福祉制度による対応は限界に達したことが誰の目にも明らかとなり、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みである介護保険制度の創設に至ったのである。介護を社会化させる目的に立った介護保険法は1997年に成立し、2000年に施行された。

介護保険制度の基本的な考え方は、①自立支援、②利用者本位、③社会保険方式——の3つである。①自立支援とは、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者ができるだけ自立した生活を送れるように支援することを理念とするものである。また、②利用者の選択により、多様な主体から各種のサービスを総合的に受けられる制度とした。介護保険制度以前の老人福祉政策では、市区町村が内容を決める「措置」としてサービスが提供されていたため、利用者自身にサービスを選択する余地はほとんどなかった。さらに、③社会保険方式を採用することで、給付と負担の関係を明確にしている。介護保険料を払っている被保険者は、要介護（要支援）認定を受けた場合に介護保険サービスを受給できる。制度創設当初の2000年度に256万人だった要介護（要支援）認定者数は、2018年末には約658万人と約2.6倍になっており¹、介護保険制度は広く社会に定着している。

1) 厚生労働省「介護保険事業状況報告 月報（暫定版）（平成30年12月分）」

2. 目の前にある課題

1) 際限のない保険料の引き上げ

介護の社会化が進み介護保険制度が国民の間に定着した一方で、要介護（要支援）認定者数の増加により給付費が著しく増加し、それに伴って保険料の大幅な引き上げが行われている。介護保険制度の導入に関する議論の過程で示された保険料月額の見通しは2000年度に約2,500円、2010年度に約3,500円とされていた（1995年度価格）²。しかし、2000年度に全国平均2,911円でスタートした65歳以上の保険料（第1号保険料）は、2018年度には5,869円と名目で2.0倍になった。同じ期間に賃金指数は0.9倍に下落しており、賃金でデフレートすれば保険料は実質的には2.2倍に上昇したことになる。

さらに既出の4府省連名の将来見通しによれば、第1号保険料は2018年度賃金換算で2025年度には7,100～7,200円、2040年度には9,000～9,200円に上昇すると見込まれている³。既裁定年金は最大でも物価上昇率でしか給付スライドされないことを考えると、このままでは65歳以上にとって介護保険料の負担は極めて重いものになっていくだろう。

2) 解消しない介護離職

また、家族の負担を軽減する介護の社会化が制度の目標であるにもかかわらず、需要の増加にサービスの供給がうまく追いついていないため、介護離職が毎年約10万人（2017年は8.8万人、厚生労働省「平成29年雇用動向調査結果の概要」）

に達する事態も生じている。以前は女性やパートタイム労働者において介護離職が多かったが、近年は男性や正規労働者でもそれが目立つ。企業の中堅層やマネジメント層での介護離職の増加は、個々の企業にとって人材流出となるだけでなく、経済全体の減速につながり得る点でも問題だろう。

2章 制度の持続性を確保するための主要な論点

介護保険制度が導入されて20年近くが経過する中、制度自体の持続性が確保されていないという指摘を受けて、様々な見直し等が行われてきている。2章では平成の時代から明確なアジェンダとなっている論点や、また、部分的であったとしても実際に改革が進められてきた論点を整理する。

1. 少子高齢化を踏まえた給付範囲の見直し

介護保険制度の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40～64歳の第2号被保険者に分けられる。第2号被保険者が介護保険サービスを受給できるのはかなり限定された場合であり⁴、給付のほとんどは65歳以上が受給している。後述するように、中でも介護需要が高まるのが75歳以上である。

介護に要する費用のうち、利用者の負担は原則としてその1割であり、残りの9割が保険給付される。保険給付の財源は、保険とは言いながらも

² 平成9年全国厚生関係部局長会議資料（1997年1月21日・22日、高齢者介護対策本部）

³ そこで想定されている賃金上昇率から、名目額ではそれぞれ8,200～8,900円程度、15,000～16,600円程度になると試算される。

⁴ 心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる特定疾病で要介護（要支援）認定を受けた場合に限り、介護サービスを受給できる。

その5割が公費（国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%）であり、残りの5割が保険料で賄われている。2018年度からの第7期介護保険事業計画期間での保険料の内訳は、第1号保険料が23%、第2号保険料が27%である。今後を見通した場合、負担能力が相対的に低い65歳以上人口が増加する一方、40～64歳の現役世代は減少していく。

介護に限らず、年金・医療などの日本の社会保障の財政は、基本的に賦課方式⁵で運用されており、家計が負担する社会保険料は本人負担分だけでも就業者一人当たり年54万円（2017年度、内閣府「国民経済計算」）と、過去10年間で約11万円増えている。多少の賃上げがあっても社会保険料負担の増加で現役世代の手取り収入が増えにくくなっており、社会保険料の増大が家計消費の伸びを抑えていると考えられる。

こうした状況に対して取られてきた方策は、財源が限られていることを踏まえた、給付の重点化である。例えば、在宅介護との公平性を確保する観点に立ち、2005年改正では施設介護におけるホテルコスト（食費および居住費）を原則として保険給付の対象外とした⁶。また、2015年改正では、地域包括ケアシステムを構築する一環として、要支援者に対する訪問・通所介護のいわゆる総合事業への移行を決め、また、介護老人福祉施設（特養）の入居基準を要介護3以上とするなどした。さらに、自己負担割合については、2015

年改正で一定以上の所得のある利用者は2割へ引き上げ、2017年改正では現役並み所得の高齢者について2018年8月以降、3割負担の仕組みも導入された。

しかし、給付と負担の動向を見る限り、これらの見直しが制度全体の持続性に対して十分な効果を上げているとは言いにくい。要介護1～2の生活援助サービス等の総合事業への移行や利用者負担の見直し、利用者負担が2割となる対象者の拡大、ケアマネジメントの質の向上に資するようなケアプラン作成費用への利用者負担の導入など、制度の持続可能性を高める観点から一層踏み込んだ検討と改革が必要だろう。

2. 介護人材の不足という供給問題

介護サービスを提供する人材不足も深刻である。第7期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づいて都道府県が行った将来推計によると、2016年度で約190万人の介護職員数を2020年度には約216万人、2025年度には約245万人にまで増やす必要があるという⁷。しかし、介護関係職種⁸の有効求人倍率は2018年平均で3.90倍と、職業計の1.45倍を大幅に上回るなど（パートを含む常用のベース）⁹、人手不足の状況が続いている。

これまで政府は介護分野の人手不足を解消するため、介護従事者の処遇改善に重点を置いた介護報酬改定や、介護職員の処遇改善に取り組む事業

5) その時点の国民負担（税と社会保険料）を財源にして、その時点の国民に給付を行う方式のこと。

6) ただし、介護施設等を利用する低所得者の多くに対し、食費や居住費が介護保険制度から補足給付されているという大きな課題が実際には残っている。利用者の申告で預貯金が一定額以上ある場合は、補足給付を受けられないという制度になっているが、在宅介護とのイコールフットINGや世代間の公平性の観点から、現状の補足給付は見直しが必要と考えられる。

7) 2015～17年度の介護給付実績などを踏まえて推計された介護職員の将来需要（厚生労働省〔2018a〕「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」（2018年5月21日））。

8) 平成23年改訂「厚生労働省職業分類」に基づく「福祉施設指導専門員」「その他の社会福祉の専門的職業」「家政婦（夫）、家事手伝い」「介護サービスの職業」の合計。

9) 厚生労働省「一般職業紹介状況」

者に対する交付金措置などを実施してきた。介護職員の賃金は、他産業と比較して低いと指摘されており、実際に、介護労働者の仕事の満足度が最も低い項目は賃金である¹⁰。また、介護関係の仕事を辞めた理由にも、「自分の将来の見込みが立たなかったため」や「収入が少なかったため」を挙げる離職者の割合が小さくない（図表1）。

一般的な産業では、人手不足になれば生産するサービスの販売価格と賃金（労働の価格）を引き上げることで労働需要が満たされる。しかし、収入の大半が3年ごとに見直される介護報酬である介護事業所では価格調整が遅れがちとなるため、近年のような経済全体が人手不足の環境下では他の産業との賃金格差が目立ちやすい。政府はそうした賃金格差を是正して介護人材不足を緩和するため、2019年10月に予定される消費税率の引き上げに伴って介護人材の処遇改善を行う2019年度予算を成立させ、担い手の定着を引き続き促

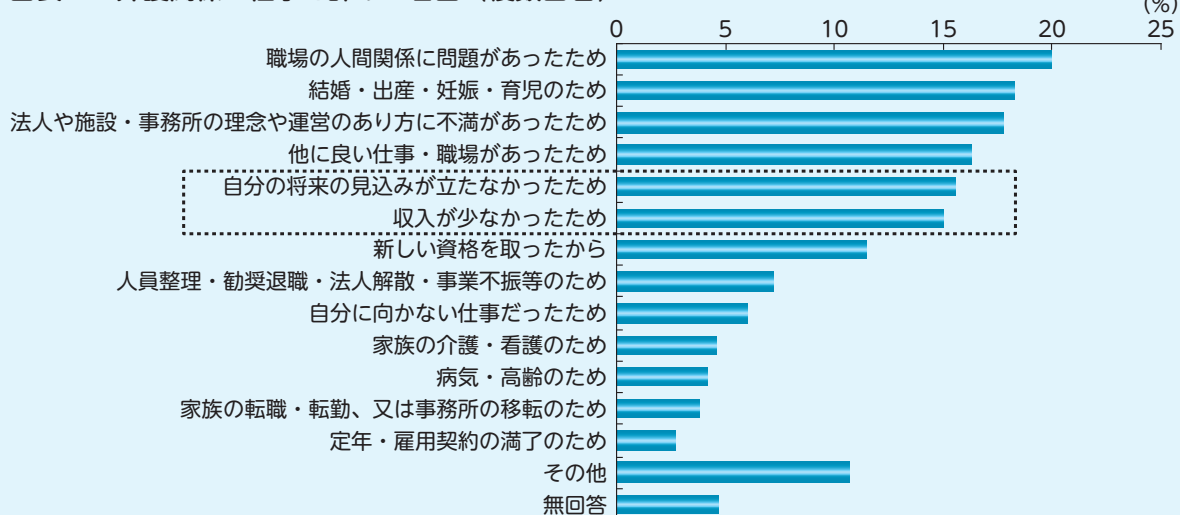
す考えだ。

しかし、これまでも処遇改善に取り組んできたにもかかわらず¹¹、介護分野の人材不足問題は解決していない。当然のことながら、人々は給与だけで職場を選んでいるわけではなく、自身の成長実感や属する企業や産業の将来性も重要だろう。今後、介護現場では、ロボットやAI、IoTの技術の導入による業務の効率化に加え、これらの新しい技術を使いこなす力、課題設定・解決力や異質なものを組み合わせて新たな付加価値を生み出すような人材が必要となる。こうした能力を持つ人材が適切に評価され、キャリアアップできる仕組みをつくっていかねば、介護人材不足の問題は解決しないのではないかな。

3. 認知症対策と地域包括ケアシステム

増加が見込まれる認知症有病者の対策も大きな論点である。2012年に約462万人（65歳以上

図表1 介護関係の仕事を辞めた理由（複数回答）



（出所）公益財団法人介護労働安定センター [2018]「平成29年度 介護労働実態調査結果について」（2018年8月3日）から大和総研作成

10) 公益財団法人介護労働安定センター「平成29年度 介護労働実態調査結果について」（2018年8月3日）によると、「現在の仕事の満足度」（「満足」＋「やや満足」）の割合から（「不満」＋「やや不満」）の割合を差し引いたD.I.）は「仕事の内容・やりがい」が45.1%ポイントで最も高いが、「賃金」が▲18.3%ポイントと最も低い。
11) 介護職員の処遇改善の取り組みは、これまでの実績を合計すると、月額57,000円相当の効果となる。

の7人に1人)だった認知症有病者数は、2025年には約700万人(65歳以上の5人に1人)、2035年には800万～900万人(65歳以上の4人に1人)に増加するとの研究もある¹²⁾。また、佐渡[2015]¹³⁾は、家族などが無償で行うインフォーマルケアなどを含む認知症による社会的なコストが年間14.5兆円(2014年)に上っており、団塊ジュニア世代が85歳以上になる2060年にはそれが24.3兆円にまで拡大するとしている。

そうした「ポスト平成」の時代においては、認知症を患ったとしてもその人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現が重要になるだろう。具体的には、在宅医療と介護の連携を一層強化し、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの確立と深化が必要である。

認知症については、近年、早期診断、早期対応が対策の主軸となっており、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員による初期支援を包括的・集中的に行う体制整備も進んできた。その一方で、諸外国で進められているような、認知症の超早期予防、進行抑制、治療、社会受容等の幅広い分野で官民連携した取り組みの遅れが課題に挙がる。そこで、「未来投資戦略2018」(平成30年6月15日閣議決定)において、自治体、研究者、企業等が連携し、「認知症の人にやさしい」新たな製品やサービスを生み出す官民連携プラットフォームの構築が求められ、2018年度からスタートしている。認知症に関連する製品・サービ

ス等の研究開発・社会実装の状況を網羅的に把握するとともに、さらなる研究開発・社会実装に向けて、民間企業を含めたステークホルダー間の連携を着実に進めたり、国際連携したりしていくことが必要だろう。

地域包括ケアシステムは、2011年の制度改革において推進することが目標として掲げられ、24時間対応型訪問介護看護などのサービスが創設された。しかし、地域の医療・介護資源の不足に加え、異なる組織・職種間での連携の難しさ、事業推進を担う人材の不足、事業実施のためのノウハウの不足など課題が少なくない。地域包括ケアシステムの体系に限りある資源を投入できるようにするためにも、介護保険制度の効率化が求められる。

3章 「ポスト平成」の時代に本格的に取り組むべき課題

1～2章で述べたように、介護保険制度の創設以降、様々な問題に直面しており、介護保険制度自体の持続性が不透明になっている。これらの問題に加え、本章では筆者らが「ポスト平成」の時代に本格的に取り組むべきと考える課題について述べる。

1. 地域差の縮減

一人当たり医療費と同様に、介護においても認定率や一人当たり給付費、保険料の地域差が大きいことが指摘されている。「経済財政運営と改革の基本方針2018」(2018年6月15日閣議決定)

12) 二宮利治(九州大学大学院医学研究院附属総合コホートセンタ・一教授、研究代表者)「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業)(平成27(2015)年3月)

13) 佐渡充洋(慶應義塾大学精神・神経科学教室 助教、研究代表者)「わが国における認知症の経済的影響に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業))(平成27(2015)年3月)

では、一人当たり介護費の地域差について、「縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の実績や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する」とされた。保険料や税を財源にして、いわば公定価格で提供されている以上は、合理性のない一人当たり介護費の地域差を縮減することで介護給付費を適正化する必要性は高い。介護の地域差には、地域ごとに高齢化の程度や私的なサポート体制が異なるなど、必ずしも是正できない部分もあるだろうが、介護予防事業への取り組みが不十分であったり、サービスの利用が十分に標準化されていなかったりすることによる、非効率ゆえの地域差も小さくない可能性がある。

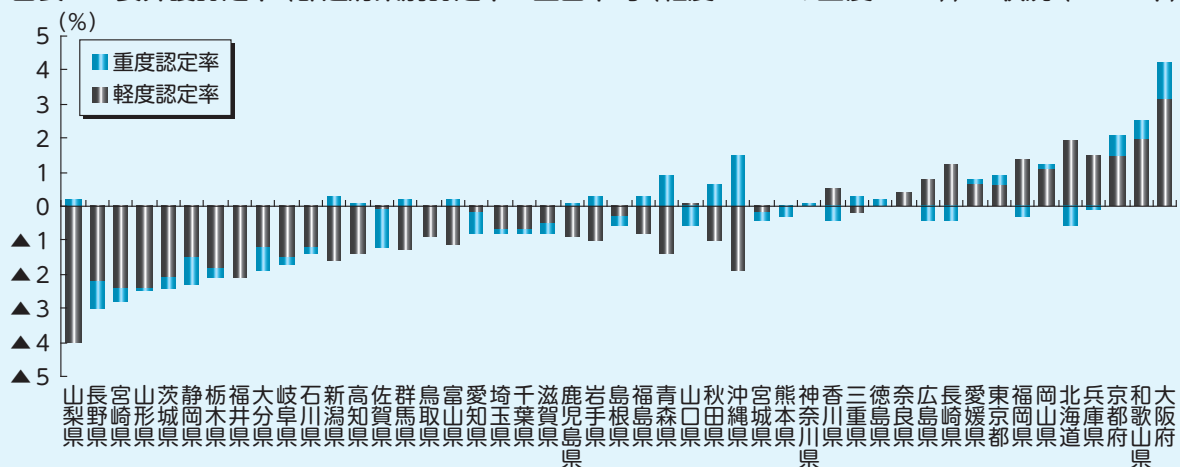
1) 人口に対する認定率の地域差

図表2に、2017年における性・年齢別人口構成調整後の都道府県別の要介護（要支援）認定率を、全国平均との差で示した。調整後の認定率

は、最も高い大阪府（22.3%）と山梨県（14.2%）の間で8ポイントも差がある。また、認定率を、要介護3以上の重度認定率と要介護2以下の軽度認定率に分けると、軽度認定率の地域差が大きい。大阪府や和歌山県では軽度認定率の高さが全体の認定率を引き上げ、山梨県や宮崎県では軽度認定率の低さが全体の認定率を低い水準にとどめている。要介護認定の基準は全国一律に客観的に定められているが、年齢構成を調整しても認定率に大きな地域差が生じていることをどう考えればよいだろうか。

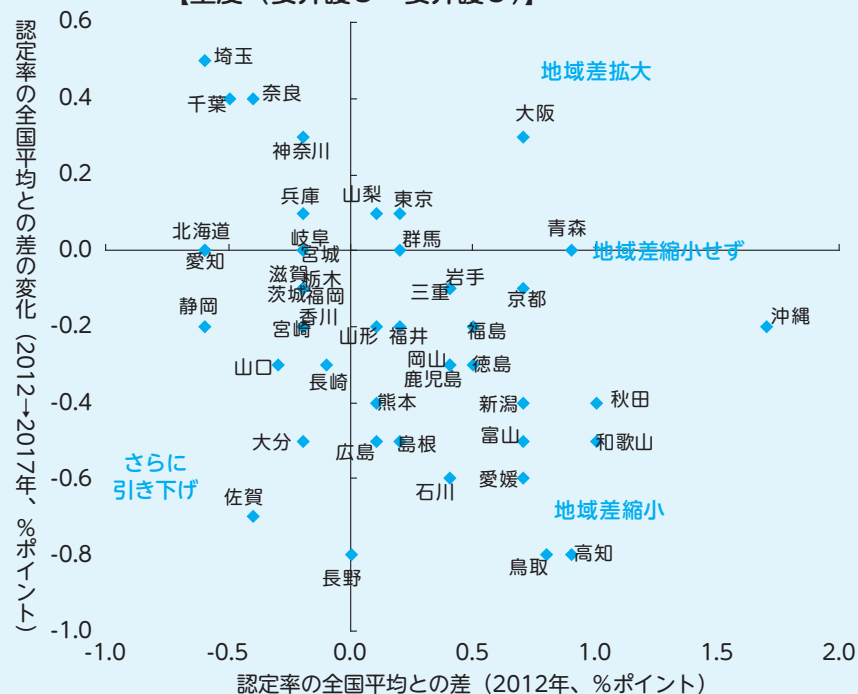
図表3は、高齢独居世帯割合と軽度認定率の関係を示している。大阪府、和歌山県、京都府など軽度認定率の高い地域では、高齢独居世帯割合が高い様子がうかがえる。独り暮らしの高齢者は、同居家族がいないことにより、社会参加を含む生活機能の低下に関する発見および対応の遅れが懸念されるなど、健康上のリスクが高い。そのため高齢独居世帯割合の高い地域で軽度認定率が高くなる傾向について、合理的な説明がある程度はつくかもしれない。

図表2 要介護認定率（都道府県別認定率－全国平均（軽度11.7%、重度6.3%））の状況（2017年）



準や方向感が異なる地域が混在しており、どのような要因でそれぞれがこうした状況になっているのか分析を進めることで具体的な取り組みを見いだしていく必要がある。第3～4象限にある都道府県では介護予防や重度化予防に積極的に取り組み、成果を上げているのかもしれない。そうした地域の事例の中には多数のヒントがあるに違いない。

図表5 年齢等調整済み認定率の水準と変化の地域差
【重度（要介護3～要介護5）】



(出所) 地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省）から大和総研作成

2) 一人当たり給付費の地域差

次に、図表6は、2016年度における性・年齢別人口構成・地域区分別単価調整後の都道府県別の第1号被保険者一人当たり給付費（月額）を、全国平均（19,972円）との差で示している。給付費が最も高い沖縄県は23,417円と、最も低い茨城県の18,277円より1.3倍も高額である。また、在宅、施設、居住系のサービスの種類別に見ると、在宅サービスが給付費の地域差に影響している傾向がある。一人当たり給付費が高額な沖縄県や大阪府では、在宅サービス¹⁴の費用が全国平均よりかなり高い。

一人当たり給付費に大きな地域差があるのはなぜなのだろうか。全国的に見た場合、在宅サービ

スのうち費用総額が大きいのは通所介護（デイサービス）や訪問介護である。デイサービスとは、送迎付きで食事や入浴、レクリエーションなどの支援を受けるものである。また、訪問介護については、軽度者ほど生活援助（掃除や一般的な調理・配膳、洗濯など）の利用割合が高いことが知られている。

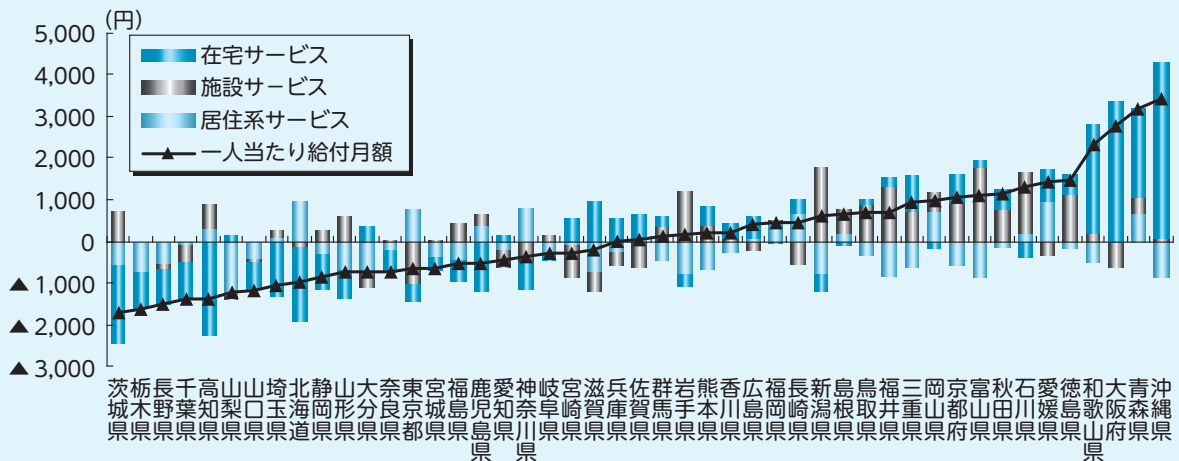
47都道府県のうち37道府県では、訪問介護と通所介護だけで在宅サービス給付額の5割を超えている。この点に関して図表7と図表8は、一人当たり給付月額と、訪問介護については要介護（要支援）認定者一人当たり常勤換算従事者数との関係、通所介護については要介護（要支援）認定一人当たり定員数との関係をそれぞれ示した。

14) 在宅サービスには、訪問介護や通所介護以外に、訪問看護、訪問入浴介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与などがある。

すなわち、従事者数や定員数で見た供給が多い地域ほど第1号被保険者一人当たり給付月額が高い構図が鮮明である。本稿は特定の地域の問題を指摘することを目的とするものではないが、図表6で沖縄県、青森県、大阪府、和歌山県の給付費が全国平均よりも目立って大きい背景には供給側の要因があることが強く示唆される。

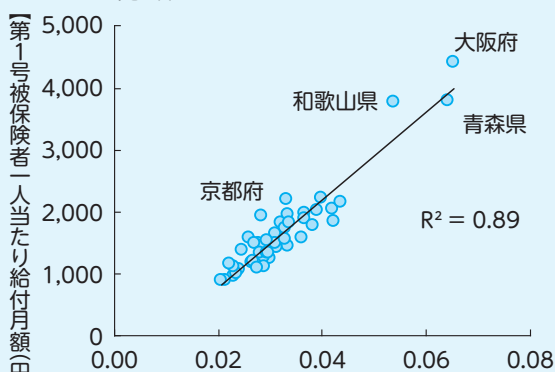
供給が需要を作っている面があるという関係性は、医療についても以前より指摘されている。地域別に見た高齢者向け医療費は、65歳以上就業率や在宅等死亡率が高いと低く、生活習慣病の受療率が高いと高いなど、データの解明がある程度進んでいる。そして、人口当たり病床数や平均在院日数が多い地域ほど、高齢者向け医療費が高額

図表6 調整済み第1号被保険者一人当たり給付月額（都道府県別給付額－全国平均）の状況（2016年度）



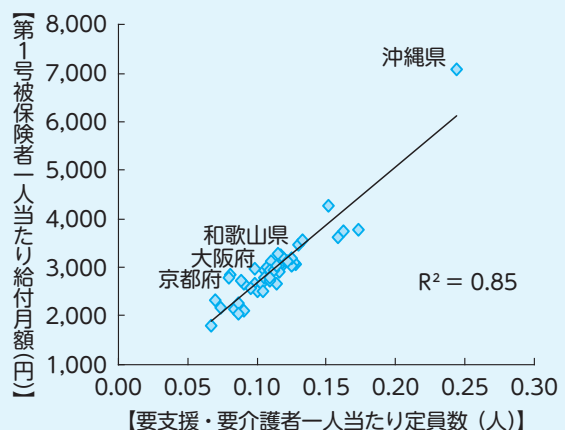
(注) 第1号被保険者の性・年齢別人口構成、地域区分別単価の影響を除外
(出所) 地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省）から大和総研作成

図表7 訪問介護の常勤換算従事者数と給付月額



【要支援・要介護者一人当たり常勤換算従事者数(人)】
(注) 第1号被保険者の性・年齢別人口構成、地域区分別単価の影響を除外
(出所) 厚生労働省「平成28年介護サービス施設・事業所調査」「平成28年度介護保険事業状況報告(年報)」から大和総研作成

図表8 通所介護の定員数と給付月額



【第1号被保険者一人当たり給付月額(円)】
(注) 第1号被保険者の性・年齢別人口構成、地域区分別単価の影響を除外
(出所) 厚生労働省「平成28年介護サービス施設・事業所調査」「平成28年度介護保険事業状況報告(年報)」から大和総研作成

となる傾向があることが分かっている¹⁵。介護の場合、保険サービスを受けるにあたっては要介護認定を必要とするため、利用者の望むままにコストの1割負担でサービスを購入することはできないが¹⁶、供給体制が介護給付費に影響している面を検証しつつ、在宅サービスに係る給付費の地域差を縮減させていく必要があるだろう。

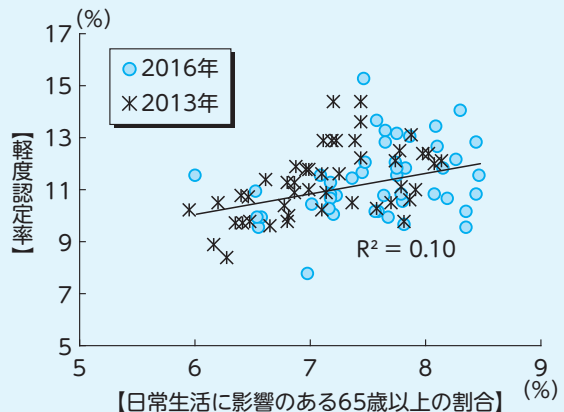
もちろん、図表7や図表8は因果関係を直接に示したのではなく、介護ニーズがあるからこそ供給があるという反論もあるだろう。だが例えば、図表9は、起床・衣服着脱などの日常生活動作や外出などについて日常生活に影響のある65歳以上の割合と軽度認定率の関係を都道府県別にプロットしたものだが、2013年、2016年ともに相関関係は明確ではない。また、図表10は、生活水準が高い地域では購入される介護サービスの水準も高くなっているかもしれないという観点から、都道府県別の世帯主年齢75歳以上の人員一人当たり等価消費支出と第1号被保険者一人当たり給付費の関係について示したもののだが、相関関係はほとんど見られない。つまり、健康状態の良し悪しが軽度認定率に影響したり、高齢者の経済状況が介護サービスの給付費に反映されたりする側面は、あまりないと言えよう。

3) 給付と負担のバランス

もっとも、介護保険制度では、住民に身近な地方自治体である市町村が保険者となり、制度の運営や財政責任を担うとともに、後述する上乘せ・横出しサービスを含め、地域の実情に応じたサービスを提供できるため、地域の選択や判断によっ

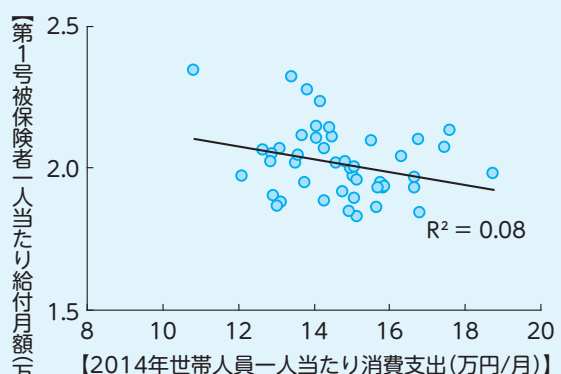
て介護サービスの内容、水準について地域差が生じることはあり得る。高水準のサービスを、高い保険料を財源に提供するというのとは一つの考え方である。

図表9 健康状態と軽度認定率の関係



(注1) 第1号被保険者の性・年齢別人口構成の影響を除外
(注2) 人口構成の地域差の影響は全国平均の人口構成比を用いて調整済み
(出所) 厚生労働省「国民生活基礎調査」、地域包括ケア「見える化」システム(厚生労働省)から大和総研作成

図表10 等価消費支出と給付費の関係



(注1) 世帯主年齢75歳以上の二人以上世帯当たり消費支出を世帯人員の平方根で除した
(注2) 第1号被保険者の性・年齢別人口構成、地域区分別単価の影響を除外
(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」、地域包括ケア「見える化」システム(厚生労働省)から大和総研作成

15) 厚生労働省「平成17年版 厚生労働白書」

16) ただし、介護サービスの充実度が認定に影響を与えているとの問題が、以前から指摘されている(恩田裕之「高齢者介護サービスと自治体の役割」国立国会図書館調査及び立法考査局「地方再生：分権と自律による個性豊かな社会の創造：総合調査報告書」(2006年2月))。

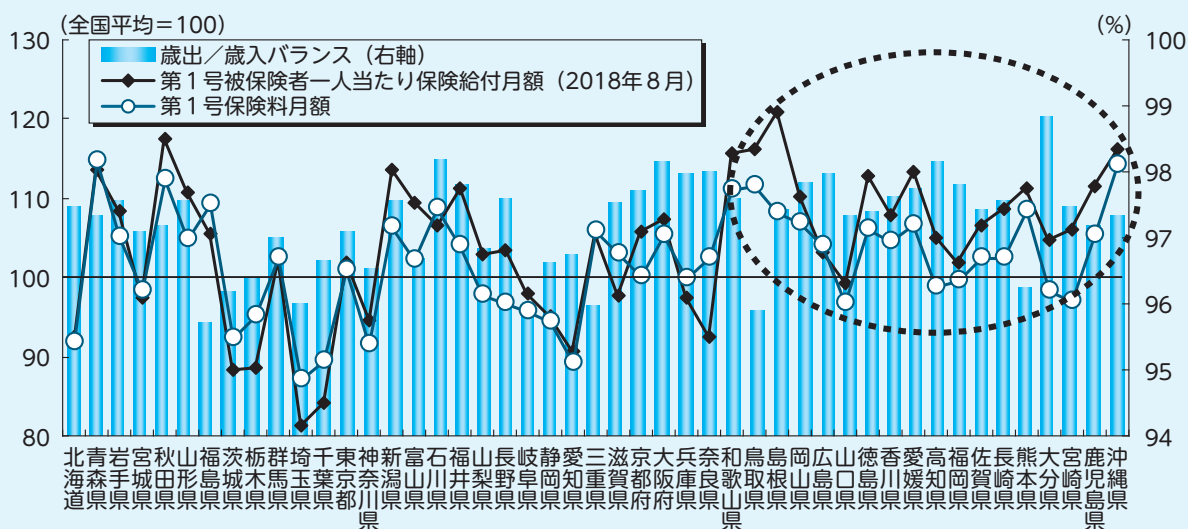
介護保険の第7期介護保険事業計画期間（2018～2020年度）における第1号被保険者の保険料（月額）は全国の加重平均で5,869円と、第6期の5,514円から6.4%上昇した。都道府県の平均で最も高いのは沖縄県の6,854円であり、大阪府の6,636円、青森県の6,588円と続く。一方、最も低いのは埼玉県の5,058円であり、千葉県、茨城県なども低い。沖縄県と埼玉県の保険料には約1.4倍の開きがある。実際の保険者である市町村で最も高いのは福島県葛尾村で9,800円、最も低いのは北海道音威子府村で3,000円であり、現実には約3.3倍の開きがある。

保険者（市町村）は地域の実情に合わせて保険料やサービス供給量などを計画している。そのため、国の基準を上回るサービス（上乘せ）を提供していたり、国の定めるサービスメニュー以外のサービス（横出し）を提供していたりすれば、第1号保険料はそれだけ高くなる。例えば、島根県松江市では、介護保険施設等から在宅に戻る一部

の対象者に対し、介護保険の支給限度額を超えて支給する独自の上乗せサービスを行っている¹⁷。また、愛知県名古屋市では2003年10月より市内全域で配食サービスを行っているほか、長崎県長崎市では斜面地に住んでいる高齢者の移送サービスなどの横出しサービスを整備している¹⁸。これらの上乘せ・横出しサービスの財源は第1号保険料であり、サービスを充実させれば保険料は必然的に高くなる。

図表11は、全国平均を100としたときの、第1号被保険者一人当たり介護保険給付月額と第1号保険料月額のバランス（2018年8月）を都道府県別に示している。例えば、埼玉県、千葉県、茨城県、栃木県などの関東エリアのいくつかの県では給付費は抑制されており、全国平均との差で見ても保険料がそれに見合っているか給付ほどは低くない。一方、給付月額が高い中国・四国・九州エリアでは、給付費の水準が全国平均よりも高いにもかかわらず、保険料がそこまでは高くない地

図表11 保険料と保険給付費のバランス（第7期）



（注）第1号被保険者の性・年齢別人口構成、地域区分別単価の影響を除外
（出所）地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省）から大和総研作成

17) 松江市ウェブサイト「特別給付」（2019年3月7日閲覧）

18) NAGOYAかいごネット、長崎市ウェブサイト（2019年3月11日閲覧）

域が多いようである。給付に対して負担が低い構造があるとすれば、保険財政の悪化が懸念される。厚生労働省「介護保険事業状況報告」の歳出／歳入バランスを見ても、近畿を含む西日本エリアは歳入に対する歳出の割合が大きい地域が多い。

第1号保険料は、介護給付費の約2割を65歳以上の高齢者が負担することで、給付と負担を原則とした財政構造を示すものである。介護サービス水準と比較して保険料を低い水準に抑えれば、介護保険制度の給付と負担の原則を歪めてしまう。制度の持続性を確保しつつ保険料の過度な上昇を回避するためにも、地域や保険者がコストの適正性等をチェックする機能を強化し、合理的とは言えない過剰なサービスが地域で供給されているのであれば、効率化を図ることが必要だ。介護保険は全国民が負担する税と40歳以上が負担する保険料を財源とする社会保険である以上、サービスの標準化は重要な視点である。

近年、介護事業のデータの「見える化」が進められ、地域の介護サービスの供給量が、年齢構成などの地域特性が似た他の自治体と比較して、どのくらいの水準か比べるシステムも整備されてきた。各保険者は、こうしたシステムを活用し、介護サービスの質の向上や効果的な介護予防の促進に加え、サービスの効率化を一層進めることが求められる。また、保険者機能を強化するために、改革に努力する保険者が報われるようなインセンティブを調整交付金に組み込む必要もあるだろう。

2. 大都市圏で増大する75歳以上女性の認定者

2018年末の要介護（要支援）認定者数は全国で658万人だが、そのうち570万人（87%）が

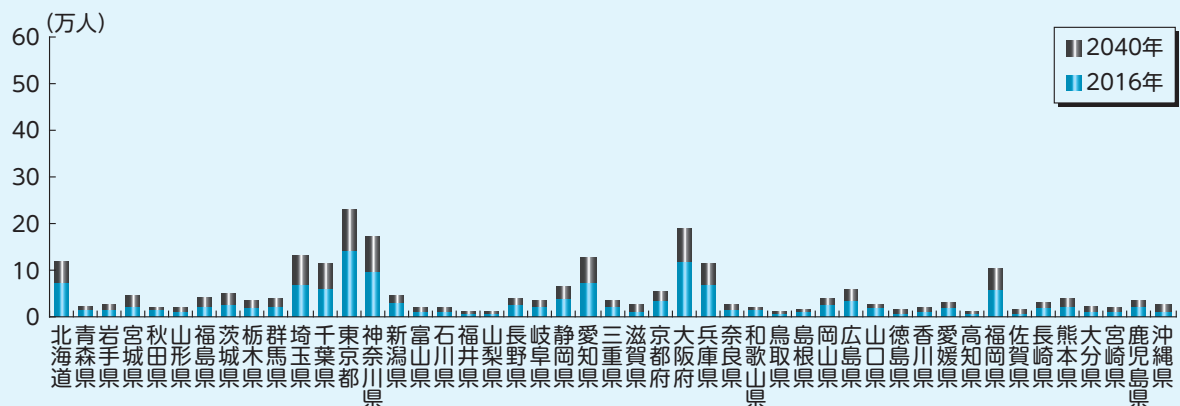
75歳以上である（厚生労働省「介護保険事業状況報告」（2018年12月暫定版））。65～74歳以上人口に占める認定者の割合は4.3%だが、75歳以上では32.1%（85歳以上に限れば59.9%）であり、介護ニーズは75歳以上で非常に強い。国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」に基づき、将来の75歳以上の認定者数を試算すると、2025年には75歳以上認定者数は約713万人、2040年には約849万人と、2016年比でそれぞれ1.31倍、1.56倍に増加すると見込まれる（図表12・図表13、なお75歳以上の認定率はこれまで緩やかに上昇してきたが、ここでの試算では75歳以上の年齢区分ごとの男女別認定率が一定であると仮定している）。

2040年には現在より2016年比で305万人増加すると見込まれる75歳以上認定者だが、現在の75歳以上認定者を男女別に見ると7割以上が女性であり、増加する75歳以上認定者の大半も女性である。特に、東京都や神奈川県では2040年に75歳以上女性の認定者数が今よりもそれぞれ20万人近く増えるなど、大幅な増加が見込まれる（図表13）。今後は、介護ニーズが特に高まる大都市圏の75歳以上女性の認定者に向けたサービス提供体制の整備、また介護予防や重症化防止の対策などが重要になる。

1) 低年金の問題

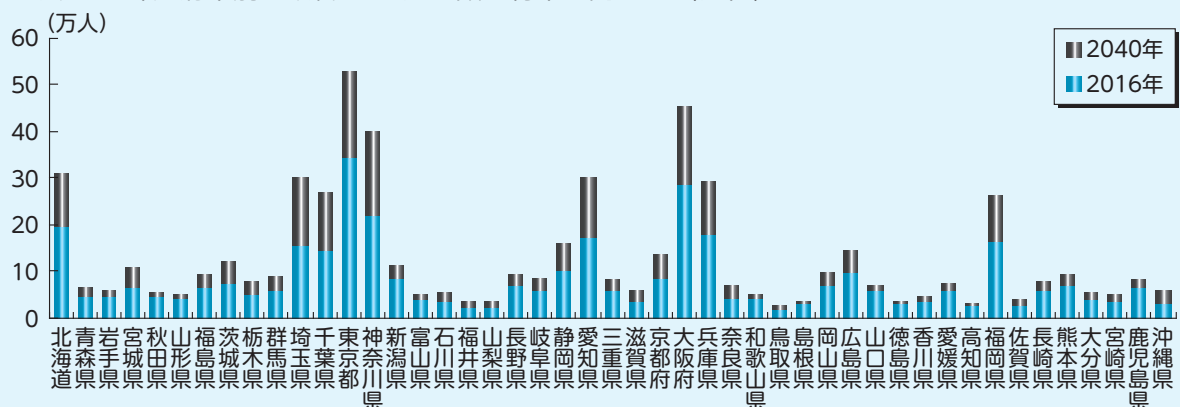
要介護認定者が利用するサービスには、男女で一定の違いがある。図表14は、介護を要する75歳以上のサービス利用者数の男女別構成比を示している。認定者の人数が女性の方が多いため（75歳以上の7割以上が女性）、いずれのサービスも女性の割合が高いが、配食サービスや外出

図表12 都道府県別75歳以上認定者数と将来の見通し（男性）



(出所) 厚生労働省「平成28年度介護保険事業状況報告(年報)」、総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」から大和総研作成

図表13 都道府県別75歳以上認定者数と将来の見通し（女性）



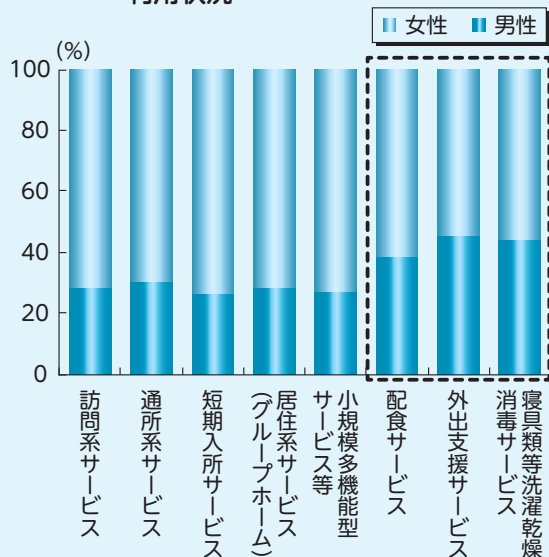
(出所) 厚生労働省「平成28年度介護保険事業状況報告(年報)」、総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」から大和総研作成

支援サービス、寝具類等洗濯乾燥消毒サービスについては女性の割合が他のサービスと比べてやや低い。また、図表15は介護保険制度以外のサービスの利用率を男女別に比較したものである。女性の保険制度以外のサービス利用率は男性の6割程度にとどまり、75歳以上女性が利用するサービスの範囲が男性と比べて狭い様子がうかがわれる。配食サービスや外出支援サービス、寝具類等洗濯乾燥消毒サービスは、基本的に介護保険給付の対象外のサービスである。様々な保険外サービスを公的介護保険サービスと組み合わせること

で、要介護者の生活の質を向上させることが期待されるが、75歳以上の女性は男性と比べてそのような状況にはない面があるようだ。

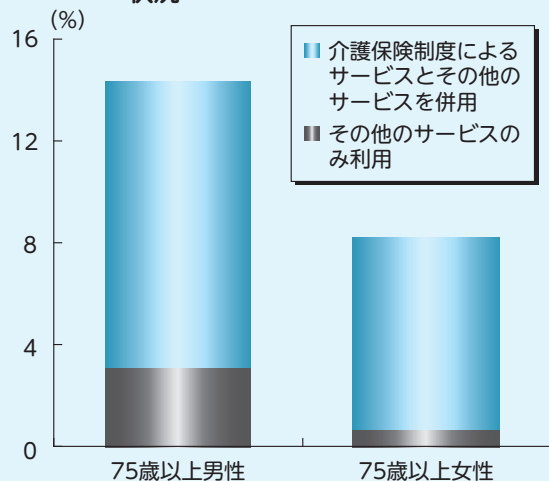
女性に様々なサービスを購入する余裕がない理由の一つは、年金が男性と比較して低額であるためではないか。2017年度の厚生年金保険の平均年金額は、男性16.6万円に対して女性は10.3万円と、男性の6割にとどまる(厚生労働省「平成29年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」)。生活を支える収入が少なければ、高齢女性が全額自己負担の保険外サービスの利用を控えるのは当

図表14 75歳以上の男女別、介護サービスの利用状況



(出所) 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査(介護票)」から大和総研作成

図表15 介護保険制度以外のサービスの利用状況



(出所) 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査(介護票)」から大和総研作成

然だろう。低収入ゆえに、75歳以上の女性認定者が利用するサービスの選択の幅が狭いとすれば、今後増加が見込まれる女性認定者の生活の質

の向上が望めない懸念がある。

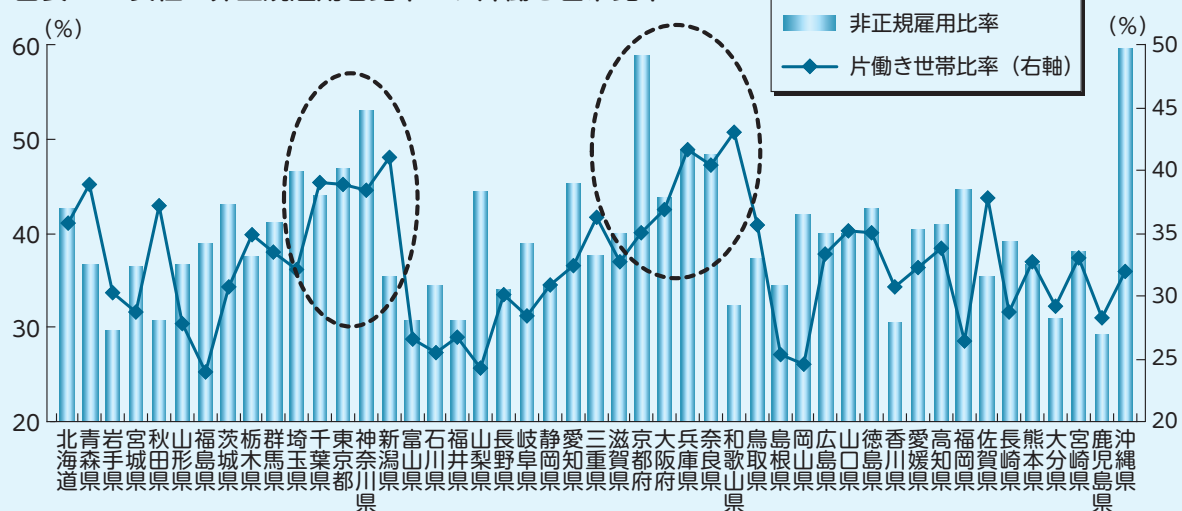
現在の高齢女性のプロフィールに専業主婦が多く、将来の高齢女性は男性と同様に働いた人が増えるという点では女性の低年金問題は徐々に緩和するかもしれない。しかし、特に大都市圏では20～64歳現役世代の女性雇用者のうち非正規雇用の割合が高く、また片働き世帯比率が高いこともあり、依然として男性との対比において低年金となる女性が増える可能性が高い点に留意が必要だろう(図表16)。

欧米諸国でも、女性の低年金問題は、介護サービスへのアクセスだけでなく高齢女性の貧困という社会課題になっている。女性が低年金に陥る理由には、男性に比べて就業率が低く、賃金も低いこと、男性がフルタイム就業であるのに対し、女性は育児・介護などのためにパートタイム就業を余儀なくされる傾向があり、職域年金の対象になりにくいこと、男性に比べて長寿なため、私的年金の給付が低くなりがちであること、などが挙げられる¹⁹⁾。諸外国ではこうした状況に対し、公的年金の満額年金支給要件の緩和、育児だけでなく介護従事期間についても保険料を免除するなど様々な対策を講じている。

日本では、2章で述べたように介護給付のさらなる重点化を図る必要があり、軽度認定者向け生活援助サービス等を中心に給付の効率化が求められている。負担の公平を図る観点からは、負担能力に応じた利用者負担を求めることも不可欠だ。ただ、増加が見込まれる75歳以上の女性認定者が質の高いサービスへアクセスできるようにするためには、女性が低年金に陥らないための働き方改革を、一刻も早く強力に進めておく必要がある。

19) 有森美木 [2007] 「先進各国の公的年金制度と高齢低所得者対策」 国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究 158号』(2007年3月) pp.45-59

図表16 女性の非正規雇用者比率と、片働き世帯比率



(注) 非正規雇用比率は、20～64歳の現役世代の女性雇用者のうち非正規雇用の割合
 (出所) 厚生労働省「平成29年就業構造基本調査」、総務省「平成27年国勢調査」から大和総研作成

育児や介護を担う女性が就労を継続しやすい環境整備や、低収入・短時間労働者の厚生年金保険への適用拡大を行うなどの対策が急がれる。

2) 社会参加や就労の問題

近年、スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症、うつなどのリスクが低い傾向がみられるなど、社会参加が介護予防効果に影響していることが知られるようになっている²⁰。既出の「経済財政運営と改革の基本方針2018」でも、市町村が都道府県等と連携しつつ、高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や、就労・社会参加支援を一体的に実施する仕組みを検討することについて述べられている。介護予防によって今後のトータルの介護費用がどれだけ節減できるかは定量的に明らかでないが、高齢者のQ

OL向上による経済社会の活力維持の観点から、科学的な知見に基づく介護予防に取り組むことで健康である時期を延ばし、できるだけ介護が必要とならないようにすることは極めて重要である。

図表17に、スポーツ・ボランティア・趣味について、それぞれの合計行動時間（社会参加時間）と認定率の関係を都道府県別に示したが、女性は社会参加時間が長いほど要介護認定率が低い傾向が見られる。また重要な点として、男女別では、女性の社会参加時間が短く、かつ認定率も高いことである。この傾向は、スポーツ・ボランティア・趣味の平均行動者率（行動者数／属性別の人口）で見た場合も同様である。

また、都道府県ごとの65歳以上就業率と年齢調整後一人当たり介護費には負の相関関係が見られる²¹。しかし、男女別の就業率では、いずれの都道府県でも女性の就業率が男性よりも低い（厚

²⁰ 厚生労働省 第74回社会保障審議会介護保険部会資料「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について」（2018年7月26日）

²¹ 内閣府 平成30年第6回経済財政諮問会議資料「2040年を展望した社会保障の政策課題と地域医療構想の達成に向けた取組」（2018年5月21日）

生労働省「平成 29 年就業構造基本調査」。

すなわち、社会参加や就労による介護予防の効果を一層高めるには、男性と比較して十分とは言えない女性の社会参加や就労を促進することがカギである。65 歳以上女性は、社会参加時間が男性と比較して短い一方、家事や介護などに従事する時間が長く（総務省「平成 28 年社会生活基本調査」）、社会参加時間の短さに結びついていると考えられる。そこで、高齢女性が家事や介護・看護などに従事する時間を縮減するため、高齢男性の意識改革を進めると同時に、家事・介護等を効率化するサービスを拡充することなども考えられるだろう。例えば、半調理食品等「中食」の普及や、見守りカメラ等の介護機器の活用などが考えられる。

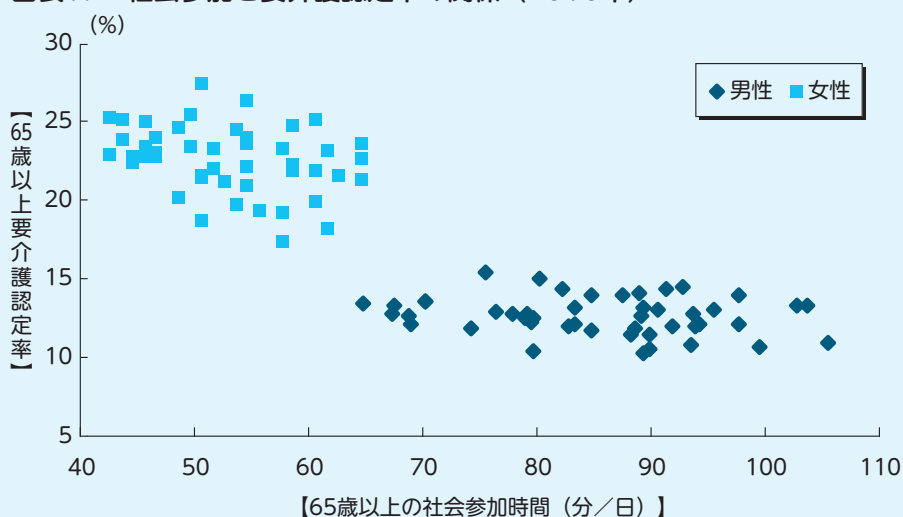
また、65 歳以上女性の就業率を高めるため、

企業における硬直的な労働時間を是正し、働きやすい柔軟な労働時間を選択できる仕組みを整備することも必要である²²。長時間労働の見直しは進んでいるものの、これまでの多くの労働慣行が、家庭との両立が期待されることの多い女性の就労継続の壁になっている²³。

おわりに

本稿では、介護保険が平成の時代に重要な制度として定着すると同時に、多くの課題を抱えていることについて述べた。超高齢社会において経済社会の活力を維持し、向上させるには、わが国が世界に誇る介護保険制度を持続可能なものとする必要性が極めて大きい。介護保険制度の持続性を確保するには、給付範囲の見直し、介護現場の生

図表17 社会参加と要介護認定率の関係（2016年）



（注）社会参加時間は、趣味・娯楽、スポーツ、ボランティア活動・社会参加活動の合計時間（週全体）

（出所）総務省統計局「平成28年社会生活基本調査結果」「人口推計」、厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」から大和総研作成

22) 柔軟な労働時間を選択できる高齢者の割合や高齢者が参加できる研修の普及度が高い傾向が見られるスウェーデンやノルウェー、フィンランドでは、2000 年代にかけて、65 歳以上の労働力率が大きく上昇している（内閣府「平成 28 年度年次経済財政報告」）。

23) 女性の離職理由の約 8 割が結婚、出産・育児、介護・看護などの個人的理由によるもの（厚生労働省「平成 28 年雇用動向調査」）。

産性の向上と人材の確保、著しい増加が見込まれる認知症対策が特に重要な論点である。

また、「ポスト平成」の時代に本格的に取り組むべき第一の課題は、介護認定率や一人当たり給付額の地域差を縮減させることである。介護予防や重度化予防の取り組みを推進しつつ、地域ごとの供給体制やサービス水準、それが被保険者の負担と見合っているかの「見える化」をして、実態のチェックと不断の制度見直しが求められる。

第二の課題は、今後、特に人数が増加する要介護女性に向けた体制整備である。その意味は、介護保険の枠内でこれまでの延長線上での対応を進めるということだけではなく、女性が男性と同様の経済力を持てるようにする観点からの働き方改革を実行したり、女性の社会参加率を向上させる方策を強力に打ったりしていく必要があるということである。「ポスト平成」の時代では、介護保険の持続性を高めるために、介護保険そのものの改革にとどまらない、関連する分野を広く捉えた取り組みが重要になっていくだろう。

[著者]

石橋 未来 (いしばし みく)



政策調査部
経済システム調査グループ
研究員
担当は、医療・介護保険、経済

鈴木 準 (すずき ひとし)



政策調査部長
担当は、日本の経済社会、税制・財政問題、人口問題等に関する中長期的な視点からの調査・分析