

2019年12月30日 全9頁

次期介護保険制度改革の注目点（後編）

多くの検討事項は議論を先送り

政策調査部
研究員 石橋 未来

[要約]

- 2021年度から始まる第8期介護保険事業計画に向けた制度見直しの方向性が示された。レポート後編の本稿では、そのうち給付と負担の見直しに注目する。
- 「多床室の室料負担」「ケアマネジメントの関する給付の在り方」「軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方」「『現役並み所得』『一定以上所得』の判断基準」については、引き続き検討を行うことが適当とされ、議論は先送りとなった。一方、「補足給付に関する給付の在り方」「高額介護サービス費」については一部見直されることが決まったが、制度の持続可能性を高める効果は小さいといわざるを得ないだろう。
- 給付と負担の見直しが喫緊の課題であるのは、現役世代が負担する保険料が年々重くなっており、それが無視できないからである。企業にとっても、社会保険料は大きな負担となっており、賃金や雇用に悪影響を与えている懸念がある。利用者負担について応能負担の要素が拡大されることは一定の評価ができるが、世代間・世代内の不公平を解消し制度の持続性を確保するには、給付と負担について一層の見直しが必要だ。

持続可能な介護保険制度の再構築に向けて

介護保険制度は3年サイクルで見直しが行われる。12月27日、2021年度～2023年度を対象とする第8期介護保険事業計画に向けた制度の見直し案が示された「介護保険制度の見直しに関する意見」が社会保障審議会（厚生労働大臣の諮問機関）の介護保険部会においてとりまとめられた。今後、法案が2020年の国会に提出されることになる。

レポートの前編¹では、次期介護保険制度改正における論点のうち、予防・健康づくりや保険者機能の強化、地域包括ケアシステムなどのテーマを取り上げ、方向性を探ったが、レポート後編の本稿では、見直し案で示された給付と負担の論点に注目する。

給付と負担の見直しについては、①被保険者範囲・受給者範囲、②補足給付に関する給付の在り方、③多床室の室料負担、④ケアマネジメントに関する給付の在り方、⑤軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方、⑥高額介護サービス費、⑦「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準、⑧現金給付等の項目が挙がっていた。このうち、実際に見直されたのは②と⑥にとどまった。残りの項目は、引き続き検討を行うことが適当とされ、議論は先送りされた。

本稿では、見直し案の内容を整理するとともに、制度の持続性を高め、介護の質のさらなる改善を促す上で、給付と負担について一層の見直しが急がれることについて述べる。

引き続き検討されることになった主な項目

多床室の室料負担

施設サービスでの食費や居住費（室料＋光熱水費）である、いわゆるホテルコストは、在宅での介護サービス利用者との負担の公平性の観点から、徐々に保険給付の対象外とされてきた²。居住費についていえば、2005年10月以降は個室での光熱水費と室料及び多床室での光熱水費が保険給付の対象外とされ、2015年度以降は、生活の場として選択されていることから介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の多床室についても、低所得者を除き、室料が利用者負担とされるようになった。

他方、介護老人保健施設や2018年度に創設された介護医療院、2023年度末で設置期限を迎える介護療養型医療施設については、医療サービスや在宅支援などを提供しているといった性格もあることから、その多床室の室料相当額は保険給付の基本サービス費に含まれている。この点について、「経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～」（内閣府、平成30年6月15日閣議決定、以下「骨太方針2018」という）において、給付の在り方を検討するとされていた。

¹ 石橋未来「次期介護保険制度改正の注目点（前編）～期待される科学的な裏付けに基づく介護の確立と普及～」(大和総研レポート、2019年11月25日)

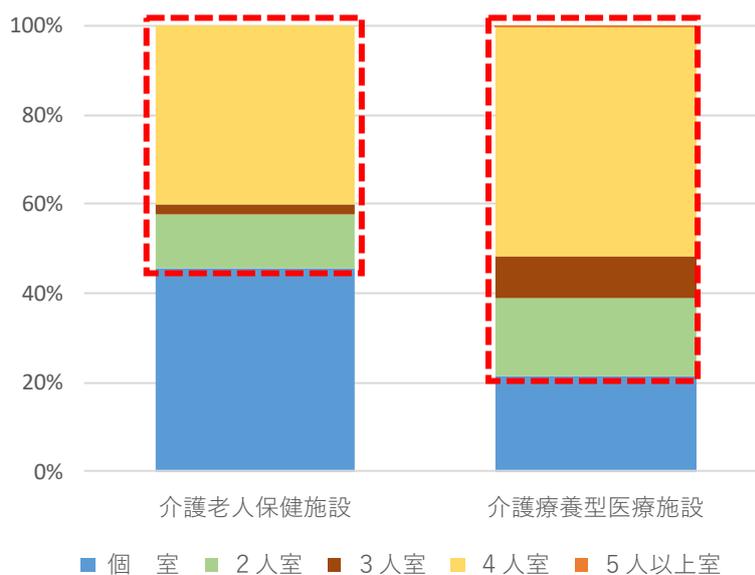
https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/social-securities/20191125_021148.html

² ただし、低所得者については、所得段階等に応じた負担限度額を設定し、限度額を超えた分については、補足給付として特定入所者介護サービス費（補足給付）が支給されている。

結論から述べれば、介護老人保健施設や介護医療院、介護療養型医療施設の多床室における居住費を保険給付の対象外とし、利用者負担とすべきかどうかについては、さらに検討の継続が必要とされた。

2019年8月時点のサービス受給者数は、介護老人保健施設が35.2万人、介護療養型医療施設が3.3万人、介護医療院が1.5万人と、施設サービス受給者全体の4割を占める³。そして、2017年時点で介護老人保健施設の5割超、また介護療養型医療施設の8割近くの定員が多床室である(図表1)。在宅での要介護者はもちろん、特別養護老人ホームの多床室利用者が原則として居住費を自己負担している中、それ以外の施設サービス受給者の多くが室料相当額を負担していないという状況が依然として残ることは、在宅と施設の間や施設利用者同士の間で公平性の観点から問題があるといえるだろう。もちろん居住費について新たな負担を求めることになれば低所得者への配慮は必要だが、同じ要介護状態であれば、どこでサービスを受けても、給付と負担は公平とすることを原則とすべきではないか。

図表1 室定員別室数の構成割合(2017年)



(出所) 厚生労働省「平成29年介護サービス施設・事業所調査の概況」より大和総研作成

ケアマネジメントに関する給付の在り方

居宅介護支援(ケアマネジメント)にかかる利用者負担の導入についても、骨太方針2018の要請に基づいて議論が進められたが、引き続き検討が必要ということになった。ケアマネジメントについては、自己負担がないために介護保険を利用しやすい反面、ケアマネジャーの業務の質に関して、利用者からのチェック機能が働きにくい点などが問題とされていた。介護保

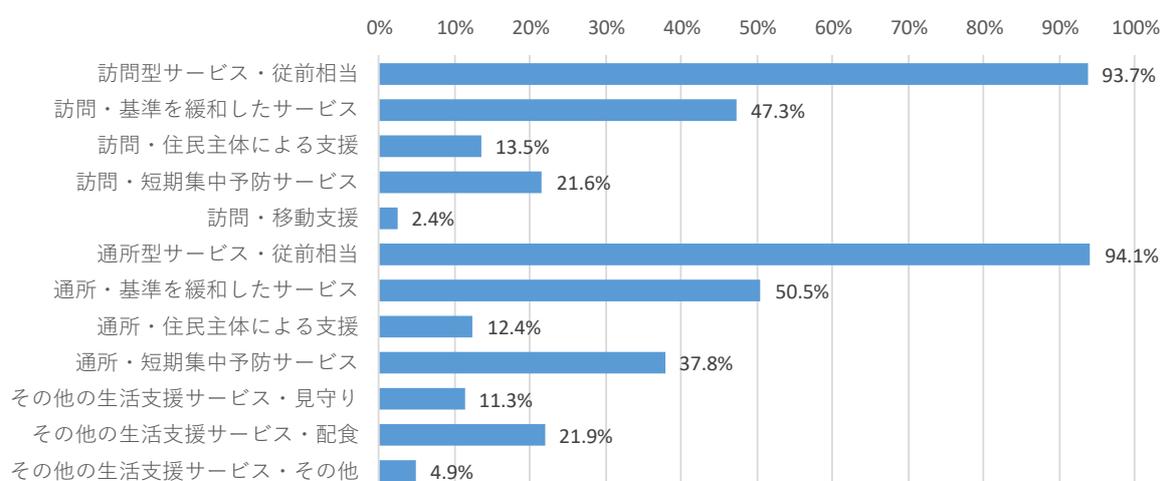
³ 厚生労働省「介護保険事業状況報告 月報(暫定版) 令和元年10月分」

険制度創設時、ケアプランの作成にかかる給付を10割としたのは新たなサービスの定着を図るためであったが、その目的は十分に達成されている⁴。今後も増大が見込まれる介護給付費の伸びや国民の介護保険料負担を抑制しつつ、ケアマネジメントの質を向上させる観点からは、利用者負担の導入が必要だったのではないかと考えられる⁵。1,250円によって、介護保険の利用控えやセルフケアプランが増加するとは考えにくいのではないかと考えられる。

要介護1・2の軽度者への生活援助サービスに関する給付の在り方

要支援者（要支援1・2）向けの訪問介護、通所介護については、2018年3月末に市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）への移行が完了しているが、骨太方針2018において「介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する」とされていた。そのため、今回、要介護1・2の生活援助サービスについても地域支援事業へ移行することが検討された。

図表2 総合事業におけるサービスの実施状況（2018年）（複数回答）（n=1,686）



（注）対象は回答が得られた1,686市町村（回収率96.8%）。

（出所）厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業 報告書」平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業（株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）（2019年3月）より大和総研作成

しかし、要介護1・2の生活援助サービスをどうするかということを考える前に、すでに総合事業へ移行済みの要支援者向けの訪問型・通所型サービスを見ると、依然として従前相当のサービス（これまでの介護予防訪問介護・介護予防通所介護と同じ内容で実施）を提供する市町村が多い。訪問型サービス・通所型サービスとも、基準（サービス内容や単価）を緩和したサービ

⁴ 2001年度に1,756万人（年間累計）だったケアマネジメントサービス受給者数は、2017年度には4,051万人（年間累計）と、2.3倍に増加した（厚生労働省「介護給付費等実態調査（現：介護給付費等実態統計）」）。

⁵ ケアマネジメント給付費を件数で割ったものの1割。また、ケアマネジメント給付費の1割が全体に占める割合を計算した（厚生労働省「介護給付費等実態統計 月報 令和元年8月審査分」をもとに）。

スを提供している市町村は約5割、住民主体による支援を行っているのは約1割にとどまる（図表2）。さらに、総合事業では、新たにNPOやボランティアによる生活支援の充実（その他の生活支援サービス）が一体的に提供されることも期待されているが、その実施状況は、配食が約2割、見守りが約1割にとどまっている。背景には、多様なサービスの実施主体や担い手の確保、市町村独自の基準や単価を定めることの困難さがあるようだ⁶。多様なサービスの提供を広げるには、市町村の課題を踏まえた都道府県等による伴走的支援の強化や先進的な事例の横展開、ある程度国が単価や事業対象者の在り方などを示すこと⁷も必要かもしれない。

そのため、まずは現行の総合事業における多様なサービスの提供体制の構築等が優先されるべきといった意見が示され、市町村の意向や利用者への影響等を踏まえながら引き続き検討するのが適当とされた。ただ、今後の高齢化を踏まえれば、サービスの供給力に限りがある中で増大する介護ニーズへ対応していくには、将来的に、より重度の要介護者に保険給付を重点化していく必要がある。要介護1・2の軽度者向けの調理、掃除・洗濯といったサービスや出会いの場や楽しみの場を提供するデイサービスについても、地域支援事業へ移行することを検討すべきだろう。

「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

介護保険の利用者負担は原則として介護費用の1割だが、所得が一定額以上の場合には2割や3割となる。今回、3割負担となる「現役並み所得」や2割負担となる「一定以上所得」の判断基準を見直し、2割や3割となる対象範囲を拡大することについても議論された。

結論としては、引き続き検討を行うことが適当とされた。介護は医療と異なり、長期にわたってサービスを受けるケースが多く、自己負担割合が高まることによる利用者への影響の大きさなどが配慮されたようだ。

利用者負担割合を巡っては、世代内・世代間の負担の公平や能力に応じた負担を求める観点から、2015年8月以降、所得の上位2割相当を「一定以上所得」⁸として負担割合を1割から2割に引き上げた。さらに2018年8月以降は、「現役並み所得」⁹の利用者の負担を3割に引き上げた。しかし、実際の2割負担の対象者は受給者全体の5%、3割負担は4%にすぎない¹⁰。モデル年金（厚生年金）受給者の年金収入等が188万円（単身世帯）であることを踏まえれば、「現役並み所得」はともかく、「一定以上所得」の判断基準（年金収入等が280万円以上）については、その引き下げ（2割対象者の拡大）が可能だったのではないかと（図表3）。今後、介護費の

⁶ 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業報告書」平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業（株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）（2019年3月）

⁷ 脚注6と同じ。

⁸ 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）」。

⁹ 「合計所得金額220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯463万円以上）」。

¹⁰ 厚生労働省「介護保険事業状況報告 月報（令和元年10月審査分）」

大幅な増加が見込まれる中、現役世代の保険料負担の伸びの抑制や、高齢者においても負担能力のある人には負担を求める観点からは、さらに踏み込んだ見直しが求められるところだろう。

図表3 2割負担・3割負担の水準及び1号被保険者の所得分布

【2割負担・3割負担の水準及び1号被保険者の所得分布】

モデル年金(厚生年金)
年金収入等188万円

【2割負担】被保険者の上位20%
合計所得金額：160万円
年金収入等(1人世帯)：280万円

【3割負担】現役並み所得
合計所得金額：220万円
年金収入等(1人世帯)：340万円

年金収入+その他の合計所得金額	180~190万	190~200万	200~210万	210~220万	220~230万	230~240万	240~250万	250~260万	260~270万	270~280万	280~290万	290~300万	300~310万	310~320万	320~330万	330~340万	340~350万	350~360万	360~370万	370万~
合計所得金額	60~70万	70~80万	80~90万	90~100万	100~110万	110~120万	120~130万	130~140万	140~150万	150~160万	160~170万	170~180万	180~190万	190~200万	200~210万	210~220万	220~230万	230~240万	240~250万	250万~
被保険者数(千人)	386	433	503	608	669	642	667	680	627	602	527	476	422	385	327	309	270	254	216	3,384
H31 割合の累計値(上位○%)	35.3%	34.2%	33.0%	31.5%	29.8%	27.9%	26.1%	24.2%	22.2%	20.4%	18.7%	17.2%	15.9%	14.7%	13.6%	12.6%	11.8%	11.0%	10.3%	9.6%

※年金収入の場合：合計所得金額=年金収入額-公的年金等控除(120万円程度) 所得分布は平成31年4月1日現在(※介護保険計画課調べ。)

※年金収入+その他の合計所得金額は、給与所得等の額により変動しうる。

(出所) 厚生労働省 参考資料2「介護保険制度の見直しに関する意見(案)(参考資料)」第89回社会保障審議会介護保険部会(2019年12月27日)

応能負担の部分は拡大したが、給付の伸びを抑制する効果は小さい

補足給付に関する給付の在り方

今回の介護保険制度改正に向けては、介護施設を利用する低所得者にホテルコスト(食費や居住費)を給付する制度である補足給付の在り方についても議論され、一部見直しが行われる見直しになった。見直しは次の3点である。

第一に、補足給付の金額は年金収入等に応じて段階的となっているところ、所得段階が細分化され、一部の段階で補足給付が減額される(利用者負担が増える)。具体的には、現行の補足給付段階における第3段階(世帯全員が市町村民税非課税で、本人年金収入等が80万円超)が、「年金収入等80万円超120万円以下」と「年金収入等120万円超」の2区分に精緻化され、後者の区分については補足給付を月額2.2万円(特別養護老人ホーム・多床室の場合)減額する案が示された。

負担能力のある高齢者の利用者負担が見直されることになったことは一定の前進だが、この新たな区分(世帯全員が市町村民税非課税で本人年金収入等が120万円超の介護施設利用者)に該当する対象者はそう多くはないだろう。介護保険施設利用者における現行の第3段階の受給者は31.4万人(平成31年3月サービス提供分)¹¹と、介護サービス受給者全体の約6.2%¹²にすぎない。当然、そのうち、新たに設けられる区分の対象者はさらに少ない。年金収入等を80万円と120万円で区分する考え方はもともと保険料負担の所得段階の構造で採用されていたものであり、それと整合させたということにとどまったともいえる。補足給付自体が、在宅サービスとの公平性の観点から鷹揚なものとなっていないか、低所得者対策である以上は公費で対応すべきであり保険給付とすべきではないのではないかといった、根本な視点からの検討が求め

¹¹ 厚生労働省 参考資料3「制度の持続可能性の確保(参考資料)」第88回社会保障審議会介護保険部会 会議資料(2019年12月16日)

¹² 受給者数503.2万人より計算(厚生労働省「介護保険事業状況報告 月報(平成31年3月審査分)」)。

られるところだろう。

第二に、現在、在宅サービスの一つではあるものの、サービス形態が施設入所に類似しているショートステイについてなされている補足給付も、一部給付が減額される方向となった。具体的には施設介護と同様、年金収入等に応じて補足給付段階が精緻化され、「世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等が 120 万円超」の場合の補足給付額は介護保険三施設と同額とされる。さらにショートステイの利用の場合、現行の第 2 段階と第 3 段階についても、食費が自己負担となっているデイサービスとの均衡等の観点から利用者負担が多少引き上げられ、補足給付が縮小される。これらショートステイにおいて若干の給付減となる対象者は合わせて 8.5 万人（平成 31 年 3 月サービス提供分）¹³とみられ、介護サービス受給者全体の約 1.7%にとどまる。

第三に、2015 年 8 月以降、一定額超の預貯金等（単身 1,000 万円超、夫婦世帯 2,000 万円超）がある場合には補足給付の対象外とされているが、その基準が強化される。具体的には、単身の場合の預貯金等残高についていえば、年金収入等が 80 万円以下の場合には預貯金等残高が 650 万円以下、年金収入等が 80 万円超 120 万円以下の場合には預貯金等残高が 550 万円以下、年金収入等が 120 万円超の場合には預貯金等残高が 500 万円以下であることが補足給付を受けることのできる要件とされることになる見込みとなった。

この金額の見直しは、補足給付を受けながら年金収入で 15 年間（ユニット型個室に 10 年間）入所することができる水準として設定されるものと説明されている。換言すれば、基準額以上の預貯金残高があれば、補足給付がなくても年金収入と預貯金の取り崩しで、ほとんどの場合は退所するまで入所が可能とみられるという意味である。なお、夫婦世帯における配偶者の上乘せ分は現行の基準（1,000 万円）が維持され、例えば、単身で 650 万円以下が基準となる年金収入等の場合、夫婦世帯であれば預貯金等残高が 1,650 万円超の場合に補足給付の対象外となる。

制度改正後、当面は、介護現場で十分に公正・公平な運用が行われるか注視する必要があるだろう。また、それと同時に、不動産など他の資産も勘案していく必要性について議論が進められることが期待される。

高額介護サービス費

高額介護サービス費についても、給付を抑制する方向で一定の見直しが行われることになった。現在、現役並み所得相当である層（年収約 383 万円以上）¹⁴について月額一律 44,400 円とされている上限額が、医療保険における高額療養費の上限額に合わせて細分化され、所得が増えるほど上限額が高く設定される。具体的には、年収約 770 万円以上と年収約 1,160 万円以上

¹³ 厚生労働省 参考資料 3 「制度の持続可能性の確保（参考資料）」第 88 回社会保障審議会介護保険部会 会議資料（2019 年 12 月 16 日）

¹⁴ 課税所得が 145 万円以上（年収で約 383 万円）の高齢者に適用される。

の者の高額介護サービス費の自己負担限度額が、それぞれ 93,000 円、140,100 円に変わる¹⁵。

ただし、この見直しの影響を受ける対象者もかなり限られるだろう。現役並み所得相当に該当する介護サービス受給者は約 16 万人にすぎず、そのうち自己負担額が 44,400 円を超えるサービスを利用する者は約 10 万人にとどまる¹⁶。見直しによって給付の伸びを抑制する効果は小さいだろう。

給付と負担の見直しが重要な理由

社会保障審議会の介護保険部会の意見として、多くの重要な項目が「引き続き検討を行うことが適当」とされた。要するに関係者間の合意点を見出すことができず、議論が先送りされたということである。

だが、介護保険の現状を見れば、時間的な余裕はあまりないのではないか。給付と負担の見直しが喫緊の課題であるのは、介護保険制度創設以来、高齢化の進展等により 3 倍以上に拡大した介護費に対し、保険料の賦課ベースであり公費分を賄うための主たる課税ベースといえる雇用者報酬がほとんど変わっていないことが理由の一つである（図表 4）。介護だけでなく高齢者向けの年金や医療を支えるため、現役世代の保険料負担は増しており、年金・医療・介護を合わせた社会保険料の収入に対する負担割合は 2022 年度に 30%（労使合計）を超えるとの推計もある¹⁷。その先まで見通せば、賃上げが多少進められていくとしても可処分所得の伸びが著しく抑制されてしまう恐れがある。増大する引退世代向けの給付を賄うために、現役世代の負担を際限なく増やすことは難しいだろう。

また、社会保険料は労使折半で負担しているため、急増する介護などの社会保障コストが賃金や雇用にも影響する懸念がある。KOBAYASHI et al. (2013)¹⁸では、1995 年から 2007 年にかけて上昇したパート比率のおよそ 3 割が社会保険料の増加による影響であるとし、社会保険料の増加に対して、企業が正規雇用の抑制と非正規雇用の増加で対応してきたと分析している。つまり、日本の企業は、社会保険料負担の増加を雇用の調整ではなく、相対的に雇用コストの高い正規を非正規で代替するという賃金の下落によって吸収してきたという。

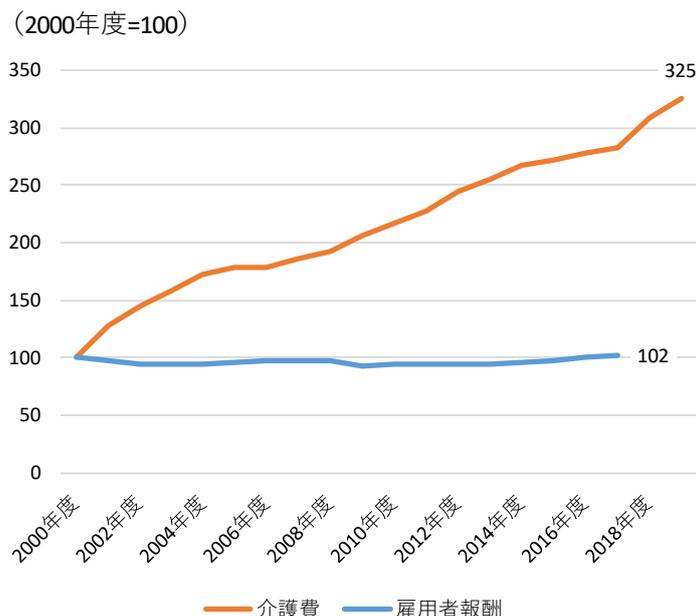
¹⁵ なお、本文で述べた現役並み所得相当についての見直しとは別に、一般の所得者のうち 1 割負担者（年金収入 280 万円未満）に適用されている年間 446,400 円という上限についても方向性が示された。すなわち、月額で 37,200 円だった上限を 44,000 円に引き上げたのは 2017 年 8 月のことだが、その際に「37,200 円×12 か月」を年間での上限とする措置を 3 年間の時限措置として導入した経緯がある。今回、この年間上限は予定通り 2020 年度で廃止される見直しとなった。

¹⁶ さらに年収 770 万円以上と年収 1,160 万円以上の割合が、医療保険における所得段階別の受給者割合と同じと仮定すれば、対象者はそれぞれ約 1.4 万人、約 1.7 万人となるという（厚生労働省「参考資料 3 制度の持続可能性の確保（参考資料）」第 88 回社会保障審議会介護保険部会 会議資料（2019 年 12 月 16 日））。

¹⁷ 健康保険組合連合会「今、必要な医療保険の重点施策—2022 年危機に向けた健保連の提案—」（2019 年 9 月 9 日）

¹⁸ KOBAYASHI Yohei, KUME Koichi, OIKAWA Keita, SONE Tetsuro (2013), “Social Security Contributions and Employment Structure: A microeconomic analysis focused on firm characteristics” RIETI Discussion Paper Series 13-E-067

図表4 介護費と雇用者報酬の推移



(注) 2018～2019年度の介護費は政府予算ベース。
 (出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」、内閣府「2017年度国民経済計算(2011年基準・2008SNA)」より大和総研作成

しかしながら、こうした企業の対応も今後難しくなるとみられる。2020年4月から「短時間労働者及び有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する法律」(いわゆる「パートタイム・有期雇用労働法」)が施行され、均等・均衡待遇原則に基づき、同一企業内における正規と非正規の不合理な待遇差が禁止されることになる(同一労働同一賃金)。中小企業への適用は、1年後の2021年4月からだが、施行後は非正規の待遇改善が図られることになるため、企業の雇用コストが増す。この状況に対応するため、また、短時間労働者の被用者保険への適用拡大も進められる中、企業が雇用を調整すれば、構造的失業が増加する恐れがある。構造的失業が増加すると、人的資本蓄積が損なわれ、経済全体の成長力や企業の競争力の低下となる可能性がある。これらの事態を避けるためにも、介護保険を含む社会保障給付の効率化に加え、能力に応じた負担を受給者にも求め、急増する給付費の伸びを抑制することが必要なのである。

介護保険における給付と負担の見直しは、個人ベースで見れば利用者負担の増加であるかもしれない。だが、利用者のコスト意識が高まりサービスの質の向上が促されるということは、より優れた制度とすることでもある。また、保険サービスを補完するような民間サービスの提供が広がり、多様なサービスの中からニーズに合致した質の高いサービスを選択することが可能になることも期待できる。予防・健康づくりや重度化予防を進めることは重要だが、それによって制度の長期的な持続性が担保されるか疑わしい。真に給付を必要とする人に質の高いサービスが行き届くような改革を進め、将来にわたって安心できる介護保険制度とすることが望まれる。